

الفصل الرابع
عُسر القراءة والتلعثم

تمهيد :

سبق أن الطلاب ذوي صعوبات التعلم Learning Disabilities يتصفون بقدرة عقلية ليست بالضعيفة ؛ إذ تفوق القدرات المتوسطة ، كما تتبى بذلك مقاييس الذكاء ، بيد أنهم يتصفون بتقلص في علاقاتهم الاجتماعية ، وضعف في تحصيلهم الأكاديمي ، وبخاصة حال مقارنتهم بقدراتهم العقلية أو بأقرانهم من نفس السن والصف الدراسي.

وذوو صعوبات التعلم يبدو لديهم عدم القدرة على إدراك الفرق بين أصوات الحروف المختلفة ومن ثم يبدل نطقها مكان بعضها البعض ، ولا سيما الأصوات المتشابهة منها مثل (س، ص، ث، ف) ، (ط، ت) ، (ك، ق) ، وقد أشارت دراسات عديدة إلى معاناتهم من اضطراب التلعثم ، وبعد التلعثم أقرب صعوبات التعلم صلة بعسر القراءة ، ولذا كان من المفيد أن نتعرف عليه بشيء من الإيجاز من خلال المباحث التالية :

أولاً: تعريف التلعثم :

التلعثم كأحد عيوب الكلام ، يتصف بعدم وجود سيوله في خروج المقاطع الأولى من الجمل ؛ مما قد يظهر على شكل وقفات أو تكرار لمقاطع مفهومه أو أصوات غير مفهومه ، وغالباً ما يتزامن مع هذه الوقفات أو التكرار حركات شبه إرادية لبعض أجزاء الجسم.

وهو (كذلك) : اضطراب في الطلاقة اللفظية ومعدل سرعة الكلام، يصحبه أسلوب تنفس غير صحيح يؤدي إلى عدم انسجام أعضاء الكلام ، يظهر في صورة توقف ، أو تطويل ، أو تكرار للصوت أو المقطع أو الكلمة ، وله أصل نفسي يؤدي إلى الخوف من الكلام وتحاشيه في مواقف معينة. (محمد النحاس ٢٠٠٦).

والتلعثم في تعريف الجمعية العالمية للتلعثم National Stuttering Association

هو: اضطراب السيولة الإيقاعية للكلام، وتفكك لتنظيم إيقاعه، ونقص في الطلاقة اللفظية أو التعبيرية ، كما أنه اضطراب نفسي يظهر لدى الطفل حينما تتقدم أفكاره بسرعة أكبر من قدرته على التعبير عنها ، في شكل توقفات مفاجئة واحتباسات حادة في النطق وتبادل مع لحظات الصمت ، أو تطويل في نطق بعض الكلمات بحيث تأتي نهائية الكلمة متأخرة عن بدايتها ومنفصلة عنها ، أو في تكرار لأصوات ومقاطع وأجزاء من الكلمة ، وقد يصاحب ذلك توتراً في الحنجرة ، وتشنجات في عضلات التنفس ، واضطراب في حركة الشهيق والزفير وبعض العلامات الأخرى كاهتزاز الرأس وارتعاش رموش وجفون العينين وإخراج اللسان ، ويشد التلعثم في مواقف التوتر والضغط التي تتطلب تواصلًا ، ولا يعتبر اضطراباً إلا إذا كان متكرراً ، ويكون الذكور أكثر عرضة لهذا الاضطراب من الإناث في نفس العمر الزمني ، ويرتبط هذا الاضطراب بالتشئة الاجتماعية، والمناخ الأسري، والحالة الانفعالية للفرد.(الجمعية العالمية للتلعثم ٢٠٠٢:١).

وقدم أتوفينخل (١٩٦٩) تعريفاً للجلجلة فيقول: إنها نتج صراع بين ميول متخاصمة ، فالمرضى يكشف عن أنه يرغب في أن يقول شيئاً ومع ذلك لا يرغب في أن يقوله فهو يقصد شعورياً أن يتكلم لكن يكون هناك سبب لا شعوري يجعله لا يرغب في الكلام. (أتوفينخل ١٩٦٩ ، ٥٢٩).

والتعلم هو انشطار للفونيم يظهر في الصور التالية:

تلعثم توقي مثالي - - - - - كلمة (محمد) تنطق م - توقف - حمد
تلعثم تطويلي مثالي - - - - - كلمة (محمد) تنطق م - تطويل - حمد
تلعثم تكراري مثالي - - - - - كلمة (محمد) تنطق م م م م م م حمد
تكرار

أو تنطق محمد محمد محمد محمد

ففي التلعثم التكراري يحدث تكرار للصوت الواحد من الكلمة مثل (م) أو تكرار للكلمة بأكملها مثل كلمة (محمد) كما في المثال السابق.

ثانياً: الجذور البيئية للتلعثم :

وجذور مشكلة النطق توجد دائماً في العلاقات التي تقوم بين الطفل ووالديه في المراحل المبكرة من حياة الطفل ، فعندما تصبح مطالب الآباء من الطفل أعلى مما يستطيع أداءه ، وعندما يستخدم الآباء في سبيل ذلك العقاب القاسي والقيود المشددة وقيمون ما ينجزه الطفل تقييماً سلبياً باستمرار ، فإن الاحتمال الأكبر أن يصاب الطفل عندئذ بالقلق والتوتر وحدوث اضطرابات النطق (Jennifer, 2001,69).

كما تؤثر الاتجاهات الوالدية الخاطئة التي ينشأ فيها الطفل من تدليل زائد ، وحنان مفرط ، أو صرامة زائدة إلى حد القسوة ، في وجود علاقة غير سوية بين الوالدين والطفل ، ينعكس أثرها بشكل سلبي على نطق الطفل.

