

معهم. كما أن توفير علاقات قوامها المحبة والمساواة والتسامح والتعاون في جو أسري آمن من شأنه أن يبعد الطفل عن العدوان ويقلل منه في حالة وجوده.

● الإقلال ما أمكن من التعرض لنماذج عدوانية. فالأطفال الذين يشاهدون تصرفات عدوانية، تزداد عندهم مثل هذه التصرفات، ويعلمون إلى تقليد مثل هذه المشاهد. فمشاهد القتل والعراك التي يشاهدها الأطفال في التلفزيون تؤدي إلى إيقاظ الأحاسيس الفسيولوجية عند الطفل مما من شأنه أن يؤدي إلى العدوان فيما بعد، خاصة إذا كان ما يعرض من نماذج عدوانية يتوافق مع قيم وأسلوب حياة الطفل الذي كونه في الأسرة والمجتمع المحيط (الزعي، 2008 ب).

● التجاهل المتعمد للسلوك العدواني، وتعزيز السلوك المرغوب فيه عند الطفل، إذ من الضروري أن يصاحب تعزيز السلوك المرغوب فيه عند الطفل تجاهل لتصرفاته العدوانية، خاصة إذا لم يترتب عليها إبداء للآخرين. وتشير نتائج الدراسات أنه من الممكن أن يخفف الراشدون استجابات العدوان اللفظية والجسدية عند الأطفال بشكل ظاهر عن طريق التجاهل المنظم للسلوك العدواني، وإبداء الاهتمام بالسلوك العدواني عندهم والعمل على تعزيزه (شيفر وميلمان، 1989).

● أن تعمل الأسرة والمدرسة على توفير الأنشطة الحركية المنظمة للطفل. فالطفل يمتلك طاقة زائدة ويحتاج إلى الحركة والنشاط لتصرفها. ولهذا فإن توفير فرص اللعب للطفل، والرياضة التنافسية تساعده على تصريف نزعاته العدوانية بشكل مقبول اجتماعياً.

الفصل السادس

الخجل

- مفهوم الخجل وطبيعته.
- أضرار الخجل.
- أنواع الخجل.
- مظاهر الخجل.
- معدل انتشار الخجل عند الأطفال.
- أسباب الخجل.
- علاج الخجل.

الفصل السادس

الخجل

مفهوم الخجل وطبيعته:

الخجل حالة طبيعية في كثير من الأحيان، فبعض الأطفال يظهرون نوعاً من الخجل والاعتماد على الأهل عند لقاء الأقارب أو الأصدقاء أو الغرباء. ولكن عندما يكون الخجل شديداً ويستمر لفترة طويلة (سنة أشهر على الأقل) عندئذٍ يمكن أن يسمى الخجل بالاضطراب التحيي أو الهروبي Avoidant Disorders. فالطفل الخجول عادة يتحاشى الآخرين، ويعاني عدم القدرة على التعامل بسهولة مع زملائه في المدرسة والمجتمع، ويعيش منطوياً على نفسه، بعيداً عن الآخرين، ويحاول الابتعاد عن الآخرين في المناسبات الاجتماعية، ويتكلم بصوت منخفض ويتلعثم ويحمر وجهه وأذناه، بالرغم من أنه طبيعي ونشط في منزله وبين ذويه.

فقد كشف لنا التراث السيكلوجي الذي تناول ظاهرة الخجل بالتعريف عن تباين في الرؤى، حيث أكدت بعض التعريفات الجانب الفسيولوجي، ورأت أنه ظاهرة يصاحبها ردود فعل فسيولوجية تتمثل في احمرار الوجه، وزيادة في دقات القلب، وجفاف الحلق، وبرود اليدين (النبال، 1996 : 173).

كما أكدت تعريفات أخرى الجانب النفسي كتعريف كورسيني (Corsini, 1987)، حيث عرف الخجل بأنه ظاهرة انفعالية يعاني صاحبها قلقاً مفرطاً وأفكاراً سلبية نحو الذات. أما النوع الثالث من التعريفات فقد أكدت الجانب المعرفي للخجل كتعريف بيلكونس وزيمباردو (Pilkons, P. & Zimbardo, P., 1979) اللذين أوضحا أن الخجل يتضمن صعوبات في الأداء، فضلاً عن فقدان التوكيد، والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية، وأفكار سلبية نحو الذات.

من خلال العرض السابق لتعريفات الخجل تبين أنه يتضمن مكونات ثلاثة:

أ- مكون فيزيولوجي يظهر على شكل تبيهات حسية تتمثل في احمرار الوجه وتسرع دقات القلب، وتغرق اليدين.

ب- مكون نفسي يظهر من خلال مجموعة الأعراض التي تعري الشخص الخجل والتي تكون على شكل قلق ولا سيما القلق الاجتماعي، والارتباك، والخوف من مواجهة الآخرين والتفاعل معهم.

ج- مكون معرفي، والذي يتمثل في زيادة الوعي بالذات، وأفكار سلبية نحو الذات، والتفكير في أشياء غير سارة في المواقف الاجتماعية. ولذلك فإن الطفل الخجول يكون محظوظاً في خجله، وتعوزه الثقة بالنفس في مجابهة ما يواجهه من أمور عادية، وهو أكثر انتشاراً لدى الإناث منه لدى الذكور. فالخجل في حد ذاته ليس خطراً، ولكن الخطر فيما يترتب عليه من قلة اندماج الطفل في مواقف الحياة اليومية، ومشاركة زملائه في أنشطتهم،

وتجنب التواصل والارتباط بصداقات، وظهور الغيرة والحسد في أعماقه عندما يشاهد أصدقاءه يلعبون ويتصرفون بصورة طبيعية فينفرون منهم، وينزعج من يوجه إليه أية ملاحظات عن تصرفاته.

الطفل الخجول يصبح أكثر حساسية وأكثر عصبية من الأطفال العاديين نتيجة شعوره بالنقص، مما يجعله سهل الاستثارة، وكثير الحركة والتشاؤم والحذر، وعدوانياً لأتفه الأسباب. والخوف من الخجل عند الأطفال من استمراريته حتى مرحلة المراهقة والشباب، مما يؤدي إلى العزلة التامة التي يصعب معها التكيف، كما يعاني القلق والتوتر عندما تفرض الظروف نفسها عليه لكي يتفاعل مع الآخرين (الشربيني، 1994).

