جامعة الجزائر

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

معهد علم النفس و علوم التربية و الأرطوفونيا

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في الأرطوفونيا

البحث في إعادة التربية الوظيفية عند الطفل :

فحص و إعادة التربية العصبية النفسية

اللسانية و المعرفية للاضطرابات الاورطوفونية

عند الأطفال المعاقين عصبيا

من إعداد : سهيلة بوعكاز

تحت إشراف: الأستاذة نصيرة زلال.

2007-2006

الفهرس

مقدمة.....02

الفصل الأول: الإعاقة الحركية العصبية.....10

I. 1- اضطرابات الكلام و اللغة.....12

II. 2-الكفالة العلاجية.....45

التربية العلاجية للغة عند الأطفال المعاقين حركيا عصبيا

الإرشادات العلاجية.....46

التربية الارطفونية المختصة.....63

الفصل الثاني: التواصل اللفظي.....94

النطق.....96

الكلام 114

اللغة.....129

الفصل الثالث: دراسة الارطفونية للطفل المعاق حركيا عصبيا في الوسط العيادي الجزائري.....157

تقديم رائز اللغة ETL النسخة الأصلية

تطبيق فحص اللغة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا.....161

تكييف الاختبار عند الطفل المعاق حركيا عصبيا.....176

تعيير اختبار الـ ETL للغة العربية الدارجة.....193

تقديم ملفات الاكلينيكية للحالات التجريبية.....211

الفصل الرابع: تقديم ، تحليل نتائج تطبيق اختبار ETL النسخة الجزائرية عل الكفالة الارطفونية للحالات الستة المعاقة حركيا عصبيا

المستوى التحليلي الأول

قديم ، تحليل كمي لنتائج الاختبار النفسي و النطقي ، الكلام و اللغة.....218

تحليل كمي لنتائج اختبار التنفس و النطق.....219

تحليل كمي لنتائج اختبار الكلام.....241
تحليل كمي نتائج اختبار اللغة الشفوية.....250

المستوى التحليلي الثاني
تقديم و تحليل نتائج الاختبار التنفسي و النطقي ، الكلام و اللغة.....258
تقديم وتحليل نتائج الاختبار التنفس و النطق.....259
تقديم و تحليل نتائج اختبار الكلام.....316
تقديم و تحليل نتائج اختبار اللغة.....365

الفصل الخامس: محاولة تفسيرية عيادية لاضطراب اللغة الشفوية عند الحالات التجريبية من خلال معطيات عصبية – نفسية – حركية و معرفية.....386
تفسير الاضطراب النطقي عند الطفل المعاق حركيا عصبيا – أنماط حركية و معرفية-.....387
تفسير الاضطراب النطقي في الكلام عند الطفل المعاق حركيا عصبيا – أنماط حركية و معرفية-.....392
تفسير الاضطراب اللغوي عند الطفل المعاق حركيا عصبيا –أنماط حركية و معرفية-.....397
الفصل السادس: التصنيف السيميولوجي للاضطرابات اللغوية الملاحة عند الحالات المصابة بإعاقة حركية عصبية.....410
الفصل السابع: إنشاء بروتكول إعادة تربية اللغة الشفوية عند الطفل IMC كفالة وسط عيادي جزائري – 3 محاولات علاجية-.....417
الطريقة العلاجية في استعمال الوسيلة المصممة.....419
تطبيق الأداة العلاجية المصممة علي مجموعة من الحالات و نتائج.....423
الخاتمة العامة.....442
المراجع.....450

مقدمة

إن تطور البحوث الجزائرية حول الإعاقة الحركية العصبية لم يشهد نفس التقدم الملاحظ في الإضطرابات التواصلية الأخرى، كمثال الحبسة عند الراشد (أنظر أعمال ن. زلال)[1] مع غياب طويل لتحليل الإنتاجات اللسانية عن البحوث العلمية.

نسجل اليوم تأخر كبير بالنسبة للمؤلفات العلمية العالمية. لأننا يجب أن نذكر المكانة الهامة التي أعطيت للإضطرابات الخاصة باللغة الشفوية أو للتعلمات (تأخر الإكتسابات، عسر القراءة...) و التي تظهر كنتيجة لإضطرابات حركية (إعاقات حركية عصبية).

تتمثل الإعاقة الحركية العصبية في مجموعة من الاضطرابات الحركية أو الوضعية. فهي ناتجة عن إصابات مبكرة و غير متطورة للدماغ، تحدث حول الولادة.
تحدث الإصابات اضطرابات في حركية الطفل. هنالك أيضا اضطرابات مشتركة، كل هذا يمكن أن يدوم حتى سن الرشد.
فبإمكان اضطراب ولائف كبيرة أخرى كالرؤية أو السمع. حتى القدرات العقلية الخاصة يمكن أن تصاب، و لكن لا تصل الإصابة العصبية إلى فقدان الكفاءات العقلية حيث أن التمدرس نجدها ممكن.

هنالك عدة إختبارات او إختبارات مراجعة منشورة من أجل فحص، تقييم وعلاج الإضطرابات اللغوية عند الطفل IMC.

نذكر على سبيل المثال بطارية BEPL (بطارية التقييم نفس-لغوي، C. CHEVRIE-MULLER، 1980) بطارية "اللغة الشفوية، اللغة الكتابية، الذاكرة الانتباه" (C. CHEVRIE-MULLER، 1997)...

بالنسبة لنا، بما أن هناك غياب للتقنيات التشخيصية والعلاجية للغة الطفل المعاق حركيا عصبيا، المكيفة على البيئة الجزائرية، نقترح في هذا البحث تكييف رائز التربية العلاجية للغة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا يسمى E.T.L (التربية العلاجية للغة) رائز غير معروف في الوسط العيادي الجزائري.

استعمال هذا الرائز في الفحص يؤدي بنا إلى وضع تشخيص موضوعي للآليات اللغوية عند الطفل المعاق حركيا عصبيا، و التفكير في تربية أرطوفونية مناسبة.

لقد باشرنا، فيما سبق، في عمل ما قبل إعادة التربية عند هؤلاء الأطفال في إطار ماجستير في الأرطوفونيا[2].

في هذا العمل، نشاطنا كان موجه نحو الوظائف الغذائية و التنفسية، و استطعنا العمل بصفة ايجابية على الحركة الصوتية.

هذا قللنا بل نزعنا في بعض الحالات إعاقات معجزة، جعلت تعلم الكلام صعبا جدا.

من خلال بروتوكول علاجي نريده دقيق، مرتب و مكيف على الطفل الجزائري المعاق حركيا عصبيا، وصلنا إلى إمكانية ظهور الكلام عند حالات، و هذا في مكان عملنا في مستشفى بن عكنون، في مصلحة إعادة التقويم والتربية الوظيفية لمستشار أ.أحرص، أين نمارس الأرطوفونيا منذ 10 سنوات.

الآن، ندفنا و وضع علآ الإكتسابات الأولية الوظيفية للكلام، علاج لغوي عند الطفل المعاق حركيا عصبيا.
من أجل هذا، نهدف بداية تكيف رائز E.T.L، رائز لـ G. TARDIEU، ثم إعادة تعييرها في الوسط الجزائري.

بالفعل، فإن وسيلة تقييم عيادي للغة المعاق حكريا عصبيا تعد ضرورية، قبل علاج ومتابعة إعادة التربية.
فعملنا في هذا البحث يتوقف بوضوح علآ تحليل موضوعي للغة الشفوية عند الطفل IMC.

في الواقع، يعود الفضل إلآ G. TARDIEU فيما يخص معالم الأبحاث المنجزة حول الإعاقة الحركية العصبية.

منذ الخمسينيات، سطر G. TARDIEU الطريق للفرق الفرنسية التي تهتم حاليا بعلاج المصابين بالإعاقة الحركية العصبية. حرر معالم فصول "صحائف الإعاقة الحركية العصبية" في 1970[3]. أيضا، يتعامل مع C. CHEVRIE-MULLER لإعداد و تطوير المهارات اللسانية، وهذا بالإصرار علآ طرق التقييم و التطبيقات العلاجية[4].

لجأت C. CHEVRIE-MULLER، بدورها، إلآ تعيير اختبارات اللغة المقترحة أصلا من طرف G. TARDIEU و الموجهة نحو تقييم و إعادة تربية لغة المعاق حركيا عصبيا (1980).

من جهتنا نريد برائز E.T.L (التربية العلاجية للغة) المكيف على البيئة اللسانية الجزائرية ثم المعير على 300 طفل غير معاق أن يصبح وسيلة التقييم و العلاج للغة الشفوية للحالات المعاقة حركيا عصبيا التي تتقدم لفحصنا الأرطوفوني.
بحيث سيخدم المختصين الأرطوفونيين في المراكز و مصالح إعادة التقويم والتربية الوظيفية.

ولهذا يجب الإجابة على مجموعة من التساؤلات:
- تكييف رائز E.T.L (التربية العلاجية للغة) و تعييره في الوسط الجزائري.

- استخلاص وتحليل المظاهر التشخيصية (النطقية، الفونولوجية واللغوية) المضطربة من خلال تطبيق رائز E.T.L، النسخة الجزائرية ثم يتم تصنيفها و تفسيرها.
- بناء بروتوكول علاجي من أجل إعادة تربية الأطفال المعاقين حركيا عصبيا. تأكد نتائج التربية صحة تحليلنا للاضطرابات.
هذه الإشكالية الثلاثية تنجم عنها الفرضيات الآتية:

الفرضية الأولى
يمكن إنشاء النسخة الجزائرية باعتبار إعتقادنا أن بنودها قابلة للتطبيق على أطفال IMC يستعملوا اللغة العامية و هذا بعد تكييفها و إعادة تعييرها.
بحيث نتحصل على أول أداة عيادية مبرزة ببحث علمي، تسمح بتشخيص موضوعي للاضطرابات اللغوية عند الأطفال IMC الجزائريين.

الفرضية الثانية

تطبيق رائز E.T.L علآ الأطفال المعاقين حركيا عصبيا و تشخيص الإضطرابات النطقية، الفونولوجية و اللغوية ثم تحليلها.

الفرضية المزدوجة تصحب بتصنيف و تفسير الإضطرابات الملاحظة.

الفرضية الثالثة

تربية نفس الإضطرابات بعلاج مبني انطلاقا من نتائجنا و ملاحظاتنا في الوسط العيادي الجزائري. هي كفالة شاملة و لكن العلاجات متخصصة.

من أجل التحقق من الفرضيات الثلاثة نقترح للتكييف و إعادة التعبير لرائز E.T.L دراسة 06 حالات معاقة حركيا عصبيا للتكييف و 300 حالة عادية لإعادة التعيير.

نسلك طريقة تحليل عند تكييف و إعادة تعيير الـ M.T.A، رائز عصبي-نفسي-لساني، مستوحاة من دراسة التواصل عند الحبسي الراشد[5].

تربية اللغة تخص 50 طفلا IMC مما يؤدي بنا إلآ تقديم دراسة الحالات. تتضمن النتائج قبل، أثناء و بعد التربية اللغوية.

بهذا، يتمثل الفصل الثالث في تكييف و إعادة تعيير و تطبيق رائز E.T.L، النسخة الجزائرية، فيما يخص الإعاقة الحركية العصبية في وسطنا العيادي الجزائري.

يتعلق الأمر بالتحديد بالإطار التطبيقي للبحث بشروطه، كيفية البحث، عينة الأطفال المختارة و ملفات الحالات الملاحظة.

من قبل و في الفصل الأول، لا يقتصر فقط علآ لمحة تاريخية عامة حول الإعاقة الحركية العصبية و إنما الأمر يتعلق بمسO للوضعية الحالية للمعلومات الخاصة بالجانب العيادي والعلاجي لjRnjl الإعاقة.

lRNj لا يمنعنا من التطرق لتطور الأفكار عبر الزمن، من خلال عدة باحثين درسوا lRNj الاضطراب. بjRnjl تحدد أكثر إشكاليتنا من خلال الدراسات السابقة، و توظOّ فرضياتنا أيضا.

يتمثل الفصل الثاني في التواصل اللفظي من الجانب النطقي، الفونولوجي واللغوي لأن الرائز المكيف و المعير يحتوي علآ بنود نطقية، فونولوجية لغوية.

ملاحظة:

من المعروف أن نقدم الجانب العادي قبل المرضي. jNlنا من أجل أن نكون في عمق إشكاليتنا Ujrjر لنا من الأحسن تقديم الإعاقة الحركية العصبية قبل الجانب السوي.

فjRnjl الدراسة من الجانب السوي لjrjl اعتبارjNlا في lRNj البحO لأنjrjl تمثل دليلنا في تفسير المظاjNlر المرضية اللغوية للمعاق حركيا عصبيا التي قدمت في الفصل الأول (نظاريا) و التي تمثل موضوY الفصل الرابع (تطبيقيا).

فيتمثل lRNj الفصل في تقديم و تفسير نتائج تطبيق رائز E.T.L النسخة الجزائرية علآ 50 طفل IMC مدروس.

من خلال المدونات المستخلصة نستخرلا ثلاO مستويات للتحليل:

الأول مرتبط بالدراسة الكمية لاضطرابات التنفسية والنطقية، والكلام واللغة الشفوية. الثاني مرتبط بالدراسة الكيفية لنفس الإضطرابات.
بعد تشخيصها يمكن تفسيرها من خلال ثلاثة أنماط لغوية متدهورة في الفصل الخامس ثم تصنيفها في المستوى الثالث للتحليل والتفسير وهو موضوع الفصل السادس.

أخيرا، تؤدي بنا نتائج هذه المرحلة التطبيقية إلى بناء مرحلة أخرى في البحث و هي مرحلة إعادة التربية الأرطوفونية لأطفال IMC. فهي بالخصوص كفالة نفس-حركية و معرفية[6].

يتعلق الأمر ببناء أداة علاجية ثم جعلها عملية على مستوى إعادة تربية الإضطرابات الأرطوفونية عند الأطفال IMC، هذا موضوع الفصل السابع.

قبل الشروع في دراسة هذه المستويات المختلفة للغة عند الطفل IMC في الوسط العيادي الجزائري، سنعرض المعطيات النظارية السابقة و كذا شرح المفاهيم الأساسية في بحثنا هذا.

الهوامش :

1- ZELLAL N., *Contribution à la recherche en aphasie en milieu hospitalier algérien, étude psychologique et linguistique*, Thèse pour le Doctorat d'Etat Es Lettres et Sciences Humaines, Paris III, 1986, 3 vol., 700 p.
Au préalable, *Bilan de l'aphasie*, OPU, Alger, 1982, 89 p.

2- BOUAKKAZE S., *Rééducation fonctionnelle de l'enfant infirme moteur cérébral par l'orthophoniste: prise en charge des fonctions facilitatrices de l'émission de la parole*, Mémoire pour le magister en orthophonie, sous la direction de N. ZELLAL, dpt. PSEO, Université d'Alger, 2000, 226 p.

3- TARDIEU G., *Les feuillets de l'IMC*, Paris, 1970.

4- TARDIEU G., *Le dossier clinique de l'IMC*, Paris, 1980.

5- ZELLAL N., *Mallette du Protocole du Montréal-Toulouse-Algérien, Test psycho -clinique et psycho -neuro- linguistique*, Université d'Alger, 1999.

6- *La recherche sur l'infirmité motrice cérébrale en Europe*, Journée d'étude, 03 Février 2006, Collège de France, Paris. Il fut question, notamment, de troubles cognitifs d'origine neurologique qui handicapent les personnes IMC. Ainsi, on parle de thérapie cognitive ou de rééducation des fonctions cognitives, lorsqu'il s'agit de prise en charge psychologique et orthophonique des IMC. Cela rejoint parfaitement les concepts utilisés à la base de notre action thérapeutique.

الفصل الأول
الإعاقة الحركية العصبية

الهدف من هذا الفصل هو جمع بصفة تركيبية كل المعطيات المتعلقة بالإعاقة الحركية العصبية.

لا يتعلق الأمر فقط بلمحة تاريخية "عامة" حول الإعاقة الحركية العصبية. بل الموضوع هو إعادة نظر للمعطيات الحالية انجازا مباشر للمختص الأرطوفوني و أيضا للمختصين الأرطوفونيين و أيضا للمختصين في إعادة التربية.

حقيقة نتطرق إلآ تطور الأفكار في الزمن، من خلال نصوص عدة مؤلفين الذين درسوا هذا الاضطراب.
نؤكد علآ ما هو عليه حاليا فيما يخص التفكير في المجال العيادي والمجال العلاجي.

1.I- اضطرابات الكلام و اللغة

تشغل الاضطرابات الحركية مكانة متفوقة من بين الآثار النمائية الناجمة عن الإصابات العصبية المبكرة و الغير المتطورة.
في هذا المضمون نستند بأعمال عدة مؤلفين كـ G. TARDIEU (1980)، C. CHEVRIE-MULLER (1990)، D. TRUSCELLI (2000).

كلهم يعترفون بوجود اضطراب مزمن لمراقبات الحركية. إنه من الضروري التمييز بين مصطلح IMC (إعاقة حركية عصبية) و مصطلح IMOC (إعاقة حركية ذات مصدر عصبي).

تذكر D. TRUSCELLI، G. TARDIEU اللذي يخصص مصطلح الإعاقة الحركية العصبية إلا فئة الأفراد الذين يحتفظون بالقدرات العقلية والتعلم.

يخص الأمر هنا تحديد مفهوم الإعاقة الأحادية الذي يقابل مفهوم الإعاقة المتعددة الذي يتماشا مع تسمية IMOC (إعاقة حركية ذات مصدر عصبي).

هذه فإن الإعاقة الحركية ذات مصدر عصبي أي IMOC تبين اضطراب مركب، جسمي و نفسي، فهي إذن عجز متعدد العوامل[1].

دائما في مجال هذه الملاحظات الإصطلاحية، نسجل وجود مصطلح ثالث (مستعمل في البحوث الأنغلوساكسونية): Cerebral Palsy.
فهو يشمل مجموع الاضطرابات المغطاة بالمصطلحين IMOC و IMC.
اهتمامنا هو التأكيد على اضطرابات الحركية الفمية-البلعومية-الحنجرية-التنفسية ونتائجها على الكلام.

من جهة أخرى، نهتم بدراسة اضطرابات اللغة الشفوية و الكتابية التي تتدخل في إطار الإصابة الحركية العصبية.
سنتطرق للموضوع بالتفصيل في العرض بداية نتطرق إلى مسألة انتشار الإعاقة الحركية العصبية **Epidémiologie**.

إنه من العادة، في العديد من الأمراض و الاضطرابات، اللجوء إلى الجانب من البحث الذي يعد من بين الجوانب المهمة، ألا و هو دراسة انتشار الإعاقة.
و عليه D. TRUSCELLI بامتلاكها للمعطيات الخاصة بالإعاقة، فقد استطاعت تطوير الجانب في فرنسا.
ذكرت مفهوم تغلب الإعاقة و اضطرابات اللغة، و في مثال المشوار الدراسي والمؤسسات المتخصصة[2].

بداية، نسجل فكرة الاعتراف الشرعي للإعاقة (قانون 30 جوان 1975).
بعد الإعاقة ترد فكرة تردد الإعاقة الخطيرة على الولادات الحية التي هي بـ 1.8 في 1000 (1.8‰)، مع تردد أكبر لجنس الذكر.
ثلث الاضطرابات يوافق تعريف المعاقين حركيا عصبيا (تحقيق تم في فرنسا 1979، منشور في 1979)[3].
ثم 02 إلى 03 في 1000 بالنسبة للدراسة الأنقلوساكسونية Cerebral Palsy (1991).

تسجل مجلة (التحقيقات الكبرى) ترددات أحلبزا مرتكزة بين 1.3 و 3 في 1000. أما في دراسة فرنسية من طرف لجنة المحافظة للتربية المتخصصة بين سنة 1972 و1975، نسجل تردد بـ 1.9 في 1000[4].

من جهة أخرى يتطرق D. TRUSCELLI إلى سياسة الإندماج المدرسي في الوسط العادي لأطفال يعانون من إعاقة حركية (منشور 29 جانفي 1983)[5].

حسب، من بين 150 طفل معاق حركيا عصبيا، نصف متمدرس في قسم عادي والنصف الآخر متمدرس في قسم متخصص، نجد 24% مصابين باضطرابات ميكانيكية للغة، بالخصوص الديزارتريا.

ومنه، فإن احتمال إخفاء الأطفال البقاء من بين العاديين هو بـ 0.38 إذا كان لديهم تأخر مدرسي و لكن عدم وجود اضطراب وظيفي للنطق و الخط.

يؤدي نفس الجدول العيادي، بدون ديزارتريا، إلى احتمال يقدر بـ 0.72.

يكون الاحتمال بـ 0.18 لما نسجل عدم وجود تأخر مدرسي و لكن هناك ديزارتريا مصحوبة إلى ضيق وظيفي (المشي، الكلام،...). إذا الاحتمال يصل إلى 0.48 إذا لم يكن هناك ديزارتريا.

أخيرا، إذا اتحدت كل العناصر، احتمال بقاء إخفاء الأطفال في قسم عادي يسقط إلى 0.01.

نسجل إذن أن اضطرابات النطق (الديزارتريا) تخلق مقاومات خاصة و أن الصعوبات اللسانية الغير الميكانيكية (9% حالات مدروسة) لها علاقة إحصائية قوية مع التأخر الدراسي.

أيضا، في وسط متخصص يستقبل المعاقين حركيا عصبيا، تحدار الاضطرابات الشفوية للغة عند حوالي 75% من الأداء، مع ضيق متنوع في تواصلات الحياة اليومية.

في نهاية المعطيات الخاصة بانتشار الإعاقة، نجد أنفسنا نفكر في دراساتنا الإبيدميولوجية الغير الموجودة إلا حد الآن.

الأسباب

لن نتعمق كثيرا في الجانب الخاص بأسباب الإعاقة الحركية العصبية، بما أننا قد تم تخزنا فصلا مفصلا، أدرسنا من خلال عمل حديث في إطار ماجستير في الأرطوفونيا(2000)[6].

سنعيد العناصر الأساسية المسببة للإعاقة الحركية العصبية و نكتفي بمصادر جديدة تطرقت للموضوع.

اليرقان

بفضل البرامج الوقائية المنشأة منذ سنة 1969 عند الأمهات الحاصلة لخطر، فقد اختفى اليرقان النووي في فرنسا.

حسب ما نقله D. TRUSCELLI يذكر أن الأداء المصابين بالإعاقة الحركية العصبية يحتفظون بلغة داخلية[7].

في الواقع، انتشار التقلصات العضلية يصل حتى الصوت والإنتاج الشفوي، مما يمنع كل فهم للسرد.

غالبا ما يصحب الشلل صمم إدراكي وشلل في الرؤية نحو الأعلى.

فنسجل مباشرة تأثير حاد على الاكتسابات الجسدية. الدخول إلى التواصل يحصل بواسطة إماءة التي تتطور و تتأقلم مع مختلف الحالات.

تضيف D. TRUSCELLI أن المعاقين حركيا عصبيا، و الذين أصبحوا راشدين، يدركون بقدراتهم، رغم ارتباطهم الشديد بالغير. أيضا رغم وجود أو عدم وجود جهاز تقني مكيف حسب احتياجاتهم التواصلية.

بينت الحالات أنه من الممكن تطوير اللغة والذكاء بدون الاعتماد على عمل حسي-حركي مألوف[8].

الأنوكسيا

يتعلق الأمر بحوادث الولادة التي تؤدي في الحال بموت حادة كالتشنجات وضيق قلبي-رئوي أو إصابات شبه حادة تعرقل المدة ما بعد الولادة.

تلاحظ D. TRUSCELLI ميجان،الذي يدوم ليلا و نهارا، دون تسكين ممكن، أو بالعكس حالة نعاس أو حالة "هدوء كبير" أثناء عدة أسابيع[9].

حسب نفس الباحثة، فإن الأطفال المصابين حركيا، لديهم تواصل ثري من حيث المعنى. بالنسبة لاستعمال الكلام، تظهر نتائج الاختبارات مشجعة. غير أن الإكتسابات المدرسية بطيئة، صعبة و محدودة.

الخدائج

تعرف على أنها ولادات قبل 37 أسبوع من الحمل، فهي تبقى خطر كبير للمولود، كونها مرتبطة بالضعف العضوي للرضيع في الأيام الأولى من الحياة.
ما يجب تحديده هو أن المعاقين حركيا عصبيا الخدائج لديهم اضطرابات فمية-وجهية إذا كانت إصابتهم الدماغية شلل رباعي.

أيضا فإن أمراض Little تصحب نادرا باضطرابات اللغة الشفوية. نلاحظ خاصة: اضطرابات براكسية، صعوبات في تنظيم الزمان و المكان، صعوبات في اكتساب الدقة في المفردات[10].
بعد اليرقان، الأنوكسيا و الخداج، تشير D. TRUSCELLI إلى سبب ما قبل الولادة ثابت.

الإعاقة الحركية العصبية ذات المصدر ما قبل الولادة

هنا، يتعلق الأمر بالأطفال الذين يعانون من اضطراب دماغي. في هذه الحالات، المولود بعد مرحلة قصيرة، يظهر حالة أولية حسنة. هذه يقال بأنها حالة مرضية قبل الولادة قد جاءت، هذا ما يؤدي إلى القيام بفحوصات مكملة.
في بعض الحالات، نكتشف تشوهات أو إصابات عصبية و لكنها غالبا غير مفسرة. تطورها فقط يسمح باعتبارها حالات مصابة بإعاقة حركية عصبية.

أكدت أبحاث جديدة دور نقص الأكسجين عند الجنين أو أثناء ولادته في حدوث إعاقة حركية عصبية. ولكن هذه الحدوث أصبح أقل أهمية مما كان عليه في سنوات الـ 80 إذ أصبح يفسر فقط 15% من الحالات العصبية المزمنة[11].

إصابات دماغية أخرى

تذكر:

- عدة أمراض تشوهية للجهاز العصبي المركزي (عرض JOUBERT مثلا).
- أمراض عصبية أيضية.
- أمراض عصبية انحلالية.

تذكر الباحثة D. TRUSCELLI، الباحث ZIEGLER و رفقاؤهما أن ينقلون أن الأمراض العصبية يمكنها أن تؤدي نفس العناصر في اضطرابات اللغة الشفوية التي هي نفسها عند المصابين بإعاقة حركية عصبية، و بالتالي فإنها تستفيد بنفس العلاج[12].

العلاج النصفي و اللغة

عندما يتعلق الأمر بشلل نصفي فطري أيمن أو أيسر، لا يظهر الأطفال (بغض النظر عن أي اضطراب حول الولادة مذكور) اضطراب في الكلام، و لكن هذا الأمر نفسه بالنسبة للغة

يجب أن نذكر بأن هذه الإصابات الخلقية عند الأطفال معروفة أنها تظهر بعد:

- حمل دام مدة عادية.
- ولادة عادية.

رغم ظهور إصابات واضحة في المصورة العصبية، فإن فحص خفيف قد يؤدي بالاعتقاد أن اللغة غير مصابة[13]. ولكن في مرحلة مبكرة (في سنة أو

سنتين و11 شهر) بالنسبة لإصابات قبل أو عند الولادة فإننا نلاحظ و بصفة واضحة تأخر في المفردات (التعبير و الفهم) و IRM عند 27 طفل درس دراسة مطولة[14].

يعتقد أن تأخر اللغة راجع بـ 16% إلى 23% للشلل النصفي بينما فهم اللغة يعرقل بنسبة 10% مهما كانت الجهة المصابة[15].

إضافة إلى IRM، فإن الأمر يتعقد لما يصاحب IRM نوبات صرعية معقدة في الطفولة المبكرة. بصفة عامة فإن الشلل النصفي ليس بإعاقة بسيطة. يجب معرفة كذلك أن الاضطرابات البصرية-المكانية غالبا ما تكون موجودة[16].

الدراسة الفيزيو-مرضية

يبدو واضحا أن طوال IRM الفصل، فإننا نرجع في كل مرة، إلى D. TRUSCELLI التي عرفت إحاطة كل ما يرجع إلى الجانب العيادي لإعاقة الحركية العصبية.

بIRM، في الجانب الفيزيومرضي، فإنها تتطرق إلى دور المصورة العصبية، في IRM المستوى نقف عند النقاط التالية:

- المصورة العصبية (IRM) تؤكد التشخيص فيما يخص الاضطرابات الحركية.
- في مجال اللغة، المصورة العصبية ليس لها إمكانيات التنبؤ أحسن من الملاحظة العيادية للتطور.
- IRM إصابات واسعة يمينا أو يسارا لم تمنع أطفال مصابين بشلل نصفي فطري بتطوير اللغة لديهم بينما المصابين بتأخر اللغة الحاد

(dysphasiques) الحقيقيين ليس لديهم عموما إصابات واضحة. بعد JRII دائما D. TRUSCELLI تذكر العلاقات بين الكلام المضطرب واللغة، لنا أيضا نقف عند النقاط التالية:

- الاضطرابات الحركية لها تأثير على الكلام، ثم اضطرابات اللغة، تصاحب JRII بما أن المشكل عصبي.

ثم يطرح تساؤلين:

1- هل يمكن أن يتطور الوعي الفونولوجي عند المصابين باضطراب حاد للكلام؟

2- على أي أساس يتطور البناء اللغوي الداخلي عند غياب كلي أو تقريبا كلي لكل إصدار صوتي؟

هما يؤدي إلى التفكير حول أشكال نظرية لهذه التساؤلات.

في الأخير، بالنسبة للخطورة المتغيرة للاضطرابات D. TRUSCELLI تقترح بضرورة التحقق من صحة العمل الفمي-البلعومي و القيام بفحص للنطق، للكلام و اللغة في الحالات التالية:

- أتيتوز مزدوجة.
- شلل نصفي مزدوج.
- حالات خطيرة تمس كل الجسد.
- شلل نصفي أحادي و شلل نصفي ثنائي.

الجهاز الفيزيائي و التنظيمات العصبية للفرد العادي

نواصل عرضنا النظري للأعاقة الحركية العصبية من خلال شكل D. TRUSCELLI دائما التي ترجع الى المرة إلآ القدرات التي تظهر عند الأطفال العين لديهم جهاز عصبي عادي[17].

الحركة يتعلق الأمر في البداية بالسياق الفطري، التنظيم، الحركة و القدرة نقف عند النقاط التالية في النظام المجال:

- النظام الحركات معقدة موجودة أثناء الأكل تعتبر مهمة للنطق و الكلام.

- الطفل العادي لديه مصاص عادي منذ الولادة، يتعود بسرعة على الأكل الصلب باستعمال اللسان.

- يتعلم الطفل الشراب في الكأس عند انتقاله من الرضاعة إلآ الكأس.
- تسهل الى الكفاءات بواسطة برامج حركية فطرية أين تحسن البعض منها بفضل التجربة.

- يمكن عند الأطفال الصغار التحقق من النظام في الأيام الأولآ من الحياة: حركات اللسان تتبع الإصبع داخل الفم عند الإلتقاء بحد أطرافه نحو جدار الحنك، جاهزية اللسان نحو الشفتين، المص بدون تسريب الهواء...

- الرضيع بكفاءة أكبر يستطيع انقباض الشفتين بقوة خاصة عندما نحاول سحب الرضاعة التي لا يريد تركها.

- أخذ الأكل من الملعقة.

- قبU قطرات الحليب أو فتات الأكل من الشفتين و عدم رميjا إلآ الخارلا.
- بصفة عامة الطفل يعرف عدم التعرU للمسالا الخاطئة و السعال للتخاص.
- أخيرا، jNنا سيلان بسيط للعاب، حسب خرولا الأسنان و المشاكل المحلية الأخرى.

من ناحية الإنتالا الحركي للكلام نقف عند النقاط التالية:

- اللغة jNي تركيب السلوكات الصوتمية و النطقية.
- عند إصدار و لو كلمة واحدة، يجب علآ الفعل أن يكون دقيق و سريع مع تتابع معقد للحركات التالية:
- فتO و عlق الفم.
- انتقال اللسان لlمام إلآ الخلف حسب طريق عمودي.
- الإيقاY التنفسي للرضيع أسرY منN عند الطفل الكبير، يمنع كل إصدار صوتي مطول.
- من أجل jRNا، الطفل يجب أن يتعلم أن يزفر مطولا ثم يكون الشjيق بصفة تدريجية.
- التطور الطبيعي يqدي بالطفل العادي إلآ مراقبة قوة وضعية العضلات التنفسية و تحسين تنlيم التنفس.
- علآ مستوى الحنجرة، يتطلب الصوت اjNتزاز الأحبال الصوتية التي تتطلب التصاق جيد.

- يتغير الصوت الآتي من الحنجرة عبر البلعوم والفم، كما شدتها مرتبطة بشدة تحت المزمار.

- حركة الحنك، اللسان، الخدين، الشفتين، تسمح بتصدار الفونيمات.

- الصائتات الغير الأنفية تتشكل بفضل تجويفين فمين أين اللسان يبين الحد، مع إشراك الشفتين أو تمديدها بصفة واضحة.

- هبوط الحنك يسمح بالغنة.

- تصنف الصوامت حسب الاحتياجات الحركية للنطق من شفوية، نطعية-حنكية، لهوية...
- تكون بعض الصوامت جرسية (مع اهتزاز حنجري) و أخرى غير جرسية (غياب الاهتزاز الحنجري).
- إصدار المقاطع يتطلب تتابع حركات سريعة، هذا ما يفسر عند العديد من الأطفال العاديين، الميل إلى التسهيلات إلى غاية 3-4 سنوات.

- أخيرا، النشاط العضلي للنطق يرتبط بصفة كبيرة بالجانب الوراثي الذي هو نفسه متعلق بالنشاط السمعي-الصوتي الذي يتطور بعد الولادة بفضل الوسط اللساني والتعلم القنوزي-البراكسي[18].

بالنسبة للفرد العادي دائما، نتطرق إلى جانب ثالث، و هو الكفاءات الفطرية واللغوية هذا النقاط الأساسية التي نتوقف عندها:

- قبل أن تتخذ الإصدارات الصوتية معناً اللغة، يتمرن الرضيع تلقائيا ويصدر مبكرا مجموعات من الأصوات تقريبا متسلسلة التي في حوالي الأسبوع السادس تكون إجابة لتشجيعات المحيط.

- تظهر الإصدارات الصوتية ابتداءا من الشهر الثاني للنشاط العضلي العام و تنتشط أكثر في فترات الهدوء.

- حركات الشفاه، قبل و بعد الرضاعة، مضافة إلى وضعية ارتخاء للفم تشجع إصدار الأصوات المنطوقة على مستوى الشفاه، ابتداءا من 24 أسبوع.

في نفس الفترة، تظهر الصامتات: عبارة عن تركيب للأصوات مع نغمة متطابقة. كل هذا من أجل إصدار مقاطع معادة بفضل تشجيع الوالدين.

- هذا بداية لتقطيع اللغة.

- الصوت و كذا الصراخ معمول بصفة الصعود كنداء بصفة سريعة للأم مع خطورة السقوط المفاجع للأصدار في الإنخفاض إذا كانت القدرات نحو الحاد قد اجتازت.

- للرضيع قدرات سمعية محيطية و مركزية بدونها لا يمكن أن يكون كلام.

- نتحدث عن كفاءة فطرية للتعرف عن المقطع و تتميز الكلام ابتداءا من ضجيج صوتي، و التعرف عن مصدرها.

- هناك استجابة صوتية للرضيع إلى إماءات أمه تتكد بصحة المعلومات البصرية في العلاقة معها ابتداءا من الشهر الثالث .

- بفضل نجاحاتها، يدخل الرضيع قبل 08 أشهر في مرحلة ما قبل اللغة، بنضج بيولوجي لمختلف الأنظمة الخاصة و لكن أيضا بتأثير حوار حقيقي بين الأم وطفلها.

- نحو 14-15 شهر، تظهر الحروف التسريبية و تتوضع إلى غاية السنة الرابعة.

- تظهر التطورات تحت تأثير رغبة الطفل الشديدة في إعادة ما يسمعه.

- أخيرا يدخل الطفل في اللغة مع بقاء أثناء بعض الأشهر للمناغاة والرطانة ثم تظهر الكلمات الأولى[19].

الجانب الأخير الذي نتطرق إليه عند الفرد العادي هو التواصل و التفاعل[20].
هنا أيضا نقف عند النقاط التالية:
- اللغة بدون صوت المحتوية في الإشارة تعتبر أداء تواصلي من الطفل الذي يبحث عن التفاعل مع نفسه بإيماءات توحي بالفرح أو الحزن.

- إنه من الضروري المعرفة الجيدة للمراحل المتتالية للاكتسابات والاختلافات بين الأفراد.

- أخيرا، يجب معرفة الفرق بين ما هو راجع إلى خلل عصبي مزمن وما هو راجع إلى تأخر في اكتساب اللغة، هذا الأخير يعد وظيفي مؤقت ولكن أكثر حدوثا.

الخطوط الأساسية للفحص العصبي

تتطرق D. TRUSCELLI إلى طريقة عامة تحتوي على تقييم مزدوج للأضرار الناتجة و القدرات المحتفظة، المرحلة تأتي بعد تشخيص إصابة مركزية. أيضا يجب على الفحص أن يكون شاملا، على الأطراف،العمود الجسدي و الفم و البلعوم، مع الأخذ بعين الاعتبار الأعراض المتعلقة بالجدول الهرمي و الخارج الهرمي.

حسب D. TRUSCELLI دائما، النظرية الحالية للتنظيم الحركي-العصبي للطفل تؤدي بنا إلى البحث عن الميكانزيمات الفطرية المباشرة التي عليها تتطور الكفاءات المستقبلية.

درجة ضرر الميكانزمات الفطرية هي التي تنبأ بخطورة النتائج و تسمح بوضع "تنبأ" حول الخطوط و الحدود الخاصة بالاسترجاع.

أخيرا، قبل التفكير في المستقبل الحركي للطفل، نأخذ بعين الاعتبار عنصرين:

1- الجهاز الأساسي غير مضطرب كثيرا لكن الحركة غير جيدة نستطيع أن التخيل أن سلوكات أتوماتيكية محتفظة تستطيع القيام ببعض العمليات البراكسية.

2- التعليمات الوظيفية التي اعتنى بها في إعادة التربية تأخذ على أنها أتوماتزمات ثانوية، فالانتقال من الإرادي إلى الأتوماتيكي هو المطلوب، و لكن هو الأصعب ومع أنه الوحيد الذي يحرر الطفل حركيا عصبيا من العراقيل التي تحتم عليه اشترا أعمال بسيطة قبل القيام بعمل معقد[21].

من جهة أخرى، و دائما فيما يخص بالجانب العصبي، نتطرق فيمايلي إلى الإضطراب المركزي للفم-البلعوم (oropharynx).

الإضطراب المركزي للفم-البلعوم

إنما نقصد فحص المحيط الفم- الصوتي الذي غالبا ما يفتقر إلى الجدية المرادة. بالفعل يقترح أنه يجب على المختصين الأرطوفونيين أن يتعلموا دراسة مجمل اضطرابات الأكل، كما هو الحال بالنسبة لإضطرابات اللغة[22]. تذكر إنما وظيفتين أساسيتين: الأكل و البلع.

التغذية-البلع

عندما تتأثر الإصابة العصبية عند المولود، فإن الميكانيزمات المنظمة للتغذية و البلع هي التي غالبا ما تتأثر بصفة واضحة. هذا ما يطغى في الجدول العيادي أثناء الأسابيع الأولى حسب D. TRUSCELLI، ويقدي بالقيام بعملية "الإشباع" (gavage) في مدة متغيرة حسب C. SENEZ.

في هذا الإطار، C. SENEZ (التي أشرفت على بحثنا في مستشفى LA TIMONE خلال التربص التطبيقي الذي أجريناه حول الإضطرابات الغذائية عند الطفل المعاق حركيا عصبيا) تفسر أن الأطفال المصابين عصبيا والذين مروا على مرحلة "الإشباع" عند الولادة، ثم بدى لديهم مص ضعيف أثناء الرضاعة، سيبقوا على وجود انعكاس مغ+ أمامي في الفم لما يتقدمون في السن.

ينطلق الانعكاس المغ عند دخول أي قطعة من الأكل ما يعرقل في الانتقال إلى الأكل الصلب.

فالشور تمر وعملية الغاء تبقى صعبة جدا. فالوالدين يقرون بالتعب الذي يعاني منه الرضيع، و أما أيضا، بعد ساعات من أجل بلع الرضاعة، مع الإحساس بالتقيء والبكاء أثناء العملية.

من أجل SVENDSEN تقترح أنه قبل وضع التشخيص لتعاقة الحركية العصبية عند الرضيع، فإنه يجب القيام بفحوصات خاصة بالأشعة للبحث من إصابات بلعومية-فمية، الإرتداد. خاصة الأخير يمكن أن يصحب الإضطرابات الحركية و يشكل مشكلة إضافية إذا لم يشخص و يعالج[23].

بالفعل، فإن الارتداد المعدي-المريء له مسؤولية واضحة في الكثير من المظاهر التنفسية خاصة.

الارتداد المعدي-المريء قد يظهر عند الأطفال بصفة إمتلاء القصبة الرئوية، مرض الرئة و القصابات بصفة متكررة، إلتهاب الحنجرة...أو بصفة مظاهر فمية: إحساس بالقيء، تقيؤ، صعوبات البلع...

من هنا إذا اعتبرنا دور الإرتداد المعدي-المريء (بمظاهره التنفسية والفمية) في اضطرابات البلع، C. SENEZ ترى بأن كون المنعكس المغ لا يزال أمامي جدا، يمكن الاعتقاد أن ظهوره يؤدي بفتح انعكاسي للجزء السفلي للمريء الذي يحدث الإرتداد المعدي-المريء[24].

في نهاية الملاحظات، نرجع إلى فكرة ضرورة الفحص الذي يجب أن يحتوي عند الطفل على زمن الملاحظة للتجويف الفمي-البلعومي و لسطح الفم في الراحة و أثناء العمل.

أولا، تدرس إمكانيات حركة اللسان و الشفتين، فالقيام ببلع كميات قليلة للسوائل و بحذر أو بإدخال قطعة صغيرة من الحلوى أو أيضا إقتراب مصاصة.

يجب الإعتراف بأن مجرد توجيه حركة الشفتين العمليات الذي وضعها LESPARGOT، يحسن عملية فتح الفم و إخراج الشفتين إلا أنه نستطيع بالعكس ما كنا ننتظره، إطلاق مهارة تلقائية على العكس كخروج مبالغ اللسان أو رجوعه بصفة انعكاسية عند اقتراب الملعقة.

كما يمكن ملاحظة حركة مبالغة لفتح الفم التي تنتشر إلى العضلات المحددة للرقبة.

يجب الإشارة أيضا إلى ضعف حركة الشفتين التي يصعب عليها شد الثدي ذر الرضاعة رغم جهود الرضيع و كذا نقص عمل اللسان أثناء عملية المضغ رغم الحركات الجانبية للفكين.

بقاء فتات الأكل الصلب الذي يتبلل باللعاب يبقى تحت الأسنان أو يلصق في اللثاة على حافة ما يطرح الرأس بقوة إلى الوراء فيسقط الأكل نحو البلعوم[25].

من جهة أخرى، D. TRUSCELLI تقترح جس عضلات سطح الفم ودراسة الحركة الجانبية للفك السفلي.

الهدف هو البحث عن التقلصات المختلفة جدا عن التي تلاحظ عند الأفراد العاديين في مختلف أوقات البلع.
يمكن أن يتعلق الأمر بصعوبات في الارتخاء بعد تقلص وظيفي، بنقص حركية العضلات المحلية بالنسبة لعضلات الجسد و الأطراف. تستطيع عملية فتح الفم اتباع كل حركة منجرة في مستوى باقي الجسد إلا عملية تقلص الرقبة.

يجب تسجيل أن الفتح المكرر للفم قد يؤدي إلى شبه انفكاك الفك. أيضا، نسجل تعقدات مرتبطة بالإثارة أثناء الضحك أو البكاء، قد تصل حتى العض الثرادي للشفتين أو الجهة الداخلية للخنكين بصفة مؤلمة مع أحيانا عدم القدرة على الترك. بالإرتخاء يتحصل عليه عامة بواسطة عمل غير مباشر ومثبط وليس بالضغط على الفتح الذي يحث أكثر على الحركة الغير العادية.

تواصل D. TRUSCELLI الدراسة بفحص الوظائف المعقدة كالإمتصاص وتمرين النفس الفمي المختلف عن النفس الأنفي حوالي ابتداءا من السنة الرابعة. هنا أيضا نذكر دراستنا في إطار عمل خاص بما قبل إعادة التربية.

من هنا من أجل تحريض الطفل على مراقبة نفسه، هناك سلسلة من الألعاب المستعملة: الأولى تخص خاصة القوة (النفس على كبريت، شمعة،...)[26].

والأخرى تسمى بمراقبة النفس على أساس أن يكون متواصل و بدون تقطعات. يشير G. TARDIEU أن النفس مراقب و منسق بفضل الإمتصاص[27].

الأخيرة تدرس إن لتقييم تناسق شرايين الحنك، اللسان، الخدين و الشفتين. تسمى أيضا مراقبة عملية المضغ أين الطفل أن يكون في حالة إرتخاء. أخيرا الأطفال المعاقين حركيا عصبيا يمكن أن يكون لديهم تأخر براكسي مبرر من طرف الصعوبات الحركية.

المسالم الخاطئة

كثيرا ما يرتبط الأطفال المصابين نفسهم و كذلك محيطهم لأن المسالك الخاطئة يمكن أن تخلق حالة امتلاء رئوي مزمن.

يمكن تفسيرها عن طريق مختلف الإضطرابات التي تعرقل تناول الأكل السائل ثم الصلب الذي يصعّب مضغه، سوف تعرقل الحركات من الأمام إلى الخلف اللازمة للنشاط الإنعكاسي لما وراء الحلق.

هذا، فإن بعض المعوقين حركيا عصبيا المعرضين كثيرا يفضلون الصوم عوض التعرض للمشاكل أثناء الغذاء، آخرين يمكن أن يتعرضوا الحالة عطش شديدة أمام حنفية، إذا كان المحيط يخاف الصعوبة، يفسر LESPARGOT الذي يذكر أن من الأزمنة الثلاثة للبلع (فمي-بلعومي-مريء) فإن الزمنين الأخيرين الانعكاسيين غير مضطرين عند المعوق حركيا عصبيا بينما الزمن الفمي نجدها أكثر اضطرابا[28].

LESPARGOT دائما يتعمق أكثر في تفسير مفهوم المسالك الخاطئة:

بداية، عدة عناصر تعد ضرورية لسماΘ العمليات المتتالية المنظمة لوضعيات الرأس والرقبة، حركات الشفاiا وسطO الفم ما يؤدي إلآ جاRبية الأكل إلآ عناية الموقع الإنعكاسي البلعومي.

انطلاق المنعكس يستلزم اتصال واضO بالمناطق المناسبة برجوY اللسان إلآ الوراء أو بتراجY سطO اللسان إلآ الجدار الخلفي للبلعوم. وiNناا عدة أنواY للمسارا الخاطئة، إما مباشرة بعدم وجود احتكاا انعكاسي، إما بوجود زمن طويل جدا بين تدريج الغRاء و انطلاق المنعكس. يجب تسجيل تكرارiN وUjورiN في بداية و نiNاية الغRاء، كJRا تؤثير التعب.

أخيرا، يجب التؤكيد علآ UiNرة مiNمة و jNي المسارا الخاطئة الخاصة بالقصبة الiNوائية التي لا تUiNر بصفة عادية كمثلا YRJ الحلقوم أو سعال شديد. يتعلق الأمر بتحفيز قوي للتقلصات كJRا نؤكد كثيرا علآ المخاطر التي توقعiN وضعية الرأس للوراء أثناء الأكل.

يجب الاعتراف أن معUم الأولياء يتعودون بجiNل علآ ijRNi الوضعية الخاطئة للرأس إلآ عناية تجاiNل خطر المسارا الخاطئة[29].

سيلان اللعاب

يفسر iRNi الإضطراب بتصاب عضلات سطO الفم، نقص التقاص في الوقت المناسب لنفس ijRNi العضلات و كRا ضعف غلق الشفتين[30].

التنفس

معظم الأطفال المعاقين حركيا عصبيا لديهم اضطرابات تنفسية.

يمكن تسجيل شهيق قليل العمق و حتى و لو كان كافي فإن الزفير يتقطع لأن الحجاب لا يرتخي تدريجيا. تشير D. TRUSCELLI[31] إلى أهمية استقرار الكتف. من أجل G. TARDIEU يستعمل 04 تقنيات التي وصفناها بصفة واضحة في عملنا في إطار الماجستير، نعيد ذكر واحدة منها و يمكن للقارئ المهتم بالموضوع أن يطلع مباشرة إلى المذكرة[32].

"يوضع الطفل على الجانب الأيسر، الأطراف السفلى ملتفة، بواسطة يدنا اليمنى نحرك الكتف الأيمن للطفل و باليد اليسرى رأس الطفل".

الهدف هو البحث عن الإرتخاء ثم استقرار أحسن للوضعية عندما نتحصل على ذلك، نبحث عن الحصول على صوت أقوى ثم نطق أحسن.

إضطراب الأذن، الأنف و الحنجرة و الأسنان في الأرطوفونيا

يجب التذكير مرة أخرى بضرورة سلامة المسالك التنفسية العليا لأن اضطرابات حاد كان أو مزمن يحفز فتح الفم و يزيد من سيلان اللعاب[33].

السمع

إنه من الضروري مراقبة نوعية السمع عن الأطفال الذين كانت لهم مشاكل عند الولادة.

تشير D. TRUSCELLI أن قبل نهاية السنة الأولى، إذا كان الرضيع يعاني من اضطرابات حركية، يجب معرفة ما إذا كان إدراكه السمعي سليم لأن من الملاحظ في الكثير من الحالات أن الاستجابات إلى التنبيهات تكون ناقصة[34].

اضطرابات الحركة الخاصة بإصدار الكلام

يقصد خاصة بالفونيمات نادرا لاضطرابات الحركة المؤدية إلى تأثر الكلام.

بعض الاضطرابات تعرقل إصدار المصوتات بصفة سليمة و ذلك بسبب عدم استقرار اللسان و الشفتين[35].

بالنسبة للصوامت، تكون المحاولات الخاصة بنطق البعض منها أو نطق المقاطع دائما فاشلة.

ذلك يتعلق الأمر بتراجع انعكاسي للسان عند محاولة الضغط الأمامي مما يؤدي إلى تحويل [t] إلى [k].

بالرغم من أن الطفل قد تعرف على الشكل الحركي للنطق و لديه نفس كافي، إلا أنه لديه نقص في التحكم في الوضعية لإصدار الصوامت التسريبية. أيضا، تواجد عرض مخيخي يؤدي إلى تبديل الفونيمات الصائتة إلى فونيمات مزمومة.

نجد الزمس خاصة عند المعاقين المتميزين بالأتيتوز.

العمل الحنجري- التنفسي

تشنج المزمار- الأنفية

النقاط الزمامة التي يجب على الأرطوفوني معرفتها:

- في الأشكال الديستونية (اضطراب النشاط العضلي) اضطراب النطق يشترك إلى الاضطرابات ذات المصدر الحنجري-التنفسي:
  - صوت متقطع
  - صوت متغير
  - نفس ناقص
  - مجرى ثقيل

- في الأشكال التشنجية، يكون الصوت ضيق، أنفي مع اضطرابات نطقية عادة يدرس عمل الحنجرة عند إصدار [a] بصفة مطولة.

إذا كان الزفير أطول من [a]، يعني أن التشنج المزمار و بالتالي يمكن تفسير:

- خشونة الصوت عند الإصدارات الأولى للطفل الصغير.
- غياب النغمة.

من الناحية الفيزيولوجية صوت متقطع غير ناتج دائما عن اضطرابات تنفسية و لكن غالبا ما ينتج عن تشنج الحنجرة. أخيرا فإن الأنفية تغلب فتؤدي إلى عدم وضوح الكلام[36].

البراكسيا و الفنوزيا

يجب تسجيل نوعية البراكسيا الوجهية-الشفوية- اللسانية بالنسبة للسن.
يلخصها G. TARDIEU بصفة عملية:

البراكسيا اللسانية

لكي ينطق الفونام بصفة صحيحة يجب أن يكون الناء تكامل جيد للمعلومات الآتية من الأذن الوجه و اللسان.
هذا يعني أنه يجب على الطفل أن يكون له تطور ايجابي للفنوزيا السمعية الوجهية و اللسانية، هذا ضروري لكن غير كاف.

يجب أيضا أن لا يكون له اضطرابات حركية أساسية تمنعه من إصدار كلمة إذا افترضنا أن الطفل المعاق حركيا عصبيا ليس له هذه الاضطرابات المذكورة يمكن أن يكون لديه اضطراب في فكرة الفعل: اضطراب براكسي[37].

من أجل دراسة هذا الفعل البراكسي نستعمل اختبارات التعبير النطقي G. TARDIEU يقترح اختبار البراكسيات اللسانية بالتقليد.
يجب الإشارة أن اضطراب حركي حاد يمنع كل تعبير للقدرات البراكسية، هذا يؤدي إلى صعوبة التمييز بين اضطرابات الحركية و عسر البراكسيا.

القنوزيا اللسانية

يذكر G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER أن دراسة الأخطاء الميكانيكية عند الطفل المعاق حركيا عصبيا فقط غير كافية، بل يجب دراسة أيضا القنوزيا على مستوى الوجه، الخدين و الشفتين.
إلا أنه من الصعب دراسة القنوزيا اللسانية عند المصابين بصفة حادة.

النتائج على التواصل

تذكر D. TRUSCELLI أساسا اضطرابات النطق (الديزارتريا) التي تصاحب الإعاقات ذات المصدر المركزي مهما كانت الدرجة[38].
فهي صعوبة للفرد نفسه و كذلك العنصر الذي يضاعف مخاطر الإعاقة الاجتماعية.

