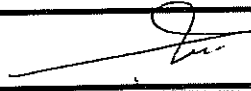


نوقشت رسالة المعيدة غصون حجازي

بعنوان :

فاعلية برنامج قائم على استراتيجيية السيكدراما في خفض شدة التأتأة
- دراسة على عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حلب

وأجيزت يوم الاثنين الواقع في ٢٠١٩/٩/١٦ من قبل السادة أعضاء
لجنة الحكم التالية أسماؤهم :

الاسم	الصفة	التوقيع
أ.د. غسان أبو فخر	عضواً مشرفاً	
د. رجاء عواد	عضواً	
د. كارولين المحسن	عضواً	

تم إجراء التعديلات المطلوبة وأصبحت الرسالة صالحة لمنح درجة
الماجستير في التربية الخاصة - قسم التربية الخاصة .



جامعة دمشق

كلية التربية

قسم التربية الخاصة

فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكودراما في خفض شدة التأثأة

(دراسة على عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حلب)

مرسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في التربية الخاصة / اختصاص تقويم الكلام واللغة /

إعداد

الطالبة: غصون حجازي

مشرف مشارك

د. منال الشيخ

الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي

إشراف

أ.د غسان أبو فخر

الأستاذ في قسم التربية الخاصة

1441 هـ

2018 – 2019 م

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع	م
11 - 1	الفصل الأول : التعريف بموضوع الدراسة	*
2	مقدمة الدراسة.	أولاً
5	مشكلة الدراسة.	ثانياً
6	أهمية الدراسة.	ثالثاً
7	أهداف الدراسة.	رابعاً
7	فرضيات الدراسة.	خامساً
8	مصطلحات الدراسة.	سادساً
10	حدود الدراسة.	سابعاً
46 - 12	الفصل الثاني: الدراسات السابقة	
13	الدراسات العربية.	أولاً
26	الدراسات الأجنبية.	ثانياً
39	التعليق على الدراسات السابقة.	ثالثاً
45	أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة.	
45	مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.	
132 - 47	الفصل الثالث: الإطار النظري	*
48	التأتأة stuttering	المحور الأول
50	تعريفات التأتأة	أولاً:
55	نسبة انتشار التأتأة و العوامل المؤثرة بها.	ثانياً:
57	الضغوط الداخلية و الخارجية التي يمكن أن تزيد شدة التأتأة	ثالثاً:
60	خصائص الأطفال المتأثرين	رابعاً:
62	النظريات المفسرة للتأتأة.	خامساً:
79	سلوكيات التأتأة	سادساً
82	الخصائص اللغوية للكلمات المتأتى بها.	سابعاً
85	أنواع التأتأة.	ثامناً

86	مراحل التأثأة	تاسعاً
89	مستويات التأثأة حسب العمر و صفاتها.	عاشراً
90	تشخيص التأثأة	حادي عشر
95	البرامج التدريبية المستخدمة في التخفيف من حدة التأثأة.	ثاني عشر
102	استراتيجية السيكو دراما psychodrama	المحور الثاني
104	المبادئ و المفاهيم التي قامت عليها السيكو دراما.	أولاً:
106	عناصر السيكو دراما.	ثانياً:
111	مجالات استخدام السيكو دراما.	ثالثاً:
125	استخدامات السيكو دراما.	رابعاً:
127	مميزات استخدام السيكو دراما.	خامساً:
129	مراحل العلاج بالسيكو دراما.	سادساً:
163 - 133	الفصل الرابع: إجراءات الدراسة	*
134	منهج الدراسة.	أولاً
135	مجتمع الدراسة الأصلي.	ثانياً
135	عينة الدراسة و خطوات اختيارها.	ثالثاً
139	متغيرات الدراسة وضبطها	رابعاً
144	أدوات الدراسة.	خامساً
163	المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.	سادساً
180 - 164	الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة	*
165	دراسة التوزع الطبيعي لمتغيرات الدراسة.	أولاً
165	نتائج الفرضيات المتعلقة بموضوع الدراسة ومناقشتها.	ثانياً
179	التوصيات والمقترحات.	ثالثاً
180	بحوث مقترحة.	رابعاً

187 – 181	ملخص الدراسة باللغة العربية.	*
206 – 188	المراجع.	*
188	المراجع العربية.	–
199	المراجع الأجنبية.	–
255 – 207	قائمة الملاحق.	*
I	ملخص الدراسة باللغة الأجنبية.	*

فهرس الجداول

م	موضوع الجدول	رقم الصفحة
1	الجدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة التجريبية والضابطة بحسب المدرسة والمنطقة التعليمية.	135
2	الجدول (2) يظهر تجانس مجموعتي الدراسة بحسب الجنس.	140
3	الجدول (3) يظهر تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني.	141
4	الجدول (4) يظهر التكافؤ بين أفراد العينة من حيث نسبة الذكاء.	141
5	الجدول (5) تجانس درجات أفراد العينة التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة في التطبيق القبلي.	142
6	الجدول (6) اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في التطبيق القبلي.	142
7	الجدول (7) قياس حساب شدة التأثأة (SSI).	147
8	الجدول (8) معايير مقياس شدة التأثأة (SSI).	149
9	الجدول (9) معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني (تطبيق الإعادة) لمقياس شدة التأثأة بعد مضي شهر.	150
10	الجدول (10) نتائج معاملات الارتباط المتعلقة بثبات الملاحظين على مقياس شدة التأثأة.	150
11	الجدول (11) معاملات الارتباط معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاده والدرجة الكلية لمقياس شدة التأثأة.	151
12	الجدول (12) نتائج معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس.	152
13	الجدول (13) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأثأة مع درجات الأبعاد الفرعية لقائمة الرصد.	154
14	الجدول (14) ملخص عام عن برنامج السيكو دراما.	158
15	الجدول (15) يوضح محاور برنامج السيكو دراما.	161
16	الجدول (16) التوزع الغير طبيعي لمتغيرات الدراسة.	165



17	الجدول (17) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد العينة التجريبية على مقياس شدة التأثأة قبل وبعد تطبيق برنامج السيكو دراما.	166
18	الجدول (18): اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق برنامج السيكو دراما على مقياس شدة التأثأة.	166
19	الجدول (19) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما.	169
20	الجدول (20) اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في التطبيق البعدي.	170
21	الجدول (21) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد شهر من تطبيقه (المقياس البعدي المؤجل) على مقياس شدة التأثأة.	173
22	الجدول (22): اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأثأة.	173
23	الجدول (23) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما (المقياس البعدي المؤجل).	176
24	الجدول (24) نتائج اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في التطبيق البعدي المؤجل.	176

فهرس الأشكال

م	موضوع الشكل	رقم الصفحة
1	الشكل (1): يوضح إجراء فنية الكرسي الخالي.	120
2	الشكل (2): يوضح كيفية إجراء فنية الكرسي العالي.	121
3	الشكل (3) منحني توضيحي للمراحل الثلاث للعملية السيكو درامية.	132
4	الشكل (4) نتائج اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في التطبيق القبلي.	144
5	الشكل (5) متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس شدة التأثأة.	169
6	الشكل (6) متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما.	172
7	الشكل (7) متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد شهر من تطبيقه (القياس البعدي المؤجل) على مقياس شدة التأثأة.	175
8	الشكل (8) متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما (القياس البعدي المؤجل)	179

فهرس الملاحق

م	موضوع الملحق	رقم الصفحة
1	الملحق (1) أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.	208
2	الملحق (2) كتاب من مديرية التربية بحلب لتسهيل مهمة الباحثة.	209
3	الملحق (3) قائمة رصد المؤشرات الدالة على حدوث اضطراب التأثأة بعد التحكيم.	210
4	الملحق (4) مقياس شدة التأثأة (SSI).	213
5	الملحق (5) برنامج السيكو دراما.	215
6	الملحق (6) المجتمع الأصلي للمدارس في مدينة حلب.	245
7	الملحق (7) الجداول الخاصة بمتغيرات البحث (الذكاء، الجنس، العمر).	252

الفصل الأول: التعريف بموضوع الدراسة

أولاً: مقدمة الدراسة.

ثانياً: مشكلة الدراسة.

ثالثاً: أهمية الدراسة.

رابعاً: أهداف الدراسة.

خامساً: فرضيات الدراسة.

سادساً: مصطلحات الدراسة.

سابعاً: حدود الدراسة.

أولاً: مقدمة الدراسة:

يشمل التواصل الإنساني على مدى واسع من الأنشطة، ويهدف إلى تبادل المشاعر والخبرات والمعرفة بين اثنين أو أكثر، واللغة سواء أكانت منطوقة أو مكتوبة أو إشارية فهي تعمل على إيصال المعنى، كما تشتمل على تفاعل العديد من المهارات، فعلى المتكلم استخدام القواعد لمزج الأصوات إلى كلمات، والكلمات إلى جمل لإيصال الرسالة.

فالتواصل البشري يعتمد في معظمه على اللغة، والتي بدورها تسهل الحياة الاجتماعية التي هي مستودع المعرفة والحضارات البشرية، فمن خلال اللغة يستطيع الشخص أن يصبح كائناً بشرياً ومندمجاً اجتماعياً بشكل تام. (ليناس، 2010، ص19)، فاللغة وحدها هي التي تميز هذا الكائن المتفرد عن غيره من مخلوقات الله ونسب إلى أرسطو قديماً قوله "إن الإنسان وحده القادر على ترجمة أفكاره ومشاعره إلى ألفاظ وعبارات مفهومة لدى أبناء مجتمعه وعشيرته".

وتعد مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو اللغوي، فاكتساب اللغة علامة على أن الطفل أخذ يتبوأ مكانة في المجتمع، وعلى أن بنيته العقلية تتطور من الذاتية إلى الموضوعية ومن الإدراك السطحي إلى إدراك العلاقة القائمة بين الأشياء ويعد الاحتكاك بين الطفل والراشد شرطاً أساسياً لحصول هذا التطور عن طريق التدريب على النطق وتعلم الكلام، فالطفل ينقل عن والديه عن طريق التقليد، السرعة و الإبطاء في الكلام، كما ينقل عيوبهم اللفظية بطريقة مماثلة، حتى أن تكرار الكلام المغلوط الذي يقوله الطفل (من قبل الوالدين إهمالاً واستحساناً) من شأنه تثبيت هذا الغلط حتى يصعب تصحيحه في المراحل التالية من العمر وهذا يسبب عيوباً في النطق. (الشحيمي، 1994، ص50).

هذا وقد جذبت ظاهرة التأتأة كإحدى أشكال اضطرابات الطلاقة المندرجة تحت اضطرابات التواصل انتباه الباحثين نظراً للدور الكبير الذي يؤديه تواصل الفرد مع مجتمعه، حيث يرى (جرجس، 2006، ص17) أنه بالرغم من تعدد أشكال اضطرابات الكلام وزيادة نسبتها، إلا أن التلعثم "التأتأة" يعد من أكثر الاضطرابات شيوعاً في مرحلة الطفولة حيث أن النسبة العامة لحالات التلعثم واللججة "التأتأة" في الكلام تتراوح بين (1-3 %) وقد تزداد النسبة

بين البنات لما تعانيه البنت من الحرمان في المشاركة الاجتماعية في البيئات المحافظة. وهناك رأي آخر حيث يرى (العيسوي، 1990، ص 156-157). وهناك رأي آخر يقول بأن اضطراب التأتأة يتعرض له الذكور أكثر من الإناث بنسبة (3:1 أو 4:1) كما أن نسبته تختلف من بلد إلى آخر حيث وجد أن نسبة الإصابة بالتأتأة لدى تلاميذ المدارس في أمريكا وإنجلترا تصل لحوالي 1% وفي بلجيكا حوالي 2% (Everard, 2007, p10).

وقد عرف أسبير وروز التأتأة (1983) بأنها اضطراب في عملية الكلام بدرجة تجذب انتباه المستمع والمتحدث على حد سواء وتؤثر سلباً على عملية التواصل بينهما وذلك بسبب ما يعانيه الفرد من اضطراب في إيقاع الكلام ويتضمن التكرار اللاإرادي للأصوات والمقاطع وإطالتها وكذلك التوقف عن الكلام. (الشخص، 1997، ص233).

أشارت العديد من الدراسات كما ورد في بيترز وجيتار إلى أن أسباب التأتأة متباينة كأن تكون عصبية فسيولوجية، أو فسيولوجية، أو نفسية، وأخرى اجتماعية، وربما يرجع السبب في بعض الأحيان إلى عوامل لغوية، أو نمائية.

وتعد التأتأة Stuttering إحدى اضطرابات النطق والكلام الأكثر شيوعاً والمؤثرة في فاعلية عملية التواصل حيث لا يستطيع الفرد المتأثى أن يوضح مفاهيمه جيداً للآخرين بشكل لفظي سليم، مما يجعله غير قادرٍ على التفاعل والتواصل بنجاح معهم، حيث تقلل التأتأة من فرص التواصل بين المتأثى والآخرين المحيطين به مما يؤدي إلى شعوره بالنقص وعدم الثقة بالنفس، والانعزالية والخوف من التحدث عموماً في أي موقف سواء أكان ذلك الموقف عادياً أو ضاعطاً مما يشعره بالقلق وعدم الإحساس بالأمن والخوف من رد الفعل السلبي للآخرين على طريقة كلامه، وهذا بدوره يتسبب في الانسحاب الاجتماعي من محيط التفاعلات الخارجية ويجعله لا يستطيع تحمل المسؤولية حيث يزعزع الخوف أركان شخصيته.

إن عملية تقويم الذات لا تحدث - في معظم الحالات - إلا في الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، فإذا أراد الشخص المتلعثم (المتأثى) تقويم ذاته، فلا بد له أن يعود إلى السياق الاجتماعي الذي يتعاطى فيه المجتمع مع مشكلته ومدى قدرته على إصدار الكلام والتواصل والتفاعل مع الآخرين، وبناء على جملة من ردود الفعل والاستجابات المجتمعية نحو تلغمه

(تأثاته)، فإنه يستطيع أن يعطي تقويماً عن ذاته، متأثراً بنظرة الآخرين إليه، ومن الطبيعي أن تكون نظرته إلى ذاته تتسم بالسلبية إذا كانت نظرة المجتمع عن اضطراباته سلبية (الزريقات، 1993، ص 187). فالتأثرة لها ردود أفعال انفعالية ونفسية سلبية على الطفل المتأثر، فقد أشارت العديد من الدراسات على ذلك. وقد أشار ترافس (Travis, 1971, p391) إلى أن التأثرة 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 أو المنع فيلجأ إلى الكبت والقلق والضغط النفسي، ورغم ذلك تحاول هذه الرغبة التعبير عن نفسها من وقت لآخر، فتحدث التأثرة كرد للضوابط والموانع الاجتماعية، فهي تعد سلوكاً مقبولاً إلى حد ما بدلاً من الدوافع الأولية غير المرغوبة. واستناداً إلى ذلك فقد أوصى ترافس (Travis) باستخدام العلاج النفسي مع التأكيد على التكوين النفسي للمتأثرين، فتنمية الثقة بالنفس يساعد الطفل من التخلص من التأثرة ويزيد من طلاقة كلامه.

وتؤكد العديد من الدراسات على قابلية عدة عوامل ومتغيرات في معالجة اضطراب التأثرة ومنها توظيف التمثيل المسرحي في علاج التأثرة كما في دراسة (حمودة، 1992) ودراسة (البهاص، 1993) اللتان أشارتا إلى دور السيكدوراما في خفض شدة التأثرة فالسيكو دراما تعتمد على مبدأ التنفيس الانفعالي فقد عرف قديماً على يد أرسطو، حيث استخدم مصطلحه الشهير التطهير (Catharsis)، وأطلق عليها علماء النفس فيما بعد اسم التنفيس الانفعالي، وقد جعل مورينو التطهير أو التنفيس الانفعالي هدفاً رئيساً من أهداف السيكو دراما.

فالسيكو دراما تعتمد على التفاعل الحركي بين أفراد المجموعة بشكل عفوي وإبداعي يهدف إلى التفريغ والتنفيس الانفعالي عما بداخلهم من انفعالات سلبية وإحباطات، فمن خلال فنيات السيكو دراما (لعب الدور، والتخيل، التمثيل) وغيرها التي تساعد على تفريغ الطاقة السلبية وتحولها إلى طاقة إيجابية، وتعديل الأنماط السلوكية غير المرغوبة وتعليمهم أنماطاً سلوكية جديدة تساعدهم على التواصل مع المجتمع بشكل فعال.

فالتأثرة قد تصبح أحد المصادر الرئيسة لاضطراب الطفل وسوء توافقه في كل من المنزل والمدرسة والمجتمع ومن هنا كان لا بد من الحاجة إلى بناء برامج قادرة على التخفيف من حدة

التأثأة ومحاولة التقليل من آثارها السلبية التي يعاني منها الطفل المتأثء ومن هنا كانت فكرة إعداد برنامج قائم على السيكو دراما و ما تتضمنه من الفنيات تساعد على خفض شدة التأثأة.

ثانياً: مشكلة الدراسة ومسوغاتها:

يؤكد علماء النفس والتربية على أهمية مرحلة الطفولة وأهمية الوفاء بمتطلباتها كي ينمو الطفل نمواً سليماً بعيداً عن معوقات المرحلة والاضطرابات النفسية الناتجة عنها.

فالطفل الذي يعاني من التأثأة كثيراً ما يعاني من المشكلات النفسية ناتجة عن شعورهم بالنقص والدونية فيتولد لديهم حساسية زائدة لنقد الآخرين له، فتضعف ثقته بنفسه ويتولد لديه إحساس سلبي تجاه ذاته وبالتالي فإن ذلك يدفعه إلى الانسحاب والخجل، والانتواء والإحباط.

وبما أن لمشكلة التأثأة جوانب معقدة فإنه يصعب الأخذ بسبب واحد لحدوث التأثأة لذلك فإن الدراسة الحالية تركز على الناحية النفسية في حدوث وعلاج التأثأة، ولما كان هذا الاضطراب يتكون في مرحلة الطفولة ويتطور بشكل سريع ويبدأ في التبلور مع تقدم نمو الطفل من هنا رأت الباحثة ضرورة إعداد برنامج علاجي يستهدف هذه الفئة من الأفراد.

وبالدراسة النظرية للأبحاث التي تناولت علاج التأثأة باستخدام استراتيجية السيكو دراما في الجمهورية العربية السورية لم تجد الباحثة أبحاثاً تناولت هذه الاستراتيجية العلاجية في علاج التأثأة وذلك على حد علم الباحثة وهذا يشكل أحد الأسباب التي دافعت أيضاً للبحث في هذا المجال.

ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في أنها تتناول ظاهرة التأثأة لدى الأطفال كاضطراب يمكن تحسينه من خلال الاستفادة من بعض الاستراتيجيات العلاجية النفسية كما تظهر في السيكو دراما وما تتضمنه من فنيات كلعب الدور والتخيل والنمذجة الخ من فنيات تحتويها هذه الاستراتيجية والتي يمكن الاستفادة منها لدى عينة الدراسة.

وتتلخص مشكلة الدراسة بالتساؤل الآتي:

ما فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى عينة من تلاميذ

الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حلب؟

ثالثاً: أهمية الدراسة:

تتطوي الدراسة على نوعين من الأهمية نظرية وتطبيقية.

1- الأهمية النظرية:

1. تناولها لمشكلة التأناة كأحد اضطرابات النطق الأكثر شيوعاً والتي تصيب الأطفال في أهم وسائل الاتصال المؤثرة على عملية التواصل مع الآخرين وأثرها السلبي على مختلف جوانب شخصيتهم (الخطيب والحديدي، 1997، ص316).
2. كما ترجع أهمية الدراسة إلى الاهتمام بمرحلة الطفولة كمرحلة مهمة في حياة الإنسان حيث أن التأناة تجعل الطفل محكوماً بالخوف من كيفية استجابة الآخرين له، مما يترك أثره على إدراك الطفل لنفسه بصورة سلبية لذلك يكون من الأفضل مساعدة الطفل بالتدخل المبكر ما أمكن قبل ظهور التعقيدات، حيث أن مشكلة التأناة تزداد تعقيداً كلما تقدم الطفل في العمر، كما أن هذه المرحلة النمائية من حياة الطفل والمتمثلة بمرحلة الطفولة، تعد بمثابة تمهيد لمرحلة أخرى أكثر تعقيداً فيجب إعداد الطفل لها.
3. انعدام الأبحاث في الجمهورية العربية السورية التي تناولت الأسلوب العلاجي المنطوي في هذا البحث في علاج مشكلة التأناة وذلك على حد علم الباحثة.

2- الأهمية التطبيقية:

- 1- الاستفادة من النظريات والمفاهيم العلمية في بناء برنامج يتضمن استراتيجيات علاجية تكون أقرب إلى الطفل وتساعد الطفل على التخلص من التأناة قدر المستطاع بشكل يساعده على التواصل والتفاعل مع الآخرين وصولاً به إلى مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية.
- 2- تعد الدراسة محاولة للتعرف على مدى تأثير الاستراتيجيات النفسية العلاجية التي يمكن أن تساهم في تحسين نطق الطفل ومواجهة الآثار السلبية المترتبة على مشكلة التأناة.
- 3- التوصل من خلال نتائج البحث إلى التوصيات والمقترحات اللازمة لتوجيه الوالدين والمعلمين والمختصين في وضع الخطط والخدمات التربوية والنفسية التي تساعد في علاج وإرشاد الأطفال المتأنتين.

رابعاً: أهداف الدراسة: تهدف الدراسة الحالية إلى ما يأتي:

- 1- تصميم برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما لخفض شدة التأثأة عند الأطفال المتأثئين.
- 2- التحقق من فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى عينة من الأطفال المتأثئين (عينة الدراسة).
- 3- التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج المعد في خفض شدة التأثأة بعد التوقف عن التطبيق (القياس التتبعي) وتقديم بعض التوصيات والمقترحات للتلاميذ والأهل والمعلمين في ضوء نتائج الدراسة.

خامساً: فرضيات الدراسة:

يتفرع عن السؤال الرئيس لمشكلة الدراسة ما مدى فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى عينة من الاطفال المتأثئين من الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حلب؟ الفرضيات الآتية:

- 1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على مقياس شدة التأثأة (القياس البعدي المباشر) تعزى للبرنامج العلاجي.
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأثأة تعزى للبرنامج العلاجي.
- 3- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج في التطبيق البعدي والبعدي المؤجل على مقياس شدة التأثأة.
- 4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة في القياس البعدي المؤجل تعزى للبرنامج العلاجي.

سادساً: مصطلحات الدراسة والتعريفات الإجرائية:

1- فاعلية البرنامج Effectiveness of program

هي القدرة على تحقيق النتيجة المقصودة لمعايير محددة مسبقاً. (بدوي، 1980، ص144).

وتعرف أيضاً بأنها التغيرات الناجمة (بعد تطبيق البرنامج)، عن حساب الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة قبل تطبيق البرنامج وبعده، ومتوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة على المقاييس المستخدمة في الدراسة الحالية. (مريم، 2006، ص12).

وتعرفها الباحثة إجرائياً: هي الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة التجريبية على مقياس شدة التأتأة مما يعكس انخفاض شدة التأتأة لديهم.

2- البرنامج Program:

وهو مجموعة من الخطوات العلاجية التي تعتمد على أسلوب العلاج من وجهة نظر تعديل سلوك التأتأة، وهو أحد أساليب التعامل مع التلاميذ المتأثرين، ويتم فيه تعليم التلميذ المتأثر كيفية تعديل لحظات تأتأته، بتقليل الجهد والشد المصاحب، ويقوم العلاج في هذا الاتجاه على:

1- تعليم التلميذ المتأثر تعديل لحظات تأتأته.

2- تقليل الخوف من التأتأة وإنهاء السلوكيات المصاحبة. (السرطاوي وآخرون، 2000، ص399).

أما إجرائياً يعرف على أنه مجموعة من الإجراءات التدريبية المخططة والمنظمة والمتابعة بهدف مساعدة أفراد عينة الدراسة عينة الدراسة على خفض حدة التأتأة لديهم من خلال الأنشطة التي تحتويها الفنية المستخدمة والتي يقوم عليها البرنامج وهي السيكو دراما.

3- التأتأة Stuttering:

يحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM IIV) تعريفاً لاضطرابات الطلاقة (التأتأة) على أنه:

1- اضطراب في السلسلة الطبيعية وتوقيت الكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية، وتستمر مع الزمن، وتتميز بالحدوث المتكرر والملاحظ لواحد أو أكثر مما يلي:

- التكرار الصوتي واللفظي.
- تمديد الصوت للحروف الساكنة وكذلك أحرف العلة.
- تكسر الكلمات (على سبيل المثال توقفات ضمن الكلمة).
- إحصارات مسموعة أو صامتة (وقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة).
- الإطناب (استعمال بدائل الكلمات لتجنب الكلمات الإشكالية).
- تنتج الكلمات مع زيادة التوتر الجسدي.
- التكرار الأحادي لكلمة كاملة.

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

3- بدء الأعراض في فترة النمو المبكر (ملاحظة يتم تشخيص الحالات المتأخرة الحدوث تحت الرمز 98 f (رمز أو ترقيم) وهو البدء عند البلوغ لاضطراب الطلاقة (التأتأة).

4- الاضطراب لا ينسب إلى عجز 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 آخر. (DSM IIV,2014,P26).

أما إجرائيًا فتعرف: بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوصون على مقياس شدة التأتأة المستخدم في الدراسة الحالية.

4- السيكودراما Psychodrama:

مصطلح يطلق على نوع من أنواع العلاج النفسي الذي يجمع بين الدراما كنوع من أنواع الفنون و علم النفس تمن فعالياتهما في مساعدة الشخص على تفرغ مشاعره و انفعالاته من خلال أداء أدوار تمثيلية لها علاقة بالمواقف التي يعايشها حاضراً أو عايشها في الماضي أو من الممكن أن يعايشها في المستقبل ، وهي ليست العلاج الجماعي بل هي جزء منه تشترك فيه في منطق التفيس الجماعي فقط. (<https://ar.m.wikipedia.org>)

أما إجرائياً فيُعرف البرنامج القائم على استراتيجية السيكو دراما:

هو عبارة عن جلسات منظمة بغرض التخفيف من شدة التلعثم حيث يقوم المتعالج بتمثيل بعض المواقف الحياتية الماضية أو الحاضرة أو المستقبلية في إطار الجماعة العلاجية فيعبر عن نفسه من خلال التمثيل على خشبة المسرح بكل حرية مما يتيح له التنفيس الانفعالي والاستبصار بمشكلاته وتحسين مهاراته وتفاعلاته وذلك بمساعدة الجماعة العلاجية.

5- مرحلة التعليم الأساسي Basic of Education :

هي مرحلة تعليمية مدتها تسع سنوات تبدأ من الصف الأول وحتى الصف التاسع وهي مجانية وإلزامية. (وزارة التربية، 2004، ص 2)

5- التلاميذ المتأثتون:

تعرفهم الباحثة إجرائياً بأنهم التلاميذ الموجودون في مدارس التعليم الأساسي في مدينة حلب والذين تتراوح أعمارهم بين بين (7 - 10) ويعانون من التأثأة المتوسطة .

سابعاً: حدود الدراسة:

تم تحديد حدود الدراسة كما يلي:

- **حدود زمانية:** تم إجراء الدراسة خلال الفصل الثاني من العام الدراسي (2018 - 2019).
- **حدود مكانية:** تم تطبيق الدراسة في مدرسة الفاروق الواقعة في حي الجميلية بمدينة حلب.
- **حدود بشرية:** تم تطبيق الدراسة على (18) تلميذاً وتلميذة من التلاميذ المتأثتين ممن انطبقت عليهم شروط اختيار العينة من حيث شدة التأثأة ومستوى الذكاء، حيث تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين متساويتين (تجريبية وضابطة) اشتملت كل منهما على (9) تلميذاً وتلميذة وتراوحت أعمارهم ما بين (7 و 10) سنوات.
- **حدود علمية:** اقتصرَت الدراسة في حدودها العلمية على الآتي:

أ- البرنامج العلاجي إعداد الباحثة.

ب- تتحدد الدراسة أيضاً بأدوات الدراسة التي تتمثل بـ:

- 1- قائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأثأة لدى التلاميذ موجهة للمعلم.
 - 2- اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة (1998) إعداد رحمة (2004).
 - 3- أداة قياس شدة التأثأة للأطفال والكبار (SSI) لرايلي (1994).
- ج - تتحدد الدراسة بصدق وثبات الأدوات المستخدمة، وبمدى صدق إجابات أفراد العينة على أدوات الدراسة في القياس (القبلي، والبعدي، والبعدي المؤجل).
- د - تتحدد الدراسة أيضاً بالأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل ومعالجة البيانات.

الفصل الثاني: الدراسات السابقة

مقدمة.

أولاً الدراسات العربية.

ثانياً: الدراسات الأجنبية.

ثالثاً: التعليق على الدراسات السابقة ومكانة الدراسة

الحالية بين الدراسات السابقة.

- مقدمة:

تهتم هذه الدراسة بالكشف عن فاعلية فنية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي، حيث أن الدراسات التجريبية، سواء أكانت أجنبية أم عربية، قليلة في مجال تطبيق هذه الطريقة - في حدود علم الباحثة - وقد اختارت الباحثة الدراسات ذات الصلة الوثيقة بموضوع دراستها من حيث تشابه المتغيرات المدروسة، وخصائص أفراد العينة، مما يمكن استثمارها بصورة جيدة في خدمة الدراسة الحالية، سواء من الناحية النظرية أو المنهجية، أو من حيث مقارنة نتائج تلك الدراسات بالنتائج التي ستتوصل إليها هذه الدراسة، وفيما يأتي عرضٌ للدراسات العربية والأجنبية في هذا الفصل حسب التسلسل التاريخي لها من الأقدم إلى الأحدث، حيث سيتم عرض الدراسات العربية أولاً ثم الدراسات الأجنبية.

أولاً: الدراسات العربية:

- دراسة حمودة (1992) مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكو دراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجاجة.

هدف الدراسة: هدفت إلى التحقق من فاعلية أسلوب السيكو دراما (المتمتلة في لعب الدور) والممارسة السلبية في علاج بعض حالات اللجاجة.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (24) متلجلاً من تلاميذ المرحلة الإعدادية تتراوح أعمارهم بين (12-15) سنة مقسمة إلى أربع مجموعات متساوية ثلاث منها تجريبية، وواحدة ضابطة موزعة على النحو التالي: المجموعة الأولى تطبق عليها فنية لعب الدور (السيكو دراما). المجموعة الثانية تطبق عليها فنية الممارسة السلبية. المجموعة الثالثة تطبق عليها فنية لعب الدور والممارسة السلبية. المجموعة الرابعة: ضابطة، وتمت المجانسة بين المجموعات من حيث العمر والذكاء والمستوى الاجتماعي الثقافي ودرجة اللجاجة.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة الأدوات الآتية: دليل تقدير نوع اللجاجة، ودليل تقدير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية. ودليل المواقف المثيرة للـلجاجة، واستمارة دراسة الحالة (إعداد

الباحثة)، اختبار كاتل للذكاء واستمارة المستوى الاقتصادي الثقافي (القطان) واستمارة المستوى الاجتماعي (مورينو) واختبار تفهم الموضوع (الموري) واختبار رسم الأسرة المتحركة ل كوفمان.

نتائج الدراسة: فاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة في التخفيف من حدة اللجلجة، كما أن الجمع بين الأسلوبين أكثر فاعلية في علاج اللجلجة، لعب الدور أكثر فاعلية من الممارسة السلبية وآثار لعب الدور أبقي وأكثر استمراراً من الممارسة السلبية.

- دراسة البهاص (1993) مصر:

عنوان الدراسة: مدى فاعلية أسلوب السيكو دراما والقراءة المتزامنة في علاج حالات التلعثم.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية أسلوب السيكو دراما والقراءة المتزامنة في تعديل سلوك التلعثم وزيادة الطلاقة اللفظية لدى الأطفال المتلعثمين.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على عينة مكونة من (85) طفلاً من المترددين على معهد السمع والكلام بإمباباة تتراوح أعمارهم بين (9-12) سنة من الذكور فقط بشرط أن يعاني الطفل من التلعثم لمدة سنة على الأقل.

أدوات الدراسة: اشتملت الدراسة على البرنامج المكون من (20) جلسة مضافاً إليها الجلسة التمهيدية لتوضيح خطوات العمل طوال فترة البرنامج من خلال تدريبهم على نطق المقاطع والكلمات التي تبدأ بسيطة ثم تتدرج في صعوبتها من خلال القراءة والمحادثة.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج في تعديل التلعثم وزيادة الطلاقة اللفظية باستخدام السيكو دراما والقراءة المتزامنة. (العزالي، 2011، ص233)

- دراسة زريقات (1993) الأردن:

عنوان الدراسة: فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة حالات التأناة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة حالات التأناة.

عينة الدراسة: اشتملت عينة الدراسة على (40) طالباً وطالبة تتراوح أعمارهم ما بين (10-16) سنة منهم (25) طالباً و(15) طالبة تم اختيارهم باعتماد تعريف إجرائي للتأثأة بالإضافة إلى وصف المعلم والمرشد تم توزيعهم على مجموعتين تجريبية تلقت تدريباً وضابطة لم تتلق أي تدريب وتكون التدريب من ست عشر جلسة مدة كل منها في المتوسط (30) دقيقة.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث لقياس درجة التأثأة أداة وهي عبارة عن قطعة قراءة تتكون من (228) كلمة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن مجموعة التدريب تفوقت على المجموعة الضابطة في التقليل من أخطاء التأثأة في الكلام، كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات الأخطاء تعزى للجنس، بينما أشارت النتائج إلى وجود تفاعل بين الجنس والمجموعة فيما يتعلق بدرجة الاستفادة من البرنامج واختلف الأداء على الطريقة باختلاف الجنس لصالح الإناث.

- دراسة هندية (1997) مصر:

عنوان الدراسة: دراسة مفهوم الذات لدى الأطفال المتلعثمين والعاديين من الجنسين في مرحلة الطفولة المتأخرة.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين الجنسين في مفهوم الذات، وتعرف علاقة مفهوم الذات بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي والجنس لدى عينة الدراسة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مجموعتين:

- مجموعة الأطفال المتلعثمين: تتكون من 60 طفلاً (30 من الذكور، و30 من الإناث).

- مجموعة الأطفال العاديين: تتكون من 60 طفلاً (30 من الذكور، و30 من الإناث).

أدوات الدراسة: اختبار الأشول لمفهوم الذات (1984)، واختبار صالح للذكاء المصور (1978)، ودليل الوضع الاقتصادي الاجتماعي إعداد الشخص (1988)، ودليل تقدير المواقف والظروف لنشأة التلعثم إعداد غازي (1992).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال المتلغثمين وغير المتلغثمين في أبعاد مفهوم الذات.
2. عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الأطفال من الجنسين (ذكور - إناث) في مفهوم الذات.
3. عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مفهوم الذات والمستوى الاجتماعي والاقتصادي لدى الأطفال المتلغثمين.

- دراسة عباس (1998) مصر:

عنوان الدراسة: دراسة بعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلغثم في الكلام عند الأطفال.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على بعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلغثم عند الأطفال.

عينة الدراسة: أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (44) طفلاً ممن يعانون من التلغثم، تراوحت أعمارهم بين (6-12) سنة في مدينة القاهرة.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة فيها دراسة الحالة واختبار وكسلر للذكاء.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك علاقة بين زيادة شدة التلغثم لدى الأطفال وبين كل من الآتي: سخرية الآخرين من التلغثم، عدم تواجد الآخرين بالمنزل، والنشاط الزائد.

- دراسة العبيدي (1999) الكويت:

عنوان الدراسة: دراسة مقارنة للعلاقة بين اللججة والانطوائية لدى الأطفال في محافظة حولي.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين اللججة والانطوائية لدى الأطفال، والتي أجريت على عينة من (40) طفلاً ممن يعانون من اللججة، و(40) طفلاً من العاديين تراوحت أعمارهم بين (9-12) سنة أجريت هذه الدراسة بطريقة مسحية.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة أسلوب المقابلة، ومقياس الشخصية للأطفال.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن الطلاب العاديين حققوا معدلات أعلى من الطلاب المتلجلجين في بعض أبعاد مقياس التوافق الشخصي وهي شعور الفرد بحريته، وشعور الفرد بالانتماء، وتحرر الفرد من الميل للانفراد، وخلو الفرد من الأعراض العصابية، كما دلت النتائج على عدم وجود فروق بين العاديين والمتلجلجين على مقياس التوافق الاجتماعي.

- دراسة النحاس (2005) مصر:

عنوان الدراسة: مدى فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى عينة من الأطفال في المرحلة الابتدائية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 30 طفلاً وطفلة (20 من الذكور، و10 من الإناث) تتراوح أعمارهم ما بين (9-12) سنة.

أدوات الدراسة: اشتملت الدراسة على الأدوات الآتية: (اختبار الذكاء المصور، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، واختبار شدة التلعثم، والبرنامج الإرشادي).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التلعثم بأبعاده الثلاثة (التكرارات، والإطالة، والتوقف) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس القبلي، ومتوسطات درجات أفراد المجموعة نفسها على مقياس شدة التلعثم بأبعاده الثلاثة (التكرارات، والإطالة، والتوقف) بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك لصالح القياس البعدي.

3. عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي، ومتوسط درجات أفراد المجموعة نفسها على مقياس شدة التلعثم بأبعاده الثلاثة (التكرارات، والإطالة، والتوقف) في القياس التتبعي.

- دراسة إبراهيم (2006) مصر:

عنوان الدراسة: فعالية برنامج إرشادي علاجي متكامل في خفض درجة التهته لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي علاجي متكامل في خفض درجة التهته لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من (12) تلميذاً وتلميذة من تلاميذ المدرسة الابتدائية (4) إناث و(8) ذكور، ممن يعانون من التهته تراوحت أعمارهم بين (8-12) سنة، بمتوسط عمري قدره (9.92).

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة الأدوات الآتية: قائمة تشخيصية اشتملت على عدة أدوات لتشخيص وتحديد درجة التهته لدى هذه الفئة من التلاميذ وهذه الأدوات هي: مقياس تقدير المعلم لطلاقة التلميذ اللفظية داخل الفصل، استمارة دراسة حالة اضطرابات طلاقة التلميذ، مقياس تشخيص وتحديد درجة التهته، برنامج إرشادي علاجي متكامل مقترح لخفض درجة التهته (إعداد الباحثة).

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج الإرشادي العلاجي المتكامل في خفض درجة التهته لدى تلاميذ المدرسة الابتدائية.

- دراسة شلباية (2007) الأردن:

عنوان الدراسة: دراسة مسحية لمدى شيوع السلوكيات المصاحبة للتأأة لدى أطفال المرحلة الأساسية في عمان.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى شيوع السلوكيات المصاحبة لظاهرة التأناة ودرجة شدتها لدى طلاب المرحلة الأساسية وعلاقتها مع متغيرات العمر والجنس وإصابة الأب وإصابة الأم والأقارب من الدرجة الأولى.

عينة الدراسة: وقد بلغ مجتمع الدراسة (62118) وتكونت عينة الدراسة من (319) طالباً وطالبة من (120) مدرسة تتراوح أعمارهم بين (6-18) سنة تم توزيعهم على ثلاث فئات، حيث قام الباحث باستخدام مقياس (A-19 Scale) المكون من (19) فقرة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة أن نسبة شيوع السلوكيات المصاحبة للتأناة بجميع درجات شدتها البسيطة و المتوسطة والشديدة بلغ (0.51%) من مجتمع الدراسة، و أن درجة شيوع السلوكيات المصاحبة لدى الذكور أكثر منها لدى الإناث، كما أن درجة شدة التأناة المتوسطة شكلت أعلى نسبة في أفراد عينة الدراسة، كما أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة شدة التأناة تعزى لمتغير العمر والجنس، وتشير النتائج أيضاً إلى وجود فروق دالة إحصائية في درجة شدة التأناة تعزى لمتغير العمر و الجنس، وتشير النتائج أيضاً إلى وجود فروق دالة إحصائية في درجة شدة التأناة تعزى لمعاناة الأب و الأم والأقارب من التأناة، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الذكور أكثر إصابة من الإناث في جميع درجات شدة التأناة، أما مكا يخص علاقة العمر بالسلوكيات المصاحبة للتأناة كانت الفئة العمرية (10-13) سنة أكثر الفئات المصابة بالسلوكيات المصاحبة للتأناة، أما علاقة درجة شدة التأناة مع إصابة أقارب الدرجة الأولى بالتأناة كانت درجة شدة التأناة البسيطة أعلى نسبة بين الدرجات.

- دراسة حسيب (2007) مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس وخفض اضطراب اللجاجة في الكلام لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الثقة بالنفس وخفض اضطراب اللجاجة في الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (868) طفلاً وطفلة يمثلون جميع تلاميذ الصف السادس الابتدائي بعشر مدارس ابتدائية تابعة لإدارة بنها التعليمية في محافظة القليوبية منهم (429) من الذكور، و(439) من الإناث.

أدوات الدراسة: (مقياس النمو العقلي - المعرفي المرحلة الطفولة المتأخرة، ومقياس الثقة بالنفس لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية، وبطارية تشخيص اللججة، والبرنامج العلاجي).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الثقة بالنفس، وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

2. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تشخيص اللججة في الكلام، وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

3. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الثقة بالنفس، وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة.

4. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس تشخيص اللججة في الكلام، وذلك لصالح المجموعة التجريبية بعد انتهاء فترة المتابعة.

- دراسة أحمد (2008) الإمارات العربية المتحدة:

عنوان الدراسة: فاعلية العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى ذوي صعوبات التعلم.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى ذوي صعوبات التعلم.

عينة الدراسة: أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (30) تلميذاً من تلاميذ المرحلة الابتدائية تراوحت أعمارهم بين (9-12) سنة تم توزيعهم إلى مجموعتين تحتوي كل منها على (15) تلميذاً.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث اختبار الذكاء المصور، مقياس وكسلر للذكاء، اختبار بندر جشطلت البصري الحركي، مقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي والثقافي، اختبار شدة التلعثم.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى مدى فاعلية البرنامج النفسي التخاطبي للأطفال المتلعثمين عينة الدراسة من ذوي صعوبات التعلم في خفض شدة التلعثم في صورته التكرارية والتطويلية والتوقفية. (الجمعية الخليجية للإعاقة، 2008).

- دراسة الدبوس (2008) مصر:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج علاجي سلوكي للتخفيف من شدة التأثأة لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة من (9-12) سنة.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية برنامج علاجي سلوكي في تخفيف شدة التأثأة لدى عينة من الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة من (9-12) سنة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً وطفلة من الأطفال المتأثئين، وقد تم تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية تراوحت أعمارهم ما بين (9-12) سنة.

أدوات الدراسة: متاهات بورتوس للذكاء، ومقياس شدة التأثأة، والبرنامج العلاجي السلوكي.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس شدة التأثأة لصالح القياس البعدي.

2. وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس شدة التأثأة لصالح القياس التتبعي.

3. وجود فروق بين متوسطات رتب أطفال المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس شدة التأثأة لصالح المجموعة التجريبية.

- دراسة العلي (2010) سورية:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي تكاملي لخفض بعض المظاهر الأولية للتأثأة المتوسطة دراسة تجريبية في مدارس التعليم الأساسي (الحلقة الأولى) في محافظة حلب.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية برنامج تدريبي تكاملي في خفض بعض المظاهر الأولية للتأثأة المتوسطة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من 24 تلميذاً وتلميذة تم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية تتألف من (12) تلميذاً منهم (7من الذكور، و 5 من الإناث)، ومجموعة ضابطة تتألف من (12) تلميذاً منهم (7من الذكور، و 5 من الإناث).

أدوات الدراسة: مقياس الهوارنة للمستوى الاجتماعي الاقتصادي (2008)، قائمة ملاحظات للفرز العشوائي، اختبار المصفوفات المتتابعة لرافن (1998) إعداد رحمة (2004)، بطارية تشخيص المظاهر الأولية للتأثأة المتوسطة، والبرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في مقياس شدة المظاهر الأولية للتأثأة المتوسطة على مستوى الكلمة الصالح المجموعة التجريبية.

2. وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في مقياس شدة المظاهر الأولية للتأثأة المتوسطة على مستوى الجملة الصالح المجموعة التجريبية.

3. وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي في الدرجة الكلية لمقياس شدة المظاهر الأولية للتأثت المتوسطة لصالح المجموعة التجريبية.

4. عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس شدة المظاهر الأولية للتأثت المتوسطة.

- دراسة مخلوف (2010) سورية:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأثت الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأثتين دراسة ميدانية في مراكز التربية الخاصة في مدينة دمشق للمرحلة العمرية (6-8) سنوات.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأثت الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأثتين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (5) أطفال يعانون التأثت الابتدائية.

أدوات الدراسة: مقياس شدة التأثت (SSI) وبطاقة ملاحظة، والبرنامج التدريبي.

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في خفض شدة التأثت في بعدي التكرارات الصوتية والمصاحبات الجسمية، لكنه لم يكن فاعلاً في تخفيف شدة التأثت في بعد الإطلاات الصوتية، كما توصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في استمرار خفض شدة التأثت بعد انتهاء مدة المتابعة، حيث وجدت فروق بين القياسين البعدي والبعدي المؤجل لصالح القياس البعدي المؤجل.

- دراسة الأغا (2011) سورية:

عنوان الدراسة: فاعلية التدريب على الاسترخاء والقراءة المتزامنة في علاج حالات التأثت دراسة شبه تجريبية لدى تلامذة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في محافظة مدينة دمشق.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية التدريب على الاسترخاء والقراءة المتزامنة في علاج حالات التأثأة لدى تلامذة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي.

عينة الدراسة: أجريت الدراسة على 28 تلميذا وتلميذة (8 إناث، 20 ذكور) من تلامذة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في مدارس محافظة مدينة دمشق في العام الدراسي 2010 - 2011 وقد تراوحت أعمارهم من 11-14 سنة.

أدوات الدراسة: 1- استمارة فرز المعلم للأطفال المتأثئين داخل الصف إعداد الباحث.

2- مقياس شدة التأثأة SSI-3 Stuttering Severity Instrument من إعداد جلندون رايلي Glyndon Riley

3- برنامج التدريب على الاسترخاء الكلامي والقراءة المتزامنة من إعداد الباحث.

نتائج الدراسة: 1- رفض الفرضية الأولى إذ يوجد فرق دال إحصائيا بين درجات تلامذة المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس شدة التأثأة في الدرجة الكلية وأبعاده الفرعية حيث أن الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي بمتوسط (10.43) وهو أصغر من متوسط المجموعة الضابطة (20.00) حيث أن الدرجة المنخفضة على المقياس تشير إلى انخفاض شدة التأثأة لدى أفراد العينة مما يعني فاعلية البرنامج العلاجي في خفض شدة التأثأة لدى أفراد المجموعة التجريبية عنه في المجموعة الضابطة.

- دراسة خليل (2012) سوريا:

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج لتخفيف شدة التأثأة لدى تلاميذ التعليم الأساسي (الحلقة الأولى) -دراسة تجريبية في محافظة دمشق.

هدف الدراسة: التحقق من فاعلية برنامج لتخفيف شدة التأثأة لدى تلاميذ التعليم الأساسي (الحلقة الأولى) في محافظة دمشق.

عينة الدراسة: تألفت عينة البحث من 30 تلميذا وتلميذة من التلاميذ المتأثرين إذ تم توزيعهم عشوائيا على مجموعتين متساويتين (تجريبية وضابطة) اشتملت كل منهم على (15) تلميذا وتلميذة بواقع (12) من الذكور و (3) من الإناث تراوحت أعمارهم بين (7 و 10) سنوات.

أدوات الدراسة: قائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأثأة لدى التلاميذ، أداة قياس شدة التأثأة للأطفال (ssi) لرايلي (1994)، اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة (1998) إعداد (رحمة 2004)، مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة إعداد الهوارنة (2008)، البرنامج العلاجي المستند على تقنية الكلام المطول.

نتائج الدراسة: توصل البحث إلى النتائج الآتية:

1-وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسطات درجات المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على مقياس شدة التأثأة.

2-وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

3-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي ومتوسط درجاتهم بعد شهرين من تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأثأة.

4- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق البرنامج العلاجي (القياس البعدي المؤجل).

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

- دراسة واغمان وآخرون (Wagaman, et.al, 1993) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: فعالية برنامج علاجي للتلعثم معتمد على زيادة الوعي وتنظيم التنفس وإشراك الآباء في العلاج.

The Effectiveness Program Treatment for Stuttering of Awareness Training and Regulated.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية برنامج علاجي للتلعثم معتمد على زيادة الوعي للظروف التي يظهر فيها التلعثم وعلى تنظيم التنفس وإشراك الآباء في العلاج من خلال تدريبهم على تنظيم التنفس، كما هدفت هذه الدراسة إلى تقييم طول فترة المحافظة على الطلاقة التي استمرت بين (10-13) شهر.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (8) أطفال: (6) من الذكور و (2) من الإناث، تراوحت أعمارهم بين (6-10) سنوات في مدينة ميتشيغن الأمريكية، بشرط ألا تقل نسبة التلعثم عن (3%) وأن لا يعانون من أية اضطرابات نفسية.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج إلى فعالية البرنامج في خفض شدة التلعثم وأظهرت أيضاً فعالية تدخل الأهل في مراحل العلاج المختلفة.

- دراسة أرمسون وأندرو (Armson & Andrew, 1996) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: تأثير التعرض للتغذية الراجعة بأشكال متعددة على التأثأة أثناء القراءة والحوار الذاتي.

Effect of Exposure to Frequency-Altered Feedback on Stuttering during Reading and Monologue.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى فحص أهداف التعرض لتغذية راجعة طويلة ومستمرة وبدرجات مختلفة أثناء القراءة والحوار الذاتي على عدد مرات التأثأة، ومعدل الكلام.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (12) بالغاً من المتأثئين.

أدوات الدراسة: وتم استخدام أداة لقياس نسبة التأثأة بعد إجراء تجربة التغذية الراجعة في مهمة القراءة الجهرية، والحوار الذاتي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض نسبة التأثأة بعد إجراء التجربة مقارنة بالأداء قبل التجربة في مهمة القراءة الجهرية، أما في مهمة الحوار الذاتي لا يوجد فرق ذو دلالة من حيث عدد مرات التأثأة وعدد المقاطع المنتجة أو نسبة التأثأة.

- دراسة جينسبيرغ (Ginsberg, 2000) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: الشعور بالعار، والوعي بالذات، ومحط اهتمام المتأثئين.

Shame, Self-Consciousness, and Locus of Control in People Who Stutter.

هدف الدراسة: تهدف هذه الدراسة إلى دراسة ثلاثة مفاهيم وهي (العار، الوعي بالذات، والعائق الأكبر في تحقيق الطموح) وربطها بالقلق الاجتماعي وبعض سلوكيات التأثأة (كالمعاناة، والتجنب، والتوقعات).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (15) بالغاً من المتأثئين.

أدوات الدراسة: مجموعة من المقاييس التي تتعلق بقياس (الشعور بالعار، الوعي بالذات، والمعيق الأكبر لتحقيق الطموح، والقلق الاجتماعي، والبرنامج العلاجي).

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. وجود المشاعر السلبية نحو الذات لدى المتأثئين.
2. وجود القلق الاجتماعي لدى المتأثئين ولا سيما في أثناء المواقف الكلامية.
3. وجود علاقة بين القلق الاجتماعي، والشعور بالعار.
4. وجود علاقة بين القلق الاجتماعي، والمشاعر السلبية نحو الذات.

5. فاعلية البرنامج العلاجي في تخفيض القلق، وشدة التأثأة لدى أفراد العينة، والمشاعر السلبية نحو الذات.

- دراسة أندريد و آخرون (Andrade, et. al, 2003):

عنوان الدراسة: العلاقة بين شدة التأثأة ومعدل الكلام الذي يستخدم كأداة لتقييم الطلاقة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير شدة التأثأة على معدل الكلام.

عينة الدراسة: بلغت عينة الدراسة (70) شخصاً بالغاً منهم (51) من الذكور، و(19) من الإناث تتراوح أعمارهم بين (18 - 51) سنة.

أدوات الدراسة: تم أخذ عينة كلامية من كل مشارك على الأقل تتضمن (200) مقطع كلامي صور بالفيديو وحلل طبقاً لمقياس رايلي لقياس شدة التأثأة للأطفال والبالغين.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن هناك ارتباطاً جوهرياً بين شدة التأثأة، ومعدل الكلام في الدقيقة فكلما زادت شدة التأثأة قل معدل الكلام، وأكدت النتائج أن معدل الكلام يعتبر مؤشراً ومنبئاً هاماً في تقييم وتشخيص التأثأة.

- دراسة بورسيل و آخرون (Borsel, et.al,2003):

عنوان الدراسة: فاعلية استخدام نظام التغذية الراجعة المتأخرة والسريعة في خفض التأثأة وتحسين الطلاقة.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى تحسين الطلاقة باستخدام نظام التغذية الراجعة المتأخرة والسريعة في خفض شدة التأثأة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (9) أفراد من البالغين الذين يعانون من التأثأة وكان معدل العام لشدة التأثأة للأفراد (37%) من الكلام.

أدوات الدراسة: استخدم الباحثون جهاز التغذية السمعية الراجعة المتأخرة لمدة (30) دقيقة يومياً استمرت لفترة ثلاثة أشهر، قسم الباحثون (30) دقيقة إلى (10) دقائق للقراءة، و(10) دقائق

محادثة مع أحد أعضاء العائلة، و(10) دقائق للمكالمات التلفونية، ولم يتلق أفراد العينة جلسات علاج التأناة، وقد سمح الباحثون لأفراد العينة اختيار السرعة التي يرونها مناسبة لكلامهم، معظم أفراد العينة اختاروا تأخير الكلام بما يتراوح (100) جزء من الثانية.

نتائج الدراسة: أشارت النتائج بعد مرور ثلاثة أشهر من استخدام نظام التغذية السمعية الراجعة تحسناً بنسبة (55 %) من (37 %) انخفضت نسبة التأناة إلى (17 %) وذلك دون استخدام جهاز التغذية السمعية الراجعة المتأخرة، أما باستخدام الجهاز فقد أظهرت النتائج تحسناً حوالي (70 %) حيث انخفضت نسبة التأناة إلى (10 %). الزيادة التي حصلت من (10 % - 13 % في التأناة عند ارتداء الجهاز لم تكن ذات دلالة إحصائية، وعند تفسير النتائج اتضح أن الزيادة في الطلاقة كانت فقط فيما يتعلق بالكلام المحفوظ (الأتوماتيكي) من مثل ذكر أيام الأسبوع، وإعادة الكلمات والجمل، ولم يسجل تحسناً في المحادثة ووصف الصور، لذلك كانت نتيجة الدراسة أن ارتداء الجهاز فقط في البيت دون تدريب لم يكن ذا تأثير على جميع مهمات الكلام وخاصة المحادثة.

- دراسة كلومباس وروس (Klompas & Ross, 2004) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: التجارب الحياتية للأشخاص الذين يتأتون ونظرتهم لتأثير التأناة على نوعية حياتهم: تجارب أشخاص في جنوب أفريقيا.

Life Experiences of people who stutter, and the perceived impact of stuttering on quality of life: personal Accounts of South African Individuals.

هدف الدراسة: معرفة نظرة الأشخاص المتأئين لتأثير التأناة على نوعية حياتهم.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (16) بالغاً تتراوح أعمارهم ما بين (20-59) سنة.

أدوات الدراسة: مقابلة شخصية فردية تستطلع مناحي الحياة التعليمية، والاجتماعية، والوظيفية، وعلاج النطق، والحياة الزوجية، والعائلية، والهوية، والمعتقدات، والقضايا العاطفية.

نتائج الدراسة: أشار معظم المشاركين بأن التأتأة قد أثرت على أدائهم الأكاديمي في المدرسة وعلى علاقاتهم مع معلميه وأقرانهم في الصف، كما أنها تؤثر على أدائهم في العمل وتعيق فرصهم للترقية، لكنها لم تؤثر بشكل عام على حياتهم الأسرية والزوجية، كما أشار أكثر من نصف العينة إلى أن علاج التأتأة قد أثر على نحو إيجابي في تحسين نوعية حياتهم، كما أشارت نتائج الدراسة أيضا بأن معظم المشاركين قد أشاروا إلى أن التأتأة قد أثرت على ثقافتهم بأنفسهم ونظرتهم لذاتهم.

- دراسة رابنس (Rabbins, 2005):

عنوان الدراسة: آثار التأتأة والطلاقة على الحركات الجسمية أثناء إنتاج الكلام.

The Effect of Stuttering and Fluency Enhancing Condition on Amanual Movement Task.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى خفض وقياس الترددات في السلوكيات المرافقة للتأتأة أثناء إنتاج الكلام.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (7) متأتئين أنثى واحدة و(6) ذكور وقد تراوحت أعمارهم بين (22-49) سنة.

أدوات الدراسة: تم استخدام عدة أدوات مقاطع للقراءة ومكبرات صوت وسماعات أذن ومقياس القراءة كينكيد (Flesch 1974).

نتائج الدراسة: أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود تحسن في الطلاقة أثناء الكلام الكورالي عند أفراد العينة وانخفاض نسبة المقاطع المتأتئ بها من (13 %) لكل المقاطع تحت الكلام الكورالي إلى (1 %) لكل مقطع.

- دراسة دفيس ومايرون (Davis & Myron, 2005) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: العلاج العصبي وعلاج قياس معدلات ضربات القلب لعلاج التأتأة (دراسة حالة).

Neurotherapy and Heart Rate Variability Training for Elimination of Stuttering: A Case Study.

هدف الدراسة: تخفيف شدة القلق وزيادة الثقة بالنفس لدى المريض من خلال تدريبه على برنامج صوتي يعتمد على استرخاء الأوتار الصوتية وتخفيف الرنين الأنفي.

عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة على ذكر واحد أبيض اللون عمره (32) عاماً.

أدوات الدراسة: برنامج صوتي، وجهاز لقياس دقات القلب قبل العلاج وبعده، ورسم خريطة للدماغ قبل العلاج وبعده، ومقياس للقلق، ومقياس مفهوم الذات.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى تحسن مستوى الطلاقة وانخفاض مستوى القلق في الأسبوع الثاني من العلاج، كما توصلت نتائج الدراسة أيضاً إلى زيادة مستوى الطلاقة بنسبة (75-80%) في نهاية الجلسة (17)، كما حصل تحسن لدى المريض من حيث التقليل من مستوى القلق، وزيادة الثقة بالنفس، حيث تم توثيق هذا التحسن بقياس عدد دقات القلب، وبمقارنة خريطة الدماغ قبل وبعد العلاج.

- دراسة بلومجرين وآخرون (Blomgren, et al,2005) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: معالجة وتعديل التأتأة الشديدة: تقويم نتائج العلاج المتعدد الأبعاد.

Intensive stuttering Modification Therapy: A Multidimensional Assessment of Treatment Outcomes

هدف الدراسة: تصميم برنامج مكثف لمعالجة وتعديل التأتأة الشديدة لدى البالغين (برنامج الإدارة الناجحة للتأتأة).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (19) بالغاً من المتأثرين.

أدوات الدراسة: استخدمت الدراسة سلسلة من (14) مقياساً للفصاحة والمؤثرات العاطفية طبقت على عينة الدراسة قبل العلاج، وبعد العلاج فوراً، وبعد العلاج بستة أشهر، من هذه المقاييس مقياس شدة التأتأة، وقائمة لرصد التأتأة الشديدة، والتقويم الذاتي للتأتأة، ومقياس مقاومة التجنب.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى عدم فاعلية البرنامج في إلغاء بعض السلوكيات الأساسية للتأتأة كال تكرار، والإطالة، لكن بالمقابل أثبت فاعليته في تقليل محاولات التجنب لدى أفراد العينة التي خضعت للبرنامج.

- دراسة فينكا تاجيري (Venkatagiri, 2005) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: التقدم الأخير في معالجة التأتأة: منظور أثيوريتيكال.

Recent advances in the treatment of stuttering: A theoretical perspective

هدف الدراسة: معرفة فاعلية برنامج علاجي سلوكي يعتمد أسلوب الكلام السهل الذي يختلف عن الطرق الأخرى التي تعتمد على التغيرات في النموذج الكلامي.

عينة الدراسة: شملت عينة الدراسة على (30) متأتئاً.

أدوات الدراسة: البرنامج العلاجي السلوكي، ومقياس تقدير شدة التأتأة.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي في زيادة الطلاقة لدى المتأتئ وزيادة قدرته على مراقبة حركة النطق الخاصة به، وإن اعتماد العلاج السلوكي في علاج التأتأة الذي يعتمد على كلام المتأتئ الذاتي الناتج عن معلوماته الشخصية أفضل وأسرع من العلاج الذي يتم من خلال نصوص يضعها المعالج.

- دراسة أرمسون وآخرون (Armson, et al, 2006) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: تأثير الكلام السهل على تكرار التأتأة في المختبر.

The Effect of Speech Easy on Stuttering frequency in Laboratory Conditions.

هدف الدراسة: معرفة فاعلية استخدام الكلام السهل في المختبر.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (13) بالغاً ممن يعانون من اضطراب التأتأة.

أدوات الدراسة: تم أخذ عيّنتين من الكلام، عينة قبل استخدام العلاج القائم على طريقة الكلام السهل، وعينة أخرى بعد العلاج، ثم تم إعطاؤهم مهمات (قراءة، وحوار ذاتي، وحوار مع شخص آخر).

نتائج الدراسة: تحقق انخفاض في عدد مرات التأتأة إلى (74%) في القراءة، و (36%) في الحوار الذاتي، و (49%) في المحادثة.

- دراسة ترنبول (Trunbull, 2006) المملكة المتحدة البريطانية:

عنوان الدراسة: تحفيز فهم أعمق لمشكلة التأتأة لدى أقران الأطفال الذين يتأتئون.

Promoting greater understanding in peers of children who stammer.

هدف الدراسة: اقتراح طريقة لتقليل السلوكيات السلبية التي يؤديها الأقران والمعلمون تجاه الأطفال المتأتئين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (75) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (9-11) سنة من الأطفال غير المتأتئين.

أدوات الدراسة: عرض تسجيل لرجل متأتئ عمره (45) سنة وهو يتأتئ في أثناء قراءته القصيدة، ومقياس مكون من سبع نقاط يوزع على الأطفال لقيموا صفات متضادة مثل (ذكي/غبّي، مرتاح/متوتر)، والأسلوب العلاجي المقترح لتعريف الأطفال العاديين باضطراب التأتأة.

نتائج الدراسة: بينت نتائج الدراسة بأن التقويمات التي أطلقها الأطفال على قراءة الرجل اتصفت بالسلبية، حيث أظهروا سلوكيات استهزاء مثل الضحك قبل تطبيق الأسلوب العلاجي المقترح، وهو تعريف الأطفال في المدارس والمعلمين باضطراب التأتأة من قبل مختصين في النطق والكلام، كما أشارت نتائج الدراسة أيضاً بأن مثل هذه العروض تزيد من تفهم الأطفال لمشكلات الكلام، وتساعد في تعديل سلوكياتهم السلبية تجاه الأطفال المتأتئين، كما أن استخدام حالة للدراسة غالباً ما يكون مفيداً لتوضيح اضطراب التأتأة ومظاهره، كما أشارت نتائج الدراسة إلى أن الحالة التي استخدمت في الدراسة لتوضيح أثر البرنامج العلاجي تمكنت من الحفاظ على

مستوى منخفض من التأتأة، كما أنها لم تعد تقلق أو تتوتر كعادتها قبل تعريف الأطفال باضطراب التأتأة.

- دراسة يارس وآخرون (Yaruss, et al, 2006) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: علاج الأطفال المصابين بالتأتأة: التقويم المبدئي بوصف برنامج علاجي يعتمد على الأسرة.

Treating Preschool Children Who Stutter: Description and Preliminary Evaluation of a Family-Focused Treatment Approach.

هدف الدراسة: وصف برنامج علاجي يعتمد على الأسرة يهدف إلى دراسة السلوكيات التواصلية وردود الفعل التي يبديها الأطفال ووالديهم، وتقويم نتائج هذا العلاج.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (17) طفلاً من المتأثئين تراوحت أعمارهم ما بين (31 و62) شهراً وأسرهم.

أدوات الدراسة: برنامج علاجي يعتمد على الأسرة، واستبانة موجهة للأهالي لمعرفة أكثر الطرق نجاحاً في العلاج.

نتائج الدراسة: أشارت الاستجابات على الاستبانة إلى أن الأسر قد استفادت من المعلومات التي تم تزويدهم بها عن اضطراب التأتأة، ومن الاستراتيجيات التي تساعد على تحفيز الطلاقة، كما أظهرت نتائج الدراسة أيضاً أن الأطفال قد حققوا تحسناً في الطلاقة بعد نهاية العلاج، وبعد انتهاء فترة المتابعة.

- دراسة إيفرارد (Everard, 2007) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: تلغثمي لا يحدد شخصيتي.

My stammer doesn't have to define me.

هدف الدراسة: تصميم برنامج شامل لعلاج تأتأة البالغين ضمن البيئة التعليمية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (21) متأثئاً يتلقون التدريب في مدرسة سيتي لينث.

أدوات الدراسة: البرنامج العلاجي الشامل، ومقياس تقدير المواقف المرتبطة بشدة التأثأة، واستمارة دراسة الحالة.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية البرنامج في تخفيف شدة التأثأة، كما أشارت نتائج تحليل دراسة الحالة التي طبقت على بعض أفراد العينة إلى انخفاض مشاعر القلق والخوف والحرص التي كانت تتنابهم في أثناء الحديث قبل التحاقهم بالبرنامج، كما أشارت نتائج الدراسة بأن الجلسات العلاجية الأسبوعية قد ساهمت في تنمية القدرات التواصلية وزيادة مشاعر الثقة بالنفس لدى المتأثئين الذين خضعوا للبرنامج.

- دراسة مورفي وآخرون (Murphy, et al, 2007) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: تعزيز العلاج للأطفال المتأثئين في سن المدرسة تقليل ردود الأفعال السلبية من خلال تقليل الحساسية وإعادة تكوين المفاهيم

Enhancing Treatment for School-who Stutter I Reducing Negative Reactions Through Desensitization and cognitive Restructuring.

هدف الدراسة: وصف مجموعة من الأساليب العلاجية التي يستطيع المعالجون استخدامها في التعامل مع ردود الأفعال السلبية عند الأطفال المتأثئين في سن المدرسة مثل (تقليل الحساسية تجاه التأثأة، وإعادة تكوين المفاهيم، وتقبل الذات، والإفصاح القصدي عن التأثأة، والدمج بين أسلوبين تعزيز الطلاقة وتعديل التأثأة).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من طفل واحد عمره تسع سنوات.

أدوات الدراسة: مقياس جونسون لمعرفة شدة التأثأة، وبرنامج العلاج الشامل، ومقياس القلق، ومقياس تقبل الذات.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض عدد مرات التأثأة وشدها، وتقليل مشاعر القلق، كما أظهرت نتائج الدراسة أيضاً إلى وجود تحسن في توجهات الطفل نحو التواصل، وأصبح أكثر تقبلاً لذاته.

- دراسة دكين وآخرون (Dehqan, et.al, 2008) إيران:

عنوان الدراسة: العلاقة بين شدة التأتأة لدى الأطفال وكلام أمهاتهم.

Relationship between Stuttering Severity in Children and Their Mothers Speaking.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى تأثير كلام الأمهات على شدة التأتأة لدى الأطفال.

