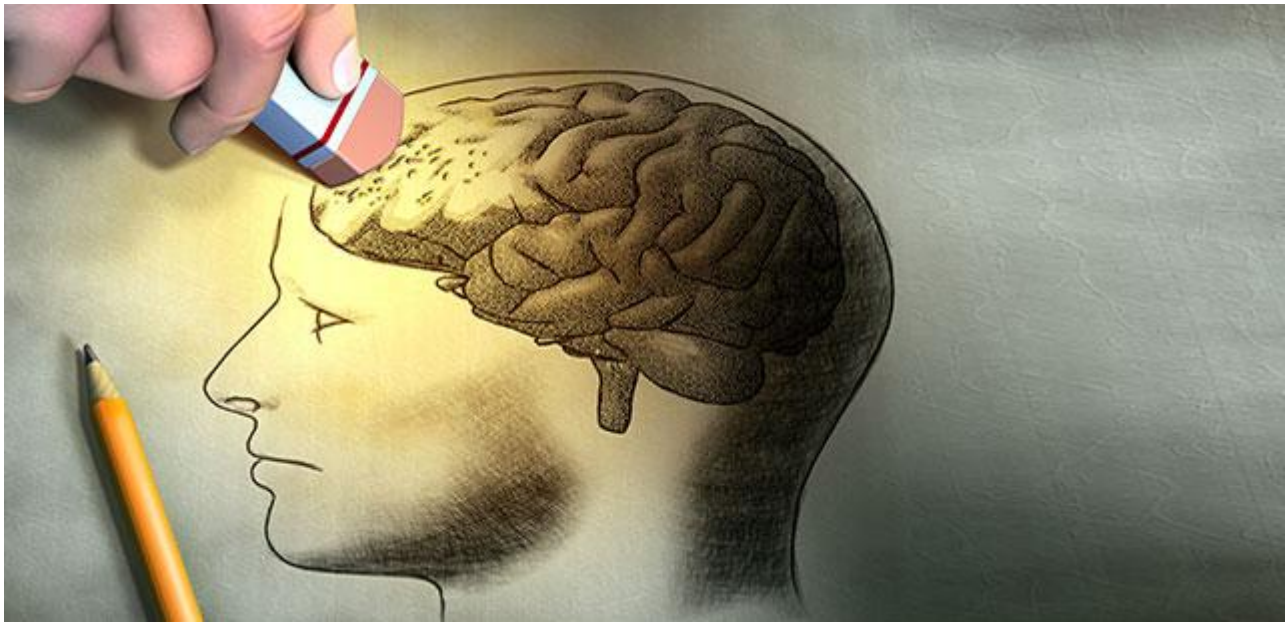
جامعة أكلي محند اولحاج–البويرة–

كلية العلوم الاجتماعية والانسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية

محاضرات

في الاضطرابات المعرفية



مطبوعة بيداغوجية موجه لطلبة السنة الثالثة علم النفس المدرسي

دكتورة كريمة خدوسي

فهرس محتويات المقياس

مقدمة

❖ **المحاضرة الاولى :اضطرابات الانتباه**

تمهيد.....

1-الانتباه .....

1-1مفهوم الانتباه.....

1-2مراحل الانتباه.....

1-3-أنواع الانتباه.....

1-4-مراحل الانتباه.....

1-5-العوامل المؤثرة في الانتباه.....

1-6-خصائص الانتباه.....

2- اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة

2-1-تعريف اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة.....

2-2-.أسباب اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة.....

2-3- خصائص ذوي قصور في الانتباه.....

2-4-المعايير التشخيصية لاضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة.....

2-5- علاج اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة.....

الاستنتاج.....

❖ **المحاضرة الثانية: الاضطرابات الادراكية**

تمهيد.....

1-الادراك

1-1-تعريف الادراك.....

1-2-خصائص الادراك.....

1-3-مراحل الادراك.....

1-4-تعريف الادراك البصري.....

1-5-قوانين الادراك البصري.....

1-6- العوامل المؤثرة في الادراك البصري .....

1-7-صعوبات الادراك البصري.....

1-8-تعريف الادراك السمعي .....

1-9-صعوبات الادراك السمعي.....

1-10---علاج صعوبات الادراك.....

الاستنتاج .....

❖ **المحاضرةالثالثة : اضطرابات الذاكرة**

تمهيد.....

1-الذاكرة

1-تعريف الذاكرة.....

-2--عمليات الذاكرة.....

-3-انواع الذاكرة.....

-4-نماذج الذاكرة.....

-5-تعريف الذاكرة البصرية.....

6--اسس الذاكرة البصرية.....

7-تعريف الذاكرة السمعية.....

2-مرض الزهايمر

2-1-تعريف مرض الزهايمر.....

2-2-أنواعه.....

2-3-التشريح الفيزيولوجي لمرض الزهايمر.....

2-4-مراحل تطور مرض الزهايمر.....

2-5-تشخيص مرض الزهايمر.....

2-6-طرق التعامل مع مريض الزهايمر.....

الاستنتاج.....

❖ **المحاضرة الرابعة: اضطرابات اللغة الشفهية**

تمهيد.....

1-اللغة الشفهية

1-1-تعاريف اللغة.....

1-2-مراحل اكتساب اللغة.....

1-3-العوامل المؤثرة في النمو اللغوي.....

الاستنتاج.....

❖ **المحاضرة الخامسة: التأخر اللغوي البسيط**

تمهيد.....

1-تعريف التاخر اللغوي البسيط.....

2-أعراض التاخر اللغوي البسيط.....

3-اسباب التاخر اللغوي البسيط.....

4-تشخيص التاخر اللغوي البسيط.....

5-علاج التاخر اللغوي البسيط.....

الاستنتاج.....

❖ **المحاضرة الخامسة: اضطراب الديسفازيا(اضطراب في نمو اللغة)**

تمهيد.....

1-تعريف اضطراب الديسفازيا.....

2-اعراض اضطراب الديسفازيا.....

3-اسباب اضطراب الديسفازيا.....

4-تشخيص اضطراب الديسفازيا.....

5-التشخيص الفارقي اضطراب الديسفازيا.....

6-علاج اضطراب الديسفازيا.....

الاستنتاج.....

❖ **المحاضرة السادسة: اضطراب تاخرالكلام**

تمهيد.....

-تعريف اضطراب تاخر الكلام.....

2-اعراض اضطراب تاخر الكلام.....

3-اسباب اضطراب تاخر الكلام.....

4-تشخيص اضطراب تاخر الكلام.....

5-علاج تاخر الكلام.....

الاستنتاج.....

❖ **المحاضرة السابعة: حبسة بروكا**

تمهيد.....

1-تعريف حبسة بروكا.....

2-اساب حبسة بروكا.....

3-أعراض حبسة بروكا.....

4-تشخيص حبسة بروكا.....

5-النظريات المفسرة لعلاج حبسة بروكا .....

الاستنتاج.....

❖ **المحاضرة الثامنة:الوظائف التنفيذية**

تمهيد.....

1-مفهوم الوظائف التنفيذية.....

2-أنواع الوظائف التنفيذية.....

2-1-وظيفة الكف.....

2-2-وظيفة الليونة الذهنية .....

2-3-وظيفة التخطيط.....

3--اضطرابات الوظائف التنفيذية

3 -1-اضطراب الكف.....

3-2-اضطراب التخطيط.....

3-3 اضطراب الليونة الذهنية.....

3-4-علاج اضطرابات الوظائف التنفيذية

الاستنتاج.....

خاتمة.....

المراجع.....

مقدمة

تعرف الاضطرابات المعرفية على انها خلل في القدرات المعرفية عند الفرد (الانتباه، الادراك، الذاكرة، اللغة،الوظائف التنفيذية) فهذا ما يؤدي سلبا على الحياة النفسية والاجتماعية. لذا يرى المختصون في هذا المجال ان السبب وراء حدوث الاضطرابات المعرفية هو اختلال للوظائف المعرفية عند الفرد من وظيفة (الانتباه،الادراك ،الذاكرة ،اللغة و الوظائف التنفيذية) التي تلعب دورا هاما في ارصاء القدرات المعرفية عند الفرد.فلهذا قمنا في بداية هذه السلسلة من المحاضرات بتحديد المعيار العادي لكل وظيفة من الوظائف المعرفية فلقد استهلنا **المحاضرة الاولى** بدراسة الانتباه ،مراحله، انواعه والعوامل المؤثرة فيه ثم تطرقنا عند حدوث خلل في هذه الوظيفة الى ظهور اضطراب وهو:اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة ففسرنا الاضطراب وبينا الجدول الاكلنيكي له لمعرفة كيفية التكفل به.

المحاضرة الثانية اهتمت بالركيزة الثانية من الوظائف التنفيذية وهو الادراك لما له أهمية بالغة في ادراك مختلف المثيرات الحسية لفهم واستيعاب المدخلات الحسية اضافة الى علاقته بالتحصيل الاكاديمي عند الطفل .فبعدما عرفنا وظيفة الادراك للطالب والعوامل المؤثرة في نموه بعدها تطرقنا الى اهم صعوبات الادراك خاصة صعوبات الادراك البصري الذي هو بوابة دخول المعلومات وتميزها في الدماغ،ثم بينا كيفية تشخيص وعلاج صعوبات الادراك عند الفرد. واتبعت **المحاضرة الثالثة** نفس المسار حيث عرضنا فيها وظيفة مهمة واساسية في الوظائف المعرفية وهي الذاكرة حيث قمنا بتعريف مختلف أقسامها ووظائفها لكي نصل بعدها لتعريف باحد اضظرابات الذاكرة الشائعة و هو "اضطراب الزهايمر" قدمنا مفهوم هذا الاضطراب وتوضيح جدوله الاكلنيكي (تعريف،الاسباب الاعراض، التشخيص والعلاج) .أما في **المحاضرة الرابعة** تطرقنا الى محور اخر لا يقل اهمية على سابقه وهو:الاضطرابات اللغوية الشفهية، حيث عرضنا فيه اهمها :التاخر اللغوي البسيط حيث قبلها عرفنا اللغة ،مراحل اكتسابها عند الطفل،العوامل المؤثرة في النمو اللغوي ثم عند اختلالها ظهور الاضطراب. ووصلنا في نفس السياق في **المحاضرة الخامسة** حيث عرجنا لاضطراب في التاخر اللغوي لكنه اكثر تعقيدا اذ يخص اختلال في تنظيم وتركيب ونمو اللغة يدعى "ديسفازيا" حيث عرفنا هذا الاضطراب وقدمنا جدوله الاكلنينكي وخاصة بينا للطالب كيفية تفرقته من اضطراب التاخر اللغوي البسيط عن طريق التشخيص الفارقي حتى يتسنى ايجاد البروتوكول العلاجي الانسب. أما **المحاضرة السادسة** كانت حول "اضطراب تاخر الكلام" وقبل الشروع في دراسة هذا الاضطراب بينا الفرق بين الكلام واللغة ولماذا صنف كتاخر في الكلام وليس في اللغة تبعا للتوضيحات المعطاة من طرف جدوله الاكلنيكي. بينما تميزت **المحاضرة السابعة** بعرض اضطراب اخر وهو "حبسة بروكا" الذي يتميز بخصائص خاصة من الناحية الفيزيولوجية كانت ام المعرفية فعرضنا مطولا شروحات لهذا الاضطراب من الناحية العضوية و الوظيفية

والاسباب المؤدية له لكي نتوصل الى تشخيصه ثم علاجه.اختتمت هذه المطبوعة **بالمحاضرةالثامنة** حول اضطراب الوظائف التنفيذية وقبلها عرفنا للطالب الوظائف التنفيذية والتي هي: (الكف،الليونة العصبية والتخطيط) وتبيان وظائفها، وبعدها تطرقنا في حالة اضطراب هذه الوظائف الى كيفية التعرف عليها وتشخيصها .

فاي خلل يصيب واحدة او اكثر من الوظائف المعرفية يؤدي حتما الى ظهور صعوبات التعلم عند الطفل، اضطراب في الحياة النفسية والاجتماعية عند الراشد كما هو الشأن في مرض الزهايمر والحبسة الكلامية.

الهدف من محاضرات المقياس:

تعريف الطلاب اولا بالعمليات المعرفية عند الفرد وشرحها بصفة عامة وهي:الانتباه–الادراك–الذاكرة–اللغة والوظائف التنفيدية واهم وظائفها ثم نتطرق بالتفصيل الى اضطرابات هاته العمليات المعرفية ألا وهي:اضطراب الانتباه(اضطراب تشتت الانتباه)،اضطرابات الادراكية المختلفة،اضطراب الذاكرة (الزهايمر)،اضطرابات اللغة الشفهية منها (تأخر اللغة البسيط،تاخر في نمو اللغة(ديسفازيا)،تاخر الكلام والحبسة)،اضطراب الوظائف التنفيذية(اضطراب الكف،اضطراب الليونة واضطراب التخطيط).وفي كل اضطراب نركز على الجدول الاكلينيكي له أي:تعريف الاضطراب،اسبابه،اعراضه،تشخيصه ثم نتطرق الى طرق العلاج. والهدف من ذلك هو الكشف عن الاضطراب ثم التدخل المبكر بغية حسن وسرعة التكفل الجيد بالحالة حيث مساعدتها على التكيف في المجتمع.

الكفاءة المستهدفة:

أن يتمكن الطلاب من التعرف على الاضطرابات المعرفية وقدرتهم على تصنيفها والمتمثلة في اضطرابات الانتباه،الادراك ، الذاكرة،اضطرابات اللغة الشفهية واضطرابات الوظائف التنفيذية.اضافة الى تمييز هذه الاضطرابات فيما بينها عن طريق التشخيص الفارقي لكل اضطراب والتعرف بالتالي على الادوات التي ينبغي استعمالها وطرق العلاج المناسبة.

استراتجيات التدريس المستخدمة:

–الحوار والمناقشة اثناء المحاضرة

–طرح أسئلة حول الاضطراب لمعرفة المكتسبات الاولية للطلاب ثم توضيح لهم بواسطة رسومات ومخططات الجانب الفيزيولوجي ثم البروتوكول العلاجي له.

–تكليف الطلبة بعد كل اضطراب بدراسة حالة لتثبيت المعلومات المكتسبة.

طرق تقويم المهارات المكتسبة:

–عرض الطلاب لبحوثهم حول الاضطرابات.

–تقسيم الطلاب في ورشات وافواج واختيار كل فوج اضطراب معين ويقوم كل فوج بشرح الجدول الاكلنيكي للاضطراب على بقية زملائهم بحيث يقوم هؤلاء بطرح الاسئلة وتبادل المعلومات.

-الاستجوابات الشفهية او الكتابية الدورية بالاضافة الى الامتحان الفصلي النهائي.

المحاضرة الاولى:

اضطرابات الانتباه

- **تمهيد**

الانتباه هو عملية تركيز للوعي على بعض المثيرات أو التركيز على مثير واحد من تلك المثيرات المقدمة للفرد.

ويعرف بانه عبارة عن ثورة تركيزية للشعور على عمليات حسية معينة مرجعها للمثيرات الخارجية الموجودة في المجال السلوكي للفرد أو المثيرات الصادرة من داخله.فتطرقنا في هذه المحاضرة على تعريف الانتباه ،مراحله تم الى شرح انواعه حتى يتسنى لنا فهم سيرورة حدوثه و بعدها ابراز اهم العوامل التي تؤثر عليه حتى نستطيع فهم اضطرابات الانتباه ثم كيفية التكفل به.

1-الانتباه

1-1-مفهوم الانتباه :تعد عملية الانتباه Attention من العمليات الهامة لاتصال الفرد بالبيئة المحيطةً به، لوجود الكثير من المنبهات والمثيرات التي تجذب انتباهنا، ويتعرض الفرد يوميا الى آلاف المثيرات الحسية من خلال حواسه ولا تسمح طاقته الجسمية والعقلية ان يتعامل مع كل هذه المثيرات كأن يستمع الى شخصين او يدرك صورتين متباعدتين بنفس الوقت، وبالتالي فان الانتباه يساعد الفرد على انتقاء المثيرات التي يريدها ويعزل المثيرات الاخرى، (العتوم، 2012 : 97).

1-2-كيفية حدوث الانتباه:

يعد الانتباه ظاهرة معرفية اهتم بها علماء النفس المعرفي عند الحديث عن محاولة التركيز على مثير ما وما يعانيه البعض من تشتت الانتباه عند تركيزهم على مثير معين أثناء عملية التعلم، والانتباه هو أول عملية معرفية نمارسها عند التعامل مع مثيرات البيئة الحسية قبل الإدراك حيث يصبح أول هدف لنا هو التعرف على طبيعة المثيرات المتوفرة في النظام الحسي للفرد لتقرير أي المثيرات سيتم الاهتمام بها ومعالجتها ، (العتوم، 2004 :67)وهناك ثلاثة مفاهيم مترابطة ومتسلسلة في معالجة المعلومات لابد ان نميز بينها وهي عملية الانتباه وعلاقتها بالإحساس والادراك، فيحدث الاحساس عندما يستقبلُ عن طريقً منبها اعضاء الحس كالعين او الاذن او اللسان او الجلد مثيرا الاعصاب الدماغية المتخصصة لكل حاسة مشيرا لبيئةً الى حدوث شيء ما في ا الخارجية المحيطة بالإنسان، مثال على ذلك الموجات

الصوتية التي توجد حولنا بصورة شبه دائمة إما من المصادر الخارجة عن سيطرتنا كصوت اطفال الجيران وهم يلعبون امام ساحة البيت او من المصادر التي نتحكم بها كصوت التلفاز او المذياع وغيرها وتنتقل هذه الموجات في الفضاء وترتطم في صيوان الاذن ثم تدخل الى القناة السمعية عبر الطبلة الى الأذن الوسطى فالأذن الداخلية عن طريق العصب الدماغي المتخصص بالأذن (السمع) وهناك تقوم الأذن بنقل المثيرات الصوتية على شكل نبضات عصبية الى الدماغ عبر العصب السمعي، وهذا يدل على ان الأذن كبقية الحواس تنقل كل ما يصل اليها من مثيرات عديدة تحدث كل ثانية في حياتنا وتغرق الدماغ بكم هائل من المثيرات السمعية، فيبدأ هنا دور الانتباه عند وصول هذا الكم الهائل من المثيرات الى الدماغ ليقرر الفرد اي المثيرات يهتم بها وأيهما يهملها ولا يتعامل معها (العتوم ،2010: 69). اما المفهوم الثالث او العملية الثالثة هي عملية الإدراك التي يبدأ عملها بعد الانتباه ليقوم الفرد بتحليل المثيرات القادمة وترميزها وتفسيرها في ذاكرة الفرد حتى تظهر الاستجابة، اما المعلومات التي لا ننتبه لها لا تعالج ومن ثم فهي ليست ضمن خبرات الانسان، وهذا يدل على ان العمليات الثلاث مترابطة ومتسلسلة وتعتمد احداها على عمل الاخرى وأول عملية هي الإحساس ثم الانتباه ثم الإدراك، إذ لا يعقل حدوث الانتباه بدون الإحساس، ولا يعقل الإدراك من غير الانتباه بسبب كثرة المثيرات التي يمكن أن تصل الى دماغ الإنسان، (Hunt &Ellis 1993 :44) لذا يتضح ان هذه العمليات الثلاث مرتبطة ومتسلسلة وتعتمد احداها على عمل الاخرى، وتبدأ هذه العمليات بالإحساس ثم الانتباه ثم الادراك حيث لا يعقل حدوث الانتباه بدون احساس (لا يوجد ما ننتبه له)، ولا يعقل الادراك بدون الانتباه .

1-3-مراحل الانتباه : لاحظ سولسو (Solso (1988,الى حدوث ثلاث مراحل الانتباه كعملية معرفية وهذه المراحل :

أ. مرحلة الكشف أو الإحساس: تتمثل هذه المرحلة بمحاولة الفرد الكشف عن وجود أية مثيرات حسية في البيئة المحيطة به من خلال حواسه الخمسة، وتعد هذه المرحلة غير معرفية لأنها لا تنطوي على أية عمليات معرفية سوى الوعي بوجود المثيرات.

ب. مرحلة التعرف : تسمى هذه المرحلة بالانتباه الموجه(Attention Signal) وتمثل بمحاولة الفرد التعرف على طبيعة المثيرات من حيث حجمها وشدتها ونوعها أو عددها وأهميتها للفرد، ويعد التعرف نشاط معرفي أولي يتطلب فحص ومعالجة بدائية للمثيرات لتحديد مدى أهميتها للفرد، أو الاستمرار في استقبال المثيرات لإكمال عمليات الإدراك اللاحقة

.ج. **مرحلة الاستجابة للمثير الحسي**: في هذه المرحلة يختار الفرد مثير معين من بينً مثيرات حسية عدة على القناة الحسية نفسها، وتهيئة هذا المثير للمعالجة المعرفية وغالبا ما تحدث في الذكرة القصيرة ضمن عملية الإدراك (العتوم، 2010 :76 -77).

1-4-أنواع الانتباه : يصنف الانتباه في ضوء عدة عوامل هي: عدد المثيرات، وموقعها، وطبيعتها، ومصدرها، وسنوضحه فيما يأتي

1-3-1.من حيث عدد المثيرات: ينقسم الانتباه الى صنفين:

ا **الانتباه لمثير واحد**: يمثل انتقاء الفرد لمثير واحد وتركيز الانتباه اليه ، مثال على ذلك انتقاء مثير بصري واهمال المثيرات الاخرى التي تقع في المجال البصري للفرد . الانتباه لأكثر من مثير: يتطلب هذا النوع سعة انتباهيه عالية حيث يركز – الفرد انتباهه على أكثر من مثير في المجال السمعي أو البصري أو كليهماً ،كالشخص الذي يقود سيارته ويستمع لبرنامج معين في المذياع معا (أبو رياش ،2007: 192. 2).

ب –من حيث موقع المثيرات : يرى (Anderson .2000),أن الانتباه ينقسم الى :الانتباه إلى الذات : يقصد به تركيز الانتباه على مثيرات داخلية صادرة من أحشاء –الفرد ومفاصله وعضلاته وأفكاره . الانتباه للبيئة: هو تركيز الانتباه على مثيرات في البيئة الخارجية مثل المثيرات –الحسية، والمثيرات الاجتماعية (Anderson. 3 2000 :110),

ج–من حيث طبيعة المثيرات: لقد أثار علماء النفس موضوع الإرادة والاختيار في الانتباه ولتغطية هذا الموضوع لابد من التمييز بين أنواع الانتباه الاتية :ً، لان الفردً او لا إراديا

د- **الانتباه القسري اللاإرادي**: أن هذا النوع من الانتباه يحدث قسريا –يركز أنتباهه على مثير يفرض نفسه عليه بطريقة قسرية ولا يبذل جهد للاختيار بين المثيرات، مثل الانتباه لصوت ضجيج مفاجئ في منتصف الليل .ً، لمحاولة الفرد تركيز انتباهه على الانتباه الإرادي الانتقائي: يعد هذا الانتباه إراديا –مثير واحد من بين عدة مثيرات، ويحدث هذا الانتقاء بسبب محدودية الطاقة العقلية وسعة التخزين للفرد وسرعة معالجة المعلومات فإن الانتباه يحدث بشكل انتقائي، ولهذا يتطلب جهد وطاقة من الفرد، مثال ذلك استماع الطالب لمحاضرة مملة عن موضوع لا يثير انتباهه ولكي يستمر في تركيز انتباهه يحتاج الى جهد عقلي وجسدي كبير .

هـ–الانتباه الإرادي التلقائي: ويقصد به الانتباه لمثير يشبع حاجاته الفرد ودوافعه الذاتية –ويتضح ذلك من خلال تركيز الفرد انتباهه لمثير واحد من بين عدة مثيرات بيسر ا 45وسهولة تامة، مثل انتباه الطفل لمثيرات تشبع حاجاته وتحقق أهدافه حيث تكون محببة له (العتوم ،2010: 69-70. 4).

–من حيث مصدر التنبيه: ان الانتباه ينقسم الى انتباه بصري، وانتباه سمعي، وانتباه لمسي، وانتباه شمي، وانتباه تذوقي (بدر والسيد،1999 :18 -19).وحسب العمليات الانتباهية التي يتم التنسيق بينها في القشرة الدماغية يمكن تقسيم الانتباه الى عدة أنواع وهي

:أ. **الانتباه المتبادل Attention Alternating** :هو انتقال الفرد من موضوع الى موضوع، اي أن الانتباه ينتقل بين موضوعين مثلا عند التحدث مع شخصين

.**ب. الانتباه الموجه (المركز Attention Focus** : (هو القدرة على الاستجابة والتقاط العناصر الأساس من الشكل وجعلها في مركز الانتباه، ويتم الانتقاء عن طريق تمييز الشكل عن الخلفية، ويشمل هذا النوع من العمليات المثيرات الداخلية او الخارجية.

ج. الانتباه المستدام Attention Sustained : يشير هذا النوع من الانتباه الى القدرة على إدامة الاستجابة او الانتباه المقصود على مر الوقت، وهذا الانتباه مهم في بعض المهن كالمراقبين الجويين

.**د. الانتباه المنقسم Attention Divided** :هو قدرة الفرد على أداء أنشطة متباينة دون انخفاض في مستوى الكفاءة ، ويقوم الفرد بتجزئة مصادر انتباهه في نفس الوقت بدلا من الانتباه المتبادل، مثال ذلك السائق الذي يقود السيارة ويستمع الى المذياع (الشقيرات،2005 :210 -212

–1–4–مراحل الانتباه:

ان عملية الانتباه تتم في ثلاث مراحل:

أ– مرحلة الاحساس أو الكشف :وفي هذه المرحلة يحاول المتعلم أن يستقبل ويكتشف وجود اية مثيرات حسية من البيئة عن طريق أعضائه الحسية، وتكاد تعتمد هذه المرحلة على سلامة تلك الأعضاء اذ أن أي خلل يصيبها أو الجهاز العصبي بشكل عام والدماغ بشكل خاص يؤثر في قدرة المتعلم في تركيز الانتباه على المثيرات البيئية الحسية.

ب– مرحلة التعرف :وفي هذه المرحلة يحاول المتعلم التعرف على طبيعة المعلومات الحسية المتوفرة من خلال ترميزها وتحليلها وفهمها وبمساعدة خبرات المتعلم السابقة بمعرفة نوعها وشكلها وحجمها وقوتها أو أهميتها بالنسبة له، مألوفة أو غير مألوفة، تمتع بالأهمية أو عديمة الأهمية، وهكذا التحديد مدى الاستمرار في استقبالها و استقبال عملية الادراك.

ت– مرحلة الاستجابة :وفيها يحدد المتعلم أسلوب الاستجابة المناسب في ضوء استيعاب واختيار المثير الحسي من بين عدة مثيرات حسية وتهيئته للمعالجة المعرفية الموسعة لغرض الاستجابة الظاهرة أو الضمنية في جميع مجالاتها المختلفة . (سهيلة محسن ، 2005 ، ص527)

1–5–العوامل المؤثرة في الانتباه:

1–5–1–العوامل الخارجية:

–الحركة:هي الطابع الفعلي لتنبيه الافعال.

–**تغيير المنبه**:الديناميكية المفاجئة وزيادة في التنبيه.

–**موقع المنبه**: وهي

–المناطق العليا افضل من السفلى

– المناطق اليمنى افضل من اليسرى

–المنبه امام العين مباشرة اكثر فعالية

–**حجم المنبه**: الحجم الاكبر اكثر تاثير من الاصغر.

–**شدة المنبه**:تختلف شدة الانتباه باختلاف النوع و كيفية المثير(سمعي،بصري)

–حداثة المنبه:مثير جديد ⟵ خبرة جديدة⟵زيادة في شدة الانتباه

_تكرار المنبه:تكرار المنبه يضمن ألفته ومن ثم زيادة في شدة الانتباه

–**التباين والتضاد**: تباين الشكل عن الارضية عامل مهم لجذب الانتباه

_الحاجة الزائدة لتنسيق:تعقد وسرعة المثير الزامية لتركيز الانتباه عليه

1-5-2-العوامل الداخلية:

أ-العوامل المؤقتة: وهي

-التهيء الذهني:تفعيل السيرورات الذهنية لانتقاء مثير محدد

-النشاط العضوي: يؤدي الى جذب الانتباه الى الداخل

-الدافع: الدوافع شرط اساسي لحدوث الانتقائية وهي الخاصية الاساسية للانتباه

ب-العوامل المستديمة:تتمثل في :

-مستوى الاستثارة الداخلية:العلاقة التلازمية موجبة بين شدة الاستثارة الداخلية ودرجة تركيز الانتباه

-الميول والاهتمامات: تعد الميول والاهتمامات بؤرة تركيز الانتباه لدى الفرد

-الراحة والتعب:استنفاذ الطاقة الجسمية والنفسية مؤثر فعلي لضعف شدة الانتباه.

(بودينار شهيناز،2020-2021،ص17)

من بين العوامل المشتتة التي تقوم على تضعيف القدرة الانتباهية :

أ-العوامل الاجتماعية: تتمثل في

-انعدام الامن الاسري

-اضذراب العلاقات التفاعلية الاجتماعية مع الاخرين

ب-العوامل النفسية: تتمثل في

-انعدام الرغبة وغياب الدافعية

-مبالغة في الامور الذاتية (تمركز على ذاته)

-عدم تحقيق الاشباع

-**العوامل الجسمية**: تتمثل في

-ضعف النمو العصبي

-الانهاك الجسدي

-اضطراب النوم

-اضطراب التوازن الهرموني. (فاطمة الزهراء،2005،ص 247-248)

-1-6- خصائص الانتباه:

تعددت وجهات النظر حول طبيعة الانتباه وخصائصها المميزة، وعليه يمكن تحديد الخصائص التالية للانتباه:

-ينظر الى الانتباه على انه عملية اختيارية تنفيذية لحدث أو مثير والتركيز فيه .فهو يمثل العمليةالتي من خلالها اختيار بعض الخبرات الحسية الخارجية أو الداخلية والتركيز عليها من أجل معالجتها.

-ينظر الى الانتباه على انه عملية شعورية تتمثل في تركيز الوعي أو لشعور في مثير معين دون غيره من المثي ا رت الأخرى، والانتباه اليه بشكل انتقائي قصدي ريثما تتم معالجته .ويمكن لعملية الانتباه أن تكون لا شعورية(اتوماتيكية) عند الممارسة المكثفة لبعض المثي ا رت والعمليات المألوفة، فهي عملية اختيارية يمكن أن تكون مقصودة أو غير مقصودة

-هناك من ينظر الى الانتباه على أنه مجهود أو حالة استثارة تحدث عندما تصل الانطباعات الحسية عبر الحواس الى الذاكرة الحسية.

-ينظر الى الانتباه على أنه طاقة أو مركز محدود السعة لا يمكن تشتيتها لتنفيذ أكثر من مهمة بنفس الوقت .فحسب وجهة النظر هذه فانه من الصعوبة الانتباه الى أكثر من خبرة حسية أو تنفيذ عمليتين في الوقت نفسه .(بودينار شهيناز2020-2021ص20)

2-اضطراب تشتت الانتباه وفرط الحركة

2-1 -تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الناحية الطبية:

أن يعرف بريور وسانسون Sanson et Prior 1986 في (القاضي ، 2011 : 25)اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يصيب الأطفال قبل سن السابعة، ويظهر عند تلك الفئة من الأطفال الذين يعانون من خلل في الجهاز العصبي المركزي. في نفس السياق عرف تشرنومو زوفا ZOVA CHERONOMO,1996 هذا الاضطراب على أنه قصور في وظائف المخ التي يصعب قياسها بالاختبارات النفسية.

ويعرفه (al et, Zametkin,1990 في (مشيرة ،2005:17)على أنه اضطراب النشاط الزائد مع قصور الانتباه هو اضطراب جيني المصدر، ينتقل بالوراثة في من كثير حالاته ، وينتج عنه عدم توازن كيميائي أو ، عجزفي الوصلات العصبية الموصلة بجزء من المخ، والمسؤولة عن الخواص الكيميائية، التي تساعد المخ على تنظيم السلوك ويشير إليه (1998 Barkley (في (حنان زكرياء،2008 :03)على أنه اضطراب عصبي نفسي يحتوي على مكونات جينية وراثية تتأثر بعوامل بيئية.ويعرفه المعهد القومي للصحة النفسية لمصر سنة 2000 في (مشيرة،2005 : 17)على أنه اضطراب في المراكز العصبية، التي تسبب مشاكل في وظائف المخ مثل التفكير، التعلم، الذاكرة، السلوك.بالوارثة ، ويؤثر على المراكز العصبية مما ، يسببّ مما سبق نستنتج أن على وجود جين ينتقل هذه التعاريف ركزت اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه.

2- 2-تعريف اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الناحية النفسية والسلوكية:

يعرف اضطراب الانتباه في " الموسوعة الفلسفية،" وذلك سنة 1960 في (محمد علي كامل، 2003 : 137)على أنه الاضطراب الذي يشمل من كلا الشكل التلقائي والإرادي للانتباه، ويدور حول :الضعف في القدرة على تركيز العمليات العقلية في الاتجاه المطلوب، عدم القدرة على التأثر بالأحداث، قصور في عدد الصور المتغيرة المنطبعة في الذهن.

كما يعرف في " موسوعة علم النفس " 1986 في (سميرة شرقي،2007 :54)بأنه :الطفل الذي ليس لديه القدرة على تركيز انتباهه لمدة طويلة في شيء محدد، ويتسم هذا الاضطراب بالخصائص الآتية : الاندفاعية، في فرط النشاط الحركي، وتزداد هذه الأعراض في شدة المواقف التي تتطلب من الطفل التعبير عن ذاته، أو التحكم الذاتي.

وأيضا يظهر الطفل الذي لديه اضطرابات في الانتباه قصورا في مدى ونوعية التحصيل الأكاديمي، وقصورا في الوظائف المعرفية والما وراء المعرفية .

لقد عرفه باركلي Barkley سنة 1990 في (مشيرة، 2005 : 18)على أنه اضطراب في منع الاستجابة

للوظائف التنفيذية، وقد يؤدي إلى قصور في تنظيم الذات، وعجز في القدرة على تنظيم السلوك تجاه الأهداف الحاضرة والمستقبلية مع عدم ملاءمة السلوك اجتماعيا. بينما اشار برجن Breegin سنة 1991 في مشيرةّ ، أن الأطفال ذوي النشاط الزائد وقصور الانتباه هم أطفال الذين لم يحصلوا على اهتمام سلوكي جيد من طرف الوالدين، فحدث لهم هذا الاضطراب السلوكي. ن فرانك والن (Frank WALEN) (في سميرة شرقي،2007 :57)

كما اشار عبد الرحمن سليمان 1998 وأوضع وصفا للأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي الأطفال الذين عادة ما يتصفون بانتباه قصير المدى ويحولون انتباههم وتوجيهه بصورة مرضية ويظهرون نشاطا حركيا بصورة أكثر في المواقف التي تتطلب ذلك، فقد ينتقلون من مكان إلى آخر بصورة مزعجة ومستمرة، وفي داخل حجرة الدراسة يخرجون كثيرا من مقاعدهم ويتجولون في الفصل، كما يكونون مندفعين ومتهورين ويقاطعون الآخرين أثناءالحديث ولا يصغون جيدا للحديث.كما أكد Goldstein جولدستينّ أن الأطفال ذوي النشاط الزائدسنة 1999 في (مشيرة، 2005 : 18)أن الاطفال ذوي قصور الانتباه يعانون من مشاكل متعلقة بالوظائف التنفيذية اثناء التعليم، قد يكون السبب في اعاقة نموهم الاكاديمي مما تجعلهم يعانون من صعوبة في العمليات اللفظية المتصلة باللغة.

إن الأطفال وفي رأي كلا من باركلي و روسلى Barkley. A Russell في (WODON ,227:2009) المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه يجدون صعوبة في اختيار المعلومات الضرورية وغير الضرورية،والمناسبة وغير المناسبة لموقف ما، هذا ما يجعلهم يفعلون عدة أشياء في نفس الوقت. فإنه أكد على أن أما في تعريف آخر (محمد النوري القمش، 2007 : 27)النشاط الزائد هو حركة جسمية مفرطة، بحيث لا يستطيع الطفل التحكم في حركة الجسم ، كما يرتبط النشاط الزائد مع تشتت الانتباه ارتباطا وثيقا، فوجود احدهما معناه وجود الاخر ،ويعتبر النشاط الزائد هو السبب في تشتت الانتباه. بينما أشار الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (1994 DSM4 (الصادر عن الجمعيةّ الأمريكية للطب النفسي، أن اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد يتضمن الخصائص

التالية: نقص الانتباه والقابلية للتشتت، النشاط الزائد والحركة المفرطة، الاندفاعية وترتبط هذه الخصائص الثلاث ببعضها البعض ارتباطا أساسيا، فتوافر خاصية واحدة من هذه الخصائص الثلاث لدى الفرد معناه تواجد أو إمكانية تواجد الخصائصالأخرى.

2-3-.نسبة انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه لدى الأطفال:

يعد اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه من بين الاضطرابات الشائعة بين الأطفال "إذ يتراوح معدل انتشاره ما بين 4 % إلى 20 % من أطفال المدارس الابتدائية في سن لى 6 الى 12 سنة، كما أوضح الدليل أ ن التشخيصي الاحصائي الرابع االاضطراب اكثر شيوعا عند الذكور منه عند الاناث. كما اشار ويندر WINDER 2005 في (نايف بن عابد الزارع،2007 :18) أن معدل انتشار اضطراب النشاط الزائد ّوأن المصحوب بتشتت الانتباه في الأسر ذات المستوي الاقتصادي والاجتماعي المنخفض يصل إلى 20 %نسبة هذه الحالة بين الذكور و

الاناث 6 للذكور مقابل 1 للإناث.كما تشير (فوزية محمدي،2011 :37)أن نسبة انتشار اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يختلف من دولة إلى أخري،

2-4-.أسباب ظهور اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

حاول العديد من الباحثين اعطاء تفسير لسبب ظهور اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي، فمنهم من وقد نظر بعض الباحثين إلى أن أرجع سبب ذلك إلى عوامل عصبية ومنهم من ارجها إلى عوامل وراثية أو بيئية، سبب هذا الاضطراب إلى ما هو نفسي واجتماعي ، وفيما يلى سنتعرض لأهم هذه الأسباب:

2-4-1 -الأسباب العصبية الحيوية :

أ- خلل وظائف الدماغ:

خلال القرن العشرين، لاحظ باحثون التشابه والتوافق بين الاعراض العصبية لفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه واضطرابات الفص الجبهي وبتحديد الاصابات التي تصيب قشرة الفص الجبهي. وقد ظهر هذا الاعتقاد عندما تم تشخيص عدد من الأطفال الدين يعانون من اصابات في قشرة الفص الجبهي فلاحظ الباحثون أنه يوجد اعراض متشابه ما بين اضطراب قصور الانتباه وفرط النشاط الحركي و الاصابات التي تصيب قشرة الفص كما تم الذكر من قبل أن الجبهي. كما استدل الباحثون القدماء و

بعد الحرب العالمية الثانية انتشر وباء تلف المخ فظهر عند هذه الفئة من الأطفال صعوبة في الانتباه والكف السلوكي وتنظيم انفعالاتهم واندفاعية زائد مع عدوانية في بعض الاحيان، وصعوبة في تحفيزهم وعدم قدرتهم على تنظيم أفعالهم خلال وقت محدد وزمن معين على هذااساس استدل الباحثون فقالوا أن الأطفال المصابون بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي سببه تلف في الدماغ ولكن هذا التلف ليمكن تشخيصه بالأجهزة الطبية.

أن افترض ديوري DIURY في (سميرة شرقي،2007 :68)ظهور سلوك حركي زائد لدى هؤلاء الأطفال يرجع إلى حدوث اصابة أو تلف في المخ، وأكد ذلك شتراوس وكيفارت KIFART et STRAUS حيث توصلا إلى نتيجة مفادها أنه يمكن الاستدلال على وجود اصابة أو تلف في المخ مع زملة المظاهر السلو كية عندالأطفال المصابين بقصور في الانتباه مع فرط في النشاط الحركي. ويفترض فلاين و هوبس et FLEIN HOBSS أن حدوث خلل وظيفي في الجهاز العصبي يؤدي إلى ظهور اعراض اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي. (المرجع سابق : ص63)

اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه الجبهية لها علاقة أكبر في تطوير خطة لكيفية الاستجابة للمواقف، من جانب آخر تشير نتائجّ أن الفصوص حين الدراسات العصبية النفسية والدراسات المتصلة بالتصوير الوظيفي للدماغ إلى أهمية أجزاء من الفص الجبهي وربما الفص الجداري في إحداث اضطراب عجز الانتباه وفرط الحركة عند الأطفال.

وارمسترج 1993 ARMSTRONG وبرجن BREGGINّ كما أكدت دراسة عثمان لبيب فراج1999

في1991) فوزية محمدي،2011(28:ّ أن سبب اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه هو حدوث تلف في خلايا القشرة المخية، وخاصة في النصف الكروي الايسر، والتي تتركز فيها مراكز التعلم، اللغة، الذاكرة العاملة، الانتباه، النشاط الحركي.

كما يشير كل من هالاهان و كوفمان KAUFFAMAN et HALLAHAN سنة 2006 في(المرجع

السابق)، أنه وردت الكثير من الأبحاث التي دلت على أن أسباب الإصابة باضطراب النشاط الزائد تعود إلى وجود تلف في الدماغ وقد نتج عن تلك الأبحاث بالدماغ لها علاقة كبيرة بالإصابة وهي الفص الأمامي للدماغ وقاعدة الدماغ والمخيخ ، ومن خلال الفحوصات أ الطبية وجد الباحثون أحجام هذه المناطق الثلاث لدى الأطفال والبالغين الذين يعانون من اضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي أصغر مقارنة بالأفراد العاديين الذين لا يعانون من الاضطراب .

ب – الناقلات العصبية:

ّ إن النقلات العصبية للمخ عبارة عن قواعد كيمائية تعمل على نقل الاشارات العصبية المختلفة للمخ، ويرى بالعلماء أن اختلال التوازن الكيميائي لهذه النقلات العصبية يؤدي إلى اضطراب نشاط الانتباه، فتضعف قدر ة نشاطه الحركي، لذلك فإن الفرد على الانتباه و التركيز، ويزداد اندفاعه ون العلاج الكيميائي الذي يستخدمه الاطباء مثل تومكيسيتين Atomoxétine الذي يعمل على اعادة التوازن الكيمائي لهذه النقلات العصبية قد يساعدالطفل على التقليل من الاندفاعية وتشتت الانتباه لديه .

