جامعة يحي فارس بالمدية
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

فعالية تقنية السيكودراما في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ (من 06 إلى 10 سنوات)

دراسة ميدانية لخمس حالات بمتوسطة خديجة يخلف بولاية المدية

مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبين:
سهام خشافي
نورة قبايلي

إشراف الأستاذة:
أمينة بلحاج

لجنة المناقشة

اسم ولقب الأستاذ	الجامعة	الصفة
مريم أيـــوب	جامعة يحي فارس المدية	رئيسا
أمينـــة بلحاج	جامعة يحي فارس المدية	مشرفا
عمرو زاوي	جامعة يحي فارس المدية	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019


بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى : (قَالَ رَبِّ اشْرَحْ لي صَدْري (25) وَ يَسر لي أَمْري (26) وَاحْلُلْ عُقْدَة منْ لسَاني (27) يَفْقَهُوا قَوْلي (28) الآية طه (25 - 28)

" اللجلجة ليست في فم المتلجلج و إنما هي في أذن المستمع "

وندل جونسون عالم النفس الأمريكي

كلمة الشكر:

بسم الله الرحمن الرحيم و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد وعلى آله و صحبه أجمعين.

قال الله تعالى : " َفاْذكُرُوني أَذْكُرُكُمْ وَاشْكُرُوا لي وَ لاَ تَكْفُرُون " البقرة الآية 152

أما بعد أتوجه بالحمد و الشكر لله سبحانه و تعالى أنه سهل لي إتمام هذا البحث وحده يليق به المجد و العزة و السجود.

نتقدم بخالص عبارات الشكر و العرفان و التقدير للدكتورة المشرفة المحترمة " أمينة بلحاج " التي أنارت لنا الطريق و شجعتنا على البحث و الإطلاع, و أمدتنا بتوجيهاتها و نصائحها القيمة, فلولا صبرها علينا و احتمالها للهفوات التي وقعنا فيها و إرشادنا على تفاديها لما وصلت هذه المذكرة إلى معالجة إشكالية الموضوع, فلها منا جزيل الشكر و خالص الاعتراف بالجميل.

كما نتوجه بالشكر إلى كل الأساتذة الذين نهلنا من منابعهم العلمية طوال فترة دراستنا بجامعة يحي فارس بصفة عامة و كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية بصفة خاصة, و إلى كل عمال الكلية الذين جعلوه منارا للعلم و رائدا في العلم و المعرفة.

كما لاننسى أن نوجه بالشكر إلى كل من ساعدنا ولو بالقليل في دراسة هذا الموضوع، و إلى كل الأصدقاء الذين ساعونا على إتمام هذا العمل ولو بكلمة مشجعة أو لفتة طيبة أو إبتسامة مواسية فلهم منا أفضل ما يعبر به المحسن إليه للمحسنين و المتفضل عليه للمتفضل.

سهام و نورة

إهداء

أحمد الله عز وجل الذي وفقني لإتمام هذا البحث

الحمد لله حمدا طيبا مباركا فيه

إلى روحي التي لم أخذل أملها ووفيت بعهدي لها

إلى كل من غمرتني بحنانها وأنارت قلبي بفيض

دعائها إليك "أمي"

إلى من شقى من أجل أن يفتح لي درب الحياة

إلى من إنتظر وأمل في هذا النجاح بفارغ

الصبر إليك "أبي"

إلى الإخوة محمد وبناته ووحيد المغترب في أمريكا وإلى أخواتي فلة التي

مدت لي يد العون في إنجاز هذا العمل وإلى أختي أمال وبنيهم وبناتهم

وإلى أختي سميحة

وإلى الأستاذة الفاضلة "بلحاج أمينة" الذي ساعدتنا على إتمام هذا العمل

وإلى زميلتي في المذكرة نورة على تعاونها معي

وإلى كل الأطفال المصابين بالتأتأة شفاهم الله وعافاهم

وإلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد على إنجاز هذا الجهد المتواضع

أقول جزاكم الله خيرا

ولو قضيت عمري في الشكر سأقول في أخر المطاف أني لم أوفي

خشافي سهام

إهداء

أحمد الله العلي القدير الذي أنار لي درب العلم وجعلني أحصد

ما زرعته طوال مسيرتي العلمية و المعرفية, أهدي هذا العمل المتواضع:

* إلى أول من نطقت إسمها و غمرتني بحنانها إلى التي لا زالت دعواتها تملأ الكون نورا,

إلى من رسمت في مخيلاتي أبجديات الحياة "أمي الغالية أطال الله في عمرك".

* إلى من أحمل إسمه بكل فخر, إلى من رسم ضلال النجاح أمامي و تحمل العناء من أجل إسعادي أقف له عرفاننا و طاعة "والدي العزيز حفظه الله"

* إلى من كن سندي في هذه الحياة وشاركوني الحب و الحنان أخواتي: سارة و زوجها, زهيرة و زوجها و أمينة وزوجها أتم الله شملهم و وسيلة و لويزة أتمنى لها النجاج و التوفيق.

* إلى قرة عيوني و مصدر قوتي, إلى تاج عائلتي أخي الوحيد"فتحي" أتمنى له المزيد من التألق و النجاح.

* إلى منبع المحبة: أهلي "قبايلي" و "مناصر" داخل الوطن و خارجه و كل أقاربي.

* إلى أجمل نجوم من السماء إلى شموع المستقبل وورود الحياة: إيناس مريم, رزان, عبد الكريم, محمد شوقي حفظهما الله و رعاهما.

* إلى كل الأساتذة الذين نهلنا من منابعهم العلمية طوال مسيرتنا بالجامعة يحي فارس بصفة عامة و كلية علوم الإجتماعية و الإنسانية بصفة خاصة وإلى الدكتورة المشرفة" أمينة بلحاج" التي لها الفضل في إتمام هذا العمل.

* إلى من دعمتني في المذكرة: سهام وكل عائلتها الكريمة.

و في الأخير إلى كل من مد لي يد العون سواء من قريب أو بعيد لإنجاز هذه المذكرة و

ساندني لحمل لواء العلم و المعرفة و محاربة الفساد, و إلى كل من وثق في

قدراتي العلمية و جعلني أسير على منهج العلم.

نورة قبايلي

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة إلى معرفة مدى فعالية تقنية سيكودراما في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ، و للتحق من فرضيات الدراسة:

. الفرضية العامة:

. لتقنية السيكودراما فعالية في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ.

. الفرضيات الجزئية:

. يعاني الطفل المتأتئ من مستوى منخفض في الثقة بالنفس.

. إن تقنية السيكودراما فعالة في التخفيف من مختلف الأعراض التي يعاني منها الطفل المتأتئ.

و اعتمدت الدراسة على **منهج دراسة الحالة** على عينة تكونت من **5 أطفال** الذين يعانون من اضطراب التأتأة باستخدام شبكة الملاحظة بالإضافة إلى تقنية السيكودراما و توصلت النتائج المتصورة عند مقارنة فرضياتنا بالدراسات السابقة إلى:

. لتقنية سيكودراما فعالية في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ.

الكلمات المفتاحية : السيكودراما ، الثقة بالنفس ، التأتأة.

Study summary:

The study aims to find out the effectiveness of the psychodrama technique in enhancing the self-confidence of a stuttering child, and to verify the hypotheses of the study:

The general hypothesis:

The psychodrama technique is effective in enhancing the self-confidence of a stuttering child.

Partial hypotheses:

A child who stutters has a low level of self-confidence.

The psychodrama technique is effective in alleviating the various symptoms that a stuttering child suffers from.

The study relied on a case study approach on a sample consisting of 5 children suffering from stuttering disorder using the observation net in addition to the psychodrama technique. The results envisioned when comparing our hypotheses with previous studies reached:

The psychodrama technique is effective in enhancing the self-confidence of a stuttering child.

Key words: psychodrama, self-confidence, stuttering.

الرقم	المحتوى	الصفحة
01	شكر	
02	إهداء	
03	ملخص الدراسة	
04	فهرس المحتويات	
05	قائمة الملاحق	
06	مقدمة	أ - ب - ت
07	**الجانب النظري**	
08	**الفصل الأول : الإطار العام للدراسة**	
09	الإشكالية	10 - 6
10	فرضيات الدراسة	11 - 10
11	أهداف الدراسة	11
12	أهمية الدراسة	12
13	مفاهيم الدراسة	13 - 12
14	دراسات سابقة	21 - 13
15	**الفصل الثاني : السيكودراما**	
16	تمهيد	23
17	مفهوم السيكودراما	25 - 24

18	المبادئ و المفاهيم التي قامت عليها السيكودراما	27 - 25
19	أهداف السيكودراما	28 - 27
20	أشكال السيكودراما	30 - 29
21	أنواع السيكودراما	31 - 30
22	مراحل العلاج بالسيكودراما	34 - 31
23	وصف توضيحي لنموذج الجلسة العلاجية السيكودرامية	36 - 34
24	إجراءات تطبيق السيكودراما	40 - 36
25	خلاصة الفصل	41
26	**الفصل الثالث : الثقة بالنفس**	
27	تمهيد	42
28	مفهوم الثقة بالنفس	44 - 43
29	مظاهر الثقة بالنفس	45 - 44
30	مراحل الثقة بالنفس	46
31	أنواع الثقة بالنفس	46
32	أهمية الثقة بالنفس	48 - 47
33	صفات الأشخاص الواثقين بأنفسهم و سلوكياتهم	50 - 49
34	مصادر قوة الثقة بالنفس	51 - 50

35	بواعث الثقة بالنفس	51
36	الإيماءات التي توحي بالثقة بالنفس	52
37	الثقة بالنفس في مرحلة الطفولة	59 - 53
38	خلاصة الفصل	60
39	**الفصل الرابع : الطفل المتأتئ**	
40	تمهيد	61
41	مفهوم الطفولة	65 - 62
42	مراحل الطفولة	67 - 66
43	نمو الطفل	68 - 67
44	مطالب النمو خلال مرحلة الطفولة	69 - 68
45	خصائص النمو النفسي الانفعالي اللغوي	79 - 69
46	النمو عند سيغموند فرويد	83 - 80
47	حاجات الطفل	89 - 84
48	الحقوق النفسية للطفل	94 - 90
49	مشكلات الطفل النفسية	99 - 94
50	اضطرابات الكلام	105 - 99
51	مفهوم التأتأة	109 - 106

52	نبذة تاريخية عن اللجلجة	109 - 110
53	أنواع التأتأة	111 - 114
54	مراحل تطور التأتأة	114 - 117
55	مستويات التأتأة	117 - 120
56	الصورة الإكلينيكية لأعراض التأتأة	120 - 122
57	أسباب التأتأة	123 - 132
58	النظريات المفسرة للتأتأة و معدل إنتشارها	133 - 143
59	الآثار النفسية و الاجتماعية للتأتأة	143 - 145
60	الخصائص النفسية و السلوكية للمتأتئين	145 - 148
61	تشخيص التأتأة	148 - 155
62	التأتاة و أثرها على الثقة بالنفس	156
63	علاج التأتأة	157 - 170
64	دور المختص في العلاج	170 - 171
65	مدة علاج التأتأة ومدى تكرار الجلسات	172 - 173
66	خلاصة الفصل	174
67	**جانب التصور**	
68	**الفصل الخامس : منهجية الدراسة**	

69	تمهيد	**175**
70	الدراسة الاستطلاعية	**176**
71	المنهج المستخدم في الدراسة	**177**
72	حدود الدراسة	**178 - 177**
73	عينة الدراسة	**178**
74	أدوات الدراسة	**192 - 179**
75	خلاصة الفصل	**193**
76	**الفصل السادس : تصور النتائج المتوقعة في ظل الفرضيات المطروحة**	
77	تصور عام عن نتائج الدراسة	**194**
78	الاستنتاج العام	**195**
79	**الخاتمة**	
80	**قائمة المراجع**	
81	**الملاحق**	

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	دليل المقابلة
02	شبكة الملاحظة الخاصة بالثقة بالنفس و التأتأة
03	نموذج دراسة الحالة
04	جلسات السيكودراما

مقدمة

مقدمة :

اللغة تعد الوسيلة التي يستخدمها الإنسان للتفاعل و التواصل مع الآخرين، فاللغة ميزة خصّ الله عز وجل بها بني البشر دون غيرهم عن سائر المخلوقات، و تحتاج اللغة لإنتاجها مجموعة من العمليات المعقدة التي تعتمد على سلامة العديد من أعضاء اللغة العضوية لدى الفرد، وكذا سلامته من المعيقات النفسية التي تؤثر على إنتاج اللغة، ووصوله بشكل سليم إلى المستمع لتتم عملية التواصل بواسطة اللغة.

وقد ورد في القرآن الكريم أن نبي الله موسى عليه السلام كان يعاني من صعوبة في الكلام و ذلك في قوله تعالى : (قَالَ رَبِّ اشْرَحْ لي صَدْري (25) وَ يَسر لي أَمْري (26) وَاحْلُلْ عُقْدَة منْ لسَاني (27) يَفْقَهُوا قَوْلي (28)) الآية طه (25 - 28). كما يعاني بعض الأفراد في مختلف المجتمعات، وفي مختلف الأعمار، و الأعراف و نوع الجنس من اضطرابات الكلام التي تختلف عن الكلام العادي بمختلف خصائصه بصورة تجعل الفرد غير قادر على توصيل الرسائل الشفهية إلى الآخرين حيث يحدث لها تشويه يجعلها غير مفهومة ولا قيمة لها بالنسبة للآخرين، ويصل ذلك إلى درجة تعوق عملية التواصل، وما يترتب على ذلك من آثار اجتماعية ونفسية تحول دون قدرة الفرد على أداء مهام الحياة بصورة مناسبة وقد يتعرض لسوء التوافق الشخصي و الاجتماعي من جراء ذلك، ومن بين اضطرابات الكلام التأتأة التي يقصد بها اضطراب في الطلاقة اللفظية ومعدل سرعة الكلام، يصاحبه أسلوب تنفس غير صحيح يؤدي إلى عدم انسجام أعضاء الكلام، يظهر في صورة توقف، أو تطويل، أو تكرار للصوت أو المقطع أو الكلمة، وله أصل نفسي يؤدي إلى الخوف من الكلام وتحاشيه في مواقف معينة، التي من شأنها الإسهام في إعاقة الفرد عن أداء بعض أدواره المتعددة في منظومته الاجتماعية.

و المصاب بالتأتأة عادة ما يعاني من اضطرابات نفسية مثل القلق، الشعور بعدم القبول الاجتماعي، وعدم الثقة بالنفس والشعور بالخجل، مما يولد لديه شعورا بحب العزلة و الانطواء المصحوب بالتوتر النفسي، والخوف من الكلام، وعلى هذا الأساس قمنا بدراسة الثقة بالنفس باعتبارها مشكلة يواجهها الأطفال الذين يعانون من التأتأة و التي تمثل إحدى الخصائص الانفعالية الهامة التي تلعب دورا مهما في حياته، و تساهم بشكل كبير في تحقيق توافقه النفسي، و التسلح به أمر في غاية الأهمية لحمايته من الشعور بالسلبية و عدم الاطمئنان لما يتمتع به من إمكانيات و قدرات و يكون بذلك بداية حتمية للفشل.

فالتأتأة تؤثر سلبا على أغلب الجوانب النفسية و الشخصية لدى الطفل الذي يعاني منها ولهذا قمنا بتطبيق تقنية السيكودراما من أجل تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل الذي يعاني من التأتأة والتي يقصد بها أسلوب من الأساليب الاسقاطية أو شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي أساسها المسرح، تقوم على تمثيل مواقف ذات مغزى في حياة المريض قصد معالجة المشكلة التي يعاني منها بحيث يعبر عن مشاعره بصورة تلقائية حرة و ينفس عن انفعالاته و يستبصر ذاته في موقف جماعي، لذا سنعالج في هذه الدراسة موضوع فعالية تقنية السيكودراما في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ.

ومن هنا حاولنا في الفصل الأول التعرض إلى مشكلة البحث و التساؤل، وكيف نعالج مقتضيات المشكلة عن طريق وضع الأسئلة وضبط الفرضيات وأهمية الموضوع في الحفاظ على الحياة السليمة و الشخصية السوية للطفل الذي يعاني من التأتأة، و تحديد المفاهيم الأساسية لموضوع بحثنا.

أما في الفصل الثاني فقد تعرضنا إلى تفصيل شامل لتقنية السيكودراما من حيث المفهوم و تاريخها و أهدافها و أنواعها و مراحلها بالإضافة إلى إجراءات تطبيقها و فنياتها، كونها تقنية تسمح بالتنفيس الانفعالي و الاستبصار الذاتي والتقمص و المحاكاة من أجل تحقيق التوافق النفسي.

أما فيما يخص الفصل الثالث فقد تطرقنا إلى الثقة بالنفس مفهومها، مظاهرها، أنواعها و أهميتها باعتبارها من المقومات الأساسية للنجاح في الحياة، و هي تظهر من خلال إحساس الطفل بكفاءته الجسمية و الاجتماعية و النفسية، و بقدرته على عمل ما يريد، وإدراكه لتقبل الآخرين له، و ثقتهم به.

أما بالنسبة للفصل الرابع تطرقنا فيه إلى الطفل المتأتئ وقد أشرنا في هذا الفصل إلى مفهوم الطفولة و مراحلها وكذا نمو الطفل و متطلبات النمو لدى الطفل، بالإضافة إلى خصائص النمو النفسي الانفعالي اللغوي للطفل و حاجاته و مشكلاته النفسية، باعتبار سنوات الطفولة هي من أهم مراحل النمو النفسي و أساس تكوين الشخصية السليمة.

كما تعرضنا إلى التأتأة و أشرنا إلى اضطرابات الكلام بصفة عامة و التأتأة بصفة خاصة كونها من أنواع اضطرابات الكلام، حيث تطرقنا إلى المفهوم و التاريخ و أنواعها، وكذا مراحل تطور التأتأة ومستوياتها، بالإضافة إلى مظاهرها و عوامل ظهورها و آثارها النفسية و الاجتماعية التي تخلفها، بالإضافة إلى التشخيص و العلاج.

و فيما يخص الجانب التطبيقي وفي الفصل الخامس و بسبب جائحة " كوفيد . 19 " تطرقنا في فصل منهجية الدراسة إلى المنهج المستخدم في الدراسة و الدراسة الاستطلاعية، حدود الدراسة و عينة الدراسة وكذا أدوات الدراسة.

وفي الفصل السادس تعرضنا إلى تصور النتائج المتوقعة في ظل الفرضيات المطروحة بسبب عدم وجود الدراسة الميدانية جراء " جائحة كوفيد . 19 "

ونظرا لكونه من المواضيع التي حضيت باهتمام الكثير من الدارسين و الباحثين لما له من قيمة علمية و عملية تهتم بشخصية الطفل، لهذا قمنا بدراسة وتناول هذا الموضوع.

الجانب النظري

الفصل الأول الإطار العام للدراسة

1 ـ الإشكالية

2 ـ فرضيات الدراسة

3 ـ أهداف الدراسة

4 ـ أهمية الدراسة

5 ـ مفاهيم الدراسة

6 ـ دراسات سابقة

تمهيد:

يندرج موضوع دراستنا حول فعالية تقنية السيكودراما في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ ، ومن أجل معالجة موضوعنا هذا قمنا بالتطرق في هذا الفصل التمهيدي إلى الإشكالية وتحديد الفرضيات الملائمة، وكذا ذكر أهداف وأهمية الدراسة بالإضافة إلى المصطلحات الأساسية للدراسة والدراسات السابقة.

1 . الإشكالية:

يمر الإنسان خلال نموه بعدة مراحل تحدث خلالها عدة تغيرات وتطورات على عدة مستويات، فمنها ما يكتمل خلال المراحل الأولى ومنها ما يتطلب نضوجه وقت طويل للوصول إلى الاكتمال وبلوغه النهاية ورغم أن هذه المراحل تختلف فيما بينها إلا أن لكل واحدة منها أهميتها الخاصة التي تسهم بشكل أو بأخر في نمو الفرد.ولعل أهم هذه المراحل الأولى أين يتم تشكيل شخصية الفرد والتي تمثل مرحلة الطفولة بمختلف تقسيماتها، فالطفل هو الهبة الإلهية الجميلة والبذرة التي تشكل ديمومة الحياة و استمراريتها ودورتها هذا الكائن الجميل يمر بمراحل تطورية تنموية في الكيانات البيولوجية والوظيفية المتنوعة منذ الوهلة الأولى في عملية الخلق والتكوين.

واللغة هي إحدى هذه الكيانات وأداة التواصل البشري ماهيتها أصوات يعبر بها كل فرد عن أغراضه، فمن خلال الكلام يستطيع الطفل أن يعبر عن مختلف ميولاته ورغباته واتجاهاته بصورة أكبر من استخدام الوسائل الأخرى كالكتابة والإيماءات والرموز ، بالإضافة إلى تنمية مختلف قدراته العقلية الإدراكية وكذا التواصلية. ولهذا قام العديد من الباحثين بالتطرق إلى هذه القدرة من مختلف الجوانب وما يمكن أن يطرأ عليها من تغيرات و اضطرابات، إذ يمكن تعريف الكلام بأنه : " سلوك تكوين وتسلسل للغة الفمية وهو أكثر الأنظمة الرمزية الشائعة ويستعمل في التواصل بين الأفراد ". **(إبراهيم عبد الله الزريقات، 2005،ص26)**

وبما أن هذه القدرة تظهر بشكل أوضح في هذه المرحلة، فإن كثير من المختصين (النفسيين واللسانيين والأرطوفونيين) يجدون هناك صعوبة في اكتسابها و بالأخص الطفل الذي هو موضوع دراستنا، فمرحلة الطفولة تعتبر صعبة وذو أهمية كلامية مهمة جدا، واكتساب اللغة يختلف استيعابها من طفل إلى آخر فالتواصل لديه يكون صعب خاصة مع الراشدين، وأي خلل في هذه القدرة يعتبر اضطراب وهذا ما يعرف

أو يسمى باضطرابات الكلام، فالكلام هو من أهم وسائل التواصل بالآخرين ويستدعي كونه عدة توافقات عصبية دقيقة يشترك في أدائها الجهاز التنفسي لتوفير التيار الهوائي للنطق وإخراج الأصوات بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية الذي يستخدم الرموز اللغوية ومن خلاله يستطيع الفرد التعبير عن الأفكار والمشاعر وفهم مشاعر الآخرين الذين يستخدمون الرموز اللغوية.(**إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص22**)

أما **يوسف (2000)** يعرف الكلام المضطرب بأنه " الكلام الذي ينحرف عن كلام الأقران الآخرين ويكون لافتا للانتباه ويسبب سوء التوافق بين المتحدث وبيئته الاجتماعية ".(**يوسف،130،2000**)

ومن بين اضطرابات الكلام التأتأة أو اللجلجة والتي تبدأ تقريبا في عمر 3 سنوات إلى 6 سنوات والتي تتميز بتكرار الحروف والمقاطع اللفظية والكلمات و الوقفات أثناء الكلام والإطالة في الحروف أو المقاطع اللفظية. (**الزراد،1990،ص32**)

كما تعرفها **هالة إبراهيم الجروانى وآخرون (2013)** أنها " عدم الطلاقة في سيولة الكلام بشكل يلفت النظر مما يعيق التحدث مع الآخرين، والمتأتئ يكرر حرفا أو مقطعا بشكل لا إرادي، مصحوبا باضطراب في التنفس وحركات في اللسان مما يسبب له الخجل والارتباط والعزلة وتنتشر لدى الذكور أكثر من الإناث ".(**هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص30 . 31**)

فالتأتأة تعتبر مشكلة عالمية تحدث في جميع اللغات والأجناس، وحجم انتشارها أكبر مما يتوقعه كثير من الناس، حيث أن نسبتها العالمية قدرت ب 01 بالمائة تقريبا وتصيب الذكور أكثر من الإناث، حيث أن النسبة هي أنثى واحدة تعاني من التأتأة لكل أربعة ذكور. والتي تختلف مسبباتها بين الأفراد، ابتداء بالفرد وما يملكه من صراعات وصدمات ومشاكل نفسية ووصولا إلى البيئة المحيطة بالطفل، وما تتضمنه من مؤسسات اجتماعية التي سيتعامل معها الطفل بعيدا عن مساندة ومساعدة والديه.

فكل هذه العوامل لها علاقة إما مباشرة أو غير مباشرة بحدوث التأتأة وما ينتج عنها من آثار التي تمس جوانب مختلفة خاصة الجوانب النفسية، لأنه من المعروف أن المصاب بالتأتأة عادة ما يعاني من اضطرابات نفسية كالقلق، الشعور بعدم القبول الاجتماعي، عدم الثقة بالنفس والشعور بالخجل والنقص، مما يولد لديه شعورا بحب العزلة والانطواء المصحوب بالتوتر النفسي، كل واحدة من هذه المتغيرات لها آثار على الفرد سواء بالسلب أو الإيجاب، إلا أننا ارتأينا أن نركز على واحدة من هذه المتغيرات والتي هي موضوع دراستنا ألا وهي الثقة بالنفس والتي تختلف من فرد لآخر كونها ذو أهمية في حياة الفرد باعتبارها عامل مهم يساعد على ممارسة حياته وتخطي كل ما يعترضه من صعوبات، ذلك أن الثقة بالنفس تعد إحدى الخصائص الانفعالية الهامة التي تلعب دورا أساسيا في حياة الأفراد، وفي تحقيق توافقهم النفسي، ويشير علماء النفس والباحثون إلى أن الثقة بالنفس تبدأ بالنمو منذ السنين الأولى في حياة الفرد عن طريق علاقة الفرد بوالديه، وبالذات الأم التي قد تمنح الفرد الرعاية والاهتمام والإحساس بالأمان من حوله، يرى اللاحق " أن الثقة بالنفس غاية ينشدها الناس بغض النظر عن الفروق في أجناسهم وطبقاتهم الاجتماعية والاقتصادية لأن من يتمتع بها يشعر بالسعادة، والرضا، ويسعى إلى التقدم دائما، فهي تمثل دورا هاما في حياة الفرد وعاملا من عوامل النمو الانفعالي، والاستقرار النفسي، والشعور بالكفاءة والقدرة على مواجهة الصعاب ".**(اللاحق،2005،ص13)**

فالثقة بالنفس هي إحدى سمات الشخصية الأساسية التي يبدأ تكوينها منذ نشأة الفرد، كما أنها إدراك الفرد لكفاءته ومهاراته وقدرته على أن يتعامل بفعالية مع المواقف المختلفة التي يتعرض لها.

حيث قام كل من **(أيرون وكيلي 1985)** بدراسة المتغيرات التي تطرأ على الثقة بالنفس لدى التلاميذ في المراحل الدراسية المختلفة وأظهرت الدراسات نتائج أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في الثقة بالنفس ترجع للمرحلة الدراسية بالنسبة للمضطربين في الكلام.

ودراسة (**أحمد 1985**) التي هدفت إلى معرفة ظاهرة التأتأة في ضوء العوامل النفسية و الاجتماعية، حيث تكونت الدراسة من مجموعتين إحداهما تجريبية وأخرى ضابطة قوامها 50 طفلا متأتئ و50 طفلا عاديا، وتم تطبيق العديد من المقاييس كمقياس القلق والانطواء، مقياس مفهوم الذات والاتجاهات الوالدية، ومقياس التوافق النفسي، وقد أسفرت النتائج أن الأطفال المتلعثمين كانوا أعلى قلق من الأطفال العاديين، وأن المتلعثمين يعانون من الاتجاهات الوالدية مثل القسوة، الإهمال والألم النفسي أكثر من غير المتلعثمين.

وعلى هذا الأساس فإن تعزيز الثقة بالنفس لدى المتأتئين يتطلب مجموعة من أساليب الإرشاد والعلاج الجماعي التي تتعدد وتختلف باختلاف المشكلات والأدوار، وتعتبر السيكودراما أو الدراما النفسية أو ما يطلق عليها بالتمثيل المسرحي النفسي من أشهر الأساليب والتقنيات، التي تعتمد على التصوير التمثيلي المسرحي لمشكلات نفسية أو سلوكية أو اجتماعية أو حتى لمواقف حياتية، كونها تقنية تسمح للأطفال بالتعبير التلقائي عن مشكلاتهم، حيث يمكن للحالة أن تكسب ثقتها وحريتها في لعب الأدوار والتكلم حول المشكلات الدفينة التي لم يسبق أن تم التكلم عنها.

وقد ابتكر هذه التقنية المحلل الأمريكي " **مورينو** " حيث بدأ باستخدام هذا الأسلوب في " **فيينا** " وذلك عام **(1921)** وأسس أول مسرح للعلاج النفسي عام **(1927)** في " **نيويورك** "، فحسب **مورينو(1968)** "فإنه يقول عن السيكودراما التي ابتدعها أنها ثورة على ما هو قائم هذا بالإضافة إلى استخدام الجسد في التعبير تجعلها لغة عالمية واسعة الاتصال، ومن الناحية السيكودرامية فهي أعمق اللغات، وهي تسبق مرحلة الاتصال الكلامي أثناء نمو الطفل وهي لغة الجسد، وعليه فهي أسلوب علاجي يتناسب مع جميع الأشخاص في مراحلهم العمرية المختلفة ".**(عزازي،1990، ص 46)**

ويعرفها **حامد زهران (1995)**" بأنها أسلوب علاجي نفسي جماعي قائم على نشاط المرضى، وهي عبارة عن تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر، وتنفيس انفعالي تلقائي واستبصار ذاتي في موقف جماعي. **(حامد زهران، 1995، ص 314 . 315)**

حيث قامت **(فوزية أحمد 1995)** بدراسة هدفت إلى التعرف على مشكلة اللجلجة بين طلاب المرحلة الابتدائية من كلا الجنسين، وتكونت العينة من 24 طالبا وتوصلت النتائج إلى أن أبعاد مشكلة اللجلجة تتمثل في فقدان الثقة بالنفس لغياب دعم الوالدين النفسي والقسوة في المعاملة والسخرية، وأكدت أن الجمع بين أسلوبي السيكودراما والممارسة السلبية هو أسلوب فعال في علاج اللجلجة.

وعليه فمن خلال ما ذكرناه سابقا، أردنا أن ندرس فعالية السيكودراما في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل الذي يعاني من التأتأة، وبالتالي أردنا أن تكون تساؤلتنا أن تكون كالأتي:

. التساؤل العام:

هل لتقنية السيكودراما فعالية في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل الذي يعاني من التأتأة ؟

. التساؤلات الجزئية:

- ما هو مستوى الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ؟
- هل لتقنية السيكودراما فعالية في خفض أعراض التأتأة أو علاجها؟

2. فرضيات الدراسة:

1.2. الفرضية العامة:

. لتقنية السيكودراما فعالية في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ.

2.2. الفرضيات الجزئية:

- يعاني الطفل المتأتئ من مستوى منخفض في الثقة بالنفس.
- إن تقنية السيكودراما فعالة في التخفيف من مختلف الأعراض التي يعاني منها الطفل المتأتئ.

3. أهداف الدراسة:

بما أن اضطرابات الكلام وبالأخص التأتأة من أهم المشكلات التي تعرض حياة أطفالنا وتؤثر بالسلب على مسارهم الدراسي، وعلى حياتهم بصفة عامة وخاصة وحياتهم النفسية بالدرجة الأولى وعلى هذا الأساس فإن دراستنا تهدف إلى:

- ✓ معرفة مدى فعالية تقنية السيكودراما في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل الذي يعاني من التأتأة؛
- ✓ الوقوف على مستوى الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ؛
- ✓ مساعدة العاملين في المجال النفسي وتحفيزهم على استخدام السيكودراما كأسلوب علاجي؛
- ✓ جلب الانتباه إلى هذه الفئة من الأطفال والتأكيد على ضرورة التكفل الصحي والنفسي بهم؛
- ✓ مساعدة هذه الفئة من الأطفال على الاندماج في المجتمع ومنحهم فرصة للتعبير عن إمكانياتهم وقدراتهم وإثبات ذاتهم مثل بقية الأطفال العاديين؛
- ✓ تحديد أسباب التأتأة والآثار النفسية والاجتماعية المصاحبة لها وكذا الخصائص النفسية التي يتميز بها الأطفال الذين يعانون من التأتأة؛
- ✓ وفي الأخير تهدف دراستنا إلى ضرورة التعاون ما بين الأخصائي الأرطفوني والأخصائي النفساني لضمان التكفل الجيد بهذه الشريحة.

4 . أهمية الدراسة:

تسلط الضوء بالدراسة والتحليل لمتغيرات نفسية هامة في بناء شخصية الطفل ألا وهي الثقة بالنفس والنمو اللغوي، كما تتناول بالتفصيل الممنهج خطوات تقنية علاجية جد فعالة في علاج العديد من الاضطرابات النفسية واللغوية والتي يجهلها الكثير من الأخصائيين ألا وهي تقنية السيكودراما، تبين أهمية التعاون بين الأخصائي العيادي والأخصائي الأرطفوني في التكفل بحالات التأتأة واضطرابات الكلام عموما وإمكانية استفادة كليهما من التقنيات التي يستعملها الآخر، أيضا المساهمة في مساعدة وإرشاد هذه الفئة وأسرها ومن أجل خدمة البحث العلمي، و كذا فتح المجال لتطبيقات أخرى لتقنية السيكودراما في علاج اضطرابات أخرى نفسية كانت أو لغوية.

5. المصطلحات الأساسية للدراسة:

1.5. السيكودراما : أحد أشكال العلاج النفسي الجماعي القائم على مبدأ التلقائية في الأداء، حيث يقوم المريض (البطل) بتمثيل بعض المواقف الحياتية الماضية أو الحاضرة أو حتى المستقبلية في إطار الجماعة العلاجية، فيعبر عن نفسه من خلال التمثيل بكل حرية مما يتيح له التنفيس الانفعالي، والاستبصار بمشكلاته وتحسين مهاراته وتفاعلاته، وذلك بمساعدة الأدوات المساعدة، مثل استخدام الفنيات المتعددة للسيكودراما.(**ناصر الدين إبراهيم أبو حماد، 2019،ص460**)

. التعريف الإجرائي للسيكودراما: تكمن فاعلية السيكودراما في إعادة تمثيل الواقع والتفاعل مع الآخرين من خلال إسقاط المشكلات النفسية على شكل أدوار تمثيلية من أجل إدراك واكتشاف ذواتهم ومساعدتهم على حل هذه المشكلات أو التكيف معها، وهذا من خلال سيناريوهات قصصية تم بناؤها من طرف الباحثتين بما يتناسب مع المرحلة العمرية للأطفال، إضافة إلى توظيف بعض فنيات تقنية السيكودراما.

2.5. الثقة بالنفس: قدرة الفرد على أن يستجيب استجابات توافقية تجاه المثيرات التي تواجهه، وإدراكه تقبل الآخرين له وتقبله لذاته بدرجة مرتفعة.(**سمية مصطفى رجب علي، 2008، 2009،ص22**)

. التعريف الإجرائي للثقة بالنفس: هي أن يدرك الفرد كل ما يملكه من قدرات ومهارات يستطيع تثمينها والتي من خلالها يستطيع التعامل بشكل إيجابي مع ما يتلقاه في الحياة، ويستدل عليها ضمن الدراسة من خلال نتائج شبكة الملاحظة التي تم بناؤها والتي تعكس محاورها مختلف العناصر الدالة على الثقة بالنفس؛ إضافة إلى اعتماد نتائج دراسة الحالة المجملة لكل حالة على حدى.

3.5 التأتأة والطفل المتأتئ: احتباس في الكلام يعقبه انفجار للكلمة بين شفتي الطفل مضطربة بعد معاناة تتمثل في حركات ارتعاشية وتعتبر طبيعية من عمر 2 . 5 سنوات بعد ذلك تحتاج لبرنامج علاجي نفسي وكلامي، من أشكالها تكرار الحرف أو الكلمة عدة مرات، التوقف المفاجئ والطويل قبل نطق الحرف أو الكلمة ثم نطقها دفعة واحدة، إطالة النطق بالحرف قبل الذي يليه.**(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص30)**

. **التعريف الإجرائي للتأتأة والطفل المتأتئ:** اضطراب في طلاقة الكلام تتميز بالتوقف المفاجئ أو التكرار اللإرادي للأصوات والمقاطع والتوقف عن الكلام وإطالة الأصوات والمقاطع؛ وضمن الدراسة تم اختيار العينة بعدما تم تشخيص الأطفال من طرف أخصائيين أرطوفونيين باضطراب التأتأة؛ لذلك نقصد بالطفل المتأتئ الطفل الذي يعاني من جملة الأعراض الدالة على التأتأة.

6 . الدراسات السابقة:

1.6 . دراسات سابقة عن السيكودراما:

. الدراسات العربية:

. دراسة صفاء غازي حمودة (1991) :

بعنوان " فعالية العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية في علاج بعض حالات اللجلجة "

هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية العلاج الجماعي . السيكودراما . والممارسة السلبية في علاج بعض حالات اللجلجة، وتكونت عينة الدراسة من (24) تلميذا من الجنسين من تلاميذ المرحلة الإعدادية (مرحلة المراهقة المبكرة من 12 . 15) ممن يعانون من اللجلجة. ومن الأدوات التي استخدمتها الباحثة في الدراسة : دليل تقدير نوع اللجلجة، ودليل تقدير العوامل والظروف المؤدية لنشأة اللجلجة (من إعداد الباحثة)، واختبار كاتل للذكاء (تقنين عبد السلام عبد الغفار وأحمد عبد العزيز سلامة)، واختبار تفهم الموضوع، واختبار رسم الأسرة **لكوفمان**. كما استخدمت الباحثة المنهجين التجريبي والإكلينيكي في تناول متغيرات الدراسة، ومن الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة (تحليل التباين، اختبار ت) وذلك من أجل التعرف على الفروق بين المجموعات التجريبية والضابطة وبين المجموعات العلاجية فيما بينها قبل وبعد تطبيق الأساليب العلاجية المستخدمة. وأكدت نتائج الدراسة على أن الجمع بين أسلوب السيكودراما والممارسة السلبية هو الأسلوب الأكثر فعالية في علاج اللجلجة. (**أمجد عزات عبد المجيد جمعة،2005،ص105**)

. دراسة كبير وآخرون (2003) :

بعنوان " فاعلية تكنيكات السيكودراما "

هدفت الدراسة إلى التأكد من فاعلية السيكودراما كأسلوب علاجي وتم تحليل 25 دراسة مصممة بشكل تجريبي على عينة من المرضى في عدة مستشفيات للطب النفسي ودلت النتائج إلى وجود تحسن كبير أو مماثل مقارنة بأساليب العلاج النفسي الأخرى وخاصة عند استخدام تقنيات تبادل الأدوار ولم يكن هناك فرق بين فاعلية استخدام السيكودراما الجماعية عن الفردية. (**إيناس حسين أحمد جودة،2015،ص59**)

. الدراسات الأجنبية:

. دراسة رسر ولمبورج (1974) :

بعنوان " تعديل السلوك العدواني لدى أطفال الحضانة بواسطة برنامج علاجي درامي "

هدفت الدراسة إلى خفض السلوك العدواني لدى أطفال الحضانة من خلال برنامج علاجي يشتمل على مجموعة من القصص تحكى لطفلي الدراسة، وعرض بعض المشاهد التمثيلية التي توضح مظاهر العدوان المختلفة والسلوك المضاد له والمرغوب فيه والذي كان الباحثان يريدان أن يتمثله الأطفال، واستمر البرنامج لمدة ثلاث ساعات على مدار اليوم. وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (33) طفلا اختار الباحثان منهم طفلان كانا قد حصلا على أعلى الدرجات على مقياس السلوك العدواني (من إعداد الباحثان). وأسفرت نتائج الدراسة بعد تطبيق الباحثان للبرنامج وقياس السلوك العدواني عند الطفلين عن حدوث انخفاض في مستوى العدوانية على مقياس السلوك العدواني المعد لذلك.(**أمجد عزات عبد المجيد جمعة،2005،ص101)**

. دراسة كاتا (2010) :

بعنوان " السيكودراما التحليلية للمراهقين الذين يعانون من مشاكل نفسية ".

هدفت الدراسة إلى أهمية السيكودراما التحليلية للمراهقين الذين يعانون من مشاكل نفسية، وتكونت العينة من (6) مراهقين يعانون من عدة اضطرابات نفسية وللتأكيد على فاعلية العلاج بالسيكودراما للمراهقين المرضى النفسيين استخدم الباحث قائمة الأعراض لتحديد المتغيرات في الأعراض لديهم وكان برنامج السيكودراما عبارة عن (12) جلسة، جلسة واحدة أسبوعيا وبعد وصف حالتهم ومقارنتهم بأفراد المجموعة الضابطة أثبتت النتائج فاعلية العلاج بالسيكودراما في خفض الأعراض النفسية مع فروق ذات دلالة إحصائية هامة. **(إيناس حسين أحمد جودة،2015،ص56)**

2.6 . دراسات سابقة عن الثقة بالنفس:

. الدراسات العربية:

. دراسة العنزي فريح عويد (2000):

هدفت إلى دراسة العلاقة بين الثقة بالنفس والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وتكونت العينة من (418) طالبا وطالبة في المرحلة الجامعية بالكويت، وتم تطبيق مقياس الثقة بالنفس وقائمة مراجعة الأعراض واستخبار العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية . الانبساطية . المتفتحة . الطيبة . اليقظة الضمير)، وكانت نتائج الدراسة أن الثقة بالنفس سمة على درجة كبيرة من الأهمية، وقد حصل الذكور فيها على متوسط أعلى من الإناث، بينما حصل الإناث على درجة أعلى من قائمة الأعراض والعوامل الخمسة، كما أظهرت الدراسة ارتباطات سلبية بين الثقة بالنفس والمقاييس الفرعية لقائمة مراجع الأعراض وكذلك بين الثقة بالنفس وبين كل من (الانبساط . التفتح . الطيبة . يقظة الضمير) في عينة الذكور، في حين بينت نتائج عينة الإناث ارتباط جوهري موجب بين الثقة بالنفس وكلا من (الانبساط . التفتح . الطيبة).(**العنزي فرح عويد،2000،ص33**)

. دراسة سمية رجب (2008، 2009) :

بعنوان " فعالية برنامج إرشادي مقترح لتنمية الثقة بالنفس لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة "

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية البرنامج الإرشادي لتنمية الثقة بالنفس لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، والتعرف على مستوى الثقة بالنفس لدى أفراد العينة، وكذلك الكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على الاختبار القبلي ومتوسط درجاتهم على الاختبار البعدي للثقة بالنفس، والكشف عما إذا كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على الاختبار البعدي ومتوسط درجاتهم على الاختبار التتبعي لمقياس الثقة بالنفس، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي و البعدي لصالح البعدي، مما يعني فعالية البرنامج المقترح لتنمية الثقة بالنفس، في حين لم توجد تلك الفروق بين

القياسين البعدي والتتبعي مما يعني استمرارية فعالية البرنامج المقترح بعد شهرين من تطبيقه. **(سمية مصطفى رجب علي،2008 . 2009)**

. الدراسات الأجنبية:

. دراسة براي و آخرون (2003):

هدفت إلى التعرف إلى العلاقة بين الثقة بالنفس والطلاقة اللفظية والتحصيل الأكاديمي والاكتئاب لدى الراشدين من ذوي التلعثم وغير المتلعثمين، حيث استخدم تحليلان منفصلان لمعرفة تأثير الذات والاكتئاب على الطلاقة اللفظية، وأوضحت النتائج أن 61 بالمائة من أفراد العينة ظهر لديهم أثر لعاملي الذات والاكتئاب على الطلاقة اللفظية، وتناول التحليل الثاني أثر الذات على التنبؤ بالتلعثم وفقا لمتغير المجموعة وأشارت النتائج إلى أن 81 بالمائة من أفراد العينة أظهروا أثر للطلاقة عند معرفة المجموعة المتحدث إليها، في حين أن 95.3 بالمائة من غير المتلعثمين لم يظهروا اهتماما لنوع المجموعة المستمعة لهم.**(يحيى حسين القطاونه،2013،ص252)**

. دراسة سلفرستون (2003):

هدفت الدراسة إلى تحديد مدى انتشار درجة الثقة بالنفس لدى المرضى النفسيين والكشف عن العلاقة بين الثقة بالنفس وبعض العوامل الديموغرافية والضغوطات النفسية والاجتماعية لدى المرضى النفسيين، وقد اتبعت في ذلك المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدم الباحث مقياس " **روزنبرغ للثقة بالنفس** " ومقياس " **جانيس للكفاءة الاجتماعية** "، وقد طبق الأدوات على عينة قوامها 11190 شخصا من المرضى النفسيين المتواجدين في قسم الطب النفسي في جامعة " **البيرتا . أدمونتن . كندا** "، وأسفرت النتائج عن أن المرضى النفسيين يعانون من انخفاض الثقة بالنفس، وأن درجة الانخفاض تختلف باختلاف المرض، حيث تقل الثقة عند مرضى الاكتئاب واضطرابات الأكل ومستخدمي المخدرات وتنخفض عند من يعانون

من أكثر من مرض نفسي خاصة إذا كان الاكتئاب أحدها، وكان من نتائج الدراسة أيضا وجود علاقة بين ارتفاع درجة الثقة بالنفس وكل من التحصيل العلمي وزيادة العمر والدخل، حيث كانت الثقة بالنفس مرتفعة عند كل من الذكور والمرضى الموظفين عنها عند الإناث والمرضى غير الموظفين، ولم تتأثر الثقة بالنفس بالحالة الزوجية أو حدة الاضطرابات، وكان للضغوطات الشديدة ارتباطا واضحا بانخفاض درجة الثقة بالنفس لدى المرضى النفسيين.(**سمية مصطفى رجب علي،2008، 2009،ص85 . 86**)

3.6. دراسات سابقة عن التأتأة:

. الدراسات العربية:

. دراسة أحمد (1985) :

بعنوان " فاعلية برنامج علاجي للتخفيف من حدة بعض العوامل النفسية والاجتماعية لدى عينة من الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأتأة "

وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن بعض العوامل النفسية والاجتماعية التي ترتبط بظاهرة التأتأة وإعداد برنامج علاجي للتخفيف من حدة تلك العوامل، وقد أجريت الدراسة على مجموعتين من الأطفال الذكور كل مجموعة تحتوي على (50) طفلا، مجموعة تجريبية تضم (50) طفلا متأتأ، ومجموعة ضابطة تضم (50) طفلا عاديا تراوحت أعمارهم ما بين (12 . 15) سنة، وباستخدام مجموعة من المقاييس (اختبار الذكاء المصور، استمارة المستوى الاقتصادي الاجتماعي، بالإضافة إلى مجموعة من المقاييس المتعلقة بـ (الاتجاهات الوالدية، العصابية، القلق، الانطواء، التوافق النفسي)، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة بين المجموعتين في بعض الاتجاهات الوالدية مثل : القسوة، الإهمال، إثارة الألم النفسي

لصالح الأطفال المتأتئين، كما أشارت إلى أن الأطفال المتأتئين أكثر قلقا وانطواء وأقل توافقا من الأطفال غير المتأتئين.(**عفراء خليل،2011،ص531 . 532)**

. دراسة حسيب (2007) :

التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الثقة بالنفس واضطرابات التلعثم في الكلام بمرحلة الطفولة المتأخرة، وتحديد أي من المتغيرين يكون السبب في الآخر دراسة إكلينيكية، حيث بلغ حجم عينة الدراسة (750) طالبا وطالبة في الصف السادس الأساسي، كان منهم (375) من الإناث و (375) من الذكور، وقد استخدم الباحث لأغراض الدراسة مقياس شدة التلعثم من إعداد الباحث، وبعد تحليل نتائج الدراسة أظهرت أن هناك علاقة ارتباطية سالبة ذات دلالة إحصائية بين الثقة بالنفس واضطرابات التلعثم حيث أظهر الطلبة الذين لديهم مستوى متدن في الثقة بالنفس درجات مرتفعة بشدة التلعثم، وأنه يمكن التنبؤ باضطرابات التلعثم في الكلام من خلال الدرجة الكلية للثقة بالنفس، كما أن اضطرابات التلعثم تقلل من مستوى الثقة بالنفس. **(يحيى حسين القطاونه، 2013،ص251)**

. الدراسات الأجنبية:

. دراسة أوليفر (1981):

بعنوان " بحث المتغيرات المعرفية الوسيطة للكبار المصابين بالتأتأة وعلاقة تلك المتغيرات بقلق الأداء "

وقد هدفت الدراسة إلى دراسة المتغيرات المعرفية الوسيطة للبالغين المصابين بالتأتأة وعلاقة تلك المتغيرات بقلق الأداء، وقد أجريت الدراسة على مجموعتين، المجموعة التجريبية : تكونت من (4) ذكور بالغين و (2) من الإناث المتأتئين، أما المجموعة الثانية فهي المجموعة الضابطة فقد تكونت

أيضا من (4) ذكور و (2) من الإناث الأسوياء، وباستخدام استبيان السمة . الحالة للقلق توصلت الدراسة إلى التأتأة تزداد كلما ارتفع معدل وزن الكلمة المثيرة للقلق. **(عفراء خليل،2011،ص533)**

. دراسة بلانو (ب.ت) :

دراسة أجراها على (400) فرد تتراوح أعمارهم ما بين 18 شهر و 30 سنة حول مدى انتشار التأتأة وكانت النتيجة أن التأتأة تكون أكثر انتشارا في سن السادسة، وذلك راجع لخوض الطفل الحياة المدرسية وهي بمثابة شيء غريب، وهذا يسبب له شعور بالتوتر وتخص في أغلب الأحيان الطفل الذي تكلم متأخرا وقد لوحظ أن :

50 بالمائة تظهر عندهم التأتأة في سن الخامسة.