عينة الدراسة: طبقت الدراسة على عينة بلغ عدد الأمهات فيها (35) وعدد الأطفال (35) منهم (29) ذكراً و (6) إناثاً.

أدوات الدراسة: تم تسجيل عينات كلامية أثناء كلام الأمهات مع الأطفال لمدة (15) دقيقة ثم تحليلها عن طريق اختبار شدة التأتأة وبارامترات نسبة الكلام في مركز إعادة تأهيل الطفل في طهران.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة قوية بين شدة التأتأة لدى الأطفال وكلام الأمهات.

- دراسة ميشيل وجوي (Michael & Joy, 2008) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: تأثير الكلام السهل على تكرار التأتأة، ومعدل الكلام، وطبيعة الكلام.

The Effect of Speech Easy on Stuttering frequency, Speech Rate, and Speech Naturalness.

هدف الدراسة: معرفة تأثير الكلام السهل على عدد مرات التأتأة، ومعدل الكلام، ومدى كون الكلام طبيعياً.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (31) بالغاً من المتأثرين.

أدوات الدراسة: استخدام طريقة الكلام السهل في القراءة الجاهرة، والحوار الذاتي.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض عدد مرات التأتأة بمقدار (79%) في مهمة القراءة الجاهرة، و(15%) فقط في الحوار الذاتي، كما انخفض تقويمهم الشخصي لأنفسهم لشدة التأتأة بمعدل (3.5) للقراءة الجاهرة، و (2.7) للحوار الذاتي باستخدام معيار من (1-9) نقاط، أما عملية تقويم كون الكلام طبيعياً فقد تحسن على نحو جيد بمعدل (3.3) نقطة للقراءة الجاهرة، و (3.2) في الحوار الذاتي، وهي معدلات تقل قليلاً عن المعدل الطبيعي مما يشير إلى مساهمة تبطئ معدل الكلام (الكلام السهل) في تخفيض عدد مرات التأتأة.

- دراسة ويليام وآخرون (William, et al, 2008) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: التأتأة في سن الطفولة المتأخرة:

Late Childhood Stuttering.

هدف الدراسة: اختبار العوامل التي تدفع بالأطفال المتأئين في سن الثامنة للإبقاء على التأتأة حتى سن الثانية عشرة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (76) طفلاً من الأطفال المتأئين في عمر الثامنة، تم تقسيمهم إلى مجموعتين: المجموعة الأولى: ضمت مجموعة من الأطفال الذين تم إخضاعهم للعلاج من التأتأة، المجموعة الثانية: ضمت مجموعة من الأطفال لم يتلقوا أي علاج. **أدوات الدراسة:** مقياس شدة التأتأة.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى أن المتأئين كانوا من الذكور أكثر من الإناث، كما توصلت نتائج الدراسة أيضاً إلى أن شدة التأتأة قلت مع بلوغ سن الثانية عشرة عند العينة التي خضعت للعلاج، أما العينة التي لم تتلق أي علاج فقد احتفظت بسلوكيات التأتأة الأساسية والثابتة، وظلت نسبتها عالية مع بلوغ عمر الثانية عشرة أو أكثر مع حدوث تغيير في مظاهر التأتأة، حيث أصبح التكرار على مستوى الكلمة أعلى منه على مستوى جزء من الكلمة.

- دراسة أودونيل وآخرون (O'Donnell, et al, 2008) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: تأثير استخدام الكلام السهل في الحياة اليومية.

The Effectiveness of Speech Easy during Situations of Daily Living.

هدف الدراسة: دراسة فاعلية استخدام الكلام السهل في الحياة اليومية.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (7) بالغين متأتئين.

أدوات الدراسة: تم تسجيل عينات كلامية لكل مشارك قبل استخدام العلاج باستخدام الكلام السهل وبعده، وتم الاستمرار بتسجيل عدد مرات التأتأة من (9-16) أسبوعاً وجهاً لوجه ومن خلال الهاتف.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض عدد مرات التأتأة باستخدام الكلام السهل في الحياة اليومية بنسبة (30).

- دراسة بولارد وآخرون (Pollard, et al, 2009) الولايات المتحدة الأمريكية:

عنوان الدراسة: أثر استخدام الكلام السهل في النواحي الإدارية، والموضوعية للتأتأة: دراسة تجريبية لمدة ستة شهور المرحلة الأولى في بيئات مختلفة.

Effect of the Speech Easy on Objective and Perceived Aspects of Stuttering A6-Month, Phase I Clinical Trial in Naturalistic Environments.

هدف الدراسة: معرفة أثر استخدام الكلام السهل في النواحي الإدارية، والموضوعية للتأتأة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (11) فرداً يعاني من التأتأة.

أدوات الدراسة: استخدام طريقة الكلام السهل في القراءة الجاهرة.

نتائج الدراسة: أشارت نتائج الدراسة إلى انخفاض عدد مرات التأتأة في أثناء القراءة الجاهرة، والكلام في سياق معد مسبقاً باستخدام الكلام السهل، كما أشارت نتائج هذه الدراسة أيضاً إلى أن استجابات المشاركين، وتعاونهم الإيجابي يؤكد فاعلية هذه الطريقة في علاج التأتأة.

- دراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski & et al, 2009) الولايات المتحدة الأمريكية.

عنوان الدراسة: مقارنة عدد مرات التأتأة في أثناء البدء في الكلام وبعده باستخدام تغذية راجعة معدلة، وتغذية راجعة غير معدلة، واستخدام الكلام المنغم.

Comparisons of Stuttering Frequency during and after Speech Initiation in Unaltered Feedback, Altered Auditory Feedback and Choral Speech Conditions.

هدف الدراسة: فحص كيفية تأثير التغذية الراجعة، والكلام المنغم على التأثأة، ومعرفة فيما إذا كان هناك اختلاف بينهما في التأثير على تحفيز الطلاقة في أثناء البدء بالكلام والاستمرار به.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من عشرة أفراد يعانون التأثأة.

أدوات الدراسة: مقياس شدة التأثأة، استخدام الكلام المنغم، والتغذية الراجعة في أثناء القراءة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1. تخفيض التأثأة باستخدام طريقة التغذية الراجعة المعدلة بنسبة (68%) أكثر من التغذية الراجعة غير المعدلة.
2. عدد مرات التأثأة في بداية الكلمات أكثر منها في منتصفها، أو آخرها.
3. انخفضت التأثأة في الكلام المنغم بنسبة (98%) في كل المقاطع.
4. التغذية الراجعة المعدلة تعد خياراً علاجياً لمن يعانون التأثأة بشرط استخدامها مع أساليب علاجية أخرى تساعد على انطلاق الكلام كأسلوب الكلام المنغم.

ثالثاً : التعليق على الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة تقوم الباحثة بالتعليق عليها من خلال عدة نقاط وهي:

أ. من حيث الأهداف:

- تعددت الدراسات وتوعدت أهدافها فبعض هذه الدراسات هدفت إلى تخفيف شدة القلق وزيادة الثقة بالنفس لدى الأشخاص المتأثئين باستخدام بعض الأساليب العلاجية (مثل العلاج الجمعي (السيكودراما) و القراءة المتزامنة و الممارسة السلبية، العلاج السلوكي متعدد المحاور والقراءة المتزامنة، واستخدام أسلوب استرخاء الأوتار الصوتية وتخفيف الرنين الأنفي، وتقنية التنويم المغناطيسي) كدراسة حمودة (1992)، ودراسة البهاص (1993)، ودراسة ديفيس ومايرون (Davis & Myron 2005). و قد هدفت بعض الدراسات إلى وصف مجموعة من الأساليب العلاجية التي يستطيع المعالجون استخدامها في التعامل مع ردود الأفعال السلبية عند الأطفال المتأثئين في سن المدرسة مثل (تقليل الحساسية تجاه التأثأة، وإعادة تكوين المفاهيم، وتقبل الذات، والدمج بين أسلوب تعزيز الطلاقة وتعديل التأثأة) كدراسة مورفي وآخرون (Murphy, et al, 2007)، بينما هدفت بعض الدراسات الأخرى إلى التحقق من فاعلية بعض الأساليب

العلاجية في تخفيف شدة التأتأة (مثل التظليل واللعب غير الموجبة، الكلام المطول، الكلام السهل، التفاعل بين الأطفال وآبائهم، والتغذية الراجعة والكلام المنغم) كدراسة فينكاتاجيري (Venkatagiri, 2005) ودراسة أرمسون وآخرون (Armson, et al, 2006)، ودراسة أودونيل وآخرون (O ' Donnell, et al, 2008)، ودراسة ميلارد وآخرون (Millard, et al, 2008)، ودراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski, et al, 2009) في حين هدفت بعض الدراسات الأخرى إلى التحقق من فاعلية البرامج الإرشادية في تخفيف شدة التأتأة كدراسة النحاس (2005). هدفت بعض الدراسات إلى معرفة تأثير الكلام السهل على عدد مرات التأتأة ومعدل الكلام، ومدى كون الكلام طبيعياً، كدراسة كل من ميشيل وجوي (Michael & Joy, 2008)، ودراسة أرمسون وآندرو (Armson & Andrew, 1999)، ودراسة أودونيل وآخرون (O ' Donnell, et al, 2008) بينما هدفت بعض الدراسات الأخرى إلى دراسة العلاقة بين بعض هذه الخصائص (كالثقة بالنفس، والقلق الاجتماعي) واضطراب التأتأة كدراسة جينسبيرغ (2000 Ginsberg)، ودراسة حسيب (2007)، وقد هدفت بعض الدراسات إلى التحقق من فاعلية استخدام بعض البرامج العلاجية القائمة على العلاج السلوكي في تخفيف شدة التأتأة كدراسة الدبوس (2008)، بينما هدفت بعض الدراسات الأخرى إلى التحقق من فاعلية استخدام البرامج الإرشادية في تخفيف شدة التأتأة كدراسة النحاس (2005)، ودراسة واجمان وآخرون (1993)، ودراسة الزريقات (1993)، ودراسة بورسيل وآخرون (2003)، التي أشارت جميعها إلى فاعلية البرامج في الحد و التقليل و التخفيف من شدة التأتأة والحركات المصاحبة و التوتر و القلق، كما أشارت إلى فاعلية و أثر استخدام أكثر من أسلوب و فنية علاجية للتأتأة.

ب. من حيث العينات:

تباينت أعداد أفراد العينات في معظم الدراسات فقد قل عدد أفراد العينة في بعض الدراسات عن (15) فرداً ممن يعانون اضطراب التأتأة كدراسة ديفيس ومايرون (Davis & Myron, 2005)، ودراسة أرمسون وآخرون (Armson, et al, 2006)، ودراسة ترنبول (Turnbull, 2006)، ودراسة غاي وديفيد (Guy & David, 2006)، ودراسة ميلارد وآخرون (Millard, et al, 2008)، ودراسة بولارد وآخرون (Pollard, et al, 2009)، ودراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski, et al, 2009)، ودراسة مخلوف (2010)، في حين زاد

عدد أفراد عينة بعض الدراسات الأخرى عن (30) فرداً كدراسة الدبوس (2004)، ودراسة حسيب (2007)، ودراسة ويليام وآخرون (Williams, et al, 2008)، ودراسة ميشيل وجوي (Michael & Joy, 2008).

أما من حيث جنس العينات المستخدم فقد تباينت معظم الدراسات فيما بينها احتوت بعض الدراسات على الذكور والإناث كدراسة هندية (1997)، ودراسة النحاس (2005)، ودراسة حسيب (2007)، ودراسة الدبوس (2008)، ودراسة ويليام وآخرون (Williams, et al, 2008)، ودراسة العلي (2010)، بينما اقتصر بعض الدراسات الأخرى على الذكور فقط كدراسة فينكا تاجيري (Venkatagiri, 2005)، ودراسة يارس وآخرون (Yaruss, et al, 2006)، ودراسة إيفرارد (Everard, 2007)، ودراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski & et al, 2009)، ودراسة بولارد وآخرون (Pollard & et al, 2009).

وقد تباينت أيضاً من حيث العمر لزماني لأفراد العينة فقد أخذت بعض الدراسات أفراد عيبتها من الأطفال كدراسة هندية (1997)، ودراسة الدبوس (2004)، ودراسة النحاس (2005)، ودراسة ترنبول (Trunbull, 2006)، ودراسة مورفي وآخرون (Murphy, et al, 2007)، ودراسة يارس وآخرون (Yaruss, et al, 2006)، ودراسة ميلارد وآخرون (Millard, et al, 2008)، ودراسة الدبوس (2008)، ودراسة ويليام وآخرون (William, et al, 2008)، ودراسة العلي (2010)، ودراسة مخلوف (2010)، بينما أخذت بعض الدراسات الأخرى أفراد عيبتها من البالغين كدراسة جينسبيرغ (Ginsberg, 2000)، ودراسة ويسيل ورايتشل (Wiesel & Rachel, 2005)، ودراسة بلومجرين (Blomgren, et al, 2005)، ودراسة إيفرارد (Everard, 2007) ودراسة ميلارد وآخرون (Millard, et al, 2008)، ودراسة بولارد وآخرون (Block, et al, 2005)، ودراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski & et al, 2009).

ج. من حيث الأدوات:

اختلفت الأدوات التي استخدمت في هذه الدراسات من أجل قياس شدة التأثأة حيث اعتمدت بعض هذه الدراسات على مقاييس لتقدير شدة التأثأة كمقياس جونسون كما في دراسة

مورفي وآخرون (Murphy, et al, 2007)، ومقياس رايلي كما في دراسة عبد ربه (2000)، ودراسة بلومجرين وآخرون (Blomgren, et al, 2005)، ودراسة هوايل (Howel, 2006)، ودراسة ويليام وآخرون (William, et al, 2008)، ودراسة الرعود (2008)، ودراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski & et al, 2009)، ودراسة مخلوف (2010)، بينما اعتمدت بعض الدراسات الأخرى على تقدير المواقف المرتبطة بشدة التأثأة كدراسة عبد الله (1995)، ودراسة هندية (1997)، ودراسة ويسيل ورايتشل (Wiesel & Rachel, 2005).

هـ. من حيث المنهج المتبع في الدراسة:

اتبعت بعض الدراسات المنهج التجريبي للتحقق من فاعلية بعض الطرق العلاجية في علاج التأثأة كدراسة عبد الله (1995) ودراسة الكحكي (1997)، ودراسة عبد ربه (2000)، ودراسة سليم (2004)، ودراسة بلوك (Block, et al, 2005)، ودراسة النحاس (2005)، ودراسة حسيب (2007)، ودراسة الدبوس (2008)، ودراسة حمدي (2008)، ودراسة ميلارد وآخرون (Millard, et al, 2008)، ودراسة ويليام وآخرون (William, et al, 2008)، ودراسة بولارد وآخرون (Pollard, et al, 2009)، ودراسة كاشف (2010)، ودراسة العلي (2010)، ودراسة مخلوف (2010)، بينما اتبعت بعض الدراسات الأخرى المنهج الوصفي كدراسة قطبي وآخرون (Kotbi, et al, 1992)، ودراسة سو (Hsu, 1994)، ودراسة مقبل (1995)، ودراسة هندية (1997)، ودراسة خليل (2000)، ودراسة الدبوس (2004)، ودراسة كلومباس وروس (Klompas & Ross, 2004)، ودراسة ويسيل ورايتشل (Wiesel & Rachel, 2005).

و. من حيث نتائج الدراسات:

- أكدت نتائج بعض الدراسات فاعلية البرامج الإرشادية في تخفيف مظاهر التأثأة، وتحسين مستوى الطلاقة كدراسة حمودة (1992) ودراسة البهاص (1993) النحاس (2005)، ودراسة كسناوي (2007)، ودراسة حسيب (2007)، ودراسة حمدي (2008)، في حين أكدت نتائج بعض الدراسات الأخرى فاعلية البرامج التي تعتمد على المنهج التكاملي المتعدد الأبعاد كدراسة عبد ربه (2000)، ودراسة سليم (2004)، ودراسة إيفرارد (Everard, 2007)، ودراسة العلي (2010).

- أشارت نتائج بعض الدراسات إلى نجاح بعض البرامج الإرشادية كبرنامج (Easy does it) في التخفيف من سلوكيات التأتأة الثانوية وبعض السلوكيات الأساسية للتأتأة (كالتكرار والتوقف)، بينما فشل البرنامج نفسه في التقليل من طول مدة التأتأة (الإطالة) كدراسة كسناوي (2007)، ودراسة مخلوف (2010)، في حين أشارت نتائج بعض الدراسات الأخرى إلى نجاح بعض البرامج العلاجية في التقليل من سلوكيات التجنب والسلوكيات الثانوية المرافقة التي تحدث لحظة التأتأة، بينما فشل البرنامج نفسه في تخفيف سلوكيات التأتأة الأساسية (كالتكرار والتوقف، والإطالة) كدراسة بلومجرين وآخرون (Blomgren, et al, 2005).

- أشارت نتائج بعض الدراسات إلى فاعلية بعض البرامج العلاجية في خفض شدة التأتأة ومستوى القلق كدراسة ديفيس ومايرون (Davis & Myron, 2005)، ودراسة الرعود (2008)، في حين أشارت نتائج بعض الدراسات الأخرى إلى فاعلية بعض البرامج العلاجية الأخرى في زيادة الثقة بالنفس، والتقليل من المشاعر السلبية نحو الذات، بالإضافة إلى خفض مستوى القلق، وشدة التأتأة كدراسة جينسبيرغ (Ginsberg, 2000)، ودراسة حسيب (2007)، ودراسة غاي وديفيد (Guy & David, 2006)، ودراسة إيفرارد (Everard, 2007)، ودراسة كاشف (2010).

- أشارت نتائج بعض الدراسات إلى فاعلية الأساليب العلاجية (كأسلوب العلاج الجمعي (السيكودراما)، تأثير أجهزة التغذية الراجعة المرتدة التي توضع داخل الأذن على كلام الأشخاص المتأثرين، أسلوب التفاعل بين الأطفال وآبائهم، أسلوب تعديل التأتأة وبناء الطلاقة، الكلام السهل، والعلاج السلوكي) المتبعة في علاج التأتأة في إلغاء سلوكيات التأتأة الأساسية (التكرار، الإطالة، التوقف) كدراسة بلوك (Block, et al, 2005)، ودراسة ستوارت (Stuart, 2006)، ودراسة ميلارد وآخرون (Millard, et al, 2008)، ودراسة الرعود (2008)، ودراسة الدبوس (2008)، بينما أظهرت نتائج بعض الدراسات الأخرى إخفاق بعض الأساليب العلاجية في إلغاء سلوكيات التأتأة الأساسية كدراسة بلومجرين وآخرون (Blomgren, et al, 2005).

- أظهرت نتائج بعض الدراسات أن استخدام أسلوبين معاً من أساليب العلاج أكثر فاعلية من الاقتصار على أحدهما كدراسة عبد الله (1995)، ودراسة عبد ربه (2000)، ودراسة غاي

وديفيد (Guy & David, 2006) ، ودراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski & et al,) (2009).

- أشارت نتائج بعض الدراسات التي اتبعت أسلوب الكلام السهل إلى انخفاض عدد مرات التأناة في القراءة والمحادثة العفوية كدراسة أرمسون وآخرون (Armson, et al, 2006)، ودراسة ميشيل وجوي (Michael & Joy, 2008)، ودراسة بولارد وآخرون (Pollard, et al,) (2009).

- أظهرت نتائج بعض الدراسات بأن تزويد الأهالي ببعض المعلومات عن التأناة ومشاركتهم في البرامج العلاجية يؤدي إلى تحسن الطلاقة وتخفيف شدة التأناة لدى أبنائهم كدراسة النحاس (2005)، ودراسة يارس وآخرون (Yaruss, et al, 2006)، ودراسة حمدي (2008)، ودراسة ميلارد وآخرون (Millard, et al, 2008).

- أظهرت نتائج بعض الدراسات فاعلية بعض الأساليب العلاجية (كالعلاج الظلي، اللعب غير الموجه، البرنامج التكاملي، استرخاء الأوتار الصوتية وتخفيف الرنين الأنفي، التنويم المغناطيسي، البرنامج العلاجي الشامل) في تخفيف شدة التأناة والأعراض المصاحبة لها كعدم الثقة بالنفس كدراسة عبد الله (1995)، ودراسة الكحكي (1997)، ودراسة جينسبيرغ (Ginsberg, 2000)، ودراسة فيرستين (Feierstein, 2005)، ودراسة غاي وديفيد (David, 2006)، ودراسة إيفرارد (Everard, 2007)، ودراسة مورفي وآخرون (Murphy, et al, 2007)، ودراسة العلي (2010).

- أظهرت نتائج بعض الدراسات إلى وجود فروق دالة بين الأشخاص المتأنتين والعاديين فيما يخص مفهوم الذات، تقدير الذات كدراسة سو (Hsu, 1994)، ودراسة هندية (1997)، ودراسة خليل (2000)، ودراسة الدبوس (2004)، ودراسة ويسيل ورايتشل (2005) & Rachel, (Wiesel)، في حين أشارت بعض الدراسات الأخرى إلى عدم وجود أية فروق دالة بينهما كدراسة ياكارينو (Iacarina, 1991)، ودراسة قطبي وآخرون (Kotbi, et al, 1992).

- أشارت نتائج بعض الدراسات إلى وجود مشاعر القلق وعدم الثقة بالنفس لدى الأشخاص المتأنتين كدراسة جينسبيرغ (Ginsberg, 2000) ، ودراسة كلومباس وروس (Klompas &)

(Ross, 2004) ، ودراسة ويسيل ورايتشل (Wiesel & Rachel, 2005) ، ودراسة مورفي وآخرون (Murphy, et al, 2007) .

- أوجه الاستفادة من الدراسات السابقة:

1. المساهمة في بزوغ فكرة الدراسة الحالية وكذلك صياغة فروضها.
2. اختيار عينة البحث التي تكونت من (18) تلميذاً وتلميذة بواقع (14) من الذكور و(4) من الإناث يعانون التأتأة تراوحت أعمارهم ما بين (8-10) سنوات.
3. تعرّف المقاييس المستخدمة في تشخيص التأتأة واختيار مقياس شدة التأتأة لريلي (Riley, 1994) بعد التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس.
4. تعرّف أكثر الأساليب العلاجية فاعلية في إلغاء سلوكيات التأتأة الأساسية والثانوية ومن ثم اختيار فنية السيكدوراما لتطبيقها على أفراد العينة.
5. الاطلاع على البرامج العلاجية المستخدمة في الدراسات السابقة بهدف الاستفادة منها في تحديد
- أهداف البرنامج الحالي والأسس التي يعتمد عليها وفنياته والتدريبات المستخدمة فيه، بالإضافة إلى تحديد عدد الجلسات العلاجية ومدة كل جلسة.
6. تفيد الدراسات السابقة الدراسة الحالية في (اختيار المنهج المناسب، ووضع الإطار النظري وتفسير النتائج).

- مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

- تعد الدراسة الحالية (في حدود علم الباحثة) الدراسة الأولى التي استخدمت فنية السيكدوراما في علاج التأتأة في القطر العربي السوري.
- يتقارب حجم العينة في الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة كدراسة فينكا تاجيري (Venkatagiri, 2005)، ودراسة العلي (2010).

- تتشابه هذه الدراسة مع بعض الدراسات السابقة في استخدامها لبعض المقاييس مثل مقياس شدة التأثأة لرايلي كدراسة بلومجرين وآخرون (Blomgren, et al, 2005)، ودراسة ويليام وآخرون (William, et al, 2008)، ودراسة كلاينوسكي وآخرون (Kalinowski & et al, 2009).

- تختلف الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة بكونها تتناول برنامجاً علاجياً مستنداً في تصميمه إلى فنية السيكو دراما وما تتضمنه من فنيات كلعب الدور والنمذجة والتخيل... الخ من فنيات، هدفها تخفيف شدة التأثأة لدى عينة من التلامذة المتأثئين في مدارس محافظة حلب الرسمية.

الفصل الثالث: الإطار النظري

المحور الأول: التأتأة Stuttering.

المحور الثاني: السيكو دراما.

المحور الأول: التأتأة Stuttering

أولاً: تعريفات التأتأة.

ثانياً: نسبة انتشار التأتأة والعوامل المؤثرة بها.

ثالثاً: الضغوط الخارجية والداخلية التي يمكن أن تزيد شدة التأتأة.

رابعاً: خصائص الأطفال المتأثرين.

خامساً: النظريات المفسرة للتأتأة.

سادساً: سلوكيات التأتأة.

سابعاً: الخصائص اللغوية للكلمات المتأثر بها.

ثامناً: أنواع التأتأة.

تاسعاً: مراحل التأتأة.

عاشراً: مستويات التأتأة حسب العمر وصفاتها.

الحادي عشر: تشخيص التأتأة.

الثاني عشر: البرامج التدريبية المستخدمة في التخفيف من حدة التأتأة.

مقدمة:

يعاني الكثير من الطلبة في مدارسنا من مشكلات الكلام وصعوبات النطق والتي ينتج عنها العديد من المشكلات النفسية والسلوكية، حيث تؤثر على حياتهم الخاصة والعامة لشعورهم بالنقص والدونية. مما يدفعهم إلى الغضب والحزن، والعزلة، والانطواء، والانسحاب وتجنب الاختلاط بالآخرين.

فإخفاق الطفل في التواصل مع غيره يؤدي به إلى الوقوع في المشكلات النفسية نتيجة لما يعانيه من اضطرابات في النطق، ومنها الخجل، والإحباط، و الانطواء ، و القلق الاجتماعي، وغيرها من الأعراض الأخرى، ويعد النطق و الكلام أحد الوسائل اللغوية التي من خلالها يتفاعل الفرد مع الآخرين، وينقل لهم أفكاره ويعبر عن حاجاته ورغباته، وهو أداة للتواصل و إعطاء التعليمات، ووسيلة لاكتساب المعرفة و التفكير، و التخيل، والترويح عن النفس، وتتبع أهمية النطق في كونه إحدى أهم السمات التي تميز الإنسان عن بقية المخلوقات ، وتؤكد صبغته الاجتماعية.(البلاوي، 2001، ص43).

وبمراجعة أدبيات هذا النوع من الاضطرابات، نجد تبايناً في تحديد المفاهيم، وعدم الاتفاق حولها بشكل محدد، وذلك قد يعزى إلى التداخل وتعدد أسبابها سواء كانت بيولوجية، أو نفسية، واجتماعية، إضافة إلى تعدد وتنوع مظاهر وأعراض كل اضطراب مما يصعب الاتفاق على مفهوم موحد يجمع كل هذه الاضطرابات.

حيث أن اضطراب الكلام هو التصنيف الثاني من اضطرابات التواصل، وأقربها بالنسبة للتصنيف الأول "اضطراب النطق"، حيث أنهما يشتركان معاً في الأسباب، فإصابة الجهاز الكلامي وما يحتوي عليه من تجويف فمي، وأنفي، وأسنان، وعضلات داخل التجويف الفموي، كلها مسؤولة عن حدوث خلل في النطق والكلام. (عبد الفتاح، 2008، ص70).

وتتعدد تصنيفات العلماء لاضطرابات النطق والكلام، حيث تعد التأتأة إحدى أهم اضطرابات النطق والكلام ذات المنشأ الوظيفي، وبهذا الشأن تشير (عبد الفتاح، 1988، ص12) أن ظاهرة التلعثم (التأتأة) تعتبر من بين اضطرابات النطق التي لها تأثير كبير على التواصل حيث يقلل

من فرص تواصل الأطفال المتلعثمين (المتأثنين) ومشاركتهم، وتفاعلهم مع الآخرين، مما يؤدي إلى شعورهم بالنقص وعدم الثقة بالنفس والانعزالية والخوف من التحدث، فالتلعثم (التأتأة) ليس فقط إعاقة في الكلام، ولكن إعاقة أيضاً في الحياة الاجتماعية.

بنما يرى (الزغلول، 2006، ص138) أن اللججة (التأتأة) هي نوع من إعادة الكلام تظهر في شكل تردد، وتكرار سريع للمفردات، يصاحبه تشنجات في عضلات التنفس و الكلام، فقد تجد أن الفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب يكرر نطق حرف معين دون مبرر لذلك يقول س.س.سيارة، أو "ححححص" و إلى غير ذلك من التكرارات النطقية غير المبررة.

وعلى الرغم من اختلاف المسميات، إلا أن التأتأة حتى الآن هي أكثر أشكال اضطرابات الكلام التي يمكن أن نواجهها في الفصول الدراسية، أو في المراكز العلاجية.

وستعرض الباحثة في هذه الدراسة إلى التعريفات المرتبطة بالتأتأة بالإضافة إلى أهم التعريفات التي تناولت ظاهرة التأتأة، وأهم العوامل التي تؤدي إلى ظهورها والإصابة بها، كما ستعرض للنظريات المفسرة لها، وأهم طرق التشخيص والعلاج المستخدمة.

أولاً: تعريفات التأتأة:

1. التعريف اللغوي:

وردت في المعاجم العربية ألفاظ كثيرة تشير إلى معان متشابهة منها: الرتة - العقلة - اللججة - اللوثة - الحبسة - اللف - اللعثة - التمتمة - التعتة - التأتأة، ففي (المنجد، 1927) جاءت اللججة بمعنى التردد في الكلام، واللجلاج من كان ثقیل اللسان، وتردد في كلامه. واللعثة: هي التوقف في الكلام ويقال: سألته عن شيء فلم يتلعثم أي لم يتوقف حتى أجابني. والتعتة: تعث في الكلام: تردد فيه من عي، واللوثة: الاسترخاء والألوث: المسترخي - البطيء - الثقیل اللسان الضعيف. (معلوف، 1927، ص 733_790). وفي المعجم الوسيط (1960) جاءت التأتأة والتأتاء: من يكرر التاء إذا تكلم لعب في نطقه، والعقلة: اعتقال اللسان أي أنه لم يقدر على الكلام (مصطفى وآخرون، 1960، ص 180).

ويورد الثعالبي في كتابه فقه اللغة بعض العيوب اللغوية التي عرفها العرب وهي:

- الرتة: حبسة في لسان الرجل وعجلة في كلامه.
- اللكنة: الحلكة، عقدة في اللسان وعجمة في الكلام.
- التهتهة: حكاية صوت العيي والألكن.
- اللثغة: أن تصير الراء لماً والسين ثاء في الكلام.
- الفأفأة: أن يتردد في الفاء.
- التتممة: أن يتردد في التاء.
- اللفف: أن يكون في اللسان ثقل.
- اللجلة: أن يكون فيه عي، وإدخال بعض الكلام في بعض.
- الليغ: ألا يبين الكلام (السيد، 1988، ص 186-187).

وأما في اللغة الإنجليزية فيوجد لفظان يشيران إلى لفظ التأتأة أولهما (Stuttering) ويقابل بالعربية "الرتة"، وهي التردد في نطق مقطع الكلمة، أو أن الكلمة لا تكاد تخرج من الفم. أما اللفظ الثاني فهو (Stammering) وتقابل بالعربية "العقلة"، وهي تعني اعتقال اللسان بحيث يعجز الفرد عن تلفظ المقطع إلا بعد جهد كبير. ويستخدم الباحثون الأمريكيان مصطلح (Stuttering)، بينما يفضل الإنجليز مصطلح (Stammering) هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يرى ترافس (Travis) أن المصطلحين يدلان على نفس الشيء وإنهما يستخدمان كمترادفين، إلا أنه من الناحية العملية تتميز (Stuttering) بتكرار الحروف أو المقاطع أو الكلمات، بينما تتميز (Stammering) بالتوقف عن الكلام، وجعل الكلام متعاقباً، بين التوقف عن الكلام والتكرارات الارتعاشية، وبهذا المعنى لا يوجد اختلاف رئيسي بين التكرار (Cloinc) والتوقف (Toinc) ولكن الأخير يتميز بإطالة ومد للحروف (Levin & Jeanh 1982.p 666).

2. التأتأة كما وردت في المعاجم والقواميس النفسية:

عرفت التأتأة في قاموس التربية (1945) بأنها "كلام يتصف بتعابير القلق يعبر بصعوبة عن الأصوات أو الكلمات بردات فعل وأسلوب غير عادي، أو توتر لواحد أو أكثر من أساليب: الإعادة أو التطويل لعناصر الكلام (أصوات - مقاطع - كلمات - عبارات) أو إقحام لكلمات زائدة أو فترات صمت (Kappa , 1945 , p395). وفي موسوعة العالم (1974): التأتأة من عيوب الكلام بحيث يقاطع إيقاع الكلام بوقفات أو تقلصات غير إرادية - تكرارات أو تطويلات للأصوات أو المقاطع وفي بعض الأحيان يصاحب ذلك التواءات في الوجه (Hanks , 1974 , p1557). وفي قاموس الطب النفسي (1985) "التأتأة إعاقه للكلام حيث يقاطع تدفق الكلام الطبيعي بوقفات لا إرادية تكرارات أو تطويلات للأصوات (Walton , 1985 , p156). ووردت في الموسوعة النفسية (1994) التأتأة " اختلاف كمية التعطل في الكلام من التردد الخفيف إلى التعطل الكامل لبضع دقائق، وتصحبه اختلاجات وجهية وبدنية، وتشتد في مواقف الضغط الاجتماعي، وترجع إلى عوامل تكوينية وفسولوجية ونفسية، وتدل على وجود عدوان معطل لدى الطفل (الحفني، 1994، ص 850). وأخيراً جاءت التأتأة في معجم علم النفس والطب النفسي (1995) على أنها "تكرار للأصوات أو المقاطع أو الكلمة وإطالة لها مع تردد وانقطاع يعوق الكلام، فهو اضطراب في إيقاع الكلام، ويحدث الاضطراب عند 1% من الأطفال، وتشفى الحالات الخفيفة عادة على نحو تلقائي، أما الحالات المزمنة فتتفاقم في المواقف التي تتطلب تواصلًا" (جابر وآخرون، 1995، ص 376).

3. التعريف الاصطلاحي للتأتأة:

يرى الكثير من الباحثين والمهتمين بدراسة التأتأة أنها ظاهرة مرضية، غاية في التعقيد وقد تفاوتت الآراء ووجهات النظر حول إيجاد تعريف لها. وليس هذا الاختلاف كان في إرجاع هذا الاضطراب إلى سبب واحد، ولكن يمكن القول إن هذا الاضطراب يصيب شكل انسياب الكلام وهو ما يعرف بالطلاقة (Fluency) وبالتالي فإن التأتأة هي انحراف يصيب الطلاقة، وهي الحالة الطبيعية الكلام الإنسان (السرطاوي وأبو جودة، 2000). أما (الصمادي وآخرون) فقد عرفوا التأتأة بأنها اضطراب أو خلل في تواتر الكلام وانسيابه، بوقفات متقطعة أو بمد أو

تكرار للأصوات والمقاطع المختلفة وبخاصة في بداية الكلام (الصمادي وآخرون، 1995، ص390). واستخدم (الزرد) مصطلح التهتهة أو الرتة وعرفها بأنها "نوع من التردد والاضطراب في الكلام حيث يردد المصاب حرفاً، أو مقطعاً ترديداً لا إرادياً مع عدم القدرة على تجاوز ذلك إلى المقطع التالي" (الزرد، 1990، ص153). والتأتأة هي ترديد أو تقطع في نطق الكلام، وتوقف في اللفظ وصعوبة في لفظ بدايات الكلمات أو حروفها الأولى أو محاولة الإطالة بها، فتقطع الحروف ويحدث التردد والتكرار باللفظ، وقد يحدث انقطاع بين الكلمات فترة قصيرة، فتخرج الألفاظ متناثرة وربما غامضة بالرغم من أن الكلام مفهوم للسامع (الشرييني، 2001). وفي تعريف آخر وردت التأتأة بوصفها "اضطراباً في إيقاع الكلام وطلاقة له مظاهر سلوكية تتمثل بالتكرار وإطالة النطق والاحتباسات الصوتية التي تكون غالباً في بداية المقاطع، أو الكلمات أو الجمل، ويصاحبها عادة حركات لا إرادية للرأس والأطراف والشفيتين، فضلاً عن ردود أفعال انفعالية كالقلق وانخفاض مستوى تقدير الذات" (خليل، 2000، ص 9). ويعرف زريقات التأتأة بأنها اضطراب في الطلاقة الطبيعية للكلام وتمتاز بـ:

1. تكرارات في صوت أو في مقطع.
2. انحباسات ووقفات أثناء الكلام
3. إطالات وترددات أو حيرة (زريقات، 2005، ص132).

ويشير جولدنسون (Goldson) إلى أن التأتأة هي عبارة عن تكرار أو إطالة للأصوات والمقاطع اللفظية والكلمات مصحوبة بترددات ووقفات الكلام، ويرى إيركسون (Eriksson) أن التأتأة هي عبارة عن تكرار الحروف والمقاطع اللفظية والإطالة لسلوكات حركية زائدة، ويعرف غيتار (Guitar) التأتأة بأنها تكرار زائد للتوقفات ومدتها التي تعوق مواصلة الكلام، بينما يرى كل من فرايبرغ (Friberg) وبوستن (Bossten) وروس (Ross)، أن التأتأة هي عدم انسياب الكلام من خلال الوقفات أثناء الكلام والإطالة والتكرار لبعض الحروف والمقاطع والكلمات (زريقات، 1993). وقد عرفت جمعية التأتأة الوطنية (NSA, 2002, p1) التأتأة بأنها "اضطراب في التواصل يتضمن تقطعات في استرسال الكلام، وتستخدم كلمة تأتأة لتدل على عدم الطلاقة في الكلام لدى الأشخاص المتأتين، حيث يظهر لديهم صعوبات في

التواصل، وقد تكون ذات أنماط مختلفة أو درجات مختلفة من البسيط إلى الشديد، دون وجود سبب واضح". أما منظمة الصحة العالمية فعرفت بأنها "اضطراب يصيب تواتر الكلام حيث يعلم الفرد تماماً ما سيقوله، ولكنه في لحظة ما لا يكون قادراً على قوله بسبب التكرار اللاإرادي والإطالة أو التوقف (Haynes, 1990, p175). وقد وضعت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV) المعايير التشخيصية التالية لاضطراب التأتأة، وهي الاضطراب في الطلاقة الاعتيادية (غير الملزمة للفرد) تتميز بحدوث تكرار في مقاطع الأصوات والإطالة في الصوت والمقاطع، وكسر في الكلام أو التوقف خلال الكلمة الواحدة المسموعة وغير المسموعة وتعقيد في الكلمات، أو إطلاق كلمات بجهد مادي زائد وتكرار الكلمة كاملة (APA, 1994) وتعرف التأتأة في الـ (icd_10) بأنها كلام يتسم بتكرار متكرر، وتطويل سواء للأصوات أو المقاطع أو الكلمات، و يكون إما بترددات متكررة أو سككات تمزق التدفق النغمي للصوت (عبد المعطي، 2001، ص174). ومع كل هذه التعاريف للتأتأة لا يزال تعريف وينجيت (Wingate) يحظى بقبول واسع بين أوساط الأخصائيين والباحثين وذلك لأخذه بمجموعة من العوامل الهامة مثل سلوكيات التأتأة وردود الفعل والمشاعر، **وينص تعريف وينجيت (Wingate) للتأتأة على أنها:**

- تمزقات متكررة في طلاقة التعبير اللفظي.
- سلوكيات مقاومة مصاحبة للتراكيب الوظيفية في حالة الكلام والسكوت.

وجود حالات انفعالية وآثار إيجابية وسلبية قد ترتبط أو لا ترتبط بالحديث. (شلباية، 2007، ص 14). ويتضح من تحليل مضمون التعاريف السابقة أن التأتأة هي: اضطراب في عملية الكلام بدرجة تلفت انتباه المستمع والمتحدث على حد سواء، وتؤثر سلباً على عملية التواصل بينهما وذلك بسبب ما يعانيه الفرد من اضطراب في إيقاع الكلام يتضمن التكرار اللاإرادي للأصوات والمقاطع الصوتية وربما الكلمات، وإطالتها وكذلك التوقف عن الكلام أو إطلاق الكلمات بجهد مادي زائد. ويصاحب هذه الحالة تغيرات جسمية انفعالية تظهر واضحة في تعبيرات الوجه، وحركة اليدين، وحركة الجسم، والتعرق أحياناً.

ثانياً: نسبة انتشار التأتأة والعوامل المؤثرة بها:

تعتبر التأتأة من أكثر اضطرابات الكلام شيوعاً إذ تصيب ما نسبته 1% من سكان العالم بغض النظر عن اللغة التي يتحدثون بها (Dowling, 1994,p30-34). وتبين دراسة ووتزل (Wtael) في فيينا، أن نسبة التأتأة لدى الأطفال تصل إلى (0.8%)، وأن ما نسبته (0.63%) من الأطفال المتأثرين هم في سن الدراسة. أما دراسة (هاريس) (Harres) فتقدر نسبة حالات التأتأة بحوالي (1%) في المدارس الابتدائية الإنكليزية و(1.6%) في المرحلة قبل الابتدائية (الزرد، 1990، ص 145 - 144). وتصل إلى (1%) أو أكثر قليلاً بين أطفال المدارس في أوربا (عطية، 1988، ص 327). ويقدرها المعهد الوطني للأمراض العصبية في أمريكا بـ (0.7%). في حين توصلت دراسة هل وزملائه (Hull, et al, 1976) إلى أنها تبلغ (0.8%) في المدارس العامة الأمريكية (ملحم، 2002، ص 191). كما أكدت نتائج (37) دراسة قامت لمعرفة انتشار التأتأة خلال سنوات المدرسة (بين الأطفال) أن نسبة انتشار التأتأة في المجتمع المدرسي تقارب (1-2%) (Erickson, 1982, p234) ولم تقتصر الدراسات المسيحية على الدول الأجنبية فقط، بل انتهت الدراسات المسيحية في بعض البيئات العربية إلى ما انتهت إليه نظيراتها في الدول الأجنبية، فقد أجرى (فهيم، 1975، ص 37) دراسة مسحية في مدينة القاهرة ومحيطها فوجد أن نسبة انتشار التأتأة (1.34%)، بينما أشار بحث آخر قامت به (البشرى 1970) في شرق القاهرة ووجدت أن نسبة الأطفال المتأثرين في عمر 6-12 سنة وصلت إلى (0.93%) أي حوالي (1%) (عكاشة، 1998، ص 651). وفي السعودية وجد (الشخص) أن نسبة التأتأة في المجتمع السعودي بلغت (0.69%) (الشخص، 1997، ص 156). وفي سورية وجدت زينب العطار أن نسبة انتشار التأتأة 1% تتوزع إلى 0.77 لدى الذكور و0.33 لدى الإناث (العطار، 2008، ص 122). وتؤكد دراسات عديدة أن التأتأة تختلف باختلاف العمر، والجنس والمستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، حيث تشير دراسة بوم (Boom) وريتشاردسون (Richardson) إلى أن (50%) من حالات التأتأة تظهر لدى الأطفال في المرحلة العمرية ما قبل سن الخامسة، و(52%) قبل سن السادسة، و(90%) قبل الثماني سنوات (فهيم، 1975، ص 35). ويرى (الزرد) أن التأتأة تظهر في أي عمر، ويغلب عليها الظهور في مرحلة اكتساب اللغة أو مرحلة دخول المدرسة الابتدائية، وأكثر من (50%) من

المتأثنين تظهر لديهم التأثأة بصورة مبكرة في الحياة، وعادة ما تبدأ التأثأة في عمر الثالثة (الزرد، 1990، ص 163). ويشير (شيفر وميلمان 1989) إلى أن التأثأة التي تظهر بعد سن الخامسة، أكثر خطورة من التأثأة التي تظهر في سن أبكر، إذ تظهر التأثأة في معظم الأحيان ما بين الثانية والخامسة من العمر، وهناك إحصائية هامة وهي أن (75%) من أطفال العاشرة الذين يتأثنون سيستمرون في تلعمهم مدى الحياة، ومع أن (80%) من المتأثنين في مرحلة الطفولة لا يتأثنون في مرحلة الرشد إلا أن الكثير منهم يطورون مشكلات شخصية مثل الخجل والانسحاب والافتقار إلى الثقة بالنفس بسبب خبراتهم السابقة، و(50%) من الأطفال الذين يتأثنون بشدة يستمرون بالتأثأة الشديدة في الكبر (التايه، 2002، ص 8). وعلى جانب آخر تشير العديد من الدراسات مثل دراسة (هرمز وإبراهيم 1988)، ودراسة (Samwel, Kirk, 1993) أن نسبة انتشار التأثأة تقل بتزايد العمر (ملحم، 2002، ص 191). أما بالنسبة العامل الجنس فقد أجمع الباحثون على أن التأثأة تصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1:3 إلى 1:5 ويرى جونسون (Jonson) أن التأثأة تصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4) ذكور لكل أنثي وتبدأ عادة قبل السادسة من العمر، ما بين الثالثة والرابعة على وجه الخصوص (أسعد، 1986، ص 203). كما أن التأثأة عندما تصيب الإناث فإنها تظهر متأخرة عنها لدى الذكور وتكون أقل شدة وأسرع شفاء (الشخص، 1997، ص 156). أما نسبة المتأثنين من الذكور من جميع الأعمار فتبلغ (4-8) أضعاف نسبة المتأثنات من الإناث (شيفر وميلمان، 1989). بمعنى أن التأثأة تنتشر بين الذكور بمعدل أعلى من الإناث. وعلى جانب آخر أشار بعض الباحثين إلى أهمية المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، ودوره في نمو اللغة وسلامتها، فقد صرحوا بأن الانتماء إلى طبقات متباينة في مستواها الاجتماعي والاقتصادي يؤدي إلى التباين في القدرات اللغوية في الجوهر والمظهر، حيث تشير دراسة (Prins, 1972) إلى أن الأطفال الذين ينتمون إلى طبقة اجتماعية اقتصادية عالية، قد حصلوا على علامات مرتفعة في سن السابعة، بينما لم يحصل أطفال الطبقة الدنيا على المستوى نفسه، من التحصيل والقدرة اللفظية، حتى سن الثامنة (المشاقبة، 1987، ص 63). إذاً تتأرجح نسبة التأثأة بين أقل وأكثر من 1% وهي تمثل نسبة لا يستهان بها تستحق الدراسة والاعتناء.

ثالثاً: الضغوط الخارجية والداخلية التي يمكن أن تزيد شدة التأثأة:

1-3 العوامل الخارجية التي يمكن أن تزيد شدة التأثأة:

أ. ضغط العدد:

تزيد شدة التأثأة عندما يتحدث المتأثي إلى عدد كبير من الأشخاص، وذلك نتيجة لإحساسه أن عدداً كبيراً من الناس ينظرون إليه وينتظرون كلامه، بل إن أي شخص طبيعي إذا تحدث إلى عدد كبير من الناس فإنه يحس شيئاً من التوتر يجعله متردداً في كلامه.

ب. ضغط اللغة:

عندما يتحدث المتأثي بلغة غير لغته الأصلية فإنه يعاني من زيادة في شدة التأثأة وذلك لسببين: الأول أنه لا يمتلك حرية الاستبدال بين الكلمات، والثاني أنه لا يعرف الطريقة الصحيحة لنطق الكلمات بهذه اللغة (وهذا نوع من ضغط عدم المعرفة).

ج. ضغط الجديد:

عندما يتحدث المتأثي لصديق جديد أو مدرس جديد أو عند دخول مدرسة جديدة أو عند دخول الكلية لأول مرة أو عند استلام مهنة جديدة، قد يعاني المتأثي من زيادة في شدة التأثأة (وهذا نوع من ضغط عدم المعرفة).

د. ضغط السلطة:

تزداد التأثأة شدة عندما يتحدث المتأثي مع من له سلطة عليه كالمدیر أو العمید أو ضابط الشرطة أو حتى الأب في المنزل، وهذا شيء طبيعي ومفهوم.

هـ. ضغط السرعة:

من الملاحظ عند أغلب المتأثين أنهم يتحدثون بسرعة كبيرة وخاصة في الكلمة الأولى، وذلك لأنهم يحاولون بكل سرعة وقوة إنهاء الكلام قبل حدوث التأثأة، ولكن للأسف تشكل هذه السرعة ضغطاً يؤدي إلى زيادة شدة التأثأة.

و. ضغط الهاتف (التليفون):

يعتبر التليفون هو الكابوس الذي يؤرق معظم المتأئين، وخاصة أول كلمة في المكالمات أن ضغط التليفون ما هو إلا مزيج من ضغطين، ضغط السرعة وضغط عدم المعرفة، فالتأئي بمجرد أن يرفع سماعة التليفون فعليه أن يتكلم، وهذا هو ضغط السرعة، وبالطبع هو لا يعرف بالضبط من الموجود معه على الطرف الآخر للخط؟ أو أين هو؟ أو ماذا يريد؟ وهذا هو ضغط عدم المعرفة، وهكذا نرى أن ضغط التليفون ليس ضغطاً واحداً ولكنه مزيج من ضغطين، وبذلك يتضح لماذا يمثل التليفون كل هذه الصعوبة بالنسبة للمتأئي (الريماوي، 1994، ص 250).

ز. الضغط المنعكس:

في بعض الأحيان ومع بعض المتأئين، يعمل الضغط النفسي الناشئ عن أي من الأسباب السابقة كعامل مانع لحدوث التأئة أو مقلل له وليس مساعداً على حدوثه ، وذلك لتكوّن مجموعة كبيرة جداً من الدوافع داخل المتأئي، تحته على الكلام بأسلوب جيد حتى لا يظهر بشكل سيئ، ومثال على ذلك إذا كان المتأئي متفوقاً في الدراسة، وتمت مطالبته بإلقاء كلمة أمام حشد كبير جداً من الناس في إحدى الحفلات بصفته الطالب الأول أو المثالي ففي الأغلب سوف يتحدث هذا المتأئي بطلاقة نسبية وذلك لتكوّن دوافع قوية جداً بداخله تحته على الظهور بمظهر جيد أمام هذا الحشد من الناس خاصة وأنه الطالب المثالي هذا بالطبع لا يمنع شعوره بالرعب والارتباك قبل وأثناء الكلمة، ولكن المحصلة الظاهرة أمام الناس تكون كلاماً طبيعياً إلى حد كبير. وهنا يجب أن نشير إلى نقطة هامة وهي:

• أن الكلام الطبيعي ليس من اللازم أن يكون طليقاً.

• وأن الكلام الطليق ليس من اللازم أن يكون طبيعياً.

فإذا استمعت لحديث أي شخص طبيعي - في التلفزيون مثلاً - فلن تجد كلامه طلقاً بنسبة (100%) وستجد فيه الكثير من التكرارات والترددات والإطالات، ولكن مع هذا فإن كلامه طبيعي بنسبة (100%) وذلك لأنه في ذاته لا يشعر بأي صعوبة في إخراج الكلمات.

وعلى العكس من ذلك في حالة التأناة ربما يستخدم المتأني بعض الأساليب لتخطي التأناة كاستبدال الكلمات الصعبة بكلمات سهلة، أو الصراع الداخلي بدون صوت أو حركة أو استخدام العاكيز، بحيث يبدأ ويستمر في كلامه بدون تأناة ظاهرة، وفي هذه الحال يكون كلامه طلقاً ربما بنسبة (100%) ولكنه غير طبيعي على الإطلاق لأنه يشعر بداخله بصعوبة بالغة في إخراج الكلام

2-3 العوامل الداخلية التي يمكن أن تزيد شدة التأناة:

- أ. الحالة النفسية للمتأني لها التأثير الأكبر على تأناته، فعندما يمر المتأني بحالة من الخوف أو التوتر أو الحزن يزيد تأناته عن المعدل الطبيعي.
- ب. الحالة الصحية للمتأني تؤثر تأثيراً كبيراً على شدة التأناة، فعلى سبيل المثال عندما يكون المتأني مصاباً بالبرد فإن تأناته تزيد.
- ج. في بعض الأحيان، ودون أن يتعرض لأي ضغط، قد يعاني المتأني من زيادة في شدة تأناته عن الحد المعتاد، وذلك لاختلاف الشد في العضلات من يوم لآخر، مما يؤثر على ميكانيكية الكلام التي تعتمد أساساً على العضلات (الريماوي، 1994، 256).
- د. تطور اللغة: يعد تطور اللغة من المؤثرات الرئيسة على طلاقة الطفل إذ يميل الأطفال إلى التأناة في بدايات التراكيب أو الوحدات النحوية، ويزداد ظهور التأناة كلما ازداد طول التركيب وتعقيده، في الوقت الذي لم تأخذ هذه الوحدة مكانها بشكل تام في قاموسه اللغوي.
- هـ. اكتساب التحكم الحركي: على الطفل أن يكتسب لغته الأم في السنوات الخمس الأولى من عمره، هذا بالإضافة إلى زيادة سرعته في الكلام ليجاري الناضجين علماً أن الطفل في هذه المرحلة عليه أن يكتسب مهارات حركية، كالركض والسباحة واللعب وغيرها من المهارات الضرورية في حياته، وهذا يعني أن هذه النشاطات أو المهارات تتنافس مهارة الكلام في الاستفادة من المصادر الدماغية (Cortical Resources). (سليمان، 1993، ص172).

و. استخدام اللغة: إن إتقان مهارات استخدام اللغة يلعب دوراً أساسياً في التأثير على الطلاقة، فكلما ازداد تعقيد المهارات كان التأثير أكبر. إذ تخلق تحدياً آخر، وذلك لأن تطور هذه المهارات يكون على حساب تطور اللغة، والحد من استخدام المصادر الدماغية.

ز. الضغوط الشخصية الداخلية: ونعني بها الأمور التي يفاجأ بها الطفل، مثل قدوم مولود جديد في الأسرة أو الإصابة بمرض ... الخ. مثل هذه الأمور تؤثر على أمن الطفل مما يؤدي إلى تأثر طلاقته في بعض الأحيان (عبد الفتاح، 1988، ص 64).

رابعاً - خصائص الأطفال المتأثنين:

يرجع الاهتمام بدراسة خصائص الأطفال المتأثنين باعتبار أن التأثأة مشكلة ذات جذور نفسية أو شخصية، حيث يعاني الأطفال المتأثنون من بعض الاضطرابات السلوكية والنفسية مثل العدوان، والانسحاب، والقلق، والاكتئاب، كما يكونون أكثر عرضة للإحباط نتيجة عدم قدرتهم على الكلام بصورة طبيعية مثل الأطفال الآخرين (Oliver, 2002, P7). إذ يؤثر هذا الاضطراب على نمط استجابات الأطفال، وعلى سلوكهم اليومي، ويؤدي بهم إلى السلوك على نحو غير تكيفي، يتمثل بالعزلة وعدم المشاركة، وتجنب الاختلاطات (زريقات، 1993، ص 262). حيث يرى كثير من الباحثين أن الطفل الذي يعاني من اضطرابات في الكلام، يصاب بحالة من التوتر والقلق والإحباط، ويزداد الأمر سوءاً عندما يبدأ الطفل بالإحساس وتقليد البعض لكلامه، مما يؤدي به إلى الخجل، وعدم الثقة بالنفس، والتي تكون جميعها عوامل مهمة في عدم الاستفادة من الفرص التعليمية، فيتأخر في تحصيله الأكاديمي وقد يترك المدرسة (عبد الله، 1992، ص 224). كما تشير العديد من الدراسات النفسية إلى أن الطفل المتأثني هو شخص من النوع الحساس، والقلق، ويعاني مشاعر النقص، وعدم الطمأنينة، وهو فرد منطو وخجول ميل إلى كبت المشاعر، وقمع الأفكار، والحرمان العاطفي الشديد الذي يعوضه أحياناً عن طريق العدوان (الزرد، 1990، ص 178). والأطفال المتأثنون يكونون أكثر قلقاً من الأطفال غير المتأثنين وبصفة خاصة في المواقف الجديدة أو الغريبة التي قد يتعرضون لها، ونجدهم أكثر خوفاً وحساسية من التقييم الاجتماعي السالب من جانب الآخرين (خليل، 2011، ص 529). وقد أقيمت الكثير من البحوث والدراسات لمعرفة الفروق بين المتأثنين وغير

المتأثنين في متغير القلق، حيث قام بعض الباحثين بقياس القلق لدى الأشخاص المصابين بالتأتأة، وقد وجدوا أن المصابين بالتأتأة كانوا أكثر قلقاً بالمقارنة بغير المتأثنين (Blood, et al, 1997, p135). كما قام كريج (Craig) بتقييم عدد كبير من المتأثنين على مقياس القلق /الحالة - السمة/، وقد أوضحت النتائج أن المصابين بالتأتأة لديهم مستويات عالية من الخوف (حالة القلق) في مواقف الحوار أكثر من غير المتأثنين كما وجد أن المتأثنين لديهم مستويات عالية من القلق المزمن (قلق السمة) (Craig, 1990, p 290). من جهة أخرى يختلف الطفل المصاب بالتأتأة عن الأطفال العاديين بخصائص كثيرة على صعيد المظاهر الجسدية والمعرفية والاجتماعية، حيث يبدو بعضها واضحاً للآخرين ويمكن ملاحظتها، وبعضها الآخر غير قابل للملاحظة. فقد أورد (العزة) أن أطفال التأتأة يعانون من عدم انتظام التنفس وشخير الأنف وشد في عضلات الوجه، وتحريك الرأس ورمش العين، وارتجاف الصوت واحمرار أو شحوب الوجه، وتصبب العرق، وتسارع في دقات القلب ومعدل النبض، وارتفاع ضغط الدم، وخلل في تناسق الجهد الكهربائي للعضلات والتوتر العضلي، فضلاً عن تغيرات بيوكيماوية كانهخفاض السكر والبروتين في الدم، وإفراز البول، وكبر حجم بؤبؤ العين، وتجنب الكلمات الصعبة التي تسبب له القلق والارتباك، والخوف من النظر إلى عين المستمع (العزة، 2000، ص 151). ويؤكد كثير من الباحثين أن الأطفال الذين يتأثنون بشكل ضعيف، نراهم يتكلمون بشكل طبيعي تماماً عندما يكونون لوحدهم، أو عندما ينشدون الأناشيد أو يتحدثون مع أصدقائهم (أحرشوا، 1993، ص 106-107). أما الأطفال الذين يعانون من الحالات المزمنة من التأتأة، فإنهم يشكون من الاكتئاب، واضطراب في الصوت، واللغة التعبيرية (عبد المعطي، 2001، ص 182). ويدرك الطفل في مرحلة المدرسة الابتدائية مشكلة التأتأة لديه، إلا أنه لا يصفها بذلك، ويقوم باستخدام حيله الخاصة به لإخراج الكلمة بطريقة صحيحة، مثل القيام بهز رأسه أو الضرب بإصبعه بطريقة خفيفة (روستين، 2004، ص 75-76). وتختلف آراء الباحثين تجاه تقديرهم لمعدلات الأداء المدرسي والذكاء لدى الأطفال المتأثنين، فقد بينت نتائج بعض

الأبحاث أنه لا فروق ملحوظة بين المتأثنين وزملائهم في التحصيل، إلا أنه اتضح وجود نقص في قدرتهم على القراءة في المستوى الجامعي (حمزة، 1956، ص 248). فالطفل المتأثني يفكر بشكل طبيعي وسلسلة أفكاره متصلة لا انقطاع فيها، وغالباً ما يكون مستوى ذكاء هؤلاء الأطفال

مرتفعاً جداً (العظموي، 1988، ص 133)، في حين يجد (السرطاوي وأبو جودة، 2000) أن الأداء المدرسي لدى الأطفال المتأثرين أقل من المعدل الطبيعي فهم يواجهون صعوبات في القدرة على التحدث بشكل واضح وبسيط، ويكون أدائهم في المهارات اللغوية منخفضاً (السرطاوي وأبو جودة، 2000، ص 352). وتعد استجابات نظراء الطفل المتأثر والمدرسين عاملاً حاسماً في تحديد الاختلاف بين الطفل الذي يشعر بثقة كافية في المشاركة في الحياة المدرسية، وبين الطفل الذي يشعر بقلق متزايد فيما يتعلق بطريقة تحدثه، الأمر الذي يؤدي به إلى الإحباط والانطواء والانعزال (روستين، 2004، ص 100). كما تؤثر على سلوكهم اليومي وتؤدي بهم أن يسلكوا على نحو غير تكيفي، يتمثل بالعزلة وعدم المشاركة، وتجنب الاختلاطات الطلابية، بالإضافة إلى تأثيرها على تحصيلهم العلمي ومساهمتها في عرقلة سير حياتهم العملية (زريقات، 1993، ص 92). وبشكل عام يمكن القول إن للتأثرة أثرها السلبي على مختلف نواحي الحياة لدى المتأثر. ويمكن أن تؤثر على إقامة علاقات سوية مع الآخرين، ويمكن أن تمثل حواجز تمنعه من تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي السليم والفعال، كما يمكن أن يكون لها آثار سلبية على الإنجاز التربوي لدى الطفل المتأثر.

خامساً: النظريات المفسرة للتأثرة:

تشير الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب اضطرابات النطق والكلام، تختلف حسب الحالات والأعمار والبيئات، ومعظم هذه الأسباب ترجع بشكل عام إلى أسباب عضوية مثل إصابة أحد أجزاء الكلام والتنفس والجهاز العصبي، وهذه بدورها قد ترجع إلى عوامل ولادية أو قبل الولادة أو بعد الولادة، وأما أن تكون الأسباب ذات طابع نفسي تربوي ترجع إلى الأسرة و التربية و عوامل التنشئة الاجتماعية، أو ترجع إلى عوامل نفسية ووجدانية عميقة مثل الانفعالات الحادة والمخاوف والصدمات النفسية، وقد ترجع الحالة الواحدة إلى أكثر من سبب أو عامل، وجميع هذه العوامل تقسم إلى عدة أقسام:

5-1 نظريات أرجعت التأتأة لعوامل عضوية/وراثية:

5-1-1 النظرية الوراثية (Genetic theory):

أثبتت الدراسات الحديثة وجود علاقة ما بين الجينات والتأتأة، ومع هذا لم تثبت أي دراسة أن الجينات هي السبب وراء ظهور التأتأة، وقد قامت العديد من الدراسات ببحث ظاهرة التأتأة في العائلات لتجد مؤشرات على أن النتائج يمكن تحليلها على أن لها علاقة بالعامل الوراثي أو العامل البيئي لدى العائلة، ومع هذا أشارت دراسات عديدة مثل دراسة إيهود ياري ونيكولاس أمبروس (Ehud Yairi & Ambrose 1996) إلى أن وجود علاقة بين الجينات والتأتأة هو حقيقة ولكن طبيعية العلاقة بين الجينات والتأتأة وحيثياتها ما يزال العلماء يحاولون الوصول إليها (شلباية، 2007، ص 21). ففي الدراسات التي أجريت حديثاً بقسم الجينات الإنسانية في جامعة ييل (Yale University) الطبية، لدراسة أثر الجينات الوراثية في التأتأة، أسفرت النتائج عن عدم وجود ارتباط بين اضطراب التأتأة والجينات المتنحية (Autosomal) أو الجينات السائدة (Dominant) أو أن لها علاقة بجينات النوع (Sex-linked) (عبد الله، 2001، ص 31). وقد اعترفت دراسات عديدة بقوة العنصر الوراثي، حيث تبين أن المتأثرين في عائلة المتأثر أكثر عدداً من عائلة غير المتأثر، ومن هذه الدراسات دراسة بيتش وفرانسيل (Beech & Fransella 1968)، ودراسة هاريس وأندروز (Haris & Hardcaste, 1977,)، وكذلك فقد قارن جونسون (Johanson 1961) فئة من الأطفال المتلجلجين بفئة ضابطة من الأطفال الأسوياء، فوجد أن للمتجلجلجين من الآباء والأخوة المصابين باضطراب الكلام تسعة أمثال ما للأسوياء (أسعد، 1986، ص 251). ووجدت جيمسون (Jamson 1955) في دراستها لتاريخ التأتأة عند المصابين بها أن التأتأة عند أقارب هؤلاء من الدرجة الأولى كانت بنسبة (36%) من مجموعة بلغت (69) طفلاً متأثراً، وكذلك سجل وارد (Word, 1941) نسبة (50%) وجونسون (Jamson, 1948) نسبة (44%) بالمقارنة بـ (12%) من مجموعة أطفال ذوي كلام طبيعي، كذلك وجدت جيمسون (Jamson) في سلسلة دراساتها عن التأتأة أن التأتأة الشديدة كانت مرتبطة عامة بتاريخ العائلة في التأتأة بنسبة 57%، وبنسبة 14% عند التأتأة البسيطة (Morley, 1972, p437). ووجد دتكن (Dietkin) أن نسبة الوراثة في التأتأة تصل إلى (34%) وأنه في حال التوائم المتماثلة إذا كان أحد التوأمين مصاباً بالتأتأة، فإن احتمال

إصابة الآخر بالتأتأة (30%)، أما في حالة التوائم غير المتماثلة فإن النسبة تكون (7%)، وكذلك وجدت دراسة أندروز وهاريس (Andrus & Haris, 1964) أن مخاطر التأتأة تختلف حسب النوع وأن الإناث أقل عرضة للتأتأة من الذكور، وأن الذكور أقارب الإناث المصابات بالتأتأة معرضون أكثر من غيرهم لخطر الإصابة (الزباد، 1990، ص 169). وقد كانت نسبة الانتشار 2:1 أو 3:1 وأحياناً 1:5 وذلك لصالح الذكور، وعزا العلماء هذا التفوق للذكور على الإناث إلى عوامل متعددة منها: أن عملية تكوين الغمد النخاعي تتم بشكل أفضل عند الإناث وأن تكوين الغمد النخاعي يتم عادة في السنة الثالثة أو الرابعة تقريباً من العمر وهي الفترة التي قد تظهر فيها اللجاجة عند الأطفال، كذلك وجود فروق في طبيعة أجهزة النطق وكفاءتها وسرعة نموها لصالح الإناث، وأن للإناث مقاومة كبيرة ضد العوامل الوراثية بالإضافة إلى أن الضغط التعليمي على البنين أكثر منه على البنات (القوصي، 1962، ص 307). إلا أن بلودشتاين (Blood stein, 1977) أشار إلى أن التأتأة لا تورث، وإنما الاستعداد للإصابة بالتأتأة هو الذي يورث (Darby , 1981, p297) كما أشار البعض إلى أن نظرية الاستعداد الوراثي تعجز عن إقامة الدليل الواضح الذي يفسر حالة من يصاب بالتأتأة، وحالة من ينجو منها في الأسرة الواحدة. وقد أكد فان رايبير (Riper) على الحاجة الماسة لدراسة مفيدة ودقيقة عبر ثلاثة أجيال، قبل أن يعزا حدوث التأتأة إلى التأثيرات الوراثية، وانتقالها عبر الأجيال، كما أن معظم القائلين بوجود أسباب وراثية للتأتأة يذكرون أنها محددة ونادرة الحدوث (أحمد، 1985، ص 41).

