اسم و لقب الاستاذ	بقعة حميدة
نوع الوثيقة	أعمال موجهة
المقياس	مدخل الى الأرطفونيا
الفئة المستهدفة من الطلبة	ليسانس
المستوى	السنة الاولى
الافواج	39-47-50-52
التخصص	جذع مشترك علوم اجتماعية
تاريخ تسليم الوثيقة	31-03-2020

:

- **تعريف الأرطفونيا** :

تعرف الأرطفونيا على أنها الدراسة العلمية للاتصال اللغوي وغير اللغوي بمختلف أشكاله العادية والمرضية لدى الطفل والراشد، تهدف إلى تشخيص اضطرابات الصوت والكلام واللغة الشفوية والمكتوبة وعلاجها من خلال إعادة التربية والتصحيح باستخدام أساليب ووسائل متخصصة وبمساعدة أخصائيين في الطب، علم النفس، علم الاجتماع واللسانيات فهي علم متعدد الاختصاصات، كما تهتم بكيفية اكتساب اللغة والعوامل المتدخلة في ذلك وتلعب دورا في التنبؤ والوقاية من الاضطرابات اللغوية.

و يترجم هذا المصطلح بأشكال مختلفة حسب كل بلد :

- في دول المشرق العربي تقويم النطق أو أخصائي النطق و التخاطب
- اما في بلجيكا فيستعمل مصطلح logopédie
- في البلدان الناطقة باللغة الانجليزية speech therapy
- في الجزائر تستعمل كلمة ارطفونيا الا ان حاليا تم تعريبه فاصبح يطلق عليه تسمية تصحيح النطق و التعبير اللغوي
- **مجالات اهتمام الارطفونيا** :

عندما نتحدث عن مجالات الارطفونيا فاننا نتحدث عن الاضطرابات اللغوية التي تهتم بها والتي يمكن أن نجملها فيما يلي

1-اضطرابات اللغة الشفهية

و التي تضم :

- الاضطرابات النطقية بنوعيها الوظيفية و التي ترجع الى مشاكل عضوية
- تأخر الكلام
- تأخر اللغة بما يضمه من تأخر لغة بسيط و تأخر النمو اللغوي
- اضطراب الكلام و المتمثل في التأتأة

2-اضطرابات اللغة المكتوبة : و التي تشمل :

- عسر القراءة
- عسر الكتابة
- عسر الحساب

3-اضطراب اللغة الناجمة عن الاعاقة السمعية الخلقية و المكتسبة بمختلف انواعها :

- الاعاقة السمعية الارسالية
- الاعاقة السمعية الادراكية
- الاعاقة السمعية المختلطة

4-اضطرابات اللغة الناتجة عن اصابات عصبية :

مثال عن ذلك الحبسة :

- لدى الطفل تنقسم الى حبسة خلقية وحبسة مكتسبة
- عند الراشد تضم الحبسة الحركية الحبسة الحسية الحبسة الكلية و الحبسة التواصلية

5-اضطرابات الانتاج الصوتي لدى الانتاج الصوتي لدى الطفل والراشد :

مثال عن ذلك تجهر الصوت لدى الاطفال و البحة و استئصال الحنجرة لدى الراشد

6-اضطرابات اللغة لدى المصابين بالامراض النفسية و النفس الحركية و العقلية

مثال عن ذلك :الاعاقة الحركية الدماغية- التوحد- متلازمة داون

الاضطرابات النطقية

1- تعريفها :

تتثل في صعوبة يجدها المصاب في النطق بمجموعة من الاصوات و هي تخص عملية نطق الاصوات المعزولة وتكون الاصوات الساكنة أكثر عرضة من الأصوات المتحركة ذلك لان عملية ادراكها تتطلب أكثر دقة

2-أسباب اضطرابات النطق :

الاسباب متعددة و مختلفة يمكن أن ترجع الى :

- تشوهات على مستوى الجهاز الفمي
- المشاكل المرتبطة بالادراك السمعي
- صعوبة في التنسيق الحركي للجهاز الفمي النطقي
- عدم تمكن من اكتساب قواعد وأسس تنظيم انتاج المقاطع الصوتية
- عدم التمكن من التمييز السمعي الصوتي بين الأصوات أي عدن التمكن من الأدراك الحسي الجيد لهذه الاصوات
- اخطاء عمليات اصدار الصوت الناجمة عن عدم اكتساب قواعد توزيع و ترتيب الأصوات عبر مراحل النمو اللغوي

3-الأشكال العيادية لاضطرابات النطق :

هناك اربع مظاهر أو أنواع لاضطرابات النطق وهي تشمل مايلي :

❖ **الاضافة :**

يتضمن هذا الاضطراب ادخال صوت زائد على الكلمة و قد يسمع الصوت الواحد وكأنه يتكرر

❖ **الابدال :**

وذلك من خلال اصدار صوت غير مناسب بدلا من الصوت المنتظر نطقه فمثلا يستبدل " س" ب "ش"

❖ **الحذف :**

يتمثل في حذف الطفل لصوت أو عدة أصوات من الأصوات التي تتضمنها الكلمة وبالتالي ينطق جزءا من الكلمة فقط ليصبح كلام الطفل غير مفهوم

❖ **التشويه أو التحريف :**

وفيه ينطق الصوت بشكل يقربه من الصوت الأصلي غير أنه لا يشبهه تماما أي ينطق الطفل الصوت بصورة غير سليمة المخارج أو الصفة عند مقارنتها باللفظ السليم

غالبا ما يظهر في أصوات معينة مثل س ش ز حيث ينطق صوت س مصحوب بصفير طويل أو ينطق صوت ش من جانب الفم و اللسان

فنجد مثلا كلمة /ساعة/ ينطقها /ثاعة /

وقد يحدث ذلك نتيجة غياب الاسنان أو عدم وضع اللسان في موضعه الصحيح أثناء النطق مما يجعل الهواء يمر من حافتي الفك و بالتالي يتعذر على الطفل نطق بعض الأصوات مثل س ز

4-أنواع اضطرابات النطق :

يمكن تصنيف اضطرابات النطق الى صنفين :

اضطرابات نطقية راجعة الى اصابات عضوية و اخرى الى وظيفية

ا-الاضطرابات النطقية العضوية (Troubles d'articulation organiques)

هي عبارة عن تشوهات عضوية تمس الجهاز النطقي يمكن أن تكون خلقية أو مكتسبة

تتمثل في :

- شقوق على مستوى الشفاه أو الحنك
- تشوه شكل اللسان أو ارتباطه باسفل الفم عن طريق نسيج الشيء الذي يعيق حركة اللسان نحو الاعلى وبالتالي تصعب على الطفل نطق الأصوات مثل ل ر
- كبر أو صغر حجم اللسان
- تشوه الأسنان أو غيابها
- صغر الفك السفلي

ب–الاضطرابات النطقية الوظيفية : Troubles d'articulation fonctionelles

هذا النوع من الاضطرابات يتواجد بشكل كبير عند الأطفال و تعود الى طريقة النطق المشوهة للأصوات بحيث أن الطفل لا يتمكن من النطق السليم للصوت وهي تشمل :

❖ **اللثغ :**

وهو اضطراب يصيب الحروف الصفيرية س ص ز و نجد فيه الانواع التالية :

❖ **اللثغ مابين الاسنان :**

ينتج عن تمركز اللسان بين ثنايا الاسنان عوض أن يأخذ حركته الذولقية وفي هذه الحالة تكون ناجمة عن اصابة المخرج

❖ **اللثغ الاسناني :**

ينجم عن تشكل عارض أو انسداد أمام عملية تسرب الهواء الخاص بنطق الحروف الصفيرية

❖ **اللثغ الانفي :**

الذي يعود الى مرور الهواء من المخرج الأنفي بدلا من مروره من القناة الفمية عند اصدار الاصوات الصفيرية وينتج ذلك بضغط مؤخرة اللسان على الحنك لينسد التجويف الفمي و ينحني الحنك اللين

❖ **اللثغ اللهوي :**

هذا النوع من الاضطراب تعوض فيه الاصوات بأصوات حبسية مزمارية والكلام يكون غير مفهوم

❖ **الخمخمة المفتوحة :**

يفسر هذا الاضطراب بان عملية اصدار الاصوات الفمية (ب م و) تتم من الانف بدل مخرجها الطبيعي المتمثل في الفم و ذلك راجع لعدم تمكن الطفل من ايصال مؤخرة الحنك بمؤخرة الحلق مما ينتج عنه نفنفة أثناء عملية النطق الأصوات

لذلك يجب التفريق بين الخمخمة اللثغ الأنفي و الخمخمة المفتوحة بحيث الأولى تخص الحروف الصفيرية فقط بينما الثانية تؤثرعلى كل الأصوات التي مخرجها الفم طبيعيا

❖ **الخمخمة المغلقة :**

هذه الحالة تنتج عن عملية الاتصال الدائم لمؤخرة الحنك مما يمنع وصول الهواء الى المجاري الأنفية وذلك لان مؤخرة الحنك تكون دائمة الاتصال بمؤخرة الحلق فتصدر كل الأصوات من الفم و تعوض الحروف الأنفية بالفمية

تأخر الكلام

1-تعريفه :

هو اضطراب فونولوجي أي اضطراب يتعلق بتنظيم و تسلسل و تتابع الحرف داخل الكلمة بتميز بعجز في اعادة المقاطع الطويلة والمعقدة حيث أن الطفل لا يدرك الخصائص الفيزيائية للأصوات بصفة جيدة فينتج عنه انتاج كلمات مشوهة

2-مميزات لغة الطفل المتأخر في الكلام :

– يختصر الطفل المتأخر في الكلام الكلمات وذلك بحذف حرف أو حرفين وخاصة الحروف المهجورة أو الحروف التي يصعب عليه نطقها داخل الكلمة

– يقوم بتبديل أو قلب الحروف ليسهل عليه نطقها مثل على ذلك كلب تلب

– يقلب بين الحروف المتقاربة المخرج مثل ش ز

بصفة عامة فان كلام الطفل المتأخر في الكلام يشبه كثيرا كلام الطفل في المراحل الاولى لاكتساب اللغة حيث نجد تبسيط و تصغير في الكلام

3-الجدول العيادي لتأخر الكلام :

- عملية نطق الأصوات الساكنة أكثر عرضة من الأصوات لان عملية ادراك هذه الاخيرة تتطلب أكثر دقة
- عدم ثبات و تنظيم المفاهيم الفضائية المكانية
- الصعوبات المرتبطة بالذاكرة التي ينجم عنها النقص في قدرة الاحتفاظ

4-أسباب تأخر الكلام :

-اسباب وظيفية

ان ادراك الكلمة يستلزم اكتساب مفاهيم الزمان التسلسل و الايقاع فعدم النضج في البنية الزمنية تنتج عنه صعوبة في تحليل العناصر التي تتميز بأنها متتالية من الناحية الزمنية مثل الوحدات الصوتية للكلمة

-اسباب نفسية عاطفية

– مثل مشاكل النمو النفسي العاطفي

هناك من يتحدث عن سوء توظيف عصبي أو مشكل على مستوى التوصيل العصبي للخلايا المسؤولة عن سيرورة الادراك السمعي في الفص الصدغي و مايلحق به

5-التشخيص الفارقي : ان التشخيص مبني على :

-نفي اي قصور في الذكاء أو التأخر العقلي

-نفي النفص السمعي لاسيما الخفيف و المتوسط لأن أعراضهما تشابه مع تأخر الكلام كما أن اكتشافهما

-كما أن اكتشافهما يكون متأخر مقارنة بالصمم الحاد و العميق

-تطبيق اختبارات الادراك و التمييز السمعي لانه كما سبق الذكر فان تاخر الكلام يمون على مستوى الادراك السمعي

—تقييم الانتاجات الكلامية للحالة للتأكد هل لأن هذه الكلمات مشوهة أو فيها ابدال أو حذف للأصوات

6-التكفل بتأخر الكلام :

نجد الكثير لا يعير اهتماما لهذا النوع من الاضطرابات ويرون أنه عارض يزول مع الوقت في حين انه انه اضطراب تابت وعدم التكفل به مبكرا سوف يؤثر على الطفل خصوصا في مرحلة تمدرسه و أثناء عملية اكتسابه القراءة والكتابة و بالتالي على عملية التحصيل الدراسي

يكون العلاج بالتكفل بالنواحي النفسية للطفل وما قد يعانيه من مشاكل و أزمات نفسية (ان وجدت)

- العمل على تمارين الايقاع من خلال استعمال كلمات ومقاطع لاتحمل معنى
- اعادة هيكلة و تثبيت مفهوم الزمن لدى الطفل
- تدريب الذاكرة السمعية و الادراك السمعي لدى الطفل من خلال التمييز بين الأصوات الموجودة في البيئة ثم الانتقال الى الاصوات اللغوية

تأخر اللغة

1-تعريف تأخر اللغة

هو عدم تطور القدرات اللغوية عند الأطفال بما يتناسب مع الجدول الزمني أي بمعنى اخر تأخر في تطور المعرفة الأساسية باللغة و ليس بتنفيذها

على خلاف تأخر الكلام فأن تأخر اللغة يتميز بأنه اصابة تخص الوظيفة اللسانية في حد ذاتها بحيث نجد تأخر في مستوى اكتسابها و اضطرابا في تنظيمها

يتضمن تأخر اللغة كل من تأخر اللغة البسيط و تأخر النمو اللغوي :

ا-تاخر اللغة البسيط retard simple du langage

يعرف على أنه تأخر في المستوى الزمني لاكتساب اللغة و تطورها حيث لا يتمكن الطفل من الانتاج اللغوي بين السنة الثانية و الثالثة حيث لا تصاحب هذا الاضطراب اعاقات حسية و لا حركية و الطفل يكون سليما من الناحية الفيزيولوجية و العضوية (الحواس الأعضاء) ويمتلك قدرات عقلية عادية

ب-تأخر اللغة المعقد Dysphasie

على عكس تأخر اللغة البسيط فان تاخر اللغة المعقد هو تأخر حاد في النمو اللغوي و لا يمكن التخلص النهائي منه في غالب الاحيان حتى وان تم التكفل به حيث يظهر الطفل نماذج الكلام الطفلي و استعمال الاشارة في التواصل و مشاكل على مستوى اللغة الاستقبالية و الانتاجية

ويعرف على أنه اضطراب حاد في النمو اللغوي، والذي يمس أساسا التعبير والفهم معا . فالأمر لا يتعلق فقط بتأخر زمني ولكن بخلل في ميكانزمات الاكتساب اللغوي، فاللغة لا تنمو تبعا للمراحل العادية.

2- خصائص الأطفال المتأخرين لغويا

هناك عدة صفات تميز الطفل المتأخر لغويا و من أهمها ما يلي

❖ **خصائص اللغة التعبيرية :**

-حيث يظهر الطفل مقاومة للمشاركة في الحديث أو الاجابة عن الاسئلة ويرفض الكلام عندما يطلب منه ويكون كلام الطفل غير ناضج بحيث يظهر كلامه أقل من عمره الزمني

-فقر في الرصيد اللغوي ومحدودية في عدد المفردات التي يستخدمها حيث تقتصر اجاباته على عدد معين من الأنماط الكلامية

-استعمال الاشارة بكثرة أثناء التواصل اللغوي

-عدم قدرة الطفل على استغلال خبراته السابقة بحيث يظهر كلامه متقطعا

-قد ينطق الطفل بكلمات مشوهة و غير مفهومة

❖ **خصائص اللغة الاستقبالية و تظهر هذه المشكلات فيما يلي :**

فشل الطفل في فهم الأوامر والطلبات الموجهة اليه واظهار الطفل صعوبة في فهم الكلمات التجريدية

قد يخلط الطفل في فهم الأوامر و الطلبات الموجهة اليه و اظهار الطفل صعوبة في فهم الكلمات التجريدية

مشاكل عديدة في ادراك المكتسبات القاعدية للغة مثل الحجم الشكل اللون الزمن الاتجاه الجانبية

❖ **الخصائص الاجتماعية و النفسية :**

قد تظهر لدى الطفل بعض المشكلات السلوكية في التعامل مع الأصدقاء فقد يكون عدوانيا أو منعزلا

قد تظهر لدى الطفل رغبة في اختيار أصدقاء له ممن هم أقل من عمره

وقد تبدو عليه بعض علامات اليأس و الإحباط

3-أسباب تأخر اللغة

قد ترجع أسباب تأخر اللغة الى عوامل عديدة نذكر من بينها

-طبيعة العلاقة أم طفل ونمط الاتصال اللغوي و غير اللغوي بينهما

-شخصية كل من الطفل و امه

-الحرمان العاطفي المرتبط بغياب الاباء أو أحدهما

-تأثير الوسط الاجتماعي

-دور الثنائية اللغوية اي تأثير اكتساب لغة ثانية قبل تمام و ثبات أكتساب لغة الام

4-التكفل بتأخر اللغة

بالنسبة لعملية التكفل بتأخر اللغة تستدعي تناول تكفل متكامل لكل من المختص الأرطفوني و المختص النفسي و خاصة تعامل الاولياء و العمل على خلق تغيير ايجابي في ديناميكية الاسرة وفيما يتعلق باعادة التربية الارطفونية يتجسد في تأسيس ثلاث وظائف أساسية للغة

أولا الوظيفة المتعلقة بتهيئة الطفل للاتصال اللغوي الشفهي واستعمال مختلف التقنيات التي تسمح بذلك

ثانيا الوظيفة التي تسمح من خلالها بتأسيس اطار منظم منسق للمفاهيم الاساسية للاستعمالات اللغوبة

ثالثا وظيفة تحقيق الأفعال اللغوية التي تهدف الى اعطاء الطفل امكانية التعبير بلغة فعالة .

التأتأة

1-مفهوم التأتأة

تعرف التأتأة في معجم علم النفس بأنها: "إعادة وصعوبة في الكلام، ينقطع بسببها الانسياب السلس للكلام، وذلك من خلال أشكال مترادفة، والتكرار السريع لأجزاء ومقاطع الكلام وتشنجات التنفس أو عضلات الإخراج الصوتية.

وتعرف ايضا على انها اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته يظهر في صورة تكرار أو ترديد للحروف أو المقاطع اللفظية وخاصة في بداية الكلمات، أو يظهر في صورة إطالة أو توقف لمدة قليلة من الوقت يعقبها انفجار في الكلام مصاحباً ذلك بعض الأعراض النفسية والجسمية ومع التكرار والإطالة يشعر المتأتئ بالتوتر والقلق، ويحاول الإحجام عن الكلام، وتجنب المواقف الاجتماعية خوفاً من السخرية والاستهزاء به من قِبل الآخرين

ويتضح مما سبق ان التأتاة عبارة عن اضطراب في مظهر او اكثر من مظاهر طلاقة الكلام (التكرار، التوقف، الإطالة) والتي تؤثر سلبا على عملية التواصل للفرد.