90 بالمائة تظهر عندهم التأتأة في سن قبل ثمان سنوات.

63 بالمائة من الأطفال المتأتئين في سن الدراسة.**(عبد العزيز الشخص،1997،ص250)**

7. تعقيب على الدراسات السابقة:

نرى من خلال استعراض الدراسات السابقة أن البعض منها اتفقت نسبيا مع بعضها الآخر واختلف بعضها مع غيرها من خلال تنوع أهدافها وحجم عيناتها، واختلاف الأدوات المستخدمة واتفاق البعض منها في نتائجها، وكل هذا التنوع يصب في مصلحة البحث العلمي والمعرفة بشكل عام. بحيث :

. تناولت هذه الدراسات عدة مواضيع والتي هي البرامج العلاجية (السيكودراما) والثقة بالنفس وكذا التأتأة، إلا أن كل دراسة تختلف عن الأخرى في كيفية دراستها لهذه المواضيع، فمنها من درسته من حيث العلاقة، ومنها من درسته من حيث الفعالية (فعالية البرنامج العلاجي).

. من حيث عينة الدراسة، فلقد اختلفت الدراسات فمنها من كانت دراسته حول عينة من الطلبة ومنها من كانت دراسته حول المرضى النفسيين، ومنها من كانت عينة دراسته عن الأطفال، المراهقين والراشدين.

. من حيث الأدوات فقد اختلفت الدراسات فمنها من استخدم المقاييس ومنها من استخدم الاختبارات ومنها من استخدمهما معا.

خلاصة الفصل:

بعدما تطرقنا في هذا الفصل إلى الإشكالية وفرضيات الدراسة، إضافة إلى أهميتها وأهدافها، الدراسات السابقة وكذا مفاهيم المتغيرات التي تخص دراستنا والتي سيتم التطرق إليها وتناولها في الفصول النظرية.

الفصل الثاني السيكودراما

1 ـ تمهيد

2 ـ مفهوم السيكودراما

3 ـ المبادئ و المفاهيم التي قامت عليها السيكودراما

4 ـ أهداف السيكودراما

5 ـ أشكال السيكودراما

6 ـ أشكال السيكودراما

7 ـ مراحل العلاج بالسيكودراما

8 ـ وصف توضيحي لنموذج الجلسة العلاجية السيكودرامية

9 ـ إجراءات تطبيق السيكودراما

10 ـ خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر السيكودراما أسلوب من الأساليب العلاج النفسي الجماعي الذي يعتمد على التصوير التمثيلي المسرحي للمشكلات نفسية أو اجتماعية أو سلوكية، أو حتى في مواقف حياتية، فهي تقوم على أساس إعادة المريض تمثيل مشكلاته النفسية أو السلوكية أو الاجتماعية في شكل تعبيري حر في ظل وجود جماعة إرشادية تسودها الطمأنينة و الأمن، مما يسمح له من خلالها فرصة التنفيس الانفعالي و الاستبصار الذاتي، و التقمص و المحاكاة من أجل إحداث تغيير في السلوك الغير سوي و تحقيق التوافق النفسي.

1 . تعريف السيكودراما:

1 . 1 . تعريف لغة للسيكودراما:

شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يستخدم التمثيل في حل المشكلات النفسية، و يتكون مصطلح سيكودراما من شقين الأول "سيكو" أي نفسي و الآخر "دراما" و معناها "أنا أناضل، أنا افعل"، و في الدراما أي الفعل و النضال يكتشف الفرد الحياة و النفس عن طريق معاناته النفسية و الانفعالية في أثناء التمثيل. **(سيلد، 1997،ص30)**

1 . 2 . تعريف سيكودراما اصطلاحا:

*في موسوعة لعلم النفس عرف **أسعد رزوق (1979)** السيكودراما على أنها تمثيل نفساني ارتجالا موجها للمشاهد، و هدفه حمل المريض على تمثيل تصرفاتهم في الحياة العادية، و السيكودراما طريقة تستخدم في تشخيص مشكلات الشخصية و علاجها و التي من قوامها حمل المريض على الاستعادة التلقائية فوق المسرح و أمام جمهور المشاهدين في بعض الحالات أو الموقف ذي مغزى بالنسبة للصعوبة التي يعاني منها الشخص أو بالنسبة للمشكلة التي تحتاج إلى المعالجة. **(أسعد زروق، 1979، ص89)**

*و يضيف **حسين عبد القادر** و **حسين سعد الدين (1994)** موضحين أن السيكودراما أداة اسقاطية في تصميمها حيث أن السيكودراما واحدة من تشكيلة تباينات يتخذها النمط الكيفي الواحد لكل العلاقات النفسية في متصل يمضي من الأعماق اللاشعورية للفرد إلى أفعاله الصريحة مع الآخرين و بيتهم. **(حسين عبد القادر و حسين سعد الدين، 1994، ص 117)**

*عرفها **مورينو (1968)**: يقول أن السيكودراما التي ابتدعها أنها ثورة على ما هو قائم هذا بالإضافة إلى استخدام الجسد في التعبير تجعلها لغة عالمية واسعة الاتصال. و من الناحية السيكودرامية فهي تتضمن أعمق اللغات و هي تسبق مرحلة الاتصال الكلامي أثناء نمو الطفل و هي لغة الجسد، و عليه فهي أسلوب علاجي يناسب جميع الأشخاص في مراحلهم العمرية المختلفة.

*يرى **هانز سترب (1971)** أن السيكودراما بشكل جوهري هي إجراء من إجراءات (لعب الدور) و المقصود من وراء هذا الإجراء تزويد المريض بقدر معين من المواجهة يشجعه على التلقائية و يساعده في ذات الوقت على تحقيق أكبر قدر من الفهم لسوء توافقه بالنسبة للسلوك بين الشخص على المستويين المعرفي و الانفعالي**(عبد الرحمن سيد سليمان ، 1994، ص ص.405 . 406)**

و من هنا نقول أن سيكودراما تعرف أنها إجراء من إجراءات لعب الدور يستخدم فيها الجسد في التعبير و متضمنة أعمق اللغات و هي طريقة لتشخيص مشكلات شخصية و علاجها تتناسب مع جميع الأشخاص في مراحلهم العمرية المختلفة .

2 . المبادئ و المفاهيم التي قامت عليها السيكودراما:

2 . 1 . التلقائية و الإبداع spontanéity and creativity: يؤكد مورينو أن الإبداع طاقة كامنة تحتاج إلى ما يدفعها و يحركها، و ما يدفعها هي التلقائية فهي المبدأ الأساسي الذي تقوم عليه السيكودراما و التي تعرف على أنها الاستجابة للمواقف الجديدة بطريقة مناسبة، و الاستجابة للمواقف القديمة بأساليب جديدة و يحددها **مورينو** ب 3 أوجه للتلقائية:

*تكون الاستجابة غير كافية للموقف فالأطفال على سبيل المثال يندفعون بالتلقائية و لكن قيمة الإبداع لدى استجابتهم غير مؤكدة بمقارنتهم بعالم البالغين؛

*أن تكون الاستجابة التلقائية كافية للموقف ز لكنها تفتقر الإشارة إلى الإبداع مثل الانطباعات للأداء الكوميدي الذي يحتوي على بعض المحاكاة؛

*الذي يحتوي على درجة كبيرة من الإبداع المتنوع و العبقرية فتكون الاستجابة فيه كافية و مصاحبة لسمو الشخصية و هنا يكون الإبداع، و تكون النتيجة شكلا من أشكال التمثيل أو مقطوعة موسيقية أو مقطوعة من قصيدة أو قصة أو موضوع فني فتكون النتائج محتوية على شيء ما جديد نتيجة التلقائية الحقيقية. حيث اعتمد مورينو على التلقائية في التمثيل و عدم التقيد بنص مكتوب. **(Moreno. 1975. P 76)**

2 . 2 . الموقف situation : يقصد به الموقف السيكودرامي و تؤكد **Greenberg** أن مقصود من الموقف هو حالة "هنا و هناك" و فيه تتلاشى حواجز المكان و الزمان عند ذلك فإن كل شيء على خشبة المسرح السيكودرامي يحدث هنا أو الآن، فلا يوجد ماض لا يوجد مستقبل في الموقف السيكودرامي، و لا معنى للمسافات الجغرافية، فكل ما يحدث يكون في حاضر المريض سواء مشكلات الماضي أو مخاوف المستقبل يحدث جميعا "هنا و الآن" حتى تكون التلقائية حقيقية و يستطيع المريض حل مشكلاته**(Greenberg. 1975. P 17)**.

2 . 3 . البعدtele : توضح **Greenberg** معنى tele على أنها مشتقة من كلمة إغريقية far أي بعديا و تعني التأثير عن البعد يأخذ مكانا كجزء من التلقائية بين شخصين أو أكثر من الناس في المواقف السيكودرامية تؤكد أن مورينو عرفها أنها تطور فرد اتجاه فرد آخر و يوضح مورينو ذلك بمثال المقابلة بين شخصين: " العين في العين و الوجه في الوجه و الآن عندما تكون قربين من بعضنا سوف انتزع عينيك و أضعها بدلا عن عيني و أنت سوف تأخذ عيني لك عندئذ سوف أراك بعينك و أنت سوف تراني بعيني. **(kipper et hundel. 2003. p 175)**

2 . 4 . التفريغ أو التنفيس : التنفيس أو التفريغ هو الهدف الذي يشده العلاج السيكودرامي وصولا للاستبصار بالمشكلة لكي يمكن حلها و علاجها، و التنفيس الذي يؤدي إلى التطهير هو هذه الدراما عموما. **(هيلتون، 1994، ص 103)**

فالتطهير يحدث بفعل المسرح من خلال التفريغ الانفعالي. **(ويلسون، 2000، ص 20)**

2 . 5 . الاستبصارinsight: تؤكد **Greenberg** أن الاستبصار يمثل الخطوة المنطقية التالية للتنفيس، و يحدث عندما يقترح الممثلون و المشاهدون بعض الأدوار التي تحدث على خشبة المسرح، و يشاركون فيها ببعض مشاكلهم المرتبطة بمشكلة البطل و بحاضره، و هو ما يعرفه **مورينو** بالحس الفجائي**(Greenberg. 1975. P 19)**. و لا يختلف العديد من السيكولوجيين في أن الاستبصار يتوسط عملية حل المشكلة و بدونه لا يمكن حلها و يتفق مع ذلك حامد زهران حيث أن العلاج بالسيكودراما يحدث التنفيس الانفعالي و التلقائي، الذي يتبعه استبصار ذاتي في موقف جماعي.

(حامد زهران، 1997، ص290)

و من هنا نستنتج أن من المبادئ التي تقوم عليها السيكودراما هي التلقائية أو الإبداع و البعد و الموقف و التفريغ الانفعاليأو التنفيس و الاستبصار.

3 . أهداف السيكودراما: منها:

*إعادة توجيه الفرد و إعادة تعليمه؛

*العلاج بالسيكودراما هو علاج ذاته يهدف للاستبصار و تحرير الانفعالات و العاطفة المكبوتة؛

*تنمية وعي المريض بمظاهر سلوكياته غير الملائمة و إدراك الواقع و اتخاذ القرارات المناسبة في حلها؛

*التدريب على المرونة و الأدائية، و التلقائية و التعليمية؛

*ترجمة الأحاسيس و المشاعر و التعبير عن أحزان الماضي؛

*استرجاع الذاكرة المكبوتة؛

*كشف للمشاهد عن نفسه و أين هو من هذا السلوك، فهو يدرك نماذج و احتمالات جديدة في حياته لم يكن مدركا إياها من قبل؛

*التعبير عن اتجاهات الظاهرة و الكامنة و السيئة و الايجابية؛

*تحدي قدرات المرضى؛

*إطلاق حرية التعبير عن الصراع و الإحباط العلني و المستتر؛

*المعايشة الحقيقية للخبرات و التجارب؛

*الاستفادة من تفاعل الخبرات و تعلم الجديد؛

*الاتجاه نحو التغيير الايجابي؛

*تحقيق التوافق العام، و التفاعل الاجتماعي السليم.

و منه نقول أن للسيكودراما عدة أهداف.

4 . حالات استخدام السيكودراما: هناك عدة حالات تستخدم فيها العلاج السيكودرامي أهمها:

*مع حالات الاضطرابات العقلية خاصة الفصام؛

*حالات الاعتماد العقاري؛

*مشكلات الشيخوخة و اضطراباتها (و هو مهم لحالات المسنين و الشيخوخة)؛

*لدى المرضى السيكاتريين و ذوي الإقامة المطولة في المستشفيات و المصحات؛

*فعال نسبيا مع ذوي اضطرابات الوظيفة المعدية المعوية؛

*حالات العصاب و الأزمات النفسية؛

*مع ذوي الاحتياجات الخاصة؛

*مع حالات المرض المزمن؛

*مع حالات المعاناة من آثار و خبرات الصدمة؛

*مع حالات الصم؛

*مع حالات تقدير المزاج؛

*مع حالات اضطراب صورة الجسم و الذات لدى ذوي اضطرابات السيكوسوماتية؛

*مع حالات القلق و العصاب الاجتماعي و صعوبة انجاز المهام الاجتماعي و الخوف الاجتماعي؛

*مع سلوك العدواني حيث أنها نساعد على التفعيل؛

*إرشاد الزوجي.

نقول أن سيكودراما تستخدم في عدة الحالات.

5 . أشكال سيكودراما: يرى مورينو أن للسيكودراما عدة صور أهمها:

5 . 1 . السيكودراما psychodrama : تركز على الفرد لكونه يتألف من تحليل سيكودرامي و الدراما تعني" الفعل أو الحدث" و تهدف إلى بناء نشيط و فعال لعوالم الفرد و إيديولوجياته الخاصة به.

5 . 2 . السيوسودراما sociodrama : تركز على الجماعة و تهدف إلى إقامة بنية ايجابية فعالة للعوالم الاجتماعية.

5 . 3 . الفيزيودراما physiodrama : تركز على الجسم إذ أن ظروف الأفراد الجسمية قبل و أثناء و بعد الدراما يتم قياسها و هي تعطي مفاتيح تشخيص للتدريب على المتطلبات و الإعداد لإعادة التدريب.

5 . 4 . الموسيقية النفسية psychomusic : يقصد بها دمج الإيقاع الموسيقي مع السيكودراما و تعتمد على الموسيقى التلقائية كجزء من الدراما.

5 . 5 . الرقص النفسيpsychodonce : يقصد به الرقص التلقائي و مسرحة النفس مع الدراما النفسية. و فيه يحدث ممارسة رقصات تلقائية في السيكودراما.

5 . 6 . الهيبودراما hypodrama : تعني دراما التنويم فهي مركب يشمل على التنويم المغناطيسي و الدراما النفسية.

5 . 7 . الاكسيودراما asciodrama : تركز على الأخلاقيات و القيم مثل مبادئ الحق و الخير و الجمال و العدالة و تهدف إلى مسرحة الفضائل الأبدية.

5 . 8 . الصور المتحركة العلاجية rapentic motion Picture : يشمل على تركيب مكون من الصور المتحركة مع الدراما النفسية. **(الدسوقي، (1990)، ص 169)**

و منه نقول أن للسيكودراما عدة أشكال تختلف في تركيزها.

6 . أنواع السيكودراما: هي عديدة و متنوعة نذكر أهمها:

6 . 1 . السيكودراما التحليلية analytical psychodrama : و هي كثيرة و متنوعة نجد منها:

*السيكودراما الفرويدية psychodrama freudie : هي مزيج من تطبيق مبادئ فرويد كلاسيكية مع مبادئ السيكودراما؛

*السيكودراما اليونجية psychodrama juiguan : و هي مثل سابقتها لكن مع تطبيق مبادئ يونج العلاجية التحليلية.

و هذا ما يرى **دي سيموتي** في عام **(1987)** أن السيكودراما التحليلية تركز على المرضى أكثر من تركيزها على الأعراض.

6 . 2 . السيكودراما التعليمية:

*إن العلاج المسرحي شأنه شأن غيره من العلاجات يحتوي على قدرة كبيرة من التعليم لذا فتعد السيكودراما إستراتيجية تدريسية أي علم أصول التربية و التدريس و المناهج؛

*تظهر فعالية السيكودراما التعليمية في برامج تدريب طاقم التمريض السيكاتيري و تهيئة المرضى للخروج من المؤسسات العلاجية و أهم ما فيها أنها تقدم ما يسمى بالدرس العلاجي و لذلك فهي تقيد في البرامج التعليمية بالفصول المدرسية و في تعليم الطلاب المبادئ الأخلاقية مثل تعليم الطلاب الطب مبادئ الإثارة؛

*توصل **يونج** مع الآخرون عام **(1962)** إلى فعالية السيكودراما و لعب دور في تسهيل العملية التعليمية للطلاب كله الطب الأسنان في جامعة هونج كونج. **(مدحت عبد العزيز أبو زيد، 2000، ص ص 373- 374)**

6 . 3 . سيكودراما الأطفال pediatic psychodrama :

*يمكن أن تقام سيكودراما في صورة مهرجانات، احتفالات و أعياد سيكودرامية خاصة في تعامل مع الأطفال؛

*كما يمكن أن تحتوي موادها على موضوعات مثل: أشباح الأطفال أو شخصيات الأسطورية، و هي موضوعات تعد مناسبة جدا للأطفال؛

*في دراسة **أبو اكيل (2010)** تعد السيكودراما فعالة مع حالات اضطرابات اللغة و الكلام لدى الأطفال، و هي لا تفيد فقط كمدخل علاجي، بل كوسيلة تشخيصية و كأسلوب تشخيصي و علاجي في آن واحد.

6 . 4 . سيكودراما الفردية monodrama : يمكن استخدامها في إطار العلاج النفسي الفردي و يؤيد العالم **ديانين** و آخرون عام **(1971)** الفعالية مع حالات اضطرابات العقلية.

و منه فإن سيكودراما عدة أنواع المتمثلة في سيكودراما التحليلية منها سيكودراما فرويدية و يونجية و سيكودراما الأطفال و سيكودراما التعليمية و سيكودراما الفردية.

7 . مراحل العلاج بالسيكودراما:

للجلسة السيكودرامية مراحل تمر بها و قد اختلفت بعض الدراسات في تحديد هذه المراحل فبعضها حددها في أربع نقاط و هي:التهيئة أو الإحماء، الفعل أو الحدث، المشاركة أو المنافسة، الإغلاق أو الخاتمة. و توجد دراسات أخرى قامت بتحديد مراحل السيكودراما في خمس مراجل (المراحل السابقة و إضافة إليها مرحلة البدء). و تتمثل هذه المراحل ب:

7 . 1 . مرحلة البدء the Start : تعني بداية اللقاء بين الفاحص و المريض،و كلما تميزت هذه البداية بالقوة و الدفء العاطفي و الود القبلي و الحنو الأبوي الموضوعي من غير تكلف و لا تملق، كلما كان سبيلا للنجاح و تحقيق الهدف من البرنامج السيكودرامي فهي بمثابة لحظة الانطلاق، فإن صحة البداية سكت النهاية. **(أبو زيد، 2005، ص 18)**

7 ـ 2 ـ مرحلة التهيئة the warning up phasa : نعني بها تهيئة المجموعة للجلسات السيكودرامية التالية بهدف تشجيعهم و إزالة الرهبة لديهم و كذلك تكوين علاقات دافئة و حميمية بينهم و بين بعضهن من جهة و بين المعالج من جهة أخرى، و في هذه المرحلة يتم طرح أو اختيار فكرة أو موضوع للتعبير عنه تلقائيا في المرحلة التالية. **(سليمان، 1999، ص 176)**

و تهدف مرحلة التهيئة إلى مساعدة أعضاء الجماعة على الأداء التلقائي الذي لابد أن يحتوي على: الأحاسيس بالثقة إشاعة جو من الأمن النفسي، و أن تسمح معايير الجماعة بالتعبير عن العواطف، و كذلك ضرورة أن تشمل على عنصر التسلية مع الاستعداد للاكتشاف و الانكشاف في سلوك جديد، و أخيرا يلزم تهيئة المعالج نفسه كعامل رئيسي في خلق جو يشجع السلوك التلقائي. **(Corey.2008. p. 227)**

و توجد عدة طرق يمكن استخدامها لتهيئة أفراد المجموعة السيكودرامية:

*الإحماء الجمعي groupe warm up : إذ يدخل أفراد المجموعة إلى مكان الجلسة السيكودرامية و يأخذون أماكنهم، و يتحدثون في موضوعات متنوعة و متباينة و يتم من خلال المناقشة إضفاء روح الدعابة و المرح الأمر الذي يحدث جماعيا؛

*الإحماء الفوري immediately warm up : يحدث ذلك في المواقف الطارئة بهدف تناول مشكلة ما لدى أحد العملاء كحالة طارئة مطلوب تناولها؛

*الإحماء التسلسلي sequence warm up : يتم إجراء المعالج مقابلة شخصية مع شخص واحد من الجماعة العلاجية إذ يقوم هذا الشخص بدوره بإحماء أو تهيئة بقية المجموعة الذي يتحدث عن حكم خاص به مثلا، بينما يقوم بقية المجموعة بالتفكير في أحلامهم؛

*الإحماء الموجه direct warm up : إذ توجه الجلسة في تلك العملية من خلال قائدها أو من خلال شخص آخر من داخل المجموعة، و توجه من خلال أفراد المجموعة ككل. **(علي، 2004، ص ص 19-20)**

7 . 3 . مرحلة الفعل أو الحدث the action phasa : و هي المرحلة التي يقوم فيها البطل بالتمثيل على خشبة المسرح، حيث أن هناك بعض الإرشادات للمعالج في هذه المرحلة تتمثل في:

*يجب أن يشجع البطل بقدر الإمكان ليدخل في مشاهد تشمل الصراع في العلاقات؛

*كل الأحداث يجب أن ترتبط بأشياء هنا و الآن، فذا كان الشخص يتعامل مع موقف ماضي يقول "حينئذ أخبرته" فإن المعالج يتدخل و يقول "أنت تخبره الآن"؛

*يحتاج البطل للحرية في انتقاء الحدث و الوقت و المكان و الأفراد المشاركين في الموقف أو الحدث؛

*أن يطلب من البطل أن ينشأ موقفا ما بقدر الإمكان دون أن يهتم باستدعاء الكلمات الفعلية المبدلة، لذلك فإن تدفق الأحداث لا يتوقف، و بدلا من ذلك فإننا نحتاج معرفة جوهر التفاعل حينما يستدعيه؛

*يجب أن يشجع البطل على التعبير عن نفسه بكل طاقته بقدر الإمكان لغويا أو غير لغويا؛

*أن يعطي الفرصة للأبطال أن يلعبوا دور كل فرد بواسطة فتية "عكس الدور" فهذا يساعد على تنمية الفهم لكيفية إدراك و إحساس الآخرين بالحدث؛

*يحدث في مرحلة الفعل أو الحدث التفاعل السيكودرامي بين البطل و الأنوات المساعدة و أبطال المجموعة، و ذلك لتجسيد فعل أو حدث (ماضي أو حاضر أو مستقبل) و ذلك في تلقائية و موضوعية لتحقيق الذات و الاستبصار بالحدث. **(الملا، 2008، ص 39)**

7 . 4 . مرحلة المناقشة the discussion phasa : فيها يطلب من المشتركين مشاركة البطل بملاحظاتهم و ردود أفعالهم في السيكودراما بطريقة بناءة و تشجيعه و تتمثل وظيفة المرشد هنا في تأسيس و قيادة المحادثة. **(Corey. 2008. P 181)**

7 . 5 . مرحلة الإغلاق closure : بانقضاء الوقت على تحو متصل تختفي التركيز و يصبح المشاركون في حالة من الامتلاء الذهني، و عملية الإغلاق تمكن أعضاء المجموعة من الشعور بالأمان و يعد الإغلاق عملية في غاية الأهمية، و بشكل عام فإن عملية إنهاء كل جلسة تحتاج أن يشعر أعضاء المجموعة عند مغادرتهم المكان بالأمان الكافي بشكل ينتج لهم استعادة حياتهم و معايشتها بأسلوب مناسب. و بالطبع أن عملية الإنهاء الملائمة قد تساهم بشكل فعال في الوصول إلى حد تام، و يجب تحديد وقت الجلسات السيكودرامية من أجل إعداد المريض للقيام بعملية الإنهاء و الانفصال و الاستقلال عن المعالج بانتهاء الوقت، و كل أجزاء السيكودراما يكون لها حدود زمنية و مع ذلك يجب مراعاة المرونة وقت الإغلاق، فإن هذا الوقت من الممكن أن ينم تجاوزه من خلال أهمية مفهوم فاعلية الإصلاح و الدفاعات المعادة، و في المواقف التي تتطلب المرونة تكون الحدود الزمنية العديدة في حاجتها إلى التفاوض يشكل واضح من خلال الاتفاق المعالج بأخذ قرار سريع بالإغلاق.

(karp. 1998. P.p 180.182)

و منه نجد للسيكودراما 5 مراحل هي: الاعداد و التهيئة و الحدث أو الفعل و المناقشة و الإغلاق و لكل مرحلة خصوصياتها.

8 . وصف توضيحي لنموذج الجلسة علاجية سيكودرامية:

8 . 1 . البدء و الإحماء the warm up :

*المدير يهيئ نفسه؛

*المجموعة تناقش الأهداف، الأدوار، ترتيبات الوقت... الخ؛

*التعارف و تدريبات التي تستخدم لغرض أعضاء المجموعة و التعارف مع بعضهم؛

*المدير يقود المجموعة في التدريبات التي تبني التلاحم و التلقائية للمجموعة؛

*ظهور موضوع مشترك للمجموعة أو ظهور الشخصية الرئيسية؛

*أحد أعضاء المجموعة يتم اختياره ليكون البطل الذي سيقوم بأداء المشهد التمثيلي بنفسه أو مع التوزيع الأدوار بين المجموعة.

8 . 2 . الأداء action :

*يأتي المدير بالبطل على المسرح حيث أن المشكلة قد تمت مناقشتها و طرحها باختصار؛

*الصراعات تم شرحها في عبارات محدودة و الاتفاق على نماذج ملموسة يمكن تمثيلها؛

*المدير يساعد البطل في وصف مكان العمل الذي سيتم أداؤه و ظروفه و وقته من خلال(مكان و زمان المشهد التمثيلي على المسرح)؛

*البطل يتبع التعليمات للقيام بالمشهد كما لو كان يحدث " هنا أو الآن"؛

*المدير مع أعضاء المجموعة يلعبون أجزاء من تصورات الموقف الدرامي للبطل، هؤلاء الناس يصبحون أنوات مساعدة؛

*بداية و افتتاح المشهد؛

*المدير يساعد الأنوات المساعدة لتعلم دورهم عن طريق تغيير أجزاء الموقف مع البطل بما يسمى "قلب الأدوار"؛

*يستمر المشهد التمثيلي مع تواصل المدير لإدخال فنيات سيكودرامية أخرى على أن تكون لها دور فعال في الكشف عن المشاعر التي تم الإفصاح عنها؛

*مع تطور التمثيل، المدير يستخدم مجموعات متنوعة من الفنيات لبحث مختلف خبرات و تجارب البطل.

8 . 3 . العمل من خلال working through:

*البطل يعمل كمساعد للآخرين لتطوير و تعديل المواقف و ردود فعله و سلوكياته اتجاه موقف، و هذا ما يسمى بالعمل من خلال working through؛

*تكرار لعب الدور للصراعات مع محاولة أن يتبع البطل نهج مختلف في كل محاولة؛

*طرح نماذج أخرى للموقف(أعضاء المجموعة الآخرين) لإظهار كيفية التعامل مع هذه المشكلة؛

* قلب الدور بين البطل و مساعده الذي يمثل الآخر في الموقف الدرامي حتى يتسنى للبطل أن يستكشف أي سلوك يمكن أن يحقق النتيجة المرجوة.

8 . 4 . الإغلاق closure:

*متابعة العمل الأساسي، المدير يساعد البطل في الحصول على الدعم لبعض المعلومات من أعضاء المجموعة الآخرين(الجمهور)؛

*المدير ربما يصادق على استخدام مجموعات متنوعة من فنيات السيكودراما للدعم النفسي؛

*المدير يشجع أعضاء المجموعة أن تشاطر البطل المشاعر الشخصية المتعلقة بالموقف الدرامي؛

*مناقشات أكثر من المجموعات المتتالية(أعضاء، الجمهور، فريق العمل الآخرين)؛

*أخيرا، يتحرك المدير فور إنهاء التجربة باستخدام مجموعة متنوعة من فنيات الإغلاق.

(munir. Samir. 2003. p.p 27-29)

9 . إجراءات تطبيق السيكودراما:

*تقديم أعضاء الجماعة الإرشادية إلى بعضهم البعض و خلق جو من الألفة؛

*عرض جماعة الإرشادية مشاكلهم؛

*ترتيب هذه المشاكل؛

*تحديد أول مشكلة و أمثلة من هذه المشكلة؛

*تحديد الأدوار و اختيار الأشخاص اللازمين للقيام بهذه الأدوار و يناقش المعالج مع الأشخاص أدوارهم؛

*بعد التمثيل يناقش أعضاء الجماعة الإرشادية بعضهم البعض و يشجع المعالج المناقشة و الأسئلة.

(شحاتة، 1999، ص 12)

هناك عدة اجراءات منها تقديم الاعضاء و عرض مشاكلهم و تحديد ادوار و اختيار الأشخاص اللازمين للقيام بالأدوار و مناقشة.

10 . عناصر السيكودراما:

تتكون السيكودراما بخلاف العلاجات النفسية الأخرى من مجموعة من العناصر أو المكونات الأساسية تترابط هذه العناصر فيما بينها لتشكل منظومة متكاملة تهدف للوصول بالمشاركين والأبطال إلى تفريغ وعلاج نفسي فعال ومن أهم هذه العناصر هي:

1 . موضوع التمثيلية (القصة):موضوع التمثيلية يكون عبارة عن قصة تدور أحداثها حول قضايا سلوكية، نفسية، اجتماعية بهدف تعديل السلوكيات المرغوبة وتشكيلها والتخلص من السلوكيات الغير مرغوبة والتكيف النفسي و الاجتماعي، والإحساس بالصحة النفسية.

2 . تأليف القصة : قد يقوم بتأليف التمثلية النفسية (القصة) المسترشدون ، وقد يكون التأليف تلقائياً حسب ما يقتضيه الموقف السلوكي، وقد يساعد المرشد(المعالج) بأعداد وتأليف التمثلية النفسية التي تهدف إلى تعليم الطلبة سلوكيات جديدة وتخلصهم من السلوكيات غير المرغوبة. **(عقيل، 1998، ص14)**

3 . الأدوار: الأدوار التي يلعبها العملاء (المسترشدين) في التمثيلية، يمكن أن تتعدد لتغطي أدواراً مثل : دور العميل كما هو في الحياة العملية فعلاً، ودور المريض النفسي كما يعتقد أن الناس يرونه، ودور المرشد، ودور شخص مهم في حياة العميل كالوالد أو الولد أو الأخ أو المعلم أو التلميذ أو الرئيس أو المرؤوس أو الزوج أو الفتى أو الفتاة أو الجار ..... الخ، ودور شخص معاكس مثل قيام المسترشد العدواني بدو مسالم أو المسترشد المنطوي بدور انبساطي، أو المرؤوس بدور رئيسه أو الابن بدور الأب أو الزوج بدور الزوجة و العكس. **(زهران، 1998، ص 328)**

4 . اختيار الأدوار:بالنسبة لاختيار الأدوار تترك الحرية كاملاً للمسترشدين لاختيار الأدوار التي تناسبهم ويرغبون في تمثيلها. حيث يرى (**شحاتة، 1998، ص 33)** أنه يفضل أن يختار كل عضو الدور الذي يرغب في تمثيله و أن يكون أداءهم بعيدا عن التمثيل حيث يكون معبرا عن أفكارهم الحقيقية بتلقائية و حرية.

5 . الإخراج: قد يقوم المرشد بإخراج التمثيلية، وقد يقوم أحد المسترشدين بالإخراج لمساعدة المسترشدين من زملائه.

6 . الأبطال(الممثلون): وهم الذين تتمركز حولهم أحداث العمل المسرحي، أي الذين يقومون بتمثيل القصة، ويكون لأحدهم دور البطل الرئيسي أو الشخصية الرئيسية ويمثل باقي الأعضاء أدوار ثانوية، ثم يتم عكس الأدوار ومن الضروري إسناد الأدوار للأبطال بطريقة تسمح بالتخلص من القلق والإحباط والصراع والتعبير عن مشاعرهم وتحقيق ذواتهم الاجتماعية.

7 . خشبة المسرح : وهو المكان الذي يؤدى فيه العلاج السيكودرامي، ولا توجد أي شروط معينة لهذا المسرح، ولا يوجد بشكله التقليدي إلا في أماكن التدريب، وإن كان البعض يفضله أن يكون دائريا وأن يسمح بالحركة و أن يعلو قليلا عن سطح الأرض، ولكن يرى " **مورينو** " أن خشبة المسرح ليست ضرورية فمن الممكن أن تجرى الجلسات السيكودرامية في أي مكان به المسترشدين مستشفى أو مدرسة ...الخ.

8 . المشاهدون (المتفرجون): المشاهدون هم المسترشدون (أعضاء المجموعة الإرشادية)، وبعد انتهاء المسترشدين من التمثيل يتم فتح باب النقاش (مناقشة جماعية) (حول أحداث التمثيلية (القصة) حيث يتم التركيز على الجانب السلوكي وليس على الجانب الفني التمثيلي، والتعليق على أحداث التمثيلية وتقييمها ونقدها واستعراض المواقف والعبر التي تساعدهم على التخفيف من حدة مشكلاتهم السلوكية، مع تفسير

الأسباب المؤدية إلى تلك المشكلات إظهار جوانب الانفعال في شخصيات التمثيلية ومظاهر هذه المشكلات.

و منه نقول أن هناك عدة عناصر للسيكودراما هي القصة و تأليف القصة و الأدوار و الإخراج و الأبطال أو الممثلون و خشبة المسرح و المشاهدون أو المتفرجون.

و في سبق نقول أن من عناصر السيكيودراما هي: موضوع التمثيلة أو القصة، تأليف القصة، و الأدوار، و اختيار الأدوار، الإخراج، الممثلون أو الأبطال، خشبة المسرح، المشاهدون أو المتفرجون.

11 . أساليب و فنيات السيكودراما:

تتعدد أساليب و فنيات السيكودراما و لا يعد التكتيك نفسه هدف في بداية إلى أن التنفيس عن المشاعر و التطهير النفسي هو غاية و يشير **إبراهيم إسماعيل (1994)** إلى الفنيات و الأساليب المستخدمة في الجلسة يتم تحديدها وفقا لظروف الخاصة بكل جلسة، و من الصعب حصر عدد الفنيات المستخدمة في السيكودراما و هناك من الباحثين من يزعم أن يربو على ثلاثمائة فنية و قد أعطى **مورينو** حرية للمستعملين به أن يضيفوا ما يرونه مناسبا و هكذا أخذ عدد من فنيات يرتفع يوما بعد يوم. كذلك فإن المعالج الحرية أن يستخدم أكثر من فنية في جلسة واحدة أو أن يستخدم فنية واحدة في أكثر من جلسة حسبما يراه مناسبا.

و تضيف **كنتيل (1990)** أن فنيات و أساليب السيكودراما المستخدمة مع المراهقين و الأطفال تختلف عن الراشدين، و من أشهر فنيات السيكودراما و أكثرها استخداما هي:

11 . 1 . أسلوب تقديم الذات: وفيه يقوم المفحوص في المسرحية بتقديم نفسه و أسرته وإخوته، على أن تترك له كل الحرية في ذلك، وهذا ما يجعلنا كباحثين من اكتشاف أشياء ربما لا يبوح بها الطفل المتأتئ خارج التمثيلية.

11 . 2 . أسلوب مناجاة النفس: و فيه يتم منولوج بيم الشخص و نفيه عما بداخله من مشاعر و يكون دور المعالج هنا هو مساعدته على إخراج ذلك في صورة لفظية. و هو أسلوب مفيد في إبراز المسافة بين الإدراك الحسي للمريض و الأحداث الفعلية في العلاقات بين الأشخاص.

11 . 3 . أسلوب إدراك الذات: و تقوم الشخصية المحورية(المريض) بتمثيل مواقف معينة من حياته بمساعدة الأنوات المساعدة(باقي الجماعة) و فيها يعتقد المريض أنه كان هتلر مثلا ثم سقط هذا البناء المضطرب فتكون الأنوات المساعدة بمثابة قابلات يساعدون المريض في الموقف السيكودرامي و حين يكتمل الطفل المضطرب يساعدون في ولادته(أي ولادة النمط السوي من الشخصية).

11 . 4 . لعب الدور: يقوم الشخص بتمثيل دور شخص آخر(حسب الرغبة) حيث يتحدث بلسانه و يتصرف نيابة عنه و يمكن للمريض أثناء الجلسة السيكودرامية أن ينتقل من دور إلى آخر و تعتبر فنية لعب الأدوار من أكثر الأساليب الإسقاطية.

11 . 5 . الديالوج: هو حوار بين اثنين قد يأخذ شكل سؤال و جواب كما في الحديث التلفاز و قد يأخذ شكل تفاعل درامي كما و الإفصاح عن مشكلاته أو رغباته من خلال الحديث مع شخص آخر خاصة إذا نجح المعالج في توجيه الجوار(الأم، الأب، البائع...). و هذا الأسلوب يتيح للمريض الكشف عن صراعاته الداخلية الحوار لصالح الأهداف العلاجية.

11 . 6 . حل المشكلة: هي تعد مزيجا أو أتلاف من عدة فنيات تستخدم في العلاج السيكودرامي و العلاج الجماعي على حد سواء، مثل تقويم النفس، المونولوج، المناجاة. **(غريب محمد،1999، ص 24 . 25)**

11 . 7 . أسلوب انعكاس الدور: فيه تتم عملية قلب الأدوار بين الأشخاص الذين يعانون من التشويش في إدراك الشخص الآخر.

11 . 8 . أسلوب النمذجة السلوكية للدور: يقوم هذا الأسلوب على أساس نظرية **باندورا** في التعلم الاجتماعي، و هي النظرية التي تؤكد على استخدام الملاحظة و النمذجة و التدعيم بوصفها خطوات لتعديل السلوك، و قد حصلت هذه الطريقة على تركيز على الاهتمام و التطبيق فهي تتكون من تعليم بعض السلوك بملاحظة نموذج، يستخدم هذا النموذج بمساعدة المعالج، المساعد، أو معلم سينمائي ثم التدريب على هذا عن طريق لعب الدور و تلقى تدعيم اجتماعي من المعالج أو من أعضاء الجماعة الآخرين. **(شحاتة و خالد، 1999، ص 45)**

11 . 9 . أسلوب المرآة: يستخدم هذا الأسلوب حينما يكون المريض عاجز عن التعبير عن نفسه بالكلام أو بالفعل يتم وضع ذات مساعدة أو أنا مساعدة في جزء خاص من سلوك المريض في موقف سيكودرامي و يبقى المريض وسط باقي المشاهدين من المرضى و تستمر الأنا المساعدة في تمثيل دور المريض أبعاد فترى الشخصية نفسها بعين رأسها**(عزازي، ب.س)**.

11 . 10 . المقعد الخيالي: هذا الأسلوب يتم من خلال مقعد بدل من شخص ما في الحدث الدرامي، و لاشك أن هذه التقنية تتيح للبطل حرية في التعبير و الصراخ و الغضب أي حب العدوان على الأخر.

(غانم، 2003، ص 133)

و منه نقول أن للتقنية سيكودراما عدة فنيات و أساليب تستخدم حسب سن الفرد و قدراتهم و حسب ظروف كل جلسة و يكون للمعالج حرية استعمالها.

خلاصة الفصل:

و في النهاية نقول أن السيكودراما هي ليست أسلوبا علاجيا قاتلا للأعراض المرضية ككثير من العقاقير، بل هي علاج نفسي واقعي و حقيقي، أي أنها تغوص إلى جذور المرض، و تساعد المريض في أن يساعد نفسه وتؤدي بشكل نشط إلى تعديل عميق في تكوينه الداخلي.

الفصل الثالث الثقة بالنفس

1 ـ تمهيد

2 ـ مفهوم الثقة بالنفس

3 ـ مظاهر الثقة بالنفس

4 ـ مراحل الثقة بالنفس

5 ـ أنواع الثقة بالنفس

6 ـ أهمية الثقة بالنفس

7 ـ صفات الأشخاص الواثقين بأنفسهم و سلوكياتهم

8 ـ مصادر قوة الثقة بالنفس

9 ـ بواعث الثقة بالنفس

10- الإيماءات التي توحي بالثقة بالنفس

11 ـ الثقة بالنفس في مرحلة الطفولة

12 ـ خلاصة الفصل

تمهيد:

المتأمل في النفس البشرية، يجد أن الله سبحانه و تعالى أودع فيها العديد من القدرات و الإمكانيات التي تمكنها من مواجهة كافة المؤثرات البيئية المحيطة بها، بألوانها المختلفة، هذه القدرات و الإمكانيات، يجب أن تقوم بتنميتها و رعايتها للاستفادة منها، و تحويلها على واقع خارجي ملموس، و إلا فإنها ستضعف و تضمر لدرجة قد تتحول إلى معوق و تصبح سببا في ضياع فرص النجاح، و من ثم الانغماس في الشقاء و التعاسة، في حين يفترض أن يكون سببا في تقدم و عاملا من العوامل الإبداع و التطور.

1 . مفهوم الثقة بالنفس:

1 ـ 1 . تعريف الثقة لغة: هي مصدر قولك وثق به، وثاقة و ثقة، و الوثيقة في الأمر أحكامه والأخذ بالثقة ، و كذلك الميثاق و الموثقة هي المعاهدة، و في الحديث كعب بن مالك: و لقد شهدت مع الرسول صلى الله عليه وسلم ليلة العقبة حتى توثقنا على الإسلام. **(البخاري، 1998. 738هـ)**

أي تحالفنا و تعاهدنا، و الوثيق هو الشيء المحكم و العهد، و في الأصل هو حبل أو قيد يشيد به الأسير أو الدابة.**(ابن منظور، 2002. 447هـ)**

1 . 2 . تعريف الثقة بالنفس اصطلاحا: تناول الكثير من الباحثين و المتخصصين مفهوم الثقة بالنفس من عدة الزوايا:

*عرف **يوسف أسعد(ب ت، ص 35)** الثقة بالنفس بأنها: موقف يتخذه الشخص من نفسه و من العالم المحيط به، و هو موقف غير عشوائي بل هو موقف واع فيه فكر واضح و رؤية جلية للواقع النفسي المحيط بالشخص بما يتضمنه ذلك من الواقع الخارجي من الأشياء و موضوعات و أشخاص.

