

اللاجحة

أسبابها وعلاجها

الدكتورة
سليمة محمود أمين



سلسلة
الفكر العربي
في
التربية الخاصة

٢

إشراف
الدكتور عبد الطيب القرطبي



الاجابة

المفهوم - الاسباب - العلاج

الدكتورة

سهير محمود أمين

قسم علم النفس - كلية التربية

جامعة حلوان

الطبعة الأولى

١٤٢٠هـ - ٢٠٠٠م

ملتزم الطبع والنشر

دار الفكر العربي

٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة

ت: ٢٧٥٢٩٨٤ - فاكس: ٢٧٥٢٧٣٥

١٥٧،٥ سهر محمود أمين.
س م ل ج المجلة: القهوم، الأسباب، العلاج / سهر محمود أمين؛
إشراف عبد المطلب القريطي - التساهرة: دار الفكر
العربي، ٢٠٠٠م.
١٨٧ ص ٢٤٤م - (سلسلة الفكر العربي في الشريعة
الخاصة: ٢).
بيولوجيا: ص ١٦٧-١٨٧.
تفكك: ٤ - ١٢٦١ - ١٠ - ٩٧٧.
١- الأطفال الموهوبون. أ- عبد المطلب القريطي،
مشرف. ب- العنوان. ج- السلسلة.

أميرة للطباعة

٥ شارع عبود، عصرى - عنتربى

ت ٢٩١٥٨٧٠ عمون : ٠١٠١٤٦٠٢٦

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ ... رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي ﴿٢٥﴾ ﴾

وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي ﴿٢٦﴾ وَأَحِلِّ عُنُقَهُ مَنْ

لِسَانِي ﴿٢٧﴾ يَفْقَهُوا قَوْلِي ﴿٢٨﴾ ﴾

[طه]

صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إلى روح والدي الطاهرة - رحمه الله -
مثلتي الأعلى والمربي الفاضل.

وإلى زوجي الفاضل الأستاذ الدكتور
محمود خفاجي متعه الله بالصحة والعافية.
الدكتورة

سهير محمود أمين



يقدم

بقلم الأستاذ الدكتور
عبد المطلب أمين القرطبي

تلعب مهارات التواصل دورا هاما في كفاءة التفاعل والنمو الاجتماعي والتفاهم بين الناس، وفي التعبير عن المشاعر والأفكار والاحتياجات، وفي تبادل المعلومات مع الآخرين والتعامل معهم. وعلى الرغم من وجود أشكال متعددة للاتصال كاللغة اللفظية واللغة غير اللفظية كالإشارات والحركات اليدوية، والرسوم والإيماءات... وغيرها. إلا أن اللغة اللفظية تظل أكثر أشكال الاتصال والتفاهم شيوعا بين الناس، لذا... يصبح من المهم اتخاذ الإجراءات الكفيلة بالتعرف والكشف المبكر عن شتى أنواع اضطرابات التواصل لدى أطفالنا، وكذلك التدخل العلاجي في الوقت المناسب وبالطريقة الملائمة حتى لا تتفاقم هذه الاضطرابات وتتحول إلى مشكلات حقيقية يصعب علاجها مستقبلا وتزيد آثارها السلبية على شخصية من يعاني منها؛ كالحرج والانتواء، والقلق والخوف، والإحباط والشعور بالنقص والدونية.

وتعد اضطرابات التواصل Communication Disorders - التي تشمل اضطرابات الكلام (النطق) Peach. واللغة Language أحد أهم أشكال الانحراف عن المستوى العادي في الوظائف الكلامية واللغوية. وتشمل اضطرابات الكلام أو النطق عدة أنواع من بينها اضطرابات التلغظ Articulation؛ كالحذف والتحريف والإضافة والإبدال، واضطرابات الصوت Voice التي تشمل طبقة الصوت وشدته ونوعيته ورنينه، واضراباتطلاقة النطق Fluency التي يتمي إليها موضوع هذا

الكتاب وهو اللجلجة. أما الفئة الأخرى من اضطرابات التواصل فتشتمل في اضطرابات اللغة Language Disorders والتي تضم الاضطرابات اللغوية المستقبلية Receptive والاضطرابات اللغوية التعبيرية Expressive.

كما تعد اللجلجة Stuttering أكثر أنواع اضطرابات طلاقة النطق ونسياب الكلام وتدقته شيوعا، ويشار إليها بمصطلحات مختلفة، كالتلعثم، والثبات، والغفافة، والحبيسة، وعَمَى اللسان. وتشير هذه المصطلحات في مجملها إلى اضطرابات أو خلل في إيقاع الكلام يتميز بالترددات والانسدادات، والإعادة والتكرير، والإطالة في الأصوات أو الكلمات أو المقاطع الصوتية بصورة لا إرادية. وعادة ما يكون ذلك مصحوبا بمحاولة المتلجلج لإطلاق سراح لسانه، وباضطراب نشاطه الحركي وتوتره العضلي، ويبدو ذلك من خلال ارتعاش الشفتين، وارتعاش الفك ورموش العينين وجفونهما، ورفع الأكتاف وتحريك الذراعين، إضافة إلى اضطراب عملية التنفس وعدم انتظامها.

ويتناول الكتاب الذي بين أيدينا مؤلفته الدكتورة سهير محمود أمين موضوع اللجلجة تناولا متكاملا شاملا حيث تعرض فيه لجوانب الموضوع النظرية والتطبيقية العلاجية، فتقدم المؤلفة في الفصل الأول تعريفا باضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال، وأهم أنواعها، كما تعرض في الفصل الثاني من الكتاب لمفهوم اللجلجة ومظاهرها، وتفسيرها تبعا لعدد وجهات النظر بشأن العوامل المسببة لها، وهي العوامل الوراثية، والبيوكيميائية، والنفسية، والنيوفسيولوجية، والبيئية والاجتماعية.

وتعرض مؤلفة الكتاب في الفصل الثالث عددا من أساليب وبرامج علاج اللجلجة التي استخدمت في بعض البلدان الأجنبية، ثم تقدم في الفصل الرابع وصفا شاملا لبعض البرامج العلاجية التي قامت المؤلفة بتجربتها على مجموعات من الأطفال المصريين وتحققت من فاعليتها، ثم اختتمت هذا الفصل باقتراح برنامج إرشادي جماعي للأباء بغرض تبصيرهم بأسلوب معاملة الطفل المصاب

باللجنة، وبكيفية التخفيف من مصادر الضغوط الانفعالية التي يتعرض لها. ذلك ان الاتجاهات الحديثة في رعاية الأطفال ذوى الاحتياجات الخاصة عموماً تؤكد على أهمية المشاركة الوالدية في تعليم الطفل وتدريبه، وذلك بما يحقق لبرامج رعايته المزيد من الفعالية، والتكامل بين ما يستخدم من أساليب سواء في تعليم الطفل أم علاجه أم تدريبه داخل المؤسسات من ناحية، وما يستخدم من أساليب معاملة في المحيط الأسرى من ناحية أخرى.

ويسهم إرشاد الوالدين بقرص وأفر في توعية الوالدين بأساليب تشجيع أطفالهم على التحدث بشكل طبيعي، وتجنبهم النقد والتقييم المستمرين لمظاهر القصور اللفظي لاسيما في بداية تعلمهم اللغة والكلام، كما يسهم في تدريبهم على كيفية تقديم نماذج لغوية مناسبة سليمة حتى يتسنى للأطفال محاكاتها بيسر وسهولة، إضافة إلى تبصيرهم بسبل تهيئة بيئة منزلية خالية من التهديد والقلق والخوف والضغوط، تسودها مشاعر الأمن والطمأنينة، تعين الطفل على تقبل ذاته، وتنفهم احتياجاته وتعمل على إشباعها.

ويمثل هذا الكتاب العدد الثاني ضمن سلسلة الفكر العربي في التربية الخاصة التي يعنى الإشراف عليها، والتي نبت مؤسسة **بناش الفكر العربي** فكرتها إسهاماً منها في تنوير الأذهان بفضايا ذوى الاحتياجات الخاصة، ومواكبة منها للاهتمام المحفوظ على المستويين الحكومى والأهلى، وعلى الصعيدين المحلى والعالمى برعايتهم.

وقد صدر بعنوان الله العدد الأول من هذه السلسلة بعنوان «تعليم الأنشطة والمهارات لدى الأطفال المعاقين عقلياً»، وإنا إذ نأمل أن تواصل حلقاتها تباعاً، لنسأل الله عز وجل أن يجد فيها النفع والفائدة إنه نعم المولى ونعم النصير.

أد • عبد المطلب أمين القريظى

فهرست المحتويات

المقدمة	٩
الفصل الأول	
اضطرابات النطق والكلام	١١-٢٠
- فقدان السمع	١٣
- اضطرابات التشكيل والصياغة	١٤
- تأخر النطق	١٦
- التأخر في القراءة	١٧
- اضطرابات مرتبطة بإعاقات عقلية	١٩
الفصل الثاني	
اللجلجة (مفهومها - مظاهرها - تفسيرها)	٢١-٤٣
- نبذة تاريخية عن اللجلجة	٢٢
- مفهوم اللجلجة	٢٣
- مظاهر اللجلجة	٢٦
- المظاهر الثانوية للجلجة	٢٩
- تفسير اللجلجة	٣١
أولاً: تفسير اللجلجة تبعاً للعوامل الوراثية	٣١
ثانياً: تفسير اللجلجة تبعاً للعوامل البيوكيميائية	٣٣
ثالثاً: تفسير اللجلجة تبعاً للعوامل النيورولوجية	٣٤
رابعاً: تفسير اللجلجة تبعاً للعوامل النفسية	٣٤
خامساً: تفسير اللجلجة تبعاً للعوامل البيئية والاجتماعية	٣٦
الفصل الثالث	
علاج اللجلجة	٤٥-٦٨
أولاً: أساليب علاج اللجلجة	٤٦
ثانياً: برامج علاج اللجلجة	٤٩

٥٠	..... البرنامج الأول: برامج باربارا هومينيك
٥٢	..... البرنامج الثاني: برنامج ميلود بيرى وجون إيزنسون
٥٥	..... البرنامج الثالث: برنامج ميريل مورلى
٥٧	..... البرنامج الرابع: برنامج هوجو جرينجورى
٥٨	..... البرنامج الخامس: برنامج فرانسيس فرما
٦١	..... البرنامج السادس: إدوارد كونتر
٦٣	..... البرنامج السابع: برنامج نان واتر
٦٤	..... البرنامج الثامن: برنامج بهار چانفا
٦٥	..... البرنامج التاسع: ليناوستين وأرمن كور
	الشغل الرابع
٦٩-١٥١	..... البرنامج العلاجية المقترحة
٧٠	..... أولا: العلاج السلوكى
٨١	..... - برنامج العلاج بالتقليل
٨٨	..... - مثال توضيحي للعلاج بالتقليل
٩٧	..... - الجلسات العلاجية
١٠٤	..... ثانيا: العلاج باللعب الجماعى غير الموجه
١١٥	..... - المراحل الخاصة بعملية العلاج باللعب غير الموجه
١١٨	..... - أهمية اختيار العلاج النفسى لمعالجة حالات اللجلجة
١٢١	..... - برنامج العلاج باللعب الجماعى غير الموجه
١٣٩	..... - مثال توضيحي للعلاج باللعب الجماعى
١٤٠	..... - الجلسات العلاجية
١٥١	..... برنامج إرشادى مقترح للوالدين
١٥٣	..... الأهداف العامة
١٥٥	..... الأهداف الإجرائية
١٥٧	..... - للحاضرات التى تدور حول موضوع اللجلجة
١٥٨	..... أولا: للحاضرات التى تناولت الجانب الوقائى من اضطرابات اللجلجة
١٦١	..... ثانيا: للحاضرات الخاصة بمرحلة اللجلجة المبداية
١٦٤	..... ثالثا: للحاضرات الخاصة بمرحلة اللجلجة الثانوية (الحقيقية)
١٦٧	..... المراجع:

الفصل الأول

اضطرابات النطق والكلام

مقدمة

« لاتجتمع ذرات الشعب وتتولد منها القوة القاهرة إلا بالكلام، فليس أعظم شأنا في تربية الشعوب من الكلام بشرط أن يكون كلاما نافعا » (فحسى وضوان، ١٩٦٠ : ٢).

تعتبر اللغة والكلام وسيلة اتصال هامة تساعد الفرد على عملية التوافق الاجتماعي، حيث إنها وسيلة التفاهم بين الأفراد وبعضهم البعض، حيث يتبادلون المعلومات والمشاعر والأفكار، كما أنها تعبر عن رغبات الفرد وحاجاته؛ لذلك فهي صفة للإنسان الذي هو حيوان ناطق. (محمد عبد المؤمن حنين، ١٩٨٦ : ٢١٩).

ويعتبر إجادته الكلام من أهم مستلزمات الشخصية الكاملة، فالفرد الذي يكون لديه القدرة على الفهم والإقناع يكون ناجحا في حياته العملية؛ وذلك لأهمية وظيفة الكلام في حياة الفرد الأسرية والعملية والاجتماعية، والإنسان يستطيع الحصول على مايريد به بلسانه أكثر مما يناله ببنائه، وإن البطولة والزعامة تحالف بلاغة القول وفصاحة اللسان وغالبا ما ترى أبطال التاريخ هم ساسة الأمم وقادة الشعوب في كل زمان ومكان. (حسين مخضر، ١٩٦٠ : ٥)

تشير باربارا دومينيك (Dominick) (١٩٥٩ : ٩٥٩) إلى أن اللغة تعتبر الوسيط الأساسي للتفاهم، فمن خلالها نعبر عن آرائنا، ومشاعرنا، واتجاهاتنا، وردود أفعالنا، كما تعتبر وسيلة الاتصال الأولى للطفل ليخبر عن آرائه ويبلغها لوالديه وللعالم الخارجي، وبينما يستطيع الأطفال الآخرون أن ينجحوا، فإن المصاب بالجلجلة بسبب الاضطراب الاتعالي يكون أكثر عرضة للقلق.

وأهمية الكلام بالنسبة للإنسان تكمن في أنه يعد أكثر الأنشطة تعقيدا، وأهم الأنشطة العقلية توازنا، فبسبب طبيعته المعقدة ومناطقه العصبية ومجموعاته العقلية والتي لا حصر لها والتي تتطلب تقريبا تناسقا تاما وتألقا، فإن الكلام يعتبر عرضة للتشويش والاضطراب خلال فترات التوتر الانفعالي، وفي مثل تلك الفترات فإننا نجد أن ضغوط التفاهم تكون أكثر تشويشا، واضطرابا أثناء التعبير اللفظي.

ويصف محمد حسين (١٩٨٦) عملية النطق بأنها نشاط اجتماعي مكتسب ، يعتمد على تأثر المناطق العصبية ومركز الكلام في المخ الذي يسيطر بالتالي على الأعصاب التي تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت ، كما يشارك في عملية النطق الرتسان ، والحجاب الحاجز ، والأوتار الصوتية ، والحنجرة ، والقم ، والتجويف الأنفي ، واللسان ، والشفتان ، وغير ذلك من العوامل التي تؤثر على عملية النطق ، كالقدرات العقلية ، والعوامل الانشعالية ، وحالة الفرد الصحية والنفسية ، وبذلك نجد أن عملية تعلم اللغة أو الكلام عملية طويلة معقدة تشترك فيها عوامل متعددة وأجهزة مختلفة ، لذلك إذا حدث خلل ما في منطقة أو عامل من تلك التي ذكرت فإنه يؤدي إلى صورة أو أخرى من اضطرابات الكلام .

ويمكن تقسيم اضطرابات النطق والكلام لدى الأطفال إلى أنواع أهمها :

• اضطرابات الكلام التي ترجع الى القصور السمعي .

• اضطرابات التشكيل (الصياغة) وتشمل :

أ - اضطرابات الصوت .

ب - الاضطرابات الإيقاعية وتشمل :

١ - السرعة الزائدة في الكلام .

٢ - اللجلجة .

ج- اضطرابات النطق :

- الحبيسة (الأفيزيا) .

- اضطرابات التأخر في القراءة والكتابة .

- اضطرابات تتعلق بإعاقات عقلية .

وسوف نتكلم بشيء من الإيجاز عن كل حالة منها .

فقدان السمع Hearing Loss

يؤدي فقدان حاسة السمع إلى ضعف القدرة اللغوية وضعف السلوك السيمانتى Semantic Behavior (السلوك المتعلق بمعاني الكلمات) ، حيث يصبح الطفل غير قادر على تعلم اللغة بشكل كامل كأفراد يتمتعون بحاسة السمع ، ولكن من المحتمل أن يكتسب الطفل العاجز عن السمع مهارات اللغة الطبيعية ؛ وذلك لأن فقدان حاسة السمع

تعتبر أحد مصادر اضطراب الكلام القابلة للشفاء، فإنما عولجت حاسة السمع لدى الطفل تمت مهارات الكلام بشكل طبيعي .

وإصابة حاسة السمع لدى الطفل أثناء النمو يؤدي إلى تدهور جزئي لمهارات الكلام، ويعتبر هذا الطفل أفضل من الطفل الذي فقد حاسة السمع قبل أي نمو لغوي حيث هنا يكون الطفل أصمًا؛ لأنه حرم من حاسة السمع منذ مولده أو فقدها بمجرد تعلم الكلام . وبالتالي فقد محت آثار التعلم بسرعة، فكلما ازداد نموه اللغوي قبل فقدان السمع كان الطفل في حالة أفضل، وتسم لغة الطفل المعوق سمعياً بالجمل السهلة والمفردات (البدائية) البسيطة مما يستخدمها الطفل الطبيعي (الطفل ذو الحاسة السمعية السليمة). (Starkweather ، ١٩٨٢ : ٣٠٤) .

ويرجع عدم وضوح كلام المعوق سمعياً إلى ثلاثة أسباب هي :

- ١ - الطفل المعوق سمعياً ليس لديه القدرة على التحكم في الفترات الزمنية بين الكلمة والأخرى، مما يؤدي إلى أخذ وقت أطول في نطق كل كلمة .
- ٢ - الطفل المعوق سمعياً ليس لديه القدرة على توضيح الأصوات المختلفة، وقد يؤدي ذلك إلى تداخل بين الأصوات .
- ٣ - أثناء النطق لا يستطيع الطفل الضغط على الكلمة فتخرج الأصوات غير واضحة .

اضطرابات التشكيل (الصياغة) وتشمل :

أولاً، اضطرابات الصوت، Dysphonia

هي العيوب التي تصيب وظيفة الصوت مثل الهمس *Whispering*، أو الشذوذ الذي يصيب طبقات الصوت .

ويشير مصطلح فهمي (١٩٦٥) إلى أن الانحرافات في نوعية الصوت ورتبه أكثر أنواع الاضطرابات في الصوت شيوعا، حيث يمكن تمييز أهم اضطرابات الصوت في الصوت الهامس، والصوت الحشن الغليظ والحنف .

ويتميز الصوت الهامس بالضعف والتدفق المفرط للهواء، وغالبا ما يبدو الصوت وكأنه نوع من الهمس الذي يكون مصحوبا في بعض الأحيان بتوقف كامل للصوت .

أما الصوت الغليظ الحشن، فغالباً ما يكون صوتاً غير سار ويكون عادة مرتفعاً في شدته ومنخفضاً في طبقته، وغالباً ما يكون إصدار الصوت في هذه الحالات فجائياً ومصحوباً بالتوتر الزائد.

كما يعتبر «الحنف» من اضطرابات الصوت الشائعة بين الأطفال المصابين بشق في سقف الحلق Cleft Palate حيث يبدو الطفل كما لو كان يتحدث من الأنف.

ثانياً، الاضطرابات الإيقاعية : Disorder of Rhythm

تنقسم اضطرابات الإيقاع إلى :

١ - السرعة الزائدة في الكلام : Cluttering

هي اضطراب يصيب طلاقة الكلام والفرد الذي يعاني من السرعة الزائدة في الكلام، يتكلم بسرعة فائقة لدرجة تصل إلى حذف بعض المقاطع أو كل المقاطع تقريباً وبالتالي لا يتضح نطق هذه المقاطع، ويعتقد أن أساس هذا العيب الكلامي يرجع إلى وجود اختلال في مراكز اللغة يؤدي إلى ضغط الكلام لدرجة الخلط بين المقاطع، لدرجة أن المستمع قد يجد صعوبة في متابعة الكلام أو فهم مايقال - (Freema، ١٩٨٢ : ٨٨٦).

وتختلف السرعة الزائدة في الكلام عن اللجلجة بشكل ملحوظ، ويبدو هذا كما يلي :

- ١ - السرعة الزائدة في الكلام لا تترعى اتباه الفرد مثل اللجلجة .
- ٢ - الفرد الذي يتكلم بسرعة زائدة لا يخشى مواقف الكلام - Speaking situations
- ٣ - قلة الارتباط بمواقف حدثت في الماضي .
- ٤ - لا يصاحبها انفعالات الخوف والتوقع مثل اللجلجة .
- ٥ - اتفق الخبراء على الطبيعة الوراثية Hereditary nature للسرعة الزائدة - (The New Encyclopedia Britannica, 1991 : 102)

٢ - اللجلجة : Stuttering

وسوف نتحدث عنها الباحة بشيء من التفصيل فيما بعد :

تأخر النطق، Delayed articulation

في المراحل الأولى من عمر الطفل أثناء تعلمه الكلام تحدث بعض الصعوبات لدى غالبية الأطفال أثناء تعلمهم الكلام، وقد تستغرق بعض السنوات حتى تزول، وعادة تستمر هذه الصعوبات حتى سن الخامسة لدى حوالي ١٥ ٪ من الأطفال، وتعتبر أعطاء النطق (الهجاء) شائعة بين أطفال المرحلة الابتدائية، ولكن معظم الحالات تتحسن تلقائياً .

وتعتبر إطالة الأصوات في بداية النطق شكلاً من أشكال اضطراب النطق، بمعنى أنه لم يتأخر للنطق الطبيعي دون سبب واضح، حيث لا يوجد أي قصور لغوي آخر، كما أنه السبب الأكثر شيوعاً للتحويل العلاجي لمعاجي الكلام في عيادات المدارس .

وبذلك نجد أن الأطفال الذين تجاوزوا الخامسة من العمر يعرضون نماذج كلامية بدائية تشبه الأطفال ذات الثلاث سنوات، حيث يجدون صعوبة في نطق حرف س S وحرف ر R - (Espir and Gliford ١٩٨٣ : ٨٥)، وبالإضافة إلى ذلك نجد عيوب النطق تتمثل في أربعة أشكال :

الحذف Omission

وهو عبارة عن حذف حرف من حروف الكلمة.

الإضافة Addition

عبارة عن إضافة حرف زائد على حروف الكلمة بعد كل مقطع .

الإبدال Substitution

عبارة عن إبدال حرف بآخر مما يؤدي إلى صعوبة فهم كلام الطفل .

التحريف Distortion

عبارة عن تحريف نطق الحروف أو نطقها بطريقة خاطئة لكن لا يصل التحريف إلى مستوى الخلط، أي أنه لا يزال يسمع على أنه الحرف نفسه .

وأكثر الحروف تأثراً بهذه العيوب هي الحروف الساكنة والمتأخرة والاكْتساب Las-acquired مثل : ف (F) ب (F) و ش (sh) و ذ (th)، وتكثر الأخطاء مع الكلام التلقائي، وقد يتأخر هؤلاء الأطفال عن اكتساب القراءة والكتابة مما يؤدي بهم إلى العزلة وبعض الاضطرابات السلوكية - (Espir and Gliford، ١٩٨٣ : ٨٥) .

الأفازيا ، Aphasia

تحدث الأفازيا بسبب مرض الجانب الأيسر من المخ، وبالتالي يظهر الشلل في اليد أو الساق اليمنى، حيث تشير الدلائل إلى أن نصف المخ الأيسر يعتبر سيطرا في كل الأفراد الذين يستخدمون اليد اليمنى وبعض الذين يستخدمون اليد اليسرى.

ويعتقد الخبراء أن نصف المخ الأيسر يكون سيطرا بالنسبة للغة في معظم الأفراد بغض النظر عن استخدام أي يد، وأن سيطرة نصف المخ الأيمن يكون استثنائيا لبعض الأفراد الذين يستخدمون اليد اليسرى، وبالتالي فإن السيطرة اللغوية تضطرب في كلا الجانبين لدى بعض الأشخاص الذين يستعملون اليد اليسرى.

تعني الأفازيا عدم القدرة على التعبير واستعمال الرموز اللغوية، وتشمل الأفازيا اضطرابات حركية وأخرى حسية، وأساس الأفازيا الحركية (التعبيرية) هي فقدان الذاكرة بالنسبة لمعنى اللغة، وفقدان القدرة على إنتاجها، فإن المريض لا يستطيع استدعاء أى مادة لفظية لتشكيل محادثة، بالرغم من أنه يعرف ما يريد أن يعبر عنه، وأحيانا يفقد المصاب القدرة على التعبير بالكلام إلى الحد الذي يقتصر فيه محصوله اللغوي على كلمة واحدة يستخدمها للتعبير عن أشياء كثيرة.

أما الأفازيا الحسية فهي فقدان القدرة على فهم الكلمات المنطوقة، وعلى الرغم من أن المصاب بالأفازيا الحسية يتمتع بقدرة سمعية عادية، إلا أنه يتعلم عليه في الغالب تمييز الأصوات، فهو يخلط بين حروف الكلمات، ويطلق على هذه الحالة العمى السمعي (The New Encyclopedia Britannica 1991: 102).

التأخر في القراءة (صعوبة القراءة)

Developmental (specific) dyslexia

هو فقدان القدرة على القراءة أو الكتابة أو كليهما. إن التأخر في نمو الميكانيزم الذي يمهّد ويؤلف قدرات القراءة يؤدي إلى عسر القراءة Specific dyslexia الذي يمثل مشاكل خاصة من وجهة النظر الطبية والتعليمية، ويكون التأخر في نمو العمليات المعرفية في المخ والتي تنسق القدرات الضرورية للقراءة والكتابة كتصور وظيفي معزول في شخص طبيعي، فهذا ما يعرف بالتأخر في القراءة.

ويواجه غالبية المرضى صعوبات في جزء من المخ والخاص باللغة، وبعض الأنماط الأخرى تشمل صعوبة في تقليد النماذج والرسم البياني ودرجات مختلفة من الاضطرابات الإدراكية الحسية والمعرفية والعمى اللفظي، وآخرون لديهم صعوبات في الكتابة والهجاء وبخاصة التعبير عن الأفكار بشكل ملائم بالكلمة المكتوبة. (Espir and Gilford، ١٩٨٣ : ٩٠).

ويُسم الأطفال المصابون بهذا المرض بمقابلتهم لشُرود اللعن distractable ويضعف الانتباه Poor - attention، وقد يكون هذا راجعاً إلى إصابة يسيرة بالمخ والنس تظهر على هيئة تأخر في القراءة، والكتابة، والكلام، أو حركات هزلية مصحوبة بسلوكيات مضطربة .

وتتألف الصعوبات المختلفة للقراءة من :

- عدم القدرة على التعامل مع هجاء الكلمة .
- الفشل في رؤية أوجه التشابه والاختلاف في أشكال الكلمات .
- الفشل في رؤية الاختلافات في أشكال الحروف .
- عمل المعكوسات .
- الفشل في معرفة الكان المحدد .
- الفشل في القراءة من الشمال إلى اليمين .
- ضعف التركيز
- الفشل في القراءة بفهم تام .

ولقد اتضح أن الصعوبات الأكثر شيوعاً هي اضطراب الحروف المتشابهة من حيث الرؤية مثل « d b , q p » ، أما بالنسبة للغة العربية فنجد أن الحروف المتشابهة من حيث الرؤية هي مسانعرف بالحروف المعجمة والحروف المهملة مثل « ج ، ح ، خ ، د ، ذ ، ر ، ز ، س ، ش ، ص ، ض ، ظ » (عبد الله ربيع محمود، ١٩٩٢ : ١٠٠) .

وغالبا ما يستطيع الطفل أن يقرأ الحروف الفردية ولكنه يخطئ عندما يقرأ الكلمات . ولا تختلف الأخطاء عن الأخطاء التي يقوم بها طفل طبيعي في بداية تعلمه للقراءة .

أما مظاهر الفصور المرتبطة بالكتابة فهي كالتالي :

- ١ - تشويش وعدم تصور للحروف .
- ٢ - أخطاء في ربط الحروف بعضها ببعض .
- ٣ - الكتابة للمكوسة Mirror-Writing .
- ٤ - الخطأ في كتابة الحروف التي لا تنطق .

ويُسم هؤلاء الأطفال بالآتي :

- أ - اضطرابات ذاتية الحركة .
- ب - اضطراب حسي خفيف .

ج- حركات عشوائية غير ملائمة .

د - تقدير خاطئ للوقت - (Espir and Gifford, 1983, 90, 91).

اضطرابات مرتبطة بإعاقات عقلية ،

Disorders associated with mental abnormality :

التخلف العقلي ، Mental Retardation

يعتبر الأطفال المتخلفون عقليا متأخرين عادة في اكتسابهم للغة وفي قدرتهم على العناية بأنفسهم ، وتسم لغة المتخلفين عقليا باليسر والسهولة ، حيث يستخدمون جملا أقل تعقيدا وتنوعا بالمقارنة بالأطفال العاديين .

خوف الكلام ، Speech phobia

قد يتوقف بعض الأطفال عن الكلام عند ذهابهم للمدرسة لأول مرة وبعد خوف الكلام ، أو الخرس الاختياري elective mutism مشكلة ليست شائعة ، ولكنه يحدث أحيانا عندما يكون في حياة الطفل تجربة أدت إلى اكتساب خصائص منفرة في موقف يتطلب تفاعلا شخصيا إلى نوع من الإشارات الكلاسيكي .

ففي بداية دخول المدرسة فإن الأطفال يتصلون على آبائهم لفترة زمنية طويلة ، ويجد الأطفال أنفسهم في مناخ غير مألوف ، حيث يتم تقديمهم لأفراد كبار وغيره عنهم لديهم سلطة كبيرة وتحكم فيما يفعلونه ، كما يتم تقديمهم للعديد من الأطفال الجدد ، وتلك الأحداث يكون فيها ماهو كإثارة خوف قوى لدى بعض الأطفال ، وبالتالي يؤدي إلى استدعاء ردود فعل تدل على الخوف ويكون الخرس من بينها .

ويعبر عن ذلك رمزيا كما يلي :

$$(م \rightarrow -م) - S_1$$

حيث إن (م) - S = مشير مرتبط بدخول المدرسة ، وسائل النقل ، ميني المدرسة . الخ .

(- -) - S = أحداث منفرة aversive events مثل مقابلة أفراد جدد ، فقدان السيطرة ، الانفصال عن منزل الوالدين .

فإننا نبين للأطفال أن من يتكلم سيُعاقب ، هنا نجد أن الإثارة المنفرة جاءت مرتبطة بكلام الأطفال ، وبالتالي سيدرك الطفل أن عدم الكلام وسيلة لتجنب مشير منفرد aversive stimulation .

ويصبح (م¹ ← م¹ ← م) S1 → R1 → S-

(م¹) S¹ = مثير مرتبط بالمدرسة أو أي موقف اجتماعي آخر.

(س¹) R1 = الكلام

(م⁻) S⁻ = نتائج واثمة منفرة أو تهديد للكلام.

(Starkweather, 1983, ٣٠٦).

انقسام الشخصية في الطفولة، Childhood Schizophrenia

يتم تحديد سمات الانقسام لدى الكبار بالارتداد عن الواقع، وينطبق هذا التعبير على الطفل المصاب بالتأخر اللغوي، ويعزل نفسه، ويظهر قدرا كبيرا من الخوف أو الانعزالات السلبية، وتعتبر حالات الانقسام أكثر شيوعا بين الأطفال الذكور من الإناث، وتظهر لدى الطفل اضطرابات فكرية وكلامية تؤدي إلى لغة غامضة وغير ملائمة، كما يعتبر الأطفال المصابون بالانقسام أقل قدرة على إدماج المعلومات وتقديمها في صورة نماذج حسية.

الاجترارية (انفلاق الذات) Autism

الاجترارية: هي انسحاب الفرد من الواقع إلى عالم خاص من الخيالات والأفكار ويعتقد أنها الحاصية الأولى للانقسام، والشخص الاجتراري ذو شخصية مغلقة، وهو ملتصق إلى داخله، ومشتغل انشغالا كاملا بحاجاته ورفاته التي يتم إشباعها كلية أو إلى حد كبير في الخيال. (جابر عبد الحميد جابر، 1988 : ٣١٥).

ولهذا نجد أن السمة الأساسية التي تميز هذا النوع من الأطفال هو عدم الاهتمام، أو مقاومة التفاعل مع الآخرين، فإن هؤلاء الأطفال قد يعاملون آباءهم أو الآخرين كما لو كانوا أعداء، يزحفون نحوهم، كما أنهم يميلون لأن يؤذوا أنفسهم أو يشربوا أنفسهم بأساليب غير عادية، فعندما يتعرضون لثير معين مثل الضوضاء العالية نجد بعضهم يبدو عليه الخوف الشديد والغضب، والبعض الآخر لا يخافون حتى من المواقف الخطرة.

ويعتبر الاجترار العقلي شائعا أكثر بين الأطفال المتسرين، أو نتيجة الإصابة بالحصبة الألمانية الموروثة، ويتم تقسيم هؤلاء الأطفال إلى قسمين: بعضهم يتكلم، والبعض الآخر لا يتكلم، وحتى هؤلاء المتكلمون يظهرون قصورا في استخدام اللغة وأخطاء نحوية كثيرة، ويستخدمون تراكيب لغوية سهلة جدا، كما أن لديهم قصورا في المهارات المعرفية. (Starkweather, 1983 : ٣٠٢).



الفصل التاسع

الجلجة

(مفهومها - مظاهرها - تفسيرها)

نبذة تاريخية من اللجاجة ،

لقد تم التعرف على ظاهرة اللجاجة كمشكلة منذ زمن مسيحي حيث يرجع تاريخها إلى عصور مصر القديمة، ولقد عرف ذلك من رموز معينة تم اكتشافها في الهيرغليفية، كما ذكرت في الإنجيل بواسطة القلاسة القدعاء، ولقد قيل : إن سيدنا موسى (عليه السلام) مصاب باللجاجة، وكذلك أرسطو Aristotle وأيسوب Aesop وديموستينس Demosthenes، وفي عصرنا الحاضر وينستون تشرشل Winston Sir Churchill والملك جورج السادس King George VI وغيرهم كثيرين .

ولقد اعتقد قديما أن أصل تكوين اللجاجة بدينيا، وأرجع أبو قراط Hippo-crates اللجاجة إلى جفاف اللسان، وأرجعها أرسطو إلى سمك اللسان وصلابته، وفرانسيس بيكون Francis Bacon رأى أن يكون السبب هو برودة اللسان .

واعتقد سانتوريني Santorini عالم التشريح الإيطالي أن سبب اللجاجة هو وجود فتحتين في المنطقة الوسطى من سقف الحلق وأنها ذوى حجم غير طبيعي، ثم رفض مورجاني Morgagni تلك النظرية؛ لأنه مؤسس علم التشريح الباثولوجي، ونزع نحو الاعتقاد أن العظمة اللامية Hyoid bone هي السبب، ثم جاءت فكرة أن اللسان هو أساس هذا القصور اللغظي، وظلت منتشرة حتى منتصف القرن التاسع عشر، وكان الجراحون الأوروبيون يتناقضون بكونهم الأوائل في تقدم الأساليب الفنية العملية لعلاج هذه الظاهرة جراحيا .

وفي عام (1841) تم علاج (200) حالة تقريبا جراحيا في فرنسا، وفي نهاية هذه السنة أطلقت صيحة تحذير واعترف من سمح بتلك الطريقة العلاجية بالخطأ .

واليوم، فإن علماء التشريح يختلفون عما سبقوهم فيما يتعلق بالعامل المسبب للجباجة، حيث رأوا أن الكيان العضوي مرتبط بالسماوات البدنية النفسية للفرد، ولقد أضاف كثير من الباحثين العوامل النفسية إلى طريقة العمل والنظريات الحديثة للجباجة لا حصر لها الآن - (Dominick, 1959 : 901) .

مفهوم اللججة،

كثير من الباحثين اهتموا بإعطاء معنى للـلججة على أساس أنه اضطراب يؤثر على إيضاح الكلام، حيث يتميز نمط الكلام بالإطالة الزائدة، وتكرار الأصوات والمقاطع، والتسرق، والإعاقات الكلامية التي يبدو فيها التلجج، وقد اختنق الكلام في حلقه بالرغم من اللجاجة والكابدة من أجل إطلاق سراح لسانه، وهم بذلك يرون أن اللججة : هي عدم قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل .

ويعرف وندل جونسون - Johnson (١٩٥٥ : ٣١ ، ٣٢) اللججة موضوعيا Objectively بقوله : إنها اضطراب يؤثر على إيضاح الكلام تتمثل في توقف متقطع Intermittent أثناء الكلام وتكرار تشنجي للأصوات Convulsive repetition of a sound .

وتصف باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٠) اللججة بأنها: اضطراب في تدفق الكلام بسلاسة Smooth flow of speech بسبب أزمات توقفية وتكرارية Tonic and clonic spasms مرتبطة بوظائف التنفس والنطق والتشكيل (الصياغة) .

ويرى جونسون Johnson أنه لكي يقدم تعريف دقيق عن اللججة يجب أن يؤكد على جاتبي الصورة ويقدم تعريفا ذاتيا؛ وذلك لاستكمال التعريف الموضوعي للـلججة فيقول : «اللججة هي خيرة صراع تنشأ من رغبة التلجج في التحدث مقابل الرغبة في تجنب اللججة المتوقعة Expected stuttering» .

وقد رأى بعض العلماء أن اللججة تنشأ نتيجة حالة صراع تدور دائما داخل الفرد بين رغبة التلجج في الكلام لكي يتواصل مع الآخرين، ورغبته في الصمت خوفا وخجلا من حدوث اللججة، وغالبا ما يكون ضحية للشعور بالعجز والخوف مما يؤدي بالفعل إلى حدوث اللججة .

ويرى أتوفينخل (١٩٦٩ : ٥٢٩) أن اللججة عبارة عن صراع بين ميول مختصة، فالمرض يكشف عن أنه يرغب في أن يقول شيئا ومع ذلك لا يرغب في أن يقوله، وحيث إنه يقصد شعوريا إلى أن يتكلم فلا بد وأن يكون لديه سبب لاشعوري حتى لا يرغب في الكلام، ويرجع هذا بالضرورة إلى دلالة لاشعورية للكلام إما للشيء الخاص الذي سيكون عنه الحديث وإما لعملية الكلام بصورة عامة .

وهناك وجهة نظر أخرى بخصوص اللججة بوصفها سلوكا مكتسبا بالتعلم يعتقدتها جوزيف شيهان Sheehan (١٩٥٨ : ١٢٥ ، ١٢٦) فهو ينظر إلى اللججة على أنها تحدث نتيجة وجود صراع بين رغبين متعارضتين - رغبة التلجج في الكلام وفي الوقت نفسه رغبته في الامتناع عن الكلام .

ويرجع الرغبة في عدم الكلام إلى الإحجام المكتسب Learned avoidance أو إلى دوافع لاشعورية unconscious motives وطبقا لوجهة نظر شيهان Sheehan التي ترى أن اللجلجة تبدأ عندما يصل كل من الميل إلى الكلام والرغبة في الإحجام عن الكلام إلى مستوى التوازن، وبعد ذلك يتمكن المتلجلج من مواصلة الكلام؛ لأن بظهور اللجلجة يعمل على تخفيض دافع الخوف، ويستطرد شيهان Sheehan مفصرا السبب في ذلك : أنه أثناء حدوث اللجلجة يقل دافع الخوف لدرجة يختص معها الصراع بين الرغبة في الكلام والرغبة في عدم الكلام، أي اختفاء تحاشي الكلام الذي يحركه الخوف، ولكن لسوء الحظ تستمر سيطرة الصراع بين هاتين الرغبةيتين المتعارضتين في مواقف الكلام التالية، ومن يميل سلوك اللجلجة إلى أن يكون سلوكا متكررا.

وفريق آخر من الباحثين يرون أن اللجلجة تتم وفق مراحل معينة، وتتلخص وجهة نظرهم في أن عدم الطلاقة اللفظية ظاهرة منتشرة بين صغار الأطفال، حيث إن غالبية الأطفال في بداية تعلمهم للكلام قد تظهر عليهم بعض الترددات والتكرارات العادية في كلامهم وأن الوالدين أو الحيطين بالطفل هم أول من يشخص هذه التكرارات على أنها لجلجة، وأن الطفل مصاب بالجلجة، وحين يطلق على الطفل هذا اللقب تفيد حركته في الكلام بمجموعة من مشاعر الفلق والخوف من جانب الوالدين، ومن ثم تنعكس تلك المشاعر على الطفل، ويصبح قلقا مستورا وخائفا من الفشل في نطق الكلمات ومن ثم يصبح متلجلجا.

فيرى بلودشتين Bloodstein (١٩٦٩ : ٢١ ، ٢٥) أن اللجلجة تمثل درجة فسوى من أشكال عدم الطلاقة العادية Normal non-fluency، كما أنه ناقش العلاقة بين التقطعات الكلامية Speech - interruptions للأطفال الصغار بالجلجة والتقطعات الكلامية لغير المتلجلجين، ولقد وجد من خلال ملاحظاته أن التكرار الجزئي للكلمة وتكرار الكلمة والإطالة الصوتية Sound-prolongation موجود في كلام الأطفال المتلجلجين مثلما هو موجود في كلام غير المتلجلجين لكنه مع الاختلاف في درجة الإعاقة، ولقد قادته بحوثه في اللجلجة وخبراته إلى الاعتقاد بأن اتجاه المتلجلجين تجاه تلك الأعراس يعد البعد الرئيسي للجلجة، فإن الفلق، وتوقع اللجلجة Anticipation of stuttering والاعتقاد الداخلي بصعوبة الكلام، كل هذا يؤدي لاستمرار ورسوخ اللجلجة، وكل هذا يعد من العوامل الرئيسية التي تساعد على استمرار اللجلجة.

ويقدم بلودشتين Bloodstein (١٩٦٩) خمسة أطوار تمثل تطور اللجلجة لدى الفرد في المرحلة الأولى، تتميز بتكرار الكلمات الصغيرة وتزداد في مواقف الضغط stress situations لكن مع نقص في الجانب الاتقالي والإدراكي من ناحية الطفل تجاه لجلجته.

المرحلة الثانية: تتميز اللجلجة بالاستمرارية وتزداد في أوقات الإثارة، ومع ذلك لم يكف أو يعاق كلام الطفل بسبب اللجلجة .

أما المرحلة الثالثة: فتظهر مع طفل المدرسة الأكبر سنا، حيث يكون مدركا للمواقف الصعبة، وبالتالي بدأ يتجهج بعض الوسائل الخاصة به لتجنب بعض الكلمات أو المواقف التي يخشاها .

المرحلة الرابعة: يصبح الطفل متلجلجا، حيث يوجد التوقع والخوف وتجنب مواقف الكلام مع ظهور علامات الخوف والإحراج على الطفل المتلجلج .

والمرحلة الخامسة: تتعلق بالراشدين المتلجلجين، حيث يتنكر المتلجلج وسائل يعالج بها لجلجته مفضلا ذلك على التحسن الحقيقي فهو نفسه مدرك لمشكلته .

وهناك فريق آخر من الباحثين أعطوا تعريفا للجلجة على أساس أنها: نتيجة حتمية للفلق والخوف الذي يمتلك الفرد، والخوف من عدم قدرته على إتمام العملية الكلامية بنجاح، فالخبرات المؤلمة التي مر بها في مواقف الكلام المتعددة جعلته يتصور أن الكلام السلس هو من الأمور الصعبة، لذلك فهو يتوقع حدوث اللجلجة على الرغم من محاولته بذل الجهد لتجنبها .

ونيل جونسون Johnson (١٩٥٦ : ١٨٢) يعرف اللجلجة على أنها: شكل من أشكال السلوك المكتسب Learned Behavior ، حيث يؤكد أن الأطفال المتلجلجين هم في الحقيقة أطفال عاديون، ويعرف اللجلجة على أنها : رد فعل لتجنب اللجلجة يتسم بالتوقع anticipatory والخوف والتوتر الشديد Hypertonic، بمعنى أن اللجلجة هي مايفعله الفرد عندما :

- يتوقع حدوث اللجلجة .
- يخافها (يرهبا) .
- يصبح متوترا توقعا لحدوثها .
- يحاول أن يتجنبها، ثم مايفعله في محاولة منه لتجنب اللجلجة يتساوى مع توقف الكلام توقفا كليا أو جزئيا .

كما يعرف أوليفر بلودشتين Bloodstein (١٩٨٦ : ٥٧٣) اللجلجة بأنها اضطراب كلامي ينسم بالتوقف والتقطع في تدفق الكلام بسلاسة ويضيف بلودشتين أن اللجلجة كاضطراب تختلف عن الترددات Hesitations، والوقفات الكلامية لغير المتلجلجين، حيث إن هناك فرقا أساسيا في المشاعر التي تنتاب المتلجلج مثل الخوف والفلق والشعور بالحزى والتوتر العضلي الذي يؤدي إلى فقدان التحكم في أعضاء الكلام .

تعقيب،

لقد ذكر الكثير من العلماء والمهنيين بدراسة ظاهرة اللجلجة أنها تعد ظاهرة مرضية غاية في التعقيد، حيث إن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض وتقول باربارا دومينيك (Dominick 1959 : 90) : إن العديد من المهنيين يبحث تلك المشكلة قد أصابوا لها الكثير من التعقيد والتشويش، ولذلك لا غرابة أن نجد هناك وجهات نظر مختلفة من قبل العلماء المهتمين بدراسة اللجلجة في تعريفهم لهذه المشكلة، فمنهم من نظر إلى اللجلجة على أنها: اضطراب يصيب إيقاع الكلام فيؤثر على قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل، ويتميز هذا الاضطراب بتكرار أصوات ومقاطع الكلام والإطالة الزائدة والإعاقات الكلامية.

وفريق آخر نظر إلى اللجلجة على أنها: حالة من القلق والخوف، حيث إن الخوف من اللجلجة يولد لدى الفرد الكثير من الإعاقات التي تظهر في بعض المواقف الكلامية معسرة عن حالة القلق والتوتر، وبذلك يجد المصاب باللجلجة نفسه يدور في حلقة مفرغة.

وبعضهم قرر أن اللجلجة ما هي إلا عملية صراع، ويقع التلجلج فريسة لعملية الصراع هذه بين الرغبة في الكلام وفي الوقت نفسه الرغبة في عدم الكلام، وتكون النتيجة شعور التلجلج بالعجز والخوف من العملية الكلامية حيث يصبح الكلام السلس أمرا بالغ الصعوبة.

وقد أولى بعض الباحثين أهمية بالغة بالطفل في بداية تعلمه للكلام وعدم إصدار حكم على الطفل أنه مصاب باللجلجة من قبل الوالدين لمجرد ظهور بعض التكرارات أو اللجلجات الخفيفة أثناء تعلمه للكلام، وفي هذا يقولون : «إن اللجلجة تقع في أذن الأم أولا، وليس في فم الطفل» بمعنى عدم إظهار مشاعر القلق والخوف تجاه كلام الطفل حتى لا ينعكس ذلك على الطفل، وتتطور اللجلجة العادية إلى لجلجة حقيقية عندما يتجنب الطفل مواقف الكلام مع ظهور علامات الخوف والحرج عليه.

مظاهر اللجلجة،

التكرارات : Repetitions

يرى بيتش وفرانسيليا Beech & Fransella (1968 : 304) أن التكرار يعد من أهم السمات المميزة للجلجة، حيث إنها أحد أعراض اللجلجة الأكثر شيوعا خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تلفت انتباه السمع. والتكرار يكون لبعض عناصر الكلام مثل :

١ - تكرر حرف sound معين مثل الحرف (n) في العبارة التالية :

د . د . د . دلوقت سأذهب إلى n.n.n.now I am going to

٢ - تكرر للمقاطع اللفظية whole syllable مثل المقطع (un) في العبارة التالية:

فا . فا . فا . فائلة un. un. un. under wear

٣ - تكرر للكلمة whole word مثل كلمة but في العبارة التالية :

لكن - لكن - لكن - لكن انظر but - but - but - but look

٤ - تكرر للعبارة phrase بأكملها مثل عبارة دعني let me

دع - دعنى - دعنى أرى let - let me - let me see (Starkweather) ،
١٩٨٣ : ٣٥٤) .

ومع أن التكرارات تعتبر من الأعراض المميزة لوجود اللجاجة، إلا أن تكرار العبارات والكلمات والمقاطع يعد شائعا بين الأطفال الصغار جداً، وقد يكون مؤشرا لوجود اللجاجة، حيث إن الأطفال الذين يتراوح أعمارهم من (٢ - ٥) سنوات يتسم كلامهم بالترددات والتكرارات للمقاطع اللفظية والكلمات وكذلك العبارات . وأجريت دراسات إحصائية لهذا الموضوع، وتبين أنه إذا كان متوسط التكرارات (٤٥) مرة لكل (١٠٠٠) كلمة تعتبر تكرارات طبيعية .

ويؤكد إدوارد كونتر (Conture ١٩٨٢ : ١٦٤) هذه الحقيقة بقوله أن التكرارات تؤخذ في الاعتبار على أنها لجاجة عندما تصل إلى نسبة ٥ ٪ من حاصل الكلام الكلي للطفل . ويضيف كونتر بأن هناك وجهة نظر طبية ترى أنه ليس فقط درجة تكرارات الكلمات وحدها هي المؤشر لوجود الاضطراب، ولكن الأهم هو طبيعة هذا الاضطراب، بمعنى أن الطفل يعتبر متلججاً إذا اتسم كلامه بتكرارات للكلمات، والمقاطع اللفظية، وإطالات صوتية وكذلك حدوث الإعاقات الداخلية .

الإطالات Prolongations

هناك شكل تشخيصي آخر وهام للجاجة هو الإطالات الصوتية Prolongations of Sounds، حيث يطول نطق الصوت لفترة أطول خاصة في الحروف المتحركة .

ويعد إطالة الصوت شكلا هاما لهذا النوع من الاضطراب الكلامي، حيث إنه من النادر وجوده في كلام غير التلجلجيين . حيث يؤكد بيتش وفرانسيللا Beech and Fransella (١٩٦٨) أن الإطالات تعتبر شائعة جدا بين المتلجلجين وذات دلالة تشخيصية مقبولة ، وذلك بسبب قلة حدوثها بين الأفراد ذوي العطلاة اللفظية ، لكن من الشير أن الأفراد غير التلجلجين يميلون لإظهار هذا النوع من الاستجابة الكلامية (الإطالات) تحت ظروف التغذية المرتدة السمعية المتأخرة delayed auditory feedback) وتفتقر تلك الملاحظة أن الاضطرابات الكلامية التي تنتج تحت ظروف التشغيل المرتدة السمعية تختلف عن الاضطرابات الوجودية لدى المتلجلجين مثل التردد والتكرار ، بالإضافة إلى أن الآليات المرتبطة بإنتاج الإطالات سواء بواسطة التغذية المرتدة السمعية أو في اللججة تعتبر مختلفة .

