اللسانيات المرضية :

تأملات في النظرية مع التركيز على أسس تصنيف الاضطرابات اللغوية

د : عامر جبار صالح
دكتوراه التربية المقارنة
أخصائي اللسانيات المرضية
جامعة التحدي ـ ليبيا

لا يزال علم اللسانيات المرضية ميدانا فتيا نسبيا، يشق طريقه وسط تعقيد كبير على مستوى المنهجية ببعديها النظري والتطبيقي، وفي إطار من التداخل الحاصل لهذا العلم مع العلوم الأخرى الانسانية والطبيعية على السواء. وتتفاوت درجة الاهتمام به في بلدان العالم تبعا لدرجة الاهتمام التي توليها لظاهرة تطور وتشكيل الكلام عند الأطفال والشباب في الحالتين السوية والمرضية، ودرجة التخصص الدقيق في مجال التربية وعلم النفس وعلم اللغات وكذلك بالنسبة للعلوم الأخرى ذات الصلة بظاهرة الكلام ودراستها من وجهة نظر أخرى، كعلوم الطب على سبيل المثال [18,p.83].

وحتى وقت قريب لم تحدد مكانة هذا الميدان من المعرفة وسط العلوم. فقد ألحقه البعض بالعلوم الطبية[1]، وآخرون وجدوا فيه فرعا من فروع التربية (التربية الخاصة[2]). كما يرى M.Seeman أن موضوع اللسانيات المرضية (Logopedy) أو موضوع العلم المختص بتشريح وفسلجة وباثولوجية أعضاء النطق (Phoniatry)[3]، هو موضوع واحد. ولكن يختلف المدخل لكل منهما. فالأول يتناول الموضوع من وجهة نظر تربوية، والثاني من منظور طبي. ولكن كلا المدخلين يتقاطعان مع بعضهما ويكمل كل منهما الآخر. ويقيم الكاتب O. Von Essen ومساعده H.H.Wängler وجهة نظر أخرى بالاستناد إلى القاعدة التأسيسية المتينة للعالم G. Panconcell-Cal : هي وجهة نظر علم اللغة التطبيقي Applied Linguistics. ويحدد الكاتبان المذكوران الدور الخاص الذي يلعبه علم الأصوات التطبيقي Applied Phonetics في مجالات عديدة ومن ضمنها مجال اللسانيات المرضية Logopedy، في إطار فهم الكاتبين المحدود لمجال اللسانيات المرضية[4] [5, P. 147-148].

إن الملاحظات التمهيدية التي ذكرت تدفع بالضرورة إلى إلقاء نظرة سريعة في الأدبيات الصادرة في البلاد العربية التي تتناول بهذا القدر أو ذاك مجال الدراسة المرفقة. لقد عولج موضوع اضطرابات الكلام والنطق (ولا نقصد بذلك علم اللسانيات

المرضية الشامل) كمسائل فرعية ضمن موضوعات كبرى. فجاءت تارة في إطار التربية الخاصة [19]، وتارة أخرى ضمن موضوعات علم نفس غير العاديين أو سيكولوجية الاعاقة [22; 21; 17]، وثالثة في إطار الصحة النفسية والتوجيه والارشاد النفسي [15]. وقد جاء ذكرها متأطرا بالمسائل الكبرى التي احتوتها، ولم يفرد لهذه الموضوعات معالجات تفصيلية تذكر[5]. ولا بد هنا من الاشارة إلى الدراستين اللتين صدرتا مستقلتين [23 ; 20] واللتين تناولتا موضوع اضطرابات الكلام والنطق، فقد تناولت الأولى [20] الموضوع من منظور علم نفس اللغة Psycholinguistics، والأخرى [23] ضمن مفاهيم سيكولوجية غير العاديين. ولا يخفى ماللدراستين من قيمة علمية، للمكتبة العربية، نظرا لندرة الدراسات في هذا المجال.

إلا أن معالجة الموضوعات التي احتوتها الدراستان من خلال التركيز على بعد واحد أو عدم التكافؤ في النظر إلى إبعاد الظاهرة اللسانية ـ المرضية أمر قد لا يصيب عملية التشخيص والعلاج كما ينبغي، لأن النظر إلى الظاهرة بارتباطاتها المتداخلة وتأثيراتها المتشعبة كفيل بأن يضع المعالج أمام رؤية سليمة. وهذا أمر يكفله المنهج الواضح والأدوات السليمة والمفاهيم المحددة.

إن ضعف النظرة الشمولية والمتكاملة إلى الظواهر اللسانية ـ المرضية هو الذي يقف وراء عدم الفوضى بتفاصيل الاضطرابات اللغوية وعدم تشكيل برامج متكاملة علاجية لجميع الاضطرابات. ولا نتفق مع الرأي القائل بأن هناك نوعا من الاضطرابات يستحق الاهتمام وآخر لا يستحق أو غير شائع أو هو نتاج اضطرابات غير كلامية [20, P.143]. إلا أن ذلك في تقدير الكاتب ليس خللا ذاتيا، بل موضوعيا، ناتجا عن غياب دراسات تكاملية في هذا الميدان من المعرفة الذي لا يزال في طور التكوين[6].

إن شذرات المعرفة التي يسعى كاتب السطور إلى تقديمها إلى القارىء الكريم ليست إلا محاولة متواضعة على الطريق الذي بدأه وانكب عليه الأساتذة الأشقاء الأفاضل بهدف ترسيخ القواعد البنائية لهذا الميدان من المعرفة. ولا بد لكل تراكم من أن يتحول إلى تراكم نوعي في محصلته النهائية على مستوى الممارسة والفكر. إن السنة التي يخضع لها هذا المجال من الدراسات ليست استثناء لما حصل للمجالات المعرفية الأخرى في مسيرتها الطويلة، من حيث انفصالها أولا عن أم العلوم (الفلسفة)، ومن ثم التخصص ورسم الهوية الذاتية في إطار العلم الواحد.

سوف يسير البحث في محورين رئيسيين: الأول سيشمل معلومات مدخلية ـ تأسيسية، تتناول تحديد الجانب الاصطلاحي للاختصاص ومعناه، مجالات الدراسة التي يشملها هذا الميدان، الاختصاصات المهنية، علاقة مجال الدراسة بالعلوم الأخرى، الكلام ومكوناته الأساسية ومخططات التحكم الذاتي لعملية التخاطب في المستويين الفردي والاجتماعي.

أما المحور الثاني من الدراسة فسيتناول الاضطرابات اللغوية من حيث تصنيفها وأنواعها. وسيتم التعرض للتصنيف القائم على الأسس التشريحية، التصنيف الذي يستند إلى الأعراض، التصنيف اللغوي، التصنيف القائم على أساس الأسباب وأخيرا تصنيف علم وظائف الأعصاب.

أولا : المعلومات المدخلية التأسيسية

1 ـ تحديد الجانب الاصطلاحي ومعناه ومجالات ميدان الدراسة :

يرجع أصل كلمة (Logopedy) إلى الكلمتين اليونانيتين : «logos» وتعني كلمة، كلام و «Paideia» وتعني تربية، وتعني كلا الكلمتين بمعناها الحرفي «تربية الكلام» وبذلك يعني مصطلح (Logopedy) تربية وتشكيل الكلام، العناية بتطوره، تحسينه وتعديل كافة أنواع انحرافه عن النماذج السوية [9, P.5]. وتعرف الكاتبة Irena Styczek، أن «Logopedy» هو علم تشكيل الكلام وإزالة عيوبه وتعليمه في حالة انعدامه [10.P.13]. ويعرف حامد زهران Logopedics بأنه دراسة وعلاج أمراض الكلام [16,P.276]".

أما العالم البولندي Leon Kaczmarek وهو رائد ومؤسس الاتجاه المستقل فيعرف Logopedy بأنه مجال علمي يبحث في مظاهر الكلام المختلفة (جذوره ونشأته Embryological، الجوانب المرضية pathological والاجتماعية Sociological والفنية Artistic)، ويضع ثقلا خاصا في معالجة عمليات التكلم Talking والفهم Understand وكذلك الوعاء أو الوسيلة التي تجسد Substantiation نقل الموضوع Text المنطوق به والمكتوب.

ويؤكد العالم المذكور أن Logopedy هو اختصاص علمي مستقل، حيث له موضوعه الخاص ـ الكلام، وطرق بحث ومفاهيم إجرائية خاصة به [2, P.277].

إن مصطلح Logopedy (Paideia التربية + Logos كلام) هي تسمية تشير إلى اختصاص علمي، وكذلك نشاط عملي. وإن كلا الجانبين العلمي والعملي يشكلان وحدة غير قابلة للعزل. ومن وجهة النظر العلمية فإن Logopedy يشمل مجالات :

1. نظرية الكلام Speech Theory وتشكل جزءًا من نظرية المعلومات والاتصال.
2. تشكيل الكلام وتطوره عند الأطفال.
3. تشكيل الكلام عند الأشخاص ذوي الاضطرابات والعيوب السمعية.
4. عملية التخاطب اللغوي عند الصم وفاقدي البصر.
5. عملية استقبال الموضوع Text الشفوي (سمعيا، بصريا) والكتابي (بصريا، حسيا).
6. علم الأصوات : النطقي (Articulatory)، الأكوستيكي (Acoustic)، السمعي (Audiotory) والبصري (Visual) .
7. أمراض الكلام : وتشمل اضطرابات عملية التخاطب اللغوي الشفوية والمكتوبة وطرق إزالتها .
8. ثقافة الكلمة الحية [1,P.9].

إن تنوع المجالات النظرية ومسائل البحث في هذا العلم الناشيء تشكل أحد مظاهر تداخله مع مجالات المعرفة الأخرى، وتتضح بشكل خاص ظاهرة اعتماده على أكثر من اختصاص Interdisciplinary. ولكن جميع هذه المجالات تعالج موضوع الكلام متأطرا بمحتوى العلوم الطبية، النفسية، التربوية، اللغوية وحتى الفنية [9, P.6].

بعد الاستطراد السريع لتحديد المعنى الاصطلاحي لكلمة (Logopedy) ثم معناها الاختصاصي ـ العلمي ببعديه الضيق والشامل، فإن كاتب السطور يميل إلى تبني ما يقترب من المقابلة في لغتنا العربية ـ «علم اللسانيات المرضية»، متجنبًا

المعنى الضيق للاستخدام الاصطلاحي المذكور ليشمل بذلك العناية بالكلمة بجميع أبعادها السوية، بكل أنواعها، والمرضية بكل مظاهرها المتعددة.

2 ـ الاختصاصات المهنية لعلم اللسانيات المرضية :

من الناحية التطبيقية ولغرض سد الحاجات الاجتماعية لهذا الاختصاص يمكن تمييز أربعة اختصاصات مهنية في إطار علم اللسانيات المرضية Logopedy. وهي كما يلي :

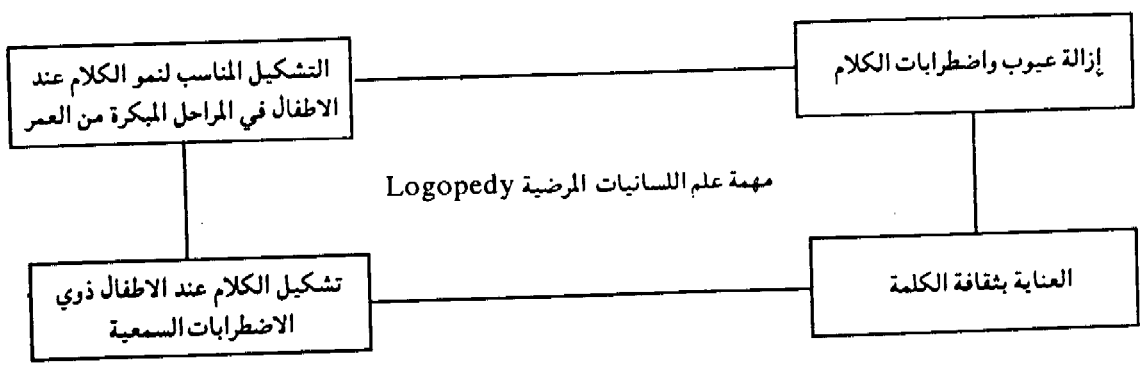
1. علم اللسانيات المرضية التربوي Educational Logopedy (العناية بالكلام والصوت) : ويشمل الوقاية من اضطرابات الكلام والصوت من خلال التشكيل المناسب لكلام الأطفال في مختلف المؤسسات الاجتماعية : دور الحضانة، رياض الأطفال، مراكز الارشاد التربوي والصحي والنفسي وكذلك من خلال مؤسسات توعية الوالدين ؛

2. علم اللسانيات المرضية الصممي Surdologopedy : ويختص بمجال تعليم الكلام للصم، ضعاف السمع والصم ـ فاقدي البصر. ويتم ذلك في مراكز ومدارس الأطفال ذوي الاضطرابات السمعية ؛

3. علم اللسانيات المرضية التصحيحي Corrective Logopedy (علاج الكلام) : ويختص بإزالة اضطرابات الكلام، الصوت وصعوبات القراءة والكتابة. ويجري في المراكز المختصة (مراكز عيوب النطق، المراكز المرتبطة بأقسام ال Phoniatry والمراكز التربوية ـ المهنية)، ومراكز علاج عيوب النطق المرتبطة برياض الأطفال والمدارس، والتي يتضح لدى صغارها صعوبات معتدلة وحادة في عملية التعلم والسلوك ؛

4. علم اللسانيات المرضية الفني Artistic Logopedy (ثقافة الكلمة الحية) : ويعالج الكلمة باستخداماتها المختلفة : العامية، النشر (الصحافة والاعلام والأدب)، الفنية (الخطابة والغناء)، في: دور الثقافة والمسارح ومدارس الموسيقى، في مؤسسات إعداد المعلمين (أي موضوع الكلمة في المحاضرات) وبشكل خاص عند طلبة أقسام اللغة العربية وبصورة عامة في فروع تأهيل الكادر التدريسي .[1,P..17-18]

ويمكن للمخطط التالي أن يوضح مهمة علم اللسانيات المرضية من خلال اختصاصاته المهنية.

