

التدخل المبكر عند الأطفال المصابين بالتأتأة في الوسط المدرسي الجزائري

طالبى مليكة

جامعة الجزائر- مخبر علوم اللغة والاتصال SLANCOM

إن مهمة اللغة فن الحديث ليس بإبهار المستمع بالتعبير و الجمل و الكلمات المزوقة، و إنما مهمتها التأثير في جمهورها بتعبير واضح و مفهوم و مؤثر ، فاللغة إذن وسيلة إتصال أساسية و بدونها لا تتحقق عملية الإتصال الجماهيري بمعناه المعروف، حيث يشير مارتنيه قائلا : "اللغة تنظيم من الإشارات المستخدمة في سبيل تأمين الإتصال "

- فقد يحدث و أن تضطرب هذه اللغة ، و ما يعرف بإضطراب الإتصال الشفهي الذي يظهر عند الأطفال ما بين عامين إلى خمس سنوات ، كما يتفق المختصين أن هذا الإضطراب يبدأ في الظهور في غالب الأحيان بين 3 سنوات و 7 سنوات و أحيانا كثيرة يصل إلى 10 إلى 12 سنة و نادرا في سن الرشد ، إلا عند تعرضه لصدمة عنيفة .

إن دراسة L. Rustin في 1991م تؤكد أنه يوجد 75% من حالات إضطراب التأتأة تبدأ قبل سن السابعة ، إذن في الفترة الزمنية الخاصة بالأطفال المتدربين.

هذا الإضطراب الذي يعرفه W. COTT بأنه إختلال في التعبير الشفوي ، يتميز بتكرارات أو إمتدادات سواء تكون مسموعة أو غير مسموعة أثناء إرسال وحدة كلامية قصيرة .

أما الدكتور N. Zellal فترى أن التأتأة إضطرابات شفوية عند الطفل أي إضطراب نفسي لغوي على مستوى مجرى الكلام (un trouble de débit) و هو اضطراب براغماتي علائقي، لأن الطفل لا يتأتأ إلا في التعامل مع الآخر.

فتعتبر التأتأة من بين الاضطرابات المنتشرة في الوسط المدرسي الجزائري، فهي بمثابة إعاقة فعلية لأي مجهود دراسي للطفل و قد تكون سبب في الرسوب المدرسي و عليه يمكن أن يؤدي هذا الاضطراب إلى الفشل و الرسوب الاجتماعي للفرد مستقبلا.

إن تواجدنا في وحدة طبية للكشف و المتابعة، سمح لنا باستقبال العديد من الأطفال و المراهقين ذوي الاضطرابات الأرطوفونية المختلفة، نذكر منها عسر الكتابة، القراءة، اضطرابات نطقية، حالات صمم، تأخر لغوي، تأتأة.... إلخ.

هذه الاضطرابات التي ممكن أن تؤدي إلى الخوف في التفاعل مع الآخرين و عدم تطوير سلوكيات توكيدية Assertive behaviors التي لا تمكن الفرد من تحقيق التكيف الاجتماعي. هذه الملاحظات جعلتنا نتخوف من اضطراب التأتأة الذي هو في ارتفاع متزايد في الوسط المدرسي، بالنسبة للاضطرابات الأخرى، و الذي يتطور عند الطفل مع تطور سنه و هذا لا يمنع من وجود حالات نسبية اختفت لديهم اضطراب التأتأة نهائيا و هو الأمر الذي فسرتة Borel-Maisonny في دراستها، و ذلك في عدم الكفالة الأرطوفونية و التدخل قبل ست (06) سنوات، لأن الأمر يتعلق بالتأتأة الفيزيولوجية و لا خوف منها، و التي تظهر في السن الثالثة عند الطفل و تأتي أحيانا في عدم القدرة على الالتقاء بين الفكر و التحقيق الحركي للكلمة.