2-الاعراض المصاحبة للتأتأة

- ✓ **اضطرابات في التنفس** : نلمس عند المصاب بالتأتأة صعوبات في التنفس المصاحب للكلام تتمثل في غياب الشهيق أو قصر مدته الزمنية وكذلك في زفير متقطع أو انفجاري نجده خاصة قبل بداية التكلم أو أثناء التكلم بحيث هذه الاختلافات التنفسية تعيق سيولة الكلام
- ✓ **اضطرابات حركية** : تتمثل في حركات تصاحب كلام المتأتيء تخص الجهاز الفمي وحتى باقي الأجزاء الاخرى من الجسم كحركات الرأس اليدين أو الرجلين و كلما زادت حدة التأتأة كلما زادت وتعقدت هذه الأضطرابات الحركية فممكن أن تكون حركات غير طبيعية للسان أو الفكين أو الشفتين
- ✓ **مشاكل نفسية** : يلاحظ عند معضم المصابين بالتأتاة بعض المشاكل النفسية تتمثل في قلق مستمر عند الأتصال مع الاخرين يعيق لديهم عملية التكيف الاجتماعي كما يصاحب عملية التكلم عند المتاتيء خوف يتجه في التدرج ليصاحب كل عملية اتصال

3-الأشكال العيادية للتأتاة :

هناك أربعة أنواع أكثرشيوعا للتأتأة تتمثل في :

- ❖ التأتأة التكرارية **bégaiement tonique**

يتميز هذا النوع من التأتأة بتكرارات و توقفات لا ارادية تتجلى عموما في المقاطع الأولى من الكلمة الاولى في الجملة ويختلف عدد التكرارات حسب الحالات

- **التأتأة الاختلاجية bégaiement colonique**

يتجسد هذا النوع في الصعوبة التي يجدها المصاب في التكلم حيث يتوقف لمدة زمنية معتبرة قبل أن يتمكن من اصدار الكلمة بشكل انفجاري

- **التأتأة التكرارية الاختلاجية bégaiement tonic– colonique**

تتمثل في تواجد كلا النوعين السابقين عند شخص واحد فنلاحظ توقف تام متبوع بتكرارات متعددة أو مقاطع صوتية

- **التأتأة بالكف bégaiement par inhibition**

يتميز المصاب بهذا النوع بتوقف نهائي عن الحركة قبل التكلم ثم بعد مدة زمنية يتمكن من النطق ليوقف مرة أخرى سواء في وسط الجملة أو بداية الجملة التي تليها

4–أسباب التأتأة

هناك العديد من النظريات التي حاولت تقديم تفسيرات لسبب ظهور التأتأة حيث تعددت هذه النظريات ومن أهم هذه النظريات نجد

- **نظريه السيطرة المخية** Dominance Theory Cerebral :

التي يتزعمها الباحث الأمريكي (ترافس) والتي ترى بأن التأتأة عرض لاضطراب حيوي (بيولوجي) أو لاضطراب عصبي فسيولوجي داخلي معقد، يتلخص في أن تحويل طفل أيسر للكتابة بيده اليمنى مدعاة لحدوث التأتأة في الكلام، والأساس الذي قال به أصحاب هذا المذهب يرجع إلي الفرض الآتي:

إن المخ ينقسم إلي شطرين كرويين، ومن خصائص تكوينهما أن أحدهما يمتاز بالسيطرة علي الآخر، وتكون هذه السيطرة في النصف الكروي الأيمن للأشخاص الذين يكتبون باليد اليسرى والعكس، وبمعنى أخر فقد وجدت بعض الدراسات باستخدام الرسام الكهربائي للمخ (EEG) أن الذكور الذين لديهم تأتأة وجد لديهم إخماد أو تثبيط (كف) للموجة ألفا بالفص الأيمن أثناء إثارة الكلمات والمهام، أما الذين ليس لديهم تأتأة فلديهم تثبيط وكف بالفص الأيسر.

كما أن الذين لديهم تأتأة يظهر لديهم استخدام اليد اليسرى، كما يستخدمون كلا اليدين, فهي علاقة عكسية منشؤها السيطرة الدماغية، وبناء على هذا الفرض يقرر أصحاب هذا المذهب أن تحويل طفل يساري إلي الكتابة باليمنى ينتج عنه شئ من التداخل في عمل كل من نصفى المخ الكرويين، ويؤدى هذا التداخل إلى ازدياد سيطرة نصف الكرة اليساري، فيتعادل شطر المخ في السيطرة، وينتج عن تعادلهما اختلال يؤدى إلى اضطراب كلام الطفل , وأكد مصطفى فهمي صحة هذا الفرض من الأبحاث التي قامت بها في جامعة

"كمبردج" أثناء دراسته فيها علي أن من بين ستمائة طفل يساري حاول المشرفون على تعليم الخمسين منهم إجبارهم بشتى الطرق على استعمال اليد اليمنى بدل من اليسرى في الكتابة، فكانت نتيجة ذلك _ مع استثناء ثلاثة منهم _ أن تعرضت تلك) المجموعة لعلل نفسية أهمها التأتأة في الكلام .

- **النظريات البيوكيميائية والفسيولوجية:**

يرى "ويست West "بأن التأتأة هي نتيجة لاستعداد وراثي، وقد أكد ويست عام 1958 على حالة عدم اتزان الدم – السكر لدى الشخص المتأتئ خلال التأتأة وترتبط هذه النظرية في أبحاث الأيض الأساسي وكيمياء الدم، وأمواج الدماغ،والتوائم والعوامل الفسيولوجية العصبية.

كما أكدت نظريات أخرى على أهمية التغيرات الدينامية الهوائية والفسيولوجية التي تظهر في الجهاز الصوتي خلال الكلام والتي تقول بأن التأتأة مشكلة في التصويت والتنفيس الهوائي والنطق، كم أشارت نظريات أخرى إلى التحويلات الصوتية التي تجعل بداية الكلام صعبة لدى الشخص المتأتئ، وكذلك توقيت وتدفق الهواء، كما يرى آخرون أن عنصر التنسيق والتوتر الزائد في منطقة الحنجرة كعوامل مسببة للتأتأة، وينظر باحثون آخرون إلى أن عدم السيطرة على النشاط الحنجري يسبب التأتأة

- **النظرية الجينية Genetic Theory**

وترى بأن التأتأة لها أساس وراثي، ويشير البعض من الباحثين إلى أن 65 % من الأفراد المتأتئين لديهم أحد الأبوين أو الأقارب يتأتئون، بينما لم يجد الباحثون الآخرون أي عامل وراثي وراء التأتأة، بالإضافة إلى أن وجود أقارب يتأتئون لا يعني بالضرورة وجود أصل وراثي , وطور هذه النظرية ويندل جونسونWendel Johnson

كما سميت بالنظرية النمائية Developmental Theory ونظرية مقاومة التوقع Anticipatory Struggle Theory و يرى جونسون Johnson أن تشخيص التأتأة من قبل الآباء يوفر بيئة الفرق والإعاقة حيث يبدأ الطفل بالكلام غير الطبيعي كاستجابة للقلق وللضغوطات ولانتقادات الآباء، حيث يستجيب كل من الآباء والطفل لفكرة الإعاقة أكثر من سلوك كلام الطفل، ويقول جونسون Johnsonأن التأتأة تبدأ في أذن الآباء قبل فم الطفل .

- **نظريات علم النفس:**

حاول أصحاب هذه النظرية تفسير سلوكيات الفرد سواء العادية وغير العادية في ضوء عملية التعلم، لذا فهم يعتبرون التأتأة من وجهة نظرهم عبارة عن سلوك يتعلمه الفرد إما بالتعزيز أو المحاكاة، الأطفال الصغار في سن 3-4 سنوات يتعرضون لاضطرابات في طلاقة الكلام خلال ممارستهم الأولى لها لأنهم غير قادرين على نطق الأصوات من جهة ولقلة محصولهم اللغوي أن عدم الطلاقة المقترن بردود فعل المستمع من جهة أخرى، ويرى Johnson السلبية تعد المسبب الحقيقي للتأتأة، بمعنى أن الطفل عندما يتكلم وتحدث له التأتأة وينتقد من قبل الآخرين فإنه يدعم هذا الاضطراب ويدعم حدوثه مرة أخرى، وهذا ما يسمى بالنظرية التفاعلية، وهناك جانب آخر يتسق مع

تفسير نظرية التعلم ويتضمن تعرض الفرد للجلجة، وهو ما يسمى أثر الثبات أو الاتساق Consistency المتلجلج إلى التأتأة في بعض الكلمات أو في كلمات معينة دون الأخرى، مما يشير إلى أنه يعرف مسبقًا أنه سوف يتلجلج عند نطق تلك الكلمة، الأمر الذي يجعله يتلجلج بالفعل مرة تلو مرة.

خلاصة القول فقد حاول السلوكيون تفسير التأتأة على أنها سلوكًا متعلمًا، حيث أرجعه البعض إلى ارتباطه بمثير شرطي)كلام الآخرين(ينتزع استجابة التأتأة من الفرد، بينما أرجعها البعض الآخر ما يحصل للفرد من تعزيز نتيجة ممارسة التأتأة، كأن يلفت انتباه الآخرين أو استدرار عطفهم واهتمامهم، كما يعتبره البعض سلوك هروب من مثير غير مرغوب فيه يسبب انفعالات مؤلمة واستجابات سلبية مثل الخجل أو التوتر أو القلق، وبالتالي يمارس التأتأة (التأتأة) تجنبًا للألم الذي يتعرض له الشخص

5-تشخيص التأتأة:

قدمت هيل (1995) دراستها لتقييم لغة الأطفال ذوى اضطراب التأتأة في الكلام والتي أوضحت أن التشخيص لابد وأن يتضمن : دراسة الحالة، وتقييم الطلاقة، وتقييم المهارات اللغوية، وأساليب المعاملة الوالدية وقد أجمل عبد العزيز الشخص إجراءات تشخيص اللجلجة في الكلام على النحو التالي :ملاحظة كلام الطفل أثناء حديثه مع الوالدين والأخوة، وتجميع الملاحظات حول :نوع التأتأة ، ومدى معاناة الطفل من التوتر والانفعال، إضافة إلى الحالة الصحية ، ورد الفعل حيال الاضطراب، والظروف التي تعرض لها قبل تعرضه للاضطراب، ، وتسجيل عينات من كلام الطفل أثناء التحدث مع الوالدين والأخوة والأقران، وأثناء القراءة، وتحليل ذلك، وتكرار هذه الإجراءات في مواقف مختلفة في المنزل، والمدرسة، وذلك بهدف تحديد الظروف التي تحدث فيها التأتأة بالضبط و بالتالي يتم التركيز عليها أثناء إعداد البرنامج العلاجي.

وقد وردت عملية التشخيص ايضا على النحو التالي:

- دراسة الحالة:

وهنا نقوم بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة من خلال النماذج المعدة مسبقًا المتوفرة لدينا، ثم نلجأ إلى المقابلة الشخصية المباشرة مع المصاب إذا كان راشدًا، أما إذا كان طفلا فيكون اللقاء مع الوالدين ثم مقابلة الطفل، ويكون الهدف من المقابلة جمع معلومات حيوية عن الاضطراب من حيث بداية التأتأة وتطورها والسبب في رأي المصاب أو والديه إذا كان طفلا والعلاجات السابقة والمشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والعلاقات الشخصية كل معلومة يرى المعالج والمصاب أو والديه في حالة كونه طفلا أن لها دورًا في العملية التشخيصية والعلاجية.

- فحص الكلام:

وهنا يكون فحص لعينة الكلام لدى المصاب وذلك من خلال الحديث المباشر مع المصاب إذا كان بالغًا، حيث يعطينا هذا الأسلوب الحواري فكرة كاملة عن نوع الاضطراب والأعراض المصاحبة له وردود الفعل الانعكاسية لدى المصاب، أما بالنسبة للأطفال

فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، وهنا نتعرف عن قرب على علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعامله معهما وتعاملهما معه، كما نتعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للاضطراب.

- **التشخيص الفارقي تجريد التأتأة من أي اضطراب آخر:**

يجب أن يتعرف الفاحص على ما إذا كان هناك اضطرابات لغوية أخرى لدى الطفل، ومدى تأثيرها على التأتأة إذا وجدت لأن هذا من شأنه أن يؤثر على سير العلاج والخطة العامة ، ولأنه مع ظهور مشكلة التأتأة عادة ما يكون المتأتأ غير واعي بالمشكلة مع بداية الوعي والشعور بالمشكلة يبدأ المتأتأ باستخدام بعض الآليات أو المظاهر لمحاولة تفادي التأتأة أو محاولة التخلص منها، وهذه المظاهر غالبًا يشار لها بالأعراض الثانوية المرتبطة أو المصاحبة للجلجة، ومن هذه الأعراض الفسيولوجية حركة الشفاه وارتعاشات الوجه واهتزاز الرأس واضطراب التنفس ورمش العين

علاج التأتأة

6- العلاج: ومن طرقه :

* **الاسترخاء:** ويستخدم كوسيلة لخفض التوتر ومن ثم انطلاق الكلام. وينصب هنا الاهتمام حول خفض الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام. وإيجاد ارتباط بين الشعور بالراحة والسهولة عن طريق قراءة الأحرف والكلمات والجمل ببطء وبكل هدوء واسترخاء.

- **العلاج النفسي:**

ويتضمن عدة طرق من أهمها نجد

-العلاج عن طريق الإرشاد: وذلك بإعطاء المتأتئ مجموعة من الإرشادات تتلخص في أنه يجب عليه أن يتوقف عن التأتأة، وأنه لابد أن يتحكم في كلامه، وأن عليه أن يركز تفكيره في ذلك، إلى جانب إرشاد الوالدين إلى ضرورة إتاحة الوقت للمتأتئ ليعبر عن نفسه دون ضغط وتشجيعه على الكلام.

-العلاج بالإيحاء والإقناع: وذلك بأن توجه للمتأتئ عملية الإيحاء والإقناع لتلافي الشعور بالنقص والخوف من الكلام لما قد يتعرض له من خيبة أو خجل من خلال بيئته الاجتماعية وإقناعه بأنه بريء من أيه علة تشريحية أو وظيفية تعوقه عن الكلام.

-العلاج عن طريق الاسترخاء: تقوم هذه الطريقة على أساس أن التأتأة ينتج من زيادة الضغط على الجهاز العصبي للفرد، ويتم الاسترخاء بطريقة النوم إذ يعتبر إجراء وقائيًا وعلاجيًا لراحة الجهاز العصبي. وهناك طريقة العلاج بحمامات الماء الدافئ كإحدى طرق العلاج الطبيعي، حيث يتم علاج التوتر العصبي للعضلات عن طريق حمامات الماء الدافئ والمساج بغرض الوصول لاسترخاء العضلات. (رابير فان ,مرجع سابق , ص101)

-استخدم **ولبي** أسلوب تقليل الحساسية التدريجي في علاج التأتاة وذلك بتعليم المتأتئ استجابة بديلة للمخاوف والقلق وذلك من خلال عملية الكف المتبادل.

-واستخدم **مورد** التعزيز والعقاب المتزامن مع الاستجابة حيث يتم تقديم العقاب بشكل متزامن مع حدوث سلوك التأتأة، وبالمقابل يتم تقديم التعزيز بشكل متزامن مع الكلام بطلاقة .

3-العلاج البيئي :

هذا النوع من العلاج يقصد به ترك الطفل المضطرب وتمكينه من ممارسة نشاطاته الاجتماعية بالتدريج الامر الذي يساعده على الاخذ والعطاء مع اقرانه ومن ثم تتاح له الفرصة للتفاعل الاجتماعي لتنمية شخصيته الامر الذي يمطن الطفل من التغلب على خجله وانطوائيته وعزلته وانسجامه الاجتماعي عبر اللعب والانشطة الاجتماعية الاخرى ، ويتضمن العلاج البيئي الإرشاد الأسري حول الأسلوب الأمثل للتعامل، وتجنب إجبار المتأتئ على الكلام تحت ضغوط انفعالية وفي مواقف غير مناسبة ومخيفة له، كالطلب منه التحدث أثناء وجود أشخاص غرباء.

العلاج الجماعي :

ويستخدم على نطاق واسع في علاج المتأتإين الصغار والكبار. ذلك أن المتأتئ في العلاج الجماعي يرى غيره ممن يعانون نفس أعراض التأتأة (من صعوبة في الكلام وارتعاش الشفاه وغيرها) فيشعر بأنه ليس الشاذ الوحيد في هذا المرض، بل إن كثيرين غيره يعانون نفس الحالة، مما يخلق جوًّا من المشاركة الوجدانية بين المتأتئين. كما أن أي تقدم في العلاج لأحدهم يدفع بالآخرين للتنافس وازدياد الفرص الواقعية للشفاء.

ومن وسائله: العلاج بالسيكودراما Psychodrama ، حيث يستخدم التمثيل كوسيلة أدائية تجمع بين الإسقاط والتنفيس الانفعالي، وهي عبارة عن تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر وتنفيس انفعالي تلقائي

دور الأسرة :

للأسرة دور مهم في عملية التأهيل، فمنذ البداية يتم أخذ المعلومات عن الطفل من الوالدين وتقديم برنامج إرشاد أسري يتضمن معلومات عن طبيعة التأتأة وخطة العلاج. ويتم نصحهم بشكل أساسي بعدم تصحيح الشخص أثناء التأتأة أو إعطاء أهمية ولفت انتباهه للتأتأة، خاصة للأطفال في المرحلة الأولى .

ويتم ويتم ذلك كالآتي :

1. تكلم ببطء واسترخاء مع جميع الأشخاص في أسرتك أو الفصل الدراسي، والثناء على الأشخاص الذين يتأتئون في حديثهم .

2. استمع بهدوء واسترخاء، ودع الطفل يشعر بأن لديه ما يكفي من الوقت ليقول ما يريد قوله، تجنب قول الكلمات الصعبة التي يعجز عنها، وتجنب أيضاً إنهاء الجمل له .

3. خصص متسعاً من الوقت للتحدث مع الطفل المعرض للتأتأة، وتجنب الحديث حينما تحتاج بالفعل إلى القيام بأشياء أخرى، مثل إعداد الغداء أو كتابة الجدول اليومي على السبورة .

4. دع الطفل يعرف أنك تستمتع دائماً بالحديث معه .

5. لا تطلب من طفلك أن يتحدث أمام الأشخاص. وإذا ما اقتضت الضرورة مناداة الطفل في الفصل الدراسي، ناده في وقت مبكر لتفادي تراكم القلق من الكلام .

6. إذا كان طفلك يتكلم بصعوبة مفرطة، أو يتوقف عن الكلام بسبب التأتأة أو يخبرك بأنه لا يستطيع أن يتكلم عليك التسليم بالمشكلة والتأكيد له أنك: موجود للاستماع إليه. وأنه لا يهم كم من الوقت سيستغرق حديثه. مثلاً: يمكنك أن تقول: "كان من الصعب عليك قول ذلك. وجميعنا نواجه مشاكل في التحدث أحياناً، غير أنني موجود هنا للاستماع إليك ."

7 . لا تتردد في طلب مساعدة أخصائي النطق والتحدث معه بصراحة عن المشكلة التي يواجهها طفلك، فذاك من شأنه مساعدة أخصائي النطق في التعامل الصحيح مع مشكلته

عسر القراءة

1-مفهوم عسر القراءة

يُعَرَّف العسر القرائي (الديسلكسيا Dyslexia) أنه اضطراب في القراءة ذو منشأ عصبي خارج نطاق أية إعاقة عقلية، أو حسية، وغير مرتبط بعوامل ثقافية، أو بيئية، أو بعدم الرغبة في الدراسة، ويكون معدل الذكاء لدى الشخص، عادي أو فوق العادي.

2-مظاهر العسر القرائي (الديسلكسيا **Dyslexia**) :

1. الخلط بين الأحرف المتشابهة في الشكل مثل : (ب – ت – ث) أو (ج – ح – خ) أو (د – ذ) أو (ر – ز).

