

بناء وسائل التكفل بالاضطرابات اللغوية في الوسط الجزائري

مثال: الحبسة لدى الطفل الناطق بالعربية.

محمد حولة جامعة مستغانم

معروف فاخنت ، جامعة وهران

إشكالية البحث :

أن اضطراب الحبسة عند الطفل . والشيء نفسه ينطبق على اضطرابات اللغة الأخرى . يجب النظر إليها في أبعادها النفس لسانية الخاصة بالاستعمال اللغوي، بدلاً من الاهتمام بها ودراستها في جانبها البنيوي (Saussure, F, De 1972)، مع اخذ بعين الاعتبار طبيعة اللغة المستعملة لدى الطفل الحبسي، وهذا لغرض تأسيس برتوكول علاجي يُلْم بجميع الأعراض الملحوظة في حبسة الطفل ويحتوي على وسائل وتقنيات عيادية تُمَكِّن من فحص وتشخيص اللغة عند الأطفال الذين يعانون من الاضطراب اللغوي المتمثل في الحبسة؛ يضم وسائل وتقنيات كيفية على ثقافتنا ومجتمعنا الذي تعتبر العربية وسيلة اتصاله الأساسية وهذا لأجل ملأ الفراغ والنقص الذي يعاني منه المُختصين الأَرطوفونيين والنفسانيين والأطباء على السواء في إيجاد وسائل الفحص والتشخيص وبالتالي التكفل بهذا الاضطراب.

هذا لأن مختلف الاختبارات المستعملة من قبل الأخصائيين في مجتمعنا لغرض فحص وتشخيص أولئك التكفل النفسي . الأَرطوفوني بالحبسة لدى الطفل هي مقننة في بيئة غير بيئتنا ومؤسسة على لغة غير لغتنا لذا فهي تعكس فرق شاسع بين الوسط المقننة فيه والطبيعة الاجتماعية الثقافية لبيئتنا التي تُمارس فيها، يضاف إلى ذلك اختلاف الخصائص اللسانية للغة التأسيس واللغة المطبق عليها واللذان بالرغم من اشتراكهما في البنية العميقة إلا أنهما يختلفان في البنية السطحية كما يشير إلى ذلك تشومسكي (Chomsky,N, 1971).

لهذا فاعتماداً على هذا النوع من الاختبارات المستوردة لايمكن باحثينا ومُختصينا على السواء من محاكاة بشكل فعال اضطراب الحبسة لدى الطفل كما هو عليه في واقعنا، فلو أخذنا على سبيل المثال اختبار تشخيص الحبسة لبلاش دوكارن (Ducarne, B 1978) الأكثر استعمالاً من طرف الباحثين والأخصائيين، فإننا نجد أن محتوى بنوده لا يجيب على الأسئلة المقدمة من طرف الفاحص ولا المفحوص فيما يتعلق بلغته العربية في مختلف مستوياتها الصوتية والمعجمية والدلالية والتركيبية والاستعملية، وهذا نظراً لخصوصية هذه الأخيرة. يُضاف إلى ذلك غرابة بعض محتوياتها كهوية بعض الصور وغرابة بعض المواضيع المتناولة.

وحتى بعض محاولات تعديل هذه الوسائل كتكييف اختبار الحبسة MT¹ في الجزائر (Zellal 2000) وفي المغرب (فدوى نيد عبد الله 2003)، لم تفي بالغرض لأنها كانت مجرد ترجمة، ولأن

¹Examen de l'aphasie Montréal Toulouse.

التكييف يكون مرتبط ويخضع دائماً للأسس والمبادئ المبنى عليها الاختبار الأصلي. وبالتالي فدراسة السير اللغوية للطفل الحبسي الناطق بالعربية في جوانبها المتعلقة بالفهم والإنتاج اللغويين لا يمكن أن تتم بشكل فعال إلا في أبعادها اللسانية والاجتماعية والثقافية (Saussure,F,De 1971) و (Nouani,H 1991) و (Nouani,H 1995-1996).

هذا البروتوكول الذي نهدف من خلاله إلى تقصي لغة الطفل الحبسي الناطق بالعربية في جميع مستوياتها انطلاقاً من الفكرة الأساسية التي مفادها أن اضطراب الحبسة لدى الطفل يؤثر وبشكل مباشر على مستويات التحليل النفس لسانية الأساسية السالفة الذكر (Bay 1795) و (Pialoux 1975) و (Raondal et al 1982) و (Seron 1983).

ثم إن عملية تأسيس بنود البروتوكول كذلك يجب أن تخضع لكل ما ينطوي عليه الجدول العيادي لحبسة الطفل من اختلالات نطقية وأخطاء تركيبية وتقليل كمي وكيفي للغة الشفهية ومختلف مشاكل الفهم، وصعوبات اللغة المكتوبة والمشاكل المصاحبة لها واضطرابات الذاكرة والتذكر وضعف المفاهيم اللغوية المجردة الزمانية والمكانية وضعف أنظمة تمييز وإدماج الأصوات ومشاكل التحكم الإرادي في حركة الجهاز النطقي.

والحبسة عند الطفل الناطق بالعربية تُضيف لنا أبعاداً أخرى مهمة يجب أخذها بعين الاعتبار؛ تتمثل في الخصوصيات التي تميز بنية وشكل اللغة العربية في بلاغتها التي تسمح بالتعبير عن المعنى الواحد بعدة طرق متنوعة، ودور كذلك مستوياتها الصرفية والنحوية والصوتية في إرسال الرسالة وتحصيل المعنى من حيث الجانب البلاغي (معاني النحو).