***ابن القيم الجوزية (2002):** يعرفها بأنها سكون يستند إلى أدلة و أمارات يسكن القلب إليها، فكلما قويت تلك الأمارات قويت الثقة بالنفس و استحكمت و لاسيما كثرة التجارب و صدق الفراسة، و اللفظة كأنها من الوثاق و هو الرباط، فالقلب قد يرتبط بمن وثق به توكيلا عليه و حسن ظن به، فصار من وثاق محبته و معاملته و الاستناد إليه و الاعتماد عليه، فهو في وثاقة بقلبه و روحه و بدنه.

***أمل المخزومي(2001)** اعتبرت أن الثقة بالنفس هي إحدى سمات الشخصية الأساسية التي يبدأ تكوينها منذ نشأة الفرد، و إنها ترتبط ارتباطا وثيقا بتكيف الفرد نفسيا و اجتماعيا، و يعتمد اعتمادا كليا على مقوماته العقلية و الجسمية و النفسية.

***يشير عسكر علي(2000):** أن الثقة بالنفس تدل على الشعور الذاتي للفرد بإمكانياته و قدرته على مواجهة الأمور المختلفة في الحياة و تنمو هذه الثقة من خلال تحقيق الأهداف الشخصية التي تبدأ كأفكار في ذهن و تجد طريقها إلى أرض الواقع بالتخطيط و الاستفادة من مخزون الخبرات.

(مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية، 2015، ص ص 114. 129)

1 . 3 . تعريف الثقة بالنفس إجرائيا: هي الدرجة الكلية التي يتحصل عليها الطفل جراء استجابته لفقرات المقياس الثقة بالنفس الذي تبناه الباحث.

ومن خلال التعاريف السابقة يمكن القول أن الثقة بالنفس هي إحدى سمات الشخصية التي يبدأ تكوينها منذ الصغر وموقف يتخذه الفرد من نفسه و من العالم المحيط به و الشعور الذاتي للفرد بإمكانيات ز قدراته على مواجهة مختلف الأمور الحياة .

2 . مظاهر الثقة بالنفس: هناك مظاهر الثقة بالنفس و تعمل على تعزيزها و تجعل منها قوة لا يستهان بها في بناء شخصية الفرد بتكيفه نفسيا و اجتماعيا، و التحلي بصحة النفسية السليمة و أهمها:

2 ـ 1 . المظهر الجسمي: إن تمتع الشخص بصحة جسدية جيدة و قدرة على مواجهة الصعاب، و خلوه من العاهات و الأمراض يضمن له جزء لا بأس به من الثقة بنفسه، هذا هو القاعدة، و لكن في حال الشواذ ووجود مشكلة جسمية فإن درجة الثقة التي يتمتع بها الفرد هي التي تحدد كيفية التعامل مع تلك الإعاقة.**(أسعد يوسف، ب ت، ص 85 . 90)**

إذا زادت لباقة الفرد و صحته زادت ثقته بنفسه، فثمة ترابط وثيق بين الصحة و السلامة الجسدية و بين الثقة بالنفس فعندما يكون الفرد في أفضل حالاته ترتفع معنوياته و تعظم قوته و يكون شعوره اتجاه نفسه بالثقة و تتحسن قدرته على التفكير,

2 . 2 . مظهر العقلي: تندرج ضمنها ثلاثة دعائم هي: الذكاء و الذاكرة و الخيال، فالذكاء هو عنصر هام لمساعدة الفرد على اكتساب الجديد، و تجنب العديد من الأخطار و الأخطاء و جعله محبوبا بين الآخرين، و هذا كله يزود الفرد بقدر لا بأس به من الثقة بنفسه و ذلك لما يلاقيه من معاملة حسنة و من تقبل الذين حوله، أما الذاكرة فتبرز أهميتها من خلال أن ضعف يشعر الفرد بالضعف النفسي، لأنه يستطيع مجازات متطلبات الحياة، أما الخبال يتمثل في أن الشخصية القوية تكون قدرة على ضبط خيالها و توظيفه في مواقف الحياة و خير دليل على ذلك الشعراء و المخترعون و المكتشفون الذين يشهد لهم تاريخ بالثقة بأنفسهم، فهم قد وظفوا خيالهم أفضل توظيف بما ينفع البشر، و لم يجعلوا خيالهم مجرد أحلام يقظة بعيدة عن الواقع بل جعلوا طريقا و وسيلة توصلهم إلى هدفهم.

2 . 3 . المظهر الوجداني: إن تغير النواحي المزاجية و تعديلها و محاولة السيطرة عليها لا يأتي إلا لمن لديه رصيد كافي من الثقة بنفسه إمكاناته و إيمان راسخ بقدرته على التحرر مما قد تلقى في طفولته من تربية خاطئة لا يمكنها إظهار الطاقات الكامنة في نفس ما لم يتم التحرر منها.

2 . 4 . المظهر الاجتماعي: إن للجانب الاجتماعي دورا بارزا في تعزيز الثقة بالنفس ذلك أن تنمية علاقاتنا تقوم على أساس الاحترام المتبادل و تعزيز التواصل بشكل بناء و المبادرة بمساعدة الآخرين في كل الأوقات إضافة إلى الاحتكام إلى العقل و المنطق عند اختلافنا مع الآخرين، كل ذلك يساهم في تحقيق التوافق الاجتماعية و الوصول إلى القبول و المكانة الاجتماعية العالية.**(كارول، ب ت، ص105)**

و يتفق معه عوض القرني في قوله: إن الذي يجيد التعامل مع الآخرين و التأثير فيهم و إقناعهم بما يريده هو الذي يفتح له الأبواب و تمهد له الطرق للوصول إلى أهدافه، و النجاح في حياته و يستطيع أن يجند كل من حوله لخدمة أهدافه و السعي معه لتحقيقها.**(القرني، 1990، ص74)**

2 . 5 . المظهر الاقتصادي: توجد علاقة طردية بين ثقافة الفرد و الثقة بنفسه، أن ظهرت هذه العلاقة فتكون من باب ذا الدخل الجيد قد ضمن سد احتياجاته الأساسية، و بالتالي فلن يمد يده لطلب المساعدة المادية من أحد و لن ينزل رأسه أمام أحد طالبا منه المعونة، ناهيك عن أنه سيواكب الحضارة و التكنولوجيا و هذا ما يجعل الفرد من فئة المثقف، و لا جدال حول العلاقة الوطيدة بين ثقافة الفرد و ثقته بنفسه، إذ صح ذلك على جميع العصور، فمن باب أولى أن يصح في عصرنا هذا الذي قتلته الماديات و المظاهر.**(أسعد، ب ت، ص ص 115_ 123)**

من خلال ما سبق نقول للثقة بالنفس عدة المظاهر متمثلة في مظهر الجسمي المتمثل في سلامة الصحة الجسدية و خلوها من الأمراض يضمن جزء من الثقة أما مظهر العقلي فيتمثل في ثلاث دعائم هي: الذاكرة، الخيال، الذكاء، أما مظهر الوجداني المتمثل في تغيرات المزاجية و تعديلها و السيطرة عليها و التحرر منها يؤدي إلى رصيد كافي من الثقة بالنفس أما كظهر الاجتماعي المتمثل في علاقاتنا مع الآخرين على أساس الاحترام المتبادل و التواصل و المبادرة يؤدي إلى تحقيق المكانة في المجتمع أما كظهر اقتصادي المتمثل في توفر الدخل الجيد يضمن الثقة بالنفس.

3 . مراحل الثقة بالنفس: يذكر **غنيم(2008):** أن مراحل الثقة بالنفس هي:

_مرحلة التفكير: هي أن يفكر الفرد سمعيا أو بصريا أو حسيا في المعاني تدل على الثقة بالنفس كأن يتخيل نفسه على منصة و في حشد كبير من الناس و هم يشجعونه و يثنون عليه و يذكرونه بالصفات الايجابية التي تتمتع بها.

_ مرحلة الشعور: هي الاستجابات الانفعالية التي تنتج عن الأفكار و هي أقرب ما تكون لها، و على ذلك فإن تغيير الاستجابات الانفعالية للثقة بالنفس تكون عن طريق تغيير نمط التفكير.

ـ مرحلة السلوك: من المعلوم أن الأفكار ترتبط بالانفعالات، و الانفعالات ترتبط بالسلوك، فهناك علاقة قوية بين الجسد و العقل فأي تغيير يحدث في الجسم نتيجة تغيير في العقل ثم تغيير في الانفعالات.

ـ مرحلة القناعات: ذلك بأن يقتنع الفرد بالسلوكيات التي تعزز الثقة بالنفس وبالتالي تكرار ممارسته لها و الإحساس بها و إدراكها بالعقل و ترجمتها إلى سلوك.

ـ مرحلة الروحية: أنها أرقى مرحلة يصل إليها الشخص الواثق بنفسه و فيها تصدر الثقة بالنفس عن الشخص تلقائيا و تصاحبها مشاعر السرور و الانجاز.

و من خلال ما سبق نستطيع القول أن مراحل الثقة بالنفس حسب غنيم خكسة مراحل المتمثلة في مرحلة التفكير و الشعور و السلوك و القناعات و الروحية.

4 . أنواع الثقة بالنفس: هناك نوعان من الثقة بالنفس:

4 . 1 . الثقة المطلقة بالنفس: و هي التي تستند إلى مبررات قوية لا يأتيها الشك من أمام و خلف، فهذه ثقة تنفع صاحبها و تجزيه أنك ترى الشخص الذي له مثل هذه الثقة في نفسه يواجه الحياة غير هياب، و لا يهرب من شيء من منغصاتها، يتقبلها و لا صاغرا، لكن حازما قبضته، مصمما على جولة أخرى.

4 . 2 . الثقة المحددة بالنفس: في مواقف معينة، و ضآلة هذه الثقة أو تلاشيها في مواقف أخرى، فهذا اتجاه سليم يتخذه الرجل الذي يقدر العراقيل التي تعترض سبيله حق قدرها، و مع ذلك فإن أغلبية الناس يولدوا دون ثقة بالنفس ثم تقوي بعد فترة من الوقت قال الله عز وجل " والله أخرجكم من بطون أمهاتكم لا تعلمون شيئا و إذا سلك الإنسان طريقه في الحياة أخذا بأسباب القوة و النجاح فإنه يزداد قوة و ثقة بنفسه مع الوقت.

و من هنا يمكن القول أن الثقة بالنفس نوعين هما الثقة المحددة بالنفس و الثقة المطلقة بالنفس.

5 . أهمية الثقة بالنفس:

للثقة بالنفس أهمية كبيرة و يرى الدكتور أسعد يوسف ميخائيل أن أهمية الثقة بالنفس تتجلى في النقاط التالية:

5 . 1 . تحقيق التوافق النفسي: هناك علاقة وثيقة بين كلا من الثقة بالنفس و الصحة النفسية و كذلك الإحساس بالسعادة، فالسعادة حالة من الارتياح النفسي و بصفة أساسية على الشعور بالطمأنينة و الثقة بالنفس فليس من الممكن أن يشعر الفرد ما بالاطمئنان إلا إذا توفرت له هذه الثقة. و الشخص المتوافق نفسيا هو الذي يتمتع بثقة بنفسه أما غير الواثق بنفسه يكون غير متوافق نفسيا و بالتالي يصبح عرضة في أي لحظة لاضطراب كما أن الثقة بالنفس تحمي صاحبها من التصرفات العدوانية التي تبطش بكيانه النفسي و الصحة النفسية لا تقف إلا عن طريق الجهد الدائم و الكفاح المستمر من أجل النمو السوي و التوافق مع التغيرات الاجتماعية النفسية المتطورة باستمرار من أجل الحفاظ على مستوى الثقة بالنفس.

5 . 2 . استمرار اكتشاف الخبرة: يولد الإنسان بغير خبرة، و تتضمن هذه الخبرة نوعان: خبرات شعورية و إرادية و لاشعورية و لاإرادية، و من أهم العوامل التي تساعد على اكتساب الخبرات الشعورية و الإرادية، إرادة الفرد في اكتسابها و التمرن عليها، إلى جانب تمتعه بقدر معين من الثقة بالنفس، فيعتبر حد أدنى من الثقة تستطيع اكتساب أي خبرات جديدة. **(أسعد يوسف، 1997، ص 36)**

5 . 3 . النجاح في العمل: الإيمان بالقدرة على أداء العمل من أهم العوامل المؤدية إلى النجاح فيه، و الفرد الذي لا يستطيع أن يؤمن بقدرته على الأداء و لا يستطيع بدوره أن ينهض بأعباء العمل المطلوب

منه أداءه، فالإحساس بالقصور عن العمل، ينتهي به إلى التخاذل و من ثم فإنه لا يستطيع أن يبذل الجهد المطلوب لإنجازه حتى و إن بل جهدا مضاعفا، فإنه لن يكون متقنا للعمل، بل بأتي جهده مشتتا و بعيدا عن المسعى الصحيح. و هنا لا يكفي بأن يكون الفرد ملما بالعمليات المعرفية و بالمهارات اللازمة لأداء العمل، بل الأهم من ذلك أن يكون مشحونا بإيمانه بنفسه و بقدرته على الأداء.(**أسعد يوسف، 1997، ص 38)**

5 . 4 . حب الآخرين: إن حب الشخص عزيزا لأنفسنا، فغير حب الآخرين لنا، و بغير حبنا للآخرين فإننا لا نستطيع الإحساس بكياننا الإنساني، ذلك إن اكتمال وجودنا الإنساني و الاجتماعي، لا يأتي لنا إذا تبادلنا الحب مع من حولنا، فالشخصيات الواثقة من نفسها لا تأخذ من حب الناس لهم وسيلة للاستمتاع الشخصي، و لا تجعل من تقصر حب الناس لهم مراعاة للشعور بالألم, فحب الواثق من نفسه للآخرين يقوم أساسا على احترام الشخصية الإنسانية.

إن الثقة بالنفس يستلزم تلبس الشخص بالحب و عدم شرب الكراهية إليه، و يكون هذا الحب نابع من ذاته، و متسعا على غيره.(**أسعد يوسف، 1997، ص 42)**

5 . 5 . مواجهة الصعاب و المشكلات: إن الحياة لا تسير وفق ما تهواه، و لا يثير أمور حياتنا في أذهننا أو على نحو الذي علقتا به أمالنا بل كثيرا ما يحدث عكس ما تخيلنا و على تقيض ما توقعنا و خلافا لآمالنا التي وطنا النفس عليه. هنا كبيرا و حاسما في موقف الفرد من خلال المشكلات التي تعترض طريق حياته، و الصعاب التي تعرقل أهدافه التي رسمها لنفسه، و التي أحاط بها آماله و علق عليها مطامحه، فهي تكسبه قوة الاحتمال و طاقة ينفذ بها مراميه، و لا شك أن التغلب على الصعاب النبي تجابهنا في الحياة. التوصل إلى حلول ناجحة للمشكلات التي تصادفنا، في سبيل تحقيق أهدافنا، بحاجة ماسة إلى قوة احتمال، و إلى طاقة نفسية كبيرة,

هذه الطاقة بمثابة ضبط النفس في المواقف الحرجة. فإن لم يكن الشخص مجهزا بالطاقة النفسية المطلوبة، و إذا لم يقم بالتحكم باستجابته الطبيعية، لا يجد الإنسان حينها سوى الندم. **(أسعد يوسف، 1997، ص 43)**

و من هنا نستنتج أن أهمية الثقة بالنفس تكمن في تحقيق التوافق النفسي و استمرار اكتشاف الخبرات و النجاح في العمل و حب الآخرين و مواجهة الصعاب و المشكلات.

6 . صفات الأشخاص الواثقين بأنفسهم و سلوكياتهم:

*الشعور بالأمن؛

*الشعور بالتقبل الآخرين؛

*الاتزان الاجتماعي؛

*البعد عن الأنانية و الشعور بالذنب؛

*الإيمان بالنفس؛

*البعد عن التمركز حول الذات؛

*الشعور بالكفاية.**(السنباطي و آخرون، 2010، ص 35)**

*عدم انشغال الذهن بالأمور التافهة و عدم جعلها تؤثر على صفاء الذهن؛

*انتقاء الكلمات بعناية و لا يتم اتخاذ القرار إلا بعد تفكير و تدبير؛

*عدم الانفعال بسهولة و عدم فقد الأعصاب أمام أي حدث طارئ؛

*القدرة على بناء علاقات اجتماعية جيدة و مستمرة؛

*عدم الاكتراث بالانتقادات و تقبل النقد البناء؛

* الصراحة و عدم الخوف من قول الحق؛

* المشاورة و تبادل الرأي؛

* القدرة على القيادة. **(كريمان بدير، 2011، ص 22)**

يمكن القول أن للأشخاص الواثقين بأنفسهم و سلوكياتهم عدة صفات.

7 . تصورات خاطئة عن الثقة بالنفس:

هناك التصورات الخاطئة عن الثقة بالنفس و التي يعتقد بها الكثير من الأشخاص و من أبرز هذه التصورات:

* أنها موجودة بكاملها أو مفقودة تماما، فهذا واثق بنفسه وذاك غير واثق بنفسه، و الواقع أن الثقة بالنفس تتماثل ارتفاعا و انخفاضا بحسب مقومات و الظروف المحيطة (الموقف، المكان، الزمان و الموضوع)؛

* أنها تقتضي السيطرة على العناد و الإصرار على الرأي و أن كان خاطئ، و الصحيح أن الواثق من نفسه يغير رأيه إذا اتضح غيره؛

* أنها تقتضي السيطرة على الآخرين و التحكم فيهم و التسلط عليهم (إما بقسوة الحجة و الإقناع أو بقسوة النظام و القوانين و الإرادة أو الأعراف)؛

* أنها تقتضي نبذ الحياء، و التسلح من الجرأة المبالغ فيها، وهذا ما يدفعه إلى اقتحام أمور لا يقرها الأدب و حسن الخلق؛

*أنها تنعكس على القدرة على المفاخرة، المباهاة، و التحدي و التعاظم و التعالي.

و يمكن القول أن من تصورات الخاطئة للثقة بالنفس أنها تكون موجودة بالكامل أو غير موجودة بالكامل بالإضافة إلى تقتضي على السيكرة على العناد ة الإصرار على الرأي و أيضا تقتضي نبذ الخياء و تسلح بالجرأة و انعكاسها على القدرة المفاخرة و المباهاة و التحدي غيرها. **(حرير محمد هشام،2008، ص 67)**

8 . مصادر القوة الثقة بالنفس:

اجلس مع نفسك و صارحها وثق بأنك قادر على التحسن يوما بعد يوم ـ... عليك أن تقف كل تفكير يقلل من شأنك... ويجب عليك أن تعلم بأنك إنسان منتج لم يخلق عبثا... فالله عندما خلقنا لم يخلقنا عبثا... أنت لك هدف و غاية يجب أن تؤديه في هذه الحياة مادمت حيا على وجه الأرض... عليك أن تفتخر كونك إنسان ملتزم خالفت الشيطان و هذا في حد ذاته من سمات الإنسان العاقل الذي لا يزعزعه انتقاد من قبل الآخرين، لأنك أصبحت الكيس الذي داس نفسه و عمل لما بعد الموت، كما يحب عليك إقناع نفسك مع التردد بأنك إنسان قوي و يجب أن تتعرف على قدراتك الكامنة في نفسك...و أنك تملك ثقة عالية و عليك من اليوم أن تخرجها.

أعطي نفسك فرصة أخرى للحياة بشكل أفضل... اقبل التحدي... و قلها صريحة لزميلك أو صديقك... سأنافسك و أتفوق عليك بإذن الله و لا تعتذر أبدا عن المنافسة مهما كانت و مهما مررت بفشل سابق بها... تجنب قول أنا لست كفء لهذه المنافسة أو أني لست بارعا في العمل... بل توكل على الله عز و جل و اقتحم و حاول بكل ثقة... حينها أضمن لك بأنك ستنجح بالتأكيد.

افعل ما تراه صعبا لك تجد كل الدروب فنحت لك... فتش عن كل ما يخيفك و اقتحمه ستجد أن الخوف قد تلاشى و لا وجود له.

مما سبق نقول أن للثقة بالنفس عدة مصادر يمكن أن تقويها.

9 . بواعث الثقة بالنفس: يرى الدكتور الفقهي أن الثقة بالنفس خمسة وباعث ذكرها على النحو التالي:

9. 1 . المفهوم الذاتي: و المفهوم الذاتي كلمة تشمل إدراكك و قيمك و عاداتك و معنى الأشياء بالنسبة لك، و من سمات المفهوم الذاتي أنه مكتسب و منظم و ديناميكي.

9 . 2 . المثل الأعلى الذاتي: أن كل شخص لديه مثل أعلى داخلي عن نفسه، فكل شخص يعرف نفسه جيدا و المشكلة التي نواجهه و المثل الأعلى يحتوي على خمسة أركان: الركن الروحي، الركن الصحي، الركن الشخصي، الركن المهني، الركن المادي.

9 . 3 . الصورة الذاتية: كل إنسان و لديه داخليا صورة لكل شيء منهن لدينا عينان لنرى بهما العالم الخارجي، فإذا نظرت في المرآة سترى الأشياء الخارجية فقط و لن تستطيع أن ترى الأشياء الداخلية في جسمك رغم أن هذه الأشياء الداخلية هي العالم الحقيقي الذي يمثل أكبر من 90 بالمئة من قدراتك.

9 . 4 . التقدير الذاتي: معناها الطريقة التي ترى بها نفسك بمعنى أحاسيسك و مشاعرك عن نفسك.

9 . 5 . الانجازات الذاتية: فكل إنسان يريد أن يكون لديه انجاز و أي شخص يعاني من الاكتئاب فإنه يشعر أنه ليس لديه انجازات.

ومنه نرى أن من بواعث الثقة بالنفس مايلي:

* قدرات الفرد: كلما شعر الفرد بأن لديه قدرة غلى فعل شيء و لديه القدرة على التغيير و التأثير كان هذا مؤشرا في نفسه و باعثا للثقة فيها؛

* الشكل الخارجي للفرد: فالشكل الخارجي مهم في انجذاب الآخرين نحو الفرد فالشخص حينما يشعر أنه محبوبا من الناس و مقبولا بينهم كان ذلك باعثا للثقة في شخصيته.

10 . الإيماءات التي توحي بالثقة بالنفس:

10 . 1 . وضع الأصابع المتقابلة على بعضها: يتم وضع أصابع اليدين المتقابلة على بعضها البعض مشكلة ما يشبه "هرم الكنيسة" و هي تشير إلى الشخص الواثق من نفسه، و هذه الإشارة توحي مباشرة للآخرين أن هذا الشخص واثقا مما يقول. هناك مشكلات لهذه الحركة، أحدهما علني و الآخر مغطي، فالنساء في معظم الأحيان يستخدمن الأسلوب المخفي (أي وضع اليدين في مكان منخفض على الحجر أثناء الجلوس و بمستوى الخصر أثناء الوقوف) و يقوم الرجال الدين و المحامين و الأكاديميين بإتباع هذه الحركة كثيرا و كلما زادت أهمية الشخص ازداد أدائه لهذه الإيماءات و في بعض الأحيان قد ترتفع الأيدي إلى مستوى العيون و خاصة في المعاملات بين الرئيس و المرؤوس.

10 . 2 . ضم الأيدي الظهر وفق الذقن " وضع السلطة ": و لكن لا نفترض هذه الحركة مقتصرة على الشعور بالسلطة عند الرجل بل هي تنطبق أيضا على النساء,

10 . 3 . الشخص الواثق من يتحدث على الأغلب دون وضع يده على وجهه أو أي إيماءة متشابهة مع ذلك,

10 . 4 . الأشخاص الواثقون من أنفسهم ينظرون كثيرا في عيون الآخرين أو الذين يحاولون الاختفاء.

10 . 5 . الثقة بالنفس تقلل رمش العين.**(كارل، 1992، ص ص 97 . 99)**

10 . 6 . السير الممشوق القامة، مرتفع الرأس، عالي الصدر، مستقيم الكتفين.

و من هنا نقول هناك عدة ايماءات التي توحي أن الشخص واثق من نفسه.

11 . الثقة بالنفس في مرحلة الطفولة:

*مما لاشك فيه أن الثقة تتأثر في مرحلة الطفولة شأنها شأن غيرها من الخصائص الشخصية في الفرد. تشير **وداد الوشيلي (2007)** إلى أن مرحلة الطفولة ما إن تبدأ حتى تتوالى على الطفل صراعات نفسية بين الشعور بأنه شخص مستقل و قادر على تحمل المسؤولية و بين أن يضل طفلا ينعم بالأمن والرعاية و إشباع الحاجات, و صراع بين السعي للاستقلال و التحرر من الأسرة و التخلي عن الأم؛

* أنهم قد يكتشفون نقصا أو عبئا، أو أكثر يشغل بالهم إلى الجو الذي يصرفهم عن مواطن القوة في أنفسهم؛

* أنهم في سن الطفولة يمرون بمرحلة حرجة تقع بين الطفولة المبكرة و الطفولة المتأخرة و هم بحكم مرورهم بهذه المرحلة يواجهون مواقف جديدة، و يتعاملون مع أشياء جديدة في حياتهم دون أن يكونوا متأكدين من مدى قدرتهم على مواجهتها، أو معالجتها بل أنهم لا يميزون بين الأشياء؛

*أنهم يزنون أنفسهم و أعمالهم وفق معايير مثالية و من ثم يشعرون باليأس و خيبة الأمل عندما يعجزون عن الارتقاء بأنفسهم و أعمالهم إلى مستوى القيم، و المعايير التي يتطلعون إليها؛

*أنهم لا يشبعون بعض حاجاتهم الانفعالية الأساسية كالحاجة للاستغلال، و الحاجة إلى النجاح، و حب الأبناء، أو تقبل الأصدقاء، و نتيجة لعدم إشباع هذه الحاجة أو بعضها يشعر الطفل بالنفس و تقل ثقته بنفسه. **(أسعد، 1998 ، ص 28)**

و نذكر أن الطفل الذي ثقته بنفسه زائدة و تسيطر عليه مشاعر الزهد، الغرور يصبح عند البلوغ

أقل ثقة بنفسه، فيشك في قدراته، و يشعر بأنه أقل كفاءة من الناحيتين الشخصية الاجتماعية و ينشأ معظم الشعور بعدم الثقة لدى الأطفال من الأسباب التالية:

*نقص المقاومة الجسمية، و القابلية الشديدة للتعب؛

*الضغوط الاجتماعية المستمرة التي تتطلب منه القيام بما هو أكثر مما يؤديه من قبل؛

*نقد الكبار بطريقة في أداء العمل أو عدم القيام به. **(أمال صادق و أبو حطب، 1999، ص 269)**

و يذكر **لكود (2006)** تواجه الطفل أزمات و مشكلات، بسبب نظرة المحيطين إليه و قد يعتري الطفل بعض الحالات منها:

*صراع حاد يحول بينه و بين الاستقرار في القراءة و الاستذكار؛

*إهمال الواجبات الدراسية، أو التأزم لصعوبتها؛

*عدم التكيف مع المعلمين و الزملاء و الإخوة و الأخوات؛

. الشعور بالخجل و الحياء و الانطواء و التأمل الذاتي و النقد و خاصة الموجه بين الآباء و الآخرين؛

*فقدان الشعور بالثقة باتجاه ذاته؛

*الشعور بالضيق و القلق و الاكتئاب و الخوف و الحزن؛

*الشعور بالتعب و الإرهاق و الإعياء دون سبب؛

*الرغبة بالنوم لفترات طويلة.

و من هنا يمكن أن نقول أن للطفل عدة أسباب تؤدي إلى الشعور بعدم الثقة بالنفس.

11 . 1 . كيفية اكتساب الطفل الثقة بالنفس عبر مراحل العمر الأولى:

حسب **عوادة (2006)** هي كالآتي:

***من شهر إلى 18 شهر:** في هذه المرحلة إلى ألعاب مغلقة كالكرة لأنها تعطي الطفل الإحساس بالقوة. خاصة عندما يصل إلى ما يريد؛

* **من 18 شهر إلى 3 سنوات:** تفضل الألعاب الخشبية و البلاستيكية التي تحتاج إلى فك و تركيب و بناء الأبنية مما يشعره بالمتعة و القدرة على الانجاز؛

* **من 3 سنوات إلى 6 سنوات:** يحتاج إلى الألعاب بها تقليد الكبار و الأدوار الاجتماعية لأنها تشعره بالارتياح و النمو، كما تفعل الألعاب بها أجهزة أو تتكون من طاقم كامل سواء النعاس أو حيوانات أو يكون الطفل هو المحرك لهذه الأشياء؛

* **من 6 سنوات إلى 9 سنوات:** ترتبط الثقة بنفسه في هذه الفترة بمدى تقدمه دراسيا و بتشجيعه على المذاكرة، و بيان أهمية المواد غير الأكاديمية له كالرسم و غيره و بيان أن النجاح لا يرتبط فقط بالدراسة و إنما تمتد إلى غيرها من مجالات الحياة و تكون الألعاب في هذه الفترة متمثلة في ممارسة الهوايات مثل الرسم و غيره من الهوايات؛

* **من 9 سنوات إلى 12 سنة:** يكون بمساندة الأقران و تأثيرها هي الأكثر بروزا في هذه الفترة، و يستمد الطفل ثقته بنفسه من أصدقائه أكثر مما يستمدها من أهله و هنا نقطة لا بد من أخذها بعين الاعتبار، و هي ضرورة الانتباه إلى أصدقاء الطفل، و مساعدته على تكوين صدقات طيبة سواء من المدرسة أو من محيط الحي أو من المسجد و حلقات تحفيظ القرآن، أما بالمسبة للألعاب فيفضل في هذه المرحلة ألعاب

الكلمات و الذكاء، مما يعطيه إحساس بسيادة العقل و التفكير، و كذلك الألعاب التاريخية التي تعلم أشياء جديدة و تعطي إحساسا بالنضج و الحكمة.

ومن هنا يمكن القول أن اكتساب الطفل للثقة بالنفس عبر مراحل الأولى من عمره أنا تختلف حسب سن الفرد و قدراته و حسب نشاطاته.

11 . 2 . مظاهر ضعف الثقة بالنفس: حسب عمر بدران من مظاهر ضعف الثقة بالنفس هي:

*عدم الجرأة: حيث يشعر الفرد بعدم القدرة على مجابهة الأخطار التي يمكن أن يتعرض لها؛

*التردد: فالإنسان الذي يعاني من ضعف الثقة بالنفس يتردد كثيرا عند توجه سؤال ما إليه بسبب عدم ثقته على الإجابة الصحيحة؛

*انعقاد اللسان: عدم القدرة على الإجابة الصحيحة و ذلك نتيجة عدم الثقة؛

*الخجل و الانكماش: هو ناجم عن الخوف من الوقوع في الخطأ، و لذلك نجد البعض يتجنب المشاركة في أي نقاش؛

*التهاون: حيث يحاول الفرد تجنب مجابهة الصعاب و الأخطار التي تصادفه في حياته؛

*توقع الشر: حيث يتوقع الفرد الشر و تصاعد الشعور بالخوف في أبسط المواقف التي تجابهه؛

*عدم القدرة على التفكير في المستقبل: حيث يشعر الفرد دوما بحاجته إلى الاعتماد على الآخرين. **(عمر بدران، ب ت، ص 39)**

هناك عدة مظاهر تدل على ضعف الثقة بالنفس عند الطفل.

11 . 3 . الأمور التي تساعد الطفل على اكتساب درجة عالية من الثقة بالنفس:

11 . 3 . 1 . تقبل الطفل: يعني تقبله على صورته التي هو عليها في الواقع، و ليس على الصورة المثالية التي يريدها الأبوين، و إظهار المحبة للطفل دون شروط، و هذا يستوجب أمورا منها:

*الإيمان بفردية الطفل؛

*الفصل بين الطفل و أفعاله، فلا يمكن أن يطرأ تحسن على سلوك الطفل السيئ إذا فقد الإحساس بقيمته و مكانته، أو إذا كان تقديره لنفسه متدنيا.**(أبو أسعد، 2004، ص 233)**

على العكس من ذلك، فإن الطفل الذي لا يشعر بالتقبل و الارتياح في العامل مع المحيطين فإنه ينمي اتجاهات سليبة نحو ذاته، على أساس أنه لا يستحق إلا مثل هذه المعاملة و بأنه غير جدير بالحب و التقدير.**(كفافي و النحال و سالم، 2008، ص 436)**

كما أن الطفل يكون في أمس الحاجة إلى الإحساس بتقبل والديه له عندما يكون معاقا أو لديه قصور في جانب من جوانب شخصيته، أو يكون مستواه الدراسي دون مستوى إخوته و زملائه، و هنا لابد من إشعار الطفل بأنه مهم و محبوب ممن حوله على الرغم مما به أي أن يكون الحب و التقبل الأبناء دون أي شروط أو قيود و من هنا لابد من لفتة لفتتنا إليها **ستفير سال (2000)** مفادها أنه لابد من تقبل إشعاره بأن نجاحه في الحياة و اعتزازه بنفسه هو نابع من نفسه و ليس ممن حوله، حيث اعتماد الفرد في إحساسه بقيمته الذاتية على غيره يعني المخاطرة و إيقاع الأذى بنفسه، و ما من أفكار أن محبة المرء شيء طيب، و لكن محبته لنفسه شيء مهم و أن نجاحه و حياته هي لنفسه و ليست لغيره، و ذلك لنضمن استمرار المرء في العطاء و التقدم في حال قلة مصدر المحبة له و منبع الأمل له.

11 . 3 . 2 . الاستقلالية: فإحساس الطفل باستقلالية و خصوصيته يمنحه ثقة بأنه كبير و بأنه قادر على تحمل المسؤولية، فمثلا استقلال الطفل إلى حد ما في ألعابه و أدواته الخاصة يجعله يثق في نفسه

و في أهله، و يتحمل مسؤولية أي حدث أو خلل يحدث لممتلكاته الخاصة هذا و لا بد من التدرج في تدريب الطفل على تحمل المسؤولية فيبدأ بالتعود على خلع ملابسه و ارتدائها بمفرده ثم وضعها في مكانها، و ترتيب مكان قومه، ثم يتعود بعض من آداب المجلس ليعتاد مجالسة الكبار و يلتزم آداب مجلسهم، ثم يتعلم التحكم في الانفعالات و العواطف، مع العلم أنه من الخطأ قيام الوالدين بفعل أشياء يستطيع الطفل القيام بها و بمفرده ذلك أن العناية الزائدة يمكن أن ينتج عنها شعور الأطفال بالخوف أو الكسل.**(ستيفير، 2001، ص101)**

11 . 3 . 3 . الثبات و الحزم في المعاملة: إن معاملة الطفل و تنشئته التي تستند على الحزم و الثبات و استخدام العقل و المنطق في معالجة قضايا الطفل و في تعامل معه له أثر بالغ عليه لأنها تنمي لديه عامل الثقة بنفسه و بقدراته، فيصبح إذا كبر و بلغ سن الرشد مواطنا صالحا ذا القدرة على التعامل مع الحياة و مشاكلها.**(عدس، 1998، ص25)**

و يأخذ الثبات و الحزم في المعاملة أشكالا متلازمة لا يمكن الفصل بينها هي:

* ثبات كلا الوالدين على ردة فعل متشابهة للمواقف المتشابهة أي أن الموقف نفسه إذا تكرر مرات عدة تكون الاستجابة هي نفسها في كل مرة؛

*ثبات الوالدين كليهما على ردة فعل مشتركة بينهما لموقف سلوكي معين فمثلا لا يقول الوالد شيئا ثم تأمر الأم بعكسه، أو تمنع الأم شيئا ثم يأتي الأب فيقدمه و يوافق عليه؛

* ثبات القول مع الفعل و التناسق بيتهما، فلا يمنع الوالدين الابن من التلفظ بألفاظ ما ثم يأتي أحدهما أو كلاهما فيلفظ بتلك الألفاظ التي كانت ممنوعة، لأن ذلك كله يؤدي إلى زعزعة الطفل و عدم معرفته الصواب من الخطأ و طفل في هذه الحالة في الصغر كيف سيكون في مستقبله؟

* حبذا لو امتد الثبات ليشمل ثبات المعاملة ما بين البيت ككل و العالم الخارجي.

11 . 3 . 4 . لغة التواصل مع الطفل: و التي تتمثل في محورين هامين هما: الاستماع العاكس و أسلوب الكلام مع الطفل.

*الاستماع العاكس: و هو يتضمن خطوتين مترابطتين: الخطوة الأولى تبدأ بالانتباه إلى تعبير الطفل اللفظية وغير اللفظية من فير تعليقات، ثم الخطوة الثانية و هي بمثابة إعادة صياغة تعابير الطفل مع تعديل الخطأ بطريقة لبقة ذكية لا تجرح مشاعره أو تقلل من قدره مثل: " الطفل أبي، لقد ضربني أخي، إنني أكرهه و أريدك أن تضربه كما ضربني"، الأب: " هذا عيب عليك أن تبكي فأنت رجل كبير". هذا رد لاذع و ناقد يصف الطفل بصفات سلبية تشكل لديه صورة سلبية عن ذاته، لكن الأب: " أنت زعلان تشعر بالألم ولأن أخيك ضربك، أليس كذلك" فهذا رد يتيح الفرصة للطفل التعبير أكثر عن مشاعره و انفعالاته، و هذا أمر مهم ثم بعد أن ينتهي يسأله: " و الآن ما تريد أن تفعل؟". و ذلك يلقي المسؤولية على كاهل الطفل ليتحملها بنفسه. **(أبو سعد، 2003، ص 229)**

* **أسلوب الكلام مع الطفل:** يأخذ الكلام مع الطفل أنواعا منها:

* الكلام الهدام: " يا غبي، يا شيطان، يا... " هذا كلام يصدقه الطفل عن نفسه و يبدأ بترجمته فعليا ليتمثل في سلوكياته بقوله: " لا أستطيع، و التي يكثر ترديدها بين ذوي المفهوم المتدني عن ذواتهم كثيرا لعجزهم عن أداء المهام المحاطة لهم.**(أبو سعد، 2003، ص 232)**

* الكلام اللوام: و فيه يصب اللوم عن الآخرين بدون تحميل الطفل الذي له علاقة بالموضوع أي مسؤولية اتجاه أفعاله.**(أبو سعد، 2003، ص231)**

هذا فيه إعفاء صريح للطفل عن أي مسؤولية اتجاه أفعاله و تصرفاته، مما يعني بالنسبة له أن يفعل ما يحلو له، فهو غير مسؤول، و هذا يجعله يشك في نفسه و يتصور أنها إما غير عادية، أقل من العاديين، أو أنها على أعلى من القانون و فوق الجميع، و كلتا الحالتين لا تقل سوء عن الأخرى.

*الكلام الصامت: يقصد به التواصل مع الطفل باستخدام تعبيرات الوجه أو إيماءات الجسم دون الحديث، و هذا لا يقل أهمية عن لغة الحديث بالكلام مع الطفل و الكلام الصامت هذا في تأثيره هو أبلغ من الكلام المنطوق و أصدق منه، فقد يتحدث الملسن طويلا و لا يدري من كلامه إن كان صادقا أم كاذبا في حين أن ما يكشف ذلك هو تعبيرات وجه التي لا تكذب، و قد صدق الشاعر حين قال:

... و أصمت و لا تتكلم فالصمت أبلغ في جراح الحالكات من الفم

و منه نقول أن من الأمور التي تساعد الطفل على اكتساب الثقة بالنفس هي تقبل الطفل و الاستقلالية و الخزم و الثبات في المعاملة بالإضافة إلى لغة التواصل مع الطفل المتمثل في أسلوب الاستماع العاكس و أسلوب الكلام مع الطفل المتمثل في الكلام الهدام و اللوام و الصامت.

11 . 4 . دور الأسرة في تعليم الثقة للأطفال: يولد الطفل و لديه احتياج للحب و القبول إذ أن الطفل يولد و لديه شعور بالقيمة و الكرامة، و ليس من حق أحد أن يسلبه تلك القيمة و الكرامة، لذا فعلى الوالدين مهمة توعية الطفل، و تبصيره بقيمته و كرامته، فإذا شعر الطفل بحب والديه و اهتمامهم فسوف يشعر بالثقة بأن والديه يعملان لمصلحته، فيثق بهما و من ثم يتعلم الطفل الثقة بمن حوله و بنفسه أيضا.

إن الطفل يعتمد على أمه في بداية حياته اعتمادا كليا فإذا وجد منها العطف و الحنان تعلم الثقة فيهما و من ثمة في الآخرين أما إذا وجد العنف و عدم الحب يفقد الثقة بأمه، و من ثم سيفقد الثقة في الآخرين

فإذا شعر الطفل بالخوف من حوله فإنه سيفقد مع الأسف يتكون لدى الطفل الفاقد الثقة نزعات عدوانية في معاداة المجتمع.**(د. أيمن سليمان مزاهدة، 2009، ص75)**

و من هنا يمكن أن نقول أن للأسرة دور هام في تعليم الطفل الثقة بالنفس من خلال الحب و الرعاية و القبول و العطف و الحنان و الاهتمام حتى تساعد على ثقة بوالدي أولا ثم بنفسه و بالأخرين.

خلاصة الفصل:

الثقة بالنفس سمة ضرورية يجب توفيرها في شخصية الفرد و لو بدرجة بسيطة يكونها الفرد عن نفسه من معرفته بقدراته و إمكانياته، و يتصرف من خلالها بشكل طبيعي دون قلق أو رهبة، و هي نافعة من ذاته يكونها من البيئة المحيطة به، و يعتمد بالدرجة الأولى على نظرة الفرد لنفسه سواء كانت سلبية فسيكزن عرضة للتردد و عدم الاطمئنان الإمكانيات و هو بداية الفشل.

و منه فإن الثقة بالنفس كالأجنحة بالنسبة للطائر فيها يطير و يرفرف في الأفق و بدون هذه الأجنحة يسقط و يصبح صيدا سهلا، فكذلك الواثق من نفسه يرفرف في سماء النجاح و الإيجابية و الصحة النفسية أما فاقدها يكون صيدا سهلا للفشل و السلبية و الاضطرابات النفسية.

الفصل الرابع الطفل المتأتئ

1 ـ مفهوم الطفولة

2 ـ مراحل الطفولة

3 ـ نمو الطفل

4 ـ مطالب النمو خلال مرحلة الطفولة

5 ـ خصائص النمو النفسي الانفعالي اللغوي

6 ـ النمو عند سيغموند فرويد

7 ـ حاجات الطفل

8 ـ الحقوق النفسية للطفل

9 ـ مشكلات الطفل النفسية

10 ـ اضطرابات الكلام

11 ـ مفهوم التأتأة

12 ـ نبذة تاريخية عن اللجلجة

13 ـ أنواع التأتأة

14 ـ مراحل تطور التأتأة

15 ـ مستويات التأتأة

16 ـ الصورة الإكلينيكية لأعراض التأتأة

17 ـ أسباب التأتأة

18 ـ النظريات المفسرة للتأتأة و معدل إنتشارها

19 ـ الآثار النفسية و الاجتماعية للتأتأة

20 ـ الخصائص النفسية و السلوكية للمتأتئين

21 ـ تشخيص التأتأة

22 ـ التأتاة و أثرها على الثقة بالنفس

23 ـ علاج التأتأة

24 ـ دور المختص في العلاج

25 ـ مدة علاج التأتأة ومدى تكرار الجلسات

26 ـ خلاصة الفصل

تمهيد:

تعترض الطفل عدة مشاكل نفسية تكون معيقة له في حياته اليومية، ومن بين هذه المشاكل النفسية نجد التأتأة، التي تولد آثار نفسية على مستوى شخصية الطفل وحياته الاجتماعية، مما يجعله عرضة للانطواء و الخوف، عدم الثقة بالنفس وغيرها، و هذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل.

1. مفهوم الطفل :

من خلال دراستنا لمفهوم الطفولة وتطورها عبر التاريخ، نجد أن الطفل كان و لا يزال عرضة لمختلف أشكال الضرب والإهمال سواء داخل الإطار الاجتماعي أو العائلي، ذلك لضعفه وهشاشته ووجوده تحت رعاية وحماية الراشد.

1.1. مفهوم الطفل في اللغة العربية:

الطفل: جمع أطفال، أي الصغير ومؤنثه طفلة، والطفل بكسر الطاء المولود أو الوليد حتى البلوغ، ففي **القرآن الكريم قال الله تعالى: (ثم نخرجكم طفلا ثم لتبلغوا أشدكم) سورة الحج الآية 05.** وفيه الطفل الصغير كما **قال عز وجل: (والطفل الذين لم يظهروا على عورات النساء) سورة النور الآية 31.**

ويمكن أن يقال أيضا في اللغة العربية إن كلمة الطفل تعني الصغير من كل شيء, الصبي يدعى طفلا حين يسقط من بطن أمه إلى أن يحتلم، وكذلك أول الليل طفل وأول النهار طفل والوقت قبيل غروب الشمس أو بعد العصر إذا طفلت الشمس للغروب. ولفظ الطفل يطلق على الحدث أو الصبي النشء أو صغير السن. **(حمو بن إبراهيم فخار، 2014 . 2015، ص 15)**

والطفل في اللغة هو المولود حتى البلوغ، والطفولة هي مرحلة من الميلاد إلى البلوغ.