2. الخلط بين الأحرف ذات المخارج المتشابهة مثل : (ت – ط) و (ج – ش) و (ح – ع) فيقرأ مطجر بدلاً عن متجر ومشتهد بدلاً عن مجتهد.

3. حذف بعض الحروف، وإضافة أُخرى كأن يقرأ : والد بدلاً عن ولد، وندى بدلاً عن نادى.

4. حذف مقطع كامل من الكلمة كأن يقرأ منزل بدلاً عن المنازل، وفتاة بدلاً عن فتيات.

5. قلب مواضع الحروف من الكلمة، إما بالتقديم، أو التأخير كأن يقرأ قلب بدلاً عن قبل، وعبد بدلاً عن بعد، وفرس بداً عن سفر.

6. قلب مقطع من الكلمة فيقرأ بانت بدلاً عن نبات، وكوافه بدلاً عن فواكه.

3-مظاهر أُخرى مصاحبة للعسر القرائي (الديسلكسيا **Dyslexia**) :

1. عسر الخط، ويتجلى في رداءة الخط، وعدم انتظام الحرف شكلاً وحجمًا، والخروج عن السطر.

2. عسر الحساب، ومن مظاهره أن يخلط بين الأرقام المتماثلة مثل رقمي (6 و 9)،أو يقلب الأرقام كأن يقرأ العدد 12 بدلاً عن 21، أو يزيد وينقص في الرقم فيقرأ 100 بدلاً عن 100.

3. اضطرابات الكلام، وتعني وجود اضطرابات نطقية لأصوات اللغة كأن ينطق الطفل حرف السين ثاءً، أو اضطرابات الطلاقة ولعل من أشهرها التأتأة، والفأفأة، وغيرها.

4. كما قد يقترن العسر القرائي، أو عمى الكلمات بأعراض أُخرى مثل : اضطرابات الكلام، والخلط بين اليمين واليسار، أو يصعب عليه تنفيذ بعض الأعمال مثل : ربط الحذاء، وإدخال (الأزرار) في مكانها، وقد يجد صعوبة في التنسيق في أداء بعض الأعمال مثل : مسك الكرة، أو تنطيطها، أو رميها، كما يصعب عليه التركيز في شيء معين.

4-أسباب العسر القرائي (الديسلكسيا Dyslexia) :

هناك الكثير من الدراسات، والبحوث، والمقالات التي نشرت حديثًا، والتي تبحث في أسباب المشكلة، فالبعض ينظر إليها من ناحية طبية عضوية، حيث يرى الأطباء أنه اضطراب عصبي وراثي المنشأ، ويستدلون على ذلك بنتائج بعض الدراسات الخاصة بالتصوير الدماغي الوظيفي، والتي أظهرت اضطرابًا لبعض المناطق في الدماغ أثناء التلفظ والقراءة.

كما أن البعض يُرجع أسباب المشكلة إلى عملية تنظيم الدماغ من حيث سيطرة فصوصه وما يتبعها من مصاعب في التنظيم الزماني والمكاني، واضطراب في معرفة الاتجاهات (اليمين واليسار)، فيربطون بينها، وبين ظاهرة التقديم والتأخير في قراءة الحروف والمقاطع.

• أما الأسباب التربوية فمنها اتباع بعض الأساليب التربوية الخاطئة في تدريس القراءة مثل : التعليم المبكر (المتسرع) قبل النضج والاستعداد لتعلم المهارات وتقبلها، كذلك تغير المعلم المفاجئ أو الانتقال من بيئة إلى أُخرى أو الكثافة العددية للطلاب في الصف مما قد يسبب توترًا وقلقًا يولد المشكلة.

• أما الأسباب النفسية والوجدانية فمن مظاهرها الحرمان العاطفي، وعدم الاستقرار النفسي داخل الأسرة، أو في المجتمع، (ومن هذا القبيل ما ذكرته المحللة الفرنسية – فرانسواز دولتو – عند مشاهدتها ظاهرة عسر جماعي للقراءة لدى التلاميذ، فقد أجبرت ظروف الحرب العالمية الثانية إبعاد جميع تلاميذ المرحلة الابتدائية إلى خارج المدار الحضري لمدينة باريس خوفًا من تعرضهم للغازات الخانقة، وكان لهذا الإجراء أثر عنيف في نفوس الأطفال وقد فارقوا الحضن الدافئ لأسرهم؛ بسبب لجوئهم إلى مآو تنعدم فيها ظروف العيش الآمن ومن جراء الصدمة التي أحدثها هذا الطارئ فوجئ المدرسون في بداية العام الدراسي باختلال كبير في طريقة قراءتهم وكتابتهم على نحو غير معهود من قبل، وهم الذين تمكنوا في السنة الدراسية المنصرمة من القراءة والكتابة والحساب بلا عناء، فهذا دليل ساطع على ما قد يترتب على الصدمة الانفعالية من اضطراب وجداني يفضي إلى تعثر دراسي واضح تمثل في عسر القراءة والكتابة معًا).

5–التشخيص التفريقي:

إن التشخيص عملية دقيقة و عادة ما يقوم بها فريقا متكاملا و متعدد من التخصصات، و منه يحدد ما إذا كان هذا الطفل يعاني من عسر في القراءة أو تأخر في القراءة أو إعاقات أخرى.
و بفضل هذا الفريق نتحصل على نتائج الفحوصات الطبية و هي:

1 – ذكاء كافي: فنسبة الذكاء يجب أن تكون مساوية أو أكبر من 90 ، فلا مجال

للخلط مع التأخر العقلي حتى و لو كان بسيطا.

2 – غياب أي إصابة حسية، سمعية، بصرية و حركية.

3- غياب اضطرابات سلوكية يمكنها أن تفسر أصل الاضطرابات.

4 دخول مدرسي عادي .

5 عدم وجود قصور عاطفي أو اضطراب حاد في الشخصية.

6 عدم وجود مشاكل اقتصادية، ثقافية،بيئية.

7 مواظبة الطفل المصاب بعسر القراءة على المدرسة و رغبته في التعلم(حسب تقرير المعلم).

فإذا تأكدنا من هذه النقاط يمكننا القول بان الطفل لديه عسر القراءة -

6-المميزات العيادية للأطفال المصابين بعسر القراءة:

إن الأخطاء على مستوى القراءة و الكتابة، و كذلك الإملاء، هذه الأخيرة تثير الشك أكثر فأكثر إذا استمر وجودها ما بعد 7و8 سنوات عند نفس الطفل.

أخطاء على مستوى القراءة:

الأخطاء البسيطة أثناء التعلم: قد نجد الأخطاء عند التلميذ العاديين، كذلك من المهم هو استمرارية ظهور هذه الأخطاء النوعية في سن تتعدى سبع أو ثمان سنوات و هي:

- الخلط البصري بين الحروف ذات الأشكال المتشابهة أو المتقاربة في الشكل، و الإدغام بين حرفين في حرف واحد.

- عدم التمييز البصري بين الحروف المتشابهة في نطقها(مخارجها).

- حذف صوامت، مصوتات، كلمات و حتى جمل أحيانا.

- قلب حروف أو كلمات.

- إضافة أصوات بأخرى أو كلمات أو مقاطع.

- تعويض أصوات بأخرى أو كلمات بأخرى.

هذا و نشير إلى أن هناك بالموازاة مع تواجد هذه الأخطاء عدم انتباه إلى نظام تتابع الحروف، فحركة العينين تكون تارة من اليمين إلى اليسار و تارة العكس.

إضافة إلى كون القراءة ممتلئة بهذه الأنواع من الأخطاء، يكون الإيقاع متردد، مختل، مجرى الكلام متقطع مع عدم الاهتمام بعلامات التوقيف خلال القراءة.

أخطاء على مستوى الفهم:

الفهم ضعيف، لكن هناك من الأطفال المصابين بعسر القراءة من يتمكن من فهم معنى النص بالتقريب.

الصعوبات التي تأتي فيما بعد:

في سن المراهقة أو في سن الرشد، نادرا ما تتحسن قراءة المصابين بعسر القراءة و أخطاءهم تنتقل إلى مجال الكتابة أيضا، مما يجعل أكثرهم يتجنب الدراسة ، و بالأخص القراءة ، فهذه الأخيرة إما أن تكون سريعة و مملوءة بالأخطاء، إما أن تكون بطيئة و قليلة الأخطاء لكن بدون رنة .

الاعاقة السمعية

1-تعريف الإعاقة السمعية

يتعلق المفهوم الطبي للإعاقة السمعية بالعجز والتلف السمعي نتيجة لسبب عضوي ولادى أو مكتسب، الإعاقة السمعية أو القصور السمعي مصطلح عام" يغطي مدى واسعا من درجات فقدان السمع يتراوح بين الصمم أو الفقدان الشديد الذي يعوق عملية تعلم الكلام واللغة ، والفقدان الخفيف الذي لا يعوق استخدام الأذن في فهم الحديث وتعلم الكلام واللغة "

تعرف أيضا على أنها خلل فزيولوجي يؤدي على تدهور على الأقل المحيط السمعي الذي يعيق فهم الرموز اللغوية والذي يشكل عائقا هاما أمام المشاركة في شبكات الاتصال.

3-تصنيفات الأعاقة السمعية:

تصنف من وجهات نظر متعددة، كما يلى:

أ/- حسب المنطقة العضوية المصابة :

- **الإعاقة السمعية التوصيلية: (الصمم التوصيلي)** ويعرف أيضا بالصمم الميكانيكي وذلك عندما تكون المشكلة فى الأذن الخارجية والوسطى. تتميز بإصابة الأصوات الهمسية الشخص يتكلم بصوت منخفض لأنه يعتقد انه يتكلم بصوت مرتفع.

- **الإعاقة السمعية الحسية: (صمم الاستقبال)** وذلك عندما تكون المشكلة فى الأذن الداخلية أو العصب السمعى. تميز بضع استقبال الأصوات و الشخص يتكلم بصوت مرتفع و الكلام مشوه .

- **الصمم المختلط** : ويجمعه بين الصممين السابقين

الإعاقة السمعية المركزية : وذلك عندما تكون المشكلة فى الدماغ وليس فى الأذن.

ب – حسب العمر الذى حدثت فيه الإعاقة السمعية:

- **صمم ما قبل اللغة** :قبل اكتساب اللغة ،أى قبل سن الثالثة.

- **صمم ما بعد اللغة**:أى بعد اكتسابهم الكلام واللغة ،أى بعد بلوغ سن الخامسة.

ج . **مدى الخسارة السمعية**:وتصنف إلى أربع فئات :

- **الإعاقة السمعية البسيطة** :تتراوح قيمة الخسارة السمعية مابين(40:20 ديسبل). وتتميز بعدم سماع الأصوات الحادة و الشخص يسمع الأصوات لكن هناك بعض الأصوات لا يسمعها نتيجة عدم رفع الأصوات.

- **الإعاقة السمعية المتوسطة**: تتراوح مابين (70:40 ديسبل). وتتميز بوجود صعوبة في الاستماع للجماعة، أو سماع التلفزيون ، و الأصوات اليومية ما عدا الكلام المرتفع الي يمكن سماعة و عند حدود 50 دسيبل يتحكم الشخص بصعوبة في صوته .

- **الإعاقة السمعية الشديدة**:تتراوح الخسارة السمعية ما بين(120:70 ديسبل). هنا الإعاقة واضحة مع ظهور اضطراب الكلام بشكل واضح و استعمال الأجهزة يصبح أكثر من ضروري.

- **الصمم** : تزيد الخسارة السمعية لهذه الفئة عن (92 ديسبل)، ويبقى الطفل أبكم إذا لم يتلق تربية متخصصة

5-أسباب الإعاقة السمعية:

تصنف العوامل المسببة الإعاقة السمعية تبعا لأسس مختلفة من بينها، أسباب وراثية أو أسباب غير وراثية، أو تراجع الأسباب لزمن حدوث الإصابة، أما قبل الميلاد أو أثناء الميلاد أو بعد الميلاد .و لم ترجع الأسباب لهذين السببين فقط بل هناك موضع الإصابة نفسه إما في الأذن الوسطى أو الأذن الخارجية.

أولا: -أسباب وراثية:

- قد تكون خطا في تركيب الجينات أو الكروموسومات.
- كذلك قد تكون ظاهرة عند الولادة أو تظهر في سن متأخرة.
- غالبا ما يكون هناك أكثر من فرد مصاب في الأسرة.
- تزداد الحالات بزواج الأقارب.

ثانيا:-أسباب غير وراثية: و تتمثل في الاحتمالات التالية:

1-إصابة الأم الحامل قبل الولادة:

من أهمها إصابة الأم لاسيما خلال الشهور الثلاث الأولى من الحمل من أهمها :

- الحصبة الألمانية .
- تسمم الحمل و ارتفاع ضغط الدم وإصابة الكلى.
- الأدوية الضارة بالجنين، و كذلك التعرض للتدخين.
- استمرار القيء و نقص السوائل الشديدة للام أثناء الحمل و خصوصا في الشهور الأولى.

2-أسباب تحدث أثناء الولادة:

- مثل الولادة المتعثرة والتي تؤدي إلى نقص الأكسجين للجنين(التفاف الحبل السري حول الرقبة)

- إصابة الجنين أثناء الولادة(استخدام الآلات الجراحية).

3-أمراض تصيب الأذن الداخلية:

من بين هذه الأمراض، الالتهاب السحائي، البكتيريا العضوية والتهاب الغدد والحصبة والأنفلونزا، وفي هذه الحالة يتسل الفيروس عند طريق ثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي المخي .

4-أمراض تصيب الأذن الوسطى:

ومن أهم الأعراض الالتهاب السحائي المخي، ففي هذه الحالة يتواجد سائل (صديد) في الأذن الوسطى بسبب انسداد قناة استاكيوس مما يترتب عليه ضعف في الأذن الوسطى

و من الأعراض الملحوظة في مثل هذه الحالات:

إفراز الصديد من الأذن الوسطى، قد يجده الأطباء على الوسادة التي ينام عليها الطفل، وينتج عن ذلك إصابة الأذن الخارجية بثقب إما نتيجة مؤثر خارجي كأداة حادة، أو نتيجة التهاب في الأذن الوسطى، فيحدث مثل هذا الثقب الذي يسمح بنزول هذا الصديد، على أن الالتهاب السحائي المزمن من شانه أن تتلف الأذن تماما، وتوجد أنواع أخرى من الأمراض الالتهابية التي تأثر على الأذن الوسطى والتي من بينها ورم الأذن الوسطى اللؤلؤي.

- استخدام العقاقير :

هناك بعض العقاقير التي قد يترتب على استخدامها وجود إعاقة في السمع ومن أهم هذه العقاقير -Kanomycin : " Néomycineوكذلك عقارStreptomycine، وبعض العقاقير من مجموعةMycin ، قد تسبب إعاقة الخلايا القوقعية في الأذن بالتلف.

- الحوادث و الضوضاء:

تشكل هذه المجموعة من الأسباب بعض العوامل البيئية العارضة التي تؤدي إلى إصابة أجزاء الجهاز السمعي، كإصابة الأذن الخارجية بثقب وحدوث نزيف في الأذن نتيجة آلة حادة أو لطمة أو صفعة شديدة، أو التعرض لبعض الحوادث، كحوادث السيارات والسقوط من أماكن مرتفعة والعمل في أماكن بها ضجيج وضوضاء كبعض الورش والمصانع أو المطارات وميادين القتال...الخ.

6-سمات المعاقين سمعياً:

- السمات الطبيعية:

*يرتدي مساعدات على السمع.

*يتحرك فى الصف حتى يقترب من مصدر الصوت.

*لايشارك فى بعض الأنشطة.

– السمات المعرفية:

– يعتمد على عوامل التعزيز البصري.

– يظهر سلوكً وأداءً غامضاً،يؤدى لتحصيل منخفض.

– لديه مهارات فهم انقرائى أقل من مستوى الصف.

– يحتاج إلى تكرار وتوضيح مستمر للتعليمات والمحتوى.

– اللغة المكتوبة لديه ضعيفة،ولديه مشكلات في اللغة الشفوية(بالنسبة لضعاف السمع.(

– السمات الاجتماعية/الانفعالية/السلوكية:

– يختار التلميذ الأصغر أو المعاق كصديق له.

– يكون معزولاً عن الجماعة،وفى أغلب الحالات لايفهم الزملاء.

– يتحرك بعشوائية من نشاط إلى أخر.

– يظهر أنماطاً من السلوك العدائى بسبب تردده،وينسحب من الأنشطة الجماعية.

– يجد صعوبة فى التشاور مع الآخرين فى مواقف اتخاذ القرار.

–سمات الكلام واللغة:

– يظهر تناقضاً واضحاً بين لغة الاستقبال ولغة التعبير،ويستخدم تركيبات لغوية غير مناسبة.

– لديه نمط حديث متمركز حول الذات.

– لايستطيع التركيز فى موضوع ما لفترة زمنية طويلة.

– لديه صعوبة فى ترتيب الكلمات وصعوبات فى الأتصال ويهمل نهايات الجمل.

5– سمات الأنصات:

- لديه مشكلات فى المعالجة الشفوية للمعلومات.

- يصعب عليه الاستماع لمتحدث يبعد عنه متراً واحداً.

- يفضل الإنصات بأذن واحدة فقط.

- لايقدر على ملاحظة جوانب معينة فى الكلام.

7-طرق الوقاية من الإعاقة السمعية:

1- الوقاية من الصمم الوراثي: بعدم تشجيع زواج الأقارب في العوامل المعروف فيها توالد الصم وتوعيتهم لمنع الحمل وإنجاب الأطفال

2- الصمم الولادي ، تشريعات الزواج الحديثة تمنع الزواج من المرضى الذين يؤدي زواجهم إلى إنجاب الأطفال المشوهين خلقياً ، ومعالجة الأمهات بعد الحمل.

3- العناية بصحة الأم الحامل ووقايتها من الأمراض والعوارض وامتناعها عن تناول العقاقير الضارة بالجنين والمخدرات ، والمسكرات وتوفير التغذية الضرورية الوافية لها واتخاذ الإجراءات الحديثة لمعالجة تنافر فصائل الدم في الوالدين.

4- العناية في الولادة العسرة وإتباع الطرق الصحيحة لتجنب كل ما يعرض الوليد للشدة والاختناق عند المحاولة لإنقاذ الأم.

5- الوقاية من أمراض الطفولة بالتحصين ضد الأمراض باللقاح اللازم.

6- معالجة أمراض الأذن والأمراض التي لها أثر سيئ على الأذن والسمع بوقت مبكر.

7- منع الشدة على الأذنين ووقاية السمع من التعرض لصوت الانفجارات والضجيج المتواصل أثناء العمل اليومي.

8- عدم الإفراط في التدخين والكحوليات والامتناع عن تناولها.

9- التشخيص المبكر لأمراض الأذن واكتشاف الحالات التي تؤدي الى فقدان السمع وحالات الصمم بالمسح لسمع الطلاب والأطفال بصورة عامة.