فرضيات البحث

أ. تقنين بروتوكول علاجي شامل وخاص بتشخيص واختبار اللغة عند الطفل المصاب بالحبسة المتكلم العربي يسمح بالتكفل الجيد باضطراب لغة هذا الأخير.

ب. المكونات الصوتية والمعجمية والدالية والتركيبية والاستعمالية مؤشرات موضوعية تعكس ضعف الأداء اللغوي عند الطفل الحبسي.

ت. التحليل النفس لساني لخطاب الطفل المصاب بالحبسة الناطق بالعربية يكشف ويعرف بشكل أحسن على مواقع الخلل ومحاكاة طبيعة السير اللغوي لديه اعتماداً على خصوصية اللغة المستعملة.

الحبسة لدى الطفل

للتكلم عن حبسة الطفل يجب التطرق إلى الإرهاصات الأولى التي مهدت لظهور الاهتمام بها والتي تجسدت في التفرقة بين نوعيها؛ الخلقية والمكتسبة. فبالنسبة للأولى يولد الطفل فيها بإصابات دماغية تمنع عملية التوظيف اللغوي لديه، بينما في النوع الثاني يتعرض الطفل لإصابات دماغية بعد اكتساب قسط من الفهم والتعبير اللغويين بعد عمر زمني يحدده المختصون بثلاثين شهراً.

هذا التقسيم يطرح نفسه في إطار علم النفس العصبي، لأن حبسة الطفل تأتي في مقابل حبسة الراشد أين إصابة مراكز اللغة تحدث لدى الطفل خلال مراحل النمو على خلاف حبسة الراشد الذي تكون المراكز المسؤولة على اللغة في الدماغ أثناء الإصابة قد استوفت حقها من النضج.

يضاف إلى ذلك الانفصال التشريحي لمنطقتي التعبير والفهم لدى الراشد بحيث يمكن أن تصاب واحدة دون الأخرى فنحصل إما على اضطراب الفهم أو التعبير على خلاف الطفل الذي تنقسم حبسته إلى خلقية و مكتسبة أين تتواجد مشاكل في الإنتاج والفهم معاً وفي كلتا النوعين ولو اختلفت درجاتها وشدتها، و لكن بما أن الطفل في طور النضج فالاسترجاع يكون في اغلب الأحوال أفضل من حبسة الراشد.

الحبسة الخلقية

قام بنستون (Benston 1964) في تشخيصه للحبسة الخلقية *Aphasie congénitale* بإقصاء كل الحالات التي تتميز بتأخر حاد في الفهم والتعبير اللغويين الناجم عن تأخر عقلي أو المرتبط باضطرابات حادة في الشخصية، وعليه فالحبسة الخلقية تتمثل في اضطراب قدرات التعبير والفهم للعلامة اللسانية وهذه الصعوبة اللغوية تبدأ قبل سن الثلاثين شهر لدى طفل يمتلك ذكاء عادي (Rondal, 1982).

أما أجوريأقيرا (Ajuriageurra 1958) فيرى بأن قدرات الفهم والتعبير لدى الحبسي الخلقى تكون دائمة مصابة بنفس الشكل، ولدى بعض الحالات فان اضطرابات التعبير تكون مرتبطة بالنمو الوظيفي المتأخر للذاكرة الحسية الحركية للكلام *kinesthésique* هذا الأخير المرتبط بالمنطقة الخلفية للتلفيف الجبهي السفلي للغة (منطقة بروكا) الشيء الذي يجعل الإكتساب اللغوي جزئي وتطوره بطيء.

يحتوي خطاب الطفل المصاب بالحبسة الخلقية على تصويت مضطرب ويتميز بال تكرار لبعض البنيات الصوتية كما يعاني الطفل من عدم القدرة على التحكم الإرادي في حركة الجهاز النطقي ومعظم الأطفال لا يستطيعون إعادة إنتاج مقاطع صوتية بشكل صحيح ويواجهون صعوبة في التمكن من القواعد الشكلية كما يتميزون بصعوبة الفهم ولا يتسنى لهم اكتساب اللغة المكتوبة.

وهكذا فالحبسة الخلقية ليست اختلال في اللغة بل هي صعوبة في إدماجها وتوظيفها، وبشكل خاص اختلال في التوظيف الصوتي السمعي (Aljouanine 1968)، إذاً فهي أساساً صعوبة وخلل في القدرة على معالجة العلامات السمعية وعلى التحليل الفونولوجي للغة الشفهية والعمليات التسلسلية للأحداث الزمنية التي يرجع منشأها إلى المناطق القشرية *cortex* في نصف الكرة المخية اليسرى.

يؤثر هذا الاضطراب على مستويي اللغة المتمثلان في التعبير والفهم معاً لدى الطفل الذي يمتلك ذكاء طبيعى ولا يعاني من اضطرابات حسية حركية معتبرة.

الحبسة المكتسبة

تُعرّف الحبسة المكتسبة *Aphasie acquise* لدى الطفل بأنها اضطراب في اللغة ناجم عن إصابة موضوعية في الجهاز العصبي المركزي لدى طفل اكتسب مستوى معين من الفهم والتعبير اللغويين (Seron 1983 ص35). وهنا يجب الانتباه إلى أن هناك خلط بين الحبسة الخلقية والحبسة المكتسبة واضطرابات أخرى تخص مرحلة النمو اللغوي لدى الطفل على أساس أن هناك صعوبات تطرح لدى تشخيص الحبسة المكتسبة أهمها عدم وجود مرجعية معتمدة في أن يكون الطفل قد اكتسب مستوى معين من اللغة وخاصة قبل سن الثالثة من العمر. كما يتداخل في هذه المرحلة التأخر في النمو مع عدم تطور اللغة.