السماح إلى ديزارتري كبير يخلق انزعاج لأن اللغة ضياع للمراجع المعروفة للتواصل اللغوي.
يجب على المستمع أن يبذل جهد للوصول إلى فهم كلام الديزارتري لكن اللغة ليس من السهل و لكن التدريب يحسن بسرعة اللغة الحالة.

فبعض المختصين لهم قدرة كبيرة لتحليل الإنتاجات بحساسيتهم لنشاط الحديث . بعد اللغة يتعلق الأمر بدراسة أو فحص اللغة بالصفة التي وضعتها C. CHEVRIE-MULLER[39].
اللغة نلاحظ أن التعيين على الصور مثلا يمكن أن يكون ممكن أما التسمية فتظهر مشوهة كثيرا.

الجانب التطوري يتطرق إليه أيضا بالفعل، فإن مع السن بعض المعاقين حركيا عصبيا المتمرنين يستطيعون الوصول إلى التحكم في بعض الوظائف و لكن ليس كل اللازمة للكلام.

فالمصابين بالديزارتريا بفضل رعايتهم الشديدة للتحدث يستطيعون الكلام لكن بدون تحكم في النفس دائما قصير، و لا في العمود الجسدي و لا في النطق.

بعض المصابين على مستوى الأطراف الأربعة أين يكون التعبير ممكن لكن مضطرب يتطورون تطور لساني فقير بينما الذكاء بصفة عامة بدون شلل يبقى سليم.

بالتالي فالاضطراب يصيب على المستوى الفونولوجي و على مستوى إصدار الكلمة. من جهة أخرى، إذا لاحظنا الطفل في مجمله فحص اللغة هو أيضا فحص طفل له قصة شخصية و عائلية التي تتطور مع الإعاقة.
يتساءل المختص حول مستواه الاستقلالي الذي يشكل الوسيلة الأحسن لتقييم كفاءاته في التحكم الذاتي و النفسي.

أخيرا، أمام دراسة اضطراب اللغة يجب دراسة أيضا الوظائف العليا الأخرى.

العين و الرؤية

يقصد خاصة بالحول الموجود بكثرة عند العديد من المعاقين حركيا عصبيا رغم سلامة الرؤيا و الوضعية المستقيمة للعينين، يجب ملاحظة كيفية النظر والتتابع النظري بسرعة بطيئة و سريعة. المتعرضين الأكثر هو الخطر[40].

فحص الكفاءات المعرفية

تلاحظ D. TRUSCELLI إلى الطرق المختارة بالنسبة لإعاقات الطفل[41].

- حتى سنتين

يتعلق الأمر بتقييم الكفاءات العامة بالملاحظة العيادية للطفل أمام وسائل علبة GESELL (1961):

- مكعبات صغيرة.
- حلقة-خيط-كرس.
- خشبة و قطع- صور.

من جهة، معطيات التحقيق مع الوالدين تعد مساعدة ثمينة للتفريق بين الكفاءات لنا يجب الأخذ بعين الاعتبار لرنقاط النقاط:

- مرحلة استقرار الشيء تكون مقبولة مع أقل قدر ممكن من حركة الذراع.
- إدخال قطعة في حفرة بصفة صحيحة بالرؤيا و اليد.
- لنا بعض الأطفال بسبب فشلهم في الاختبارات يعتبرون معاقين لغويا خطأ بينما هم معاقين حركيا عصبيا.

- من سنتين إلى 06 سنوات

رغم العراقيل الحركية يمكن ملاحظة الطفل و هو يلعب، من لنا يمكن تقييم النشاط الرمزي و تطوراته.

- بعد 6 سنوات

يعد Wisc-III أداة مستعملة بصفة جزئية، و لنا يجب معرفة بعض الحدود:

- التعب عند الأطفال.

- صعوبة في تفسير إجاباتهم الشفوية.

تقييم الصعوبات الانفعالية و اضطرابات السلوك

يتعلق الأمر بالمشاكل المرتبطة بإعلان الإعاقة التي تثير عندما يعي المصاب اضطراباته الأساسية في لغته الشفوية بالإضافة إلى اضطراب المشي.

فالمشاكل الحركية و تأثير الإعاقة على الجانب النفسي تعرقل التطور النفسي-العاطفي ثم اللغوي[42].
فيعرف الطفل المعاق حركيا عصبيا فترات توتر أين يعي بصفة أليمة الفرق بينه و بين الآخرين مهما كانت الشدة رغم وجود أجهزة للتواصل التي تعد بتسهيل الكلام فإنها لا ترفع فترات اللامبالاة التي تلد شكوك في التعلم.

أخيرا أمام حالة صعبة يجب طلب إعانة نفسية خاصة إضافة إلى إعادة التربية.
إلا أنه من الصعب ايجاد أخصائيين او أطباء نفسانيين يريدون تعلم فهم الكلام المضطرب عند المعاقين حركيا عصبيا!

بهذا المنظور العلاجي سنتطرق إلى الجانب الخاص بالكفالة، موضوع الفقرة الموالية.

الهوامش :

1- TRUSCELLI D., *Syndromes lésionnels précoces: infirmité motrice cérébrale*, in : *Le langage de l'enfant - aspects normaux et pathologiques* - , MASSON, Paris, 2000, p.236.

2- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 236.

3- SALBREUX R. et coll., *Typologie et prévalence des handicaps sévères et multiples dans une population d'enfants*, Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, n° 27, 1979, pp. 5 - 28.

4- RUMEAU-ROUQUETTE C. et coll., *Prévalence des handicaps. Évolution dans 3 générations d'enfants*, Grandes Enquêtes, éd. INSERM, Paris, 1994, in : Le langage de l'enfant- aspects normaux et pathologiques - Masson, 2000, p. 236.

5- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 237.

6- BOUAKKAZE S., *Rééducation fonctionnelle de l'enfant infirme moteur cérébral par l'orthophoniste: prise en charge des fonctions facilitatrices de l'émission de la parole*, Mémoire pour le Magister en orthophonie, sous la direction de N. ZELLAL, IPSEO, Université d'Alger, 2000, 226 p.

7- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 237.

8- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 237.

9- TRUSCELLI D., loc. cit., pp. 237 - 238.

10- LACERT P., *Le lexique des anciens prématurés*, Annales de Réadaptation et de et de Médecine Physique, n° 81, 1988, pp. 295 - 299.

11- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 238.

12- ZIEGLER A. L. et coll., *Hidden intelligence of a multiple handicapped child with Joubert Syndrome*, Developmental Medecine and Child Neurology; n° 32, 1990, pp. 261 - 266.

13- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 238.

14- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 238.

15- Picard A., *Troubles du langage oral et écrit*, Actualités de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, n° 8, 1984, pp. 111 - 115.

16- BARBOT F., *L'hémiplégie: handicap léger? Motricité Cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement*, n° 14, 1993, pp. 37 - 42.

17- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 240.

18- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 240.

19- TRUSCELLI D., loc. cit., pp. 240 - 241.

20- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 241.

21- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 241.

22- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 241.

23- SVENDSEN F. A., *Pour un dépistage et un traitement précoce du reflux gastro-oesophagien chez l'enfant arriéré profond polyhandicapé*, Motricité Cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement, n° 5, 1984, pp. 23-75.

24- SENEZ C., *Alimentation - Déglutition - Mastication de la personne polyhandicapée*, Stage des 17, 18 et 19 mars 1993, p. 53.

25- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 242.

26- BOUAKKAZE S., loc. cit., pp.130 - 136.

27- TARDIEU G., *Les feuillets de l'IMC*, Paris, Chapitre VI. M4, p. 17.

28- LESPARGOT A., *Les fausses routes trachéales chez l'enfant IMC ou polyhandicapé*, Motricité cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement, n° 10, 1989, pp. 141 - 160.

29- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 243.

30- LESPARGOT A., *Neuf questions à poser aux parents d'IMC*, Motricité Cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement, n° 15, 1994, pp. 113 - 119.

31- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 244

32- BOUAKKAZE S., loc. cit., pp. 148-149.

33- GINISTY D., METTOUDI J. D., WOLFFSHEIM D., *Prise en charge stomatologique de l'enfant handicapé*, in: Le polyhandicap, Ponsot G. (Ed.), Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI), Paris, 1995, pp. 217 –222.

34- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 244.

35- BOUAKKAZE S., loc. cit., pp.154 - 155.

36- SENEZ C., *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies acquises*, SOLAL, 2002, p. 166.

37- HANNEQUIN M., *Quels soins dentaires pour le polyhandicapé*? Colloque, Clermond - Ferrand, 1994, pp. 103 - 112.

38- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 247.

39- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 247.

40- MAZEAU M., *Déficits visuo-spatiaux et dyspraxies de l'enfant – du trouble à la rééducation* -, MASSON, Paris, 1996, p. 30.

41- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 248.

42- TRUSCELLI D., loc. cit., p. 248.

2.I- الكفالة العلاجية

- **التربية العلاجية للغة عند الأطفال المعاقين حركيا عصبيا**

-الإرشادات العلاجية-

يؤكد G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER على أن المختص في إعادة تربية اللغة لا يمكنه تجاهل أن التربية اللغوية ما هي إلا جانب من جوانب عديدة لإعادة تربية واسعة تقف على الحركية، المهارة، التمدرس، العاطفة[1].

من جهة أخرى، كل طفل معاق حركيا عصبيا يختلف عن الآخر و كل واحد يحتاج إلى جانب واحد أو بعض الجوانب و ليس الكل. فيجب القيام بالاختيار من حيث عامل الاستعجال الخاص بكل حالة.

متى تبدأ التربية العلاجية للغة؟

يكون الأمر دائما متأخرا. عند الرضيع يجب البداية مبكرا لكي يكون في الطريق السليم.

طبعا لا يتعلق الأمر بإعادة التربية الأرطوفونية و لكن فتح علاقة بين الطفل المعاق و العالم الخارجي بصفة صحيحة.

هنا سوف نتطرق تدريجيا إلى :

- التربية "للوظيفة القابلية" للغة.
- التربية الانفعالية.
- تربية المفردات و المعنى .
- التربية الأرطوفونية المختصة.

التربية "للوظيفة القابلية" للغة

يتعلق الأمر بجعل الطفل نفسيا و اجتماعيا مهيأ للكلام[2].

من أجل ذلك، يجب بدء التربية في الأسابيع الأولى. في البداية نذكر أن تقام التبادلات الأولى ابتداءا من المناغاة من 04 إلى 06 أسابيع. بذلك، يجب "إجابة" الرضيع بإعادة مناغاته بما أن صوت المعاق حركيا عصبيا يكون دائما ضعيفا جدا، يجب أن نكون حذرين حتى لا نضيع فرصة ملاحظة ذلك التبادلات الأولى.

أيضا، من الضروري البدء بجدية الوقت الذي يقتني فيه الطفل بإشارة أو صوت مقابل شيء.

حتى و إن لم تكن هناك علاقة بين الصوت و الكلمة الصحيحة، يمكن القول أن هناك كلام و لكن ذلك الكلام لن يكون و لن يتطور إلا إذا أعطاه الوالدين شكل.

نفهم أن هي قواعد التربية التي يجب مشاركتها عند بداية كل تربية للغة. وإذا لم تتبع تلك القواعد، بينما نجدها مستعملة من طرف الوالدين مع أطفالهم السالمين، بصفة طبيعية، فإن ذلك يرجع إلى جو القلق الذي تعيشه العائلة. ذلك نؤكد على ضرورة القيام بالتشخيص المبكر لإعاقة الحركية العصبية. منذ البداية ستشعر العائلات بالتشجيع و الإعانة في جميع المراحل.
يجب كذلك توجيههم منذ البداية على عدم البحث على علاج عجيب، ولكن يوم بعد يوم جعلهم يصبحون مربيون بعقل.

في البداية، يلقي الطفل "خليط" لغوي غير مفهوم من الغرباء. تبدي العائلة مجهود و تتمرن على فهم تلك الطريقة التي يتحدث بها الطفل المعاق حركيا عصبيا.

فالأم هي التي تحتاج إلى تشجيعات خاصة و متتالية، كي لا تنقطع عن هذا الجهد مهما كان الأمر، ما يهمنا هو أن الطفل يتطور في الجانب الشفوي.

في هذا الأمر، ينصح RUTHERFORD و WESTLAKE[3] بجملة من النصائح يجب تذكرها:

- عدم بقاء الطفل المعاق مستلقي طوال اليوم في نفس المكان.
- يجب تغيير بقدر ممكن وضعياته و ثقافته كي يتعرف على مختلف أنماط العالم الخارجي.
- يجب أن تكون للطفل ألعاب خاصة به يمكنها لوحدها و غير مشتركة مع أخيه أو أخته مثلا.
- لم يتطور شعور الإمتلاك بصفة كافية يكون من الممكن تطوير احترامه تجاه الآخرين.
- في الحدود المعقولة، يجب ترك الطفل المعاق كأي طفل، يختار ويتحدى. كلما تعلق بالآخرين في الحياة اليومية، كلما زاد خطر القيام بكل شيء في مكانه.
- إذا لم نستطيع بسبب إعاقته الحركية المهمة، يجب على الأقل استشارته في الأكل، كتب الصور، ملابسه و المكان الذي يريد أن يكون فيه.
- طبعا لا يعني أن نتركه يصنع طاعي، و لكن يجب معاملته باحترام كافي.

يشير WESTLAKE[4] على سبيل المثال على أنه ليس نفس الشيء أن الوالدين هم الذين يدخلون فرشاة الأسنان في فم الطفل أو أنه هو الذي يختار الوقت المناسب. إن على هذا الأساس تتكون اللغة.
من جهة أخرى، نفس الباحث يحذر على أعمال أخرى:

- الحماية المفرطة للطفل تجعله لا يعطي الأهمية للغة و لا لتطويرها.
- فيجب على الأولياء أن يتفهموا بأن خارج أوقات التربية اللغوية، من الأحسن تراه الطفل يتكلم كما يستطيع.

سيكون خطأ خطير إذا بحثنا على أخطاء النطق و القواعد طوال اليوم، فهذا يعرقل الطفل إلى فقدان الشجاعة و يؤدي إلى الخرس أو التلعثم.

أخيرا فإن الطفل المعاق حركيا عصبيا يتعب بسهولة و انفعالي أيضا (خاصة الأتيتوزي) فالمحادثات التي تتطلب منه إجابات متعبة يجب التقليل منها.
و لكن بالإمكان الكلام مطولا حول المواضيع التي تهمه بدون أن يكون مجبر الكلام أو. اختيار الموضوع مرتبط بالضرورة بالسن العقلي للطفل. فالموضوع البسيط جدا يوقف نمو الطفل الصغير و يزعج الطفل الأكبر.

التربية الانفعالية

من أجل الإحاطة بصفة جيدة الجانب من التربية في الطفل الصغير المعاق حركيا عصبيا يهتم G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER[5] بالمعاق الراشد: في مواقف غير معتادة، يصبح غير مفهوم. يؤثر التنفس بصفة مضطربة، كذلك بالنسبة للصوت،و يفسر بالعمل المضطرب للتحبال الصوتية.

كذلك تعرقل الحركات الأتيتوزية للسان و خروج اللسان خاصة الشكل الصحيح للفونيمات. فيبقى الفم في الحالة مفتوح بصفة كبيرة بسبب ضغط العضلات السفلى للفك مما يجعل سيلان اللعاب بصفة هامة.

من جهة أخرى، تجعل إماءات الوجه صعوبة إضافية، ليس فقط بسبب اضطراب نطق الصامتات و المصوتات الشفوية،و لكن لأن كل المظهر الأتيبوزي يجعل بالطرف الآخر يشعر بالقلق و نفور مما يعرقل أيضا فهم صعب.

بالمقابل يمكن للمعاق الراشد أن ينطق بصفة كافية عندما يكون في جو ملائم فيه ثقة.
من هنا نفهم أن يصبح من الضروري تحضير الطفل المعاق لهذه الاختبارات المستقبلية و عدم التعرض لمواقف القلق و نفاذ الصبر، كما يجب وضعه في أقرب وقت ممكن مع أطفال عاديين.
في سن الروضة، مثلا يجب عليه المشاركة مع أطفال عاديين في ألعاب تنمي المراقبة الحركية للانفعالات. على سبيل المثال تمثيل عدم الحركة في النوم، الحزن، الضحك...

في سن المدرسة، يصبح دور الوالدين أكثر أهمية. يجب وضع الطفل في اختبارات أكثر صعوبة التي تحضره لاختبارات سن الرشد.

فالطفل يجب أن يكون دائما مسند تجاه حيرة الجيران، سخرية الأطفال، التطور السريع للزملاء، التأخر الصغير و الأخت الصغيرة...

هذا بفضل محادثة مع الأم في جو ثقة تجعله يحكي مشاكل اليوم، يستطيع الطفل كسب الراحة فلا يتقبل نفسه و لا يتقبله الآخرين إلا إذا تقبله والديه أولا[6].

تربية المفردات و المعنى

تطوير مختلف الإدراكات و ربطها بفهم اللغة. يتعلق الأمر بتوفير للطفل IMC فرص استعمال اللمس، الرؤية، الشم... بربطها بالإدراكات السمعية للأصوات التي تحمل لغة كلامية. بصفة أخرى، كلما تحدثنا عن الإدراكات المختلفة يجب تسميتها بصفة واضحة.

ملاحظة

الكثير من الأطفال المعاقين حركيا عصبيا يلاحظون غير قادرين على الإدراكات المختلفة، السمعية خاصة.

يرى WESTLAKE أن الطفل بسبب عدم معرفة الطفل للاستعمال لعدم التجربة. فهي اضطرابات فنوزية بسبب عدم الاستعمال المتكرر الذي في حالة السمع تشكل حبسات وظيفية حقيقية[7]. يسجل WESTLAKE أيضا أنه يجب لاحظة الطفل العادي لمعرفة التجارب العديدة التي تغنيه بدون انقطاع و التي إذا لم نحرر الطفل سيفتقرها الطفل المعاق.

فالمختص الأرطوفوني يجب أن يأخذ بعين الإعتبار اضطرابات تنظيم صورة- عمق. لأن غالبا ما الطفل المعاق حركيا عصبيا، مقارنة بالأطفال من سنه، يميز بين الشيء المراد ملاحظته و التفاصيل المهمة من حوله بسبب المثيرات البصرية و السمعية العديدة.
مثلا، في الجانب البصري، وجود في العمق أشجار و سماء يعرقل ملاحظة رجل، عنصر أساسي في الصورة.

كJRكا لا يستطيع تمييز أصوات في العمق، أصوات لjnا دلالة لغوية، من طرف المحيط. نستخاص أن jNناا إلتزامات تتخR في الأرطوفونيا، لتسjnيل العالم الخارجي للطفل أثناء الحصة، أين يجب ربط كلمة بصورة.

بصفة أكثر عملا، من الضروري عدم وجود أشخاص أخرى في المكتب. تحفU اللعب في الخزانة. يوضع الطفل تجازا حائط فارZ بلون واحد يشبNا الطاولة، توضع صورة واحدة تمثل شكل واحد متحراا أو غير متحراا، jRNا يكون بصفة واضحة جدا مقتصر علآ الخطوط الأساسية و بدون عمق.

بالنسبة للجانب السمعي، يجب أن يكون jNناا صمت كامل و اللفU بكلمة واحدة التي يمثلjnا الشكل أو الصورة.

في نفس jRNj الUاروف المسjnلة، توضع أشياء حقيقية أمام الطفل، واحدة تلو الأخرى، مختارة من الناحية المادية (دائرية، ملساء، صلبة، باردة...) أو من ناحية قيمتjnا اليومية.

نستطيع إRن القيام بارتباطات بسيطة و متكررة مثلا: طفلا جالس علآ كرسي. jNنا نلفU بصفة واضحة الكلمات المرتبطة بالحالة فقط.

jRNا لا يعني أن يبقآ الطفل طوال اليوم في jRNا العمل. jRNا العمل الخاص بالتحليل، يجعلNا فيما بعد يتصرف بسjnولة عند صعوبة العالم الحقيقي[8].

في الحياة اليومية، يجب التحدث معه بصفة دائمة عن الحوادث التي تجري ويراها...الأب يدخل، الجدة تغسل الأواني، القط نائم...
يجب سرد له حكايات مع مرافقتها بقدر كبير من الإشارات. مثلا قصة الدببة الثلاثة:
الأب الدب السمين (تعرف الذراعين و نعليها إلى الفوق كي نريه كم هو سمين)، و الأم الدب و الإبن الدب (تصغير الإشارات).

كلما الصوت الخشين، المتوسط و الضعيف لثلاث الدب و الأم و الصغير وكلما إماءة كل القصة أمام الطفل. يشار أيضا أنه يمكن تغيير الأدوار مثلا الطفل يمثل دور الدب الصغير و الأب الدب يمثله المختص أو العكس بطلبنا ما يريد الطفل. كلما ينصح بتتابع عدة قصص في كتاب الصور، بدون تغيير كل يوم الكتاب أو الصور. يجب الإعتراف أنها كلما كانت معروفة كلما أصبحت أكثر ناجحة و مرغوبة.

أخيرا يجب تعليمه ملاحظة و سمع ما يجب رأيته (لعبه، وجه في المرآة...) وسمعه (سماع الأب الذي جاء من العمل، سماع صوت المطر، الساعة...).

نفس الشيء بالنسبة للذوق:
"تذوق لذيذ العسلا، إنه لذيذ، تحبه إنه حلو. إغلاق عينا، ما أضع فوق لسان

نفس الشيء بالنسبة للشم:
ذيذ الكوب من الشكولاطة يعطي رائحة جيدة...ما أحضار للعشاء

حساء خضرة (نفس العملية مع الأزهار، التبغ، البنزين...).

بالنسبة للمس، نستعمل مثلا منشفة خشنة، المطر الذي يبلل، القهوة الساخنة، ومن أجل التعرف نضع الأشياء في أصابع الطفل[9].

تربية مستوى أعلى لفهم اللغة

يمكن إدخال على شكل ألعاب:

- مفاهيم زمانية: في- بين- فوق- تحت...
- مفهوم الأشخاص: أنا، هو...
- تعارض مفرد/ جمع
- مفاهيم السببية و التتابع.
- مفاهيم عامة: عائلة (=أب، أم، أطفال)- شيء-حيوان-شخص.

تطوير التعبير اللغوي

نشير أن المعطيات المذكورة في تربية "وظيفة القابلية" ومراقبة "الانفعال" تؤدي أيضا بالطفل إلى تحسين فهمه اللغوي. الذي سنؤكد عليه أكثر[10].

في الذي المجال، نذكر بضرورة قبول في البداية أي نوع من شكل اللغة. المهم هو أن للطفل شيء يعبر عنه و يبحث عن التعبير عنه.
الذي يمكن أن نقتصر على الإشارات حتى إذا كانت غير مسموعة، أو أفضل من ذلك، استقبال كوحدات لسانية أصوات حتى إذا كانت بالصدفة في البداية. بتقبلنا لها كما هي، نجعلها وحدات حقيقية.

يذكر G. TARDIEU الأطفال المعاقين الذين لا يستطيعون أبدا اجتياز المرحلة بسبب الإعاقة الجسدية الكبيرة.
فإنه ليس بدون فائدة عند إعطائهم وسائل اتصال مع الآخرين، باستعمال أية وسيلة كانت (إشارات، إماءات، الكمبيوتر...)[11].
مقابل ذلك، لما نتحصل على نضج عاطفي و اجتماعي، نبحث عن المرور من اللغة البدائية إلى اللغة الشفوية.

يسجل G. TARDIEU إلى ضرورة معرفة السن العاطفي للطفل مقابل سنه العقلي. فيعطي مثال طفل في سن يعاني فيه بصفة عادية، بفعل نضجه أو فقط سنه (حوالي سنتين).

في هذه الحالة، يجب على الراشد خاصة الأم تمتنع من الدخول معه في صراع.
نفس الباحث يواصل في نفس الفكرة: هل رأينا أبدا طفل صغير أين أمه تقول له " القول صباح الخير للسيد" و يفعل ذلك
فهذه مرحلة معارضة عادية التي يجب أخذها بعين الاعتبار مع الطفل المعاق حركيا عصبيا.

ثم تنصح S.TANNER كي يحاول الطفل القول نعم و لا، أثناء محادثة أن ننحى على ذلك و لا ننتبه الطفل يجيب بحركات الرأس في مكان الكلمات.

في الأمر الثاني، ينصO بترا الطفل مع أشخاص ٌخرين دون الوالدين. IRNj قد يكون مفيد لأنN من جmjة الغرباء كونnjم أقل ضغط من الأم يجعلون الطفل يتكلم بسnjولة، لأنN jNو أيضا أقل ضغط كما jNو الحال مع أمN.

من جmjة أخرى، لا يفjم الغرباء الإشارات و الإماءات التي يستعملnj الطفل IRNj ما يؤدي بN إلآ اللجوء إلآ الكلام. لا يجب الفjم من IRNj أن دور الأم سوف يقلل، بل IjRNj الحالة ستجعلnj ترتاθ قليلا و تعطي فرصة للطفل للتحد ا مع الآخرين.

يجب التخلص من القلق أثنء صعوبة الطفل وعدم البحا علآ نزY بقوة الكلام لديN.

S. TANNER[12] تقترθ بعU الأفكار لجعل الطفل يلجة إلآ الكلمات:

بدل من القول لN: تريد المربآ ؟ نقول لN : تريد المربآ أوالشكولاطة؟

ربما IRNj غير كافي لكي يتكلم، لكن سوف يفعل المستحيل لكي يفjم. يجب إRن في حدود صبرنا، أن نجعل أنفسنا عدم فjمN.

شيئا فشيئا IjRNj التقنية "IRNj الشيء أو IRNj الشيء" سوف تجعل الطفل يتكلم كثيرا.

نصائn أخرjn

يجب التكلم معN كثيرا باستنادنا إلآ المثيرات البصرية، السمعية، اللمسية، الRوق و الشم.

يعتبر كتاب الصور وسيلة جد ثمينة بشرط مرة أخرى، علآ أن لا تنزY الأم الكلام بقوة.

مثال تقترحه S. TANNER[13]:

- ل ترى الحمار الصغير.
- .....
- إنه جميل
- .....
- فهو يفعل إي- ن
- .....
- كيف يفعل الحمار الصغير؟
- .....
- يفعل إي – ن

نواصل بدون أن نضطرب من صمت الطفل.

إذا كنا صبورين في الإنتظار في وقت ما يبدأ الطفل في الكلام (إذا كان لديه نضج كافي).

و لكن لا نبدي له أبدا حالة قلق في الحالة من الإنتظار لكلمة منه.

نواصل، رغم صمته في إنتظار حيوية كاملة ثم القيام بضجة فرθ عند خروله أخيرا الكلمة الأولآ.

إماءة أصوات الحيوانات، القطار الصغير الذي نصحب سيرا بـ "و-و" و"شو-شو" تتبع نفس المبادθ.

تستعمل أيضا أوراق صور بسيطة مع عمق فارZ، بنفس طريقة النقاط المتتالية، كي نجعل الطفل يتلفظ بالكلمة:

ما ÞIRNj

.....IRNj

..... IRNjسرير

.....IRNjسرير

Njنا يجب الإضاحة أن المقصود Njو تطوير المفردات و ليس تحسين النطق الRJي سنرجع إليNj.

إRI كان الطفل يتكلم أيضا قليلا جدا، لا يجب تصحيO نطقNj بعد.

يجب الحديH معNj كثيرا علآ الأشياء و الأحداH التي تجاب انتباNjNj. و يجب أيضا شرΘ للوالدين أنNj يجب الحديH معNj علآ الشيء الRJي يزمNj Njو وليس يزمزمNj مNj.

يجب تسمية الأشياء التي يقع عليزما نظرزا.

الاNjتمام كثيرا بكل محاولة للطفل للقول بكلمة رغم إRI كان بصوت ضعيف جدا أو مجرد حركة الشفتين[14].

يجب البحH عن فزم الطفل بدل من جعلNj واضO في كلامNj بصفة قوية. بمجرد وجود محاولة لقول بكلمة، و مزما كانت قيمتزا، يجب تشجيعNj علآ إعادتNj لزا، يوم بعد يوم، حتآ يصبO الاستعمال عادي.

الهوامش :

1- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., *Les feuillets de l'IMC, L'éducation thérapeutique du langage*, Paris, 1971, p. 1.

2- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 2.

3- WESTLAKE H., RUHERFORD D., cités par TARDIEU G., in: *les feuillets de l'IMC*, Paris, 1971, p. 2.

4- WESTLAKE H., loc. cit., pp. 2 - 3.

5- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 3.

6- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 3.

7- WESTLAKE H., cité par TARDIEU G., in: *les feuillets de l'IMC*, loc. cit., p. 4.

8- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 4.

9- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

10- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

11- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

12- TANNER S., *L'enfant IMC chez lui*, Journal des IMC, n° 3, 1956, p. 5.

13- TANNER S., loc. cit., p. 6.

14- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 6.

- **التربية الأرطوفونية المختصة**

التربية لنقص التنظيم النطقي

تقام التربية لما تتوفر الشروط التالية:

1- يكون السن العقلي أكبر من السن النطقي.

2- يكون الطفل غير معقد نفسيا. يكون مشاركا، يريد إعادة الفونيمات عندما يطلبها منه المختص.

3- لا وجود لاضطراب في السمع، في القنوزيا السمعية.

4- ليس هناك اضطرابات أولية في الحركة كافية للوصول التأخر والتي يجب أن تعالج أولا.

في مجمل القول يذكر أن الأمر يتعلق بضعف في التنظيم النطقي خاصة. عند الأطفال الكبار G. TARDIEU وC. CHEVRIE-MULLER المشاركين أكثر، نستطيع أن نقتصر على تمرينات تطلب مشاركة إرادية من الطفل[1].

يجلس المختص أمام الطفل تجاه مرآة يتلفظ بالمقاطع التي يجب تحسينها بالتأكيد على حركة الشفتين و اللسان المطلوبة. و يعيد الطفل نفس العملية، عند الضرورة نستعمل مسوط للإشارة إلى الطفل أين يأتي النطق.

نفس الأخصائيين ينصحون باللجوء إلى ألعاب مع الأطفال الذين يرون التربية الطريقة المباشرة مملة.

ينصحون باستعمال بطاقات الصور، كتب الصور، قصص للحكاية، محادثات مستعملة لحث الطفل على تطوير التعبير اللغوي لديه.
فالوقت حان الآن لتصحيح برفق أخطاء النطق. نصيحة أخرى تتمثل في عدم طلب من الطفل مجهود إلا إذا كانت الكلمات معروفة لديه، بذلك لا نتسرع في تعليمه النطق على كلمات عرضها مختصرا، نفس الشيء بالنسبة للجمل المعقدة.

في الأخير، في سن المدرسة، الحذر يقع على المعلمة، فعليها أن لا تستعجله أو تخيفه. و إلا فإن الاضطرابات التي تجاوزها الطفل في اللغة اليومية، يمكن أن تظهر من جديد عندما نطلب من الطفل مجهود إضافي و جديد للقراءة.

يظهر التعاون بين المعلمة و المختصة الأرطوفونية ضروري إذن، يستخلص G. TARDIEU, C.CHEVERIE-MULLER بذكرهم على سبيل المثال، نوعين من التصرف:
1- في Nursery School de Chicago، لكل طفل كراس صغير مع صورته، نستطيع تسجيل فيه بعض المقاطع الخاصة بالتطوير النطقي. لما يتحصل الطفل على النطق الصحيح، نلصق موافق ذات نجمة.

2- في Edith Harwell، نستعمل خشبات أين نسجل فيها حرف أو كلمة تبدأ بذلك الحرف.
تكون الحروف بألوان مختلفة: صفراء للغنية، حمراء للمسموعة، زرقاء للمزمومة.

تستعمل أيضا صور لأطفال يضعون ijRNj الأصوات و الحرف المناسب لmj يكتب علآ الصورة.
تلقآ الخشبات و الصور الملونة علآ شاشة فالطفل لا يمكنNj الخلط أو الخطة بعد jRNj.

تطوير القنوزيا اللمسية المعمقة

يجب التRكر أنNj لا يمكن التفريق بين التطور القنوزي و التطور البراكسي، وأنNj يمكن تطويرjNm مبكرا.

ابتداءا من 06-07 أشjmر، يبدl الطفل العادي علآ ما jNو حولNj بالرGية، اليد و كRJII الفم.
ijRNj التربية لا تفعل عند الطفل المعاق حركيا عصبيا إRI لم نحRر RJII.
يقترθ G. TARDIEU[2] ijRNj المراحل:
- وضع أشياء في اليد و حملmj إلآ فمNj، إRI تطلب الأمر نرافق الإشارة.

- عند الطفل Nj سن عقلي 32 أسبوY، يمكن القيامتم بتعليمNj [b] ،[m] يتقريب الشفتين.

- بعد JRII، المختص يضع إصبع الطفل بين شفتيNj و النطق بـ [b] لكي يشعر الطفل بالضغط.

لكي يشعر الطفل بالتصاق الشفتين، يمكن الوضع عليmj عسل أو مربآ ثم الضغط عليmj.

ينطق المختص بـ [p]، [k]، [ch] و يضع أمام فمه يد الطفل لكي يتلقى هذا الأخير أن كل نفس مختلف عن الآخر[3].

نفس الباحثة تذكر ALBITRECCIA التي تعلق بهذا النمط من إعادة التربية:

بعد من التمارين التي اقترحتها:

- تعيين من طرف الطفل أجزاء الوجه و الفم.
- إعادة بناء على دمية "Jean-pierre" الوجه بواسطة أجزاء متفرقة.
- تعيين على "Jean-Pierre" أو على صورة كبيرة: مضخرة الشفة العليا، اللسان...
- جعل الطفل يحرك هذا الجزء من الوجه.

تطوير القنوزيا السمعية

في حالة القنوزيا السمعية، بدون استعمال مكبر للصوت، يمكن تكبير المعلومات المسموعة.

يسهل تكرير كبير للطفل مجهوداته القنوزية.

نوضح بتكبير قدر المعلومات التي تصل إلى الطفل. كما نكبر المعلومات الغير السمعية، خاصة البصرية: القراءة على الشفاه، وضع علاقة بين الكلمات و الأشياء أو الصور البسيطة.

تطوير الاضطرابات الحركية المتعلقة بإصابة عصبية

هنا يجب الاختيار بين العلاجات الكلية، التحليلية، أو الوظيفية.

- العلاجات الكلية

تكون الاضطرابات الحركية دائما موزعة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا. فهي إذن إعادة تربية شاملة التي يجب فعلها.

يقترح G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER الاسترخاء العام[4].

الاسترخاء العام

الهدف هو البحث عن تحسين التنفس، الصوت و النطق أثناء تمرينات الاسترخاء خاصة عند الأتيتوزي.

تكون الفرقة هادئة يكون الطفل في ثقة مستلقي على أريكة على بطنه أحسن من على الورك.

ملاحظة

التعاون بين المختص الفيزيولوجي/إعادة التقويم/ والأرطوفوني ضروري.

يجب على الأرطوفوني أن يعرف كيف تعلم الطفل بصفة عامة، لكي تكون هناك حصص مشتركة (مختصين حول الطفل)[5].

حسب نصيحة CARLSON يمكن الطلب من الطفل القراءة على شفاه المختصين أثناء الكلام، ميل نار الشمعة دون إطفاءها بنفس قليل، اللعب...بهذه الطريقة نحصل على استرخاء أحسن. يجب الاعتراف عن معلم الأطفال يهتمون باللعب ولا يتكلمون.

نبحث على استرخاء عضلات التنفس بالضبط على الكتفين و الرقبة، فالطفل يدير رأسه من جهة إلى أخرى بتخر الرقبة و تحريكه ببطء.

تمارينات مقترحة من طرف

C. CHERVRIE-MULLER و G. TARDIEU

في نفس السياق:

- ترا الرأس يسقط إلآ الأمام، إلآ الوراء و في الجانب.
- عقد الحاجبين ثم إطلاقهما.
- ضم ودفع إلآ الأمام الشفتين ثم إطلاقها.
- ضم بقوة العينين ثم فتحها ببطء.
- ابتسامة عريضة بشفتين مغلقة ثم إطلاقها.
- فتح الفم و قول "أ" بدون قوة و بصفة مطولة التمرين الأخير يقترحه PERLSTEIN و SHERE[6].

لتسهيل الصوت، يقترح E. FROESCHELS التمارين التالية:

- ضم اليدين، رفعها إلآ الفوق ثم صعودها إلآ الأسفل بقوة في نفس الوقت إلقاء مصوتة ثم مقطع ثم كلمات طويلة أكثر فأكثر.

مهما كانت الطريقة المستعملة، يستنتج الباحثين، من الضروري الحصول علآ استرخاء عام جيد عند الأتيتوزي، لكي تكون الحصة الأرطوفونية مفيدة.

كما يلح علآ المختص في اللغة أن يتأكد أن الاسترخاء يستمر أثناء الكلام لمراقبة إرخائه.

أيضا نطلب من الطفل تقليد دمية مرتخية جدا (دمية الاسترخاء).

ملاحظة

حسب الحالات، يمكن الرأس، الكتفين، الجزء الذي يجب استقرارها كي لا يعرقل الكلام.

يذكر WESTLAKE صعوبات الأتيتوزي:

محاولة حركة في جزء من الجسم يؤدي حركات غير عادية في جزء آخر، حركة في الذراع يؤدي بتماءة في الوجه...

بوبث يشير إلى نزع التركيبات من جزء من الجسم خاصة في بعض المناطق الذي يسميها "تريغر". كل الجسم يستفيد من هذا إذا ركزنا على مصطلح "الاستقرار" أثناء حصة الأرطوفونيا[7].

من جهة أخرى فتقنيات K. و B. BOBATH التي تستعمل حسب مبادئ مختلفة لكن في نفس الهدف[8].

حسب هؤلاء الباحثين، من خلال إعادة تنظيم بصفة صحيحة الحركية، هذا يحسن في نفس الوقت الاضطرابات النطقية.

بوبث يسجلون اهتماما خاصا يرتبط إلى تنظيم جيد لوضعية الرأس و الكتفين.

عدة حركات يمكن استعمالها، G. TARDIEU وC. CHEVRIE-MULLER يقترحون أربعة منها فقط لأن يلجؤون إليها بكثرة[9].

1- يكون الطفل على جانبه الأيسر، و تلتوي الأطراف السفلى. يدير المختص بيديه اليمنى، الكتف الأيمن للطفل و بيده اليسرى رأس الطفل. يبدأ

علآ ارتخاء الطفل و بعد الاسترار حسن للوضعية. عند الحصول علآ الاسترار، يبدأ عن صوت أكثر قوة، أكثر طولا و نطق أحسن.

2- يجلس المختص علآ حافة الطاولة، متكئ في الجانب الأيمن تجاه الجدار، يجلس الطفل بالعرض علآ ركبتي المختص، و رجليه علآ الطاولة. يقبض المختص الجهة الخلفية للرأس باليد اليمنآ و الكتف الأيمن في اليد اليسرى و يبدأ عن ارخاء الرأس.

3- نفس المكان، لكن تترك اليد اليسرى للمختص الكتف لأخذ الخدين للحصول إلآ ارتخاء الفم و تقلصات نطقية صحيحة.

4- يجلس الطفل علآ الطاولة تلتوي الركبتين يقف المختص وراء الطفل لمساعدته علآ هذه الوضعية، يحرك ببطئ الرأس لإرخاء عضلات الرقبة.

عند الحصول علآ الاسترخاء نبدأ التمرين الصوتي.
من المستحسن وضع الطاولة أمام المرآة يمكن للطفل بهذه مراقبة حركات الشفاه برفع الرأس قليلا.

هناك صعوبة أخرى يجب دراستها، وهي الشكل العام الذي يحدث في كل الوضعيات الغير الملائمة و خاصة الاضطرابات الانفعالية. يحدث أيضا عندما الطفل يكون جالس و يشعر بتوازن مضطرب.

في الحقيقة يتعلق الأمر بامتداد الرقبة و الجR، الأطراف العليا و الأطراف السفلآ. بعد IIJR تعرقل تشنجات فتO الفم و الخرولا القوي للسان الكلام.

في IRNj المجال، B. BOBATH ينصO بوضع الطفل في وضعية مستلقية وإلتواء كامل لمنع التشنج الشامل و خاصة اللسان و عضلات فتO الفم، Njنا يجب تسجيل مايلي:

1- تراا الفم مغلق بينما نثني و نلقي بصفة متناوبة الرقبة.

2- عاق ببطع الفم بينما نمدد الرقبة و فتO ببطع الفم بينما تكون الرقبة مثنية.

3- تراا الفم مغلق بينما يكون الجR و الأطراف ملتقية.

ملاحظة

في أعاب الأحيان أثناء حصص التربية العلاجية للحركية، يجد المختص تقنية الإسترخاء الأحسن.

أخيرا يستخلص G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER Njنا الجانب الخاص بالعلاا الكلي، بالتRكير مرة أخرى، أن المختصين في الحركية و المختصين في اللغة يجب أن يكونوا علآ معرفة لتقنياتmj الخاصة بكل واحد منmj و العمل مما.

العلاجات التحليلية:

الzjدف منmj Njو تحسين محليا مجموعة من العضلات أو ولايفة[10].

يفسر G. TARDIEU أن الأمر يتعلق بـ:

1- إرخاء العضلات المصابة بتقليص، أتيتيوز او صلابة.
2- تقوية التقلصات في الوضعيات الناقصة.
3- الحصول علآ إعادة تنظيم زماني-مكاني للعضلات.

يجب أن تكون العلاجات التحليلية تصل إلآ إعادة تربية الصوت، تحسين الصوت، عمل حركة الحنك، الشفتين، اللسان و الوجه.

لقد تطرقنا في عمل سابق لنيل الوثائق علآ أساس مراحل ما قبل الإعادة التربية الأرطوفونية[11].
الآن، نتطرق إليها من جانب آخر، فهي موضوع التربية الأرطوفونية المختصة.

إعادة تربية التنفس

بوضع إحدى اليدين علآ الصدر و الأخرى علآ البطن، نرافق التنفس عند الطفل فهو تنفس مساعد يبحث عن تصحيح بصفة شاملة التقطعات التنفسية للأتيتوزي خاصة. ننبه الطفل أن الشهيق يكون كافي و الزفير مطول و منتظم.

الملاحظة الأولآ

قد تكون للطفل المعاق حركيا عصبيا اضطرابات فنوزية تنفسية كعدم معرفة متآ يشهق و متآ يزفر.
ينصح H. WESTLAK و D. RUTHERFORD بمراجعة بصريا بواسطة المرآة حركات الصدر أثناء التمرينات التنفسية و الشرح لما

يشعر وما يرى في نفس الوقت نطلب من الطفل توقيف تنفسه في حالة الشهيق والزفير أو أيضا يغلق أنفه في واحدة من المرحلتين[12].

ينصح PERLSTEIN بترك الرأس للوراء لإرخاء عضلات الرقبة.
و لمساعدة الطفل نضع مخدة صغيرة تحت رقبة الطفل.

أخيرا في وضعية جلوس أو وقوف أين التنفس الصوتي نجدها ممكن عند الشخص العادي نبحث عن استقرار الرأس و الكتفين في وضعية سليمة أي ترك الرأس مرتفع قليلا إلى الوراء.

الملاحظة الثانية

إلتواء الرأس و الجR'Y المتكرر عند الطفل المعاق حركيا عصبيا يعد عرقلة لإصدار الصوت، فيجب القضاء عليN باستعمال كرسي الإسترخاء أو كرسي خاص بالإعاقة العصبية الحركية، Ujrjزا مستقيم.

إعادة تربية الصوت

- نطلب من الطفل من إصدار "أ" مطول بالاستفادة من الوقت الRي حسنت فيN عملية التنفس بواسطة تقنيات سابقة.
- الطفل الصغير: يجب تمرين الصوت في وقت مبكر. تشجع الأم الأصوات التي يصدرjNا الطفل الصغير بصفة مفاجئة، ثم تكرارjNا مع تبيين للطفل أن jNناا متعة في سماY ijRNj الأصوات.

ijRNj الألعاب الصوتية للسن الأول لjnا أjNمية خاصة.

بعد فترة، يجب أخR كل الفرص أين يصدر صوت، أثناء ضحاا مثلا أو صراCا الفرΘ، IRNj لتشجيعN علآ إصدار الصوت[13].

ملاحظة

يستعمل المختص الأرطوفوني دمية في علبة و القول "أو" كلما خرجت. في وقت ما يعيد الطفل ijRNj العبارة برفقة المختص ثم لوحدjا.

الطفل الكبير

تستعمل تقنيات ملائمة مع عقل الطفل. فjnناا لعبة "السر" أين المختص ينبN الطفل علآ سر يعلم بN. يضع شفتيN قرب أRن الطفل و يصدر نوY من التمتمة. ثم يضع أRنiN أمام الطفل و يطلب منN أن يقول لN شيء.

يجب تكرار IIJR عدة مرات في اليوم، في بعض الأحيان، عدة أسابيع فقد نسجل عدم إصدار لأي شيء، لكن عاجلا أو آجلا سيقول حرف.
يجب على المختص أن يبين متعته و يقول له:" تقول..." و يعيد ما يقوله الطفل.
توافق المجهودات الأولى في أغلب الأحيان إصدار نفس بسيط. تدريجيا يقتني صوت كاستجابة لأنه أصبح أقوى و أطول ثم تطور التغييرات فيه.

الملاحظة الأولى

يمكن أن تحدث التغييرات بصفة مفاجئة، فالمختص يبدي اهتمامه لها ويعيدها للطفل من الأحسن إعادة الصوت الذي قاله الطفل بصفة طبيعية.

الملاحظة الثانية

تستعمل الأغاني كوسيلة هامة لتشجيع الطفل على إصدار أصوات و امتدادها بالغناء، يضع المختص وجهه أمام وجه الطفل و فعل مجهود عاطفي لجلب انتباهه و الدخول في علاقة معه.
مهما كانت الإجابة المحصل عليها: ابتسامة، تلوية بسيطة...يجب أن تكون محفزة بتعبير عن الفرحة من طرف المختص. هذا يؤدي بالطفل إلى إصدار مرة أخرى بأصوات أكثر طولا.

الملاحظة الثالثة

لما تتردد إجابات الطفل، تكون دائما مصحوبة بصوت الذي هو نتيجة انعكاس كتلة فقط. هنا أيضا يشجع المختص هذا النوع من الإصدار بفضل جهود بعد صبر طويل، يستطيع الطفل إصدار أصوات متنوعة و قوية، هذه العملية

تتواصل أثناء سنوات. نؤكد كما على الغناء في جماعة، مفيد جدا كي يتعلم الطفل الأصوات المطولة.

عند الأطفال الكبار، تختار أغاني إيقاعات بسيط و التي تلقى بسهولة. نقترح التي تحتوي على :"أو"! "أو"! الايقاعات مفيدة جدا لأننا يمكن تمديدها[14].

بعد ذلك نؤكد على بعض الكلمات أثناء الأغنية. لا ننصح الأخطاء النطقية ولكن فقط نرفق بالتقليد. مثلا نضع أمام صورة و نؤدي بها إلى المحادثة حول محتواها.

أخيرا يمكن تطوير القنوزيا الحنجرية بوضع يد الطفل على حنجرة المختص أثناء إصدار أصوات مهموسة ثم مجهورة لكي يشعر باللمس الفرق بينهما.

إعادة تربية الحنجرة

نعترف أن العمل مباشرة على الحنجرة غير ممكن نطلب من الطفل القول "أ" وفمه مفتوح، فنلمس الحنجرة بالملعقة. نتحصل على تقلص الحنجرة، لكن نتساءل هل التقلص يستعمل وظيفيا.

من أجل هذا، هناك عدة أجهزة تسمح بتطوير الاستعمال الوظيفي للحنجرة وبسماح للطفل بمراقبة نفسه.
كما كل تمارين النفس التي سنراها في العلاج الوظيفي بتمرين عضلات رفع الحنجرة[15].

حركات الشفتين، اللسان و الوجه

يجب تشجيع الحركات مبكرا جدا. نستعمل: الابتسامة- الضحك- الأكل...و لأخر كل فرصة لجلب انتباه الطفل للحركات التي قام بها لا إراديا.

الطريقة

ينظر الطفل نفسه في المرآة، ثم يجعله المختص يلمس أو يضغط على المكان المؤلم. ثم يقلده و أخيرا يجعله يقوم بالحركة إراديا.

المرحلة الثانية تتمثل في البحث عن تقليده لمختلف حركات اللسان و الشفتين للقضاء مباشرة على التقلصات الغير العادية لجلب لا إراديا اللسان نحو مكان النطق المناسب، يجب على المختص استعمال مساوط المستعملة في الأرطوفونيا العامة، لكنها هي غير مرغوبة من المعوقين حركيا عصبيا من هنا WESTLAKE[16] يقترح استعمال حلوى محضرة بالخصوص.

هذه من أجل الحصول على ارتفاع اللسان، يجب جلبه بالحلوى إلى الطريق المعاكس للحركة المرادة.

لما تكون بعض الحركات الانعكاسية ممكنة و أخرى لا، ينصح الباحث بالزلق تدريجيا: مثلا الأتيتوزي يقاوم دائما لما نبحث عن القضاء على الخروج النّرادي للسان من الفم.
هنا نستطيع الزلق تدريجيا على حافة اللسان للحصول إذن على الحركة الجانبية.

يفسر WESTLAKE أن الحركات الانعكاسية لا تحدث إلا بعد ضغط قوي، هذا لا يعني ان الحركات تكون مخيفة للطفل. الضغط يكون كمساعدة للسان الذي يتبع الحلوى.

التقنيات التي يشير اليها WESTLAKE تبدو لنا ضرورية للحركة النشيطة و المساعدة، دائما مستعملة بخفة اللسان ووضعه في المكان المرجو.

في وقت آخر، لما يتمكن الطفل من مراقبة الكلمات بإرادة، يجب تطوير الدقة و السرعة.
هنا يجب تطوير في نفس الوقت القنوزيا اللسانية يمكن مساعدته بفرشاة على اللسان و الحنك على مستوى مكان النطق.
من جهة أخرى، من أجل الحصول على تقلص ثابت اللسان، يقترح WESTLAKE وضع قطعة خبز، بخيط لمنع ابتلاعه بعيدا و لا يختنق الطفل لتطوير حركات الشفاه، نستطيع طلب من الطفل أخذ بين الشفتين سدادة من 01 إلى 05 سم في القطر. نستعمل كذلك صفارة هنا أيضا وسيلة أخرى لتمرين الشفاه و هو بيان بطة تفتح و تغلق فمها. في بعض الأحيان يجب تطوير مراقبة حركة الشفاه بصفة أحسن.
نضع إما منشفة صغيرة بين الشفاه و الطفل يمضغ هنا و لا يضغط عليها.

أخيرا لما تكون الشفاه ضعيفة جدا يمكن تنشيط بواسطة تقنية الحركات "الاختلاطية"[17].

ملاحظات و نقاط مهمة أخيرة

- لما مختلف حركة العضلات التنفسية، و اللسان و الشفايا تكون ممكنة بالقوة الكافية، يجب مواصلة التدريب للحصول الأحسن.

يجب أخذ بعين الاعتبار أن الطفل يقوم بالشيء الذي يستطيع عليه، فكل إنتاج لا يكون إلا بعد جهد صعب الذي يؤدي من حين إلى آخر إماءات معرقلة.

- نتحدث عن إرخاء الحركات الأتيتوزية للشفايا والوجه.

ALBITRECCIA نصحت بوضع قناع إرخاء عضلات الوجه والانتباه لها. أيضا يجب تمرين الحركات الخاصة بفتح وغلق الفم.

الحركات لا يجب ان تفوت 2سم و يجب أن تكون سريعة، و لكن ليس بالسهل مع الأتيتوزي.

في الحالة يجب الطلب من الطفل غلق فمه إراديا، سينتج منه فتح مفرط بسبب تشنج معاكس.

التقنية مستعملة في السياق: نطلب من الطفل أخذ قطعة من الورق التي نمررها بسرعة أمام فمه.

- نتحصل على الاسترخاء مباشرة بغلق ببطء باستعمال اليد فم الطفل و هو يرى نفسه في المرآة.

نؤكد على ضرورة فعل ببطء أثناء الحركة و لمنع التشنجات.

عندما نحصل على استرخاء كافي نلصق فيه إنتاج لـ "أ" متواصل.

- المرحلة الموالية و هي مرافقة حركة الفتح و الغلق بفتح الفاه و القرن والأسنان السفلى. الحركات المتناوبة يجب أن تكون سريعة.

- أخيرا، لما يأتي الوقت أين الطفل يفتح و يغلق فمه وحدها يجب تعليمه مراقبة الحركتين. فهو فعلا من الصعب على الطفل المعاق القيام بحركات لطيفة و متتابعة للعضلات اليمنى و اليسرى. مما يفسر الدفعات الجانبية خاصة أثناء حركات الفتح.

في الحال ينصح WESTLAKE برسم بقلم خاص خط عمودي يمر بوسط الشفاه العليا و يستمر مع الشفاه السفلى و القرن. أيضا تسطير خط عمودي على المرآة القي يتبعه الطفل بفتح و غلق الفم[18].

العلاجات الوظيفية

أ- التربية الأرطوفونية نفسها

إنا لا يتعلق الأمر بطلب من الطفل إعادة الحروف الخاطئة، إنا لا يعطي نتيجة يمكن فعل إنا مع أطفال كبار مشاركين لما لا يكون اضطراب تحليلي كبير في القاعدة و لكن بعض الأصوات تكون ناقصة.

مع الصغار نهتم بنشاطات فمية غير اللغة[19]. فإذا تركنا الطفل في اضطرابه الشامل يمكن أن نكون فعاليين في مستوى الحركية الفمية الوجهية و بالتالي على مستوى النطق و الكلام.

حالة التقلص الكامل لعضلات الرقبة والعضلات المجاورة تعرقل عمل الفم، تحدد حركات الفك، الخدين و اللسان.