10- توعية الآباء وتوجيه المعلمين لاكتشاف حالات ضعف السمع أو الصمم بين
الأطفال توفير العلاج اللازم في الأدوار المبكرة في الإصابة بأمراض الأذنِ

8-درجات الصمم:

- **الصمم الخفيف:**

تقع عتبته السمعية بين40-20 ديسبال حيث نلاحظ على هذا النوع من الصمم الطفل لايستطيع ادراك الكلام المهموس كما يعاني من وجود خلل لفظي كما أنه لا يستطيع ادراك و تمييز بين الوحدات الصوتية المتقاربة اذا كان الكلام الموجه اليه بصوت منخفض فغالبا ما يبقى هذا النوع غير ظاهر و يتم الكشف عنه من خلال اجراء بعض الاختبارات السمعية كما يمكن للأطفال المصابين بصمم خفيف الدراسة في الأقسام العادية مع مراعاة بعض المعايير كوضعهم في الطاولة الأولى

- **الصمم المتوسط:**

الاطفال ذو الفقدان السمعي المتوسط بين 60-40 يفقدون معظم الأصوات الكلامية للمحادثة و لكنهم يستجيبون بشكل جيد للنشاطات التربوية واللغوية باستخدام المضخات الصوتية فالاطفال ذو الفقدان السمعي المتوسط يظهرون صعوبة في تعلم معنى الكلمات وقواعد اللغة بسبب أنهم لايسمعون بعض الأصوات الكلامية اضافة الى سماعهم بعض الأصوات الكلامية بشكل غير صحيح و أن الاصوات المتحركة تسمع بشكل أفضل من الأصوات الساكنة لديهم كما أنهم يعانون من صعوبة في سماع الكلمات غير المشددة ونهاية الكلمات وهذا مايؤدي الى تداخل بين الأصوات الكلامية ومعاني الكلمة ومفردات محددة وصعوبة مع المعاني المتعددة للكلمة وصعوبة في تطوير موضوع معين وارتباك في القواعد و أخطاء في وضع الكلمات في جمل وحذف في بعض أدوات العطف و الجر.

ويمتاز نطق الكلام لديهم بالحذف و التشويه للأصوات أو الأحرف الساكنة كما أن الغرباء يظهرون صعوبة في فهم كلام الطفل ذو الفقدان السمعي المتوسط

- **الصمم الحاد :**

تتراوح العتبة السمعية بين و تنقسم الى قسمين الاولى تتراوح بين أو ما تسمى بالصمم الحاد من الدرجة الاولى و الثانية تتراوح بين وتمثل الصمم الحاد من الدرجة الثانية حيث نجد المصاب يسمع الصراخ و الكلام ذو الشدة العالية أما في مودقف الكلام العادي فانه لا يستطيع ادراك سوى حركة الشفاه الصامتة كما أن معضم أفراد هذه الفئة يستعملون لغة الاشارة للتواصل مع المحيط (Annie Dumont,2006p08)

- **الصمم العميق:**

العتبة السمعية لهذا النوع تفوق90ديسبال و هي الدرجة التي لا تسمح للفرد سماع الاصوات أما التجهيز اذا أمكن فهو لا يعطي التمثيل الكافي للضجيج الخاص بالكلام ليتمكن هذا الاخير أن يتموضع بصفة تلقائية حتى يكتب بطريقة مشوشة فالطفل ليس لديه لغة لفظية ولا تكون لديه الا اذا تكونت على المستوى العقلي و المستوى الفيزيائي لكن من الخطأ أن نفكر بأن النتائج سوف تكون قليلة اذا ما فورنت بالمجهودات الكبيرة التي تبذل في هذه المستويات(Herren ,1971,p63)

9-طرق التواصل مع الطفل الأصم:

1-التواصل الشفهي :

إن التواصل اللفظي أو الشفهي الذي يمثل فيه الكلام قناة التواصل الرئيسية يجعل الأشخاص المعاقين سمعيا أكثر قدرة على فهم الكلمات المنطوقة و ذلك من خلال الاستفادة من التلميحات و الإيماءات الناجمة عن حركة شفاه المتكلم (كامل، 2004 ، ص 142)، يتضمن هذا النظام استخدام السمع المتبقي و ذلك من خلال التدريب السمعي، تضخيم الصوت، و قراءة الشفاه و الكلام، تستند هذه الطريقة في التواصل إلى حقيقة أن الأشخاص المعاقين في الغالبية العظمى من الحالات، لديهم بعض القدرات السمعية التي يجب تطويرها و تنميتها بالطرق المختلفة يتحقق ذلك ب:

2-التدريب السمعي:

يعد استغلال البقايا السمعية ضرورة ملحة يمكن عن طريق التدريب السمعي استغلالها بشكل مثمر و هذا عن طريق استخدام المقويات الصوتية لإيصال الصوت إليه حيث يستخدم الطفل الأصم كل من حاسة البصر و حاسة السمع، لهذه الطريق خطوات لابد من إتباعها متمثلة في تنمية إدراك الصوت أولا من ثم تنمية القدرة على تمييز الأصوات و تنمية القدرة على تمييز الأصوات المألوفة و غير المألوفة.

3-القراءة على الشفاه :

تعرف "عبيد" طريقة قراءة الشفاه بأنها فن معرفة أفكار المتكلم بملاحظة حركات فمه و هي عبارة عن فهم أو ترجمة الرموز البصرية من خلال حركات الفم و الشفاه الصادرة من المتكلم، تمكن هذه الطريقة الطفل الأصم من إقامة جسور من التواصل مع بقية أفراد المجتمع فحرمان الطفل من المعلومات السمعية تجعله يلجأ إلى استعمال القناة البصرية معتمدا على طريقة القراءة على الشفاه حيث تنمّ ى هذه الطريقة بواسطة التدريب فنجد أن لدى بعض الصم قابلية أكبر من غيرهم في تعلم هذه المهارة و التي تعتبر مكملة و ليست بديلة عن السمع، تواجه هذه الطريقة عدد من المشكلات المتمثلة في: سرعة أو بطء حركات الشفاه و الفك أو عدم ملائمة المسافة بين الطرفين، الضوضاء و ضعف الإضاءة أو عدم التركيز من قبل الأصم مع المتكلم، ونجاحها يتطلب توفير سلسلة من العوامل أهمها:

- قيمة و تماسك الوسائل التربوية.
- تدخل الوالدين من الناحية النفسية و التربوية.
- شخصية الطفل و قدراته الحركية، العقلية و توازنه النفسي و الاجتماعي.
- أهمية الإصابات الأخرى إضافة إلى الصمم كالإعاقة البصرية أو الحركية، إصابة المراكز العصبية للغة.

يلجأ الطفل الأصم إلى استعمال طريقتين من القراءة على الشفاه:

الطريقة التركيبية: و فيها يركز المعاق سمعيا على معنى الكلام أكثر من تركيزه على شفاه المتكلم لكل مقطع من مقاطع الكلام.

الطريقة التحليلية: و فيها يركز المعاق سمعيا على جميع حركات شفتّي المتكلم ثم ينظمها لتشكيل المعنى المقصود.

4-التواصل اليدوي :

أ . لغة الإشارة:

تعرف لغة الإشارة بأنها:"مجموعة من الرموز المرئية اليدوية تستعمل بشكل منظم للكلمات أو المفاهيم ، أو الأفكار الخاصة باللغة ويتم التعبير عنها أو تشكيلها بلغة الإشارة عن طريق الربط بين الإشارة ومدلولها في اللغة المنطوقة وتؤدى لغة الإشارة بيد واحدة أو باليدين تعبيرًا عن الكلمة أمام المتحدث بالإشارة في أماكن مختلفة من الجسم، و هي تختلف من بلد إلى آخر (حنفي، 2003 ، ص95)

ب.أبجدية الأصابع:

يشكل الهجاء الإصبعي ركنا هاما من أركان نظام الاتصال الكلي بالأصم، هي تنشأ تكوينا موحدا مع لغة الإشارة حيث أنها تستعمل للتعبير عن الكلمات التي ليس لها إشارات يقوم هذا الأسلوب على رسم أشكال الحروف الهجائية و تمثيلها بواسطة أصابع اليد فيكون لكل حرف شكله الخاص به، عادة ما تستخدم كطريقة مساندة للغة الإشارة إذا ما كان الشخص المعوق سمعيا لا يعرف الإشارة المستخدمة لكلمة ما

10-التجهيز:

إن اكتشاف الأولياء للصمم سيؤدي بهم إلى القيام بمساعي من أجل تجاوز النقص الذي يعانيه الأطفال، و لعل أول هذه المساعي هو التجهيز، رغم أنه لا يعوض بصفة كلية النقص السمعي، خاصة إذا كانت الإصابة على مستوى حسي عصبي، مما يجعل إدراك بعض الأصوات مستحيلا، والتجهيز المبكر ضروري للسماح للطفل باستغلال بقايا السمعية.

وفي هذا الشأن يقول "Dubois Rouzeart" أن التجهيز المبكر أساسي للسماح للطفل باستغلال بقاياه السمعية إلى أقصى درجة و يتعلق الأمر بالتقاط و تضخيم و إرسال بشكل ضروري و كافي للأصوات، و يمكن أن تدرك من طرف المعاقيين سمعيا.

كما أن الجهاز السمعي لا يكون ممكنا في جميع الحالات،لان هناك إصابات تتطلب التدخل الطبي، الجراحي، كإصابة الأذن الوسطى. وكما أن هناك حالات لا يجدي التجهيز معها نفعا، وهي: حالات الصمم الكلي وإن كانت نادرة، والحالات الأخرى كالصمم الحاد والمتوسط والعميق تستدعي التجهيز من أجل العمل على استثمار البقايا السمعية للطفل حتى لا تخمل وتموت وبالتالي لا تنفع التربية السمعية.[1]

يكون التجهيز مباشرة بعد عملية اكتشاف الصمم وبذلك تسمح للطفل الاستفادة من البقايا السمعية للطفل صغير السن ومساعدته على مواكبة نمو الطفل العادي إذن الطفل يكتسب الكثير خلال الأربعة سنوات الأولى.

بفضل التجهيز والاستفادة من البقايا السمعية نمهد الكفالة المبكرة ونسهل على الطفل الاتصال والمحافظة على العلاقة التي تربطه بالعالم الخارجي، إضافة إلى ذلك فالطفل المصاب بصمم عميق يسمح له التجهيز بادراك وجود للأصوات والكلام وبالتالي يساعده على اكتشاف العالم الصوتي، أما الطفل المصاب بصمم حاد فيجعله التجهيز يستغل نفسه. ما يساعده على تثبيت بعض الأصوات اليومية و التعرف عليها مثل صوت الهاتف مثلا ويجعله يتعرف على مكونات اللغة الشفوية و بالتالي يساعده على نموه اللغوي.

أما بخصوص الطفل المصاب بالصمم المتوسط فيضمن له التجهيز الفهم الجيد للرسالة الشفهية في ظروف معينة، فالتجهيز يلعب دور هام في تنمية اللغة الداخلة للطفل والتي تلعب بدورها تنمية واستغلال البقايا السمعية للطفل، كذلك يحافظ على الدارة السمعية وأهم شيء هو أن التجهيز يجعل الطفل يسمع نفسه ويحس بصوته

الحبسة

1-تعريف الحبسة :

يقصد بها تلك الاضطرابات اللغوية الناتجة عن اعصابات عصبية مكتسبة واذا أردنا التعمق أكثر فأن تسمية الحبسة تعني سوء تنظيم اليمكانيزمات النفسية و الحسية و الحركية التي تتدخل في الادراك و التعبير اللغوي و التي تحدث في منطقة محددة من نصف الكرة المخية المسيطرة فالمصاب بالحبسة يفقد القدرة على استعمال اللغة كوسيلة اتصال وتمثيل رمزي للاشياء

2-أسباب الحبسة :

تختلف اسباب الاصابة بالحبسة فعند تحليل أهم الاسباب نجد أن العوامل المؤدية الى الحبسة تتمثل فيما يلي :

- الامراض الدماغية الوعائية les accidents vasculaires cérébrales
- تخثر الدم الذي يؤدي الى انفجار الشرايين المغذية للدماغ
- انسداد الشرايين المكونة للدماغ بسبب وجود أجسام خارجية أثناء الدورة الدموية
- الأورام الدماغية Les tumeurs cérébrales و التي تعتبر من أهم الاسباب التي تؤدي الى ظهور الحبسة و الورم يتمثل في تكاثر عشوائي غير مرتب لخلايا المخ عند تطورها فتضغط على الخلايا التي من حولها و من بينها تلك المسؤولة عن اللغة
- النزيف الدماغي الداخلي وأهمه نزيف ارتفاع الضغط الدموي وهو راجه الى انقطاع في فرع من النسيج الداخلي لشريان الدماغ فالتدفق الدموي الناتج عن هذا النزيف بامكانه ان يكون خطير فيؤدي الى تدهور جزء من الغشاء الدماغي
- الصدمات الدماغية : traumatisme craniensو ترجع الى حوادث المرور أو حوادث العمل أو غيرها حيث تؤدي الى نزيف أو جرح أو ارتجاج مخي و تعتبر من الأسباب المؤلوفة لظهور الحبسة

3-أشكال الحبسة :

➢ حبسة بروكا : Ahasie de Broca:

تسمى ايضا بالحبسة اللفظية مثلما أشار اليها Head بينما Goldsteinأطلق عليها اسم الحبسة الحركية نجد المصاب بهذا النوع يتميز بعدة خصائص و هي

من الناحية الشفهية

- صعوبة في استحضار الكلمة رغم سلامة أعضاء النطق
- فقر في التعبير الشفهي و أحيانا وأحيانا يكون أبكم أي غير قادر على التسمية الشفوية

من الناحية الكتابية

- كتابة مضطربة بنفس درجة اللغة الشفهية

➢ حبسة فرنيكي : WERNICKE

عادة ما تكون نتيجة اصابة المنطقة الخلفية من التلفيفين الصدغيين T1-T2 وتعتبر حبسة فرنيكي أخطر من حبسة بروكا كما يطلق عليها الحبسة الحسية لأنها تتمركز في الفص الصدغي

العلامات العيادية التي تندرج في هذا النوع من الحبسة يمكن تصنيفه في ثلاث جداول عيادية

الجدول العيادي الأول :

- سياق الكلا سريع أو تقريبا من العادي
- فهم الكلام الشفهي مضطرب
- خطاب غير مفهوم

الجدول العيادي الثاني :

- لاسياق غير عادي
- الخطاب عادي من الناحية الصوتية اما من الناحية الكيفية يكون ناقصا
- فهم مضطرب على مستوى اللغة الشفهية و المكتوبة

الجدول العيادي الثالث :

- التعبير يتميز بنقص الكلمة
- الخطاب غير مفهوم
- صعوبات على مستوى اللغة المكتوبة
- اضطرابات في القراءة بصوت عالي و ممكن استحالتها

- **الحبسة التواصيلية: APHASIE DE CONDUCTION**

هي حبسة جارية ناتجة عن إصابة الألياف الرابطة بين المساحة السمعية ومساحة الفص الجبهي أي بين منطقة Broca و منطقة Wernicke يتميز الخطاب لدى المصاب بهذا النوع من الحبسة بترددات وتوقفات حيث تنتج جمل منفصلة عن بعضها البعض لا تحتوي على روابط نحوية، كما تتخللها تكرارات ونجد نقص الكلمة الذي يؤدي الى انتاج

تحولات صوتية Parapahasie phonémique بالاضافة الى الفهم الذي يكون عادي أو تقريبا من العادي من حيث الوظيفة اللغوية، نجد ان مجرى الكلام يكون عادي مع وجود اضطرابات واضحة في التكرار، مع عدة تحولات صوتية، كما تصادف المصاب المشاكل المرتبطة بالقراءة ، لتصبح قراءته بصوت عال مضطرب والكتابة مليئة بالأخطاء

- **الحبسة النسيانية : Aphasie Amnésique**

تسمى أيضا بحبسة الانتقاء، وذلك ا رجع لعدم القدرة على انتقاء الكلمات المراد استحضارها، حسب الرغبة والموقف الذي يختار المصاب، حيث يتحدد بذلك مكان الإصابة عل مستوى الفص الجداري.

- نقص الكلمة وعدم القدرة على تسمية الأشياء التي تقع في مجال الإد ا رك البصري للحبسي.
- عدم القدرة على الربط بين الدال والمدلول في الحالات المعقدة, كما ان الفهم للغة الشفهية والمكتوبة يبقى سليما, ويمكن للمريض يكتسب القدرة على القراءة بصوت مرتفع في الحالات الخفيفة

- **الحبسة الكلية : Aphasie globale**

هذه الحبسة ناتجة عن أورام و أمراض تطورية ، حيث تكون الاضطرابات اللغوية فيها حادة مثل التي تكون عادة في حبسة بروكا مع اضطرابات في الفهم للغة الشفوية و الكتابية و التي نجدها في حبسة فرنيكي

- **الحبسة المختلطة : Aphasie mixte**

تتمكز الاصابة في منطقة اللغة وخاصة منطقتي بروكا و فرنيكي وسميت بالحبسة المختلطة لأن المصاب هنا يحمل كل الأعراض التي نجدها في حبسة بروك ا وفرنيكي

4-أعراض الحبسة:

أنّ أسباب الحبسة كثيرة ومتنوعة وهذا ينطبق أيضا على أعراضها ولكن يمكن اجمالها فيما يلي:

- عدم القدرة على فهم اللغة.
- الصعوبة في النطق واخراج الحروف.
- عدم المقدرة على تكرار الجمل.
- صعوبة في الكتابة والقراءة.
- التلفظ بجمل لا معنى لها.

- عدم فهم كلام الآخرين.
- استبدال كلمات بكلمات أخرى أو أصوات بأصوات أخرى.
- الغموض في الكلام والعشوائية.

4-أعراض الحبسة:

أنّ أسباب الحبسة كثيرة ومتنوعة وهذا ينطبق أيضا على أعراضها ولكن يمكن اجمالها فيما يلي:

- عدم القدرة على فهم اللغة.
- الصعوبة في النطق واخراج الحروف.
- عدم المقدرة على تكرار الجمل.
- صعوبة في الكتابة والقراءة.
- التلفظ بجمل لا معنى لها.
- عدم فهم كلام الآخرين.
- استبدال كلمات بكلمات أخرى أو أصوات بأصوات أخرى.
- الغموض في الكلام والعشوائية.

3-تشخيص الحبسة :

ان التشخيص الأول يقوم به طبيب الأعصاب من خلال تحديد مكان الأصابة ورقعتها بعد ذلك يرسل تقرير مفصل عن الحالة الى أخصائي الارطفوني و الذي بدوره يقوم بتطبيق اختبار تقييم الحبسة لمعرفة ما فقده المصاب و ما بقي متحفظا به انطلاقا من اللغة الشفهية و نهاية باللغة الكتابية مع التركيز على كل جوانب اللغة الاستقبالية و الانتاجية

4-علاج الحبسة :

مباشرة بعد الاصابة الدماغية التي يتعرض لها الشخص تكون القدرة على الاسترجاع الاستعمال اللغوي موجود بشكل تلقائي ولهذا لا بد أن يبدأ العلاج مبكرا بعد الاصابة لان هناك مسلمة في علم النفس العصبي تقول أن العضو الذي لا يعمل يضمحل فهدف العلاج هو الحفاظ على ليونة الخلايا العصبية الدماغية من خلال استشارتها المستمرة ويكون ذلك بتحفيز المصاب على الكلام حتى يحدث انتقال للسيالة العصبية من الدماغ الى أعضاء النطق و الكلام لان هذه الخلايا العصبية اذا لم تعمل لفترة طويلة فقد تفقد خصائصها

ان طبيعة النشاطات والتمارين التي يقوم بها الاخصائي مع المفحوص تتعلق بحجم ما فقده المصاب وما بقي متحفظا حيث ينطلق المعالج من استغلال ما هو موجود لاسترجاع أو على الأقل تعويض ماهو مفقود

كما يجب أن يعتمد العلاج على العمل على جميع الحواس مركزا على جميع جوانب اللغة الشفهية و المكتوبة من الاستقبال الى الانتاج

العمل على الربط بين الشيء الملموس و الكلمة المسموعة

استئصال الحنجرة

1-تعريفه

هي عملية جراحية تهدف إلى إزالة الورم المتواجد على مستوى الحنجرة و يكون هذا الاستئصال كلي أو جزئي وذلك حسب انتشار الورم.