يتميز الجدول العيادي لحبسة الطفل المكتسبة بسيادة في اضطرابات التعبير الشفهي على الفهم الشفهي ففي ما يتعلق بالفهم بعض الباحثين يركزون على أن اضطرابات الفهم تزيد بتقدم الطفل في العمر وبالنسبة لـ باي (Bay 1975) لا تظهر هذه المشاكل إلا بعد ست سنوات، ويتجلى الاضطراب على مستوى التعبير الشفهي في شكل تقليل كمي وكيفي للغة الشفهية العفوية الذي يبدأ في شكل خرس، كما نجد تبسيط في التراكيب¹ تقترب من الأخطاء التركيبية الموجودة لدى الراشد، ونلمس كذلك تقليل للمخزون المعجمي مع القليل من الاضطرابات النطقية كما يمكن أن نجد القولية *stéréotypés* والمثابة *persévérations* التي يتميز بها خطاب الراشد (Aljouanine et l'Hermite 1965).

يركز معظم الباحثين على خلو حبسة الطفل من الاضطرابات الايجابية من مثل الثثرة *logorrhée* والحُبْسِيَّة الدلالية والصوتية² ومن الترطين *jargon*، وبالنسبة لاضطرابات اللغة المكتوبة تظهر غالباً في المرحلة الحادة والكتابة تكون أكثر إصابة من القراءة (Rondal, Seron et al 1982).

من مميزات الحبسة المكتسبة هو بقاء أعراض على شكل صعوبات في الاكتسابات مع تأخر مدرسي ولكن مع كل هذا فإن إمكانية الاسترجاع السريع تعتبر أهم ما يميزها (Launy 1975).

تأسيس بروتوكول الفحص والتكفل المبكر

في اختيار بنود هذا البروتوكول تم التركيز على فكرة أساسية مفادها أن اضطراب الحبسة لدى الطفل يؤثر وبشكل مباشر على المستويات اللغوية التالية: الصوتية والمعجمية والتركيبية والدلالية وخاصة الاستعمالية، لذا أدرجنا لكل مستوى بند خاص به يفحصه ويهتم به، على أن يظهر المستويين الدلالي والاستعمالي في كل من بند اللفظة والجملة، كما أن هذا التقسيم يضم في طياته شكلي اللغة المتمثلان في التعبير والفهم اللذان يكونان غالباً مُصابان معاً وعلى خلاف الحبسة لدى الراشد. وقد تم التركيز داخل هذه البنود على أهم ما يميز اللسان العربي وما يُسهم ويساعدنا في تشخيص الحبسة لدى الطفل المتكلم العربي من جهة.

مكونات البروتوكول

¹ لدى الطفل نجد تراكيب مبسطة ولكن قليلة الأخطاء مقارنة بالراشد أين نجد أخطاء تركيبية محضة.

² والتي هي عبارة عن اضطراب يُفسد فيه المصاب الكلمات بتبديل *Paraphrasie sémantique et paraphrasie phonétique* فونيماتها أو مقاطعها أو باستبدال كلمة بأخرى تشبهها في اللفظ.

يتضمن هذا البروتوكول مقابلة نفسية . أرطوفونية وسبعة بنود تهتم بِكُلِّ من المفاهيم الأساسية والأصوات واللفظة والجملّة والقراءة والكتابة زائد بند يفحص الأعراض المُرفقة للحبسة لدى الطفل يتعلق بكل من الأبرا كسيا الفمية . الوجهية و الأقنوزيا السمعية.

أ.المقابلة النفسية . الأرطوفونية: وتحتوي على المعلومات البيانية و السوابق المرضية للحالة (الحمل والولادة) والتطور النفسي . الحركي للحالة والاتصال قبل اللغوي والنمو اللغوي والعلاقات والاندماج قبل المدرسي والتدريس.

ب.المفاهيم الأساسية: المفاهيم الأساسية المُتمثلة في الألوان والمخطط الجسدي و المكان والجانبية والعدد والزمن تُجسّد العلاقة بين اللسان والمعلومات حول العالم المُعبر عنها بمفهوم الدلالة. و لهذه المفاهيم الأساسية علاقة مباشرة بالحبسة لدى الطفل، وعلى غرار بقية الاضطرابات اللغوية الأخرى، من حيث كونها تجسد القاعدة المعرفية المتدخلة في اكتساب وسير اللغة لدى الطفل، فاضطراب اللغة لدى الطفل يعني اضطراب هذه المفاهيم بشكل أو بآخر، باعتبارها مفاهيم مرتبطة ارتباطاً وثيقاً باللغة شفوية كانت أم مكتوبة.

ت.الأصوات: نهدف بهذا الجزء الأساسي من البروتوكول إلى فحص الأعراض المتعلقة بالجانب الصوتي لدى الطفل الحبسي من إختلالات نطقية واضطرابات تمييز وإدماج الأصوات، وعدم القدرة على تذكر المقاطع الصوتية وصعوبات إدراك الأصوات إضافة إلى اضطراب التصويت، والتي تأخذ قسطاً مهماً في الجدول العيادي لحبسة الطفل. وطريقة اختيارنا لمحتويات هذا الجزء مردها إلى تصنيف اللسانيون العرب للأصوات العربية.