كما اشار الباحثون في المعهد الوطني الخاص بالصحة العقلية health mental institute National (سميرة شرقي،2007 :63) ان قياس طبيعة النشاط الأيضي activity Metabolic في داخل الدماغ للأطفال أدمغة المصابين من الأطفال مادة الجلوكوز وهيّ في أن المصابين بفرط النشاط الحركي مع تشتت الانتباه، فاتضح مصدر نشاط

الدماغ في هذا العمر بمعدل من أقل أدمغة الاطفال العاديين وعندما يكون هذا التمثل بطيئا ولاسيما في مناطق الدماغ التي توجه الحركة وتتحكم فيها، فإن النتيجة هي ظهور اضطرابات الانتباه وعدم القدرة على السيطرة على الحركات الهادفة.وفي دراسة اخرى لبيكهام PECHHAM 2001) مشيرة (عبد الحميد أحمد اليوسفي ، 2005 : 24)أنه

يوجد اكثر من جين مسؤول عن الحالات الوراثية، كما وجد أن جين الدوبامين Dopamin4 هو الذي ينظم مظاهر اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه لدى الأطفال.في حين ترجع لوفيكي LOUVIKY حدوث هذا الاضطراب إلى مرحلة الحمل، وتتمثل في حدوث خلل نيورولوجي للجيل الناقل للدوبامين.

2-4-2-الأسباب البيئية:

تعددت العوامل البيئية حسب الدراسات ، فالتدخين وتعاطي الكحوليات والمخدرات من قبل الأم أثناء الحمل أن يؤدي إلى جانب تناولها العقاقير كما أن التسمم الذي يأتي إلى حدوث هذا الاضطراب لدى الطفل .نتيجة الأكل واستخدام بعض اللعب يؤدي إلى حالات شبيهة بأعراض اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط حركي .زائد وهذا ما اشار إليهكل من فيري فولر FOWLER 1991 ،وعثمان فراج 1999 وبيكنهام 2001BECHHAM في (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي ، 2005 : 3ّ)إلى أن العوامل البيئية المسببة لاضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه.

اولها -في حالة تعرض الطفل إلى تسمم، مثلا بالرصاص كأكل ا أو ستخدام بعض اللعب أو حمض الأستيل سالسيلك الذي يوجد في تركيب بعض المواد التي تضاف إلى الأطعمة.

ثانيا-التلوث البيئي خلال فترة الحمل، أو فترة مراحل الطفولة المبكرة، والتي يحدث نمو فيها المخ، والجهاز العصبي.

ثالثا-تعرض الام الحامل للأشعة مثل (اشعة x (بشكل زائد لعلاج كيميائي او اشعاعي. رابعا ادمان الام الحامل على الكحول و التدخين. و اخيرا إصابة الأم الحامل بأحد أعراض التي توقف تغذية الجنين بالأكسجين مثل مرضالسكر، أو تعقد الحبل السري، أو الولادة العسرة وغيرها .

وحسب دراسة ليلى المرسومي2011 في (بن مصطفي،26:2016)والتي كان هدفها التحقق من وجود علاقة بين مادة الرصاص في الدم وإصابة الطفل باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، فجاءت نتائج الدراسة مؤكدة على وجود علاقة موجبة بينهما فكلما ارتفعت نسبة الرصاص في الدم زاد مستوى اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد.

2-4-3. -الأسباب النفسية:

قد تقود المشكلات في المزاج لدى الأطفال إلى اضطرابات سلوكية أكثر صعوبة وخاصة عندما يتعرض الوالدان من التهيج الإضافي الذي قد يسببه هؤلاء الأطفال، فالنشاط الزائد لدى الطفل هو طريقة للدفاع عن الذات في وجه الرفض، وبالتالي انخفاض تقدير الذات وزيادة مستوى التهيج لدى الطفل والاعتقاد بدور الأنماط المزاجية في إحداث سلوك النشاط الزائد، فإن المزاج بمفرده قد يزيد من وتيرة النشاط الزائد .

بينما يري (سعد رياض 2000 : 44)أن العقد النفسية والصراعات الداخلية تستنفذ قدرا كبيرا من الطاقة

العصبية اللازمة لعملية الانتباه، ومن أمثلتها :

-عقدة النقص أو الذنب او الشعور الاضطهاد.

-القلق المعمم وحدة الإنفعال.

أن الفشل الأطفال المصابين باضطراب نقص كما يشير (مشيرة عبد الحميد أحمد اليوسفي،2005) الاسراف في التأمل الذاتي و الاستسلام لأحلام اليقظة.الانتباه وفرط النشاط الحركي ناتج عن إحباط عاطفي مستمر سرعان ما يختص بزوال العوامل المحيطة مثل :الضغوط النفسية واضطراب التوازن العائلي أو العوامل المؤدية إلى التوتر .

أن يشير حامد زهران 1980في (فوزية محمدي،2011 :30)اضطراب النشاط الزائد ليس مجرد تغيرات مصاحبة للنمو، وأن الطفل قد يعاني من بعض المشكلات النفسية في حياته اليومية لا تصل إلى درجة المرض النفسي، ولكن يجب الاهتمام به قبل أن يستفحل الامر إذ أنه يحول دون النمو العادي من الناحية السلوكية عند الطفل. في نفس السياق يشير عبد الفتاح القرشي 1993 في (مشيرة عبد الحميد أحمد اليو سفي،2005: 32)إلى أنه يجب الاهتمام بذوي النشاط الزائد قبل استفحال الامر وأن هذه التغيرات قد تكون انعكاسا لأساليب معاملة معينة أو اسلوب دفاعي ضد الشعور بالاكتئاب. في الاخير ذكر من كل السيد علي سيد أحمد وفائقة محمد بدر 2004ّ أن بعض الدراسات أشارت إلى أسباب الاضطراب تعود إلى أساليب المعاملة الوالدية السيئة التي تتسم بالرفض، والإهمال، والحرمان العاطفي.

2-4-4.الاسباب الما وراء المعرفية:

من بين الدراسات من ارجع سبب اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه الى اسباب ما وراء معرفية اول هذه الدراسات نجد دراسة نادين كيبرف (Kipfer Nadine،731: 2010) اذ قامت هذه الباحثة بعرض مختلف الدراسات النظرية التي تشير إلى أن فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من الاضطرابات الطفولة والذي يتم

تشخيصه في السن السابعة والتي قد تتبعه في سن المراهقة وحتى الرشد. تترافق مع هذا الاضطراب اضطرابات في التعلم، ولقد ارجع الباحثة سبب هذه الاخير إلى اضطرابات ما وراء معرفي مثل تخطيط التعديل الذاتي المعرفي والسلوكي وغيرها من العمليات الما وراء المعرفية. كما اشارة الباحثة إلى مختلف البحوث والدراسات التي تم بتدريب الطفل على ضبط العمليات الما وراء المعرفية المضطرب عوض علاجه بالعقاقير لان التدخل بالعقاقير قد ينجم عنه أعراض جانبية كما انها لا تعالج الاضطراب من أصله. في حينر كزت دراسة جونسون و ريد (FE Reid & Johnson 2011)على عجز الوظائف التنفيذية لدى التلاميذ ذوي اضطراب فرط النشاط المصحوب باضطراب الانتباه واوضحت الدراسة أن الأطفال(TDAH) كون لديهم مشكلات أكاديمية احد اسبابها هو الصعوبة في الوظائف التنفيدية والتي تعتبرضرورية لتوجيه السلوك لتحقيق الأهداف المعقدة. وأوضحت النتائج أن هؤلاء الأطفال غالبا ما يكون لديهمضعف في الوظائف التنفيدية حيث تكون لديهم صعوبة في أداء المهام التي تتطلب مهارات التخطيط والتنظيم والحفاظ على الجهد وأنشطة المراقبة وأوضحت الدراسة أهمية دور المعلمين في علاج ضعف الوظائف التنفيذية لتحسين أداء التلاميذ الاكاديمي.

بينما هدفت دراسة(ayan'Ma et al.2012)في (رحاب احمد راغب،2015 :16)إلى تقييم الخلل في

الوظائف التنفيذية عند الأطفال المصابين فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، وانقسمت عينة الدراسة إلى جزئين :الجزء الأول يهدف إلى دراسة الخلل في الوظائف التنفيذية لدي الأطفال من ذوي اضطراب(TDAH) في السلوك اليومي (كما يقرره الاباء) وفي أدائهم على الاختبار الاساسي للدراسة، وهدف الجزء الثاني من الدراسة إلى دراسة العلاقة الارتباطية بين اختبارات الدراسة. تكونت عينة الدراسة من 25 طفال تتراوح أعمارهم ما بين (11 -8) ولديهم اضطراب فرط النشاط الحركي المصحوب باضطراب الانتباه، و 25 اخرين ليس لديهم الاضطراب يتجانسون معهم في السن. أظهرت النتائج وجود اختلافات ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في الوظائف التنفيذية، وبوجه عام توجد اختلافات ذات دلالة احصائية في الوظائف التنفيذية بين مجموعتين خاصة فيما وراء المعرفة وليس في تنظيم السلوك ،أشارت النتائج ايضا إلى وجود ضعف في الوظائف التنفيذية الرئيسة في السلوك اليومي، هذه الصعوبة حدثت فيما وراء المعرفة وتنظيم مكونات السلوك اليومي.

2-4-5-. -الأسباب الاجتماعية:

أن الأسباب مما سبق ذكره نجد انه اشار فرانس FRANCواخرون سنة 2009 في دراسة حول مفهوم التعلق حيث ترى هذه الدراسة أن نوعية العلاقةالموجودة بين الأم والطفل تؤثر تأثيرا كبير على سلوك الطفل وقد يكون سببا من الأسباب

المؤدية لاضطراب قصور الانتباه مع فرط في النشاط الحركي. في نفس السياق يري نفس الباحث إأنه ذا كان لاحد الوالدين ضعف عصبي له تأثير على الوظيفة العلائقية بين الام وطفلها أو على السير العلائقي للطفل وخاصة في نوعية التعلق اثناء انشاء التفاعلات المبكرة بين الطفل والوالدين.

أما العوامل البيئية المحيطة بالطفل والمتمثلة في الأسرة وأساليب معاملة الوالدية لها فإن دور مهم في إحداث اضطراب عجز الانتباه المصحوب بنشاط زائد، من لها لما تأثير قوي في حياة الطفل وخاصة في مراحل نموه الأولى، وقد أكدت على ذلك الكثير من الدراسات، حيث يرى باركلي BARCKLY 1985 أن يكون نتيجة ضعف في ضبط سلوك الطفل من أن النشاط الحركي الزائد ليس أكثر في سلوكه. و توصل كذلك إلى أن قبل والديه، حيث طرق ترويض سلوك الطفل الضعيفة تؤدي إلى اضطراب هذا (شرقي،2007:65)

قام كذلك لكارلسون وأخرون 1995 في (مفيدة بن حفيظ،2014 :123)بفحص عينة واستخراج عدة

اعرض منذ الولادة وكذلك في الطفولة الأولى هذه الأعرض قادرة على التكهن أو توقع بظهور الاضطراب في المستقبل. نتائج هذه الدراسة اظهرت اهمية كبير للخلفية العائلية منذ ولادة الطفل في ظهور سلوك غير توافق مع فإن فرط في النشاط الحركة في الطفولة الاولى، وحسب هذه الدراسة المتغيرات الرئيسية المتسببة في ظهور الاضطراب هي الوضعية الاجتماعية للآباء عند ولادة الطفل وكذلك الدخل الاقتصادي المخفض ومن ناحية اخري يرون أن التحفيز المفرط الابوي للطفل سبب من الأسباب.

3-خصائص ذوي نقص الانتباه : تتضمن تلك السمات ما يلي:

- لا يستطيع الطفل تركيز انتباهه لمدة زمنية طويلة.
- يجد الطفل صعوبة في الانتباه لبا شكل المنبه ومحتوياته ومضمونه .
- تشوش الأفكار مع صعوبة في حل المشكلات.
- صعوبة تنشيط الذاكرة العاملة .
- صعوبة التحكم في نظم الرموز

– لا يستطيع الطفل متابعة التعليمات المقدمة اليه مما يجعله يفشل في الأعمال المطلوب منه التي قد يكون بدء فيها كما أن أعماله دائما تخلو من النظم و القواعد.

– يتجنب الطفل المشاركة في الأعمال التي تتطلب منه مجهود عقليا وفكريا سواء كانت تتعلق بالأنشطة التي يمارسها يوميا أو في االمجال الدراسي.

– ضعف الباعث الإدراكي الجسمي .

– يجد الطفل صعوبة في عملية الإنصات للأخر، و يبدو لا أنه يستمع عند الحديث إليه.

– ينسى دائما الأشياء الضرورية التي يحتاجها حتي ولو كانت خاصة به مثل الأدوات المدرسية.

– يتشتت انتباهه بسهولة للمنبهات الدخيلة لو حتى كانت قوة تنبيهها ضعيفة.

– الفشل الدراسي الناجم عن قصور التركيز والانتباه.

– ضعف القدرة على الانتباه بشكل عام خاصة قصور القدرة على تركيز انتباهه نحو مثير معين لفترة طويلة، والانتقال من مهمة إلى أخرى بشكل سريع وبدون مبرر ، ويلاحظ المعلمون صعوبة قدرة الطفل على تركيز انتباهه نحو التوجيهات، والإرشادات الموجهة إليه، وعدم القدرة على الإنصات للدروس والتعليمات فهو ينسى دائماالأعمال اليومية المتكررة والمعتادة.

4–المعايير التشخيصية لاضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية

Diagnostic and statistcal manual apa2000) (of mental disorders-dsm-4-(tr-2000)

ظهور ستة أو أكثر من الأعراض التالية لحالات ضعف الانتباه لمدة لا تقل عن ستة أشهر لدرجة صعوبة التكيف معها.

4–1–ضعف الانتباه(altention deficit)

–ضعف الانتباه المركز للتفاصيل وظهور أخطاء ومشكلات كثيرة في الأعمال المدرسية) الواجبات؛ الأنشطة وغيرها (أو غير ذلك من النشاطات التي يمارسها.

– صعوبة في بقاء الانتباه لمدة طويلة في المهام وأنشطة اللعب.

-صعوبة في الإنصات لذلك يبدو وكأنه لا يستمع للحديث الموجه إليه.-لا يتبع التعليمات الخاصة بالمهام الموكلة إليه وبالتالي يفشل في إنهاء المهام والأعمال المدرسية أو الواجبات داخل بيئة العمل) لا تعود أسبابه إلى السلوك الغير السوي أو الفشل في فهم التعليمات

-صعوبة في تنظيم المهام والأنشطة.

-يتجنب ويتلاشى ويبدي كرهه وتردده في المشاركة في المهام التي تتطلب جهدا عقليا متواصلا) مثل العمل المدرسي أو الواجبات الدراسية في المنزل.

-يفقد وينسى الأشياء اللازمة لإتمام المهام مثل الأقلام، الكتب، الممحاة، الأدوات وما إلى ذلك.

-يتشتت انتباهه لجميع أنواع المثيرات القوي منها والضعيف.

-ينسى الأنشطة اليومية التي اعتاد على أدائها بشكل متكرر) .(بن عابد الزارع،2007: 16).

4-2-النشاط الزائد (hyperactivity):

-يتعامل بيده وقدميه مع الآخرين بشكل كثير ويتشاجر مع الآخرين أثناء جلوسه في المقعد.

-كثيرا ما يترك المقعد في غرفة الصف أو في الأماكن الأخرى.

-يتسلق ويركض بشكل مفرط في المواقف التي لا تتناسب وهذا السلوك.

-يجد صعوبة في اللعب أو المشاركة بهدوء في أنشطة التسلية وأوقات اللعب.

-كثيرا ما يتصرف وكأنه يستثار من خلال جهازه الحركي.

-كثيرا ما يتحدث بشكل مفرط .(بن عابد الزارع،2007)

4-3-الاندفاعية (impulsivité):

-كثيرا ما يعطي إجابات قبل طرح أو إكمال السؤال.

-كثيرا ما يواجه صعوبة في انتظار دوره.

-كثيرا ما يقاطع أو يتعدى على الآخرين أثناء تبادل الأحاديث أو اللعب.

-توافر أدلة طبيعية واضحة لوجود الضعف في المجالات الأكاديمية والاجتماعية والوظيفية.

- لا تحدث تلك الأعراض بسبب وجود اضطراب نمائي شامل أو مرض الفصام أو وجود اضطراب نفسي أو عقلي اضطرابات المزاج، القلق، اضطرابات التكيف، اضطرابات في الشخصية.

(بن عابد الزارع 2007 ،ص17)

4-4-التشخيص الفارقي لاضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه:

4-4-1- اضطراب العناد والتمرد :فقد يتزامن هذا الاضطراب مع عجز الانتباه والنشاط الزائد، لدرجة انه قد يرى معها انها اضطرابات مترابطة أو متداخلة وتظهر تقديرات الوالدين والمعلمين لأعراض هذه الاضطرابات تداخلات شديدة .غير أن السمة الأساسية لاضطراب العناد والتمرد انه يكون نموذجا متكررا لسلوك السلبي العدواني الجريء (يوبي،2015 ،ص98)

4-4-2- اضطراب السلوك المنحرف :السمة الأساسية لسلوك المنحرف انه شكل سلوكي ممتد فيه ينتهك الطفل الحقوق الأساسية للآخرين، ولا يتفق مع المعايير أو القواعد الاجتماعية الرئيسية الملائمة للعمر .ويبدو أن هناك إجماع على أن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه تكون بدايته مبكرة للنمو المعرفي أو النضج العصبي.

أما اضطراب العناد والتمرد وانحراف السلوك فإنهما يعكسان مشكلات مقترنة بعوامل مزاجية وعوامل أسرية واجتماعية وهكذا، لم حدث اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه في وجود ضغط نفسي اجتماعي فان الخطورة تزداد إذا تلي ذلك اضطراب العناد والتمرد أو انحراف السلوك وكان أيهما مصاحب لعجز الانتباه وفرط الحركة .

4-4-3-اضطرابات النمو السائدة :إذ أن كثير من الأطفال ذوي اضطرابات النمو السائدة مثل:

اضطراب التوحد يظهر سلوكيات تتضمن النشاط الزائد والاندفاعية وعدم الانتباه (يوبي،2015: 98)

4-4-4-لزمة اضطراب الفص الصدغي :نميزها عن اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه قد تظهر في صورة قصر مدى الانتباه مع الإفراط في الحركة

4-4-5-حالات القلق المفرط :الذي يتميز بفرط الحركة والتشتت وعدم القدرة على الاستقرار.

4-4-6-نوبات الهوس والهوس الخفيف :قد تظهر في المراهقة أو قبلها ولكنه يتميز بان البداية ليست اقل من سن السابعة بالإضافة إلى باقي المظاهر الإكلينيكية التي يميز بعضها بين الاضطرابين

4-4-7-يختلط مع اضطراب الصمم أو الخرس الاختياري) .تظهر عند الأطفال في 3 سنوات بحيث هي ليست مرضية

4-4-8-الشغب La turbulence: بحيث هي غير مصاحبة باضطرابات انتباهية وتختفي في سن 5 سنوات .

4-4-9- عرض الهيجان أو الإثارة أو عدم الانتباه الذي يظهر أو يدمج في الاضطرابات النفسية مثل :التأخر الذهني. اضطرابات التوحد واضطرابات التعلم .في هذه الحالات سلوكات التهيج أو الإثارة تظهر بكثرة .تظهر سلوكات الإثارة الثانوية أو عدم الانتباه الثانوي نتيجة لاضطرابات جسدية

مثل الصرع، بعض الاضطرابات الغددية. عدم التوازن أو عدم الانتباه يمكن أن يظهر نتيجة لبعض الأدوية أو العلاجات، وهذا ما يؤدي إلى طرح استجواب محدد حول الأدوية المتخذة بالإضافة إلى الكورتيكوييدات ومضادات الربو وبعض مضادات الصرع التي تؤدي إلى سلوك الإثارةCorticoides . (يوبي،2015 ،99)

4-4-10-اضطراب المزاج عند الطفلl'hypomanie: يمتاز بعدم المبالاة العاطفية، العدوانية الإثارة الحركية وفرط الحركة بحيث التشخيص هو صعب بحيث هو مترابط جدا

4-4-11-صعوبات التعلم :في هذه الحالات يكون الذكاء طبيعيا او اقرب للطبيعي، ولكن هناك فشل دراسي نتيجة لوجود صعوبات محددة مثل :صعوبات في القراءة، الكتابة، النطق، الحفظ وغالبا ما تكون درجة التركيز مقبولة بأنواعه المتعددة :الاضطراب التوحدي، اضطراب ريتر،

4-4-12-التوحد autisme: اضطراب اسبيرجر، اضطراب التحطم الطفولي و اضطرابات التطور العامة غيرالمحددة.

4-4-13-القلق :هي حالة الإحساس بالخوف وعدم الارتياح، قد يكون الخوف من المجهول، يظهر كتعبير عن الضغوط النفسية التي يواجهها الطفل، هذه الضغوط قد تكون مؤقتة مثل :الامتحانات، أو تكون مستمرة كالبيئة المنزلية والاجتماعية) طلاق الوالدين، العنف الأسري (وتكون الأعراض جسمية أو نفسية، قد تكون خفيفة وغير واضحة أو شديدة، وعادة ما ينعكس القلق على تصرفات الطفل كفرط الحركة، قلة الاستيعاب والتركيز، الفشل الدراسي، العناد، العدوانية، التحدي وغيرها.

4-4-14-اضطراب المعارضة والعصيان :هي حالات تتشابه مع حالات اضطراب النشاط الزائد في أعراض كثيرة منها :العدوانية، تدمير الممتلكات، انتهاك القوانين، عدم القدرة على بناء الصداقات) .

5-علاج اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه:

ّ إن الطرق العلاجية لاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه متعددة الأشكال والمناحي، وذلك للاختلافات الواضحة في مسببات هذا الاضطراب وعوامله، فسعي الباحثون لإيجاد علاج دوائي لهذا الاضطراب، أو على الاقل التخفيف من اثاره واعراضه، ومن ثم ظهرت عدة اساليب علاجية وسيتم في هذا العنصر التطرق إلى أهمها، بداية من العلاج الطبي الذي يستند إلى استخدام الأدوية والعقاقير، والعلاج السلوكي الذي يعمد لى إتعديل السلوك، والعلاج السلوكي المعرفي الذي يعتمد على التعديل المعرفي، والعلاج الأ و سري التربوي والعلاج عن طريق التغذية الصحية.

5-1-العلاج الطبي:

ّ أن تذكر (هناء ابراهيم صندقلي 2008 : 108)الدراسات الحديثة أكدت على أهمية العلاج الدوائي في حالات اضطراب الحركة الزائدة ونقص الانتباه، وصار للدواء دور مهم في هذا المجال وذلك بالإضافة طبعا للعلاجات الباقية كون الدواء وحده لا يعطينا الفعالية المرجوة بل يجب اتباعها ببرنامج لتعديل السلوك. وحسب (حسن مصطفى عبد المعطي ، 2001 : 129)(فإن العلاج الدوائي قد بدأ استخدامه ما بين عام1937و1938 عندما سجل برادليBradly

آثار البنزدرين على سلوك الأطفال الذين يعانون اضطراب ضعف الانتباه المصحوب بفرط النشاط. في نفس السياق اشارة (مريم سليم 2011 : 149)أنه في عام 1937 تم اكتشاف الادوية المنشطة التي تساعد على اليقظة، ولكن لم تستخدم هذه الادوية الا في عام1957 عندما اكتشف الريتالين. في بداية التسعينات قام هانت وزملاؤه Hunt,1990 المشار اليها في (مشيرة عبد الحميد،2005 : 45) بإجراء تجربة واسع ة المدى للتعرف على أنواع العقاقير التي تؤثر في خفض النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه،ومن هذه العقاقير : الكلونيدين Clonidine عقار الجوان فاسين Facene Guan هذين اللذين أثبتا في نجاح خفض اضطراب النشاط الزائد المصحوب بتشتت الانتباه ، والإحباط والعدوانية ، وذلك بإعطاء الجرعات بنظام ثابت طبقا لكل طفل. يهدف العلاج باستخدام الادوية الطبية إلى احداث التوازن الهرموني لخلايا المخ في جسم الطفل الذي يعاني من فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وذلك بإعادة التوازن بتنشيط إفراز الخلايا العصبية لأحد الموصلات.

ومن هنا نستنتج أن العصبية مما ينتج زيادة انتباهه وقدرته على التركيز وخفض من حدة النشاط الزائد. العقاقير الطبية تعمل على تنشيط إفراز هذه الموصلات ومن ثم إعادة الحيوية إلى الدوائر العصبية وتنشيط إستجابتها للمنبهات العصبية.

أن هذه الأدوية تعمل على تنشيط مناطق الدماغ التي تعمل على ببطء (القشرة الدماغية في منطقة الجبهة والنواة الرمادية في وسط الدماغ). ذلك أن هذه الادوية تعمل على اعادة التوازن إلى وظيفة الدماغ، بحيث تساعد الأطفال الذين يعانون من قصور الانتباه فرط النشاط على العمل و التفكير والتعلم مثل الأطفال الاخرين. كما تقلل من مشكلات التركيز ومن الاندفاعية ومن الانفعالات الحادة. هذا ما اكدته (مريم سليم، 2011 :150 كما اشار (نايف الزارع، 2007 :54) على أن هذه الأدوية تعمل على زيادة تركيز الدوبامين في النهايات العصبية، وبالتالي توفر زيادة الموصلات العصبية، مع العلم ان الاستخدام المناسب لمثل هذه العقاقير يؤدي إلى تحسن ملموس في السلوك ويسهل عملية التعلم ويجعل ال طفل أكثر قدرة على الاستعاب وذلك بنسبة 90 % من الذين يعانون من اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد. وتستخدم هذه العقاقير حسب (كامل،2003 (بن مصطفى، 2016 :55)لتنشيط القشرة المخية للسيطرة على تكوينات ما تحت القشرة المخية، خفض أعراض اضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، لأنه إذا نشطت تكوينات ما تحت القشرة المخية بدرجة ما تؤدي إلى زيادة الحركة والنشاط غير الهادف واضطراب في عملية الانتباه، لكن استخدام مثل هذه العقاقير يعرض متناوليه لبعض الاثار الجانبية والتي قد تسب عرقلة نمو الطفل في الوزن والقامةّ. وقد بينت الدراسات أن ¾ الأطفال ذوي قصور الانتباه مع فرط النشاط يستجيبون بطريقة جيدة للأدوية المنشطة (ريتالين، كونسرتا)، من حيث مختلف مكونات الاضطرابات وخاصة الانتباه في تحسن الاداء الدراسي.

5-2-العلاج السلوكي:

يحتاج الأطفال المصابون بالحركة الزائدة مع قصور في الانتباه بالإضافة إلى العلاج الدوائي علاجا على مستوى السلوك. ويعتمد هذا الاخير على برنامج علاجي سلوكي موضوع بدقة والذي يسعي إلى التعامل مع سلوكيات الطفل المضطربة والتي يجب تعديلها مع احداث تغيير ايجابي في سلوك الطفل، وهذا يطلق عليه برنامج تعديلالسلوك. ترجع أسس العلاج السلوكي إلى نظريات وقواعد التعلم التي وضع اطارها النظري "بافلوف" و"جون واطسون"وغريهما ، كما يعتبر هذا النوع من العلاج الجانب التطبيقي لمبادئ وقوانين التعلم التي توصل اليها كلا من سكينر (Skinner)في الاشراط الاجرائي، و"جوزسيف ولبيه (Wolpe Joseph)في الكف بالنقيض.

يمكن لنا أن نعرف العلاج السلوكي بأنه الاسلوب الذي يعتمد على قواعد معينة التي تعمل على تحويل السلوكغير مرغوب فيه إلى سلوك مرغوب فيه، ويركز هذا العلاج على السلوكيات الظاهرة والبارزة لدي الطفل. يوجد العديد من الدراسات العربية أو الاجنبية اظهرت مدى نجاعة العلاج السلوكي في علاج او في تعديل السلوكيات السلبية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه. أول هذه الدراسات دراسة (علاء قشطة،1995)في (صافيناز إبراهيم،2008:16)إلى التعرف على فاعلية كل من فنيتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا.شملت عينة الدراسة 40 طفلا جميعهم ذكور ملحقين بالمراكز الخاصة بالأطفال المتخلفين ذهنيا وطبق عليهم مقياس ستانفورد بينيه للذكاء، ومقياس التعرف على النشاط الزائد لدى الأطفال، واختبار تجانس الأشكال لكاجان، ومقياس تقدير المستوى الاقتصادي والاجتماعي، وجاءت نتائج الدراسة مؤكدة فاعليتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض مستوى النشاط الزائد لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين فنيتي التعزيز والتعلم بالنموذج في خفض النشاط الزائد عند هؤلاء الأطفال، وهذا يشير إلى تساوي أثر الفنيات المستخدمة.

5-3-العلاج السلوكي المعرفي:

إن أسس العلاج المعرفي السلوكي تقوم على نظرية التعديل المعرفي السلوكي لهاربرت حيث رأي هذا الاخير انه يجب المزج ما بين ما هو سلوكي وما هو معرفي. من بين المفاهيم التي يقوم عليه العلاج السلوكي المعرفي السعي لى إفهم الوظائف التنفيذية المتضرر مثل الحوار الداخلي، الملاحظة الذاتية، واستخدام مهارة التقو يم المعرفي السلوكي ومهارة التغذية الرجعية وضبط الذات والتمثيل التعزيز.

في انطلاقه على أن للأفراد دورا ويرتكز العلاج السلوكي المعرفي على حسب(شوقي ممادي،2013 : 127(اساسيا في ظهور الاضطرابات السلوكية، والمشكلات النفسية وفي ظهور اعراض معينة لديهم، والتي تعتمد على كيفية تفسيرهم للأحداث والخبرات المختلفة في حياتهم ، ومن هنا فإن العلاج المعرفي يركز ويعمق الافتراض اعادة الفرد لتنظيم افكاره، سيؤدي لا محالة إلى أعادة تنظيم سلوكه وذلك بتطوير الاستراتيجيات الخاصة بالمراقبة.أن اعتبر الزيات في1998 في (مفيدة بن حفيظ، 2014 : 125 (العلاج المعرفي السلوكي من بين الأساليب العلاجية المستخدمة مع الأطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، كما لو كان قد صمم لهذه الفئة من الأطفال بالذات، حيث يقوم التعديل المعرفي للسلوك على تدريب هؤلاء الأطفال على إكساب مهارات التخطيط، حل المشكلات، ضبط الذات التي يفتقر إليها مجتمع هذه الفئة من الأطفال، من منطلق أن الضبط أو التحكم اللفظي أو التعبير يعد واحدا من العوامل التي لديها أهمية في ضبط السلوك خلال التطور النمائي له وبتطبيق ذلك على الأطفال ذوي اضطراب الانتباه وفرط الحركة، وجد أن خاصية الاندفاع، وهي من الخصائص المهمة لهؤلاء الأطفال، ترجع إلى عدم ضبط إيقاع السلوك مع إيقاع الكلام أو التفكير اللفظي والسلوك المصاحب، ومن الخصائص الشائعة بين الأطفال مضطربي الانتباه مفرطي الحركة الصعوبات التنظيمية .كما اشار (أحمد محمد يونس قزاقزة في 2005 :31ّ) أن العلاج السلوكي المعرفي عند اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يسعي إلى التنظيم والضبط الذاتي والتعزيز الذاتي وحل المشكلات الشخصية ذاتيا والنمذجة والممارسة والتنبيه الذاتي، والتعليم الذاتي، والتسجيل الذاتي، والمراقبة الذاتية، والحديث الذاتي.

5-4-العلاج الأسري:

إن الأ ةسر التي لديها أطفال مصابين بالاضطرابات السلوكية كاضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه وغيرها فإنها تؤدي بأطفالهم إلى عدم التكيف الاجتماعي، وإلى فقدان التوافق الاجتماعي داخل الاسرة . فإن العلاج الأسري يعمل على ادارة السلوكيات الفعالة من طرف الوالدين أو القائمين برعاية الطفل، والتي تتطلب مجموعة من المعارف والاتجاهات الايجابية نحو الأطفال إلى تفهم اوضاعهم، والتأقلم معها قدر المستطاع وكيفية التعامل مع الظروف المختلفة للاضطراب.كما يهدف العلاج الاسري إلى تعديل البيئة المنزلية للطفل المصاب باضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد، وإلى تدريب الآباء على كيفية تعديل سلوك طفلهم المصاب. كما اشارت إلى أن (عكاشة، 2008 : 52)العلاج الاسري يهدف الى تنظيم ادوار الاسرة فيما يتعلق بحالة الطفل، وتقويم النظام الاسري في ضوء الحالة، والتدعيم للدور الفردي لكل واحد داخل الاسرة، وتقويم العلاقات الاسرية مما قد يؤثر ايجابيا على حالة الطفل داخل الاسرة. فان هذا

العلاج مفيد في حالة وجود مشكلات انفصال او تفكك اسري، أو وجود بناء معرفي مشوش، أو علاقات غير منسقة، فيعمل الاختصاصي على اعادة التوازن الاسري،وتصحيح الاخطاء الموجودة، ووقاية الطفل من الوقوع في مشاكل لاحقة.

5-5-العلاج التربوي :

نتطرق في هذا الاسلوب العلاجي الخاص بالمصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه إلى العلاج التربوي لأن للمدرسة الدور الاساسي إذ فيها تندرج الادوار التربوية من المعلمين إلى المواد التعليمية وغيرها. في هذا العلاج سنحاول أن نشير إلى أهم الاستراتيجيات التعليمية والتي تخدم المعلم وتساعده على تخطي المشكلات التعليمية الحاصلة مع هؤلاء التلاميذ الموصوفون بفرط الحركة ونقص الانتباه.وهذا ما اشار اليه كل من السيد على سيد وفائقة محمد بدر1999 في (محمد القاضي،2011 : 80) إلى أن واقف التعليمية وكذا مصادر المعلومات، لأن الطفل الذي يعاني من هذاهؤلاء الأطفال يحتاجون إلى التنوع في المالم اضطراب سريع الملل، كما أنه يحتاج إلى بعض العناية والاهتمام خاصة في حجرة الدراسة العادية مع اقرانه الاسوياء. حيث ان تشتت انتباهه وضعف قدرته على الانصات وعدم قدرته على متابعة التعليمات، وما يعانيه من اندفاعية في النشاط الحركي يؤثر بطريقة مباشرة على تلقيه للمعلومات ومدى فهمه لها، لهذا يجب على المعلم أن يحاول السيطرة على الاعراض في حجرة الدراسة العادية، من خلال استخدام بعض الاستراتيجيات التربوية التي تعتمد على جذب انتباه الطفل والسيطرة على سلوكه غير المرغوب في موقف تعليمي يتسم بالإثارة والتشويق.

5-6-التدخل السلوكي:

تعتبر هذه الاستراتيجية من أهم الاستراتيجيات المستخدمة في علاج اطفال ذوي فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه من أجل السيطرة على سلوكياتهم غير المناسبة، مما يؤدي بدوره إلى لتحسين أدائهم المدرسي الاكاديمي فهم يتميزون بالعناد والتصرفات السلبية والحركة الدائمة وعدم اتباع التعليمات. ويمكن تلخيص العلاج السلوكي في أمرين هما

- تدريب الوالدين على تعديل سلوك طفلهم المضطرب.
- تزويد الطفل بمهارات فقدها بسبب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه.

5-7-علاج الوظائف التنفيذية:

كما تم الاشارة من قبل فإن الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه يعانون من صعوبات تعليمية مرتبطة بالعمليات العقلية فهم غير قادرين على وضع اهداف لحياتهم او وضع خطط لأعمالهم بالإضافة إلى عدم قدرتهم على الاستجابة المعرفية السريعة والصحيحة.

كما تبين دراسة مفيدة بن حفيظ 2014 مدى فعالية الاهتمام ب الوظائف نالت فيذية عند الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه اذ قامت بتص ميم برنامج علاجي للأطفال المصابين باضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة، وفقا للمقاربة العلاجية الميتا معرفية المعتمدة على مهارات التنظيم الذاتي :التخطيط والمراقبة والتقييم، قبل وأثناء وبعد إنجاز المهام، هذه المهارات التي يفتقدها الطفل المصاب بهذا الاضطراب تم التوصل إلى النتائج التالية : نجاح البرنامج العلاجي المصمم في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة على حالة الدراسة المعتمدة من ، خلال نجاح علاج أبعاده الثلاث من نقص في الانتباه، فرط الحركة، اندفاعية، وهذا ما يجعلنا من نجزم خلال هذه النتائج المتوصل إليها على ضوء حدود البحث ،بفاعلية المقاربة العلاجية الميتا معرفية الموظفة في البرنامج العلاجي المصمم ، والمدربة على مهارات التنظيم الذاتي في علاج اضطراب نقص الانتباه المصحوب بفرط الحركة في مرحلة الطفولة المتأخرة .

5-8-طريقة تشغيل الانتباه:

يشمل التدريب في عمليات الانتباه مستويين.

أولا: السعي بالطفل للبقاء في مكانه لفترة زمنية محددة مع مساعدته على التركيز طيلة هذه الفترة.

ثانيا: الدفع بالطفل من خلال التدريبات على تركيز انتباهه ونقله من نشاط إلى نشاط اخر بمبرر.

من الاساليب التدريبية على الانتباه لدينا تمارين تخص الانتباه السمعي واخرى لها علاقة بالانتباه البصري

وتستخدم في هذه الاساليب ادوات تعليمية ومجسمات للأحرف والارقام. كمثال على هذه التدريبات كأننا نطلب من الطفل أن يركز انتباهه على عدد المرات التي سمع فيها صوتا لحرف معين.

5-9-اسلوب التركيز البصري:

تتم عملية تدريب الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على التركيز البصري بين الاهل والطفل على الشكل التالي:

- يتدرب الاهل على كيفية اعطاء الاوامر للأطفال وذلك بتركيز البصر على الطفل وتركيز بصر الطفل على من يعطيه الاوامر.

- اعطاء نوع واحد من التعليمات فقط في كل مرة و يجب أن تقدم هذه التعليمات بشكل مباشر مثلا على شكل سؤال: " ممكن أن تضع الكتاب على"ضع الكتاب فوق االطاولة؟".

- استخدام نبرة صوت هادئى عند اعطاء الاوامر أو التعليمات مع الغاء المشتتات من حول الطفل.

- النظر إلى الطفل حوالى 20الى 30 ثانية بعد اعطاء الاوامر أو التعليمات حتى ولو كان غير مهتم.

- عدم تكرار التعليمات حتى تنتهي فترة 30 ثانية والهدف من هذا هو اعلام الطفل بجدية الامر.

- تدريب الأهل والمتعاطين مع الطفل المصاب بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه على تحاشي نظرات الغضب اثناء النظر للطفل واستبدالها بنظرات جادة.

5-10-الاشراف والمتابعة الفردية:

إن عملية الاشراف والتعليم الموجه الخاص بالطفل المضطرب قد يساعده على اكتساب مهارات هو غير قادر على اكتسابها. ولكن ما يجب لفت النظر إليه أن هذا الاشراف الموجه والمتابعة الفردية سيؤديان إلى تحسين قدرات الطفل الاكاديمية وليس علاج الطفل من مشكلاته التعليمية.

ومن بين الاساليب العلاجية هو اسلوب بتدريس عن طريق الاقران حيث يقوم التلاميذ بتدريس موضوع جديد الى بعضهم البعض تحت اشراف المعلم طبعا. وقد اشارت الدراسات التربوية العلاجية أن 50% من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه قد اظهروا تحسنا في المستوي الدراسي عن طريق استخدامهم اسلوب التعليم عبر الاقران مقارنة مع طريقة التعليم التقليدي.

استنتاج

نستخلص من هذا أن هذا الاضطراب يؤثر بشكل كبير على حياة الفرد وكذا مجتمعه لما يسبب له العديد من المشاكل النفسية والأسرية والتعليمية وأيضا الاجتماعية والتي قد تستمر إلى مراحل متقدمة من حياة الطفل إذا لم يتم تشخيصه مبكرا ووضع خطة علاجية مناسبة.

المحاضرة الثانية

الاضطرابات الادراكية

- **تمهيد**

يعد الإد راك واحدا من أكثر العمليات المعرفية أهمية في معالجة وتجهيز المعلومات.إن سلوكنا يعتمد بصورة كبيرة على كيفية ا دراكنا للعا لم الذي يحيط بناء فسلوك الفرد يمثل انعكاسا لإد ا ركه؛ لذ لك فسوف نبدأ في هذه المحاضرة بتعريف الادراك مبينا اهم الخصائص التي تشارك في هذه العملية ثم نركز على الادراك البصري باعتباره أهم نظام ادراكي لدى النوع البشري، كيفية التازر البصري الحركي،مختلف القوانين التي تتحكم في الادراك البصري، اهم صعوبات الادراك البصري وتطرق الى مختلف العلاجات لذلك.

1-تعريف الإدراك:

هو تلك العملية النفسية التي تسهم في الوصول إلى معاني ودلالات الأشياء والأشخاص والمواقف التي يتعامل معها الفرد عن طريق تنظيم المثى ا رت الحسية المتعلقة بها وتفسيرها وصياغتها في كليات ذات معنى(حافظ، 1998 ،ص24)

تعريف لوفن وشوفنر- " leven & shefner "(1981):

"إنه عملية تفسير المعلومات التي تأتي بها المجسات الحسية."

- "تعريف كوفنcoven"(1986):

"الإد راك هو عملية تجميع الإنطباعات الحسية وتحويلها إلى صورة عقلية"(الزغول وآخرون، 2003 ،ص111)

تعريف محمد نجيب الصبورة1987)

"هو قدرة الفرد على تنظيم التنبيهات الحسية الواردة إليه عبر الحواس المختلفة ومعالجتها ذهنيا في إطار الخبرات السابقة والتعرف عليها وإعطائها معانيها ودلالاتها المعرفية المختلفة (ملحم، 2002 ،ص222)

- "Ashcraft "(1989):تعريف أشك ا رفت

"الادراك كات التي قد تسبب للفرد قلقا يسعى إلى تجنبه (الزغول وآخرون، 2003 ،ص111)

-تعريف عبد الحليم محمود وآخرون1990

"إن الادراك عملية إنتقاء متصل لبعض المنبهات دون غيرها، وهو عملية إستبعاد مستمر للمدركات التي قد تسسبب للفرد قلقا يسعى إلى تجنبه (عطية، 2001 ،ص104)

تعريف داوود المعايطة1996

"بأنه القدرة على تمييز المعلومات الحسية،حيث يستطيع الطفل تمييز الإستثارات الحسية(سا لم وآخرون، 2006 ،ص 81)

– تعريف جنتر Guente" (1998): هو عملية التوصل إلى المعاني من خلال تحويل الإنطباعات الحسية التي تأتي بها الحواس عن الأشياء الخارجية إلى تمثيلات عقلية معينة وهي عملية لا شعورية ولكن نتائجها شعورية (منسي وعبد المنعم، 2006،ص367)

–الادراك ظاهرة نفسية يمكننا أن نشعر بها، وأن نستوعبها لوقوعها في ظروف طبيعية أو لحدوثها في تفاعلات الوعي الناتج من سلوكنا وإد ا ركنا لما يحيط بنا من أشياء تنطلق من الموجودات الناتجة في مجال عا لم النفس ومصحوبة بطائفة من المؤثرات الشعورية الخاصة.(عاقل، 1991 ،ص52)

–هو عملية ترجمة للمحسوسات التي تنتقل إلى الدماغ على شكل رسائل مرمزة ماهيتها نبضات كهربائية تسري عبر الأعصاب الحسية التي تصل بين أعضاء الحس والدماغ، وهو عملية بنائية بمعنى أن الإشارات الكهربائية الواصلة إلى الدماغ تتجمع ويتألف منها مدرك كلي ذو معنى (الوقفي، 2000 ،ص226).