5-1-2 نظرية السيطرة المخية:

لقد بات معروفاً من دراسات الجملة العصبية أن في دماغ الإنسان مناطق وأجزاء متخصصة بوظائف الكلام فهناك منطقة ذات حدود ثابتة في الفص الأمامي في الدماغ تدعى بمنطقة بروكا (Broca) تقوم بتنظيم الجانب التعبيري من الكلام، وتقع منطقة بروكا في جانب واحد من الدماغ - عادة في الجانب المسيطر - أو ما يدعى علمياً أو طبياً نصف المخ المسيطر (Dominant Hemisphere)، حيث تقع مجموعة الخلايا العصبية والمراكز المتخصصة في بعض الوظائف المتميزة بالمهارات الحركية والذهنية، ومن المفيد معرفة أن مركزي التعبير والفهم يقعان في النصف الأيسر من الدماغ، وهو الجانب المسيطر إذا كان

الطفل ذو نزوع إلى استخدام يده اليمنى في اللعب والكتابة، وهذا هو الغالب في أغلب حالات الأطفال، أما الأطفال الذين يستعملون اليد اليسرى (الطفل الأعسر)، فتقع المراكز العصبية في الجانب الأيمن من الدماغ وبذلك يكون هذا الجانب هو الجانب المسيطر من الناحية الوظيفية (العظموي، 1988، ص 120-121). وبناءً على ما أورده بروكا عن السيطرة المخية، وعن مسؤولية الجانب الأيمن على الكلام، أقام ترافس (Travis, 1930) نظرية تفسر التأثأة على أنها نقص في السيطرة المخية على النشاط اللغوي، وتماشياً مع هذا يقر أصحاب هذا المذهب، أن تحويل طفل يساري إلى الكتابة باليد اليمنى ينتج شيء من التداخل في عمل كل من نصفي المخ الكرويين، ويؤدي هذا التداخل إلى ازدياد سيطرة نصف الكرة اليساري فيتعادل شطرا المخ في السيطرة وينتج عن تعادلها اختلال يؤدي إلى اضطراب في كلام الطفل (فهمي، 1975، ص130). كذلك رأى كل من أورتون (Orton) وترفس (Travis) أن كل نصف من أعضاء الكلام تقريباً مثل (الفك واللسان والشفاه) يستقبل إشارات عصبية من كل من الفصين الدماغيين، وحتى تتناسق حركات أعضاء الكلام يجب أن تكون هذه الإشارات متزامنة بدقة فإذا ما كانت السيادة المخية غير كاملة لأي من النصفين، فسيحدث اضطراب في تزامن وصول الدفقات العصبية من النصفين إلى أعضاء الكلام فينتج عن ذلك ظهور التأثأة. وقام كل من بيتش وفرانشيلا (Beech & Fransella, 1968) بمراجعة استقصاءات شذوذ الجهاز العصبي المركزي والسيادة المخية، والتسجيل الكهربائي للدماغ (EEG) والروابط المحتملة مع التسجيلات الكهربائية لحالات الصرع، بالإضافة إلى استقصاءات القدرات الحركية العامة وحتى حركات العين، وتوصلا إلى أن السيطرة المخية عند المتأثئين غير تامة ولديه اضطراب في الجهاز العصبي المركزي (Dalton & Hardcastle, 1977, p50).

لكن ما تقوله هذه النظرية في فرضيتها، يثير الكثير من التساؤلات والتي تضعها في

دائرة الشك والريبة:

- لماذا كانت هناك سيطرة لأحد نصفي الكرة المخية وما الهدف؟
- وما هي الآلية العصبية التي تجعل الأعسر يصاب بالتأثأة إذا استخدم يمينه.

- ولماذا كان إجبار الطفل الأعسر على استخدام يمينه يؤدي إلى التأثأة ولم يؤد إلى شيء آخر؟

كذلك يشير (فهيم) إلى أن ما يزعم أساس هذه النظرية أن نشاهد بعض الذين يفقدون أيديهم اليمنى على أثر حادث يستخدمون مضطرين أيدهم اليسرى دون التعرض لأي عيب كلامي، وأن إصابة طفل يساري بالتأثأة لا يرجع - بعد تحويله بيمينه كما يزعم ترافس (Travis) إلى أسباب فسيولوجية بل إلى عوامل نفسية (فهيم، 1975، ص 132). ومن الدراسات التي لم تتفق مع دراسة ترافس (Travis) الدراسة التي قامت بها مدارس ولاية نيوجرسي بأمريكا والتي استهدفت تدريب (184) طفلاً أعسر خلال أربع سنوات للكتابة باليد اليمنى، وتم ذلك دون إصابة أحدهم باضطراب في الكلام (Peter, 1986) كما بين بحث أجري في الخارج على تلاميذ المرحلة الابتدائية، وجد أن نسبة الأطفال الذين يستخدمون يدهم اليمنى (49%)، وأن الأطفال الذين يستخدمون يدهم اليسرى (4%) فقط بينما (46.7%) يستخدمون الاثنان معاً مما ألقى بالشك حول علاقة التأثأة باستخدام اليد اليسرى، وهذا البحث - كما يقول فؤاد البديري (1985) - وضعنا في حيرة أكثر، فقد أثبت أن الأطفال الذين يستخدمون اليدين معاً (46.7%) من المجموع تعاني من أمراض عيوب الكلام مرتين قدر معاناة الأطفال الذين يستخدمون يداً واحدة سواء اليمنى أو اليسرى، وبهذا وجد الباحث أن الطفل إذا استقر على استخدام اليد اليمنى أو اليسرى وحدها تختفي المشكلة، ولا تحدث له التأثأة، وأن التأثأة تحدث عند الأطفال الذين يحاولون استخدام يدهم اليمنى في الكتابة بدلاً من اليسرى أو بالعكس، وهذا التردد والحيرة يؤدي إلى ظهور التأثأة في الكلام، ويرى علماء النفس أن علاقة التأثأة باستخدام اليد اليسرى لا يرجع إلى استخدام اليد اليسرى بل إلى سيطرة فكرة اليد اليمنى على هؤلاء الأطفال (أحمد، 1985، ص 145 - 146).

5-1-3 النظرية النيورفسيولوجية (Neurophysiological theory):

تقوم هذه النظرية على افتراض مؤداه، أن التأثأة هي نوع من الخلل في التوافق الزمني ينتج عن تأخر التغذية السمعية المرتدة، مما يؤدي إلى خلل واضطراب في تتابع العمليات اللازمة للكلام. (يوسف، 1997، ص 157). وترى هذه النظرية أن أي تشويش في توقيت

حركة أي عضلة لها علاقة بالكلام، سينتج عنها تشوهات في الكلام، ولكن التشويه هو إحداث صوت معين، ويكون هناك انحراف طفيف في إحداثه، كأن يضيف الطفل صوتاً غير مرغوب أو مطلوب إلى الكلمة مثل "مكتوب" بدلاً من "مكتب" (خويلات، 2004، ص 18). وقد كتب لي (Lee) منذ سنوات عن الطريقة التي يمكن بها إحداث اضطراب ملحوظ في سلوك الكلام لدى الأشخاص ذوي العادات السوية في الكلام، وهي الطريقة التي تعرف عادة بالكلام "مرجاً الإعادة" وهي عبارة عن تسجيل كلام المتكلم بجهاز تسجيل وإعادته على مسامعه أثناء الكلام، وذلك بتأخير يبلغ حوالي من 10/1 إلى 5/1 ثانية من خلال سماعتين محكمتين على الأذنين، وكننتيجة لذلك يسمع المفحوص حديثه في علاقة زمنية غير طبيعية مع صوته فتضطرب عاداته الكلامية، ورقابته الذاتية على الكلام، ويترتب على ذلك الإبطاء الشديد في الأحرف المتحركة وتكرار الكلمات و التأتأة في المقاطع، ولا يقصد بذلك الإيحاء بأن سلوك التأتأة الحقيقي ظاهرة مماثلة، بل مجرد افتراض مؤداه أن إصدار الكلام يتضمن عائداً في حلقة مغلقة، يتمكن المتكلم بواسطته من الرقابة والمراجعة المستمرة لصوته الصادر عنه (يوسف، 2007، ص 157). وأشار (تشارلز، 1981) أن القصور الإدراكي السمعي سبب بدني مباشر، فالأفراد يتلقون تغذية مرتدة أو مضلة في كلامهم الشخصي، وبالتحديد تغذية مرتدة متأخرة (Schaefer &Howard, 1981, p2017). ويؤكد ذلك رايبير (Riper, 1971) وهو ما يذهب إليه لي وتشارلز في أن الاضطراب في سلوك الكلام يحتمل وجوده في مجمل نظام التغذية الراجعة (Dalton & Hardcastle, 1977, P51). وقد أرجع ستيرنبرج (Sternberg, 1946) النسبة القليلة للتأتأة بين ضعاف السمع، إلى أنهم يتكلمون بشكل أكثر بطئاً، وأكثر تحكماً، ولا يعانون من ضغوط اجتماعية كثيرة في مواقف الكلام، أما رايبير (Riper) فقد فسّر هذه النسبة القليلة بأن التأخر في التغذية السمعية المرتدة عن طريق توصيل العظام، أو عن طريق الهواء والذي قد يكون سبباً من أسباب التأتأة، لا يحدث بين المصابين بضعاف السمع (العسال، 1990، ص 16). وفضلاً عن ذلك يرى شوارتز (Schwartz, 1967) أن التأتأة ترجع إلى اضطراب وظيفي في الحنجرة أثناء المواقف التي تسبب التوتر والانفعال الشديد وتقول هذه النظرية أن بعض العوامل تؤدي إلى أن تظل الثنايا الصوتية في الحنجرة مفتوحة، ومن ثم تعوق إصدار الأصوات اللازمة للكلام، ولكي يتغلب الفرد على ذلك فإنه يقوم بالضغط على هذه الثنايا بواسطة الشفتين واللسان والفك والأجزاء

الأخرى من الجسم، ثم تصبح هذه الاستجابات جزءاً من السلوك وهو ما نطلق عليه التأثأة (الزرد، 1990، ص172).

5-1-4 النظرية العصبية النفسية اللغوية (Nerou Psycholinguistic Theory):

طور هذه النظرية كل من بيركنز وكورلي (Perkins, Kent and Curlee, 1991) الذين عزوا إنتاج الكلام الصحيح والكلام المضطرب من خلال منظور عصبي نفسي لغوي فطلاقة الكلام تتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوي أو النظام الرمزي (Linguistic or Symbol System) والنظام ما وراء اللغوي أو الإشاري (Paralinguistic or Singal System) ويتحكم بهذين النظامين من خلال وحدات عصبية مستقلة تنتهي بنظام مخرجات مشترك (العودة، 2008، ص36). وتتنظر مدرسة التحليل النفسي إلى التأثأة بشكل عام على أنها اضطراب عصبي، يكون فيه اضطراب جزئي في الشخصية من خلال اضطراب في الكلام وتقول إن التأثأة ناتجة عن صراعات لا شعورية (زريقات، 1993، ص 241). فتعرض الطفل إلى مصادر متنوعة ومستمرة تثير قلقه وتوتره، يؤدي إلى التأثأة، كالجدة العنيف والمستمر في الأسرة، ويؤدي التوتر المتواصل غالباً إلى ما يعرف بالقلق التوقعي، إذ يخاف الطفل مما سوف يحدث عندما يتكلم فيتوتر ويتأثى (مرجع سابق، ص243).

5-1-5 نظرية ألفا لدورة الاستثارة (Alpha Excitability cycle theory):

اعتقد بعض الباحثين بوجود عامل فيزيولوجي عصبي يمكن أن يفسر التأثأة، وقد اعتمدوا في ذلك على وجود بعض التغيرات في تخطيط كهربائية الدماغ (E.E.G) عند المتأثئين، فقد افترض ليندلي (Lendele) وهو أحد المنادين بهذه النظرية - وجود ارتفاع وانخفاض في الإثارة الدماغية مصاحبة للجهد الكهربائي المكون لموجات ألفا في تخطيط كهربائية الدماغ، وعليه فإن خلايا القشرة المخية تكون في أقصى استثارتها في قمة الموجة، وتكون غير مستثارة في قاع الموجة. وقد أجريت سلسلة من الأبحاث استهدفت معرفة النشاط الكهربائي في الدماغ لدى المتأثى. بدأت هذه الأبحاث من عام (1937) واستمرت حتى (1945) من قبل أورتون (Orton) وكذلك ترافس (Travis) وغيرهم، وتبين لهم أنه لا توجد فروق ذات دلالة في المخططات الكهربائية بين المتأثى والعادي. وفي عام (1941) قامت

سيلفيا (Selevia) بدراسة عن المتأنتين وظهر عكس ما كانت تتوقع، إذ وجدت أن المخططات الدماغية تكون شاذة عندما يتمكن المتأنت من النجاح في النطق الفوري، بينما تكون طبيعية في الحالات التي لا يتكلم فيها، ويفسر ذلك بأن النطق الانفجاري أو الفوري يكون بعد مرحلة من الضغط تؤدي إلى اضطراب التخطيط، كذلك تصورات المريض عن نفسه وخوفه تؤثر في التخطيط، أما في حالة عدم الكلام تكون هذه الأعراض أقل حدة مما يجعل التخطيط طبيعياً (الزرد، 1990، ص 165-166). وقد انتهت نوران العسال (1990) في دراستها إلى وجود فروق بسيطة جداً في رسم المخ عند المتأنتين مقارنة بالعاديين (العسال، 1990، ص 17).

5-1-6 النظرية الكيميائية الحيوية (Biochemical theory):

ترجع هذه النظرية التأتأة إلى اضطراب في عملية الأيض (الهدم والبناء) (Metabolism) والخاصة بالتركيب الكيميائي للدم، فقد أشارت الدراسات التي قام بها كل من (Koppa Carr & Kennedy, 1935) إلى أن الإنسان العادي تقل عنده نسبة فوسفات الدم كلما زادت نسبة الكالسيوم، أما لدى الإنسان المتأنت فإن نسبة الفوسفات تزداد مع زيادة الكالسيوم (سالم، 1999، ص 41). إلا أن الأبحاث المعملية قد كشفت أن نسبة الكالسيوم وفيتامين (د) في الحدود الطبيعية لدى المتأنت. كذلك اعتبرت التأتأة لدى بعض الباحثين كأحد أشكال التكرز الخفي (Ltent tetany) إلا أن كارلان (Karlin, 1965) أشار إلى أن التأتأة تختلف عن التكرز، وأن التكرز يحدث نتيجة لنقص في نسبة الكالسيوم في الدم مع نقص في فيتامين (د)، أما في التأتأة فتبقى نسبة الكالسيوم طبيعية، وأن التكرز يحدث في سن مبكرة جداً في الشهرين الأوليين من العمر أي قبل سن تعلم اللغة والكلام (حمودة، 1991، ص 263).

5-2 نظريات أرجعت التأتأة لعوامل نفسية:

5-2-1 نظرية التحليل النفسي:

التأتأة -كما تراها مدرسة التحليل النفسي- اضطراب عصابي ترجع إلى تثبيت الليبدو على مراحل من التكوين ما قبل التناسلي أي السادي الشرجي أو الفمي، ويرى المحللون النفسيون أن التأتأة إظهار خارجي لل رغبات اللاشعورية بهدف إشباع حاجات فمية أو شرجية، فحركات الفم

التي تلاحظ لدى المتلجلج ما هي إلا وسيلة لإشباع نشاطات طفلية فمية، وفي الوقت نفسه لحماية المتلجلج من الوقوع صريع القلق، فالتأتأة هي التعبير عن ميول عدوانية ورغبات لا شعورية مكتوبة تتسم بقدر كبير من العدوان، وتكون التأتأة وفقاً لهذا العدوان إخراجاً يعقبه إيقاف أو خوف من الكلام ثم إخراجاً آخر يغلفه خوف آخر من إخراج العدوان وهكذا (حمودة، 1991، ص 264). كذلك ترى هذه المدرسة أن ضعف الأنا وفقدان القدرة على التعبير والمواجهة وقمع الميول والرغبات خشية العقوبة، أو تأنيب الضمير، من العوامل النفسية الواردة في هذا المجال، حيث يحاول الطفل أن يستبعد الواقع المؤلم، مما يهيئ اللاشعور للسيطرة والقيام بعمله الذي يتجلى بشكل تأتأة وتشنجات تعبر عن وجود كبت شديد لدى الطفل (الزباد، 1990، ص 174-175). وقد يستخدم الطفل الذي يعاني من التأتأة الحيل اللاشعورية كوسائل للتكيف النفسي منها الآتي: (خويلات، 2004، ص 36).

• **التبرير:** ويقصد به تفسير الفرد سلوكه بأسباب منطقية يقبلها العقل مع أنها ليست الأسباب الحقيقية لهذا السلوك، حيث ترجع إلى أسباب انفعالية صرفة يخشى التصريح بها لما قد يكون فيها من تحقير أو امتهان لذاته، مما قد يشعره بالعار والخجل، والفرد بلجؤه إلى التبرير يخدع نفسه، وتدفعه إلى ذلك دوافع لا شعورية.

• **الإسقاط:** حيث يحمي الفرد فيها نفسه بإلصاقه عيوبه النطقية بغيره وتفسيره لأعمال الغير بحسب ما يجري في نفسه هو.

• **التقمص:** عملية مناقضة لعملية الإسقاط يتقمص فيها الفرد صفات الفرد حتى تكون مكملة له من شخصية يحبها.

• **التحويل:** فالطفل الذي يعاني من التأتأة قد يحول الكلمات التي يشعر بأنه يتأتى بها إلى كلمات أخرى.

وأشار بلودستين (Bloodstein) أن المتأتى في لحظات القلق ينكص إلى مرحلة الكلام الطفلي، ويبدو ذلك في تكراراته (repetitions)، بينما تسجل تطويلاته كتعبير عن العدوان،

والتوتر المصاحب للقلق أو الخوف أو فقدان الشعور بالأمن أو الشعور بالنقص يعد من العوامل النفسية الأساسية للتأناة (Dalton & Hardcastle, 1977, p54).

5-2-2 النظرية السلوكية:

أجمع السلوكيون على أن التأناة سلوك متعلم، إلا أنهم اختلفوا في التفسير وذلك تبعاً لخلفياتهم النظرية فتفرع عن ذلك عدد من النظريات وهي:

أ. نظرية الصراع المتوقع (Anticipatory Struggle theory):

اتخذ وشنر (Wischner) وهو من الرواد الأوائل لهذه النظرية - من نظرية (هل) (Hull) في التعلم إطاراً مرجعياً لنظريته، ومجمل نظريته أن التأناة سلوك تجنبى آلي (Instrumental Avoidance act) الهدف منه أن يؤدي بالفرد إلى بذل المزيد من الجهد لتجنب عدم الطلاقة، ويرى وشنر أن الوالدين يلعبان دوراً في زيادة الإحساس بالقلق (سالم، 1999، ص 58-59).

والقلق المصاحب للتأناة نوعان:

- قلق موقعي عام: ويرتبط بمواقف كلامية معينة، وتتوقف درجته على المستمع من حيث جنسه، وسنه، وعلاقته بالمتأني.
- قلق خاص نوعي: ويرتبط بمثيرات لفظية ككلمات معينة، لها خصائص شكلية تتمثل في حروف أو مقاطع يجد فيها المتأني صعوبة.

والقلق بنوعيه يتطلب من المتأني بذل مزيد من الجهد لتجنب التأناة، وقد يصل الأمر إلى تجنب الموقف الكلامي بصفة عامة (البهاص، 1993، ص 360). وقد وصف فلاك (Flack, 1969) المتأني كإنسان تعلم أن يتأني واعتبر أن التأناة هي سلوك يعرض عندما تتداخل نماذج عضلية عصبية للكلام الطبيعي بشكل مألوف مع استجابات خوف، كذلك رأى بلودستاين (Bloodstein, 1955) أن الشك وتوقع لحظة التأناة يعتبر عنصر جوهري للخلل (Blood et al, 1997, p134)، وفي محاولته لتجنب التأناة أو التخفيف منها، يتعلم المتأني

الكثير من السلوك، فقد يلجأ إلى إغلاق عينيه أو الضرب على الأرض بالقدمين عندما يتوقع التأناة معتقداً أن ذلك الفعل سيجنبه التأناة، أو يخفف من حدتها (Silverman, 1984, p85)

ب. التأناة هي صراع الإقدام - الإحجام:

قاد هذا الاتجاه شيهان (Sheehan) فقد افترض بالاعتماد على نتائج ميللر (Miller) أن التأناة هي نتيجة الحيرة بين دوافع متعارضة ما بين التحدث وعدم التحدث، ورأى أيضاً أنه إذا كانت رغبة المتأني في الكلام أكثر من رغبته في الصمت فإنه يتكلم بطلاقة، وإذا كانت رغبته في الصمت أكثر من رغبته في الكلام يظل صامتاً، أما عندما تتساوى الرغبتان فهنا تظهر التأناة، وهكذا يعمل ميكانيزم الكلام في اتجاهين متضادين في صراع بين الحاجة إلى الكلام والرغبة في الصمت، والصراع بين الرغبة بالصمت والخوف منه (عطية، 1988، ص324).

والصراع كما يراه شيهان (1970) نوعان:

- صراع الموقف: ويحدث في موقف يتطلب كلاماً، لكنه يستثير الخوف من التأناة مما يحمل تهديداً للذات، فيقع الفرد بين اتجاهين متضادين في وقت واحد، وتكون التأناة ترضية بين النطق والتزام الصمت.
- صراع الكلمة: ويكون بين رغبة المتأني في الكلام، ورغبته في عدم النطق بكلمة معينة نتيجة لاقترانها السابق بصعوبة، أو بإعاقة خبرها المتأني عند النطق بها (البهاص، 1993، ص36).

ج. التأناة سلوك إجرائي (Operant behavior):

اتخذ عدد من الباحثين أمثال شيرك وشامس (Sheirck Flanagan & Shames) من نظرية سكرنر (Skinner) أساساً لتفسير التأناة في الكلام، وتشير هذه التفسيرات في مجملها إلى أن التأناة شكل من السلوك العدواني حيث يؤكد شيرك وشامس (Sheirck Flanagan & Shames, 1963) أن عدم الطلاقة اللفظية في الكلام ظاهرة شائعة بين الأطفال، وأنها تتمثل في تكرارات أو إطلاقات أو توقفات في الكلام، نظراً لعدم امتلاك الطفل ناصية اللغة امتلاكاً كاملاً، ومن ناحية أخرى فالسلوك اللفظي يعتمد على اتجاهات المستمع، والتي تبدو في صورة

تعبيرات وجهية وتلميحات، وتعد بمثابة تعزيز إيجابي، ولكن قد يحدث ألا يقوم المستمع بتقديم هذا التعزيز للمتحدث إلا بعد الإعادة والتكرار للكلمات أو الجمل، وهذا ما نلاحظه عند الأطفال، فهم يحصلون على ما يريدونه من الكبار بعد التكرار والإعادة أكثر من مرة (سالم، 1999، ص 61). وعلى هذا فالسلوك الذي يدوم هو السلوك الذي يستحق المكافأة نوعاً ما، ويعد الانتباه الذي يلقاه المتأني بمنزلة مكافأة وأحد المدعمات السارة لحدوث التأناة (Eisenson & Ogilvie, 1977, P 354). ويذكر دربي (Darby, 1981) أن لعملية الاشتراط الإجرائي أثراً عظيماً في وصف خصائص الحبسة في التأناة. وبالرغم من أن الحبسة والتكرارات والإطالات تعد غير مريحة للمتأني المبتدئ فإنه عندما يحاول الهرب من تلك الصعوبات بمجهود أكبر ومتزايد ويتم مكافأة هذا المجهود عندما تخرج الكلمة أسرع من المتوقع ففي الحال يتعلم الطفل أن يتجنب التكرارات والترددات عن طريق بذل مجهود أو توتر قبل توقع التكرار أو التردد. (Darby, 1981, P299).

د. التأناة استجابة شرطية (Conditional response):

تشير هذه النظرية إلى أن التأناة هي نتيجة للفشل غير المشروط في الكلام الطلق بسبب قلق المتكلم حول كلامه، وإذا حدث ذلك فإن الشخص سوف يتأني في أي موقف مثير للقلق، وينظر إلى التأناة على أنها نتيجة لحالة وظيفية للجهاز الصوتي، فهي تتميز بالتوتر الذي يحدث للجهاز الصوتي، كما وتعمل التوترات الانفعالية والقلق الاجتماعي على إحداثها (Haynes, W., 1990, p352). وقد انطلق العلماء في تفسيرهم للتأناة معتمدين على مبادئ الإشرط الكلاسيكي التي وضعها بافلوف، وأكدوا على أن التأناة تحدث نتيجة اقتران حالة انفعالية ببعض المواقف الكلامية، ونتيجة لذلك يصبح الكلام عملية صعبة، إذ يتوقع المتأني دائماً أنه سوف يعاقب على محاولته الكلامية، وهذا العقاب في صورة عدم طلاقة طبيعية وصعوبة تدفق الكلام (عطية، 1988، ص 325). ويذكر أصحاب نظرية الإشرط القديمة أن الظروف التي تسبب إيقافاً وجدانياً تؤدي إلى استجابة تلقائية، والتي بدورها تخلق انهياراً في التماسك الحركي للكلام، ونتاج هذا الانهيار هو كلام متردد متكرر من المتأني المبتدئ، وبالتالي تتم تهيئة الاستجابة التلقائية بالتدريج لمجال أكبر وأكبر من الأفراد والمواقف، وبسبب هذا الإشرط فإن المتأني يشعر بالسلبية بخصوص قدرته على الحديث وبخصوص مواقف الكلام (Darby, 1981, p299).

وخلاصة القول فقد حاول السلوكيون تفسير التأناة على أنها سلوك متعلم، حيث أرجعها البعض إلى ارتباطها بمثير شرطي (كلام الآخرين)، بينما أرجعها البعض الآخر لما يحصل للفرد من تعزيز نتيجة ممارسة التأناة، كأن يلفت انتباه الآخرين أو استدرار عطفهم واهتمامهم، كما يعتبرها البعض سلوك هروب من مثير غير مرغوب فيه، يسبب انفعالات مؤلمة واستجابات سلبية مثل الخجل أو التوتر أو القلق، وبالتالي يمارس التأناة تجنباً للألم الذي يتعرض له الشخص.

5-3 نظريات أرجعت التأناة لعوامل بيئية تشخيصية:

5-3-1 النظرية التشخيصية (The Diagnosogenic theory):

طور هذه النظرية ويندل جونسون (Wendel Johnson) كما سميت بالنظرية النمائية (Develop-mentsl Theory) ونظرية مقاومة التوقع (Anticipatory Struggle Theory)، ويدعي مناصرو هذه النظرية أن سبب التأناة يكمن في التشخيص الخاطئ للتأناة، ويقر جونسون (Jonson) زعيم هذه النظرية " بأن التأناة تبدأ في أذن الأم قبل أن تبدأ في فم الطفل، فالآباء الذين يفهمون هذه الحقيقة جيداً لا يعتبرون أطفالهم متأتين إلا بعد مرور الأربع سنوات الأولى من العمر. ما هذه الحقيقة؟ الحقيقة أن الأطفال العاديين في سن الثانية إلى الخامسة تقريباً يكررون مقاطع أو كلمات كاملة أو عبارات بمتوسط (45) تكرار لكل ألف كلمة، وقد أدت تلك الملاحظة النظرية إلى أن تشخيص تلك الحالة العادية من قبل الآباء على أنها تأناة، قد يكون مسؤولاً عن استمرارها (Vincant, 1960, p419). وهذه الظاهرة والتي أسماها جونسون، ظاهرة اللاسلاسة الكلامية الشبيهة بالتأناة يعاني منها جميع الأطفال وأطلق عليها عدم الطلاقة الطبيعي. حيث قام جونسون عام (1959) بعمل استطلاع للتعرف على مدى صحة فروضه وتكونت عينة دراسته من (150) من الآباء الذين لديهم أطفال متأتون و(150) من الآباء الذين لديهم أطفال أسوياء، وكان السؤال في الاستبيان: ما هي الحالة التي كان عليها الطفل في بداية التأناة؟ وبمقارنة النتائج تبين أن آباء الأطفال الأسوياء لاحظوا على أطفالهم عدم وجود الطلاقة اللفظية في كلامهم، إلا أنهم لم يعيروا ذلك أي انتباه، واعتبروا أن ذلك الشيء عادي طبيعي، على عكس آباء الأطفال المتأتين الذين ارتفعت لديهم نسبة القلق على

أطفالهم، واعتبروا هذه الحالة حالة مرضية، وأصدروا عليها حكماً قاسياً ووصموا الطفل بالتأتأة. (رشاد، 1993، ص 31-32). وقد أشار فروشل (Froeschel) إلى أن عدم الطلاقة الطبيعي يتميز بـ:

1. تكرارات بسيطة للكلمة أو المقاطع الأولى من الجملة.

2. تميل التأتأة الأولية للاختفاء.

بينما تتميز التأتأة الثانوية بأنها:

1. تبدأ بعد عدة سنوات من التأتأة الأولية.

2. تتميز بوعي الطفل لمشكلته واستخدامه لوسائل خاصة مثل استبدال الكلمات.

3. تتميز بوجود الخوف من التأتأة وتوقعها (أسعد، 1986، ص 253).

واستكشف بعض الباحثين أن فكرة التشخيص الوالدي تسبب التأتأة عن طريق فحص ثلاثة فروض ضمنية لنظرية جونسون:

- أولاً: النظرية تفترض أن معظم الأطفال يمرون بمرحلة عدم الطلاقة اللغوية السلبية، وأن هذه المرحلة تتشابه في النهاية بين المتأتئين والعاديين، ومع أن بعض الدراسات قد أيدت هذا الفرض، مثل دراسة جونسون (Johnson, 1959) وكذلك دراسة دارلي (Darly, 1955) وجد آخرون فروقاً واضحة في عدم الطلاقة المبكرة بالنسبة لمجموعتي الأطفال (العاديين والمتأتئين) مثل دراسة ماكدرمون (Makdrmon, 1968) ودراسة أرو (Irw, 1983).

- ثانياً: تفترض النظرية أن أولياء أمور الأولاد المصابين كانوا أقل تسامحاً فيما يتعلق بعدم الطلاقة.

- ثالثاً: أيضاً افترضت هذه النظرية أن معاقبة الأطفال لعدم طلاقهم بسبب التأتأة، وأن آباء الأطفال غير المصابين كانوا أكثر دقاً وأكثر فهماً فيما يتعلق بكلام أطفالهم، وقد أيد دارلي (Darly) ذلك بينما رأى جلانسر (Glanser, 1957) أن رد الفعل الزائد للوالدين تجاه عدم الطلاقة الطبيعية لا يسبب التأتأة. ومن أجل اختبار أكثر لهذه النظرية ركز الباحثون في

الخمسينيات والستينيات على المعتقدات والاتجاهات الوالدية، والسمات الشخصية مثل (الجبرية - السيطرة - الكمالية) التي قد تساهم في ظهور التأناة عند الطفل (Nippold, et al, 1995, p978). ومن ناحية أخرى فهناك كثير من الآباء لا يقدرّون الفروق الفردية بين الأطفال ويحاول بعضهم إجبار الطفل على الحديث بشكل سليم مع إظهار الاهتمام الزائد بكلام الطفل، ووجود ردود أفعال مبالغ فيها قد تسبب التأناة، فالطفل يتأثّر أكثر إذا حاول مراقبة كلامه أو راقب كلامه شخص آخر، ووجود آباء يصرون على مستويات عليا من الأخلاق، أو مستويات طموح عليا في التحصيل العام. وأمام هذه التوقعات العالية من الأبوين يوجد ضغط معاكس فيه توقعات متدنية من الطفل، إذ يقدم له الأبوان الحماية الزائدة من أي مطالب أو توترات فيصبح نمو الكلام غير ضروري، ولا يشجع من قبلهما فلا يتعلم الطفل التعبير عن نفسه بشكل جيد، ويظهر شعوره بعدم الكفاءة على أشكال منها التأناة (شيفر وميلمان 1989). وبهذا الصدد أجرى مونكر (Moncur) دراسة عن السيطرة الوالدية كأحد العوامل البيئية المسببة للتأناة، وكشفت نتائج هذه الدراسة أن السيطرة الوالدية ظهرت في نواحي متعددة كالتهديد والمضايقة، واستنتج أن السيطرة الوالدية تتمثل في النظام الزائد، والملاحظة الزائدة، واللفظ الزائد، وكلها عوامل بيئية تهيج لظهور التأناة. إضافة إلى أن الجدل العائلي والشجار الدائم بين الوالدين يساهم إلى حد كبير في زيادة القلق عند الأطفال وفي شعورهم بعدم الأمان الذي يؤدي بشكل أو بآخر إلى إصابتهم بالتأناة، فعندما يتشاجر الوالدان يضطر الطفل أن يتخذ موقفاً مؤيداً لأحدهما فيقع في شرك الحيرة، ويصبح شعوره بالأمن مهدداً، وينعكس عدم الاطمئنان هذا في كلامه (Schaefer & Howard, 1981, p219). وتقول جيمسون (Jemson) نقلاً عن مورلي (Morley, 1972) أن الوعي بالمشكلة يتولد عند الطفل غالباً من خلال التوبيخ الوالدي، فمع أن بعض الأطفال يتطور كلامهم وينمو بشكل طبيعي برغم هذا التوبيخ، فإن العديد منهم ينمو داخله قلق شديد بسبب هذا التوبيخ، فيؤثر على كلامه. كذلك وجدت جيمسون في دراستها التي شملت (23) طفلاً لم يتعرضوا للتوبيخ الوالدي أو تعرضوا له بشكل قليل، أن 70% قد حقق كلاماً طبيعياً، ومن بين (21) طفلاً ممن تعرضوا للتوبيخ والقلق في المنزل أن 62% منهم حقق كلاماً طبيعياً، بينما حقق طفل واحد من عشرة تعرضوا للتوبيخ الدائم في المنزل طلاقة طبيعية (Morley, 1972, p447). وأخيراً أكد لاس وآخرون (Lass, et al, 1982) على ضرورة توجيه الآباء

لإعادة النظر في مستوى الصعوبة في المترادفات التي يستخدمونها مع الطفل، وتقيد الجمل التي يتعاملون بها معه، فقد تم إرشادهم وتوضيح بعض الأمور لهم وأهمها أن إجهاد الطفل من أجل أن يتكلم كما يكلمه الآخرون، بما في ذلك استخدام كلمات كبيرة وجمل معقدة، ممكن أن يسهم في حدوث التأثأة عنده (Lass et al, 1982, p682-683).

5-3-2 نظرية صراع الدور (Role Conflict theory):

يعد شيهان (Sheehan) من أبرز رواد هذه النظرية والذي تأثر بمفاهيم ميللر (Miller)، ويرى شيهان أن التأثأة اضطراب في التقييم الاجتماعي للذات، وليست اضطراباً في الكلام ذاته، فالصراع متمركز حول الذات والدور، أي أنها مشكلة هوية (Dalton & Hardcastle, 1977, p56) ووفقاً لمفهوم (صراع الدور - الذات) فإن التأثأة تختلف تبعاً لمتغيرين رئيسيين:

- الأول: الذات ويقصد له الكيفية التي يدرك بها المتأثئ نفسه في الموقف الاجتماعي المتطلب الحديث.
 - والثاني: فهو الدور ويشير إلى الكيفية التي يتم بها إدراك الآخر كمستمع.
- وتتبلور نظرية صراع الدور من خلال موقف الحديث بين المتكلم والسامع فمن المواقف التي لا يتأتى فيها الطفل أو تقل عندها درجة التأثأة:
1. القراءة بانسجام مع شخص آخر حتى ولو كان متأثئاً.
 2. عند الغناء أو الاسترخاء.
 3. عند التحدث مع من هم أصغر منه سناً وأقل سلطة وكذلك التحدث مع الحيوانات.
 4. في حالة الكلام المصاحب بنشاط فيزيائي متناغم كالرقص أو المشي أو حركات الذراعين المتناسقة.
- وأما المواقف التي يتأتى فيها:

1. التحدث إلى شخص يمثل السلطة (الآباء - المدرسون).
2. التحدث مع أشخاص يحتمل أن يعلقوا على التأناة.
3. التحدث مع محاولة تجنب التأناة (سالم، 1999، ص 82).

ويرى بعض المحللين أن التأناة تكون نتيجة تكيف سيء في العلاقة مع الأم و تنتج عن الحاجة الاعتمادية، أو عن مفهوم غير مناسب عن الذات (أسعد، 1986، ص154)، كما ترى مدرسة التحليل النفسي أن ضعف الأنا وفقدان القدرة على التعبير والمواجهة وقمع الميول والرغبات خشية العقوبة أو تأنيب الضمير، هي من العوامل النفسية المحتملة في هذا المجال، حيث يحاول الطفل أن يستبعد الواقع المؤلم أو تأنيب الضمير، مما يزيد أو يهيئ اللاشعور للسيطرة والقيام بعمله الذي يتجلى بشكل التأناة، وبشكل تشنجات تعبر عن وجود كبت شديد لدى الطفل (الزاد، 1990، ص 157).

تعقيب عام على النظريات المفسرة للتأناة:

لقد تعددت النظريات المفسرة للتأناة، وكل نظرية عللت أسبابها بشكل مختلف، كالنظرية العضوية التي تؤكد أهمية الأساس التكويني، أو الوراثي الذي يظهر عند تقاوم الضغط البيئي، وقد اعتمدت في تفسيرها على تحديد العوامل والمثيرات، وآليات التعزيز في حدوث السلوك المتعلم، وحاولت النظريات العصائية أن تربط التأناة بشخصية المتأني وصفاته، أما النظريات البيئية فقد اتجهت إلى العوامل المحيطة بالطفل، والتي تؤدي إلى التأناة. وليس من السهل ترجيح إحدى هذه النظريات على الأخرى، والحقيقة أن رد سبب التأناة إلى عامل واحد أمر يجانبه الصواب، فكل من العوامل النفسية والبيئية لهما دورهما في الإسهام في ظهور التأناة، ولا يمكن أيضا إغفال دور العوامل العضوية والفيزيولوجية في التأثير على هذا الاضطراب. وكما يقول لوك (Luc, 1998) أنه من الصعب تحديد سمات التأناة طبقاً لبعد مفرد، مثل خلل نفسي أو فيزيولوجي أو بيئي، ومن البديهي أن مثل هذا المدخل المتعدد الأبعاد يسمح بإدراك أفضل للتأناة، ويبقى الهدف الأخير لنموذج التأناة متعدد الأبعاد هو توفير إدراك أفضل لطبيعة الخلل في الكلام (Luck, 1998, p109). وفي هذا يقول فان ريبير (Van Riper) أن معظم

التفسيرات والنظريات القديمة والحديثة تدل على بعض الحقيقة، وليس على الحقيقة كلها، وأي منها غير مرض بدرجة كافية وحاسمة (Van Riper, 1972, p252).

سادساً: سلوكات التأناة:

تظهر التأناة على شكل سلوكات (مظاهر) غير إرادية، يطلق عليها اسم السلوكات

وهي:

1-6 السلوكات الرئيسية (corebehaviours):

تمتاز سلوكات التأناة الرئيسية بثلاثة مظاهر واضحة أجمع عليها العلماء بوصفها مظاهر رئيسية التأناة وهي:

1-1-6 التكرارات (Repetitions):

يعد التكرار من أهم السمات المميزة للتأناة، والأكثر شيوعاً، خاصة عندما تحدث عدة تكرارات بالصوت نفسه، بالتتابع لدرجة تلفت الانتباه، ويؤكد كونتور (Conture, 1982) أن التكرارات تؤخذ على أنها تأناة، عندما تصل إلى نسبة 5% من مجموع الكلام الكلي للطفل وغالباً ما تظهر في مراحل التأناة المبكرة (أمين 2001، ص 28). حيث يكرر المتأني حرفاً من الكلمة مثل: أ، أ، أ، أنا أو تكرار مقطع مثل با، با، با، بدي أو تكرار كلمة مثل بدي، بدي، بدي تفاحة، أو تكرار لعبارة (أنا بدي، أنا بدي، أنا بدي، روح) (الزريقات، 2005، ص224).

2-1-6 الإطالات (Prolongations):

برى كونتور (Conture) أن الإطالات غالباً ما تحدث في المراحل المتقدمة للتأناة، أما في مراحلها المبكرة فغالباً ما ينتج الطفل تكرارات صوتية أو مقطعية أكثر من إنتاجه للإطالات الصوتية (Conture, 1988, p164)، وفي الإطالة يطول نطق الصوت لفترة أطول في الحروف الساكنة، وتعد إطالة الصوت شكلاً لهذا الاضطراب الكلامي، لأنه من النادر وجوده في كلام غير المتأنين (أمين، 2001، ص28).

6-1-3 التوقيفات الكلامية (Speech Halt):

إذ يتوقف المتأني عن الكلام، في بدايته، أو في وسطه، وتتراوح هذه السلوكيات في التعمق حسب وضع الحالة (السرطاوي، وأبو جودة، 2000، ص348)، حيث تسبب التوقيفات الكلامية الإحباط والتوتر النفسي لكل من المتكلم والمستمع، وهي متعلقة بالتوقيفات الصامتة (Silent) وتظهر من خلال عجز المتكلم عن إصدار أي صوت على الإطلاق رغم الجهد العنيف الذي يبذله، وتحدث التوقيفات الكلامية بسبب انغلاق ما في الجهاز الصوتي يؤدي إلى إعاقة الحركة الآنية للكلام مع استمرار تدفق الهواء خلف نقطة الانسداد، ويلاحظ أن التوقيفات الكلامية تحدث بصورة متكررة في بداية نصف الكلمة أو العبارة أو في بداية الكلمات المشددة (Starkewweather, 1983, p356). وعند تصنيف التأناة إلى بسيطة وشديدة يجب أن نأخذ بعين الاعتبار كل السلوكيات الظاهرة وغير الظاهرة، فمشكلة التأناة تؤثر سلباً في حياة الشخص سواء أكانت بسيطة أم شديدة، كلما كانت ظواهر التأناة أكثر تكراراً ووجوداً في حديث الشخص المتأني كانت التأناة أكثر شدة (Raming and Shames, 2002).

6-2 السلوكيات الثانوية (Secondary behaviors):

يظهر المتأنتون حركات عشوائية في الوجه وذلك في حالة التأناة التشنجية أو الانقباضية وحركات لا إرادية في اللسان والفكين، ويبذلون الجهد الاستنشاق الهواء عن طريق الفم بمجرد بدء الكلام، كذلك يتشنج الجسم وتنقلص الحنجرة ويحدث إفراط في التعرق وشحوب واحمرار في الوجه وارتعاش في الشفتين، كما يظهر القلق والاكتئاب لدى المتأنتين، وخصوصاً في التأناة المزمنة، كما تتضمن الاضطرابات المصاحبة اضطراباً صوتياً (عبد المعطي، 2001، ص182). ويصحب التأناة سلوك انسحابي (Escapse) لحظة حدوث التأناة في محاولة للخروج منها، ويصحبها كذلك سلوك تجنبني (Avoidance)، ويرافقها اختلال في مفهوم الذات يشمل تعامل الشخص مع نفسه بوصفه شخصاً يفتقر إلى القدرة على الكلام الطبيعي، مما يؤدي إلى اتخاذ سلوك ما لتجنب مواقف التأناة قبل حدوثها (Guitar, 2000). والفرد الذي يعاني من تأناة متقدمة لديه العديد من حالات تجنب المواقف والكلمات التي لدى الفرد الذي يعاني من تأناة متوسطة، ولكنها تكون عنده أكثر كثافة، وواضحة بشكل أكبر وتتضمن السلوكيات التالية:

- سلوكات الهروب.
- استبدال الكلمات.
- الالتفاف حول الكلمات: كالتكلم حول الكلمة أو العبارة عند توقع التأناة مثل: أنا ذهبت إلى.... نعم أنا في الحقيقة قضيت وقتاً جيداً هناك رأيت محل الألعاب.
- سلوكات التأجيل: الانتظار لوهلة ووضع كلمات حشو قبل البدء بالكلمة التي يتوقع أن يتأتى بها (Craig, 1994, p245).
- وزاد الدكتور جين بكسون (Pkecon, 2000, p11) على سلوكات التأناة أعلاه عدة ظواهر أخرى وهي:
 - التردد: وهو حدوث توقفات أثناء الكلام، وغالباً ما يحدث في بداية الكلام.
 - الإضافات: عندما يضيف الطفل كلمات أو أصواتاً إضافية لا معنى لها مثل أن يقول: "اسمي أه أه أه أه أحمد".
 - الاندفاع بشدة في بعض الأحيان للتحدث، ويظهر على شكل التكلم بعصبية وحدة في الكلام.
 - عدم الإكمال: بعض الأحيان يترك الطفل الكلمة أو الجملة دون إكمالها.
 - مشاكل التنفس: يشعر الطفل أن التنفس غير كاف للكلام.
 - حركات في العين مثل رفرفة الرموش وعدم النظر للمستمع.
 - الحركات الإيمائية: مثل حركات في الوجه أو الجسم مترافقة مع الكلام. ويشير ستارك ويذر (Starkweather) إلى أن العديد من المتأنتين المتقدمين يتحكمون بالبيئة المحيطة بهم بعناية بحيث يستطيعون تجنب الأوضاع التي من المحتمل أن يتأنتوا خلالها، فمثلاً من الممكن أن يدعوا المرض عندما يكون عليهم إلقاء كلمة أو أن يستخدموا آلة الرد بدلاً من أن يردوا بأنفسهم على الهاتف (Starkweather, 1983, P357).

6-3 المشاعر والمواقف (Feelings and Attitudes):

يكون الشخص الذي يعاني من التأناة قد كون تصوراً ذاتياً بوصفه متأثراً. ويظهر عليه الإحباط والخجل والخوف، وتكون مشاعر الخوف والارتباك والخجل قوية جداً، ويكون لديه مشاعر سلبية عن نفسه كشخص عاجز عندما يتأثر (السرطاوي، أبوجودة، 2000، ص 398-399). وهناك الكثير من الدراسات التي بينت أن اضطرابات النطق والكلام وخاصة التأناة لها أثر سلبي على الجوانب النفسية والشخصية للفرد المتأثر (المالكي، 1995، ص 24). فقد بينت دراسة (Ptich & Franshella, 1985) ودراسة (Silverman & Zimmer, 1997) إلى أن للتأناة آثار سلبية وعكسية على الثقة بالنفس وتقدير الذات، وكذلك دراسة (Lavaki, 1967 and Nekerasov, 1985) ودراسة (Woods & Williams, 1976) والتي أجمعت أن للتأناة أثر سلبي وعكسي بالنسبة لسلوك المتأثرين كتنمية السلوك العدواني (كسناوي، 2007، ص48).

سابعاً: الخصائص اللغوية للكلمات المتأثر بها:

تعرف الخصائص اللغوية بأنها مجموعة الخصائص التي تتعلق بأماكن حدوث التأناة في الكلام وذلك حسب مكانة الكلمة نحوياً، وموقعها في الجملة، كما تتعلق بسهولة الكلمة وتعقيدها، وطول الكلمة والمقاطع المنبورة فيها (Guitar, B, 2002, p186). إذاً هناك العديد من الصفات التي ترجح الكلمة للتأناة بها أكثر من غيرها من الكلمات الأخرى، وهذه الصفات تتعلق بالنوع والموقع والأصوات التي تتألف منها الكلمة، ومن خلال الدراسات العديدة التي حاولت التعرف على خصائص كلمات المتأثرين يمكن أن نستخلص الخصائص التالية:

تحدث التأناة عند ابتداء الكلمة بحرف صامت، وقد تبين أن (15%) من الصوامت متأثر بها مقارنة مع (3%) من الصوائت (حروف العلة)، وتزداد التأناة عند تنالي الحروف الصامته في الكلمة (sackina, 2000, p85) حيث تشير النتائج إلى أن احتمالية حدوث التأناة تكون أكبر في موقع بداية الجملة، وأن الميل إلى التأناة في الكلمات الوظيفية كانت موجودة فقط في بداية الجملة. ويعتمد معدل التأناة اعتماداً كبيراً على ما إذا كانت الكلمة الوظيفية قد وقعت قبل أو بعد كلمة محتوى (Anthony & Patricia, 2009). حيث تزداد التأناة في الكلمات الوظيفية التي

تسبق كلمات المحتوى وقد بينت ذلك دراسة (ورزنسكي وآخرون 2004)، ودراسة (بهر، أنطوني، زيبروفسكي، باتريشيا 2009)، ودراسة (ريشلز، بهر، كونتور، نوتورو 2010). كما لوحظ أن التأناة تحدث في الكلمات الأقل شيوعاً أكثر من حدوثها في الكلمات كثيرة التداول، وإن العامل الفعال في إحداث التأناة هو التآلف مع الكلمة. لذا يقول تايلور إن (50%) من التأناة تنخفض من جراء تكرار القراءة لنفس المادة اللغوية (M. C. M, 2008, P81).

ومن خصائص الكلمات المتأتي بها:

أ. **طول الكلمة:** يؤثر طول الكلمة في حدوث التأناة، فطول الكلمة يزيد من احتمال حدوث التأناة فيها. وقد أظهرت نتائج الدراسات أن التأناة تكون أكثر حدوثاً في الكلمات الطويلة التي تحتوي على 5 فونيمات أو أكثر (M. C. M, 2008, p82) كما أن الكلمات التي لها امتدادات أطول (أي التي تحتوي على إضافات مثل الضمائر المتصلة التي تدل على التنثية أو الجمع، مثل الكلمات التالية: (معلمون، فراشات، جنديان....) تكون أكثر تعقيداً فيما يخص النطق، لذلك فإنها تكون معرضة للانقطاع أكثر لأنها بحاجة إلى وقت أطول لتنتم برمجتها ومن ثم نطقها (Regina & Andrade, <http://www.eshow2000.com>) وهذا ما أكدته دراسة (زاكيم وكونتور 2003)، حيث أشارت نتائج هذه الدراسة أن الكلام الذي يكون طوله أعلى من متوسط طول الكلام لدى الأطفال يكون أكثر عرضة للتأناة وعدم الطلاقة.

ب. **المكانة اللغوية للكلمة:** ورد في بعض الدراسات أن كلمات المحتوى أكثر قابلية لحدوث التأناة بها من الكلمات الوظيفية. حيث تشمل الكلمات الدالية أو الوظيفية الضمائر، وأدوات التعريف وحروف الجر، والعطف، وأسماء الإشارة، والأسماء الموصولة، وهي عبارة عن فئة مغلقة من الكلمات التي لا تحمل معنى كامل، وغير قابلة للنمو، ولكن لها دور قواعدي أو وظيفي. بينما تشمل كلمات المحتوى الأسماء، والأفعال الرئيسية والأحوال، والصفات، والظروف، وهي عبارة عن فئة مفتوحة من الكلمات، لأن مفردات هذه المجموعة اللغوية تتوسع باستمرار وهي تلعب دوراً حاسماً في نقل المعلومات النحوية التعبيرية (Herman & Robin, 2002, p281) وبالنسبة للأطفال فإن التأناة تحدث لديهم في الكلمات الوظيفية

أكثر من حدوثها في كلمات المحتوى، ولكن هذا يتغير مع العمر حيث يحدث تحول في موضع علم الطلاقة اللفظية من الكلمات الدالة إلى كلمات المحتوى في الأطفال والأشخاص البالغين المتعلمين وذلك يشير إلى أنهم يكونوا قد تخلوا عن استراتيجية التأخير في بعض الأوقات أثناء نموهم. وإذا كان تكرار الكلمات الوظيفية يؤجل أو يؤخر إنتاج كلمة المحتوى اللاحقة حتى اكتمال الخطة، فإن التخلي عن استراتيجية التأخير يتطلب من المتحدث محاولة إنتاج كلمة المحتوى استناداً إلى خطة غير كاملة، وهذا يؤدي إلى عدم الطلاقة في نطق كلمة المحتوى. وهكذا فإن التأناة في الكلمات الوظيفية يجب أن تقل مع التقدم بالعمر، ويجب أن تزداد التأناة في كلمات المحتوى (Howell & et al, 1999, p18). وتظهر اضطرابات عدم الطلاقة عندما تكون الخطة لكلمة المحتوى غير متوفرة، عندما ينشأ هذا الوضع يمكن للمتكلمين أن يتعاملوا معها بإحدى طريقتين (Herman & Robin, 2002, p28).

الطريقة الأولى: هي تأخير إنتاج كلمة المحتوى، وذلك بتكرار كلمات الدلالة التي تسبقها لاستغلال الوقت أو شراء الوقت إلى أن تصبح خطة كلمة المحتوى متاحة.

الطريقة الثانية: وبدلاً عن ذلك فإنه يمكنهم محاولة لفظ كلمة المحتوى على أساس خطة متاحة جزئياً والمراهنة على أن الفترة المتبقية من الخطة سوف تكون مؤمنة بينما يتم تنفيذ كلمة المحتوى. وبالتالي فإن التعثر أو عدم الطلاقة في الكلمة الدالة هو تكتيك المماطلة لتعويض عن عدم وجود خطة لكلمات المحتوى القادمة. ولكن التعثر أو عدم الطلاقة على كلمات المحتوى يعود إلى عوامل ذاتية أو جوهريّة متصلة بالكلمة، مثل التعقيد الصوتي الفونولوجي. وتحدث عندما لا يتم استخدام تكتيك المماطلة، أو عندما يقوم المتحدث بمحاولات لتنفيذ خطة غير مكتملة. وتقل قابلية الكلمات الوظيفية لحدوث التأناة فيها لاحتوائها عدداً أقل من المقاطع اللفظية مقارنة بكلمات المحتوى، كما تميل إلى أن تكون متكررة جداً وبالتالي تستغرق وقتاً أقل للمعالجة.

ج. صعوبة الكلمة: إن التأناة أكثر حدوثاً وتكراراً في الكلمات الصعبة مما هو عليه الحال في الكلمات الطويلة غير الصعبة، وتحدد صعوبة الكلمة حسب طولها ومكانتها النحوية وانتشارها وتداولها في حديث المتكلم (kaasin&bjerkan,2002,p73).

- ثامناً: أنواع التأتأة:

ما تزال التأتأة أكبر عنصر محير في معوقات الكلام على الرغم من المحاولات الجادة في دراستها وسبر ماهيتها وأنواعها وعلاجها، وهي من أشهر الاضطرابات الخاصة بطلاقة الكلام، وقد قسمها الريماوي إلى قسمين هما:

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

2. **التأتأة الدائمة:** عبارة عن عرض جسمي صريح لاضطرابات في الشخصية، أو عرض لمرض نفسي أو ظاهرة تنفيس تركزت في عضلات الجهاز الصوتي (الريماوي، 1994، ص 13). وتتشابه التأتأة الموقفية مع التأتأة الدائمة في بعض أعراضها مثل: التوقف، أو التكرار، أو تطويل الأصوات، ... الخ، إلا أنها تختلف عنها في أسبابها وفي دلالتها (خويلات، 2004، ص 14). وفي تصنيف آخر للتأتأة ذكر (أبو سعيد) الأنواع التالية:

1. **التأتأة الارتقائية أو التطورية:** تكون عارضة عند الأطفال في مراحل ارتقائية، وهي تأتأة شائعة مؤقتة تظهر بين سن الثانية والرابعة من العمر، وتستمر بضعة أشهر فقط.

2. **التأتأة المعتدلة أو الحميدة:** تبدأ بين ست وثمان سنوات من العمر، وتستغرق من سنتين إلى ثلاث سنوات.

3. **التأتأة الدائمة أو المتمكنة:** تبدأ بين سن الثالثة والثامنة من العمر، وتستمر مدة طويلة، إلا إذا ما عولجت بأسلوب فعال (أبو سعيد، 2003، ص 23).

أما باي فقد صنفها إلى أربعة جداول عبادية:

1. **تأتأة فيزيولوجية:** تظهر ما بين 3-6 سنوات، كميكانيزم سيكولوجي دفاعي عند الطفل، يجلب اهتمام الوالدين وانتباههم، وقد يختفي عند دخوله المدرسة.

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

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

4. تأتأة مختلطة: تتمثل فيها خصائص النوعين الثاني والثالث (باي، 2002، ص 69).

تاسعاً: مراحل التأتأة:

تبدأ اضطرابات التأتأة في أغلب الأحيان في سن ما قبل المدرسة ويقل ظهورها في سن متأخرة، وعندما تظهر التأتأة في سن متأخرة، فهي إما أن تكون لأسباب مكتسبة نتيجة الإصابات دماغية، وهذا النوع نادر جداً، أو أنها قد تبدأ مبكراً لفترة وجيزة ثم تعاود الظهور مرة أخرى، وتختلف طبيعة التأتأة من شخص إلى آخر، حيث يبدو من الصعب التعرف عليها أحياناً عند بعض المرضى، إلا أنها قد تكون شديدة مما يجعل من المتعذر أحياناً على المستمع فهم المعنى الذي يريد المتأتمئ إيصاله (كسناوي، 2007، ص 83). حيث يرى كل من ستين (Stein) وفروشلز (Frochles) أن التأتأة تتطور لدى الطفل من مرحلة إلى أخرى تكون أكثر خطورة وفق المراحل التالية (قاسم، 2002، ص 252-253):

1. المرحلة التواترية (Clonic): حيث يصعب على الطفل النطق أو التعبير بوضوح، أو طلاقة عادية مع بطء في الاستجابة الكلامية وبذل الجهد من أجل إخراج الكلمات، وتكون بداية الكلام بطيئة ثم يصبح الكلام سريعاً مع إعادة جزء من الكلمة.

2. المرحلة التشنجية الاهتزازية (Clono Tonic): تتلخص هذه المرحلة في عدم القدرة على النطق وخاصة في بداية الكلام، وصعوبة في نطق الكلمة الأولى، ويصاحب ذلك إعادة أجزاء الكلام، مع وجود جهد واضح باستجابات انفعالية وتغير في ملامح الوجه ومحاولات الضغط على الشفتين وعلى عضلات الوجه وعلى عضلات الحنجرة، وبذلك تحتبس طلاقة الكلام مع حدوث نوع من التوتر الذي يظهر بشكل حركات ارتعاشية أو اهتزازية متكررة تعقبها تشنجات لا إرادية، مع ترديد كلمات أو أحرف دون القدرة على الانتقال إلى الكلمة الأخرى.

3. مرحلة التأتأة واعتقال اللسان (Stammering): تعتبر من أشد مراحل التأتأة، ومن أعراضها توقف أو تعسر واضح في الكلام رغم حركة أعضاء الكلام، ويصاحب هذه المرحلة تشنج في عضلات الوجه، وارتعاش في الأطراف، وتباعد المسافة بين كل كلمة وأخرى أو مقطع

وآخر، وينتهي المقطع بانفجار صوتي له أثر سيء على الطفل والسماع، وتؤدي إلى مشاعر من القلق والإحباط والشعور بالذنب وسوء التكيف.

وصنف بلودستين (Bloodstein, 1995) التأناة في أربع مراحل على الشكل التالي:

المرحلة الأولى: تمتاز بأنها عرضية وتحفل بتكرارات في بداية الجمل، تلك التي تظهر في المواقف الكلامية وتحت ضغط التواصل مع وعي للمشكلة وإدراكها من قبل المتأني، (شلباية، 2007، ص ص 18-19). وتظهر التأناة في هذه المرحلة في عمر الخامسة فأقل لمدة أسابيع أو شهور، ليحدث الشفاء منها تلقائياً عند أغلب الأطفال، وفيها تتسم التأناة بالتردد والتكرار دون وجود انفجارات صوتية، أو تغير في ملامح الوجه (عبد المعطي، 2001، ص 180). كما تتميز هذه المرحلة بما يلي (مقبل، 1995، ص 41):

- تميل الصعوبة فيها لتكون عارضة، وغير ثابتة، وقد تظهر في فترات زمنية متفاوتة أسابيع أو أشهر، وأحياناً أوقات طويلة من الكلام السلس.
- تزداد التأناة إذا تعرض الطفل لضغوط سواء كلامية أو انفعالية.
- التكرار هو المسيطر على هذه المرحلة، وفي بعض الأحيان يقل التكرار، ويكون التكرار في المقاطع الأولى من الكلمة.
- تميل التأناة إلى أن تكون في بداية الجمل، أما بالنسبة للأطفال الصغار جداً، فتكون في الكلمة الأولى من الجملة.
- تحدث الانقطاعات في كل أنواع الكلام، ولا يبالي الأطفال بهذه الانقطاعات في كلامهم.

المرحلة الثانية: تصبح التأناة هنا مزمنة أكثر وتظهر في أجزاء كبيرة من الكلام ويلاحظ الشخص نفسه بأنه يتأني عندما يثار أو في حالة الكلام السريع، ويبيدي اهتماماً كبيراً لمشكلته (زهران، 1985، ص 241). ويبين (عبد المعطي) أنه وبسبب ظهور التأناة في سنوات المدرسة الابتدائية، يكون الاضطراب فيها مزمناً، ويصبح هؤلاء الأطفال على وعي بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأنيين (عبد المعطي، 2001، ص 180). كما تكثر التأناة في

الأجزاء الرئيسية من الكلام، كالأسماء، والأفعال، والصفات، والظروف بصورة يمكن أن تكون زمنية، ويظهر عدم القدرة على النطق بوضوح خاصة في صعوبة نطق الكلمة الأولى مع وجود جهد واضح (الشرييني، 2001، ص 135).

أما في المرحلة الثالثة: فتظهر التأتأة في مواقف محددة وفي أصوات وأحرف أو كلمات محددة ويبدأ الشخص بمحاولة تجنبها من خلال الدوران حول الكلمة المشكلية أو إبدالها بكلمة أخرى، إلا أنه لا يتجنب المواقف الكلامية أو إظهار القلق ونلاحظ هذه المرحلة في مرحلة متأخرة من الطفولة وبداية المراهقة، وهي كما يذكر (زريقات) تظهر حسب الموقف، ويأخذ الشخص المتأثئ بعين الاعتبار الحروف والكلمات الصعبة أكثر من غيرها، ويستبدلها بحروف وبكلمات أسهل، كما يستخدم المتأثئ في هذه المرحلة الكلمات البديلة أو يقوم باستحضار معنى آخر للكلمة ومن ثم الدوران على المعنى، كما يظهر عليه علامات تشير إلى الارتباك، وهو في هذه المرحلة يظهر توقعاً للتأتأة (زريقات، 1993، ص 172). وتعد هذه المرحلة من أشد مراحل التأتأة صعوبة، بسبب تعسر الكلام، وعدم قدرة المتأثئ على إحداث أي صوت بالرغم من حركة أعضاء الكلام، وبصاحب ذلك تشنج في عضلات الوجه، وارتعاش في الأطراف، والضغط على الشفاه وتباعد المسافة بين كل كلمة وأخرى، أو بين مقطع وآخر، وينتهي المقطع عادة بانفجار صوتي، يدرك المتأثئ أثره السيء على نفسه، وعلى السامعين، ما يؤدي به إلى الإحساس بالقلق والإحباط والشعور بالنقص، والذنب والعدوان والتردد من الحديث (عبد المعطي، 2001، ص 180).

في المرحلة الرابعة: وهي تظهر في أواخر المراهقة وخلال السنوات التالية، وتكون راسخة نتيجة القلق والتوتر المصاحب لمواقف معينة كمواجهة الآخرين (الشرييني، 2001، ص 135-136). ويظهر الشخص دوراناً حول الكلمات المشكلية ومحاولة استبدالها بكلمات أسهل، كما يظهر القلق ويتجنب المواقف الكلامية، خصوصاً في المراهقة المتأخرة والرشد وقد تلاحظ بشكل أبكر من ذلك. فالشخص المتأثئ كما تذكر (كسناوي) يخاف من توقع التأتأة، ويؤدي خوفاً من الحروف والكلمات والمواقف الكلامية، ويشعر بالخوف والارتباك وبالحاجة إلى المساعدة (كسناوي، 2007، ص 56). أما فان رايبير (Van Riper) فقد تحدث عن ثلاث مراحل لتطور التأتأة وهي **المرحلة الأولية (Primary Stuttering)** وتمتاز بتكرارات سهلة لبداية الكلمات أو

المقاطع اللفظية للجمل وغير مصحوبة بإشارات أو علامات أو ضغط نفسي، وفي المرحلة الانتقالية (Transitional Stuttering) تظهر علامات الإحباط والمفاجأة والمقاومة وتجذب الكلام مصحوباً بالجهود المبذولة في التكرارات والإطالات في الكلمات والمقاطع اللفظية، ويؤدي تطور هذه المرحلة إلى الانتقال إلى المرحلة الثانوية. أما المرحلة الثانوية Secondary Stuttering (Stuttering) فتمتاز بوعي الشخص المتأني باختلال الطلاقة لدى محاولة تعديلها، وهذه إشارة إلى بداية توقعها والخوف المرتبط بالتأتأة (Riper, 1992, p 127).

عاشراً: مستويات التأتأة حسب العمر وصفاتها:

يمكن تصنيف التأتأة حسب المراحل العمرية التي تمر بها عبر سنوات حياة الطفل إلى ما يلي:

1-7 عدم الطلاقة الطبيعية من 1.5-6 سنوات: في هذا المستوى لا تزيد التوقيفات عن عشرة أخطاء في المائة كلمة، مع وجود نمط إعادة الوحدة الصوتية الواحدة وهي الصوت، إضافة إلى وجود الحشوات بين الكلمات، وإعادة للكلمة الواحدة.

2-7 مرحلة الخط الفاصل من 1.5-6 سنوات: في هذا المستوى تزداد الأخطاء والتوقيفات الكلامية عن عشرة كلمات في المائة كلمة، وتتميز بوجود نمط إعادة يزيد عن وحدتين صوتيتين، وتكثر الإطالة وإعادة أكثر من الحشو، إضافة إلى وجود عبارات غير مكتملة ويظهر على الطفل الاسترخاء في حالة التأتأة، ولا يظهر لدى الطفل ردة فعل اتجاهها.

3-7 التأتأة الأولية من 3-8 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 الكلامية لذلك يشعر بالإحباط.

4-7 التأتأة المتوسطة من 6-13 سنة: في هذا المستوى تكثر التوقيفات الكلامية، 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 ويصاب بالخجل بعده.

5-7 التأتأة المتقدمة أو الشديدة: من 14 سنة فما فوق: في هذا المستوى تكثر الإطالة وتكون التوقيفات مصاحبة لرجفة في اللسان أو الشفاه أو الفك، عندها يستخدم المتأثت تجنب الكامل حتى لا يقع في التأتأة، كما يستخدم أنماط معقدة من التجنب أو الانسحاب، وتكون عواطفه بين الخوف والدهشة والارتباك وهنا يكون تقديره منخفضاً لذاته (Guitar, 2000, p167).

حادي عشر: تشخيص التأتأة:

كثير من الأطفال قد يتعثرون في كلامهم، بيد أنهم يتخطون ذلك، ويتحسن كلامهم مع تقدمهم في السن، بينما البعض الآخر يستمر التعثر لديه رغم كبر سنه، وهنا يلزم دراسة الحالة لهؤلاء الأطفال بدقة، وتقييم كلامهم لتحديد خصائص اضطراب الكلام لديهم، بما في ذلك التوقف والتكرار ومداه ودرجته ومصاحباته العضوية والنفسية (الشخص، 1997، ص294).

1-14 معايير تشخيص التأتأة:

ولكي نشخص اضطرابات النطق والكلام لدى الطفل، لا بد من توافر عدد من المعايير أهمها (الصمادي والناطور، 2003، ص244):

1-1-14 محك المظاهر الكلامية: ويقصد به الملاحظات التي يمكن جمعها عن الطفل عندما يتكلم بشكل خاطئ، وهذا المحك يمكن قياسه بسهولة لأنه موضوعي.

2-1-14 المحك الشخصي: ويمثل استجابة الطفل المضطرب في الكلام لمشكلته، والآثار السلبية التي يطورها نتيجة لهذا الاضطراب، كتأثير ذلك في دراسته وعلاقاته الاجتماعية بشكل عام، وبأصدقائه بشكل خاص، وكذلك تواقفه الأسري.

3-1-14 المحك الاجتماعي: ويمثل استجابة الأفراد الآخرين للطفل المضطرب، وردود أفعالهم اتجاه اضطرابه، فالكثير منهم يسيء فهمه، وبالتالي، يستجيبون له بصورة غير مناسبة، فيحدث ارتباك متبادل بينه وبين المستمع، يترتب عليه تجاهله أو تجنب التحدث معه، أو الابتعاد عنه. وهناك طرق مختلفة لتشخيص التأتأة، لكن لكل أخصائي طريقته وأسلوبه الخاص حسب الإعداد النظري والتدريب المهني، ويجب على الأخصائي أن يكون واعياً للأسباب والعوامل التي تسبب

التأناة ومعرفة الاتساق والاستمرارية في الطلاقة الكلامية وتحديد المواقف والأحداث المسببة لها، وما هي ردود الفعل الناتجة عنها من قبل المستمعين، وعلى هذا يشتمل معيار التأناة الذي يشير إلى وجود مشكلة على ما يلي كما ذكرها (زريقات، 1993، 244):

أ. تكرارات لجزء من الكلمة في شكل وحدتين أو أكثر لكل تكرار وبنسبة (2%) أو أكثر من الكلمات المنطوقة، وزيادة سرعة التكرارات واستعمال إبدال نهاية الصائت (e) للصوائت في الكلمة والتوتر الصوتي.