ومن بين العوامل البيئية الهامة التي يحتمل أن تؤثر على النطق عامل أساسي يتمثل في أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام وخصوصاً الأم ، وكمية الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال مرحلة نمو الكلام. حيث أوضحتدراسة كل من مايزر وفريمان Meyers & Freeman (1985) أن أمهات الأطفال ذوي اضطرابات النطق يطالبن أطفالهن بالكلام دون أن يكن هن نموذجاً لهم في النطق مما يؤدي إلى وجود نوع من الضغوط على الطفل في التواصل والفضل في النطق وعدم تحقيق الطلاقة اللفظية Meyers & Freeman (1985 ، 204).

كما تشيردراسة نوران العسال (1990) إلى أن انتقاد الوالدين لكلام الطفل ومطالبته بالكمال في النطق يؤدي بالطفل إلى تضادي وتحاشي الكلام أمامهم مما يساعد على ظهور اضطرابات النطق عند الطفل. (نوران العسال 1990 ، 90).

وقد تبين من نتائج دراسة جهان غالب (1998) أن حدة التلعثم تزداد بازدياد انشغال الآباء عن أبنائهم وبارتفاع مستوى تعليم الأب والأم حيث يتوقعون من أبنائهم أكثر مما يستطيعون إنجازه ، والعلاقات الأسرية التي يشملها نوع من الفتور تؤثر بالسلب على علاقات الطفل المدرسية والمجتمع البيئي المحيط به ، مما يؤدي فينهاية الأمر إلى سوء التوافق الإجتماعي وزيادة الاضطراب في النطق. (جهان غالب ، 1998 ، 104).

وتعد البيئة الأسرية عاملاً أساسياً في مساعدة الطفل على النطق الصحيح حيث وجد انجهام Ingham (١٩٩٣) أن أسر الأطفال ذوي اضطرابات النطق تتصف بالتالي:
أساليب سيطرة والديه خاطئة وسوء استخدام قاعدة الثواب والعقاب.
الاعتماد على حل الصراع الداخلي في الأسرة من خلال التهديد للطفل.
عجز الإتصال بين الوالدين والطفل والتفاهم من خلال الكلمة والموضوع والتي تستبدل بشدة الأفعال والأصوات.
صدور مقاطع كلامية تحمل معنى السخرية من الطفل أثناء الحديث معه: مما يعوق تدفق أفكار الطفل ويجعله يتجنب الحديث أمامهم. (Ingham, 1993,137)
ويذكر طلعت منصور (١٩٦٧) أن من المواقف التي تزيد من حدة التلعثم عند الطفل المواقف التالية:

تحدث الطفل إلى شخص ممثل للسلطة.

تحدث الطفل أمام الآخرين.

تحدث الطفل إلى مستمع يبدي اهتماماً بالغاً لما يقوله .

تحدث الطفل بشكل سريع ضيق الوقت.

تحدث الطفل لإبلاغ رسالة ذات مضمون هام.

تحدث الطفل في المواقف المرتبطة بالشعور بالتهديد.

(طلعت منصور، ١٩٦٧، ١٩٤).

والمواقف السابقة والتي ذكرها طلعت منصور في دراسته (١٩٦٧) تنطبق على الطفل المتلعثم داخل البيئة المدرسية من ذوي صعوبات التعلم فتزيد من تلعثمه فهو يتحدث إلى المدرس والناظر وهم ممثلون للسلطة ، كما يتحدث أمام الآخرين ، وهم زملاؤه في الفصل ، كما يتحدث أيضاً أمام شخص ناقد عندما يطالب منه المدرس الإجابة على الأسئلة بسرعة لضيق وقت الحصة ؛ مما يؤدي لشعور الطفل بالتهديد ، ويزيد من حدة التلعثم لديه.

ثالثاً: انتشار التلعثم ومراحل تطوره وصوره المختلفة:

ويظهر التلعثم في أي عمر، ولكن يغلب عليه الظهور في مرحلة دخول المدرسة الابتدائية فأكثر من ٥٠٪ من المتلعثمين يبدؤون التلعثم في هذه المرحلة. (Jones, Mark,2002,) (244).

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR معدل انتشار التلعثم لدى الأطفال بمعدل ١٪ وتقل إلى ٠.٨٪ لدى المراهقين وتصل النسبة بين الذكور والإناث إلى (٢:١) لصالح الذكور (DSM-IV-TR 1994,280).

ومن إحصاءات مستشفى عين شمس بالقاهرة خلال عام (٢٠٠١ - ٢٠٠٢) بلغ عدد المترددين على وحدة التخاطب بالمستشفى (٢١٠٠) حالة تعاني من اضطرابات تخاطبية كان من بينهم (٦٥٠) حالة تلعثم ٧٥٪ منهم من الذكور والباقي من الإناث ، وتتراوح أعمارهم بين سن (٦ - ١٤) عاماً.

مما سبق يتضح أن للتلعثم حجماً واضحاً في المجتمع، ومعدل حدوث يجعل منه مشكلة نسنح البحث والدراسة.

مراحل تطور التلعثم:

لقد اختلفت الآراء حول تقسيم مراحل تطور التلعثم، وذلك لاختلاف صور التلعثم في مراحلها الأولية عنها في مراحلها المتطورة.

هناك شبه اتفاق على أن التلعثم أحياناً ما يكون اضطراباً عارضاً عند الأطفال الصغار وهم في مراحل ارتقائهم اللغوي ، ولذا يسمى التلعثم في هذه الحالة بالتلعثم التطوري أو الارتقائي ، وعادة ما يكون ظهوره فيما بين الثانية والرابعة من العمر، وقد يستغرق عدة شهور، وهناك أيضاً للتلعثم الثابت ويبدأ من ثلاث إلى ثماني سنوات، وتقسيم بلودشتين (١٩٦٩) مراحل تطور التلعثم إلى أربع مراحل قام على أساس المرحلة العمرية والأعراض وإدراك الطفل لتلعثمه، وهناك تقسيم تطور التلعثم على أساس أسلوب العلاج المناسب لمرحلة التلعثم ، كما فعل ملدر في توعية الوالدين وإرشادهم وتعديل الظروف الأسرية لخفض المخاوف عند الطفل، وصولاً إلى مواجهة المخاوف وحل الصراعات من

خلال العلاج النفسي المعتمد على العلاج باللعب والتمثيل ويحدث ذلك من خلال مراعاة المراحل التطورية للتلعثم.