ث.اللفظة (المستوى المعجمي . الدلالي): يتعلق هذا الجزء بمستوى اللفظة المتمثلة في الوحدة القابلة للإمتداد بالزيادة الخاضعة لأصول معينة (عبد الرحمان الحاج صالح 2007 ص 10) والتي اختص بدراستها النحاة القدامى وعرفوها في علاقتها بالكلمة. ونحن نهدف من خلالها إلى محاكاة سجل المعجمي الدلالي للطفل الحبسي في كلا شقيه التعبير والفهم، إضافةً لفحص الذاكرة المعجمية والدلالية. ويضم هذا البند ست فقرات متمثلة في كل من تكرار الكلمات وإنتاج الكلمات والسيولة الدلالية والفهم الدلالي والتمييز الفونولوجي والحوار.

ج.الجملّة (المستوى التركيبي . الدلالي): يهدف هذا المستوى إلى اختبار مقدرة الطفل الحبسي في التمكن من بناء جمل وفق القواعد التركيبية للغة العربية، و على التمكن من فهم مقولات الآخرين في هذا الإطار، كما يُجسد كيفية تحقيق الطفل الحبسي لقواعد الاستعمال اللغوي التي تبرز من خلال البنيات الصغرى والكبرى (Nouani, 1995-1996)؛ بحيث تتمثل البنيات الكبرى في دراسة الموضوع وأسلوب بنائه وفي الكيفية التي يتم بها نقل المعنى والمعلومات. أما البنيات الصغرى فتتجهت بدراسة الترابط والالتحام في علاقة العبارات ببعضها البعض، ودراسة عبارات المتكلم والإشارات وأدوات الإحالة و

ظروف الزمن والمكان. ويحتوي هذا البند على الفقرات التالية؛ إنتاج الجمل و فهم الجمل والسرد الموجه والسرد العفوي.

ح. القراءة¹: يحتوي هذا البند على ثلاث فقرات؛ قراءة الحروف و المقاطع والتعرف على الحروف والمقاطع وقراءة الكلمات.

خ. الكتابة²: يضم هذا البند خمس فقرات وهي: التخطيط قبل الكتابي ونقل الحروف والمقاطع وإملاء الحروف والمقاطع ونقل وإملاء الكلمات

د. فحص الأعراض المرفقة: يحتوي هذا البند على فحص وتشخيص بعض الاضطرابات المصاحبة للحبسة لدى الطفل والمتمثلة في كل من الأبرا كسيا الفمية . الوجهية والأفئوزيا السمعية.

عينة البحث

تمثلت الأولى في ستة وثلاثين طفل يعانون من حبسة تتراوح أعمارهم بين الخامسة والاثنا عشر سنة، تم اختيارهم بشكل مقصود على مستوى كل من مراكز التكفل الارطوفوني بالأطفال و المستشفيات الجامعية.

دراسة الخصائص السيكومترية للبروتوكول

تبين النتائج المبيّنة في الجدول رقم (01) التقارب الكبير بين نتائج تطبيق البروتوكول الأول والثاني، وفي الوقت نفسه تعبر عن وجود اضطراب؛ أي أننا أمام حالات تُعاني من اضطراب لغوي واختلال المفاهيم المرتبطة به والأعراض المرافقة له راجعة لإصابتها بحبسة الطفل. فلم يكن هناك تَغَايُر في النتائج إلا بشكل طفيف وان قيم معاملات الارتباط جاءت دالة الشيء الذي يجعل هذا البروتوكول يتصف بصفة الثبات.

بنود البرتوكول	المفاهيم	الأصوات	اللفظة	الجملة	القراءة	الكتابة	الابراكسيا	الاقنوزيا
معامل الثبات	**0,94	**0,96	**0,74	**0,95	**0,96	**0,80	0,92**	**0,97
مستوى الدلالة	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001	0,001

**ترمز إلى أن كل العلاقات دالة عند مستوى دلالة 0,001

جدول رقم (01) يبين معاملات الثبات بين التطبيق الأول والثاني لكل بند من بنود البروتوكول

مناقشة النتائج

	المفاهيم	الأصوات	اللفظة	الجملة	القراءة	الكتابة	الابراكسيا	الاقنوزيا
عدد الحالات	36	36	36	36	36	36	36	36
المتوسط	70.14	78.72	57.33	31.03	12.42	17.11	14.28	8.4
الانحراف م.	16.14	17.27	13.92	8.91	8.31	10.34	3.92	1.42
أدنى درجة	30	28	32	16	0	0	6	4
أعلى درجة	98	98	92	50	28	42	20	10

¹ يخص هذا البند الأطفال الذين يمتلكون مستوى من التمدرس يفوق أويساوي السنين.

² هذا البند يُطبَّق فقط للذين لهم مستوى من التمدرس يفوق أويساوي السنين.

المجموع	100	100	100	60	30	50	20	10
---------	-----	-----	-----	----	----	----	----	----

جدول رقم (02) نتائج تطبيق بنود البرتوكول على العينة

بينت النتائج المتوصل إليها على أن اضطراب اللغة لدى الطفل الحبسي المتكلم العربي، والذي وإن كانت أعراضه في جانبها العضوي والعصبي تسير نظرائه على الصعيد العالمي باعتبارها أعراض تخضع للقوانين الفيزيولوجية الطبيعة العالمية، إلا أن مُعطيات الاضطراب على الصعيد اللغوي الاجتماعي وجدناها تختص وتتميز وتختلف وذلك لاختلاف لغته وخصوصيتها ولطبيعة الوسط النفسي . الاجتماعي والثقافي الذي يعيش فيه ووفقاً لذلك تم بناء البرتوكول هدف الدراسة. بحيث سجلنا على مستوى التناول الإجرائي ظهور الأعراض التي تميز خطاب الحالات الست والثلاثون، وتبين الضعف اللغوي من خلال نتائج متوسطات مختلف بنود البرتوكول التي تمثلت في 14،70 من مائة لبند المفاهيم و72،78 من مائة لبند الأصوات و33،57 من مائة لبند اللفظة و31،03 من ستون لبند الجمل و42،12 من ثلاثون و11،17 من خمسين لكل من بندي القراءة والكتابة على التوالي.