لكن ملاحظتنا الميدانية جعلتنا نتساءل عن تواجد أطفال و مراهقين يعانون من هذا الاضطراب منذ الصغر و لم يختفي لديهم، بل هو في ارتفاع مستمر و ذلك حسب شهادة

الأولياء و المدرسين. و تؤكد دراسات أخرى أن للتدخل المبكر و الكفالة قبل ست سنوات أهمية في التخلص من هذا الاضطراب (التأتأة) كدراسة Aimard P. 1991 و Simon A. M. 1996 و Monfraies Pfauwadel M.C. 2000. الأمر الذي يجعلنا نعيد النظر فيما يسمى بالتأتأة الفيزيولوجية أو العابرة، بناءا عليه يجب التفكير في الوقاية و نركز على التدخل المبكر، لتفادي تعقد حالة الطفل المصاب و بروز مشكل نفسي و اجتماعي لديه. فإن الواقع الجزائري بين لنا حتى الآن أنه لا توجد أي خطوة أو توجيهات رسمية تحت على الكشف عن مثل هذه الاضطرابات قبل سن التمدرس. و هذا ليس بغاية في حد ذاته، ما دام Simon A. M. قد أوضحت أنه كان على الولايات المتحدة الأمريكية أن تنتظر الثمانينات و فرنسا التسعينات، لكي تنتشر عملية التدخل المبكر لدى الطفل. انطلاقا من ملاحظة Simon A. M.، لماذا نحن أيضا لا نفكر في دمج الكشف الطبي المبكر، معاينة تخصص الاضطرابات اللغوية، و هذا الفحص أو المعاينة تسمح لنا بالكشف عن الأطفال المتأثرين حتى يتسنى التكفل بهم في المرحلة الأولى من التمدرس. فهدفنا من البحث هو إمكانية الوصول لدمج كشف طبي للأطفال المتمدرسين لمعاينة مختلف الاضطرابات الأرطوفونية التي يمكن أن نصادفها في المدارس. لأجل المتابعة و الكفالة المبكرة، حتى نستطيع تفادي الفشل المدرسي. بمعنى آخر إبراز أهمية التدخل المبكر قبل دخول السنة الأولى، أي مع التسجيلات للدخول للسنة الأولى، و هذا من أجل التكفل بكل الاضطرابات الأرطوفونية و بالأخص التأتأة التي ممكن أن تعرقل التمدرس الصحيح.

عينة البحث

أخذت عينة 6 أطفال متمدرسين من نفس السن تقريبا 5 ← 6 سنوات. نفس الجنس ذكر و نفس المستوى الدراسي، السنة الأولى ابتدائي. فالمجموعة (أ) هي مجموعة تجريبية أخذت من مدرسة أين توجد وحدة الكشف المتابعة. و المجموعة (ب) هي مجموعة ظابطة أخذت من مدرسة أخرى، و نفس نوع الاضطراب و هو التأتأة. قسمنا عينتنا إلى مجموعتين :

مجموعة (أ)

و هي مجموعة تتكون من ثلاث أطفال ذو ستة سنوات تقريبا، الجنس ذكر للسنة الأولى. حيث يعانون من اضطراب في مجرى الكلام (التأتأة) الذي عرقلهم على الاندماج في المجتمع بشكل عادي و حتما أيضا على الدراسة بصورة أفضل.

مجموعة (ب)

و هي مجموعة تتكون من ثلاث أطفال تعاني أيضا اضطراب التأتأة و لكن لم يتم التكفل بهم.

تم اختيار العينة من 6 أطفال فقط و ذلك لنوع الدراسة التي أجبرتنا على ذلك. حيث قمنا

بدراسة حالة لكل طفل باستعمال إختبار (Estienne F.) للتأتأة. حتى نتمكن من الحصول على نتائج موضوعية و مرضية ، حتى يمكن حصرها و من الممكن مستقبلا تعميمها، بأخذ عينة أكبر و بمعطيات أوسع و أفضل. كما رضينا بحجم العينة في هذه الدراسة حتى نتحكم في نتائج إعادة التربية و خاصة نتائج الدراسة في حد ذاتها.

إختبار التأتأة لـ: Estienne F.