يبدأ اضطراب الخجل، لدى بعض الأطفال في عمر ما بين 2 - 3 سنوات، وأحياناً قد يستمر حتى المدرسة الابتدائية، وقد يظهر فجأة في المدرسة الابتدائية لدى بعض الأطفال عندما يزداد تفاعلهم الاجتماعي، وقد تتحسن حالة بعض الأطفال بعد فترات من الشدة يمرون بها، ولكن بعضهم الآخر تستمر معه الحالة حتى سن المراهقة والرشد ويتحول إلى ما يسمى بالرهاب الاجتماعي Phobia Social.

أضرار الخجل:

يؤدي الخجل إلى ضعف قدرة الطفل الخجول على الاندماج في الحياة مع زملائه، وإلى نقص في المهارات الاجتماعية خارج الأسرة، ويضعف من قدرته على التعلم من تجارب الحياة، كما يجعل سلوكه يتصف بالجمود والخمول داخل المدرسة، كما أنه يتجنب الاتصال

بالأطفال الآخرين ولا يرتبط بصداقات طويلة الأمد، ويتعد عن كل طفل أو شخص يوجه إليه اللوم أو النقد، مما يجعله محدود الخبرة ضعيف التعلم في المدرسة، ويجعله غالة على نفسه وأسرته ومجتمعه.

أنواع الخجل: (الخجل ككل، دون أسماء)

يميز آيزنك (Eysenck, 1969 : 27) بين نوعين من الخجل هما:

1 - الخجل الاجتماعي - الانطوائي يتميز هذا النوع من الخجل بالعزلة، ولكن مع قدرة الفرد على العمل بكفاءة مع الجماعة إذا اضطر إلى ذلك.

2 - الخجل الاجتماعي - القضيبي: ويتميز صاحب هذا النوع من الخجل بالقلق الناتج عن الشعور بالحساسية المفرطة نحو الذات، وإحساس بالوحدة النفسية. وهذا النوع من الخجل يدفع صاحبه إلى الوقوع في صراعات نفسية بين رغبته في تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين وخوفه منهم.

كما أشار كل من بيلكونس وزيمباردو (Pilkons & Zimbardo, 1979) إلى نوعين آخرين للخجل هما:

3 - الخجل العام: يتميز صاحب هذا النوع من الخجل بعيوب في أداء المهارات: كالخرج والفشل في بعض الأحيان أثناء الاستجابة في الموقف الاجتماعي. وقد يظهر الخجل العام بوضوح في الجلسات الاجتماعية والأماكن العامة.

4 - الخجل الخاص: ينصب اهتمام صاحب هذا النوع من الخجل على الأحداث الذاتية، وغالباً ما يتعلق بالعلاقات الشخصية الحميمة.

وتذكر النبال (1996 : 178) نوعين آخرين من الخجل هما:

5 - الخجل كحالة: وهو نوع من الخجل يزول مع زوال الموقف الذي أدى إلى الخجل عند صاحبه.

6 - الخجل كسمة: وهذا النوع من الخجل متأصل في بناء الشخصية، حيث يقلق مزاج صاحبه، ويخفض مهاراته الاجتماعية، ويزيد من انطوائه، وقد يؤدي إلى مخاوف اجتماعية كثيرة.

مظاهر الخجل:

من أبرز المظاهر التي تميز الطفل الخجول: الصمت أثناء صحبة الآخرين، وصعوبة تكوين صداقات، وتجنب التواصل البصري أثناء التخاطب، والشرد أثناء التحدث مع الآخرين، وكثرة الانسحاب، والبطء أثناء المناقشة الجماعية، والتلعثم بالكلام، والميل إلى الابتعاد عن المواجهة، وتفضيل البقاء في الصف الخلفي في المواقف الاجتماعية، وكثرة الاعتماد على الآخرين، والشعور بالضيق أثناء التفاعل الاجتماعي، وكثرة التفكير في المواقف غير السارة، وانشغاله بتقييم الآخرين.

الجدير ذكره أن هذه المظاهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية والوجدانية التي يجرها الخجول تعكس عائقاً في التفاعل الاجتماعي البناء، وإذا لم يعالج الطفل الخجول من هذه

المظاهر، فسوف تلازمه طيلة حياته، وتتدخل في شؤونته وتفقده الشعور بالراحة والتوافق السليم، وتعرض صحته النفسية للخطر.

معدل انتشار الخجل عند الأطفال:

يعد الخجل ظاهرة واسعة الانتشار بين الأطفال، ففي دراسة منجية قام بها زيمباردو (Zimbardo, 1977) على عينات من أطفال المدارس الابتدائية، تبين له أن 50% من الذكور، و60% من الإناث يعانون من الخجل.

يذكر (Harris, 1986 : 558) أن (Welding, 1977) قد توصل إلى أن 9% من عينة مكونة من (670) من الإناث من تراوحت أعمارهم بين 3-7 أعوام كن يعانون من الخجل المستمر، بالإضافة إلى بعض الاضطرابات السيكوسوماتية، في حين عانى 16% من الذكور من عينة مكونة من (702) ذكرًا من الأعمار ذاتها من السلوك الانسحابي، بالإضافة إلى النشاط الزائد واضطرابات في الكلام.

من خلال ما تقدم نجد أن نسبة انتشار الخجل بين الأطفال ليست بسيطة وهو أكثر انتشاراً بين الإناث منه لدى الذكور.

أسباب الخجل:

للخجل عند الأطفال أسباب كثيرة منها:

1. الوراثة:

يرى بعض الباحثين أن فسيولوجية الدماغ عند الأطفال المصابين بالخجل هي التي تقيهم لأن يستجيبوا استجابات تتصف بالخجل. كما أن الجينات الوراثية لها تأثير كبير في خجل الأطفال، فالطفل الخجول غالباً ما يكون له أب يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع بصفة الخجل، أو قد يتمتع أحد أقاربه (العم، الجد...) بالخجل فالطفل يرث بعض صفات والديه.

2. أسلوب معاملة الوالدين للأبناء:

قد يكون لقلق الأم الزائد على طفلها ومراقبتها المستمرة لتصرفاته بمحذوف حمايته من الأسباب التي تحول دون انطلاقه واستمتاعه باللعب أو التواصل والتفاعل مع الأطفال الآخرين.