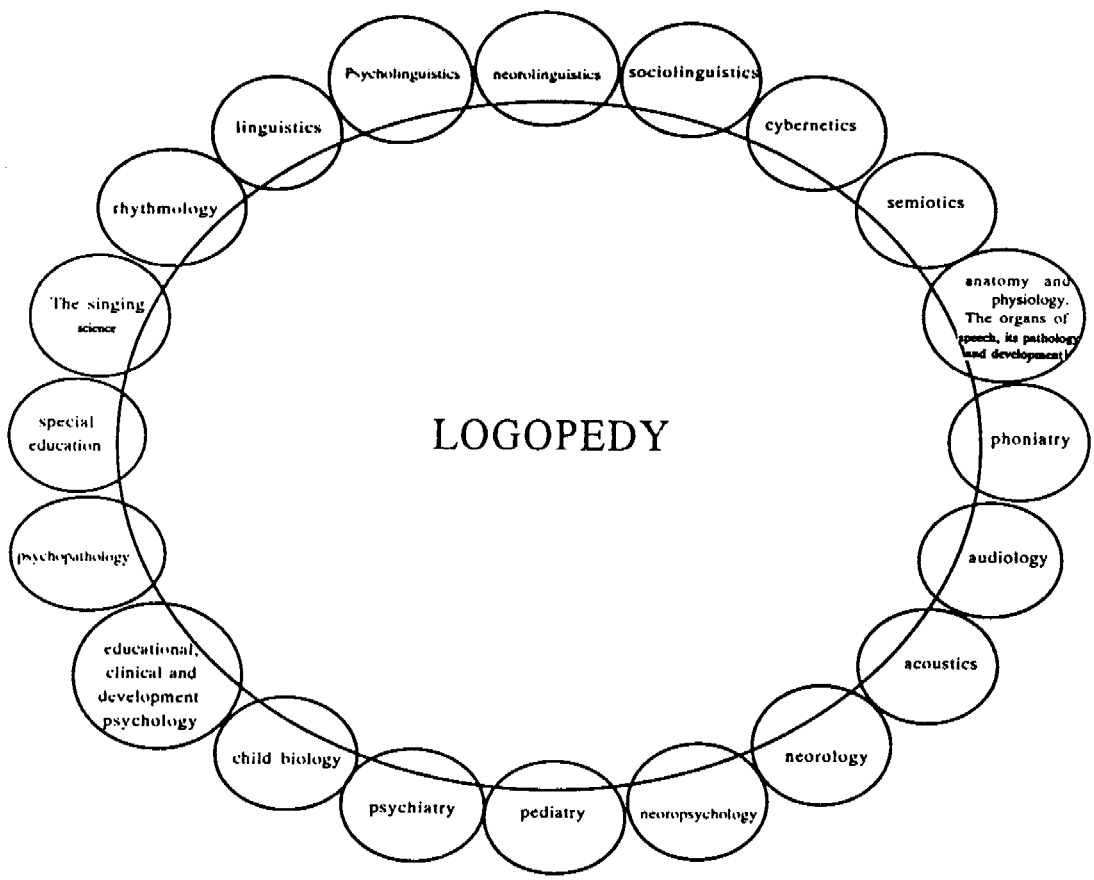


مخطط رقم 1 ـ الاختصاصات المهنية لعلم اللسانيات المرضية

المصدر: Minczakiewicz E., Logopedia "wybrane zagadnienia Z materiatami do cwiczén". Kraków 1990, P.7

3 ـ علـم اللسانيـات المرضيـة والاختصاصات العلمية الأخرى :

تقول الكاتبة الطبيبة (I. Styczek) إن علم اللسانيات المرضية هو علم يقف عند حدود مجالات مختلفة من المعرفة، ويستفيد في النظرية كما في التطبيق من نتائج الاختصاصات الأخرى، التي تهتم بدرجات متفاوتة بموضوع الكلام وبشكل خاص بعملية التخاطب الشفوية والكتابية. إن ارتباط علم اللسانيات المرضية بالعلوم الأخرى يبدو جليا في الكثير من محتواه ومفاهيمه والتي تبدو خاصة في علوم أخرى، هي : علم اللغة العام، علم نفس اللغة، علم أعصاب اللغة، علم اجتماع اللغة، علم التحكم الذاتي، علم الاشارة، علم التشريح والفسلجة، باثولوجية وتطور أعضاء الكلام، فونياتري، علم السمع، الأكوستيكا، علم الأعصاب، علم النفس العصبي، الأمراض العقلية والنفسية، علم نفس النمو التربوي والسريري، التربية (التربية الخاصة)، علم الإيقاع، علم الغناء [1,P.20-21; 9,P.15]. إن علاقة اللسانيات المرضية بالعلوم الأخرى تتضح بشكل جلي كما بينه العالم Kaczmarek في الرسم أدناه :

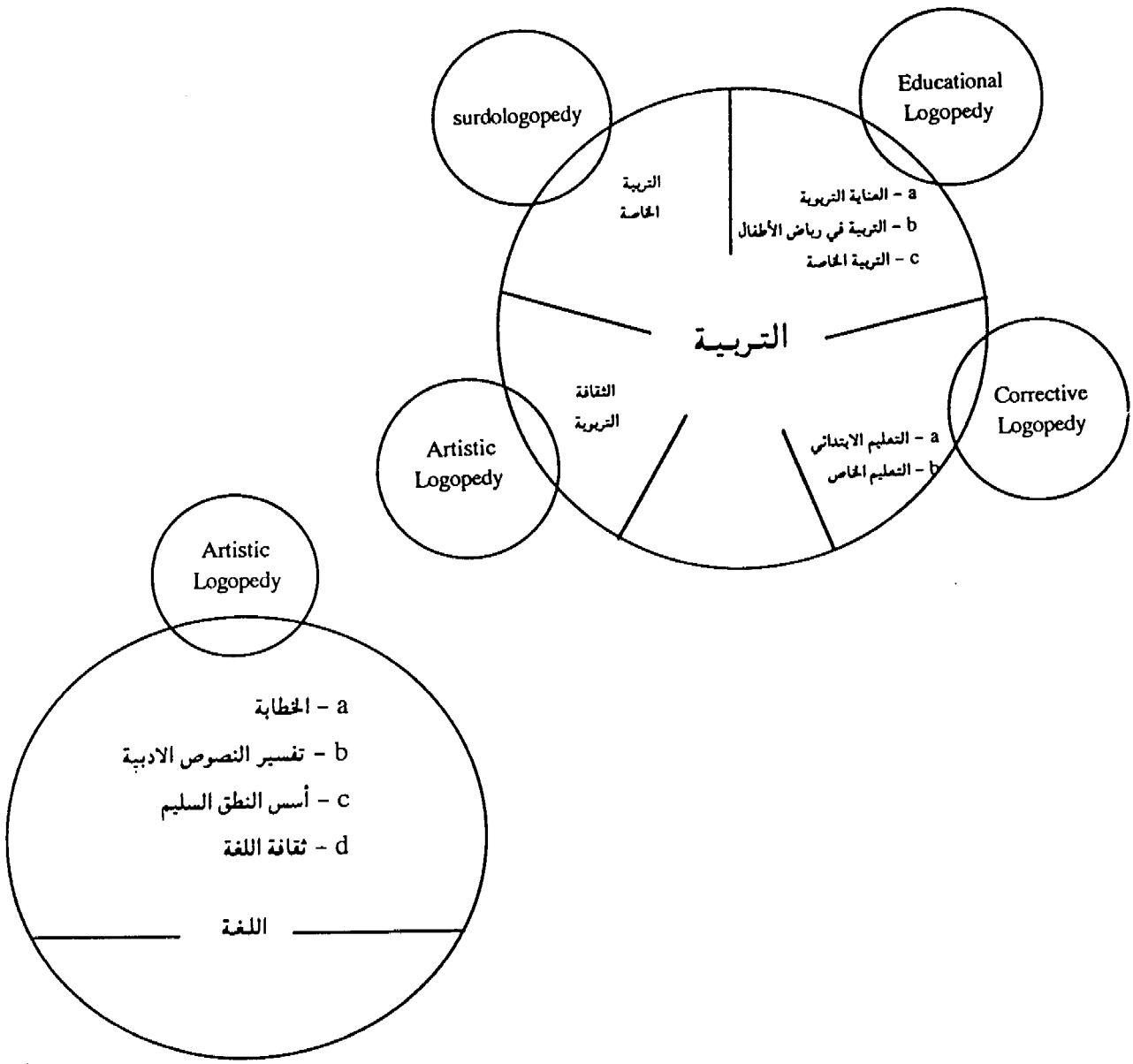


الرسم 2. يوضح علاقة علم اللسانيات المرضية بالعلوم الأخرى.

المصدر :

L. Kaczmarek, W : E. Minczakiewicz, Logopedia - Wybrane Zagadnienia Z materiatami do ćwiczeń - , Kraków 1990, P. 15.

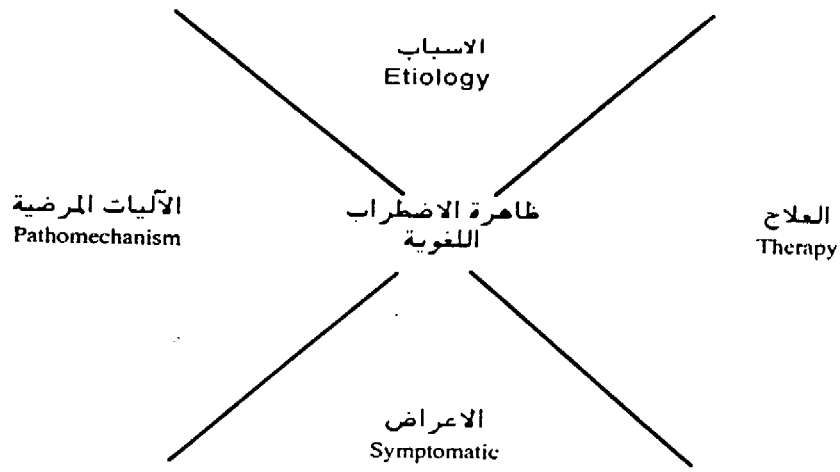
وكنتيجة لعلاقة علم اللسانيات المرضية بالعلوم الأخرى، فمن المنطقي أن يقوم هذا العلم باختصاصاته المهنية وبدرجات متفاوتة بوظيفة خدمية للعلوم الأخرى. ويمكن للرسم التالي أن يوضح مثالا لهذه الخدمات في مجال التربية وعلم اللغة.



الرسم 3- يوضح الوظيفة الخدمية لعلم اللسانيات المرضية

المصدر : Kaczmarek, W : S. Grabias (red). Przedmiot Logopedii W : L. Komunikacja Językowa i jej Zaburzenia, Lublin 1991, P. 21.

إن علاقة علم اللسانيات المرضية بالعلوم الأخرى تجسده الممارسة العملية بشكل واضح عند التطـــرق إلى البنيـــة التركيبيـــة لظاهـــرة الاضطراب اللغوي. حيث تتكون هذه البنية من العناصر التالية : الأسباب، الآليات المرضيـة، الأعراض والعلاج. وتتداخل في كل عنصر من العناصر المذكورة على الأقل المجالات : الطبية، النفسية، التربوية واللغوية ـ وهكذا فعند تحديد الأسباب والآليات المرضية فإن المعالج يجب أن يستفيد من المعلومات الطبية والنفسية. أما بالنسبة للأعراض فيتم تحديدها بالاستناد إلى علم اللغة وعلم النفس. وأما العلاج فيتم من خلال المعرفة الطبية، النفسية، اللغوية والتربوية. هذه البنية التركيبية والعلوم التي تدخل في عناصرها المكونة يوضحها الرسمان أدناه.



الرسم 4. يوضح البنية التركيبية لظاهرة الاضطراب اللغوية

المصدر : J. Kaszczyk, Z. Tarkowski : O metodologii logopedii, Lublin 1991, P. 32.

عناصر البنية التركيبية لظاهرة الاضطراب اللغوية	العلوم التي تدخل في عناصر البنية التركيبية لظاهرة الاضطراب اللغوية
الاسباب	العلوم الطبية والنفسية
الآليات المرضية	العلوم الطبية والنفسية
الاعراض	علم النفس، علم اللغة والعلوم الطبية
العلاج	علم النفس، التربية الخاصة، علم اللغة والعلوم الطبية

الرسم 5. يوضح تداخل العلوم في عناصر البنية التركيبية لظاهرة الاضطراب اللغوي

المصدر : J.Kaszczyk Z. Tarkowski : O metodologii logopedii, Lublin 1991, P. 35.