2.1. مفهوم الطفل اصطلاحا:

1.2. مفهوم الطفل وفقا للمادة الأولى من مشروع **اتفاقية الأمم المتحدة** لحقوق الطفل أنه:

كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المطبق عليه، وأما الطفولة فتعرف على أنها مرحلة لا يتحمل فيها الإنسان مسئوليات الحياة متعمدا على الأبوين وذوي القربى في إشباع حاجته العضوية وعلى المدرسة في الرعاية للحياة وتمتد زمنيا من الميلاد وحتى قرب نهاية العقد الثاني من العمر وهي المرحلة الأولى لتكوين ونمو الشخصية وهي مرحلة للضبط والسيطرة والتوجيه التربوي.

والطفولة أيضا هي الفترة التي يكون خلالها الوالدان هما الأساس في وجود الطفل وفي تكوينه عقليا وجسميا وصحيا.

(مصطفى نعيم الياسري، ص 1، Pdf)

: 2.2. مفهوم الطفولة وفق معجم علم النفس والتحليل النفسي:

أنها مرحلة من النمو تعبر عن الفترة من الميلاد وحتى البلوغ، وتستخدم أحيانا لتشير إلى الفترة الزمنية المتوسطة بين مرحلة المهد وحيث المراهقة. والتحديد بالمعنى الثاني يستثني فترة العامين الأولين من حياة الطفل وهي مرحلة المهد. **(فرج عبد القادر طه وآخرون،د سنة،ص266)**

3.2. كما يشير قاموس لونجمان Longman:

إلى الطفل على أنه الشخص صغير السن منذ وقت ولادته حتى بلوغه سن الرابعة عشر أو الخامسة عشر وهو الابن أو الابنة في أي مرحلة سنية، كما تعرف الطفولة على أنها المرحلة الزمنية التي تمر بالشخص عندما يكون طفلا.

(مصطفى نعيم الياسري، ص 2،Pdf)

4.2 . مفهوم الطفولة من وجهة نظر علماء النفس:

قد قسم علماء النفس مرحلة الطفولة إلى مرحلة ما قبل الميلاد وهي المرحلة الجنينية أي منذ وجود الجنين في رحم الأم، وتنتهي عندهم ببداية مرحلة جديدة أخرى وهي مرحلة البلوغ الجنسي، والتي تبدأ عند الذكور بحدوث أول قذف مع ظهور الخصائص الجنسية والثانوية، وعند الإناث بحدوث أول حيض وظهور الخصائص الجنسية والثانوية، لذلك اعتبر علماء النفس الإنسان طفلا ليس من وقت ولادته وإنما من وقت تكوينه في بطن أمه وهو جنين، لأن مرحلة التكوين في نظرهم أخطر مراحل عمره على الإطلاق، ولهذا رأى " **جيزل** " أن الطفولة الإنسانية تمتد من 0 إلى الولادة حتى 25 سنة تقريبا، وتأسيسا على ذلك فإن طور الطفولة يبدأ بالمرحلة الجنينية وينتهي ببداية البلوغ الجنسي عند البعض، وقد تفوق هذه السن عند البعض الأخر. **(حمو بن إبراهيم فخار، 2014 . 2015 ، ص 23)**

وبذلك ينطوي مفهوم الطفل في علم النفس على معنيين: معنى عام ويطلق على الأفراد من سن الولادة حتى النضج الجنسي ومعنى خاص ويطلق على الأعمار فوق سن المهد وحتى المراهقة.

5.2. مفهوم الطفولة من وجهة نظر علماء الاجتماع على أنها :

تلك الفترة المبكرة من الحياة الإنسانية التي يعتمد فيها الفرد على والديه اعتمادا كليا فيما يحفظ حياته، ففيها يتعلم ويتمرن للفترة التي تليها وهي ليست مهمة في حد ذاتها بل هي جسر يعبر عليه الطفل حتى النضج الفسيولوجي والعقلي والنفسي والاجتماعي والخلقي والروحي والتي تتشكل خلالها حياة الإنسان ككائن اجتماعي.

(مصطفى نعيم الياسري، ص 1،Pdf)

من خلال ما تقدم من المفاهيم الخاصة بالطفل يمكن القول :

أنه في مفهوم الطفل حصل شبه إجماع واتفاق على تحديد المرحلة العمرية للطفل التي تبدأ من لحظة الميلاد وتنتهي عند بلوغ الطفل سن الرشد، وإن كان هذا السن يختلف من علم إلى أخر.

2. مراحل الطفولة:

وتعتبر مرحلة الطفولة في الإنسان من أطول مراحل الطفولة بين الكائنات الحية، وهي:

. مرحلة الطفولة المبكرة من (2 . 6 سنوات) :

تسمى أيضا بمرحلة ما قبل المدرسة، وهي المرحلة التي تمتد من عامين إلى ستة أعوام، ويكون نمو الشخصية في هذه المرحلة سريعا، وفيها يكتسب الطفل المهارات الأساسية مثل المشي، اللغة، وبزوغ الطلعة الجنسية، والتوحد مع نماذج الوالدين وتكوين المفاهيم الاجتماعية، وبزوغ الأنا الأعلى وتكوين الضمير والتفرقة بين الصواب والخطأ، و بداية نمو الذات مما يحقق قدرا كبيرا من الاعتماد على النفس.

(حامد عبد السلام زهران، 1986، ص 161)

. **مرحلة الطفولة الوسطى من (6 . 9 سنوات) :**

يدخل الطفل في هذه المرحلة المدرسة الابتدائية، تتميز هذه المرحلة بتعلم المهارات الأكاديمية في القراءة والكتابة والحساب، تعلم المهارات الجسمية اللازمة للألعاب و ألوان النشاط العادية، اكتساب اتجاه سليم نحو الذات، اتساع البيئة الاجتماعية من خلال الخروج الفعلي إلى المدرسة والمجتمع، توحد الطفل مع دوره الجنسي وزيادة الاستقلال عن الوالدين. **(نفس المرجع السابق، ص 206)**

. **مرحلة الطفولة المتأخرة من (9 . 12 سنة) :**

يطلق البعض على هذه المرحلة مصطلح " قبيل المراهقة " ، وهنا يصبح السلوك بصفة عامة أكثر جدية في هذه المرحلة التي تعتبر مرحلة إعداد للمراهقة، وبالتالي فإن التغيرات التي تحدث في هذه المرحلة

تعتبر بحق تمهيدا لمرحلة المراهقة. بالتالي يزداد التمايز بين الجنسين بشكل واضح، تعلم المعايير الخلقية والقيم وتكوين الاتجاهات، والاستعداد لتحمل المسؤولية وضبط الانفعالات، وتعتبر هذه المرحلة من وجهة نظر النمو أنسب المراحل لعملية التطبيع الاجتماعي. **(نفس المرجع السابق، ص 233)**

وعليه نجد أن للطفولة ثلاث مراحل المبكرة والمتوسطة والمتأخرة، وكل مرحلة تختلف عن سابقتها بالنسبة للتغيرات التي تحدث للطفل.

3. نمو الطفل:

1.3. مفهوم النمو:

يقصد بالنمو **لغويا** الزيادة، وقد لا يختلف معنى النمو في علم النفس عنه في اللغة، فالنمو النفسي هو الزيادة التي تحدث للكائن الحي منذ بدء تكوينه في رحم الأم إلى أن تنتهي حياته مرورا بولادته وشبابه ورجولته وشيخوخته. **(محمد محمود هليل،د سنة،ص10)**

اصطلاحا النمو سلسلة متتابعة متماسكة من تغيرات تهدف إلى غاية واحدة محددة وهي اكتمال النضج، ومدى استمراره وبدء انحداره، فالنمو بهذا المعنى لا يحدث بطريقة عشوائية بل يتطور بانتظام.

(عباس محمود عوض,1999،ص12)

2.3. مفهوم علم النفس النمو:

فرع من فروع علم النفس العام يتناول بالدراسة والتحليل كل ما يطرأ على الكائن البشري منذ لحظة تلقيح البويضة من نمو وتغير، وكذلك كل ما يمكن أن يحدث له من تغييرات في كل مرحلة من مراحل حياته حتى الشيخوخة ونهاية الحياة، ويحاول في كل مرحلة أن يدرس السياقات الجسدية والفيزيولوجية والنفسية والعقلية، ويبني علاقات هذه السياقات وتفاعلهما مع بعضها البعض، ويدرس أيضا المشكلات الناجمة عن النمو عبر سني حياة الإنسان المختلفة. **(مريم سليم، 2002، ص 13)**

وبالتالي فإن النمو يكون في جانبين كمي وكيفي وهما يجريان معا، فالطفل تنمو أعضاء جسمه وتنمو في نفس الوقت وظائف هذه الأعضاء.

3.3. مطالب النمو خلال مرحلة الطفولة :

. اكتساب القدرة على المحافظة على الحياة وتعلم الأنماط السلوكية الحركية كالمشي واستخدام العضلات والأطراف وتعلم الأكل و الكلام وضبط عملية الإخراج و تحقيق التوازن الفسيولوجي.

. اكتساب مهارات القراءة والكتابة والحساب و تعلم متطلبات الأمن و السلامة و المهارات العقلية والمعرفة الضرورية للتوافق مع البيئة المادية والاجتماعية.

. تعلم ما للطفل من حقوق وما عليه من واجبات اتجاه الآخرين سواء على مستوى أفراد الأسرة أو زملاء المدرسة و الأصدقاء أو الآخرين من كبار وصغار.

. اكتساب القدرة على التفاعل الاجتماعي والاتصال الفعال في اختيار الصداقات وتحديد العلاقات حسب السن و الجنس و المكان و الزمان.

. تنمية الضمير الذاتي و التمييز بين الخطأ و الصواب و الخير و الشر وتعلم المعايير العامة للأخلاق والقيم الدينية.

. اكتساب الشعور بالمسؤولية و أساليب المشاركة الفعالة و احترام الخصوصية الشخصية.

. تحقيق النضج الانفعالي بما يناسب المرحلة العمرية وتعلم مستويات الارتباط الانفعالية مع الآباء و الإخوة و الآخرين. **(محمد عبد الله أبو جعفر، د سنة، ص 54)**

4.3. خصائص النمو النفسي الانفعالي اللغوي:

. مفهوم الانفعال: حالة نفسية معقدة وتغير مفاجئ يشمل الإنسان كله نفسا وجسما، ويؤثر فيه ككل في سلوكه الخارجي وفي شعوره، كما يصاحب بكثير من التغيرات الفيزيولوجية.

والانفعال حالة إثارة سارة أو غير سارة تحدث للكائن الحي نتيجة موقف يتضمن صراعا أو توترا.

(عماد عبد الرحيم الزغول و آخرون،2014،ص432)

. مفهوم اللغة: مجموعة من الرموز تمثل المعاني المختلفة وهي مهارة اختص بها الإنسان وتشمل الكلمات، اللهجة، والنغمة الصوتية والإشارة، وتعبيرات الوجه والجسم، وهي وسيلة للاتصال تلازمنا منذ الولادة وتستخدم للتعبير عن المشاعر. **(فكري لطيف متولي،2015،ص16)**

1.4. مرحلة الصراخ (من الميلاد . الشهر الثالث):

يعبر فيها الطفل عن حاجاته بالصياح والصراخ، وتعتبر مرحلة هامة جدا لأنها تساعد على تدريب الجهاز الصوتي والجهاز السمعي لدى الطفل، والبكاء أو الصراخ في حد ذاته يعتبر وسيلة تواصل حيث يتضمن رسالة إلى الأم التي تقوم بأي استجابة من الاستجابات التي تحد من بكاء الطفل أو صراخه وكذلك للتعبير عن سروره.

2.4. مرحلة المناغاة (الشهر الثالث . الشهر الثامن):

وفيها يصدر الطفل بعض أصوات الحروف وأولها ظهورا هو صوت الميم ثم صوت الباء، قد يتمكن من نطق عدد من الفونيمات مكونا منها سلاسل طويلة من مقطع واحد.

3.4. مرحلة التقليد (الشهر الثامن . الشهر الحادي عشر):

يقلد فيها الطفل ما يسمعه من أصوات وهو تقليد يخلو من أي نوع من الإدراك أو الوعي، لذا فإن معظم ما يقلده يشوبه كثيرا من الأخطاء وقد يرجع ذلك إلى عدم اكتمال نضج عضلات جهاز النطق وضعف الإدراك السمعي.

4.4. مرحلة المقاطع (الشهر 12 . الشهر 18):

في الشهر 12 تكون الاستجابة للأوامر البسيطة التي تصاحبها الإشارة وعدد الكلمات لا تزيد على عدد أصابع اليد الواحدة، وفي الشهر 15 الكلمات الأولى تكون معظمها أسماء مما يوجد في البيئة وعدد المفردات حوالي 20، وفي الشهر 18 تكوين العبارات وعدد المفردات يكون حوالي 25 مفردة.

(هند امبابى،2010،ص34)

5.4. مرحلة الطفولة المبكرة (2 . 6 سنوات) :

. خصائص النمو الانفعالية:

انفعالات الطفل هي وسيلته الأساسية للتعامل الاجتماعي خصوصا في السنوات الأولى من حياته وقبل أن تنضج قدرته على التعبير اللفظي عن مطالبه و حاجاته، كما أن انفعالاته هي الأساس لتكوين علاقاته الاجتماعية وتعامله مع الآخرين.

إن أهم ما تتميز به هذه المرحلة من الناحية الانفعالية هو أنها شديدة و مبالغ فيها، غضب شديد وحب شديد، كراهية شديدة و الخوف الشديد، الغيرة الشديدة و القلق من ضياع حب الوالدين أو مشاركة طفل آخر في هذه العاطفة، وتتميز كذلك بالتذبذب السريع بين حالات من الانشراح و الابتهاج إلى الانقباض و الاكتئاب. ومن أهم المظاهر الانفعالية لهذه المرحلة هو ما يعانيه الطفل من مخاوف وقلق، وتتميز مخاوفه بأنها ليست ثابتة، إذ قد يعتريها التغير مع مرور الزمن، يبالغ الطفل في الاهتمام بنفسه في هذه المرحلة، كما يبالغ في تسخير الآخرين له، و اعتبار نفسه مركزا لمن حوله، ويحب كل ما يحقق رغباته ويكره كل ما يحول دون ذلك، تظهر الانفعالات المركزة حول الذات مثل الخجل والإحساس بالذنب ومشاعر الثقة بالنفس والاتجاهات المختلفة نحو الذات.

إن الانفعالات لدى الأطفال تدلنا على مدى تمتعهم بالتوازن النفسي والصحة العقلية، فانفعالات الأطفال وطريقتهم في التعبير عنها هي التي تخلق من بعضهم أفرادا متوافقين أسوياء وسعداء، وتخلق من البعض الأخر أفرادا غير متوافقين أو منحرفين أو قد يعانون من الأمراض النفسية فيكونون من التعساء.

ولهذا فإن مفاتيح دراسة مشكلات الأطفال اليومية هي دراسة أساليبهم من التعبيرات الانفعالية في المواقف المختلفة وما يعتري هذه الانفعالات من إشباع أو حرمان أو ما قد يحدث لها من صراع وكبت و بالتالي يؤدي كل هذا إلى تعرضهم للاضطرابات النفسية والعقلية.

والبيئة المناسبة والمشجعة على النمو الانفعالي هي التي تشعر الطفل بالحب و التقدير و الاحترام و الأمان و الاستقرار و القبول، إذ لابد أن تكون بيئة الطفل مستقرة وثابتة.

(مريم سليم، 2002،ص 217 . 218)

. خصائص النمو اللغوية:

هذه المرحلة . بعد سن الثانية . تعتبر من أسرع مراحل النمو اللغوي لدى الطفل من حيث المستوى التحصيلي و التعبيري ، وللنمو اللغوي قيمة كبيرة في التعبير عن الذات و التوافق الاجتماعي و النمو العقلي، و التعبير اللغوي في هذه المرحلة يتقدم نحو الوضوح و دقة التعبير والفهم ويستطيع الطفل التعبير عن حاجاته وخبراته.

في ما بين سن الثانية و الثالثة تزداد مفردات الطفل سريعا، كما يزداد أيضا عدد الكلمات التي بإمكانه أن يركب منها جملة مفيدة واضحة، أي أنها تؤدي المعنى غير أنه في هذه المرحلة . من سن الثانية إلى الرابعة . لا يستعمل الطفل التراكيب اللغوية الصحيحة إذ أن له تراكيبه الخاصة.

و بالإمكان القول أن التقليد أو المحاكاة تمهد إلى لغة الطفل، إذ تعتبر اللغة أداة يستخدمها الطفل للسيطرة على البيئة التي يعيش فيها وعلى دوافعه الخاصة، فبقدر ما يكون الطفل قادرا على التعبير عن رغباته بوضوح تكون فرصته أكبر لإشباع حاجاته.

يتأثر النمو اللغوي عند الطفل في هذه المرحلة بالخبرات وتنوعها، وكذلك بنوع المثيرات الاجتماعية إذ يؤثر الكبار بلهجتهم وطريقة نطقهم و مستواهم الثقافي على النمو اللغوي للطفل، كما تؤثر القصص والحكايات تأثيرا كبيرا، خصوصا عند إشراك الطفل في الموقف إذ تبرز أهمية القصة المحكية في تدريب الطفل على الكلام.

يعتبر اكتساب المهارات اللغوية ومهارات الاتصال في غاية الأهمية لتحقيق النمو الشامل المتكامل للطفل نظرا لأن الطفل العاجز لغويا لا يتمكن من التفاعل السليم مع الآخرين، ويسعى الابتعاد عن المجتمع ويتقوقع في داخل ذاته المغلقة ولا يرغب في الحركة و النشاط، إنما هو يسعى نحو الانفراد بذاته والابتعاد عن الأشخاص ويترتب على ذلك قصور في جميع مجالات نموه.

(مريم سليم،2002، ص 292 . 293)

نذكر أن الطفل قد أنهى عامه الثاني وقد تجمع لديه قاموس لغوي يبلغ حجمه حوالي 50 كلمة حتى تصل إلى حوالي 2000 كلمة في السنة السادسة، ويكون قد سيطر على مجمل الأصوات الأساسية (المتحركة والساكنة)، وتوصف جمله بأنها برقية لقصرها، ويغيب عنها الالتزام بالقواعد اللغوية، ولكنها تكفي الطفل الرضيع للتعبير عما يريده أو يشعر به أو يفكر فيه، وقد يظهر قدرة على استخدام أدوات الربط (حروف العطف) ليصل ما بين جملتين.

وتصل عدد الكلمات التي يمكنه أن ينطقها عند سن الثالثة حوالي 800 كلمة وتزداد عند سن الرابعة لتصل حوالي 1500 كلمة. **(محمد محمود هليل،د سنة،ص217)**

ففي سن الرابعة وست سنوات تتجه لغة الطفل نحو الكمال فيستعمل جملة مفيدة تامة، ويسيطر على الأجزاء المتداخلة في اللغة كالضمائر ويدرك المعاني العامة، و بهذا يتمكن من التعبير عن نفسه ويتصل بغيره من الأفراد بطريقة أكثر مرونة وسرعة من ذي قبل. **(مريم سليم،2002، ص 294)**

وبالتالي فإن النمو اللغوي يكون في تزايد مستمر من حيث المفردات، كما أن أغلب أطفال الثالثة والرابعة تكون حصيلتهم اللغوية مكونة من عدة آلاف من الكلمات، كما أن الجمل التي يستخدمها الأطفال في الواقع تميل إلى أن تكون صغيرة بصورة ملحوظة. كما أن اكتساب المفردات ليس متماثلا في جميع الأحوال فيما يتعلق بجميع أنواع الكلمات، حيث نجد أن بعض الكلمات قد تكتسب بصورة أكثر تبكيرا أو أكثر سهولة من كلمات أخرى. **(عادل عز الدين الاشول،2008،ص292)**

ويتفوق البنات على البنين خلال هذه المرحلة في نمو المحصول اللغوي لديهن، ولا يمكن إغفال دور بعض العوامل ذات التأثير الفعال في مدى نمو الحصيلة اللغوية لدى أطفال هذه المرحلة، والتي من بينها الذكاء، الصحة العامة والمناخ الأسري، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، ومستوى تعليم الوالدين،

والظروف البيئية المحيطة، وكذلك الخبرات الاجتماعية والخاصة بالطفل. **(محمد محمود هليل،د سنة،ص218)**

6.4. مرحلة الطفولة الوسطى من (6 . 9 سنوات):

. خصائص النمو الانفعالية:

تهذب الانفعالات في هذه المرحلة نسبيا عن ذي قبل، تمهيدا لمرحلة الهدوء الانفعالي، يلاحظ سرعة الانتقال من حالة انفعالية إلى أخرى نحو الثبات والاستقرار الانفعالي، إلا أن الطفل لا يصل في هذه المرحلة إلى النضج الانفعالي فهو قابل للاستثارة الانفعالية وتكون لديه بقية من الغيرة والعناد والتحدي.

يتعلم الطفل كيف يشبعون حاجاتهم بطريقة بناءة أكثر من محاولة إشباعها عن طريق نوبات الغضب كما كان في المرحلة السابقة، يبدي الطفل الحب ويحاول الحصول عليه بكافة السبل، ويحب المرح، وتتحسن علاقاته الاجتماعية والانفعالية مع الآخرين، ويقاوم بينما يميل إلى نقد الآخرين، ويشعر بالمسؤولية ويستطيع تقييم سلوكه الشخصي.

تتغير مخاوف الأطفال في هذه المرحلة من الأصوات و الأشياء الغريبة و الحيوانات و الظلام ليحل محلها الخوف من المدرسة والعلاقات الاجتماعية وعدم الأمن اجتماعيا، نوبات الغضب خاصة في مواقف الإحباط. **(كريمان بدير،2010،ص152)**

. خصائص النمو اللغوية:

حين يبلغ الطفل السادسة يكون قد تعلم نطق 2500 كلمة وتستمر مرحلة اتساع الحصيلة اللغوية وتنمو وتزداد الألفاظ و التعابير المعتمدة من قبل الطفل بمقدار زيادة اختلاطه بالآخرين، وسماعه وقراءته للمفردات التي لم تعد عنده مجرد أصوات بل لها دلالتها الخاصة، بحيث تزداد المفردات عن ذي قبل في هذه المرحلة, وتعتبر هذه المرحلة مرحلة " الجمل المركبة الطويلة " بحيث لا يقتصر الأمر على نمو التعبير الشفوي، بل يمتد إلى التعبير الكتابي فمع مرور الزمن وانتقال الطفل من صف إلى أخر، يلاحظ أن مما يساعد على طلاقة التعبير الكتابي التغلب على صعوبات الخط والهجاء.

أما عن القراءة فإن استعداد الطفل لها يكون موجودا قبل الالتحاق بالمدرسة، ويبدو ذلك في اهتمامه بالصور والكتب والمجلات والصحف. وتتطور القدرة على القراءة بعد التعرف على الجمل وربط مدلولاتها بأشكالها، ثم تتطور بعد ذلك إلى مرحلة القراءة الفعلية التي تبدأ بالجملة فالكلمة فالحرف.

يلاحظ أن عدد الكلمات التي يستطيع الطفل قراءتها في الدقيقة تزداد مع النمو, كذلك أن عدد الأخطاء يقل مع الزمن. أيضا يستطيع الطفل في هذه المرحلة تمييز المترادفات واكتشاف الأضداد.

(قناوي محمد هدى وآخرون،2001،ص366. 367)

7.4. مرحلة الطفولة المتأخرة من (9 . 12 سنة):

. خصائص النمو الإنفعالية:

تعتبر هذه المرحلة مرحلة الاستقرار والثبات الانفعالي ولذلك يطلق بعض الباحثين على هذه المرحلة اسم (مرحلة الطفولة الهادئة)، ويلاحظ ضبط الانفعالات ومحاولة السيطرة على النفس وعدم إفلات الانفعالات وكيف يحل الصراعات وكيف يشارك الآخرين انفعاليا، فمثلا إذا غضب الطفل فإنه لن يعتدي ماديا بل يكون عدوانه لفظيا أو في شكل مقاطعة.

ويتضح الميل للمرح وتنمو الاتجاهات الوجدانية، وتقل مظاهر الثورة الخارجية ويتعلم الطفل كيف يتنازل عن حاجاته التي قد تغضب والديه، ويكون التعبير عن الغضب بالمقاومة السلبية مع التمتمة ببعض الألفاظ وظهور تعبيرات الوجه.

ويكون التعبير عن الغيرة بالوشاية والإيقاع بالشخص الذي يغار منه، ويحاط الطفل ببعض مصادر القلق والصراع ويستغرق في أحلام اليقظة وتقل مخاوف الأطفال .

ينمو الذكاء الانفعالي الذي يتضمن مجموعة من المهارات منها: ضبط الذات والحماس، المثابرة والدافعية الذاتية. **(حامد عبد السلام زهران،1986،ص245)**

. خصائص النمو اللغوية:

يزداد المحصول اللغوي لدى طفل هذه المرحلة على حوالي 5500 كلمة، ويواكب هذه الطفرة في امتلاك هذه المفردات استخدام جمل طويلة مركبة تبدأ بالأسماء ثم الأفعال والضمائر.

(محمد محمود هليل،د سنة،ص219)

تزداد المفردات ويزداد فهمها ويدرك الطفل التباين و الاختلاف القائم بين الكلمات ويدرك التماثل والتشابه اللغوي، ويزيد إتقان الخبرات و المهارات اللغوية ويتضح إدراك معاني المجردات مثل : الكذب ، الصدق والأمانة ، العدل والحرية، الحياة والموت، ويلاحظ طاقة التعبير والجدل المنطقي ويظهر الفهم والاستمتاع الفني و التذوق الأدبي لما يقرأ، يلاحظ زيادة إتقان الطفل للخبرات والمهارات اللغوية، إضافة لطلاقة التعبير والجدل المنطقي وينتقل الطفل في الكتابة من الخط النسخ إلى الخط الرقعة، وتنمو مهارة القراءة ويحب الطفل في هذه المرحلة القراءة بصفة عامة. **(حامد عبد السلام زهران،1986،ص244)**

بالتالي نجد أن الحصيلة اللغوية للطفل تزداد من مرحلة عمرية لأخرى، وكذلك فيما يخص الخصائص الانفعالية فهي تتغير من مرحلة لأخرى.

4. النمو عند سيغموند فرويد:

يشير " **فرويد** " إلى خمسة مراحل رئيسية في النمو، وكل منها يتصف بمشكلات تكيفية جديدة يجابهها الفرد وهذه المراحل هي:

. **المرحلة الفمية أو الإفتراسية:**

وهي أولى مراحل التطور الليبيدي (الجنسية) تنتهي تقريبا بنهاية السنة الأولى و تحدث أثناء فترة الرضاعة، وتتصف بالسلوك السلبي والاعتمادية من جانب الطفل، والرضاعة تعتبر المصدر المنظم للإشباع في هذا العمر، حيث نجد حياة الطفل تتمركز حول الأم حلمة الثدي وإبهام اليد. **(عادل عز الدين الأشول،2008،ص94)**

حيث يسود فيها ارتباط اللذة الجنسية بإثارة الفم والشفتين مع تلازم تناول الغذاء، وهو يذهب في تحليله لهذه المرحلة إلى مختلف أبعاد الإجتياف الفمي حيث يبني بعض خصائص علاقة الموضوع الفمية، من إتحاد الليبيدو والعدوانية (حب، تدمير)، ويعتقد " **فرويد** " أن الرضاعة تزود الطفل بشعور من اللذة وأطلق " **فرويد** " على هذه اللذة اسم اللذة الذاتية، لأن الأطفال يرضعون أصابعهم ولا يوجهون دوافعهم وحركاتهم تجاه الآخرين لكنهم يحققون الرضا والإشباع من خلال أجسامهم الخاصة، والتثبيت يحدث إما بسبب الإشباع المفرط أو الإحباط المفرط، فالطفل الذي يلقى رضاعة مشبعة ومرضية لفترة طويلة قد يستمر في البحث عن المتعة الفمية وقد يتصرف على أنه غير مستعد للتخلي عن الإشباعات الفمية أو كما لو كان هناك خطر محدق به يهدده بعدم إشباع حاجاته الفمية . **(مريم سليم،2002،ص48)**

. المرحلة الشرجية:

وهي المرحلة الثانية من النمو تبعا " **لفرويد** " ترتبط بالميل في التحكم وضبط الأمعاء والمثانة، فخلال العامين الثاني والثالث من حياة الطفل تصبح المنطقة مركز اهتمامات الطفل الجنسية، حيث يتزايد وعي الأطفال بإحساسات المتعة الناتجة عن حركة الأمعاء على الأغشية المخاطية للمنطقة الشرجية وتتأمن هذه اللذة من خلال حفظ الغائط تنبيها ممتعا للغشاء الشرجي، كما تزداد من ناحية أخرى اللذة الناجمة عن طرد الغائط، غير أن لهذه المحتويات معاني هامة بالنسبة للطفل ولذلك هو يعاملها كأنها جزء من بدنه، ويعبر عن امتثاله للبيئة بإخراجها كما أنه يعبر عن استيائه ومعارضته بإمساكها (العناد). **(مريم سليم،2002،ص50)**

ويتعلم الأطفال في هذه المرحلة التحكم والسيطرة على بيئتهم، حيث يقدرون على إعطاء الغائط أو عدم إعطائه، وأثناء هذه المرحلة يكتسبون اللغة ومهارات الاتصال، وأن التثبيت في هذه المرحلة من النمو تنتج خصائص مختلفة حيث يشير " **فرويد** " أن الطفل حينئذ يكون متسلطا ومنظما وصلبا قاسيا بصورة أكثر مما ينبغي، وأنه قد يصبح على نقيض ذلك متسما بالفوضى بصورة مفرطة وعدم النظام وغير قادر على المسؤولية. **(عادل عز الدين الأشول،2008،ص94)**

. **المرحلة القضيبية:**

وفي هذه المرحلة تصبح الأعضاء التناسلية " القضيب عند الذكر، والبظر عند الأنثى " في الخامسة من العمر هي المنطقة الرئيسية المولدة للذة الشهوانية وتهيئ هذه المشاعر المرتبطة بالنشاط الشهوي السبيل

لظهور عقدتين خطيرتين تؤثران في شخصية الطفل المستقبلية، هما : عقدة أوديب وعقدة الخصاء، ففي عقدة أوديب الصبي يرغب في امتلاك أمه واستبعاد أبيه في حين ترغب البنت في امتلاك أبيها وإبعاد أمها وتسمى عقدة إلكترا.

وبالنسبة لعقدة الخصاء أن الطفل الذكر حين يدرك الفروق التشريحية بين الجنسين، ويستنتج الصبي أن البنات لهن عضوا ذكريا " البظر " ولكنه ضامر وذلك عقابا لهن، ومن ثم نجد أن اشتياق الطفل الذكر المحرم للأم ونقمته على الأب تؤدي به إلى الصراع مع الأب، فهو يتخيل أنه منافسه المستبد الذي سيوقع به الأذى حول أعضائه التناسلية إذ أنها مصدر مشاعره الجياشة بالشهوة. **(حسن مصطفى عبد المعطي وأخرون،2001،ص264)**

. **مرحلة الكمون:**

تقع هذه المرحلة من سن الست سنوات حتى سن الثانية عشر، وفيها يضعف الدافع الغريزي أو الطاقة الغريزية وينسى الطفل الأشكال السابقة لتطور الطاقة الجنسية، ويتخذ من المبادئ الخلقية القائمة في الثقافة التي يعيش فيها موانع يقيمها في وجه غرائزه الأولية، بمعنى أن الرغبة الجنسية والشعور بالكراهية تجاه الوالد من نفس الجنس تكبت، ويتميز الطفل بالهدوء النسبي من الناحية الدينامية.

فالجنس محرم في هذه المرحلة والرغبات الجنسية تنكر تماما وتصبح لا شعورية، ورفاق اللعب يختارهم الطفل دائما من نفس الجنس، كما أن ممارسة الحب ومشاهدة الأفلام الرومانسية تصبح مثيرة للاشمئزاز ويقال عن هذه المرحلة أحيانا "مرحلة الجنسية المثلية السوية" طالما أنه من السواء في هذه السن أن يستمتع الفرد بعلاقاته مع الناس من نفس الجنس. **(حسن مصطفى عبد المعطي وأخرون،2001،ص266)**

. المرحلة التناسلية:

وتكون هذه المرحلة من مراحل النمو عند " **فرويد** " في سن الثانية عشر إلى الثامنة عشر يتحرك الشباب نحو المرحلة الجنسية مرة أخرى ويطور المراهق اهتمامات غرامية وجنسية نحو الجنس الآخر، وممارسة بعض مسؤوليات الكبار، ويتحرر في هذه المرحلة من سلطة الوالدين ويكون الهدف الرئيس الوصول إلى النضج .(http://sotor.com)

5. حاجات الطفل:

تعتبر الحاجة كشرط ضروري للطبيعة والحياة الاجتماعية تفترض الإشباع السريع وذلك بالنسبة " **لماسلو** " توجد حاجات أساسية يؤدي عدم إشباعها في الطفولة إلى اضطرابات في النمو وعدم القدرة على مواجهة مصاعب الحياة، تظهر هذه الحاجات في تشكيلة نفسية بيداغوجية ضمن مواقف تفاعلية آباء أطفال ونموذج نفسي يشمل : الحاجات العاطفية، المعرفية و الاجتماعية.

1.5. الحاجات العاطفية:

إن الحاجات في المجال الوجداني تأخذ جذورها من الحاجة إلى الانتماء العائلي الذي يدعوا إلى استمرارية التاريخ العائلي والاجتماعي. فمن غير الممكن التطور دون تعلق وقبول أو استثمار من المحيط. فهذه المبادئ الثلاثة تشكل الأقطاب الأساسية في هذا الميدان و هي:

. التعلق: درس من طرف " **بولبي** " سنة **(1969)** بحيث يؤكد أن غياب هذا الرابط خلال المرحلة الحرجة بين الثلاث السنوات الأولى قد يكون سببا في الانعدام الكلي لتكوين علاقات وجدانية عاطفية متكاملة مع الآخرين، فتكوين الرابط الاجتماعي يتأسس على استمرارية ودوام سلوكات التعلق "الوظائف الأمومية" وكما يرى " **مونتاجنر** " أن فقدان التعلق في المرحلة الحرجة يكون له خطر كبير في التوازن العاطفي . **(شطاح هاجر, 2010، 2011 ، ص 42)**

. القبول: تخلق النظرات الايجابية للمحيط العائلي محيط وجداني عاطفي آمن إذ أن الرسائل تعطي للطفل فضاء يمكنه من الاختلاف عن الآخرين في أن له مكان ينمو في ظل الثقة والاستمرارية، يتعرف من خلاله إلى نماذج عائلية كون أن التفاعل آباء . أطفال مقبول.

. الاستثمار: يندرج في محيط المشروع الأبوي الذي يتقابل مع جميع التمثيلات التي يرضاها الأبوين لأبنائهم. هذا يكمن في مقدار الحب الذي يحملونه لطفل خيالي، فالمشروع الوالدي هو مشروع اجتماعي

يقود إلى القيم والقواعد، كما أنه ظاهرة معقدة ينمي قواعد متعاكسة يدعو الأول فيها لإعادة الإنتاج " كن مثلنا " و " الآخر " " لا تكن مثلنا "، فالمشروع الوالدي الشخصي لا يكون دوما بصورة متناغمة.

والطفل عادة محل ضغوط عديدة هدفه الأساسي هو البحث عن حلول لإدماج عناصر متباينة تتقاطع فيه. **(نفس المرجع السابق، ص 43)**

2.5. الحاجات المعرفية:

إن الحاجة للإنجاز والتكامل تترجم أهمية الميدان المعرفي في تطور كل فرد والقدرة على فهم محيطه, إذ تظهر عوامل ذات أهمية قصوى للطفل كالحاجة إلى (حب المعرفة . الفضول .....) والذي يمكن تلبيتها عبر سلوكات ونشاطات محفزة بالدعوة إلى الإثارة، التجربة والتعزيز.

. التحفيز: له دور كبير في عملية التعلم، فأغلبية المختصين النفسانيين أوضحوا أهمية التحفيز في السنوات الأولى من عمر الطفل يساعده على إعطاء معنى لأفعاله ويخلق وسائط أو صلة مع معرفته السابقة فهو ينشئ الوعي وينمي الرغبة للفهم من طرف الاستراتيجيات المستعملة.

. التجريب: يرى علماء البيداغوجيا أن التجربة هي القاعدة الأساسية لنظرياتهم التربوية, فالتجربة هي الدافع برغبة إلى فهم ما يدور حوله أو ما يوجد من أشياء حقيقية، والتيار الطبيعي يرى أنه تعبير لأفعال ضمن محيط يرغب في تغييره مما يسمح له التحرر من واقع المحيط.

. التعزيز : يرى السلوكيين أن التعزيز هو حدث ينتج عن استجابة معينة، فالتعزيز يؤخذ كنظرة كلية و متكاملة لتربية الطفل. وتكثيف الاستجابات الحسنة يعزز السلوكات التي نريد لها الزوال، فعلى المربي أن يستثمر هذه السلطة أو مد التأثير الايجابي للمعلومات على سلوك الطفل وأفعاله. **(نفس المرجع السابق، ص 43)**

3.5. الحاجة إلى تقبل الذات:

من الحقائق المعروفة أن الطفل الذي لا يتقبل ذاته لا يتقبل الآخرين، وتشمل معرفة الطفل لذاته السمات التي تمازجت مع بعضها البعض وساهمت في جعله فردا متميزا عن غيره. و يأتي تفهم الطفل لذاته من حاجته إلى فهم طبيعته البدنية و الانفعالية والوقوف على نواحي القوة والضعف في هذه الطبيعة ويتمكن الطفل من إشباع هذه الحاجة عن طريق ما يلي:

. البعد عن الأهداف الخيالية لأنها تسبب للطفل مشكلات كبيرة.

. التوازن بين ما هو عليه حقيقة وما يطمح في تحقيقه.

. تعريف الطفل بأهداف الحياة وقيم المجتمع الذي يعيش فيه.

. التعرف على مشاعر أهله وأخواته تجاهه.

4.5. الحاجة إلى تقبل الآخرين:

وتشبع هذه الحاجة بشعور الطفل بقيمته بين أهله وذويه وأصدقائه ورفقائه، ويقوم الطفل بإشباع هذه الحاجة عمليا عن طريق الملبس و المسكن وسعيه ليكون عضوا في جماعة الأصدقاء والقيام بنشاطات تلفت نظر الآخرين.

ومن مظاهر إشباع هذه الحاجة سلوك الطفل المعبر عن تشابهه مع الآخرين وتعاونه معهم ومن مظاهر فشل تحقيقها عند الطفل ميله إلى الانطواء والانعزال.

5.5. الحاجة إلى تقدير الآخرين:

ويميل الطفل إلى إشباع هذه الحاجة عن طريق التفوق والحصول على جوائز من الكبار والقيام بنشاطات متنوعة مثل : الرياضة، والرشاقة، والملابس.... وغيرها.

ومن مظاهر فشل الطفل في تحقيق هذه الحاجة السلوك الانسحابي. **(راشد محمد الشنطي و آخرون،1989،ص18 . 19)**

6.5. الحاجة إلى التعلم والتدريب:

ترتبط عملية التعلم إيجابيا مع الثقة بالنفس وزرع روح الاستقلال في نفس الطفل، كما ترتبط عملية التدريب في تنمية حب العمل والاعتماد على النفس وزيادة الإنتاج.

وما إذا كان الطفل يعاني عجزا فإنه يبقى أسيرا للآخرين لذا فإن تحقيق الطفل غير العادي لحاجة التعلم والتدريب في حدود إمكاناته وقدراته سيساعد الطفل إلى حد ما على النمو، ويمكن تحقيق هذه الحاجة للطفل عن طريق مايلي:

. التخلص من كلمة " عجز " ونشر روح الثقة في النفس للطفل.

. تدعيم الثقة في نفس الطفل.

. تدريب الطفل بالسيطرة على الخجل.

. إكساب الطفل مهارات اجتماعية و أخرى أكاديمية.

7.5. الحاجة إلى التحرر من الشعور بالذنب والخوف:

يظهر الشعور بالخوف والذنب من التوتر الذي يعيق نجاح الطفل في الحياة والتفكير بالأذى الذي قد يصيبه لإخفاقه بها، والمخاوف اتجاهات مكتسبة قد تنشأ عند الطفل من قصص الكبار وهم يحكون تجاربهم للأطفال.

أما الشعور بالذنب فيظهر عندما يفشل الطفل في تحقيق الواجبات المكلف بأدائها كما هو مطلوب.

ويظهر على الطفل سلوك الاضطراب والقلق في حالة وقوعه تحت وطأة الخوف والشعور بالذنب ويمكن أن تشبع هذه الحاجة عن طريق مشاركة الطفل الجماعية بالعمل، أو عن طريق تعريف الطفل بأسباب ظهور مخاوفه ليعمل بالتالي على استبعادها. **(نفس المرجع السابق،ص20 . 22)**

وعلى هذا الأساس نجد أن الطفل له العديد من الحاجات التي يجب أن يحصل عليها في حياته.

6. اللعب عند الأطفال:

يهدف اللعب عند الأطفال إلى تزويد الطفل بالمتعة، والخيال والقدرة على التقليد، فالألعاب هي رفيقات الطفل في عالم خياله ذلك الخيال الذي يتميز بمقدرة فائقة، فالألعاب هي نقطة الانطلاق في أحلام الأطفال إلا أ،ها في طبيعتها على جانب كبير من الأهمية ،لا في تكوين خيالهم فحسب ولكن في توجيههم، فاللعبة تصبح مجالا للتعبير الشخصي لدى الطفل.

قد تكون الألعاب وسيلة لتقبل الأطفال لما يفرضه العالم من قيود، وهي أيضا سبيل إلى التعرف على مسلكهم الحقيقي، وبالاختصار فالألعاب جسر يمر عليه الأطفال من عالم الأحلام إلى العالم الحقيقي.

ويقول علماء النفس أن الطفل ينسب معاني رمزية عميقة إلى مختلف الأشياء مثل الآلات، والأجهزة والماء والطين، وفي هذا تأكيد لنفس الفكرة القائلة أن اللعب ما هي إلا أشياء لتسلية الأطفال في أوقات الفراغ وللعب ثلاث فوائد رئيسية هي:

1. إثارة الخيال بحيث يستدعي ذلك صرف جهد.

2. معاونة الطفل للحصول على نوع من المهارة.

3. المساعدة بصورة مباشرة في تكوين القدرات الطبيعية والعقلية **(عبد الفتاح مصطفى غنيمة،1994،ص37)**

وعند ذكر اللعب عند الأطفال يوجهنا ذلك لذكر قصص الأطفال و التي تعتبر بدورها وسيلة لتسلية الطفل في أوقات فراغه، فقد تنوعت طبيعة قصص الأطفال من خيالية إلى واقعية، كما تطول أحيانا و تقصر في أحيان أخرى تبعا للمراحل المختلفة لنمو الطفل وقدراته العقلية والثقافية.

ففي المراحل الأولى من النمو تروى القصة الخرافية التي تحكى على ألسنة الحيوان وغيره من الكائنات خيال الطفل، وقد أوضحت الدراسات النفسية أن الطفل في مراحل نموه الأولى يسهل عليه تقمص شخصية الحيوان أكثر من الإنسان ولذلك نجد أن نسبة كبيرة من القصص التي يميل إليها الأطفال ويشغفون بها يلعب دور البطولة فيها حيوان لأن لها طباعا معروفة ثابتة لدى كل البشر، ويؤيد الفكر السيكولوجي هذه الحقيقة فقد أشار " **فرويد** " مؤسس نظرية التحليل النفسي في مقاله عن مخاوف طفل الخامسة من خلال قصة " **هانز الصغير** " إلى أن هذا الطفل كان يخاف الحصان و إن حدث نوع من الارتباط اللاشعوري بين هذا الحيوان و أبيه، وانعكست مشكلته النفسية في علاقته مع أبيه على الحيوان فكان يخاف منه، وعلاقة الطفل الوجدانية بالحيوانات أيسر على الفهم من علاقته بالإنسان ولعل ذلك

يرجع إلى أن بعض الحيوانات أصغر حجما من الراشدين من الإنسان كما تعتبر الحيوانات على المستوى الشعوري أصدقاء للأطفال.

وقصص الخيال العلمية تمثل لونا أدبيا طريفا ومثيرا يتيح للأطفال التحليق في عالم الخيال، وقصة الخيال العلمي تنطوي على دور تربوي بالنسبة للأطفال إلى جانب دورها الأدبي. **(نفس المرجع السابق،ص143 . 144)**

7. الحقوق النفسية للطفل:

يشير **(ساشس 2001)** إلى العلاقة بين الصحة النفسية للطفل وتشريعات حقوق الإنسان وخاصة فيما يتعلق بحماية الطفل من الأذى والضرر النفسي، كما يقترح ضرورة تحديد درجة التدخل في شؤون الطفل في حالة تعرضه للإساءة أو الأذى، وذلك في إطار قانون الأطفال **(1989)**، وقانون الصحة النفسية **(1983)**، وقانون حقوق الإنسان **(1998)**.

كما يؤكد كذلك إلى الهدف الأساسي لقانون الأطفال في الولايات المتحدة الأمريكية الصادر **(1989)** هو تحقيق سعادة ورفاهية الطفل حيث يؤكد هذا القانون على ضرورة الاستماع لآراء الطفل ورغباته واحترامها، كما ينظر هذا القانون إلى المسائل المعقدة التي تنشأ عندما يسيء الطفل إلى نفسه، وعندما يتعرض للإساءة من الآخرين.