ويضيف إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٤) أن الإطالات غالبا ما تكون مرتبطة بالمرحلل المتقدمة من اللججة ، أما في مراحلها المبكرة ، فغالبا ما ينتج الطفل تكرارات صوتية أو مقطعية أكثر من إنتاجه للإطالات الصوتية .

كما أنه من الأشياء المعروفة لدى أخصائي الكلام أن اللججة إذا تركت فسوف تتطور من سبب إلى أسوأ (أي من تكرارات صوتية ومقطعية إلى إطالات صوتية) ، ولذلك فهم يفضلون التعامل مع الأطفال الذين لديهم تكرارات صوتية ومقطعية ، حيث تبدو المشكلة في مراحلها المبكرة والعلاج في هذه الحالة يكون أسرع وأضمن .

التوقفات الكلامية (الإعاقات الكلامية) Blockages :

هناك شكل آخر للجملة والذي يسبب إحباطا لكل من التكلم والاستمع ، وهو متعلق بالإعاقات الصامتة Silent blocks ويظهر من خلالها عجز التلجلج عن إصدار أي صوت على الإطلاق برغم الجهد العنيف الذي يبذله .

وتحدث الإعاقات الكلامية بسبب انغلاق ما في مكان ما في الجهاز الصوتي تؤدي إلى إعاقة الحركة الآلية للكلام ، بالإضافة إلى ضغط مستمر من الهواء خلف نقطة الإعاق ، وقد يصاحب هذه الإعاقات توترا وارتعاشا في العضلات عند نقطة الإعاق . وقد تطول مدة الإعاق أو تقصر تبعا لشدة الاضطراب وبالتالي يتناقص أو يتراد التوتير العضلي . (Starkweather ، ١٩٨٣ ، ٣٥٦) .

ويلاحظ حدوث تلك الإعاقات بصورة متكررة في بداية نطق الكلمة أو العبارة، وهي في هذا تشترك مع بقية خصائص اللجلجة، حيث إنه غالباً ما تحدث التكرارات أو الإطالات في بداية النطق.

ولقد جذبت هذه الظاهرة الاهتمام بتنفس المصابين باللجلجة وعكفوا على دراسة أعراض التنفس لديهم، ولقد لوحظ أن عملية التنفس لدى التلجلجين تتم بطريقة مختلفة، حيث تؤثر مجموعة من الأشكال التكوينية للتنفس الصدري في إعاقة تدفق الحديث لديهم - (Beech and Fransella ، ١٩٦٨ : ٨) .

كما افترض أن الإعاقات الكلامية تحدث خاصة في الكلمات المشددة Stress Words، ويبدو أن هذا الافتراض مقبول، حيث إن الكلمات المشددة تتطلب جهداً أكبر بالمقارنة بالكلمات غير المشددة، ومن المعروف أن اللجلجة تحدث بصفة خاصة في الكلمات التي يتم التركيز عليها من قبل المتكلم والتي يكررها بشكل واضح .

ويبدو أن السبب في أن الفرد يتلجلج أكثر في الكلمات المشددة يرجع إلى أن هذه الكلمات تكون أكثر وضوحاً في النطق بالمقارنة بالأخرى غير المشددة - (Klouda and Cooper ، ١٩٨٨ : ٤) .

ويوضح فرانسيس فريما (Freema) (١٩٨٢ : ٦٧٩) أن حوالي ٩٠ ٪ من الإعاقات الكلامية تتعلق بالصوت الأول initial sound من الكلمة وعندما تحدث إعاقة داخل كلمة متعددة المقاطع polysyllabic word فإنها عادة ترتبط بالصوت الأول من المقطع المتوتر المضغوط Stressed syllable .

المظاهر الثانوية للجلجة ، Secondary features

يصف ميريل مورلي (Morley ١٩٧٢ : ٤٣٢) من خلال ممارسته لعلاج مرضى اللجلجة بعض المظاهر التي تبدو على التلجلج أثناء الكلام، منها رفع الأكتاف وتحريك الذراع، واحمرار الوجه والعتق، ثم يتبع هذا إطلاق عدة كلمات .

وأحياناً تكون محاولات الكلام مرتبطة بغم مفتوح على آخره ويزداد سريعاً وارتداداً للسان مرتبط بانقباض في التنفس respiratory spasm والذي يسبب اختناقاً، ويكاد التوتر يبدو على الجسم كله مع حركات أمامية وخلفية تشبه الرقص .

وأحيانا أخرى يكون الاتقياض يتألف من إعاقاة كاملة لإخراج الصوت مع ظهور صوت حنجري طويل أثناء التنفس، ثم يتبع ذلك نطق عدة كلمات عند الزفير .

وهذه المظاهر الشاذة للنشاط الحركي تعبير مصدر متاعب للمتلعجل مثل مشكلة الكلام ذاتها، حيث إن تلك المظاهر - كما رأينا - ترتبط بعفلات الوجه والبدن، وأوصال الفرد في حركة مبالغ فيها، وعندما يحدث هذا الاضطراب الحركي يكون عادة مرتبعا بلحظات صعوبة الكلام، وكل^٤ من المعالج والمريض يميلان لاعتباره شيئا ثانويا يبرز من محاولات نشيطة للتغلب على عدم الطلاقة .

ولكن عندما يتضح أن هذا النشاط الحركي غير ناجح في ضمان عدم التحرر من الإعاقة لكنه يصبح مرتبعا حتميا بالتحرر عن طريق الاعتماد على وضعه الموقت في التتابع للتحرر من الإعاقة، ولذلك يصبح جزءا دائما في عقدة اللجاجة .

وفي مرحلة ما يظهر بوضوح أن التلعجل فقد تحكمه الإرادي على هذا النشاط الحركي والذي تم تصميمه وتهيته لمساعدته في التغلب على مشكلته (Beech & Fran, 1968 : ٩) .

ومن المظاهر الثانوية التي تبدو على التلعجل أثناء الكلام، مايقول عنه إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٥) بدرجة اتصال عين التلعجل بعين المستمع ، حيث يعتبرها مؤشرا لتحديد مدى إدراك الطفل الذاتي لاضطرابه الكلامي . ويستطرد كونتر موضحا أن الطفل الذي يتحاشى النظر في عين المستمع لمدة تصل إلى ٥٠ ٪ أو أكثر من وقت المحادثة هو طفل أصبح لديه وعي كامل بإعاقته اللفظية، ويأن كلامه مختلف عن كلام الآخرين .

هذا بالإضافة إلى أن تلك المظاهر تبدو على التلعجل من حركات بدنية أو التي تظهر على وجهه هي بمثابة رد فعل للإعاقات الكلامية وهي تعطى انطبعا بمدى الجهد الذي يبذله التلعجل أثناء الكلام . هذا بالإضافة إلى استخدام التلعجل لبعض الترادفات أو الإسهاب بفرض تجب بعض كلمات يخشاها ويتوقع اللجاجة فيها .

تفسير اللجلجة،

إن أكثر الأسئلة تكرارا هو (ماذا يسبب اللجلجة ؟)، ومعظم الأفراد يعتقدون أن هذا سؤال سهل ومباشر؛ لأنهم يعتقدون أنه توجد علاقة مباشرة وسهلة بين المسبب والنتيجة، ولكن بالنسبة للجلجة فإنه من الصعب أن تفكر فيما يتعلق بالأسباب الضرورية والفعالة ومستويات السببية، فعنلا الضغوط البيئية الانصالية قد تكون ضرورية في تنمية اللجلجة، ولكن هذا وحده لا يعتبر كافيا، وقد يتضح أن بعض المشاكل الفسيولوجية أو المرضية تؤثر في التحكم اللغوي المحركى على أنها ظرف ضرورى أو مسبب للجلجة، ولكن أيضا تلك الحالة قد لا تكون كافية لنمو اللجلجة؛ وذلك لأنه لا يوجد سبب واحد ولكنه يوجد عدة أسباب، أى لا يوجد سبب واحد كاف ولكن عدة عوامل مشتركة. (Freema، ١٩٨٢ : ٦٧٦ - ٦٧٨).

كما تعتقد پارلارا دومينيك (Dominick (١٩٥٩ : ٩٥) أن اللجلجة تعتبر ظاهرة مرضية غاية في التعقيد، حيث إن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض حيث تتضمن عوامل تكوينية وكيميائية، وعصبية، ونفسية، وبيئية اجتماعية وسوف نحاول المؤلفلة إلقاء الضوء على النظريات التي تطرقت لدراسة ظاهرة اللجلجة في محاولة لمعرفة جوانب هذه الظاهرة والأسباب المؤدية إليها.

أولا، تفسير اللجلجة تبعا للعوامل الوراثية،

وإذا تطرقنا إلى الأبحاث الخاصة باضطرابات الكلام والتي ترجع حدوث ظاهرة اللجلجة إلى عوامل وراثية. نجد أنه كان يعتقد أن هناك علاقة بين تلك الظاهرة والجينات الوراثية، أى أنها توجد بين أكثر من جيل في الأسرة الواحدة، ولكن حديثا أظهرت الدراسات عدم وجود أدلة في قوانين مندل الوراثة Mendelian Inheritance تؤكد هذه العلاقة، كما أنهم لم يجدوا جينا معينا مسئولاً بالذات عن اضطراب اللجلجة.

في الدراسات التي أجريت حديثا بقسم الجينات الإنسانية في جامعة ييل Yale University الطبية، لدراسة أثر الجينات الوراثية في اللجلجة. ولقد أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين اضطراب اللجلجة والجينات المتنحية Autosomal أو الجينات السائدة Dominant أو لها علاقة بجينات الجنس Sex - Linked (Shirley and Sparks، ١٩٨٤ : ٨٥).

ويستطرد ماكل إسبير وروز جليفورد (Espire and Gilford : ١٩٨٣ : ٩٤) ليوضحا لنا أن حدوث اللجلجة تبعاً للأثر الوراثي بالرغم من أنه يتراوح ما بين ٣٦ ٪ إلى ٦٥ ٪، خاصة الأقارب من الدرجة الأولى (مثل الوالدين والأخوة) ومع ذلك فهما يعتقدان أن العامل الوراثي هنا لا يكون بالضرورة قائم على العوامل الجينية؛ لأن هناك عاملاً أهم وهو العوامل البيئية المتمثلة في عنصر التقليد؛ وذلك لأن الأطفال من الممكن أن يتعلموا اللجلجة عن طريق التقليد الذي يكون ذا أثر قوى في ظهور اللجلجة.

ومن الأشياء التي تدعو للدهشة أن ظاهرة اللجلجة أكثر شيوعاً بين التوائم المتماثلة بالمقارنة بالتوائم غير المتماثلة، بغض النظر عن نوع الجنس (حيث من المعروف أن الذكور أكثر إصابة باللجلجة من الإناث) .

نظرية السيطرة المخية cerebral dominance

ومن العلماء اللذين أرجعوا ظاهرة اللجلجة إلى أسباب فيسيولوجية ترافيز Travis (١٩٥٦ : ٥١) الذي يعتبر رائداً في هذا الاتجاه، حيث قدم نظريته القائمة على أساس أن اللجلجة ترجع إلى عجز في السيطرة للمخية، ولقد بنى نظريته على عدد من الحقائق منها :

- موجات المخ الناتجة لدى المتلجلج تتسم بالتساوي في الشكل والسعة.
 - أظهر رسم موجات المخ (Electroencephalo Graphic (EEGS أن هناك انسجاماً في نشاط المخ (في كلا النصفين) أثناء اللجلجة ويحدث عكس ذلك أثناء الكلام الطبيعي.
 - زيادة كهربية في طاقات المخ الكامنة Brain Potentials أثناء اللجلجة.
- ويوضح ترافيز هذه الحقائق بقوله أن الفرد عندما يتلجلج فإن موجات المخ في كلا النصفين تبدو متشابهة، وإذا تكلم بطريقة طبيعية (بدون لجلجة)، فالموجات تبدو مختلفة.
- كما أن موجات المخ المتشابهة في كلا النصفين تعتبر غير طبيعية، وهذا يعني أن كلا من نصفي المخ ينشطان معاً في وقت واحد تقريباً، مع أن الكلام الطبيعي يتطلب نشاطاً متزايداً من نصف معين عن النصف الآخر.
- كما يوضح (رونا وليامز Wilams ، ١٩٧٤ : ٤٢ : ٤٣) أن الجزء الخاص بالسيطرة على عملية الكلام بالمخ مرتبط بالجزء الذي يسيطر على حركات اليد؛ ولذلك

فهناك قاعدة طبية ترى أنه إذا أرغم الطفل على استخدام اليد التي لم يستخدمها من قبل تؤدي إلى اضطراب الجهاز العصبي الحساس بالكلام مما يساعد على ظهور اللجلجة .
 ويتخذ أصحاب هذه النظرية من النتائج التالية تأييدا لوجهة نظرهم .
 - انتشار ظاهرة اللجلجة - إلى حد كبير - بين الذين يستخدمون اليد اليسرى .
 - شيوع ظاهرة اللجلجة بين التوائم المتماثلة الذين يستخدمون اليد اليسرى ، مما أدى إلى اعتقاد أن هناك علاقة وراثية بين اللجلجة والتوائم المتماثلة واستخدام اليد اليسرى .

كليا، تفسير اللجلجة تبعا للعوامل البيوكيميائية،

النظرية البيوكيميائية : Biochemical

تعتبر نظرية روبرت ويست West (١٩٥٦ : ٤٤ - ٤٧) إحدى النظريات التي ترجع أصل اللجلجة إلى الأسباب العضوية ، حيث يعتقد أن ظاهرة اللجلجة تظهر في مرحلة الطفولة ، بالإضافة إلى أنها أكثر انتشارا بين الذكور منها بين الإناث .
 ولذلك يعتقد ويست West بوجود اضطرابات في عملية الأيض (وهي عمليات الهدم وبناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم) (*) لدى المتجلجين ؛ ولذلك فهو يعتبر اللجلجة نوعا من الاضطرابات التشنجية convulsive disorders الشبيهة بنوبات الصرع epilepsy لاشتراكهما في عدة أمور منها :

- أنهما من الأمراض التشنجية .
- أنهما أكثر شيوعا بين الذكور منها بين الإناث .
- كلاهما يتأثر بالانفعالات الشديدة .
- أهمية العامل الوراثي والأسرى بالنسبة لكليهما .
- كلاهما تعكس الخوف مما يؤدي إلى حدوث الاضطراب .

ومع هذا لم يستبعد ويست West احتمال قيام العوامل النفسية Psychological factors بدور ما في حدوث هذا الاضطراب ؛ لأنه يأخذ بوجهة النظر القائلة بأنه يمكن باستمرار توضيح المسببات النفسية للاضطرابات العضوية Organic disturbances .

(*) الأيض هو التفاعلات الكيميائية التي تتم داخل الخلايا الحية لإنتاج الطاقة اللازمة للنشاطات الحوية .

ثالثاً، تفسير اللججة تبعاً للعوامل النيوروسايكولوجية .

يقدر روانا وليامز Williams (١٩٧٤ : ٤١ - ٤٢) أن نسبة الإصابة باللججة بين الذكور أكبر من الإناث بالرغم من أنهم يبدأون تعلم الكلام تقريبا في مرحلة عمرية واحدة. لكن عيوب النطق والكلام تعتبر أكثر شيوعاً بين الذكور بالمقارنة بالإناث حيث تصل النسبة من (١ - ٣) إلى (١ - ٨) .

وترجع ظاهرة انتشار اللججة بين الذكور بالذات إلى أن عملية تكوين الغمد النخاعي Myelination تتم بشكل أفضل لدى البنات، هذا بالإضافة إلى أن تكوين الغمد النخاعي تتم في السنة الثالثة أو الرابعة من العمر وعادة ما تظهر اللججة لدى الأطفال في هذه المرحلة العمرية بالذات .

وعملية تكوين الغمد النخاعي هي عبارة عن تغطية للحوار العصبية بغطاء واق حيث لوحظ أن للحوار العصبية المغطاء تستطيع نقل النبضات بكفاءة وسرعة إلى مراكز الكلام بالمخ بالمقارنة بالحوار التي لم يكتمل تغطيتها، وهذا يؤدي إلى تدفق إنتاج كلام يتميز باختلال الإيقاع والتكرار والتقطع . (Berry and Eisenson، ١٩٥٦ : ٢٦٥) .

كما أوضحت نظرية عضوية أن للمتلعجين نوع منحرف من الإدراك السمعي والذي بواسطته يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية، وهذا مبني على الملاحظة التي ترى أن التكلمين الطبيعيين يجلسون غالباً عندما تتأخر التغذية المرتدة السمعية . (Bloodstein، ١٩٨٦ : ٥٧٣) .

التغذية المرتدة السمعية Auditory Feedback تعمل على تسهيل وتنظيم دورة الكلام وإعادة الدورة لوحدة الكلام في دائرة التغذية المرتدة السمعية، وأن تأخير التغذية المرتدة يعمل على تكرار وحدات الكلام كما تؤدي إلى اضطرابات الكلام بصورة عامة . (Yates، ١٩٧٠ : ١١) .

وبناء على هذا يفترض شيري وسايزر (١٩٨٥ : ٣٧٥) أن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة التي يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه وعندما تتأخر تلك التغذية المرتدة يحدث تكرار للصوت ويؤيل إلى الاستمرار لا إرادياً .

رابعاً، تفسير اللججة تبعاً للعوامل النفسية،

نظرية الصراع : Conflict theory of stuttering :

ينطلق البدا الأساس الذي تقوم عليه هذه النظرية من توقع التلعج للصعوبات في نطق الألفاظ والمجهودات التي يبذلها من أجل إخفاء نقص الطلاقة لديه، وتكون

هذه الجهود ذاتها هي المثيرة أو الباعثة على حدوث اللجلجة، بمعنى أن القلق الذي يصاحب الاستعداد للكلام هو الذى يؤدي إلى حدوث اللجلجة.

ولقد اتخذ شيهان (Sheehan 1958 : 125 ، 126) من منحى صراع الإقدام - الإحجام المزدوج لميل Millers Double approach-avoidance أساسا لتفسير نظريته في تفسير اللجلجة فيقدم لنا افتراضين رئيسيين :

١ - إن اللجلجة تبدأ عندما يصل كل من الميل إلى أسلوب الكلام - موضوع الصراع - والميل إلى الإحجام عن الكلام إلى مستوى التوازن.

٢ - بظهور اللجلجة يقل الإحجام الدافع للخوف - Fear motivated avoidance ويتحرر التلجلج من العائق الذي يؤثر على عملية الكلام.

وبذلك نجد أن شيهان يرى أن صراع الإقدام - الإحجام المزدوج - Double approach avoidance يمثل أساس مشكلة اللجلجة، حيث يتضمن كلا من موضوعي الكلام والصمت قسمة إيجابية وأخرى سلبية، بمعنى أن التلجلج يجد نفسه بين اختيارين، أحدهما مر، حيث يكون لدى التلجلج الدافع إلى الكلام، لتحقيق التواصل اللفظي مع الآخرين، وفي الوقت نفسه لديه دافع الإحجام عن الكلام حيث يتوقع مقدما ما تسببه له عدم طلاقته من خجل وشعور بالذنب.

كما يرغب التلجلج في أن يكون صامتا محاولا إخفاء نقص الطلاقة، وأيضاً يرغب في ألا يكون صامتا؛ لأن الصمت يؤدي إلى الشعور بالإحباط والذنب - Frustration and guilt ولذلك يصبح التلجلج ضحية للشعور بالعجز والحروف ويتولد القلق الذى يحول بينه وبين طلاقة لسانه.

وهناك خمس مستويات من الصراع الذى يؤثر على طلاقة الكلام وهي :

١ - الصراع المرتبط بمستوى الكلمة - Word-level

هنا يكون صراع التلجلج (كرهة في الكلام و رغبة في الصمت) خاصة مع بعض الكلمات بالذات نتيجة ارتباطها ببعض صعوبات النطق التى سبق أن اكتسبها التلجلج من خبراته السابقة.

٢ - الصراع المرتبط بالمحتوى الانفعالي - Emotional content

يرتبط الصراع بمضمون أو محتوى الكلام لما يتسبب عنه أحيانا من ضغط نفسى يؤثر على المستوى الانفعالي للتلجلج.

٣ - الصراع المرتبط بمستوى العلاقة Relationship level

يلاحظ أن الصراع هنا مرتبط بسنوية علاقة التلجج بالمستمع، حيث يزداد دافع الإحجام عن الكلام لدى بعض الأفراد دون غيرهم.

٤ - الصراع المرتبط بالمواقف التي تحمّل تهديدا لحماية الأنا ego-protective، ففى مثل هذه المواقف التي يتم فيها تقدير التلجج إما بالنجاح أو الفشل، نلاحظ أن الضغط النفسى وما يتبعه من قلق وخوف يزداد ويتولد الصراع الذى يحول بين التلجج وطلاقة اللسان.

خامسا، تفسير اللججة تبعا للعوامل البيئية الاجتماعية،

من الملاحظ أن كثيرا من المهتمين بدراسة اللججة أرجعوا هذه الظاهرة إلى عوامل بيئية.

فيعتقد إدوارد كوتنر Conture (١٩٨٢ : ١٦٣ : ١٦٤) أن البيئة التي ينشأ فيها الأطفال خاصة المحيط الداخلى والخارجى للأسرة وما يتعرض له الطفل من ضغوط تؤثر على قدراته اللغوية. ويستطرد كوتنر موضعا أن بيئة الطفل الاجتماعية والتمزلية خاصة الوالدين لايسببون اللججة بأنفسهم ولكنهم يساهمون فى الحفاظ عليها وتطورها من مراحلها الأولية إلى مرحلة اللججة الحقيقية.

فقد يجد الطفل بعض الصعوبات الكلامية فى بداية تعلمه للكلام بين الثانية والرابعة من العمر، وهى الفترة التي يلاقي فيها الطفل عادة بعض المتاعب فى السيطرة على مهارات الكلام، هنا نجد الوالدين غالبا ما يبدون تصريحات ضمنية أو صريحة وبذلك ينقلون الى أطفالهم تسميحهم أو عدم تسميحهم تجاه بعض الانحرافات الكلامية فى إنتاج الكلام، مثل التعبير اللفظى غير الدقيق، أو أبنية لغوية دون المستوى، أو درجة التلق، أو الترددات فى الكلام، أو أنكلرا غامضة وغير ملائمة.

ويعتقد كوتنر أن القضية ليست الأمور المحددة التي يتناولها الوالدين بالنقد بشكل صريح أو ضمني، ولكن الحقيقة أنهم وبطريقة روتينية يصححون، أو يعاقبون، ويظهرون استيائهم وعدم تسميحهم إلى آخره من الأفعال التي تؤثر على قدرات الطفل الكلامية وعلى نظرته إلى نفسه.

كما يعتقد بيرى وايزنسون Berry and Eisenson (١٩٥٦) أن تلك الصعوبات التي تقابل الطفل فى مراحل المبكرة من النمو عندما يحاول الطفل التعبير عن مشاعره وأنكلره لفظيا، وقد يواجه الطفل بمنافسة كبيرة من قبل الكبار الذين يفوقون العقل ليس فى قدراتهم فقط بل وفى سلطتهم أيضا، ورغم هذا التأثير السلبى فإن

معظم الأطفال يستطيعون تخطي هذه المرحلة دون أن يصيب كلامهم ضرراً، أو ربما القليل من الضرر، ولكن نجد أن قلة منهم لا يستطيعون تحمل هذه الضغوط والمتطلبات التي تقع على عاتقهم، ومن ثم فمن المحتمل أن يكونوا من بين أولئك الذين يصبحون متلجلجين، وقد يتميز هؤلاء الأطفال عن أولئك الذين لا يصبحون متلجلجين في النقاط التالية :

- عدم القدرة على تحمل الإحباط tolerance frustration
- قد تكون بيئة الطفل من البيئات التي تعمل دائما على مقاطعة كلامه.
- قد يكون لديهم استعداد بنسبى constitutional predisposition لعدم الطلاقة أو اللجاجة.
- قد يكون آباء هؤلاء الأطفال ممن يسيئون تقدير كلام أطفالهم، أو يكون رد فعلهم تجاه عدم الطلاقة قلما مبالغا فيه، أو عقابا، أو كليهما Penalty anxiety.
- أو يكون هؤلاء الأطفال ممن يتولد لديهم صراع انفعالي داخلي Underlying emotional conflict بسبب عدم الطلاقة.
- أو ربما يكونون ضحية لعدد من العوامل السابقة. (Berry and Eisenson ، ١٩٥٦ : ٢٧٤ ، ٢٧٥) .

كما تعطى باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥١ - ٩٥٣) أهمية كبيرة لنوعية المناخ الأسرى المحيط بالطفل على تقدير أنه يسهم بطريقة مباشرة في ظهور اللجاجة لدى الأطفال، فنظر أن البيئة التي ينشأ فيها التلجلج تعتبر مشابهة في طبيعتها للبيئة التي ينمو عليها الأشكال العصابية ولكنها تختلف فيما يتعلق بنوعية ودرجة خبرات الفرد واستجاباته نحو خلقية بيئة معينة.

وحيث إن الفرد يميل دائما إلى تحقيق الذات وتنمية البناء الفردي constructive individual growth ، فيعطاء الطفل الفرص لنمو صحي، فإنه يمكنه من أن ينمو نموا طبيعيا، فالأفضل أن تتضمن البيئة مشاعر أصيلة من الحب والود والاحترام، حيث إن الطفل محتاج لأن يشعر أنه مرغوب ومحبوب ومطلوب ومحتاج لكي يشعر بالانتماء .
فإذا حدث نقص في تلك المتضمنات فإن حالة من عدم الاتزان الانفعالي تتولد لدى الطفل، ويشعر الطفل بالضعف وعدم الأمان، وقد تكون تلك هي النقطة الأساسية التي تدور حولها مصاعبه مع زيادة الشعور بالإحباط frustrations ويتولد لديه الشعور بخيبة الأمل.

وغير الأمن يساهم بل ويؤثر على طلاقة التعبير لدى الأطفال، أو عندما يطلب من الطفل استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى فقد يؤدي إلى الشعور بالإحراج، ويصبح الطفل ضحية للإحساس بالعجز والخوف المستمر من العقاب بسبب الفشل في استخدام اليد المطلوبة مما يجعله عرضة للإصابة بالجلججة.

ولقد ذكر سيرلي مورلي Morley بعض العوامل البيئية والشخصية التي من الممكن أن تؤدي للجلججة مثل :

١ - الصدمة المفاجئة Sudden shock

فلقد وجد من خلال سجلات بعض المتكلمين أن هناك ارتباطا بين حدوث صدمة شديدة أو خيرة مخيفة في مرحلة الطفولة وبين ظاهرة الجلججة لدى هؤلاء الأطفال.

٢ - الوعي بالكلام Speech consciousness

قد يشير الوعي الذاتي self consciousness للطفل المتعلق بالكلام بداية للجلججة مثل أن يطلب من الطفل أن يروي قصة في وجود أقراء غريباء أو أثناء احتفال مدرسي، وقد يحدث تعلق على طريقة الطفل سواء بالمدح أو السخرية، ومع أن البعض يستجيب برضا لكن البعض الآخر قد يصبحون مدركين لذواتهم بالفراط، ويؤدي ذلك إلى إعاقة كلامهم.

٣ - تصحيح العيوب التعبيرية correction of defective articulation

وهي محاولات من قبل الوالدين أو المحيطين بالطفل لتصحيح عيوب الطفل الكلامية أثناء عملية نمو الكلام، وقد تؤدي تلك المحاولات إلى شعور الطفل بالإحباط والخوف الدائم من الفشل في الكلام.

٤ - التقليد Imitation

إن الطفل الصغير نادرا ما يدرك عدم الطلاقة اللفظية، ولذا فقد يقوم بتقليد جملجة طفل آخر، وقد تحدث جلججة الطفل نتيجة تقليد لاشعوري لكلام الأب أو طفل آخر في الأسرة يتسم بالجلججة خاصة عندما يوجد استعداد وراثي لذلك.

ولهذا يرى مورلي Morley (٦٩٧٢ : ٤٤٤ - ٤٤٥) أن تلك العوامل السابقة قد تساهم في نمو تدريجي للجلججة، ويروي مورلي قصة أحد المرضى البالغين الذي يتكلم عن بداية جلججته كالتالي فيقول المريض :

قبل دخول المدرسة لم أصب بأي إعاقة كلامية، فقد كنت قادرا على الكلام دون أي صعوبة، وكنت أدهش الجميع حينما أقرأ كتابا كاملا من الأغاني المدرسية، وكان كلامي سليما مثل أي طفل آخر، وذات يوم حضر الدرس لأخذ الحضور والغياب بالفصل، وبدأ ينادي على اسمي كنت عاجزا عن الإجابة للأسف ذاكرتي ليست قوية لا تذكر كيف كان رد فعلي فيما بعد، لكن المدرسة اكتشفت أنني موجود فأخرجتني في مواجهة الفصل، وسألتي عن سبب عدم إجابتى على اسمي، ف شعرت بالمرح، ولم أستطع الرد، ومن يومها بدأت أتلجلج.

وهنا نجد أنه حدث ضغط نفسي شديد أدى إلى اللجلجة، مثل ما يحدث للجنود أثناء فترات الحروب نتيجة للضغوط النفسية الشديدة، حيث كان يؤدي إلى حدوث انهيار في العلاقة اللفظية.

النظرية التشخيصية في اللجلجة : جونسون

Diagnosognic Theory of stuttering * Johnson *

نظرية جونسون التشخيصية من أهم النظريات التي اعتمدت بالعوامل الاجتماعية وجعلتها على جانب كبير من الأهمية، على افتراض أن اللجلجة ظاهرة تشخيصية، ويقدم وتندل جونسون (Johnson) (١٩٥٦ : ٦٢) نظريته على افتراض أن اللجلجة تبدأ عند التشخيص من قبل المحيطين بالطفل، حيث يفترض أن معظم الأطلاق عادة ما يمتدون في بداية تعلمهم للكلام من أمثاط الكلام غير العادية، ولكن هناك بعض العوامل التي تساعد أو تزدي إلى تطور هذه الامثاط وتصبح لجلجة حقيقية.

ولقد حاول جونسون Johnson التأكيد من صحة نظريته، فأجرى بعض الدراسات على بعض الأطلاق للتلجلجين وسؤال أولياء أمورهم عن المظاهر المبكرة لصعوبات الكلام لدى أطفالهم، ولقد توصل إلى أن هؤلاء الأطلاق الذين يعانون من عدم الطلاقة هم أطلاق عاديون بشكل عام، وأن ماشخصه الوالدن على أنه لجلجة حقيقية لم تكن إلا اضطرابات عادية، ولكن قلق الوالدين على كلام الطفل بشكل مبالغ فيه وحرصهم على تصحيح أخطاء الكلام لفت انتباه الطفل إلى أن كلامه غير طبيعي، وبالتالي تولد لدى الطفل القلق والخوف من مواقف الكلام، بل ويحجم عنها تحسبا وتوقعا للقتل، هنا تصبح لجلجة الطفل لجلجة حقيقية.

ومن هذا المنطلق بنى جونسون نظريته، حيث تضمنت ثلاثة افتراضات :

الأول : اعتبار الطفل متلجلجا من قبل أحد الوالدين أو المحيطين بالطفل.

الثاني : تشخيص الوالدين لكلام الطفل على أنها لجلجة بينما، هي صعوبات كلامية تصيب معظم الأطفال.

الثالث : ظهور ونمو اللجلجة الحقيقية True stuttering بعد التشخيص.

ويؤكد جونسون على هذا بقوله: إن الوالدين أو المحيطين بالطفل عامة عليهم أن يتعلموا أن يستمعوا لأطفالهم دون إيداء رد فعل مبالغ حتى لو كان كلام الطفل لجلجة أولية (عادية)، فيجب أن يتحلى الوالدان بالصبر، وأن يتقبلوا طريقة كلامه، وألا يقاطعا الطفل أو يأمره بأن يبطئ أو يسرع فسي كلامه، وإنما يجب إعطاء الفرصة للطفل لأن يتكلم بأي أسلوب يكون قادرا عليه حتى لا يشعر الطفل بقلق المحيطين حوله على طريقة كلامه؛ لأن هذا من شأنه جلب الخوف والقلق للطفل، وبالتالي تصحح هذه الإعاقات الكلامية محتومة.

تعقيب

وكما يقول فرانسيس فريما (Freema) (١٩٨٢، ٦٧٥) فإن وجود عدد كبير من النظريات المتنوعة التي تشرح السلوك نفسه قد يسبب اضطرابا، ولكنها تعتبر قابلة للفهم، واللجلجة باعتبارها ظاهرة متعددة الوجوه فإن الرجال الذين كتبوا عن اللجلجة لا يختلفون عن الرجال المكفوفين الذين ذهبوا لرؤية الفيل، فسي تلك الحكاية الرمزية الشهيرة فإن كل رجل قد عثر على جزء مختلف من جسم الحيوان العظيم، فلقد أمسك أحدهم بالذيل وافتتح أن الفيل يشبه الحبل، وآخر أمسك بالجذع واعتقد أنه مثل الثعبان، ولقد لف ثالث ذراعيه حول الساق واعتقد أن الفيل يشبه الشجرة، بينما الذي أمسك بأحد أذنيه فقد أدرك أن الفيل يشبه المروحة الجلدية، ولقد تضرع كل تقرير أجزاء من الحديقة، وكلهم كانوا على صواب، ولكن كلهم أيضا كانوا على خطأ، فإن الرجال الذين كانوا يبحثون عن اللجلجة (والذين ما زالوا يبحثون) لم يكونوا مكفوفين، ولكن كل واحد منهم في مجاله، فلقد تأثروا بدرجات متفاوتة من الملاحظة التقافية، والتربوية.

وترى المؤلفة أنه بالرغم من الاختلاف الظاهر بين النظريات التي تحدثت عن ظاهرة اللجلجة (عدا النظريات التي فسرت اللجلجة على أساس جسمي) فلقد لاحظت الباحثة أن هناك عاملا مشتركا بين الكثير من تلك النظريات، ألا وهو اعتبار عامل القلق والخوف كمسبب هام وحقيقي وراء حدوث اللجلجة، أو الباعث على حدوث اللجلجة، أي أن القلق الذي يصاحب عملية الاستعداد للكلام هو المؤدى إلى

حدوث اللجلجة، ولهذا يؤكد Sheehan أن المصاب باللجلجة يعيش فترة صراع عنيفة، فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين، وفي الوقت نفسه يحجم عن الكلام مخافة أن يظهر عيبه الكلامي أمام الآخرين، وفي هذا تمييز عن حالة القلق والتوتر التي تتمثل داخل كيان المصاب، وتؤدي في النهاية إلى حدوث اللجلجة.

وإذا ألقينا نظرة سريعة على كتابات الذين اهتموا بالعوامل البيئية الاجتماعية كمتسبات لحدوث اللجلجة، فسوف نجد بعض العلماء يعطون أهمية كبيرة للمناخ الأسري الذي يعيش فيه الطفل.

وتشير باربارا دومينيك Dominick (1969) إلى أن بيئة التلجلج تشبه إلى حد كبير بيئة الأطفال ذوي الاضطرابات العصبية، فاليئة التي لاتعطي للطفل ما يحتاج إليه من مشاعر الحب والاحترام تشعره بالضعف وعدم الأمان، فيتولد لدى الطفل الشعور بالقلق والإحباط، مما يؤدي إلى ضعف الأنا، وبالتالي يصبح عاجزا عن تنظيم قواه الداخلية، ويبدو الاضطراب وعدم الاتساق ليس في طريقة الكلام فحسب وإنما في شخصيته ككل.

ويذكر فان روبر (1972) أن تعرض الطفل لضغوط نفسية شديدة من الممكن أن تؤدي إلى اللجلجة، مثل توقيع عقوبة في مواجهة الآخرين، أو السخرية من طريقة كلام الطفل، أو التصحيح المستمر لعبوه الكلامية من قبل الوالدين، فتؤدي إلى الشعور بالقلق والحرف الدائم من الفشل في الكلام.

كما يعتقد ميريل مورلي Morley (1972) أن الضغوط النفسية التي يتلقاها الطفل عندما يطلب منه استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى يؤدي إلى شعور الطفل بالإحراج، ويصبح الطفل ضحية الشعور بالعجز، حيث إن الخوف من حدوث اللجلجة يولد الكثير من الإعاقات تظهر في المواقف الاتصالية معبرة عن حالة القلق والتوتر التي توجد داخل المصاب باللجلجة.

وفي النظرية التشخيصية نجد أن جونسون (1960) يفسر اللجلجة بقوله : هي ما يفعله المتكلم عندما يتوقع أن تحدث اللجلجة فيخاف ويصبح متوترا توقعا لحدوثها ويحاول تجنبها، ومع محاولة تجنب التجنب يتوقف الكلام كليا أو جزئيا، ويفسر ذلك بأن الآباء الذين يظهرون قلقا لكلام أطفالهم عدم الطلاقة العادية - فقد تعكس تلك المشاعر على الطفل ويصبح واعيا بقلق والده بخصوص كلامه، ثم يبدأ الطفل نفسه في المماناة من القلق والحرف من مواقف الكلام.

وبالنسبة لنظرية التوقع التي قدمها ويسنر Wischnner (١٩٥٠) الذي يرى أن تعزيز حدوث اللجلجة بسبب الاقتران الوثيق بتخفيض الفلق والتوتر الذي يصاحب إطلاق الكلمة التي يخاف منها المتلجلج، ومن المفترض أن هذه الكلمة المسببة للخوف تثير حالة من التوقع (الفلق)، وأن حدوث اللجلجة في الكلمة يتعزز بالإقلال من التوتر الذي يصاحب إطلاق الكلمة، أي أن هذه اللحظة تعزز حدوث اللجلجة، ومن ثم تؤدي إلى استمرار سلوك اللجلجة، وهنا نجد أيضا ارتفاع نسبة الفلق والتوتر والخوف من توقع ظهور اللجلجة هو العامل الأساسي والهام في ظهور اللجلجة.

وإذا انتقلنا إلى نظرية الصراع لشيهان Sheehan (١٩٥٨) نجد أن المبدأ الأساسي يتعلق من توقع المتلجلج للصعوبة التي ستقابه إذا ما بدأ في الحديث، وأن المجهودات التي يبذلها لإخفاء عيبه الكلامي تلك المجهودات ذاتها هي المثيرة والباعثة على حدوث اللجلجة، أي أن الفلق الذي يصاحب عملية الاستعداد للكلام هو المؤدى إلى حدوث اللجلجة؛ ولهذا يؤكد شيهان أن المتلجلج يعيش فترة صراع رهيب، فهو يريد أن يتكلم ليحقق التواصل مع الآخرين، وفي نفس الوقت يحجم عن الكلام مخافة أن يظهر عيبه الكلامي أمام الآخرين وفي هذا تعبير عن حالة الفلق والتوتر التي تتضمن داخل كيان الفرد وتؤدي في النهاية إلى حدوث اللجلجة.

الفصل الثالث

علاج اللججة

أولاً: أساليب علاج اللججة

كثرت وتعددت الأساليب التي استخدمت في علاج اللججة؛ نظراً لشبابك العوامل المؤدية إلى تلك الظاهرة النسبة المركبة والتداخلات المتغيرات، فكما سبق أن ذكرنا أن اللججة تعد ظاهرة غاية في التعقيد، حيث إن لها العديد من الأسباب في علم الأمراض، فهي تتضمن عوامل تكوينية كيميائية عصبية نسبية وبيئة اجتماعية.

وسوف نحاول الموائمة لإلغاء الضوء على بعض الأساليب العلاجية على سبيل المثال لا الحصر.

١ - الكلام الإيقاعي : Rhythmic speech

تقوم هذه الطريقة بناء على ملاحظة أن درجة اللججة تنخفض حين يتكلم المتلجلج بطريقة إيقاعية Rhythmic manner، ولذلك استخدمت آلة المترونوم Metro-nome التي تساعد على نطق كل مقطع مع كل إيقاع، حيث تستخدم هذه الآلة في تجزئة المقاطع وفقاً لزمان محدد على أن يتم إخراج نطق المقاطع على فترات زمنية متساوية، فيقسم موضوع القراءة إلى كلمات يسيرة نقرأ بتناسب مع توقيت آلة المترونوم ومن ثم يحدث تقدم تدريجي في طريقة الكلام.

٢ - تقليد الكلام : Speech shadowing

استخدمت وسيلة التقليد كوسيلة علاجية لعلاج حالات اللججة وأثناء الجلسة العلاجية يقرأ المتلجلج بصوت مرتفع التلغمة نفسها التي يقرأها المعالج ومعه في الوقت نفسه بفارق جزء من الثانية وغالباً مايتحسن المتلجلج، وتنخفض درجة اللججة بشكل ملحوظ أثناء الجلسات العلاجية، وقد استخدم شيري سايزر Cherry & Sayers هذه الطريقة لعلاج بعض الأفراد المتلجلجين، وقد لاحظ أن هناك تحسناً طرأ على طريقة الكلام.

٣ - تأخر التغذية الراجعة السمعية : back Delayed Auditory Feed (D.A.F)

يقرر وفاء إليه (١٩٩٤ : ١٦٣) أن أول من تناول مشكلة المراقبة السمعية هو «أوربا تشيشن» وهو مايعرف الآن باسم تأثير لى (١٩٥١) في تأخير التغذية الراجعة السمعية.

ويوضح وفاء اليه أن تأخير التغذية المرتدة السمعية والتي من خلالها يستمع الفرد إلى كلامه في علاقة زمنية غير طبيعية، عندما يتكلم الفرد ويستمع إلى صدى مستمر لكل ما قاله تواء، وبالتالي تحدث تفسيرات مؤثرة في طبقة الصوت وبضطراب الإيقاع الطبيعي للكلام لدى المتكلم العادي، ويحدث العكس تماما لمن يعاني اضطرابا وظيفيا في الكلام مثل المتلعجين.

ولقد استخدمت تلك الوسيلة من قبل المهتمين بدراسة وعلاج اللجاجة كوسيلة لحفض درجة اللجاجة.

٤ - الضوضاء المقتعة : Masking Noise

استخدام هذه الوسيلة كعلاج، مبني على أساس أن اللجاجة تنخفض بشكل كبير عندما لا يستطيع المتلعج سماع صوته أثناء الكلام، ويظهر استخدام هذه الوسيلة في الستينات، ولكن لم تؤكد أي منافع دائمة في العلاج، حيث إن المتلعج استخدم هذه الوحدة السمعية المقتعة داخل غرفة العلاج فقط.

وهي عبارة عن أداة تم تصميمها بشكل خاص لكي تنتج صخب أبيض (e) White noise من كثافات مختلفة من (٧٠ db) إلى (١١٠ db) (**) خلال أجهزة السمع.

ويضيف بهرت راج (Raj) (١٩٧٦ : ١٦٢) بالرغم من أن هذه الطريقة تعمل على إلغاء اللجاجة تماما، حيث نجد أن المتلعج تصبح لديه القدرة على الكلام بدون إعاقات على الإطلاق، بالرغم من هذا فإنها تؤدي في كثير من الأحيان إلى فقدان حاسة السمع.

إرشاد الآباء، Counselling the parents

يروصى أوليفر بلودشتين Bloodstein (١٩٨٦) باستخدام الإرشاد الوالدي كوسيلة علاجية تساعد في تخفيض عدد المصابين باللجاجة، ويتفق معه بهرت راج (Raj) (١٩٧٦) حيث يرى أن كلام الأطفال يتميز في بداية تعلمهم الكلام بالتقطع Mild in-terruptions أثناء الحديث مثل التكرارات والتسريعات hesitations، وهنا لا يحتاج الطفل إلى علاج بمعناه الكبير، ولكن ما يحتاجه هو توجيه سليم وفعال بواسطة والديه، ولهذا يعرف هذا الطفل بأنه طفل طبيعي، ولكنه لا يتمتع بالطلاقة في الكلام كما يجب، أما أثناء علاج اللجاجة المبدئية فينبغي أن يركز العلاج على إعطاء معلومات كافية للآباء

(*) صخب أبيض : عبارة عن خليط من الموجات التي تسع لتغطي مجالا واسع التردد.
(**) Decibe (dB) = وحدة لقياس شدة الصوت.

وخاصة الأم عن طبيعة وظروف مرض اللججة وما يجب أن تقوم به حيالها، كما ينصح الآباء بأن يشجعوا الطفل عندما يتكلم بشكل طبيعي، ويتجاهلوا مظاهر قصوره اللفظي، كما يجب أن يعملوا على عدم جذب انتباه الطفل لطريقة كلامه وذلك بانسحاب النطاق التالية :

- ١ - تشجيع كلام الطفل وتجاهل مظاهر قصوره اللفظي.
- ٢ - عدم جذب انتباه الطفل لطريقة كلامه.
- ٣ - عدم وصف الطفل بأنه متلجلج.
- ٤ - لا يبنى مقارنته بأي طفل آخر.

إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة ، Speech habit retraining

يترك الطفل المتلجلج يقرأ من كتاب مناسب لمستواه التعليمي، على أن تتم طريقة القراءة ببطء شديد وبأسلوب هادئ سريع، وعندما تحدث الإعاقة الكلامية يتوقف عن القراءة، ويستريح، ويبدأ في القراءة ثانية بأسلوب مريح، وقد يكون من المفيد أن تقدم شيئا أحمر كمشعر عندما تحدث الإعاقة، حيث تشير كإشارة للتوقف عن القراءة والاسترخاء ثم معاودة القراءة، وقد يعطى هذا العلاج نتائج جيدة بعد حوالي (٢٠) جلسة عندما تكون درجة لجلجة الفرد متوسطة، وعندما تتحقق طلاقة كافية يتم توجيه الفرد لأن يسرع تدريجيا في كلامه إلى الحد الطبيعي.

الإطالة، Prolongation

يجعل الفرد المتلجلج في حالة استرخاء بدني وعقلي، ثم يبدأ في قراءة قطعة بدرجة بطيئة جدا مع الإطالة في كل مقطع يقرأه مثل «بندقية» فإنها تتم على النحو التالي : بـ نـ قية .

وينبغي أن يستمر تطويل المقاطع حتى تنتهي الجملة بدون توقفات خلالها، كما يجب أن يمارس التطويل حتى أثناء المحادثات مع الآخرين، ويرى بهرث راج Raj (١٩٧٦) أن المصابين بالجلجة الشديدة يستجيبون لتلك الطريقة، وقد أسفرت نتائج تحليل الحالات الخاضعة للعلاج عن وجود نتائج جيدة، وأظهرت الحالات تحسنا ملحوظا، كما وجد أن هذا الأسلوب حقق نتائج طيبة جدا بالمقارنة بطريقة التظليل، وأنه يفيد بالذات مع المصابين بالجلجة الشديدة حيث حقق أسلوب التطويل نتائج عظيمة مع المتلجلجين من الدرجة الشديدة، بينما يعتبر العلاج عن طريق التظليل أكثر فعالية مع المصابين من الدرجة العادية أو المتوسطة.

٦ - التحصين التدريجي : Systematic Desensitization

نجد أن بعض الأفراد المتلجلجين يحققون ملاقة لفظية أثناء جلسات العلاج، لكنهم يجدون صعوبة في الكلام في مواقف الكلام خارج العيادة في مجالات الحياة المختلفة، وهذه الطريقة من العلاج تتم عن طريق إعداد قائمة شاملة لمواقف الكلام التي تيسر قلق الفرد المتلجلج على أن يتم الإعداد بالترتيب تبتداً بأقل المواقف إثارة للقلق، وتنتهي بأكثر المواقف إثارة للقلق، ثم يطلب من المتلجلج أن يتخيل تلك المواقف واحداً بعد الآخر بالترتيب الحساس، وأن يتكلم بصوت عال في موضوع يهمه ويجب التأكيد على أهمية الاسترخاء للمتجلج في كل المراحل.

وبهذه الطريقة يتم سلب الحساسية المتعلقة بمثير اللجلجة في كل موقف، ومع انخفاض حدة القلق تزداد ملاقة الفرد، ويضيف بهوث راج (1976) أن هذه الطريقة قد حققت نتائج جيدة جداً في علاج حالات اللجلجة. (Raj, 1976 : 109 - 112).

ثانياً، برامج علاج اللجلجة

تؤكد باربارا دومينيك (Dominick 1909 : 909) أنه باعتبار أن ظاهرة اللجلجة مشكلة معقدة، فإن أي محاولة للعلاج ينبغي أن تضع في اعتبارها الجانب الطبي والجوانب الاجتماعية، والنفسية، والتدريب الكلامية، فإنه لا ينبغي اعتبار اللجلجة اضطراباً منفصلاً عن آلية الكلام ولكن كتعبير خارجي خاص بشخصية مضطربة، لذلك ينبغي لأي علاج فعال أن يوجه نحو مساعدة الفرد لأن يفهم مشكلاته النفسية وأن يصل إلى حل لهذه الصراعات الداخلية.

كما تعتقد لينا روستين وآرمن كور (Rustin and Kahr 1983 : 92) أن الاتجاه لعلاج اللجلجة قد تغيره حيث كان العلاج من قبل يركز على أعراض اللجلجة فقط، أما الآن أصبح الاتجاه نحو تحليل سلوك المتلجلج بشكل أكثر تفصيلاً مما يعطى للمعالج فهماً أفضل لأكثر الحالات تعقيداً. وبذلك يصبح بالإمكان تصميم برنامجاً متعدد الأبعاد لعلاج حالات اللجلجة، فعلى المعالج أن يقيم كل حالة بدقة ويرى ما إذا كانت هناك مشكلات متعلقة بحياة المتلجلج وفي نفس الوقت مرتبطة باضطرابه الكلامي.

وبذلك نجد أن مسؤولية العلاج هي مساعدة المتلجلج ليس فقط التغلب على أعراض اللجلجة ولكن الأهم هو مساعدة الفرد على أن يجد نفسه كفرد، وأن يحول الطاقات الكامنة بداخله إلى طاقات للعمل المبدع، وعلاقات إنسانية أفضل لتحمل

مسئولية نفسه حتى يستطيع في النهاية تحقيق ذاته كإنسان. وتقدم المؤلفه بعض البرامج العلاجية التي يمكن الاعتماد عليها في علاج اللجلجة.

