

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان



كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية



قسم: علم النفس وعلوم التربية

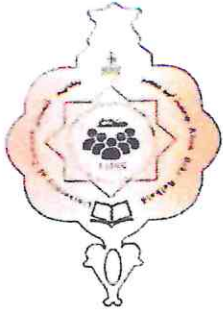


سند بيداغوجي: مقياس
اضطرابات اللغة والتواصل

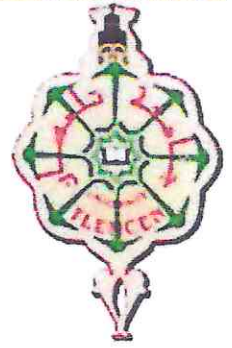
من إعداد: د. يوب زهرة

المستوى السنة الثانية ليسانس: علم النفس الطبي

السنة الجامعية 2025-2026



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبو بكر بلقايد - تلمسان
كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية
المجلس العلمي



الرقم: 2026 / م.ع.ك.ع.إ.ع.إ. / 2026

شهادة إدارية

الاحتفاء سند بيداغوجي

بناء على محضر المجلس العلمي؛ المنعقد يوم الخميس 23 أفريل 2026، وبناء على تقرير الخبيرين المكلفان بتقييم السند البيداغوجي الموسوم بـ "اضطرابات اللغة والتواصل"؛ من إعداد الدكتورة يوب زهرة؛ الموجه لطلبة السنة الثانية ليسانس؛ تخصص علم النفس الطبي، وافق المجلس العلمي على اعتماده ونشره وتوزيعه.

تلمسان في: 2026/06/07

عميد الكلية



عميد كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية - جامعة تلمسان
أ.د. نصر الدين بن داود

رئيس المجلس العلمي



رئيس المجلس العلمي للكلية
الأستاذ الدكتور: بلقيث عميد الجديد



بطاقة تعريفية للمادة

اسم المادة: اضطرابات اللغة والتواصل 1.

الفئة المستهدفة: طلبة السنة الثانية ليسانس :علم النفس الطبي

عنوان الماستر: علم النفس الطبي.

السداسي: الثالث

اسم الوحدة: وحدة التعليم الاستكشافية

الرصيد: 1

المعامل: 1

أهداف التعليم:

- التعرف على مختلف اضطرابات النطق والكلام واستراتيجيات التكفل.

- التعرف على اضطرابات اللغة الشفوية وطرق التكفل بها.

- التعرف على اضطرابات اللغة المكتوبة وطرق التكفل بها

المعارف المسبقة المطلوبة

1) علم نفس النمو

2) علم النفس اللغوي

3) علم النفس الفيزيولوجي

القدرات المكتسبة

1. التعرف على الاضطرابات اللغوية المختلفة

2. القدرة على التمييز بين الاضطرابات اللغوية المختلفة

3. التمكن من أساليب التكفل ببعض هذه الاضطرابات

طريقة التقييم: امتحان في نهاية السداسي



فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	بطاقة تعريفية للمادة
ب	فهرس المحتويات
ز	فهرس الأشكال
1	مقدمة
3	المحاضرة الأولى: مدخل مفاهيمي حول بعض المصطلحات المرتبطة باللغة.
3	اضطراب اللغة
4	اضطراب اللغة النوعي
4	اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية
4	الاضطرابات الدلالية
5	اضطرابات الصرف والنحو
5	المعايير التشخيصية وحدود المفاهيم
5	الأهمية التطبيقية لهذه المفاهيم
6	أسئلة تقويمية مصححة (للمراجعة)
9	المحاضرة الثانية: اللغة والتفكير
9	النظريات التفسيرية الرئيسية
9	- نظرية التفكير اللغوي: فيغوتسكي
9	- فرضية سابير-وورف: (النسبية اللغوية)
10	- النظرية العقلية: (تشومسكي)
10	التفاعل الدينامي بين اللغة والتفكير
11	أسئلة تقويمية مصححة (للمراجعة)
14	المحاضرة الثالثة: اللغة وعلاقتها بالوظائف المعرفية الأخرى
14	اللغة والذاكرة



15	اللغة والانتباه
15	اللغة والإدراك الحسي
15	اللغة وتفعيل المعلومات الحسية:
15	اللغة والوظائف التنفيذية
16	النماذج التكاملية الحديثة
17	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
21	المحاضرة الرابعة: الجهاز الكلامي 01
21	أولاً: الجهاز التنفسي
23	ثانياً: الجهاز التصويتي (الحنجرة)
24	ثالثاً: جهاز الرنين (التجويف الصوتي)
24	رابعاً: الجهاز النطقي (الأعضاء المفصلية)
24	خامساً: الجهاز العصبي
27	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
29	المحاضرة الخامسة: فيزيولوجية النطق، كيفية اصدار الصوت، كيفية ادراك الصوت 02.
29	أولاً: فيزيولوجية النطق
30	ثانياً: كيفية إصدار الصوت (إنتاج الصوت)
31	ثالثاً: كيفية إدراك الصوت (الإدراك السمعي للكلام)
33	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
36	المحاضرة السادسة: النمو اللغوي أولاً : النظريات المفسرة
36	أولاً: النظرية الفطرية عند تشومسكي
38	ثانياً: النظرية السلوكية عند سكينر
38	ثالثاً: حدود النظرية السلوكية والنقد الموجّه لها
40	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
43	المحاضرة السابعة النمو اللغوي: ثانيا مراحل النمو اللغوي
43	أولاً: المرحلة الأولى - المرحلة ما قبل اللغوية (0-12 شهراً)



44	ثالثًا: المرحلة الثالثة - مرحلة الكلمتين (18-24 شهرًا)
45	رابعًا: المرحلة الرابعة - مرحلة الكلام البرقي (24-30 شهرًا)
45	خامسًا: المرحلة الخامسة - مرحلة الجمل المتعددة (3-5 سنوات)
46	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
49	المحاضرة الثامنة: المشكلات الكلامية الفونولوجية - تأخر الكلام، أسبابه، التكفل
50	أولًا: مدخل عام إلى اضطرابات الكلام والفونولوجيا
50	ثانيًا: أنواع المشكلات الكلامية والفونولوجية
51	ثالثًا: مفهوم تأخر الكلام
52	رابعًا: أسباب تأخر الكلام
52	خامسًا: تشخيص تأخر الكلام وفق DSM-5
53	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
57	المحاضرة التاسعة: الحبسة الكلامية (الأفازيا)
57	أولًا: مفهوم الأفازيا وتمييزها تشخيصيًا
58	ثانيًا: الأسباب والآليات العصبية
58	ثالثًا: أنواع الأفازيا
58	رابعًا: التقييم النفسي ودوره العلاجي
58	التدخل النفسي مع المصابين بالأفازيا
60	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
64	المحاضرة العاشرة: التأتأة
64	أولًا: تعريف التأتأة
65	ثانيًا: أسباب التأتأة
65	ثالثًا: أعراض التأتأة
66	رابعًا: علاج التأتأة
67	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
72	المحاضرة الحادي عشر: الخرس الانتقائي



72	أولاً: تعريف الخرس الانتقائي
73	ثانياً: أنواع الخرس الانتقائي
73	ثالثاً: التدخل النفسي في الخرس الانتقائي
74	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
77	المحاضرة الثاني عشر: الديسفازيا
77	أولاً: تعريف الديسفازيا
78	ثانياً: أنواع الديسفازيا
78	ثالثاً: أسباب الديسفازيا
79	رابعاً: طرق التكفل بالديسفازيا
80	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
83	المحاضرة الثالث عشر: الأبراكسيا
83	أولاً: تعريف الأبراكسيا
84	ثانياً: أنواع الأبراكسيا
84	ثالثاً: أسباب الأبراكسيا
86	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
88	المحاضرة الرابع عشر: الاضطرابات اللغوية الأداثية : عسر الكتابة
88	أولاً: تعريف عسر الكتابة
89	ثانياً: أنواع عسر الكتابة
89	ثالثاً: أسباب عسر الكتابة
90	رابعاً: طرق التكفل بعسر الكتابة
92	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
94	المحاضرة الخامس عشر: الاضطرابات اللغوية الأداثية : عسر القراءة
94	أولاً: تعريف عسر القراءة
95	ثانياً: أنواع عسر القراءة
95	ثالثاً: أسباب عسر القراءة



96	رابعًا: تشخيص عسر القراءة
97	خامسًا: طرق التكفل بعسر القراءة
98	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
100	المحاضرة السادس عشر: الاضطرابات اللغوية الأدائية: عسر الحساب
100	1- تعريف عسر الحساب
101	2- أسباب عسر الحساب
103	3- أعراض عسر الحساب
103	4- أنواع عسر الحساب
104	5- استراتيجيات علاج صعوبات تعلم الرياضيات
106	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
109	المحاضرة السابع عشر: التدخل النفسي مع المصابين باضطرابات اللغة
109	أولًا: أسس ومبادئ التدخل النفسي
109	1- الأهداف العامة للتدخل النفسي
110	2- خصائص التدخل النفسي مع اضطرابات اللغة
110	ثانيًا: أساليب واستراتيجيات التدخل النفسي
112	ثالثًا: التكامل بين التدخل النفسي والعلاج اللغوي
112	رابعًا: قضايا خاصة في التدخل النفسي
114	أسئلة تقييمية مصححة (للمراجعة)
117	قائمة المراجع



فهرس الاشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
1	مخطط المحاضرة الأولى	6
2	مخطط المحاضرة الثانية	10
3	مخطط المحاضرة الثالثة	17
4	الجهاز التنفسي عند الانسان	22
5	البنية التشريحية لحنجرة الانسان	23
6	الجهاز العصبي	25
7	مخطط المحاضرة الرابعة	26
8	مخطط توضيحي لتوليد الصوت	31
9	رسم توضيحي للاذن	32
10	مخطط المحاضرة الخامسة	33
11	مخطط المحاضرة السادسة	39
12	مخطط المحاضرة السابعة	46
13	مخطط المحاضرة الثامنة	53
14	مخطط المحاضرة التاسعة	59
15	مخطط المحاضرة العاشرة	67
16	مخطط المحاضرة الحادي عشر	74
17	مخطط المحاضرة الثاني عشر	80
18	مخطط المحاضرة الثالث عشر	85
19	مخطط المحاضرة الرابعة عشر	91
20	مخطط المحاضرة الخامسة عشر	97
21	مخطط المحاضرة السادس عشر	106
22	مخطط المحاضرة السابع عشر	114

مقدمة

تعدّ اللغة والتواصل من أبرز الوظائف النفسية-المعرفية التي تميز الإنسان، إذ تشكّل الأداة الأساسية للتفاعل الاجتماعي، وبناء العلاقات، ونقل الخبرات وتنظيم التفكير والانفعال. ولا تقتصر اللغة على كونها وسيلة للتعبير اللفظي، بل تمثل نظامًا رمزيًا معقدًا تتداخل فيه عدة ابعاد: البعد الصوتي والصرفي والنحوي والدالي والتداولي، ويعتمد في تشكّله ووظيفته على تكامل وثيق بين البنى العصبية، والعمليات المعرفية، والسياق الاجتماعي-الثقافي. ومن هذا المنطلق، فإن أي اضطراب يصيب اللغة أو التواصل ينعكس بصورة مباشرة على التكيف النفسي والاجتماعي والتحصيل الدراسي والمهني للفرد.

يكتسب مقياس اضطرابات اللغة والتواصل أهميته العلمية والبيداغوجية من كونه يندرج ضمن التكوين القاعدي لطلبة علم النفس الطبي، حيث يهدف إلى تزويدهم بمعارف نظرية وتطبيقية أساسية لفهم طبيعة الاضطرابات اللغوية والكلامية، وآليات نشأتها، ومظاهرها السريرية، وانعكاساتها النفسية والاجتماعية. كما يسعى هذا المقياس إلى تمكين الطلبة من التمييز بين النمو اللغوي السوي والانحرافات النمائية أو المكتسبة، بما يتيح قراءة علمية دقيقة للحالات الإكلينيكية المرتبطة باضطرابات التواصل.

ينطلق هذا المقياس من مقارنة نفسية-لغوية-عصبية تكاملية، تنظر إلى اضطرابات اللغة على أنها ظواهر متعددة الأبعاد، لا يمكن اختزالها في خلل ميكانيكي في النطق أو ضعف لغوي معزول. فالاضطرابات اللغوية قد تكون نمائية، كما في تأخر الكلام والديسفازيا واضطرابات النمو اللغوي، وقد تكون مكتسبة نتيجة إصابات دماغية، كما في الحبسة الكلامية والأبراكسيا، وقد تأخذ طابعًا أدائيًا يؤثر في اللغة المكتوبة، مثل عسر القراءة والكتابة والحساب. ويبرز هذا التنوع الحاجة إلى فهم علمي دقيق يستند إلى أسس علم النفس النمائي، وعلم النفس اللغوي، وعلم الأعصاب، وعلم النفس الإكلينيكي.

كما يولي المقياس اهتمامًا خاصًا بالعلاقة بين اللغة والوظائف المعرفية الأخرى، كالتفكير، والذاكرة، والانتباه، والوظائف التنفيذية، باعتبار أن الاضطراب اللغوي نادرًا ما يكون معزولاً عن بقية العمليات النفسية. ويُسهّم هذا المنظور في توسيع فهم الطلبة للدور المركزي للغة في



البناء المعرفي والوجداني للفرد، وفي تفسير الصعوبات الأكاديمية والانفعالية المصاحبة لاضطرابات التواصل.

ومن الناحية التطبيقية، يهدف هذا المقياس إلى إكساب الطلبة القدرة على قراءة الأعراض اللغوية قراءة إكلينيكية واعية، والتمييز بين الاضطرابات المتقاربة تشخيصياً، مثل التفرقة بين اضطرابات النطق واضطرابات الفونولوجيا، أو بين التأخر اللغوي العابر والاضطراب اللغوي النمائي. كما يعرفهم بأسس التقييم النفسي-اللغوي، وبمبادئ التدخل والتكفل النفسي، مع التأكيد على أهمية العمل ضمن فريق متعدد التخصصات يضم الأخصائي النفسي، وأخصائي علاج النطق، والطبيب، والأسرة.

ويتضمن المقياس سلسلة من المحاضرات المتدرجة التي تبدأ بمدخل مفاهيمي حول اللغة واضطراباتها، ثم تتناول الجهاز الكلامي وفيزيولوجية النطق، والنمو اللغوي ومراحله، قبل الانتقال إلى عرض مختلف الاضطرابات اللغوية والكلامية الشفوية والمكتوبة، مع إبراز أبعادها النفسية وأساليب التدخل المناسبة لها. ويُدعم هذا المحتوى بأسئلة تقييمية تهدف إلى تعزيز الفهم، وتنمية التفكير النقدي، وربط المعرفة النظرية بالتطبيق الإكلينيكي.

وخلاصة القول، يشكّل هذا المقياس قاعدة معرفية أساسية لطلبة علم النفس الطبي، ولبنة أولى لفهم إشكاليات التواصل الإنساني من منظور علمي شامل، بما يؤهلهم مستقبلاً للتعامل المهني والأخلاقي مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات لغوية وكلامية، والمساهمة في تحسين جودة حياتهم النفسية والاجتماعية.



المحاضرة الأولى: مدخل مفاهيمي حول بعض المصطلحات المرتبطة باللغة.

أهداف المحاضرة

1. تعريف اضطراب اللغة وتمييزه عن التأخر اللغوي العابر.
2. التفريق بين اضطراب اللغة التطوري (DLD) ومفهوم اضطراب اللغة النوعي (SLI).
3. التمييز بين اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية وآثارهما على التقييم والتدخل.
4. توصيف الاضطرابات البراغماتية والدلالية والصرفية-النحوية والفونولوجية ضمن إطار المجالات اللغوية الخمسة.

المقدمة

تعدّ اللغة نظامًا رمزيًا شديد التعقيد يتكون من مستويات متداخلة: المستوى الصوتي/الفونولوجي، والمستوى الصرفي والنحوي، والمستوى الدلالي، ثم مستوى الاستعمال الاجتماعي (البراغماتية). وتتبع أهمية هذا التعدد من أن أي خلل في مستوى واحد قد ينعكس على الأداء التواصلّي والتعلمي ككل. كما تُفهم اللغة بوصفها أداة للتواصل والتفكير وتنظيم الخبرة الإنسانية، بينما تُعرّف اضطرابات اللغة بأنها حالات تؤثر في فهم اللغة أو استخدامها شفهيًا وكتابيًا، وقد تمتد إلى فهم الإشارات الاجتماعية والمعاني غير المباشرة

أولاً: اضطراب اللغة (Language Disorder)

يُعرّف اضطراب اللغة في DSM-5 بأنه صعوبات مستمرة في اكتساب اللغة واستخدامها عبر أنماط متعددة (شفهية/مكتوبة/إشارية)، وتظهر في محدودية المفردات، أو ضعف بناء الجملة، أو قصور الخطاب، بحيث يترتب عليها أثر وظيفي واضح في التواصل أو الدراسة أو العمل، ولا تُعزى بشكل أفضل إلى قصور سمعي أو عصبي أو إعاقة عقلية (A P A, 2013) ومن زاوية التقييم، يهتما هنا أن الاضطراب قد يظهر في الفهم أو التعبير أو كليهما، ما يستدعي تحليل الأداء اللغوي على مستوى الاستقبال والإنتاج قبل تقرير خطة التدخل.

ثانياً: اضطراب اللغة التطوري (Developmental Language Disorder – DLD)

تستخدم الأدبيات الحديثة مصطلح DLD للإشارة إلى اضطراب لغوي نمائي يستمر حتى سن المدرسة وما بعدها دون سبب طبي واضح يفسره، ويمكن أن يترافق مع تشخيصات أخرى (ADHD). كما يؤكد



هذا المصطلح على معيار بالغ الأهمية: الأثر الوظيفي للضعف اللغوي على التعلم والتواصل اليومي، بدل الاكتفاء بوصف بنيوي معزول (Bishop et al., 2017)

ثالثاً: اضطراب اللغة النوعي (Specific Language Impairment – SLI)

استُخدم SLI تاريخياً لوصف اضطراب لغوي "توعي" عند أطفال دون إعاقات أخرى واضحة. إلا أن هذا المفهوم تعرّض لانتقادات منهجية: صعوبة ضبط حدوده، ومحدودية معيار "الاستبعاد الصارم" في الواقع العيادي، ووجود تداخلات نمائية ترافق اضطراب اللغة دون أن تفسره مباشرة. لذلك اتجهت توصيات توافق دولي (CATALISE) إلى تفضيل مصطلح DLD كمصطلح أكثر ملاءمة من حيث الدلالة السريرية والعدالة الخدماتية (Bishop et al., 2017)، ويفيد هذا التحول في تقليل الالتباس الاصطلاحي وتحسين التواصل بين الاختصاصيين والجهات الخدماتية (Bishop, 2014)

رابعاً: اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية

تشير اللغة الاستقبالية إلى فهم المفردات والتراكيب والتعليمات والمعاني، بينما تشير اللغة التعبيرية إلى إنتاج المفردات وبناء الجمل وصياغة الخطاب. وقد يكون الاضطراب استقبالياً أو تعبيرياً أو مختلطاً؛ ويترتب على ذلك فروق جوهرية في التشخيص والتدخل (A P A, 2013) تطبيقاً: طفلٌ قد يبدو "قليل الكلام" بسبب ضعف التعبير رغم فهم مقبول، أو قد يتحدث كثيراً مع ضعف في فهم التعليمات المركبة؛ وفي كلتا الحالتين لا تصلح خطة تدخل واحدة.

خامساً: الاضطرابات البراغماتية (SPCD / PLI)

البراغماتية هي استخدام اللغة في السياق الاجتماعي: ملاءمة القول للمقام، إدارة التناوب في الحوار، فهم المعنى غير الحرفي، وتفسير ما لم يُصرّح به. وتصف ASHA اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) بأنه صعوبات مستمرة في استخدام اللغة اللفظية وغير اللفظية لأغراض اجتماعية، بما يشمل فهم اللغة غير المباشرة والملتبسة والضمنية، وتنبّه هذه المقاربة إلى أن بعض الأفراد قد يمتلكون تراكيب نحوية مقبولة، ومع ذلك يعجزون تواصلياً لأن الخلل في "الاستعمال" لا في "البنية".

سادساً: الاضطرابات الدلالية (Semantic Disorders)

تتمثل الاضطرابات الدلالية في ضعف اكتساب المعاني وتنظيمها واستدعائها، بما يشمل: محدودية الحصيلة، صعوبة الفهم المجازي، وضعف العلاقات الدلالية (ترادف/تضاد/تصنيف). ومن منظور التعلم، قد تنعكس هذه الصعوبات على الفهم القرائي، والقدرة على تلخيص النصوص، واكتساب مفاهيم مدرسية عالية التجريد. لذا يوصى بأن يتجاوز التدخل "تلقي كلمات" إلى بناء شبكات معنى داخل سياقات تواصلية



سابقًا: اضطرابات الصرف والنحو (Morphology & Syntax) يظهر الضعف الصرفي-النحوي في أخطاء زمن الفعل، والاتساق، وترتيب الكلمات، وبناء الجملة المركبة. وينبغي أن يوجّه التدخل نحو نقل القاعدة من معرفة صريحة إلى مهارة استعمال عبر أنشطة سردية وحوارية وكتابية تراعي التدرج (عرعار و هاشمي، 2016).

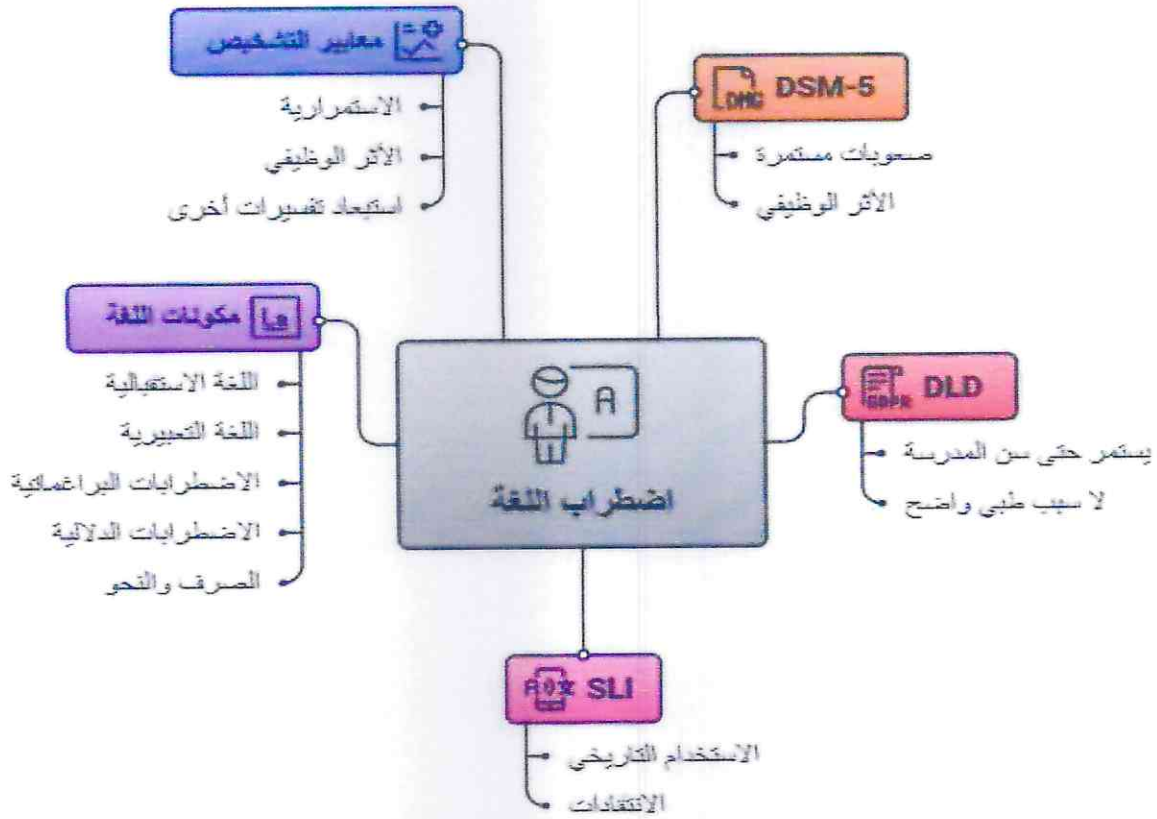
تاسعًا: المعايير التشخيصية وحدود المفاهيم

يستند التشخيص إلى مراجع معيارية) مثل (DSM-5 تؤكد الاستمرارية والأثر الوظيفي وضرورة استبعاد التفسيرات الأفضل. (American Psychiatric Association, 2013) كما تدعم ICD-11 تصنيفات اضطرابات نمائية تشمل اضطراب اللغة التطوري ضمن إطار الاضطرابات النمائية العصبية (World Health Organization, 2025) وعمليًا، لا يكفي اختبار واحد؛ بل يلزم جمع بيانات من التاريخ النمائي، والملاحظة، والتقارير المدرسية والأسرية، والاختبارات عند توفرها، لتجنب الخلط بين اختلافات فردية وبين اضطراب ذي أثر وظيفي واضح.

عاشرًا: الأهمية التطبيقية لهذه المفاهيم

- تتيح هذه المفاهيم:
- تحديد "موضع الخلل" (دلالة/نحو/براغماتية...) بدل تدخل عام؛
- توحيد لغة الاختصاصيين والخدمات؛
- تحسين الإحالة والتخطيط العلاجي والتربوي (Bishop et al., 2017)

خاتمة: أن اضطرابات اللغة تُفهم على أنها اضطرابات متعددة المجالات داخل نظام لغوي واحد، وأن الدقة الاصطلاحية) مثل الانتقال من SLI إلى (DLD ليست ترفًا، بل شرط لتحسين التشخيص والخدمات.



أسئلة تقييمية خاصة بالمحاضرة الأولى

أسئلة اختيار من متعدد (MCQ) مع الإجابات

س1. وفق إطار المجالات اللغوية الخمسة، أي مجموعة تُعد صحيحة؟

(A) الذاكرة-الانتباه-الإدراك-الذكاء-الشخصية

(B) الفونولوجيا-الصرف-النحو-الدلالة-البراغماتية

(C) الدافعية-الانفعال-المزاج-الذكاء-التوافق

(D) السمع-البصر-اللمس-الشم-الذوق

الإجابة الصحيحة: B

س2. يركز DSM-5 في اضطراب اللغة على:

(A) وجود سبب طبي واضح شرطاً للتشخيص

(B) مشكلات مستمرة في اكتساب/استخدام اللغة ذات أثر وظيفي

(C) صعوبات مؤقتة تزول تلقائياً



D) صعوبات لغوية دون أي أثر على الدراسة أو التواصل

الإجابة الصحيحة B :

س3. المقصود باللغة الاستقبالية هو:

A) إنتاج الجمل والخطاب

B) فهم اللغة ومعانيها وتعليماتها

C) سرعة النطق فقط

D) جودة الصوت (Pitch)

الإجابة الصحيحة B :

س4. السمة الفارقة في اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD) هي:

A) أخطاء صرفية فقط

B) قصور في استخدام اللغة اجتماعياً وفهم غير الحرفي والضماني

C) ضعف سمعي شديد

D) صعوبات حركية في أعضاء النطق

الإجابة الصحيحة B :

س5. لماذا فُضِّل مصطلح DLD في كثير من الأدبيات الحديثة؟

A) لأنه يلغي الحاجة إلى التقييم

B) لأنه يركز على الأثر الوظيفي ويقلل الالتباس الاصطلاحي

C) لأنه يشترط تفوق الذكاء غير اللفظي

D) لأنه يساوي بين جميع الاضطرابات

الإجابة الصحيحة B :

س6. الاضطرابات الدلالية تتعلق أساساً بـ:

A) تنظيم الأصوات فقط

B) فهم المعاني واكتساب المفردات والعلاقات الدلالية

C) سرعة القراءة فقط

D) التحكم العضلي في النطق

الإجابة الصحيحة B :

س7. اضطرابات الصرف والنحو تظهر غالباً في:

A) ملءمة الحديث للمقام فقط

B) أخطاء في زمن الفعل وبناء الجملة وترتيب الكلمات

C) صعوبات فهم التلميحات فقط



(D) ضعف السمع

الإجابة الصحيحة B :

س8. اضطراب الفونولوجيا يعني غالبًا:

(A) خللاً في التنظيم الصوتي داخل اللغة وليس مشكلة عضلية بالضرورة

(B) فقداناً كاملاً للقدرة على الكلام

(C) اضطراباً انفعالياً

(D) اضطراباً بصرياً

الإجابة الصحيحة A :

س9. من مبادئ التقييم الجيد لاضطرابات اللغة:

(A) الاعتماد على اختبار واحد فقط

(B) الاكتفاء بملاحظة عابرة داخل الصف

(C) جمع بيانات متعددة: تاريخ، ملاحظة، تقارير، اختبارات

(D) تجاهل أثر الصعوبة على الأداء اليومي

الإجابة الصحيحة C :

س10. أفضل وصف للأهمية التطبيقية للمفاهيم المصطلحية هو أنها:

(A) مفاهيم نظرية لا علاقة لها بالتدخل

(B) تساعد على تحديد نوع التدخل واللغة المشتركة بين الاختصاصيين

(C) تقلل الحاجة إلى الخدمات

(D) تمنع التداخل بين الاضطرابات بشكل كامل

الإجابة الصحيحة B :



المحاضرة الثانية: اللغة والتفكير

الأهداف المسطرة

1. التعرف على طبيعة العلاقة بين اللغة والتفكير في ضوء علم النفس المعرفي.
2. تحليل أبرز النظريات المفسرة للتفاعل بين اللغة والتفكير.
3. فهم الدور المعرفي للغة في تنظيم التفكير والإدراك وحل المشكلات.

مقدمة

تُعد العلاقة بين اللغة والتفكير من أعمق الإشكاليات في علم اللغة المعرفي وعلم النفس المعرفي. يثور التساؤل حول ما إذا كانت اللغة مجرد أداة للتعبير عن أفكار مسبقة، أم أنها تشكل بنية التفكير ذاته وتحدد مساراته. تسعى هذه المحاضرة إلى استعراض أبرز النظريات الكلاسيكية والمعاصرة التي تناولت هذه العلاقة المعقدة، مع التركيز على التفاعل الدينامي بين اللغة والعمليات المعرفية العليا (Vygotsky, 1978; Boroditsky, 2011).

الأسئلة المحورية

1. هل يمكن للتفكير أن يوجد بمعزل عن اللغة؟
2. هل تعكس اللغة التفكير فقط أم تساهم في بنائه وتنظيمه؟
3. كيف تؤثر البنية اللغوية، مثل النحو والمفردات، في إدراكنا للعالم وحل المشكلات؟

النظريات التفسيرية الرئيسية

1- نظرية التفكير اللغوي: فيغوتسكي

يرى فيغوتسكي أن اللغة والتفكير ينشآن بشكل مستقل في الطفولة المبكرة، ثم يتقاطعان لاحقاً ليشكلا ما يسميه بالتفكير اللفظي (Vygotsky, 1978) ويولي أهمية خاصة للكلام الداخلي بوصفه أداة معرفية حاسمة لتنظيم التفكير والتخطيط وحل المشكلات (Ferryhough, 2016).

2- فرضية سابير-وورف: (النسبية اللغوية)

تفترض هذه الفرضية أن بنية اللغة تؤثر في طريقة إدراك الفرد للعالم وتصنيفه وتذكره للتجارب (Whorf, 1956) وتشير الأبحاث الحديثة إلى دعم النسخة الضعيفة من الفرضية، التي ترى أن اللغة تؤثر في التفكير دون أن تحدده بشكل صارم (Boroditsky, 2011; Levinson, 2003).



3- النظرية العقلية: (تشومسكي)

يفصل تشومسكي بين اللغة بوصفها قدرة فطرية مستقلة، وبين التفكير العام، معتبراً اللغة نظاماً معرفياً مخصصاً قائماً على القواعد الكلية. (Chomsky, 1965, 1986) غير أن الأبحاث المعاصرة تشير إلى وجود تداخل وظيفي بين اللغة والعمليات المعرفية أثناء الاستخدام الفعلي. (Bergen & Lupyan, 2016)

ثالثاً: التفاعل الدينامي بين اللغة والتفكير

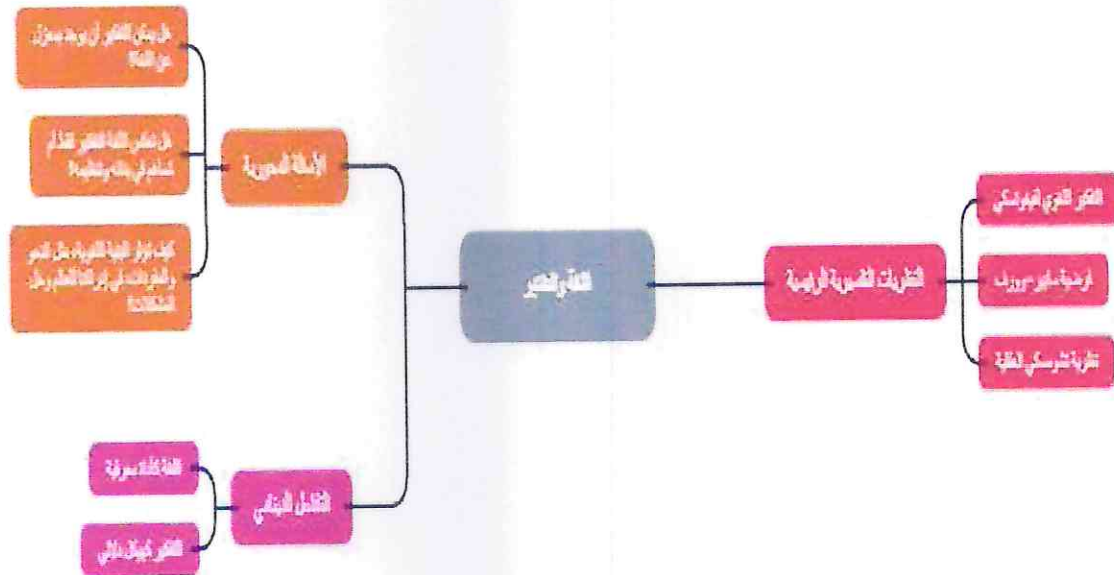
تعمل اللغة كأداة معرفية تسهم في التمثيل الرمزي، وتنظيم الأفكار، والتحكم المعرفي الداخلي (Zwaan & Radvansky, 2021; Miyake et al., 2004). وفي المقابل، يوفر التفكير المفاهيمي البنية

الدلالية التي تعتمد عليها اللغة في التعبير. (Barsalou, 2008).