صور التلعثم:

التكرار Repetition:

يعد التكرار من أهم خصائص التلعثم، والصورة الأكثر شيوعاً والخاصية الأساسية للتلعثم، فالطفل عندما يكرر الفونيم، أو المقطع أو الكلمة قد يعد ذلك شيئاً شائعاً بالنسبة للأطفال الصغار في مرحلة تكوين الكلمات ولكن عندما تكتمل لغة الطفل، يبلوغه مرحلة (البلاغة) أي خمس سنوات ويكون هناك تكرار للفونيم أو المقطع أو الكلمة في نطقه يكون ذلك بمثابة مؤشراً لوجود التلعثم.

ويتم التشخيص تكرار نطق الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل: تكرار نطق صوت محدد مثل صوت (ش)

في كلمة (شكر) كالتالي: مثل - - - ش ش ش شكرا

- تكرار نطق مقطع في كلمة مثل - - - شك شك شك شك شكراً

- تكرار نطق كلمة في عبارة مثل - - - عايز عايز عايز عايز أشرب

التطويل Prolongation:

من الطبيعي أن يكون لكل صوت زمن نطق محدد ، عندما يطول نطق الصوت لفترة أطول من الزمن الطبيعي لنطقه تظهر صورة تشخيصية أخرى من صور التلعثم هي الإطالة الصوتية Prolongation Of Sounds ، وهي الصورة المرحلية الثانية للتلعثم تشير إلى زيادة معدل اضطراب النطق لدى الطفل.

ويتم تشخيص تطويل نطق الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل: - تطويل نطق صوت محدد مثل صوت (ش) في كلمة (شكراً)

كالتالي:

مثل - - - شكرا

الوقفات Blocks:

هناك صورة أخرى للتلعثم وهي وقفات التلعثم، وتحدث كنتيجة للإنسداد الوقتي الموقتي في مجرى الهواء عند الحنجرة حينما تكون الثايات الصوتية Vocal Folds مقترية اقتراباً شديداً من بعضها فيحاول المتلعثم النطق فلا يستطيع فيضغط البطن بشدة فينقبض القفص الصدري كي يدفع الهواء بقوة محاولاً التغلب على هذه الوقفة. ويتم تشخيص التوقف في نطق الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل:

التوقف في نطق صوت محدد مثل صوت (ش) في كلمة (شكر) كالتالي:

مثل - - - ش (توقف) كراً

وهكذا يعتبر الطفل متلعثماً إذا اتسم كلامه بتكرار للكلمات والمقاطع الصوتية، أو إطالة، أو حدوث وقفات تعوق طلاقته وتعرقل حديثه.

رابعاً: أعراض التلعثم:

١) الأعراض الظاهرة: Overt Symptoms:

١- الحركات العضلية الزائدة:

تحدث هذه الحركات بشكل تلقائي لا شعوري وذلك لاعتقاد الطفل المتلعثم فعل هذه الحركات لإرتباطها بمحاولاته للنطق، أشهر هذه الحركات إغماض العين، تقطيب الجبهة، هز الأيدي، هز الأرجل، انقباض البطن، عوج الفم والشفاه، ويأتي ارتباط هذه الحركات بمحاولات الطفل للنطق من اعتقاد الطفل المتلعثم في أنه لحظة التلعثم يشعر بإحباط شديد ويريد أن يتلخص من الموقف بشتى الطرق فيلاحظ أنه عندما أغمض عينه خرجت الكلمة وعندما حدث التلعثم مرة أخرى قام بإغماض عينه أثناء محاولته إخراج الكلمة بشكل متعثر، خرجت الكلمة فقام الطفل بربط خروج الكلمة بحركة إغماض العين فأصبح مع كل الوقفات الكلامية المتلعثمة يغمض عينه فيعتقد أن ذلك يساعده على إخراج الكلمة.

وأضافت دراسة جينيفر Jennifer (٢٠٠٢) بعض المظاهر التي تبدو على المتلعثم أثناء محاولة التطق مثل رفع الأكتاف، أو تحريك الذراعين واليدين ثم يتبع هذا إطلاق الكلمة.

٢- السلوك التاجيلي Escaping Behavior:

يتضح السلوك التاجيلي إدخال أجزاء من الكلام داخل الكلام الطبيعي ليبدو كما لو كان شيئاً طبيعياً Interjected Speech Segments، حيث يلجأ معظم المتلعثمين إلى وضع بعض الكلمات مثل (يعني)، أو (مثلاً)، أو (بس)، أو (آه) داخل الكلام حتى يغطي بها طبيعية أسلوب كلامه المتلعثم، وربما نجد أن هذه الكلمات تعطي الطفل المتلعثم فرصة لتأجيل نطق الكلمات المراد نطقها ويقلل شعوره بالتوتر والإحباط من خلال شغل فراغ وقت تلعثمه. (Ahllam, 1993, 29) (محمد عطية، ٢١، ١٩٩٩).

٢- السلوك التجنبي Avoidance Behavior

يلجأ الطفل المتلعثم إلى أساليب تجنبوتضادي توقع حدوث تلعثمه نتيجة إحساسه بالإحباط، وشعوره بالرفض الاجتماعي فيبتكر وسائل وأساليب للتضادي منها رفض الدخول في مواقف كلامية يتوقع فيها أن يتلعثم ورفض نطق الكلمات التي يستطيع أن يعبر عنها بحركات إشارية مثل هز الرأس تعبيراً عن الموافقة، والإشارة بالسبابة تعبيراً عن الرفض، ولا يقوم بالرد على التليفون أو الإجابة على الأسئلة في الفصل.