يمكن الحصول في البداية على إرخاء، مراقبة الوضعيات المضطربة من أجل تحرير الحركية الفمية- الوجهية و النطق. نلجأ إلى تنبيه الآليات الخلقية الموجودة المتخمرة من طرف الحركة الإرادية و بواسطة تطوير المراقبة التحليلية لهذه الأعضاء النطقية و التنفس.
يجب أن يكون العمل تحليلي و شامل في نفس الوقت يجب تجديف عمل الفم من أجل البلع و الصوت و التحكم في النفس[20].

نعمل أيضا على مستوى اللسان الذي يعرقل عمل الشفاه (خروج اللسان ووضعية بين الأسنان).

يؤكد A. ALLEXANDRE على ضرورة القيام أن التنفس و البلع و الكلام يجب أن يتناولوا بصفة دقيقة و آلية. وأن التنبيهات الأولى جد مهمة يجب الأخذ بعين الاعتبار حساسية الوجه وتفريقها عن النتائج الانفعالية للمس الوجه[21].

يجب نزع الحساسية للناحية الجد انعكاسية و نبدأ بلمس كل الوجه و ناحية الفم، الشفتين- اللسان (ممكن تقليل من الانعكاسات الغيثانية)... في العمل نقوم بها في جو ثقة و لعب و تبادلات (الطفل يعمل على وجه و فم المختص) للمشاركة إلى معرفة أحسن لمختلف الأعضاء والعمل على التعرف على مختلف الإحساسات و القنوزيا الفمية- اللسانية.

ملاحظة

تعتبر تدليكات مهمة جدا في إعادة التربية، فهي مقترحة حسب صعوبات الطفل و خاصة لما يوجد تقلص كبير لعضلات رفع الشفة العليا و تقلص عضلات الخدين.

أولا يجب وسيلة للدخول في اتصال مع الطفل ووجه، ثم ما عدا الجانب العلائقي، تشجع يجب التنبيهات الحسية العمل العضلي و تسمح بتطوير الإمكانات[22].

بعد نزع الحساسية على مستوى الفم و محيطه، و حسب الصعوبات المسجلة أثناء الفحص، نبدأ عمل المضغ، الأكل بالملعقة و الشرب بالكأس (أنظر لاحقا يجب الجزء من العمل). يجب أن نؤكد أن يجب التدريبات الخاصة بنزع الحساسية و الراحة يمكنها أن تتواصل كمقدمة لكل العمل.
بالموازاة، يجب تمارين النفس مع عدة مساعدات بصرية و سمعية (على شمعة، القطن...)، تمارين الامتصاص، إنجاز عدة حركات فمية وجهية (إخراج اللسان، إدخاله...).

كل يجب التمارينات ستحضر كثيرا و ستساعد على الإنجاز النطقي. نبدأ يجب التربية النطقية بالحصوات، ضجيج لتدقيق تدريجيا و إغناء النطق. تستعمل أيضا إشارات مساعدة (انفجار باليد لـ /p/، ملامسة لـ /م/...إلخ). الجزء الأهم من يجب العمل يقام على بساط أمام مرآة كبيرة (مراقبة بصرية).

ب- العلاج الوظيفي النطقي

يحاول إنجاز الحركات المحتواة في وظيفة التغذية الطفل إلى القيام بحركات مماثلة لنطق عدة فونيمات لكن فإن الجزء الخاص بالنطق و الذي سنفسرها في الحال، لن يتحقق إلا بعد تربية وظيفة التغذية بكل[23]:

- بساط اللسان باتصاله بالملعقة يمكن من نطق /a/.

- تعلم نزع الغذاء من الحنك يحاول نطق /t/، /d/، /n/، /ℓ/

- ضم الشفتين على الملعقة و على حافة الكأس يحاول /p/، /b/، /m/

- أخذ جزرة، قطعة خبز كبيرة بالشفتين يحاول /o/، /e/.

- أخذ الفاكهة في الأمام و في الوراء لأخذ أجزاء غذائية ملصقة على الشفتين يحاول /f/، /v/، /u/، /ou/.

- تجفيف الجزء الأمامي من الفم يحاول التصفيريات /z، s/ والمتفشات /ch,j/.

- مراقبة إدخال قطعة إلى البلعوم ثم دفعها إلى التجويف الفمي يحضر /k/ و/g/.

- التوقف عن الشرب بالكأس للتنفس من الأنف، الزفير ثم الشرب من جديد يحاول مراقبة الغنة /an/، /on/، /in/.

تقلد الحركات، تطور التجارب التي يستفيد منها الطفل على المستوى النطقي.

ملاحظة

العمل ليس في اتجاه واحد لأن بعض التطورات النطقية قد تكون لها فعل ايجابي على المستوى الفونولوجي.

مثلا إنتاج "mmmm" مطول، الشفتين مضمومة، يسهل الشرب بالكأس و غلق الشفتين على الملعقة.

فمن الضروري الاعتماد على الوظائف الفمية غير اللغة، موضوع الجزء الموالي.

العلاجات الوظيفية للنشاطات الفمية الغير اللغة

لما يتعلم الطفل البلع، الامتصاص، التنفس ما يساعد إعادة تربية الكلام. ينصح S. TANNER الأباء دائما بتمرين الوظائف لتسهيل العمل في التربية العلاجية للغة.

تربية النفس

القدرة على النفس تعتبر وظيفة معقدة تستلزم:

- شهيق مطول و متواصل بكفاية (ضروري لإنتاج جميع الفونيمات).
- غلق سليم لشراع الحنك (لمنع الغنة).

- تنسيق جيد لعضلات الشفتين و الخدّين (ما يسمّى بالاستعمال الجيد للفونيمات الشفوية).

وكيفة التنفس مهمة للكلام إلاّ درجة أن تمرين يومي للكلام يصبح ضروري. لكن ليس دائما بالسهل، إذا كان التنفس ضعيف و سطحي، يجب البدء فقط على تطويره بدون تعلم حقيقي للتنفس.
S. TANNER[25] يقترح التمارين التالية:

- وضع قطعة من الورق رقيق جدا على مساحة ملساء مثلا على مرآة نضعها تحت فم الطفل على شكل لعب، يمكن تسميتها سفينة أو بطة.

حتّى و إن كان الطفل لا ينفس، فإن الهواء الذي يخرج من الفم يجعل القطعة من الورق تتحرك ما يشجع الطفل على الفعل الأحسن و الإعادة.
- في البداية، نستطيع ضم الأنف لحالة لجأب انتباه حول مرور الهواء من الفم و ليس من الأنف كما هو الحال في التنفس العادي، خاصة عند الرضيع.

- بعد ذلك يمكن استعمال مجموعة من الألعاب لتحفيز الطفل على تمرين نفسه.

من أجل تمرين قوة النفس:
- النفس على كبريت.
- النفس على شموع أين نطور تدريجيا القطر كلما سمحت تطورات عند الطفل ابتداءا من الشموع الصغيرة إلاّ الشموع الكبيرة.

- في البداية، يمكن التنفس علآ شمعة صغيرة علآ يدزا من أجل تطوير الفزم.
- النفس علآ كرة، وسائل الزمواء...lRNj ما يسمO بتغيير بسزمولة القوة الكافية لإنتالا الصوت و بالتالي إدرالا الصعوبة.
- تمارينات لتّطفال الRين لديزم نفس جيد.
- ألعاب أخرى تسمO بتمرين مراقبة النفس لجعلN متواصل بدون تقطعات:

• الطلب من الطفل ميل بصفة متواصلة نار الشمعة (العمل lRNj يكون أمام مرOة).
• الطلب من الطفل جعل الورق داخل اليد بواسطة نفسN.

ملاحظة

مساعدة المختص، في مرحلة ما، ضرورية لتنسيق مختلف العضلات التي تسمO بالنفس. مثال الحركة النشيطة Njو المقترθ، lRNj ما يساعد الطفل علآ تعلم ضم الشفتين أثناء الزفير. كRJJ يمكن تحفيز حركة الخدين و lRNj بفعل حركات عليزا.

أخيرا، ljRNj الحركة النشيطة يمكن أن تتواصل نحو الصدر لتنايم الزفير.

تربية البلع

الوقت الأول للبلع Njو الأساسي للكلام أي المضغ[26].

يسجل WESTLAKE أنN يجب أن يكون لدينا صبر لأن التقنية التي تتمثل في وضع قطع الحلوى بين الأسنان و الخدين لجاب اللسان يتطلب دائما سنة قبل أن يصبO فعال.

لما نزتم بعسر البلع، عدة عناصر يجب الازتمام بزا:

وضعية الملعقة

الإشارة إلى أن الملعقة التي لا يجب أن تكون مرتفعة من طرفها بحيث الأسنان لترك الأكل في الفم. يجب على الطفل أخذها بنفسه بخفض الشفاه العليا.

إذا رفض الطفل صعبا عليه S. TANNER تنصح بمساعدته في البداية بتحريك شفتيه بالإصبع لمراقبة حركة شفتيه و تعلم عملها جيدا من جهة أخرى لمنع حركات خروج اللسان، الضغط على اللسان يسمح من التقليل من حركات أمامية-خلفية التي ترتبط بالأشكال الحركية للزمن الأول للمص عند الرضيع.

التقليل يسمح بإعطاء دفع نشيط للسان يجعله أسرع.

الضغط على طرف اللسان يؤتي إلى "عرقلة" اللسان الذي يرجع إلى الوراء فيمثل بداية العمل الفمي أكثر فعالية.

تشير C. SENEZ أنه لا يجب الخوف من ضغط طرف الملعقة على طرف اللسان.

لكي تكون فعالة، يجب وضع الملعقة قرب الجزء الذي فيه الأكل.

باليد الأخرى التي تراقب الرأس نقوم بالتواء إضافي لمساعدة غلق الفم ثم ننزع الملعقة أفقيا ابتداءا من الغلق[27].

وضعية الرأس

تشير S. TANNER بضرورة ترك الرأس المستقيم الذقن في الداخل لمنع سقوط الأكل لوحده داخل الحلق. وإلا فالرأس يسقط على الوراء و البلع سيكون صعب أو مستحيل[28].

يجب على الطفل أن يحرك لسانه لجانب الأكل في وضعية بلع لتحسين مراقبة حركات اللسان و الحصول على وضعية جيدة للرأس.

الحماية تكون مضمونة أيضا بالنسبة للتأكل بما أننا نمنع المسالك الخاطئة.
بقدر ما أن التربية تكون مبكرة فإن الغذاء يصبح عادي (مع احترام المراحل).
في نفس الوقت، الإماءة أكثر عنف تكون أكثر تعبيرا تسهل التواصل الغير اللفظي و العلاقات. التنفس الغني يصبح طبيعي، بطيء الصوت و النطق يصبحان في نمط منتظما الحركي بشكل مسهل و سيلان اللعاب ينقص.
يجب التفكير أيضا أن فعل النوعية الكفالة نوعية الذي يسمح بتجسيد مشاكل الفتح حيث أن ضغط اللسان بقوة يؤدي بتطور الفك الأعلى و العكس صحيح[29].

تعلم حركة اللسان

من أجل تشجيع حركات اللسان، لا يجب إعطاء بصفة دائمة غذاء لين نضعه داخل عمق الفم بجعل الرأس إلى الوراء و لكن إعطاء للطفل في أقرب وقت ممكن غذاء صلب أكثر. أثناء إعادة التربية، يجب تدريج الصعوبة:

1- نضع الغذاء في القاعدة ثم تدريجيا فوق لسان اللسان.

2- نأتي بالرأس أكثر فأكثر إلى الأمام ثم ننتظر بالبلع على البطن أو على الجانب مم يضطر بالطفل أن يترك بشفتيه منامة.

3- نبدأ بغذاء حلو يذوب داخل الفم ثم لين (خبز) ثم قطع حلوى، لحم، ثم قطع جزر ما يؤدي باللسان إلى عمل أكثر.

فاللسان والفا لزما حركات متناسقة في نشاط اللسان العادي الRي يسمO بالأكل و الشرب لكن في البداية من الأحسن ترا الطفل يستعمل خاصة اللسان أو الفا ليتغRى كما يستطيع. من جزة أخرى من الممكن أن حركات الفا تتخR مكان عمل حركات اللسان.

Nj lRNj و الحال عند الكثير من المعاقين الحركيين العصبيين الراشدين والRي يستطيعون الكلام، لكن أثناء الكلام نلاحظ أن Rولق اللسان لا ينتقل إلآ الفوق لوحدزا و لكنN مدفوY إلآ الأعلآ بالفا الأسفل إلآ عاية سقف الفم للحصول علآ الصامتة.

ينتج عن RJl كلام واضO و لكن عير بالقدر الRي يكون في حالة حركة اللسان الحقيقية: يجب إRن أن يتعلم اللسان أن يتحرا بمفردزا، لRمزا يجب تحديد حركة الفا[30].

سيلان اللعاب

لن نعيد كامل إعادة التربية لRمزا الجانب لأننا تطرقنا إليزا في عمل سابق. إRا RكرنالNj lNا لأن إعادة تربية سيلان اللعاب يدخل في إطار lRNj المخطط العلاجي الوايفي للنشاطات الفمية عير اللغوية. خاصة أن lRNj متعلق مباشرة بالبلع المRكور أعلازا، بعبارة أخرى لمنع الطفل من سيلان اللعاب يجب أن نعلمN البلع[31].

نRكر فقط العلالا بالثلج الRي يبقآ الوسيلة المفضلة لتقدية بلع منعكس و التقليل من سيلان اللعاب.

الامتصاص

jNنا أيضا نعيد النقاط المزmة فقط:

- الامتصاص يسمO بمراقبة و تنسيق التنفس، شرا Y الحنا، اللسان الRي يبدي حركة، الخدين و الشفازا.

- يسمO بمراقبة عضلات المضغ التي يجب أن تكون مرتخية.

- إRا كان jRNj غير ممكن، يجب علآ الطفل أن يتعلم أولا ءU الأنبوب داخل فمNJ.

- نرخي بعضلات المضغ ثم نرفع الفا الأسفل إلآ غاية أن الأسنان تلتصق تقريبا ثم ندخل الأنبوب.

- يجب تسجيل في النزmاية أن jRNj الحركة تكون أولا في حركة نشيطة لتعويد عضلات المضغ علآ العمل.

المضغ

يجب التRكر أن jRNj الوUيفة الحركية تستلزم حركات مشابزmة للكلام رغم أنزmا أكثر توسيعا و بطغ[32].

يجب إدخال غRاء صلب لتشجيع المضغ عند الطفل.

ملاحظة نهائية

إعادة تربية اللغة عند المعاق حركيا عصبيا تتجNJ إلآ اضطرابات معقدة ومختلفة حسب الأطفال تحتوي علآ تقنيات مختلفة و لا يمكن تطبيقزmا كلزmا علآ نفس الطفل.

تقييم دقيق يسمO بالقيام بالإختيار. فجزء من إعادة التربية قد يكون أكثر أNjمية عند طفل ما في وقت ما و يكون أقل أNjمية عند طفل Cخر.

و أخيرا لا نختم IRNj الجزء الخاص بالكفالة بدون Rكر مرجعين علاجيين متطورين جدا في البلدان المتطورة إنزا الوسائل "المتطورة" للتواصل.

فيزIRnj نصل إلآ القول أن المdلفات العلمية و الطبية العالمية تعد عنية في ميدان اللغة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا.
تطور المعلومات العصبية و النفس لسانية في الدراسات التشخيصية والعلاجية للاضطرابات اللغوية تزjUر واضحة فيما يخص المعاق حركيا عصبيا، خاصة في العشر السنوات الأخيرة، IRNj يdكد أكثر استعجال و ضرورة عملنا IRNj.
في الأخير نشير أن كل دراسة للغة المضطربة تسبقزا معرفة دقيقة لجوانبزا العادية، موضوY الفصل الموالي.

الهوامش

1. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., *L'éducation thérapeutique du langage*, *Les feuillets de l'IMC*, VIM. 4, Paris, 1971, p. 7.

2. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 7.

3. ALBIRTRECCIA S., *La préparation à la scolarité des enfants IMC*, 1961, Paris, 69 p., in: Les feuillets de l'IMC, p. 8.

4. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 9.

5. ALLEXANDRE A., *Troubles de la motricité bucco- faciale et difficultés articulatoires et de parole chez l'enfant IMC: relations et intérêt d'une éducation commune et harmonieuse*, Motricité Cérébrale, MASSON, Paris, n° 2, 2004, p. 67.

6. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 10.

7. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 10.

8. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 10.

9. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 10.

10. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 11.

11. BOUAKKAZE S., *Rééducation fonctionnelle de l'enfant IMC par l'orthophoniste: prise en charge des fonctions facilitatrices de l'émission de la parole*, Magister en orthophonie, s. d. Pr. ZELLAL, IPSO, 2000, p. .

12. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 11.

13. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 11.

14. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 12.

15. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 13.

16. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 13.

17. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 14.

18. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 14.

19. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 15.

20. ALLEXANDRE A., loc. cit., p. 68.

21. ALLEXANDRE A., loc. cit., p. 68.

22. ALLEXANDRE A., loc. cit., p. 69.

23. ALLEXANDRE A., loc. cit., p. 69.

24. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 15.

25. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 15.

26. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 16.

27. SENEZ C., *Alimentation – Déglutition – Mastication de la personne polyhandicapée*, Colloque Régional, La Roussille, 1994, p. 49.

28. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 16.

29. ALLEXANDRE A., loc. cit., pp. 67 - 68.

30. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., pp. 16 - 17.

31. BOUAKKAZE S., loc. cit., p. 153.

32. TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 18.

الفصل الثاني

التواصل اللفظي

نقصد بالفصل "التواصل اللفظي" دراسة النطق، الكلام و اللغة. إعادتنا يجعلنا نحيط بجيدا عندما نتحدث إلى ملاحظتنا و تقييمنا في حالة مرضية، كحالة الإعاقات الحركية العصبية، موضوع بحثنا.

فلنتطرق أولا إلى الميكانزيمات الثلاثة للتواصل اللفظي و هي النطقية، الفونولوجية، و اللغوية في عملنا العادي من أجل الفصل نرجع بصفة كبيرة إلى G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER في كيفية دراستهم وتقديمهم للمفاهيم المهمة للفصل.

منطق العلاء الباحثين، في الإطار العادي، هو التكرار دائما، أن فيما بعد الدراسات النطقية و الفونولوجية و اللغوية ستكون على المعاقين حركيا عصبيا.

ثم فإن دروس ن. زلال تكمل معطياتنا النظارية من خلال تطرقنا إلى كل العناصر التي تفيد المختص في مجال إعادة التربية الأرطوفونية، باللغة العربية الدراجة بالخصوص.

II.1- النطق

مفهوم النطق

إن عملية النطق تعتمد أساسا علآ المخرلا و الصفة.

المخرا

فزو المكان الRي يحدا فيN الحرف، و يدل كRJIا علآ كيفية حدوا الحرف.

الصفة

لا يتحدد الحرف بالمخرلا أي بالموضوY الRي يحدا فيN فحسب بل يتحدد أيضا بصفات أخرى. و صفة الحرف Nي نتيجة لدرجة وكيفية التساY الممر الصوتي و درجة انفتاΘ القناة الصوتية التي Nي من أNم المقاييس التي تتميز بزا الأصوات اللغوية بعضزا عن بعU. و لزRNا المقاييس ثلاا صور:

1- إما أن يكون الممر الصوتي مفتوحا تماما أي غير معترضا علىN فيسمآ الصوت الناتج عن IRNا الانفتاΘ التام "مصوتا" أو صائتا.

2- إما أن يكون الممر الصوتي مسدود تماما باعترا U عضو من الأعضاء علآ الزواء اعتراضا تاما فتحدا أصوات تسمآ "شديدة" أو "حبسية".

3- إما أن يكون الممرالصوتي مضيقا علىN بسبب اعترا U عضو من الأعضاء علآ الزواء، حينئR تحدا أصوات تسمآ "رخوية" أو "تسريبية".

ففي الحالة الثانية و الثالثة الأصوات التي تحدا Nي من الصوامت و الجوامد (consonnes) بينما أصوات الحالة الأولآ Nي من جنس الصوائت

(voyelles)، و الفرق بين الصوامت و الصوائت لا ينحصر فر درجة الانفتاΘ و الانغلاق بل يكمن في الانفتاΘ أو الانغلاق نفسNJ.

- **الاتساΟ التام: y-o-u-a-i-e**

إRا انفتΟ الزfواء في الصدور و تصاعد إلآ التجاويف الصائتة فتNJ يمر بالحنجرة و يصير صوتا عند ازNتزاز الأوتار الصوتية فتRا نفR إلآ التجاويف العليا و لم يجد عضو يعترU علىNJ اندفع نحو الخارلل، لكن عند مرورزا بالممر الصوتي يتكيف بالرنين و يكتسب جرسا خاصا، ومجموY الرنين و الجرس يكونان صوتا لين (أ.و.ي) أو حرفا صائتا (voyelles ou semi voyelle).

- **عدم الانفتاN أو الإعترا f التام: (k-d-b-m-q)**

إRا وقع عند مرور الزfواء انسداد تام و RJJI باعترا U عضو من الأعضاء علآ مرورزا، يحصل في المرحلة الأولآ، احتباس للزfواء، ثم في المرحلة الثانية إطلاق شديد Njواء فيحد f صوت لNJ جرس خاص Njو الصوت الشديد أو الحرف الحبسي أو الانفجاري (occlusive ou explosive).

- **الاتساΟ الناقص: (r-θ-s-z)**

إRا نفR الزfواء في تلاI التجاويف و اعترU علىNJ عضو من الأعضاء اعتراضا تام بتضييق الممر الصوتي، حينئR يتسرب الزfواء فيحد f احتكاكا بينNJ و بين الجوانب الداخلية لزjRNj الأعضاء المتعرضة لNJ، فيحد f بسبب jRNI الاحتكاI صوت خاص يسمآ حرف رخو أو حرف تسريبي.

- **الصفات الأخرn**

ijRNj الصفات الكبرى تنقسم إلآ قسمين Njما:

1- المصوتات أو الصوائت (الحروف اللينة).

2- الصوامت أو الجوامد (الحروف الجامدة).

ثم ينقسم الجنس الثاني من الحروف الشديدة إلآ قسمين كبيرين أيضا:

1- الحروف الحبسية أو الشديدة.

2- الحروف التسريبية أو الرخوة.

إلآ جانب ijRNj الصفات الكبرى Njناا صفات أخرى تشارا في إحدا† الحروف، أو تضفي عليjا جرسا خاصا:

الجzjر و الzjمس: اشترا أو عدم اشترا الأوتار الصوتية باjNjتزازjNj في إحدا† الحروف.

الغنة: اشترا تجويف الأنف في إحدا† الحرف.

التفخيم: نقل الحرف إلآ مdخرة تجويف الفم.

الإطباق: تقعر اللسان عند إحدا† بعUض الحروف المزدوجة المخرلا و jNj (Uض-ص-Uط-ط).

- **الأسس العضوية و الفيزيولوجية لجهاز النطق**

إن الكلام عند الإنسان مرتبط أساسا بجzjاز النطق، الRjي يتكون من عدة عناصر، يقوم كل عنصر بدورjا من أجل الحصول علآ حرف سليم و إRjا تعطّل أي عنصر فjRjا سيdدي إلآ اضطراب في إنتاا الكلام، بحي† أن إنتاا jRNj الأخير Njو عملية عرضية للجzjاز التنفسي، ففي بعUض الحالات يدخل الzjواء و يخرلا في صمت و لا تحد† الأصوات إلا إRjا كانت Njناا حواجز

وضغط و تحكم في الحركات التي تنشئ أو تزيل الحواجز المسببة في تنوع الأصوات.

- **القناة الصوتية**

تمثل القناة الصوتية عضو التصويت فهي تتكون من المنطقة العليا للمسالك الهوائية (التجويف الأنفي و الحنجرة) و الهضمية (التجويف الفمي) و التي تتقاطع في المعبر الهوائي الهضمي[1].

- **الحنجرة**

هي العضو الأساسي للتصويت إذ تكمن أهمية العضو في كونه يحتوي على الأوتار الصوتية اللتان تقومان بحركة انفتاح أثناء مرور الهواء في عملية التنفس أو حركة اهتزاز أنفية سريعة أثناء عملية التصويت، فإذا الحالة الأخيرة تعطي للأصوات اللغوية صفة:

الصوامت المجهورة: هي الصوامت التي يرافقها اهتزاز الأوتار الصوتية مثل [b]، [d]...

الصوامت المهموسة: هي الصوامت التي يمر فيها الهواء دون اهتزاز الأوتار الصوتية [s]، [š].

- **المنطقة الحلقية- الفمية**

تتكون من:

التجويف الحلقي: هو مسلك عضلي يمتد عموديا من قاعدة الجمجمة من فوق إلى القسم العلوي للرقبة من الأسفل على امتداد العمود الفقري من الجهة الأمامية، ويشكل الخلف منطقة تقاطع بين المسلك التنفسي من الأنف إلى الحنجرة و المسلك الهضمي من الفم إلى البلعوم.

التجويف الفمي: يمتد من اللهاة إلآ الحلق إلآ الشفتين في الأمام، إR تشكل أعضاء النطق حواجز في طريق الهواء و التي بفضلها تتميز الأصوات وتختلف في اللغة و نميز:

- المصوتات: هي الأصوات التي تحدث عند مرور الهواء عبر جهاز النطق، أما الأوتار الصوتية فتهتز، فتقتربان و تتباعدان بسرعة كبيرة و نحصل علآ المصوتات عند النطق بالحركات الثلاثة (في اللغة العربية).

وما يميز هRذه الحركات الأساسية عن بعضها البعU هي درجة انفتاΘ التجويف الفمي و الشكل الRي تتخRذه الشفتان حيث يكون الفم قريب الانغلاق والشفتان متبسطتان في الكسر، متوسطة الانفتاΘ مع ضم الشفتين و تجمع اللسان إلآ الخلف في الضم، أما في الفتO فتكون درجة الانفتاΘ أكبر نسبيا.

- الصوامت: يطرأ علآ تجويف الفم و الحلق أثناء النطق تغيرات في درجة الانفتاΘ، نتيجة الحركات العضلية داخل هRذين التجويفين، و بRذا فإن الهواء يحدث صوت احتكاك بأعضاء النطق.

- **الحنP الأعلΑ**

هو الجزء العلوي من التجويف الفمي من اللهاة إلآ لثة الأسنان العليا و هو ينقسم إلآ ثلاثة أجزاء: أدنآ الحنك، وسط الحنك، أقصآ الحنك.
هناك قسم لين يسمآ الحنك اللين أو الرخو و هو عبارة عن عضلة متحركة في الاتجاه العمودي الأعلآ و الأسفل، كما يقع بين التجويفين الفموي و الأنفي

حيث يكون مرتخي في حالات السكوت ليسمح بدخول وخروج الهواء عبر الأنف أما أثناء الكلام فتتغير بين وضعيتين رئيسيتين:

- الصوامت الفمية حيث ينقبض الحنك الرخو ليسد طريق الهواء إلى تجويف إغلاق الأنف فيخرج من الفم و هذا في أغلب الصوامت [b]، [o]، [z]...
- الصوامت الفمية الفنية حيث يرتخي الحنك الرخو ليسمح الهواء بالمرور في التجويفين الفمي و الأنفي معا، هذا الأخير يعطي الصوامت صفة الغنة مثل [m]، [n].

- **اللثة**

بين الأسنان و الحنك تقع اللثة و شكلها محدب في الأعلى و يلتقي معها غالبا طرف اللسان لإنتاج الحروف اللثوية مثل: [t]، [t]...

- **الأسنان**

حول الحنك و اللثة نجد الأسنان التي تلعب دورا هاما في النطق كما تلتقي الأسنان مع الشفة السفلى لإنتاج الحروف الشفوية الأسنانية مثل [f] أو مع طرف اللسان مثل [θ] التي هي ما بين الأسنان.

- **الشفتان**

هما عضوان متحركان لهما دور أساسي في عملية النطق حيث يتدخلان كعضوين رئيسيين في إنجاز الأصوات الشفهية: [b] و [m] او كعنصر ثانوي في إنتاج الحروف مثل [ğ].

- **اللسان**

Njو عضو عضلي (يحتوي علآ 17 عضلة) جد متحرا قاعدتNj متصلة بقاعدة الفا السفلي[2]. القسم العلوي متحرا في جميع الاتجاNjات لأنNj لين قابل لحركات واسعة و ينقسم إلآ قسمين:

1- اللسان و الRولق: يكون أثناء الارتخاء مقابلا للثة كما بتمكانNj الاحتكاا مع الأسنان و اللثة و الحنا.

2- Ujnر اللسان يكون عند الارتخاء أمام عشاء الحنا.

- **التجويف الأنفي**

تجويف عضمي يمر عبرjا الزjواء بكميات مختلفة أثناء النطق.

- **التنفس**

تميز RNj العملية مرحلتين متعاقبتين:

- الشjيق: مع تقلص الحجاب الحاجز الRي ينخفU و يتسطO و تقلص العضلات الرافعة لتضلع، يتسع القفص الصدري في الاتجاNjين الأمامي والعمودي فيدخل الزjواء تحت تثير الضغط الخارجي إلآ الرئتين عبر الأنف أو الفم و البلعوم و القصبة الزjوائية.

- الزفير: تحدt العملية بارتخاء عضلة الحاجب الحاجز وارتفاعNj إلآ مستواjا الأول بارتخاء العضلات الرافعة لتضلاY، تتقلص أبعاد القفص الصدري، فيضغط IRNj الأخير علآ الرئتين ليخرلا منjا الزjواء إلآ الخارلا عبر الحنجرة فالتجويف الفمي او تجويف الأنف[3].

- **مخارج الحروف و صفاتها**

إن الأصوات في اللغة العربية أو في لغات أخرى من لغات العالم لها مميزات، بحيث تكون الأصوات عدة حروف و لكل حرف خاصية أو أكثر تميزا عن الحرف الآخر مما يجعل السامع يفرق بين الحرف و إلا لكان عالمنا مليئا بالإلتباسات في الحروف.

- **كيفية النطق**

هو عرف لكل أماكن النطق الخاصة بالنظام اللغوي العربي و صفات حروف النظام[4].

1- الحروف الشفوية

هي الحروف التي يستدعي النطق فيها استعمال الشفتين أو على الأقل الشفة السفلى حيث تصنف إلى شفوية مزدوجة و شفوية أسنانية.

الحرف: [b]

المخرج: شفوي مزدوج

الصفة: مجهور

كيفية النطق: انفجاري

الحرف: [m]

المخرج: شفوي مزدوج

الصفة: مجهور

كيفية النطق: غنى

الحرف: [w]

المخرلا: شفوي

الصفة: مجiور

كيفية النطق: تسريبي

الحرف: [f]

المخرلا: شفوي أسناني

الصفة: مiموس

كيفية النطق: تسريبي

1- الحروف الأسلية

و iNي الحروف التي يكون نطقiا عن طريق وضع طرق اللسان (Rولق) وراء الأسنان العليا و السفلآ بحيt يكون الفكان متطابقان مع ترا ممر يسمO بخرولا الiواء:

الحرف: [s]

المخرلا: أسلي أسناني

الصفة: مiموس

كيفية النطق: تسريبي

الحرف: [s]

المخرلا: أسلي أسناني

الصفة: مiموس

كيفية النطق: تسريبي مفخم

الحرف: [z]

المخرج: أسلي أسناني

الصفة: مجهور

كيفية النطق: تسريبي

2- الحروف اللثوية:

و هي الحروف التي يكون نطقها من خلال وضع اللسان بين الأسنان العليا و السفلا و هي:

الحرف: [j]

المخرج: لثوي

الصفة: مجهور

كيفية النطق: تسريبي

الحرف: [θ]

المخرج: لثوي

الصفة: مهموس

كيفية النطق: تسريبي

الحرف: [d]

المخرج: لثوي

الصفة: مجهور

كيفية النطق: تسريبي مفخم

3- الحروف النطعية

و في ijRNj الحالة يلتصق Rولق اللسان مع النطع و الحروف jNiي:

الحرف :[ℓ]

المخرلا: نطعي

الصفة: مجnjور

كيفية النطق: انحرافي

الحرف: [n]

المخرلا: نطعي

الصفة: مجnjور

كيفية النطق: عنني

الحرف: [r]

المخرلا: نطعي

الصفة: مجnjور

كيفية النطق: ارتجاجي

أما إRا كانت علآ مستوى مقدمة النطع: تنطق ijRNj الحروف عندما يتم التصاق الRولق بمقدمة النطع التصاقا كليا وjNiي:

الحرف: [d]

المخرلا: نطعي

الصفة: مجnjور

كيفية النطق: انفجاري

الحرف :[t]

المخرج: نطعي

الصفة: مهموس

كيفية النطق: انفجاري

الحرف: [t]

المخرج: نطعي

الصفة: مهموس

كيفية النطق: انفجاري/مفخم

4- الحروف علÄ مستوى الحنك الصلب تحدث الحروف في زاذا المستوى باقتراب ظهر اللسان من الحنك الصلب و التصاق جانبي اللسان مع الحنك العلوي و زاي:

الحرف: [š]

المخرج: شجري

الصفة: مهموس

كيفية النطق: تسريبي

الحرف [j]

المخرج: شجري

الصفة: مجهور

كيفية النطق: تسريبي

الحرف: [ğ]

المخرج: شجري

الصفة: مجهور

كيفية النطق: انفجاري

5- الحروف على مستوى الحنك اللين:

تنطلق الحروف من هذا المستوى عند تلامس مقدمة اللسان بالحنك اللين وهي:

الحرف :[k]

المخرج: الحنك اللين

الصفة: مهموس

كيفية النطق: انفجاري

الحرف: [g]

المخرج: الحنك اللين

الصفة: مجهور

كيفية النطق: انفجاري

6- الحروف على مستوى اللهاة:

تنتج هذه الحروف عندما يتقعر اللسان قليلا و يرتفع أقصى الظهر فتقترب من اللهاة لتحتك بها، فإذا اهتز الوتران نسمع صوت [γ] و إذا لم يهتز نسمع صوت [x].

الحرف: [q]

المخرج: لهوي

الصفة: مهموس

كيفية النطق: انفجاري

الحرف: [x]

المخرج: لهوي

الصفة: مهموس

كيفية النطق: رخو

الحرف: [ɣ]

المخرج: لهوي

الصفة: مجهور

كيفية النطق: رخو

7- الحروف الحلقية:

الحرف [ʕ]

المخرج: حلقي

الصفة: مجهور

كيفية النطق: رخو

الحرف: [ħ]

المخرج: حلقي

الصفة: مهموس
كيفية النطق: رخو

8- الحروف الحنجرية:

الحرف: [ʔ]
المخرج: حنجري
الصفة: مجهور
كيفية النطق: انفجاري

الحرف: [h]
المخرج: حنجري
كيفية النطق: رخو

من خلال عرضنا لمخارج الحروف و صفاتها، فإننا نكون قد تعرفنا على الوظائف التي تؤديها على عضو نطقي في عملية النطق و الصفات التي تميز الحروف من خلال الحركات المختلفة للأعضاء، و على يكون تغير أي صفة أو ميزة من المميزات الثلاث التي سبق ذكرها تؤدي إلى اضطراب نطقي يحدد نوعية الوظيفة المتغيرة.

- **ميكانزيم النطق بالصوائت**

إن الحركات اللسانية هي التي تحدث اختلاف الصدري الخلفي و العالي الصدري الفمي، و تبعا لدرجة الانفتاح و المساحة التي تكون بين اللسان والأعضاء العلوية (الحنك) و منه نتحصل على جرس الأصوات[5].

1- الصوائت المغلقة

- طابع أمامي: وضعية اللسان تكون مرتفعة و الشفتان ممددة [i].

- طابع خلفي: اللسان ينزل والتجويف الفمي يتوسع والشفتان تكونان دائرين فنحصل علآ [u].

2- الصوائت النصف مغلوقة

- طابع وسطي: اللسان يرتفع و يتقدم نحو السقف الصلب مع انخفاU في درجة انفتاθ الفم و زيادة في درجة انفتاθ الحلق والشفتان تكون ممدودة فنحصل علآ [é].

اللسان يكون في وضعية متشابjة لما سبق مع الشفوية قليلة الأNjمية [a] و كثيرة الأNjمية [o].

- طابع خلفي: يكون اللسان في وضعية وسطية مع الشفوية [õ].

3- الصوائت النصف مفتوحة

- نبرة وسطية: اللسان يمتد و رأسN ينخفU فنحصل علآ [e] و[o].

4- الصوائت المفتوحة

- نبرة أمامية: اللسان يبقآ مسطحا في الفم [ã][6].

الهوامش :

1- SABAN R., *Aux sources du langage articulé*, MASSON, Paris, 1993, p. 27.

2- LE HUCHE F., *Anatomie et physiologie des organes de la voix et de la parole*, MASSON, Paris, 1991, p. 173.

3- LE HUCHE F., loc. cit., p. 28.

4- ZELLAL N., *Introduction à la phonétique orthophonique arabe*, OPU, Alger, 1984, p. 27.

5- ZELLAL N., loc. cit., p. 20.

6- ZELLAL N., loc. cit., p. 26.

2.II - الكلام

ليس هناك اضطراب لغوي بدون إصابة نطقية (النطق) أو فونولوجية (الكلام).

فبعد دراسة العوامل النطقية اللازمة في بحثنا والمفيدة لفهم الاضطرابات في الإعاقة الحركية العصبية، سنتطرق إلى العوامل الفونولوجية في الكلام.

بداية، ما هي الكلمة؟

إن الفهم يسبق التعبير، فمثلا الطفل الصغير أو الرضيع يستجيب لكل ما حوله من أصوات، و الأم أنه يعطي لبعض الأصوات معاني، و هذا ما يجعل الأولياء يظنون أن الطفل يفهم كل شيء.

فالفهم مرتبط بالنغمة، الإماءات و المحتوى اللغوي. و الطفل قد يفهم و يتعرف على الصوت، و الأم من تكرار سماعه له. وفي حالة الإماءات أو الإشارات فإنه يفهم محتوى الرسالة و الأم عن طريق الإشارة للشيء.

مثلا: نطلب من الطفل فعل شيء ما، و نشير إليه بالأصبع مع النظر في اتجاهه. فهو هنا يفهم التعليمة و ما نقصدها منها. أما فيما يتعلق بالمستوى اللغوي، فهو عبارة عن محتوى الكلمة من دال و مدلول. أي أننا نعطيه كلمة شيء و هو يحاول استخراجها و فهم المعنى و دور الشيء[1].

أما بياجي فيقول:"إن تطور الوظيفة الرمزية تكون في السنة الثانية من عمر الطفل، حيث أنه يستطيع أن يفرق بين الدال و المدلول. و من السادسة إلى

سبعة سنوات، يبدأ فهم الكلمات، حيث يتعرف عليها بواسطة الوحدات التي تتدخل في تشكيلها.
وفي سن السابعة تعتبر الكلمة جزء من السلسلة الكلامية. أما في العاشرة فيصير لديه المستوى الدلالي، إذ يلاحظ أن الكلمات متكونة من أصوات تعبر عن شيء ما[2].

تقديم الفونيمات:

1- الصوامت:

- الفونيم: [b]

الفونولوجية لـ [b] هو منبع تقاربي الآتي:

التعريف الفونولوجي: [b]

- b/f

/bāt/ في أول الكلمة

/fāt/

/tabna/ في وسط الكلمة

/tafna/

/ğāb/ في آخر الكلمة

/ğāf/

- b/m

/bāt/ في أول الكلمة
/māt/
/sabna/ في وسط الكلمة
/samna/
/sāb/ في آخر الكلمة
/sām/

- b/d

/bra/ في وسط الكلمة
/dra/

/nəbra/ في وسط الكلمة
/nədra/

/həbb/
/ħəbb/ في آخر الكلمة

إن الفونيم [b] انفجاري، شفوي، مجهور.
نستعمل نفس الطريقة للتمرين بكل فونيم صوتمي في اللغة العربية. و الآن نقدم البعض منها مع أمثلة:

- الفونيم [٢]

و ... ات تقارب مع الفونيمات الآتية و ... حسب تعريف الفونولوجي[3].

- ʔ/h

/hījja/ في أول الكلمة
/ʔījja/

/shāl/

/ lʔas/ في وسط الكلمة

/ʔəlf/ في أول الكلمة
/ħəlf/

/mʔəlləf/
/mħəlləf/ في وسط الكلمة

- ʔ/s

/mʔəlləf/ في أول الكلمة
/msəlləf/

- ʔ/ʒ

/ʔəlf/
/ʒəlf/ في أول الكلمة

/sʔəl/
/sʒəl/ في وسط الكلمة

[ʔ] في نهاية الكلمة يكون حيادي أي لا ينطق.

إR‌ن Nj‌و فونيم انفجاري، حنجري ومجNjور.

الفونيم [w]:

تعريفNj الفونولوجي يكون Rات تقارب مع الفونيمات التالية:

- w/b

/wāℓi/

/bāℓi/ في أول الكلمة

/kℓāwi/

/kℓābi/ في وسط الكلمة

/ğāw/

/ğāb/ في ڠخر الكلمة

- w/m

/wassīt/

/massīt/ في أول الكلمة

/ħāwəℓ/ في وسط الكلمة

/ħāməℓ/

/ddāw/

/dām/ في ڠخر الكلمة

- w/g

/wād/
/jədd/ في أول الكلمة

/ʒāmən/
/ʒājən/ في وسط الكلمة

/ğāw/
/ğājj/ في آخر الكلمة

الفونيم j: تسريبية، شفوية و مجهورة.
الفونيم w: تسريبية، شفوية و مجهورة.

التعريف الفونولوجي لـ [j] يكون العلاقات تقارب مع الفونيمات التالية:

- j/š

/jəddi/
/šəddi/ في أول الكلمة

/ħja/
/təxša/ في وسط الكلمة

/qəjj/
/qəšš/ في آخر الكلمة

[w] و [j] تعتبر كمصوتات لما تكون:

- في بداية الكلمة و أمام مصوتة، مثل: [wəℓℓi]، [jūm]، [jədd]

- في كلمة ما بين مصوتة و صامتة، مثل: [swāℓaħ]، [bjūt]...

- ما بين مصوتتين، مثل: [hijja]...

- في نهاية الكلمة مثل: [ğĕw]...

لكن تنطق كمصوتة [u] و[i] في بداية الكلمة و أمام صامتة، مثل: [uℓəd]...

2- المصوتات

- المصوتات القصيرة

الفونيم [a]: تعريف الفونولوجي يكون له تقارب مع الفونيمات التالية:

- a/u

[jaħkəm/

/jaħkum/

- a/i

/səmn/

/smīn/

فإنه يكتب دائما كمصوتة مركزية، درجة الانفتاح متوسطة، دائما قصيرة المدى.

- لا نجدها في آخر الكلمة.
- كما تكتب [a] لما تكون باتصال مع فونيم مفخم أو متأخر كمثلا ظadd.

مثال:

/ə/ ← [ə] / [a]

الفونيم /u/

يكتب دائما كمصوتة متأخرة، دائرية، درجة الانفتاح الناقص، قصيرة.

- أمام مصوتتة متأخرة أو مفخمة تكتب [ō] مثال: [xōft].

- أمام حلقية، نجد المصوتة [Ø]

مثال: [bØظd]

- أما بعد الصامتات المتأخرة: تكتب المصوتة [ò].

المصوتات الممدودة:

الفونيم: /i/

يستخدم كمصوتة أمامية مع تكسير الشفتان، بدرجة الانفتاح التام.

أمام صامتة مفخمة أو متأخرة نستخدم [ĕ] مثال:

[xĕt] ،[dĕf]

الفونيم /ā/

يستخدم كمصوتة أمامية، ʁو درجة الانفتاɵ التام.

يكتب /ā/ أمام صامتة مفخمة أو صامتة متأخرة.

و يكتب [ĕ] أمام صامتة أمامية، و أكثر تقديم لأمام نكتب [ā].

الفونيم /u/

يستخدم كمصوتة متخرة، مع تقبب الشفتان، وR درجة الانفتاΘ الناقص، يكتب [ó] كمصوتة شفوية أمام صامتة متخرة أو مفخمة[4].

مثال: [xrōf]، [dōr]...

قبل عرض الجانب المخصص للكلام لدراسة الجانب الأخير من التواصل اللفظي و Njو اللغة، سنعطي لمحة حول كيفية تطور الكلام.

بهدف تشخيصي ثم علاجي للاضطرابات الاتصال (نطق، كلام، لغة) عند الطفل المعاق حركيا عصبيا، يجب معرفة الأنماط العابة في اكتساب الإمكانيات المعرفية (Njنا الفونولوجيا).

العديد من الباحثين يروا أن استقرار النظام الفونولوجي غير منتظم، بما أن Njنا ا استمرار لتعويضات لفونيمات عند الطفل.

فNjنا ا تطور زمني عام في اكتساب الفونولوجيا يتعلق الأمر بظاNjرة "التعارضات الصوتية" أين يبدأ الطفل يعارض وحدتين من حيث المعنى في سن سنة (مرحلة "كلمة-جملة").

في نفس المعنى، يمكن Rكر القوانين الأساسية في ترتيب اكتساب مختلف التعارضات بين الأصوات:

1- التعارُ الRي يعمل في البداية يبين الفرق الكبير بين الصامتة والمصوتة، الانفجارية الشفوية /b/ تتميز عن المصوتة /a/ Rو درجة الانفتاθ التام.

2- الشكل المتعلق بالصوامت يتفرق إلآ جزئتين:
شفوي و غير شفوي، الRي يفرق بين jRNين النوعين Njو عمل الأعضاء الفمية.
تشكل الشفتين الشفوية، وضعية اللسان بين الجزئة الداخلية لTسنان العليا يشكل حرف جديد معارُ لـ /b/: Njو /t/ يسمآ نطعي.

3- الخط الشفوي الRي يبين الشفويات و النطعيات يبدأ في التمييز عن الخط الغني الRي منN نستخاص /m/ و /n/.

الفرق في مستوى المصوتات يكون بصفة متتالية، يتعارُ ضد الفونام /a/ مصوتات Rو درجة الانفتاθ متوسطة لتشكيل مصوتات أخرى.

تكتسب المصوتة قيمة تفريق داخلية بينما قبل IJR IIالقيمة كانت خارجية.
تتعارُ الصامتة و المصوتة. أما الآن فمكوناتjNا jNاي التي تتميز عن بعضjNا.

4- التفريق الواضO و النزjNائي بين الانفجاريات النطعية و الحبسيات الحنكية Ujrت مDخرا، فjNي منتjNية تقريبا في نjNاية السنة الثانية.

5- التسريبات لا تUjNر في ن واحد التسريبات الأخيرة تUjNر مع النصف-المصوتات /w/ و /j/ بما أن فتحjNم يماثل الحبسيات الشفوية.

نفس الشيء حول المصوتات التي اكتسبت [i] و [u] فإنها غالبا ما تكتسب قيمة الصوامت و تنجز تدريجيا [j] و [w] نوعا ما مأموسة في بعض الوضعيات.

يؤدي نظام التفريق عند التسريبات أقل وضوحا من إنتاج الحبسيات. فهو مرتبط بدرجة الوضوح التي تؤدي بها الأصوات في الكلام.
تؤدي النطعية [j] لتعارض التصغيرية أين يتنوع النطق فيها. أحيانا تؤدي الحنكية نوعا ما بصوت [ɣ].

الجانبية [ɭ] قبل نهاية السلسلة. كيفية مرور الهواء الزفيري هو الذي يميز بين التسريبات عن الجانبية.

6- القيمة الداخلية التي تميز النطعيات تكون بصفة عامة مدخرا وتحدث حوالي في بداية 03 سنوات :[r] يتميز عن [ɭ] بطابعه الاهتزازي.

7- ما دامت الحبسيات غير مجزءة إلا سلسلتين على المستوى الحنجري، فإنها بصفة عامة بدون صوت. بينما، الخطوط مأموسة/مجهورة تكون غير متميزة. استقرار هم يمثل تهور أزواج من الكلمات تتميز بينما الخط فقط أي في 03 سنوات.

8- التعارض الأكثر تدخرا يتمثل في تعارض الصوائت من حيث العامل الغني.

9- في 03 سنوات، الأجزاء الصوتية أكثر تعقيدا تبدأ في الاستقرار.

للخلاصة، نلاحظ بالخصوص مايلي:
- تستقر الصوامت الأمامية قبل الصوامت الخلفية.
- ثم يتوضع /w/ و /j/.
- أخيرا تتأخر النطعيات /r/ و /ℓ/.
- في 03 سنوات كل الأصوات مكتسبة.

JAKOBSON و كل الباحثين الذين درسوا بعدها قواعد الإكتساب يروا بأن التطور في الزمن يتأخر عام مهما كانت اللغة.

من أعمال N. ZELLAL بالنسبة للغة العربية، فإن القاعدة العكسية هي الصحيحة في نظام الاكتساب. فحول دراسة إجابات مسجلة لـ 30 طفل لاختبارات اللغة و الكلام، و هذا في أوقات مختلفة في فترة السن من 03 إلى 05، ن .زلال لاحظت أن الأصوات الخلفية تتأخر قبل الأصوات الأمامية.

العامل الحلقي (ħ,ʕ)، الحنجري (h،٢) اللهوي (q) و (x،γ) و المفخم...
يكتسب قبل العوامل الأمامية كمثلا (r, n, m, s) و الغير مفخمة التي تتلقى تعويض مثلا: (θ=S) ، (ℓ=r)...

ن .زلال تاكد على أن هذا الأخير خاصة بالنظام الفونولوجي للغة العربية. هذا يفسر أخصية هذا النظام. من جهة أخرى المردودية الفعالة للتعارضات الخلفية تكون أكبر من التعارضات الأمامية.

مزما كان الأمر، ن .زلال علآ حق لما تقول أن الطفل لا يكتسب تعارضات وإنما يكتسب التواصل بالكلام.

ijRNj النقطة مزمة لما نكون بصدد علاUU المعاقين حركيا عصبيا، أعلبيتزم بخرص في البداية. فلا يزم أن تUjر فونيمات أمامية أما خلفية في البداية.

مع Njdلاء الأطفال، NjناII مشكل رئيسي و Njو مشكل الحركة في درجات مختلفة.
تجازا المUjIUر الأتيتوزية والتشنجية...وكdن المعاق حركيا عصبيا يخالف قوانين اكتساب الفونولوجيا.

المزم أن يستطيع تجاوز المشاكل الحركية و "يتكلم". في الحقيقة فزمو "اختيار" صوتي أما القدرات والصعوبات الحركية.

أخيرا، ما يجب تRكرزا، دائما بزمدف فزم المعاق حركيا عصبيا، Njو:

- ترتبط كل مرحلة من مراحل باكتساب الفونولوجيا بالأخرى:
الطفل ينتج ما يرازا و IRNj بعلاقة IIJR بصعوبات اللغة المتعلمة (صعوبات عصبية-حركية، عن المعاق حركيا عصبيا).

- تطور الفونولوجيا (و اللغة بصفة عامة) يقع بعلاقة مع عدة عناصر، خاصة العراقيل اللسانية للنUام الRي يجب اكتسابNj و النUام الRي اكتسب. ijRNj الفكرة الأخيرة نفسرNjا في الفقرة الموالية الخاصة باللغة.

الهوامش :

1- AIMARD P., *L'enfant et son langage*, Ed. SIMEP, 1982, p. 8.

2- GUMBERT J. E., *Le développement métalinguistique*, PUF, p. 97.

3- ZELLAL N., *Introduction à la phonétique orthophonique arabe*, OPU, 1984, pp. 45-46.

4- ZELLZL N., *Test orthophonique pour enfants en langue arabe, phonologie et parole*, OPU, 1994, p. 90.

II.3- اللغة

في نهاية الفصل المخصص للتواصل اللفظي. سنتطرق للغة.

نؤكد أننا نجد أن نذكر بعض المفاهيم الضرورية للذي يريد تربية اللغة عند المعاقحركيا عصبيا.

يدرس G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER الجانب بمنطق كبير. إلا درجة أن في الأول يتعلق الأمر باللغة عند الراشد العادي ثم تطور اللغة عند الطفل العادي.

فلنتطرق إذن إلى لغة الراشد العادي.

اللغة عند الراشد العادي:

حسب G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER دائما نجد ثلاث نقاط متميزة:

1- الإرادة في اللغة.

2- فهم اللغة الشفوية.

3- تعبير اللغة الشفوية.

نعيد هذه النقاط الثلاثة، لأنها مهمة لفهم اللغة عند المعاق حركيا عصبيا، موضوع تفكيرنا.

1- الإرادة في اللغة:

الرغبة يعني الرغبة في التواصل مع الاخر، الشيء الذي يرتبط جدا مع الوسط الذي يوجد فيه الفرد.

نفس الباحثين يعطون مثال الشخص الذي يكون ثرثار في وسط ما. و لا يكون كذلك في وسط آخر[1].
يشيرون كذلك أن نفس الملاحظة تنطبق على الطفل الصغير[2].

2- فهم اللغة الشفوية:

الرغبة يعني أنه يجب أن يكون هناك سمع جيد وفهم شفوي جيد. بالنسبة للسمع، نذكر أن ضياع نوعا ما كلي للأصوات المنخفضة بالخلايا الأذن الوسطى يجعل غير ممكن الفهم لبعض الجمل.

نفس الشيء بالنسبة لضياع الأصوات الحادة المرتبطة بالخلايا الأذن الداخلية و التي تجعل غير ممكن الفرق بين بعض الفونيمات التي لها طابع حاد، كمثلا i وu، s و ch و في بعض الحالات t[3].

فيما يخص القنوزيا السمعية نفس الباحثين يشرحون أيضا أن المعلومات الآتية من الأذن تصل إلى الفص الصدغي، أين يجب أن تفسر لكي يصبح ممكن التفريق بينا الأصوات[4].

أخيرا، الفهم الشفوي يعني فهم الكلمات و الجمل، الشيء الذي يرتبط بمستوى تكويني أعلى في المناطق العصبية اليسرى عند الأيمن و التي ترتبط بمنطقة فرنيكي (S).