الخاتمة

تعد العلاقة بين اللغة والتفكير، علاقة ديناميكية قائمة على التأثير المتبادل. فاللغة ليست مجرد وسيلة للتعبير عن التفكير، ولا التفكير مجرد نتاج للغة، بل يشكل كل منهما الآخر ضمن منظومة معرفية متكاملة.

مخطط المحاضرة الثانية





أسئلة تقويمية خاصة بالمحاضرة الثانية
أسئلة اختيار من متعدد

السؤال 1

ما الإشكالية المركزية التي تعالجها العلاقة بين اللغة والتفكير؟

أ. هل اللغة ظاهرة اجتماعية فقط

ب. هل التفكير عملية فطرية خالصة

ج. هل اللغة مجرد أداة للتعبير أم أنها تشكل التفكير ذاته

د. هل اللغة نظام صوتي بحت

هـ. هل التفكير سابق زمنيًا للغة دائمًا

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 2

وفقًا لفيغوتسكي، كيف تنشأ العلاقة بين اللغة والتفكير في الطفولة؟

أ. تنشأ اللغة قبل التفكير

ب. ينشأ التفكير قبل اللغة

ج. ينشآن بشكل مترامن منذ البداية

د. ينشآن بشكل مستقل ثم يتقاطعان لاحقًا

هـ. لا توجد علاقة بينهما في الطفولة

الإجابة الصحيحة: د

السؤال 3

يشير مفهوم "التفكير اللفظي" عند فيغوتسكي إلى:

أ. التفكير القائم على الصور الذهنية فقط

ب. التفكير المرتبط بالكلام الخارجي

ج. اندماج اللغة والتفكير في بنية معرفية واحدة

د. التفكير اللاواعي

هـ. التفكير الفطري غير المتعلم

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 4

ما المقصود بالكلام الداخلي في نظرية فيغوتسكي؟



- أ. تكرار الكلام الخارجي كما هو
ب. حديث اجتماعي موجه للآخرين
ج. حوار ذهني مختصر ومكثف ينظم التفكير
د. لغة غير مفهومة
هـ. نشاط لغوي لا علاقة له بالتفكير
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 5: ما الدور الأساسي للغة في "المنطقة القريبة من النمو (ZPD)؟"

- أ. عرقلة النمو المعرفي
ب. نقل المعلومات فقط
ج. توجيه التفكير وتطوير القدرات المعرفية العليا
د. تعزيز الحفظ الآلي
هـ. إلغاء دور التفاعل الاجتماعي
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 6

- تنص فرضية سابير-وورف على أن اللغة:
أ. تحدد التفكير بشكل صارم
ب. لا تؤثر إطلاقاً في التفكير
ج. تؤثر في التفكير وتجعله أكثر احتمالاً في اتجاهات معينة
د. تمنع التفكير المجرد
هـ. تفرض إدراكاً موحداً للعالم
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 7

- أي من المجالات التالية استُخدم كدليل تجريبي على النسبية اللغوية؟
أ. الإدراك السمعي فقط
ب. الذكاء العام
ج. الإدراك المكاني والزمني
د. الذاكرة قصيرة المدى فقط
هـ. الانتباه البصري فقط
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 8



يرى تشومسكي أن اللغة هي:

- أ. نتاج التفاعل الاجتماعي فقط
 - ب. مهارة مكتسبة بالتعلم
 - ج. نظام فطري مستقل قائم على قواعد كلية
 - د. انعكاس مباشر للتفكير
 - هـ. وظيفة تنفيذية عليا
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 9

ما أبرز نقد وُجّه للنظرية التشومسكية حول اللغة والتفكير؟

- أ. تجاهلها البعد الفطري
 - ب. إهمالها التفاعل الدينامي بين اللغة والعمليات المعرفية
 - ج. تركيزها على المعنى بدل البنية
 - د. اعتمادها على التجريب فقط
 - هـ. إنكارها وجود التفكير
- الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 10

ما الخلاصة العامة التي توصلت إليها المحاضرة بشأن العلاقة بين اللغة والتفكير؟

- أ. اللغة تسبق التفكير دائماً
 - ب. التفكير مستقل تماماً عن اللغة
 - ج. اللغة مجرد وسيلة محايدة
 - د. العلاقة بينهما علاقة تأثير متبادل ودينامي
 - هـ. اللغة تعيق التفكير المجرد
- الإجابة الصحيحة: د



المحاضرة الثالثة: اللغة وعلاقتها بالوظائف المعرفية الأخرى

الأهداف المسطرة

1. فهم تفاعل اللغة مع الوظائف المعرفية الأساسية (الذاكرة، الانتباه، الإدراك الحسي، والوظائف التنفيذية) ضمن شبكة معرفية واحدة.
2. تحليل الآليات التي تعمل بها اللغة في دعم الأداء المعرفي: مثل التسمية والترميز والاسترجاع، توجيه الانتباه والكلام الداخلي، والمحاكاة الحسية-الحركية في الفهم.
3. تطبيق هذه المعارف على التعلّم والنمو النفسي-اللغوي وتفسير بعض صعوبات التواصل والتنظيم الذاتي من منظور معرفي-لغوي.

مقدمة

في المحاضرة السابقة ركّزنا على العلاقة المباشرة بين اللغة والتفكير. في هذه المحاضرة نوسّع دائرة التحليل لاستكشاف كيف تتشابك اللغة مع الوظائف المعرفية الأخرى: الذاكرة، الانتباه، الإدراك الحسي، والوظائف التنفيذية. فاللغة ليست نظامًا معزولاً؛ إنها جزء لا يتجزأ من شبكة معرفية متكاملة يؤثر كل جزء فيها في الآخر ويتأثر به. سنرى كيف أن اللغة لا تعبر عن هذه الوظائف فحسب، بل تساهم بشكل نشط في تشكيلها وتنظيمها.

1. اللغة والذاكرة

تأثير التسمية: (Effect Labeling) تسمية الأشياء أو المشاهد أو المفاهيم يعزّز من تذكرها لاحقاً؛ إذ توقّر الكلمات «خطافات» ذهنية تسهّل ترميز المعلومات في الذاكرة طويلة الأمد واسترجاعها (Carmichael et al., 1932; Lupyan, 2015).

الذاكرة العاملة (Working Memory) واللغة: حلقة الصدى الصوتية (Phonological Loop) هي أحد مكونات نموذج الذاكرة العاملة لدى بادلي وهيتش (Baddeley & Hitch, 1974)، وهي مسؤولة عن التخزين المؤقت للصوتيات والمعلومات اللفظية الضرورية لفهم الجمل الطويلة وحفظ الأرقام وتعلّم المفردات. أي ضعف في هذه الحلقة قد يؤثر مباشرة في القدرات اللغوية. (Gathercole et al., 2004)

إعادة بناء الذاكرة: تلعب اللغة دوراً في إعادة بناء الذكريات عند استرجاعها؛ فالقصص والسرديات اللغوية التي نستخدمه لوصف أحداث الماضي لا يعكس الذكريات فقط، بل قد يشوّهها أو يعيد تشكيلها لتتناسب مع السرد الحالي. (Schacter et al., 2011)



2. اللغة والانتباه

توجيه الانتباه: تعمل اللغة—وخاصة الكلمات المكتوبة أو المسموعة—كإشارات قوية توجه الانتباه بشكل انتقائي. عند سماع كلمة مثل « تفاح » ضمن قائمة، قد يزداد نشاط الدماغ في مناطق مرتبطة بمعالجة اللون الأحمر والأشكال المستديرة. (Moore et al., 2003)

التحكم المعرفي والكلام الداخلي: يعمل الكلام الداخلي كأداة لتنظيم الانتباه. يمكننا استخدام تعليمات لفظية ذاتية مثل: « ركّز على هذه المهمة » أو « لا تشتت » لتوجيه انتباهنا بشكل استباقي. (Emrich et al., 2019).

الانتباه المشترك (Joint Attention): تعزّز اللغة—خصوصًا عند الأطفال—الانتباه المشترك بين الطفل والراشد، وهو أساس مهم لتطور اللغة والمعرفة الاجتماعية. (Tomasello, 2003)

3. اللغة والإدراك الحسي

تأثير لغوي-سابيري على الإدراك: يمكن للفئات اللغوية أن تؤثر في إدراكنا الحسي. على سبيل المثال، قد يختلف التمييز اللغوي للألوان بين لغات مختلفة، ما ينعكس على دقة إدراك الفروق اللونية (Winawer et al., 2007).

اللغة وتفعيل المعلومات الحسية: عند سماع كلمة أو قراءتها مثل « ركض »، قد تتفعل مناطق دماغية مرتبطة بالحركة (القشرة الحركية) جزئيًا كما لو أننا نشاهد أو نقوم بالفعل الحركي (Hauk et al., 2004; Pulvermüller, 2005). يشير ذلك إلى أن المعالجة اللغوية ليست تجريدية بالكامل، بل تتضمن محاكاة حسية-حركية. (embodied simulation).

اللغة وتفسير المشاهد الحسية: تساعدنا اللغة على تنظيم وتفسير المدخلات الحسية المعقدة. وصف المشهد لفظيًا يسهل تحديد العناصر المهمة وتجاهل التفاصيل غير ذات الصلة، ما يعزز الفهم (Lupyan & Ward, 2013).

4. اللغة والوظائف التنفيذية (Executive Functions)

تشمل الوظائف التنفيذية عمليات معرفية عالية المستوى مسؤولة عن التخطيط، اتخاذ القرار، المرونة المعرفية، التحكم بالاندفاعات، ومراقبة السلوك.

دور اللغة الحاسم:

التخطيط وحل المشكلات: يعتمد التخطيط المعقد: مثل التخطيط لرحلة (بدرجة كبيرة على اللغة لتمثيل الخطوات وتقييم البدائل ووضع أهداف واضحة) (Barkley, 2012).



المرونة المعرفية: تسهّل اللغة تبديل المهام (Task Switching) عبر تمثيّل القواعد والمتطلبات اللفظية لكل مهمة بشكل صريح (Miyake et al., 2004).

التحكم بالاندفاعات: (Inhibitory Control) يُعدّ الكلام الداخلي مثل «لا، لا تفعل ذلك الآن» أداة أساسية لتثبيط الاستجابات الانفعالية أو غير المناسبة. (Berk, 1992; Vygotsky, 1978)

التنظيم الذاتي: (Self-Regulation) تُعدّ اللغة أداة مركزية للتنظيم الذاتي للسلوك والانفعالات، خاصة لدى الأطفال في طور النمو. (Vygotsky, 1978)

5. النماذج التكاملية الحديثة

المعالجة التنبؤية: (Predictive Processing) ترى هذه النماذج أن الدماغ يولّد باستمرار تنبؤات حول المدخلات الحسية ويحدّثها بناءً على «خطأ التنبؤ». «تلعب اللغة دورًا مركزيًا بتوفير بني تنبؤية قوية) مثل بناء الجملة والسياق الدلالي (توجه الانتباه وتفسّر المدخلات الحسية بكفاءة أعلى (Jaeger & Kuperberg, 2016).

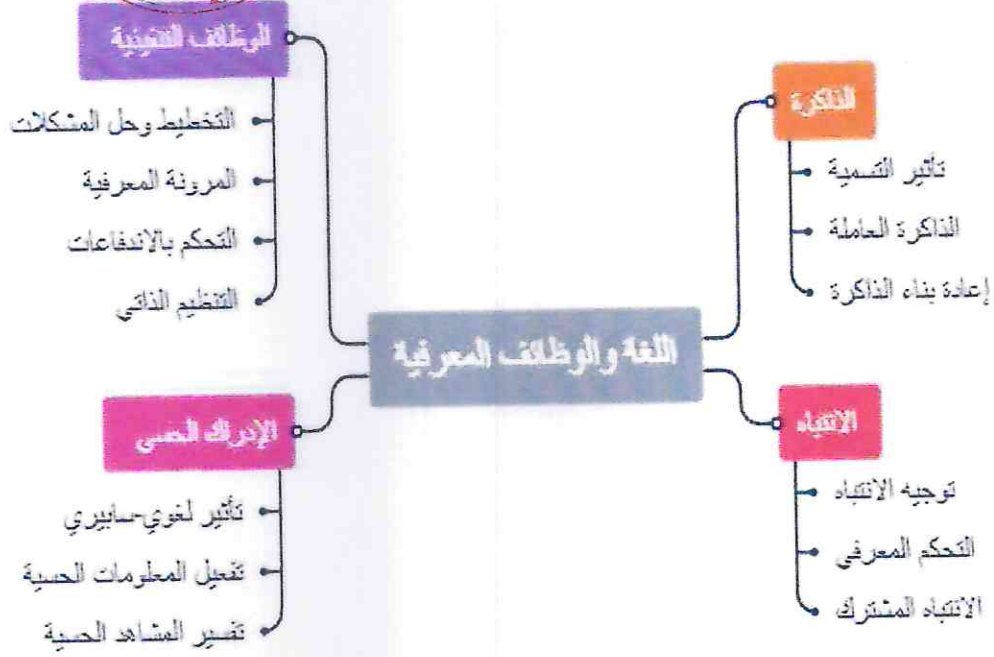
الإدراك المتجسّد: (Embodied Cognition) تؤكد هذه النظرية أن المعالجة المعرفية including—المعالجة اللغوية—ليست مجرد عمليات رمزية مجردة، بل متجذرة في التجارب الحسية-الحركية والجسدية. تفاعل اللغة مع الإدراك والحركة جزء أساسي من هذا التجسّد (Barsalou, 2008; Fischer & Zwaan, 2008).

6. الخاتمة

توضح هذه المحاضرة أن اللغة ليست كيانًا معرفيًا منعزلاً، بل تتشابك بعمق مع الوظائف المعرفية الأساسية الأخرى. فاللغة تعزّز الذاكرة، وتوجّه الانتباه، وتشكل الإدراك، وتعمل كأداة لا غنى عنها للوظائف التنفيذية العليا. هذا التفاعل الدينامي يشكّل أساس الخبرة الإنسانية الواعية والقدرة على التكيف مع البيئة المعقّدة. إن فهم هذه الشبكة من التفاعلات ضروري لعلم اللغة المعرفي، وأيضًا لفهم التعلم، والتطور النفسي، واضطرابات التواصل والنمو.



الشكل 03: مخطط المحاضرة الثالثة علمي



أسئلة تقويمية خاصة بالمحاضرة الثالثة

أسئلة اختيار من متعدد

السؤال 1

ما الفكرة الأساسية التي تنطلق منها هذه المحاضرة فيما يخص اللغة؟

أ. اللغة نظام رمزي مستقل عن المعرفة

ب. اللغة أداة تواصل اجتماعي فقط

ج. اللغة جزء من شبكة معرفية متكاملة مع الوظائف الأخرى

د. اللغة وظيفة تنفيذية عليا مستقلة

هـ. اللغة تعكس الإدراك الحسي دون التأثير فيه

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 2

يقصد بتأثير التسمية (Labeling Effect) أن اللغة:

أ. تضعف الذاكرة طويلة الأمد

ب. لا تؤثر في التذكر

ج. تعزز ترميز المعلومات واسترجاعها



- د. تشوه الذكريات دائماً
هـ. تمنع التعلم المفاهيمي
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 3

ما وظيفة حلقة الصدى الصوتية في نموذج الذاكرة العاملة؟

- أ. معالجة المعلومات البصرية
ب. تخزين المعلومات الحسية طويلة الأمد
ج. التخزين المؤقت للمعلومات اللفظية والصوتية
د. تنظيم الانتباه الانتقائي
هـ. التحكم بالاستجابات الانفعالية
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 4

- كيف تسهم اللغة في إعادة بناء الذاكرة؟
أ. من خلال منع التذكر الخاطئ
ب. عبر تثبيت الذكريات كما حدثت
ج. من خلال السرد الذي قد يعيد تشكيل الذكريات
د. عن طريق حذف التفاصيل الانفعالية
هـ. عبر تعطيل الذاكرة العرضية
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 5

- ما دور اللغة في توجيه الانتباه؟
أ. إضعاف الانتباه الحسي
ب. تشتيت الموارد المعرفية
ج. العمل كإشارات توجه الانتباه انتقائياً
د. منع المعالجة الإدراكية
هـ. تقليل سرعة الاستجابة
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 6

- يُعد الكلام الداخلي أداة مهمة في:
أ. الذاكرة الحسية فقط



- ب. الإدراك البصري
 - ج. تنظيم الانتباه والتحكم المعرفي
 - د. اكتساب المفردات فقط
 - هـ. المعالجة السمعية المحضنة
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 7

- كيف تؤثر اللغة في الإدراك الحسي وفق الدراسات اللغوية-الإدراكية؟
- أ. لا تؤثر إطلاقاً في الإدراك
 - ب. تؤثر في سرعة الاستجابة فقط
 - ج. تشكل فئات إدراكية مثل تمييز الألوان
 - د. تلغي الفروق الفردية
 - هـ. تمنع المعالجة الحسية المباشرة
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 8

- تشير نتائج أبحاث الإدراك المتجسد إلى أن المعالجة اللغوية:
- أ. مجردة بالكامل
 - ب. مستقلة عن الجسد
 - ج. تتضمن محاكاة حسية-حركية
 - د. تقتصر على القشرة الجبهية
 - هـ. لا تنشط المناطق الحركية
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 9

- أي من الوظائف التالية تعتمد بشكل أساسي على اللغة ؟
- أ. الانتباه المنعكس
 - ب. التخطيط وحل المشكلات المعقدة
 - ج. المعالجة الحسية الأولية
 - د. الانعكاسات العصبية
 - هـ. التكيف الفسيولوجي
- الإجابة الصحيحة: ب



السؤال 10

ما الخلاصة العامة التي تقدمها المحاضرة حول اللغة والوظائف المعرفية؟

- أ. اللغة وظيفة معرفية ثانوية
 - ب. اللغة نظام مستقل عن بقية العمليات
 - ج. اللغة تعكس المعرفة دون التأثير فيها
 - د. اللغة أداة مركزية تتفاعل دينامياً مع الوظائف المعرفية
 - هـ. اللغة تعيق التكيف مع البيئة
- الإجابة الصحيحة: د



المحاضرة الرابعة: الجهاز الكلامي 01 المجلس

الاهداف المسطرة:

1. تمكين الطلبة من فهم البنية الوظيفية للجهاز الكلامي عند الإنسان، من خلال التعرف على دور كل من الجهاز التنفسي، التصويطي، الرنيني، النطقي، والعصبي في عملية إنتاج الكلام.
2. تنمية قدرة الطلبة على الربط بين الآليات الفسيولوجية والعصبية للكلام وبين المظاهر السريرية لاضطرابات النطق والصوت، بما يساهم في تعزيز مهارات التشخيص النفسي-الطبي.
3. إكساب الطلبة قاعدة معرفية تساعدهم على إدراك الأبعاد النفسية والاجتماعية لاضطرابات الكلام، وأهمية التكامل بين التقييم الطبي، النفسي، والتأهيلي في التعامل مع هذه الاضطرابات.

مقدمة

يُعدّ الكلام من أكثر الوظائف الإنسانية تعقيدًا، إذ يجمع بين النشاط الفسيولوجي، العصبي، والنفسي في آن واحد. فإنتاج الكلام ليس عملية آلية بسيطة، بل هو نتاج تنسيق دقيق بين عدة أجهزة حيوية تعمل بتناغم لتحقيق التواصل اللفظي. ومن هذا المنطلق، يكتسب فهم الجهاز الكلامي أهمية خاصة في علم النفس الطبي، لارتباطه الوثيق بتشخيص الاضطرابات العصبية، النطقية، واللغوية.

يتكوّن الجهاز الكلامي من أنظمة متكاملة تشمل الجهاز التنفسي، الجهاز التصويطي (الحنجرة)، جهاز الرنين، الجهاز النطقي (المفصلي)، إضافة إلى الجهاز العصبي المركزي والطرفي. ويؤدي كل نظام وظيفة محددة، غير أن أي خلل في أحدها ينعكس مباشرة على جودة الصوت، وضوح النطق، أو طلاقة الكلام. لذا فإن دراسة هذه الأجهزة لا تقتصر على الجانب التشريحي، بل تمتد إلى فهم آلياتها الوظيفية والتفاعلية.

تهدف هذه المحاضرة إلى تزويد طلبة علم النفس الطبي بأساس علمي متين حول الجهاز الكلامي، مع التركيز على العلاقة بين البنية والوظيفة، وعلى الانعكاسات الإكلينيكية للاضطرابات المختلفة. كما تسعى إلى ربط المعرفة الفسيولوجية بالممارسة السريرية، خاصة في مجالات اضطرابات النطق والكلام ذات المنشأ العصبي أو العضوي. (Kent & Read, 2018)

أولاً: الجهاز التنفسي

يُعدّ الجهاز التنفسي القاعدة الطاقوية لإنتاج الكلام، إذ يوفر تيار الهواء الزفير الذي يولد العملية الصوتية. ويتكون هذا الجهاز من الرئتين، القصص الصدري، الحجاب الحاجز، والعضلات التنفسية المساعدة. وتختلف

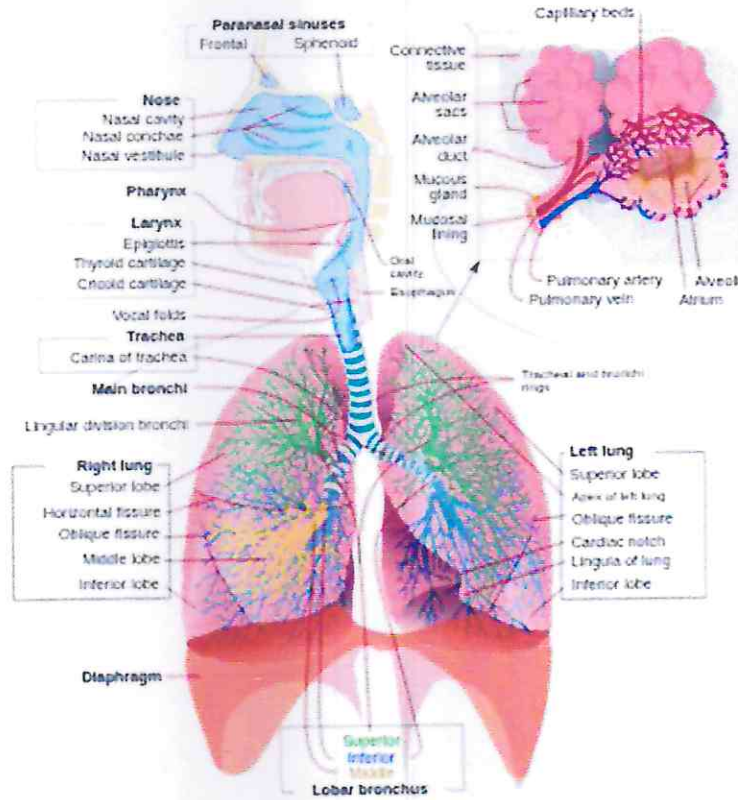


آلية التنفس أثناء الكلام عنها في التنفس الهادئ، حيث يصبح الزفير أطول وأكثر تحكماً، بينما يكون الشهيق سريعاً وقصيراً.

في السياق الكلامي، يُنظَّم الضغط تحت المزمار (Subglottal Pressure) بدقة لضمان ثبات شدة الصوت واستمراريته. ويعتمد هذا التنظيم على التآزر بين العضلات التنفسية والحنجرية، مما يسمح بإنتاج جمل طويلة ذات إيقاع منتظم. ويُظهر هذا الجانب أهمية التحكم الإرادي في التنفس، وهو ما يميّز الكلام عن الوظائف التنفسية اللاإرادية الأخرى. (Lieberman, 2015)

أما من الناحية الإكلينيكية، فإن الاضطرابات التنفسية كالأزمات الرئوية المزمنة أو ضعف العضلات التنفسية تؤدي إلى انخفاض شدة الصوت، قصر الجمل المنطوقة، وزيادة التوقفات أثناء الكلام. وغالبًا ما تُلاحظ هذه الأعراض لدى المرضى المصابين بأمراض عصبية عضلية، مما يجعل تقييم التنفس جزءًا أساسيًا في التشخيص الكلامي السريري. (Kent & Read, 2018)

الشكل 1: الجهاز التنفسي عند الانسان





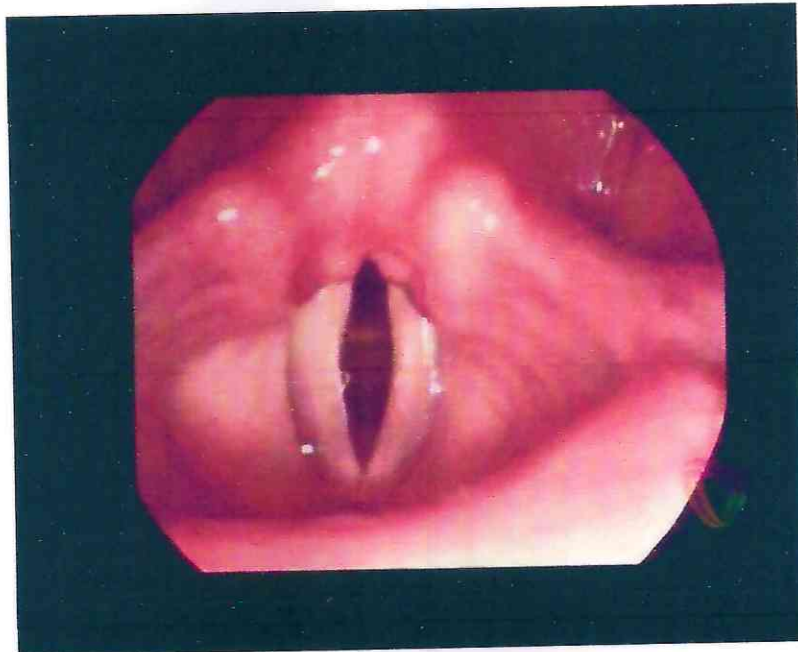
ثانيًا: الجهاز التصويتي (الحنجرة)

تُعدّ الحنجرة العضو المركزي في عملية التصويت، حيث تتحول الطاقة الهوائية القادمة من الرئتين إلى اهتزازات صوتية. تحتوي الحنجرة على الأحبال الصوتية التي تلعب الدور الأساسي في إنتاج الصوت من خلال اهتزازها الدوري عند مرور الهواء الزفيري.

تتم الآلية التصويتية عبر اقتراب الأحبال الصوتية من بعضها البعض (Adduction)، مما يؤدي إلى زيادة الضغط تحت المزمار، ثم انفراجها السريع وعودتها إلى وضعها الأول، مولدة موجات صوتية منتظمة. ويتحكم في هذه العملية كلٌّ من التوتر العضلي للأحبال الصوتية وسرعة تدفق الهواء، وهو ما يحدد حدة الصوت (Pitch) وجودته. (Titze, 2000) (Voice Quality)

إكلينيكيًا، يؤدي الخلل في الجهاز التصويتي إلى اضطرابات صوتية متعددة، مثل بحة الصوت، فقدان الصوت، أو ظهور عقد على الأحبال الصوتية. كما أن شلل العصب الحنجري (العصب المبهم - العصب القحفي العاشر) يؤدي إلى ضعف التحكم في الأحبال الصوتية، وهو ما يُلاحظ في بعض الإصابات الدماغية أو بعد العمليات الجراحية. (Colton et al., 2011)

الشكل 2: البنية التشريحية لحنجرة الانسان





ثالثاً: جهاز الرنين (التجويف الصوتي)

يشمل جهاز الرنين التجاويف الواقعة فوق الحنجرة، وهي البلعوم، التجويف الفموي، والتجويف الأنفي. وتتمثل وظيفته الأساسية في تضخيم الصوت الخام الصادر من الحنجرة ومنحه طابعه المميز، الذي يختلف من شخص لآخر.

يعتمد الرنين على تغيير شكل وحجم هذه التجاويف، إضافة إلى التحكم في حركة الحنك الرخو، الذي ينظم مرور الهواء بين التجويفين الفموي والأنفي. ويُعدّ هذا التحكم ضرورياً للتمييز بين الأصوات الفموية والأنفية، مثل الفرق بين /ب/ و/م/ في اللغة العربية. (Stevens, 2000)

وتظهر الاضطرابات الرنينية في حالات الخنف الأنفي، سواء المفرد أو الناقص، نتيجة قصور وظيفة الحنك الرخو أو التشوهات الخلقية كشق الحنك. وتؤثر هذه الاضطرابات بشكل مباشر على وضوح الكلام وقبوله الاجتماعي، مما يستدعي تدخلاً متعدد التخصصات يشمل الطب، علم النفس، وعلاج النطق. (Kummer, 2014).

رابعاً: الجهاز النطقي (الأعضاء المفصلية)

يتكوّن الجهاز النطقي من مجموعة من الأعضاء المتحركة والثابتة، تشمل اللسان، الشفتين، الفك السفلي، الأسنان، والحنك الصلب والرخو. وتكمن وظيفته الأساسية في تحويل الصوت الخام إلى أصوات لغوية مميزة عبر تحديد مخارج النطق وصفاتها.

يُعتبر اللسان العضو الأكثر أهمية في هذه العملية، نظراً لمرونته وقدرته على اتخاذ أوضاع متعددة تسهم في إنتاج الحركات والسواكن. كما تلعب الشفتان دوراً أساسياً في الأصوات الشفوية، بينما يساهم الفك السفلي في التحكم في فتحة الفم والإيقاع النطقي. (Kent, 2015)

أما الاضطرابات النطقية، فتنتج غالباً عن خلل حركي أو تشريحي في هذه الأعضاء، كما في حالات الشلل الدماغي أو إصابات الأعصاب القحفية. وتظهر هذه الاضطرابات في صورة تشويه الأصوات، حذفها، أو استبدالها، وهو ما يؤثر على intelligibility الكلام بشكل ملحوظ. (Duffy, 2013)

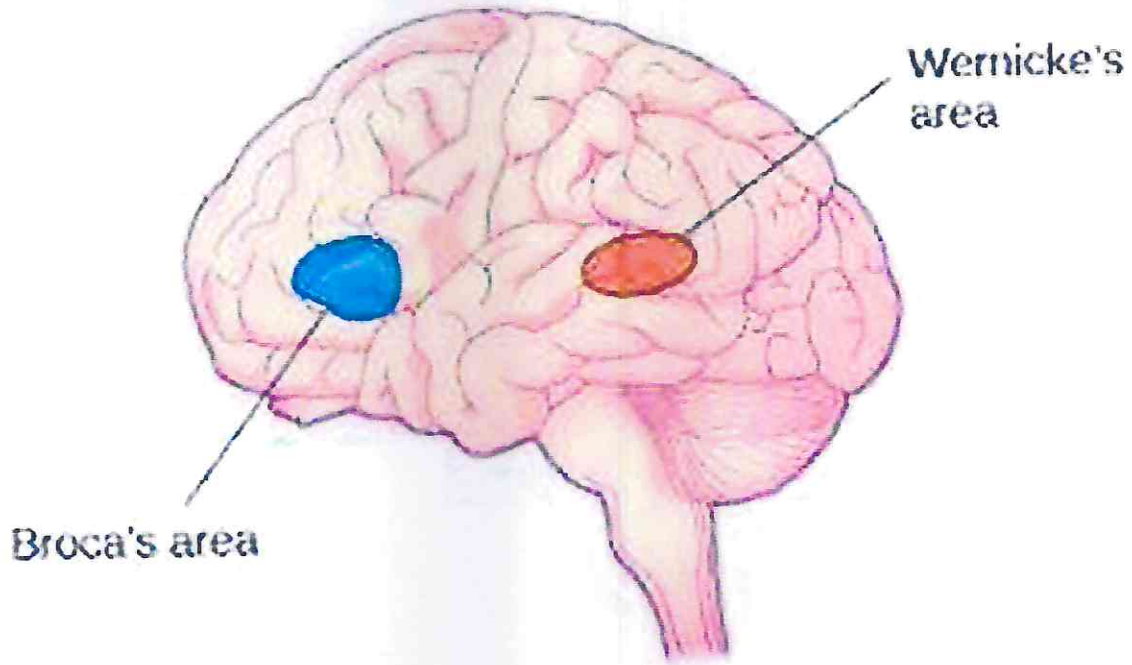
خامساً: الجهاز العصبي

يُعدّ الجهاز العصبي المنظم الأعلى لعملية الكلام، إذ يشرف على التخطيط، البرمجة، والتنفيذ الحركي للنطق. وتشمل المراكز القشرية الأساسية منطقة بروكا المسؤولة عن البرمجة الحركية للكلام، ومنطقة فيرنيك المسؤولة عن المعالجة اللغوية والفهم.