ب) التغيرات الفسيولوجية:

Breathing Disturbance اضطرابات التنفس

مثل التنفس السطحي السريع، أو التحدث أثناء الشهيق أو أن تضطرب عملية التنفس بشكل وقتي وموقفي ومحاولة الكلام أثناء الشهيق، وكانت اضطرابات التنفس مصدراً لجذب الانتباه إلى أهمية ضبط عملية التنفس وتدعيم علاج التلعثم من خلال تدريبات ضبط التنفس الباطني.

٢- زيادة معدل ضربات القلب.

٣- رعشة الشفتين والفك.

٤- حركة العين Eye Movements.

حركة العين التي تصاحب التلعثم تكون في صورة ارتعاشات، أو نظرة ثابتة طويلة، أو حركة إيقاعية بطيئة أو سريعة أو حدوث حول مزقت. (Youssef, 1986,69)

خامساً: تشخيص التلعثم وبرامج علاجه :

يعتبر تشخيص التلعثم من الأمور السهلة لكن الأهم هو جمع المعلومات والبيانات التي تمكنتنا من أن نقيم شدة هذه المشكلة وعلى هذا يهدف تقييم التلعثم إلى:
معرفة صورة التلعثم.

معرفة شدة التلعثم.

تحديد العوامل التي تساعد على معرفة تنبؤات المستقبل للمتلعثم.

وضع الخطة المثلى للبرنامج العلاجي.

متابعة التحسن الذي يطرأ على المتلعثم.

وتعتمد عادة العملية التشخيصية على أخذ التاريخ المرضي كاملاً ومعرفة نسبة الذكاء.

برامج علاج التلعثم Counseling Program :

تمضي خطة علاج التلعثم في اتجاهين أولهما الإرشاد للمتلعثم وأسرته، والاتجاه الثاني هو برنامج العلاج الذي يقوم على أساس إبدال السلوك اللفظي التخاطبي المضطرب بسلوك لفظي تخاطبي آخر، حيث يعتبر الإرشاد طوراً هاماً من أطوار العلاج الشامل في أي برنامج علاجي يوضع لعلاج التلعثم.

ويهدف الإرشاد إلى إرساء قاعدة يبدأ منها عملية إبدال السلوك اللفظي التخاطبي المضطرب، من خلال تكوين فكرة عن طبيعة المشكلة التخاطبية وطرق علاجها، وتعديل الاتجاه نحو الطفل المتلعثم في سبيل محاولة مساعدته وإتاحة جو للتفيس الانفعالي له، وتوفير الدعم النفسي والمعنوي له، علاوة على إلقاء الضوء على الاضطرابات الأخرى المصاحبة للتلعثم والمساعدة في إيجاد حلول لها.

هذا وتتمر عملية الإرشاد من وجهة نظر كوبر Cooper لمن يعانون من التلعثم بأربع مراحل:

- مرحلة التوجيه وشرح الأهداف وأبعادها.
- مرحلة التعديل والتخطيط.
- مرحلة التطبيق وتوجيه نصائح نحو استخدام وسائل علاجية معينة. (Cooper, 1979, 201).

وتتفق معظم البرامج الحديثة في علاج التلعثم مع ما أشار إليه ستار كوينزر (1987) ويتضح ذلك في برنامج كامبرداون Camperdown (1999)، وبرنامج ليدكومب Lidcombe (2002).

كما أوضح جريجوري Gregory (1997) أهمية تفهم مشاعر ومفاهيم الطفل المتلعثم وأسرته قبل أن يبدأ المعالج في إعطاء النصائح والتوجيهات وذلك لأن كل طفل متلعثم له مشاعره وتجاريه الخاصة والتي تختلف من طفل متلعثم لآخر. (Gregory, 1997, 328)

كما يجب أن يعمل المعالج على إشراك الوالدين في عملية علاج طفلهم المتلعثم وهذا ما أكدت عليه دراسة جوتوالد Gottwald (2003) بضرورة مشاركة الأسرة في عملية الإرشاد والعلاج لطفلهم ليستفيدوا من الإرشادات ويساعدوا الطفل في تنفيذ ما يطلب منه التدريب عليه في المنزل من تدريبات تخاطبية أو سلوكيات لفظية. (Gottwald, 2003, 41)

ويجب على المعالج أن يزود الأسرة بمعلومات كافية عن التلعثم وعن كيفية حدوث عملية النطق ويتعرف على المواقف التي يزيد فيها التلعثم لدى الطفل حيث أن تحديد هذه المواقف بدقة يساعد في علاج التلعثم. حيث يعتقد فان ريبير (1973) أن هناك أياماً يقل فيها التلعثم بصورة واضحة بعكس أيام أخرى تزداد فيها درجة التلعثم، لذا ينصح بإرشاد الوالدين بالتعامل بحرص مع الطفل، ففي أيام ازدياد درجة التلعثم يجب عليهم تقليل موضوعات الحديث مع الطفل ومحاولة إطالة فترات السكون لديه في حين أنه يجب عليهم إدماجه في الحديث في الأيام الأخرى. (Van Riper, 1973, 345).

كما أوضح بيترز وجوتير Peters & Guiter (1991) أن على المعالج تشجيع الوالدين على إدماج طفلهم في مواطن الحديث بقدر الإمكان وذلك في الأيام التي يتكلم فيها بصورة أقرب إلى الطبيعي لكي يعتاد الطفل على الحديث بصورة أفضل في حين أن عليهم أن يجدوا بعض المهارات التي لا تتطلب الحديث وذلك في الأيام التي يزداد فيها التلعثم، كما يجب على المعالج الذي يقوم بعلاج التلعثم عند الطفل مراعاة النواحي التالية:

- يتذكر أن الطفل لم يأت للعلاج بنفسه ولكن والداه جاؤوا به.
أنه يصعب على الطفل أن يتفهم طبيعة العلاج، أو أن يتحمل مسؤوليته كما يجب ألا يتوقع ان الطفل سوف يطبق قواعد العلاج خارج جلسة العلاج.