كما يؤكد تقرير منظمة الصحة العالمية **(2003)** على العلاقة الوثيقة بين حماية حقوق الإنسان وشعوره بالصحة النفسية، حيث أن التشريعات المرتبطة بالصحة النفسية ضرورة لحماية حقوق الأشخاص ذوي الاضطرابات النفسية والذين يعتبروا فئة من المجتمع قابلة للشعور بالأذى والضرر الناتج عن التفرقة والتهميش في كل المجتمعات، مما يزيد من احتمالية انتهاك وضياع حقوقهم الإنسانية، فالاضطرابات النفسية يمكن أن تؤثر أحيانا في قدرات الأفراد عند اتخاذهم القرار. **(هشام إبراهيم عبد الله،2005،ص2)**

. حقوق الطفل في المنزل لتكوين شخصية مميزة:

دائما ما يبحث الشخص عن حقوقه ويخشى أن يشعر بالوحدة داخل بيته، كذلك الطفل له حقوق نفسية فأحيانا يعجز الطفل في التعبير عن حقوقه النفسية لعدم قدرته على الكلام أو الحركة، ولذلك يجب أن ينتبه الأب والأم إلى هذه الحقوق والتي تتمثل في خطوات وإن كانت بسيطة إلا أنها قوية و مؤثرة.

فمن أول حقوق الطفل هو أن " يكون موضع اهتمام "، ولكن بشكل فيه توازن حتى لا يصاب بالغرور أو الدلع الزائد، ويتجسد هذا الاهتمام بالعناية بصحته وغذائه وكذلك مشاركته للأحداث المهمة والحرص على بعض الكلمات التي تمثل له عائق وتذبذب ثقته بنفسه.

وثاني حق للطفل أن " يشعر بالحب " ويجب أن يكون هذا الحب متوازن فلا يكون في الغالب كثير مع الولد وقليل مع البنت، وكثيرا من الحالات النفسية السيئة لدى الطفل كان السبب فيها عدم شعوره بالرغبة فيه أو الحب من إحدى الأبوين، وكان علاج نفس المشكلات في إعطائه الحب والمساواة.

وثالث حق هي " التعلم الصحيح " والتعلم هنا يبدأ من مرحلة التلقي داخل المنزل للحلال والحرام، الخطأ والصواب، الشكر والاعتذار، والقيم التي تكون له شخصية تحميه من أي هجوم سلبي من المجتمع.

ورابع الحقوق وأهمها للطفل هي " الحرية " فللطفل كامل الحرية في الشخبطة والرسم والتفريغ الإيجابي لكل مشاعره السلبية و الإيجابية، وعلى الأهل إعطائه الفرصة لاختيار نشاطه أو الرياضة المحببة له دون فرض أسلوب محدد أو رياضة محددة.

خامس حق هو " اختيار الأصدقاء " ما لم يضر ذلك بأخلاقه، فلا يجب فرض شخص معين للعب معه بسبب القرابة أو المقارنة معه أو في وضعه في مجتمع غير مجتمعه حتى لا يشعر بعدم قدرته على اجتماعيا إلا بمساعدة والديه.التواصل(www.youm7.com)

8. مشكلات الطفل النفسية:

1.8. التأتأة :

التأتأة وهي سلسلة من الترددات الغير منتظمة والتكرارات في الكلام، والإعادة أو التكرار الغير الإرادي للصوت أو المقطع أو الكلمة.

وهي مشكلة كلامية تتميز بتكرار أجزاء من الكلمات أو الكلمات كلها وتطويل نطق الكلمات وربط الأصوات أو الكلمات والتوقف الطويل أثناء الحديث بدون داع، فهي تسبب الضيق للمتكلم والمستمع مسببة أثار نفسية مثل عد الثقة بالنفس، الخجل والانسحاب الاجتماعي. **(عبد الرحمن العيسوي،2000،ص108 . 109)**

2.8. ضعف الثقة بالنفس:

هذا يكون دالا في الغالب على فقد الأمن أو وجود الخوف، ومن مظاهر هذا الضعف التردد وانعقاد اللسان في المجتمعات والتأتأة والانكماش والخجل وعدم الجرأة، وتوقع الشر وزيادة الخوف وشدة الحرص، وتضييع الوقت بعمل ألف حساب لكل أمر صغيرا كان أم كبيرا قبل البدء فيه حتى لا يخرج منحرفا عن الكمال، وهذه الصفات كلها يجمعها ضعف الثقة بالنفس ولا شك في أن هذه الخصلة الهدامة المفككة للشخصية، إنما تتكون عادة في السنوات الأولى من حياة الطفل ويغرسها في نفسه أعز الناس إليه وأقربهم إلى قلبه هما الوالدان. **(حمزة الجبالي،2006،ص94)**

3.8. العدوان:

العدوان سلوك مضاد للمجتمع وهو سلوك مضاد للمجتمع وهو سلوك غير مرغوب فيه، وقد يكون هذا العدوان لفظيا أو ماديا أو الاثنين معا، ويستخدم لتحقيق هدف معين.

ويلاحظ على الأطفال الصغار أنهم قد يمارسون العدوان ضد الأشخاص أو الأشياء عندما يقف في سبيل تحقيق رغباتهم عائق ما ولكن عدوانهم هذا لا يستهدف إيذاء شخص ما كما نجد أن " **فرويد** " في التحليل النفسي يربط العدوان بغريزة الموت وفي نظره هي المسؤولة. **(عبد الرحمن العيسوي،2000،ص12 . 13)**

4.8. الغيرة:

الغيرة هي حالة انفعالية يشعر بها الفرد ويحاول إخفائها إذ لا يمكن الاستدلال عليها إلا من خلال أنماط سلوكية معينة، وهي مزيج من الشعور بالفشل والانفعال الغضبي وتأتي نتيجة الخيبة في الوصول إلى غرض ما (مادي أو معنوي) نجح في الوصول إليه إنسان آخر فتتوجه هذه الغيرة نحو ذلك الشخص تظهر الغيرة في السلوكيات المتمثلة بالثورة والنقد والعصيان والهياج أو من ناحية أخرى بالانطواء.

(محمد أيوب شحيمي،1994،ص132)

5.8. الكذب:

يقصد بالكذب تشويه الحقائق ومخالفة الواقع عن عمد بغرض الحصول على كسب ما أو لتحاشي مواقف مؤلمة، فهو نمط سلوكي يميز مرحلة من مراحل النمو العقلي و الاجتماعي التي تتسم بقصور في النضج اللغوي و العقلي مما قد يدفعهم إلى دمج الخيال بصور من الواقع، ويمكن مساعدة الطفل على تخطي هذه المرحلة بسلام، ويرجع الكذب إلى عوامل بيئية بالدرجة الأولى فالأسرة التي يسود فيها الصدق والأمانة تكون خير وقاية للكذب. **(محمد محمود هليل،د سنة،ص247)**

يلاحظ أن كثيرا من الأطفال يكذبون بحكم ظروف مرحلة النمو التي يمرون بها، فالطفل قد يكذب رغبة في جذب الانتباه إليه أو الخوف من العقاب أو رغبته في توكيد ذاته و إثبات قيمته، كذلك من المعروف أن الطفل الصغير لا يستطيع أن يميز تمييزا قاطعا بين الحقيقة والخيال ويدفعه ذلك إلى الكذب.

وعلى ذلك فليست هذه الأكاذيب إلا تحقيقا لرغبات الطفل المكبوتة التي عجز عن تحقيقها، ويعد الكذب من النزعات الخطيرة لدى الأطفال تلك التي ينتج عنها كثيرا من المشكلات الاجتماعية فضلا عن فقدان الثقة بالطفل وعدم احترامنا له. **(عبد الرحمن العيسوي،2000،ص118 . 120)**

6.8. الخوف:

الخوف يقسمه " **فرويد** " المخاوف إلى قسمين الأول ويسميه المخاوف الموضوعية أو الحقيقية، والثاني يسميه المخاوف العامة أو الغير محددة.

والنوع الأول يرتبط فيه الخوف بموضوع محدد كالخوف من الحيوان أو من الظلام أو من الموت وغير ذلك، أما النوع الثاني فلا يرتبط فيه الخوف بأي موضوع فحالة الخوف تكون كأنها هائمة لا تستقر على موضوع ما، وصاحب هذه الحالة متشائم حزين يتوقع الشر في أية لحظة وفي أي شيء.

ويسمي " **فرويد** " هذه الحالة باسم (القلق العصبي). **(حمزة الجبالي،2006،ص86)**

7.8. العناد:

عناد الأطفال مشكلة يعاني منها أغلب الآباء والأمهات وتسبب لهم بالمثل شعور الضيق والغضب، و مظاهر عناد الأطفال في إصرارهم على رفض ما يطلبه الآباء منهم واتخاذ وجهة مضادة، كأن يرفض الطفل تناول الطعام مثلا، ويزداد رفضهم كلما زاد ضغط الأبوين عليه لتناوله، فإذا أدرك مثلا أن لعبه داخل المنزل يزعجهما فإنه يكثر من لعبه ويبكي بكاء مرا. **(سعاد هاشم عبد السلام قصيبات،2007،ص77)**

ويعتبر سلوك العناد لدى الأطفال في هذه السن ظاهرة طبيعية وترتبط بمظاهر النمو لديه، ويرى بعض العلماء أن هذه الفترة السلبية في حياة الطفل إنما هي استجابة طبيعية خلال عملية النمو، فهي الفترة التي يثبت فيها ذاته ويؤكد عليها ويعلن رفضه لسيطرة الآخرين عليه. **(محمد محمود هليل،د سنة،ص245)**

8.8. التأخر الدراسي:

التأخر الدراسي مشكلة شائعة ويهتم بها الآباء كثيرا لأنها ترتبط عندهم بمستقبل حياة أبنائهم، ويظهر التأخر الدراسي على شكل انخفاض نسبة التحصيل دون المستوى العادي المتوسط.

وقد يرجع التأخر الدراسي إلى أسباب مختلفة مثلا أسباب عضوية كالمرض، ظروف بيئية, كراهية التلميذ للمدرس أو المدرسة أو المادة التي يتعلمها، أو ظروف منزلية أو نفسية، أو قد يكون السبب هو نقص ذكاء الطفل الذي يصاحبه في العادة نقص قدرته على التحصيل. **(سعاد هاشم عبد السلام قصيبات،2007،ص 79)**

وعليه نلاحظ أن الطفل يعاني من العديد من المشكلات النفسية التي يجب الإهتمام بها ومعالجتها قبل أن يتفاقم الوضع ويصبح الخروج منها صعبا، وعليه فإن من بين هذه المشكلات النفسية التأتأة التي سبق وأن أشرنا إليها .

9. مفهوم اضطرابات الكلام:

لا شك أن الكلام من أهم وسائل التواصل بالآخرين ويستدعي كونه عدة توافقات عصبية دقيقة يشترك في أدائها الجهاز التنفسي لتوفير التيار الهوائي للنطق وإخراج الأصوات بواسطة الحنجرة والأحبال الصوتية.

وعلى هذا الأساس سنتطرق إلى:

1.9. مفهوم الكلام:

هو وسط التواصل الفمي الذي يستخدم الرموز اللغوية ومن خلاله يستطيع الفرد التعبير عن الأفكار والمشاعر وفهم مشاعر الآخرين الذين يستخدمون الرموز اللغوية.

وهو نشاط حركي للتنفس والتصويت والنطق أو الرنين الصوتي. **(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص22)**

2.9. تعريف اضطرابات الكلام:

هو انحراف الكلام عن المدى المقبول في بيئة الفرد وينظر إلى الكلام على أنه مضطرب إذا اتصف بأي من الخصائص التالية:

. غير واضح.

. اضطرابات في إنتاج أصوات محددة.

. إجهاد في إنتاج الأصوات.

. عيوب في الإيقاع والنبر الكلامي.

. عيوب لغوية وكلام غير مناسب للعمر والجنس والنمو الجسمي. **(نفس المرجع السابق،ص22)**

وعرف **الرزاد (1990)** : " اضطراب الكلام بأنه اضطرابات تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث ومحتواه ومدلوله أو معناه، وشكله وسياقه، مع وجود ضالة في الأفكار و الأهداف ومدى فهمه من الآخرين , وأسلوب الحديث والألفاظ المستخدمة وسرعة الكلام ".**(سعيد كمال عبد الحميد العزالى،2010 ،ص194)**

3.9. تاريخ اضطرابات الكلام:

منذ حوالي **1000** عام قبل الميلاد فقد كان الأفراد المعاقون موضع استهزاء وسخرية ومصدرا للتسلية كما قد وصفوا بالغباء وهذا غالبا بسبب مشكلات اللغة والكلام، لقد سجلت حالات اضطرابات الكلام واللغة عبر العصور كما طورت البرامج العلاجية في الأوساط المختلفة وفي الولايات المتحدة الأمريكية فلم تقدم الخدمات في المدارس إلا في القرن العشرين، ففي عام **(1910)** عينت المدارس العامة في شيكاغو معلما متنقلا لمساعدة الطلبة المتأتئون وفي عام **(1913)** وضعت مدارس مدينة نيويورك برنامجا للتدريب الكلامي لمساعدة الأطفال الذين يعانون من اضطرابات كلامية، وقد افتتحت أول عيادة علاجية في " **سميلي بلانتون** " في جامعة " **ويسكونزن** ".

وفي عام **(1925)** أسست أكاديمية لتقويم الكلام والتي أصبحت تعرف لاحقا بالجمعية الأمريكية للكلام والسمع و الأن تعرف باسم الجمعية الأمريكية للكلام واللغة والسمع. **(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص25)**

4.9. عملية الكلام:

هي مجموعة من أشكال الموجات المعدلة التي ينتجها مصدر (الرئتان ولسان المزمار)، وترشحها الأحبال الصوتية والشفتان والخدان، فإن أعضاء تنفيذ عملية إنتاج الكلام هي الرئتان (مصدر دفع الهواء عبر القصبة الهوائية والحنجرة والفم)، ولسان المزمار (الذي يحركه الهواء المندفع من الرئتين فيصدر صوتا خاما)، والأحبال الصوتية الواقعة بالحنجرة (والتي تتحرك بفعل عضلات فتغير من هذا الصوت الخام بناء على أوامر المخ)، وسقف الحلق اللين والخدان والشفتان واللسان (التي تحركها جميعا مجموعات عضلية لتغير الصوت الخام بحيث يصدر في النهاية الكلام المقصود من أوامر المخ).

ومن المعلوم أن هناك (12) زوجا من الأعصاب المخية مرقمة من 1 . 12، ولكل منها مجموعة من الأعضاء التي يمدها ويوصل لها أوامر التشغيل، وفي عملية إنتاج الكلام يشارك خمسة فقط وهي على النحو التالي:

. العصب المخي رقم (7) وهو الذي يوصل إلى عضلات الخدود والشفتين.

. العصب المخي رقم (9) وهو الذي يوصل لبعض عضلات اللسان والحلق.

. العصب المخي رقم (10) هو ومعه جزء من العصب المخي رقم (11) وهما يوصلان للحنجرة.

. والعصب المخي رقم (12) وهو يوصل إلى عضلات اللسان.

وهناك حزمة من الألياف العصبية المنسقة لعمل هذه الأعصاب وتقع في النخاع المستطيل للمخ، أما على المستوى الأعلى في المخ فإن إنتاج الكلام يتم عبر تنسيق بين مناطق مختلفة في فصوص المخ ومن المعلوم أن المخ يتكون من نصفين كرويين، وكل نصف به (4) فصوص أمامي وجانبي وصدغي وخلفي، وفي الجزء السفلي الخلفي من الفص الأمامي توجد " **منطقة بروكا** " ووظيفتها إعطاء الأوامر بالكلام، والتي تنتقل إلى منطقة الحركة في الجزء الأمامي من الفص الجانبي عند التقائه بالفص الأمامي ومنها عبر الألياف العصبية إلى أعضاء إنتاج الكلام، ولكن إنتاج الكلام يحتاج للسماع عن طريق الجزء الأوسط العلوي للفص الصدغي وتشغيل وتخزين الشفرات الخاصة بالكلمات في المنطقة مثلثة الشكل على الزاوية الخلفية للفص الصدغي والتقائها بالفص الجانبي، وعليه تعمل " **منطقة فرنيك**" الواقعة في أعلى الفص الصدغي على ضمان توافق معاني الكلمات المنتجة وفهم المتحدث بها لما ينطق به في المواقف المختلفة، أما عند إنتاج كلمات مقروءة فإن مناطق الرؤية في الفص الخلفي تعمل في البداية عند التعرف على الكلمات التي سيتم النطق بها لاحقا. **(سعيد كمال عبد الحميد العزالى،2011،ص89 . 90)**

وعن منطقة الكلام في الدماغ فإذا ما نظرنا إلى الأساس الفسيولوجي والتشريحي فإننا نجد جل الخلايا العصبية التي تكون مركز الكلام في المخ تقع في النصف الأيسر من المخ، وعندما تتحطم هذه الخلايا عن طريق الأمراض أو الحوادث فإن المصاب يعجز عن التعبير عن نفسه بالكلام المناسب وبذلك يصبح " **أفيزي** "، وعندما تكون الإصابة شديدة أو خطرة تؤثر في مراكز السمع والرؤية فإن المريض لا يعاني

فقد من العجز في الكلام، ولكنه لا يفهم معنى الكلمات التي يسمعها من الآخرين، ولا معنى الكلمات المطبوعة في الكتب، كما يعجز عن الكتابة وعن فهم ما هو مكتوب. (**عبد الرحمن العيسوي،2000،ص102**)

5.9. مراحل إصدار الكلام:

إن عملية الكلام تمر بمجموعة من المراحل هي:

. إنتاج هواء الزفير خلال فسيولوجية جهاز التنفس.

. إنتاج صوت الفونيم من خلال فسيولوجية كل جهاز الحنجرة والثنايا الصوتية.

. إنتاج صوت الفونيم من خلال فسيولوجية كل من أعضاء النطق والحجرات الصوتية.

. يتحول صوت الفونيم إلى أصوات وألفاظ الكلام. (**فكري لطيف متولي،2015،ص74**)

وبالنسبة " **لحسيب** " **(2007)** يرى أن عملية الكلام تمر بمجموعة من المراحل هي:

. استقبال الأصوات والوعي بها وتمييزها وإدراكها.

. المعالجة الأولية عن طريق حاسة السمع ويتم تحويل المثيرات الصوتية إلى تغيرات كيميائية، ونبضات عصبية ينقلها العصب السمعي إلى المخ حيث مرحلة المعالجة الأساسية التي يتم فيها تسجيل وفهم واختزان هذه النبضات العصبية.

. ممارسة الكلام من خلال أجهزة النطق فتظهر الأصوات والمقاطع الصوتية، والكلمات المفردة والجمل البسيطة والكلام المستمر.

وبما أن الكلام هو فعل حركي فهو يحتاج إلى أربع عمليات رئيسية هي:

. **التنفس:** ويعني ذلك توفير التيار الهوائي اللازم للنطق.

. إخراج الصوت: أي إخراج الأصوات بواسطة الحنجرة، الأحبال الصوتية.

. رنين الصوت: أي تغيير الموجة الصوتية نتيجة حركة الثنيات الصوتية، وامتلاء أعلى الحلق بالهواء.

. **نطق الحروف:** أي استخدام الشفاه واللسان، والأسنان، الحلق لإخراج الأصوات المحددة اللازمة للكلام.

(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص19 . 20)

و بالتالي فإن من بين اضطرابات الكلام نجد اضطراب " التأتأة " :

يرى **الزريقات (1993)** أن " التلعثم أو اللجلجة شكل من أشكال التأتأة والذي يمتاز بانقطاع في التيار الهوائي أو الصوت أثناء الكلام، وبذلك فإن مفهوم التلعثم يختلف عن مفهوم التأتأة من حيث أنه شكل من أشكال التأتأة ". **(إبراهيم عبد الله الزريقات،2005،ص233)**

وتستخدم كلمة تلعثم في بعض المراجع أو مرادفها لجلجة في بعض المراجع الأخرى حيث تستخدم المراجع الإنجليزية كلمة " لجلجة " في الكلام، أما المراجع الأمريكية فتستخدم كلمة " تلعثم " في الكلام. **(محمد محمود النحاس وآخرون،2008،ص9)**

وعليه فإننا سنتطرق إلى تعريف كل من التأتأة والتلعثم أو اللجلجة.

10. مفهوم التأتأة:

1.10. لغة حسب معجم المعاني الجامع معجم عربي:

- تأتأة (اسم): صوت الإنسان إذا تردد بحرف التاء.

- تأتأة (فعل): تأتأ، يتأتئ، تأتأة، فهو متأتئ.

. تأتأة الشخص بمعنى ردد التاء عند التكلم لعيب في نطقه يعاني الطفل منها.

وقيل معناه الانتظار. (http://www.almaany.com)

يدور معنى اللجلجة حول التردد والاختلاط والخفاء، يقول ابن فارس في المقاييس " اللام والجيم أصل صحيح يدل على تردد الشيء بعضه على بعض وترديد الشيء ".

وفي لسان العرب : اللجلجة والتلجلج التردد في الكلام. **(سهير محمود أمين عبد الله،2005،ص110)**

وقد وردت اللجلجة في " **المنجد** " **(1927)** بمعنى التردد في الكلام، واللجلاج من كان ثقيل اللسان وتردد في كلامه، واللجلجة هي التوقف في الكلام، ويقال لجلج أي تردد في الكلام وفي صدره شيء.

(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص73)

2.10. اصطلاحا: لقد تعددت تعاريف التأتأة ومن بينها:

1.2.2-تعرف هالة إبراهيم الجروانى وآخرون (2013) التأتأة أنها :

" عدم الطلاقة في سيولة الكلام بشكل يلفت النظر مما يعيق التحدث مع الآخرين، والمتأتئ يكرر حرفا أو مقطعا بشكل لا إرادي،مصحوبا باضطراب في التنفس وحركات في اللسان مما يسبب له الخجل والارتباط والعزلة وتنتشر لدى الذكور أكثر من الإناث ".**(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص30 . 31)**

2.2.2- تعريف (2000) Marie – Claude Monfrais- PFauwadel للتأتأة على أنها :

اضطراب حركي في تدفق الكلام الذي يتم إنتاجه بعد ذلك بجهد عضلي أكبر، ويزداد هذا الاضطراب سوءا مع فرضية الكلام (التي تتوافق مع تعقيد الجملة) ويتحدد بشكل ثانوي على سلوكيات التواصل للموضوع المتأثر به ويسبب له معاناة نفسية.

كما أنه يؤكد الصعوبات التي يواجهها المحاور تجاه الخطاب في بعض الأحيان غير واضحة للغاية من الشخص المتأتأ. **(Carole CHEMIN, 2008 / 2009,p10)**

4.2.2-تعريف معجم علم النفس والتحليل النفسي أنها :

تتمثل في عدم قدرة الفرد على التعبير اللفظي الطليق والتلقائي لما يجيش بنفسه، ويتردد في أعماقه ويتمثل ذلك في إحتباسات حادة، وتكرار لبعض المقاطع وتعويق في النطق، وحشرجة في عملية التنفس وانقباضات في عضلات الوجه. **(فرج عبد القادر طه،د سنة، ص 383)**

6.2.2- تعريف التأتأة حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس DSM 5:

أ. اضطرابات في السلاسة الطبيعية وتوقيت الكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية، وتستمر مع الزمن، وتتميز بالحدوث المتكرر والملاحظ لواحد أو أكثر مما يلي:

1- التكرار الصوتي واللفظي .

2- تمديد الصوت للحروف الساكنة وكذلك أحرف العلة .

3- تكسر الكلمات (على سبيل المثال، توقفات ضمن الكلمة).

4- إحصارات مسموعة أو صامتة (وقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة).

5- الإطناب (استعمال بدائل الكلمات لتجنب الكلمات الإشكالية).

6- تنتج الكلمات مع زيادة التوتر الجسدي .

7- التكرار الأحادي لكلمة كاملة.

ب. يسبب الاضطراب القلق حول التحدث أو يؤدي إلى قيود على التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، أو الأداء الأكاديمي أو المهني، بشكل فردي أو في أي مجموعة.

ج. بدء الأعراض يكون في فترة النمو المبكر.

د. الاضطراب لا ينسب إلى عجز حركي حسي كلامي، ولا ينسب إلى سوء الانسياب المرتبط بأذية عصبية (مثل السكتة الدماغية، والأورام، والرضوض)، أو حالة طبية أخرى ولا يفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي أخر. **(الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس، ترجمة أنور الحمادي، 2014، ص 26)**

7.2.2. وتعرف التأتأة في (1999) 10 – ICD أنها:

كلام يتميز بتكرار سريع أو تطويل في الأصوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات، أو بترددات وانقطاعات كثيرة تقطع الانسياب الإيقاعي للكلام. **(أحمد عكاشة،1999،ص303)**

11. نبذة تاريخية عن اللجلجة :

لقد تم التعرف على ظاهرة اللجلجة كمشكلة منذ زمن بعيد حيث يرجع تاريخها إلى عصور مصر القديمة، ولقد عرف ذلك من رموز معينة تم اكتشافها في الهيروغليفية، كما ذكرت في الإنجيل بواسطة الفلاسفة القدماء، ولقد قيل أن " **سيدنا موسى** " عليه السلام مصاب باللجلجة فقد وصف ذلك **عليه السلام بقوله** : " **ولا ينطلق لساني** " **سورة الشعراء الآية 13.** ولذلك طلب من **الله عز وجل** أن يرسل معه أخاه " **هارون** " حيث قال عندما قارن كلامه بكلام أخيه " **هارون** " " **وأخي هارون هو أفصح مني لسانا** " **سورة القصص الآية 34. (منصور بن محمد الدوخى وآخرون،د سنة،ص56)**

وكذلك " **أرسطو** " وفي عصرنا الحاضر " **وينستون تشرشل** ".

ولقد اعتقد قديما أن أصل تكوين اللجلجة بدنيا و أرجع " **أبوقراط** " اللجلجة إلى جفاف اللسان وأرجعها أرسطو إلى سمك اللسان وصلابته و " **فرانسيس بيكون** " رأى أن السبب هو برودة اللسان، واعتقد عالم التشريح الايطالي " **سانتوريني** " أن سبب اللجلجة هو وجود فتحتين في المنطقة الوسطى من سقف الحلق وأنهما ذوي حجم غير طبيعي ، ثم جاءت فكرة أن اللسان هو أساس القصور اللفظي .

وظلت منتشرة حتى منتصف القرن التاسع عشر، واليوم فإن علماء التشريح يختلفون عما سبقوهم فيما يتعلق بالعامل المسبب للجلجة، حيث رأوا أن الكيان العضوي مرتبط بالسمات البدنية النفسية للفرد ولقد أضاف كثير من الباحثين العوامل النفسية. **(سهير محمود أمين عبد الله،2005،ص109 . 110)**

من خلال ما ذكرناه في التعريفات الخاصة بالتأتأة يمكن أن نستنتج ما يلي:

التأتأة هي اضطراب أو خلل في السيولة اللفظية حيث يكون المتأتأ عاجز عن النطق في معظم الأحيان وذلك من خلال تكرار أو إطالة صوت أو مقطع من الكلمة، وهذا راجع لأسباب عضوية أو نفسية مع دراية الشخص المصاب باضطرابه مما قد تسبب له خجل، انطواء وعدم الثقة بنفسه.

مثال: في نطق كلمة سالم.

س س س سالم (نطق حرف " س " أكثر من مرة).

. ســـــالم (إطالة حرف " س ").

12. أنواع التأتأة:

للتأتأة عدة أنواع، هي :

أ . التأتأة الارتقائية: تكون عارضة عند الأطفال في مراحل ارتقائية، وهي مؤقتة تظهر عادة بين سن الثانية والرابعة من العمر، وتستمر بضعة أشهر فقط.

ب . التأتأة المعتدلة: تبدأ بين ست وثماني سنوات من العمر، وتستغرق من سنتين إلى ثلاث سنوات.

ج . التأتأة الدائمة: تبدأ بين سن الثالثة والثامنة من العمر، وتستمر مدة طويلة إلا إذا عولجت بأسلوب فعال.

وتعد التأتأة التي تظهر بعد عمر الخامسة أكثر خطورة من تلك التي تظهر في عمر مبكر يصاحب التأتأة عادة بعض التغيرات اللاإرادية على الوجه، مثل:

(تعقيدات الوجه وطرف العين، وبعض الحركات بالأيدي والأقدام، كما قد يصاحبها أيضا تنفس غير منتظم). **(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص47)**

ولقد صنفتها **(باي)** إلى أربعة جداول عيادية:

. تأتأة فيزيولوجية: تظهر ما بين 3 إلى 6 سنوات، كميكانيزم نفسي دفاعي عند الطفل، يجلب اهتمام الوالدين وانتباههما، وقد يختفي عند دخوله المدرسة.

. تأتأة تشديدية: تتمثل في الشد على المقطع الأول من الكلمة، أو تكرار الكلمة الأولى في الجملة.

. تأتأة ارتجافية: تتمثل في تكرار المقاطع الصوتية داخل الكلمات وفي وسط الجمل.

. تأتأة مختلطة: تتمثل فيها خصائص النوعين، الأول والثاني.

. **تأتأة تثبيطية:** تتمثل في تثبيط الكلام وعرقلته، ويصاحب ذلك سلوك حركي متوتر يمس عضلات الوجه ويؤدي إلى احمراره. **(نفس المرجع السابق،ص48)**

وقسم **(الريماوي)** التأتأة إلى قسمين هما:

. التأتأة الوقفية: ويقصد بها اضطراب طلاقة الحديث الذي لا يظهر إلا في المواقف الاجتماعية ذات الطبيعة الانفعالية.

. التأتأة الدائمة: عبارة عن عرض عضوي صريح لاضطرابات في الشخصية أو عرض لمرض نفسي أو ظاهرة تنفيس تركزت في عضلات الجهاز الصوتي. **(نفس المرجع السابق،ص46)**

وقسمها " **فيصل الزراد** " **(1990)** إلى نوعين هما:

. التأتأة الاختلاجية أو الاهتزازية: وهي تظهر في تكرار أو إعادة لبعض الحروف أو الكلمات والمقاطع الصوتية، ويظهر هذا التكرار جليا في بداية الكلام أو عند أول حرف من الكلمة، بيد أن الكلمة التي يتعثر فيها الفرد في موقف يمكن أن ينطقها في أوقات أو مواقف أخرى بسهولة.

. التأتأة التشنجية أو الانقباضية: وهو الأكثر شدة من النوع الأول، حيث يتوقف الكلام في فم الفرد وبشكل مفاجئ مما يؤدي إلى توقف أو عرقلة في الكلام قد تطول أو تقصر مدتها، وتظهر على الفرد بعض الحركات العشوائية في الوجه والأطراف مع تشنجات في النطق. **(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص75)**

1.12. أنواع التلعثم: يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع من التلعثم:

. التلعثم النمائي: ويحدث في مرحلة الانتقال إلى المخارج السهلة للكلمات بين عمر سنتين و أربع سنوات حيث يتغير نمو الكلام من الإطالة إلى التوقف والتكرار أو التردد.

. التلعثم المتحسن: ويظهر لدى بعض الأطفال في فئة العمر 3 . 11 سنة وتزول تلقائيا في مدة تتراوح بين 6 أشهر إلى 6 سنوات.

. التلعثم الثابت: يظهر لدى بعض الأطفال في الفئة العمرية 3 . 8 سنوات، وتحتاج إلى علاج لفترة زمنية طويلة. **(هند امبابى،2010،ص175)**

وعليه فإن للتأتأة عدة أنواع من طرف كل باحث بالتركيز على السن في كل الأنواع مع مراعاة التغيرات اللإرادية التي تظهر على الوجه لدى المتأتئ وطبيعة انفعالاته.

13. مراحل تطور التأتأة:

تتطور التأتأة من مرحلة لأخرى بحيث تكون كل مرحلة أشد خطورة من سابقتها، ويصف " بلودستين"

أربع مراحل عامة لتطور التأتأة هي :

. المرحلة الأولى: مرحلة ما قبل المدرسة

التأتأة في هذه المرحلة عرضية وتمتاز التأتأة في هذه المرحلة بتكرار المقاطع والحروف، ويظهر الطفل

في هذه المرحلة ردود فعله قليلة لعدم الطلاقة في الكلام، والتأتأة في هذه المرحلة تظهر عندما يكون

الطفل واقع تحت ضغط الكلام وتتميز هذه المرحلة بما يلي:

. تميل الصعوبة فيها لتكون عارضة وغير ثابتة، وقد تظهر في فترة زمنية متفاوتة أسابيع مثلا وشهور

وأحيانا أوقات طويلة من الكلام السلس.

. تزداد التأتأة إذا تعرض الطفل لضغوط سواء كلامية أو انفعالية.

. التكرار هو المسيطر على هذه المرحلة وفي بعض الأحيان يقل التكرار فتكون في الكلمة الأولى من

الجملة.

. تحدث الانقطاعات في كل أنواع الكلام ولا يبالي الأطفال بهذه الانقطاعات في كلامهم.

. المرحلة الثانية :

في هذه المرحلة التأتأة تصبح مزمنة أكثر، والطفل يفكر بنفسه كشخص متأتئ وتظهر التأتأة في جزء كبير من كلامه، ويظهر الطفل ردود فعل قليلة للصعوبات التي يواجهها في الكلام، وبسبب ظهورها في سنوات المدرسة الابتدائية يكون الاضطراب فيها مزمنا ويصبح هؤلاء الأطفال على وعي بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأتئين، وتكثر التأتأة في الأجزاء الرئيسة للكلام كالأسماء والأفعال والصفات والظروف بصورة يمكن أن تكون زمنية، وتظهر عدم القدرة على النطق بوضوح خاصة صعوبة نطق الكلمة الأولى مع وجود جهد واضح.

. المرحلة الثالثة :

من سن الثامنة إلى سن البلوغ وتكون في الأغلب لدى الأطفال في سن العاشرة حتى بداية مرحلة المراهقة، والتأتأة في هذه المرحلة تظهر حسب المواقف، ويأخذ الشخص المتأتئ بعين الاعتبار الحروف والكلمات الصعبة أكثر من غيرها، ويستبدلها بحروف وبكلمات أسهل، كما يستخدم المتأتئ في هذه المرحلة الكلمات البديلة أو استحضار معنى أخر للكلمة، كما تظهر عليه علامات تشير إلى الارتباك و هو في هذه المرحلة يظهر توقعا للتأتأة.

. المرحلة الرابعة :

وتظهر في مرحلة المراهقة المتأخرة والرشد، حيث تكون التأتأة راسخة ومتأصلة في الفرد وتظهر نتيجة القلق والتوتر الذي يصاحب مواقف المواجهة مع الآخرين، فالشخص المتأتئ في هذه المرحلة يخاف من توقع التأتأة ويبدي خوفا من الحروف والكلمات والمواقف الكلامية، ويشعر بالخوف والارتباك وبالحاجة إلى المساعدة. **(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص48 . 50)**

أما المراحل التي وصفها " **فان رايبر** " تشتمل على مايلي :

. المرحلة الأولية: وتمتاز بتكرارات سهلة لبداية الكلمات أو المقاطع اللفظية للجمل، وغير مصحوبة بإشارات أو علامات انفعالية أو ضغط نفسي.

. **المرحلة الثانوية:** وتمتاز هذه المرحلة بوعي الشخص المتأتئ باختلال الطلاقة لديه مع محاولة تعديلها وهذا إشارة إلى بداية توقعها والخوف المرتبط بالتأتأة.

. المرحلة الانتقالية: وتظهر هذه المرحلة بين المرحلة الأولية والمرحلة الثانوية، وتظهر علامات الاحباط والمفاجأة والمقاومة والتجنب للكلام مصاحبة مع الجهود المبذولة في التكرارات والإطالات في الكلمات والمقاطع اللفظية ويؤدي تطور هذه المرحلة إلى الانتقال للمرحلة الثانوية. **(إبراهيم عبد الله الزريقات،2005،ص242 . 243)**

على هذا الأساس نجد أن التأتأة تمر بمراحل كل مرحلة تختلف عن سابقتها.

14. مستويات التأتأة :

(Wexler) قسم عملية التأتأة إلى 3 مستويات : المستوى الفمي ومستوى الحنجرة ومستوى التنفس.

. على المستوى الشفهي يكرر المتعثر وحدة صوتية واحدة أو أكثر، أو أجزاء من الكلمات، أو كلمات أو عبارات. قد يكون التكرار خفيفا وقد يكون شديدا, قد تظهر التراكيب الفموية مع صعوبات في النطق أو الانسداد وعدم القدرة على جعل الصوت في حالة توقف تام, التوتر قد يؤدي إلى الهزات في هذا المستوى يمكن أن يظهر الإطالة.

. في مرحلة الحنجرة لا يستطيع المتأتئ البدء أو الحفاظ على التصويت، هناك حجب من خلال الحواجز على الحبل الصوتي في كل المواقف المفتوحة والمغلقة، لا يوجد صوت يخرج مع وقفة مصحوبة بوقفة توتر. على العكس من ذلك يمكن سماع الهواء الذي يتم التعبير عنه. تظهر الأبحاث أن خلال التأتأة يكون انخفاض متبادل بين ناهض العضلات والمضاد في الحنجرة والمستوى المفرط لنشاط عضلة الأنسجة الداخلية، بالإضافة إلى ذلك تم العثور على أنماط التنشيط لدى البالغين من خلال التصوير الكهربائي.

. على مستوى التنفس والهواء يلهث فقد يزيد الضغط الجوي المفرط من التفجير والتلفظ.

(R. Taufiqurrochman. Yusti Dwi Nurwenda. 2019.p 136)

كما نجد من مستويات التأتأة أيضا :

. عدم الطلاقة الطبيعية من عام ونصف إلى 6 سنوات : في هذا المستوى لا تزيد التوقفات عن عشرة أخطاء في المائة كلمة، مع وجود نمط إعادة الوحدة الصوتية الواحدة وهي الصوت، إضافة إلى وجود الحشوات بين الكلمات وإعادة للكلمة الواحدة.

. مرحلة الخط الفاصل من عام ونصف إلى 6 سنوات: في هذا المستوى تزيد الأخطاء والتوقفات عن عشرة أخطاء في المائة كلمة ووجود أنماط إعادة يزيد عن وحدتين صوتيتين، وتكثر الإطالة والإعادة أكثر من الحشو، إضافة إلى وجود عبارات غير مكتملة، ويظهر على الطفل الاسترخاء في حالة التأتأة، ولا يظهر لدى الطفل ردة فعل تجاه التأتأة.

. **التأتأة الأولية من 8 سنوات:** في هذا المستوى يظهر على الطفل شد في العضلات وسرعة في الكلام وإعادة سريعة وغير منتظمة للكلام، ويبدأ ظهور العمليات الانسحابية أثناء عملية التأتأة وهنا يعي الطفل عدم طلاقته الكمية لذلك يشعر بالإحباط.

. التأتأة المتوسطة 13 سنة: في هذا المستوى تكثر التوقفات، ويمكن أن يكون هناك بعض التكرار والإطالة، وعندها يستخدم الطفل سلوك الانسحاب للتخلص من الانحباس والتوقف لحظة التأتأة ويشمل

ذلك هز الرأس وحركات الوجه كرمش العيون، وتحريك الأطراف ويبدأ الطفل باستخدام أسلوب التجنب للتأتأة قبل حدوثها، وهنا يشعر الطفل بالخوف قبل التأتأة والارتباك أثناءها ويصاب بالخجل بعدها.

. التأتأة المتقدمة 14 سنة فما فوق: في هذا المستوى تكثر الإطالة وتكون التوقفات مصاحبة لرجفة في اللسان أو الشفاه أو الفك، عندما يستخدم المتأتئ التجنب الكامل حتى لا يقع في التأتأة كما يستخدم أنماط معقدة من التجنب أو الانسحاب، وتكون عواطفه بين الخوف والدهشة والارتباك وهنا يكون تقديره منخفضا لذاته. **(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص66 . 67)**

نلاحظ أن للتأتأة ثلاث مستويات المستوى الفمي والحنجرة و مستوى التنفس وكذا مستويات أخرى حسب السن وكل مستوى يختلف عن الأخر ،و كلها تنصب في تفسير كيفية حدوث عملية التأتأة.

15. الصورة الإكلينيكية لأعراض التأتأة:

تتصف التأتأة بمجموعة من الأعراض الأساسية وتختلف نوع الأعراض من شخص إلى أخربحيث نجد أن لها مجموعة من الأعراض الأساسية وأخرى ثانوية التي تصاحبها. وفيما يلي توضيح لأعراض التأتأة الأساسية والثانوية :

15 . 1. الأعراض الأساسية وتتضمن الأتي :

. التكرار: يعد التكرار من أهم السمات المميزة للتأتأة حيث يكرر المتأتئ حرفا من الكلمة مثل: أ.أ.أ.أراك

أو يكرر مقطعا صوتيا مثل: با.با.با.بدي تفاحة، أو يكرر عبارة مثل: أنا أريد. أنا أريد الذهاب.

. الإطالة: وهي فترة إطالة غير طبيعية للأصوات مثال: بــدي تفاحة.

. التوقف: حيث يتوقف المتأتئ عن الكلام في بداية الكلام أو وسطه وتتراوح درجة هذه السلوكيات حسب

وضع الحالة، ويبدو فيها المتأتئ غير قادر على إنتاج الصوت إطلاقا بالرغم من المجاهدة والمعاناة.

(عفراء خليل،2011،ص527 . 528)

. اضطرابات في التنفس: و تتمثل في اختلال في عملية التنفس مثل استنشاق الهواء بصورة مفاجئة

وإخراج كل هواء الزفير، ثم محاولة استخدام الكمية المتبقية منه في إصدار الأصوات.

(فيصل العفيف،د سنة،ص35)

15 . 2. الأعراض الثانوية وتتضمن الأتي:

. الحركات الجسمية: مثل رمش العين، تجعد وانكماش الجبهة، رعشة خفيفة لفتحة الأنف حركات الفم

المبالغ فيها، وأصوات معوقة مثل آه ..آه وارتفاع حدة الصوت أو جزء منه بطريقة شاذة وغير منتظمة

وارتعاشات حول الشفاه كما يحدث حركات فجائية لا إرادية لليدين أو الرجلين أو جزء من أجزاء الجسم

وخاصة في الرقبة، الحركات العضلية الكبيرة كهز الرأس، توتر عضلات الجسم بصفة عامة وعضلات إنتاج الكلام بصفة خاصة.

. الخوف من نطق بعض الأصوات أو الكلمات، وتجنب بعض الكلمات التي يخاف من نطقها واستبدالها بكلمات أخرى، أو التوقف عند نطقها أو إضافة كلمات أخرى بديلة.

. إدخال وإقحام أصوات وكلمات مثل (أه، تعرف ... إلخ) في بداية الكلام.

. تكرار الجمل، والعبارات للهروب والتخلص من بعض الكلمات ومن البدء ببعض الكلمات.

. الكلام السريع الرتيب والذي يؤثر بصورة سلبية على نبرة الصوت.

. عدم المحافظة على التواصل البصري والنظر في اتجاه أخر. **(عفراء خليل،2011،ص528)**

. ردود الأفعال الانفعالية: كالقلق والتوتر والخوف والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة وأحاسيس من العجز واليأس والخجل وفقدان الثقة بالنفس، وقد تزداد حدة هذه الأعراض بدرجة تعيق المتأتئ عن التواصل مع البيئة المحيطة. **(فيصل العفيف،د سنة،ص35 . 36)**

وعليه فمن الجدير بالذكر أن هذه الأعراض التي تم ذكرها تختلف من متأتئ إلى أخر، كما تختلف أيضا لدى المتأتئ الواحد من حين لأخر، كما أنها تتفاوت أيضا في مواقف الكلام المختلفة فهي تزداد حدة في مواقف معينة وتنخفض في مواقف أخرى.

16 . أسباب التأتأة:

1.16 . العوامل الوراثية:

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

في الدراسات التي أجريت حديثا بقسم الجينات الإنسانية في جامعة **(بيل)** الطبية، لدراسة أثر الجينات الوراثية في التأتأة. ولقد أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين اضطراب التأتأة والجينات المتنحية أو الجينات السائدة أو لها علاقة بجينات الجنس. **(سهير محمود أمين،2000،ص31)**

ويستطرد " **مايكل إسبير وروز جيلفورد** " **(1983)** ليوضحا لنا أن حدوث التأتأة تبعا للأثر الوراثي بالرغم من أنه يتراوح ما بين 36 إلى 65 بالمائة، خاصة الأقارب من الدرجة الأولى مثل **(الوالدين والإخوة)** ومع ذلك فمهما يعتقدان أن العامل الوراثي هنا لا يكون بالضرورة قائم على العوامل الجينية لأن هناك عوامل أهم من ذلك. **(نفس المرجع السابق،ص32)**

وكون التأتأة قد وجدت لدى التوائم المتماثلة وغير المتماثلة فإن هذا لا يعني الأصل الموروث لكن يعني أن الجينات الموروثة كان لها صفة التشابه في الاستعداد للتعرض للمؤثرات البيئية والنفسية. **(حمدى على الفرماوى،2006،ص172)**

2.16. العوامل النفسية:

معظمنا يتأثر بالضغوطات الانفعالية التي تمارس عليه سواء منها الفردية من قبل أشخاص لوحدهم أو تلك الأنماط المتكررة والمستمرة من قبل أكثر من شخص، وهذه الضغوطات تؤثر على الكثير منا ومثل هذه الضغوطات تؤثر بشكل أو بأخر على مستوى طلاقتنا وكذلك الطفل الصغير من السهل أن يتأثر ويثار لأنه لا يزال يتعلم كيفية التحكم بمشاعره وانفعالاته وحقيقة هو لا يعاني من هذه المشاكل فحسب بل إنه يعاني من أمور أخرى تهدده ، ولذلك يظهر الاضطراب في كلامه كعلامة على الاضطراب في داخله وانعكاس للقلق الداخلي في نفسه ويتطور هذا القلق على شكل خوف من الكلام في بعض المواقف لا يلبث أن يعممه إلى مواقف أخرى ظنا منه أن الصعوبة التي يمر بها في موقف معين هي نفسها التي سيتعرض لها في موقف أخر، ولكن لا يمكن أن يمر جميع الأطفال بنفس هذه الخبرة السلبية التي تؤدي إلى التأتأة. **(جميل شريف أحمد البابلي وآخرون،د سنة،ص16 . 17)**

كما نجد أيضا أسباب سيكوسوماتية أي أسباب ناتجة عن الجسد والنفس معا، وذلك بسبب تأثير النفسية على عملية إنتاج الصوت، كذلك نجد أن مواقف الضغط المختلفة كالشجارات العائلية المتواصلة تكون مجهدة للطفل، وقد يتأتأ الأطفال أصحاب النطق السليم إن اكتئبوا أو حزنوا، والمصادر الأخرى للضغط هي الإجهاد وعدم الاستعداد والشعور بالتعب الجسدي الشديد، التفكك الأسري. **(أسماء بنت أحمد البحيصي،د سنة،ص33)**

. الصراع النفسي: حيث يكون الفرد المتأتئ في حالة من التوقع غيرالواقعي لعدم كفاءته أو للتقييم السلبي من الآخرين أثناء كلامه فيبدأ في بذل محاولات لتمويه هذا النقص أو العجز المتوقع وهذه المحاولات تكون هي الأساس في حدوث مظاهر التأتأة، ويكون الفرد حينئذ في صراع إقدام . إحجام حيث يكتسب كلا من الكلام ومحاولة تجنب الكلام قيمة إيجابية وأخرى سلبية حيث يتوافر الدافع للكلام وفي نفس الوقت يتوافر دافع الصمت، وبذلك ينشأ التوتر والقلق الذي يؤثر على طلاقة الكلام.