إضافة إلى ذلك، تلعب الأعصاب القحفية (VII) الوجيهي، X اللساني البلعومي، X المبهم، II تحت اللسان (دوراً محورياً في نقل الأوامر العصبية إلى عضلات الكلام. ويؤدي التكامل بين الجهاز العصبي المركزي والطرقي إلى إنتاج كلام متناسق وسلس. (Levelt, 1999)

تؤدي الإصابات العصبية إلى اضطرابات كلامية ولغوية متنوعة، مثل الخبسة الكلامية، تعذر النطق، وعسر التلفظ. وتعدّ هذه الاضطرابات ذات أهمية خاصة في علم النفس الطبي؛ لما لها من آثار نفسية واجتماعية عميقة على المريض، مما يستدعي مقارنة علاجية شمولية. (Duffy, 2013).

الشكل 3 الجهاز العصبي



الخاتمة

يتضح من خلال هذه المحاضرة أن الجهاز الكلامي عند الإنسان يمثل منظومة معقدة تقوم على التكامل الوظيفي بين عدة أجهزة حيوية وعصبية. فالكلام ليس نتاج جهاز واحد، بل هو نتيجة تنسيق دقيق بين التنفس، التصويت، الرنين، النطق، والتحكم العصبي، مما يعكس الطبيعة متعددة الأبعاد لهذه الوظيفة الإنسانية الأساسية.

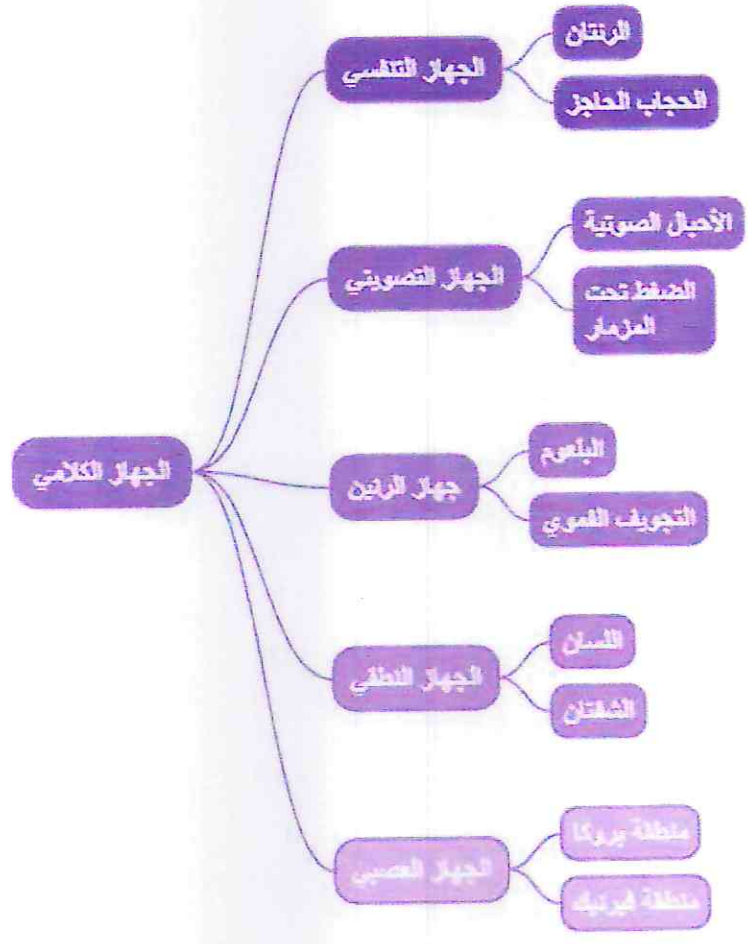
كما أبرزت المحاضرة أن أي خلل يصيب أحد مكونات الجهاز الكلامي ينعكس بشكل مباشر على جودة الصوت، وضوح النطق، أو طلاقة الكلام، وهو ما يجعل فهم هذه الأجهزة ضروريًا لتفسير الاضطرابات الكلامية ذات المنشأ العضوي أو العصبي. ويكتسب هذا الفهم أهمية خاصة في علم النفس الطبي، حيث تتقاطع الاضطرابات الكلامية مع الجوانب المعرفية، الانفعالية، والاجتماعية للمريض.



وفي الختام، يُعد الإلمام بأسس الجهاز الكلامي خطوة محورية نحو تشخيص أدق وتدخل علاجي أكثر فاعلية، يقوم على رؤية شمولية تراعي الجوانب البيولوجية والنفسية معاً، بما يسهم في تحسين جودة حياة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النطق والكلام

مخطط المحاضرة الرابعة

الجهاز الكلامي: بنية ووظيفة





أسئلة تقييمية خاصة بالمحاضرة الرابعة

أسئلة اختيار من متعدد (MCQ) مع الإجابات

س: 1 ما هو الجهاز المسؤول عن توفير الطاقة الهوائية اللازمة لإنتاج الصوت؟ أ (الجهاز العصبي) ب (الجهاز التنفسي) ج (الجهاز الرنيني) د (الجهاز النطقي) هـ (الحنجرة) الإجابة الصحيحة: ب (الجهاز التنفسي)

س: 2 أي من الأعضاء التالية يعتبر "البطل الرئيسي" في تشكيل الحركات والسواكن؟

أ (الشفتان)

ب (الأسنان)

ج (اللسان)

د (الحنك الصلب)

هـ (اللهاة)

الإجابة الصحيحة: ج (اللسان)

س: 3 ما هي الوظيفة الأساسية لمنطقة "بروكا" في الدماغ؟

أ (معالجة المعنى اللغوي)

ب (استقبال الأصوات)

ج (برمجة الحركات الكلامية)

د (تنظيم التوتر العضلي)

هـ (التحكم في التنفس)

الإجابة الصحيحة: ج (برمجة الحركات الكلامية)

س: 4 يؤدي قصور وظيفة الحنك الرخو إلى حدوث

أ: (بحة في الصوت) ب (فقدان كامل للصوت) ج (رنين أنفي مفرط) خنف د (تعذر النطق) هـ (الحبسة)

الكلامية الإجابة الصحيحة: ج (رنين أنفي مفرط) خنف)

س: 5 يتطلب الكلام مقارنة بالتنفس العادي: أ (شهيقاً طويلاً وزفيراً قصيراً) ب (شهيقاً سريعاً وزفيراً طويلاً)

ج (تساوياً في مدة الشهيق والزفير) د (توقفاً تاماً للتنفس) هـ (شهيقاً من الفم فقط) الإجابة الصحيحة: ب (شهيقاً سريعاً وزفيراً طويلاً)

س: 6 أي عصب من الأعصاب التالية مسؤول عن تعصيب عضلات الوجه والفم والحنجرة؟ أ (العصب

البصري) ب (العصب السمعي) ج (العصب القحفي السابع) د (العصب الشمي) هـ (العصب الثلاثي

التوائم) فقط الإجابة الصحيحة: ج (العصب القحفي السابع) الوجهي)

س: 7 العضو المسؤول عن تحويل تيار الهواء إلى اهتزازات صوتية هو: أ (الرتتان) ب (البلعوم) ج (

الحنجرة) د (الأنف) هـ (القنص الصدري) الإجابة الصحيحة: ج (الحنجرة)



- س: 8 تشمل مكونات جهاز الرنين كل مما يلي ما عدا: أ) (التجويف الأنفي ب) (التجويف الفموي ج) (البلعوم د) (الحجاب الحاجز هـ) (الجيوب الأنفية الإجابة الصحيحة: د) (الحجاب الحاجز هـ) (الجيوب الأنفية الإجابة الصحيحة: ب) (الأصوات الاحتكاكية س: 9 تسمى الأصوات التي تنتج عن تضيق كامل ثم إطلاق مفاجئ للهواء بـ) (الأصوات الاحتكاكية ب) (الأصوات الانفجارية ج) (الأصوات الأنفية د) (الأصوات التقريبية هـ) (الأصوات الجانبية الإجابة الصحيحة: ب) (الأصوات الانفجارية
- س: 10 منطقة "فيرنيك" مسؤولة بشكل أساسي عن: أ) إنتاج الكلام الحركي ب) معالجة المعنى وفهم اللغة ج) التحكم في عضلات الحنجرة د) تنظيم ضربات القلب أثناء الكلام هـ) حركة اللسان الإجابة الصحيحة: ب) معالجة المعنى وفهم اللغة



المحاضرة الخامسة: فيزيولوجية النطق - كيفية إصدار الصوت وكيفية إدراكه 02.

الأهداف المسطرة

1. تمكين الطلبة من فهم الأسس الفسيولوجية والعصبية لعملية النطق، من خلال التعرف على المراحل المختلفة لإنتاج الصوت ودور كل جهاز حيوي في هذه العملية.
2. توضيح آليات إصدار الصوت وإدراكه، وربط الخصائص الفيزيائية للصوت بالمعالجة السمعية واللغوية على المستويين المحيطي والمركزي.
3. تنمية قدرة الطلبة على تفسير الاضطرابات الكلامية والسمعية ذات المنشأ العصبي أو الحسي، وربطها بالآليات الفسيولوجية والإدراكية، بما يدعم التشخيص والتدخل في الممارسة النفسية الطبية

مقدمة

تعدّ فيزيولوجية النطق من المجالات الأساسية التي تربط بين علم النفس الطبي، علم الأعصاب، وعلوم اللغة، إذ تفسّر الآليات البيولوجية والعصبية التي تمكّن الإنسان من إنتاج الأصوات اللغوية وإدراكها. فالكلام لا يقتصر على كونه وسيلة للتواصل، بل هو عملية معقدة تتداخل فيها أنظمة متعددة تشمل الجهاز التنفسي، الحنجري، النطقي، والجهاز العصبي المركزي والطرقي.

يمثل فهم كيفية إصدار الصوت وإدراكه حجر الأساس لتشخيص الاضطرابات الكلامية واللغوية ذات المنشأ العصبي أو الحسي، مثل الحبسة، اضطرابات المعالجة السمعية، واضطرابات النطق المرتبطة بإصابات الدماغ. ومن هنا، تكتسب هذه المحاضرة أهمية خاصة لطلبة علم النفس الطبي الذين يتعاملون مع المرضى في سياقات سريرية متعددة.

تهدف هذه المحاضرة إلى توضيح المراحل الفسيولوجية لإنتاج الصوت، وشرح الآليات العصبية والحسية المسؤولة عن إدراكه، مع التركيز على التكامل بين الإنتاج والإدراك بوصفهما عمليتين متلازمتين لا يمكن فصلهما في التواصل الإنساني. (Levelt, 1999)

أولاً: فيزيولوجية النطق

تشير فيزيولوجية النطق إلى مجموعة العمليات البيولوجية التي تسمح بإنتاج الأصوات الكلامية، بدءاً من التخطيط العصبي وصولاً إلى التنفيذ الحركي. وتبدأ هذه العملية في الجهاز العصبي المركزي، حيث تُبرمج الحركات الكلامية في المناطق القشرية المسؤولة عن اللغة والنطق، خاصة منطقة بروكا والقشرة الحركية الأولية. (Duffy, 2013)



تعتمد فيزيولوجية النطق على التأزر بين عدة أجهزة، أهمها الجهاز التنفسي الذي يوفر الطاقة الهوائية، والجهاز الحنجري الذي يحول هذه الطاقة إلى صوت، ثم الجهاز النطقي الذي يشكل هذا الصوت إلى وحدات لغوية ذات معنى. ويُظهر هذا التأزر مدى التعقيد والدقة في التحكم العضلي والعصبي أثناء الكلام (Kent & Read, 2018).

من الناحية الإكلينيكية، يؤدي الخلل في فيزيولوجية النطق إلى اضطرابات حركية كلامية مثل تعذر النطق وعسر التلفظ، حيث تتأثر القدرة على التخطيط الحركي أو تنفيذ الحركات الكلامية. وتُعد دراسة هذه الجوانب ضرورية لفهم العلاقة بين التلف العصبي والمظاهر السريرية للكلام المضطرب. (Duffy, 2013)

ثانياً: كيفية إصدار الصوت (إنتاج الصوت)

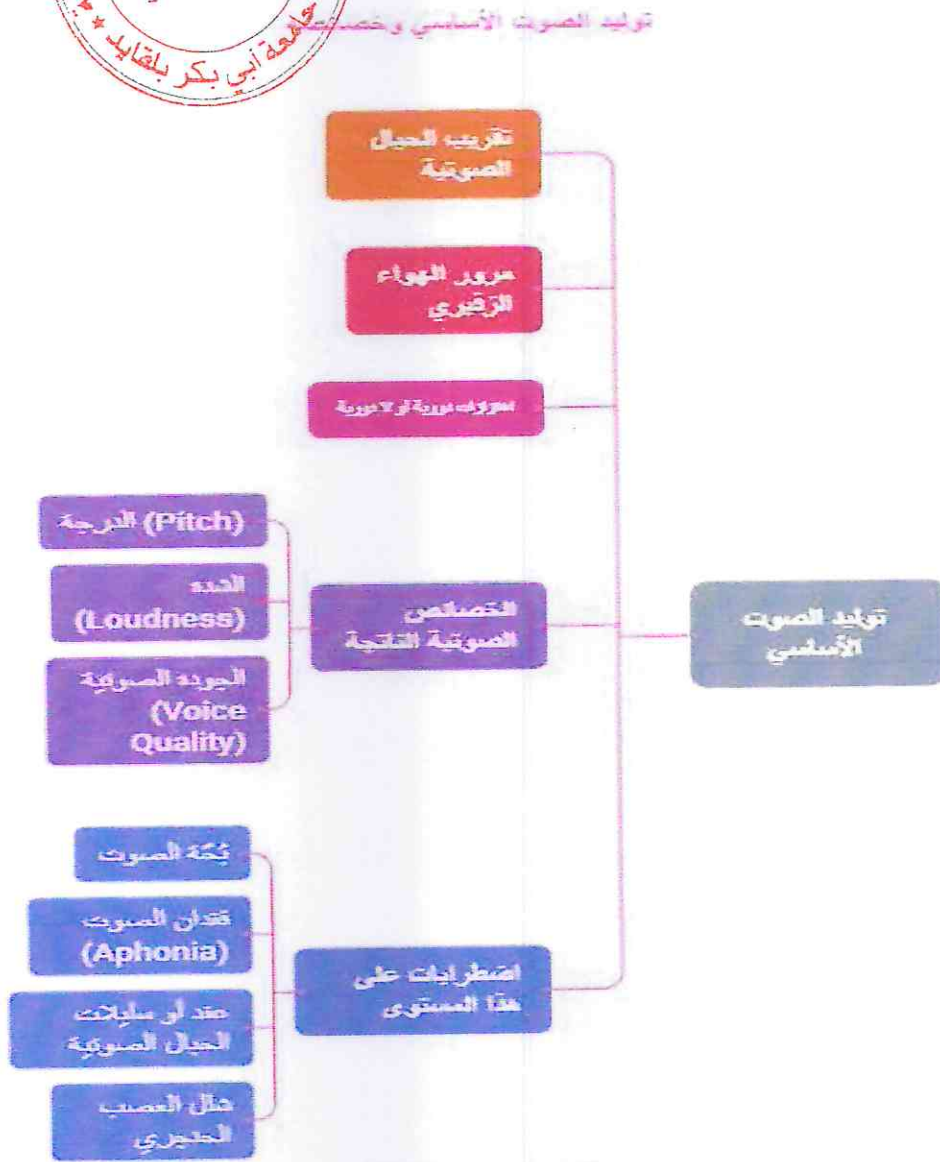
تبدأ عملية إصدار الصوت بالكلام من الجهاز التنفسي، حيث يتم التحكم في الزفير لتوفير تيار هوائي منتظم. ويختلف هذا الزفير الكلامي عن الزفير الطبيعي بكونه أطول وأكثر تحكماً، مما يسمح بإنتاج جمل كاملة ذات إيقاع منتظم وشدة صوتية مناسبة. (Lieberman, 2015)

عند وصول الهواء الزفيري إلى الحنجرة، تقوم الأحبال الصوتية بالاهتزاز نتيجة تقاربها ومرور الهواء بينها، مولدةً الصوت الأساسي. وتحدد خصائص هذا الصوت، مثل الحدة والشدة، وفقاً لدرجة توتر الأحبال الصوتية وسرعة تدفق الهواء. وتُعرف هذه المرحلة بالتصويت، وهي المرحلة المركزية في إنتاج الصوت (Titze, 2000).

بعد ذلك، ينتقل الصوت الخام إلى التجاويف الرنينية (البلعوم، الفم، الأنف)، حيث يتم تضخيمه وتعديله قبل أن يتشكل نهائياً بواسطة الأعضاء المفصلية كالشفنتين واللسان. ويؤدي أي خلل في إحدى هذه المراحل إلى اضطرابات صوتية أو نطقية تؤثر على وضوح الكلام وجودته. (Colton et al., 2011)



الشكل 04: مخطط توضيحي لتوليد الصوت



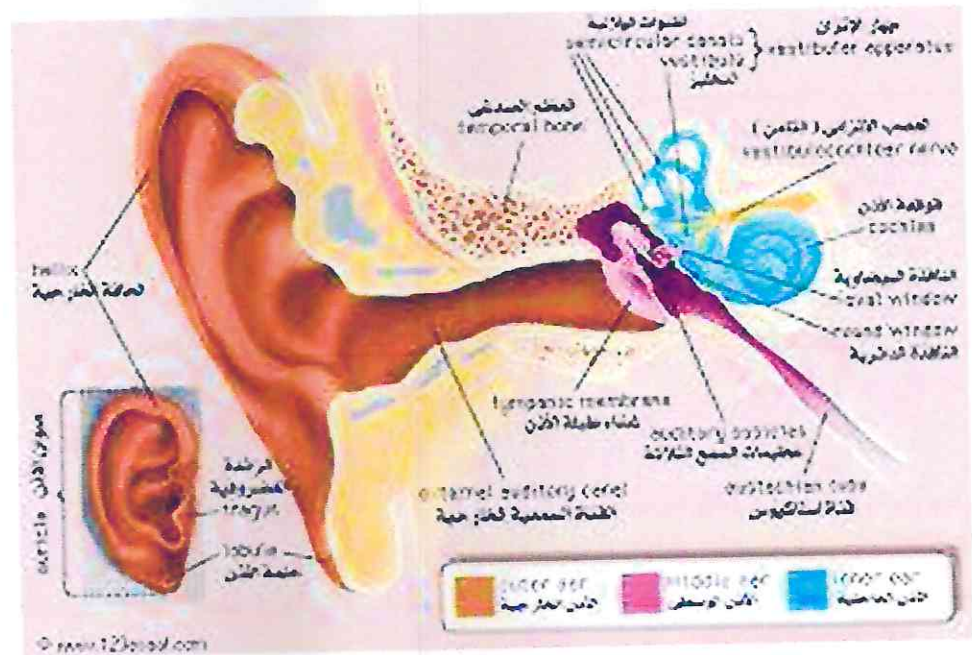
ثالثاً: كيفية إدراك الصوت (الإدراك السمعي للكلام)

يمثل إدراك الصوت العملية التي يتم من خلالها استقبال الموجات الصوتية وتحويلها إلى معانٍ لغوية مفهومة. وتبدأ هذه العملية في الجهاز السمعي المحيطي، حيث تلتقط الأذن الخارجية الموجات الصوتية، وتنقلها عبر الأذن الوسطى إلى القوقعة في الأذن الداخلية. (Moore, 2012)

في القوقعة، تتحول الاهتزازات الميكانيكية إلى إشارات عصبية تُنقل عبر العصب السمعي إلى جذع الدماغ، ثم إلى القشرة السمعية في الفص الصدغي. وتُعد هذه المرحلة حاسمة في تحليل الخصائص الفيزيائية للصوت مثل التردد، الشدة، والزمن. (Stevens, 2000)

على المستوى القشري الأعلى، يتم دمج المعلومات السمعية مع المعرفة اللغوية المخزنة في الدماغ، خاصة في منطقة فيرنيك، مما يسمح بفهم الكلام وتمييز الأصوات اللغوية. ويؤدي الخلل في هذه المراحل إلى اضطرابات الإدراك السمعي أو الحبسة الاستقبالية، وهي حالات ذات أهمية كبيرة في علم النفس الطبي.. (Kandel et al., 2021)

الشكل 04: رسم توضيحي للأذن



خاتمة

تبيّن من خلال هذه المحاضرة أن النطق وإدراك الصوت عمليتان معقدتان تقومان على تفاعل دقيق بين الأجهزة الفسيولوجية والعصبية. فإنتاج الصوت لا ينفصل عن إدراكه، إذ يشكّلان معًا حلقة متكاملة تضمن التواصل الفعّال بين الأفراد.

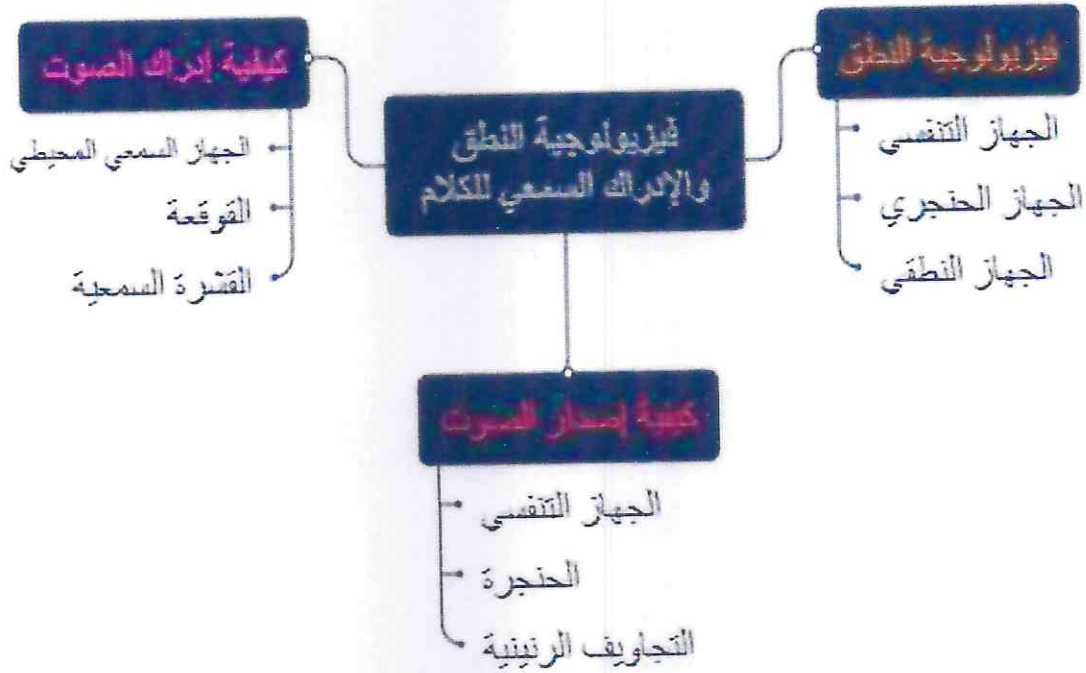
كما أبرزت المحاضرة أن أي اضطراب يصيب إحدى مراحل الإنتاج أو الإدراك ينعكس بشكل مباشر على القدرة التواصلية للفرد، سواء من حيث وضوح الكلام أو فهمه. ويُعد هذا الفهم أساسيًا لطلبة علم النفس الطبي، لما له من دور محوري في تشخيص الاضطرابات العصبية واللغوية وتفسير أعراضها السريرية.



وفي الختام، فإن الإلمام بفيزيولوجية النطق وآليات إصدار الصوت وإدراكه يتيح مقارنة شمولية للاضطرابات الكلامية، تجمع بين التفسير البيولوجي والتقييم النفسي، وتسهم في بناء تدخلات علاجية أكثر فاعلية وإنسانية.

مخطط المحاضرة الخامسة

فيزيولوجية النطق والإدراك السمعي للكلام



أسئلة تقويمية خاصة بالمحاضرة الخامسة

أولاً: أسئلة متعددة الاختيارات

السؤال 1

تشير فيزيولوجية النطق إلى:

أ. دراسة البنية التشريحية للأذن فقط

ب. العمليات البيولوجية والعصبية المسؤولة عن إدراك الصوت فقط

ج. العمليات البيولوجية التي تسمح بإنتاج الأصوات الكلامية



- د. الجوانب النفسية للتواصل اللفظي
هـ. تحليل المعنى اللغوي للكلام
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 2

- تبدأ عملية إنتاج الصوت في الكلام على مستوى:
أ. الجهاز السمعي
ب. الجهاز النطقي
ج. الجهاز الحنجري
د. الجهاز التنفسي
هـ. القشرة السمعية
الإجابة الصحيحة: د

السؤال 3

- المرحلة التي يتم فيها تحويل تيار الهواء إلى اهتزازات صوتية تُسمى:
أ. الرنين
ب. النطق
ج. التصويت
د. الإدراك السمعي
هـ. البرمجة اللغوية
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 4

- العضو المسؤول عن تحويل الاهتزازات إلى إشارات عصبية:
أ. الأذن الخارجية
ب. الأذن الوسطى
ج. القوقعة
د. العصب البصري
هـ. جذع الدماغ
الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 5



ترتبط منطقة فيرنيك في الدماغ بشكل أساسي بـ:

أ. التخطيط الحركي للنطق

ب. التحكم في التنفس الكلامي

ج. إنتاج الصوت

د. إدراك وفهم الكلام

هـ. ضبط توتر الأحبال الصوتية

الإجابة الصحيحة: د

ثانياً: أسئلة صح / خطأ

السؤال 1

يُعد الكلام عملية بسيطة تعتمد على جهاز واحد فقط.

الإجابة: خطأ

السؤال 2

يختلف الزفير أثناء الكلام عن الزفير الطبيعي من حيث الطول ودرجة التحكم.

الإجابة: صح

السؤال 3

تنتج اضطرابات تعذر النطق عن خلل في التخطيط أو التنفيذ الحركي للكلام.

الإجابة: صح

السؤال 4

يحدث إدراك الصوت بالكامل في الأذن الخارجية دون تدخل الدماغ.

الإجابة: خطأ

السؤال 5

يؤدي الخلل في الإدراك السمعي إلى صعوبات في فهم الكلام رغم سلامة أعضاء النطق.

الإجابة: صح



المحاضرة السادسة: النمو اللغوي أولاً: النظريات المفسرة

الأهداف المسطرة

تهدف هذه المحاضرة إلى تمكين طلبة من:

1. فهم الأسس النظرية المفسرة لاكتساب اللغة عند الطفل.
2. التمييز بين المقاربة الفطرية والمقاربة السلوكية في تفسير النمو اللغوي.
3. إدراك حدود كل نظرية وأهم الانتقادات الموجهة إليها.
4. توظيف هذه المعارف في فهم الاضطرابات اللغوية والنمائية.

المقدمة

يُعدّ النمو اللغوي أحد أهم مجالات الدراسة في علم النفس النمائي، نظرًا لارتباطه الوثيق بالتطور المعرفي، والانفعالي، والاجتماعي للطفل. فاللغة ليست مجرد أداة للتواصل، بل هي بنية نفسية-معرفية معقّدة، تعكس آليات التعلم، والنضج العصبي، والتفاعل مع البيئة. في علم النفس الطبي، تكتسب دراسة النمو اللغوي أهمية خاصة، لأنها تساهم في فهم اضطرابات النطق واللغة، واضطرابات طيف التوحد، والإعاقات النمائية، وصعوبات التعلم. ومن هنا برزت عدة نظريات حاولت تفسير كيفية اكتساب الطفل للغة، من أبرزها النظرية الفطرية عند تشومسكي، والنظرية السلوكية عند سكينر، وهو ما سنتناوله هذه المحاضرة بالتحليل والمناقشة.

أولاً: النظرية الفطرية عند تشومسكي

1. الفكرة الأساسية للنظرية

تتطلب النظرية الفطرية من افتراض مركزي مفاده أن الطفل يولد وهو مزود بقدرات لغوية فطرية، تمكنه من اكتساب اللغة في وقت قصير نسبيًا، وبدرجة عالية من الإتقان. ويرى تشومسكي أن اللغة لا يمكن تفسيرها على أساس التقليد أو التعلم الشرطي فقط، لأن المدخلات اللغوية التي يتعرض لها الطفل تكون محدودة وغير مكتملة. وفق هذا التصور، يمتلك الطفل جهازًا فطريًا لاكتساب اللغة (Language Acquisition Device)، يسمح له باستخلاص القواعد النحوية من البيئة اللغوية المحيطة. (Chomsky, 1965)



2. الخلاصة النظرية والبنية العقلية

تؤكد النظرية الفطرية على وجود بنية عقلية داخلية تنظم عملية التعلم اللغوي، وتحث المسارات الممكنة لاكتساب القواعد. فالطفل لا يحفظ الجمل كما يسمعه، بل يعيد بناؤها وفق نظام تحوي داخلي. هذا الطرح ينسجم مع نتائج الدراسات العصبية الحديثة التي تشير إلى وجود شبكات دماغية متخصصة في معالجة اللغة، مثل مناطق بروكا وفيرنيك، والتي تُظهر نشاطاً مبكراً لدى الأطفال (Friederici, 2017).

3. الأمثلة التوضيحية والإبداع اللغوي

من أهم الأدلة التي تستند إليها النظرية الفطرية قدرة الطفل على إنتاج جمل جديدة لم يسمعه من قبل. فحين يستخدم الطفل تركيباً لغوياً صحيحاً نحوياً لكنه غير منقول حرفياً من البيئة، فإن ذلك يدل على امتلاكه معرفة ضمنية بالقواعد. هذا الإبداع اللغوي يمثل تحدياً مباشراً للتفسيرات القائمة على المحاكاة، ويُظهر أن اللغة نظام توليدي وليس مجرد مجموعة من الاستجابات المتعلمة.

4. انتظام مسار النمو اللغوي

تشير الدراسات النمائية إلى أن الأطفال، عبر ثقافات ولغات مختلفة، يمرّون بتسلسل نمائي متشابه في اكتساب اللغة: من المناغاة، إلى الكلمة الواحدة، ثم تركيب كلمتين، وصولاً إلى الجمل الكاملة. هذا الانتظام يُفسّر في الإطار الفطري بوصفه نتيجة لبرنامج داخلي للنمو اللغوي، يتفاعل مع البيئة لكنه لا يُشتق منها بالكامل. (Karmiloff-Smith, 2018)

5. فقر المدخلات اللغوية

يُعد مفهوم "فقر المدخلات" من الحجج المركزية في النظرية الفطرية، حيث يلاحظ أن الطفل يكتسب قواعد لغوية معقدة دون أن يتلقى شرحاً صريحاً لها. في السياق الإكلينيكي، يفسّر هذا المفهوم لماذا يكتسب الأطفال اللغة رغم اختلاف جودة وكمية الخطاب الموجّه إليهم، وهو ما له دلالات مهمة عند تشخيص الاضطرابات اللغوية.

6. الاستنتاج الفطري

تلخص النظرية إلى أنه لا يمكن تفسير المعرفة النحوية الغنية التي يمتلكها الطفل بالاعتماد على المدخلات وحدها، بل لا بد من افتراض وجود بنية فطرية مقيدة للتعلم. هذا الاستنتاج يفتح المجال أمام مقاربات بيولوجية-نفسية لفهم اللغة، وهو ما يتقاطع مع علم النفس الطبي وعلم الأعصاب المعرفي.



ثانيًا: النظرية السلوكية عند سكينر

1. الفكرة الأساسية للنظرية

تنظر النظرية السلوكية إلى اللغة باعتبارها سلوكًا متعلمًا، يخضع لنفس قوانين التعلم التي تحكم باقي السلوكيات. ويرى سكينر أن الطفل يكتسب اللغة من خلال التفاعل مع البيئة، عبر آليات الاشتراط الإجرائي، حيث تُعزّز الاستجابات الصحيحة وتُضعف الاستجابات غير المناسبة. (Skinner, 1957)

2. التعزيز ودوره في اكتساب اللغة

يلعب التعزيز دورًا محوريًا في تفسير النمو اللغوي وفق المنظور السلوكي. فالتعزيز الإيجابي، سواء كان ماديًا أو اجتماعيًا، يزيد من احتمال تكرار اللفظ. كما أن التعزيز السلبي يعلم الطفل استخدام اللغة كوسيلة لتجنب المثيرات غير السارة. في الممارسة الإكلينيكية، ما تزال هذه المبادئ تُستخدم في برامج التدخل اللغوي، خاصة مع الأطفال ذوي اضطرابات التواصل.

3. التقليد والمحاكاة

يؤكد سكينر أن التقليد يمثل آلية أساسية في اكتساب المفردات، حيث يقلد الطفل ألفاظ الكبار، ثم تُثبّت هذه الألفاظ من خلال التعزيز. غير أن السلوكية لا تعتبر التقليد عملية فطرية، بل سلوكًا متعلمًا يخضع بدوره للتعزيز، وهو ما يميّزها عن الطروحات الفطرية.

4. التشكيل التدريجي لسلوك اللفظي

يفسّر مفهوم التشكيل التدريجي كيف ينتقل الطفل من أصوات غير واضحة إلى كلمات ذات معنى. إذ يقوم الراشد بتعزيز المحاولات الأقرب للنطق الصحيح، ما يؤدي تدريجيًا إلى استقرار اللفظ، وهذا المفهوم ذو أهمية خاصة في العلاج السلوكي للنطق، حيث يُستخدم لتعديل السلوك اللفظي خطوة بخطوة.

ثالثًا: حدود النظرية السلوكية والنقد الموجّه لها

1. أوجه القصور التفسيرية

رغم إسهاماتها التطبيقية، تعجز النظرية السلوكية عن تفسير عدد من الظواهر الأساسية، مثل قدرة الطفل على إنتاج جمل جديدة، وتعلّمه لقواعد مجردة دون تعزيز مباشر، وسرعة الاكتساب اللغوي مقارنة بضعف التصحيح الصريح من الراشدين. هذه النقاط تُظهر أن اللغة ليست مجرد سلسلة من الاستجابات المشروطة.