وهكذا يتضح الارتباط العام بين علم اللسانيات المرضية والعلوم الطبيةو النفسيةو التربوية واللغوية، وبشكل أخص مع المجالات الفرعية للعلوم الرئيسية الأربعة المذكورة، والتي تصل إلى عشرين مجالا[8]، كما وضحها العالم L. Kaczmarek في الرسم رقم (2).

4 ـ الكلام ومكوناته :

إن الكلام **Speech** هو عملية التخاطب والاتصال الصوتي Sound Communication بين الناس. إنه عملية واحدة متكاملة، ولكن لأغراض البحث يمكن تمييز : نشاط إرسال الكلام Speech Production ونشاط استقبال الكلام Speech Reception وكذلك نتاج عملية التكلم Talking والفهم Reception ـ الموضوع Text [L. Kaczmarek W : 9,P.8].

ويعرّف علم اللسانيات المرضية Logopedy الكلام من منظورين : فردي واجتماعي. من وجهة النظر الاجتماعية فإن الكلام هو نشاط في عملية التخاطب اللغوي الشفوي. أما من الناحية الفردية فإنه عملية بناء Construction واستقبال أو استلام reception الموضوع text. ويسمح لنا التعريف الأخير بتمييز أربعة عناصر أساسية مكونة للكلام، هي : **اللغة** Language، **التكلم** Talking[9]، **الموضوع** Text **والفهم أو الاستقبال** reception. وسوف نوضح ماهية هذه العناصر من وجهة نظر علم اللسانيات المرضية :

اللغة Language هي أحد عناصر الكلام Speech، وهي نتاج اجتماعي، ونظام ذو درجتين Two Class. وتشمل **الدرجة الأولى** : الرموز Symbol المستقلة (الكلمات Words وعلاقاتها التركيبية Phraseological)، وغير المستقلة والتي نعني بها الصفات التطويحية Prosodic Features والتي تنفذ في الموضوع الشفوي بشكل إيقاع Rhythm ونبر Accent ونغم Melody، وفي الموضوع المكتوب أو الموحى به Signalized من خلال علامات الترقيم Punctuation mark ؛ وكذلك أصغر الوحدات اللغوية Phonem والتي تنفذ في الموضوع الشفوي من خلال الأصوات Sound، وفي الموضوع المكتوب من خلال الأحرف، وفي الموضوع الموحى به، على سبيل المثال نظام المورس morse Code من خلال توليف Combination لنقاط وقواطع ؛ وأخيرا أصغر وحدة صرفية morpheme. أما **الدرجة الثانية** من النظام اللغوي فتشمل منظومة الأسس القواعدية والتي على أساسها يبنى من الرموز المستقلة ويعرف الموضوع text الذي يعتبر الحلقة الرئيسية في عملية الاتصال اللغوي.

إن اللغة مستقرة في ذاكرة أعضاء المجتمع الاتصالي المعني Communicative Community ـــ المستودع الداخلي، وكذلك في كل أشكال الموضوعات الأخرى (الصحف، المجلات، الكتب، أجهزة التسجيل .... الخ) ـ المستودع الخارجي [L.Kaczmarek W :1,P.6].

أما التكلم Talkingفهو عملية بناء الموضوع. كما هو الحال في عملية بناء الموضوع الكتابي، ومختلف أشكال الموضوعات، كالموحى بها Signalized وحتى التفكير (التفكير للكلام ـ Cerebration)[10]. ويمكن القول بأن التكلم والكتابة والايماءة هي عملية منح المعلومات المنظمة لغويا (الأفكار) الواسطة المادية التي تجسدها Substantiation. أي بمعنى آخر أن الكتابة والتكلم والايماءة هي وعاء الفكرة. والوعاء أو المادة المجسدة في حالة التكلم هي نتاج نشاط الأجهزة المحيطية للكلام (الأجهزة المرسلة) وهي حاملة الفكرة، كما توضحه اللوحة أدناه.

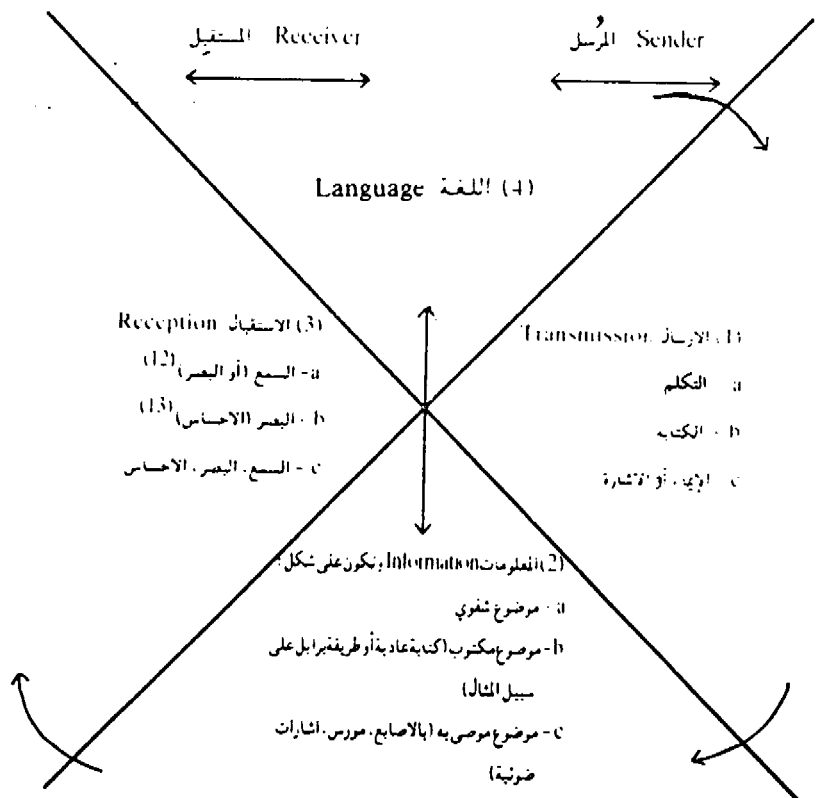
1 ـ المحتوى } المعلومات المنظمة لغويا = الفكرة
2 ـ الشكل اللغوي }
3 ـ المادة الصوتية Phonic Substantiation :

a ـ المستوى التطويحي Supersegmental
(النبرة ـ النغم ـ الايقاع)

b ـ المستوى المقطعي Segmental
(الأصوات)

اللوحة رقم 1: مكونات الموضوع الشفوي

وفي عملية التكلم فإن المعلومات المرسلة تسلك طريق القناة النطقية ـ السمعية، حيث تقوم أعضاء الكلام بتنفيذ فكر المُرسِل Sender الذي يجسده الموضوع الشفوي (الصوتي). ويتم استقبال الموضوع Text من قبل أذني السامع أو المستقبل Receiver ومن ثم إلى قشرته الدماغية Cerebral Curtex حيث عملية التحليل والفهم[1]. أما في عملية الكتابة فإن المعلومات تتخذ من القناة الحركية ـ البصرية طريقا لها لتكوين الموضوع الكتابي Graphic Text. على سبيل المثال، رسالة، تقرير، قصة ومن ثم إلى المستقبل حيث القراءة ثم التحليل والفهم. وبنتيجة عملية الايماء Signalization يتكون الموضوع الموحى به. على سبيل المثال، بواسطة الأصابع، الضوء والأصوات. إن سير المعلومات إلى المستقبل يمر عبر القنوات البصرية، السمعية، واللمسية [2,P.37 ;6,P.148 ;9,P.12]. العلاقات المقارنة بين إرسال المعلومات واستقبالها يوضحها الرسم التالي:



الرسم رقم 6. يوضح علاقة الكلام بالاشكال الاخرى لعملية التخاطب اللغوي، وكذلك الارتباط المتبادل لعناصره المكونة.

المصدر : L. Kaczmarek, Nsze dziecko uczy si& mow:., Lublin 1977, P. 41.

وهكذا فإن الموضوعات نتاج لعمليات مختلفة، يمكن أن تكون متماثلة من حيث المحتوى والصيغة اللغوية ولكنها متنوعة بمادتها المجسدة Substantiation، ولكن في مستويات مناسبة. فالموضوع الشفوي Oral Text تكون مادته الناقلة هي المادة الصوتية Phonic Substantiation، والتي تتكون من مستويين، الأول غير منفصل تطويحي (فوق المقطعي) Supersegmental = النبر، النغم والايقاع. والثاني منفصل (مقطعي) Segmental = الأصوات ؛ والموضوع المكتوب Graphic Text حيث مادته الناقلة ـ التجسيدية هي الكتابية Graphic Substantiation، وتشمل أيضا مستويين : الأول غير منفصل = علامات التوقف، والآخر منفصل = الحروف. وهكذا بالنسبة للموضوع الموحى به Signalized Text باستثناء الموضوع المفكر به Thinkable Text (الفكرة) حيث لا يملك وعاء تجسيديا [2,P.7 ; 3,P.38]. ويمكن للوحة أدناه أن توضح أشكال الموضوعات وخصائصها المميزة.

اللوحة رقم 2 : اشكال الموضوعات وخصائصها المميزة من وجهة نظر علم اللسانيات المرضية

الموضوع	بصورة عامة	الشفوي	الكتابي	الموحى به	المفكر به (الفكرة)
1	المحتوى	المحتوى	المحتوى	المحتوى	المحتوى
2	الصيغة اللغوية	الصيغة اللغوية	الصيغة اللغوية	الصيغة اللغوية	الصيغة اللغوية
3	الوعاء التجسيدي	الوعاء الصوتي :	الوعاء الكتابي	وعاء الموضوع الموحى به : بصري، سمعي	بدون وعاء تجسيدي
a	المستوى التطويحي (فوق المقطعي)	النبر، النغم، الايقاع	علامات التوقف	علامات التوقف للابجدية المستخدمة	
b	المستوى المقطعي	الاصوات	الحروف	اشارات الابجدية المستخدمة	

المصدر : L. Kaczmarek, W : S. Grabias (red.), przedmiot logopedii W: Komunikacja Jezykowa i jej Zaburzenia , Lublin 1991, P. 7.

وعلى أساس معطيات اللوحة أعلاه يمكن بوضوح التأكيد أن القراءة الجهرية لأي رسالة، شعر، كتاب ـ يعني تغير الوعاء التجسيدي الكتابي إلى وعاء تجسيدي صوتي، مع عدم تغير المحتوى والصيغة اللغوية. وكذلك نفس الشيء بالنسبة للخطابة.

أما بالنسبة للعنصر الرابع من عناصر الكلام فهو الفهم : ويعني استقبال أو استلام الموضوع. ويظهر جليا عندما يتضح للمستمع أن ما يسمعه من حديث يحتوي على أفكار. وهذا الوضوح قائم على أساس العمليات التفكيرية، والتحليل والتركيب السمعي[14].

إن التكلم والفهم لأي عملية إرسال معلومات واستقبالها يكون ممكنا، عندما يكون كلا المتخاطبين (المرسل والمستقبل) على معرفة برموز التخاطب وباللغة المتخاطب بها.

إن كل عنصر من مكونات الكلام التي تحدثنا عنها (اللغة ـ التكلم ـ الموضوع ـ الفهم) ذو مغزى هام للجوانب التطبيقية لعلم اللسانيات المرضية (وحدة الاضطراب اللغوية). حيث إن التحليل الدقيق لنتاج عملية التكلم ونقصد به الموضوع الشفوي يعتبر أساس عملية التشخيص لوحدات الاضطرابات اللغوية، وبالتالي فإن مستوى الدقة لنوعية وتركيبة الموضوع المُرسل ممكن أن يؤكد لنا سلامة أو عدم سلامة مكونات الكلام، التي تخضع هي الأخرى لعملية تشخيص تفصيلية[15].

5 ـ أنظمة التحكم الذاتي لعملية التخاطب اللغوي

The Cybernetic Systems of Linguistic Communication Process

إن نموذج model التحكم الذاتي لعملية الاتصال اللغوي يستند إلى أسس النظرية العامة لعلم

التحكم الذاتي Cybernetics[16]، إلى جانب الاحتفاظ بميزات خاصة به. وعندما نتحدث عن هذه الأسس فإن الحديث يتضمن العناصر الخاصة بأبسط نموذج للتحكم الذاتي، طبعا إلى جانب وجود نماذج معقدة وأكثر تعقيدا. وكل النماذج البسيطة والمعقدة تحتوي على العناصر التالية :

1. يجب أن يشكل النموذج منظومة معلوماتية Information System،
2. يجب أن تفرز في تركيبتها قناة مرور أو مسلك Tract وعلى الأقل حزمتان Bands من الحزم التحويلية Transformation Bands،
3. يجب أن تحتوي القناة على الأقل على ثلاثة دوائر معلوماتية Information Circuits، الأولى ـ دائرة المعلومات الأساسية Basic Information Circuit، الثانية ـ دائرة مراقبة المعلومات Supervision Information Circuit، والثالثة ـ دائرة قيادة المعلومات Steering Information Circuit. ولا توجد نظم تحكم ذاتي خارج وجود هذه الدوائر الثلاثة. إن منظومة التحكم الذاتي التي لا تمتلك قناتها هذه الدوائر الثلاثة تسمى منظومة التحكم الذاتي المحايدة أو المعادلة Neutralization، وهي تختلف عن منظومات التحكم الذاتي ذات الدوائر المعطلة أو المسدودة Blocked. إن العطل يمكن أن يصيب كل دائرة من الدوائر الثلاثة : 1 ـ الأساسية، 2 ـ المراقبة و3 ـ القيادية[17].