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

ج. وقفات إجبارية وترددات أطول من ثانيتين في تدفق الكلام.

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

هـ. ردود فعل انفعالية وسلوكيات تجنبية مرتبطة في الكلام.

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

وتستخدم هذه المعايير السبعة في التشخيص وملاحظة واحدة أو أكثر من هذه السلوكيات تميز التأناة عن اختلال الطلاقة الطبيعي. أما رامج (1999) فقد حدد تسعة معايير لتقييم الطفل المتأني وأكد أن ظهور أي منها يعتبر علامة ومؤشراً إلى ضرورة تقييم الطفل من قبل أخصائي أمراض الكلام واللغة لتحديد فيما إذا كان متأثراً أم لا. إن تحديد ذلك في وقت مبكر من عمر الطفل يعتبر ضرورياً للوقاية منها وإجراء التدخلات السريعة لمنع انتقالها إلى إعاقة ومشكلة حياتية، وقبل أن ينظر الشخص إلى نفسه على أنه متأني ومختلف عن بقية الأطفال الآخرين، وتشتمل التسعة المعايير على:

أ. تكرارات متعددة لجزء من الكلمة وبإعادات للحرف الأول أو المقطع الأول للكلمة، مثال (ط، ط، ط، طاولة، أو طا، طا، طا، طاولة).

ب. إطلاات الصوت، مثل (س.....يارة).

ج. إبدال نهاية الصائت (ى) بصائت ضعيف محايد، مثال (باه، باه، باه، بدلاً من باي باي باي).
(باي).

د. المقاومة والتوتر خلال محاولة الكلام خصوصاً في بداية الجمل، ويظهر التوتر العضلي في منطقة الشفاه والرقبة لدى الطفل الذي يحاول الكلام، كما يمتاز الكلام المستمر بالشد والتوتر.

هـ. ارتفاع طبقة الصوت وعلو الصوت خلال تكرار وإطالة الأصوات أو المقاطع أو الكلمات.

و. ارتعاش وارتجاف الشفاه وحتى اللسان عندما يتوقف الطفل عن الكلام أو يعيد أو يطيل الأصوات أو المقاطع اللفظية.

ز. ظهور سلوكات تجنبية والإحباط لدى الطفل المتأثري نتيجة لكلامه. كما قد يظهر عدد من الوقفات غير المألوفة، وإبدال للكلمات وتداخل في الأصوات أو الكلمات أو أشباه الجمل هذا إضافة إلى تجنب الحديث.

ح. الخوف من الكلام ذلك الذي تنتج عن وعي وإدراك المشكلة الكلامية، وبالتالي يظهر الخوف بسبب توقع التأثأة أو الخبرة بها من قبل المتأثري.

ط. صعوبة في ابتداء الكلام أو الصوت مع المحافظة على تدفق الهواء اللازم للكلام، وتظهر هذه لدى الطفل عند محاولة الكلام في بداية الجملة أو بعد حدوث وقفة طبيعية (Ramig and Shames, 2002). ومن جهتها وضعت الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV) المعايير التشخيصية التالية لاضطراب التأثأة، وهي الاضطراب في الطلاقة الاعتيادية (غير الملائمة للفرد) وأورد () DSM-IV, (1994) عدة محكات لتشخيص التأثأة:

أ. اضطراب في الطلاقة العادية وطول الكلام الذي يكون غير مناسب لعمر الفرد: ويتسم الاضطراب في الطلاقة بالحدوث المتكرر لواحد أو أكثر مما يلي:

- تكرار الصوت أو المقطع.
- تطويل الصوت.
- كلمات مقحمة أثناء الكلام.
- كلمات متكسرة وسكتات داخل الكلمة.
- السدة السمعية، بحيث يسكت خلال الكلمة.
- الدوران حول المعني.
- كلمات تنطق بزيادة توتر جسمي.
- تكرار الكلمة الواحدة ذات المقطع.

ب. تداخل الاضطراب في الطلاقة الكلامية مع التحصيل الأكاديمي أو الإنجاز المهني أو التواصل الاجتماعي.

ومن جهة أخرى يتطلب تشخيص التأثأة من أخصائي أمراض الكلام أن يكون حساساً للعديد من العوامل، فالتشخيص ليس فقط تحديد أن الطفل يعيد كلمات أو أجزاء منها أو يردد أو يطيل أو يقاوم، كذلك فمن الضروري تحديد اتساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث اليومية أو المسببة للتأثأة مثل بعض الأحداث المحددة وردود الفعل الناتجة لدى المستمع، حيث تساعد هذه المعلومات في التمييز بين اختلال الطلاقة الطبيعي والتأثأة، فمن المتوقع أن يظهر الطفل اختلال طلاقة طبيعي خلال مرحلة تطور الكلام، وهي تكون بذلك مظهراً طبيعياً في السلوك الكلامي (الزريقات، 1993، ص244).

وكلما كان التقييم دقيقاً كلما كان ذلك عاملاً مساعداً في نجاح العلاج، لذلك هناك اعتبارات لا بد من الأخذ بها كي نتوصل إلى النتائج المتوخاة وهي:

- كل حالة لها خصوصيتها فلا نستعجل في إطلاق النتائج قياساً بحالات أخرى.
- بناء جسر من المودة والمحبة بين المعالج والمصاب، لما في ذلك من دفع بالعملية العلاجية.
- التقييم عملية مستمرة، فعلى المعالج أن يكون متيقظ الفكر والذهن، وعليه أن يتحسس الطريقة العلاجية ومدى فاعليتها ومناسبتها للمصاب (السرطاوي، وأبو جودة، 2000، ص 367-368).

14-2 طرق تشخيص التأناة:

تكون عملية تشخيص التأناة على النحو الآتي:

14-2-1 دراسة الحالة: وهنا نقوم بجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة من خلال النماذج المعدة مسبقاً والمتوفرة لدينا، ثم نلجأ إلى المقابلة المباشرة مع المصاب إذا كان راشداً، أما إذا كان طفلاً فيكون اللقاء مع الوالدين وثم مقابلة الطفل، ويكون الهدف من المقابلة جمع معلومات حيوية عن الاضطراب من حيث بداية التأناة وتطورها و السبب في رأي المصاب أو والديه إذا كان طفلاً والعلاجات السابقة والمشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية، والعلاقات الشخصية، وكل معلومة يرى المعالج و المصاب أو والديه في حالة كونه طفلاً أن لها دور في العملية التشخيصية والعلاجية.

14-2-2 فحص الكلام: وهنا يكون فحص الكلام لدى المصاب وذلك من خلال الحديث المباشر مع المصاب إذا كان بالغاً، حيث يعطي هذا الأسلوب الحوارى فكرة كاملة عن نوع الاضطراب والأعراض المصاحبة له وردود الفعل الانعكاسية لدى المصاب، أما بالنسبة للأطفال فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، وهنا نتعرف عن كثب على علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعاملهما معه، كما نتعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للاضطراب (الشخص، 1997، ص294).

14-2-3 تجريد التأناة من أي اضطراب آخر: يجب أن نتعرف على ما إذا كان هناك اضطرابات لغوية أخرى لدى الطفل، ومدى تأثيرها على التأناة إذا وجدت، لأن هذا من شأنه أن

يؤثر على سير العلاج و الخطة العامة (السرطاوي وأبو جودة، 2000، ص398)، ولأنه مع ظهور مشكلة التأناة عادة ما يكون المتأني غير واع للمشكلة، ومع بداية الوعي والشعور بالمشكلة يبدأ المتأني باستخدام بعض الآليات أو المظاهر لمحاولة تفادي التأناة أو محاولة التخلص منها، وهذه المظاهر غالباً ما يشار إليها بالأعراض الثانوية المرتبطة أو المصاحبة للتأناة، ومن هذه الأعراض الفيزيولوجية حركة الشفاه و ارتعاشات الوجه و اهتزاز الرأس و اضطراب التنفس ورمش العين (مقبل، 1995، ص55).

ثاني عشر: البرامج التدريبية المستخدمة في التخفيف من حدة التأناة:

تعتبر قضية التشخيص التي تم مناقشتها قضية مهمة، فإذا تعرفنا إلى أسباب التأناة نستطيع أن نعالج حالة الطفل. وتبعاً لتنوع الآراء حول الأسباب فإن الآراء حول العلاج متنوعة، وبوجه عام فثمة مناح لعلاج التأناة:

- **المنحى الأول:** يركز على استخدام مبادئ الإشراف الإجرائي والكلاسيكي بهدف تدعيم السلوك اللفظي الطبيعي مما يضعف التأناة أو يوقفها.
- **المنحى الثاني:** يركز على استخدام العلاج النفسي لمساعدة الشخص في التغلب على الصعوبات النفسية التي يعتقد أنها تكمن وراء التأناة.
- **المنحى الثالث:** يشتمل على تدريب الشخص على التأناة دون صراع، أو التأناة بطريقة جديدة وأكثر طلاقة، وأقل تأثيراً على عملية التواصل (الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، 2001، ص 13). وهناك عدة طرق للعلاج، تعتمد على عدة نظريات تربوية ونفسية تختلف باختلافها، وتهتم هذه الطرائق غالباً بالحالات المتقدمة، والتي تطورت نحو الأسوأ عند المراهقين أو الراشدين، أكثر من اهتمامها بحالات الأطفال الصغار، هذا ويستفيد بعض المتأنتين من أسلوب علاجي معين، ربما لا يفيد بعضهم الآخر (Dalton & Hardcastel, 1977,P 101) وفيما يلي عرض موجز لبعض الطرائق والاستراتيجيات الشائعة في العلاج:

1. العلاج الطبي:

ويعتمد على معالجة نواحي النقص العضوية التي تسهم في حدوث التأتأة، كإجراء بعض العمليات الجراحية كما في حالة الزوائد الأنفية، أو التهاب اللوزتين، أو ترقيع سقف الحلق... (الزرد، 1990، ص 185)، أو قطع جزء من عضلات ظهر اللسان، ولكن سرعان ما يعود الأمر إلى ما كان عليه رغم التحسن المؤقت الواضح (الشرييني، 2001، ص 139). كما وأن وصف بعض الأدوية لحالات التأتأة التشنجية، والتي تحتوي على مهدئات من القلق والانفعالات، خاصة مادة الهالوبيريديول (Haloperidol) التي تستخدم لإحداث استرخاء زائد عند المتأثي، ولكن لهذه المادة محاذيرها، فقد تؤدي إلى الإدمان (عبد المعطي، 2001، ص 184). وعلى اعتبار أن معظم حالات التأتأة ترجع إلى عوامل نفسية، فلا بد من دعم العلاج الدوائي بعلاج نفسي، بغية الوصول إلى النتائج المطلوبة.

2. العلاج النفسي:

تستخدم طرائق العلاج النفسي المختصر، لمواجهة حالات التأتأة الشديدة ويحتاج هذا العلاج كما يقول ستراكلر (Strakr) إلى خبرة ومهارة فنية، ومن أهم أهدافه توضيح مشكلات المتأثي والتركيز على أهم النقاط في حياته، تلك التي تتصل اتصالاً مباشراً بمشكلاته وتعليمه كيفية التغلب عليها (الزرد، 1990، ص 187) ومن هذه الطرائق:

أ. العلاج بالتحليل النفسي:

يشير ترافس (Travis) إلى ارتباط التأتأة بكبت الحاجة، والحرمان، والضغط التي يتعرض لها الفرد خلال طفولته، وما يقترن بذلك من مشكلات نفسية تسبب التأتأة (العناني، 1995، ص 169) من هنا جاءت هذه الطريقة لتكشف عن صراعات الفرد وصدماته النفسية المكبوتة في اللاشعور. حيث تعتبر جماعة التحليل النفسي أن التأتأة تعود إلى عامل القلق والدليل على ذلك، التخفيف من حدتها عندما يكون الطفل منفرداً، وزيادة هذا العرض عندما يكون أمام جماعة، أما بالكاني (Balkany) فترى أن منهج التحليل النفسي إنما هو طريقة مثلى

لعلاج التخفيف من ضغط اللا شعور وإخراج المشاعر المؤلمة الدفينة للسطح، من أجل البحث والمناقشة (الزرد، 1990، ص 195).

ب. العلاج بالصور:

يعد من أكثر الطرائق ملائمة للأطفال المصابين بالتأتأة، بين (6-12) سنة، ويهدف إلى تجنب الطفل التفكير في الظروف والمواقف التي أدت إلى حالته النفسية التي مهدت السبيل لوجود التأتأة، وذلك من خلال مجموعة من البطاقات التي تحوي صوراً للمناظر والوقائع التي تعجب الطفل وتلفت انتباهه.

ج. الاسترخاء:

ويكون بتدريب المصاب بالتأتأة على إرخاء عضلاته، مما يؤدي إلى تخفيف الاضطراب الانفعالي والتوتر الذهني، وبالتالي التخفيف من التأتأة (معوض، 2004، ص 305)، ولا شك في أن الاسترخاء يستخدم بوصفه عاملاً مساعدة، دون أن يعالج السبب في وجود الاضطراب (فهمي، 1975، ص 217)، ولكن مع تكرار هذا التدريب على الاسترخاء، والانخراط في مواقف كلامية حقيقية، تتزايد صعوبتها وهيبتها تدريجياً. ويفيد الاسترخاء العلاجي الحالات الصعبة، ويمكن استخدام بعض العقاقير التي تساعد على استرخاء المتأني بشكل أفضل (Van Riper, 1972, p281).

د. العلاج باللعب:

يعد اللعب مجالاً سمحاً، حرّاً، تلقائياً للتعبير عن العواطف والاتجاهات والمشاعر والإحباطات والقلق عند الطفل، كما يتيح له فرصة التحرر من الرقابة القاسية المفروضة عليه من الكبار، وتحويل

مشاعر الغضب والعدوان والرفض إلى أشياء أخرى بديلة، من خلال التعبير عنها بالحركات والسكنات والتصرفات والتحدث بتلقائية دون خجل، ودون حرج مما يخفف الضغط والتوتر الانفعالي، وبعض سمات شخصيته، مثل العزلة والانطواء أو التعاون والمرح أو الميل إلى المشاركة (الزرد، 1990، ص 187).

هـ. العلاج الظلي:

إذ يوضع المصاب بالتأتأة أمام مرآة ليشاهد بنفسه الحركات العشوائية، وتعبيرات وجهه والتوترات التي يشعر بها عند الكلام، ما يجعله يشعر بغربة كلامه وعدم انسجامه فيزداد ضيقاً وانفعالاً من جراء حركاته وكلامه، فيكره هذه الحركات والأصوات وينفر منها تدريجياً ويعمل جاهداً للتخلص منها (عبد المعطي، 2001، ص 186). ويمكن للمعالج استخدام أسلوب آخر يقوم على تشتيت انتباه المتأثي، لكيلا يستمع إلى صوته بل يستجيب لموقف أو منبع آخر، وهذا ما يعزز ثقته بنفسه ويجعله يتحدث بطلاقة، كما ويمكن تسجيل كلامه أثناء قراءته لموضوع ما قبل هذه المحاولة، ثم محاولة قراءة الموضوع نفسه وتسجيله مرة أخرى بعد عملية تشتيت انتباهه عن كلامه إذ يلاحظ عادة شيئاً من التحسن في القراءة الثانية والمقارنة تزداد ثقته بنفسه وبكلامه (الزرد، 1990، ص 193).

3. العلاج الكلامي:

وهو علاج ضروري ومكمل للعلاج النفسي، ويجب أن يلازمه في أغلب الحالات ويعتمد على طرائق متداخلة لمساعدة المتأثي على مقاومة عيوب كلامه، وزيادة ثقته بنفسه وذلك بعدم لفت انتباهه لمشكلته ومن أهم أنواعه:

أ. الاسترخاء الكلامي وتعليم الكلام من جديد:

يهدف هذا الأسلوب من العلاج إلى التخلص من عوامل الاضطراب والتوتر أثناء الكلام، وتكوين ارتباط خاص بين الشعور بالسهولة والراحة أثناء القراءة وبين الباحث الكلامي نفسه، وهناك قائمة تمارين خاصة تبدأ عادة بالحروف المتحركة، ثم الحروف الساكنة ثم المقاطع والكلمات، وتتم القراءة بهدوء بحيث يعتمد المتأثي على قراءة المعالج أولاً ويقوم هو بتقليده ثانياً، وقد كشفت هذه الطريقة عن جدواها في حالة التمرين، ولكن بعد أن يعود الطفل إلى وضعه الاعتيادي تعود التأتأة لديه من جديد، لهذا فإن هذا الأسلوب لا يكفي (أبو فخر، 2005، ص 231)، ومن أجل تدعيم هذا الأسلوب وجد ما يسمى بتعليم الكلام من جديد، يقوم على تشجيع المصاب بالاشتراك في أشكال مختلفة من المحادثات، التي تنسية مشكلته وكل ما يتصل بها من

قريب أو بعيد كالألغاز والأحاجي والمناقشات الجماعية، التي تقوم على اللعب والتسلية والكلام الحر الطليق، وفي هذه المحادثات يقوم الأطفال بالصياح والتدافع والتصفيق، ويطلبون للإجابة الصحيحة دون رقابة أو ارتباك (عبد المعطي، 2001، ص 187).

ب. الكلام الإيقاعي:

وله عدة طرائق منها النظر إلى الأقدام، أو الخطوات الإيقاعية، أو القراءة الجماعية الإيقاعية، وفيه يطلب إلى الطفل أن يقرأ كلمة واحدة بعد كل نقرة باليد أو نقرة بالرجل، أو يقرأ كلمة في أثناء مشيته في كل خطوة يخطوها، وبشكل إيقاعي أيضاً. تفيد هذه الطريقة في صرف انتباه الطفل عن مشكلة التأتأة وتؤدي في الوقت نفسه إلى سروره وتعاونه (أبو فخر، 2005، ص 231)، ومنها أيضاً القراءة الجماعية أو الكورس، مما يجعل الطفل يندمج مع الآخرين في وضع لا يميزه عنهم (عبد المعطي، 2001، ص 187).

ج. الكلام المطول:

اكتشف هذه الطريقة جولد لاموند (Gold lamond) عام (1965) وتطور استخدامها خلال السنوات العشر الماضية بحيث أدت إلى تحسين كبير في كلام المتأثئين، وتتضمن هذه الطريقة البطء في الكلام، وذلك بمط الأصوات الصعبة وأصوات العلة (عطية، 1988، ص 335-336). ولتقييم جدوى هذه الطريقة تم قياس كلام اثني عشر متأثئاً اشتركوا في برنامج معالجة بالكلام المطول، فأظهرت النتائج بعد العلاج أنهم استمروا لمدة (3-2) سنوات، محققين معدل تأتأة صفري أو قريب من الصفر، وذلك دون اللجوء إلى نمط إطالة غير سوي (Onslow & et al, 1996, p102).

خ- التدخل القائم على السيكو دراما psychodrama:

إن الأطفال المتلجلجين (المتأثئين) قد يواجهون الكثير من الصعوبات الكلامية والمشكلات التفاعلية خلال نموهم المستمر، حيث تظهر هذه المشكلة خاصة عند تواجدهم مع الآخرين في مواقف حية تستدعي قدرتهم على الكلام للتواصل بصورة جيدة.

وقد أجريت بحوث عديدة على عدد كبير من المتلجلجين (المتأثنين) أشارت بعضها إلى فاعلية البرامج المستخدمة مع هؤلاء المتلجلجين (المتأثنين) وقليل منها أشار إلى هذه النتائج مباشرة الأمر الذي ساعد على وجود عدد من النظريات والنماذج المتغيرة باستمرار والتي ساهمت واهتمت بهذه الفئة من المتلجلجين (المتأثنين) على مر الزمن (Daniels & Gabel, 2004, p 201). وقد أرجع جرينر Greniner أسباب اللججة (التأثأة) إلى العوامل الوراثية، ولكنه أضاف إلى هذه العوامل عاملي التقليد والمحاكاة في حالة كون أحد أفراد العائلة يعاني من اللججة (التأثأة) (Greiner, 2000, p170).

ومع زيادة حالات اللججة (التأثأة) في الأونة الأخيرة فقد قامت بعض الدراسات بتطبيق العلاجات المختلفة للتغلب على المشكلات الكلامية لدى الأطفال المتأثنين حيث أشار كل من (حمودة 1992) إلى فعالية العلاج الجماعي (السيكو دراما) والممارسة السلبية في علاج بعض حالات اللججة، وكان من أبرز نتائجها فعالية البرنامج العلاجي وأن الجمع بين السيكو دراما وأسلوب الممارسة السلبية هو الأسلوب الأكثر فاعلية في علاج اللججة. وقد أشارت دراسة البهاص (1993) إلى فعالية العلاج الجماعي (السيكو دراما) والقراءة المتزامنة في علاج بعض حالات اللججة، وكان من أبرز نتائجها فعالية البرنامج العلاجي وأن الجمع بين السيكو دراما والقراءة المتزامنة في خفض حالات اللججة. إذ يرى مورينو "Moreno" مبتكر السيكو دراما أنها العلم الذي يكشف الستار عن الحقائق النفسية من خلال الطرق الدرامية، ولذا فإنه من خلال السيكو دراما يصل المريض إلى الاستبصار لسلوكياته و يمكنه ذلك من تعديل الأنماط السلوكية غير الملائمة من خلال التمثيل التلقائي لمواقف من حياتهم (Moreno, 1957,p 102)

ويميزها كونها أحد أنواع العلاج الجماعي الذي يتراوح عدد المرضى فيه ما بين (5-15) فرداً يلعبون أدواراً تمثيلية تعبر عن مشكلة خاصة أو جماعية إذ يتم من خلال ذلك التعرف على التاريخ المرضي للمرضى و بذلك يحدث لهم تنفيس انفعالي، وتؤدي السيكو دراما إلى زوال سيطرة المشكلة التي كان يعاني منها المريض وحدث لها تنفيس أدى إلى زوالها (أبو الخير، 1988، ص 37). ويصف وولمان (Wolman,1973) السيكو دراما بذلك الأسلوب الإسقاطي الذي يطلب فيه من المريض أن يعبر من خلال التمثيل عن مواقف ذات مغزى في حياته وذلك

بمساعدة بعض الأفراد الذين يقومون بدور الأدوات المساعدة وفي وجود المعالج. (شحاته، 1999، ص28).

4. العلاج البيئي:

يرى جونسون أن على الوالدين أو المحيطين بالطفل أن يتعلموا الاستماع له دون إبداء رد فعل مبالغ، وأن يتحلى الوالدان بالصبر، وأن يتقبلا طريقة كلامه، وألا يقاطعاه، بل يعطيانه الفرصة الكافية ليتكلم بأي أسلوب يكون قادراً عليه، كي لا يشعر بالخوف والقلق فيتأكد الاضطراب وتزداد شدته (أمين، 2000، ص41)، وتشجيعه على قراءة الأناشيد والتكلم مع الآخرين والتمثيل واللعب معه وأخذ رأيه في بعض المسائل وعدم تقليده، هذا بالإضافة إلى تصحيح كلماته الناقصة بمحبة وصبر، والانتباه إليه عندما يتكلم وعدم إجباره على الكلام، تحت ضغوط انفعالية أو في مواقف يخافها، كما يجب أن يتعاون الآباء والمعالج و المدرسة لخلق الجو المناسب في المدرسة، بحيث لا يشعر المتأثري بالحرَج سواء أكان في الصف عن طريق أسئلة المعلم، وعدم السماح لزملائه بالسخرية منه والاعتداء عليه و عدم توجيه اللوم أو السخرية سواء أكان ذلك من الآباء أم من الأمهات أم من الأخوة، لأن اللوم و النقد يفقدان الطفل الثقة بنفسه، ويؤديان إلى اضطرابه الانفعالي، وشعوره بالنقص والهروب كلياً من المجتمع (جرجس، 2006، ص 20-21). إن الجو العائلي الهادي نسبياً، والذي يوفر الدعم العاطفي هو طريقة مثلى للوقاية من التأتأة بالإضافة للتخفيف منها في حال حدوثها (Schaefer & Millman, 1981,p120-121).

المحور الثاني: استراتيجية السيكو دراما

المقدمة.

أولاً: المبادئ والمفاهيم التي قامت عليها السيكو دراما.

ثانياً: عناصر السيكو دراما.

ثالثاً: فنيات السيكو دراما.

رابعاً: استخدامات السيكو دراما.

خامساً: مميزات استخدام السيكو دراما.

سادساً: مراحل العلاج بالسيكو دراما.

المقدمة:

السيكو دراما Psychodrama شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يستخدم التمثيل في حل المشكلات النفسية، ويتكون مصطلح سيكو دراما من شقين الأول سيكو Psycho أي نفسي والآخر دراما drama وهي كلمة مشتقة من الكلمة اليونانية Drao ومعناها "أنا أفعل، أنا أناضل"، وفي الدراما أي في لفعل والنضال يكتشف الفرد الحياة والنفس عن طريق معاناته النفسية والانفعالية في أثناء التمثيل (سليد، 1997، ص30)، ومن خلال الدراما يمكن للفرد تحرير شخصيته والتنفيس عن مشاعره، إذ تكون هذه المشاعر مكبوتة، وهنا يتحقق الهدف من الدراما كما حدده "أرسطو" وهو أنها تظهر المشاعر من خلال التنفيس عنها (ريد، 1998، ص23)، والدراما تجعلنا نقرب من المقولة القديمة "اعرف نفسك" فنبداً في تكوين تمثيلات Representations واعية كذلك مماثلات Simulation واعية خاصة بذاتنا وبأهدافنا وكذلك علاقة هذه الذات والأهداف بأفعالنا ثم بالعالم الذي نعيش فيه (عبد الحميد، 2001، ص 347). والفعل الدرامي كونه كالرماد يخفي تحته النار التي تعيش فيها الشخصية قبيل التعرف وكشف المستور عنها إلى حال التعقيد ثم الانفراج أو الحل، ويكون الفعل المقصود هنا هو فعل اكتشاف البطل (المريض) لذاته. (سعد، 2001، ص59)، فالمعالجة الدرامية مبنية على فرضية مؤداها: أن الفرد يحصل على تفهم أكثر للمؤثرات عليه إذا أتيحت له الفرصة أن يحتل مواقف متعددة من حياته، وبالتالي ممكن أن يخلق دراما تمثل المواقف في الحياة ويعيد تمثيلها مع مواقف أخرى في بيئته، والدراما النفسية والدراما الاجتماعية هي نماذج من الارشاد الجماعي تتيح الفرصة للأفراد لتمثيل أحداث لها تأثير مهم في حياتهم، وينتقي شخص لتمثيل الشخصية الرئيسية، بينما يقوم أفراد آخرون من المجموعة بأداء أدوار الأشخاص الذين لهم تأثير في الشخصية الرئيسية، أما باقي المجموعة فيكونون الجمهور (العاسمي، 2008، ص393). فالتمثيل النفسي المسرحي أو التمثيلية النفسية، أو تمثيلية المشكلات النفسية، أو الارشاد بالتمثيلات النفسية من أشهر أساليب الارشاد الجماعي، وهو تصوير تمثيل المسرحي لمشكلات نفسية على شكل تعبير حر في موقف جماعي، يتيح فرصة التنفيس الانفعالي التلقائي والاستبصار الذاتي (زهران، 2000، ص303).

أولاً: المبادئ والمفاهيم التي قامت عليها السيكودراما:

تتحدد المبادئ والمفاهيم التي قامت عليها السيكودراما كما حددها "مورينو" بخمسة مفاهيم أساسية هي: التلقائية والابداع، الموقف، البعد، التطهير، والاستبصار.

1) التلقائية والابداع Spontaneity and Creativity:

يؤكد "مورينو" أن الابداع طاقة كامنة تحتاج إلى ما يدفعها ويحركها، وما يدفعها هي التلقائية فهي المبدأ الأساسي التي تقوم عليه السيكودراما والتي يعرفها بأنها "الاستجابة للمواقف الجديدة بطريقة مناسبة والاستجابة للمواقف القديمة بأساليب جديدة" ويحدد "مورينو" ثلاثة أوجه للتلقائية:

- الأول تكون فيه الاستجابة غير كافية للموقف، فالأطفال على سبيل المثال يندفعون بالتلقائية ولكن قيمة الابداع لدى استجاباتهم غير مؤكدة بمقارنتهم بعالم البالغين.
- الثاني أن تكون الاستجابة تلقائية كافية للموقف، ولكنها تفتقر الإشارة إلى الابداع مثل الانطباعات للأداء الكوميدي للموقف الذي يحتوي على بعض الضحكات.
- الثالث وهو الذي يحتوي على درجة كبيرة من الابداع المتنوع والعبقرية فتكون الاستجابة فيه كافية ومصاحبة لسمو الشخصية، وهنا يكون الابداع، وتكون النتيجة شكلاً 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. (Moreno, 1975, p76)، وهذا ما بنى عليه مورينو نظريته في السيكودراما، حيث الاعتماد على التلقائية في التمثيل وعدم التقيد بنص مكتوب.

2) الموقف Situation:

يُقصد به الموقف السيكودرامي وتؤكد ايرا جرينبرج Greenberg.Ira أن المقصود بالموقف هو حالة "هنا والآن" وفيه تتلاشى حواجز الزمان، والمكان، عند ذلك فإن كل شيء على خشبة المسرح السيكودرامي ما يحدث هنا والآن، فلا يوجد مستقبل في الموقف السيكودرامي، ولا معنى للمسافات الجغرافية، فكل يحدث يكون في حاضر المريض سواء مشكلات

الماضي أو مخاوف المستقبل تحدث جميعها "هنا والآن" حتى تكون التلقائية حقيقة ويستطيع المريض حل مشكلته. (Greenberg, 1975, p17)

(3) البُعد Tele:

توضح "جرينبرج" Greenberg معنى الكلمة Tele على أنها مشتقة من كلمة إغريقية تعني Far أي بعيداً، وتعني التأثير عن بُعد يأخذ مكاناً كجزء من التلقائية بين شخصين أو أكثر من الناس في المواقف السيكو درامية، وتؤكد أن مورينو عرفها أنها شعور فرد آخر ويوضح مورينو ذلك بمثال المقابلة بين شخصين: "العين في العين، والوجه، والآن عندما نكون قريبين من بعضنا سوف أنتزع عينيك، وأضعها بلاً من عيني، وأنت سوف تأخذ عيني لك، عندئذ سوف أراك بعينك، وأنت سوف تراني بعيني أنا (Kipper, &Hundal, 2003, p175).

(4) التفريغ أو التنفيس Catharsis:

التنفيس أو التفريغ هو الهدف الذي ينشده العلاج السيكودرامي وصولاً إلى استبصار بالمشكلة كي يمكن حلها وعلاجها، والتنفيس الذي يؤدي إلى التطهير هو هدف الدراما عموماً (هيلتون، 1994، ص103)، فالتطهير يحدث بفعل المسرح من خلال التفريغ الانفعالي (ويلسون، 2000، ص120).

(5) الاستبصار Insight:

تؤكد جرينبرج "Greenberg" أن الاستبصار يمثل الخطوة المنطقية التالية للتنفيس، ويحدث عندما يقترح الممثلون والمشاهدون بعض الأدوار التي تحدث على خشبة المسرح السيكو درامي، ويشاركون فيها ببعض مشاكلهم المرتبطة بمشكلة، وبدونه لا يمكن حلها، ويتفق مع ذلك حامد زهران حيث في العلاج بالسيكو دراما يحدث التنفيس الانفعالي التلقائي الذي يتبعه استبصار ذاتي في موقف جماعي (زهران 1997، ص290).

ثانياً: عناصر السيكودراما:

تتكون السيكودراما من مجموعة من العناصر التي تتكامل فيما بينها حتى يمكن أن تنجح وتؤدي ثمارها سواء في مجال العلاج والإرشاد أو في مجال التربية والتدريب. هذه العناصر كما اتفقت عليها مختلف الكتابات والدراسات التي تناولت السيكودراما هي:

1) المخرج (المعالج):

يوجد العديد من تسميات المعالج في السيكودراما منها: المعالج، المخرج، المرشد، والموجه، فيطلق عليه كلارك ماستاكس المرشد ويؤكد أن دوره الأساسي هو مساعدة الأطفال - في أثناء الأداء الدرامي - على تنقية مشاعرهم وأحاسيسهم، ودوره مهم في تقبل الأطفال لأنفسهم، كما يتعين على المرشد أن يسمح للطفل بأن يعبر عن مشاعره تعبيراً كاملاً وتاماً كي يطلق العنان لمشاعره وانفعالاته الداخلية الحبيسة (ماستاكس، 1997، ص 302)، ويطلق عليه جيلدارد المرشد المعالج، وفي أثناء الدراما يستطيع المرشد المعالج أن يتدخل المساعدة الأطفال على الفهم والعمل من خلال نقاشهم وما يصدر منهم، وبذلك يحدث التغيير، وهو الذي يوجه الجلسة العلاجية ودوره الأول هو عملية التهيئة Warm-up وهي عملية مستمرة من جانب المعالج - المخرج بالإضافة إلى المساندة والتعاطف (Geldard , 1997 , p141)، إلى أنه ينبغي ألا يبدي المخرج (المعالج) تفسيرات لفظية أو يشعر المريض أنه يمثل دور السلطة في الجلسة، ولكنه يعمل على جعل التواصل حياً ومستمر بينه وبين المريض من ناحية، وبين ما يجري على خشبة المسرح والجمهور من ناحية أخرى، كما عليه أن يفهم جيدة مشكلة العميل وأزمته ويحاول أن يستخرج من المريض كل دوافعه وانفعالاته المضطربة من خلال السلوكيات التلقائية التي يصدرها المريض في أثناء التمثيل، والمخرج (المعالج) مسؤول عن كل ما يحدث في الجلسة، وله أن يضيف أو يحذف ما يشاء من المؤثرات حسب الحاجة، وأن يغير المشاهد أو يبدل الأدوار كلما لاح له تفسير جديد. (Mitchel, 1996, p112).

والمخرج أو المرشد هو قائد المجموعة السيكودرامية إذ يساعد في توجيه الأداء التمثيلي، ولذا فإنه منوط بأداء بعض المهام.

وتتمحور تلك المهام فيما يلي:

- بناء العمل الجماعي في إطار مشترك يتناسب مع مناخ المجموعة.
 - إيقاظ الحدث التمثيلي والتعامل مع أعضاء المجموعة العلاجية.
 - لعب أكثر من دور في العمل السيكودرامي إذ أنه منتج وعامل مساعد وملاحظ في العملية السيكودرامية وكذلك يختار البطل (المريض).
 - خلق جو ملائم وبناء تلاحم بين أفراد المجموعة السيكودرامية.
 - يقوم بالإعداد الجيد للأداء والمكان أو خشبة المسرح.
 - يساعد الأدوات المساعدة على القيام بدورها.
 - يحدد وقت ومكان المشهد أو الجلسة.
 - يمنح البطل (المريض) الفرصة الكاملة لإظهار التلقائية والتنفيس.
 - يساعد المجموعة على التغذية الراجعة.
 - يقوم بعملية إغلاق الجلسة بهدف خلق تكامل للمادة الممثلة في الجلسة لدى البطل والمجموعة مع تحديده لأنماط القضايا الأساسية في الأداء التمثيلي في بداية الجلسات.
- (علي، 2004، ص 78-79)

2) البطل Protagonist أو الشخصية المحورية أو المريض Patient:

البطل أو المريض هو الشخصية المحورية، وهو الذي يقوم بأداء الدور الرئيس على خشبة المسرح، والمطلوب من المريض أو بطل الرواية أن يكون هو نفسه وأن يصور عالمه الخاص، وليس المطلوب منه أن يكون ممثلاً Actor، ذلك أن الممثل مجبر على التخلي عن شخصيته الحقيقية لكي يتقمص الدور الذي حدد له، وللمريض مطلق الحرية في أن يعبر عن نفسه كيفما شاء، وأن يقول أو يفعل كل ما يخطر على باله دون قيود، وهذا هو المقصود بالتلقائية، ويشمل هذا التعبير الحر عن النفس بالوسائل اللفظية وغير اللفظية على حد سواء، وهذا ما يؤدي إلى التنفيس عن طريق التمثيل (Moreno , 1975 , p186)، ولا بد أن يسمح بطل الرواية أن يتحرك داخل المستويات الأكثر عمقاً في مشكلته وأن يحقق إدراكاً أعمق وفهماً أكبر لنفسه، وهذا ما يحقق الفائدة العلاجية (سليمان، 1999، ص 174)، ويجب أن يكون المعالج فطنا في إسناد الدور الرئيسي إلى المريض، ويجب على المعالج الانتباه في أن يدفع

المريض مرة واحدة إلى تمثيل موقف عنيف به فوراً خوفاً على احتمال انهياره لذلك يجب أن يندرج المريض في القيام بالأدوار الهينة التي لا يخشى من تأثيرها الانفعالي عليه حتى إذا ما قام بها بنجاح، تشجع وتدرج في القيام بأدوار يمثل فيها مواقف أكثر عنفاً، والمطلوب أن يسلك المسترشد بحرية وأن يستغرق في الدور استغراقاً تاماً، ومن أهم ما يجب مراعاته أيضاً أن يتوافر لدى المريض الدافع القوي للقيام بالدور المطلوب مثل الحاجة للتخلص من القلق أو الإحباط أو حل الصراع في موقف يشبه مواقف الحياة الواقعية. (العاسمي، 2008، ص394).

(3) الأدوات المساعدة: Auxiliary Egos

الأدوات المساعدة هي فريق المعالجين المساعدين، أو الممثلين الموجودين من المشاهدين الذين يقومون بإعادة تمثيل دور المريض أو أشخاص في حياته، أو هم زملاء المريض والذي يمثل البطل الرئيسي حيث يشتركون مع المريض في أداء المواقف الدرامية ويقوم هؤلاء بدور الأعضاء الغائبين عن الجلسة العلنية ويتعذر حضورهم ويشغلون دوراً مهماً في حياة المريض (كالإخوة، الزوجة، الأصدقاء، المعلم، الأب). (زهران، 1997، ص292).

والأدوات المساعدة هي امتداد لدور المعالج في الموقف العلاجي وتتمثل وظيفتها في:

1. تسهيل وتيسير عرض المشكلة.
 2. تأكيد المغزى المراد من الموقف الدرامي وتقويته من خلال تجسيد المواقف بين الشخصية وتجسيد هذه المواقف من واقع خبراتها الخاصة.
 3. القدرة على إحداث تغيير واضح وتلقائية أكبر للبطل.
 4. الحد من تشتت البطل والتركيز إبان أداء دوره بالتزام كل فرد بدوره.
 5. اتساع مجال حركة الشخصيات وتفاعلها وسرعة نمو العملية العلاجية وانتشار أكبر للظواهر المطروحة وبذلك يتحقق قدر أكبر لموضوعية العلاج.
 6. الاستجابة لمطالب البطل ومتطلبات الموقف الدرامي.
 7. مساعدة المريض على فهم بعض أفكاره والتعبير عما يريده.
- هذا ويرى ضرورة تجانس أفراد الجماعة العلاجية وبطل الرواية أو الشخصية المحورية في مستوياتهم من حيث الوظيفة التي سوف يقومون بها، وكذلك خلق المناخ الملائم لتطور وتحسن هذه المستويات من الوظيفة. (سليمان، 1999، ص 194-195)، وقد يأخذ المعالج

أحد الأدوار لتجسيدها مشاركاً لأفراد الجماعة العلاجية والبطل (زهران، 1997، ص 293)، وترى "جرينبرج" أنه حينما يختار المريض من يقوم بتمثيل الشخصيات المهمة في حياته فإنه يراعى وجود تشابه بين هذه الشخصيات ومن يمثلها من الأدوات المساعدة وليس من الضروري أن يكون هذا التشابه في السن أو الجنس أو التكوين البدني، وإنما يكون التشابه من حيث رؤية المريض الذاتية لهذه الشخصية فقد يختار رجلاً صارماً لتمثيل دور أمه التي تتسم بالتسلط والاستبداد ومن هنا فإن اختيار المريض لتلك الأدوات المساعدة يمكن أن يكون بداية الخيط الذي يوصل المعالج لفهم المشكلة الحقيقية للمريض. (Greenberg , 1975 , p25).

4) الجمهور Audience:

الجمهور أو المشاهدون أو جماعة السيكودراما من العناصر الجوهرية للسيكودراما، لا ينبغي النظر إلى جماعة السيكودراما بوصفها مجرد جمهور، وإنما يتعين النظر إليها على أن سلوكياتها - كجماعة علاجية - تعد انعكاساً للنماذج الأصلية التي تقوم بأداء أدوارها في الحياة الواقعية، هذه الجماعة يمكنها إحداث التغيير في سلوك أفرادها (سليمان، 1999، ص 167)، حيث يؤكد مورينو أن الجمهور هو مجموعة الحاضرين أو المشاهدين وهو يعمل عمل الجوقة (الكورس) في المسرح الكلاسيكي، فهو يمثل الرأي العام بالنسبة للمريض، حيث إن استجاباته أو تعليقاته التي تتراوح بين الضحك أو المزاح اللطيف أو الاحتجاج العنيف تعكس مدى قبول المجتمع أو رفضه لما يصدر عن البطل المريض من قول أو فعل، وكلما كان شعور المريض بالوحدة طاغية، اشتدت حاجته داخل الجلسة إلى جمهور يفهمه ويتقبله، ومن ناحية أخرى فإن البطل المريض يصور أو يعكس ما يدور في نفوس الجمهور، فالجمهور يرى نفسه في المريض، ويرى في المريض نائباً عنه أو ممثلاً له يعبر عنه وينطق باسمه (Moreno, 1951, p105)، وترى جرينبرج أن جمهور المشاهدين يكونون من المرضى الذين يشتركون في إدراكهم أنهم بحاجة للعلاج النفسي غير المتاح لهم، كما أنهم يشتركون في معرفتهم بوجود شيء ما خطأ موجود لديهم، فيشتركون في أعراض واحدة جميعاً. (Greenberg, 1975, p473).

5) خشبة المسرح The Stage:

يقصد بخشبة المسرح المكان الذي يجري فوقه العمل الدرامي، والمسرح السيكودرامي مسرح بلا ستائر أو كواليس، يسمح للممثل أن يكون تلقائياً في أداء أدواره التلقائية غير المتعلمة،

وقد يكون في أي مكان مفتوح (عبد القادر، 1974، ص 196)، والأطفال على المسرح يعملون على تقليد ما يطلق عليه الادعاءات المظهرية بحسب (سليد، 1997، ص 145)، ويمكن ترتيب منطقة دائمة التمثيل بحجرة الدراسة، على هيئة منطقة أزياء أو منطقة تدبير منزلي مثل مطبخ أو حجرة نوم لأنها أكثر المناطق شيوعاً لدى الأطفال وذلك لتشجيعهم على تمثيل الأدوار المألوفة للأسرة، ويمكنك من وقت لآخر ترتيب منطقة تمثيل بشكل مؤقت مثل محل بقالة أو محل أحذية، أو مكتب بريد (صباحي، 1998، ص 125).

لذا فإن المسرح الذي يمارس عليه الأطفال السيكو دراما ينبغي أن يخلو من التعقيد والشكل التقليدي للمسرح، خاصة الأطفال الذين يعانون من فوبيا اجتماعية، كي نجنبهم مخاوف وفوبيات أخرى مثل رهبة المسرح وما يحمله من مخاوف لمواجهة الآخرين (يحيى، 2003، ص 29).

6) المادة المسرحية:

المادة المسرحية أو النص في العملية السيكو درامية لا يعد مسبقاً إلا نادراً، وذلك لأن السيكو دراما تقوم أساساً على التلقائية وارتجال النص، إلا إذا أراد المعالج مساعدة البطل في التداعي لأداء دوره، عندئذ يقوم بعملية مساعدة ومساندة البطل للتغلب على المقاومة واستمراره في الأداء، ولا يكون النص هنا متكاملأ أو دائماً، وإنما يكون بقدر الحاجة (أبو زيد، 2005، ص 17).

فقد تتعدد طرق اختيارها، فبعض المعالجين يقومون بجمع أو إحصاء مشكلات المسترشدين المتقدمين للإرشاد، ويختارون من بين هذه المشكلات المادة المسرحية، حيث يتولى أحد الأفراد تأليف تمثيلية نفسية حول مشكلته ثم يقوم بتمثيلها بمساعدة أفراد الجماعة وهناك مرشدون آخرون يستخدمون طريقة ثانية وهي: تمثيل الأدوار التي تمثل العلاقات الشائعة بين الأفراد، كالمنافسة بين الأخوة والأخوات، وعلاقة الفتى بالفتاة، وعلاقة الابن بوالديه، وعلاقة العامل بصاحب العمل، وعلى المسترشد أن يختار ما يناسبه من هذه المشكلات (العاسمي، 2008، ص 394).

7) الفنية السيكو درامية Psychodrama Technique:

تمثل الفنية السيكو درامية واحدة من عناصر السيكو دراما المهمة، ونظراً لوجود عدد كبير من الفنيات السيكو درامية، فمن الأهمية بمكان اختيار الفنية السيكو درامية التي تحقق الهدف من العملية السيكو درامية، والتي تعين بطل الرواية وباقي عناصر العملية السيكو درامية على تحقيق الحالة التلقائية والبناء النفسي السيكلوجي الصحيح لجميع أفراد العملية السيكو درامية، والسيكو دراما تعتبر علاجاً نفسياً جماعياً يتطلب مهارة من جانب المسؤول عن إدارته والعلاج فيه، وشجاعة من المشاركين وشبكة من الأمان، وينكشف جمال هذه العملية في استخدام قالب كوميدي (Alexandra, 2006, p737).

مما سبق يستخلص الباحثة أن التلقائية هي أساس السيكو دراما، فمسرح السيكو دراما هو مسرح تلقائي، والمادة المسرحية هي الخبرات التي مر بها أبطال العملية السيكو درامية، وأنه كلما ساعدت عناصر العملية السيكو درامية البطل على تنفيس الرغبات المكبوتة لديه وإخراج انفعالاته الداخلية؛ كلما حدث ثراء في العملية السيكو درامية، وبالتالي أصبحت ناجحة لتحقيق أهدافها.

ثالثاً: فنيات السيكو دراما Techniques of Psychodrama:

يوجد عديد من الفنيات التي تستخدم من خلال عناصر السيكو دراما، وترى زيركا مورينو أن المخرجين (المعالجين) يمكنهم ابتكار وإضافة فنيات جديدة أو تعديل فنيات قديمة لمقابلة التغير في المواقف الحالية للمريض (Moreno, 1975, p57) حيث يتم تحديد واختيار الفنيات وفقاً لظروف الجلسة، وتوظف هذه الفنيات لإحداث الحد الأقصى من الابتكارية والإنتاجية، والتوجه العلاجي، ومن هنا يتم تطبيق الفنيات الملائمة في أثناء العرض، واختيارها يمكن أن يكون وفقاً للخطة بدون ترتيب مسبق، وعلى المرشد (المعالج) أن يكون حساساً في اختياره واستخدامه لهذه الفنيات حتى تكون سبباً في استبصار المريض (البطل) واستبصار الآخرين (يحيى، 2003، ص29)، وفيما يلي عرض لبعض هذه الفنيات:

1) لعب الدور Role-Playing:

لقد حظيت هذه الفنية باهتمام كبير من جانب العاملين بالسيكو دراما، لأنها تعد الأساس لجميع الفنيات الأخرى إذ أنه لا يتم استخدام أية فنية من فنيات السيكو دراما إلا من خلال تلك

الفنية، وفيها يؤدي البطل أدواراً ومواقف حدثت بالفعل، وأحياناً ما يلعب البطل فيها بعض الأدوار لمواقف في الحياة المستقبلية، والتركيز في لعب الدور لإيجاد أفضل نهج للمشكلة. ولكن بشكل عام لعب الدور لا يهدف إلى اكتشافات أعمق للمشاعر الخفية في سلوك الفرد. تتمحور المشكلة في أن لعب الدور يشبه السسيودراما (الدراما الاجتماعية)، لأنها تهدف إلى تحديد الجوانب المختلفة للمشكلة، إن الطريقة المركزية للعب الدور هي البحث عن استراتيجيات بديلة للتعامل مع المشكلة. وإن العمل على التدريب لتحسين وجهات النظر وأسلوب الفرد يصبح تدريب الدور. (Blatner, 1991,p176).

ويفرق فان مينتس Vanments بين التمثيل ولعب الدور، فالممثل إنما يؤدي أفكار الكاتب برؤية المخرج حتى تؤثر وتمتع المشاهدين ولا يتمتع الممثل هنا بالحرية في التعبير، على عكس لعب الأدوار السيكودرامية إذ يواجه الفرد مشكلته ويعبر عنها بحرية تامة، فالهدف هو أن يشعر البطل (المريض) بنفسه وبمن معه، ويتصرف كما لو كان في موقف حقيقي يتطلب هذا السلوك (Vanments, 1987, p116)، ومن خلال لعب الأدوار التمثيلية تتحقق مقولة أفلاطون "الجسد قبر" Soma Sema فعندما يقوم المريض بلعب دور تمثيلي فإن جسده يكون قبراً أو سجنًا يحاول أن يخرج منه، ويسكن جسداً جديداً، يحاول أن ينفلت من جسده المحدود إلى جسد الممثل الحر اللامحدود الذي يؤدي كل الحركات وكل الأفعال وكل التعبيرات والإيماءات، بمرونة وتلقائية واكتمال، يحاول الخروج من الآنأ بكل نقائصها الجسمية والنفسية وكل ما تعانيه من كآبة وأسى وخوف إلى تلك الذات الأخرى بكل ما فيها من أمنيات. (سعد، 2001، ص13).

وترجع أهمية هذه الفنية بصفة خاصة للاتي:

1- لعب الدور يعطي خلفية أكثر إيجابية من أجل التعامل مع ضلالات الحياة الحديثة، لأنه يعلم الناس مهارات المشاركة في إظهار هويتهم الخاصة، فبدون هذه المهارات الناس في خطر كرد فعل للضغوط الثقافية التي تتجه إلى مقاومة إظهار هويتهم وإلى الأنماط الرجعية التي تقبل التغيير الواقعي للظروف والأحداث. (Lifton, 1993, p42).

2- أن لعب الدور ينمي الوعي حيث إن التدريب على استكشاف الدراما الاجتماعية (من خلال لعب الدور) هو حتماً أمر مبدع وقوة دافعة. ويصف Kottler قائلاً "إن المشكلة تكمن

حينما تحاول استكشاف استجابة لحالة مؤثرة بالفعل، فالحالات معقدة بما فيه الكفاية، فهي ليست فقط مسألة معرفية بأن تعرف الجواب الصحيح، أو فرضية أنه يجب أن تكون (مباح sold) إلى الشركاء أو الآخرين الذين يشتركون في التمثيل ثم بعد ذلك يجب أن تختبر لكي ترى ماذا تعمل. بهذا المعنى بعد (لعب الدور) مثل مختبر أو معمل تتطلق منه فنيات مختلفة لتوليد المشاعر والأفكار والعناصر المتشابهة للأجهزة العلمية. (Kottler, J.A. 1994.p 273).

3- من الناحية الفنية، لعب الدور يدعو إلى التعبير عن الأفكار المبتكرة أو الأصلية، كما أنه يولد نوعاً (ما بعد التجديد) post modernism والحداثة في التفكير لأنه يتضمن التفاعل بدلاً من التوقف، والانتقال بين العديد من وجهات النظر بدلاً من الاعتماد على التفكير الخاطئ. (Greenberg, 1975, p177).

4- للعب الدور دور مهم في استكشاف الدراما الاجتماعية الإبداعية والألعاب المسرحية الموجهة ارتجالياً، ووجهات النظر الأخرى التي تزرع التلقائية. فيشكل طرق غنية لتوليد أنواع عديدة من المهارات، والتي هي جزء من المنطقية لما بعد التجديد، سواء في العمل أو المهن أو الفنون أو في الحياة الخاصة والعامة. مثل هذه المهارات لا بد أن تبنى وتنمي في المجموعات التي تؤدي بدورها إلى التغيير البناء. وفي المقابل بدون هذه المهارات تستنفذ نشاطات البشر التحليلية في أنواع المشاحنات السطحية التافهة التي تعطي عن (المجالس) انطباعاً بعدم كفاءتها وضعفها الشخصي. (Blatner , A 1992 , p21).

5- لعب الدور يعمل على تطور ونمو المرونة العقلية؛ إن العنصر الضروري والفعال في حل المشاكل في عصرنا الحالي هو درجة المرونة العقلية، وخاصة القدرة على التنازل عما هو عزيز لدينا من معتقدات ثقافتنا الحالية، ومن القيمة العالية والمرتبطة (باحترام الذات) وتوهم أن أكون دائماً على حق، وفي المقابل استكشاف أخطاء أنفسنا والتي تدفع للإذلال، وما يطلق عليها في الديناميات النفسية (الجرح النرجسي narcissistic wounding) فالعديد من الأشخاص يدافعون تماماً عن أفكارهم، والتي لا يستطيعون التكيف لتغييرها، ولا يستطيعون أن يفتحوا على إمكانيات وقدرات الآخرين التي ستجعلهم يملكون منظرين بديلين مقبولين كلياً من خلال لعب الدور.

6- لعب الدور ينمي القدرة على ما وراء المعرفة، والقدرة على التفكير بطرق مختلفة، وهذه كلها نتائج التدريب على أبعاد الدور، والانتقال بين الجزء من الدور الذي يلعبه الممثل في الموقف وبين مناقشاته مع المدير حول كيفية لعب الدور كما يجب أن يكون، والنتيجة هي (اختيار الذات chosing self) للمركب النفسي الذي يمثل درجة المرونة العقلية، وهي خطوة ما بعد المستوى العقلاني الطبيعي للوعي، لأن يتعامل مع القدرة الواقعية للانتقال بين عدد من الدلالات المختلفة، هذا النوع من المرونة العقلية قد يمثل الخطوة القادمة في تطوير الوعي.

7- إن الأسلوب الأمثل في لعب الدور لتنمية الوعي هو أن يتضمن توقفاً دورياً في العمل والتشاور مع المدير. هذا يمثل تدريباً على ظاهرة (بُعد الدور Role distance)، ثم التغيير إلى ما وراء الدور meta - role، وهو الموقف الذي فيه الممثل ينضم إلى المدير، ومن هذا الموقع يتم دراسة العمل ومن خلال وجهات نظر الجمهور أيضاً أو حتى من خلال موقع الخصم لا كمؤدي للدور.

وبهذا نجد أن (بعد الدور) يعد مفتاحاً للمرونة العقلية والتكيف المبدع وأن تعلم العديد من المجالات النفس - روحية) من خلال التأمل والقدرة على المشاهدات المنفصلة هي خاصية مرتبطة بالقدرة العقلية، إلا أن التمثيل ولعب الدور يسمح لهذه المهارة بالنمو والتطور من خلال حرارة العمل. (Kipper& Hundal, 2003, p17).

(2) فنية قلب الدور Role Reversal:

تُستخدم فنية قلب الدور مع الأشخاص الذين يدركون معاملة الآخرين لهم إدراكاً مشوشاً، وترى "زيركا مورينو"، أن هذه الفنية تستخدم بشكل فعال مع الأطفال عندما تضطرب العلاقة بينهم وبين الآباء والمعلمين فيقوم الطفل بتمثيل دور الأب أو الأم أو المعلم، وفي تقمصه لتلك الشخصيات يتم تصحيح شكل العلاقة بينه وبينهم، وتتعدل إدراكاته لاتجاهاتهم نحوه، ويحدث الاستبصار الذي من شأنه تصحيح شكل هذه العلاقة (Moreno, 1975, p92)، بمقتضى هذا الأسلوب يطلب المعالج من الطفل الذي يشكو خجلاً أو فوبيا أن يؤدي دوراً مخالفاً لشخصيته، فيطلب من الطفل أن يؤدي الدور ونقيضه، أي الانتقال من دور الخجل إلى دور الجريء، حيث عن طريق قلب الدور يغير الطفل دوره من ضحية عاجزة إلى شخص قوي وبالتالي

يستطيع التغلب على القوى المعرقة للأحداث المفزعة عن طريق إعادة تمثيلها. فإحدى الوظائف المهمة لقلب الدور هي مساعدة الأطفال على تمثيل الخبرات المفزعة أو الصارمة والتغلب عليها (بيرس ولاندو، 1997، ص 68)، ويستخدم قلب الدور لمعاونة بطل الرواية (المريض على رؤية وفهم نفسه كما لو كان يرى نفسه في مرآة، مما يساعد على إحداث الاستبصارات Insights، ويكون قلب الدور ذا تأثير وفاعلية في زيادة التلقائية عند بطل الرواية (المريض) وذلك من خلال نقل أو تحويل دفاعاته، وبصفة عامة يساعد قلب الدور على فهم المريض للآخرين في الموقف الدرامي، كذلك يستخدم حين يراد معاونة الأنا المساعد على فهم أفضل لكيفية القيام بدوره، وبصفة خاصة في المواقف الجديدة، فالمريض هو الشخص الوحيد الذي لديه خبرة بالموقف، وسوف يأخذ دور الآخر من خلال قلب الدور، وبالتالي يرتدي المريض قناع الشخصية الأخرى التي يقوم بأداء دورها (سليمان، 1999، ص 183)، والقناع وسيلة للإخفاء والكشف في الوقت نفسه، وسيلة للمواجهة ووسيلة للهروب، ووسيلة للإسقاط لأنه يناسب الممثل الذي يقوم بدور الآخر في كل أفعاله وأقواله وأمانيه إلى ذلك الآخر، وهو وسيلة لأن ننسب كل أفعالنا الشريرة إلى ذلك "الآخر" الذي يرتدي القناع، ووسيلة لأن نقول كل ما لا نستطيع أن نقوله بشكل مباشر عبر ذلك الآخر الذي هو "نحن" والذي يرتدي ذلك القناع. (سعد، 2001، ص 274)، وترجع أهمية قلب الدور في عدة نقاط رئيسية فعالة من وجهة نظر البطل وتناوله لقضاياها محل الاضطراب منها:

- 1- تبديل الدور أساس لعملية الفهم؛ فانعكاس الدور هكذا يساعد على تعديل وإصلاح كافة أنواع العلاقات. إن الفكرة التي تقوم عليها ممارسة السيودراما أن الشخص يستطيع مواجهة دور الشخص الآخر في الحقيقة ويتصرف كأنه هو، هذا التكنيك هو صميم العملية السيودرامية.
- 2- هذا الأسلوب يمثل أفضل الطرق لتعليم وفهم ماهية أن يحل الفرد محل الآخر وقلب الدور هكذا يعد طريقة فعالة لتطوير مهارات التعاطف.
- 3- قلب الدور ينمي القدرة على عادة تحويل وجهات النظر، ويبني داخلياً وبشكل تدريجي (مدير ملاحظ) observing manager الذي يتجاوز المشاعر والمعتقدات للربط بين الأدوار.

4- من خلال قلب الدور ينفتح العميل وبشكل خلاق على منظور الآخرين وترك وجهات النظر التسلطية، كما أنه يساعد على دعم هوية أعمق وهي القدرة على إحساس أعمق بالرضا والتقبل في (أن أكون مخطئاً being wrong). (Blatner, A, 2002, p3-5).

5- من هذه الفنية تنبثق طريقة جديدة وفعالة وهي قلب الدور السريع Fast role reversal، وتتم عن طريق استخدام العميل لدميتين وإلى تقديم موضوع للمحادثة والحوار، سواء أكان على شكل نزاع أو تفاعل بينه وبين شريكه، وفي هذه الحالة يمكن استعمال الكثير من فنيات السيكو دراما المختلفة بصورة أكثر سرعة وأكثر فاعلية. (Bostandjiev, Roumen, 2006, p2) فكما تقول Zerka Moreno على لسان الفيلسوف Wittgenstein "لمعرفة الذات، أخطو خارج الذات" "to learn about the self, step outside the self" (Yalom, Victor, 2006, p1).

3) فنية المناجاة Soliloquy Technique:

ترى "زيركا مورينو" أن فنية المناجاة هي مونولوج Monologue يقوم به المريض وفيه يؤدي المريض دورة وكأنه في موقف ما، كأن يكون في طريقه من المنزل إلى العمل، أو من محطة المترو إلى شقته، وفي نفسه الكثير من الأفكار والمشاعر التي لا يتقوه بها في حياته الواقعية وهنا يكون دور المعالج السيكودرامي هو مساعدة المريض وتوجيهه لاستخدام فنية المونولوج بأن يتحدث بصوت عال - وهو يمشي - عن أفكاره وأحاسيسه ممثلاً الموقف الذي يواجهه يومياً، وتقيد هذه الفنية في سد الثغرة وتقريب المسافة بين إدراكات المريض، والأحداث والعلاقات الفعلية التي تربطه بالأشخاص الآخرين، فيمكنه مشاركتهم في التجارب، والخبرات التي يخاف الفشل فيها. (Moreno, 1975, p85). والمونولوج يعطي الفرصة لإثارة الحياة الخاصة والأفكار والمشاعر، واكتشاف الذات لدى من يقوم بتمثيل الدور (ستانيسلافسكي، 1997، ص435)، وهناك ما يثبت أن الاضطرابات التي تصيب الأطفال بما فيها اضطرابات الخوف الاجتماعي والقلق وتجنب الاحتكاك بالآخرين، تعد نتيجة مباشرة لما يردده الطفل من أفكار أو حوارات ذاتية، ومن أنجح الوسائل للعلاج أن ننبه الطفل إلى هذا المونولوج أو الحوار مع النفس (إبراهيم وآخرون، 1993، ص 128)، وهذه الفنية تتم على نطاق التعبير لمستوى أعمق من عالم ما بين الأشخاص، حتى يكون من المؤلف للمريض أن يعبر عن مشاعره وأفكاره الخبيثة التي هي لديه الآن، أو كانت لديه إبان موقف سابق مع شريك ما في الواقع،

والتعبير عن هذه المشاعر الدفينة لها قيمتها التنفيسية العظيمة بالنسبة للمريض (الدسوقي، 1990، ص 166).

(4) فنية الصديق الحميم:

وهي فنية حلت محل فنية "مناجاة النفس" في استخدامها سيكو درامياً منذ أن قام بتجريبها عبر صور مختلفة الكاتبان المسرحيان الفرنسيان "كورنسيل وراسين" إبان القرن السابع عشر. وظهر الصديق الحميم على المسرح بالأداء السيكو درامي يسوغه أن البطل تكون لديه حاجة للتحدث إليه ودوره محصور في الاستماع إلى خطط البطل، وأن يكون صدي لآرائه ومشاعره. ويسمى الصديق الحميم أحيانا "الشخصية الظل". (العاسمي، 2008، ص 404).

(5) فنية المرأة Mirror Technique:

تستخدم فنية المرأة حينما يكون المريض عاجزاً عن التعبير عن نفسه بالكلام وبالفعل، فيتم الاستعانة بذات مساعدة Auxiliary Ego في جزء من سلوك المريض في موقف سيكو درامي، ويجلس المريض مع باقي أفراد المجموعة من المشاهدين، وتستمر الأنا المساعدة في تمثيل دور المريض بكل أبعاده حتى ليناديها المعالج باسم صاحب المشكلة الأصلي (المريض) وهنا يرى المريض نفسه بعين نفسه، ويعيون المشاهدين، ومن ثم يصبح خارج الشخصية ويحكم على نفسه وكأنه في مرآة. (يحيى، 2003، ص 33)، يقول الكاتب الإيطالي لويجي بيرانديللو Berandellw "عندما يحيا إنسان فهو يحيا ولا يرى نفسه. ضع أمامه مرآة واجعله يرى نفسه من خلال عملية الحياة. تجده إما أن يدهش من منظره المرسوم قبالة، أو يشيح بعينه بعيداً حتى لا يرى نفسه أو يبصق على صورته بدافع من الاشمئزاز، أو يحكم قبضته ليحطمها. والخلاصة ينشأ نوع من الأزمة " (بنجلي، 1982، ص 48). ففنية المرأة لها تأثير كبير في نمو الشخصية وتطورها وأيضاً في مفهوم الذات حيث يتم إدراك متميز للذات عبر الآخر، ومن خلال هذا الإدراك المتميز ينشأ الوعي الخاص بالشخصية (رجب، 1994، ص 31)، وهذا ما يدعى بالوعي المرآوي الذي يجنيه من يرى صورته كأنه في مرآة. حيث يتعرف على صورته، هويته، ويضع يده على مواضع الاختلاف بين صورته التي تجب، وحقيقته المفزعة (سعد، 2001، ص 42). وأهمية المرأة، تكمن بأهمية أن نرى أنفسنا كما يرانا الآخرون فكما قال الشاعر الأسكتلندي "روبرت بيرنز" Robert Burns "يالها من قوة تلك التي تمنحنا إياها. رؤيتنا لأنفسنا كما يرانا

الآخرون" (ويلسون، 2000، ص144)، فالطفل عندما يرى نفسه في مرآة فإنه يتعرف عليها الآن بوصفها علامة لذاته، فتتداخل الصورة الموجودة داخل المرآة مع الأنا الواقعي، وبالتالي يتحرر الطفل من ذاته المشهدية الموجودة بالمرآة، ويترتب على ذلك أن يتعرف على ذاته ووحدتها. (عبد الحميد، 2001، ص375).

وقد استطاع "مورينو" أن يطور فنية المرأة ويستخلص منها فنيات أخرى، وأسماها فنيات المرأة خلف الظهر *Mirror Techniques Behind Your Back*، وتنقسم إلى:

أ. **فنية الجمهور خلف ظهرك: Behind Your Back Audience Technique** وفيها يتخيل الجمهور مغادرته للمسرح، في حين يظل جالساً متظاهراً بأنه غير موجود حتى يعطى للمريض الحرية الكاملة في التعبير، وهذه الفنية تخدم كنقطة بداية العمل السيكو درامي، وتكون أكثر فاعلية لو أن أعضاء الجماعة أداروا ظهورهم للمريض بالفعل.

ب. **فنية أدر ظهرك: Turn Your Back Technique** أدخل مورينو هذه الفنية عندما رأى أن كثيرا من الممثلين يرتكبون في أثناء تقديم المشهد وجهاً لوجه أمام الجماعة، وهنا على المعالج السماح لهم بإدارة ظهورهم للجماعة، ويقوم الممثلون بالتمثيل كما لو كانوا بمفردهم في منازلهم أو في مكان آخر حتى إذا ما تعودوا الموقف التمثيلي استداروا مرة أخرى لمواجهة الجمهور. (Moreno , 1975, p 97-96).

