

الإعاقة والخدمات ذات العلاقة

# العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى ذوى صعوبات التعلم

د. محمد محمود النحاس

مدير المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب

الباحث/ سليمان رجب سيد أحمد

مدرس الصحة النفسية المساعد- جامعة بنها

إعداد

المركز الدولي للاستشارات والتخاطب والتدريب

القاهرة - دبي

18-20 مارس  
2008

## ملخص البحث

## العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى ذوى صعوبات التعلم

يعانى ذوو صعوبات التعلم من اضطرابات النطق والكلام (اضطرابات التواصل) بصفة عامة ومن اضطراب التلعثم بصفة خاصة، الى جانب معاناتهم من صعوبات التعلم التي تعد مشكلة في حد ذاتها، وكذلك مصاحباتها التي يعد علاجها أصعب بكثير من علاج صعوبات التعلم نفسها.

فالطفل الذي لا يستطيع التعبير عن نفسه وعماد دور بين الآخرين، والتواصل معهم بسبب اضطراب نطقه قد يؤدي به ذلك إلى الوقوع في العديد من المشكلات النفسية والسلوكية؛ نتيجة لما يعانيه من اضطرابات في النطق والتي منها: الخجل، والإحباط، والانطواء، وتصرفات أخرى غير سوية، كالسلوك العدواني تجاه الآخرين، أو النشاط الزائد؛ وذلك لما يتعرض له من سخرية واستهزاء من الأطفال الآخرين.

ومن هنا فإن إعاقة عملية التواصل، وما يترتب عليها من مشكلات اجتماعية ونفسية تعتبر أحد المؤشرات الدالة على حاجة الطفل لعلاج نفسي وتخاطبي معاً.

لذا تبحث هذه الدراسة في العلاج النفسي والمتمثل في السيكوودراما بفنياتها المتعددة، والتحصين التدريجي، والاسترخاء، والارشاد الأسرى؛ والعلاج التخاطبي بمهاراته المتنوعة؛ وتخلص الى استكشاف نتائج تطبيق برنامج علاجي لصور التلعثم الثلاث ( التوقف والتكرار والتطويل) لدى عينة من ذوى صعوبات التعلم وآبائهم. وتعرض الدراسة بشيء من التفصيل لمفهوم التلعثم وأسبابه وصوره وأسباب حدوثه لدى ذوى صعوبات التعلم، وكذلك الاساليب العلاجية المستخدمة في علاجه.

وتنتهى الدراسة بعرض البرنامج العلاجي الذى يدمج فنيات السيكوودراما، والتحصين التدريجي، والاسترخاء، والارشاد الأسرى مع مهارات العلاج التخاطبي وذلك لعلاج صور التلعثم الثلاث ومصاحباتها.

وقد وجب الاهتمام بعلاج التلعثم لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم وتدريبهم على تحسين التفاعل مع الآخرين، وتقليل اضطرابات النطق والكلام التي تشيع بينهم؛ وتكون عائقاً في عملية التواصل؛ لأن هذه الاضطرابات ترتبط بشكل واضح بانتشار الاضطرابات النفسية - فما من مرض نفسي واضطراب سلوكي إلا ويكون اضطراب التواصل أحد أسبابه، أو مظهره، أو نتائجه.

وتفيد السيكوودراما كأحد انواع العلاج النفسي في التهيئة العلاجية، وفي تنمية الثقة بالنفس، وفي تحسين الدافعية، والمشاركة والمساعدة على الحوار، وتبنى مفهوم ذات ايجابي؛ وهو ما يحتاجه الطفل المتلعثم وخاصة إذا كان من ذوى صعوبات التعلم لما يعانيه فعلاً من مفهوم ذات سلبي، وتدنى في مستوى الدافعية، ومن قصور في مهارات التواصل. والتلعثم كأحد اضطرابات التخاطب الصعبة والدائمة الصيت؛ يحتاج من يعالجه الى عدد من المهارات سوف يعرضها البحث تفصيلاً. ويعرض البحث للدراسات التي تناولت اضطراب التلعثم لدى ذوى صعوبات التعلم والبرامج العلاجية المستخدمة.

## ويوصى البحث بضرورة:

(أ) التدخل الوقائي من اضطرابات النطق والكلام بكل السبل لانعكاساتها النفسية والاجتماعية الخطيرة.

(ب) التدخل المبكر لعلاج التلعثم فور ظهوره.

(ث) ضرورة المام الوالدين بالنمو اللغوي لأبنائهم لما لذلك من أثر وقائي من اضطرابات التخاطب.

- (ج) ضرورة المام أخصائى التخاطب بمهارات العلاج النفسى وأهميته الى جانب العلاج التخاطبى.
- (د) ضرورة انشاء جهة متخصصة معتمدة لتابعة واجراء الأبحاث الدورية المتعلقة بصعوبات التعلم واضطرابات التخاطب ومصاحباتها فى البيئة العربية.
- وينتهى البحث بسرد المراجع العربية والأجنبية
- العلاج النفسى التخاطبى لصور التلعثم لدى ذوى صعوبات التعلم

### الدافع إلى الدراسة، هدفها، أهميتها:

يواجه الأطفال ذوو صعوبات التعلم العديد من المعوقات فى القيام بمهام الحياة اليومية، وفى إقامة علاقات تفاعل اجتماعى مع الآخرين؛ حيث يبدو القصور واضحاً لديهم فى مهارات التواصل بشكل عام، ومعاناتهم من اضطراب التلعثم بشكل خاص، ويؤثر هذا القصور تأثيراً سلباً على مجمل حياة الطفل، فيميل إلى التجنب فى مواقف التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، أو يشعر بالرفض والبذم وعدم القبول، ويتعرض للسخرية والنقد، فينسحب ويشعر بانخفاض قيمته الذاتية والاجتماعية.

ومما لا شك فيه أن تعطل أوقصور مهارات التواصل الاجتماعى لدى الفرد نذيرٌ خطيرٌ على نموه النفسى والاجتماعى والتعليمى، إذ تعد تلك المهارات ذات طبيعة مدمرةٍ للشخصية حال فقدانها، كمثل قوتها البنائية المؤثرة فى هيكل الشخصية. فلكى يسترسل أحد مع الطلاب ذوى صعوبات التعلم؛ فإنه يُعول كثيراً على الرسائل التى تصل منهم، بما يسهم فى استمرار وديمومة التواصل بينهم. والطلاب ذو صعوبة التعلم إذا كان مفتقداً لواحدة أو أكثر من مهارات التواصل؛ لا يستطيع على المستوى الإستقبالى أن يفهم الرسائل الواردة إليه، كما أنه لا يستطيع على المستوى التعبيرى أن يُعبر جيداً عن رسائله للآخرين. وعندئذٍ قد يظهر على صفحةٍ وجهه ما يجعل المتواصل معه يكف عن التواصل. ومن ثم يشعر ذوو صعوبات التعلم بالبذم من الأقران، والرفض وعدم التقبل؛ فتزداد محتنتهم، ويحتاجون إلى مد يد العون لهم.

وقد توصلت دراسة جهان غالب (1998) و دراسة جينسبرج Ginsberg (2000) إلى أن تعرض الطفل إلى مواقف شديدة من الصراع النفسى والإحباط وعدم إشباع حاجاته الجسمية و النفسية والاجتماعية، يعيق نمو الطفل وتقدمه، ويولد لديه مشاعر شخصيه بعدم قبوله اجتماعياً، مما يجعله عاجزاً عن القيام بعملية التواصل الجيد بالآخرين.

هذا؛ وقد يتعرض لبعض الاضطرابات التى تؤثر عليه وعلى عملية التواصل، وعلى التفاعل الاجتماعى مع الآخرين، بل وعلى الشخصية ككل، ويعد التلعثم أحد أهم هذه الاضطرابات لدى ذوى صعوبات التعلم. وتري إيناس عبد الفتاح (1988) أن ظاهرة التلعثم تعتبر من بين اضطرابات النطق التى لها تأثير كبير على التواصل، حيث تقلل من فرص تواصل الأطفال المتلعثمين ومشاركتهم وتفاعلهم مع الآخرين، مما يؤدي إلى شعورهم بالنقص، وعدم الثقة بالنفس، والانزالية، والخوف من التحدث، فللتلعثم ليس فقط إعاقة فى الكلام ولكن إعاقة أيضاً فى الحياة الاجتماعية. (إيناس عبد الفتاح، 1988، 12)

وتظهر مشكلة التلعثم فى مرحلة الطفولة بصورة واضحة، ويرى الباحث أن الطفل الذى يتلعثم فى الكلام هو طفل طبيعى فى تفكيره وحرركته، تعترضه بعض المشكلات الخاصة بالتعبير والطلاقة اللفظية تؤثر فى تفاعلاته مع

الحيطين وتمثل له ضغوطاً نفسية، فيفضل الهروب من بعض المواقف الاجتماعية بتجنبها، مما يعمل على صعوبة فهم الآخرين له وفهمه هو للآخرين سواء في مجال الأسرة أو المدرسة أو المجتمع.

حيث أشارت دراسة رشا شعيب (1996) إلى أن اضطراب النطق هـ و أحد مشكلات مرحلة الطفولة، وعلي وجه الخصوص مرحلة المدرسة الابتدائية وهناك عدة متغيرات ذات صلة وثيقة باضطرابات النطق منها علي سبيل المثال لا الحصر المتغيرات الأسرية والمدرسية والعلاقة بين المعلم والتلميذ. (رشا شعيب 1996، 26) كما أكدت نتائج الدراسة التي قامت بها بدرية كمال (1985) على بعض الاتجاهات الوالدية السلبية التي يعاني منها الطفل المتلعثم مثل القسوة، الإهمال وإثارة الألم النفسي ولوم الطفل المتلعثم بشكل دائم على طريقة نطقه، مما يشعره بالقلق وعدم الإحساس بالأمن وسرعة التأثر والتمركز الشديد حول الذات، والمعاملات التي تتصف بقصور في النضج الانفعالي. (بدرية كمال، 1985، 146)

ومن الممارسة العيادية لوحظ: أن هناك بعض الاتجاهات الوالدية السلبية الأخرى ، والتي تتضح في محاولة مساعدة الوالدين للطفل المتلعثم عند تعثره أثناء محاولته النطق أمامهم، بالتحدث نيابة عنه من خلال توقعهم لما يريد قوله، أو أن يقوم الوالدان بإرشاده إلى محاولة أخذ نفس عميق أثناء الكلام، بهدف تخلصه من معاناته في النطق، وعلى الرغم من أن الدافع لمثل هذا السلوك هو التعاطف مع الطفل إلا أن مثل هذا السلوك من قبل والدي الطفل المتلعثم قد يساعد في تشجيع الطفل على العزوف عن المشاركة في المواقف الكلامية التي قد يشعر أنها تتميز بالصعوبة، إذ أن هناك من يتحدث نيابة عنه باستمرار، كما يجعل الطفل المتلعثم يشعر بالاختلاف عن الأطفال الآخرين ويجعله يشعر بضيق الوقت المتاح له للتحدث، كما أن محاولة إخبار الطفل المتلعثم بأخذ نفس عميق قبل النطق قد تأتي بأثر عكسي، حيث يؤدي هذا إلى ازدياد توتر الطفل ومن ثم احتمالية زيادة التلعثم، حيث أن ضبط عملية التنفس للطفل المتلعثم تحتاج إلى مهارة خاصة يقوم بها شخص متخصص.

كما لوحظ أن معظم الأطفال المتلعثمين ينتابهم حالة من الحزن نتيجة قيام الآخرين بالسخرية منهم ومحاولة تقليدهم وتوبيخهم، وكذلك محاولة التعرض والتحرش بهم، وليس ذلك فقط بل أنه من المؤسف حقا أنه غالباً ما يتم تصوير التلعثم في الأفلام والمسلسلات على أنه مدعاة للسخرية والضحك.

وإدراك الطفل المتلعثم لعدم قدرته على النطق بطلاقة يجعله في حالة من عدم الاتزان، والإحباط نتيجة عدم قدرته على التحدث كما يرغب، ولا ينتهي الأمر عند ذلك بل قد تصاحبه مشاعر من الخوف عند محاولته النطق، خاصة إذا ما واجه الطفل المتلعثم استجابات سلبية أو مضايقات من الآخرين تزيد من عجزه على التواصل والتفاعل الاجتماعي، و مثل هذه المشاعر المحبطة التي تصاحب عملية النطق من الممكن أن تزيد من قلق الطفل المتلعثم وبخاصة في المواقف التي تتطلب منه أن يتحدث، مثل مواقف التحدث داخل الفصل مع زملائه ومع المدرسين ومن ثم تجعل هذه المواقف مشكلة تلغثمه تزداد تعقيدا، وتتفاقم المشكلة في حالة معاناة الطفل المتلعثم أيضا من بعض الاتجاهات الوالدية السلبية مثل القسوة، والإهمال، واللوم الدائم على التلعثم أثناء الكلام، مما يزيد من أحساس الطفل المتلعثم بالنقص، والإحباط، والقلق، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينه وبين والديه بشكل يجعله يفضل العزلة وتجنب المواقف التي تتطلب منه التحدث والنطق، والتي يمكن أن تؤثر بمرور الوقت على فقدان الطفل الثقة في التحدث بطلاقة وأيضا فقدان الثقة في

حدوى التواصل مع الآخرين، وتجنب العلاقات الاجتماعية وعدم التفاعل في الأنشطة اليومية مما يؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي.

والتعلم أصبح أحد المصادر الرئيسية لاضطراب الطفل وسوء توافقه في كل من المنزل والمدرسة والمجتمع ومن هنا كان لابد من الحاجة إلى إرشاد وتوجيه مثل هؤلاء الأطفال للتخفيف من حدة التعلم ومحاولة التقليل من آثاره السلبية التي يعاني منها الطفل المتعلم.