البرنامج الأول :

قدمته باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩ : ٩٥٩ - ٩٦١) لعلاج اللجلجة
مكونا من مرحلتين وهما :

المرحلة الأولى :

لعلاج صغار التلجلجين الذين تتراوح أعمارهم بين (٥-١٠) سنوات عندما يكون الطفل أقل قلنا بشأن قصوره اللفظي، ولم يتعرف بعد على تلك المشكلة هنا يكون العلاج عن طريق إعطاء إرشادات للوالدين خاصة لأسلوب معاملتهم للسحالة، وعن طريقهم يتم تخفيف التأثيرات البيئية غير المرغوب فيها، هنا يصبح الاهتمام موجها تجاه الوالدين وكيفية معاملتهم، وذلك للعمل على إتاحة الفرصة لتناخ أسرى سليم، ولتخفيف التأثيرات غير المشحبة، وذلك بهدف مساعدة الطفل على تخفيف حدة صراعاته الداخلية حتى تحد من استمرار وتطور المشكلة إلى مرحلة (اللجلجة الحقيقية).

ويتخذ علاج الآباء شكل إرشادات توجه لهم بهدف تحسين علاقة الوالدين بالطفل عن طريق اتباع عدة نقاط منها :

- ١ - عدم إشعار الطفل بأنه شاذ أو مختلف عن الآخرين في طريقة كلامه حتى لا يكون حساسا نحو الطريقة التي يتحدث بها.
- ٢ - تحسين صحة العقل بصورة عامة.
- ٣ - العمل على تحسين التناخ البيئي المحيط بالطفل، والتخفيف من حدة العوامل التي تعمل على إثارة التوتر والاضطراب للطفل.
- ٤ - تنمية الشعور بالثقة والمسئولية والحب المتبادل والاحترام لدى الطفل.
- ٥ - العمل على تنمية شعور الطفل بالانساق مع نفسه.
- ٦ - تشجيع الطفل قدر الإمكان على الاندماج بحرية مع الأطفال الآخرين.
- ٧ - مساعدة الطفل على النموا سليما، على التعرف على طاقاته الكامنة وقدراته الابتكارية.
- ٨ - تنمية الشعور بالحب والود المتبادل والانتماء بين أفراد العائلة.

وتصيف دومينيك Dominick أن تلك الأهداف تبدو شاملة جدا بحيث تبدو من الصعب تحقيقها، ولكن حتى التنفيذ الجزئي لتلك الأهداف يمكن أن يساعد الطفل المتلعج في كفاحه من أجل تحقيق الذات والتغلب على قصوره الكلامي .

المرحلة الثانية (لعلاج المتلعجين الراشدين) :

عندما يصبح الفرد مدركا لصعوبة الكلام ويتأثر تماما بمدى ردود أفعال الناس تجاه قصوره اللفظي . والعلاج في هذه المرحلة مختلف عن المرحلة الأولى، حيث يكون الهدف منصبا على شخصية المتلعج وتصحيح كلامه اللفظي، هنا يجب الاهتمام بمساعدة المتلعج على أن يتعرف على ذاته وتحقيق وجوده الشخصي، وذلك من خلال المبادئ الآتية :

- تشجيع المتلعج على أن يبدأ ويستمر في العلاج ،

فكثيرا من المرضى تكون لديهم فكرة مسبقة عن أن عملية العلاج ليست بالأمر السهل، وأن العلاج يحتاج لمعجزة حتى ينجح لذلك فإنهم غالبا ما يكونون حذرين، وفي الوقت نفسه لديهم رغبة حقيقية في تلقي المساعدة للعلاج، ولكن لديهم مقارمة لهذا العلاج وينبغي علي المعالج أن يشجع المريض على الاستمرار قدر الإمكان في العلاج، وأن يعطيه بعض المعلومات المتعلقة بالعملية العلاجية وحدودها، فيحاول المعالج التخفيف من حدة شك المريض وقلقه على نفسه بإقامة علاقة بينه وبين المتلعج تسم بالود والحزم، في الوقت نفسه فإنه يستطيع أن يطمئن المريض بقوله : «نعم أنا ليس لدى شك في مقدرتي على مساعدتك وعلى حل مشكلاتك بشرط أن تكون مستعدا للتعاون معي، فإذا ساعدتني فأنا واثق من نجاحنا» .

- على المعالج ألا يعمل على إزالة أعراض المرض فقط، وإنما يجب التعامل مع البناء الشخصي للفرد ككل، ويأتي هذا عن طريق مسابحاول المتلعج أن يعبر عنه عندما يتكلم خاصة في المواقف التي تزداد معها درجة التلعج، وأن يحاول التعمق للتعرف على المعاني الحقيقية لكلام المريض من قلق وخوف ومشاعر عدائية ورغبات متناقضة .

- تخفيف حدة الاضطراب في علاقة المعالج بالمريض؛ وذلك بأن يحافظ المعالج على عملية التوازن والحزم في العلاقة العلاجية، وذلك بأن تسم العلاقة بين المعالج والمريض بالحزم، وفي الوقت نفسه تسم بالدفء والود، وبهذه الطريقة يتلقى المعالج الاحترام من قبل المريض، ويكون قادرا على أن يشعر المريض بقدر من الأمان .

- تحرير المريض من القلق والخوف المتعلق بالاضطراب، قد نجد التلجج يعيش في خوف مستمر من تهديد بنائه الذي يحميه، مع ما يصاحبه من خوف من التمزق والفياع، فإنه يمكن مساعدته بأنه يشعره بالأمل والتخفيف من الشعور بالإحباط، وبانخفاض نسبة القلق والتهديد فإنه سيكون قادرا على مواجهة صراعاته، وتكون لديه الشجاعة ليس لتقبل نفسه كما هي في الواقع، وأيضا تكون لديه الشجاعة لأن يغير نفسه.

يعتقد س. برو مفيت وم. بيك Brumfitt & Peake (١٩٨٨ : ٢٥) أن علاج اللجلجة للراشدين كان وما زال يحتل مكانة كبيرة من قبل الدارسين والمعالجين ويشتمل جزء كبير من هذه الناحى على تدريب التلجلجين أو مساعدتهم على إعادة تقييم اتجاهاتهم نحو اضطراب اللجلجة، وهناك محاولات عديدة للتخلص من اللجلجة باستخدام العقاقير، حيث استخدمت بهدف تخفيف حدة القلق التى يعانى منها التلجلجون، وكان استخدامها يقدر معين بحيث لا يؤثر ذلك على وعي التلجلج وإدراكه. ولكن وجد أن هذه الطريقة لم تأت بالنتائج المرجوة، ومن الأفضل استخدام أسلوب علاج كلامى كعامل مساعد بجانب تعاطى تلك العقاقير .

البرنامج الثالث ،

يقدم ميلدرد بيرى، وجون إيزنسون Berry & Eisonson (١٩٥٦) :
٢٧٨-٢٨٤ برنامجا لعلاج اللجلجة أسماه الوقاية من الوعي بالفصور اللفظى، ويتحقق ذلك الوعي من خلال التحكم فى رد فعل الكبار المحيطين بالطفل عندما تحدث اللجلجة (فى المرحلة الأولى للجلجة).

وفى هذا يقول فان ريبير : «إن أسلوب معاملة الطفل التلجلج فى المرحلة الأولى هى أن تدعه وتعامل مع أبويه ومدرسيه».

ولهذا يعتقد بيرى وإيزنسون Berry & Eisonson (١٩٥٦) أن العلاج التعال بنهى أن يشمل الآباء، لأنهم مصدر للمعلومات عن الطفل، كما يكون باستطاعة المعالج التعرف على اتجاهاتهم نحو الطفل، فسيجب استخدام فنيات العلاج عن طريق الآباء والمحيطين بالطفل وبواسطة المعالج أيضا.

وتتلخص إجراءات العلاج فيما يلى :

١ - المحافظة على الصحة :

غالباً ما يرافق المرض مظاهر قصور مؤقتة في القدرة على الأداء اللغوي، وبالتالي تزداد درجة اللجاجة في تلك الفترات، وينبغي علي الآباء أن يضعوا ذلك في تقديرهم حتى لا يتسبب ذلك في قلق واثد على الطفل، ويتعكس عليه فيما بعد، كما ينبغي العناية بصحة الطفل المتلجج بصورة عامة وإعطاء الوقت الكافي للراحة والنوم لما لذلك من تأثير على الكفاءة اللفظية.

٢ - تحديد الظروف المرتبطة بتقصص الطلاقة اللفظية :

التعرف على معاملة الأفراد المحيطين بالطفل بصفة دائمة وخاصة الوالدين من أجل تحديد الظروف والمواقف المرتبطة بتقصص الطلاقة اللفظية.

عمل حوار كلامي مع الطفل بعيداً عن والديه، وعمل حوار آخر في حضورهم من أجل التعرف على تأثيرهم على نوعية وطبيعة نقص طلاقة الطفل إذا ما حدثت اللجاجة.

٣ - ضرورة إرشاد وتوعية الوالدين :

إن بلجاجة الطفل في الصغر (المرحلة الأولية) شيء طبيعي، لكن ينبغي ألا يلام الآباء على قلقهم في القصور اللفظي لأطفالهم، وإنما يجب أن يعرفوا أن الاهتمام الزائد قد يتسقل إلى الطفل فيصبح قلقاً وغير مطمئن تجاه قصوره اللفظي، ولذلك فتتقص الطلاقة اللفظية بدون وعي من الطفل أو قلق بعد سلوكها طبيعياً وليس مرضياً.

٤ - توعية الوالدين ببعض الحقائق الخاصة بالطلاقة اللفظية مثل :

١ - تربط الكفاءة اللفظية بوضع الطفل وترتيبه في الأسرة، فالطفل الأول أو الوحيد في الأسرة، يكون أكثر طلاقة من الطفل الثاني والثالث.

ب - تعد الإناث أكثر براعة في تعلم الكلام بالمقارنة بالذكور، وبالتالي فهن أكثر طلاقة من الذكور.

٥ - تحليل المواقف المرتبطة بزيادة شدة اللجاجة :

ينبغي التعرف على المواقف المرتبطة بحدوث اللجاجة من خلال إجابات الأسئلة الآتية :

١ - هل تحدث اللجاجة في وقت معين من اليوم ؟

- ٢ - هل تحدث اللججة مع أفراد معينين ؟
- ٣ - هل تحدث اللججة في مواقف مرتبطة بخبرات مخيفة سابقة ؟
- ٤ - هل تزداد درجة اللججة عندما يكون الطفل متعباً ؟
- ٥ - هل تزداد درجة اللججة عندما يسأل الطفل أسئلة مباشرة تتطلب إجابات محددة ؟
- ٦ - هل تحدث في كلمات معينة ؟
- ٧ - هل تحدث عندما يحاول الطفل لفت الانتباه ؟
- ٨ - هل تزداد نقص الطلاقة في حضور مستمع ناقد ؟

إن الإجابة على هذه الأسئلة تساعد في معرفة ما إذا كان نقص الطلاقة تعد استجابة لضغط مكثف، وإذا كان هذا الضغط هو السبب فمع مَنْ من أعضاء بيئة الطفل يكون أكثر ؟ فإذا كان الطفل يعيش في بيئة تغتفر إلى الاهتمام، فقد تكون اللججة من أجل شد الانتباه إليه.

وإذا كان الطفل يتلجج أكثر في وقت معين من اليوم فيجب دراسة ما يحدث في الفترة التي تسبقها أو التي تليها وإحضار تلك الفترة للفحص والتقييم، أما إذا تكررت حدوث اللججة عندما يكون الطفل مرهقاً أو متعباً، فالأفضل ألا يشجع الطفل على كثرة الكلام حتى لا تساعد على إدراك قصوره اللفظي، ولا ينبغي أن تقول له: «لا تتكلم الآن إنك متعب ولا تتحدث جيداً».

أما إذا ارتبط حدوث اللججة بكلمات أو مواقف معينة، فيجب تحديدها، فإذا كانت الكلمات مثل أفكاراً أو مواقف مرتبطة بضغط نفسي معينة، فالأفضل إزالة تلك الضغوط عن الطفل أو تخفيفها، وإذا لم تستطع فيجب مساعدة الطفل على فهمها وتقبلها في حدود قدراته، فعالباً ما يكون البالغون غير مدركين لدى محاولات المقاطعة والتجاهل لحديث الطفل، وقد يحاول الطفل منالشتهم، فإذا نجح في ذلك بأمره الوالدان أن يلزم الصمت، وإذا فشل فقد يشعر بالإحباط، وفي كلتا الحالتين فإن الطفل يمر بتجربة المقاطعة المفروضة عليه ومن ثم فإنه يلزم الصمت، وتكرار مثل هذا النوع من الخبرات فقد يبدأ الطفل في كبت كلامه الخاص أو محاولته للنقاش، ويتج عن ذلك مقاطعة الذات والردد والإعاقات الكلامية.

٦ - توفير فرص تتيح طلاقة الكلام نسبياً :

لقد أوصينا مبكراً ألا نشجع الطفل على الكلام في مواقف يتكرر فيها حدوث اللجاجة، وعلى العكس من ذلك فينبغ أن يشجع الطفل على الكلام في المواقف التي يكون فيها طلق الحديث، وهذه المواقف عادة ما تكون خالية من التوترات أو الضغوط النفسية، ومن ثم فيكون لدى الطفل فرصة لممارسة الكلام بأسلوب يرتاح له الكبار، وهذا يساعد على تدعيم الطلاقة اللغوية لدى الطفل.

البرنامج الثالث، برنامج ميريل مورلي Morley (١٩٧٢: ٤٥٧-٤٦٣)

يتضمن البرنامج العلاجي لميريل مورلي Morley (١٩٧٢) النقاط التالية :

- ١ - تفهم طبيعة اللجاجة وكيفية توافق التلجج مع نفسه.
- ٢ - ممارسة تدريبات للاسترخاء.
- ٣ - القيام بتدريبات تساعد التلجج على التحكم في تقلصات أعضاء الجهاز الكلامي.
- ٤ - إجراء مناقشات تتعلق بالصعوبات التي يعانيها التلجج في المواقف الكلامية.
- ٥ - ممارسة العلاج الكلامي الجماعي حتى يمكن إكساب التلجج ثقة عند التحدث.

١ - التوافق مع اللجاجة :

يرى ميريل مورلي Morley أن التلججين لديهم خوف عميق من أن يهم شيئاً خاطئاً، وأنهم مختلفون عن الآخرين، وتلك الأفكار والشاعر تكون نتيجة طبيعية لرد فعل الآخرين نحو إعاقاتهم، فالتلجج لديه القدرة لأن يتكلم بشكل طبيعي ولكنه لا يستطيع الحفاظ عليها تحت كل الظروف، ومن ثم فإنه يميل لاعتبار اللجاجة شيئاً مثيراً للإزعاج؛ لأنه يحوق التعبير عما يجول بخاطره.

ومع ذلك نجد أن تلك المشكلة لا تعارض بالضرورة مع الحياة، حيث نجح كثير من التلججين في التغلب عليها. إذا تم مساعدة التلجج لأن يتقبل لجلجته بشكل موضوعي قدر الإمكان وأن يأخذ هذه الإعاقة في الاعتبار دون خوف أو انفعال وبذلك يتم تشجيع الاتجاه الإيجابي المرتبط بالثقة في قدرة التلجج على التحدث دون لجلجة.

٢ - العلاج عن طريق ممارسة تدريبات الاسترخاء :

لقد تم تأييد هذه الوسيلة العلاجية من قبل بعض المعالجين؛ لأنها تعطى نحسنا سريعا وتلقائيا في الكلام وتؤدي إلى انخفاض نسبة التوتر المعسى.

كما أن ممارسة أسلوب الاسترخاء بانتظام يؤدي إلى الشعور بالراحة والتخفيف من التعب البدني والذهني، وفي الوقت نفسه يساعد على الهدوء النفسى الذى يؤدي إلى زيادة الكفاءة والثقة في قدرة الفرد على مواجهة الحياة، ومن مزايها أنه يساعد على التحكم في الانقباض العضلى الحقيقى للجلجة ذاتها.

وأثناء ممارسة التلجج لاسلوب الاسترخاء فإنه يشعر بسهولة إنتاج الكلام بطلاقة مع الاسترخاء؛ ومن ثم يربط التلجج بين الطلاقة اللغوية والشعور العام بالبساطة، ويتم العلاج من خلال تدريبات في ممارسة التفكير بعسق ثم تدريبات على النطق مع التنفس العميق وحركات تحررية سهلة لعضلات الوجه، وممارسة السهولة أثناء الكلام تزيد الثقة، وتعمل على تنمية نموذج لكلام إيقاعسى سهل دون مجهود مما يؤدي إلى انخفاض درجة اللجلجة.

٣ - تدريبات تساعد على التحكم في أعضاء الجهاز الكلامى :

معظم التلجلجين يريدون التعرف على تدريبات تساعدهم على التخلص من أعراض اللجلجة، وأن تكون تلك التدريبات يمكن ممارستها بالمتزل، فمثلا قد يطلب منهم ممارسة القراءة بالمتزل بصوت مرتفع، حيث إن الكلام منفردا يجعل التلجج يعتاد على الطلاقة بإيقاع طبيعى ودون مجهود، كما تعتبر الممارسة السلبية Negative Prac- tice من الأساليب التى تساعد على التخلص من أعراض اللجلجة، حيث يطلب من التلجج أن يعمد إلى تكرار الكلمة التى يتلجج فيها مرة بعد مرة عبر فترة زمنية قصيرة جدا أو بدون فترة زمنية فاصلة بين هذه التكرارات. (Yates, 197, : 123).

وثنية الممارسة السلبية تقوم على مبدأ الفصل بين العادات اللائقافية، ونتائجها التعززية، وذلك طبقا للبند الرابع من السلم التاسع لنظرية هل «حينما نتابع استجابات غير معززة في فترات زمنية قصيرة، يزداد الجهد الكفاف كدالة نحو موجبة لعدد المحاولات غير المعززة، وهكذا تحدث ظاهرة الانطفاء التجريسي».

و طبقا لهذه النظرية نجد أن التلجج يقسوم بتقليد وتكرار اللجلجة بشكل إردى وشعورى عدة مرات دون تلقى أى تعزيزات حتى يصل إلى السلامة المطلوبة، وبذلك

نجد أن فنية الممارسة الالية تدرج تحت مبدأ الممارسة غير التعزيزية للسلوكيات اللاتوافقية، مما يؤدي إلى ظاهرة الانطفاء التجريبي. (حسام الدين عزب، ١٩٨١ : ١٨٥).

٤ - المناقشات :

أثناء فترة العلاج يفضل مناقشة المشكلات التي تواجه المتلجلج في المواقف المختلفة وتقديم المقترحات ومناقشتها مع المتلجلج فيما يتعلق بالأسلوب الذي تتلام مع كل مشكلة في محاولة لإنهاء تلك الصعوبات، وكذلك يطلب من المريض ألا يتزعج لحدوث اللجلجة، وأن يتبناها، ويتعلم كيف يتحكم فيها.

٥ - العلاج الجماعي :

يدخل المتلجلج كفراد في جماعة علاجية، حيث يقابل آخرين يشاركونه التجربة نفسها، وبذلك توافر الفرصة لممارسة الكلام في مواقف سهلة، ومناقشة ومقارنة مشكلاتهم الشخصية في الكلام، هنا يتكون ثبات تدريجي لكلام أكثر طلاقة وظهور الجماعات وردود فعل جديدة تجاه المواقف المرتبطة بالكلام.

ويساعد العلاج الجماعي على انخفاض حدة اللجلجة لأقصى حد وانخفاض حدة التقلصات المساحبة لحدوث اللجلجة، وينمي ثقة الفرد في التعامل مع الآخرين في مواقف حياته الأخرى.

البرنامج الرابع : برنامج هوجر جريجوري Gregory (١٩٨٦، ١٠٤-١٠٩)

لاحظ جريجوري Gregory أن الأطباء المعالجين للجلجة يركزون على أربعة مجالات لعلاج الأطفال المتلجلجين وهم :

١ - الضغط الاتصالي (مثل الطريقة التي يتكلم بها الآباء مع الطفل أي درجة سرعة الكلام).

٢ - التفاعل العام بين أفراد الأسرة وضغط العلاقات الشخصية المتبادلة .

٣ - فروق النمو اللغوي والحركي.

٤ - الطلاقة اللفظية .

ويقر جريجوري Gregory أنه أصبح هناك اهتمام خاص بالعوامل التفاعلية بين الوالدين والطفل، وأنها تحتاج بالفعل إلى تعديل، فينبغي التعرف عليها، وتلقيحها قبل استخدام أي وسيلة علاجية، أما الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج فهو الكلام

بطء، واستخدام الكلمات السهلة مع التدريب المستمر على التنفس العميق، وزيادة في طول أجزاء الكلام، ولا ينبغي دفع الطفل لأن يسرع في الكلام ومقاطعته أثناء الكلام، أو عدم الانتباه لما يقول.

كما اهتم جريجوري Gregory بعلاقة المعالج بالطفل المتلعج في هذه المرحلة العمرية (مرحلة الطفولة)، حيث ركز على أهمية العلاقة الإيجابية التي تسم بالود والتقبل وأنها تعد من الأمور الحاسمة من أجل علاج ناجح، فيجب على المعالج أن يكون متفهما لحالة الطفل، ويجيد الاستماع لمشاعره التي تدور حول مشكلة اللجلجة .

بالنسبة للمتلعجين الراشدين يقرر جريجوري أنه لاينبغي تقديم وسيلة لعلاج اللجلجة وإنتاج الطلاقة اللفظية بسهولة وسر، ولكن الأفضل أن يهني المتلعج إلى جلجته، وأن يتعرف علي سلوكه الكلامي أثناء حدوث اللجلجة وبالتدرج يتعرف على طريقة كلامه عن طريق التفكير، وبعد ذلك يرى كيف أنه يستطيع أن يتلعج بسهولة أكبر، وبهذا الأسلوب فإن المتلعج لايتجنب حدوث اللجلجة بالقدر الكافي؛ لأنه استطاع دراستها وتحديد أعراضها، وفي هذا الصدد يؤكد شيهان Sheehan أن المصابين باللجلجة يحتاجون لأن يدركوا بشكل أكثر واقعية أدوارهم الزدوجة كأفراد يتلعجون، وأبشأ كأفراد يتكلمون بشكل طبيعي.

ولقد أعطى جريجوري اهتماما خاصا بمتابعة المريض بعد العلاج، حيث يقر أنه قد ينخدع كل من المعالج والمريض إلى السهولة الواضحة في تعديل اللجلجة في العيادة وأن المتلعج أصبح يتكلم بطلاقة .

ولذلك ينصح المعالج بأن يخطط لتعميم تلك الطلاقة المكتسبة في المواقف التي تقابل المريض خارج العيادة، ومن المفضل استخدام التحصين التدريجي بأن يعمل المعالج تسلسلا هرميا للمواقف الكلامية، ومن الأسهل للأكثر صعوبة، وبالتدرج يتم ملاحظة أسلوب الكلام، وسلوكيات أخرى على التوالي.

من الأمور الهامة التدريب على ضبط الذات وتقويم الذات، ولقد أكدت عدة برامج على أهمية تلك القدرة من بداية العلاج، فإذا كان المتلعج لا يستطيع مراقبة وتقويم ذاته فكيف يصبح التحول ناجحا .

البرنامج الخامس :

قدم فرانسيس فرما Freema (١٩٨٢ : ٦٨١ - ٦٨٥) الذي عمل مياثرب من مدار نصف قرن في البحث عن علاج اللجلجة، وهذه وجهة نظره في العلاج، حيث يرى أن العلاج الجيد للجلجة ينبغي أن يبنى على أسس تفرد كل إنسان وظروفه الخاصة

واحتياجاته الحسالية والمستقبلية ومدى إدراكه لمشكلته، بمعنى أن العلاج ينبغي أن يشتمل على خطة علاج فردية ذات أهداف محددة مع ضرورة عمل متابعة ملائمة لمشكلات الفرد وظروفه واحتياجاته.

ومن سمات العلاج الجيد أنه :

١ - ينمي ويسر النمو الشخصي.
٢ - يعمل على تقبل الفرد لذاته والثقة في قدرته على كفاءة الاتصال - Commu-
- nicative adequac

٣ - يؤدي إلى تحسین الطلاقة، وإلى القدرة على التحكم الإرادي في إنتاج الكلام المقبول اجتماعياً.

والعلاج لا ينتهي بالوصول إلى طلاقة جيدة في مواقف العلاج، وإنما العمل على توفير تدعيم مناسب لتسويم الطلاقة في مواقف الحياة الأخرى للحفاظ على الطلاقة المكتسبة.

ولقد قسم فرما Freema برنامجه العلاجي إلى ثلاث مراحل :

- ١ - المرحلة الأولى خاصة بالأطفال الصغار (في بداية اللجاجة) .
- ٢ - المرحلة الثانية خاصة بالأطفال (المدركين للقصور اللفظي للجلجة) .
- ٣ - المرحلة الثالثة خاصة بالتلجلجين الكبار .

أولاً : الأطفال الصغار :

يرى فرما أنه في حالة الطفل الذي بدأ نثوه في اللجاجة لا ينبغي أن تخبر الوالدين بعدم القلق أو تجاهل المشكلة، لأنهم لن يكونوا قادرين على تجاهل مشكلة الطفل، وأنه يجب أن يعرفوا بأنها مسئولة معالج متخصص يعمل على توفير خطة علاجية بناءة، وخطة العلاج هدفها تخفيض أو إزالة الضغوط السببية لحالة اللجاجة مثل:

١ - الضغوط البدنية :

يجب أن يشتمل البرنامج العلاجي على تنظيم وقت الطفل، وتوفير وقت كاف للنوم والراحة، والتغذية المنظمة لازالة التعب الذي قد يزيد من مظاهر القصور اللفظي.

٢ - الضغط الانفعالي :

مساعدة الآباء على تخفيف مصادر الضغط الانفعالي على الطفل خاصة بالنسبة لبعض المواقف المرتبطة بالضغوط الانفعالية، مثل مواقف التغذية، والتدريب على استخدام الحمام، وإرغام الطفل على النوم، هنا ينبغي إرشاد الوالدين لاستخدام أساليب قائمة على التفاهم المتبادل بينهم وبين الطفل لحل هذه المشاكل بهدوء ودون ضغوط انفعالية.

إرشاد الوالدين إلى أهمية خلق مواقف اتصالية سارة وتاجحة مع الطفل، ففي التعامل مع آباء الأطفال الصائين بينيات اللججة من المهم أن يتعرف والذى العقل المصاب ببداية اللججة على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل.

فإن النموذج المرغوب من أجل تخفيض حجم اللججة، هو الكلام ببطء مع إطالة تليدة فى الأحرف، بالإضافة إلى أنه عندما يتوقف الكبار ويفكرون هم قبل الكلام، فإنه يكون لدى الطفل وقت ليفكر أيضا قبل الكلام، فالقاعدة : هي «ألا تخير الطفل أن يعلّم، أو يتكلم بهدوء، أو يفكر قبل الكلام، ولكن وضح له كيف يفعل تلك الأشياء عن طريق تقديم ذلك التماذج فى كلامك معه».

ثانيا : الأطفال المدركين للجملة :

إذا أظهر الطفل توترا ملحوظا أو علامات سمعية أو مرتبة تدل على المجاهدة أثناء الكلام، فهو مدرك أن لديه مشكلة، سواء كان فى الثالثة أو العاشرة من عمره فهو يستحق المساعدة لفهم أن مايشعر به ليس شيئا شائنا، ولاينبى الخجل منه، وأنه يحدث للعديد من الأفراد، وأن كلمة لجملة ليست كلمة مخجلة، أو مرضى غير قابل للشفاء، فهو يحتاج فقط المساعدة من أجل تنمية الطلاقة اللفظية باتباع النقاط التالية :

- الكلام ببطء وهدوء، وسهولة أفضل من المجاهدة لإزالة الإعاقة.

- استخدام خطة علاجية تتضمن تعديل البيئة، وهى إزالة الضغوط البدنية والانفعالية والاتصالية - السابق ذكرهم - بجانب استخدام أسلوب للعلاج الكلامي.

ثالثا : المتلجلجون الراشدون :

هنا يجب التركيز على تخفيف الانفعالات السلبية، والعمل على تيسير التوافق الشخصى، ويرى فرما أن هناك بعض أساليب العلاج الكلامي تؤدي إلى تحسن مؤقت لحجم اللججة، ولكن المشكلة العظمى ليست فى تعليم المتلجلج أن يتكلم بدون قصور لفظى، ولكن الأهم مساعدته فى أن يعم تلك الطلاقة فى مواقف الحياة اليومية وليست فى مواقف العلاج فقط.

ويوجد ثلاثة عوامل مرتبطة بهذا المجال :

أولا : يحتاج المعالجون والمتلجلجون إلى أن يتعرفوا على للجهود المفروض بذله من أجل الحفاظ على الطلاقة، بينما يمكن تعديل الكلام فى فترات قصيرة من العلاج

المكثف، فإن التعود على هذا الأسلوب الجديد، وصيانه، والحفاظ عليه، يحتاج إلى رعاية وتدعيم منظم ومساعدة على فترات متتدة، بمعنى أنه على المتلجج أن يقدر الصعوبات المرتبطة لكيفية الحفاظ على طلّاته، وهنا هو يحتاج إلى أن يتحرر من الشعور بالذنب والقشل والاكتاب الذي يصاحب فترات الانهيار الكلامية بالإضافة إلى التدعيم المستمر.

ثانياً : يجب على المعالج أن يقدر التعديلات في مفهوم الذات، والتوافق الشخصي، والعلاقات الشخصية المتبادلة التي يجب أن يواجهها المتلجج عندما يصبح فجأة متحدثاً لبقاً، وفي رأي فريما Freema (١٩٨٢) أن بعض الصايين قد يتنازلون عن مكاسبهم بسبب أنهم لا يستطيعون التعامل مع تلك التوافقات الجديدة.

ثالثاً : اختيار الوسيلة الخاصة بتعديل كلام المتلجج، فإن الوسائل التي استخدمت لتعديل الكلام تؤدي إلى انخفاض القصور اللفظي، ولكن ليس كل الوسائل تتسارى في سهولة التعود عليها كنموذج طبيعي مريح لإنتاج الكلام، وأفضل هذه الوسائل، هو ما يتطلب من المتلجج أقل قدر من الجهد والبسطة لتعديل الكلام، وقد تحدثت انتكاسات لبعض المتلججين بسبب الأتي :

● إن الحفاظ على شكل الكلام الذي تعلموه يتطلب وقتاً وجهداً كبيرين وبالتالي يكون من الأمور الصعبة .

● إن شكل الكلام الذي تعلموه في العلاج يبدو غير طبيعي بشكل مبالغ فيه، أو صناعي يؤدي إلى رد فعل سلبي، أو تعليقات من المستمع تؤدي مشاعر التكلم .

البرنامج السادس :

يعتبر إدوارد كونتر (Conture) (١٩٨٢ : ١٦٣ - ١٦٩) من العلماء الذين يرون أن اضطراب اللججة ماهو إلا مشكلة تنبع من التقدير الخاطئ للمحيطين بالطفل أثناء مرحلة تعلم الكلام؛ ولذلك فهو يركز على الظروف البيئية داخل الأسرة وخارجها والتي يتعرض لها الطفل بصفة مستمرة يكون لها تأثير عميق على القدرات اللغوية لديه .

ويستطرد كونتر موضحاً أن البيئة المنزلية للطفل والتي تشمل في الوالدين قد لا تكون هي السبب المباشر في ظهور اللججة، ولكن غالباً ما تكون عاملاً مساعداً في نحو واضطراب اللججة والحفاظ عليها .

ويبدو هذا واضحا في رد فعل الوالدين تجاه مظاهر عدم الفلانة اللفظية التي تتاب
الطفل في هذه المرحلة العمرية ٢ - ٤ سنة، ومن هذه المظاهر مايلي :

- يكون لدى بعض الأطفال القدرة على الكلام وعلى الصياغة اللفظية ولكنها
تكون متأخرة أو منحرفة عن السوية بعض الشيء.

- قد لا يستطيع الأطفال التعبير بشكل سريع عن أفكارهم، وخاصة في المواقف
الاجتماعية التي تتسم بالضغط الاجتماعي.

- قد يكون لدى الطفل مهارات الإنتاج الصوتي، ولكن إخراج الصوت لا يتم
بالدقة والسرعة التي يتوقعها الوالدان من الطفل.

هنا نجد أن الوالدين غالبا ما يبدون تصريحات ضمنية أو صريحة، وبالتالي يتقلون
إلى أطفالهم تسميهم أو عدم تسميهم تحية تلك الانحرافات الكلامية، مثل التعبير
اللفظي غير الدقيق، أبنية لغوية دون المستوى، التعبير اللفظي غير اللائم لأفكار الطفل.

ويستطرد كونتر Conture موضحا أن القضية هنا ليست فقط الأشياء للخدمة التي
يتناولها الوالدان بالنقد الصريح أو الضمني، ولكن الحبيبة أنهم بطريقة روتينية
يصححون، يعاقبون، يظهرون الضيق وعدم التسامح إلى آخره من الأفعال التي تؤثر
سلبا على قدرات الطفل اللفظية وتشعره بالقلق.

لذلك يرى كونتر أهمية أن يتعرف الوالدان على تلك السلوكيات والنتائج التي
تؤدي إليها، وبالإضافة إلى ذلك هناك بعض الأمور التي لا تقل في أهميتها عما سبق
وهي الضغوط النفسية التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة والتي تتسبب من خلال
الإجابة عن التساؤلات التالية :

- هل يتوقع الوالدان من الطفل أن يتصرف كالراشدين ؟

- هل يشعر الوالدان الطفل بأنهم ليسوا سعداء.

- نتيجة الأخطاء التي يقع فيها أثناء عملية التعلم ؟

- هل يزعج الوالدان الطفل بجدول أعمال مستمر لدرجة جعله متعبا طوال
اليوم؟

كما يعطى كونتر اهتماما بالغا بناحية أخرى مرتبطة ببيئة الطفل ذات أهمية في
حدوث اضطراب اللجاجة وهي الطريقة التي يتبعها الوالدان في الكلام مع الطفل،

ومدى انعكاس ذلك سلباً أو إيجاباً على القدرات اللفظية للطفل، ويتضح ذلك من خلال الاجابة على التساؤلات التالية :

- هل يعانى أحد الوالدين من السرعة الزائدة فى الكلام ؟
- هل يتكلم الوالدين مع الطفل بجمل طويلة معقدة ؟
- هل يميل الوالدين إلى مقاطعة الطفل باستمرار أثناء الكلام وبشكل غير ملائم؟
- هل يتسم كلام الوالدين بالطلاقة . . أم هنا بعض الكلمات التى تنطق بشكل غير صحيح؟
- هل أحد الوالدين من النوع الذى يحرص دائماً على سلامة التعبير اللفظى ؟

وأخيراً، يتساءل إدوارد كوتنر هل يستمع الوالدان لصوت العقل ويحاولون التوقف عن التلق على كلام الطفل لمجرد أن يخبرهم المعالج * لا تقلق - طفلك سوف يتغلب على اللجلجة *.

ويجب كونتر قائلًا : * أعتقد أن ذلك غير كاف، وأنه من الضروري إعطاء الوالدين معلومات كافية عن اللغة وكيفية نموها بشكل طبيعى، وكذلك إمدادهم بالمعلومات الوافية عن اضطراب اللجلجة، حيث إن هذا يساعد الوالدين فى توضيح وفهم طبيعة وحجم مشكلة اللجلجة ومايمكن فعله تجاهها*.

البرنامج السابع :

حاول نان راتنر Ratner (١٩٩٢ : ١٤ - ٢٠) أن يقدم أسلوباً غير مباشر لعلاج اللجلجة، وهو وإن اتفق مع إدوارد كوتنر Conture (١٩٨٢) فى التركيز على إصلاح هيئة العقل المتلجلج لكنه اعتم بصفة خاصة بالأسلوب الذى تتبعه الأم فى الكلام مع العقل المتلجلج، ويؤكد راتنر إلى أن هناك بعض الدراسات التى تشير إلى فاعلية هذا الأسلوب (خفض سرعة كلام الوالدين مع الطفل) فى معالجة القصور اللفظى لدى الأطفال.

ويستطرد راتنر موضحاً أنه على الوالدين لطفل مصاب باللجلجة أن يعمدوا إلى مراقبة أسلوبهم فى الكلام أثناء إجراء للحادثة اليومية مع الطفل؛ لذلك فهو يقدم التوجيهات التالية :

- أن تعتمد الأم (الأب) إلى أن تتحدث ببطء مع الطفل حتى يتعود هو الآخر على هذه الطريقة، وبالتالي تقدم له نموذجاً لكيفية الكلام بتندى بها.

- استخدام عبارات قصيرة وغير معقدة التركيب .

ولقد قام راتنر ratner بتطبيق هذا الأسلوب العلاجي غير المباشر على مجموعة من الأطفال للتلعجيين وأمهاتهم . من خلال الخطوات التالية :

- إجراء جلسات لعب مع الأطفال للتلعجيين وأمهاتهم لمدة أسبوعين بواقع جلسة يومياً لمدة ١٥ دقيقة، حيث قام المعالج بتسجيل كلام الأم مع الطفل أثناء اللعب للحصول على البيانات التي تتعلق بمتوسط سرعة كلام الأم ومستوى الصعوبة في تركيب الجمل التي تستخدمها الأم .

- ثم تبدأ المرحلة الثانية من العلاج بأن يوجه المعالج هذه التعليمات للأمهات «نحن مهتمون بالتعرف على ماسيحدث لكلام طفلك عندما تتكلمين معه بشكل أكثر بطلاً؛ لهذا نرجو منك أن تحاولي التحدث إليه ببطء، وأن تستخدمى عبارات قصيرة وجمل بسيطة قدر الإمكان .»

- بعد أن تتعود الأم على الأسلوب الجديد في الكلام مع الطفل، يطلب منها المعالج استخدام هذا الأسلوب باستمرار مع الطفل في المنزل .

البرنامج الثامن،

قدم بهارجافا Bhargava (١٩٨٨ : ٩١ - ٩٣) برنامجاً لعلاج اللججة، حيث قام في البداية بعمل تحليل لسوك للتلعجيين، ومن ثم استطاع تحديد العوامل التي تؤدي إلى زيادة اللججة لدى التلعج في المواقف الاتصالية وهي :

- عندما يستلزم .

- عندما يتكلم أمام مجموعة من الغرباء .

- عندما يتكلم مع كبار السن (أكبر منه في العمر أو السلطة) .

- عندما يخاف (يتوقع) حدوث اللججة .

وبناء على العوامل السابقة استطاع المعالج تحديد المشاكل الناتجة عنها وهي :

- الخوف من مواجهة المواقف الاتصالية .

- عدم الثقة بالنفس .

- الامتناع عن الكلام خوفاً من حدوث اللججة .

- الشعور بالدونية .

قسم بهارجافا البرنامج العلاجي إلى ثلاث مراحل كالتالي :

نولاً : النموذج Modeling :

يقوم المعالج بدور النموذج، ثم يحاول التلجلج أن يقتدى به، بمعنى أن يطلب للمعالج من التلجلج تكرار الكلام تبعاً للنموذج الذي تقدمه خمس مرات بدون لجلجة، ويتكرر هذا التمرين طوال الجلسة العلاجية مع عمل تغيير تدريجي في سرعة الكلام، وأحياناً يطلب المعالج من أحد التلجلجين أن يقوم بعمل النموذج لباقي أفراد الجماعة. ولوحظ أن هذه الوسيلة تعمل على خفض درجة اللجلجة داخل الجماعة.

ثانياً : التلغية المرتدة السمعية :

بعد الانتهاء من الجلسات العلاجية (خمس جلسات) للمرحلة السابقة يتنقل المعالج لاستخدام هذه الوسيلة وهي تأخير التلغية المرتدة السمعية كوسيلة لعلاج عرض اللجلجة. حيث يقوم بتسجيل محادثة للتلجلج ثم يعمل على إعادة إصدار الكلام (بلاى باك)، أى إعادة الكلام المنطوق مباشرة بعد التسجيل؛ ومن ثم يستمع التلجلج لصدى مستمر لكل ما قاله توال.

ثالثاً : مواجهة مواقف الحياة الواقعية :

يحاول المعالج في هذه المرحلة تعريض التلجلج لمواقف الحياة بطريقة تدريجية. حيث يطلب من المرضى إجراء بعض المواقف الاتصالية داخل العيادة وتشجيعهم على الكلام بحرية مع باقى أفراد الجماعة، ثم يلي ذلك إجراء محادثة مع بعض الأشخاص الغرباء في حضور المعالج، وبعد أن يطمئن المعالج إلى زوال الرهبة من مواجهة المواقف الاتصالية يطلب منهم إجراء تلك المحادثات دون حضور المعالج.

ويقرر بهار جافا أن الهدف من هذه المرحلة هو مساعدة التلجلج على زيادة الثقة بنفسه في المواقف الكلامية.

البرنامج التاسع :

تأخذ كل من لينا روستين وآرمن كور Rustin & Kuhr، (١٩٨٨ : ٩٠ : ٩٥) منحى جديداً لعلاج اللجلجة وهو علاج اللجلجة داخل المستشفى. وهما وأن اتفاقاً مع واضعي البرامج السابقة في أهمية التركيز على الظروف البيئية التي تحيط بالتلجلج، باعتبار أنها عامل مؤثر وهام في نمو واضطراب ظاهرة اللجلجة، بالإضافة إلى أهميتها في نجاح أو فشل البرنامج العلاجي الذي يتلقاه التلجلج، إلا أنهما استطاعا التعامل مع هذه المشكلة بطريقة جديدة، ألا وهي بقاء التلجلج داخل أسوار المستشفى لمدة محددة يتلقى خلالها برنامجاً شاملاً من الأنشطة اليومية، ولا يغادر المستشفى إلى أن تتحسن حالته، وبذلك أمكن التحكم في الظروف المحيطة بالتلجلج.

ويرر روستين وكور وجهة نظرهما هذه بقولهما: * أن الطلاقة التي يكتبها التلجلج من خلال الجلسات العلاجية من الممكن أن تنهار ويتكسر المريض بعد مواجهته لمواقف الحياة خارج المستشفى؛ ولذلك ينصح ببقاء التلجلج داخل المستشفى لعدة أسابيع، يتبع فيها برنامجا علاجيا متكاملًا أفضل من زيارات علاجية أسبوعية قد تمتد إلى سنوات دون فائدة.

- وتشتمل الخطة العلاجية على عدة أهداف وهي :
- مساعدة التلجلج في التغلب على مشكلة اللجلجة.
- تعليمه مهارات الحديث.
- تغيير اتجاهه نحو اضطرابه الكلامي.
- مساعدته على التكيف مع المجتمع الذي يعيش فيه.

ولقد تم تطبيق هذا البرنامج العلاجي في وحدة العلاج السلوكي بالقسم الأكاديمي للقلب النفسي في مستشفى ميد ليكسي Middlesex Hospital، وذلك لوجود هيئة تربية مدربة تدريباً جيداً على كيفية تعديل السلوك.

.. تتضمن خطة العلاج مرحلتين وهما :

أولاً : العلاج خارج المستشفى :

هناك فترة يقضيها التلجلج خارج المستشفى وهي ستة أسابيع، حيث يتلقى تدريبات على عملة أسلوب الاسترخاء والتدريب على التنفس بانتظام، وذلك بواقع جلسة يومياً لمدة ساعة ثم تقل تدريجياً إلى أن تصل إلى جلسة واحدة كل يوم.

ثانياً : العلاج داخل المستشفى :

يؤكد روستين وكور أن الفكرة الأساسية لهذا البرنامج العلاجي هي أن يوجد للتلجلج في بيئة محكمة بأقصى حماية وتوجيه.

في البداية ينضم للتلجلج إلى جماعة علاجية، حيث يقابل آخرين يشاركونه نفس الاضطراب الكلامي، ثم يتم طرح البرنامج العلاجي ومناقشته مع أعضاء الجماعة وهيئة التمرين وأخصائى العلاج، وبعد أن يتم التأكد من استيعاب أفراد الجماعة للبرنامج والموافقة عليه يبدأ بتطبيق خطوات البرنامج وهي كالتالي :

- في البداية لا توجد أي محاولة للسيطرة على طريقة كلام المتلجلج حتى يتسنى للممرضات فرصة ملاحظة طبيعة اللجلجة، كما يتم تقسيم كل حالة بعناية للتعرف عما إذا كان هناك مشكلات أخرى في حياة المتلجلج تتعلق باضطرابه الكلامي.
- في اليوم الثالث يطلب من المتلجلج إجراء محادثة مع إحدى الممرضات، ثم يقوم أحد أعضاء هيئة التمريض بتسجيل تلك المحادثة للتعرف على مظاهر اللجلجة المراد قياسها.
- في اليوم الرابع يبدأ تعليم المتلجلج مهارات الحديث، حيث يطلب منه إجراء محادثة مع إحدى الممرضات وعند حدوث اللجلجة يتوقف عن الكلام لمدة دقيقة واحدة، وفي تلك الأثناء يقوم أحد أعضاء هيئة التمريض بتسجيل المحادثة للتعرف عما إذا كان المتلجلج هو الذي أنهى المحادثة أم الممرضة، وإن كان يفضل أن المتلجلج هو الذي يأخذ المبادرة بإنهاء الحديث أو استمراره، حتى يتحمل مسؤولية علاج نفسه، وعند حدوث الإعاقات الكلامية يفضل أخذ راحة لمدة ١٥ دقيقة قبل معاودة الكلام.
- ممارسة أسلوب الاسترخاء مرتين يوميا بعد إجراء المحادثة، وفي أثناء فترة الظهيرة يمضي ساعة في هدوء تام ولكن يسمح له بالتجول في الحديقة أو الاسترخاء في غرفته حسبما يريد، حيث إن ذلك يساعده على خفض نسبة التوتر الناتجة عن التركيز في السيطرة على الحديث.
- وجود بعض النشاطات يختار منها المتلجلج ما يريد مزاولته، مثل مشاركة باقي أفراد الجماعة لعب الورق أو مشاهدة التلفزيون، ولكن لابد من التركيز هنا على وجود الممرضة حتى تقوم بتسجيل حديثه مع زملاء الآخرين، ثم تعرض هذه التسجيلات على أخصائي العلاج الذي يحدد له فقرات برنامجيه لليوم التالي وفقا لمدى تقدمه في الكلام.
- عندما يحزر المتلجلج تقدما في العلاج يتم إضافة خطوة جديدة في العلاج، حيث يعمل تسلسلا هرميا للمواقف الكلامية من الأسهل للأكثر صعوبة حتى يتسنى للمتلجلج ممارسة الكلام في مواقف سهلة. وتتكون فقرات التنظيم الهرمي للمواقف كالتالي :

- قضاء بعض أوقات النهار في التتره مع المرضة في مناطق هادئة خارج حدود المستشفى، حيث يسمح له بالكلام مع المرضة وليس مع الغرياء.
- الذهاب إلى كازينو مع المرضة التي تقوم بطلب المشروبات وعلى المتلجلج تجنب الحديث مع الغرياء.
- التجول في الأسواق التجارية مع المرضة.
- الذهاب إلى الكازينو - كما سبق - ولكن هذه المرة يقوم المتلجلج بطلب المشروبات.
- يقوم المتلجلج بشراء الجرائد والمجلات مصطحبا المرضة.
- السماح لأحد أصدقاء المتلجلج أن يزوره في المستشفى لمدة نصف ساعة في وجود المرضة.
- قضاء بعض الطلبات من المتجر مصطحبا المرضة.
- الرد على المكالمات التليفونية.
- القيام بعمل مكالمات تليفونية.
- وبمرور الوقت تزداد المواقف من الأسهل إلى الأصعب، حتى يتم تنمية ثقته في التعامل مع الآخرين، ثم يسمح له بالعودة إلى عمله على أن يقضى نصف الوقت مصطحبا المرضة لمدة أسبوعين.



الفصل الرابع

البرامج العلاجية المقترحة

أولاً، العلاج السلوكي

مقدمة،

في البداية ظهرت كتابات متناثرة في محاولة لتطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية في العشرينيات من هذا القرن، إلا أن تأثيرها ظل محدوداً حتى الستينيات، ثم بدأ ظهور العلاج السلوكي كمنهج متكامل لعلاج الاضطرابات السلوكية، فظهرت مؤلفات عالم النفس السوفيتي إيفان بافلوف Ivan Pavlov وإدوارد ثورنديك Edward Thorndike اللذان وضعاً الأساس عن طريق تطوير المبادئ والمفاهيم والوسائل الخاصة بدراسة السلوك الإنساني والحيواني.

كما قدم جون واتسون John Watson في أوائل القرن العشرين أيضاً دراسات قيمة ثم تبعه إدوين جاتري Edwin Guthrie وكلاارك هل Clark Hull، حيث قدموا دراسات توضح أن البحث العلمي يستطيع تنمية الأساليب التي يمكن تطبيقها لإعطاء حلول للمشكلات السلوكية، وبعد ذلك ظهرت دراسات سكينر Skinner التي كان لها تأثير عظيم في مجال الإشراف الإجرائي على برامج علم النفس الطبي والطب النفسي والتربية والتعليم والعمل الاجتماعي.

وفي أوائل الخمسينيات أدت دراسات سكينر إلى تطوير وسائل التطبيق النظامية الخاصة بالاكشافات العملية للمشكلات الطبية Clinical Problems، وأثناء تلك الفترة كانت هناك محاولات مستقلة أخرى وضعها جوزيف فولب Joseph Wolpe عالم النفس من جنوب أفريقيا وهانز إيزنك Hanz Eysenck عالم النفس التجريبي من بريطانيا وتلك الجهود المولوية تتقابل وتشمل سلسلة عريضة من الفلسفات متعددة الوجوه لوسائل العلاج السلوكي، ولكن السمة المميزة الأساسية لهذه النظرية هي التحليل التجريبي وتقييم الأساليب العلاجية. (Berkowitz، ١٩٨٢ : ١٩٩، ٢٠).

تعريف تعديل السلوك، Behavior Modification

يعرف لويس ميلكة (١٩٩٠ : ١٢) تعديل السلوك على أنه « تعلم محدد البينان يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا، ويقال من الاستجابات والعادات غير المرغوبة، وتزداد فيه دافعية العميل للتغيير المطلوب ».

مفهوم الشخصية من وجهة نظر المدرسة السلوكية

العادة من وجهة نظر المدرسة السلوكية هي محور شخصية الفرد، وهي بمثابة المفهوم الأساسى فى نظرتهم عن سلوك الفرد، فالشخصية هي عبارة عن مجموع العادات التي يكتسبها الفرد بالتعلم، بمعنى أن الشخصية هي تنظيم معين من تلك العادات وهذا التنظيم له وظيفتان :

الوظيفة الأولى : هي تحديد سلوك الفرد.

الوظيفة الثانية : هي أنه يعمل على تمييز شخصية الفرد بالمقارنة بغيره .

وفى إطار العلاج السلوكى تعتبر الأمراض النفسية تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة، ويفترض أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت فى بؤرة العلاج وغيرت واحدة تلو الأخرى. (حامد زهران، ١٩٧٨ : ٢٥٦).