- أن كثيراً من الأطفال يرفضون مواجهة مشكلة تلعثمهم ولا يريدون حتى أن يغيروا منها أو يحسنوها ؛ نظراً لأن هذه المشكلة أرهقتهم وجعلتهم غير سعداء بحيث إنهم لا يريدون حتى التحدث عنها. (Peters & Guiter, 1991,163).

ويشير محمد النحاس هنا إلى أهمية أن يقيم المعالج جسراً من الألفة بينه وبين الطفل المتلعثم يتمثل في إقامة علاقة حميمة وقوية من أجل ضمان نجاح العلاج، حيث إن جلسات التدريب العلاجية بدون هذه العلاقة ستكون لا معنى لها وذلك لإحساس الطفل بأنه يجلس مضطرباً مع شخص غريب وهو المعالج ؛ مما يشعره بالوحدة ، وعلى المعالج تفهم هذا الشعور لدى الطفل ومساعدته على التغلب عليه من خلال بث الطمأنينة والثقة في نفس الطفل وأشعاره بالألفة.

ساعداً: دور الأسرة في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتعلمين:

يجب أن يمتنع الآباء عن انتقاد أطفالهم عند حدوث التلعثم، بجانب امتناعهم أيضاً عن تصحيح كلام الطفل أو مساعدته عند حدوث العثرات الكلامية، كما يجب ألا يعيروا أية أهمية لمشكلة تلعثم طفلهم حتى لا ينتقل هذا الإحساس للطفل؛ فيعتبر الطفل نفسه متلعثماً وتظهر عليه ردود فعل التفادي.

يجب على الوالدين عدم مطالبة الأبناء بالكمال، وعدم إحباطهم بالقيود الزائدة والمبالغ فيها لأن ذلك يمكن أن يؤدي أيضاً إلى ظهور ردود فعل التفادي.

يجب مراعاة المواقف التي يحدث فيها التلعثم عند الأطفال والتي يجد الطفل أثناءها صعوبة في الكلام، كذلك مواعاة المواقف التي يحدث فيها الطفل بطلاقة لمساعدته على الاستمرار في الكلام حتى يشعر أنه يستطيع الكلام بطلاقة دون تلعثم، وإذا حدثت له بعض العثرات أثناء ذلك يتم تحويل الكلام إلى تقييم أو إلي الكلام الإيجابي. (نوران العسال، ١٩٩٠، ٩٢).

الاستماع الجيد: يجب على الأهل أن يصفوا جيداً عندما يبدأ طفلهم في الحديث مع إعطاء الاهتمام لما يقوله الطفل وليس للطريقة التي يتكلم بها، كما يجب الاحتفاظ بنظرة العين المعتادة تجاه الطفل أثناء حديثه.

حيث أوضح كونتري Conture (١٩٨٩) أنه إذا بدأ الطفل المتلعثم حديثه بينما من حوله يمارسون أعمالاً تتطلب منهم التركيز مثل قيادة السيارة فهنا يجب عليهم أن يشرحوا للطفل أنهم لا ينظرون إليه بسبب انشغالهم في شيء يتطلب منهم التركيز إلا أنهم يستمعون جيداً إلى ما يقوله. (Conture, 1989,22).

٥- إبطاء سرعة الكلام: إن أمهات الأطفال الذين يمانون من التلعثم يتكلمون مع أطفالهم بطريقة أسرع من أمهات الأطفال غير المتعلمين، ومن هنا يجب إرشاد هؤلاء الأمهات إلى إبطاء كلامهن مع أطفالهن وذلك لإعطاء القدوة لهم عن طيفية الكلام الصحيح وأيضاً من أجل إعطاء أطفالهن الفرصة لتفهم ما يقال، مما يساعد هؤلاء الأطفال المتعلمين على ترتيب أفكارهم بصورة منظمة. (Kelly & Conture, 1992, 1265).

٦- عدم مقاطعة حديث الطفل: وجد مايرز وفريمان Meyers & Freeman (١٩٨٥) أنه كلما زادت مقاطعة الأبوين للطفل المتعلم أثناء الحديث ازدادت شدة تلعثم الطفل. (Meyers & Freeman, 1985,201)

كما لاحظ كيلبي زكزنتيري (١٩٩٢) أن هناك علاقة وطيدة بين درجة التلعثم وبين مرات المقاطعة من الأهل، وبناء على هذا يجب إرشاد الأهل ألا يقاطعوا الطفل أثناء الحديث. (Kelly & Conture,1992,1252)

٧- إعطاء الوقت: أوضح كورلي Curlee (١٩٨٩) أنه إذا انتظر آباء الأطفال المتعلمين برهة قبل الرد على أبنائهم فإن الطفل يصبح هادئاً غير متعجل وأقل تلعثماً لهذا فعلى الآباء الانتظار لكي ينهي طفلهم حديثه بهدوء قبل الرد عليه. (Curlee, 1989,11)

٨- ملاحظة الطفل: يجب على الأبوين من خلال المساعدة المقدمة من المعالجين ملاحظة الطفل وذلك من أجل تحديد الأوقات التي تتغير فيها درجة التلعثم سواء بالزيادة أو بالنقصان، كذلك ملاحظة بعض العوامل اللغوية التي قد تزيد التلعثم، فكلما كانت مادة الحديث غريبة أو صعبة الفهم على الطفل كان هذا عاملاً من عوامل زيادة التلعثم، كما أن بعض العوامل البيئية قد يكون لها تأثير سلبي على طلاقة الكلام مثل التافس أثناء الحديث، التعب، أو وجود مستمعين غريباء عن الطفل. (هبة سليط، ١٩٩٥، ٣٨).