3- تعبير اللغة الشفوية:

هذا يعني أن العضلات اللازمة للكلام يجب أن تكون سليمة، و أن تكون متناسقة و مراقبة لإصدار الفونيمات، و أن يعرف الفرد استعمالها (تتحدث C. CHEVRIE-MULLER عن البراكسيا النطقية)، أخيرا أن يكون قادر على تنظيمها في كلمات و جمل مرتبطة الفكرة التي يريد التعبير عنها.

هذا التعبير الشفوي يتطلب سلامة مجموعة من التركيبات العصبية المتطابقة، أين الملاحظة أكثر هي، عند الراشد الأيمن، المنطقة الجبهية اليسرى[6].

لمعلومات أكثر، فالأعضاء الخاصة بالتعبير الشفوي هي المزدوفة وبالخصوص التحكم في عدد كبير من العضلات التي تشارك في عدد من الوظائف الأساسية التي يجب أن تكون نفسها متناسقة بينها[7].

من أجل هذا يتطرق G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER إلى التنفس في اللغة.

فهم الأمر من دراسة لنوعين من التنفس لأنها متكاملين:

1- التنفس في الراحة:

دورها الأساسي هو تأمين التبادلات الغازية. إن فترة وظيفة حياتية. الإنسان العادي، في صحة جيدة، في الراحة لا في أكبر درجة 20 تنفس في الدقيقة.
الزفير يكون مرتين أطول من الشهيق الذي يطول إن بالقدر الأكبر ثانيتين الميكانيزم الغير الإرادي و غالبا غير واعي مؤمن بمعلومات تأتي خاصة من: le sinus carotidien ومن سلامة مضيق الدماغ[8].

2- التنفس أثناء الكلام:

بداية فإن التنفس هو الذي يسمى بالكلام. لكن مختلف عن التنفس أثناء الراحة لأن اللغة العادية تتكون من جمل يمكن أن تدوم 20 ثانية و أكثر[9].

الفرد الذي يريد الكلام يجب أن يثبط بواسطة تراكيب عصبية عليا، الانعكاسات التنفسية المضيقية.

نفس الباحثين يشرحون أن يتطلب تعلم متقن جدا، عند خاصة الممثلين والمغنيين.

ولكن يضيفون أن رغم التعلم، المنعكسات الأولية تظهر من جديد، كلما كان هنا مشكل تنفسي ما، مثلا المصاب باضطراب القلب أو ببساطة الفرد الذي جرى. فلاء نجد عندهم كلام قصير و متقطع[10].

المراقبة العليا للكلام قد تضيع أيضا في حالة انفعالية سلبية. كما حالة توتر أو خوف يجعل الكلام غير واضح[11].

من الناحية النظرية أن التنفس في الكلام يتكون من:
- شهيق أكثر عمق من الشهيق العادي.
- زفير أطول و مراقب جيدا.
نرى أنه من الضروري إعطاء تفاصيل كل مرحلة مدروسة من طرف الباحثين المذكورين أعلاه.

المرحلة الشهيقية

العضلات المناسبة: هي العضلات الشهيقية، الحجاب، و ممكن العضلات الشهيقية المجاورة.

قوة العمل: هو تقلص حركي الذي كلما كان منظم كلما زادت أهمية الدواء اللازم للكلام.
المغني و كل إنسان يستعمل الكلام كثيرا يجب أن يتعلم أن "يملأ صدره" قبل إصدار صوت [12].

التقلص الحركي يجب أن يكون له قوة كبيرة للحصول على شهيق أكبر وفي نفس الوقت في مدة قصيرة.

بما أن التقلص يجب أن يكون قوي و سريع يجب أن تتدخل مراقبة انعكاسية للعضلات الزفيزية المعاكسة.

المرحلة التنفسية الجامدة

العضلات المناسبة: هي نفس العضلات الشهيقية للمرحلة السابقة.

نوع العمل: كيفية عملها مختلف عن المرحلة الشهيقية. فالتقلص يكون مراقب دائما.

الإنسان الذي "يعرف التنفس" أثناء الكلام و الغناء، لا يدع ارتخاء عضلاته الشهيقية و خاصة الحجاب الحاجز إلا بالكمية اللازمة للحصول على صوت، هذا يستلزم تعلم صعب الذي يحتوي على :

- مراقبة التحكم في الوضعية بدون تغير.

- مراقبة الانعكاسات التنفسية الأساسية [15].

المرحلة الزفيرية النشيطة

في الكلام العادي، هذه المرحلة لا وجود لها تقلص للعضلات الزفيرية لا يختلف إلا في شرطين:

- عندما نريد تطويل صوت بينما تكون العضلات الشهيقية تكون مرتخية تماما.

- عندما نضغط على الصوت.

العضلات المناسبة: و هي البطنية، اليمنى الكبيرة، والملتوية.

نوع العمل: هذه التقلص يجب أن يكون مراقب جيدا في قوته لطرد الهواء المخزن في كل وقت واستعماله في فائدة الصوت [16].

في الخلاصة، ندرك أن "تعلم" التنفس الذي يتأكد عليه المختصين في الأرطوفونيا عملية معقدة.

يتأكد بالمراقبة الجيدة للتقلصات الحركية و الوضعية للعضلات المناسبة وخاصة الحجاب الحاجز.
نلاحظ ببساطة أن الإعاقة العصبية الحركية يمكن أن تصاب بطرق مختلفة، عرقلة نوعا ما بخطورة تتراوح المراقبة[17].
بعد تتراوح اللمحة حول اللغة عند الراشد، سنتطرق الآن إلى اللغة عند الطفل.

تطور اللغة عند الطفل العادي

يتطور الطفل العادي عبر تتراوح المراحل:
- الرغبة في التواصل.

- التطور الحسي.

- تطور القنوزيا النطقية.

- تطور البراكسيا النطقية.

- تطور التعبير اللغوي.

- تطور فهم اللغة.

- تطور الوظائف الأساسية التي تسمح باستعمال الفونيمات.

سنعيد كل من الجوانب بإعطاء تفسير لها.

1- الرغبة في التواصل مع الآخرين:

في البداية يجب تسجيل الدور المهم للمحيط. فقول حركة حنجرية من الطفل ما هي إلا عنصر منعكس[18].

ولكن تسبب فرحة كبيرة للأم، مما يشجعه على إعادتها، و تمييزها عن مجموع التقلصات العضلية. الأصوات المصدرة في البداية لا إراديا ثم ثم منتجة بوعي ثم أخيرا إراديا بسبب النجاح الذي تحدثها[19].

أثناء كل مرحلة تعلم اللغة، الفرق "اللغة الطبيعية" ليس لها أهمية عند الطفل إلا بصدد تشجيع الأم له رغم أن الفرق الأصوات ليس لها معنى له[20].

نفس الشيء عند إعادة نفس المقطع :"mama" "papa"، إعادة بدون معنى للطفل، و لكن تحفز الأم، تجعلها تأتي أمام ابنها[21].

يقال أن كل الأطفال في سن 08 أشهر في العالم يقولون "mama"، و في كل لغات العالم، الفرق الكلمة تدل على الأم في لغة الرضيع[22]. أمام النجاح المتحصل عليه، يعطي الطفل بصفة طبيعية معنى الأم.

في ميدان اللغة، أكثر من أي ميدان في التربية، لا يمكن أن يكون أي تطور بدون العاطفة الإنسانية الفرق الرغبة في التواصل لا تثمر، حسب قانون

المحاولة و الخطأ، إلا بطرف التشجيعات المتواصلة التي يتلقاها الطفل منذ سنته المبكر.

G. TARDIEU يعطي مثال الرضيع المتروك في قاعة المستشفى. فهو يتوقف عن المناغاة إذا بقي في الهدوء المتواصل.

أخيرا يذكر PICHON أن المرحلة ما قبل اللغوية تدوم في 08 شهور عند الطفل العادي، و لكن لا نعلم أن هذه اللغة الأولية تطور كتحسن الحليب.
هذا يعني أن ليس قضية تطور فقط و إنما قضية تربية. هذه نقطة مهمة للتربية اللغوية عند المعاق حركيا عصبيا.

الطفل المعاق كما الطفل العادي، لا يمر على مراحل اللغة، إلا إذا شجع على ذلك بدون انقطاع و هذا أثناء كل نموه [23].

2- التطور البراكسي- الفنوزي للفونيمات:

هنا التطور يدرس تحت نمطين:
حسي و حركي.

لكن في البداية نسجل الملاحظة الآتية:
الأصوات المصدرة من الطفل هي غير إرادية. ثم يبحث عن إصدارها بعد ذلك بإرادة لأن التجربة علمتنا أن للجهود نتيجة:

تلتي أمها، تبتسم لها و تعيد الأصوات. فإنا لعب ممتع و نطقي تماما (الطفل "يتكلم" ليسمع نفسها يتكلم) [24]. شيئا فشيئا، يبدأ عن التحكم في الفونيمات الأكثر تعقيدا.

إن التعلم النطقي يتواصل في الأربع السنوات الأولى و ينتهي عادة العموم في 04 سنوات. إن التعلم هو في نفس الوقت قنوزي و براكسي.

أخيرا فإن المقارنة المتواصلة بين نطق أبويها و نطقها هو الشيء الذي يجعلها يتحسن.

النمط الحسي

إنا نقصد السمع والإحساسات السمعية الأساسية. خاصة نريد القول بأن الطفل من الولادة يسمع كما الراشد،و لكن من الممكن أن تتأخر إن السمع لا يكتسب إلا تدريجيا.

إنا نذكر دورا أعضاء الأذن التي تنقص الأصوات القوية جدا. إن لا يقع إلا تدريجيا و إن ما يفسر كما أن الرضع يشعرون بصعوبة الأصوات القوية جدا[25].

ثم فإن القنوزيا السمعية هي التي تدرس، لأن لا يكفي أن الطفل يسمع. فيجب أن يتعلم أن يميز بين الأصوات و الفونيمات.

فبتربية خاصة، يمكن تحسين القنوزيا jNna G. TARDIEU يعطي مثال الطفل RRي بسبب إصابة الأRن الداخلية، NJ ضياY الأصوات الحادة. يRnjI لا يفرق بين s و t[26].

فبعد تربية فقط، يصل إلآ التمييز بين jRNjI الفونيمات بمعرفة فروقات دقيقة.

أخيرا تعلم jRNjI القنوزيا السمعية يستلزم من المفرو'U سلامة الفص الصدعي. فالتعلم يعرقل في حالة إصابة jRNjI الفص[27].

بعد الجانب السمعي، ندرس الجانب اللمس، خاصة الأحاسيس اللمسية والعميقة. G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER يشرحون أن الإحساسات المعقدة تعني الأحاسيس التيس تتتي من العضلات نفسjna، من المفاصل. الإحساسات اللمسية تتطلب الشفتين، اللسان، الأنف [28].
من jNna نفjام أن jRNjI الإحساسات تفسر أكثر تدريجيا كلما تقدمنا في التمرينات. jRNjI يفسر بكون مراقبة كل العضلات التي تسمO بتصدار النطق الصحيO، لا تكتب إلا تدريجيا.

فيما يخص الأحاسيس البصرية، مراقبة إضافية ممكن أن تمرن من الطفل عند يرى محيطNJ يحرا الشفتين و اللسان. jRNjI أيضا يتطلب تعلم قنوزي من خلال القراءة علآ الشفاjا.

النمط الحركي

يجب بداية تشخيص أي اضطراب في المراقبة الحركية يجب أن تكون جيدة لتقييم التقلصات الوضعية و الحركية للعضلات العديدة التي تشارك في التعبير النطقي. مراقبة الحركية الأولية تتطلب تعلم [29].

و لكن الحركية و لو كانت جيدة فهي غير كافية. الطفل يجب أن يقوم بأعمال أولية أخرى للحصول على فونام صحيح.

لا يستطيع فعل إلا بعملية قنوزية تتمثل في مقارنة ما يقول بما يقوله الآخرين.

فهناك موازاة في التطوير بين البراكسيا النطقية و القنوزيا النطقية طوال فترة الطفولة حتى 04 سنوات.

مراحل متتالية مبنية حسب أعمال PICHON:

- **مرحلة ما بين 2 و 9 أشهر**

- are= 6 إلآ 8 أسابيع
- Mm= عندما الطفل يبكي في 28 أسبوY.

يجب الإشارة أن الأطفال الصم يناعوا كما الآخرين، بالعكس، الأطفال الRين لديهم اضطرابات حركية، لا يناعوا إلا بالتأخير.

- **مرحلة 10 أشهر**

تتمثل في إعادة مقطعين أو عدة مقاطع متتالية لها نفس الفونيمات خاصة الشفوية و الحنكية.

- **مرحلة الرطانة (15 شهر)**

الطفل يلقي تلقائيا عدة فونيمات بدون معنآ بالتمرين بداية ثم شيئا فشيئا عالبا في تقليد المحيط.

- **مرحلة التشويه للسن الثالثة**

الآن الطفل يتمرن بدون انقطاY لاكتساب الفونيمات لكن بأخطار كثيرة.
أخيرا بعU الفونيمات تكون بالخصوص صعبة كل الطفل خاصة الاهتزازية.

- **مرحلة السن الرابعة**

يجب التRكر أن في الحالة العادية، الاضطرابات النطقية للمرحلة السابعة تزول عندما الطفل عندها أكثر من 03 سنوات.

فبين 03 سنوات و04 سنوات لا تستمر إلآ اضطرابات التسريبات فالتحكم في الفونيمات يكون أصعب للاكتساب لأنه يتطلب وضعية جيدة بالإضافة إلآ التفريق بين مختلف التسريبات يخلق صعوبة أخرى.

أخيرا لغلق الجانب الحركي الخاص بالتطور البراكسي-القنوزي للفونيمات نلجة إلآ دراسة تطور الفونيمات.
بعض الأخطاء = نطبق علآ "الحلول المسلمة"، بالرغم:
- النصف- الصوائت تعوض بالصوائت.

- الصوائت الفنية تعوض بالشفوية.

- التسريبات تعوض بالحبسيات لأن التسريبات تتطلب تنظيم أكثر دقة من الحبسيات: فالجزء يجب أن يقاس و الوفير أقوى.

- الصوائت تعوض بالمتوسطة المطابقة.

فهي نفس حلول السهولة التي تفسر الأخطاء.

- بعض الفونيمات الخلفية تعوض بالشفويات و النطعيات. الغلق يفسر بكون الحركة الإدارية للجزء الأمامية للسان تكون أسهل.

و كذا الوظائف الحركية المختلفة التي تسمح باللغة.

• **تطور الفونيمات**

يرى WESTLAKE تطور الفونيمات الآتي:

- الأسبوع السادس: e-a-r

- 24 أسبوع: k-g

- 6 إلى 12 أشهر: b-p-m

- 10 إلى 12 شهر: n-t-d

- 14 إلى 15 شهر: v-f

- 02 إلى 03 سنوات: d-s-z

• تطور مختلف الوظائف الحركية تسمى باللغة بفضل التحكم التدريجي والمتطور لمختلف الوظائف الحركية، يمكن أن يكون اللغة تحسن تدريجي للتعبير النطقي.

اللغة الوظائف هي:

1- التنفس

اللغة منعكسات لها أهمية حيوية التي يجب على الطفل تعلم مراقبتها لإصدار أصوات تطول أكثر فأكثر فيجب أن يتعلم القيام بشهيق أعمق من

العادي قبل القيام بالصوت ثم القيام بـ ijRnj المراقبة الجد دقيقة للتحكم في وضعية الحجاب الحاجز لكي يزفر بصفة مطولة[30].

بالإضافة إلآ مراقبة وضعية الحجاب الحاجز التي يجب أن تكون جيدة، يجب أن يكون مراقبة للعضلات التي ترتبط بـ NJ.

jNna يتعلق الأمر بتعلم براكسي أولي و ضروري للتعبير النطقي. فيما يخص الرضيع، خاصة الحجاب الحاجز jNو الRي يعمل للشjNيق.

فيما بعد يتعلم الطفل استقرار العضلات التنفسية الجانبية. ثم يحسن تدريجيا lRNj الاستقرار لما يبد ا عن شد رأسNJ أو عند الجلوس.

فعلآ lRNj النمط الحركي نركب مراقبة التنفس من أجل الكلام.
فتربية الطفل العادي jNي شيء كامل و لا عبارة عن أجزاء. فعندما يحاول الطفل رفع رأسNJ، شدزا، مراقبة كتفيNJ للجلوس أو المشي علآ 4 أطراف...يتمرن في نفس الوقت، بطريقة غير مباشرة، لمراقبة أحسن للعضلات التي تضمن التنفس في اللغة[31].

بـ lRnj فإن lRNj العمل يجب أن يكون مع المولود إR أردنا عدم تسجيل تأخر كل الميادين[32].

2- الحنp

بالخصوص فتن حركات عضلات الحنكية jNي الضرورية لإصدار فونيمات غير غنية.

ijRNj الحركة المعقدة تعني التعلم الصعب للمولود: فjiو غير قادر في البداية غلق أنفNj للتنفس من الفم. فيختلف إRا أغلقنا أنفNj.

3- المضغيات و نوازل الفp

فjiي ضرورية للتغRية و لكن الكلام أيضا. فالحركات السريعة و اللازمة للكلام تحفز عن طريق أخR الأكل الصلب.

فالطفل العادي يستطيع أخR الأكل الصلب ابتداءا من 28 أنبو٧، فلNj الفرصة في المضغ و تحضير حركات الكلمة.

4- اللسان

jNنا نسجل البراكسيا اللازمة للغة. فjiي مكتسبة بين 02 و 12 شjiر. حسب WESTLAKE ijRNj الحركات تUjiر حسب الترتيب التالي:

- إلقاء اللسان إلآ الأمام بين الشفتين و الأسنان.
- إدخال اللسان داخل الفم.
- مرور اللسان من جjiة إلآ أخرى.

• رفع طرف اللسان نحو الحنا.

3- تطور فهم الغة

في IRNj الفصل ندرس 3 أنماط متتالية:
لغة الإماءات، اللغة الشفوية و اللغة المكتوبة.

بداية jNnaا اللغة بالإشارات حيt أن المبادلات الاجتماعية للطفل لا تتحدد في اللغة الشفوية فقط و لا تبدأ بjnا.

فلقد رأينا كيف أثناء السنوات الأولآ الطفل العادي يتعلم التمييز بين مختلف الأصوات علآ المستوى القنوزي و البراكسي.

بما أن IRNj التطور يتواصل، سوف نرى كيف الطفل يتلقآ لتربية الفjm jNna نشير إلا أن الإدرا ا و نطق الفونيمات لا يعودان بصفة تلقائية.

بعبارة أخرى، تقRخ الفونيمات قيمة إشارات ثم تتنظام في كلمات ثم في جمل تسمO للطفل لفjm ما نطلب منN التعبير علىN.

- لغة الإشارات

jNnaا نتوقف علآ النقاط التالية:
• تعبير الوجN، الإشارت اليدوية، الjmئة العامة jNm الإمكانيات الأولآ التي تسمO للطفل التواصل مع أمN. IRNj التواصل يبدأ مبكرا في الأسبو٧ الخامس، ربما من قبل.

• في 4-6 أسبوع، الطفل العادي يبتسم لأمه، فإنها ضحكات تسبق عالبا الأصوات.

و إرنى للمرة الأولآ ، يحدق في أمه، يفتح عينيه جيدا ثم يبتسم.
أمه بفرحة كبيرة تقوم بضجة و الطفل يبتسم من جديد. إرنى التبادل الإمائي، نفسه في كل وقت و في كل مكان، إنو الحنجرة الأولآ لبناء اللغة.

• في حالة امتناع الطفل من إرنى، مثلا بسبب وجوده في المستشفآ ، أو إعاقة عصبية حركية (موضوع عملنا، سنرجع إليه)، سيتأثر سلبا علآ كل نموه.

• الطفل في 06 أشهر يبدأ بفهم جيدا عندما تشاطره أمه أم لا.

• في 09 أشهر، الطفل يفهم "لا لا" بالرأس، الإشارات "إلآ اللقاء"... و يعيد إعرني الإشارات.

• الطفل يثير بنشاطه الحركي فرحته أمام المعطف التي تختبئ له، وبالعكس يبكي عندما أمه هي التي تلبس معطفها.

• في 44 أسبوع، يعطي الطفل تلقائيا لعبة، بدون تركيزها تسقط.

• في سنة، يشير بالأصبع الشيء المرغوب، يعطي اللعبة عند الطلب و الإشارة.

• يتنشط الطفل عندما يرى الأطفال نشطين و يحزن عندما يبكون.

• يتسجيب لتشياء التي ليس لها معنآ، "للنكت": رقية شخص يقكل بالملعقة بالمقلوب، وضع حراء الدمية علآ رأسها...

• في 15 شهر، يشير إلآ سروالة مبلل.

• في 21 شهر، يجرب شخص ليريه شيء.
بهذا نصل إلآ مفردات حقيقية عبارة عن إماءات و إشارات ترمز إلآ أشياء أو أحدا ، ثم تتلوها إلآ "جمل" حقيقية.

من جهة أخرى، يجب أن نتذكر أن نشاط عادي تخر في سن معين، لا يكون كذلك عند طفل أكبر: الشتم أو الإشارة بالإصبع علآ شيء عادي في 9 إلآ 12 شهرا ليس كذلك في سنتين.

أخيرا، يجب تسجيل أن الطفل قادر علآ الإشارتين نعم و لا مع المرحلتين:
- استعمالها لنفي أو قبول.
- استعمالها للتعبير عن فكرة.
هذه العبارة صحيحة أم لا هل أنت تذكر هل أنت بنت

- اللغة الصوتية

نلجة دائما لـ G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER لأنهم سوف يتطرقون بعد ذلك للغة المعاق حركيا عصبيا من خلال كل عناصرها.

في IRNj العنصر الصوتي، فإنهم يسجلون أن كما Njو الحال في لغة الإشارات، الطفل يلجأ إلى لغة صوتية، قبل استعمال الكلمات.

IRKNj فتنجا ألعاب صوتية بسيطة كمثلا «are» المعروف.

ثم تتخذ قيمة التبادل لأنها معروف من الأم ثم تكررها بدون انقطاع. ثم فإني تبادلات الابتسامات التي تتوزاى مع «are» في وقت مقبل، تأخر تبادلات عبارة عن انفجارات من الضحك، الطفل يغني عندما نكلمه، "فيجيب".
ثم تأخر "mam" و "papa" في البداية عبارة عن تمرينات بسيطة ثم تتخذ سريعا قيمة كلمات لأن الأولياء يجرون لسماعها.

في نفس السن، في 09 إلى 10 أشهر، الطفل يجيب على إسمه.

تطور التعبير الشفوي

في البداية يجب أن نذكر أنه من الضروري التمييز بين IjRNj المرحلة و مرحلة تطور الفهم اللغوي. IjRNj الأخيرة تسبق دائما المرحلة الأولى. ستكون موضوعنا لاحقا.

في الحين، سنرى كيف يأخر تطور اللغة الشفوية من خلال النقاط التالية:

الرطانة

Njي ليست فقط تمرين صوتي بسيط، و لكن ايقاعها يمكن أن يتخذ قيمة لغوية. حيث أن ابتداءا من سن الرطانة تأخر ما عدا "papa" و "mama"، كلمات أخرى ذات معنى.

فقط يجب التعرف علآ الوقت الRي تتخR فيN الكلمة حقيقية قيمة الرمز.
قبل سنة، يستطيع الطفل القول "ba" أو "aba" عندما يجري نحو كRس الحليب، فIRnj تقارب بسيط عبارة عن منعكس فقط.

ثم في سنة، نفس الطفل يصرCD في فراشN أمN تجري، تتساءل علآ سبب IRNj الصراCD، الطفل يقول Inj للمرة الأولآ "aba" بدون وجود حليب أمامInj. فيكافع بفرحة الأم. فIn و انتقل من التمرين النطقي إلآ الكلمة Rات رمز.

- الكلمة- الجملة

- في 18 شIn ر، يستطيع الطفل قول 10 كلمات.

- في 21 شIn ر، يقول 20 كلمة و لأول مرة يربط بين كلمتين أو ثلاثة.

- في 24 شIn ر، يتخلآ عن الرطانة بما أن كلماتN تتطور شيئا فشيئا. فينCام جمل حقيقية بدون صرف.

- في سنتين، يعطي الطفل لقبN، اسم بعCU الأشياء المستعملة.

- في 03 سنوات يقول جنسN و الجمع بين 05 أشياء (مفتاΘ، دارNIم، ساعة، سكين، قلم) يستطيع تسمية علآ الأقل ثلاثة. أخيرا فIRnj السن أين الطفل يطرΘ أسئلة: أينÞ متآÞ لماÞIR

• في 03-04 سنوات، جمل سليمة من 06 إلآ 08 كلمات تتكون. الطفل يستعمل كيف؟

• في 05 سنوات، يتجاوز الأفعال و الصرف و الألوان الأربعة: أحمر، أخضر، أزرق، أصفر. فبإمكانه تسميتها.

• فوق الـ 05 السن، الاختبارات المختلفة لتقييم اللغة تسمح بمعرفة تطور اللغة.

• شيئا فشيئا يحسن الطفل تعبيره اللغوي يتخلآ عن الإشارات نوعا ما. فهو مرتبط بالتربية وطبيعة الطفل.

تطور الفهم اللغوي

بالموازاة مع تطور اللغة الشفوية، الفهم اللغوي يتحسن مع السن. هو متعلق بقدرة الطفل علآ التمييز بين الفونيمات.

بحيث فإن الفهم اللغوي الذي يسمح للطفل باكتشاف الربط بين الأشياء و ارتباط الفونيمات، هو بصفة عامة يسبق التعبير اللغوي، هو يفسر بـ:

في 13 شهر، يفهم الطفل الإسم لبعض الأشياء في 15 شهر، يشير إلآ أبيه وأمه عندما نسميهم.

ثم تعطآ أوامر بدون إشارة. فهو يفهم الأوامر البسيطة حسب GESELL: "أعط الكرة لماما"، "أعطيها لي"، "ضعها علآ الطاولة"...

اثنين منها تنجز في 18 شهر، ثلاثة في 21 مرة و أربعة في 24 شهر.

في نفس الوقت، اختبار التعيين على الصور ينجز. نستطيع استعمال صور بطاقة GESELL، التي تحوي في الأول على 04 صور نسميها للطفل: كلب، منزل، حذاء و كرسي.

ثم نستعمل البطاقة التي تحوي على 06 صور: قفة، كتاب، ورقة، منبه، نجمة، علم.
يعين الطفل واحدة من بين الصور في 18 شهر، خمسة في 24 شهر، سبعة في 30 شهر.

حسب TERMAN الطفل العادي يعين ثلاثة على خمسة في 03 سنوات، ولكن يمكن أن يكون قادر من قبل: في 30 أو 24 شهر.

في 36 شهر، الطفل يفهم الأسئلة أين؟ لماذا؟ و كيف؟ المقاييس.

في 04 سنوات، الطفل يفهم الأسئلة كيف؟ و التشابهات و الفرق.

في 42 شهر، الطفل يجيب على الأوامر بأفعال مختلفة:
" أرمي الكرة"، "ضع الكرة"، "أعط الكرة".

ثم أوامر مع حروف الجر تصبح مفهومة: "ضع الكرة أمام العلبة، تحت العلبة، وراء العلبة...".

حسب GESELL اثنين من ijRNj الأوامر تنجز في 36 شjnر، ثم ثلاثة في 42 شjnر.

الملاحظة الأولĂ

بعʻU المعاقين حركيا-عصبيا ljnم فjnم لغوي مرتفع بينما لا يتكلمون.

لا و نعم مفjnومين يسمحان بتحديد مستواjNم.

الملاحظة الثانية

اضطراب التطور النطقي أو اللغوي في مستوى الفjnم و أيضا اللغة يمكن ان يعرقل جدا اكتساب القراءة، الكتابة و الخط.

الملاحظة الثالثة

تطور و تعلم اللغة عمليتين معقدتين تحتوي في القاعدة علآ براكسيا و قنوزيا متنوعة، فƎن دراسة تطور اللغة ترتبط بالتطور النفسي-الحركي بصفة كاملة.

الخلاصة

كل ijRNj الملاحUات و مجمل المعطيات النUارية المحتواة في الفصل الأول والثاني تسمO لنا بدراسة و فjnم و كفالة اضطراب اللغة عند أطفالنا المعاقين حركيا-عصبيا.

الفصول الموالية jNي موضوY ijRNj العمليات.

الهوامش :

1- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., *Le langage de l'homme normal, Les feuillets de l'IMC*, VIM. 1, 1971, p. 1.

2- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 1.

3- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 2.

4- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 2.

5- CHEVRIE-MULLER C., *Les feuillets de l'IMC*, VIM. 1, p. 2.

6- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 2.

7- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 2.

8- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 2.

9- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 3.

10- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 3.

11- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., pp. 3 - 4.

12- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., FALINSKI E., *Evolution du langage chez l'enfant normal, les feuillets de l'IMC*, VIM. 2, 1971, p. 1.

13- WESTLAKE H., cité par TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., FALINSKI E., loc. cit., p. 1.

14- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., FALINSKI E., loc. cit., p. 1.

15- PICHON L., cité par TARDIEU G., CHEVRIE -MULLER C., FALINSKI E., loc. cit., p. 2.

16- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., FALINSKI E., p. 2.

17- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., FALINSKI E., p. 2.

18- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., FALINSKI E., p. 2.

19- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., FALINSKI E., p. 2.

20- PICHON L., cité par TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 3.

21- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 4.

22- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

23- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

24- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

25- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

26- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 5.

27- WESTLAKE H., cité par TARDIEU G., loc. cit., p. 6.

28- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 6.

29- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 6.

30- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 6.

31- RENFREW C. E., cité par TARDIEU G., loc. cit., p. 7.

32- TARDIEU G., CHEVRIE-MULLER C., loc. cit., p. 8.

الفصل الثالث

دراسة أرطوفونية للطفل المعاق حركيا عصبيا في الوسط العيادي الجزائري

بعد 05 سنوات من التفكير حول كفالة الوسائط المستعملة لإصدار الكلام، أي ما قبل إعادة التربية الأرطوفونية للطفل المعاق حركيا عصبيا، أتت أخيرا مرحلة دراسة كشفية للكلام.

في الواقع، تعتبر مرحلة مفروضة بما أننا شاهدنا تطور لغة. باعتبار النتائج الأخيرة مضطربة، فهي تستلزم أول مرحلة من مراحل كل دراسة أرطوفونية و هي الفحص الأرطوفوني (ن. زلال، 1991).

بعد، نلجأ إلى تكييف ثم إعادة تعبير الـ .E.T.L (التربية العلاجية للغة) رائز منشأ من طرف G.TARDIEU (1971) و معير من طرف C. CHEVRIE-MULLER (1979) و لكنه موجه إلى أفراد ناطقين لغة فرنسية بحتة.

على هذا الأساس، نستعمل طريقة ن.زلال في تكييف و إعادة تعيير الـ .M.T.A (رائز الحبسة)[1].
أيضا، 50 طفل سوف يتلقون تربية لغوية و نقدم 10 حالات طفل معوق حركيا عصبيا من بين هؤلاء الأطفال المدروسين. سنقدم كذلك النتائج قبل، أثناء و بعد التربية اللغوية.

هذا الرائز يتناول مايلي:
- ميزانية دقيقة مع الأولياء.
- دراسة تنفسية.
- دراسة نطقية دقيقة.

- دراسة الكلام:

- كلام تلقائي.
- تسمية الصور.
- إعادة الكلمات.

- مرحلة فهم الكلام:

- اختبارات فونولوجية.
- اختبارات سمعية.
- اختبارات قنوزية (إعادة كلمات بنفس المقاطع).

- دراسة اللغة

- التعبير الشفوي.
- الفهم الشفوي.
- سرد عما تسلسل الصور.
- سرد بعد القصة (الفهم - الذاكرة - التعبير).
- التواصل مع العالم الخارجي (الكم - الكيف).
- قدرات فمية غير الفونيمات (النفس - المضغ - البلع - الامتصاص).

سنقدم الآن الـ .E.T.L النسخة الأصلية. نعيد كل بند من أجل تبيين بصفة دقيقة كيفية استعمالها.

الدراسة للـ .E.T.L و التي أردنا شاملة، تسمح لنا بالإحاطة و خاصة الفهم للعناصر اللسانية (النطقية، الفونولوجية، اللغوية،...) عند الطفل المعاق حركيا عصبيا.

يحتوي الفحص على الكثير من التفاصيل يجب ذكرها. تحليلها يصبح باب الدخول إلى الفحص الأرطوفوني لحالاتنا الخاصة.

1.III- تقديم رائز اللغة E.T.L

- النسخة الأصلية-

-تطبيق فحص اللغة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا-

قواعد عامة

تعلق G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER كثيرا بدراسة اضطرابات اللغة عند المعاق حركيا عصبيا.

عندما يتعلق الأمر بفحص اللغة، و جزموا لنا الـ E.T.L (التربية العلاجية للغة) هو فحص، حسب آلاء الباحثين، يطبق بصفة منطقية و محددة.

في التطبيق، يرى H. WESTLAKE و D. RUTHERFORD أنه يستحب في البداية تضييع الوقت في التقاط مختلف الأخبار كما تأتي. نفهم من هنا أن هي مرحلة أولى من الفحص و هي الميزانية:

يترك الطفل بحرية بحضور الأولياء بدون طلب مشاركته المباشرة لإلقاء الأصوات، الكلمات، حركات اللسان... يواصل G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER في القول أن هي الحصص الأولى تسمح للطفل بالتعود على حضور المختص الذي لا يضيع أي عنصر هام خاص بالطفل.

كما يغتنم فرصة حضور الأولياء لإلتقاط أكبر قدر ممكن من المعلومات خاصة بتاريخ الإعاقة منذ الولادة:

كيف كانت تمر الرضاعة في الأيام الأولى و الأسابيع الأولى هل كانت مطولة هل كان ينزل الحليب بصفة غزيرة خارج الفم (ما يفسر ضعف الشفتين) هل كان البلع صعب

في السن الذي يبدأ فيه الطفل أخذ الأكل الصلب، هل كان من الضروري جعل رأسه إلى الوراء لبلعه (ضعف قوة اللسان)

متى ظهرت مختلف مراحل التطور النطقي و اللغوي

ما يو الوضع الحالي للنطق، التطور اللغوي و الفهم[2]
تحرص كثيرا C. CHEVRIE-MULLER على المرحلة الخاصة بالميزانية لأن الحوار مع الأولياء ينتج أشياء جدة مفيدة. إلا أنه من الضروري القيام بدراسة جيدة للمعلومات الملتقطة.

فكم من ألعاب صوتية بدون معنى تفسر على أنها كلمات حقيقية من طرف الأولياء. في المقابل، كم من كلمات خاطئة النطق من طرف الطفل أو غير معروفة تماما لها قيمة لغوية و لكن غير معترفة و مدركة من طرف الأولياء.

فتسجل C. CHEVRIE-MULLER أنه يجب معرفة إذا كانت الكلمات الملفوظة من طرف الطفل فقط متكررة أم أنه يجيد استعمالها في الوقت المناسب.

أليس هذا مبررات صحيحة للتأكيد أكثر على ضرورة وجود رائز للغة، الذي حسب رأينا يستطيع تزويد كل الشبكات، رغم أن C. CHEVRIE-MULLER تركز على مساعدة أفراد الفرقة المتكونة من أطباء الحركة، المدرسة، المربية، الممرضين...(هذا ما إذا كانوا على دراية كافية حول المشاكل اللغوية).

ورقة الفحص

الهدف يو تكوين ملف حسب نظام محدد. تكون المعلومات التي التقطت من الأولياء أول مرحلة ثم يجب أن تنظم.

بالفعل و إلا ستصبح حسب رأي C. CHEVRIE-MULLER خلط غير قابل للاستعمال.
تستعمل 06 صفحات خاصة لكل طفل. تنسخ النتائج حسب تواريخ متتابعة في كل صفحة تسمح بمعرفة التطورات الممكنة.

الـ E.T.L (اختبار علاجي للغة) وسيلة عيادية يحتوي على:
- دراسة تنفسية عيادية.
- دراسة النطق.
- القدرات الفمية غير الفونيمات.
- التواصل مع العالم الخارجي.
- مراحل التعبير النطقي.
- التعبير اللغوي.
- الفهم النطقي.
- مراحل الفهم اللغوي.
- السن العقلي.
- خلاصة الاختبار، ورقة إحصائية.
كل بند للاختبارات المذكورة أعلاه سوف يعاد بتفصيل من أجل الفهم الأحسن لكيفية استعماله.

I- دراسة تنفسية عيادية

- [a] مهموس

تقترح C. CHEVRIE-MULLER الجانب من الاختبار من أجل البحث في إلغاء بكبر قدر ممكن تدخل الحنجرة و مجهودات النطق.

بالفعل، عندما نطلب من الطفل النطق بـ [a] ممدوس، نطلب مجهود قليل لعضلات الحنجرة، اللسان، شراY الحنا و صفر لعضلات الشفتين. بإ تصبO قاعدة عامة أن الاضطرابات الحركية تصعد كلما تعقد العمل.

يمكن أن ينطبق التنفس عاآ نطق [a] ممدوس و عدم إJR في نطق فونام صعب، أو كلمة و التعبير عن فكرة او الكلام في حالة انفعالية غير ملائمة مثلا أمام شخص غير معروف.

يجب إRن دراسة التنفس في كل الأروف C. CHEVRIE-MULLER تستعمل أبسط إjRNj الأروف منإا [a] ممدوس و تقيمN حسب العوامل التالية:

- مباشر أو مDخر

الطفل العادي عندما يكون غير خجول يلقي [a] بعد وقت قصير جدا عندما نطلب منN JR إ. الطفل المعاق حركيا عصبيا، رغم جهودانN، ينطق بN بعد وقت طويل. تستعمل C. CHEVRIE-MULLER إشارة (–) أو (±) و تفسر أن إRNj التDخر قد يرجع إلآ:

- إما عرقلة في المزمار.
- إما عرقلة في الحجاب الحاجز.

- المدة

إNنا الفاحص يجب أن يشير في الخانة المناسبة الزمن الإRي أثناءإا الطفل يستطيع مواصلة إلقاء [a] بدون إعادة أخR النفس.

- منتظم أو متقطع

نادرا لسوء التنسيق في وضعية للعضلات التنفسية، قد يظهر الإلقاء متقطع رغم أنه مطول بصفة كافية.

II- دراسة النطق

تفسير (±)

يقصد بدراسة إصدار الفونيمات في ظروف مختلفة و باحترام نظام تطوري للصعوبات:

- عمل لغوي تلقائي او انفعال أو صرخ.
- تكرار الأصوات.

أ- لا ينطق تماما الفونام.

ب- الفونام غير واضح.

جـ- الفونام يعوض بفونام آخر و لكن بصفة خاطئة مثلا [ء] ينطق بين الأسنان.

د- يعوض الفونام بالخر.

- [a] بصوت مرتفع

لا يكون المجهود حنجري فقط و يسمح بإعطاء فكرة لعمل المزمار.

تشير C. CHEVRIE-MULLER أن بعض الاضطرابات الصوتية ترجع عادة إصابة حركية الحنجرة.

و تضيف أن عدم إمكانية مواصلة [a] أثناء 05 ثواني بينما الزفير يمكن أن يدون 05 ثواني قد يرجع إلآ غياب الاهتزازات المطولة أو إلآ إلتصاق ناقص للأحبال الصوتية.

حالة أخرى يمكن أن تظهر:

لا يستطيع الطفل إصدار فجأة [a] تلقائيا يفتح فمه و لا نشاهد أي صوت ممكن.

- التعبير عن فكرة. نسجل أننا نلاحظ كلما تعقدت الفكرة المعبر عنها كلما كثرت الاضطرابات النطقية.

- القراءة، في مرحلة التعلم، تظهر الاضطرابات التي يجب أن تصبح موضوع مشترا بين المدرس و المختص الأرطوفوني.

بعد هذا نصل إلآ تفسير إشارة ± بالنسبة لنطق فونام الراي يتطور صعوبة مع تعقد العمليات العقلية و الوسط الانفعالي.

فهذا فونام قد ينطق بصفة جيدة أثناء العمل النطقي التلقائي وغير ممكن تماما في النطق بكلمة.

فمثلا [R] يظهر عند الطفل بين 04 و06 أسابيع. لكن يستطيع استعماله في كلمة إلا و بعد وقت طويل.

تفسير إشارة (-)

نحن أيضا نفسر هذه الإشارة. نذكر الحالة الأسهل و هي تكرار فونام أحادي (صائتة أو صامتة) مع حرف [a] الذي يمكن أن يكون في هذه الحالات:

يمكن تفسير JRII بعدة عوامل:

- تشنج المزمار. jNna الصوت يكون خشن.

- عدم تناسق بين عمل الأحبال الصوتية و ارتخاء الحجاب الحاجز RJي يصدر الزفير.

بjRNI يعود الصوت الخشن إلآ تشنج المزمار و الصوت الضعيف إلآ ضعف التصاق الأحبال الصوتية.

أخيرا يعود الصوت المتقطع إلآ تشنج متقطع للمزمار أيضا.

- الأصوات اللسانية الخلفية

- مراقبة المنطقة الخلفية للسان.

- يخص الأمر [o] و [R].

jRNIان الفونامين يتطلبان من الطفل القدرة البراكسية اللازمة ومن الناحية الحركية يجب أن يكون jNnaII شد كافي في الوضعية علآ مستوى قاعدة اللسان.

من jNna يرجع G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER إلآ نمطين في دراسة كل فونام:

- نمط براكسي-قنوزي أين يجب علآ الطفل أن يعرف وضعية اللسان-الشفتين في المكان المناسب. jRNI النمط موجد لكل الفونيمات.
- نمط حركي أين الطفل يجب أن يعطي للتقلص الكيفية اللازمة. jRNI النمط mjm جدا في إعادة تربية الإعاقة الحركية العصبية و في الأرطوفونيا العامة.

في النمط الحركي، نجد الصعوبات الحركية عند الطفل في إصدارjI [o] بسبب وضعية اللسان السيئة:

- علآ شكل أتيتوزي (حركة غير إرادية تنصب علآ محاولات وضعية اللسان).
- علآ شكل أتاكسي (اضطراب خاص باستقرار وضعية اللسان كمثلا ارتعاش مخيخي).

- قوة الجهة الخلفية للسان [k]

يجب علآ الطفل تركيز اللسان بقوة و إطلاق فجائي.

الاضطراب في الإعاقة الحركية العصبية يمكن في:

- إما بضعف التقلص.
- إما بصعوبة الارتخاء.

الاضطراب الأخير يمكن أن يكون علآ شكل تشنجي أو أتيتوزي.

- قوة و مراقبة [g]

الصعوبة المطروحة للطفل هنا تكون أقل قوة من الفونام [k].

- فونيمات المنطقة الأمامية و رأس اللسان.
- مراقبة اللسان [i]- [é]-[è].

نفس الاضطرابات الملاحظة عند إصدار [o] نجدها هنا.

- مراقبة و قوة اللسان: [j]-[s]-[ch] [z]

عند الطفل العادي الفونيمات تكون في الأخير باختلافها فلا نحتار لما نشاهد صعوبات عند الطفل المعاق حركيا عصبيا خاصة لما يضاف إلآ الاضطراب قنوزي سمعي الفونيمات.

- مراقبة اللسان [ℓ]

يضطرب IRNj الفونام بسبب ضعف قوة اللسان و عدم استقرار وضعيتNN.

- قوة اللسان [t]

- قوة و مراقبة [d]-[n]

نفس الملاحظات المذكورة بالنسبة لـ [k] و [g].

- وضعية اللسان [t]

غالبا ما يضطرب [t]- [d] و [n]. بسبب خطأ في النطق في معظم الوقت تركيز اللسان لا يكون في الجزء الأمامية كما في العادي و لكن على الأسنان في بعض الأحيان يوضع اللسان بين الأسنان.

فالنتائج تكون كمايلي:

- تنقلب IjRNj الفونيمات إلى الحرف الانجليزي « th ».

- الأسنان الأمامية تخرج إلى الأمام و تتطلب بالتالي علاج خاص عند طبيب الأسنان.

- كمية الهواء نجد إفراط في سيلان اللعاب.

- فونيمات دائرية الشفتين: [u].

من الناحية الحركية قد يضطرب IRNj الفونام بسبب ضعف القوة و كمية الهواء عدم استقرار وضعية الشفتين.

- فونيمات غلق الشفتين :[p]-[f]- [m]-[v]-[b]

نفس المشكل الملاحظ في [k] و [g].

- الصوامت المزدوجة

وضع [r] أو [ℓ] بين صامتة و صائتة يتطلب جهد لساني لا يقدر عليه الطفل المعاق حركيا عصبيا.

تتمثل الأسباب في تشنج، حركات غير إرادية، ضعف عمل اللسان.

- **النصف- الصوائت: [ui]- [ie]-[oi]** الصعوبات نفسها التي نجدها في دراسة النصف الصوائت.

- مقاطع فتح و غلق الشفتين "oui" : بسبب تقلص عضلات الشفتين يمكن أن يصبح من الصعب المرور السريع من الفونام 'ou" إلى الفونام "i".

- "Pa" – "Ka"- "Ta"

قد سبق و أن ذكرت الاضطرابات الملاحظة عند النطق بهذه المقاطع القوية و المنفجرة. باتباعها بالمصوتة "a" التي تتطلب فتح كبير للفم، أردنا الإشارة إلى الصعوبة الخاصة التي يشعر بها الطفل المعاق حركيا عصبيا.

يمكن أن يضاف تقلص تشنجي أو أتيتوزي لعضلات المضغ إلى الصعوبات المذكورة أعلاه لعرقلة أن منع النطق لهذه المقاطع.

وهذا أثناء الكلام أو أيضا أثناء الصمت، يبقى الفم مفتوح جدا أو مغلق جدا. الأسباب تعود إلى تشنج في عضلات الفتح أو نقص في وضعية عضلات غلق الفم.

يشار إلآ أنهُ يمكن القيام للطفل بإعادة عدة مرات متتابعة نفس المقطع مثلا "Pa" بشكل قدر ممكن.
في الحالة، إصدار "A" بصفة مطولة يكون تقريبا عادي و لكن الشخص غير قادر علآ إصدار بسرعة: Pa-Pa-Pa....

-مقاطع ليونة الحنجرة

K و T و P يقول عنها G.TARDIEU أنها ليس فقط حروف صامتة قوية، بل مهموسة التي تؤدي إلآ عدم اهتزاز الحنجرة أثناء النطق.

و بالعكس، الموصتات تتطلب اهتزاز الأحبال الصوتية. فبالتالي التتابع السريع لمنفجرة مهموسة، لمصوتة، ثم من جديد لمنفجرة مهموسة، يحتم علآ الحنجرة نوع من تغير الصوت أين المصاب بالإعاقة الحركية العصبية غير قادر عليهِ خاصة إذا كان يعاني من صلابة.

هذا يؤدي بهِ إلآ استبدال الصائتة المهموسة بصائتة مجهورة تناسبها، أي النطق بـ "Gog" بدلا من "coq"، "Ded" بدلا من "tête"، "Baba" بدلا من "papa".

- مقاطع شرائح الحنجرة "a-an" : بالنسبة لقوة شراع الحناك، عند ضعف أو عدم استقرار وضعية عضلات الحناك نجد عدم القدرة علآ النطق الصحيح للمصوتات (و أيضا الصائتات) الغنية و الغير الغنية.

- بالنسبة **لليونة الحنp (....a-an-a)** تصاب عضلات شرا٢ الحنا يمنع من التتابع السريع للنطق بRmjين النوعين من الفونيمات.

III- إمكانيات شفوية أخرjn خارt الفونيمات

يواصل G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER jRNj الدراسة العيادية بفحص لولائف أخرى للسان، الحنكين، الشفتين، الفاا و التي تعرقل أيضا بالاضطرابات الحركية التي أثرت من قبل علآ اللغة.

يجب دراسة jRNj الأعضاء:

أ- في حالة السكون.

ب- أثناء حركة إرادية بسيطة.

ت- أثناء نشاطات ولايفية غير اللغة: النفس، البلع، المص، المضغ...

سوف نفصل jRNj البند بصفة واضحة في الفصل الخاص بالعلاا.

V- مراحل التعبير النطقي

أ- الكلام التلقائي

معلام البنود الموجودة في ورقة الفحص تدل علآ مراحل التطور عند الطفل فإي تسمO بتحديد سن التعبير النطقي، و بالمقارنة مع السن العقلي، معرفة ما إRj كان jNنا اا تتخر يستلزم تداركN بإعادة التربية.

ب- تسمية الصور

jRNj البند يقيم سن التعبير النطقي للطفل كما jNو الحال في البند السابق. لكن الفرق jNو أن الطفل يلقي بكلمة عند طلب الفاحص، jNنا أيضا يمكننا دراسة المفردات.

VI- التعبير اللغوي

في هذا البند يتم دراسة بنية اللغة بدون التعرض إلى الاضطرابات النطقية.

VII– الفهم النطقي

لقد يتعرض G.TARDIEU إلى نوعين من الاختبارات:

- اختبارات السمع التي تسمح بالبحث على ضياع الأصوات الحادة التي تظهر على الفونيمات S، T، I، U يعاد هذا الاختبار عدة مرات. إذا كانت هناك عدة أخطاء يجب القيام بفحص السمع.

- اختبارات فنوزية

إذا كان الاختبار السابق سليم، يجب البحث على قدرة الطفل على التفريق بين الفونيمات المزدوجة و المسموعة...

VIII- فهم اللغة

- لا يكون لهذا البند قيمة إلا إذا كان السمع سليم.

- ليس من الضروري أن يعطي الطفل إجابة شفوية إشارة أو إماءة تكفي لمعرفة إذا فهم الطفل أم لا.

خلاصة الفحص- ورقة إحصائية-

لكل طفل هناك أوراق إجمالية و إحصائية مستعملة من حيث التنقيط الذي يكون حول كل نشاط من "صفر" إلى "4".

فيما يخص اللغة عند الراشد:

- التنقيط 4 يدل على غياب اللغة.

- التنقيط 3 يعني أنه يمكن فهم الشخص لكن من طرف أقرباءه فقط.
- التنقيط 2 يعني أن اللغة مضطربة جدا لكن يمكن فهمها.
- التنقيط 1 يدل على اضطرابات بسيطة.

ملاحظة

الصعوبة تكمن في أن التنقيط يجب أن يرتبط بسن الطفل.

فمثلا غير صحيح تنقيط **4** طفل عمره 15 شهر لأنه في مرحلة رطانة شديدة.

فيجب معرفة درجة البعد بين سن الطفل و مستواه اللغوي العام لكي نستطيع تنقيطه مع العلم أن الطفل في 4 سنوات و عمره العقلي 4 سنوات يكون كلامه مفهوم.

أخيرا كلما احتوى الفحص على معلومات ثرية كلما استوجب تلخيص الـ .

و بعد هذه المعرفة الشاملة للنسخة الأصلية لاختبار اللغة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا E.T.L ما هي التغييرات التي تصدر أثناء مرحلة التكييف لهذه البطارية العصبية-النفس-لسانية للبيئة –النفس- لسانية الجزائرية

هذا يدل على دراستنا للفرضية الأولى التي وضعت في هذا البحث .

2.III- تكييف الإختبار اللغوي E.T.L للغة العربية الدارجة

خلال jRNj المرحلة علينا القيام بضبط اختبار لغوي قابل للتطبيق علآ أطفال معاقين حركيا عصبيا ناطقين باللغة العربية، انطلاقا من الإختبار المقترΘ من طرف G. TARDIEU و المعيّر من طرفC. CHEVRIE- MULLER.
بتمكاننا تكييف أو تعويضا أو تكميل بنود اختبار l'E.T.L لأسباب سوف نوضحjا لاحقا.

لا بد من الإشارة إلآ أن l'E.T.L النسخة الأصلية يjمدف إل تناول 08 جوانب: التنفس، النطق... (أنظار 1.III أين عرضنا اختبار l'E.T.L النسخة الأصلية ص ص. 158-159).

و jRNj بعد تناول التنفس و النطق (محل البندين الأولين من اختبار E.T.L' ltتي دراسة الإمكانيات الفمية الأخرى (الاختبار الثالث) ثم تتبع بدراسة إمكانيات الاتصال مع العالم الخارجي (الاختبار الرابع).

من جjتنا و فيما يتعلق بملاحظاتنا و دراساتنا السابقة حول الطفل المعاق حركيا عصبيا و التي قمنا فيjا بالتأكيد علآ ضرورة البدأ بإعادة تربية الإكتسابات الأولية: التنفس، البلع، الإفراط في الترييق...، عند كفالة الطفل المعاق حركيا عصبيا. و بالتالي فإننا نقترΘ أنظ من الأحسن نقل الاختبارين الأخيرين (الثالث و الرابع المذكورين أعلاjا)، حيث يأتيان قبل الدراسة الصوتية و يضافان للبند الأول الخاص بدراسة التنفس. كل jRNj يأتي بعد ميزانية مدققة مع الأولياء، jRNj ما سيكون مضمون الجزء الأول من اختبار l'E.T.L النسخة الجزائرية E.T.L.A.

أما الآن فسنعرض الجانب الصوتي أو النطقي محل الجزء الثاني من E.T.L.A.

الدراسة الصوتية

فيما يخص الحروف اللسانية الخلفية في النسخة الأصلية من الإختبار نجد نوعين من حرف "O".

1- "O" لـ « orange » برتقالة (مثلا)

2- "O" لـ « eau » الماء (مثلا)

ان النوعان من حرف "O" يخصان اللغة الفرنسية ينطقان باللغة العربية الدارجة من خلال الكلمات المنسوخة بالكتابة الصوتية كمايلي:

الحرف /u/[1] ينتج كمصوتة خلفية دائرية الفتحة الصوتية حالة أدنى وقصيرة (أنظر الفصل II ص. 122).

في السياق الخلفي أو في التفخيم ينتج [Ø] مصوتة حيادية R و طابع وسطي.

مثلا: [bØʕd] البعد

[hØbb] الحب

عندما يتصل بخلفيات معينة ينتج [Ò] أكثر انفتاح و أكثر أمامية من [Ó].