كما أن التشدد في معاملة الطفل والإكثار من زجره وتوبيخه لأتفه الأسباب وخاصة أمام أقرانه، يثير لدى الطفل الشعور بضعف الثقة بالنفس ومشاعر النقص، ويلجأ إلى الغياب عن أعين الآخرين.

3. الخلافات بين الوالدين:

تسبب الخلافات بين الوالدين مخاوف غامضة لدى الطفل وتجعله يشعر بقلق الأمان مما يؤثر في نفسيته ويؤدي إلى الانطواء ويلوذ بالخجل.

4. تنوع الطفل الاختلاط بالآخرين:

إن جعل الطفل تابعاً للكبار وفرض رقابة شديدة عليه، يشعره بالعجز عند محاولة الاستقلال واتخاذ القرارات التي تخصه.

5- الشعور بالنقص:

يعد شعور الطفل بالنقص من أقوى مسببات الخجل، ويتولد هذا الشعور بسبب وجود عاهات جسمية لديه (كالعرج، أو ضخامة الجسم، أو ضعف السمع أو البصر، أو قصر القامة أو طوله الشديد... إلخ). وقد تعود مشاعر النقص عند الطفل نتيجة قلة مصروفه مقارنة بزملائه، أو رداءة ثيابه مقارنة بالزملاء أو عدم تمكنه من دفع ما يترتب عليه من اشتراكات تطلب منه من قبل المدرسة، أو اقتنائه أشياء لفترة طويلة ولا يستطيع تغييرها نظراً لفقره.

6- التأخر الدراسي:

إن تأخر الطفل دراسياً عن باقي زملائه من الأمور الجوهرية التي تشعره بالخجل وأنه أقل من مستوى زملائه. ولكن لا يعني ذلك أن كل تلميذ خجول متأخر دراسياً، فكثير من التلاميذ الأوائل في المدرسة يعانون الخجل لأسباب أخرى.

7- تقليد الوالدين:

عادة ما يكون للآباء الخجولين أبناء خجولون والعكس ليس صحيحاً، إذ إن الآباء يقلدون آباءهم في الخجل وخاصة عندما يلزمهم الآباء بملابسهم والسلوك الذي ينادونهم به.

8- شعور الطفل بقلّة الأمن:

إن الطفل الذي لا يشعر بالأمن والطمأنينة يتجنب الاختلاط مع الآخرين، إما لقلقه الشديد، وإما لفقدانه الثقة بالآخرين وخوفه منهم، أو من سخريتهم منه.

علاج الخجل:

توجد أساليب عديدة يمكن الاستفادة منها في علاج الخجل عند الأطفال منها:

1- تحديد مصادر الخجل عند الطفل وكيف نشأت : لابد من التفكير في المواقف التي تسبب الخجل عند الأطفال وجعلها عادية ومشوقة وليست غريبة، لأن ذلك من شأنه إبعاد مشاعر القلق عنهم.

2- لابد من تدريب الطفل الخجول على مواجهة المواقف الاجتماعية والتعامل مع الأطفال الآخرين والكبار، وهذا الأمر يحتاج إلى تدريب مدة حوالي عشر دقائق يومياً. ولابد أيضاً من تشجيعه على سرد قصة أمام الأهل أو الأصدقاء، ومكافأته على أدائه (بالحلوى، الهدايا، التشجيع اللفظي)، وعدم الإكثار من الملاحظات في المراحل الأولى من التدريب، فكثير من الحالات تتحسن مع زيادة التجارب الناجحة والثقة بالنفس، وكثير منها يتحسن مع التقدم في العمر.

3- تشجيع الطفل على التعبير عن نفسه بصراحة : لابد من تشجيع الأطفال الخجولين على التعبير بصراحة ودون خوف عن رغباتهم وحاجاتهم وإملاك الشجاعة للرفض أو الاعتراض عندما لا يرغبون بشيء معين.

4 - عدم إهانة الطفل أو انتقاده أمام الآخرين : إن إهانة الطفل أو انتقاده أمام زملائه أو أمام الآخرين (أقارب أو غرباء)، يؤدي إلى شعور الطفل بالإهانة والنقص وقلة الحيلة مما يدفعه إلى الانسحاب من هذه المواقف والانعزال عن الآخرين.

5 - تدعيم ثقة الطفل بنفسه: إن بناء ثقة الطفل بنفسه يكون من خلال ذكر مواضع قوته، ومواقف النجاح التي حققها، وإنجازاته، ومن خلال قبول بعض الجوانب التي قد يعانيها. ومن الضروري أيضاً ترك بعض الحرية للطفل لاكتشاف ما حوله بنفسه لأنه يتعلم من خلال التجربة. كما لابد من تقبل بعض الأخطاء عند وقوع الطفل بها، والمساعدة في المحاولة مرة أخرى حتى يحقق النجاح، لأن ذلك يساعد في تدعيم ثقته بنفسه. كما لابد من أن يشعر الطفل المحجول بالحب والود لكي يتقبل الأسباب الكامنة وراء تخجله.

6 - تشجيع الطفل على الهوايات المفيدة : لابد من تشجيع الطفل على ممارسة هواياته ؛ لأن ذلك من شأنه أن يكسبه احترامه لنفسه من خلال تحقيق إمكاناته والتفاخر بها. كما لابد من تشجيع الطفل على الاستمرار في ممارسة هذه الهوايات وتوجيهه حسب الإمكانيات التي يمتلكها بما يحقق له النجاح، مع تشجيعه على التواصل مع الآخرين ومشاركتهم مناسباتهم، لأن ذلك يقوي الأنا لديه، ويعزز ثقته بنفسه (المالح، 1995).

الفصل السابع

اضطرابات الكلام والنطق

- مفهوم اضطرابات الكلام.
- مظاهر اضطرابات الكلام.
- اضطرابات النطق.
- اضطرابات الصوت.
- التأتأة.
- السرعة الزائدة في الكلام.
- مدى انتشار اضطرابات الكلام.
- أسباب اضطرابات الكلام.
- تشخيص اضطرابات الكلام.
- الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية.
- الرعاية النفسية والتربية لذوي الاضطرابات اللغوية.
- علاج اضطرابات الكلام.