إطار العلاج السلوكى

العلاج السلوكى القائم على النظرية السلوكية يرى أن الفرد يكتسب السلوك السوى أو المرضي عن طريق التعلم أثناء عملية النمو، ووجهة النظر قائمة على النقاط التالية :

١ - يرى المعالج السلوكى أن سلوك الفرد متعلم ومكتسب، وبالتالي فإن السلوك المرضي (عصايا أو ذهاتا) متعلم ومكتسب.

٢ - سلوك الإنسان سواء كان سلوكا مسفطريا أو سلوكا سويا هو سلوك متعلم، ولكن نقطة الاختلاف بينهما، هو أن السلوك المضطرب سلوك غير ملائم أو غير متوافق.

٣ - أثناء عملية نمو الفرد يكتسب السلوك المرضي أو العادى نتيجة اقتران مشير معين باستجابة معينة، ونتيجة تكرار هذه الخبرة يحدث ارتباط شرطى بين هذه الخبرات وبين السلوك المضطرب.

٤ - إمكانية تعديل السلوك المتعلم سواء كان سلوكا مرضيا أم سلوكا عاديا.

٥ - كما يعتبر السلوكيون دوافع الفرد الفسيولوجية هي الأساسى فى سلوكه لكن نتيجة حاجات الفرد النفسية يكتسب دوافع جديدة اجتماعية عن طريق

التعلم، وقد يكون تعلم هذه الدوافع غير سوى، ولكن قد يتم تعلم الدافع بطريقة غير سوية وتقترب بأساليب غير توافقة في إشباعها.

هنا يكون احتياج الفرد لإعادة عملية التعلم بهدف تعديل أو تغيير السلوك المطلوب تعديله عن طريق العلاج السلوكي. (إيجال سري، ١٩٩٠: ١١٧، ١١٨).

أوضحت نظرية عضوية أن لدى التلجلجين نوع منحرف من الإدراك السمعي والذي يواسطه يسمعون كلامهم بتأخير جزء من الثانية، وهذا الافتراض منسب على ملاحظة أن المتكلمين الطبيعيين يلجلجون - غالبا - عند تأخر تغذيتهم المرتدة السمعية.

ويحدث الاضطراب في الكلام عند الذين يتكلمون بطريقة طبيعية، وهذه الطريقة تعرف عادة بالكلام المرجا إعادة Delayed play back Speech. وتم هذه الطريقة بتسجيل كلام المتكلم على شريط تسجيل، ثم يستمع هذا الفرد إلى التسجيل أثناء الكلام مع تأخير إعادة الكلام بحوالي من ٠.٥ إلى ٠.٢ ثانية، وهذا يؤدي إلى استماع الفرد إلى حديثه في علاقة زمنية غير طبيعية مع صوته، وتكون النتيجة اضطراب عاداته الإدراكية، بالإضافة إلى اضطراب رقابة الذاتية على الكلام، فيتج عن ذلك تكرار نطق الحروف المشحركة وتكرار الكلمات والمقاطع ومن ثم حدوث التلجلجة.

وتستق وجهة نظر كل من ف. ماير وإدوارد شيسر Meyer and Chesser (١٩٧٠: ١٩٩٣) مع ما سبق، حيث يعتقد أن تأخير عملية التغذية المرتدة السمعية تؤدي إلى تقطع واضطراب الكلام السوي لدى الفرد. وفي ضوء هذا قدمت فنية التظليل التي من خلالها يبدأ التلجلج بتكرار كلام المعالج أو شريط تسجيل بصوت مرتفع متأخرا بكلمة أو اثنين، حيث تبين أن هذه الطريقة تعمل على كف التلجلجة.

كما يوضح وفاء اليه (١٩٩٤: ١٦٢ - ١٦٣) وجهة نظره في عملية تأخير التغذية المرتدة السمعية، حيث يرى أن السمع والكلام مرتبطان بعلاقات وثيقة ومتعددة، وأهم هذه العلاقات هو أن الأذن تقوم بتحليل حسي لتوزيعات الكلام، ثم تزود المخ بإشارات شفرية لعناصر الكلام للسمع، هذا بالإضافة إلى أن الأذن تراقب جميع حركات الكلام مثل التنطق، والتصويت الحنجري، ونبرات الكلام، والتنغيم والتردد.

كما يقرر وفاء اليه أن إلغاء السمع من خلال إحداث ضوضاء مرتفع (إغراق الأذنين بالسجيج المرتفع)، يؤدي إلى فقدان الرقابة السمعية للكلام، ومن ثم فإن المتكلم يظن أنه لم يعد بالإمكان سماع مايقول، ويضطرب التنطق لدى المتكلم العادي، أما بالنسبة لمن يعاني اضطرابا وظيفيا في الكلام يحدث العكس تماما، ولهذا فإن استخدام هذه الطريقة مع التلجلجين يجعلهم قادرين على الكلام بطلاقة ما دام أنهم لا يسمعون أنفسهم.

ولقد جذبت هذه النظرية اعتمام كثير من العلماء، وكان أول من تناول مشكلة المراقبة السمعية هو (أوربا نثيشتس) وهو ما يعرف الآن باسم تأثير لى (1901) فى تأخير التغذية المرتدة السمعية .

ويستورد وفاء اليه موضوعا خطوات الإجراء التجريبي لتأخير التغذية المرتدة السمعية وهى كالتالى :

- يتم تسجيل كلام الفحوص، وبمجرد مرور الشريط مباشرة على رأس التسجيل يمر على رأس تسجيلات أخرى، حيث تقوم بإعادة إصدار الكلام (بلاى باك) بمعنى إعادة إنتاج الكلام المنطوق مباشرة بعد التسجيل .

- يحدث تأخير نتيجة إعادة إصدار الكلام، وعادة ما يكون التأخير الزمنى يتراوح ما بين $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{11}$ من الثانية، ويحدث التأخير نتيجة تغير المسافة بين الرأسين المغنطيسيين الخاصتين بالتسجيل وإعادة إصدار الكلام .

- نتيجة لإصدار الصوت المتأخر على التكلم، يستمع المتكلم لصدى مستمر لكل ما قاله توال .

- حدوث تفسيرات مؤثرة فى وظيفة الكلام الكلى نتيجة إلغاء المراقبة السمعية لدى المتكلم، وهذه التغيرات هى :

- زيادة حدة الصوت .

- تغيير فى نغمة النغمة .

- اضطراب النطق .

- تشويه نبرات الكلام فى صفاتها اللحنية والإيقاعية .

وبناء على هذا يفترض أن عملية إخراج الكلام لحتوى على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Feed back التى يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه ويصححه، وعندما تتأخر التغذية المرتدة يحدث تكرار صوت الحديث، ثم يجبل إلى الاستمرار لا إراديا .

تعتبر آليات التغذية المرتدة السمعية مرتبطة بنظام الجهاز العصبي، وهى تصل إلى القرد من خلال الأذن أثناء الكلام، حيث تعطى إشارة لكن يتعرف على مدى توازن طبقة الصوت، ودقة التعبير، واختيار الكلمات اللالمة .

ويتم توفير نظام التغذية المرتدة السمعية من خلال الإحساس الناتج Oceptive sense (الذي يمثل بواسطة جزء حسي موجود داخل أوتار العضلات والمفاصل أو أى أجزاء أخرى متحركة) - (The New Encyclopedia Britannica, 1991 : 93)

كما قدم سترومستا Stromsta (1959) دراسة بهدف التعرف على مدى الارتباط بين توقف الصوت وبين التحكم السمعى المتعلق بالحنجرة Larynx فعمل على إحداث اضطراب في سلوك الأشخاص الأسوياء عن طريق تأخير التغذية المرتدة السمعية الطبيعية.

ولقد توصل سترومستا من خلال دراسته للحالات التجريبية إلى أنه من خلال هذه الطريقة استطاع الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقة طبيعية) أن يتكلموا مثل الصائين بالثلج خاصة فى الحروف المتحركة أثناء تشويه التغذية المرتدة السمعية حيث ظهرت توقفات كلامية (سكنات كلامية صوتية) Phonatory blockage تشبها مع متغيرات فى طبقة ونوعية الصوت.

ولقد تساءل سترومستا بعد نجاحه فى إحداث الاضطرابات فى السلوك الكلامى لدى الأشخاص الأسوياء هل آلية السكتات blockage mechanism موجودة لدى جميع الأفراد، ثم لماذا تعد تلك الآليات أكثر استعدادا للاضطراب عند الأطفال الثلجلجين بالمقارنة بغير الثلجلجين.

وتكمن الإجابة فى الدراسة التي قام بها سترومستا على مجموعة من البالغين الثلجلجين وأخرى من غير الثلجلجين، حيث توصل إلى أن تأخر التغذية المرتدة الطبيعية Normal feedback delay لدى غير الثلجلجين تبلغ 0.3 Msec، أما بالنسبة للثلجلجين فوجدتها تجاوزت 0.6 Msec فى 15 Hz، وبهذا وجد أن هناك فروقا واضحة بين المجموعتين.

والآن يتبادر إلى الذهن السؤال الآتى :

ماهى التغذية المرتدة السمعية ؟

«التغذية المرتدة السمعية Auditory feedback هى سماع كلامنا أو نطقنا الذى يمكننا من أن نكيف شدته ووضوحه، وتظهر التجارب أن تأخير التغذية الراجعة

باستخدام أداة إلكترونية يؤدي إلى التهيئة، وتداخل الأصوات وتزايد الشدة، وتشويه نغمة الصوت، وإلى اضطرابات التعليلية لدى الأسوياء. (جابر عبد الحميد جابر وآخرون، ١٩٨٨ : ٣٠٦).

وبناء على ما تقدم نجد هناك وجهة نظر ترى أن الكلام والإدراك السمعي متكاملان بدرجة كبيرة داخل نشاط التعليلية المرتدة السمعية لمراقبة الفرد لصوته .

ولهذا قام شيري وساييرز (١٩٨٥ : ٣٧٦ ، ٣٧٧) بإجراء عدة تجارب من أجل التحقق من الفرض الذي يقول : إن اللجاجة تحدث بسبب اضطراب دورة التعليلية المرتدة، والهدف من إجراء هذه التجارب هو التدخل في إدراكات المتكلم من أجل إعاقة فعل الرقابة الذاتية (للتعليلية المرتدة) الذي يعتمد على الإدراك السمعي للمتكلم .

وبإجراء هذه التجارب على أفراد يعانون من لجمجة مزمنة بواسطة استخدام بعض الفنيات للتدخل في إدراكات التلجج، سيأتي شرحها فيما بعد، ولقد توصلنا إلى نتائج طيبة . واستخلص شيري وساييرز أن العيوب المستولة عن حدوث اللجاجة عيوب إدراكية أكثر منها عيوب حركية .

الفنيات المستخدمة للتدخل في إدراكات الفرد السمعية ،

حسب الافتراض الذي يرى أن عملية إخراج الكلام تحسوى على دائرة مغلفة للتعليلية المرتدة السمعية التي يراقب بها المتكلم صوته ويصححه، وتحدث اللجاجة عندما تتأخر هذه التعليلية المرتدة، حيث يتكرر الأصوات والمقاطع بصورة لا إرادية، ولهذا يعتقد أنه من الممكن أن تحسن اللجاجة من خلال التدخل في إدراكات التلجج السمعية لإعاقة فعل الرقابة الذاتية، ويتم هذا بطريقتين :

الطريقة الأولى :

هي إعاقة السمع عن طريق إحداث صمم للتلجج باستبعاد الصوت الوارد له سواء من خلال التوصيل الهوائي أو التوصيل العظمي .

الطريقة الثانية :

التدخل في إدراكات التلجج السمعية وذلك بتحويل إدراكاته إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته هو .

وسوف نتناول المؤلفه الحديث عن كل طريقة بالتفصيل .

ومما يؤكد أهمية إدراك الصوت الوارد عن طريق مسارات التوصيل العظمى هو ملاحظة اللجلجة التي تعمل صناعياً لدى الأفراد الأسوياء عن طريق تأخير التشغيل المرندة السمعية لديهم (باستخدام التسجيل الكلامي لهم ثم إعادته على مسامعهم أثناء الكلام)، حيث لوحظ أن الأصوات الواردة للأذن من مسار التوصيل العظمى تعد أخطر بكثير في إحداث اللجلجة بالمقارنة بالصوت المائل في الارتفاع الوارد للأذن عن طريق مسار التوصيل الهوائي (عن طريق سماعات).

ولهذا استخلص من تلك الدراسات السابقة أن استبعاد الأصوات الواردة من خلال مسارات التوصيل العظمى يكون مشجعاً جداً في التحكم في خفض درجة اللجلجة، حيث إن التطبيقات الصوتية ذات التردد المنخفض يمكن للمتجلج أن يدركها عن طريق مسار التوصيل العظمى، وبالتالي فإن لها أهمية كبرى في حدوث الشذوذ الإدراكي المرتبط بحدوث اللجلجة.

مارى شان Shane (١٩٥٥ : ٢٨٧ ، ٢٩٣) من العلماء الذين اهتموا بكف ظاهرة اللجلجة عن طريق إعاقلة السمع، وإحداث صمم للمتجلج باستبعاد الصوت المنقول إليه عن طريق مسارات التوصيل العظمى ومسارات التوصيل الهوائي وعمل مقارنة بينهما للتعرف على أيهما أكثر فعالية في التأثير على رقابة المتجلج الذاتية الصوتية .

ولقد أجرت دراستها على مجموعتين تجريبتين ومجموعة ضابطة، وتلقت المجموعة التجريبية الأولى إحداث ضجة صاخبة Masking noise تبلغ (٩٥ db) decibels^(١) بهدف إعاقلة إمكانية استماع المتجلج لصوته بصفة كلية، والمجموعة التجريبية الثانية تلقت ضجة صاخبة بواقع (٢٥ db)، حيث كان المتجلج يستطيع سماع صوته لكن مع إمكانية استقبال مثير سمعي مناسب من الضجيج ثم طلب منهم قراءة قطعة معينة .

ولقد توصلت مارى شان Shane إلى أن النتائج واضحة، حيث ثلاث اللجلجة تماماً مع وجود الضجة الحادة العالية بالمقارنة بالأخرى، ولكنها عزت هذا الفارق إلى

(١) Decibel وحدة لقياس الضلوت، بين منسوب قدرتين أو طاقتين في الضلوت بين شدتي صوتين (وحدة لقياس شدة الصوت) وهي تعادل عشر * بل *.

حقيقة أن المتلجج كان لا يستطيع سماع صوته في وجود الضجة العالية، مما أدى إلى خفض القلق الذي نتج من مراقبة المتلجج لصوته، حيث إن الإدراك السمعي المبتنئ من صوت الفرد من المحتمل أن يساعد على زيادة قلق المصاب على كلامه، ففي غياب القدرة على الاستماع الذاتي فإن كل الأفراد يقررون أنهم يعتمدون على الدلائل الحركية العضلية، وأنهم يعانون أقل قدر من اللججة.

ثانياً، الوسائل المتبعة لتحويل إدراكات المتلجج إلى مصدر للصوت مختلف عن صوته بهدف التدخل في إدراكات المتلجج السمعية، وذلك لإعاققة فعل الرقابة الذاتية من جانب الفرد هي:

١ - التظليل:

٢ - القراءة المتزامنة Simultaneous reading.

أولاً - التظليل : Shadowing

حسب الافتراض القائل : إن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة Closed - cycle feedback التي يراقب من خلالها الفرد صوته ويصححه، وعند تأخر التغذية المرتدة delayed feedback يتكرر الصوت بصورة لا إرادية، ومن الممكن أن تحسن اللججة تماماً عن طريق إحداث كف اللججة بالتدخل في إدراكات المتلجج عن طريق التحويل الإجباري لإدراكات المتلجج لمصدر صوت غير صوت كلامه.

والتظليل (أي محاكاة وتقليد كلام شخص آخر) هو عمل حركي قائم على المحاكاة فكف اللججة، وذلك لأن هناك إمكانية أو احتمالاً بأن إدراك الشخص يتحول بعيداً عن اهتمامه بصوته هو إلى مراقبة صوت المتكلم، ولا يجد بعض المتلججين أية صعوبات في الكلام عندما يشتركون في الغناء الجماعي، وهذا يختلف عما يحدث في عملية التظليل؛ لأن التأثير هنا قد تم تعلمه (اكتسابه). (Espir & Gilford ، ١٩٨٣ : ٩٥).

وتتم عملية التظليل بأن يقوم المعالج بالقراءة من كتاب بسرعة عادية بصوت مرتفع، يتبعه المتلجج في الحال، ويردد مساقله المعالج بصوت مرتفع أيضاً، وهذه الطريقة تعرف ببنية التظليل، وذلك لأن المتلجج يكاد يكون في ظل المعالج من خلال تردده السريع لما يقوله المعالج على أن تكون مادة القراءة مناسبة لمستوى تعليم المتلجج، وأن تتم القراءة بمعدل سرعة مناسب لكل من المتلجج والمعالج، وإذا فقد المتلجج أي كلمة أثناء التردد - فيجب ألا يتوقف ويتابع الكلام بلا انقطاع.

ويرى بهرت راج (١٩٧٦ : ١٦٠) أن هذه الإجراءات تبدو صعبة التنفيذ في بداية الجلسات العلاجية لكن تنخفض هذه الصعوبة بتتابع الجلسات، ويضيف راج Raj أن طريقة العلاج هذه تستحق مايلد فيها من جهد، وذلك من خلال تسجيل اللسكات الكلامية Speech blocks التي تظهر كل خمس دقائق، حيث وجد أن هذه الطريقة تعتبر طريقة فعالة ومجدية لعلاج حالات اللجلجة من خلال خبراته العلاجية.

ويرجع شارلز هيلي وسوزان هاو Healey and Howe (١٩٨٧ : ١٩٤) التحسن الذي يطرأ على كلام المتلجلجين أثناء ممارسة تنية التقليل للعوامل التالية :

- تغيير التوقيت الزمني للكلام.
- تنظيم إيقاع الكلام.
- تخفيض التغذية المرتدة السمعية.
- عدم وضوح المعنى الصريح لقطعة التقليل.
- التغيير الذي يطرأ على طبقات الصوت واستمرارية النطق.
- سهولة صياغة الجمل للكلام المنطلي.

كما يعتقد شيري وسايرز (١٩٨٥ : ٣٧٨) أن وسيلة التقليل تساعد المتلجلج أو حتى تجبره على تحويل إدراكاته السمعية Aural perception نحوياً جزئياً - بعيداً عن صوته هو - أي التلجلج - إلى صوت متحدث آخر. خاصة أن المتلجلج لا تكون لديه فكرة عن مضمون الكلمات التي ينطقها أو تكون فكرته غامضة عنها، مما يساعد على إجبار المتلجلج على تحويل إدراكاته إلى مصدر الصوت الذي يكون مختلفاً عن صوته هو.

ويضيف شيري وسايرز أن وسيلة التقليل هي عملية محاكاة حركية تتحقق بصورة تثير الدهشة، وهناك أفعال محاكاة شائعة عند الإنسان، مثل السير في خطوة منتظمة مع الجماعة أو تبعاً لنغمة موسيقية أو تلاوة الصلوات في تألف مع المصلين، كل هذا يتم عن طريق المحاكاة، لذلك يفترض أن الكلام يعتبر نوعاً من هذه الأنشطة باعتباره وثيق الصلة بهذه الأفعال.

كما استخدم أوبراي يتس Yates (١٩٧٠ : ١١٦) طريقة التقليل مع الذين يعانون من حالة لجلجة حادة Sever Stuttering حيث كان التلجلج وهو يتكلم بصوت مرتفع يتبع متحدثاً آخر، ولقد تمكنوا من تحقيق سرعات كلامية متزايدة High speaking speeds.

كما وجد يتس Yates أنه كان يحصل على النتائج نفسها إذا استخدم شريط تسجيل، أو عن طريق استخدام صوت متحدت النضاع كمتكلم ضابط .

ولقد أجرى شارلز هيلس وسوزان هاو (Healey and Howe) (١٩٧٨ : ٥٠٥) مقارنة بين مجموعتين من الأفراد المتلجلجين وغير المتلجلجين للتعرف على أثر استخدام فنية التقليل مع كل منهما، ولقد أدى استخدام فنية التقليل مع غير المتلجلجين إلى تقطع واضطراب في الطلاقة اللفظية هذا، بينما حدث العكس تماماً مع المتلجلجين حيث أظهروا قدرة على الكلام تكاد تقترب من الطلاقة العادية .

ثانياً : القراءة المتزامنة Simultaneous reading

قدم شيري وسايرز (١٩٨٥ : ٣٨٠ ، ٣٨١) هذا الأسلوب لعلاج اللجلجة أيضاً في محاولة لعمل تحويل لإدراكات المتلجلج ومراقبة أصوات كلامه هو إلى أصوات كلام المعالج، وتم هذه الطريقة بأن يقرأ كل من المتلجلج والمعالج القطعة نفسها الموجودة أمام كل منهما، ولقد وجد أن غالبية المتلجلجين يستطيعون القراءة بطلاقة ويلا تعثر، وقد لا يحتاجون إلا لتوان قليلة من التدريب حتى يستطيعوا القيام بها فوراً .

ولقد أثبتت التجارب التي قام بها شيري وسايرز بمجاء أسلوب التقليل والقراءة المتزامنة، مع عينة عريضة من المتلجلجين في ظل ظروف مختلفة، حيث كانوا يمثلون بيئات مختلفة كما تنوعت مجالات حياتهم وكذلك تاريخ كل حالة، حيث كانت متابعة أشد التباين .



برنامج العلاج بالتثليل

- المقدمة
- الأهداف العامة للبرنامج.
- الأهداف الإجرائية.
- العلاقة العلاجية.
- أدوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي.
- البيانات التي نحصل عليها المؤلفنة قبل بداية الجلسات.
- تفصيل ماتم تناوله في الجلسات العلاجية.
- متابعة نتائج تطبيق البرنامج العلاجي.
- مثال توضيحي.

مقدمة

ترى المدرسة السلوكية أن شخصية الفرد عبارة عن تنظيمات أو أساليب سلوكية متعلمة وتكون ثابتة نسبياً، بالإضافة إلى أنها تميز الفرد عن غيره من الناس.

ويركز أصحاب النظرية السلوكية على مفهوم العادة على أساس أنها تعبير عن الارتباط بين المثير والاستجابة، وأن هذه العادات متعلمة ومكتسبة وليست موروثية، وبالتالي فهي تعتبر تكويناً مؤقتاً وليست ثابتة، وعلى هذا فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير.

والعلاج السلوكي - كما سبق ذكره - يعتبر أن الأمراض النفسية ما هي إلا تجميعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة. ولهذا يفترض السلوكيون أن هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا وضعت في بؤرة العلاج حتى يتم تغييرها واستبدالها بعادات سلوكية سليمة. (حامد زهران، ١٩٧٨ : ٦٢ - ٦٣).

وإذا انتقلنا إلى المدرسة السلوكية لتتعرف على وجهة نظرها في السبب المؤدي لحدوث اللجلجة نجد أنهم يعتبرون أن اللجلجة شكل من أشكال السلوك التي يكتسبها الفرد بالتعلم، وسوف نستعرض آراء أصحاب النظرية السلوكية - كما ذكرنا آنفاً - بشيء من الاختصار، ولهذا يرى وندل جونسون Johnson (١٩٥٥) أن اللجلجة لاتصبح لجلجة حقيقية عند الطفل إلا عندما يصبح واعياً ومدركاً بقصوره اللفظي، بمعنى

أن حدوث اللجلجة يكون غالباً - مرتبطاً بتوقع الفرد لها - وحين يتوقعها يخاف الكلام ويرهبه ويصبح متوتراً ويتجلجج بالفعل، وهكذا يجد الفرد نفسه يدور في حلقة مفرغة لا يعلم أين طرفها. ويتكرر تلك العملية في المواقف الاتصالية التي تتطلب من الفرد التواصل اللفظي مع الآخرين مما يعمل على تعزيز اللجلجة وتدعيمها نتيجة اقتران الحالة الاتصالية للفرد من توقع وقلق وخوف من حدوث اللجلجة.

كما أن ويسكتر Wischner (١٩٥٢) ركز على أثر التوقع Anticipation effect ، حيث افترض أن هناك ميكانيكياً واحداً تشتمل عليه عملية التوقع، بمعنى وجود بعض الدلائل والإشارات التي ترتبط بموقف كلامي معين أو بالكلمات، وبظهور هذه الإشارات تعمل على استثارة القلق والخوف لدى المتجلجج وتحدث اللجلجة. (Beech and Fransella ، ١٩٦٨ : ٦٥ - ٦٧).

ويذكر فان ريبير (١٩٦٠) أن مظاهر اللجلجة يتم تدعيمها عن طريق التقدير الخطأ من جانب المتجلجج حيث يخلط بين نوعين متعاقبين من السلوك على أن أحدهما السبب والآخر نتيجة، حيث يجد المتجلجج، أن المظاهر المصاحبة للجلجة من ارتعاشات وتقلصات في عضلات الوجه، وكل تلك الأشياء التي تسبب له آثماً شديداً تنتهي بمجرد نطق الكلمة، وبالتالي يبدأ الحروف والذعر الذي يتعلق بهذه الكلمة، ونتيجة لانخفاض نسبة القلق والخوف يستتج المتجلجج - أن سلوك الصراع الذي يتبعه هو الذي يعمل على انخفاض القلق الذي يعاني منه، ومن ثم يقدر بكل وضوح أنه لا بد وأن يكرر هذا السلوك لكي يتغلب على نوبات التشنج ويحرر انطلاقاً من القلق. (Berry and El-erson ١٩٥٦ : ٢٧٤ ، ٢٧٥).

وحسب وجهة نظر أصحاب المدرسة السلوكية في أن السلوك المضطرب هو سلوك متعلم ومكتسب، لذلك فهم يعتبرون - وكما سبق ذكره - أن اللجلجة سلوك مكتسب ومتعلم نتيجة اقتران مثير معين هو ظهور القلق والخوف والتوقع، إذ غالباً ما يفتقرن بحدوث اللجلجة مما يعمل على تدعيم وتعزيز سلوك اللجلجة، ومع تكرار تلك الخبرات يحدث ارتباط شرطى بين المواقف الاتصالية التي تتطلب من الفرد الكلام من أجل التواصل اللفظي مع الآخرين وبين حدوث اللجلجة، مما يساعد على تدعيم وثبت هذا السلوك المضطرب، ولقد قدم العلاج السلوكي الكثير من الفنيات التي تعمل على كف سلوك اللجلجة مثل :

- ١ - الكلام الإيقاعي Rhythmic Speech
- ٢ - التقليل Shadowing
- ٣ - تأخر التغذية الراجعة السمعية Delayed Auditory Feedback

- ٤ - الضوضاء الخفية Masking Noise
- ٥ - تخفيض القلق Anxiety Reduction
- ٦ - إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة Speech Habit Retraining
- ٧ - التحصين التدريجي Systematic Desensitization

ولقد سبق الحديث عن كل منهم في الجزء الخاص بعلاج اللجلجة في الفصل الثاني من الكتاب، وسوف يتضمن البرنامج العلاجي الحالي فنية التظليل كأسلوب من أساليب المدرسة السلوكية لعلاج حالات اللجلجة.

التظليل عبارة عن محاكاة وتقليد كلام شخص آخر، حيث يطلب فيه من المتلجلج أن يكرر بصوت مرتفع رسالة تقرأ بواسطة شخص آخر (العلاج) على أن يتم التكرار في الحال بعد سماعها مباشرة (أي بفارق زمني قدره ٥/١ - ٤/١ من الثانية). بحيث لا يكون لدى المتلجلج فكرة مسبقة عن مضمون تلك الرسالة حتى يستمع إليها. وتم عملية القراءة بالسرعة العادية (بحيث لا تتعدى كلمتين في الثانية). (Healey and Howe, 1987 : 195).

ولقد استخدم شيري وسايرز Cherry & Sayers (1985) فنية التظليل - كما سبق ذكره - من منطلق الافتراض الذي يرى أن عملية إخراج الكلام تحتوي على دائرة مغلقة للتغذية المرتدة السمعية التي يراقب المتكلم صوته ويصححه من خلالها وتحديث اللجلجة عندما تتأخر هذه التغذية المرتدة فتحدث التكرارات للأصوات والمقاطع بصورة لاإرادية.

ولهذا استخدم شيري وسايرز فنية التظليل بهدف التدخل في عملية التغذية المرتدة السمعية، حيث رأوا أن التدخل في سير هذه العملية من الممكن أن يؤدي إلى تحسن في درجة اللجلجة.

كما أن استخدام هذا السلوك جاء من منطلق إحداث نوع من الارتباط الشرطي بين مشير هو كلام المعالج والاستجابة (كلام المتلجلج) الذي يأتي بعد كلام المعالج مباشرة، وكأنه ظل له مما يؤدي إلى التحكم في الإعاقة اللفظية (إناس عبد الفتاح، 1988 : 19).

ولقد أوضحت الدراسات أن اللجلجة تنخفض بشكل ملحوظ لدى الصابرين باللجلجة أثناء جلسات العلاج بالتظليل ومنهم شيري وسايرز Cherry & Sayers (1985)، شيري وسايرز ومارلاند Cherry & Sayers & Marland (1955) كيلام وماكهيل Kelham and Machale (1966)، كونداس Kondas (1967) فان ريبير Van Riper (1959) ولقد وجدوا تحسناً ملحوظاً في درجة اللجلجة خلال جلسات العلاج

بالتقليل، ويرجع شلزلز هيلى وسوزان هاو Healey & Howe (١٩٨٧ : ١٩٥)
انخفاض درجة التلججة إلى بعض العوامل منها :

- ١ - قمع التغذية المرتدة السمعية .
- ٢ - تنظيم وتناسق لإيقاع الكلام .
- ٣ - عدم وضوح المعنى الصريح للرسالة المظلة .
- ٤ - تغيير نموذج الصوت .
- ٥ - تسهيل الصياغة اللغوية .

ولقد وجد هيلى وهاو Healey & Howe أنه بالرغم من أن وسيلة التقليل تساعد التلججين على أن يتكلموا بطلاقة وسلاسة، إلا أنها تعمل على إعاقة الكلام بطريقة واضحة لدى الأفراد الأسوياء (الذين يتكلمون بطريقة طبيعية)، ويضيف هيلى وهاو أن السبب فى هذه الظاهرة غير واضح، ولكنهما يفترضان أن الأفراد الأسوياء يعتمدون بشدة على التغذية المرتدة السمعية لتسجيل وتذكر الجمل اللفظية، فإذا ما حدث تدخل فى إدراكاتهم السمعية فإنه يساعد على اضطراب الكلام لديهم.

الهدف العام للبرنامج العلاجى

وطبقا لوجهة نظر المدرسة السلوكية فى الاضطرابات النفسية التى ترى أنها عادات سلوكية خاطئة وأن الفرد يستطيع اكتساب السلوك السوى أو المضطرب على حد سواء أثناء عملية النمو .

لذلك يرى العلاج السلوكى إمكانية تعديل السلوك المضطرب عن طريق تبديل الثيرت القديمة التى أدت إلى إحداث السلوك المضطرب بمثيرات أخرى جديدة تعمل على إثارة استجابة جديدة (سلوك جديد) .

ومن هنا نتطرق نجد أن الهدف العام لهذا البرنامج العلاجى هو تقديم أسلوب التقليل كأسلوب علاجى نفسى يساعد الطفل التلجج على كف عادة (استجابة) سلوكية متعلمة والمتثلة فى الاضطراب الكلامى (التلججة)، وقد يساعد أسلوب التقليل على تحقيق الهدفين التاليين :

- ١ - التدخل فى إدراكات التلجج السمعية لإعاقة فعل الرقابة الذاتية من جانب التلجج، وهذا بناء على الافتراض الذى يقرر أن تأخير التغذية المرتدة السمعية لدى الفرد يؤدي إلى حدوث التلججة (حتى لا يشعر بتأخرها) .
- ٢ - إحداث نوع من الارتباط الشرطى بين المثير (صوت المعالج) والاستجابة (صوت التلجج) مما يؤدي إلى التحكم فى التلججة .

الأهداف الإجرائية ،

يشتمل البرنامج أسلوبا من أساليب العلاج السلوكي، وهو أسلوب التقليل لعلاج حالات اللجاجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية (الصفوف الثلاث الأخيرة) ومن أهدافه الإجرائية ما يلي :

- تدريب الطفل المتلجج على استخدام أسلوب التقليل من خلال تدريبه على تكرار كلمات المعالج فورا .
- إعطاء فكرة لوالدي الطفل عن خطة العلاج ومواعيد الجلسات العلاجية .
- تدريب والدي الطفل على التدريبات التزلية باستخدام أسلوب التقليل ليقوما بها مع الطفل في المنزل .

الحدود الإجرائية للبرنامج العلاجي ،

تم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجي كما يلي :

١ - المجموعات العلاجية :

- تم تطبيق البرنامج العلاجي (بالتقليل) على مجموعتين قوام كل منها (٦) أطفال عن يتراوح أعمارهم ما بين (٩ - ١٢) عاما، على أن يتم اختيارهم من بين هؤلاء الذين طبق عليهم مقياس لتقدير درجة اللجاجة، وذلك بغرض تحديد درجة اللجاجة لكل منهم .

- تم تطبيق المقياس الخاص بتحديد درجة اللجاجة بواسطة المؤلفة بصورة فردية حتى يمكن التعرف على استجابات المتلججين بصورة دقيقة .

- المجموعات التجريبية التي تتلقى البرنامج العلاجي بالتقليل هما مجموعتان تجريبتان بواقع (٦) أطفال لكل مجموعة .

٢ - مكان التطبيق :

تم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج في قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابة .

٣ - عدد الجلسات :

تم تحديد عدد الجلسات بـ(٢٠) جلسة بواقع جلتين أسبوعيا، ويستمر العلاج لمدة (١٠) أسابيع .

٤ - الزمن المحدد لكل جلسة :

تراوحت مدة كل جلسة من (٣٠ - ٤٠) دقيقة .

٥ - التدريبات المنزلية :

بعد أن تم تدريب الطفل على استخدام أسلوب التقليل، وبمجرد إتقان المتلجج لكيفية استخدام فية التقليل يكون هناك واجب منزلي باستخدام تلك الفنية بحيث يقوم بها الوالدان مع الطفل لمدة (٣٠) دقيقة يوميا.

٦ - العلاقة العلاجية :

يصف لويس مليكة (١٩٩٠ : ١٢٠) العلاقة بين المعالج السلوكي والعميل بأنها علاقة عمل لتحقيق هدف مشترك مستفق عليه؛ وأن النجاح في تحقيق هذا الهدف يعتمد بشكل كبير على هذه العلاقة. لذلك فهو يؤكد على أهمية خلق جو من الثقة بين المعالج والعميل. حيث يتجاوب المعالج مع العميل مؤكدا له أن يفهمه ومع ذلك يتقبله تقبلا تاما غير مشروط.

لهذا يتعين على المعالج أن يعمل على خلق جو يشم بالود والألفة منذ بداية الجلسات العلاجية (القبالة) حتى لا يشعر الطفل بالتهديد، ويجد نفسه محاطا بالدفء والحب مما يساعد على تهيئة الطفل لأن يألف المواقف العلاجية.

هذا بالإضافة إلى أن دور المعالج الأساسي هو وضع وتنفيذ خطوات البرنامج العلاجي ومتابعة تحسن الطفل ليساعده على اكتساب العادات الكلامية السليمة.

ادوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي :

تعاون مع المؤلفات بعض الأساتذة المتخصصين وذوى الخبرة في مجال العلاج الكلامي بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهم :

١ - أطباء الأنف والأذن والحنجرة.

٢ - الأخصائي النفسى.

٣ - أساتذة التخاطب.

ولقد تفضلوا مشكورين بمعاونة المؤلفات في تهيئة الظروف التي تساعد على إنجاز الخطوات التنفيذية للبرنامج العلاجي.

البيانات التي تحصل عليها المؤلفات قبل بداية الجلسات :

تم تصميم استمارة حالة بواسطة المؤلفات لكي تساعدها في التعرف على بعض الجوانب في حياة الطفل في الماضى والحاضر وهي تتضمن :

أولا : - بيانات عامة عن الطفل.

- نوعية العلاقات الموجودة داخل أسرة الطفل، سواء كانت العلاقات بين الأم والأب أو بين الطفل وباقى أفراد الأسرة.

- نوعية علاقات الطفل بالأخريين داخل مجتمع المدرسة .
 - الحالة الصحية للطفل والأمراض والعمليات الجراحية التي تعرض لها أثناء مرحلتى الطفولة المبكرة والمتوسطة .
 - الأنشطة والهوايات .
 - اضطرابات النوم .
 - إصابة الطفل ببعض المشكلات النفسية .
- ثانياً : - بيانات عن المشكلة (المرض) .

تضمن تاريخ ظهور اللجاجة وأسباب ظهورها والأحداث التي تزامت مع حدوث اللجاجة والجهود العلاجية التي اتبعت من قبل لعلاج المرض .

ثالثاً : بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل وتتضمن :

- الأسلوب المتبع لكفافة أو عقاب العقل .
- رد فعل الوالدين تجاه لجاجة الطفل البدنية والثانوية .
- وصفاً كاملاً لأول موقف لاحظ فيه الوالدان لجاجة الطفل .
- وصفاً لمشاعر الوالدين تجاه الموقف التي يتلجج فيها الطفل .

تفصيل ماتم تناوله فى الجلسات العلاجية ،

فى البداية قامت الباحثة باختيار الموضوعات التي تستخدم للقراءة مع أسلوب التقليل، وفضلت أن تكون من الكتاب المدرسى المقرر وبعض الموضوعات من القصص التي تناسب مع سن أفراد العينة .

الجلسات التمهيديّة :

تعتبر هذه الجلسة تمهيدية للبرنامج العلاجي، حيث خصصت لمقابلة العقل من أجل جمع المعلومات عن الطفل باستخدام استمارة دراسة الحالة وإعطاء فكرة للطفل وللوالدين عن أسلوب العلاج، وكيفية استخدام التقنية العلاجية .

الجلسة الثانية :

تقدير درجة اللجاجة لدى العقل عن طريق تطبيق :

١ - مقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة أو انخفاض اللجاجة .

٢ - مقياس تقدير شدة اللجاجة .

الجلسة الثالثة إلى السابعة :

- تم استخدام أسلوب التقليل مع الطفل، حيث تقوم المؤلفبة بقراءة قطعة غير معروفة للطفل - على أن تكون القراءة كلمتين، كلمتين، ثم يكرر الطفل - فوراً مع تأخير قصير جداً.
- وتطلب المؤلفبة من الطفل ألا ينظر إليها، وإنما عليه أن يركز انتباهه فقط على مايسمعه.

- تتكون الجلسة من ثلاث فترات قصيرة تستمر كل واحدة 4 - 6 دقائق (قراءة بالتظليل) على أن تتخللها فترة راحة قصيرة 4 - 6 دقائق.

الجلسة الثامنة - وحتى الجلسة العشرين :

يكرر ماحدث في الجلسات الخمس السابقة.

- و بمجرد إتقان الطفل التلجج لكيفية استخدام فنية التظليل يكون هناك واجب منزلي باستخدام تلك الفنية بحيث يقوم بها أحد والديه (أو أحد الإخوة الكبار).

مثال توضيحي للعلاج بالتظليل

الجلسة الأولى :

اعتبرت المؤلفبة الجلسة الأولى تمهيدية، حيث حُصصت لجمع المعلومات عن الطفل مستخدمة استمارة دراسة الحالة .

استمارة دراسة الحالة

أولاً : البيانات العامة للحالة :

الاسم : أ	الجنس : ولد
السن : ١٢ عاماً	تاريخ الميلاد : ١٩٨٠ / ٧
الصف الدراسي : الخامس الابتدائي	
عنوان السكن : شبرا - روض الفرج	
التليفون (إن وجد) :	

عدد الإخوة الذكور : ٤

عدد الإخوة الإناث : -

ترتيب الطفل بين الإخوة : الثالث

ثانياً، العلاقات الأسرية،

أ - العلاقة بين الأب والأم :

(متوافق - غير متوافق) الأب متوفى

ب - العلاقة بين الطفل والأم :

(رفض أو إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطي)

ج- العلاقة بين الطفل والأب متوفى

(رفض أو إهمال - حماية زائدة - تدليل - تسلط - الأسلوب الديمقراطي)

د - العلاقة بين الطفل وإخوته

(الغيرة - الغضب - سلوك عدواني - الكراهية - التعاون).

ثالثاً، المدرسة وجماعة الأصدقاء،

أ - العلاقة بين المدرس والطفل :

(استخدام الثواب والعقاب - نقد وتوبيخ - إهمال ونهذ).

ب - العلاقة بين الطفل وجماعة الأصدقاء :

(التعاون - الغيرة والتنافس - كراهية الزملاء؛ لأنهم يسخرون منه دائماً من

طريقة كلامه).

ج- المواد الدراسية التي يجلب إليها الطفل هي :

الرياضيات

د - المستوى التحصيلي للطفل :

جيد

هـ- هل هناك مشكلات نفسية أو اجتماعية تعرض لها الطفل من قبل :

(١) المدرسين : إذا تلجج الطفل أثناء الإجابة على أسئلة المدرس بنهره ويطلب

منه الجلوس وينتشر الأصدقاء بالضحك عليه.

(٢) الأصدقاء في المدرسة.

رابعاً ، الحالة الصحية للطفل ،

- 1 - هل الحمل كان طبيعياً نعم
ب - هل الولادة كانت طبيعية لا
ج- هل الرضاعة كانت طبيعية نعم
د - أهم الأمراض التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل ؟ لا يوجد
•• ما الأمراض الجسدية التي أصيب بها الطفل في سنوات عمره الأولى ؟
الإنفلونزا - التهاب اللوز المستمر .
•• ما العمليات الجراحية التي أجريت للطفل أثناء فترة طفولته ؟
جراحة استئصال اللوز .

خامساً ، الأنشطة والهوايات ،

أهم الأنشطة التي يميل إليها الطفل ؟
لعب الكرة .

سادساً ، الأحلام واضطرابات النوم

- 1 - هل ينام الطفل توماً طبيعياً لا
ب - هل يشعر بالأرق دائماً أثناء الليل لا
ج- هل يعاني من الأحلام المزعجة (الكوابيس) نعم
د - هل هناك اضطرابات في النوم لا
(نوم متقطع - مخاوف أثناء النوم)

سابعاً : المشكلات النفسية :

- هل يشعر الطفل بالخوف والفرح من :
(الكلاب - القطط - الطغلام)
- هل لديه مشكلات متعلقة بالأكل :
(فقدان الشهية - قئ - إفراط في تناول الطعام) .
- هل لديه مشكلات متعلقة بعملية الإخراج :
(تبول لا إرادي - إمساك مزمن) .
لا يوجد

- هل لديه بعض العادات السيئة .
- (مص الأصابع - قضم الأظافر - لآزمات عصبية)

لا يوجد

ثامنا ، بيانات عن المشكلة (المرض) ،

- تاريخ ظهور اللجلجة .
- منذ (٦) سنوات
- أسباب ظهور اللجلجة .
- إجراء جراحة استئصال اللوزتين .
- استخدم مع الطفل طرقا كثيرة لإجباره على استخدام اليد اليمنى بدلا من اليسرى ، حيث يستخدم اليسرى فى الأكل والكتابة .
- نوع اللجلجة
- توقفية
- الجهود العلاجية التى اتبعت من قبل : لاشىء .
- متى بدأ الطفل بتلجج ؟
- بعد إجراء عملية استئصال اللوزتين .
- ماعو الموقف الذى تلجج فيه الطفل للمرة الأولى ؟
- أثناء مشاجرات أفراد الأسرة .
- هل يوجد أحد فى الأسرة يعانى من اضطرابات كلامية أو لجلجة ؟
- لا يوجد
- هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟
- اليسرى
- متى بدأ الطفل يتعلق بكلماته الأولى ؟
- فى بداية عامه الثالث
- هل أصيب الطفل بأى أمراض قبل حدوث اللجلجة مباشرة ؟
- (حمى شوكية - إنفلونزا شديدة - حصبة)
- أسباب أخرى التهاب اللوزتين المتكرر

- ماهى العمليات الجراحية التى أجريت للطفل قبل حدوث اللججة مباشرة ؟
(شهر أو أكثر من شهر) : استئصال اللوزتين
- هل بدأ الطفل يتلجج عندما لاحظ أن أمه حامل ؟ لا
- هل تزامنت بداية لججة الطفل مع ميلاد طفل جديد فى الأسرة ؟ لا
- هل بدأ الطفل يتلجج عندما شعر برعب شديد (خوف) من شيء ما ؟
الخوف من إجراء الجراحة
- هل تزامنت بداية اللججة مع تغيير فى بيئة الطفل ؟
(انتقال من منزل لآخر) لا
- هل تزامنت حدوث اللججة مع سفر أحد الوالدين للخارج ؟ لا
- هل يوجد لدى الطفل أى عيوب كلامية أخرى ؟
- (كلام طغلى - تأخر فى الكلام - إبدال الحروف - حذف بعض الحروف)
- فى أى من المواقف الآتية يشعر الطفل بالقلق من الكلام ؟
- عندما يستثار .
- عندما يسرع فى الإختيار عن حادثة ما .
- عندما يكون هناك بعض الضغوط الاجتماعية .
- أهم الأشخاص التى تزداد معهم درجة لججة الطفل :
- الأخ الأكبر - المدرس - الأصدقاء بالمدرسة أثناء الشرح يطلب منه المدرس
الإجابة عن سؤال معين وعندما يتوقف الطفل بسبب اللججة ينهره المدرس ويطلب منه
الجلوس يتفجر زملاته فى الفصل بالضحك عليه ويقول الطفل: (أشعر برأسى تدور
ويكاد يغمى علىّ وأكره نفسى) .

بيانات خاصة بالوالدين وكيفية معاملتهم للطفل

- (١) اسم الوالد (الأب) :
- (٢) اسم الأم :
- (٣) ما المستوى التعليمي للأب : متوسط

- (1) ما المستوى التعليمي للام : متوسط
- (2) ما الأسلوب المتبع لكفافة الطفل ؟ : أحيانا التوقد
- (3) ما الأسلوب المتبع لعقاب الطفل ؟ : الضرب والسب
- (4) هل كان الطفل مرغوبا فيه من قبل الوالدين ؟ : نعم
- (5) هل توجد لدى الاب أو (الام) نزعة الإلحاح وروح التدقيق فى أمور النظافة ؟ لا
- (6) هل تشعر بقلق شديد على صحة الطفل الجسمية أو النفسية ؟
- الام دائمة القلق على الطفل
- (7) هل يكتب الطفل باليد اليمنى أم اليسرى ؟ وإذا كان يكتب باليسرى ، هل أجبر على استخدام اليد اليمنى ؟ أم تم ربط يده اليسرى ؟
- نعم أجبر على استخدام اليد اليمنى بعدة وسائل منها ربط يده اليسرى
- (8) حاول وصف أول موقف شعرت فيه أن كلامه غير عادى ؟
- أثناء مشاجرة الام مع ابنها الأكبر بعد وفاة الأب
- (9) وبعد الملاحظة الأولية - ماذا كان تعليقك عليها :
- قف وبالراحة. ✓
- توقف وشوف الى غلظت فيه. ✓
- توقف ولبدا ثانية.
- تكلم بيطة.
- مساعدته فيما يقول.
- نهزه بشدة أو ضربه.
- (10) كم مرة كان هذا التعقيب يقال :
- 0 - 25 مرة يوميا
- 0 - 25 مرة أسبوعيا
- 0 - 25 مرة شهريا
- لا أعرف ✓

(١٤) عندما يتلجج الطفل - ماهي الحركات الصاحبة للجلجة التي تلاحظها

باستمرار ؟

- يضغط شفثيه .

✓ - يغلث عينيته .

✓ - يخرج لسانه .

- عينيته تصبح واسعة .

✓ - يفتح فمه .

✓ - يهز رأسه .

- يرمش بعينيته .

- يدير فمه إلى جهة واحدة .

- يدير وجهه .

- يدير رأسه إلى جهة واحدة .

(١٥) ما شعورك حيال هذه السلوكيات أو (رد فعلك تجاهها) ؟

- تكرهها بقره .

✓ - تشعر بالأسى حيالها .

- عدم المبالاه .

(١٦) ما الطريقة المثلى في رايك للتغلب على اللجلجة ؟

- خفض التوتر لدى الطفل .

✓ - إعطاه تدريبات كلامية .

- تشجيعه على الكلام .

- خفض معدل الكلام .

- علاج نفسي .

- إتاحة الفرصة لزيادة ثقته بنفسه .

- الشخصن يجب أن يتغلب عليها بنفسه .

- تحضير الكلام وترتيب الأفكار قبل التكلم.
- لا نفعل شيئاً يلفت انتباه الطفل.
- نكون صبوراً مع الطفل.
- لا نرغم الطفل على الكلام.
- إزالة الضغوط والإجباطات وحل الصراعات.
- الاهتمام بإشباع حاجة الطفل إلى الحب والحنان.
- تجاهل اللجاجة تماماً.
- لا يمكن التغلب على اللجاجة.

ملخص الحالة

العلاقات الأسرية،

علاقة الحالة بأمة تتسم بالحماية الزائدة، في الوقت الذي تتسم علاقة الحالة بالأخ الأكبر (وليس أمه) بالقسوة والتسلط، هذا إلى جانب أن المناخ النفسي (خاصة بعد وفاة الأب) الذي يسود الأسرة يتسم بالاضطراب، ويتمثل هذا في كثرة مشاجرات الأخ الأكبر مع الأم.

المدرسة وجماعة الأصدقاء،

يتضح من علاقة الحالة بزملائه أنها علاقة نقد وتوبيخ من جانب المدرسين، بسبب ضعف مستواه الدراسي، بالإضافة إلى عدم مقدرة على الكلام بسلامة، أما علاقة الحالة بزملائه فتتسم بكثرة المشاجرات، كما أنه كثير العدوان عليهم بسبب سخريتهم من طريقة كلامه المعيبة، مما أدى بالحالة إلى كره المدرسة ورفضه الذهاب إليها.

الأحلام والنوم،

يعانى الحالة من الأحلام المزعجة والكوابيس.

العادات والخاوف،

يعانى من عادة قضم الأظافر حتى الآن، ويشعر بالخوف من الظلام نتيجة لما يعاينه الطفل من مشكلة نفسية.

من خلال دراسة الحالة تعتقد المؤلف أن العوامل التي أدت إلى ظهور اللججة هي تركيبة من عدة عوامل متشابهة عضوية ونفسية وبيئية، بالإضافة إلى أن هناك بعض العوامل المسببة لللججة وبعضها الآخر أدى إلى رسوخ اللججة بل وانتقالها من المرحلة الأولى إلى المرحلة المتقدمة :

أولاً، العوامل المسببة لظهور اللججة،

١ - عوامل نفسية :

ذكرت والدة الحالة أن الطفل كان طبيعياً ولم تكن لديه أي إعاقة كلامية، غير أنه عانى بعض الشيء من تأخر الكلام ثم بدأ يتكلم في بداية عامه الثالث بصورة طبيعية.