حيث وجد كونتيري Conture (١٩٨٩) أن عدم الطلاقة يزداد بصورة طردية مع طول ودرجة التعقيد في مادة الحديث، لهذا يجب على الوالدين أن يبادروا بمساعدة طفلهم خاصة بعد أن يتعرفوا على المواضيع التي تزيد التلعثم وشرح ما يصعب على الطفل فهمه، كما أوضح كونتيري أنه إذا كانت المشكلة في وجود بعض العوامل اللغوية فيجب على الأهل تحسين تلك العوامل اللغوية بصورة أفضل، أما إذا كانت عدم الطلاقة تزداد بسبب التوتر أو الإنفعال، فيجب على الوالدين تقليل ذلك من خلال تهدئة الطفل باللعب معه مستخدمين صوتاً هادئاً بطيئاً أثناء الحديث. (Conture, 1989, 12-23)

٩- التشجيع والعقاب: يجب على المعالج أن يتبين بدقة ردود أفعال الأهل تجاه طفلهم الذي يعاني من التلعثم، هل يشجعونه أم يعاقبونه لتلعثمه، كما يجب على المعالج أن يكون حذراً في معالجة ذلك حتى لا تزداد المشكلة، لذا يجب إرشاد الأهل إلى التركيز فقط فيما يقوله الطفل وليس إلى الطريقة التي يتكلم بها وذلك بدلاً من إعطائهم توجيهات لتغيير ردود أفعالهم وينصحهم ألا يشجعوا الطفل أو يعاقبوه على تلعثمه بل عليهم أن يكونوا حيادين قدر المستطاع.

١٠- اشترك الوالدين والمعلم مع المعالج في وصف اقتراحات للأدوار المتبادلة التي يقومون بها بغرض المساعدة في عملية العلاج، وجعل الطفل يتحدث عن مشكلة تلعثمه. (Gottwald, 2003,44)

أوضح ويليامز Williams (١٩٨٩) أن جعل الطفل يتحدث عن مشكلة التلعثم أمر ليس بالسهل، إلا أنه يمكن للوالدين أن يناقشوا تلك المشكلة بصورة مبسطة على طريقة "ارتكاب الأخطاء"، فمثلاً إذا كان الطفل يكرر الأصوات أو الكلمات أثناء حديثه فينبغي على الأهل أن يوضحوا له أن الجميع يخطئ في بداية تعلمه للكلام، أو في تعلمه للعدد أو لعب الكرة، مع ملاحظة إعطاء أمثلة مبسطة "وعليهم أن يبينوا أنه قد يكون أقل من زملائه في تعلمه الكلام إلا أنه بالقطع أفضل من كثيرين في تعلمه لأشياء أخرى، أما إذا كان الطفل يكرر الأصوات والكلمات بالإضافة إلى وجود حركات مصاحبة، فهنا يجب على الأهل أن يفسروا المشكلة لطفلهم باستخدام مثال "قيادة الدراجات": إنه إذا كان الطفل يحاول قيادة دراجته للمرة الأولى فيكون هناك خوف داخله خشية الوقوع من على الدراجة، وهذا يجعله في حالة عصبية من شأنها أن تزيد من مرات وقوعه، وهذا المثال ينطبق تماماً على كلام الطفل فهو يخاف أن يخطئ أو يتلعثم وهذا سيؤدي به إلى أن يزداد في تلعثمه، لذلك يجب على الأبوين أن يوجها الطفل إلى تجنب أي محاولة لإخفاء تلعثمه بل عليه أن يتلعثم كما يريد فقط بدون أن يكون هناك أي نوع من أنواع الشد العصبي، كما يجب على الأبوين أيضاً شرح مشكلة التلعثم بوضوح لأشياء الطفل؛ وذلك منعاً للسخرية والتي من شأنها أن تزيد المشكلة سوءاً، كما يجب عليهم توضيح بعض النقاط لأطفالهم، وهي ألا يقاطع

أحدھم الآخر وألا يتكلم أحدھم بالنيابة عن الآخرین، وأن يعبر كل فرد عما يريد بطريقته. (Williams, 1989,38).

سابعاً: دور المعلم في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتعلمين:

إن التعاون بين الأسرة والمعلم والمعالج من خلال اشتراكهم في عملية العلاج يقدم الكثير من العون في تقدم علاج الطفل المتعلم. (Gottwald,2003,41).

كما يجب أن يكون هناك دور لمن يقوم بتقديم خدمة فعالة للأطفال الذين يتعلمون داخل المدرسة في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتعلمين والذي يكون موظف بالمدرسة أو استشاري خارجي له خبرة في علاج اضطرابات النطق. (Finn,2003,157)

ويقترح ويليامز (1989) أن المعلم يمكن أن يساعد الطفل من خلال التالي:

- تحديد مقابلة بين الوالدين والمدرس والمعالج تتم خلالها مناقشة مشكلة الطفل بصورة واضحة مع محاولة وضع برنامج متبادل فيما بينهم.
- أن يعامل المدرس الطفل المتعلم بنفس الطريقة التي يعامل بها الأطفال الآخرين والذين لا يعانون من التعلم.
- وضع أسس يتم من خلالها تحديد طريقة المناقشة داخل الفصل وذلك على جميع التلاميذ بعدم مقاطعة بعضهم بعضاً وألا يكمل أحدهم حديث الآخر.
- إعطاء الطفل المتعلم الوقت الكافي قبل أن يبدأ الرد على الأسئلة.
- يشرح للطفل كيفية إلقاء الدروس، والتدريب عليها بالمنزل وكذلك يجب على المعلم أن يساعده على التحدث أمام زملائه ويشجعه. (Williams, 1989,33).