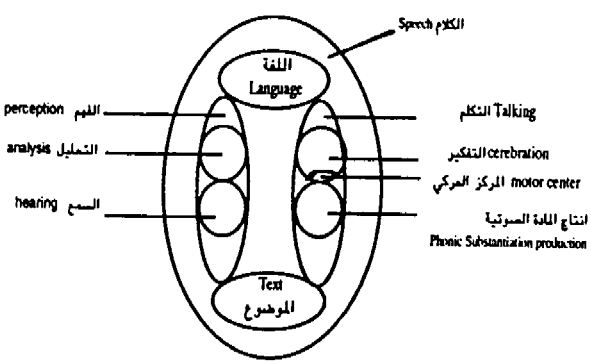
إن الأساس العام لنموذج منظومة التحكم الذاتي في عملية الاتصال اللغوي هي علاقة أساسها : المُرسل ـ المُستقبل. المرسل يرغب في نقل معلومات إلى المستقبل، ينجز في الدماغ خيارات معقدة وعملية تحويل Transformation، وبنتيجة ذلك تتكون إيعازات عصبية مناسبة تتجه إلى القناة النطقية. عند ذلك تتحول الايعازات إلى حالات نطقية محددة. بعد ذلك تبدأ الحزمة التحويلية الثانية حاملة الرموز اللغوية. حيث يقوم المستلم بتحويل العناصر الفيزيائية إلى عناصر سمعية ويحدث ذلك في الآذان. وتباعا تبدأ عملية التحول الثالثة حيث تتحول القيمة السمعية للمعلومات إلى ايعازات. تذهب الايعازات إلى الدماغ حيث تنجز عملية تحويل أخرى [13,PP.3-5].

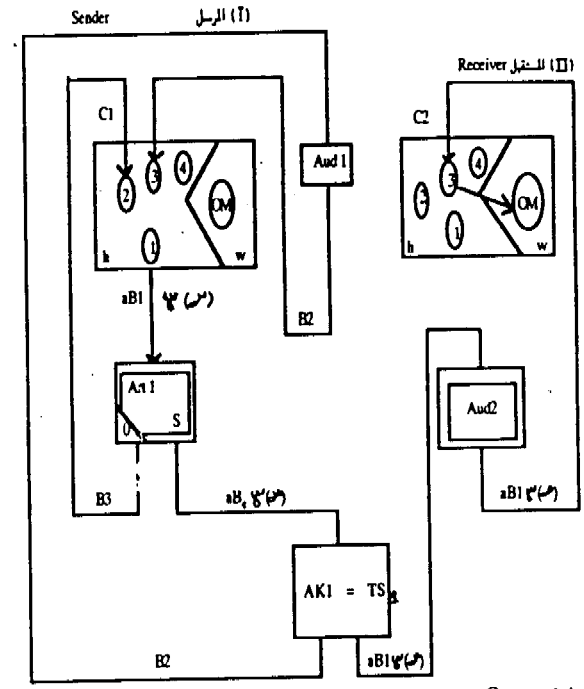
إن الأمكنة التي تجري فيها عملية تحول الاشارات Transformation Signal يسميها L. Zabrocki بالحزم التحويلية : الدماغية، النطقية، الفيزيائية والسمعية.

وتعتبر منظومة الاتصال اللغوي كاملة عندما تسمح القناة بتبادل الأدوار، أي أن المرسل يمكن أن يصبح مستقبلا وبالعكس. وفي المخططات التالية سوف نشير إلى أبرز آليات منظومة التحكم الذاتي في عملية الاتصال اللغوي بأشكالها الفردية والاجتماعية[18]. [2,PP.36,39-40 ;1,pp.13-16].

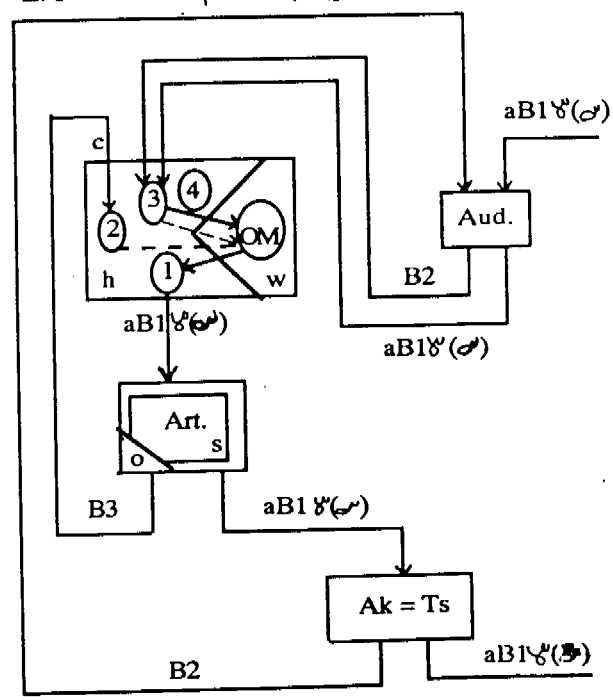
الرسم رقم 7 : نموذج مبسط للكلام

للعالم L. Kaczmarek





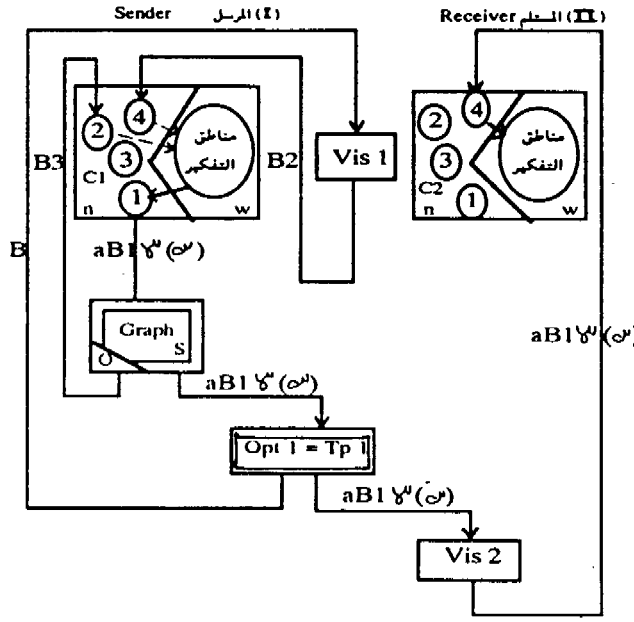
المخطط رقم 8. نموذج الكلام من وجهة النظر الاجتماعية (هو نشاط في عملية التخاطب اللغوي الشفوي = بناء واستقبال الموضوع الشفوي من وجهة نظر التفاعل بين الأشخاص). وضعه العالم L. Kaczmarek



المخطط رقم 9. نموذج التحكم الذاتي للكلام في المنظور الفردي. وضعه العالم L. Kaczmarek

شرح للرموز والأرقام الواردة في المخططين 8-9 :

C_1 – الحزمة المركزية (الدماغية) التحويلية المُرسل (I) – حيث يجري هنا في مناطق التفكير = OM في المستوى الأعلى = W تنظيم المعرفة والخبرات في هيئة معلومات، وفي المركز الحركي (1) في المستوى الأدنى (n=) تُشفر code، أي تحويلها إلى إيعازات أو نبضات تسبب حالات نطق محددة = (Art 1 – الأداة النطقية الفاعلة S والمغذية 0 = الحزمة النطقية التحويلية للمُرسل) ؛ AK1 = TS1 = الظاهرة الفيزيائية (اكوستيكا) الصادرة من أعضاء كلام المرسل = الموجة الصوتية = الموضوع الشفوي ؛ Aud_2 = الحزمة التحويلية السمعية للمستقبل(II) = تحول المثير الفيزيائي (الأكوستيكي) إلى احساسات سمعية ؛ C_2=الحزمة التحويلية للمستقبل : في المستوى الأدنى أي في المركز (3) حيث تجري عملية التشفير code، أي تحليل الاحساسات المستلمة، أما في المستوى الأعلى (في المناطق التفكيرية – W) حيث تجري بهذا القدر أو ذاك عملية الفهم Art_1 ← Aud_2 = القناة النطقية – السمعية التي تسير فيها المعلومات. وتعمل فيها أربع دوائر : a = دائرة المعلومات الأساسية ؛ B = دائرة قيادة المعلومات : B_1 - يقود مسار استقبال المعلومات من قبل المستلم ؛ B_2 - يُمكّن المرسل من قيادة (سماع) حديثه (مركز رقم 3) أو رؤية كتابته (مركز 4) ؛ B_3- والذي يمكن المرسل من قيادة (الاحساس – في المركز 2) نشاطه الخاص : النطق، الكتابة، ℓ = دائرة مراقبة المعلومات، والتي تنظم إرسال المعلومات ؛ ℘ =دائرة بناء وتطور اللغة.

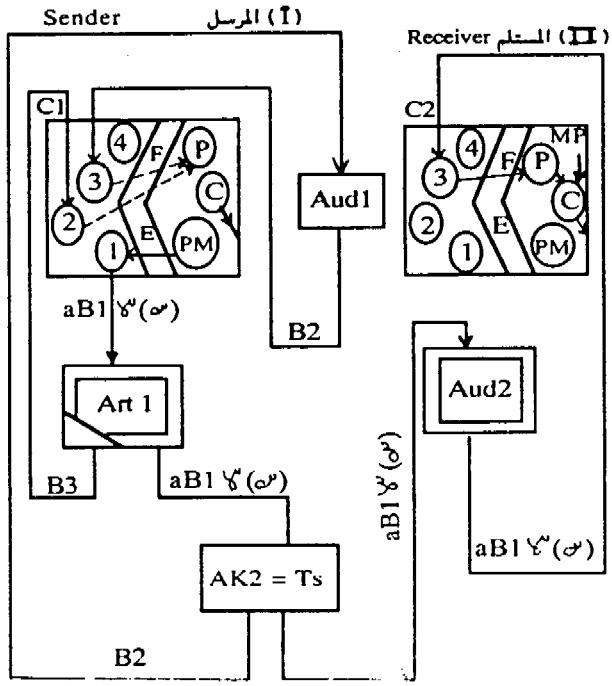


المخطط رقم 10 ، نموذج التحكم الذاتي للكتابة والقراءة = بناء واستقبال الموضوع المكتوب، صممه العالم L. Kaczmarek

شرح للرموز الواردة في المخطط 10 :

C_1 = الحزمة المركزية (الدماغية) التحويلية للمرسل (I) ـ حيث يجري هنا في مناطق التفكير ـ في المستوى الأعلى = W تنظيم المعرفة والخبرات في هيئة معلومات، وتُشفر في المركز الحركي (1) في المستوى الأدنى = n، أي تحويلها إلى إيعازات أو نبضات تسبب حركات خاصة لليد (Graph 1 = الحزمة التحويلية الكتابية للمرسل) ؛ = Opt1 = Tp1 = الظاهرة البصرية الناتجة عن النشاط الكتابي = الموجة الضوئية = الموضوع المكتوب ؛ Vis2 = الحزمة التحويلية المرئية للمستقبل (II) ـ تحويل المثير المرئي إلى إحساسات بصرية ؛ C_2 = الحزمة المركزية التحويلية للمستقبل : في المستوى الأدنى أي في المركز (4) حيث تجري عملية التشفير، أي تحليل الاحساسات المستلمة، أما في المستوى الأعلى (مناطق التفكير ـ W) حيث تتم بهذا القدر أو ذاك عملية

الفهم ...Graph ← Vis2 = القناة الكتابية ـ البصرية = الطريق الذي تسلكه المعلومات.



المخطط رقم 11، نموذج الآلية التحكم الذاتي للكلام في ضوء علم السيبرنتيكا العصبي neorocybernetics الذي وضعه الكاتب B. Kaczmarek وهو يستند بالأساس إلى مخطط العالم L.Kaczmarek ، مع اشارة تفصيلية إلى دور البنية الدماغية (المخية) في عملية بناء واستقبال الموضوع الشفوي. «المخطط من وجهة نظر اجتماعية».

شرح للرموز الواردة في المخطط رقم11 :

C_1 = الحزمة المركزية (الدماغية) التحويلية للمرسل (I) ـ حيث تجري هنا عملية التفكير (c)، أي التنظيم اللغوي لمخزونات الذاكرة من الخبرات والمعارف (= مخزن الذاكرة MP) في هيئة معلومات (موضوع مفكر به). وتشفر هذه المعلومات على شكل برنامج حركي Motoric Program (الحزمة التحويلية PM)، والذي يتحول من خلال المركز الحركي (1) في المستوى الأدنى إلى نبضات أو إيعازات تسبب حركات نطقية في الحزمة النطقية (Art 1). وتميز من هذه الحزمة جزئين هما : الجزء الأول خاص بالحركة kinesi-kn والآخر خاص

بالاحساس بالحركة Kinesthesis-ks. ومن نتيجة ذلك يتكون الموضوع الشفوي في هيئة موجة فيزيائية (اكوستيكا) (Ak1 = Ts1). ويلعب المُرشّح الانفعالي EF = Emotional Filter دورا مهما في التأثير على نمط الموضوع Text المُنتَج.