و في الحالة فحرف /u/ ينتج

[Ó]

[Ò]

[Ø]

[1]- /u/ مطابق لـ "o" في اللغة الفرنسية و هنا يتعلق الأمر بالتنسيق الفونولوجي.

و بالتالي نجد ثلاثة طرق نطقية تختلف من الناحية الصوتية عن المصوتة "O" و ليس اثنين كما هو الحال في الإختبار الأصلي الخاص باللغة الفرنسية.

سنقدم بعين الاعتبار الاختلافات الثلاثة الخاصة بحرف "O" و "U" بإدخالهم ضمن الكلمات لتسهيل عملية التسمية.

بالنسبة للحروف اللسانية الخلفية أضفنا الحروف الخاصة باللغة العربية التي لا تتواجد في نظام اللغة الفرنسية.

الحنكية

[X] = خ

[δ] = ذ

مثلا: خبز [xÓbz]

ذئب [δąj∂b]

الحلقية

[ħ] = ح

[ʕ] = ع

مثلا: حوت [ħūt]

عالي [ʕāℓi]

اللهوية

[q] = ق

مثلا: [tāqa] ناقة

الحنجرية

[h] = ـهـ

مثلا: [hija] هيا

الحروف الهجائية الأخرى ستدخل ضمن الكلمات المتعادة و التسمية.
بالنسبة للحروف الأمامية و الخاصة بمؤخرة اللسان أضفنا الحروف التالية:

القرب ظهرية قرب حنكية

[ǧ] = ڭ

[č] = تش

مثلا: [ǧmɑl] جمل

[čina] برتقال

الازلقزازية

[r] = ر

مثلا: [rīħ] ريح

ملاحظة

الحرف "r" بالنسبة للغة الفرنسية و بالتالي في اختبار l'E.T.L النسخة الأصلية يدخل ضمن الحروف اللسانية الخلفية. أما بالنسبة للغة العربية فيعتبر [r] كحرف أمامي خاص بمؤخرة اللسان.

أضفنا كذلك الحروف المفخمة الغائبة عن النظام الصوتي الفرنسي و هي حروف خاصة باللغة العربية و اللغات السامية الجنسية لذا.

الحروف كلها ولقية أسنانية:

ط = [t]

ظ = [d]

ر =[r]

ص =[s]

مثلا: [tāb] نضج

[dạrb] ضرب

[mrạ] امرأة

[bsạℓ] بصل

في بند حروف دائرية الشفاه (l'orbiculaire des lèvres) هي يختبر "ou" و "u" لقد احتفظنا فقط بحرف "ou" بحيث ينسب فيصبح [u].

وبالتالي فتننا سنتخلى عن "u" لـ "jus" مثلا. لأن معظم الأطفال ينطقون "ou" و هكذا فتننا قد حذفنا حرف "u" من الإختبار.

و فيما يلي سنعرض مثال عن حرف "ou" هي يصبح [u] حيث ينسب صوتيا: [mūs] سكين.

فيما يخص المقاطع التي تستلزم خفة حنجرية ارتأينا أنه من الأحسن الاحتفاظ بالكلمات الأصلية (coq- tête- pape) (ديك-رأس-البابا) و ليس من الضروري ايجاد ما يقابلها باللغة العربية:

[k]، [t]، [p] فلRكر أنjم (سواء في اللغة العربية أو الفرنسية) يعلّوا حروف انفجارية قوية فjي مjموسة حيl تستلزم عدم الjتزاز الحنجرة أثناء النطق بjا.

أما المصوتات فعلآ العكس تتطلب الjتزاز علآ مستوى الأوتار الصوتية. وبالتالي فjن سرعة تتابع انفجارية مjموسة بمصوتة ثم من جديد انفجارية مjموسة ترjم الحنجرة بالتغيير السريع لوضعياتjا و lRNj ما قد يكون jير ممكن بالنسبة للطفل المعاق حركيا عصبيا. و خاصة إlR ما كان مصاب بالتصاب. و بالتالي فjن الطفل يميل كما يشير لjN G. TARDIEU (أنjار الفصل III، ص.) إلآ تعويl الانفجارية المjموسة إلآ انفجارية مجjورة مطابقة لjا.

حيl أن الطفل المعاق حركيا عصبيا ينطق بـ (Gog) عوضا عن (Coq)، (Dède) عوضا عن (Tête)، (Babe) عوضا عن (Pape).

من الواضO أن كلمات (Coq-Tête-Pape) لjا معنآ في اللغة الفرنسية، jير أن الjدف يعتبر أساسا صوتي نطقي و فونولوجي و lRJ نحتفO بنفس الكلمات في lRNj البند بالاعتماد علآ التنسيq الصوتي طبعا (coq = [KoK])، (tête = [tɔt])، (pape= [pap]) الطفل الRJي لا يتحكم في اللغة الفرنسية يعتبرjN كلمات بدون معنآ (logatome).

نفس الشيء بالنسبة لبند المقاطع التي تتطلب خفة حنكية jiNا كlIJRl نحتفO بالكلمات بدون معنآ لjاعادة من الاختبار الأصلي: "nadan"، "maban"، "gnagan" "المنسوخة علآ النحو التالي :[nadã]، [mabã]، [njagã].

إعادة المقاطع دون معنى

الجزء نجدها في الأصل على مستوى اختبار الفهم الصوتي. حيث يتضمن الأخير الإختبار الفونولوجي و اختبارات القنوزيا...، من جهتنا سوف نسميه دراسة الكلام و الرأس سيكون محل الجزء الثالث من الإختبار.

بما أن الأمر يتعلق فقط بإعادة مقاطع دون معنى، فنقترح أنه من الأحسن نقل الجزء من الاختبار إلى الجزء الخاص بالجانب الصوتي النطقي و ستكون إما سلسلة أولى و بالتالي فإن التناول سيكمل بإضافة سلسلة ثانية ثم سلسلة ثالثة من المقاطع للإعادة و التي استعرناها من اختبار الحبسة المكيف و المعير من طرف "M.T.A" (Montréal Toulouse Algérien) (N. ZELLAL, 1998).

السلسلتين تتضمنان الكثير من الحروف الخاصة باللغة العربية الدراجة و بالتالي فإنها تصفي ملاحظاتنا للصعوبات النطقية لدى الأطفال المعاقين حركيا عصبيا، الذين تتجاوز أعمارهم السنتين و النصف.

حيث يتبع باختبار مرحلة التعبير الصوتي و اختبار الفهم الصوتي محل الاختبار الخامس و الاختبار السابع في l'E.T.L النسخة الأصلية و التي ستجمع تحت عنوان "دراسة الكلام محل الجزء الثالث من l'E.T.L.

فيما يخص اختبار التعبير الصوتي، تم الاحتفاظ بكل الكلمات باللغة الفرنسية وعند قيامنا بالترجمة إلى اللغة العربية اخترنا الكلمات التي تكون فيها الرواسم (les graphèmes) مطابقة لتلك باللغة الفرنسية قدر الإمكان.

بصيغة أخرى فإن الأمر غير متعلق بترجمة حرفية لكل كلمة، لكننا نأخذ بعين الاعتبار "الهدف" من الإختبار: كلمة "chat" "قط" لإعادة الهدف من خلال الحصول على "Ch" المستمر. حيث لا نقوم بترجمتها [qatt] و إنما اخترنا كلمة [šědi] (قرد) و التي تتضمن هي الأخرى المستمرة [š] على غرار كلمة [qatt] التي تتضمن الإنفجارية [q]. نفس الشيء بالنسبة لكلمة "lit" التي تخص تناول الجانبية [ℓ]. و التي ستعوض بـ [ℓbaℓūn] (الكرة) و ليس [frěš] (الفراش).

سنتناول بنفس الكيفية كل قوائم الكلمات لإعادة و كما نفس الطريقة بالنسبة للتسمية على الصور و لنفس السبب سنقوم بتغيير العديد من الصور.
على سبيل المثال : كلمة "auto" سيارة التي تهدف إلى دراسة الأسنانية [t] والتي سنعوضها بكلمة [ħūta] (سمكة).

مثال آخر: صورة الأنف ستعوض بصورة السكين [mūs]. [m] و [n] كلاهما يعني و بالتالي فإننا نأخذ بعين الاعتبار أن الهدف هو دراسة الحروف الغنية عند الطفل المعاق حركيا عصبيا. و كما فالأطفال يتعرفون أكثر على السكين [mūs] من الأنف [nif].

فيما يخص اختبار الكلمات لإعادة (المعوضة أو المترجمة) و كما فيما يخص الصور (المختارة من طرفنا) نتمسك باحترام النقاط التالية:

من الضروري الإحتفاظ بنفس الحروف المدروسة (auto = [ħūta])، وأحيانا نفس عدد المقاطع (verre= [kĕs])، و أحيانا أخرى نفس درجة التعقيد (Casserole= [Kạsrūna]) طبعا إذا أمكن ذلك.

ليس من الضروري الإلتزام بنفس الحقل الدلالي و كذلك نفس الأنماط التركيبية (الجمع، المفرد، المذكر، المؤنث ...).

نحن بصدد دراسة أطفال معاقين حركيا عصبيا أين الحركة هي من يحتل الصدارة و هذا يعني (كما ذكرنا سابقا) أن اختيار الحروف هو الأساس عند ما يتعلق الأمر بالقدرات الحركية للطفل.

على سبيل المثال: كلمة "poison" لن تترجم بل ستعوض بكلمة [šapo] (قبعة). وذلك لأن الهدف هو اختبار المستمرتين [s]، [š]...فنحن لسنا في نفس الحقل الدلالي.

من جهة أخرى كلمة "train" (قطار) (تعتبر كلمة في المذكر) عندما ترجمت أصبحت [mašina] (في المؤنث). و بالتالي فليس من الضروري الإحتفاظ بنفس الأنماط التركيبية للمؤنث و المذكر. الكلمات المستعارة تم الاحتفاظ بها: ([pala] =pelle).

من جهة أخرى اسم "Robert" عوضنا باسم "Kader"، هنا تم احترام عدد المقاطع و كذلك العامل الفونولوجي.

قمنا كذلك بتغييرات في الفونيمات التي لا تتماشى كمجمع السياق الاجتماعي الجزائري. مثلا: "Saucisson" (سجق) تصبح [mɔ̂rgĕz].

فيما يخص اختبار الفهم الصوتي أين يتعلق الأمر باختبار السمع الذي يسمح بالبحث عن فقدان الأصوات الحادة فنحتفظ بالحروف المهدوفة في الاختبار الأصلي. حيث ندرس الحرفين [s]، [t] مجتمعتين فقط مع المصوتة "i". أما المصوتة "u" فتتنا قد حذفناها لأنه من الصعب إدخالها في كلمات اللغة العربية.

نطلب من الطفل الإعادة الشفوية أو تعيين الأشياء أو الصور التي لا تختلف إلا بحرف واحد نخبئ الفم لكي لا يتمكن الطفل من القراءة على الشفاه و نطلب منه الإعادة أو التعيين حيث أن الكلمات:

يقطع الحطب	il scie (du bois)
يجرّ العربة	il tire (charrette)

نحولها إلى : [saʒa] ساعة

[tĕʒi] تخصني

هذا الاختبار لا يصلح إلا للأطفال الذين تبلغ أعمارهم ثلاثة سنوات فما فوق، فالأطفال البالغين من العمر ما بين ثمانية عشر شهرا و ثلاثة سنوات نطلب منهم فقط التكرار بنفس الطريقة : الذئب loup

الماء l'eau

التي ستحول إلى : [ℓma] الماء

[mama] أمي

في اختبارات القنوزيا نبحث عن ما إذا كان الطفل يفرق ما بين الحروف المهموسة و الحروف المجهورة وما بين الحروف الحلقية و الحنجرية والحروف الأسنانية...

نلجأ نحو كلمات (زوج حدي أدنى) بالنسبة للغة الفرنسية مثلا: [d]، [t] (doigt-toit) والتي تصعب باللغة العربية:

[d] [daṛ] دار
[t] [taṛ] تار

نتخذ أمثلة أخرى:
[s]، [š] (sou- chou)

تصعب باللغة العربية:
[s] [s∂mm] سمّ
[š] [š∂mm] شمّ

يعد الاختبار جد مهم ليس فقط من أجل التشخيص و إنما كذلك بالنسبة لإعادة التربية اللاحقة للكلام، و يكتفي بالكلمات المزدوجة زوج الحد الأدنى "الموضوعة من طرف (N. ZELLAL, 1991) في الميزانية الفونولوجية التي تختبر تأخر الكلام. فلنؤكد أنه يخص الأطفال الذين تتجاوز أعمارهم الثلاثة سنوات.

...و من أجل هدف علاجي و لأجل إثراء الإختبار، قمنا بإضافة (إلى الكلمات المعادة) جمل المعادة غير موجودة في الإختبار الأصلي.

و هنا كان مرجعنا الإختبار النطقي المنشأ من طرف N. ZELLAL وفيه اعتمدت على البنية اللسانية للغة العربية الدراجة في إنشاء الجمل والكلمات. بحيث تمكست بإدخال الميزات التركيبية الخاصة باللغة العربية الدراجة على مستوى الجمل المعادة.

و هكذا المجموع الصوتمي و البنية المقطعية و النظام المصوتي الخاص بلغتنا أخذوا بعين الاعتبار. هذا الاختبار هو الآخر يستعمل مع الأطفال الذين تتجاوز أعمارهم ثلاثة سنوات.

نعتبر تناول اللغة أو دراسة اللغة كجزء رابع من الاختبار. في اختبار l'E.T.L النسخة الأصلية يتعلق الأمر بالإختبار السادس (التعبير اللغوي) و كذا بالإختبار الثامن (الفهم اللغوي). من جهتنا فسيجمع كلاهما تحت العنوان المذكور أعلاه (دراسة اللغة).

فيما يخص تناول الفهم اللغوي أين يتعلق الأمر بمعرفة سن الفهم الشفهي بهدف مقارنته مع السن العقلي تم الاحتفاظ بكل البنود كون سن فئة الدراسة مطابق تماما لسن تلك الفئة المعتمدة في l'E.T.L النسخة الأصلية (18 شهرا إلى 3 سنوات).

وIRKNj نختبر من خلال التعبير الشفوي أو عبر الإشارة مختلف البنود مع احترام الترتيب التسلسلي. مثلا: يشير لتّاب و الأم (في 15 شmjرا).

عندما يتعلق الأمر بتعليمN شفوية ɛنية نوعا ما نلجة إلآ الترجمة كما Njو الحال مثلا في:

- ارمي الكرة lance la balle
- ضع الكرة pose la balle
- إعطيني الكرة donne la balle

و التي تصبO:

[armi ℓ∂pℓūta]

[ħatt ℓ∂pℓūta]

[aζtini ℓ∂pℓūta]

و فيما يخص الفmjم من الدرجة الأولآ 3/2:

Que fait-on quand on a sommeil ?

ماIR نفعل عندما نشعر بالنعاسÞ

عندما نبردÞ Quand on a froid?

عندما نجوÞY Quand on a faim?

Njنا كIIJRK نلجة إلآ ترجمة الأسئلة الثلاثة:

[wěš ndīru kijğinanζěs?]

[ki n∂b∂rdu]

[ki nğūʒu]

نفس الشيء فيما يخص فئة المعلّم عن الشبل والإختلاف (في سن 4سنوات).

نترجم التعليمتين:

- « Est- ce pareil ? » هل يتشابهان؟

- « N'est-ce pas pareil ?» ألا يتشابهان؟

حيث تصبح التعليمتين في جملة واحدة [hada uhada kif kif wəllaa maši kif kif?]

في اختبار l'E.T.L النسخة الأصلية نلجأ إلى استعمال الصور الخاصة بالإختبار اللغوي لـ S. BOREL- MAISONNY.

مثلا: نضع للطفل صورتين فيهما نفس الوعاء واحد بخلفية حمراء و الآخر بخلفية زرقاء. و بما أن الاختبار بحوزتنا فإننا نحتفظ بنفس الصور.

فيما يخص فئة الإسم المجرد (substantif abstrait) الذي يعبر عن "الاختلاف" مع الطفل البالغ من العمر 05 سنوات نعيد استعمال حيث تترجم التعليمة كالآتي:

« Quelle est la différence ? » ou « y a-t-il une différence ? »

"ما هو الفرق" أو "هل هناك فرق"

تصبح: [wašnu huwa l farq]

أو [ka jən fərq]

و أخيرا فيما يخص الفرق بين "الفراشة و الفراشة" حيث يطرح السؤال كالآتي:

« tu as déjà vu un papillon tu as déjà vu une mouche. Quelle est la différence entre une mouche et un papillon ? »

أرأيت من قبل فراشة، أرأيت من قبل ذبابة ما الفرق بين الذبابة و الفراشة" التي تصبو:

[šəft děža papijõ, šəft děža dəbbana wəšnu huwa ℓ fərq bīn dəbbana u papijõ?]

نفس الشيء بالنسبة للاختبارات الأخرى التي قمنا بترجمة لها مثلا:

أريني أكبر خط من بين هذين (بالنسبة للأطفال البالغين من العمر 04 سنوات).

أريني أجمل إمرأة من بين هاتين (بالنسبة للأطفال البالغين من العمر05 سنوات).

أريني أثقل علبة من بين هاتين (كرتون من أجل الأطفال البالغين 05 سنوات).

الصباح، المساء (بالنسبة للأطفال البالغين 6 سنوات).

فيما يخص دراسة التعبير اللساني فقد أضفنا السرد من خلال تنظيم تسلسلي للصور و كرتون من أجل تقويم التنظيم الدلالي لدى الطفل.

لا بد أن نصرح أننا نظرا للمشاكل الديزارترية الشديدة التي تطغى على العديد من الأطفال المعاقين حركيا عصبيا فالتعبيرات التلقائية تكون جد محدودة لكي نتمكن من تقييم اللغة بالقدر الكافي (حيث يميل هؤلاء الأطفال إلى السكوت).

السند البصري (الصور، الأحدوثات) يحتم علآ التعبير التلقائي. ونحن بدورنا سنستغل الاختبار لتقييم قدرة الطفل علآ الإحتفاظ و التعبير الشفوي دون سند بصري المرة. حيا يتعلق الأمر بالسرد بعد القصة (يعيد الطفل القصة من جديد دون أن تكون الأحدوثة تحت عينيه).

الجزء الثاني من عملنا التكييفي التجريبي يكمن في تجميع صعوبات الأطفال المعاقين حركيا عصبيا (قمنا باختبار 05 أطفال معاقين حركيا عصبيا في المرحلة الابتدائية من البحا).
وهو "الإختبار القبلي" من خلال التطبيق الكامل لاختبار l'E.T.L شبه مكيف علآ اللغة العربية الدراجة.
اختيار الأطفال في المرحلة من البحا مرتبط بشرطين أساسيين:
- لا بد أن يكون الأطفال معاقين حركيا عصبيا (التشخيص يوضع من طرف الطبيب المختص بإعادة التربية الحركية، طبيب الأعصاب، طبيب الأطفال).
- لا بد أن تكون أعمارهم ما بين 18 شهرا و 6 سنوات.

لم نقم بأية تعديلات علآ اختبار l'E.T.L الشبه المكيف. التغييرات التي قمنا بها (ترجمة، تعويضا ...) تبدو لنا كافية نظرا للنتائج التي توصلنا إليها.

في حين أنه من الضروري ضبط الأداة من خلال تطبيقها علآ أطفال عاديين، غير معاقين بهدف الحصول علآ المصداقية و الصحة و هما سنتناوله من خلال الفصل المقبل.

3.III- تعيير اختبار Ăle l‘E.T.L
(300) طفل عادي

بعد أن قمنا بضبط ijRNj الأداة الإكلينيكية سنقوم بتقنينjا و تعييرjNا علآ عينة من الأطفال الغير معاقين.
يتعلق الأمر بـ 300 طفل جزائري ناطق باللغة العربية بحيا تتراوح أعمارjNم ما بين 18 شjNرات و 06 سنوات من الجنسين (RjNكر و الأنثآ).

فيما يخص الدراسة الإكلينيكية للتنفس تحصلنا علآ النتائج التالية:

دراسة التنفس	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
"a" بالjNمس	18 شjNرا- 6 سنوات	%100

فيما يخص الدراسة الصوتية فتحصلنا علآ النتائج الموالية بالنسبة لـ "a" بصوت مرتفع:

دراسة الصوت	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
في الصراCا	18 شjNرا-6 سنوات	%100
في الكلام التلقائي	18 شjNرا-6 سنوات	%100
في الكلام لئاعادة	18 شjNرا-6 سنوات	%100

دائما فيما يخص تناول الصوت النتائج المتحصل عليjNا فيما يخص الحروف اللسانية الخلفية jNي كالآتي:

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
O	18 شjNرا-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
X	18 شهرا-6 سنوات	%80
	5 سنوات-6 سنوات	%90

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
δ	18 شهرا-6 سنوات	%70
	5 سنوات-6 سنوات	%80

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
k	18 شهرا-6 سنوات	%90
	5 سنوات-6 سنوات	%95

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
g	18 شهرا-6 سنوات	%90
	5 سنوات-6 سنوات	%95

و فيما يلي النسب المئوية التي تحصلنا عليها إثر اختبار حروف الجهة الأمامية لوالق اللسان:

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
i é è	18 شهرا-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
š	18 شهرا-6 سنوات	%70
	3 سنوات- 4 سنوات	%80
	4 سنوات-5 سنوات	%90
	5 سنوات-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
s	18 شهرا-6 سنوات	%70
	3 سنوات- 4 سنوات	%80
	4 سنوات-5 سنوات	%60
	5 سنوات-6 سنوات	%80

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
z	18 شهرا-6 سنوات	%60
	3 سنوات- 4 سنوات	%70
	4 سنوات-5 سنوات	%60
	5 سنوات-6 سنوات	%80

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
r	18 شهرا-6 سنوات	%0
	3 سنوات- 5 سنوات	%100
	5 سنوات-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
č	18 شهرا-6 سنوات	%60
	3 سنوات- 4 سنوات	%80
	4 سنوات-5 سنوات	%90
	5 سنوات-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
ž	18 شهرا-6 سنوات	%60
	3 سنوات- 4 سنوات	%80
	4 سنوات-5 سنوات	%60
	5 سنوات-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
ğ	18 شهرا-6 سنوات	%60
	3 سنوات- 5 سنوات	%70
	5 سنوات-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
ℓ	18 شهرا-6 سنوات	%100
t d n	سنتين-6 سنوات	%100

فيما يخص اختبار حروف دائرية الشفاا (l'orbiculaire) فنسجل النتائج التالية:

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
ou	18 شهرا-6 سنوات	%100
	سنتين-6 سنوات	

أما فيما يخص اختبار الحروف التي تتطلب إغلاق الشفاا تحصلنا علآ النتائج التالية:

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
p b m	18 شهرا-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
f	18 شهرا-6 سنوات	%90
	3 سنوات- 4 سنوات	%100
	4 سنوات-5 سنوات	%90
	5 سنوات-6 سنوات	%100

الحرف	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
v	18 شهرا-6 سنوات	%80
	3 سنوات- 4 سنوات	%90
	4 سنوات-5 سنوات	%80
	5 سنوات-6 سنوات	%100

بالنسبة لدراسة الصوامت المزدوجة فحصلنا علآ النسب الآتية:

الصوامت المزدوجة	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
pra tra fra vra dra kra gra mra	18 شهر-3 سنوات	%0
	3 سنوات- 6 سنوات	%100
pla bla kla gla fla	18 شهرا-6 سنوات	%100

في دراسة نصف الصوائت حصلنا علآ النسب الموالية:

نصف الصوائت	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
j	18 شهرا-6 سنوات	%100
w	18 شهرا- 6 سنوات	%100

فيما يخص دراسة الصائتة التي تتطلب انفتاθ و انغلاق الشفاإ نسجل النتائج التالية:

الصائتة	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
"oui" wi	18 شهرا-6 سنوات	%100

فيما يخص المقاطع التي تتطلب حفة حنجرية حصلنا علآ النتائج التالية:

المقاطع	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
kok "Coq"	18 شهرا-5 سنوات	%90
t∂t "tête"	5 سنوات- 6 سنوات	%100
pap "papa"	18 شهرا-6 سنوات	%100

بالنسبة لدراسة المقاطع التي تتطلب خفة علآ مستوى الحنا فلاحظنا النتائج الآتية:

المقاطع	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
a-ã-a	18 شهرا-6 سنوات	%100

أما فيما يخص المقاطع التي تتطلب قوة حنكية فتحصلنا علآ النسب الآتية:

المقاطع	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
a ã	18 شهرا-6 سنوات	%100

في دراسة خفة الحنا حسب الإمكانيات الصوتية القاعدية فنا نعي النتائج المحصل عليها:

المقاطع	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
nadã	18 شهرا-سنتين	%0
	سنتين- 6 سنوات	%100
mabã	18 شهرا-6 سنوات	%05
	سنتين- 6 سنوات	%100
njajã	18 شهرا-سنتين	%30
	سنتين- 6 سنوات	%100

فيما يخص إعادة المقاطع بدون معنآ فحصلنا علآ النسب الموالية:

المقاطع	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
السلسلة الأولآ	سنتين- 3 سنوات	%50
	3 سنوات- 5 سنوات	%80
	5سنوات-6 سنوات	%100
السلسلة الثانية	سنتين- 3 سنوات	%50
	3سنوات-5 سنوات	%80
	5سنوات-6 سنوات	%100
السلسلة الثالثة	سنتين- 3 سنوات	%70
	3 سنوات- 5 سنوات	%80
	5سنوات-6 سنوات	%100

علآ مستوى دراسة الوظائف الحركية غير اللغوية سجلنا النتائج الآتية:

البند	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
الوظائف الحركية غير اللغوية البلع، النفس	18 شهرا-6 سنوات	%100

فيما يخص دراسة الاتصال مع العالم الخارجي نسجل النتاϑ الموالية:

النوعية	السن	النتائج
شفوية (+)	18 شهرا-6 سنوات	%100

النوعية	السن	النتائج
عادية (+)	18 شهرا-6 سنوات	%100

(+: تعني المرحلة التي وصل إليها)

أما بالنسبة لتناول التعبير الصوتي فيتعلق الأمر بالكلام التلقائي و التسمية علآ الصور و ﻟﻧﺎ ﻳﻧﻲ النتائج المسجلة:

البند	السن	النسبة المئوية للنتائج الصحيحة
إعادة الكلمات	03 سنوات	%90
تسمية الصور (تعبير ابتدائي)	سنتين و نصف	%60
تسمية الصور (الصعوبات التي تمس مرحلة التعبير الصوتي)	سنتين	%50
	03 سنوات	%90
صعوبات متعددة	سنتين	%40
	03 سنوات	%80
إعادة الجمل	03 سنوات-6سنوات	%100

فيما يخص دراسة الفﻫم الصوتي يتعلق الأمر خاصة بتناول السمع و القنوزيا السمعية و فيما يلي النتائج التي سجلناﻟﻧﺎ:

الاختبار السمعي	18 شﻫرا-3 سنوات	%100
	3 سنوات-6 سنوات	%100
اختبار القنزوزيا السمعية	3 سنوات- 6 سنوات	%100

بالنسبة لدراسة التعبير اللساني فإنا نأي النتائج المحصل عليها:

عدد الكلمات	18 شهرا	%100
عدد الكلمات	21 شهرا	%100
تركيب كلمتين إلآ ثلاثة	18 شهرا	%100
تركيب أكثر من ثلاثة كلمات	21 شهرا	%100
استعمال الكلمات لطلب الأكل و الشرب	21 شهرا	%100
استعمال الكلمات لطلب حاجات (التبول و البراز)	21 شهرا	%100
يشير إلآ نفسه باسمه	24 شهرا	%100
يشير إلآ نفسه بأنا	30 شهرا	%100
أل التعريف	30 شهرا	%100
الجمع بين الضمائر الشخصية أو الإسمي	30 شهرا	%100
الجمع	03 سنوات	%100
تسمية: مفتاح، نقود، سكين، ساعة، ألوان 5/3	03 سنوات	%100
طرح الأسئلة: أين؟ متآ؟ لما؟	03 سنوات	%100
جمل مكونة من: 6 إلآ 8 كلمات صحيحة	03 إلآ 04 سنوات	%100
الصفة أو النعت	03 إلآ 04 سنوات	%100
طرح سؤال: كيف؟	03 إلآ 04 سنوات	%100
أسماء الموصول	05 سنوات	%100
إعراب الأفعال	05 سنوات	%100
تسمية الألوان	05 سنوات	%100
التعريف بالشيء من خلال استعماله	05 سنوات	%100
التفريق ما بين الصباح و المساء	06 سنوات	%100

في دراسة الفهم اللغوي تحصلنا علآ النتائج التالية:

تسمية الأشياء	18 شهرا	%100
الإشارة إلآ الأب و الأم	18 شهرا	%100
الأمر بدون حروف الجرّ	18 شهرا-24شهرا	%100
أجزاء الجسم 5/3	24 شهرا	%100
الأمر باستعمال الأفعال	42 شهرا	%100
الأمر باستعمال حروف الجرّ	36 شهرا-42شهرا	%100
فهم الأسئلة: أينp لماذا	36 شهرا	%100
الفهم من الدرجة الأولآ	04 سنوات	%100
فهم: كيفp	04 سنوات	%100
الإشارة إلآ الألوان	04 سنوات و نصف	%100
فهم النعت المعبر عن الشبه (مشابه) و الإختلاف (مختلف)	04 سنوات	%100
الإشارة إلآ الخط الأكبر من بين خطّين	04 سنوات	%100
الإشارة إلآ اجمل إمرأة من بين اثنين	05 سنوات	%100
الإشارة إلآ أثقل علبة من بين اثنين	05 سنوات	%100
فهم الإسمي المجرد (الإختلاف)	05 سنوات	%80
الفهم من الدرجة الثانية 3/2 (الحريق في المنزل، فاتني القطار، ذهبp أو يجب الذهاب إلآ المدرسة)	06 سنوات	%100

النتائج

من خلال عملية تقنين و تعيير ijRNj الأداة الإكلينيكية تحصلنا علآ النتائج التالية:

I- الدراسة الإكلينيكية للتنفس:

jNنا تحصلنا علآ نسبة نجاθ تقدر بـ 100%بالنسبة لكل الحالات المدروسة.

II- الدراسة الصوتية:

في البداية نجد اختبار "a" بصوت مرتفع بحيt تقدر نسبة النجاθ فيN 100% ثم نسجل نسبة تتراوθ ما بين 70 إلآ 100% بالنسبة للحروف اللسانية الخلفية، و أيضا نسبة تقدر ما بين 60 إلآ 100% بالنسبة لحروف الجزmة الأمامية Rولق اللسان (سوى حرف [r] أين نجد فشل كلي بالنسبة لTطفال الRين تتراوθ أعمارNم ما بين 18 شmرا و 32 شmرا بنسبة نجاθ تقدر بـ 0%).

دراسة حروف دائرية الشفاiا تعطينا jNي الأخرى نسبة نجاθ تقدر بـ 60 إلآ 100%. عند تناولنا للحروف المتعلقة بغلق الشفاiا نسجل نسبة نجاθ تقدر بـ 100% ما عدا بالنسبة لحرف [f] و [v] و التي تعطي نسب نجاθ تتراوθ ما بين 90 إلآ 100% بالنسبة للحرف الأول و من 80% إلآ 100% بالنسبة للحرف الثاني.

في دراسة الصوامت المزدوجة نسجل نسبة نجاθ تقدر بـ 100% إلا بالنسبة للصوامت المزدوجة المتعلقة بحرف [r] مثلا: [pra] ، [tra] فjNنا قد سجلنا فشل كلي يقدر بـ 0% بالنسبة لTطفال الRين تتراوθ أعمارNم ما بين 18

شهرا و 03 سنوات و بالتالي فإننا سنتخلى عن الجزء من البند مع الأطفال المعاقين حركيا عصبيا و الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهرا و 3 سنوات.

بالنسبة للدراسة المتعلقة بنصف الصوائت و كل المقاطع التي تتطلب انفتاح و انغلاق الشفاه فقد حصلنا على نسبة نجاح تقدر بـ 100%.
أما عن المقاطع التي تلتحم بخفة حنجرية فسجلنا نتائج تتراوح ما بين 90% إلى 100%.

و بالمقابل نجد المقاطع التي تلتحم في نفس الوقت بخفة و قوة الحناجر تقدر فيها نسبة النجاح بـ 100%.

بالنسبة لدراسة خفة الحناجر تبعا للإمكانيات الصوتية القاعدية فنجد كل نسبة نجاح تقدر بـ 100% عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين سنتين و 06 سنوات. و بالمقابل عند الأطفال الصغار الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهرا و سنتين فنجد نسب جد منخفضة تتنوع ما بين 0% إلى 30% و لهذا فإننا نتخلى عن الجزء من البند بالنسبة للأطفال المعاقين حركيا عصبيا الذين تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهرا و سنتين.

فيما يخص دراسة المقاطع بدون معنى فالسلسلة الأولى تعطينا نتائج تتراوح ما بين 50% و100% و نفس الشيء بالنسبة للسلسلة الثانية أما السلسلة الثالثة تعطينا نتائج تتراوح ما بين 70% إلى 100%.

III- الإمكانيات الفمية الغير اللغوية:

فيما يخص دراسة الإمكانيات الفمية الأخرى (عير الحروف) يتعلق الأمر بتناول بالتحديد المضغ، النفس، التنفس و كRا البلع.

الوظائف الحركية الفمية الغير لغوية تحقق بمزارة و علآ أكمل وجN حيH تحقق نسبة نجاΘ تقدر بـ 100% بالنسبة لكل الأطفال الRين تتراوΘ أعمارNم ما بين 18 شRرا و 06 سنوات.

IV- الاتصال مع العالم الخارجي:

فيما يخص البند المتعلق بالاتصال مع العالم الخارجي فتننا نجد نتائج ايجابية سواء في الجانب الكيفي أو الكمي و NكRا فتننا نسجل نسبة نجاΘ تقدر بـ 100%.

V- مرحلة التعبير الصوتي:

Nنا نسب النجاΘ تنطلق من 40% إلآ 90% بحيH تسمية الصور تعتمد علآ مرحلة التعبير الصوتي المعقد نوعا ما و التي تصعب علآ الأطفال الRين يقدر سنRم بسنتين و أقل. و بالتالي فتننا نتخلآ عنN بالنسبة للأطفال المعاقين حركيا عصبيا البالغين من العمر سنتين.

إعادة الجمل يعطي نسبة نجاΘ تقدر بـ 100% مع الأطفال الRين تتراوΘ أعمارNم ما بين 03 سنوات و 06 سنوات.

VI- التعبير اللساني:

نسبة النجاΘ فيN تقدر بـ 100% بالنسبة لكل الوضعيات: الإسمية، الفعلية، التعريف، الصفة...و التي اختبرنNا من خلال الانتاجات الشفوية.

VII- الفهم الصوتي:

الإختبار السمعي المطبق علآ الأطفال الرين تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهرا و 3 سنوات يعطي نسبة نجاح تقدر بـ 100%.

اختبار القنوزيا السمعية، المطبق فقط علآ الأطفال الرين يتعدى سنهم 3 سنوات يعطينا هو الآخر نسبة نجاح تقدر بـ 100%.

VIII- الفهم اللغوي:

كل الوضعيات المتعلقة بالفهم الشفوي تعطي نتائج ايجابية تقدر بـ 100% ما عدا فهم الإسم المجرد عند الأطفال البالغين من العمر 05 سنوات و التي تعطي نسبة نجاح تقدر بـ 80% هذا الاختبار يحتوي على رصيد لغوي هام جدا.

هذه الميزانية المضبوطة و التي تعرف "اختبارا بعديا" تسمح بتحديد طبيعة ودرجة شدة الاضطرابات التي يجب علينا علاجها عندما نجدها عند الأطفال المعاقين حركيا عصبيا.

يتعلق الأمر إذن بجدول أداة إكلينيكية جزائرية خاصة بالأطفال المعاقين حركيا عصبيا و مبررة بدراسة علمية، تسمح بتشخيص الاضطرابات اللغوية عند الطفل المعاق حركيا-عصبيا.

يمكننا القول بأن فرضياتنا الأولآ التي نعيد نصها: تكوين النسخة الجزائرية لـ: E.T.L إذا افترضنا أن بنود هذا الاختبار يمكن تطبيقها علآ الأطفال المعاقين حركيا-عصبيا، يتكلمون اللغة العربية الدراجة، بعد تكييفها و إعادة تعيرها، قد تحققت.

يسمح لنا بدراسة الجزء الأول من فرضيتنا الثانية والذي يتمثل في تطبيق نفس الاختبار على الأطفال المعاقين حركيا عصبيا. سوف نحلل بعد ذلك نتائجه.

و فيما يلي سنعرض الملفات الإكلينيكية لعينة الدراسة المكونة من الأطفال المعاقين حركيا عصبيا.

4.III - تقديم الملفات الإكلينيكية للحالات التجريبية

في IRNj الفصل سنقدم ملفات 06 أطفال من بين 64 طفل أجري عليNJ اختبـار E.T.L من أجل تشخيص الإضطرابات النطقية، الفونولوجيـة واللغويـة أي تحقيق الجزء الأول من الفرضية II.

الحالة الأولىٓ:

- و.ي (05 سنوات).
- أكبر من أخوين.
- الأبوين: مدرسين.
- العنوان: دالي ابراهيم.
- الولادة: أنوكسيا.
- الأطراف العليا: أتيتوز.
- الأطراف السفلآ: تشنج - تأخر المشي.
- اللغة: دزارتريا.

الحالة الثانية:

- د. أ (05 سنوات).
- العنوان: بئر خادم.
- أزمة عصبية في سن 04 أشهر.
- الأطراف العليا: أتيتوز.
- الأطراف السفلآ: تشنج.
- اللغة: دزارتريا.

الحالة الثالثة:

- د. ٢.ف (06 سنوات).
- أكبر من أخوين.

- العنوان: شراقة.
- الولادة: أنوكسيا.
- الأطراف العليا: أتيتوز.
- الأطراف السفلآ: تقخر المشي.
- اللغة: دزارتريا حادة.

الحالة الرابعة:

- ط.ن (05 سنوات).
- بنت وحيدة.
- العنوان: برللا الكيفان.
- أزمة عصبية بعد 20 يوم من الولادة.
- الأطراف السفلآ: تقخر المشي.
- اللغة: تقخر اللغة والكلام.

الحالة الخامسة:

- ل. ن (04 سنوات).
- أكبر من أخ واحد.
- العنوان: دار البيضاء.
- الولادة: أنوكسيا.
- الأطراف العليا والسفلآ: تشنج - تقخر المشي.
- اللغة: تقخر حاد للغة.

الحالة السادسة:

- ااا. ر (02 سنوات ونصف).
- ثاني ما بين 03 إخوة Rكور.
- العنوان: بلكور.
- الأطراف السفلآ: تقخر المشي.
- اللغة: تقخر كلي للغة.

الفصل الرابع

تقديم، تحليل نتائج تطبيق اختبار E.T.L - النسخة الجزائرية - علĂ الكفالة الأرطفونية للحالات التجريبية الستة المعاقة حركيا عصبيا

الحالة الثانية

(د. أ.)

[a] مهموس و متواصل

(د.أ) لا يبذل جهد كبير لإصدار [a] مهموس. لكن بمدة محدودة جدا.

نسجل [a] مباشر، غير متقطع بمدة تساوي ثانيتين.

ملاحظة

صوت (د.أ) أثناء الكلام يظهر ضعيف جدا. هذا يفسر ضعف الزفير الذي يظهر بمدة قصيرة جدا أثناء تواصل "a" المهموس.

إعادة المقاطع بهدف تنفسي

دائما في نفس السياق، أي في الدراسة التنفسية يتعلق الأمر بإعادة الطفل لمجموعة من المقاطع.

هنا أيضا نلاحظ ضعف في التنفس بم أن (د.أ) لا يحترم عدد المقاطع المشارة أي 06 إلى 08 . (د.أ) لا يصدر إلا 02 إلى 03 مقاطع.

[a] بصوت مرتفع

في الصراخ، في الكلام التلقائي أو في الكلام المتكرر، لم نسجل صعوبات ما.

الفونيمات اللسانية الخلفية

[o]: وضعية اللسان عند (د.أ) تظهر بصفة مبالغة إلى درجة انه يصدر [o] مطول. مراقبة سيئة للجهة الخلفية للسان تؤدي بجهد متواصل لإصدار [o].

[k]: لا يملك (د.أ) القدرة الكافية على المستوى الخلفي للسان. مم يؤدي إلى وضعية اللسان على المستوى الأمامي التي تعطي [t].

نسجل تعويض على شكل تقديم: المهموسة [k] تصبح النطعية [t].

[g] يصبح [d].

لتفادي التكرار يمكن أن نرجع إلى الدراسة السابقة الخاصة بالطفل (و.ي).

فإن نفس الاضطراب ملاحظ الذي يؤدي بنفس التحليل.

[x]: بسبب الضعف على المستوى الحنكي، التسريبية والمهموسة [x] تتغير إلى الحبسية الحنجرية [2].

نسجل تعويض من نوع تأخير.

[γ]: نفس الشيء لهذا الفونام.

بسبب الضعف على المستوى الحنكي، التسريبية والمهجورة [γ] تتغير إلى الحبسية الحنجرية [2].

نسجل تعويض من نوع تأخير مع تغيير في كيفية النطق.

[ħ] و [ع]: نلاحظ نطق صحيح لهذين الفونيمين. (د.أ) لا يظهر ضعف على المستوى البلعومي.

[q]: (د.أ) هو في عدم الاستطاعة على وضع طرف اللسان الخلفي على اللهاة. فتتحول اللهوية [q] إلى النطقية [t].

[h]: هذا الفونام يصدر جيدا.

(د.أ) لا يظهر صعوبة معينة.

فونيمات المنطقة الأمامية وطرف اللسان

[i] و**[è]** و **[é]** تصدر تقريبا بطريقة صحيحة.

نسجل مراقبة للسان تقريبا ملائمة والتي يجب تحسينها أثناء إعادة التربية الأرطوفونية.

[š]، [ž]، [z]، [s]

لا نلاحظ اضطراب على مستوى مخرج هذه الفونيمات. لكن الكيفية هي التي مضطربة. عند بداية التسريب، هذا الأخير يثبط بسبب أن هذه الفونيمات تتطلب تحكم جيد لوضعية اللسان.

يضغط الطفل بصفة مبالغة على كل فونام.

[l]: ضعف خفيف للسان يضطرب قليلا مراقبة إصدار هذا الفونام، رغم أنه مفهوم.

[t]: (د.أ) يضغط بصفة مبالغة اللسان على الحنك وطرف اللسان يتوضع على الجهة الداخلية للأسنان. لكن [t] يصدر بدون جهر بسبب الضعف الزفيري الذي شرحناه أعلاه.

[d] و **[n]:** نفس الأثر لهذين الفونمين. يصدرون بصفة صحيحة لكن الجهر يكون ضعيف.

من هنا نفهم أن في هذا العمل الأطفال ليسوا عاديين. ولكن الأمر يتعلق بإعاقة حركية التي تؤدي دائما إلى ضعف حركي على مستوى قوة ومراقبة كل فونام. سنرى أن هذا عامل تشخيصي موحد على كل الأطفال المعوقين حركيا عصبيا.

[r]: بم أنه فونام اهتزازي يتطلب حركة جيدة للسان، فهو لا ينطق جيدا من طرف (د.أ) بسبب ضعف قوة ومراقبة طرف اللسان.

نسجل تعويض من نوع تأخير: الإهتزازية النطعية [r] تصبح الحبسية [2].

[ğ]: يصدر بجهر ضعيف كأنه [d].

[č]: فهو يصدر كأنه [ğ].

عند (د.أ) [ğ] و [č] لهما نفس النطق مع جهر ضعيف.

المفخمات: [t]، [d]، [s]، [r]

نفس الملاحظات التي رأيناها عند الطفل (و.ي)، فنستلزم بنفس التحليل حيث أن الفكرة الرئيسية هي فقدان التفخيم لهذه الأصوات.

فونيمات غلق الشفتين

[p]، [f]، [b]، [v]، [m]

[p]: نذكر أن [p] حبسية قوية ولكن مهموسة لأن الحنجرة لا تهتز أثناء نطقها. باشتراكها إلى صائتة التي تستلزم اهتزاز الأحبال الصوتية، (د.أ) يلجـأ إلـى الحبسية المهجورة [b] التي تتطلب اهتزاز الأحبال الصوتية.

(د.أ) لا يستطيع تتابع همس / جهر أين هناك فرق في المجهود الحنجري للأشكال النطق.

بينما [f]، [b]، [v]، [m] فهي نوعا منطوقة جيدا.

فونيمات دائرية الشفتين

[u]، رغم ضعف خفيف لحركة دائرية الشفتين فإن الطفل يحاول إصداره بصفة نوعا ما صحيحة.

الصوامت المزدوجة

فهو تماما نفس الشكل الملاحظ والمحلل في الحالة السابقة أي عند الطفل (و.ي).

نعيد التحديد، رغم ذلك، فيم يخص الطفل (د.أ) أن المظاهر الملاحظة هي كالتالي:

- حذف [r] لما تكون بين صامتة وصائتة [a] ثم [o] ثم [i].
- يعوض [k] بـ [t].
- يعوض [g] بـ [d].
- يعوض [p] بـ [b].
- حذف [r] بين [p] والصائتة [a] ثم [o] ثم [i].

الحروف شبه - مصوتة

لا يجد صعوبة كبيرة في إصدار [j] و [w].

مقاطع فتح وغلق الشفتين

هنا أيضا (د.أ) يحاول نطق [wi] بأحن صفة ممكنة.

مقاطع تستلزم تقلص وارتخاء سريع للشفتين أو اللسان وغلق وفتح سـريع للفم (pa - ta - ka)

نذكّر أنه يجب تسجيل إذا بقي الفم مفتوح جدا أو مغلق جدا عند إصدار المقاطع الثلاثة (pa - ta - ka) وهل هناك تشنج في غلق الشفتين. الاضطرابات النطقية لا تأخذ بعين الاعتبار في هذا البند.

عكس ما لاحظناه في الدراسة السابقة أين (و. ي) يظهر في غلق الفم سريعا، (د. أ) يظهر المشكل العكسي. فهو ينطق بين الأسنان.

مقاطع اختبار ليونة الحنجرة

بالإضافة إلى ضعف النطق في القاعدة والذي ذكرناه أعلاه، (د-أ) يصدر بصعوبة المقاطع التي تتطلب ليونة الحنجرة.

[kok] تصبح [tot] ← هنا [k] تصبح [t]
[tət] تنطق جيدا
[pap] تصبح [bab] ← المهموسة [p] تعوض بالمهجورة [b]

مقاطع اختبار شراع الحنك

- قوة الحنك = هنا لا نسجل صعوبة معينة. يستطيع (د. أ) إصدار [a] وحده ثم [ã] وحده بصفة واضحة. هناك إيماءة تظهر على الوجه. فهذا جهد إضافي يبذله الطفل لكي يجعل قوة على الحنك وبالتالي إصدار صحيح لـ[a] ثم [ã].

- ليونة الحنك: تتابع سريع لـ [a] ثم [ã] يبدو صعب. دائما إماءة "الجهد "على الوجه هي التي تلاحظ.

نفس الشيء للمقاطع دون معنى المكررة: [nãda] و [mabã] و [njagã].
نستخلص أن شراع الحنك غير لين بكفاية.

إعادة مقاطع بدون معنى

المجموعة الأولى

نلاحظ ما يلي:

- حذف الفونام الوسطي أي النطعية [s] في [esp].
- حذف الفونام النهائي أي الاهتزازية [r] في [stru].
- حذف الفونام الوسطي أي الاهتزازية [r] في [ert].
- حذف الجانبية الوسطية والنطعية [l] في [olp].
- حذف النطقية [s] في [spli].
- تعويض [k] لـ [spik] بـ [t] فتصبح [spit].
- حذف الفونيمين الأخيرين للمقطع [blist] أي [s] و [t] فنحصل على [bli].

إعادة المقاطع بدون معنى

المجموعة الثانية

نلاحظ:

- حذف الفونيمات.
- تعويض الفونيمات.

المجموعة الثالثة

نفس الملاحظات.

الخلاصة

(د. أ) يظهر اضطرا بات نطقية ثابتة. فهذا ليس بتأخر الكلام ولا تأخر اللغة.

سوف نحقق ذلك في دراسة الكلام واللغة موضوع الفصول الموالية.

الحالة الثالثة

(د. ح. ف)

[a] مهموس و متواصل

ممكن، غير متأخر كثيرا، مع مدة تساوي أكثر من 5 ثواني.

[a] بصوت مرتفع

بجهد حنجري، يصدر [a] بصوت مرتفع في كل الحالات (صراخ، كلام تلقائي، كلام متكرر).

لكن عند تواصل [a] فهو يصبح متقطع هذا يعود كما فسرته C. CHEVRIE-MULLER (أنظر الفصل الثالث، ص.) إلى تشنج المزمار.

الفونيمات اللسانية الخلفية

[o]: مكتسب مع تقلص بكيفية ملائمة.

[k]: هنا الطفل يضغط ظهر اللسان بصفة مفرطة. عند الإرخاء يدخل الحنجرية [a].

[k] فيصبح [k2a]

[g]: ممكن بالمبالغة على مستوى المخرج. فهناك قوة مفرطة أثناء إصدار هذا الفونام.

[x]: هنا أيضا يضيف الطفل (د. ع. ف) الحنجرية [2].

[x] يصبح [x2a]

[γ]: عكس [x] فالصوت [γ] ينطق بصفة واضحة بدون جهد كبير.

[ħ]: لتجاوز ضعف البلعوم، (د. ع. ف) يبالغ في التسـريب علـى مسـتوى البلعوم لكن عند الإرخاء، يلقي الحنجرية [2].

[ħ] تصبح [ħ2 a]

[ع]: هذا الفونام نجده ينطبق بصفة واضحة بدون جهد كبير.

ملاحظة:

اختبار الفونيمات اللسانية الخلفية (k، g، x، γ، ħ ، ع) يبين أن (د. ع. ف) له صعوبات أقل عندما تكون الفونيمات مهموسة (ع ، γ، g).

فالفونيمات المهجورة تكون أكثر تعقيدا عليه (k، x، ħ) فهذه الأخيرة تكون دائما مشتركة مع الحنجرية [2].

هذا يفسر مرة أخرى الصعوبات الحركية التي تميز الطفل المعاق حركيا عصبيا والتي تظهر عندما يجب الكلام.

[q]: لا يستطيع (د. ع. ف) وضع الطرف الأخير للسان على اللهاة فتتحول اللهوية [q] إلى حنكية [k].

نسجل تعويض من نوع تقديم: [q] تصبح [k].

[h]: هذا الأخير يصدر بصفة صحيحة.

فونيمات المنطقة الأمامية وطرف اللسان

[i] و**[é]** و**[è]** تصدر بصفة صحيحة. فيم يخص [s]، [š]، [z]، [ž] فهذه الأخيرة لها نفس الملاحظات الخاصة بإصدار الفونيمات اللسانية الخلفية [k]، [g]، [x]، [γ]، [ħ]، [ع].

الفونيمات [z] و [ž] التي تعتبر تسريبية مجهورة تصدر بسهولة.
عكس المهموسة [s] و [š] فهذه الأخيرة تشترك مع الحنجرية [2]. مما يعطي [s 2a] ، [š 2a]...
نعتقد ربما أن الطفل يفقد مراقبة اللسان ويسقط على الصائتة [a]

[l]: يصدر جيدا.

[**t**] و [**d**] لهما نفس ملاحظات [**s**] و[**z**]:

بم أن [**d**] صوت مجهور فهو نوعا ما جيد. أما [**t**] فهو يشترك إلى الحنجرية [2]. نتحصل على [t 2a]. كذلك نسجل توضع اللسان بين الأسنان.

[**n**]: إصدار ممكن وسليم.

[**r**]: عدم إمكانية التحكم في الاهتزاز للإهتزازية [r] يجعل (د. ع. ف) يلجأ إلى الجانبية [l].

نسجل تعويض من نوع كيفية النطق، يحتفظ بالطابع النطقي: [r] تصبح [l].

[**ğ**]: (د. ع. ف) يشعر بصعوبة عند تدخل ظهر اللسان على المستوى الأمامي للحنك لإصدار [ğ]. فهو يلجأ إلى النطقية [d] أين ينزع فقط ذولق اللسان من الناحية الداخلية للأسنان الأمامية.

نسجل تعويض من نوع تقديم: [ğ] تصبح [d]

[č] لها نفس ملاحظة [ğ]. فالطفل يلجأ إلى [t].

نسجل تعويض من نوع تقديم: **[č]** تصبح [t].

المفخمات: [t]، [d]، [s]، [r] كما هو الحال عند الحالتين السابقتين فهنا أيضا هناك حذف للتفخيم.

(د. ع. ف) يبدلها بأصوات أخرى غير مفخمة.

[s] تصبح [s2a]
[t] تصبح [t2a]
[d] تصبح [d]
[r] تصبح [l]

فونيمات دائرية الشفتين

(د. ع. ف) ينطق جيدا [u].

فونيمات غلق الشفتين

[p]، [f]، [b]، [v]، [m]

[p]: ضعف الشفاه عند (د. ع. ف) يجعل يضغط على الغلق الشفوي قبل انفجار صوت [p].

ملاحظة أخرى

لا يربط (د. ع. ف) بين الإنفجارية التي لا تتطلب اهتزاز حنجري والصائتة [a] التي تتطلب اهتزاز حنجري.

نتحصل إذن على نطقين مختلفين:

[p] يصبح [a…ppp] فيصبح [p2a]

هذا يمكن تفسيره ببطىء الإنجاز الحركي الذي يشعر به معظم المعاقين حركيا عصبيا.

من جهة أخرى (د. ع. ف) يصدر بسهولة [b] و [m] (رغم أنها شفوية أيضا) وكذلك الشفوية الأسنانية [f]. إلا أن الشفوية - الأسنانية [v] تتحول إلى الشفوية [b].