فاستئصال الحنجرة هو عملية جراحية، تهدف إلى التخلص من الورم و الحد من انتشاره و يكون هذا التدخل الجراحي على حسب تموقع وحجم الورم، فإذا كان في بداية تطوره تكون العملية الجراحية عبارة عن استئصال جزئي للحنجرة أما إذا كان منتشرا فيكون استئصال كلي للحنجرة، حيث ينتج عن هذه العملية الكثير من الآثار السلبية مثل: صعوبة البلع و التنفس وكذا فقدان الصوت الذي يمكن أن يكون كلي أو جزئي، وهذا حسب نوع التدخل.

يجرى الاستئصال الكلي للحنجرة في حالة :

- عدم ظهور أي نتائج ايجابية بعد الخضوع للعلاج الإشعاعي.
- عودة ظهور الورم بعد استئصال الحنجرة الجزئي.
- الاكتشاف المتأخر للورم و الخوف من انتشاره في مناطق أخرى من الجسم.
- كبر حجم الورم بحيث يغزو طبقات الحنجرية الثلاث(المزماريه، الفوق مزماريه و التحت مزماريه).
- الإصابات المزمارية و الفوق مزماريه أو المزماريه و التحت مزماريه و التي تعدت مرحلة الاستئصال الحنجري الجزئي.

2-أسباب المؤدية الى سرطان الحنجرة:

- **تناول التبغ و التدخين:** تعتبر التبغ العامل الرئيسي في ظهور سرطان الحنجرة سواء الأشخاص المدخنين أو الأشخاص المحيطين بهم، حيث يظهر تأثير التبغ في تكوين السرطان وذلك من خلال بعض المواد الموجودة فيه والتي تساعد في ذلك خصوصا **الهيدروكاربونات** متعدد الذرات (hydrocarbures polycyclique) و نيتروسامين و بنزول، حيث تترسب هذه المواد على جدار المخاطية، مما يساعد في تكوين السرطان.
- **الإدمان على الكحول:** يعتبر الكحول من بين الأسباب التي تؤدي إلى ظهور السرطان لكن آلية عمله و كيفية ظهور السرطان نتيجة تناول الكحول، إذ تبقى غير واضحة ومجرد فرضيات فقط حيث يحدث هناك نوع من التهيجات على مستوى المخاطية.
- **الإدمان على الكحول و التبغ معا:** والذي يزيد من احتمال الإصابة بسرطان الحنجرة.
- **التهاب الحنجرة المزمن:**Laryngite chronique : الذي ينتج عنه تحولات مرضية تؤدي إلى حدوث السرطان، كذا نجد منه التهاب الحنجرة النزلي المزمن، و الإصابات التعفنية لطبقات ومخاطية الحنجرة.
- Le papillome corné dégénère: والذي ينتج عنه تحولات خبيثة سرطانية في حالة تكرر الإصابة به.
- **سوء التغذية:** حيث يحدث النقص في بعض الفيتامينات مثل فيتامين "أ" و الزنك أحيانا السرطان.

- **المحيط:** فالبيئة التي يوجد فيها الفرد، مثل محيط العمل، يمكن أن تلعب دور في ظهور السرطان، فوجود مادة Nickel و Arsenic أو Chrome، كذلك فيما يخص : Amiante و Acide sulfurique والتي هي كلها عبارة عن أحماض و معادن تؤدي إلى حدوث التهاب مزمن لمخاطية الحنجرة الذي يتحول مع الوقت إلى سرطان.
- **المنعكس المريء المعدي:** فقد أثبتت الدراسات أن المنعكس المرئي يؤدي إلى ظهور سرطان الحنجرة، إذ أن الإفرازات الحمضية المعدية و التي تصعد مع المريء، حيث يمكن أن تعتبر كعامل مهيج أو مثير لمخاطية الحنجرة الذي يعتبر أصل نشوء الكثير من الأورام الخبيثة في حالة التكرر المفرط لهذا المنعكس.
- **بعض الإصابات الفيروسية:** يمكن أن تؤدي بعض الإصابات الفيروسية إلى ظهور السرطان، مثل فيروس HPV الذي يؤدي في البداية إلى ظهور أورام حميدة يمكن أن تتحول إلى خبيثة.

3-أعراض سرطان الحنجرة:

التي تختلف على حسب تموضع الورم وحجمه وعلى العموم، يتمثل فيما يلي:

- **البحة:** La dysphonie

التي تعتبر العرض الأكثر ظهورا في حالة السرطان التي تظهر بنسبة 95% من الحالات حيث تعتبر علامة أولية لظهور السرطان خصوصا في حالة الأورام الكبيرة و التحت مزماريه، فاستمرار البحة لمدة تزيد عن 21 يوم ينذر بوجود ورم يستدعي الخضوع لفحوصات خاصة.

- **عسر التنفس:** Dyspnée

يظهر بصفة متأخرة، حيث يدل على احتلال الورم لكل الحنجرة إلا في حالة تموضعه في المنطقة تحت مزماريه فانه يظهر كعرض أولي.

- صوت أجش: حيث يكون ثابت أو تزداد حدته.
- الشعور بالضيق أو وجود جسم غريب في الحنجرة.
- سعال مستمر ومهيج الذي غالبا مايكون مرفوق ببحة.
- عسر البلع: وهذا في حالة السرطان الذي يظهر في الدهليز الحنجري أو في حالة الأورام الكبيرة، كما يمكن أن يظهر عند الفرد مشاكل في البلع نتيجة لإصابة على مستوى حركية الحنجرة.
- Odynophagie: والذي يظهر على شكل آلام حادة جدا أثناء البلع.
- Otalgie reflex: الشعور بآلام في الأذن في الجهة المرافقة لمكان الورم أو في كلا الأذنين في حالة الانتشار الكبير للورم.
- Adénopathie cervicale: وهي ظهور اضطرابات على مستوى الغدد الموجودة في الرقبة (الدرقية و جارات الدرقية) والذي يظهر مع تطور الورم.
- الشعور بضيق موضعي حسب تموضع الورم.
- انتفاخ في مكان الورم و الشعور بآلام على مستوى الرقبة.
- حدوث نزيف وخروج الدم من الفم أو الأنف.
- تدهور في الحالة الصحية للشخص و فقدان الوزن.
- تغير رائحة فم المريض إذ تصبح كريهة جدا (halée fétide).

4-التحضير الأرطفوني للمريض قبل الجراحة:

يلعب المختص الأرطفوني دورا هاما في علاج و تقييم اضطرابات الصوت الناتجة عن التدخل الجراحي وعن عملية الاستئصال ككل.
تكمن أهمية المختص الأرطفوني في التكفل بهذه الحالات، سواء قبل التدخل الجراحي أو بعده، فمن بين الأهداف التي ترتكز عليها الكفاله الأرطفونية قبيل التدخل الجراحي مايلي:

- تقديم نصائح و ارشادات الى ضرورة اللجوء الى الحل الجراحي و بأنه لا يوجد حل آخر لانقاذ حياته.
- تقديم المعلومات للحالة بالاعتماد على و سائل ايضاح مختلفة (صور، رسومات،...) و شرح وظائفها المختلفة بالصوت، التنفس و البلع.
- تعريفه بنوعية الجراحة التي سوف يتعرض لها، ومدى تأثيرها عليه مستقبلا.
- توضيح أهم التغيرات التي سوف تطرأ على الجسم بعد عملية الاستئصال و توضيح أهم التغيرات الوظيفية التي تطرأ على جهاز التصويت و التنفس.
- تحسيس المريض بمدى أهمية و فاعلية الحصص الأرطفونية في مثل هته الحالات، و اقناعه بضرورة الحضور اليها بعد العملية الجراحية.
- شرح مفصل للحالة حول مختلف طرق الاتصال في لحالة العادية و بعد الاستئصال الكلي للحنجرة.
- تناول مختلف التقنيات التي يجب أن يكتسبها الفرد و أن يتعلمها بعد العملية الجراحية و التي تعتبر كطرق تعويضية لاستعادة بعض الصوت.
- يعرض على الحالة شريط فيديو لحالات أجري لها استئصال للحنجرة، خضعت لحصص اعادة تربية أرطفونية، لتحفيز العمل الأرطفوني و اقناعة بمدى فاعليتها.
- توفير فرصة للمريض للتحدث مباشرة مع أشخاص سبق لهم أن أجروا عملية استئصال كلي للحنجرة.

وفي الأخير يمكن الاشارة الى أن دور الحصص الأرطفونية تتمثل في طمأنة المريض و التخلص من مخاوفه، حول الكيفية التي سيتمكن من خلالها الاتصال بالآخرين بعد عملية الاستئصال الكلي للحنجرة، وبعد نزع العضو الرئيسي عن عملية التصويت.

- يعمل المختص الأرطفوني على تشجيع المريض بعد العملية للقيام بالتقنيات التعويضية و باعادة تأهيل الصوت.
- اعاطاء الشرح المفصل حول خصائص الصوت المرئي كصوت بديل للصوت الحنجري، و ابلاغه بأهم التقنيات التي تساعد في اكتسابه ومراحله المختلفة، حيث يمكن أن تجعل الحالة تقابل حالة أخرى مكتسبة للصوت المرئي، أو أن نريه شريط فيديو مصور عن حالات مشابهه أو أن نسمعة عينة صوتية، وذلك لتشجيعه و مساعدته في التخلص من فكرة فقدان الصوت نهائيا.

التحضير النفسي للمريض:

يلعب المختص النفسي دورا مهما بارزا في تحضير المريض قبل العملية الجراحية، فهو يعمل على مساعدة المريض على التخلص من الادمان على الكحول أو التبغ و التخلص من الأسباب التي أدت الى ظهور السرطان.

كما يعمل على مساعدته في التخلص من الاضطرابات النفسية الناجمة عن خطورة الاصابة. ويتمثل دوره في الدعم و التهيئة النفسية، وذلك بمساعدته على تقبل الاصابة و اقناعه بضرورة و أهمية الخضوع للجراحة و تقبل العلاج.

يعمل كذلك المختص على اطلاع المريض على أهم التغيرات التي تطرأ على الجهاز التنفسي و جهاز التصويت ويكون على علم بأنه سوف يفقد صوته، كما يجب أن يكون على اطلاع على الوسائل التعويضية التي تسمح له باستعادة صوته، كما يشرح له نوعية العلاج الذي يخضع له بعد الجراحة كالعلاج الكيميائي و الاشعاعي و أهم الآثار السلبية التي تنجم عنه.

كما يكون لعائلة المريض حصص مع المختص النفسي، حيث يشرح له كذلك كل ما سوف ينتج عن هذه العملية و يبين له الطريقة الصحيحة للتعامل مع المصاب و دعمهم نفسيا.

5-الآثار المترتبة عن عملية استئصال الحنجرة:

هناك عدة آثار مترتبة عن عملية البتر الحنجري، منها:

- ✓ اتساع حجم التجويف البلعومي: وذلك بسبب غياب الحنجرة و اتصال قاعدة البلعوم بالمرئ.
- ✓ فقدانتام للصوت: بسبب القطخ الكلي للحنجرة.
- ✓ فقدان نسبي في حاسة الشم: بسبب التغيرات التي حدثت في المسالك الهوائية، حيث يستحيل مرور الهواء من هناك للقيام بعملية جذب الروائح الى العصب الشمي.
- ✓ خزع الرغامي يكون نهائي في حالة استئصال الحنجرة الكلي.
- ✓ عزل الجهاز التنفسي عن جهاز التصويت.
- ✓ تغير في مسار الهواء ، حيث يصبح من الخارج مباشرة الى الرئتين.
- ✓ حالات الدوار الشديد بسبب دخول كميات كبيرة من الهواء الى الرئتين و بالتالي وصول كمية أكبر من الاكسجين الى الدماغ .
- ✓ معاناة الحالة من مشاكل في البلع و التنفس.
- ✓ صوت مهموس وغير مفهوم و لا يسمع ذو شدة ضعيفة، الذي يكون ناتج عن حركات طبيعية للشفاه باستعمال الهواء الموجود في تجويف الفم و البلعوم .

بعد عملية استئصال الحنجرة وقبل بداية عملية التأهيل تكون المعايير الاساسية للصوت أكثر تضررا و اصابة، فنميز مايلي :

- **الطابع:** يوجد به ضجيج.
- **الارتفاع:** منخفض لدرجة أنه لايسمع.
- **الشدة:** ضعيفة لدرجة لاتسمع.
- **الليونة الصوتية:** مصابة بسبب رداءة الصوت
- **غياب الجودة و الوظيفة الصوتية:** بسبب غياب الأوتار الصوتية.

لذلك يتصف صوت مستأصلي الحنجرة ، بالهمس مع ارتباط ازدواجية الكلام و النفس.

6-التغيرات الفيزيولوجية و التشريحة لجهاز التصويت و التنفس بعد الاستئصال :

في الحالات العادية وقبل عملية الاستئصال، يكون جهاز التصويت و التنفس مكون من : الرئتين، القصبة الهوائية، الحنجرة(الحبال الصوتية)، و التجاويف الفوق مزمارية(التجويف الانفي، المفوي و البلعوم)، فمجرى الهواء يكون عبر الأعضاء السابقة ويخزن في الرأتين سواء في وضعية التصويت أو التنفس. يمر الهواء عبر الحنجرة لينتج الصوت الخام الذي تعترضه التجاويف الممزمارية، فينتج في صورته النهائية، كما أن المرئ في هذه الحالة ماهو الا أنبوب هضمي و لا يتدخل في أي فيزيولوجية تصويتية، اما بعد الجراحة الاستئصالية الكلية فانه يكون غياب تام للحنجرة و للأوتار الصوتية وجميع البنى المكونة لعضو التصويت الاساسي، حيث يتم نزع الحنجرة من التجويف الحلقي الذي يصبح متسع، كما أن الرقبة تتسطح، ويلجأ الجراح الى خزع الرغامي وتثبيت البلعوم بمستوى قاعدة اللسان، كما يكون البلعوم محشو في الجزء اللوي للمريء.

التأخر العقلي

1-مفهوم التأخر العقلي

هو اداء عقلي وظيفي دون المتوسط و يصاحب هذا الاداء خلل في السلوك التكيفي للفرد اثناء النمو و يعتبر من ابرز التعريفات التعليمية المأخوذة بها في الوقت الحاضر و هو متبنى من طرف الجمعية الامريكية للضعف العقلي.

حيث تعرفه الجمعية الامريكية للتخلف العقلي: بأنه حالة تتميز بمستوى اداء عقلي ووظيفي دون المتوسط تبدأ اثناء النمو و يصاحب هذه الحالة قصور في مستوى السلوك التكيفي للفرد.

ويمكن تعريف التخلف بأنه حالة تتميز بانخفاض مستوى الاداء الوظيفي العقلي للفرد دون المتوسط (اي تقابلها نسبة ذكاء اقل من 70 درجة) و التي تظهر اثناء فترة النمو الاولى (اي قبل من الثامنة عشر) ويصاحب هذه الحالة قصور في مستوى السلوك التكيفي للفرد.

ويعرف كذالك على أنه ذلك الشخص الذي لا يستطيع ان يسير اموره بنفسه لعدم وجود التوافق الاجتماعي نتيجة لعوامل وراثية او بيئية او الاصابة بمرض (فهي تركز على الكفاءة الاجتماعية .

2-الاسباب المؤدية الى الاعاقة الذهنية

يمكن تحديد العوامل المسببة للتخلف العقلي في 3 اقسام رئيسية على اساس المرحلة التي حدث فيها التخلف العقلي و من العوامل املتفق عليها من طرف الكثير من الباحثين هي:

عوامل ما قبل الولادة:

تشمل كل العوامل التي تؤثر على الطفل من لحظة الاخصاب في رحم الام حتى لحظة الميلاد و منها:

أ-العوامل الجينية: و منها :

-1- عوامل وراثية مباشرة: و هو ان يرث فيها الطفل عن والديه الجينات التي تحدد وضعه في فئة المتخلفين عقليا ،حيث ينتقل التخلف العقلي عن طريق احد الجينات

2-ب-حالات الاضطراب في تكوين الخلايا: ينتقل هذا الاضطراب عن طريق جينات معينة و يؤثر على مدى سلامة تكوين الخلايا ،و قد يحدث في خلايا المخ.

2-ج-حالات العامل RH:وجد في بعض الدراسات ان اختلاف دم الام عن دم الجنين يؤدي ال عدم نضج الخلايا الدم و بالتالي يؤثر في تكوين المخ مما ينشأ عنه التخلف العقلي مثل: اذا كانت الام rh- و الاب RH+ ورث الجنين عن ابيه نوع دمه اي ان دم الجنين RH+.

-الامراض اتي تصيب الام: مثل الحصبة الالمانية،مرض الزهري،و الالتهابات خاصة مرض toxoplasmosis.

-اضطرابات الغدد الصماء: و تعتبر هذه الاضطرابات من العوامل الشائعة قبل الميلاد ،كاختلاف افرازات الغدة النخامية و اختلال افرازات الغدة الدرقية

-سوء التغذية:

الاشعة السينية (ray-x)،خاصة في الاشهر الثلاثة الاولى من الحمل حيث تؤدي الى تلف الخلايا الدماغية للجنين.

-استخدام العقاقير و الادوية و المشروبات الكحولية.

ثانيا: مجموعة العوامل اثناء الولادة:

و يقصد بها مجموعة العوامل التي تحدث اثناء الولادة و التي تؤدي الى الاعاقة العقلية و هي الصعاب التي تعرض لها المولود اثناء ولادته و التي ادت الى تلف في بعض اجزاء المخ و هي كما يلي:

1-نقص الاكسجين اثناء عملية الولادة asphyxia و هذا في حالات التسمم او انفصال المشيمة او طول عملية الولادة او عسرها

2-الصدمات الجسدية و هذا بسبب طول عملية الولادة او بسبب استخدام الادوات الخاصة بالولادة او بسبب طريقة الولادة القيضرية.

3-الالتهابات التي تصيب الطفلunfection ،التهتب السحايا.

ثالثا: مجموعة العوامل ما بعد الولادة:

-سوء التغذية

-الحوادث و الصدمات

-الامراض و الالتهابات

-العقاقير و الادوية

3-أنواع التأخر العقلي لدى الأطفال

هناك 4 فئات واسعة من التأخر العقلي تبعاً لشدة الاضطراب، وهي:

- **التأخر العقلي الخفيف:**

تتراوح درجة ذكاء الأطفال المندرجين تحت هذه الفئة بين 50 و 75، ويمكنهم متابعة مهاراتهم الأكاديمية خلال المرحلة الابتدائية.