وقد كشف لنا طبيعة تَمَظْهُر الاضطرابات اللغوية أو أعراض الحبسة لدى مختلف الحالات المدروسة، انطلاقاً من انتهاجنا في ذلك نهج المقاربة التوحيدية التداولية التي ترى في الحبسة لدى الطفل فعل سيكولوجي للغة واضطراب موحد وشامل، لكونها تُؤثر على جميع أشكال الإنتاج والفهم اللغويين، ويفقد على إثرها الطفل الحبسي القدرة على التحكم في الرموز اللغوية، كما أنها تأخذ أشكالاً متنوعة حسب كل حالة ومعاشها النفسي الاجتماعي.

فالأعراض المتعلقة بالمفاهيم الأساسية التي أوضحت النتائج بان اكتسابها ضعيف لدى الطفل الحبسي تعود إلى ضعف المفاهيم اللغوية المجردة الزمانية والمكانية، وهناك أيضاً اختلال الأصوات الناجم عن ضعف القدرة في التحكم الإرادي في حركة الجهاز النطقي من جهة والمرتبطة بصعوبة النفاذ إلى القاموس الصوتي من جهة أخرى، يُضاف إليها الاضطرابات التي تُخص اللفظة، والتي تُرجمت على مستوى خطابات الحالات في عدم التحكم في الأصناف المعجمية وفي نقص الكلمة أو إحلال مكانها الإشارات أو الإيماءات وفي ضعف المخزون المعجمي والتقليل الكمي والكيفي للغة الشفهية الذي وصل أحياناً ولدى بعض من الحالات إلى الخرس.

كما نجد الاضطرابات المتعلقة بالجملة وذلك من خلال عدم تمكن الحالات من التحكم في الأصناف التركيبية ومن الصعوبات الملموسة لديهم في القواعد الشكلية وتُمَيِّز إيقاع كلامهم بالبطيء والمتقطع وفي استعمالهم لتراكيب مبسطة التي غالباً ما رافقتها أخطاء، يُضاف إلى ذلك الاضطرابات المتعلقة باللغة المكتوبة والأعراض المرفقة التي تمثلت في كُلاً من الأبراكسيا الفمية . الوجهية والأفئوزيا السمعية بمتوسطات 28،14 من عشرين و61،8 من عشرة على التوالي. ونظراً لقلّة التكفل الأرتوفاوني أو شبه انعدامه لدى أغلب الحالات فإن هذه الاضطرابات الأخيرة تفاقمت عبر تاريخ نمو الحالات.

ولأجل التحقق من فرضيات بحثنا هذا عمدنا إلى التطرق لمختلف الأبحاث التي تناولت الحبسة لدى الطفل في معطياتها العصبية واللسانية والنفس لسانية، وإلى تناول أهم المقاربات اللسانية التي توضح لنا ملامح الخصوصية والانفراد التي يتميز بها اللسان العربي على الصعيد الصوتي والمعجمي والدلالي والتركيبى والنحوي والاستعمالي.

ففي إطار محتوى **الفرضية الأولى**، وبما أن للطفل المتكلم العربي خصوصية وتَمَيُّز على المستوى اللغوي والاجتماعي والثقافي، فهذا يستدعي منا تأسيس بروتوكول علاجي خاص به، من منطلق أنه لا يمكننا أن نفحص ونشخص حالة طفل حبسي يعيش في وسط يتكلم العربية بوسائل مُؤَسَّسة في وسط مُعَايير، وتعتمد على لغة غير لغته وخاضعة لمعايير اجتماعية وثقافية أخرى، فهذا يُصَعِّب من مهمة المختصين.

وقد كان منطلق هذه الدراسة يهتم بالبحث في خصوصية اللسان العربي في جميع مستوياته الصوتية والنحوية والبلاغية والتركيبية والتداولية، وتضمن ذلك **الفرض الثاني** القاضي بكون هذه المكونات مؤشرات موضوعية تعكس ضعف الأداء اللغوي عند الطفل الحبسي، وهذا قصد بناء بنود البروتوكول وفقاً لذلك، ولأجل إخضاع الطفل الحبسي الناطق به إلى التشخيص والفحص والعلاج تم بناء هذا البروتوكول على أساس ذلك.

وقد اتضح لنا من خلال نظريات اللسانيون العرب اختصاص العربية ببعض الظواهر اللغوية الصوتية والمعجمية والتركيبية والدلالية والنحوية والبلاغية، وعليه واعتماداً على ما توصلنا إليه من نتائج كمية وكيفية (الأخطاء الصوتية، ضعف المعجم، الاضطرابات التركيبية، صعوبة فهم الكلمات...) إثر تطبيقنا لمختلف بنود البروتوكول على العينة.