الفصل السابع

اضطرابات الكلام والنطق

مفهوم اضطرابات الكلام :

أحد أشكال اضطرابات التواصل، وأكثرها شيوعاً، خاصة لدى الأطفال في سن ما قبل المدرسة الابتدائية وخلالها. ويقصد باضطرابات اللغة "تلك الاضطرابات المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها، أو تأخرها، أو سوء تركيبها من حيث معناها وقواعدها، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها" (الروسان، 1996 أ: 224).

قد يلفظ الطفل الأصوات اللغوية بطريقة خاطئة، وغالباً ما تكون مفهومة للمستمع، أو قد يحذف أحد أصواتها اللغوية فتشوه المعنى المطلوب، أو قد يستبدل صوتاً لغوياً بصوت لغوي آخر. وإذا كثرت الأصوات اللغوية المستبدلة يصبح حديث الطفل غير مفهوم.

فلنحكم على اضطرابات اللغة لا بد أن يأخذ بعين الاعتبار عمر الطفل الذي يظهر فيه هذا الاضطراب، فهو شيء مألوف وعادي عند الأطفال في عمر ما قبل المدرسة، في حين يصبح ذا دلالة عند الأطفال الأكبر سناً.

مظاهر اضطرابات الكلام : تتعدد مظاهر اضطرابات الكلام بتعدد الأسباب المؤدية إليها. وقد ذكر عدد من الكتاب والباحثين مثل هالاهان (Hallahan, 1981) وهيوارد

(Heward, 1980) وفاروق الروسان (1996، أ: 223) عدداً من المظاهر

لاضطرابات اللغة منها :

أولاً- اضطرابات النطق: Articulation disturbance

وتشمل الاضطرابات التالية:

أ - الحذف: Omission ويقصد بذلك حذف الفرد حرفاً أو أكثر من

الكلمة مثل (خوف بدلاً من خروف). وتعد هذه الظاهرة طبيعية حتى سن دخول المدرسة، وبعد ذلك يمكن عدها مظهراً من مظاهر الاضطرابات اللغوية.

ب - الإبدال: Substitution ويقصد بالإبدال أن يستبدل الشخص

حرفاً بحرف آخر من حروف الكلمة مثل حرف (راء)، حيث يلفظه الطفل (لام)

فكلمة (حروف) يلفظها (خلوف). كما يستبدل حرف (الكاف) بحرف (التاء)

فيفظ كلمة (سكينة) مثلاً (ستينة). وقد يعود السبب في ذلك إلى ضعف المهارة في

تحريك اللسان عند ارتفاعه إلى الأعلى قريباً من سقف الحنك نتيجة كبر حجمه، أو

وجود شقوق في سطحه. كما يعود ذلك أيضاً إلى تدريب خاطئ وخاصة في نطق

حرف (الذال) واستبداله بحرف (الراء)، واستبدال حرف (التاء) بحرف (السين).

ج - الإضافة: Additions وتعني أن يضيف الشخص حرفاً جديداً إلى

الكلمة المنطوقة مثل (لعبات بدلاً من لعبة). وتعد هذه الظاهرة طبيعية أيضاً حتى

سن دخول الطفل إلى المدرسة الابتدائية.

د - التشويه: Distortion وتعني صعوبة لفظ بعض الحروف الأبجدية على نحو

صحيح في مجتمع ما (ما عدا حرفي الميم والنون)، حيث تخرج الحروف المتحركة

والساكنة بطريقة مشوهة، وتظهر الحروف المتحركة وكأن بها غنة، أما الحروف الساكنة

فتأخذ أشكالاً متباينة من الشخير أو الإبدال. وتعد هذه الظاهرة طبيعية حتى سن

دخول المدرسة الابتدائية.

ثانياً- اضطرابات الصوت: Voice Disorders

تحدث اضطرابات الصوت عندما يكون نوع الصوت أو شدته أو تردده غير طبيعي.

وهذا الاضطراب أقل حدوثاً لدى الأطفال بالمقارنة مع الكبار. فالصوت الضعيف الذي لا

يتسجم مع آلية الصوت الطبيعية غالباً ما يعد عيباً.

كما أن ارتفاع الصوت أو انخفاضه، ودرجة حدته تعد من اضطرابات الصوت، وذلك

حسب عمر الشخص المتكلم وجنسه، والظروف المحيطة به. كما أن البحة الصوتية والغنة

الأنفية (البسيطة، والزائدة)، التي تعني السماح لكمية قليلة أو كبيرة من الهواء بالمرور خلال

التجويف الأنفي، تعد أيضاً اضطرابات صوتية.

ثالثاً- التأتأة أو اللجلجة أو التهمهة: Stuttering

عبارة عن اضطرابات كلامية تتجلى في شكل تقلص الكلام مصحوبة بتكرار غير

مرغوب، ووقفات في مجرى الكلام، وتكون إما على شكل ترددي (Clonic)، أو

تشنجي (Tonic) (الزعي، 2001، أ: 136). وقد يحدث انقطاع بين الكلمات لفترة

قصيرة فتخرج الألفاظ متناثرة عامضة، وأحياناً تصاحب تلك الأعراض تشنجات في عضلات الوجه، أو الرمش بشدة في العين، أو الرعشة للشففتين أو الوجه، أو هز الرأس، ويكون الطفل غير واع بما في البداية، وبمجرد وعيه يبدأ بالكبات التجنب، وتظهر عنده الاستجابات الحركية والانفعالية (الشربيني، 1994).

تظهر التأتأة عادة في الفئة العمرية ما بين 3-10 سنوات، ونسبة ظهورها عند البنين مقارنة بالبنات هي تقريباً (3 : 1) وأحياناً (8 : 1)، وتكون التأتأة شديدة عادة في عمر (3-4) سنوات، وذلك أثناء اكتساب الطفل للكلام، أو عند دخوله إلى المدرسة، حيث توجد منافسة بين التلميذ وزملائه. أما في عمر (6-8) سنوات فتكون التأتأة أقل انتشاراً وأخف حدة. كما تحدث التأتأة في سن المراهقة، وخاصة عندما يضطر المراهق إلى الكلام في المواقف الجديدة. ومن أهم المؤشرات على وجود اللحجة أو التأتأة ما يلي:

(أ) إعادة الحرف أو تكراره (Repetition) : مثل (د.د.د) أو إعادة مقطع لفظي مثل (فا.فا.فا..)، أو إعادة الكلمة (لكن.لكن.لكن...) بشكل تشنجي لا إرادي.