يمكن لهؤلاء الأطفال أن يستغرقوا وقتاً أطول لتعلم مهارات التواصل مع الآخرين، ولكن بمجرد التدريب بشكل صحيح يتواصلون بشكل جيد.

بعض المشكلات الشائعة لدى هؤلاء الأطفال تتمثل في عدم القدرة على اتخاذ القرارات، وعدم النضج الاجتماعي، ولكن يمكن لهؤلاء الأطفال أن يعيشوا نمط حياة مستقلاً ومكتفياً ذاتياً مع دعم اجتماعي ووالدي.

- **التأخر العقلي المتوسط:**

درجة ذكاء هؤلاء الأطفال قد تقع بين 35-55، ويمكن للأطفال تحت هذه الفئة أداء مهام الرعاية الذاتية مثل الاستحمام والأكل والخروج تحت إشراف الوالدين وتوجيهاتهم.

يتعلم الطفل مهارات الكتابة والقراءة والعد الأساسية، وإن ببطء، إلا أنه يمكنه المشاركة في مهام يومية بسيطة.

عندما يكتسبون مهارات الاتصال، يمكنهم العيش حياة وظيفية جيدة، ولكن في بيئة خاضعة للإشراف قدر المستطاع.

- **التأخر العقلي الحاد:**

درجة معدل ذكاء هؤلاء الأطفال المتأخرين عقلياً بشدة تقع بين 20-40 درجة؛ يمكنهم إتقان بعض أنشطة الرعاية الذاتية الأساسية ومهارات الاتصال، وفي هذه الحالة يجب أن يعيشوا في منزل جماعي مختص برعايتهم.

- **التأخر العقلي العميق:**

هؤلاء الأطفال يكون لديهم درجة ذكاء أقل من 20-25، يمكنهم تعلم مهارات الاتصال والعناية الشخصية الأساسية في ظل الدعم والتدريب المناسبين.

4-أعراض التأخر العقلي عند الأطفال

تتضمن بعض الأعراض الشائعة للتأخر العقلي لدى الأطفال ما يلي:

-عدم القدرة على تلبية المعايير الفكرية العادية.

-الجلوس أو المشي أو الزحف في سن متأخرة.

-مشاكل واضحة في التحدث.

-عدم القدرة على فهم الأشياء البسيطة.

-عدم القدرة على التفكير المنطقي.

-صعوبات في التعلم.

-تصرفات طفولية تبدو أصغر سناً مما عليه سنهم في الواقع.

-عدم القدرة على اتخاذ القرارات بمفرده.

-البطء في إتقان الأنشطة اليومية مثل إرتداء الملابس، أو التدريب على استخدام مقعد الحمام، أو تناول الطعام بمفرده.

5-صفات الأطفال المتأخرين عقلياً

هناك بعض الصفات التي يشترك فيها الأطفال المتأخرين عقلياً، ومنها:

- **ضعف الذاكرة:**

غالباً ما يكون لديهم ذاكرة قصيرة الأجل، ولا يمكنهم تذكر الحدث البسيط الذي حدث قبل بضع ثوانٍ أو دقائق.

- **معدل التعلم البطيء:**

المعدل الذي يتعلم به الطفل المتأخر عقلياً مهارات ومعرفة جديدة، يقل كثيراً عن الطفل الطبيعي السليم، قد يحتاج مثل هذا الطفل إلى مساعدة الوالدين المنتظمة لأداء الأنشطة اليومية.

- **ضعف الانتباه وعدم الاهتمام:**

لدى الطفل المتأخر عقلياً قوة تركيز ضعيفة، ولا يمكنه التركيز على الأنشطة بأقصى قدر من الاهتمام، بسبب ضعف الانتباه، كما يعاني بعض الأطفال المتأخرين عقلياً من نقص واضح في الاهتمام بمهام حل المشكلات.

1-مفهوم الوهن الحركي الدماغي (*IMC*) *Infirmité Motrice Cérébrale*

يعتبر طبيب الأعصاب الفرنسي «*Tardieu*» أول من استخدم مصطلح الوهن الحركي الدماغي (*IMC*) و هذا في الخمسينات (1954). وقدم أول تعريف له:

« الوهن الحركي الدماغي هو اضطراب عصبي حركي يترجم بخلل على مستوى تنظيم الحركات و الإشارات و الناتج عن إصابة دماغية وقعت قبل الولادة أو في الطفولة الأولى »

و تعرف كذلك على أنها نتيجة لإصابة عصبية دماغية مبكرة و غير متطورة تحدث قبل ، خلال أو بعد الولادة. تتمثل هذه الإصابة في شلل في بعض الأعضاء، و التي في بعض الأحيان، تشل أعضاء النطق. و يمكن أن تكون مصحوبة باضطرابات حسية و إصابات نسبية للنشاطات العليا باستثناء وجود تخلف عقلي

2-أنواع الوهن الحركي الدماغي (*IMC*)

هناك أنواع من الوهن الحركي الدماغي يعتمد على نوع الإعاقة الحركية وهذه الأنواع هي :

1. الوهن الحركي الدماغي التشنجي (***Spastique***):

التشنج (التقلص) العضلي يعني تيبّس العضلة في وضع الإنقباض نتيجة زيادة المقوّية العضلية، وهو ما يسمّى بفرط المقوّية العضلية *Hypertonie* ، والإصابة مكانها في قشرة الدماغ *cortex cérébral* ، وتحدث في 50-60% من الحالات تقريباً، ولتعدد نوعية الإصابة فإنّ الأعراض تختلف من حالة لأخرى، وتكون الأعراض المرضية المصاحبة على الصورة التالية

- الأطفال المصابون عادة ما يتأخرون في الحبو و الجلوس والمشي.
- تظهر العلامات الأولى كعدم السيطرة على عضلات الرقبة والجذع.
- تكون اليدان مقبوضتين والمفاصل مطوية.

- عند إيقاف الطفل للمشي فإنه يقف على رؤوس أصابعه.
- تكون الأطراف السفلية ممدودة ومتراكبة فوق بعضها كالمقص مع ميلان القدم إلى الداخل
- هناك قساوة (تقلص) في حركة العضلات المصابة وأخذها الشكل الإنقباضي على الدوام (في حالتي الحركة والسكون).
- تكون الأطراف منثنية عند المفاصل ، فتصبح الحركة صعبة في ذلك الجزء مع وجود تشوهات وضعية مثل إنحناء الظهر، تشوهات الحوض، تشوهات الأطراف.
- يجد الطفل صعوبة في بدء الحركة والإستمرار بها مما يؤثر على وضع الجسم وتوازنه وعدم وجود التوافق الحركي. (*G. Tardieu*, 1979)
- حدث هناك حركات رجفانية و رعشات في السكون وتزداد مع الحركة.
- إزدياد التوتر العضلي أثناء حركة المفصل المنغلقة بشكل غير طبيعي يشبه حركة المطواة
- استمرار وجود الأفعال الإنعكاسية البدائية ***réflexes Primitives*** بعد الوقت المتوقع لاختفائها.
- هناك إصابة المراكز العليا للوظائف الحيوية مثل السمع والبصر والإدراك بدرجات متفاوتة.

2. الوهن الحركي الدماغي الكنعي (الدودي) ***Athétose***

تظهر عليه في السنة الأولى علامات معينة مثل :

- إرتخاء عضلات الرقبة
- أخر إكتساب المهارات الحركية مثل التقلب والحبو ، الجلوس والمشي
- يلاحظ عليهم وجود حركات مستمرة في الأطراف (غير إرادية تختفي عند النوم.

في هذا النوع يكون هناك إرتخاء في أحد الأطراف أو مجموعة منها مع وجود إختلاط في التناغم العضلي، فتكون هناك فترات تكون فيها زيادة في التناغم العضلي (العضلات متشنجة ومشدودة) تتبعها لحظات يكون فيها نقص في التناغم (العضلات واهنة ومرتخية)، ويلاحظ أن الحركة:

- حركات إلتوائية غير منتظمة وغير هادفة في العضلات القريبة من منتصف الجسم
- حركات دودية بطيئة متلوية وإيقاعية للأطراف (بوجود الحركة، بعدم وجود الحركة)، تختلف عن الإهتزاز أو الرجفة
- وجود حركات جسمية غير مرغوبة عشوائية (رقصية) على الأطراف متعددة الأشكال مثل الحركات الفجائية (التي لا يمكن توقعها أو التحكم فيها) والحركات المتشنجة (المتقلصة، كما تظهر حركات وتشنجات على قسمات الوجه والفم، عادة ما تزداد مع التوتر والإنفعال وتختفي أثناء النوم. (عبد الله الصبي، 2004)
- هؤلاء الأطفال صعوبة في وضع الجسم مستقيماً ومتزناً في حالتي الحركة والسكون
- إحساس ضئيل بالتوازن والإدراك الحسي بالعمق مما يجعل الطفل يمشي بطريقة مترنحة مباعداً قدميه ليتمكن من التوازن، كما نراه يتلوى بشكل واضح
- هؤلاء الأطفال يحتاجون إلى الكثير من الجهد والتركيز عند محاولة القيام بعمل معين مثل إمساك الكأس أو تفريش الأسنان، لعدم القدرة على إيجاد التوازن المطلوب في تناغم وتناسق الحركة، ووجود الرجفات والرعشات
- المشاكل المصاحبة : بالإضافة للمشاكل الحركية فإن هؤلاء الأطفال يعانون من:
- وجود صعوبات سمعية وبصرية
- صعوبات النطق وسيلان اللعاب
- نوبات الصرع
- درجة الذكاء مختلفة

6 الوهن الحركي الدماغي الرنحي (اللاتناسق الحركي):*Ataxie*

الإصابة عادة ما تكون في المخيخ *Cervelet* وهو مركز التوازن تبلغ نسبتها 5-10% من الحالات تقريباً وتتمثل أعراضه في :

- نقص التوتر (الإرتخاء) في السنة الأولى من العمر
- عادة ما تظهر الأعراض بعد عمر الستة أشهر حيث بداية الحركات الإرادية
- تظهر الأعراض على شكل عدم توازن وحركات غير طبيعية رجفانية و إرتعاشية غير منتظمة
- نقص التناغم العضلي وضعف التوافق الحركي يؤدي إلى عدم القدرة على تنسيق الحركات العضلية الإرادية وعدم سكون الأطراف عند الثبات ، وهو ما يؤدي إلى حركات غير مرغوبة وبشكل متكرر ، وهو ما يسمى بالرنح أو التخلج (Ataxie) .

- يلاحظ على هؤلاء الأطفال عدم إستقرارهم وثباتهم في وضعهم العام، نرى لديهم إرتعاشات مختلفة الدرجات والأنواع في أجزاء مختلفة من الجسم، ومن هذه الرعشات وجود رجفة خفيفة في الأطراف مثل تلك التي نراها لدى كبار السن

- تكون تلك الرعشات بشكل أوضح عند محاولة الطفل القيام بحركة معينة(إرادية) مثل الكتابة والأكل، كما يلاحظ عدم ثبات الحركة وتموجها عند المشي.

- بسبب وجود تلك الإرتعاشات وعدم القدرة على التنسيق بين العضلات بالإنقباض والإنبساط (الإرتخاء) فإن القيام بعمل معين يحتاج إلى الكثير من الجهد والوقت لإنهائه، فعند المشي نلاحظ أن الطفل يترنح مباعداً قدميه ، واليدين ممدودة ، وغالباً ما يخطئون تقدير المسافات والأبعاد لذلك نلاحظ كثرة سقوطهم. (عبد الله الصبي، 2004)

- عادة ما يكون الذكاء في حده الطبيعي (بل قد يكون زائد الذكاء)

- في حالة وجود مشاكل حركية مع نقص السمع قد يعتقد الأهل أنها حالة تخلف فكري.

7 الوهن الحركي الدماغي المختلط (*Mixte*) :

في هذا النوع لا تنطبق عليها أعراض الأنواع السابقة ، وقد تكون هناك مجموعة من تلك الأعراض أو بعضها نتيجة إصابة أكثر من منطقة بدرجات متفاوتة ، وتبلغ حوالي 5-10 % من الحالات ، وفي هذه الحالة يكون هناك زيادة في

التناغم العضلي في بعض العضلات وفي نفس الوقت يكون هناك نقص في التناغم في مجموعة أخرى ، لذلك يكون هناك صعوبة في الحركة (عبد الله الصبي، 2004).

.أنواع أخرى أقل إنتشاراً:

8 عسر المقوية *Dystonie* :

حيث تظهر على شكل تحرك الجسم بشكل متقطع ، حركات يأخذ فيها الجسم وضعيات غير سوية

9 التصلبي: *Rigidité* :

تيبس المفاصل والأطراف مع وجود مقاومة متقطعة عند تحريكها *Lead pipe*، مع إنعدام العلامات التي تميز مرض السبيل الهرمي(*Pyramidal*)ومنها اشتداد رجفات الأوتار العضلية ، إرتجاف الكاحل ، منعكس شدّ إيجابي ، منعكس أخمصي إنبساطي ، وعادة ما يكون هناك تخلف فكري شديد (عبد الله الصبي، 2004).

10 الرجفاني *Tremble* :

حركات إهتزازية إرتعاشية غير منتظمة في الأطراف . لا مقوي، في هذه الحالة يكون هناك وهن للعضلات و إرتخائها التام، ويلاحظ أن محيط الرأس صغير، كما أن رجفة الركبة شديدة و استجابة أخمصية بالإنبساط ، مع تخلف فكري ، وتبلغ نسبة نوبات الصرع 30% من الحالات .

– ويمكن تصنيف للوهن الحركي الدماغي على حسب الجزء المصاب في الجسم: نوجزها كما يلي:

أ. الوهن الرباعي *quadriplégie* :

- يكونّ الوهن في أربعة أطراف
- الوهن في الأطراف العليا أكثر من السفلى (اليدين أكثر من الرجلين) مع قلة تيبس الكفين
- هناك تيبس المفاصل مع تقفعها (التوائها) لذلك يرقد في وضع شاذ ورجلاه منبسطتان

- درجة التشنج (التقلص) كبيرة
- وجودّ الوهن البصلي الكاذب، وهو شلل عضلات الفم واللسان، يلاحظ كثرة سيلان اللعاب، السعلة وعدم القدرة على المضغ والبلع والكلام
- يكثر في هذا النوع حدوث المشاكل السمعية والبصرية
- وجود التخلف الفكري.

ب. الوهن الشقي التشنجي *hémiplégie* :

و تحصل في 30% من حالات الوهن الحركي الدماغي، وهي تظهر كما يلي :

- تقلص (تشنج) وتيبس شق واحد من الجسم فقط
- يكون التقلص أكثر وضوحاً في الطرف العلوي منه في الطرف السفلي ، وفي الجزء القاصي منه في الجزء الطرفي الداني من الطرف
- اليد تكون محكمة الإغلاق في الجانب المصاب بينما اليد الأخرى مفتوحة
- عدم تماثل الحركة في الشقين
- قد تظهر الحالة على شكل التواء في المرفق والمعصم
- نقص الإحساس في نفس الجزء المصاب
- يمكن إكتشاف هذا النوع في وقت مبكر لملاحظة الوالدين وجود اختلاف في حركة شقي الجسم
- عادة ما يتأخر الطفل في الحبو والمشي
- عند المشي يلاحظ عدم توازنه وتكرر سقوطه.
- شلل عضلات الفم (نادراً)
- التشنج 50% من الحالات

- الذكاء في معدله الطبيعي (غالباً) (بيداء علي العبيدي، 2003)

ج. الوهن النصفي الطرفي المزدوج *diaplegie* :

- وهي نادرة وعادة ما نلاحظها لدي الأطفال الخدج
- يكون لديهّ الوهن في النصف السفلي (النصف العلوي سليم)
- إرتخاء في العضلات في السنة الأولى من العمر وتتحول إلى تيبس شديد في المرحلة اللاحقة
- يكون هناك نقص متوسط (شديد) في الذكاء
- عادة ما تكون القدرة على الكلام جيدة .

د. وهن أحادي الطرف:*monoplégie*

في هذه الحالة يكونّ الوهن لطرف واحد فقط، و بدرجات متفاوتة.

الأسباب حدوث الوهن الحركي الدماغي :

❖ **أسباب تصيب الأم:**

-الالتهابات الجرثومية التي تصيب الأم سواء فيروسية أو بكتيرية والتي تنتقل للجنين، ومن ثم تؤثر عليه مثل الحصبة الألمانية، الزهري، الفيروس الخلوي، وليس الشائع منها مثل الزكام أو الالتهاب البولي والتي عادة لا تؤثر على الجنين.

-عدم توافق فصيلة الدم العامل الريزيس RH دم الأم سالب ودم الأب موجب.

-الأمراض التي تؤدي تصيب الأم مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري.

-الحوادث والأزمات التي تؤدي إلى إصابة الجنين

-الأشعة الطبية و الغير طبية

-تسمم في فترة الحمل

-انحسار المشيمة

-استعمال الأدوية بدون وصفة طبية.

❖ **أسباب تصيب الطفل (أسباب جنينية):**

-عيوب خلقية في الجهاز العصبي

-عيوب خلقية في الأوعية الدموية

-صغر حجم الرأس الخلقي

-نقص الأوكسجين

--المشاكل الوراثية

❖ **أسباب أثناء الولادة:**

-تتركز الأسباب في حدوث صعوبة في الولادة (الولادة المتعسرة) وخصوصا التي تتم الولادة فيها بأيدي غير مدربة وفي ظروف لا تتواجد فيها إمكانيات طبية ووسائل الإسعاف السريع تلك الولادات المتعسرة قد تؤدي إلى نقص الأوكسجين، الإصابة الدماغية، – النزيف الدماغي ومن هذه الأسباب:

-التفاف الحبل السري حول الرقبة

-نزول الحبل السري المبكر قبل نزول الطفل

-نزيف الأم قبل الولادة

-انخفاض ضغط الدم لدى الأم

❖ **أسباب بعد الولادة**

-الولادة قبل الأوان (الخدج) وخصوصا إذا كان الوزن عند الولادة أقل من 250 غ

-النزيف الدموي الدماغي

-اليرقان (الصفار) بمستوى مرتفع بدون علاج

-نقص الأوكسجين نتيجة الحوادث

-نقص السكر في الدم

-الالتهاب السحائي والدماغي

– زيادة الأملاح في الدم مثل الصوديوم

الأعراض المصاحبة للوهن الحركي الدماغي(*IMC*):

الوهن الحركي الدماغي ليست مشكلة حركية فقط ، ولكن المشكلة الحركية هي الأكثر وضوحاً في النظرة العامة للطفل ، ومع وجود المشاكل الحركية هناك مشاكل أخرى مثل :

1. المشاكل البصرية :

يعاني حوالي 50% من الأطفال المشلولين دماغيا من مشكلات بصرية منها:

* الحول (شلل العضلات) 40%
* ضمور العصب البصري 20%
* ضعف البصر 30%
* عيوب الإنكسار مثل حسر البصر(قصر النضر) وخصوصاً في الخدج
* رأرأة العين وهي حركة اهتزازية للعين، غير إرادية
* نقص في مجال الرؤية وخصوصاً من لديهم شلل نصفي

2. المشاكل السمعية :

تبلغ نسبة الإعاقة السمعية 15-25% من الحالات، وخصوصاً المصابين بّالوهن الكنعي لإرتباطه بالحصبة الألمانية وعدم توافق فصيلة الدم

* نقص السمع الحسي العصبي (10%)
* نقص السمع التوصيلي (التهابات الأذن الوسطى) (بيداء علي العبيدي، 2003، ص 40)

3. مشاكل النطق والكلام :

الكلام من أهم طرق التواصل التي يتميز بها الإنسان من دون خلق الله جميعاً ، ولكي نقوم بالكلام نحتاج إلى عمل الكثير من العضلات وتوازنها ، فعضلة الحجاب الحاجز تتحكم في قوة الهواء الخارجة ومن ثم في قوة الصوت، و

الأوتار الصوتية تتحكم في حدة الصوت، وعضلات الفم واللسان تتحكم في نوع الصوت، والطفل المصاب بالوهن الحركي الدماغي لديه عطب في الأعصاب التي تتحكم في الصوت ومن ثم الكلام، وقد يجد الطفل صعوبة كبرى في الكلام ونوعه، وقد نلاحظ أنه يتكلم بطريقة صعبة قد يضحك منها الكثيرون.