ويمكن للمعلم الاستعانة بأكثر من أسلوب علاجي من الأساليب الآتية في علاج الطفل المتعلم:

أ) فنية التظليل Shadowing:

وصف هذا الأسلوب العلاجي سايرز Sayers (1966) وهو يعتمد على ملاحظة أن الطفل المتعلم يميل إلى الكلام بطلاقة عندما يقوم بتقليد أسلوب معروف لكلام شخص آخر. صفاء غازي، 69، (1991).

تعتمد هذه الطريقة على اقتفاء ومحاكاة وتقليد الطفل المتعلم لكلام المعالج، فيكرر ما يقوله المعالج بحيث يكون كلام الطفل متزامناً مع كلام المعالج في نطق كل كلمة.

وتتم عملية التظليل بأن يقوم المعالج بالقراءة من كتاب بصوت عال وبسرعة عادية للنطق، ثم يتبع نطق الطفل المتعلم في الحال، مردداً ما قاله المعالج بصوت مرتفع أيضاً وهذه الطريقة تسمى بفنية التظليل، وذلك لأن الطفل المتعلم يكاد يكون في ظل المعالج من خلال ترديده السريع لما يقوله المعالج على أن تكون مادة القراءة مناسبة لمستوى تعليم الطفل المتعلم، وأن تتم القراءة بمعدل سرعة مناسب لكل من الطفل المتعلم والمعالج، وإذا فقد الطفل المتعلم أي كلمة أثناء التردد فيستمر ويتابع الكلام دون توقف أو انقطاع.

وأوضح فان رايبير (1973) أن طريقة علاج التلعثم بالتظليل قد يفيد مؤقتاً ولكن لا يمكن استخدامها خارج حجرة العلاج، وبالتالي لا يمكن أن يكون لها أثر فعال يعم المواقف الكلامية المختلفة، مما لا يجعل هذه الطريقة ذات أثر علاجي إيجابي مستمر. (van Riper, 1973.75)

ب) فنية الإطالة Prolongation:

جعل الطفل في حالة من الاسترخاء البدني والعقلي، ثم يبدأ في قراءة قطعة بشكل بطيء جداً وذلك مع الإطالة أثناء نطق كل مقطع يقرأه الطفل المتعلم مثل كلمة تليفزيون تنطق كالتالي... (تلي / فز / يون).

تعتمد هذه الطريقة على تدريب الطفل المتعلم على إطالة نطق الصوت، والفونيم، والكلمة، وينبغي أن يستمر تطويل المقاطع حتى تنتهي الجملة بدون وقف خلالها، كما يجب أن يمارس التطويل حتى أثناء التحدث مع الآخرين في مواقف الكلام المختلفة، وقد أسفرت نتائج تحليل الحالات الخاضعة للعلاج بطريقة التطويل عن وجود نتائج علاجية جيدة. (سهير أمين، 1990، 77).

ج) فنية الكلام الإيقاعي :

يتم من خلال جهاز المترونوم ويقوم المتعلم بتقسيم الكلمة إلى مقاطعها وينطق كل مقطع مع دقة من دقات الجهاز مما يؤدي إلى اختفاء العثرات أثناء الكلام بهذا الإيقاع والإطار اللحني المصطنع، وقد استخدم اندروز وهاريس Andrews & Harris (1964) هذا الجهاز على ٢٥ من المتعلمين البالغين والأطفال ولاحظوا تحسناً وطلاقة واضحة وسريعة على كلامهم لكن مؤقتة حيث كان هذا التحسن نتيجة لتشتيت فكر المتعلم عن مشكلته، ثم لا يلبث المتعلم أن يعاود الظهور بعدها مرة أخرى. (هدى عبد الواحد، ١٩٩٨، ٦٥).

د) طريقة عدم التقادي لفان رايبير:

تعد طريقة فان رايبير (١٩٧٣) من أكثر الطرق شيوعاً لعلاج التلعثم وقد قسم فان رايبير طريقته إلى ٦ خطوات هي كالتالي:

الدافعية Motivation

التعرف Identification

التحصين التدريجي Desensitization

التغيير Variation

التقريب Approximation

الاستقرار Stabilization

هـ) طريقة إدماج الأصوات Co- articulation :

استخدم سترومستا Stromsta (١٩٨٦) طريقة إدماج الأصوات أيضاً مع الأطفال بطريقة معدلة حيث اهتم بالفرق بين الأطفال الذين يعانون من عدم الطلاقة الطبيعية والذي يتميز كلامهم بتكرار للمقطع، أو تكرار الكلمة وبين الأطفال المتعلمين والذي يتمثل تلعثمهم في تكرار لجزء من الصوت أو لجزء من المقطع "إنشطار داخلي للفونيم" والذي يسمى بالسلوك الأساسي للتلعثم وقد أكد سترومستا أنه في حالة وجود تقطعات داخل الفونيم الواحد لا بد من التدخل العلاجي بأقصى سرعة ، حتى لا تتشأ

ردود الفعل والتي تتمثل في الإطالة، والوقفات، والحركات اللاإرادية، وتتمثل طريقة سترومستا في أن نجعل دمج الأصوات تحدث بطريقة غير مباشرة أي بطريقة اللعب مع الطفل وقد أعطى مثلاً للضمير "أنا" باللغة الإنجليزية "I" وهو يتكون من صوتين (a,I) وفيه يدرّب الطفل على نطق الصوت (a) عندما تكون اللعبة في الجهة اليمنى قم يقوم بتحريك اللعبة ببطئ تجاه اليسار مع التطويل في الصوت (a) عندما تكون اللعبة في الجهة اليمنى ثم يقوم بتحريك اللعبة ببطئ تجاه اليسار مع التطويل في الصوت (a) حتى تصل اللعبة إلى منتصف المتحركين معاً في منتصف المسافة وينطق الضمير (I) ويمكن أيضاً تطبيق هذه الطريقة باللغة العربية فمثلاً في كلمة "كوره" يقوم الطفل بنطق الصوت الأول (K) عندما تكون اللعبة في الجهة اليمنى وعند وصول اللعبة إلى الجهة اليسرى ينطق الصوت (o) ثم يقوم بنطق باقي الكلمة. ويجب مراعاة تعليم هذه الطريقة للوالدين حتى يشاركا أطفالهما في المنزل الكلام بهذه الطريقة حتى لا يشعر الطفل بأنه يتكلم بطريقة غريبة وشاذة كما يجب مراعاة أن يستخدم الطفل هذه الطريقة في كل الكلام وليس أثناء التلعثم فقط (Stromsta,1986,121).