(ب) الإطالة الصوتية الزائدة (Prolongation of Sounds) : تحدث

الإطالة الصوتية الزائدة للحروف الساكنة بشكل خاص، ويشير بعضهم إلى أن الإطالة الصوتية في مراحل متقدمة من اللحجة على عكس إعادة الحرف أو تكراره التي تكون في مراحلها المبكرة.

(ج) التوقفات الكلامية أو الإعاقات (Blockages) : تظهر على شكل عجز الطفل عن إصدار نطق الحرف أو المقطع اللفظي أو الكلمة، وفي الكلمات المشددة خاصة، مما ينجم عنه تقطعات كلامية Speech Interruptions. كما يصاحب اللحجة اضطرابات في النشاط الحركي عند الشخص المتلعج، واضطرابات في عملية التنفس، ومحاولة تجنب ما يثير اللحجة أو ما يترتب عليها من نتائج.

رابعاً- السرعة الزائدة بالكلام Cluttering :

وتتصف بتكرار الكلام على نحو اندفاعي، بحيث يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات، وتبدو الألفاظ متراخمة، والمقاطع مختزلة أو محذوفة، مما يخل بإيقاع الكلام، ولا يكون الكلام مرتباً ولا واضحاً، ويكون متقطعاً وكثير الأخطاء. كما أن السرعة الزائدة في الكلام تشتمل على أربعة مظاهر هي:

اضطرابات اللغة، واضطرابات الكلام، وصعوبات الإدراك، وعدم الوعي

بالاضطراب. كما أشاروا إلى أن التشخيص للسرعة الزائدة في الكلام لا يشترط وجود المظاهر السابقة جميعها، ويشارك التلاميذ الذين يعانون من صعوبات تعليمية والذين لديهم سرعة زائدة في الكلام في سمات شخصية متشابهة، تتضمن الاندفاع، وعدم الدقة، وسهولة التأثر بأفكار الآخرين، والإهمال. ومن المحتمل أن تلعب العوامل الوراثية دوراً بارزاً في اضطراب السرعة الزائدة في الكلام، وصعوبات التعلم.

مدى انتشار اضطرابات اللغة:

تختلف نسبة اضطرابات اللغة تبعاً لاختلاف الجنس، والعمر، والبيئة التي يعيش فيها الإنسان، كما تختلف باختلاف الدراسات التي أجريت حول ذلك. فاضطرابات التأتأة Stuttering والتلعثم مثلاً يتعرض إليها الأطفال الذكور أكثر من الإناث، والمراهقين أكثر من الأطفال.

كما تزداد اللجاجة أو التأتأة مع تقدم العمر، وغالباً ما تظهر حالات الأنازيا

(Aphasia) (فقدان القدرة على فهم اللغة وإصدارها) لدى الكبار. أما عيوب النطق

الإبدالية والحذف والإضافة فغالباً ما تظهر لدى الأطفال ولدى الإناث أكثر منه لدى

الذكور. كما تختلف نسبة الاضطرابات اللغوية من بلد إلى آخر. فقد أشار بوم (Boom)،

وريتشاردسون (Richardson) بأن نسبة اللجاجة بين تلاميذ المدارس الأمريكية

والبريطانية تصل إلى حوالي (1%)، وفي بلجيكا (2%) (الزباد 1990 : 144).

كما تظهر دراسة أخرى أجراها بيركن (Berkin, 1971)، أن نسبة أطفال المدارس

الذين يعانون من اضطرابات في الكلام تتراوح ما بين (1% و 3%). وتشير جلوسي

وآخرون (Gillespe, et al., 1973) إلى أن نسبة الأطفال الذين يعانون من

مشكلات في الصوت تقدر بحوالي (1% - 2%)، وأن (1%) من تلاميذ المدارس يعانون

من شكل من أشكال التأتأة. كما تظهر الدراسة التي أجراها سيران وزميله (Suran &

Risso, 1979) أن (5%) من أطفال المدارس في الولايات المتحدة الأمريكية تعاني من

اضطرابات لغوية (الروسان، 1996، أ : 226). كما يذكر الزباد (1990 : 144) أن اضطرابات النطق توجد لدى حوالي (20% - 25%) بين حالات التخلف العقلي، وأن حالات اللقاة توجد بنسبة (0.5%) لدى المترددين إلى العيادات النفسية، وأن (50%) من حالات التتهته تظهر لدى الأطفال قبل عمر خمس سنوات، وأن (52%) قبل عمر ست سنوات، و(90%) قبل عمر ثماني سنوات. وهذا يشير إلى أن التتهته تظهر في عمر مبكر وتقل تدريجياً مع التقدم في العمر.

أسباب اضطرابات الكلام:

تختلف أسباب اضطرابات الكلام باختلاف الحالات، والأعمار، والبيئات، إذ تعود معظم هذه الأسباب إلى أسباب عضوية، وأخرى نفسية، وثالثة اجتماعية وتربوية، وغير ذلك من الأسباب. ويمكن تقسيم هذه الأسباب إلى ما يلي:

1- أسباب عضوية Organic Causes:

إن أي خلل في سلامة أجهزة النطق واللغة يؤدي إلى اضطرابات لغوية متعددة سواء

كانت هذه الاضطرابات تتعلق بالقدرة على النطق أم الصوت، أم اللغة ذاتها. كما أن

إصابة الأعصاب الدماغية أو القشرة المخية أو إصابة الحلق أو الحنجرة أو الأنف أو الأذن

أو الرئتين بإصابات أو التهابات حادة، وإفرازات الغدد، واضطرابات الدورة الدموية، قد

تؤدي إلى تلف بعض الخلايا العصبية، وضعف الحواس، والضعف العقلي. فقد تنجم التأتأة

مثلاً عن خلل في الجهاز السمعي عند الطفل، مما يؤدي إلى إدراك الكلام بشكل خاطئ، أو تأخر في وصول المعلومات المرتدة نتيجة الضعف في السمع.

كما أن إصابة الدماغ وخاصة مؤخرة الرأس في فترة الطفولة مثلاً، قد تؤدي إلى فقدان القدرة على النطق (Aphasia)، وحالات صعوبة القراءة (Dyslexia)، واخلال الكتابة (Dysgraphia)، وصعوبة فهم الكلمات أو الجمل (Agnosia) وصعوبة تركيب الجمل من حيث قواعد اللغة ومعناها. وهذه الحالات تمثل مظاهر أساسية لصعوبات التعلم (الروسان، 1996، أ: 227).