فالبعض منهم لديه صعوبة في النطق كالتلعثم وما يسمى رثة الكلام *Dysarthrie* أو لديهم خلل في إختيار وتتابع الكلام وهو ما يسمى خرق الكلام *Apraxie* ، والتي تظهر على شكل صعوبة في إختيار مواقع الأصوات والمقاطع والجمل، والكلام التشنجي والعيوب الصوتية، والسرعة الزائدة في الكلام، وقد يصاحب الكلام حركات لا إرادية مثل حركة الوجه والرأس وحتى الجسم كله، لذلك نلاحظ صعوبة الكلام والنطق، (أنطوان إ. الهاشم، 1997، ص 102) ومن أهم المشاكل الناتجة:

* عسر الكلام و صعوبة النطق،و تأخرّات التطور الصوتي.
* وتيرة الكلام و كذا تأخر الكلام

4. سيلان اللعاب:

من المشاكل الملاحظة في الأطفال المصابين بالوهن الحركي الدماغي هو وجود سيلان اللعاب، وهو يحدث نتيجةّ الوهن في عضلات الفم والبلع، فيصبح شكله غير جيد ورائحة فمه كريهة، مما يجعله منبوذاً من المجتمع ، ومتعبا في المتابعة ، وهو ما يؤدي إلى انعكاسات سلبية على نفسية الطفل، ومن الصعوبة التحكم فيه ، ويمكن عن طريق تدريبات معينه الإقلال منه.

5. المشاكل السلوكية والنفسية :

تظهر هذه المشاكل في جميع مراحل العمر وتبلغ نسبتها 4-5 أضعاف نسبته في الأطفال العاديين، وليس السبب في حدوثها إصابة الدماغ ولكن تتركز الأسباب في الضغوط النفسية على الطفل والعائلة، مما يسبب ضيقاً لمن يقوم برعايته، وإعاقته قد تؤدي إلى زيادة إحباطاته،(عبد الله الصبي، 2004) ومن أهم هذه المشاكل :

* إضطراب النوم
* البكاء
* النزق وحدة الطبع
* الإنطوائية
* قلة التركيز

6. عدم التحكم في البول والغائط:

في أكثر أنواع الوهن الحركي الدماغي المتوسطة والشديدة هناك عدم تحكم في البول والغائط ، مما يجعل العناية بالطفل صعبة على الوالدين ويجعله معتمداً على الحفاظ ، وذلك له انعكاسات سلبية على نفسية الطفل، كذلك العناية به في المنزل والمدرسة **صعوبة الأكل** :

الكثير من العضلات التي تستخدم في الكلام تستخدم في الأكل والمضغ ، ولعدم وجود التوازن في الحركة العضلية للفم واللسان يكون هناك صعوبة في المضغ والمص مثل أكل الأيسكريم أو الشرب من خلال المصاص، وفي البعض حتى المأكولات الصلبة، وهو ما قد يؤدي إلى سوء التغذية.

7. التقيؤ و الإستفراغ:

يحدث ذلك نتيجة ارتخاء الصمام العضلي الواقع بين المريء والمعدة ، ومع وجود مشاكل في عضلات البلع والفم ، فيلاحظ تكرار التقيؤ (الإستفراغ) ، ويمكن علاج تلك الحالات بالأدوية أولاً ، وفي حالة فشلها بالجراحة.

8. نقص النمو :

نقص النمو المقصود به نقص الطول أو الوزن أو محيط الرأس أو جميعهم مقارنة بالأطفال في نفس العمر، وقد لا يظهر في السنوات الأول بشكل واضح، كما أن هناك ضعف في تطور العظام، ولم يتمكن معرفة أسباب ذلك في غالبية الحالات، ولكن الحركة العضلية والنشاط مطلوب لبناء الجسم، وهناك دوراً مجهولاً للدماغ في النمو ، كما أن سوء

التغذية ونقص الحنان والإهمال تلعب دوراً مهماً، أمّا نقص هرمون النمو ففي نسبة ضئيلة من المصابين، ويمكن القول أنها إرادة الله، فلو كان الطفل المصاب بّالوهن الرباعي كبير الحجم لما استطاعت والدته حمله والعناية به مع التقدم في العمر.

9. صعوبات التعلم :

25-50% من الأطفال المصابين بالوهن الحركي الدماغي لديهم أحد أنواع صعوبات التعلم ، ونفس هؤلاء الأطفال قد يكونون مجيدين في أنواع أخرى.صعوبات التعلم تعني نقص أحد القدرات اللازمة للتعليم وفهم اللغة و استعمالها، ولا يعني التخلف الفكري، ومن أسبابها نقص القدرة على السمع، التفكير، الكلام، القراءة، الكتابة، التهجئة، الحساب، وقد تؤدي صعوبة التعلم إلى درجة من درجات التخلف الفكري، فالأطفال الذين لديهم تخلف بسيط يمكنهم تعلم القراءة والكتابة والحساب، ولكن عندما يكون التخلف شديداً فإنهم يحتاجون إلى الكثير من الوقت والجهد وقد يحتاجون إلى تعليم خاص للوصول للهدف.

10. الذكاء والتخلف الفكري :

التخلف الفكري هو القصور والتوقف عن اكتساب المهارات الفردية مما يؤدي إلى قصور ونقص في القدرات الذهنية مقارنة بالأطفال في نفس العمر ونفس المجتمع، وأحياناً يكون هناك قصور في إحدى الحواس (الحركة ، السمع ، البصر ، النطق) مما يؤدي إلى إظهار نقص القدرات الفردية مع عدم وجود تخلف فكري.

11. التشوهات الجسمية و التأخر للنمو الحركي :

هو عدم إكتساب الطفل للحركات الطبيعية للجسم والأطراف والتي يستطيع القيام بها أقرانه في نفس المرحلة العمرية مثال ذلك القدرة على الجلوس (6-8 أشهر) والقدرة على المشي (12-18 شهر)، و نتيجة التصلب الدائم للمفاصل والأطراف ونقص النمو في العديد من المصابين بالوهن الحركي الدماغي تحدث تشوهات متعددة للجسم ، كما أن تأثير

الأفعال المنعكسة البدائية *reflexes Primitive*، وزيادة التقلص في مجموعة من العضلات بشكل مستمر يؤدي إلى بعض المضاعفات ومنها:

* انخلاع الورك
* قسط المفاصل مثل الركبة والكوع والرسغ
* الجنف: وهو التقوس الجانبي للعمود الفقري
* الحدب: وهو التقوس الخلفي للعمود الفقري

البزخ : وهو التقوس الأمامي للعمود الفقري

تشوهات الكاحل والقدم مثل القدم الروحاء ، القدم الفحجاء ، القدم القفداء.

سادساً : الوقاية من الوهن الحركي الدماغي

الوهن الحركي الدماغي ليس مرضاً بحد ذاته، ولكن عرضاً للعديد من الأسباب التي يمكن منعها ومن ثم التقليل من حدوث الوهن الحركي الدماغي، كما التقليل من تبعات الحالة ومنع المضاعفات أو جعلها في حدها الأدنى، والوهن الحركي الدماغي صورة حقيقة لمستوى الخدمة الصحية و التوعية المقدمة للمواطن، فكلما زادت هذه الخدمات قلت نسبة الإصابة، كما قلت نسبة المضاعفات.

المستوى الأول :الوقاية قبل الحمل *Prévention Primaire*

- التثقيف الصحي
- إجراء الفحوصات الطبية بالنسبة للمقدمين على الزواج (الأمراض الوراثية)
- إعطاء التطعيمات الأساسية ، فتطعيم الأم يمكن أن يمنع الكثير من الأمراض مثل التطعيم ضد الحصبة ، الحصبة الألماني والكزاز
- معرفة فصيلة الدم (لمنع عدم توافق فصيلة الدم)

المستوى الثاني :الوقاية خلال الحمل و الولادة *Prévention Secondaire*

- التحسيس و التثقيف الصحي من قبل مراكز الأمومة والطفولة ووسائل الإعلام المختلفة حول صحة الحامل وتغذيتها .تجهيز مراكز الولادة وتدريب الأطقم الطبية
- الولادة في المراكز المتخصصة
- الرعاية الصحية للحامل لمنع حدوث الأسباب ومنها فقر الدم وسوء التغذية
- إجراء الفحوصات المخبرية الأساسية للحامل
- متابعة عدم توافق فصيلة الدم (*incompatibilité du Rh.*) وإعطاء حقنة التحسس الخاصة *Rhogam*
- عدم تناول الأدوية بدون استشارة الطبيب
- علاج الأمراض التي تصيب الأم مثل ارتفاع ضغط الدم والسكري
- الحوادث (الصدمات) والتي تؤدي إلى إصابة الجنين (النزيف الدماغي).
- عدم التعرض للأشعة
- عدم التعرض للسموم مثل الزئبق والرصاص
- علاج تسمم الحمل
- منع حدوث الولادة المبكرة
- متابعة الولادة قبل الأوان (الطفل المبتسر/ الخديج)

✓ محاولة منع الولادة المتعسرة (نزول المقعدة، نزول المشيمة، الولادة بالجفت)

✓ متابعة اليرقان (الصفار) في الأطفال حديثي الولادة لمعرفة مستواه في الدم وعلاجه سواء بالإضاءة المخصصة (وليس اللمبة العادية) أو تغيير الدم*Exchange transfusion*

المستوى الثالث :الوقاية من المضاعفات *Prévention Tertiaire*

الهدف هو الحيلولة دون تفاقم المشكلة العضلية وتحولها إلى عجز، كما السيطرة على الأعراض المصاحبة، كما تنمية قدرات الطفل للوصول إلى القدرات الكاملة، ومنها:

* العلاج الطبيعي
* العلاج المهني
* العلاج النفسي
* توفير الأدوات والمعدات المساندة
* تعديل اتجاهات الأسرة والمجتمع
* التربية الخاصة والتأهيل

سابعاً : العـلاج :

لا يوجد أدوية علاجية تشفي الطفل المصاب بالوهن الحركي الدماغي ولكن الطبيب قد يصف بعض العلاجات المساعدة ومنها: أدوية لتخفيف التقلص العضلي وزيادة التناغم بينها، ولكن هذه الأدوية ذات مفعول مؤقت حيث ترتخي العضلات لفترة معينة ثم تعود للتقلص، ولكنها تستخدم في بعض مراحل العلاج.أدوية الصرع للأطفال المصابين بها و كذلك الفيتامينات لمنع نقصها.

كذالك لا يوجد علاج جراحي للوهن الحركي الدماغي ولكن هناك بعض العمليات الجراحية التي يتم عملها لتسهيل العلاج الطبيعي وتقليل التشوهات الحركية، وتلك العمليات تجرى في مراحل عمرية معينة بعد حصول الطفل على مهارات حركية معينة، وأخصائي الجراحة سوف يعطيكم الصورة الكاملة لذلك، ومن تلك العمليات :القيام بجراحة للعضلات والأوتار المتقلصة لزيادة طولها التدخل الجراحي على المفاصل والعظام لإصلاح التشوهات الحاصلة بها

مع العلم بعدم وجود علاج شاف للوهن الحركي الدماغي فإنّ هناك العديد من الطرق لمساعدة هؤلاء الأطفال للحصول على أفضل نتيجة محتملة للنمو والتطوّر، ولكي يتمكن من تحسين قدراته العضلية لأداء الكثير من المهام التي يحتاجها في حياته اليومية كالمشي والأكل والتواصل مع الآخرين عن طريق الكلام، فالتشخيص والتدخل المبكر ذو أهمية كبيرة، حيث تقوم المجموعة العلاجية بوضع خطة علاجية خاصة للطفل، هذه الخطة العلاجية يمكن أن يكتب لها النجاح عندما يكون لوالدي الطفل دور كبير في التخطيط لها وتطبيقها .

التوحد

1-مفهومه :

التوحد مصطلح يرجع الى كلمة اغريقية تعنى اوتس (autos) و هى النفس لى الذات و حدد " جيلبرج " على انها جملة اعراض سلوكية تتميز بالعلاقة الاجتماعية غير السوية و هى غالبا منخفضة بانخفاض العمل العقلى ، و التوحد (autisme) هو كلمة لاتينية و معناها انغلاق او انعزال الطفل على ذاته.

يعد التوحد من أكثر الإضرابات الإنمائية تأثيرا على المجالات الرئيسية للقدرات الوظيفية ولقد عرفه كنر ,kanner علي انه اضطراب في السلوكيات المميزة التي تشمل على عدم القدرة لتطوير علاقات مع الآخرين وتأخر في اكتساب الكلام واستعمال غير تواصلي للكلام بعد تطويره ومصاداة متأخرة وتكرار ونشاطات لعب نمطية وتكرارية والمحافظة على التماثل وضعف التحليل وذاكرة الحرفية جيدة وظهور جسمي طبيعي

2-أسباب التوحد :

أسبابه ما زالت مجهولة وغير معروفة على الرغم من الدراسات والأبحاث الكثيرة التي أجريت في هذا المجال. جميع ما قدم في مجال الأسباب عبارة عن فرضيات ولا يوجد أي نظرية مثبتة علمياً.

➢ الفرضية البيولوجية :

ترجع هذه الفرضية التوحد إلى وجود تلف في الدماغ

سواءً كان معروفاً أو فرضياً .

* دليل هذه الفرضية مرافقة التوحد للعديد من الأمراض

العصبية والصحية والإعاقات المختلفة.

* وأشارت بعض الدراسات التي تدعم الفرضية البيولوجية

إلى وجود اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد المصابين بالتوحد

➢ الفرضية الوراثية :

هناك عائلات تكثر فيها حالات التوحد كما تزداد احتمالية الإصابة بالتوحد عند الأسر التى لديها اصابة بالتوحد

➢ **الفرضية الجينية :**

ترى هذه الفرضية بأن التوحد يعود إلى حدوث خلل في الجينات

أو الكر وموسومات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين بدليل مرافقة

التوحد للعديد من الاضطرابات الجينية.

➢ **الفرضية البيوكيميائية :**

ترجع هذه الفرضية التوحد إلى خلل في النواقل العصبية وإفراز بعض الهرمونات في الجهاز العصبي المركزي.

* تناولت الدراسات العديد من هذه النواقل والتي من أهمها: السيروتونين , الدوبامين , مستوى الكورتيزول في البلازما.

➢ **الفرضية الإيضية :**

ترجع هذه الفرضية التوحد إلى الاضطرابات في عملية الهدم والبناء

التي يقوم بها الجسم.

* ويرى أصحاب هذه الفرضية بأن عدم هضم بعض الأطعمة كبروتين

الكازين من الحليب و بروتين الجلوتين من القمح

وأن عدم الاستفادة من المكونات الأساسية لهذه الأطعمة على المدى

الطويل يؤدي إلى الإصابة بالتوحد

➢ **فرضيات اخرى:**

- **فرضيات الفيروسات والتطعيمMMR** .

(التطعيم الثلاثى: الحصبة – الحصبة الألمانى –النكاف)

- **فرضيات التلوث البيئي**. (الرصاص والزئبق)

مصادر التلوث:

- احتراق وقود السيارات والمركبات
- طلاء الأبنية
- المصانع التى تستعمل الرصاص
- دخان البطاريات القديمة المحترقة
- تناول الأم للأدوية والعقاقير أثناء الحمل.

3–خصائص التوحد:

1–الخصائص الاجتماعية :

- لا يطورون العلاقات الاجتماعية التي تتناسب مع أعمارهم.
- عدم القدرة على فهم مشاعر الآخرين ولديهم صعوبة في التعبير عن مشاعرهم.
- عدم التواصل البصري مع الآخرين.
- تفضيل البقاء والانعزال لوحده ويفضلون اللعب وحدهم (ألعابهم واحدة).
- التفاعل مع الغير بطرق غريبة (كالشم أو اللمس).
- بعض الأطفال لديهم نوبات من الضحك والبكاء من دون سبب.
- يهتمون بالأشياء ولا يهتمون بالأشخاص.

البعض يستجيب للتفاعلات الاجتماعية إذا طلب منه ذلك ولكن غالباً لا يكون المبادر إليها

2الخصائص التواصلية :

- الأطفال التوحد يون لديهم مشاكل في التواصل سواء أكان لفظياً أم غير لفظي.
- نسبة كبيرة من الأطفال التوحديون لا يكتسبون كلاماً ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات.
- لديهم تأخر أو قصور كلي في تطوير اللغة المنطوقة.
- لا يستجيبون بالنظر عند المناداة بالاسم.
- استخدام كلمات خاصة بهم لا يفهمها إلا المقربين منهم.

- صعوبة في استخدام الضمائر.
- صعوبة في المبادرة بالحديث والاستمرار فيه.
- صعوبة في ربط الكلمات التي يتعلمها بمعناها.

3-الخصائص السلوكية

- التمسك الشديد بالروتين الزماني أو المكاني في سلوك معين,

(الطعام والشراب , اللعب , ارتداء الملابس نفسها كل يوم , مقاومة التغيير في البيئة المحيطة بهم).

- السلوك النمطي مثل (الاهتزاز , رفرفة اليدين , الدوران , لف الأشياء بشكل دائري , الهمهمة , فرك اليدين وطقطقة الأصابع , وضع الأصابع أمام العينين , تمزيق الورق , لمس الأشياء بشكل متكرر).
- الاهتمام بأشياء محددة دون سواها: (قد يظهر الطفل التوحدي اهتمامه بعلبة أو خيط ولا يلفت اهتمامه كرة مثلاً).
- سلوك إيذاء الذات.
- الانتقائية الزائدة لبعض الأطعمة دون سواها.

4-الخصائص المعرفية

مشاكل في الانتباه (الحساسية للمثيرات أي التفاته إلى مثير وعدم التفاته إلى مثير آخر , صعوبة في نقل الانتباه , الانتباه المبالغ به).

- 70 – 75 % من الأطفال التوحديين لديهم تأخر عقلي.
- بعض الأطفال لديهم تميز بمجال معين كالرسم مثلا.

5-الخصائص الحسية

- حواس الطفل التوحدي سليمة.
- لديه مشكلة في تفسير الاحساسات حيث الكثير من هذه الاحساسات يفسرها بشكل خاطئ.
- صعوبات في توحيد المعلومات الواردة من الحواس المختلفة.
- لديه حساسية سمعية لبعض الأصوات (مكنسة كهربائية , خلاط).
- قد يخاف من رؤية بعض الألوان.

- قد يبتعد عند محاولة لمسه أو حضنه أو وضع اليد على كتفه.