والموضوع المرسل في الحزمة السمعية Aud2 للمستلم (II) يتغير إلى ايعازات عصبية، والتي تُستَلَم كاحساسات سمعية في المركز السمعي (3). وفي منظومة الاستقبال (p) تحصل عملية التشفير = فحص ومعرفة المثيرات المستلمة، أما في منظومة التفكير (c) فتظهر بهذا القدر أو ذاك عملية الفهم للمحتوى المُرسل. إن عملية استلام المعلومات يمكن أن تسير بشكل فعال بفضل الاستفادة الجيدة من مخزن الذاكرة (MP). أما المرشّح الانفعالي EF فإنه يمكّن من الفهم الأفضل أو يعرقل استلام الموضوع. ويعتمد ذلك على وضع المُستلم.

المعلومات تسير وفقا للمثال المذكور أعلاه في القناة النطقية ـ السمعية، أي عندما يكون الموضوع قد تشكل في النهاية (منهج الوعاء الصوتي) في القناة النطقية للمرسل (Art1)، وتم استقباله في القناة السمعية للمستلم Aud2.

وفي هذه القناة Art1-Aud2 تعمل أربع دوائر معلوماتية : a = دائرة المعلومات الأساسية ؛ B = دائرة قيادة المعلومات ويتكون من ثلاثة أنظمة تحتية : B1 = يقود مسار استقبال المعلومات من قبل المستلم ؛ B3 = يمكن من قيادة الحركات النطقية (الإحساس بالحركة في المركز 2) ؛ B2 = يمكن المرسل من السيطرة السمعية للموضوعة (المركز 3) ؛ ☆ = دائرة مراقبة المعلومات، التي تنظم إيصال المعلومات ؛ ∽ = دائرة بناء وتطور اللغة.

ضرورة الاشارة إلى أن مراحل بناء واستقبال الموضوع تسير بشكل متوازي. وتوجد أيضا امكانية سبق لمرحلة على أخرى، ويعتمد ذلك بشكل خاص على المهمة التي تنتظر المتحدث.

ثانيا : الاضطرابات اللغوية : تصنيفها وأنواعها

تعتبر مسألة انجاز تصنيف للاضطرابات اللغوية وأنواعها أحد القضايا الكبرى في هذا العلم الناشيء، وفي المستويين النظري والتطبيقي. فهي بقدر ما تعْني من الناحية النظرية بناء صرح هذا العلم، تسهم من الناحية التطبيقية في دقة التشخيص وبالتالي في العلاج.

إن أدبيات الدراسة تزودنا بأكثر من تصنيف يستند إلى أسس مختلفة. ولابأس أن يقف القارىء المختص على جوهر هذه التصنيفات فجميعها في التطبيق (في برامج التشخيص والعلاج) تضع المعالج therapist على أرضية التعامل الديناميكي مع الظواهر اللسانية المرضية ـ وحدات الاضطراب اللغوي.

أما أهم الأسس التي تستند إليها هذه التصنيفات، فهي كما يلي :

1. التصنيف الذي يستند إلى الأسس التشريحية.
2. التصنيف الذي يستند إلى الأعراض.
3. التصنيف اللغوي.
4. التصنيف الذي يستند إلى الأسباب.
5. تصنيف علم وظائف الأعصاب.

وسنتعرض في السطور التالية إلى محتوى هذه التصنيفات، باختصار غير مخل :

1 ـ التصنيف الذي يستند إلى الأسس التشريحية Anatomic Classification :

لقد وضع هذا التصنيف العالم Ottuszewski عام 1905. ويتفق هذا التصنيف مع الأسس التشريحية التي تقسم الجهاز العصبي إلى قسمين، مركزي ومحيطي.

وتقسم انحرافات الكلام وفقا لذلك إلى نوعين :

1. **الاضطرابات المركزية** Central isorders :

أ ـ الحبسة أو العسر الكلامي (الكلي aphasia أو الجزئي dysphasia) ـ أفازيا ويحدث هذا النوع من الاضطراب على أرضية التغيرات التشريحية أو الانحرافات الوظيفية للقشرة الدماغية Cerebral Cortex، التي ترافق حالة تعثّر النمو عند الأطفال والشباب، أو تغيرات في الآذان. ويشمل هذا النوع : اضطراب الذاكرة الشفوية Oral memory، الصمم التعبيري Surdomuttas وأكثر حالات نشاز الكلام balbuties[19] وبشكل نسبي حالات عيوب النطق.

ب ـ اضطراب الكلام الحكلي Dysarthric Speech Disorders :

وتعود آليات الاضطرابات في هذا النوع إلى الأسباب المذكورة أعلاه (تغيرات في المراكز الدماغية الخاصة بأداة النطق)، كالحكلة وحيدة الجانب، التي تعتبر نتاج جانبي للأفازيا (الحبسة)، وكذلك للشلل الدماغي البصلي الكاذب Pseudobulbar palsy. وكذلك الكلام الأنفي الناتج من أسباب مركزية والتهتهة.

2. **الاضطرابات المحيطية** Circumferential Disorders :

أ ـ الحكلة dysarthria ويكون سببها التغيرات في الأعصاب المحيطية وبشكل خاص في أعصاب أجهزة النطق. وتسبب الحكلة نشاز النطق الناتج من انشقاق سقف الفم وعدم البناء المتناسق للفكين واللسان، وكذلك الكلام الأنفي الناتج من أسباب محيطية.

ب ـ السرعة الزائدة في الكلام Fluttering, «Tumultus Sermonis»

ويتجسد هذا الاضطراب في السرعة الفائقة للكلام لدرجة يصبح فيها غير مفهوم للمحيط. وأساس ذلك الاضطراب أن سياق التفكير يكون سريعا لدرجة تعجز فيه أجهزة النطق عن ملاحقة عملية التفكير، فيضطر المتحدث إلى ابتلاع الأصوات والمقاطع وحتى المفردات [W. Ottuszewski: 12,P.114].

إن التصنيف أعلاه وبفعل عامل البعد الزمني الذي كتب فيه (أي قبل قرن تقريبا) جاء على ما يبدو من بساطة التصنيف مجرد محاولة تعتبر من اللبنات الأولى لهذا العلم. وأن لكل بداية ملابساتها المبررة. فجاء هذا التصنيف يعكس تواضع الظروف التي عاشها الكاتب، التي تعكس محدودية البحث في هذا الموضوع من الناحية الموضوعية.

وإذ ننتقل الآن إلى تصنيف آخر للعالم L.Kaczmarek، الذي عرضه عام 1973 نلتمس الجهد النظري الكبير، إلى جانب كونه يعكس تعقد مناهج وأدوات البحث في هذا المجال. فجاء هذا التصنيف في محتواه وسعته مستجيبا للحاجة الماسة لهذا الجانب من الدراسة. مع العلم أن باب الحوار بصدد تفاصيل هذا التصنيف ودقته لم يوصد بعد.

2 ـ التصنيف على أساس الأعراض : Symptomatic Classification

يستند هذا التصنيف إلى تصور مفاده، أن كل موضع، شفويا كان أم مكتوبا يتكون من ثلاثة أجزاء

تركيبية[20] هي : المحتوى Contents، الصيغة اللغوية Language Form والوعاء الناقـل (المادة المجسدة) Substantiation ـ وعليه يجب تمييز ثلاثة مجاميع من اضطرابات الاتصال اللغوي :

I . اضطراب المحتوى.

II . اضطراب اللغة.

III . اضطرابات الوعاء الناقل (التجسيدي) في المستويين : العلوي التطويحي والمقطعي.

IV . أما المجموعة الرابعة من الاضطرابات، والتي تحتاج إلى معالجة خاصة فهي اضطرابات عملية الفهم (الاستقبال). أي الخلل في استلام الموضوع الشفوي أو الكتابي (أي اضطرابات السمع والبصر).

I ـ اضطراب المحتوى Contents Disorders

1. اضطراب عملية التعميم والتجريد Generalization & Abstraction Process Disorder

أ ـ انخفاض مستوى التعميم :

ويعني عدم القدرة على : تصنيف المعلومات، تقديم خلاصات، صعوبات فهم الامثال، عدم فهم المحتوى المجازي للجمل وكذلك ضيق مجال الارتباطات وفقر الاقترانات. وتظهر هذه الأشكال من الاضطرابات عند المتخلفين عقليا، وذوي الصرع في المراحل المبكرة، وفي الحالات المعقدة لالتهابات الدماغ وفي حالة الشلل في طور متقدم.

ب ـ انحراف عملية التعميم :

ويتلخص هذا الاضطراب بظهور كم هائل من الاقترانات، ولكنه عرضي غير موجه. ويظهر في حالات الفصام والأمراض النفسية psychopathy.

2. انعدام المنطق في بناء الموضوعات

أ ـ الفكر Thought Chase :

وتظهر هذه الحالة بنتيجة عدم إعارة الانتباه، حيث ينتقل المريض بسرعة قبل أن ينهي أفكاره إلى أفكار أخرى. وتظهر في حالات ذهان الهوس والاكتئاب manic-depressive psychosis .

ب ـ لزوجة التفكير Thought Stickness :

وتتجسد مظاهر هذا الاضطراب، في أن المريض ليس في وضع يؤهله لتغير أسلوب إنجاز نشاطه، أو دائرة قناعاته أو الانتقال من نشاط إلى آخر. ويحدث هذا النوع عند المصابين بالصرع والمرضى الذين يعانون من نتائج مزمنة والاصابات الدماغية الخطيرة.

ج ـ مؤقتية التفكير Thought Impermanence :

المرضى بهذا النوع من الاضطراب يدركون التعليمات بشكل مناسب، يؤدون عملية التحليل والتركيب بشكل جيد، يفهمون المعنى المقصود، ولكنهم لا يتمكنون لفترة طويلة من الحفاظ على أسلوب متوازن في النشاط. حيث يتحول النشاط المناسب إلى أخطاء.ويظهر هذا النوع من الاضطراب عند المصابين بتصلب الأوعية الدماغية Sclerosis والمرضى بنتيجة صدمات دماغية brain injury ومرضى ذهان الهوس والاكتئاب.

د ـ فرط رد الفعل Hyperreactivity :

ويتجسد هذا الشكل من الاضطراب بعدم استمرارية أسلوب انجاز المسائل. ويرتبط بذلك تدهور الانجاز العقلي، ويظهر بطريقة مبالغة وبأشكال غريبة grotesque، ويفقد المريض نسيجه الفكري مغرقا بالمفردات.ويظهر هذا الاضطراب في حالات الصدمات القوية والأشكال الحادة لأمراض الأوعية الدموية (ارتفاع ضغط الدم hypertension).

هـ ـ الانـزلاق Slide :

ويتضح ذلك في الاضطراب المؤقت للاحكام

المنطقية، حيث توجه المريض للحالات العرضية، وعدم الوضوح مع الحالات الملموسة. يحدث ذلك عند المصابين بالفصام.

3. اضطراب التوجيه في التفكير

أ ـ اضطراب الوظيفة المنظمة للتفكير :

وتظهر بشكل عرضي episodical عند الأفراد الأسوياء، وبشكل انتقائي Selective في نوبات الانفعال الشديد Passion والحالات الصعبة بشكل خاص.

ب ـ اضطراب الوظيفة النقدية Critical Function Disorder :

ويقصد بالوظيفة النقدية القدرة على النشاط المتأمل، وتدقيق وتعديل هذا النشاط وفقا للظروف الموضوعية الملائمة. والاضطراب في هذه الوظيفة يبدو في بعض حالات الصدمات القوية وأمراض الأوعية الدماغية.

ج ـ متعدد الخطط والطرائق Multimethodical :

وهي الوجود المتزامن لأفكار متعددة المظاهر، على الرغم من أن المريض يفهم بشكل سليم التعليمات ويجيد إدارة العمليات العقلية كالمقارنة والتجريد والتعميم. ويحصل هذا الاضطراب عند الفصاميين.

د ـ الفصل أو التفكيك Disassociation :

وهو انعدام الاتصالية والارتباط بين عناصر أجزاء حديث المريض. ويظهر بشكل خاص في حالات الفصام.

إن اضطراب المحتوى Contents disorders يرتبط بدرجات متفاوتة مع حالات الاضطراب الشديدة في وظيفة اللغة، على سبيل المثال : فقدان الأصول القواعدية للكلام dysgramatism، الكلام المبتكر الغريب وغير المفهوم neologism، ترديد الألفاظ echolalia، الارتباطات الكلامية عديمة المعنى أو الحشو الكلامي verbigeration، السلاطة الكلامية word salad (أي خلط الكلمات والألفاظ بشكل متراص وغير مترابط) وكذلك الانحرافات في الوعاء التجسيدي الناقل للمحتوى، الصوتي والكتابي. [4,.PP.5-7]

II ـ اضطرابات اللغة Language Disorders

أ ـ البكم Dumbness :

وهو انعدام مهارة التخاطب الشفوي ـ انعدام مهارة بناء واستقبال الموضوع الشفوي (انعدام الكلام). من الأشكال الشائعة لهذا الاضطراب، البكم الناتج عن الصمم deafness عند الولادة، أو الصمم عند مراحل الطفولة المبكرة. ما يقابل البكم في الكتابة هو ما يسمى الأمية الخاصة ونعني بذلك ليس فقط عدم المقدرة على منح الفكرة الوعاء التجسيدي الكتابي graphic substantiation (كما هو الحال عند الأميين الذين يستطيعون الكلام) ولكن انعدام اللغة.