نسجل: [p] تصبح [p2a]
[b] و [m] و[f] = سليمة
[v] تصبح [b]

الصوامت المزدوجة

عند إصدار الصوامت المزدوجة نقف عند هاته النقطتين:

1- الإنجاز الحركي لإظهار [pra]، [tra]... يظهر بطيء. فالطفل مجبر على التوقف عند الصوت الأول [p]، [t] لكي يستطيع إنهاء المقطع.

2- تتحول الإهتزازية النطعية [r] تتحول إلى الجانبية النطعية [t]، في كل مجموعة الصوامت المزدوجة.

من جهة أخرى نسجل تعويضات وإضافات:

1- في كل المجموعة أين تتوضع [r] بين الصامتة و الصائتة [a]، [o] و [i]، يتحول [r] إلى [l].

مثلا = [pro] يصبح [plo].

2- بالنسبة للإضافات نسجل عند الطفل (د. ع. ف) إضافة الصائتة [a] أو [ə] كأدوات مسهلة.

مثلا: [tro] يصبح [talo]

[pri] يصبح [pəli]

الحروف شبه ـ مصوّتة

لا يستلزم [j] و [w] جهد كبير عند (د. ع. ف) فهو ينطقها جيدا.

مقاطع فتح وغلق الشفتين

المرور من الفونام [u] إلى [i] يظهر صعبا. فالطفل يساعد نفسه بإضافة [a]. فنتحصل على: [wi] تصبح [awi]. هذه الصعوبة مرتبطة ربما بتصلب عضلات الشفاه.

مقاطع تستلزم تقلص وارتخاء سريع للشفتين أو اللسان وغلق وفتح سريع للفتح (pa - ta - ka)

هذه الفونيمات تتحول إلى: (p 2a - t 2a - k2 a)

هذا يفسر بتشنج في غلق الشفتين.

مقاطع اختبار ليونة الحنجرة

(د. ع. ف) يبدل جهود واضحة لإصدار بصعوبة المقاطع التي تتطلب ليونة الحنجرة بهذا:

[kok] يصدر بصفة صحيحة.

[pap] تتحول إلى [bab].

[tət] تصبح [t...ət].

مقاطع اختبار شراع الحنك

a - ã - a- ã -a… هذا التتابع السريع لهذين النوعين من الفونيمات يظهر ممكن.

كذلك بالنسبة للمقاطع دون معنى: [nadã] و [njagã] و [mabã].

نستنتج حنك نوعا ما لين.

إعادة مقاطع بدون معنى

المجموعة الأولى

- [esp] = تنطق جيدا.

-[stur] تصبح [stu…ur]

بسبب صلابة الأحبال الصوتية، (د. ع. ف) يقطع المقطع إلى اثنين.

- [etr] تصبح [et] = حذف للفونام المركزي أي الإهتزازية [r].

[olp] = ينطق جيدا.

[spli] = ينطق جيدا.

[spik] تصبح [sapik] = إضافة [a]

إعادة مقاطع بدون معنى

المجموعة الثانية:

نسجل إضافة الفونيم [2]

المجموعة الثالثة:

نسجل تعويض، وأحيانا تحويلات خاصة بالصعوبات الحركية أو إضافات كذلك.

الخلاصة:

في مجمل الملاحظات المستخلصة من هذا البند أي إعادة المقاطع بدون معنى، نسجل:

- حذف الفونيمات.
- تعويض الفونيمات.
- إضافة فونيمات.

كما هو الحال عند (و. ي) و (د. أ) يتمثل اضطراب (د. ع. ف) في اضطرابات نطقية مرتبطة مباشرة بالإعاقة الحركية العصبية.

الحالة الرابعة

(ط. ن)

[a] مهموس و متواصل

لا تستطيع (ط. ن) إصداره مباشرة بصفة مهموسة كما هو مشار عليه في البند.
بهذا [a] يكون بداية مسموع ثم يصبح مهموس.
من جهة أخرى، يبدو التواصل محدود جدا بسبب قصر الزفير.

إعادة المقاطع ذات هدف تنفسي

دائما في نفس السياق، أي في الدراسة التنفسية، يتعلق الأمر بإعادة الطفل مجموعة من المقاطع.

فنسجل أنه ما عدا الإضطرابات النطقية الملاحظة عند الحالة (والتي لا تدخل في التقييم هنا)، فالأمر يتعلق هنا بتسجيل النقص التنفسي.
بالفعل فالحالة لها صعوبة في تسيير البراكسيا التنفسية وخاصة التنفس المستعمل في الصوت. بم أن الزفير قصير جدا هذا يؤدي بعدد ضعيف من المقاطع.

[a] بصوت مرتفع

(ط. ن) لا تشعر بصعوبات عند إصدار [a] بصفة مسموعة في الكلام التلقائي أو في الكلام المكرر.

الفونيمات اللسانية الخلفية

ما عدا [k] و [g]، كل الفونيمات اللسانية الخلفية تنطق بصفة صحيحة.
بهذا عند (ط. ن) تتحول الحنكية [k] إلى النطعية [t].

نسجل تعويض من نوع تقديم: [k] تصبح [t].

كذلك الحنكية [g] تتحول إلى النطعية [d].

نسجل تعويض من نوع تقديم: [g] تصبح [d].

فونيمات المنطقة الأمامية وطرف اللسان

هنا أيضا معظم الفونيمات الخاصة بالمنطقة الأمامية وطرف اللسان منطوقة جيدا. ما عدا [r] و [ğ] و [s] و [z] التي تظهر مضطربة بوضوح.

بهذا الاهتزازية [r] تتحول إلى الحنجرية [2]. نسجل تغيير في كيفية النطق. تتحول الحنكية [ğ] إلى النطعية [d]. العامل التسريبي يحتفظ به. أحيانا تتحول إلى الحنكية [g].

التصفيريات [s] و [z] مضطربة أيضا:
يتوضع اللسان بين الأسنان مما يؤدي إلى تحويل [s] إلى [θ] و [z] إلى [J].

نفس الشيء بالنسبة للمفخمات [s] و [r]، فهي مضطربة أيضا.

[s] تصبح [θ] و [r] تصبح [2].

من جهة أخرى تتحول النطعيات [t] و [d] والمفخمات [d] و [t] إلى الحنكية [g].

الفونيمات [i] و [é] و [è] و [š]، [ž]، [l]، [n] تنطق بصفة صحيحة.
أخيرا، الحنكية [č] تنطق بصفة ضعيفة لكن تقريبا صحيحة.

فونيمات دائرية الشفتين

لم نسجل أي صعوبة معينة، (ط. ن) تصدر بسهولة [u].

فونيمات غلق الشفتين

[p]، [b]، [f]، [v]، [m] منطوقة بصفة صحيحة.

الصوامت المزدوجة

عند إعادة مجموعة من المقاطع أين يتوضع الفونام [r] بين صامتة والصائتة [a]. نفهم بأن اضطرابات (ط. ن) ليست دائما ثابتة.

الفونام [k] مثلا ينطق بمفرده [t]. ولكن داخل المقطع [kra] ينطق بصفة صحيحة. نفس الشيء بالنسبة للمقطع [gra].

من جهة أخرى نسجل تعويض [r] بـ[l] في[pra]، [bra]، [tra].
نتحصل على [pla]، [bla] و [la] بحذف [t].
في [fra]، [vra]، [dra]، نسجل حذف ل [r]، نتحصل على [fa] و [va].

كذلك في إعادة [dra] فهي تصدر [ga] بم أننا لاحظنا تعويض [d] بـ [g] عند إعادة [d] بمفرده.

عند توضع [l] بين صامتة والصائتة [a] فنلاحظ أن الإضطربات النطقية لـــ (ط. ن) ليست دائما ثابتة.
مثلا [kla] و [gla] نجدها منطوقة بصفة صحيحة. بينما [k] و[g] تنطق [t] و [d].

من جهة أخرى، نسجل اضطراب نطقي عند إعادة [tla] و[dla] التي تتحول إلى [gla].

أخيرا، بقية المجموعة تنطق بصفة صحيحة (vla , fla , bla , gla).
نفس المظاهر ملاحظة عند توضع [r] ثم [l] بين صامتة والصائتة [o] أو [i].

بعبارة أخرى، نجد أن الإضطرابات النطقية ليست ثابتة. هذا يؤدي بنا إلى التفكير إلى تأخر الكلام سنتطرق إليه لاحقا.

الحروف شبه - مصوتة [j] و [w] وكذلك **مقاطع فتح وغلق الشفتين [wi]** لا تشكل صعوبات معينة للطفلة (ط. ن).

مقاطع تستلزم تقلص وارتخاء سريع للشفتين أو اللسان وغلق وفتح سريع للفم (pa - ta - ka)

ما عدا الإضطرابات النطقية التي ذكرناها من قبل في إصدار الفونيمين [t] و [k] ([p] ينطق جيدا)، لم نسجل أي مشكل معين من حيث فتح وغلق الفم. كذلك لم نسجل تشنج غلق الشفتين.

مقاطع اختبار ليونة الحنجرة

يظهر أن السهولة الحركية على مستوى الفم لا تستمر إلى نحو الحنجرة. بالفعل، (ط. ن) لها صعوبات في إصدار المقاطع التي تختبر ليونة الحنجرة، بهذا:

1- [kok] تصبح [gog] ⇐ [k] تعوض بـ [g]. بينما النطق بـ [k] بمفرده يصبح [t].

2- [tət] تصبح [kəg]، هنا أيضا [t] تارة ينطق [k] في بداية المقطع، تارة ينطق [g] في نهاية نفس المقطع، أي [təg].

نفهم، في كل مرة، أن الإضطرابات النطقية للحالة (ط. ن) ليست دائما ثابتة.

3- [pap] تصبح [bab]، الحبسية [p] تعوض بالحبسية [b]. هنا أيضا نذكر أن الفونام [p] بمفرده ينطق جيدا.

مقاطع اختبار شراع الحنك

يتعلق الأمر في البداية باختبار **قوة الحنك** بالطلب من الطفل بإصدار[a] بمفرده ثم [ã] [(1)] بمفرده.

بذلك التسلسل a - ã - a -ã... كل هذا الاختبار لا يشكل مشكل للحالة. التتابع السريع للفونيمين يبدو سهلا للحالة (ط. ن) فقط للنطق بـ [ã] الذي يصبح [õ].

بعد ذلك، يتعلق الأمر **بليونة الحنك** بفعل تتابع صامتة غنية بصائتة غير غنية.

إعادة الكلمات بدون معنى يعطي هذه النتائج:

[nadã] تصبح [nagã] ⇐ [d] يعوض بـ [g].

[mabã]: ينطق جيدا.

[njagã]: ينطق جيدا (بينما[g] بمفرده ينطق أحيانا [d]).

نستخلص حنك نوعا ما لين.

إعادة مقاطع بدون معنى

المجموعة الأولى

ما نلاحظه عند إعادة هذه المقاطع (أنظر ملحق رقم ، ص.) ما يلي:

- حذف الفونام الوسطى أي النطعية [s] في [esp].
- حذف الفونام النهائي أي الإهتزازية [r] في [stur]. في نفس المقطع، الصامتة النطعية [t] تتحول إلى الحنكية [k].
- حذف الفونام المركزي، أي الإهتزازية [r] في [ert].

[ã] = "an" باللغة الفرنسية.

- الصامتة الثانية للمقطع [olp] أي الشفوية المهموسة [p] تعوض بالشفوية المجهورة [b] التي تشترك إلى الصائتة [a]. إذن المقطع المغلق [olp] يصبح [olba].
- اضطراب كلي للمقطع المفتوح [spli]. (ط. ن) تختار مقطع مغلق [sɑp] مع حذف واضح للجانبية [l].
- المقطع المغلق [spik] يصبح مفتوح [bi] نسجل هنا عدة مرات للحذف:
  [s], بداية المقطع0
  [k], في نهاية المقطع0
  بالإضافة, الشفوية المهموسة [p] تعوض بالشفوية المجهورة [b]0
- أخيرا ,[blist] تحول إلى [sips]، المصوتة المزدوجة [bl] تتحول إلى الصامتة [s]. كذلك نسجل حذف للفونام النهائي للمقطع، أي النطعية [t] وإضافة الحبسية المهموسة [p].

في مجمل القول، كل الشكل للمقطع يضطرب أو يتغير.

إعادة المقاطع بدون معنى

المجموعة الثانية والمجموعة الثالثة

نفس الملاحظات المشاهدة في إعادة المجموعة الأولى للمقاطع بدون معنى نجدها في هاتين المجموعتين المكررة.

يعني نلاحظ أساسا تعويضات وحذف للفونيمات ولكن ليس بصفة ثابتة

مثلا: [ag] - [ga] تصبح [ad] - [ga].

فالفونام : [g] تارة ينطق جيدا وتارة يتحول إلى [d].

ملاحظة أخرى:

نسجل حذف بكثرة: [ħfa] تصبح [fa] ⇐ حذف للحلقية [ħ] في بداية المقطع.

الخلاصة:

بهذه الإضطرابات النطقية التي ليست دائما ثابتة نفكر أن هذا قد يكون تأخر الكلام. هذا نتحقق منه في الفقرة الموالية الخاصة بدراسة الكلام.

الحالة الخامسة

(ل. ن)

[a] مهموس و متواصل

يظهر أن جميع الأطفال المصابين بإعاقة حركية عصبية لا يستطيعون إصدار مباشرة [a] بصفة مهموسة.

بهذا (ل. ن) أيضا تنطق به بصفة مسموعة ثم يصبح مهموس.

من جهة أخرى، التواصل يكون محدود جدا بسبب ضعف في مرحلة الزفير.

إعادة مقاطع ذات هدف تنفسي

هنا (ل. ن) لا تبذل أي جهد تنفسي لتطويل إعادة المقاطع.

في كل مجموعة، تعيد مقطع واحد فقط.

بالإضافة، لهذا المقطع الوحيد، كان من الضروري اللعب على إرادة الطفلة. كأنها لا ترى أهمية إعادة كل هذه المقاطع. رغم هذا، نسجل سوء تسيير البراكسيا التنفسية:

مثلا (ل. ن)، لا تعرف التنفس على القطن أو على شمعة000

هذا ما يؤدي باضطراب التنفس المستعمل أثناء الصوت.

[a] بصوت مرتفع

لا تشعر (ل. ن) بصعوبة في إصدار [a] بصفة مسموعة وهذا في الصراخ أو في الكلام التلقائي أو في الكلام المتكرر.

يجب الاعتراف بأن الفضل يعود إلى الأب، فهو لا يتوقف عن تشجيعها بقوة حتى تصل إلى النطق ما أردناه. فقط عندما تكون هناك صعوبة حركية حقيقية.

الفونيمات اللسانية الخلفية

كلها تنطق بسهولة.

فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان

هي كذلك تنطق تقريبا بصفة جيدة. فقط بالنسبة للفونيمات المفخمة. فهي منطوقة بدون تفخيم. ثم تعوض [r] و [r] بـ [2].

نسجل: [s] تصبح [s]
[t] تصبح [t]
[d] تصبح [d]
[r] و [r] يصبحان [2].

فونيمات دائرية الشفتين

(ل. ن) تصدر بسهولة [u].

فونيمات غلق الشفتين

هي أيضا منطوقة جيدا.

الصوامت المزدوجة

ما يمكن أن نسجل هو:

في البداية، نلاحظ حذف الاهتزازية [r] التي تتوضع بين صامتة والصائتة [a] وهذا في كل المجموعة المكررة.

ثم، تحويل [z] و[d] إلى [k] و [g] عندما تكون داخل المطقعين [tra] و [dra].

نفس الملاحظات نجدها مع الصائتة [o] ثم [i].
عند تكرار المجموعة التي يتوضع فيها [l] نجد حذف لكل الصوامت الأولية لكل مقطع. بهذا، الطفلة (ل. ن) لا تستطيع النطق بصامتتين متتاليتين، أي صوامت مزدوجة.
نفس الشيء عندما نكون أمام صائتة [o] ثم [i].

الحروف شبه - مصوتة [j] و[w] ثم **مقاطع فتح وغلق الشفتين** [wi] ثم **المقاطع** التي تتطلب تقلص ثم ارتخاء سريع **للشفتين أو اللسان** والغلق والفتح السريع **للفم** لا تمثل صعوبة معينة للحالة (ل. ن).

مقاطع اختبار ليونة الحنجرة

[kok]: منطوق جيدا.
[tɑt]: تصبح [kɑk].
[pap]: منطوق جيدا.

مقاطع اختبار الحنك

[a] بمفرده ثم [ã] بمفرده ثم تسلسلها لا يشكل أي صعوبة للحالة.
يظهر أن (ل. ن) تستطيع الحصول على القوة اللازمة للحنك.
فيم يخص ليونة الحنك، هذه المرة، يجب تكرار كلمات دون معنى:

- [nadã] تصبح [gagã]
- [mabã] تصبح [babã]
- [njagã] تصبح [gagã]

بهذا :

في [nadã] الكل يصبح خلفي. **الغنية** [n] بمفردها منطوقة جيدا تصبح حنكية مجهورة [g]. النطقية [d] تصبح [g].

في [mabã]، الشفوية والغنية[m] تتحول إلى الشفوية والحبسية [b].

أخيرا، [nj] يصبح خلفي فينطق [g] عند إصدار [gnagã].

ربما حنك (ل. ن) غير لين بدرجة كافية بم أننا نلاحظ صعوبة في تتابع صامتة غنية بصائتة غير غنية.

إعادة مقاطع بدون معنى

المجموعة الأولى

ما نلاحظه:

- [esp] تصبح [pe]، إذن نسجل للصوتين الأوليين المكونين المقطع [esp] ثم إضافة الصائتة [e].
- [stur] تتحول إلى [ke] كل أصوات هذا المقطع تحذف.

  نستنتج أن الفونام [t] الموجود فيه يتحول إلى [k] مع إضافة لـ [e].
- يتحول [ert] إلى [e] ⇐ حذف [r] و[t].
- يتحول [olp] إلى [o] ⇐ حذف [l] و[p].

- [spik] تتحول إلى [li]
- [blist]: ترفض (ل. ن) إعادته (ربما بسبب صعوبة هذا المقطع).

نلاحظ أن الحالة "تسهل على نفسها" كلما كان النطق صعبا، بتقليل جهودها، ما يهمها هو أن ترضي أبوها و "تقول شيء".

إعادة مقاطع بدون معنى

المجموعة الثانية والمجموعة الثالثة

نفس الملاحظات المشاهدة في المجموعة الأولى نجدها هنا.

نلاحظ إذن خاصة الحذف وبعض التعويضات بتمييز النطق عند (ل. ن) "بالنقص" مثلا:

[ba - ab] يصبح [ba]

[sbi] يصبح [bi]

الخلاصة:

في نهاية هذه الدراسة النطقية عند (ل. ن) نلاحظ أن تقريبا كل الفونيمات منطوقة جيدا. لكن عند وضعها في المقاطع، تصبح غير صحيحة (معوضة - محذوفة) هذا ما يجعلنا نفكر في الوضع الفونولوجي للحالة. دراسة الكلام هي التي توضح ذلك في الفقرة الموالية.

الحالة السادسة

(ج. ر)

[a] مهموس ومتواصل

لا يستطيع (ج. ر) إصداره مباشرة بصفة مهموسة كما هو مشار له في البند.
بهذا كما هو الحال بالنسبة للأطفال الذين سبقوا، [a] يكون بداية مجهورا. لكن مع هذا الطفل، هذا يستمر: (ج. ر) لا يعرف نزع مشاركة الحنجرة.

عند نطقه لـ[a] مهموس نطلب منه جهد أقل لعضلات الحنجرة، والحنك وصفر لعضلات الشفتين. لكن يظهر أن (ج. ر) يرى أسهل القول [a] بصوت مرتفع. (نعيد عدة مرات هذا البند والنتائج نفسها).

إعادة مقاطع ذات هدف تنفسي

ما عدا السلسلة الأولى المنطوقة جيدا، كل السلاسل الأخرى غير ممكنة.
هذا يعني أن ليست القدرة التنفسية هي السبب. لكن المشكل يرد في السياق الحركي.

[a] بصوت مرتفع

هنا (ج. ر) ليس له صعوبة في إصدار [a] مسموع سواء في الصراخ، على الكلام التلقائي أو الكلام المتكرر.

الفونيمات اللسانية الخلفية

تكرارها يبدو غير ممكن.

فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان

تكرارها ممكن فقط مع [n] و [t].

فونيمات دائرية الشفتين

(ج. ر) لا يعيد منها إلا [p] و [m].

الصوامت المزدوجة

غير ممكنة، كأن عمل عضلات الحنك واللسان والخدين والشفتين الذي يجعل إنتاج الفونيمات لا يؤدّى.

هذا يجعلنا نتساءل على الصعوبات الميكانيكية، الموجودة عادة بالدرجة الأولى في الإعاقة الحركية العصبية والتي تجعلنا لا نتجاهل دراسة نوعية البراكسيا.

فإن اضطراب حركي حاد قد يمنع كل "تعبير" للقدرات البراكسيا النطقية.

- رفض النطق يستمر إلى **شبه - الصوائت** [j] و [w] والى **مقاطع فتح وغلق الشفتين** [wi].

مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان وفتح وغلق سريع للفم

(ج. ر) ليس له مشكل معين على فتح وغلق سريع للفم لإصدار [pa] و [ta].

فلم نسجل تشنج غلق الشفتين. إلا أن المقطع [ka] يحذف تماما يظهر أن الطفل غير قادر على اصداره.
فهنا لا ندري إذا كان ذلك اضطراب براكسي أو اضطراب قنوزي (لأن [k] غير محذوف ومن جهة أخرى بعض الباحثين يرو أن في غياب اللغة يجب أن نتساءل على الوعي الفنولوجي).

الاختبارات القنوزية و الفونولوجية ربما ستفسر لنا هذا.

أخيرا كل الاختبارات الباقية لهذا الفحص النطقي تظهر فاشلة. تتمثل في إعادة:

- المقاطع التي تختبر ليونة الحنجرة.
- مقاطع اختبار الحنك.
- مقاطع بدون معنى.

في مجمل القول أمام عدم القدرة النطقية كيف يمكن أن يكون هناك كلام. سنحقق ذلك في الفصل الموالي.

IV . 2.2 تقديم وتحليل نتائج اختبار الكلام

الحالة الأولى

(و. ي)

مرحلة التعبير النطقي

- **الكلام التلقائي**

توصل الطفل إلى هذه المرحلة حيث أنه تلقائي جدا.

- **إعادة الكلمات**

[γna] ⟶	[ana]
[r∂ğ∂l] ⟶	[ağ∂l]
[q∂fla] ⟶	[afla]
[g∂rwağa] ⟶	[awağa]
[ħallūf] ⟶	[allūf]
[qahwa] ⟶	[ahwa]
[mašina] ⟶	++
[šapo] ⟶	++ (š vire vers s)
du]ɛ[⟶	[adu]
[qraja] ⟶	[aja]
[ħanūt] ⟶	[anūt]
[barwéṭạ] ⟶	[bawéta]
[šta] ⟶	[∂ta]
[karim] ⟶	[aim]
[tbaħħạr] ⟶	[baa]
[palto] ⟶	[palto]
[kuša] ⟶	[uša]
[toqba] ⟶	[t ∂ 2 ba]

- **تسمية الصور**

التعبير البسيط

Bilabiales →[būbi] →	++
Dentales →[ħūta] →	[uta]
Labio- dentales→[vīlo] →	++
Latérales → [lbālūn] →	++
Continu →[sa ζa] →	[sa 2a]
→[xobz] →	[obz]
→[mqąs] →	[m2 ass]
→[šèdi] →	++
→[šapo] →	++
→[k∂bš] →	[abš]
→[m∂rgèz] →	[m∂gèz]
Vibrate → [roda] →	[oda]
Nasals →[mūs] →	++
Gutturales →[gato] →	[dato]
Yod →[kamjo] →	[2 amjo]

- **صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي**

[papijõ]	+
[sɔ̃rdūk]	[sɔ̃du2]
[pupija]	+
[tɔ̃ffāħ]	[tɔ̃ffa]
[mašina]	+
[mūs]	[mu]
[gato]	[dato]
[šikula]	[ši2ula]
[ħallūf]	[allūf]
[pala]	+
[mɔ̃šta]	[mɔ̃šta]
[kès]	[2ès]
[tạr]	[ta]
[brạka]	[b a2a]
[fakja]	[fa2ja]
[čina]	++
[furnu]	[funu]
[mɔ̃ftāħ]	[mɔ̃f 2a]

- **صعوبات متعددة**

[bəgra]	[bədra]
[kursi]	[usi]
[tạbla]	[tabla]
[saɛa]	[sa2a]
[dubb]	+
[stilu]	[sss…tilu]
[nwara]	[n…wa2a]
[zəmmara]	[zəmma 2 a]
[barwétạ]	[bawéta]
[kạskétạ]	[2as2 éta]
awd] ɛ[	[2awd]
[sạbbāt]	[səbbat]
[kəlb]	[əlb]
[təbsi]	+
[faršitạ]	[fašita]
[lənğās]	[ləžās]
[mγérfa]	[m 2éfa]
[tijjara]	[tijja2 a]
[parapli]	[pa 2apli]
[kạsrūna]	[as2 una]
[səğrạ]	[s əž2a]

سواء في الكلام التلقائي، أو في تكرار الكلمات أو في تسمية الصور، نسجل تجانس نطقي يتمثل في عدة تعويضات خاصة وحذف للفونيمات فهي اضطرابات نطقية تحليلية.

[gato] تصبح [dato]:
الحنكية [g] تعوض بالنطقية [d]

كذلك:

[xobz] تصبح [obz]:
حذف للحنكية [x]

الاختبارات الفونولوجية

- **اختبارات السمع**

قبل دراسة الجانب الفونولوجي، نقوم بإجراء أولا اختبارات السمع للبحث إذا كان الطفل يخبئ ضعف في سمع الأصوات الحادة.

نخبئ الفم لكي لا يرى الطفل حركة الشفتين ولا يقرأ ما نقوله.

[si] و [ti] تنجز جيدا.

ثم يتعلق الأمر باختبارات السمعية الفونولوجية، هنا الطفل يعيد:

[saɛa] ← ساعة

[tèɛi] ← لي

يعاد هذا الاختبار عدة مرات والنتيجة إيجابية.

- **اختبارات قنوزية**

بم أن الاختبار السابق كان ناجحا، يجب البحث إذا كان الطفل يميز بين المهموسة والمجهورة، بين النطعية والحنكية...
هذا ضروري ليس فقط لإعادة تربية الكلام ولكن أيضا للقراءة، الكتابة والخط.

بنفس الطريقة، نطلب من الطفل تكرار "الكلمات الزوجية" التالية.
النتائج:

k / t -1

[kār] - [tār] تصبح [tār] [ār]

نسجل حذف الحنكية [k]

b / q -2

[qạ tt] - [bạt t] تصبح [att] [batt]

نسجل حذف اللهوية [q] كذلك التفخيم

s / m -3

[məqla] - [səqla] تصبح [mə2la] [sə2la]

تعوض [q] بـ [2]

f / t -4

[šta] - [šfa] = إعادة صحيحة.

b / m -5

[sām] - [sāb] = إعادة صحيحة لكن نفي التفخيم.

q / ع -6

[عdam] - [qdəm] تصبح [dəm] - [dəm]

حذف الحلقية [ع] واللهوية [q] ونفي التفخيم

š / s -7

[səm] - [šəmm] تصبح [səm] - [səmm]

تعويض الحنكية [š] ب [s]

n / f -8

[nār] - [fār]= إعادة صحيحة

k / f -9

[kār] - [fār] = تصبح [ār] - [fār]

حذف [k]

ħ / x -10

[ét] - [ét] تصبح [xét] - [ħét]

البلعوميات [ħ] و [x] تحذف مع نفي التفخيم

يصبح مهم البحث عن الإضطرابات القنوزية التي تقع على الأصوات المعقدة أو الصوامت المزدوجة كمثلا:

slu / sru

[məsu2 a]- [məslu 2a] تصبح [məsruqa] - [məsluqa]

تعوض اللهوية [q] بالحنجرية [2] مع حذف الاهتزازية [r].

هذه الدراسة تكمل باختبار S. B. MAISONNY الذي يبحث عن التمييز بين التسريبيات المختلفة.

فهناك صور تمثل قطار، ثعبان، باخرة وذبابة، نقدمها للطفل ثم ننطق بصفة متتالية [š]، [s]، [ž] و [z].

بعد أن نوضح له التمرين، يشير الطفل على الصورة المناسبة.

(و. ي) ينجح في هذا الاختبار.

إعادة الجمل

أخيرا نختم هذا الفصل الفونولوجي بإعادة الجمل.

25 جملة تقترح للطفل. نفس الجمل تستعمل في إعادة التربية.

في الحين، سنبين هذا التكرار من خلال 03 جمل فقط، نرى أن هذا كافي لتبيين اضطرا بات التعبير النطقي التي تطرقنا إليها من قبل:

الجملة الأولى:

[béba jbīɛ ạl xóbz]

الطفل:

[béba jbī 2 al 2obz]

الجملة الثانية:

[ɛammi ɛãdu ɛawd]

الطفل:

[2ammi 2ãdu 2awd]

الجملة الثالثة:

[tạflạ wạtfạl ʕtāwni ħalwa]

الطفل:

[tafla watfal 2 atawni 2alwa]

يظهر من خلال هذا الفحص الفونولوجي أنها ليست اضطرا بات الوعي الفونولوجي وإنما اضطرا بات راجعة إلى صعوبات نطقية التي ذكرناها والمرتبطة مباشرة بالإعاقة الحركية العصبية.

سنرى فيم بعد كيف (و. ي) يكون لغته من الناحية النحوية.

الحالة الثانية

(د. أ)

مرحلة التعبير النطقي

- **الكلام التلقائي**

توصل(د. أ) إلى هذه المرحلة لكن هو غير تلقائي جدا. يجب دائما مناداته إلى الكلام والتعبير. يخاف أن لا يفهم بسبب اضطرابه النطقي.

- **إعادة الكلمات**

[γna] →	[2na]
[rğ∂l] →	[ğ∂l]
[q∂fla] →	[t∂fla]
[g∂rwağa] →	[d∂wağa]
[ħallūf] →	+
[qahwa] →	[tahwa]
[mašina] →	+
[šapo] →	+
du][ع →	[2 du]
[qraja] →	[taja]
[ħanūt] →	+
[barwéṭa] →	[bawéta]
[šta] →	[šš… ta]
[kadèr] →	[taè]
[tbaħħaṛ] →	[bāħħa]
[paṛto] →	[palto]
[kuša] →	[tuša]
[toqbạ] →	[toba]
[séf] →	[sīf]

- **تسمية الصور**

التعبير البسيط

Bilabiales →[būbi] →	+
Dentales →[ħūta] →	+
Labio- dentales →[vīlo] →	+
Latérales → [lbālūn] →	+
Continues→[saζa] ⟶	+
→[xobz] ⟶	[obz]
→[mqạs] ⟶	[m2as]
→[šèdi] ⟶	+
→[šapo] ⟶	[šabo]
→[k∂bš] ⟶	[t∂bš]
→[m∂rgèz] ⟶	[m∂dèz]
Vibrants →[roda] ⟶	[oda]
Nasales →[mūs] ⟶	+
Gutturales →[gato] ⟶	[dato]
Yod →[kamjo] ⟶	[tamjo]

- **صعوبات تتعلق بمرحلة التعبير النطقي**

[papijõ] →	+
[sɔ̄rdūk] →	[sɔ̄dut]
[pupija] →	+
[tɔ̄ffāħ] →	+
[mašina] →	+
[mūs] →	+
[gaṭo] →	[dato]
[šikula] →	[šitula]
[ħallūf] →	+
[pala] →	+
[mɔ̄šta] →	[mɔ̄šta]
[kès] →	[tès]
[tạr] →	[ta]
[brạka] →	[bata]
[fakja] →	[fatja]
[čina] →	[ğina]
[furnu] →	[funu]
[mɔ̄ftāħ] →	+

- **صعوبات متعددة**

[bɔgra]	[bɔdra]
[kursi]	[tusi]
[tabla]	[tabla]
a]ɛ[sa	+
[dubb]	+
[stilu]	+
[nwara]	[nwa2a]
[zɔmmara]	[zɔmma2 a]
[barwétạ]	[bawéta]
[kạskétạ]	[tạstéta]
awd] ɛ[	+
[sabbāt]	[sɔbbāt]
[kɔlb]	[tɔlb]
[tɔbsi]	+
[faršitạ]	[fašita]
[lɔnğās]	[lɔğās]
[mγérfa]	[m2éfa]
[tijjara]	[tija2 a]
[parapli]	[pa 2apli]
[kạsrūna]	[tas2una]
[sɔğra]	[sɔğ2a]

الاختبارات الفونولوجية

في البداية هناك **اختبارات السمع** التي تتمثل في إعادة "si"ثم "ti".
النتيجة صحيحة.

ثم **الاختبارات السمعية ـالفونولوجية:**

[saɛa] ← ساعة

[tèɛi] ← لي

يظهر التكرار عادي ولكن (د. أ) يخلط بين [s] و [t] فيكرر بالتوالي[taɛa] و [téɛi].

بما أننا نعرف جيدا الطفل، نفهم بأن هذا ليس بمشكل فونولوجي ولكن في النطق.

الاختبارات القنوزية

بنفس الطريقة، نطلب من الطفل تكرار الكلمات المزدوجة التالية:

1- k / t

[tār] - [kār] تصبح [ta] - [ta]

الحنكية [k] تتحول إلى النطعية [t] مع حذف للاهتزازية [r]

b / q -2

[**b**att - **t**att] تصبح [bạt t] - [qạ tt]

تتحول اللهوية [q] للنطعية [t] مع حذف الاهتزازية [r]

m / s -3

[sətla] - [mətla] تصبح [səqla] - [məqla]

اللهوية [q] تتحول إلى النطعية [t]

t / f -4

[šfa] - [šta]

إعادة صحيحة.

b / m -5

[sab] - [sam] تصبح [sāb] - [sām]

نسجل حذف للتفخيم.

ع /q -6

[tdəm] - [عdəm] تصبح [qdəm] - [عdam]

اللهوية [q] تتحول إلى النطعية [t] مع حذف للتفخيم.

7- š / s

[ğəmm] - [ğəmm] تصبح [šəmm] - [səmm]

التفريق بين [s] و [š] لا يحدث في الإصدار التلقائي للكلمتين.

فالطفل يختار [ğ] للحرفين. عندما نؤكد فقط على ضرورة التفريق بينهما (د. أ) ينجح في ذلك ولكن مع ضعف في الجهر. نفهم أن المشكل نطقي أساسا.

8- f / n

[fār] - [nār]= إعادة صحيحة

9- k / f

[fār] - [kār] = تصبح [tār] - [fār]

الحنكية [k] تتحول إلى النطعية [t].

10- x /ħ

[ét] - [ħét] تصبح [xét] - [ħét]

الحنكية [x] تحذف، مع حذف التفخيم في الكلمتين.

فيم يخص الأصوات الأكثر تعقيدا أو الصوامت المزدوجة نلاحظ ما يلي:

sru / slu

[mətluta] - [məsluta] تصبح [məsruqa] - [məsluqa]

تعويض [q] بـ [t] مع حذف لـ [r].

إعادة الجمل

نفس الملاحظات نجدها في إعادة الجمل وهي نفسها التي لاحظناها عند الطفل (و. ي). فهي تتمثل في اضطرا بات نطقية وليست فونولوجية. هذا يعرقل كثيرا الحديث بسبب الإعاقة الحركية العصبية.

سنرى لاحقا كيف (د. أ) يكون لغته من الناحية النحوية.

الحالة الثالثة

(د. ع. ف)

مرحلة التعبير النطقي

- **الكلام التلقائي**

توصل (د. ع. ف) لهذه المرحلة لكن بصوت ضعيف وكلام على نمط واحد ما يجعل تعبيره غير واضح.

- **إعادة الكلمات**

[γna] →	++
[rğ∂l] →	[ld∂l]
[q∂fla] →	[kafla]
[g∂rwağa] →	[g∂lwada]
[ħallūf] →	[ħ2allūf]
[qahwa] →	[kahwa]
[mašina] →	+
[šapo] →	[ša2…apo]
du]ع[→	[عadu]
[qraja] →	[kaja]
[ħanūt] →	[ħ2anūt]
[barwétạ] →	[bawéta]
[šta] →	[š∂ta]
[kadèr] →	[k2adèl]
[tbaħħạr] →	[t…abaħ…2al]
[palto] →	[pa…alto]
[kuša] →	[ku…uša]
[toqba] →	[to…okba]

- **تسمية الصور**

الكلام البسيط

Bilabiales →[būbi] →	++
Dentales →[ħūta] →	[ħ2 ūta]
Labio- dentales →[vīlo] →	[bīlo]
Latérales → [lbālūn] →	++
Continus →[saζa] ⟶	[s2aɛa]
→[xobz] ⟶	[x2obz]
→[mqạs] ⟶	[mk∂s]
→[šèdi] ⟶	[š2adi]
→[šapo] ⟶	[š2apo]
→[k∂bš] ⟶	[a∂b…š]
→[m∂rgèz] ⟶	[m∂lgèz]
Vibrantes → [roda] ⟶	[loda]
Nasales →[mūs] ⟶	+
Gutturales →[gato] ⟶	[gatu]
Yod → [kamjo] ⟶	[k2amjo]

- **صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي**

[papijõ] →	[p2 apijo]
[sɔ̂rdūk] →	[s2ɔ̂du]
[pupija] →	[p2upija]
[tɔ̂ffāħ] →	[t2 ɔ̂fā…ħ]
[mašina] →	+
[mūs] →	+
[gato] →	[gatu]
[šikula] →	[š2ik 2ula]
[ħallūf] →	[ħ2allūf]
[pala] →	[p2ala]
[mɔ̂šta] →	[mɔ̂šta]
[kès] →	[k2ès]
[tạr] →	[tal]
[brạka] →	[blak2 a]
[fakja] →	[fak…2 a]
[čina] →	[tina]
[furnu] →	[funu]
[mɔ̂ftāħ] →	[mɔ̂fta…]

- **صعوبات متعددة**

[bəgra] →	[bagla]
[kursi] →	[kusi]
[tabla] →	[t2abla]
a]ع[sa →	[t2 a ع a]
[dubb] →	++
[stilu] →	++
[nwara] →	[nwala]
[zəmmara] →	[zəmmala]
[barwéta] →	[balwéta]
awd] ع[→	++
[sabbāt] →	[s2abat]
[kəlb] →	[k2 ab]
[təbsi] →	[tabsi]
[faršitạ] →	[falšita]
[ləngğās] →	[ladas]
[mγérfa] →	[m2éγéfa]
[tijjara] →	[tijala]
[parapli] →	[palapli]
[kạsrūna] →	[k2aslūna]
[səğrạ] →	[sədla]
[kạskétạ] →	[k2ạs… k 2éta]

كما رأيناه بالنسبة للحالة الأولى (و. ي) يتعلق الأمر أساسا باضطرابات نطقية تحليلية.

هذا ما نلاحظه في الكلام التلقائي، في إعادة الكلمات أو في تسمية الصور.

مع (د. ع. ف) نسجل أيضا تجانس نطقي يتمثل أساسا في التعويض، الحذف وإضافة الفونيمات. مثلا نلاحظ:

[nwara] تصبح [nwala]: الاهتزازية [r] تتحول إلى النطقية [l].

[kursi] تصبح [kusi]: حذف [r].

[saɛa] تصبح [sa2ɛa]: إضافة الحنجرية [2].

الاختبارات الفونولوجية

اختبارات السمع

هذه الأخيرة نجدها إيجابية لم يعيد الطفل «si» ثم «ti».

ثم يتعلق الأمر بالاختبارات السمعية الفونولوجية.

(د. ع. ف) يعيدها بإيجاب لكن باضطرابات نطقية المتعلقة بالإعاقة الحركية.

هذا ما يؤكد أكثر أن المعاق حركيا عصبيا يتميز بالخصوص باضطرابات نطقية.

هنا الاضطرابات الفونولوجية تقريبا منعدمة.

الاختبارات القنوزية

بنفس الطريقة نختبر الكلمات المزدوجة:

k / t -1

[tār] - [kār] تصبح [t2āl] - [k2āl]

إضافة لـ [2] في الكلمتين المكررة و تعويض [r] بـ [l].

b / q -2

[qạ tt] - [bạt t] تصبح [kat] - [bat]

تتحول [q] إلى [k] مع حذف التفخيم في الكلمتين.

m / s -3

[məqla] - [səqla] تصبح [məkla] - [s2akla]

تتحول [q] إلى تتحول إلى [k] وإضافة [2] في الكلمة الثانية.

f / t -4

[šta] - [šfa] تصبح [šata] - [šafa]

إضافة [a] بعد الشجرية š في الكلمتين.

m / b -5

[sām] - [sāb] تصبح [s2am] - [s2āb]

إضافة [2] بعد النطقية [s] مع حذف للتفخيم.

ع /q -6

[qdəm] - [عdam] تصبح [qdəm] - [kdəm]

تتحول [q] إلى [k] مع حذف التفخيم.

š / s -7

[šəmm] - [səmm] تصبح [šəmm] - [s2əmm] [š2əmm]

إضافة [2]

f / n -8

[fār] - [nār] تصبح [fāl] - [nāl]

تتحول [r] إلى [l].

k / f -9

[k2āl] - [fāl] تصبح [kār] - [fār]

إضافة الحنجرية [2] و تعويض [r] بـ [l].

فيما يخص الأصوات أكثر تعقيدا أو الصوامت المزدوجة، نتحصل على النتائج التالية:

slu / sru

[məsluka] - [məsluka] تصبح [məsruqa] - [məsluqa]

تتحول [q] إلى [k] و [r] إلى [l].

إعادة الجمل

نفس الاضطرا بات نجدها في إعادة الجمل أي حذف، تعويض وإضافة.

الخلاصة

كما هو الحال بالنسبة للحالتين السابقتين (و. ي) و (د. أ) فهنا أيضا لا نسجل اضطرا بات فونولوجية. فالطفل يعاني من صعوبات نطقية تعرقل كثيرا الحديث وهذا متعلق بالإعاقة الحركية العصبية.

سنرى لاحقا كيف (د. ع. ف) يكون لغته من الناحية النحوية والمعنوية.

الحالة الرابعة

(ط. ن)

مرحلة التعبير النطقي

- **الكلام التلقائي**

في البداية تظهر (ط. ن) بنت خجولة جدا. وبالتالي كان من الصعب إجراء حصة معها بدون حظور الأم.

كذلك لم تريد الكلام معنا. هذا ليس متعلق بضعف اللغة. لأن في انتظار دورها كانت تكلم أمها. فكان من الضروري فعل في البداية حصص نفسية كي تمكنت من الابتعاد عن أمها.

هذا ما سمح لنا القيام بإجراء حصص الأرطوفونيا والإجابة على هذا البند الأول من الاختبار: الحالة تلقائية.

- **إعادة الكلمات**

[γna] →	[hna]
[rğ∂l] →	[ağ∂l]
[q∂fla] →	+
[g∂rwağa] →	[g∂waga]
[ħallūf] →	+
[qahwa] →	+
[mašina] →	[masina]
[šapo] →	+
du]ع[→	[agu]
[qraja] →	[qaja]
[ħanūt] →	+
[barwétạ] →	[bawéga]
[šta] →	+
[kadèr] →	[kadèl]
[tbaħħạr] →	[baħħa]

[palto] ⟶	+
[kuša] ⟶	+
[toqba] ⟶	[t∂2 ba]

- **تسمية الصور**

Bilabiales →[būbi] →	+
Dentales →[ħūta] →	+
Labio- dentales →[vīlo] →	+
Latérales → [lbālūn] →	+
Continus →[saζa] ⟶	[s∂ga]
→[xobz] ⟶	[xob]
→[mqạs] ⟶	[gạs]
→[šèdi] ⟶	[šègi]
→[šapo] ⟶	[žapo]
→[k∂bš] ⟶	+
→[m∂rgèz] ⟶	[m∂gèz]
vibrante →[roda] ⟶	[oda]
nasales →[mūs] ⟶	+
gutturales →[gato] ⟶	+
yod → [kamjo] ⟶	+

- **الصعوبات المتعددة**

[papijõ]	+
[sɔ̃rdūk]	[sɔ̃dūt]
[pupija]	+
[tɔ̃ffāħ]	[gɔ̃ffāħ]
[mašina]	+
[mūs]	+
[gato]	[dago]
[šikula]	[sikula]
[ħallūf]	+
[pala]	+
[mɔ̃šta]	[mɔ̃šga]
[kès]	+
[tạr]	[gār]
[brạka]	[baga]
[fakja]	[fagja]
[čina]	+
[furnu]	[funu]
[mɔ̃ftāħ]	[mɔ̃gāħ]

سواء في الكلام التلقائي أو في إعادة الكلمات أو في تسمية الصور لا نسجل تجانس نطقي.

أحيانا ليس هناك اضطراب نطقي تحليلي في القاعدة لبعض الأصوات.
لكن نفس هذ ه الأصوات عند وضعها في مقاطع أو كلمات يقع عليها تعويضات أو حذف يعني تحويلات.

الأخصائيين في الإعاقة الحركية العصبية يتكلمون عن تأخر أو **اضطراب تطور التعبير النطقي.** هذا ما نسميه نحن **بتأخر الكلام** بهذا نقع أمام تنويعات نطقية شديدة.

لكن لا يجب أن ننسى أننا أمام أشخاص معاقين حركيا عصبيا وأن هناك ظروف ملائمة وظروف غير ملائمة، انفعال الطفل ...فكل هذا له دور كبير في هذا الاظطرابات المتنوعة في النطق.

هذا ما يجعلنا نفهم أكثر اضطراب الكلام عند الحالة (ط. ن). في إعادة الكلمات، وعلى سبيل المثال، نسجل الاضطرابات التالية:

1- الفونام [γ] يصدر جيدا بمفرده (أنظر دراسة الفونيمات اللسانية الخلفية، ص.) ولكنه يصبح [h] في الكلمة [γ na].
2- الفونام [š] في الكلمة [mašina] يصبح [s]. بينما كلمة [šapo] لا يقع عليها أي تغيير.

هذين الأمرين يبينان جيدا أننا أمام أعراض مشابهة لأعراض تأخر الكلام الذي نلتقي به في الفحوصات الأرطفونية مع أطفال غير معاقين حركيا عصبيا.

من جهة أخرى:

1- [qraja] تصبح [qaja]، هنا نسجل حذف النطعية [r].

2- نفس النطعية [r] تتحول إلى [l] في كلمات أخرى كمثلا: [kader] تصبح [kadèl].

حقيقة عند المعاقين حركيا عصبيا، يتعلق الأمر بالدرجة الأولى باضطراب الإنجاز الحركي الذي يفسر نقص في التطور البراكسي. هذا يتماشى مع عدم قدرة الحالة في نطق الصوت [r] في [qraja].
لكن في الاسم [kadèr]، الصوت [r] يتحول إلى [l]. فالاسم يصبح [kadèl].

هنا نشك تقريبا في القدرة التي لدى الطفلة في معالجة الأخبار السمعية، علما بأن كلما كانت هذه القدرة ضعيفة، كلما كان النطق ناقص.
يمكن أن نفكر في ضعف في القدرة السمعية خاصة أن (ط. ن) غير قادرة أحيانا على التمييز بالأذن بين [da] و [ga]، [ta] و [ga]... رغم أن هذه الأصوات غير متشابهة.

فالاختبارات القنوزية أو الاختبارات الفونولوجية هي التي تسمح لنا بمعرفة إلى أي درجة تصل إليها الحالة في التمييز بين الأصوات .

إذا كانت هذه القنوزيا السمعية منخفضة عم يجب أن تكون، الطفلة يكون لها نطق ناقص مقارنة بالأطفال من نفس السن.

بعد هذا التقييم، سيصبح ممكن وضع الإرشادات العلاجية (موضوع الفصل الخاص). في الأخير، عند (ط. ن) نسجل عدة اضطرا بات تارة ثابتة وتارة غير ثابتة.

الاختبارات الفونولوجية

اختبارات السمع

(ط.ن) أجادت اختبار السمع. لا ندري إذا كان ذلك بالصدفة.

نكرر إذن هذا الاختبار عدة مرات، مرة أخرى، تعيدها بصفة سليمة.

فنمر إذن إلى الاختبارات السمعية - الفونولوجية التي تبدو نوعا مضطربة. مم يؤدي بنا إلى اختبار القنوزيا.

الاختبارات القنوزية

بم أن الاختبار السابق كان فاشل قد نفكر في ضعف القدرة السمعية. فالاختبارات القنوزية هي التي تجعلنا معرفة قدرة الحالة على التمييز بين صوتين (مجهور - مهموس مثلا).

بنفس الطريقة، نطلب من الحالة إعادة الكلمات المزدوجة التالية:

k / t -1

[ga] - [ga] تصبح [kār] - [tār]

بمفردها النطعية [t] تتحول إلى [g] غير أنها تنطق جيدا داخل مقاطع أو بعض الكلمات.

من جهة أخرى:

تتحول الحنكية [k] إلى [t] بينما تنطق جيدا داخل مقاطع أو بعض الكلمات.

الإعادة المتتالية للصوتين [t] و [k] المضمونة في [tār] و [kār] تجعل بالحالة تنطق بصوت واحد فقط [g]. يظهر أن التمييز بين هذين الصوتين صعب.
أخيرا الاهتزازية [r] تحذف في آخر الكلمتين.

b / q -2

[qạ tt] - [bạt t] = إصدار صحيح.

لقد رأينا أن النطعية بمفردها تتحول من [t] إلى [g].

هنا نلاحظ أن نطقها صحيح. فالتمييز الفونولوجي q / b يبقى سليم.

نفس الشيء بالنسبة بالكلمة المزدوجة التالية:

m / s -3

[məqla] - [səqla] = إصدار صحيح

f / t -4

[šta] - [šfa] تصبح [šga] - [šga]

تتحول النطعية [t] إلى [g] مما يجعل [šta] تتحول إلى [šga].

في الواقع (ط. ن) تعاني من ضعف في الاستمرار السمعي هذا ما يؤدي إلى ضعف في التمييز بين الصوتين t/f اللذان يصبحان [g].

مع هذه الكلمة المزدوجة، نحن أمام اضطراب نطقي وفونولوجي في نفس الوقت.
نفس الظاهرة نجدها في الكلمة المزدوجة التالية:

5- m / b

[sām] - [sāb] تصبح [θām] - [θam]

(ط. ن) لا تميز بين m / b في الإعادة المتتالية [sām] و [sāb]، يتحول الصوتين إلى صوت واحد [m].

6- ع /q

[ɛdam] - [qdəm] تصبح [gəm] - [gəm]

حذف لـ [ع] و [q] وتتحول [d] و [d] إلى [g].

ملاحظة:

الاضطرابات النطقية عند (ط. ن) غير ثابتة.

ملاحظة أخرى:

مقارنة بالأطفال الآخرين ((و. ي) الحالة الأولى ، (د. أ) الحالة الثانية...) الذين يحذفون التفخيم إلا أن (ط. ن) تحتفظ به.

فيم يخص الأصوات أكثر تعقيدا أو الصوامت المزدوجة، نسجل الملاحظات التالية:

slu / sru

[məsluqa] - [məsluqa] تصبح [məsruqa] - [məsluqa]

الاهتزازية [r] في [sru] تتحول إلى[l] فالحالة تكرر نفس الكلمة.

ħru / fru

[maflūqa] - [maħluqa] تصبح [mafrūqa] - [maħruqa]

تتحول الاهتزازية [r] إلى [l].

يجب أن نتذكر أن [r] بمفردها تنطق [2] .

الاضطرابات النطقية الأخرى هي:

- الحنكية [k] تتحول إلى [g] في [kasrūna].
- إلا أن [k] في [matrūka] تتحول إلى [n].

عكس الحالات السابقة (و. ي) و (د. أ)...أين لاحظنا اضطرا بات حركية وبراكسية محضة، أي اضطرا بات نطقية دائما ثابتة، (ط. ن) وسنرى ذلك مع حالات أخرى تمثل تحولات نطقية ثابتة أحيانا. لكن هناك أخرى غير ثابتة في النظام النطقي.

نستخلص أن النظام الفونولوجي مضطرب عند الحالة (ط. ن).

في مجمل القول، (ط. ن) لها اضطرا بات نطقية مشتركة إلى تأخر الكلام.

نفس النتيجة فيما يخص إعادة الجمل.

أخيرا نتحقق من هذه المظاهر في الفصل الموالي أين سنرى كيف (ط. ن) تكون لغتها من حيث النحو والفهم.

الحالة الخامسة

(ل. ن)

مرحلة التعبير النطقي

- **الكلام التلقائي**

(ل. ن) هي بالفعل تلقائية لكن تلقائيتها لا تتحدد في بعض الكلمات الممكنة من الناحية الحركية.

في الحقيقة فإن الإعاقة الحركية العصبية هي التي تعرقلها بصفة واضحة. مع ذلك فإنها تظهر رغبة كبيرة للكلام.

إذن يمكن القول أنها توصلت لهذه المرحلة بصفة جزئية.

هذه الكلمات التي يمكن أن تقولها:

- [pa] يعني papa.
- [ma] يعني mama.
- [babu] يعني بالون.
- [xada] يعني خضراء اسم مربيتها.
- [kako] يعني coka.