وإذا كان كيرك Kirk - الأب الروحي لصعوبات التعلم - قد ضَمَّن تعريفه لصعوبات التعلم الإضطرابات في مهارات التواصل، فإن مورينو- الأب الروحي للبيكودراما ونظرية القياس الاجتماعي Sociometry Theory - أكد على أن البيكودراما تسهم في تنمية مهارات التواصل والعلاقات الاجتماعية

وتعرض البيكودراما "أنواعاً عديدة من خبرات التواصل، حيث تعتمد العلاقات المتداخلة مع الطفل على قدرته على التعبير عن نفسه، عبر تنظيم الحركة والمحادثة، حيث يتصل بالآخرين ويشكل أفكاره الخاصة، ومن خلال ذلك يصل الطفل إلى فهم نفسه وفهم الآخرين." (Corey, 2000, p. 218)

هذا؛ ويؤكد حامد زهران (1997) على أهمية الإرشاد وضرورة الاهتمام بمجالات المشكلات الشخصية والانفعالية للطفل وعلاجها قبل أن يستفحل أمرها وتتطور فتحول دون النمو النفسي السوي ودون تحقيق الصحة النفسية. (حامد زهران، 1997، 294)

كما أكدت دراسة آدمز Adams (1992) على أهمية العلاج المبكر للتعلم في مرحلة الطفولة لإخراج الطفل المتعلم من عزلته ومساعدته على التخلص من تجنب التفاعل مع الآخرين. (Adams, 1992, 62)

وتبدو أهمية الدراسة في أنها تسهم في التعامل مع مشكلة حيوية واقعية، هي علاج صور التعلم الثلاث نفسياً وتخطيباً، لدى إحدى الفئات الخاصة المتميزة بقدرات عقلية مناسبة، وهي فئة صعوبات التعلم. وتكتسب الدراسة الحالية أهميتها على المستويين النظري والتطبيقي على النحو التالي:

أولاً : تتمثل الأهمية النظرية للدراسة في:

- 1 - تناولها لمشكلة التعلم كأحد اضطرابات النطق الأكثر شيوعاً والتي تصيب الأطفال في أهم وسائل الاتصال المؤثرة على عملية التواصل مع الآخرين.
- 2 - أن الأطفال المتعلمين لديهم بعض المشكلات النفسية والسلوكية التي يعانون منها، كذلك وجود اللزمات الحركية المصاحبة للتعلم، ويؤثر ذلك بشكل سلبي على أدائهم الوظيفي اليومي بشكل عام، وعلى علاقتهم بالآخرين وعلى نموهم الاجتماعي والانفعالي والتعليمي، بل قد يجرم هؤلاء الأطفال من العمل في المستقبل في الأعمال التي تتطلب نطقاً سليماً كالتدريس والحمامة والعلاقات العامة ... وغيرها .
- 3 - كما ترجع أهمية الدراسة إلى الاهتمام بدراسة مرحلة الطفولة كمرحلة هامة في حياة الإنسان حيث يجعل التعلم تفكير الطفل محكوماً بالخوف من كيفية استجابة الآخرين له، مما يترك أثره على إدراك الطفل لنفسه بصورة سلبية، لذلك يكون من الأفضل مساعدة الطفل بالتدخل الإرشادي في وقت مبكر قبل ظهور

التعقيدات، حيث أن مشكلة التلعثم تزداد تعقيدا كلما تقدم الطفل في العمر، كما أن هذه المرحلة النمائية من حياة الطفل والمتمثلة في مرحلة الطفولة المتأخرة تعتبر بمثابة التمهيد لمرحلة أخرى لاحقة، فيجب إعداد الطفل لها.

ثانيا : تتمثل الأهمية التطبيقية للدراسة فيما يلي :

- 1- الاستفادة من النظريات و المفاهيم العلمية، في بناء برنامج إرشادي يتضمن عدد من المعارف والفنيات والمهارات النفسية والتخاطبية، التي تساعد على تخلص الطفل من التلعثم قدر المستطاع بشكل يساعده على التواصل والتفاعل مع الآخرين وصولا به إلى مستوى مناسب من التوافق والصحة النفسية، كما أنها محاولة للتعرف على تأثير بعض فنيات و استراتيجيات التدخل الإرشادي التي يمكن أن تسهم في تحسين نطق الطفل ومواجهة الآثار النفسية السلبية المترتبة على مشكلة التلعثم .
  - 2- التقدم من خلال نتائج الدراسة بالتوصيات و المقترحات اللازمة نحو توجيه الوالدين والمعلمين والمتخصصين في وضع الخطط والبرامج والخدمات النفسية التي تساعد في إرشاد وتوجيه و علاج التلعثم لدى الأطفال.
- وقد تدف الدراسة الحالية إلى :- إعداد برنامج علاجي يعمل على تحسين صور التلعثم لدى عينة من الاطفال ذوى صعوبات التعلم، ومقارنة مدى فاعليته في تحسين صور التلعثم الثلاث: ( التكراري — التطويلى — التوقفى ) لدى الأطفال المتلعثمين عينة الدراسة.

### ثانيا: مشكلة الدراسة:

يعد التلعثم احد صور اضطرابات النطق والكلام، التي تظهر في مرحلة الطفولة؛ فتعرقل عملية تواصل الطفل مع الآخرين وتجعله عاجزاً عن التعبير عن نفسه كما يكون من الصعب عليه أن يتفاعل مع البيئة المحيطة تفاعلاً إيجابياً يتسم بالقدرة على الأخذ والعطاء، مما يؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي بشكل سلبي و ينعكس على مستقبله الدراسي والمهني.

حيث أن مشكلة التلعثم لدى ذوى صعوبات التعلم تعتبر مشكلة لا يعاني منها الطفل المتلعثم وحده و إنما يعاني منها جميع الأفراد المحيطين به من والدين، وأقرباء، ومعلمين، و أصدقاء؛ ذلك لما لها من أثار سلبية على شخصيته، حيث تمثل عائقاً ومصدراً للإحباط لدى الطفل المتلعثم ولدى كل من الوالدين و المعلمين عند محاولتهم توجيه الطفل .

ومما لاشك فيه أن التلعثم يجرم الطفل من التمتع بمدى واسع من الكفاءات التي يتميز بها ويساهم في تكوين الاتجاهات السلبية نحو المتلعثمين من قبل الآخرين، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى شعور المتلعثم بالنقص وفقدان الثقة بالنفس، حيث أشارت دراسة كلا من إيناس عبد الفتاح ( 1988)، و دراسة جهان غالب ( 1998) و دراسة جينسبرج Ginsberg (2000)، ودراسة بلوسكي وكونتر Pellowshki, & conture (2002) إلى أن الأطفال المتلعثمين يمرون بأحداث ضاغطة أكثر من الأطفال الغير متلعثمين حيث يعانون من العزلة و تجنب التفاعل مع الآخرين، والخوف من الكلام.

كما أظهرت نتائج بعض الدراسات وجود اختلافات واضحة في عملية التحكم في التنفس أثناء النطق بين المتلعثمين وغير المتلعثمين، وأن المتلعثمين أقل قدرة علي ضبط عملية التنفس عند النطق ، مثل دراسة هيرمان وآخرون

, Herman et al. (1995)، ودراسة شاميزو وآخرون Shimizu et al. (1995)، ودراسة ديني وسميث Denny & Smith (2000).

وهكذا تتحدد مشكلة الدراسة الحالية في أنها تتناول ظاهرة التلعثم لدى ذوى صعوبات التعلم كاضطراب، يمكن تحسينه عن طريق الاستفادة من الأساليب العلاجية النفسية - كما تبدو في فنيات السيكودراما- والتخاطبية.

### ثالثاً: مصطلحات الدراسة:

#### 1) التلعثم:

أحد اضطرابات النطق والكلام وهو اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته يتميز إما بالتوقف اللاإرادي عن الكلام أو التكرار أو الإطالة لأصوات الكلام. (آمال باظه، 2003، 133)

#### • صور التلعثم:

التلعثم التكراري: تكرار نطق الصوت أو الكلمة أو المقطع عدة مرات أثناء الكلام. (طارق عبد المحسن، 2002، 27)

التلعثم التطويلي: إطالة نطق الصوت قبل الصوت الذي يليه أثناء الكلام، حيث يطول نطق الصوت لفترة

أطول خاصة في الحروف المتحركة. (Rieley, et al., 2000, 19)

التلعثم التوقفي: العجز عن نطق الصوت عند بداية الكلمة أو المقطع أو الجملة. (سهير أمين، 2000، 27)

#### 2) ذوو صعوبات التعلم: Pupils with Learning Disabilities

مجموعة من الطلاب يتمتعون بقدرة عقلية متوسطة أو فوق المتوسطة، وينخفض مستوى تحصيلهم الفعلي عن المتوقع منهم، ولديهم صعوبة في بعض عمليات التعلم كالقراءة والحساب أو الفهم، ويستبعد منهم المعوقون جسمياً والمتخلفون عقلياً، وذوو الإضطرابات النفسية الشديدة.

#### 3) برنامج العلاج (النفسى - التخاطبي):

" برنامج مخطط منظم في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة و غير المباشرة فردياً و جماعياً لجميع من تضمهم المؤسسة ( المدرسة مثلا ) بهدف مساعدتهم في تحقيق النمو السوي و القيام بالاختيار الواعي المتعقل و لتحقيق التوافق النفسي داخل المؤسسة ( المدرسة مثلا ) و خارجها، و يقوم بتخطيطه و تنفيذه و تقييمه لجنة وفريق من المسؤولين المؤهلين. (حامد زهران، 1980، 439)

والبرنامج المستخدم في هذه الدراسة هو برنامج مخطط منظم، دامج بين الفنيات التخاطبية، وفنيات السيكودراما كأحد العلاجات النفسية، والتحصين التدريجي، والاسترخاء، والارشاد الأسرى؛ بهدف مساعدة الأطفال المتلعثمين من ذوى صعوبات التعلم علي خفض حدة التلعثم لديهم من خلال التدريبات المنظمة والأنشطة والمهارات التي تقدم لهم بغرض تحسين عملية النطق لديهم.

#### رابعاً : التلعثم لدى الأطفال ذوى صعوبات التعلم

يتصف الطلاب ذوو صعوبات التعلم Learning Disabilities بقدرة عقلية ليست بالضعيفة، إذ تفوق المتوسط، كما تنبئ بذلك مقياس الذكاء. بيد أنهم يتصفون بتقلص في علاقاتهم الاجتماعية، وضعف في تحصيلهم الأكاديمي، وبخاصة حال مقارنتهم بقدراتهم العقلية أو بأقرانهم من نفس السن والصف الدراسي. وقد ظهر مصطلح صعوبات التعلم على يد كيرك Kirk في مطلع الستينات من القرن الماضي ليفرق بين مصطلحات التأخر العقلي وبطء التعلم والصعوبات التعليمية التي قد يعاني منها بعض التلاميذ نتيجة لعوامل داخلية أو إنمائية رغم تمتعه بالذكاء العادي تقريبا ولكنه لا يمكنه التحصيل بالمستوى الذي يتفق مع قدراته العقلية (عادل عبدا لله، 2006، 30)

وقد عرفته اللجنة القومية الأمريكية المشتركة لصعوبات التعلم بأنه بمثابة مصطلح عام يشير إلى مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات تظهر على هيئة صعوبات ذات دلالة في اكتساب واستخدام القدرة على الاستماع أو التحدث أو القراءة أو الكتابة، أو التفكير، وتعد مثل هذه الاضطرابات جوهرية بالنسبة للفرد، ويفترض أن تحدث له بسبب حدوث اختلال في الأداء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي، وهذا وقد تحدث مشكلات في السلوكيات الدالة على التنظيم الذاتي، والإدراك الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي إلى جانب صعوبات

التعلم. (Hallahan & Kauffman 2003, 105)

وتعد صعوبات التعلم فرعاً من اضطرابات النمو في الطفولة والتي وردت محكاتها بالدليل التشخيصي الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSMIV) حيث تشير إلى استمرارية الاضطراب بالرغم من تقدم العمر (حسن عبد المعطي، 192، 1)

وتقسم صعوبات التعلم إلى صعوبات التعلم النمائية وهي احد أهم العوامل التي تكون مسؤولة عن انخفاض التحصيل الأكاديمي للطفل والتي تؤدي إليه مباشرة، حيث إنها تتضمن في الواقع اضطرابات في كلا من الانتباه، والإدراك، والذاكرة، والتفكير، واللغة، وهو الأمر الذي يمكن أن يؤدي إلى إعاقة التقدم الأكاديمي للطفل رغم ما يتمتع به من مستوى عادي للذكاء. والنوع الثاني من صعوبات التعلم هو صعوبات التعلم الأكاديمية مثل الصعوبات في تعلم القراءة، الكتابة، التهجي، العمليات الحسابية. (كيرك وكالفنت، 1988، 211)

وذوو صعوبات التعلم يبدو لديهم عدم قدره على إدراك الفرق بين أصوات الحروف المختلفة ومن ثم يبدل نطقها مكان بعضها البعض، ولا سيما الأصوات المتشابهة منها مثل (س، ص، ث، ف)، (ط، ت)، (ك، ق)، وقد أشارت دراسات عديدة إلى معاناتهم من اضطراب التلعثم كما سيرد بعد.

### التلعثم مفهومه وأسبابه ومظاهره وطرق علاجه

التلعثم (1) كأحد عيوب الكلام، يتصف بعدم وجود سيوله في خروج المقاطع الأولى من الجمل، مما قد يظهر على شكل وقفات أو تكرار لمقاطع مفهومه أو أصوات غير مفهومه، وغالباً ما يتزامن مع هذه الوقفات أو التكرار حركات شبه إرادية لبعض أجزاء الجسم.

(1) تستخدم كلمة تلعثم في بعض المراجع أو مرادفها لجلجة في بعض المراجع الأخرى حيث تستخدم المراجع الإنجليزية كلمة لجلجة (1) STUTTERING أما المراجع الأمريكية فستخدم كلمة تلعثم في الكلام وفقاً للمصطلح STAMMERING في الكلام وفقاً للمصطلح



التلعثم هو: "اضطراب في الطلاقة اللفظية ومعدل سرعة الكلام، يصحبه أسلوب تنفس غير صحيح يؤدي إلى عدم انسجام أعضاء الكلام، يظهر في صورة توقف، أو تطويل، أو تكرار للصوت أو المقطع أو الكلمة، وله أصل نفسي يؤدي إلى الخوف من الكلام وتحاشيه في مواقف معينة. (محمد النحاس، 2006)

تتميز خصائص الكلام لدى I.C.D.10 وفي تعريف الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض النفسية (1992) المتلعثم بالتكرار والإطالة والتوقف للأصوات أو المقاطع أو الكلمات مما يعوق التدفق الإيقاعي للكلام. (I.C.D. 10, 1992, 289)

(1994) مفهوم التلعثم ضمن DSM-IV ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية حيث يعرف على أنه اضطراب ملحوظ في الطلاقة Communication – Disorder اضطرابات التواصل والإطالة Sound – Repetition وتوقيت الكلام يتميز بالتكرار في الصوت Disfluencies Block. والتوقف (DSM.IV.1994, 307) في الكلام. prolongation

والتلعثم في تعريف الجمعية العالمية للتلعثم National Stuttering Association هو: اضطراب السيولة الإيقاعية للكلام، وتفكك لتنظيم إيقاعه، ونقص في الطلاقة اللفظية أو التعبيرية، كما أنه اضطراب نفسي يظهر لدى الطفل حينما تتقدم أفكاره بسرعة أكبر من قدرته على التعبير عنها، في شكل توقفات مفاجئة واحتباسات حادة في النطق وتبادل مع لحظات الصمت، أو تطويل في نطق بعض الكلمات بحيث تأتي نهاية الكلمة متأخرة عن بدايتها ومنفصلة عنها، أو في تكرار لأصوات ومقاطع وأجزاء من الكلمة، وقد يصاحب ذلك توتراً في الحنجرة، وتشنجات في عضلات التنفس، واضطراب في حركة الشهيق والزفير وبعض العلامات الأخرى كاهتزاز الرأس وارتعاش رموش وجفون العينين وإخراج اللسان، ويشند التلعثم في مواقف التوتر والضغط التي تتطلب تواصلًا، ولا يعتبر اضطراباً إلا إذا كان متكرراً، ويكون الذكور أكثر عرضة لهذا الاضطراب من الإناث في نفس العمر الزمني، ويرتبط هذا الاضطراب بالتنشئة الاجتماعية، والمناخ الأسري، والحالة الانفعالية للفرد.

(الجمعية العالمية للتلعثم National Stuttering Association، 2002، 1)

وقدم اتوفنجل (1969) تعريفاً للجلجة فيقول "إنها نتاج صراع بين ميول متخصصة، فالمرضى يكشف عن أنه يرغب في أن يقول شيئاً ومع ذلك لا يرغب في أن يقوله فهو يقصد شعورياً أن يتكلم لكن يكون هناك سبب لا شعوري يجعله لا يرغب في الكلام. (أتوفنجل، 1969، 529)

والتلعثم هو إنشطار للفونيم يظهر في الصور التالية:

- تلعثم توقي مثال ----- كلمة (محمد) تنطق م — توقف — محمد
  - تلعثم تطويلي مثال ----- كلمة (محمد) تنطق م — تطويل — محمد
  - تلعثم تكراري مثال ----- كلمة (محمد) تنطق م م م م م م م م محمد تكرار
- أو تنطق محمد محمد محمد محمد محمد.