كما تبين لنا مدى أهمية وضرورة أخذ هذا بعين الاعتبار في كُلِّ تَتَأَوَّلٍ للغة لدى الطفل الحبسي المتكلم العربي وليكون المنطلق لفهم طبيعة الاتصال اللغوي واضطرابه لدى هذا الأخير. فمن خلال نتائج المستوى الصوتي (78،72 من مائة وانحراف معياري 17.27) المُنْتَأَوَّلُ في البند الثاني من البروتوكول توصلنا إلى ارتباط الصعوبة لدى الحالات . في الحروف التي تعتبر في العربية الوحدة المميزة وتتحدد بخاصيتين هما المخرج والصفة حسب **ابن جني** . ارتباطها بخاصيات الإدغام والإبدال، وبمفهومي الجهر والهمس المرتبطان بجريان النفس أو انحباس جريانه من جهة، وبالضغط على الحرف في موضعه أو عدم حدوث ذلك من جهة أخرى كما يشير إلى ذلك **سيبويه**، ثم إن هناك تقارب لبعض الحروف في الأداء الصوتي، من ما يوجي للمتكلم/ المستمع بالخلط بينها أثناء النطق بها كحالة التاء والطاء والزاي والذال والظاء.

إضافةً إلى أنه اتضح لنا مدى أهمية اعتماد التحليل الوظيفي للصوتيات العربية، القائم على التمييز بين الحروف الأصلية والحروف الفرعية التي لا تتأثر الكلمة بوجودها، لذا فنتائج تطبيق بند الأصوات من البروتوكول جاءت تتماشى مع هذا. والنظام الصوتي للسان العربي يَتَمَيَّزُ بكونه مصفوفة تُرتَّبُ

المخارج على مستواه على شكل أجناس عمودية من الأصوات على المحور الأفقي، يتفرع كل جنس عن الآخر بزيادة؛ فنجد مثلاً المد ثم اللين ثم الرخو ثم ما بين الرخاوة والشدة ثم الشديد، وهذا يصعب فهمه في إطار نظام المحورية لدى جاكبسون؛ بمعنى أنه خاص باللغة العربية ونظام المحورية الذي أقامه جاكبسون أسس على غير العربية، كما أن بعض الكلمات في العربية لا يصلح معها التقطيع المتبع في اللسانيات الغربية، والمعتمد على الزيادة اللاحقة لغرض استخراج القطع الصوتية الدالة على الجمع، بل يُلجأ إلى مجموع الكلمة ككل.

أما المستوى الدلالي الذي انقسم بين بندي اللفظة والجمله فقد اتضح لنا من خلال النتائج استحالة حصول المعنى لدى الطفل الحبسي بصفة خاصة، و في الاتصال اللغوي العادي عامة، من غير استعمال أو ممارسة لأنه حدث كلامي¹ يتأثر بالعوامل الخارجية، كالظروف النفسية والاجتماعية والعقلية، كما نلمس ذلك في نصوص ابن جني، وعليه فيجب مراعاة الظروف النفسية والعقلية والاجتماعية الخاصة بالطفل الحبسي المتكلم العربي.

كما وجدنا إفادة في تقسيم الدلالات عند العلماء العرب إلى دلالة لفظية طبيعية وعقلية وإلى دلالة تطابق والتزام وتضمن وإلى مجاز وحقيقة، وكذلك إلى دلالة النص وإشارته وعبارته؛ تجلت هذه الإفادت في محتوى فقرات بُنْدِي اللفظة والجمله من مثل السيولة الدلالية والفهم الدلالي والتمييز الفونولوجي، أين اعتمدنا التقسيمات الدلالية السابقة في تحديد محتوى وقياس النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق بنود البروتوكول هذه.

وقد جاء اعتمادنا على بند اللفظة . الذي يعتبر اختصاص من اكتشاف النحاة العرب القدامى، بحيث يعتبرونها؛ أي اللفظة مستوى لغوي يتوسط الكلمة والجمله . فجاء اعتمادنا عليها من مبدأ كون اللفظة تعتبر النواة، فهي تُشَكِّل المنطلق في التحليل اللغوي، كما يرى ذلك النحاة العرب في إطار نظرية المعاني.

وفي ما يخص الحوار المعتمد في دراستنا هذه، والذي جسدها من خلال المقابلات بين الحالة والفاحص، كنا نرمي به إلى خلق تفاعل لغوي يسمح لنا بإبراز طبيعة السير اللغوية لدى الطفل الحبسي من خلال الأداءات اللغوية المتنوعة، والتي بيّنت نتائج بحثنا بأنها فقيرة في خطاب هذا الأخير. وقد كشف لنا السرد باعتباره سيرة لغوية مركبة عن إمكانية تحليل الصعوبات المعجمية . التركيبية للطفل الحبسي الناطق بالعربية، وهذا انطلاقاً من اعتمادنا فيه على صور القصة المتسلسلة، حيث تحمل الصور مجموعة الأحداث التي تدفع بالطفل الحبسي إلى خلق استراتيجيات متنوعة وتسمح لنا بالمقابل من مراقبة طبيعة هذه الصعوبات المعجمية . التركيبية لعملية الترميز وبناء الصياغة السردية لدى الطفل الحبسي الناطق بالعربية انطلاقاً من المواضيع المقدمة التي انبثقت عن الواقع المعاش لحالات بحثنا، وعن علاقة الأفعال والفاعلين وبالتالي إنتاج استراتيجيات أكثر ملائمة.

¹ أو فعل كلامي كما يطلق عليها في اللسانيات الغربية.