2––خصائص الإدراك:

من أبرز ما يمكن ذكره فيما يتعلق بخصائص الادراك مايلي:

أ– عملية تتوسط العمليات الحسية والسلوك وهذا يعني أنها عملية غير قابلة للملاحظة المباشرة وإنما يستدل عليها بالإستجابات الصادرة عن الفرد (طارق وعامر، 2008 ،ص56)

ب–عملية إستخدام للإحساسات الصادرة عن المنبه والخبرة الماضية وتكامل بينهما، وهذا ما يجعل الإدراك ا عملية فردية فريدة بمعنى أنها لا تتأثر بالمحيط الفيزيائي فحسب وإنما تتأثر بذكريات الفرد وإنفعالاته (المليحي، 2004 ،ص205)

ج–عملية ملء للفرغات أو تكملة للأشياء أو الأشكال.فليس من الضروري لادراك الموضوع ظهور كل أجزائه (أبو المكارم، 2004 ،ص124)

من خلال ما سبق ترى الطالبة أن الادراك يتميز بخصائص وينفرد بها، فهو عملية من العمليات الحسية، وهو غير قابل للملاحظة المباشرة وإنما يستدل عليه ا من خلال إستجابات الفرد .وأيضا هو عملية فريدة لأنه لا يتأثر بالمحيط الفيزيائي وإنما يتأثر بإنفعالات الفرد وذكرياته.

3–مراحل الادراك:

تمر عملية الادراك البصري بخطوتان أساسيتان وهما كالتالي:

الخطوة الأولى في الإدراك البصري:

هي التعرف على المثير المرئي في البيئة أي الإحساس بهذا المثير، ويتم ذلك عن طريق جهاز البصر وهو العين التي تستقبل المثيرات من البيئة ونقلها عبر العصب البصري إلى المخ لكي تعطي تعليماتها بالإستجابة لها وفق خصائصها لكي تحقق نوع من التكامل النفسي والفسيولوجي والإجتماعي للفرد في علاقته بنفسه وبالواقع (الحاج، 2010 ،ص66)

الخطوة الثانية في الادراك البصري:

هي الإنتباه لهذا المثير ثم تليها الثالثة وهي الإدراك بالجهاز العصبي المركزي وتفسيره لها من ناحية الشكل واللون والحجم وتقديره لمعانيها ادراك (اشاهين، 2009 ،ص ص،275)

حتى تتم عملية الإد ا رك لابد أن يمر بعمليتين أساسيتين وهما الإحساس)الإحساس بالمثير عن طريق جهاز البصر(، والإنتباه لهذا المثير وإن أي خلل فيهما يؤثر على الادراك (الطويل، 1999 ،ص159)

ثانيا :الادراك البصري:

–مفهومه: هو وضع الأشياء أو المدركات في الفراغ حين يتعين على الطفل أن يتعرف على إمكانية تسكين شيء أو رمز أو شكل) كلمات – صور – أشكال – حروف (في علاقة امكانية لهذا الشيء مع الأشياء الأخرى المحيطة **عبدالهادي، 2006 ،ص236**

4–تعريف الإدراك البصري :يعرف الادراك البصري على أنه:

"عملية معرفية مركبة ومرحلة أساسية من مراحل تجهيز المعلومات القادمة من العا لم الخارجي ومن خلال المنافذ البصرية لأجل تفسيرها وإعطائها المعاني ومن ثم تنظيمها في البناء المعرفي لدى الفرد والإستجابة أثناء الحاجة، أيضا فالخبرة السابقة تمكن الفرد من ترجمة إحساساته التي يتلقاها من العا لم الخارجي(العتوم، 2004)

تعريف إزنك وكيان1995)

" الإدراك البصري عملية بسيطة وعفوية على الرغم من أنه – في الواقع –عبارة عن مجموعة كبيرة وشديدة التعقيد من العمليات المتضمنة في تحويل المعلومات الحسية (أبوالمكارم، 2004 ،ص25)

–تعريف هشام محمد الخولي:

"يعبر الإدراك البصري عن طريقة الفرد في التعامل مع العا لم الخارجي بطريقة بصرية ويهدف إلى التفسير والتعرف على المثيرات الخارجية (سلمان السيد، 2003 ،ص24)

–تعريف عبد المنعم الحفني:

"الإدراك من خلال حاسة البصر يتم إد ا رك الأشياء بألوانها وحجومها وأشكالها ولمعانها ومكانها وإتجاهها، ومسافتها وكلها صفات ثابتة له (الحفني، 1994 ،ص956)

يقصد بالإدراك البصري بأنه عملية تأويل وتفسير المثى ا رت البصرية وإعطائها المعنى والدلالات (ملحم، 2002 ،ص 228). يعتمد الادراك البصري على:

– المطابقة:

وتتمثل في قدرة الفرد على تحليل مكونات المجال الإد راكي كلية والوصول إلى الحكم صحيح لما يستغرقه أو يتضمنه هذا المجال،كما تعد القدرة على إعادة تنظيم المجال البيئي المدرك تنظيما مختلفا للوصول إلى ذات المجال ولكن بصورة وترتيب مختلف من المها ا رت اللازمة للإدا رك.(عبد الخالق، 1999 ،ص217)

–التمييز البصري:

هو القدرة على التعرف على الحدود الفارقة والمميزة لشكل عن بقية الأشكال المتشابهة من ناحية اللون والشكل والحجم ومن أمثلة ذلك أن يميز طفل المدرسة بين الحروف المتشابهة أو الأرقام أو الكلمات أو الأشكال .(العتوم وآخرون، 2005،ص80)

-الثبات الادراكي:

عدم تغيير طبيعة المدرك البصري وماهيته شكلا أو مساحة أو لونا أو حجما أو عمقا أو عددا مهما إختلفت المسافة بين أبعاد مكوناته أو مسافة النظر إليه.

-ادراك العلاقات المكانية:

يشير المفهوم إلى قدرة الطفل على التعرف على وضع الأشياء في الفراغ.

-الإغلاق البصري:

هو مكون إدراكي يشير إلى قدرة الطفل على أن يتعرف على الأشياء الناقصة بإعتبارها كاملة، ومن ثم فإن مهمة الإغلاق البصر يجب أن تتضمن قدرة الطفل على تحديد ماهية الأشكال حتى ولو كانت ناقصة(سولسو، 1996 ،ص 175)

-صعوبة التمييز بين الشكل والأرضية:

هو الضعف في التركيز على إختيار المثيرات المطلوبة من بين مجموعة من المثيرات المنافسة عند حدوثها في وقت واحد، وهي مشكلة ترتبط بالإنتباه الإنتقائي وسرعة الإدراك .

-التآزر البصري الحركي:

يعرفها عبد الرقيب البحري" هي القدرة على حدوث تناسق سليم بين العين واليد والتكامل بين حركة العين والجسم لأداء أنشطة عديد (عبد الرحمان وزياد، 1989 ،ص76). الإدراك البصري هو عملية تحويل المثير البصري من صورته الخام إلى الجشطلت الادراك الذي يختلف معناه ومحتواه عن العناصر الداخلية فيه (عبد الله العشاوي، 2004 ،ص1)

5-قوانين الادراك البصري:

فيما يلي عرض لهذه القوانين:

5-1-قوانين تجميع الأشكال:

إن معظم الأشكال التي نراها مكونة من عدة عناصر، وإدراكها يحتاج إلى تجميع وتنظيم تلك العناصر ومن أهم هذه القوانين نذكر مايلي:

5-2-قانون التقارب:

ينص هذا القانون على أن العناصر القريبة من بعضها تدرك على أنها شكل واحد لأن المسافات القريبة بين هذه العناصر تجعلها تنتظم في سياق واحد، ولذلك ندركها على أنها شكل واحد.

5-2-1-قانون التشابه:

ينص هذا القانون على أن العناصر المتشابهة تجتمع معا حيث ينتج عن تجمعها شكل منظم.

(طاع الله، 2008 ، ص40)5-2-2—

5-2-2-قانون الإتصال (الاستمرار)

ينص هذا القانون على أن العناصر التي تتابع في خط منحني أو مستقيم تدرك على أنها تنظيم لشكل واحد.

5-2-3-قانون الإغلاق:

ينص هذا القانون على أن الأشكال التي تحتوي على فجوات في محيطها ندركها على أنها أشكال كاملة حوافها مغلقة، بمعنى أن عملية الإغلاق تملأ فجوات الشكل لكي تجعل له معنى إد ا ركي.

ويرجع السبب إلى أن جهازنا البصري يقوم بملء ف ا رغات الأشكال التي تحتوي على فجوات من خلال عملية الإغلاق لكي يجعل الشكل له معنى إد راكي (الزيات، 1995 ،ص112)

5-2-4--قانون الإتجاه:

ينص هذا القانون على أن العناصر التي تتحرك في إتجاه واحد ندركها على أنها شكل واحد.

(طارق وعامر، 2008 ،ص90)

5-2-5-قانون با رجبانتس لجودة الأشكال:

إن هذا القانون ينص على أن الأشكال الأسهل والأسرع في الإدراك هي تلك الأشكال التي تتصف بالبساطة والتناسق والإنتظام، ولذلك نتنبأ بأن بعض الأشكال الهندسية أسهل وأسرع في إد ا ركها من الأشكال الأخرى.

-5-2-6-قانون الشكل والأرضية:

ينص هذا القانون على أننا ندرك الأشياء وفقا لتنظيم الشكل والأرضية، بمعنى أنالإنسان ينظم الأشياء التي ى ا رها إلى شكل وأرضية، حيث يتحدد الشكل بالحواف المحيطة به التي تميزه، بينما تكون الأرضية هي الخلفية التي تقع خلف الشكل وهي بدون حواف. وهناك مبدأ عام في العلاقة بين الشكل والأرضية وهو أن المنطقة الأصغر في المشهد البصري تدرك على أنها شكل، بينما تدرك المنطقة الأكبر على أنها أرضية، وأحيانا تكون حواف الشكل غير موجود ورغم ذلك تؤثر على ادراكنا للشكل والأرضية وفي مثل هذه الحالة.

6-العوامل المؤثرة في الادراك البصري

هناك عدد من مجموعات العوامل التي تؤثر في عملية الإدراك ويمكن تصنيف تلك العوامل في المجموعات الرئيسية الثلاث التالية:

6-1--مجموعة العوامل المتعلقة بالمثير(المنبه:) إن أي خصائص تجعل الشي، متميزا عن غيره من الأشياء تزيد من احتمال فهمه وإدراكه، بمعنى آخر يزيد انتباه الفرد وينجذب إلى مدركات ومثيرات معينة يختارها دون غيرها، وذلك بسبب تميز هذه المدركات بخصائص معينة. وفيما يلي نعرض هذه الخصائص:

-الشدة :كلما كانت المثي ا رت أو المدركات من حولنا قوية وشديدة :كلما أمكن إدر اكها بصورة أسهل.

–الحجم :كلما كان المثير ذو حجم أكبر، كلما أمكن الانتباه إليه أكثر من الانتباه المثي ا رت ذات الحجم الصغير، فقد يستفاد من ذلك عند تصميم الإعلانات فيجب أن تكتب العناوين الرئيسية ذو حجم كبير.

–التباين :كلما كان المثير متميزا ومتباينا، عمن حوله من باقي المثي ا المثيرات قد يستدعي انتباهه أكثر من الخطابات الأخرى.

–**التكرار** :كلما تكرر وجود المثير أمام الشخص .كلما ا زد احتمال الانتباه اليه .ويمكن الاستفادة من ذلك فتكرار الإعلان في التلفزيون يزيد من انتباه الشخص إليه.

–الحركة :كلما كان المثير متحركا أمكن الانتباه إليه أكثر من المثير الساكن، فاللافتات ذات الأضواء المتحركة أكثر جذبا من اللافتات الساكنة.

–**الجدة** :كلما كان المثير جديدا عمن حوله من المثيرات العادية أمكن الانتباه إليه بصورة عالية.

–**الألفة** :كلما كانت المثيرات مألوفة لدى الفرد ذلك مقارنة بما حوله من اشياء، غريبة إلى هذه الأشياء، فإن يميل إلى هذه الأشياء المألوفة.

6–2––مجموعة العوامل المتعلقة بالفرد:

وهي مجموعة الخصائص التي يحملها الفرد في ذاته وتؤثر في جذب انتباهه إلى المثير الخارجي، وتعمل هذه الخصائص على تحديد مدى ادراك الفرد للمنبهات الخارجية ونوعية تلك المنبهات التي يوليها الفرد انتباها أكثر من غيره من ولذلك فأن الافراد يختلفون في إدراكهم للمثي ا رت ومن حولهم لاختلاف خصائصهم الآتية وأهم هذه الخصائص هي:

–قدرات الحواس :كلما ا زدت قدرة حاسة معينة أو أكثر ا زدت فرص التقاط الفرد لمثير أو أكثربهذه الحاسة أو خواص أخرى مكملة.

–الدافعية :غالبا ما يتأثر ادراك الفرد بدافعيته :وقد ينتج ذلك عن حالة الفرد الفسيولوجية أو خبرته الاجتماعية، قد يعلم الفرد تركيز انتباهه على المثيرات التي تعزز أو تشبع دوافعه، بحيث إذا لم يدفع الفرد إلى إدراك مثير معين بمعنى أن ادراركه لهذا المثير لا يلق مكافأة أو تعزيز فيميل إلى تجاهله.

أوضحت الد ا رسات التي أجريت على حيل الدفاع الإد راكية أن بعض الأفراد قد يدركون المثيرات تقدم إليهم على أنها مثيرات مقبولة أو نظيفة، رغم أنها قد تكون في الواقع مثيرات غير مقبولة أو' قدرة.

–**الخبرة السابقة** :قد تساهم الخبرة السابقة للفرد على توقع المعاني التي قد تحملها المثيرات على المواقف المستقبلية، ومثل هذه التوقعات قد تكون صحيحة أو غير صحيحة.

–التأهب :يعرف التأهب بأنه ميل الفرد في المواقف للاستجابة بأسلوب معين، هذا الميل بتغير التعليمات.

–**الاستعداد النفسي** :تعتبر الحالة الذهنية عاملا رئيسيا في إد ا رك الفرد للمؤثرات الخارجية، حيث أنها تحدد مدى قدرة الفرد على التركيز على المثيرات من حوله.

–الاتجاهات والمعتقدات :وهي قريبة جدا من الاستعداد الذهني حيث أن الاتجاهات هي تكوين فكري نحو شيء مادي أو غير مادي، ولذلك فإن المؤث ا رت الخارجية يكون تأثيرها حدودا في جلب انتباه الفرد، إن لم تنسجم مع اتجاهاته واعتقاداته إيجابا وسلبا .بمعنى أن المؤثر يشد انتباه الفرد حتى لو كان ذلك المؤثر سلبي نحو اتجاهات المستقبل وبالتالي يسلك بطريقة عدوانية اتجاه ذلك المؤثر.

–المزاج النفسي :وهي الحالة الانفعالية السارة أو المؤلمة التي تؤثر على ادراك الفرد للمؤثرات التي تدور من حوله.

–**القدرات العقلية** :إن قدرة الفرد العقلية لعب دورً !مهما في قدرته على التفسير اولتحليل وبالتالي إدراك المثيرات الخارجية :فالشخص الذكي يكون أقدر على امتلاك قدرات ادراكية أقل من الشخص الأقل ذكاء.

–**التوقع** :يرى الإنسان أو يسمع ما يتوقع أن يرى أو يسمع فكل إنسان يغلب أن يدرك ما يتوقعه.

6–3–العوامل المتعلقة بالبيئة:

لا شك أن وجود الفرد في بيئة اجتماعية وسياسية يؤدي إلى تحديد كيفية ادراك الفرد للمثي ا رت المحيطة به وتلعب الأسرة التي تعتبر الوحدة الاجتماعية الأولى دو ا ر رئيسيا تربية الفرد، و نشأته قيمه وعاداته وتقاليده واتجاهاته التي تقوم بتحديد ادراكاته إضافة إلى فإن المجموعة التي ينتمي إليها الفرد(مجموعة العمل مثلا)لها أثر رئيسي في درجة إدراكه للأشياء المحيطة به، ومن المعروف أن الفرد يميل إلى ادراك الأشياء التي تنسجم مع إدراك مجموعته رغبة منه في إحساس الجماعة بالتماسك والتوافق ، كما أن المؤسسات التربوية والتعليمية الرسمية وما تقدمه من مناهج وبرامج في مراحلها المختلفة، تعتبر أداة فعالة في توسيع أفق الفرد للمعلومات التي يتلقاها وبالتالي تساعده في إد ا ركاته المختلفة، وتجدر الإشارة إلى عامل الطبقة الاجتماعية والاقتصادية كمؤثر قوي في تنمية إدر اك الفرد، كما أن الاختلاف الجغرافي يعتبر من المؤثرات الادراكية (كمال محمد المغربي، 97 – 96)

7– صعوبة الإدراك البصري:

يعاني بعض التلاميذ من مشكلات في الإدراك البصري حيث يصعب ترجمة ما ير ونه، وقد لا يميزون بين الأشياء وعلاقتها بأنفسهم بطريقة ثابتة وقابلة للتنبؤ، فالتلميذ هنا قد يعاني من مشكلات منها عدم القدرة على الحكم على الحجم أو تقدير المسافة بين الأشياء. (حافظ، 1998 ،ص87)

صعوبة الإدراك البصري من الصعوبات النمائية التي تثير الإزعاج نظرا لإعتماد التدريس على العرض المرئي للمعلومات ومن ثم تؤثر كفاءة الإدراك البصري على إستعاب كافة الأنشطة المعرفية والأكاديمية والمهارية

(الزيات، 2008 ،ص64)

7–1–تعريف صعوبة الإدراك البصري: هوعدم قدرة الطفل على تمييز الفرق بين مثيرين بصريين أو أكثر، وقد يكون غير قادر أيضا على تمييز الخصائص المتعلقة بالحجم والشكل والمسافة و الإدراك العميق، وغير ذلك من الظواهر والأشياء

والأحداث التي تشكل للطفل صعوبة في التعلم خاصة ما يرتبط منها في معرفة وإستخدام الحروف والكلمات والأعداد في القراءة والكتابة والحساب (ملحم، 2002 ،ص228)

-يعرف على أنه عدم قدرة الطفل على التمييز بين الأشكال وإد ا رك أوجه الشبه أو الإختلاف بينهما من حيث اللون والشكل والحجم والنمط والوضوح والوضع والنمو والكثافة والتي تؤثر في تعلم القراءة والكتابة والرسم والحساب (عبد الله العشاوي، 2004 ،ص109)

-ويعرف أيضا بأنه ضعف القدرة على الإدراك وتفسير معاني المعلومات البصريةو فهمها (الزيات، 2008 ،ص65)

-يقصد بصعوبة الإدراك البصري هو عدم القدرة على التعرف على المرئيات وتمييزها لدقة البصر وحدته، وهي صعوبة كثيرا ا ما تواجه بعض من ذوي صعوبات التعلم حيث يجدون مصاعب في التمييز البصري للحروف والكلمات والأشكال الهندسية والأعداد والصور (الوقفي، 2003 ، ص293)

بناءا على التعريفات السابقة نلاحظ أن الطفل الذي يعاني من صعوبة في الإدراك ، هو الطفل الذي يعاني من الخلط بين الحروف والأشكال المتشابهة كالأشكال الهندسية وكذلك الكلمات في القراءة والكتابة ومن ثم يفشل في المهام والواجبات المقدمة إليه، ولا يتوقف عند ذلك وإنما يتعدى كذلك إلى التوجه المكاني و الإدراك الشكل والأرضية والتذكر البصري وغيرها.

7-2-انواع صعوبات الإدراك البصري

7-2-1-صعوبة التمييز البصري

ويقصد بالتمييز البصري عدم قدرة الطفل على التفريق بين الشكل المرئي وآخر كالتمييز بين الصورة وخلفيتها أو التعرف على جوانب التشابه والإختلاف للمثيرات ذات العلاقة فالطفل صاحب الصعوبة يصعب عليه تمييز الشكل أو المثير ككل.كما يصعب عليه أن يميز بين الصورة الصحيحة و المعكوسة للحروف والأرقام والأشكال فهو يكتب 3 هكذا ع ويكتب 6 هكذا 9 والرقم 10 هكذا 01 ويصعب عليه أن يميز بين الأشكال الهندسية كالمثلث والمربع والمستطيل ويقوم بجمع العمليات الحسابية بطريقة خاصة (العدل، 1999 ،ص83)

7-2-2-صعوبة تمييز بين الشكل والأرضية أو الصورة وخلفيتها:

وهي عدم قدرة الطفل على الفصل بين الصورة والشكل من الأرضية التي وجد عليها وهي الخلفية المحيطة به، كالتفريق مابين الجملة أو الكلمة المكتوبة والأرضية التي كتبت عليها وما يحيط بهاو يرد ذلك إلى إنشغال الطفل بمثير آخر غير المثير المستهدف)الكلمة أو الجملة (وهو الهدف الذي وجد نحوه الإد ا رك فيشتت إنتباهه ويتذبذب ادراكه فيخطئ في مدركاته البصرية .(فهمي،ب س،190)

7-2-3-صعوبة سرعة الادراك البصري:

هي المدة الزمنية المطلوبة حتى تتم عملية الإستجابة من قبل الفرد للمثيرات الحسية البصرية والتعرف عليها وإعطائها معانيها ودلالاتها، فيحتاج عادة أطفال صعوبات سرعة الادراك البصري إلى وقت أطول في عملية تحليل ومعالجة المعلومات البصرية التي يشاهدونها مثل الأ رقام والكلمات والصور والأشكال مما ينعكس سلبا على تعلمهم للقراءةالصحيحة والكتابة السليمة وتعلم الرياضيات بيسر وسهولة مما يزيد من فاعلية التعلم).

(البطاينة وآخرون، 2005 ، ص،114)

7-2-4-صعوبة الإغلاق البصري:

ونعني به القدرة على التعرف على الصيغة الكلية لشئ ما، من خلال صيغة جزئية له،أو معرفة الكل حين يفقد الجزء أو أكثر من هذا الكل ، كما أن الأطفال الذين يعانون من صعوبة في الإغلاق البصري يصعب عليهم تركيز الإنتباه على الشكل فيبدو لهم غير مستقل عن الأرضية التي يرتكز عليه (ملحم، 2002 ، ص،228)

7-2-5-صعوبة ادراك العلاقات المكانية:

يتطلب الإدراك العلاقات المكانية ادراك الطفل في القراءة مثل علاقة الحروف مع أمكنتها في المكان الذي وجدت فيه وفق حجم وشكل والمساحة محددة حيث يؤثر بعد المسافة أو قربها بين الرموز الكتابية على ادراكه صحيح مما ينعكس سلبا على أدائه التعليمي(الزغول وآخرون، 2003 ،ص145)

7-2-6-صعوبة الذاكرة البصرية:

تعمل الذاكرة البصرية على إسترجاع الصور البصرية التي تم تعلمها مما يسهل أمام الأطفال إمكانية تعلم القراءة والكتابة من خلال سرعة إستذكار صور الحروف والكلمات مما يسرع في عملية ق ا رءتها في حين أن ذو صعوبات الذاكرة البصرية يواجهون صعوبات في التعرف على الكلمات مما يدفعهم إلى تهجئتها(عبد الهادي، 1998 ،ص89)

7-2-7-صعوبة التآزر البصري الحركي:

هي تلك المهارة التي تتآزر فيها العين مع حركة اليد عند التعامل مع الأشياء وخاصة في مجال النسخ والكتابة على السطر ومسك الأشياء وقذفها ،حيث يعاني الأطفال التآزر الحركي من عدم القدرة على القيام بهذه الأنشطة (البطاينة وآخرون، 2005،ص،115 ،114)

7-2-8-صعوبة التعرف على الأشياء والحروف:

وتعني ضعف القدرة على التعرف على طبيعة الأشياء عند رؤيتها أو تخيلها وتشمل هذه الصعوبة عدم التعرف على الحروف الهجائية والأعداد، والأشكال الهندسية(دائرة ومربع والأشياء....)(ملحم، 2002 ،ص229)

7-2-9-صعوبة في ادراك معكوس الشكل والرمز:

أوضحت الد ا رسات أن الأطفال الذين يعانون من هذه الصعوبة يفشلون في التمييز بين الأشكال والرموز ومعكوسها وترتيب حروفها مثل 4 و 7 و9 ، 6وعلم وعمل، ولذا يفشل هؤلاء في عمل التحسينات الضرورية للتعميمات الإدراكي التي تم تعلمها مبكرا (أبو المكارم، 2004 ،ص77)

7-2-10-صعوبة إدر اك الكل والجزء:

الجمع بين الكل وا إدراك الجزء يعد مطلبا أساسيا للتعلم الفعال وهي صعوبات هامة بالنسبة لعملية التعلم، فالأطفال الذين يدركون الكل هم الذين يرون الشئ في صيغته الكلية بينما الأطفال الذين يرون الجزء فهم يفتقرون إلى إدراك الكليات، ومنه الأطفال الذين يعانون من إضطراب الوظائف الإد ا ركية يجدون صعوبة في القراءة والكتابة وإدر اك الحروف والرموز(ملحم، 2002 ،ص ص،229)

نلاحظ أن الادراك البصري هو أكثر الأنشطة المعرفية الأساسية، فمنه تنبثق الأنشطة الأخرى، وهو أيضا من العمليات المتشابكة والمتفاعلة وهو يشتمل على أنشطة متعددة)كالإنتباه والإحساس والوعي والذاكرة(، ويعد الإدراك البصري نقطة إلتقاء المعرفةبالواقع، وكذلك العمليات المعرفية فعلا لا يمكن الفصل بينهما وإنما تعمل الواحدة جنب الأخرى حيث لا يكون هناك تخزين بدون فهم، والإدراك المعلومات وإن وجد تخزين عشوائي لمعلومات مشوشة لا معنى لها فمصيرها النسيان. هناك أيضا علاقة الذاكرة بالإدراك إما في ادراك الحروف أو الأشكال، وإن أي خلل فيها سوف ينتج عنه العديد من الصعوبات في مجال الإد ا رك البصري) صعوبة الإدراك البصري (ومنها:

-صعوبة التمييز البصري.

-صعوبة سرعة الإدراك البصري.

-صعوبة الإغلاق البصري.

-صعوبة الذاكرة البصرية.

-صعوبة التآزر البصري الحركي.

-صعوبة الإدراك الكل من الجزء.....إلخ).(العتوم، 2004 ،ص186)

وذلك لأن العمليات المعرفية تعمل بشكل متفاعل ومن الصعب الفصل بينها، لأنها سلسلة ككل. متماسكة الواحدة تؤثر في الأخرى ولفهم كل عملية يجب أن يفهم النشاط المعرفي.

8-تعريف الادراك السمعي:

الإدراك السمعي هو القدرة على تحديد وتفسير المعلومات والمعاني وربطها بالأصوات،[١] والتي يتم استقبالها عبر حاسة السمع، والعضو الحسي؛ الأذنين، على شكل موجات ترددية يمكن سماعها، تنتقل عبر الهواء، أو وسائل أخرى.[٢]

أهمية الإدراك السمعي يشكل الإدراك السمعي أحد أهم العوامل التي تساعد الإنسان على التكيف والتوافق مع البيئة، وذلك من خلال:[٣] فهم حديث الآخرين، وإصدار الاستجابات المناسبة. تحقيق عمليات التعلم، والتطور، والتثقيف. تحديد الزمان والمكان وذلك بإعطاء معاني للأشياء من حيث قربها وبعدها أو وجهتها، ووقت حدوثها. حماية النفس من خلال تحديد مصادر التهديد الصوتية وتجنبها، مثل صوت الحيوانات أو غيره.

مراحل الإدراك السمعي تمر عملية الإدراك السمعي بثلاثة مراحل أساسية، هي:

[٢] الاستقبال تتلقى في هذه المرحلة الأذن المعلومات على شكل موجات صادرة عن الإنسان أو وسائل مختلفة أخرى، كمرحلة أولى من مرحلة الإدراك السمعي، الجدير بالذكر أن الهواء عامل رئيسي في هذه المرحلة؛ إذ يساعد على نقل الموجات واستقبالها عبر الأذن إلى الأذن الداخلية. النقل تنقل الخلايا العصبية في هذه المرحلة إشارة معينة والتي تشكل المعلومات التي تم سماعها، وتوصلها إلى الجسم الركبي الإنسي، في المهاد. المعالجة تُرسَل المعلومات في هذه المرحلة إلى القشرة السمعية في الفص الصدغي، ليتم معالجتها والتفاعل معها، من خلال إصدار الاستجابات الصحيحة متوافقة معها.

9–صعوبات الادراك السمعي : تشنير الدراسنات إلنى أن القندرات اإلدراكينة السنمعية تنأتي فني المرتبنة الثانينة بعند النذكاء فني نجناح عمليننة القنراءة ، إذ أن القندرة علنى التحلينل والتسلسنل وتنذكر المثينرات السنمعية تعند أساسنية فنني مهننارة القننراءة ، فكلمننا ادادت كفننناءة التالمينند فنني تحلينل الكلمننات إلننى أصننوات مفننردة كاننت قن ارءتهم أفضنل، والتالمينذ النذين يعنانون منن صنعوبات النتعلم يفتقنرون إلنى القنندرة علنى اسنتقبال المعلومنات أو المثينرات عبنر وسنائط أو نظنم إدراكينة مختلفنة فني الوقنت نفسنه) التكامنل اإلدراكني)، ويصننعب علننيهم عمننل إغننالق سننمعي لمقنناطع الكلمننات الناقصننة أو اسننتكمال حنروف هننذه)5-4:1999 , NCLD (.الكلمات وتتكون صعوبات االد ارك السمعي من صعوبات فرعية هي

9- **1 صعوبة التمييز السمعي**: ضعف القدرة على التمييز والتفريق ما بين أألصوات والحروف المنطوقة ، وتحديد الكلمات المتشابهة والمختلفة .ويتعد مهاة التمي الصوتي من المهارات الضرورية للتالميذ لتعليم البناء الصوتي للغة الشفهية والتعبير عن الذات ، ومن ثم تعلم القراءة و التهجئة بصورة صحيحة ، ويصعب على التالميذ الذين يعانون من ضعف في مهارة التمييز السمعي التمييز بين الحروف المتشابهة وكذلك الكلمات ، مما يؤدي إلى الفهم الخاطئ لهذه أألصوات

9-2-**صعوبة التسلسل السمعي**: ضعف القدرة على ترتيب الفقرات في قائمة من المفردات المتتابعة ، كترتيب الحروف،أألعداد ،أألايام ..(،وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن التالميذ الذين يظهرون صعوبة في التسلسل السمعي غير قادرين على تنظيم وترتيب وسلسلة ما يسمعون ، ويعانون من صعوبات في تتبع المثي ارت السمعية مما يؤدي إلى صعوبة في الق ارءة (البطاينة وآخرون ،2010 – 104-105).

9-3-صعوبة دمج وإكمال الاصوات: ضعف القدرة على دمج صوت يتألف من صوت واحد مع أصوات أخرى لتكوين كلمة أو جملة ذات معنى ، ويعاني التاميذ ذوي صعوبات دمج االصوات من صعوبة في اكمال الكلمة المنطوقة اذا سمع ج ءا منها ، وتعد مهارة توليف االج اء مهمة في االغالق السمعي)كيرك وكالفنت ،1988 :171-172.

9-4-صعوبة الذاكرة السمعية : ضعف القدرة على استرجاع المثيرات السمعية التي تم خز نهاً ، أن هذه الصعوبة تؤدي إلى مشكالت في المتابعة الشفهية والمحادثة والفهم الق ارئي سابقا ، وكذلك تؤدي إلى البطء في عملية االدراك ، وهكذا تاميذ يحتاجون إلى اعادة الشرح للدر باستمرار (البطاينة وآخرون ، 2010 :105)

9-5-صعوبات تفسير الادراك السمعي حسب نظرية الجشتالت : إن المنطلق الرئيس في المنهج الجشتالتي من التعلم ، هو أن التعلم عملية ذات معنى ، أوً يمكن لها أن انه موضوع يختص بتعرف العا لم الخارجي ويعد بمثابة رحلة استكشاف مثيرة جدا تقدم استبصا ارً في البنى الطبيعة المعقدة المتداخلة التي نواجهها في حياتنا اليومية ، والنظرية الجشتالتية ال تقبل وجهات النظر التي تعد التعلم عملية آلية ، بل أن التعلم الحقيقي ينطوي على الفهم وليس إإليراط وتكوين االرتباطات)Richard.) 97:1999, والقضية أألساسية في نظرية الجشتالت هي قضية االهتمام بالتناقض بين ما يسمى "الكليات التي تساوي تماما مى "الكليات التي تتجاوزً المجموع الكلي لأجل ا ء المكونة لها" وما يس المجموع الكلي لأجل ا ء المكونة لها" ، إذ يرى أصحات نظرية الجشتالت انه ال يوجد سوى أبياء قليلة في الواقع يمكن أن ينطبق عليها وصف الكليات المساوية لمجموع أجز ائها (Benedetts 2000 : 36 ,ويعد مفهوم الجشتالت المفهوم الرئيسي في النظرية الجشتالتية ، والذي يصعب ترجمته ترجمة دقيقة ، لذلك ترجم إلى أكثر من معنى منها ؛ الصيغة ، الشكل ، النموذج ، الهيئة ، النمط ، أو الكل المنظم)محمد ، 2004: 151 ،)وهناك بعض المفاهيم الخاصة بنظرية الجشتالت منها :

-**البنية** : Structure لكل جشتالت بنية تمي ه عن غيره ، وتحدد البنية على وفق العالقات القائمة بين أألج اء المترابطة للجشتالت (الكل)، لذلك تتغير البنية بتغير العالقات القائمة بين أجز ا ء الكل، لذا فان التلاميذ ذوي صعوبات الادراك البصري يدركون على الاجز ا ء وعندما تتغير أألجز ا ء وتتبادل الادوار فانها تبدو مبهمة عندهم .

-**التنظيم** : Organization تنظيم بنية أي جشتالت بطريقة خاصة مميز ة ، وفهم تلك البنية يعني فهم طريقة تنظيمها ، ويعاني التلاميذ ذوو صعوبات التعلم من تشويش وتداخل في المثيرات الحسية فيصعب عليهم تنظيم تلك المثيرات ومن ثم إدراك البصرية منها (سليم ،2003: 281)

- إعادة التنظيم : Reorganization استبعاد التفاصيل التي تحول دون إد ارك العالقات الجوهرية في الموقف.

- **المعنى** Meaning يتحقق عندما يترتب على إدراك العالقات القائمة بين أج اء الكل

الاستبصار Insight : الفهم الكامل لبنية الجشتالت (الكل)من خلال إدراك العلاقات القائمة بين أجز ائه ، وإعادة تنظيم هذه العلاقات على نحو يعطي المعنى الدقيق له ، ويتم فجأة وبشكل حاسم في لحظة واحدة ، وليس بصورة متدرجة ، ولما كان اإلدراك مج أ عند التالميذ ذوي صعوبات اإلد ارك البصري فان العالقات تتغير ويصعب عليهم فهم البنية الجديدة (أبو 2009 :195)، جادو ويحد التعلم نتيجة الادراك الكلي للموقف ، وليس نتيجة إدراك أجز اء الموقف منفصلة ، فالموقف الكلي يفقد كثيرا من خصائصه وصفاته إذا حلل إلى أجز ا ئه ، والكل ليس مجرد إضافة أو جمع أالجز اء بعضها إلى بعض ، بل يشمل أكثر من ذلك ، فالجملة تشمل أكثر من الكلماتً والحروف التي تتكون منها ، كما أن إد ارك التالميذ ذوي صعوبات الادارك السمعي يكون بطيئاً ألنهم يتعاملون مع المثيرات السمعية بصورة مجز ئة للمواقف التعليمية التي تتطلب و مشاهدة الصور والاشكال والكلمات والجمل والرموز (سليم 2003: 289)ولو تم تحليل الوحدة الكلية لألبياء إلى أجز ائها أو عناصرها فانها تفقد معناها وذلك الن صفات أالج اء تتحدد بعلاقتها بالكل فهي تتغير عند عز لها عن الكل وعند انتقالها من وحدة كلية إلى أخرى (داود 199 :41)ويتضح مما تقدم أن التالميذ ذوي صعوبات الادراك السمعي يدركون الاصوات والكلماتً ، مما يؤدي بهم إلى التشويش وصعوبة الادراك بسب تغير الشكلً مجز أً وليس كليا والجمل إد اركاً للشكل الجديد وهكذا . الجز ئي عند تكوينه كليات مختلفة تبعا ومما يالحى أن التالميذ ذوي صعوبات الاد ارك السمعي يواجهون عادة متاعب في تفسير المثيرات السمعية والحصول منها على معلومات ذات معنى مما يجعلهم يصرفون معظم طاقاتهم العقلية في اكتشاف الحروف أو الكلمات دون االهتمام بالعمليات العقلية العليا كالفهم والاستيعات ا(لوقفي2011: 250ا)

10-العلاج

يمكن أن تشمل أنشطة تدعيم الادراك البصري على الآتي:

-نقل أو نسخ التصميمات التي يعدها المعلم وذلك بعمل تصميمات لأشكال ملونة ويطلب من الأطفال نسخ أو نقل هذه التصميمات وإعادة إنتاجها.

-تصميم المكعبات ذلك بتدريب على القيام بإنتاج نماذج متشابهة لمكعبات أو مربعات من الخشب أو البلاستيك الملون.

-البحث عن الأشكال في الصور :أطلب من الأطفال البحث عن الأشكال أو النماذج المتشابهة من بين مجموعة كبيرة من الأشكال و النماذج المتباينة.

-إستخدام نماذج الإختبا ا رت :أطلب من الأطفال تجميع أج ا زء الصور والأشكال التي تمت تجزئتها إلى قطع متباينة الحجم (عبد الله العشاوي، 2004 ،ص9)

-أنشطة التصنيف :أطلب من الأطفال تصنيف الأشكال المتباينة التي تقدمها لهم.

-مزاوجة الأشكال الهندسية :أطلب من الأطفال م ا زوجة الأشكال الهندسية التي تقبل التجميع أو التركيب معا، أو التي يمكن أن يحل بعضها محل الآخر(سلمان السيد 2000 ،ص167)

-الإدراك البصري للكلمات :أطلب من الأطفال تأويل أو تفسير معاني الكلمات التي يقوم بقرءاتها من صفحة الكتاب(ملحم، 2002 ،ص ص،237)

كذلك يطلب المعلم من التلاميذ معرفة أوجه التشابه والإختلاف في الأنشطة التالية:

-الفروق بين حجرة الناضر والفصل المعمل والمدرج .

-مضاهاة الألوان والمفارقة بينها.

-المقارنة بين أقلام الرصاص والحبر والجاف

-المقارنة بين الأطفال من أقر انه في الطول.

-المقارنة بين الأشكال الهندسية)المربع،المعين.(حافظ، 2006 ص54)

استنتاج

نستنتج مما سبق أهمية الإدراك في استقبال واستيعاب للخبرات عند الفرد و تعد صعوبات الإد راك البصري من أعقد المشكلات التي تؤثر على حياته حيث تعتبر هدف الصعوبات إحدى الروابط الأساسية بين العمليات المعرفية ، وهي عملية تتأثر بعدة عوامل داخلية وخارجية، حسب مبادئها لكونها عملية معرفية معقدة ترتبط بالعمليات المعرفية العليا .ولذا ينبغي تشخيص هذه الصعوبة في وقت مبكر حتى يسهل عملية التكفل بالحالة.

المحاضرةالثالثة

اضطرابات الذاكرة

- **تمهيد**

تعتبر الذاكرة ملكة معرفية تتيح للفرد الاحتفاظ بالخبرات اليومية، التي يتعرض لها و من هذا أعتبرت الذاكرة بمثابة محور للعمليات المعرفية و مركز نظام تكوين و تناول المعلومات . فالذاكرة قدرة ذهنية تمكن الفرد من استعادة المعلومات و الخبرات التي سبق لها تعلمها و تخزينها، و الذاكرة وفقا للأنظمة تقسم إلى الذاكرة السمعية، الذاكرة البصرية، و الذاكرة الحركية.

. 1- تعريف الذاكرة :

لغة : ترجع لفظة الذاكرة إلى الفعل ذكر و هي مؤنث لكلمة ذاكرة و تعني القوة النفسية التي تحفظ الأشياء في الذهن و تحضرها للعقل عند الإقتضاء (ابن منظور، 1994، ص236

. -1- 2 -**اصطلاحا**: يعرفها فؤاد أبو حطب: بأنها المنظومة التي تحدث العمليات التشفير و التخزين للمعلومات و الاستفادة بهذه المعلومات المخزنة بصورتها الأصلية و لا يتم ذلك إلا بعد إتمام عملية الاكتساب .و عرفها جورج ميلر: الذاكرة على أنها حفظ استقبال و إبقاء المهارات و المعلومات السابقة و اكتسابها و معنى ذلك أنهامستودع الذكريات و المعلومات و المعارف العقلية ثم المهارات الحركية و الاجتماعية المختلفة.(عيسوي،1997، ص261).و يرى المليجي أن الذاكرة هي العملية التي تتضمن اكتساب المعلومات و الاحتفاظ بها و ما يعقب ذلك من استدعاء و استرجاع و تعرف (المليجي،2004،ص225).و حقيقة الأمر أن أي تعريف للذاكرة يجب أن يشمل جميع العمليات المعرفية ابتداءا من الاستقبال إلى الاستجابة المعرفية.

2- **عمليات الذاكرة** : (طريقة عمل الذاكرة)ذكر Malin 1994 أن هناك شبه اتفاق بين علماء النفس المعرفي و العمليات التي تتضمنها الذاكرة وهي : عمليات الاكتساب (أو التشفير) ،عملية التخزين (أو الاحتفاظ) و أخيرا عملية الاسترجاع (الطيب، ،2006،ص38).و هذا ما ذكره ستيرلنج (2005) striling كذلك فحبسة مهما كان النموذج فهناك ثلاث مراحل (أو عمليات) أساسية لا يمكن الاستغناء عنها وهي : عملية إدخال المعلومات في

الذاكرة (ترميز واستدخال) الحفاظ على المعلومات في الذاكرة (تخزين) و تذكر المعلومات عند الحاجة (الاستدعاء أو الاسترجاع) .(الحموري، 222).ص،2011)

2- 1-عملية الاكتساب : و هي المرحلة التي ينتقي فيها الفرد المعلومات من المحيط الخارجي بهدف تخزينها يجري ترميز المعلومات الداخلة أولا على شكل اثار حسية (سمعية أو بصرية) و التي قد تكون : كلمات، جمل، نصوص، رسومات (أو حتى مقاطع و كلمات عديمة في الوضعية التجريبية المخبرية) ثم تعالج بدرجة أعلى من ذلك حيث تتحول إلى اثار على مستوى الذاكرة قصيرة المدى و من المحتمل بعد هذا أن تعالج على مستوى ذاكرة طويلة المدى (cordier,2004,p38)

2-2-عملية الاحتفاظ : تعرف loftus مرحلة الاحتفاظ بانها الفترة الزمنية التي تقضي بين الحدث أو الواقعة و إعادة جمع أجزاء خاصة من المعلومات المتعلقة بهذا الحدث، و تعتبر هذه الفترة الزمنية حساسة لأنها عالما يجر ترميز و الحدث يبدأ عدد من العوامل بالتاثير فيه (قاسم49 ص،1990). فالمعلومات التي تصدر من المسجلات الحسية إلى الذاكرة قصيرة المدى أي التي حظيت بقدر من الانتباه و تم تشفيرهاا. يمكن للذاكرة أن تتعامل معها لكي يشمل الاحتفاظ بهافي هذا الذاكرة لا للفرد أن يستمر في تسميعها . أما التخزين في الذاكرة طويلة المدى ثم تفسيرها بالاعتماد على عدة نماذج كالتنظيم الهرمي للمعلومات و النماذج الشبكية ، أي أن الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة في الذاكرة طويلة المدى يستوجب دمج تلك المعلومات بالمعلومات التي سبق الاحتفاظ بها (طيب، 43 ص،2006).