- **إعادة الكلمات**

[γna] →	[na]
[rğ∂l] →	rien
[q∂fla] →	[la]
[g∂rwağa] →	rien
[ħallūf] →	rien
[qahwa] →	[wa]
[mašina] →	[na]
[šapo] →	+
du]ɛ[→	[gu]
[qraja] →	[ja]
[ħanūt] →	[nu]
[barwéṭa] →	[ka]
[šta] →	[ka]
[kadèr] →	[ka]
[tbaħħaṛ] →	rien
[palto] →	[pako]
[kuša] →	[ša]
[toqba] →	[ba]

- **تسمية الصور**

التعبير البسيط

Bilabiales: [būbi] ⟶	[bubu]
Dentales: [ħūta] ⟶	[ka]
Labio- dentales: [vīlo] →	[lo]
Latérales: → [lbālūn] →	[babu]
Continue →[saζa] ⟶	rien
→[xobz] ⟶	[pa]
→[mqạs] ⟶	rien
→[šèdi] ⟶	rien
→[šapo] ⟶	[šapo]
→[k∂bš] ⟶	[ba]
→[m∂rgèz]⟶	rien
Vibrantes→ [roda] ⟶	rien
Nasales →[mūs] ⟶	rien
Gutturales →[gato] ⟶	[gako]
Yod → [kamjo] ⟶	rien

- **صعوبات تتعلق بمرحلة التعبير النطقي**

[papijõ] →	[pa]
[sɔ̂rdūk] →	rien
[pupija] →	[pupi]
[tɔ̂ffāħ] →	rien
[mašina] →	[na]
[mūs] →	rien
[gato] →	[gako]
[šikula] →	[kula]
[ħallūf] →	rien
[pala] →	[pala]
[mɔ̂šta] →	[ka]
[kès] →	[ka]
[tạr] →	[ka]
[brạka] →	[ka]
[fakja] →	[ja]
[čina] →	[na]
[furnu] →	[nu]
[mɔ̂ftāħ] →	[ka]

- **صعوبات متعددة**

[bəgra] →	[bəga]
[kursi] →	[kusi]
[tabla] →	[la]
[saζa] →	[sa]
[dubb] →	[gu]
[stilu] →	[lu]
[nwara] →	[la]
[zəmmara] →	[la]
[barwétạ] →	rien
[kạskétạ] →	rien
[ζawd] →	rien
[səbbāt] →	[ba]
[kəlb] →	rien
[təbsi] →	[si]
[faršitạ] →	[ka]
[ləngās] →	rien
[mγérfa] →	[fa]
[tijjara] →	[ja]
[parapli] →	rien
[kạsrūna] →	[na]
[səgra] →	[ga]

سواء في الكلام التلقائي، أو في إعادة الكلمات أو في تسمية الصور، نفهم أن التعبير اللغوي للحالة يتميز "بالنقص".

رغم عدم وجود اضطرابات نطقية تحليلية في القاعدة، (ل. ن) لا تعرف جعلها عملية في مقاطع، كلمات وأيضا في جمل.

فالأصوات المنطوقة صحيحا عندما تكون معزولة تتحول أو تحذف. فالحذف المتكرر يحدد الكلام ويقلله. هناك كلمات أخرى لا تنطق تماما فالحالة (ل. ن) ترفض الإعادة.
الآن سنتطرق للاختبارات السمعية والسمعية- الفونولوجية.

الاختبارات الفونولوجية

الاختبارات السمعية

(ل. ن) تتوصل إلى تكرار "si" و "ti" ثم نمر إلى الاختبار **السمعي - الفونولوجي:**

[lma] و [mama] تصبح [ma] - [ma]

انه من الصعب مع هذه الحالة معرفة بصفة دقيقة إذا كانت الاضطرابات حركية محضة أو أن لها جانب قنوزي.

نقوم بإجراء رغم ذلك الاختبارات القنوزية بم أنها بند إجباري في اختبار E.T.L.

الاختبارات القنوزية

بنفس الطريقة نطلب من الحالة إعادة الكلمات المزدوجة التالية:

k/t

[kār] - [tār] يصبح [ka] - [ka]

رأينا سابقا أن [t] و [k] تنطق بصفة صحيحة لما تكون منعزلة.

في الإعادة على مستوى الكلمات المزدوجة تتحول [t] إلى [k] مع حذف لـ [r] في المقطعين.

كأن (ل. ن) لا تنتبه للصوت الأول لكل كلمة إذا لجأنا إلى إجاباتها.

لكن من الجانب الحركي ليس من السهل على المصابين بالإعاقة الحركية العصبية إصدار بسهولة مجموعات صوتية.

لهذا فإن التمييز بين الجانب البراكسي والجانب القنوزي غير سهل مع المعاقين الحركيين العصبيين.
نفس الشيء نلاحظه ونحلله عند إعادة الجمل.

الخلاصة

إذا تطرقنا إلى الحالات المدروسة السابقة (البعض لهم جدول نطقي مضطرب كالطفل (و. ي) و الآخر جدول فونولوجي وأيضا اللغة مضطربة كالطفلة (ط. ن)، فإن حالة (ل. ن) تظهر بصفة أخرى: من الناحية الحركية كل الأصوات ممكنة (فقط الأقلية).

هنا يمكننا التفكير في كلام سليم من الناحية الفونولوجية. إلا أن الأمر ليس كذلك. بهذا نفكر في ضعف في استقرار القدرة السمعية. هذا ما سميناه عند الحالة (ط. ن) باضطراب تطور التعبير النطقي.

لكن مع (ل. ن) لا يمكن تجاهل جانب اضطراب الإنجاز الحركي أو أيضا نقص في التطور البراكسي.

سنكمل هذه الدراسة بالتطرق إلى اللغة، موضوع الفصل الموالي.

الحالة السادسة

(ج. ر)

مرحلة التعبير النطقي

- **الكلام التلقائي**

(ج. ر) يعبر بالأصوات، الصراخ... لا نلاحظ كلمات ممكنة.

فنسجل: كلام تلقائي غير ممكن.

الاختبارات الباقية لهذا الفحص للكلام كلها فاشلة.

بالنسبة لسن (ج. ر) (سنتين و نصف) يتعلق الأمر بالبنود التالية:

- تسمية الصور.
- الاختبارات السمعية - الفونولوجية.

الخلاصة:

كل كلام مستحيل.

3.2.IV تقديم وتحليل نتائج اختبار اللغة

الحالة الأولى

(و. ي)

التعبير اللغوي

هنا يتعلق الأمر بتقييم التنظيم المعنوي وليس التغيرات النطقية في اللغة.
هذا الاختبار يفعل من خلال التعبيرات التلقائية، أي تسمية أو وصف الصور، أو من خلال ما فعله الطفل في الصباح. أضعفنا كذلك السرد على الصور ثم السرد بعد القصة.

(و. ي) هو طفل تلقائي جدا، يحب الكلام ولا يعطي أهمية لاضطراباته النطقية. معه أيضا نستعمل التعبيرات التلقائية من خلال ما قام به البارحة أو الصباح... ونسجل حسب سنه (05 سنوات)، نجاح الاختبارات التالية:

- طرح الأسئلة: أين؟ متى؟ لماذا؟
- التعريف حسب الاستعمال (مع اضطرا بات نطقية كثيرة المذكورة أعلاه والتي لا تدخل في إطار التقييم).
- التعيين بين صباح /مساء.
- مفردات غنية جدا (أكثر من 28 تعريف).
- سرد قصة: اختبار ناجح مع نفس الاضطرابات النطقية الملاحظة أثناء الفحص العيادي للنطق والكلام.

نذكر أنها بالخصوص حذف، تعويضات للفونيمات.

رغم هذا، فان لغة (و. ي) متكونة بصفة سليمة من الناحية النحوية.
يتعلق الأمر بترتيب صور لبناء قصة صغيرة.

(و. ي) يستطيع احترام ترتيب الصور هذا يؤكد درجة الفهم والإدراك للتفاصيل التي تحويها كل صورة.

هذا ما يؤدي إلى تنظيم جيد لفهم اللغة. فإننا نجد كل المبادئ الخاصة بتركيب اللغة العربية الدارجة:

الجملة الفعلية، الاسمية، أداة التعريف، الضمائر،الصفات، الأفعال و الأسماء.

في مجمل القول، الصرف والقواعد وأيضا ترتيب الكلمات مضبوطين جدا في إصداراته اللغوية.

- السرد بعد القصة

هذه المرة (و. ي) يعيد القصة بدون وضع الصور تحت عيني الطفل. فنسجل نفس النتائج الملاحظة أعلاه، مع بالإضافة درجة أكبر في الذاكرة.

هذا يؤكد قدرة الذاكرة المحتفظة عند المعاقين حركيا عصبيا.

- فهم اللغة

مع (و. ي) لتقييم الفهم اللغوي، نأخذ بعين الاعتبار الإجابة الشفوية، أحيانا الصور التي فهمها. فهو نجح البنود التالية:

- أجزاء الجسم.
- أوامر بالأفعال.

- الفهم بالدرجة الأولى:
- ماذا نفعل عندما يأتينا النعاس؟
- ماذا نفعل عندما نبرد؟

- ماذا نفعل عندما نجوع؟

(و. ي) يفهم جيدا معنى هذه الأسئلة الثلاثة.

- يفهم: كيف؟
- يعين الألوان.
- يفهم الصفات.
- يفهم الصباح / المساء.
- الفهم من الدرجة الثانية
- يفهم الفرق
- يفهم الفوق /التحت.

الحالة الثانية

(د. أ)

التعبير اللغوي

مع (د. أ) نختار التعبيرات التلقائية أو ما فعله في الصباح لكي نستخلص حسب سنه (05 سنوات)، نجاح هذه البنود:

- طرح الأسئلة: أين؟ متى؟ لماذا؟
- تسمية الألوان.
- التعريف حسب الاستعمال (مع أخطاء نطقية كثيرة ذكرناها).
- التمييز صباح /مساء.
- مفردات غنية جدا (أكثر من 28 تعريف).
- سرد قصة: اختبار ناجح مع نفس الأخطاء النطقية الملاحظة أثناء الفحص العيادي للنطق والكلام.

نذكر أنها أساسا حذف وتعويضات للفونيمات. هذا يعني أن الحديث عند (د. أ) مركب بصفة جيدة من الناحية النحوية ومن ناحية المعنى.

- السرد بعد القصة: نفس النتيجة.

- فهم اللغة

هنا أيضا مجموع الاختبارات ناجحة:

- أجزاء الجسم.
- الأوامر بالأفعال.
- الفهم بالدرجة الأولى.
- الفهم من الدرجة الثانية.

الحالة الثالثة

(د. ع. ف)

التعبير اللغوي

حسب سنه (06 سنوات)، (د. ف. ع) ينجح في البنود التالية:

- طرح أسئلة: أين؟ متى؟ لماذا؟
- تسمية الألوان.
- التعريف حسب الاستعمال (مع اضطرا بات نطقية).
- التمييز بين صباح /مساء.
- مفردات غنية جدا.
- السرد على الصور: اختبار ناجح مع نفس الأخطاء النطقية الملاحظة في الفحص العيادي للنطق والكلام.

لكن يجب الإشارة أنه كان من الضروري تشجيع (د. ع. ف) كي تمكن من إعطاء مجمل القصة لأنه كان يتوقف كل مرة فيجد صعوبة في إعادة البداية.

هذا نفسره بالدزارترية القوية التي كانت لديه فتعطيه هيئة "الكسول". فكانت أمه تستعجله بقوة وعنف تقريبا، دون أن تأخذ بعين الاعتبار إيقاعه البطيء ولا النقص اللاإرادي للصوت و لا النطق الرديء.
بالنسبة لها المهم هو أن يحكى القصة. بعد جهود كبيرة (د. ع. ف) تمكن من ذلك.

السرد بعد القصة: نفس الملاحظات.

فهم اللغة

- أجزاء الجسم= بند ناجح.

- أوامر بالأفعال= بند ناجح.
- كذلك الفهم بالدرجة الأولى والثانية، نجده سليم.

- يفهم: كيف؟
- يعين الألوان.
- يفهم الفرق.
- يفهم صباح / مساء.
- الفهم من الدرجة الثالثة: ناجح.

الحالة الرابعة

(ط. ن)

التعبير اللغوي

رأيناه مع الحالات السابقة، لا يتعلق الأمر الآن بتسجيل أخطاء نطقية فونولوجية. وإنما نقيم تركيب اللغة من الناحية النحوية والمعنوية.

(ط. ن) غير ثرثارة جدا. فيجب استعمال معها الحيلة لكي نجعلها تحكي ما فعلته في الصباح أو البارحة... رغم هذا فهي نجحت في هذه البنود:

- طرح أسئلة: أين؟ متى؟ لماذا؟
- تسمية الألوان.
- التعريفات بالاستعمال: بالإضافة الأخطاء النطقية و الفونولوجية نسجل أيضا نقص في اللغة.

عندما نطلب منها تعريف استعمال كلمات معينة، كلمة "كرسي" مثلا، (ط. ن) تجيب بكلمة واحدة على شكل فعل أين المتكلم يدخل في الفعل وحذف حرف الجر.

كذلك نلاحظ أن ليس هناك غنى لغوي في الإجابات. فالحالة ليس لها أفكار.
هذا صحيح بم أن الطفل الذي له تأخر في الكلام تكون مفرداته ونحوه فقيرة عم يجب أن تكون. هذا واضح مع (ط. ن) = غياب الصفات، الأسماء...

بالإضافة، نسجل نقص في الإدراك الحركي الذي له دور سلبي في تطور اللغة الشفوية لـ (ط. ن).
مهما يكن، لكي نفهم أكثر التعبير اللغوي للحالة، يجب فعل معها سرد للقصة على الصور.

من قبل، ولكي نحترم ترتيب الفحص نسجل بأن (ط. ن) تنجح في:

- التمييز بين صباح /مساء.
- السرد على الصور: (ط. ن) تجيد ترتيب الصور بشكل منطقي لنتحصل على قصة قصيرة. وعند سردها شفويا نسجل ما يلي:

كل الجملة الفعلية تتحدد إلى جملة اسمية تتمثل في اسم وصفة.
فالقصة قصيرة جدا مع غياب التفاصيل اللازمة والكافية.

كذلك تعوض الاسم بأداة التعريف. يجب الاعتراف بأن (ط. ن) لا تبدل جهد في البحث عن الكلمات. فهي تمل بسرعة وتريد المرور بسرعة إلى الصورة الموالية. فبالتالي تمر على كثير من التفاصيل المهمة التي تسمح بفهم أكثر للقصة.

كذلك في وقت آخر كل الجملة الفعلية تتحول إلى كلمة واحدة.
أيضا ليس هناك ربط بين التراكيب النحوية عند (ط. ن). هذا يجعلنا نذكر أن الإضطرابات النطقية عندها ليست دائما ثابتة. هذا يظهر في دراسة اللغة الشفوية.

من هنا في هذا المستوى من الفحص الشيء المهم الذي يمكن تسجيله هو الإجابات القصيرة للحالة. المفردات النشيطة جد محدودة، فالكلمات قليلة جدا. هذا يؤدي بجمل خالية من النحو مع ضعف في الأفكار. بهذا (ط. ن) لا تتمكن من تكوين جملة سليمة.

في مجمل القول، اضطرا بات اللغة الملاحظة عند (ط. ن) تتلخص فيما يلي:

- مفردات محدودة.
- معرفة ناقصة لكل الكلمات.
- حذف الأفعال، أداة التعريف.
- غياب ربط نحوي في الجمل.

هذه النقطة الأخيرة تتحقق عند إجراء البند الموالي، بند السرد بعد القصة. هنا، (ط. ن) لا تشعر بصعوبات كبيرة عند إعادة القصة. فهي تعطي كلمات، أحيانا أفعال بدون أن يكون هناك ربط نحوي بينهم.

يجب الإشارة أن بدون الصور تحت عيني الحالة، لا نستطيع فهم ما تقصه.
هذا ما يجعلنا نفكر بجدية في إعادة التربية النطقية والفونولوجية وأيضا وخاصة في التربية العلاجية للغة.

فهم اللغة

هذه البنود الناجحة عند (ط. ن):

- أجزاء الجسم.
- أوامر بالأفعال.
- فهم من الدرجة الأولى.
- فهم: كيف.
- تعيين الألوان.
- فهم الصفة.

- فهم صباح / مساء.
- فهم من الدرجة الثانية.
- الفرق.
- تحت / فوق.

الحالة الخامسة

(ل. ن)

التعبير اللغوي

حسب سن (ل. ن) (03 سنوات) تمر عليها فقط البنود التي تناسبها ولا تجاوز السنة الثالثة:

- طرح أسئلة: في 03 سنوات لا تطرح إلا السؤال أين؟ لم نسمعها تقول متى؟ لماذا؟ (العائلة تؤكد على ذلك).
- سرد القصة: بالنسبة لترتيب الصور، (ل. ن) أظهرت صعوبة في جمل الصور في الترتيب الصحيح.

يجب الإشارة أن هذه القصة لا تحوي إلا على 03 مشاهد بسيطة أي 03 صور التي تناسب بدون شك أطفال السنة الثالثة.

إلا أن كان يجب مساعدة (ل. ن) بطرح عدة أسئلة على محتوى الصور.
هذا لا يعد عدم احترام لمحتوى البند بم أن الهدف الرئيسي هو التعبير الشفوي. إلا أننا نرى أنفسنا أمام الفشل: (ل. ن) لا تستطيع تكوين جمل.

عندما نؤكد على ذلك وعندما نحكي معها القصة بتبياننا لها أعضاء القصة، المشاهد، الأشياء... تنتهي بإصدار كلمات ناقصة بل مقاطع. فنفهم من حيث ملامحها أن المشكل هو ليس عدم الرغبة في الكلام وإنما هي لا تستطيع.
بهذا لا نلح كثيرا في هذه المرحلة من الفحص. إعادة التربية للغة تصبح مفروضة عند إنهائنا للتقييم.

فهم اللغة

هذه البنود الناجحة الملاحظة عند (ل. ن):

- أجزاء الجسم.
- أوامر بالأفعال.

- الفهم من الدرجة الأولى.

(ل. ن) لها فهم جيد رغم غياب تام للغة.

ملاحظة:

هذا البند الأخير نستعمله مع أطفال السنة الرابعة في E.T.L. استعملناه رغم ذلك مع (ل. ن) التي أظهرت درجة فهم مرضية.

الحالة السادسة

(ج. ر)

التعبير اللغوي

حسب سن (ج. ر) (سنتين ونصف)، نمر عليها طبعا البنود التي لا تتجاوز هذا السن. بالتالي نفحص الاختبارات التالية:

- المفردات (عدد الكلمات)

(ج. ر) يصدر بوضوح "بابا" و "ماما"، الكلمات الأخرى غير مفهومة.

- القدرة على جمع بين الكلمات

بند غير ممكن بسبب غياب المفردات.

- تسمية 05 صور من بين 08.

(ج. ر) له صعوبة في رؤية الشيء.

النيستاقموس الذي يعاني منه الطفل، المسئول على اضطراب الرؤية، يتدخل سلبا في التعليمات التي هي أصلا صعبة بسبب الاضطرابات الحركية.

بسبب هذا المشكل البصري، (ج. ر) لا يستطيع مثلا اللعب كما الأطفال الآخرين.

بهذا هناك أشياء مهمة لا يمكنه تعلمها (المكان، المسافات، بعض أجزاء الجسم...). معرفة العالم من حوله تكون بصعوبة كبيرة.

علما بأن الأطفال يستعملون كثيرة القناة البصرية، عند (ج. ر) مشكله البصري وضعف المفردات يجعله يتواصل بصعوبة يجب التفكير في نتائج هذه الإضطرابات على مستقبله الدراسي.
بالإضافة إلى تأخر اكتساب الجانبية، تعلم الأشكال، المكان، الصورة الجسدية، فان تعلم القراءة والكتابة سيكونان حتما أصعب.

نفهم أحسن، الآن، لماذا (ج. ر) يفشل في هذا البند الخاص بتسمية الصور.

- فهم الشرب والأكل بالكلمات

هنا الطفل يستعمل إشارات، صراخ...

- جمل في 03 كلمات

بسبب النقص الحاد للمفردات، الجملة غير ممكنة.

- يعين نفسه بأنا: يستعمل الإشارة بيده.
- استعمال أداة التعريف: بند فاشل.

في النهاية، نستخلص غياب تقريب كلي للغة الشفوية.

فهم اللغة

هذه البنود الناجحة المفحوصة عند الحالة:

لا (للتعبير على النفي): يفعله بسهولة.

(ج. ر) يعرف ما يريده و ما لا يريده فهو يستعمل كل الوسائل للحصول على ما يريده: بكاء، صراخ...

- تعيين بعض الأشياء: لا يستطيع بسبب مشكله البصري.
- تعيين الأب، الأم: يفعله بسهولة. يعيين أيضا أخاه الكبير.
- أجزاء الجسم: بين الرأس، الفم، الأذنين، و اليد فهو يعين الفم و اليد فقط.

يظهر أن (ج. ر) له فهم لغوي مضطرب نوعا ما، وهذا متعلق حتما بمشكلة البصري هذا الاضطراب البصري يمنعه من الإجابة المباشرة لما ننتظره (تعيين، جلب...)

أطباء العيون عليهم التفكير بجد على هذا المرض عندما يمس عينه المعاقين حركيا عصبيا لأن ليس هو الحال الآن.

الخلاصة:

تطبيق الـ E.T.L - النسخة الجزائرية - على الأطفال IMC بهدف تشخيص اضطراباتهم النطقية والفونولوجية واللغوية، سمح لنا إذن الحصول على مستويين للتحليل (كيفي وكمي) أو التحقق من الجزء الأول من الفرضية الثانية لبحثنا.

سنتطرق الآن إلى التحقيق من الجزء الثاني لهذه الفرضية من خلال محاولة تفسير وتصنيف الإضطرابات اللسانية الملاحظة (أنظر الفصل الموالي).

يحتوى الفصل الموالي النتائج بنسب مئوية أخذناها من حالاتنا من خلال مختلف البنود لاختبار E. T. L، النسخة الجزائرية.

هذه إذن دراسة كمية للمعطيات موضوع المستوى التحليلي الأول.

1.IV المستوىn التحليلي الأول

تقديم، تحليل كمي لنتائج الاختبار التنفسي والنطقي، الكلام واللغة

1.1.IV تحليل كمي لنتائج اختبار التنفس والنطق

في البداية يجب الإشارة أن التقييم الكمي لنتائج الحالات لمختلف بنود اختبار E. T.L. النسخة الجزائرية، يتوضع حسب أنواع الإجابات التالية (كل نشاط الطفل يتقيم من 0 إلى 4):

1- العلامة "o" تمثل غياب تام للاضطرابات أو "+".
2- العلامة "1" تمثل اضطرا بات بسيطة مع أولا باضطرابات البلع وسيلان اللعاب أو "±".
3- العلامة "2" تمثل اضطراب واضح للغة، ولكن يمكننا فهمه أو "±".
4- العلامة "3" تعني أن الشخص مفهوم من طرف أقاربه ولكن غير مفهوم من طرف غريب أو"±".
5- العلامة "4" تعني اضطراب حاد (غياب اللغة أو لغة غير مفهومة تماما) أو "_".

نصائح مؤلفين للـ E. T. L.

- تتعلق العلامة بسن الطفل (فهو غير معقول إعطاء علامة "4" لطفل سنه 18 شهر والذي يلقي أحيانا رطانة غير مفهومة).

- تتعلق العلامة بدرجة عدم الانسجام بين الطفل ومستواه العام اللغوي بتذكرنا للطفل الذي سنه 04 سنوات وبالتالي العقلي 04 سنوات، فهو مفهوم جدا.

- سواء في اختبار إعادة الكلمات أو تسمية الصور، من الضروري عدم تجاهل مراحل تطور الطفل العادي.

هذا يعني أننا لا نضع علامة (–) لطفل سنه 04 سنوات لـه لثـة بـم أنّ مـع طفل آخر بدون إعاقة حركية عصبية نفس الاضـطراب يمكـن أن يسـتمر إلـى غايـة 05 سنوات.

الحالة الأولى (و. ي)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / إجابات بـ% [1]	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
"a" مهموس ومتواصل	% 0	% 0	%100
إعادة المقاطع بهدف تنفسي	/	/	%50
"a" بصوت مرتفع	% 0	% 0	% 100

[1] يتعلق الأمر بحساب عدد الأخطاء التي تميز نوع الاضطراب و أيضا عدد الإجابات الصحيحة . النسب المئوية للفشل و النجاح المحسوبة تتعلق بعدد بنود الإختبار.

الفونيمات اللسانية الخلفية	% 88,88	% 0	% 11,11
فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان	% 38,88	% 0	% 61,11
فونيمات دائرية الشفتين	% 0	% 0	% 95
الصوامت المزدوجة	% 26,66	% 53,33	% 33,33
النصف - صوائت ومقاطع فتح وغلق الشفتين	% 0	% 0	% 95
مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان وغلق وفتح سريع للفم	/	/	% 50
مقاطع اختبار ليونة الحنجرة	% 66,66	% 33,33	% 75
مقاطع اختبار الحنك	% 25	% 0	% 75
إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الأولى)	% 0	% 100	% 0
إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الثانية)	% 8,3	% 33,33	% 58,33

إعـادة مقـاطع بـدون معنـــى (المجموعـــة الثالثة)	% 34,14	% 48,78	% 21,95

البنـد الخـاص باختبـار التـنفس يحتـوي علـى 03 بنـود ("a" مهمـوس ومتواصـل، إعادة المقاطع بهدف تنفسي، "a" بصوت مرتفع).

النتائج لهذا البند هي كالتالي:

(و. ي) (الحالة الأولـى) يعطـي نسبة نجـاح تقدر بـ 100 % فـي "a" المهمـوس والمتواصل كذلك في "a" بصوت مرتفع.

في إعادة المقاطع ذات هدف تنفسي نسجل نسبة متوسطة تقدر بـ 50 % .

البند المتعلق بالدراسة النطقية يحتوي على 12 بنود جزئية.

نسب النجاح هنا تتراوح بين 11,11 % في دراسة الفونيمات اللسانية الخلفيـة، 61,11 % فـي دراسـة فونيمـات الجهـة الأماميـة وطـرف اللسـان، 95 % فـي دراسـة دائريـة الشـفتين، غلـق الشـفتين، الشـبه الصـوائت ومقـاطع فـتح وغلـق الشفتين، 33,33 % في دراسة الصوامت المزدوجة، 50 % في دراسة مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان، 0 % في مقاطع اختبار ليونة الحنجرة وكذلك في إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الأولى)، 75 % في مقـاطع اختبـار الحنـك، 58,33 % فـي إعـادة المقـاطع بـدون معنـى (المجموعـة الثانية) و21,95 % في إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الثالثة).

الحالة الثانية (د. أ)

نسجل النتائج التالية:

البنود / إجابات بـ%	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
"a" مهموس ومتواصل	% 0	% 0	%60
إعادة المقاطع بهدف تنفسي	/	/	%50
"a" بصوت مرتفع	% 0	% 0	% 100

الفونيمات اللسانية الخلفية	% 55,55	% 0	% 44,44
فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان	% 33,33	% 0	% 66,66
فونيمات دائرية الشفتين	% 0	% 0	% 95
فونيمات غلق الشفتين	% 20	% 0	% 80
الصوامت المزدوجة	% 40	% 53,33	% 26,66
شبه - الصوائت ومقاطع فتح وغلق الشفتين	% 0	% 0	% 95
مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان .	/	/	% 0
مقاطع اختبار ليونة الحنجرة	% 66,66	% 0	% 33,33
مقاطع اختبار الحنك	% 25	% 0	% 75
إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الأولى)	% 14,28	% 87,71	% 0
إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة	% 16,66	% 16,66	% 66,66

الثانية)			
إعـادة مقـاطع بـدون معنـــى (المجموعـــة الثالثة)	% 39,02	% 31,70	% 36, 58

بند دراسة التنفس يسجل نسب النجاح تتراوح بين 50 % في إعادة المقاطع ذات هدف تنفسي، بـ 60 % في "a" المهموس ومتواصل و100 % في "a" بصوت مرتفع.

في دراسة النطق نسجل نسب النجاح التالية:

44,44 % في دراسة الفونيمات اللسانية الخلفية، 66,66 % في دراسة فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان، نفس النسبة نجدها في إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الثانية) .

95 % في دراسة فونيمات دائرية الشفاه، شبه الصوائت وكذلك مقاطع فتح وغلق الشفتين.

80 % في دراسة فونيمات غلق الشفاه.

26,66 % في دراسة الصوامت المزدوجة.

33,33 % في مقاطع اختبار ليونة الحنجرة.

75 % في مقاطع اختبار ليونة الحنك.

36,58 % في إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الثالثة).

إلا أننا نسجل فشل كلي في إعادة المجموعة الأولى وكذلك المقاطع التي تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان، أي 0 % من النجاح.

الحالة الثالثة (د. ع. ف)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / إجابات بـ %	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
"a" مهموس ومتواصل	% 0	% 0	%100
إعادة المقاطع بهدف تنفسي	% 0	% 0	%50
"a" بصوت مرتقع	%0	% 0	% 60

الفونيمات اللسانية الخلفية	% 11,11	% 33,33	% 55,55
فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان	% 38,88	% 27,77	% 44,44
فونيمات غلق الشفتين	% 20	% 20	% 20
فونيمات دائرية الشفاه	% 0	% 0	% 95
الصوامت المزدوجة	% 60	% 100	% 0
شبه - الصوائت ومقاطع فتح وغلق الشفتين	% 0	% 33,33	% 33,33
مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان .	% 0	%100	% 0
مقاطع اختبار ليونة الحنجرة	% 33,33	% 0	% 33,33
مقاطع اختبار الحنك	% 0	% 0	% 100

البنود / إجابات بـ %	تعويض	إضافة	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
إعادة مقاطع بدون معنى (المجموعة الأولى)	% 0	% 42,85	% 14,28	% 42,85
إعادة المقاطع (المجموعة الثانية)	% 20,83	% 29,16	% 0	% 54,16
إعادة المقاطع (المجموعة الثالثة)	% 34,14	% 34,14	% 7,31	% 34,14

بند التنفس يعطي نسب النجاح تتراوح بين 50 % في إعادة المقاطع ذات هدف تنفسي، 60 % في بصوت مرتفع و 100 % في "a" مهموس ومتواصل.

في دراسة النطق نسجل النتائج التالية:

55,55 % في دراسة الفونيمات اللسانية الخلفية.

44,44 % في دراسة فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان.

95 % في دراسة فونيمات دائرية الشفتين.

20 % في دراسة فونيمات غلق الشفتين.

33,33 % في دراسة شبه - الصوائت، مقاطع فتح وغلق الشفتين، اختبار ليونة الحنجرة.

42,85 % في إعادة مقاطع دون معنى (المجموعة الأولى).

54,16 % في المجموعة الثانية.

34,14 % المجموعة الثالثة.

أخيرا، نسجل فشل كلي في اختبار الصوامت المزدوجة، مقاطع تستلزم تقلص و ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان أي 0 % .

بينما اختبار مقاطع اختبار الحنك يظهر ناجح أي 100 %.

الحالة الرابعة (ط. ن)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / إجابات بـ %	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
"a" مهموس ومتواصل	**[a] مسموع ثم يصبح مهموس**	% 0	% 50
إعادة مقاطع ذات بهدف تنفسي	% 60	% 0	% 40
"a" بصوت مرتفع	%0	% 0	% 100

الفونيمات اللسانية الخلفية	% 22,22	% 0	% 77,77
فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان	% 55,55	% 0	% 44,44
فونيمات دائرية الشفتين	% 0	% 0	% 100
فونيمات غلق الشفتين	% 0	% 0	% 100
الصوامت المزدوجة	% 33,33	% 40	% 40
شبه - الصوائت ومقاطع فتح وغلق الشفتين	% 0	% 0	% 100
مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان .	/	/	% 100
مقاطع اختبار ليونة الحنجرة	% 100	% 0	% 0
مقاطع اختبار الحنك	% 25	% 0	% 75
إعادة المقاطع (المجموعة الثانية)	% 20,83	% 29,16	% 54,16
إعادة المقاطع (المجموعة الثالثة)	% 29,26	% 34,14	% 39,0

تقييم إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الأولى)

البند / إجابات بـ %	إضافة	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
مقاطع بدون معنى (المجموعة الأولى)	% 42,85	% 57,14	% 85,14	% 0

البند التنفسي يعطي نتائج نجاح بين 40 % في إعادة مقاطع ذات هدف تنفسي، 50 % في "a" بصوت مرتفع ومتواصل و 100 % في "a" بصوت مرتفع.

في البند النطقي، نسجل نتائج النجاح التالية:

77,77 % في دراسة الفونيمات اللسانية الخلفية.

44,44 % في دراسة فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان.

100 % في دراسة فونيمات دائرية الشفتين وفونيمات غلق الشفتين.

40 % في دراسة الصوامت المزدوجة.

100 % في شبه - الصوائت، مقاطع فتح وغلق الشفتين، مقاطع تستلزم تقلص و ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان.

0 % في مقاطع اختبار ليونة الحنجرة.

75 % في مقاطع اختبار الحنك.

54,16 % في إعادة مقاطع بدون معنى (المجموعة الأولى).

39,10 % في المجموعة الثانية.

0 % في المجموعة الثالثة.

الحالة الخامسة (ل. ن)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / إجابات بـ %	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
"a" مهموس ومتواصل	"a"مسموع ثم يصبح مهموس	% 0	% 50
إعادة مقاطع ذات هدف تنفسي	% 0	% 0	% 0
"a" بصوت مرتفع	%0	% 0	% 100

الفونيمات اللسانية الخلفية	% 0	% 0	% 100
فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان	% 11,76	% 0	% 88,23
فونيمات دائرية الشفتين	% 0	% 0	% 100
فونيمات غلق الشفتين	% 0	% 0	% 100
الصوامت المزدوجة	% 13,33	% 100	% 0
الشبه - الصوائت ومقاطع فتح وغلق الشفتين	% 0	% 0	% 100
مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان .	% 0	% 0	% 100
مقاطع اختبار ليونة الحنجرة	% 33,33	% 0	% 66,66
مقاطع اختبار الحنك	% 75	% 0	% 25
إعادة مقاطع بدون معنى (المجموعة الثانية)	% 16,66	% 95,83	% 4,16

إعـادة مقـاطع بـدون معنــى (المجموعــة الثالثة)	% 24,39	% 100	% 0

البنود / الإجابات بـ%	تغيير	تعويض	إضافة	حذف	إجابـــــات صحيحة
إعـادة مقـاطع بـدون معنــى (المجموعــة الأولى)	%14,28	% 0	%14,28	%100	% 0

البند التنفسي يعطي نسبة نجاح تتراوح بين 0 % و 100 %.

فنسجل فشل كلي في إعادة المقاطع ذات هدف تنفسي أي 0 % نجاح.

أيضا 50 % في "a" مهموس ومتواصل، 100 % في "a" بصوت مرتفع.

في البند النطقي نتحصل على نتائج النجاح التالية:

100 % فـي دراسـة الفونيمـات اللسـانية الخلفيـة، فونيمـات دائريـة الشـفتين، فونيمـات غلـق الشـفتين، شـبه - الصـوائت، مقـاطع فـتح وغلـق الشـفتين، مقـاطع تستلزم تقلص و ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان.

بينمـا نسـجل 0 % فـي الصـوامت المزدوجـة، فـي إعـادة مقـاطع بـدون معنـى (المجموعة الأولى والثالثة).

من جهة أخرى 88,23 % في دراسة فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان، 66,66 % في المقاطع التي تختبر ليونة الحنجرة، 25 % في مقاطع اختبار الحنك، وفقط 4,16 % إعادة المقاطع بدون معنى (المجموعة الثانية).

الحالة السادسة (ج. ر)

هذه النتائج المتحصل عليها:

الإجابات % / البنود	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
"a" مهموس ومتواصل	% 100	% 0	% 0
إعادة مقاطع ذات هدف تنفسي	% 0	% 80	% 20
"a" بصوت مرتفع	%0	% 0	% 100

الفونيمات اللسانية الخلفية	% 0	% 100	% 0
فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان	% 0	% 77,77	% 22,22
فونيمات دائرية الشفتين		% 66,66	% 33,33
فونيمات غلق الشفتين	% 0	% 100	% 0
الصوامت المزدوجة	% 0	% 100	% 0
شبه - الصوائت ومقاطع فتح وغلق الشفتين	% 0	% 100	% 0
مقاطع تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان .	% 0	% 33,33	% 66,66
مقاطع اختبار الحنك والحنجرة	% 0	% 100	% 0
مقاطع بدون معنى	% 0	% 100	% 0

البند التنفسي يعطي نسبة نجاح تتراوح بين 20 % في إعادة مقاطع ذات هدف تنفسي و 100 % في "a" بصوت مرتفع.

بينما نسجل فشل كلي في "a" مهموس ومتواصل، أي 0 %.

في البند النطقي نسجل نتائج النجاح التالية:

22,22 % في دراسة فونيمات الجهة الأمامية وطرف اللسان.

33,33 % في دراسة فونيمات دائرية الشفتين وغلق الشفتين.

66,66 % في دراسة المقاطع التي تستلزم تقلص ثم ارتخاء سريع للشفتين أو اللسان.

أخيرا نسجل فشل كلي في الفونيمات اللسانية الخلفية، الصوامت المزدوجة، شبه الصوائت، مقاطع فتح وغلق الشفتين، مقاطع اختبار الحنك والحنجرة، مقاطع بدون معنى أي 0 % .

الخلاصة:

IV.1.2. تحليل كمي لنتائج اختبار الكلام

تقييم البنود الخاصة بدراسة الكلام أو مرحلة التعبير النطقي هو نفسه الخاص بدراسة التنفس والنطق.

فقط بالنسبة للبند الأول (الكلام التلقائي)، عنده يجب استعمال الإشارات التالية:

+: مرحلة ممكنة.

–: مرحلة غير ممكنة.

±: ضياع في ظروف غير ملائمة، خاصة في التعبير عن فكرة.

الحالة الأولى (و. ي)

هذه النتائج المتحصل عليها فيم يخص الكلام التلقائي الذي كما ذكرناه يعتمد تقييم خاص.

البند / إجابات بـ%	مرحلة ممكنة	مرحلة غير ممكنة	ضياع في ظروف غير ملائمة
الكلام التلقائي	% 100	/	/

باقي الاختبارات نعبر عنه أيضا بالنسب المئوية التالية:

البنود / إجابات بـ%	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
إعادة الكلمات	% 44,44	% 61,11	% 11,11
تسمية الصور	% 20	% 46,66	% 40
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي)	% 50	% 44,44	% 22,22
صعوبات متعددة	% 71,42	% 42,85	% 14,28
اختبارات سمعية	% 0	% 0	% 100
اختبارات قنوزية	% 61,53	% 53,84	% 30,76

اختبار الكلام أو مرحلة التعبير النطقي يحتوي على 07 بنود.

نسجل نسب النجاح عند (و. ي) لمختلف البنود كما يلي:

100 % في الكلام التلقائي (كيفية النطق لا تقيم في هذا المستوى من الفحص).
من جهة أخرى، نسجل 11,11 % في إعادة الكلمات، 40 % في تسمية الصور، 22,22 % في إعادة الكلمات (صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي)، 14,28 % في إعادة الكلمات المعقدة (صعوبات متعددة)، 100 % في اختبارات السمع و 30,76 % في الاختبارات القنوزية.

الحالة الثانية (د. أ)

النتائج المتحصل بالنسب المئوية تظهر كما يلي:

الإجابات بـ% / البنود	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
كلام تلقائي	/	/	% 70
إعادة الكلمات	% 55,55	% 38,88	% 27,77
تسمية الصور	% 40	% 20	% 53,33
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي)	% 55,55	% 22,22	% 38,88
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعددة)	% 76,19	% 23,80	% 38,09
اختبارات سمعية	/	/	% 95
اختبارات قنوزية	% 84,61	% 38,46	% 23,07

النسب المئوية الناجحة والمتحصل عليها من طرف (د. أ) تأتي كما يلي:

70 % في الكلام التلقائي، 27,77 في إعادة الكلمات، 53,33 % في تسمية الصور، 38,88 % في إعادة الكلمات المعقدة (صعوبات مرتبطة بمرحلة التعبير النطقي)، 38,09 % في إعادة الكلمات المعقدة (صعوبات متعددة)، 95% في اختبارات السمع و 23,07 % في الاختبارات القنوزية.

الحالة الثالثة (د. ع. ف)

النتائج المتحصل عليها بالنسب المئوية تظهر كما يلي:

الإجابات بـ% / البنود	تعويض	حذف	إضافة	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
الكلام التلقائي	/	/	/	% 70
إعادة الكلمات	% 38,8	% 11,11	% 55,55	% 11,11
تسمية الصور	% 40	% 0	% 46,66	% 26,66
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي)	% 33,73	% 16,66	% 55,55	% 22,22
إعادة الكلمات المعقدة (صعوبات متعددة)	% 52,38	% 9,52	% 33,33	% 19,04
اختبارات السمع	/	/	/	% 95
اختبارات قنوزية	% 84,61	% 0	% 46,11	% 0

نتائج النجاح بالنسب المئوية عند (د. ع. ف) تظهر كما يلي:

70 % في الكلام التلقائي، 11,11 في إعادة الكلمات، 26,66 % في تسمية الصور. 22,22 % في إعادة الكلمات المعقدة (صعوبات تتعلق بمرحلة التعبير النطقي)، 19,04 % في إعادة الكلمات المعقدة (صعوبات متعددة).

في اختبارات السمع، (د. ع. ف) يتحصل على 95 % و 0 % في الاختبار القنوزي.

الحالة الرابعة (ط. ن)

هذه النسب المئوية المتحصل عليها:

إجابات بنسب% / البنود	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
الكلام تلقائي	/	/	% 60
إعادة الكلمات	% 44,44	% 22,22	% 38,88
تسمية الصور	% 26,66	% 33,33	% 53,33
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي)	% 50	% 22,22	% 44,44
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعددة)	% 52,38	% 57,14	% 19,04
اختبارات السمع	% 0	% 50	% 50
اختبار القنوزيا	% 69,23	% 38,46	% 15,38

نسب النجاح المتحصل عليها من طرف (ط. ن) هي كما يلي:

60 % في الكلام التلقائي.

38,88 % في إعادة الكلمات، 53,33 % في تسمية الصور، 44,44 % في إعادة الكلمات (صعوبات مرتبطة بمرحلة التعبير النطقي)، 19,04 % في إعادة الكلمات المعقدة (صعوبات متعددة).

50% في اختبارات السمع و 15,38 % في الاختبار القنوزي.

الحالة الخامسة (ل. ن)

هذه النتائج المتحصل عليها:

إجابات بـ% / البنود	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
الكلام تلقائي	/	/	% 50
إعادة الكلمات	% 22,22	% 94,44	% 5,55
تسمية الصور	% 33,33	% 80	% 6,66
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعلقة بمرحلة التعبير النطقي)	% 27,77	% 88,88	% 6,66
إعادة كلمات معقدة (صعوبات متعددة)	% 19,04	% 100	% 0
اختبار السمع	% 0	% 50	% 50
اختبار القنوزيا	% 50	% 100	% 0

نتحصل إذن على:

50 % في الكلام التلقائي، 5,55 % في إعادة الكلمات، 6,66 % في تسمية الصور، 6,66 % في إعادة الكلمات المعقدة و0 % في الصعوبات المتعددة.

50% في اختبار السمع و 0 % في الاختبار القنوزي.

الحالة السادسة (ج. ر)

النتائج المتحصل عليها هي:

البنود / النتائج %	تعويض	حذف	إجابات صحيحة أو تقريبا صحيحة
الكلام التلقائي	/	% 100	/
إعادة الكلمات	/	% 100	/
تسمية الصور	/	% 100	/
اختبارات سمعية - فونولوجية	/	% 100	/

كل البنود الخاصة باختبار الكلام تظهر بفشل كامل أي 0 % نجاح.

3.1.IV تحليل كمي لنتائج اختبار اللغة الشفوية

الحالة الأولى (و. ي)

هذه النتائج بالنسب المئوية المتحصل عليها بعد تقييم البندين (التعبير اللغوي والفهم الشفوي) في دراسة اللغة.

البنود / الإجابات بـ %	مرحلة ناجحة	مرحلة غير ناجحة
التعبير اللغوي	100 %	/
الفهم اللغوي	100 %	/

دراسة اللغة تحتوي على بندين:

الأول يتعلق بدراسة التعبير اللغوي، ويتمثل في 07 بنود جزئية.

هنا (و. ي) ينجح في كل البنود، يتحصل إذن على 100 % نجاح.

الثاني يتعلق بدراسة فهم اللغة ويحتوي على 13 بند.

هنا أيضا (و. ي) ينجح في كل البنود ويتحصل على 100 % نجاح.

نذكر أن تقييم الإضطرابات النطقية غير وارد هنا.

الحالة الثانية (د. أ)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / الإجابات بـ %	مرحلة ناجحة	مرحلة غير ناجحة
التعبير اللغوي	100 %	/
الفهم اللغوي	100 %	/

(د. أ) ينجح في كل البنود، يتحصل إذن على 100 % في التعبير اللغوي و100% في فهم اللغة.

الحالة الثالثة (د. ع. ف)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / الإجابات بـ %	مرحلة ناجحة	مرحلة غير ناجحة
التعبير اللغوي	% 95	/
الفهم اللغوي	% 100	/

(د. ع. ف) ينجح في كل البنود، يتحصل على 95 % نجاح في التعبير اللغوي و100 % في فهم اللغة.

الحالة الرابعة (ط. ن)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / إجابات بـ %	مرحلة ناجحة
طرح أسئلة، تسمية الألوان، تمييز صباح / مساء	% 100
التعريف بالاستعمال وسرد قصة على الصور	% 33,33
السرد بعد القصة	% 16,66

فيم يخص فهم اللغة، نتحصل على النسب التالية:

البنود / إجابات بـ %	مرحلة ناجحة
الفهم اللغوي	% 100

البند الأول المتعلق بدراسة التعبير اللغوي يعطي نتيجة 100 % نجاح في الأسئلة (أين، لماذا؟ ...)، ويتميز صباح /مساء.

بينما في التعريف بالاستعمال والسرد للقصة بالصور، تتحصل (ط. ن) على 33,33 % نجاح فقط.

أخيرا السرد بعد القصة يعطي 16,66 % نجاح.

الحالة الخامسة (ل. ن)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / الإجابات بـ %	مرحلة ناجحة	مرحلة غير ناجحة
التعبير اللغوي	0 %	/
الفهم اللغوي	100 %	/

(ل. ن) تنجح في كل البنود فهم اللغة. تتحصل على نسبة 100 % نجاح.

بينما تفشل في التعبير اللغوي فنسجل 0 % نجاح.

الحالة السادسة (ج. ر)

هذه النتائج المتحصل عليها:

البنود / الإجابات بـ %	مرحلة ناجحة	مرحلة غير ناجحة
التعبير اللغوي	/	% 100

البنود / الإجابات بـ %	مرحلة ناجحة
لا(التعبير على النفي)	% 100
تعيين بعض الأشياء	% 0
تعيين أم/ أب	% 100
أجزاء الجسم	% 50

الفهم اللغوي عند (ج. ر) يتراوح من 0 % (أين نسجل فشل كلي في قدرة الطفل على تمييز الأشياء) إلى100% (أين نسجل قدرة الطفل على فهم تعليمية تعيين أبويه. ج. ر يعبر أيضا بصفة واضحة على مفهوم "لا").

من جهة أخرى نسجل نجاح 50 % في تعيين أجزاء الجسم. بينما في التعبير اللغوي نرى فشل كلي أي نسيبة نجاح تقدر بـ 0 % .

خلاصة

بعد تحليل نتائج الحالات التجريبية من الناحية الكمية، يجب تفسيرها من الناحية الكيفية (موضوع الفصل الموالي).

الفصل الخامس

محاولة تفسيرية عيادية لاضطراب اللغة الشفوية عند الحالات التجريبية من خلال معطيات عصبية - نفسية - حركية ومعرفية

V. 1- تفسير الاضطراب النطقي عند الطفل المعاق حركيا عصبيا - أنماط حركية ومعرفية-

إن الدراسات النطقية حول الأصوات فقط تعد قليلة والبحوث حول اللغة عند المعاقين عصبيا، ما عدا دراسة G. TARDIEU و C. CHEVRIE-MULLER. بصفة عامة، نجد دراسة اضطراب إنجاز النطق للفونيمات في الكلام (A. LESPARGOT, 2004).

بالنسبة لنا، عند اختبار اللغة الشفوية، استطعنا تفريق النطق، الكلام ثم اللغة لاحترام بنود E.T.L . لكن، عند تحليل وتفسير نفس هذه المظاهر يصبح من الصعب تفريقها، خاصة بين النطق والكلام الذين يتطلبون ميكانيزمات فيزيولوجية تقريبا نفسها.

في الإعاقة العصبية الحركية الأهم هو فهم النطق في سياق الكلام (كلمات - جمل)، لأن في الحقيقة، فإن عدم فهم الكلام هو الذي يعيق الطفل. لهذا، من أجل إثراء أكثر حقل البحوث في اضطرا بات اللغة والإعاقة العصبية، ومن أجل أن تكون دراستنا أكثر وضوحا وكاملة بقدر الإمكان، نفسر في البداية الإضطرابات النطقية على مستوى الفونيمات، أي الصوت (صائتة أو مصوتة) بصفة منفردة أو فقط في المقاطع.

من أجل هذا نأخذ بعين الاعتبار كما أشار إليه A. LESPARGOT المستوى التشريحي للفم والبلعوم وكذا القدرات الحركية لإصدار الفونيمات: التنفس، الحركة الحنجرية، حركة البلعوم وشراع الحنك، الفم، اللسان، الخدين والشفتين.
ملاحظتنا اليومية للأطفال المعاقين جعلتنا نضع فرق بين الإضطرابات الحركية المحضة والإضطرابات البراكسية.

هذه الأخيرة تظهر مصاحبة لها. كما تظهر منفردة لهذا سنفسر في البداية الإضطرابات النطقية من الناحية الحركية البحتة.

الإضطرابات الحركية

عكس الإضطرابات النطقية الموجودة في الأرطفونيا العامة، في الإعاقة العصبية، إذا نطق الطفل الفونام بصفة خاطئة، هذا يرجع لاضطراب الأوامر المصدرة من الدماغ. يتمثل ذلك في محاولات متعددة:

- ضعف الحركة.
- ثقل وقوع وارتخاء التقلص.
- عدم إمكانية اتخاذ تقلص مطول.

في الصوامت (voyelles) نشاهد ما يلي:

- عدم استقرار اللسان والشفتين يعرقل الإصدار الصحيح للصوامت.
- امتداد ناقص يعرقل[i] .
- ضعف دائرة الفم يعرقل [o], [u], [e]. هذا التفسير للاضطرابات الحركية للصوامت يناسب تماما تفسير D. TRUSCELLI عندما تتطرق لدراسة الفونيمات (الفصل الأول، ص.) التي تشير إلى أهمية حركة اللسان وشراع الحنك في تكوين الصوامت.

نفس الشيء بالنسبة للمصوتات (consonnes)، نجد فشل لعدة محاولات نطقية للبعض منها أو للمقاطع المنفردة. فنسجل عند الحالات:

- ابتعاد انعكاسي للسان عند المحاولة الأمامية هذا ما يؤدي إلى تغيير [t] إلى [k] (الحالة الرابعة، ط. ن).
- ضعف حركة اللسان والشفتين يعرقل المصوتات المهموسة (الحالة الأولى، و. ي، الحالة الثانية، د.أ).
- صعوبة في المقاطع.
- الاضطراب الأكثر ظهورا هو تشنج غلق الحنجرة قبل كل إصدار صوتي منقوص.

هذا ما يؤدي إلى تأخر هذا الإصدار أو عدم الإصدار تماما عند التكرار مقابل سهولة في الإصدار التلقائي (الحالة الأولى، و.ي ، الحالة الثانية، د. أ، الحالة الثالثة، د.ع.ف).

- اضطراب شراع الحنك يعرقل الإصدار السريع للفونيمات الشفوية والغنية (الحالة الخامسة، ل. ن).
- اضطراب الفم. هنا نجد تقلص العضلة الدقاسترية على مستوى الفم، هذا يؤدي تغيير [pa] إلى [apa] مثلا.(الحالة الثالثة، د.ع.ف)..
- اضطراب المراقبة الشفوية، هذا يجعل تغيير [pa] إلى[p2a].

الخلاصة:

يمكن تفسير الصعوبات النطقية لبعض الفونيمات من خلال الاضطرابات العصبية - الحركية التي تترجم اضطراب الحركة. لكن نفس هذه الصعوبات الفونيمية يمكن أن ترجع إلى اضطراب النظام والتصور الداخلي للإشارة: اضطراب البراكسيا الفمية - الوجهية.

الاضطرابات النطقية البراكسية

إنه من الصعب، مع أغلب الأطفال، معرفة من جهة الصعوبة الحركية التي تمنع إصدار الفعل والتفكير في الفعل من جهة أخرى أين يجب على الطفل معرفة وضعية اللسان، الشفتين في المكان المناسب (النمط البراكسي) (الفصل الأول، ص.).

من أجل تعدى هذه الصعوبة، نلجأ إلى اختبار البراكسيا الفمية- الوجهية. ينتج عن ذلك عدة إنجازات حركية غير ممكنة بصفة إرادية، تصبح ممكنة بصفة غير إرادية.

الخلاصة:

يستطيع اضطراب حركي حاد منع كل "تعبير" للقدرات البراكسية. لكن لا يفسر لوحده الاضطرابات النطقية عند المعاق حركيا عصبيا.

هناك أيضا الاضطرابات البراكسية التي تفسر غياب أو الخطأ النطقي. هذه الاضطرابات تعتبر غالبا من طرف عدة باحثين كاضطرابات مشاركة. إلا أن ملاحظتنا تجعلنا نظن أن الاضطرابات البراكسية بصفتها داخل الاضطرابات المعرفية الخاصة (والتي نفسرها لاحقا). يمكن أن تكون سبب مباشر للاضطرابات النطقية.

ما نعتبره كاضطرابات مصاحبة هي: الصرع، اضطراب السلوك أو الإعاقة الذهنية.

V. 2- تفسير الاضطراب النطقي في الكلام عند الطفل المعاق حركيا عصبيا

- أنماط حركية ومعرفية-

قبل الشروع في تفسير الاضطرابات النطقية في الكلام، يجب الإشارة إلى أن تطبيق الـ E.T.L بصفة مشروعة أثناء الحصة كأن صعب جدا، وناقص مع الأطفال ما بين 18 شهر و 04 سنوات.