ففي التلعثم التكراري يحدث تكرار للصوت الواحد من الكلمة مثل ( م ) أو تكرار للكلمة بأكملها مثل كلمة (محمد) كما في المثال السابق.

وجذور مشكلة النطق توجد دائماً في العلاقات التي تقوم بين الطفل والديه في المراحل المبكرة من حياة الطفل، فعندما تصبح مطالب الآباء من الطفل أعلى مما يستطيع أدائه، وعندما يستخدم الآباء في سبيل ذلك العقاب القاسي والقيود

المشددة و يقيمون ما ينجزه الطفل تقييماً سلبياً باستمرار ، فإن الاحتمال الأكبر أن يصاب الطفل عندئذ بالقلق والتوتر و حدوث اضطرابات النطق . (Jennifer, 2001, 69)

كما تؤثر الاتجاهات الوالدية الخاطئة التي ينشأ فيها الطفل من تدليل زائد، وحنان مفرط، أو صرامة زائدة إلى حد القسوة ، في وجود علاقة غير سوية بين الوالدين والطفل، ينعكس أثرها بشكل سلبي على نطق الطفل. ومن بين العوامل البيئية الهامة التي يحتمل أن تؤثر على النطق عامل أساسي يتمثل في أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام وخصوصاً الأم، وكمية الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال مرحلة نمو الكلام. حيث أوضحت دراسة كل من مايرز و فريمان Meyers & Freeman (1985) أن أمهات الأطفال ذوى اضطرابات النطق يطالبن أطفالهن بالكلام دون أن يكن هن نموذجاً لهم في النطق مما يؤدي إلى وجود نوع من الضغوط على الطفل في التواصل والفشل في النطق وعدم تحقيق الطلاقة اللفظية. (Meyers & Freeman, 1985,204)

كما تشير دراسة نوران العسال (1990) إلى أن انتقاد الوالدين لكلام الطفل و مطالبته بالكمال في النطق يؤدي بالطفل إلى تفادى وتحاشي الكلام أمامهم مما يساعد على ظهور اضطرابات النطق عند الطفل. (نوران العسال، 1990، 90)

وقد تبين من نتائج دراسة جهان غالب (1998) أن حدة التلعثم تزداد بازدياد انشغال الآباء عن أبنائهم و بارتفاع مستوى تعليم الأب والأم حيث يتوقعون من أبنائهم أكثر مما يستطيعون إنجازه ، والعلاقات الأسرية التي يشملها نوع من الفتور تؤثر بالسلب على علاقات الطفل المدرسية والاجتماعية المحيط به ، مما يؤدي في نهاية الأمر إلى سوء التوافق الاجتماعي وزيادة الاضطراب في النطق . (جهان غالب ، 1998 ، 104 )  
وتعد البيئة الأسرية عاملاً أساسياً في مساعدة الطفل على النطق الصحيح حيث وجد انجهم (1993) Ingham أن أسر الأطفال ذوى اضطرابات النطق تتصف بالتالي:

- 1 - أساليب سيطرة والدية خاطئة و سوء استخدام قاعدة الثواب والعقاب.
- 2 - الاعتماد على حل الصراع الداخلي في الأسرة من خلال التهديد للطفل.
- 3 - عجز الاتصال بين الوالدين والطفل والتفاهم من خلال الكلمة والموضوع و التي تستبدل بشدة الأفعال والأصوات.
- 4 - صدور مقاطع كلامية تحمل معنى السخرية من الطفل أثناء الحديث معه مما يعوق تدفق أفكار الطفل و يجعله يتجنب الحديث أمامهم. (Ingham , 1993, 137)

ويذكر طلعت منصور (1967) أن من المواقف التي تزيد من حدة التلعثم عند الطفل المواقف التالية:

- 1 - تحدث الطفل إلى شخص ممثل للسلطة.
- 2 - تحدث الطفل أمام الآخرين.
- 3 - تحدث الطفل إلى مستمع يبدى اهتماماً بالغاً لما يقوله.
- 4 - تحدث الطفل بشكل سريع بسبب ضيق الوقت.
- 5 - تحدث الطفل لإبلاغ رسالة ذات مضمون هام.
- 6 - تحدث الطفل في المواقف المرتبطة بالشعور بالتهديد.

(طلعت منصور، 1967، 194)

والمواقف السابقة و التي ذكرها طلعت منصور في دراسته ( 1967 ) تنطبق على الطفل المتعلم داخل البيئة المدرسية من ذوى صعوبات التعلم فتزيد من تلغمه فهو يتحدث إلى المدرس والناظر وهم ممثلين للسلطة، كما يتحدث أمام الآخرين، وهم زملاؤه في الفصل، كما يتحدث أيضا أمام شخص ناقد عندما يطلب منه المدرس الإجابة على الأسئلة بسرعة لضيق وقت الحصة مما يؤدي لشعور الطفل بالتهديد، ويزيد من حدة التلغم لديه.

#### \* انتشار التلغم:

ويظهر التلغم في أي عمر، ولكن يغلب عليه الظهور في مرحلة دخول المدرسة الابتدائية فأكثر من 50% من المتعلمين يبدأون التلغم في هذه المرحلة. (Jones, Mark , 2002, .244)

ويحدد الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV-TR معدل انتشار التلغم لدى الأطفال بمعدل 1% وتقل إلى 0.8% لدى المراهقين وتصل النسبة بين الذكور والإناث إلى ( 3:1 ) لصالح الذكور. (DSM-IV-TR, 1994,280)

ومن إحصاءات مستشفى عين شمس بالقاهرة خلال عام ( 2001 - 2002 ) بلغ عدد المترددين على وحدة التخاطب بالمستشفى (2100) حالة تعاني من اضطرابات تخاطبية كان من بينهم (650) حالة تلغم 75% منهم من الذكور والباقي من الإناث، وتتراوح أعمارهم بين سن (6-14) عاماً.

مما سبق يتضح أن للتلغم حجماً واضحاً في المجتمع، و معدل حدوث يجعل منه مشكلة تستحق البحث والدراسة.

#### \* مراحل تطور التلغم:

لقد اختلفت الآراء حول تقسيم مراحل تطور التلغم، وذلك لاختلاف صور التلغم في مراحلها الأولية عنها في مراحلها المتطورة.

هناك شبه اتفاق على أن التلغم أحياناً ما يكون اضطراباً عارضاً عند الأطفال الصغار وهم في مراحل ارتقائهم اللغوي، ولذا يسمي التلغم في هذه الحالة بالتلغم التطوري أو الارتقائي وعادة ما يكون ظهوره في ما بين الثانية والرابعة من العمر، وقد يستغرق عدة شهور، وهناك أيضاً التلغم الثابت ويبدأ من ثلاث إلى ثماني سنوات، وتقسيم بلودشتين (1969) لمراحل تطور التلغم إلى أربع مراحل قام على أساس المرحلة العمرية و الأعراض وإدراك الطفل لتلغمه، وهناك تقسيم تطور التلغم على أساس أسلوب العلاج المناسب لمرحلة التلغم كما فعل ملدر في توعية الوالدين وإرشادهم وتعديل الظروف الأسرية لخفض المخاوف عند الطفل، وصولاً إلى مواجهة المخاوف وحل الصراعات من خلال العلاج النفسي المعتمد على العلاج باللعب والتمثيل ويجدد ذلك من خلال مراعاة للمراحل التطورية للتلغم.

## \* صور التلعثم:

التكرار Repetition:

يعد التكرار من أهم خصائص التلعثم، والصورة الأكثر شيوعاً و الخاصة الأساسية للتلعثم، فالطفل عندما يكرر الفونيم، أو المقطع أو الكلمة قد يعد ذلك شيئاً شائعاً بالنسبة للأطفال الصغار في مرحلة تكوين الكلمات ولكن عندما تكتمل لغة الطفل، ببلوغه مرحلة (البلاغة) أي خمس سنوات ويكون هناك تكرار للفونيم أو المقطع أو الكلمة في نطقه يكون ذلك بمثابة مؤشراً لوجود التلعثم.

ويتم تشخيص تكرار نطق الأصوات على انه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل: تكرار نطق صوت محدد مثل صوت (ش) في كلمة (شكرا) كالتالي:

مثل --- ش ش ش ش

- تكرار نطق مقطع في كلمة مثل --- شك شك شك شـكرا

- تكرار نطق كلمة في عبارة مثل --- عايز عايز عايز عايز أشرب

التطويل Prolongation

من الطبيعي أن يكون لكل صوت زمن نطق محدد، عندما يطول نطق الصوت لفترة أطول من الزمن الطبيعي لنطقه تظهر صورة تشخيصية أخرى من صور التلعثم هي الإطالة الصوتية Prolongation of Sounds، وهي الصورة المرحلية الثانية للتلعثم تشير إلى زيادة معدل اضطراب النطق لدى الطفل.

ويتم تشخيص تطويل نطق الأصوات على انه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل: - تطويل نطق صوت محدد مثل صوت (ش) في كلمة (شكرا) كالتالي:

مثل --- ش\_\_\_\_\_كرا

الوقفات Blocks:

هناك صورة أخرى للتلعثم وهي وقفات التلعثم ، وتحدث كنتيجة للانسداد الوقفي الموقفي في مجرى الهواء عند الحنجرة حينما تكون الشنايا الصوتية Vocal Folds مقتربة اقتراباً شديداً من بعضها فيحاول المتلعثم النطق فلا يستطيع فيضغط البطن بشدة فينقبض القفص الصدري كي يدفع الهواء بقوة محاولاً التغلب على هذه الوقفة. - ويتم تشخيص التوقف في نطق الأصوات على انه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل: التوقف في نطق صوت محدد مثل صوت (ش) في كلمة (شكرا) كالتالي:

مثل --- ش (توقف) كراً

وهكذا يعتبر الطفل متلعثماً إذا اتسم كلامه بتكرار للكلمات والمقاطع الصوتية، أو إطالة، أو حدوث وقفات تعوق طاقته وتعرقل حديثه.

## \* أعراض التلعثم:

Overt Symptoms الأعراض الظاهرة

## 1- الحركات العضلية الزائدة:

تحدث هذه الحركات بشكل تلقائي لاشعوري وذلك لاعتياد الطفل المتلعثم فعل هذه الحركات لارتباطها بمحاولاته للنطق، أشهر هذه الحركات إغماض العين، تقطيب الجبهة، هز الأيدي، هز الأرجل، انقباض البطن، عوج الفم والشفاه، ويأتي ارتباط هذه الحركات بمحاولات الطفل للنطق من اعتقاد الطفل المتلعثم في أنه لحظة التلعثم يشعر بإحباط شديد ويريد أن يتلخص من الموقف بشئ الطرق فيلاحظ أنه عندما أغمض عينه خرجت الكلمة وعندما حدث التلعثم مرة أخرى قام بإغماض عينه أثناء محاولته إخراج الكلمة بشكل متعثر، خرجت الكلمة فقام الطفل بربط خروج الكلمة بحركة إغماض العين فأصبح مع كل الوقفات الكلامية المتلعثمة يغمض عينه فيعتقد أن ذلك يساعده على إخراج الكلمة.

وأضافت دراسة جينفر Jennifer (2002) بعض المظاهر التي تبدو على المتلعثم أثناء محاولة النطق مثل رفع الأكتاف، أو تحريك الذراعين واليدين ثم يتبع هذا إطلاق الكلمة. (Jennifer , 2001, 74)

## 2- السلوك التأجيلي Escaping Behavior:

يتضح السلوك التأجيلي إدخال أجزاء من الكلام داخل الكلام الطبيعي ليبدو كما لو كان شيئاً طبيعياً Interjected Speech Segments ، حيث يلجأ معظم المتلعثمين إلى وضع بعض الكلمات مثل ( يعني ) ، أو ( مثلاً ) ، أو ( بس ) ، أو ( آه ) داخل الكلام حتى يغطي بها طبيعية أسلوب كلامه المتلعثم ، ويرى الباحث أن هذه الكلمات تعطي الطفل المتلعثم فرصة لتأجيل نطق الكلمات المراد نطقها ويقلل شعوره بالتوتر والإحباط من خلال شغل فراغ وقت تلعثمه. (Ahllam,1993,29) (محمد عطية، 1999، 21)

## 3- السلوك التجنبي Avoidance Behavior

يلجأ الطفل المتلعثم إلى أساليب تجنب وتفادي توقع حدوث تلعثمه نتيجة إحساسه بالإحباط، وشعوره بالرفض الاجتماعي فيبتكر وسائل وأساليب للتفادي منها رفض الدخول في مواقف كلامية يتوقع فيها أن يتلعثم، ورفض نطق الكلمات التي يستطيع أن يعبر عنها بحركات إشارية مثل هز الرأس تعبيراً عن الموافقة، والإشارة بالسبابة تعبيراً عن الرفض ولا يقوم بالرد على التليفون أو الإجابة على الأسئلة في الفصل.

(نوران العسال، 1990، 35) (Ahllam,1993,29) (هدى عبد الواحد، 1998، 36)

## ثانياً: التغيرات الفسيولوجية

## أ - اضطرابات التنفس Breathing Disturbance

مثل التنفس السطحي السريع، أو التحدث أثناء الشهيق أو أن تضطرب عملية التنفس بشكل وظيفي ومحاوله الكلام أثناء الشهيق ، وكانت اضطرابات التنفس مصدرًا لجذب الانتباه إلى أهمية ضبط عملية التنفس وتدعيم علاج التلعثم من خلال تدريبات ضبط التنفس الباطني.

ب- زيادة معدل ضربات القلب

ج- رعشة الشفاه والفك

د- حركة العين Eye Movements

حركة العين التي تصاحب التلعثم تكون في صورة ارتعاشات، أو نظرة ثابتة طويلة، أو حركة إيقاعية بطيئة أو سريعة أو حدوث حول مؤقت. ( Youssef, 1986, 69 )

### \* نظريات تفسير التلعثم Theories of Stuttering

تعددت النظريات حول تفسير سبب التلعثم، ومع ذلك مازال سبب حدوث التلعثم غامضاً حتى الآن، فهناك النظريات التي أرجعت التلعثم لعوامل عضوية وراثية، وهناك النظريات التي أرجعت حدوثه لعوامل نفسية، وهناك نظريات أخرى ترجعه لعوامل بيئية اجتماعية.