6) فنية البديل **Double Technique**:

المقصود بالبديل هو استخدام شخص أو أنا مساعدة، تقوم بالتمثيل أمام البطل (المريض) وتكون بمثابة بديل الدور البطل تتفاعل معه كما لو كانت هي الذات المريضة. وتعطي زيركا مورينو مثلاً لتنفيذ هذه الفنية: "المريضة في حجرتها تستعيد أحداث يومها الذي انتهى لتوه، وكل من المريضة والأنا المساعدة يؤديان الحركات نفسها في تجهيز الفراش للنوم، هنا تقوم "المساعدة" بإشعار المريضة بتعاستها ثم تنفجر في البكاء، والصراخ، وتقول: لماذا أكذب على نفسي؟ إنني أستطيع الكذب على الآخرين لكنني لا أستطيع أن أكون حمقاء فأكذب على نفسي. وعند ذلك تأخذ المريضة في البكاء أيضاً" وبهذا يمكنها التخفيف مما يعتمل في نفسها من اضطرابات وصراعات (Moreno, 1975, p91)، والبديل يقوم بالتعبير عن أحاسيس ومشاعر البطل، كتعبيره عن شعور البطل بالخوف وتعبيره عن اتجاهات البطل

العدائية، أو تعبيره عن عاطفة الحب التي لا يكون بمقدور بطل الرواية أن يعبر عنها بمفرده. وقد ينتهز البديل الفرصة فيعبر عن افتراضات معينة أحاسيس ومشاعر مفترضة) تبدو له في الموقف الدرامي إبان الأداء، وربما يتفق أو لا يتفق بطل الرواية مع عديد من الأفكار التي يعبر عنها البديل، وهنا تظهر فائدة البديل في معاونة بطل الرواية على انتاج دلائل جديدة وإشارات وتلميحات لمزيد من الفهم للأدوار التي لا يستطيع البطل أن يقدمها بنفسه. (سليمان، 1999، ص 184)

وقد لخص (Adam Blatner، 2006) دور البديل في عدة نقاط:

- 1- هو المساعد الذي يعمل على تحفيز التفاعل مع البطل بسهولة ويسر.
 - 2- وهو الذي يصور الخبرات النفسية للبطل (المريض).
 - 3- وهو المكمل الذي يزود الدعم للبطل.
 - 4- وهو الذي يقوم أيضاً بتقديم وتصوير مشاعر البطل.
 - 5- وهو الذي يعمل كخلفية الصورة لإعطاء المقترحات والتفسيرات الأكثر فاعلية للبطل.
- (Blatner, A, 2006, p2)

ولا يشترط وجود عضو مساعد في هذه الفنية، ولكن من الممكن أن يكون المعالج نفسه هو (البديل)، ويصف "أنه من الممكن أخذ بعض الدمى المساعد/ أنا. ويقوم بعمل البديل، وعرض وجهة نظره في هذه النقطة. وذلك في ابتكار مشهد جديد على منضدة العميل". (Bostandjiev, Roumen, 2006, p3)

7) فنية البديل المتعدد Multiple Double Technique:

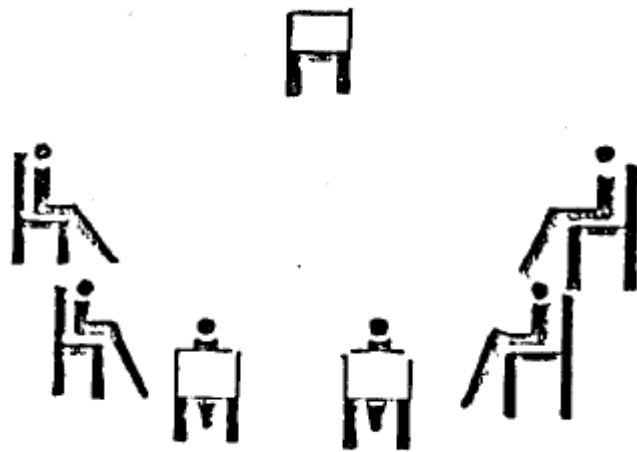
لا تختلف هذه الفنية كثيرة عن فنية البديل، لكنها تتميز بوجود أكثر من بديل، وفيها يكون المريض على المسرح، ومعه آخرون بوصفهم بدائل له، وكل منهم يمثل مرحلة من مراحل حياته، فأحدهم يقوم بدور المريض الآن بينما يقوم المريض بتمثيل نفسه في الماضي عندما كان صغيراً، ويقوم آخر بتمثيل دور المريض في المستقبل (يحيى، 2003، ص 34). وترى "زيركا مورينو" أن فنية البديل المتعدد أو الازدواج المتعدد تكون أكثر فعالية مع المرضى النفسيين، عندما يعاني المريض من ضلالات كثيرة تشمل أجزاء من جسمه، فيقوم كل مساعد بتمثيل عضو من أعضاء جسم المريض. (Moreno, 1975, p 91).

8) فنيات الكرسي Chair Techniques:

تعد واحدة من الفنيات المختلفة التي تستخدم بواسطة المعالجين الذين يطبقون فنيات التمثيل والأدوار، كوسيلة للتهيئة وبهدف استدعاء واستثارة إحساس معين أو تكوين فكرة معينة، أو بهدف توجيه إحساس معين نحو فرد ما، وقد تأخذ فنية الكرسي أكثر من شكل منها:

أ- **فنية الكرسي الخالي An Empty Chair**: فعندما يكون المريض أكثر راحة في غياب الأنا المساعدة فإن كرسيًا خاليًا يكون هو البديل، وهذا الكرسي الخالي يوضع في المساحة التي سيجري فيها الأداء التمثيلي، وتتم دعوة الجمهور (أعضاء الجماعة) لتخيل شخص يجلس عليه، ويعمل المخرج (المعالج) على تهيئة أعضاء الجماعة من خلال تصور الشخص الذي يجلس على الكرسي، ويسمح لهم بإعطاء بعض التعليقات على الشخص المتصور ويسأل المعالج أعضاء الجماعة عن تصورهم لمن يجلس على الكرسي ويتحدثون عن الدور الذي يقوم به. وفي بعض الأحيان يحدث أن يسقط الشخص دوره هو على صاحب الكرسي الخالي ويسند إليه الحديث نيابةً عنه، فتمدنا فنية المقعد الخالي بمخرج أو متنفس للتعبير عن مشاعر الدفء والمشاعر الحنونة تكون مخرجاً أو متنفساً للمشاعر الغاضبة.

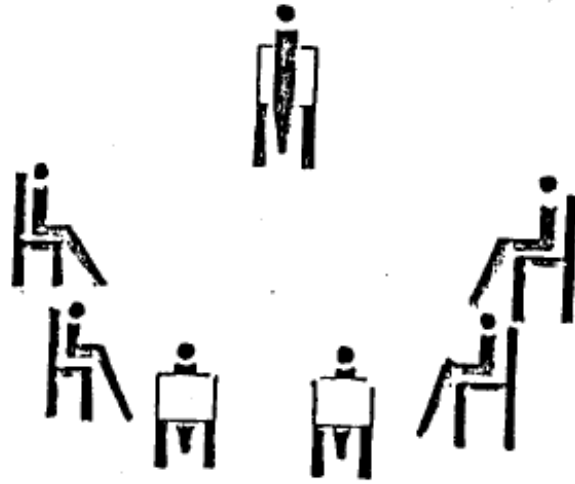
لأن من يشغل الكرسي يمكن أن يكون بمثابة شخص يعانق ويحتضن، أو قوة دافعة، أو بمثابة أداة نقد قاسية، ويمكن للمعالج أن يقف خلف الكرسي ويستجيب لما يوجه إليه من اتهامات، أو يجري معه حواراً ممثلاً للشخص الغائب. (سليمان، 1999، ص 174 - 175).



الشكل (1): يوضح إجراء فنية الكرسي الخالي

(سليمان، 1994، ص 421)

ب- **فنية الكرسي العالي High Chair**: يوضع فيها الكرسي في مكان مرتفع على خشبة المسرح أو في منطقة الأداء الدرامي النفسي، ويكون هذا الكرسي في مكان أعلى من جميع الكراسي الموجودة بالمكان، ويطلب المعالج من العملاء (أفراد المجموعة العلاجية) أن يصرحوا بما يودون قوله للشخص الجالس على هذا الكرسي المرتفع، وهذا في العادة من شأنه أن يستثير عملية الاسقاط الخاصة بالأشخاص الذين يمثلون السلطة ومن ثم يكون هذا الكرسي معبراً عن أعضاء الجماعة فيتوجهون إليه بأحاديثهم.



الشكل (2): يوضح كيفية إجراء فنية الكرسي العالي

(سليمان، 1994، ص 423)

ج- **فنية الكراسي المتعددة Multiple Chairs**: يتم في هذه الفنية تنظيم عدة كراسي خالية على هيئة دائرة على خشبة المسرح، ويجلس على هذه الكراسي جميع المرضى في الجماعة العلاجية، ويتم وضع كرسي خال في وسط الدائرة، ويقوم كل مريض حين يأتي دوره، بالتوحد مع الشخص المتصور جلوسه في الكرسي الخالي، ويعد هذا الوضع -أي وجود كرسي خال، وحوله كراسي يجلس عليها أعضاء المجموعة العلاجية- هو الأساس في العرض السيكو درامي، وقد يطلب المعالج من كل عضو من الجماعة أن يتحدث عن مظهر من مظاهر الشخصية ثم ينتقل إلى الكرسي الخالي ويبين لأعضاء الجماعة، أهمية هذا المظهر من الشخصية، وعلى أعضاء الجماعة معرفة من يكون صاحب هذه الشخصية. وقد يتحدث المريض عن مشكلة ما ويجلس على الكرسي الخالي، وعلى أعضاء الجماعة أن يعرفوا من يكون صاحب هذه المشكلة. (سليمان، 1999، ص 174 -175).

(9) فنية تقديم الذات Self-Presentation Technique:

وفيها يقدم البطل نفسه في منزله، أو مكان العمل، أو المدرسة، مع تصوير صلتة بالآخرين في تلك المجتمعات، وهو يعرض كيف يتصرف الناس فيما قيل ويقال مع استخدام أبسط الفتيات الدرامية في كيفية تصويره ووجهة نظره عن العالم. هذه الفنية تصلح للأطفال وقد يقوم الطفل الصغير بتقديم نفسه، أو تقديم أمه، وأبيه وإخوته، أو صديقه وصديقتها. كأن يقوم الطفل الصغير بتمثيل دور أبيه في موقف معين بالمنزل، وتقوم طفلة صغيرة بدور الأنا المساعدة auxiliary - ego حيث تمثل أم الطفل بعد أن يوضح لها الطفل كيفية تصرف أمه مع أبيه في هذا الموقف. (أبو حذيفة، 2008، ص 75).

(10) فنية إدراك الذات: Self-Realization Technique

يقوم بطل الرواية في هذه الفنية بتمثيل مواقف معينة من حياته بمساعدة عدد من الأشخاص (الأدوات المساعدة). "فالمريض مثلاً يعتقد أنه هتلر - حيث أسقطت شخصيته الحقيقية وحل محلها التكوين النفسي المضطرب، ولعدم قدرة المريض على إدراك ذاته بمفرده في عالم الواقع، فإنه يحتاج إلى الأدوات المساعدة اللاتي تكون بمثابة القابلة التي تساعد في ميلاد الموقف السيكو درامي، فعندما يصبح الوليد النفسي مكتملاً يلزم المساعدة في ولادته أي ولادة النمط السوي من الشخصية" (Moreno , 1975 , p 88-87).

(11) فنية إدراك الرمز Symbolic Realization Technique:

فنية إدراك الرمز هي فنية تعتمد على التعبير بصورة رمزية، فمثلاً عندما يخشى الطفل التعبير عن مشكلة بينه وبين أحد والديه أو معلميه، فإنه يقوم بنسخ قصة خيالية يرمز فيها للسلطة الوالدية بالأسد أو بالحيوانات المفترسة، ويرمز للأطفال الصغار بالآرانب الضعيفة وفي هذه الفنية يستخدم المعالج بعض الفتيات الأخرى مثل قلب الدور ولعب الدور والمناجاة. (البهاص، 1993، ص 62).

(12) فنية الحلم Dream Technique :

تعتمد هذه الفنية على قيام المريض بإعادة تمثيل حلمه بدلاً من حكايته، ويعطي مورينو مثلاً لذلك: "حيث يأخذ المريض وكأنه في فراش يشبه فراشه ويبدأ بموقف النوم، ثم يستيقظ من

فراشه وعندما يصبح قادراً على إعادة تمثيل الحلم يعيد تمثيله مستعيناً بالأشخاص الماعدين في تمثيل دور الأشخاص الآخرين في الحلم"، وهذه الفنية تساعد على إعادة تدريب المريض، وإعطائه الفرصة لتعديل نموذج حلمه. (Moreno, 1975, p94)، إن فنية تصوير الحلم هي جوهر العمل بالسيكو دراما فأحياناً ما نشعر أننا لا نستطيع التصرف بناء على قوى دفاعاتنا، وقد يكون هذا التصرف غير حكيم، وربما نشعر أننا قد علقنا. ففي مسرح حياتنا قد نشعر أننا مفقودون، وقد ننسى خططنا، ونفقد أدوارنا، وكأننا متجمدون غير قادرين على الحراك أو التغيير، فنحن هنا قد نحتاج إلى التدريب أو التلقين للمشاهد القادم أو العودة إلى مشهد سابق وتنظيمه، ومن ثم يمكننا التحرك من أجل التغيير، ولهذا فإننا كل ليل نحن ندخل المسرح الغريب من أحلامنا حيث نواجه الصور والمسرحيات التي لها معنى في حياتنا، وفي جلسة العلاج بالسيكو دراما نستطيع أن نستكشف هذه الصور ونكتشف معناها. في هذه الفنية يمكن أن نعمل على إعادة وتجديد الكوابيس ولكن في الحقيقة. ففي مرحلة العلاج بالسيكو دراما نستطيع أن نلهم بينما ما نزال في مرحلة اليقظة أو الصحيان، فقط نكون في هذا الوقت قادرين على السيطرة على الحلم، وهذا ما لخصه (Moreno) في مقولته الشهيرة لـ (Froud) "أنت حللت أحلامهم، وأنا أحاول إعطاءهم الشجاعة للحلم مرة ثانية". (أبو حذيفة، 2008، ص74)

13 فنية التليفون (الهاتف) Telephone:

وفيها يقوم البطل بالحوار في اللقاء والمحادثة عن طريق التليفون مع الأنا المساعد. وتستخدم هذه الفنية للتشجيع على التلقائية والإبداع، فقد نتلقى ليس فقط من المساعد، بل من المشاركين الدعوات أو نرسلها دون الالتزام بأي قيود نمطية من الرد، إلا أن "زيركا مورينو" تجد في هذه الفنية خاصية أخرى غير التلقائية والمشاركة، هي أن في حوار البطل عبر الهاتف قد وجه البطل وجهه بعيداً عن الآخرين، بحيث يؤدي هذا المشهد من خلال عدم الاتصال الشفوي المباشر، مما يعطي مساحة كبيرة من الحرية مع البطل مع إزاحة وتحريك المساعد بعيداً عنه (أي إخراجهم من حيز العمل). وهذا يعد وسيلة تنفيس قوية. (Moreno, 1975, p95)

14 فنيات ارتجال الخيال Improvisation of Fantasy Techniques:

الارتجال يمثل قوة دافعة لخيال الممثل، فبدون دور مكتوب وبواسطة الارتجال يكون الطريق قد صار مفتوحاً ويمكننا الدخول إلى الحياة الباطنية الداخلية للشخصية بصورة أكثر

عملية، وأكثر صدقاً (ستانسلافسكي، 1997، ص 127)، ويؤكد مورينو أن فنيات ارتجال الخيال منذ الاستخدامات الأولى للسيكو دراما تعتبر من أكثر الفنيات التي طبقت بشكل أفاد كثيراً في تحقيق الأهداف العلاجية. (Moreno, 1975, p97).

وتشتمل فنيات ارتجال الخيال على عديد من الفنيات هي:

أ- **فنية الدكان السحري Magic Shop**: تعد هذه الفنية من أكثر فنيات ارتجال الخيال شيوعاً حيث يقوم المعالج أو أحد أفراد الجماعة بدور البائع ويقوم المريض بدور المشتري، أما السلع فهي عبارات خيالية ومقادير ليس لها طبيعتها الفيزيائية، هذه السلع لا تباع بالنقود، لكن يمكن مقايضتها بمقادير أخرى تتوافر لدى أفراد الجماعة، فيأتي إلى المسرح مجموعة المرضى واحداً تلو الآخر، حيث يدخل أحدهم الدكان المتخيل طلباً لفكرة أو حلم أو أمنية، أو طموح، وتتوقع منهم أن يأتوا في حالة رغبتهم القوية في الحصول على المقدار المحبب لديهم وأن حياتهم ليس لها قيمة بدونه. وتتركز أهمية تلك الفنية في حارس الدكان (المعالج) لأنه هو الذي يحدد الثمن الذي يدفعه العميل من خلال معرفته بما يعانيه من مشكلات.

ب- **فنية التمثيل الدرامي لحكايات العفاريت Fairly Tales**: تقوم هذه الفنية على أن يقص المعالج حكاية غير مكتملة من حكايات الجن (العفاريت) وعلى أفراد الجماعة تكملة القصة من وحي خيالهم، والقيام بتمثيلها.

ت- **فنية ارتجال خبرات الطفولة المبكرة Early Childhood Experiences**: حيث يقوم المرضى (الممثلون) بتمثيل كل ما يتذكرونه من مواقف حدثت لهم في طفولتهم ويتخيلون ما كان يجب أن يفعلوه في تلك المواقف. إن فنية ارتجال الخيال تعد من أكثر الفنيات التي طبقت بشكل أفاد كثيراً في تحقيق الأهداف العلاجية لأنه يقود الشخص لاكتشاف اللاشعور الذي يمكن أن يكون مصدراً عظيماً للحكمة والإلهام والإبداع. (Blatner , A , 2006 , p5).

وهكذا، استناداً إلى العرض السابق يتضح أن فنيات السيكو دراما كثيرة ومتنوعة وقد تتداخل معاً إبان الأداء السيكو درامي فستستخدم أكثر من فنية في الوقت ذاته على خشبة المسرح السيكو درامي. وقد استخدمت الدراسة الحالية بعض هذه الفنيات في المواقف السيكو درامية التي تتناسب مع الأطفال الذين يعانون من التأثأة، مثل فنيات لعب الدور، تقديم الذات.

رابعاً: استخدامات السيكو دراما:

من خلال عرض مفهوم السيكو دراما والعناصر المكونة لها، وفنياتها نجد أنها تتمتع بسميزات عديدة قد لا تتوافر في أي أسلوب من أساليب العلاج الجماعي الأخرى، حيث يتمتع أسلوب السيكو دراما بالسهولة واليسر عند استخدامه سواءً على مستوى الأطفال أم المراهقين، فضلاً عن الراشدين، مما أدى إلى التوسع في نطاق استخدامها فردية وجماعية، وقائية وعلاجية. مما يؤكد فاعليتها سواءً أكانت استخدمت في حد ذاتها أم بالاستعانة معها بأساليب وفنيات علاج سلوكية جماعية أخرى. (سليمان، 1999 ص 207)، والسيكو دراما تتيح للمريض استخدام وسائل غير لفظية للتعبير عما يريد، مثل حركة اليدين والإشارات، والنظرات وتعبيرات الوجه، والصيحات، أو الأصوات المختلفة، التي تخلو من الكلمات، أو ما يسمى بلغة الجسد Body Language التي يستفيد منها المعالج أكثر مما يفيد من التعبيرات اللفظية. (حمودة، 1992، ص 60).

هذه السميزات التي تتمتع بها السيكو دراما جعلتها من الأساليب المستخدمة للكثير من الاضطرابات، فهي من الأساليب المفيدة والتي تصلح للاستخدام مع الحالات التي تعاني من انخفاض في درجة الشعور بكفاءة الذات، ومن خلال استخدام الدراما فإن التلاميذ يشتركون في ارتياد المشاكل كي يكشفوا عن المعاني والمفاهيم التي تتطلبها مواقفهم المختلفة من الحياة، وما يتحقق نتيجة استخدام الأطفال للدراما هو زيادة الثقة عند الكلام، وتحسين الأداء في الكلام، وتطوير الأفكار والقدرة على التعبير والقدرة على التواصل مع الآخرين ومناقشتهم. (نيكسون، 1997، ص 165).

ويمكن تقسيم الاستخدامات المتنوعة للسيكو دراما إلى ثلاثة أقسام: وهي:

- 1- السيكو دراما بوصفها وسيلة من وسائل العلاج النفسي الفردي والجماعي.
- 2- السيكو دراما بوصفها وسيلة من وسائل التعليم والتربية.
- 3- السيكو دراما بوصفها وسيلة من وسائل الاسترخاء والترويح. (سليمان، 1999، ص 210).

وفيما يلي تعرض الباحثة بإيجاز هذه الاستخدامات:

1. السيكودراما وسيلة من وسائل العلاج النفسي:

يؤكد الكثيرون على أن السيكودراما وسيلة من وسائل العلاج النفسي، حيث تساعد المريض الذي يعاني من الكبت في إخراج ما بداخله -سواء أكان باللغة العضوية أم بالسلوك أم بالحركة الجسمية- خارج أعماقه، حيث أن مضمون السيكودراما قابل لأن يصل -ليس فقط إلى من يتحدثون ويفكرون بسهولة ولكن أيضاً- إلى أولئك الذين يتصرفون باندفاع ليثبتوا أنهم يريدون أن يكونوا أمناء أو صادقين، وكذلك من لا يستطيعون التحدث بطلاقة، ومن ثم تصلح السيكودراما كأسلوب علاجي معهم. (Marcus, 1975, P 50).

2. السيكودراما وسيلة من وسائل التعليم والتربية:

تعد السيكودراما وسيلة من وسائل التعليم والتربية، والتي بمقتضاها يمكن للفرد أن يتعلم أساليب جديدة ويكتسب خبرات تعليمية جديدة، ويذكر ماركوس (Marcus, 1975, p51) أن "مورينو" قام بتجربة مع بعض فتيات أحد المعاهد درس فيها كيف تعاق العملية التعليمية وكيف تستثار عن طريق المحاكاة، والتعبير الحر، وفي مجموعات أخرى للسيكودراما، تكونت من طلبة جامعيين، قام هؤلاء الطلبة بعرض وتمثيل مشكلاتهم المتعلقة بالامتحانات الجامعية، فمثلاً مخاوفهم والطريقة التي يخافونها، وكانت هذه المحاولة ناجحة في مساعدتهم لاجتياز الامتحان.

3. السيكودراما وسيلة من وسائل الاسترخاء والترويح:

يؤكد "ماركوس" (Marcus, 1975, P 51) أن الإنسان بحاجة إلى إعادة بناء نفسه وبحاجة أيضاً إلى أن يجد ذاته، وأن يتقابل مع ذاته مرة أخرى أكثر من حاجته إلى تسليية وإلهاء نفسه، ويعد "ماركوس" السيكودراما طريقة من طرق الاسترخاء Relaxing الذي يهدف إليه الفرد أحياناً في ظل ما تشكله العادات، والعرف، والتقاليد بالإضافة إلى الالتزامات الجمعية والفردية من قيود على حرية الأشخاص، وأحياناً يأتي الشعور بالحاجة إلى أفق أرحب دون الحاجة إلى هدف أعمق كالعلاج النفسي، ويعطي ماركوس (Marcus, 1975, P 54) مثلاً لحالة سيدة شابة جاءت إلى إحدى الجلسات وهي حادة الطبع، وصرحت بأنها دائماً تشعر بالتعب، وخرجت من الجلسة في حالة استرخاء، بل وتشعر بانتعاش كما لو أنها أخذت إجازة طويلة. فقد أرادت أن تمثل مشهد من فيلم شاعري جداً "فها هي مستلقية على الشاطئ قرب مياه البحر، تحيط بها الكتبان الرملية الجميلة، والرمال الناعمة تحت جسدها، وقد اشترك معها في

تمثيل هذا المشهد كل أفراد المجموعة، وبطريقة تلقائية مثل البعض دور البحر وهو يداعب قدميها بلطف والبعض مثل صوت الموج وبعض القوارب وهي تبحر". ومن ثم شعرت بمشاركة وجدانية حميمة دون الإخبار عن مشكلاتها، التي أدت إلى حدة انفعالها كما أن هذه المشاركة خففت من إحساسها بالإرهاق والتعب.

وهكذا يمكننا القول إن السيكو دراما تساعد المريض في أن يساعد نفسه وتؤدي بشكل نشط إلى تعديل عميق في تكوينه الداخلي حتى أولئك الذين لا يدرون عن متاعبهم شيئاً، والذين لم يفكروا في العلاج، يصبحون عن طريق السيكو دراما على وعي بمشكلاتهم سواء أكانت مشكلات فردية شخصية، أم جماعية.

خامساً: مميزات استخدام السيكو دراما:

تتمتع السيكو دراما بمميزات عديدة قد لا تتوافر في أي أسلوب من أساليب العلاج الجماعي الأخرى، وهذه المميزات يمكن الإشارة إليها على الوجه التالي:

- يتمثل نجاح العلاج بالسيكو دراما في تحقيق أهدافه العلاجية، وهي توفير أكبر قدر من الحرية والتلقائية في الأداء، وتأكيد الثقة بالذات والتشجيع المستمر لإظهار أعماق المشاعر المكبوتة والتعبير عن الصراعات والتخفيف من الإحباطات والتفريغ الانفعالي والتداعيات الطليقة والبعيدة. (طه وآخرون، 1993، ص 40).
- سهولة ويسر تطبيق السيكو دراما وإجرائها سواء أكان على مستوى الأطفال أو المراهقين فضلاً عن الراشدين، وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن السيكو دراما تستخدم لغة -إن صح هذا التعبير- لا يختلف عليها أحد، وهي لغة الأداء أو التجسيد، ومن ثم يسهل التفاهم بين أعضاء الجماعة العلاجية، وهذه السهولة من شأنها أن تؤدي إلى حدوث الاستبصار Insight الذي تسبقه خطوة على درجة كبيرة من الأهمية هي التنفيس الانفعالي الذي يشكل بدوره محوراً أساسياً في العلاج بهذا الأسلوب.
- تتيح السيكو دراما فرص المشاركة بين أعضاء الجماعة العلاجية، كما أن هناك فرصة لاستخدام الإسقاط كميكانيزم دفاعي يلعب دوراً كبيراً في العملية العلاجية، إذ يعمل على خروج الخبرات السابقة، ومن ثم طرحها على أفراد الجماعة والتخلص منها كخطوة مقابلة لمواجهة ما يعانيه الأفراد من اضطرابات.

- تتميز بطبيعة تفاعلية هي جوهر ما يعيشه المريض تحقيقاً للرغبة في الواقع لا في الخيال، كما أنها عن طريق التمثيل تحقق إشباعاً بديلاً للتوحدات النرجسية. (Holmes,P, 1994 , p15).
- السيكودراما غنية بالفنيات التي تستخدم، وهذا يعني أنها أسلوب يلائم كافة المستويات التعليمية والثقافية، كما أنها صالحة للاستخدام في علاج عديد من الاضطرابات وصعوبات التوافق.
- تتفرد بعملية لها حيويتها وأهميتها وهي عملية التهيئة.
- تصلح للاستخدام مع الاضطرابات التي لا تحتاج فيها للاتصال الكلامي، فقد يتم تمثيل الأدوار بصورة صامتة أو ما يسمى بالبانتميم Pantomime.
- تشجع العملاء على عرض مشكلاتهم، ومن ثم تتيح لهم المشاركة في طرح العديد من الحلول الواقعية لها، وعلى كل عميل تبني الحل الذي بمقدوره الأخذ به. (سليمان، 1999، ص206).
- إن لعب الدور Role playing يعد طريقة ممتازة لتعلم مهارات الغضب. Anger حيث إن الغضب عاطفة طبيعية تشير إلى الحاجة للتغيير في البيئة. وهو متاح وعادة مرغوبة شريطة أن يتم في أشكاله المعتدلة، وإن تعلم خاصية الغضب يعد علامة على النضج، ومن ثم فدراسة الغضب من خلال بعد الأدوار وكيفية التعامل مع المستويات المختلفة لمواجهة الغضب تعد خاصية مهمة من خلال المهارات الاجتماعية لمجموعة حل المشكلات، ومهارات تضارب القرارات، والتعاطف من خلال قلب الدور Role reversal، وفن الاعتذار، وتعلم التراجع وإعطاء الآخرين بعض المساحات.... وهذا كله لا يتم إلا من خلال فنيات السيكودراما.
- تعد وسيلة فعالة في بناء التواصل الاجتماعي ودراسة قضايا المجتمع ولتنمية الإبداع والتلقائية في الحياة اليومية، وإقامة علاقة وثيقة مع الآخرين، وفرصة لتجريب السلوكيات الجديدة داخل المجتمع المصغر (الجماعة العلاجية). (Carnabucci, Karen, 2006 , p1).

سادساً: مراحل العلاج بالسيكو دراما:

للجلسة السيكو درامية مراحل تمر بها، وقد اختلفت بعض الدراسات في تحديد عدد هذه المراحل فبعضها حدد هذه المراحل في أربع نقاط هي: التهيئة أو الإحماء، الفعل أو الحدث، المشاركة أو المناقشة، الإغلاق أو الخاتمة. وتوجد دراسات أخرى قامت بتحديد مراحل السيكو دراما في خمس مراحل وهي (المراحل السابقة إضافة إليها مرحلة البدء)، وتتمثل هذه المراحل بـ:

المرحلة الأولى: مرحلة البدء The Start:

وتعني بداية اللقاء بين المرشد والمسترشد أو عملائه وضيوفه، وكلما تميزت هذه البداية بالقوة والدفع العاطفي والود القلبي والحنو الأبوي الموضوعي من غير تكلف ولا تملق، كلما كان ذلك سبيلاً للنجاح وتحقيق الهدف من البرنامج السيكو درامي فهي بمثابة لحظة الانطلاق، فإن صحت البداية سلمت النهاية. (أبو زيد، 2005، ص 18).

المرحلة الثانية: مرحلة التهيئة The Warming up phase:

ويقصد بها تهيئة المجموعة لجلسات السيكو درامية التالية بهدف تشجيعهم وإزالة الرهبة لديهم وكذلك تكوين علاقات دافئة وحميمة بينهم وبين بعضهم من جهة وبين المعالج من جهة أخرى، وفي هذه المرحلة يتم طرح أو اختيار فكرة أو موضوع التعبير عنه تلقائياً في المرحلة التالية. (سليمان، 1999، ص 176)، وتهدف مرحلة التهيئة إلى مساعدة أعضاء الجماعة على الأداء التلقائي الذي لا بد أن يحتوي على: الإحساس بالثقة وإشاعة جو من الأمن النفسي، وأن تسمح معايير الجماعة بالتعبير عن العواطف، وكذلك ضرورة أن تشتمل على عنصر التسلية مع الاستعداد للاستكشاف والانكشاف في سلوك جديد، وأخيراً يلزم تهيئة المعالج نفسه كعامل رئيسي في خلق جو يشجع السلوك التلقائي. (Corey, 2000, P 227).

وتوجد عدة طرق يمكن استخدامها لتهيئة أفراد المجموعة السيكو درامية وهي:

1- الإحماء الجمعي Group Warm – up:

إذ يدخل أفراد المجموعة إلى مكان الجلسة السيكو درامية ويأخذون أماكنهم، ويتحدثون في موضوعات متنوعة ومتباينة ويتم من خلال المناقشة إضفاء روح الدعابة والمرح الأمر الذي يحدث جماعياً.

2- الإحماء الفوري - up - Immediately Warm

ويحدث ذلك في المواقف الطارئة بهدف تناول مشكلة ما لدى أحد العملاء كحالة طارئة مطلوب تناولها.

3- الإحماء التسلسلي - up - Sequence Warm

ويتم فيه إجراء المخرج (المعالج) مقابلة شخصية مع شخص واحد من الجماعة العلاجية إذ يقوم هذا الشخص بدوره بإحماء أو تهيئة بقية المجموعة مثل الفرد الذي يتحدث عن حلم خاص به مثلاً، بينما تقوم بقية المجموعة بالتفكير في أحلامهم.

4- (الإحماء الموجه) - up - Direct Warm

إذ توجه الجلسة في تلك العملية من خلال قائدها أو من خلال شخص آخر من داخل المجموعة أو توجه من خلال أفراد المجموعة ككل (علي، 2004، ص 19 - 20).

المرحلة الثالثة: مرحلة الفعل أو الحدث The Action Phase

وهي المرحلة التي يقوم فيها البطل بالتمثيل على خشبة المسرح. حيث إن هناك بعض الإرشادات للمعالج في مرحلة الفعل أو الحدث السيكودرامي تتمثل فيما يلي:

- يجب أن يشجع البطل بقدر الإمكان ليدخل في مشاهد تشمل الصراع في العلاقات.
- كل الأحداث يجب أن ترتبط بأشياء هنا والآن وهكذا، فإذا كان الشخص يتعامل مع موقف ماضي يقول: "حينئذ أخبرته" فإن المعالج يتدخل ويقول: "أنت تخبره الآن".
- يحتاج البطل للحرية في انتقاء الحدث والوقت والمكان والأفراد المشاركين في الموقف أو الحدث.
- أن يطلب من البطل أن ينشأ موقفاً ما بقدر الإمكان، دون أن يهتم باستدعاء الكلمات الفعلية المبدلة، لذلك فإن تدفق الأحداث لا يتوقف، وبدلاً من ذلك فإننا نحتاج معرفة جوهر التفاعل حينما يستدعيه.
- يجب أن يشجع البطل على التعبير عن نفسه بكل طاقته بقدر الإمكان، لغوياً أو غير لغوي.
- أن يعطي الفرصة للأبطال أن يلعبوا دور كل فرد بواسطة فنية "عكس الدور"، فهذا يساعد على تنمية الفهم لكيفية إدراك وإحساس الآخرين بالحدث. (Corey, 2000, p 181).

- يحدث في مرحلة الفعل أو الحدث التفاعل السيكودرامي بين البطل والأدوات المساعدة وأبطال المجموعة، وذلك لتجسيد فعل أو حدث (ماضي أو حاضر أو مستقبل) وذلك في تلقائية وموضوعية لتحقيق الذات والاستبصار بالحدث. (الملا، 2008، ص 39).

المرحلة الرابعة: مرحلة المناقشة The Discussion Phase:

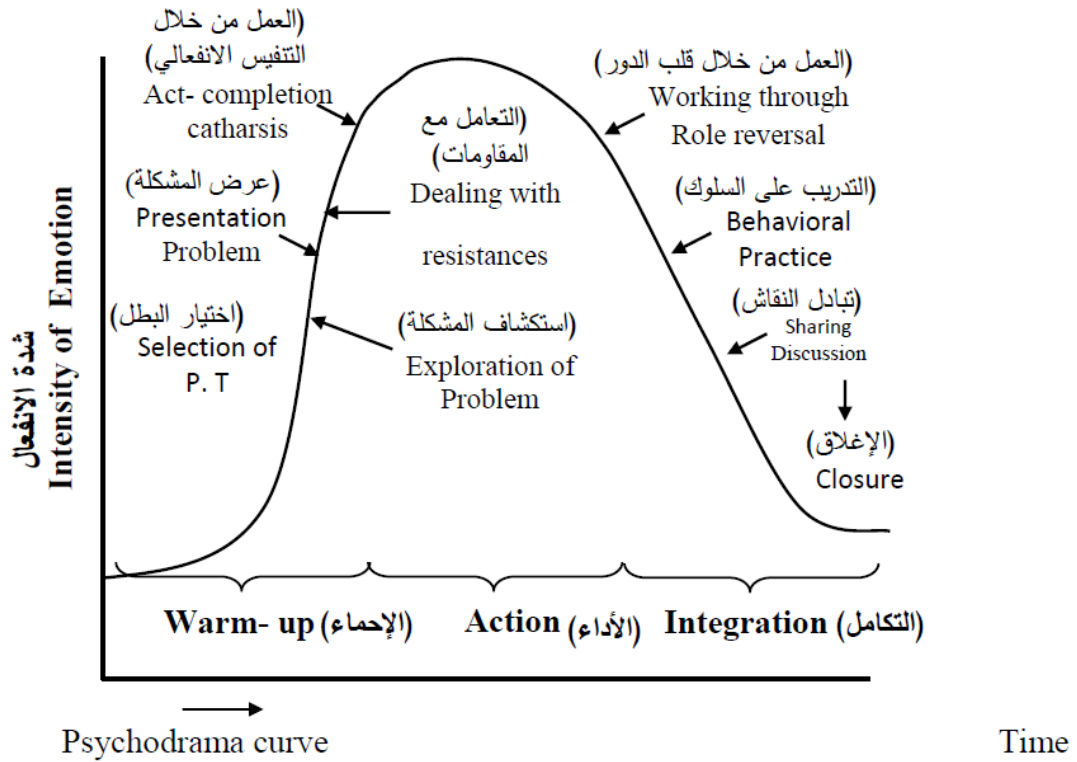
وفيها يطلب من المشاركين مشاركة البطل بملاحظاتهم وردود أفعالهم في السيكودراما، بطريقة بناءة ومشجعة. وتتمثل وظيفة المرشد هنا في تأسيس وقيادة المحادثة (Corey, 2000, p181)

المرحلة الخامسة: مرحلة الإغلاق Closure:

بانقضاء الوقت على نحو متصل يختفي التركيز ويصبح المشاركون في حالة من الامتلاء الذهني، وعملية الإغلاق تمكن أعضاء المجموعة من الشعور بالأمان، وبعد الإغلاق عملية في غاية الأهمية، وبشكل عام فإن عملية إنهاء كل جلسة تحتاج أن يشعر أعضاء المجموعة عند مغادرتهم المكان بالأمان الكافي بشكل يتيح لهم استعادة حياتهم ومعايشتها بأسلوب مناسب، وبالطبع فإن عملية الإنهاء الملائمة قد تسهم بشكل فعال في الوصول بالمجموعة إلى حد التمام، ويجب تحديد وقت الجلسات السيكودرامية من أجل إعداد المريض للقيام بعملية الإنهاء والانفصال والاستقلال عن المعالج بانتهاء الوقت، وكل أجزاء السيكودراما يجب أن يكون لها حدود زمنية ومع ذلك يجب مراعاة المرونة وقت الإغلاق، فإن هذا الوقت من الممكن أن يتم تجاوزه من خلال أهمية مفهوم فاعلية الإصلاح والدفاعات المعادة، وفي المواقف التي تتطلب مرونة تكون الحدود الزمنية الجديدة في حاجة إلى التفاوض بشكل واضح، من خلال الاتفاق بين المعالج وأعضاء المجموعة، وذلك أفضل من أن يقوم المعالج بأخذ قرار سريع بالإغلاق (Karpe, P, 1998, p180-182).

وقد لخص (Adam Blatner, 2006) المراحل الثلاثة للعملية السيكودرامية في شكل

منحني توضيحي كالآتي:



الشكل (3) منحنى توضيحي للمراحل الثلاث للعملية السيكودرامية

(Blatner, A, 2006, p4)

وأخيراً بعد أن حاولت الباحثة عرض كل ما يتعلق بالسيكودراما قدر المستطاع، من خلال عرض لمفهوم السيكودراما والتعرف على مبادئها وأهدافها وكيفية تطبيقها وفنياتها، وفوائد استخدامها ومراحلها، نلاحظ أنها من الأساليب الإرشادية الفاعلة والهامة جداً، تساعد المرشد على التعامل مع العملاء، فالسيكودراما بمثابة (لعبة) حيث يطلب المرشد من العملاء القيام بالتمثيلية المسرحية حول فكرة (تمثل صراعاً لهم) يعطيهم إياها، ولا يقدم لهم النص، وإنما يترك لهم المجال للتصرف حسب طريقتهم الخاصة وبشكل تلقائي، ويسقط كل عميل ما يعانيه من صراعات واحباطات واتجاهات عميقة، على شخصية الدور الذي يمثله، مما يساعده على القيام بعملية التنفيس أو التفريغ الانفعالي وزيادة الاستبصار لديه.

أما المرشد النفسي الذي قد يقوم بالمشاركة بالعمل المسرحي والمسجل لجميع الأحداث، فهو يقوم فيما بعد بعملية التحليل وتفسير الدلالة النفسية لدور كل عميل، أي يعمل على كشف ديناميات المسرحية.

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: مجتمع الدراسة الأصلي.

ثالثاً: عينة الدراسة وخطوات اختيارها.

رابعاً: متغيرات الدراسة وضبطها.

خامساً: أدوات الدراسة.

سادساً: المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة

بعد الانتهاء من عرض الإطار النظري لمتغيرات الدراسة الحالية، و كذلك الدراسات السابقة المرتبطة بتلك المتغيرات ستقوم الباحثة في هذا الفصل بتناول الإجراءات المنهجية و الميدانية للدراسة، التي تتضمن عرضاً لمنهج الدراسة و تصميمها التجريبي، و متغيراتها، و مجتمعها الأصلي، و طريقة اختيار عينتها، و أدوات الدراسة و الإجراءات المتبعة للتحقق من صدقها وثباتها، كما تتضمن وصفاً للبرنامج العلاجي من حيث (الأهداف، والمحتوى، و الوسائل والفنيات المستخدمة، وعدد الجلسات، و الزمن المخصص لكل جلسة، ومدة تطبيق البرنامج العلاجي) كما تتضمن خطوات تطبيق الدراسة، والصعوبات التي واجهت الباحثة في أثناء قيامها بالدراسة، وكذلك الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة النتائج التي تم التوصل إليها بعد تطبيق الأدوات.

أولاً: منهج الدراسة:

استخدمت الباحثة لتحقيق أهداف الدراسة في تعرف فاعلية البرنامج المستند إلى استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى عينة من التلاميذ المتأثئين في مرحلة التعليم الأساسي (الحلقة الأولى) في مدارس مدينة حلب، المنهج التجريبي، ولا سيما أن المنهج التجريبي هو "تغيير متعمد ومضبوط للشروط المحددة، وملاحظة نواتج التغيير في الظاهرة المدروسة، ثم تحليل هذه التغيرات وتفسيرها". (عباس و آخرون ، 2007 ، ص79).

و في ضوء اختيار المنهج التجريبي تم تصميم الدراسة التجريبية، حيث تم تطبيق أدوات القياس قبلياً (مقياس شدة التأثأة) على المجموعتين التجريبية، و الضابطة بعد التحقق من تكافؤهما في متغيري الجنس و العمر الزمني و متغير نسبة الذكاء وفي متغير شدة التأثأة و من ثم قُدم البرنامج المستخدم في هذه الدراسة للمجموعة التجريبية، في حين لم تتلق المجموعة الضابطة أي علاج، و بعد الانتهاء من تقديم جلسات البرنامج تم إجراء القياس البعدي لمتغير الدراسة (شدة التأثأة)، و كذلك القياس البعدي المؤجل بعد شهر من تاريخ انتهاء تطبيق البرنامج، و في النهاية تمت مقارنة نتائج المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج بنتائج المجموعة الضابطة التي لم تتلق أي علاج.

ثانياً: مجتمع الدراسة الأصلي:

يتكون مجتمع الدراسة من جميع التلاميذ المسجلين في مدارس التعليم الأساسي الرسمية (الحلقة الأولى) التابعة لمديرية تربية محافظة حلب للعام الدراسي 2018-2019 من الصف الأول وحتى الصف الرابع الابتدائي والبالغ عددهم (160882) تلميذاً وتلميذة (80006) من الذكور، و(80876) من الإناث الملحق (6).

ثالثاً: عينة الدراسة وطرق اختيارها:

اقتصرت عينة الدراسة على (18) تلميذاً متأتناً وتلميذة، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين متساويتين اشتملت كل منهما (9) تلامذة. والجدول الآتي يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة التجريبية والضابطة بحسب المدرسة والمنطقة التعليمية:

الجدول (1) توزيع أفراد عينة الدراسة التجريبية والضابطة بحسب المدرسة والمنطقة التعليمية:

المجموعة	اسم المدرسة	المنطقة التعليمية	عدد التلامذة الذكور	عدد التلامذة الإناث	عدد التلامذة الكلي	عدد أفراد العينة الذكور	عدد أفراد العينة الإناث	عدد أفراد العينة الكلي
تجريبية	فوزي الجسري	المحافظة	337	321	658	1	-	1
	الفاروق	الجميلية	654	619	1273	2	3	5
	صقر قريش	الفيض	366	341	707	2	-	2
	ذي قار	بستان الزهرة	479	437	916	2	-	2
	عبد الرحمن جغل	تجميل المشاركة	476	486	962	1	-	1
ضابطة	فدوى طوقان	الزبدية	648	595	1279	1	1	2
	الكرامة	بستان القصر	479	472	951	1	-	1

2	1	1	1251	609	642	الحمداية	عبد العزیز دوبا	
1	-	1	1156	547	582	السییل	الفتح	
1	-	1	951	470	481	السليمانية	بور سعيد	
2	-	2	860	436	424	العزیزية	عامر محمد	
18								المجموع الکلي

ب- شروط اختيار العينة:

- أن تتراوح أعمار التلاميذ الذين يعانون من التأثأة من (8 إلى 10) سنوات.
- ألا تقل درجات أفراد عينة الدراسة على اختبار رافن للذكاء الذي تم تعييره على البيئة السورية من قبل رحمة (2004) عن المئين (50).
- أن يكون أفراد العينة خاليين من أية اضطرابات لغوية، أو أية إعاقة أخرى غير التأثأة وذلك بالاعتماد على بطاقة التلميذ الصحية.
- أن يكون أفراد عينة الدراسة لا يعانون من أية مشكلات في السمع، أو الأسنان أو أعضاء النطق.
- أن يكون أفراد العينة ممن لديهم تأثأة متوسطة وذلك من خلال تطبيق مقياس شدة التأثأة.
- أن يكون أفراد العينة ملتحقين بمدارس التعليم الأساسي (الحلقة الأولى)
- أن يكون أفراد العينة ممن يعيشون في ظل أسرة طبيعية مكونة من الأب والأم والأبناء، لا يوجد فيها انفصال الأب عن الأم ومن ثم تستبعد حالات الطلاق، والانفصال، أو الوفاة، أو سفر أحد الوالدين لمدة طويلة لما لها من آثار نفسية سيئة على شخصية الطفل وعلى سلامة النطق.

ج- خطوات اختيار أفراد عينة الدراسة:

وللكشف عن التلاميذ المتأثئين في مدارس محافظة حلب الرسمية اتبعت الباحثة الخطوات الآتية:

- 1- الرجوع إلى قائمة المدارس المسجلة في مديرية التربية في حلب وقد بلغت (190) مدرسة وذلك على إحصاء مديرية الإحصاء والتخطيط التابعة لمديرية تربية حلب.
- 2- اختيار (10 %) من مجموع مدارس المجتمع الأصلي للتعليم الأساسي بطريقة عشوائية بناءً على التقسيم الجغرافي للمحافظة، أي بعد تقسيم محافظة حلب إلى أربع مناطق جغرافية، (تم اختيار ما نسبته 10% من مدارس محافظة حلب، وقد بلغ عدد المدارس المختارة (12) مدرسة، الملحق (6).
- إعطاء محاضرة توجيهية حول التأثأة للمعلمين والمعلمات في المدارس التي تمت زيارتها بناءً على الكتاب الموزع من قبل مديرية التربية بمحافظة حلب (الملحق (2) بهدف زيادة معلوماتهم حول التأثأة ومظاهرها لمساعدة الباحثة في فرز الأطفال المتأثئين داخل الصف وذلك من خلال استخدام استمارة الفرز التي أعدتها الباحثة لهذا الغرض.
- تطبيق قائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأثأة الموجه للمعلم في المدارس المشمولة في الدراسة الحالية وبمساعدة المعلمين والتي كشفت عن وجود (142) تلميذاً وتلميذة ممن يعانون من مشكلة التأثأة.
- تطبيق اختبار رافن للذكاء، وبناء عليه تم استبعاد (4 حالات) ممن أظهرت نتائجهم انخفاض عن متوسط درجات التلاميذ في نفس المرحلة العمرية، وبذلك أصبح عدد أفراد عينة الدراسة (138) تلميذاً وتلميذة.
- إجراء تقييم أولي من قبل الباحثة وبمساعدة المعلمين للأطفال الذين كشفت استمارة الفرز أنهم يعانون من التأثأة باستخدام نص قرائي مكون من (100) كلمة تم اختياره من الصف الثالث الابتدائي بقصد التقييم الأولي للأطفال الذين يعانون من التأثأة في المدارس المشمولة بالدراسة ويقصد استبعاد حالات التأثأة المترافقة مع إعاقات أخرى كالإعاقة السمعية أو غيرها وقد تم وفق هذا الإجراء استبعاد (25) طالباً وطالبة من حالات التأثأة (14) يعاني أصحابها إعاقة و(11) لا تنطبق عليهم جميع شروط التأثأة من تكرارات وإطالات و حركات مصاحبة، وبذلك أصبح عدد الأطفال الذين يعانون من التأثأة في المدارس المشمولة بالدراسة (113) تلميذاً وتلميذة.

- تطبيق مقياس شدة التأثأة للكبار و الصغار لرايلي (بعد التحقق من صدقه و ثباته) وهو الأداة الرئيسة في الدراسة الحالية على الأطفال الذين كشفت قائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأثأة الموجهة للمعلم والتقييم الأولي لهم من أنهم يعانون من التأثأة وقد تم نتيجة تطبيق مقياس شدة التأثأة استبعاد (17) تلميذاً وتلميذة ممن لا تنطبق شروط التأثأة وفق التعريف الإجرائي المعتمد في الدراسة الحالية وهو مدى تكرارات ودرجة التأثأة والسلوكيات المصاحبة، وكما يعبر عنها من خلال الدرجة التي يحصل عليها التلميذ على مقياس شدة التأثأة، وقد تراوحت درجات الأطفال الذين يعانون من التأثأة ما بين الخفيفة والحادة جداً بحسب مقياس شدة التأثأة. وبذلك أصبح عدد الأطفال الذين يعانون من التأثأة في المدارس المشمولة بالدراسة (97) تلميذاً وتلميذة.
- الحصول على موافقة مديرية التربية بحلب لتطبيق البرنامج المعتمد بالدراسة الحالية وعلى اعتبار أن الدراسة الحالية هي دراسة تجريبية فقد تم تطبيقها على عينة نهائية مكونة من (18) تلميذاً وتلميذة من أصل (97) ممن أبدت إدارات مدارسهم وأهالي التلاميذ رغبة في التعاون مع الباحثة، وتطبيق البرنامج ضمن أوقات الدوام الرسمي و هنا لا بد من الإشارة إلى الصعوبات التي اكتتفت الدراسة ومنها حذر بعض الأهالي من إرسال أطفالهم إلى مدرسة أخرى لالتحاقه بالبرنامج وبخاصة تنقل بعض الأطفال إلى المدرسة التي تم تطبيق لبرنامج فيها مما استدعى مساعدة من أهل بعض الأطفال ممن وافقوا على خضوع أطفالهم للبرنامج، وقد تراوحت درجات العينة النهائية للدراسة على مقياس شدة التأثأة بين الخفيفة و المتوسطة وتم استبعاد كل طفل لم يلتزم بالبرنامج المعتمد في الدراسة الحالية.
- وقد تم تقسيم أفراد العينة النهائية للدراسة على مجموعتين إحداها تجريبية بلغ عددها أفرادها (9) تلميذاً وتلميذة (6 ذكور و 3 إناث) والأخرى ضابطة بلغ عدد أفرادها (9) تلميذاً وتلميذة (6 ذكور و 3 إناث) وقد خضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج المعد في الدراسة الحالية أما المجموعة الضابطة فلم تتلق أي نوع من أنواع التدريب أو العلاج.
- تطبيق البرنامج على عينة استطلاعية مكونة من (5) تلاميذ منهم (4) من الذكور وأنثى واحدة مما انطبقت شروط الاختبار عليهم، حيث بلغ عدد أفراد الدراسة (18) تلميذاً وتلميذة.

د- مسوغات اختيار عينة الدراسة:

- ترجع الباحثة أسباب اختيارها لعينة دراستها من تلاميذ التعليم الأساسي وذلك للأسباب الآتية:
- أهمية مرحلة الطفولة وخاصة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في اكتساب المهارات الأساسية الخاصة بالقراءة والكتابة والحساب وغيرها من المهارات التي تمكن الطفل من التعامل مع العالم الخارجي والتعبير عن نفسه من خلال استخدام الكلام واللغة.
 - الحيلولة دون تحول التأثأة لمرحلة متقدمة أكثر وبخاصة لدى التلاميذ الذين حرّموا من فرصة العلاج.
 - تؤكد دراسة كريج (Gregg,2003) أن أفضل عمر لعلاج التأثأة هو العمر الذي يتراوح ما بين (8 - 14) عاماً.
 - تخفيف الآثار السلبية التي تتركها التأثأة على الأداء الأكاديمي للتلاميذ الذين يعانون من التأثأة في المدرسة وعلى علاقاتهم الاجتماعية مع أقرانهم ولا سيما أن التعليم في هذه المرحلة يعتبر حجر الأساس للمراحل التعليمية السابقة.
 - التقليل من مخاوف وحساسية التلاميذ الذين يعانون من التأثأة من حساسيتهم للنقد من قبل الآخرين، وبث الثقة في نفوسهم من خلال مساعدتهم على مجابهة المواقف التي تزيد من حدة التأثأة لديهم حتى لا تتأصل لديهم المشاعر السلبية نحو الذات، ولا سيما وأن التأخر بالعلاج يرسخ المشاعر السلبية نحو الذات وكذلك التأثأة.

رابعاً: متغيرات الدراسة وضبطها:

تحددت متغيرات الدراسة بالآتي:

- أ- المتغير المستقل (Independent Variable): البرنامج القائم على استراتيجية السيكو دراما المصمم من قبل الباحثة.
- ب- المتغير التابع (Dependent Variables): شدة التأثأة الملحق (7).

ومن أجل التحقق من أن التأثير في المتغيرات التابعة (شدة التأثأة) تعود للمتغير المستقل (البرنامج القائم على استراتيجية السيكو دراما) قامت الباحثة بمحاولة ضبط المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في المتغير التابع، وذلك من خلال:

1- تجانس العينة من حيث الجنس (ذكور وإناث):

يوجد اضطراب التأثأة عند الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4\1) لصالح الذكور (Everard,2007) لذلك حرصت الباحثة على تمثيل هذه النسبة عند اختيار عينتها التي ستخضع للبرنامج، لاستبعاد أي أثر يعود إلى متغير الجنس في البرنامج المقترح كما هو موضح الجدول الآتي.

الجدول (2) يظهر تجانس مجموعتي الدراسة بحسب الجنس (ذكور وإناث):

المجموعة	N العدد	Mean Rank متوسط الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Mann- Whitney U مان وتتي	Z درجة الحرية	Sig الدلالة	القرار
تجريبية	9	9.00	81.00	36.000	-.511-	.609	غير دالة
ضابطة	9	10.00	90.00				
Total	18						

باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 0.511$ مستوى دلالتها 0.609 وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين المجموعتين بحسب الجنس. وهو يؤكد تكافؤ المجموعتين.

2- تجانس العينة من حيث العمر الزمني (8-10 سنوات):

تراوحت أعمار التلاميذ المتأثتين في مجموعتي الدراسة ما بين (8 و 10) سنوات والجداول الآتية توضح التجانس بين المجموعتين (التجريبية والضابطة) في العمر الزمني.

الجدول (3) يظهر تجانس أفراد العينة من حيث العمر الزمني

المجموعة	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Sig	القرار
العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتتي	درجة الحرية	الدالة		
تجريبية	9	11.56	104.00	22.000	-	.10	غير دالة
ضابطة	9	7.44	67.00		1.640-	1	
Total	18						

باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 1.640$ مستوى دلالتها 0.568 وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين المجموعتين بحسب العمر. وهو يؤكد تكافؤ المجموعتين.

3- تجانس العينة من حيث نسبة الذكاء:

تم تطبيق اختبار رافن للمصفوفات المتتابعة إعداد رحمة (2004)، بهدف المجانسة بين مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) في نسبة الذكاء والجداول الآتية توضح ذلك:

الجدول (4) يظهر التكافؤ بين أفراد العينة من حيث نسبة الذكاء:

المجموعة	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Sig	القرار
العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	مان وتتي	درجة الحرية	الدالة		
تجريبية	9	10.44	94.00	32.000	-	.437	غير دالة

دالة		-.778					
				77.00	8.56	9	ضابطة
						18	Total

باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 0.778$ مستوى دلالتها 0.437 وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين المجموعتين بحسب الذكاء. وهو يؤكد تكافؤ المجموعتين

4- تجانس العينة من حيث شدة التأناة:

تم تطبيق مقياس شدة التأناة لرايلي (Riley, 1994) لتعرف شدة التأناة، حيث تم استبعاد الحالات التي كان لديها تأناة بسيطة جداً أو شديدة أو شديدة جداً، ومن ثم اقتصرَت الدراسة الحالية على الحالات التي يوجد لديها تأناة بسيطة ومتوسطة، وذلك بهدف المجانسة بين مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة) في شدة التأناة:

الجدول (5) تجانس درجات أفراد العينة التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأناة في التطبيق القبلي:

الدرجة الكلية	المصاحبات الجسمية	الانحباسات الصوتية	التكرارات الصوتية	
22.22	10.44	2.89	8.89	تجريبي
22.33	10.44	2.78	9.11	ضابطة

الجدول (6) اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في التطبيق القبلي على أبعاد مقياس شدة التأناة

المجموع ة	N العدد	Mean Rank متوسط الرتب	Sum of Ranks مجموع الرتب	Mann- Whitney U مان وتني	Z درجة الحرية	Sig الدالة	القرار
تجريبية	9	9.11	82.00	37.000	-.335-	.738	غير دالة

				89.00	9.89	9	ضابطة	الصوتية
						18	Total	
غير دالة	.850	-.189-	38.500	87.50	9.72	9	تجريبي	الانحسافات الصوتية
				83.50	9.28	9	ضابطة	
						18	Total	
غير دالة	.811	-.239-	38.000	83.00	9.22	9	تجريبي	المصاحبات الجسمية
				88.00	9.78	9	ضابطة	
						18	Total	
غير دالة	.858	-.179-	38.500	83.00	9.22	9	تجريبي	المجموع
				88.00	9.78	9	ضابطة	
						18	Total	

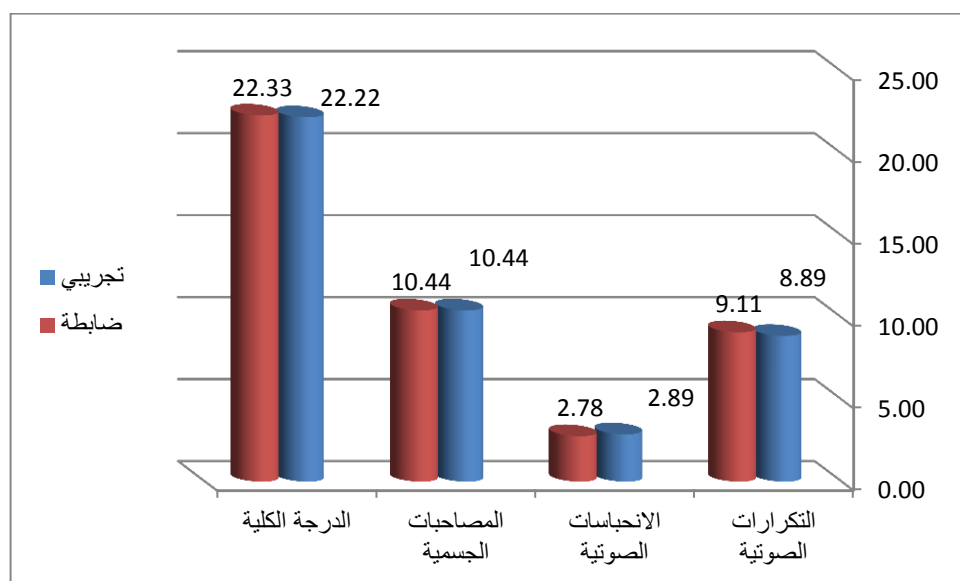
ال تكرارات الصوتية: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 0.571$ مستوى دلالتها 0.568 وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين المجموعتين. وهو يؤكد تكافؤ المجموعتين.

الانحسافات الصوتية: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 0.918$ مستوى دلالتها 0.358 وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين المجموعتين. وهو يؤكد تكافؤ المجموعتين.

المصاحبات الجسمية: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 1.221$ مستوى دلالتها 0.222 وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين المجموعتين. وهو يؤكد تكافؤ المجموعتين.

المجموع: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 1.173$ مستوى دلالتها 0.241 وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط

رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأتأة قبل تطبيق البرنامج العلاجي. وهو يؤكد تكافؤ المجموعتين.



الشكل (4) نتائج اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في التطبيق القبلي

خامساً: أدوات الدراسة:

1- الأداة الأولى: مقياس شدة التأتأة (ssi) (Stuttering severity instrument)

النسخة الأولى من مقياس شدة التأتأة تم نشرها في جريدة عيوب السمع والنطق (رايلي 1972) وقد تم استخدامها لدى العديد من المعالجين والباحثين منذ أول إصدار لها. والنسخة الأكثر حداثة ظهرت عام (1994) وهي (ssi-3) ومتوفرة على شكل استمارات وكتيبات كسابقاتها. كما إن (ssi-3) هي واحدة من إجراءات التأتأة القليلة التي عملت على معايرة إجراءات جمع نماذج الكلام ووضع نقاط الإحراز، وهي الوحيدة التي تشمل الحالات الثلاث (التكرار - المدة - المعايرة ونقاط التصويب المحرزة) يهدف المقياس إلى التعرف على درجة ونوع التأتأة، من خلال تسجيل عينة كلامية وعينة قرائية لدى أفراد الدراسة.

وصف المقياس: يتكون المقياس من ثلاثة مقاييس فرعية:

أ- المقياس الفرعي الأول:

سلوك تكرار التأتأة يتألف من ثلاث مهارات:

- **مهارة العمل:** حيث يطلب من المفحوص أن يتكلم ويصف طبيعة عمله أو أن يتكلم عن مدرسته وأصدقائه في المدرسة، وهواياته، وكيفية ممارستها، أي أنه حديث مفتوح لمدة خمس دقائق، وذلك من خلال عينة كلامية تتألف من 150 كلمة تقوم الباحثة خلالها برصد الكلمات التي يتأتى بها المفحوص، ويعطى التقدير وفقاً لمعايير المقياس).
- **مهارة القراءة:** (يطلب من المفحوص أن يقرأ قطعة باللغة العربية مكونة من 150 كلمة ويراعى أن يكون نص القراءة من ضمن مناهج الطلاب أو ما يعادله، وتقوم الباحثة بمراقبة المفحوص خلال القراءة، وترصد تأتئاته سواء بالتكرار أو الإطالة، أو التوقف، ويعطى التقدير وفقاً لمعايير المقياس).
- **مهارة وصف الصور:** (تعرض على المفحوص بطاقات تحتوي على مجموعة من الصور ويطلب إليه وصف الصورة التي تعرض عليه في البطاقة والمتحدث عنها ويعطى التقدير وفقاً لمعايير المقياس).

ب- المقياس الفرعي الثاني:

- هو الفترة الزمنية للوقفات، يعتمد على طول الفترة الزمنية للوقفات (من خلال رصد أطول ثلاث وقفات) وفقاً لمعايير التصحيح في المقياس.
- ت- **المقياس الفرعي الثالث:** يتعلق بالمصاحبات الجسمية، يحسب حسب سلم تقدير من صفر إلى خمسة، حيث يعطى درجة صفر لعدم وجود السمة، والدرجة خمسة لوجود السمة بشكل شديد مع ظهور الشخص أنه متألم (الخماسة، 2003، ص 235).

ويتم قياس المظاهر الأساسية للتأتأة وفق مقياس (SSI) تبعاً لما يلي:

- **التكرار:** حيث يتم تحديد نسبة التكرار عند الطفل بتكليفه بثلاث مهام:

- **العينة الكلامية العفوية:** حيث نطلب من الطفل التكلم لمدة خمس دقائق من دون أي تدخل من المعالج (يعني: احكي لنا ماذا حدث معك اليوم في المدرسة، أو ماهي هواياتك، حدثني عن أصدقائك).

• **وظيفة القراءة:** حيث يعطى الطفل مقطعاً معيناً مناسباً لعمره ومستواه، ثم نطلب منه قراءته دون تقديم أية ملاحظات له. وإذا كان الطفل غير قادر على القراءة نأخذ عينة وصف الصور أي (يستعاض عن مقطع القراءة لدى الأطفال الصغار بقصة مصورة تستثير عبارات محددة).

• **وظيفة وصف الصورة:** وفيها نقوم بإعطاء الطفل صوراً معينة ونطلب منه وصف ما يراه في كل صورة، بحيث تكون مدة الوصف لديه من دون أي تدخل من المعالج (4-6) دقائق. ويترافق مع كل مهمة نسبة ورصيد يتم بموجبهما تحديد نسبة التكرار وذلك وفق المثال التالي:

في مهمة وصف الصورة: إذا كان عدد التكرارات في هذه المهمة (4) تكرارات، فإننا نأخذ القيمة المقابلة لها في الرصيد وهي (8) حسب مقياس (SSI) وفي مهمة القراءة إذا كان عدد التكرارات عند قراءة الطفل من (2-3) نأخذ الرصيد المقابل لها وهو (3).

وفي العينة الكلامية العفوية إذا كان عدد التكرارات (4) نأخذ أيضاً الرصيد المقابل لها وهو (4) ثم نقوم بجمع الأرصدة الثلاثة (3+4+8) وبذلك يتم تحديد نسبة التكرار الموجودة عند الطفل.

• **المدة (الزمن):** والمقصود بها التركيز على الإطلاقات التي يقوم بها الطفل أثناء حديثه مثال: (سامر) وتُعرف نسبتها بالتركيز على أطول ثلاث تفوهات كلامية، حيث يتم حساب الطول الوسطي لأطول ثلاث تفوهات، وإعطاء الرصيد المرافق لها مثال: إذا كان طول التفوه الأول (2) ثانية والثاني (نصف ثانية) والثالث (ثانية ونصف)، يكون مجموع الثواني (4) ثواني نرى ماذا تكون قيمة الأربع ثواني في الرصيد ونأخذها هي (4).

• **العوامل الفيزيائية المترافقة - وتشمل:**

الأصوات الملفتة للانتباه: 1- تنفس ذو ضجة 2- صفير، 3- تنشق، 4- نفخ، 5- أصوات قرقرة.

الملامح الوجهية: 1- اهتزاز الفك، 2- اندفاع اللسان إلى الأمام، 3- ضغط على الشفاه، 4- شد في عضلات الفك.

حركات الرأس: 1- خلف، 2- أمام، 3- استدارة، 4- تواصل بصري ضعيف، 5- النظر المستمر إلى المحيط.

حركات الأطراف: 1- حركة اليد والذراع، 2- تحريك اليد حول الوجه، 3- حركات الجذع، 4- حركات الساق، 5- ضرب أو أرجحة القدم.

وبعد ذلك نقوم بحساب **الرصيد الكلي Tos**: وهو مجموع الأرصدة الثلاثة: رصيد التكرار + رصيد الإطالة + رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة: وفيما يلي عرض لجداول قياس وحساب شدة التأتأة وفق مقياس SSI:

الجدول (7) قياس حساب شدة التأتأة (SSI)

التاريخ		الاسم				
1-التكرار						
التكرار (a+b) 1.....1	C.مهمة وصف الصورة		B.مهمة القراءة		A.مهمة الوظيفة	
	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة	النسبة	رصيد المهمة
	1	2	1	2	1	2
	3-2	3	3-2	3	3-2	3
	4	4	5-4	4	4	4
	6-5	5	9-6	5	6-5	5
	9-7	7	16-10	6	9-7	6
	14-10	8	26-17	7	14-10	7
	28-15	9	27+	8	28-15	8

	28	29+			9	29+
2. المدة (الزمن)						
رصيد المدة2	الرصيد	الطول الوسطي لأطول ثلاث تفوهات				
	1	الهروب				
	2	نصف ثانية				
	3	ثانية				
	4	2-9 ثانية				
	5	10-13 ثانية				
	6	30-60 ثانية				
	7	أكثر من 60 ثانية				
3. العوامل الفيزيائية المترافقة						
رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)3	مقياس التقييم (0) لا يوجد.(1)غير ملحوظ حتى تبحث عنه .(2) نادراً ما يلاحظها المراقب المؤلف.					
	(3) ملفتة للانتباه(4)ملفتة جداً للانتباه.(5) شديدة وتبدو مؤسفة					
	1-الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة ، صفير، تنشق، نفخ، لأصوات قرقة...1-2-3-4-5.					
	2-الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسانإلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك..1-2-3-4-5.					
	3-حركات الرأس:خلف ،أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط....1-2-3-4-5.					
4-حركات الأطراف: حركات اليد و الذراع، وتحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع،						

حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم...1-2-3-4-5.
الرصيد الكلي TOS: مجموع الأرصدة الثلاث 1+2+3.....