ب ـ الحبسة (الأفازيا) : الكلية aphasia، والجزئية dysphasia.

فقدان المقدرة على بناء الحبسة الحركية،الكلية أو الجزئية(motor aphasia, motor dysphasia)، واستقبال الموضوع الشفوي (sensory aphasia,sensory dysphasia) نتيجة عطل أو تغير في مناطق دماغية محددة[21]. أما ما يقابل الأفازيا من اضطراب في الكتابة والقراءة فهو فقدان القدرة الكلية أوالجزئية على الكتابة agraphia, dysgraphia، والقراءة alexia, dyslexia. وفقدان المقدرة هذه يمكن أن يشمل مهارة الاختيار من المستودع اللغوي للرموز الضرورية (الصوتية، الصرفية، المعجمية) واستخدامها في ترتيب منطقي

وربطها وانتاج الوعاء الذي يجسد نقل الفكرة. أو كما يقول جاكبسون الاختيار والتوليف.

ج ـ عدم اكتمال نحو كلام الأطفال Child Speech Incompletness :

وينتج من أسباب بنيوية Constitutional أو وراثية أو نتيجة تلف في الجهاز العصبي المركزي، وتسمى الحبسة الطفولية childness aphasia, alalia أو الانمائية development aphasia. وتكون إما حركية : عسر النطق الكلي total dyslalia، أو حسية Sensory alaliaوالمعنية بالاستقبال أو قد تكون مختلطة mixed alalia. أما ما يقابل ذلك في القراءة والكتابة فهو صعوبة ضبط مهارات الكتابة والقراءة graphastenia, legastenia لأسباب في الولادة، وهي ناتجة من ضعف مهارات الادراك البصري، السمعي والحركي وانخفاض مستوى الادراك المكاني أو ما يسمى بالاخطاء الاتجاهية orientational errors.

د ـــ اختلال الأصول القواعدية Gramatical System Disorders :

وقد يكون هذا الاختلال كليا agramatism = بناء الموضوع من رموز فقط دون اعتبار للأصول القواعدية، أو قد يكون جزئيا dysgramatism أي بناء الموضوع مع الاخلال بهذا القدر أو ذاك بأصول القواعد. كلا الظاهرتين تبدو في الكتابة وفي الكلام.

هـ ـ الهفوات Lapses :

وهي الأخطاء في الموضوع الشفوي oral lapse وفي الموضوع الكتابي graphic lapse [4,P.7-8].

III ـ اضطرابات الوعاء الناقل (التجسيدي) Substantiation Disorders

A ـ اضطرابات في المستوى العلوي التطويحي (فوق المقطعي) : Suprasegmental Surface Disorders :

1. التهتهة أو الرتة في الكلام Stuttering
2. الخنخنة Rhinolalia وتشمل الخنخنة المغلقة rhinolalia clausa والخنخنة المفتوحة rhinolalia aperta والخنخنة المختلطة mixed[22] rhinolalia.
3. نطق وصوت فاقدي الحنجرة Articulation & voice of Laryngektomierter، ويشمل : الصوت المريئي Oesophageal Sound : جيد، متوسط ؛ وانعدام الصوت والأصوات aphonia
4. فقدان أو اضطراب القدرة على إدراك وإعادة تكوين البناء الايقاعي Rhythmic Structure
5. اضطرابات الصوت voice Disorders ، وتشمل : انعدام الصوت الكلي aphonia (انعدام الصوت التشنجي Spastic aphonia، والهستيري hysterical aphonia)، اضطرابات الصوت الجزئية dysphonia (الناتجة عن الافراط في الحركة والنشاط الصوتي chyperkinetic dysphonia، أو نقص في النشاط الحركي الصوتي، hypokinetic dysphonia)؛ اضطرابات قوى الصوت phonastenia بفعل الخلل الوظيفي للعضلات : 1 ـــ التنفسية (التنفس إما سريع أو بطيء)، 2 ـــ الصوتية (خلل الصوت في الحديث الاعتيادي وفي الصراخ) و3 ـ النطقية؛ والشذوذ في عملية التحول الصوتي anomaly mutation[23].
6. السرعة الزائدة في الكلام cluttering والناتجة من الاضطراب العضوي للميكانيزم المركزي للكلام Central language mechanism imbalance
7. البطء الزائد في الكلام Bradylalia والناتج من عطل الجهاز ما وراء الهرمي extrapyramidal system والمنظومة المسماة striopallidal وكذلك بطء النطق bradyarthria.

8. السرعة في الكلام Tachylalia.

أما ما يقابل اضطرابات الوعاء التجسيدي ـ في المستوى التطويحي ـ في الكتابة فإن الأبحاث لم تعر اهتماما كافيا لذلك مع العلم بأنه يوجد ما يقابل ذلك ولو في بعض الحالات.

B ـــ اضطرابات في المستوى المقطعي

: Segmental Surface Disorders

1. عسر النطق dyslalia : وهو الخلل في تجسيد أصغر وحدة لغوية Phonem = عيوب النطق :

a . عسر النطق السمعي (الناتج من عيوب سمعية) audiogenic dyslalia أو ما يسمى بعسر النطق الحسي Sensoric dyslalia.

b . عسر النطق الميكانيكي mechanic dyslalia والذي تؤطره حالة العطل في الأجهزة المحيطية للكلام. ويسمى أيضا عسر النطق الحركي motoric dyslalia.

c . عسر النطق الوظيفي functional dyslalia وتؤطره أسباب بيئية.

d . عسر النطق الذي تؤطره حالة العطل في المراكز والطرق العصبية، وقد تكون حالة عسر النطق هذه كلية anarthria أو قد تكون محددة dysarthria.

e . عسر النطق المتشابك أو المتصل Connected dyslalia. أما ما يقابل عسر النطق dyslalia في القراءة والكتابة : صعوبات الكتابة Cacography ، صعوبات القراءة Cacolexia.

اشتقاقات عسر النطق[24] :

a . عسر النطق الخاص Specific dyslalia = العيب في نطق صوت محدد. أما في الكتابة Cacography = عدم التشكيل السليم لحرف في الكتابة. أو إضفاء على الكتابة السليمة طابع نشاز يتخلله العديد من التعرجات والفواصل والشرطتات.

b . الإبدال Substitution, paralalia وهو إحلال صوت مكان آخر. ويقابله في الكتابة paragraphy = تبديل أو إضافة حروف. أما في القراءة Paralexy (عسلطة القراءة) = القراءة الخاطئة للحروف أو قراءة حروف غير موجودة.

c . ترك أو حذف الأصوات mogilalia ويقابله ترك الحروف في الكتابة mogigraphy وتركها في القراءة mogilexy.

2 ـ أخطاء النطق Dysorthophony Errors :

وهو النطق الذي لا يتفق مع المعايير الموضوعة، ويقابله أخطاء الكتابة dysorthography = أخطاء الكتابة الناتجة من : (a) عدم إتقان مهارة الكتابة، (b) انعكاس عيوب النطق في الكتابة Orthografic dyslalic errors. إن ما يميز اضطرابات الوعاء التجسيدي الكتابي graphic substitution disorders هو أن التلميذ يتمكن من القراءة والكتابة ولكنه ينجز ذلك بشكل غير صحيح ومقترنا بعيوب.

C ـ الاضطرابات في المستويين العلوي والمقطعي معا

: Segmental & Supersegmental Surface Disorders

1. عسر النطق dyslalia المتزامن مع خنخنة أنفية

= rhinophony. أما ما يقابل ذلك في الكتابة فهو نفس ما يقابل عسر النطق.

2. الصمت mutism أو الانفلات نتيجة وضع نفسي شاذ أو حتى مرضي، وينقسم إلى : (a) الصمت الكلي في العلاقة مع جميع الأشخاص و(b) الصمت المختار ويكون موجها إلى بعض الأشخاص أو الأمكنة.[3,pp.82-112;4,pp.g-13].

وفي نفس المناسبة العلمية التي عرض فيها العالم L.Kaczmarek تصنيفه المذكور أعلاه، قام الكاتب J.Kania بتقديم تصنيفه الذي يستند إلى الأساس اللغوي[25]. ويعتبر هذا التصنيف إسهاما هاما وإغناء لتصنيف L.Kaczmarek. ولذا من الضروري التعرف على جوهر محتوى هذا التصنيف في السطور التالية.

3 ـ التصنيف اللغوي : Linguistic classification

يضع هذا التصنيف ثقلا خاصا على جانب النطق articulation فوفقا للكاتب J. Kania فإن اضطرابات النطق تعبث بصيغ الرموز اللغوية مسببة خللا إما في الجانب العلوي التطويحي Suprasegmental أو في الجانب المقطعي Segmental. فالاضطرابات في الجانب العلوي التطويحي تسبب انعدام أو ضعف تشكيل الخصائص الموسيقية (الايقاع، النبر، النغم) للموضوع Text. أما الاضطرابات في المستوى المقطعي فإنها تسبب عيبا في نطق الأصوات، وقد يظهر هذا العيب في الأصوات منفصلة، في المقاطع Syllables، في المفردات أو في سياق الحديث ككل. وفي حالات محددة يمكن لنوعي الاضطراب أن يظهر معا، على سبيل المثال في حديث الصم وضعاف السمع أو حالات انشقاق سقف الفم ؛ ويمكن كذلك أن يظهر كلا الاضطرابين المقطعي والعلوي التطويحي بطريقة منفصلة عن بعضهما.

إن محاولة تصنيف الاضطرابات في المستوى العلوي التطويحي قام بوضعها الكاتب K. Krohn موضحا المظاهر الاضطرابية الثلاثة الآتية :

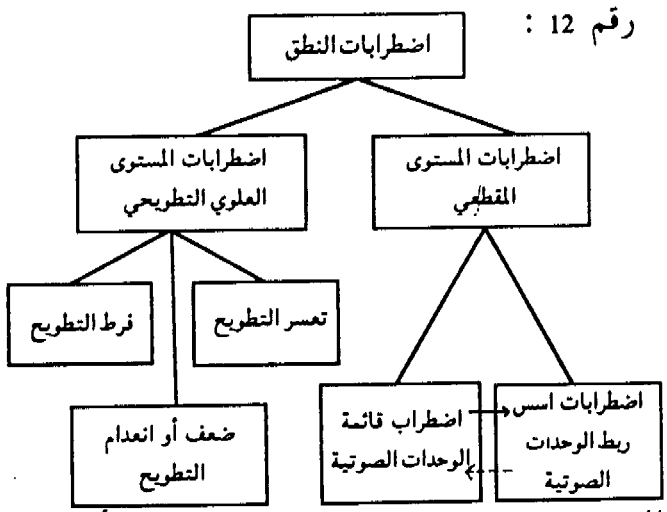
1. فرط التطويح Hyperprosodic.
2. ضعف أو انعدام التطويح Hypoprosodic or Aprosodic.
3. تعسر التطويح Dysprosodia (Prosodic Ataxia).

أما بالنسبة للخلل في المستوى المقطعي فإنه يتضح في شكلين أساسيين من الاضطرابات :

1. **اضطرابات في مجموعة النماذج الصغرى** [26]Paradigmatic Disorders
2. **اضطرابات تركيبية** Syntagmatic Disorders.

ففي إطار النوع الأول من الاضطرابات المقطعية نواجه الخلل في قائمة الوحدات الصوتية (الأصوات). أما في النوع الثاني فنلاحظ الخلل في أسس ربط الوحدات في تركيبات كبرى (مفردات). ويمكن تسمية هذا النوع من الاضطراب باضطرابات التركيبات الصوتية Phonetic or phonological Structure disorders.

إن تقسيم عيوب النطق في مفهوم الكاتبين J. Kania و K. Krohn يوضحه المخطط أدناه ـ مخطط رقم 12 :



المصدر : E. Minczakiewicz : Logopedia "Wybrane Zagadnienia Z meteriatami do ćwiczeń", Kraków : Wydaw-Nau-WSP 1990r., P.84.

وتجدر الاشارة إلى أن الاضطرابات في المستوى المقطعي شغلت حيزا كبيرا في أعمال المختصين. أما الاضطرابات في المستوى التركيبي فما زالت تستحق مزيدا من العناية والأبحاث اللغوية الدقيقة.

وضروري كذلك التذكير هنا بتصنيف آخر معروف عند اختصاصيي اللسانيات المرضية، وضعه اختصاصيو ال Phoniatry، يتخذ من أشكال العيوب النطقية أساسا للتصنيف. فعلى سبيل المثال يطلق على عيب نطق اللام lambdacism وعلى عيب نطق الراء rhotacism، وكذلك بالنسبة للسين Sigmatism والكاف Kappacism والجيم gammacism[27].

ومن علم Phoniatry نقف كذلك على التصنيف الثلاثي لعيوب النطق، والذي يميز العيوب النطقية التالية : انعدام نطق الصوت mogilalia، إحلال صوت مكان آخر Paralalia والانحراف deformation. وهذه الأشكال الثلاثة معروفة اصطلاحيا في علم اللغات بالأشكال التالية ؛ وعلى التوالي : deformation, Substitution, elision.