(حمدى على الفرماوى،2006،ص172)

كما أن ضعف الأنا وقمع الميول خشية العقوبة وضعف الثقة بالنفس من أهم العوامل النفسية التي تكمن وراء التأتأة في الكلام، وأن المتأتأ ينكص في لحظات التأتأة إلى مرحلة الكلام الطفلي كتعبير عن القلق أو فقدان الشعور بالأمن أو الشعور بالنقص.

ويؤكد " **حامد زهران** " **(1997)** على أن اضطرابات الكلام ترجع إلى الصراع والقلق والخوف المكبوت، والصدمات النفسية والانطواء والعصابية وضعف الثقة بالنفس، العدوان المكبوت والحرمان الانفعالي والافتقار إلى العطف. **(حسيب محمد حسيب،د سنة،ص933)**

كما أن التأتأة لها علاقة بالقلق فقد ميز " **فيشنر** " بين نوعين من القلق في التأتأة، قلق المواقف : والذي ينشأ عن الخوف من الكلام في مواقف كلامية ومثيرات غير لفظية تتمثل في نوع المستمع من حيث السن والجنس وعلاقة المستمع بالمتأتئ، وقلق الكلمة : الذي ينشأ عن الخوف من النطق بكلمات معينة من حيث خصائصها الشكلية أو وجود حروف معينة بالكلمة يجد فيها المتأتئ صعوبة في نطقها.

وتشير العديد من الدراسات النفسية إلى أن الطفل المتأتئ هو من النوع الحساس القلق ويعاني من مشاعر النقص وعدم الطمأنينة. **(عفراء خليل،2011،ص525)**

3.16. العوامل الاجتماعية: " الأسرة "

يعتبر المناخ الأسري من أهم مسببات بوادر التأتأة فحرمان الطفل من الحب والحنان والأمن أو وجود الإهمال والنبذ من أحد الوالدين للطفل، من العوامل التي تؤدي إلى ضعف الأنا لدى الطفل وتولد لديه مشاعر النقص وتزعزع ثقته بنفسه، كل ذلك يوقعه في صراع أثناء كلامه يؤدي إلى توتره أثناء الكلام كما أن تعرض الطفل في بداية حياته إلى اعتراضات من قبل الوالدين أو الكبار تجاه حرية تعبيره عن مشاعره

و أفكاره لفظيا قد تكون سببا في ترسيخ تلك المشاعر والأفكار السلبية التي تبعده عن الكلام فتسبب عدم طلاقته.

. التقليد: يمثل هذا عاملا هاما في اكتساب الأطفال لسلوك التأتأة، فالطفل الصغير في مراحل نموه اللغوي الأولى يكون غير مدركا لمدى صحة أسلوب أو طريقة ما يتفوه به المحيطين سواء أقرانه أو والديه وبالتالي يمكن أن يكتسب الطفل التأتأة من أحد المصابين بالتأتأة. **(حمدى على الفرماوى،2006،ص172 . 173)**

. التشريط الأدائي لعدم الطلاقة الطبيعية: حيث يعزز الآباء عدم الطلاقة الطبيعية التي يمر بها أي طفل أثناء مراحل نموه اللغوي سواء أكان ذلك بشكل إيجابي كإبداء السرور أو الضحك أو بشكل سلبي بالرفض و السخرية والمحاولات التصحيحية لعيوب النطق. **(نفس المرجع السابق،2006،ص173)**

. ضغط الأهل: فكثير من الآباء والأمهات لا يدركون تطور الطفل وتطور النطق لديه، فيجبرون أطفالهم على النطق والتكلم قبل الأوان فينتج عن ذلك توتر الطفل مما يؤدي إلى التأتأة، وعند نعت الطفل بالمتأتئ من قبل الوالدين تصبح هذه الصفة ملازمة له. **(أسماء بنت أحمد البحيصي،د سنة،ص33)**

4.6. العوامل العضوية:

منذ زمن بعيد وكل من الفلاسفة والخبراء والأطباء وآخرين لهم تأملات خاصة بالأسباب العضوية أو العصبى فسيولوجية للتأتأة وكانت النقطة الأساسية في هذه التأملات هي أن تراكيب أو أجهزة جسم الإنسان أصابها نقص أو خلل في أحد جوانبها.

فقد كان الفيلسوف اليوناني الشهير" **أرسطو** " يعتقد أن اللسان السميك الراكد هو سبب التأتاة أما أبو الطب الحديث " **هيبوقراط** " فكان يعتقد أن اللسان الجاف هو سبب التأتأة، وبالنسبة للجراح الفرنسي "**جون فريدريك ديفن** " ونظريته عن اللسان العريض / الضخم أنه سبب التأتاة.

هناك أعضاء أخرى في جسم الإنسان مسئولة عن التأتاة مثل العظم اللامى وهو عبارة عن عظمة على شكل**U** في قاعدة اللسان أو الجزء الأعلى من الحلق.

والأعضاء الأخرى مثل اللهاه و لوزتي الحلق، الجزء الجامد في الحلق، المخ. **(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص88 . 89 . 90)**

. الاضطراب الوظيفي في الحنجرة: إن العظم اللامى في قاعدة اللسان يعطل / يعلق آلية الحنجرة في الحلق والتي تشتمل على اهتزاز الأحبال الصوتية والتي تصدر الصوت، فالحنجرة هي تركيب عضلي يتم التحكم فيه بدرجة كبيرة من خلال العصب العاشر في الدماغ.

وعندما تكون عضلات الحنجرة مشدودة بقوة ونشطة بصورة كبيرة جدا، زوج العضلات التي تكون مقابل بعضها البعض تكون نشطة بصورة تلقائية، على سبيل المثال العضلات التي تفتح وتغلق الأحبال الصوتية قد تكون نشطة في نفس الوقت هذا ما يؤدي إلى إعاقة أو تعطيل الكلام، إن الأحبال الصوتية تهتز بصورة منتظمة وغير متكررة، كما أن ذوي التأتأة يميلون لإغلاق الأحبال الصوتية بشدة وإحكام مما يؤدي إلى إعاقة الصوت والكلام. **(نفس المرجع السابق،ص89 . 92)**

. المخ وآلية الكلام: لأن المخ هو الذي يضبط ويتحكم في آلية الكلام يعتقد الباحثون أن سبب التأتأة قد يرجع إلى خطأ في تراكيب أو وظائف المخ، وهناك العديد من الدراسات التي بحثت في العلاقة بين وظائف المخ واللجلجة.

و أحد هذه الأبحاث أوضح أنه عند معظم الأفراد ذوي التأتأة فإن أحد شقي المخ لا يكون في حالة تحكم كامل في اللغة أو أن اللغة قد قام الجانب الأيمن من المخ بتقديمها، فنجد في أغلب الأفراد الطبيعيين بصرف النظر عن اليد التي يستخدمونها يسيطر الجانب الأيسر من المخ على عملية الكلام. ويسيطر الجانب الأيمن من المخ على الأنشطة الموسيقية وغير اللفظية، ويعرف هذان النصفان من المخ بنصفي الدماغ الكرويين، وهما متطابقان في عدة نواح ولكن النصف الأيسر أكبر بقدر بسيط، ويرى الخبراء أن هذا راجع إلى أهمية وتعقيدية اللغة والكلام والتي يتحكم فيها هذا الجانب من المخ.

وفي نسبة بسيطة عند بعض الأفراد وجد الذي يتحكم في اللغة هو الجانب الأيمن، وفي كلتا الحالات فإن نصفا واحدا من المخ هو الذي يكون له الريادة في ضبط الكلام والتحكم فيه، وفي ناحية أخرى إذا منعت بعض الأسباب أحد شقي المخ من السيطرة والتحكم في اللغة فإن النصفين سيحاولان التحكم في الوظيفة بطريقة غير متناسقة / ملائمة مما يؤدي إلى حدوث التأتأة. **(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص92)**

. إصابة الجهاز التنفسي: إن التنفس الغير طبيعي يؤثر في عملية إرسال الكلام كالتنفس السريع أو البطيء جدا، لذلك يتأثر إصدار الصوت بالأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي كالزكام، السل الالتهاب الرئوي الشديد. **(سعيد كمال عبد الحميد العزالى،2010،ص197)**

5.16. العوامل البيئية:

إن الأطفال الذين يمرون بمرحلة التأتأة يمكن أن يتشكل لديهم مصدر للصعوبات ولسوء الحظ إن الأشخاص المحيطين بهم ربما تظهر ردود فعلهم لهذه الصعوبات بنفس الطريقة التي يشعر بها الطفل وبالتالي يتدخلون ليجبروه على التخلص من هذه الصعوبات، وكلما بذل الطفل جهدا ليتخلص من مشكلته كلما زاد وضعه سوءا، وكذلك كلما كانت ردة فعل الناس حوله غير مرضية له أو سلبية وردة الفعل هذه لا تكون بالكلام فقط بل حتى الإشارات السلبية كعبوس الحواجب ومقاطعات في غير محلها، وهكذا يزداد الطين بلة، ولا يلبث أن يجاري بطريقته بالكلام تلك التي يشعر بها وبالتالي يفقد السيطرة عليهما معا أي

كلامه وعدم طلاقته من جهة ومشاعره وخوفه من جهة أخرى. **(جميل شريف أحمد البابلي،د سنة،ص18 .**

(19

فالتأتأة تتغير وتعتمد على المثيرات أو الأحداث البيئية، على سبيل المثال كلما ازداد عدد الحاضرين كلما ازداد تكرار التأتأة، إن المثيرات التي ترتبط بزيادة ونقص التأتأة يكون لها نفس التأثير على الأحداث أو المناسبات. على سبيل المثال وفي بعض الدراسات وجدت أن تلوين حدود صفحة بها كتابة يرتبط بزيادة معدل تكرار التأتأة. وفيما بعد أيضا وجد أن العينات تأتأت كثيرا في وجود صفحة ذات حدود ملونة.

وقد لاحظ أن الباحثون أن اللجلجة تتغير وتعتمد في ذلك على المستمع فالذين يعانون من التأتأة يتحدثون بطلاقة مع الأطفال وحينما يتكلمون مع الكبار نجدهم على الفور / مباشرة يتأتئون في أول كلمات يقولونها. متأتأ آخر يتكلم بطلاقة نسبيا وهو في طريقه إلى مكان يتناول فيه طعاما سريعا لا يمكنه تقديم طلب أو أمر بالطعام، وبسبب هذا وبعض الشواهد الأخرى فإن أثر الأحداث البيئية على تكرار التأتأة لا شك ولا نزاع فيه، بالإضافة إلى ظروف الأسرة المعيشية الاقتصادية. **(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص102 .**

(103

6.16. العوامل اللغوية:

من الأسباب الأساسية وراء التأتأة التي تظهر لدى الطفل ما قبل المدرسة هو التفاوت بين معدل التفكير ومعدل الكلام، فالطفل الصغير الذي تكون حصيلته اللغوية محدودة ومازال يتعلم مهارة الربط بين الكلمات في جمل، يحاول أن يقول أكثر مما يمكنه قوله، وعند هذه السن يكون الطفل قلقا تجاه الاتصال بالآخرين، وإقامة علاقات اجتماعية جديدة، كما أنه العمر الذي يحاول فيه الطفل أن يستقل عن الوالدين ونتيجة لذلك تتكون لديه اتجاهات سلبية نحو سلطة البالغين.

وقد يكون سبب التأتأة عند بعض الصغار عدم تمكن الصغير من اللغة تمكينا يجعلها في متناول الصغير وطوع أمره، فيسبق تفكيره تعبيره، ويؤدي تزاحم الأفكار إلى التأتأة، وذلك بسبب قصور ذخيرته اللغوية واللفظية، ولا غرابة في ذلك فإنه يحدث عادة مع الكبار البالغين حين يحاولون التحدث بلغات أجنبية لا يتقنونها.

إن ازدواجية اللغة أو تعدد اللغات لدى الطفل تساعد على حدوث التأتأة حيث أن نسبة 14 بالمائة من المتأتئين الذين قام بدراستهم كانوا مزدوجي اللغة، ويفسر ذلك بأن الطفل لا يفكر بأية لغة ولا يركز على واحدة من اللغات مما يؤدي إلى النقص اللغوي وإلى مشاعر النقص مما يساهم في حدوث التأتأة.

(هند امبابى،2010،ص178 . 179)

لقد تنوعت العوامل المسببة للتأتأة فمنها ماهو نفسي ومنها ماهو عضوي والأخرى تتعلق بالأسرة والمثيرات البيئية والجانب اللغوي ما يدل على أن هذه العوامل لها علاقة بحدوث التأتأة.

17. النظريات المفسرة للتأتأة:

تعددت النظريات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب ويمكن حصرها فيما يلي:

1.17. نظرية السيطرة المخية والبيوكيميائية :

يعد " **ترافيز** " (**1956**) رائد النظرية القائمة على أساس أن التأتأة ترجع إلى عجز في السيطرة المخية، ولقد بنى نظريته على عدد من الحقائق منها :

. موجات المخ الثنائية لدى المتأتأ تتسم بالتساوي في الشكل والسعة.

. أظهر رسم موجات المخ أن هناك انسجاما في نشاط المخ (في كلا النصفين) أثناء التأتأة ويحدث عكس ذلك أثناء الكلام الطبيعي.

. زيادة كهربائية في طاقات المخ الكامنة أثناء التأتأة.

ويوضح " **ترافيز** " هذه الحقائق بقوله أن الفرد عندما يتأتئ فإن موجات المخ في كلا النصفين تبدو متشابهة، وإذا تكلم بطريقة طبيعية (بدون تأتأة) فالموجات تبدو مختلفة.

كما يوضح " **روانا وليامز** " **(1974)** أن الجزء الخاص بالسيطرة على عملية الكلام بالمخ مرتبط بالجزء الذي يسيطر على حركات اليد ولذلك هناك قاعدة طبية ترى أنه إذا أرغم الطفل على استخدام اليد التي لم يستخدمها من قبل تؤدي إلى اضطراب الجهاز العصبي الخاص بالكلام مما يساعد على ظهور التأتأة.

ويتخذ أصحاب هذه النظرية من النتائج التالية تأييدا لوجهة نظرهم:

. انتشار اضطراب التأتأة . إلى حد كبير . بين الذين يستخدمون اليد اليسرى.

. شيوع ظاهرة التأتأة بين التوائم المتماثلة الذين يستخدمون اليد اليسرى، مما أدى إلى اعتقاد أن هناك علاقة وراثية بين التأتأة والتوائم المتماثلة واستخدام اليد اليسرى. **(سهير محمود أمين،2000،ص31 . 33)**

ويعتبر " **روبرت ويست** " رائد النظرية البيوكيميائية التي ترجع أصل التأتأة إلى وجود اضطرابات في عملية الأيض (وهي عمليات الهدم والبناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم) لدى المتأتئين، ولذلك فهو يعتبر التأتأة نوع من الاضطرابات التشنجية الشبيهة بنوبات الصراع لاشتراكهما في عدة أمور منها:

. أنهما من الأمراض التشنجية.

. أنهما أكثر شيوعا بين الذكور منها بين الإناث.

. كلاهما يتأثران بالانفعالات الشديدة.

. أهمية العامل الوراثي والأسري بالنسبة لكليهما.

. كلاهما انعكاس للخوف مما يؤدي إلى حدوث الاضطرابات. **(سهير محمود أمين عبد الله،2005،ص126 . 127)**

2.17. النظرية النفسية :

. **التحليل النفسي:** التأتأة من وجهة نظر التحليل النفسي ماهي إلا عرض عصابي تكمن خلفه رغبات مكبوتة، حيث ينكص الفرد إلى المرحلة الشرجية ويعيش صراعا بين رغبة شعورية في الكلام، ورغبة لاشعورية بعدم الكلام، فالتأتأة من وجهة نظر التحليل النفسي مرتبط بالصراعات الشعورية واللاشعورية الناتجة عن رغبة المتأتئ الشعورية في الكلام ونزعته اللاشعورية إلى عدم الكلام، " **ففرويد** " يرى أن هذا الاضطراب نوع من النكوص لمراحل الليبيدو فالتأتأة هي التعبير عن الميول العدوانية والتي يخشى الفرد التعبير عنها. **(محمد محمود النحاس وآخرون،2008،ص14 . 15)**

فالتأتأة ينظر لها على أنها حاجة إلى الإشباع الفمي والشرجي والتعبير الكامن عن العداء وقمع مشاعر التهديد والخوف من الخصاء، والعدوان والعداء المكبوت، كما ينظر لها على أنها أداة لجذب الانتباه والتعاطف ووسيلة لمشاعر التهديد والكبت.

ويقول " **فرويد** " أن الأطفال لديهم أنواع من الجنسية الأولية والتي تشبع عن طريق الرضاعة و أشكال أخرى من السلوك الفمي، وإن الطفل إذا ما فطم بقسوة مبكرا من أم مضطربة انفعاليا فإن بعض الحاجات الفمية تبقى كامنة على شكل كبت يظهر فيما بعد على هيئة صور مقنعة، كالأكل الزائد والكلام السريع، وأشكال فمية أخرى. **(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص54 . 57)**

. المدرسة السلوكية : والتأتأة من وجهة نظر المدرسة السلوكية عبارة عن سلوك مكتسب بالتعلم، فالكلام نفسه سلوك متعلم والتأتأة سلوك تجنبي ألي الهدف منه الحد من أحاسيس القلق المرتبطة بمواقف عدم الطلاقة، و التأتأة كاستجابة شرطية هي الفشل أو الاضطراب في الطلاقة اللفظية نتيجة اقتران حالة انفعالية لبعض المواقف الكلامية والتي عمت بعد ذلك فأصبح الكلام بوجه عام عملية غير مأمونة العواقب تماما، ويلاحظ أن التدعيم الايجابي لا يتحقق في تلك الحالة بل العقاب " الفشل في الطلاقة " ومن ثم بات المتأتأ على يقين أن كل محاولة للحديث سوف يتبعها الفشل الأكيد في الطلاقة اللفظية أي أن التأتأة وفق وجهة النظر هذه هو الفشل في الطلاقة الناتج عن حالة انفعالية تصبح مرتبطة بالكلام وبالمثيرات الكلامية نتيجة لعملية الاقتران الشرطي، والصمت وفقا للنظرية الشرطية يصبح بمثابة إشارة تعمل على استثارة القلق لدى المتأتأ. **(فيصل العفيف،د سنة،ص41)**

SsD = مثير يتطلب الكلام Speech demand stimulus

SAN = مثير القلق غير المحدد Nonspecific anxiety stimulus

SAAP = الشخص القلق . المثار Anxiety aversing person

SsD–1 = جهاز صوتي في حالة استرخاء يؤدي إلى استجابة كلام طبيعية.

شكل (1) يبين مثير واستجابة في الكلام الطبيعي.

SsD –2 = جهاز صوتي في حالة توتر يؤدي إلى استجابة تأتأة. 136

SAN = استجابات قلق أخرى.

شكل (2) يبين التأتأة ناتجة عن قلق شديد يؤثر على كلام الشخص غير المتأتئ.

SsD–3 = جهاز صوتي في حالة توتر يؤدي إلى استجابة تأتأة.

SAAP = استجابات قلق أخرى.

شكل (3) يبين التأتأة كنتيجة للقلق من شخص محدد.

4 –SsD + SAAP = استجابات توتر ظرفية للجهاز الصوتي بدون قلق يؤدي إلى استجابة تأتأة.

شكل (4) يبين التأتأة كاشراط إجرائي كاستجابة لمثيرين ولا تثير قلق عام لدى الشخص القلق.

5 –SsD = توتر ظرفي مشروط للجهاز الصوتي بدون قلق يؤدي إلى استجابة تأتأة.

شكل (5) يبين الحاجة إلى الكلام تثير توتر الجهاز الصوتي ويتأتئ الشخص حتى إذا كان وحيدا.

(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص238 . 239)

والتأتأة كسلوك إجرائي يعتمد على وجود تعزيز لعدم الطلاقة الطبيعية التي تحدث لكل الأطفال تقريبا في مرحلة اكتساب اللغة، وتختفي ظاهرة عدم الطلاقة الطبيعية في مرحلة اكتساب اللغة إذا لم تجد رد فعل وهو (التعزيز) من الوالدين، هذا التعزيز إما أن يكون إيجابيا في صورة اهتمام من جانب الوالدين فيزيد عدم الطلاقة وتصبح سمة من سمات كلام الطفل، أو يكون تعزيزا سلبيا يأتي في صورة رفض أو إحباط للطفل مما يؤدي إلى ظهور رد فعل التفادي والتحاشي للكلام عند الطفل مما يعزز عملية الاضطراب.

(فكري لطيف متولي،2015،ص25)

. صراع الإقدام / الإحجام : فالتأتأة هي نتائج للصراع بين رغبتين متعارضتين الكلام ونقيضه الصمت ويمثل صراع الإقدام . الإحجام لب مشكلة التأتأة في الكلام، فالمتأتأ يتأرجح بين رغبته في الكلام وبين رغبته في الصمت خوفا من التأتأة.

ويعني ذلك أن كلا من الكلام والصمت يتضمن بالنسبة للمتأتأ قيما إيجابية وأخرى سلبية، إذا اتخذ المتأتأ جانب الصمت (الإحجام) فمعنى هذا أنه قد تخلى عن الاتصال وبالتالي شعوره بالمعاناة من الاحباط والذنب، أما إذا اتخذ المتأتأ جانب الكلام (الإقدام) وتحقق الاتصال وبالتالي حدوث التأتأة أدى إلى شعوره بالمعاناة من الخجل والذنب. **(فيصل العفيف،د سنة،ص40 . 41)**

. صراع الدور: فالتأتأة هي اضطراب في التقديم الاجتماعي للذات، فالتأتأة ليس اضطرابا كلاميا بقدر ما هو صراع يدور بين الذات والأدوار التي تلعبها، ووفقا لمفهوم (صراع الدور . الذات) فإن التأتأة تختلف تبعا لمتغيرين رئيسيين:

الأول: الذات ويقصد بها الكيفية التي يدرك بها المتأتأ نفسه في الموقف الاجتماعي المتطلب الحديث.

الثاني: الدور ويشير إلى الكيفية التي بها يتم إدراك الأخر كمستمع. **(نفس المرجع السابق،ص42)**

فالاضطراب الكلامي يحدث نتيجة لتفاعل كل من الانتباه المتمركز حول الذات من خلال الإدراك للذات بشكل مبالغ فيه بصورة سلبية، وتوقع التقديرات السلبية من الأخرين. **(فكري لطيف متولي،2015،ص29)**

3.17. النظرية التشخيصية:

وتقوم هذه النظرية على افتراض أن التأتأة تبدأ عند التشخيص من قبل المحيطين بالطفل حيث يفترض أن معظم الأطفال عادة ما يعانون في بداية الكلام من أنماط الكلام غير العادية، ولكن هناك

بعض العوامل التي تساعد أو تؤدي إلى تطور هذه الأنماط لتصبح التأتأة حقيقية. ولقد حاول" جونسون" التأكد من صحة نظريته فأجرى بعض الدراسات على بعض الأطفال المتأتئين وسؤال أولياء أمورهم عن المظاهر المبكرة لصعوبات الكلام لدى أطفالهم، وقد توصل إلى أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من عدم الطلاقة هم أطفال عاديون بشكل عام، وأن ما شخصه الوالدين على أنها تأتأة 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 توقعا وتحسبا للفشل هنا يصبح تأتأة الطفل تأتأة حقيقية.

ونخرج من هذه النظرية بثلاث افتراضات :

. اعتبار الطفل متأتأ من قبل أحد الوالدين أو المحيطين به.

. تشخيص الوالدين لكلام الطفل على أنها تأتأة بينما هي صعوبات كلامية تصيب معظم الأطفال.

. ظهور ونمو التأتأة الحقيقية بعد التشخيص. **(هند امبابى، 2010،ص170 . 171)**

فالتأتأة وفق هذه النظرية يبدأ في " أذن الأم لا في فم الطفل ".

4.17. نظرية النطق المشترك :

تنص هذه النظرية التي قدمها " **ماك نيلاج** " **(1970)** على أن الصوت الواحد لا يمكن أن ينطق مستقلا أو يختص بحركات مستقلة ولكنه يتأثر بالأصوات السابقة عليه واللاحقة له.

فعلى سبيل المثال عند نطق أصوات كلمة " مشروب " نجد أن الشفتين مغلقتين لنطق صوت (م)، ثم تفتح لنطق الشين واللسان مستوى، ثم يرتفع اللسان لنطق (ر) وتضم الشفتان لنطق (و)، ثم تغلق مرة أخرى لنطق (ب) واللسان متجه إلى قاع الفم. وحيث أن الأصوات تنطق بسرعة فإنها تتداخل مع بعضها في سياق معين. **(فيصل العفيف،د سنة،ص22)**

وعليه نجد أن التأتأة قد تكون ذات منشأ عضوي لها علاقة بالمخ، بالإضافة إلى العوامل المحيطية التي يعيش فيها الفرد، دون نسيان الجانب النفسي الذي يكون مؤثر بشكل كافي في ظهور التأتأة لذلك يجب مراعاة كل الجوانب الخاصة بالفرد فيما يتعلق بظهور اضطراب التأتأة.

18. معدل انتشار التأتأة:

تظهر التأتأة في أي عمر، ولكن يغلب عليها الظهور في مرحلة دخول المدرسة الابتدائية فأكثر من 50 بالمائة من المتأتئين يبدأون التأتأة في هذه المرحلة.

ويحدد الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية معدل انتشار التأتأة لدى الأطفال بمعدل 1 بالمائة وتقل إلى 0.8 بالمائة لدى المراهقين. **(محمد محمود النحاس و آخرون،2008،ص12)**

كما تنتشر التأتأة في المجتمعات الراقية أو المتقدمة أكثر من المجتمعات البدائية أو المتخلفة، وتقدر نسبة انتشار التأتأة من 3 . 5 من الذكور مقابل واحد من الإناث وقد تعود الأسباب المفسرة إلى:

. الاستعداد الوراثي لدى الذكور أكثر من الإناث.

. التوقعات البيئية من الذكور أعلى من الإناث.

. يظهر الذكور مشكلات لغوية نطقية أكثر من الإناث وكما يظهر الذكور سهولة التأثر بالتأتأة.

وتظهر احتمالية التأتأة لدى التوائم أكثر من غيرها، كما تظهر لدى التوائم المتطابقة أكثر من التوائم غير المتطابقة، وتشير دراسات التوائم إلى زيادة التأتأة بينها أكثر وقد تكون منقولة وراثيا، وعلى العكس من ذلك فإن بعض الافتراضات ترى أن التأتأة بين التوائم تنتج من بطء في النضج في المراحل النمائية المبكرة.

وتظهر الدراسات بأن حوالي 40 . 60 بالمائة من الأفراد المتأتئون لديهم أسر متأتأة أو كانت قد شفيت من التأتأة وقد تعود الأسباب إلى الاستعداد لوراثة التأتأة أو كما يرى البعض أنها استمرار لمرحلة اللاطلاقة الطبيعية حتى يساعد الآباء في زيادة وعي الطفل وفهمه للتأتأة فهي بذلك تبدأ في فم الأم أو الأب قبل أن تنتقل إلى فم الطفل.

والعمر عند الإصابة فإن المدى العمري يتراوح من 2 . 4 سنوات ومعظم الأفراد يعانون في سن السابعة من العمر. **(إبراهيم عبد الله الزريقات،2005،ص230 . 234)**

19. الآثار النفسية والاجتماعية للطفل المتأتئ:

تحدث التأتأة كغيرها من اضطرابات الكلام مشاعر واتجاهات سلبية تؤثر على نوعية حياة الشخص الذي يتأتئ، وتعمل هذه المشاعر والاتجاهات على مفاقمة هذا الاضطراب لتحدث مشاعر الخوف والقلق والارتباك والخجل لدى المتأتئ نفسه كما تحدث ردود فعل تمتاز أحيانا بالسخرية والنقد لدى المستمعين كما لا تخلو حياة المتأتئ من العزلة الاجتماعية وفتور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، ولدى أطفال المدارس فهي تسبب مشاعر الخوف من المدرسة وتجنب الاختلاطات الطلابية والكلام داخل الصف بالإضافة إلى عدم ثقة الطفل المتأتئ بنفسه والتأثير السلبي على التحصيل، وعلاوة على ذلك فالتأتأة تدفع بصاحبها للقيام بسلوكات تجنبية تتمثل بتجنب المواقف الكلامية والأفراد خشية السخرية منه ونقده فهي بذلك تؤدي بالشخص إلى أن يسلك على نحو غير تكيفي وإعاقة تنفيذ أنشطته الحياتية اليومية.

(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص234)

وهناك عوامل تؤثر في البناء النفسي للمتأتأ، منها العوامل المعرفية (التفكير والإدراك) والوجدانية وهي (المشاعر والانفعالات) والتي تحدد شكل أو نوع المساعدة التي قد يحتاجها الفرد، ويمكن وصف هذه العوامل بأنها:

. سوء إدراك من المتأتأ للمواقف من حوله (جانب معرفي).

. تفسير لهذا الإدراك من خلال الجانب الوجداني (الغشاء أو الغطاء الوجداني) ويترتب عليه توقع قدر معين من المساعدة من الآخرين.

. سوء إدراك الفرد يظهر في الإدراك المشوه لمفهوم الذات عند الفرد والذي لا يمكن تغييره بسهولة.

(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص278)

فهو مرتبك من عدم استطاعته التعبير عن نفسه، وقد تتعدد ردّات فعله من الغضب والانطواء والبكاء إلى التقلبات، يفقد الطفل الذي يعاني من التأتأة الثقة بنفسه بشكل تدريجي فعندما يتعثر بالكلام أو يحرف كلمة ما يشعر بالفشل أو بالضعف، قد يمر الطفل الذي يعاني من التأتأة لفترات طويلة من الضعف الفكري والجسدي والنفسي, كما قد تؤدي التأتأة إلى الإحباط وأحيانا إلى التوحد والقلق.

(فرانسوا لو هوش و آخرون،د سنة،ص4)

وعليه نلاحظ أن التأتأة في الكلام تنتج عنها أثار نفسية واجتماعية على المتأتئ والتي تعود بالسلب على المتأتئ.

20. الخصائص النفسية و السلوكية للطفل المتأتئ:

ومن بين هذه الخصائص التي يتميز بها الطفل المتأتئ عن غيرهم من الأفراد العاديين ما يلي:

. الطفل المتأتئ يشعر معظم الوقت أنه جزء منفصل عن مجتمعه وعن الآخرين.

. يشعر المتأتئ بالعجز أكثر من غيره وذلك لأنه لا يستطيع إخفاء أو إضمار صعوبات الكلام، ولذلك فهو الهدف الدائم للسخرية والاستهزاء من الآخرين.

. يتميز المتأتئ بالحساسية الشديدة تجاه الآخرين، وتجاه مواقف التفاعل الاجتماعي لخوفه وشعوره بالتهديد الذاتي والحساسية لأي نوع من النقد أو الشك أو الاستفزاز له.

. يعتقد المتأتئ أنه من حقه على المحيطين به أن يمنحوه قدرا من والخدمات الخاصة، كأن يقوموا بالمهام الكلامية نيابة عنه وإن كان في نفس الوقت لا يرضى أن يظهر بمنظر العاجز عن الكلام وهناك أوقات ومواقف معينة مثل بداية العام الدراسي، أعياد الميلاد والحفلات، والكلام عبر الهاتف أو أمام الحاضرين كلها تعد أوقاتا عصبية عند الطفل المتأتئ.

. يزيد خوف الطفل المتأتئ كلما أظهر الآباء القلق والضيق والارتباك والخجل من تأتأة طفلهم وهذه المشاعر تنتقل بالتبعية إلى الطفل.

. لا يحتاج المتأتئ الأسئلة التي تحتاج إلى حوار طويل، بل يجب أن تكون الأسئلة مباشرة وواضحة وتكون بقدر الضرورة، ولا تحتاج إلى أكثر من كلمة أو اثنتين ليجيب عنها.

. يشعر المتأتئ بالحرج الشديد عندما يقاطعه الآخرين أثناء كلامه فهو في أمس الحاجة إلى انتقاء كلماته بعناية فائقة قبل التفوه بها، أيضا عندما يحاول الآخرون مساعدته في نطق الكلمات، أو عندما يتأففوا من كلامه.

. لا يحب المتأتأ أن يوضع في مواقف كلامية صعبة كأن يطلب منه المعلم أن يقرأ في الفصل، أو أن يشترك في مواقف تفاعل اجتماعي أو يرد في التليفون.

. دائما ما يشعر المتأتأ بأنه عبء على الآخرين ويحتاج إلى الاعتذار إليهم حتى لا يملوا منه.

. لا يحب المتأتأ أن يوضع في مواقف تنافس، حيث يشعر بالتهديد لذاته، ويميل المتأتأ إلى الاستكانة والتأخر ويطلب من الآخرين المبادأة.

. قد يعتقد المتأتأ أنه أكثر ذكاء وتفوقا وتحملا من الآخرين, وأن المشكلة هي في المواقف نفسها أما هو فعمله أكثر تميزا وإتقانا من الآخرين.

. يؤكد المتأتأ لنفسه أولا وللآخرين ثانيا على الأهمية القليلة للكلام مما يدفعه إلى التنصل من المسؤوليات وتجنب مواقف الصراع ولا يتمسك بها ولا يشكو من سلب حقوقه، ومن ثم تضيق نشاطاته وواجباته لأقل درجة ويشعر بالرضا عن قلة العمل.

. يعتقد المتأتأ أن على الآخرين التساهل معه في أخطائه سواء الكلامية أو غيرها، فالمتأتأ دائما يشعر بالرغبة في التمرد على القواعد ويرفض أن يكون تحت السيادة من قبل الآخرين، لكن لا يستطيع إظهار هذا التمرد بصورة صريحة ويحاول تجنب إظهار هذه المشاعر السلبية، مما يزيد من قلقه وإحباطه وتحقيره لذاته. **(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص275 . 279)**

و كما هو الحال مع معظم اضطرابات الكلام نجد أن التأتأة قد تؤدي للشعور باليأس، الإحباط ويستجيب كل طفل متأتئ للتأتأة التي يعاني منها بطرق مختلفة، فبعضهم يتجنب مواقف التفاعل ويصبح خجولا وبعضهم الآخر يشعر بالإكتئاب بالقلق تجاه بعض المواقف والموضوعات، وذلك القلق يكون بمثابة عامل ضغط عليه يؤدي إلى زيادة حدة التأتأة.

والأطفال المتأتئون يكونون أكثر قلقا من الأطفال غير المتأتئين وبصفة خاصة في المواقف الجديدة أو الغريبة التي قد يتعرضون لها، ونجدهم أكثر خوفا وحساسية من التقييم الاجتماعي السالب من جانب الآخرين. **(عفراء خليل،2011،ص529)**

وبالتالي نلاحظ أن للمتأتئ في الكلام العديد من الخصائص النفسية التي تميزه كالشعور بالإحباط واليأس والخجل والإنطواء وفقدان ثقته بنفسه.

21. تشخيص التأتأة:

كثير من الأطفال قد يتعثرون في كلامهم، بيد أنهم يتخطون ذلك ويتحسن كلامهم مع تقدمهم في السن، بينما البعض الآخر يستمر التعثر لديهم رغم كبر سنهم، وهنا يلزم دراسة حالة لهؤلاء الأطفال بدقة، وتقييم كلامهم لتحديد خصائص اضطراب الكلام لديهم بما في ذلك من توقف وتكرار ومدته ودرجته ومصاحباته العضوية والنفسية.

وكلما كان التقييم دقيقا كلما كان ذلك عاملا مساعدا في نجاح العلاج، لذلك هناك اعتبارات لابد من الأخذ بها كي نتوصل إلى النتائج المراد الوصل إليها وهي:

. كل حالة لها خصوصيتها فلا نستعجل في إطلاق النتائج قياسا بحالات أخرى.

. بناء جسر من الثقة بين المعالج والمفحوص لما في ذلك من دفع بالعملية العلاجية.

. التقييم عملية مستمرة فعلى المعالج أن يكون متيقظ الفكر والذهن، وعليه أن يتحسس الطريقة العلاجية ومدى فعاليتها ومناسبتها للمفحوص.

وبالنسبة لعملية التشخيص فتكون على النحو التالي:

. دراسة الحالة: وذلك بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة من خلال النماذج المعدة مسبقا المتوفرة، ثم اللجوء إلى المقابلة الشخصية المباشرة مع المفحوص إذا كان راشدا، أما إذا كان طفلا فيكون اللقاء مع الوالدين ثم مقابلة الطفل، ويكون الهدف من المقابلة جمع معلومات حيوية عن الاضطراب من حيث بداية التأتأة وتطورها والسبب وراء ظهورها في رأي المفحوص أو والديه إذا كان طفلا، والعلاجات السابقة والمشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والعلاقات الشخصية، وكل معلومة يرى المعالج والمفحوص أو والديه في حالة كونه طفلا أن لها دورا في العملية التشخيصية والعلاجية.

(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص62)

إضافة إلى ذلك فإن الأخصائي يأخذ بعين الاعتبار المعلومات والبيانات المجموعة من خلال الملاحظة والتي تمكنه من فهم أفضل لطبيعة المشكلة وتأسيس برنامج علاجي ناجح، ومن الأمثلة على بعض الأسئلة المساعدة على ذلك ما يلي:

. كيف ينظر إلى دوره في الأسرة؟

. هل هو عدواني أو انسحابي؟

. هل يصر على الحديث على الرغم من التأتأة؟

. هل هو مدرك لمشكلة التأتأة لديه؟

. هل يغطي فمه عندما يتأتئ؟

. هل يستعمل ايماءات مساعدة في الكلام؟

. هل تظهر التأتأة في أول الكلمة عندما يتكلم؟

. هل تظهر التأتأة في أول مقطع أو صوت من الكلام؟

. ماهي درجة الخوف والقلق والارتباك التي يشعر بها الشخص المتأتئ؟

. ماهو الموقف الذي أدى إلى اختلال الطلاقة لدى الطفل؟

. ماذا حدث قبل التأتأة؟(**إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص246**)

. فحص الكلام: وهنا يكون فحص لعينة الكلام لدى المفحوص وذلك من خلال الحديث المباشر مع المفحوص إذا كان بالغا، حيث يعطينا هذا الأسلوب الحواري فكرة كاملة عن نوع الاضطراب والأعراض المصاحبة له وردود الفعل الانعكاسية لدى المفحوص، أما بالنسبة للأطفال فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، وهنا نتعرف عن قرب على علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعامله معهما وتعاملهما معه، كما نتعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للاضطراب.

ويجب أن يتم التعرف على ما إذا كان هناك اضطرابات لغوية أخرى لدى الطفل، ومدى تأثيرها على التأتأة إذا وجدت لأن هذا من شأنه أن يؤثر على سير العلاج، ولأنه مع ظهور مشكلة التأتأة عادة ما يكون المتأتئ باستخدام بعض الأليات أو بالأعراض الثانوية المرتبطة أو المصاحبة للتأتأة، ومن هذه الأعراض الفسيولوجية حركة الشفاه وارتعاشات الوجه واهتزاز الرأس واضطراب التنفس ورمش العين.

(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص63)

ويتطلب تشخيص التأتأة من أخصائي التخاطب أن يكون حساسا للعديد من العوامل، فالتشخيص ليس فقط تحديد أن الطفل يعيد الكلمات أو أجزاء منها أو يردد أو يطيل أو يقاوم الكلام، وكذلك فمن الضروري تحديد اتساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث المؤدية أو المسببة للتأتأة مثل بعض الأحداث المحددة وردود الفعل الناتجة لدى المستمع، كما تساعد هذه المعلومات في التمييز بين اختلال الطلاقة الطبيعي والتأتأة فمن المتوقع أن يظهر الطفل اختلال طلاقة طبيعي خلال مرحلة تطور الكلام وهي تكون بذلك مظهرا طبيعيا في السلوك الكلامي.

ويشتمل المعيار الذي يشير إلى وجود مشكلة التأتأة على ما يلي:

. تكرار لجزء من الكلمة في شكل وحدتين أو أكثر لكل تكرار وبنسبة 2 بالمائة أو أكثر من الكلمات المنطوقة، وزيادة سرعة التكرارات، والتوتر الصوتي.

. إطالات أطول من ثانية واحدة لكل 2 بالمائة أو أكثر من الكلمات المنطوقة وزيادة النهاية المفاجئة للإطالات في طبقة الصوت وعلوه.

. وقفات إجبارية وترددات أطول من ثانيتين في تدفق الكلام.

. حركات الجسم واهتزاز الرأس وارتعاش الشفاه والفك وعلامات مرتبطة باختلال الطلاقة.

. ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبية مرتبطة بالكلام.

. استخدام الكلام كسبب للأداء الضعيف.

. تباينات في تردد وشدة تشوه الكلام مع تغيرات في المواقف الكلامية.

وتستخدم هذه المعايير السبعة في التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات يميز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعي. **(نفس المرجع السابق،ص62 . 63)**

وتشير معايير تشخيص التأتأة كما وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المراجع والصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية **(2000)** أنها:

أ. اضطراب في الطلاقة الطبيعية وتوقف الكلام (غير مناسب لعمر الفرد) ويمتاز في ظهور متكرر لواحدة أو أكثر من التالية:

1. تكرارات للأصوات والمقاطع اللفظية.

2. إطالة الأصوات.

3. تداخلات.

4. كلمات مكسرة (وقفات خلال الكلمة).

5. وقفات مسموعة أو صامتة (وقفات كاملة أو غير كاملة في الكلام).

6. الدوران حول الكلمة (ابدالات للكلمة لتجنب الكلمات المشكلة).

7. توتر جسمي مفرط في إنتاج الكلمات.

8. تكرارات لكلمة أحادية المقطع (أ أ أ نا أرى).

ب- يتداخل الاضطراب في الطلاقة مع التحصيل الأكاديمي أو المهني أو مع التواصل الاجتماعي.

ج- في حالة وجود عيوب حسية أو كلامية – حركية فإن صعوبات الكلام غالبا ما ترتبط بهذه المشكلات.

أما الرابطة الأمريكية للتأتأة (**2000**) فقد حددت السلوكات التالية لتمييز التأتأة عن اختلال الطلاقة الطبيعي:

. ارتعاشات وجهية بسبب التوتر المفرط.

. الكلام بصوت عال جدا أو منخفض جدا.

. تكرارات عديدة (5 أو أكثر) خلال الكلمة.

. توقف تدفق الهواء.

. حركات جسمية وعلامات على وجود قلق وتوتر خلال عدم الطلاقة.

السلوكات غير الكلامية الدالة على وجود المشكلة:

. الخجل أو النظر بعيدا عن الشخص خلال اختلال الطلاقة.

. عادات عصبية أخرى مثل قضم الأظافر والنشاط المفرط.

. مهارات تنشئة اجتماعية ضعيفة.

. أدلة على الاكتئاب والحزن.

. القلق والخوف والانزعاج وعدم الثقة بالنفس. **(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص245)**

. الفحص الإكلينيكي: يتم ذلك لدى طبيب مختص لمعرفة مدى سلامة أعضاء النطق والكلام، ومدى سلامة الجهاز العصبي وذلك لاستبعاد كون أعراض التأتأة البادية على الحالة أعراضا لاضطرابات أخرى غير التأتأة.

. استخدام اختبارات اللغة: التي تشمل أبعادا لطلاقة الكلام، أو استخدام أي من قوائم الملاحظة الخاصة باضطرابات التواصل وذلك لتحديد مظاهر التأتأة لدى الحالة سواء أكانت إطالة أو تكرار أو وقفات كلامية.

. يمكن استخدام اختبارات ومقاييس نفسية أخرى: كاختبارات الشخصية ومقاييس القلق والإحباط وعدم الثقة بالنفس وغيرها للوقوف على العوامل النفسية التي أدت بالحالة إلى التأتأة و كذلك الأثار النفسية التي تعاني منها الحالة بسبب التأتأة. **(حمدى على الفرماوى،2006،ص174)**

وعليه نلاحظ أن هناك العديد من المعايير والطرق المتنوعة التي يمكن على أساسها تشخيص التأتأة في الكلام.

22. التأتأة وأثرها على الثقة بالنفس:

تعد التأتاة من أهم اضطرابات الكلام شيوعا لدى الأطفال في مرحلة التعلم الأساسية في جميع المجتمعات سواء المتقدمة منها أم النامية، فالتأتأة لها ردود أفعال انفعالية ونفسية سلبية على الطفل

المتأتئ، فقد أشارت دراسة كل من " **ييج وافرنشلا 1986** " و دراسة " **سلفرمان وزايمر 1997** " ودراسة " **نيكفا سوف 1998** " ودراسة " **لافاكي 1999**" التي أظهرت نتائجها أن التأتأة تؤثر سلبا على أغلب الجوانب الشخصية لدى الفرد المتأتئ فهي تؤثر على كل من الثقة بالنفس، وتقدير الذات، وقلة الحيلة. كما أن هناك كثيرا من الدراسات قد أظهرت نتائجها أن التأتأة لها تأثير سلبي على الجوانب النفسية والشخصية لدى الفرد المتأتئ، إذن هناك علاقة كبيرة بين الثقة بالنفس والتأتأة.