2-3- عملية الاسترجاع : و هي المرحلة التي يتذكر فيها الشخص ما خزنه من معلومات و كان موضوع الاسترجاع أحد المواضيع التي اهتم بهاالباحثين (thomason,1973,baddeley 1983 tulving,1968 osler,Tulving فقد ذكر Patterson و Tulvingأنها يوجد سببان لعدم استرجاع المعلومة : إما أن المعلومة التي بحث عليها الشخص لم تخزن من الوهلة الأولى- . و إما أن المعلومة مخزنة، و لكن يتعذر استرجاعها فالمعلومة هي هذه الحالة موجودة و لكن الوصول إليهاصعب و عليه فالاسترجاع يمثل التفاعل المعقد لثلاثة عوامل هي (Lambard,2006,p14)

- الطريقة الخاصة في ترميز المعلومات أو المثيرات
- هذه المعلومات الخاصةالتي جرى ترميزهامتضمنة في إشارات الاسترجاع
- السياق الذي يحدث فيها الاسترجاع

ضف إلى ذلك فإن استرجاع مثيرات أو معلومات محددة و تذكرها يتحسن عن طريق الإشارات و التلميحات التي تضعها عملية الاسترجاع، و التي كانت من خلال عملية الترميز . لذلك تعتبر هذه الإشارات بمثابة مثيرات تستدعي المعلومات و كل ما كان التجانس و الاتفاق كبير بين المعلومات الأصلية و الإشارات المتاحة أثناء الاختبار أو الاسترجاع كان الاسترجاع أفضل و أكمل (قاسم، 1990،ص49)

3 –أنواع الذاكرة

:تحدث علماء النفس المعرفي على ثلاثة أنماط للذاكرة تظهر في المعلومات و هذه الأنماط هي الذاكرة الحسية، الذاكرة قصيرة المدى، الذاكرة طويلة المدى و اعتبر اتكسون و شفرج هذه الأنماط الثلاثة في معالجة المعلومات، مكونات و متقلة عن بعضها البعض حيث تدخل المعلومات من الحواس ثم تخزن للمرة في الذاكرة الحسية لأقل من ثانية، ثم تنتقل إلى الذاكرة قصيرة المدى حيث تتم المعالجة المعرفية للمعلومات لمدة قصيرة ثم تصل المعلومات الذاكرة طويلة المدى لتخزينها وقت الحاجة و تقسم الذاكرة إلى الأقسام التالية

3–1–الذاكرة الحسية:يقوم العالم من حولنا بتزويدها بألاف المثيرات الصوتية، البصرية، اللمسية، الشمية و الذوقية و التي تدخل الحواس و تقوم هذه الاخيرة بدورها الأولي بنقل هذه المعلومات إلى المرحلة القادمة من التخزين ، و هي الذاكرة القصيرة المدى و لكن بحجم الانتباه فإن بعض المعلومات يصل فقط إلى هذه الأخيرة بينما يتم نسيان بقية المعلومات التي ترتكز انتباهنا عليها و حول هذه المعلومات المهملة أي التي لا يتم الانتباه إليها فقد اختلف علماء النفس حول ذلك . حيث اكتشفت غالبيتهم بفكرة فقدانها و عدم قدرتها على تأثير في خبرات الإنسان و بناء المعرفة. بينما يثير البعض إلى إمكانية دخول هذه المعلومات المفقودة إلى خزانات خاصة بعيدة المدى مثلما يشر التحليلين إلى دخول هذه المعلومات منطقة اللسان وغيرها .فالذاكرة الحسية تنظم تمرير المعلومات بين الحواس و الذاكرة القصيرة المدى تسمح بنقل حوالي 4 إلى 5 وحدات معرفية في الوقت الواحد عاما أن الوحدة المعرفية قد تكون حرفا أو كلمة صورة حسب نظام المعالجة . كما أنها تخزن المعلومات لمدة قصيرة من الزمن لا تتجاوز الثانية بعد زوال المثير الحسي فهي تنقل صورة حقيقة عن العالم الخارجي بدرجة من الدقة عن طريق الحواس الخمسة و لا تقوم بأية معالجة معرفية للمعلومات بل تترك ذلك للذاكرة قصيرة المدى)العثوم،2004،ص135)

3–2–الذاكرة القصيرة المدى : بعد تخزين المعلومات الحسية في النوع الأول من ذاكرة تحول إلى مخزن اخر هوالذاكرة قصيرة المدى. و هي تحتفظ بأي مادة متعلمة و إلقاء على المعلومات ليس هوانعكاس كامل الأحداث الفعلية كما

هوالحال عند المستوى الحسي (الذاكرة الأولى) و إنما هوترجمة مباشرة لهذه الأحداث فمثال إذا قيل أمامك جملة ما فإنك تتذكر هذه الأصوات في هذه الجملة بقدر ما تتذكر عدد الكلمات التي تحتويها تلك الجملة. و هذا ما يسمى بالشعور و قدرتهذه المحدودة قصيرة عادة و تختلف من شخص لاخر و المعلومات المختلفة كرقم الهاتف أو اسم شخص أو الكلمات ، يمكن بقاؤها و الاحتفاظ بها في هذا النوع من الذاكرة و تكرار المادة المتعلمة مرات كثيرة يعمل على بقائها فترة أطول و أن معلومات النوع الثاني من الذاكرة و تكرار المادة المتعلمة مرات كثيرة يعمل على بقائهاا فترة أطول و أن معلومات النوع الثاني من الذاكرة طبقا لقانون التكرار و الممارسة و التعلم يمكن الاحتفاظ بها فترات تختلف مادة لأخرى قام stremberg بتجربة على شخص حيث عرض عليه عدد من الأشياء للتذكر و هي تحتوي عادة على مجموعة من الأرقام تتراوح بين رقم 1 و 2 مثال .و بعد ذلك بقليل يعرض عليه رقم ما و يطلب منه أن يقرر ما إذا كان هذا الرقم يدخل ضمن المجموعة التي حفظها ، و يقوم الشخص بالضغط على أحد الذرين للإجابة على ذلك بالفم أولا و بأقصى سرعة ممكنة و يقاس زمن الضغط موجه إلى العالقة بين زمن الوجع و حجم مجموعة التذكر حيث لاحظ أن هناك علاقة مرضية بين زمن الوجع و حجم المعلومات المتذكرة و كلما زاد حجم التذكر طال زمن الوجع و هذه التجربة و غيرها من التجارب الأخرى تؤكد على أن الذاكرة محددة من ناحية تخزين المعلومات ،حيث يلاحظ ضياع المعلومات و لكن أقل من النوع الأول من الذاكرة ، كما تتميز الذاكرة قصيرة المدى بالالية و الاسترجاع أين يستطيع الفرد استدعاء المعلومات المكتسبة بدون حاجة إلى جهدكبير.(جابر،2015،ص81).

3-3-الذاكرة العاملة :في هذه المرحلة يتم تحويل المعلومات إلى الذاكرة طويلة المدى عن طريق الذاكرة النشطة و لكن قبل تحويل تعمل هذه الأخيرة على معالجة تلك المعلومات و تخزينها مؤقتا أثناء القيام بالعمليات المعرفية ذات مستوى الأعلى للتركيز و الفهم و الاستدلال الديناي و استقاء المعاني . و قد أطلق مصطلح الذاكرة العاملة أول مرة في سنة 1971 من قبل الباحثين (شيفرين و انكيشون) حيث اقترحا نموذجا للذاكرة يتكون من نظام تخزين قصير المدى و طويل المدى سنة 1974 عارض كل من بادلي و هيتش هذا النموذج على أنه لم يتم على أساس بحوث تجريبية و انطلاقا في بحوثهما إلى أن توصل بادلي سنة 1986 على وضع نموذج الذاكرة العاملة النشطة يتكون من أنظمة : النظام المركزي و نظامين تابعين و قد كان من أكثر النماذج شهررة اثار اهتمام الباحتين و المختصين

3-4-الذاكرة طويلة المدى: يشير محمد الشابي إلى أن الذاكرة تشمل المستودع الذي تستقر فيها الذكريات و الخبرات بصورتهاا النهائية فهي تمثل المخزن الضخم، الذي لا يمتلىء أبدا بالمعلومات التي تتراكم الحلاقة الصوتية أو النطقية : الذاكرة اللفظية قصيرة الاجل المنفذ المركزي الوحدة البصرية : الذاكرة البصرية قصيرة الاجل مع ازدياد خبرتنا في الحياة، و

يمكن اعتبار الذاكرة طويلة المدى ذاكرة لمابعد. حيث يتم تخزين المعلومات و تنظيمها و معالجتهاا في الذاكرة النشطة و لكنها تتأثر بالكيفية التي يتم بهاتخزين المعلومات و تنظيمهاو معالجتهاحيث أن المعلومات المخزنة بصورة عشوائية و غير منتظمة نجد صعوبة في استرجاعهاا كما أننا نجد صعوبة في استرجاع المعلومات كلما كانت قديمة و غير مألوفة كما أنها تتأثر بمدى تنشيط و تكرار و استشارة المعلومات المخزنة (ليندا دافيدوف، 2000 ،ص153)

4–نماذج الذاكرة : بقدر ما تعتبر الذاكرة نشاطا عقليا مركبا و بقدر ما تدخل في كل أنشطة الحياة الإنسانية المختلفة ، تعدد الإشكال التي تظهر بهاا و في السنوات الأخيرة وضع الباحثون تقسيما جديد لنماذج الذاكرة معتمدين في ذلك طرق التقنيات الحديثة ، المستخدمة في الأبحاث الخاصة بعلم النفس الفزيولوجي أشهر هذه التقسيمات نماذج قديمة و جديدة

4– 1 التقسيم القديم للذاكرة : يمكن وضع أهم نماذج التي قدمها علماء النفس تحت أربعة تصنيفات وفقا لتسلسل ظهورهاا و هي نموذج النسق الأحادي للذاكرة ، نموذج النسق الثلاثي للذاكرة و نموذج النسق الرباعي

4– 1–1 نموذج النسق الأحادي للذاكرة : يرى صاحب هذا النموذج (أبو هاشم اليد) أن عملية التذكر تنتج عن أثر متبق في االجهاز العصبي نتيجة للخبرة و يمثلهاا نموذج (المثير – الاستجابة) و تشير أنها كلما زاد عدد تكرار الارتباطات بحدث معين كلما قوي الارتباط بين المثير و الاستجابة و أنهذه الارتباطات بين المثير و الاستجابة تشكل أساس الذاكرة .

4– 1–2 نموذج النسق الثنائي للذاكرة : يعتبر وليام جيمس في مجال النظريات الثنائية الحديثة للذاكرة حيث انه أول من ميز بين أسماء "الذاكرة الثانوية" و "الذاكرة الأولية" ثم تبلورت فكرة التقسيم للذاكرة على يد (ووف و فومان) و فيمايلي عرض لمكونات هذا النموذج

أ – الذاكرة الأولية : و هي الذاكرة التي تحتفظ بالأحداث التي مازالت في الشعور

ب– الذاكرة الثانوية : و هي الذاكرة التي سبق للفرد تعلمها حيث تدخل المعلومات إلى الذاكرة الأولية فيتم تكرارها و بدل جهد عقلي لتثبيتها و إلا تعرضت للنسيان. ثم تنتقل إلى الذاكرة الثانوية و قد نظر جيمس إلى الذاكرة الثانوية باعتبارها مستودعا مظلما خفيا للمعلومات التي سبق أن مرت بخبرة الفرد و لكن لا يمكن الوصول إليها بسهولة لفترة طويلة .

4- 1-3نموذج النسق الثلاثي للذاكرة : بعد ظهور النموذج السابق قدم (أتكنسون و شيفرين) نموذجا ثلاثيا تفصيليا لمكونات الذاكرة و منذ ذلك الوقت اتجه كثير من العلماء لاستخدام هذا النموذج في تجاربهم عن الذاكرة و يشمل هذا النموذج المكونات التالية : la mémoire sensorielle الحسية الذاكرة la mémoire court – terme المدى قصيرة الذاكرة la mémoire longue terme –المدى طويلة الذاكرة –الذاكرة الأولة الذاكرة الأولة النسيان

4- 1-4نموذج النسق الرباعي للذاكرة : قام برودبنت (1984) bent broad بتقديم نموذج اخر أكثر شمولا و تقدما من نموذج اتكنسون و شيفرين هذا النموذج من أربعة مخازن يختص كل منها بوظيفة معينة يتوسطها نظام معالجة الذي يقوم بتجهيز المعلومات و ترميزها و تسهيل انتقالها من مخزن إلى اخر من المخازن الأربعة المحيطة بها.

4-2-التقسيم الحديث للذاكرة : قدم هذا التقسيم سكواير (squire1988,p 49) حيث قام بتقسيم الذاكرة إلى نوعين أساسيين هما (الذاكرة الصريحة و الذاكرة الضمنية) و يتضمن كل منهما أنواعا فرعية أخرى و في مايلي عرض لهذا التقسيم :

4-2-1-الذاكرة الصريحة :**la mémoire déclarative** و هي ذاكرة واعية تشمل الدقائق و الحوادث و الوقائع من خبرة الفرد و هي نمط الذاكرة الذي يتأثر كثيرا بالاكتئاب و يتضمن هذا النوع من الذاكرة نوعين فرعيين هما (الذاكرة العاملة و الذاكرة المرجعيةl .

4-2-2-العاملة الذاكرة La mémoire de travailو هي تسجيل مؤقت للأحداث المطلوبة تذكرها لفترة زمنية محددة و تمكن الفرد من التخطيط للمستقبل و من ربط الأفكار و التصورات معا لدرجة أن البعض اعتبرها "سبورة العقل

4-2-3-الذاكرة المرجعية La mémoire de référenceو تشمل كل المعلومات الثابتة التي يرجع إليها الفرد على الأشياء كالتعرف على وجه صديقك و تعرفك على الطعام من رائحته و هذه الذاكرة يمكن الاحتفاظ بها لسنوات طويلة

4-2-4-الذاكرة الضمنية la mémoire implicite و هي ذاكرة لا يمكن النفاذ إليها بوعي ، هي ليست في متناول الشعور و هي تشمل التعلم الحركي و العادات و التكيف و تشمل المهارات المتحققة عن طريق التعرض المتكرر مثل قيادة سيارة و ركوب دراجة ...الخ و يتضمن هذا النوع من الذاكرة الأنواع الآتية:

-4-2-5-**ذاكرة المهارات La mémoire compétence**و هي ذاكرة لا شعورية إلى حد كبير و تتضمن الخطط و المهارات المطلوبة لعمل حركية معينة.

4-2-6-ذاكرة الإشراط الكلاسيكي :la mémoire de conditionnement classique . و هي ذاكرة الاستجابات الآلية لمثيرات شرطية و أغلبها ذكريات انفعالية

4-2-7-**الذاكرة التحضيرية:la mémoire préparatoire** . و هي الاحتفاظ المؤقت بالمعلومات مثل الذي يحدث في الإعداد لشيء ما:

4-2-8- الذاكرة الموجهة la mémoire orientée .-و هي نوع من التعود الذي يوجه نشاط الفرد، و هي عبارة عن العادات التي تعلمهاا الفرد من قبل و تعود عليها. (سليمان ، 2013،ص90.)

4-2-9- الذاكرة البصرية : هي القدرة على التذكر بشكل دقيق للتجارب السابقة، مثل القدرة على التذكر بمساعدة رموز بصرية. و هي تشكل حجر الأساس لفهم عملية القراءة و في حالة انعدامها فإن هذا يؤدي إلى فشل عملية القراءة، و هناك نوعان من الذاكرة البصرية – : ذاكرة بصرية قريبة المدى -ذاكرة بصرية بعيدة المدى (عبد الهادي، 2000 ، ص120)يعتبر العالم نايسر) 1867) (neisser) أول من أشار إلى هذا النوع من الذاكرة، و سماها الذاكرة التصويرية فهي تحتفظ بالمثيرات على شكل خيال أو إيقونة لذلك سميت بالذاكرة الايقونية، و تشير الدراسات إلى أن هذه الذاكرة لا تعمل اية معالجة للمثيرات، و إنما تحتفظ بها فقط و لاسيما المثيرات التي يتم الانتباه اليها ريثما تتم معالجتها في الذاكرة العاملة.(يوسف ،2003،ص) و تعرف كذلك بالذاكرة الايقونية لانها تعني باستقبال الصور الدقيقة للمثيرات الخارجية كما هي في الخارج حيث يتم الاحتفاظ بها على شكل خيال يعرف باسم إيقونة . و يقترح البعض و يقول أن ما يتم ترميزه في هذه الذاكرة هيمعلومات سطحية عن خصائص المثيرات الفيزيائية كاللون مثلا. في حين يصعب استخلاص معنى للمثيرات في هذه الذاكرة، و قد وجدت الدراسات أن كثيرا من المدخلات الجنسية البصرية يبقى في الذاكرة جزءا من الثانية و سرعان ما تتلاشى بعد التعرض مباشرة للمثير ت، تم اثناءها في اختيار بعض الجوانب من المثير و التركيز عليه من أجل معالجته لاحقا . أن تخطيط حركات العين و غيرها عمليات تحصيلية نشطة تتم على نحو لاشعوري و تستمر هذه العمليات طالما هناك تركيز للانتباه على المدخل الحسي . و يرى نايسر (1967 (أن هذه الخاصية تسمح بإبقاء الأثر للمدخل الحسي نشطا في الذاكرة و ذلك من خلال معالجة المعلومات و هذا ما يسمى (بالانتباه البؤري) و تشير دراسات كل من هوارد (Howard) و) byrnes et Wingfield) في 1981 أن هذه

الذاكرة تشتمل على صور عقلية للخبرة البصرية تبقى لفترة قصيرة جدا بعد التعرض مباشرة للمثير، مما يتيح للفرد معرفة بعض المعلومات عن خصائص هذا المثير و أن بقاء هذا الأثر في هذه الذاكرة يعتمد على شدة المثير) . هدى عبد الله ،2004، ص)

و لقد أمكن استنتاج خصائص الذاكرة الحسية البصرية من تجارب) sperling و هي

1- المعلومات تخزن في الذاكرة الحسية البصرية لمدة لا تتعدى الثانية (ربع ثانية تقريبا)مكن استدعاء المعلومات الحسية من الذاكرة الحسية البصرية مباشرة تتلاشى المعلومات الحسية القديمة بمجرد دخول معلومات حسية

-5-تعريف الذاكرة البصرية : الذاكرة البصرية هي عبارة عن ذاكرة مرحلية تتدخل في عملية القراءة التي تستبق على شكل صورة جد دقيقة و المعلومة الملتقطة من خلال النظام البصري قبل معالجتها المسبقة إلى ذاكرة العمل . إن الذاكرة الايقونية المعرفة من طرف سيرلينغ و التي تمثل عند بعض الباحثين مجموعة من الأنظمة للذكريات الحسية . أشار colherantسنة 1980 إلى أن الذاكرة الحسية تستطيع أن تعطي ظاهرتين: البقاء الحرفي و البقاء البصري فالأولى تمثل بقاء صورة المثير بعد اختفائه الحقيقي و هي عنده تكون في مستوى محيطي قبل قشري. أما الثانية تفسر بأن الخصائص البصرية للمثير تكون دائما نسيانية بعد اختفائها و هذا كون صورة الشكل لا تبقى أبدا (يوسف 100).ص،2003، كما نجد بحوث جد معاصرة حول ذاكرة العمل البصرية الفضائية و يعرفها بيكتورينغ pictering 2003)على انها الذاكرة المؤقتة للمعلومات البصرية الفضائية، كما يعتقد أن هناك خمسة ميكانيزمات ترتبط بنمو و تطور نمو الذاكرة العاملة البصرية الفضائية و هي

- : إعادة الترميز الفنولوجي
- . تطور المعارف
- . سيرورات استراتيجية أخرى
- . سرعة المعالجة
- . قدرات الانتباه (بوخاري،2001 ، ص47 3)

6-أسس الذاكرة البصرية: من بين الأسس التي تعتمد عليها الذاكرة البصرية نجد

6-1- الانتباه البصري : يقول "جار نديري " (Garanderi) أن نكون منتبهين يعني أن يوجد العالم في عقولنا أن نحييه في أذهاننا و أن تتمكن من استظهاره ذهنيا ." يعرف الانتباه على أنه السياق الذي بفضلها يقوم الدماغ باختيار علامة أو منبه من المحيط هذا الاختيار ليس عشوائيا بما أنه يتعلق بسلسلة من السياقات بمجرد الحصول على التوجيه تسمح بكشف إشارات النظر لمعالجتها مع حفظ حالة اليقظة و الإنذار . ان الانتباه يسمح باختيار التركيز على هدف و التخلص منه بنفس القدر حتى يتمكن من اختيار هدف اخر (Collaborateurs,1990,P12).

7-الذاكرة السمعية: تعتبر الذاكرة السمعية إحدى مكونات الذاكرة الحسية والتي تكون مسئولة بالإحتفاظ بجميع

المعلومات السمعية التي يتم تلقيها من المحيط البيئي على المدى القصير، وكذلك أيضاً هذا النظام يمكنه أن يخزين كم هائل

من المعلومات، وكذلك أيضاً لفترة طويلة تتراوح ما بين 3 – 4 ثواني، وهذا أكثر من معدل الذاكرة البصرية

7-1-تعريف الذاكرة السمعية:

وهي الذاكرة ذات القدرة على تصزين واسترجاع ما يسمعه الفرد من مثيرات أو معلومات، وتقاس الذاكرة السمعية من صال طلب القيام بعدة أنشطة متتابعة من الفر د، أو تكليفه بمجموعة من التعليمات المتتالية أو اعطائه عدد من الحقائق المتباينة. (شاهين رسالن، 2010 ،ص70)

7-2-صعوبات الادراك السمعي : تشنير الدراسنات إلى أن القدرات الادراكية السنمعية تنأتي فني المرتبنة الثانينة بعند الذكاء فني نجناح عملية القراءة ، إذ أن القدرة علنى التحليل والتسلسل وتذكر المثينرات السمعية تعد أساسنية فنني مهارة القراءة ، فكلما ازادت كفاءة التالميذ في تحلل الكلمات إلى أصوات مفردة كانت قراءتهم أفضل، والتالمينذ الذين يعنانون منن صعوبات التعلم يفتقرون إلى القدرة علنى استقبال المعلومات أو المثينرات عبر وسائط أو نظم إدراكية مختلفة في الوقت نفسه) التكامل إلدراكي)، ويصعب عليهم عمل إغلاق سمعي لمقناطع الكلمات الناقصة أو استكمال حروف هذه (NCLD , 1999:4-5) الكلمات وتتكون صعوبات الادراك السمعي من صعوبات فرعية هي

7-2-1-**صعوبة التمييز السمعي**: ضعف القدرة على التمييز والتفريق ما بين ألصوات والحروف المنطوقة ، وتحديد الكلمات المتشابهة والمختلفة .ويتعد مهاة التميي الصوتي من المهارات الضرورية للتاليمذ لتعليم البناء الصوتي للغة الشفهية

والتعبير عن الذات ، ومن ثم تعلم القراءة و التهجئة بصورة صحيحة ، ويصعب على التلاميذ الذين يعانون من ضعف في مهارة التمييي السمعي التمييي بين الحروف المتشابهة وكذلك الكلمات ، مما يؤدي إلى الفهم الخاطئ لهذه االصوات

7-2-2- صعوبة التسلسل السمعي: ضعف القدرة على ترتيب الفقرات في قائمة من المفردات المتتابعة ، كترتيب)الحروف،االعداد ،االيام ..(،وقد توصلت بعض الدراسات إلى أن التلاميذ الذين يظهرون صعوبة في التسلسل السمعي غير قادرين على تنظيم وترتيب وسلسلة ما يسمعون ، ويعانون من صعوبات في تتبع المثي ارت السمعية مما يؤدي إلى صعوبة في القراءة)البطاينة وآخرون ،2010 - :104-105.

7-2-3-صعوبة دمج وإكمال الاصوات: ضعف القدرة على دمج صوت يتألف من صوت واحد مع أصوات أخرى لتكوين كلمة أو جملة ذات معنى ، ويعاني التلاميذ ذوي صعوبات دمج االصوات من صعوبة في اكمال الكلمة المنطوقة اذا سمع ج ءا منها ، وتعد مهارة توليف الاجزاء مهمة في الاغلاق السمعي)كيرك وكالفنت ،1988 :171-172.

7-2-4-صعوبة الذاكرة السمعية : ضعف القدرة على استرجاع المثيرات السمعية التي تم خز نهاً ، أن هذه الصعوبة تؤدي إلى مشكلات في المتابعة الشفهية والمحادثة والفهم القرائي سابقا ، وكذلك تؤدي إلى البطء في عملية االدراك ، وهكذا تلاميذ يحتاجون إلى اعادة الشرح للدرس باستمر ار (البطاينة وآخرون ، 2010 :105)

2-مرض الزهايمر

2-1-تعريف مرض الزهايمر

:قبل التطرق لتعريف مرض الزهايمر كان لابد من إلقاء الضوء على مراحل تطور البحوث الخاصة بهذا المرض . حيث تعود تسمية مرض الزهايمر إلى الطبيب الألماني الأصل Alzheimer Alois الذي يرجع له الفضل في وضع أول وصف لأعراض هذا المرض سنة 1906 بعد أن لاحظ عن طريق المجهر الإلكتروني وجود صفائح هرمة على مستوى القشرة الدماغية عند تشريحه لدماغ جثة امرأة تجاوز عمرها 50 سنة كانت تعاني من اضطرابات في الذاكرة، اللغة، وقدرات معرفية أخرى والتي كانت من قبل تخضع للتكفل عنده(1995) .T Rousseau, وعليه ابتداءا من هذا التاريخ اعتبر مرض الزهايمر على أنه نتيجة حتمية للخرف الخاص بالشيخوخة (Sénile Démence) وفي سنة 1960 ،ومع اكتشاف العلاقة الموجودة بين تدهور الوظائف المعرفية والخصائص المميزة للمرض على مستوى الدماغ، جعل الباحثون يقرون أن مرض الزهايمر مرض قائم بذاته وليس نتيجة للخرف الخاص بالشيخوخة، ومن ثمة قاموا بتصنيف لأنواع الخرف، واعتبر مرض الزهايمر نوع من أنواع الخرف وأطلق عليه اسم de Démence Alzheimer Type

ورمز له بـ). (DTA) بن أعراب أسيا، 2012 ،ص)19 . أما بالنسبة لمفهوم مرض الزهايمر فقد تعددت تعاريفه وفيما يلي عرض لأهمها- :

تعريف علم النفس العصبي :يعرف علم النفس العصبي مرض الزهايمر على أنه مرض انحلالي يمس الجهاز العصبي المركزي، وهو نوع من أنواع الخرف وأكثرها انتشارا يظهر نتيجة لتغيرات عصبية بنيوية وكيميائية تصيب القشرة الجديدة ، الحصين، اللوزة، وتحت المهاد مع هيمنة لضمور قشري على مستوى المناطق الجدارية القفوية مما ينتج عنه عرض Apraxo, Aphaso agnosique .(Bérubé, 1991, p126) .

تعريف علم الأعصاب :يعرفه علم الأعصاب على أنه نوع من أنواع الخرف يبدأ بعرض النسيان نتيجة لإصابات على مستوى البنى الصدغية الداخلية وبالأخص الحصين، والتي تزداد انتشارا فيما بعد، حيث تمس الباحات الترابطية للقشرة الجديدة مما ينتج عنه تدهور معرفي ومن ثم (Bérubé, 1991, p 126) .

الخرف -تعريف جمعية الزهايمر الإيرلندية 2000 : تصف مرض الزهايمر بكونه مرض عصبي تدريجي يحدث عندما تتراكم البروتينات في الدماغ والتي تضر بالخلايا العصبية مما يؤدي إلى تدمير اللويحات (plaques les)الأمر الذي يزيد صعوبة التذكر عند الإنسان واستخدام المنطق واللغة.(محمد النوبي محمد علي،2012 ،ص 67)

- . **تعريف التصنيف العالمي العاشر للأمراض**) : S.M.O) يعرف التصنيف العالمي العاشر للأمراض مرض الزهايمر على أنه مرض عصبي قشري أولي ذو أسباب مجهولة وخصائص مرضية وعصبية كيميائية مميزة، كما أنه يظهر . (O.M.S, 1993, p 42)تدريجيا ويتطور خفية بصفة -وفي تعريف آخر: مرض الزهايمر هو داء ناجم عن ضمور في الخلايا العصبية في المنطقة الدماغية المسؤولة عن وظائف الدماغ العليا، خصوصا تلك التي تتعلق بالذاكرة والتركيز واللغة والوعي والمعرفة و القدرة على التعامل مع الأحداث، إضافة إلى اضطرابات عصبية ونفسية غير طبيعية مثل التصرفات الشادة والخلل في السلوك، واضطرابات في النوم وفي نهاية المطاف يعيش المريض في عالمه الخاص معزولا كليا عن محيطه ثلاث أمراض تطيح بالذاكرة .

2-2- أنواع مرض الزهايمـــــــر :هناك نوعان لمرض الزهايمر هما

2-2-1-الزهايمر العائلي : Familiale Alzheimer) وهذا النوع ينتقل عبر الجينات الوراثية السائدة من جيل إلى آخر وهو غير منتشر مقارنة بالنوع الثاني، إذ يحدث بنسبة 10 %لمن هم قبل سن 65. سنة

2-2-2-الزهايمر الفردي (Sporadique Alzheimer: وهو النوع الأكثر انتشارا بنسبة 90 %ويخص فئة الأشخاص ما بعد سن 65 سنة (Rousseau T, 1995, pp 16).

22-3-**عوامل الإصابــة بمرض الزهايمر** :إن حدوث وتطور أغلب الأمراض الانحلالية العصبية

المزمنة مشروط بتوفر وتضافر عدة عوامل، وبالنسبة لمرض الزهايمر فإنه لم يتمكن العلماء حتى الآن من التعرف على السبب الواضح والمباشر لهذا المرض، ولكن نتيجة للأبحاث المستمرة لما يقارب من 15 عاما تمكنوا من التعرف على مجموعة من العوامل التي من الممكن أن تتضافر لتؤدي في النهاية إلى مرض الزهايمر، وأهم هذه العوامل هي : عامل السن :يمثل السن العامل الأول الذي قد يؤدي إلى الإصابة بالخرف عامة وبمرض الزهايمر خاصة، حيث تزداد فرص التعرض لهذا المرض مع التقدم في السن وخاصة بعد سن 65 .سنة (بن أعراب آسيا،2012 ،ص ،22)إذ ما أكده العلماء أنه بتقدم العمر تترسب بروتينات نشوية لها بنية تعرف بـ" صفيحات بيتا المطوية" وهي التي تتراكم داخل الخلايا العصبية المركزية مما يؤخر التيارات العصبية أو يعطلها أو يدمر المسارات نفسها ويؤدي ذلك لاحقا إلى تآكل الخلايا العصبية وتقلص حجم المخ وتلافيفه.

هذا وقد أظهرت دراسة أمريكية عالمية أجريت مؤخرا على أشخاص مسنين أن معدل الإصابة بمرض الزهايمر تزيد نسبتها بـ 7.12 %سنويا لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين 90 و 94 سنة، وتزيد بنسبة 2.21 %سنويا ما بين 95 و 99 سنة، لتصل إلى 7.40 %سنويا بين كبار السن من عمر 100. سنة (2010, A.j schneider et D.B James)لكن يمكن أن يظهر في حالات نادرة جدا قبل سن 40 عاما.

3.2 العوامل الوراثية : إن إمكانية الإصابة بمرض الزهايمر تكون مضاعفة ثلاث مرات إذا أصيب أحد الآباء من الجيل الأول بهذا المرض، هذا ويزداد احتمال الإصابة بهذا المرض بـعن د الأشخاص الذين يحمل ـ ون نسختين من مورثة الأليلين E4 للبروتين الشحمي) E Apo'l de E4 Alléle) E APO وهو بروتين ناقل للكوليسترول في الدم، ومن خلال عدة دراسات في مجال الوراثة تم تأكيد وجود علاقة ترابطية بين هذا البروتين والخصائص الفيزيوباتولوجية لمرض الزهايمر، حيث يتدخل البروتين الشحمي E APO في إعادة بناء الخلايا العصبية المهدمة، لكن تكون هذه العملية أقل فاعلية إذا ما تمت عن طريق تدخل الاليلين—

(Fryer Morand, 2006, P 13)

2-4- العوامل الثقافية الإجتماعية :وتتمثل هذه العوامل في - : المستوى الثقافي : إذ أكدت الدراسات أن عامل المستوى الثقافي الضعيف يزيد من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة - . النشاطات الترفيهية : توصلت بعض الدراسات على أن القيام ببعض النشاطات الترفيهية يقلل من احتمال الإصابة بمرض الزهايمر أو الخرف عامة، كالبستنة، السفر، الأشغال اليدوية، لأن هذا النوع من النشاطات يسمح بتدخل الوظائف التنفيذية والتخطيط مما يؤخر من ظهور المرض - (Sellal F et kruczek E , 2001, p18).

الصحة الغذائية : أثبتت بعض الدراسات قام بها باحثون بجامعة كاليفورنيا أن سوء التغذية يؤدي إلى نقص بعض الفيتامينات والأملاح المعدنية والتي يمكن أن تؤثر على خلايا المخ، وبالتالي قد يسهم ذلك في تفاقم مرض الزهايمر ومن أهم هذه المواد الغذائية : فيتامين: B12 والذي تتلخص و ظيفته في تأثيره على العمليات الأيضية في الجسم، والتي ء نتاج النواقل العصبية والدهون تلعب دورا هاما في عمل بعض الأنسجة العصبية وا الفسفورية التي قد تكشف عن سر ارتباط هذا الفيتامين بتطور وتقدم المرض، هذا وقد أشارت الدراسات إلى أن أكثر من 70 %من المسنين الذين يعانون من نقص هذا الفيتامين يعانون من مرض .(Kacha F, 2002).الزهايمر فيتامين (B9 حمض الفوليك :) حيث أن الأشخاص الذين يعانون من نقص حمض الفوليك معرضون بشكل أكبر لمخاطر الإصابة بالخرف. (طبيب العرب، 3.4 2014 .)

-**السوابق المرضية (الإصابات الوعائية)**: صنفت الإصابات الوعائية على أنها من العوامل التي قد تهدد بالإصابة بمرض الزهايمر، ويقصد بالإصابة الوعائية تلك الأمراض التي تؤثر على الأوعية الدموية الموجودة في المخ والتي من بينها: ارتفاع الضغط الدموي، الداء السكري، أمراض القلب، ارتفاع نسبة الكولستيرول في الدم... إلخ. (محمد النوبي محمد علي، 2012 ،ص 91)

من خلال ما تقدم يتضح أن الدراسات اختلفت في تحديد أسباب المرض فمنها ما أرجعها إلى عوامل وراثية تنقلها الجينات العائلية من جيل إلى آخر، ومنها ما أرجعها إلى أسباب ثقافية اجتماعية ، ومنها ما ربطها ببعض الإصابات والسوابق المرضية، وبالتالي فمن الصعب جدا فهم مسببات الزهايمر لكن يبقى تأثيره على خلايا الدماغ واضح إذ أنه يصيب خلايا المخ فيقضي عليها . وعليه يمكن القول أن البحث عن العوامل الأساسية المؤدية لظهور مرض الزهايمر يجاد الطرق للوقا ء وا ئية من بعضها ميدان صعب ومهم في نفس الوقت لفتح المجال للبحث عن إمكانيات التقدير والتنبؤ بالمرض.

3-التشريح الفيزيوباتولوجي لمرض الزهايمر :إن التطورات التي شهدتها ميادين العلوم العصبية قد سمحت بتحقيق خطوات عملاقة في معرفة الفيزيولوجية المرضية لمرض الزهايمر التي بدورها فتحت المجال أمام العديد من التجارب العلاجية .وعليه يتميز الخرف من نوع الزهايمر بوجود ثلاثة أنواع أساسية من الإصابة على مستوى الدماغ تتمثل في:

3-1-هرمة الصفائح العصبية- انحلال الألياف الضمور القشري l'atrophie corticale و ستعرض فيما يلي هذه الإصابات المميزة للمرض: les plaques séniles (p26,2002,E Portet et J Touchon) هرمة الصفائح يسمى البروتين الذي يكون هذه الصفائح بالأميليود Amyloïde) لأنه يشبه بروتين نشاء كما يسمى أيضا بروتين " بيتا أميليود BA4 "ويتكون هذا الأخير من 42 حمض أميني، وقد اشتق من بروتين اميليود سابق precursor protéine Amyloïde)أو H Aupetit, 2004, p 92) (App)،)هذا الأخير الذي يوجد في البلازما والسائل النخاعي الشوكي بكمية صغيرة وفي الحالات المرضية ينتج بكميات كبيرة ويتجمع ليكون الجزء هذه تظهر بحيث(، Touchon J et portet F, 2002, P26)الهرمة للصفائح المركزي الصفائح على شكل تجمعات للبروتين بيتا اميليود خارج العصبونات أما الألياف العصبية المنحلة فهي تظهر على شكل خيوط داخل العصبونات (R Gil, 2000, p119) وا

3-2-انحلال الالياف العصبية (Dégénérence Neuro-Fibrillaire : يتمثل انحلال الخلايا العصبية في ارتفاع نسبة الفوسفور بشكل غير عادي في بروتين تو tau protéine) " "،)مما يؤدي إلى عرقلة هذا الأخير عن نشاطه الذي يتمثل في بناء امتدادات عصبونية فينتج عن ذلك تجمع بروتينات غير فعالة على شكل خيوط لتكون حزمة من ألياف عصبية، منحلة كما هو موضح في الصورة السابقة)H Aupetit, 2004, p23) ويؤدي انتشار الانحلال الليفي العصبي بشكل سريع في مناطق قشرية وتحت قشرية إلى إصابة العديد من أنظمة الناقلات العصبية، ومع مرور الزمن يؤدي هذا الانحلال والصفائح .(Davous P et Delacoute A , 1999, p5) .العصبية الخلايا موت إلى الهرمة (Atrophie corticale)القشري الضمور - 3 يفقد الدماغ من وزنه حوالي 2 %عند الأشخاص العاديين مع التقدم في السن M Dehenain, 2002, p 702)،)أما عند مرضى الزهايمر حوالـي 08 إلى 10 %كل 10سنوات، حيث يصاحب الضمور القشري اتساع في البطنيات والشقوق القشرية ,(F Eustache 59) 2006(

4–مراحل تطور مرض الزهايمر : يتطور مرض الزهايمر من خلال ثلاث مراحل، ويختلف ذلك من شخص لآخر، كما أنه من الممكن أن يكون هناك تداخل في تلك الأعراض من مرحلة إلى أخرى.(محمد النوبي محمد علي، 2012 ،ص ص 68(-69 ، وفيما يلي عرض لهذه المراحل–:

4–1–المرحلة المبكرة : توصف هذه المرحلة بالخفيفة من مرض الزهايمر، إذ تكون بداية الأعراض بصفة تدريجية ثم تتطور وتستغرق هذه المرحلة من عامين إلى أربعة أعوام، وفيها يعاني المريض :من

–نسيان الأشياء البسيطـــة– .

–قلة الاهتمام بالنشاطات والهوايات التي كان يستمتـــع بها من قبل– .

–يقول الشيء نفســـه مرارا وتكرار

–الكسل واللامبالاة .

–رفض أي تغيرات وصعوبة تقبل ما هو جديد .

– الصعوبة في العثور على أسماء الأشياء المعروفة .

–صعوبة في اتخاذ قرارات صائبة وادراك الأفكار المعقدة .

–تغيرات في الشخصية .

– لوم واتهام الآخرين بشكل غير واقعي مثل: سرقة الأغراض الخاصة .

–اضطرابات في المزاج من إحباط وحزن واكتئاب. (محمد النوبي محمد علي،2012 ،ص 69)

4–2–المرحلة المتوسطة : وتظهر هذه المرحلة بعد ثلاثة أو أربعة سنوات من تطور المرض وهي تعد من

أطول المراحل زمنيا، فقد تستغرق من عامين إلى عشرة أعوام إذ تشهد تدهور كبير على مستوى الوظائف المعرفية كاضطرابات اللغة والانتباه والتركيز، وكذا على مستوى السلوك، العاطفة، القدرات الجسدية(F Eustache 1995 ,)وعلى العموم فإن المريض في هذه المرحلة يعاني من

–ازدياد حدة النسيان وخاصة للأحداث القريبة .

– الخلط بين الزمان والمكان، فقد يذهب إلى السوق في منتصف الليل .

–التجول بدون هدى و التيهان في الشوارع في فترات مختلفة ولساعات طويلة، وعدم التمكن من الرجوع إلى المنزل، حتى إنه قد يخرج بملابس غير مناسبة

– نسيان أسماء أفراد العائلة والأصدقاء القريبين والخلط فيما بينهم(محمد النوبي محمد علي،2012 ،ص .)70

اضطرابات اللغة الشفهية والمكتوبة المتمثلة في : صعوبة الفهم –نقص الكلمة –صعوبة في الانتباه والتركيز –الابراكسيا (عدم القدرة على القيام بنشاط ما رغم سلامة الوظائف الحركية)الأقنوزيا (استحالة التعرف على الأشياء رغم سلامة الحواس) – ظهور أفكار هذيانية –عدم الثقة في الآخرين –غضب حاد إذ يتشاجر مع الآخرين أكثر من المعتاد –إحباط وحزن وقلق وتصورات ساذجة –يتخيل أن بعض الأحداث حدثت ولكن في الواقع لم تحدث –اضطرابات في النوم مع الاستيقاظ عدة مرات في الليل –يحتاج إلى المساعدة والإشراف في الأعمال اليومية كارتداء الملابس أو الاستحمام(محمد النوبي محمد علي، 2012 ،ص 70)

4–3–المرحلـــة المتأخرة وهي تعتبر مرحلة الخرف الكلي، إذ تصبح الاضطرابات جد حادة، فالمصاب الزهايمري يفقد تماما الاستقلالية ويصبح غير واعي، وفي هذه المرحلة لا يتمكن المصاب من الاتصال والتفاعل مع الآخرين، فتتدهور حالته الصحية و النفسية، وقد تنتهي هذه المرحلة بموت المصاب . مما سبق يتضح أن الزهايمر هو مرض مدمر للأعصاب، إذ يستدل عليه من خلال التدهور المعرفي التدريجي نتيجة حدوث ضمور في المخ تدريجيا، ولذا يتسبب في وجود صعوبات أو فقدان للتذكر، أو الاتجاه نحو التفكير الخاطئ أو مظاهر الهيجان والعدوانية والتقلبات المزاجية، وانهيار اللغة وبصفة عامة تراجع مستمر وعلى مر السنين في كل نواحي القدرات الشخصية الفكرية والاجتماعية، وربما قد يؤدي إلى الوفاة إذا لم يعالج .