وأضافت الأم أنها لاحظت بداية اللججة لدى الطفل عندما كان يبلغ من العمر (٦) سنوات، وبالتحديد بعد إجراء جراحة استئصال اللوزتين، حيث لم يهد الطفل لإجراء الجراحة وإنما كان دخول المستشفى يفرض العلاج فقط، ولكنه فوجئ بدخول حجرة العمليات، ومع عملية الإجبار والشدة من جانب المعرض المختص وروية غيره من الأطفال وهم يبكون ويصرخون، وتعبير الأم عن حالة الطفل بقولها: « بأنه كان مرعوباً ووجهه أصفر ولم ينطق بكلمة واحدة».

٢ - عوامل عضوية ونفسية :

كان الطفل يستخدم اليد اليسرى في الكتابة والاكل أحيانا - وبالتالي تعرض لأنواع كثيرة من الضغط والعقاب بفرض استخدام اليد اليمنى بدلاً من اليسرى، وهذا يؤدي بدوره إلى اضطراب في مراكز الكلام بالمخ، ومن ثم اضطراب العملية الكلامية ولقد ذكر العلماء المختصون بأن عملية النطق تتضمن تآزراً بين نشاط عضلات مختلفة واقعة في الناحيتين اليمنى واليسرى للمخ. فهي تتطلب نشاط نصف المخ معاً، وفي أغلب الأثراد تقع نقطة البدء لعملية النطق في النصف الأيسر من المخ، (أي الذين يستعملون اليد اليمنى بمهارة) والعكس صحيح ولكن ضغط الوالدين على استخدام اليد اليمنى، إذا كان الطفل يستعمل أصلاً اليد اليسرى، فإن هذا يؤدي إلى تنشيط مصطنع لنصف المخ الأيسر، بينما نصف المخ الأيمن هو الأنشط في الأصل، ولذلك عند النطق يحاول كل من النصفين أن يبدأ سلسلة العمليات التي تقود النطق. وينشط النصفان معاً، وتختل العلاقة الزمنية، ومن ثم تضطرب العملية الكلامية. (إيناس عبد الفتاح سالم، ١٩٨٨ : ٤٥ ، ٤٦) .

ثانيا - العوامل التي أدت إلى رسوخ وتطور حالة اللجلجة ،

١ - عوامل نفسية وبيئية :

يدخول الطفل للمدرسة تتطور اللجلجة إلى مرحلة أصعب من ذي قبل ، وذلك نظرا لما تفرزه مواقف المدرسة للطفل من إحساس بالضغط والقلق، حيث إنه يشعر بأنه أدنى درجة من الآخرين.

ويعبر الطفل عن حالته أثناء الإجابة على أسئلة المدرس وعدم مقدرة على التحدث بطلاقة مثل باقي الأطفال خاصة عندما ينهه المدرس ويأمره بالجلوس ويتعجب زملائه بالضحك والسخرية، من هنا تتجسد مدى حجم مشكلة الطفل في كلماته التي يشعر برأسى تدور ويكاد يعنى على وأكره نفسي^٩.

٢ - الجو النفسي المضطرب في الأسرة . والذي يتجسم في كثرة المشاجرات بين أفرادها خاصة بعد وفاة الأب وسيطرة الأخ الأكبر وكثرة مشاجراته مع الأم، بالإضافة إلى استبداد الطفل بالسلطة والذي يتجسد في هذه الحالة في الأخ الأكبر مما يساعد على ازدياد حجم مشكلة اللجلجة وتطورها من سيئ إلى أسوأ.

الجلسات العلاجية،

الجلسة الأولى،

خصصت لجمع المعلومات عن الطفل مُستخدمة استمارة دراسة الحالة .

الجلسة الثانية،

خصصت المؤلف هذه الجلسة لتطبيق المقاييس الخاصة بتقدير درجة اللجلجة لدى الحالة .

الجلسة الثالثة،

حضر العميل في الموعد الذي حددته الباحثة برفقة والدته التي أعادت على الباحثة الشكوى من العميل ومجملها كالآتي :

- رفض العميل الذهاب إلى المدرسة .
- كثرة تغيبه عن المدرسة بدون عذر أو سبب واضح .
- شكوى المدرسين من ضعف مستواه الدراسي .
- زيادة درجة اللجلجة عن ذي قبل .
- كثرة المشاجرات مع أصدقائه في المدرسة وأولاد الجيران .
- الانطواء على نفسه في المنزل - أثناء زيارة الأهل والأقارب .

ثم بدأت الجلسة بدخول العميل لحجرة العلاج ورحبت به المؤلفة، مع إشاعة جو ينسج بالألطف والتسامح، وجلس في المكان المخصص له، أعادت المؤلفة شرح طريقة الأسلوب العلاجي (التقليل) للعميل، حيث اختارت قطعة القراءة المظللة - وطلبت من العميل أن يركز انتباهه فقط على مايسمعه، وأن يكرر رواعها مايسمعه بنأخير بسيط جدا، بحيث تأتي كلمة الطفل ظلا لكلمة المؤلفة، كانت القطعة تقرا بسرعة منتظمة كلمتين، كلمتين، وتتم هذه العملية على ثلاث فترات بحيث تستمر القراءة بالتقليل في كل فترة ٤ - ٦ دقائق.

تتكون الجلسة من ثلاثة فترين قصيرة تستمر كل واحدة ٤ - ٦ دقائق، على أن يليها فترة راحة قصيرة استمرت الجلسة العلاجية من ٣ - ٤ دقيقة.

القطعة المظللة :

١٢- القاهرة قديماً وحديثاً

القاهرة عاصمة جمهورية مصر العربية، وكبرى المدن في البلاد العربية في الأستماع، وكثرة السكان، وماأنضمه من أنواع النشاط.

في القاهرة المساجد العتيقة والكنائس الأثرية والجامعات والمدارس والشاحف والوزارات، وفيها الكثير من دور الحباله (السينما) والمسرح، وتمتلك شوارعها بالسيارات والنرام وتحت أرضها بحري (المترو) وتزدحم بالشاجر، وقد أقيمت فيها (الكبرى) العلوية لتيسير حركة المرور.

وكيالها أضواء ساطعة ذات أشكال والأوان، ولا تزال آثارها تحكي لنا صورة الحياة في القاهرة القديمة.

تعال نعيش مع الناس في القاهرة القديمة.

نعم: إنها أصغر من القاهرة اليوم. يحيط بها سور ضخيم لحمايتها، للسور أبواب كبيرة منها: (باب الفتوح) و(باب زويلة) وكلها موجودة حتى الآن، وكذلك بقايا السور. في الداخل (أحياء) وشوارع متفرع منها حوار وأزقة. بعض الحواري لها أبواب تغلق ليلا حرصا على الأمن، وكل حارة لها رئيس يعرف أهلها جميعا، اسمه (شيخ الحارة).

لقد وجدت المؤلفة أن العميل يلقى صعوبة في استخدام القراءة بالتقليل في هذه الجلسة.

الجلسة الرابعة،

حضر العميل في الموعد المحدد للجلسة، واستقبلته المؤلفة بالترحيب، ياندر العميل بالسؤال التالي : « هل أنا هانف فعلا من اللجلجة ؟! المدرس كل ما أنكلم بقولى «روح أنكلم عدل الأول» وعبر العميل عن كرهه الذهاب إلى هذه المدرسة، بقوله : «أنا كرهت المدرسة دى وعاوز أروح مدرسة ثانية» سبب أن أصدقاءه يسخرون دائما من طريقة كلامه، بل ويرفضون اللعب أو الكلام معه، ولذلك هو يريد طريقة تخلصه من هذا العيب الكلامى، طمأنته المؤلفة إلى جندى استخدام الوسيلة العلاجية مع الالتزام بمواعيد جلسات العلاج، وأن عملية علاج اللجلجة أو التخفف من حدتها يأخذ وقتا طويلا نسبيا.

رأت المؤلفة أن فى رغبة العميل فى التخلص من اضطرابه عاملا مساعدا للاستجابة للعلاج.

الإجراء : كما تم فى الجلسة السابقة.

الجلسة الخامسة،

وصل العميل متأخرا عن ميعاده، وقالت والدته : أنه لا يريد أن يأتى إلى العيادة وحتى المدرسة تغيب عنها لمدة يومين، فلما سألته المؤلفة عن السبب، فقال العميل : «أصل أنا باتعب لما بروح المدرسة».

المؤلفة : كيف ؟

العميل : « دائما أشعر بدوخة فى رأسى وأنا فى المدرسة، علشان كده لازم أغيب».

يلاحظ أنه ذكر فيما سبق - فى دراسة الحالة - أنه كان يصاب بالدوار عندما يسخر منه أصدقاله فى الفصل أو عندما يمنعه المدرس من إكمال إجابته على الأسئلة الموجهة له.

ولكن المؤلفة شجعت على الاستمرار فى الذهاب إلى المدرسة وحضور جلسات العلاج بانتظام، كما شجعت على استذكار دروسه جيدا.

الإجراء : كما تم فى الجلسات السابقة.

الجلسة السادسة،

لم يحضر العميل إلا فى نهاية الوقت المحدد للجلسة لدرجة أن المؤلفة اعتقدت أنه لن يحضر فى هذا اليوم، وعندما دخل العميل إلى الغرفة نظرت إليه المؤلفة ولكنه اعتذر وادرباها بالسؤال عن مدى أهمية مايقول فى الجلسة العلاجية وهل تفيد حقا

في إزالة إعاقته أو لا، وتمثل هذا في قوله : * أصل أنا باجى كل مرة ومش حاتف
يبنى آجى ليه *، كما عبر العميل عن حالته في المدرسة من أنه يستذكر دروسه بعد
ونشاط ولكنه عندما يجلس في الفصل ويريد المشاركة في الإجابة على الأسئلة لا يعطيه
المدرس الفرصة ويقاطعه قائلاً : * اجلس كده الحصة حتخلص وأنت له ماخلصش
روح اتعالج ويعدين جواب *، ثم يستطرد العميل * وبعد كده كل أصحابي بضحكوا
على يبقى أروح المدرسة ليه، أنا باحسن أن رأسى تلف*.

ولكن المؤلفة طلبت من الاستمرار في المذاكرة والذهاب إلى المدرسة قائلة : « إن
اجتهادك في المدرسة يساعدك على الثقة بالنفس وبالتالي التخلص من اللجلجة».

كما طلبت المؤلفة من ألا يعمل على إخفاء لجلجته ولا يهتم بأراء الآخرين في
ذلك، لأنها رأته أن هذا يساعده عن خفض الدافع الإحجامي للجلجة، ولكني تعلم أن
بواجبها ولا يحاول إخفاءها، حيث إن هذا - على الأقل - يساعد على اختفاء الظاهر
المرتبط بحدوث اللجلجة مثل احتضان وتقلص عضلات الوجه التي تلفت إليه النظر
بصورة أكبر من اللجلجة.

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.

الجلسة السابعة،

في هذه الجلسة رأته المؤلفة أن تكشف من التدريبات على أسلوب العلاج
بالتظليل، خاصة بعد أن تأكدت من إتقان العميل لاستخدام القراءة بالتظليل، لذلك
طلبته من القيام بتدريبات منزلية باستخدام أسلوب التظليل مع أحد الوالدين، لمدة 3
دقيقة يومياً.

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.

الجلسة الثامنة،

حضر العميل في ميعاد الجلسة للحددة، وبعد أن قابلته المؤلفة بالترحيب سأته
عن الواجبات المنزلية وهل قام بتأدية التدريبات كما طلب منه بالضبط أو لا. ولقد أشار
العميل أنه قام بالتدريبات بعض الأيام فقط.
ولاحظت المؤلفة أنه مازال لا يثق بنفسه ولا بطريقة العلاج فهو لا يتخيل أنه
سينتخلص من عيبه الكلامي هذا.

ولهذا رأته المؤلفة ضرورة خلق جو يتسم بالألفة والتسامح، بل وتشجعه على أن
يتلجج بحرية، حتى تعمل على خفض الدافع الإحجامي في محاولة لتقليل قلق
العميل نحو عيبه الكلامي.

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.

من الجلسة التاسعة - حتى الجلسة السادسة عشرة :

جرت الجلسة وفق ماسبق دون تغيير يذكر، سوى أن العميل بدأ يلتزم بمواعيد الجلسات ويواظب على تأدية التدريبات المنزلية.

قلت نسبة غياب العميل عن المدرسة - ولكنه كان يتغيب أحيانا بحجة التعب أو المرض.

كان يذكر من حين لآخر - عدم جدوى وسيلة العلاج معه وأنه لم يشف من اللجاجة -

لاحظت المؤلفة أن هناك تحسنا طفيفا بدأ يطرا على حالة العميل، حيث إنه لم يعد يذكر أن سبب تغيبه من المدرسة هو كرهه للمدرسة والأصدقاء ولكن هناك سببا آخر هو المرض أو التعب.

استمرار إجراءات جلسات العلاج - كما في الجلسات السابقة - مع استمرار تشجيع المؤلفة على المواظبة على اللعاب للمدرسة يوميا.

الجلسة السابعة عشرة،

في هذه الجلسة حضر العميل في الميعاد المحدد، وجلس في المكان المخصص له وبعد ترحيب المؤلفة وسؤاله عن الواجبات المنزلية وسؤاله عن مدى التزامه بالذهاب للمدرسة يوميا قال: « إنا بأروح المدرسة كل يوم، لكن لما باتعب أغيب، صديقي محمد يقولى المدرسة مهمة عشان تتعلم ».

وعلمت المؤلفة « حسنا أنا مبسوطة منك جانا يا — أنت الآن أصبحت ممتازا ».

لاحظت المؤلفة أنها أول مرة يذكر فيها العميل كلمة صديقي، حيث إنه من العوامل التي كانت تبعده عن جو المدرسة هو كرهه لأصدقائه وسخرتهم منه، هذا بالإضافة إلى أنه يتق بهذا الصديق بدليل اقتناعه بكلامه.

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.

الجلسة الثامنة عشرة،

اعتاد العميل على الحضور في المواعيد المحددة للجلسات العلاجية، كما اعتاد أيضا على تأدية التدريبات المنزلية بنظام، مع ملاحظة أن درجة اللجاجة لدى العميل بدأت تنخفض إلى حد ما.

الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.

الجلسة التاسعة عشرة ،

دخل العميل حجرة العلاج وقد بدأ عليه الأرتياح والسرور وهو بعضى المؤلفنة ورقة قائلا : « شوفي » لقد كانت ورقة اختيار في مادة اللغة العربية خاصة به وقد أحرز درجات عالية فيه ، شجعت المؤلفنة : « برافو » أنت كده أصبحت فعلا ولنا مسجتها ، قال العميل : « أصل أنا وصاحبي محمد فاكرنا كويس بدري قبل بداية الحصص الأولى وعشان كده احنا الاثنين جبنا درجات كويسة قوى ، وكمان المدرس مبسوط منى وغلى كل الفصل يصفق لى » شجعت المؤلفنة : حسنا .

فاسترد قائلا : « أنا كويس فى امتحانات التحريرى لكن فى الأسئلة الشفوى لسه بتلجج شويه لكن مش مهم » .

لاحظت المؤلفنة فى هذه الجلسة عدة نقاط :

- حرص العميل على الذهاب للمدرسة مبكرا .
 - ظهور بداية تأسيس للعلاقات الاجتماعية متمثلة فى مذاكرته مع صديقه .
 - تلاشى إحساس العميل بالضيق والملل من الوجود فى المدرسة .
- الإجراء: كما تم فى الجلسات السابقة .

الجلسة العشرون ،

(هذه الجلسة تأخرت لمدة عشرة أيام لقروف الإجازة)

دخل العميل حجرة العلاج مسرعا ومبتهجا - بعد أن استأذن فى الدخول قبل ميعاده بنصف ساعة - وبعد الترحيب قال : « أنا عاوز أخلص بسرعة هنا عشان عايز أرجع المدرسة تانى ، وإن ماكنش عند حضرتك وقت بلاش الجلسة النهاردة » .

ولما سأته المؤلفنة عن السبب رد قائلا : « أصل مدرس الألعاب اختارنى مع خمسة من الفصل فى فريق المدرسة لكرة القدم وكل يوم لازم أتدرب فى الفسحة مع بقية أصحابي - إيه لازم فريقنا يكون أحسن فريق وعشان كده كل يوم لازم أتدرب مع بقية أصحابي دلوقت مقدروش أغيب عن المدرسة خالص » .

- لاحظت المؤلفنة عدة نقاط كانت مؤشرا لتحسن حالة العمل :
- تحسن واضح فى طريقة كلام العميل عن ذى قبل .
 - شعور العميل بأهمية دوره فى فريق المدرسة (ثقة بالنفس) .
 - توطيد العلاقات الاجتماعية مع أصدقائه متمثلة فى حرصه على التدريب مع أصحابه كل يوم .

- عدم اهتمامه بقصوره اللفظي قد تجلى وظهر في عدم اهتمامه بجلسات العلاج التي شعر أنه لم يعد في حاجة لها.
 - حرصه على تحقيق ذاته كغرد له ذاته، وبدا ذلك في رفضه فكرة الغياب من المدرسة.
 - تلاشى الإحساس بالأس في الشفاء النهائي من القصور اللفظي، على الرغم من أن اللجاجة لم تختف تماما - لكنها على الأقل خفت حدتها بشكل كبير عن ذي قبل، وهذا يعني أنه اتخذ اتجاهها موضوعيا نحو اللجاجة، أي أصبح متبلا لذاته متقبلا لقصوره اللفظي دون حرج وظهر ذلك واضحا في شيئين.
 - ١ - تلاشى المظاهر الثانوية المصاحبة لحدوث اللجاجة مثل تقلص عضلات الوجه أو اهتزاز الجسم.
 - ب - أنه لا يحاول إخفاء لجلجته والشعور بالخرج والحجل منها، ولم يعد مهتما بآراء الآخرين تجاه هذا الموضوع.
- الإجراء : كما تم في الجلسات السابقة.
- القطعة المظلة:

٢١- كَلْنَا رِجَالَ الشَّرْطَةِ

أنت تعيش مع أسرتك في أمن وسلام، وتنام في بيتك هانئاً مطمئناً؛ لأن هناك حيواناً لا تنام، تسهر على راحتك، وتحافظ على أمن كل مواطن.

إنهم رجال الشرطة. أبناء مصر وحماؤها. يحمون المدن والقرى ويحافظون على الأرواح والممتلكات، ويتكلمون حركة الرور، ويعاونون ضيوف مصر، ويكرمونهم، ويرشدونهم.

يساعدون الضعيف، ويعطفون على الصغير، ويجيبون المستغيث ويتجولون في شوارع المدن والقرى؛ لحفظ النظام واستقرار الأمن.

يتسبون على عملهم بأحدث الأسلحة، وأحدث الأجهزة العلمية؛ فتراهم يحملون أجهزة الأسلحة الحديثة، ويركبون السيارات في (دوريات) منظمة، أو يركبون الدراجات البخارية (الوتوسيكلات)، ولا يتوقف نشاطهم ليلاً ولا نهاراً، فهم في عيشة الشعب في كل وقت وفي كل مكان؛ حتى حدود البلاد والمساحات المائية.



ثانياً، العلاج باللعب الجماعي غير الموجه

مقدمة،

سبق أن ذكرنا أن كثيراً من العلماء المهتمين بدراسة اللجلجة قد أرجعوا هذه الظاهرة إلى العوامل النفسية ذات المنشأ البيئي، ومنهم فيري بلانتون Blanton الذي يرى أن العوامل النفسية تعد من الأسباب البدئية للجلجة، وأن الخوف الكامن لدى المتلجلج يمنعه من التحكم في الأعضاء المستخدمة للكلام؛ لذلك فهو يرى أن السبب يكمن في الشعور واللاشعور للمتجلج؛ ولهذا تكون اللجلجة أحد أعراض الاضطراب الانفعالي.

ويشبه فيليب جلاسر Glasner (1962 : 241 - 243) اللجلجة بالمرآة العاكسة التي تمكس لنا الاضطراب واختلال التوازن العصبي والنفسي للفرد؛ ولذا فإن اكتشاف طبيعة الاضطراب هو أساس العلاج، ويتم عن طريق حل المشكلة الأساسية التي أثرت في كلام الطفل، ويستطرد جلاسر قائلاً : إن مشكلة اللجلجة بمثابة الجزء الظاهر فقط من جبل جليد عائم، بينما الخطر يكمن في الجزء الأسفل منه، واكتشاف هذا الجزء الخطر نجده يختلف من فرد لآخر كل حسب حالته.

وطبقاً لوجهة نظر كارين هورنى Karen Horney (1950) التي ترى أن السائق عامل أساسي وراء مشاكل الإنسان في التوافق والحياة السعيدة، حيث يشعر الإنسان بنفسه وحيداً بلا قيمة في عالم يتصوره عدائى بالنسبة له، وعالم الطفل غالباً يتداخل مع عالم الوالدين ويرتبط بالمحيطين من حوله ذوى السلطة وعندما يشعر أنه بلا حول ولا قوة تنشأ صعوبة في التوافق مع هؤلاء المحيطين بالطفل، ثم تنتشر إلى باقى العلاقات، ويزدى هذا الشعور بالضعف إلى حالة من الاعتمادية المزمنة Chronic dependency، حيث يصبح لدى الطفل خوف من الانفصال Separation والوحدة الذى يخلق لديه شكلاً داخلياً، وهذه الصورة قد تكون والدية لكثير من الأسر التي لديها طفل متلجلج.

كما يقرر فيليب جلاسر Glasner (1962) أن اللجلجة من الممكن أن تنشأ نتيجة لأسباب عضوية عصبية مما يجعل الطفل عرضة لاضطراب إيقاع الكلام، أو يكون سبب، أو نتيجة لضغط انفعالي Emotional stress الذى يؤدي إلى اضطراب نظام الجهاز العصبي المركزى، أو ضعف تزامن العمليات الخاصة بآليات الكلام المعقدة، أو كلاهما. ويقول جلاسر: إن كل هذا من الممكن أن يلقى الضوء على مشكلة اللجلجة، فكلنا نعلم أن التوتر (الضغط) يؤثر على عملية الكلام.

ولهذا يرى جلاستر أن اللجلجة تعنى كلمة مشكلة اتصالية ويسود ذلك واضحا في الآتى:

في إحقاق الطفل في الاتصال على المستوى الاجتماعى مع الأسرة والأقران وعلى المستوى الأعمق تعتبر اتصالا بالاضطراب الداخلى سواء بسبب الاضطراب أو القلق، أو الغضب، أو كما يسمى بمنطقة صراعية *Conflictual area*.

وبناء على ماسبق نجد أن علاج اللجلجة غالبا ما يكون تركية أساليب علاجية كلامية نفسية واجتماعية، والهدف من العلاج النفسى هو أن تساعد الطفل أن يعيد تقييم وبناء صورة الذات *Self - image*، وأن يتقبل ذاته كفراد يستحق التقدير، فالكثيرون يعتقدون أن صعوبات التعامل مع الأطفال تنبع من حقيقة أنهم لا يستطيعون التعبير عن مشاعرهم؛ لذلك يبدو أن الطريقة الصحيحة لعلاج ناجح يكون مبنيا على أساس نوع العلاقة التى تتم بين الطفل والمعالج، حيث -غالبا - ما يكون هؤلاء الأطفال كبثت مشاعرهم، وحاجاتهم الأساسية هي أن يمارسوا علاقة مبنية على أساس تقبل للمعالج لهم، وإعطائهم الشعور بالدفء، وألا يكون ناقدا لسلوك الطفل، إذ عندما يعلم الطفل أن المعالج يدرك لمشكلته وخوفه وقلقه وسلوكه السيئ ومع ذلك لا يقوم بتقييم كل ذلك، هنا يحدث ما نسميه بممارسة الحيرة الانفعالية الصحيحة *Corrective Emotional Experience*. حيث يكتشف الطفل من خلالها أن الأفراد قد يتقبلونه دون شروط أكثر من والديه.

كما سبق وبيننا أن باربارا دومينيك (Dominick 1959: 903) من العلماء الذين أعطوا أهمية كبيرة للعوامل النفسية، حيث ترى أن الطلاقة في الحديث تتحقق في بيئة عائلية سليمة، حيث يشعر الطفل أنه مقبول، أما التردد واللجلجة فتأتى نتيجة للقمع الوالدى *Parental prohibition*، وأن البيئة التى ينشأ فيها التلجلج تعد مشابهة للبيئة التى تنمو عليها الأشكال العصابية.

لهذا فالمفروض أن تتضمن البيئة مشاعر أصيلة من الحب والود والاحترام، حيث إن الطفل محتاج لأن يشعر أنه مرغوب ومحسوب، فهو محتاج إلى أن يشعر بالانتماء، وأنه في حالة حدوث نقص في هذه التضمينات فإن حالة عدم الاتزان الانفعالى *Emotional stirring* تولد لدى الطفل ويشعر بالضعف وعدم الأمان مع زيادة الشعور بالإحباط.

ففي حالة الطفل المصاب باللجلجة، نجد أن مثل هذه العوامل البيئية تبدأ في سن مبكرة بين (3-4) سنوات فتؤدى إلى ضعف الأنا، وتولد لديه القلق والشعور بالعداء،

وشعور الطفل بالتهديد وعدم الأمان فيصبح عاجزا عن تنظيم قواه الداخلية بشكل مناسب ليعيد نظام شخصيته المضطربة.

لذلك تعتقد باربارا دومينيك Dominick ظاهرة اللجلجة تعدد مشكلة معقدة، لذلك فإن أية محاولة للعلاج ينبغي أن تكون مركبة في طبيعتها، فالعلاج الملائم ينبغي أن يتضمن بحوثا ذات طبيعة طبية اجتماعية نفسية وتأهيلية (أي علاج كلامي) فاللجلجة لا تعد اضطرابا منفصلا عن آلية الكلام Speech - mechanism ولكن كعيب خارجي Out Word Expression فهي خاصة بشخصية أكثر اضطرابا.

لذلك فالعلاج الفعال يجب أن يوجه نحو مساعدة الفرد المتلجلج لأن يفهم مشاكله المعنوية وكيفية وضع حلول لها إلى أن يصل إلى حل للصراعات الداخلية، Underlying - conflicts، هذا بالإضافة إلى إعادة تأهيل آلية الكلام (تعديل الكلام).

والهدف من العلاج هنا هو مساعدة المصاب باللجلجة ليس فقط في التغلب على إعاقته اللغوية، وإنما مساعدته على أن يجد نفسه كفرد، وأن يتعرف على الطاقات الكامنة بداخله، ويدرك ذاته الواعية، ويدرك الطاقات الموجودة لديه من أجل الإبداع في العمل من أجل الوصول إلى علاقات إنسانية أفضل، ومساعدته إلى أن يتولى مسئوليته بنفسه.

فلقد تغيرت أهداف علاج اللجلجة عن ذي قبل، فقد كان الرواد الأوائل يهتمون فقط بعلاج الأعراض الأولية للاضطراب، أما الآن فيتجه العلاج نحو علاج شخصية المتلجلج ككل، والإنسان ككل أي التركيز على العمليات النفسية الداخلية للفرد. (Dominick، ١٩٥٩ : ٩٥٩).

ويرى مصطفى فهمي (١٩٦٥ : ١٢٥) أن النظريات التي ترى ظاهرة اللجلجة ذات منشأ نفسي، هي أوسع النظريات شيوعا، وقد اتضح من خلال دراساته على المتلجلجين أن من أهم أسباب إصابة الطفل باللجلجة هو شعوره بالقلق وانعدام الأمن أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وهذا يأتي نتيجة مناخ بيتي لا يساعد الطفل على الشعور بالتقبل والأمان، مما يؤدي إلى انعدام الأمن عند الطفل، وتكون النتيجة قيام صراعات انفعالية حتى يصبح تدريجيا الجانب الغالب في تكوين الناحية النفسية.

وإذا أردنا التعرف على سمات شخصية المتلجلج فنجد بهوث راج Rاج (١٩٧٦ : ١٥٩) قام بتطبيق قائمة إيزنك للشخصية على مجموعة من المتلجلجين، حيث توصل إلى أن المتلجلجين:

أ - لديهم درجة عالية في الانطوائية والعصية .

ب - المتلجلجون لديهم ميل للعصاية أكثر من العاديين .

ج- العصاية الانطوائية كانت موجودة بين المتلجلجين أكثر من العاديين .

كما يتفق راج Raj مع وجهة النظر التي ترى أن اللجلجة ذات منشأ نفسي، حيث يقول : إن اللجلجة في معظم الأحيان ترجع للعوامل النفسية إن لم تكن كذلك في جميع الأحوال، فالتردد المتلجلج يتكلم بدون لجلجة عندما يكون بمفرده، أو عندما يتكلم مع الأطفال، أو الحيوانات الأليفة، وأيضاً لايتلجلج عندما يغني، أو يتلو قصة من ذاكرته، أي أن اللجلجة تنخفض عندما يكون المتلجلج في حالة استرخاء .

ويرى تشارلز بيلمان (Pelman 1962 : 121 - 123) أن الأساس في علاج اللجلجة هو ألا يكون المعالج كميكانيكي فقط؛ لأن هذا الاضطراب الكلامي ليس معزولاً عن الشخص الذي يعاني منه، فيجب تقييم طريقة العلاج فيما يتعلق بالشخص ككل، حيث تساعد هذه النقطة على عمل رؤية واضحة عن الطريقة التي سوف يفضل استخدامها في العلاج، وأضاف أن هناك نقطة أساسية، وهي التصرف على مدى إدراك المتلجلج لذاته ومشكلته، فهو يعتبر ذلك بمثابة الحقيقة القصوى، فمن الضروري أن يسمح المعالج للمتلجلج أن يتكلم بإسهاب عن مشكلته كما يراها هو، بل وكيفية مواجهتها وعلاجها، ويعتبر بيلمان Pelman أن هذا القصور اللفظي هو قصور تقريبي يحدث بسبب عدم تناسق أعضاء الجهاز الكلامي، وأن الحرك الأساسي له هو الخوف العميق المصحوب بالقلق ويعتبره الدافع، بل والحرك لحدوث اللجلجة، فالمتلجلج يشعر بأن الخوف من أن كلامه سوف يفضحه كطفل، وغالباً ما يكرر «إن الطفل يمكن أن يتكلم أفضل مني ها أنا رجل ناضج ولا أستطيع أن أفعل مايفعله الطفل بدون صعوبة» .

وتتفق المؤلفة مع مذهب إليه الباحثون في أهمية استخدام العلاج النفسي المتمثل في هذه الدراسة في العلاج باللعب الجماعي - غير الموجه - لعلاج حالات اللجلجة لدى الأطفال .

نشأة العلاج باللعب ،

يبدو أن العلاج باللعب قد نبع من محاولات تطبيق العلاج بالتحليل النفسي على الأطفال، ولقد كانت أهم أهداف العلاج الفرويدي هو استحضار الخبرات المكبوتة إلى حيز الشعور . واستخدم سيجموند فرويد Freud (1900) اللعب في علاج صبي صغير اسمه هانز Little Hans في علاجه من حالات الخوف العنيفة من الحيلول .

وتعتبر ميلاني كلاين Melanie Klein أول من بدأ التحليل النفسي للأطفال واشتقت وجهة نظرها من نظريات فرويد Freud الأصلية، ولقد استخدمت اللعب اللغزاني كبديل مباشر عن التذاعى الحر، حيث افترضت كلاين أن أنشطة الطفل أثناء اللعب، وتعبيراته اللفظية أثناء اللعب كبديل مباشر للتذاعى الحر الذى استخدمه فرويد فى علاج الكبار، وأطلقت كلاين على نظريتها تحليل اللعب Playanalysis حيث كانت تحاول وضع تفسيرات عميقة لسلوك الطفل من خلال لعبه الرمزي، وذلك بهدف الكشف عن الماضى وتقوية الأنا Ego بحيث يكون قادرا على محاكاة متطلبات الأنا العليا Super ego والهو Id .

واختلفت وجهة نظر أنا فرويد Anna Freud (١٩١٦) مع ميلاني كلاين، حيث رأت أن اللعب لا يكون بالضرورة رمزا لشيء معين بالذات؛ وذلك لأن الأطفال يقومون بالفعل باللعب التخيل، لكن أن تحمل لعبة معينة معنى رمزي، وأن تكون هناك دوافع يعينها خلفه، فهذا أمر المفروض أن يؤيد بأدلة مأخوذة من بيئة الطفل، ومن خيالاته الماضية، ومن خلال التعرف أيضا على رغباته وآماله ومخاوفه التى لا يمكن التأكد منها إلا عن طريق التألف مع الطفل واكتساب ثقته .

لذلك نجد أن استخدام أنا فرويد للعب لم يكن أساسيا فى العلاج، ولكنه جعله خطوة تمهيدية للعمل الحقيقى للتحليل النفسى؛ ولذلك استخدمت اللعب لإقامة علاقة إيجابية بين الطفل والمعالج على اعتبار أن تلك العلاقة أهم عامل فى العلاج. (Susan Miller ١٩٨٧ : ٢٧٢ - ٢٧٣) .

ولقد كان لتطبيقات نظريات راتك Rank's theories عن العلاج باللعب بواسطة نافث وآلن Taft & Allen، حيث أدى هذا إلى تغييرات واضحة فى الأهداف والوسائل الخاصة بالعمل فى التحليل النفسى مع الأطفال، ووجهة نظرهم تتلخص فى أن المعالج تبعا لأسلوب راتك لم يسع لمساعدة المريض لأن يكرر سلسلة معينة من خطوات النمو، ولكنه يبدأ حيث يوجد المريض أثناء العلاج باللعب، وهذا يعنى هجرة التفسير الخاص بعقدة أوديب Oedipus Complex، وأكد نافث وآلن على الحاجة إلى مساعدة الطفل لأن يجد نفسه من خلال علاقته بالمعالج، حيث تعتبر ساعة العلاج خبرة نمو مركزية للطفل، فلقد يدرك الطفل تدريجيا كيانه الشخصى المستقل كمصدر للكفاح ويدرك ماله من قدرات خاصة به، وهنا نجد أن العلاقة العلاجية تبدو أقرب إلى نظرية العلاج المراكز حول العميل Client-centered approach. (Dorfman ، ١٩٥١ : ٢٣٧) .

العلاج باللعب المركز حول العميل ،

قبل أن أتحدث عن ماهية العلاج باللعب المركز حول العميل، سوف أتطرق إلى النظرية الخاصة ببناء الشخصية، والتي بنى على أساسها العلاج باللعب، كما قدمتها فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩ : ٩-١٤)، وهي وجود قوى فعالة داخل كل فرد تناضل باستمرار من أجل تحقيق الذات بصورة متكاملة، وقد تعتبر تلك القوى حافزا نحو التضج والاستغلال والتوجيه الذاتي Self - direction وأنها تمتاز بقوة لتحقيق الكمال، ولكنها تحتاج إلى أرض خصبة، ولكي تنمي بناء جيد التوازن تماما مثل النبات الذي يحتاج للشمس والمطر والأرض الخصبة لكي يحقق أقصى نمو له، كذلك الإنسان فإنه يحتاج إلى حقه في الاختيار ليكون ذاته، وأن نتقبل هذه الذات تقبلا تاما.

كذلك الإنسان فإنه محتاج لأنه يسمح له بتكوين ذاته وأن نتقبل هذه الذات تقبلا تاما من قبل الآخرين حتى يتقبل هو ذاته، كما أن له الحق في أن يكون إنسانا تحفظ له كرامته منذ ولادته من أجل تحقيق وإشباع مباشر لهذا الحافز التام Growth Impulse.

أضافت أكسلين أن سلوك الفرد دائما يحدث بسبب حافز واحد، هو تحقيق الذات، وإن الدافع لسلوك الفرد بصورة عامة هو دافع تحقيق الذات تحقيقا كاملا، وإذا عطل هذا الدافع بسبب الضغوط الخارجية فإن هذا الدافع لا يتوقف، وإنما يستمر بصورة متزايدة بسبب القوة المتولدة من التوترات الناتجة من الشعور بالإحباط، وإذا اصطدم الفرد بحاجز أو صعوبات منعه من التحقيق الكامل للذات فإنه يقيم مجالاً من المساومة والتوتر ويستمر الدافع نحو تحقيق الذات.

ويوضح سلوك الفرد أن إشباع هذا الدافع الداخلي عن طريق للجاهدة من أجل تحقيق مفهوم الذات في عالم الواقعي، أو يقوم بإشباع هذا الدافع عن طريق حجزه في عالمه الداخلي حتى يستطيع بناء مفهوم عن ذاته بأقل قدر من الصراع، وكلما ازداد انجاء إشباع الدافع نحو الداخل ابتعد الفرد عن عالم الواقع وازدادت صعوبة تحقيقه وأصبح هناك خطورة على الفرد.

وكذلك فإن مظاهر سلوك الفرد تعتمد على اندماج كل خبرات الماضي والحاضر والعلاقات الموجودة بينهما، ولكنها في الوقت نفسه تتطلع إلى تحقيق هذا الدافع الداخلي الذي يستمر طالما توجد حياة.

وتستطرد أكسلين لتوضح لنا الفرق بين سلوك الفرد السوي والسلوك غير السوي، إذ عندما يقوم الفرد بتنمية ثقته بذاته بصورة إيجابية، يستطيع أن ينقل مفهومه عن ذاته من الظل إلى النور ويرتب على ذلك توجيه سلوكه بشكل واع وهدف عن طريق تقييمه

لذاته من أجل تحقيق هدفه في الحياة، وهو التحقيق الكامل لذاته، ومن ثم يبدو سلوك الفرد في هذه الحالة سلوكا سويا، ومن ناحية أخرى فإنه عندما يفتقر التردد إلى الثقة بذاته الذي يساعده على تحديد هدفه بوضوح، ويحاول الفرد تحقيق هذا الدافع بطريقة غير مباشرة، وهو لا يفعل إلا القليل أو لا يفعل شيئا من أجل تحقيق الدافع في الاتجاه البناء المستمر، وبالتالي يكون سلوك الفرد غير سوى، وتظهر الأنماط المختلفة للسلوك غير التوافقى مثل: الانسحاب والتعويض والتقمص والإسقاط، والتكوص، وأحلام اليقظة وغيرها.

وكل هذا يعد دليلا لمحاولة الذات الداخلية لتحقيق كامل لمفهوم الفرد عن ذاته (مفهوم الذات) لكن تحقق مفهوما كاملا للذات بطريقة لاشعورية، هنا يكون سلوك الفرد غير منسق مع المفهوم الداخلى للذات الذى ابتكره الفرد في محاولته على التحقيق الكامل للذات، وكلما ازداد عزل سلوك الفرد عن مفهوم الذات كلما ازدادت درجة عدم التوافق، والعكس صحيح، فكلما زاد اتساق سلوك الفرد مع مفهومه عن ذاته كلما وجد مفهوم الذات تعبيراً خارجياً ملائماً، ويكون السلوك متوافقاً لعدم وجود الصراع الداخلى.

لهذا فبمن الأمور المهمة أن نحاول خلق شعور لدى الطفل بالتقبل والحب، ومن ثم قبوله كفرد له قيمة عن طريق الحب والأمان والشعور بالانتماء.

والمعالج النفسى يساعد الأطفال المضطربين نفسياً على إكسابهم الشعور بالقيمة الشخصية، وبأنهم قادرين على توجيه الذات، وبأن لديهم القدرة على الصمود وتحمل مسئولية شخصياتهم الواعية وعلى تقبل أنفسهم تقبلاً تاماً.

كما يقرر كلارك مونتاسكس (١٩٩٠ : ٢٤) أن الثقة التامة التى يمنحها المعالج للطفل تكون ذات أهمية بالغة، حيث تعكس هذه المشاعر على العقل، ومن ثم يستطيع تأمل ذاته، وينظر إلى نفسه على أنه شخص ذو أهمية.

ويستطرد مونتاسكس موضحاً أهمية شعور الطفل بالثقة فى نفسه حيث يساعده على ما يلى :

- اتخاذ قراراته بنفسه وتنفيذها.
- إظهار مشاعره ومعتقداته بوضوح فهو لا يخاف منها.
- معرفة ماذا يريد أن يفعل، وماذا يمكنه فعله.
- الثقة فى مشاعره الخاصة.

تعريف العلاج باللعب Play therapy

«هو فنية من فنيات العلاج النفسى يقوم على أساس استخدام اللعب بشكل مضبوط، وقد وضع هذه الفنية سولومون Solomon ، وفيها يقدم إلى الطفل مجموعة من الدمى ويشجع على أن يعبر عن مشاعره نحوها بما في ذلك مشاعر الحزن والألم والكرامية، وذلك على أساس نظرية سزوداها أن العميل سوف يقبل خوفه من انفعالاته بهذه الطريقة وأنه لن يكتبها بعد ذلك» (جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفانى، ١٩٨٨ : ٤٨).

وتعتبر فيرجينيا أكسلين Axline هي أول من قدمت العلاج باللعب غير الموجه أو المركز حول العميل، وقدمت أكسلين تمييزاً واضحاً بين العلاج باللعب غير الموجه وطرق العلاج باللعب الأخرى، فالعلاج باللعب يكون مباشراً عندما يأخذ المعالج على عاتقه مسئولية التوجيه والتفسير، أما في حالة العلاج باللعب غير الموجه فالمعالج يترك مسئولية التوجيه إلى الطفل.

العلاج باللعب الغيرموجه Non-directive play therapy

وتضيف فيرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩ : ١٦) أن العلاج باللعب غير الموجه أنه كفرصة تقدم للطفل لكي يخبر النمو في ظل مناخ سليم وقرور جيدة وحيث إن اللعب يعد الوسيلة الطبيعية لتعبير الطفل عن ذاته، فإن اللعب تكون الفرصة التي تعطى الطفل لكي يخرج مشاعره المتراكمة مثل التوتر والإحباط وعدم الأمان والعدوان والخوف وعن طريق إخراج هذه المشاعر إلى السطح تظهر وتتكشف للطفل ويواجهها ويتعلم أن يتحكم فيها أو يهجرها، عندئذ يتحقق الاسترخاء الانفعالي ويبدأ الطفل في التعرف على مآلديه من قوة داخلية ليكون إنساناً بحكم حقه الشخصى، يفكر، ويتخذ قراراته بنفسه، أى يصبح فرداً تاضحاً نفسياً وبالتالي يستطيع تحقيق ذاته.

كما ينظر كلارك مونتاكس (١٩٩٠) إلى أن أسلوب العلاج باللعب يساعد الطفل على أن يشعر بالحرية الكاملة في التعبير عن نفسه بصورة واضحة، وبأسلوبه الخاص به حتى يتمكن في نهاية الأمر من أن يحقق الإحساس بالأمن والكفاية والجدارة ومن ثم تحقيق ذاته كإنسان.

وتتفق سوزانا ميلر (١٩٨٧ : ٢٧٥) مع ماسبق حيث توضح وجهة نظر مدرسة العلاج غير الموجه التي ترى أن اللعب الحر بدون أى توجيه من قبل المعالج (الكبار) يعالج الاضطرابات الانفعالية، ويقتصر دوره على تقبل الطفل تقبلاً تاماً لكي

يساعد على خلق مناخ يتسم بالراحة والصداقة فيعامل الطفل بتسامح وعطف ويترك له حرية الاختيار لا يمارسه من أنشطة في غرفة العلاج، فالفروض أن يسمح للعلاج للطفل بأن يفعل ما يشاء، حيث يفترض أن الطفل في هذه الحالة سوف يخرج أثناء اللعب مشاعره المتراكمة، صراعاته، واندفاعاته غير المقبولة اجتماعياً، هنا تحدث عملية تطهير حيث إن تفرغ الانفعالات الموجودة لدى الطفل أثناء جلسات العلاج باللعب وفي مناخ يتسم بالطمأنينة والتقبل، كل هذا من شأنه أن يساعد على خفض ما لدى الطفل من قلق يستطيع الطفل أن يتوافق مع المطالب الاجتماعية.

قواعد العلاج باللعب غير الموجه

يقدم كلارك مونتاس (١٩٩٠ : ٢٣-٢٧) إطاراً مقترحاً للعلاقة العلاجية بين الطفل والمعالج، حيث يرى أن أسلوب العلاج باللعب يرتكز على ثلاثة اتجاهات تعتبر دعائم أساسية يستند إليها العلاج باللعب وهي :

أولاً : الإيمان بالطفل والثقة فيه

ويرى مونتاس أن صفة الإيمان بالطفل والثقة فيه لا تتدرك بالحواس وإنما تم التعرف عليها من خلال المشاعر والأحاسيس، فمن خلال جلسات العلاج باللعب غير الموجه يستطيع الطفل أن يكون على وعى بالمشاعر التي يوجهها المعالج نحوه وبالتالي يستطيع استكشاف إذا كان هذا الشخص الآخر يتق فيه أم لا.

ويستطيع المعالج أن ينقل إلى الطفل الإحساس بالثقة فيه من خلال بعض التعبيرات وال عبارات البسيطة مثل « هذا يرجع لك» أو «المهم أن تفعل ما تريد أنت وليس الآخرون».

ثانياً : تقبل الطفل :

يشتمل مفهوم التقبل على نقطتين وهما :

أولاً : نشاط تفاعلي حقيقي بين الطفل والمعالج ويشعر الطفل من خلال هذا النشاط أنه مقبول تماماً.

ثانياً : تواصل المعالج مع أحاسيس ومشاعر الطفل وإدراكاته ومفاهيمه ومعانيه الشخصية.

وهذا يعني أن الطفل أثناء الجلسة العلاجية ومن خلال استخدامه وتعامله مع أدوات اللعب قد يرمز إلى أشياء في حياته الخاصة مثل التعبير عن الكراهية والعداوة أو المحسومة هنا ينبغي على المعالج تقبل كل هذه الأشياء بل ويشجعه على اكتشاف مشاعره وانفعالاته وصراعاته إلى أقصى درجة ممكنة.

ثالثا : احترام الطفل :

ويشير مونتانسكي إلى أهمية احترام الطفل يستوجب الاهتمام، إنسان له الحق في أن تحترم مشاعره بالإضافة إلى احتياج الطفل لهذا الاحترام في هذه اللحظة بالتحديد.

وتبدو مظاهر الاحترام أثناء الجلسة العلاجية بتابعة الطفل والاهتمام به من قبل المعالج ومحاولة فهم مشاعره وتعبيراته واحترام عادات الطفل وتكلفتها كجزء من شخصيته، وعلى المعالج أن يوصل الإحساس بالاحترام إلى الطفل.

ويستطرد مونتانسكي موضحا أن الاحترام يتجاوز التقبل بخطوة واحدة، حيث إن المعالج يضع في اعتباره كل الوسائل والقيم والمشاعر والأحاسيس التي يكشف عنها الطفل أثناء اللعب ويوافق المعالج عليها ويتقبلها تقبلا تاما.

كما تحدثت فرجينيا أكسين (Axline ١٩٦٩) عن أهم القواعد التي توجه المعالج النفس غير الموجه في الجلسات العلاجية، وهي ترى أنه برغم ما تبني عليه هذه القواعد من بساطة إلا أنها تتطلب من المعالج مهارة وأمانة من أهمها:

- يجب على المعالج أن ينمي علاقة مع الطفل تتميز بالصدقة والدفء.
- أن يتقبل الطفل كما هو تقبلا تاما.
- أن تتميز علاقة المعالج مع الطفل بالتسامح لدرجة يشعر فيها الطفل بالأمن النفس، وبالتالي يستطيع أن يعبر عن مشاعره وأحاسيسه تعبيراً كاملاً.
- أن يكون المعالج متبها ويقتلح لكي يتعرف على المشاعر التي يعبر عنها الطفل ثم يعكس هذه المشاعر بطريقة تكسب الطفل استبصارا بسلوكه.
- أن يكون لدى المعالج إيمان كامل بقدرة الطفل على حل مشاكله إذا ما أبحث له الفرصة وبقدرته على تحمل المسؤولية.
- ألا يحاول المعالج أن يوجه الطفل في اختيار أنشطته في أثناء عملية اللعب أو في اختيار الأحاديث، فالطفل هو الذي يقود، والمعالج يتابعه.
- ألا يحاول المعالج الإسراع في إنهاء الجلسات العلاجية، فالمعالج يتم بصورة تدريجية.
- أن يعمل المعالج على إقامة التحديدات التي يرى أنها ضرورية ولازمة للعلاج لكي يصل بالطفل إلى عالم الواقع، وفي الوقت نفسه يشعر بمسئوليته في العلاقة العلاجية.

يتسق هدف العلاج باللعب الفردي مع هدف العلاج باللعب الجماعي، حيث إنهما يهدفان إلى عمل تغييرات في البناء النفسى الداخلى للطفل من أجل الوصول إلى حالة من التوازن النفسى الداخلى.

وترى كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠ : ٢٠ - ٢٣) أن نخبة العلاج باللعب الجماعي توفر للطفل المجال لتحقيق الأهداف الآتية :

- يتعرف الطفل على ذاته وعلى العالم الذى يعيش فيه .
- يمنح الطفل الطمأنينة والأمن .
- إعطاء الطفل الفرصة لكي يستطيع التعبير والكشف عن ذاته الداخلية .
- إخراج مشاعر الإثم والخوف والكرهية إلى السطح والتعرف عليها ومواجهتها .
- التعبير عن حاجته الشديدة للتقدير والاستقلال والمكانة .
- إتاحة الفرصة لأن يفهم الطفل نفسه من خلال شعوره بالأمن .
- يستطيع الطفل استكشاف الألعاب، بالإضافة إلى استكشاف نفسه كما سيكتشف الآخرين .
- يمنح الطفل الفرصة لكي يقيم ذاته بالنسبة لواقعها .

ومن خلال الخبرة التي يوفرها العلاج باللعب الجماعي من اكتشاف الذات وعلاقتها بالآخرين واتساع حدود الذات، بعد ذلك يكون لدى الطفل القدرة على تقبل واحترام ليس ذاته فقط بل واحترام الآخرين أيضا، كما يتعلم الطفل أن يكون إنسانا بحكم حقه الشخصى وفردا تاضجا يستخدم الحرية المفهوم المستولية .

كما يتحدث س . سلافسون (Slavson : ١٩٥٦ : ٢١٩) عن مدى أهمية العلاج باللعب الجماعي بالنسبة للأطفال الصغار (مرحلة ما قبل المدرسة)، حيث يستطيعون الكشف عن مشاكلهم في اللعب الإيهامى بالدمى، والصلصال، والحبيوانات، والمكعبات، وعلى العاليج أن ينتهز الفرصة ليعايد الأطفال على فهم مشاعر الغيرة والخوف بأسلوب يتناسب مع عمرهم الزمنى .