فللتلعثم من وجهة نظر التحليل النفسي ما هو إلا عرض عصابي تكمن خلفه رغبات مكبوتة، يظهر في صورة عرض تبديني قبل انساني، حيث ينكص الفرد إلى المرحلة الشرجية ويعيش صراعاً بين رغبة شعورية في الكلام، ورغبة لا شعورية بعدم الكلام، وقد أشارت لنا روستين ( 2004 ) إلى أن التلعثم ينشأ نتيجة لعوامل الضغط النفسي التي يتعرض لها الطفل داخل الأسرة، ومن أهم هذه العوامل على سبيل المثال لا الحصر ضغط الوالدين بدون تعمد على الطفل ليتكلم بلغة معقدة يشكل يفوق قدرته، أو كف الطفل عن الكلام، أو السخرية من أسلوب كلامه والاستهزاء به. (لينا روستين، مترجم، 2004، 21)

وتتفق دراسة بدرية كمال ( 1985 ) مع دراسة إيناس عبد الفتاح ( 1988 ) ودراسة صفاء غازي ( 1991 ) في أن تعرض بعض الأطفال في مرحلة الطفولة المتأخرة لممارسات وأساليب والدية سلبية مثل الإهمال، القسوة، إثارة الأم النفسي، العقاب، توقعات وطموح الوالدين الزائدة عن إمكانيات الطفل الواقعية، كف التعبير بحرية، سوء المعاملة، التفريق بين الطفل وأخوته، كل هذه الأشكال يترتب عليها جعل الطفل يخاف المواقف الاجتماعية ويخشى التواصل مع الآخرين، ويفضل الانسحاب من الموقف الكلامي إما بالصمت أو التلعثم في نطقه. فللتلعثم من وجهة نظر التحليل النفسي مرتبط بالصراعات الشعورية واللاشعورية الناتجة عن رغبة المتلعثم الشعورية في الكلام ونزعتة اللاشعورية إلى عدم الكلام.

والتلعثم من وجهة نظر المدرسة السلوكية عبارة عن سلوك مكتسب بالتعلم، هذا التعلم يتم من خلال أربع صور هي:

أ - التلعثم كاستجابة شرطية تقليدية.

ب - التلعثم كسلوك إجرائي.

ج - التلعثم من منظور نظرية العاملين.

د - التلعثم كصراع.

أ - التلعثم كاستجابة شرطية:

وتفسير حدوث التلعثم من وجهة نظر التيار الظاهري يأتي يأتي علي أساس أن التلعثم يحدث نتيجة لتفاعل كل من الانتباه المتمركز حول الذات من خلال الإدراك للذات بشكل مبالغ فيه بصورة سلبية ، وتوقع التقديرات السلبية من الآخرين، وفي هذه الحالة يكون العلاج منصّب علي العميل نظراً لما يمتلكه من قدرات كامنة لها القدرة علي أن تخلصه من مشاكله، ولأنه لا يستطيع بمفرده استغلال هذه القدرات فهو يحتاج لمرشد نفسي أو معالج يرشده لقدراته الكامنة ويساعده علي تحريرها ليبدرك العميل ذاته كما هي لا كما يدركها الآخر ون، ويتم ذلك من خلال تنمية وعي العميل بذاته من خلال التقدير الموجب غير الشرطي ( تقدير العميل كما هو) بحيث يكون هذا التقدير لشخص العميل وليس لكل ما يصدر عنه من سلوك.

ويلاحظ أن الدراسة تأخذ بالتفسير الدينامي للتلعثم كتفسير اقرب للدقة والشمول، بجانب الأخذ بنظرية شيهان Sheehan التي تعتمد على مفاهيم ميللر Miller ومؤداها أن التلعثم أساسه صراع إقدام-إحجام، وبذلك يحاول الباحث الجمع بين دقة التفسير ودقة تناول خطوات الإرشاد.

#### \* تشخيص التلعثم

يعتبر تشخيص التلعثم من الأمور السهلة لكن الأهم هو جمع المعلومات والبيانات التي تمكننا من أن نقيم شدة هذه المشكلة وعلي هذا يهدف تقييم التلعثم إلي:  
 معرفة صورة التلعثم.  
 معرفة شدة التلعثم.  
 تحديد العوامل التي تساعد علي معرفة تنبؤات المستقبل Prognosis للمتلعثم.  
 وضع الخطة المثلي للبرنامج العلاجي.  
 متابعة التحسن الذي يطرأ علي المتلعثم.  
 وتعتمد عادة العملية التشخيصية علي أخذ التاريخ المرضي كاملا ومعرفة نسبة الذكاء.

#### \* برامج علاج التلعثم: Counseling Program

اولاً: تمضي خطة علاج التلعثم في اتجاهين أولهما الإرشاد للمتلعثم وأسرتة، والاتجاه الثاني هو برنامج العلاج الذي يقوم على أساس إبدال السلوك اللفظي التخاطبي المضطرب بسلوك لفظي تخاطبي آخر صحيح، حيث يعتبر الإرشاد طوراً هاماً من أطوار العلاج الشامل في أي برنامج علاجي يوضع لعلاج التلعثم.  
 ويهدف الإرشاد إلى إرساء قاعدة يبدأ منها عملية إبدال السلوك اللفظي التخاطبي المضطرب، من خلال تكوين فكرة عن طبيعة المشكلة التخاطبية وطرق علاجها، وتعديل الاتجاه نحو الطفل المتلعثم في سبيل محاولة مساعدته وإتاحة جو للتنفيس الانفعالي له، وتوفير الدعم النفسي والمعنوي له، علاوة على إلقاء الضوء على الاضطرابات الأخرى المصاحبة للتلعثم والمساعدة في إيجاد حلول لها.

هذا وتمر عملية الإرشاد من وجهه نظر كوبر Cooper لمن يعانون من التلعثم بأربع مراحل:

مرحلة التوجيه وشرح الأهداف وأبعادها.

مرحلة تكوين العلاقة بين المعالج والمتلعثم.

مرحلة التعديل والتخطيط.

مرحلة التطبيق وتوجيه نصائح نحو استخدام وسائل علاجية معينة.

(Cooper, 1979, 201)

وتتفق معظم البرامج الحديثة في علاج التلعثم مع ما أشار إليه ستاركوينزر (1987) ويتضح ذلك في برنامج كامبرداون (1999) Camperdown، وبرنامج ليدكومب (2002) Lidcombe. كما أوضح جريجوري (1997) Gregory أهمية تفهم مشاعر ومفاهيم الطفل المتلعثم وأسرته قبل أن يبدأ المعالج في إعطاء النصائح والتوجيهات وذلك لأن كل طفل متلعثم له مشاعره وتجاربه الخاصة والتي تختلف من طفل متلعثم لأخر. (Gregory, 1997, 328).

كما يجب أن يعمل المعالج على إشراك الوالدين في عملية علاج طفلهم المتلعثم وهذا ما أكدت عليه دراسة جوتوالد (2003) Gottwald بضرورة مشاركة الأسرة في عملية الإرشاد والعلاج لطفلهم ليستفيدوا من الإرشادات ويساعدوا الطفل في تنفيذ ما يطلب منه التدريب عليه في المنزل من تدريبات تخاطبيه أو سلوكيات لفظية. (Gottwald, 2003, 41).

ويجب على المعالج أن يزود الأسرة بمعلومات كافية عن التلعثم وعن كيفية حدوث عملية النطق ويتعرف على المواقف التي يزيد فيها التلعثم لدى الطفل حيث أن تحديد هذه المواقف بدقة يساعد في علاج التلعثم. حيث يعتقد فان ريبير (1973) أن هناك أياماً يقل فيها التلعثم بصورة واضحة بعكس أيام أخرى تزداد فيها درجة التلعثم، لهذا ينصح بإرشاد الوالدين بالتعامل بحرص مع الطفل، ففي أيام ازدياد درجة التلعثم يجب عليهم تقليل موضوعات الحديث مع الطفل ومحاولة إطالة فترات السكون لديه في حين أنه يجب عليهم إدماجه في الأيام الأخرى. (Van Riper, 1973, 345).

كما أوضح بيترز وجويتير (1991) Peters & Guiter أن على المعالج تشجيع الوالدين على إدماج طفلهم في مواطن الحديث بقدر الإمكان وذلك في الأيام التي يتكلم فيها بصورة أقرب إلى الطبيعي لكي يعتاد الطفل على الحديث بصورة أفضل في حين أن عليهم أن يجدوا بعض المهارات التي لا تتطلب الحديث وذلك في الأيام التي يزداد فيها التلعثم، كما يجب على المعالج الذي يقوم بعلاج التلعثم عند الطفل مراعاة النواحي التالية:

يتذكر أن الطفل لم يأتي للعلاج بنفسه ولكن والده جاثوا به.

أنه يصعب على الطفل أن يفهم طبيعة العلاج ، أو أن يتحمل مسؤوليته كما يجب ألا يتوقع أن الطفل سوف يطبق قواعد العلاج خارج جلسة العلاج.

أن كثيراً من الأطفال يرفضون مواجهة مشكلة تلعثمهم ولا يريدون حتى أن يغيروا منها أو يحسنوها نظراً لأن هذه المشكلة أرهقتهم وجعلتهم غير سعداء بحيث أنهم لا يريدون حتى التحدث عنها.

(Peters & Guitur, 1991, 163)

ويشير محمد النحاس هنا إلى أهمية أن يقيم المعالج جسراً من الألفة بينه وبين الطفل المتلعثم يتمثل في إقامة علاقة حميمة وقوية من أجل ضمان نجاح العلاج، حيث أن جلسات التدريب العلاجية بدون هذه العلاقة ستكون لا معنى لها وذلك لإحساس الطفل بأنه يجلس مضطراً مع شخص غريب وهو المعالج مما يشعره بالوحدة ، وعلى المعالج تفهم هذا الشعور لدى الطفل ومساعدته على التغلب على من خلال بث الطمأنينة والثقة في نفس الطفل وأشعاره بالألفة.

دور الأسرة في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتلعثمين:

أن يتمتع الأباء عن انتقاد أطفالهم عند حدوث التلعثم ، بجانب امتناعهم أيضاً عن تصحيح كلام الطفل أو مساعدته عند حدوث العثرات الكلامية، كما يجب ألا يعيروا أي أهمية لمشكلة تلعثم طفلهم حتى لا ينتقل هذا الإحساس للطفل فيعتبر الطفل نفسه متلعثماً وتظهر عليه ردود فعل التفادي.



- يجب على الوالدين عدم مطالبة الأبناء بالكمال، وعدم أحاطتهم بالقيود الزائدة والمبالغ فيها لان ذلك يمكن أن يؤدي أيضا إلى ظهور ردود فعل التفادي.
- 3- يجب مراعاة المواقف التي يحدث فيها التلعثم عند الأطفال والتي يجد الطفل أثناءها صعوبة في الكلام ، كذلك مراعاة المواقف التي يتحدث فيها الطفل بطلاقة لمساعدته على الاستمرار في الكلام حتى يشعر أنه يستطيع الكلام بطلاقة دون تلعثم ، وإذا حدث له بعض العثرات أثناء ذلك يتم تحويل الكلام إلى تنغيم أو إلى الكلام الإيقاعي.(نوران العسال، 1990، 92)
- الاستماع الجيد: يجب على الأهل أن يصغوا جيدا عندما يبدأ طفلهم في الحديث مع إعطاء الاهتمام لما يقوله الطفل وليس للطريقة التي يتكلم بها، كما يجب الاحتفاظ بنظرة العين المعتادة تجاه الطفل أثناء حديثه حيث أوضح كونتيوي Conture (1989) أنه إذا بدأ الطفل المتلعثم حديثه بينما من حوله يمارسون أعمالاً تتطلب منهم التركيز مثل قيادة السيارة فهنا يجب عليهم أن يشرحوا للطفل أنهم لا ينظرون إليه بسبب انشغالهم في شيء يتطلب منهم التركيز إلا أنهم يستمعون جيدا إلى ما يقوله. (Conture, 1989, 22)
- 5- إبطاء سرعة الكلام: إن أمهات الأطفال الذين يعانون من التلعثم يتكلمون مع أطفالهم بطريقة أسرع من أمهات الأطفال غير المتلعثمين، ومن هنا يجب إرشاد هؤلاء الأمهات إلى إبطاء كلامهن مع أطفالهن وذلك لإعطاء القدوة لهم عن كيفية الكلام الصحيح وأيضا من أجل إعطاء أطفالهن الفرصة لتفهم ما يقال، مما يساعد هؤلاء الأطفال المتلعثمين على ترتيب أفكارهم بصورة منظمة.(Kelly & Conture, 1992, 1265)
- 6- عدم مقاطعة حديث الطفل : وجد مايرز وفريمان Meyers & Freeman (1985) أنه كلما زادت مقاطعة الأبوين للطفل المتلعثم أثناء الحديث ازدادت شدة تلعثم الطفل. (Meyers & Freeman, 1985, 201)
- كما لاحظ كيلى وكونتيرى (1992) أن هناك علاقة وطيدة بين درجة التلعثم وبين مرات المقاطعة من الأهل، وبناء على هذا يجب إرشاد الأهل ألا يقاطعوا الطفل أثناء الحديث. (Kelly & Conture, 1992, 1252)
- 7 - إعطاء الوقت: أوضح كورلي Curlee (1989) أنه إذا انتظر آباء الأطفال المتلعثمين برهة قبل الرد على أبنائهم فان الطفل يصبح هادئا غير متعجل وأقل تلعثماً لهذا فعلي الآباء الانتظار لكي ينهي طفلهم حديثه بمدوء قبل الرد عليه.(Curlee, 1989, 11)
- 8 - ملاحظة الطفل: يجب على الأبوين من خلال المساعدة المقدمة من المعالجين ملاحظة الطفل وذلك من أجل تحديد الأوقات التي تتغير فيها درجة التلعثم سواء بالزيادة أو بالنقصان، كذلك ملاحظة بعض العوامل اللغوية التي قد تزيد التلعثم، فكلما كانت مادة الحديث غريبة أو صعبة الفهم علي الطفل كان هذا عاملا من عوامل زيادة التلعثم، كما أن بعض العوامل البيئية قد يكون لها تأثير سلبي علي طلاقة الكلام مثل التنافس أثناء الحديث، التعب، أو وجود مستمعين غرباء عن الطفل. (هبة سليط ، 1995 ، 38 )
- حيث وجد كونتيرى Conture (1989) أن عدم الطلاقة يزداد بصورة طردية مع طول ودرجة التعقيد في مادة الحديث، لهذا يجب على الوالدين أن يبادروا بمساعدة طفلهم خاصة بعد أن يتعرفوا علي المواضيع التي تزيد التلعثم وشرح ما يصعب علي الطفل فهمه، كما أوضح كونتيرى أنه إذا كانت المشكلة في وجود بعض العوامل اللغوية فيجب علي الأهل تحسين تلك العوامل اللغوية بصورة أفضل، أما إذا كانت عدم الطلاقة تزداد بسبب التوتر أو

الانفعال، فيجب علي الوالدين تقليل ذلك من خلال تهدئة الطفل باللعب معه مستخدمين صوتاً هادئاً بطيئاً أثناء الحديث. (Conture, 1989, 12-23)

9- التشجيع والعقاب: يجب علي المعالج أن يتبين بدقة ردود أفعال الأهل تجاه طفلهم الذي يعاني من التلعثم، هل يشجعونه أم يعاقبونه لتلعثمه ، كما يجب علي المعالج أن يكون حذراً في معالجة ذلك حتى لا تزداد المشكلة، لهذا يجب إرشاد الأهل إلى التركيز فقط فيما يقوله الطفل وليس إلى الطريقة التي يتكلم بها وذلك بدلا من إعطائهم توجيهات لتغيير ردود أفعالهم وينصحهم ألا يشجعوا الطفل أو يعاقبوه علي تلعثمه بل عليهم أن يكونوا حيادين قدر المستطاع.