5– تشخيص مرض الزهايمر : نظرا للمشاكل الصحية والتدهور المتدرج والمستمر للوظائف المعرفية والسلوكية التي تظهر لدى كبار السن بسبب الإصابة بمرض الزهايمر، جعل العلماء وخاصة الأخصائيين في علم النفس العصبي والعلوم العصبية المعرفية يبحثون عن وسيلة للتشخيص المبكر وبالتالي التكفل الأسرع بهذه الفئة (فتيحة فوطية، 2013 (ويعد معيار) IV-DSM)الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (وكذا معيار)ADRDA/NINCPS) المعد من طرف المعهد الوطني للاضطرابات العصبية والتواصلية وجمعية مرضـــى الزهايمر والاضطرابات المتعلقة به (من أبرز المعاييـر المستعملة ـ عالميـا لتشخيص مرض الزهايمـر p14,2006,Morand Fryer) ،)ضف إلى ذلك فإن الوسط العيادي يحتوي

على مجموعة من المقاييس واختبارات النفس – عصبية لتشخيص وتقييم الاضطرابات المعرفية التي تميز مريض الزهايمر .

وعلى العموم فإن مراحل وطرق تشخيص الزهايمر تتمثل فيما يلي :

5-1-تاريخ الحالة: أين يحاول الطبيب تشكيل صورة واضحة عن الصحة العامة للمريض والمشكلات التي كان يعاني منها في السابق إن وجدت، ومن المهم جدا أن يكون الطبيب مطلعا على أية مشكلة يعانيها المريض خلال ممارسة نشاطاته اليومية، وقد يحتاج الطبيب إلى الاجتماع بعائلة أو أصدقاء المريض للحصول على أكبر قد من المعلومات . هذا ناهيك عن الملاحظات العيادية التي يمكن أن تزود الأخصائي بمعلومات هامة تساعد في الاكتشاف لهذا المرض، وخاصة أن أعراض الزهايمر هي أعراض سلوكية ظاهرة .

5-2- التشخيص التباييني:إن التشخيص التبايني لمرض الزهايمر ضروري جدا وذلك لتجنب حدوث أي التباس مقارنة مع أمراض عصبية أخرى. (غسان جعفر،2005 ،ص 39)وخاصة الأمراض التي يمكن أن تسبب فقدان الذاكرة أهمها: الجلطات الدماغية، أورام دماغية، التصلب اللويحي، وكذا الآثار الجانبية لبعض الأدوية، ولذلك يجب التأكد من أن هذه الأعراض الظاهرة هي أعراض مرض الزهايمر وليس نتيجة لأمراض أخرى .

5-3 صور المسح الدماغي: قد يطلب الطبيب صور للدماغ إذ من الممكن من خلال هذه الصور تحديد ما إذا كانت هناك أي أشياء غير طبيعية، وهناك عدة تقنيات لتصوير الدماغ منها المسح الدماغي المقطعي والتصوير بالرنين المغناطيسي IRM .

5-4- اختبارات طبية أساسية: يتم إجراء اختبارات للدم والبول لمساعدة الطبيب على تحديد أي أسباب محتملة للزهايمر، وفي بعض الأحيان يحتاج الأمر إلى إجراء اختبار على كمية صغيرة من السائل الشوكي.

5-5-اختبارات الحالة العقلية: الهدف من هذه الاختبارات هو تقييم مستوى الوظائف المعرفية كالقدرة على التذكر ومهارة حل المسائل والتركيز ومهارات الحساب واللغة على اعتبار أن هذه الاختبارات تساعد الطبيب على تحديد مشكلات الإدراك التي يمكن أن يعاني منها الشخص المعني. (منتديات ستار تايمز ،2010) .ومن بين هذه الاختبارات نجد اختبار الفحص المختصر للحالة العقلية MMSE لـ (Folstein 1975والذي يعتبر من أهم المقاييس النفسية العصبية الفصل الثاني مرض الزهايمر ~ 30 ~لأنه يمكننا من التقييم السريع للوظائف المعرفية من جهة، ومن جهة ثانية لأنه يشمل تقييم معظم الوظائف التي تضطرب عند مريض الزهايمر من: توجه زماني ومكاني، الانتباه، الحساب، التذكر، التسمية، الإعادة، فهم اللغة الشفهية، فهم اللغة الكتابية، الرسم (فتيحة فوطية، 2013.)

6–طرق التعامل مع مريض الزهايمر : لا يوجد علاج يشفي من داء الزهايمر، ولكن يمكن التعامل معه، وهناك سبل كثيرة تساعد المريض على أن يكون في أفضل وضع ممكن وذلك يتطلب تظافر جهود جميع أفراد ٍ ن كان مريض الزهايمر العائلة، ولا يجوز إلقاء هذه المهمة على شخص واحد دون غيره، وا يفضل التعامل مع بعض الأشخاص دون غيرهم، وفيما يلي بعض الإرشادات التي يجب مراعاتها دائما عند التعامل مع مريض الزهايمر:

–أن يكون للمريض نظام حياة يومي روتيني منتظم من الصباح إلى المساء فهذا الأمر من شأنه أن يساعد في تهدئته، باعتبار أن مريض الزهايمر يرفض أي تغيير ملحوظ في حياته وقد تصدر منه أي تصرفات غير طبيعية إثر ذلك .

–ينصح بأن يزار المريض من المقربين منه فقط، ولا تحبذ زيارته من قبل الأشخاص الذين لا يعرفهم جيدا، كما أنه يشجع زيارة الأطفال للمصاب بالزهايمر لأنه يحب رؤية الأطفال ويمازحهم ، لكن يجب تنبيههم إلى عدم الاستهزاء بالمريض أو استفزازه .

– من النقاط المهمة التي تغفل عنها كثير من العائلات أن الفراغ يؤثر على نفسية المريض، فحتى لو كان المريض مخرف فمن الأفضل إشغاله بعمل كان يحبه ليمضي به ٍ وقته كالعمل في حديقة المنزل أو رعاية بعض الحيوانات، حتى ن كان ذلك غير مجد إلا وا أن مريض الزهايمر يشعر بالسعادة للقيام بذلك، فتتحسن نفسيته لدرجة كبيرة .

– المريض شديد القلق، لذا ينصح بعدم إخباره عن المواعيد مثل: موعد زيارة الطبيب إلى أن يحين الموعد لأن هذا يقلق المريض ويجعله يفكر في الموضوع كثيرا (منتديات ستار تايمز،2010)

–مرافقة المريض في نزهات قصيرة على الأقدام أو بالسيارة، لأن ذلك قد يضفي شيئا من البهجة على حياة المريض

– إ ن مريض الزهايمر غالبا ما يضل الطريق إذا خرج من منزله لذلك ينصح بوضع بطاقة داخل جيبه مدون فيها اسمه وعنوانه ورقم الهاتف كما ينصح بإعلام الجيران والذين في الحي عن حالة المريض حتى يساعدونه في إر جاعه للمنزل– .

– غالبا ما تكثر لخبطة المريض وتوهانه في الوقت لذا بإمكان وضع ساعات كبيرة في عدة أماكن من الغرف وكذلك وضع لوح حائطي يحتوي على التقويم الشهري بحيث يعرف المريض ما هو اليوم وأي شهر وكذا أوقات الصلاة .

– دع المريض يشارك قدر الإمكان في المهام الخاصة به كارتداء ملابسه وتناوله للطعام، حتى ولو لم يستطع القيام بها على أكمل وجه. (الموقع الإسلامي الطبي،2007).

-أما بالنسبة لكيفية التخاطب مع مريض الزهايمر فهو يجد صعوبة كبيرة في فهم يجاد الكلمات المناسبة والجملة الكاملة ِ الحديث الملقى عليه وفي التعبير عن نفسه وا أثناء ِ ن كان قد تلقى الحديث، كما أنه قد يعيد السؤال عدة مرات وا الإجابة عن سؤاله، لذلك ينصح عند التخاطب مع مريض الزهايمر بما يلي: - : يجب أن يكون الحديث واضح، فعلى المتحدث أن يتكلم ببطء حتى يستطيع المريض استيعاب ما يقوله المتحدث - . استخدام الكلمات السهلة والبسيطة . -الانتباه إلى استخدام المريض للغة الجسد، حيث يميل الشخص الذي يعاني من صعوبة في التعبير إلى استخدام الحركات الجسدية لكي يعبر عن ما يريد. (محمد النوبي محمد علي،2012 ،ص ص 190 -191 11-عندما يحاول المريض أن يجد الكلمة المناسبة ولا يستطيع ويت در د بالكلام يفضل مساعدته كأن يقترح عليه كلمة معينة أو إعطاءه بعض الخيارات لكلمات مناسبة أو إعطاءه قلم لكي يكتبها

--قد يحتاج المريض إلى بعض الوقت ليستجمع كلماته لذلك لا بد من الحرص على عدم مقاطعته أو استعجاله أو نقده، بل لابد من إظهار اهتمامنا بكلامه — .

--عندما تصبح ذاكرة مريض الزهايمر ضعيفة فقد يعيد السؤال مرات كثيرة حتى لو تم إجابته، وفي مثل هذه الحالة يفضل إجابته مرة أو مرتين ثم نحاول أن نغير الموضوع كي لا يتعب المريض من تكرار السؤال— .

- عندما يقول المريض كلاما أو يقول قصة غير حقيقية يختلقها هو أو معلومة غير صحيحة فلا يجب مجادلته في صحة الموضوع أو تصحيحه له بل يجب الاستماع له ومسايرته فيما يقوله .

-يجب عدم التذمر من المريض بل يجب إظهار المحبة والعطف والحنان بالتعابير الجسدية مثل: احتضان المريض، والابتسام ن تكرر حديثه لعدة مرات—

- ينصح بعدم التكلم عن المريض مع الآخرين بحضوره اعتقادا أنه لا يفهم فقد يحس المريض ببعض الكلمات ويفهمها مما قد يجرح مشاعره. (محمد النوبي محمد علي،2012 ،ص 176 .)

استنتاج

لقد تطرقنا إلى إحدى العمليات المعرفية في حياة الفرد، وهي الذاكرة وأنواعها ودور كل نوع منها وبالأخص،الذاكرة العاملة التي تعتبر محطة هامة في معالجة المعلومات والاسترجاع كما قمنا بتقديم مكوناتها ومميزاتها.فان التعرف على وميكانيزمات الذاكرة يسمح لنا بفهم اضطراب الزهايمر حيث هو اضطراب في الذاكرةوتسمح لنا بفهم احسن وبكيفية التكفل بالشخص المصاب .

المحاضرة الرابعة

اضطرابات اللغة الشفهية:

تمهيد

تعتبر اللغة بوابة المعرفة اذ بواسطتها يتم التواصل بين افراد المجتمع ووسيلة للتعبير عن حاجته.فاللغة ثروة ووعاء فكري ثمين يجب السهر على سلامة اكتسابه وتوفير الظروف الملائمة للطفل حتى يكتسب الاسس السوية لذلك.فتطرقنا اولا لتوضيح مفهوم اللغة وعرض مراحل اكتسابها عند الطفل وتبيان العوامل المؤثرة في النمو اللغوي. باعتبار أن النمو بصفة عامة يتأثر بمجموعة عوامل ذاتية و بيئية فإن النمو اللغوي يتأثر بعوامل مختلفة يتعلق بعضها بالتكوين النفسي العضوي للفرد و يتعلق البعض الاخر بالبيئة التي يعيش فيها الطفل.

1-تعاريف اللغة :

التعريف السيكولوجي للغة :يعرف عالم النفس التربوي تشوميسكي اللغة بأنها: ملكة فطرية وعملية سيكولوجية نشطة يقوم بها الفرد بغرض فهم وتكوين انتاج جمل نحوية ،ويؤكد تعريف تشوميسكي بعض الحقائق الهامة الخاصة بتعريف اللغة هذه الحقائق هي

- :ان الانسان مزود بملكية نظرية عامة تؤهله الستخدام اللغة

-ان الجمل وليست المفردات هي الوحيدة االصلية لتحليل اللغة تحليال ذا معنى

-أهمية فهم الواقع السيكولوجي للغة) فادية علوان، 2003 ،ص150

تركزت تعريفات علماء النفس للغة حول العملية اللغوية نفسها والوظائف التي تؤديها اللغة في حياة االنسان جاء تعريفها في المعجم الوسيط عدة تعريفات: جمع لغى ولغات، ويقال أي اختالف كالمهم وهي من لغا في القول لغوا، واللغو: ما يعتد به من كالم وال يحصل منه على فائدة واللغة هي الكالم الذي يصدر من اللسان (ابراهيم انيس، 50 .ص، 127)

-تعريف جون ديوي Dewey John أكد جون ديوي في تعريفه للغة على أن الجوهر االساسي والوظيفة االساسية للغة ليست التعبير عن شيء حاضر أو موجود وال حتى عن االفكار الحاضرة أو الحالية ولكن الوظيفة االساسية للغة هي

االتصال اي تحقيق التعاون في نشاط يشارك فيه الزمن أكثر من فرد ويعدل فيه سلوك كل فرد وينظم بواسطة رفقائه في هذا النشاط(ليلى كرم، 2004 ،ص39.)

وفي تعريف آخر لجون ديوي للغة يعرفها على أنها أداة اتصال وتعبير تحتوي على عدد من الكلمات بينها عالقات تركيبية تساعد على نقل الثقافة والحضارة بين االجيال. (عدنان العتوم، 2004 ،ص220)

– كما عرفها اليس وهنت : Hunt and Allisعلى أنها مجموعة من الوحدات اللغوية التي تعمل وفق قواعد محددة وعلى مستويات متعددة (عدنان العتوم، 2004 ،ص220.)

–تعريف كارل بوهلر : Buhler kأكد بوهلر في تعريفه للغة على ثالثة وظائف أساسية للغة المنطوقة هي– :التعبير

– تمثيل االشياء وتصويرها

– الطلب أو الرجاء

–تعريف جاردنر 1236 : Gardiner بين جاردنر، في معرض حديثه عن اللغة وتعريفها أنه من الضروري االهتمام بأربعة عوامل هي :

–عالقة الحديث بالشخص الذي يصدره

– عالقة الحديث بالشخص الذي يستمع إليه

– عالقة الحديث باالشياء والموضوعات التي يدور حولها

– عالقة الحديث بالكلمات التي تستخدم التعبير عن تلك االشياء والموضوعات (ليلى كرم، 2004 ،ص39)

–**تعريف جون كارول** : Carrol John عرفها على أنها النظام المتشكل أو المتكون من االصوات اللفظية واالتفاقية أو الاعتباطية. وتتابعات تلك االصوات التي تستخدم أو يمكن أن تستخدم في االتصال المتبادل بين جماعة من الناس والتي يمكن أن تصف بشكل عام االشياء و االحداث والعمليات في البيئة االنسانية وهناك عدة ملاحظات التي وردت في التعريف السابق وهي:

–تشير كلمة اعتباطية او اتفاقية في التعريف السابق الى ان االاصوات اللفظية و تتابعاتها ليس لها عالقة كافية أو ضرورية تشير لها أو الى المواقف والسياقات التي تستخدم فيها. فتلك الروابط تقام في المعتاد عن طريق عملية التعلم. والعلاقة

الوحيدة التي تربط بينها وبين االشياء التي تشير لها يتم االتفاق عليها بين الجماعة التي تستخدم نفس اللغة (نفس المرجع السابق ص 40)

–تعريف بلوم والهي lahey and bloom للغة 1241 / 1279 :بين العالمان في بداية مناقشتهما لمفهوم اللغة يتم في اطار أو سياق فهم الكيفية التي يتعلم بها االطفال اللغة أي من وجهة نظر ومنظور التطور اللغوي للطفل. ثم يعرفان اللغة بعد ذلك على النحو التالي: اللغة هي شفرة يعبر بواسطتها عن االفكار المتعلقة بالعالم من حولنا وذلك بواسطة نظام متعارف عليه من الرموز –الوحدات الصوتية– االتفاقية أو االاعتباطية لتحقيق الاتصال(نفس المرجع السابق ص 43)

2–مراحل اكتساب اللغة عند الطفل :قبل الدخول في تفاصيل المراحل التي يمر بها تطور اللغة عند الطفل قد يكون من المفيد التعرض بشيء من االيجاز لمفهوم المراحل بصفة عامة و استخدام هذا المفهوم في مجال التطور المعرفي بشكل خاص .

–مفهوم المراحل و استخدامه في مجال التطور المعرفي: المرحلة أو المراحل من المفاهيم الهامة في علم النفس بصفة عامة و علم النفس النهائي و علم النفس الطفل على وجه الخصوص استخدمته عدة مدارس من بينها مدرسة التحليل النفسي على رأسها سجموند فرويد لوصف "النمو الجنسي االنفعالي" و كذلك مدرسة جان بياجيه جنيف لوصف النمو العقلي أو المعرفي كما استخدم هذا المفهوم في مجال النمو المعرفي (ليلى كرم الدين، 2004 ،ص51).

كما تشير معظم الدراسات و اآلاراء الى أن نمو اللغة كأي جانب سلوكي آخر سيسير وفق مراحل مختلفة ترتبط الواحدة باألخرى ، حيث لم يعد باإلمكان وصف أي مرحلة بشكل منفصل عن المراحل السابقة لها و تمر اللغة في عدة مراحل الى ان تمر الى شكلها المألوف الذي يتيح للفرد استعماله كأداة للتعبير و االتصال و تعتمد ي نموها على مدى نضج و تدريب أألجهزة الصوتية . و تندرج هذه المراحل الى:

: أ– **مرحلة الصراخ بعد الوالدة** (صيحة الميلاد): يمكن تعريف الصراخ على أنه أول صوت يخرجه الطفل بعد الوالدة مباشرة (نبيل عبد الهادي و آخرون 2007 ، ص121–122)فهو ناتج عن اندفاع الهواء بقوة عن حنجرته فتهتز أوتارها . و هذه الصيحة سببها فسيولوجي و هي أول ظاهرة من ظواهر اللغة االنسانية و لهذه الصيحة أثر فعال في فتح المجال الهوائي لجهاز النطق عند الطفل و تختلف هذه الصيحة من طفل آلخر تبعا لنوع الوالادة و صحة الطفل فصيحة الطفل القوب تكون حادة و الطفل الضعيف تكون خافتة متقطعة .

(سهير محمد سالمة شاش، 2006 ،ص66.65)

ب–مرحلة المناغاة: المناغاة هي إصدار صوت ليس كالصراخ تماما ذلك في الاسبوع الثالث و الثامن و يسميها البعض مرحلة الثرثرة و تستمر من أشكال الترويض اللفظي التلقائي و يعد الطفل في مناغاته لقيام اللغة السائدة (المرجع السابق 2006 ،ص69)و على الرغم من هذا فإن مرحلة المناغاة تختلف من طفل آلخر و تتوقف بالدرجة الاولى على مدى نضج و تطور جهاز الكلام لديه كما أكد العلماء الذين لدراسة تطور لغة الطفل عند هذه المراحل المبكرة على حقيقة هامة و هي ان أألصوات التي يخرجها أو يصدرها الطفل عند بداية مرحلة المناغاة هذه ال ينطقها قاصدا أو مقلدا ألصوات آلخرين انما تنتج تلك أألصوات بالصدفة من الحركة العشوائية اعضاء جهاز الكلام أي أن هؤالاء العلماء يؤكدون على أن أصوات المناغاة ال تكون أصواتا متعلمة مكتسبة .

(ليلى كرم الدين 2004 ،ص59).

ت–مرحلة التقليد: بعد أن يجتاز الطفل مرحلة المناغاة نجده يقلد صيحات و أصوات آلخرين التي يسمعها و ذلك بهدف االتصال بهم و أن يصبح أو من أجل اللهو أو بصورة عفوية تلقائية أو بهدف اشباع حاجة ما .و تبدأ هذه المرحلة عند العاديين من أألطفال في أواخر السنة أألولى أو أوائل الثانية و تنتهي في الخامسة أو السادسة عند بعض الاطفال و أما عند الاطفال غير العاديين من الناحية اللغوية فقد ال تبدأ لديهم اال في أواخر السنة الثانية أو أواخر الثالثة و الطفل في مرحلة التقليد يحاول تقليد أألصوات التي يسمعها فيحاول ان يقلدها و لذا نجد أن الطفل يسترق السمع و الاصغاء لكل ما يقال و كثيرا ما يسمع الطفل الكبار بالاستجابة اليه و الكلام معه و اشباع حاجاته (سهير محمد سالمة شاش، 2006 ،ص71)

ج– مرحلة الكلام: إن أهم سمات كلمات الطفل خالل هذه المرحلة أنها تعبر عما يجري حوله و بنمو قدرات الطفل و مفرداته يستطيع التحدث عن الماضي و المستقبل كما أن أول ما يتعلمه الطفل و ينظمه في كالمه و تتضمن الكلمات أألولى التي يتحدث بها الطفل أشياء مألوفة له في محيطه اليومي كالكوكب و اللعبة و أشخاص مألوفين كالاب و الام و غالبا ما تكون هذه الكلمات أسماء . و يعتمد كالم الطفل و نمو مفرداته على حاجة الطفل فإذا توفر للطفل كما كل ما يريد دون السؤال عنه من قبل الوالدين فال يكون هناك يجعل الطفل يبذل مجهود الكلام و بذلك يتأخر نموه اللغوي و قد قسم بعض الباحثين مرحلة الكلام و نمو المحصول اللفظي الى فترتين :

د–فترة اللغة القصيرة: هي اللغة التي يتحدث بها الطفل لنفسه و يقلد بها كلام الكبار فكلام الطفل في هذه الفترة يكون غير مفهوم الاضمن نطاق بيئته المحدودة .

-**فترة اللغة المشتركة**: و في هذه الفترة يكون كالم الطفل أكثر وضوحا و انتظاما لما يكون أقرب الى كالم الكبار و يتوقف هذا على استعداد الطفل و نوع البيئة و اهتمام الكبار بلغته (سهير محمد سالمة شاش، 2006 ،ص 76-77)

هـ-**مرحلة تطور المهارات و المكتسبات اللغوية**: بعد ظهور الكلمات القليلة و التي يستخدمها الطفل العادي تبدأ مهاراته اللغوية في االنتظام و االتساق و يصبح كالمه أكثر فهما و وضوحا و تزداد مكتسباته اللغوية بالتدرج و يتضح ذلك من خلال المؤشرات التالية

- :نمو المفردات و الحصيلة اللغوية

-طول الجملة

-تركيب الجملة

-**سلامة النطق**: و قد تباينت نتائج الدراسات بخصوص حجم مفردات ألطفال اللغوية تبعا للعمر و قد يرجع ذلك الى الفروق الحضارية أو طبيعة اللغة أو الى عوامل أخرى و من أجل اعطاء صورة واضحة عن حجم الذخيرة اللغوية للطفل فإننا سنحددها تبعا للمراحل العمرية .بين السنة االولى و الثانية يتحسن نطق الطفل و تزداد عدد مفرداته التي سيستخدمها بازدياد المصادر المتاحة يحقق الطفل في عمر 19 و24 شهرا قفزة في حجم الذخيرة اللغوية و أول ما يتعلمه الطفل من المفردات ألسماء و بألخص أسماء من يحيطون به من ألشخاص و لذلك تدعى هذه المرحلة مرحلة ، ثم يستعمل بعد ذلك الضمائر عند أواخر السنة الثانية. بين السنة الثانية و الثالثة

(سهير محمد سالمة شاش، 77-72ص، 2006)

تزداد مفردات الطفل في هذه الفترة بشكل كبير و يكون للطفل القدرة على ربط الكلمات للتعبير عن فكرة معينة حيث يصل في سن 24 الى شهرا 42 %من مجموع الكلام و يزداد بشكل كبير خالل هذه المرحلة حتىً شهرا ا يصل 23 %عن سن 30.

النمو اللغوي في مرحلة ما قبل المدرسة(الروضة):يظهر نمو الكلام في هذه المرحلة و قد أخذ باالكتمال و لكن ليس معنى هذا أن الطفل قد أصبح يتكلم كالراشدين بل أن أقسام الكلام لديه قد اكتملت و يستطيع النطق بشكل جيد و يبدأ الطفل باستخدام الاساليب النحوية بشكل أفضل و تنمو اللغة بسرعة كبيرة و تزداد مفردات الطفل بشكل سريع و مدهش خلال فترة ما قبل المدرسة .

(المرجع السابق، ص91.)

إن اكتساب اللغة دليل واضح على ان شخصية الطفل أصبحت تتبلور و بنيته العقلية أخذت تتطور من المركز حول الذات الى الموضوعية و من االدراك السطحي الى ادراك العالقة القائمة بين تعاون الطفل و الراشد و بين اللغة بطبيعة الحال فهي الاداة المثلى التي تم بواسطتها هذا االحتكاك الأنها تكتسب بصورة تلقائية فال بد من التدريب على النطق و لابد كذلك من مرور وقت و ليس بالقصير قبل أن يتمكن الطفل في اللغة.

3– العوامل المؤثرة في النمو اللغوي :باعتبار أن النمو بصفة عامة يتأثر بمجموعة عوامل ذاتية و بيئية فإن النمو اللغوي يتأثر بعوامل مختلفة يتعلق بعضها بالتكوين النفسي العضوي للفرد و يتعلق البعض الاخر بالبيئة التي يعيشها الطفل .ففهم العلاقة بين النمو اللغوي و العوامل المؤثرة فيه يساعد على تقويم هذا النمو و الحكم بموضوعية أكبر. بالاضافة الى أنه يساعد على ضبط النمو اللغوي و توجيهه و الارتقاء به و يمكن تصنيف هذه العوامل الى:

3–1––عوامل وراثية و حيوية و عضوية: من أهمها

– النضج و العمر الزمني : يتطلب اكتساب اللغة الوصول الى نضج معين يستطيع الكائن البشري عنده الكا لم فكلما تقدم الطفل في العمر زاد محصوله اللغوي و هذا ما يوضح أهمية العالقة بين المرحلة العمرية و النضج كعوامل مؤثرة عل النمو اللغوي و خاصة نضج الجهاز الكلامي ،و النضج العقلي و ما يترتب على ذلك من اكتساب الخبرات في مواقف التعلم فطفل الثانية يتوقع أن يأتي بمستويات من النمو اللغوي يزيد عن قرينه في عمر الثانية فاللغة تتطلب تحكما كبيرا من الدقة في اللسان و الشفتين فيما الضغط و الاجبار في تعلم اللغة دون مراعاة الاستعداد الكافي للطفل من حيث نمو الجهاز الكلامي و توافر الحوافز و اكتساب الجديد من الخبرات يؤدي بدوره الى حدوث عيب في الكلام و عليه فإنه من الواجب الا نبدأ بتعلم اللغة للطفل الا حين نلمح بوادر النطق التلقائي لديه .و قد أثبتت "سايلر " SAILER ان عدد الاخطاء في الكلام يتناقص تدريجيا تبعا لدرجة النضج التي يصلها الطفل، و أشارت "سيجنا بدفان BDVAN " SIGNAان عدد المفردات و طول الجملة يزداد وفقا لنمو العمر العقلي و الزمني.

–الذكاء: توجد علاقة ايجابية بين النمو اللغوي و الذكاء تظهر في جوانب عديدة منها بدء الكلام كما أن هناك علاقة واضحة بين الذكاء و القدرة اللغوية .. فضعاف العقول يبدؤون متأخرين عند العاديين و العاديون يتأخرون في ذلك عن الاذكياء اذ يبدأ الكلام متأخرا لدى ألطفال ضعاف العقول عنه لدى العاديين اذ كما يرتبط التأخر اللغوي الحاد ارتباطا كبيرا بالضعف العقلي .. وليس معنى هذا ان كل طفل يتأخر في الكلام لا بد ان يكون ضعيف العقل أو غبيا فهناك

عوامل أخرى تتدخل في التأخر اللغوي غير الذكاء (المرجع السابق، ص27)فقد أكدت)مكارثي ان العلاقة بين عدد المفردات و العمر العقلي ايجابية و ثابتة و تدل ابحاث ميد Mead ان الكلمة الاولى تبدأ في الظهور عند الطفل الموهوب في الشهر 11و عند الطفل المتوسط الذكاء في العمر 3 و15 شهرا و عند طفل ضعيف الذكاء في عمر 5 و 39 شهرا (المرجع السابق ، ص29.)

– **الحالة الجسمية**: هناك علاقة كبيرة بين نشاط الطفل و نموه اللغوي فكلما كان الطفل سليما من الناحية الجسمية كان أكثر نشاطا و من ثم يكون أكثر قدرة على اكتساب اللغة فالغذاء الجيد و االفراز الغدي و الجهاز العصبي و الجهاز الحسي الحركي و سالمة الجيوب االانفية كلها عوامل مؤثرة في النمو اللغوي لدى الطفل .كما أن العاهات الحسية لها دورها المؤثر في النمو اللغوي :فكف البصر (العمي)يعتبر عاملا مؤثرا في النمو اللغوي لدى الطفل الا ان لغة الاعمى و لغة الاصم تختلف عن لغة الانسان العادي فاالاعمى يميل في حواره الى الاسئلة الكثيرة و الاصم يميل الى أن تكون قصية موجزة بسيطة لعزوفه عن الحوار الطويل الذي يكشف عن صممه الجزئي أو الكلي .و السمع الجيد لإلنسان ضروري لنمو الكلام الاعتباري فالطفل الاصم بصورة تامة يكون غير قادر على الكلام الشفهي دون تدريب و قد أوضحت الدراسات أن المرض الشديد و الطويل خلال السنتين الاوليين من الحياة يؤخر بداية الكلام و استعمال الجمل و قد يكون ذلك بسبب انعزال الطفل و محدودية اتصال الاخرين به مما يقلل تكلمه .بالاضافة الى أن دوافعه للكلام تكون قليلة الا ان جميع حاجاته تتحقق له من خلال الرعاية الزائدة .

– **جنس الطفل**: تشير أغلب الدراسات التي للكشف عن الفروق بين الجنسين في مجال النمو اللغوي الا أن احدى النتائج الثابتة و المتكررة التي كشفت عنها مختلف تلك الدراسات هي وجود فروق في صالح الاناث في جميع جوانب النمو اللغوي التي درست كافة ابعاد ذلك النمو(المرجع السابق ، ص100)غير أن هذه الفروق تقل وضوحا و بروزا كلما تقدم العم و اشارت الدراسات أيضا الى تفوق البنات عن البنين في الطالقة اللغوية و القواعد و صياغة أاللفاظ و طول الجملة و ذلك في مختلف المراحل العمرية .توصلت بعض الى نتائج عكس الدراسات التي سبق ذكرها و ال تتفق معها فقد أظهرت دراسة سالتز و آخرون al et Seltez و دراسة كزمان Ksman سنة 1292 و دراسة وليد الزند سنة 1296 عدم وجود فروق بين الذكور و االناث في حجم الذخيرة اللغوة و التراكيب اللغوية . و قد فسرت مكارثي تفوق الاناث على الذكور بأن البنات في بداية تعلم اللغة يبدأن بالتوحد مع أمهاتهن بينما يتوحد البنون مع آبائهم و لما كان الاب بعيدا عن البيت أكثر من الام فالبنين يحصلون على اتصال أقل مع الاب مما تحصل عليه البنات مع أمهاتهن إذن فالعلاقة بين الام و ابنتها خلال الطفولة تساعدها على تعلم الكلام في وقت مبكر بصورة أفضل من الولد.

– **التوأم**: بنيت العديد من الدراسات تأخر التوأم لغويا سنة و ستة أشهر بالنمو اللغوي لغيرهم من الاطفال و لكن يختفي هذا التأخر من االلتحاق بالمدرسة ،و قد يكون سبب هذا التأخر لما عندهم من لغة توأمية مشتركة ال تعتمد على الكلام فقط اذ يقوم التوأم بتقليد أخيه التوأم آالخر و قد لوحظ ان التوأم يقلد توأمه آالخر كما يقلد طفل المالجئ طفال آخ و من ثم يتأخر النمو اللغوي لدى هؤالء أألطفال عن المستوى العادي ما يقرب من سنة تقريبا الا أن هذا التأخر اللغوي يختفي عند التحاقهم بالمدرسة االبتدائية حيث يكتسبون فيها النماذج اللغوية الصحيحة (سهير محمد سالمة شاش، 2006 ،ص102).

–**عوامل بيئية و ثقافية** :هذه العوامل ترجع الى البيئة الاجتماعية و الثقافية التي من خلال التفاعل معها تكون شخصية الوليد البشري و تنمو قدراته اللغوية متأثرة بكل ما في البيئة من عوامل منها:

– **المستوى االاقتصادي و الاجتماعي**: تؤكد الدراسات العلمية على وجود ارتباط بين غزارة المحصول اللفظي و المستوى الثقافي و االجتماعي و االقتصادي لألسرة فأطفال البيئات ذات المستويات االجتماعية و االقتصادية المرتفعة يتكلمون أفضل و أسرع و أدق من أطفال البيئات ذات المستويات الدنيا ذلك ألنهم ينشؤون في بيئة مجهزة بوسائل الترفيه كما أن تفاعالتهم مع محيطهم البيئي أثرى و أوسع هذا باإلضافة الى ان اسرهم بحكم ثقافتها يتعاملون معهم بأسلوب يساعد على تكوين عادات لغوية صحيحة و غالبا ما يشجعونهم على الكلام ويوجهوهم بشكل افضل لتعلم اللغة، أما االطفال الذين ينشؤون في بيئة فقيرة غالبا ما يجدون صعوبات كبيرة في السيطرة على المهام التربوية (المرجع السابق ، ص 103)وعلى هذا فإن تعدد وتنوع الخبرات واتساع نطاق بيئة الطفل في المستويات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية المرتفعة من شأنها ان تؤدي الى ازدياد النمو اللغوي .

–**التدريب الخاص**: هو احد العوامل المؤثرة على النمو اللغوي حيث تساعد البيئة الغنية بالتجارب والمثيرات على تقدم النمو اللغوي للطفل وقد اهتمت بعض الدراسات بمعرفة أثر التدريب على ازدياد النمو اللغوي .فلقد أجرى "دو " Doweدراسة على مجموعة من الاطفال قدم لهم تدريبات تتناول سماع قصص وشعر ومناقشة صور والخروج في رحالت وبعد 3 أشهر تبين أن النمو اللغوي لدى المجموعة التي خضعت للتدريب تفوق المجموعة الضابطة التي لم تتلقى نفس التدريب) المرجع السابق، ص 107 (.ج–المحيط االسري: تعد االسرة العامل االكثر أهمية في نمو لغة الطفل فالعالقة الطبيعية بين اا لم أو من يقوم مقامها. والطفل وتشجيعه واثابته على اصدار االصوات واعادة ما يسمع أو التلفظ ببعض الكلمات وأألصوات، كل هذا يشجعه على تعلم اللغة بشكل جيد .وعكس ذلك يحدث عند غياب اا لم عن طفلها. اذ ان غياب اا لم يعوق نمو الطفل وقد يفقد موهبة الكا لم التي اكتسبها حديثا عند غياب اا لم عنه لفترة طويلة .كما تقيد

بعض الدراسات بأن االطفال الذين حرمتهم الظروف من العيش في كنف االسرة يتأخرون في الكالم ويرى " ماورر " MAWRERأن العامل والعالقات الوثيقة واالتصال االجتماعي السليم بين الطفل ومربيته يسهم الى حد كبير في تقدمه اللغوي المبكر ويمكن ان نجمل بعض العوامل المؤثرة في اللغة والمرتبطة بالمحيط االاسري كما يلي

– ان استثارة ذكاء الطفل ونموه. ونمط تعلمه يتوقف على طريقة االبوين في استخدام اللغة وأسلوب تنشئتهم للطفل

–الحكايات التي تحكيها الا لم للطفل تؤثر على نموه اللغوي في مرحلة الطفولة المبكرة (2–6سنوات)مع التأكيد على طريقة قص الحكاية

—سرد الام التي تثبت وتشجع المهارات اللغوية لدى اطفال يتفوق أطفالها في هذي ان أتقنت المهارات .

–المستوى التعليمي للأسرة: يؤثر مستوى تعليم الاسرة وخاصة الوالدين على النمو اللغوي لألطفال حيث لوحظ أن الوالدين ذو مستوى التعليم المرتفع يتميز أبنائهم باكتساب كلمات كثيرة وعادات لغوية أفضل من ابناء الوالدين ذوي المستوي التعليمي الاقل) نفس المرجع ص 109 – 102

وقد أجرى السيد دسوقي عبد الله دراسة لمعرفة عالقة المستوى التعليمي لأ لم بالنمو اللفظي لطفل ما قبل المدرسة وقد اشتملت العينة على 240 طفال وطفلة تتروح أعمارهم ما بين 4 و6 وقد اشتملت العينة على أطفال ينتمون الى امهات في مستويات تعليمية مختلفة وقد اشارت نتائج هذه الدراسة الى وجود فروق دالة احصائيا في النمو اللفظي لصالح الاطفال أبناء االمهات ذوي مستوى التعليم المرتفع .

–عدد الاطفال في الاسرة وترتيب الطفل الميلادي: إن عدد الاطفال في الاسرة وترتيب ميلاد الطفل عاملان مؤثران في نمو لغته فالطفل الوحيد في الاسرة يكون نموه اللغوي أسرع وأحسن من الطفل الذي يعيش بين عدد من االخوة. ويحدث هذا ما اذا كان احتكاكه بالراشدين وتفاعله معهم أكثر وهذا يؤثر أيضا على الطفل الاول في الاسرة وكذلك الطفل الذي يعيش في أسرة صغيرة .وقد لوحظ أن الطفل الوحيد خصوصا اذا كان بنتا غالبا ما تكون أكثر الاطفال تقدما في كل جوانب النمو اللغوي. ذلك أنها تتمتع بمزايا كثيرة منها االرتباط بالراشدين مما يتيح لها خبرات أوسع .و قد بينت الدراسة التي أجراها عبد الله عويدات ان ترتيب ميلاد الطفل بين اخوته عامل مؤثر في عدد كلماته الجارية عند دخول المدرسة حيث يبلغ عدد هذه الكلمات عند الطفل ألاول 929 كلمة و الثاني 715 كلمة و الثالث 675كلمة و لوحظ أيضا أنه إذا كانت والدة ألطفال متقاربة كأن يولد الطفل الثاني بعد مرور سنة أو سنة و نصف من ميلاد الاول فإن ذلك يعوق النمو اللغوي عند الطفل الاول و قد وجد أن كلام الطفل الاول هو أفضل من الطفل الاخير في نفس

الاسرة و يعود السبب الى أن الاوين يقضيان وقتا أكثر في تعليمه و تشجيعه على الكلام مقارنة بالطفل الاخير (المرجع السابق ، ص110)

– **التشجيع و الاختلاط بالاخرين**: يتأثر النمو اللغوي بمدى اختلاط الطفل بالبالغين الراشدين الى اعتماده على التقليد و لان لغة الراشدين من أفضل النماذج اللغوية الصالحة لتعلم الطفل و هي تساعده على اكتساب المهارة اللغوية فالاطفال الذين يختلطون بغيرهم تنمو لغتهم بدرجة أسرع من أولئك الوحيدين في أسرهم أو المنكمشين و قد أوضحت "مكارثي" أن الاطفال الذين يعيشون مع الكبار يصلون الى 70% من نموهم اللغوي، وهناك أساليب عديدة تحفز الاطفال على تنمية مفرداتهم بالتشجيع على الاحاديث الاسرية و القراءة للالطفال ، مشاهدة التلفاز ، توفير اللعب بالاضافة الى الاجابة عن أسئلة الاطفال و التحاور معهم (المرجع السابق ، ص111)

ط–العلاقة الاجتماعية بين ألاطفال: بلاشك أن الفرد االاجتماعي يتاح له الكثير من الخبرات و يستفيد من المواقف المختلفة كما أن مناقشاته المستمرة مع زمائله و تحمله الكثير من المسؤوليات و ثقة زمائله فيه يدفعه الى التفكير لحل ما يعرض عليه بين مشكالته و الوفاء بما يلقى عليه من مسؤوليات و في ضل هذه الظروف قد ينمو و يزدهر الذكاء كقدرة عامة و هنا بدوره له تأثير على النمو اللغوي كالعلاقة بين الوالدين: الذي يجب ان يشيع في ألاسرة من جراء الخلافات بين الوالدين يؤدي للجوء الابناء الى أنماط سلوكية تبدد طاقاتهم كالعدوان و االانطواء هذا باإلضافة ينشأ فيه الى الشجار المستمر بين االاخوة . أما التعاون بين الوالدين فيخلق جواً هادئاً الطفل نشوً ء متزنا و هذا االاتزان العائلي يترتب عليه غالبا اعطاء الطفل الثقة في نفسه و يمكن القول بأن على الوالدين أن يدركا ان مهمتهما الحقيقية تكمن في معرفة ان ثروة الطفل النفسية هي في بادئ ألامر ثروة وجدانية فان لم يهيأ الجو الملائم إلرهاف حواسه و تغذية خياله قلت قدراته بوجه عام بما فيها القدرات اللغوية . ان الالتحاق بدور الحضانة و رياض أألطفال و المؤسسات أألخرى: أكدت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال أهمية دور الحضانة و رياض أألطفال في انماء خبرة الطفل و اكتسابه مفردات جديدة كما بينت دراسة دو Dowe على أطفال تتراوح شهراً أعمارهم ا بين 42–90 وجود زيادة في المفردات اللغوية لألطفال الذين مروا بخبرات دور الحضانة و الرياض كما أيدت "برنستن" BERNESTEN هذه النتيجة و قامت في المجتمع الغربي دراسات لبيان أثر االلتحاق برياض أألطفال على نمو لغة أألطفال منها دراسة(وليد الزند 1276)في العراق على أطفال تتراوح أعمارهم ما بين 5–4سنوات و (دراسة عبد الله عويدات 1277)في أألاردن على أطفال الصف أألاول ابتدائي و أجمعت هذه الدراسة على أن دخول الاطفال هذه المؤسسة يعتبر عاملا في نمو ثروتهم اللغوية هذا و تؤثر دور الحضانة يشكل سلبي أحيانا على النمو اللغوي فالدور التي يزداد فيها عدد أألطفال و تشرف عليهم مربية واحدة و تقل فيها

المؤثرات و تنعدم بين الطفل و المربية العلاقة و التواصل الوجداني و يحل محلها الخوف و عدم الامان فإنها تؤدي الى تخلفه في اللغة ، كذلك الحال بالنسبة لألطفال الذين يعيشون في الملاجئ و هذا على خلاف الاطفال الذين تكثر تفاعالتهم مع أقرانهم و الذين يجدون قبولا لدى أعضاء الجماعة يكون لديهم دافعا أقوى لتعلم اللغة (المرجع السابق ص، 111-114)

ج-الحالة النفسية: تؤثر الاضطرابات االانفعالية التي تحيط بالطفل على نموه اللغوي فنجد ان اشباع حاجات الطفل من الحب و الحنان و شعوره باالامن و الامان يساعدان على النمو اللغوي السوي و تشير بعض الدراسات الى أن وسائل القمع و االحباط و التدليل غالبا ما يتسبب عنها اضطراب في نطق الطفل . و نجد أن نضج الطفل و ثباته االانفعالي من العوامل التي تسهم في سرعة تعلم الكلام فالاطفال الذين يعيشون في أمان و سعادة بعيدا عن القلق يتكلمون أحسن أما أألاطفال الذين يعانون من القلق و التوتر فإن نموهم اللغوي يكون متأخرا و تشير بعض الدراسات الى أن أألاطفال الذين يشكون من عدم توفر االانسجام االانفعالي غالبا مل يعانون من اضطراب في الكلام. و من الجدير بالذكر أن التصويب اللغوي و بدأ التلفظ لها مغزى انفعالي عظيم الاهمية في حياة الطفل (المرجع السابق ، ص114-115)

استنتاج:

تعتبر اللغة قوام تقدم المجتمعات فبارصاء اسسها السوية يستقيم صلاح الفرد في المجتمع ويلعب دوره على اكمل وجه.اما في حالة اعوجاجها تضطرب صحة الطفل النفسية ويتعذر مواكبته بمساره التعليمي السوي لفقدانه لاليات التواصل وتلبية حاجاته (اللغة).