على المستوى التركيبي الذي مثله بند الجملة، كشفت النتائج عن الصعوبة التي يُعاني منه الطفل الحبسي في بناء وصياغة عباراته، وفهم هذه الصعوبة يتطلب فهم طبيعة التراكيب الخاصة بالعربية، وهنا يمكن تجسيد ما ذهب إليه **حاج الصالح عبد الرحمان** في إمكانية الاستفادة من أفكار النظرية الخيلية في التكفل بالاضطرابات اللغوية، فلو عدنا إلى التكلم عن اللفظة باعتبارها وحدة قابلة للامتداد بالزيادة و فق قوانين العربية، فالزوائد على الوحدة التركيبية هذه تؤثر تأثيراً لفظياً ودلالياً على ما تدخل عليه، ومن هذا الأساس يعتبر اللسانيون العرب هذه الزيادة المؤثرة عاملاً وما تُؤثر فيه معمولاً و الذي أطلق عليه **سيبويه** و**الفراهيدي** المعمول الأول فيكون العامل مع هذا المعمول زوجاً مرتباً نظراً لاستحالة تقدم احد المعمولين على عامله.

فهذا الترتيب الرياضي للكلام يُمكننا من وضع إطار عملي للغة الطفل الحبسي وفقاً لهذا النظام في ما يتعلق بتركيب الكلام، فقد اتسمت اغلب خطابات الحالات بالغموض حتى بمساعدة السياق، وما يساعدنا هنا هو هذا الترتيب الرياضي للجمل لأن الذي يحكم الجملة في هذا هو العامل المتمثل في الألفاظ الوظيفية والتصريفات إضافةً إلى وسائل أخرى مثل الأنماط المميزة كالتأكيد أو السكتة أو طبقة الصوت. أما بنود اللغة المكتوبة فقد بينت النتائج أنها أكثر إصابة من اللغة الشفهية، وهذا يتماشى مع المقاربات النظرية لحبسة الطفل، فنتائج حالات الاطفال الحبسين المدروسة أظهرت الاختلالات على المستوى الكمي والكيفي، ولخصوصيات التي تُميز اللسان العربي في شكله المكتوب تعتبر عامل يتدخل في ذلك بشكل أو بآخر؛ فهو يتميز بتشابه عدد مهم من حروفه في رسمها الخطي مثل الجيم والحاء والفاء، وبتنوع الشكل الكتابي للحرف الواحد يخص ذلك بعض الحروف مثل الكاف والهاء، كما تلعب الحروف الصائتة والصامتة دوراً في ذلك فتتطق في كلمة ولا تتطق في غيرها، إضافة إلى الحركات كالفتحة والكسرة والضمة والتنوين.

ومن كل ما سبق فان محتوى **الفرض الثالث** القائل بالتحليل النفس لساني لخطاب الطفل المصاب بالحبسة الناطق بالعربية يمكننا فعلاً من التعرف بشكل أحسن على مواقع الخل ومحاكاة طبيعة السير اللغوي لديه اعتماداً على خصوصية اللغة المستعملة.

خلاصة

يمكننا القول أنم حبسة الطفل لم تلقى نفس الاهتمام الذي حظيت به الحبسة لدى الراشد في المدارس الغربية على الرغم من ملازمتها لها في الواقع، اعتباراً من أنها لا تتأ من كونها اضطراب وظاهرة تُلازم الأطفال في جميع الأوساط والمجتمعات، أما على الصعيد العربي فكثيراً من الاضطرابات اللغوية الأخرى هي قليلة الأبحاث التي اهتمت بها.

وإيماناً منا بالفراغ الذي يعيشه مجال البحث العربي فقد حاولنا جاهدين وضع إطار نظري وتطبيقي لما يتعلق بها على صعيد البحث والتطبيق التي يواجهها الباحثين في دراسة هذا الاضطراب، والمختصين في مجال التكفل به، حيث عدم توافق الوسائل المستعملة مع طبيعة الحالات، وهذا لغربة واقعها المبنية فيه

عن الوسط المطبقة فيه من جهة وللاختلاف الشاسع بين لغة منشأها ولغة استعمالها وبالتالي لا يمكنها الإجابة عن أسئلة الفاحص ولا تساؤلات المفحوص.

ثم إننا وصلنا من خلال نتائج بحثنا هذا إلى ضرورة تخصيص اهتمام متزايد لطبيعة لغة حالاتنا التي تمثلت في العربية وما تتميز به على الصعيد الصوتي والمعجمي والدلالي والتركيبى والنحوي والصرفي والاستعمالي، وقد آن الأوان للباحث العربي في إطار المقاربات الحالية وفي ما يتعلق بلغة الطفل الحبسي الناطق بالعربية لبحث له عن مكان بين هذه المقاربات ويؤسس لنظرية تخدم أطفال مجتمعه الذين يعانون من هذا الاضطراب نظراً لأنه لا يمكننا الاستمرار في هذا الإغفال الموجود حالياً والذي نجم عنه الإسقاط الأعمى للبحوث التي تُقام في الجهة الأخرى، فالأولى هو دراستنا لواقعنا كما هو أولاً ثم الاستفادة من المقاربات الأخرى في إطارها المحدود ثانياً.