إن قبول أشكال عيوب النطق المذكورة أعلاه من قبل اللغويين يعني ضمنيا إشارة إلى كل أشكال الخلل في المستوى المقطعي ـ النماذج الصغرى paradigmatic. إنها واضحة ودقيقة، ومن هذا المنطلق فإنها مفيدة في التشخيص والعلاج، ولابأس من توضيحها في السطور التالية :

1. حذف الصوت elision :

وهو شكل من عيوب النطق يتضح في عدم تحقيق أصغر وحدة لغوية Phonem. ونلتمس هذا النوع من العيب من خلال عدم تكوّن هذه الوحدات الصغرى الصامتة Consonants phonem وعلى ساس سلوكها، إما في بداية أو في وسط أو في نهاية المفردة pre, inter - and post vocalic

ويمكن تمييز الأنواع التالية من أنواع حذف الصوت elision :

- حذف الصوت الكامل : ويشمل عدم نطق الصوت في كافة المواقع المذكورة أعلاه؛
- حذف الصوت المحدد : ويشمل موقعا معينا كأن يكون في البداية أو في وسط المفردة؛
- حذف الصوت الكلي : عندما يؤدي الاضطراب إلى ظهور وحدة صغرى صامتة تساوي صفرا نطقيا = ∅ Phonetic Zero؛
- حذف الصوت الجزئي : عندما تشمل حالة الاضطراب الصوت الصائب المجاور، أو في مكان الوحدة الصغرى يظهر مقطع Segment بدون ضعيف ـ حالة وقف Pause.

2. الإحلال أو الإبدال Paralalia, Substitution :

ويبدو جليا في تبديل أصوات بأصوات أخرى[28]. وتظهر أكثر من حالة حذف الصوت elision. كما نلاحظ الجانب الذي تظهر فيه هذه الحالة، حيث يمكن للصوت الواحد أن يمتلك عدة بدائل. وتخضع لهذه الظاهرة الأصوات الصامتة والصائتة على السواء. فالأصوات الصائتة يمكن أن تظهر مبدلة بأخرى صائتة، ولكنها لا تظهر مبدلة بصامتة.

3. التشويه أو الانحراف deformation :

ويظهر هذا الاضطراب بتجاوز الصوت حدود المنطقة النطقية الاعتيادية المخصصة له، ولكنه

لا يظهر في المناطق النطقية articulation areas الخاصة بأصوات أخرى. وتخضع لهذه الظاهرة الأصوات الصامتة أكثر من الصائتة. إن أساليب عيوب النطق هذه يمكن أن تعامل كبدائل اختيارية facultative variants لوحدات صغرى معينة.

وإلى جانب اضطرابات قائمة الوحدات الصوتية (مجموعة النماذج الصغرى) Paradigmatic، نلاحظ أيضا الاضطرابات التركيبية syntagmatic والتي تعبث بدرجة ما بالتركيب الصوتي للمفردات. ويمكن تمييز الاضطرابات التركيبية التالية :

- الانحراف الكمي quantitative distortion ويبدو في ظاهرة فقر أو ثراء المفردات (حذف الصوت elision، الاختزال reduction وإقحام الصوت Sound epenthesis) ؛
- الانحراف النوعي qualitative distortion ويظهر واضحا في تغير مكان الوحدات الصغرى في تركيب المفردات (كما في ظاهرة التوقع anticipation والمعاودة Perseveration) ؛
- التغير في الترتيب التسلسلي للعناصر المكونة للمفردة. ويشمل هذا التغير المقاطع Syllables، وحدات صغرى phonem ومجموعات من الوحدات الصغرى. أو ما يسمى بالقلب المكاني metathesis ؛
- انحراف غير منظم Unsystematic distortion ويحمل هذا النوع صفة معجمية، ويلاحظ في عملية تعلم مفردات محددة . ويتشكل هذا الانحراف بفعل تأثير مفردات أخرى ذات صفات نطقية متشابهة، ومختلفة من حيث المعنى ؛
- تغيرات توليفية Combination changes مختلفة، يتكون بنتيجتها بناء تركيبي من العبارات مختلف نوعيا [7,pp.104-112 ; 8,181-188 ; 9,pp.83-86].

4 ـ التصنيف السببي Etiological classification :

يستند هذا التصنيف إلى اعتماد سبب واحد أو مجموعة أسباب تقف وراء اضطرابات الكلام. ونموذج لهذا التصنيف هو ما قدمته الكاتبة الطبية Irena Styczek. وعلى الرغم من أن الكاتبة تقف إلى جانب اعتماد الأسباب كأساس للتصنيف، إلا أنها تعكف على إضافة تصنيف يستند إلى الأعراض التي تسببها اضطرابات الكلام، وترى الكاتبة أنه من المناسب استخدام كلا التصنيفين في العمل التشخيصي.

ويمكن تصنيف اضطرابات الكلام إلى :

1. اضطرابات لأسباب خارجية (بيئية) Exogenous.
2. اضطرابات لأسباب داخلية Endogenous.

1ـ مجموعة الاضطرابات لأسباب بيئية :

وهنا لا يوجد ما يؤكد وجود خلل تشريحي أو عصبي نفسي والتي يمكن اعتبارها أسبابا. ولكن يمكن إدراك التأثير السلبي للبيئة فقط. وتتضافر عوامل مختلفة لإحداث هذا النوع من الاضطرابات :

- فقد نلتمس انعدام الحافز للتكلم يظهر غالبا بسبب تأخر نمو الافراط في المثيرات الكلامية قد يستدعي لدى الطفل استجابة دفاعية Defense Reaction تتجسد في انعدام الرغبة في التكلم ؛
- إن انعدام النماذج السليمة للأصوات، الكلمات، الأشكال القواعدية والعناصر

الموسيقية للغة في المحيط القريب للطفل قد تسبب الاكتساب الخاطىء لعادات التكلم ؛

- الاستجابة غير السليمة لأولى محاولات الطفل في التكلم، على سبيل المثال، ضعف الاهتمام أو الاهمال قد يسبب انطفاء أو إبطال Suppression الرغبة عند الطفل في التكلم ؛
- وحتى الحماس الزائد في استقبال الطفل أولى المفردات قد يسبب استجابة عكسية لديه.

2 ـ أما الأشكال الرئيسية لاضطرابات الكلام ذات الأسباب الداخلية فتوضحها الكاتبة، وفقا لأسبابها، بالأشكال التالية :

- عدم القدرة على تشكيل أصوات الكلام أو عدم الامكانية على إطلاقها بنتيجة عدم البناء السليم لأعضاء الكلام وانخفاض مستوى السمع. وتسمي الكاتبة هذا النوع من الاضطراب ـ تعسر اللسان dysglossia؛
- عدم القدرة على تشكيل أصوات الكلام أو عدم الامكانية على إطلاقها نتيجة العطل في المراكز والطرق العصبية التي تغذي أعضاء الكلام (النطقية، الصوتية والتنفسية). ويسمى هذا الاضطراب ـ الحكلة dysarthria, anarthria ؛
- التأخر في ضبط اللغة، بسبب التشكّل المتأخر لوظائف بعض الخلايا الدماغية. وتطلق الكاتبة تسمية dyslalia على هذا النوع من الاضطراب، أو تسمية أكثر ملاءمة : alalia (الحبسة الطفولية) ؛
- الفقدان الكلي أو الجزئي للمهارة اللغوية بسبب عطل في تركيبات دماغية محددة Brain structure. ويسمى هذا النوع بالحبسة aphasis (أفازيا) ؛
- اضطراب طلاقة الكلام (الايقاع والسرعة)، لأسباب غير معروفة يمكن أن تصنف ضمن الحالات العصبية nervosism. ويسمى هذا النوع -بالتهتهة أو الرتة Stuttering .
- حالات العصاب الكلامي Logoneurosism : التهتهة أو الرتة، الصمت mutisism، انعدام الصوت aphonia، اضطراب سرعة الصوت وتنظيم قوى وارتفاع الصوت عند الأشخاص الذين يعانون من أمراض عصبية.
- عدم تشكيل الكلام لأسباب التخلف العقلي oligophasia ؛
- كلام الأشخاص الذين لديهم اضطراب في التفكير والناتج من أمراض نفسية ـ Schizophasia.

إن تصنيف اضطراب الكلام (كما تقول صاحبة التصنيف) يختلف عند مختلف الكتاب، على سبيل المثال عند : M.E. Chwatcewa, Luchsinger, G.E.Arnold, S. Borel-Maisonny,R. West, E.M.Morley, L.Kaczmarek وآخرين. وإن الاختلافات التي تظهر من خلال تميز أشكال اضطرابات الكلام تؤكد على الصعوبات الناتجة من الارتباط الوثيق بين العناصر الداخلة في نشاط الكلام، من جهة، وعدم معرفتها الكافية من جهة ثانية. وإن استخدام مصطلحات مختلفة لتحديد نفس الظواهر الاضطرابية يعمّق من هذا التناقض.

وكما يبدو منطقيا أن تصنيف اضطرابات الكلام يجب أن يستند إلى أعراض هذه الاضطرابات.

ويمكن عرض هذا التصنيف على الشكل التالي :

1. اضطراب اللغة : ويعني التأخر في ضبطها أو فقدانها الكلي أو الجزئي، ويظهر هذا الخلل في : مجال متن اللغة (الجانب المعجمي) lexical، النظام القواعدي، النظام الصوتي (النماذج السمعية للأصوات أو الجانب الحسي ـ الحركي Kinesthetic للأصوات والخصائص الموسيقية للكلام) ؛
2. الخلل في تنفيذ الأصوات والخصائص الموسيقية للكلام مع الحفاظ على جانب المعرفة اللغوية ؛
3. الخلل في محتوى الموضوع text ؛
4. الاضطرابات المختلطة mixed disorders.

إن الاضطرابات المذكورة أعلاه قد تكون لأسباب تعطل مختلف آليات الكلام.

وفي التطبيق العملي فإن الاستناد إلى التصنيف القائم على الأعراض فقط غير كافٍ، ولذا فإن الأخذ بالتصنيف القائم على الأسباب إلى جانب التصنيف الآخر يبدو في غاية الأهمية، وبالنهاية يسهل مهمة التشخيص الدقيق لحالة الاضطراب وتصنيفها، وعلى ذلك يعتمد العلاج السليم [10,pp.250-254].

5 ـ تصنيف علم وظائف الأعصاب Neurophysiology Classification :

لقد وضعت هذا التصنيف الكاتبة J. Szumska وقد ميزت فيه الاضطرابات التالية :

1. اضطراب الكلام ذو الأصول الدماغية.
2. اضطراب الكلام ذو الأصول المحيطية.
3. اضطراب الكلام الذي يصعب تحديد أسبابه الباثولوجية.

أما اضطرابات النوع الأول فهي تلك الاضطرابات التي تتكون نتيجة خلل يصيب الجهاز العصبي المركزي في مختلف فترات حياة الطفل. وقد تكون نتيجة صدمة قبل وأثناء فترة الحمل، وفي حالات : الالتهابات الحادة، الأورام الخبيثة، اضطرابات الأوعية الدماغية، وما يشابه ذلك من الحالات.

ويمكن تمييز نوعين أساسين في إطار الاضطرابات ذات الأصول الدماغية :

- اضطرابات الكلام من نوع الحبسة aphatic type (على سبيل المثال الحبسة الطفولية Childhood aphasia)[29] ؛
- اضطرابات الكلام من النوع الانمائي developmental type (على سبيل المثال الحبسة النمائية developmental aphasia).

إن مفهوم الحبسة الطفولية يشار به عادة إلى نوع اضطراب الكلام الذي يظهر فجأة أو بشكل تدريجي عند الأطفال. الذين وصلوا إلى مستوى معين في تشكيل الكلام ينسجم مع مرحلتهم العمرية. كما يلاحظ غالبا عند الأطفال الاضطراب الانمائي للكلام. ويسبب هذا النوع درجات متفاوتة من الاضطراب، تتراوح بين الحالات البسيطة إلى حالات انعدام القدرة على تكوين واستقبال الموضوع Text production & perception.

إن أسباب الاضطرابات المذكورة أعلاه يمكن أن تكون بـ : الولادة أو عيوب السمع والبصر المكتسبة مبكرا، عدم الفاعلية الحركية بالولادة، اضطراب النمو النفسي، الامراض النفسية، الخلل البسيط للدماغ، والبيئة غير المعتنى بها.

أما بالنسبة لاضطرابات الكلام ذات الأصول المحيطية (خارج الدماغ) فنعني بها الصعوبات مثل : عيوب الصوت، اضطرابات النطق الناتجة من انشقاق سقف الفم (الخنخنة مثلا) أو الضرر الذي تتعرض له أجهزة الكلام (الشفاه، اللسان، الحنك، الحنجرة).

وفي حالة الاضطرابات المحيطية للكلام peripheral Speech disorders فإن التشوه أو عدم التشكيل يبدو في الجانب المُرسل للكلام (الجانب الصوتي أو النطقي للكلام). أما الجانب الآخر (الاستقبال أو الفهم) فيبقى محفوظا.

أما اضطرابات المجموعة الثالثة والتي يصعب تحديد أسبابها الباثولوجية فهي تلك الاضطرابات التي قد تكون أسبابها تلفا أو عسرا وظيفيا، بقدر ما هو مركزي، قد يكون أيضا محيطيا. ويمكن أن تلحق بهذه المجموعة من الاضطرابات : التهتهة، اضطرابات الكلام لأسباب متعلقة بعيوب السمع، اضطراب الكلام الملاحظ في حالات الشلل الدماغي الطفولي الارتجافي infantile Cerebral Palsy.