2. الدلالة الإكلينيكية للنقد

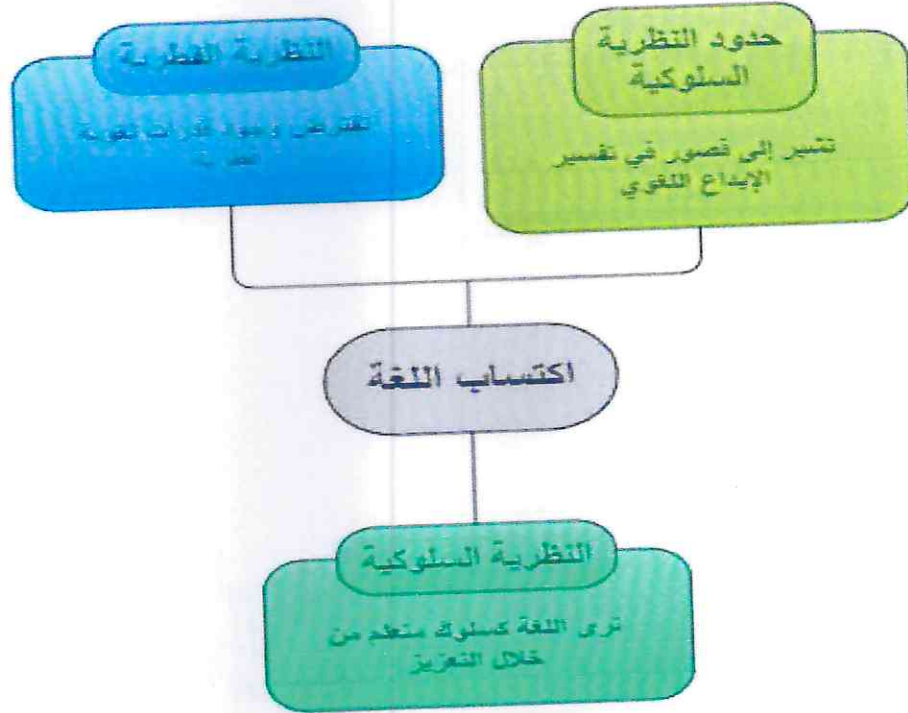
من منظور علم النفس الطبي، يبرز هذا النقد عند التعامل مع حالات لا تستجيب للتدخل السلوكي وحده، ما يستدعي دمج مقاربات معرفية وفطرية. وهذا ما دفع الاتجاهات الحديثة إلى تبني نماذج تفاعلية ترى أن النمو اللغوي نتاج تفاعل بين الاستعدادات البيولوجية والخبرة البيئية (Tomasello, 2020).

الخاتمة

يتضح من خلال هذه المحاضرة أن تفسير النمو اللغوي يظل مجالاً معقداً لا يمكن اختزاله في نظرية واحدة. فالنظرية الفطرية تسلط الضوء على البنية الداخلية والاستعداد البيولوجي، بينما تبرز النظرية السلوكية دور البيئة والتفاعل والتعزيز. إن الفهم المتكامل لهاتين المقاربتين يُعد ضرورياً لتفسير النمو السوي والمرضي للغة، ولتصميم تدخلات علاجية أكثر فعالية تراعي الخصائص الفردية والنمائية للأطفال.

مخطط المحاضرة السادسة

نظريات اكتساب اللغة





أسئلة تقييمية خاصة بالمحاضرة السادسة

أولاً: أسئلة متعددة الاختيارات

السؤال 1: وفق النظرية الفطرية عند تشومسكي، فإن اكتساب الطفل للغة يعتمد أساساً على

أ. التعزيز الإيجابي والتقليد

ب. المحاكاة المستمرة للكبار

ج. بنية عقلية داخلية فطرية

د. كثافة المدخلات اللغوية فقط

الإجابة الصحيحة:

ج. بنية عقلية داخلية فطرية

السؤال 2

يدل انتظام مراحل النمو اللغوي عبر ثقافات مختلفة، حسب النظرية الفطرية، على

أ. تأثير التعزيز الاجتماعي

ب. وجود برنامج داخلي للنمو اللغوي

ج. دور التقليد اللفظي

د. كثرة التصحيح من الراشدين

الإجابة الصحيحة ب.

السؤال 3

يرى سكينر أن اللغة تُكتسب أساساً من خلال

أ. النضج العصبي الفطري

ب. الاستدلال النحوي الداخلي

ج. الاشتراط الإجرائي

د. الفقر في المدخلات اللغوية

الإجابة الصحيحة:

ج. الاشتراط الإجرائي

السؤال 4

أي مما يلي يُعد مثلاً على التعزيز الاجتماعي في النظرية السلوكية؟



- أ. إعطاء الطفل حلوى بعد نطق كلمة صليحة لمي
ب. إزالة مثير مزعج بعد اللفظ
ج. ابتسامه أو مدح بعد اللفظ
د. شرح القاعدة النحوية للطفل
- الإجابة الصحيحة:

ج. ابتسامه أو مدح بعد اللفظ

السؤال 5

- التشكيل التدريجي في النظرية السلوكية يهدف إلى
- أ. تعليم القواعد النحوية المجردة
ب. تعزيز الجمل الكاملة فقط
ج. الانتقال التدريجي من الأصوات إلى الكلمات
د. تفسير الإبداع اللغوي
- الإجابة الصحيحة:

ج. الانتقال التدريجي من الأصوات إلى الكلمات
ثانياً: أسئلة صح / خطأ (5 أسئلة)

السؤال 6

- ترى النظرية الفطرية أن الطفل يتعلم اللغة فقط من خلال تقليد كلام الكبار
- الإجابة الصحيحة:
- خطأ

السؤال 7

- مفهوم فقر المُدخلات اللغوية يشير إلى أن الطفل يكتسب قواعد لغوية رغم عدم تلقيه شرحاً صريحاً لها
- الإجابة الصحيحة:
- صح

السؤال 8

- في النظرية السلوكية، يُعدّ التقليد آلية فطرية غير خاضعة للتعلم
- الإجابة الصحيحة:
- خطأ

السؤال 9



تُستخدم مبادئ التعزيز السلوكي في بعض البرامج العلاجية الخاصة باضطرابات اللغة

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 10

من أهم الانتقادات الموجهة للنظرية السلوكية عجزها عن تفسير إبداع الطفل لجمل جديدة/ صح



المحاضرة السابعة- النمو اللغوي: ثانياً مراحل النمو اللغوي

الأهداف المسطرة

1. فهم الخصائص النفس-لغوية المميّزة لكل مرحلة نمائية.
2. الربط بين النمو اللغوي السوي والمؤشرات الإكلينيكية المبكرة.
3. تمييز النمو الطبيعي للغة عن مؤشرات الاضطراب أو التأخر اللغوي.
4. دعم القدرة على التقييم والتشخيص المبكر في السياق العلاجي.

المقدمة

يمثل النمو اللغوي أحد أكثر مظاهر النمو الإنساني تعقيداً وأهمية، إذ يتداخل فيه النضج العصبي، والتطور المعرفي، والتفاعل الاجتماعي. ولا يقتصر اكتساب اللغة على تعلّم الكلمات، بل يشمل بناء المعنى، وفهم القواعد، واستخدام اللغة في سياقات تواصلية متنوعة. في علم النفس الطبي، تكتسب دراسة مراحل النمو اللغوي قيمة إكلينيكية عالية، لأنها تتيح التعرف المبكر على الانحرافات النمائية، مثل اضطرابات اللغة، واضطرابات طيف التوحّد، والإعاقات العصبية. لذلك تهدف هذه المحاضرة إلى عرض مراحل النمو اللغوي عرضاً منهجياً، مع إبراز دلالاتها النفسية والتطبيقية.

أولاً: المرحلة الأولى - المرحلة ما قبل اللغوية (0-12 شهراً)

تُعد المرحلة ما قبل اللغوية الأساس الذي يُبنى عليه النمو اللغوي اللاحق، حيث يبدأ الطفل في التواصل مع محيطه قبل امتلاك أي كلمات ذات معنى. ويُظهر الرضيع منذ الأسابيع الأولى استجابات صوتية تحمل وظيفة تواصلية واضحة، رغم غياب اللغة اللفظية.

الصراخ والبكاء (0-2 شهر)

لا يُعد البكاء سلوكاً انعكاسياً عشوائياً، بل يحمل تمايزاً مبكراً يعكس حاجات الطفل الفيزيولوجية والانفعالية. فقد بينت الدراسات أن لأنماط البكاء خصائص صوتية مختلفة، تمكّن الأم من تمييز بكاء الجوع عن بكاء الألم أو الانزعاج. من منظور نفسي-لغوي، يمثّل هذا الشكل من التواصل بداية القصدية التواصلية. (Oller, 2000)



المناغاة والتهديل (2-4 أشهر) والمناغاة الثنائية (5-9 أشهر) (Kuhl, 2014). لا مجرد تفرغ صوتي. ومع تطور الأشهر، ينتقل الطفل إلى تكرار المقاطع الصوتية، في ظاهرة عالمية تلاحظ عبر مختلف اللغات، ما يدعم وجود أساس فطري للنمو اللغوي. وتشير أبحاث حديثة إلى أن المناغاة تتأثر تدريجياً بإيقاع اللغة الأم، مما يعكس التفاعل بين العوامل البيولوجية والبيئية. (Kuhl, 2014)

الفهم قبل الإنتاج (9-12 شهراً)

في نهاية السنة الأولى، يسبق الفهم الإنتاج اللغوي، حيث يستجيب الطفل للأوامر البسيطة ويستخدم الإشارة للتعبير عن النية التواصلية. ويُعد هذا مؤشراً مهماً في التقييم الإكلينيكي، إذ أن ضعف الفهم المبكر قد يكون علامة خطر على اضطرابات نمائية لاحقة.

ثانياً: المرحلة الثانية - مرحلة الكلمة الواحدة (8-12 شهراً)

تمثل هذه المرحلة بداية اللغة اللفظية، حيث يستخدم الطفل كلمة واحدة للتعبير عن جملة كاملة. وتُظهر هذه الظاهرة أن اللغة في هذه المرحلة تعتمد على السياق أكثر من اعتمادها على البنية النحوية. تُفهم الكلمة الواحدة وفق نبرة الصوت، والإشارة، والموقف التواصلية، مما يعكس تطوراً دلاليًا يفوق التطور التركيبي. كما تظهر ظاهرتا التعميم الزائد والتضييق، وهما عمليتان معرفيتان طبيعيتان تدلان على بناء الفئات الدلالية. وتُعد هذه الظواهر مؤشرات على النشاط المعرفي للطفل، لا على خطأ لغوي (Clark, 2016).

ثالثاً: المرحلة الثالثة - مرحلة الكلمتين (18-24 شهراً)

تشهد هذه المرحلة انتقالاً نوعياً في النمو اللغوي، حيث يبدأ الطفل في دمج كلمتين للتعبير عن علاقات دلالية أساسية. ورغم حذف الكلمات الوظيفية، إلا أن ترتيب الكلمات يعكس بنية نحوية بدائية. تظهر في هذه المرحلة أنماط دلالية مثل (فاعل + فعل) و(فعل + مفعول)، ما يشير إلى تشكّل مفهوم النحو. كما تحدث طفرة المفردات، حيث يزداد معدل اكتساب الكلمات بشكل ملحوظ، وهو ما يُفسّر بنضج آليات التصنيف المعرفي وتوسّع التفاعل الاجتماعي. (Bates et al., 2019)



رابعًا: المرحلة الرابعة - مرحلة الكلام البرقي (24-30 شهرًا)

يتميز الكلام البرقي بجمل قصيرة لكنها منظمة نحويًا، مع حذف الأدوات والكلمات الوظيفية. ويلاحظ أن ترتيب الكلمات غالبًا ما يكون صحيحًا وفق لغة الطفل، مما يدل على ترسخ القواعد النحوية الأساسية. في هذه المرحلة، يظهر النفي المبكر، وتتوسع الجمل عبر الروابط، كما تبدأ الأسئلة والضمائر وصيغ الزمن في الظهور. ويُعد هذا التطور مؤشرًا مهمًا على سلامة النمو اللغوي، بينما قد يشير غيابه إلى الحاجة لتقييم إكلينيكي أعمق. (Owens, 2020).

خامسًا: المرحلة الخامسة - مرحلة الجمل المتعددة (3-5 سنوات)

تصل اللغة في هذه المرحلة إلى مستوى عالٍ من التعقيد، حيث ينتج الطفل جملاً متعددة الكلمات، ويستخدم قواعد الجمع، والتصريف، والزمن بدقة أكبر. كما تتحسن القدرة على السرد، وشرح الأسباب، وتنظيم الخطاب. تُعد هذه المرحلة حاسمة، إذ يصبح أي تأخر لغوي واضحًا مقارنة بالأقران، ما يستدعي تدخلًا تشخيصيًا وعلاجيًا مبكرًا. وتشير الأبحاث إلى أن التدخل في هذه المرحلة يحقق نتائج أفضل على المدى الطويل. (Paul & Norbury, 2018).

الخاتمة

يتبين من خلال استعراض مراحل النمو اللغوي أن اكتساب اللغة عملية تدريجية ومعقدة، تبدأ قبل ظهور الكلمات وتستمر حتى الطفولة المبكرة. ويُظهر هذا المسار تفاعلًا مستمرًا بين النضج العصبي، والقدرات المعرفية، والخبرة الاجتماعية.

بالنسبة لطلبة علم النفس الطبي، فإن الإلمام الدقيق بهذه المراحل يمثل أداة أساسية لفهم النمو السوي، والكشف المبكر عن الاضطرابات اللغوية، وتصميم تدخلات علاجية قائمة على أسس علمية رصينة.



مخطط المحاضرة السابعة



أسئلة تقويمية خاصة بالمحاضرة السابعة

أولاً: أسئلة متعددة الاختيارات

السؤال 1

تعد الوظيفة النفس-لغوية الأساسية للبكاء في الأشهر الأولى من عمر الطفل:

أ. تفريغاً انفعالياً غير مقصود

ب. بداية للتواصل القصدي قبل اللغة اللفظية

ج. سلوكاً انعكاسياً صرفاً

د. شكلاً من أشكال التقليد

الإجابة الصحيحة:

ب. بداية للتواصل القصدي قبل اللغة اللفظية

السؤال 2



تتميز المناغاة الثرثارية (5-9 أشهر) بما يلي:

- أ. غياب التفاعل الاجتماعي
 - ب. إنتاج كلمات ذات معنى ثابت
 - ج. تكرار مقاطع صوتية متشابهة
 - د. استخدام القواعد النحوية
- الإجابة الصحيحة:

ج. تكرار مقاطع صوتية متشابهة

السؤال 3

تشابه أصوات المناغاة بين أطفال لغات مختلفة يدلّ أساسًا على:

- أ. تأثير التعزيز الاجتماعي
 - ب. البعد الفطري للنمو اللغوي
 - ج. اختلاف الإيقاع اللغوي
 - د. دور التعليم المباشر
- الإجابة الصحيحة:

ب. البعد الفطري للنمو اللغوي

السؤال 4

في مرحلة الكلمة الواحدة، يعتمد فهم معنى الكلمة أساسًا على:

- أ. عدد المقاطع الصوتية
 - ب. البنية النحوية
 - ج. السياق ونبرة الصوت والإشارة
 - د. طول الكلمة
- الإجابة الصحيحة:

ج. السياق ونبرة الصوت والإشارة

السؤال 5

تُفسّر طفرة المفردات التي تظهر حوالي 18-20 شهرًا بأنها نتيجة:

- أ. كثرة التصحيح من الراشدين
- ب. نضج آليات التصنيف وزيادة التفاعل الاجتماعي



- ج. تقليد الكلمات الطويلة
د. ظهور الكلام البرقي
الإجابة الصحيحة:
- ب. نضج آليات التصنيف وزيادة التفاعل الاجتماعي
ثانياً: أسئلة صح / خطأ (05 أسئلة)

السؤال 6

المناغة في بداياتها تكون فسيولوجية بحتة ولا تحمل أي بعد تواصلية.
الإجابة الصحيحة:

خطأ

السؤال 7

يسبق الفهم اللغوي الإنتاج اللفظي لدى الطفل في نهاية السنة الأولى من العمر.
الإجابة الصحيحة:

صح

السؤال 8

ظاهرة التعميم الزائد تُعد مؤشراً على خلل لغوي لدى الطفل.
الإجابة الصحيحة:

خطأ

السؤال 9

الكلام البرقي يتميز بحذف الكلمات الوظيفية مع الحفاظ على ترتيب نحوي صحيح نسبياً.
الإجابة الصحيحة:

صح

السؤال 10

تُعد مرحلة الجمل المتعددة (3-5 سنوات) مرحلة يقترب فيها الأداء اللغوي من النمط الراشد.
الإجابة الصحيحة: صح



المحاضرة الثامنة: المشكلات الكلامية والفونولوجية: تأخر الكلام

الأهداف المسطرة

1. التعرف على المفاهيم الأساسية لاضطرابات الكلام والفونولوجيا.
2. التمييز العلمي بين تأخر الكلام والاضطرابات الكلامية الأخرى.
3. فهم الأسباب متعددة العوامل لتأخر الكلام في الطفولة المبكرة.
4. التعرف على موقع تأخر الكلام ضمن التصنيفات التشخيصية الحديثة (DSM-5).
5. إكساب الربط التشخيص بالتدخل العلاجي المبكر.

المقدمة

يُعد الكلام واللغة من الركائز الأساسية للنمو النفسي والمعرفي والاجتماعي لدى الإنسان، إذ يشكّلان الأداة الرئيسية للتواصل، وتنظيم الفكر، وبناء العلاقات الاجتماعية. وأي خلل في هذا المسار قد ينعكس سلبًا على التطور الأكاديمي والانفعالي للطفل في المراحل اللاحقة. لذلك يحتل موضوع اضطرابات الكلام مكانة محورية في علم النفس الطبي.

تشير اضطرابات الكلام (Speech Disorders) إلى الصعوبات التي تعيق إنتاج الأصوات الكلامية بشكل صحيح، أو تؤثر في طلاقة النطق أو جودة الصوت، بينما تتعلق الاضطرابات الفونولوجية بخلل في التنظيم الذهني للنظام الصوتي للغة، وليس مجرد أخطاء نطقية سطحية (ASHA, 2023; Ingram, 2007).

تكتسب هذه الاضطرابات أهمية إكلينيكية خاصة لأنها غالبًا ما ترتبط باضطرابات نمائية أوسع، مثل اضطراب اللغة النمائي أو اضطراب طيف التوحد، كما قد تؤثر لاحقًا في مهارات القراءة والكتابة. ومن بين هذه الاضطرابات يبرز تأخر الكلام بوصفه مؤشرًا نمائيًا يستدعي تقييمًا دقيقًا وتدخلًا مبكرًا.



أولاً: مدخل عام إلى اضطرابات الكلام والفونولوجيا

تُعرّف اضطرابات الكلام بأنها صعوبات مستمرة في إنتاج أصوات الكلام، أو التحكم في الطلاقة، أو جودة الصوت، بما يؤثر في وضوح التواصل. ويؤكد المختصون أن هذه الاضطرابات لا تقتصر على الجانب الميكانيكي للنطق، بل قد تعكس خللاً وظيفياً أو نمائياً أعمق. (ASHA, 2023)

أما الاضطرابات الفونولوجية، فتتجاوز الخطأ الصوتي المعزول لتشمل خللاً في القواعد الذهنية التي تنظم استخدام الأصوات داخل اللغة. فالطفل في هذه الحالة قد يكون قادراً حركياً على إنتاج الصوت، لكنه يستخدمه بطريقة غير منظمة داخل الكلمة أو الجملة، ما يدل على قصور في التمثيل العقلي للنظام الصوتي. (Ingram, 2007)

من منظور علم النفس الطبي، تُعد هذه التفرقة أساسية، لأنها توجه عملية التشخيص والتدخل. فالتعامل مع اضطراب نطقي يختلف جذرياً عن التعامل مع اضطراب فونولوجي، سواء من حيث أدوات التقييم أو الاستراتيجيات العلاجية. (Kwiatkowski & Shriberg, 2019)

ثانياً: أنواع المشكلات الكلامية والفونولوجية

1. اضطرابات النطق (Articulation Disorders)

تتمثل اضطرابات النطق في صعوبة إنتاج أصوات محددة مثل /س/ أو /ر/ أو /ش/، وغالباً ما تعود إلى خلل في التمركز اللساني، أو حركة الشفتين وال الفك، أو ضعف العضلات المحيطة، أو عادات كلامية خاطئة. ويكون الخطأ في هذه الحالات ثابتاً ومحدوداً بأصوات معينة. (Bowen, 2020)

تشير الدراسات الإكلينيكية إلى أن هذه الاضطرابات غالباً ما تكون واضحة وسهلة الملاحظة، إذ يؤثر الخطأ الصوتي مباشرة في وضوح الكلام. ومع ذلك، فإنها لا تعني بالضرورة وجود خلل لغوي شامل، بل قد تكون مشكلة معزولة في الإنتاج الصوتي.

في علم النفس الطبي، يُعد التفريق بين الاضطراب النطقي والاضطراب الفونولوجي خطوة أساسية، لأن الاضطراب النطقي يستجيب عادة لتدريبات ميكانيكية مباشرة، بينما يتطلب الاضطراب الفونولوجي تدخلاً أعمق يستهدف النظام الصوتي ككل.



2. الاضطرابات الفونولوجية (Phonological Disorders)

تتميز الاضطرابات الفونولوجية بظهور أنماط تحويلية خاطئة للأصوات، مثل الحذف أو الإبدال، أو التبسيط، أو التجانس الصوتي. وتعد هذه الأنماط طبيعية في المراحل المبكرة، لكنها تصبح اضطرابية إذا استمرت بعد العمر المتوقع. (Ingram, 2007)

في هذه الحالات، لا يكون الخلل عضوياً، بل معرفياً-لغوياً، حيث يعكس قصوراً في التمثيل الذهني للأصوات داخل اللغة. وهذا ما يجعل العلاج الصوتي التقليدي غير كافٍ إذا لم يُعالج التنظيم الفونولوجي ذاته.

تكمُن الأهمية الإكلينيكية لهذه الاضطرابات في ارتباطها الوثيق بصعوبات القراءة والكتابة لاحقاً، مما يجعل الكشف المبكر والتدخل الفعال أمراً بالغ الأهمية. (Baker & McLeod, 2011)

3. اضطرابات الطلاقة والصوت

تشمل اضطرابات الطلاقة مظاهر مثل التلعثم، والتكرار، والإطالة، وهي تؤثر في انسيابية الكلام أكثر من تأثيرها في بنيته الصوتية. (Guitar, 2014) أما اضطرابات الصوت، فتتعلق بنبرة الصوت وحدته وجودته، وقد ترتبط بعوامل عضوية أو إسراف في استخدام الصوت.

ورغم أن هذه الاضطرابات تختلف عن تأخر الكلام، إلا أنها قد تتداخل معه في بعض الحالات، مما يتطلب تقييماً تشخيصياً دقيقاً لتحديد طبيعة المشكلة الأساسية.

ثالثاً: مفهوم تأخر الكلام

يشير تأخر الكلام إلى بطء واضح في ظهور مهارات الكلام مقارنة بالأعمار النمائية المتوقعة، دون وجود نمط اضطرابي محدد بالضرورة. وغالباً ما يظهر الطفل بعدد محدود من الكلمات، أو بعجز عن تكوين جمل ثنائية في العمر المتوقع. (Rescorla, 2011)

تميّز الأدبيات بين تأخر الكلام بوصفه ظاهرة نمائية قد تكون عابرة، وبين اضطرابات الكلام النوعية التي تعكس خللاً مستمراً. فبعض الأطفال يُصنّفون ضمن فئة "Late Talkers"، وقد يلحقون بأقرانهم لاحقاً، بينما يعاني آخرون من اضطراب حقيقي يتطلب تدخلاً متخصصاً.

تكمُن خطورة تأخر الكلام في كونه قد يكون عرضاً أولياً لاضطرابات نمائية أوسع، مما يستوجب عدم الاكتفاء بالملاحظة، بل اعتماد تقييم شامل ومتعدد التخصصات.



رابعًا: أسباب تأخر الكلام

تتعدد أسباب تأخر الكلام، وتتنوع بين عوامل سمعية، وعصبية-نمائية، وبيئية، وعضوية، ووراثية. ويُعد فقدان السمع، سواء كان دائمًا أو مؤقتًا نتيجة التهابات الأذن الوسطى، من أبرز الأسباب الموثقة علميًا (Yoshinaga-Itano, 2003).

كما تلعب العوامل العصبية-النمائية دورًا محوريًا، مثل اضطراب طيف التوحد، واضطراب اللغة النمائي (DLD)، والإعاقة الذهنية، حيث تحد هذه الحالات من قدرة الطفل على تطوير نظام لغوي سليم.

إلى جانب ذلك، تسهم العوامل البيئية، مثل ضعف التحفيز اللغوي أو الاعتماد المفرط على الشاشات، في تأخر النمو اللغوي، وهو ما تؤكد دراسات حديثة في علم النفس النمائي (Linebarger & Walker, 2005; Bishop, 2014).

خامسًا: تشخيص تأخر الكلام وفق DSM-5

لا يستخدم الدليل التشخيصي DSM-5 مصطلح "تأخر الكلام" كتشخيص مستقل، بل يدرجه ضمن تشخيصات أوسع مثل اضطراب اللغة، أو اضطراب أصوات الكلام، أو اضطراب التواصل الاجتماعي، أو اضطراب طيف التوحد. (APA, 2013)

يتطلب التشخيص الدقيق تقييمًا متعدد المحاور يشمل التاريخ النمائي، والتقييم السمعي، وتقييم النطق والفونولوجيا، وتقييم اللغة، إضافة إلى التقييم النفسي العصبي. ويُعد هذا التكامل ضروريًا لتجنب التشخيص الخاطئ.

في السياق الإكلينيكي، يساعد هذا النهج التشخيصي على تحديد نوع التدخل المناسب، وشدته، ومدة المتابعة، مع التأكيد على أن التدخل المبكر يُعد أفضل متغير تنبؤي للنتائج الإيجابية (Roberts & Kaiser, 2015).

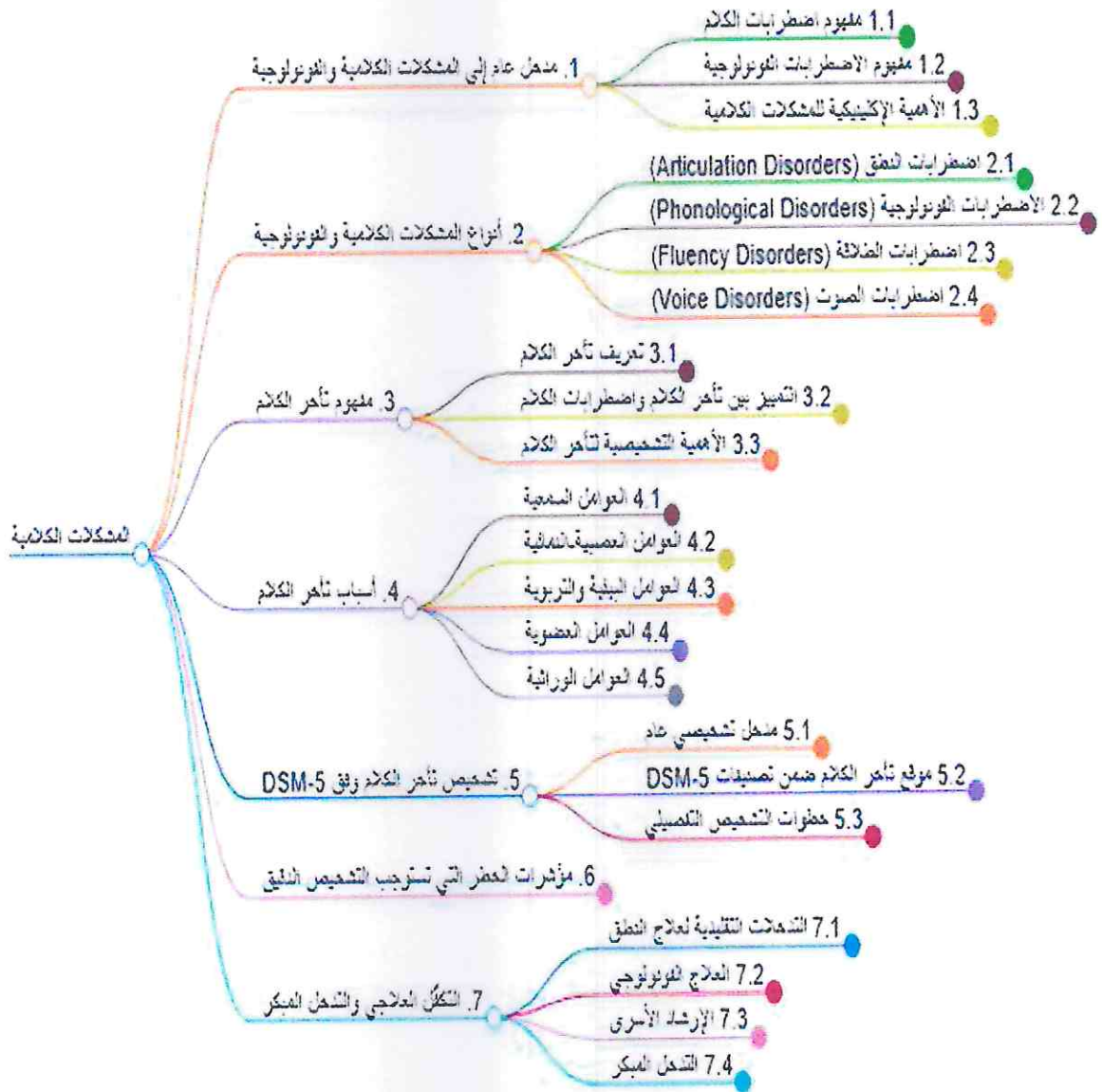
الخاتمة

يتضح من خلال هذه المحاضرة أن المشكلات الكلامية والفونولوجية، وعلى رأسها تأخر الكلام، ليست ظواهر بسيطة يمكن إهمالها، بل مؤشرات نمائية تتطلب وعيًا علميًا وتشخيصًا دقيقًا. فبينما قد يكون بعض التأخر عابرًا، يرتبط جزء كبير منه باضطرابات لغوية أو نمائية قابلة للعلاج إذا شُخصت مبكرًا.



يمثل الفهم المتعمق لهذه القضايا خطوة أساسية نحو الممارسة الإكلينيكية الرشيدة، التي تجمع بين المعرفة النظرية، والتقييم العلمي، والتدخل المبكر القائم على الأدلة.

مخطط المحاضرة الثامنة





أسئلة تقييمية خاصة بالمحاضرة الثامنة
أولاً: أسئلة متعددة الاختيارات

السؤال 1

تشير اضطرابات الكلام (Speech Disorders) أساسًا إلى:

- أ. خلل في القواعد الذهنية المنظمة للأصوات
 - ب. صعوبات في إنتاج أصوات الكلام أو طلاقته أو جودة الصوت
 - ج. تأخر عام في النمو المعرفي
 - د. ضعف في الفهم اللغوي فقط
- الإجابة الصحيحة:

ب. صعوبات في إنتاج أصوات الكلام أو طلاقته أو جودة الصوت

السؤال 2

يختلف الاضطراب الفونولوجي عن الاضطراب النطقي في أن الاضطراب الفونولوجي:

- أ. ناتج عن خلل عضوي في أعضاء النطق
 - ب. يقتصر على صوت واحد فقط
 - ج. يعكس خللاً في التمثيل الذهني للنظام الصوتي
 - د. لا يؤثر في وضوح الكلام
- الإجابة الصحيحة:

ج. يعكس خللاً في التمثيل الذهني للنظام الصوتي

السؤال 3

أي مما يلي يُعد من السمات الأساسية لتأخر الكلام؟

- أ. وجود تلعثم دائم
 - ب. ضعف جودة الصوت
 - ج. بطء ظهور مهارات الكلام مقارنة بالعمر النمائي
 - د. فقدان القدرة على الفهم اللغوي
- الإجابة الصحيحة:

ج. بطء ظهور مهارات الكلام مقارنة بالعمر النمائي

السؤال 4



وفق DSM-5 ، فإن مصطلح "تأخر الكلام":

- أ. يُعد تشخيصًا مستقلًا
 - ب. يُستخدم فقط في التشخيص الطبي
 - ج. لا يُستخدم كتشخيص مستقل بل يُدرج ضمن اضطرابات أوسع
 - د. يقتصر على اضطرابات الصوت
- الإجابة الصحيحة:

ج. لا يُستخدم كتشخيص مستقل بل يُدرج ضمن اضطرابات أوسع
السؤال 5

أي من العوامل التالية يُعد سببًا بيئيًا لتأخر الكلام؟

- أ. فقدان السمع
 - ب. اضطراب طيف التوحد
 - ج. ضعف التحفيز اللغوي والاعتماد المفرط على الشاشات
 - د. خلل في الربطة اللسانية
- الإجابة الصحيحة:

ج. ضعف التحفيز اللغوي والاعتماد المفرط على الشاشات
ثانيًا: أسئلة صح / خطأ (05 أسئلة)

السؤال 6

اضطرابات النطق واضطرابات الفونولوجيا تشير إلى نفس الخلل وتعالجان بالطريقة نفسها.
الإجابة الصحيحة:

خطأ

السؤال 7

تأخر الكلام يعني بالضرورة وجود اضطراب لغوي دائم.
الإجابة الصحيحة:

خطأ

السؤال 8

يُعد التقييم السمعي خطوة أساسية لا يمكن تجاوزها عند تشخيص تأخر الكلام.
الإجابة الصحيحة:

صح



السؤال 9

يُصنّف DSM-5 تأخر الكلام دائماً ضمن اضطراب طيف التوحد.