2: التاخر اللغوي البسيط

2-1-تعريف التاخر اللغوي البسيط:

يعرف **روندال** التاخر اللغوي البسيط على انه تاخر في الانتاج اللغوي بالمقارنة مع المعيار العادي في اكتساب اللغة،يخص المعنى الذاتي للكلمات ،التنظيم القواعدي التركيبي والنوعي للجملة. وتضيف **بورال ميزوني** في هذا الصدد ان التاخر اللغوي البسيط يكون عندما لا يشرع الطفل في الكلام بين 2-3 سنوات ويجدر الى ان الطفل المصاب لايعاني

من اي مرض عقلي او اصابة سمعية. يبقى الطفل يتصل لفظيا مع عائلته لكن فهمه وتعبيره يكونان دون مستوى أقرانه. (بسام بركة،1983،ص64)

ويتفق اغلبية العلماء في تعريف التاخر اللغوي البسيط عندما لايتكلم الطفل ،يتكلم قليلا اوخطأ وذلك ما بين عامين الى اربعة سنوات.

2-2-أعراضه:

أ-على مستوى الانتاج:

تظهر الكلمات الاولى عند الطفل المتاخر لغويا في حوالي عاميين بينما تظهر عند الطفل العادي في حوالي 10 الى 18 شهر ثم تظهر الكلمة الجملة عند المتاخر لغوي في حوالي ثلاثة سنوات فما فوق بينما تظهر عند العادي ما بين 12 الى 15 شهر كما يستعمل الضمائر ابتداءا من 4 سنوات فما فوق و بطريقة مشوهة مثل:

.يستعمل القواعد الا احيانا في خطابه الفقير كما لا يحترم ترتيب الكلمات ،« chocolat »ل« tola »

الافعال غائبة تقريبا .

ب-على مستوى الفهم:

يكون الفهم عند الطفل المتاخر لغويا افضل عنده من التعبير، لكن لديه اضطرابات في مفاهيم الزمان والمكان وتسمية الالوان والاحجام.....الخ. كما تكون الجانبية والتحطيط الجسدي غير مكتسبين وكثيرا ما يصطحب بالاضطرابات العاطفية وتكون مهمة احيانا.

3-أسبابه:

أ-العوامل التكوينية الوراثية: نتكلم عن استعداد تكويني حساس او مبكر مكتسب ، او من جراء امراض الطفزلة وقد يرجع اسباب التاخر اللغوي البسيط حسب لوناي و بورال ميزوني "1972" الى عدم استعداد خلقي للغة اي نقص الهواية للغة ،الطفل لا يمتلك وسيلة لاستعمال الافعال ولكن يعاكس أيمار هذه الفكرة اذ يقول ان الاشكال الفعلية غريبة عن عالم الطفل فلها سوى علاقات بعيدة عن الفكرة المرادة تعبيرها لدى الطفل

(Rondal,1977,p385)

من الحالات سوابق مرضية تتمثل في الامراض 27%توجد Debray

ب-**العوامل العصبية**: بالنسبة للعوامل العصبية كالخديج،عدم النضج،حوادث اثناء الولادة ،الصدمات الدماغية واليرقان.....الخ

ج-العوامل الثقافية الاجتماعية: نذكر في هذا المجال:

-المستوى الثقافي الاجتماعي للعائلة

- Bilinguisme النوع اللغوي الذي نجد فيه الثنائية اللغوية

ان تطور اللغة يرتبط بالمجتمع الذي يعيش فيه الطفل ،فمن المعروف ان الاطفال ذوي المستوى الاجتماعي الثقافي العالي لديهم تفوق لغوي عالي اما الاطفال ذوي المستوى الاجتماعي الثقافي المنحط يعانون من صعوبات لغوية

(Rondal,1977,p38)

د- العوامل العاطفية والعائلية:

يمكن لسلوك الام (مفرطة الحنان، المنسحبة،المترددة) ان يكون له دور في نشوء التاخر اللغوي للطفل. ان اللغة غير السليمة يزيد في قلق الطفل وتؤثر في علاقاته مع محيطه وهذا القلق يتجلى في انزوائه، عدوانيته واضطرابه السلوكي. ان الضغوطات اللغوية من طرف محيط الطفل يعزز لديه رفض السلوك اللغوي الذي يترجم بتاخر لغوي.وقد يكون هذا الاخير ناتج عن ازدياد مولود جديد او الدخول للمستشفى وفراق الام بسبب المرض.

فهذه الاضطرابات العابرة هي نتيجة لعدم التوازن بين احتياجات الطفل الداخلية والخارجية التي يزاجهها.

4-العلاج:

يتم علاج التاخر اللغوي البسيط بجبسات التخاطب للاطفال و هي احدى الطرق المستعملة من طرف الاخصائي التخاطب حيث يعتمد على تنمية مهارات الطفل على مدى عدة جلسات اسبوعية لمدة من الزمن وقد تستغرق الجلسة الواحدة ساعة واحدة.حيث يعمل الاخصائي على تقييم قدرة الطفل على التركيز ولفت انتباهه بطرق منهجية ومراقبة نمط تقليد الطفل.

اما بيما يتعلق باعادة التربية الارطوفونية يتجسد في تاسيس وظائف اساسيات اللغة المتمثلة في:

-الوظيفة المتعلقة بتهيئة الطفل للاتصال اللغوي اي دينامية الاتصال المتمثلة في الرغبة في الاتصال اللغوي الشفهي واستعمال مختلف التقنيات التي تسمح بذلك.

-الوظيفة التي تسمح من خلالها تاسيس اطار منظم ومنسق للمفاهيم الاساسية للاستعمالات اللغوية.

-وظيفة تحقيق الافعال اللغوية والتي تهدف الى اعطاء الطفل امكانية التعبير بلغة فعالة. (محمد محمود النحاس،2006)

4-1-السلوكيات اللغوية المستهدفة في العلاج :

تعتمد القاعدة العامة في تحديد السلوكيات المستهدفة على الطفل المتأخر والمضطرب لغويا بصفة عامة، ويعتمد الإختبار الرئيسي للسلوكيات اللغوية المستهدفة على المخزون اللغوي الموجود لدى الطفل، وعلى السبب الرئيسي أو الحالة المرتبطة بالمشكلات اللغوية، وهذا ينطبق على الأطفال والمراهقين في آن واحد، كارتباطها مثلا بالتخلف العقلي أو التوحد أو الإعاقة السمعية، الإعاقات الجسمية أو غيرها، كما أن التحليل المناسب لنتائج التقييم يساعد كثيرا في اختيار السلوكيات الرئيسية المستهدفة والتي من أهمها ما يلي :

المفردات الرئيسية :قد تكون الأهداف اللفظية لدى العديد من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من تأخر لغوي عبارة عن مجموعة من الكلمات، وفيما يلي مجموعة من الخطوات المتبعة في عملية اختيار المفردات الرئيسية للعلاج والتعلم

.أ- **الكلمات الملموسة أو الحقيقية التي تستعمل لتسمية أشياء أو أفعال محددة** :ففي المرحلة الأولى علينا أن لا نختار كلمات عامة مثل: ألعاب، طعام، ملابس... وبدلا من ذلك علينا تعليمهم كلمات محددة مثل: سيارة، حليب، قميص.

ب- أسماء الأشياء :الألعاب التي يلعبها (سيارة، شاحنة، باص، منطاد، قطار Create PDF files without (.... أسماء الطعامthis message by purchasing novaPDF printer (http://www.novapdf.com) (حليب، عصير، كعك، كسكس (...الملابس والممتلكات الشخصية (قميص، حذاء، قبعة، جوارب (...أسماء أعضاء الأسرة (أمي، أبي، جدي، جدتي، أخي، أختي ....

ت- أسماء الحيوانات :فعلينا تعليم أسماء الحيوانات ومن ثم عرضها في قصص لتوسيع مفردات الطفل وتعليم بناء الجمل.

ث– الأفعال :حيث نعلمه الأفعال الشائعة الإستخدام مثل: شرب، أكل، قفز، ركض، مشى، تبسم، ضحك ... ج– الصفات لوصف الأشخاص والأشياء: (كبير، صغير، قصير، سمين، نحيف، أبيض، أحمر، أخضر (....ح– الكلمات المرتبطة بثقافة الطفل ولغته .

4–2––أشباه الجمل :نعلم الطفل أشباه الجمل عندما يستطيع إنتاج كلمات مفردة عديدة ففي البداية نعلمه أشباه جمل مكونة من كلمتين، ومع تقدم الطفل في إتقان أشباه الجمل من هذا المستوى فإننا ننتقل إلى مستويات أعلى فتزيد عدد الكلمات المستخدمة في أشباه الجمل في أقوال الطفل لتعلم أدوات الصرف والنحو في اللغة) .الأدوات الصرفية والنحوية :يبدأ تدريب الطفل على الصرف عندما يستطيع إنتاج الجمل، ونستمر خلال التدريب في تعليم الطفل كلمات جديدة وأشباه جمل متعددة الكلمات لتوسيع مخزون الطفل اللفظي، ونحتاج في تعليم Create PDF files without this message by purchasing novaPDF printer (http://www.novapdf.com)التراكيب الصرفية إلى تعليم وحدات كلامية قواعدية كثيرة: أحرف الجر، ضمائر الملكية، الأزمنة الثلاث الأساسية(ماضي، حاضر، مستقبل)، التساؤلات(من، ماذا، أين، لماذا، كيف، متى، (....وكذلك الوحدات الكلامية والتراكيب النحوية المناسبة للخلفية الثقافية واللغوية للطفل .ونستطيع أن نحدد 10 إجراءات علاجية مهمة لذوي التأخر اللغوي والعيوب اللغوية عامة:

–عرض الطفل الذي يعاني من صعوبات لغوية على الطبيب المختص للفحص وتشخيص الحالة للتعرف على الأسباب المؤدية إلى ذلك فإن كان السبب عضويا فإن الطبيب الجراح يقوم بتصحيح العيب بإذن الله، وإن كان السبب نفسيا فإن الطفل يحتاج إلى طبيب نفسي للمعالجة النفسية

–تفاعل الطفل مع الكبار مهم في النمو اللغوي: يحتاج الطفل إلى معاملة بعيدة عن التوتر وإثارة القلق وتجنب العقاب وإحاطته بالرعاية والحب ليشعر بالاطمئنان، كما ينبغي أن تكون هذه المعاملة بعيدة عن المغالاة .

–عدم إجبار الطفل على التخلي عن العادات التي يمارسها كمص الاصبع ، وقضم الأظافر، فهناك بعض الأولياء يثيرون الضحك والإستهزاء بكلام الطفل ويكون ضرر ذلك بالغا على الطفل بحيث يجعله يفقد الثقة في البيئة التي يعيش فيها وخاصة في نفسه أيضا، فينبغي عدم إجبار الطفل على استعمال اليد اليمنى بدلا من اليد اليسرى، لأن عواقب هذا الإجبار تكون وخيمة .فالطفل في المراحل الأولى يستعمل كلتا اليدين وذلك بسبب استعمال نصفي المخ بشكل

متساوي، فكلما كبر مال إلى التمييز بين نصفي المخ، وبالتالي سيستعمل اليد اليمنى بشكل عادي بتعليمه هذا بكل حلم وأناة .

-عرض الطفل على الطبيب النفسي في الوقت المناسب، وتطبيق إرشاداته تطبيقا حرفيا للتغلب على العاهة التي يشكو منها .

-هناك طرق تدريبية للتغلب على بعض العيوب، مثل تدريب اللسان والحلق والشفاه على استعمال الحروف التي يصعب على الطفل لفظها، ويكون ذلك بتكرار هذه الحروف قدر استطاعته، فلقد مارست الدكتورة: أمل مخزومي، هذه الطريقة وكانت النتائج جيدة وهذا مع فتاة تعاني صعوبة لفظ حرف الراء بحيث تحوله إلى (ل) وكانت لا تعرف السبب في ذلك،

Create PDF files without this message by purchasing novaPDF printer
(http://www.novapdf.com)ونتيجة الإتصال بالأم ذكرت أن ابنتها عندما كانت صغيرة، وهي نائمة وثبت قطة سوداء عليها أثناء النوم، فاستيقظت مذعورة تبكي وترتجف، ومنذ ذلك الحين لا تستطيع لفظ حرف الراء بشكله الصحيح، لقد لعب عامل الخوف دورا مهما في هذه الحالة، أضف إلى ذلك أن عدم لفظ حرف الراء كان يسبب لها الخجل والإنطواء، وتجنب الكلام أمام الطلبة، فبدأ العلاج بإزالة الخوف الذي تعانيه وتحويله إلى حب للقطط، ثم بدأ التدريب على حرف الراء، وذلك بإعطائها جملا تحتوي على هذا الحرف مثل: يا ربي ارحمني برحمتك يا أرحم الراحمين، أمر أمير الأمراء بحفر بئر في الصحراء، وغيرها من الجمل التي يتكرر فيها حرف الراء، فبعد فترة بدأت الفتاة تلفظ حرف الراء بشكل صحيح وهي في منتهى السعادة، ولم تصدق أن مشكلتها قد حلت ذا الأسلوب المتطور، وقد تابعت مسيرا في المدرسة وعلمت من معلمتها أا تقدمت تقدما باهرا .

-تشجيع الطفل على التغلب على الصعوبات اللغوية بالطرق المعنوية والمادية

-تقوية الثقة في النفس، والتي تعتبر العامل الأساسي والمهم في هذه العملية العلاجية، فالفرد الواثق في نفسه يستطيع التغلب على الصعاب التي يواجهها .

-استعمال طرق التحليل النفسي لوضع الأصبع على سبب العلة، فإن عرف السبب عرف العلاج، ومن وسائل التحليل النفسي التنويم المغناطيسي الذي جربته الدكتورة أمل مخزومي، ووجدت فوائده عظيمة، كما تستعمل بعض الإختبارات النفسية المختلفة كاختبار (روشاخ)، واختبار (T.A.T).

-الإبتعاد عن الإهتمام الزائد عن حده بالطفل والمغالات في التدليل، لأن ضرر هذه الوسائل أكثر من نفعها . 10-عدم إشعار الطفل بعيوبه اللغوية، وتجنب التركيز على هذا العيب، وينصح بإهماله الإهمال التام، فيكون الإهتمام بالأمر بشكل جدي وعلمي وعلاجي في نفس الوقت.

استنتاج

قد تتدهور اللغة بسبب عدة عوامل وتجعل الطفل لا يواكب النمو اللغوي العادي كاقرانه مما يجعله ينعزل ويسلك بعض السلوكيات عير المناسبة للمعيار العادي للغة.فتاخر الطفل في اكتساب اللغة لا تؤهله لنفس امتيازات التي يحظى بها اقرانه خاصة عدم مواكبة المسار التعليمي العادي لتاخرايضا الوظائف المعرفية المرتبطة بمراحل تطور اللغة العادية.

المحاضرة الخامسة

اضطراب الديسفازيا

- **تمهيد**

يعتبر" الديسفازيا" من أعقد الاضطرابات في نمو اللغة يؤدي الى تدهور نظام وتركيبها فلذا التكفل بهذه الحالات يستوجب تدخل فريق متعدد التخصصات ومرافقة والدية مستمرة لضمان ادماج هذه الفئة في المجتمع.فمهدنا بتعريف هذا الاضطراب وانواعه المختلفة ،الاسباب المؤدية له حتى يتسنى تشخيصه ومن ثم وضع البروتوكول العلاجي الملائم.

1-تعريف الديسفازيا:

إن التأخر في نمو اللغة "الديسفازيا" يتمثل في وجود نقائص دائمة في القدرات اللفظية وتأخر بالمقارنة بالمعيار العادي. فهو غير مرتبط بنقص سمعي او تشوهات في الأعضاء المصوتة ولا نقص فكري أو إصابة عصبية مكتسبة أثناء الطفولة أو لنقص عاطفي أو وجداني حاد.(روندال ، 1988)، وعرفت الديسفازيا في نفس هذا المجال على أنها مجموعة من الاضطرابات في النظام العصبي الآلي والذي لا يعاني من إعاقة بصرية، حركية، تأخر عقلي، اضطراب نفسي أو من وسط اجتماعي وتربوي منحط.(روستو، 2003) فالطفل الديسفازي لا يطور لغته بصفة عادية فهو اضطراب في نمو اللغة له علاقة باختلال وظيفي عصبي أثناء معالجة المعلومات، إذ آن الطفل يعاني من صعوبات لفظية أي على المستوى اللساني. ما يميز الطفل الديسفازي حتما هي لغته المشوهة أو تقريبا المنعدمة بالمقارنة مع الطفل في سنه، فإن لغة الطفل في مراحل اكتسابها تمر بتشوهات وأخطاء ثم يصححه لينتقل إلى مراحل أخرى في اللغة.وما نلاحظه هو هذا الميكانيزم عند انتقال الطفل إلى صيغة تركيبية جديدة ة فهو يتخلص حتما من الصيغة القديمة التي كانت مشوهة أو خاطئة بينما الطفل الديسفازي يحتفظ بالصيغتين معا ولمدة طويلة.والسؤال المطروح هنا، لماذا الطفل الديسفازي لا يحذف الصيغ القديمة عند اكتسابه للصيغ الجديدة وإن اختفت هل تختفي بالصدفة أم لأشياء لها معنى؟ فما هو ملاحظ عند الديسفازيين هو وجوداعراض نفسية لسانية معرفيةعديدة منها :

.- تباطؤ في الاسترجاع، نقص في الكلمات، جمل ناقصة (إصدار صوت بدل الأخر)

- تخص المعنى (فنجان –كأس، جبهة –رأس)

- شفوية، تبديل كلمة أخرى ليس له معنى بالكلمة المقصودة (شجرة سكين)

- صوتية (تحول، تغيير الفونامات المتتالية)

- التقارب، التسمية بواسطة الوظيفية (كرسي: لنجلس فيه) جعل فارغة (كان...اه..)

- جمل ناقصة.

- صعوبات لتسمية أشياء، لوجود كلمة تنطبق مع تسميتها، لإنتاج خطاب تحت أمر، تعليق على خطاب أو صور، لوجود الكلمة أو الفعل المناسب بينما يستطيع تكرار الكلمات، وهذا الاضطراب يستطيع الوصول إلى حد استحالة استرجاع كلمة معروفة وشائعة، فنلاحظ عند الديسفازين اضطراب استرجاع المفردات عند تسمية الصور المعروفة، مثال:تسمية بعض الحيوانات بطريقة صحيحة.

- تسمية بعض الحيوانات بطريقة صحيحة.نجد أيضا اضطرابات ترميز المفردات، مشاكل في تتابع الكلمات

- عدم القدرة والمرونة المورف وتركيبية (الصيغ الوصفية، الفعلية)

- حذف الكلمات الوظيفية (على، من، إلى، و، عن، إذن).

- عدم استعمال الكلمات التي تضمن استمرارية ومرونة الخطاب (إذن، و،...)

- صعوبات في استعمال الضمائر، أسماء الإشارة.

- صعوبات في ترتيب الكلمات داخل الجمل الطويلة

(sylescasting2009)

رغم ذلك يبقى خطاب الطفل الديسفازي فعالا، ففي هذه الحالة، نقدم للطفل عدة صور ونطلب منه تسمية الصور المطلوبة مثال: العصفور يطير، العصافير تطير، القط داخل السيارة،...إلخ(gérard et Brun ،2003)

- ننتج جمل عن طريق 2أو 3 كلمات معطاة

- نكمل جمل عن طريق صور مكملة

فيما يخص التعبير الشفوي والصوتي نلاحظ عامة عند الديسفازي نقص التلقائية التي تتخلص فيما يلي:

- نقص المبادرة اللفظية، حيث الطفل نادرا ما يأخذ الكلمة، يتكلم نادرا للإجابة على الأسئلة.

-نقص في سلامة الكلام

-فقر في إنتاج الكلمات وحتى عند إجابته فهي مقتصدة وغالبا على نحو "لا أعرف"، "معلابليش".

- نقص في متوسط طول إصدار الصوتي.

-تفكيك ألي إرادي (Dissociation automatico volontaire) حيث الطفل لا يستطيع إنتاج إراديا أو تحت أوامر أصوات متعود على إنتاجها تلقائيا،

-في المجال الفونولوجي عدم قدرة الطفل إنتاج أصوات تحت أمر بينما هو قادر عليه تلقائيا.

أما فيما يخص الفهم الشفوي، فيتخلص فيما يلي: (روندال، 1988، Rondal)

- اختلال قدرات الفهم والتمثيل العقلي تحت تأثير سمعي

درجات مختلفة في:

- اضطراب التعرف على الكلمات.

- اضطرابات على مستوى فهم التراكيب والجمل.

- اضطرابات على مستوى التمييز الفونولوجي.

-الخلط بين الفونامات المتشابهة صوتيا (clq, tld, blp).

ما يشكل صعوبات أثناء تعلم القراءة والكتابة، فهنا نقدم للطفل صورا ذات كلمات متقاربة صوتيا (دار/نار، غار/فار، فول/غول...) ونطلب منه تمييزها لنا.

- نقدم أيضا أزواج صوتية مثل (cri/tri- kla-gla) ونطلب من أن كانت تتشابه سمعيا أم في كل مرة.

- اضطراب على مستوى الإعلام حيث الطفل يفهم الكلمات ولكن لا يعي القصد من الرسالة أو العكس. Sylves Casting2009 :130).

فالطفل الديسفازي عامة لديه رغبة في التواصل وإن تعذر عن الكلام والتعبير الشفوي فيعوضه بوسائل أخرى لكي يفهم مثل: الإشارات، الإيماءات، تعابير الوجه،...إلخ)

كما أن الديسفازي قادرا أن يدخل في وضعيات التواصل المختلفة بطرق بديلة نظرا لغياب أو اضطراب اللغة الشفوية فيبقى الطرف الأخر يبذل جهد التلقائي لفهم لغة الديسفازي حتى يدخل في اتصال في الحياة اليومية. (F. Lussier, 1992) أما فيما يخص فعاليات خطابه، فحسب الأبحاث البرغماتية (لزفوبادا، 1999).فإن خطاب الطفل المتأخر لغويا فعال حيث عند وجوده في مختلف وضعيات التواصل بإمكانه تبادل الحديث مع الآخرين وإيصال أفكاره بالرغم من قلة رصيده في المفردات إذ المهم فهم الرسالة اللغوية للطفل والتواصل معه هذا ما ركزت عليه الدارسات البرغماتية لـ "فيكوتسكي" إذ يؤكد على أن التكلم والتفاعل مع الآخرين لا يتطلب عددا هائلا من الرصيد اللغوي لدى الطفل إنما ما يستطيع فعله هذا الأخير بهاته المفردات حتى يكون خطابه فعالا، ويحقق بالتالي القيمة التواصلية البرغماتية في المجتمع. Vygotsky 1985،) فلهذا الغرض تهتم دراستنا بالبحث في الاضطرابات المعرفية للغة, الميكانيزمات البرغماتية للغة، يعني التكفل بالطفل الديسفازي في كليته، كلامه، نبره، جانبيته، خطابه،...، عدة جوانب يجب التطرق إليه في بحثنا ولكن الأهمية كانت في التفكير في وسائل فحص وإعادة تربية الاضطرابات اللغوية للطفل الديسفازي.

على خلاف تأخر اللغة البسيط هو تأخر في المستوى الزمني لاكتساب اللغة يستدرك لاحقا عن طريق التكفل المبكر به، فإن الديسفازيا هو تأخر في نمو اللغة واختلال في تنظيم بنية اللغة يؤثر على الفهم والإنتاج وهو يعتبر محل إهتمام اللسانيين، علماء النفس العصبي والعلوم المعرفية.

يعرف اللسانيين الديسفازيا أنها اضطرابات دائمة (مستمرة) وناجمة في مرحلة اكتساب الأطفال للغة علما بأنهم أطفال ذوي ذكاء عادي ولا يعانون من نقص في حاسة السمع أو من أي اضطراب له علاقة بعلم النفس المرضي.هو اضطراب وظيفي للغة دون اي خلل عضوي ويعرفها روندال واخرون على انه تكوين متاخر وغير جيد للغة . زهذا التاخر في اللغة على غرار التاخر اللغوي البسيط يظهر عامة ابتداءا من الين السادسة.

على انها مجموعة من (Rousteau,2003,p48) في نفس هذا المجالوعرفها

الاضطراب العصبي الآلي والذي لا يعاني من إعاقة بصرية سمعية ،تأخر عقلي،اضطراب نفسي او من وسط اجتماعي تربوي مختل.

فالديسفازيا هو اضطراب خاص في نمو اللغة الشفوية يمتاز بوجود نقص لساني معتبر ودائم .فهذا الاضطراب لا يخضع لأي نقص سمعي أو اختلال تكويني للأعضاء المصوتة ،نقص الذكاء، اضطرابات عصبية مكتسبة خلال الطفولة أو مشاكل تربوية ونقص عاطفي حاد.

"انه تمثل نسبة ما بين خمسة الى عشرون في المائة من الاطفال في سن ما قبل المدرسة

(Van Hout,2000)

كما تبدو عليه مجموعة من الأعراض الاخرى وهي:

- في السنوات الأولى من عمر الطفل لا يتكلم، ليست لديه نشاطات تبادلية (يشير إلى الأشياء بأصبعه لتميزها).
- في 18 شهر لا يقول كلمات ذات معنى مثل: بابا–ماما
- في 24 شهر لا يقول جمل ذات معنى متكونة من 2–4 جمل.
- في 3 سنوات لا يفهم إلا من طرف أقربائه حيث لديه خطاب غير مفهوم وتظهر في هذا السن كذلك:

اضطرابات اللغة:

- صيغ لفظية غير مميز، خطاب غير مبني
- نقص المفردات والكلمات
- الطفل لا يطرح الأسئلة وعاجز عن طرح انشغالاته، عكس الأطفال الآخرين
- يفهم المعنى السطحي للكلمات فقط ولا يفهم معانيها والمفاهيم المجردة أو التمييز بين ما هو مهم أوما هو غير مهم.

اضطرابات دراسية

- لطفل صعوبات فهم التعليمات.
- يعاني من إضرابات في تعلم القراءة، الكتابة والرياضيات.

اضطرابات الإدراك الزمني

- ينفصل من وقت أو زمن الحاضر
- يتكيف بصعوبة مع التغيرات الخارجة عن الروتين

- نقص أو عجز في المصطلحات المتعلقة بالزمن

اضطرابات معرفية

- يطور نوعا ما الألعاب الرمزية jeux symboliques.

- كثير الشرود، قليل الانتباه وكثير الحركة.

إضطرابات اجتماعية

- يعيش إحباط عندما يبحث عن الكلمات ولا يجدها.
- يعيش عدم الأمن، بميل للعزلة وضعيف في تقدير ذاته

(GérardetBrun ;2003 :225)

الأعراض المصاحبة

تصاحب الديسفازيا أعراض أخرى وهي:

التجريد:

صعوبة استخلاص عناصر أساسية للمفاهيم المجردة.

التعميم

صعوبة في توظيف مصطلحات مكتسبة في سياقات مختلفة التعلم يبقى مرتبط بالسياق.

التوقع

صعوبة في توقيع الأحداث ونتائجها (الحياة اليومية، الأحداث،....إلخ).

التحديد الزمني

- فهم واستعمال مصطلحات الزمنية.
- الترتيب، تخطيط مراحل الأحداث، القصص.

بعض الاضطرابات الممكنة:

الإدراك السمعي: صعوبة التمييز السمعي المرتبط بالزمن السمعي، صعوبة تذكر الإشارات السمعية.

الإدراك البصري: صعوبة التمييز البصري

اضطرابات براكسية واضطرابات حركية رقيقة أو عامة.

اضطرابات في بناء المكان: اتجاه وتنظيم في المكان

اضطرابات السلوك

الصلابة: يقاوم التغيرات، صعوبة في تأقلم سلوكه للمواقف الجديدة، قلة التأقلم مع الغير، إحراج اجتماعي.

- استجابة غير متزنة مرتبطة بصعوبات الفهم والتأقلم للوضعيات، قلة فهم حقائق الأشياء.
- تدهور مع صعوبات للتصحيح الذاتي

بالنسبة للقراءة نلاحظ:

- صعوبة في فك الترميز.
- الفهم المختل بسبب قلة المفرادات.
- صعوبة في فهم تراكيب الجمل المعقدة (معنى ونحو).
- صعوبة في وضع الترتيب الزمني لنص.

على الرغم من التعريفات والآراء والتصنيفات المختلفة للدسيفازيا توجد حقائق مختلفة للأطفال الديسفازين (Boileau 2004 :93)

كل طفل دسيفازي هو حالة خاصة حسب قدراته الذكائية اللفظية واللالفظية، نوع الصعوبات المشتركة (المعرفية، النفسية، العاطفية) وأيضا حسب محيطه العائلي والتربوي.

3-الأسباب:

3-1-التناول المعرفي: لمعرفة الأسباب الكامنة وراء هذا الاضطراب دفعت بعض الباحثين على التساؤل هل الخلل يمكن

في المعالجة الزمنية في الإدراك السمعي اللفظي ام تتعلق بتحليل التماثلات الفونولوجية او المورفوتركيبية.

3-1-1-اضطراب في المعالجة للادراك السمعي اللفظي: حسب أغلبية الباحثين ان الأطفال ذوي التأخر الحاد في النمو اللغوي لا يدركون المعلومة الصوتية بنفس الطريقة التي تكون عند الأطفال العاديين وهو ما يترجم صعوبة حادة عند هؤلاء الأطفال في إعادة التعرف على العناصر الصوتية للمثيرات والتي تتم بسرعة .فالأطفال الديسفازيين يكونون بحاجة بالأطفال العاديين مقارنة ,Tallal et piercy) لوقت اكبر للقيام بادراك الصفات التميزية لهذه الأصوات1973)

3-1-2-المعالجة الفونولوجية: يتعلق هذا الاضطراب بخلل في شكل الكلمة ككل وليس فقط الفونيمات المنعزلة والتي

يتم نطقها ويتجلى في حذف لبعض الصوامت او المقاطع مع تسهيل للمقاطع المعقدة والقلب والتشبيه للحروف او الإبدال او تغير حرف في كلمة بالتقديم او التأخير.

ان المعالجة الفونولوجية للطفل الذي يعاني من صع وبة في النفاذ الى معجمه يرى الباحثون ان التحويلات ليس نقصا فقط بالنسبة للأخطاء الفونولوجية ولكن ايضا بالنسبة لأخطاء الاستبدال الدلالي وهذا في دراسة ترتكز على تقديم للطفل معالجة

تشتمل على تزويده بمعلومات فونولوجية تتعلق بمعنى الكلمات قصد تسميتها .فهذه الدراسة ارتكزت على فرضية مفادها ان اضطراب المعالجة الفونولوجية يكون هو السبب في عجز الطفل عن استرجاع الكلمة من معجمه.باعتبار ان نتائج هذه الدراسة أكدت على ان تقديم مؤشر يتعلق بالمقطع الأول للكلمة يساعد في استرجاعها حتى بعد مدة طويلة.

(Gregor et appel, 2002)

3-1-3 -اضطراب في المعالجة الدلالية: لتأكيد فرضية الإصابة على المستوى الدلالي فمن النتائج المتحصل عليها خلال عدة دراسات للباحثين أرجعت ان الأخطاء التي يرتكبها الطفل اثناء التسمية تكون مرتبطة دلاليا مع الصورة المراد تسميتها وان الأخطاء الفونولوجية الدلالية كانت نادرة.

وفي المقابل ما يجب التنويه له هو ان وجود نسبة مرتفعة من الأخطاء الدلالية لا يعني الإصابة تقع على المستوى الدلالي حتى ولو كانت هذه التمثلات مخزنة في الجهاز المعجمي. وفي الواقع أثناء انتاج كلمة ما فالتمثل الدلالي لكلمة سيارة "ينشط بصفة جزئية التمثلات الفونولوجية لنفس الكلمة وللكلمات القريبة منها دلاليا "دراجة"، "حافلة"، "سيارة" أي ينشط بصفة جزئيا مثلا Pillon,2002,p) الكلمة المراد تسميتها سوف لا ينشط وبالتالي فان تمثل فونولوجي_ شاحنة_

(Rondal,1977,387p 72)

4-التشخيص

يصعب تشخيص الديسفازيا قبل 3 سنوات، فيجب القيام بالفحوصات التالية:

4-1-الفحص الطبي (السمعي)

يجب القيام بفحص الاذن والحنجرة وكذا القياس السمعي حيث وجود عجز في السمع غالبا لكن لا يمنع اكتشاف اضطراب

اللغة، فالطفل الديسفازي يسمع ولكن لديه صعوبات في فك الترميز وفهم الرسالات الموجهة (فهم اللغة).

4-2-الفحص النورولوجي:

يجب عزل اصابة عصبية تكوينية خلقية او عصبية تطورية قد تكون مؤشر لاضطراب اللغة.

احيانا تظهر حركات غير عادية للفم، الحنجرة التي تشكل مشاكل وعراقيل في تطور اللغة، فيجب القيام بالفحوصات النورولوجية كالتصوير الدماغي.

4-3-الفحص العقلي:

يجب عزل الاضطرابات العقلية وذلك باستخدام اختبارات الذكاء "وكسلر" بالإضافة إلى بطاريات وروائز أخرى في هذا المجال.

4-4الفحص اللغوي:

الطفل الديسفازي لا يستطيع ان يطور لغته بصفة عادية حيث لا يفهم ما يسمع بذكاء والسرعة اللازمة كما يعاني من اضطراب في التنظيم ألزماني الموجود غالبا على مستوى الذاكرة بالإضافة إلى اضطراب الانتباه والتركيز حيث يخضع للتعب سريعا خاصة عندما يكون العامل الإدراكي ضعيف

(Rondal, 1988,183)

فيستعمل الاختبارات التالية للفحص اللغ وي ومنها:

-اختبارات اللغة الشفوية

بطارية التقييم المعرفيBEC -

اختبار الانتباهD2

5-التشخيص الفارقي:*

لتشخيص الديسفازيا يجب عزل التأخر اللغوي البسيط ولا يجب ان نخلط بين أعراضهما حيث هذا الأخير هو تطور ونمو بطيء في اكتساب اللغة ولكن عادي من ناحية مراحل اكتسابها، فهو بالتالي تأخر زمني في الاكتساب فقط بينما الديسفازيا هو اضطراب في نظام اللغة.

6-التوصيات العلاجية للطفل الديسفازي

-تقليص سرعة الكلام، العمل على تقطيع الكلمات حتى يفهم الطفل كلام الراشد وبالتالي يستطيع أن يميز الكلمات والفونامات المركبة، ولكي يتأتى ذلك يجب يجب إعادة صيغة التعليمات حتى يتحقق الفهم عند الطفل.

-في بداية إكتساب اللغة، نستطيع إستعمال لغة الإشارات والصور خاصة بالنسبة للكلمات المجردة، حيث يجب إستعمال الكلمات والعبارات الملموسة المصورة فيما يخص التنظيم الزماني والمكاني للنشاط اليومي معتمدين على **العبارات البرغماتية** مثل:

الأرطوفونية :يظهر الصورة للطفل ويقول:

)كيف هو الحال؟(

[kifê :s raho alho : I ?]

الطفل: الشمس (:[smisa])

•**العبارات المكانية** مثل:

الأرطوفونية) :أين هو الكتاب؟

[wèreh aktè :b ?]

الطفل: فوق الطاولة[qtabla : fu] ( )

•هاته التمارين تفيد الإستعمالات المتعددة، عمل، مشاهدة، لمس، شم، عمل أشياء كثيرة : الإشارة إلى تغيير وضعيات، إعطاء أمثلة والسماح بالتعلم عن طريق التقليد.يجب حث الطفل على الكلام حتى ولوكان يتكلم بطريقة خاطئة بدون توقيفه حتى يكون للطفل التلقائية وإدارة الكلام و هذا ما يدعي ب" الشهية اللغوية "التي تكسب بالإحتكاك بوضعيات التواصل.

•حتى ننشط الذاكرة البصرية والسمعية للطفل يجب أن نستعمل الألوان الجذابة، ألعاب البناء والتركيب والألعاب الصوتية حتى نجلب إنتباهه كما يجب الإفراط من إستعمال ريتم داخل الكلمات والجمل من طرف الراشد حتى يتعلم قوانين التقطيع داخل الجملة، بإدراج في بعض الأحيان الأغاني القريبة من عالمه ومستواه اللغوي.

•بعدها نستطيع أن نعمل مع الطفل عدة أشياء بالكلمات مثل :إعطاء مرادفات، أضداد، تعريفات بواسطة أو أقراص، ..إلخ.

تشكيل عدة مطابقات :صورة/ كلمات/صوت/حرف، وهذا يسمح للطفل بتطوير رصيده الصرفي، كما نستعمل معه : جمل صحيحة) خاطئة، ممكنة وغير ممكنة، إيجاد نهايات الأسماء، الأفعال، الصفات، الزمان، المكان،...إلخ.

•تدريب الطفل منذ صغر سنه على سماع القصص وإعادة قصها بدوره حتى ولو كان بلغه غير سليمة، هذا ما سوف يسمح له بتوسيع قدراته المعرفية :الوصف، التخيل، التذكر، .... إلخ وتوسيع مجاله السردي.

•تعود الطفل على أخذ الكلمة وعلى عدم الكلام بدله إطلاقا، وذلك حتى يكسب اللغة التلقائية.

7-إعادة تربية الطفل الديسفازي

-بناء المخطط الجسدي:

يجب توعية الطفل والتعرف على جسده، ثمإعادة تسمية أعضاء جسده على الآخرين عن طريق لعبة بناء وتركيب جسد الإنسان.

-إثارة الإدراكات البصرية(قنوزيا البصرية)

مثال :تمارين مخصصة للتعرف والتفرقة بين الألوان المختلفة.

تمارينات المخصصة للتعرف على الأشكال بواسطة اللمس /إعادة بناء الأشكال.

3-**إثارة الإدراكات السمعية: (قنوزيا السمعية)**

(Mira Stamback).مثال : تمارينات الإيقاع ،تمارينات الشدة والمدة.

- إختبار اللغة الشفوية:

أ - على المستوى الفونولوجي:

هو عبارة عن تطوير الإستراتيجيات و توعية بالخصوصيات الفونولوجية للغة مثل: تحليل السلسلة الصوتية، إستعمال عدة أمثلة للتمييز، التقطيع،...إلخ. بالإستعانة بالوسائل البصرية) القراءة الشفوية، إشارات بورال(، وسائل إشارات نطقية، تفسير نماذج إرسال الفونامات، إشارات.(

-تطوير المخططات النطقية والبصرية) الفم، الإهتزازات الحنجرية، إرسال النفس، الفونامات،...إلخ.(

ب - على مستوى المفردة:

يهدف هذا الإختبار والحصص العلاجية الأرطوفونية على توسيع الرصيد وتنظيم الشبكات فهناك أربعة طرق معمول بها :

- تسمية (**من الصورة إلى الكلمة**) :

مثال :نعطي للطفل صورة التفاحة ونطلب منه تسميتها:

- التميز(**من الكلمة إلى الصورة**)

مثال :نعطي للطفل تعريف الفاكهة ويجب عليه إيجاد الكلمة) إسم الفاكهة.(

- الدقة (**من الكلمة إلى التعريف**) :

مثال : نعطي للطفل كلمة من الإستعمالات اليومية ونطلب منه إيجاد تعريفها.

ج -على مستوى الصرف:تهدف إلى:

-افهم، الإشارات الصرفية مثل :الصفة، الأفعال، الأسماء، الحال،...إلخ.

-إكتساب مفاهيم الزمانية والمكانية ومعرفة إستعمالها في مختلف وضعيات التواصل. ثم الانتقال من الجمل البسيطة .إسم /فعل إلى الصيغ أكثر تعقيد.

-مساعدة الطفل والوصول به إلى مستوى التفكير وتحليل اللغة مثل فهم الإستعارات، التقييم، الأمثلة، الألغاز،....إلخ.

وهذا بتعويد الطفل في الحصص الأرطوفونية على : الكلمات المتقاطعة، الألغاز..../إلخ،

لتطوير قدراته المعرفية ولتصبح لغته فعالة وبرغماتية.

(Mazeau 1992 :20)

استنتاج

قد تتدهور اللغة ليس فقط في شكلها وانما ايضا في تراكيبها ونظامها القواعدي مما يشكل خطر على نموه اللغوي السليم.فلذا يستوجب حسن التكفل بهذه الحالات حتى نوفر لهم حسن دمجهم في المدارس وفي المجتمع بصفة عامة.

المحاضرة التاسعة :

اضطراب تأخر الكلام

تمهيد

يعد تاخر الكلام اضطراب فونولوجي يحدث خلل على مستوى ترتيب وتسلسل الحروف المكتوبة للكلمة .فلا يستطيع الطفل تنظيم الاصوات والمقاطع داخل الكلمة.نهدف من خلال هذه المحاضرة تعريف الطالب مفهوم اضطراب تاخر الكلام وايضاح اسبابه وكيفية علاجه.

1-تعريف الاضطراب

هو اضطراب وطيفي يتمثل في اضطراب الجانب الفونولوجي للوحدات اللسانية (أصوات الحروف) حيث يحدث خلل على مستوى ترتيب و تسلسل أصوات الحروف المكتوبة للكلمة .فيقوم الطفل بإبدال ،قلب ،حذف و تعويض أحد الحروف في الكلمة كما قد يقوم بالإتيان بكلمة ليس لها مكان في النظام اللساني.