أما إصابة الشفة (مثل الشفة الشراء)، وعدم تناسق الفكين وانطباقهما على بعض، وغيوب اللسان وتورمه، فإنها تؤدي إلى اضطرابات لغوية مختلفة. ويعتمد نوع الاضطراب في اللغة أو التشوه في نطق الحروف على المكان للمصاب في جهاز الكلام. كما يعتقد أيضاً أن الارتباط في ميكانيكية بدء الكلام، قد يؤدي إلى اضطرابات لغوية.

2- أسباب نفسية Psychological Causes :

تؤثر العوامل النفسية أحياناً في الآلية العضوية لإنتاج الكلام عند الطفل. فالتأناة مثلاً تعد أحد أعراض القلق والصراع النفسي عند الطفل، وعدم شعوره بالأمن النفسي. كما أنها نتاج للمخاوف المرضية، والوساوس القهرية والفرع والقلق الشديد، التي تجعل الفرد غير قادر على النطق السليم بسبب شدة خوفه ووسوسته، وقلقه حول نوع الكلام، وكيفية استخراج مقاطع الكلمات.

كما أن سوء التوافق الأسري أو المدرسي، يؤدي إلى بعض الاضطرابات اللغوية. فضلاً عن ذلك، قد يحني الطفل نتيجة اضطرابه اللغوي بعض المكاسب، ويشبع بعض رغباته، عندما يلفت انتباه واهتمام والديه إليه ويجوز على رعايتهم بعد رفضهم له. كما يخفف الطفل من حدة غيابه من أخيه الأصغر عن طريق اضطرابه اللغوي الذي يصبح مركز اهتمام الأسرة. فاضطرابات اللغة عند الطفل قد تعبر عن حالة نكوصية للحصول على ما يريد، أو قد تكون تعبيراً عن رفض الواقع الذي يعيش فيه نتيجة سوء التوافق داخل الأسرة أو المدرسة.

لكن هذا الأسلوب قد يصبح خطراً على الطفل إذا استمر لفترة طويلة، ويؤثر في شخصيته تأثيراً بالغاً. كما أن بعض الأطفال يخافون من الكلام بدون مرور نتيجة صدمات وجدانية حادة، أو في حالات فقدان الكلام المستيري (Aphonia)، حيث يفقد المصاب قدرته على الكلام بالرغم من سلامة أجهزة النطق والكلام.

كما أن الاكتئاب الحاد، وضعف الثقة بالنفس، والحرمان العاطفي من الوالدين، والمشكلات الأسرية، والخوف الشديد من الوالدين على طفلهم، والتدليل الزائد له، والقسوة في المعاملة، أو الانتقال إلى بيئة جديدة للطفل، أسباب نفسية تؤدي إلى اضطرابات لغوية عند الطفل. فقد لوحظ أن بعض الأطفال يعانون من اضطرابات في النطق والكلام في أوقات ومناسبات معينة دون غيرها.

3 أسباب اجتماعية Social Causes

للبيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الطفل تأثير كبير وواضح في نمو الطفل اللغوي. فالأسرة المثقفة تساعد أبناءها على نمو مفرداتهم اللغوية بصورة أفضل من البيئة الفقيرة. فاللغة تخضع للعلاقة الاجتماعية بين شخصين (الأنا، الأنت)، وأهم شخص يرتبط به الطفل وتتأثر به لغته داخل الأسرة هو الأم. فاللغة هي الوسيلة المهمة للطفل التي يعبر من خلالها للأم عن مطالبه واحتياجاته، ويتلقى من خلالها التعليمات. وهذا ما يجعل للأم تأثيراً واضحاً على لغة أطفالها. فقد أوضحت الدراسات أن أطفال الملاحي الذين حرموا من أمهاتهم في فترات مبكرة قد يتأخرون لغوياً حوالي ستة أشهر عن الأطفال العاديين. وبناء على ذلك كلما كانت الأسرة فقيرة ثقافياً، وكانت علاقة الطفل بوالديه مضطربة، وكلما كثرت الخلافات الأسرية بين الوالدين، وكلما كانت تنشئتهما للطفل متشددة أو تقوم على التدليل الزائد، أدى ذلك إلى وجود اضطرابات في لغة الطفل. فقد تبين أن تقليد الأطفال للكلام غير الصحيح (المضطرب)، وتأكيد الوالدين بأن الطفل لديه اضطرابات في الكلام، وجعله موضع سخرية أمام الآخرين، فإن ذلك يزيد من اضطرابه اللغوي.

كما أن الخلافات الأسرية بين الوالدين، تعد مصدراً قلقاً وتوتراً وخوفاً للطفل الصغير، مما يؤدي إلى اضطراب لغته. فالطفل الذي يتحدث بشكل صحيح، يزداد تعلمه إذا كان قلقاً ومتوتراً وخائفاً وتزداد الحالة سوءاً إذا كان أصلاً يعاني من التعلم.

كما أن محاولات الطفل التغلب على التأناة بشدة أمام الآخرين، وممارسة القسوة عليه، تؤدي إلى مزيد من التأناة. فضلاً عن ذلك فإن مبالغة الوالدين في جعل الطفل يتحدث بشكل سليم، وإيصاله إلى الكمال، يولد لديه التوتر والقلق، ويسبب له اضطراباً في اللغة.

كما أن تشجيع الأهل للطفل على الاستمرار في نطق الكلمات بشكل غير صحيح من أجل تدليله، يؤدي إلى تأصيل اضطرابات اللغة عنده .

كما أن معاشية الطفل لأشخاص آخرين (أطفالاً، أو كباراً) يعانون من بعض أشكال اضطرابات اللغة، قد يؤدي إلى تقليدهم نتيجة حبه لهم. فضلاً عن ذلك فإن توقعات الوالدين غير الواقعية والمبالغ فيها قد تؤدي إلى توتر الطفل وقلقه، وتزيد من الضغوط النفسية عليه. فالأبوان اللذان يجبران طفلهما على الكلام قبل وصوله إلى درجة نضج كافية، يكونان سبباً في توتره واضطرابه اللغوي .