10- اشترك الوالدين والمعلم مع المعالج في وصف اقتراحات للأدوار المتبادلة التي يقومون بها بغرض المساعدة في عملية العلاج، وجعل الطفل يتحدث عن مشكلة تلعثمه. (Gottwald, 2003,44)

أوضح ويليامز Williams (1989) أن جعل الطفل يتحدث عن مشكلة التلعثم أمر ليس بالسهل، إلا أنه يمكن للوالدين أن يناقشوا تلك المشكلة بصورة مبسطة علي طريقة "ارتكاب الأخطاء"، فمثلاً إذا كان الطفل يكرر الأصوات أو الكلمات أثناء حديثه فينبغي علي الأهل أن يوضحوا له أن الجميع يخطئ في بداية تعلمه للكلام أو في تعلمه للعدد أو لعب الكرة " مع ملاحظة إعطاء أمثلة مبسطة " وعليهم أن يبينوا أنه قد يكون أقل من زملائه في تعلمه الكلام إلا أنه بالقطع أفضل من كثيرين في تعلمه لأشياء أخرى، أما إذا كان الطفل يكرر الأصوات والكلمات بالإضافة إلى وجود حركات مصاحبة فهنا يجب علي الأهل أن يفسروا المشكلة لطفلهم باستخدام مثال " قيادة الدرجات ": إنه إذا كان الطفل يحاول قيادة دراجته للمرة الأولى فيكون هناك خوف داخله خشية الوقوع من علي الدراجة، وهذا يجعله في حالة عصبية من شأنها أن تزيد من مرات وقوعه، وهذا المثال ينطبق تماماً علي كلام الطفل فهو يخاف أن يخطئ أو يتلعثم وهذا سيؤدي به إلى أن يزداد في تلعثمه، لذلك يجب علي الأهل أن يوجهوا الطفل إلى تجنب أي محاولة لإخفاء تلعثمه بل عليه أن يتلعثم كما يريد فقط بدون أن يكون هناك أي نوع من أنواع الشد العصبي ، كما يجب علي الأهل أيضاً شرح مشكلة التلعثم بوضوح لأشقاء الطفل وذلك منعاً للسخرية والتي من شأنها أن تزيد المشكلة سوءاً، كما يجب عليهم توضيح بعض النقاط لأطفالهم وهي ألا يقاطع أحدهم الآخر وألا يتكلم أحدهم بالنيابة عن الآخرين، وان يعبر كل فرد عما يريد بطريقته. (Williams, 1989, 38)

دور المعلم في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتلعثمين:

إن التعاون بين الأسرة والمعلم والمعالج من خلال اشتراكهم في عملية العلاج يقدم الكثير من العون في تقدم علاج الطفل المتلعثم. (Gottwald , 2003, 41)

كما يجب أن يكون هناك دور لمن يقوم بتقديم خدمة فعالة للأطفال الذين يتلعثمون داخل المدرسة في برنامج الإرشاد الخاص بالأطفال المتلعثمين والذي يكون موظف بالمدرسة أو استشاري خارجي له خبرة في علاج اضطرابات النطق. (Finn, 2003,157)

ويقترح ويليامز (1989) أن المعلم يمكن أن يساعد الطفل من خلال التالي:

تحديد مقابلة بين الوالدين والمدرس والمعالج تتم خلالها مناقشة مشكلة الطفل بصورة واضحة مع محاولة وضع برنامج متبادل فيما بينهم.

أن يعامل المدرس الطفل المتلعثم بنفس الطريقة التي يعامل بها الأطفال الآخرين والذين لا يعانون من التلعثم.

وضع أسس يتم من خلالها تحديد طريقة المناقشة داخل الفصل وذلك بالتنبيه علي جميع التلاميذ بعدم مقاطعة بعضهم بعضاً وألا يكمل أحدهم حديث الآخر. إعطاء الطفل المتعلم الوقت الكافي قبل أن يبدأ الرد علي الأسئلة. يشرح للطفل كيفية إلقاء الدروس، والتدريب عليها بالمنزل وكذلك يجب علي المعلم أن يساعده علي التحدث أمام زملائه ويشجعه. (Williams, 1989, 33)

### ثانياً: فنية التظليل Shadowing:

وصف هذا الأسلوب العلاجي سايرز Sayers (1956) وهو يعتمد علي ملاحظه أن الطفل المتعلم يميل إلى الكلام بطلاقة عندما يقوم بتقليد أسلوب معروف لكلام شخص آخر. (صفاء غازي ، 1991 ، 69) تعتمد هذه الطريقة علي اقتفاء ومحاكاة وتقليد الطفل المتعلم لكلام المعالج، فيكرر ما يقوله المعالج بحيث يكون كلام الطفل متزامناً مع كلام المعالج في نطق كل كلمة. وتم عملية التظليل بأن يقوم المعالج بالقراءة من كتاب بصوت عالي و بسرعة عادية للنطق، ثم يتبع نطق الطفل المتعلم في الحال، مرددا ما قاله المعالج بصوت مرتفع أيضا وهذه الطريقة تسمى بفنية التظليل، وذلك لان الطفل المتعلم يكاد يكون في ظل المعالج من خلال ترديده السريع لما يقوله المعالج على أن تكون مادة القراءة مناسبة لمستوى تعليم الطفل المتعلم، وان تتم القراءة بمعدل سرعة مناسب لكل من الطفل المتعلم والمعالج، وإذا فقد الطفل المتعلم أي كلمة أثناء التردد فيستمر ويتابع الكلام دون توقف أو انقطاع. وأوضح فان رايبير (1973) أن طريقة علاج التلعثم بالتظليل قد يفيد مؤقتاً ولكن لا يمكن استخدامها خارج حجرة العلاج، وبالتالي لا يمكن أن يكون لها أثر فعال يعم المواقف الكلامية المختلفة، مما لا يجعل هذه الطريقة ذات أثر علاجي إيجابي مستمر. (van Riper, 1973, 75)

### ثالثاً: فنية الإطالة Prolongation

جعل الطفل في حالة من الاسترخاء البدني والعقلي، ثم يبدأ في قراءة قطعة بشكل بطيء جدا وذلك مع الإطالة أثناء نطق كل مقطع يقرأه الطفل المتعلم مثل كلمة تليفزيون تنطق كالتالي ..... (تليفزيون) تعتمد هذه الطريقة علي تدريب الطفل المتعلم على إطالة نطق الصوت، والفونيم، والكلمة ، وينبغي أن يستمر تطويل المقاطع حتى تنتهي الجملة بدون توقف خلالها، كما يجب أن يمارس التطويل حتى أثناء التحدث مع الآخرين في مواقف الكلام المختلفة، وقد أسفرت نتائج تحليل الحالات الخاضعة للعلاج بطريقة التطويل عن وجود نتائج علاجية جيدة. (سهير أمين، 1995، 77)

### رابعاً: فنية الكلام الإيقاعي

يتم من خلال جهاز المترونوم ويقوم المتعلم بتقسيم الكلمة إلى مقاطعها وينطق كل مقطع مع دقة من دقات الجهاز مما يؤدي إلى اختفاء العثرات أثناء الكلام بهذا الإيقاع والإطار اللحني المصطنع، وقد استخدم اندروز وهاريس Andrews & Harris (1964) هذا الجهاز على 35 من المتعلمين البالغين والأطفال ولاحظوا تحسن وطلاقة

واضحة وسريعة على كلامهم لكن مؤقتة حيث كان هذا التحسن نتيجة لتثيت فكر المتعلم عن مشكلته، ثم لا يلبث التلعثم أن يعاود الظهور بعدها مرة أخرى. (هدى عبد الواحد، 1998، 65)

#### خامساً: طريقة عدم التفادي لفان رايبير

تعد طريقة فان رايبير (1973) من أكثر الطرق شيوعاً لعلاج التلعثم وقد قسم فان رايبير طريقته إلى 6 خطوات هي كالتالي:

Motivation الدافعية

Identification التعرف

Desensitization التحصين التدريجي

Variation التغيير

Approximation التقريب

Stabilization الاستقرار

#### سابعاً: طريقة إدماج الأصوات co articulation:

استخدم سترومستا Stromsta (1986) طريقة إدماج الأصوات أيضاً مع الأطفال بطريقة معدلة حيث أهتم بالفرق بين الأطفال الذين يعانون من عدم الطلاقة الطبيعية والذي يتميز كلامهم بتكرار للمقطع، أو تكرار الكلمة وبين الأطفال المتعلمين والذي يتمثل تلعثمهم في تكرار لجزء من الصوت أو لجزء من المقطع " انشطار داخلي للفونيم، "والذي يسمي بالسلوك الأساسي للتلعثم وقد أكد سترومستا أنه في حالة وجود تقطعات داخل الفونيم الواحد لا بد من التدخل العلاجي بأقصى سرعة حتى لا تنشأ ردود الفعل والتي تتمثل في الإطالة، والوقفات، والحركات اللاإرادية، وتتمثل طريقة سترومستا في أن نجعل دمج الأصوات تحدث بطريقة غير مباشرة أي بطريقة اللعب مع الطفل وقد أعطي مثالاً للضمير " أنا " باللغة الإنجليزية " I " وهو يتكون من صوتين ( a , I ) وفيه يدرّب الطفل على نطق الصوت ( a ) عندما تكون اللعبة في الجهة اليميني ثم يقوم بتحريك اللعبة ببطيء تجاه اليسار مع التطويل في الصوت ( a ) حتى تصل اللعبة إلى منتصف المتحركين معا " في منتصف المسافة " وينطق الضمير ( I ) ويمكن أيضاً تطبيق هذه الطريقة باللغة العربية فمثلاً في كلمة " كوره " يقوم الطفل بنطق الصوت الأول ( K ) عندما تكون اللعبة في الجهة اليميني وعند وصول اللعبة إلى الجهة اليسرى ينطق الصوت ( O ) ثم يقوم بنطق باقي الكلمة ويجب مراعاة تعليم هذه الطريقة للوالدين حتى يشاركا أطفالهما في المنزل الكلام بهذه الطريقة حتى لا يشعر الطفل بأنه يتكلم بطريقة غريبة وشاذة كما يجب مراعاة أن يستخدم الطفل هذه الطريقة في كل الكلام وليس أثناء التلعثم فقط. (Stromsta, 1986, 121)

#### ثامناً: طريقة الكلام وفقاً لزمان محدد syllable timed speech:

استخدم هذا الأسلوب من العلاج كل من أندروز Andrus وهاريس aris (1964) حيث قاما بتجزئة المقاطع وفقاً لزمان محدد وهو شكل من أشكال الكلام، يتم فيه إخراج المقاطع على فترات زمنية متساوية

وبضغط متساوٍ على الثبرات، وتوصلاً إلى أن هذه الطريقة تزيل التلعثم على نحو فعال لدى نسبة كبيرة من المتلعثمين. (Bloodstein, 1969, 239)

#### تاسعا: طريقة السيكدوراما Psychodram :

من أشهر الطرق العلاجية النفسية التي استخدمت في علاج التلعثم والتي وضعها مورينو (1956) moreno وعرفها على أنها اتحاد و اندماج عملي للمجموعات، واستخدام الحدث كطريقة للعلاج. (زينب شقير، 2002، 304)

ويعرف عبد الرحمن عيسوى (1979) السيكدوراما بأنها عبارة عن منهج لمساعدة المريض للتطهير النفسي، عن طريق تمثيل أدوار مختلفة على خشبة المسرح وتصمم فيها الأدوار بحيث تكشف عن معاني هامة في بعض العلاقات الاجتماعية عند المريض. (عبد الرحمن عيسوى، 1979، 124)

تستخدم السيكدوراما كما حددها مورينو (1956) الأدوات الخمسة التالية: المسرح، العميل، المعالج، المساعد، الجمهور، ودور المعالج هو تحويل كل ما علمه سابقاً من العميل إلى فعل درامي.

(إهام عبد الرحمن خليل، 2004، 122)

ومن أهم المفاهيم التي تعتمد عليها السيكدوراما كعلاج، مفهوم لعب الدور والتلقائية والتطهير، وهي ذات قيمة بالنسبة للمتلعثم حيث تكتفه صراعات عديدة، ويملأه الخوف، ومن ثم فالسيكدوراما من الطرق الفعالة في علاج التلعثم. (Ozarin, 2003, 60)

وترى صفاء غازي (1991) أن السيكدوراما هي الأسلوب الذي نصل به إلى بعض الحقائق النفسية مستعينين بالطرق الدرامية. (صفاء غازي، 1991، 80)

والدراما النفسية أسلوب علاجي يساعد على إخراج الشحنات الانفعالية الداخلية عند الطفل، والتي تكون غالباً هي محور تلثمه، وفي هذه الطريقة يتم مساعدة الطفل على التفاعل الحر التلقائي، وذلك من خلال تمثله للدور الذي يعكس الحياة الطبيعية، حيث أن لعب الأدوار يشعر الطفل بتقبل ذاته مما يساعده في التغلب على تلثمه، وتتم الدراما النفسية في مواقف مماثلة للمواقف الطبيعية التي يمر بها الطفل في حياته العادية والتي قد تبعث على حدوث التلعثم وعندما يمر الطفل بهذه المواقف من خلال اللعب الدرامي أثناء عملية العلاج يستطيع إدراك انفعالاته الحقيقية مما يساعده على التغلب على مشكلة التلعثم.

واستخدمت الدراسة الحالية في برنامجها الإرشادي، فنيات لعب الدور، وقلب الدور، والكرسي الخالي، وغيرها من الفنيات السيكدرامية الملائمة لعلاج التلعثم، والتي سوف يقوم الباحث بتوضيحها من خلال عرضه لفنيات والطرق المستخدمة في البرنامج موضوع الدراسة الحالية.

#### عاشرا: طريقة التحصين التدريجي Systematic Desensitization

تعد هذه الطريقة احدي طرق العلاج النفسي السلوكي، وهي عبارة عن تطبيق لنظريات التعلم في الموقف العلاجي، والفكرة الرئيسية التي يقوم عليها هذا الأسلوب العلاجي هو إزالة الاستجابة المريضة (الخوف) تدريجياً من خلال تشجيع المريض على مواجهة مواقف الخوف تدريجياً إلى أن تتحيد مشاعره الانفعالية الحادة نحو تلك المواقف. (زينب شقير، 2002، 254)

فبعض الأطفال المتلعثمين يحققون طلاقة لفظية أثناء جلسات العلاج ، لكنهم يجدون صعوبة في الكلام من خلال المواقف الكلامية خارج جلسات العلاج في مجالات الحياة المختلفة، وهذه الطريقة من العلاج تتم عن طريق إعداد قائمة شاملة لمواقف الكلام التي تثير قلق وخوف الطفل المتلعثم ،على أن يتم الإعداد بالترتيب فتبدأ بأقل المواقف إثارة للقلق والخوف وتنتهي بأكثر المواقف إثارة للقلق والخوف، ثم يطلب من المتلعثم أن يتخيل تلك المواقف واحداً بعد الآخر بالترتيب الخاص وأن يتكلم بصوت عال في موضوع يهمله ويجب التأكيد على أهمية عملية الاسترخاء بالنسبة للمتلعثم في كل المراحل العلاجية، وبهذه الطريقة يتم خفض الحساسية المتعلقة بمثير التلعثم في كل موقف، ويلاحظ انه مع انخفاض حدة القلق والخوف تزداد طلاقة الطفل، وهذه الطريقة قد حققت نتائج جيدة جداً في علاج حالات التلعثم.

وتتطلب هذه الطريقة عدة شروط منها:

أن يكون المعالج قادراً على معرفة الاستجابات المعارضة للقلق، التي إذا أحضرت عند ظهور الموقف المهدد زاحمت القلق أو الخوف المرتبط بهذا الموقف وأبعدته، وقد تكون الاستجابة المعارضة للقلق هي حضور الآخرين أو صحبة شخص يبعث علي طمأنينة وراحة واسترخاء الطفل عند تعريضه للمواقف المثيرة للخوف ثم يشجع الطفل علي استحضار هذه الطمأنينة والاسترخاء عند ظهور المواقف المهددة والتي تثير خوف الطفل.