كما يُعد اضطرابا ناجما عن عدم تمكن الطفل من النطق بالكلمات بصفة جيدة خاصة المركبة منها ، فالطفل لا يمتلك القدرة على النطق بها بصفة جيدة ، إضافة لعدم تمكنه من تنظيم الأصوات والمقاطع داخل الكلمة أو اكتساب ذلك بصفة متأخرة . (Pialoux et all,1975)

2-الاعراض:

يمكن تفسير هذا الاضطراب على أنه :

- اضطراب متعلق ببناء وتنظيم المفاهيم السمعية، الزمانية و مفاهيم الإيقاع
- الاختلالات الحسية الحركية
- الصعوبات السمعية الإدراكية
- اختلال المفاهيم الفضائية المكانية

- عدم تنظيم المخطط الجسدي

- الصعوبات الخاصة بالاحتفاظ بالمعلومات في الذاكرة

- مشاكل في النضج النفسي العاطفي (محمد حولة،2007)

3-الاسباب:

3-1-أسباب حيوية: مثل خلل في الجهاز العصبي المركزي واضطراب الاعصاب المتحكمة في الكلام واصابة المراكز الكلامية في المخ.

-أسباب نفسية: مثل التوتر العصبي، القلق والخوف المكبوت والصدمات الانفعالية والحرمان العاطفي.

-أسباب بيئية: حيث تعدد اللهجات في وقت واحد خصوصا في الطفولة المبكرة. والاعتماد على الاخرين والتدليل الزائد او تسلط الوالدين اوضعف وفقر مستوى الكلام.

لتأخّر الكلام عند الطفل مجموعة من الأسباب وهي

إعاقات جسدية يمكن أن يؤثر ضعف في الفم والحنك على قدرة الطفل على الكلام، كما يمكن أن تتأثر قدرة الطفل على الكلام بسبب الفجوة الصغيرة غير المعتادة وهي الطية التي تحمل اللسان في الفم السفلي، وغالباً ما يتم التعرف على هذه المشاكل الجسدية من قبل طبيب الأطفال قبل أن يبدأ الطفل بالكلام، وفي بعض الحالات يمكن تفويت هذه الحالات منذ الصغر حتى يبدأ تعريض الطفل لطبيب الأسنان(Maureen Ryan, 2017)

- مشاكل لفظية في الفم يعاني معظم الأطفال من صعوبة الكلام بسبب تواجد مشاكل في مناطق الدماغ المسؤولة عن الكلام، مما يجعل من الصعب على الطفل تنسيق الشفاه واللسان والفك لإنتاج الأصوات، كما ومن الممكن معاناة هؤلاء الأطفال مع مشاكل أخرى متعلقة في الفم مثل صعوبات التغذية،

(Kelly,2018)

حيث تتمحور هذه المشكلة في حدوث اعتلال الكلام عند الأطفال، كما قد يعاني الطفل من مشاكل في التحكم في العضلات وأجزاء من الجسم التي تستخدم للتحدث، وقد تتواجد هذه المشاكل من تلقاء نفسها أو إلى جانب غيرها من الصعوبات الحركية مثل مشاكل تناول الطعام (Maureen Ryan, 2017)

– الإعاقة الذهنية والقضايا النفسية يمكن أن تسبب مجموعة متنوعة من الإعاقات الذهنية في تأخر الطفل في التحدث والكلام، ومن الأمثلة على هذه الإعاقات عسر القراءة وغيرها من صعوبات التعلم، وفي بعض الحالات تسبب العديد من القضايا النفسية والاجتماعية تأخيرات في الكلام عند الأطفال، فعلى سبيل المثال يمكن أن يؤدي الإهمال الشديد للطفل في مشاكل في تطور اللغة.

– مشاكل في السمع ترتبط مشاكل في السمع عادةً مع تأخر الكلام عند الطفل، ولهذا يجب الخضوع لاختبار السمع من قبل اختصاصيي السمع في حال حدوث شك في عدم مقدرة الطفل على الكلام، كما قد يعاني الطفل من ضعف في السمع من صعوبة في فهم الكلام وبالتالي صعوبة نطقها، وبهذا يجعل الطفل غير قادر على إتقان وفهم الكلمات المحددة ومن ثم يمنعه من تقليد الكلمات واستخدام اللغة بطلاقة أو بشكل صحيح.

(Maureen Ryan,2017)

عدوى الأذن يمكن أن تؤثر عدوى الأذن وخاصة العدوى المزمنة في قدرة الطفل على السمع، وعلى الرغم من ذلك يجب ألا تؤثر الإصابات البسيطة في الأذن والتي تم علاجها على الكلام، وما دام يتواجد سمع طبيعي في أذن واحدة على الأقل فإن الكلام واللغة يجب أن يتطورا بشكل طبيعي. (Kelly,2018)

أسباب أخرى لتأخر الكلام ومن الأسباب الأخرى التي تعتبر الأكثر شيوعاً في تأخر الكلام والنطق عند الطفل:[٤]

التطور البطيء. التخلف العقلي. الحرمان الاجتماعي بحيث لا يقضي الطفل وقتاً كافياً في التحدث مع الآخرين. التوحد. كون الطفل توأم. الشلل الدماغي.

4– علاج تأخر الكلام :عند الأطفال لحلّ مشكلة التأخر في الكلام يجب القيام بالعديد من الخطوات التي تؤدّي إلى علاج هذه المشكلة وهي:

–القيام بالعديد من الأمور التي تؤدّي إلى لفت انتباه الطفل للأصوات المختلفة كصوت الجرس الخاص بالباب، وترك الطفل يقوم بتجربته لأكثر من مرّة، ويمكن لفت انتباهه من خلال إحضار له الألعاب التي تصدر منها ---أصوات مختلفة كصوت الحيوانات وغيرها من الأصوات. مشاركة الطفل عند قيامه باللعب، والعمل على إصدار بعض الأصوات من قبل فم الشخص الذي يقوم بملاعبة الطفل. عند الحديث مع الطفل يجب أن يتم إدخال بعض المقاطع الصوتية البسيطة والسهلة للكلام كقول "توت".

-القيام باستخدام بعض الإشارات عند الحديث مع الطفل، كالقيام بحركات معينة بواسطة اليد، ويكون ذلك عند القيام بتحذيره في حالة ارتكابه لأيّ خطأ باول كلمة لا مع القيام بإشارة تدلّ على ذلك وتكون باليد. تعليم الطفل اسمه وكيفية النطق به، ومناداته به بشكل مستمر، ومناداة من حوله من الأشخاص بأسمائهم.

- المواظبة على الحديث معه عند القيام بأي أمر يتعلق به. تعليم الطفل الألوان المختلفة ويكون ذلك من خلال العديد من الوسائل المتبعة في ذلك كالكرات الملوّنة. التدرّج مع الطفل مع تعليمه وتلقينه كيفية تركيب والنطق ببعض الجمل البسيطة.

استنتاج

يظهر لنا بناءا على ما تم عرضه على ان تاخر الكلام هو اضطراب يعرقل النمو السليم لتطور اللغة عند الطفل كما يشكل خلل في وظائفه المعرفية التي تعرقل لاحقا الوظائف الاكاديمية وبالتالي صعوبات التعلم التي حتما تعيق مساره الدراسي.

محاضرة العاشرة :

الحبسة

- **تمهيد**

تتم عملية الاتصال عند الإنسان عن طريق نظام من الرموز المسماة اللغة، التي تعتبر وسيلة التواصل الشفوي والكتابي ولما لها من أهمية في حياة الإنسان فإن حدوث أي إصابة عصبية دماغية قد تؤدي إلى خلل في إحدى مستوياتها قد يتسبب في تغيير سلوك الإنسان، هذا الخلل يعرف باسم الحبسة.

اختلف العلماء في تحديد مفهوم للحبسة، فاختلفت التعريفات على حسب الميادين والتخصصات، و المرجعية العلمية للكتاب فتطرقنا اولا بتقديم مختلف التعريفات المقدمة ،توضيح الاسباب المؤدية لذلك ،خصائص السلوك اللغوي للحبسي ،تشخيص الاضطراب ثم تقديم طرق العلاج.

تعريف الحبسة

الحبسة اصطلاح يوناني الأصل، يتكون من مجموعة العيوب التي تتصل بفقدان القدرة على التعبير بالكلام أو الكتابة، أو عدم القدرة عى فهم معنى الكلمات المنطوق بها، أو ايجاد الأسماء لبعض الأشياء والمرئيات، أو م ا رعاة القواعد النحوية التي تستعمل في الحديث أو في الكتابة .ويعرف دسوقي الحبسة أنها فقدان جزئي أو كامل للقدرة على استخدام اللغة كنتيجة لإصابات مرضية للمخ. كما يعرفها دومار 1990 أنها اضطراب على مستوى الفهم واستعمال الرموز اللفظية أو الكتابية للغة، وتكون ناتجة عن اصابة في نصف الكرة المخية اليساري.أما زلال 1986 فبينت أن المصاب بالحبسة يعاني من مشكل في تركيز الأزمنة الفيزيولوجية الثلاثة التي تتحكم في اللغة، أي أن الحبسة اضطراب زمني(.نجية تيقمونين، 2006، ص 9)

•ميدان الطب:

يشمل مصطلح الحبسة على مجموعة من الاضطرابات المعرفية التي تمس اللغة الناتجة عن اصابات متمركزة في الدماغ،وتختلف مظاهر الحبسةعن تلك الاصابات الناتجة عن اصابات أعضاء الاستقبال او الارسال المحيطة مثل السمع،الرؤية،اجهزة التصوي ت : عضلات اللسان،الفم،الحنجرة.

•علم النفس العصبي:

يطلق مصطلح الحبسة على الخلل الذي يطرأ على الميكانيزمات النفسية،الحسية،الحركية المسؤولة عن ادراك وإنتاج اللغة،والذي يمس منطقة محددة من نصف الكرة المخية المسيطرة. يعني مصطلح الحبسة الاضطرابات التي تمس اللغة الناجمة عن اصابة إحدى بنيات المناطق المسؤولة عن انتاجها(النصف الايسر بالنسبة لليمني،والأيمن بالنسبة لليسرى) او كلاهما(.حميدةعوايجية،2008)

هي مجموعة تشوهات التي تؤثر على تنظيم الوظيفة اللغوية سواء على مستوى التعبير و/أو الفهم،وذلك نتيجة اصابة المناطق المسؤولة عن اللغة على مستوى نصف الكرة المخية اليسرى للدماغ بالنسبة للفرد الايمن. تحدث هذه الاصابة عند الراشد بعد اكتساب اللغة،كما قد تصيب الاطفال قبل اكتساب اللغة أوبعده،وحينها تسمى الحبسة المكتسبة عند الطفل(.حولة محمد،2009 ، 55)

2أنواع الحبسة: –

تصنف الحبسة الكلامية الى نوعين هما،تشمل الحبسة الكلامية غير الطلقة والحبسة الطلقة،وفيما يلي هذين النوعين:

أ **الحبسة الكلامية غير الطلقة** :وتشمل الحبسة الكلامية غير الطلقة على حبسة بروكا والحبسة عبر القشرية الحركية والحبسة الشاملة.

•**حبسة بروكا (الحبسة الحركية)** : **L'aphasie motrice** يرتبط هذا النوع غالبا بتلف بالاجزاءالامامية لنصف الكرة المخية الأيسر،ويصنف هذا النوع بأنه واسع وأنه يشمل على أكثر منالمنطقة المعروفة تقليديا باسم بروكا .وتظهر اعلراض حبسة على كلام الشخص حيث يوصف كلامه بأنه تلغرافي أو لا نحوي،هذا بالإضافة الى إنتاج كلام غير طلق .وتصاب قدرة التسمية والقدرة على التكرار او التقليد بإعاقة من بسيطة الى شديدة .ويوصف السلوك الكلامي اللانحوي**agrammatisme** بانخفاض استعمال الأفعال المساعدة وأفعال الروابط وأحرف الجر والنهايات التصريفية والاشتقاقية .والشخص المصاب بحبسة بروكا كلماته صغ يرة غير جيدة وهي مثيرة لإحباطه،غالبا ما يكون الفهم العادي سليما،ومن غير الطبيعي أن يظهر اللاختبار عيوب في الفهم .كما تظهر المخرجات اللفظية للأصوات بأنها بطيئة ومجهدة ومتعبة، كما يظهر الشخص المصاب أخطاء صوتية ونطقية مع المحاولات التي يقوم بها الشخص في التصحيح الذاتي . (فرج الرزيقات، 2005 ، ص208)

•**الحبسة عبر القشرية الحركية** : تنتج هذه الحبسة عن التلف الذي يصيب المنطقة حول القمة وشريط الحد الأمامي لمنطقة بريسيلفيان، ويقترح البعض بأن التلف عميق أسفل سطح الدماغ في هذه المنطقة الأمامية .ويظهر الشخص المصاب اعاقة شديدة في القدرة على الكلام العفوي،وعلى الرغم من المحاولات الضئيلة في المحادثات فإنه يبدو واضحا اعاقة الكلام حيث يعاني الشخص المصاب من اعاقة في القدرة على التقليد والمحافظة على الكلام وبعده يجد الشخص نفسه قادرا على تكرار كلمات وأشباه جمل وحتى الجمل .وتعتبر التسمية على أنها أفضل من المحاولات العفوية للفهم الكلامي والسمعي والتي قد تظهر الإعاقة فيها من البسيطة الى المتوسطة(.ابرا هيم عبد الله ،280 ، 2014)

•**الحبسة الشاملة**: تؤدي الاصابة الدماغية أو الامراض لدى بعض الحالات الى فقدان التام للقدرةعلى فهم اللغة والكلام والقدرة على القراءة أو الكتابة .ويحتفظ هؤلاء المصابون ببعض أشكال اللغة الآلية وبالأخص أساليب التعجب المشحون بالعلامات الوجدانية .وينحصر انتاجهم اللفظي في عدد قليل من الألفاظ وعانون من عدم الاستعمال التام لقواعد اللغة .وتمتاز الساحة الدماغية المسؤولة عن هذا النوع من الحبسة بالاتساع وتشمل مجالا شاسعا من القشرة

الحركية اي ساحة بروكا ،الصدغية الجدارية،ساحة فرنيكي والتلفيف فوق الهامش .وتكون نسبة التنبؤ بالاسترجاع عند هؤلاء المرضى ضئيلة جدا(سعيدة ابر اهيمي ، 2012 ، ص 34)

ب **الحبسات الكلامية الطلقة** : – وتشمل هذه الحبسات على حبسة فرنيكي والحبسة عبر القشرية الحسية والحبسة التوصيلية.

•**حبسة فرنيكي** : يمتاز المصاب بحبسة فرنيكي بأنه طلق جدا ولديه طلاقة زئدة وإعاقة الفهم السمعي وخلط الكلام،وذلك باستعمال كلمات غير مقصودة .كما أن ابدالات الكلمات قد تكون أو لا تكون مرتبطة بالكلمات المقصودة .أو قد تكون كلمات جديدة أو قد تكون غير مستعملة(.فرج الرزيقات،281 ، 2005)

يشمل التلف في حبسة فرنيكي المنطقة الخلفية من التلفيف الصدغي العلوي الأيسر أو التلف الأول من الفص الصدغي . أي المناطق 42.21 حسب تقسيم برودمان، إلا أن ماك كفري 2001 – قد لاحظت امتدا د هذا التلف الى الفص الجداري مؤثرا في التلفيف ال ا زوي أو منطقة 39 حسب تقسيم برودمان، وهذه المنطقة هي التي تختص بالمعاني التي اكتسبت خلال فت ا رت سماع أصوات الكلام، وأيضا تختص ببعض المهارات اللغة كالكتابة .وتلك التي تم اكتسابها خلال الفهم السماعي كما أن هذا التلف قد يشمل المنطقة السمعية المجاورة والمسماة تلفيف هشل . Heshl's(حمدي على،204 ،(2006)

•**الحبسة عبر القشرية الحسية** : تمتاز هذه الحبسة بحفظ القدرة على تكرار وتقليد الكلمات.ويوصف الكلام المحادثي والعفوي بأنه طلق وقريب من خصائص كلام حبسة ويرنك ولكنه مليء بحبسة التسمية وبدالات الكلمات وقصور الأسماء .وتت ا روح اعاقة التسمية من الشديدة الى المتوسطة كما أن الفهم السمعي ايضا معاق .وأكثر شدة من الحبسة عبر القشرة الحركية مع بقايا الخصائص الرئيسية سليمة للقدرة على اعادة الكلمات.وأشباه الجمل وتنتج الحبسة عبر القشرة الحسية عن تلف حول حواف لأج ا زء الخلفية لمنطقة بريسيلفيان(.فرج (الرزيقات، 282 ، ص 2014)

•**الحبسة التوصيلية** : تمتاز اللغة الشفهية للمصابين بهذا النوع من الحبسة بالتدفق السريع والاحتفاظ النسبي بفهم اللغة الشفهية وصعوبات كبيرة في اعادة الكلمات والجمل .تحدث الرطانة الحرفية حي ث يستبدل الحروف الموجودة في الكلمة بأصوات اخرى تغير المعنى،ويبقى التضارب قائما بين العلماء حول تحديد الموقع الدماغي الدقيق لهذه الاصابة .حيث يعتبر بغض الباحثين أن الخلل يحدث في مستوى الحزمة المقوسة .وتلاحظ في بعض الحالات اصابة المستوى القشرة السمعية والتلفيف فوق الهامشي(سعيدة ابرارهيمي،2012 ص35)

–حبسة بروكا نموذجا:

1–تعريف حبسة بروكا

تتعدد مفاهيم الحبسة بتعدد الميادين العلمية واختلاف العلماء والباحثين وحتى الأطباء في دراساتها وتعاريفها كما يلي : الحبسة هي اضطراب أو فقدان كلي أو جزئي للقدرة على الاتصال بسبب تغيرات في المناطق المسئولة عن اللغة راجعة إلى إصابات دماغية متمركزة. : N SAM (24) 2007 , كما تعرف على أنها فقدان الإنتاج أو الفهم اللغوي نتيجة لإصابة في النصف كرة المنحنية المسيطرة وتمركز الإصابة يحدد نوع الحبسة. (petit Larousse 1984,p51)يقول (Alajouanine)أن الحبسة هي فساد تنظيم الميكانيزمات الحسية والحركية التي تتدخل في الإدراك وإرسال اللغة). (Aljouanine, 1986p34وتعرف ب: تغيرات التي تحدث على مستوى اللغة الشفهية أو الفهم نتيجة إصابة عصبية بدون إصابات وظيفية للسان والحنجرة ,أو هي فساد اللغة شفوية والمكتوبة بسبب إصابة الفص الصدغي أو التلفيف الجبهي الثالث الأيسر .

(Dictionnaire de médecine, 1982 , p61)

الحبسة هي اضطرابات على مستوى الاتصال اللفظي بدون صعوبات فكرية حادة يمكن أن تصيب التعبير أو الفهم الشفوي أو الكتابي هذه الاضطرابات راجعة إلى إصابات متمركزة للنصف الكرة الأيسر للشخص اليميني.

2-2-أسباب حبسة بروكا

2-1-الحوادث الدماغية الوعائية (: **Accidents vasculaires cérébraux**) هي من الأسباب الأكثر شيوعا عند الراشد وتؤثر على سلوكه اللساني وترجع إلى تغييرات على مستوى الدورة الدموية التي تغدي الدماغ وذلك بمنع السير الدموي في الشرايين نتيجة لتخثر الدم في منطقة ما من الدماغ أو وجود خلل على مستوى جدران الوعاء الدموي وهذا ما يؤدي إلى تضييق من حجمه وبالتالي نقل سرعة جريان الدم فتنكمش الخلية العصبية تضمحل .وينتج في بعض الحالات عن الإصابات الوعائية الدماغية وما يسمى بالسكتة الدماغية التي تنجم عن نزيف دماغي حيث يشل المصاب فجأة بغيبوبة ويموت بعد ساعات .وفي حالات يصاب المريض بشلل نصفي مباشرة بعد الحادث الوعائي ويبقى في حالة وعي وغالبا ما تصاحب الحوادث الوعائية الدماغية سلسلة من الأعراض النفس- عصبية وهي الحبسةباشكالها العيادية المختلفة التي يتماشى ورقعة اتساع الإصابة).

(A.F.L'HERMITE et LECOURS, 1989, p320)

2-2- مركز الحوادث الوعائية (: **thrombose cérébrale**)هوانسداد على مستوى الشرايين المغذية للدماغ وهدا بسبب تكوين كتلة دموية على مستوى الجدار الوعائي فإذا كانت الإصابة في المستوى التفرعات 29الأمامية

(المنطقة الأمامية للوريد) تظهر حبسة بروكا وغالبا ما تكون مصحوبة بشلل نصفي أما إذا كانت الإصابة على مستوى التفرعات المتأخرة لمنطقة سيلفيوس (المنطقية الخلفية للوريد) فتظهر حسبة فرينكي وغالبا ما تكون مصحوبة بأميانوسيا . (X .SERRON ,1994 :376) . (embolie

الوريدية السدادة : تحدث الإصابة نتيجة انسداد مفاجئ للشريان المغذى للدماغ بسبب وجود جسم غريب يتحرك في الدورة دموية . وتنجم في أغلب الحالات عن تخثر الدم داخل القلب والذي ينتقل عبر سيرورة الدورة الدموية ولما يصل إلى شرايين الدماغ، يسد الشريان الداخلي وذلك لكبر حجمه وبالتالي تنتج عقدة دماغية فتعيق سريان الدم وتصلب جدران الوعاء : (**Hémorragie cérébrale** LECOURS (A.L'HERMITE F.,1989, pp. 30) .

المخي الدموي النزيف- يظهر على نوعين :

2-3-نزيف ناتج عن ارتفاع الضغط الشرياني بسبب تقطع أحد فروع الشريان العصبي الموجود في القشرة الدماغية فان كانت الإصابة خطيرة .وعند أخذ عينة من الرسائل التوعية نلاحظ قطرات من الدم في هذا الأخير . وفي الغالب يكون على مستوى المنطقة العدسية من الكرة المخية الأيسر . وهذا يؤدي إلى ظهور حبسة كلية مصحوبة بشكل نصفي ايمن. اما إذا حدث على مستوى المنطقة بين الفص الجداري الصدغي فيؤدي الى حبسة فرنيكي. A.L'HERMITE (F. LECOURS,1989, pp.324-328) 31)

2-4-الأورام ألدماغية: تعتبر من أهم الأسباب التي تؤدي إلى الحبسة فهي عبارة عن انقسامات عشوائية للخلايا تظهر على شكل كتلة تتغلغل في الدماغ ونجد منها نوعين

-أورام غير خبيثة:تكون مشفرة ولا تسيطر على الأنسجة الدماغية كما أنها تتطور بشكل بطيء ويمكن علاجها جراحيا

- أورام خبيثة: تتطور بسرعة ونادرا ما تعالج فهي تسيطر على الأنسجة الدماغية وهذا ما يؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية عصبية مختلفة ذلك حسب تطور واتساع الورم .. (LECOURS A.L'HERMITE F.,1989,)

2-5-**الصدمات الدماغية** :ترجع إلى حوادث الحياة أليومية كحوادث المرور وحوادث العمل وتعتبر من الأسباب المألوفة لظهور الحسبة لكن من الصعب تحديد طبيعة ودرجة الإصابة الدماغية وبالتالي يصعب التنبؤ بالتعقيدات التي يمكن أن تنجر عنها وقد تكون مصحوبة بانكسار الجمجمة وعادة تكون مصحوبة بالوضعية الدماغية ويؤدي هذا النوع إلى الإصابات الدماغية إلى ظهور الحبسة باشكالها العيادية المختلفة(A.R LecoursF.L'hermite,1989, p28) .

3–ضطرابات اللغة الشفهية التي يعاني منهاالمصاب بحبسة بروكا : الجدول العيادي لحبسة بروكا : يتضمن الجدول العيادي للحبسة الحركية مجموعة من المظاهر نذكر منها

–الاعراض:

3–1– الخرصMutisme: :غالبا ما نلاحظ في بداية المرض فهو الانعدام الكلي للإنتاج الشفهي حيث تظهر هذه الظاهرة ترجع اسبابها إلى (الحوادث الوعائية الدماغية AVC) أو إلى(الصدمات الدماغية Traumatisme crânien)يكون هذا الخرص في بعض الأحيان مؤقتا ويتطور نحو النقص الكمي والكيفي كما يعرف الخرص على انه استحالة إصدار الإتصالات اللغوية فهو مرحلة مؤقتة تظهر مباشرة بعد انتهاء فترة الغيبوبة ثم تختفي هذه المرحلة لتحل محلها مرحلة الحذف وعسر التلفظ عندما يستطيع المريض شيئا فشيئا من إصدار بعض الأصوات اللغوية تتمثل في كلمات قليلة جدا قد تدوم هذه الفترة مدة قصيرة كما قد تستمر لمدة أطول عند بعض الحالات.((manque du mot RONDAL: 1982,35)

3–2–نقص الكلمة : يجد الحبسي صعوبة في استحضار الكلمة المناسبة ويظهر هذا العرض في الكلام العفوي حيث أنها يستعمل مفردات غير دقيقة نستطيع ملاحظة هذا العرض عند تمرير اختبار التسمية وصف الصور والشرح . لا يتعلق الأمر باضطراب على مستوى الذاكرة مثل ما هو ظاهر ولكن بوجود صعوبة في إيجاد الكلمة المناسبة في الوقت المناسب لأن الكلمة التي بحث عليها لم يجدها في وضعية معينة قد يستعملها بكل سهولة بعد مرور زمن معين أو في وضعية أخرى يمكن تعريف نقص الكلمة باضطراب لغوي يتميز بعدم القدرة على تسمية الأشياء الأشخاص بالرغم من ادراكهم بصفة عادية فالحالة قادرة على التعرف على المنبه ولكنها لا تستطيع تسميتها لنقص الكلمة الخصائص التالية :

(PIALOUX, 1975 :230).

–توقفات مع التعليقات مثال () heu, heu…) أعرف34 .(…

–النسيان .استعمال الجمل المفسرة – . إعادة صياغة الجملة المسموعة.

– تقديم تعريف المنبه أو إعطاء أجزائه أومكوناته.

3-3-الكلمات المليئة للفراغ (Les remplissage de mots) يستعمل الحبسي بروكا مقاطع لملئ التوقعات بهدف البحث عن الكلمة المستهدفة (راه يشوف ..)حيث نعتبر استعمال الكلمات المالئة للفراغ خاصية من خصائص نقص الكلمة لما تفوق .(lecours , R ,F l'hermite , 1979 : 140) الوحدة الخطابية في 3 كلمات.

3-4- القولبية(Stéréotypie) : هي احتفاظ الحالة لوحدات فونولوجية متكررة ينحصر خطابها في تكرار مقطع لغوي معين يظهر بصفة عفوية في كل محاولة التكلم الإرادي حيث نميز نوعين:

-القولبية ذات الكلمات الغير الدالة

-القولبية ذات الكلمات الدالة .وهناك من يرى أن الجملة والكلمة المتلفظ بها هي التي كانت تتلفظ بها الحالة أثناء الصدمة .يمكن أن تختفي بعد أسابيع أو شهور كما يمكنها البقاء عدة سنوات، برزت القولبية في أحد مؤسسي علم النفس الحديث العصبي Jackson التي اعتبره السلوك لا إرادي يظهر مباشرة بعد السلوك الإرادي والمتمثل في محاولة الاتصال الشفوي أي بعد التنبيه اللغوي الخارجي وعلى هذا الأساس فإن الحبسي يفقد القدرة على السيطرة اللغوية .

3-5- فقدان النحوي الصرفي(Agrammatisme) :يعرف على انه اضطراب في الإنتاج اللساني يظهر خصوصا في اللغة الشفهية للمفحوص الذي يعاني من حبسة بروكا يتميز هذا الاضطراب ببطيء في مجرى الكلام مع نقص في البنى المرفولوجية والتركيبة في الجملة حيث يستعمل الحبسي جمل قصيرة .كلمة أو كلمتين مع أخطاء في تصريف الأفعال واستعمال أدوات الربط حيث تظهر لغة الحبسي كأن له 35طابع برقي، حيث يكون الحبسي واعي بهذا العسر على مستوى استعماله للغة، نلخص أهم الخصائص في النقاط التالية :

- حذف الأفعال، الروابط النحوية والضمائر المنفصلة
- . تعويض الجمع بالمفرد
- . تعويض المفعول به بالإشارة
- . الخلط بين الأزمة الثلاثة للأفعال بالأسماء.(lecours , R ,F l'hermite , 1979 : 145) .

3-6-الأفعال تعويض: (la préservation)

•**الاستمرارية** :يظهر هذا العرض في بداية التكفل الأرطوفوني ويترجم بعدم القدرة على التحكم في الكلام في كل مستويات اللغة الشفهية والكتابية حيث يقوم الحبسي بتكرار جزء من الحديث داخل نفس الوحدة اللغوية كما انه عبارة عن أسلوب يعتمده المصاب في حديثه مع الآخرين حيث يمتاز بإعادة المقاطع الأخيرة أو الكلمات الأخيرة التي يسميها (واسمك... شحال في عمرك واسمك ...) حيث أن الإستمرارية اضطراب لا يتحكم فيه المفحوص ويكون بصفة لا إرادية مع تكرار جملة أو مقاطع صدر في المرحلة الأولى في الوضعية مناسبة للغة ثم تظهر في طريقة غير مناسبة فيما بعد . كما توجد استمرارية في تنفيذ الحركات.فيصبح هذا الأسلوب بمثابة المعرقل لكل مبادرة يريد المسار القيام بها ومن الآثار السلبية لهذا العرض على المصاب هو الإحساس بالعجز والقلق الشديد .

•**الاضطراب الإيقاعي النغمي** :يتمثل هذا الاضطراب في صعوبة التحكم في الخصائص المميزة للصوت منها الإيقاع والنغمة كذلك التعبير عن الانفعال هو أيضا مضطرب . في حالة حبسي بروكا نتيجة إصابة المنطقة المحددة في نصف الكرة المخية لا يستطيع التعبير عن المشاعر والانفعال ولا تغيير نغمة صوته بينما في حبسي التي يكون نتيجة إصابة منطقة فرنيكي فالمفحوص لا يمكنه التعرف على الانفعالات ولايفهم التغيرات النغمية للصوت المسموع . يمكن ملاحظة كلام متقطع خالي من النغمة حيث يشبه كلام الحبسي بكلام الإنسان الاصطناعي (voix robotique).
(F.R,l'hermite lecours, 1979 : 152)

3-7-الاختراع- néologisme:هي عبارة عن عرض تظهر فيه القدرات الإبداعية للمفحوص، بحيث ينتج كلاما خاصا به الذي يعرف مدلوله الا هو.

3-8-الرطانة : Le jargonإنتاج لغوي مرضي، وهي تقريبا لغة مشوهة، حيث نجد لدى المصاب عدد كبير من التحوالت التركيبية، فالمفحوص يستعمل دوما كلمة بدل أخرى، وبالتالي كالم غير مفهوم

(PIALOUX 2006, P230, P231)

3-9-الاضطرابات النحويةAgrammatisme :عدم اتباع المصاب للقواعد النحوية، ال يستعمل أدوات الربط، ويوجد تباطؤ في الكلام (RONDAL.J.A, 2012, P136, P137)

3-10-الاخطاء التركيبية : Dysyntaxie وهي اللغة التي تحتوي على تركيبات نحوية غير مالئمة، والبنى التركيبية غير مستعملة بطريقة (PIALOUX .P, 2006, P230, P231)

3-11-عدم القدرة على الكتابة صحيحةAgraphie : تعسر أو فقدان الكتابة، ويرجع ذلك إلى وجود شلل في العضو العلوي أأليمن، ويمكن تمييز نوعين هما

أ: **L' agraphie Aphasique** _أين نجد بعض االضطرابات الشفوية رطانة كتابية.

Dysyntaxie Paragraphie

ب :**L' agraphie praxique**–وهو اضطراب الحركات الخطية الكتابية، التي يمكن أن تكون عبارة عن خربشة، وخط غير مقروء (P .PIALOUX, 2006 p231)

3-12-عدم القدرة على القراءةL'alexie:وهو اضطراب مخي يتميز بالعجز عن القراءة ونميز هنا نوعين :

أ-**L' alexie aphasique**:وهو كلي حيث تشوش وتضطرب قراءة الحروف، المقاطع أللفضية، والكلمات، ويمكن ظهور(les paralexie) كذلك عند القراءة بصوت مرتفع .

ب : **L' alexie apraxique**–وهنا قراءة الحروف معزولة تكون أقل اضطرابا من قراءة الكلمات، كما أنه يحتفظ بالتهجئة، الكتابة تلقائية ولكن المفحوصلا يستطيع أن يراجع ما كتبه(P .PIALOUX . 2006, P231). بعد التعرف على الصورة االاوليةنحاول إعطائها تمثيل دالالي مجرد مناسب لها في اللغة .د. التمثيل الدالالي ينشط بدوره التمثيل الذي يناسب المعجم الفونولوجي الخارجي(sortie de lexique phonologique) هذا المعجم الخارجي (sortie de lexique)مبني كمجموع تمثيلات مجردة للشكل الفونولوجي للكلمات(sortie de logogenes)أي التعرف على الكلمة المكتوبة أثناء القراءة)حسب (MORTONتستطيع المعلومة أن ترسل إلى الميكانيزمات الفونولوجية والنطقية الضرورية لإلنتاج اللغوي (MICHEL, 1979, p63) .النهائي أخيرا، يرى التناول المسمى بـ)معالجة المعلومة(أن لكل إنتاج سواء شفوي أو كتابي له مكانة بعد دلالية(sémantique post statut مستقلة وهكذا يعتبر عكس النظرية الكالسيكية(GESCHWIND 1967 (التي ترى أن إلنتاج الكتابي دائما ثانوي لإلنتاج الشفوي وهو مرتبط به، وقد أظهرت البحوث في ميدان الحبسة أن اضطرابات التسمية الشفوية مستقلة تماما عن اضطرابات التسمية الكتابية حسب (CARAMAZZA ET HILLIS, HIER ET MOHR,1977,p63)

3-13-البرافازيا(Les paraphasies) هي استعمال الخاطئ للكلمات وتعويضها بكلمات أخرى كما أنها عبارة عن خلل على مستوى انتاج الكلمات حسب مستويات اللغة. : (hermite'l, lecours 1979p156) نميز 3 أنواع من هذا الاضطراب

ا-البرافازياالفونيمية (Paraphasie phonémique) هي في غياب كل صعوبة نطقية سلسلة حرفية المكونة للكلمة يمكن أن تكون منطوقة بصفة خاطئة فيقوم الحبسي بالتبديل حذف أو زيادة وحدات فونيمية. مثال : (Bu/Si/Li(Bu/Li/Si (lecours , R ,F l'hermite , 1979 : 163)تظهر هذه التحولات الفونيمية بصفة واضحة أثناء تشخيص الحبسة كما يمكن أن تظهر كذلك أثناء اللغة العفوية هنا نتكلم عن عرض اختراع الكلمات (Néologisme)فالكلمات المنتجة من طرف الحبسي يصعب إعطاءها معنى من طرف السامع فتكون غير موجودة في القاموس أو المعجم اللغوي فهذا ما يعطينا الرطانة الفونيمية .

ب-البرافازياالنحوية Paraphasie verbal : هو استعمال خاطئ لكلمة تنتمي إلى المعجم اللغوي بلغة أخرى تنتمي هي أيضا إلى نفس المعجم اللغوي , حيث تكون هتين الكلمتين متشابهتين من ناحية الشكل وليست من ناحية الدلالة

ج-برافازيا دلالية: Paraphasie Sémantique هنا يتم تبديل الكلمة المنتظرة بكلمة أخرى تشترك معها في الدلالة(A.R LECOURS,F.L'hermite, 1989, p125-150) .

4-تشخيص حبسة بروكا:

يمر تشخيص الحبسة بثلاثة مراحل

ا-الفحص الإكلينيكي : و يشمل أخذ تاريخ المرضى للمفحوص و تحديد ما إذا طان هناك أمراض أخرى مصاحبة كأمراض القلب و ضغط الدم و الجلطات مع تحديد بداية المرض و الأعراض المصاحبة للحبسة مع الاهتمام بتحديد المضلة في الاستخدام قبل حدوث الإصابة ، كما يشمل الفحص الإكلينيكي فحص أعضاء النطق و الكلام و السمع للتأكد من سلامتها اكون الحبسة ناجمة عن عيوب في هذه الأعضاء، و يشمل أيضا فحص الجهاز العصبي إما بأشعة "X"أو ما يعرف بالأشعة المقطعية بالكمبيوتر أو بالتصوير المغناطيسي كما يجري فحص تدفق الدم في المخ باستخدام الفحص المقطعي

ب-**استخدام اختبارات الذكاء و القدرات العقلية** : حيث أن تدهور نسبة الذكاء تعتبر سمة مصاحبة لحدوث الحبسة لذا يوصى باستخدام الاختبارات الذكاء الغير اللفظية (قادري، 2015،ص194 6- 3).

-الاختبارات اللغوية :يخضع المريض لتقييم كفاءة الوظائف اللغوية و يتم من خلالها تحديد قدراته من حيث القدرة على التعبير الشفوي و مدى الطلاقة في الإرسال و إيجاد اللفظ المناسب و القدرة على الفهم و التعرف على الأشكال و الصور و استكمال الجمل الناقصة و التعامل مع الأرقام و غيرها من المهارات اللغوية و بعض الاختبارات التي تحيط بجوانب القدرة الإدراكية (الإدراك البصري الحركي) (إبراهيمي ،2012،ص34)

5-النظريات المفسرة للعلاج

5-1-نظرية علاج الحبسة حسب نصيرة زلال : ترى الباحثة نصيرة زلال أن كل الحبسين يحللون اللغة مهما كانت البنية و الشكل اللساني و لكنهم لا يستطيعون المرور من هذا التحليل، و لا يصلون إلى الحوصلة و التجميع و ذلك لغياب الإدراك الذي يعتبر عملية معرفية مهمة تحتل إذا ما حدثت الإصابة على مستوى الفص الجبهي من الجهة الأمامية و هذا الاختلال يعود إلى المن الغير العادي في تحليل المنبهات الخارجية سواء كانت سمعية أو بصرية ، مما يجعل الباحثة تقول أن الحبسة هي اضطراب زمني ، بحيث يكون التحكم في الأزمة الفزيولوجية الثلاث التي يقوم عليها اللغة مضطربة . إعادة التربية حسب البروفيسور "نصيرة زلال :" ترى الباحثة نصيرة زلال أن تقنيات العلاج عديدة و لكن المبدأ واحد و هو العمل على استرجاع الإدراك، و يتم ذلك من خلال وحدات التجميع و التي تقدم للمفحوص على شكل ألعاب مجزئة و يطلب منه تجميعها ، و من خلال هذا التركيب يصل المفحوص إلى إدراك الذي يكون هو بذاته .(قاسمي، 2010،ص78- 4-2).

5-2-نظرية العلاج الإيقاعي حسب سعيدة براهيمي : يعتبر أن ماري فيرون فيدال أن اللغة نظام موسيقي يتكون من الانسجام بين النغمة و الإيقاع اللذان يكتسبان مع دريجيا من طرف الطفل اشتغل هذا التفسير النفسي اللغوي في ميدان التاهيل الوظيفي للغة و نشأت على إثره طريقة العلاج الإيقاعي التي صممت من طرف سباكس و **هولاند** بأمريكا حيث يعتبران استخدام نماذج نغمية إيقاعية في شكل جمل بسيطة يسمح لبعض المصابين بالحبسة الاستعمال السريع للغة الخاصة و يتفق المختصون في الفيزيائيات الصوتية أن النبرة هي شدة موسيقية أو تغير في ارتفاع الصوت الخنجري . و لقد تم تكييف هذه الطريقة في الوسط العيادي الجزائري من طرف الأستاذة سعيدة إبراهيمي عند المصاب بالحبسة المستعمل

للغة العربية، و الدارجة و عندما ترجمت للغة الفرنسية من الإنجليزية وضع لها الأخصائي فان ايكوت فليب عام 1979 شروطا لتطبيقها و **هي** كالاتي

-نستعمل مع المصابين بحبسة بروكا و المعانين من الخرس أو نقص الكلمة أو الفقر اللغوي الحاد لانه تستخدم لتسهيل الطلاقة اللفظية و لا تعتمد على التعبير الشفهي.

- . إعادة تربية الانتباه البصري و السمعي من خلال المجهود الذي يبدله المصاب في التركيز على التعليمة ، و تحفز المريض على الرجوع إلى سجل الذاكرة طويلة المدى في استرجاعه للبنى الإقاعية و النغمية و بهذا الشكل فإن التمارينات المستعملة من شانها أن تنشط **هذه** القدرات المعرفية الأساسية للغة الشفهية و لأن المريض حبسي (بروكا، فرنيكي، التوصيلية) يعاني من حالة التشتت في الانتباه و التركيز و في العديد من الأحيان يرفض التعامل مع الاخرين و يصعب عليه التحكم في الأدوار أثناء عملية التواصل فإن العلاج الإيقاعي النغمي يصبح أداة فعالة لتجاوز **هذه** الصعوبات التي تحول دون نجاح أي أسلوب علاجي اخر.

استنتاج

من خلال ما تقدم يظهر لنا أن الحبسة هي اضطراب يسبب تشويش على حياة المصاب، وهذا التشويش يجعله غير قادر على ممارسة حياته بشكل عادي ومنفرد ، ويظهر لنا أن الإصابات في الفص الجبهي التي تسببها مجموعة من العوامل منها الإصابات الوعائية الدماغية بدرجة عالية تسبب له خلل واضح في وظائفه التنفيذية واللغوية منها

المحاضرة الحادية عشر

اضطرابات الوظائف التنفيذية

- **تمهيد**

تعتبر الوظائف التنفيذية من الوظائف العليا في الدماغ، إذ تعتبر المسير والمنسق لمجموعة من النظم العصبية كالتخطيط وتكوين المفاهيم والتجريد والتعميم، والكف والليونة الذهنية فهي إذن تندرج في نظام نفسو–عصبي معقد يحتاج إلى دراسة معمقة.