تشخيص اضطرابات الكلام:

الحالة من خلال الآباء والمعلمين، للتعرف على التاريخ النمائي للطفل منذ الولادة وحتى وقت دراسة الحالة. كما يتم التعرف على الأمراض التي أصيب بها، وكذلك الأدوية التي تناولها، وتاريخه المدرسي، ومستوى تحصيله الدراسي، ومستوى ذكائه. كما يمكن الاستعانة بالسجلات المدرسية، والتقارير الطبية المتوفرة عن حالة الطفل. كما يخضع الطفل أيضاً إلى فحص طبي، يتم فيه التأكد من مدى سلامة أجهزة النطق، وسلامة الأذنين، والأنف،

واللسان، والحلق، والأسنان، والفكين. ويحال الطفل إلى الطبيب المختص في حالة وجود أي مشكلة عضوية تحتاج إلى علاج أو قرار طبي بشأنها. أما الاختبارات النفسية واللغوية والتربوية التي يمكن الاستعانة بها لتقييم حالة الطفل الذي يعاني من اضطرابات لغوية فهي:

• اختبارات النطق: يتم من خلال اختبارات النطق التأكد من نطق الطفل لأصوات الحروف أو الكلمات لتحديد الأصوات والحروف التي لا يتمكن من لفظها بشكل صحيح. ومثال ذلك اختبار فشر - لوقمان للكفاية النطقية

(The Fisher - Logemann test of Articulation competence, 1971).

• اختبارات التمييز السمعي: من خلال هذه الاختبارات يتم التأكد من دقة الإدراك السمعي للطفل، وذلك بالتأكد من قدرته على تمييز أصوات الحروف أو الكلمات. ومثال هذه الاختبارات: - اختبار الاستيعاب السمعي. (Test for Auditory comprehension of Language by Corrow, E. 1977)

• اختبارات المفردات اللغوية: يتم التعرف من خلال هذه الاختبارات على عدد المفردات اللغوية التي اكتسبها الطفل، لأنها دليل واضح على مدى نموه اللغوي.

• اختبار إلينوي للقدرات اللغوية - النفسية Illinois test of Psycholinguistic Abilities: ويصلح هذا الاختبار للأطفال من عمر 2 - 10 سنوات.

• اختبار سlingerlands للتعرف الأولي على الأطفال ذوي الصعوبات اللغوية المحددة (Slingerlands and screening tests for Identifying children with specific language Disability, 1974)

• الملاحظات السلوكية: وهذه الملاحظات إما أن تكون ملاحظات مباشرة يقوم بها المتخصص، أو تسجيل السلوك اللفظي الذي يقوم به الطفل في المواقف الاجتماعية المختلفة.

كما اتجه العلماء في السنوات الأخيرة إلى استخدام مقاييس عملية مثل مقاييس المهارة اليدوية، ومهارة الأصابع، واختبار بندر جشتالت، وغيرها من المقاييس الأدائية لتقدير حجم الاضطرابات الانفعالية والعقلية التي يعاني منها ذوو الاضطرابات اللغوية.

الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية:

من أبرز الخصائص السلوكية لذوي الاضطرابات اللغوية خاصتان أساسيتان هما:

أ - الخصائص العقلية:

يشير هالمان وكاuffman (Hallhan & Kauffman, 1981) إلى تدني أداء ذوي الاضطرابات اللغوية على مقاييس القدرة اللغوية بالمقارنة مع العاديين من المستوى العمرى نفسه. كما يمكن أن نجد أن أداءهم على اختبارات التحصيل الأكاديمي أقل بالمقارنة مع العاديين. وليس ذلك غريباً، إذ إن الاضطرابات اللغوية لها علاقة بمظاهر الإعاقة العقلية أو السمعية أو صعوبات التعلم، أو الشلل الدماغي (الروسان، 1996، أ).

ب- الخصائص الانفعالية والاجتماعية:

يشعر الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات لغوية من رفض الآخرين لهم، كما يشعرون بالانطواء، والنقص، والانسحاب من المواقف الاجتماعية. كما يعانون أيضاً من الفشل، ويميلون إلى العدوان على ذواتهم وعلى الآخرين، ويعملون على حماية أنفسهم بشكل مبالغ فيه.

الرعاية النفسية والتربوية لذوي الاضطرابات اللغوية:

إن المشكلة التي يعاني منها ذوو الاضطرابات اللغوية، أن معظمهم يفهم اللغة والكلام ولكنهم لا يتمكنون من التعبير عن أنفسهم لفظاً، مما يسبب لهم مزيداً من الاضطراب الوجداني.

ولذلك يعول على الأسرة دور مهم في رعاية أبنائها، وتجنبهم الكثير من المشكلات والصراع النفسي الناجم عن قلة وجود تفاعل اجتماعي سوي بينهم وبين غيرهم من الأطفال سواء داخل الأسرة أم خارجها. كما ينبغي للأسرة عند حدوث اضطراب مفاجئ في لغة الطفل عدم إهمال ذلك، أو اللجوء إلى السخرية والتهكم عليه، أو ممارسة الضغط على الطفل للإقلاع عن هذه العادة نتيجة قلقها عليه (يونس وحنورة، 1991).

من الضروري أيضاً أن تتجنب الأسرة تذكير الطفل الذي يعاني من اضطرابات في اللغة بعجزه أو قصوره، وعليها مراجعة الطبيب المختص، أو المختص في التربية الخاصة (Speech therapist)، من أجل معرفة أفضل الأساليب في مساعدة الطفل الذي

يعاني من اضطرابات لغوية، حيث تكون مهمته قياس مظاهر اضطرابات النطق واللغة وتشخيصها، ثم وضع البرامج التربوية الفردية المناسبة.

فضلاً عن ذلك يقوم المختص اللغوي بتعليم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية وفق مبادئ تعديل السلوك وأساليبه، ومن خلال التعزيز الإيجابي، أو السلبى أو العقاب، أو تشكيل السلوك تدريجياً، أو التقليد... إلخ (الروسان، 1996، أ: 234).

من المستحسن أيضاً أن يتم اختيار الموضوعات المناسبة للحديث عنها من قبل الأطفال، وتكون مهمة معلم الأطفال ذوي الاضطرابات اللغوية مشاركة الأطفال في اختيار هذه الموضوعات المحيية والمثوقة لهم، وتشجيعهم على الحديث عنها، ومساعدة الأطفال الذين يعانون من التوتر الانفعالي على تخفيف هذا التوتر.