الإحساس بالألم عند البعض بطريقة غير طبيعية إما عدم الإحساس أو إحساس مبالغ به .

4-أنواع طيف التوحد

- **اضطراب التوحد trouble autistique**

يتميز هذا الاضطراب بثلاثة أعراض اساسية المتمثلة في

- ضعف في العلاقات الاجتماعية
- ضعف من ناحية التواصل اللفظي و غير اللفظي
- الاهتمامات و النشاطات المتكررة مع غياب اللعب التخيلي

قد يظهر لديه اضطرابات ي السلوك مثل نشاط زائد أو قلة التركيز أو نوبات غضب شديدة و سلوك عدواني في اتجاه نفسه اوغيره كما قد يصاحبه في بعض الحالات انخفاض في نسبة الذكاء و يشترط أن تظهر الأعراض الأساسية للاضطراب قبل سن الثالثة

- **الاسبرجر syndrome d'asperger**

يتميز هذا الاضطراب ب

- نقص المهارات الاجتماعية
- ضعف التركيز و التحكم
- محدودية الاهتمامات و النشاطات

لكن ليس له تأخر في اللغة و في كثير من الأحيان نجد أن لهم ذكاء طبيعي أو قريب من المتوسط و أحيانا فوق المتوسط و عادة ما يكون اكتشاف هذا الاضطراب متأخر مقارنة بالتوحد و الاضطرابات النمائية الاخرى

ريت syndrome de Rett

وهو اضطراب يصيب البنات فقط حيث يكون تطور الحالة طبيعي مابين الى شهر ثم يلاحظ الوالدين تغير في سلوكيات ابنتهم مع تراجع التطور و فقدان بعض القدرات المكتسبة كالمشي و يتبع ذلك نقص ملحوظ في بعض القدرات مثل الكلام و التفكير و الاستخدام الغرضي لليدين و يحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين مثل الهز و الرفرفة اضافة الى أعراض اخرى نذكر منها

- ما بين شهر تباطوء نمو محيط الرأس

- فقد التواصل الاجتماعي
- ظهور مشية غير متزنة أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية
- نقص شديد في تطور اللغة الاستقبالية و التعبيرية
- اعاقة عقلية عميقة
- استعمال عادات غريبة بصفة مستمرة مثل طحن الاسنان ببعضها و صعوبة المضغ
- اضافة الى وجود صعوبات في التنفس و حالات صرع و اغماء

-اضطراب الطفولة التفككي

يعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث ويتم تشخيصه اذا ظهرت الاعراض بعد تطور طبيعيين في السنتين الاوليتين من العمر و بعدها يفقد المهارات التي اكتسبها و من بينها

- ضعف نوعي و كيفي في التواصل الاجتماعي
- ضعف في التواصل الاجتماعي
- ضعف في المهارات الحركية
- سلوكات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات
- عدم التحكم في البول وتظهر هذه الاعراض بعد نمو سليم و طبيعي خلال العامين الأولين أو قبل سن العاشرة

5-النظريات المفسرة للتوحد:

ان موضوع البحث عن اسباب ظهور اضطراب التوحد تلقى عدة تفسيرات من طرف مؤيدى النظرية النفسية و النظرية العضوية لكن اصل هذه تبدو متعددة العوامل و لا يمكن الفصل بطريقة تبسيطية العوامل العضوية من الاخرى النفسية حيث يتدخل العاملات بصفة متكاملة لتكوين الهيكل النفسى عند الطفل.

5 ـ 1 ـ التفسير النفسى: psychogenèse

5ـ 1 ـ1 ـ النظرية التحليلية:

اهتم المحللون النفسانيون باضطراب التوحد قصد تحسين التدخلات العلاجية من جهة و ايضاح الميكانزمات السيكوباتولوجية من جهة اخرى ، فلم يتفق اغلبيتهم فى نظرتهم التفسيرية بحيث لكل باحث نظرة خاصة ب هالا انهم يشتركون فى محاولة فهم ميكانزمات التوحد و تفسير اسباب اضطراب التوحد استنادا على النظرية التحليلية.

لقد وضعت بعض الفرضيات لمحاولة فهم ظاهرة التوحد و منها التى تستند على الابحاث فى القلق و اضطراب العلاقة المبكرة بين الام و الطفل ، حيث استعمل (B.Bettelheim) فى نظريته فكرة " الوضعية القصوى " و هى الحالة التى يواجه فيها الشخص محيطه المدمر، يفترض (B.Bettelheim) ان الطفل التوحدى يكون ضحية قلق الموت الذى يظهر مبكرا فى حياته و هو ينمو فى محيط مليء بالوجدانات السلبية فيصبح الانعزال التوحدى خضوعا لوضعية لا تمكن الهروب منها فيفقد اهتمامه منذ ذلك الحين بالعالم الخارجى و هذا بانفصاله من جميع الانفعالات.

اما (D .Meltzer) فيعتقد ان الطفل التوحدى مهدد بتفكيك الانا ، فاضطرابات فى تفاعلات الام مع طفلها لن تسمح م تطوير هوامات بدائية ، مما يفسح المجال للقلق البدائى المرتبط بالإحساسات السلبية للغزو و التدمير ، تصبح الام و طفلها منغلقين فى حركة دائرية يمنع فيه القلق من اية روابط و علاقات بين الطفل و محيطه من جهة و مع الاحاسيس المرتبطة بجسده من جهة اخرى ومنه تصبح كل تجربة حسية او تفاعلية متميزة بهذا النوع من الانشطار و التفكك الوجدانى.

اما (M. Mahler) تقول ان المشكلة الخاصة بالتوحد تبدأ فى العام الاول و يبدو انها انتاج او على الاقل تتوارد مع النقص الذى يشعر به الطفل فى انتظاره المستمر لتهدئة موثوق بها او مقابل جوعه الوجدانى لمشاعر الامومة.

توصلت (M. Mahler) فى ابحاثها الى ان هناك نقص عند الطفل و فشل فى علاقة لأم و الطفل ، فهى لا تتدعي ان الام مسؤولة عن اصل هذه الاضطرابات إلا انها تعتقد فقط ان الام فشلت فى تعويض هذا النقص " لنم تنجح الأم فى موازنة استعداد الطفل للشعور بالقلق الشامل.

تعتبر اعراض التوحد الطفلى : البكم و الارق و النكوص و العدوانية و القلق كلها آليات دفاع من قبل الطفل الذى يحمى نفسه بهواماته لتفادى التعامل مع محيطه.

و يعتقد (P.Bizouard) ان الطفل التوحدى يستمر فى التقدم فى عالمه الخاص ، حيث الاليات الاولية و الهوامات البدائية الاساسية منتشرة ، و تكون الدفاعات صلبة و شاملة تنقصها الافكار الرمزية التى تؤثر غالبا على العلاقة بين الفرد و الخارج.

5 .1. 2 . النظرية المعرفية:

ان هدف الباحثين فى المعرفة هو التعرف على الاضطرابات الوظيفية المعرفية الخاصة بالتوحد حيث نجد ثلاث افتراضات وصفت السياقات الادراكية عند الاطفال التوحد:

- **الاحتمال الأول** (Levnas et Soncibman): سنة 1971 يتمثل فى ان الطفل التوحدى يتميز بالمبالغة فى انتقاء المثيرات ، اى لا يستجيب الا لعدد معين من المثيرات الخارجية.
- **الاحتمال الثانى** (Oaitz et Rivo): سنة 1968 الخاص بعدم الثبات الادراكى و الذى يفترض ان الطفل التوحدى يتلقى من المحيط الخارجى صورة مشوهة و متغيرة ، مضخمة و مخففة و الطفل يستجيب بصفة غير متوقعة اما بغياب الاستجابة او الاستجابة المبالغ فيها.
- **الاحتمال الثالث** (O'conner) الذى يرى ان اضطراب التوحد يترجم باستحالة ادماج مثير بين حسين مختلين حيث يبدو انه قام عندما يسمع لا يرى و عندما يرى لا يسمع.

قام كل من (Harmelin et O'conner) سنة 1970 بدراسة بين من خلالها ان المصابين باضطراب التوحد عاجزون عن استخراج القواعد الاجتماعية من المحيط بسبب عدم قدرتهم على التجريد ، و اظهر ان المصابين باضطراب التوحد لا يستطعون التعرف عليه الا اذا تم تقديمه بنفس الطريقة التى قدم بها لاول مرة بما ان هؤلاء الاطفال ليس لديهم تصور عقلى داخلى للمشاكل التى ستواجههم ، اى هناك غياب الاحساس بمشاعر الاخرين فالطفل توحدى ليس لديه القدرة على تصور ما يظهره الاخرون.

5 ـ 2 ـ النظرية العضوية : (**organogenèse**)

ان الخلل الكيميائى فى الدماغ قد يؤثر فى الاداء الوظيفى لأجزاء من المخ كالفصين الصدغى و الامامى و كذلك جذع المخ و المخيخ ، و قد اشارت البحوث الى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية و بصفة خاصة الى الاضطرابات تتمثل فى خلل او نقص او زيادة افرازات الناقلات العصبية التى تنقل الاشارات العصبية من الحواس الخمس الى المخ و الاوامر الصادرة من المخ الى الاعضاء المختلفة للجسم و الجلد.

كما لوحظ فى دراسات اخرى زيادة فى تركيز احدى الناقلات العصبية (السيروتونين) فى مجموعة من الاطفال التوحد ، وعندما امكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار (فينفرولامين) لوحظ تحسين و انخفاض فى بعض الاعراض لدى هؤلاء الاطفال ، كما لوحظ تحسن فى الاداء اللغوى.

6 ـ تشخيص اضطراب التوحد :

ان تشخيص التوحد عند الطفل كان لا يتم حتى فى سن الثالثة او اربع سنوات ، عندما تصبح اعراض الاضطراب واضحة اكلينيكيا (الانعزال التوحدى ، الحادة الى الثبات ، السلوكات النمطية و غياب اللغة).

حاليا هناك اتفاق بين الباحثين على ان التوحد فى شكله النمطى يظهر مبكرا جدا ، اى منذ الولادة و منه فيمكن تشخيص الطفل التوحدى خلال السنتين الاوليتين و هذا بعد جمع عدة اعراض و ملاحظة استمراريتها خلال النمو ، و على الرغم من ذلك يبقى فحص الاطفال التوحد من الفحوصات صعبة التطبيق فمعظمها غير قابلة للممارسة و هذا باستخدام الاختبارات المعيارية المعروفة ، وتعتبر الملاحظة العلمية و المستمرة هى الوسيلة الوحيدة لجمع المعلومات فى الحالات المعقدة.

7–فريق التشخيص :

يتم التقييم التشخيصي لحالة الطفل من قبل فريق متكامل يمكن أن يضم تخصصات مختلفة

- طبيب أطفال
- طبيب عقلي للأطفال
- طبيب أعصاب
- أخصائي في علم النفس
- أخصائي في الأرطفونيا
- أخصائي في التربية الخاصة

8–التشخيص المبكر:

ان التقدم و التطور فى البحوث العيادية ادى الى التعرف على بعض الاعراض المبكرة خلال السنتين الاوليتين من حياة الطفل والتى من شأنها توجيه التشخيص و الاعراض الملاحظة.

- **من الولادة الى 6 اشهر:**

ـ غياب التواصل و الاهتمام بالأم و الاشخاص الاخرين.

ـ اضطرابات سلوكية : هدوء بالغ فيه (الطفل يكاد ينسى وجوده) او حركات عشوائية.

ـ اضطراب نفس–حركى : شذوذ فى المقوية الحركية و فى المقابل حركات عنيفة مستمرة.

ـ انقطاع فى العملية الإدراكية : لا مبالاة بالأصوات المحيطة.

ـ اضطرابات عميقة و مبكرة فى النمو.

ـ اضطرابات فى عملية التغذية و عدم القدرة على المص.

ـ غياب او فقر فى اصدار الاصوات.

ـ غياب الابتسامة اتجاه الاوجه المألوفة مع الاحتفاظ بوجه جامد.

- **من 6 الى 12 شهر:**

تتأكد الاعراض السابقة اضافة الى اعراض اخرى:

ـ البحث عن المثيرات الحسية : تثبيت النظر على الاضواء او على الاشياء التى تدور.

ـ غياب التعبير.

ـ اهتمام متزايد بالأشياء الجامدة.

ـ غياب القلق من الغريب (و يكون ذلك غالبا فى سن ثمانية اشهر)

- **خلال السنة الثانية:**

ـ غياب استخدام السبابة للإشارة لشخص آخر او لشيء مثير للاهتمام.

ـ غياب الالعاب الرمزية : يستعمل الاشياء و الاحجام دون الاهتمام بوظائفها بل بخصائصها المادية فقط.

ـ اضطرابات لغوية.

ـ اضطرابات فى المشى مع تفادى وضع القدم عند الوقوف.

ـ العدوانية اتجاه الذات.

9-أدوات التشخيص

تستخدم مقاييس تقدير التوحد لتقييم السلوكات و تشمل أهداف الاختبار على التصنيف و تحديد السلوك المستهدف و تقييمه اذ ان اداة التقييم المناسبة عملية معقدة تعتمد على مستوى القدرات الوظيفية للطفل و القدرة على الاستجابة للتعليمات المعقدة والتوقعات الاجتماعية و القدرة على التعامل مع الانتقال في نشاطات الاختبار و يظهر الأطفال التوحديين أداة أفضل على الاختبارات التي لا تتطلب المشاركة الاجتماعية أو تتطلب مستوى قليل منها و لا تعتمد كليا على القدرات اللفظية و فيما يلي عرض لبعض مقاييس التوحد الشائعة الاستخدام

❖ دليل التصنيف التشخيصي و الاحصائي للأمراض و الاضطرابات النفسية DSM

حيث يعتبر من المحاكات العالمية للتشخيص و الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1994 و المتفق عليها في تشخيص التوحد وقد وصف هذا الدليل اضطراب التوحد على أنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية العامة

❖ قائمة شطب سلوك المتوحدين Cheklist for Autism in Toddlers(CHAT)

يشخص الأعراض ابتداءا من18 شهرا و هو عبارة عن سلم تنقيطي للكشف المبكر وضع من طرف Baron » « Cohenفي لندن و يتكون السلم من بنود 9 موجهة للأولياء و الاجابات تكون بنعم أو لا كما يحتوي بنود اخرى موجهة للمختصين تتعلق ب

- نقص اللعب التخليلى
- الطلب عن طريق الاشارة بالاصبع الى الاشياؤ
- نقص الاتصال البشري
- الانجذاب والاهتمام بالضوء

❖ مقياس مستويات التوحد لدى الاطفال(cars) Chilhood Autism Ratting scale

حيث يعتبر هذا المقياس من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة وضعه عام و يعتمد هذا المقياس على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر له درجة ويقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال التقليد -الادراك -حركة العضلات الدقيقة -حركة العضلات الكبيرة- تازر اليد و العين- الاداء المعرفي والعملي- الاداء المعرفي اللفظي كما يظم سلم للسلوك الذي يحتوى بندا يقيس أربع مجالات سلوكية و هي الارتباط الوجداني- اللعب -الاستجابات الحسية- اللغة

10-التشخيص الفارقي للتوحد

يعد التشخيص الفارقي مهم جدا رغم صعوبته وذلك راجع الى التداخل الموجود بين الأعراض و التشابه في بعض السلوكات و في كثير من الاحيان نجد اضطرابات أو اعاقات قد تختلط بأعراض التوحد قد تعقد التشخيص و من بينها بطيء النمو الاعاقة العقلية الاعاقة السمعية اضطراب في التواصل اللفظي كل هذه الاضطرابات يعتمد تشخيصها عادة قبل التشخيص الاولي للسلوك التوحدي عند الطفل

11-البرامج المستعملة للتكفل بالتوحد

برنامج TEACCH

Treatment and Education of Autistic and related Communication handicaped children

وهو برنامج معالجة و تعليم الأطفال التوحديين و الذي أعده و زملاءه سنة بجامعة نورث كارولينا بالولايات المتحدة الامريكية وجاء هذا البرنامج لعلاج الأطفال و الكبار و المصابين بالتوحد و باعاقات التواصل و تقديم المساعدة لاسرهم و تدريب العاملين و الباحثين في مجالات

- التربية و التعليم للاباء و الأمهات مع الطفل في المنزل
- مساندة مؤسسات المجتمع واعداد برامج التعليم الفردي للطفل التوحدي و برامج تنمية القدرات الاجتماعية
- يعتمد هذا البرنامج على الاكثارمن استخدام المثيرات البصرية التي يتميز بها الشخص التوحدي و من أهم ما يتميز به هذا البرنامج
- تنظيم الانشطة التعليمية وخطة العمل
- استغلال وظيفي متكامل للرسائل التعليمية

و تعد طريقة شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيل متكامل للطفل كما تمتاز بأنها طريقة مصممة بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل

برنامج تبادل الصور (التواصل) PECS :

يعتبر من اشهر اساليب التواصل البصري مع الأطفال التوحدين و الاطفال المضطربين لغويا و يهدف هذا الاسلوب الى تدريب الطفل على تعلم طريقة مساعدة للتواصل، وذلك عن طريق تبادل الصور، حيث يدرب الطفل على اعطاء المعلم الصورة التي تعبر عن احتياجاته و رغباته باستخدام صور تكون على شكل بطاقات صغيرة و يتم تدريب الطفل عليها بمراحل عديدة تبدأ بمبادرة الطفل على تبادل البطاقات مع المحيطين به و تنتهي بتدريبه على تكوين جملة كاملة عن طريق ترتيب البطاقات الخاصة بهذه الجملة.

برنامج لوفاس LOVAS

وتسمى بالعلاج السلوكي Therapy Behavior ،أو علاج التحليل السلوكي Therapy Analysis Behavior .وتعتبر واحدة من طرق العلاج السلوكي، ولعلها تكون الأشهر، حيث تقوم النظرية السلوكية على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، حيث يعتبر كل سلوك استجابة لمؤثر ما. ومبتكر هذه الطريقة هو Ivor Lovaas ،أستاذ الطب النفسي في جامعة لوس أنجلوس (كاليفورنياUCLA (، حيث يدير مركزاً متخصصاً لدراسة وعلاج التوحد. والعلاج السلوكي قائم على نظرية السلوكية والاستجابة الشَرطية في علم النفس. حيث يتم مكافئة الطفل على

كل سلوك جيد، أو على عدم ارتكاب السلوك السيئ، كما يتم عقابه (كقول قف، أو عدم إعطائه شيئاً يحبه) على كل سلوك سيئ. وطريقة لوفاس تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف، حيث يجب أن لا تقل مدة العلاج السلوكي عن ساعة في الأسبوع، ولمدة غير محددة. وفي التجارب التي قام بها لوفاس وزملاؤه كان سن الأطفال صغيراً، وقد تم انتقاؤهم ٤٠ بطريقة معينة وغير عشوائية، وقد كانت النتائج إيجابية، حيث استمر العلاج المكثف لمدة سنتين. وتقوم العديد من المراكز بإتباع أجزاء من هذه الطريقة. وتعتبر هذه الطريقة مكلفة جداً نظراً لارتفاع تكاليف العلاج، خاصة مع العدد الكبير من الساعات كما أن كثيراً من الأطفال الذين يؤدون بشكل جيد في العيادة قد لا يستخدمون المهارات التي اكتسبوها في .المخصصة للعلاج .حياتهم العادية