أما بالنسبة لجلسات اللعب الجماعي مع الأطفال الأكبر سنا (٦ - ١٠ سنوات) والذين يشكون من مشاكل عصابية أكثر حدة، فيعتقد سلافسون أنه يمكنهم الاستفادة من عدة نقاط توفرها لهم الجماعة العلاجية وهي كالتالى :

- الأنشطة التي تمارسها المجموعة العلاجية .
- اللقاءات الشفوية التي تتم بين أفراد الجماعة .

- المناقشات التي تتم بين الطفل وباقى أفراد الجماعة .
- أدوات اللعب المستخدمة خاصة التي تساعد الطفل على إخراج مشاعره العدائية .

المراحل الخاصة بعملية العلاج باللعب غير التوجه :

يقسم لويس جيرنى Guerny (1983 : 48 ، 49) المراحل الخاصة بعملية العلاج باللعب إلى أربع مراحل كما يلي :

أولاً ، الجلسة الأولى :

الجلسة الأولى لها أهمية خاصة لدى المعالجين ، حيث إن الإدراكات والانطباعات سيكون لها تأثير كبير في دورة الأحداث العلاجية ، فمثلا إذا شعر الطفل أن الغرض من تلك الجلسات هو تشكيله أو تطويره فإنه سرعان ما يقيم دفاعات ليعمى نفسه من تهديد محتمل ، لذلك من الأمور الهامة أن يبدأ المعالج ببذل قصارى جهده لكي يشعر الطفل بالدفء والود بأنه سيكون مقبولا تماما ومدعما ، كما ينبغي أن يضع المعالج في تقديره أنه سيتعامل مع أكثر الأطفال حساسية وتخيلاً ، وأن يوجه استجاباته على هذا الأساس .

كل الأطفال تقريبا يتطلبون تفسيراً سرياً عن ماهية جلسات اللعب ، ولذا ينبغي أن يخبر الطفل بأن تلك غرفته الخاصة ، وهذا وقته ملك له يقول فيه مايشاء ، ويفعل تقريبا أي شيء يريد ، وهذه العبارة هي بمثابة الحدود الخاصة بالطفل التي تحتاج لإرسائها من البداية فهي توضح للطفل أنه يستطيع اللعب بأية دمية يرغب فيها .

وبالنسبة للأطفال الصغار يقول المعالج : « يوجد دمية - طباشير - أطباق . . الخ يمكن أن تلعب بما تريد ، ساكون هنا على هذا الكرسي ، ويمكن أن تتكلم معي عندما تريد » .

ثانياً ، الجلسات المبكرة :

وفي الجلسات المبكرة سوف يكتشف الطفل بعض الأمور الواقعية لجلسات اللعب مثل :

- ١ - اكتشافه للمعالج كصديق .
 - ٢ - كما يكتشف وضعه هو بالنسبة لهذه البيئة الاجتماعية المختلفة .
- في هذه الفترة يتم اختيار الحدود والسلوك العدواني الذي قد يظهر ، أما الأطفال التابعين Dependent أو الخائضين قد يترددون في البداية للدخول في أنشطة اللعب ، ولا

ينبغي على المعالج أن يرجع هذا التردد إلى أن الطفل يحتاج لتوجيه الكبار للعب، ولكن الطفل في هذه اللحظة يستقر إلى الموارد التي تؤهله للعب وحده بدون تدعيم، فالطفل يحتاج لأن يعرف أن الكبار لن يقيموه أو يتسندوه، فإذا كان الطفل عن يده معاملته بواسطة الكبار فقد يكون من الضروري أن نهدد ببعض الألعاب معه في تلك الفترة المبكرة ويتعامل مع المعالج بشكل ملائم.

وفي الفترة الخاصة بهذه الجلسات المبكرة فإن المعالج يعمل على أن يبنى للطفل هويته الذاتية عن طريق إظهار اهتمام المعالج بهم وإشعارهم بذلك، فإذا كان الطفل يلعب بصمت مثل أن يرسم ويلون بالألوان، فينبغي على المعالج أن يظل مهتما به، ويعلق على نشاطه هذا مع أن الطفل قد لا يقول شيئا فيقول مثلا: * أنك تفكر فعلا في اللون الذي تستخدمه في تلوين هذا الجزء * أو * لقد قررت أن تستخدم الأسود لهذا الجزء *.

الجلسات الوسطى،

في هذه المرحلة يبدأ الطفل في تأسيس علاقة مع المعالج تتسم بالثقة والاسترخاء، ويبدأ مظاهر السلوك العدواني في الظهور وتتبع بقدر كبير من التغيرات اللفظية للسلوك الكوصي regressive behavior مثل التحدث بطريقة الطفل الصغير أو اللعب مثل الأطفال الصغار والقيام بعملية الرضاعة للدمى ولأنفسهم أحيانا.

وتجد كثيرا من اعتمادات الأطفال في هذه المرحلة تتعلق بكيفية رعايتهم للطفل الرضيع والرغبة في أن يهتم بهم كأطفال صغار من قبل المعالج، وفي هذه المرحلة تبدأ عملية التعرف الجاد على الشخصية ونمو تقبل الذات يبدأ في اتخاذ مكانه، فهنا نجد أن اتجاهات المعالج التي تتسم بالتقبل التام والاتجاهات غير الناقدة كان لها تأثيرها.

الجلسات الأخيرة،

تميل الجلسات الأخيرة لأن تكون أكثر واقعية، فبالرغم من استمرار اللعب بالدمى واللعب الخيالي لكنه توجد بعض العناصر الواقعية مثل مظاهر السلوك العدواني لن تخفى تماما ولكنها تنخفض إلى معدل ضعيف ونسيان الإيجاب من قبل الطفل، فالطفل الذي كان لا ياحتمل أن يتقبل الهزيمة أثناء اللعب ويقش ليكب أصبح قادرا على الضحك عند الخسارة، وقد يتماذى ويساعد المعالج على أن يكسب، وهنا يتضح لنا الفارق بين السلوكيات الاجتماعية والسلوكيات المضادة للمجتمع في هذه النقطة.

ويرى فيليب جلاسنر Glasner أن العلاج باللعب يعتبر من الأساليب المتقدمة لعلاج حالات اللجلجة، فهو يعتبر مدخلا علاجيا نفسيا يساعد المعالج على تفهم مخاوف الطفل وقلقه وأوهامه (خيالاته)، ويتيح للطفل مجالات يسمح له بالتعامل مع هذه المشاعر وأن يعيد تقييم شخصيته على مستوى يضمن له الراحة .

كما أن مجرد اعتماد المعالج بمشكلة الطفل من خلال مشاركته الفعالة له يساعد على تأسيس علاقة إيجابية، وبالتالي تعمل على زيادة مفهوم الطفل عن كفاءته الذاتية Self-Worth عندئذ يشعر الطفل بذلك ويقول لنفسه : « هاهو رجل يهتم بي، أنا لأبد مهم أكثر مما اعتقد» .

لذلك فمن الأمور المهمة أن ينمي المعالج علاقة جيدة مع الطفل أكثر من اعتماده بمشكلة اللجلجة نفسها، ويعتقد جلاسنر Glasner أن العلاج الناجم مع الأطفال المصابين باللجلجة مبني على أساس نوع العلاقة بين المعالج والطفل، حيث إن غالباً ما يكون هؤلاء الأطفال محكومين dominated ومكبوتين inhibited إلى الدرجة التي تكون فيها حاجتهم العظمى هي أن يمارسوا علاقة الجزء الأساسي فيها نحو تقبل المعالج لهم، فلا بد ألا يكون المعالج بأي حال من الأحوال ناقداً لسلوكيات الطفل ومشاكله .

وعندما يعلم الطفل أن المعالج مدرك لمشكلته وخوفه وقلقه وسلوكه السيئ ولكن لا يقوم بتقييم كل ذلك، فقد يحدث مايسمى بالخبرة الانفعالية الصحيحة corrective emotional experience حيث يتكشف الطفل أن الناس يقبلونه دون شرط أكثر من أبويه .

وأثناء جلسات العلاج باللعب يعطى الطفل الحرية الكاملة للتعبير عن مشاعره بل ويشجع لأن يعبر عن الغضب أو أى مشاعر أخرى، مثل أن يعطى الطفل العدوانى الفرصة لكي يعبر عن مشاعره العدوانية وتبدو أهميته فى الأذى :

١ - يتم التحرر من التوتر العصبى .

٢ - لا يوجد العقاب المعتاد لمثل هذا السلوك فى مكان آخر .

هنا يكتب الطفل خبرة جديدة، وهى أن هناك من الكبار من لا يعاقبونه على أخطائه مثل الآخرين . (فيليب جلاسنر Glasner، ١٩٦٢ : ٢٥٢ - ٢٥٤) .

وتفتق وجهة نظر واكبا Wakaba (١٩٨٣) مع ماسبق، حيث لاحظ من خلال إجراء تجاربه على الأطفال المتلجلجين أثناء جلسات العلاج باللعب الجماعى ظهور اللجلجة بعد مظاهر السلوك العدوانى بين الأطفال؛ وذلك لأن العقل المتلجلج كان

يشعر بتقليل من جهة العلاج، وبالتالي يخشى الفلق ويتصرف على طبيعته خاصة مظهر السلوك العدواني تبدأ في الظهور، حيث استطاع الطفل قمع مشاعر الخوف والإحباط عن طريق إظهار سلوكه العدواني الناتج عن شعوره بالأمن والاستقرار النفسى، ومع إدراك الطفل لهذه المشاعر بدأت العلاقات الاجتماعية التفاعلية فى التأسيس، ويرجع واكابا Wakaba حدوث اللججة إلى مظاهر السلوك العدواني واللعب التعاونى مع بقية الأطفال؛ لأن فى هذه المرحلة من العلاج - المرحلة المتوسطة من العلاج - مايريد الطفل قوله يصبح واضحاً، وبالتالي يشعر بالراحة أثناء هذا التفاعل اللفظى مع بقية الأطفال المتلججين الذين يمتلكون نفس القدرة اللفظية عندما يلعبون مع بعضهم البعض.

وبذلك فسر واكابا سبب انخفاض درجة اللججة لدى الأطفال فيما بعد - إلى إحساس الأطفال بالراحة النفسية المتمثلة فى مواقف العلاج باللعب الجماعى، بالإضافة إلى انخفاض نسبة الخوف النفسى من الكلام مع الآخرين.

أهمية اختيار العلاج النفسى لمعالجة حالات اللججة ،

من خلال استعراض المؤلفه لأراء المهتمين بدراسة ظاهرة اللججة سواء من حيث الأسباب المؤدية إلى حدوث اللججة أو الأساليب العلاجية، فلقد وجدت أنه غالباً ما تكون العوامل النفسية ذات النشأ اليبسى هى السبب لظاهرة اللججة، بالإضافة إلى ارتباط ظاهرة اللججة بالشخصية المسطربة.

ولهذا وجدت المؤلفه أنه من الضروري استخدام العلاج النفسى باللعب الجماعى للأسباب الآتية :

١ - المتلجج غالباً ما يمتلكه الخوف من كلامه ويشعر بأن اضطرابه الكلامى سوف يفضحه كطفل.

وهذا متلجج يقول : « ها أنا ذا رجل كبير ولا أستطيع أن أفعل مايفعله الطفل الصغير فهو يتكلم بطلاقة ».

٢ - التوقع والقلق الذى يتملك المتلجج من حدوث اللججة فى المواقف الاتصالية، حيث يتناهى الشعور بالقلق والخوف؛ ومن ثم يتوقع حدوث اللججة باستمرار مما يؤدى إلى كره التواجد مع الجماعات والأصدقاء، بل أكثر من هذا يتحول هذا الكره إلى كره نفسه والتحقير من شأنها.

٣ - اختفاء أو انخفاض درجة اللججة عندما يكون المتلجج فى حالة استرخاء نفسى ويظهر ذلك فى المواقف التالية :

عندما يفتى - أو يصلى - أو يلعب - أو يتكلم مع الأمام - سنا - وأيضا
عندما يتكلم مع الحيوانات.

4 - الدراسات التي اعتمدت بدراسة سمات شخصية المتلجلج أظهرت أن غالبية المتلجلجين لديهم درجات عالية في الانطوائية والعصائية، كما يقرر مصطفى فهمي (١٩٦٥ : ١٢٥) أنه من أهم أسباب إصابة الطفل بالجلجلة هو شعوره بالقلق وانعدام الأمان في أثناء مرحلة الطفولة المبكرة، وهذا يأتي نتيجة مناخ يبنى لياساعد الطفل على الشعور بالتغلب والأمان، مما يؤدي إلى قيام صراعات انفعالية حتى يصبح تدريجيا الجانب الغالب في تكوين الناحية النفسية.

٥ - غالبا ما يحدث للأفراد الذين يتكلمون بطريقة عادية بعض اللجلجات الخفيفة في المواقف التي تتميز بالإحراج الشديد (مواقف الغضب الشديد - الخوف من توقع عقاب بدني - الشعور بالظلم).

وبناء على هذا ترى المؤلفة أن اللجلجة غالبا ما تكون مرتبطة بشخصية مضطربة، ولتحتاج لعلاج نفسي بالإضافة إلى علاج كلامي، أما عن وجهة نظر المؤلفة في مدى أهمية اختيارها للعلاج النفسي باللعب الجماعي - غير الموجه -، فتبدو في النقاط التالية:

جلسة العلاج باللعب تساعد الطفل على التعبير عن مشاعر التوتر، الإحباط، عدم الأمان، الخوف، بل وتشجعه على التنفيس حتى يتم التحرر من التوتر العصبي.

• إتاحة الفرصة لكي يتعرف الطفل على مبادئه من قوة داخلية ليكون إنسانا يحكم حقه الشخصي.

• إتاحة الفرصة للطفل لاكتشاف الذات، والذات في علاقتها بالآخرين حتى يكون بمقدور الطفل تقبل ذاته واحترامها واحترام الآخرين.

• إشباع حاجة الطفل للتقدير والاستقلال.

أما أهم نقطة يوفرها العلاج باللعب الجماعي غير الموجه للطفل المتلجلج هو تقبل المعالج للطفل تقبلا تاما، لسلوكه، وتصرفاته السيئ منها والحسن، من خلال علاقة قائمة بين المعالج والطفل تنسم بالدفء والود، علاقة تقبل الطفل دون شروط. هنا تتغير نظرة الطفل إلى نفسه بالشفقة في ذاته، الثقة بأن لديه القدرة على تحمل المسؤولية وعلى تقبل ذاته، وهذه نقطة يركز عليها كثيرا من اهتموا بعلاج اللجلجة مثل :

فرائيس فريما (1982) Freema، باربارا دومينيك (1909) Dominick،
ميريل مورلي (1972) Morley، هوجو جريجورى (1986) Gregory، فيليب
جلاسز (1912) Glasner، واكبا (1983) Wakaba، أورشولا شايديجر
Scheidgger (1987).

وحسب وجهة النظر هذه نجد أنه عندما يتقبل المالعج الطفل التلجج تقبلا تاما
بمعنى تقبل قصوره اللفظى، وسلوكه العدوانى، ومخاوفه، وقلقه، وسلوكه المضطرب،
هنا سينظر الطفل إلى نفسه نظرة مختلفة عن ذى قبل ويقول : « وهاهو رجل يهتم بى،
لا بد أنى فرد مهم أكثر مما كنت أعتقد ».

وفى هذا يفر فيليب جلاسز (1912 : 204) أن الطفل عندما يعلم
أن المالعج مدرك لشكلته وسلوكه السيئ، ولايقوم بتقييم كل ذلك يحدث له ما يسمى
بالخبرة الانفعالية الصحيحة، حيث يكتشف الطفل أن الناس يقبلونه دون شروط أكثر من
أبيه .

وبما لاشك فيه أن هذا يساعد الطفل على التعرف على مآلديه من قدرات كامنة
لتحقيق ذاته، ويتقبل الطفل ذاته مع وجود قصوره اللفظى، ويساعده ذلك على التخلص
من القلق والخوف والتوتر الذى يؤدي إلى حدوث اللججة .

وتولى فرجينيا أكسليين (1969 : 16) Axline هذا الموضوع اهتماما كبيرا،
لفرض أن غرفة العلاج باللعب أرض جيدة الأساس لتمثل الأمان فى هذه الغرفة على
اعتبار أن الطفل هو أهم شخص فيها وهو المسيطر على الموقف وعلى ذاته، حيث
لا يوجد أحد يملى عليه ما يجب أن يفعله، ولا يوجد أحد ينتقده فى أفعاله، ولا يقترح
عليه، أو يقلقه، أو يتدخل فى عائله الخاص، فإنه فجأة يشعر أنه هنا يستطيع أن يفر
جناحه، يستطيع أن ينظر بنعم إلى ذاته؛ لأنه يعتبر مقبولا تماما من قبل الآخرين .

وبذلك تمنح الفرصة للطفل لكي يمارس النمو فى أفضل الظروف، كما يمنح
الفرصة لكي يتخلص من مشاعره المتراكمة من توتر عصبي، الإحباط، الضياع،
العدوان، الخوف، الوحشة، الاضطراب. وعن طريق التخلص من هذه الآثار فإنها
تكشف أمام الطفل ويواجهها ثم يتعلم أن يتحكم فيها أو يهجم ها .

وبذلك يتحقق الاسترخاء الانفعالى ويبدأ الطفل فى إدراك القوى الكامنة بداخله
ليكون إنسانا يحكم حقه الشخصى يفكر لنفسه، ويصدر قراراته الخاصة، ويصبح إنسانا
ناضجا نفسيا، وهنا يتحقق للطفل إدراكه لذاته الواقعية .

برنامج العلاج باللعب الجماعي غير الموجه

مقدمة،

يؤكد عبد الميز القوصي (١٩٦١ : ٢٩) * أن اللعب عند الطفل هو ميدان تعبيره ومسرح خيالاته، وهو الفرصة القيّمة التي يتصل فيها بما حوله ومن حوله، وهو العمل الذي يختبر فيه قوته وقوة غيره، وعن طريقه ينمو حسيا وعقليا واجتماعيا. وعن طريقه كذلك نجد نحن الكبار الفرصة الذهبية لفهمه ودراسة *.

ولهذا فلا غرو أن نرى كثيرا من العلماء والمهتمين بشئون الطفل قد أعطوا اهتماما كبيرا بهذا النوع من العلاج، حيث اعتبر أن اللعب هو الوسيلة الطبيعية لتعبير الطفل عن ذاته، وهو اللغة التي يتحدث بها عن نفسه وطريقته في التعرف على العالم من حوله بالإضافة إلى اعتبار أنه الفرصة التي تتاح للطفل لكي يكشف عن رغباته وحاجاته ومخاوفه.

ولقد استخدمه سيجموند فرويد كما سبق أن أشرت لعلاج حالات الخوف لدى الأطفال، كما افترضت أيضا ميلاني كلاين أن نشاط الطفل أثناء اللعب بديل مباشر للتداعي الحر الذي استخدمه سيجموند فرويد في علاج الكبار. ويتفق جان جروسمان وآخرون (١٩٦١: ٢١-٢٤) مع وجهة النظر التي ترى أن اللعب يعتبر وسيلة الطفل للتعبير عما في نفسه حيث تتاح له الفرصة لكي يطلق العنان لمشاعره التراكم من وتر حبيرة والشعور بالعدم الأمن والعدوان والخوف مما يساعد على تحقيق الاسترخاء الانفعالي لدى الطفل.

ويستطرد جان جروسمان موضعا أهمية العلاج باللعب للطفل في أنه إذا أتاحت الفرصة أمام الطفل الذي يجد عنتا من انفعالاته ليلعب لعبا تمثيليا، إذ يستطيع التعبير عن هذه المشاعر البغيضة دون الشعور بالندم أو الذنب مما يساعد على توضيح تلك المشاعر المهوشة لدى الطفل، ولقد أدرك سيجموند فرويد أن الطفل لا يكون باستطاعته التعبير عن مشاعره تجاه الأشياء، لكنه لاحظ أن الطفل أثناء اللعب يستطيع إظهار المواقف والحوادث المرعبة ليعيش فيها من جديد، بالإضافة إلى أنه يستخدم أدوات اللعب في التعبير عن المشاعر المتعددة.

وتعتبر فرجينيا أكسلين Axline من العلماء الذين أعطوا اهتماما كبيرا لهذا النوع من العلاج، حيث تعتبر أول من قدمت العلاج باللعب - غير الموجه - أو المركز حول العمل، ولقد سبق للمؤلفة أن تعرضت لوجهة نظر فرجينيا أكسلين بطريقة مفصلة في

الفصل الثاني من الكتاب، وسوف تقدم المؤلفة وجهة نظرها في هذا الشأن، حيث رأيت أن فرجينيا أكسلين أوضحت أن أهمية العلاج باللعب ينطلق من ثلاثة محاور رئيسية :

أولاً: تقر فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩ : ١٥-٢٠) بوجود قوى فعالة داخل كل فرد تتاضل باستمرار من أجل تحقيق الذات بصورة متكاملة، وتعتبر القوى حافزا نحو التضج والاسقلال والتوجه الذاتي، وهذا الدفاع (القوى) يتماهى بقوة لتحقيق الذات ولكنه يحتاج إلى مناخ مناسب متطور يساعد على تنمية بناء جيد التوازن، بمعنى أن الطفل محتاج لمناخ يبنى يساعده على تحقيق الإشباع لهذا الدفاع التام، وأن يعطى الفرصة من أجل تكوين ذاته بطريقة واقعية وتقبلها من قبل المحيطين بالطفل حتى يستطيع هو تقبل ذاته؛ ومن ثم يعمل على تحقيق وإشباع لهذا الدفاع.

وتعتبر جلسات العلاج باللعب هي الفرصة التي تمنح للطفل لأن يكون ذاته ويعترف عليها، ومن ثم يكتب الشعور بالقيمة ويقدرته على توجيه ذاته بطريقة سليمة وبالتالي تقبل هذه الذات.

ثانياً، مواقف العلاج باللعب،

تعتبر فرجينيا أكسلين Axline أن العلاج باللعب يعتبر الفرصة التي تعطى للطفل لكي يخبر النمو في أفضل الظروف، حيث إن اللعب يعتبر الوسيلة الطبيعية للتعبير عن الذات؛ ولأنه الفرصة التي تتاح للطفل لكي يتخلص من مشاعره المترسمة من توتر عصبي وإحباط، وغدوان، وخوف، وصراع، وعن طريق إخراج هذه المشاعر إلى السطح فإنها تظهر وتكتشف للطفل ويواجهها ويتعلم أن يتحكم فيها أو يهجرها.

عندئذ يتحقق الاسترخاء الانفعالي، ويبدأ الطفل في التعرف على مآلديه من قوة داخلية ليكون إنسانا بحكم حقه الشخصي يفكر ويتخذ قراراته بنفسه، وبالتالي يستطيع تحقيق ذاته.

تقرر فرجينيا أكسلين Axline أن غرفة العلاج باللعب تعتبر أرضاً جيدة ذات مناخ مناسب، ويتمثل الأمان في هذه الغرفة على اعتبار أن الطفل هو أهم شخص فيها حيث هو المسيطر على الموقف وعلى ذاته، لا أحد يعلى عليه مايفعله، لا أحد يتقد أفعاله، ولا يقترح عليه، ولا يقلقه أو حتى يتدخل في عائله الخاص.

فإنه يشعر الطفل أنه يستطيع أن يفسد جناحيه، وأن ينظر إلى ذاته يتمتع؛ ولأنه يعتبر مقبولاً تماماً، فإنه يستطيع أن يحتر أفكاره، وأن يعبر عن نفسه بشكل متكامل.

لأن هذا هو عائله، وأنه ليس مضطراً للتناقص مع قوى أخرى مثل سلطة الكبار، أو أن يكون هدفاً لإجباط شخص آخر وعدوانياته، فهو فرد بحكم حقه الشخصي، يعامل باحترام وكرامة، فإنه يستطيع أن يقول أى شيء يشعر به أو يرغب في قوله ويقبل تماماً، يستطيع أن يلعب بالدمى بأى أسلوب يرغبه ويقبل تماماً، يستطيع أن يحب ويكره، أن يكون سريعاً مثل الزوبعة أو بطيئاً مثل دبس السكر في بنابر، فإنها تجربة فريدة للطفل فجأة يجد أن مقترحات الكبار الأوامر، والتوبيخ، التسيود، الانتقادات، الرفض قد انخفضوا تماماً وحل محلهم قبول تام كامل، فجأة يختفى تدخل الكبار، ولم يعد يعيش في ظل شخص آخر، بل هو الآن في دائرة الضوء، وهذا الموقف بالنسبة لآى طفل يعتبر موقف تحدى واختبار، ويوجد شيء عميق داخل الطفل يستجيب لهذا التحدى الواضح يتواجد لممارسة هذه القوة التي بداخله للحياة ليواجهها لكي يكون فرداً ذا هدف واضح قادر على اتخاذ قراراته بنفسه.

والطفل في البداية يجرب هذه القوة بحذر، حيث يشعر بالأمان فإنه يتقدم بشكل أكثر جرأة لاكتشاف إمكانياته.

ولأنه لم يعد مقيداً بالقوى الخارجية، فإن الحافز الداخلى يأخذ دورته في النمو دون عوائق، وأن المعالج يعطيه الشجاعة لأن يتعمق أكثر وأكثر في عائله الداخلى لكي يستخلص ذاته الحقيقية عتلية.

ثالثاً ، العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل ،

تولى فرجينيا أكسلين Axline العلاقة العلاجية بين المعالج والطفل أهمية كبيرة حيث تعتبر أنه من أهم أسس نجاح الخطة العلاجية . حيث ترى أن حضور المعالج المتفهم والصادق في غرفة اللعب يعطى الإحساس بالأمان للطفل مما يساعد على نجاح العملية العلاجية، فينبغى أن يكون المعالج حساساً نحو مايشعر به الطفل وما يعبر عنه أثناء اللعب، أو عن طريق التعبير اللفظى وأن ينقل للطفل الإحساس بأنه متفهم له ومع ذلك يتقبله في كل الأوقات بغض النظر عما يقول أو يفعل، وبذلك يشجع المعالج الطفل لأن يتعمق أكثر وأكثر في عائله الداخلى لكي يكتشف ذاته الحقيقية .

ويعتبر عنصر القبول الكامل للطفل من وجهة نظر أكسلين أمراً في غاية الأهمية، ولكنها توضح لنا ماعية القبول، والإيجابية كما تقرها هي قبول الطفل قبولاً تاماً بكل أعماله وأقواله والاعتقاد الحاسم بأن الطفل قادر على اتخاذ القرار السليم وأن يبنى احتراماً لقدرة الطفل على أن يكون إنساناً مفكراً مستقلاً وذا أهداف، والقبول يعنى أيضاً

تفهم للمعالج لوجود الدافع الذي يكمن داخل الطفل نحو اكتشاف ذاته وتحقيق كامل لذاته كفرد متحرر نفسياً.

ولقد ذكر كثير من العلماء المهتمين بدراسة وعلاج اللجلجة إلى ضرورة أن تكون أساليب علاج اللجلجة تركيبي من أساليب علاجية كلامية نفسية واجتماعية، ومنهم فليب جلاسر Glasner (١٩٦٢)، باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩)، مصطفى فهمي (١٩٦٥)، تشارلز يلمان Pellman (١٩٦٢) بهرت راج Raj (١٩٧٦) لى واكابا Wakaba (١٩٨٣) وذلك على اعتبار أن اللجلجة مرآة تعكس شخصية تعاني من اضطرابات نفسية، وأن الخوف الكامن لدى الطفل يمنعه من التحكم في أعضاء الكلام.

ووجهة نظر المؤلفة في هذا الشأن هي أنه إن لم يكن الأساس أو السبب في حدوث اللجلجة هو الاضطرابات النفسية، فهذه الاضطرابات تعتبر نتيجة حتمية لوجود هذا الاضطراب، وتتسامل المؤلفة.

ماهي النتائج التي تؤثر سلباً على شخصية الطفل المتسلجج بمجرد انتقاله من مرحلة اللجلجة البدئية إلى مرحلة اللجلجة الثانوية ؟ وهذا معناه أن الطفل بدأ يعي ويدرك قصوره اللفظي، بدأ يعرف أنه يتكلم بطريقة مختلفة عن الآخرين، بدأ يتعلم محاربة إعاقته الكلامية، هنا يصبح الطفل ضحية للإحساس بالمعجز والخوف من الجهول ويزداد التوتر والخوف من المواقف الاتصالية التي تطلب منه الكلام.

وما لاشك فيه أن كل هذا سيؤدى بالطفل إلى الخوف والابتعاد عن المواقف الاتصالية، الخوف من الكلام، الإحساس بالصراع الدائم في مواقف الكلام هل يتكلم أم يصمت وما يترتب على الصراع من شعور بالإحباط والذنب والخوف من القشل الدائم.

وهكذا يجد الطفل نفسه يدور في دائرة مفرغة لا يعلم أين طرفيها، ويتبع عن هذا الإحساس بالقلق الدائم والخوف من الجهول مما يؤدي به إلى كره النفس والآخرين والأنطواء بعيداً عن الناس والأصدقاء والأقارب.

من هنا ترى المؤلفة أنه في كلا الحالتين ضرورة وجود علاج نفسي يأخذ بيد الطفل إلى بر الأمان، إلى الإحساس بالأمن والنخلة من التوتر والخوف وإلى تقبل ذاته حتى مع وجود القصور اللفظي.

الأهداف العامة ،

يستخدم المعالج اللعب كوسيلة تشخيصية ، حيث يعتبر أن سلوك العقل المضطرب نفسياً أثناء اللعب مختلف عن سلوك الطفل الطبيعي ، فهو يعبر عن مشكلاته وصراعاته واندفاعاته غير المقبولة اجتماعياً ، فمثلاً نجد الطفل يحاول إسقاط مشاعره وانفعالاته التي لا يستطيع إظهارها تجاه الكبار خوفاً من العقاب ، لكن يستطيع إسقاط هذه المشاعر على الدمى وأدوات اللعب وهذا يسهل تشخيصها وتلمس أسبابها النفسية .

كما يمكن الكشف عن رغبات وحاجات ومخاوف ومشكلات الأطفال مسن خلال تصرفات الطفل أثناء اللعب ، وذلك من خلال ملاحظة الأحداث والحركات والانفعالات التي تصاحب نشاط اللعب ، بالذات الأفعال التي تنسم بال تكرار والاهتمام من جانب الطفل ، وبالإضافة إلى فائدة اللعب التشخيصية لمؤته يعتبر أسلوبها علاجياً للأطفال الذين يعانون من بعض المشكلات والاضطرابات النفسية ، فمما لا شك فيه أن اللعب يوفر للطفل الفرصة لكسب بغير النمو في أفضل الظروف ، فالطفل يعتبر مقبولاً بدرجة كبيرة أثناء جلسات اللعب بغض النظر عما يقول أو يفعل لا أحد يقترح عليه أو يعاقبه أو حتى يوجهه ، ومع انحسار مصدر السلطة (الكبار) يشعر أنه السيطر على نفسه وعلى الموقف ، هنا يشعر الطفل أنه ينظر إلى نفسه نظرة واقعية لأنه مقبول تماماً ، وأنه فرد له كيانه يتمتع بكل الحقوق . (حامد زهران ، ١٩٧٨ : ٣٤١ - ٣٤٤) .

ويؤكد جليسي دانيال (Daniel) (١٩٨٢ : ٧١) على أهمية العلاج باللعب الجماعي كوسيلة تشخيصية ، حيث يرى أن اللعب الجماعي يركز على افتراض أن لعب الأطفال يكون أكثر تلقائية عندما لا يكونوا تحت ملاحظة الكبار .

ويستورد دانيال موضحاً أن الغرض من اللعب الجماعي هو محاولة خلق مناخ مشابه لحياة الطفل الطبيعية ، ومن خلال تلك الظروف يعتبر العلاج باللعب وسيلة تشخيصية ، حيث يقدم للمعالج معلومات مفيدة عن الطفل ، بالإضافة إلى استخدامه كوسيلة علاجية .

تري المؤلفة أن الهدف العام لهذا البرنامج - كما سبق أن أشارت - هو استخدام أسلوب العلاج باللعب كوسيلة تشخيصية وعلاجية للاضطرابات النفسية لدى الأطفال المتلجلجين .

ولكن تركز المؤلفة على نقطة هامة من وجهة نظرها ، فلقد وجدت من خلال دراستها لتظاهرة اللجلجة أن عامل التلق والتوقع وما يصاحبها من مشاعر التوتر والغلق هو العامل المسبب لحدوث اللجلجة التي غالباً ما تكون في بداية الجملة (الكلام) ،

بمعنى أن القلق الذى يصاحب عملية الاستعداد للكلام هو الذى يؤدي إلى حدوث اللجاجة، ولهذا رأيت المولفة أن أهم نقطة يمكن الاستفادة منها فى البرنامج العلاجى هو مساعدة الطفل على تقبل ذاته وعلى تقبل قصوره اللفظى.

إذ إن الطفل أثناء العلاج يشعر بالأمان وبأنه مستقبل إلى أقصى درجة بغض النظر عما يقول أو يفعل، وهذا سوف يعطيه الإحساس بأنه إنسان له احترامه، إنسان يتقبله الآخرون بدون قيد أو شرط، وهنا يحدث كما يقول فيليب جلاسنر (Glasner 1969) بممارسة الخبرة الاتفاعلية الصحيحة، حيث يكتشف أن الأفراد سوف يتقبلونه بدون قيد أو شرط. وإذا تقبل الطفل ذاته مع وجود القصور اللفظى فسوف يساعد على انخفاض نسبة القلق ومايصاحبه من مشاعر التوتر والخوف من حدوث اللجاجة مما يعمل على انخفاض درجة اللجاجة.

كما أن العلاج الجماعى يكتسب أهمية خاصة مع الأطفال، حيث إنه يساعد على إقامة نوع من التقويم لسلك الفرد فى ضوء استجابات أعضاء الجماعة بعضهم لبعض، مما يساعد الطفل على التعامل مع غيره من الأطفال، إذ يجب على الطفل أن يحترم ويظهر استجابة الآخرين، وأن يعمل على احترام مشاعرهم وهذا بدوره يساعد على إعطاء قيمة واقعية للعلاج النفسى.

الأهداف الإجرائية،

يتضمن البرنامج أسلوبا من أساليب العلاج النفسى، وهو أسلوب العلاج باللعب الجماعى غير الموجه لدى أطفال المرحلة الابتدائية والذين تتراوح أعمارهم من (٩ - ١٢) عاما.

- إعطاء فكرة لوالدى الطفل عن خطة العلاج ومواعيد الجلسات العلاجية.
- عقد جلسات العلاج باللعب الجماعى غير الموجه بين مجموعتين من الأطفال يبلغ عدد المجموعة الواحدة ٦ أطفال (٣ إناث - ٣ ذكور).
- تهيئة مناخ يتسم بالطمأنينة والأمان أثناء جلسات العلاج باللعب وتقبل الأطفال تقبلا تماما حتى يستطيع الطفل إطلاق العنان لمشاعره المتراكمة من توتر وحرية ومشاعر العدوان والخوف.
- بناء علاقة طيبة مع الأطفال لكي يشعروا بالأمان ويكون باستطاعتهم التعبير عن مشاعرهم تجاه الأشياء وأدوات اللعب.

- إتاحة الفرصة أمام الأطفال لكي يفهموا أنفسهم والعالم من حولهم، ولكن يصبحوا أكثر نضجا واستقلالية.

- إتاحة الفرصة أمام الأطفال لتأسيس علاقات اجتماعية مع بعضهم البعض.

حدود البرنامج العلاجي،

تم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج العلاجي كما يلي :

١- المجموعة العلاجية :

- تم تطبيق البرنامج العلاجي باللعب غير الموجه على مجموعتين بلغ عدد كل مجموعة (٦) أطفال تم اختيارهم من بين هؤلاء الذين طبق عليهم مقياس لتقدير درجة اللجاجة، وذلك بغرض تحديد درجة اللجاجة لكل منهم.

٢ - الجلسات العلاجية : (عددها، مدتها، مكان التطبيق).

- تم تطبيق الجلسات العلاجية للبرنامج في قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابة - كما تم تحديد عدد الجلسات بـ (١٦) جلسة (بواقع جلسة أسبوعيا) ومدة كل جلسة ساعة تقريبا.

٣ - مواصفات غرفة اللعب :

بعد اطلاع المؤلف على وجهة نظر فرجينيا أكسلين في مواصفات غرفة اللعب والانتراحات التي قدمتها بهذا الشأن رأيت المؤلف أن تكون مواصفات الغرفة كالتالي : (بعد أن أخذت في الاعتبار هذه المقترحات).

خصصت غرفة من غرف عيادة أمراض التخاطب بمعهد السمع والكلام لغرض جلسات العلاج باللعب وكانت مواصفاتها كما يلي :

- غرفة متوسطة الاتساع، حيث تقرر كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠: ٥٧) أن اتساع الحجرة يكون ذا دور حيوي في عملية العلاج، حيث إن ضيق الغرفة يولد العدوان ويسبب الدفاعات كما يساعد على كثرة المشاجرات بين الأطفال العدوانيين في أفراد المجموعة، وبالتالي يزداد الأطفال المتعزلين انسحابا عن الجماعة، أما اتساع الغرفة فهو أيضا غير مستحب حيث يساعد الطفل المتطوى على نفسه على الابتعاد عن أفراد الجماعة العلاجية ولا يشارك في اللعب، ولهذا من الأفضل أن تكون الغرفة متوسطة الاتساع.

- الغرفة ذات جدران وأرضية قابلة للتظيف بسهولة.

- تعتبر الغرفة فارغة تماما ماعدا طاولة صغيرة وكرسی في ركن من أركان الغرفة تجلس عليها المولدة من أجل تدوين الملاحظات.
- يوجد مسجل صغير على الطاولة لتسجيل الجلسات العلاجية بحيث لا يراه الأطفال حتى لا يؤثر ذلك على تلقائية الأطفال في التعبير اللفظي والفعلی مع أدوات اللعب ومع بعضهم البعض، ولكن يعطيهم الإحساس بالسرية التامة لما يفعلوا أو يفعلوا.
- يوجد طاولة مستديرة متوسطة الحجم وحولها كراسي بعدد أفراد المجموعة العلاجية.
- دولا ب صغير في ركن الغرفة تحفظ به أدوات اللعب.
- لم تسمح المولدة بملاحظة أو سماع الوالدين لما يجرى في الجلسات العلاجية داخل غرفة العلاج.
- روعى الحفاظ على نظافة الغرفة وكانت تولى هذه المهمة لعامله النظافة بالعبادة بعد انتهاء الجلسة العلاجية.

٣ - أدوات اللعب :

كما سبق الإشارة إلى أن اللعب هو وسيلة الطفل للتعبير عن ذاته، وهو لغته التي يتكلم بها، ويفصح لنا عن مكتون مشاعره من الخوف والعدوان والحيرة والنعدام الأمن، وتلعب أدوات اللعب دورا هاما في مساعدة الطفل على التعبير عن هذه المشاعر والانفعالات، وأدوات اللعب التي أوصت بها فرجينيا أكسلين Axline (١٩٦٩: ٥٤) للاستخدام في غرفة اللعب كما يلي :

منزل للدمى - تجهيز بعض قطع الأثاث المنزلی - عائلة الدمى (أب وأم وإخوة ورجاجة للرضاعة) بيرونة)، نماذج من العساكر والجنود، نماذج لبعض قطع الأسلحة، نماذج من الحيوانات، طاولة وكراسي، سرير للدمية (العروسة)، أدوات منزلية (أطباق، شوكة، ملاعق)، ملابس للدمية، بنادق، صنوبر به رمل وماء كمكان مناسب لوضع الجنود والعربات والحيوانات.

يرى تشارلز شيفر وكينين كونر Schaefer and Connor (١٩٨٣ : ١٩٦) أن المعالجين يستخدمون أنواعا عديدة من أدوات اللعب، بعض هذه الأدوات مركبة والأخرى غير مركبة، ويميل للمعالجون النفسيون إلى تفضيل استخدام المواد غير المركبة كالتصصال وأدوات للرسم وكذلك الماء والرمل والمكعبات وما شابه ذلك من مواد لكي تتيح للطفل الحرية التامة في التعبير عن النفس.

وبالإضافة إلى ما سبق هناك أدوات تركيبية تستخدم بشكل حيوي في ألعاب العلاج باللعب وهي ما يطلق عليها أدوات اللعب الأساسية وتشمل :

منزل الدمى، ونجھيز بعض قطع الأثاث المنزلي، وعائلة الدمى (الأب والأم والأخوة)، ودمية تمثل طفلاً رضيعاً، ونماذج من الجنود، ونماذج من الحيوانات، وبنادق وأسلحة، ومسككين وأجهزة تليفون، وطاولة للألعاب، كراسي، موقد، نلاجة، بدلة غوص، عرائس متحركة.

ولإيضاح الدور الذي تقوم به أدوات اللعب لكسب تساعد على تحقيق العملية العلاجية. نجد الأتي : منزل الدمى الذي يتكون من الأب والأم والأخوة والطفل الرضيع تساعد على فهم مشكلات الطفل والتعرف على مشاعره من حب وكراهة تجاه أفراد الأسرة، فقد يقذف بأحد أعضاء الأسرة بعيداً، وأن يضع نفسه (الدمية) بين أفراد الأسرة. وهي بذلك تعطي صورة واضحة في كيفية إدراك الطفل لعالمه.

- لعبة السلم والتعبان : تساعد الطفل الخائف المرتبك على إقامة علاقات اجتماعية مع غيره من الأطفال.

- نماذج من البنادق والأسلحة والطبل، تساعد الطفل في التعبير عن مشاعره العدوانية.

- أدوات الرسم والتلوين : تعتبر من الأدوات التي تعمل على إثارة مجموعة من المشاعر لدى الطفل، فالرسم وسكب الألوان على ملابس الطفل أو على الآخرين، وما يتبع ذلك من التنظيف والدخول في حوار مع الآخرين يؤدي إلى ظهور بعض الانفعالات التي تبدأ بالشكوى والاحتجاج وتنتهي بالاعتذار والحدس.

- الدمى التي تمثل الحيوانات : تعتبر هذه الدمية لها وظيفة مهمة في العلاج، وخاصة نماذج الحيوانات المتوحشة، فالطفل في بداية العلاج يسمح لنفسه بالتعبير عن مشاعر العدوان تجاه الحيوانات المفترسة (السينة) ولكنه لا يجرؤ على إصابة دميه تمثل الأب أو الأم، وبذلك يطلق التنفيس المطلق مع نماذج الحيوانات المفترسة، بمعنى أن الطفل يعبر عن مشاعره بصورة غير مباشرة.

- صندوق الرمل والماء : يستطيع الطفل عمل أي شيء وفق مزاجه، فقد يشكل ويهدم كيفما يشاء صحراء غابة منزل أو يضع الجنود ويدير الحرب.

- أدوات التسلق (بيتاً جحاً) : تعتبر من الأدوات التي تعمل على تحفيز الحرية في نشاط الطفل، وتساعد أيضاً على نمو السيطرة الذاتية للطفل ولذلك يسميه المعالجون (سلم التجاج).

- الألوان والصلصال والرمل : يمكن الاستفادة منها كأدوات لعب تساعد الطفل على إعلاء الدوافع المتعلقة بعملية الإخراج (الماء والرمل)، أما العرائش التي يمكن إبلاس وخلع ملابسها تساعد على إعلاء الدوافع الجنسية .

- المكعبات : يستفاد منها في إزالة مخاوف الطفل التي تترتب على تدمير الأثاث بمنزله، فعلايا ما يعاقب الطفل من قبل الوالدين ويحدث صراع بينهما بسبب هذه الأنشطة، ومن هنا يتدرب الطفل العدواني والكسوف على تصريف انفعالاته المكثومة بطريقة آمنة .

كما تساعد غالبية أدوات اللعب على زيادة وعي الأطفال بأنفسهم وبعلاقتهم مع الأشخاص المحيطين بهم في حياتهم الواقعية مما يساعد على كسب الاستبصار .

وتعتبر غالبية أدوات اللعب جزءا من الواقع، والطفل عندما يواجهها في غرفة اللعب فإنه يعيز ذاته مما يؤدي إلى تعزيز صورة الذات من خلال نجاحه في استخدامها، لذلك من الأفضل أن تكون الألعاب أشياء مجسمة للواقع، وأن تكون بسيطة في استخدامها لأنه إذا فشل الطفل في استخدامها يصاب بالإحباط . (كامبليا عبدالفتاح، ١٩٨٠ : ٥٣ - ٦٤) .

هناك اتجاه بين الكثير من المعالجين باللعب يرى أن الأطفال الأكبر سنا لا يتأثرون باللعب الأطفال الصغار، وأنها لا تثير مشاعرهم أو انفعالاتهم نحوها، ولكن هناك البعض الآخر الذي يرفض هذا الرأي، موضحا بأنه بأن تلك اللعب من الممكن أن تثير مشاعر الأطفال الأكبر سنا لعبسروا عن حاجاتهم المكبوتة من مشاعر العدوان والخوف والحاجة إلى الاستقلالية، ومع ذلك فهم يرون أن الألعاب تكون في غرفة اللعب وأن الطفل يختار تلك التي يشعر أنه في احتياج إليها، فيجب ألا يشعر الطفل أن الملعج يفرض عليه أدوات لعب بعينها؛ لأن هذا يؤدي إلى اضطراب الطفل، بل الأفضل أن يشعر الطفل أنه حر في اكتشاف كل الحقائق الخاصة بنفسه ولكن ينبغي ملاحظة أن الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (١٠-١٢) عاما دخلوا مرحلة المنافسة واللعب الواقعي، ولهذا يفضل توفير بعض أدوات اللعب المناسبة لهذا السن، مثل : ألعاب كرة السلة (البيسج بونج)، بالإضافة إلى استخدام أدوات اللعب التخيلي فإن مثل هذه الألعاب تشجع الطفل على اكتشاف ذاته والتعبير عنها. (لويس جيرنى Guer-ney، ١٩٨٣ : ٣٤ - ٣٥) .

أما الأدوات التي استخدمت في البرنامج العلاجي فهي كما يلي :
منزل الدمى :

وهو عبارة عن منزل خشبي ويتكون من أم وأب وأخوة وطفل وضيق - وبه عدة
حجرات نوم وسفرة - حجرة جلوس، مطبخ صغير - رجاغة للرضاعة (بيرونة) .
دمى تمثل حيوانات :

نماذج من الحيوانات المألوفة للأطفال مثل الأسد - النمر - الحصان -
الجمار - الكلب - القطعة . . . إلخ .
دمى تمثل العساكر :

نماذج من الدمى تمثل عساكر وبعض نماذج من الأسلحة مثل البنادق والدبابات،
بنادق كبيرة (تصدر صوتا مع التشغيل) .

أدوات للرسم :

ألوان زيتية ومائية، وأقلام ملونة، وأوراق للرسم .
- بعض الألعاب الميكانيكية مثل المكعبات والميكائو .

اللعب التي تمثل وسائل النقل :

السيارات - الدراجة - الطائرات - المراكب .
- لعبة السلم والتعبان .

- عدة مكعبات ملونة من قطع الصلصال .

- الرمل والماء : لبناء البيوت والغابات لوضع الحيوانات بداخلها .

أدوات المطبخ :

أطباق - شوكة - ملاعق - بوتاجاز صغير .

- بعض نماذج للسلطة : طيب - مدرس - رجل الشرطة .

التحديدات الواجب مراعاتها في البرنامج العلاجي :

ينبغي على المعالج أن يحدد سلوك الطفل حتى لا يخرج الجلسة عن مسارها
للخبط لها، ويستطيع كل طفل الاستفادة من الجلسة العلاجية :

١ - العمر الزمني لأفراد المجموعة :

تراوحت أعمار أفراد المجموعة العلاجية من ٩ - ١٢ عاما، حيث رأت المؤلفة أن
يكون هناك تقارب في العمر الزمني بين أفراد المجموعة لكي يساعد على التكيف
الاجتماعي مع بعضهم البعض .

٢ - جنس أعضاء المجموعة :

رأت المؤلفة أن تكون أفراد المجموعة العلاجية خليطاً من الجنسين الإناث والذكور. حتى تكون مشابهة للمواقف التي يقابلها الطفل في حياته خارج غرفة العلاج. فالمجموعة التي تضم إناثاً وذكوراً طبيعية من أن تكون مقتصرة على جنس واحد.

٣ - تنظيم وقت الانضمام للمجموعة :

حددت المؤلفة وقتاً محدداً لهذه الجلسات العلاجية وحددت عدد أفراد المجموعة بـ (٦) أطفال، ولم تسمح بدخول أطفال جدد فيما بعد، وذلك حتى لا يخرج البرنامج عن مساره المخطط له ويستطيع كل طفل الاستفادة من العلاج.

٤ - استبعاد بعض الأطفال من جلسات العلاج الجماعية :

يعتقد لويس جيرني Guerny (١٩٨٣ : ٣١) أن هناك بعض الأطفال غير مناسبين للعلاج الجماعي ويفضل استبعادهم من الجماعة العلاجية وهم :

- الأطفال الذين لديهم شعور بغيرة شديدة.
- أطفال لديهم دوافع جنسية.
- أطفال لديهم مشاعر عدوانية شديدة.
- أطفال يعانون من حالات الكبت الشديد أو السرقه بإصرار.

٥ - سرية الجلسات :

عملت المؤلفة على أن تتم جلسات العلاج باللعب في سرية، ولم تسمح للوالدين بدخول الغرفة أثناء الجلسة، وذلك حتى يشعر الطفل بالأمان، ويرى لويس جيرني Guerny أن الطفل ينبغي أن يضمن أن ما يحدث في غرفة العلاج لن يقوله المعالج لأي شخص آخر، ومن حق الطفل على المعالج أن يوصل له هذا الشعور، ولكن إذا كان الطفل يريد أن يشارك شخص ما فإن له الحق في ذلك أيضاً.

٦ - محددات سلوك الطفل في غرفة العلاج :

حدود غرفة اللعب ينبغي أن تكون قليلة ولكن واضحة، وعلى المعالج أن يقرر الحدود بطريقة هادئة وليس بطريقة الأمر والنهي، فمثلاً نجد أن المعالج يسمح للطفل بالتعبير عن مشاعره، ولكن هناك بعض المشاعر لا يسمح بالتعبير عنها بشكل مباشر وعلى، مثل انفعال الغضب لا يمكن التنفيس عنه عن طريقة كسر التوافد أو تدمير غرفة

اللعب، ولكي يوجد قنوات نشاط معنية مسوح بها، فقد يظن النار على الأرض، يرمي أدوات اللعب غير القابلة للكسر، كما أنه من الأشياء الضرورية التي يجب أن يتعلمها الطفل هو أن لا ينكر مشاعره الشخصية، ولكن يوجد منافذ مقبولة لذلك، كما أنه غير مسوح للعقل بإبداء المعالج بدنياً لأن ذلك قد يوقظ مشاعر الغلق والذنب لدى الطفل في علاقته بالشخص الوحيد الذي يستطيع أن يساعده، ولكنه مسوح للطفل أن يعتدى على المعالج في صورة رمزية (من أدوات اللعب) عندئذ يتقبل المعالج شعور الطفل بالغضب، كما يعتبر السلوك العدواني هنا نافعا في العلاج لأنه لا يعمل على إيقاف الشعور بالذنب لدى الطفل. (Drofman، ١٩٥١ : ٢٥٧ ، ٢٥٨).