من الضروري أيضاً أن يستمع معلم الأطفال الذين يعانون من مشكلات أو صعوبات لغوية إلى حديث هؤلاء الأطفال دون أن تبدو عليه مظاهر الامتناع أو التأفف، وخاصة من الأطفال الذين يعانون من تأتأة، أو سرعة زائدة في الكلام. كما يتوجب على معلم التربية الخاصة تشجيع مثل هؤلاء الأطفال على الحديث أمام الآخرين، وتقليدهم في نطق الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة مع التعزيز في الوقت المناسب.

علاج اضطرابات اللغة:

لا يستطيع المرشد الطلابي علاج حالات اضطرابات الكلام الشديدة، فهناك مراكز متخصصة تستخدم فيها التقنيات الحديثة للمساعدة على ضبط حركات الكلام، بالإضافة

إلى حاجة بعض الحالات الناتجة عن اضطرابات انفعالية شديدة في مرحلة الطفولة لعلاج نفسي متخصص لإزالة الأسباب التي أدت إلى اضطرابات الكلام، وعلاج الشخصية ككل وما لحق بها من تصدع. ولذلك لابد في علاج اضطرابات الكلام أن يشترك كل من المرشد النفسي الطلابي، والمعلم، والآباء.

أولاً- دور المرشد النفسي التربوي:

من الإجراءات التي يمكن للمرشد النفسي أن يقوم بها بمساعدة المعالج النفسي المختص ما يلي:

- إحالة التلميذ إلى طبيب مختص لمعرفة ما إذا كان الاضطراب في الكلام ناجماً عن عيوب عضوية أو عن أخطاء تربوية، أو اضطرابات نفسية.

- إجراء جلسات إرشادية تتيح الفرصة للتلميذ فيها التعبير الحر التلقائي، وتعويد الكلام بحرية وهو في حالة استرخاء ، على أن يتم التدرج في الكلمات من السهل إلى الصعب. وتستخدم التمرينات الإيقاعية في الكلام، ويدرب اللسان والشفاه والخلق على إخراج الكلمات بنطقها الصحيح، واستخدام تمرينات التنفس في أثناء النطق، وتنظيم سرعة الكلام مع الإيقاع المناسب لها، كما يتم التأكيد على الاستخدامات الصحيحة للحروف الساكنة والمتحركة، ويراعي في أثناء تلك التدرجات إزالة التوتر النفسي المصاحب للقلق والخوف ومنحه الشعور بالأمن والثقة بالنفس، وإزالة العوامل التي تؤدي إلى الخجل ومشاعر النقص.

- يقوم المرشد بتعويد التلميذ الذي يعاني من اضطرابات في الكلام تجنب الالتفات إلى نقطة أثناء حديثه مع الآخرين وخاصة الكبار، كضرب الركبة أو حك الذراع، إذ إن قيامه بالحديث والحركة معاً تؤدي إلى سحب جزء من الطاقة العقلية الموجهة إلى عملية النطق إلى عملية أخرى يسهل معها إخراج الكلام بطريقة سليمة، أو يقوم بالتحدث إلى شخص آخر دون الالتفات إليه حتى لا يشعر بالرهبة والارتباك عندما يرى نظرات محدثة أو يتشغل بالكتابة أثناء الحديث.

- يطلب المرشد من التلميذ الذي يعاني اضطرابات في الكلام الوقوف أمام مرآة ويتحدث مع نفسه بصوت عالٍ، ويلاحظ تعبيرات وجهه أثناء حديثه، ويحاول اختيار أفضل تعبير للوجه أثناء الحديث، على أن يتم التركيز على تعبيرات الوجه دون التركيز على الكلام. وهنا توزع الطاقة العقلية على الحديث وتعبيرات الوجه معاً مما يؤدي إلى إخراج الكلام بطريقة سليمة (عبد السلام وآخرون ، 1997).

ثانياً - دور المعلم:

يترتب على المعلم في المدرسة مسؤوليات عديدة نحو التلميذ الذي يعاني من اضطرابات في الكلام منها :

- أن يشركه في الأنشطة الصفية واللاصفية جميعها (لجان، ندوات، جمعيات، نشاطات رياضية...)، وأن يحمله المسؤولية القيادية في بعض هذه الأنشطة، مما يشعره بالثقة بالنفس.

عدم المبالغة في إظهار الشفقة والعطف عليه ، أو إبداء السخرية منه عند فشله في الإجابة على سؤال ما، وعدم إشعاره بأنه موضع مراقبة أثناء حديثه.

ألا يُلح المعلم على التلميذ المتعثر في الكلام في الحصول على إجابات عن أسئلة يطرحها المعلم ، ويجب ألا يلزمه الجلوس والصمت عند عدم قدرته على الكلام حتى لا يدعم الجانب السلبي عنده.

أن يشرك المعلم الطالب المتعثر في الكلام في الإجابة عن الأسئلة التي توجه إلى الطلاب الآخرين، على أن يكون نصيبه في الإجابة على الأسئلة التي تحتاج إجابتها نعم أولاً في البداية ثم يزداد محتوى الإجابة تدريجياً حتى يتم تدعيم الجانب الإيجابي في النطق الصحيح بعد كل مرة يجب فيها الطالب على أسئلة المعلم (عبد السلام وآخرون، 1997).

ثالثاً- دور الآباء:

• ضرورة ابتعاد الآباء عن القسوة والعنف، والتخويف والتوبيخ، واللوم، والنقد في التعامل مع الأبناء ومحاولة توفير الجو النفسي المشجع بالأمن والاستقرار المشجع على الدراسة وتقدير الذات.

• ضرورة مشاركة الابن المتعثر في الكلام في مسؤوليات الأسرة وأنشطتها المختلفة، وتسهيل اتصاله بجماعة الرفاق، وإشراكه في الأنشطة الرياضية والاجتماعية .

• عدم تكليف الابن المتعثر في الكلام أعمالاً تفوق مستوى قدراته الجسمية والعقلية ولا تنفق مع ميوله ورغباته.

• عدم المبالغة في الاهتمام بالابن المتعثر في الكلام ، وإظهار ما لديه كمشكلة تعانيها الأسرة والحديث عنها باستمرار أمام الآخرين.

• عدم المبالغة في تدليل الابن المتعثر في الكلام ، وتعييده الاعتماد على النفس وتحمل المسؤولية وفقاً للمرحلة النمائية التي يمر فيها.