الجدول (8) معايير مقياس شدة التأتأة (SSI)

الشدة لدى البالغين			الشدة لدى الأطفال		
الشدة	النسبة	مجموع النقاط الإجمالي	الشدة	النسبة	مجموع النقاط الإجمالي
بسيطة جداً	4-0	16-0	بسيطة جداً	4-0	5-0
بسيطة	11-5	19-17	بسيطة	11-5	8-6
بسيطة	23-12	21-20	بسيطة	23-12	13-9
متوسطة	40-24	24-22	بسيطة	40-24	15-14
متوسطة	60-41	27-25	متوسطة	60-41	19-16
متوسطة	77-61	30-28	متوسطة	77-61	23-20
شديدة	89-78	33-31	شديدة	89-78	27-24
شديدة	96-90	36-34	شديدة	96-90	30-28
شديدة جداً	100-97	45-37	شديدة جداً	100-97	45-31

- الدراسة الاستطلاعية للأداة: باستخدام عينة استطلاعية مكونة من 30 طفل وطفلة من مجتمع البحث تم التأكد من صدق وثبات الأداة من خلال الإجراءات التالية:

أولاً: ثبات الإعادة: تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (30) تلميذ شخصوا على أن لديهم اضطراب في الطلاقة اللفظية، وتم إعادة تطبيق الاختبار بعد مضي شهر من التطبيق

الأول وقد أظهرت معاملات الارتباط نتائج قوية والجدول الآتي يوضح معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني (تطبيق الإعادة).

الجدول (9) معاملات الارتباط بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني (تطبيق الإعادة) لمقياس شدة التأتأة بعد مضي شهر.

الأبعاد	معامل بيرسون	مستوى الدلالة
التكرارات الصوتية	.872**	.000
الانحباسات الصوتية	.853**	.000
المصاحبات الجسمية	.881**	.000
المقياس ككل	.863**	.000

باستخدام معامل بيرسون نجد أن قيم الارتباط قد تراوحت بين 0.853-0.881 وكانت مستوى دلالة أصغر من 0.01، أما بالنسبة للدرجة الكلية فكانت قيمة الارتباط بيرسون = 0.863 ومستوى دلالتها 0.000 وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.01 وهو يؤكد وجود ثبات بطريقة الإعادة

ثانياً: ثبات الملاحظين: قامت الباحثة بالتعاون مع إحدى زميلاتها المتخصصات في مجال التربية الخاصة بتطبيق المقياس على عينة استطلاعية ثم دراسة الارتباط بين النتائج التي حصلت الباحثة عليها مع نتائج زميلتها فكانت النتائج بحسب الجدول الآتي:

الجدول (10) نتائج معاملات الارتباط المتعلقة بثبات الملاحظين على مقياس شدة التأتأة

الأبعاد	معامل بيرسون	مستوى الدلالة
التكرارات الصوتية	.937**	.000

الانحسبات الصوتية	.924**	.000
المصاحبات الجسمية	.931**	.000
المقياس ككل	.922**	.000

باستخدام معامل بيرسون نجد أن قيم الارتباط قد تراوحت بين 0.924-0.937 وكانت مستوى دلالة أصغر من 0.05 وهو يؤكد وجود ثبات الملاحظين.

ثالثاً: صدق الاتساق الداخلي:

وذلك من خلال حساب الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس والجدول الآتي يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاده والدرجة الكلية لمقياس شدة التأثأة:

الجدول (11) معاملات الارتباط معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاده والدرجة الكلية لمقياس شدة التأثأة:

الأبعاد	معامل بيرسون	مستوى الدلالة
التكرارات الصوتية	.872**	.000
الانحسبات الصوتية	.871**	.000
المصاحبات الجسمية	.862**	.000

باستخدام معامل بيرسون لدراسة العلاقة بين كل بعد من أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية للمقياس نجد أن قيم الارتباط قد أعطت مستوى دلالة أصغر من 0.05 وهو يؤكد وجود صدق الاتساق الداخلي.

رابعاً: الصدق البنوي:

وذلك من خلال حساب الارتباط بين كل أبعاد مقياس التأثأة والجدول الآتي يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاده على حدة لمقياس شدة التأثأة:

الجدول (12) نتائج معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس.

المصاحبات الجسمية	الانحباسات الصوتية	التكرارات الصوتية	المجالات	
.714**	.712**	1	معامل بيرسون	التكرارات الصوتية
.000	.000		مستوى الدلالة	
30	30	30	العدد	
.650*	1		معامل بيرسون	الانحباسات الصوتية
.000			مستوى الدلالة	
30	30		العدد	
1			معامل بيرسون	المصاحبات الجسمية
			مستوى الدلالة	
30			العدد	

باستخدام معامل بيرسون لدراسة العلاقة بين كل مجال مع المجالات المكونة للمقياس نجد أن قيم الارتباط قد أعطت مستوى دلالة أصغر من 0.05 وهو يؤكد وجود الصدق التكويني للمقياس الملحق (1).

2- الأداة الثانية: قائمة رصد المؤشرات الدالة على حدوث التأثأة موجهة للمعلم الملحق (3):

تمت الاستعانة بقائمة الرصد نظراً لما توفره هذه الأداة من إمكانية رصد المظاهر السلوكية التي يبيدها الطلاب في مواقف حقيقية، وليست مصنوعة، بهدف التعرف إلى الطلاب الذين يعانون من التأثأة بمساعدة المعلمين كونهم الوحيدين الذين لديهم معرفة بكل تلميذ بصفهم على حدة وذلك للوقت الطويل الذي يقضيه المعلم في الغرفة الصفية.

وصف الأداة: تتألف الأداة من السلوكيات الأساسية للتأناة وهي (التكرار، الإطالة، التوقف) والسلوكيات الثانوية للتأناة والمتمثلة (بشد في عضلات الوجه وحركات تشنجية في الحنجرة وحركات غير اعتيادية للرأس عدم التواصل مع المتحدث وحركات الأطراف.... الخ من سلوكيات تدل على وجود مؤشرات لاضطراب التأناة. تحتوي قائمة الرصد على بيانات خاصة بالتلميذ مثل اسمه وجنسه وعمره.... الخ، وتتكون من (17) عبارة تقيس الاضطراب في الطلاقة، يجيب عنها المعلم حسب ما يراه ويقدره لوجود مظاهر التأناة على التلميذ و تشمل كل فقرة على ثلاثة خيارات و هي (أبداً، أحياناً، دائماً) حيث يتم إعطاء درجة (صفر) إذا وضع المعلم أو المعلمة إشارة (صح) أمام العبارة التي لا تنطبق على التلميذ أبداً، و درجة (واحدة) للعبارة التي تنطبق على التلميذ أحياناً، و (درجتان) للعبارة التي تنطبق على التلميذ بشكل دائم، وتعتبر الدرجة المرتفعة على المقياس عن شدة وجود اضطراب التأناة وحدتها والحد الأعلى (34) درجة، الحد الأدنى على القائمة هو (0) درجة وهي تعبر عن عدم وجود التأناة، وقد قامت الباحثة بتقسيم درجات الاستمارة إلى ثلاث فئات كالآتي:

فئة الحاصلين على (0 - 11) درجة تعبر عن حصول التلميذ على درجة أقل من المتوسط وبالتالي يتم استبعاده من البرنامج، من (12 - 23) وهي تعبر عن وقوع التلميذ في الفئة المتوسطة ممن لديهم اضطراب في الطلاقة اللفظية، ثم الفئة الثالثة والتي تقع ما بين (24 - 34) وهي تعبر عن شدة وجود اضطراب في الطلاقة كما يقدرها معلم الصف وهي أعلى من المتوسط والأطفال الذين تم تحديدهم على أنهم يعانون من التأناة وفق القائمة هم الأطفال الذين يقعون في الفئة الثانية وما فوق. وقد أعتمد في إعداد قائمة الرصد على الإطار النظري للبحث و ما تضمنه من توضيح للسلوكيات المميزة للتأناة و مظاهر التأناة، الأساسية و الثانوية، و تشخيص الفارق لها، بالإضافة إلى بعض المراجع و الدراسات و المقاييس التي اهتمت بتشخيص التأناة مثل (السرطاوي و أبو جودة، 2000)، (الزريقات 2005)، (كاشف، 2010). (الشخص، 1997)، استمارة الرابطة الأمريكية للتأناة، (2000)، (السيد، 2006)، وللتحقق من صدق الاستمارة فقد تم عرضها على عدد من السادة المحكمين من الأساتذة المتخصصين في التقويم و القياس و التربية الخاصة (الملحق 1) وذلك بهدف تحديد مدى مناسبة ودقة عبارات القائمة في التعبير عن الهدف الذي وضع من أجله في الدراسة الحالية

ومدى وضوح وملاءمة العبارات من حيث الصياغة ، وبعد جمع واستطلاع آراء السادة المحكمين قامت الباحثة بإجراء التعديلات التي أشار إليها السادة المحكمون ، حتى أصبحت القائمة في صورتها النهائية الملحق (4). وقد تم حساب الاتساق الداخلي للقائمة من خلال حساب معاملات الارتباط بين أبعاد قائمة الرد و الدرجة الكلية لها من خلال تطبيقها على عينة استطلاعية قوامها (30) تلميذاً و تلميذة من تلامذة الحلقة الأولى من التعليم الأساسي ممن لديهم تأتأة، من غير المشمولين بعينة الدراسة الحالية باستخدام قانون بيرسون و الذي أشارت نتائجه إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين أبعاد القائمة و الدرجة الكلية لها، و بوضوح الجدول الآتي معاملات الارتباط هذه:

جدول (13) معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لقائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأتأة مع درجات الأبعاد الفرعية لقائمة الرصد

الدرجة الكلية	بعد الحركات الجسمية المصاحبة	بعد الإطالة	بعد التكرار	أبعاد قائمة الرصد	العينة
.498**	.324	.613**	1	بعد التكرار	30
.683**		1	.613	بعد الإطالة	
.924**	1	.460*	.324	بعد الحركات الجسمية المصاحبة	
1	.924**	.683**	.498**	الدرجة الكلية	

يتبين من الجدول (12) أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين بعد التكرار و الدرجة الكلية لقائمة الرصد بلغت (.498**), و بين بعد الإطالة و الدرجة الكلية لقائمة الرصد بلغت (.683**) و بين بعد الحركات الجسمية المصاحبة و الدرجة الكلية لقائمة الرصد بلغت (.924**) وجميعها دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01)، الأمر الذي يشير إلى تمتع القائمة بالاتساق الداخلي و صدق البناء فيها (الملحق3).

3- الأداة الثالثة: برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأتأة الملحق (5):

قامت الباحثة بإعداد برنامج قائم على السيكو دراما لخفض شدة التأتأة من خلال العديد من الأنشطة باستخدام فنيات السيكو دراما (لعب الدور، التخيل، النمذجة) وغيرها.

أولاً: أهداف برنامج السيكو دراما: يهدف البرنامج بصورة رئيسية إلى خفض شدة التأتأة بالإضافة إلى ما يأتي:

- كشف مشكلات التلاميذ وتفهم ذواتهم وإدراك رغباتهم.
- يساعد الفرد على التعلم من خلال الخبرات الاجتماعية.
- تدريب الفرد على التعبير الملائم عما يشعر به، وتدريبه على الاستجابة الاجتماعية الملائمة.
- إتاحة الفرصة لإشباع حاجات الأفراد المختلفة، مثل حاجتهم إلى اللعب الذي من خلاله يمكن تقويم ذواتهم والتعرف إلى مواطن القوة والضعف في شخصياتهم.
- تنمية وعي الفرد بمشكلاته والسعي إلى حلها.
- تحقيق التوافق والتفاعل الاجتماعي السليم.
- التدريب على المهارات الاجتماعية وإحداث استجابات بديلة ملائمة.
- تكشف السيكو دراما للفرد نفسه وأين هو من هذا السلوك فهو يدرك نماذج واحتمالات جديدة في حياته لم يكن مدركاً إياها من قبل.
- إعادة توجيه الفرد وإعادة تعليمه.
- تهيئة فرصاً في مجال التعاون الاجتماعي وفهم المحيط الذي يعيش فيه وفهم نفسه.
- تساعد على الحياة الجماعية وتجاوز الشعور بالنقص والدونية والانطوائية، وفقدان الثقة بالنفس.
- تطوير قدرة الفرد على التعامل بكل عفوية وتلقائية.
- إعادة تمثيل الأحداث الماضية، الحاضرة، المستقبلية.
- الوصول إلى حلول بشكل غير مباشر ونابع من الفرد ولا يكون موجه من أحد.

- يتعلم الفرد من خلال السيكودراما المواجهة وتنمية الجوانب الإيجابية في شخصيته.
- تهيئ السيكودراما أجواء نفسية ملائمة مليئة بالحب والثقة والمرح، كل ذلك يساعد التلميذ على التغلب على ما يعانيه من مشكلات (انطوائية، عزلة، تدني الثقة بالنفس، الخ.
- تتيح للتلميذ فرصة للتعلم الاجتماعي: (النمذجة الملاحظة، التقليد والمحاكاة) من خلال النماذج المقدمة في الأدوار التي يقومون بها.
- تتيح السيكودراما فرصة التعبير والتنفيس الانفعالي عن التوترات المختلفة، وكذلك في التعبير عن المشاعر الإيجابية والمشاعر السلبية في واقعهم.

ثانياً: معايير بناء برنامج السيكودراما:

- في ضوء منطلقات بناء البرنامج الإرشادي تم الاستناد على عدة معايير في بناء البرنامج وهي معايير خاصة بالأهداف السلوكية والمحتوى والأهداف التطبيقية والتقويمية.

أ- المعايير الخاصة بالأهداف السلوكية:

عند صياغة الأهداف السلوكية للبرنامج راعت الباحثة ما يلي:

- أن يكون الهدف محدوداً تحديداً دقيقاً.
- صياغة الأهداف بمصطلحات سهلة قابلة للقياس والملاحظة والتطبيق.

ب- المعايير الخاصة بالمحتوى:

عند بناء البرنامج تم مراعاة الآتي:

- أن يشمل المحتوى على أنشطة متنوعة تتناسب مع عمر التلميذ.
- أن تكون لغة المحتوى سهلة وواضحة وتتناسب مع مستوياتهم.
- أن يتم ربط المحتوى بالمواقف الحياتية الواقعية عند الطفل.
- تشجيع التلميذ على التعبير والمشاركة في الأنشطة.

ت - المعايير الخاصة باستراتيجية التطبيق:

- توفير البيئة المناسبة لممارسة الأنشطة.

- عمل تغذية راجعة في نهاية كل جلسة.
 - استخدام أسلوب التعزيز في الجلسات لتقوية ثقة أفراد عينة الدراسة بأنفسهم.
 - التنوع في الأنشطة والألعاب المستخدمة.
 - تشجيع الطلاب على التعبير بتلقائية وارتجالية دون الشعور بالخوف أو الارتباك.
- ث- معايير خاصة بالتقويم:

راعت الباحثة تحقيق الهدف من كل جلسة كما قامت بتطبيق عدة قياسات للعينة (قبلي، بعدي، تتبعي) لمعرفة مدى فعالية برنامج السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى طلاب الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.

ثالثاً: الأسس الفلسفية التي قام عليها البرنامج:

استندت الباحثة على عدة منطلقات فكرية وأسس فكرية فلسفية وعملية لتصميم البرنامج من أهمها:

- استخدام السيكو دراما كأسلوب علاج جماعي تتضمن العديد من الأنشطة والألعاب المنظمة الموجهة لخفض شدة التأثأة، لدى تلاميذ المتأثئين في الحلقة الأولى من التعليم الأساسي.
- التركيز على لعب الدور وأهمية اللعب التمثيلي في حياة الطفل كونه أسلوب من أساليب العلاج النفسي يتقبله الطفل ويساعد على التنفيس الانفعالي.
- خلق جو من المرح والسرور في نفوس التلاميذ.
- تنمية قدرتهم على التخيل والإبداع.

أما بالنسبة لبرنامج السيكو دراما فقد تناولت الباحثة عرضاً لمراحل إعداد البرنامج والمتمثلة في خطوات تصميمه، والهدف العام منه والأهداف الفرعية وأهمية برنامج السيكو دراما والأسس والمبادئ التي استند عليها في إعداده، وحدود البرنامج والفئة المستهدفة، والفترة الزمنية اللازمة لتنفيذ البرنامج والأساليب والفنيات المستخدمة ووسائل التقويم المتبعة.

الجدول (14) ملخص عام عن برنامج السيكو دراما

ملخص عام للبرنامج	
عنوان البرنامج	فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة
الفئة المستهدفة	تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي (الصف الرابع)
مكان التنفيذ	مدرسة الفاروق للتعليم الأساسي
عدد الجلسات	15 جلسة
مدة الجلسة	45 - 60 دقيقة
الفنيات والأساليب المستخدمة	لعب الدور، الحوار و النقاش، التخيل، الواجب البيتي، إدراك الذات، النمذجة.
الأدوات	قصص أقمشة أوراق أقلام حبال سبورة ...
التصميم التجريبي	مجموعة تجريبية (9)، ومجموعة ضابطة (9)
تقويم برنامج السيكو دراما	من خلال تطبيق مقياس شدة التأثأة (قبلي، بعدي، تتبعي) لمعرفة مدى فاعلية برنامج السيكو دراما لخفض شدة التأثأة.

رابعاً: خطوات تصميم برنامج السيكو دراما:

- الاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت السيكو دراما، وكذلك الاطلاع على الكتب وكذلك الاطلاع على الكتب والأبحاث والبرامج المختلفة للسيكو دراما بهدف التعرف إلى أسس بناء البرنامج.
- الاطلاع على أنشطة السيكو دراما الحديثة وفناتها.

- تحديد المدرسة التي سوف يتم تطبيق البرنامج فيها وتحديد التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التأثأة، وتحديد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- تحديد معايير البرنامج.
- تحديد أهداف البرنامج.
- تحديد الطرق والأساليب المناسبة لتطبيق البرنامج.
- الخطة الزمنية المتوقع فيها تنفيذ البرنامج.
- تقييم البرنامج.
- تم عرض البرنامج في صورته الأولية على عدد من المحكمين (أساتذة في قسم التربية الخاصة، الإرشاد انفي، القياس والتقييم) ملحق (1) وذلك لتقويم البرنامج وتحكيمه في جوانبه المختلفة بهدف التأكد من ملاءمة الأساليب و الأدوات و الأنشطة و التدريبات و الوسائل و مناسبتها و الفترة الزمنية المستخدمة في البرنامج و قد أشار المحكمون إلى بعض الجوانب التي أعيد النظر بها كإعادة ترتيب وصياغة الأهداف و تغيير بعض الفنيات ، تفصيل الأهداف العامة و الخاصة، إعادة الصياغة اللغوية لبعض فقرات البرنامج .و قد أخذت الباحثة بملاحظات السادة المحكمين و تم تعديل البرنامج بناء عليها.
- إجراء دراسة استطلاعية للبرنامج على عينة مكونة من 4 تلاميذ ممن تنطبق عليهم شروط الدراسة من غير المشمولين بعينة الدراسة حيث قامت الباحثة بقياس شدة التأثأة لدى أفراد العينة الاستطلاعية (قياس قبلي) ثم تطبيق جلسات البرنامج على أفراد العينة الاستطلاعية لمدة أسبوعين بمعدل 3 جلسات على أفراد العينة الاستطلاعية و بعد ذلك قامت الباحثة بقياس شدة التأثأة لدى أفراد العينة الاستطلاعية (قياس بعدي)، وذلك للتحقق من أهداف التجريب كتعديل المدة الزمنية لبعض الجلسات و بعض الأنشطة التي لم ينسجم معها الأطفال الذين يعانون من التأثأة.
- فالبرنامج القائم على السيكو دراما تمر كل جلسة بأربع مراحل: (مرحلة الإحماء والتسخين، مرحلة الفعل والحدث (نشاط مركزي)، مرحلة المشاركة، مرحلة الإغلاق).
- سوف نتناول بالشرح كل مرحلة على حدة.

1- المرحلة الأولى (مرحلة الإحماء والتسخين):

هي مرحلة التي تبدأ فيها الباحثة كل جلسة من جلسات السيكو دراما بتدخلها أنشطة متنوعة، ويكون هدفها خلق جو من الألفة والمحبة، الرابط بين أعضاء المجموعة، زيادة النشاط والحيوية لدى أفراد المجموعة.

2- المرحلة الثانية (الفعل والحدث):

تعتمد هذه المرحلة على النشاط المركزي الذي يكون له هدف وتسعى الباحثة من خلال هذا تحقيق الهدف المرجو من الجلسة وفيها لا يكون هناك إجبار للمشاركين بالحديث عن الأحداث التي مرت بها سواءً أكان في الماضي، الحاضر، المستقبل أحداث يتوقع حدوثها في المستقبل لذا يستخدم المخرج عدة تقنيات منها (التخيل، لعب الدور، سرد القصص) من خلال هذه التقنيات يبدأ المفحوص بطريقة غير مباشرة في التعبير عن ما بداخله من مشاعر، ويقوم بسرد أحداث مر بها، ومدى تأثيرها عليه.

3- المرحلة الثالثة (المشاركة):

بعد الوصول إلى مرحلة التفريغ الانفعالي للمفحوص ونجلس بشكل دائري ويقوموا بالتعبير عن مشاعرهم تجاه الحدث، وهذا يساعده على زيادة وعيه لمشكلته ويختبر طرقاً جديدة لحل مشكلته.

4- المرحلة الرابعة (الإغلاق):

الإغلاق هي آخر مرحلة في الجلسة، وتدخلها أنشطة متنوعة يستطيع من خلالها المشاركون التعبير عن مشاعرهم تجاه الجلسة، وعمل تغذية راجعة سريعة وبعدها تنتهي الجلسة بأمنية أو إهداء أو أغنية وهكذا حتى تترك للمشارك انطباع جيد عن الجلسة.

جدول (15) يوضح محاور برنامج السيكو دراما

المحور	متطلباته	طريقة الأداء	الزمن
الإحماء	أنشطة متنوعة ومتعددة لتحقيق الهدف وتحضير الأدوات اللازمة للنشاط.	تطبيق النشاط بشكل عفوي وارتجالي ويساعد على نشاط المجموعة وزيادة الدافعية لديهم للبدء بالمشاركة لاحقاً بالفعل أو الحدث (النشاط المركزي).	كل نشاط يختلف في التوقيت ولكن يتراوح الزمن من 10 - 15 دقيقة
الحدث أو الفعل (النشاط المركزي)	القدرة على الملاحظة ومساعدة المجموعة على المشاركة من خلال عدة فنيات مستخدمة في النشاط المركزي	هناك عدة طرق ممكن للقائد الذي تم اختياره بالتصويت أو الترشيح أن يمثل الدور.	يتراوح ما بين 30 - 35 دقيقة حسب طبيعة النشاط
المشاركة	المشاركة بمشاعرهم من خلال الحدث أو الموقف	الطلب من المجموعة العودة إلى أماكنهم و الخروج من الدور ومشاركتهم بمشاعرهم وخبراتهم المشابهة للحدث إن وجدت.	يتراوح بين 5-10 دقيقة
الإغلاق	إنهاء الجلسة بشكل مرضي للجميع	تطبيق تمارين متنوعة للإغلاق سواء أكان بأنشودة أم أمنية أو كلمة يتحدثوا فيها عن مشاعرهم تجاه الجلسة وإنهاء الجلسة بمشاعر جميلة	5 دقائق

خامساً: إجراءات تطبيق الدراسة:

قامت الباحثة بتنفيذ هذه الدراسة من خلال الإجراءات الآتية:

- 1- قامت الباحثة بإعداد البرنامج وفقاً للخطة الموضحة في وصف البرنامج.
- 2- تقدمت الباحثة بطلب لمديرية التربية بطلب لتسهيل مهمة الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة، وجمع البيانات والمعلومات اللازمة لها، بالإضافة إلى تطبيق البرنامج وقد وافقت مشكوراً على إجراء الدراسة وتطبيق البرنامج.
- 3- قامت الباحثة باختيار المجموعتين التجريبية والضابطة من بين تلاميذ الصف الرابع، على أساس حصولهم على درجات مرتفعة في مقياس شدة التأثأة وتكونت العينة الأصلية من (18) تلميذاً وتلميذة، (9) تلاميذ للمجموعة التجريبية و (9) للمجموعة الضابطة.
- 4- قامت الباحثة بتطبيق أدوات الدراسة قبل تطبيق البرنامج على المجموعتين التجريبية والضابطة.
- 5- قامت الباحثة بتطبيق البرنامج من الفترة الممتدة بين 2019/2/3 إلى غاية 2019/3/14 بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً وكانت مدة كل جلسة لا تقل عن (60) دقيقة، وقد استغرق تنفيذ البرنامج حوالي (6) أسابيع.
- 6- بعد تطبيق البرنامج قامت الباحثة بتطبيق مقياس شدة التأثأة على المجموعتين التجريبية والضابطة مباشرة (المقياس البعدي).
- 7- قامت الباحثة بعد ذلك بمعالجة البيانات المأخوذة من استجابة التلاميذ على أداة الدراسة باستخدام برنامج (SPSS) حيث تم رصد الدرجات لمعالجتها إحصائياً، واستخراج النتائج ومناقشتها.
- 8- قامت الباحثة بإعادة تطبيق أداة الدراسة (مقياس شدة التأثأة) على أفراد المجموعة التجريبية فقط بعد مرور شهر من انتهاء التجربة: (المقياس التتبعي).

سادساً: الأساليب الإحصائية:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية التالية لمعالجة البيانات والتحقق من صحة الفروض:

- 1- معامل ارتباط بيرسون لحساب الصدق والثبات.
 - 2-2- معادلة سييرمان براون - لحساب الثبات.
 - 3- معادلة ألفا كرونباخ للثبات.
 - 4- اختبار مان وتني Man Whitney للابارامتري.
 - 5- اختبار ويلكوكسون للابارامتري Wilcoxon.
 - 6- اختبار كالموجراف -سمير نوف للاختبار التوزيع غير الطبيعي للعينات.
- وقد تم استخدام برنامج SPSS للمعالجات الإحصائية.

الفصل الخامس : عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

- مقدمة

أولاً: دراسة اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات البحث.

ثانياً: نتائج الفرضيات المتعلقة بموضوع الدراسة.

ثالثاً: التوصيات.

رابعاً: المقترحات.

الفصل الخامس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

هدفت الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج مستند إلى استراتيجية السيكو دراما و من ثم التحقق من مدى فاعليته في خفض شدة التأثأة لدى أفراد عينة من تلامذة التعليم الأساسي (الحلقة الأولى) في مدارس مدينة حلب الرسمية، و ذلك من خلال إجراء المعالجات الإحصائية المناسبة باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) لاستخراج النتائج المتعلقة بمتغيرات الدراسة، و فيما يأتي عرض لما تم التوصل إليه من نتائج في ضوء تحليل البيانات التي تم الحصول عليها باستخدام أدوات الدراسة، ثم مناقشتها في ضوء الإطار النظري، و الدراسات السابقة على النحو الآتي:

أولاً: دراسة اختبار التوزيع الطبيعي لمتغيرات الدراسة:

الجدول (16) التوزع الغير طبيعي لمتغيرات الدراسة

المجال	اختبار كولمجروف - سمرنوف	sig
التكرارات الصوتية	2.121	0.000
الانحباسات الصوتية	1.886	0.002
المصاحبات الجسمية	2.121	0.000
الدرجة الكلية	2.121	0.000

باستخدام اختبار كولمجروف - سمرنوف kolmogorov-Smirnov Test (K-S) لاختبار ما إذا كانت البيانات تتبع التوزيع الطبيعي من عدمه، حيث تبين أن قيم الاختبار تراوحت بين 1.886 - 2.121 ومستوى دلالتها أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد أن توزيع البيانات يتبع التوزيع غير الطبيعي وبالتالي لذلك نستخدم الاختبارات اللامعلمية للإجابة عن فرضيات الدراسة.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأثأة.

للتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخراج درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج، ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على مقياس شدة التأثأة، وللتحقق من دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon Test و قد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (17) الإحصاء الوصفي لمتوسط درجات أفراد العينة التجريبية على مقياس شدة

التأثأة قبل وبعد تطبيق برنامج السيكو دراما

الدرجة الكلية	المصاحبات الجسمية	الانحباسات الصوتية	التكرارات الصوتية	
22.22	10.44	2.89	8.89	قبلي
13.67	7.11	0.78	5.78	بعدي

الجدول (18): اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية قبل

وبعد تطبيق برنامج السيكو دراما على مقياس شدة التأثأة

القرار	مستوى الدلالة	Z	Sum of Ranks	Mean Rank	N		
دالة	.007	-2.714 ^a	45.00	5.00	9 ^a	Negative Ranks	التكرارات الصوتية
			.00	.00	0 ^b	Positive Ranks	
					0 ^c	Ties	
					9	Total	
دالة	.007	-2.694 ^a	45.00	5.00	9 ^d	Negative Ranks	الانحباسات الصوتية
			.00	.00	0 ^e	Positive Ranks	
					0 ^f	Ties	
					9	Total	
دالة	.007	-2.716 ^a	45.00	5.00	9 ^g	Negative Ranks	المصاحبات الجسمية
			.00	.00	0 ^h	Positive	

						Ranks	الدرجة الكلية
					0 ⁱ	Ties	
					9	Total	
دالة	.007	-2.677 ^a	45.00	5.00	9 ^j	Negative Ranks	
			.00	.00	0 ^k	Positive Ranks	
					0 ^l	Ties	
					9	Total	

يتضح من الجدول السابق (18) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج العلاجي ، ودرجاتهم بعد تطبيقه على مقياس شدة التأثأة بأبعاده الثلاثة (التكرارات الصوتية، و الاحتباسات الصوتية، و المصاحبات الجسمية) ، و الدرجة الكلية للمقياس لصالح القياس البعدي حيث كانت قيمة Z على اختبار ويلكسون بالنسبة لبعده التكرارات الصوتية ($Z = 2.714$) مستوى دلالتها (0.007) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) وبعد الانحباسات الصوتية كانت قيمة ($Z = 2.694$) ومستوى دلالتها (0.005) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) وبعد المصاحبات الجسمية نجد أن قيمة ($Z = 2.716$) مستوى دلالتها (0.007) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) وبالنسبة للدرجة الكلية نجد أن قيمة ($Z = 2.677$) مستوى دلالتها (0.007) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا ينفي صحة الفرضية الصفرية و بالتالي علينا قبول الفرضية البديلة أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأثأة. وهو لصالح المتوسط الأكبر أي التطبيق البعدي، وهذا ما يؤكد فاعلية البرنامج. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة كل من (الكحكي، 1997، وعبد ربه، 2000، Ginsberg، 2000، وسليم، 2004، والنحاس، 2005، Block، 2005، et al، 2005، والدبوس، 2008، وحمدى، 2008، والعلبي، 2010، و خليل 2013) حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس شدة التأثأة لصالح القياس البعدي.

كما تتفق هذه النتيجة في زيادة الطلاقة وانخفاض سلوكيات التأثأة الأساسية والثانوية وتقليل سلوكيات المعاناة والتجنب والمصاحبات الجسمية المرافقة لاضطراب التأثأة مع (Venkatagiri,2005, Divis&Myron,2005, Bolmgren,et al ,2005,Yaruss,et al,2006, Armson,et al , 2006, Stuart, 2006, Guy &Daived,2006, Kalinowski& et al, و Millard, et al, 2008، 2007، كسناوي، Everard,2007، 2009، ومخلوف، 2010).

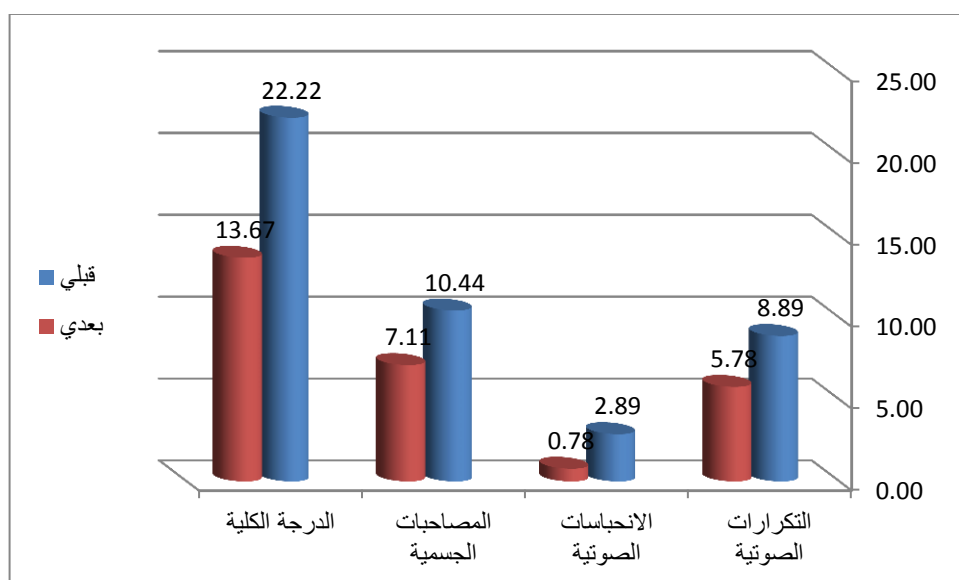
وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة كل من (حمودة، 1992، والبهاص، 1993، في انخفاض شدة التأثأة باستخدام طريقة السيكو دراما.

وتختلف نتائج هذه الدراسة عن نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة (Blomgren, et al, 2005) التي توصلت إلى عدم فاعلية برنامج الإدارة الناجحة للتأثأة في إلغاء بعض السلوكيات الأساسية للتأثأة كالتكرار والإطالة، والتوقف لدى أفراد العينة التي خضعت للبرنامج، ودراسة كل من (كسناوي، 2007، ومخلوف، 2010) اللتين توصلتا إلى عدم فاعلية البرامج الإرشادية والتدريبية التي خضع لها الأفراد الذين يعانون التأثأة في التخفيف من سلوك الإطالة.

وترجع الباحثة فاعلية البرنامج المستخدم في الدراسة الحالية ودوره الفاعل في خفض شدة التأثأة لدى أفراد المجموعة التجريبية إلى اعتماده على العديد من الفنيات، و الاستراتيجيات، و الأساليب العلاجية كالتعزيز الإيجابي Positive Reinforcement الذي كان بمنزلة حافز يتبع السلوك المرغوب مما يؤدي إلى زيادة معدل حدوثه، وقد قامت الباحثة بمراعاة مبادئ استخدامه مع أفراد العينة التجريبية، ومراعاة تقديم المعززات المناسبة لهم في أثناء تنفيذ الجلسات ، مما أدى إلى نجاح البرنامج في خفض شدة التأثأة لديهم كما اعتمد البرنامج المستخدم على استخدام فنية النمذجة Modeling، و المحاكاة Imitation، من خلال قيام الباحثة بتمثيل السلوك المرغوب .ثم تشجيع الطلاب على أداء السلوك نفسه الذي قامت بأدائه ، مما ساعد على قيامهم بأداء وممارسة التدريبات بطريقة صحيحة.

كما اعتمد البرنامج المستخدم على استخدام فنية لعب الدور Role Playing بشكل أساسي وذلك لمحاولة علاج مشكلة التأثأة بدون توجيه الانتباه لها مما يجعل ذلك أكثر سهولة و أقل حرجاً

بالنسبة لأفراد المجموعة عينة الدراسة، وساعدت على تحسين التفاعل بين أفراد المجموعة التجريبية، و إتاحة الفرصة للتعبير عن مشاعرهم وانفعالاتهم دون الشعور بالخوف أو التهديد، كما تم دمج فنيات علاج الطلاق في أداء الأدوار بحيث يقومون بأدائها و تنفيذها في الواقع بطرق أكثر سهولة، الأمر الذي كان له أثر فاعل في خفض شدة التأثأة لديهم.



الشكل (5) متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس شدة التأثأة

• نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما. وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخراج درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (19) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة

التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما

الدرجة الكلية	المصاحبات الجسمية	الانحباسات الصوتية	التكرارات الصوتية	
13.67	7.11	0.78	5.78	تجريبي
23.22	11.00	2.78	9.44	ضابطة

وللتأكد من دلالة الفروق بين درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما قامت الباحثة باستخدام اختبار مان وتني Mann-Whitney للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (20) اختبار مان وتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في

التطبيق البعدي

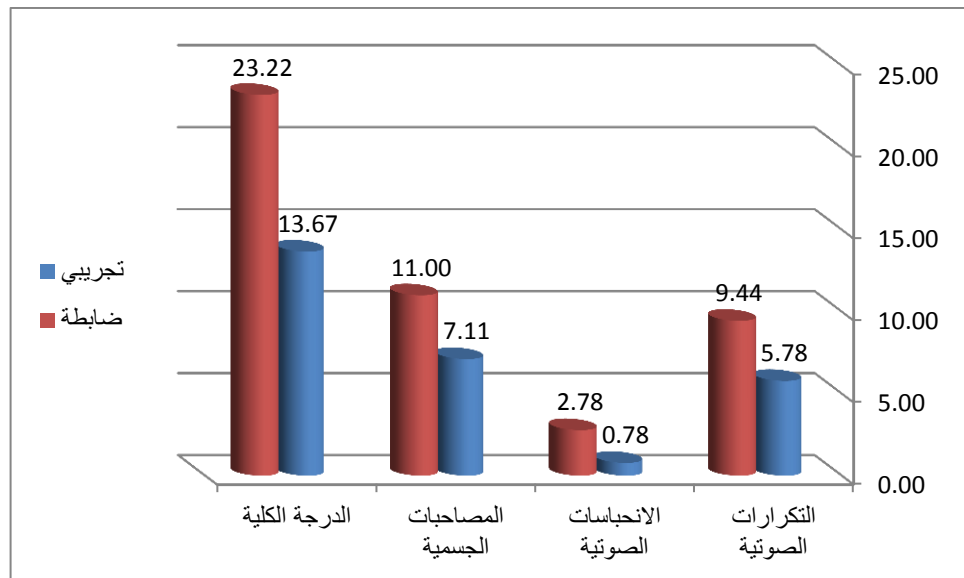
المجموعة	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Sig	القرار
التكرارات الصوتية	تجريبي	9	5.00	45.00	.000	-3.648	دالة
	ضابطة	9	14.00	126.00			
	Total	18					
الانحباسات الصوتية	تجريبي	9	5.17	46.50	1.500	-3.544	دالة
	ضابطة	9	13.83	124.50			
	Total	18					
المصاحبات الجسمية	تجريبي	9	5.00	45.00	.000	-3.647	دالة
	ضابطة	9	14.00	126.00			
	Total	18					
المجموع	تجريبي	9	5.00	45.00	.000	-3.602	دالة
	ضابطة	9	14.00	126.00			
	Total	18					

يتضح من الجدول (20) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بأبعاده الثلاثة (التكرارات الصوتية، الانحباسات الصوتية، و المصاحبات الجسمية)، والدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق برنامج السيكو دراما المستخدم حيث كانت جميع قيم Z دالة عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على عدم تحقق الفرضية الصفرية الثانية من فرضيات الدراسة، ويؤكد فاعلية برنامج السيكو دراما المستخدم، فبالنسبة لبعده التكرارات الصوتية كانت قيمة ($Z = 3.648$) مستوى دلالتها (0.000) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) أما بالنسبة لبعده الانحباسات الصوتية باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة ($Z = 3.544$) مستوى دلالتها (0.000) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05)، أما بالنسبة لبعده المصاحبات الجسمية نجد أن قيمة ($Z = 3.647$) مستوى دلالتها (0.000) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05)، أما بالنسبة لمجموع الدرجات الكلية باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة ($Z = 3.602$) مستوى دلالتها (0.000) وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05)، وبالتالي ترفض الفرضية الصفرية و تقبل الفرضية البديلة التي تنص على: وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق البرنامج المستخدم.

و تتفق هذه النتيجة مع نتائج عدد من الدراسات السابقة كدراسة كل من (حمودة، 1992، والبهاص، 1993، وأميين، 1995، والكحكي، 1997، وعبد ربه، 2000، وسليم، 2004، وBlock, et al, 2005، والنحاس، 2005، وWilliams, et al, 2008، و عبد النبي، 2007، و حسيب، 2007، و الدبوس، 2008، و الرعود، 2008، و العلي، 2010) حيث توصلت نتائج هذه الدراسات إلى وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية و الضابطة على مقياس شدة التأثأة ومجالاته الفرعية (التكرارات، و الوقفات، و المصاحبات الجسمية) لصالح المجموعة التجريبية.

ويمكن تفسير ذلك بأن استراتيجيات السيكو دراما وما صاحبها من تدريبات علاجية تم تدريب الطلاب عليها من خلال مواقف تجسد الحياة الطبيعية التي يمرون بها ولكنها تسبب لهم قلقاً

وتوتراً مثل (الرد على الهاتف، التحدث أمام الزملاء في الصف، الشراء من المتجر، الإجابة عن الأسئلة)، وذلك من خلال تحديد المواقف وفق مبدأ التسلسل الهرمي من أقل المواقف إثارة للقلق و التوتر إلى المواقف الأكثر إثارة، ومن ثم تدريبهم على مواجهة هذه المواقف و عدم تجنبها و التهرب منها ، بهدف تقليل المشاعر السلبية المصاحبة لها كإحباط و الحرج و الخوف و القلق، والاستمرار على تدريبهم على تلك المواقف، حتى تمكنوا من ممارستها دون الشعور بالقلق والخوف بالإضافة إلى استخدام بعض الفنيات العلاجية مثل الاسترخاء و القراءة المتزامنة والعلاج بالمضغ وطريقة التأتأة السهلة....الخ، من خلال استخدام هذه الفنيات في إطار درامي مشوق خالي من التكلفة و يساعد الطلبة على استخدامها في الحياة الواقعية وتعميمها على المواقف الأخرى المشابهة مما يشجعهم على مواجهة مشكلة التأتأة والتعامل معها ببساطة.



الشكل (6) متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأتأة بعد

تطبيق برنامج السيكو دراما

ثالثاً: نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ بين متوسط رتب الدرجات بعد تطبيق البرنامج أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والبعدي المؤجل على مقياس شدة التأتأة.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخراج درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج السيكو دراما، ودرجاتهم بعد شهر من تطبيقه على مقياس شدة التأتأة كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (21) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد شهر من تطبيقه (القياس البعدي المؤجل) على مقياس شدة التأتأة

الدرجة الكلية	المصاحبات الجسمية	الانحباسات الصوتية	التكرارات الصوتية	
13.67	7.11	0.78	5.78	بعدي
12.11	6.44	0.56	5.11	بعدي مؤجل

وللتأكد من دلالة الفروق قامت الباحثة باستخدام اختبار ويلكسون Wilcoxon Test وقد جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الآتي:

الجدول (22): اختبار ويلكسون لدلالة الفروق بين درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأتأة

القرار	مستوى الدلالة	Z	Sum of Ranks مجموع الرتب	Mean Rank متوسط الرتب	العدد N		
غير دالة	.152	-1.449 ^{-a}	21.00	3.50	6 ^a	Negative Ranks	التكرارات الصوتية
			.00	.00	0 ^b	Positive Ranks	
					3 ^c	Ties	
					9	Total	
غير دالة	.157	-1.414 ^{-a}	3.00	1.50	2 ^d	Negative Ranks	الانحباسات الصوتية
			.00	.00	0 ^e	Positive Ranks	
					7 ^f	Ties	
					9	Total	
غير دالة	.141	-1.557 ^{-a}	10.00	2.50	4 ^g	Negative Ranks	المصاحبات الجسمية
			.00	.00	0 ^h	Positive Ranks	
					5 ⁱ	Ties	
					9	Total	
غير دالة	.191	-1.388 ^{-a}	28.00	4.00	7 ^j	Negative Ranks	الدرجة الكلية
			.00	.00	0 ^k	Positive Ranks	
					2 ^l	Ties	
					9	Total	

يتضح من الجدول (22) عدم وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج السيكو دراما، ودرجاتهم بعد شهر من تطبيق البرنامج على مقياس شدة التأثأة بأبعاده كافة (التكرارات الصوتية، الاحتباسات الصوتية، و المصاحبات الجسمية) وكذلك بالنسبة للدرجة الكلية للمقياس حيث كانت جميع قيم Z غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) فبالنسبة لبعده التكرارات الصوتية باستخدام اختبار ويلكسون نجد أن قيمة ($Z = 1.449$) مستوى دلالتها (0.152) وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين التطبيقين. وبالنسبة لبعده الاحتباسات الصوتية باستخدام اختبار ويلكسون نجد أن قيمة ($Z = 1.414$) مستوى دلالتها (0.157) وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين التطبيقين. وأيضاً بالنسبة لبعده المصاحبات الجسمية باستخدام اختبار ويلكسون نجد أن قيمة ($Z = 1.557$) مستوى دلالتها (0.141) وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق بين التطبيقين.

وكذلك الأمر بالنسبة للدرجة الكلية: باستخدام اختبار ويلكسون نجد أن قيمة ($Z = 1.388$) مستوى دلالتها (0.191) وهو أكبر من مستوى الدلالة الافتراضي (0.05) وبالتالي هذا يؤكد صحة الفرضية الصفرية أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب الدرجات بعد تطبيق البرنامج أفراد المجموعة التجريبية في التطبيق البعدي والبعدي المؤجل على مقياس شدة التأثأة.

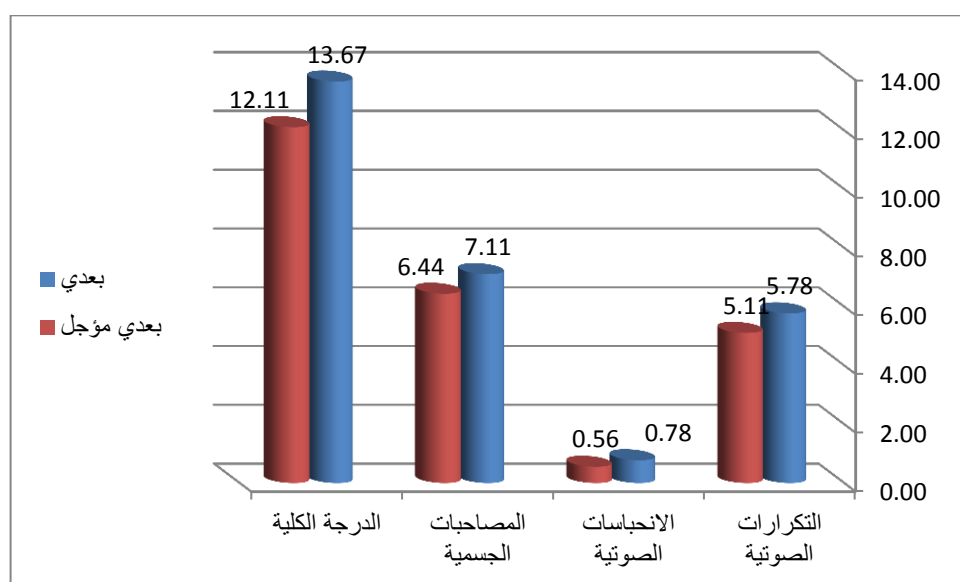
وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج عدد من الدراسات السابقة كدراسة (غازي، 1991، و البهاص، 1993، و الكحكي، 1997، و النحاس، 2005، و Millard,et al, 2008، و العلي، 2010) حيث توصلت نتائج جميع هذه الدراسات إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي و متوسط درجاتهم في القياس البعدي المؤجل على اختبار شدة التأثأة .

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من (سليم، 2004، و Block,et al,2005، و Trunbull,2006,Yaruss,et al,2006، عبد النبي، 2007، والدبوس، 2008، وحمدي،

2008، ودراسة مخلوف، 2010، و خليل، 2013) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات التلاميذ المتأثرين في القياس البعدي والقياس البعدي المؤجل لصالح القياس البعدي المؤجل في بعد المصاحبات الجسمية والدرجة الكلية للمقياس.

كما تختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من (سليم، 2004، و Block,et al,2005، و Yaruss, et al, 2006، و عبد النبي، 2007، والدبوس، 2008، وحمدي، 2008، ومخلوف، 2010) التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والبعدي المؤجل على مقياس شدة التأثأة في بعد التكرارات الصوتية، والاحتباسات الصوتية لصالح القياس البعدي المؤجل.

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى فاعلية البرنامج المستخدم وامتداد أثره كونه يتضمن فنية تمثل الطفل في حياته اليومية وفنيات علاج الطلاقة المتضمنة في أداء الأدوار بحيث تشجع الطفل وتزيد من وعيه بأنه يستطيع أن يتغلب على مشكلته من خلال وسائل علاج الطلاقة التي استخدمت في تكوين مشهد يعكس الحياة الفعلية للطفل ويحاول أن يعممها على مزيد من المواقف التي قد تصادفه في حياته اليومية بالإضافة إلى قلة المدة الزمنية الفاصلة بين التطبيقين الأمر الذي يؤثر على انطفاء عملية التعلم .



الشكل (7) متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وبعد شهر من تطبيقه (القياس البعدي المؤجل) على مقياس شدة التأثأة

رابعاً: نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها:

تنص هذه الفرضية على أنه: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما (في القياس البعدي المؤجل).

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخراج درجات أفراد المجموعة التجريبية، ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي المؤجل) كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (23) الإحصاء الوصفي لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما (القياس البعدي المؤجل)

الدرجة الكلية	المصاحبات الجسمية	الانحباسات الصوتية	التكرارات الصوتية	
12.11	6.44	0.56	5.11	تجريبي
22.89	10.89	2.67	9.33	ضابطة

وللكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق البرنامج (القياس البعدي المؤجل) قامت الباحثة باستخدام اختبار مان ويتني Mann-Whitney للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول (24) نتائج اختبار مان ويتني لدلالة الفروق بين المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في التطبيق البعدي المؤجل

المجموعة	N	Mean Rank	Sum of Ranks	Mann-Whitney U	Z	Sig	القرار
تجريبي	9	5.00	45.00	.000	-3.662	.000	دالة
ضابطة	9	14.00	126.00				
Total	18						
تجريبي	9	5.22	47.00	2.000	-3.499	.000	دالة
ضابطة	9	13.78	124.00				
Total	18						
تجريبي	9	5.00	45.00	.000	-3.705	.000	دالة

				126.00	14.00	9	ضابطة	الجسمية
						18	Total	
دالة	.000	-3.629-	.000	45.00	5.00	9	تجريبي	المجموع
				126.00	14.00	9	ضابطة	
						18	Total	

يتضح من الجدول (24) وجود فروق دالة إحصائية بين درجات أفراد المجموعة التجريبية، ودرجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بأبعاده الثلاثة (التكرارات الصوتية، الاحتماسات الصوتية، و المصاحبات الجسمية)، و الدرجة الكلية للمقياس بعد تطبيق البرنامج (المقياس البعدي المؤجل)، لصالح أفراد المجموعة التجريبية، فقد كانت قيم Z كافة دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على عدم تحقق الفرضية الرابعة من فرضيات الدراسة ، وهذا مما يؤكد فاعلية البرنامج المقترح ، و بالتالي ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة التي تنص على أنه: توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق البرنامج العلاجي في المقياس البعدي المؤجل وهو لصالح المجموعة التجريبية بالنسبة لبعدي التكرارات الصوتية: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 3.662$ مستوى دلالتها 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا ينفي صحة الفرضية الصفرية أي توجد فروق بين المجموعتين وهو لصالح المجموعة الضابطة. وهو يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم.

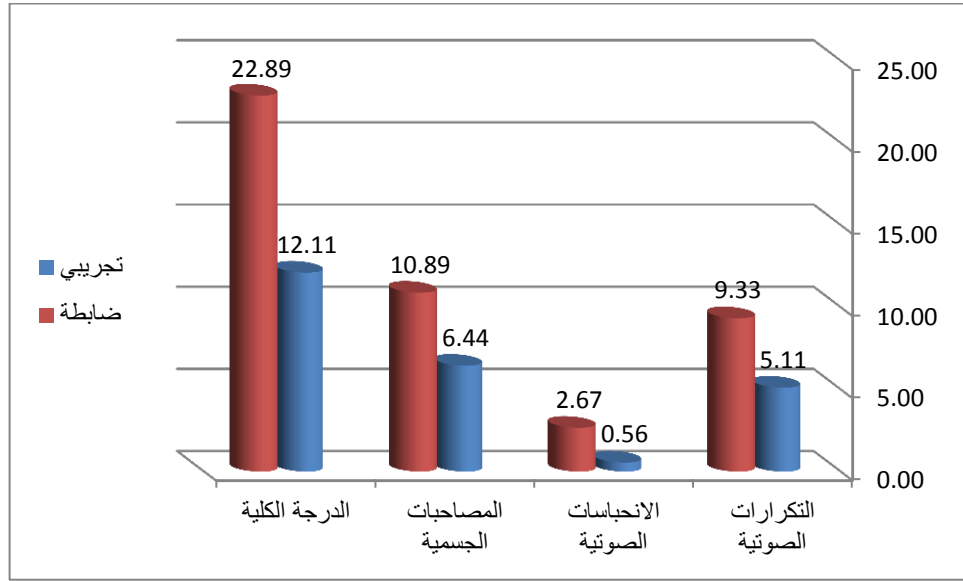
الانحساسات الصوتية: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 3.544$ مستوى دلالتها 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا ينفي صحة الفرضية الصفرية أي توجد فروق بين المجموعتين وهو لصالح المجموعة الضابطة. وهو يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم.

المصاحبات الجسمية: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 3.647$ مستوى دلالتها 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا ينفي صحة الفرضية الصفرية أي توجد فروق بين المجموعتين وهو لصالح المجموعة الضابطة. وهو يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم.

المجموع: باستخدام اختبار Mann-Whitney نجد أن قيمة $Z = 3.629$ مستوى دلالتها 0.000 وهو أصغر من مستوى الدلالة الافتراضي 0.05 وبالتالي هذا ينفي صحة الفرضية الصفرية أي توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق البرنامج العلاجي في القياس البعدي المؤجل وهو لصالح المجموعة الضابطة وهو يؤكد فاعلية البرنامج المستخدم. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج الدراسات السابقة كدراسة (سليم، 2004، وحسيب، 2007، و خليل، 2013) الذين توصلوا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياسين البعدي و البعدي المؤجل على مقياس شدة التأثأة لصالح المجموعة التجريبية، كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع نتلج دراسة كل من (Millard,et al, Yaruss,et al 2006، Block,et al,2005) (2008)، حيث أشارت نتائج جميع هذه الدراسات إلى أن الأطفال المتأثئين قد حققوا تحسناً في الطلاقة بعد انتهاء مدة المتابعة.

وترجع الباحثة هذه النتيجة التي أشارت إلى استمرار فاعلية البرنامج في خفض شدة التأثأة لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي المؤجل قياساً بأفراد المجموعة الضابطة إلى خضوع أفراد المجموعة التجريبية لبرنامج السيكو دراما بما تضمنه من استخدام مجموعة من الفنيات (لعب الدور ، التخيل و التمثيل.....) ويتفق هذا مع ما توصلت إليه دراسة (Melissa&Thomas,1996) التي أشارت إلى انخفاض شدة التأثأة باستخدام فنية النمذجة كأسلوب علاجي للتأثأة، كما أشارت إلى تعميم هذا الانخفاض داخل المدرسة وخارجها.

كما ترجع الباحثة هذه النتيجة إلى إتقان أفراد المجموعة التجريبية للأساليب والاستراتيجيات العلاجية، التي تضمنها برنامج السيكو دراما



الشكل (8) متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأثأة بعد تطبيق برنامج السيكو دراما (القياس البعدي المؤجل)

ثالثاً: التوصيات والمقترحات:

- 1- تشجيع ثقافة التدخل المبكر في اكتشاف الاضطرابات اللغوية فالتدخل المبكر يعتبر أهم خطوة في مجال نجاح العلاج.
- 2- عدم مقاطعة الوالدين لولدهم عندما يتكلم والضغط عليه بالاستعجال والابتعاد عن توجيه أسئلة تحتاج إجابات طويلة ومعقدة.
- 3- ضرورة استماع الوالدين لولدهم بهدوء واسترخاء ومنحه الوقت الكافي ليتكلم ويعبر عما يريد مع التركيز على الحديث وليس على الطريقة التي يتحدث بها.
- 4- تعريض الطفل لمؤثرات صوتية من الصغر والتأكد من أن الطفل يستجيب.
- 5- ضرورة مشاركة الوالدين لطفلهم بالحديث من خلال مناقشة ما صنعه اليوم أو أن يروي قصة أو يقرأ قراءة جهرية.
- 6- عدم جرح مشاعر الطفل وتوبيخه أمام الآخرين لأن من شأن ذلك أن يقلل من ثقته بنفسه ويجعله قلقاً منطوياً على ذاته ويقلل من تقديره لذاته.

7- استخدام البرامج الإرشادية، والعلاج الجماعي في العيادات النفسية، والمدارس، والمراكز ذات الصلة.

8- إشراك الطلاب (المشككين) في الأنشطة اللامنهجية لخفض حساسيتهم، وتوظيف طاقاتهم، واستثمارها بما يعود عليهم بالنفع والفائدة.

9- عقد ندوات، ومحاضرات للمعلمين والمرشدين والآباء، وجميع العاملين في الحقل النفسي التربوي حول استخدام برامج علاجية لخفض المشكلات النفسية الناتجة عن (التأثأة)

10- عدم تشجيع اللغة الطفولية عند الطفولة من خلال التقليد وإنما تصحيح هذه اللغة بالعطف واللين وبتواتر ثابت.

11- العمل على إدخال مادة للقراءة العلاجية للأطفال ذوي الاضطرابات النطقية في مناهج التعليم وإعداد الكوادر مهنيًا وأكاديميًا للتعامل مع الأطفال ذوي الاضطرابات النطقية.

رابعاً: بحوث مقترحة:

1- إجراء مزيد من الدراسات المماثلة حول فنية السيكو دراما في علاج الاضطرابات النطقية الأخرى والتوسع بها لتشمل بقية مراحل النمو.

2- دراسة أثر الكشف المبكر للتأثأة في خفض الحساسية للنقد.

3- دراسة العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته باضطراب التأثأة.

4- فاعلية برنامج إرشادي باللعب في تخفيف شدة اضطراب التأثأة.

ملخص الدراسة باللغة العربية

❖ عنوان الدراسة:

فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة (دراسة تجريبية على عينة من الاطفال المتأثئين من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حلب).

❖ مشكلة الدراسة:

يؤكد علماء النفس والتربية على أهمية مرحلة الطفولة وأهمية الوفاء بمتطلباتها كي ينمو الطفل نمواً سليماً بعيداً عن معوقات المرحلة والاضطرابات النفسية الناتجة عنها.

فالطفل الذي يعاني من التأثأة كثيراً ما يعاني من المشكلات النفسية الناتجة عن شعوره بالنقص والدونية فيتولد لديه حساسية زائدة لنقد الآخرين له، فتضعف ثقته بنفسه ويتولد لديه إحساس سلبي تجاه ذاته وبالتالي فإن ذلك يدفعه إلى الانسحاب والخجل، والانطواء والإحباط.

وبما أن لمشكلة التأثأة جوانب معقدة فإنه يصعب الآخذ بسبب واحد لحدوث التأثأة لذلك فإن الدراسة الحالية تركز على الناحية النفسية في حدوث وعلاج التأثأة، ولما كان هذا الاضطراب يتكون في مرحلة الطفولة ويتطور بشكل سريع ويبدأ في التبلور مع تقدم نمو الطفل من هنا رأت الباحثة ضرورة لإعداد برنامج يستهدف هذه الفئة.

وبالدراسة النظرية للأبحاث التي تناولت علاج التأثأة باستخدام استراتيجية السيكو دراما في الجمهورية العربية السورية لم تجد الباحثة أبحاثاً تناولت هذه الاستراتيجية العلاجية في علاج التأثأة وذلك على حد علم الباحثة وهذا يشكل أحد الأسباب الدافعة أيضاً للبحث في هذا المجال . ومن هنا تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في أنها تتناول ظاهرة التأثأة لدى الأطفال كاضطراب يمكن تحسينه من خلال الاستفادة من بعض الاستراتيجيات العلاجية النفسية كما تظهر في السيكو دراما وما تتضمنه من فنيات كلعب الدور والتخيل والنمذجة الخ من فنيات تحتويها هذه الاستراتيجية والتي يمكن الاستفادة منها لدى عينة الدراسة.

وتتلخص مشكلة الدراسة بالتساؤل الآتي:

ما فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأتأة لدى عينة الأطفال المتأثرين من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حلب؟

❖ أهمية الدراسة:

تتطوي الدراسة على نوعين من الأهمية نظرية وتطبيقية.

1- الأهمية النظرية:

1. تناولها لمشكلة التأتأة كأحد اضطرابات النطق الأكثر شيوعاً والتي تصيب الأطفال في أهم وسائل الاتصال المؤثرة على عملية التواصل مع الآخرين وأثرها السلبي على مختلف جوانب شخصيتهم.

2. كما ترجع أهمية الدراسة إلى الاهتمام بمرحلة الطفولة كمرحلة مهمة في حياة الإنسان حيث أن التأتأة تجعل الطفل محكوماً بالخوف من كيفية استجابة الآخرين له، مما يترك أثره على إدراك الطفل لنفسه بصورة سلبية لذلك يكون من الأفضل مساعدة الطفل بالتدخل المبكر ما أمكن قبل ظهور التعقيدات، حيث أن مشكلة التأتأة تزداد تعقيداً كلما تقدم الطفل في العمر، كما أن هذه المرحلة النمائية من حياة الطفل والمتمثلة بمرحلة الطفولة، تعد بمثابة تمهيد لمرحلة أخرى أكثر تعقيداً فيجب إعداد الطفل لها.

3. انعدام الأبحاث في الجمهورية العربية السورية التي تناولت الأسلوب العلاجي المنطوي في هذا البحث في علاج مشكلة التأتأة وذلك على حد علم الباحثة.

2- الأهمية التطبيقية:

1- الاستفادة من النظريات والمفاهيم العلمية في بناء برنامج يتضمن استراتيجية علاجية تكون أقرب إلى الطفل وتساعد الطفل على التخلص من التأتأة قدر المستطاع بشكل يساعده على التواصل والتفاعل مع الآخرين وصولاً به إلى مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية.

2- كما أنه محاولة للتعرف على مدى تأثير الاستراتيجيات النفسية العلاجية التي يمكن أن تساهم في تحسين نطق الطفل ومواجهة الآثار السلبية المترتبة على مشكلة التأثأة.

3- التقدم من خلال نتائج البحث بالتوصيات والمقترحات اللازمة لتوجيه الوالدين والمعلمين والمختصين في وضع الخطط والخدمات التربوية والنفسية التي تساعد في علاج وإرشاد الأطفال المتأثئين.

❖ أهداف الدراسة:

1- تهدف الدراسة الحالية إلى تصميم برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما لخفض شدة التأثأة عند الأطفال المتأثئين.

2- وتهدف الدراسة الحالية إلى التحقق من قدرة برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى عينة من الأطفال المتأثئين (عينة الدراسة).

3 - التحقق من استمرارية فاعلية البرنامج المعد في خفض شدة التأثأة بعد التوقف عن التطبيق (القياس التتبعي) وتقديم بعض التوصيات والمقترحات للتلاميذ والأهل والمعلمين في ضوء نتائج الدراسة.

❖ فرضيات الدراسة:

يتفرع عن السؤال الرئيسي لمشكلة الدراسة ما مدى فاعلية برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة لدى عينة من الاطفال المتأثئين من الحلقة الأولى من التعليم الأساسي في مدينة حلب؟

الفرضيات الآتية :

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على مقياس شدة التأثأة (القياس البعدي المباشر) تعزى للبرنامج العلاجي.

2 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأثأة تعزى للبرنامج العلاجي .

3 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج في التطبيق البعدي والبعدي المؤجل على مقياس شدة التأثأة

4- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأثأة في القياس البعدي المؤجل تعزى للبرنامج العلاجي.

❖ منهج الدراسة:

تم استخدام المنهج التجريبي نظراً لطبيعة الدراسة التي تسعى للكشف عن فاعلية برنامج يعتمد على استراتيجية السيكو دراما في خفض شدة التأثأة، وقد استخدمت الباحثة التصميم التجريبي من خلال تطبيق أدوات القياس قبلياً على مجموعتي الدراسة (التجريبية والضابطة)، ثم تطبيق البرنامج المقترح على المجموعة التجريبية فقط، ومن ثم تطبيق أدوات القياس بعدياً على كلتا المجموعتين.

❖ مجتمع الدراسة الأصلي وعينتها:

اشتمل مجتمع الدراسة على جميع التلاميذ المسجلين في مدراس الحلقة الأولى التابعة لمديرية تربية محافظة حلب للعام الدراسي (2018-2019) والبالغ عددهم (160882) تلميذاً وتلميذة منهم (80006) ذكور، و (80876) من الإناث.

❖ عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (18) تلميذاً وتلميذة، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين متساويتين (تجريبية وضابطة) اشتملت كل منهما على (9) تلميذاً وتلميذة تتراوح أعمارهم ما بين (8-10) سنوات.

❖ متغيرات الدراسة وضبطها:

حددت الباحثة متغيرات الدراسة بالآتي:

أ- المتغير المستقل (Independent Variable): البرنامج القائم على استراتيجية السيكو دراما المصمم من قبل الباحثة.

ب- المتغير التابع (Dependent Variables): شدة التأثأة.

❖ أدوات الدراسة:

استخدمت الدراسة الأدوات الآتية:

1- قائمة رصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأثأة لدى التلاميذ الموجه للمعلم إعداد الباحثة.

2- اختبار رافن Raven للمصفوفات المتتابعة (1998) إعداد رحمة (2004).

3- أداة قياس شدة التأثأة للأطفال لرايلي (1994)

Stuttering Severity Instrument for children (ssi)

4- البرنامج المستند إلى استراتيجية السيكو دراما \ إعداد الباحثة.

نتائج الدراسة:

توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ودرجاتهم بعد تطبيق البرنامج على مقياس شدة التأثأة (القياس البعدي المباشر) تعزى للبرنامج العلاجي.

2 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($a=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج العلاجي على مقياس شدة التأثأة تعزى للبرنامج العلاج لصالح المجموعة التجريبية .

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج في التطبيق البعدي والبعدي المؤجل على مقياس شدة التأتأة لصالح القياس البعدي المؤجل.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس شدة التأتأة في القياس البعدي المؤجل تعزى للبرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية.