و) طريقة الكلام وفقاً لزمان محدد Syllable timed speech

استخدم هذا الأسلوب من العلاج كل من أندروز Andrus وهاريس aris (١٩٦٤) حيث قاما بتجزئة المقاطع وفقاً لزمان محدد وهو شكل من أشكال الكلام، يتم فيه إخراج المقاطع على فترات زمنية متساوية ويضغط متساوياً على النبرات، وتوصلاً إلى أن هذه الطريقة تزيل التلعثم على نحو فعال لدى نسبة كبيرة من المتلعثمين. (Bloodstein , 1969, 239).

ز) طريقة السيكدوراما Psychodram

من أشهر الطرق العلاجية النفسية التي استخدمت في علاج التلعثم والتي وضعها مورينو Moreno (١٩٥٦) وعرفها على أنها اتحاد واندماج عملي للمجموعات، واستخدام الحدث كطريقة للعلاج (زينب شقير ٢٠٠٢، ٢٠٤)

ويعرف عبد الرحمن عيسوي (١٩٧٩) السيكدوراما بأنها عبارة عن منهج لمساعدة المريض للتطهير النفسي، عن طريق تمثيل أدوار مختلفة على خشبة المسرح وتصمم فيها الأدوار بحيث تكشف عن معاني هامة في بعض العلاقات الإجتماعية عند المريض. (عبد الرحمن عيسوي، ١٩٧٩، ١٢٤).

تستخدم السيكدوراما كما حددها مورينو (١٩٥٦) الأدوات الخمسة التالية: المسرح، العميل، المعالج، المساعدين، الجمهور، ودور المعالج هو تحويل كل ما علمه سابقاً من العميل إلى فعل درامي. (إلهام عبد الرحمن خليل، ٢٠٠٤، ١٢٢).

ومن أهم المفاهيم التي تعتمد عليها السيكدوراما كعلاج، مفهوم لعب الدور والتلقائية والتطهير، وهي ذات قيمة بالنسبة للمتعلم حيث تكتفه صراعات عديدة، ويمأه الخوف، ومن ثم فالسيكدوراما من الطرق الفعالة في علاج التلعثم (Ozarin, 2003, 60)

وترى صفاء غازي (١٩٩١) أن السيكدوراما هي الأسلوب الذي نصل به إلى بعض الحقائق النفسية مستعينين بالطرق الدرامية. (صفاء غازي، ١٩٩١، ٨٠).

والدراما النفسية أسلوب علاجي يساعد على إخراج الشحنات الانفعالية الداخلية عند الطفل، والتي تكون غالباً هي محور تلعثمه، وفي هذه الطريقة يتم مساعدة الطفل على التفاعل الحر التلقائي، وذلك من خلال تمثيله للدور الذي يعكس الحياة الطبيعية، حيث أن لعب الأدوار يشعر الطفل بتقبل ذاته مما يساعده في التغلب على تلعثمه، وتتم الدراما النفسية في مواقف مماثلة للمواقف الطبيعية التي يمر بها الطفل في حياته العادية والتي قد تبعث على حدوث التلعثم وعندما يكرر الطفل بهذه المواقف من خلال اللعب الدرامي أثناء عملية العلاج يستطيع إدراك انفعالاته الحقيقية مما يساعده على التغلب على مشكلة التلعثم.

ج) طريقة التحصين التدريجي Systematic Desensitization :

تعد هذه الطريقة إحدى طرق العلاج النفسي السلوكي، وهي عبارة عن تطبيق لنظريات التعلم في الموقف العلاجي، والفكرة الرئيسية التي يقوم عليها هذا الأسلوب العلاجي هو إزالة الاستجابة المريضة (الخوف) تدريجياً من خلال تشجيع المريض على

مواجهة مواقف الخوف تدريجياً إلى أن تتعيد مشاعره الانفعالية الحادة نحو تلك المواقف. (زينب شقير، ٢٠٠٢، ٢٥٤).

فبعض الأطفال المتعلمين يحققون طلاقة لفظية أثناء جلسات العلاج، لكنهم يجدون صعوبة في الكلام من خلال المواقف الكلامية خارج جلسات العلاج في مجالات الحياة المختلفة، وهذه الطريقة من العلاج تتم عن طريق إعداد قائمة شاملة لمواقف الكلام التي تثير قلق وخوف الطفل المتعلم، على أن يتم الإعداد بالترتيب فتبدأ بأقل المواقف إثارة للقلق والخوف وتنتهي بأكثر المواقف واحداً بعد الآخر بالترتيب الخاص وأن يتكلم بصوت عال في موضوع يهمه ويجب التأكيد على أهمية عملية الاسترخاء بالنسبة للمتعلم في كل المراحل العلاجية، وبهذه الطريقة يتم خفض الحساسية المتعلقة بمثير التعلم في كل موقف، ويلاحظ أنه مع انخفاض حدة القلق والخوف تزداد طلاقة الطفل، وهذه الطريقة قد حققت نتائج جيدة جداً في علاج حالات التعلم.