1–**مفهوم الوظائف التنفيذية** :إن مصطلح الوظائف التنفيذية كغيره من المصطلحات العلمية التي حظيت بالدراسة خاصة لدى البلدان الغربية، فقد تعددت واختلفت تعاريفها باختالف الباحثين وانتماءهم العلمي والفكري ونذكر منها : تعريف برنارد لو شفاليار وفرنسيس أوستاش وفوستو فيادار LE BERNARD,CHEVALIER et FRANCIS EUSTACHE et FAUSTO VIADERيرون بأن " مثلها مثل العديد من المجاالت المعرفية مثل الذاكرة واالنتباه، فانه ال يوجد مفهوم بديهي يجمع جوهر ولب الوظائف التنفيذية، حيث أنه يمكن اعتبارها كوظائف مستعرضة)عابرة(هرمية عليا supérieures hiérarchiquement transversales Fonctions (،(التي تدبر وتشرف على الوظائف المعرفية ألخرى، هذه الخاصية التي تجعل من قابلية عملها أكثر صعوبة، ألنها في الواقع اعتبرت ولوقت طويل غامضة، ألنها تقوم بوظيفة دمجية تسمح بتكيف جيد للفرد داخل محيطه ."مضيفين كذلك ": إن تطور مفهوم الوظائف التنفيذية تم وضعه من خالل المالحظة اإلكلينيكية لحاالت لديها إصابات جبهية، وهذا ما هو ممثل حاليا من خالل مختلف النماذج، كمجموعة معقدة من العمليات المعرفية الضرورية لبلوغ هدف بطريقة مرنة، إنها تدخل ضمن المراقبة المعرفية المتدخلة في الوضعيات التي تستلزم نطق حركات(actions des articulation(أو أفكار موجهة نحو هدف نهائي CHEVALIER, et EUSTACHE, et VIADER, 2008, p.344))تعريف ماري باسكال نوال

•(NOËL PASCALE-MARI)قائلة بأن " الوظائف التنفيذية تغطي مجموع السيرورات المتدخلة في تنظيم ومراقبة السلوك، وهي بالتحديد تتدخل في عمل الوضعيات الغير روتينية التي تتطلب بالضرورة التطوير (L'élaboration)والتنفيذ(L'exécution) والتقييم(L'évaluation) لمخطط ما وربما تصحيحها لتصل في النهاية إلى هدف خاص " (Noël, 2007, p 117). تعريف بياترس دافون وفريديريك لوبروتون (

FREDERIQUE et DAVENNE BEATRICE,LE BRETONاللذان يريان بأن " الوظائف التنفيذية هي مجموع السيرورات)الكبح، التخطيط، المراقبة، المرونة...(والتي تندرج ضمن مهام تستلزم تنفيذ السيرورات المراقبة، وبالخصوص في المهام التسلسلية الموجهة نحو هدف" وأضافوا : "السيرورات التنفيذية مدعمة خاصة من طرف الفصوص الجبهية والبنيات العميقة)التحت قشرية لحائية الفصية(، والتي تسمح للشخص بالتكيف ضمن شروط جديدة من خ DAVENNEللرويتن المعرفية (les aptitudes)القدرات ومراقبة التعديل (la modulation)

(BRETON, 2010, p95)

2 –أنواع الوظائف التنفيذية :

2–1 وظيفة –الكف :تداولت العديد من الدراسات المطلع عليها خالل دراستنا هذه أن فكرة الكف ظهرت مع" لوريا"، الذي اقترح أن الفصوص الجبهية تلعب دورا أساسيا في الكف)الكبح(لإلجابات غير المفضلة، وأورد بالمقابل عالمات لما يسمى بـ " زوال الكف(désinhibition) "لدى حاالت لديها إصابات جبهية، دراسات أكثر حداثة، أظهرت أن الفصوص الجبهية ليست المناطق الوحيدة في الدماغ المتدخلة في وظيفة الكف، وفي الواقع أن سيرورة الكف تخضع لهيمنة مناطق عصبية أكثر انتشارا .الكف هو واحد من السيرورات التنفيذية أألكثر دراسة في علم النفس العصبي، وهو يتجسد في القدرة على منع تدخل المعلومات التي ليست لها صلة، أو تلك التي يكون االحتفاظ بها في ذاكرة العمل 15يسبب فرط تحميل على قدرات التخزين، كذلك قيل أن الكف هو القدرة على منع إنتاج إجابة أوتوماتيكية في حين أن هناك نوع آخر من اإلجابة متوقع(Belard et Boulanger, 2012 – 2013, p30)

يرى أندري ان هناك نوعين من الكف (Andrés 2004)

ا– الكف المراقب او المقصود :الذي يسمح بالكف عمدا ووعيا .

ب– الكف الاوتوماتيكي أو الالي أو غير الارادي: الذي يتم بدون وعي، و يمكن لنا كذلك أن نميز ميكانيزمات الكف تبعا لنوع السيرورات المطبقة أو المتبعة: حركية أو معرفية ,fonctions exécutives(. les, Censabella) site web : www.uclouvain.be/279320.htmlالكف الحركي يرجع إلى القدرة على مراقبة السلوكيات أألوتوماتيكية وكبحها، و الكبح المعرفي والذي يتمركز حول المراقبة العقلية للمعلومات التي تم معالجتها وتطبيقها في أنشطة عديدة .وعلى المستوى النظري، الكثير من الكتاب يرى أن الكف ال يتشكل من وظيفة واحدة، ولكنه مجموعة من الوظائف، كذلك فالكف المعرفي يتشكل من وظائف معرفية مختلفة مثل كف المشتتات الخارجية)مثلما هو الحال في

االنتباه إلنتقائي(، كف ألجوبة المهيمنة، كف المعلومات الفاعلة (active(في الذاكرة على الرغم من أنه ليس لها صلة بالمهمة الحالية les fonctionsexécutives, site web : www.uclouvain.be/279320 (إذن فالكف

هو سيرورة تسمح بمسح المعلومات أو مخططات العمل المهيمنة، من أجل انتقاء أو تحديد إجابات أخرى أكثر ثانوية،ولكن بالمقابل ألكثر تفضيال للوضعية الراهنة خاصة

2-**وظيفة الليونة الذهنية** :تعرف الليونة الذهنية على أنها القدرة على تغيير مخطط ذهني والتكيف مع مهمة جديدة والتناوب بين عدة أفعال أو المرور من فعل آلخر Hommet(، (الليونة الذهنية ترجع إلى القدرة على مر اقبة االنتباه على ما هو مناسب ونقله إن لزم آلمر، وتسمح بتوليد أفكار متنوعة مع ألخذ بعين االعتبار البدائل المختلفة وهو مهم وضروري للتكيف مع الوضعيات الجديدة، كلما كان الشخص لين كلما كان تكيفه أحسن مع التغير ات
Clément.2006,p45)حيث نميز نوعين من الليونة الذهنية :

أ- الليونة االرتكاسية اوالتفاعلية :Réactive وهي القدرة على تغيير السلوك على حسب التغرات الطارئة على المحيط أو االنتقال من عمليةألخرى(Colette,2004,p60)

ب- الليونة التلقائية ●:وهي إنتاج إلجابات المتنوعة في محيط ال يتطلب بالضرورة تغيير ات كاإلجابة عن أسئلة .
(Seron , 2000,p55)بسيطة وحسب نموذج Norman و Shaliceنالحظ أن مسار النظام المشرف الانتباهي كان أبطأ أو أكثر كلفة على المستوى المعرفي، حيث بفضل الليونة الذهنية يمكن لهذا النظام كف مخططات غير مالئمة للرد على وضعية ما، أي النظام المشرف الانتباهي يعرف كعنصر مهم لضمان (Allain, Gall, 2008,p70).السلوك الليونة Myakeعرف الليونة الذهنية كوظيفة من بين ثالث وظائف نوعية، حيث حددها كوظيفة معرفية تسمح بنقل إرادي لالنتباه من مثير لاخر(Gil, Guillery.2008,p80)عرف الليونة الذهنية كوظيفة ال يمكن فصلها عن المر اقبة الكفية، إذن الليونة الذهنية تسمح بقطع آني لمهمة ما لتنفيذ آخر حسب الوضعية واألولوية، على سبيل المثال التوقف عن الطبخ للرد عن الهاتف، وتسمح كذلك بتغيير إلستر اتيجية حسب متغير ات البيئة مثل تغيير مسار رحلة إذا كان هناك أشغال على الطريق.

3-وظيفة التخطيط:

تتفق كل التعريفات في منتهاها حسب تنستال على أن التخطيط يشمل التمثيالت الذهنية و / أو التنفيذ العملي لألفعال التي تسعى لبلوغ هدف مستقبلي، وتقر التعريفات الحالية على أن التخطيط يتطلب تنسيق مختلف السيرورات المعرفية

والتحفيزية المترابطة، فعلى سبيل المثال دون ترانل(Tranel(في عام 0884(،(أن التخطيط يتطلب قدرات باطنية تشمل تقدير دقيق لـ)أين هو الشيء؟(،) أين ال بد أن يكون الشيء؟) (ما هي الإلستراتيجية ألنجع لتحريكه من هنا إلى هناك(فيشمل التخطيط القدرة على التفكير في المستقبل واستحضار مختلف الإجابات الممكنة ,p20,1999).

(Tunstallتواصل الباحثة قائلة أنه قام بعض الباحثين، ومن بينهم ويلنسكي Wilenskyفي عام 1983 ، بإبراز الطبيعة الدينامية للتخطيط فيشيرون إلى أن التخطيط يتغير باستمرار على ضوء التغذية الرجعية (feedbackوالمعلومات الجديدة بالاضافة إلى أنه ال يمكن إنشاء خطة كاملة قبل التنفيذ وهذا راجع لكون هذه المهمة مجهدة جدا أو تستغرق وقتا طويال، وعلى هذا الاساس تتطور الخطة كلما نمت المهمة .

3-1-مراحل التخطيط: تذكر تنستال أن هناك بعض الباحثين من يرى أن التخطيط يتم قبل الشروع في االنجاز فقط في حين يرى آخرون أنها عملية تتم قبل وأثناء اإلنجاز، فيشار لعملية التخطيط التي تتم قبل االنجاز بمصطلح" ما قبل التخطيط(planning- pre("وهذا وفقا الصطالح ستاس Stuss وبنسن Benson في عام 1986 ، أما التخطيط الذي يتم خالل االنجاز يشار إليه بمصطلح " التخطيط آلني(line – on planning ("وهذا تبعا لهايس روث Roth - Hayes وزمالءه في عام 1979 ،و فيليبس 0888.(PhillipsTunstall, 1999,p33 عام وزمالءه إن التخطيط هو برمجة الافعال والعمليات المراد القيام بهافي ميدان محدد -بأشياء محددة -بوسائل محددة - في وقت محدد ومراحل محددة.

2- اضطرابات الوظائف التنفيذية

2-1-اضطراب الكف: يعرف على انه فتور للنظام الجبهي في تعديل االستجابات السلوكية الذي يؤدي إلى حالة من النشوة، ألرق والنشاط بال هدف(Bérubé,1991,p15),وهو أيضا تحرير غير إر ادي لسلوكيات مثبطة عادة مثل: مندفع وشار د الذهن، ال يراقب حركاته ويمس كل شيء أو يقاطع آالخرين أثناء الحديث،ويمكن ملاحظة logorrhée الاستمرارية(KIPMAN ,THURIN 2005,p22)

2-2-اضطراب التخطيط: التخطيط هو اضطراب أو فقدان القدرة على معرفة التصرف السليم تجاه فعل مسطر، يظهر في شكل عجز في تنفيذ وتنظيم متسلسل لعدة أفعال تقود إلى تحقيق هدف معين أو يظهر على شكل تكرار آلي ومستمر لحركة ما رغم زوال ما يسببها(FRRIEUR.2005,p60)

2-3-اضطراب الليونة الذهنية :هي عدم القدرة على تغيير فكرة سابقة أو ألخذ بعين االعتبار التغيرات الجديدة الطارئة على الموقف، مما يستدعي التكيف مع الواقع الحالي، حيث يمكن أن تظهر االضطرابات على شكل جمود فكري او الاستمرارية .(LE CHEVALIER 2008,p80)

استنتاج

من خلال ما تقدم يظهر لنا جليا ان للوظائف التنفيذية دور كبير في تنظيم حياتنا الأولية، وهذا من خلال تكوين مفاهيم والتخطيط لها وكذا التدخل في المواقف الجديدة لحل مشكلة عالقة، وهذا النوع من الحلول أكده رواد التيار الحديث بمعالجة المعلومات.

خاتمة

حاولنا في هذا المؤلف البيداغوجي توضيح وتعريف للطالب أهم الاضطرابات المعرفية وتمكينه كيفية التفرقة بين هذه الاضطرابات بواسطة التشخيص الفارقي لكل اضطراب.ولكي يتسنى له كيفية التكفل بالحالة طبعا بعد اتباع خطوات الجدول الاكلنيكي لكل اضطراب من(تعريف،الاسباب،الاعراض،التشخيص والعلاج).وبعدها يتمكن من تتبع الحالة ومرافقتها سواءا تواجدت في الروضة،المؤسسات التربوية، المؤسسات الاستشفائية او المراكز البيداغوجية و عن طريق سلسلة من هذه المحاضرات تسمح للطالب في علم النفس الخوض في المجال المهني في علاج الاضطرابات النفسية المعرفية التي تتطلب كما هائلا من المعلومات الاكاديمية وخصائص نفسية شخصية يجب ان يتحلى بها المختص النفسي لاداء واجبه على اكمل وجه.دون ان ننسى ان على الطالب المقبل على الحياة المهنية عدم الانفصال عن المجال الاكاديمي حيث معالجة هاته الاضطرابات التي لا تقتصر على معلومات اكاديمية محددة وانما استمرارية في التكوين لربط الحلقة بين النظري الاكاديمي والتطبيقي المهني للتكفل الانجع بالحالات.

قائمة المراجع :

المراجع باللغة العربية :

ابراهيم، ريزان علي، (2004)،انماط الشخصية(A– B) وعلاقتها بالميول العصابية والقدرة على اتخاذ القرار، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية

بن الهيثم، ابراهيم، حسين خليل، (2014 :(الذاكرة العاملة وما وراء الذاكرة وعلاقتهما بالضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة ، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية بن الهيثم، جامعة بغداد

.الإمام، مصطفى محمود، وعبد الرحمن، أنور حسين، والعجيلي، صباح حسين (1990) :التقويم والقياس، وزارة التعليم العالي والبحث العلمي، جامعة بغداد، دار الحكمة للطباعة والنشر.

ابن عيسى، شرفية طرق، (2010)تأثير العبء الإدراكي على الانتباه الانتقائي البصري، رسالة ماجستير، جامعة الإخوة منتوري، الجمهورية الجزائرية

.أبو رياش، حسين محمد (2007)التعلم المعرفي، عمان، دار المسيرة .

ابو زينه، فريد، عامر قنديلجي، وعبد الرزاق بني هاني، وعدنان الجادري، وموفق الحمداني، (2006)مناهج البحث العلمي الكتاب الاول: اساسيات البحث العلمي، ط1 ،عمان، جامعة عمان للدراسات العليا .

.أبو جادو ، صالح محمد(2009 :)علم النفس التربوي ،دار المسيرة للنشر ، عمان .

احمد، محمد عبد الخالق، (2000) اختيار الشخصية، دار المعارف، الاسكندرية، مصر .اسماعيل، عيناد ثابت (2016 :(دراسة استكشافية وقائية للأضطراب ما وراء المعرفي لدى الاطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور في الانتباه، اطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية، جامعة ابي بكر بلقايد، الجزائر،

الانصاري، بدر محمد، وسليمان، عبد ربة مغازي، (2013 (النمذجة البنائية لنموذج الذاكرة العاملة لدى الاطفال الكويتيين، مجلة العلوم التربوية والنفسية 14) 4 329-358).

اندرسون، جون (2007)علم النفس المعرفي وتطبيقاته، ترجمة محمد صبري سليط ورضا مسعد جمال، ط1 ،دار الفكر، عمان 127 .بدر، فائقة

محمد احمد، السيد علي السيد، (1999 :(اضطراب الانتباه لدى الاطفال ϖاسبابه وتشخيصه وعلاجه، ط1 ،مكتبة النهضة العربية، القاهرة .

الجباري، شيماء عزيز،(2017)علاقة السيطرة الانتباهية بالامن النفسي لدى النازحين وغير النازحين من طلبة الجامعة، رسالة ماجستير، (غير منشورة) جامعة بغداد

الجراح، عبد الناصر ذياب (2009)ماوراء الذاكرة لدى عينة من طلبة جامعة اليرموك في ضوء متغيرات الجنس وقلق الاختبار والتحصيل الدراسي، مجلة الشارقة للعلوم الانسانية والاجتماعية، كلية التربية، جامعة اليرموك.

حسين، محمد عبد الهادي، (2003): تربويات المخ البشري، ط1،عمان/ الاردن، دار الفكر للنشر والتوزيع .

حسن، مهدي جاسم(2010): العبء المعرفي وعلاقته بالانتباه الاختياري المبكر والمتأخر لدى طلبة المرحلة الاعدادية، أطروحة دكتوراه، كلية التربية ابن رشد، جامعة بغداد .

الخيلاني، كمال محمد (2008 :(الألم الاجتماعي وعلاقته بالذاكرة الصدمية والإخفاقات المعرفية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد .

الخيري، اروه محمد ربيع، (2012):علم النفس المعرفي، سوريا، دمشق، دار أفكار للدراسات .داود، عزيز حنا، وعبد الرحمن، أنور حسين، (1990): مناهج البحث التربوي، دار الحكمة، بغداد .

دوران، رودني،(1985): اساسيات القياس والتقويم في تدريس العلوم، ترجمة محمدسعيد صابرين واخرون، دار الامل، جامعة اليرموك، عمان.

داود ، ليلى(1997): مبادئ علم النفس ، منشورات جامعة دمشق ، سورية.

ربيع، محمد شحاته (1994): قياس الشخصية، دار المعرفة، القاهرة راجح، احمد عزت، (2011 ،(اصول علم النفس، دار المنابر، الاسكندرية، القاهرة.

رسلان، شاهين،(2009): العمليات المعرفية للعاديين وغير العاديين(دراسة نظرية تجريبية)، مكتبة الانجلو مصرية.

رشوان، ربيع عبده احمد، (2003):(استراتيجيات تشفير المعلومات في الذاكرة وتأثيرهاعلى مستوى الاداء في بعض المهام اللفظية والشكلية لدى طلبة المرحلتين 128الاعدادية والثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة جنوب الوادي، كلية التربية، مصر.

رشيد، فاروق هارون(2005):(الذكاء المتعدد وعلاقته بالأسلوب المعرفي (الغموض–عدم تحمل الغموض) لدى طلبة الجامعة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة بغداد.

زريق، معروف (1985):(علم النفس العام، ط1 ،دمشق، دار أسامة .الزغول، رافع النصير، عماد عبد الرحيم الزغول (2007): (علم النفس المعرفي ،الإصدار الثالث، عمان، الأردن، دار الشروق .

الزغول، عماد عبد الرحيم (2001):(مبادئ علم النفس التربوي، ط1 ،دار الكتابالجامعي، الأردن.

الزوبعي، عبد الجليل، والكناني، ابراهيم، وبكر، محمد الياس،(1981):(الاختبارات والمقاييس النفسية، موصل، العراق، دار الكتب للطباعة والنشر.

الزيات، فتحي مصطفى (1995):(الاسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات، سلسلة علم النفس المعرفي، دار الوفاء، المنصورة، مصر . ـــــ، فتحي مصطفى (1998 :(الاسس البيولوجية والنفسية للنشاط المعرفي- المعرفة– الذاكرة- الابتكار، سلسلة علم النفس المعرفي ط1 ،دار النشر للجامعات/ القاهرة

فتحي مصطفى (2006):(الأسس المعرفية للتكوين العقلي وتجهيز المعلومات، سلسلة علم النفس المعرفي، مصر، المنصورة، دار الوفاء .

العريان، 2015) ، فاعلية استخدام القصة االلكترونية في تنمية بعض المهارات اللغوية لدى طفل الروضة، بحث مكمل لنيل درجة الماجستير في المناهج وتقنيات التعليم، كلية التربية، المملكة العربية السعودية(.غير منشورة

نيدة بنت حسن عبد الله عزوز، 2007)،فاعلية بعض أألنشطة العلمية في تنمية قدرات التفكير االبتكاري لدى عينة من أطفال الروضة في مدينة مكة المكرمة، أطروحة مقدمة لنيل درجة الماجستير قسم علم النفس تخصص تعلم، جامعة أم القرى بمكة المكرمة- 2 .البهاص،

سيد أحمد 1989)دراسة لبعض التربية، جامعة طنطا- 3 .خضر، عبد الباسط متولي 1983 دراسة العلاقة بين المستوى الثقافي في الاسرة والمستوى اللغوي لألطفال، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.

-سليم، مريم (2003)علم نفس التعلم، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان●

-سهير علي الجيار ،معلمة الروضة "مؤهلها وتدريبها" دراسة ميدانية بحوث مؤتمر معلمة رياض االطفال الحاضر والمستقبل، كلية التربية، جامعة حلوان.

- شهيرة عالف، 2012 ،الموضوع االنتقالي لدى االطفال المسعفين بالروضة دراسة عيادية مقارنة مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم العيادي ، جامعة الجزائر 2

.كيرك وكالفنت)1988 :)صعوبات التعلم االكاديمية والنمائية ، ترجمنة : ايندان السنرطاوي ●وعبد الع ي السرطاوي ، مكتبة الصفحات الذهبية ، الرياد .

-كرم الدين، ليلى أحمد .1989. الحصيلة اللغوية المنطوقة لطفل ما قبل المدرسة من عمر عام حتى ستة أعوام، سلسلة الدراسات العلمية الموسمية المتخصصة، العدد(11 ، (الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت .

-محمد طه محمد ،1995 ،العمليات واالستراتيجيات في اداء بعض مهام الفهم اللفظي، رساله دكتوراه كلية آالداب ،قسم علن جامعة عين شمس ،القاهرة، مصر (غير منشورة– 9 89)

معمر نواف الهوارنة، دراسة بعض المتغيرات ذات الصلة بالنمو اللغوي لدى أطفال الروضة، مجلة جامعة دمشق- المجلد29 -العدد االاول-2012 ،كلية التربية جامعة دمشق– 2 .

موسى االسعد بن قسمية ،2002 علاقة الدور المنظم للغة بالوظائف التنفيذية لدى أطفال الروضة وظيفة الكف المعرفي نموذجا مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس اللغوي والمعرفي ، جامعة الجزائر،.)غير منشورة– 10)

هجيرة بحمان ، دراسة دور الروضة في تنمية عملية التفكير عند الطفل ذو ثماني سنوات ونصف من خالل تطبيق اختبارات االحتفاظ لبياجيه ، مذكرة شهادة الماجستير في علم النفس اللغوي والمعرفي. 2002 – 11

هجيرة عمران، زينب تاوتي، 2013 ،أثر التعليم التحضيري في النمو اللغوي لدى تلميذ السنة أولى ابتدائي، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس التربوي، جامعة الجلفة، الجزائر.2

- هديل محمد عبد الله -أبو المكارم، فؤاد:(2004)**أسس الإد ا رك البصري للحركة**،ط1 ،مصر،مكتبة الدار العربي للكتاب القا

-أبو علام، رجاء محمود:(2006)**مناهج البحث في العوم النفسية والتربوية**،ط4 ، مصر، دار النشر للجامعات.

إب ا رهيم لطفي،عبد الباسط:(2002)**د ا رسة لبعض مسببات إضط ا رب نظام التجهيز لدى ذوي صعوبات التعلم**، المجلة المصرية للد ا رسات النفسية،المجلد 10 ،العدد 28 ،الأنجلو المصرية القاهرة،العدد11

-البطاينة،أسامة وآخرون:(2005)**صعوبات التعلم النظرية والممارسة**،ط1 ،عمان-الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

-الجرف،ريما سعد:(1997)**تحليل أخطاء التعرف على الرموز المكتوبة لدى تلاميذ الصفوف الإبتدائية** ،د ا رسات تربوية سلسلة أبحاث تصدر عن ا ربطة التربية الحديثة،المجاد السابع،الجزء3 ،القاهرة،علام الكتب.

-الجدوع،عصام:(2003)**صعوبات التعلم**،ب ط، الأردن، دار اليازوري العلمية.

-الديري، عبد الغني:(1997)**قياس وتحسين الذكاء عند الطفل**،ط1 ،بيروت-لبنان،دار الفكر اللبناني.

-الهواري،جمال فرغل إسماعيل حسانين:(2006)**الإتجاهات المعاصرة في مجال صعوبات تعلم الكتابة**،قسم علم النفس التعليمي،جامعة الأزهر،مصر.

-الوقفي، ا رضي:(2003):**صعوبات التعلم النظري والتطبيق**،ط1 ،عمان-الأردن،منشورات كلية الأميرة ثروت.

-الوقفي، ا رضي:(2001):**الصعوبات التعليمية في اللغة العربية**، ط1 ، عمان-الأردن،منشو ا رت كلية الأميرة.

-الوقفي، ا رضي:(2000)**مقدمة في علم النفس**، ط4 ، عمان-الأردن،دار الشروق للنشر والتوزيع.

-الوقفي، ا رضي:(1996)**تقييم الصعوبات التعليمية**،ط1 ،عمان-الأردن،منشو ا رت كلية الأميرة ثروت.

-الزيات،فتحي مصطفى:(2008)**بطارية مقاييس الشخصية لصعوبات التعلم النمائية وصعوبات السلوك الإجتماعي والإنفعالي**، ط1 ،مصر، دار النشر للجامعات.

-الزيات، فتحي مصطفى:(1998)**صعوبات التعلم والأسس النظرية التشخيصية العلاجية** ،ط1 ،دار النشر للجامعات.

-الزيات، فتحي مصطفى:(1995)**الأسس المعرفية للتكوين العقلي لتجهيز المعلومات**، ط1 ، مصر، الوفاء للطباعة والنشر والتوزيع.

-الز ا رد،فيصل محمد:(1998)**دليل تشخيص صعوبات التعلم النمائية والأكاديمية لدي** تلاميذ المرحلة الإبتدائية، مجلة الثقافة النفسية المتخصصة،المجلد9 ،العدد 37 ،بيروت،دار النهضة العربية.

-الزغول، ا رفع النصير وآخرون:(2003)**علم النفس المعرفي**،ط1 ،عمان-الأردن،دار الشروق للنشر والتوزيع.

-الزغول، ا رفع النصير والزغول،عماد:(2003)**علم النفس المعرفي**، ط1 ،عمان-الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.

-الحاج،محمود أحمد عبد الرحيم:(2010)**الصعوبات التعليم–الإعاقة الخفيفة–المفهوم– التشخيص–العلاج**،ب ط،عمان–الأردن،دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

-الحنفي،عبد المنعم:(1994)**موسوعة علم النفس والطب**،ط4 ،القاهرة–مصر،مكتبة مدبولي القاهرة.

-الحسن، هشام:(2000)**طرق تعليم الأطفال الق ا رءة والكتابة**،ط1 ،عمان–الأردن،الدار العلمية الدولية والدار الثقافية للنشر والتوزيع.

-الطويل، عزت عبدالعظيم:(1999)**معالم علم النفس المعاصر**،ط2 ،الإسكندرية–مصر، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

-اللبودي،منى إب ا رهيم:(2005)**صعوبات الق ا رءة والكتابة وتشخيص وعلاجها**،ط1 مصر،مكتبة زهراء الشرق.

-المليحي، حلمي:(2004)**علم النفس المعرفي**، ط1 ، بيروت–لبنان، دار النهضة العربية.

-النقيب، عبد الرحمان عبد الرحمان:(1997)**منهجية البحث في التربية**،ط1 ،القاهرة– مصر،دار الفكر العربي.

-السيد، فؤاد البهي:(1978)**علم النفس الإحصاء والقياس العقل البشري**،ط3 ،مصر، دار الفكر العربي.

-العزة،سعيد حسني:(2002)**صعوبات التعلم–المفهوم التشخيصي**،ط1 ،الأردن،دارالثقافة والتوزيع.

-العساف، صالح بن محمد:(1989)**مدخل إلى البحث في العلوم السلوكية**، ب ط، السعودية، دار المريخ.

-العتوم،عدنان يوسف وآخرون:(2005)**علم النفس التربوي والتطبيق**،ط1 ،عمان– الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

-العتوم،عدنان يوسف:(2004)**علم النفس المعرفي بين النظرية والتطبيق**،ط1 ، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

-القاسم، جمال مثقال مصطفى:(2000)**أساسيات صعوبة التعلم**،ط1 ،عمان –الأردن، دار الصفاء.

-الشرقاوي،أنور محمد:(1996)**إستبيان العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم في المدرسة الإبتدائية**، ط4 ، القاهرة–مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

-الشرقاوي،أنور محمد:(1987)**د ا رسة لبعض العوامل المرتبطة بصعوبات التعلم لدى تلاميذ المرحلة الإبتدائية**،ط4 ،القاهرة–مصر، مكتبة الأنجلو المصرية.

-الخطاب، عمر محمد:(2006)**مقاييس في صعوبات التعلم**، ط1 ،عمان–الأردن، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.

-بوزيد،صليحة:(1992)**مهارة الكتابة ومشكلاتها عند التلاميذ الطور الأول من التعليم الأساسي**،مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الأرطوفونيا،غير منشورة،قسم علم النفس وعلوم التربية،جامعةالجزائر2.

-بطرس، حافظ بطرس:(2009)**تدريب الأطفال ذوي صعوبات التعلم**،ط1 ، عمان- الأردن، دار المسيرة.
-بن فليس،خديجة)ب س:(**أنماط السيادة النصفية للمخ والإد ا رك والذاكرة البصريين د راسة مقارنة بين التلاميذ ذوي صعوبات تعلم)الكتابة والرياضيات (والعاديين**،مذكرة لنيل شهادة الدكتو ا ره،منشورة، تخصص علم النفس التربوي،قسم علم النفس وعلوم التربية،جامعة قسنطينة.
-جاد، محمد عبد المطلب:(2003)**صعوبات التعلم في اللغة العربية**،ط1 ،الأردن،دار الفكر للطباعة والنشر.
-دالي، محمد:(1997)**كيف نعلم الإملاء والخط العربي**،ط1 ،مصر،عا لم الكتب بالقاهرة.
-دب ا رسو،فطيمة:(2014)**إضط ا رب التصور الجسمي وعلاقته بصعوبة تعلم القراءة والكتابة عند الطفل**،مذكرة لنيل شهادة الدكتو ا ره،غير منشورة، قسم علوم التربية والأرطوفونيا،جامعة سطيف2 "
-ويتيج، أرنوف:(1992)**مقدمة في علم النفس**، ب ط،ترجمة الأشوان،عادل عز الدين وآخرون.الجزائر.
-زهران،أحمد عبد السلام وآخرون:(2007)**المفاهيم اللغوية عند الطفل أسسها-مها ا رتها-تدريسها - تقويمها**،ط1 ،عمان-الأردن،دار المسيرة للنشر والتوزيع.
-حواشين،مفيد وحواشين،زيدان:(2003)**خصائص وإحتياجات الطفولة المبكرة**، ط1 عمان-الأردن، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
-حولة،محمد:(2002)**الأرطفونيا علم إضط ا رب اللغة والكلام والصوت**،ط1 ،الج ا زئر، دار هومة.
-حافظ، نبيل عبد الفتاح:(1998)**صعوبات التعلم والتعليم العلاجي**،ط3 ،مصر،مكتبة زهراء الشرق.
-طاع الله،حسينة:(2008)**الإد ا رك البصري للأشكال لدى المعوقين عقليا**،مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس،غير منشورة، تخصص علم النفس المعرفي،قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا،جامعة باتنة.
-طارق،ربيع وعامر،عبد الرؤوف:(2008)**الإد ا رك البصري وصعوبات التعلم**،ب ط، القاهرة-مصر،دار الفكر العربي.
-كامل،محمد علي:(2006)**صعوبات التعلم الأكاديمية بين الإضط ا رب والتدخل السيكولوجي**،ب ط،مصر،دار الصلائح النشر والتوزيع.
كامل،محمد علي:(2003)**صعوبات التعلم الأكاديمية بين الفهم والمواجهة**،ب ط،مصر، مركز الإسكندرية للكتاب الإ ا زريطة.
-كوافحة،تيسير مفلح:(2005)**صعوبات التعلم والخطة العلاجية**،ط1 ،عمان -الأردن،دار المسيرة النشر والتوزيع والطباعة.
ملحم،سامي ملحم:(2002)**صعوبات التعلم**،ط1 ،الأردن،دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
-منسي،محمود عبد الحليم وعبد المنعم،عفاف محمد:(2006)**علم النفس والقد ا رت العقلية**،ب ط،القاهرة-مصر،دار المعرفة الجامعية الإ ا زريطة.

-سالم،محمود عوض الله وآخرون:(2006)**صعوبات القراءة والكتابة تشخيص والعلاج**، ط2 ،عمان-الأردن،دار الفكر.

-سولسو،روبرت:(1996)**علم النفس المعرفي**،ب ط،ترجمة الصبورة،محمد نجيب وآخرون،الكويت،دار الفكر الحديث.

-سليمان السيد،عبد الحميد :(2002)**فعالية برنامج في علاج صعوبات الإدراك البصري وتحسين مستوى القراءة لدى الاطفال ذوي صعوبات التعلم**، مجلة دراسات تربوية وإجتماعية، كلية التربية، جامعة حلوان.

-سلمان السيد،عبد الحميد:(2003)**صعوبات التعلم والإدراك البصري تشخيص والعلاج**،بط،القاهرة-مصر،دار الفكر العربي.

-سلمان اسيد،عبد الحميد:(2000)**صعوبات التعلم)تاريخيا -مفهوما -تشخيصها- علاجها**(،ط1 ،القاهرة-مصر،دار الفكر العربي.

-عاقل، فاخر:(1991)**الإدراك**،ب ط،بيروت-لبنان،دار الهلال.

-عباس علي إيمان ورجب،حسن،هناء:(2009)**صعوبات التعلم بين النظرية والتطبيق**،عمان-الأردن،دار المناهج للنشر والتوزيع.

-عبد بني هاني،وليد:(2008)**صعوبات التعلم أنشطة تطبيقية وطرق علمية لمعالجة صعوبات التعلم**،ط1،عمان-الأردن،عالم الثقافة للنشر والتوزيع.

-عبد الهادي، نبيل:(2006)**النمو المعرفي عند الطفل**،ط2 ،عمان-الأردن،دار وائل للنشر والتوزيع.

-عبد الله العشاوي،هدى عبدالله:(2004)**أطفالنا وصعوبات الإدراك البصري**،ط1 ،المملكة العربية السعودية،دار الرياض.

-عبد السلام، محمد صبحي:(2009)**صعوبات التعلم والتأخر الدراسي لدى الأطفال**، ط1 ، الجزئر، دار المواهب.

-عبد الرحمان، حسن رضي و زيد، خالد مصطفى:(1989)**طرق تعليم الأطفال القراءة والكتابة**، ب ط، الأردن، دار الكندي للنشر والتوزيع.

-عبد الخالق، أحمد محمد:(1999)**أسس علم النفس**،ط3 ،مصر، دار المعرفة الجامعية بالإسكندرية.

-عطية، نوال أحمد:(2001)**علم النفس والتكيف النفسي والإجتماعي**،ط1 ،مصر،دار القاهرة.

عطية، نعيم:(1993)**ذكاء الأطفال من خلال الرسوم**، ط1 ،بيروت-لبنان،دار الطليعة.

-علام، علي أحمد)ب س:(**الكتابة العربية إملائيا ونحويا ولغويا وصياغة**، الإسكندرية- مصر، دار الوفاء.

-عميرة،علي صلاح:(2005)**صعوبات تعلم القراءة والكتابة**،ط1 ،الأردن،مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.

-فهمي، مصطفى)ب س:(**سيكولوجية التعلم**، ب ط،مصر، دار مصر للطباعة.

-شاهين، رسلان:(2009)**سيكولوجية الإعاقة العقلية والحسية**، ط1 ،القاهرة-مصر، مكتبة الأنجلو المصرية___

المراجع باللغة الاجنبية

ALLAIN P, LE GALL D. (2008). Approche théorique des fonctions exécutives. In 1. GODEFROY et le GREFEX (Groupe de Réflexion pour l'Evaluation des Fonctions Exécutives). Fonctions executives et pathologies neurologiques et psychiatriques.. Marseille :Solal

2. AUBIN G, ALLAIN P. (2006). Rééducation des syndromes frontaux. In PRADATDIEHL P, AZOUVI P, BRUN V. Fonctions exécutives et rééducation. Paris : Masson

3.BELAND R. (2001). Evaluation de la composante phonologique dans les troubles acquis du langage. In AUBIN G, DAVID D, et DE PARTZ M.P. Actualités en pathologie du langage et de la communication. Marseille :Solal

4-BERTHOZ A. (2003). La décision. Paris : Odile Jacob

-. Benedetto p, (2000): Paris , Introduction a la psychology , PUF .•

Clay , M(1997): The early deletion of reading difficulties , New•

5. CAMPOLINI C, TOLLET F, VANSTEELANDT A. (2003). L'aphasie. In Dictionnaire de Logopédie : Les troubles acquis du langage, des gnosies et des praxies. Louvain-la-Neuve : Peeters

6. CARDEBAT D, NESPOULOUS J-L, RIGALLEAU F, ROHR A (2008). Symptomatologie de l'expression et de la compréhension orale dans les troubles du langage acquis. In AUZOU P, CARDEBAT D, LAMBERT J, LECHEVALIER B, NESPOULOUS J-L, RIGALLEAU F, ROHR A et VIADER F. Chapitre 24 : Langage et parole In EUSTACHE F, et al. Traité de neuropsychologie clinique. De Boeck.

7. CHEVIGNARD M, TAILLEFER C, PICQ C, PONCET F, PRADAT DIEHL. (2006). Evaluation du syndrome dysexécutif en vie quotidienne. In PRADAT-DIEHL P, PESKINE A. Evaluation des troubles neuropsychologiques en vie quotidienne. France :Springer.

8. CHOMEL-GUILLAUME S, LELOUP G, BERNARD I. (2010). Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et désordres apparentés : Etiologies des troubles aphasiques. In CHOMEL-GUILLAUME S, LELOUP G, BERNARD I. Les aphasies : Evaluation et rééducation. Paris :Masson. (

9. CHOMEL-GUILLAUME S, LELOUP G, BERNARD I. (2010). Fonctionnement pathologique du langage : les aphasies et désordres apparentés : Sémiologie et glossaire aphasiques. In CHOMEL-GUILLAUME S, LELOUP G, BERNARD I. Les aphasies : Evaluation et rééducation. Paris :Masson.

10. CLEMENT E. (2007). Flexibilité, changement de point de vue et découverte de solution. In CHASSEIGNE G. Cognition, Santé et Vie quotidienne. Volume 1. 79

11. COOURT D. (2012). Les neurosciences cognitives. Paris : Armand Colin.

12. DUBOIS F, DFEBREVERE L, ZUBER M. (2009). Neurologie :connaissances et pratiques. Paris :Masson. 12. ESTIENNE F, BERNADETTE P. (2006). Les bilans de langage et de la voix :fondementtheorique et pratique. Paris :Masson.

13. FRAUENFELDER H, NGUYEN N. (2003). Reconnaissance des mots parlés. In RONDAL A, SERON X. Troubles du langage : Bases théoriques, diagnostic et rééducation. Bruxelles : Mardaga

. 14. GERARD D, REGIS F. (1985). Elément d'anatomie et de physiologie du système nerveux central.. ParisFlammationmedcine science

15. GIL R. (2010). Neuropsychologie. 4ème Edition. Paris : Masson.

16. GODEFROY O, ROUSSEL-PIERONNE M, ROUTIER A, TOURBIER V. (2006) In PRADAT-DIEHL P, AZOUVI P, BRUN V. Les troubles comportementaux du syndrome dysexecutif. Paris : Masson.

17. GUILLERY-GIRARD B, QUINETTE P, PIOLINO P, DESGRANGES B et EUSTACHE F. (2008). Chapitre 20 : Mémoire et fonctions exécutives. In EUSTACHE F, LECHEVALIER B, VIADER F. Traité de neuropsychologie clinique. Bruxelles :De Boeck.

18. JOKIC C, ENOT-JOYEUX F, LE THIEC F. Rééducation des fonctions exécutives (1997). In EUSTACHE F, LAMBERT J, VIADER F. Rééducation neuropsychologiques : Historique, développements actuels et évaluation. Bruxelles :De Boeck

. 19. LAMBERT, J (2008). Approche cognitive des aphasies. In AUZOU P, CARDEBAT D, LAMBERT J, LECHEVALIER B, NESPOULOUS J-L, RIGALLEAU F, ROHR A et VIADER F. Chapitre 24 : Langage et parole In EUSTACHE F, et al. Traité de neuropsychologie clinique. Bruxelles : De Boeck

Richard J. F, (1999): Paris , de la psychology generale la psychology• cognitive , cours de psychology , tome 1 , Dunod

20. LAVARDE A. (2008). Guide méthodologique de la recherche en psychologie. Bruxelles : De Boek

. 21. LE COURS A , LHERMITTE F. (1989). L'aphasie. Paris :Flammarion médecine science

. 22. LECHEVALIER B. (1996). Neurobiologie des aphasies. In EUSTACHE F, LECHEVALIER B. Langage et Aphasie. Bruxelles :De Boeck.

23. LUSSIER F. (2009). Programme d'intervention pour favoriser le développement des fonctions attentionnelles et exécutives. In ADAM S, ALLAIN P, AUBIN G, COYETTE F. Actualités en rééducation neuropsychologique : Etudes de cas .paris : Solal

24. MAZAUX J.M, NESPOULOUS J.L, PRADAT-DIEHL P, BRUN V. (2007). Les troubles du langage oral : quelques rappels sémiologiques. In MAZAUX J.M, PRADAT-DIEHL P, BRUN V. Aphasie et aphasiques. Paris :Masson. 80

25. MAZZUCCHI A. (2000). Méthodes de rééducation de l'aphasie. In MAZAUX J.M, BRUN V, PELISSIER J. Aphasie 2000. Paris :Masson

. 26. MEULEMANS, T. (2006). Les fonctions exécutives : Approche théorique. In PRADATDIEHL P, AZOUVI P, BRUN V. Fonctions exécutives et rééducation. Paris : Masson

. 27. MEULEMANS, T. (2011). La batterie GREFEX : présentation générale. In GODEFROY O. Fonctions exécutives et pathologies neurologiques et psychiatriques : Evaluation en pratique clinique. Paris :Solal.

28. PESKINE A, PRADAT-DIEHL P. (2007). Etiologies de l'aphasie. In MAZAUX J-M., PRADAT-DIEHL P, BRUN V. Aphasie et aphasiques. paris :Masson.

29. PILLON A, DE PARTZ M.P. (2003). Aphasies. In RONDAL A, SERON X. Troubles du langage : Bases théoriques, diagnostic et rééducation. Sprimont : Mardaga.

30. POTTIER B, TOUCHON J, EKESLBERG O. (1995). Aphasie et langage. France :Espaces

31. REED K. (2007). Cognition : theories et applications. Bruxelles : de Boek. RONDAL J, SERON X. (1994). Troubles de langage :Bases théoriques diagnostic rééducation. Belgique : Mardaga

. 32. ROUSEAU T. (2008). Les approches thérapeutiques en orthophonie : prise en charege des pathologies d'origines neurologique. Tome 4. Bellgique : Mardaga

33. SERON X. (1979). Aphasie et neuropsychologie :Approches thérapeutiques. Bruxelles : Mardaga

34. SIGNORET J. (1996). Langage et aphasie. Bruxelles : DeBoek

. 35. STURM W. (1999). Rééducation des troubles de l'attention. In AZOUVI P, PERRIER D, VAN DER LINDEN M. La rééducation en neuropsychologie : Etudes de cas. Solal

. 36. VAN DER KAA DELVENNE M.A. (1997). Troubles de la compréhension syntaxique : Approche diagnostique et thérapie. In LAMBERT J, NESPOULOUS J.L. Perception auditive et compréhension du langage. Paris

:Solal. 37. VAN DER LINDEN M, SERON X, COYETTE F. (2000). La prise en charge des troubles exécutifs. In SERON, X., VAN DER LINDEN, M. Traité de neuropsychologie clinique. Tome II. paris : Solal