الإجابة الصحيحة:

خطأ

السؤال 10

التدخل المبكر قبل سن الثالثة يُعد من أهم العوامل المتنبئة بنتائج علاجية إيجابية في حالات تأخر

الكلام.

الإجابة الصحيحة:

صح



المحاضرة التاسعة: الحبسة الكلامية (الأفازيا)

الأهداف المسطرة

1. فهم الأفازيا كاضطراب لغوي عصبي مكتسب ضمن منظور معرفي-نفسى.
2. التمييز بين الأفازيا والاضطرابات الكلامية القريبة تشخيصياً.
3. تحليل الأثر النفسى والاجتماعى للأفازيا على الفرد وأسرته.
4. اقتراح تدخلات نفسية داعمة للتواصل قائمة على الدليل العلمى.

مقدمة

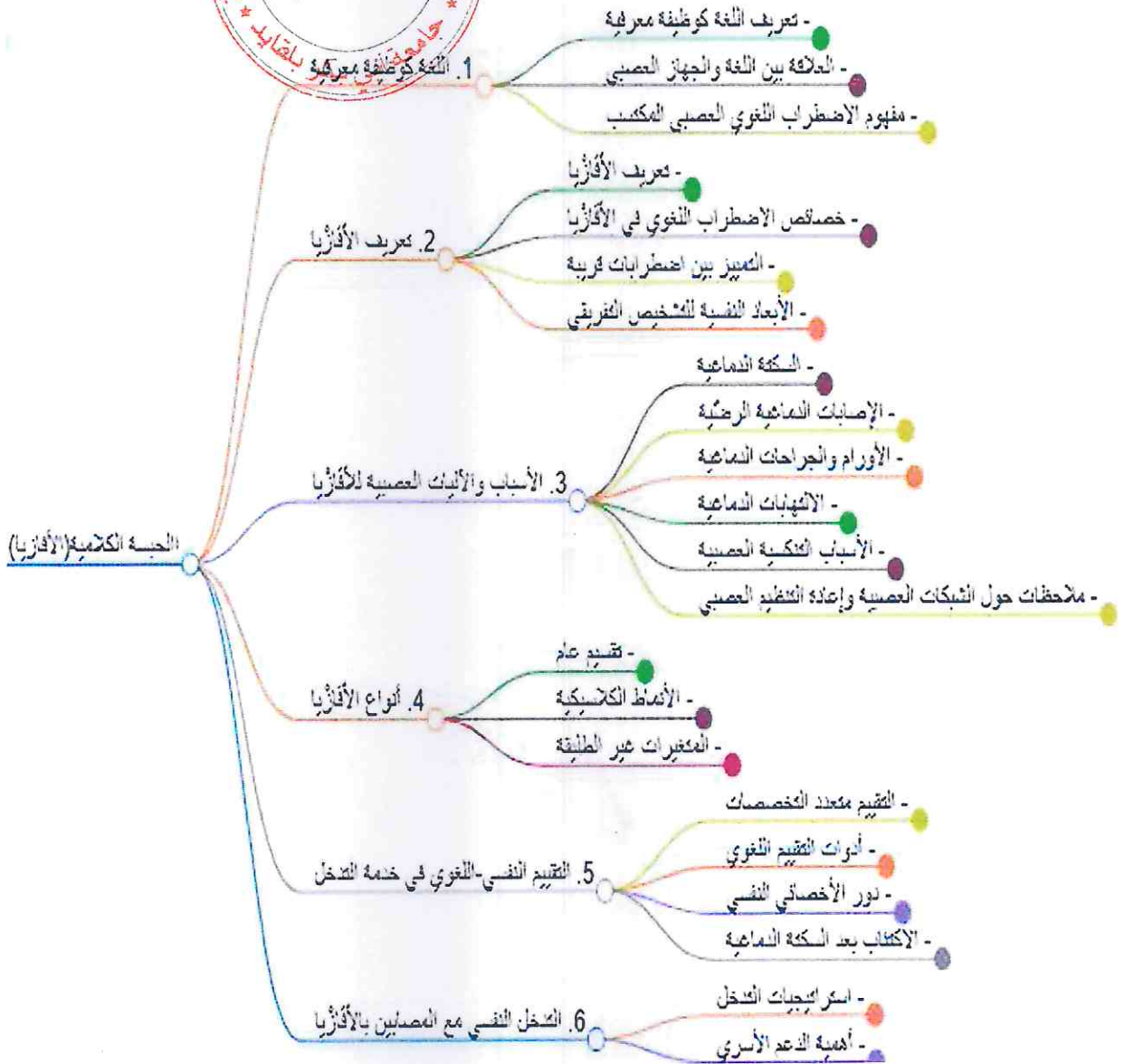
تعد اللغة من أكثر الوظائف المعرفية تعقيداً، إذ تمثل أداة للتواصل وبناء الهوية وتنظيم الخبرة الذاتية والاجتماعية. وعندما تتعرض هذه الوظيفة لاضطراب مكتسب نتيجة أذية دماغية، كما في حالة الأفازيا، فإن الأثر لا يقتصر على الجانب اللغوي فحسب، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والانفعالية والاجتماعية. ومن هنا تبرز أهمية تناول الأفازيا من منظور علم النفس، بوصفها حالة عصبية ذات تبعات نفسية عميقة. (Gorno-Tempini et al., 2011)

أولاً: مفهوم الأفازيا وتمييزها تشخيصياً

الأفازيا هي اضطراب لغوي عصبي مكتسب ينجم عن أذية في الشبكات الدماغية المسؤولة عن اللغة، غالباً في النصف الأيسر من الدماغ، ويؤثر بدرجات متفاوتة في التعبير الشفهي، والفهم، والقراءة، والكتابة. (Goodglass et al., 2001). ويكتسب التمييز التشخيصي أهمية نفسية بالغة، إذ تختلف الاستجابات الانفعالية ومستوى الإحباط تبعاً لطبيعة العجز المدرك. فبينما يكون الخلل في عسر التلفظ حركياً، وتبقى البنية اللغوية سليمة نسبياً، فإن الأفازيا تمس جوهر اللغة نفسها، ما يجعل التكيف النفسى أكثر تعقيداً



مخطط المحاضرة التاسعة المجلس العلمي



ثانيًا: الأسباب والآليات العصبية

تشير الأدبيات إلى أن السكتة الدماغية تُعد السبب الأكثر شيوعًا للأفازيا المكتسبة، تلحقها الإصابات الدماغية الرضوية، والأورام، والالتهابات، إضافة إلى بعض الاضطرابات التنكسية العصبية (Brady et al., 2016)، ومن المهم التأكيد على أن الأعراض اللغوية لا ترتبط ببساطة بآلية واحدة، بل بشبكات وظيفية متداخلة، وأن المظاهر السريرية قد تتغير مع الزمن بفعل اللدونة العصبية وإعادة التنظيم الوظيفي.

ثالثًا: أنواع الأفازيا

يُقسّم الاضطراب سريريًا إلى أفازيا طليقة وغير طليقة، مع وجود أنماط كلاسيكية مثل حبسة بروكا وحبسة فرنيكه وحبسة الشاملة. كما تكتسب الأفازيا التقدمية الأولية أهمية خاصة في السياق النفسي، نظرًا لارتباطها بالتدهور التدريجي للغة قبل ظهور الأعراض المعرفية الأخرى (Gorno-Tempini et al., 2011).

رابعًا: التقييم النفسي ودوره العلاجي

يتم التقييم الدقيق ضمن فريق متعدد التخصصات، إلا أن دور الأخصائي النفسي يتركز على تكييف المقابلة، وتقييم المزاج والقلق والهوية، مع الانتباه إلى شيوع الاكتئاب بعد السكتة الدماغية لدى المصابين بالأفازيا. (Vogel-Eyny et al., 2025).

خامسًا: التدخل النفسي الداعم للتواصل

لا تقتصر الأفازيا على كونها خللاً لغويًا، بل تؤثر في الأدوار الاجتماعية والاستقلالية والهوية، ما يجعل التدخل النفسي ضرورة علاجية. وتشير الإرشادات الحديثة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي المعدل، والتنشيط السلوكي، وتدريب شركاء التواصل، ضمن إطار داعم للتواصل ومحترم لكرامة المريض (Baker et al., 2024; Kagan, 1998).

خاتمة

تؤكد هذه المحاضرة أن الأفازيا اضطراب لغوي عصبي ذو أبعاد نفسية واجتماعية عميقة. ويُعد التدخل النفسي الفعال عنصرًا أساسيًا في إعادة التأهيل، ليس فقط لتحسين المزاج، بل لإعادة بناء الهوية، وتعزيز المشاركة الاجتماعية، وتمكين المصاب من استعادة معنى الحياة ضمن حدود قدراته التواصلية.



أسئلة تقويمية خاصة بالمحاضرة التاسعة
أولاً: أسئلة اختيار من متعدد

السؤال 1

تُعرّف الأفازيا بأنها:

- أ. اضطراب نفسي ناتج عن صدمة انفعالية
 - ب. اضطراب لغوي عصبي مكتسب يؤثر في إنتاج وفهم اللغة
 - ج. خلل حركي في عضلات النطق دون مساس باللغة
 - د. تأخر نمائي في اكتساب اللغة
 - هـ. اضطراب سمعي مركزي
- الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 2

يُعد السبب الأكثر شيوعاً للأفازيا المكتسبة هو:

- أ. الأورام الدماغية
 - ب. الالتهابات الدماغية
 - ج. السكتة الدماغية
 - د. الاضطرابات التنكسية
 - هـ. الصرع
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 3

أي مما يلي يُميّز عسر التلفظ (Dysarthria) عن الأفازيا؟

- أ. تأثر البنية اللغوية
 - ب. اضطراب في التخطيط اللغوي
 - ج. خلل في التنفيذ الحركي للكلام
 - د. ضعف الفهم اللغوي
 - هـ. صعوبة في التسمية
- الإجابة الصحيحة: ج



السؤال 4

حبسة بروكا تُصنّف عادة ضمن:

أ. الأَفَازيا الطليقة

ب. الأَفَازيا غير الطليقة

ج. الأَفَازيا الدلالية

د. الأَفَازيا التقديمية

هـ. الأَفَازيا الاسمية

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 5

تتميز حبسة فرنيكة غالبًا بـ:

أ. قلة الكلام وبطئه

ب. كالم طليق مع ضعف الفهم

ج. صعوبة شديدة في التكرار فقط

د. سلامة الفهم واضطراب التعبير

هـ. غياب شبه تام للكلام

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 6

الأَفَازيا التقديمية الأولية تتميز بأنها:

أ. تظهر فجأة بعد السكتة الدماغية

ب. يكون اضطراب اللغة العرض الأولي الأبرز

ج. تختفي مع العلاج اللغوي المكثف

د. تصيب الأطفال فقط

هـ. لا ترتبط بأمراض تنكسية

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 7

أي أداة من الأدوات التالية تُستخدم شائعًا في تقييم الأَفَازيا؟

أ- MMPI-2 .

ب- WAIS-IV .



ج BDAE

د Rorschach

هـ TAT

الإجابة الصحيحة : ج

السؤال 8

من مهام الأخصائي النفسي مع المصابين بالأفازيا:

أ. التشخيص العصبي الدقيق

ب. إجراء الجراحة العصبية

ج. تكييف المقابلة النفسية حسب القدرة التواصلية

د. استبدال العلاج اللغوي

هـ. إيقاف التدخل التأهيلي

الإجابة الصحيحة : ج

السؤال 9

يركز نموذج LPAA بشكل أساسي على:

أ. تصحيح الأخطاء اللغوية فقط

ب. تحسين البنية النحوية

ج. المشاركة في الحياة وجودة التواصل

د. قياس شدة الإصابة فقط

هـ. تدريب الذاكرة العاملة

الإجابة الصحيحة : ج

السؤال 10

أي تدخل نفسي أظهر فاعلية عند تكييفه للأفازيا؟

أ. التحليل النفسي الكلاسيكي

ب. العلاج المعرفي السلوكي المعدل

ج. العلاج الدوائي فقط

د. التنويم الإيحائي

هـ. العلاج الأسري دون تكييف

الإجابة الصحيحة : ب



ثانياً: أسئلة صح / خطأ (05 أسئلة)

السؤال 11

الأفازيا اضطراب لغوي نمائي يظهر منذ الطفولة

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 12

يمكن أن تتغير مظاهر الأفازيا مع الزمن نتيجة اللدونة العصبية وإعادة التنظيم الوظيفي.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 13

حبسة بروكا تتوافق غالباً مع وعي المريض بصعوباته اللغوية وارتفاع الإحباط.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 14

التدخل النفسي مع المصابين بالأفازيا يقتصر على علاج الاكتئاب فقط.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 15

تدريب شركاء التواصل (الأسرة/المحيط) يُعد عنصرًا ثانويًا غير ضروري في التأهيل.

الإجابة الصحيحة: خطأ



المحاضرة العاشرة: التأتأة المجلس العلمي

الأهداف المسطرة

1. تمكين الطالب من فهم التأتأة بوصفها اضطرابًا في طلاقة الكلام ذي أبعاد نفسية وعصبية متداخلة.
2. تحليل العوامل العصبية والنفسية والاجتماعية المساهمة في نشأة التأتأة واستمرارها.
3. التعرف على المظاهر السريرية للتأتأة وأساليب التدخل النفسي والتأهيلي المعتمدة علميًا.

مقدمة

يُعد الكلام من أبرز الوظائف الإنسانية التي تُمكن الفرد من التعبير عن أفكاره وانفعالاته وبناء علاقاته الاجتماعية. وتُسهّم طلاقة الكلام في دعم الشعور بالكفاءة الذاتية والانتماء الاجتماعي، في حين أن أي اضطراب يصيب هذه الطلاقة قد ينعكس سلبيًا على التكيف النفسي والاجتماعي للفرد.

وتُعد التأتأة من أكثر اضطرابات الطلاقة شيوعًا، إذ تظهر غالبًا في مرحلة الطفولة، وقد تستمر لدى بعض الأفراد إلى مرحلة الرشد. ولا تقتصر آثارها على الجانب اللغوي فحسب، بل تمتد لتشمل جوانب نفسية وانفعالية مثل القلق، والخجل، وتجنب المواقف التواصلية.

ومن منظور علم النفس، تكتسب التأتأة أهمية خاصة نظرًا لتداخل العوامل العصبية والمعرفية والانفعالية في تشكيلها واستمرارها، مما يجعل فهمها والتدخل فيها مسؤولية مشتركة بين علم النفس وعلاج النطق، ضمن مقاربة تكاملية شاملة.

أولاً: تعريف التأتأة

تُعرّف التأتأة بأنها اضطراب في طلاقة الكلام يتمثل في تكرار الأصوات أو المقاطع أو الكلمات، أو إطالتها، أو حدوث توقفات غير مناسبة أثناء الحديث، بما يعيق التدفق الطبيعي للكلام. ويُصنّف هذا الاضطراب ضمن اضطرابات التواصل في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022).



ويتميز هذا الاضطراب بطابعه اللاإرادي، حيث لا يكون المتكلم قادرًا على التحكم الكامل في لحظات التوقف أو التكرار، خاصة في المواقف التي تتطلب تفاعلًا اجتماعيًا أو تحمل ضغطًا نفسيًا. ويزداد وضوح التأتأة في مواقف التقييم أو الحديث أمام الآخرين.

ومن المنظور النفسي، لا تُفهم التأتأة كخلل آلي في النطق فقط، بل كاضطراب معقد تتفاعل فيه العمليات العصبية المسؤولة عن التخطيط الحركي للكلام مع العوامل الانفعالية والتوقعات المعرفية والخبرات الاجتماعية للفرد. (Bloodstein & Ratner, 2008)

ثانيًا: أسباب التأتأة

تشير الأدبيات العلمية الحديثة إلى أن التأتأة ناتجة عن تفاعل مجموعة من العوامل، ولا يمكن إرجاعها إلى سبب واحد منفرد. وتُعد العوامل العصبية من أبرز العوامل المساهمة، إذ أظهرت دراسات تصوير الدماغ وجود اختلافات في تنظيم وتكامل الشبكات العصبية المسؤولة عن إنتاج الكلام لدى الأشخاص المتأثرين (Smith & Weber, 2017).

كما تلعب العوامل الوراثية دورًا مهمًا في الاستعداد للإصابة بالتأتأة، حيث بينت دراسات طويلة وجود معدلات أعلى لظهور التأتأة بين أفراد العائلة الواحدة، خاصة لدى الأطفال، مما يشير إلى وجود مكون جيني يزيد من القابلية لظهور الاضطراب. (Yairi & Ambrose, 2013)

أما العوامل النفسية والانفعالية، مثل القلق والخوف من التقييم السلبي، فلا تُعد سببًا مباشرًا للتأتأة، لكنها تسهم في زيادة شدتها واستمرارها. كما تؤدي الضغوط الاجتماعية وردود فعل المحيط، كالسخرية أو التصحيح المفرط، دورًا في تعزيز السلوك الكلامي غير الطليق (Guitar, 2014).

ثالثًا: أعراض التأتأة

تتجلى التأتأة من خلال أعراض كلامية واضحة، تتمثل في تكرار الأصوات أو المقاطع، وإطالة الأصوات، وحدوث توقفات مفاجئة أثناء الكلام. وتُعد هذه المظاهر السمة الأساسية التي يُبنى عليها التشخيص الإكلينيكي للاضطراب.

وتصاحب هذه الأعراض الكلامية في كثير من الأحيان أعراض حركية لا إرادية، مثل توتر عضلات الوجه أو الرقبة، أو حركات إضافية كرمش العين أو شد الشفتين، والتي تعكس الجهد النفسي والجسدي المبذول أثناء محاولة الكلام.

كما تظهر أعراض نفسية وانفعالية ذات أهمية بالغة، مثل القلق المرتبط بالكلام، وتجنب المواقف التواصلية، وانخفاض تقدير الذات. وتُعد هذه الأبعاد محور اهتمام علم النفس، نظرًا لتأثيرها المباشر في التكيف النفسي والاجتماعي وجودة الحياة (Craig et al., 2009).

رابعًا: علاج التأتأة

يعتمد علاج التأتأة على مقارنة تكاملية تراعي الجوانب الكلامية والنفسية معًا. ويُعد العلاج الكلامي حجر الأساس في التدخل، حيث يركز على تحسين الطلاقة من خلال تنظيم التنفس، وتعديل الإيقاع الكلامي، وتدريب الفرد على استراتيجيات كلامية بديلة.

ويؤدي التدخل النفسي دورًا محوريًا، خاصة في معالجة القلق المرتبط بالكلام، وتعديل الأفكار السلبية حول الذات والتواصل. ويُستخدم العلاج المعرفي السلوكي بفاعلية في هذا السياق، لما له من دور في خفض التجنب وتعزيز الثقة بالنفس. (Craig et al., 2009).

كما يُعد الإرشاد الأسري عنصرًا أساسيًا، خصوصًا في حالة الأطفال، إذ يهدف إلى تعديل أساليب التفاعل داخل الأسرة، وتقليل الضغط المرتبط بالكلام، وتوفير بيئة تواصل داعمة. ويُحقق العلاج أفضل نتائجه عندما يتم ضمن فريق متعدد التخصصات يجمع بين الأخصائي النفسي وأخصائي علاج النطق.

خاتمة

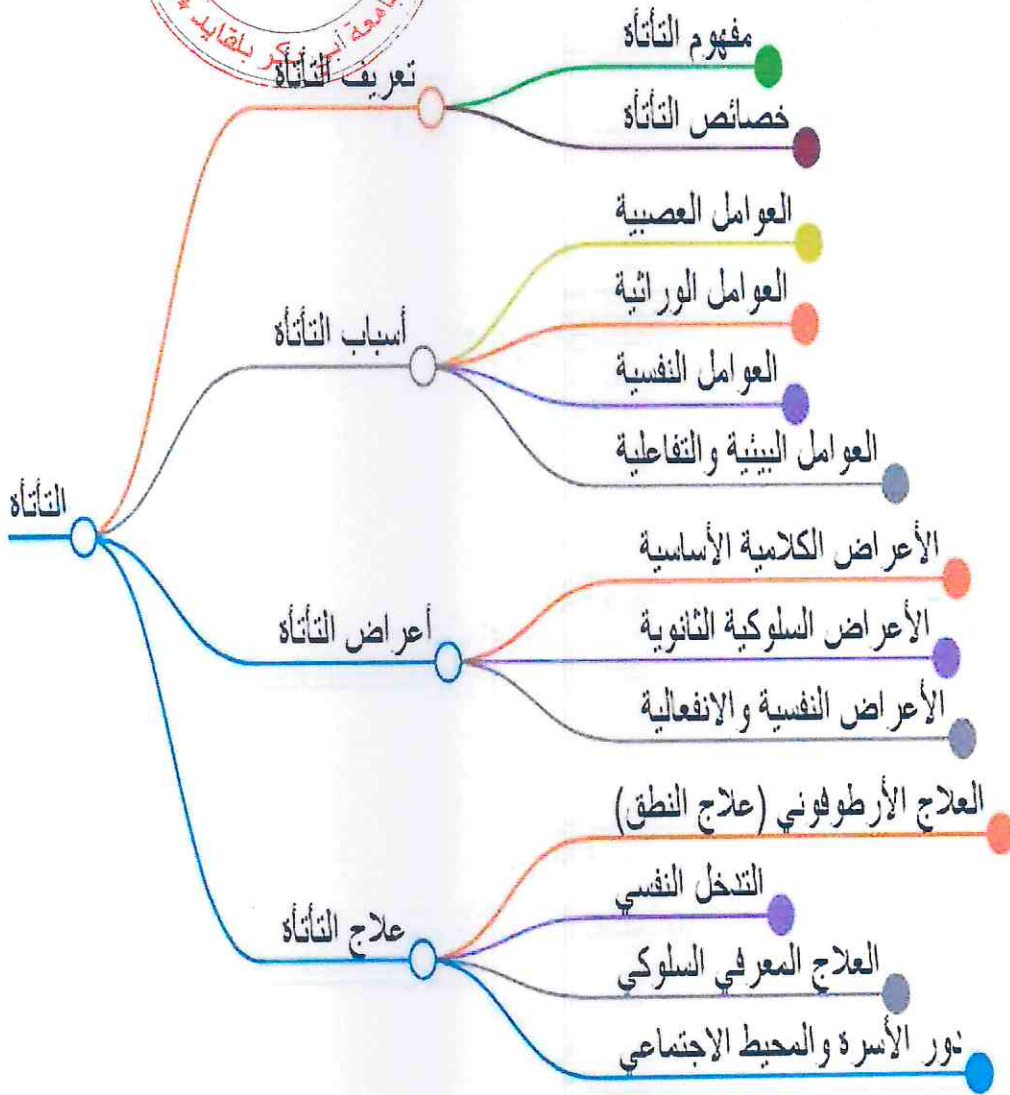
تُعد التأتأة اضطرابًا معقدًا يتجاوز كونه خللًا في طلاقة الكلام، ليشمل أبعادًا نفسية وانفعالية واجتماعية عميقة تؤثر في حياة الفرد اليومية. ويُبرز ذلك أهمية تبني منظور شمولي في فهم هذا الاضطراب.

وقد أظهرت هذه المحاضرة أن التأتأة نتاج تفاعل عوامل عصبية ووراثية ونفسية وبيئية، وأن أعراضها لا تقتصر على الكلام، بل تمتد إلى التجربة الذاتية للفرد وتكيفه الاجتماعي.

ومن هذا المنطلق، يبرز دور علم النفس في تصميم تدخلات علاجية متكاملة تركز على الإنسان ككل، لا على الطلاقة الكلامية فقط، بما يساهم في تحسين جودة الحياة وتحقيق اندماج اجتماعي أفضل للأشخاص الذين يعانون من التأتأة.



مخطط المحاضرة العاشرة



أسئلة تقييمية خاصة بالمحاضرة العاشرة

أولاً: أسئلة اختيار من متعدد

السؤال 1

التأتأة هي اضطراب يتميز أساساً بـ:

أ. ضعف القدرة السمعية

ب. خلل في مخارج الحروف

ج. اضطراب في طلاقة الكلام



د. تأخر نمائي عام

هـ. فقدان القدرة على الكلام

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 2

من المنظور النفسي، تُفهم التأتأة على أنها:

أ. اضطراب حركي بسيط

ب. نتيجة صدمة نفسية فقط

ج. اضطراب معقد تتداخل فيه عوامل متعددة

د. اضطراب لغوي مكتسب بعد السكتة الدماغية

هـ. مشكلة تعليمية مدرسية

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 3

أي من العوامل التالية يُعد عاملاً وراثياً في التأتأة؟

أ. القلق الاجتماعي

ب. أساليب التنشئة الأسرية

ج. وجود تاريخ عائلي للتأتأة

د. ضغط الامتحانات

هـ. تجنب الكلام

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 4

تشير العوامل العصبية في التأتأة إلى:

أ. تلف واضح في مناطق اللغة

ب. اضطراب في الشبكات العصبية المسؤولة عن التخطيط الحركي للكلام

ج. ضعف الذاكرة العاملة

د. خلل في الفهم اللغوي

هـ. إصابة في الجهاز السمعي

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 5



أي مما يلي يُعد عرضًا كلاميًا للتأتأة؟

أ. فقدان المفردات

ب. تكرار الأصوات أو المقاطع

ج. صعوبة فهم الكلام

د. اضطراب القراءة

هـ. أخطاء نحوية

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 6

من الأعراض النفسية الشائعة المصاحبة للتأتأة:

أ. الهلوسة

ب. اللامبالاة الانفعالية

ج. القلق أثناء التحدث

د. ضعف الذاكرة طويلة المدى

هـ. اضطراب الانتباه

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 7

يهدف التدخل النفسي في علاج التأتأة إلى:

أ. استبدال العلاج الكلامي

ب. القضاء التام على التأتأة فورًا

ج. خفض القلق وتعزيز الثقة بالنفس

د. تحسين القدرة السمعية

هـ. علاج الاضطرابات العصبية

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 8

أي أسلوب علاجي يُستخدم كثيرًا مع التأتأة في علم النفس؟

أ. العلاج بالتحليل النفسي الكلاسيكي فقط

ب. العلاج المعرفي السلوكي

ج. العلاج الدوائي الحصري



د. العلاج بالتنويم المغناطيسي

هـ. العلاج باللعب فقط

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 9

الإرشاد الأسري في علاج التأتأة يهدف أساسًا إلى:

أ. تدريب الطفل على النطق السريع

ب. تقليل الضغط وتحسين بيئة التواصل

ج. تشخيص الاضطراب

د. تقييم الذكاء

هـ. زيادة تصحيح الأخطاء الكلامية

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 10

يعتمد العلاج الفعال للتأتأة غالبًا على:

أ. تدخل نفسي فقط

ب. علاج لغوي فقط

ج. علاج دوائي فقط

د. مقارنة تكاملية متعددة التخصصات

هـ. الانتظار دون تدخل

الإجابة الصحيحة: د

ثانيًا: أسئلة صح / خطأ

(05) أسئلة

السؤال 11

التأتأة اضطراب في طلاقة الكلام وقد تتأثر شدته بالعوامل النفسية.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 12

العوامل النفسية تُعد السبب الوحيد لظهور التأتأة.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 13



يمكن أن تدفع التأتأة بعض الأفراد إلى تجنب مواقف التواصل الاجتماعي.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 14

العلاج النفسي في التأتأة لا يهتم بتقدير الذات أو القلق المرتبط بالكلام.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 15

التكامل بين العلاج النفسي وعلاج النطق يزيد من فعالية التدخل العلاجي.

الإجابة الصحيحة: صح



المحاضرة الحادية عشر: الخرس الانتقائي

الأهداف المسطرة

1. أن يتعرّف الطالب على المفهوم العلمي الدقيق للخرس الانتقائي وفق التصنيفات الحديثة.
2. أن يميّز الطالب بين أنماط الخرس الانتقائي في ضوء التفسير الإكلينيكي.
3. أن يطّلع الطالب على أساليب التدخل النفسي القائمة على الدليل العلمي.

مقدمة

يُعدّ الخرس الانتقائي من الاضطرابات النفسية التي تندرج ضمن فئة اضطرابات القلق لدى الأطفال، ويتميّز بعدم قدرة الطفل على التحدث في مواقف اجتماعية محددة رغم تمتعه بقدرة لغوية طبيعية في مواقف أخرى. وتبرز أهمية دراسة الخرس الانتقائي نظرًا لما يخلّفه من آثار سلبية على التكيف المدرسي والاجتماعي، إذ قد يؤدي إلى العزلة الاجتماعية، وضعف التحصيل الأكاديمي، وصعوبات في بناء العلاقات. وتشير الأدبيات الحديثة إلى أن تجاهل الاضطراب أو تأخر التدخل قد يؤدي إلى استمراره حتى مراحل لاحقة من النمو (Muris & Ollendick, 2015)

وانطلاقًا من دور الأخصائي النفسي في التشخيص والتدخل، تهدف هذه المحاضرة إلى تقديم عرض علمي منظم لمفهوم الخرس الانتقائي، وأنواعه، وأساليب التدخل النفسي المعتمدة على البراهين العلمية.

أولاً: تعريف الخرس الانتقائي

يُعرّف الخرس الانتقائي بأنه فشل ثابت في التحدث في مواقف اجتماعية محددة يُتوقع فيها الكلام، مع القدرة على التحدث في مواقف أخرى، ويُصنّف ضمن اضطرابات القلق في الدليل التشخيصي والإحصائي

للاضطرابات النفسية. (DSM-5-TR) (American Psychiatric Association, 2022)

ولا يُفسّر هذا الاضطراب بوجود خلل في اللغة أو اضطراب نمائي شامل، بل يرتبط باستجابة قلق شديدة تعيق الأداء الكلامي. ويؤكد هذا التعريف أن الصمت ليس سلوكًا إراديًا أو عنادًا، وإنما انعكاس لحالة نفسية داخلية مرتبطة بالخوف الاجتماعي.

كما تشترط المعايير التشخيصية أن يستمر الاضطراب مدة لا تقل عن شهر واحد، وألا يكون مرتبطًا بمرحلة التكيف المدرسي الأولى فقط، وألا يُعزى إلى اضطرابات تواصل أخرى أو حالات طبية. (A P A, 2022)



ثانياً: أنواع الخرس الانتقائي

يظهر الخرس الانتقائي غالباً في صورة خرس انتقائي طرفي، حيث يقتصر الصمت على بيانات اجتماعية معينة مثل المدرسة، بينما يكون الطفل قادراً على التحدث بحرية في المنزل. ويُعد هذا الشكل الأكثر شيوعاً في الممارسة الإكلينيكية. (Viana et al., 2009)

كما يوجد نمط يتمثل في الخرس الانتقائي محدود العلاقات، حيث يقتصر الكلام على أشخاص محددين جداً، وغالباً ما يكونون من دائرة الأسرة الضيقة. ويعكس هذا النمط درجة أعلى من القلق الاجتماعي وصعوبة التفاعل.

وفي بعض الحالات، يترافق الخرس الانتقائي مع اضطرابات أخرى، خاصة اضطراب القلق الاجتماعي أو اضطراب القلق العام. ويؤدي هذا التداخل المرضي إلى زيادة حدة الأعراض وصعوبة التشخيص، ما يستدعي تقييماً نفسياً شاملاً. (Muris & Ollendick, 2015)

ثالثاً: التدخل النفسي في الخرس الانتقائي

يُعد العلاج السلوكي المعرفي (CBT) من أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في التعامل مع الخرس الانتقائي، حيث يركز على خفض مستويات القلق الاجتماعي من خلال التعريض التدريجي للمواقف الكلامية، وتعزيز المبادرة اللفظية في البيئات الاجتماعية المختلفة. وقد أثبتت دراسة تجريبية عشوائية محكمة أن الأطفال الذين خضعوا لبرنامج CBT أظهروا تحسناً ملحوظاً ومستداماً في الأداء الكلامي مقارنة بالمجموعة الضابطة. (Oerbeck et al., 2014)

ويُشكل التدخل الأسري عنصراً أساسياً في نجاح العملية العلاجية، إذ يتم تدريب الوالدين على أساليب الدعم النفسي، وتجنب الضغط أو المقارنة أو العقاب المرتبط بالصمت. وقد أظهرت الدراسات أن مشاركة الأسرة تُحسن من نتائج العلاج واستمراريتها.