إن أسباب هذه الاضطرابات بدون شك مرتبطة بالجهاز العصبي المركزي ولكن يمكن الحدّ منها أحيانا بمصاحبة نمو عقلي مناسب ومن خلال عملية حفز تربوي educational stimulation. ولكن ما يتبقى من الجانب الاضطرابي قد يكون نتاجا لطبيعة الأجهزة المحيطية (على سبيل المثال، النطق غير السليم بسبب الحركات اللاإرادية للأداة النطقية) [J.Szumska : 9,pp.87-88].

إن المداولات النظرية التي أراد بها كاتب السطور فاتحة حوار أكثر عمقا وشمولية في ميدان معقد من المعرفة، لا تكتمل إلا من خلال آراء العقول الناقدة المتطلعة إلى المعرفة. وتبقى الاتجاهات الواردة في العمل المرفق كأي نتاج بشري، كما له في نقصه، والذي ندعو ذوي الصلة لتقويمه. وقد صح القول حقا : «رأينا صوابا يحتمل الخطأ، ورأى غيرنا خطأ يحتمل الصواب».

الهوامش

(1) من أنصار هذا الاتجاه T. Bardadin حيث يعرف هذ الميدان بأنه مجال من مجالات الطب يبحث في عملية النمو الطبيعي للكلام وعيوبه ومعالجتها [5,P.147].

(2) ويعرفه أنصار هذ الاتجاه بأنه مجال من مجالات التربية الخاصة يهتم بتشخيص وعلاج عيوب الكلام عند الأشخاص ذوي الاضطرابات السمعية، ويشمل كذلك عملية التخاطب عند فاقدي السمع والبصر معا [6, P.5].

(3) Phoniatry ـ هو مجال من مجالات الطب يهتم بالجوانب التشريحية والفسلجية والمرضية لاعضاء النطق المحيطية المُرسِلة (النطقية، الصوتية والتنفسية)، و المُستقبلة (السمعية)[2,P.275].

(4) يمكن اعتبار تناول موضوع اللسانيات المرضية، من خلال علم اللغة التطبيقي، مرحلة ما قبل استقلال هذا الميدان من الدراسة. مع العلم بأنه لازالت أقسام عديدة للدراسات اللغوية التطبيقية في العالم ترى أن هذا الميدان من الدراسة هو أحد ميادين اهتمامها.

(5) لسنا هنا بصدد تقييمات شاملة للدراسة المذكورة، ويمكن للقارىء المتخصص العودة إليها.

(6) لقد بدأت مراكز العلاج الطبيعي للاضطرابات اللغوية بكل أنواعها تنتشر في أوربا وكندا وأمريكا وأقطار أخرى من العالم. فنجد مثلا مراكز ملحقة بمستشفيات جراحة الأعصاب والدماغ، لمعالجة بعض الأنواع من الاضطرابات، على سبيل المثال : الحبسة Aphasia، ويسير العلاج الطبيعي هنا جنبا إلى جنب مع العلاج الطبي. كما نجد أيضا مراكز لعلاج عيوب النطق والتأتأة عند الأطفال والشباب. وأخرى لعلاج اضطرابات الكلام عند مضطربي السمع. وكذلك مراكز أخرى ذات مهمات وقائية وعلاجية داخل المدارس. وهناك أيضا أنواع أخرى ملحقة بأقسام «Phoniatry» في المستشفيات لعلاج اضطرابات الصوت وتدريب فاقدي الحنجرة على الكلام الخاص.

(7) التعريف المذكور هو التعريف الذي نجده في أغلب الأدبيات الطبية التقليدية، وكما هو واضح من التعريف، فإنه لا يشير إلى الجانب الوقائي والإنمائي للكلام.

(8) تعتمد درجة ارتباط علم اللسانيات المرضية ـ وحدة الاضطراب اللغوية في مثالنا ـ مع مجالات العلوم الرئيسية المتعددة، على ماهية الحالة المرضية بأبعادها المكونة : الأسباب ـ الآليات المرضية ـ الأعراض ـ العلاج.

(9) ضرورة التمييز بين الكلام باعتباره العملية الأشمل كما في التعريف أعلاه، وبين التكلم باعتباره أحد مكونات عملية الكلام كما سيرد ذلك بشيء من التفصيل.

(10) ونعني به عملية تنظيم للمعارف وللخبرات بمساعدة اللغة، على شكل معلومات في مناطق القشرة الدماغية Cerebral Cortex الخاصة بالتفكير، أي عملية بناء الأفكار. وينقسم التفكير للكلام Cerebration إلى الأشكال التالية : التفكير اللاإتصالي Acommunicative cerebration وهو عملية تنظيم المعارف والخبرات بدون هدف إيصالها (الكلام الداخلي) ؛ التفكير الاتصالي Communicative Cerebration وهو عملية تنظيم للخبرات والمعارف بهدف إيصالها ؛ التفكير الإجرائي Operational Cerebration وهو عملية حل المشكلات النظرية. وتجدر الإشارة هنا إلى أن التفكير الاتصالي والإجرائي يمكن ظهورهما سوية [2, P.272;9,P.11].

(11) إن الخوض في تفاصيل المنظومة الكلامية The Speech Chain بمعديها الارسالي والاستقبالي، وفي مستوياتها اللغوية والفسلجية والسمعية، يقع خارج إطار ما ارتآه كاتب السطور من حدود للدراسة المرفقة.

(12) يستخدم البصر عند قراءة الشفاه عند الصم.

(13) على سبيل المثال حاسة اللمس عند قراءة الموضوع المكتوب بطريقة برايل، التي يستخدمها المكفوفون.

(14) وأيضا يتخذ الاستقبال أو الفهم أشكالا أخرى، كالاستقبال البصري والحسي (اللمسي) إلى آخره.

(15) سنشير إلى ذلك في الحديث عن الاضطرابات اللغوية.

(16) Cybernetics ـ علم دراسة آلية الضبط في الآلات وفي الكائنات الحية [16,P.123].

(17) هنا تكمن الأهمية التطبيقية لدراسة أنظمة التحكم الذاتي في علم اللسانيات المرضية.

(18) إن المخططات التالية هي مخططات تفصيلية قام بتصميمها العالم L-Kaczmarek والكاتب B.Kaczmarek وتستند إلى مخططات التحكم الذاتي في عملية الاتصال اللغوي والتي وضعها العالم Jan Baudouin de Courtenay والعالم L-Zabrocki وتستند جميعها ـ باستثناء خصوصية الموضوع ـ إلى الأسس النظرية لعلم السيبرنتيكا الذي وضعه العالم Wiener.

(19) مصطلح لاتيني. ويستخدم كذلك بمعنى التهتهة أو الرتة.

(20) تم توضيح أجزاء الكلام في الجزء الأول من هذه الدراسة المرفقة في فقرة الكلام ومكوناته.

(21) يوجد للأفازيا أكثر من تصنيف لأكثر من كاتب، ونكتفي هنا بالاشارة إلى ما ارتآه الكاتب صاحب التصنيف لنفسه من أنواع. أما التفاصيل في موضوع الأفازيا فهو موضوع معالجة خاصة.

(22) الخنخنة المغلقة ـ وتعني فقدان الصفة الأنفية للأصوات الأنفية، مع تغيرات تطرأ على لون الأصوات الفمية. والخنخنة المفتوحة ـ هي إعطاء الصفة الأنفية للأصوات الفمية. أما الخنخنة المختلطة فتعني اجتماع كلا الصفتين المذكورتين في آن واحد (أي انعدام أو ضعف الصفة الأنفية للأصوات الأنفية، وبنفس الوقت النطق الأنفي للأصوات الفمية). ولكل نوع من أنواع الخنخنة تفرعات أخرى تقع خارج إطار حدود الدراسة المرفقة.

(23) ويقصد بذلك الشذوذ في عملية نمو الصوت المقابلة للمراحل العمرية المختلفة. وأهم مظاهر هذا الشذوذ، على سبيل المثال لا الحصر، الصوت الطفلي عند الكبار، الصوت الخشن لدى الصغار و ارتفاع وانخفاض الطبقة الصوتية.

(24) الحديث هنا يشمل فقط أشكال عسر النطق التي تمثلك مقابلا في الكتابة والقراءة. أما الأشكال الأخرى العديدة فسنعالجها في موضوعات قادمة بالتفصيل.

(25) كلا التصنيفين تم عرضهما في مؤتمر عالمي للسانيات المرضية Logopedy، الذي عقد في جامعة برنو في تشيكوسلوفاكيا في الفترة 24-22/XI/1973.

(26) ونعني بكلمة **Paradigmatic**، كما يستخدمها صاحب التصنيف، قائمة الصيغ أو النماذج التي تعكس عناصر محددة موضوعة في نظام محدد. ولا نعني بذلك معناها التقليدي الشائع الذي يعني التصريف والاشتقاق.

(27) إن الأشكال المذكورة أعلاه تنقسم بدورها إلى أنواع أخرى تفصيلية وسوف نتعرض إلى ذلك في دراسات مستقلة تعالج موضوع النطق وعيوبه.

(28) أي تنفيذ الصوت في مناطق نطقية لأصوات أخرى، وليست في المنطقة الخاصة به. على سبيل المثال نطق الطاء تاءً والسين شيناً.

(29) إن الفرق بين الحبسة aphasia والحبسة الطفولية Childhood aphatic هو أن الأولى تعني فقدان القدرة كليا أو جزئيا على الكلام بسبب أذى يلحق الدماغ، بعد اكتمال النظام اللغوي (أي أنها خاصة بالكبار). أما الثانية فتعني فقدان تلك القدرة قبل اكتمال نمو اللغة، أي أنها خاصة بالصغار، والأسباب أيضا مركزية. ويطلق عليها تسمية أخرى alalia.

المصادر والمراجع(*)

1 • Garabias S. (red.), Przedmiot Logopedii W : Komunikacja językowa i jej Zaburzenia, Lublin 1991r.

2 • Kaczmarek L., Nasze dziecko uczy się mowy, Lublin 1977r.

3 • Kaczmarek L., Program Studiów logopedycznych. Lublin : UMCS 1981r.

4 • Kaczmarek L., korelacyjna Klasyfikacja Zaburzeń Stownego i pisemnego porozumiewania, Logopedia, Lublin 1975/12. Wydaw. Lubelskie, PP. 5-13.

5 • Kaczmarek L., O przedmiocie i Zadaniach Logopedii. Logopedia, Lublin 1962/4, Wydaw. Lubelskie, pp. 147-151.

6 • Kaczmarek L., Jan Baudouin de Courtenay - Prekursor nowoczesnej logopedii, Logopedia, Lublin 1983/14-15, Wydaw. Lubelskie, pp. 5-14.

7 • Kania J.T., Podstawy Ęj zykoznawczej Klasyfikacji Zaburzen mowy, JP 55/1975/,PP.104-112.

8 • Kania J.T., Podstawy językoznawczej klasyfikacji Zaburzeń mowy. JP 56/1975/. PP.181-188.

9 • Minczakiewicz E., Logopedia «wybrane Zagadnienia Z materiatami do ćwicze n», Kraków : Wydaw.Nau. WSP 1990r.

10 • Styczek I., Logopedia, Warszawa : PWN 1980.

11 • Szulc A., Podręczny Stownik Językoznawczego Stosowanego, Warszawa 1984.
12 • Wojnarowska E., Zaburzenia mowy, Warszawa 1983r.
13 • Zabrocki L., Cybernetyczny uktad Komunikacji Językowej, Logopedia, Lublin 1967/7, Wydaw. Lubelskie, PP. 3-23.

14 • أليكسو ـ مكتب تنسيق التعريب، المعجم الموحد لمصطلحات اللسانيات (انكليزي ـ فرنسي ـ عربي) تونس : مطابع اليكسو 1989.
15 • حامد عبد السلام زهران، «أمراض الكلام» في : الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة : عالم الكتب 1978، ص 517-519.
16 • حامد عبد السلام زهران، قاموس علم النفس (انكليزي ـ عربي)، القاهرة : عالم الكتب 1987.
17 • رمضان القذافي، «اضطراب الكلام» في : سايكولوجية الاعاقة، تونس ـ طرابلس : الدار العربية للكتاب، صفحة 199-201.
18 • عامر جبار صالح النداف «مخططات الأصوات العربية». مجلة اللسان العربي، العدد 1992/36، الصادرة عن مكتب تنسيق التعريب ـ أليكسو، الصفحات 83-102.
19 • عبد المجيد عبد الرحيم ولطفي بركات أحمد، تربية الطفل المعوق، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية 1979.
20 • فيصل محمد خير الزراد، اللغة واضطرابات النطق والكلام، الرياض : دار المريخ للنشر 1990.
21 • محمد عبد المؤمن حسين، «أمراض الكلام وعيوب النطق» في : سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، دار الفكر الجامعي (بدون تاريخ) صفحة 119-136.
22 • مصطفى فهمي، «العيوب والاضطرابات الكلامية» في : سيكولوجية الأطفال غير العاديين، القاهرة : دار مصر 1965، صفحة 99-135.
23 • مصطفى فهمي، أمراض الكلام، القاهرة، دار مصر 1975.

(*) إن الدراسات المذكورة أعلاه في اللغة البولندية هي دراسات أساسية بالنسبة للبحث المرفق، أما الدراسات العربية فقد استعملت بصفة عرضية، أو تمت الإشارة إليها ولم تستعمل.