ولهذا عملت المؤلف على أن تضع حدودا لتصرفات الأطفال في غرفة العلاج بطريقة هادئة وليس بطريقة الأمر، وذلك حتى لا تثير مقاومة الأطفال، ولكي تحافظ على أمن الأطفال في غرفة العلاج.

علاقة المعالج بالطفل ،

بولي كلارك مونتاسكس (١٩٩٠ : ٢١ - ٣١) العلاقة العلاجية بين الطفل والمعالج أهمية بالغة، حيث يؤكد على أهمية الدور الذي يلعبه المعالج في العملية العلاجية، وأن مايقوله المعالج أو يقوم به من أشياء وكيفية تعبير المعالج عن مشاعره تجاه الطفل هي من الأمور الهامة جدا لما لها من تأثير على العملية العلاجية.

ويستطرد مونتاسكس موضحا ضرورة أن يكون لدى المعالج إيمان بالطفل وقدراته على حل مشاكله ، ذلك لأن الطفل يكون على وعي تام بمشاعر المعالج نحوه وبما إذا كان هذا الشخص يتق فيه أم لا . هذا بالإضافة إلى أن تقبل واحترام العقل يعطيه الشجاعة للتعبير عن مشاعره وعن نفسه بصورة واضحة . ويصف مونتاسكس العلاقة العلاجية بأنها عملية تجارب المعالج في حساسية مستمرة مع مشاعر وأحاسيس الطفل . حيث يتقبل المعالج اتجاهات الطفل، ومن ثم يقوم بتقل وتوصيل الثقة في صورة صداقة ومناسبة للطفل، ويعكس ذلك كله في أن يكن له التوفير والاحترام ٤ .

وهناك وجهة نظر ترى أن دور المعالج ليس في مراقبة سلوك الطفل وتغييره، وإنما ينبغي أن يشارك الطفل اللعب، فهم يرون أن الأطفال لا يحتاجون فقط لتفسيرات وبصيرة المعالج ولكن يحتاجون إلى نوع من الحنان والاهتمام حرموا منه منذ الطفولة، ويمكن إمدادهم به بواسطة المعالج الذي يعتبر مشاركا محبوبا وليس مراقبا فقط، وهذه المشاركة تعتبر جزءا متقلبا من دوره الأبوي .

وذلك بغرض إزالة مقاومة الطفل للعلاج ومحاولة لكسب ثقته عن طريق إزالة المسافة التقليدية بين الكبار والطفل.

ويرى لويس جيرني Guerny (١٩٨٣) أن المهم ليس هو مشاركة الطفل أعباءه ولكن الدور الحقيقي للمعالج هو أن يسمح للطفل أن يعبر عن نفسه دون خوف من التقييم أو النقد حتى حين تفرض الحدود.

ويتحدد دور المعالج في النقاط التالية :

١ - أن الطفل يكون محور اهتمام المعالج خلال الجلسة.
٢ - كل أفكار ومشاعر الطفل مقبولة تماما لمدة هذه الجلسة ولكن ليس كل السلوكيات.

٣ - التفكير فيما يهم الطفل وفيما يفكر وبما يشعر وماهى أحلامه.

وهذا النوع من الانتباه الشخصى للطفل (الذى يحدد سمات هذه الخبرة الفردية) يحمل الطفل الالتزام أن يتنعم بتلك الفرصة من أجل تحسين حالته. وبما أن المعالج لا يتحدى أبدا شرعية ما يعبر عنه الطفل (عدا بعض الحدود القليلة) فإن الطفل حر فى أى مكان وزمان فى أن ينظر إلى نفسه كما هى حقيقة، ومايجب أن يكون أو لايجب أن يكون فيما يتعلق بالأخرين والواقع المادى. (Guerny، ١٩٨٣ : ٤٢ - ٤٣).

اتخذت المؤلفة من القواعد التى وضعتها فرجينيا أكسلين (١٩٦٩: ٧٤) والتي توجه المعالج النفسى فى الجلسات العلاجية وهى كالتالى : والتي سبق أن أوردتها فى الفصل الثانى.

- ١ - تنمية علاقة مع الطفل تتميز بالصدالة والدفء.
- ٢ - تقبل الطفل تقبلا تاما.
- ٣ - تسم العلاقة بين المعالج والطفل بالتسامح لدرجة يشعر فيها بالأمن النفسى.
- ٤ - أن يكون المعالج متبها لكى يتعرف على المشاعر التى يعبر عنها الطفل ثم يعكس هذه المشاعر بطريقة تكسبه استبصارا بسلوكه.
- ٥ - أن يكون لديه إيمان كامل بقدرات الطفل على حل مشاكله وبقدراته على تحمل المسئولية.
- ٦ - ألا يحاول توجيه الطفل فى اختيار نشاطه أثناء عملية اللعب، فالطفل هو الذى يختار المعالج يتابعه.

بالإضافة إلى ما سبق رأيت المؤلفة إضافة النقاط التالية نظرا لأهميتها في العلاج الجماعي :

- تشجيع الأطفال على إقامة العلاقات الاجتماعية وذلك بتشجيع الأطفال خاصة المتطوين السدى يخافون من الدخول في محادثات ودودة مع غيرهم من الأطفال، وذلك بمحاولة اطلاعهم على نواحي النشاط المختلفة بطريقة غير مباشرة.
- أن تقوم العلاقة العلاجية بين المعالج والأطفال على أساس الاحترام المتبادل. وألا يشارك المعالج الأطفال اللعب حتى لا يتخلى عن دوره العلاجي التام وذلك حتى يشعر كل طفل أن الجلسة بأكملها ملك خاص به من حقه.
- الابتعاد عن استخدام ألفاظ الاتهام والقلذ أو الألفاظ النابية التي قد يرددها بعض الأطفال.
- ألا ينشغل المعالج عن ملاحظة الأطفال بالكلام وأن يكون ودودا مع الأطفال. (كاميليا عبد الفتاح، ١٩٨٠ : ٩٧ ، ٩٨) .
- ملاحظة سلوك وتصرفات الأطفال وكتابتها، بالإضافة إلى تسجيل الجلسات في غرفة العلاج.
- إعطاء فكرة موجزة عن ماهية العلاج وكيفية تطبيقه ومواعيد الجلسات وعددها.

أدوار المشاركين في تنفيذ البرنامج العلاجي :

- لقد تعاون مع المؤلفة بعض الأساتذة المتخصصين وذوى الخبرة في مجال العلاج الكلامي بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهم :
- ١ - أطباء الأنف والأذن والحنجرة.
 - ٢ - الأخصائي النفسى.
 - ٣ - أخصائي التخاطب.

تفصيل ماتم تناوله في الجلسات العلاجية

مرحلة ما قبل العلاج ،

في هذه المرحلة تم إعطاء الوالدين شرحا موجزا عن ماهية العلاج باللعب والراحل العلاجية التي سيعبر بها وعدد الجلسات. وذلك بهدف تدريب الطفل على التعبير عن مشاعره بحرية من أجل الوصول إلى هدف عام، وهو إكساب الطفل الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار.

بنت المؤلفة وجهة نظر لويس جيرني Guerny (١٩٨٣ : ٤٨ ، ٤٩) (والتي سبق ذكرها في الفصل الثاني بالتفصيل) في كيفية سير العملية العلاجية والراحل التي تمر بها.

الجلسة الأولى (التمهيدية) :

هذه الجلسة لها أهمية كبيرة؛ لأن الإدراكات والانطباعات التي تتكون لدى الطفل في البداية يكون لها تأثير كبير في دورة الأحداث العلاجية؛ ولهذا حاولت المؤلفة أن تبذل قصارى جهدها لكي تشعر الأطفال بالدفء والود (خاصة الطفل الحائض أو المنطوى أو المحجول) وبأنه سيكون مقبولا تماما ومدعما، وعملت المؤلفة على :

- تقبل وتفهيم مقاومة الأطفال في بداية الجلسات.

- إلقاء التحيات والابتسامات التي تنسم بالدفء في محاولة لجذب ثقة الطفل.

وأعطت المؤلفة الأفضال فكرة مبسطة عن ماهية العلاج باللعب، فقالت : (إن هناك ساعة كاملة هي وقت الجلسة تستطيع أن تقول ماتشاء وتفعل أي شيء تريده) وإذا كان هناك شيء لاينبغي أن تفعله فسوف أخبرك به في حينه.

(الجلسات المبكرة) من الجلسة الثانية حتى الجلسة الرابعة :

يكشف الطفل في هذه الجلسة بعض الأمور الواقعية لجلسات اللعب مثل :

١ - اكتشافه للمعالج كصديق .

٢ - اكتشاف وضعه هو بالنسبة لهذه البيئة الاجتماعية المختلفة.

في هذه الجلسات : حيث بدأ الأطفال في اكتشاف البيئة من حولهم والتعرف على أدوات اللعب، كما بدأ بعض الأطفال يشتركون في أنشطة اللعب وتدور محادثات بينهم، كما تسم هذه الفترة أيضا بظهور السلوك العدواني، ولهذا كان من الضروري أن تحدد المؤلفة حدود سلوك الأطفال وتصرفاتهم بطريقة هادئة صادقة، وليس عن طريق الأمر والنهي، وذلك حتى لا تخرج الجلسة عن مسارها الصحيح.

ويظهر في هذه الجلسات أيضا الأطفال التابعين أو الخاضعين، حيث يترددون في الاشتراك في أنشطة اللعب، هنا كانت المؤلفة تحاول اطلاقهم على نواحي الأنشطة المختلفة للعب بطريقة غير مباشرة، حيث إن الطفل في هذه الحالة لا يفتقد إلى الموارد التي تزله للعب بقدر ما هو محتاج لأن يشعر أن الكبار لن يقيموه أو ينتقدوه.

- بناء علاقة طيبة مع الأطفال تسم بالود والدفء والتقبل لمشاعرهم، وكل ما يصدر عن الأطفال من تعبيرات لفظية أو فعلية (عدا بعض الحدود القليلة).
- إظهار الاهتمام بالأطفال وإشعارهم بذلك، وذلك بهدف مساعدة الطفل على بناء هويته.

الجلسات الوسطى : (من الجلسة الخامسة حتى الجلسة الثامنة)

في هذه المرحلة يبدأ الأطفال في تأسيس علاقة مع المعالج تسم بالثقة والاسترخاء.

وفي هذه المرحلة يزداد اندماج الأطفال مع بعضهم البعض، وبالتالي تبدأ مظاهر السلوك العدواني في الظهور من حين لآخر، ويزداد اشتراك الأطفال في أنشطة اللعب التي تتمثل في محاولة بعض الأطفال في الإساءة إلى الآخرين بالضرب أو السب أو السيطرة عليهم، أو في الاستحواذ على أدوات اللعب، ويكثر اهتمام بعض الأطفال بكيفية رعاية الطفل الرضيع التي تنبع من الرغبة في أن يهتم بهم كأطفال صغار من قبل المعالج.

في هذه المرحلة تبدأ عملية التعرف الجاد على شخصية الطفل وعمو تقبل الذات يبدأ في اتخاذ مكانه، ولهذا يسم سلوك المؤلفة بالآتي :

١ - التقبل التام لجميع اتجاهات ومشاعر الأطفال عدا الحفاظ على الحدود التي سبق أن قررتها المؤلف مع الأطفال ليس عن طريق الأمر والنهي، ولكن عن طريق إشعار الطفل بالمساعدة والتفاهم.

٢ - المحافظة على إظهار اهتمامها بالأطفال وإشعارهم بذلك عن طريق التعليق على نشاطهم بصورة ودية.

٣ - عدم إظهار الاتجاهات الناقدة لسلوك الطفل.

٤ - تشجيع الأطفال على توطيد العلاقات الاجتماعية بين الأطفال بطريقة غير مباشرة.

٥ - المحافظة على العلاقة بينها وبين الأطفال التي تنم بالتقبل والود والاحترام المتبادل.

٦ - عدم مشاركة المؤلف في أنشطة اللعب حتى لا تتخلى عن دورها في ملاحظة وتقييم سلوك الأطفال.

٧ - عكس مشاعر واتجاهات الطفل، حيث ينبغي على المعالج أن يعيد نفس الرموز التي استخدمها الطفل، مثل: قد يقول الطفل للدمية (الأم) «هي بتكره الولد» هنا يجب على المعالج أن يرد تقريبا نفس الرموز فيقول: «هي بتكرهه» ولكن من الخطأ أن يقول: « الأم بتكره الولد أو الأم بتكرهك » وذلك حتى يترك للطفل مسئولية تسمية موضوعات مشاعره الدفينة. (كاميليا عبد الفتاح، ١٩٨٠، ١٠٢).

الجلسات الأخيرة (من الجلسة التاسعة حتى الجلسة السادسة عشرة)

تبل هذه الجلسات لأن تكون أكثر واقعية بالرغم من استمرار اللعب بالدمى واللعب الخيالي.

- اختفاء مظاهر السلوك العدواني إلى حد كبير عن ذي قبل.

- نسيان الإحباط من جانب الطفل فهو يستطيع تقبل الهزيمة وهو يضحك.

- توطيد العلاقات الاجتماعية بين الأطفال واختفاء مظاهر السلوك العدواني إلى حد كبير.

مثال توضيحي

البيانات العامة للحالة :

الاسم	:	(م)
السن	:	١٠ سنوات
الصف الدراسي	:	الصف الرابع الابتدائي
عدد الإخوة	:	ثلاثة ترتيب الطفل : الثاني
الأب	:	متوفى
الأم	:	متزوجة منذ ١٤ عاما.
علاقة الأم بزوجها الحالي	:	علاقة توافق.
علاقة الحالة بزوج الأم	:	علاقة تسم بالتوتر والسيطرة وكثيرا مايلجأ زوج الأم إلى العقاب البدني.
علاقة الحالة بأبها	:	علاقة تسم بالإهمال والتبذ والرفض.
علاقة الحالة بأخوته	:	علاقة تشوبها الغيرة والكراهية وهم إخوة غير أشقاء.
مهنة ولى الأمر (زوج الأم)	:	مدرس بالمرحلة الابتدائية.
المستوى التعليمي	:	متوسط
المدرسة وجماعة الأصدقاء	:	

يتضح من علاقة العميل بزملائه أنها علاقة إهمال وتبذ بسبب اضطرابه الكلامي وتنقص مساندة على الكلام السوي وعلى الإجابة بسهولة ويسر، مما أثر على مستواه الدراسي، ويحيل الحالة إلى الانطواء، ولايطبق التواجد مع زملائه في المدرسة؛ لأنهم يسخرون منه ويقلدون طريقة كلامه المعيبة مما أدى إلى كرهه لمدرسته ولزملائه.

الأحلام والنوم :

يعاني من الأحلام المزعجة، نومه متقطع، غير متصل.

اللزيمات والخاوف :

يعاني من عادة مص الأصابع إلى أن بلغ سن ثلاث سنوات، كما أنه يشعر بالخوف من الظلام.

ملخص للتاريخ التطوري للحالة ،

بدأت تظهر حالة الجلجلة عندما بلغ من العمر ثلاث سنوات وكان والده قد أصيب في حادث قبل مولده بأسبوعين تقريبا، وكان والده يعمل سائقا وبعد الحادث لم تجد الأم موردا ماليا لتنفق منه، وبدأت تبسب أثاث منزلها لتسد نفقات علاج زوجها بالمستشفى الذي توفي بعد ميلاد الحالة بحوالي شهر، بعد وفاة الزوج شعرت الأم بقسوة الحياة مع ميلاد طفلها وعبرت عن مشاعرها بأنها لم تشعر نحوه حيثشذ بأى عاطفة. ورفضت إرضاعه رضاعة طبيعية، وكان تبريرها لهذا الموقف أنها اضطرت للخروج للعمل، وأرسلت طفلها إلى والدتها لتربته، وكانت تذهب لتسراه كل يومين أو ثلاثة أيام، وبقي الوضع على ما هو عليه لمدة سنة تقريبا ثم تزوجت، وأنجبت بعد ذلك طفلا (ثالثا)، ومنذ ذلك الحين بدأت لجلسة الطفل (م)، وكانت الجلجلة في بادئ الأمر لجلسة طسيقة إلى أن ذهب للمدرسة، ومنذ ذلك الوقت بدأت تشتد تدريجيا إلى أن وصلت إلى حالة لجلسة شديدة مع بداية الصف الثالث وبدأ معها برفض الكلام نهائيا، ويكتفى بهز الرأس والإيماء عند الرد على أى أسئلة.

وفيما يلي عرض ملخص للجلسات العلاجية التي اشترك فيها الحالة مع خمس أطفال آخرين.

الجلسات العلاجية،

الجلسة الأولى،

حضر الأطفال الستة ودخلوا إلى الحجرة، رحبت بهم المؤلفة بإلقاء التحية، محاولة أن تشعرهم بالأمان والقبول، تكلمت معهم المؤلفة وأعطت لهم فكرة عما سوف يقومون به وذكرت لهم أن الحجرة بها علة لعب، يمكنهم أن يلعبوا بها بحرية تامة لمدة ساعة كاملة (زمن الجلسة العلاجية)، (وفضلت المؤلفة ألا تتكلم عن التحديدات في بداية العلاج حتى تشرك الأطفال على سجيبتهم في التعامل مع أدوات اللعب من أجل عدم إعاقة مشاعرهم العدائية أو السلبية خوفا من لوم المؤلفة)، حاول الأطفال استكشاف أدوات اللعب الموجودة والمتاحة لهم في الغرفة، وانصب اهتمام الأطفال في أول الأمر على الدمى التي تمثل الأشخاص والحيوانات، وإذا تكلمنا عن الحالة نجده وقف بعيدا يراقب الأطفال الآخرين دون محاولة مشاركتهم في استكشاف اللعب والتعرف عليها، حاولت المؤلفة من جانبها تشجيعه على محاولة الاقتراب من الأطفال الآخرين ومشاركتهم بإيجابية، إلا أنه رفض واكتفى بهز كتفه معبرا عن رفضه هذا، كما أن هناك بعض الأطفال اكتفوا بالجلوس بعيدا ومراقبة الآخرين وهم يلعبون.

الجلسة الثانية ،

حضر الأطفال الجلسة، ورحبت بهم المؤلفة كمساتها وجلست في ركن الغرفة لملاحظة سلوك الأطفال، وتدون ملاحظات عن كيفية لعبهم ومشاركتهم، بدأ الأطفال في استكمال اكتشاف غرفة اللعب والأدوات الموجودة بها، أخذ كل طفل لعبة وبدأ في اللعب بمفرده وتردد البعض الآخر في مشاركة الأطفال اللعب في بداية الجلسة وتدرجياً، ومع اقتراب الجلسة إلى منتصفها بدأوا في اللعب بالدمى والكعبات، وبدأ الطفل (م) - قُرب نهاية الجلسة - في الانسحاب حذر من أدوات اللعب وكأنه يستكشفها، وكان ينظر ويلتفت إلى المؤلفة من حين لآخر وكأنه يريد معرفة رد فعلها، وفي الوقت نفسه حرصت المؤلفة ألا تشعره بأنه مراقب تماماً في سلوكه، مما شجعه على الاستغراق بعض الشيء في الألعاب الفردية، حيث جلس بمفرده في ركن الفرقة يلعب ببعض الكعبات ويكون منها صفاً طويلاً في أول الأمر، ثم أخذ بعض الدمى يرضعها في ذرّة، وظل كذلك إلى أن انتهت الجلسة.

الجلسة الثالثة،

حضر الأطفال في الموعد المحدد، ورحبت بهم المؤلفة كالعتاد، وحاول كل طفل الحصول على لعبة يفضلها ليلعب بها، ولكن المؤلفة لاحظت أن لعب الأطفال ما زالت تتم بالفردية، بمعنى أن الأطفال لم يشتركوا بعد في أنشطة لعب جماعية، ولكن بالرغم من ذلك لاحظت المؤلفة أن الأطفال بدأوا يطمشون إلى المؤلفة وقل التردد، وبدأت المخاوف تتبدد إلى حد كبير، واتضح ذلك من مظاهر التودد إلى المؤلفة، بدأ الحديث معها حديث الأطفال مع بعضهم البعض، الالتزام بتوجيهات المؤلفة أثناء الجلسة العلاجية.

أما بالنسبة للطفل الذي نحن بصدد عرض حالته كمثال توضيحي، فلقد بدأ منذ هذه الجلسة وهي الثالثة في الإقدام نحو بعض الأطفال أعضاء المجموعة العلاجية ونحو الألعاب، فبدأ يمد يده يستكشف ويقب بعضها. فبدأ بقطع الصلصال، وأخذ يعمل منها بعض الأشكال مثل كور، حبل، وانتقل إلى اللعب بالدمى التي تمثل عساكر وجنود، وقام بوضعها في صندوق الرمل كأنهم يحاربون في الصحراء.

ثم أمسك بلعبة التليفون وأخذ يدير قرص التليفون، ويرفع السماعة، ثم ينظر للباحثة ولكن لا يتكلم أحداً، ثم يضع السماعة مرة أخرى بسرعة (لاحظت المؤلفة أن رغبته في أن يتكلم والتواصل مع الآخرين، ولكن مازال خائفاً هيباباً للمواقف الاتصالية، ثم أخذ يلعب بالكعبات دون هدف محدد، وهنا انتهت الجلسة).

وبعد انتهائها تقابلت المؤلفة مع أم الطفل، وأبدت عدة توجيهات لها، منها محاولة رفع الضغوط على الطفل أن تعمل على ألا تقاطعه لتصحيح أعطائه الكلامية، كما أن عليها أن تتجاهل لحظات اللجلجة حتى لا تلتفت انتباهه إليها من حين لآخر، ولا تذكركه بأنه ذا عيب أو قصور، والأهم من ذلك منع الضرب والعقاب البدني للطفل.

الجلسة الرابعة،

حضر خمسة أطفال فقط هذه الجلسة، حيث تغيب أحدهم في حين حضر أحد الخمسة متأخرا عن موعد بدء الجلسة، ودخل الحجرة، وأبدى اعتذاره للمؤلفة عن التأخير، قبلت المؤلفة اعتذاره، وطلبت منه الالتزام بالمواعيد فيما بعد، وقالت موجهاً الكلام لكل الأطفال : (من الأفضل أن تحضروا في الميعاد المحدد للجلسة حتى تستمتعوا باللعب لمدة ساعة كاملة، حيث إنه لا ينبغي أن تتجاوز مدة الجلسة الوقت المحدد)، ولقد وجدت المؤلفة في هذه التحديدات شيئين هاميين :

أولاً : حرص الأطفال على الالتزام بمواعيد الجلسة يعطيهم انطباعاً على أن العلاقة بين المؤلفة والأطفال هي علاقة علاجية لها حدود أساسها الود والتقبل والاحترام المتبادل .

ثانياً: رأت المؤلفة أن التزام الأطفال بالمواعيد المحددة للجلسات تساعدهم على التوافق مع الظروف خارج حجرة اللعب (في حجرة الدراسة، المنزل)، لهذا عملت المؤلفة على متابعة واستمرار التحديدات التي اتفق عليها .

بدأ الأطفال يشارك بعضهم البعض في أنشطة اللعب ولكن بصورة مبسطة، بمعنى أنه من الممكن أن يشترك اثنان باللعب في عمل حجرة بالمنزل أو تجهيز منزل بالأنات والدمى، والبنات تقوم بإعداد الشاي والقطور للأولاد، (هنا رأت المؤلفة أن عملية تأسيس العلاقات الاجتماعية بدأت في الظهور) .

الجلسة الخامسة،

بدأت هذه الجلسة كتابتها من الجلسات .

شد انتباه الأطفال في هذه الجلسة ألعاب الدمى التي تمثل العساكر والبنادق، قام الأطفال برص العساكر في صندوق الرمل وكذلك الدبابات والعربات والأسلحة الصغيرة .

ولكن الطفل (الذي نستعرض حالته) لم يشاركهم اللعب، وكان أقلهم إيجابية فكان يكتفي أحيانا بالنظر إليهم ومتابعتهم ويضحك إن كان هناك ما يضحك .

ثم بدأ يلتفت نظره لعبة اليكاثو، وحاول تنفيذ إحدى الصور المرسومة بالكتيب المرفق مع اللعبة، لكنه لم ينجح في محاولته الأولى، هنا اقترحت المؤلفه أن يختار شكلاً آخر أكثر سهولة وأقل تعقيداً، رفض الطفل هذا الاقتراح وقام بعيداً، وظل ينظر إلى الأطفال الآخرين وهم يقومون باستخدام التليقيس في التحدث دون محاولته مشاركتهم، ثم ذهب وجلس بعيداً عن الأطفال، وقام باللعب بالعربات الصغيرة التي تحدث صوتاً مع سيرها.

الجلسة السادسة :

حضر الأطفال في الميعاد المحدد للجلسة ماعدا طفلة تغيبت بسبب مرضها، وبدأ الطفل (م) في حالة أفضل - إلى حد ما - عن ذي قبل، إذ بدأ فور دخوله الغرفة بإلقاء التحية على المؤلفه (السلام باليد والإيماء بالرأس).

بدأ الأطفال يشتركون في الأنشطة داخل الغرفة والبعض الآخر بصورة منفردة وأمسك الطفل (م) بعائلة الدمى ووضعها أمامه ونظر إلى المؤلفه وقال: يمكن أحطهم في الرمل والعب، قالت المؤلفه: يمكن، ثم يسأل الطفلة: * ولكن دول إيه *، قالت: أسرة أم وأب وأخوة، فجلس ووضعهم أمامه في صندوق الرمل - وجلس يلعب لفترة - تارة يضع الأسرة وحولها الشجر في الحديقة وتارة يتابع ألعاب وصياح الأطفال الآخرين، ثم قامت المؤلفه ونحوها وسألت: * أنت عملت إيه *.

الطفل (م) * الأم بتعمل الأكل ودول تساعدني يفرجوا عليها* - وبقي الأسرة في الجانب الآخر بما فيهم الطفل الرضيع.

جاءت طفلة وقالت: * أنا ممكن أعملك حاجة أحسن من كده *.

الطفل (م): * ابعدي - ماحدث طلب منك حاجة *.

الطفلة: * الأيلة قالت كل اللعب دي بتاعتنا كلنا *.

الطفل (م): * يدفعا ويوقعها على الأرض (قلت لك ابعدي).

طفل آخر: يا أخى حرام عليك - أنت فاكتر نفسك قوى إيديها اللعبة شو به (ضغط من أجل تعديل السلوك الاجتماعي).

المؤلفة تتدخل: لاندفعها هكذا على الأرض - (هنا رأت المؤلفه أن تمنعه من هذا السلوك - حتى تساعد الطفل على التوافق مع الآخرين خارج الغرفة العلاجية في العلاقات الاجتماعية بطريقة سليمة؛ لأن عمل كهذا لن يتقبله منه أحد خارج الغرفة.

نظر الطفل (م) إلى المؤلف، وترك اللعب بالدمى، وأخذ بتدقبة وأخذ يضرب بها محدثا صوتا عاليا (تفتيس للغضب).

(ولقد لاحظت المؤلف أن هذه أول مرة يخرج من حالة الصمت والهدوء).

الجلسة السابعة،

انتظم جميع أطفال المجموعة العلاجية في هذه الجلسة، حيث لم يتخيب أحد بمجرد دخول الأطفال الغرفة والترحيب بهم من قبل المؤلف بدأوا يتشرون في الحجر، وجرى ثلاثة أطفال نحو التليفون كل واحد يحاول أخذه قبل الآخر، وعندما حصل عليه أحدهم أدار الحوار التالي :

طفل (١) : حصل على التليفون.

طفل (٢) : « هات التليفون. أنت كل مرة يتأخذه » (صياح وبلبلجة بين الطفلين).

طفل (٣) : « على يأخذه شوية وبعدين كل واحد فينا يلعب به » (ضغط من شأنه تعديل السلوك).

بعد ذلك اندمج الأطفال في اللعب بالصلصال والرسم والدمى، جلس الطفل (م) يلعب بالميكانو، وأعطته المؤلف صورة لسيارة صغيرة استطاع عملها بعد فترة، وجاء يقول : « عرفت عملها، المؤلف قالت : « كده صح »، ثم ذهب بعد ذلك وتابع بعض الأطفال وهم يتكلمون في التليفون، فجلس بجانبهم وأمسك به وأدار القرص، ثم تركه واتجه ناحية الدمى التي تمثل الحيوانات، قام برص الحيوانات في صندوق الرمل، وبدأ يدير معركة (مصارعة) بين الحيوانات وهو يكلم نفسه بصوت منخفض عن لسان كل واحد منهم.

الجلسة الثامنة،

حضر جميع الأطفال، وبعد الترحيب بهم من قبل المؤلف، جاء طفل وقال : « عاوزين نلعب باللعبة دي (السلم والتميان) إزاي ». جلست معهم المؤلف ولعبت مع الطفل هذه اللعبة، وجلس باقي الأطفال ثم بدأوا يشتركون في اللعبة بين فائز ومهزوم وصياح، وتزايدت لحظات اللجلجة التي تشتد مع الغضب والدفاع عن النفس.

وجلس الطفل (م) يراقب الموقف من بعيد، ثم أحضر عائلته الدمى ووضع الطاولة وعليها الأطفال، وكانت تشترك معه الطفلة التي كانت تقوم بوضع الأطباق

والملائق على السفرة، ثم قام الطفل (م) بوضع الدمى حولها وعندما وصل للدمية التي تمثل طفلاً رضيعاً لم يضعه ورماه بعيداً.

سأله الطفلة : « يمكن تقعه هنا » .

الطفل (م) : « ما يفتش يقعد هنا مفيش له مكان » (شعور الطفل بالغيرة والقلق على مركزه في الأسرة) .

الطفلة : « صح هو هيرضع وأعطته الطفلة البرازة » .

أحضرت الطفلة التليفون وأعطته واحداً وهي جهاز آخر (أحضرت المولفة جهازين من التليفون حتى يتمكن الأطفال من استخدامه في الحديث) واستخدم الطفل (م) التليفون مع الطفلة، وبدأ يتكلم بعض الكلمات - (بداية تفاعل اجتماعي بالنسبة له، وكسر حاجز الخوف من الكلام في المواقف الانصالية) .

الجلسة التاسعة،

دخل الطفل مع بقية الأطفال، وكالعادة بدأ كل واحد يجرى على اللعبة التي يفضلها ويكثر الصياح وتشد لحظات اللجاجة أحياناً، وتتنخفض أحياناً أخرى .

جلس الطفل (م) فهو لا يميل إلى الاندماج مع الأطفال بسهولة، ولذلك أخذ قطعين من الصلصال ذات ألوان مختلفة، وبدأ يعمل تشكيلات منه تعتبر بمثابة اللعب بالنسبة لسته، فلديه مهارة يدوية في عمل أشخاص وحيوانات من الصلصال، ووضعهم على صينية كبيرة وأحضرهم للمؤلفة. وقال : « شوفى أنا عملت إيه »، وقالت المؤلفة : « ممتازة أنت عملت ده كله لوحدهك ؟، انتهزت المؤلفة هذه الفرصة، وتكلمت مع والدته الحالة على أن هذا الطفل لديه مهارة يدوية ممتازة في التشكيل والرسم، وتستطيع الأم أن تتصل بمدرس التربية الفنية، وتتكلم وتشرح له حالته لكي يهتم به وينمي تلك القدرة لديه، فإن ذلك يساعد على تقبل ذاته، وفي الوقت نفسه يجد شيئاً يربطه بالمدرسة ويحبها، (حيث إن الحالة كان يكره الذهاب إلى المدرسة نظراً لسخرية أصدقائه منه، وإهمال المدرسين له بسبب ضعف مستواه الدراسي) .

الجلسة العاشرة،

عندما دخل الأطفال إلى الغرفة في هذه الجلسة لم يتجهوا إلى أدوات اللعب، ولكنهم قالوا : سوف نلعب لعبة الاستمائية (والتي تعرف بالقطعة العمياء) فوافق الجميع ما عدا الطفل (م) وقف في وسط الحجيرة يتسرح، فقالوا له : « تعال لعب معنا » .

الطفل (م) : هز العقل رأسه دون أن يتكلم .

طفل آخر : « أصل مايفعش لازم كلنا نلعب فيها » .

(ضغط وتوجيه من الجماعة من شأنه يساعد على الدخول في العلاقات الاجتماعية) ، وبالفعل بدأ يلعب الجميع ، وتزايد الصياح والضحك ، ولاحظت المؤلفة أن كثيرين من المجموعة لايقبلون الهزيمة بسهولة ، فداثما يقولون : « لا ، أنت ملمستيش » ، كما لاحظت أن الطفل (م) يضحك ويتكلم دون أن يدري ، وهو يجرى مع باقي الأطفال .

استمرت اللعبة إلى جزء كبير من الجلسة ، ومنه انتقلوا بعد ذلك إلى أنشطة اللعب الأخرى .

وجلس الطفل (م) تارة يعمل أشكالا من الميكائو والتي تعتبر أكثر صعوبة عن ذي قبل ، وكل مرة يلعب للمؤلفة ليعرضها عليها والتي كانت تقابل هذا الموقف بالإسقام والتشجيع ، ثم انتقل بعد ذلك إلى اللعب بعائلة الدمى والحيوانات مع الطفلة التي يعمل إلى أن يجلس معها ويلعب في هدوء .

الجلسة الحادية عشرة ،

دخل الطفل (م) مع غيره من أطفال المجموعة ، ثم توجه إلى اللعب ، وأمسك بالبنادقية ، وأخذ يصوب بها ، ويفسرب محدثا صوتا مدويا ، ويجري هنا وهناك في الغرفة ، ولأول مرة يقترح هو على المجموعة ، ويقول : « هلعب عسكر وحرامية » وأمسك هو وثلاثة أطفال المسدسات والبنادق والتين منهم عملوا الحرامية (توطيد لعلاقاته الاجتماعية مع الآخرين) .

بعدها ذهب الطفل (م) : لعائلة الدمى وأخذ الدمية (التي تمثل الأب) وأخذ يقدفه إلى أعلى . محاولا توجيهه إلى مروحة السقف ، فوقع وانكسرت رجله ، فيقول (م) « يايعني ، رجله انكسرت » ، ولكنه لايلبث حتى يكرر مرة أخرى وسرعة ، وتنكسر يد الدمية ، ثم يقول : « كده أحسن » (تنفيس) ، ينظر الطفل (م) للباحثة ، ويقول : « آسف أنا ممكن أصلح له رجله » (لاحظت المؤلفة أنه لم يذكر تصليح اليدين وكان عليها أن تدرك الشعور الذي دفع بالطفل إلى أن يكسر اليد عمدا ، حيث إنه يريد التخلص من اليد التي تضربه وتقسو عليه) .

قالت المؤلفة : « أنت عاوزه من غير يدين » .

ييشم الطفل : (م)

فالت طفلة : * يا أخى حرام عليك كسرت له إيديه * .

الطفل (م) : * وإيه يعنى والله كده أحسن واجل برجلين ومن غير إيدين * .

الجلسة الثانية عشرة ،

تغيب بعض الأطفال فى هذه الجلسة لإصابة بعضهم بأمراض البرد، حيث كنا فى شهر يناير، دخل الأطفال وانشغلوا فى اللعب ببعض الدمى، ووضع طفل لعبة السلم والتمبان، ودعى الطفل (م) للعب معه .

الطفل : * تيجى تسابقى وتشوف مين هيقب * .

(م) : * أنا ما أعرفش ألعبها * .

الطفل : أعلمك، (م) لا .

الطفل : * قول بلى إنك خايف * .

(م) : * لا ياخويا أنا مبخفش * .

يجلس الطفل (م)، والأخر يعلمه كيفية اللعب ويبدأ فى اللعب لفترة من الوقت وفى كل مرة يتهمزم (م) ويضحك الطفل الآخر مهللاً : * مش قلت لك مش هتقدر تغلبنى * .

(م) : * بس أنت غشاش * (شعور بالإحباط بعد الهزيمة) صياح وتزايد درجة اللجاجة، ترققات وتشنجات فى عضلات الوجه .

ثم يلعب الطفل (م) ويحضر صندوق الرمل والدمى التى تمثل الحيوانات، ويعمل مشاجرة بين الحيوانات المفترسة والحيوانات الأليفة التى تنتهى دائماً لصالح (الحيوانات الأليفة) .

ملاحظة المؤلف :

(١) أنه أثناء إدارة رحى الحرب بين الحيوانات يتكلم الطفل بطلاقة عن لسان كل حيوان منهم .

(٢) أن هذه لعبته المفضلة بجانب الرسم وعمل نماذج بقطع الصلصال .

الجلسة الثالثة عشرة ،

حضر جميع الأطفال هذه الجلسة . ولاحظت المؤلف كثرة الأنشطة الجماعية فى هذه الجلسة بين الأطفال، فغالبا ما يتهجد طفلين يستخدمان جهاز التليفون فى عمل محاكاة

بينهما أو اللعب بصندوق الرمل ووضع الجنود والأسلحة لإدارة وحى الحرب بينهم، أو عمل جماعي في تصميم أشكال من المكعبات والميكاتو.

وانتهى الطفل (م) فور دخوله لغرفة اللعب نحو لعبة الدمى مع طفلة أخرى، وجلسا لتجهيز الطغور، ووضع الطفل (م) الأب والأم والإخوة حول السفرة وأمسك بالطفل الرضيع، وقال: «أنا عارف مش هتعرف تقعد هنا» ثم حاول رميه من الشباك، سارعت المؤلفلة وقالت: لا ترميها من الشباك يمكنك رميها هنا، ولكن الطفل (م) بدلا من أن يرميها، ذهب ودفنها بسرعة في الرمل (تنفيس لمشاعر العدوان تجاه الرضيع).

وجاءت الطفلة التي كانت تملئ الأواني بالطعام (البلى).

وقالت: «وديت التوتو فين؟»

الطفل (م): «غلبتنى مش عارف يقعد - مش عارف راح فين»

بعد ذلك انتهى الطفل إلى أدوات الرسم والصلصال وكلما أنجز شيئا ذهب به إلى المؤلفلة التي كانت تنسى على عمله بالتشجيع، حيث كان بالفعل عمل ممتاز بالنسبة لطفل في عمره (لاحظت المؤلفلة أن عملية تقبل الطفل لذاته بدأت في النمو والتطور؛ لأنه عندما كان يعرض أعماله على المؤلفلة من رسم أو تشكيل بالصلصال كان يشعر بالزهو والسعادة).

الجلسة الرابعة عشرة،

اتصلت أم الطفل (م) بالمؤلفة في المستشفى، وأبدت اعتراضها عن عدم حضور الطفل اليوم لإصابته بالبرد، ولكنها قالت: «الحمد لله أنا مبسولة؛ لأن (م) أصبح يتكلم معهم في البيت الآن ولم يعد يلزم الصمت كما كان سابقا، وأنه عندما يتكلم سارال هناك توفقات كلامية كثيرة إلى حد ما ولكنها لم تعد مصاحبة بالتشنجات وضرب الأرجل في الأرض، فلم يعد يعأبها عن ذى قبل» (حيث كان يفضل الصمت المطلق وهز رأسه بالنفى أو الإثبات فقط)، بالإضافة إلى انخفاض نسبة تغييه من المدرسة عن ذى قبل.

الجلسة الخامسة عشرة،

تعود الأطفال على الحضور في المواعيد المحددة للجلسة وإلقاء التحية على المؤلفلة. كما تعود كل طفل على أن يلقي التحية على كل طفل من الوجودين ويسلم عليه، (توطيد للعلاقات الاجتماعية بين الأطفال وبعضهم البعض) انتهى الأطفال نحو الأنشطة الجماعية في لعبة الاستغماية (القطة العمياء) أو لعبة السلم والتعبان.

ثورات الغضب والصياح والشاعر العدوانية قد خفت إلى حد كبير، أما الطفل (م)، فقد دعى زميل له وقال : تعال نلعب (تأسس علاقة جديدة) وأحضر لعبة السلم والتعبان، وجلسا يلعبان لفترة، وفي كل مرة ينهزم بقول له : نعملها كمان مرة (لاحظت المؤلفة أن الطفل أصبح يتقبل الهزيمة ويضحك حيث تخلص من التقيد بضرورة النجاح (تأكيد للذات) .

ونفسى بقية الوقت مع الأطفال الآخرين في لعبة الاستغماية أو في الرسم وتشكيل الصلصال.

الجلسة السادسة عشرة ،

دخل الأطفال الغرفة وبعد إلقاء التحية على المؤلفة وعلى بعضهم البعض . لم يتجه الأطفال (بما فيهم الطفل م) نحو أدوات اللعب والدمى وأثاث المنزل، وكان تركيزهم على ألعاب التناهي الجماعية مثل لعبة الاستغماية وظهور سلسلة من الأفعالات والشاعر تبدأ بالغضب والثورة وتنتهي بالاعتذار والحل مثل * أنت ملمستيش . أنت بتكذب *

طفل آخر : * أنا شفته هو لسك *

طفل ثالث : * طيب ماشي - آسف - حد بغضى عيني *

- دعى الطفل (م) طفلة وقال : تعالي نلعب، ووضع لعبة السلم والتعبان، وبعد فترة وجدته يصبح مهللا : أنا فزت عليك (تأكيد الذات) ثم قال لها، تعالي نتكلم في التليفون، وجلس يتكلم في التليفون دون أن ينظر أو يهتم بوجود المؤلفة .

- تم عمل الطفل (م) تشكيلة من الحيوانات بثلاثة ألوان من الصلصال جميلة وذهب بهم إلى المؤلفة .

الطفل (م) : * شوفى *

المؤلفة : * ياه - جميل فعلا *

الطفل : * مدرس الرسم . في المدرسة مبسوط وعلق لي ثلاث رسعات في حجرة الرسم * (تحقيق الطفل لذاته) .

لاحظت المؤلفة في هذه الجلسة :

- اندماج الأطفال أكثر وأكثر في الأنشطة الجماعية .

- ترك الأطفال لأدوات اللعب جانبا وانجهوا نحو الأنشطة التي تتسم بالتفاعل الاجتماعي مثل : لعبة الاستعمالية، السلم والتعبان، الحديث بالتليفون.
- أصبح الأطفال يستطيعون تقبل الهزيمة - إلى حد كبير - وهم يضحكون.
- كما أصبحوا على دراية ووعي بأصول الوجود في الجماعات، وأن عليهم واجبات ولهم حقوق لا بد من الالتزام بها.
- حتى مع ظهور لحظات اللجاجة، إلا أن كثيرا من الملامح الثانوية للمصاحبة للـ لـ لـ لم تعد تظهر، وهذا يدل على تقبل الطفل للـ لـ لـ، أي أنه لم يعد يشعر بالإحجام والخوف من اللـ لـ لـ.
- شعور الطفل (م) بالرضا وتقبل ذاته بعد أن استطاع توجيه قدراته الوجهية السليمة (الرسم) واستطاع تحقيق ذاته من خلالها، وبالتالي أصبح متقبلا لفصوره اللفظي ومستواه الدراسي بالـ لـ لـ مما ساعده على المواظبة في الحضور إلى الـ لـ لـ يوميا.
- اندماج الطفل (م) في اللعب الجماعي مع الأصدقاء وتوطيد علاقاته الاجتماعية معهم.
- تقبل الطفل (م) للفصوره اللفظي فهو لم يعد يخاف أو يهاب المواقف الاتصالية، ويبدو هذا من اندماجه مع الأطفال في اللعب الجماعي، واشترائه في الأحاديث التليفونية مع غيره من الأطفال.
- تقبل الطفل (م) للهزيمة أثناء أنشطة اللعب التي تتسم بالنافسة بعد أن تخلص من التقيد بضرورة النجاح.
- انخفاض درجة اللـ لـ لـ لدى أطفال المجموعة التجريبية.



برنامج إرشادي مقترح للوالدين

انقرحت المؤلفّة - في هذا الجزء - تقديم برنامج إرشادي للوالدين، ليكون لهم بمثابة مرشد يوضح لهم الأسلوب الأمثل للتعامل مع الطفل المتبلّج، سواء في المرحلة الأولى أو المرحلة المتقدمة من اللجاجة، بالإضافة إلى أن هذا البرنامج يعتبر عاملاً مساعداً لنجاح العملية العلاجية.

البرنامج الإرشادي

عناصر البرنامج،

- مقدمة.
- الأهداف العامة.
- الأهداف الإجرائية.
- الحدود الإجرائية.
- مضمون عدد من المحاضرات التي تدور حول موضوع اللجاجة.



مقدمة

يقرر فان ريسر (١٩٦٠ : ١٤ ، ١٧) أنه برغم أن غالبية الناس يستطيعون التحدث بطلاقة وبسهولة، فإن الأطباء المتخصصين في أمراض الكلام يعرفون دون غيرهم أن عملية تعلم الكلام تعتبر معجزة تثير الدهشة، حيث إن تعلم الكلام يعتبر من أشق العمليات التوافقية على الإطلاق ومع ذلك يتعلمه الطفل بوسائله القاصرة المتعثرة، وتكثر الاضطرابات الكلامية لدى الأطفال بسبب الظروف المحيطة بهم والتي تتمثل في التدخل المستمر من جانب المحيطين (الكبار) بالطفل وتقييم كلامهم من حين لآخر مما يساعد على اضطرابات العملية الكلامية .

وتساءل فان ريسر في دهشة لو أن ثقافتنا توافر لها من الحكمة ماتوافر لبعض القبائل التي تدعى قبائل الزوني الهندية الحمراء (بأمريكا الشمالية) لوجدنا أنه لم تعد هناك حاجة إلى اصطناع وسائل علاجية للكلام لتعليم الطفل كيفية الكلام بسلامة، فهذه القبائل تترك الطفل وشأنه في عملية الكلام حتى يبلغ سن السابعة، فيقول مايشاء وكيف يشاء دون تدخل من أحد أو خوف من عقاب، في حين أن الأطفال في المجتمعات المتحضرة يتعرضون لضغوط اجتماعية شديدة، حيث يطلب منهم التحدث في سن السابعة أو الرابعة على نحو ما يتحدث البالغون .

سبق أن أشرت أن هناك بعض العلماء من يعتقد أن اللجاجة تبدأ عند تشخيص الوالدين لها، حيث يفترض أن الأطفال غالباً مايعانون في بداية تعلمهم الكلام من بعض الترددات أو التكرارات، ولكن فلق الوالدين على كلام الطفل بشكل مبالغ فيه وحرصهم على تصحيح أخطاء الكلام يلفت انتباه الطفل إلى أنه يتكلم بطريقة غير طبيعية، وبالتالي تولد لديه القلق والخوف من الكلام ويحجم عنه نمواً وتوقعا للفشل، هنا تصبح لجاجة الطفل (المبذبة) لجاجة حقيقية . (Beech & Fransella ، ١٩٦٨ : ٦٩) .

وفي هذا يقرر فان ريسر (١٩٦٠) أنه باعتبار أن تعلم الكلام عملية معقدة، إلا أن بعض الوالدين يشعرون بقلق عميق إذا ما لئخ الطفل وهو في الثالثة من عمره أو تردد في الكلام لدرجة اللجاجة، أو إذا لاحظوا أي انحرافات عن الكلام السوي ويشدوا اضطرابهم إزاء هذا الانحراف ويحوسمون فوق أطفالهم كالطير خوفاً وقلقا لدرجة أنهم يتجهوا لأي خطأ يقع في كلام الطفل ويبدأون في عقد المقارنات بين كلامه وبين سائر الأطفال والأصدقاء والجيران ولا يكتفون بهذا، بل يفقدون هذه المقارنات بين الطفل وبين أقرب مستويات الإعجاز .

ويتفق إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٣) مع وجهة النظر السابقة، حيث يرى أن كثيرا من الآباء هم الذين يقدمون التشخيص المبني للجلجة، وهذا يمثل مشكلة كبيرة لأن التشخيص السليم مفروض أن يتم بناء على دراسة عينة كلامية من كلام الطفل بواسطة أخصائى أمراض الكلام وبدون هذه العينة لا يستطيع الأخصائى أن يضع التشخيص السليم لطلافة الطفل اللغوية.

ويضيف كونتر Conture أن الظروف البيئية التى يعيش فيها الطفل يكون لها تأثير بشكل مباشر على مظاهر عديدة من سلوكيات الطفل، وبالتالي يكون لها تأثير عميق على القدرات اللغوية للطفل، حيث يعتبر دور الوالدين عاملا مساعدا وليس سببا للجلجة؛ لأنه يساعد على تنمية الجلجة والحفاظ عليها وتثبيتها، ويبدو هذا واضحا فى رد فعل الوالدين الضمنى والصريح المتمثل فى تسامحهم أو عدم تسامحهم نحو انحرافات الطفل الكلامية مثل التعبير اللفظى غير الدقيق، درجة النطق والترددات فى الكلام. حيث إن الوالدين غالبا - وبطريقة روتينية - ما يصححون، أو يعاقبون، أو يظهرن الضيق وعدم التسامح بالنسبة لكلام الطفل، مما يساعد على إثارة القلق لدى الطفل.

الأهداف العامة:

تقسم أهداف البرنامج الإرشادى إلى شقين: أحدهما وقائى، والآخر علاجى.

أولا، الجانب الوقائى:

تتفق المؤلفة مع مذهب إليه بعض العلماء للتخصصين فى دراسة ظاهرة الجلجة - من أن قلق الوالدين واضطرابهم الشديد كلما ظهر أى انحراف عن السوية فى كلام الطفل من ترددات، أو لجلجات عادية فى بداية مرحلة تعلمه للكلام، حيث إن هذا القلق والاهتمام المبالغ فيه من قبل الوالدين والتقد والتقييم المستمر والتصحيح لكلام الطفل من حين لآخر يكون بمثابة عامل أساسى وهام فى تطور اضطراب الجلجة والحفاظ عليها، لأن ذلك يلفت انتباه الطفل لأن يتكلم بطريقة مختلفة عن الآخرين، بل وأنه لا يستطيع الكلام والتواصل مع الآخرين، ومن ثم يستبد به القلق تجاه الكلام ويكره اللواقف التى تحتاج منه للكلام ويحجم عنها، هنا تنتقل العثرات العادية فى الكلام إلى مرحلة للجلجة الحقيقية فى الكلام؛ لأن الطفل أصبح يستشعر القلق والخوف عندما يريد أن يتكلم، وهذه تعتبر لحظة الصراع التى يعيشها الطفل قبل بدء الكلام هل يتكلم؟

وهو على يقين بأن سيقتل في التحدث بلاسلة مثل الآخرين أم بصمت ويكون في ذلك أيضا شعور بالخزي، وهنا يفضل الطفل الانسواء والاتزواء بعيدا عن الآخرين مفضلا ذلك على المشاعر الرهية التي تولده وهو مايزال طفلا لا يهتمها .