وفي الحالات الشديدة أو المقاومة للعلاج النفسي وحده، قد يُلجأ إلى العلاج الدوائي المساند باستخدام مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية، مع التأكيد على أن هذا الخيار يكون مكملاً للعلاج النفسي وليس بديلاً عنه. (American Psychiatric Association, 2022)

خاتمة

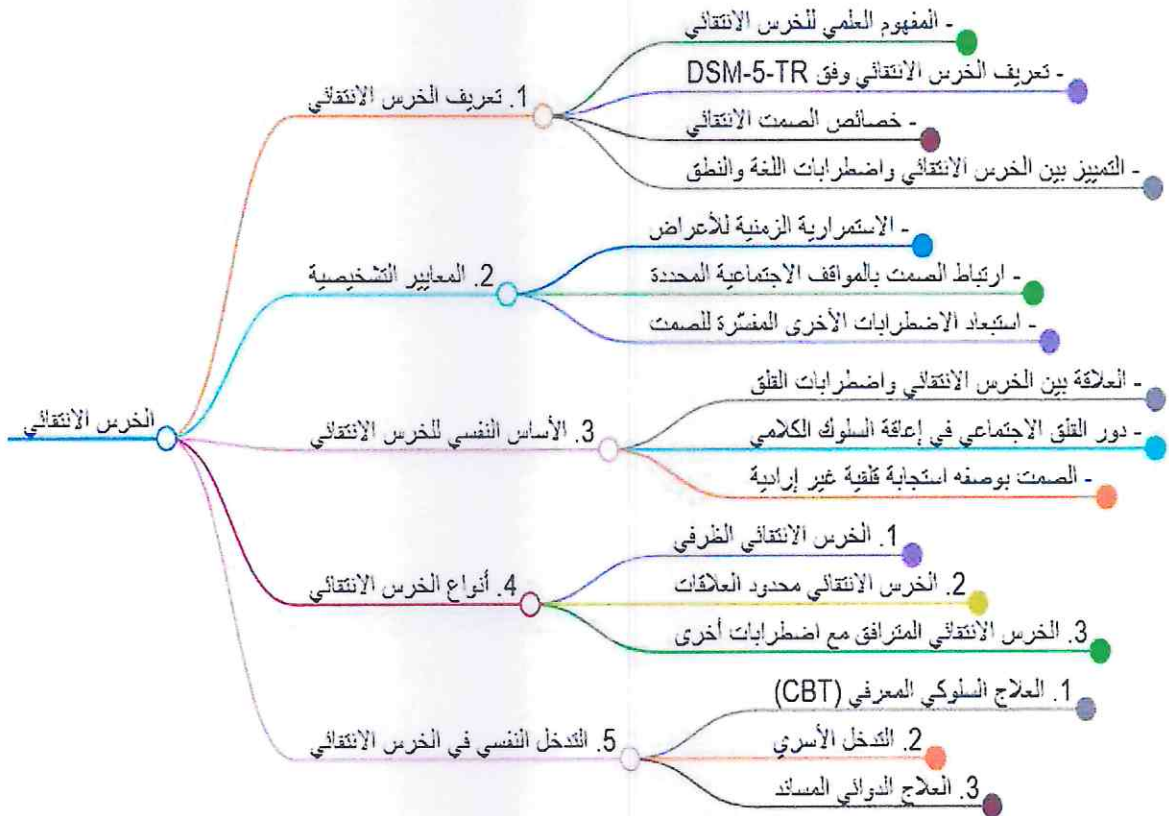
يُعد الخرس الانتقائي اضطراباً نفسياً قلقياً معقداً يتطلب فهماً علمياً دقيقاً لطبيعته وأبعاده النمائية والاجتماعية. وقد تناولت هذه المحاضرة المفهوم الحديث للاضطراب، وأنماطه المختلفة، وأساليب التدخل النفسي القائمة على الدليل.

ويُبرز العرض أهمية التشخيص المبكر والتدخل متعدد المستويات الذي يجمع بين العلاج النفسي والأسري والتربوي، بما يضمن تحسين التكيف النفسي والاجتماعي للطفل.

وفي السياق العربي، تظل الحاجة ماسة إلى مزيد من الأبحاث والدراسات الميدانية حول الخرس الانتقائي، بما يساهم في تطوير الممارسة الإكلينيكية وفق الخصوصية الثقافية للمجتمعات العربية.



مخطط المحاضرة الحادي عشر



أسئلة تقويمية مصححة

أولاً: أسئلة متعددة الاختيارات السؤال 1

يُصنّف الخرس الانتقائي وفق الدليل التشخيصي DSM-5-TR ضمن:

A. اضطرابات النطق

B. اضطرابات النمو العصبي

C. اضطرابات القلق



D. اضطرابات الشخصية

E. اضطرابات التواصل المكتسبة

الإجابة الصحيح IC.

السؤال 2

يتميز الخرس الانتقائي أساسًا بـ:

A. فقدان كامل للقدرة اللغوية

B. ضعف في الذكاء العام

C. عدم القدرة على الكلام في جميع المواقف

D. الفشل في الكلام في مواقف اجتماعية محددة رغم القدرة عليه في مواقف أخرى

E. اضطراب سمعي مرافق

الإجابة الصحيح D.

السؤال 3

أي من المعايير التالية يُعد شرطًا تشخيصيًا للخرس الانتقائي؟

A. أن يكون الصمت إراديًا

B. أن يستمر الاضطراب أقل من أسبوعين

C. أن يكون مرتبطًا بمرحلة التكيف المدرسي فقط

D. أن يستمر الاضطراب مدة لا تقل عن شهر

E. أن يكون مصحوبًا دائمًا بتأخر لغوي

الإجابة الصحيحة D. :

السؤال 4

الخرس الانتقائي محدود العلاقات يتميز بـ:

A. صمت تام في جميع البيئات

B. كلام طبيعي مع الغرباء فقط

C. حصر الكلام في دائرة ضيقة من الأشخاص

D. غياب القلق الاجتماعي

E. ارتباطه الحتمي باضطرابات النطق

الإجابة الصحيحة C. :

السؤال 5



ما الأسلوب العلاجي الأكثر دعمًا بالدليل العلمي في علاج الخرس الانتقائي؟

A. العلاج التحليلي

B. العلاج الدوائي فقط

C. العلاج السلوكي المعرفي

D. العلاج باللعب غير الموجّه فقط

E. العلاج الأسري دون تدخل نفسي

الإجابة الصحيحة C. العلاج السلوكي المعرفي

ثانيًا: أسئلة صح / خطأ (05 أسئلة)

السؤال 6: الخرس الانتقائي يُعد اضطرابًا لغويًا ناتجًا عن خلل في جهاز النطق.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 7: الصمت في الخرس الانتقائي يُفسّر بوصفه سلوكًا إراديًا ناتجًا عن العناد.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 8: يُعد الخرس الانتقائي الظرفي أكثر أنماط الخرس الانتقائي شيوعًا.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 9: يمكن أن يترافق الخرس الانتقائي مع اضطرابات القلق الاجتماعي أو القلق العام.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 10: يُستخدم العلاج الدوائي في الخرس الانتقائي بوصفه بديلًا أساسيًا عن العلاج النفسي.

الإجابة الصحيحة: خطأ



المحاضرة الثاني عشر: الديسفازيا

الأهداف المسطرة

1. تمكين الطالب من استيعاب مفهوم الديسفازيا بوصفها اضطرابًا عصبيًا نمائيًا نوعيًا يؤثر في تطور اللغة.
2. تعريف الطالب بأنواع الديسفازيا وخصائصها اللغوية والمعرفية من منظور نفسي-لساني.
3. تمكين الطالب من فهم أسباب الديسفازيا وأساليب التكفل بها ضمن مقاربة نفسية علاجية متعددة التخصصات.

مقدمة

تعد اللغة من أهم الوظائف المعرفية العليا التي تمكن الإنسان من التواصل، وتنظيم التفكير، وبناء العلاقات الاجتماعية. ويُشكّل النمو اللغوي السليم ركيزة أساسية للتكيف النفسي والتحصيل الدراسي، خاصة في مراحل الطفولة المبكرة التي تشهد تشكل البنى اللغوية الأساسية.

غير أن بعض الأطفال يُظهرون اضطرابات نمائية حادة في اكتساب اللغة، من أبرزها الديسفازيا، التي تمثل اضطرابًا نوعيًا ودائمًا في تطور اللغة الشفهية. ولا تقتصر آثار هذا الاضطراب على الجانب اللغوي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والانفعالية والاجتماعية، مما يجعلها مجالًا مهمًا لاهتمام علم النفس.

وتكمن أهمية تناول الديسفازيا في كونها اضطرابًا معقدًا تتداخل فيه العوامل العصبية واللسانية والمعرفية، وهو ما تؤكد الدراسات العصبية-اللسانية العربية الحديثة التي تناولت مظاهر العجز المورفوتركيبي والذاكرة العاملة لدى الأطفال المصابين بالديسفازيا (رحالي & زغيش، 2020).

أولاً: تعريف الديسفازيا

تُعرّف الديسفازيا بأنها اضطراب نمائي شديد ومحدد في تطور اللغة الشفهية، يؤثر في التعبير والفهم معًا، ولا يمكن تفسيره بوجود إعاقة سمعية، أو قصور ذهني، أو اضطراب عصبي مكتسب، أو حرمان بيئي مباشر. ويظهر هذا الاضطراب في صورة تنظيم لغوي بطيء وغير متناغم (رحالي & زغيش، 2020)

ومن المنظور العصبي-اللساني، تُعدّ الديسفازيا اضطرابًا عصبيًا نمائيًا مرتبطًا بخلل في معالجة المعلومات اللغوية داخل الدماغ، خاصة على مستوى البنى المسؤولة عن التخطيط المورفولوجي والربط بين التمثيلات الصوتية والدلالية. وتشير الدراسات إلى أن الآليات العصبية تكون متشابهة عبر اللغات، بينما تختلف مظاهر العجز باختلاف الخصائص اللغوية لكل لغة.

ويؤكد علم النفس النمائي أن الديسفازيا لا تمثل مجرد تأخر لغوي زمني، بل خللاً نوعيًا في آليات اكتساب اللغة، وهو ما ينعكس لاحقًا على اللغة المكتوبة والوظائف المعرفية المرتبطة بها، مثل الذاكرة العاملة والانتباه.

ثانيًا: أنواع الديسفازيا

تشير الأدبيات النفسية-اللسانية إلى أن الديسفازيا اضطراب غير متجانس. ويُعدّ النوع الفونولوجي-التركيبى من أكثر الأنواع شيوعًا، حيث يعاني الطفل من صعوبات في بناء الجملة والترميز النحوي، مع إنتاج لغوي ضعيف وغير واضح. (Bishop et al., 2017)

كما توجد الديسفازيا الاستقبالية، التي تتسم باضطراب عميق في فهم اللغة المنطوقة، مما يؤثر في قدرة الطفل على معالجة المدخلات السمعية والتمييز الفونيمي. ويُعدّ هذا النوع من أشدّ الأنواع تأثيرًا على التكيف المدرسي والتواصل الاجتماعي.

أما الديسفازيا الدلالية-البراغماتية، فتظهر أساسًا في صعوبات استخدام اللغة في السياق الاجتماعي وضعف الكفاءة التداولية، رغم سلامة بعض الجوانب الشكلية للغة. وقد ربطت الدراسات هذا النوع بخلل في الذاكرة العاملة والوظائف التنفيذية. (Majerus et al., 2018)

ثالثًا: أسباب الديسفازيا

تشير البحوث الحديثة إلى أن الديسفازيا ناتجة عن تفاعل معقد بين عوامل عصبية ووراثية. فقد أظهرت دراسات التصوير العصبي وجود اختلالات في تنظيم الشبكات الدماغية المسؤولة عن المعالجة اللغوية، خاصة في مناطق بروكا وفرنكي والبنى تحت القشرية. (Friederici, 2017)

كما تلعب العوامل الوراثية دورًا مهمًا، حيث لوحظ وجود انتشار عائلي مرتفع للديسفازيا، مما يدعم فرضية الاستعداد الجيني للاضطراب. غير أن هذا العامل لا يعمل بمعزل عن البيئة اللغوية والتجارب النمائية المبكرة.



وتُبرز الدراسات النفسية-المعرفية دور الذاكرة العاملة، ولا سيما الحلقة الفونولوجية، بوصفها عاملاً مركزيًا في صعوبات الفهم والتعبير اللغوي لدى الأطفال المصابين بالديسغازيا. (Majerus et al., 2018)

رابعًا: طرق التكفل بالديسغازيا

يعتمد التكفل بالديسغازيا على مقارنة متعددة التخصصات، يُعد فيها علاج النطق واللغة حجر الأساس، حيث يركز على تنمية المهارات المورفوتركييبية، وتوسيع المعجم اللغوي، وتحسين الفهم والتعبير ضمن برامج فردية متدرجة.

ويلعب الأخصائي النفسي دورًا محوريًا في دعم التكيف النفسي والانفعالي للطفل، من خلال تعزيز تقدير الذات، وتقليل القلق المرتبط بالتواصل، ومرافقة الأسرة في فهم طبيعة الاضطراب وآثاره النفسية. وقد بينت الدراسات أن الدعم النفسي يقلل من الاضطرابات الانفعالية الثانوية المصاحبة للديسغازيا.

كما يُعد التكفل التربوي عنصرًا أساسيًا، عبر تكيف المناهج وطرائق التدريس وتوفير بيئة تعليمية دامجة. وتؤكد الأدلة العلمية أن التدخل المبكر والمتكامل يُحسن النتائج على المدى البعيد (Bishop et al., 2017).

خاتمة

تُعد الديسغازيا من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تتطلب فهمًا علميًا دقيقًا من منظور نفسي-عصبي-لساني. فهي لا تمس اللغة فحسب، بل تؤثر في التكيف النفسي والاجتماعي والمسار الدراسي للطفل. وقد أبرزت هذه المحاضرة أهمية التمييز بين الديسغازيا وغيرها من الاضطرابات اللغوية، والتعرف على أنواعها وأسبابها في ضوء البحوث الحديثة. كما أكدت على ضرورة اعتماد مقارنة تكفلية متعددة التخصصات تدمج البعد اللغوي والنفسي والتربوي. ويمثل هذا الموضوع مجالًا خصبًا لطلبة علم النفس، سواء في البحث العلمي أو الممارسة الإكلينيكية، لما له من انعكاسات مباشرة على جودة حياة الطفل والأسرة والمجتمع.



مخطط المحاضرة الثاني عشر



أسئلة تقييمية مصححة

أولاً: أسئلة اختيار من متعدد

السؤال 1:

تُعد الديسفازيا وفق المنظور العلمي اضطراباً:

أ. سمعياً مكتسباً

ب. لغوياً عابراً ناتجاً عن الحرمان البيئي

ج. عصبياً نمائياً نوعياً

د. معرفياً عاماً مرتبطاً بالذكاء

هـ. نفسياً انفعالياً بحثاً



الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 2:

يختلف مفهوم الديسفازيا عن التأخر اللغوي الزمني في كونها:

أ. تزول تلقائياً مع التقدم في العمر

ب. ناتجة عن ضعف التحفيز الأسري فقط

ج. خللاً نوعياً في آليات اكتساب اللغة

د. مرتبطة حصرياً باضطرابات سمعية

هـ. غير مؤثرة في اللغة المكتوبة

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 3:

أي أنواع الديسفازيا يتميز بصعوبات في بناء الجملة والترميز النحوي؟

أ. الديسفازيا الاستقبالية

ب. الديسفازيا الدلالية

ج. الديسفازيا التداولية

د. الديسفازيا الفونولوجية-التركيبية

هـ. الديسفازيا النفسية

الإجابة الصحيحة: د

السؤال 4:

يرتبط النوع الدلالي-البراغماتي من الديسفازيا أساساً بضعف:

أ. السمع المحيطي

ب. الذكاء العام

ج. استخدام اللغة في السياق الاجتماعي

د. القدرة الحركية للفم

هـ. النطق الصوتي فقط

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 5:

تؤكد الدراسات النفسية المعرفية أن أحد العوامل المركزية في الديسفازيا هو ضعف:

أ. الذاكرة طويلة المدى



ب. الذاكرة العرضية

ج. الذاكرة العاملة والحلقة الفونولوجية

د. الذاكرة البصرية فقط

هـ. الذاكرة الدلالية المستقرة

الإجابة الصحيحة : ج

ثانياً: أسئلة صح / خطأ

السؤال 6:

الديسفازيا اضطراب لغوي يمكن تفسيره بوجود قصور ذهني أو إعاقة سمعية.

الإجابة الصحيحة : خطأ

السؤال 7:

تتشابه الآليات العصبية الكامنة وراء الديسفازيا عبر اللغات، بينما تختلف مظاهر العجز باختلاف

الخصائص اللغوية.

الإجابة الصحيحة : صح

السؤال 8:

تقتصر آثار الديسفازيا على الجانب اللغوي فقط دون تأثيرات نفسية أو اجتماعية.

الإجابة الصحيحة : خطأ

السؤال 9:

تُعد العوامل الوراثية وحدها كافية لتفسير ظهور الديسفازيا دون تدخل عوامل أخرى.

الإجابة الصحيحة : خطأ

السؤال 10:

يُعد التكفل بالديسفازيا أكثر فعالية عندما يعتمد على تدخل مبكر ومقاربة متعددة التخصصات : صح



المحاضرة الثالث عشر: الأبراكسيا (Apraxia)

الأهداف المستهدفة

1. التعرف على مفهوم الأبراكسيا وتمييزها عن الاضطرابات الحركية واللغوية الأخرى.
2. فهم الأنواع السريرية المختلفة للأبراكسيا وخصائص كل نوع.
3. تحليل الأسباب العصبية والمعرفية المرتبطة بظهور الأبراكسيا.

مقدمة

تُعد القدرة على تنفيذ الحركات الإرادية الموجهة من الوظائف المعرفية-الحركية العليا التي تعتمد على تكامل معقد بين التخطيط العصبي والتنفيذ الحركي. ويُسهّم هذا التكامل في تمكين الفرد من أداء أفعال هادفة مثل الكلام، والكتابة، واستعمال الأدوات، والتفاعل مع البيئة. عندما يحدث خلل في هذه القدرة، رغم سلامة الجهاز العضلي والقوة الحركية الأساسية. ويُعد هذا الاضطراب ذا أهمية خاصة في علم النفس العصبي، لأنه يكشف عن العلاقة الدقيقة بين العمليات المعرفية والتنظيم العصبي للسلوك الحركي.ت. كمن أهمية دراسة الأبراكسيا في كونها تُشاهد في سياقات سريرية متعددة، مثل إصابات الدماغ المكتسبة، والسكتات الدماغية، وبعض الاضطرابات العصبية التنكسية، مما يجعل فهمها ضروريًا لطلبة علم النفس، خاصة في مجالات التشخيص العصبي والتأهيل.

أولاً: تعريف الأبراكسيا

تُعرّف الأبراكسيا بأنها اضطراب في القدرة على تخطيط وتنفيذ الحركات الإرادية الهادفة، لا يُعزى إلى ضعف عضلي، أو شلل، أو اضطراب حسي، أو نقص في الفهم اللغوي. (Duffy, 2020) ويكون الفرد مدركًا للمهمة المطلوبة، لكنه يعجز عن تنفيذها بشكل صحيح.

ومن المنظور النفسي العصبي، تُعد الأبراكسيا خللاً في البرمجة الحركية، أي في تحويل الفكرة أو النية الحركية إلى سلسلة منظمة من الأوامر العصبية اللازمة لتنفيذ الحركة. ويُبرز هذا التعريف البعد المعرفي للأبراكسيا، إذ لا تقتصر على الجانب الحركي الصرف.



ويُصنّف هذا الاضطراب ضمن الاضطرابات العصبية في التصنيفات الطبية الحديثة، ويظهر غالبًا نتيجة إصابة في الفص الجداري أو الجبهي من الدماغ، خاصة في النصف المخي المسيطر (American Psychiatric Association, 2022).

ثانيًا: أنواع الأبراكسيا

- الأبراكسيا الحركية (Ideomotor Apraxia) من أكثر الأنواع شيوعًا، حيث يعجز الفرد عن تنفيذ حركة مألوفة عند الطلب، رغم قدرته على أدائها تلقائيًا في سياق طبيعي. ويعكس هذا النوع خللاً في الربط بين التمثيل المعرفي للحركة وتنفيذها.

- الأبراكسيا الفكرية (Ideational Apraxia)، فتتجلى في صعوبة تنظيم سلسلة من الحركات المتتابعة اللازمة لإنجاز فعل مركّب، مثل استعمال أداة أو إعداد نشاط يومي. ويظهر الاضطراب هنا في التخطيط العام للفعل، وليس في حركة واحدة فقط.

- تُعد أبراكسيا الكلام (Apraxia of Speech) من الأنواع ذات الأهمية الخاصة لعلم النفس وعلاج النطق، إذ تتمثل في صعوبة تخطيط الحركات العضلية اللازمة لإنتاج الأصوات الكلامية، رغم سلامة العضلات نفسها. ويؤدي ذلك إلى أخطاء غير ثابتة في النطق واضطراب في إيقاع الكلام (Duffy, 2020).

ثالثًا: أسباب الأبراكسيا

ترتبط الأبراكسيا أساسًا بإصابات دماغية مكتسبة، مثل السكتات الدماغية، أو الرضوض الدماغية، أو الأورام، خاصة عندما تصيب المناطق المسؤولة عن التخطيط الحركي في الفص الجداري أو الجبهي. وتُعد هذه الإصابات السبب الأكثر شيوعًا لظهور هذا الاضطراب لدى الراشدين. كما قد يظهر في سياق أمراض عصبية تنكسية، مثل داء ألزهايمر أو داء باركنسون المتقدم، حيث يؤدي التدهور التدريجي للبنى العصبية إلى اضطراب في التنظيم الحركي الإرادي. (World Health Organization, 2019)

وفي بعض الحالات، تظهر الأبراكسيا لدى الأطفال، خاصة في صورة أبراكسيا الكلام النمائية، حيث يلاحظ تأخر أو اضطراب في اكتساب التخطيط الحركي للكلام، دون وجود إصابة دماغية مكتسبة واضحة. ويُبرز هذا النمط الطابع النمائي المعقد للاضطراب.

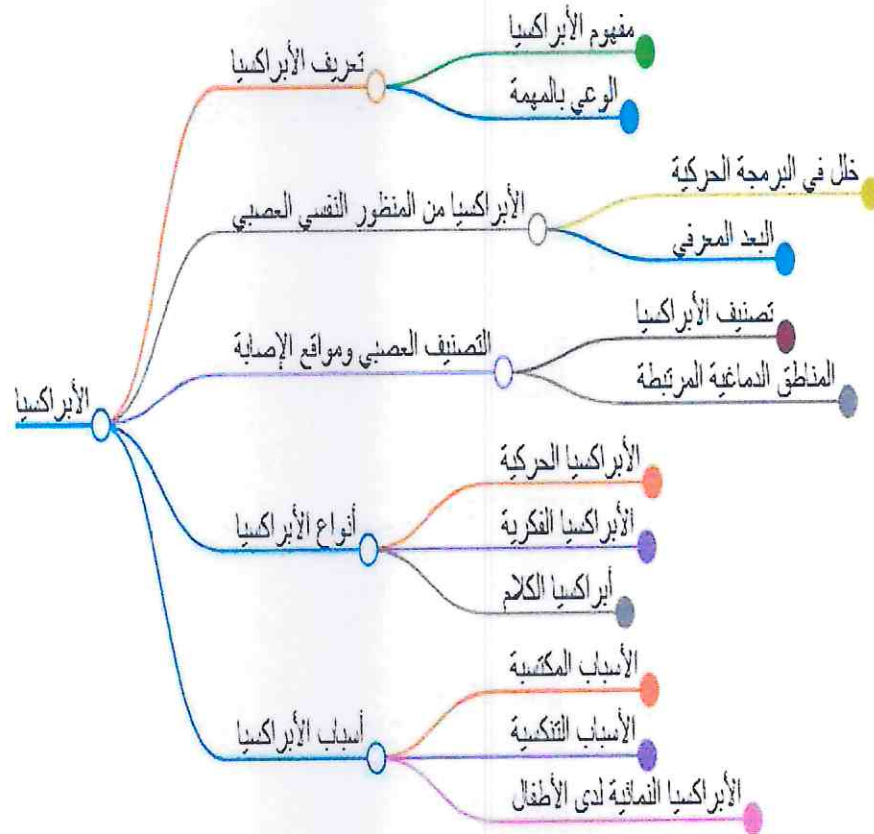


خاتمة

تُعد الأبراكسيا اضطرابًا عصبيًا معرفيًا معقدًا يمس جوهر العلاقة بين الفكر والحركة، ويكشف عن الدور المحوري للتخطيط العصبي في السلوك الإنساني الهادف. ويتضح أن الأبراكسيا لا تُفسَّر بضعف حركي بسيط، بل بخلل في البرمجة والتنظيم الحركي، مما يجعل تشخيصها وتكفلها يتطلبان فهماً دقيقاً للوظائف المعرفية العليا.

ويظل لعلم النفس، خاصة علم النفس العصبي والإكلينيكي، دور أساسي في تقييم الأبراكسيا وفهم آثارها النفسية والسلوكية، والمساهمة في تصميم برامج تدخل وتأهيل فعالة بالتعاون مع التخصصات الطبية الأخرى.

مخطط المحاضرة الثالث عشر





أولاً: أسئلة متعددة الاختيارات

السؤال 1

تُعرّف الأبراكسيا بأنها:

A. ضعف في القوة العضلية

B. اضطراب حسي يؤثر في استقبال المنبهات

C. خلل في تخطيط وتنفيذ الحركات الإرادية الهادفة رغم سلامة العضلات

D. اضطراب في الفهم اللغوي

E. شلل حركي ناتج عن إصابة نخاعية

الإجابة الصحيحة: C:

السؤال 2

أي مما يلي يُعد السمة الأساسية للأبراكسيا؟

A. فقدان الوعي أثناء الحركة

B. العجز عن تنفيذ الحركة رغم فهم المطلوب

C. غياب الدافعية للسلوك

D. ضعف التناسق العضلي العام

E. اضطراب التوازن فقط

الإجابة الصحيحة: B :

السؤال 3

تتميز الأبراكسيا الحركية بـ:

A. العجز عن فهم معنى الحركة

B. فقدان القدرة على الحركة التلقائية

C. صعوبة تنفيذ حركة مألوفة عند الطلب رغم القدرة عليها تلقائياً

D. اضطراب في تسلسل الأفعال المعقدة فقط

E. شلل جزئي في الأطراف

الإجابة الصحيحة: C:

السؤال 4

أي نوع من الأبراكسيا يرتبط بصعوبة تخطيط الحركات الكلامية؟

A. الأبراكسيا الفكرية

B. الأبراكسيا الحركية

C. أبراكسيا الأطراف



D.أبراكسيا الكلام

E.الأبراكسيا البصرية

الإجابة الصحيحة D:

السؤال 5

ترتبط الأبراكسيا غالبًا بإصابة:

A.المخيخ فقط

B.النخاع الشوكي

C.الفص الجداري أو الجبهي من الدماغ

D.الجهاز العصبي المحيطي

E.الجهاز الدهليزي

الإجابة الصحيحة C :

ثانيًا: أسئلة صح / خطأ (05 أسئلة)

السؤال 6

تُعد الأبراكسيا نتيجة مباشرة لضعف العضلات أو شللها.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 7

يكون المصاب بالأبراكسيا غير قادر على فهم التعليمات الحركية.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 8

قد تظهر الأبراكسيا في سياق السكتات الدماغية أو الإصابات الدماغية المكتسبة.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 9

أبراكسيا الكلام تتمثل في اضطراب تخطيط الحركات اللازمة لإنتاج الأصوات الكلامية.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 10

لا تظهر الأبراكسيا إلا لدى الراشدين ولا يمكن ملاحظتها عند الأطفال.

الإجابة الصحيحة: خطأ

المحاضرة الرابع عشر: الاضطرابات اللغوية الأدائية : عسر الكتابة



الأهداف المسطرة

1. فهم عسر الكتابة بوصفه اضطرابًا لغويًا أدائيًا.
2. التمييز بين أنواع عسر الكتابة وأسبابه المختلفة.
3. التعرف على آليات التكفل والتدخل النفسي-التربوي المناسبة.

مقدمة

تُعد الكتابة من أعقد المهارات اللغوية المكتسبة، إذ تمثل مستوى متقدمًا من التنظيم المعرفي واللغوي والحركي، وتتطلب تكاملًا دقيقًا بين الانتباه، والذاكرة، والإدراك البصري-المكاني، والتأزر الحس-حركي. ويؤدي أي خلل في هذه العمليات إلى اضطرابات تؤثر في جودة الأداء الكتابي والتحصيل الدراسي بوجه عام (الحاج، 2020).

وقد أظهرت الدراسات الحديثة أن صعوبات الكتابة لا يمكن اختزالها في ضعف الخط فقط، بل تُعد اضطرابًا نمائياً وأدائياً ذا أبعاد نفسية وتربوية وعصبية، مما يستدعي مقارنة علمية دقيقة في التشخيص والتكفل (بوخرار & بلقاضي، 2022)

أولاً: تعريف عسر الكتابة

يُعرّف عسر الكتابة (Dysgraphia) بأنه اضطراب خاص في تعلم الكتابة يظهر لدى أطفال أو متعلمين ذوي مستوى ذكاء عادي، ويتجلى في ضعف القدرة على تنظيم وإنتاج الكتابة اليدوية بشكل مقروء ومنسق، رغم توفر فرص التعليم المناسبة (بوخرار & بلقاضي، 2022)، ويشير مايكل بست إلى أن عسر الكتابة يتمثل في عجز المتعلم عن تنظيم التسلسل الحركي اللازم لكتابة الحروف والكلمات، رغم معرفته بها وقدرته على نطقها، وهو ما يعكس خللاً في العلاقة بين النظام الرمزي والنظام الحركي (Mayklebust, 1994).



كما تؤكد الحاج (2020) أن عسر الكتابة يُعد اضطراباً وظيفياً مركباً، لا يقتصر على الشكل الخطي للحروف، بل يمتد إلى عمليات معرفية أساسية مثل الإدراك البصري والذاكرة البصرية والتأزر العصبي-الحركي.

ثانياً: أنواع عسر الكتابة

1. عسر الكتابة الحركي

يرتبط هذا النوع بضعف التحكم في العضلات الدقيقة المسؤولة عن عملية الكتابة، ويظهر في صورة بطء الأداء، والضغط غير المتوازن على القلم، وتشوه الحروف وعدم انتظامها. ويُعزى ذلك غالباً إلى خلل في التأزر الحس-حركي (بوخرز & بلبقاضي، 2022).

ويؤكد (1994) Mayklebust أن هذا النوع من العسر يعكس قصوراً في برمجة الحركة الدقيقة أكثر من كونه ضعفاً لغوياً.

2. عسر الكتابة الإدراكي-البصري

يتجلى هذا النوع في صعوبات تتعلق بإدراك الأشكال والمسافات والاتجاهات، مثل الخلط بين الحروف المتشابهة شكلياً، وعدم احترام السطر، وعكس الاتجاهات. ويرتبط هذا النوع باضطرابات في الإدراك البصري المكاني والذاكرة البصرية (بوخرز & بلبقاضي، 2022)

وتشير الحاج (2020) إلى أن هذا النوع كثيراً ما يترافق مع صعوبات تعلم أخرى، خاصة عسر القراءة، مما يتطلب تشخيصاً تفريقياً دقيقاً.

3. عسر الكتابة اللغوي

يرتبط عسر الكتابة اللغوي بضعف تنظيم الأفكار وبناء الجملة المكتوبة، وظهور أخطاء نحوية وإملائية متكررة، رغم سلامة الأداء الحركي. ويُعد هذا النوع من أكثر الأنواع ارتباطاً بالاضطرابات اللغوية الأدائية من منظور علم النفس اللغوي (بوخرز & بلبقاضي، 2022).

ثالثاً: أسباب عسر الكتابة

1. الأسباب العصبية-المعرفية

ترجع بعض حالات عسر الكتابة إلى خلل وظيفي بسيط في الجهاز العصبي المركزي، يؤثر في عمليات الانتباه، والذاكرة، والإدراك البصري، وتنظيم الحركة الدقيقة. وتؤكد الدراسات أن الكتابة تتطلب تكاملاً بين



نصفي الدماغ، وأي اضطراب في هذا التكامل ينعكس مباشرة على الأداء الكتابي) الحاج، 2020؛ Zayat الزيات. (2018 ،

2. الأسباب التربوية والتعليمية

تلعب طرق التدريس غير الملائمة، مثل التعليم الجماعي الصارم وعدم مراعاة الفروق الفردية، دورًا مهمًا في ظهور عسر الكتابة. وتشير الحاج (2020) إلى أن نسبة معتبرة من صعوبات الكتابة هي صعوبات مكتسبة ناتجة عن أساليب تعليمية غير مناسبة.

كما أن غياب التدريب المنهجي على مهارات ما قبل الكتابة يسهم في تفاقم المشكلة (بوخرارز & بلقاضي، 2022).

3. الأسباب النفسية والانفعالية

يسهم القلق المدرسي، وضعف الدافعية، والخوف من الفشل في تعزيز مظاهر عسر الكتابة، حيث يدخل المتعلم في دائرة من الإخفاق والإحباط تؤثر سلبيًا على ثقته بنفسه وأدائه الأكاديمي (بوخرارز & بلقاضي، 2022).

رابعًا: طرق التكفل بعسر الكتابة

1. التشخيص النفسي-التربوي المبكر

يُعد التشخيص المبكر والدقيق الأساس لأي تدخل ناجح، ويشمل التقييم الطبي والنفسي وتحليل عينات الكتابة، إضافة إلى قياس التأزر العصبي-الحركي (الحاج، 2020).