المراجع :

1. بوعناني مصطفى و زغبوش بنعيسى.(2006). المعالجة الآلية للغة: مسارات تحليل الجملة العربية باعتماد نماذج شبكات الانتقال.مجلة كلية الآداب والعلوم الانسانية،العدد14، فاس.
2. الجاحظ أبي عثمان عمرو بن بحر، تحقيق درويش جويدي.(2001). البيان والتبيين. المكتبة العصرية، بيروت.
3. الجرجاني عبد القاهر، تحقيق محمد الفاضلي(2001).أسرار البلاغة. المكتبة العصرية،بيروت،ط3.
4. الحاج صالح عبد الرحمان.(2007). النظرية الخليلية الحديثة.كراسات مركز البحث العلمي والتقني لتطوير اللغة العربية بالجزائر.العددالرابع،دارهوم،الجزائر.
5. الحاج صالح عبد الرحمان.(1995). التحليل العلمي للنصوص بين علم الأسلوب وعلم الدلالة والبلاغة العربية.مجلة المبرز،العدد6،ص ص31،9.
6. حركاتمصطفى.(1998). الصوتيات والفونولوجيا. دار الآفاق،الجزائر.
7. حساني أحمد (1993).المكون الدلالي للفعل في اللسان العربي.د.م.ج، الجزائر.
8. حميدة مصطفى.(1997). نظام الإرتباط والربط في تركيب الجملة العربية.الشركة المصرية العالمية للنشر،لونجمان.
9. حولة محمد ونواني حسين و بوطالب جميلة.(2003،2005).الفهم والإنتاج اللغويين عند الطفل المتكلم العربي؛ تأسيس بروتوكول لتشخيص وفحص اللغة مكيفاً على الواقع الاجتماعي اللساني للمجتمع الجزائري.CRASC، وهران.
10. حولة محمد.(2008).تقديم حسين نواني. حبسة الطفل المكتسبة؛ دراسة نفس لسانية. الدار العالمية للكتاب،لبنان.
11. حولة محمد.(2011). الارطوفونيا؛ اضطرابات اللغة والكلام والصوت.دار هوم،الجزائر.ط4
12. سيبويه أبو بشر عمرو بن قنبر.(1991).تحقيق عبد السلام محمد هارون.الكتاب. دار الجيل،بيروت.

13. السيوطي. (1987). المزهر في علوم اللغة وأنواعها. المكتبة العصرية، صيدا بيروت.
14. المبرد أبي العباس محمد بن يزيد، تحقيق على محمد النجار. الكامل. المكتبة العلمية، بيروت، (دت).
15. Borel-Maisonny, S et Launay, C et all. (1975). Troubles du langage, de la parole et de la voix chez l'enfant. Ed, Masson, Paris.
16. Bruner, J, S. (1993). Le développement de l'enfant : savoir faire, savoir dire. Ed, Puf, paris. 4^{ème} édition.
17. Caron, Jean. (1983). L'élaboration d'une situation discursive : analyse d'un discours d'enfant. In Rééducation orthophonique. Vol 21, n° 133.
18. Cazayus, Paul. (1977). L'Aphasie du point de vue du psychologue. Ed Mardaga.
19. CHOMSKY, Noam, Tr, Calvet, L, J. (1970). le langage et la pensée. Ed Payot.
20. Dominique – Gineste, Marie et François- Le- Ny, Jean. (2002). psychologie cognitive du langage. Ed, Dunod, Paris.
21. Dubois, j et all. (1973). Dictionnaire de linguistique. Larousse, Paris.
22. Durieu, collette. (1969). la rééducation des aphasiques. Charles Dessart, bruxelles.
23. Fayol, Michel. (1980). Le récit et sa construction. Delachaux et Niestlé, Paris.
24. François, Frédéric. (1993). Les pratiques de l'oral. Nathan, Paris.
25. Geneviève, De Weeck et all. (1996). Troubles du développement du langage. Delachaux et Niestlé, Paris.
26. Haoula, moahmed. (2007). La selection et la combinaison dans le discours de l'enfant aphasique: etude psycholinguistiques de la conduit de recit. In revue langage et cognition n°02, université d'Alger.
27. Houde, O et all (1998). vocabulaire de sciences cognitives. Puf, Paris.
28. Jakobson, Roman. traduit par Jean-paul Bonns et Rodmila Zygyours (1969). Langage enfant et aphasie. Ed, Minuit, Paris.
29. Lambert, J. (1999). Thérapie du manque du mot. La rééducation en neuropsychologie études de cas, Ed, solal, Marseille.
30. Lecours, A, R et L'Hermite, F. (1989). L'aphasie. Ed, Flammarion.
31. Marin, Brigitte et Legros Denis. (2008). psycholinguistique cognitive. Ed, De Boeck, Bruxelles.
32. Mawhoub, Mourad. prosodie et ordre des constituants dans l'énoncé en arabe standard moderne. Université de Maroc (article sur net).
33. Nouani, Hocine. (1995- 1996). Ebauche d'analyse du discours. In psychologie N° 5-6. , SARP, pp 213-239.
34. Piaget, jean. (1976). Le langage et la pensée chez l'enfant. Ed, Delachaux et Niestlé 9^{ème} édition, Paris.
35. Pialoux, P et all. (1975). Précis d'orthophonie. Ed, Masson, Paris.
36. Rondal, Jean, A et Xavier, Seron et all. (1982). Troubles du langage: diagnostic et rééducation. Ed, Mardaga, bruxelles.
37. Sadek, Khalil Denise. (1984). A propos des aphasies de l'enfant : les ruptures de l'apprentissage. In Rééducation orthophonique, Vol 22, n° 139.
38. Saussure, F, DE. (1972). Cours de linguistique générale. Ed, Payot, Paris.
39. Seron, Xavier et Van Hout, A. (1983). L'Aphasie de l'enfant et les bases biologique du langage. Mardaga.