ولمواكبة التطور السريع في المعالجة النطقية المتخصصة القائمة على خفض التوتر وتنمية الثقة بالنفس لدى الأشخاص الذين يعانون من التأتأة، فإن الحاجة باتت ضرورية لإيجاد برامج نطقية تعمل على تنمية الثقة بالنفس وتؤهل الأفراد المتأتئين نحو مواجهة مشكلاتهم، وإيجاد الحلول المناسبة لها، ولا سيما أن الضغوطات النفسية في ازدياد في المجتمعات المدنية، لما تشكله مطالب الحياة من ضغوط من شأنها أن تؤثر على طرق التواصل لديهم، مما يؤدي إلى اضطرابات في عملية التعبير اللفظي التي تقع على رأسها التأتأة. **(يحيى حسين القطاونه، 2014، ص 244. 245)**

23. علاج التأتأة:

كثرت وتعددت الطرق والأساليب التي استخدمت في علاج التأتأة، نظرا لتشابك العوامل المؤدية إلى تلك الظاهرة النفسية المركبة والمتداخلة، وعلى هذا الأساس سنحاول إلقاء الضوء على هذه الأساليب والطرق

العلاجية على سبيل المثال لا الحصر. وقبل البدء بعرض هذه الأساليب والطرق نذكر أهداف العلاج من التأتأة وهي كالأتي:

. تغيير الطريقة التي يتكلم بها الشخص المتأتئ.

. تغيير مشاعر الشخص المتأتئ.

. تغيير تفاعل الشخص المتأتئ مع بيئته. **(إبراهيم عبد الله فرج الزريقات،2005،ص256)**

1. العلاج النفسي:

يرى أصحاب هذا الاتجاه أن العلاج النفسي يساعد الفرد على تحسين حالته النفسية بصور عامة، كما يستبصر بأسباب مشاكله عامة وتأتأته بصفة خاصة. ورغم اختلاف فنيات وأساليب العلاج النفسي

إلا أنها جميعا تتفق مع وجهة النظر هذه إلى حد كبير. حيث يرى " **ترافس** " **(1971)** إلى أن التأتأة عرض خارجي للحاجات المكبوتة التي تتضمن محاولة الفرد إخفاء مشاعر الكراهية تجاه الآخرين، ومن المعروف أن هذه الرغبة تتعارض مع قيم المجتمع وعاداته وتقاليده، وبالتالي يتعرض الفرد للصد والمنع فيلجأ إلى الكبت والقلق والضغط النفسي، ورغم ذلك تحاول هذه الرغبة التعبير عن نفسها من وقت لآخر، فيحدث التأتأة كرد للضوابط والموانع الاجتماعية. وبالتالي فإن " **ترافس** " **(1971)** يرى أن هناك

علاقة بين اللجلجة وكبت الحاجة والحرمان الذي يتعرض له الفرد خلال طفولته، وما يقترن بذلك من مشاكل نفسية تسبب اللجلجة، وعلى هذا الأساس يوصي " **ترافس** " باستخدام العلاج النفسي مع التأكيد على التكوين النفسي لدى المتأتئين، فتنمية الثقة بالنفس يساعد الطفل من التخلص من التأتأة ويزيد طلاقة كلامه.

وذهب البعض الآخر إلى أن علاج اللجلجة يتطلب تعديلا لاتجاه الفرد نحو عملية الكلام عامة وخفض درجة معاناته وتوتره وما يبذله من جهد أثناء اللجلجة. **(يحيى حسين القطاونه، 2014، ص 248)**

ومدرسة التحليل النفسي تقدم علاج التأتأة في الكلام على أنه عرض عصابي، ولابد من تبصير الفرد بصراعاته وإعادة الثقة إليه، وإزالة الحواجز بينه وبين الآخرين أي مساعدة الفرد على التوافق الشخصي والاجتماعي. **(حسيب محمد حسيب،د سنة،ص934)**

كما أن المتأتأ يتألم من التأتأة ويسعى لا شعوريا إلى الإبقاء عليها عن طريق العناد ومن ثم فإن التحليل النفسي يساعد في التخفيف من ضغط اللاشعور وتحويل المشاعر المؤلمة والدفينة وإخراجها للمناقشة على السطح. **(فكري لطيف متولي،2015،ص211)**

ومن طرق العلاج النفسي :

. **طريقة السيكودراما:**

يبدو أن الدراما النفسية تعد أحد الأساليب التي تتفق مع هذا التوجه، ويتضمن قيام مجموعة من الأفراد ممن يعانون من اضطرابات سواء نفسية أو كلامية أو غير ذلك، بتمثيل مسرحية تنطوي على أحداث تعبر عما يعانون بالفعل سواء كانت أشياء يخافون منها أو يحجمون عن ممارستها ويشاهدهم الآخرين يمارسونها أمامهم، مما يتيح لهم فرصة التعبير عن انفعالاتهم، والتنفيس، وبالتالي التخلص من المشاكل والصراعات الكامنة خلف اضطراباتهم، ومن أشهر الطرق العلاجية النفسية التي استخدمت في علاج التأتأة، التي تعتمد على اتحاد واندماج عملي للمجموعات واستخدام الحدث كطريقة للعلاج.

(يحيى حسين القطاونه، 2014، ص 249)

تستخدم السيكودراما كما حددها " **مورينو** " **(1956)** الأدوات الخمسة التالية: المسرح، العميل المعالج، المساعدين، الجمهور، ودور المعالج هو تحويل كل ما علمه سابقا من العميل إلى فعل درامي.

فهذه التقنية ذات قيمة بالنسبة للمتأتأ الذي تكون لديه صراعات عديدة ويملأه الخوف، ومن ثم فالسيكودراما من الطرق الفعالة في علاج التأتأة ففيها تخرج الانفعالات الداخلية التي تؤدي إلى الاضطراب الكلامي.

والدراما النفسية أسلوب علاجي يساعد على إخراج الشحنات الانفعالية الداخلية عند الطفل، والتي تكون غالبا هي محور تأتأته، وفي هذه الطريقة يتم مساعدة الطفل على التفاعل الحر التلقائي، وذلك من خلال

تمثيله للدور الذي يعكس الحياة الطبيعية، حيث أن لعب الأدوار يشعر الطفل بتقبل ذاته مما يساعده في التغلب على تأتأته، وتتم الدراما النفسية في مواقف مماثلة للمواقف الطبيعية التي يمر الطفل بها في حياته العادية والتي قد تبعث على حدوث التأتأة وعندما يمر الطفل بهذه المواقف من خلال اللعب الدرامي أثناء عملية العلاج يستطيع إدراك انفعالاته الحقيقية مما يساعده على التغلب على مشكلة التأتأة.

(محمد محمود النحاس وآخرون، 2008،ص21 . 22)

فالسيكودراما تأتي كشكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي، ويستخدم التمثيل كوسيلة أدائية والتلقائية هي الصفة المميزة لهذا الأداء، وتجمع بين الإسقاط والتنفيس الانفعالي، وهي أسلوب يتعدى اللغة ويصلح في علاج العديد من الاضطرابات النفسية، وهي عبارة عن تصوير مسرحي وتعبير لفظي حر وتنفيس انفعالي تلقائي، وتفيد في مساعدة الفرد لتقبل ذاته وتقبله للآخرين، مما يساعد في التخلص من التوتر النفسي والقلق. **(إيمان فؤاد كاشف،2010،ص281)**

. طريقة اللعب: قد تبين أنه في خلال ممارسة الأطفال المصابين بالتأتأة ألعابا حرة خالية من القيود قد تبرز رغائبهم المكبوتة من ثنايا لعبهم، ولوحظ أنهم يعمدون في سائر الأحوال تقريبا إلى إشاعة الفوضى في لعبهم، ومهاجمة بعضهم بعضا وإثارة الصخب والضجيج والصياح، فهذا المسلك المتسم بالعدوان والعنف يلوح لنا كأنه عامل انطلاق لتوترات الطفولة المبكرة التي لا يستطيع الأطفال التعبير عنها بالكلام، ومن ثم يمكن لأخصائي التخاطب في هذه الحالة أن يبدي سياسة العطف والرفق إزاء ما يتكشف

له من رغبات مكبوتة تبدو في شكل سلوك عدواني، حيث أن ذلك كفيل بأن يوحي إلى الطفل الشعور بالحرية الكاملة في التخلص من دواعي القلق والتوتر.

ولهذا الضرب من العلاج نفع آخر فقد تبين أن الاشتراك في اللعب بين المصاب بالتأتأة ورفقائه الآخرين أداة ناجحة لاستئناس المصاب، الذي تنحصر مشكلته في قصوره عن تهيئة نفسه لأن يكون أهلا للانخراط في حظيرة الأوساط الاجتماعية. **(مصطفى فهمي،1975،ص204)**

فاللعب يتيح فرصة للطفل في الانخراط في عملية التواصل الاجتماعي مع رفاق اللعب وتوطيد أواصر الصداقة بينه وبينهم مما يجعله ينشغل في التفكير في كلامه، وعن التوقع السلبي عن عجزه أثناء الكلام في محاولة لتحقيق أهداف جماعة اللعب، وبالتالي تقل تدريجيا مظاهر عدم الطلاقة لديه، فاللعب وبخاصة اللعب الكلامي يؤدي بالطفل المتأتئ إلى أن ينبذ الخجل ويطرح الخوف والتهيب بعيدا في أحاديثه ويزيل عنه مشاعر النقص والقلق التي تولدت لديه وتفاقمت بسبب إخفائه في وسطه الاجتماعي جراء عثراته الكلامية، وبالتالي تعود الثقة تدريجيا إلى نفسه أثناء الكلام. **(حمدى على الفرماوى،2006،ص175)**

. **طريقة التحصين التدريجي:** نجد أن بعض الأفراد المتأتئين يحققون طلاقة لفظية أثناء جلسات العلاج، لكنهم يجدون صعوبة في الكلام في مواقف الكلام خارج العيادة في مجالات الحياة المختلفة، وهذه الطريقة في العلاج تتم عن طريق إعداد قائمة شاملة لمواقف الكلام التي تثير قلق الفرد المتأتأ على أن

يتم الإعداد بالترتيب فتبدأ بأقل المواقف إثارة للقلق وتنتهي بأكثر المواقف إثارة للقلق، ثم يطلب منه أن يتخيل تلك المواقف واحدا بعد الآخر بالترتيب الخاص، وأن يتكلم بصوت عال في موضوع يهمه ويجب التأكيد على أهمية الاسترخاء للمتأتأ في كل المراحل، وبهذه الطريقة يتم سلب الحساسية المتعلقة بمثير التأتأة في كل موقف ومع انخفاض حدة القلق تزداد طلاقة الفرد. **(سهير محمود أمين،2000،ص49)**

. **طريقة الموسيقى:** لما كانت حالة التأتأة غالبا ما يصاحبها اضطراب وتوتر فإن الاستعانة بالغناء والموسيقى يساعد كثيرا في تخفيف حدة التوتر حيث أنهما يعودان المتأتأ على احترام الإيقاع عند ترديد الغناء.

حيث يؤكد الباحثون أن الموسيقى تحسن من كفاءة مركز اللغة في الدماغ، وتقول دراسة جديدة لباحثين في جامعة " **أوليجون** " الأمريكية أن الموسيقى هي المعالج الأمثل لمشاكل التعثر في الكلام سواء كان بالعزف أو بالغناء الجماعي أو حتى السماع، ويذكر الباحثون أن الموسيقى يستقبلها النصف الأيمن في الدماغ واللغة مركزها في النصف الأيسر، وأنه لوحظ أن المصابين بمشكلات في مراكز النطق بالدماغ يبدون براعة كبيرة في عزف الموسيقى وهو أمر يساهم في تحسين مقدرتهم على النطق والكلام.

(فكري لطيف متولي،2015،ص212 . 213)

. **طريقة الاسترخاء:** قدم علماء النفس مجموعة من أساليب التدخل العلاجي للوصول بالأفراد الذين يعانون من الغضب والتوتر والقلق والضغوط إلى الحالة السوية ورفع مستوى التوافق لديهم، وذلك من خلال تدريبهم على الاسترخاء العضلي، و الاسترخاء لا يقتصر على العضلات فقط بل يمتد للعقل أيضا ويتم عن طريق سلسلة من حركات التوتر والاسترخاء، ولا يتحقق الاسترخاء التام إلا حين يستطيع الفرد إرخاء عضلاته حتى تحت ظروف يمكن أن تحدث توترا، ومن ثم فإن التدريب على الاسترخاء من أفضل الفنيات التي يمكن استخدامها في مواجهة الضغوط، وخفض مستوى القلق وإدارة الغضب وبناء الثقة بالنفس. **(حسيب محمد حسيب،د سنة،ص946)**

إن الاسترخاء يعمل على التقليل من القلق الذي يرافق عملية التأتأة حيث يرتبط التنفس غير المنتظم بالقلق والتأتأة، ويتم التدرب على الاسترخاء بإحدى الإجراءات التالية:

أ . إجراء الاسترخاء بالتنفس: ويتم التدريب عليه من خلال أخذ شهيق عميق ببطء وانتظام وإخراجه ببطء وانتظام.

ب . الاسترخاء الذاتي: ويمارس الاسترخاء من خلال حديث الشخص لنفسه بإرخاء عضلات الحنجرة وعضلات الصدر وعضلات البطن، وذلك أثناء أخذه للشهيق ببطء وانتظام وإخراج هواء الزفير ببطء وانتظام، بدون الوقوف عند النهايات العليا أو الدنيا لعملية التنفس.

وذلك لأن الشخص المتأتئ يفقد الجزء الأكبر من الهواء أثناء الزفير ويحاول بالباقي أن يتكلم، حيث يؤدي التنفس إلى إبقاء الأوتار الصوتية مفتوحة ويتم تنظيم التنفس من خلال عملية الشهيق والزفير.

(إبراهيم عبد الله الزريقات،2005،ص261)

. طريقة الممارسة السلبية: ابتدع " **أوبرى بيتس** " هذه الطريقة على أساس أحد قوانين " **كلارك هل** " للتغلب على السلوك غير المرغوب فيه كما تبينه المعادلة التالية:

يمكن توظيفها في مجال علاج اضطرابات الكلام، وذلك بتطبيق المبدأ الأساسي لهذا الأسلوب وهو التكرار الإرادي المتواصل للسلوك، وينتج عن هذا التوقف الشعور بالراحة نتيجة لتبديد الكف، ومن ثم ينشأ من التدعيم ما يدعو إلى الاستمرار في التوقف عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه، ومع التكرار واستمرار التدريب يصبح مجموع الكف التراكمي + الكف الشرطي مساويين لقوة تدعيم العادات مضروبة في الدافع وراء إصدار هذا السلوك غير المرغوب، ويكون الناتج صفرا أي التوقف التام عن إصدار السلوك غير المرغوب فيه وهو هنا التأتأة، ويؤدي استخدام الممارسة السلبية إلى زيادة وعي العميل بنفسه أثناء التأتأة فكثرة الممارسة والتدريب على شيء معين تجعل الفرد يتشبع به، وبالتالي يحاول الفرد جاهدا أن يتجنبه والكف عن ممارسته، كما يؤدي هذا الأسلوب أيضا إلى تدريب الفرد على التحكم الإرادي في أجهزة النطق سواء أثناء التأتأة أو بدونها، ويمكن استخدام مرآة يرى فيها الفرد نفسه أثناء الكلام، أو

استخدام جهاز تسجيل لسماع صوته في مختلف الحالات سواء أثناء التأتأة اللاإرادية أو التأتأة الإرادية أو الكلام بدون تأتأة.

واستخدام أسلوب الممارسة السلبية تقوم على تكرار الفعل غير المرغوب فيه عدة مرات، إلى حد شعور المريض بالتعب والإرهاق حتى ينتج عن ذلك درجة عالية من القمع أو المنع كرد فعل مضاد.

(هالة إبراهيم الجروانى و آخرون،2013،ص98)

. **طريقة الإيحاء والإقناع:** إن عمليتي الإيحاء والإقناع توجهان بصورة أساسية لمكافحة التوقع السلبي و شعور الطفل بالنقص وخوفه من الكلام وعيوبه، وما قد يتعرض له من خيبة أمل وخجل من خلال بيئته الاجتماعية.

ويفيد في إدراك الأسباب الخفية التي أدت به للتوتر والقلق النفسي، والهدف من الإيحاء سواء المباشر أو غير المباشر هو جعل الفرد المتأتأ يدرك حقيقة اضطرابه مع ضرورة تعديل نظرته لنفسه (تعديل مفهوم الذات لديه). **(سعيد كمال عبد الحميد العزالى،2011،ص220)**

وتتيح هذه الطريقة للمتأتأ أن يدرك افتقاره إلى تعديل نظرته إلى نفسه باعتباره ذات شخصية لها كيانها ولها احترامها، وهو ما يؤدي تدريجيا إلى كسر حدة المخاوف والهموم الناشئة عن تأتأته، ويمكن إجراء

ذلك بمد المتأتأ بعبارات إيجابية بشكل مباشر كأن يقال له: " إن حالتك لن تستمر على هذا السوء بعد الآن ... "، هذه العبارات تعتبر حافز على تشجيع المتأتأ وإعانته على بعث روح الثقة بنفسه.

(حمدى على الفرماوى،2006،ص175)

2. العلاج الكلامي: وهو مكمل للعلاج النفسي ويعتمد على بعض الفنيات مثل :

. فنية الكلام الإيقاعي: تقوم هذه الطريقة بناء على حقيقة تقول أن درجة التأتأة تنخفض حين يتكلم المتأتأ بطريقة إيقاعية، لذلك استخدمت آلة المترونوم التي تساعد على نطق كل مقطع مع كل إيقاع، حيث تستخدم هذه الآلة في تجزئة المقاطع وفقا لزمن محدد على أن يتم إخراج نطق المقاطع على فترات زمنية متساوية، فيقسم موضوع القراءة إلى كلمات يسيرة تقرأ بتناسب مع توقيت آلة المترونوم ومن ثم يحدث تقدم تدريجي في طريقة الكلام. **(حمدى على الفرماوى،2006،ص176)**

. فنية تظليل الكلام: التظليل (أي محاكاة وتقليد كلام شخص آخر) هو عمل حركي قائم على المحاكاة فتكف التأتأة، وذلك لأن هناك إمكانية أو احتمالا بأن إدراك الشخص يتحول بعيدا عن اهتمامه بصوته هو إلى مراقبة صوت المتكلم.

وتتم عملية التظليل بأن يقوم المعالج بالقراءة من كتاب بسرعة عادية بصوت مرتفع، يتبعه المتأتئ في الحال ويردد ما قاله المعالج بصوت مرتفع أيضا، وهذه الطريقة تعرف بفنية التظليل وذلك لأن المتأتئ

يكاد يكون في ظل المعالج من خلال ترديده السريع لما يقوله المعالج على أن تكون هذه القراءة مناسبة لمستوى تعليم المتأتئ وأن تتم القراءة بمعدل سرعة مناسب لكل من المتأتئ والمعالج وإذا فقد المتأتئ أي كلمة أثناء الترديد فيجب ألا يتوقف ويتابع الكلام بلا انقطاع. **(سهير محمود أمين عبد الله،2005،ص233)**

. تمارين الاسترخاء الكلامي: وهناك أنواع من تمارين الاسترخاء الكلامي وتحدث بصورة متدرجة وهي :

أ . تمارين بالحروف المتحركة.

ب . تمارين بالحروف الساكنة.

ج . تمارين بكلمات متفرقة تصاغ في جمل وعبارات ويراعى أن تقرأ الحروف والكلمات والجمل بهدوء تام واسترخاء حيث يقرأ الأخصائي أولا ثم يقلده المتأتئ بنفس الطريقة والنغمة.

وأخيرا تمرينات على شكل أسئلة بسيطة تؤدى على نحو يتسم بالهدوء. **(سعيد كمال عبد الحميد العزالى،2010،ص217 . 218)**

. **فنية القراءة المتزامنة:** حيث يطلب من الطفل قراءة الكلمات والجمل مع المعالج ويكرر ذلك عدة مرات وبعد ذلك يطلب منه أن يقرأ بمفرده كمعيار لاجتياز الخطوة فإذا أخفق أعيد النطق مرة أخرى بنفس الطريقة، و تستند هذه الفنية على مبادئ وقوانين النظرية السلوكية باعتبار أن التأتأة سلوك متعلم نتج عن تراكم عادات سلوكية مكتسبة خاطئة، وأن هذه الفنية هي نوع من إعادة التعلم يستخدم فيه التدعيم

الموجب للألفاظ الطليقة والتدعيم السالب للحظات التأتأة لإضعاف السلوك غير المرغوب فيه، فهي تهدف لتعديل سلوك التأتأة وزيادة الطلاقة اللفظية لدى الأطفال المتأتئين، وذلك بتدريبهم على نطق المقاطع والكلمات التي تبدأ بسيطة ثم تتدرج في صعوبتها من خلال القراءة والمحادثة. **(سعيد كمال عبد الحميد العزالى،2010،ص232 . 233)**

3. العلاج البيئي:

المقصود بالعلاج البيئي هو دمج الطفل في أنشطة اجتماعية حتى تتاح له فرصة التفاعل الاجتماعي وتنمو شخصيته، ويتخلص من الخجل والانطواء والانسحاب لديه بسبب التأتأة، فالعلاج البيئي على النحو المتقدم لا يخرج عن كونه أحد أساليب العلاج النفسي الجماعي التي تستثمر وجود الجماعة في علاج الاضطراب عن طريق التفريغ الانفعالي وتكوين علاقات جديدة والاستبصار وبناء عادات سلوكية جديدة.

(حسيب محمد حسيب،د سنة،ص935)

4. العلاج عن طريق الإرشاد:

يرى **عطية (1999)** أن : " العلاج بالإرشاد يتم بإعطاء المتأتئ مجموعة من الإرشادات تتلخص في أنه يجب عليه أن يتوقف عن التأتأة، وأنه لابد أن يتحكم في كلامه وأن يركز تفكيره في ذلك، إلى جانب إرشاد الوالدين إلى ضرورة إتاحة الوقت للمتأتئ ليعبر عن نفسه دون ضغط وتشجيعه على الكلام ".

. الإرشاد النفسي للأسرة والوالدين: إن العديد من سمات بيئة الطفل ترتبط بجوهر الأسرة وأفرادها من خلال تحديد وتغيير بعض الأنماط السلوكية للأسرة من خلال الإرشاد النفسي للمجموعة ككل، وعلى هذا الأساس فمن الضروري إلقاء الضوء على احتياجات الأسرة والطفل، ويتم تصميم الإرشاد النفسي للأسرة والوالدين لمساعدتهم على فهم كيف تؤثر سلوكياتهم ومشاعرهم على سلوك التأتأة، وكذلك فهم وتقبل تلك الانفعالات، وفي بعض الحالات يشعر الأخصائي بأن كلام الطفل مقيد ويحيطه عدم الطلاقة الطبيعية عندما يكون هناك قلق واهتمام مستمر من الوالدين، وفي مثل هذه الحالات يكون اهتمام الوالدين هدف حقيقي للتدخل العلاجي، وهذا التدخل لا يعني تزويد الوالدين فقط بالمعلومات عن عدم الطلاقة الطبيعية، وإنما على الأخصائي أن يعترف بمشاعر الوالدين ويتعامل معها، وفي هذه الحالة يكون الوالدين هم المفحوصين وليس الطفل. **(هالة إبراهيم الجروانى وآخرون،2013،ص100)**

5. العلاج الطبي:

تذكر **صفاء حمودة (1991)** أن : " الأطباء يعالجون التأتأة في الكلام بالتدخل الجراحي أو بالعلاج الكيماوي باستخدام عقار **(الهالوبيريدول)**، وكذلك عن طريق العقاقير كالمهدئات والفيتامينات، وقد أثبتت الدراسات أن هذا النوع من العلاج غير مفيد وله محاذير كثيرة. **(حسيب محمد حسيب،د سنة،ص934)**

24. دور المختص في العلاج:

يراعي المختص في علاج التأتأة النقاط الآتية:

. توضيح ماهية مشكلة التأتأة للأسرة والنتائج المتوقعة للعلاج حيث أن الشفاء . في الغالب . سيكون جزئيا بنسب متفاوتة، أما الشفاء التام فيحدث في حالات قليلة.

. تقديم بعض المعلومات الأساسية للطفل والأسرة عن الكلام الطبيعي والتأتأة بالشرح لهم عن كيفية الكلام بطريقة سهلة ومرنة، وكيف تحدث التأتأة وأسبابها مع الإجابة عن أسئلتهم لإزالة أي غموض يحيط بالتأتأة وبذلك تقل حساسية الطفل وأسرته وتأثرهم بالمشكلة.

. التأكد من أن البيئة التعليمية للطفل بيئة مشجعة ولا يوجد فيها عوامل تسهم في تفاقم مشكلته.

. منح الطفل الوقت الكافي للعلاج وإنشاء علاقة إيجابية معه مع منحه الشعور بالثقة والقبول والطمأنينة والوصول لهذا المستوى من العلاقة يتأتى عند إدراك الطفل أن هناك من سيقدم له يد العون ويتفهم مشكلته ويستمع إليه حتى ولو تأتأ من دون أن يخجل منه.

. تخليص الطفل من المشاعر السلبية مثل: التفادي والخوف والقلق والتوتر والخجل وتغيير أفكاره وموافقته حول كلامه وحول شعور من يستمع إليه، ما يجعله قادرا على الحديث عن مشكلة الكلام لديه بدون حرج.

. منع تطور أعراض التأتأة وتقليل شدتها عند الطفل.

. تشجيع الطفل على أن يتكلم حتى ولو حدثت التأتأة لديه من دون معاناة أو خوف أو خجل وهذا يقلل من تأثره بالتأتأة وإحساسه بالعجز تجاه التأتأة. **(منصور بن محمد الدوخي و آخرون،د سنة،ص63)**

25. مدة علاج التأتأة ومدى تكرار الجلسات:

تعتمد مدة علاج التأتأة على عدة عوامل منها نوع مشكلة التأتأة ومدى شدتها، وكذلك وجود السلوكيات المصاحبة، كما أن طبيعة البيئة الأسرية ومدى تعاون الطفل وأهله يساعد في تنفيذ الخطة العلاجية بفاعلية، وهناك بعض القواعد العامة التي تنطبق على معظم الجلسات العلاجية للتأتأة.

. يفضل أن تكون الجلسات مكثفة في البداية على الأقل ثلاث جلسات ولمدة 30 . 50 دقيقة أسبوعيا بشرط ألا تقل عن جلسة واحدة في الأسبوع.

. يقل في معظم الحالات عدد الجلسات عندما يتقدم مستوى الطفل.

. تكون مدة العلاج أقل مع الأطفال في عمر ما قبل المدرسة الذين هم في بداية مرحلة التأتأة.

. يستغرق العلاج وقتا أطول مع الحالات المعقدة من التأتأة سواء كانوا أطفالا في عمر ما قبل المدرسة أو في عمر المدرسة.

. تؤثر الظروف المحيطة بالطفل على الكلام والتأتأة لذا فمن المهم متابعة الطفل لفترة طويلة بعد العلاج قد تصل لعدة سنوات خلال هذه الفترة لابد أن يكون الوالدين على اتصال مع المختص.

. يقوم المختص في التخاطب بتحويل الطفل إلى الأخصائي النفسي عندما يجد أن بعض الضغوط والمشكلات العائلية تؤثر على تأتأته وعلى تقدم العلاج ليتدخل بالطريقة المناسبة، كالمقارنة بين الأبناء أو التفرقة بينهم ما ينعكس سلبا على الطفل المتأتئ، القلق الزائد من الوالدين حول كلام ابنهما، والخلافات بين الوالدين وعدم الاستقرار الأسري، وكذلك عندما يعاني الطفل من المشاعر السلبية مثل القلق الخوف وعدم الثقة بنفسه. **(منصور بن محمد الدوخي و آخرون،د سنة،ص64)**

وجملة القول أنه لا توجد طريقة واحدة فعالة في معظم الحالات التي تعاني من اضطراب التأتأة في الكلام، وإنما يرجع ذلك إلى التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب فالعلاج عملية معقدة وبعيدة المدى، ويجب على الأخصائي أن يعيد قياس التأتأة أثناء كل جلسة، وكذلك قبل وأثناء وبعد العلاج، وفي نفس الوقت فإن المفحوص والمحيطين به في البيئة سيقومون بتقييم تقدم العلاج، وتتفاعل كل تلك المتغيرات كلما اتجه الشخص نحو علاج التأتأة.

خلاصة الفصل:

وعليه نجد أن للتأتأة العديد من الآثار النفسية التي تخلفها للطفل على مستوى شخصيته و تعيقه في حياته اليومية و المدرسية، و تؤدي به إلى الخوف و الانطواء و الانعزال، و كذلك عدم الثقة بالنفس لذلك وجب الوقوف عليها و التقليل منها وخفض أعراضها.

جانب التصور

الفصل الخامس منهجية الدراسة

1 ـ تمهيد

2 ـ الدراسة الاستطلاعية

3 ـ المنهج المستخدم في الدراسة

4 ـ حدود الدراسة

5 ـ عينة الدراسة

6 ـ أدوات الدراسة

7 ـ خلاصة الفصل

تمهيد:

الهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا من هذا البحث، فبعد الإلمام بالجانب النظري، سوف نستعرض الإجراءات المنهجية المتبعة التي تعتبر الطريق المنظم لإنجاز الدراسة والتي اعتمدت فيها على الدراسة الاستطلاعية والأساسية، مكان ومدة إجراء الدراسة، إضافة إلى المنهج و أدوات الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية بمثابة البحث الصغير للوصول إلى الافتراضات والفرضية النهائية للبحث العلمي، لهذا أعطاها الطالب أهمية لكونها تجعله أكثر إيصالا وتساعده على التأكد من مدى صحة اختبار المنهجية المتبعة وتصميمه وخطوات العلاج المتبع.(**زعتر نور الدين، 2008 . 2009، ص96)**

تمثل الدراسة الاستطلاعية مرحلة قبلية للدراسة الأساسية فهي عبارة عن أخذ معلومات أولية عن الموضوع، فهي تهدف إلى تجريب أدوات الدراسة الأساسية من حيث سلامتها ومصداقيتها وتجعلنا نتمرن أكثر عند تطبيقها، فبفضلها نتجنب الأخطاء والصعوبات أثناء الدراسة الأساسية، فهي تعطينا فكرة تنبؤية ومستقبلية عن النتائج المتوقعة وتمكننا من تعديل بعض الأفكار والآراء.

والدراسة الاستطلاعية تسمى كذلك بقبل التجريبية فهي مهمة وضرورية لكل بحث علمي.

2. منهج الدراسة:

1.2 مفهوم المنهج: هو الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة، التي تهيمن على سير العقل و تحدد عملياته، حيث يصل إلى النتيجة المعلومة، وهو المنطق الذي يقوم عليه البحث وكيف ندرس المشكلة، وباعتبار الطبيعة وخصائص البحث تفرض علينا كباحثين استعمال منهج معين.**(محمد بابا عمي،2014،ص51 . 52)**

ويمكن القول أنه الطريق الذي يبدأ بالإحساس بوجود مشكلة معينة وينتهي بالوصول إلى حل تلك المشكلة وتفسير أبعادها المختلفة، مرورا بعدد من الخطوات أو المراحل وهي : الشعور بوجود مشكلة، تحديد المشكلة، تجميع البيانات حول المشكلة، صياغة فروض تتصل بالعلاقة بين المتغيرات المتضمنة

في المشكلة، اختبار صحة الفروض عمليا والتوصل إلى حل للمشكلة.(**حمدى أبو الفتوح عطيفة،2002،ص46**)

2.2 مفهوم منهج دراسة الحالة: تمثل دراسة الحالة نوعا من البحث المتعمق عن العوامل المعقدة التي تسهم في فردية وحدة اجتماعية ما شخصا كان أو أسرة، أو جماعة، أو مؤسسة اجتماعية أو مجتمعا محليا، فمن خلال استخدام عدد من أدوات البحث تجمع بيانات دالة عن الوضع القائم للوحدة، و الخبرات الماضية و العلاقات مع البيئة، و بعد النظر في العوامل و القوى التي تحدد سلوكها بعمق و تحليل نتائج تلك العوامل و علاقاتها، يستطيع المرء أن ينشئ صورة شاملة متكاملة للوحدة كما تعمل في المجتمع بقصد تشخيص حالة معينة، و تقديم توصيات بالإجراءات العلاجية، و يقتصر اهتمامهم بالفرد من حيث أنه شخصية فريدة ومن ناحية أخرى فإن الباحثين أكثر ميلا إلى أن يهتموا بالأفراد كأنماط مماثلة فهم يجمعون بيانات عن الأفراد المختارين بعناية بقصد التوصل إلى فهم أكثر اكتمالا عن الجماعة.(**حسن شحاتة، 2008،ص195**)

و دراسة الحالة تكون أكثر وصفية في طبيعتها من الدراسات المسحية، فمن خلال الوصف بالكلمات تكشف عن ثروة من المعلومات القيمة التي قد لا يكون في مقدور الدراسة الكمية أن تتوصل إليها، و نتيجة لذلك فإنه غالبا ما تستخدم دراسة الحالة في أن تكمل الطريقة المسحية. (**نفس المرجع السابق ص196**)

3 . حدود الدراسة:

3. 1 الحدود المكانية : كان من المفروض أن تكون في المؤسسة التربوية بمتوسطة خديجة بن يخلف بولاية المدية.

3 . 3 الحدود الزمنية : كان من المفروض أن تكون من 21 /03/ 2020 إلى 21 / 04 / 2020 (مدة شهر) .

3 . 3 الحدود البشرية : تتمثل في أفراد عينة البحث وهم الأطفال المصابين بالتأتأة سنهم ما بين (6 إلى 10 سنوات) .

4 . عينة الدراسة :

4 . 1 عددها : 05 أطفال مصابين بالتأتأة سنهم ما بين (6 إلى 10 سنوات) .

4 . 2 طريقة اختيارها : تم اختيار العينة بالطريقة القصدية، والتي يقصد بها أننا نختار بقصد معين فهي تعد ملائمة لبحث حالات معينة، وهي مفيدة في الحالات التي نرغب فيها الوصول إلى العينة المرغوبة بسرعة.

4 . 3 خصائص العينة: حسب متغير جنس الطفل المصاب (ذكور) ، وحسب تواجد العينة **(بمتوسطة خديجة بن يخلف بالمدية)**، وحسب متغير سن المصاب بين (6 إلى 10 سنوات) كان سيتم التطبيق على 05 حالات.

وقد قمنا بزيارة العديد من العيادات سواء النفسية أو الأرطوفونية، كما كنا سنقوم بالذهاب إلى جمعية تدعى ب " **جمعية الأقواس** " المتواجدة بولاية المدية من أجل تطبيق تقنية السيكودراما على الأطفال المتأتئين، كذلك كنا سنقوم بالذهاب إلى دار الثقافة " حسن الحسني " من أجل المسرح (السيكودراما).

5 . أدوات الدراسة:

لقد اعتمدنا في دراستنا على الأدوات التالية :

5 . 1 المقابلة العيادية : تعد واحدة من طرق جمع المعلومات الهامة، و هي عملية تتم بشكل بين الباحث وشخص آخر أو مجموعة أشخاص، تطرح من خلالها أسئلة، ويتم تسجيل إجاباتهم على تلك الأسئلة المطروحة.

فهي المحادثة المنظمة بين اثنين الفاحص والمفحوص وجها لوجه، بقصد الحصول على معلومات معينة لها علاقة بالحالة أو الموضوع المراد دراسته، وهي لا تقتصر على المحادثة فقط بل معرفة الجوانب الأخرى من المستجيب كتعبيرات الوجه وإيماءته وحركاته.**(منذر عبد الحميد الضامن،2006،ص96 . 98)**

ومن بين أنواع المقابلة التي كنا بصدد استخدامها في دراستنا هي المقابلة نصف الموجهة وهي :

. المقابلة نصف الموجهة : في هذا النوع من المقابلة يقوم الباحث بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المفحوص، مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح أسئلة من حين لآخر دون خروجه عن الأسئلة، وهذا ما اعتمدنا عليه في دراستنا.

. طريقة تطبيقها :

1. التحضير : ويشمل إعداد دليل للمقابلة إذا لزم الأمر، وقائمة أسماء المستجيبين وأماكنهم، وأن يحدد المقابل الوقت المناسب للمستجيب كي يتمكن من الحضور، وعلى المقابل أن يعد نفسه لكيفية التعامل مع المستجيب حال حضوره.

2. المقدمة : كما نعلم فإن المقابل يعد غريبا بالنسبة للمستجيب، لذا على المقابل أن يقدم نفسه إلى المستجيب وحتى يشجعه على الاستجابة.

3. تطوير العلاقة وتكوين الألفة: وذلك من خلال:

. فهم المسترشد والبدء في تكوين علاقة معه مليئة بالألفة والثقة.

. البدء بالحديث حول موضوع يثير الإهتمام.

4. الشروع بالمقابلة : وذلك من خلال :

. بدء المقابلة بطريقة بعيدة عن الرسمية وجعلها طبيعية قدر الإمكان.

. توجيه الأسئلة إلى المستجيب كما هي مرتبة في قائمة الأسئلة.

. معرفة الهدف من كل سؤال يتم توجيهه حتى يتم التحقق من أن الإجابة كافية أم لا.

. إذا لم يكن السؤال واضحا يتم إعادته ببطء وتوضيحه جيدا.

. أخذ الأجوبة بشكل طبيعي دون الاستغراب أو عدم الرضا، فدور المقابل ليس إصدار الأحكام.

. الإصغاء إلى المستجيب بكل صبر وعدم التدخل معه في جدال أو مهاجمته.

. إظهار الاهتمام بما يقوله المستجيب وعدم الكشف عن آراء المقابل حتى ولو طلب المستجيب منه ذلك.

5. تسجيل المقابلة: من الأفضل أن يقوم المقابل بتسجيل المعلومات التي حصل عليها مع الملاحظات التي قام بملاحظتها أثناء المقابلة، وبإمكان المقابل أن يستخدم تسجيلات آلية لكن لابد من أخذ رأي المستجيب مسبقا إذا وافق أو لم يوافق.**(منذر عبد الحميد الضامن،2006،ص104 . 105)**

. دليل المقابلة :

فيما يلي دليل المقابلة الذي كنا بصدد استخدامه في دراستنا وهو كالتالي :

. **<u>المحور الأول :</u>** التعرف على المفحوص

. البيانات الأولية الشخصية

. مرحلة الحمل والولادة

. النمو الحسي الحركي

. النمو اللغوي

. التاريخ التعليمي

. التاريخ الصحي والمرضي

. المحور الثاني : تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة

. المحور الثالث: الوضع الأسري للمفحوص والصعوبات اللفظية لديه

. كم كان في عمرك عندما أصبحت تأتئ ؟

. ما هو السبب الذي كان وراء حدوث التأتأة لديك ؟

. ما هي الأشياء التي تغيرت في حياتك بسبب التأتأة ؟

. كيف كانت ردة فعل عائلتك عندما أصبحت تتأتأ ؟

. كيف هي علاقتك مع أسرتك ؟

. كيف هي الأجواء العامة داخل عائلتك : علاقة والديك ببعضهما، علاقتك أنت بإخوتك ؟

. هل كانوا والديك يقومون بتصحيح كلامك عندما تأتئ ؟

. هل يدعونك تكمل كلامك أم يقاطعوك ؟

. هل تشعر أن هناك فرق بينك وبين إخوتك ؟

. هل تشعر أن عائلتك تفهمك ؟

. هل هناك في عائلتك من يشجعك ويساندك ؟

. المحور الرابع : المعاش النفسي للمفحوص مع التأتأة

. ماذا يحدث في ذهنك عندما تحاول الكلام وماذا تقول لنفسك ؟

. ما هي المواقف التي تزيد فيها التأتأة ؟

. هل تحس بنقص عندما تدخل في حوار مع الآخرين ؟

. ما هو شعورك وأنت تتأتئ ؟

. هل حاولت العلاج ؟

. عند دخولك المدرسة هل وجدت صعوبة في التأقلم ؟

. كيف كانت معاملة المعلمين معك ؟

. ما هو شعورك عندما كان يطلب منك الإجابة عن سؤال أو قراءة نص ؟

. كيف كانت ردة فعل زملائك عندما تتأتئ داخل القسم ؟

. هل لديك أصدقاء وكيف هي علاقتك معهم ؟

. المحور الخامس : معرفة ثقة المفحوص بنفسه مع تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالثقة بالنفس

. هل تقوم بإنجاز المهام المطلوبة منك بنفسك أم تطلب مساعدة الآخرين لك ؟

. هل تتخذ قراراتك بنفسك أم لا ؟

. هل تعتمد على نفسك أم لا ؟

. هل تستطيع أن تعبر عن رأيك في أي موضوع مع عائلتك أو أصدقائك ؟

. هل تحب التعرف على أصدقاء جدد ؟

. ما هو شعورك وأنت تتحدث أمام أناس جدد أو غرباء ؟

. هل تخاف من التجمعات ؟

. هل تحب المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والرحلات المدرسية ؟

. هل أنت راض عن نفسك ؟

. هل تتمنى أن تغير من نفسك وتتخلص من هذا الاضطراب ؟

. ملخص المقابلات التي كنا بصدد القيام بها وهي كالأتي :

وبالنسبة لمكان إجراء المقابلة كان من المفروض أن يكون في المؤسسة التربوية . وحدة الكشف المدرسي . بالتحديد في مكتب الأخصائية الأرطوفونية نظرا لتواجد الحالات في تلك المؤسسة.

المقابلات	تاريخها	مدتها	هدفها
الأولى	/	/	التعرف على المفحوص
الثانية	/	/	تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة
الثالثة	/	/	معرفة الوضع الأسري للمفحوص والصعوبات اللفظية لديه
الرابعة	/	/	معرفة المعاش النفسي للمفحوص مع التأتأة

الخامسة	/	/	معرفة ثقة المفحوص بنفسه مع تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالثقة بالنفس

5 . 2 الملاحظة العيادية : انتباه مقصود ومنظم ومضبوط للظواهر أو الأحداث أو الأمور، بغية اكتشاف أسبابها وقوانينها.**(حمدى أبو الفتوح عطيفة،2002،ص331)**

فالملاحظة هي عملية عقلية وأداة رئيسية في جمع المعلومات، كما أنها أداة هامة يعتمد عليها المرشد النفسي في متابعة السلوك من خلال مواقف و ظروف وأزمنة مختلفة، بحيث يمكن تسجيل المعلومات كما تحصل في الواقع وكذلك دراسة السلوك الحقيقي، بالإضافة إلى دراسة الأشخاص الذين يجدون صعوبات في التعبير اللفظي.

. طريقة تطبيقها :

1. تحديد الهدف الذي يسعى الباحث إلى إثباته من خلال استخدام الملاحظة في بحثه.

2. تحديد الفئات التي ستخضع للملاحظة.

3. تحديد مجال الملاحظة وتهيئة مكانها.

4. تحديد الفترة الزمنية التي تحتاج إليها الملاحظة.

5. تدوين البيانات والمعلومات وهنا يجب أن يكون لدى الباحث الاستعداد والقدرة اللازمة التي تمكنه من استيعاب الكم الهائل من المعلومات التي جمعها عن طريق الملاحظة وتسجيلها وتنظيمها والاستفادة منها

عن طريق إعداد القوائم التي تتضمن أنماط السلوك المتوقعة وبذلك يختصر الكثير من الوقت ليفرغ نفسه لمتابعة الملاحظة.

6. التأكد من صحة الملاحظات عن طريق إعادة الملاحظة مرارا وتكرارا أكثر من مرة وعلى فترات زمنية متباعدة أو عن طريق مقارنة ما يلاحظه باحث آخر في نفس المجال.

7. عدم تأجيل تسجيل الملاحظات إلى ما بعد الانتهاء من عملية المراقبة لأنها قد تسبب نسيان بعض المظاهر والملاحظات الهامة وبالتالي تؤثر على مصداقية البحث.

8. لتسهيل عملية الملاحظة يمكن الاستعانة بأدوات مثل : أشرطة التسجيل أو كاميرات التي تساعد على نقل الصورة الواقعية لكن لابد من أخذ موافقة الأشخاص الذين هم موضوع الملاحظة.

9. تهيئة الظروف التي تكون فيها الأحوال طبيعية قدر الإمكان دون تدخل الباحث أو حدوث أي تأثير منه. **(www.hyatok.com)**

. شبكة الملاحظة أو بطاقة الملاحظة : هي عبارة عن قائمة تحتوي على جميع الجوانب التي يراد ملاحظتها بحيث يعبر عن كل جانب ببنود أو فقرات للملاحظة تعبر عن السمة المراد ملاحظتها، و أمام كل فقرة بدائل تعبر عن ظهور السمة أو عدم ظهورها، ويقوم الملاحظ بتأشير البديل الذي يعبر عن ظهور أو عدم ظهور السمة المراد ملاحظتها، مع تحديد اسم المفحوص و مستوى تعليمه بالإضافة إلى السن والسلوك المستهدف أو المراد ملاحظته، تاريخ وزمان ومكان الملاحظة ومدتها.**(محسن علي عطية،2009،ص235)** فهي عبارة عن نموذج معد من جانب الباحث العلمي لمراقبة السلوكيات المرتبطة بظاهرة محددة، من أجل الحصول على البيانات والمعلومات في ظل عوامل وظروف معينة.

. بناء شبكة الملاحظة :

. المرحلة الأولى : تحديد الأهداف من شبكة الملاحظة في ضوء طبيعة موضوع البحث العلمي المراد تنفيذه.