ومن هنا جاء دور الإرشاد الذي يوجه الوالدين لكي يتعرفا على كيفية التعامل مع الطفل الذي بدأت تظهر لديه بعض اللجلجات أو الترددات في كلامه والتخفيف من أنواع الضغوط النفسية عن الطفل لتمثلة في النقد والتقييم والتصحيح المستمر في كلام الطفل .

وفي هذا الشأن يقول فان ريبير (١٩٦٠ - ٧٨) : « إننا على يقين كاف من أن بعض أنواع الضغوط يولد اللجلجة، كما نعلم أنه عندما يمكن ملافاة بعض هذه الضغوط، أو إزالة تأثيرها فإن ظاهرة التردد في الكلام غالبا ماتختفي » .

ثانيا - الجانب العلاجي ،

يعتقد ميلدرديري وجون إيزنسون Berry & Eisenson (١٩٥٦) أن علاج اللجلجة الفعال ينبغي أن يشمل الآياء .

وكذلك يرى فان ريبير (١٩٦٠) « أن أسلوب معاملة الطفل المتجلج في المرحلة الأولى هي أن تدعه وتتعامل مع أبويه ومدرسيه » .

كما تعتقد باربارا دومينيك Dominick (١٩٥٩) أن علاج صغار المتجلجين والذين تتراوح أعمارهم من (٥ - ١٠) سنوات، أي عندما يكون الطفل أقل قلقا بشأن قصوره اللفظي يكون العلاج عن طريق إعطاء إرشادات للوالدين توضح لهم كيفية معاملتهم للطفل .

وكذلك يؤكد فراتيس فريما Freema (١٩٨٢) على أن علاج اللجلجة لدى الأطفال يجب أن يعمل على توفير خطة علاجية هدفها تخفيض أو إزالة الضغوط البدنية والانفعالية والاتصالية التي تكون بمثابة عامل هام لحدوث حالات اللجلجة، وأن يتم هذا عن طريق إرشادات الوالدين إلى أهمية إزالة هذه الضغوط وعلى الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل .

وعلى هذا ترى المؤلف أن إرشاد الوالدين هو بمثابة عامل مساعد وهام لنتجاح الخطة العلاجية، حيث يجب إرشاد وتوعية الوالدين لأسلوب معاملة الطفل المصاب باللجلجة، وتوجيههم إلى خطة منزلية من شأنها تخفيف مصادر الضغط الانفعالي، ولكي يتعرفوا على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتجلج، بالإضافة إلى إرشادهم

إلى كيفية توفير بعض المواقف الحالية من التوترات وتشجيع الطفل على الكلام في مثل هذه المواقف.

وبذلك يكون دور الإرشاد هنا بمثابة دعامة تساعد على تهيئة مناخ أسرى ينسج بالأمن النفسي، ولكن يساعد الطفل على تقبل ذاته، وبالتالي تقبل لجلجته بشكل موضوعي.

الأهداف الإجرائية:

- يتضمن البرنامج إرشاد وتوجيه والذى الأطلاق المتلجلجين.
- إرشاد وتوجيه الوالدين بأن جلججة الطفل في الصغر شيء طبيعي.
- توجيه نظر الوالدين إلى أن القلق والاهتمام المبالغ فيه في فترة تعلم الطفل للكلام ينعكس على الطفل ويلتد اتباعه إلى أنه بالفعل لديه تصور لفظي.
- إرشاد الوالدين إلى الكف عن التقيد المستمر لطريقة كلام الطفل والتصریح المستمر له.
- توجيه الوالدين إلى تجاهل جلججة الطفل المصاب بالجلججة.
- توفير الفرص لتشجيع الطفل على الكلام عندما يستطيع ذلك، وذلك بتوفير المواقف الحالية من التوترات.
- تخفيف الضغوط البدنية عن الطفل بإعطائه وقتاً كافياً للنوم والراحة، والاعتناء بصحته بصورة عامة.
- تخفيف الضغوط الانفعالية عن طريق حل مشاكل الطفل بالتفاهم وليس عن طريق أسلوب الأمر والنهي.
- تخفيف الضغوط الاتصالية، وذلك بالتعرف على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج.
- توجيه نظر الوالدين إلى أهمية تقبل الطفل وإعطاء الاهتمام الكافي لكي يستطيع تقبل ذاته وتقبل تصوره اللفظي بشكل موضوعي.
- إرشاد الوالدين إلى بعض الحقائق الخاصة بالطلاق اللفظية، وكذلك بعض المعلومات عن اضطراب اللجلجة.
- الاهتمام بالطفل عندما يتكلم وعدم تجاهله.

الحدود الإجرائية ،

يتم تحديد الخطوات الإجرائية للبرنامج الإرشادي كما يلي :

أفراد العينة ،

- يتم الاجتماع بأمهات وآباء الأطفال المتلجلجين مرة كل أسبوع في جلسات جماعية لإرشاد وتوجيه الوالدين لأسلوب معاملة الطفل المتلجلج ، والعمل على تهيئة المناخ المناسب الذي يتسم بالأمن النفسى ، ليكون بمثابة عامل مساعد على نجاح الخطوة العلاجية .

المكان ،

- يتم تطبيق الجلسات الجماعية في قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام بإمبابية .
- المدة الزمنية : كما يتم تحديد عدد الجلسات بـ (١٠) جلسات بواقع جلسة أسبوعية ، وتتراوح مدة كل جلسة من ٣ - ٤ دقيقة .

- الأسلوب الإرشادى ،

تم الجلسات عن طريق إلقاء للحاضرة من جانب المؤلفة ، ثم يدور الحوار بينها وبين أمهات وآباء الأطفال ، ويشارك في الحوار الأخصائى النفسى ، وكذلك أحد أساتذة التخاطب .

المشاركون في البرنامج وأدوارهم،

من الممكن أن يتعاون مع المؤلفة في إدارة البرامج الإرشادية بعض المتخصصين في أمراض الكلام وذوى الخبرة في هذا المجال بقسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وهم :

١ - الأخصائية النفسية .

٢ - أخصائيو التخاطب .

المحاضرات التي تدور حول موضوع اللجلجة

عرض للمحاضرات التي يتم مناقشتها مع آباء وأمهات الأطفال ويمكن تقسيمها وفقا للتقسيم التالي :

أولا : محاضرات تناولت الجانب الوقائي من اضطرابات اللجلجة : وتشمل :

١ - تدور هذه الجلسة حول تأثير رد فعل الوالدين تجاه كلام الطفل ومدى ارتباطه بظهور اللجلجة .

٢ - تدور هذه الجلسة حول عرض لبعض نماذج من الضغوط التي قد يتعرض لها الطفل من قبل الوالدين أثناء تعلمه الكلام .

٣ - تدور هذه الجلسة حول مناقشة بعض التوجهات .

ثانيا : جلسات تناولت مناقشة محاضرات تدور أساسا حول الجانب الإرشادي لحالات اللجلجة المبدئية :

١ - تدور هذه الجلسة حول بعض الإرشادات العامة من أجل تهينة مناخ أسرى سليم للطفل المتلجلج .

٢ - تدور هذه الجلسة حول كيفية التعامل مع حالات اللجلجة المبدئية .

٣ - تدور هذه الجلسة حول تخفيف الضغوط المسببة لحالة اللجلجة .

ثالثا : جلسات تناولت مناقشة محاضرات تدور حول الجانب الإرشادي لحالات اللجلجة الثانوية (الحقيقية) : وتشمل :

١ - تدور هذه الجلسة حول الإرشاد الأسرى كعامل مساعد لإعماج العملية العلاجية .

٢ - تدور هذه الجلسة حول المواقف التي قد تزيد أو تقل فيها درجة اللجلجة وإخضاعها للفحص .

أولاً ، محاضرات تناولت الجانب الوقائى من اضطراب اللجلجة

المحاضرة الأولى :

تدور هذه الجلسة حول تأثير رد فعل الوالدين تجاه كلام الطفل ومدى ارتباطه بظهور اللجلجة، ومن ثم مناقشة الأفكار التالية مع أمهات وآباء الأطفال. يرى إدوارد كونتر Conture (١٩٨٢ : ١٦٣) أن الظروف المحيطة بالطفل تكون ذا تأثير مباشر على قدرات الطفل اللغوية وبالذات اضطراب اللجلجة، إذ يعتقد أن رد فعل الوالدين تجاه كلام الطفل يكون بمثابة عامل مساعد يعمل على تطور اضطراب اللجلجة لدى الطفل والحفاظ عليها، ولهذا فهو يعتقد أن هناك بعض الأشياء التى تؤخذ على تصرفات الوالدين مع الطفل مثل :

- هل يعتبر اهتمام الوالدين بكلام الطفل اهتماماً مبالغاً فيه ؟
- هل يزعج الوالدين الطفل بجدول أعمال مستمر لدرجة جعله متعباً ومضغوطاً لكى يؤديه بشكل جيد ؟
- هل يتوقع الوالدان من الطفل أن يتصرف مثل الراشدين ؟
- هل يعبر الوالدان عن رأيهم علانية أمام الطفل أو أنهم يواجهون صعوبة كبيرة لتقبل أخطائه فى عملية التعلم (الدراسة) ؟
- هل يشعر الوالدان بعدم الارتياح لأن طفلهم يتصرف كطفل ؟
- هل أحد الوالدين أو كليهما يتكلم مع الطفل بجمل طويلة ومعقدة ؟
- هل يعيل الوالدان لقاطعة الطفل بسرعة وبشكل غير ملائم ؟
- هل كلام الوالدين يتميز بالطلاقة أم لا ؟
- وينبغى أن يتفهم المحيطون بالطفل أن تصرفاتهم هذه مرتبطة بظهور اللجلجة حيث تنعكس على سلوك وكلام الطفل ، ويتساءل كونتر Conture هل يتسمع الوالدان لصوت العفل ؟؟ ويوضح لنا الإجابة بقوله : إن الوالدين لئن يتوفقا عن القلق على كلام الطفل وتلقده وتقييمه بصورة سلبية إلا بعد التعرف على اضطراب اللجلجة وأسبابها، فلأيكفى مثلاً أن تقول للوالد لا تلتقل، طفلك سوف يتغلب على إعاقته الكلامية، لكن مثل هذا الوالد محتاج لمزيد من التفصيل والمعلومات التى تتعلق بالكلام الطبيعى وكيفية نموه بطريقة سليمة.

المحاضرة الثانية :

تدور هذه المحاضرة حول نماذج (أشكال) الضغوط التي يتعرض لها الطفل في مرحلة تعلم الكلام. يوضح فان ريبير (١٩٦٠ : ٨٠ : ٨٧) الضغوط التي يتعرض لها الطفل من قبل المحيطين به أثناء تعلمه الكلام والتي غالباً ما تكون من الأسباب التي تهيئ الطفل للإصابة باللجاجة وهي :

أولاً : استمرار الوالدين في تصحيح كلام الطفل يمكن أن يولد التردد.

كثيراً ما يحاول الوالدان تصحيح أخطاء الطفل الكلامية في كيفية ترتيب كلمات الجملة أو صيغ الجملة السليمة، مع العلم أنه إذا ترك الطفل وشأنه في هذا الموضوع فإنه سيتعلم أن يصحح لنفسه مع مرور الوقت، فإذا ما تكلمم الوالدان أمامه بصورة سليمة، ومع التكرار فإنه سيتندى بهم، ويقوم من جانبه بتعديل كلامه، فمثلاً : إذا قال الطفل «مم عااا» فلا داعي لأن يريه الأب، ويصحح الخطأ، ولكن يمكن أن يستمر الأب في قول «عااا عااا ياكل مم» وهكذا حتى يتعلم الطفل تكرار الجملة السليمة.

أو عندما يطلب الوالدان من الطفل التعبير بالكلام في النقطات غير المناسبة، ويسدو هذا واضحا عندما يصاب الطفل مثلاً بأذى أو مكروه، ويصر الوالدان على الاستفسار، ماذا حدث لك ؟ وكيف ؟ وماذا أصابك ؟ والطفل يصرخ ويبكي ولكنها يصران على أن يتكلم هذا هنا تعطل ثلاثة الطفل ويبدأ التردد في الكلام المتقطع، إذ يتطلب ذلك منه استعادة الخبرة الآلية في صورتها الكاملة، وبالتالي يبدأ الوالدان في تكوين فكرة أن الطفل أصبح متلججاً بالفعل.

ثانياً : عندما يجبر الوالدان الطفل على إظهار براعته في الكلام قد يؤدي إلى إعاقة العلاقة اللفظية لديه، ويسدو هذا واضحا عندما يطلب الوالدان من الطفل سرد حكاية أمام الكبار أو إظهار مقدرته اللفظية فيقال : «أنت ولد كبير دلوقتي مش كده روح لعنتك وكلمها أنت راح تبقى إيه لما تكبر». هنا يشعر الطفل أنه مستحم عليه أن يتكلم بطلاقة ولكن في نفس الوقت يفشل مايقول ويظهر التردد والتقطع في إنتاج الكلام مما يؤدي إلى اللجاجة بالفعل مع ردود فعل المحيطين من تشجيع على الكلام أو السخرية منه.

ثالثاً : تجاهل الوالدين (المحيطين الكبار) لكلام الطفل قد يسبب التردد، إذ عندما يريد الطفل الإدلاء بشيء في نفسه، فقد لا تصفه الكلمات، ويصطدم بصعوبة التعبير المطلق الذي يترقى إليه محاكاة الكبار، فمثلاً عندما يريد الطفل الاستفسار عن شيء يقول

«مامي» فتردد الأم ردا يدل على أنها لاتنصت إليه باهتمام «نعم» هنا يتردد الطفل هل يسترسل في كلامه أو ينسأى مرة أخرى ليشأكد من اهتمامها به «مامي - آين - آين» أي . . . آين ال . . . ال . . . الرجل . . . أعنى أن» هنا تنفسر الأم بالصراخ في وجه الطفل «إيه باعادل» وهنا يكون الطفل قد نسي بالفعل مايريد أن يقوله .

الجلسة الثالثة :

تدور هذه الجلسة حول إعطاء بعض التوجيهات لوالدى الطفل بهدف معرفة كيفية التعامل مع حالة الطفل الذى بدأ ينتابه بعض الترددات أو اللجلجات الخفيفة في كلامه .

لقد قدم ميلدرد بيرى وجون إيزينسون Berry & Eisenson (١٩٥٦) برنامجا بغرض التعامل مع حالة اللجلجة المبذبة، حيث يعتقد أن العلاج الفعال للجلجة المبذبة يجب أن يشمل الآباء للتعرف على اتجاهاتهم نحو الطفل، وتتلخص نقاط العلاج أو الوفاية من اللجلجة فيما يلى :

(١) المحاطة على الصحة :

غالباً مايرافق المرض بعض مظاهر الفصور المؤقت في القدرة على الأداء اللغوى بشكل جيد، وبالتالي قد تزداد درجة اللجلجة في تلك الفترات، وينبغى على الوالدين أن يضعوا ذلك في اعتبارهم، وحتى يتسبب ذلك في قلق رثد على الطفل وينعكس عليه فيما بعد، كما ينصح بالعناية بصحة الطفل المتلجلج بصورة عامة وإعطائه الوقت الكافى للراحة والنوم لما لذلك من تأثير على كفاءته اللغوية .

(٢) تحديد الظروف المرتبطة بنقص الطلاقة :

ينبغى التعرف على معاملة الأفراد المحيطين بالطفل بصفة عامة وخاصة الوالدين من أجل تحديد الظروف والمواقف المرتبطة بنقص الطلاقة اللغوية، ويتم هذا عن طريق عمل حوار كلامى في حضور الوالدين من أجل التعرف على تأثيرهم على نوعية وطبيعة نقص الطلاقة لدى الطفل إذا ما حدث لجلجة، هنا ينبغى على الوالدين الاهتمام بدراسة رد فعلهما تجاه كلام الطفل وإعطائه الاهتمام الكافى .

(٣) توعية الوالدين بأن لجلجة الطفل في الصغر (المرحلة الأولية) شئ طبيعى ،

ولكن ينبغى ألا يلام الآباء على قلقهم بخصوص الفصور اللغوى لدى أطفالهم، وإنما يجب أن يعرفوا أن الاهتمام الزائد قد ينتقل إلى الطفل فيصبح قلقا وغيره مطمئن تجاه قصوره اللغوى، ولذلك فننص الطلاقة اللغوية بدون وعى من الطفل أو قلق يعتبر سلوكا طبيعيا وليس مرضيا .

(٤) نوعية الوالدين بعض الحقائق الخاصة بالطلاقة اللفظية :

ترتبط الكفاءة اللفظية بوضع الطفل :

أ - وترتبه في الأسرة، فالطفل الأول أو الوحيد في الأسرة يكون أكثر طلاقة من الطفل الثاني والثالث.

ب - تعتبر الإناث لديها طلاقة لفظية وأكثر سراحة في تعلم الكلام بالمقارنة بالذكور.

ثالثاً، المحاضرات الخاصة بمرحلة اللججة المبديّة،

الإرشاد هنا يعتمد على معرفة الوالدين بكيفية التعامل مع الطفل الذي بدأ يصاب بالفعل باضطراب اللججة ولكنها تعتبر في مراحلها الأولية، بمعنى أن الطفل لم يتبه بعد إلى قصوره اللفظي أو يشعر بأن كلامه مختلفاً عن كلام الآخرين.

وقد سبقت الإشارة إلى وجهة نظر إدوارد كونتر (Conture 1982) في التعرف على الظروف البيئية التي تكون ذات تأثير مباشر على قدرات الطفل اللفظية.

للمحاضرة الأولى :

تدور هذه الجلسة حول الطريقة التي تتكلم بها الأم مع طفلها المتلعجج .

ولهذا يعطى نان راتنر (Ratner 1992 : 14) الامهات بعض التوجيهات الخاصة بهذا الشأن وذلك بهدف وقاية الطفل من تطور واضطراب القصور اللفظي وهي :

١ - سرعة الكلام : ينبغي على الأم التي لديها طفل بدأ يظهر في كلامه بعض الترددات أن تتعمد إلى أن تتحدث ببطء مع الطفل حتى يتعود هو الآخر على هذه الطريقة، وبالتالي تقدم له نموذجاً لكيفية الكلام ليقتدى بها.

٢ - استخدام جمل بسيطة وغير طويلة أو معقدة، ويستند راتنر (Ratner) في اعتقاده هذا على الدليل الذي يشير إلى أن درجة اللججة تستخف بشكل ملحوظ إذا ما تكلم المتلعجج ببطء وجمل بسيطة غير معقدة.

وفي هذا الشأن يقدم لنا فان وير (Van Wier، 1960، 88، 89) مثالا : إذ يرى أنه إذا طلب من فرد ما الكتابة على الآلة الكاتبة بسرعة كبيرة فقد تشبك أذرع الأحرف، ويخطئ الفرد في الضغط على مفاتيح الأحرف الصحيحة، مما يؤدي إلى الخطأ في الكتابة، وهذا شأن الكلام، فإذا تكلم الفرد بالعدل المعتاد في سرعة الكلام، فإن الكلام يتطلق في سهولة ويسر، ولكن مع تجاوز العدل المعتاد يظهر التردد في كلامه واضحا

ويبدأ في التهتة. ويسأل فان رير إذا كان هذا شأن الكبار فعمانا يكون الحال بالنسبة للطفل الذي بدأ لثوه في عملية الكلام ؟ كما يعتقد فان رير أن سرعة الكلام تنتقل بالعدوى، فكلما أسرع شخص ما في كلامه زادت سرعة الآخر كي يلاحقه؛ ولهذا يوصى فان رير والذى العقل الذى بدأ يتلجج بالتأثير في الكلام وتخفيض معدل سرعة الكلام ولكن على الوالدين ألا يطلبوا من الطفل أن يتكلم ببطء بل يقدموا له النموذج لكي يقتدى به.

المحاضرة الثانية :

تدور هذه الجلسة حول بعض الإرشادات التي تقدم للوالدين لكي يتعرفوا على الطريقة السليمة للتعامل مع الطفل المتلجج، لكنه لم يتبه بعد إلى قصوره اللفظي.

نرى باربارا دومينيك (Dominick ١٩٥٩ : ٩٥٩) أنه عندما يكون الطفل المتلجج أقل قلقا بشأن قصوره اللفظي ولم يتعرف بعد على تلك المشكلة، هنا يصبح الاهتمام موجهاً تجاه الوالدين وكيفية معاملتهم للطفل، ولهذا قدمت بعض الإرشادات بهدف إتاحة الفرصة لمناخ أسرى سليم وهي :

- ١ - العمل على ألا يستشعر الطفل أنه شاذ أو مختلف عن الآخرين في طريقة كلامه حتى لا يكون حساساً نحو الطريقة التي يتحدث بها.
- ٢ - العمل على تحسين صحة الطفل بصورة عامة.
- ٣ - العمل على تحسين المناخ البيئي المحيط بالطفل، والتخفيف من حدة العوامل التي تعمل على إثارة التوتر والاضطراب للطفل.
- ٤ - تنمية الشعور لدى الطفل بالثقة والمستولية والحب المتبادل والاحترام.
- ٥ - العمل على تنمية إحساس الطفل بالاتصال مع نفسه.
- ٦ - تشجيع الطفل قدر الإمكان على الاندماج بحرية مع الأطفال الآخرين.
- ٧ - مساعدة الطفل على النمو نمواً سليماً وعلى التعرف على طاقاته الكامنة وقدراته الإبتكارية.
- ٨ - تنمية الشعور بالحب والود المتبادل والانتماء بين أفراد العائلة، وتضيق دومينيك Dominick أن تلك الأهداف شاملة جداً بحيث يبدو من الصعب تحقيقها ولكن حتى التنبؤ الجزئي لتلك الأهداف ممكن أن يساعد الطفل المتلجج في كفاحه من أجل تحقيق الذات والتغلب على قصوره الكلامي.

المحاضرة الثالثة :

تناول هذه المحاضرة بعض الإرشادات التي تقدم للوالدين بهدف تخفيض الضغوط المسببة للجلجة، حيث يرى فرانسيس فريما (Freema 1982 : 181) : (185) أنه في حالة الطفل الذي بدأ ثنوه في الجلجة لا ينبغي أن نخبر الوالدين بعدم الفائق أو بتجاهل المشكلة؛ لأنهم لن يكونوا قادرين على تجاهل مشكلة الطفل، وإنما يجب أن يعرفوا بأنها مسئولية معالج متخصص يعمل على توفير خطة علاجية بناءة هدفها إزالة الضغوط المسببة لحالة الجلجة مثل :

١ - الضغوط البدنية : يجب أن يشمل البرنامج العلاجي على تنظيم وقت الطفل وتوفير وقت كاف للنوم والراحة والتغذية المنتظمة لإزالة التعب الذي يزيد من مظاهر الفصور اللفظي .

٢ - الضغط الانفعالي : مساعدة الآباء على تخفيف مصادر الضغط الانفعالي على الطفل خاصة بالنسبة لبعض المواقف المرتبة بالضغوط الانفعالية، مثل مواقف التغذية، والتدريب على استخدام الحمام، وإرغام الطفل على النوم، هنا ينبغي إرشاد الوالدين لاستخدام أساليب قائمة على التفاهم المتبادل بينهما وبين الطفل لحل هذه المشاكل بهدوء ودون ضغوط انفعالية .

٣ - الضغط الاتصالي : إرشاد الوالدين إلى أهمية خلق مواقف اتصالية سارة وناجحة مع الطفل، ففي التعامل مع آباء الأطفال المصابين بديابات الجلجة من المهم أن يتعرفوا على الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل، فإن النموذج المرغوب فيه من أجل تخفيض حدة الجلجة هو الكلام ببطء مع إطالة قليلة في الأحرف، بالإضافة إلى أنه عندما يتوقف الكبار ويفكرون في استجاباتهم قبل الكلام فإنه يكون لدى الطفل وقت ليفكر أيضا قبل الكلام .

فالفاعلة هي «ألا تخبر الطفل أن يبطن أو يتكلم بهدوء أو يفكر قبل الكلام، ولكن وضح له كيف يفعل تلك الأشياء عن طريق تقديم تلك نماذج في كلامه معك». كما اعتبر هوجو جريجوري (Gregory 1981) أن الأسلوب الأمثل للكلام مع الطفل المتلجلج هو الكلام ببطء واستخدام الكلمات السهلة مع التدريب المستمر على التنفس العميق، وزيادة طول أجزاء الكلام، ولا ينبغي دفع الطفل لأن يسرع في الكلام أو مقاطعته أثناء الكلام أو عدم الانتباه لما يقول .

ثالثاً، المحاضرات الخاصة بمرحلة اللججة الثانوية (الحقيقية) :

للمحاضرة الأولى :

تدور هذه الجلسة، حول مناقشة دور الإرشاد الأسرى واعتباره بمثابة عامل مساعد لإنجاح العملية العلاجية حيث يعمل على تهيئة مناخ يتسم بالطمأنينة والأمن النفسى ويساعد العطل على تقبل ذاته.

وتناولت المحاضرة مناقشة الأفكار الآتية :

يرى فراتيس فريما Freema (١٩٨٢) أن الطفل إذا أظهر توتراً ملحوظاً، أو علامات سمعية، أو مرتبة تدل على المجاهدة أثناء الكلام، فهو مدرك أن لديه مشكلة سواء كان فى الثالثة أو العاشرة من عمره، فهو يحتاج المساعدة لفهم أن مايشعر به ليس شيئاً شاذاً، ولاينبى الحجل منه وأنه يتحدث للعديد من الافراد، وأن كلمة لججة ليست كلمة مخجلة، أو مرض غير قابل للشفاء، فهو محتاج فقط للمساعدة من أجل تنمية الطلاقة اللفظية، ويضيف فريما Freema أن التركيز فى هذه المرحلة على تخفيف الانفعالات السلبية والعمل على تيسير التوافق الشخصى، كما أن الكلام يبطء ويهدوء وسهولة أفضل من المجاهدة لإزالة الإعاقة. واستخدم خطة علاجية تتضمن تعديل البيئة.

ولهذا ترى المؤلفة أنه يجب الإشارة إلى المحاضرة السابقة الخاصة بتخفيف الضغوط البدنية والأنفعالية والاتصالية، كما يرى ميريل مورلى Morley (١٩٧٢) أن المتلجلجين لديهم خوف عميق من أن بهم شيئاً خاطئاً وأنهم مختلفون عن الآخرين، وتلك الأفكار والمشاعر تكون نتيجة طبيعية لرد فعل الآخرين نحو إعاقاتهم.

فالتلجلج لديه القدرة لأن يتكلم بشكل طبيعى، ولكنه لايتطيع الحفاظ عليها تحت كل الظروف؛ ومن ثم فإنه يعيل لاعتبار اللججة شيئاً مثيراً للإزعاج؛ لأنه يعوق التعبير عما يجول بخاطره.

ويستطرد ميريل مورلى Morley، حيث يوضح أن تلك المشكلة لايتعارض بالضرورة مع الحياة، حيث نجح كثير من المتلجلجين فى التغلب عليها، إذا تم مساعدة المتلجلج لأن يتقبل بلججته بشكل موضوعى قدر الإمكان، وأن يأخذ هذه الإعاقة فى الاعتبار بدون خوف أو انفعال، وبذلك يتم تشجيع الاتجاه الإيجابى المرتبط بالثقة فى قدرة المتلجلج على التحدث بدون لججة.

للمحاضرة الثانية :

تدور هذه الجلسة حول مناقشة المواقف التي قد تزيد أو تقل فيها درجة اللجاجة وإخضاع تلك الفترات للفحص والتقييم، ويعطى ميلارد بيرى، وجون إيزنسون Berry & Eisenson (1966) أهمية كبيرة لدراسة المواقف المرتبطة بزيادة شدة اللجاجة للمساعدة على تهيئة مناخ ملائم يكون بمثابة دعامة للوسائل العلاجية المستخدمة، ويتم التعرف على المواقف المرتبطة بحدوث اللجاجة من خلال إجابات الأسئلة الآتية :

- هل تحدث اللجاجة في وقت معين من اليوم ؟
- هل تحدث اللجاجة مع أفراد معينين ؟
- هل تحدث اللجاجة في مواقف مرتبطة بخبرات مخيفة سابقة ؟
- هل تشدد درجة اللجاجة عندما يكون الطفل متعبا ؟
- هل تشدد درجة اللجاجة عندما يسأل الطفل أسئلة مباشرة تتطلب إجابات محددة ؟
- هل تحدث اللجاجة في كلمات معينة ؟
- هل تحدث اللجاجة عندما يحاول الطفل لفت الانتباه ؟
- هل تزداد في حضور مستمع ناقد ؟

إن الإجابة على هذه الأسئلة تساعد في معرفة ما إذا كان نقص الطلاقة يعتبر استجابة لضغط مكثف، وإذا كان هذا الضغط هو السبب فمع من أعضاء بيئة الطفل يكون أكثر، فإذا كان الطفل يعيش في بيئة تفتقر إلى الاهتمام، فقد تكون اللجاجة من أجل شد الانتباه إليه.

وإذا كان الطفل يتلجج أكثر في وقت معين من اليوم فيجب دراسة ما يحدث في الفترة التي تسبقها أو التي تليها وإخضاع تلك الفترة للفحص والتقييم.

أما إذا تكررت حدوث اللجاجة عندما يكون الطفل مريضاً أو متعباً بالأفضل ألا يشجع الطفل على كثرة الكلام، حتى لا تساعد على إدراك تصوره اللفظي، ولا يتبشى أن تقول له : لا تتكلم الآن إنك متعب، ولا تتحدث جيداً.

أما إذا ارتبط حدوث اللجاجة بكلمات أو مواقف معينة فينبغي تحديدها، فإذا كانت الكلمات تمثل أفكاراً أو مواقف مرتبطة بضغط نفسي معينة، فالأفضل تخفيض تلك الضغوط عن الطفل، وإذا لم تستطع فيجب مساعدة الطفل على فهمها وتقبلها في

حدود قدراته، فغالبا ما يكون البالغون غير مدركين لمدى محاولات المقاطعة والتجاهل
لحديث الطفل.

وقد يحاول الطفل مناقشتهم فإذا نجح في ذلك يأمره الوالدان أن يلزم الصمت،
وإذا فشل فقد يشعر بالإحباط، وفي كلا الحالتين فإن الطفل يمر بتجربة المقاطعة، ومن
ثم فإنه يلزم الصمت، ويتكرر مثل هذا النوع من المحبرات فقد يبدأ الطفل في الإحجام
عن الكلام الخاص أو محاولته للتغاش ويتج عن ذلك مقاطعة الذات والتردد والإعاقات
الكلامية.

كما ينصح بيرى وجون إيزنسون Berry & Eisenson بتوفير فرص من أجل كلام
يتسم بالطلاقة نسيا، وذلك بتشجيع الطفل على الكلام في المواقف التي يكون فيها مطلق
الحديث.

وهذه المواقف عادة ما تكون خالية من التوترات أو الضغوط النفسية؛ ومن ثم
يكون لدى الطفل فرص لممارسة الكلام بأسلوب يرتاح له الكبار وهذا يساعد على
تدعيم الطلاقة اللفظية لدى الطفل.



المراجع

- ٩ - جمال محمد حسن نافع (١٩٨٧).
- اللمجلة وعلاقتها بسمات الشخصية ومستوى التطلع لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ١٠ - حامد عبد السلام زهران (١٩٧٨).
- الصحة النفسية والعلاج النفسى. (ط٢)، القاهرة: عالم الكتب.
- ١١ - حسام الدين عزب (١٩٨١).
- العلاج السلوكى الحديث: تعديل السلوك، أسسه النظرية، وتطبيقاته العلاجية والتربوية. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٢ - حسين خضر (١٩٦٠).
- علاج الكلام. (ط١)، القاهرة: عالم الكتب.
- ١٣ - ذكية درجات حسين (١٩٦٤).
- دراسة تجريبية للتغيرات التي تطرأ على شخصية الأطفال الشكلى انفعاليا فى خلال فترة العلاج النفسى غير الموجه عن طريق اللعب. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ١٤ - سامية القطان (١٩٨٠).
- استمارة المستوى الاجتماعى - الاقتصادى - الثقافى. كراسة الأسئلة ومعايير التصحيح، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ١٥ - سوزانا ميلر (ترجمة) حسن عيسى ومحمد عماد الدين إسماعيل (١٩٨٧).
- سيكولوجية اللعب، الكويت، عالم المعرفة.
- ١٦ - س. شيرى وب. سايرز (ترجمة) محمد فرغلى فراج (١٩٨٥)
- تجارب على الكف الكلى لللمجلة عن طريق التحكم الخارجى، فى مرجع فى علم النفس الإكلينكى (ترجمة زين العابدين درويش وآخرون، القاهرة: دار المعارف).
- ١٧ - صفاء غازى أحمد حمودة (١٩٩١).
- فاعلية أسلوب العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللمجلة. رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.

- ١٨ - طلعت منصور (١٩٦٧).
- رسالة دراسة تحليلية للمواقف المرتبطة بالجلجة في الكلام. رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- ١٩ - عبد السلام عبد الغفار (١٩٨١).
- مقدمة في الصحة النفسية. القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٢٠ - عبد الله ربيع محمود (١٩٩٢).
- علم الكتابة العربية. القاهرة: مطبعة كويك حمادة.
- ٢١ - فان ريبير (ترجمة). صلاح الدين لطفى (١٩٦٠).
- مساعدة الطفل على إجادته الكلام، (ط١). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٢٢ - فتحى رضوان (١٩٦٠).
- مقدمة كتاب علاج الكلام تأليف حسين خضر، القاهرة: عالم الكتب.
- ٢٣ - فؤاد البهي السيد (١٩٧٩).
- علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشرى. (ط٣). القاهرة: دار الفكر العربى.
- ٢٤ - كاميليا عبد الفتاح (١٩٨٠).
- العلاج النفسى الجماعى للأطفال باستخدام اللعب. (ط٢). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ٢٥ - كلارك مونتاسكس (ترجمة) عبد الرحمن سيد سليمان (١٩٩٠).
- علاج الأطفال باللعب، القاهرة: دار النهضة العربية.
- ٢٦ - لويس كامل مليكة (١٩٩٠).
- العلاج السلوكى وتعديل السلوك، الكويت: دار القلم للنشر والتوزيع.
- ٢٧ - مجمع اللغة العربية (١٩٦١).
- المعجم الوسيط. القاهرة: مطبعة مصر.

- ٢٨- محمد بهانى السكرى (١٩٨٧).
قاموس طبى. مصطلحات أساسية، القاهرة: دار الكتب المصرية.
- ٢٩- محمد عبد المؤمن حسين (١٩٨٦).
مشكلات الطفل النفسية. الزقازيق: دار الفكر الجامعى.
- ٣٠- محمد نزيه عبد القادر (١٩٧٦).
مدى فاعلية الممارسة السلبية والترديد (التقليد) كآسولين
سلوكيين فى معالجة بعض حالات التلعثم - رسالة ماجستير - كلية
التربية، الجامعة الأردنية.
- ٣١- محمود حسين السكرى (١٩٨٧).
مشكلات الكلام فى الأطفال. رسالة ماجستير، كلية الطب،
جامعة القاهرة.
- ٣٢- مختار حمزة (١٩٧٩).
سيكولوجية المرضى وذوى العاقات - (ط٤). جدة: دار للمجمع
العلمى.
- ٣٣- مصطفى فهيم (١٩٦٥).
سيكولوجية الأطفال غير العاديين، القاهرة: مكتبة مصر.
- ٣٤- منير البعلبكي (١٩٧٨).
اللورد، قاموس إنجليزي - عربى، بيروت: دار العلم للملايين.
- ٣٥- هدى عبد الحميد برادة (١٩٦٧).
دراسة فى العلاج الجماعى للمصابين بالجلججة، كلية التربية،
جامعة عين شمس.
- ٣٦- وفاء محمد البيه (١٩٩٤).
أطلس أصوات اللغة العربية، موسوعات طب الصوتيات العالمية.
القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.



- 37- Ariet, Silvano et al. (1959).
American Handbood of Psychiatry. Vol. (1)
New York: Basic Book Publishers.
- 38- Aron, Myrtle.,L.C. (1967).
The Relationships Between Measurements of Stuttering
Behavior.
Journal of South Africa Logopedic Society. Vol. 14 (1)
pp. 15-34.
- 39- Axline, Virginia, M. (1969).
Play Therapy.
New York: Ballantine Books.
- 40- Beech, H.R. & Fransella, Fay. (1968).
Research and Experiment in Stuttering.
New York: pergamon Press.
- 41- Bellack, Alan S. et al. (1982).
International Handbook of Behavior Modification and
Therapy.
New York: Plenum Press.
- 42- Berkowitz, Samuel (1982).
Behavior Therapy. In the Newer Therapies Sourcebook
by Edwin Lawrence & Stuart, Irving, R. New York: Van
Nostrand Reinhold Company. pp. 19-30.
- 43- Berry, M.F. & Eisenson, J. (1956).
Speech Disorders: Principles and Practice of Therapy.

New York: Appleton - Century Crofts. Division of
Meredith Corporation.

- 44- Bhargava, S.C. (1988).

Participant Modeling in Stuttering. *Indian Journal of
Psychiatry*. Vol. 30 (1) pp. 91-93.

- 45- Bloodstein, O. (1969).

A Handbook on Stuttering. Chicago: National Easter
Seall society for Crippled Children and Adults.

- 46- Bloodstein, Oliver (1986).

Stuttering In Collier's Encyclopedia. Vol. 21. pp. 573.

- 47- Brain, Lord (1965).

Speech Disorders. Aphasia, Apraxia and Agnosia. Lon-
don: Butterworths.

- 48- Brumfitt, S.M. and Peake, M.D. (1968).

*A Double - Blind Study of Verapamil in the Treatment
of Stuttering*.

The British Journal of Disorders of Communication.
Vo., 23 (1) pp. 35-50.

- 49- Byrne, Renee (1982).

Let's Talk About Stammering.

London: Unwin Paperbacks.

- 50- Conture, Edward, G. (1988).

*Youngsters who Stutter. Diagnosis, Parent Counselling,
and Referral*.

Journal of Development of Behavior Pediatrics. Vol. 3
(3) pp. 163-169.

- 51- Costello, J. & Ingham, R. (1984).
Measures of frequency and Duration of Stuttering. In
Research Procedures For Measuring stuttering severity.
by Ludlow Christy.
Bethesda, National Institute on Deafness and other Com-
munication Disorders. pp. 28-29.
- 52- Curran, Jean (1987).
Speech language Problems in Children
London: Love publisher Company.
- 53- Daniels, Clesbie R. (1982).
Guidelines for Play Group Therapy. In Group Therapies
for Children and Youth by Schaefer, Charles and John-
son, Lynnette.
San Francisco: Jossey - Bass Publishers. PP. 69-72.
- 54-Dominick, Barbara, A. (1959).
Stuttering. In American Handbook of Psychiatry Vol. 1
by Ariet, Silvano & et al.
New York: Basic Book Publishers. pp. 950-962.
- 55-Dominick, Barbara (1962).
The Psychotherapy of Stuttering.
U.S.A Springfield. Charles Thomas Publisher.
- 56-Dorfman, Elaine (1951).
Play Therapy. In Therapy Implications and Theory. by
Rogers, Carl, R.
Boston:Houghton Mifflin Company. pp. 235-269.

- 57-Edwin, Lawrence and Stuart, Irving R. (1982).
The Newer Therapies Sourcebook.
New York: Van Nostrand Reinbold Company.
- 58-Eisenson, Jon (1958).
A Perseverative Theory of Stuttering. In Stuttering, a
Symposium by Eisenson Jon & Johnson Wendell.
New York: Harper & Row. pp. 223-244.
- 59-Eisenson, Jon and Johnson, Wendell (1958).
Stuttering, a Symposium
New York: Harper and Row.
- 60-Espir, Michael, L. & Gliford, Rose, F. (1983).
The Basic Neurology of Speech and Language Lon-
don:Blackwell Scientific Publications.
- 61-Freema, Frances Jackson (1982).
Stuttering. In speech, language and Hearing. Vol. 2 by
Lass, Norman et al.
London:Sunders Company. pp. 673-686.
- 62-Freguson, George A. (1976).
Statistical Analysis in Psychology Education, 4th Edi-
tion.
New York: Hill Book Company.
- 63-Glasner, Philip J. (1962).
Psychotherapy of the Young Stutterers. In The Psycho-
therapy of Stuttering. by Dominick, Barbara.
Springfield. U.S.A. Charles Thomas Publisher. pp. 240-
256.

- 64-Goraj, Jane Taylor (1974).
Stuttering Therapy as Crisis Intervention.
British Journal of Disorders of Communication. Vol. 9
(1) pp. 51-57.
- 65-Goran, Lars & Gotestam, Gunnar & Melin, Lennart (1976).
A Controlled Study of Two Behavior Methods in the
Treatment of Stuttering.
Behavior Therapy, Vol. 7(5) PP. 587-592.
- 66-Gregory, Hugo, H. (1986).
Stuttering-. A Contemporary Perspective in International
Association of Logopedics and Phoniatrics.
London:Medical and Scientific Publishers. pp. 89-119.
- 67-Guerney, Louise, F. (1983).
Client-Centered Nondirective Play Therapy. In Hand-
book of Play Therapy by Schaefer, Charles & O'Connor,
Kevin,
New York: Wiley Interscience Publication. pp. 21-61.
- 68- Hageman, Carlin F. & Greene, Penny, N. (1989).
Auditory Comprehension of Stutterers on the Competing
Message Task.
Journal of Fluency Disorder. Vol. 14(2) pp. 109-120.
- 69-Healey, E. Charles & Howe, W, Susan (1987).
Speech Shadowing Characteristics of Stutterers Under
Diotic and Dichotic Conditions.
Journal of Communication Disorders. Vol. 20 (6) Pp.
493-506.

70-Hood, Stephen, B. (1978).

The Assessment of Fluency Disorders. In Diagnostic Procedures in Hearing, Language and Speech by Singh, Sadanand & Lynch, Joan.

Baltimore:University Park Press. pp. 533-572.

71-Ingham, Roger, J. (1983).

Treatment of Stuttering in Early Childhood:

California:College Hill Press.

72-Johannesson, Goran (1975).

Two Behavior Therapy Techniques in the Treatment of Stuttering.

Scandinavian Journal of Behavior Therapy Vol. 41)

P.p.11-22.

73-Johnson, Wendell (1955).

Stuttering in Children and Adults Thirty Years of Research at the University of Iowa.

Minneapolis:University of Minnesota Press.

74- ----- (1956).

Perceptual and Evaluational Factors in Stuttering.

Minneapolis:University of Minnesota Press.

75-Johnson, Wendell (1956).

Stuttering in Children. In Speech Therapy, A Book of Reading, by Riper, Van.

New York: Prentice-Hall, INC.

76-Johnson, W. et al. (1959):

The Onset of Stuttering, Research Finding and Implications.

Minneapolis:University of Minnesota Press.

77-Klouda, Gayle V. and Cooper, William E. (1988).

Contrastive Stress, Intonation, and Stuttering Frequency.

Language and Speech. Vol 31(1) pp. 3-20.

78-Kondas, O. (1967).

The Treatment of Stammering in Children By the Shadowing Method.

Behavior Research and Therapy. Vol. 5(4) pp. 325-329.

79-Lanyon, Richard & Goldsworthy, Robert, J. (1982).

Habit Disorders, In International Handbook of Behavior Modification and Therapy by Bellack, Alan, S. et al.

New York: Plenum Press. pp. 813-821.

80-Lass, Norman et al. (1982).

Speech, Language and Hearing. Vol. 2.

London:Sunders Company.

81-Lindgren, Bernard, W. (1983).

Statistical Theory, 3rd Edition.

New York: University of Minnesota Press.

82-Ludlow, Christy, L. (1990).

Research Procedures for Measuring Stuttering Severity.

Bethesda. National Institute on deafness and other communication disorders.

83-Mahone, Charles (1973).

The Comparative Efficacy of Non-directive Group Play Therapy with Preschool Speech or Language Delayed Children.

Dessertation Abstracts International. Vol. 35 No. (1-B) pp. 495.

84-Martin, Richard R. and Haroldson, Samuel. K. and Woessner, Garry, L. (1988).

Perceptual Scaling of Stuttering Severity.

Journal of Fluency Disorders. Vol. 13 (1) pp. 27-47.

85-Meyer, V. and Chesser, Edward S. (1970).

Behavior Therapy in Clinical Psychiatry.

Harmonds Worth, Middlesex, England: Penguin Books.

86-Morley, Muriel, E. (1972).

The Development and Disorders of Speech in Childhood.

London:Churchill Livingstone.

87-Murray, K. and Empson, J. and Weaver, S. (1987).

Rehearsal and Preparation for Speech in Stutterers: a Psychophysiological Study.

The British Journal of Disorders of Communiation.

Vol. 22(2) pp. 145-150.

88-Pellman, Charles (1962).

The Relationship Between Speech Therapy and Psychotherapy. In *The Psychotherapy of Stuttering* by Dominick, Barbara,

Springfield:Charles Thomas Publisher. pp. 119-137.

89-Raj, J. Baharath (1976).

Treatment of Stuttering.

Indian Journal of Clinical Psychology. Vol. 3(2) Pp. 157-163.

90-Ratner, Nan Bernstein (1992).

Measurable Outcomes of Instructions to Modify Normal Parent-child Verbal Interactions: Implications for Indirect Stuttering Therapy.

Journal of Speech and Hearing Research. Vol. 35, (1) Pp. 14-20.

91-Riper, Van (1956).

Speech Therapy, A Book of Reading.

New York: Prentice-Hall, INC.

92-Rogers, Carl R. (1951).

Therapy Implications and Theory.

Boston:Houghton Mifflin Company.

93-Rustin, Lena and Kuhr, Armin (1988).

The Treatment of Stammering. A Multi-Model Approach in an In-patient Setting.

The British Journal of Disorders of Communication. Vol. 18 (2) pp. 93-96.

- 94-Schaefer, Charles and Johnson, Lynnette (1982).
Group Therapies for Children and youth. San Francisco:
Jossey-Bass Publishers.
- 95-Schaefer, Charles and O'Connor, Kevin (1983).
Handbook of Play Therapy.
New York: A Wiley - Interscience Publication.
- 96-Scheidgger, Ursula (1987).
Spieltherapie Mit Stotternden Kindern ein Erfahrungsbericht.
Viertel Jahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete, Vol. 56(4) pp. 619-629.
- 97-Schiebel, Thomas Walter (1975).
The Experimental Analysis of Stuttering in Children.
Dissertation Abstracts International. Vol. 36 No. (3)
pp.480.
- 98-Shane, Mary Sternberg (1955).
Effect of Stuttering. Alteration in Auditory Feedback. In
Stuttering in Children and Adults. Thirty years of Research
at the University of Iowa by Johnson Wendell.
Minneapolis:University of Minnesota Press. pp. 286-
294.
- 99-Sheehan, Joseph (1958).
Conflict Theory of stuttering. In Stuttering a Symposium
by Jon Eisenson & Wendell Johnson.
New York: Harper and Row. pp. 121-130.

100-Sherman, D. (1952).

Rating Scales of Severity for Stuttering. In Research Procedures for Measuring Stuttering Severity by Christy Ludlow.

Bethesda, National Institute on Deafness and other communication Disorders.

101-Shirley, N. and Sparks, M. (1984).

Birth Defects and Speech Disorders.

California:College-Hill Press.

102-Shumak, Irene Cherbavy (1955).

Speech Situation Rating Sheet for Stutterers. In Stuttering in Children and Adults. Thirty Years of Research at the University of Iowa by Wendell Johnson.

Minneapolis:University of Iowa.

103-Singh, Sadanand and Lynch, Joan (1978).

Diagnostic Procedures in Hearing, Language and Speech.

Baltimore:University Park Press.

104-Slavson, S.R. (1956).

The Fields of Group Psychotherapy.

New York: International Universities Press.

105- Starkweather, C. Woodruff (1983).

Speech and Language.

New Jersey: Prentic-Hall Englewood Cliffs.

- 106-Travis, Lee Edward (1956).
My Present Thinking on Stuttering. In *Speech Therapy, A Book of Reading* by Riper, Van.
New York: Prentice-Hall, INC.
- 107-Wakaba, Y.Y. (1983).
Group Play Therapy for Japanese Children Who Stutter.
Journal of Fluency Disorders. Vol. 8(2) pp. 93-118.
- 108-Watson, Jennifer Barber & Gregory, Hugo H. & Kistler, Doris J. (1987)
Development and Evaluation of an Inventory to Assess Adult Stutterers Communication Attitudes.
Journal of Fluency Disorders. Vol. 12 (6) pp. 429-450.
- 109-West, Robert (1956).
The Pathology of Stuttering. In *Speech Therapy, A book of Reading*, by Riper. Van.
New York Prentice-Hall, INC.
- 110-Williams, Rona M. (1974).
Speech Difficulties in Childhood, A Practical Guide for Teachers and Parents.
London:George, Harrap.
- 111-Wingate, M.E. (1964).
A Standard Definition of Stuttering.
Journal of Speech & Hearing Disorders. Vol. 29 pp. 484-489.

- 112-Wischner, George J. (1956).
 Stuttering Behavior and Learning. In Speech Therapy, A
 Book of Reading,,by Riper, Van.
 New York Prentice-Hall7 INC,
- 113-Yates, Aubrey J, (1970).
 Behavior Therapy
 New York: john Wiley and Sons INC
- 114-The New Encyclopedia Britannica (1991)-
 Vol. 28. pl3.93-102.
- 115-The World Book Encyclopedia. (1991).
 Vol. 18. pp. 936-937.
- 116-Collier's Encyclopedia. (1980).
 Vol. 21. pp. 573.

١٩٩٩/٨١٢٣	رقم الإبداع
977- 10 -1261-4	L. S. B. N التزقيم الدولي

هَذَا الْمُجْتَابُ

عَنْ

يعالج موضوعاً جديداً على الدراسات العربية وهو اضطراب اللجلجة الذي يصيب غالبية الأطفال في مرحلة الطفولة. وحيث إن اللجلجة تعد مشكلة خطيرة يعاني منها المربون والوالدان على حد سواء لما لها من آثار سلبية على شخصية الطفل وما تؤدي إليه من فقدان الثقة بالنفس والانتواء والابتعاد عن المجتمع. ولهذا يعتبر الكلام بالنسبة للمتجلجج محنة تملأ بالقلق والخوف. ففى المواقف الاجتماعية نجده يلجأ إلى حماية نفسه بإخفاء مشكلته اللفظية مفضلاً ذلك على أن يتصادم مع التمزق اللفظي. ويعد هذا الكتاب محاولة لإلقاء الضوء على اضطراب اللجلجة وأسبابها وكيفية الوقاية من الوقوع فى برائن هذا الاضطراب بالإضافة إلى استعراض للأساليب والبرامج العلاجية للجلجة. وذلك بأسلوب علمى مبسط دون إخلال بالإطار العلمى حتى يستفيد منه الآباء والمربون والمتخصصون.