2. التدخل العلاجي والتربوي

تشمل برامج التكفل بالتدريب على مهارات ما قبل الكتابة، وتحسين الذاكرة البصرية، واستخدام أساليب التتبع والنمذجة، والانتقال التدريجي من الكتابة المنفصلة إلى المتصلة. وقد أثبتت البرامج العلاجية المتخصصة فعاليتها في تحسين الأداء الكتابي (بوخرارز & بلقاضي، 2022)

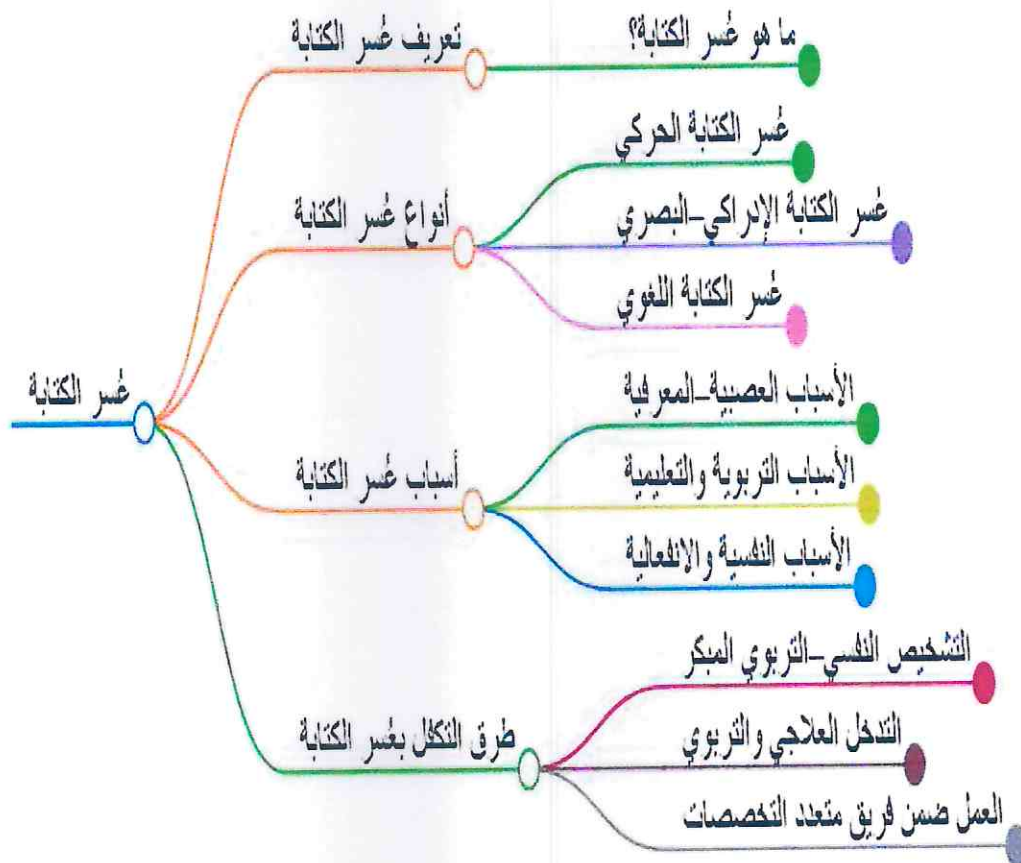
2. العمل ضمن فريق متعدد التخصصات

يتطلب التكفل الفعال بعسر الكتابة تعاونًا بين الأخصائي النفسي، والأرطوفوني، والمعلم، والأسرة، لضمان استمرارية التدخل وتحقيق نتائج إيجابية على المدى المتوسط والبعيد (الحاج، 2020).

خاتمة

يتضح أن عسر الكتابة اضطراب لغوي أدائي مركب، تتداخل في تشكله عوامل عصبية ومعرفية وتربوية ونفسية. ويبرز ذلك أهمية التدخل المبكر، والتشخيص الدقيق، واعتماد مهارة تكاملية في التكفل، بما يضمن تحسين الأداء الكتابي والدافعية للتعلم لدى المتعلمين.

مخطط المحاضرة الرابعة عشر





أسئلة تقييمية للمراجعة

(أ) أسئلة الاختيار من متعدد

السؤال 1

يُقصد بعُسر الكتابة (Dysgraphia) أنه:

- أ. ضعف مؤقت في الخط بسبب قلة التدريب
 - ب. اضطراب خاص في تعلم الكتابة لدى ذوي ذكاء عادي
 - ج. تأخر عقلي مصحوب بضعف لغوي
 - د. مشكلة ناتجة عن الكسل المدرسي
 - هـ. اضطراب لغوي شفهي فقط
- الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 2

يرتبط عُسر الكتابة الحركي أساسًا بـ:

- أ. ضعف القواعد النحوية
 - ب. اضطرابات الانتباه فقط
 - ج. خلل في التآزر الحس-حركي
 - د. ضعف الفهم القرائي
 - هـ. النطق
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 3

من خصائص عُسر الكتابة الإدراكي-البصري:

- أ. بطء الكتابة فقط
 - ب. ضعف تنظيم الأفكار
 - ج. الخلط بين الحروف المتشابهة وعدم احترام السطر
 - د. صعوبة بناء الجملة
 - هـ. أخطاء صرفية ونحوية فقط
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 4

أي مما يلي يُعد سببًا تربويًا لعُسر الكتابة؟

- أ. خلل في الجهاز العصبي المركزي
- ب. اضطراب الذاكرة البصرية



ج. القلق والانفعال الزائد

د. عدم مراعاة الفروق الفردية في التدريس

هـ. ضعف السيطرة الدماغية

الإجابة الصحيحة: د

السؤال 5

التكفل الفعال بغير الكتابة يقتضي:

أ. الاعتماد على المعلم فقط

ب. التدخل الطبي دون التربوي

ج. إهمال الأسرة

د. العمل ضمن فريق متعدد التخصصات

هـ. الاكتفاء بحصص الخط

الإجابة الصحيحة: د

(ب) أسئلة صح / خطأ

عددها: 05 أسئلة

السؤال 6

عُسر الكتابة يعني بالضرورة ضعف الذكاء لدى المتعلم.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 7

الكتابة مهارة معقدة تتطلب تكامل العمليات المعرفية واللغوية والحركية.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 8

عُسر الكتابة اللغوي يرتبط أساسًا بضعف العضلات الدقيقة لليد.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 9

التشخيص المبكر لعُسر الكتابة يزيد من فعالية التدخل العلاجي.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 10

طرق التدريس غير الملائمة لا علاقة لها بظهور عُسر الكتابة.

الإجابة الصحيحة: خطأ



المحاضرة الخامس عشر: الاضطرابات اللغوية الأدائية: عسر القراءة

الأهداف المسطرة

1. التعرف على مفهوم عسر القراءة وطبيعته بوصفه اضطراباً نمائياً خاصاً في التعلم.
2. التعرف على أنواع عسر القراءة وأسبابه العصبية واللغوية والمعرفية.
3. الإلمام بأسس التشخيص وطرق التكفل النفسي-التربوي بعسر القراءة.

مقدمة

تُعد القراءة من أهم المهارات اللغوية الأكاديمية، إذ تمثل الأداة الأساسية لاكتساب المعارف والتفاعل مع المحيط المدرسي والاجتماعي. غير أن فئة من الأطفال، رغم تمتعهم بذكاء عادي وتوفر ظروف تعليمية ملائمة، تواجه صعوبات جوهرية في تعلم القراءة، مما يؤثر سلباً على مسارهم الدراسي وتوازنهم النفسي. ويُعرف هذا الاضطراب في الأدبيات النفسية والتربوية باسم عسر القراءة.

وقد بينت الدراسات الحديثة أن عسر القراءة لا يُعد نتيجة كسل أو ضعف دافعية، بل هو اضطراب نمائي مرتبط بخلل في المعالجة اللغوية، وغالبًا ما يظهر لدى الأطفال المصابين باضطرابات لغوية نمائية أخرى، مثل الديسغازيا، حيث تتداخل صعوبات اللغة الشفهية مع صعوبات اللغة المكتوبة (مقراني، 2024؛ Rodriguez, 2018).

أولاً: تعريف عسر القراءة

يُعرّف عسر القراءة (Dyslexia) بأنه اضطراب نمائي خاص في تعلم القراءة، يظهر لدى أطفال ذوي مستوى ذكاء عادي، ولا يرجع إلى إعاقة حسية أو عقلية أو حرمان ثقافي، ويتمثل في صعوبات مستمرة في فك الرموز اللغوية المكتوبة، والربط بين الأصوات والحروف، ودقة وسرعة القراءة، إضافة إلى ضعف الفهم القرائي.

ويؤكد ملف تشخيص عسر القراءة أن جوهر هذا الاضطراب يكمن في خلل المعالجة الفونولوجية، أي ضعف تمثيل الأصوات اللغوية ومعالجتها داخل النظام المعرفي للطفل. كما تشير دراسة مقراني (2024)



إلى أن الأطفال المصابين بالديسفازيا يعانون بدرجات متفاوتة من صعوبات القراءة، نتيجة الاضطراب السابق في اللغة الشفهية، مما يجعل عسر القراءة امتداداً طبيعياً لاضطراب لغوي نمائي أعمق.

ثانياً: أنواع عسر القراءة

1. عسر القراءة الصوتي

يُعد هذا النوع الأكثر شيوعاً، ويتمثل في صعوبة تحليل الكلمات إلى وحداتها الصوتية، وضعف الربط بين الحرف وصوته. ويظهر الطفل في هذا النوع عجزاً عن قراءة الكلمات الجديدة أو غير المألوفة، وكثرة الأخطاء الصوتية أثناء القراءة، نتيجة ضعف الوعي الصوتي. (Rodriguez, 2018)

2. عسر القراءة السطحي (البصري)

يرتبط هذا النوع بضعف التعرف البصري على الكلمات، حيث يعتمد الطفل على التهجئة الحرفية بدل القراءة الآلية. ويخلط بين الكلمات المتشابهة شكلياً، رغم سلامة قدرته على التحليل الصوتي نسبياً، مما يدل على خلل في الذاكرة البصرية اللفظية.

3. عسر القراءة المختلط

يجمع هذا النوع بين خصائص العسر الصوتي والعسر السطحي، ويُعد من أكثر الأنواع تعقيداً، إذ يعاني الطفل من صعوبات مزدوجة في المعالجة الصوتية والبصرية للكلمات، وغالباً ما يُلاحظ لدى الأطفال المصابين باضطرابات لغوية نمائية مثل الديسفازيا. (Leloup, 2015)

ثالثاً: أسباب عسر القراءة

1. الأسباب العصبية

تشير الدراسات العصبية إلى وجود خلل وظيفي في بعض المناطق الدماغية المسؤولة عن معالجة اللغة المكتوبة، خاصة في الفص الصدغي والفص الجداري. وقد أظهرت تقنيات التصوير العصبي وجود تشوهات مورفومترية في نصفي الكرة الدماغية لدى الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية، وهو ما ينعكس على مهارات القراءة (Benchara, 2007)؛ مقراني، 2024.



2. الأسباب اللغوية

يُعد ضعف الوعي الصوتي العامل اللغوي الأبرز في تفسير عسر القراءة، حيث يعاني الطفل من صعوبة التمييز بين الأصوات اللغوية وتحليلها، مما يؤدي إلى اضطراب في التمثيل الفونولوجي للكلمات، ويُعيق عملية القراءة السليمة. (Rodriguez, 2018)

3. الأسباب المعرفية

تشمل هذه الأسباب ضعف الذاكرة العاملة اللفظية، وبطء المعالجة المعلوماتية، وصعوبة تنظيم التسلسل اللغوي. وتؤكد دراسة مقراني (2024) أن هذه الصعوبات المعرفية تظهر بوضوح لدى الأطفال الديسفازيين، وتنعكس مباشرة على أدائهم القرائي.

4. الأسباب الوراثية

أشارت عدة دراسات إلى وجود تاريخ عائلي لعسر القراءة، مما يدعم فرضية العامل الوراثي في نشأة هذا الاضطراب، حيث يُلاحظ تكراره داخل العائلة الواحدة.

رابعاً: تشخيص عسر القراءة

يُعد التشخيص المبكر والدقيق أساس التكفل الفعال بعسر القراءة. ويعتمد التشخيص على تقييم شامل للقدرات القرائية، يشمل دقة القراءة، وسرعتها، والفهم القرائي، إضافة إلى تقييم الوعي الصوتي والذاكرة اللفظية، مع استبعاد الأسباب الحسية والعقلية.

وتؤكد مقراني (2024) أهمية التقييم العيادي المتعدد الأبعاد، خاصة لدى الأطفال المصابين بالديسفازيا، حيث يجب ربط نتائج القراءة بمستوى اللغة الشفهية، لتفادي التشخيص الجزئي أو الخاطئ.

خامساً: طرق التكفل بعسر القراءة

1. التدخل العلاجي المتخصص

يرتكز التكفل العلاجي على برامج موجهة لتنمية الوعي الصوتي، وتحسين الربط بين الصوت والحرف، وتطوير الطلاقة القرائية. ويؤكد (Leloup 2015) أن التدخل يكون أكثر فعالية عندما يُكيف وفق خصائص الاضطراب اللغوي المصاحب.



2. التكيف البيداغوجي.

يشمل ذلك تكيف طرق التدريس، وتمديد الزمن، وتقليل حجم النصوص، واستخدام الوسائل البصرية والداعمة، بما يخفف الضغط الأكاديمي عن الطفل ويساعده على التعلم وفق وتيرته الخاصة.

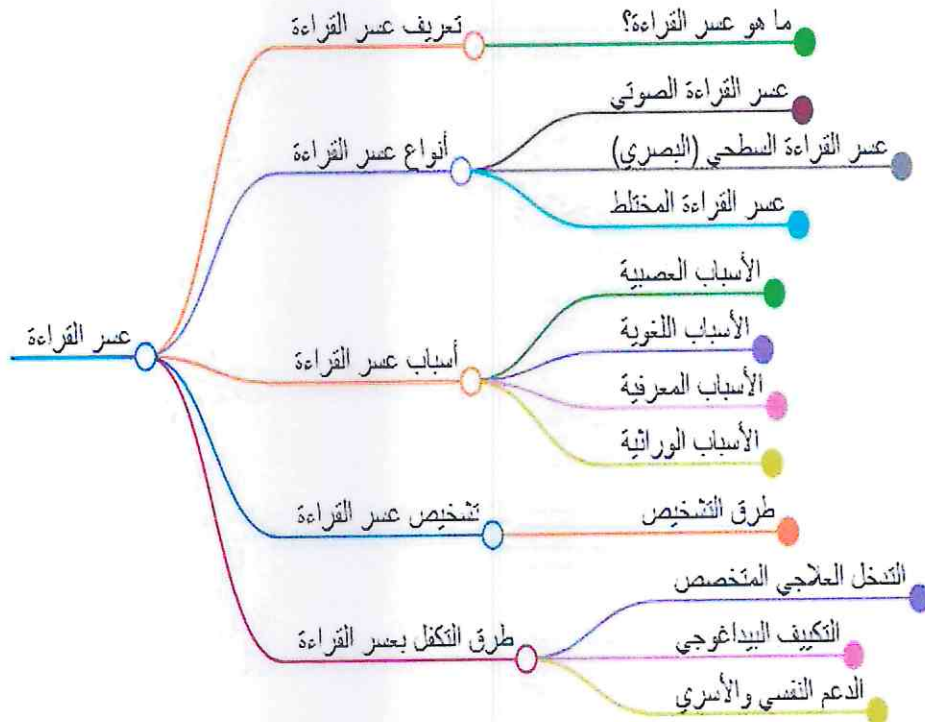
3. الدعم النفسي والأسري.

يسهم الدعم النفسي في الحد من القلق المدرسي وضعف تقدير الذات الناتج عن الفشل المتكرر، كما تلعب الأسرة دورًا محوريًا في متابعة الطفل وتشجيعه، وتعزيز ثقته بنفسه (مقراني، 2024).

خاتمة

يتضح مما سبق أن عسر القراءة اضطراب نمائي معقد، تتداخل في نشأته عوامل عصبية ولغوية ومعرفية ووراثية، ويظهر بشكل خاص لدى الأطفال المصابين باضطرابات لغوية نمائية مثل الديسفازيا. ويؤكد ذلك أهمية التشخيص المبكر، واعتماد مقاربة تكفل شمولية، تقوم على التعاون بين الأخصائي النفسي، والأرطفوني، والمعلم، والأسرة. إن الفهم العلمي الدقيق لطبيعة عسر القراءة يمثل خطوة أساسية نحو الحد من آثاره النفسية والدراسية، وتمكين الطفل من تحقيق توازن أفضل في مساره التعليمي والنفسي.

مخطط المحاضرة الخامس عشر.





أسئلة تقويمية للمراجعة

أولاً: أسئلة الاختيار من متعدد

السؤال 1

تُعرّف القراءة في المحاضرة على أنها:

- أ. مهارة ترفيهية ثانوية في التعلم
- ب. قدرة فطرية لا تحتاج إلى تدريب
- ج. الأداة الأساسية لاكتساب المعارف والتفاعل المدرسي والاجتماعي
- د. نشاط لغوي يقتصر على فك الرموز فقط
- هـ. مهارة مرتبطة بالذكاء المرتفع فقط

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 2

عسر القراءة هو اضطراب:

- أ. ناتج عن إعاقة عقلية
- ب. ناتج عن ضعف الدافعية والكسل
- ج. نمائي خاص في تعلم القراءة لدى ذوي ذكاء عادي
- د. مرتبط فقط بالحرمان الثقافي
- هـ. حسي ناتج عن ضعف السمع

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 3

يرتبط جوهر عسر القراءة أساساً بـ:

- أ. ضعف القدرة البصرية العامة
- ب. خلل في المعالجة الفونولوجية
- ج. ضعف الذاكرة طويلة المدى فقط
- د. اضطراب السلوك المدرسي
- هـ. نقص التحفيز الأسري

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 4



أي من الأنواع التالية يتميز بضعف التعرف البصري على الكلمات؟

- أ. عسر القراءة الصوتي
 - ب. عسر القراءة الدلالي
 - ج. عسر القراءة السطحي
 - د. عسر القراءة التعبيري
 - هـ. عسر القراءة النحوي
- الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 5

من أبرز عناصر التكفل بعسر القراءة:

- أ. العقاب المدرسي
 - ب. زيادة حجم النصوص
 - ج. التشخيص المبكر والدقيق
 - د. إهمال الفروق الفردية
 - هـ. الاعتماد على الحفظ فقط
- الإجابة الصحيحة: ج

ثانياً: أسئلة صح / خطأ

السؤال 6

عسر القراءة ناتج أساساً عن ضعف الذكاء لدى الطفل.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 7: قد يظهر عسر القراءة لدى الأطفال المصابين باضطرابات لغوية نمائية مثل الديسفازيا.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 8: عسر القراءة الصوتي يتمثل في ضعف المعالجة البصرية للكلمات فقط.

الإجابة الصحيحة: خطأ

السؤال 9: التشخيص المبكر لعسر القراءة يُعد أساساً للتكفل العلاجي الفعال.

الإجابة الصحيحة: صح

السؤال 10: الدعم النفسي والأسري لا تأثير له في تحسين وضعية الطفل المصاب بعسر القراءة.

الإجابة الصحيحة: خطأ



المحاضرة السادسة عشر: الاضطرابات اللغوية الأداثية: عسر الحساب

الأهداف المسطرة

1. التعرف على مفهوم عسر الحساب والتعرف على أسبابه وأعراضه وأنواعه في ضوء المقاربات النفسية والتربوية.
2. إكساب القدرة على تحليل الصعوبات الحسابية لدى التلاميذ وربطها بالعوامل العصبية والمعرفية واللغوية المؤثرة فيها.
3. التعرف على أهم الاستراتيجيات التربوية والعلاجية المستخدمة في علاج صعوبات تعلم الرياضيات وتوظيفها في الممارسة التعليمية.

مقدمة

تُعدّ الاضطرابات اللغوية الأداثية من الموضوعات الأساسية في ميدان علم النفس المعرفي والتربوي، لما لها من أثر بالغ في الأداء الأكاديمي للأطفال. ويُعتبر عسر الحساب أحد هذه الاضطرابات النمائية التي تمس القدرة على اكتساب المهارات الحسابية والرياضية، رغم توفر الذكاء العادي وفرص التعلم المناسبة. ونظراً لأهمية الحساب في الحياة المدرسية واليومية، فإن فهم طبيعة عسر الحساب، وأسبابه، وأعراضه، وسبل تشخيصه وعلاجه، يُعد ضرورة علمية وتربوية، خاصة بالنسبة للمتخصصين في علم النفس، وعلوم التربية، والتربية الخاصة.

1- تعريف عسر الحساب

يُعدّ عسر الحساب (الديسكالوليا النمائية) أحد الاضطرابات المعرفية النمائية التي تظهر في مرحلة الطفولة، ويتمثل في قصور واضح في اكتساب المهارات الحسابية الأساسية، رغم تمتع الطفل بذكاء عادي وتلقيه تعليماً مدرسياً مناسباً. ويشمل هذا الاضطراب صعوبات في فهم المفاهيم والحقائق الرياضية، وضعف القدرة على الاستدلال العددي، إضافة إلى العجز عن إجراء العمليات الحسابية الأساسية مثل الجمع والطرح والضرب والقسمة (عبد الواحد، 2010، ص 328؛ الزيات، 2007).

كما تُعرّف الجمعية الأمريكية للطب العقلي على أنه اضطراب تكون فيه القدرات الرياضية، المقاسة باختبارات مقننة، أقل بكثير من المستوى المتوقع وفق العمر الزمني والقدرة العقلية، ويؤثر هذا القصور بشكل ملحوظ



في التحصيل الدراسي أو في أنشطة الحياة اليومية التي تتطلب مهارات حسابية (أبو الحديد، 2017، ص 69).

2- أسباب عسر الحساب

تتعدد أسباب عسر الحساب، حيث تشير الدراسات أن هذه الصعوبات ترجع إلى مجموعة من العوامل العصبية والمعرفية واللغوية. فمن أبرزها الإصابات أو الاضطرابات الوظيفية في مناطق معينة من الدماغ المسؤولة عن المعالجة العددية، حيث يؤدي أي خلل فيها إلى ضعف واضح في المهارات الرياضية (البطائنة وآخرون، 2005).

كما يُعدّ عدم التماثل الوظيفي بين نصفي الدماغ من العوامل المساهمة، إذ يرتبط اضطراب النصف الأيمن بصعوبات التعامل مع الأرقام والعلامات الحسابية. وتلعب الصعوبات اللغوية دوراً مهماً أيضاً، حيث تؤثر القدرة اللفظية وفهم اللغة في قراءة المسائل الحسابية واستيعاب مفرداتها. إضافة إلى ذلك، يسهم القصور الإدراكي واضطرابات الذاكرة، خاصة الذاكرة البصرية والرقمية، في زيادة حدة عسر الحساب، من خلال صعوبة تمييز الأرقام والرموز، أو تذكر خطوات الحل والقواعد الرياضية (حافظ، 2006؛ البطائنة وآخرون، 2005).

1.2- إصابات المخ البسيطة

تُعدّ إصابات المخ من العوامل الأساسية المساهمة في ظهور صعوبات الحساب، إذ إن الاضطرابات التي تصيب الدماغ تؤثر بصورة مباشرة في اكتساب المهارات الرياضية. وقد بينت البحوث العصبية أن لكل جزء من الدماغ وظائف معرفية محددة، وتم التوصل إلى ذلك من خلال دراسة آثار الصدمات الدماغية والأورام المختلفة. كما أظهرت بعض الدراسات وجود بروزات في المنطقة الصدغية الواقعة خلف وأعلى العين لدى الأطفال المتميزين في الحساب، مما يشير إلى وجود مراكز دماغية متخصصة مسؤولة عن أداء العمليات الحسابية، وأن أي خلل يصيب هذه المناطق قد ينعكس سلباً على الكفاءة في المهارات الرياضية.

2.2- اللاتماثل بين نصفي المخ

يتطلب تفسير صعوبات الحساب لدى الأطفال الإحاطة بمفهوم عدم التماثل الوظيفي بين نصفي الدماغ، حيث ثبت أن النصف الأيسر يختلف عن النصف الأيمن من حيث البنية والوظائف، ولا يُعدّ صورة مطابقة له. فالنصف الأيسر يرتبط أساساً بالوظائف اللغوية، في حين يتخصص النصف الأيمن في المعالجة البصرية-الشكلية. ويؤدي حدوث اضطراب في وظائف النصف الأيمن إلى ضعف القدرة على التعامل مع الأرقام والرموز الحسابية، مثل صعوبة استخدام العلامات العشرية أو تنفيذ عمليات الجمع والاستعارة.



3.2- الصعوبات اللغوية

تلعب اللغة دورًا محوريًا في تعلم الحساب، إذ تؤثر الكفاءة اللغوية في فهم المصطلحات الرياضية، واستيعاب صياغة المسائل الحسابية، إضافة إلى القدرة على قراءتها بشكل صحيح. وتظهر الدراسات أن القدرة اللفظية ترتبط ارتباطًا وثيقًا بمستوى الإنجاز الحسابي، سواء لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم أو لدى أقرانهم العاديين، كما أن الاضطرابات اللغوية التي تعيق القراءة غالبًا ما تمتد آثارها لتشمل تعلم الحساب أيضًا (حافظ، 2006).

4.2- القصور الإدراكي

يُقصد بالإدراك الحسي العملية التي يتمكن الطفل من خلالها من استقبال المعلومات عبر الحواس وتفسيرها، وفي حال سلامة الأعضاء الحسية مع استمرار صعوبة معالجة هذه المعلومات، فإن ذلك يشير إلى خلل وظيفي في الجهاز العصبي المركزي. وتنتشر مشكلات الإدراك الحسي بين الأطفال ذوي صعوبات الحساب، حيث تظهر في صورة تحريف أو خلط للرموز والعلامات والأرقام، مثل الخلط بين بعض العمليات الحسابية أو بين الأرقام المتشابهة شكليًا (6 و9).

5.2- مشكلات الرقم والخلفية

تتمثل مشكلات الرقم والخلفية في عجز الطفل عن التمييز بين العنصر الأساسي (الرقم) والعوامل البصرية المحيطة به (الخلفية)، مما يؤدي إلى صعوبة التركيز على المعلومات المهمة داخل الصفحة. ونتيجة لذلك، يواجه الطفل ارتباكًا عند التعامل مع أوراق العمل، وقد يعجز عن حل المسائل المتجاورة أو ترتيب الأرقام في أعمدة القيمة المكانية أثناء عمليات الجمع والطرح أو في العمليات الأكثر تعقيدًا كالضرب والقسمة. وتُعد المشكلات البصرية في الإدراك الحسي أكثر شيوعًا من المشكلات السمعية في مجال الحساب، نظرًا لاعتماد العمليات الحسابية بدرجة كبيرة على المدخل البصري.

6.2- اضطرابات الذاكرة

يعاني التلاميذ ذوو عسر الحساب من صعوبات واضحة في الذاكرة، لاسيما الذاكرة البصرية والرقمية، حيث يواجهون مشكلات في تذكر أشكال الأرقام أو استدعائها من الذاكرة بعد كتابتها أو تكرارها. كما يظهر لديهم عجز في استرجاع الأشكال الهندسية البسيطة، مثل المربع أو المثلث، وتمثيلها على الورق.



3- أعراض عسر الحساب

تظهر على التلميذ الذي يعاني من عسر الحساب مجموعة من الأعراض التعليمية والمعرفية، من أبرزها الصعوبة في اكتساب المفاهيم الرياضية والحسابية الأساسية، إلى جانب العجز عن تنفيذ العمليات الحسابية الأربع المتمثلة في الجمع والطرح والضرب والقسمة. كما يلاحظ لدى هؤلاء التلاميذ انتشار أخطاء متكررة في قراءة الأرقام وكتابتها واسترجاعها أثناء أداء المهام الحسابية (حافظ، 2006). ويعاني التلميذ ذو عسر الحساب كذلك من ضعف في الذاكرة الرقمية، يتجلى في عدم القدرة على حفظ الحقائق الحسابية، وتنظيم خطوات إجراء العمليات، واستدعاء قواعد الجمع والطرح والضرب والقسمة. إضافة إلى ذلك، يواجه صعوبات في إدراك الأطوال والمساحات والأحجام، مما يحدّ من قدرته على تقديرها بدقة، فضلاً عن المشكلات المرتبطة بإجراء العمليات على الكسور العشرية، وصعوبة التحويل بين وحدات القياس المختلفة الخاصة بالطول والمساحة والحجم.

وتشير الدراسات والبحوث التي تناولت الخصائص المعرفية المصاحبة لعسر الحساب إلى أن السمة المشتركة الأساسية لدى ذوي صعوبات تعلم الرياضيات تتمثل في وجود قصور أو اضطراب في عمليات التجهيز المعرفي. ويظهر هذا القصور في ضعف قدرة التلميذ على الانتباه والتركيز أثناء حل المشكلات الحسابية متعددة الخطوات، وصعوبة الحفاظ على الانتباه خلال شرح القواعد والعمليات الرياضية، إضافة إلى إهمال بعض خطوات الحل أو القفز عليها. كما يعاني التلميذ من صعوبة إدراك العلاقات الرياضية والاتجاهية، والخلط بين القيم المكانية للأعداد مثل الأحاد والعشرات والمئات، وكذلك بين مفاهيم الاتجاه والموقع. ويُضاف إلى ذلك نسيان خطوات الحل، وصعوبة إدراك الوقت وتمييز العلاقات بين الأرقام والأشكال، إلى جانب انخفاض الدافعية نحو تعلم الرياضيات وظهور اتجاهات سلبية نحوها، مما ينعكس على تدني مفهوم الذات لدى التلميذ (حافظ، 2006).

4- أنواع عسر الحساب

عسر الحساب لا يظهر في صورة واحدة، بل يتخذ أشكالاً متعددة بحسب طبيعة الصعوبة السائدة. فقد يتمثل في صعوبات تتعلق بفهم المفاهيم العددية والعلاقات الرياضية، أو في ضعف معالجة العمليات الحسابية الأساسية، أو في العجز عن تطبيق القواعد الرياضية في حل المسائل.

كما قد يظهر على شكل اضطراب نمائي وظيفي مرتبط بخلل في الجهاز العصبي المركزي، يؤثر في اكتساب المهارات الحسابية والرياضية، ويصاحبه قصور في استخدام الرموز الرياضية وفهمها، إضافة إلى صعوبات في حل المشكلات اللفظية الرياضية (حافظ، 2000؛ محمد، 2016).



5- استراتيجيات علاج صعوبات تعلم الرياضيات

تقوم استراتيجيات علاج صعوبات تعلم الرياضيات على مجموعة من المبادئ والأساليب التدريسية التي تهدف إلى تنمية المهارات الأساسية اللازمة لتعلم الحساب، ومعالجة مواطن الضعف وتعزيز جوانب القوة لدى التلميذ. ويرتكز التدخل العلاجي على التدرج في التعلم، والانتقال المنظم من المحسوس إلى المجرد، مع مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ ذوي عسر الحساب.

1. تنمية المهارات المعرفية اللازمة لتعلم الحساب

تُعد المهارات المعرفية أساسًا جوهريًا في تعلم الحساب، وتشمل مهارات المقارنة، والتسمية، وقياس الكميات، واستخدام الرموز العددية. فالمقارنة تتضمن إدراك مفاهيم مثل (كبير/صغير، أكثر/أقل، قليل/كثير)، بينما تتعلق تسمية الكميات بمعرفة أسماء الأعداد وترتيبها وعدّ الأشياء. أما استخدام الرموز فيشمل الربط بين اسم العدد ورمزه المكتوب، ومطابقة الرمز بعدد الأشياء، إلى جانب اكتساب المفاهيم المرتبطة بالطول والوزن والحجم والزمن والحرارة، وهي مفاهيم أساسية لبناء الفهم الرياضي السليم.

2. الانتقال من المحسوس إلى المجرد

يُعد التعليم المتدرج من المحسوس إلى المجرد من أنجح الأساليب العلاجية في تدريس الرياضيات للتلاميذ ذوي عسر الحساب. حيث يبدأ التعليم باستخدام أشياء حقيقية وملموسة، ثم ينتقل إلى التمثيل شبه المحسوس من خلال الرسومات أو الرموز، وصولًا إلى المرحلة المجردة التي يتم فيها استخدام الأرقام والرموز الحسابية فقط. ويسهم هذا التدرج في تسهيل فهم المفاهيم الحسابية وترسيخها لدى التلميذ (أبو السعود، 2015، ص 79-82).

3. تعليم المفردات والمصطلحات الحسابية

تؤكد الدراسات على أهمية تعليم التلاميذ ذوي صعوبات تعلم الرياضيات المفردات والمصطلحات الحسابية الأساسية، مثل: الجمع، الطرح، الضرب، القسمة، الناتج، الباقي، الفرق، والمجموع. فإتقان هذه المصطلحات يسهم في تحسين فهم المسائل الحسابية، ويحد من الصعوبات المرتبطة باللغة الرياضية.

4. تعلم القواعد والمفاهيم الأساسية

يساعد تعلم القواعد الحسابية الأساسية على تسهيل أداء العمليات الحسابية، مثل قاعدة ضرب أي عدد في الصفر أو الواحد، وقاعدة الإبدال في الضرب. إن إلمام التلميذ بهذه القواعد يسهم في تقليل الأخطاء الحسابية، ويعزز السرعة والدقة في الأداء.



5. تنمية مهارة حل المشكلات

تحظى مهارة حل المشكلات الحسابية بأهمية خاصة في علاج صعوبات تعلم الرياضيات، إذ تتطلب مساعدة التلميذ على التفكير المنظم، وربط المشكلات الجديدة بمواقف مشابهة سبق تعلمها، وتطبيق المفاهيم والمهارات المكتسبة في سياقات متنوعة. ويُعد هذا الأسلوب داعماً لتنمية التفكير الرياضي والاستدلال المنطقي .

6. تدريب التلاميذ على تعميم المهارات المكتسبة

يواجه التلاميذ ذوو صعوبات التعلم صعوبة في نقل أثر التعلم إلى مواقف جديدة، لذا يركز العلاج على تدريبهم على تعميم المهارات الحسابية من خلال تعزيز الدافعية للتعلم، وتقديم أمثلة متنوعة ومتكررة، وتعليمهم استراتيجيات حل المشكلات متعددة المراحل، وربط المهارات الحسابية بمواقف الحياة اليومية، مع تقديم التعزيز المناسب للاستجابات الصحيحة (أبو السعود، 2015، ص 79-82).

الخاتمة

يُعدّ عسر الحساب من الاضطرابات النمائية المعقدة التي تتداخل في ظهورها عوامل عصبية، ومعرفية، ولغوية، مما ينعكس سلبيًا على الأداء الأكاديمي للتلميذ وثقته بذاته. وقد أبرزت هذه المحاضرة مفهوم عسر الحساب، وأسبابه، وأعراضه، وأنواعه، إضافة إلى أهم الاستراتيجيات العلاجية المعتمدة في التعامل مع صعوبات تعلم الرياضيات. وتؤكد الأدبيات التربوية أن التدخل المبكر، واعتماد استراتيجيات تدريس علاجية قائمة على التدرج من المحسوس إلى المجرد، وتنمية المهارات المعرفية الأساسية، يسهم بشكل فعال في الحد من آثار هذا الاضطراب وتحسين القدرة الحسابية لدى التلاميذ.