تقسم المواقف أو الموضوعات المثيرة للاضطراب إلى مواقف فرعية صغيرة متدرجة بحسب الشدة، بحيث نبدأ بأقلها إثارة للمخاوف، ويمكن تدرج التعرض للموقف زمنياً، أي من خلال التشجيع على التعرض للموقف المهدد لفترات زمنية قصيرة تطول تدريجياً.

تعريض الطفل للمواقف المخيفة تدريجياً، أما بطريق التخيل عندما يكون الخوف شديداً، أو من خلال التعريض المباشر إذا كان ممكناً، وبعد أن تتأكد من قدرة الطفل على مواجهة مواقف الخوف

(عبد الستار وآخرون 1993، 73)

هذا وتعتمد طريقة التحصين التدريجي على ابتكار وسائل لتشجيع الطفل على مواجهة مواقف الخوف تدريجياً بغرض إلغاء الحساسية المبالغ فيها نحو تلك الموقف.

خطوات التحصين التدريجي:

تتكون طريقة التحصين التدريجي من أربع مراحل هي:

التدريب على الاسترخاء العضلي.

تحديد المواقف المثيرة للقلق.

تدرج المنبهات المثيرة للقلق.

التعرض لأقل المنبهات المثيرة للقلق (إما بطريق التخيل أو في مواقف حية) مع الاسترخاء، ثم التدرج لمواقف أكثر إثارة لموضوع الخوف.

هذا ويبدأ المعالج في هذه الطريقة بالتشخيص بمدف التعرف على سلوك المريض وتحليله والتعرف على المثيرات المسببة للخوف عند المريض.

وتتضح أهمية التشخيص في تحديد خطوات العلاج، من خلال تحديد نوع المثير المسبب للخوف، والذي سوف يتم تقديمه للمريض فيما بعد بشكل تدريجي لتقليل حدوث أعراض الخوف و الانفعال به، مما يؤدي إلى ضعف الارتباط الشرطي بين المثير المسبب للخوف وبين استجابة الخوف.

أما عن مدرج القلق فيشترط فيه التدرج في تقديم المثير الشرطي بدرجات متفاوتة في الشدة حسب نظام معين لكل من المثير الأصلي والمثيرات الشرطية الأخرى المرتبطة به، والتي تسبب الخوف والقلق بحيث تتدرج هذه المثيرات في زيادة شدتها حتى تصل إلى المثير الأصلي.

ويتطلب تحديد مدرج القلق الحصول على معلومات وافية حول المريض من خلال تاريخ حالة المريض وتحديد استجابات المريض بالنسبة لمواقف معينة، وجمع المعلومات من أهله وذويه، وأخيرا من خلال رأى المعالج وتحليله للموقف الذي أثار الخوف.

ويتم بناء مدرج القلق عن طريق حصر كل مثير آخر غير المثير الأصلي الذي تسبب في إحداث حالة الخوف أو القلق ثم ترتيبها (في شكل تنازلي حسب شدتها من الأقل في الشدة إلى الأكثر حتى نصل إلى المثير الأصلي) بشرط الانتقال من المثيرات القائمة على التصورات إلى المثيرات الواقعية أو العيانية، ثم الصور، وعليه فإن مدرج القلق يمر بمراحل: القصص الشفوية، ثم الصور، ثم المجسمات والألعاب، ثم المثير الأصلي.

(عبد الستار إبراهيم، 1994، 122)

#### حادي عشر: طريقة التحكم في التنفس

حيث أن التلعثم يشمل بعض التغيرات غير الطبيعية في التنفس، فإن بعض التدريبات على التنفس قد وصفت كعلاج للتلعثم مثل التوقف عند الخوف من كلمة معينة ثم اخذ هواء الشهيق عدة مرات ثم الكلام خلال هواء الزفير (Herman et al., 1995, 26)

وتقوم طريقة التحكم في التنفس على الخطوات التالية :

- أن يأخذ المتلعثم شهيقا ببطء من خلال الأنف، حتى تمتلئ رئته ثم يطلق الزفير من فمه دفعة واحدة
- أن يأخذ المتلعثم شهيقا ببطء من خلال الأنف، ثم يطلق الزفير من فمه ببطء
- أن يأخذ المتلعثم شهيقاً سريعاً من خلال الأنف ثم أخرج الزفير ببطء من خلال الفم.
- أن يأخذ المتلعثم شهيقا عميقا و ببطء من خلال الأنف، ثم يخرج الشهيق ببطء من الفم على شكل الأصوات التالية: واه ، فاة ، ثاة ، ساة ، شاة ، ماة ، ناة .
- أن يأخذ المتلعثم شهيقا عميقا و ببطء من خلال الأنف، ثم يخرج الشهيق ببطء من الفم على شكل نطق كلمة مطولة كما في نطق كلمة (أرا ) كالتالي :
- ( أ — را ) ، ونفس الطريقة في نطق كلمة شرا ، درا ، جرا .
- أن يأخذ المتلعثم شهيقا عميقا و ببطء من خلال الأنف ، ثم يخرج الشهيق ببطء من الفم ثم يطلب منه المعالج العد ببطيء من (1-5) أثناء الزفير.
- أن يأخذ المتلعثم شهيقا عميقا و ببطء من خلال الأنف، ثم يخرج الشهيق ببطء من الفم على شكل همهمة كالتالي: ها، ما، نا، أثناء الزفير لمدة زمنية متكافئة تعادل حوالي خمس حركات إيقاعية.

- أن يأخذ المتلعثم شهيقا عميقا وبيطء من خلال الأنف، ثم يخرج الشهيق ببطء من الفم مع نطق حروف الهجاء أثناء خروج الزفير.
- أن يأخذ المتلعثم شهيقا عميقا وبيطء من خلال الأنف، ثم يخرج الزفير من خلال الفم ليمر من بين ورقتين في يدي المتلعثم دون ان يصدر صوت للورق.

### blowing slip paper steadily keep strain.

- أن يأخذ المتلعثم شهيقا ويكرر العبارات التالية أثناء الزفير:  
علشان أتكلم كويس لازم أتنفس كويس.  
علشان أتنفس كويس أثناء الكلام لازم أكون هادئ .  
علشان الناس تفهمني بسرعة لازم كلامي يكون واضح.  
علشان كلامي يكون واضح لازم أتكلم من غير خوف.  
- ممارسة نطق الكلمات والعبارات والجمل مع التنفس الباطني.
- (Shimzu, et al, 1995 ,8 )

### دراسات سابقة:

#### أولاً: دراسات تناولت أساليب العلاج النفسي في علاج التلعثم:

يستخدم العلاج النفسي في علاج كثير من الاضطرابات وعلي الخصوص اضطرابات النطق وذلك نظراً لتعدد فنياته؛ فهناك من الدراسات التي استخدمت أسلوب السيكودراما مثل دراسة صفاء غازي (1991)، وهناك من الدراسات التي استخدمت أسلوب العلاج باللعب الجماعي مثل دراسة و الكابا Wakaba (1983)، ودراسة شايدجر Scheidegger (1987)، وهناك من الدراسات التي اهتمت بالإرشاد العلاجي لأسرة الطفل المتلعثم مثل دراسة أحلام عبد السلام (1993)، ودراسة هبة سليم عبده (1995)، ودراسة جتتولد Gottwald (2003)، وهناك من الدراسات التي استخدمت أسلوب العلاج التفاعلي للشخصية في لحظة التلعثم مثل دراسة يوشيكازيو Youshikazu (2001)، وهناك من الدراسات التي استخدمت العلاج السلوكي كأحد أساليب علاج التلعثم مثل دراسة صفوت أحمد عبد ربه (2000)، ودراسة طارق زكي عبد المحسن (2002).

أشارت بعض الدراسات السابقة إلي ضرورة الحوار والمناقشة للعمل على فض الصراعات الدفينة لدي الطفل المتلعثم، وتوفير فرص اللعب المناسبة لمساعدة الطفل على إسقاط مشاعره من خلالها، ليؤدي ذلك لخفض التلعثم لديه، من خلال خفض الخوف من التحدث مع الآخرين مثل دراسة و الكابا Wakaba (1983)، ودراسة لانجيفن وبورج Langevin, & Boberg (1993)، التي أكدت علي ضرورة تغيي اتجاهات ومشاعر المتلعثم نحو الحديث مع الآخرين؛

أكدت بعض الدراسات السابقة علي أن المتلعثمين الذين يتعرضون للسخرية والتهكم، يواجهون صعوبة في التعامل مع المحيطين، ويطلبون العلاج بأي شكل من الأشكال، ولكن إذا تعددت صور المضايقة والسخرية تعقد العلاج مثل دراسة مارلين وآخرون Marilyn, et al (1998).



أكدت بعض الدراسات السابقة علي فاعلية مشاركة الوالدين عند وضع الخطة العلاجية، حتي نضمن تنفيذ تعليمات المعالج في المنزل، والحد من رد فعلهم تجاه تلثم الابن، مثل دراسة صفاء غازي (1991)، ودراسة آدمز Adams (1992)، ودراسة انجهام Ingham (1993)، ودراسة طارق زكي عبد المحسن (2002). أظهرت معظم الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المحور اتفاقاً فيما بينها علي أن هناك مجموعة من العوامل النفسية ترتبط بالتلثم مثل القلق؛ الخوف؛ الافتقار للأمن، والإشباع العاطفي؛ الخجل، سوء التوافق؛ تقدير الذات أقل؛ ثقة بالنفس أقل؛ معاناة من حساسية مفرطة؛ معاناة من ضغوط انفعالية؛ معاناة من بعض أساليب التنشئة الوالدية اللاسوية، مثل دراسة ويليام وجاك William & Jack (1983)؛ ودراسة جرينر Greiner (1986)؛ ودراسة إيناس عبد الفتاح سالم (1988)؛ ودراسة جينسبرج Ginsberg (2000).

### ثانياً : دراسات تناولت أساليب العلاج التخاطبي للتلثم.

تتوزع الدراسات التي تناولت العلاج التخاطبي علي دراسة الأساليب العلاجية التي اعتمدت علي المدخل التخاطبي في علاج التلثم، أظهرت معظم الدراسات السابقة التي أجريت في هذا المحور اتفاقاً فيما بينها علي أن هناك مجموعة من الاضطرابات المصاحبة للتلثم مثل اضطراب اللغة وخاصة الجانب الفونولوجي؛ اضطرابات التنفس؛ حركة الشفافة؛ اهتزاز الرقبة؛ نقص الضبط الحركي للكلام؛ عدم القدرة علي تقييم الخطأ الفونولوجي عند الكلام؛ سرعة النطق وعدم انتظامه، مثل دراسة جرينر Greiner (1986)؛ ودراسة ستوري وآخرون Story, et al (1996)؛ ودراسة أنيو Anu (2001)؛ ودراسة جنيفر و تشارلز Jannier & Charles (2001)؛ ودراسة مارك وإدوارد Mark & Edward (2002)، ودراسة يريك ناتيكي Ulrich Natke, et al (2004). أكدت بعض الدراسات السابقة علي أن التلثم يقل عندما يكون المتلثم في موقف منسجم ومتفاعل مع من حوله، مثل دراسة جرينر Greiner (1986). ويفسر الباحث الحالي ذلك بأن التلثم يزداد بزيادة الضغوط الانفعالية المرتبطة بمواقف الكلام.

أكدت بعض الدراسات السابقة علي أن علاج التلثم ليس بالشيء السهل، مثل دراسة كونتر Conture (1996)، وأن هذا العلاج يحتاج إلى تدخل سريع مع إطالة مدة الجلسة حتي تظهر فاعليته، مثل دراسة لينكولن واونسلو Lincoln & Onslow (1997).

أكدت بعض الدراسات السابقة علي أن التخلص من الأعراض أو الالزمات أو الحركات المصاحبة للتلثم و المشتركة بين المتلثمين تتطلب تدريباً وعلاجاً سلوكياً للتخلص منها بشكل تدريجي، مثل دراسة ستوري وآخرون story & Others (1996).

أظهرت بعض الدراسات السابقة معاناة بعض المتلثمين من أساليب التربية اللاسوية كالتسوية والإهمال، وإثارة الألم النفسي مثل دراسة بدرية كمال (1985).

أظهرت بعض الدراسات السابقة تأثير تعقيد وطول العبارة المنطوقة علي حدوث التلثم مثل دراسة زاكيم و كونتور Zackeim & Conture (2003)، كما اهتمت بعض الدراسات بتحديد خصائص عدم الطلاقة والتلثم لدى الأطفال مثل دراسة مارك وإدوارد Mark & Edward (2002) ودراسة يريك ناتيكي Ulrich Natke, et al (2004).

## سادساً: حدود الدراسة

تحدد الدراسة الحالية بالمتغيرات موضوع الدراسة، وكذلك بالعينة، والأدوات المستخدمة فيها. وأساليب المعالجة الإحصائية للتحقق من صحة فروضها.

(أ) عينة الدراسة:

وقد روعي عند اختيار العينة الاعتبارات الآتية:

- 1 - التجانس بين أفراد العينة من حيث السن، الذكاء، المستوى الاجتماعي والاقتصادي، من خلال السجلات الخاصة بكل طفل.
  - 2 - الخلو من الإعاقة الجسدية.
  - 3 - عدم وجود اضطرابات نطق أخرى من قبيل اللدغة أو الخنف.
  - 4 - أن يكون والدي الطفل على قيد الحياة دون وفاة أحدهما أو سفره للخارج.
- تكونت عينة الدراسة من "30" تلميذ، من تلاميذ المرحلة الابتدائية، من ذوى صعوبات التعلم، ممن تراوحت أعمارهم بين "9، 12" سنة حيث تم تقسيمهم إلى مجموعتين متجانستين هما:
- المجموعة التجريبية: وقوامها "15" تلاميذ.
- المجموعة الضابطة: وقوامها "15" تلاميذ.
- وفيما يلي الجدول رقم (1، 2) يوضح توزيع أفراد العينة النهائية

## جدول (1)

توزيع أفراد العينة النهائية

المجموع	صورة التلثم			النوع
	تلثم توقي	تلثم تطويلي	تلثم تكراري	
18	6	6	6	ذكر
12	4	4	4	أنثى
30	10	10	10	المجموع
			30	الإجمالي

## جدول (2)

توزيع العينة الكلية للدراسة (المجموعة التجريبية والضابطة) وتصنيفاتها الفرعية

المجموعة الضابطة			المجموعة التجريبية			النوع
تلثم توقي	تلثم تطويلي	تلثم تكراري	تلثم توقي	تلثم تطويلي	تلثم تكراري	
3	3	3	3	3	3	ذكر

2	2	2	2	2	2	أنثى
5	5	5	5	5	5	المجموع
15			15			الإجمالي

(ب): أدوات الدراسة:

- 1- اختبار الذكاء المصور (إعداد: أحمد زكي صالح، 1987)
- 2 - مقياس وكسلر لذكاء الأطفال. (اقتباس وإعداد محمد عماد الدين ولويس مليكه، 1993)
- 3 - اختبار تشخيص صعوبات التعلم في مادة اللغة العربية والحساب لتلاميذ الصف الرابع الابتدائي. (إعداد: ناريمان رفاعى ومحمود عوض الله، 1993)
- 4 - اختبار بندر جشطلت البصرى الحركى. (إعداد لوريا بندر، تعريب مصطفى فهمى وسيد غنيم، ب، ت)
- 5- مقياس المستوى الاجتماعى الإقتصادى والثقافى. (إعداد: حمدان فضه، 1997)
- 6- اختبار شدة التلثم / إعداد نمله عبد العزيز رفاعى (2001)
- 7- برنامج الدراسة.