هو إختبار يفحص التأتأة و درجة خطورتها والإضطرابات المصاحبة لها و إمكانية حصرها حتى تتمكن من العلاج، حيث يسمح لنا هذا الإختبار بمعرفة توزيع التعثرات في الكلام و ذلك بحصر مكان تمرکز الإعادات و التوقيفات و العناصر الخيلة لها ، و هذا التحديد يساعدنا على إعادة التربية، بالتركيز أكثر على عدد و نسبة التعثرات. كما يسمح لنا هذا الإختبار بالفحص الدقيق على مواقف و سلوكات الطفل أثناء الكلام. يحتوي هذا الإختبار على البنود التالية :

- بند التقدير الذاتي لخطورة الإضطراب هدفه وصف درجات الإضطراب و أيضا بند التقييم الذاتي لعدد التعثرات بنسبة لمجموع المقابلة و الهدف من هذا البند هو تحسين المعالج و المصاب معا لتحليل دقيق للتعثرات. و عليه نضع سلم التقدير الموضوعي للتأتأة، و نحسب هنا نسبة التعثرات خلال دقيقتين من التسجيل بدون أخذ بعين الإعتبار عدد الكلمات الملفوظة، هذا التقدير يسمح لنا بتقدير تطور العلاج أثناء حصة إعادة التربية.
- و في البند الموالي نحسب التعثرات في 20 كلمة مأخوذة من بداية التسجيل و 20 كلمة من نهاية التعليم. و هدفها مقانة تطور التعثرات خلال عملية الإتصال.

ملاحظة

أخذنا 20 كلمة بدلا من 100 كلمة ، لأن الأمر يتعلق بالطفل الذي لا يستطيع التلفظ بأكثر من 20 كلمة، و حاولنا قدر المستطاع أن نبسط له ذلك. أما البنود الآتية ذكرها فلم يتم تطبيقها :

- سلم التقدير الذاتي لخطورة التأتأة.
 - وصف درجات الإضطراب.
 - التقييم لعدد التعثرات لمجموع المقابلة.
- لم يتم تطبيق هذه البنود، لأن الأمر يتعلق بالطفل ، لكن تم تطبيق بقية البنود الإختبار. وفقا لما جاء في دراسة الباحثة ESTIENNE F و أشرفت على ترجمته الأستاذة صليحة خلال السنة 2003-2004.

ففي بند التقييم الموضوعي للنطق هذا السلم يسمح لنا توزيع أنواع التعثرات في 20 كلمة مأخوذة من بداية التسجيل و 20 كلمة أخرى من نهاية التسجيل. و في بند التقييم التحليلي للتعثرات في 20 كلمة يتم هنا تحليل الوقفات و الجمع، العدد الإجمالي للتعثرات ، النوع، المدة ، و مكان حدوث هذا التعثر.

أما تحليل الإعادات بحيث نبحت عن نوع الإعادة ، مدة أو عدد الإعادات لعنصر واحد مكان حدوث الإعادة، و كيفية التخلص من التعثر . كطل هذا يتم تلخيصه في رسومات البيانية الآتية.

و في بند تحليل العناصر الداخلية ذات النوع اللساني نبحت هنا عن العدد الإجمالي في 20 كلمة مسجلة ، النوع ، و المدة تحسب بالثواني و مكان حدوث الإعادة.

و في بند التقدير الذاتي لمجرى الكلام هذا التقدير يسمح للمصاب من التحقق إذا كان خطابه يدرك بصفة مغايرة من طرفه و من طرف المستمع له. أما في بند التقييم الموضوعي لبعض المعالم الخاصة بالحركات المصاحبة هنا نلاحظ عدد هذه الحركات المتشابهة و مختلفة في 20 حركة ملاحظة. و يتم توزيع هذه الحركات حسب مناطق الجسم ، هنا أيضا نحدد الإتصال البصري للمصاب و لغته.

في بند التقييم الذاتي من طرف المصاب حسب مواقف الإتصال المختلفة يتم معرفة درجة وحدة الإضطراب المصاب، من خلال الأسئلة يقدمها الفاحص. أما في بند التقييم الموضوعي من طرف الفاحص من خلال عدد التعثرات يتم حساب النسب المئوية لعدد التعثرات ، الموجودة في الكلمات للأسئلة مقدمة من طرف الفاحص.