. المرحلة الثانية : تحديد عينة الدراسة المراد ملاحظتها.

. المرحلة الثالثة : تصميم شبكة الملاحظة وتتمثل في إعداد نموذج والذي يختلف في البيانات المدونة به حسب طبيعة البحث، وهي عبارة عن صفات وتوجهات يتوقعها الباحث وتقابلها البدائل للتأشير عليها.

. المرحلة الرابعة : اختبار شبكة الملاحظة حيث من المهم أن يقوم الباحث بتجربتها قبل الشروع في الملاحظة الشاملة، والهدف من ذلك هو التأكد من مدى جدواها في منح النتائج المنضبطة التي يتطلع إليها الباحث.

. المرحلة الخامسة : التطبيق الشامل على العينة وفيها يقوم الباحث العلمي بإجراء الملاحظة على عينة الدراسة وتدوين جميع المعلومات المرتبطة بذلك.(**www .mobt3ath.com**)

. شبكة الملاحظة : لقد قمنا ببناء شبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة من إعداد (**عبد العزيز الشخص 1997**)، و شبكة الملاحظة الخاصة بالثقة بالنفس من إعداد (**سيدني شروجر 1990**) ترجمة وتعريب الدكتور (**عادل عبد الله محمد**) كلية التربية جامعة الزقازيق، حسب دراستنا التي كنا بصدد تطبيقها على الحالات وهي تحتوي على :

. الهدف : وهو ملاحظة مظاهر التأتأة والثقة بالنفس عند حالات الدراسة.

. الفئة التي ستخضع للملاحظة : هي الفئة التي تعاني من التأتأة مع وضع البيانات الأولية للحالات، نجد فيها الاسم والجنس، السن والمستوى التعليمي.

. مكان وزمان الملاحظة.

. مدة الملاحظة ونوعها.

شبكة الملاحظة خاصة بالتأتأة

المحاور	المظاهر	يوجد	لا يوجد
التكرار	. يكرر في كل بداية جملة الكلمة الأولى . يكرر في كل بداية جملة الحرف الأول . يكرر الحرف الأول من الكلمة		
التوقفات	. يتوقف أكثر من مرة أثناء الحديث . توجد حروف يتوقف عندها ولا يستطيع إكمال الكلمة . يتوقف عند حرف معين ثم يكمل بعد فترة طويلة . يتوقف عند حرف معين ثم يكمل بعد فترة قصيرة		
الإطالة	. يطيل في حرف معين في بداية الكلمة . يطيل في حرف معين في وسط الكلمة . يطيل في حرف معين في آخر الكلمة		
المظاهر الجسمية	. ارتعاش الشفتين أثناء الحديث . يوجد توتر في عضلات الوجه والفك أثناء الحديث . هز الرأس . حركات لا إرادية فجائية لليدين أو الرجلين . شد قبضة اليد		
اضطرابات في التنفس	. استنشاق الهواء بصورة مفاجئة . إخراج كل هواء الزفير		

شبكة ملاحظة خاصة بالثقة بالنفس

المحاور	المظاهر	يوجد	لا يوجد
الاعتماد على النفس واتخاذ القرار	. ينجز المهام المطلوبة منه كما يرام . يجب أن يقوم شخص ما بأداء المهام المطلوبة منه بدلا منه . يهرب من المواقف التي تتطلب المواجهة . يمتنع عن استشارة من هو أعلم منه . يتمسك برأيه الذي يتخذه ولا يغيره . شخص متردد		
الجانب الاجتماعي	. يخشى التحدث أمام الغرباء . يظهر عليه احمرار في وجهه عند مواجهة أناس جدد . ينسى بعض الكلمات أثناء الإلقاء أمام الآخرين . يتكلم بشكل متذبذب بين منخفض ومرتفع . يتكلم بشكل منخفض . يتكلم بشكل مرتفع . يتكلم بشكل سريع . تجنب بعض الكلمات التي يخاف من نطقها واستبدالها بكلمات أخرى أو التوقف عند نطقها . عدم المحافظة على التواصل البصري والنظر في اتجاه أخر . يغطي فمه بيده عند التكلم		
تقبل الذات	. يظهر عليه احمرار في وجهه أثناء حركة لسانه المرتعشة أو ارتعاش شفتيه . لا يشعر بالخجل أثناء ظهور المظاهر الجسمية المصاحبة للتأتأة كارتعاش الشفتين أو هز الرأس أو الحركات اللاإرادية لليدين أو الرجلين		

التغيرات الفيسيولوجية	. ضيق في التنفس إذا تحدث أمام الآخر . ترتجف أطرافه . يتصبب عرقا		

5 . 3 دراسة الحالة : هي من الوسائل الهامة التي يمكن من خلالها جمع بيانات متعددة وشاملة حول الفرد، مما يتيح بالتالي من فهم سلوكه أو المشكلة التي يعاني منها، فمن خلالها يتم جمع بيانات كثيرة تتعلق بالحالة من حيث تاريخها وأعراضها ومظاهرها وظروف حدوثها وما يترتب عليها من آثار ونتائج. فهي الإطار الذي ينظم ويقيم فيه الأخصائي الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي يحصل عليها من الفرد وذلك عن طريق : الملاحظة، المقابلة، التاريخ الاجتماعي، السيرة الشخصية، الاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية.

ودراسة الحالة مصطلح يستخدم بكثرة خاصة في مجال العلوم السلوكية والاجتماعية والإنسانية ليشير إلى الوصف والتحليل الشامل والدقيق لوحدة مستقلة، أيا كانت هذه الوحدة موضوع، شخص أو جماعة.(**عبد الفتاح دويدار،1999،ص103)**

5 . 4 تقنية السيكودراما : السيكودراما أو الدراما النفسية هي مسرح نفسي ذو هدف علاجي بحت، يقوم الأطفال أو المرضى بأداء أدوار مسرحية، ويتم أثناء تمثيلهم لهذه الأدوار إعادة لتاريخهم المرضي ولذا يحدث التنفيس الانفعالي، ولذلك تعتبر السيكودراما أسلوب علاجي تمزج الخيال بالواقع.(**إيناس حسين احمد جودة، 2015،ص12)**

. عناصر السيكودراما :

تتكون السيكودراما بخلاف العلاجات النفسية الأخرى من مجموعة من العناصر أو المكونات الأساسية وتترابط هذه العناصر فيما بينها لتشكل منظومة متكاملة تهدف للوصول بالمشاركين والأبطال إلى تفريغ وعلاج نفسي فعال ومن أهم هذه العناصر هي :

حيث كنا سنتطرق إلى هذه العناصر في دراستنا بالنسبة لتطبيق الدراما النفسية (السيكودراما) مع الأطفال الذين يعانون من التأتأة من أجل تعزيز ثقتهم بنفسهم.

1. موضوع التمثيلية (القصة) : موضوع التمثيلية يكون عبارة عن قصة تدور أحداثها حول قضايا سلوكية، نفسية، اجتماعية بهدف تعديل السلوكيات المرغوبة وتشكيلها والتخلص من السلوكيات الغير مرغوبة والتكيف النفسي و الاجتماعي، والإحساس بالصحة النفسية.

2. تأليف القصة : كنا سنقوم نحن كباحثين باختيار قصة هادفة تناسب الحالات لدينا (الأطفال المصابين بالتأتأة) وهذا طبعا مع الأخذ بموافقتهم .

3. الأدوار : هي الأدوار التي يلعبها الأطفال المصابين بالتأتأة في التمثيلية، ويتم توزيعها عليهم حسب قدراتهم واستعداداتهم و ميولاتهم.

4. الإخراج : كنا سنقوم نحن كباحثين بإخراج التمثيلية، مع لعب دورا محددا في التمثيلية، والقيام بتوزيع الأدوار على الأطفال المتأتئين.

5. الأبطال (الممثلون) : وهم الذين تتمركز حولهم أحداث العمل المسرحي، أي الذين يقومون بتمثيل القصة، ويكون لأحدهم دور البطل الرئيسي أو الشخصية الرئيسية ويمثل باقي الأعضاء أدوار ثانوية، ثم يتم عكس الأدوار ومن الضروري إسناد الأدوار للأبطال بطريقة تسمح بالتخلص من القلق والإحباط والصراع والتعبير عن مشاعرهم وتحقيق ذواتهم الاجتماعية.

6. خشبة المسرح : وهو المكان الذي يؤدى فيه العلاج السيكودرامي، ولا توجد أي شروط معينة لهذا المسرح، ولا يوجد بشكله التقليدي إلا في أماكن التدريب، وإن كان البعض يفضله أن يكون دائريا وأن يسمح بالحركة و أن يعلو قليلا عن سطح الأرض، ولكن يرى " مورينو " أن خشبة المسرح ليست ضرورية فمن الممكن أن تجرى الجلسات السيكودرامية في أي مكان به المسترشدين (مستشفى أو مدرسة ....الخ) فالبنسبة لنا كنا سنقوم بتطبيق جلسات الدراما النفسية في المؤسسة التعليمية .

7. اختيار الأدوار : بالنسبة لاختيار الأدوار تترك الحرية الكاملة للأطفال المتأتئين لاختيار الأدوار التي تناسبهم ويرغبون في أدائها، لكي يؤدي كل عضو دوره بصورة تلقائية وهذا مقوم أساسي لإبراز ميولاته واتجاهاته وتطلعاته الحقيقية.

8. المشاهدون (المتفرجون) : وهي مجموعة المشاهدين و الحاضرين في الجلسة السيكودرامية وهي تمثل الرأي العام بالنسبة للبطل.

9. عملية التسجيل : كنا سنقوم بتسجيل التمثيلية على شريط فيديو من أجل خدمة المناقشة الجماعية التي تلي عملية التمثيل للقصة، ومن أجل تحقيق العديد من الأهداف التي تسعى إليها السيكودراما كالاستبصار الذاتي، و التعرف على جوانب الشخصية المختلفة وتحديد السلوكيات الغير مرغوبة وهذا ما كنا سنقوم به مع الأطفال المتأتئين.

. أساليب وفنيات السيكودراما : يستخدم في التمثيل النفسي السيكودرامي عدد من الأساليب الخاصة، وضعت من أجل تقوية المشاعر وتكثيفها، وتؤدي إلى تنفيس العواطف وتزيد من فهم الذات، ومن بين الأساليب والفنيات التي كنا بصدد استخدامها في دراستنا (أسلوبين)، والتي يمكن استخدام أكثر من فنية في جلسة واحدة أو العكس استخدام فنية واحدة في عدة جلسات هي كالتالي:

. أسلوب تقديم الذات : وفيه يقوم المفحوص (الطفل المتأتئ) في المسرحية بتقديم نفسه و أسرته وإخوته، على أن تترك له كل الحرية في ذلك، وهذا ما يجعلنا كباحثين من اكتشاف أشياء ربما لا يبوح بها الطفل المتأتئ خارج التمثيلية.

. أسلوب لعب الأدوار : حيث يقوم الأطفال المتأتئين بتمثيل أدوار أشخاص آخرين (حسب الرغبة)، ويتم أيضا عكس الأدوار فيما بينهم بمعنى انتقال من دور إلى آخر.

. خلاصة الفصل :

تناولنا في هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة بدءا من الدراسة الاستطلاعية، ثم التطرق إلى منهج الدراسة بالإضافة إلى شرح أهم الوسائل والأدوات والتقنيات التي كنا سنقوم بالاعتماد عليها في دراستنا.

الفصل السادس

تصور النتائج المتوقعة في ظل الفرضيات المطروحة

1 ـ تصور عام عن نتائج الدراسة

2 ـ الاستنتاج العام

. تصور عام عن نتائج الدراسة:

قسمنا فكرة التصور إلى مستويين : من خلال جمع مجموعة قصص للأطفال :

. المستوى الأول تمثيل حيوانات أليفة من خلال (قصة) بها أدوار لحيوانات خصوصا إذا كان الطفل لديه فوبيا، خجل، وسواس قهري فهذا المستوى بمثابة تحضير لهذا الطفل للدخول في المستوى الثاني، وهذا المستوى يلعب دورا في مساعدة الطفل المتأتئ على إخراج الصوت.

. المستوى الثاني تمثيل شخصيات إنسانية، مع إرتداء القناع الواقي (الكمامة) حتى يستطيع التمثيل و التكلم بأريحية، و التمثيل فوق شيء مرتفع مثلا (مصطبة) من أجل تعزيز الثقة بالنفس، ومن ثم الانتقال من فنية إلى فنية أكثر تعقيدا في فنيات السيكودراما و نعتمد في السيكودراما على تقنية قلب الأدوار و تقنية المرأة بحيث نقوم باعطاء الأطفال المصابين بالتأتأة واجبات منزلية حيث نقدم لهم واجبات منزلية عبارة عن جملة مثلا يقوم بالتكلم بها أمام المرأة ليلاحظ تحرك شفاهه أثناء الكلام ومن أجل تعديل و تصحيح النطق.

. كذلك تطبيق تقنية الاسترخاء التي نعتمد فيها على التنفس العميق الذي سيساعد الطفل المتأتئ على التنفس بشكل صحيح خصوصا و أن الطفل الذي يعاني من التأتاة يعاني من اضطرابات في التنفس، ونستعمل تقنية الاسترخاء ايضا كل ما كان الطفل في حالة إنفعال أو توتر من أجل تخفيف القلق و التوتر.

بالتالي نجد أن لتقنية السيكودراما فعالية مزدوجة من خلال خفض أعراض التأتاة التي تؤدي إلى إنخفاض مستوى الثقة بالنفس وكذا تسمح بمعالجة الإضطرابات النفسية المصاحبة للتأتأة كالخجل و الخواف و نقص تقدير الذات و عدم الثقة بالنفس.

. الاستنتاج العام :

في ظل التصور الذي قمنا بتقسيمه إلى مستويين (المستوى الأول و المستوى الثاني)، و الذي سبق وأن تطرقنا إليه، وجدنا أن لتقنية السيكودراما فعالية مزدوجة من خلال خفض أعراض التأتاة التي تؤدي إلى إنخفاض مستوى الثقة بالنفس وكذا تسمح بمعالجة الإضطرابات النفسية المصاحبة للتأتأة كالخجل و الخواف و نقص تقدير الذات و عدم الثقة بالنفس و بالتالي كل متغير يؤثر في الأخر وهذا ما أثبت فرضياتنا.

وعليه نستنتج في الأخير أن الفرضية العامة القائلة بأن " لتقنية السيكودراما فعالية في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل المتأتئ "، وكذا الفرضيات الجزئية القائلة بأن " الطفل المتأتئ يعاني من مستوى منخفض في الثقة بالنفس " و " أن تقنية السيكودراما فعالة في التخفيف من مختلف الأعراض التي يعاني منها الطفل المتأتئ ".

و على هذا الأساس فإننا نتوقع أن تكون فرضياتنا صحيحة و مثبتة.

خاتمة

الخاتمة :

ختاما لموضوع بحثنا و المتمثل في فعالية تقنية السيكودراما في تعزيز الثقة بالنفس لدى الطفل الذي يعاني من التأتأة، نجد أن التأتأة تعتبر من أنواع اضطرابات الكلام عند الأطفال، وقد يستمر هذا الاضطراب مع الفرد طيلة حياته، وهذا المشكل ذو حدين، فهو سهل العلاج عند كثير من الحالات، ويكون مشكلا صعب التعامل معه في حالات أخرى وذلك حسب الاهتمام بالحالة وسرعة التكفل بعلاجها.

و تعتبر هذه المشكلة من المشاكل التي تترتب عنها مشاكل أخرى من بينها صعوبة التعامل و الاتصال و التحصيل الدراسي والتكيف مع البيئة المدرسية، وتغيرات في معرفة الأشياء، وفي السلوكات تجاه الآخرين وفي التعبيرات الحسية و الجسدية و الانفعالية، وكذا الخوف و القلق و عدم الثقة بالنفس وعلى هذا الأساس أشرنا في الدراسة التي قمنا بها بأن لدى الأطفال المتأتيئين ضعف في الثقة بالنفس لهذا كنا سنقوم بتطبيق تقنية السيكودراما من أجل تعزيز الثقة بالنفس لدى الأطفال الذين يعانون من التأتأة، لكن بسبب جائحة " كوفيد ـ 19 " لم نستطع تطبيق تقنية السيكودراما على الأطفال الذين يعانون من التأتأة، وبدلا من ذلك قمنا بمناقشة الفرضيات المطروحة في ظل الدراسات السابقة، فقد لاحظنا توافق واتفاق الدراسات السابقة مع فرضياتنا المطروحة و بالتالي استنتجنا أن الفرضيات التي قمنا بطرحها هي فرضيات صحيحة.

و في الأخير نأمل أن يكون هذا البحث ما هو إلا بداية للاهتمام، و العناية، و الدراسة بفئة الأطفال المصابين بالتأتأة و الذين يعانون من ضغوطات ترتبط بمجتمع يسخر من طريقة كلامهم ما يؤدي إلى عدم الثقة بأنفسهم، وعليه فإن هدفنا الأساسي هو لفت النظر إلى هذه الشريحة من المجتمع.

حيث جاءت هذه الدراسة رغم عدم وجود تطبيق لها بسبب جائحة " كوفيد ـ 19 " لتكشف لنا أن هناك أطفال يواجهون مشاكل وصعوبات سواء على المستوى الشخصي، العلائقي، التعليمي، المستقبلي، و بالأخص على المستوى الخطابي الذي يستخدم للتأثير في الآخرين أو تقلل المعلومات، فهنا ننوه جميع أفراد المجتمع على مراعاة هؤلاء الأطفال وتقديم المساعدات والدعم لهم على جميع الأصعدة فهي بالتالي مسؤولية الجميع وبالأخص العلاج النفسي الأرطوفوني.

وبما أن شخصية الإنسان تبنى في الطفولة فلنتعاون جميعا لنمنح أطفالنا حياة نفسية مستقرة و بالتالي ضمان العطاء العلمي و المعرفي ومن ثم مجتمع سليم.

قائمة المراجع

ـ المراجع باللغة العربية:

1- الكتب :

1- القرآن الكريم.

2 ـ إبراهيم عبد الله فرج الزريقات (2005)، اضطرابات الكلام و اللغة (التشخيص و العلاج)، دار الفكر للنشر و التوزيع، عمان ـ الأردن، ط 1.

3 ـ أحمد عكاشة (1999)، المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض تصنيف الاضطرابات النفسية و السلوكية، منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، جامعة عين شمس بالقاهرة.

4 ـ أسماء بنت أحمد المحيصي (د سنة)، الطفولة مشاكل و حلول، د دار للنشر و التوزيع، د بلد، د طبعة.

5 ـ أسعد يوسف (د سنة)، الثقة بالنفس، دار النهضة للطباعة و النشر، القاهرة ـ مصر،ط 1.

6 ـ أنور الحمادي (2014)، الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس، إعداد و توزيع جهاد محمد حمد.

7 ـ إيمان فؤاد كاشف (2010)، مشكلات الكلام و اللجلجة: دليل الوالدين و المعلمين، دار الكتاب الحديث، القاهرة،ط 1.

8 ـ أيمن سليمان مزاهرة (2009)، الأسرة و تربية الطفل، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان الأردن،ط 1.

9 ـ جميل شريف أحمد البابلي و إيمان فتوح (د سنة)، علاج مشكلة التأتأة عند الأطفال دليل الأمهات و الآباء، من إصدار الجمعية الأمريكية للتأتأة، دوحة قطر،ط 4.

10 ـ حامد عبد السلام زهران (1986)،علم النفس النمو، مكتبة دار العلم للنشر و التوزيع، د بلد، د طبعة.

11 ـ حامد عبد السلام زهران (1997)، الصحة النفسية و العلاج النفسي، عالم الكتب للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 3.

12 ـ حسن مصطفى عبد المعطي و هدى محمد قناوي (2001)، علم النفس النمو الأسس و النظريات الجزء الأول، دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

13 ـ حسن شحاتة (2008)، المرجع في مناهج البحوث التربوية و النفسية، مكتبة الدار العربية للكتاب، القاهرة، ط 1.

14 ـ حسين عبد القادر و حسين سعد الدين (1994)، انحراف الأحداث و السيكودراما، دار عامر للطباعة و النشر، المنصورة، ط 1.

15 ـ حمدى على الفرماوى (2006)، نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة و اضطرابات التخاطب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ط 1.

16 ـ حمدى أبو الفتوح عطيفة (2002)، منهجية البحث العلمي و تطبيقاتها في الدراسات التربوية و النفسية، دار النشر للجامعات، مصر، ط 1.

17- حمزة الجبالي (2006)، مشاكل الطفل و المراهق النفسية، دار أسامة للنشر و التوزيع، عمان الأردن، ط 1.

18- سعاد هاشم عبد السلام قصيبات (2007)، علم النفس النمو (الطفولة و المراهقة)، دار مصراته للكتاب للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 4.

19 ـ سعيد كمال عبد الحميد العزالى (2011)، اضطرابات النطق و الكلام التشخيص و العلاج، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمان، ط 1.

20 ـ سهير محمود أمين (2000)، اللجلجة المفهوم الأسباب العلاج، دار الفكر العربي للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

21 ـ سهير محمود أمين عبد الله (2005)، اضطرابات النطق و الكلام التشخيص و العلاج، عالم الكتب للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

22 ـ عادل عز الدين الأشول (2008)، علم النفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة، مكتبة الأنجلو المصرية للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

23 ـ عباس محمود عوض (1999)، مدخل إلى علم النفس النمو الطفولة ـ المراهقة ـ الشيخوخة، دار المعرفة الجامعية للنشر و التوزيع، الإسكندرية، ط 1.

24 ـ عبد الرحمن العيسوي (2000)، اضطرابات الطفولة و المراهقة وعلاجها، دار الرتب الجامعية للنشر و التوزيع، بيروت، ط1.

25- عبد العزيز شخص (1988)، اضطرابات النطق و الكلام خلفيتها تشخيصها، أنواعها، علاجها، كلية التربية جامعة عين شمس، ط 1.

26 ـ عبد الفتاح مصطفى غنيمة (1994)، حاجات الطفل للنفس و البدن الأدب و الفن و الموسيقى والمهارات، سلسلة عالم الطفل للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 2.

27 ـ عماد عبد الرحيم الزغول و علي فالح الهنداوي (2014)، مدخل إلى علم النفس، دار الكتاب الجامعي للنشر و التوزيع، بيروت، ط 8.

28 ـ علي عسكر (د سنة)، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

29- عبد اللطيف حسن فروج (2007)، تحفيز التعلم، دار حامد للنشر و التوزيع، عمان الأردن، ط1.

30 ـ فكري لطيف متولي (2015)، اضطرابات النطق و عيوب الكلام، مكتبة الرشد للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

31 ـ فيصل العفيف (د سنة)، اضطرابات النطق و اللغة، مكتبة الكتاب العربي للنشر و التوزيع، د بلد، د طبعة.

32 ـ كارل هنري (1992)، كيف تقرأ أفكار الآخرين من خلال حركاتهم، ترجمة إيناس زيارة، دار الإبداع، عمان، ط 1.

33 ـ كريمان بدير (2010)، الأسس النفسية لنمو الطفل، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان الأردن، ط2.

34 ـ لكود محمد منير (2006)، المتابعة علم وفن، معهد المحيط للغات و المتابعة، دمشق الجمهورية العربية السورية، ط 1.

35- محسن علي عطية (2015)، المناهج الحديثة و طرائق التدريس، دار المناهج للنشر و التوزيع، عمان، ط 1.

36 ـ محمد أيوب شحيمي (1994)، مشاكل الأطفال و كيف نفهمها المشكلات و الانحرافات الطفولية و سبب علاجها، دار الفكر اللبناني، بيروت، ط 1.

37 ـ مصطفى فهمي (1975)، أمراض الكلام، مكتبة مصر للنشر و دار مصر للطباعة، مصر،ط 5.

38 ـ مصطفى نعيم الياسري (د سنة)، مفهوم مرحلة الطفولة المبكرة.

39 ـ منصور بن محمد الدوخى و عبد الرحمن بن إبراهيم العقيل (د سنة)، اضطرابات التخاطب عند الأطفال إرشاد الأسرة و المعلم، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية للنشر، الرياض، د طبعة.

40 ـ منذر عبد الحميد الضامن (2006)، أساسيات البحث العلمي، دار المسيرة للنشر و التوزيع، عمان، ط 1.

41 ـ محمد محمود هليل (د سنة)، علم النفس النمو، مكتبة دار العلم للنشر و التوزيع، د بلد، د طبعة.

42 ـ محمد محمود النحاس و سليمان رجب سيد أحمد (2008)، العلاج النفسي (التخاطبي) لصور التلعثم لدى ذوي صعوبات التعلم، المركز الدولي للإستشارات و التخاطب و التدريب، القاهرة دبي، ملتقى الجمعية الخليجية للإعاقة الثامن.

43- محمد بابا عمي (2014)، مقاربة في فهم البحث العلمي، دار وحي القلم للنشر و التوزيع، بيروت،ط1. - محمد عبد الله أبو جعفر (د سنة)، علم النفس النمو، جامعة أم القرى للنشر و التوزيع، د بلد، د طبعة.

44- محمد عبد الله أبو جعفر (د سنة)، علم النفس النمو، جامعة أم القرى للنشر و التوزيع، د بلد، د طبعة.

45- محمد هشام جرير (2008)، كيف تصنع طالبا متفوقا، دار غيداء للنشر و التوزيع، عمان الأردن، ط1.

46 - مريم سليم (2002)، علم النفس النمو، دار النهضة العربية للنشر و التوزيع، بيروت لبنان،ط 1.

47- هالة إبراهيم الجروانى و رحاب محمود صديق (2013)، اضطرابات التأتأة " رؤية تشخيصية علاجية "، دار المعرفة الجامعية للنشر و التوزيع، الإسكندرية، ط1.

48 - هشام إبراهيم عبد الله (2005)، الصحة النفسية و حقوق الطفل في ضوء معايير جودة الحياة، جامعة الزقازيق للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

49- هند امبابى (2010)، التخاطب و اضطرابات النطق و الكلام، جامعة القاهرة مركز التعليم المفتوح، القاهرة، د طبعة.

50- يوسف ميخائيل أسعد (د سنة)، الثقة بالنفس، دار النهضة للنشر و التوزيع، القاهرة، ط 1.

2- المذكرات :

1 - إيناس حسين أحمد جودة، (2015)، دراسة حول فاعلية برنامج علاجي باستخدام السيكودراما في خفض أعراض اضطراب الاكتئاب لدى النساء، قدم هذا البحث استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير غير منشورة من كلية التربية تخصص الصحة النفسية و المجتمعية، غزة.

2- إبراهيم احمد محمد ابو زيد (2005)، فعالية السيكودراما في تنمية السلوك الإيثاري لدى الأطفال، مذكرة لنيل رسالة ماجستيرغير منشورة، كلية التربية.

3- إبراهيم أسماء (1994)، استخدام سيكودراما لخفض اضطرابات الانفعالية لدى الأطفال، رسالة الدكتورة غير منشورة، القاهرة.

4- حسيب محمد حسيب (2009)، دراسة حول فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس وخفض اضطراب اللجلجة في الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية (دراسة سيكومترية، تجريبية، إكلينيكية) لنيل شهادة الماجستير، القاهرة، المركز القومي للتقويم التربوي.

5- حمو بن إبراهيم فخار (2014 - 2015)، دراسة حول الحماية الجنائية للطفل في التشريع الجزائري و القانون المقارن، رسالة لنيل دكتوراه علوم في الحقوق تخصص قانون جنائي، رسالة دكتوراه غير منشورة، بسكرة، كلية الحقوق و العلوم السياسية قسم الحقوق.

6- شطاح هاجر (2010 - 2011)، دراسة حول أثر سوء المعاملة الوالدية على صورة الذات عند الطفل، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، تخصص علم النفس المرضي للعنف، رسالة ماجستير غير منشورة ـ قسنطينة.

7- سمية مصطفى رجب علي (2008 - 2009)، دراسة حول فعالية برنامج إرشادي مقترح لتنمية الثقة بالنفس لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة، قدمت هذه الرسالة إستكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير غير منشورة، في الإرشاد النفسي في كلية التربية غزة.

8- جمعة أمجد عزات عبد المجيد (2005)، دراسة حول مدى فعالية برنامج إرشادي مقترح في السيكودراما للتخفيف من حدة بعض المشكلات السلوكية لطلاب المرحلة الإعدادية، لنيل شهادة الماجستير غير منشورة، قسم الإرشاد النفسي، غزة.

9- غريب محمد (1999)، مدى فعالية برنامج سيكودرامي في تخفيف من القلق النفسي عند أطفال مؤسسة الإيوائية، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة.

10- ملا شيخة (2008)، برنامج سيكودراما لخفض اضطراب نقص الانتباه و فرط الحركة لأطفال الروضة بدولة الامارات العربية المتحدة، لنيل شهادة ماجستير غير منشورة، كلية الأطفال.

11- شحاتة خالد (1999)، استخدام سيكودراما في تخفيف العدوانية لدى الاطفال اللقطاء مجهولي النسب لسن ما قبل المدرسة، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات للطفولة ، عين شمس، القاهرة.

3- المجلات :

1- العنزي فريح عويد (2000)، دراسة حول الشعور بالسعادة وعلاقته ببعض سمات الشخصية دراسات نفسية، مجلد 11 العدد الثالث (3).

2- عفراء خليل (2011)، العلاقة بين التأتأة و القلق (بحث ميداني على عينة من تلاميذ الصف الرابع الابتدائي في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة دمشق)، مجلة جامعة دمشق، المجلد 27 ـ ملحق، كلية التربية جامعة دمشق.

3ـالدسوقي مجدي محمد (2008)،دراسات الصحة النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، مجلد 2، القاهرة.

4- أمال المخزومي (2001)، التنشئة الاجتماعية و الثقة بالنفس، مجلة المهبل، العدد 31, ص 12.

5- عبد الرحمان سيد سليمان (1994)، السيكودراما (مفومها، عناصرها, و استخدامها)، حولية كلية التربية، عدد11، جامعة قطر.

6- غنيم سلامة (2008)، الثقة بالنفس و آثارها على عمليتي التعلم و التعليم، رواية التطوير التربوي، العدد 45، سلطانة عمان.

7- كمال الدسوقي (1990)، ذخيرة علوم النفس، مجلد2، مؤسسة الإجرام، قاهرة.

8- يحيى حسين القطاونة (2014)، فاعلية برنامج تدريبي في علاج التلعثم وأثره في مستوى الثقة بالنفس لدى الأطفال المتلعثمين، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات التربوية و النفسية، المجلد الثاني - ع 7، قسم التربية الخاصة، كلية التربية جامعة طيبة (المدينة المنورة)، السعودية.

4- المعاجم :

1- ابن منظور جمال الدين (2003)، لسان العرب،دار الكتب العلمية، بيروت.

2- فرج عبد القادر طه ومحمود السيد أبو النيل و شاكر عطية قنديل و حسين عبد القادر محمد و مصطفى كامل عبد الفتاح (د سنة)، معجم علم النفس و التحليل النفسي، دار النهضة العربية للطباعة و النشر، بيروت ، ط1.

5- المواقع الإلكترونية :

1-http : //www.almaany .com

2- http: // www.Sotor.com

3- http : // www .youm7 .com

4-http : //www. hyatok.com

5- http : // www.mobt3ath.com

6- المراجع باللغة الأجنبية :

1-association parole , begaiement .
2-carole chemin (2008 -2009) ,le bégaiement chez enfant age scolaire,mémoire pour obtention du diplôme de capacité orthophoniste , université de Nantes .

3-- Corey, G. (2000). Theory and practice of Group counseling, (5th Edition), Brooks/cole, Thowson Learning. Calif.

4-Department, Misurata University, Misrata, Libya.

5- Greenberg, Ira. (1975). Psychodrama: Theory and Therapy. London Souvenir Press, Ltd.

6- Moreno, Zerka. T. (1975). A survey of psychodramatic techniques, In I. A. Greenberg (Ed.) Psychodrama: Theory and Therapy, London, Souvenir Press, Ltd. PP. 85-99.

7- Munir, Samira (2003). The use of psychodrama techniques for students with asperger's disorder, Edward Scholwinski and Jontasser, Texas.

8-Kipper, &Hundal, (2003) , Proposing Conceptual Framework, The role of psychodrama techniques to decrease the level of school violence in the Arab world, Psychology

9-- Kottler, J. A, (1994), advanced group leadership, Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

10-R.Taufiqurrochman ,yusti Dwi Nurwendah (2019) ,language Disorders in stuttering Behavior During childhood Development ,universitas islam Negeri Maulana Malik Ibrahim Malang, Indonesia.

الملاحق

. دليل المقابلة :

فيما يلي دليل المقابلة الذي كنا بصدد استخدامه في دراستنا وهو كالتالي :

. **المحور الأول :** التعرف على المفحوص

. البيانات الأولية الشخصية

. مرحلة الحمل والولادة

. النمو الحسي الحركي

. النمو اللغوي

. التاريخ التعليمي

. التاريخ الصحي والمرضي

. المحور الثاني : تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة

. المحور الثالث: الوضع الأسري للمفحوص والصعوبات اللفظية لديه

. كم كان في عمرك عندما أصبحت تأتئ ؟

. ما هو السبب الذي كان وراء حدوث التأتأة لديك ؟

. ما هي الأشياء التي تغيرت في حياتك بسبب التأتأة ؟

. كيف كانت ردة فعل عائلتك عندما أصبحت تتأتأ ؟

. كيف هي علاقتك مع أسرتك ؟

. كيف هي الأجواء العامة داخل عائلتك : علاقة والديك ببعضهما، علاقتك أنت بإخوتك ؟

. هل كانوا والديك يقومون بتصحيح كلامك عندما تأتئ ؟

. هل يدعونك تكمل كلامك أم يقاطعوك ؟

. هل تشعر أن هناك فرق بينك وبين إخوتك ؟

. هل تشعر أن عائلتك تفهمك ؟

. هل هناك في عائلتك من يشجعك ويساندك ؟

. المحور الرابع : المعاش النفسي للمفحوص مع التأتأة

. ماذا يحدث في ذهنك عندما تحاول الكلام وماذا تقول لنفسك ؟

. ما هي المواقف التي تزيد فيها التأتأة ؟

. هل تحس بنقص عندما تدخل في حوار مع الآخرين ؟

. ما هو شعورك وأنت تتأتئ ؟

. هل حاولت العلاج ؟

. عند دخولك المدرسة هل وجدت صعوبة في التأقلم ؟

. كيف كانت معاملة المعلمين معك ؟

. ما هو شعورك عندما كان يطلب منك الإجابة عن سؤال أو قراءة نص ؟

. كيف كانت ردة فعل زملائك عندما تتأتئ داخل القسم ؟

. هل لديك أصدقاء وكيف هي علاقتك معهم ؟

. المحور الخامس : معرفة ثقة المفحوص بنفسه مع تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالثقة بالنفس

. هل تقوم بإنجاز المهام المطلوبة منك بنفسك أم تطلب مساعدة الآخرين لك ؟

. هل تتخذ قراراتك بنفسك أم لا ؟

. هل تعتمد على نفسك أم لا ؟

. هل تستطيع أن تعبر عن رأيك في أي موضوع مع عائلتك أو أصدقائك ؟

. هل تحب التعرف على أصدقاء جدد ؟

. ما هو شعورك وأنت تتحدث أمام أناس جدد أو غرباء ؟

. هل تخاف من التجمعات ؟

. هل تحب المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والرحلات المدرسية ؟

. هل أنت راض عن نفسك ؟

. هل تتمنى أن تغير من نفسك وتتخلص من هذا الاضطراب ؟

. ملخص المقابلات التي كنا بصدد القيام بها وهي كالأتي :

وبالنسبة لمكان إجراء المقابلة كان من المفروض أن يكون في المؤسسة التربوية . وحدة الكشف المدرسي . بالتحديد في مكتب الأخصائية الأرطوفونية نظرا لتواجد الحالات في تلك المؤسسة.

المقابلات	تاريخها	مدتها	هدفها
الأولى	/	/	التعرف على المفحوص
الثانية	/	/	تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالتأتأة

الثالثة	/	/	معرفة الوضع الأسري للمفحوص والصعوبات اللفظية لديه
الرابعة	/	/	معرفة المعاش النفسي للمفحوص مع التأتأة
الخامسة	/	/	معرفة ثقة المفحوص بنفسه مع تطبيق شبكة الملاحظة الخاصة بالثقة بالنفس

شبكة الملاحظة خاصة بالتأتأة

المحاور	المظاهر	يوجد	لا يوجد
التكرار	. يكرر في كل بداية جملة الكلمة الأولى . يكرر في كل بداية جملة الحرف الأول . يكرر الحرف الأول من الكلمة		
التوقفات	. يتوقف أكثر من مرة أثناء الحديث . توجد حروف يتوقف عندها ولا يستطيع إكمال الكلمة . يتوقف عند حرف معين ثم يكمل بعد فترة طويلة . يتوقف عند حرف معين ثم يكمل بعد فترة قصيرة		
الإطالة	. يطيل في حرف معين في بداية الكلمة . يطيل في حرف معين في وسط الكلمة . يطيل في حرف معين في آخر الكلمة		

المظاهر الجسمية	. ارتعاش الشفتين أثناء الحديث . يوجد توتر في عضلات الوجه والفك أثناء الحديث . هز الرأس . حركات لا إرادية فجائية لليدين أو الرجلين . شد قبضة اليد		
اضطرابات في التنفس	. استنشاق الهواء بصورة مفاجئة . إخراج كل هواء الزفير		

شبكة ملاحظة خاصة بالثقة بالنفس

المحاور	المظاهر	يوجد	لا يوجد
الاعتماد على النفس واتخاذ القرار	. ينجز المهام المطلوبة منه كما يرام . يجب أن يقوم شخص ما بأداء المهام المطلوبة منه بدلا منه . يهرب من المواقف التي تتطلب المواجهة . يمتنع عن استشارة من هو أعلم منه . يتمسك برأيه الذي يتخذه ولا يغيره . شخص متردد		
الجانب الاجتماعي	. يخشى التحدث أمام الغرباء . يظهر عليه احمرار في وجهه عند مواجهة أناس جدد . ينسى بعض الكلمات أثناء الإلقاء أمام الآخرين . يتكلم بشكل متذبذب بين منخفض ومرتفع . يتكلم بشكل منخفض . يتكلم بشكل مرتفع . يتكلم بشكل سريع		

	. تجنب بعض الكلمات التي يخاف من نطقها واستبدالها بكلمات أخرى أو التوقف عند نطقها . عدم المحافظة على التواصل البصري والنظر في اتجاه أخر . يغطي فمه بيده عند التكلم		
تقبل الذات	. يظهر عليه احمرار في وجهه أثناء حركة لسانه المرتعشة أو ارتعاش شفتيه . لا يشعر بالخجل أثناء ظهور المظاهر الجسمية المصاحبة للتأتأة كارتعاش الشفتين أو هز الرأس أو الحركات اللإرادية لليدين أو الرجلين		

. إعداد نموذج دراسة حالة :

1 . البيانات الشخصية الأولية :

. اسم الحالة :

. العمر الزمني :

. الجنس :

. الحالة الأسرية للأبوين : هل هم في حالة زواج ؟ أو طلاق ؟ أو أرامل؟ أو متوفيين ؟

. المستوى الاجتماعي للأسرة : فقيرة ؟ أم عادية ؟ أم غنية ؟

. مستوى الأبوين : بدون مستوى ؟ ابتدائي ؟ متوسط ؟ ثانوي ؟ جامعي ؟

. الوضعية المهنية للأب : بدون عمل ؟ أو عامل / نوع الوظيفة ؟

. الوضعية المهنية للأم : بدون عمل ؟ أو عاملة / نوع الوظيفة ؟

2 . السوابق المرضية للحالة : (الحمل / الولادة) :

. هل كانت لديك الرغبة في الإنجاب ؟

. هل كانت لديك أمراض في فترة الحمل ؟

. سنك أثناء الحمل ؟

. هل سبق و أن تعرضتي لحوادث في فترة الحمل ؟

. طبيعة الولادة : هل هي عادية ؟ أم قيصرية ؟

. كم دام حملك ؟

. هل عانى الطفل من أمراض عضوية ؟ إن كانت نعم متى كان ذلك ؟

. هل تعرض الطفل إلى إصابة أو حادثة ما ؟

3 . التطور النفسي الحركي والاتصال قبل اللغوي :

. مدة الرضاعة :

. هل كانت الرضاعة طبيعية أم اصطناعية ؟

. البكاء : نعم أم لا ؟

. المناغاة : نعم أم لا ؟

. الابتسامة : نعم أم لا ؟

. التقليد : نعم أم لا ؟

. التحكم في الأطراف : نعم أم لا ؟

. التحكم في وضعية الرأس : نعم أم لا ؟

. سن الجلوس :

. سن بداية الحبو :

. سن الوقوف :

. سن بداية المشي :

. فهم الإشارات : نعم أم لا ؟

. اللعب : نعم أم لا ؟

. الالتفات للأصوات : نعم أم لا ؟

4 . النمو اللغوي :

. سن بداية ظهور المقاطع الصوتية :

. سن الكلمات الأولى :

. سن شبه الجملة :

. سن تكوين الجمل :

. سن بداية الفهم اللغوي (فهم الكلمات) :

5 . العلاقات الأسرية :

. طبيعة العلاقة الزوجية : عادية أم مضطربة ؟

. عدد الإخوة :

. رتبة الحالة بين الإخوة :

. العلاقة بين الإخوة : عادية أم مضطربة ؟

. علاقة الحالة مع الوالدين : طبيعية أم حماية زائدة أم إهمال ؟

. شخصية الحالة : اجتماعية أم منعزلة أم عدوانية ؟

6 . قبل المدرسة و التمدرس :

. تقبل المدرسة : نعم أم لا ؟

. سن دخول قبل المدرسة :

. مدة التمدرس في ما قبل الدراسة :

. طبيعته قبل المدرسي : روضة أم مدرسة قرآنية أم تحضيري ؟

. سن التمدرس :

. ظروف التمدرس : عادية أم مضطربة ؟

. التكيف في المدرسة : عادي أم مضطرب أم رفض ؟

. وجود صعوبات مدرسية : نعم أم لا ؟

. طبيعة هذه الصعوبات : شاملة أم جزئية ؟

. مشاكل في التمدرس : نعم أم لا ؟

. ما هي طبيعتها ؟

. النتائج المدرسية : جيدة أم متوسطة أم ضعيفة ؟

. علاقة الحالة بالمحيط المدرسي : عادية أم غير عادية ؟

7 . معلومات عن مشكلة المفحوص :

. المشكلة الحالية كما يعبر عنها المفحوص (كلام المفحوص) :

. ما هي المدة التي بدأت فيها المشكلة ؟

. كيف بدأت أعراض المشكلة : فجأة أم بشكل تدريجي ؟

. هل سبقت المشكلة حوادث أو صدمات معينة ؟

. هل حاولت العلاج من قبل إن كان نعم ما هو نوع العلاج ؟

. هل تحسنت المشكلة بشكل كلي أم جزئي أم لم تتحسن ؟

. تصور كيف كانت ستكون جلسات تطبيق " تقنية السيكودراما " أو الدراما النفسية على حالات الأطفال الذين يعانون من التأتأة (05 حالات) من أجل تعزيز ثقتهم بنفسهم :

. جلسات الدراما النفسية (السيكودراما) : كنا سنقوم بتسجيل هذه التمثيلية على شريط فيديو.

رقم الجلسة	محتوى أو موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	التقنيات المستخدمة	الأدوات المستخدمة	المدة المستغرقة	الملاحظة

01	التهيئة والتعارف مع أعضاء الجلسة في ظروف نفسية مريحة وآمنة ومحببة لهم بأسلوب تلقائي	. الهدف العام: بناء ألفة . الأهداف الفرعية: . بناء الثقة . تحقيق التفاعل والتواصل . التعرف على ديناميات الجماعة	. ألعاب ترفيهية وتنشيطية	مثلا الكرة		
02	الإسترخاء	. الهدف العام: الإحماء والتسخين . الأهداف الفرعية: . التخفيف من حدة القلق والتوتر . تفعيل لغة الجسد . التهيئة للدخول في مرحلة التمثيل	. تمارين الإسترخاء عن طريق سلسلة من الحركات للتخلص من التوتر . التنفس العميق	. موسيقى هادئة		

03	الثقة بالنفس	. الهدف العام: . بناء الثقة بالنفس . الأهداف الفرعية: . تعزيز الثقة بالنفس . التفريغ الانفعالي	. رسم دوائر يتم كتابة في كل دائرة صفات أو أشياء رائعة عنهم . مناقشة وحوار من خلال طرح بعض الأسئلة ويتم الإجابة عليها من طرف الأطفال وهذه الأسئلة تكون متعلقة بالتأتأة	. أوراق وأقلام		
04	التمثيل	. الهدف العام: . تنمية القدرة على المحاكاة والتقليد لدى الأطفال . الأهداف الفرعية: . تنمية القدرة على الإبداع	. تقمص شخصيات بحيث توزع الأدوار على الحالات بعد ذلك يتم قلب الأدوار بينهم . تقليد الأصوات والمشاعر	. قصة . أقنعة لرسوم متحركة محببة لدى الأطفال		

		لدى الأطفال . تدعيم التلقائية والثقة بالنفس لدى الأطفال . تنمية الشعور بالعمل الجماعي				
05	إنهاء البرنامج السيكودرامي	. الهدف العام: إنهاء جلسات البرنامج السيكودرامي . الأهداف الفرعية: . الإجابة على تساؤلات الأطفال حول البرنامج . التعرف على تقييم الأطفال نحو البرنامج . القيام بتطبيق	. المناقشة والحوار وذلك من خلال الجلوس بشكل دائري والتحدث عن أهم شيء لفت انتباههم في الجلسات السابقة الأشياء التي أعجبتهم والتي لم تعجبهم وهل أضافت إليهم جديدا أم لا . القيام بقياس بعدي			

		القياس البعدي للبرنامج	من خلال شبكة الملاحظة			