مخطط المحاضرة السادس عشر علمي



أسئلة تقويمية للمراجعة

أولاً: أسئلة متعددة الاختيارات (05 أسئلة)

السؤال 1

يُعدّ المعيار الأساسي الذي يميز عسر الحساب عن الضعف الدراسي العام في الرياضيات هو:

أ. انخفاض مستوى الذكاء العام لدى الطفل

ب. عدم تلقي الطفل تعليماً مدرسياً كافياً

ج. وجود قصور في المهارات الحسابية رغم الذكاء العادي والتعليم المناسب



د. الاضطرابات الانفعالية المصاحبة لتعلم الرياضيات

هـ. ضعف الدافعية نحو التعلم فقط

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 2

وفق تعريف الجمعية الأمريكية للطب العقلي، فإن تشخيص عسر الحساب يعتمد أساسًا على:

أ. ملاحظة المعلم للأداء الصفي

ب. مقارنة أداء الطفل بزملائه فقط

ج. نتائج الاختبارات غير المقننة

د. انخفاض القدرات الرياضية المقاسة باختبارات مقننة مقارنة بالعمر والقدرة العقلية

هـ. وجود صعوبات لغوية مصاحبة

الإجابة الصحيحة: د

السؤال 3

يرتبط اضطراب النصف الأيمن من الدماغ لدى الأطفال ذوي عسر الحساب أساسًا بـ:

أ. ضعف الفهم اللغوي للمسائل الحسابية

ب. صعوبات المعالجة الشكلية والبصرية للأرقام والرموز

ج. ضعف الذاكرة السمعية

د. اضطراب النطق والتعبير الشفهي

هـ. ضعف القدرة على القراءة فقط

الإجابة الصحيحة: ب

السؤال 4

تُعدّ مشكلات الرقم والخلفية من مظاهر القصور الإدراكي، ويظهر أثرها بشكل واضح في:

أ. ضعف القدرة على حفظ جداول الضرب

ب. صعوبة إدراك الزمن وترتيبه

ج. العجز عن تمييز الرقم عن المثبرات البصرية المحيطة به

د. ضعف القدرة على التعبير اللغوي

هـ. صعوبة فهم المفاهيم المجردة فقط

الإجابة الصحيحة: ج

السؤال 5



يعتمد مبدأ الانتقال من المحسوس إلى المجرد في علاج صعوبات تعلم الرياضيات على:

أ. البدء بتعليم الرموز المجردة ثم الانتقال إلى الأشياء الحسية

ب. التركيز على الحفظ الآلي للعمليات الحسابية

ج. استخدام الأشياء الملموسة أولاً ثم التمثيل شبه المحسوس ثم الرموز المجردة

د. الاقتصار على الشرح اللفظي للمفاهيم الرياضية

هـ. تدريب التلميذ على حل المسائل المعقدة مباشرة

الإجابة الصحيحة: ج

ثانياً: أسئلة صح / خطأ (05 أسئلة)

السؤال 6

يُعدّ عسر الحساب اضطراباً ناتجاً بالضرورة عن انخفاض مستوى الذكاء العام لدى الطفل.

الإجابة: خطأ

السؤال 7

تسهم الصعوبات اللغوية في زيادة حدة عسر الحساب من خلال تأثيرها على فهم صياغة المسائل الرياضية ومصطلحاتها.

الإجابة: صح

السؤال 8

تُعدّ المشكلات السمعية في الإدراك الحسي أكثر انتشاراً من المشكلات البصرية لدى التلاميذ ذوي عسر الحساب.

الإجابة: خطأ

السؤال 9

يرتبط ضعف الذاكرة البصرية لدى التلميذ ذي عسر الحساب بصعوبة تذكر أشكال الأرقام والأشكال الهندسية البسيطة.

الإجابة: صح

السؤال 10

يقتصر علاج صعوبات تعلم الرياضيات على تدريب التلميذ على العمليات الحسابية الأربع فقط دون الاهتمام بالمهارات المعرفية.

الإجابة: خطأ



المحاضرة السابع عشر: التدخل النفسي للمصابين باضطرابات اللغة

الأهداف المسطرة

1. تمكين الطلبة من فهم أسس ومبادئ التدخل النفسي مع المصابين باضطرابات اللغة.
2. التعرف على أهم أساليب واستراتيجيات التدخل النفسي الفردي والجماعي والأسري والمدرسي.
3. إبراز أهمية التكامل بين التدخل النفسي والعلاج اللغوي ضمن فريق متعدد التخصصات.
4. توضيح خصوصيات التدخل النفسي باختلاف الفئات العمرية (الأطفال، المراهقون، الراشدون).

المقدمة

تُعد اضطرابات اللغة من الاضطرابات النمائية أو المكتسبة التي لا تقتصر آثارها على الجانب اللغوي فحسب، بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية والانفعالية والاجتماعية للفرد. فالصعوبات اللغوية قد تعيق التواصل الفعال، وتؤثر في تقدير الذات، وتزيد من احتمالية التعرض للقلق أو الانسحاب الاجتماعي، خاصة في البيئات المدرسية والاجتماعية. (Bishop et al., 2017)

ومن هذا المنطلق، يكتسب التدخل النفسي أهمية بالغة بوصفه مكملاً أساسياً للعلاج اللغوي، حيث يهدف إلى دعم التكيف النفسي وتعزيز القدرات التواصلية وتحسين جودة الحياة. وتأتي هذه المحاضرة لتسلط الضوء على أسس هذا التدخل، واستراتيجياته، وخصوصياته عبر مراحل النمو المختلفة.

أولاً: أسس ومبادئ التدخل النفسي

1. الأهداف العامة للتدخل النفسي

تحسين التكيف النفسي: يهدف التدخل النفسي إلى مساعدة المصاب باضطراب لغوي على التكيف مع الصعوبات التي يواجهها، والحد من الآثار النفسية السلبية المصاحبة لها، مثل القلق والإحباط والشعور بالدونية. ويُعد التكيف النفسي مؤشراً مهماً للصحة النفسية العامة، خاصة لدى الأطفال والمراهقين. (Beitchman et al., 2019).

تعزيز الكفاءة التواصلية: لا يقتصر التدخل النفسي على تحسين الحالة الانفعالية، بل يسهم أيضاً في دعم استخدام استراتيجيات تواصل بديلة أو مساندة، بما يعزز شعور الفرد بالكفاءة والقدرة على التعبير عن ذاته، حتى في ظل وجود قصور لغوي. (Owens, 2020)



دعم النمو النفسي والاجتماعي:يساعد التدخل النفسي على دعم النمو النفسي والاجتماعي المتوازن، من خلال تنمية المهارات الاجتماعية، وتعزيز العلاقات مع الآخرين، وتقليل مخاطر العزلة الاجتماعية، وهي قضايا شائعة لدى المصابين باضطرابات اللغة.(Conti-Ramsden & Durkin, 2016)

2.المبادئ الأخلاقية والمهنية

احترام خصوصية الحالة:يُعد احترام السرية والخصوصية من المبادئ الأخلاقية الأساسية في العمل النفسي، خاصة عند التعامل مع حالات تعاني من اضطرابات لغوية قد تجعلها أكثر هشاشة نفسيًا. ويشمل ذلك حماية المعلومات الشخصية وعدم استخدامها إلا لأغراض علاجية أو بحثية مشروعة (American Psychological Association, 2017).

مراعاة الفروق الفردية:تختلف اضطرابات اللغة في شدتها وطبيعتها من شخص لآخر، كما تختلف الاستجابات النفسية لها. لذلك يجب أن يُبنى التدخل النفسي على فهم الخصائص الفردية لكل حالة، بما في ذلك العمر، والقدرات المعرفية، والسياق الأسري والثقافي.

العمل التكاملي مع الفريق العلاجي:يفترض التدخل النفسي الفعال التعاون المستمر مع باقي أعضاء الفريق العلاجي، وخاصة أخصائي النطق واللغة، لضمان تكامل الأهداف العلاجية وتجنب التناقض في أساليب التدخل.(Paul & Norbury, 2018)

2. خصائص التدخل النفسي مع اضطرابات اللغة

التدخل المتمركز حول الشخص:يركز هذا النوع من التدخل على احتياجات الفرد وخبراته الذاتية، ويعزز مشاركته الفعالة في العملية العلاجية، بما يزيد من دافعيته للعلاج ويُحسّن نتائجه النفسية (Rogers, 1951/2019).

التدخل القائم على نقاط القوة: بدل التركيز الحصري على جوانب القصور، يسعى التدخل النفسي إلى اكتشاف نقاط القوة لدى المصاب وتوظيفها في دعم التكيف النفسي والتواصل الاجتماعي، وهو توجه حديث في علم النفس الإكلينيكي.

المرونة في الأساليب والتقنيات:تتطلب اضطرابات اللغة مرونة عالية في استخدام التقنيات العلاجية، مع تكيفها لغويًا ومعرفيًا بما يتناسب مع قدرات الحالة، خاصة في العلاج النفسي الكلامي.

ثانيًا: أساليب واستراتيجيات التدخل النفسي

1.التدخل النفسي الفردي

يُعد العلاج المعرفي السلوكي من أكثر الأساليب استخدامًا، شريطة تعديله لغويًا من حيث تبسيط اللغة، واستخدام الوسائل البصرية، والتركيز على السلوكيات القابلة للملاحظة.(Kendall et al., 2020)

الدعم النفسي والانفعالي: يساعد الدعم النفسي على توفير بيئة آمنة للتعبير عن المشاعر السلبية المرتبطة باضطراب اللغة، مثل الإحباط أو الخجل، مما يخفف من حدة التوتر النفسي. تنمية مهارات التعبير الانفعالي غير اللفظي: نظرًا للصعوبات اللغوية، يتم التركيز على تنمية التعبير الانفعالي عبر الإيماءات، والرسم، والوسائل البصرية، وهو ما يدعم التواصل العاطفي مع الآخرين.

2. التدخل النفسي الجماعي

العلاج الجماعي: يوفر العلاج الجماعي فرصة للتفاعل الاجتماعي الآمن، ويسهم في تقليل الشعور بالعزلة، من خلال تبادل الخبرات مع أفراد يعانون من مشكلات مشابهة.

مجموعات الدعم النفسي: تُعد مجموعات الدعم وسيلة فعّالة لتعزيز التقبل الذاتي، وتبادل استراتيجيات التكيف، خاصة لدى المراهقين والراشدين المصابين باضطرابات لغوية.

تنمية المهارات الاجتماعية: تركز هذه البرامج على تدريب المشاركين على مهارات مثل بدء الحوار، وفهم الإشارات الاجتماعية، وتنظيم الانفعالات أثناء التفاعل الاجتماعي. (Adams, 2020)

3. التدخل الأسري

الإرشاد الأسري: يساعد الإرشاد الأسري على توعية الأسرة بطبيعة اضطراب اللغة وآثاره النفسية، مما يقلل من الضغوط الأسرية ويعزز الدعم العاطفي للمصاب.

تدريب الوالدين أو المحيطين: يشمل تدريب الوالدين على استراتيجيات تواصل فعّالة، وأساليب تعزيز إيجابية تدعم النمو النفسي واللغوي في آن واحد.

تحسين أنماط التواصل الأسري: يساهم تحسين بيئة التواصل داخل الأسرة في تقليل التوتر وزيادة فرص التفاعل الإيجابي، وهو عامل مهم في نجاح التدخل النفسي.

4. التدخل النفسي المدرسي

دعم التكيف المدرسي: يساعد التدخل النفسي في المدرسة على معالجة مشكلات التكيف الأكاديمي والاجتماعي التي يواجهها التلاميذ المصابون باضطرابات اللغة.

التعاون مع المعلمين: يُعد التعاون مع المعلمين ضروريًا لتكييف أساليب التدريس والتقييم بما يتناسب مع قدرات التلميذ اللغوية والنفسية.



تهيئة البيئة التعليمية الداعمة: تشمل تهيئة البيئة التعليمية استخدام وسائل بصرية، وتخفيف الضغوط التواصلية، وتعزيز مناخ تقبلي داخل الصف.

ثالثاً: التكامل بين التدخل النفسي والعلاج اللغوي

1. العمل ضمن فريق متعدد التخصصات

دور الأخصائي النفسي: يتمثل دور الأخصائي النفسي في تقييم الجوانب الانفعالية والسلوكية، وتصميم برامج دعم نفسي متكاملة مع العلاج اللغوي.

دور أخصائي النطق واللغة: يركز أخصائي النطق واللغة على تنمية المهارات اللغوية والتواصلية، مع مراعاة الحالة النفسية للمصاب.

التنسيق مع الأطباء والمعلمين: يسهم التنسيق مع الأطباء والمعلمين في توفير رؤية شمولية للحالة، وضمان استمرارية التدخل عبر البيئات المختلفة.

2. تصميم البرامج العلاجية المتكاملة

تحديد الأهداف المشتركة: يتطلب التدخل المتكامل تحديد أهداف علاجية مشتركة بين التخصصات المختلفة، بما يضمن انسجام الجهود العلاجية.

متابعة التقدم العلاجي: تُعد المتابعة الدورية ضرورية لتقييم مدى التقدم النفسي واللغوي، وتعديل الخطة العلاجية عند الحاجة.

تقييم فعالية التدخل: يساعد التقييم المستمر على قياس فعالية التدخل النفسي واللغوي، وتحسين جودة الخدمات المقدمة.

رابعاً: قضايا خاصة في التدخل النفسي

1. التدخل مع الأطفال

الخصائص النمائية: يجب أن يراعي التدخل النفسي الخصائص النمائية للطفل، خاصة من حيث الانتباه، واللعب، والتعلم بالحاكاة.

اللعب العلاجي: يُعد اللعب العلاجي وسيلة فعالة للتعبير الانفعالي وتنمية التواصل لدى الأطفال ذوي اضطرابات اللغة.



الدعم الانفعالي المبكر: يسهم التدخل المبكر في تقليل الآثار النفسية طويلة المدى، ويعزز فرص النمو النفسي السليم.

2. التدخل مع المراهقين

الهوية وتقدير الذات: تؤثر اضطرابات اللغة في بناء الهوية لدى المراهقين، مما يتطلب تدخلًا نفسيًا يركز على تعزيز تقدير الذات.

الضغوط الاجتماعية: يواجه المراهقون ضغوطًا اجتماعية متزايدة، وقد تزيد اضطرابات اللغة من حدة هذه الضغوط، مما يستدعي دعمًا نفسيًا متخصصًا.

التكيف النفسي المدرسي: يركز التدخل النفسي على مساعدة المراهق على التكيف مع المتطلبات الأكاديمية والاجتماعية للمدرسة.

3. التدخل مع الراشدين

التكيف مع الاضطرابات المكتسبة: يعاني الراشدون، خاصة بعد الإصابات الدماغية، من صعوبات في التكيف مع فقدان القدرة اللغوية المكتسبة.

الدعم النفسي بعد الصدمات العصبية: يُعد الدعم النفسي عنصرًا أساسيًا في إعادة التأهيل بعد الصدمات العصبية، مثل السكتات الدماغية.

إعادة بناء الهوية التواصلية: يساعد التدخل النفسي الراشد على إعادة بناء هويته التواصلية والمهنية والاجتماعية.

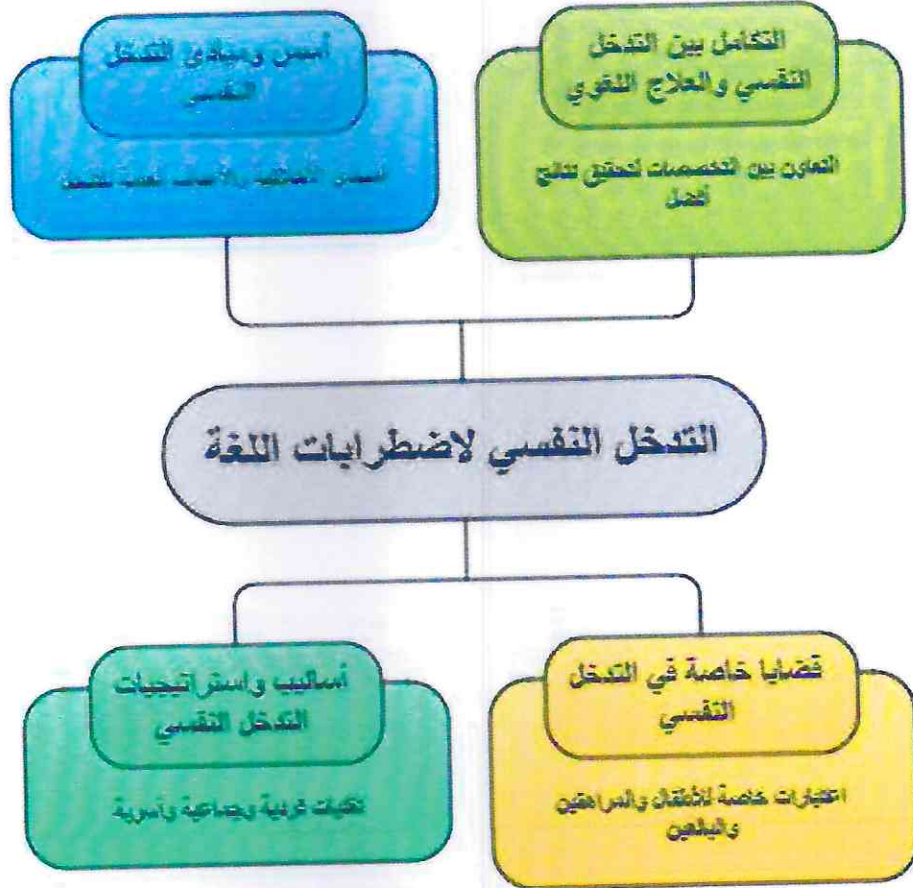
الخاتمة

يبرز هذا العرض أهمية التدخل النفسي بوصفه عنصرًا جوهريًا في التعامل مع اضطرابات اللغة، لما له من دور في تحسين التكيف النفسي وتعزيز جودة الحياة. كما يؤكد على قيمة التدخل المبكر، والتكامل بين التخصصات، وضرورة تطوير برامج تدخل مبنية على أسس علمية حديثة. وتظل آفاق البحث والتطبيق في هذا المجال مفتوحة، خاصة في ظل التطورات المتسارعة في علم النفس الإكلينيكي وعلاج اضطرابات التواصل.



مخطط المحاضرة السابعة عشر

التدخل النفسي لاضطرابات اللغة



أسئلة تقييمية للمراجعة

أولاً: أسئلة اختيار من متعدد

السؤال 1

يهدف التدخل النفسي مع اضطرابات اللغة أساساً إلى:

أ. تحسين القدرات اللغوية فقط



- ب. علاج الاضطراب العصبي المسبب للمشكلة
ج. دعم التكيف النفسي وتقليل الآثار الانفعالية السلبية
د. تعويض القصور اللغوي بالأدوية
هـ. عزل الفرد عن المواقف الاجتماعية الضاغطة
- الإجابة الصحيحة: ج. دعم التكيف النفسي وتقليل الآثار الانفعالية السلبية

السؤال 2

- أي مما يلي يُعد من المبادئ الأخلاقية الأساسية في التدخل النفسي مع اضطرابات اللغة؟
- أ. التركيز على الأعراض فقط دون السياق
ب. إهمال الفروق الفردية
ج. احترام خصوصية الحالة وسريتها
د. تطبيق برنامج علاجي موحد على جميع الحالات
هـ. الاعتماد على أخصائي واحد فقط
- الإجابة الصحيحة: ج. احترام خصوصية الحالة وسريتها

السؤال 3

- التدخل النفسي المتمركز حول الشخص يركّز بشكل أساسي على:
- أ. تعديل السلوكيات الظاهرة فقط
ب. الخبرات الذاتية واحتياجات الفرد
ج. تقليل التفاعل بين المعالج والحالة
د. استخدام الاختبارات النفسية فقط
هـ. توجيه العلاج من المعالج دون مشاركة الحالة
- الإجابة الصحيحة: ب. الخبرات الذاتية واحتياجات الفرد

السؤال 4

- من خصائص العلاج المعرفي السلوكي مع اضطرابات اللغة:
- أ. الاعتماد الكلي على الحوار اللغوي المعقد
ب. تجاهل الوسائل البصرية
ج. تبسيط اللغة والتركيز على السلوكيات القابلة للملاحظة
د. عدم إمكانية استخدامه مع الأطفال
هـ. اقتصره على الراشدين فقط



الإجابة الصحيحة :ج. تبسيط اللغة والتركيز على السلوكيات القابلة للملاحظة
السؤال 5

يسهم العلاج الجماعي مع المصابين باضطرابات اللغة في:

أ. زيادة العزلة الاجتماعية

ب. تقليل فرص التفاعل

ج. تعزيز الشعور بالانتماء وتقليل الإحساس بالعزلة

د. إضعاف تقدير الذات

هـ. استبدال العلاج الفردي كلياً

الإجابة الصحيحة :ج. تعزيز الشعور بالانتماء وتقليل الإحساس بالعزلة

ثانياً: أسئلة صح / خطأ

السؤال 6

اضطرابات اللغة تقتصر آثارها على الجانب اللغوي فقط دون الجوانب النفسية والاجتماعية.

الإجابة الصحيحة :خطأ

السؤال 7

التدخل النفسي يُعد مكملاً أساسياً للعلاج اللغوي وليس بديلاً عنه.

الإجابة الصحيحة :صح

السؤال 8

يركز التدخل النفسي القائم على نقاط القوة على إبراز جوانب القصور لدى الحالة فقط.

الإجابة الصحيحة :خطأ

السؤال 9

يساعد الإرشاد الأسري على تقليل الضغوط الأسرية وتعزيز الدعم العاطفي للمصاب باضطراب لغوي.

الإجابة الصحيحة :صح

السؤال 10

لا حاجة للتدخل النفسي مع الراشدين المصابين باضطرابات لغوية مكتسبة بعد الصدمات العصبية.

الإجابة الصحيحة :خطأ



قائمة المراجع

- أبو الحديد، مسعد (2017). صعوبات التعلم: المفاهيم والتشخيص. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- أبو السعد، عبد الحميد سليمان (2015). برنامج تدريبي لعلاج الصعوبات النمائية في الحساب. القاهرة: عالم الكتب.
- البطينة، أسامة أحمد، الرشدان، مالك أحمد، السبايلة، عبيد عبد الكريم، والخطاطبة، عبد المجيد محمد (2005). صعوبات التعلم: النظرية والممارسة. عمان: دار المسيرة.
- بوخراز، أمال، وبلقاضي، نادية (2022). مصطلحات وتصنيفات عسر الكتابة: دراسة وصفية تحليلية. مجلة الصوتيات، (2) 71، 245-264.
- جاري، البشير، جوادي، عربية، وحمدة، سميرة (2023). فاعلية برنامج تدريبي لتحسين القدرة الحسابية لدى عينة من التلاميذ ذوي عسر الحساب. مجلة العلوم النفسية والتربوية، (1) 9، 267-290.
- الحاج، هدى عبد الله (2020). صعوبة تعلم الكتابة: أسبابها ومظاهرها وطرق علاجها. مجلة إشكالات في اللغة والأدب، (3) 9، 469-480.
- حافظ، نبيل عبد الفتاح (2000). صعوبات التعلم والتعليم العلاجي. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- حافظ، نبيل عبد الفتاح (2006). صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- رحالي، بوجمعة، وزغيش، وافية (2020). مقارنة عصبية لسانية للاضطرابات المورفوتركيبية في الديسفازيا. مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، (2) 8، 437-477.
- رسلان، محمد (2005). تعليم اللغة العربية. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- ركزة، سميرة (2018). تعلم القراءة والكتابة والرياضيات) الطبعة الثانية. (الجزائر: جسور للنشر والتوزيع.
- الزيات، فتحي مصطفى (2007). صعوبات التعلم: الاستراتيجيات والمداخل العلاجية. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- الزيات، فتحي مصطفى (2018). صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية. القاهرة: دار النشر للجامعات.



- عبد الواحد، يوسف إبراهيم. (2010). صعوبات التعلم النمائية. القاهرة: مكتبة الأجلو المصرية.
- عرعار، س.، وهاشمي، إ. (2016). اضطرابات اللغة والتواصل: التشخيص والعلاج. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (24) جامعة عمار ثلجي الأغواط.
- محمد، أحمد. (2016). صعوبات تعلم الرياضيات. القاهرة: عالم الكتب.
- مقراني، لطيفة. (2024). تقييم الكتابة عند الطفل المصاب بالديسغافيا في الوسط العيادي الجزائري. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، (2) 12، 732-751.
- منظمة الصحة العالمية. (2019). التصنيف الدولي للأمراض: ICD-11 الاضطرابات النفسية والسلوكية. منظمة الصحة العالمية.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). APA Publishing.

American Psychiatric Association. (2022).

DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

American Speech-Language-Hearing Association. (2023). Speech sound disorders in children. ASHA.

Baker, C., Worrall, L., Rose, M., & Ryan, B. (2024). Psychological therapy for people with post-stroke aphasia: A qualitative study. *Clinical Rehabilitation*, 38(2), 215-228.

Baker, E., & McLeod, S. (2011). Evidence-based practice for children with speech sound disorders. *Language, Speech, and Hearing Services in Schools*, 42(2), 105-120.

Barsalou, L. W. (2008). Grounded cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 617-645.

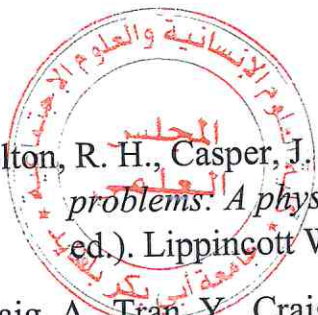
Bates, E., Benigni, L., Bretherton, I., Camaioni, L., & Volterra, V. (2019). The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy. Academic Press.

Benchara, B. (2007). *Neuroimaging and language disorders*.

Leloup, G. (2015). Remédiations des troubles de la lecture chez les



- enfants dysphasiques et dyslexiques: quels recoupements?. *A.N.A.E.*
- Rodriguez, B. (2018). Dyslexia in children with developmental language disorder. *Journal of Learning Disabilities*.
- Bergen, B., & Lupyán, G. (2016). What the language does to the mind. *Journal of Cognitive Science*, 17, 1–23.
- Bishop, D. V. M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415.
- Bishop, D. V. M. (2014). Ten questions about terminology for children with unexplained language problems. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(4), 381–415.
- Bishop, D. V. M., Snowling, M. J., Thompson, P. A., & Greenhalgh, T. (2017). Phase 2 of CATALISE: A multinational and multidisciplinary Delphi consensus study of problems with language development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(10), 1068–1080.
- Bloodstein, O., & Ratner, N. B. (2008). A handbook on stuttering (6th ed.). Delmar Cengage Learning.
- Boroditsky, L. (2011). How language shapes thought. *Scientific American*, 304(2), 62–65.
- Bowen, C. (2020). *Children's speech sound disorders* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Bowen, C. (2020). *Children's speech sound disorders* (2nd ed.). Wiley-Blackwell.
- Brady, M. C., Kelly, H., Godwin, J., Enderby, P., & Campbell, P. (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Chomsky, N. (1965). *Aspects of the theory of syntax*. MIT Press.
- Chomsky, N. (1986). *Knowledge of language*. Praeger.
- Clark, E. V. (2016). *First Language Acquisition* (3rd ed.). Cambridge University Press.
- Clark, E. V. (2016). *First Language Acquisition* (3rd ed.). Cambridge University Press.



Colton, R. H., Casper, J. K., & Leonard, R. (2011). *Understanding voice problems: A physiological perspective for diagnosis and treatment* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Craig, A., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2009).

Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), 1461–1470.

Craig, A., Tran, Y., Craig, M., & Peters, K. (2009). Epidemiology of stuttering in the community across the entire life span. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 52(6), 1461–1470.

DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

Duffy, J. R. (2013). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management* (3rd ed.). Elsevier.

Duffy, J. R. (2020). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management* (4th ed.). Elsevier.

Fernyhough, C. (2016). *The voices within*. Basic Books.

Friederici, A. D. (2017). *Language in our brain: The origins of a uniquely human capacity*. MIT Press.

Goodglass, H., Kaplan, E., & Barresi, B. (2001). *Boston Diagnostic Aphasia Examination*. Lippincott Williams & Wilkins.

Gorno-Tempini, M. L., et al. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006–1014.

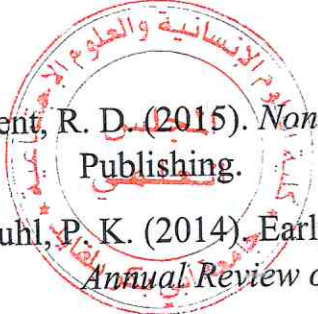
Guitar, B. (2014). *Stuttering: An integrated approach to its nature and treatment* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.


Ingram, D. (2007). *Phonological disorder in children* (2nd ed.). Brookes.

Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia. *Aphasiology*, 12(9), 816–830.

Kandel, E. R., Koester, J. D., Mack, S. H., & Siegelbaum, S. A. (2021). *Principles of neural science* (6th ed.). McGraw-Hill.

Karmiloff-Smith, A. (2018). *Beyond Modularity: A Developmental Perspective on Cognitive Science*. MIT Press.

- 
- Kent, R. D. (2015). *Nonspeech oral movements and oral motor disorders*. Plural Publishing.
- Kuhl, P. K. (2014). Early language acquisition: Phonetic and word learning. *Annual Review of Neuroscience*, 37, 35–56.
- Kummer, A. W. (2014). *Cleft palate and craniofacial anomalies: Effects on speech and resonance* (3rd ed.). Cengage Learning.
- Kwiatkowski, J., & Shriberg, L. (2019). Classification and diagnostics of speech sound disorders. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 62(9), 2954–2974.
- Leloup, G. (2015). Remédiations des troubles de la lecture chez les enfants dysphasiques et dyslexiques: quels recouvrements?. *A.N.A.E.*
- Rodriguez, B. (2018). Dyslexia in children with developmental language disorder. *Journal of Learning Disabilities*.
- Levelt, W. J. M. (1999). *Models of word production*. Trends in Cognitive Sciences, 3(6), 223–232.
- Levinson, S. C. (2003). *Space in language and cognition*. Cambridge University Press.
- Lieberman, P. (2015). *The evolution of language and speech*. Springer.
- Linebarger, D. L., & Walker, D. (2005). Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes. *American Behavioral Scientist*, 48(5), 624–645.
- Linebarger, D. L., & Walker, D. (2005). Infants' and toddlers' television viewing and language outcomes. *American Behavioral Scientist*, 48(5), 624–645.
- Majerus, S., Cowan, N., & Naveh-Benjamin, M. (2018). Working memory development and disorders. *Current Opinion in Psychology*, 21, 1–6.
- Mayklebust, H. R. (1994). *Learning disorders: Educational principles and practices*. New York: Grune & Stratton.
- Carbonnel, S., Gillet, P., Martory, M., & Valdois, S. (1996). *Neuropsychologie cognitive des troubles de la lecture et de l'écriture*. Paris: Dunod.
- Miyake, A., et al. (2004). The unity and diversity of executive functions. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100.



Moore, B. C. J. (2012). *An introduction to the psychology of hearing* (6th ed.). Brill.

Muris, P., & Ollendick, T. H. (2015). Children who are anxious in silence: A review on selective mutism. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(2), 151–169.

Oerbeck, B., Stein, M. B., Wentzel-Larsen, T., Langsrud, Ø., & Kristensen, H. (2014). A randomized controlled trial of a home and school-based intervention for selective mutism - defocused communication and behavioural techniques. *Child and adolescent mental health*, 19(3), 192–198.

Oller, D. K. (2000). *The Emergence of the Speech Capacity*. Lawrence Erlbaum.

Owens, R. E. (2020). *Language Development: An Introduction* (10th ed.). Pearson.

Paul, R., & Norbury, C. (2018). *Language Disorders from Infancy through Adolescence*. Elsevier.

Rescorla, L. (2011). Late talkers: Do good predictors of outcome exist? *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17(2), 141–150.

Roberts, M. Y., & Kaiser, A. P. (2015). Early intervention for toddlers with language delays. *Pediatrics*, 135(4), 686–693.

Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. Appleton-Century-Crofts.

Smith, A., & Weber, C. (2017). How stuttering develops: The multifactorial dynamic pathways theory. *Nature Reviews Neuroscience*, 18(10), 1–12.

Stevens, K. N. (2000). *Acoustic phonetics*. MIT Press.

Titze, I. R. (2000). *Principles of voice production*. National Center for Voice and Speech.

Tomasello, M. (2020). *The Usage-Based Theory of Language Acquisition*. Harvard University Press.

Viana, A. G., Beidel, D. C., & Rabian, B. (2009). Selective mutism: A review and integration of the last 15 years. *Clinical Psychology Review*, 29(1), 57–67.

Vogel-Eyny, A., et al. (2025). Depression after stroke in people with aphasia. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*.

Vygotsky, L. S. (1978). *Mind in society*. Harvard University Press.



World Health Organization. (2019).

ICD-11: International classification of diseases (11th revision).

World Health Organization.

Yairi, E., & Ambrose, N. G. (2013).

Epidemiology of stuttering: 21st century advances. Journal of Fluency Disorders, 38(2), 66–87.

Yoshinaga-Itano, C. (2003). Early intervention after universal neonatal hearing screening. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 8(1), 11–30.

Zwaan, R. A., & Radvansky, G. A. (2021). Situation models in language comprehension. *Psychological Bulletin*.