و في بند التقييم الذاتي من طرف المفحوص للتأثأة حسب مواقف الإتصال المختلفة . فنتمكن هنا من معرفة مختلف مواقف الإتصال المصاب مع محيطه. و في بند وضع قائمة من 10 مواقف إتصال لغوية حسب درجة التأثأة بهدف إستعمالها ف العلاج ، هنا الفاحص يقوم بإيجاد أجوبة حتى يتمكن من تكملتها ، ونفس الشيء للنسبة للمفحوص. و الأجوبة كلها تتعلق بالإضطراب و يتم هنا تحليل مسار التأثأة.

و في بند العقد العلاجي يتم معرفة الحالة المرجوة من طرف المفحوص ، إقتراحات الفاحص ، تحديد الأهداف ، تقييم المحاولة ، و تنظيم مدة العلاج. أما تقييم الحصة يتم فيها معرفة نسبة الرضا ، تحديد ما إكتسبه المفحوص خلال الحصة و ما تبقى ليكتمل لإكتسابه. و الوسائل اللازمة لتحقيق ذلك و المدة الزمنية. و في الملاحق يوجد تفسير مطول لهذا الإختبار.

إختبار التعبير

استعمل التحليل الكمي لأجل دراسة علامات التعبير الشفهي طوال السنة أثناء الإمتحانات ، هذه المادة التي قدمت من طرف المعلم على شكل إختبار في كل فصل و التي تسبب الفشل المدرسي.

إذا كانت أقل 15/5 ، حيث مكنا من تقييم علامات الأطفال في مادة التعبير بمرور حصص إعادة التربية و ذلك بتحسن علاماتهم في كل مرة بالنسبة للحالات الستة.

قياسات	قياس قبلي	معالجة	قياس بعدي
مجموعة تجريبية (أ)	- إختبار اللغة (التعبير)	كفالة	- إختبار اللغة (التعبير) - النتائج المدرسية
مجموعة تجريبية (ب)	- إختبار اللغة (التعبير)	دون كفالة	- إختبار اللغة (التعبير) - النتائج المدرسية

و في الأخير تمت مقارنة النتائج قبل و بعد الكفالة بتطبيق إختبار ESTIENNE F و هذا

حتى يسمح لنا بمعرفة تطورات و تغيرات النسب التي تحدث في المدونات، على مستوى عدد التعثرات و التوقفات و أيضا الحركات المصاحبة في كل مرة. و حتى نتمكن من إيجاد الفرق مما هو قبل المعالجة و بعد المعالجة و ذلك لتحليل كمي الذي تركز حول النسب المئوية المتحصل عليها . و كيفي في الملاحظات التغيرات السلوكية و النفسية للطفل . و كذا مقارنة نتائج إختبار التعبير قبل الكفالة و بعد الكفالة الأرتوفونية.

و كخلاصة لبحثنا الذي دام لمدة 10 أشهر تحصلنا على نتائج جد معتبرة في إعادة التربية للأطفال الذين يعانون من هذا الإضطراب .

لقد قيمنا العمل بحصولنا على نتائج إيجابية لمدة 10 أشهر بعد عملية إعادة التربية، مع الحالة الأولى للطفل فتحي ، الذي تمكن من التحكم في اضطرابه بئدر كبير فحيث نقصت عدد التعثرات، و الحركات المصاحبة لعملية الكلام. و لاحظنا أيضا تقويم صيده اللغوي مع السهولة في مجرى الكلام.

و قد نتج عن هذا التحسن تكيفه المتزايد في المدرسة و المحيط . مع نقص شعوره بالخل عند التكلم مع الغرباء. كما لاحظنا تحسن نتائج فتحي في مادة التعبير و نرجع الفضل في هذا النجاح لعملية إعادة التربية. كما أن للأولياء و المعلم دور في مساعدة الطفل في تطبيق تماريناته، كما نذكر أيضا مداومة الطفل على الحصص و الإنتظام في التوقيت و التمسك بالعلاج.