مع هؤلاء، أخذنا بعين الاعتبار كل حالات الحياة اليومية. كما ساعدنا المحيط العائلي والعلاجي.

يجب الإشارة أيضا إلى الاضطرابات الفزيولوجية للسن الثالث أو الرابع والتي لا تعد اضطرا بات عصبية - حركية بم أن المستوى التعبيري يناسب التطور العاطفي والمعرفي.

مع الأطفال المعاقين حركيا عصبيا هناك مشكل أساسي هو اضطراب الحركة بعدة درجات. تجاه المظاهر التشنجية والأتيتوزية... كأن الطفل لا يحترم قواعد الاكتساب الفونولوجي. بالنسبة له المهم أن يتعدى مشاكله الحركية "ويتكلم".

فهو اختيار فونيمي تجاه القدرات والصعوبات الحركية.

هكذا عند الانتباه إلى اضطرا بات الحركية العصبية بصفة عامة، الأطفال الأكثر عرضة للدزارتيا هم الذين لهم إصابة حركية على مستوى كل الجسم وبطبيعة أتيتوزية. كذلك الأطفال المتشنجين الذي يعانون من خرص منذ البداية. فهم يتطورون إلى كلام غير مفهوم.

يظهر الاضطراب على شكل خلل في تسلسل الفونيمات في الكلمة التي يصل إلى الرطانة أو كلمات غير موجودة في القاموس.

هذا ما نسمية في بحثنا هذا **اضطراب الكلام أو الدزارتيا**.

في الكلام هناك عدة مستويات تقوم بتسيير مواضع تشريحية وميكانيزمات فيزيولوجية: التنفس، الصوت، النطق.

إصابة هذه المستويات يؤدي باضطراب الكلام. غالبا ما يتعدى الطفل صعوبات الصوت لكن يبقى النفس قصير، وضعية الجذع صعبة والنطق شبه ممكن.
ينتج عن هذا كلام غير مفهوم الذي عليه اهتمامنا بصفة خاصة. أي بعبارة أخرى لماذا كلام الأطفال المعاقين حركيا عصبيا غير مفهوم؟
للإجابة على هذا السؤال، هنا أيضا نأتي بتفسير عصبي - حركي.

الإضطرابات الحركية - العصبية

نسجل خلل في عمل الفم البلعوم والحنجرة وهذا عند إصدار الفونيمات في الكلام. نجد شلل العضلات المسؤولة على حركة هذه الأعضاء وبالتالي تؤدي إلى ظهور اضطرا بات نطقية من نوع دزارتري.
شرح التغيرات على مستوى الكلام:
الأطفال المصابين على مستوى الشفتين واللسان يمكنهم الاحتفاظ ببعض الحركة النطقية. لكن هذا ممكن إلا عندما يكون النفس كافي وإعادة المقاطع ممكنة. في الحالة العكسية، أي عندما النفس غير كافي في الوقت المناسب، يشعر الطفل بتعب سريع. فكل مجهودا ته تكون فاشلة. هناك بعض الأطفال غير مفهومين تماما يصبح كلامهم مفهوم عند مرحلة الإعادة.
أخيرا هناك حالات أين تكون الفونيمات صحيحة بصفة مفردة ولكنها تضطرب في الكلام.

الخلاصة:
دراسة اضطراب المقاطع، وجود الحذف مع بداية أو نهاية الكلمات، عدم وضوح النطق... يعود مباشرة إلى الإضطرابات الحركية.

هذا يؤكد وجود اضطراب حركي محض. من جهة أخرى، تعود الإضطرابات النطقية في الكلام إلى اضطراب البرمجة الفونولوجية أو اضطراب البراكسيا الكلام (موضوع الفقرة الموالية).

اضطراب براكسيا الكلام

في هذا المستوى التفسيري يتعلق المشكل بالبراكسيا التي تؤدي إلى الدزارتيا. هذه الأخيرة تكون تشنجية، أتيتوزية، مخيخية... فالأبراكسيا تعرقل تعلم اجتماع الإشارات المعقدة المكونة للكلام.

بصفة دقيقة، هي الإشارات الحركية للنطق التي تضطرب في المستوى الزماني والمكاني. فعدة أطفال مفحوصين بالـ E.T.L شعروا بصعوبات على إصدار الحركات الإدارية بسبب اضطراب تصور الحركات اللازمة لإصدار الفونيمات المكونة للكلمات.

يمكن أن يكون اضطراب براكسيا الكلام منفرد (د. م) أو مصاحب للصعوبات الحركية السابقة (ط. ن).

نذكر فقط الإصابات الفونولوجية:

- خلل الفونيمات غير مستقر.
- فونيمات خاطئة في الكلمات تكون صحيحة في التكرار المنفرد أو في المقاطع.
- تزداد الإضطرابات عند تطاول الكلمة.
- نفس الكلمة قد تكون صحيحة ثم خاطئة.

الخلاصة:

يمكن أن تكون الاضطرابات النطقية في الكلام راجعة إلى اضطرا ب براكسية الكلام. هناك أيضا الجانب القنوزي الذي يفسر هذا الصعوبات هذا يمثل النمط الثالث الذي نفسره فيما يلي.

الأقنوزيا الشفوية

هنا يجب على الطفل تفسير المعلومات المسموعة الخاصة باللغة. هذه القدرة القنوزية المتخصصة في اللغة.

فيم يخصنا، يجب تقييم قدرة الطفل على تفسير هذه المعلومات المسموعة باستعمالنا للـ E.T.L وخاصة الاختبارات القنوزية - السمعية - النطقية.

هذا ما أظهر عند الحالات صعوبة في التمييز بين مختلف الفونيمات الغير المتشابهة. هنا الطفل لا يستطيع مقارنة نطقه ونطق الآخرين. هذا ما يؤثر على كل النحو والقواعد.

الخلاصة:

الاضطرابات النطقية في الكلام ليست دائما ثابتة. يتعلق الأمر بخلل في الإدراك والتصور الذهني للكلمة وليس بالجانب الحركي. بهذا تكون الإصابة على مستوى المقطع والكلمة التي تتغير.

V. 3- تفسير الاضطراب اللغوي عند الطفل المعاق حركيا عصبيا

- أنماط حركية ومعرفية-

لتفسير اللغة الشفوية عند المعاق حركيا عصبيا، نحاول مرة أخرى أن نفرق جيدا بين اضطرا بات اللغة واضطرا بات الكلام. بفضل الـ E.T.L اختبرنا مستويين أساسين. سنفسرهم هنا حسب الحالات المفحوصة: مستوى الفهم الشفوي والجانب التعبيري.

تفسير مستوى الفهم من ناحية النحو والقواعد

الفهم الشفوي أي فهم الكلمة المفردة أو نفس الكلمة في جمل مكونة ظهر مضطربا عند مجموعة هائلة من الأطفال المعاقين حركيا عصبيا التي تم فحصهم.

كذلك بالنسبة لمستوى القواعد. هنا أيضا نجد الأطفال يشعرون بصعوبات في التقاط مختلف المعاني عندما تكون الجمل طويلة وغنية في اختبارات تعيين الأشياء (الكلمات) والصور (الجمل)، غالبا ما يفشل الأطفال. بداية لا نستطيع جعل أن عند الأغلبية يكون اختبار التعيين صعب أو مستحيل بسبب عناصر أخرى:

- عند الأبراكسيين، هناك صعوبة في التعيين باليد بدون وجود اضطرا بات حركية أو قنوزية.
- صعوبات التعيين مرتبطة أيضا بصعوبات القيام بالإشارة من الناحية الحركية الأولية فالأطفال المعاقين على مستوى كل الجسم بصفة حادة من الناحية الحركية يعيشون بالأعين أو بالصوت. هذه الوسائل المستعملة من طرفهم تعد صعبة للاختبار من طرف المختص عندما لا يعرف الطفل جيدا.
- الأطفال الذين ليس لهم معارف نحوية وقواعدية سابقة. أي عندما لا يعرف الطفل الشيء، لا يسميه. بالتالي نأخذ بعين الاعتبار المحيط الذي ينمو فيه وكذا بقدراته المعرفية.

إلا أن هذه العناصر لا تبرر دائما فهم مضطرب. بل لما لا يعين الطفل شيء مرادف للجملة فهذا يمكن ربطه بتفسيرين أساسيين:

- إما مشكل إدراكي.

- إما مشكل قنوزي.

الإضطرابات الإدراكية

تحدث M. H. MARCHAND عن صعوبة خاصة في تقييم السلسلة الكلامية إذن في التقاط الغلاف الشامل لوحده سمعية ذات معنى (1998، ص.).

هذا ما نشاهده تماما عند الحالات ذات خرص: لا تعرف تفرقة مختلف التنبيهات المسموعة. هذا يعرقل نوعا ما بصفة حادة فهم النحو. فالطفل المعاق حركيا عصبيا لا يكتشف المعلومات المهمة في سلسلة الكلام إلا ببطء وبصفة متتالية. فهذا النشاط الإدراكي يكون دائما مضطرب بسبب إصابات عصبية مبكرة.

يمكن أن تكون هذه المظاهر الأولية مدركة لكن المعلومات التي تحملها لتكوين رسالة ذات معنى غير معروفة. عملية التعرف هذه والمضطربة عند الطفل المعاق تدخل في إيطار الإضطرابات القنوزية، موضوع المستوى الثاني لدراسة طرق الفهم.

الإضطرابات القنوزية

يمكن أن تكون لدى الأطفال صعوبات في التصور الذهني للكلمة أو الجملة. رأينا في الاختبارات القنوزية في دراسة الكلام أن الاضطراب يقع على مستوى التصور الذهني للكلمة، هنا نعمق أكثر التحليل:

في سلسلة الحوادث السمعية التي تكون اللغة الشفوية، لا يستطيع الطفل قطع الوحدات ذات معنى «pa-pa» مختلف عن «ma-ma»... فالتقاط معنى الرسالة مرتبط بعد مرحلة أولى من التحليل بسلامة القشرة الدماغية المسئولة على هذه الاختلافات. هذه القدرة الخاصة جدا تتطلب قدرات تحليل زماني مناسب للإشارة الصوتية للكلام.

من جهة أخرى هذه المرحلة القنوزية تستلزم مظاهر الانتباه وقدرات تحليل الحوادث الزمانية وقدرات الذاكرة. سنتطرق إليها عندما نفسر الإضطرابات المعرفية الخاصة.

نشير أيضا إلى الإضطرابات القنوزية الحادة أين نجد الفهم ضعيف جدا يتوقف على بعض الكلمات المفردة (د. ر، الحالة السادسة)، بينما السمع وحتى تعرف الأصوات سليم. النتائج على تكوين النحو واضحة. بهذا لما نتكلم عن الإضطرابات الفهم الشفوي فإننا نقصد الاضطراب إدراكي أو قنوزي أو الاثنين معا.

الخلاصة:

التقييم الجيد لطرق الفهم من إدراك، تعرف، وتصور ذهني للكلمات والجمل يجعلنا نفهم أن في الإعاقة الحركية العصبية ليس الأمر متعلق بالإعادة الفكرية العامة وإنما نجد إضطرابات معرفية خاصة تعيق فهم اللغة.

تفسير مستوى التعبير على المستوى النحوي والقواعد

عند اختبار هذا الجانب من اللغة، سمح لنا الـ E.T.L بالتقاط إضطرابات التكوين اللساني التي تظهر عند أغلب الحالات:

- نقص هام للغة التلقائية.
- اضطراب القواعد.
- غياب تام للغة.

نـتكلم عـن اضـطراب الحبسـة لأننـا غالبـا مـا نشـاهد أطفـال بصـعوبة كبيـرة فـي التعبير. لأن فـي المقابـل هنـاك اضـطراب من نـوع دزارتـري الـذي يغلـب جـدول الإضطرابات اللغوية. نشير أن العمليات اللغوية للأطفال المعاقين حركيا عصبيا لم تكن موضوع أبحاث كثيرة. لهذا فإن الدراسة القواعدية شبه منعدمة.
يمكن تفسير هذا بمظهرين:

1- في البداية، الأطفال لهم ذكاء جيد قليلين. هذا يحدد أخذ المعطيات والمدونات الكافية. لأن عند أغلبية نجد الإعاقة الذهنية مصاحبة الإعاقة الحركية.

2- ثم أهمية إضطرابات الكلام تقلل من استعمال الاختبارات الشفوية المقصودة لاختبار قدراتهم من الناحية النحوية، القواعدية والبراقمتية.

بهذا فإن الأعمال التي درست التطور النحوي والقواعدي تشير إلى التأخر الملاحظ في الإعاقة الحركية العصبية بالنسبة للأطفال العاديين بنفس السن. ثم يشيرون إلى تفوق الأطفال التشنجيين أكثر من الأطفال الأتيتوزيين. بينما تجربتنا بينت أن الأطفال الأتيتوزيين هم الذين يتوصلون إلى تكوين لساني أحسن. رغم اضطرابات النطق إلا أنهم يتوصلون إلى تطوير النحو والقواعد حتى ولو تأخر ذلك بالنسبة للأطفال العاديين.

عند الأطفال التشنجيين رغم عدم تكوينه جيدا وفقره نجد النحو محتفظ لديهم مم يسمح للأطفال أن يكونوا اتصاليين. لكن عند تكوين الكلمات فيما بينها للتعبير عن فكرة، فنجد الطفل يدير تماما انتباهه نحو جهة أخرى (سنعود إلى مشكل الانتباه لاحقا).

هنا نجد الإصدارات القواعدية ضعيفة. فيجب إذن فقط سماع الأطفال يتكلمون تلقائيا (إذا تكلموا!)، جعلهم يتكلمون بصفة طبيعية بدون شدة «الاختبار».

في النهاية فإن اضطراب القواعد نجده بصفة دائمة وحادة في الإعاقة الحركية العصبية. والآن كيف نفسر هذا الاضطراب عند البعض وغياب تام للغة عند البعض الآخر؟

بعض الباحثين يتساءلون إذا ما كان غياب اللغة هو النتيجة لعسر حاد للإضطرابات النطق أو اضطرا بات من نوع حبسي. سنرى ذلك في التحليل الموالي:

1- الإضطرابات العصبية- النفسية - الحركية

تعرقل الإضطرابات الحركية اكتساب اللغة. فوجود اضطراب حركي شامل يقلل من القدرات الشفوية. فالإشارات الضرورية للنطق في الكلام تكون صعبة، تتعب الطفل أو مستحيلة.

هذا ما يجعلنا أمام مجموعة أولى من الأطفال: أطفال ذو خرص أو ذو ضعف حاد للغة.

هنا ليس المستويات (الفونولوجية والنطقية) التي نقصها وإنما مستوى إصدار الكلمة. بعض الباحثين يتكلمون عند وضع الكلمة. فنسجل عدم وجود الكلمة تفسر كاضطراب النحو بدون أن تكون الكلمات منسية. يذكر أن كل أطفال العالم في سن 08 أشهر يقولون «ماما» وفي كل اللغات (الفصل II، ص. 7).

الأطفال االمعاقين حركيا عصبيا الذين لهم غياب اللغة، في 2 سنوات لا يقولون «ماما» ولا«بابا».

فالإضطرابات العصبية - الحركية تعرقل أيضا البنية الوظيفية للغة. نذكر أيضا نقص مراقبة الوضعية، اضطراب الحركات الإرادية للأطراف، الرأسِ والوجه، وجود حركات غير إرادية ... قدر عرقلت بكثرة القدرات النطقية، هنا فهي تحدد من فرص التواصل بصفة مناسبة عند هؤلاء الأطفال مع المحيط.

يجب الاعتراف بحدود حقل قدرات التواصل لديهم سواء كان ذلك في الداخل أو خارج المحيط العائلي. فالطفل المعاق حركيا عصبيا غير متعود على استعمال اللغة بهدف وضيفي وهذا في نواحيه النحوية، الفهم، والقواعد.

الدزارتيا الحادة والأبراكسيا الشفوية الحادة

عندما تظهر عند الطفل اضطرا بات نطقية حادة فهذا يقلل بنصف فهم كلامه بالنسبة لـ X. SERON فإن هذه الدزارتريا تبقي عند الأطفال كظاهرة أساسية في اضطرا بات اللغة.

فالعديد من الأطفال أظهروا دزارتريا حادة جعلتهم غير مفهومين في الحياة اليومية. ما يظهر عند حالاتنا أنه خارج سياق الإعاقة الحركية العامة نجد أن الإنتاج السمعي غير معرقل تماما. يمكن أن يكون للطفل إنتاجات صوتية: بعض الكلمات أو أصوات بدون معنى نوعا ما مستقرة.

أطفال آخرين يصلون إلى أنارتريا حادة تظهر بغياب شبه تام للكلام. رغم إصدار بعض الأصوات غير منطوقة.

في هذا المستوى، ليس فقط الإنجاز الذي يكون معرقل ولكن أيضا قدرة اختيار في النظام الصوتي الوحدات المكونة السلسلة المسموعة الصحيحة للكلمة المختارة. بهذا نتكلم عن أبراكسيا شفوية حادة.
في النهاية، الدزارتريا الحادة تشكل عامل يسمح بشرح التأخرات (النحوية والقواعدية) المسجلة.

3- إضطرابات معرفية خاصة أخرى

ابتدءا من تجربتنا الخاصة، وكذلك الأعمال التي أنجزت حول الوظيفة اللغوية في مجال الإعاقة العصبية، وكذلك الأعمال التي أنجزت حول الوظيفة اللغوية في مجال الإعاقة العصبية، فهمنا أن الوظيفة المعرفية هي القاعدة في تفسير تأخر اللغة المسجل عن الأطفال IMC.
حقيقة غالبا ما نركز على الإضطرابات الحركية، هذه الإشارات الأولية الظاهرة، والتي تفسر الغياب الحاد للغة.

في الناحية الثانية، نشير إلى الدزارتريا الحادة موالية للإضطرابات البراكسية والقنوزية، كعامل مفسر لتأخر اللغة. فلما تظهر حادة، يبقى الطفل على المستوى الغير - الشفوي.
لكن لا يمكن اختصار اضطرا بات التطور التواصلي على الإضطرابات الحركية الفمية - الوجهية والنطقية. فقط دراسة شاملة يمكنها تجعلنا لنعمل إلى فهم جيد لاضطرا بات اللغة عند الطفل IMC.
الإضطرابات المعرفية غالبا موجودة عند حالاتنا تسجل حسب رأينا كعامل ثالث مسبب لاضطرا بات تطور وكذلك تعلم اللغة الشفوية عند الطفل IMC.

في هذا المجال يذكر نوعين من الإضطرابات المعرفية:

- الأول يشير إلى الخلل الفكري العام (هذا لا يدخل في إطار بحثنا).

- الثاني يشير إلى اضطراب الوظائف المعرفية الخاصة التي تثير انتباهنا في هذا البحث.

الكثير من الباحثين يعتبرون اضطرابات الوظائف المعرفية الخاصة كاضطرابات مصاحبة للإعاقة الحركية العامة.

بالنسبة لنا، ندركها كاضطرابات عيادية تصف مباشرة الطفل IMC. موجودة بصفة دائمة، ومرتبطة مباشرة بالإصابة العصبية المركزية، نظن بصفة قوية أنها هي التي تضطرب الطفل من الناحية العلائقية: التواصل (اللغة الشفوية) وفيما بعد على التعلمات المدرسية (اللغة المكتوبة). بهذا يمكن فقط التعرف عليها.

بهذا بعد تطرقنا للاضطرابات البراكسية والقنوزية في تفسير الإضطرابات النطقية والكلام، نتطرق الآن إلى اضطرابات معرفية خاصة أخرى ملاحظة أيضا عند حالاتنا. فنشير بالأخص إلى:

- إصابة الوظائف الخاصة بالأطفال، الانتباه والذاكرة تتمثل في القيام بعمليات ما، القدرة على التركيز والتذكر.

- اضطرابات الوظائف الإدراكية تتمثل في اضطرابات بصرية والنظام الزماني - المكاني. سنرى كيف يكون التأثير على القدرات اللغوية:

تتفاعل اللغة مع هذه الوظائف المعرفية الكبرى ولكن أيضا مع الوظائف النفسية - العاطفية، التجربة الخاصة...

نظن أن هذه الإضطرابات المعرفية لها تأثير مباشر على القدرات اللسانية للطفل IMC ، بفعل أن المستويين (التعبير والإدراكي) قد يضطربوا في التصور المعرفي للغة.

مناقشة

مع أن الذكاء السليم فهناك جدول معرفي جد ملاحظ عند الأطفال IMC :

كلما كانوا أمام عمليات تتطلب الناحية المكانية، تظهر صعوبات كبيرة. هؤلاء الأطفال لا يستطيعون تركيز الرؤيا أو متابعة الإشارة هذه الإضطرابات الخاصة بالرؤيا مرتبطة دائما بالإضطرابات المكانية تشكل جدول الديسبراكسيا أو الأبراكسيا البصرية - المكانية.

هنا M. MAZEAU تربط مباشرة تأخر اللغة بالصعوبات البصرية - البراكسية التي حسبها تعد ميدان كبير آخر لا يمكن تجاهله عند الطفل IMC.

حسب M. MAZEAU إذا كان 50% لهم اضطرا بات لغوية، 45% من بينهم لهم اضطرا بات براكسية -بصرية -مكانية.

هناك أيضا اضطرا بات إدراكية أخرى ناتجة عن اضطرا بات عصبية - بصرية أين نجد نوعين صعبين: الإضطرابات البصرية - الحركية و الإضطرابات القنوزية- البصرية.

الإضطرابات البصرية - الحركية

تظهر خاصة باضطرابات الرؤيا. بصفة دقيقة، فهي اضطرا بات التتابع البصري. ينتج منها صعوبات كمثلا الخوف من العالم الخارجي، وكذلك خلل في البنية المكانية. بعض الأطفال يعانون من مشكل في تفرقة الصورة والعمق، وصعوبات في التقاط تفاصيل صورة أو القيام بـ Synthèse.

الإضطرابات القنوزية

تتمثل في تحليل وتفسير وإعطاء معنى، والتعرف على بعض المثيرات البصرية رغم رأيتها بالعين المركزية وغياب مرض بصري حاد وغياب كذلك اضطراب عقلي.

في تجربتنا الخاصة نجد أن قنوزيا الصور هي الأقنوزيا البصرية الأكثر تكرار. فهي تنتج عن خلل جهاز النورونات المختصة في إعطاء معنى للصور المشاهدة.

بهذا نسجل عند حالاتنا:

- عدم الاهتمام بالتلفزة.
- الاهتمام المبالغ بالموسيقى.
- عدم الإجابة في عملية التعيين.

هذا يجعلنا نربط بين هذه الإضطرابات و التفسير اللساني. وبالتالي الاهتمام الذي أشارت إليه M. MAZEAU وهو تشخيص مبكرا (4 سنوات) هذه الأقنوزيا: الاعتراف بأن عدم التجانس بين القدرات العقلية و الاضطراب المعرفي يؤدي بالطفل IMC إلى الخرص، يسمح بمعرفة كيفية الكفالة.

- اضطرا بات الانتباه

نجدها بكثرة عند الأطفال IMC. هؤلاء الأطفال دائما متعبين ، لأن كل حركة يومية تستلزم التركيز. فبالقيام بنشاط مكثف، لا يستطيعون التفكير. فمشكل الانتباه يعرقل القيام باختبارات E.T.L . الطفل يدير عينيه نحو أماكن أخرى للهروب من المنبه المقصود.

- اضطرا بات الذاكرة

الذاكرة نجدها أيضا مضطربة عند بعض الأطفال.

الخلاصة

تطور وتعلم اللغة ووظيفتين معقدة. تحمل في القاعدة وظائف براكسية وقنوزية متنوعة، دراسة اضطرا بات نمو اللغة للطفل المعاق حركيا عصبيا ترتبط باضطرا بات التطور النفسي - الحركي والمعرفي ككل.

أخيرا، سنواصل التحقيق من هذا الجزء الثاني من الفرضية الثانية من خلال دراسة الناحية الثانية وهي تصنيف الإضطرابات اللغوية الملاحظة والمفسرة عند حالاتنا. هذا موضوع الفقرة الموالية.

الفصل السادس

التصنيف السميولوجي للاضطرابات اللغوية الملاحظة عند الحالات المصابة بإعاقة حركية عصبية

يرتكز التصنيف السميولوجي على معطيات عيادية التي استطعنا بقدر الإمكان التحصّل عليها بفضل اختبار الـ E.T.L، النسخة الجزائرية.

إلا أننا نلجأ ليس فقط إلى الأعراض و إنما أيضا إلى المكانيزمات المسئولة على اضطراب اللغة الشفوية عند الطفل المصاب بالإعاقة العصبية الحركية.

من هنا ابتدءا من نظريتنا العصبية - الحركية والمعرفية، نوعين من الفرضيات وضعناها.

الأولى تؤكد على الأنماط العصبية الحركية التي نربطها بصفة أساسية إلى الاضطرابات اللغوية.

الثانية تؤكد على الأنماط المعرفية بصفة خاصة، لما نبحث على «نظرية تفسيرية» للاضطربات اللغوية عند الطفل IMC ، فطبيعة الاضطراب المعرفي هي التي يجب مراقبتها باعتمادنا على عدة دراسات، استطعنا وضع كأسباب: الاضطرابات البراكسية، القنوزية والاضطربات المعرفية الخاصة الأخرى (الانتباه، النظام الزماني - المكاني، الذاكرة...).

الخلاصة

حقيقة هذا التصنيف المقترح للاضطرابات اللغوية المشاهدة عند الطفل IMC تشير إلى مجمل النظام العصبي - النفسي - الحركي والمعرفي.

تصنيف مبسط لاضطرا بات اللغة عند الطفل IMC

اضـــطرا بـــات مختلـــف المســـتويات (عصبي- حركي- ومعرفي)	اضطرا بات الكلام واللغة
المستوى الأولي: - اضطرا ب الحركة ومراقبة حركة الحنجرة - البلعوم- الفم. - اضـــطرا بـــات الحركـــة ومراقبـــة العضلات التنفسية	**النطق:** - اضـــطرا بـــات النطـــق للفونيمـــات المنفردة: اضطرا بات نطقية ثابتة - اضطرا بات التنفس: • اضـــطرا بـــات التنســـيق الصـــدري- الصوتي. • غياب الصوت الإرادي • تصويت متقطع • إصدار مقاطع بعدد قليل **الكلام:** - الدزارتريا ← تشنجية ← أتيتوزية ← مخيخية ⇐ اضطر بات نطقية ثابتة. - اضـطرا ب حـاد للكـلام = دزارتريـة حادة أو أنارتريا نطق الكلام مضطرب

	جدا. **اللغة:** - بنية الجمل عادية مع دزارترية. - صعوبات نطقية لإصدار لغة معقدة (سرد قصة). - تعبير محدد - اضطرا ب القواعد. - جمل قصيرة، القواعد مضطربة (إلغاء الكلمات الصغيرة). - غياب كلي للغة.
المستوى الثاني: - الاضطراب البراكسي.	**النطق:** اضطراب البراكسيا أو أبراكسيا فمية- وجهية اضطرا بات نطقية غير ثابتة. **الكلام:** اضطرا بات البرمجة الفونولوجية - اضطرا ب براكسيا الكلام= دزارتريا = اضطراب النطق في الكلام (رطانة - اضطراب الإيقاع - كلمات غير موجودة في القاموس). - أبراكسيا الكلام = دزارتريا حادة = أنارتريا = النطق في الكلام مضطرب

	جدا أو غياب كلي للكلام. **اللغة:** - اللغة مع اضطرا بات فونولوجية وأحيانا نطقية. - أبراكسيا شفوية حادة: اضطرا ب أساسي للمجرى اللغوي.
- الاضطراب القنوزي (اضطرا ب الإدراك والتصور الذهني للكلمة)	**النطق:** اضطرا بات في نطق الأصوات المنفردة = اضطرا بات غير ثابتة. **الكلام:** نمط إدراكي - قنوزي - كلام ممكن لكن غير مفهوم = النطق في الكلام مضطرب = دزارتريا بسيطة: • إما، الاضطراب يراه الكل، لكن الطفل رغم نطقه الصعب مفهوم. • إما، الاضطرا بات النطقية تجعل الطفل مفهوم فقط من طرف العائلة والمختصين. - أقنوزيا سمعية - شفوية = اضطراب حاد للكلام = دزارتريا حادة = أنارتريا = غياب كلي للكلام.

	اللغة:
	اضطرا ب مجرى اللغة= تعبير محدد في بعض الكلمات الوحيدة أو غائب تماما.
	- تأخر بسيط للغة (فونولوجي وقواعدي).
	- تأخر حاد للغة (نحوي - فونولوجي - قواعدي).
	- عدم نضج القواعد.
المستوى الثلاثي:	- عدم وجود القواعد.
- اضطرا بات معرفية أخرى = اضطرا بات معرفية خاصة.	- اضطراب فهم اللغة بسبب الأفنوزيا السمعية.
- اضطرا ب وظائف الأفعال، الانتباه والذاكرة.	اضطرا ب لساني (اضطراب نحوي، القواعد والفهم).
- اضطرا ب في التركيز.	- الخرص
- اضطرا ب البنية الزمنية- المكانية.	- الرطانة، خاصة عند الطفل الصغير.
- اضطرا ب البراكسيا أو الأبراكسيا البصرية - الزمنية.	- اضطرا ب نمو اللغة الشفوية.
- اضطرا بات بصرية- حركية.	اضطرا بات التصور المعرفي للغة = المستويين (التعبيري والإدراكي)
- أفنوزيا بصرية.	مضطربين = أفنوزيا وأبراكسيا شفوية.

ملاحظة:

لا يوجد حسب علمنا تصنيف لإضطرابات اللغة عند الطفل IMC. قراءتنا الدقيقة للأعمال المنجزة حول لغة المعاق حركيا عصبيا لا تدلي بأي تصنيف كما هو الحال في الاضطرا بات الأخرى (التأتأة، الديسفازيا...). فهناك فقط دراسة عيادية وعلاجية.

الخلاصة:

بعد هذه المحاولة التصنيفية مستمدة من المعطيات التفسيرية للإمكانيات اللغوية لحالاتنا، يمكن لنا الآن أن نقول بأن الجزء الثاني من الفرضية II، في نمطيها (التفسيري والتصنيفي) قد تحققت فبعد هذا العمل العيادي، سنتطرق إلى تحقيق الفرضية III التي تتمثل في دراسة علاجية لاضطرا بات اللغة عند الطفل IMC (موضوع الفصل الموالي).

الفصل السابع

إنشاb بروتوكول إعادة تربية اللغة الشفوية عند الطفل IMC

- كفالة في وسط عيادي جزائري

- - 03 محاولات علاجية-

كل المختصين في الإعاقة الحركية العصبية يرون أن هناك كفالة شاملة ولكن علاجات متخصصة. أي ليس هناك برنامج ثابت موحد على كل الأطفال IMC.
كل طفل مختلف عن الآخر وعلى كل واحد يوضع الجهد على نقطة أو عدة نقاط وليس على كلها. فقط الاختبار (الدقيق والكامل) يسمح بمعرفة من أي جهة نأخذ الطفل.
يجب أن نتكيف أيضا مع الإضطرابات الخاصة الموجودة عند أغلب الحالات (صعوبات التركيز، الزمان، المكان...). فإذا كان الهدف هو علاج اضطر بات الكلام، يجب أن نعرف أن إعادة التربية للغة هي شاملة ويجب أن تدخل في إطار مشروع حياتي. لهذا يجب وبم أن الآن يجب معرفة كيف يمكن أن نستعمل هذه المعطيات على تربية اللغة عند الطفل IMC نختار فقط 03 حالات من بين 06 أطفال اختبروا باختبار E.T.L.A ودرسوا بصفة واسعة في هذا البحث.
فمن أجل اقتصاد هذا الفصل ولكي لا نعيد ونكرر بعض التمرينات، سنقدم الطفل و. ي، الحالة الأولى، ط.ن، الحالة الرابعة، د.ر. ، الحالة السادسة، لأنهم مختلفين من حيث الجداول العيادية الأرطوفونية (نفسي لساني ومعرفي).
هؤلاء الأطفال الثلاثة يستفيدون من وسيلة علاجية مبنية بالعربية الدارجة. بنودها مستخلصة من اختبار E.T.L النسخة الجزائرية.
سنقدم الآن مبادئ والأفعال العلاجية التي نستعملها نحن مع حالاتنا الخاصة. هذا موضوع الفقرة الموالية.

1.VII- الطريقة العلاجية في استعمال الوسيلة المصممة

نستعمل نوعين من التربية في علاج اللغة، إما معا، أو كل واحد على حدا، حسب مستوى اضطراب القدرات الشفوية عند الأطفال.

1- التربية العصبية - الحركية.

2- التربية المعرفية.

1- التربية العصبية - الحركية

أثناء أو خارج حصص التربية الأرطوفونية، نهدف تدريب الجهات التشريحية - العيادية التي يكون على أساسها الكلام. بصفة أدق نقوم بـ:

- تربية التنفس.
- تربية المراقبة الصوتية والبراكسيا الوجهية - الفمية.
- وضع الأطفال في حالة تواصل، لكي نعودهم تدريجيا على استعمال اللغة بهدف وظيفي. هذا يسهل تعلم اللغة من الناحية النحوية - الفهم والقواعد.

- إعادة تربية اضطراب الكلام:

إذا تركنا الطفل في مرضه الشامل، لا نستطيع أن نكون فعاليين على مستوى النطق والكلام. فنعمل على مستوى الوضعية (حركة عامة). الحركة في الجهات المعنية (الفم -الحنجرة، التنفس...) تصبح أكثر فعالية. نشير مرة أخرى إلى ضرورة طرق تعلم التغذية بسبب أهمية برمجة الحركات الخاصة في المضغ والبلع، هي نفسها في النطق.

- تربية الحركة الفمية - الوجهية والنطق.
- تطوير الأصوات والإيماءات.

2- التربية المعرفية

هذه المرحلة مبنية حسب اعترافنا بالجدول المعرفي المصاب عند الطفل IMC. فالاضطرابات المعرفية لها تأثير على التواصل والتعلم، يجب إذن وضع أولويات وأهداف يمكن الوصول إليها في هذا المجال:

- إعادة تربية الاضطرابات القنوزية نستعمل بصفة دقيقة السياق السمعي - اللغوي ونعطي للطفل خطط للاكتشاف للوصول إلى المعنى.

- تنبيه الرؤيا (الإدراك):

الهدف هنا هو وعي الطفل باضطراب الرؤيا وجعله يصل إلى استعمالها بصفة ممكنة. فنجعله يلتقط المعلومات بصفة صحيحة وليس عشوائية (الصوت، الضوء، والعالم الذي كان يبدو له بدون أهمية).

هذا التنبيه يدخل في إطار اضطرا بات الرؤيا: تعلم التأكد، التتابع والاكتشاف.

- إشارات أخرى لتحسين الوظائف الإدراكية. نستعمل كثيرا النشاطات (اللعب) تعتمد على معرفة والتمكن من العلاقات الزمنية، المكانية...

بالموازاة تحسن الذاكرة، التركيز، الانتباه...

دراسة اضطراب الأبراكسيا البصرية - المكانية

- هي تربية مبنية على البناء وتعتمد على نفس تمارين تربية الرؤيا. نستعمل لعب البناء مع تسمية كل الأفعال.

- تطوير مختلف الإدراكات ووضع علاقات مع فهم اللغة. هذا الجانب يهدف تربية النحو والفهم.
- تطوير القنوزيا السمعية.
- تربية اللغة الشفوية.

الخلاصة:

من أجل وضوح أكثر، سنجعل هذه الدراسة العلاجية (عصبية - حركية ومعرفية) أكثر فعالية مع 03 محاولات علاجية. هذا موضوع الفقرة الموالية.

الخاتمة العامة

من خلال تجربتنا المباشرة مع الأطفال المعاقين حركيا عصبيا، بدأنا تسطير طريقتنا . بداية، معرفة تطور البحوث حول الإعاقة الحركية العصبية بصفة عامة ثم حول التواصل عند المعاقين عصبيا بصفة خاصة

من اجل التعمق في أهمية الموضوع حول الإعاقة الحركية العصبية نرجع إلي عدة أعمال خاصة TARDIEU.

يحاول علماء الباحثون إدخال عدة وسائل من اجل فهم الميكانزمات المضطربة و من اجل اظهار حقيقة عن البحث في الإعاقة الحركية العصبية ، فنجد العلوم العصبية ، البيولوجيا ، و منها قليل المصورة العصبية

بالنسبة لأعمال في اضطراب التواصل الشفوي ، نجد تدخل العلوم النفس – عصبية ، علم النفس – العصبي – الحركي ، اللسانيات ، علم النفس المعرفي.

استطاعت TRUCELLI الإحاطة بكل ما يتعلق بالجانب العيادي لاضطراب اللغة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا . بصفة أدق فهي تحلل نتائج الاضطراب الحركي الات المصدر المركزي عل إنتاج الكلام و عل العوائق الفمية-الحنجرية الأخري. تشير أيضا إلي الدزارتريا و الإشكال الأكثر خطورة أين كل تعبير شفوي يبدو غير ممكن و أين كل تكوين للعلاقات الضرورية للطفل الصغير غير ممكن أيضا. كما نجد تعرض العوائق العليا الي الضرر.

من جهة أخري ، SENEZ تشير الي مصطلح " اختبار اللغة" . يتعلق الأمر باختبار القدرات اللسانية المحتفة و التي اضطربت.تؤكد عل ضرورة وضع اضطراب اللغة في منطق عصبي-نفسي- بيولوجي و اجتماعي –عائلي للطفل.

فالطفل يدرس في مجمله بالتفكير أن فحص اللغة هو فحص طفل له قصة شخصية و عائلية و التي تتطور في وسط عائلي. فالاهتمام يكون إذن حول التقييم النفسي-اللساني ، الذي يتعلق بالفهم و التعبير الشفوي للكلام.

كما نقيم القدرة اللسانية من الناحية المعرفية في الكلام . ان التقييم ، تشير الباحثة ، يستلزم أن لا نتجاهل المستوى الحسي-الحركي الي عملية الجوانب القواعدية ، المعنوية و المعرفية .ان سالم كثيرا في تكوين الجانب النظري للوسيلة التي استعملناها في اختبار اللغة و هي ETL(التربية العلاجية للغة)، كونها TARDIEUو قامت بتعييرها MULLER.

من جهة أخر،SENEZ تعالج صعوبات الأطفال الذين لهم تأخر اللغة عل المستوى التعبيري بتأكيدها خاصة عل اضطرابات البلع و المضغ و سيلان اللعاب ، فهناك مصطلح جديد طور من اجل بناء علاقة بين اضطرابات العوائق الفمية و القدرات اللغوية.

في هذا المجال يشير TARDIEUإلي ضرورة نوعية البراكسيا الوجهية –الفمية-اللسانية في النطق الصحيح للفونام.

هذا يقترح اختبار البراكسيا اللسانية.بعد كما فإن اختبارات التعبير النطقي هي التي تسمح ، نوعا ما بدراسة هذه الوظيفة البراكسية . إلا أن هنا التدخل المتكرر لاضطرابات الإدراك السمعي يجعل التحليل صعب. هذا يجعل مرة أخرTARDIEUيدرس الوظيفة القنوزية.

و بالأخص القنوزيا السمعية لأنها تسمح للطفل بالتمييز لمختلف الأصوات المختلفة.

أخيرا MAZEAU تنصح بالتعرف عل الصعوبات المعرفية رغم أن ذكاء الأطفال عادي.

ابتداء من هذه المعطيات الأساسية ، بدأنا العمل مع حالاتنا الخاصة.بوجودنا تماما في شكل دقيق جدا: إعادة التربية الوظيفية للطفل ، طريقتنا موجهة قبل كل شيء الي عرض الوسائل الممكنة من اجل الإحاطة بهذا الاضطراب الذي يعيق التطور اللساني العادي لحالاتنا المعاقة حركيا عصبيا . فرضت ضرورتين:

- بناء وسيلة تشخيصية عيادية و تسمO بتقييم نفس-لساني.
- بناء بروتوكول علاجي نستخلصN من محاولتنا لفهم النمط النفسي-لساني للطفل IMC.

دراستنا لاضطرابات التنفسية ، النطقية ، للكلام و اللغة ، في وسطنا العيادي الجزائري ، و IRNj من خلال تطبيق الـ ETL، النسخة المكيفة و المعيرة تصل بنا الي الخلاصات التالية:

- اضطرابات التنفس تعيق التنسيق التنفس-الصوتي .ينتج عن غياب الصوت الإرادي ، تصويت بشدة و متقطع مع إنتاا قليل للمقاطع.
- اضطرابات إنتاا الفونيمات بسبب خلل عصبي-حركي. IRNj يفسر وجود اضطرابات الحركة لأعضاء التصويت.
- الاضطرابات الفونيمية يمكنها ان تكون راجعة الي اضطراب التصور الداخلي للحركة .IRNj ما نسميN بالابراكسيا الفمية-الوجهية.
- عدم فهم الكلام يشير الي اضطرابات الحركة.فهو اضطراب أساسي متعلق مباشرة بالدزارتريا عند الطفلIMC.
- ترجع اضطرابات فهم الكلام الD اضطراب البرمجة الفونولوجية أو ديسبراكسيا الكلام.فالإشارات الحركية للنطق تكون معرقلة في برمجتها المكانية و الزمانية.
- اضطرابات النطق في الكلام لا تكون دائما ثابتة.فهي راجعة الي اضطراب الإدرا و التصور الRNjRني للكلمة.تفسرها الدزارتريا بالمحور الإدراكي-القنوزي.
- عندما يظهر عند الأطفال IMC اضطرابات نوعا ما حادة لفهم اللغةèالشفوية ، IRNj يرجع الي إجابة الوظائف المعرفية المختصة (إدراكية و قنوزية).

- يؤثر المستو اللغوي من الناحية النحوية و المعنوية حسب درجة الاصابة: خرص،نقص لغوي حاد...تمثل الاضطرابات العصبية النفسية –الحركية أنا دليل لنقص القدرات الشفوية للأطفالIMC .
- تمثل الدزارتريا الحادة أو الابراكسيا الشفوية الحادة أو الانارتريا كلا عامل يمثل سبب في تفسير التأخر (النحوي و القواعدي) المسجل.
- الاضطرابات المعرفية الخاصة ، دائما متواجدة ، يمكنا أن تفسر اضطرابات النحو و كلا نعلم اللغة الشفوية عند الطفل....ذكر وجود الدسبراكسيا أو الابراكسيا البصرية –الزمانية-الاقنوزيا البصرية ، اضطرابات الانتباه، التركيز.
- لا يوجد تصنيف لاضطرابات اللغة عند الطفل المعاق حركيا عصبيا ، كما هو الحال في الاضطرابات الأخر (التأتأة، الدسفازيا...).

اقتصر الباحثون الذين رجعنا إليهم طوال أبحاثنا ، على شرح الإشكال من الناحية العيادية و العلاجية فقط.

بالنسبة لنا ، اقترحنا في هذه الرسالة تصنيف لاضطرابات اللغة عند الطفل IMC

يؤثر لنا عطاء مهم في البحوث الأساسية و التطبيقية في ميدان كفالة الطفل IMC

من الناحية العلاجية ، استفدنا من وسيلتنا و يستفيد منها كل الأطفال المعاقين عصبيا.

طبعا رغم التجربة ، لا يكون " الاختبار" دائما منتهيا كامل . فهو يحترم في اختيار البنود ال نوع من المرجعية التي يعاد بناءها في كل مرة

إلا أننا حاولنا تحقيق ضرورة الـ ETL في كفالة التواصل عند حالاتنا.و النتائج الايجابية لإعادة التربية تشهد بفعالية وسيلتنا.

في مجمل القول ، إRا أردنا إعادة النظر في النقاط الأساسية التي تجعل ijRNj الرسالة فريدة من نوعnjا ، نشير الي النقاط التالية:

-درسنا لغة المعاق عصبيا في اللغة العربية، بينما الباحثين السابقين درسوا lRNj الاضطراب في لغات أخر.

استعملنا اختبار لم يستعمل في الجزائر بعد تعديلNJ حسب الواقع الجزائري.ijRNj الوسيلة سيستفيد منjا الارطفونيين لأنjا مبررة ببحt علمي (تكييف و تعبير).

-استعملنا مفاNjيم لعدة أطباء مختصين في لغة الطفل.

في lRNj الوقت من البحt ، و بعد مرور من الزمن ، تUjر الأشياء بمنضور آخر ، lRNj ما يجعلنا إRن الي وضع أفاق لjRnij الدراسة:

- طفلين عل ثلاثة مصابين بإعاقة حركية Rات مصدر عصبيIMOCDNjلاء الأطفال يستلزمون أيضا أن نفكر في مستقبلjm المعرفي ، الدراسي و الاجتماعي.
- ijRnij الدراسة الشفوية المحضة ، يجب إتمامjا بدراسة الجانب الكتابي.

إلا أننا قد بدأنا في lRNj العمل في إطار البحوt لمخبر علوم اللغة و الاتصال (ن.زلال) أين نعالج الصحة المدرسية عند الطفلIMC

المراجع

- AIMARD P., *Les débuts du langage chez l'enfant*, DUNOD, 1996, 226p.

- ALBITRECCIA S., *La préparation à la scolarité des enfants IMC*, Les feuillets de l'IMC, Paris, 1961.

- ALLEXANDRE A., *Troubles de la motricité bucco - faciale et difficultés articulatoires et de parole chez l'enfants IMC: relation et intérêt d'une éducation commune et harmonieuse*, Motricité Cérébrale, MASSON, Paris, n° 2, 2004.

- ARAM D. M., NATION J. E., *Preschool language disorders and subsequent language and academic difficulties*, Journal of Communication Disorders, 13, 1980.

- BARBOT F., *L'hémiplégie: handicap léger ?* Motricité Cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement, n° 14, 1993.

- BOREL - MAISONNY S., *Le langage oral et écrit, Epreuves sensorielles et tests de langage*, Ed. Delachaux et Niestlé, Paris, 1963.

- BOUAZIZ K. A., *Une prise en change globale... mais des soins spécifiques*, Faire Face, n° 639, Paris, 2006.

- BOUAKKAZE S., *Rééducation fonctionnelle de l'enfant IMC par l'orthophoniste: prise en charge des fonctions facilitatrices de l'émission de la parole*, Mémoire pour le magister en orthophonie, Sous la direction du Pr N. ZELLAL, Université d'Alger, 2000, 226 p.

- BOUAKKAZE S., *Examen et rééducation du langage de l'IMC*, 22e Congrès Franco - Maghrébin de Psychiatrie, Vannes, France, 23-24 octobre 2003.

- BOUAKKAZE S., *Lorsque l'handicap mental entrave l'apprentissage et la rééducation du langage d'un enfant atteint d'une IMC*, 23e Congrès Franco-Maghrébin de Psychiatrie, Monastir, Tunisie, 6-7-8 octobre 2004.

- BOUAKKAZE S., *Quelle prise en charge orthophonique pour un enfant polyhandicapé ? Exemple de l'IMC privé de parole* ?, IVème Colloque International d'Orthophonie, intitulé : Sciences du Langage, Traductologie et Neurosciences, Dar Diaf, Chéraga, 16 et 17 juin 2006.

- CHELIHO O., *Retard de parole: examen orthophonique et rééducation*, 1982, 55 p.

- CHEVRIE - MULLER C., *Exploration du langage oral*, *Le langage de l'enfant - Aspect normaux et pathologiques*- , MASSON, Paris, 2000, 422 p.

- CHEVRIE - MULLER C., *Epreuves testant les gnosies auditivo - phonétiques*, *Etalonnage des épreuves de l'enfant de 04 et 05 ans (Manuel, Matériel*), EAP, Paris, 1979.

- CHEVRIE - MULLER C., *Le langage de l'homme normal*, Les feuillets de l'IMC, VIM. I, 1971.

- DENNI - KRICHEL N., *L'infirmité motrice cérébrale*, Editorial, Rééducation Orthophonique, n° 193, Paris, 1998.

- GASTAL A., *L'IMC ou l'infirmité multi composée*, Faire Face, Paris, 2006.

- GESELL A., *Inventaire de développement de A. GESELL*, ECPA, 2e ed., Paris, 1961.

- GINISTY D., METTOUDI J. D., WOLFFSHEIM D., *Prise en charge stomatologique de l'enfant handicapé,* Ponsot G. (Ed.), Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les inadaptations (CTNERHI), Paris, 1995.

- HANNEQUIN M.., *Quels soins dentaires pour le polyhandicapé* ?, Colloque Clermond - Ferrand, 1994.

- JACKOBSON R., *Langage enfantin et aphasie*, Ed. DEMINUIT, Paris, 1969.

- LACERT P., *Le lexique des anciens prématurés*, Annales de Réadaptation et de Médecine physique, n° 81, 1988.

- LAMBERT J. L., SERON X., *Troubles du langage, diagnostic et rééducation*, Pierre Mardaga, 1982.

- LESPARGOT A., *Les conditions neuromotrices de l'apprentissage de la parole chez l'IMOC*, Rééducation Orthophonique, N° 193, Paris, 1998.

- LESPARGOT A., *Les fausses routes trachéales chez l'enfant IMC ou polyhandicapé*, Motricité Cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement, n° 10, 1985.

- LESPARGOT A., *Neuf questions à poser aux parents d'IMC*, Motricité Cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement, n° 15, 1994.

- MARCHAND M. H., *Bilan de langage et diagnostic chez les enfants IMC,* Rééducation Orthophonique, N° 193, Paris, 1998.

- MARTINET A., *La linguistique synchronique*, Pais, 1974, 229 p.

- MAZEAU M., *Déficits visuo - spatiaux et dyspraxies*: *une entrave aux apprentissages,* Rééducation Orthophonique, N° 193, Paris, 1998.

- MULLER H., FINNIE N. R., *Abrégé de l'éducation à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral*, MASSON, Paris, 1979, 306 p.

- PICARD A., *Troubles du langage oral et écrit*, Actualités de Rééducation Fonctionnelle et de Réadaptation, n° 8, 1984.

- PICHON L., TARDIEU G., *Les feuillets de l'IMC*, 1971.

- REVOL F., *Infirmité motrice d'origine cérébrale*, *Généralités,* Rééducation Orthophonique, n° 193, Paris, 1998.

- ROULIN M., *Le développement du langage*, Ed. De La Liberté, Québec, 1980, 135 p.

- RUMEAU - ROUQUETTE C., et coll., *Prévalence des handicaps. Évolution dans trois générations d'enfants*, Grandes Enquêtes, éd. INSERM, Paris, 1994.

- RENFREW C. E., G. TARDIEU., *Les feuillets de l'IMC*, 1971.

- RUTHERFORD L., TARDIEU G., *Les feuillets de l'IMC*, 1971.

- SALBREUX R. et cool., *Typologie et prévalence des handicaps sévères et multiples dans une population d'enfants*, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, n° 27, 1979.

- SENEZ C., *Alimentation - Déglutition - Mastication de la personne polyhandicapée*, Actes des 17, 18 et19 mais 1993.

- SENEZ C., *Rééducation des troubles de l'alimentation et de la déglutition dans les pathologies acquises*, SOLAL, 2002, 197 p.

- SENEZ C., *Rééducation des troubles de la déglutition des enfants et adolescents I. M.O.C*, Rééducation Orthophonique, n° 193, 1998.

- SEVENDSEN F. A., *Pour un dépistage et un traitement précoce du reflux gastro - oesophagien chez l'enfant arriéré profond polyhandicapé*, Motricité Cérébrale, Réadaptation, Neurologie du développement, N°5, 1984.

- TANNER S., *L'enfant IMC chez lui*, Journal des IMC, n° 3, 1956.

- TARDIEU G., CHEVRIE - MULLER C., *L'éducation thérapeutique du langage*, Paris, 1971.

- TARDIEU G., *Les feuillets de l'IMC*, Paris, 1971.

- TARDIEU G., *Le dossier clinique de l'IMC*, 1980, 110 p.

- TARDIEU G., CHEVRIE – MULLER C., FALINSKIE E., *Evolution du langage chez l'enfant normal*, les feuillets de l'IMC, VIM. 2, 1971.

- TRUSCELLI D., *Syndromes lésionnels précoces: infirmité motrice cérébrale*, in: *Le langage de l'enfant - aspect normaux et pathologiques* - MASSON, Paris, 2000.

- TRUSCELLI D., *Évolution médicale des IMC lourdement handicapés par leur dysarthrie ou leur absence d'expression orale (pour raison mécanique),* Rééducation Orthophonique, n° 193, Paris, 1998.

- ZIEGLER A. L. et coll., *Hidden intelligence of a multiple handicapped child with Joubert Syndrome*, Developmental Medecin and Child Neurology, n° 32, 1990.

- ZELLAL N., *Phonologie d'enfants âgés de 03 à 05 ans*, *Dialecte Arabe Algérois*, Thèse de Doctorat, Paris V, SORBONNE, 1979.

- ZELLAL N., *Définition de l'orthophonie*. *Une étude en aphasie*, Préface de B. DUCARNE, OPU, Alger, 1982, 89 p.

- ZELLAL N., Introduction à la phonétique orthophonique arabe, OPU, Alger, 1984, 111 p.

- ZELLAL N., *Contribution à la recherche en orthophonie. L'aphasie en milieu hospitalier algérien, étude psychologique et linguistique,* Thèse pour le Doctorat D'Etat Es Lettres et Sciences Humaines, Paris III, 1986, 3 vol., 700 p.

- ZELLAL N., *Test orthophonique pour enfants en langue arabe, phonologie et parole*, OPU, 1991, Alger, 209 p.

- ZELLAL N., *Guide de méthodologie de la recherche*, OPU, Alger, 1996, 66 p.

- ZELLAL N., *Protocole du Montréal - Toulouse - Algérien, version plurilingue algérienne,* Test psycho - clinique et neuro – psycho - linguistique, Université d'Alger, 1999, 2002.