(ج) الأساليب الإحصائية المستخدمة تشمل:

استخدم الباحث الأساليب الإحصائية التالية:

- 1- اختبار " T " Test " لحساب دلالة الفروق بالنسبة للمجموعات المرتبطة
  - 2- اختبار كروسكال- واليز لتحليل التباين في اتجاه واحد
- Kruskal - Wallis. one way Analysis of Variance**
- 3- اختبار توكى " Tukey " للمقارنة بين المتوسطات.

سابعاً: نتائج الدراسة ومناقشتها:

يتضح من نتائج الدراسة الحالية مدى فاعلية وجدوى البرنامج النفسى التخاطبى بالنسبة للأطفال المتعلمين عينة الدراسة التجريبية من ذوى صعوبات التعلم في خفض شدة التلثم لديهم في صورته التكرارية و كذلك خفض درجة شدة التلثم في صورته التطويلية وكذلك خفض درجة شدة التلثم في صورته التوقفية، ويرجع ذلك إلى الطرق الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي كالإرشاد الجماعي وأساليبه المتضمنة بالبرنامج الإرشادي مثل السيكودراما، والمحاضرات والمناقشة الجماعية، حيث يتيح استخدام أسلوب السيكودراما للطفل المتعلم التعبير عن مشاعره وأحاسيسه واتجاهاته تجاه الدور الذي يقوم بتمثيله فيكشف عن دوافعه وميكانزماته الدفاعية ويعبر عن مخاوفه مما يساعد على التنفيس الانفعالي للطفل وإشباع حاجته للتقدير والاستقلال.

كما يتيح استخدام أسلوب السيكودراما للطفل المتعلم اكتساب مهارة الاستماع والملاحظة للذات وتنمية القدرات اللفظية، مما يساعده على اكتشاف ذاته في علاقتها بالآخرين فيتمكن من تقبل ذاته واحترامها واحترام الآخرين ويتمكن من تعديل بعض السلوك السلبى في التعامل مع الآخرين، مثل التسرع وعدم الفهم الدقيق لبعض المهام المكلف بأدائها، كما يساعد أسلوب السيكودراما الطفل المتعلم على أن يمر بخبرة يرى فيها أن هناك آخرين يعانون من نفس

الاضطراب فلا يشعر بالخجل، مما يؤدي إلى تشجيع الأطفال المتلعثمين بعضهم البعض ويساعد على رفع الروح المعنوية فيما بينهم، وزيادة وعي الطفل والتعرف على قدراته ورغباته من خلال التكيف مع مواقف لعب الأدوار المختلفة. وتتفق هذه النتائج مع ما سبق أن توصلت إليه البحوث و الدراسات التي استخدمت أسلوب الإرشاد الجماعي في تخفيض التلعثم و يذكر منها الباحث على سبيل المثال بعض الدراسات مثل دراسة وكابا Wakaba (1983)، دراسة شايدجر Secheideger (1987)، ودراسة صفاء غازي (1991).

كما أن تضمين البرنامج الإرشادي لطريقة التحسين التدريجي ساعد علي تخليص الطفل المتلعثم إلى حد ما من الخوف والتردد الموجودين لديه، نتيجة اضطراب نطقه وقصور قدرته على التواصل، والذين يزيدان من إحجامة عن الكلام، حيث أشارت دراسة ريتشارد ودونالد Richard & Donald (1976) إلى أن خفض معدل الخوف من الكلام لدى الطفل المتلعثم يساعد على علاجه من التلعثم، وقد لاحظ الباحث أيضا أن تبصير الطفل بشكل متدرج بمشكلة ارتباط التلعثم برود أفعال تلازم محاولته للنطق (الحركات المصاحبة) و تدريبه علي التخلص منها تدريجيا قد ساهم في تحقيق البرنامج لهدف خفض التلعثم

كما جاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع ما سبق أن توصلت إليه البحوث و الدراسات التي استخدمت أسلوب التظليل في علاج التلعثم و يذكر منها الباحث على سبيل المثال بعض الدراسات مثل دراسة صفاء غازي (1991)، دراسة صفوت أحمد عبد ربه (2000)، دراسة طارق زكي عبد المحسن (2002)، و دراسة تيم وآخرون et al. (2004)Tim، حيث توصلت هذه الدراسات إلى أهمية أسلوب التظليل و فاعليته في تخفيض حدة التلعثم .

وكذلك تضمين البرنامج الإرشادي لطريقة العلاج التخاطبي، قد ساعد أيضا على ضبط عملية التنفس لدى الأطفال المتلعثمين ، مما ساهم في خفض التلعثم لدى الأطفال عينة الدراسة. وتتفق نتائج هذه الدراسة مع ما سبق أن توصلت إليه البحوث و الدراسات التي استخدمت طريقة العلاج التخاطبي في علاج التلعثم و يذكر منها الباحث على سبيل المثال بعض الدراسات مثل دراسة محمود يوسف Youssef, (1986)، ودراسة هيرمان وآخرون Herman et al., (1995)؛ وكذلك في دراسة تشاميزو و آخرون Shimizu, et al., (1995)؛ ودراسة ديني و سميت Denny & Smith (2000)، ودراسة ريلي وآخرون Rieley, et al., (2000)، ودراسة إنجهام وآخرون Ingham, et al., (2001)، ودراسة لوجان Logan (2003).

ويشير الباحث إلى أن انخفاض مستوى التحسن لمجموعة الأطفال المتلعثمين على صورة تلثم توقي يرفع في رأى الباحث إلى زيادة معدل الخوف من مواجهة المواقف الاتصالية، وفقدان الثقة بالنفس، لدى أطفال المجموعة التجريبية الفرعية الثالثة.

حيث أشارت العديد من الدراسات السابقة إلى ارتباط الخوف، والانطواء، وفقدان الثقة بالنفس، وتقدير الذات المنخفض بالتلعثم لدى الأطفال، وأنه كلما زادت هذه الأعراض كلما زادت مشكلة التلعثم، وأصبحت أكثر تعقيدا.

وقد تؤدي المواقف التي تتصف بالخوف إلى زيادة التلعثم وخاصة إذا كان هذا الخوف مصدره الوالدان أو أحدهما كما يرى كونتر CONTURE (1982) أن بيئة الطفل المنزلية المتمثلة في الوالدين قد لا تكون هي

السبب المباشر في ظهور التلعثم، ولكن غالباً ما تكون عاملاً مساعداً في نمو وازدياد التلعثم وتطوره، حيث إن الوالدين غالباً ما يبدون تصريحات ضمنية أو صريحة، وبالتالي ينقلون إلى أطفالهم عدم تسامحهم تجاه ذلك الاضطراب الكلامي، ومن خلال ذلك يكوّن الطفل فكرته عن نفسه فيكون تقدير الطفل المتلعثم لذاته تقديراً منخفضاً، وكلما زاد خوف الطفل من لوم الوالدين أو أحدهما كلما أدرك أن تلعثمه هو سبب تعرضه للخبرات المؤلمة مما يجعله يبذل جهداً أكبر لتجنب إعاقته الكلامية المتمثلة في تلعثمه بتجنب الكلام فيتوقف عن الكلام، ويؤكد ذلك دراسة كين ودانيال Ken & Daniel (1981) حيث أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين اضطراب النطق لدى الطفل، وشعور الخوف والتهيب الزائد أثناء حديثه مع المحيطين به. ودراسة جهان غالب (1998) التي أسفرت نتائج دراستها عن أن هناك علاقة ذات دلالة بين زيادة حدة التلعثم والتوقف عن النطق لدى الطفل المتلعثم وموقف المدرسين من هذا الطفل، كما أشارت دراسة جهان غالب أيضاً إلى تأثير طريقة معاملة الوالدين على زيادة حدة التلعثم لدى أطفالهم المتلعثمين. ودراسة إيناس عبد الفتاح (1988) حيث أشارت النتائج إلى أن آباء المتلعثمين أكثر قسوة وصرامة، وتحديدًا لمستويات عالية من الإنجازات لأبنائهم. ودراسة هدى برادة (1967) حيث أشارت نتائج دراستها إلى فاعلية برنامجها في الحد من تلعثم أفراد العينة، فقد تخلص بعض أفراد العينة من التلعثم، وتقدم البعض الآخر تقدماً ملموساً في حين لم يتقدم الآخرون لعدم المواظبة في العلاج أو للظروف العائلية المتأزمة داخل الأسرة

## مراجع الدراسة

### أولاً : المراجع العربية

- 1 - أحمد رشاد (1993): استخدام برامج متنوعة لعلاج تلعثم المراهقين، دراسة تجريبية مقارنة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- 2 - أحمد زكي صالح (1978): اختبار الذكاء المصور، القاهرة، المطبعة العالمية.
- 3 - أحمد محمد المعتوق (1996): الحصيلة اللغوية - [عالم المعرفة؛ 212] الكويت - المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.
- 4 - أشرف عبد القادر وهشام الخولي (1992): الاتجاهات الوالدية نحو اللعب كما يدركها الأبناء، دراسة مقارنة بين الريف والحضر. القاهرة - المؤتمر السنوي الخامس للطفل المصري رعاية الطفولة في عقد حماية الطفل المصري المجلد الثاني مركز دراسات الطفولة عين شمس.
- 5 - إلهام عبد الرحمن خليل (2004): علم النفس الإكلينيكي المنهج والتطبيق، القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.

- 6 - آمال إبراهيم الفقى (1997): الوالدية وعلاقتها ببعض اضطرابات النطق لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسي، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الزقازيق - فرع بنها.
- 7 - آمال عبد السمیع باظه (2003): اضطرابات التواصل وعلاجها، القاهرة، الأجلو المصرية.
- 8 - أنس محمد قاسم (1994): مفهوم الذات والاضطرابات السلوكية للأطفال المحرومين من الوالدين (دراسة مقارنة) رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب - جامعة عين شمس.
- 9 - أنس محمد قاسم (1997): مقدمة في سيكولوجية اللغة، القاهرة، كلية رياض الأطفال.
- 10 - إيناس عبد الفتاح أحمد (1988): دراسة في اضطرابات النطق والكلام، رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة عين شمس.
- 11 - إیمان فؤاد (2002): الاتجاهات الحديثة في بحوث اللججة في الكلام، القاهرة: اللجنة العلمية الدائمة للصحة النفسية وعلم النفس التربوي (لجنة الأساتذة).
- 12 - إيهاب عبد العزيز البيلوى (2003): فعالية برنامج علاجي لتصحيح بعض اضطرابات النطق لدى أطفال المدرسة الابتدائية، مجلة كلية التربية بنها، عدد أكتوبر ص ص 267-315
- 13 - اتو فينخل ، (ترجمة) صلاح محيىم ، عبده رزق (1969): نظرية التحليل النفسي فى العصاب (الجزء الثانى) القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 14 - بدرية كمال أحمد (1985): اللججة فى ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية، رسالة دكتوراه، كلية البنات، جامعة عين شمس.
- 15 - جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفاى (1989): علم النفس والطب النفسى، الجزء الثانى، القاهرة، دار النهضة العربية.
- 16 - جان بياجيه، (ترجمة) أحمد عزت راجح، أمين قنديل (2001): اللغة والفكر عند الطفل، ط2، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- 17 - جمال محمد نافع (1987): اللججة وعلاقتها بسمات الشخصية و مستوى التطلع لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- 18 - جمعه سيد يوسف (1990): سيكولوجية اللغة والمرضى العقلي - [عالم المعرفة؛ 145] الكويت - المجلس الوطنى للثقافة والفنون والأدب.
- 19 - جهان عباس غالب (1998): دراسة لبعض المتغيرات البيئية والنفسية المرتبطة بظاهرة التلعثم فى الكلام عند الأطفال، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة-جامعة عين شمس.
- 20 - حامد عبد السلام زهران (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسى، القاهرة، عالم الكتب.
- 21 - حامد عبد السلام زهران (1980): التوجيه والإرشاد النفسى، القاهرة، عالم الكتب.
- 22 - حامد عبد السلام زهران (1994): التوجيه والإرشاد النفسى : نظرة شاملة . مجلة الإرشاد النفسى ، العدد الثانى ، مركز الإرشاد النفسى ، جامعة عين شمس ، ص ص 297-347.
- 23 - حامد عبد العزيز الفقى (1992): دراسات فى سيكولوجية النمو، القاهرة، دار النهضة العربية.
- 24 - رشا محمد شعيب (1996) : استخدام جهاز التردد المرئى فى علاج التلعثم- رسالة ماجستير- كلية الطب - جامعة عين شمس.
- 25 - راضى الوقفى (1998): مقدمة فى علم النفس، ط3، عمان، دار الشروق للنشر.
- 26 - زينب بشرى (1970): دراسة العوامل النفسية للأطفال المتلعثمين فى مصر - رسالة دكتوراه - كلية الطب - جامعة عين شمس.
- 27 - زينب محمد أبو حذيقة (1992): دراسة ديناميات الفزع الليلي - البوال - التهتية لدى الأطفال، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة-جامعة عين شمس.
- 28 - زينب محمد شقىر (2002): علم النفس العيادى (الإكلينيكى)، الطبعة الثانية، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- 29 - سحر محمد الكحكى (1997): تقييم برنامج علاجي تكاملي لعلاج التلعثم لدى عينه من الأطفال المعوقين رسالة دكتوراه (غير منشورة) كلية الآداب - جامعة عين شمس.
- 30 - سعد مصلوح (1980): دراسة السمع والكلام ، القاهرة، عالم الكتب.