بينما الحالة الثانية لطفل نبيل فكانت إعادة التربية عنده بنوع من الإطالة ، هذا ما أدى إلى أن تكون نتائجه نوعا ما متوسطة ، وما إضطربنا على عملية الإستمرار في العلاج، و رغم هذا لاحظنا نقص في عدد التعثرات ، و الحركات المصاحبة لديه.

و هذا التحسن ساعده على الاندماج أكثر في المدرسة و الشارع دون خوف ، و التحدث بطريقة عفوية و ببراءة عن إضطرابه الذي يشعر دائما أنه في تحسن . و رغم أن نتائجه في الكفالة كانت قريبة من الحسن، و لكن نتائجه المدرسية في مادة التعبير كانت جد مرضية.

أما الحالة الثالثة لطفل رضا ، إعتبرنا نتائجه متوسطة بالنسبة للحالتين السابقتين فقد لم نحصل على تغير كبير في عدد التعثرات و الحركات المصاحبة المستعملة لتسهيل عملية الكلام.

نظرا اتغيباته المستمرة لأسباب صحية . مما أدى إلى عدم إثراء رصيده اللغوي ، و عدم تطور علاماته في مادة التعبير.

كما أنه بقي متخوفا من الكلام مع الجماعة ، مع هذا تمكن من التحكم الكبير في صوت البلع الذي كان يصاحبه في كل محاولة كلام.

نرجع السبب في ذلك عدم حرص الأولياء في الكفالة الأرتوفونية و عدم إنتظامه في حضور كل حصص إعادة التربية ، أيضا فإن النتائج المدرسية في مادة التعبير لم تتغير كثيرا بالنسبة لزملائه.

المجموعة الضابطة

و خلاصة تحليل المدونات الحالات الثلاث ، التي لم يطبق عليها أي علاج لأنها اعتبرت مجموعة ضابطة.

فحالة يوسف تطورت من حيث عدد الإعادات و نسبة التعثرات، التي أصبحت بنسبة 50 % في الدقيقتين بعدما كانت 33 % . بينما لم نلاحظ تغيرات في عدد التوقيفات تقريبا، و أصبحت توقيفات بسيطة و معقدة في نفس الوقت.

كما تطورت حركات اليد لديه حيث أصبحت تقريبا 20 حركة بمعدل 135 ثانية. هذا ما يسمح لنا القول بأن التأتأة اشتدت لديه . و هو الأمر الذي أثر على علاقاته بزملائه و محيطه. كما أثرت على نتائج يوسف في مادة التعبير التي لم تتحسن و هذا ما أثر على معدله السنوي ، و يمكن أن نرجع السبب مباشرة لعدم وجود أي مساعدة لهذه الحالة سواءا من العائلة أو المحيط الأسري . و خاصة عدم التكفل بها مباشرة بعد التأكد من الإضطراب و هذا لأنها تعتبر حالة ضابطة.

أما عن حالة خالد فقد بقيت عدد الإعادات و التوقيفات نفسها لم تتغير ، كذا لنسبة التعثرات بقيت 50% للدقيقتين ، كما أصبحت لديه تعثرات بسيطة و معقدة في نفس الوقت عند كلامه. و ايضا لوحظ عند هذه الحالة عدم وجود حركات مصاحبة تماما عند الكلام.

مع هذا تم ظهور احمرار الوجه عند كل محاولة كلام. هذا يؤكد استقرار التأتأة لديه ولم تتغير ، الأمر الذي عقد أكثر علاقته الاجتماعية و المدرسية مع زملائه.

كما لاحظنا ان نتائج في مادة التعبير بقيت نفسها بين الفصل الاول و الاخير ول تتغير ، مما اعطى تقريبا نفس النتائج السنوية لكونها ايضا حالة ضابطة و لم يتم التكفل بها مباشرة ، اي لم تجد مساعدة لهذا السبب او لأخر لم تتحسن.

و بينما عن حالة عماد فكانت عدد الإعادات نفسها لم تتغير بينما عدد التوقيفات نقصت من 4 إلى 3 توقيفات ، بعد مدة زمنية معينة قدرها 10 أشهر . أين تم إعادة تطبيق نفس الاختبار ، بحيث أكد لنا أيضا نسبة التعثرات لم تتغير كثيرا حيث أصبحت 42.5 % في الدقيقتين بعدما كانت 40 % .