❖ المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار، الدخيل، عبد العزيز عبد الله، وإبراهيم رضوى (1993). *العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته*، مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- أبو حذيفة، زينب محمد إبراهيم (2008). *فاعلية بعض فنيات العلاج بالسيكو دراما في تعديل صورة الذات للفتيات المفضلات الإقامة في المؤسسات الإيوائية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- أبو حرب، محمد خير (1985). *المعجم المدرسي*، ط1، منشورات وزارة التربية، دمشق.
- أبو زيد، إبراهيم أحمد محمد (2005). *فعالية السيكو دراما في تنمية السلوك الإيجابي لدى الأطفال*، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة بني سويف، القاهرة.
- أبو سعيد، هيثم جادو (2003). *اللجنة والتعلم عند الأطفال*، عالم المعرفة، العدد 46، الرياض: مكتبة الملك فهد.
- أبو فخر، غسان (2005). *التربية الخاصة بالطفل، كلية التربية*، منشورات جامعة دمشق.
- أبو فخر، غسان، زحلق، مها، المللي، سهاد (2006). *علم نفس ذوي الحاجات الخاصة*، ط2، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- أحرشواو، الغالي (1993). *الطفل واللغة*، ط1، المركز الثقافي العربي، بيروت - الدار البيضاء، المغرب.
- أحمد بدرية، فؤاد (1985). *كتاب اليوم الطبي*، أسرار الصمم وعيوب الكلام، العدد 37.
- أحمد، بدرية كمال (1985). *ظاهرة اللجاجة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، كلية البنات، مصر.
- أسعد، ميخائيل (1986). *علم الاضطرابات السلوكية*، ط1، مؤسسة النوري للطباعة، دمشق.
- الآغا، ماهر محمد محمود (2010). *فاعلية التدريب على الاسترخاء الكلامي والقراءة المتزامنة في علاج حالات التأخر دراسة شبه تجريبية لدى تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في محافظة مدينة دمشق*، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق.

- أمين، سهير .(2001). *اللججة: المفهوم- الأساليب- العلاج*، ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- أمين، سهير محمود .(1995). *دراسة لمدى فاعلية أسلوب التظليل واللعب غير الموجه في علاج حالات اللججة لدى أطفال المرحلة الابتدائية*، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس، مصر.
- باي، حورية .(2002). *علاج اضطراب اللغة المنطوقة والمكتوبة عند أطفال المدارس العادية*، دبي: دار القلم.
- الببلاوي، إيهاب عبد العزيز .(2001). *اضطرابات النطق*، دليل أخصائي للتخاطب والمعلمين والوالدين، مكتبة الراشد، الرياض.
- بنتلي، اريك (1982). *الحياة في الدراما*، ت. جبرا إبراهيم جبرا، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت.
- بدوي، أحمد زكي.(1980). *معجم مصطلحات التربية والتعليم*، دار الفكر العربي للطباعة، القاهرة.
- البهاص، سيد أحمد .(1993). *فعالية أسلوب السيكودراما والقراءة المتزامنة في علاج حالات التلعثم*، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة طنطا، مصر.
- بيرس، ماريا، ولاندو، جنيفيف .(1997). *اللعب ونمو الطفل*، ت. عبد الرحمن سليمان وشيخة يوسف، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- التايه، أحمد إبراهيم علي .(2002). *أنماط الشخصية للأطفال ذوي التأخر والأطفال ذوي الكلام الطبيعي ضمن المرحلة العمرية من 8-12 في مدينة عمان*، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات التربوية، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- جابر، عبد الحميد جابر، كفاي، علاء الدين .(1989). *معجم علم النفس والطب النفسي*، ج2، القاهرة: دار النهضة العربية.
- جرجس، ملاك .(2006). *اللججة واضطرابات الكلام*، سلسلة مشاكل الصحة النفسية للأطفال وعلاجها، الرياض: دار اللواء.

- الجمعية الخليجية للإعاقة. (2008). الإعاقة والخدمات ذات العلاقة. العلاج النفسي التخابطي لصور التلعثم لدى ذوي صعوبات التعلم، إعداد المركز الدولي للاستشارات والتخابط والتدريب، دبي.
- الجوزي، جمال الدين أبو الفرج بن عبد الرحمن بن علي بن محمد. (1993). البر والصلة، ط1، بيروت: مؤسسة الكتب الثقافية.
- حسن، غانا ياسين. (2000). دراسة لبعض سمات شخصية أم الطفل المتلجلج، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، القاهرة، مصر.
- حسيب، حسيب محمد. (2007). فاعلية برنامج إرشادي لتنمية الثقة بالنفس وخفض اضطراب اللججة في الكلام لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية. المؤتمر العلمي الأول لقسم الصحة النفسية "التربية الخاصة بين الواقع والمأمول" في الفترة من 15 - 16 يوليو.
- الحفني، عبد المنعم. (1994). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة.
- حمدي، أمل عبد اللطيف. (2008). مدى فاعلية برنامج إرشادي للوالدين للتخفيف من حدة التأثأة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- حمزة، مختار. (1956). سيكولوجيا ذوي العاهات، القاهرة: دار المعارف،.
- حمودة، صفاء غازي أحمد. (1992): فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكو دراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللججة. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة عين شمس، مصر.
- حمودة، عبد الرحمن محمود. (1991). الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، المطبعة الفنية، القاهرة، مصر.
- الخطيب، جمال، والحديدي، منى. (1997). المدخل إلى التربية الخاصة، الكويت: مكتبة الفلاح.
- خليل، عفراء. (2000). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين في الكلام، رسالة ماجستير غير منشورة. معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة القاهرة، مصر.

- خليل، عفراء. (2011). العلاقة بين التأثأة والقلق - بحث ميداني على عينة من تلاميذ الصف الرابع الابتدائي في مدارس التعليم الأساسي بمحافظة دمشق، المجلد 27، مجلة جامعة دمشق، دمشق.
- خليل، عفراء. (2016). فاعلية برنامج لتخفيف شدة التأثأة لدى تلاميذ التعليم الأساسي (الحلقة الأولى) - دراسة تجريبية في محافظة دمشق، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد الرابع عشر، العدد الأول، ص 63.
- الخمايسة، زيدان عبد الصمد. (2003). مقياس شدة التلعثم، مدينة الحسين الطبية، عمان.
- خويلات، محمود محمد عطا الله. (2004). التكيف النفسي لدى تلاميذ المرحلة الأساسية الذين يعانون من التأثأة من وجهة نظر معلمهم.
- الدبوس، رنا سحيم فهد. (2004). التلعثم وعلاقته بالتحصيل الدراسي ومفهوم الذات، دراسة مقارنة للفروق بين الجنسين في مرحلة الطفولة المتأخرة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.
- الدبوس، رنا سحيم فهد. (2008). فاعلية برنامج علاجي سلوكي للتخفيف من شدة التأثأة لدى الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة من (9-12) سنة، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- الدسوقي، كمال. (1990). نخيرة علوم النفس، المجلد الثاني، مؤسسة الأهرام، القاهرة، مصر.
- الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل. (2001). إصدار دول مجلس التعاون لدول الخليج العربي.
- رايبير، فان. (1960). مساعدة الطفل على إجابة الكلام، ط1، ترجمة: صلاح الدين لطفي، عبد العزيز القوصي، مؤسسة فرانكلين، القاهرة، مصر.
- رجب، محمود. (1994). فلسفة المرأة، القاهرة، مصر: دار المعارف.
- رشاد، أحمد محمد. (1993). استخدام برامج متنوعة لعلاج تلعثم المراهقين، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، القاهرة، مصر.

- الرعود، عبد الله عبد المطلب. (2008). *فعالية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين في الأردن*، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الدراسات التربوية العليا. جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.
- الرعود، عبد الله عبد المطلب. وعواد، أحمد. (2008). *فعالية برنامج تدريبي لخفض مستوى اللجاجة وتشكيل الطلاقة اللفظية لدى الأفراد الراشدين في الأردن*. المجلة المصرية للعلوم الإنسانية. المجلد الثالث. كلية الآداب. جامعة المنيا، ص 135.
- الرواجة، عايدة. (2000). *موسوعة العناية بالطفل وتربية الأبناء*، ط1، دار أسامة، عمان.
- الروسان، فاروق. (2000). *مقدمة في الاضطرابات اللغوية*، ط1، دار الزهراء، الرياض.
- روستين، لين، كوك، فرانسين، وبفرتيرل، ويللي وكلمن. (2004). *كيف يمكن التغلب على التلعثم لدى الأطفال وطلبة المدارس (Stammering)*، ترجمة: خالد العامري. القاهرة، مصر: دار الفاروق.
- ريد، هيربرت. (1998). *معنى الفن*، ت. سامي خشبة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، مصر.
- الريماوي، محمد عودة. (1994). *سيكولوجية الفروق الفردية والجمعية في الحياة النفسية*، ط1، عمان، الأردن: دار الشروق.
- الزراد، فيصل محمد خير. (1984). *علاج الأمراض النفسية والاضطرابات السلوكية*، ط1، بيروت: دار العلم للملايين.
- الزراد، فيصل محمد خير. (1990). *اللغة واضطرابات النطق والكلام*، الرياض: دار المريخ.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (1993). *فعالية التدريب على الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأة*، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
- الزريقات، إبراهيم عبد الله فرج. (2005). *اضطراب الكلام واللغة*، ط1، دار الفكر، عمان.
- الزغلول، عماد عبد الرحيم. (2006). *الاضطرابات الانفعالية والسلوكية لدى الأطفال*، القاهرة، مصر: دار الشروق.
- زهران، حامد. (1985). *علم نفس النمو (الطفولة والمراهقة)*، الطبعة الأولى، القاهرة، مصر: دار الكتب.

- زهران، حامد .(1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة، مصر .
- زهران، حامد .(2000). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم الكتب.
- سالم، إيناس عبد الفتاح .(1999). استراتيجيات التشخيص والعلاج النفسي الكلامي، محاضرات غير منشورة، الدورة التدريبية التأهيلية في اضطرابات التخاطب والنطق والكلام، من 1999-2\20 حتى 1999\3\25، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، مصر .
- ستانيسلافسكي، كونستانتين .(1997). إعداد الممثل في المعاناة الإبداعية، ت. شريف شاكر.
- السرطاوي، عبد العزيز، أبو جودة، وائل موسى .(2000). اضطرابات اللغة والكلام، الرياض: مكتبة الملك فهد.
- سعد، صالح .(2001). الأنا الآخر - ازدواجية الفن التمثيلي، مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- سليد، بيتر .(1997). دراما الطفل، ت. كمال زاخر لطيف، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.
- سليم، عبد العزيز إبراهيم أحمد .(2004). مدى فاعلية برنامج علاجي تكاملي متعدد الأبعاد في علاج بعض حالات اللجاجة لدى عينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية، مصر.
- سليمان، عبد الرحمن سيد .(1999). بحوث ودراسات في العلاج النفسي، القاهرة، مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- السيد، فؤاد البهي .(1988). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
- الشحيمي، محمد أيوب .(1994). مشاكل الأطفال ... كيف نفهمها؟ المشكلات والانحرافات الطفولية وسبل علاجها، بيروت: دار الفكر اللبناني.
- الشخص، عبد العزيز .(2006). اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها - تشخيصها - أنواعها - علاجها)، الطبعة الثانية، الرياض، السعودية: شركة الصفحات الذهبية للطباعة والنشر.

- الشخص، عبد العزيز السيد .(1997). اضطرابات النطق والكلام، ط1، الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية.
- الشربيني، زكريا .(2001). المشكلات النفسية عند الأطفال، القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
- الشريم، نورة عبد الله إبراهيم .(2003). فاعلية برنامج نفسي معرفي سلوكي في علاج اللجاجة لدى الأطفال بالمرحلة الابتدائية بمدينة الرياض، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الرياض.
- شقير، زينب محمود .(2002). اضطراب اللغة والتواصل، القاهرة، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
- شلباية، عبد الباسط فوزي .(2007). دراسة مسحية لمدى شيوع السلوكيات المصاحبة للتأثتة لدى أطفال المرحلة الأساسية في عمان. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية الدراسات التربوية العليا. جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان.
- صبحي، سيد .(1998). طفل حائر، القاهرة، مصر: دار الكتب.
- الصمادي، جميل، والقريوتي، والسرطاوي، عبد العزيز .(1995). المدخل إلى التربية الخاصة، ط1، دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.
- طه، فرج عبد القادر وآخرون .(1993): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، الكويت: دار سعاد الصباح.
- العاسمي، رياض نايل .(2008). برامج الإرشاد النفسي، منشورات جامعة دمشق، دمشق.
- عباس، جيهان غالب .(1998). دراسة لبعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلعثم في الكلام عند الأطفال، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- عبد الحميد، شاكر .(2001). التفضيل الجمالي- دراسة في سيكولوجية التذوق الفني، مجلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

- عبد الفتاح، إيناس أحمد (1988). دراسة اضطرابات النطق والكلام، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، مصر.
- عبد الفتاح، خالد رمضان (2008). فعالية برنامج تدريبي بنظمي الدمج والعزل في تعديل اضطرابات النطق وأثره على تحسين السلوك التوافقي لدى الأطفال المعاقين عقلياً، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة بني سويف، مصر.
- عبد القادر، حسين (1974). الفصل بحث في العلاقة بالموضوع كما ظهر في السيكو دراما، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر.
- عبد الله، عبد الرحيم صالح (1992). تطور اللغة عند الطفل وتطبيقاته اللغوية، ط1، عمان: دار النفائس.
- عبد الله، محمد قاسم (2001). مدخل إلى الصحة النفسية، ط1، عمان: دار الفكر.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2001). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، ط1، القاهرة، مصر: دار قباء للنشر والتوزيع.
- عبد المعطي، حسن مصطفى (2001). علم النفس الإكلينيكي، القاهرة، مصر: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد النبي، هند إسماعيل إمبابي (2007). برنامج إرشادي لتنمية مفهوم الذات وعلاقته بالاضطرابات السلوكية لدى الأطفال المتعلمين، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، مصر.
- عبد ربه، صفوت أحمد (2000). فاعلية العلاج السلوكي متعدد المحاور والقراءة المتزامنة في علاج اللججة وبعض الاضطرابات النفسية المصاحبة، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، مصر.
- العبيدي، ناديا (1999). دراسة مقارنة للعلاقة بين اللججة والانطوائية لدى الأطفال في محافظة حولي. مؤتمر الخدمة النفسية والتنمية، الكويت.
- عرفة، محمد (2004). أمراض التخاطب وطرق علاجها، ورقة عمل مقدمة في دورة التخاطب المنعقدة في الفترة ما بين 29/5/2004 و 1/6/2004، في مركز الإرشاد في جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

- العزالي، سعيد كمال عبد الحميد .(2011). اضطرابات الكلام واللغة التشخيص والعلاج، دار المسيرة، عمان.
- العزة، سعيد حسني .(2001). الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة، ط1، عمان: الدار العلمية الدولية ودار الثقافة للنشر.
- العسال، موران .(1990). التلعثم، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الطب، جامعة عين شمس، مصر.
- عطية، عبد الرحيم .(1988). برامج في تعديل السلوك، منشورات مديرية الصحة المدرسية، عمان.
- العظماوي، إبراهيم كاظم .(1998). معالم من سيكولوجية الطفولة والفتوة والشباب، وزارة الثقافة والإعلام، بغداد.
- العلي، مازن أحمد .(2010). فاعلية برنامج تدريبي تكاملي لخفض بعض المظاهر الأولية للتأثرة المتوسطة دراسة تجريبية في مدارس التعليم الأساسي (الحلقة الأولى) في محافظة حلب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق، سورية.
- علي، محمد النوبي محمد .(2004). فعالية السيكو دراما في خفض حدة اضطراب الانتباه المصحوب بالنشاط الحركي الزائد وأثره في التوافق النفسي لدى الأطفال ذوي الإعاقة السمعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية جامعة الزقازي، مصر.
- العيسوي، عبد الرحمن .(1990). مشكلات الطفولة والمراهقة أسسها الفسيولوجية والنفسية، بيروت: دار العلوم العربية.
- غانم، فداء .(2002). تقويم النطق واللغة ومجالاته، رسالة المعلم، العدد 41، ملف2، وزارة التربية والتعليم، عمان.
- فارح، شحادة، وحمدان، جهاد، وعمايرة، موسى، والعناني، محمد (2000). مقدمة في اللغويات المعاصرة، عمان: دار وائل للنشر.
- فهمي، مصطفى .(1975). أمراض الكلام، ط3، القاهرة، مصر: مكتبة مصر.
- قاسم، أنسي .(2002). اللغة والتواصل لدى الطفل، مركز الإسكندرية للكتاب، القاهرة، مصر.

- قطبي، محمد ناصر وآخرون. (1992). مقارنة بين المتلجلجين وغير المتلجلجين في الذكاء - مفهوم الذات والقلق والاكتئاب، دراسات نفسية، المجلد الثاني، الجزء الثاني، ص 337 - 349، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت.
- القوصي، عبد العزيز. (1962). أسس الصحة النفسية، ط6، القاهرة، مصر: مكتبة النهضة العربية.
- كاشف، إيمان فؤاد. (2010). مشكلات الكلام واللجنة، دار الكتاب الحديث، القاهرة، مصر.
- الكحكي، سحر عبد الحميد (1997): تقييم برنامج تكاملي لعلاج التلعثم لدى عينة من الأطفال المعوقين - (دراسة إكلينيكية مقارنة)، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- كرم الدين، ليلي. (1993). اللغة عند الطفل، القاهرة، مصر: مكتب أولاد عثمان للكمبيوتر وطباعة الأوفست.
- كسناوي، غادة محمود محمد. (2007): فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة تلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- ليناس، رندي. (2010). خيارات التواصل في تعليم الصم، ترجمة سمير دبابة، الأردن: مركز السلط للمصادر والتدريب.
- مخلوف، ميس علي. (2010). فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأثرة الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأثرين دراسة ميدانية في مراكز التربية الخاصة في مدينة دمشق للمرحلة العمرية (6-8) سنوات، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة دمشق، سورية.
- مراد، يوسف. (1962). ارتقاء اللغة عند الطفل من الميلاد وحتى السادسة، مصر: دار المعارف.
- مريم، رجاء. (2006). فاعلية برنامج تدريبي لتنمية مهارات إدارة الضغوط النفسية المهنية لدى العاملات في مهنة التمريض، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، سورية.
- المشاقبة، فارس موسى مطلب. (1987). في اضطراب النطق عند الأطفال العرب، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت.

- المصري، جهاد أحمد. (2011). أثر برنامج تدريبي مستند إلى التغذية السمعية الراجعة المتأخرة ومشاركة الأهل في خفض شدة التلعثم لدى الأطفال، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الملك عبد العزيز، السعودية.
- مصطفى، إبراهيم، والزيات، أحمد حسن، وعبد القادر، حامد، والنجار، محمد علي. (1960). المعجم الوسيط، ج 1، مجمع اللغة العربية.
- معايير DSM-IV الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية، ت: أنور الحمادي.
- معلوف، لويس. (1927). المنجد في اللغة، المطبعة الكاثوليكية، بيروت.
- مقبل، منال علي محمد. (1995). دراسة لبعض خصائص الشخصية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب اللججة في الكلام، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.
- الملا، شيخة محمد سعيد. (2008). برنامج سيكو دراما لخفض اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة الأطفال الروضة بدولة الإمارات العربية المتحدة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية رياض الأطفال، جامعة القاهرة، مصر.
- ملحم، سامي محمد. (2002). صعوبات التعلم، ط 1، عمان: دار المسيرة.
- موستاكس، كلارك. (1997). علاج الأطفال باللعب. ت. عبد الرحمن سليمان، القاهرة، مصر: مكتبة زهراء الشرق.
- النحاس، محمد محمود. (2005). مدى فاعلية برنامج إرشادي في علاج صور التلعثم لدى الأطفال في المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر.
- هندية، محمد سعيد سلامة. (1997). دراسة مفهوم الذات لدى الأطفال المتلعثمين العاديين من الجنسين في مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.
- هيلتون، جوليان. (1994). نظرية العرض المسرحي. ت. نهاد صليحة، القاهرة، مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

- وزارة التربية .(2004). *النظام الداخلي لمدارس مرحلة التعليم الأساسي*. الإدارة المركزية. دمشق: سورية.
- الوقفي، راضي .(2000). *أساسيات التربية الخاصة، كلية الأميرة ثروت، عمان*.
- ويلسون، جيلين .(2000). *سيكولوجية فنون الأداء*. ت. شاكر عبد الحميد. مجلة عالم المعرفة.
- يحيى، محمد لطفي محمد .(2003). *استخدام السيكودراما في تخفيف الفوبيا الاجتماعية لدى أطفال مرحلة الطفولة المتأخرة، رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية جامعة عين شمس*.
- يوسف، عصام نمر .(2007). *الإعاقة السمعية، عمان: دار المسيرة*.
- [https:// ar.m.wikipedia.org](https://ar.m.wikipedia.org)
- المراجع الأجنبية:
- Alexandra, L. (2006): **Review of Psychodrama: A beginners Guide**, Journal of Mental Health, v17, (6), Dec.
- Andrade, C.R., Cerone, L.M., &Sassi,F.C., (2003): **Relationship between the stuttering severity index and speech rate**,Sao Poulo Medical Journal , Vol 121,No(2), p 3-11.
- Armson, J, Stuart. A. (1999): **Effect of Exposure to Frequency – Altered Feedback on stuttering during Reading and Monologue**, Journal of Speech language and hearing research, Vol (41), No (3) p(479- 490) , USA.
- Armson, J; Kiefe, M; Mason, J; Decroos, D. (2006): **The Effect of Speech Easy on Stuttering frequency in Laboratory Conditions**, Journal of Fluency Disorders, 31 (2). p137-152: USA.
- Blatner, A. (1992). *Mental Hook Worm: Mental Hygiene and Modern Business*. Kentucky Hospitals, 9 (1); pp: 18-21
- Blatner, A. (2002). *Psychodrama theory- further issues*. www.blatner.com/adam/.
- Blatner, A. (2006). *Historical Distortions Regarding Psychodrama in the Professional Literature*.
- Block, S; Mark, O; Ann, P; Belinda, G; Georgia, D. (2005). *Treatment of chronic stuttering: outcomes from a student training clinic*. **International**

Journal of Language & Communication Disorders. 40 (4). pp. 455- 466: Australia.

- Blomgren, M; Nelson, R; Thomas, C; Ray, M, M. (2005). Intensive Stuttering Modification Therapy: A Multidimensional Assessment of Treatment Outcomes. Journal of Speech Language and Hearing Research. 48. p p 509-523: USA.
- Blood, I., M., H. Weriz, G.W. BLOOD, S.Bennett and K.G. Simpson (1997): The Effect of life Stressors and Daily stressors on Stuttering, Journal of Speech, Language and Hearing Research, Vol. 40, No. 1.
- Blunter, H.D, (1991): Action –In practical application of psychodramatic methods (3rd-ed), New York, Springer.
- Blunter, H.D, (1996): Action –In practical application of psychodramatic methods (3rd-ed), New York, Springer.
- Borsel John Van, Johny Ruens, Van De Bergh. (2003): Speech Fluency Under Delayed Auditory Feedback among Adult. **Journal of Fluency Disorders**, 28, 198-213.
- Borsel, John Van. Johny Ruens. Van De Bergh. (2003): Speech Fluency under Delayed Auditory Feedback among Adult. Journal of Fluency Disorders, vol (28), p (198- 213).
- Bostandijiev, Roumen .(2006). Psychodrama in system Integrative Approach to problems in intimacy. www.med_medicin/Book/psychodrama.com
- Carnabucci, Karen (2006). What Psychodrama is, and what is not? www.coloringtherapy.com.
- Corey, G. (2000). Theory and practice of Group counseling, (5th Edition), Brooks/cole, Thowson Learning. Calif.
- Craig, A. (1994): **Anxiety levels in persons who stutter: comments on the research of Miller and Watson**, Journal of Speech and Hearing Research, Vol. 37, No .1.
- Craig, A. .(1994). **Anxiety level in persons who stutter: comments on the research of Miller and Watson**, Journal of Speech, Language and Hearing Research, Vol.37, No. 1.
- Dalton, P. W. J, Hardcastle (1977): **“Disorders of fluency”**, London, Edward Arnold.

- Daniels. D& Gabel.M, (2004): **The Impact of Stuttering on Identity Construction**, Lippincott Williams & Wilkins, Inc. Vol.24, No.3, p 200 - 215.
- Darby, J. K. (1981). **Speech evaluation in medicine**, London, Grune& Stratton, Inc.
- Davis, B. E; Myron, T. (2005). **Neurotherapy and Heart Rate Variability Training for Elimination of Stuttering- A Case Study. Applied Psychophysiology and Biofeedback**. 30 (4). P 408, USA.
- Dehqan, A, Bakhtiar, M, Panahi, SS, Ashayeri, H (2008): **Relationship between stuttering severity in children and their mothers speaking rate**, Department of Speech Therapy, of Paramedicine, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. (29-33).
- Dehqan, A, Bakhtiar, M, Panahi, SS, Ashayeri,H.(2008): **Ralationship between stuttering severity in children and and their mothers speaking rate**, Department of Speech Therapy of Parameedicine m Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran, P(29- 33).
- Dowling, C. F .(1994). **Differentiating normal speech disfluency from stuttering in children**, Nurse practitioner, Abst, Vol, 19, No.30.
- Dowling, C.F .(1994). **Differentiating normal speech disfluency from stuttering in children**, Nurse Practitioner, Abst, Vol., 19, No.30.
- Eisenson, J.and Ogilvie, M. (1977). **Speech correction in the schools**, New York, Macmillan Publishing Go., Inc., (4th Ed).
- Erickson, Marilyn, T. (1982): **Child. Psychopathology**, Second edition, prentice hall, London.
- Everard, R. (2007): **My Stammer doesn't have to Define Me**. Adults Learning. 19 (4), USA.
- Ginsberg, A, P. (2000). **Shame. Self-Consciousness and Locus of Control in People Who Stutter**, Journal of Genetic Psychology. 16 (4). p. 389-399: Long Island University.
- Greenberg, Ira. (1975).**Psychodrama: Theory and Therapy**, London Souvenir Press, Ltd.
- Greiner, A. .(2000). **The Developmental Nature and Effective Treatment of Stuttering in Children and Adolescent**, J. F Developmental Physical Disabilities, Vol. 12, No. 3, p 170- 190.
- Guitar, B. (2006): **Stuttering (An Integrated to its Nature and Treatment)**, London Williiams & Wilk Ins.

- Guitar, Barry. (2002): **stuttering an integrated APP roach to its nature and treatment.**
- Guy, J, M; David, A, O. (2006). **Stuttering modification using hypnosis: An case study**, Contemporary Hypnosis. 14 (2). pp. 126-131: USA.
- Hanks, P. (1974): **Encyclopedia word dictionary**, Beirut: Library duliban.
- Haynes, W. Moran, M. Pindzola; R.(1990). **Communication Disorders in classroom**, Kendall Hunt Company, USA.
- Haynes, W. Moran, M. Pindzola, R.(1990): **Communication Disorders in Classroom** , Kendall Hunt Company, USA.
- Herman H. J. Kolk , and Robin J. Lickley (2002): **Stuttering on function words and cont ent words: A computational test of the Covert Repair Hypothesis**, University of Nijmegen, The Netherlands, Second Draft.
- Holmes, P. (1994): **Psychodrama sins Moreno**, London, Rout hedge. <http://en.wikipedia.org>.
- Howell, P; Davis, S; Williams, S, M. (2006): **Auditory abilities of speakers who persisted. or recovered. from stuttering**, Journal of Fluency Disorders. 31 (4). p257-270: London. UK.
- Howell, Peter & Au-Yeung, James, & Sackin Stevie (1999): **Exchange of Stuttering from Function Words to Content Words with Age**, Journal of Speech, Language, and Hearing Research • Vol. 42. <http://www.eshow2000.com>.
- Hsu, P. (1994). **A study of self –concept of taipet. R. O. C. public kindergarten and first grade children with articulation disorders and children with normal articulation.** ph. D. thesis. The Graduate School, University of Northern Colorado, Chain.
- Huinck, W; Langevin, M; Kully, D; Graamans, K; Peters, H & Hulstijn, W. (2006): **The relationship between pre-treatment clinical profile and treatment outcome in an integrated stuttering program**, Journal of Fluency Disorders, 31. 43-63, USA.
- Kaasin and Bjerkan.(2002). **Critical Words and the locus of Stuttering in**, Speech Journal of fluency Disorders, Vol:7.
- Kalinowski, J; Tim, S; Robbins, M; Crawcour, S; Bowers, A. (2009): **Comparisons of Stuttering Frequency during and after Speech Initiation in Unaltered Feedback.** Altered Auditory Feedback and Choral

Speech Conditions, Journal of Language & Communication Disorders. 44 (6). p 1000-1017: USA.

- Kappa, D.K. (1945). **Dictionary of education**, New York Hill Book Company.

- Karpe, P. (1998). **The handbook of psychodrama**, London ledge, Rout.

- Kipper, &Hundal. (2003). **Proposing Conceptual Framework, the role of psychodrama techniques to decrease the level of school violence in the Arab world**, Psychology Department, Misurata University, Misrata, Libya.

- Klompas, M; Ross, E. (2004). **Life Experiences of people who stutter. and the perceived impact of stuttering on quality of life**, personal Accounts of South African Individuals. Journal of Fluency Disorders. 29 (4), p275-305: USA.

- Kotbi, N; et.al. (1992): **Acomparison between stutterers and non-stuttered in intelligence. self-concept. anxiety and depression**. Derasat Nafsehah, 2 (2). p p. 337-349: Cairo. Egypt.

- Kottler, J. A. (1994). **Advanced group leadership**, Pacific Grove, CA:Brooks/Cole.

- Lass, N, J, M, Voleiga, N. L. Northern and Y.E. David (1982): **Speech, langoe and Hearing pathologies of Speech and language**, Vol. 11, LondonW B,Saundras company.

- Levin, M.L.S. Jeanh (1982). **Parents encyclopedia of infancy m childhood and adolescence**, New York, perennial AL library.

- Lifton, R. J (1993). **The protean self**, New York, Basic Books.

- Luck, D. (1998): **SOME thoughts on the multidimensional nature of syuttering from a neuro physiological perspective Canada**, Abst.

- M. C. M. Schäfer, (2008): **German -English Bilingual Speaker, a thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the Degree of Masters of Science in Speech-language-therapy**, University of Canterbury.

- Marcus, S. B. (1975). **Psychodrama and its Divers uses**. In J. A. Greenberg (Ed.). **Psychodrama: Theory and Therapy**, London, Souvenir Press, LTD. PP. 47-55.

- Michael, K; Joy, A. (2008). **The Effect of Speech Easy on Stuttering frequency. Speech Rate. and Speech Naturalness**, Journal of Fluency Disorders. 33 (2). p120-134: USA.

- Millard, K, S; Alison, N; Frances, M, C. (2008): **Is parent – child interaction therapy effective in reducing stuttering?** , Journal of Speech. Language. and Hearing Research. 51. p 636-650: UKA.
- Mitchel, Steve. (1996). **Drama Therapy**, Clinical Studies. London, Jessica Kingsley Publishers.
- Moreno, J. L. (1951): **Sociometry, Experimental and Science of Society**, New York, Beacon House, Inc.
- Moreno, J. L. (1975). **The creativity theory of personality: spontaneity, creativity and human potentialities**, In I. A. Greenberg (Ed.) Psychodrama Theory and Therapy. London, Suvenir Press, Ltd. P. 73-84.
- Morly, M.e. (1972):” **The development and disorders of speech in childhood**”, London, Churchill Living stons, 3^{ed}.
- Munir, Samira (2003). **The use of psychodrama techniques for students with asperger's disorder**, Edward Scholwinski and Jontasser, Texas.
- Murphy, P. W; Scott, J. Y; Robert, W. Q. (2007). **Enhancing Treatment for School-who Stutter I. Reducing Negative Reactions Through Desensitization and cognitive Restructuring**, Journal of Fluency Disorders. 32. p. p121-138: USA.
- National Stuttering Association .(2002). **Information about Stuttering. Internet**, [Http:// www. Westutter.org\Stutinfo.html](http://www.Westutter.org/Stutinfo.html).
- Nippold, M.A.M, Rudzinkj .(1995). **Parents Speech and children's Stuttering**, Acritique of the literature, Journal of speech and Hearing Research, Vol. 38.
- O'Donnell, J. J; Armson, J; Kiefe, M. (2008): **The Effectiveness of Speech Easy during Situations of Daily Living**, Journal of Fluency Disorders, 33 (2), p109-119: USA.
- Oliver, Bloodstein .(2002). **Early Stuttering as a Type of Language Difficulty**, Journal of Fluncy Disorders, 27.
- Onslow, M., Packman, A., & Harrison, E. .(2002). **The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention: A Clinician's Guide**, (2nd ed.). Pro-ed, Austin, P.50
- Pollard. D; John. B. E; Don. F, & Peter. R. R. (2009). **Effects of the Speech Easy on Objective and Perceived Aspects of Stuttering: A 6-Month. Phase I Clinical Trial in Naturalistic Environments. Journal of Speech**, Language and Hearing Research. 52. pp. 516–533: USA.

- Robbins ,Mary Rhodes (2005): **The Effect Of Stuttering And Fluency Enhancing Condition On am anual Movement Task** ,Thesis Presented For The Master Of Arts Degree University Of Tennessee, Knoxville, December.
- Regina, Claudia Furquim de Andrade & Juste, Fabiola, "**Department of Physiotherapy, Speech-Language and Hearing Science and OccupationalTherapy**", Journal of Speech, Language, and Hearing Research.
- Sackina& et al, (2000): **Internal structure of content words leading to differences in phonological difficulty in stuttering**, a University College London, London, UK.
- Schaefer, C.E, and H.I. Millman.(1981). **How to help children with common problems**, London, Van Nostrand Reinhold Company (V.N.R), Inc.
- Schaeferm C.M,L.Howard .(1981). **How to help children with common Problems**, NewYork, VanNostrand Reinhold Company(V.N.R),Inc.
- Silver man, F.H. (1984): **Speech- language pathology and audiology, an introduction**, Charales, Merril Publishing company.
- Starkweather, C. W. (1983): **Speech and Language**, New Jersey, Prentic Hall Engleword Cliffs.
- Stuart, A. (2006): **Investigations of the impact of altered auditory feedback in-the-ear devices on the speech of people who stutter: Oneyear follow-up**, Disability and Rehabilitation, 28 (12). P. 757-765: USA.
- THACKERY E.; HARRIS M., (2003). **The Gale Encyclopedia of Mental Disorders**, vol1. New York, The Gale Inc.
- TRAVIS L E. (1971). **Handbook of speech pathology an audiology**, Prentice- Hall, Inc., Englewood Cliffs, W.J.
- Turnbull, J. (2006). **Promoting Greater Understanding in Peers of Children Who Stammer, Emotional and Behavioral Difficulties**. 11 (4). p.p 237-247: UK.
- Van Riper, C. (1992). **The Nature of Stuttering Illinois**, Waveland press, Inc.
- Vanments, N. (1987). **The Effective Use of Role Play: A Home Book for Teachers and Trainers**, London, Kogan Paye Ltd.

- Venkatagiri, H, S. (2005). **Recent advances in the treatment of stuttering: A theoretical perspective**, Journal of Communication Disorders, 38 (5). pp 375-393, USA.
- Walton, H. (1985). **Dictionary of Psychiatry**, London, Blackwell scientific publications.
- Wegaman, Joel R, Miltenberger, G & Arndofer, Richard (1993): **Analysis of simplified treatment for stuttering in children**, Journal of Applied Behavior Analysis, 26(1):57-61.
- Wexler, K.B. (1996). **stuttering in children and adolescents**, emergency and of fice Pediatrics (Part 1), Vol:9.
- Wiesel, L; Rachel, S, A. (2005). **Stuttering as reflected in adults drawings**, journal of developmental and physical disabilities. 17 (1), pp. 85-93.USA.
- Williams. R; Davis. S & Peter. H. (2008). **Late Childhood Stuttering**, Journal of Speech Language and Hearing Research, 51. p. p 669-687, USA.
- Yalom, Victor (2006): **An interview with Zerka Moreno**, Wwww.psychotherapy.net.
- Yaruss, J. S; Craig, C; David, H. (2006). **Treating Preschool Children Who Stutter: Description and Preliminary Evaluation of a Family-Focused Treatment Approach**, Language Speech & Hearing Services in Schools. 37. 118-136, USA.

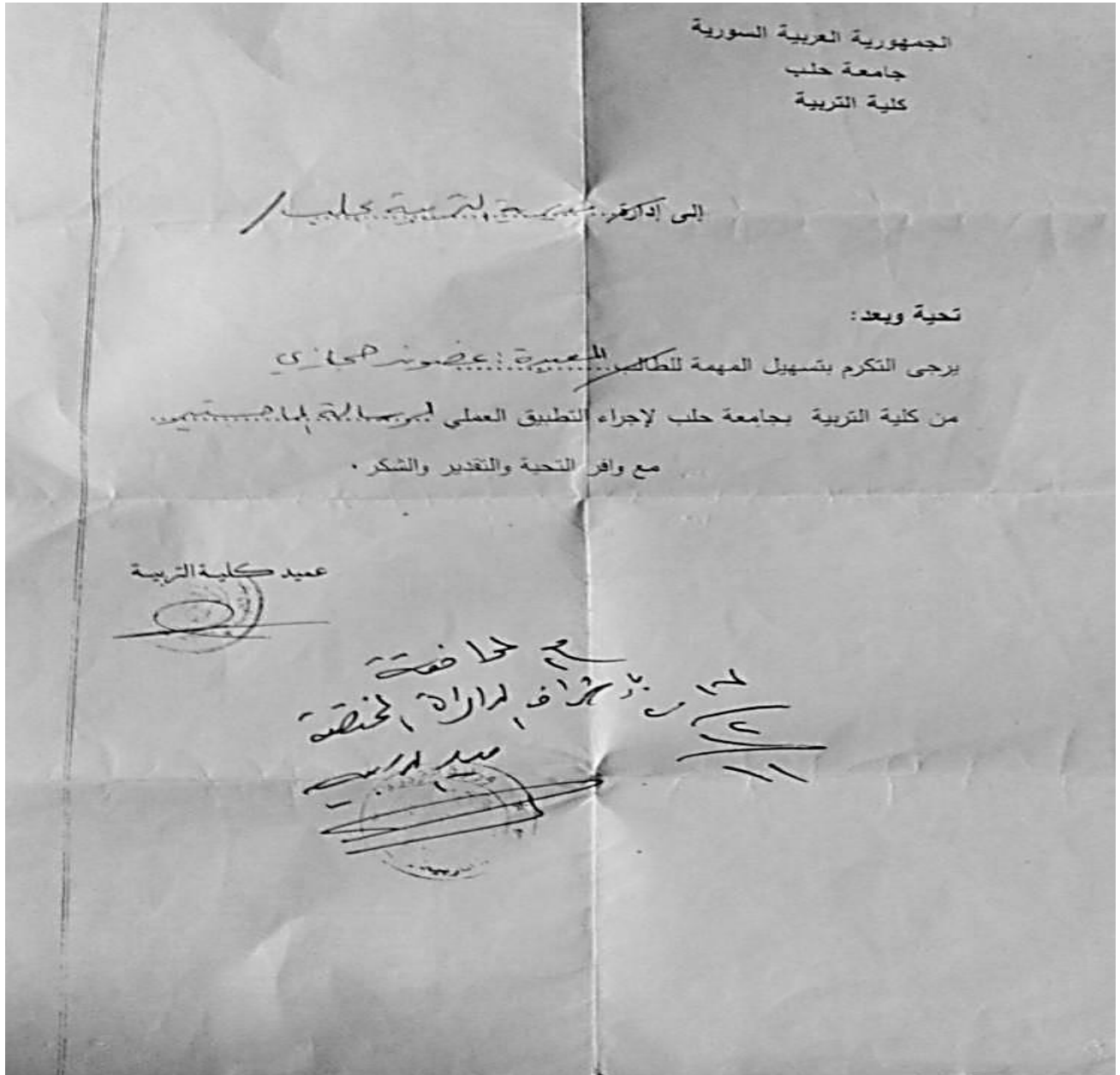
ملاحق الدراسة

- الملحق (1) أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة.
- الملحق (2) كتاب من مديرية التربية بحلب لتسهيل مهمة الباحثة
- الملحق (3) قائمة رصد المؤشرات الدالة على اضطراب التأتأة بعد التحكيم.
- الملحق (4) مقياس شدة التأتأة. (Stuttering (SSI severity Instrument)
- الملحق (5) برنامج السيكو دراما.
- الملحق (6) المجتمع الأصلي للمدارس في مدينة حلب:
- الملحق (7) الجداول الخاصة بمتغيرات البحث

الملحق (1) أسماء السادة المحكمين لأدوات الدراسة

الرقم	الاسم	التخصص و الجامعة
1	أ. د. أمينة رزق	علم النفس - كلية التربية جامعة دمشق
2	د. عالية الرفاعي	تربية خاصة - كلية التربية جامعة دمشق
3	د. دانية القدسي	تربية خاصة - كلية التربية جامعة دمشق
4	د. آزار عبد اللطيف	تربية خاصة - كلية التربية جامعة دمشق
5	د. فتون خرنوب	علم النفس - كلية التربية جامعة دمشق
6	د. ناديا رتيب	إرشاد نفسي - جامعة دمشق

الملحق (2) كتاب من مديرية التربية بحلب لتسهيل مهمة الباحثة



الملحق (3) قائمة رصد المؤشرات الدالة على اضطراب التأثأة بعد التحكيم

الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم التربية الخاصة



السيد المعلم – المعلمة

تحية طيبة وبعد:

تسعى الباحثة إلى إعداد برنامج قائم على استراتيجية السيكو دراما لخفض شدة التأثأة عند التلاميذ الذين يعانون من اضطراب التأثأة كونها الاضطراب الأكثر انتشاراً فهي تصيب ما بين 2-3% من الأفراد وتعد أشد وقعاً على التلميذ من الناحية النفسية ولذلك قد تم إعداد هذه الأداة وتقديمها لك كونك الأكثر قرباً من التلاميذ والأكثر معرفة بهم ويمكنك الحكم على وجود هذه المظاهر للاضطراب من خلال المواقف الحقيقية التي تجري داخل الصف.

السلوكات الأساسية وتتألف من الآتي:

- التكرارات: تعد أحد مظاهر التأثأة الأكثر شيوعاً خاصة عندما تحدث ثلاثة تكرارات على الأقل بالصوت نفسه بالتتابع لدرجة تثير انتباه المستمع.

- الإطالة: هي مظهر آخر للتأثأة حيث يطول نطق الصوت الاحتكاكي لفترة أطول من المعتاد، وتعتبر الإطالة سمة مميزة لكلام المتأثئين.

- الحبسات: تعد من السلوكات الأساسية المميزة للتأثأة وتظهر من خلال عجز المتكلم عن إصدار أي صوت على الإطلاق بالرغم من الجهد العنيف الذي يبذله أثناء لحظة الحبسة.

- المظاهر الجسدية: وهي من المظاهر الفيزيولوجية الأكثر شيوعاً في التأثأة (كارتعاش الفك ارتعاش في اليدين وتضخم في عضلات الرقبة وشد في عضلات الوجه رمش في العينين) ..

لذلك ترجو الباحثة مساعدتها من خلال التعرف على التلاميذ الذين تنطبق عليهم هذه الخصائص والسلوكيات وذلك بوضع إشارة-أمام العبارة التي تنطبق على كل طفل على حدة ولكم مني كل الشكر والتقدير.

الباحثة غصون حجازي

• معلومات عامة:

المدرسة اسم التلميذ الصف عمر
التلميذ جنس التلميذ

البند	نادراً	أحياناً	دائماً
1- يكرر الصوت الأول في الكلمة مثل ك ك ك كرة			
2- يكرر المقطع الأول في الكلمة مثل بستان بس بس بس تان .			
3- يكرر الكلمة الأولى في بداية الجملة مثل إجا إجا إجا بابا.			
4- يكرر جزءاً من الجملة مثل بدني اشرب بدني اشرب مي .			
5- يطيل صوت في الكلمة لفترة أكثر من المعتاد مثل مسجد مس إطالة حرف السين جد .			
6- يطيل كلمة في الجملة أكثر من اللازم مثل أنا أحمد .			
7- يظهر لديه توقف في بداية الكلمة مثل توقف عفواً .			
8- لديه توقف عن الكلام في وسط الكلمة مثال : سعاد س توقف عاد.			
9- لديه توقف في وسط الجملة لعدة ثوان ثم يعاود الكلام مثل بدني (توقف) اشرب مي .			
10- يبذل جهداً واضحاً في الكلام .			
11- يدخل أصواتاً إضافية للكلام مثل آه ، أم ، أي .			

			12- يصدر أصواتاً ملفتة للانتباه أثناء الكلام مثل الصفير أو تنفس ذو ضجة (شهقة).
			13- يحرك رأسه أثناء الكلام إلى الخلف أو الأمام..
			14- يحرك يديه و ذراعيه أثناء الكلام .
			15- يضرب أو يأرجح أحد قدميه أو كليهما أثناء الكلام..
			16- تتغير ملامح وجهه أثناء الكلام مثل (ارتعاش الشفاه - رمش العيون - شد في عضلات الفك- تضخم في عضلات الرقبة).
			17- تواصله البصري ضعيف أثناء التحدث مع الآخرين .

الملحق (4) مقياس شدة التأتأة (SSI) (Stuttering severity Instrument)

الاسم		التاريخ	
1-التكرار			
التكرار (A+B)1	مهمة الوظيفة A.		مهمة القراءة B.
	النسبة		النسبة
	رصيد المهمة		رصيد المهمة
	1		1
	3-2		3-2
	4		5-4
	6-5		9-6
	9-7		16-10
	14-10		26-17
	28-15		27+
29+			
2. المدة (الزمن)			
رصيد المدة2	الطول الوسطي لأطول ثلاث تفوهات		الرصيد
	الهروب		1
	نصف ثانية		2
	ثانية		3
	9-2 ثانية		4
	13-10 ثانية		5
	60 - 30 ثانية		6
	أكثر من 60 ثانية		7
3. العوامل الفيزيائية المترافقة			
رصيد العوامل الفيزيائية المترافقة (مجموع الأمور الأربعة)3	مقياس التقييم (0) لا يوجد.(1)غير ملحوظ حتى تبحث عنه .(2) نادراً ما يلاحظها المراقب المؤلف.		
	(3) ملفتة للانتباه(4)ملفتة جداً للانتباه.(5) شديدة وتبدو مؤسفة		
	الأصوات الملفتة للانتباه: تنفس ذو ضجة ، صغير، تنشق، نفخ، لأصوات قرقة...1-2-3-4-5.		
	الملامح الوجهية: اهتزاز الفك، اندفاع اللسانإلى الأمام، ضغط على الشفاه، شد في عضلات الفك..1-2-3-4-5.		
	حركات الرأس:خلف ،أمام، الاستدارة، تواصل بصري ضعيف، النظر المستمر إلى المحيط....1-2-3-4-5.		
	4-حركات الأطراف: حركات اليد و الذراع، وتحريك اليد إلى الوجه، حركات الجذع، حركات الساق، ضرب أو أرجحة القدم...1-2-3-4-5.		
الرصيد الكليTOS: مجموع الأرصدة الثلاثة 1+2+3.....			

قياس حساب شدة التأتأة (SSI)

الشدة لدى البالغين			الشدة لدى الأطفال		
الشدة	النسبة	مجموع النقاط الإجمالي	الشدة	النسبة	مجموع النقاط الإجمالي
بسيطة جداً	4-0	16-0	بسيطة جداً	4-0	5-0
بسيطة	11-5	19-17	بسيطة	11-5	8-6
بسيطة	23-12	21-20	بسيطة	23-12	13-9
متوسطة	40-24	24-22	بسيطة	40-24	15-14
متوسطة	60-41	27-25	متوسطة	60-41	19-16
متوسطة	77-61	30-28	متوسطة	77-61	23-20
شديدة	89-78	33-31	شديدة	89-78	27-24
شديدة	96-90	36-34	شديدة	96-90	30-28
شديدة جداً	100-97	45-37	شديدة جداً	100-97	45-31

الملحق (5) برنامج السيكو دراما

وصف البرنامج: برنامج قائم على استراتيجية السيكودراما في خفض شدة التأثأة، تم تصميم البرنامج وفق ثلاث مراحل ، المرحلة الأولى و فيها تم إعداد و تصميم البرنامج، المرحلة الثانية وفيها تم تنفيذ الأنشطة المعدة لتحقيق أهداف البرنامج ، المرحلة الثالثة، وفيها تم تقييم البرنامج بشكل نهائي، وقد اكتمل البرنامج بواقع إجمالي على (15) جلسة جماعية، وطبق البرنامج بواقع ثلاث جلسات أسبوعياً يتراوح زمن الجلسات بين (45- 60) دقيقة تقريباً.

و تعرف الباحثة برنامج السيكودراما: أسلوب علاجي قائم على فنيات السيكودراما (لعب الأدوار، النمذجة ، التخيل، إدراك الذات ...الخ) بهف خفض شدة التأثأة لدى عينة من تلاميذ الحلقة الأولى من التعليم الأساسي بمدينة حلب، ويتكون البرنامج من (15) جلسة تتضمن كل جلسة الأنشطة التالية: (إحماء، نشاط مركزي، مشاركة ، إغلاق)

الجدول (15) يوضح محاور برنامج السيكو دراما

المحور	متطلباته	طريقة الأداء	الزمن
الإحماء	أنشطة متنوعة ومتعددة لتحقيق الهدف وتحضير الأدوات اللازمة للنشاط.	تطبيق النشاط بشكل عفوي وارتجالي ويساعد على نشاط المجموعة وزيادة الدافعية لديهم للبدء بالمشاركة لاحقاً بالفعل أو الحدث (النشاط المركزي).	كل تمرين يختلف في التوقيت ولكن يتراوح الزمن من 10 - 15 دقيقة
الحدث أو الفعل (النشاط المركزي)	القدرة على الملاحظة ومساعدة المجموعة على المشاركة من خلال عدة فنيات مستخدمة في النشاط المركزي	هناك عدة طرق ممكن للقائد الذي تم اختياره بالتصويت أو الترشيح أن يمثل الدور .	يتراوح ما بين 30 - 35 دقيقة حسب طبيعة النشاط
المشاركة	المشاركة بمشاعرهم من خلال الحدث أو الموقف	الطلب من المجموعة العودة إلى أماكنهم و الخروج من الدور ومشاركتهم بمشاعرهم وخبراتهم المشابهة للحدث إن وجدت.	يتراوح بين 5-10 دقيقة
الإغلاق	إنهاء الجلسة بشكل مرضي للجميع	تطبيق نشاطات متنوعة للإغلاق سواء أكان بأنشودة أم أمنية أو كلمة يتحدثوا فيها عن مشاعرهم تجاه الجلسة و إنهاء الجلسة بمشاعر جميلة	5 دقائق

موضوع الجلسة الأولى: التهيئة والإحماء:

هدف الجلسة: 1- اكتشاف الذات والتعرف إلى البرنامج وبناء جسور الثقة بين أعضاء المجموعة.

النشاط	الهدف من النشاط	محتوى النشاط	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة	نوع المعززات المستخدمة
1-تمرين التعرف والإحماء (مرحباً) (10 دقائق)	1- التعرف بين أفراد المجموعة وكسر الجليد.	(مرحباً) كل اثنين يمشوا عكس بعض وعندما يقابلوا بعض يقول كل واحد مرحباً للآخر ويعرف اسمه وهوايته والصفة التي يحبها والأكلة المفضلة لديه وهكذا حتى نصل إلى نهاية المجموعة.	التخيل - الحوار و النقاش	45 دقيقة	رمزي اجتماعي (براقو - أحسنتم) - مادي (سكاكر)
2- نشاط البئر (15 دقيقة)	2- تحديد اسم المجموعة ووضع ضوابط للمجموعة عن طريق نشاط (البئر) لتعزيز السرية والثقة بين أفراد المجموعة.	-يقف جميع المشاركين في المنتصف و باليد اليمنى بالأصبع الخنصر و الإبهام يمسك بيد كل مشارك حتى تكون حلقة و يصبح في المنتصف (بئر) تقول الباحثة أن هذا بئر المجموعة نضع فيه كل أسرارنا و هذا غطاؤه لا يفتح إلا من خلالنا و كل فرد يذكر اسمه داخل البئر مع الحفاظ على قواعد الجلسة الالتزام بالحضور و الإصغاء الجيد و عدم الحديث الجانبي - تقبل آراء الآخر - السرية - المشاركة الفعالة ، على وضعية اليد اليمنى و الحلقة ننشد (الوعد وعد ونحن لبعض ممنوع الزعل ممنوع البعد) ويتم الاتفاق على اسم للمجموعة (.....) ثم نقوم بإحضار لوحة بيضاء كبيرة و نكتب عليها القواعد و يتم			
3- اللوحة البيضاء (15 دقيقة)	3- تعرف الطلاب بالبرنامج وسير العمل وأهدافه، توقعات الطلاب المشاركين في البرنامج.				

			تعليقها على الحائط للتذكير بها . يتم إحضار لوحة بيضاء ونقسمها إلى ثلاثة أقسام عن طريق الحوار والنقاش يتم مناقشة الأمور التالية: -القسم الأول التعريف ببرنامج السيكو دراما على ماذا ينطوي وما هو؟ -القسم الثاني: أهداف البرنامج وهنا توضح الباحثة بشكل غير مباشر أن البرنامج يهدف إلى عقد مجموعة من اللقاءات ستساعدكم لتكونوا أفضل وتتخلصوا من مشاكل تعانون منها أو مواقف تخشونها الخ. مع تحديد عدد اللقاءات والأيام التي ستجري فيها، وذلك بواقع ثلاث جلسات في الأسبوع. وفي نهاية الجلسات ستكون هناك لقاء نهائي يجمعنا في مسرحية نتدرب عليها ضمن البرنامج. - القسم الثالث توقعات المشاركين من البرنامج وكتابتها وتعليقها على الحائط. نقف بشكل دائري ونمسك بالمظلة من خلال الأطفال ثم نقوم بأغنية جماعية تكون معروفة لدى الجميع مع تمثيل حركات من خلال المظلة. تشكر الباحثة الأطفال و تحفزهم على حضور جلسات البرنامج و تودعهم بعد تحديد موعد الجلسة القادمة.	4- إغلاق الجلسة بشكل أكثر إيجابية و فاعلية .	4- الإغلاق (أنشطة جماعية) 5 دقائق
--	--	--	---	---	--

موضوع الجلسة الثانية:

الهدف العام: خفض شدة التأثأة والسلوكيات المصاحبة لها من خلال الحفاظ على تدفق سلس لتيار الهواء اللازم لإنتاج الكلام.

الأهداف الخاصة: 1- أن يتعلم التلاميذ التنفس الصحيح من خلال تقوية التنفس.

2- أن يتعلم التلاميذ كيفية التحكم بعملية الشهيق والزفير أثناء الكلام.

3- أن تساعد الباحثة التلاميذ المتأثئين على ضبط الكلام مع التنفس.

4- أن يصل التلاميذ إلى عملية الكلام بطلاقة.

النشاط	الهدف من النشاط	محتوى النشاط	الفنية المستخدمة	زمن الجلسة	نوع المعززات المستخدمة
1- تمرين الإحماء (سباق البولين) (5 دقائق)	1- بناء تواصل جيد من خلال النشاط بين أفراد المجموعة.	ترحب الباحثة بالتلاميذ وتعطي لكل واحد منهم بالون وتطلب منهم عند الانتهاء من العد أن يبدأوا النفخ لحين امتلاء البالون وفرقته والفائز هو أول شخص ينفجر معه البالون.	التنفس البطني - تمثيل - نمذجة - تخيل.	45 دقيقة	معززات مادية - واجتماعية.
2- التنفس البطني إلقاء قصة (30 دقيقة).	2- أن يتعلم التلاميذ التنفس الصحيح من خلال تقوية التنفس. 2- أن يتعلم التلاميذ كيفية التحكم بعملية الشهيق والزفير أثناء الكلام.	اليوم سوف نتخيل أننا في النادي ونمارس رياضة اليوغا وسوف نقوم بعمل بعض التمارين المفيدة لنا في الجلسات اللاحقة، تقوم الباحثة بالوقوف ورفع اليدين للأعلى مع أخذ هواء الشهيق وإنزالها مع الزفير وتحريك الرقبة بكافة الاتجاهات مع أخذ شهيق ثم زفير قبل الانتقال إلى اتجاه آخر. تتم نمذجة مفهوم التنفس بدون صوت "حيث توضح الباحثة كيفية أخذ هواء الشهيق ببطء بحيث يستنشق أكبر كمية من الهواء من خلال الأنف وهو في حالة استرخاء مع مراعاة أن يضع يده على خصره وفتح قدميه قليلاً ، وعدم تحريك كتفيه بطريقة هادئة ، وذلك لتوظيف وتهذيب هواء الزفير لإخراج الكلام من خلاله، الاحتفاظ بأكبر قدر ممكن من الهواء لعدد من الثواني و الفم مفتوح دون إخراج الهواء الأمر الذي يساعد على تقوية العضلات			

	○ أن تساعد الباحثة التلاميذ المتأثنين على ضبط الكلام مع التنفس. ○ أن يصل التلاميذ إلى عملية الكلام بطلاقة.	المشتركة في عملية التنفس ، ثم إخراج هذا الهواء من الفم ببطء، و العمل على تدريب التلميذ على زيادة مدة إخراج الهواء. تقوم الباحثة باستخدام التدرج التالي عند تعليم التلميذ الصوت الهادئ " أولاً التنفس مع إخراج صوت حيث تقوم الباحثة بجعل التلميذ يأخذ نفساً بسيطاً، ثم يخرج نفخة بسيطة من الهواء بادئاً بتحريك أعضاء النطق، ثم يبدأ النطق بهذه الطريقة من التنفس حيث يبدأ في إنتاج صوت متحرك مع صوت ساكن مثل (وا)، ثم كلمة واحد مفردة (واحد)، ثم يبدأ في عبارة وهكذا، ليدرك التلميذ كيف أن تيار الهواء الهادئ يجعل صوته مفتوحاً ومستمراً تقوم الباحثة باستخدام الصوت الساكن (م) مع الأصوات المتحركة القصيرة (الفتحة والضمة والكسرة)، ومع الأصوات الطويلة (الألف والواو والياء)، والتأكيد على إطالة الأصوات الطويلة (ماااا - موووو - مبيبي) كي يسهل عليه إدراك كيف تكون البداية السهلة للصوت، وعند هذا التدريب يمكن الاستعانة بحركة الذراعين كمدّها بعيداً عن الجسم في حالة الصوت الطويل. أن يأخذ التلميذ شهيقاً عميقاً قبل البدء بالكلام مع ملء البطن بالهواء (التنفس البطني)، وزفيراً بطيئاً وتوضح الباحثة ذلك من خلال المثال التالي (أن يقوم التلميذ بأخذ شهيق عميق، ثم زفير بطيء مع وضع شمعة مشتعلة أمام فم التلميذ بحيث يخرج هواء الزفير ليحرك شمعة الشمعة دون أن تنطفئ) فتح الفم وتحريك اللسان والشفقتين حركة مرنة، وعدم التشنج ويكون ذلك امام مرآة (وعدم اهتزاز الشفتين عند إخراج الكلام). زيادة وعي التلميذ بسلوكيات التنفس السريع العادي والتنفس البطيء من خلال بعض الأمثلة، وطرح عدد من الأسئلة مثل (هل تتنفس بعمق بدرجة كافية؟).
--	--	---

3-المشاركة (5) د	3-المشاركة الوجدانية وانطباعاتهم تجاه اليوم 4- إغلاق الجلسة مع ترك اطباع إيجابي لدى الجميع بالمشاركة الفعالة و إغلاق الجلسة.	زيادة وعي التلميذ بسلوكيات التنفس الشاذة مثل (التنفس مع صوت ضجيج، لهات، صفير) كاستجابة للحظة التأتأة. تدريب التلميذ على خفض سرعته في الكلام. تدريب عضلات النطق للعمل ببطء وكفاءة، ثم الإسراع بالتدريج. تقوم الباحثة بالتأكيد على القيام بعملية شهيق وزفير قبل نطق أي كلمة أو عبارة أو جملة. تقسيم الكلمات إلى مقاطع وإخراج الكلمات مع هواء الزفير وليس مع الشهيق. مثال التدرج على أغنية (أعطني الناي وغني) حيث تقوم الباحثة بنمذجتها أمام الطلاب مع القيام بتمارين التنفس والمد الإرادي لللكلمات وتطلب منهم التردد ورائها. ثم تعرض الباحثة على الطلاب مشهد تمثيلي في قصة وتطلب منهم أن يقرؤوه باستخدام طريقة التنفس عندما يلتبكون في القراءة مثلاً دور ليلي والنائب تقوم الباحثة بنمذجة الدور امام الطلاب من قصة مختلفة. ثم تطلب من كل ثنائي القيام بتمثيل مشهد مكتوب أمامهم على قطعة من الورقة باستخدام طريقة التنفس البطني.
4-الإغلاق(10)د		يجلس الأطفال بشكل دائري ويتحدث كل واحد منهم عن الشيء الإيجابي وانطباعه بالنسبة للجلسة و هل أحسوا براحة باستخدام هذه الطريقة في التنفس و الكلام وفي النهاية تشكرهم وتودعهم على أمل اللقاء بهم في الجلسة القادمة مع إلقاء كل واحد منهم لأمنية تجاه عناصر المجموعة وله.

الجلسة الثالثة والرابعة:

الهدف العام: خفض شدة التأتأة والسلوكيات المصاحبة لها من خلال تدريب التلاميذ على كيفية تطبيق فنية الاسترخاء لتطبيقها خلال الجلسات وفي الحياة اليومية من خلال تطبيقها على المواقف المتخيلة.

الأهداف الخاصة: 1- أن يتعلم التلاميذ كيفية تطبيق فنية الاسترخاء.

2- أن ينفذ التلاميذ الإجراءات التفصيلية لفنية الاسترخاء (الوجه - العينان - الفكين - الأسنان - الشفاه - اللسان - الرقبة - الكتفين - الصدر - البطن - الظهر - الذراعين)

3- أن تساعد الباحثة التلاميذ على زيادة وعيهم بالحركات الجسمية المصاحبة للتأتأة.

4- أن يصف التلميذ مشهداً متخيلاً للبحر الخ وهو في حالة الاسترخاء.

المعززات المستخدمة	مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	الهدف من النشاط	النشاط
زمري - مادي - اجتماعي	60 دقيقة	الاسترخاء - التخيل .	1- تحضر الباحثة حبلاً وترسم خط عمودياً في منتصف الغرفة وتقسم أفراد المجموعة لقسمين متساويين وعندما تنتهي الباحثة من العد يبدأ التلاميذ بشد الحبل والفريق الذي يتجاوز الخط يكون هو الخاسر. 2-توضع أربع مقاعد في جوانب الغرفة ويبدأ الأطفال بدفع البالونات باستخدام النفخ وبدون لمسها بأسرع طريقة ممكنة ليضعوها تحت الكرسي لإيقاف النفخ من الممكن أن يكون حراً كما يمكن للباحثة تنظيفه. -توضح الباحثة للتلاميذ أن الاسترخاء سيكون على شقين الأول عضلي، والثاني كلامي وعليه تقدم التدريبات بشكل تفصيلي كل على حدة: -الوجه: تطلب الباحثة من التلميذ إتباع ما يلي: 1- تمدد على اكرسي بوضع مريح لجسمك قدر المستطاع. 2- أغض عينيك بهدوء وأصغ إلي. -إن جسمك الآن لا يزال في وضعه المريح وما زالت عينيك مغمضتين في استرخاء لطيف (لحظة صمت لعشر	-تعزيز المنافسة الإيجابية وإقامة تواصل جيد بين أفراد المجموعة. 1-أن يتعلم التلاميذ كيفية تطبيق فنية الاسترخاء. 2- أن ينفذ التلاميذ الإجراءات التفصيلية لفنية الاسترخاء (الوجه - العينان - الفكين - الأسنان - الشفاه - اللسان - الرقبة - الكتفين	1-الإجماء (شد الحبل) (سباق البالونات) (15 دقيقة بالنسبة لكل نشاط موزعة على جلستين. 2-رواية مشهد متخيل عن طريق الاسترخاء (30 دقيقة)

	الصدر - البطن - الظهر - الذراعين) 3- أن تساعد الباحثة التلاميذ على زيادة وعيمهم بالحركات الجسمية المصاحبة للتأناة. 4- أن يصف التلميذ مشهداً متخيلاً للبحر الخ وهو في حالة الاسترخاء.	ثوان)، الآن عليك أن تشد على جبهتك وحاجبيك إلى أن تشعر بأن عضلات الجبهة قد اشتدت (عشر ثوان)، والآن استرخ وعد بعضلات الجبهة إلى وضعها المسترخي، وأرحها أكثر فأكثر (عشر ثوان)، كرر التدريب من جديد، لاحظ التوتر في منطقة الجبهة وأعلى العينين، والآن أرخ الجبهة واسترخ بعضلاتها، لاحظ من جديد التعارض بين التوتر والاسترخاء في الجبهة (عشر ثوان) - العينان: الآن أغلق عينيك بإحكام، أغلقهما بقوة حتى تشعر بأن التوتر قد أخذ يشمل كل المنطقة المحيطة، والعضلات التي تحكم حركات العينين (عشر ثوان)، الآن أرخ تلك العضلات ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء (عشر ثوان) كرر التدريب من جديد بإحكام وقوة والتوتر يشملهما استمر (خمس ثوان)، والآن استرخ ودع عضلات عينيك على سجيتهما في وضعهما المريح مع إبقائها مغلقة (عشر ثوان). - الفكين والأسنان: الآن أطبق فكك وأسنانك كما لو كنت تعض على شيء ما، لاحظ التوتر في الفكين (خمس ثوان)، الآن دع فكك واسترخي، واترك شففتك منفرجتين قليلاً، ولاحظ التعارض بين التوتر والاسترخاء في منطقة الفكين (عشر ثوان)، مرة أخرى أعد أطباق الفكين، لاحظ ما فيهما من توتر (خمس ثوان)، ثم دع ذلك واترك نفسك على سجيتهما مسترخياً أكثر فأكثر (عشر ثوان). - الشفتان: الآن اتجه إلى شففتك وضمهما معاً، واضغط بكل منهما على الأخرى بإحكام، ولاحظ التوتر الذي بدأ ينتشر حول الفم (عشر ثوان)، الآن استرخ وأرخ عضلات شففتك ودع ذقنك في وضع مريح، كرر التدريب، واضغط على شففتك، ولاحظ التوتر المحيط، استمر (خمس ثوان)، ثم دع ذلك واترك نفسك على سجيتهما مسترخياً أكثر فأكثر. (خمس ثوان). اللسان: أما الآن أخرج لسانك بشكل مستقيم دون أن تلامس أسنانك	
--	--	--	--

		وشفاهاك (عشرين ثانية)، ولاحظ التوتر الذي أصاب اللسان، الآن استرخ وأرخ عضلة اللسان، ودعه في وضعه المريح، الآن أخرج لسانك بشكل مستقيم دون أن تلامس أسنانك وشفاهاك مع مقدمة اللسان نحو الأعلى (عشرين ثانية)، ولاحظ التوتر الذي أصاب اللسان، الآن استرخ وأرخ عضلة اللسان ودعه في وضعه المريح، كرر التدريب من جديد، ولاحظ التوتر الذي أصاب اللسان استمر (عشر ثوان)، ثم دع ذلك، واترك نفسك على سجيبتها مسترخياً أكثر فأكثر (عشر ثوان). الرقبة : اضغط برأسك إلى الخلف على الوسادة التي تستند عليها، اضغطها إلى أن تشعر بتوتر في خلف الرقبة و الجزء الأعلى من الظهر بالذات، واستمر (عشر ثوان)، الآن دع ذلك وعد برأسك إلى وضع مريح، وحاول أن تتمتع بالفرق بين التوتر والاسترخاء، استمر فيما أنت فيه أكثر فأكثر و أعمق بقدر ما تستطيع (عشر ثوان)، كرر هذا من جديد ، شد رأسك إلى الخلف ، و لاحظ التوتر (عشر ثوان) ثم دع ذلك وانتقل إلى استرخاء عميق (عشر ثوان)، مد رأسك إلى الأمام كما لو كنت سترزع ذقنك في صدرك، ولاحظ التوتر الذي يحدث في الرقبة (عشر ثوان) ،دع كل هذا واسترخ على سجيبتك (عشر ثوان)، كرر ذلك ادفن ذقنك في صدرك ،واستمر في ذلك قليلاً (عشر ثوان) ثم استرخ أكثر فأكثر (عشر ثوان). اليدين و الذراعان: وجه انتباهك وتركيزك إلى ذراعك اليسرى، أغلق راحة يدك اليسرى، أغلقها بإحكام وقوة (عشر ثوان)، لاحظ أن عضلات يدك وعضلات مقدمة الذراع اليسرى تتقبض وتتوتر وتشد، انتبه لهذا التوتر والشد، الآن افتح يدك اليسرى وارخها حتى تشعر بالراحة (عشر ثوان)، كرر هذا من جديد ، أغلق راحة يدك اليسرى بقوة ، و لاحظ التوتر (عشر ثوان)، ثم دع ذلك وانتقل إلى استرخاء عميق (عشر ثوان). اتجه إلى اليد اليمنى	
--	--	--	--

3- المشاركة
(5 دقائق)
4- الإغلاق
(5 دقائق).