- 31 - سعد مصلوح (2000): دراسة السمع والكلام ، القاهرة، عالم الكتب.
- 32 - سهير محمود أمين (1995): دراسة مدى فاعلية أسلوبي التظليل واللعب غير الموجه في علاج حالات اللججة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه ( منشورة ) - كلية التربية - جامعة عين شمس.
- 33 - سهير محمود أمين (2000): اللججة، المفهوم - الأسباب - العلاج، القاهرة، دار الفكر العربي.
- 34 - صافيناز نجيب عزب (1994): إرشادات الأسرة في اضطرابات اللغة - رسالة ماجستير ، كلية الطب - جامعة عين شمس.
- 35 - صفاء غازي أحمد (1992): فاعلية أسلوب العلاج الجماعي والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللججة، رسالة دكتوراه، كلية التربية ، جامعة عين شمس.
- 36 - طارق زكي عبد المحسن (2002): بعض الأساليب النفسية في علاج التلعثم. رسالة دكتوراه - كلية الآداب، جامعة جنوب الوادي.
- 37 - طلعت منصور غبريال (1967): دراسة تحليلية للمواقف المرتبطة باللججة في الكلام - رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- 38 - عاطف محمد السيد (1999): دراسة التوافق النفسي للضم المؤهلين وغير المؤهلين مهنيًا، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- 39 - عبد الرحمن عيسوى (1979): العلاج النفسي، الإسكندرية ، دار الفكر العربي.
- 40 - عبد الستار إبراهيم (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث - أساليبه وميادين تطبيقه، القاهرة، الدار العربية للنشر والتوزيع.
- 41 - عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز الدخيل ، رضوى إبراهيم ( 1993 ): العلاج السلوكي للطفل - عالم المعرفة - الكويت - المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب العدد 180.
- 42 - عبد العزيز السيد الشخص (1995): مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة ، ط2، القاهرة، الإنجلو المصرية.
- 43 - عبد العزيز السيد الشخص وعبد الغفار عبد الحكيم الدماطي (1992): قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين، القاهرة ، الإنجلو المصرية.
- 44 - عبد الفتاح أبو معال (2002): تنمية الاستعداد اللغوي عند الأطفال، عمان، دار الشروق للنشر.
- 45 - فرج عبد القادر طه (1993): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي ، القاهرة، دار النشر العربية.
- 46 - فيصل محمد خير الزراد (1990): اللغة واضطرابات النطق والكلام، الرياض، دار المريخ للنشر.
- 47 - كمال دسوقي (1988): ذخيرة علوم النفس، المجلد الأول، القاهرة، الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- 48 - لويس كامل مليكة (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك، القاهرة، دار النهضة العربية.
- 49 - ليلى كرم الدين (1993): اللغة عند الطفل - تطورها - العوامل المرتبطة بها ومشكلاتها، القاهرة، مكتب أولاد عثمان.
- 50 - ليلى روستين وآخرون، (ترجمة) خالد العامري (2004): كيف يمكن التغلب على التلعثم لدى الأطفال وطلبة المدارس، القاهرة، دار الفاروق للنشر والتوزيع.
- 51 - ماهر محمد عمر (1989): الإرشاد والعلاج النفسي، الإسكندرية، دار المعارف الجامعية.
- 52 - مایسة المفتي (1987): العلاقة بين أساليب التنشئة الوالدية واضطرابات النطق والكلام ، القاهرة، كلية رياض الأطفال.
- 53 - محمد محمود النحاس (2006): سيكولوجية التخاطب، القاهرة: دار زهراء الشرق.
- 54 - محمد محمود النحاس (2007): سيكولوجية الإعاقة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 55 - محمد محمود النحاس (2007): مدخل وقائي وعلاجي جديد لإضطرابات النطق والكلام لدى العاديين وذوى الاحتياجات الخاصة، مؤتمر التربية الخاصة بجامعة بنها، مصر.
- 56 - محمد محمود النحاس، وسليمان رجب سيد أحمد (2007): علم التجويد كمدخل وقائي وعلاجي لاضطرابات التخاطب، مؤتمر العلاج بالقرآن بين الدين والطب، أبوظبي، الامارات العربية المتحدة.
- 57 - محمد سعيد سلامة (1997): دراسة مفهوم الذات لدى الأطفال المتلعثمين والعاديين من الجنسين في مرحلة الطفولة المتأخرة - رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
- 58 - محمد سيد عطية (1999): برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين - رسالة ماجستير - معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.

- 59 - محمد شمس الدين (1996): العمل مع الجماعات ، القاهرة، مطبعة يوم المستشفيات.
- 60 - محمد نزيه عبد القادر (1976): مدى فاعلية الممارسة السلبية والتظليل كأسلوبين سلوكيين في معالجة بعض حالات التلعثم .كلية التربية - الجامعة الأردنية.
- 61 - محمد محروس الشناوي (1994): نظريات الإرشاد والعلاج النفسي ، القاهرة، دار غريب للطباعة و النشر.
- 62 - محمد يوسف حبلى (1996): أسس علم اللغة ، ط 2 ، القاهرة، دار الثقافة العربية.
- 63 - محمود عبد الرحمن حمودة (1991): الطفولة والمراهقة المشكلات النفسية والعلاج ، ط 1، القاهرة، المطبعة الفنية.
- 64 - مصطفى فهمي (1976): أمراض الكلام - ط 5 - القاهرة، مكتبة مصر.
- 65 - مصطفى نوري القمش (2000): اضطرابات النطق واللغة، ط 1، عمان، دار الفكر.
- 66 - ناصر قطبي ، محمد بركة (1997): نحو مستقبل أفضل للمعوقين تخاطبياً ، القاهرة ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاص والمعوقين، النشرة الدورية العدد (51) ، ص 44: 52 ، السنة الرابعة عشر.
- 67 - نمله عبد العزيز الرفاعي (2001): اختبار شدة التلعثم . القاهرة: النهضة العربية.
- 68 - نوال محمد عطية (1995): علم النفس اللغوي. ط 3، القاهرة، المكتبة الأكاديمية.
- 69 - نوران نجدى العسال (1990): التلعثم ، رسالة ماجستير - كلية الطب - جامعة عين شمس.
- 70 - هبه سليم عبده سليط (1995): أهمية إرشاد الأسرة في علاج اضطرابات الصوت والكلام ، رسالة ماجستير ، كلية الطب - جامعة عين شمس.
- 71 - هدى عبد الحميد براءة (1967): دراسة في العلاج الجماعي مع مجموعة من الأطفال المصابين بالتلعثم ، كلية التربية - جامعة عين شمس .
- 72 - هدى محمد عبد الواحد (1998): التلعثم وعلاقته بمستوى الطموح لدى تلميذات المرحلة الإعدادية ، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة - جامعة عين شمس.
- 73 - هناء عبد الفتاح سالم (2000): دراسة اكتساب البنية المقطعية من منظور الجملة في كلام الأطفال المصريين الأسيوياء، رسالة دكتوراه ، كلية الآداب - جامعة الإسكندرية.
- 74 - وفاء البيه (1994): أطلس أصوات اللغة العربية، ط 1 ، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.

### ثانيا : المراجع الأجنبية

- 1) **Ahlam, Abdel Salam (1993):** Recent Trends in stuttering Therapy, M D thesis in phonetics. Faculty of medicine. Ain Shams University.
- 2) **Alaa Abdel Moneim (1989):** Speech Disorders in Children Approach to Stammering, M. Sc. Degree in Childhood Medical Department, Institute of post Graduate Childhood Studies Medical Department. Ain Shams University.
- 3) **Adams, MR (1992):** Childhood stuttering under positive conditions, American Journal



of speech Language pathology: journal of clinical practice, 1, P5-6.

- 4) **Anderson, Tracy, K. and Felsenfeld, Susan (2003):** A Thematic analysis of Late Recovery from Stuttering. American Journal of Speech- Language pathology, Vol. 12, No. 2, P. 234.
- 5) **Anu, Subramanian, (2001):** Identification of traits transmitted associated with stuttering,.. Journal of fluency disorders, vol .28 no.13, pp42 - 57.
- 6) **American Psychiatric Association (1994):** Diagnostic Criteria from DSM-1V, Washington. D C .p. 307.
- 7) **Bloodstein, O. (1995):** A handbook on stuttering. (5th edition,) an Diego, CA: Singular.
- 8) **Conture, E.G., (1996):** Treatment efficacy stuttering journal of speech and Hearing Res., Volume. 93, pp.18-26.
- 9) **Denny, M & smith, A (2000):** Respiratory control in stuttering speakers Evidence form Respiratory High-frequency oscillations, journal of speech language, and Hearing Research, Vol. 43, PP. 1024-1037.
- 10) **Dworzynski, K. Howell, P. Ulrich, N. (2003):** Predicting stuttering from linguistic factors for German speakers in two age groups. Journal of fluency disorders, vol.28 no.2, p95.
- 11) **Ginsberg, patraka (2000):** Shame, Self-Consciousness and Locus of Control in People who stutter. Journal of Genetic Psychology, vole.161, no. 4, p. 389.
- 12) **Goottwald, Sheryl R (2003):** Stuttering treatment in school Developing Family and Teacher partnerships. Seminars in speech and language, Vol. 24, no1, PP. 41-45.
- 13) **ICD-10, Classification of mental and Behavioral Disorders (1992):** World Health organization, Geneva, P 289.
- 14) **Ingham, J, (1993):** "Stuttering treatment efficacy: paradigm dependent or independent" Journal of Fluency disorders, 18, 1993, pp133-147.

- 15) **Ingham, J. Martin, K. and Tracy S.(2001):** Evaluation of a stuttering treatment based on reduction of short phonation intervals Journal of speech, language and hearing research, vol. 44, no 6, p.1229.
- 16) **Ingham, J. Wendy, S., & Heather, B. (2001):** the modification of speech naturalness during rhythmic stimulation treatment of stuttering. Journal of speech, language and hearing research, vol. 44, no 4, p. 841.
- 17) **Jennifer, Arndt, (2001):** Concomitant Disorders in school-age children who stutter. Journal of language, speech and Hearing Vol. 32, no2, PP. 68 – 72.
- 18) **John. Ronald, (1992):** Cognitive processes among children and adults culture and cognition PP. 311-334, London: Methuen.
- 19) **Jones, Mark, Alfred, G. (2002):** Statistical power in stuttering Research: A tutorial journal of speech, language, and Hearing Research, Vol. 45, PP .24-255.
- 20) **Kelly, E. M., and conture, E G (1992):** Speaking rates response time latencies and interrupting behaviors of young stuttering, non stutters and their
- 21) **Latte, Lal, K G. & Bharath, J. (1976):** A case report Treatment of stuttering with systematic desensitization, Indian Journal of Clinical psychology, vol. 33, no 2, pp.219-221.
- 22) **Langevin, M. & Boberg, E. (1993):** "Results of an intensive stuttering therapy program" I-JSLPA, Volume, 17, No (3) and (4), September, Journal of speech – language pathology and audio logy, December, PP 158 – 166.
- 23) **Leahy, M. (1999):** Historical review of stuttering theory and therapy. A paper presented to the multinational friendship memorial congress. Cairo. 12-13 October.
- 24) **Lacombe program of early stuttering intervention (2001):** Australian Stuttering Research Center, (WebSite:<http://www.cchs.usyd.edu/asrc//treatment/co manual html>).
- 25) **Lincoln, M, Rogers E, & Davis, A. (1996):** Clinical operant treatment for school-age children who stutter journal of speech language pathology, vol. 2, pp.73-85.
- 26) **Lincoln, M, and Onslow, M (1997):** "Long-term outcome of early intervention of speech – Language pathology, 1, PP 51-58.

- 27) **Logan, Kenneth. J. (2003):** Developing intervention programs for children with stuttering and concomitant impairments seminars in speech and language, Vol.24, no 13, p208 – 221.
- 28) **Logan, Kenneth. J. (2003):** The effect of syntactic structure upon speech initiation times of stuttering and non stuttering speakers. Journal of fluency disorders, vol.28 no.1, p.17.
- 29) **Lyons, M., (1977) :** Psychodrama as a Counseling Technique With Children , Elementary School – Guidance and Counseling , Vol . 11, No. 4 , pp .252 - 257.
- 30) **Tim saltuklaroglu, Joseph Kalinowski, Vikram, N. Dayalu, Andrew Stuart, Michael P. Rastatter (2004):** Voluntary stuttering suppresses true stuttering: A window on the speech perception- production link, Journal of Perception & Psychophysics, volume, 66, Number 2.
- 31) **Tyre. E, Stephan. A; Companik, J.(1973):** The use of systematic desensitization in the treatment of chronic stuttering behavior Journal of speech & Hearing Disorders, Vol .38, no. 4, pp.514-519.
- 32) **Marilyn, E, Langevin, & Mark, J (1998):** Teasing Bullying Experienced by children who stutter: to word Development of a questionnaire – contemporary Issues. In communication science and disorders, Volume, (25),pp. 12 – 24.
- 33) **Mclean, D.P & Woody, R.S., (2000):** Social phobia and social anxiety, journal of cognitive psychotherapy. Vol. 4, No .2. pp..1-35.
- 34) **Meyers, S.C and freeman, f (1985):** Are mothers of stutters different? AM investigation of social communicative. Vol. 10, pp.. 193-209.
- 35) **Natalie Schaeffer and Nechama Eichorn (2001):** The effects of differential vowel Prolongations on perceptions of speech naturalness, Journal of Fluency Disorders. Volume, 26, Issue, 4, PP. 335-348.
- 36) **Morley, Muriel, E, (1972):** The Development and Disorders of speech in childhood , London : Churchill livingstone.
- 37) **O'Brian; Mark Onslow; Angela Cream; Ann Packman (2003):** The camperdown Program: outcomes of a new Prolonged-speech treatment model. Journal of Speech Language, and Hearing Researc, Volume 46 i4 pp933 (14).

- 38) **Onslow, M., Burnham, D Sarah.W (2002):** Psychological impact of the Lidcombe Program of early stuttering intervention. International Journal of language and communication Disorders vol,37 ,no. 1 , pp, 31-40.
- 39) **Oyler, M, E (2003):** The Role of stuttering specialists in the school setting, seminars in speech and language, Vol. .24, no.1. P.47.
- 40) **Ozarin, Lucy (2003):** J.L. Moreno, Foudner of Psychodram, psychiatric new, vol 38, N 10 P. 60.
- 41) **Pellowshki, M, and conture. G ,(2002):** Characteristics of speech Dis Fluency and stuttering Behaviors in 3- and 4 year – old children journal of speech, language, and Hearing Research, Vol. – 45, PP .20-34.
- 42) **Shoeib, R (1996):** The use Visipitch in Management of Stuttering, Master degree thesis in phonetics. Faculty of medicine. Ain Shams University.
- 43) **Riley L, Benedict H, Wells G, et (2000):** Acoustic duration associated with tow types of treatment for children who stutter. Journal of speech, language, and hearing research, vol. 43, no. 4, p.965.
- 44) **Rustin, Lena (1995):** Parents and Families of children with communication Disorders the XXIII rd world congress of the international Association of logopedics and phoniatics, Cairo, Aug 6-10 1995, PP 123-139.
- 45) **Sara, Klaniczay (2000):** On childhood stuttering and the theory of clinging, Journal of child Psychotherapy VOL 26, No. 1, pp. 97 – 115.
- 46) **Scheidegger, Ursula (1987):** Play therapy with stuttering children, practical experiences. Virtual jahresschrift for Heilpaedagogik vol. 56, no. 4, pp.619-629.
- 47) **Starkwenthner, C W. (1987):** Fluency and stuttering, Englewood cliffs N.J. Prentice – Hall.
- 48) **Stewart, J.C. (1978) :** Counseling parents of exceptional children :Principles problems and procedures. New York: MSS Information Corporation.
- 49) **Stromsta, C. (1986):** Elements of stuttering. Assorts publishing, oshtemo, M1, U.S.A.

- 50) **Strupp, H., (1978):** Psychotherapy and Modification of Abnormal Behavior Introduction to theory and research, New York: McGraw Hill book Company.
- 51) **Van Riper, c. (1971):** The neuter of stuttering, Prentice – Hall Englewood cliffs, N.J.
- 52) **Van Riper, c. (1973):** The treatment of stuttering, prentice – Hall, Englewood cliffs, N.J.
- 53) **Wakaba, Yoko Y., (1983):** Group play therapy for Japanese who stutter. Journal of Fluency Disorders vol.45, no.2, p256. vol.8, no.2, pp.93-118..
- 54) **Weekly Reader Corporation (2002):** Phonological progress during the first 2 years of stuttering. Journal of speech, language & hearing Research, vol.45, no.2, p256..
- 55) **Youssef, M. (1986):** Features of the Arabic Language as the apply to the use of Coarticulation in stuttering therapy. Doctor degree thesis in phonetics. Faculty of medicine. Ain Shams University.
- 56) **Yoshikazu, W. (2001):** stuttering in discourse: International management of stuttering moments and identity.DAI, vol.62, no.3, pp1379:1385.
- 57) **Zackeim, Courtney T. and Conture Edward G (2003):** Childhood stuttering and speech Disfluencies in Relation to children's mean length of utterance: A preliminary study. Journal of fluency Disorders, Vol. 28, No. 2, P.115