كما قل لديه متوسط تعثر الذي أصبح 42.5 % ثانية مقابل 3 تعثرات بعدما كان بمتوسط 45.5 ثانية مقابل 4 تعثرات.

كما تغيرت لديه مدة التعثر ، بعدما كانت في مدة 166 ثانية أصبحت في مدة 120 ثانية . أيضا بسهولة في الكلام قدرت ب 4 سهولة.

كما لوحظ على هذه الحالة عدم وجود إطلاقا الحركة المصاحبة أو العناصر الدخيلة لديه عند عملية الكلام . هذا كله أكد لنا نقص نسبي لشدة التأتأة لديه رغم عدم التطفل به، و هذا الأمر الذي عزز إحتكاكه و علاقته مع الآخرين ، و جعله أكثر ارتياحا عند التحدث عن نفسه، أو إضطرابه.

مع كل هذا لوحظ تغير نسبي ، و لكنه تحسن إيجابي في علامة عماد في مادة التعبير . و نرجع سبب هذا التحسن الإيجابي لهذه الحالة رغم عدم التكفل بها ، إلى مساعدة العائلة و المدرسة لها.

و من خلال النتائج المتحصل عليها نأكد مدى أهمية الكفالة المبكرة في تقويم السرد الكلامي للطفل المتأثر، و إمكانية تفادي الفشل المدرسي. مقارنة مع الأطفال الذين لم يتحصلوا على كفالة، و حيث إستقرت التأتأة عند كل من الحالة الأولى و الثانية للمجموعة الضابطة نظرا لعدم التكفل بهم. و أصيبو بعجز أو فشل مدرسي نظرا لعلاماتهم في مادة التعبير التي كانت تتراوح بين 10/4 و 10/5 و التي أثرت على المعدل السنوي، هذا لا يمنع لتحصلهم على علامات أحسن في مواد أخرى.

على غرار ذلك الحالة الثالثة في المجموعة الضابطة نقصت لديها شدة التأثأة و تحسن معدلها في مادة التعبير. رغم أنها لم يتم التكفل بها، مقارنة مع الحالة الثالثة للمجموعة التجريبية، رغم الكفالة لم تتغير شدة التأثأة لديها. و حتى علامتها في التعبير لم تتغير كثيرا و قد تسبب في الفشل المدرسي.

مع كل هذه الحالات المختلفة و ذات أعمار مختلفة أي ما بين 5 و 6 سنوات. فلأجل ذلك نرى أنه من الضروري القيام بالكفالة المبكرة و التدخل المبكر من أجل الكشف عن الإضطرابات المحتملة بهدف تفاديها و لأجل معالجتها. فقد يتعرض الطفل في سنواته الأولى لصعوبات في الإتصال أكثرها إنتشارا التأثأة ، التي تعيق السير العادي لدروسه خصوصا ما يتطلب منه استعمال الخطاب كالتعبير الشفوي و القراءة. و الصعوبات التي يجدها الطفل المتأثئي في هاتين المادتين.

و إنطلاقا من دراسات Simon A.M. أليس أنه حان الوقت للتفكير المبكر في مدارسنا لأجل الكشف عن الحالات التي تعاني من إضطرابات مختلفة لاسيما التأثأة ، و حصرها حتى يتم التكفل بها مبكرا و حتى لا تعيق السير العادي للتمدرس الصحيح.

المراجع

1. Rondal J. A , « Troubles du langage, diagnostic et rééducation », Sghers, Paris, 1977.
2. Zellal N, « Étude de cas », O.P.U., Alger, 1992
3. Michael D. Spiegler, « Contemporavv Behavioral therapy », Mayfiel Publishing, 1983
4. Simon A. M « Prévention de bégaiement, pourquoi et comment intervenir précocement ? » Glossa, Paris, 1996.
5. Monfrai Pfauwadel M. C., « Un manuel du bégaiement », Solal, Paris, 2000.