3- التعرف
على مشاعر
التلاميذ في
هذه الجلسة.
4- إغلاق
الجلسة بشكل
أكثر ديمومة.

وكرر ما فعلته مع اليد اليسرى تماماً،
الآن اثن معصمك إلى الخلف، واشعر
بالشد في مقدمة الذراع وخلف راحة اليد
(عشر ثوان)، ثم استرخ وارخ معصمك،
عد بهما إلى وضعهما المريح، دع
نفسك على سجيتهما، وأشعر باسترخاء
أكثر (عشر ثوان)، الآن أطبق بإحكام
كفيك واثنيهما في المقدمة باتجاه
الذراعين إلى أن تشعر بتوتر عضلات
أعلى الذراعين في ذلك الجزء الممتد
من الرسغ حتى الكوع (عشر ثوان)،
الآن استرخ، انزل ذراعيك بجانبك
،لاحظ الفرق بين التوتر و
الاسترخاء (عشر ثوان)، اقبض كفيك
بإحكام واثنيهما باتجاه الكتفين محاولاً
أن تلمسهما بقبضتك (عشر
ثوان)، توقف وانزل ذراعيك واسترخ ودع
تلك العضلات على راحتها (عشر
ثوان).

-**الظهر والصدر**: قوس ظهرك كما لو
كان صدرك سيلامس البطن (عشر
ثوان)، الآن استرخي، وعد بجسمك إلى
الوضع الطبيعي فارداً ظهرك في وضع
مريح (عشر ثوان)، مرة أخرى قوس
الظهر، ولاحظ التوتر استمر (عشر
ثوان)، ثم عد بعضلات ظهرك إلى
الوضع المسترخي (عشر ثوان)، الآن
خذ نفساً عميقاً (شهيق عميق)، ولاحظ
التوتر الذي أخذ ينتشر في الصدر
وفي أسفل الظهر (خمس ثواني)، ثم
استرخ وكن هادئاً. أزرع الهواء للخارج
(زفير عميق) واستمر في تنفسك
العادي ثم لاحظ التعارض بين التوتر
والاسترخاء (خمس ثوان).

-**البطن والمعدة**: اقبض عضلات
البطن إلى الداخل وحافظ على هذا
الوضع قليلاً (عشر ثوان)، والآن
استرخ ودع تلك العضلات تتراخي،
ودع نفسك على راحتها (عشر ثوان)،
أعد هذا من جديد، شد عضلات بطنك
بإحكام إلى أن تشعر بتوترها (عشر
ثوان) والآن استرخ أكثر وأكثر وتوقف
عن الشد، وتخلص من أي توتر (عشر
ثوان). وتعد هذه التمارين والتدريبات
السابقة عشر مرات متتالية أثناء
الجلسات للحصول على الغاية

			المرجوة. تطلب الباحثة بعد الوصول لمرحلة الاسترخاء أن يتكلم التلاميذ حول مشهد تصفه لهم وتطلب منهم وصف أشياء محددة مثل على شاطئ البحر أو في الغابة أو على القضاء..... 3- تطلب الباحثة من التلاميذ الجلوس بشكل دائري والحديث حول مشاعرهم وحالتهم الآن. إغلاق الجلسة بشكل إيجابي وأكثر ديمومة أغمض عينيك وتخيل شخص و أرسل له أمنية، بعدها تودع الباحثة التلاميذ وتشكرهم على أمل اللقاء بهم في المرة القادمة.		
--	--	--	--	--	--

الجلسة الخامسة:

الهدف العام: التخفيف من شدة التأثأة واللازمات الجسمية المصاحبة لها عند وقوف الطفل أمام الآخرين للتحديث.

الأهداف الخاصة:

1- التخفيف من الارتباك المصاحب لمواقف التحديث أمام الآخرين

2- تحسين نظرة التلميذ لذاته وتقييمه لنفسه.

النشاط	الهدف من النشاط	محتوى النشاط	الفنية المستخدمة	زمن الجلسة	نوع المعززات المستخدمة
1- الإحماء نشاط الفاكهة (10) دقائق.	1- إدخال الفرح والسرور في نفوس التلاميذ. 1- زيادة القدرة على الانتباه والتركيز	1- تقف الباحثة في وسط الدائرة وتطلب من كل تلميذ أن يختار اسم فاكهة معين ثم يختار هو اسم فاكهة وتبدأ اللعبة بأن تلف الباحثة بشكل دائري داخل المجموعة المشاركة ثم تقاى أحد المشاركين وتقول له اسم الفاكهة ثلاث مرات وعلى المشارك أن ينتبه لذلك ويقول اسم الفاكهة الذي اختاره هو لنفسه قبل أن تنتهي الباحثة من سرد اسم الفاكهة ثلاث مرات وإن لم ينتبه المشارك ينزل وسط الدائرة مكان الباحثة وهكذا....	التخيل - الكلام المنغم.	60 دقيقة	رمزي - اجتماعي - مادي
2- أنا أغني على المسرح (35) د	2- التخفيف من الارتباك المصاحب لمواقف التحديث أمام الآخرين.	2- تقوم الباحثة بشرح النشاط كالآتي: تخيل نفسك في مسرح والضوء لا يكشف سواك وأنت ستقوم بالغناء أغمض عينيك وخذ شهيقاً وزفيراً واسترخي وغني أغنية تحبها ويعاد المشهد نفسه			
المشاركة 10 د	3 - المشاركة الوجدانية وانطباعاتهم تجاه اليوم				

4-الإغلاق 5 د (الأمنيات)	3-تحسين نظرة الطفل لذاته وتقييمه لنفسه. 4-إغلاق إيجابي مع ترك انطباع إيجابي للجميع. 4 - إتاحة الفرصة للجميع بالمشاركة الفعالة و إغلاق الجلسة .	حتى آخر طفل في المجموعة. 3- يجلس الأطفال والباحثة بشكل دائرة ويتحدث كل واحد منهم عن الشيء الإيجابي الذي اكتشفه اليوم بنفسه وانطباعه بالنسبة للجلسة. 4-يقف الأطفال بشكل دائري و يقومون مع الباحثة بأخذ شهيق و زفير و ان يتمنى أمنية خاصة له و لأفراد المجموعة، بعد ذلك تشكر الباحثة الأطفال على الحضور وتحفزهم لحضور الجلسة القادمة بعد أن تحدد موعدھا و تودعهم على أمل اللقاء بهم في الجلسة القادمة.		
-------------------------------------	---	---	--	--

المشاركة (5) دقائق. 4- الإغلاق (5) دقائق.	- تدريب التلاميذ على المد الإرادي للكلمات. - أن يقوم التلاميذ بإجراء محادثة متخيلة مع صد أصواتهم بطريقة الكلام السهل. 3- التحدث عما دار في الجلسة. 4- الإغلاق بشكل مثير وفعال.	صدى لأصواتهم وتقوم الباحثة بتمثيل دور الصدى (مما يشكل تغذية راجعة لأصواتهم ويزيد من وعيهم لتحديد أي المقاطع في الكلمة التي يتأثتونها فيها) (أول الكلمة وسطها، آخرها)، يبدأ التلاميذ بقول ما يخطر ببالهم من كلمات لهذا الصدى و لكن بعد برهة يحدثهم الصدى ويسألهم أسئلة متنوعة مثل ماهي ألعابكم المفضلة ، ماهي المواقف التي تنير الخوف في نفوسكمالخ ولكن الصدى بعد السؤال يرجع كما كان يردد أصواتهم نفسها. وبعد المشهد تقوم الباحثة بالطلب إلى تلميذ أن يقلد دور الصدى وتبدأ بالكلام بطريقة تطيل فيها المقاطع والحروف بحيث تبدأ بتطويل ومد المقطع الأول من الكلمة بحيث تبدأ بشكل بطيء ثم تتدرج بالسرعة، ونطقاً ممتداً للحروف المتحركة لتبدو أسهل للصدى لترديدها وهنا تتدرج الباحثة من كلمات سهلة مؤلفة من مقطع صوتي واحد مثل (كلمة بط) إلى مقطعين صوتيين مثل (سمكة) ثم ثلاثة مقاطع مثل كلمة (استرسل) وهكذا، ثم تتدرج بالصعوبة وفق مبدأ (التحصين التدريجي) لتنتقل لعبارات أكثر صعوبة مؤلفة من كلمتين ثم ثلاث وبعدها أربع وهكذا وهنا تقوم الباحثة بنقل دور الصدى من تلميذ إلى آخر. 3- أطلب من التلاميذ ان يتحدث كل واحد عن مشاعره وتجربته في الجلسة. 4- يقف التلاميذ في دائرة وأطلب منهم أن يصفوا الجلسة بكلمة واحدة فقط ثم تودعهم الباحثة على أمل اللقاء بهم في الجلسة القادمة	
---	--	---	--

الجلسة السابعة: بعنوان (مقدم برنامج بريد الأطفال)

الهدف العام: تدريب التلاميذ على إتقان فنية القراءة المتزامنة لخفض درجة التأثأة لديهم.

الأهداف الخاصة: 1- أن يتعلم التلاميذ كيفية تطبيق فنية القراءة المتزامنة.

2- أن يتقن التلاميذ فنية القراءة المتزامنة بالنسبة لمستوى الكلمة.

3- أن يتقن التلاميذ فنية القراءة المتزامنة بالنسبة لمستوى الجملة.

4- أن يتقن التلاميذ فنية القراءة المتزامنة على مستوى النص القرأني.

5- أن يتعلم التلميذ كيفية استخدام القراءة المتزامنة مع ذاته.

المعززات المستخدمة	مدة الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	الهدف من النشاط	النشاط
مادي - اجتماعي	60 دقيقة	لعب الدور - النمذجة - التخيل - الواجب البيئي.	1- تقوم الباحثة بشرح اللعبة بأنها لعبة للتحكم بدرجة الصوت وحدته، من خلال الأزرار كما المذراع، فيطلب من أحد الطلاب الوقوف أمام الآخرين بالقراءة من الكتاب ومن ثم تشرح له كيفية التحكم بصوته من خلال الريب على كتفه كالاتي: إذا قامت الباحثة بالريب على كتفه الأيمن يقوم برفع صوته أعلى وأعلى، وعندما يربت على كتفه الأيسر يبدأ بخفض صوته ويبقى هو يتابع حديثه ونقوم عدة مرات بالريب على كتفه أثناء الحديث وهو يقوم برفعه أو خفضه بحسب التعليمات السابقة، ثم نطلب من كل إثنين أن يقوموا بالعملية نفسها والتدريب عليها.	1- خلق هذا النشاط جوا من التفاعل والمرح بين الطلبة وساعدهم على التحكم بصوتهم وتم الاتفاق على اعتماد هذا الأسلوب بالحديث في الجلسات بما يناسب أسلوب الشخص المتحدث ودرجة صوته.	1- الإحماء (المذراع) (15) دقيقة.
			تقوم الباحثة بعد أن تم اختيار النص القرأني (رسالة من طفل مرسلة إلى برنامج بريد الأطفال تحتوي على معلومات مأخوذة من صف الرابع مثال عن مدرج بصرى مثلاً) بتوجيه التلميذ إلى طريقة التدريب على القراءة المتزامنة بوجود بعض النقاط التوضيحية للتلميذ وهي : أن القراءة	2- أن يتعلم التلاميذ كيفية تطبيق فنية القراءة المتزامنة. - أن يتقن التلاميذ فنية القراءة المتزامنة بالنسبة	2- مقدم برنامج بريد الأطفال. (35) دقيقة.

			تكون مع الباحثة في الوقت نفسه ، و السرعة نفسها ، إلى جانب ضرورة عدم التوقف عن القراءة من قبل التلميذ بشكل منفرد ، و إنما يتم توجيه التلميذ إن التوقف يكون مع الباحثة عند نقطة محددة مسبقاً من قبل الباحثة و التلميذ معاً ، و التأكيد على التلميذ بأن يستمر بالقراءة حتى لو توقفت الباحثة عن القراءة أو انخفض صوتها أثناء القراءة وصولاً إلى خفض درجة التأناة ، ومن ثم الطلاقة المنشودة ، ويكون النص القرائي مراعيًا للتسلسل يبدأ بمستوى الكلمة و ينتهي بمستوى النص القرائي. وهنا تتم القراءة المتزامنة وفق شريط تسجيل أعدته الباحثة يتم إسماعه للتلميذ فقط (بواسطة سماعات كما يحدث عند مقدمي البرامج التلفزيونية) وهو يمثل النص القرائي. وهنا يطلب من التلميذ أن يقف أو يجلس ويقرأ الرسالة الموجهة إلى برنامج (هنا تتم القراءة مع الباحثة عبر شريط التسجيل معد مسبقاً) وهكذا حتى آخر تلميذ في المجموعة. الواجب المنزلي تعطي الباحثة كل تلميذ شريط مسجلاً بصوتها ليتدرب عليه التلميذ في المنزل يضم معلومة عن نوع من أنواع الحيوانات سيقومون بإلقائه أمام زملائهم في الجلسة القادمة وذلك للتأكد من تعميم الطلاقة. 3- يجلس التلاميذ بشكل مربع ناقص ضلع ويعرضون انطباعاتهم حول الجلسة. 4- نقف بشكل دائري ثم تطلب الباحثة من التلاميذ أن من لديه نكتة أو حزوة فليقم بإلقائها، ثم تودع الباحثة التلاميذ وتشكرهم على أمل اللقاء بهم في الجلسة القادمة.	لمستوى الكلمة. 3- أن يتقن التلاميذ فنية القراءة المتزامنة بالنسبة لمستوى الجملة. - أن يتقن التلاميذ فنية القراءة المتزامنة على مستوى النص القرائي. - أن يتعلم التلميذ كيفية استخدام القراءة المتزامنة مع ذاته. 3- المشاركة (5) دقائق. 3- الحوار والنقاش لما دار في الجلسة. 4- إغلاق الجلسة بشكل يخلق المرح في نفوس التلاميذ.	3- المشاركة (5) دقائق. 4- الإغلاق (10) دقائق.
--	--	--	--	---	---

الجلسة الثامنة: بعنوان (الشراء من المتجر)

الهدف العام: تخفيف مشاعر القلق والتوتر والتجنب لدى التلاميذ الناتجة عن التعامل مع أشخاص آخرين في المتجر.

الأهداف الخاصة: 1- أن يتدرب التلاميذ على شراء بعض الأشياء من المتجر.

2- أن يشتري التلاميذ بعض الأشياء من المتجر دون خوف أو خجل.

المعززات المستخدمة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	أهداف النشاط	النشاط
مادي - اجتماعي	60 دقيقة	التنفس البطني - لعب الدور.	1- تضع الباحثة حجراً أو قلماً أو أي شيء في كل مكان في كل ركن من أركان الغرفة ونقوم بتشكيل مجموعة مكونة من (4-5) أطفال تلاميذ يقفوا في الوسط ويشكلوا حلقة في الوسط يرتبطون بها ببعضهم البعض من خلال تشبيك مرفق أحدهم بمرفق الآخر وأطلب من كل تلميذ من المجموعة أن يأخذ غرضاً واحد بأقصى سرعة ممكنة بشرط ألا تتفكك الحلقة وممنوع الحديث فيما بينهم ويقوم باقي التلاميذ بمراقبة المجموعة وكيف تم التقاط الأشياء وهل تم العمل بشكل جماعي أم لا وهل وقع خلاف أثناء العمل إذا حدث ذلك كيف تم التوصل إلى حله.	1- زيادة وتيرة النشاط لدى التلاميذ وبث المرح.	1- الإحماء (قاطفو التفاح) (10 دقائق).
			2- الطلب من التلاميذ ممارسة التنفس البطني مدة ثلاث دقائق، بالتزامن مع القيام ببعض التمرينات الرياضية.	2- أن يتدرب التلاميذ على شراء بعض الأشياء من المتجر.	2- الشراء من المتجر (40 دقيقة).
			تحضر الباحثة بعض الأشياء مثل (بسكويت، شوكولا، شيبس، سكاكر، عصير) وتضعها على الطاولة في زاوية الصف. تخبر الباحثة التلاميذ بأنها سوف تأخذ دور البائع وهم سيقومون بدور الزبائن، تقوم الباحثة بنمذجة الدور بالتعاون مع المرشدة الاجتماعية في المدرسة، تقوم الباحثة بشراء علبة عصير من المتجر باستخدام فنية الكلام السهل، مثال: الباحثة: السلام عليكم، البائع: وعليكم	3- أن يشتري التلاميذ بعض الأشياء من المتجر دون خوف أو خجل.	3- المشاركة (5 دقائق).
				3- المشاركة	

	الوجدانية بين أفراد المجموعة. 4- إغلاق الجلسة بشكل مريح وفعال.	السلام ماذا تريدون؟ الباحثة: أريد علبة من العصير من فضلك، البائع: ها هي، الباحثة شكراً، كم سعرها؟ البائع: مئة ليرة، الباحثة: تفضل، البائع: شكراً. تقوم الباحثة بالطلب من التلاميذ شراء قطعة من المتجر والمجادلة في سعرها. تكرر هذه الخطوات السابقة مع كل التلاميذ، تقوم الباحثة بتعزيز التلاميذ الذين أتقنوا دورهم، وإخضاع التلاميذ الذين لم يتقنوا دورهم إلى مزيد من التدريب، تقوم الباحثة بالطلب من التلاميذ شراء قطعة من المتجر والمجادلة في سعرها. تقوم الباحثة باصطحاب التلاميذ إلى المول القريب من المدرسة، وانتقاء بعض الأغراض للبيت مع احتفاظ كل تلميذ بما انتقى من أغراض وذلك للسؤال عن سعرها، تعزيز التلاميذ الذين تمكنوا من القيام بعملية الشراء. 3- الجلوس بشكل دائري وسؤال المجموعة عن شعورهم تجاه الجلسة. 4- تجلس الباحثة مع التلاميذ جلسة مريحة وتطلب منهم إغماض أعينهم مع الموسيقى الهادئة وتأخذ نفس عميقاً من الأنف و نخرجه شيئاً فشيئاً من الفم يتكرر هذا التمرين عدة مرات ثم تقوم الباحثة بتوديع التلاميذ وشكرهم على أمل اللقاء بهم في الجلسة القادمة.			
--	--	--	--	--	--

الجلسة التاسعة: إجراء محادثة هاتفية:

الهدف العام: نقل طلاقة التلميذ من موقف العلاج إلى البيئة الخارجية والحفاظ عليها.

الأهداف الخاصة: 1- أن يحافظ التلميذ على المهارات التي تم اكتسابها خلال البرنامج، ونقلها إلى بيئته.

2- أن يعمم الطلاقة التي تم اكتسابها خلال البرنامج ونقلها إلى بيئته.

3- أن يجري محادثة كلامية باستخدام الهاتف (إرسال واستقبال) مع عدد من الأشخاص المقربين له.

4- أن يطبق التلميذ الكلام السهل على المهام الكلامية المستهدفة داخل وخارج البيت.

المعززات المستخدمة	مدة الجلسة	الفنية المستخدمة	محتوى النشاط	هدف النشاط	النشاط
رمزي - اجتماعي و مادي	50 دقيقة	نمذجة ت تنفس بطني- الكلام السهل-	1- يطلب من أحد التلاميذ أن ينطق كلمة واحدة في أذن زميله على اليمين وبصوت خافت على ألا يكرر الكلمة له حتى لو طلب ذلك منه ويطلب ممن استمع إلى الكلمة أن ينطقها مرة واحدة لزميله الذي يليه، وهكذا إلى أن نصل إلى آخر مشارك بعدها نطلب من الأخير أن ينطق الكلمة بصوت مسموع ونسأل الطالب الأول عن الكلمة الأصلية فإذا كان هناك اختلاف نحاول أن نعرف من أين بدأت الكلمة بالتحول، وبعدها نقوم بنفس التمرين ولكن نستعين بجملة وليس بكلمة.	1- تنمية القدرة على التركيز والانتباه وخلق جو من النشاط والحيوية.	1- إحماء (لعبة التليفون) (15) دقيقة.
			2- الطلب من التلاميذ ممارسة مهارة التنفس البطني مدة ثلاثة دقائق، بالتزامن مع القيام ببعض التمرينات الرياضية.	2-1- أن يحافظ التلميذ على المهارات التي تم اكتسابها خلال البرنامج، ونقلها إلى بيئته.	2- محادثة تليفونية (25) دقيقة
			تحضر الباحثة جهازي هاتف بحيث تضع أحدهما على الطاولة في زاوية الصف، وتحمل الآخر، تخبر الباحثة التلاميذ بأن الهاتف الموضوع على الطاولة هو الهاتف الذي سنستقبل من خلاله المكالمات الهاتفية وسنقوم بالاتصال من خلال الهاتف الآخر، تقوم الباحثة بعرض شريط مسجل بصوتها وصوت شخص آخر تقوم معه بمحادثة هاتفية بطريقة الكلام السهل، ثم تقوم بإجراء حوار مع تلميذ باستخدام طريقة الكلام السهل (من خلال تطويل المقاطع الأولى في بداية كل كلمة)، تكرر هذه المهمة مع بقية	2- أن يعمم الطلاقة التي تم اكتسابها خلال البرنامج ونقلها إلى بيئته.	

2-3- أن يجري محادثة كلامية باستخدام الهاتف (إرسال واستقبال) مع عدد من الأشخاص المقربين له.	2-3- أن يجري محادثة كلامية باستخدام الهاتف (إرسال واستقبال) مع عدد من الأشخاص المقربين له.	التلاميذ. ثم تطلب الباحثة من أحد التلاميذ أن يجري حواراً مع أحد زملائه في الصف، وهكذا تعكس الأدوار مع باقي التلاميذ، مثال: الباحثة: مساء الخير، الشخص: مساء الخير، الباحثة: كيف الحال؟ الشخص: الحمد لله، الباحثة: ماذا فعلت اليوم؟ الشخص: ذهبت إلى العمل وأنا الآن في السوق أحضر بعض الحاجيات للمنزل...الخ. ثم تقوم الباحثة بالاتفاق مع والدي التلميذ بإجراء محادثة هاتفية حيث يقوم التلميذ بطلب رقم هاتفه ويتحدث مع أحد والديه (الأم على سبيل المثال): التلميذ: ألو، الأم: ألو من يتكلم؟ التلميذ: أن عبد الرحمن، الأم: من أين تتصل يا عبد الرحمن، التلميذ: من المدرسة، الأم: كم حصة متبقي لك؟ التلميذ: لدي حصتان، حصة علوم ورياضة؟ الأم: تمام، كن بطلاً كما عهدتك، سلام. التلميذ: تكمي ماما، سلام. وهكذا حتى آخر تلميذ في المجموعة. تقوم الباحثة بتعزيز التلاميذ الذين يتقنون أدوارهم، والقيام بتشجيع التلاميذ الذين لم يتقنوا أدوارهم من خلال إعادة تدريبهم مرة أخرى على ذلك.
3- المشاركة (5) دقائق.	3- المشاركة الوجدانية والتعبير عن مشاعرهم تجاه الجلسة.	3- المشاركة الوجدانية والتعبير عن مشاعرهم تجاه الجلسة.
4- الإغلاق (5) دقائق.	4- إغلاق الجلسة بشكل إيجابي و إتاحة الفرصة للجميع بالمشاركة.	4- إغلاق الجلسة بشكل إيجابي و إتاحة الفرصة للجميع بالمشاركة.
3- يجلس التلاميذ بشكل دائرة ويتحدثون عن مشاعرهم تجاه الجلسة.	3- يجلس التلاميذ بشكل دائرة ويتحدثون عن مشاعرهم تجاه الجلسة.	3- يجلس التلاميذ بشكل دائرة ويتحدثون عن مشاعرهم تجاه الجلسة.
4- يمسك التلميذ بإيدي بعضهم البعض ونغني أغنية مع بعض ثم تودعهم الباحثة وتشكرهم على أمل اللقاء بهم في الجلسات القادمة	4- يمسك التلميذ بإيدي بعضهم البعض ونغني أغنية مع بعض ثم تودعهم الباحثة وتشكرهم على أمل اللقاء بهم في الجلسات القادمة	4- يمسك التلميذ بإيدي بعضهم البعض ونغني أغنية مع بعض ثم تودعهم الباحثة وتشكرهم على أمل اللقاء بهم في الجلسات القادمة
الواجب البيتي: تكليف التلاميذ بواجب بيتي من خلال إعطائهم بعض القصص لقراءتها و حفظها للتدرب عليها وتمثيلها في الجلسة ما قبل الأخيرة.	الواجب البيتي: تكليف التلاميذ بواجب بيتي من خلال إعطائهم بعض القصص لقراءتها و حفظها للتدرب عليها وتمثيلها في الجلسة ما قبل الأخيرة.	الواجب البيتي: تكليف التلاميذ بواجب بيتي من خلال إعطائهم بعض القصص لقراءتها و حفظها للتدرب عليها وتمثيلها في الجلسة ما قبل الأخيرة.

الجلسة العاشرة: في المطعم:

الهدف العام: خفض سلوكيات التجنب والتوتر المصاحبة للتأثأة عند التعامل مع الآخرين في الأماكن العامة.

الأهداف الخاصة: 1- أن يقوم التلميذ بإجراء حوار متخيل في مكان عام (المطعم).

2- أن يقوم بإجراء حوار عن طريق النطق بالمضغ.

المعززات المستخدمة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	أهداف النشاط	النشاط
مادي و اجتماعي	60 دقيقة	الخيال- لعب الدور.	1-تقوم الباحثة فيه بشرح اللعبة بأنها للتشجيع على القراءة بطريقة فيها متعة، حيث نقسم الطلبة إلى قسمين ونطلب من فريق أن يكتب مجموعة من الأسئلة التي تخطر في بالهم أي سؤال بغض النظر على نوعه بحيث كل طالب يكتب سؤالاً، ونطلب من المجموعة الثانية أن تكتب مجموعة من الأجوبة لأسئلة معينة تخطر في بالهم أيضاً، ثم نطلب من طالب من المجموعة الأولى أن يطرح السؤال الذي كتبه وطالب من المجموعة الثانية أن يقرأ الجواب الذي كتبه لسؤاله هو وهنا تظهر المفارقات بالإجابات وتكون في بعض الأحيان فكاهية وتخلق جو من الضحك.	1- خلق جو من المرح والفكاهة بين أفراد المجموعة.	الإحماء (سؤال وجواب) (15) دقيقة.
			2- تقوم الباحثة بتحضير طاولة ومجموعة من الكراسي وتوزع الأدوار على التلاميذ مثل النادل والطباخ وزوار المطعم وتطلب من الأطفال طلب بعض الأطباق من النادل وإجراء حوار مع الطباخ بطريقة النطق بالمضغ حول مكونات الأطباق وكيفية إعدادها..... الخ.	2- أن يقوم التلميذ بإجراء حوار متخيل في مكان عام (المطعم). - أن يقوم بإجراء حوار عن طريق النطق بالمضغ.	2- في المطعم (20) دقيقة.
				3- المشاركة بالمضغ.	3- المشاركة (5) دقائق.
				4- المشاركة الوجدانية لما دار في الجلسة.	4- الإغلاق (20) دقيقة.
				4- إغلاق الجلسة بشكل مثمر	

			و فعال. 3- يجلس التلاميذ بشكل مثلث مفتوح مع الباحثة وتساألهم عن مشاعرهم وانطباعاتهم حول الجلسة. 4- إغلاق الجلسة من خلال استماع الباحثة لبعض أدوار التلاميذ التي سيحفظونها للمسرحية المشتركة بينهم (قراءة من خلال الورق) ثم تودع الباحثة التلاميذ وتشكرهم على امل اللقاء بهم في الجلسات القادمة.	
--	--	--	--	--

١

الجلسة الحادية عشر: الحكواتي:

الهدف العام: تعزيز الثقة بالنفس لدى التلاميذ وتقبل نقد الآخرين ببساطة ومرونة.

الأهداف الخاصة: 1- أن يقوم التلاميذ برواية جزء من قصة محضر مسبقاً بأسلوب الحكواتي بعد رؤية نموذج مصور.

2- أن يتعلم التلاميذ التمييز بين مفهوم النقد السلبي والنقد الإيجابي وذلك بهدف تخفيف شعورهم بالخجل.

3- تخفيف القلق والتوتر المصاحب لمواقف التحدث أمام الآخرين من خلال عدم الاهتمام بتعبيرات الآخرين وتفكيره بهم والتركيز على النص القرأني فقط.

المعززات المستخدمة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	أهداف النشاط	النشاط
مادي واجتماعي	60 دقيقة	نمذجة - تقليد و محاكاة	تطلب الباحثة من الطلبة الوقوف على شكل صفيين متقابلين والقيام بحركات بالوجه لاستثارة الشخص المقابل من المجموعة الثانية، والتي عليها الثبات وعدم التحرك مهما حاول الطرف الآخر إثارتها، وبعد الانتهاء تطلب تبديل الأدوار. تخلق هذه اللعبة تفاعلاً جيداً بين الطلبة وتساعد في التغلب على الخجل من نظرات الآخرين من خلال التأمل بالآخر وضبط الانفعال وعدم ابداء أية ردة فعل بالإضافة إلى أنها تخلق جو من المتعة والفرح.	1- خلق جو من المتعة والمرح بين التلاميذ. 2- تعزيز الثقة بالنفس لدى التلاميذ وتقبل نقد الآخرين ببساطة ومرونة. - أن يقوم التلاميذ برواية جزء من قصة محضر مسبقاً بأسلوب الحكواتي بعد رؤية نموذج مصور. - أن يتعلم	1- الإحماء (الصنم) (10 دقائق). 2- الحكواتي (40 دقيقة).
			تقوم الباحثة بعرض فيديو يتضمن قصة يرويها حكواتي ثم تقوم الباحثة بسؤال التلاميذ عن من يروي جزء من قصة معطاة مسبقاً من البحتة للتلاميذ مقسمة لأجزاء لكل تلميذ جزء و عليه تقليد		

3- المشاركة (5) دقائق.	التلاميذ التمييز بين مفهوم النقد السلبي والنقد الإيجابي وذلك بهدف تخفيف شعورهم بالخجل.	شخصية الحكواتي وتطلب من التلميذ الذي يؤدي للدور أن لا يرتبك أو يبدي أي ردة فعل تجاه أي شخص يؤثر عليه والتركيز على النص القرآني فقط ، ثم بعد ذلك تقوم الباحثة بنقد التلاميذ نقداً بناءً مع توضيح النقد السلبي وكيفية استرجاع الثقة بالنفس إذا تعرض لنقد سلبي آخر وذلك لتحقيق الاتزان النفسي لديه وكيف أن تفكيرنا يتعلق بحركات الآخرين مما يسهل عملية تشتت تفكيرنا مما يؤدي إلى الارتباك.		
4- الإغلاق (5) دقائق.	3- المشاركة الوجدانية بين افراد المجموعة لما دار في الجلسة. 4- الإغلاق بشكل مريح وفعال.	3- الجلوس بشكل دائري ومشاركة المشاعر التي كانت لديهم قبل الجلسة وبعدها المتراكمة من نقد الآخرين.		
		4- إغلاق الجلسة من خلال تمنى أمنية لشخص تحبه كثيراً ثم تشكر الباحثة التلاميذ و تودعهم على اللقاء بهم في الجلسة القادمة		

الجلسة الثانية عشر: إجراء مقابلة:

الهدف العام: خفض شدة التأثأة والسلوكيات المصاحبة لها كالخوف والتجنب والتوتر عند إجراء حوار مع الآخرين.

الأهداف الخاصة: 1- أن يجري التلاميذ مقابلة مع الباحثة مكونة من خمسة أسئلة.

2- أن يجري التلاميذ مقابلة مع بعضهم البعض مكونة من خمسة أسئلة.

3- أن يجري التلاميذ بشكل جماعي مقابلة مع فرد من طاقم المدرسة (المرشدة الاجتماعية) مقابلة مفتوحة (تعميم الطلاقة).

4- أن يتعلم التلاميذ أن التحضير المسبق للأفعال والأقوال من الممكن أن يخفف التوتر والانفعال والتأثأة.

نوع المعززات المستخدمة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	أهداف النشاط	النشاط
مادي - اجتماعي	60 دقيقة	لعب الدور.	1- تطلب الباحثة من التلاميذ الوقوف بشكل دائري و تطلب الباحثة من أحد التلاميذ لعب دور المحقق ومغادرة المكان حتى لا يتمكن من مشاهدة أو سماع ما يدور بين تلاميذ المجموعة ثم تطلب الباحثة من التلاميذ الباقين أن يختاروا قائداً ليقوم بدوره بعمل حركات متنوعة كتحريك الذراع للأعلى و الأسفل....الخ يغير القائد هذه الحركات من (20- 30) ثانية و على المجموعة ان تقوم بتقليد ما يقوم به من حركات مع استمرار المجموعة بتأدية الحركات بنفس الوتيرة و يمنح التلميذ ثلاث محاولات لاكتشاف هوية القائد إن أصاب أو أخطأ فعلى المجموعة اختيار شخص آخر ليؤدي دور المحقق و الثاني ليكون القائد و تعاد عدة مرات طالما الوقت يسمح بذلك.	تنمية التركيز والانتباه والمشاركة الجماعية وخلق جو من الترفيه داخل المجموعة.	1- الإحماء (غير يا قائد) (15) دقيقة.
			2- تقوم الباحثة بالطلب من التلاميذ أن يجروا محادثة معها وذلك بعد قيام الباحثة بإجراء مقابلة مع صديقها حول بعض الموضوعات أمام التلاميذ مثل: العمر، الهوايات، المواقف التي تخشاها والأشياء، ونوع دراستها الخ، حيث يقوم كل تلميذ	2- أن يجري التلاميذ مقابلة مع بعضهم البعض مكونة من خمسة أسئلة.	2-مقابلة (30) دقيقة.
				3- مكونة من مشاركة (5) دقائق.	3-مقابلة (30) دقيقة.
				4- أن يجري التلاميذ مقابلة مع بعضهم البعض مكونة من	4- الإغلاق (5) دقائق.

			بمسؤال الباحثة خمسة أسئلة تخطر بباليه وذلك بعد تسجيلها على ورقة. ثم يقوم الباحثة بالطلب من التلاميذ أن يختار كل واحد منهم زميلاً ليجري معه مقابلة مكونة من خمسة أسئلة. ثم يقوم التلاميذ بشكل جماعي بإجراء مقابلة مع فرد من طاقم المدرسة (المرشدة الاجتماعية) مقابلة مفتوحة (تعميم الطلاقة). تقوم الباحثة بشرح أن التحضير المسبق للأقوال والأفعال يقينا حوادث الارتباك والخجل وذلك ينطبق حتى على الأمور المدرسية وهذا من الممكن أن يخفف التوتر والانفعال والتأناة.	خمس أسئلة. - أن يجري التلاميذ بشكل جماعي مقابلة مع فرد من طاقم المدرسة (المرشدة الاجتماعية) مقابلة مفتوحة (تعميم الطلاقة). - أن يتعلم التلاميذ أن التحضير المسبق للأقوال والأفعال من الممكن أن يخفف التوتر والانفعال والتأناة. 3- المشاركة الوجدانية لما دار في الجلسة. 4- الإغلاق بشكل مثير وفعال.
			3- يجلس الجميع بشكل مربع ناقص ضلع ويتحدثوا عن انطباعهم حول الجلسة.	
			4- إغلاق الجلسة من خلال التعليق على الجلسة بكلمة واحدة و من ثم تودع الباحثة التلاميذ و تشكرهم على أمل اللقاء بهم في الجلسة القادمة.	

الجلسة الثالثة عشر: تنفيس انفعالي:

الهدف العام: تفريغ انفعالي للطاقات السلبية الناتجة عن الحساسية الزائدة لنقد الآخرين.

الأهداف الخاصة: 1- زيادة الثقة بالنفس عند التلاميذ من خلال التشجيع والكلام الإيجابي سواء المقدم من الباحثة أو التغذية الراجعة الذاتية.

2- فهم الذات ومعرفة نقاط القوة وتتميتها ومعرفة نقاط الضعف وتقبلها والعمل على التخلص منها.

المعززات المستخدمة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	أهداف النشاط	النشاط
مادي اجتماعي	60 دقيقة	إدراك الذات – الدكان السحري- التخيل- لعب الدور.	تطلب الباحثة من التلاميذ الجلوس على الكرسي بشكل دائري وتطلب الباحثة من أحد التلاميذ أن يتطوع ليأخذ موقعاً له في وسط الدائرة بمعنى أن هناك أحد التلاميذ لا كرسي له في الدائرة تسأل المجموعة هذا التلميذ "هل تحب جارك؟" فيجيب " بنعم أو بلا" إذا كان جواب التلميذ نعم يغادر التلاميذ مواقعهم في الحال ليستبدل كل منهم موقعه بموقع آخر من المواقع التي تحدت بالكراسي أو المؤشرات الأخرى ويشاركونهم بالبحث التلميذ الذي في وسط الدائرة عن موقع له فيها وبهذه الحال ستمتلئ هذه المواقع في الدائرة ويبقى أحد التلاميذ دون موقع له في الدائرة وبالتالي عليه أن يدخل إلى وسط الدائرة ليجيب عن السؤال الذي ستطرحه عليه المجموعة هل "تحب جارك؟" أما إذا كان الجواب "لا" حينئذ تطرح المجموعة عليه السؤال الآتي "إن من تحب؟" فيجيب من هو في وسط الدائرة " أحب أولئك الذين كأن يكون جوابه مثلاً: أحب أولئك الذين يلبسون أحذية بيضاء "وفي هذه الحالة ينهض كل من يرتدي حذاءً أبيض من مكانه لبحث عن مكان له في الدائرة ويشاركونهم البحث عن موقع له الذي يكون في وسط الدائرة مما يترتب عليه بقاء أحد التلاميذ دون موقع له وهذا التلميذ من سيقف في وسط الدائرة ليجيب عن سؤال المجموعة؟	1- الاستمتاع من خلال اللعب الجماعي وتنمية الانتباه والتركيز والتعبير بتلقائية عما بداخله.	1- الإحماء (بتحب جارك) (15) دقيقة.
				2- شراء قيم إيجابية مقابل التخلص من القيم السلبية.	2- الدكان السحري(15) دقيقة.
				3- تعزيز الجوانب الإيجابية	3- رحلة صيد (15) دقيقة.
					4- المشاركة (5) دقائق.
					5- الإغلاق (نشاط توت توت)(5) دقائق.

تقوم بالطلب منهم مبادلتها في دكان تبيع العديد من القيم الإيجابية مثل (الجرأة، العطف، الحب، الشجاعة..... الخ. والتمن الذي يدفعه المشتري هي الخصائل التي يرغب في التخلص منها مثل (الخوف، الانطواء، الغضب، الكره. الخ. والتعرف على سبب التخلص من هذه الخصال. مثال: كأن يقوم تلميذ بمبادلة الخوف بالشجاعة فإنه سيقوم مثلاً بإجراء محادثة هاتفية مع أحد الناس تحدد لهم الباحثة، أو غناء أغنية أو إلقاء قصيدة يحفظها من كتابه.... الخ. - توزيع ورق وأقلام تلوين على جميع تلاميذ المجموعة وأن يقوم الطلاب بالصاقها على ظهورهم ويقوم كل تلميذ بكتابة صفة إيجابية لزملائه المشاركين كل هذا على حدا وهكذا حتى يقوم الكل بالكتابة للجميع وبعد ذلك يقوم المشاركون بمساعدة زملائهم بخلع الورق الملصق على الظهر ثم قرأتها ومشاركة مشاعرهم في المجموعة. - يقف التلاميذ بشكل دائري ثم تشرح لهم الباحثة نشاط رحلة الصيد وهذا النشاط يتطلب (صباد - قارب - شبكة - فريق إنقاذ - فريق طبي - قبطان - سمكة - مواد غذائية مونة) واستعمال قاعدة " كما لو " as if حيث يقوم كل تلميذ باختيار الدور الذي يناسبه. 3- يجلس الجميع بشكل مربع ناقص ويصف كل منهم انطباعه حول محور الجلسة. 4- يقوم المشاركون باختيار نوع فاكهة ثم تقوم الباحثة بقول كلمة توت توت بعد عدة مرات تكرارها على من يقع عليه الاختيار من التلاميذ ذكر مرات تكرار فاكهته ، تودع الباحثة التلاميذ على أمل اللقاء بهم في الجلسة القادمة.	لدى التلاميذ وخلق جو من الشعور بالطمأنينة والأمان. 3- الحوار والنقاش لما دار في الجلسة. 4- الإغلاق بشكل يخلق جو من المرح و النشاط.
--	---

الجلسة الرابعة عشر والخامسة عشر: على خشبة المسرح + تقويم نهائي

الهدف العام: تقويم فاعلية البرنامج العلاجي باستخدام فنية السيكو دراما لخفض شدة التأثأة لدى التلاميذ المتأثئين عينة البرنامج.

الأهداف الخاصة: 1- تعميم الطلاقة من خلال قيام التلاميذ بتمثيل أدوارهم المعطاة لهم مسبقا من خلال الأعمال المحضرة مسبقاً (الواجب البيتي).

2- زيادة الثقة بالنفس وإدراك الذات بشكل أكثر إيجابية.

3- تطبيق مقياس شدة التأثأة للتأكد من فاعلية البرنامج العلاجي.

المعززات المستخدمة	زمن الجلسة	الفنيات المستخدمة	محتوى النشاط	أهداف النشاط	النشاط
مادي رمزي - اجتماعي.	60 دقيقة	لعب الدور	1- تقوم الباحثة بالاستماع إلى أدوار التلاميذ المعطاة لهم في الواجب البيتي المكلفين به في الجلسات السابقة ثم قوم بتشجيع التلاميذ من خلال بعض الكلمات المحفزة 2- ثم تقوم الباحثة بإعداد التلاميذ لإجراء عمل تمثيلي "بعنوان الخراف السبعة" ليتم عرضها أمام صف من الصفوف في المدرسة. 3- الوقوف بشكل دائري بعد انتهاء العمل الدرامي والحديث عن مشاعرهم حول العمل 4- تحضر الباحثة مجموعة من الأوراق الملونة وأقلام تلوين وعدة أشغال وتطلب من التلاميذ إعداد "smile" يعبر عن مشاعرهم ويتم تعليقها على الحائط ويتم إغلاق الجلسة بالتحدث عن أهم المواضيع التي طرحت وكان لها تأثير إيجابي عليهم مع تمنى أمنية لكل واحد في النهاية عمل احتفال بسيط وتوزيع بعض الهدايا الرمزية على الطلاب. تطبيق مقياس شدة التأثأة للتأكد من فاعلية البرنامج العلاج. في وقت متفق عليه 5- لاحقاً.	1- بث جو من التشجيع والأمن والطمأنينة بالنسبة للتلاميذ. 2- تعميم الطلاقة وزيادة الثقة بالنفس. 3- الوقوف بشكل دائري بعد انتهاء العمل الدرامي والحديث عن مشاعرهم حول العمل 4- إغلاق الجلسات وإنهاء البرنامج بشكل مهني 5- الإغلاق وطقوس الإنهاء	1- الإجماء (بروفة للقصّة) (20) دقيقة. 2- على خشبة المسرح (20) دقيقة. 3- المشاركة (5) دقائق. 4- الإغلاق وطقوس الإنهاء (15) دقيقة. - تقويم النهائي

الملحق (6) المجتمع الأصلي للمدارس في مدينة حلب:

عدد الطلاب			التقسيم القديم			مرحلة التعليم	مرحلة الأساسي	التقسيم الإداري	جنس المدرسة	أسماء المدارس
بنين	بنات	مج	المنطقة	الناحية	القرية					
87	80	167	المركز	المركز	اقيول	مركز	6_1	مركز	مختلطة	العصماء
248	253	501	المركز	مركز جبل سمعان	الاشرفية	مركز	4_1	مركز	مختلطة	احمد حسن الزيات
1031	979	2010	المركز	مركز جبل سمعان	الاشرفية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	زكريا غباش
178	85	263	المركز	المركز	الاشرفية	مركز	9_1	مركز	مختلطة	عبد اللطيف نعناع
346	345	691	المركز	مركز جبل سمعان	الاشرفية	مركز	4_1	مركز	مختلطة	قرطبة
160	151	311	المركز	مركز جبل سمعان	الاشرفية	مركز	4_1	مركز	مختلطة	برهو الصالح
715	812	1527	المركز	مركز جبل سمعان	الاعظمية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	الإباء العربي
929	894	1823	المركز	المركز	الاعظمية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	ذات الصواري
1302	1252	2554	المركز	جبل سمعان	الاعظمية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	فرج ثلجة
792	768	1560	المركز	مركز جبل سمعان	الأكرمية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	محمود طيفور
481	463	944	المركز	مركز جبل سمعان	الأكرمية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	محمد زكريا شقروق
697	646	1343	المركز		الانصاري	مركز	6_1	مركز	مختلطة	ابي أيوب الانصاري
194	174	368	المركز	المركز	البيضاة	مركز	6_1	مركز	مختلطة	عمرو بن العاص
782	785	1567	المركز	مركز جبل سمعان	الجابرية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	احمد العزاوي
167	173	340	المركز	مركز جبل سمعان	الجابرية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	جميلة بوحيرو
771	818	1589	المركز	جبل سمعان	الجابرية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	خليل هنداي
361	314	675	المركز		الجزماتي	مركز	6_1	مركز	مختلطة	عبد العزيز فارس
139	154	293	المركز	جبل سمعان	الجلوم	مركز	6_1	مركز	مختلطة	خوله بنت الازور
654	619	1273	المركز	المركز	الجميلية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	الفاروق
350	358	708	المركز	جبل سمعان	الجميلية	مركز	6_1	مركز	مختلطة	زهرة المدائن
386	385	771	المركز	مركز جبل سمعان	الحمدانية 1	مركز	6_1	مركز	مختلطة	أحمد شاهين ح1
769	734	1503	المركز		الحمدانية 2	مركز	6_1	مركز	مختلطة	أحمد توفيق مالك
642	609	1251	المركز	مركز جبل سمعان	الحمدانية 3	مركز	6_1	مركز	مختلطة	عبد العزيز دوبا
763	817	1580	المركز	مركز جبل سمعان	الحمدانية 3	مركز	6_1	مركز	مختلطة	عدنان المدني
552	570	1122	المركز	جبل سمعان	الحمدانية 3	مركز	6_1	مركز	مختلطة	محمد راغب الطباخ

295	156	139	الحمدانية 3000	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	الضاحية الأولى المحدثه
574	269	305	الحمدانية 3000	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	رياض سجيح
187	99	88	الحمدانية 3000		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عبد الفتاح بعث
399	197	202	الحمدانية 3000	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	محمود جعور
308	157	151	الحمدانية 3000		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	مصطفى معراوي
802	390	412	الحمدانية 4	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	حماة الديار المحدثه
1441	711	730	الحمدانية 4	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد خطيب الحطاب
728	369	359	الحمدانية 606	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	احسان شوقي عقيقي
138	60	78	الحمدانية الضاحية	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الجبل الواعد
154	75	79	الحمدانية تشرين	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	جمعية تشرين المحدثه
613	279	334	الحمدانية رواد		المركز	مركز	6_1	أساسي	بنات	ميسر النقيب
451	238	213	الحيدرية	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمود ريحاوي النصر
457	218	239	الحيدرية	المركز	المركز	مركز	6_1	الاساسي	مختلطة	عبد الله كوسا
1279	595	684	الزبدية		المركز	مركز	6_1		مختلطة	فدوى طوقان
1196	592	604	الزبدية	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	محمد مهدي الجواهري
249	124	125	الزهراء	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	امرو القيس
894	463	431	الزهراء	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	نزار قباني
1156	574	582	السبيل	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الفتح
1067	522	545	السبيل	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	خالد بن الوليد
1538	687	851	السريان	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	علي نضال ضويا
1482	816	666	السريان	المركز	المركز	مركز	6_1	الاساسي	مختلطة	قاسم أمين
1065	519	546	السريان	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	محمد حسان كيالي العالم
2101	1283	818	السكري	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	سمير أبو حرش
788	424	364	السكري	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد جميل مشلح
1626	580	1046	السكري	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	زكي جمعة
797	338	459	السليمانية	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الآباء المختارين
951	470	481	السليمانية	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	بور سعيد
364	169	195	السليمانية	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	حاتم الطائي
835	402	433	السليمانية	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	دمشق

659	324	335	السيد علي	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الغسانية
399	209	190	السيد علي	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	طلال محمود أسد
276	143	133	الشعار	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	رابعة العدوية
950	605	345	الشعار	المركز	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	فاتح المرعشي
468	224	244	الشهباء	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	دلال المغربي
368	188	180	الشهباء	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	سامي الكيالي
1033	515	518	الشهباء	الشهباء الجديدة	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	قانا
738	381	357	الشيخ أبو بكر	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	العدالة
501	263	238	الشيخ خضر		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	مجدل شمس
580	303	277	الشيخ سعيد	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	الحسن بن الهيثم
754	404	350	الشيخ مقصود	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	البراء بن مالك
1009	594	415	الشيخ مقصود	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	رضوان زعتري
479	211	268	الشيخ مقصود	المركز	المركز	مركز	6_1		مختلطة	رفعت الحاج سري
1302	780	522	الشيخ مقصود		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	فانز منصور
1798	908	890	الصاخور	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	خير الدين الأسدي
1076	642	434	الصاخور	مركز	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	غزة
800	433	367	الصاخور		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد سيف محمود
330	161	169	العامرة	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	العامرة المحدثة
860	436	424	العزيرية	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	عامر محمد
156	68	88	الفرافرة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	باحثة البادية
2450	1250	1200	الفردوس		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الوليد بن عبد الملك
3830	2133	1697	الفردوس	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عبد اللطيف باذنجي
686	336	350	الفردوس	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	وليد بلال
1029	464	565	الفرقان	المركز	المركز	مركز	6_1		مختلطة	الفرقان المحدثة
848	390	458	الفرقان	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	حسين حسني تركمان
1940	1048	892	الفرقان	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد حداد
897	460	437	الفيض	المركز	المركز	مركز	6_1		مختلطة	الشهيد القاطرجي
707	341	366	الفيض	الفيض	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	صقر قريش
552	287	265	القلعة	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الجولان
958	506	452	المارتيني		المركز	مركز	6_1		مختلطة	شكري القوتلي
967	406	561	المالكية		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	المالكية

907	450	457	المحافظة	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	العودة
451	233	218	المحافظة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عبد الفتاح السعدي
658	321	337	المحافظة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	فوزي الجسري
506	233	273	المحافظة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمود الحوري
1822	1071	751	المشهد	المركز	المركز	مركز	9_1		مختلطة	جميل قباني
83	46	37	المعصرانيه		المركز	مركز	6_1		مختلطة	محمد مصطفى مرعي
523	262	261	الموكامبو	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	جول جمال
742	370	372	الميسر	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	ابن النفيس
389		389	النيرب	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	بنين	النيرب بنين
940	475	465	النيرب	المركز	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	حي النيرب الجنوبي
1132	573	559	النيرب	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	سعيد عبد الحق
445	190	255	النيرب		المركز	مركز	9_1		مختلطة	علي رضا حاج علي
491	300	191	النيرب	مركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عمر يوسف النيهان
529	256	273	النيرب		المركز	مركز	9_1		مختلطة	فاضل الحوت
680	444	236	النيرب	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلط	فلسطين
553	268	285	النيرب	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	مصطفى أبو راس
734	377	357	الهك		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	أمية
1037	611	426	الهك	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	عبد الكريم الصالح
753	253	500	الهك	المركز	المركز	مركز	9_1	اساسي	مختلط	غزة الصامدة
38	19	19	ام تريكية	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	ام تريكية
164	78	86	أرض الحمرا	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	دباح الطه
166	94	72	أرض الحمرا	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	سليم حاج أحمد
179	88	91	باب الحديد	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	المثنى بن حارثة
286	145	141	باب النصر		المركز	مركز	6_1		مختلطة	شجرة الدر
186	56	130	باب النيرب	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الانصارية
760	420	340	باب النيرب	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عقبة بن نافع
150	70	80	بستان الباشا		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد صالح صباغ
916	437	479	بستان الزهرة	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	ذي قار
1057	522	535	بستان القصر	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	احمد عنبرجي
951	472	479	بستان القصر	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	الكرامة

1569	761	808	بستان القصر	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	نديم نحاس
2334	1228	1106	بستان القصر	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	يحيى محمود حيلاني
962	486	476	تجميل المشاركة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عبد الرحمن جغل
259	114	145	تجميل مشاركة		المركز	مركز	6_1	اساسي 6-1	مختلطة	معاوية
1872	966	906	تلفون هوائي	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	إيليا أبو ماضي
359	197	162	جب القبة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	حافظ إبراهيم
620	104	516	جبرين	جبرين	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	الشهيد عبيد الجنود
1282	633	649	جبرين		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد ملحم
601	309	292	جبرين	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	الصالات الصناعية
395	175	220	جبرين		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	جبرين الثالثة
308	164	144	جبرين	المركز	المركز	مركز	4_1		مختلطة	جبرين الثانية
233	122	111	جبرين	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	جبرين الخامسة
287	82	205	جبرين	المركز	المركز	مركز	6_1		مختلطة	جبرين الرابعة
365	155	210	جبرين	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	حي طيبة
248	137	111	جبرين	جبرين	المركز	مركز	6_1		مختلطة	صالات جبرين المحدثة
220	82	138	جبرين	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	مزرعة ملحم
752	370	382	حلب الجديدة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	لانا زينو
781	377	404	حلب الجديدة		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	أحمد أسود
455	223	232	حلب الجديدة	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	جمعية المتنبي
471	239	232	حلب الجديدة	المركز	المركز	مركز	6_1		مختلطة	جمعية المهندسين
882	454	428	حلب الجديدة	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	جمعية الوحدة
747	359	388	حلب الجديدة	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	حسين طبره
520	277	243	حلب الجديدة	مركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	سما خياطة
968	492	476	حلب الجديدة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عثمان بن عفان
642	320	322	حلب الجديدة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	قتبة بن مسلم الباهلي
628	317	311	حلب الجديدة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد عزام
680	344	336	حلب الجديدة		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد نهاد صابرين
93	52	41	ساحة التناير	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الفضيلة
603	290	313	سليمان الحلبي	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الاصمعي
587	304	283	سليمان الحلبي	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	اليقظة العربية
1284	671	613	سليمان الحلبي	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	سليمان الحلبي
783	348	435	سيف الدولة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	احمد احمد سعيد

1090	512	578	سيف الدولة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الرجاء
532	249	283	سيف الدولة	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الملكة بلقيس
1536	762	774	سيف الدولة		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الملكة زنوبيا
1402	697	705	سيف الدولة	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	توفيق العلي
1768	1626	142	سيف الدولة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	رحمو الحطاب
1900	418	1482	سيف الدولة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	عامر سرميني
1735	884	851	سيف الدولة	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد أديب خياطة
1906	960	946	شارع النيل		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الطليعة العربية
651	340	311	شارع النيل	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	المعلم العربي
167	83	84	شارع النيل	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	أبي تمام بنين
840	419	421	شارع النيل	المركز	المركز	مركز	6_1		مختلطة	عائشة الدباغ
211	108	103	شارع النيل		المركز	مركز	6_1		مختلطة	محمد زكوان الغزال
1024	505	519	صلاح الدين		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	ابن حزم الاندلسي
538	251	287	صلاح الدين	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	سعد بن أبي وقاص
3074	1520	1554	صلاح الدين	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	سليمان الخاطر المحدث
1547	778	769	صلاح الدين	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	محمد الدرة
1716	834	882	صلاح الدين	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	محمد الفيتوري
1607	862	745	طريق الباب	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	سامي الدهان
153	78	75	طريق الباب		المركز	مركز	4_1	أساسي	مختلطة	عصام النادري
1129	592	537	طريق الباب	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	علي عبد صالح
406	205	201	طريق الباب	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	محمد فيصل خشفة
411	207	204	قاضي عسكر	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	ساطع الحصري
407	201	206	قاضي عسكر	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	فاطمة الزهراء
210	106	104	قرلق	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	ناظم الطبقجلي
273	143	130	قرلق	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	ذات النطاقين
70	44	26	قسطل حرامي	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	أسامة بن زيد
274	141	133	قلعة شريف	المركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الوطن العربي
893	471	422	كرم الددع		المركز	مركز	6_1	اساسي 6-1	مختلطة	كرم الددع المحدث
2741	1457	1284	كرم الطحان	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	عبد القادر أسود
1327	656	671	كرم القاطرجي	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	عربستان
122	53	69	كرم القصر		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عبد الله بن زبير
115	53	62	كرم القصر	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	كرم القصر الغربية

837	413	424	كرم النزهة	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	كرم النزهة
2014	985	1029	كرم حومد	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	9_1	أساسي	مختلطة	اللواء
1001	487	514	محطة بغداد	مركز	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	عدنان المالكي
351	174	177	مريديان	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	خالد أزرق
1659	835	824	مريديان	جبل سمعان	المركز	مركز	6_1		مختلطة	صبحي دايه
412	195	217	مزرعة جبرين		المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	مزرعة جبرين
236	131	105	مساكن هنانو	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	الناطقة الذبياني
1178	569	609	مساكن هنانو	المركز	المركز	مركز	6_1	اساسي	مختلطة	أبو خليل القباني
125	59	66	ميسلون		المركز	مركز	6_1		مختلطة	عمار بن ياسر
197	95	102	ميسلون	مركز جبل سمعان	المركز	مركز	6_1	أساسي	مختلطة	ميسلون
10	5	5	المشاطية		المركز	مركز	6_1		مختلطة	القادسية

الملحق (7) الجداول الخاصة بمتغيرات البحث

الجداول الخاصة بالمتغيرات الديمغرافية لعينة البحث

التسلسل	المجموعة	الجنس	الذكاء	العمر
1.	تجريبي	أنثى	54	111
2.	تجريبي	ذكر	53	108
3.	تجريبي	ذكر	57	99
4.	تجريبي	انثى	58	100
5.	تجريبي	انثى	54	105
6.	تجريبي	ذكر	55	113
7.	تجريبي	ذكر	55	103
8.	تجريبي	ذكر	57	101
9.	تجريبي	ذكر	58	104
10.	ضابطة	انثى	54	97
11.	ضابطة	ذكر	55	106
12.	ضابطة	ذكر	56	100
13.	ضابطة	انثى	54	104
14.	ضابطة	ذكر	55	106
15.	ضابطة	ذكر	55	100
16.	ضابطة	ذكر	54	97
17.	ضابطة	انثى	56	101
18.	ضابطة	ذكر	55	96

جدول التطبيق القبلي بحسب شدة التأتأة

التسلسل	المجموعة	التكرارات الصوتية	الانحباسات الصوتية	المصاحبات الجسمية
1.	تجريبي	8	3	11
2.	تجريبي	9	4	11
3.	تجريبي	8	2	10
4.	تجريبي	10	4	12
5.	تجريبي	9	4	10
6.	تجريبي	9	3	11
7.	تجريبي	9	2	10
8.	تجريبي	9	2	9
9.	تجريبي	9	2	10
10.	ضابطة	8	2	9
11.	ضابطة	10	2	11
12.	ضابطة	9	2	10
13.	ضابطة	11	3	11
14.	ضابطة	8	3	11
15.	ضابطة	9	3	11
16.	ضابطة	8	3	9
17.	ضابطة	10	4	11
18.	ضابطة	9	3	11

جدول التطبيق البعدي بحسب شدة التآفة

التسلسل	المجموعة	التكرارات الصوتية	الانحباسات الصوتية	المصاحبات الجسمية
1.	تجريبي	6	0	6
2.	تجريبي	6	1	7
3.	تجريبي	5	0	6
4.	تجريبي	7	1	8
5.	تجريبي	6	2	8
6.	تجريبي	5	1	7
7.	تجريبي	6	1	8
8.	تجريبي	6	0	7
9.	تجريبي	5	1	7
10.	ضابطة	9	2	10
11.	ضابطة	9	2	11
12.	ضابطة	10	3	11
13.	ضابطة	11	3	11
14.	ضابطة	8	2	12
15.	ضابطة	9	4	11
16.	ضابطة	9	3	10
17.	ضابطة	10	3	12
18.	ضابطة	10	3	11

جدول التطبيق البعدي مؤجل بحسب شدة التآفة

التسلسل	المجموعة	التكرارات الصوتية	الانحباسات الصوتية	المصاحبات الجسمية
1.	تجريبي	5	0	6
2.	تجريبي	6	0	7
3.	تجريبي	5	0	6
4.	تجريبي	6	1	7
5.	تجريبي	5	2	6
6.	تجريبي	5	1	7
7.	تجريبي	5	0	6
8.	تجريبي	5	0	7
9.	تجريبي	4	1	6
10.	ضابطة	9	2	10
11.	ضابطة	9	2	11
12.	ضابطة	10	3	11
13.	ضابطة	11	2	11
14.	ضابطة	8	2	12
15.	ضابطة	8	4	11
16.	ضابطة	9	3	10
17.	ضابطة	10	3	11
18.	ضابطة	10	3	11

Damascus University

Faculty of Education

Department of Special Education



The Effectiveness of Program Based On Strategy Of Psychodrama in Reducing The Severity Of The Stuttering”

**“A study on a sample of primary teaching pupils (first episode
of basic education) in the city of Aleppo”**

*A Dissertation Submitted for a Master Degree IN Special
Education (Evaluating Languages And Speech)*

**Prepared by
Ghoson Hejaze**

**Supervised by
Prof. Ghasan Abo Fakher**

**A professor in The Department of
Special Education**

**Assistant Supervised by
D. Manal Al Shikh**

**An Assistant professor in The
Department of Psychological Counseling**

Damascus: $\frac{1441 AH}{2018 - 2019 AD}$

Summary of the Research

Title of the Research:

“The Effectiveness of program based on strategy of psychodrama in reducing the severity of the stuttering” An experimental study on a sample of primary teaching pupils (first episode of basic education) in the city of Aleppo”

Problem of the Research:

Psychologists and Educators confirm on necessity of childhood stage and meet requirements to grow the child articulation growth away from obstacles of stage and psychological disorders that resulting from them.

The child who suffer from stuttering suffer as well as many of psychological problems that resulting from feeling of inferiority that it forms excessive sensitivity to criticism to him that caused to weaken his confidence in himself and a negative feeling towards himself, therefore it pays him to with drawal shame convergence and frustration.

Whereas the problem of stuttering complex aspects, it is difficult to introduce reason for the occurrence stuttering so the current study focus on psychological aspect in the occurrence and treatment of stuttering and whereas this disorders forms on childhood stage and evolve rapidly and it begins to gelling with progress in child development.

From there the researcher saw necessity of preparation program target this category and with theoretical study to researches, that had treatment the stuttering with strategy of psychodrama in Syrian Arab republic the researcher hadn't found researches had this treatment strategy on in treating stuttering on the knowledge of the researcher, this is one reason the driving focus of research in the field.

Thus the problem of study is specified in answering the following question:

How Effective is a program based on the strategy of psychodrama in reducing the severity of the stuttering on a sample of pupils in first episode of basic education I the city of Aleppo?

Significance of the Research:

The research involves on two importance theoretical and application:

- **theoretical importance:**

1. Discussing the stuttering problem as one as articulation disorders most common that harm children in the most communication skills that influenced on social continuity with other and adverse effect on their personality aspects.
2. And the importance of research returns to interest in childhood stage as important stage in human life whereas the stuttering makes the child convicted to fear from the other response to him, that leaves effect on the child perception to himself in negative image, therefore the best is

helping the child in early intervention where possible, before the complications appear, whereas the stuttering problem get more complicated as child grow up, and this development stage in child life that show on the childhood stage contribution in facilitating to other stage more complicated thus should be preparing the child for there.

3. Lack of research in Syrian Arab Republic that have remedial method that implied in this research in treatment the stuttering problem.

- Application importance:

1. Benefit from theory and scientific aspects in Design program include remedial strategy to be close to child and help him to disposal form stuttering as much as possible to be able to contact and react with other to reach to him to adjustment level and psychophylaxis.

2. This research tries to know how impact remedial strategy psychological that could be share in improve child articulation and facing adverse effects that consequences on stuttering problem.

3. giving some recommendations and suggestion through the research that could be handle parents, teachers and specialist to put education and psychological planning and remediation children who suffer from stuttering.

- Aims of the Research:

1. This research aims to Design a program based on strategy of psychodrama to reduce severity of stuttering on the children who suffer stuttering.

2. This research aims to investigate from ability of program based on strategy of psychodrama to reduce severity of stuttering on a sample of children who suffer stuttering.

3. check continued effectiveness of the designed program to reduce the severity of stuttering after the program be stopping (post application) and give some suggestions to pupils, family and teachers who have a child suffer stuttering in light of the results of research.

Hypotheses of the Research:

1. There are no statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental group pupils' grades on the stuttering severity instrument before and after the application of the remedial program.

2. There are no statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental and control group pupils' grades on the stuttering severity instrument after the application of the remedial program.

3. There are no statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental group pupils' grades on the stuttering severity instrument in the post and postponed measurement.

4. There are no statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental and control group pupils' grades on the stuttering severity

instrument after the application of the remedial program (the postponed measurement).

Methodology of the Research:

The experimental approach was used in order to reveal the effectiveness of a remedial program based on the Strategy of Psychodrama in reducing the severity of stuttering. The researcher preapplied the measurement tools on the experimental and control groups, applied the suggested remedial program on the experimental group only, and then post-applied the measurement tools on both groups.

Population and Sample of the Research

The population comprised all pupils of the first primary stage in the state schools of Aleppo in the academic year (2008\2009) whose total number amounted to (160882) distributed to (80006) males and (80876) females. The sample consisted of (18) male and female stuttering pupils randomly distributed into two equal groups (experimental and control); each consisted of (9) male and female pupils whose age ranged between 8-10 years.

Variables of the Research

The researcher specified the variables of the study as follows:

- The independent variable:

the remedial program based on strategy of psychodrama designed by the researcher

- The dependent variables:

The severity of stuttering.

Tools of the Research:

The following tools are used:

1. A checklist made by the researcher to reveal the existence of the stuttering disorder among pupil which presented to teachers.
2. A stuttering severity instrument for children (SSI) Raily (1994).
3. program based on strategy of psychodrama prepared by the researcher
4. Raven's (1998) Test of successive matrices prepared by Rahma (2004).

Results of the Research:

This research yielded the following results:

1. There are statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental group students' grades on the stuttering severity instrument before and after the application of the remedial program in favour of the post-measurement.
2. There are statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental and control group students' grades on the stuttering severity instrument after the application of the remedial program in favour of the experimental group.

3. There are no statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental group students' grades after the application of the remedial program and their grades after one month of application on the stuttering severity instrument.
4. There are statistically significant differences at ($\alpha = 0.05$) between experimental and control group students' grades on the stuttering severity instrument after the application of the remedial program (the postponed measurement) in favour of the experimental group.