



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران محمد بن أحمد 02 كلية العلوم الاجتماعية
أطروحة
للحصول على شهادة دكتوراه"ال"م.د في الأطفونيا

فاعلية برنامج تدريبي علاجي لحالات التأتأة (من 06 – 10 سنوات) في
ضوء المقاربة المعرفية السلوكية.
(دراسة ميدانية بولاية الأغواط)

من إعداد الطالب :

حمية الطيب

المقدمة والمناقشة أمام اللجنة المكونة من السادة :

الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الإنتماء	الصفة
زروالي لطيفة	أستاذة	جامعة وهران -2-	رئيسا
سنوساوي سعاد	أستاذة محاضرة - أ-	جامعة الجزائر -2-	مشرفا ومقررا
أجد محمد عربي	أستاذ محاضر - أ-	جامعة وهران -2-	عضوا
طيار شهيناز	أستاذة محاضرة - أ-	جامعة وهران -2-	عضوا
محرز عبلة	أستاذة	جامعة أم البواقي	عضوا

السنة الجامعية: 2023-2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

(الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ

أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ) (الآية 28، سورة

الرعد)

صدق الله العظيم.

إهداء

الحمد لله الذي أعاننا ووفقنا لأداء هذه الرسالة وانجاز هذا العمل المتواضع والذي أهديه إلى والدين الكريمين اللذان كانا خير سند وخير معين حفظهما الله ورعاهما وبارك لي في عمرهما.....

- إلى زوجتي الغالية وأولادي الاعزاء حفظهم الله وراعاهم.

- إلى إخوتي وسندي في الحياة بارك الله في عمرهم.

- إلى كل عائلة حمية الكبيرة أدام الله عزهم وفضلهم.

- إلى كل الأحبة والأصدقاء كل بإسمه ووسمه.

- إلى كل زملائي من دفعة طلبة الدكتوراه أرطفونيا جامعة وهران 02

- إهداء خاص:

إلى الأرواح الزكية التي سقت أرض فلسطين الحبيبة بدمائها في هذه الأيام وسطرت بصمودها وصبرها معاني العزة والشرف .

إلى روعي الأستاذين الكريمين اللذين تشرفت بتعلم على يديهما :

د/ إسماعيل لعيس رحمه الله.

د/ سامية عرار رحمها الله.

شكر وتقدير

أشكر الله واحمده على فضله ومن كرمه الذي أمدني بالصحة والعافية وأعانني ووفقني على إتمام هذا العمل المتواضع ثم الصلاة والسلام على نبي الهدى الذي بعث رحمة ومعلما وعلى آله وصحبه أجمعين.

يطيب لي أن أشيد بأهل الفضل وأذكر فضلهم علي، وأسجل لأهل العطاء عطائهم مثنيا جودة إشرافهم ومتابعتهم وحسن توجيه انقهم وارشادهم، وأخص بذلك الأستاذة الفاضلة الدكتورة "سنوساوي سعاد" على ما قدمته لي من جهد ورعاية متواصلة، فكانت نعم المشرفة ونعم المعلمة ، كما أتقدم أيضا بأسمى معاني التقدير والعرفان إلى الأستاذ الدكتور "كمال بورزق" الذي هو آخر لم يبخل علينا بجهد وعلمه وتوجيهه لإتمام هذا العمل.

- كما أتقدم بالشكر والعرفان إلى رئيسة المشروع الدكتورة "عبلة محرز" على ما قدمته لنا طيلة فترة تكويننا و لم تبخل علينا بأي مجهود وكانت نعمة الأستاذة والمعلمة والحريصة على إتمام أعمالنا، وأتمنى لها وافر الصحة والعافية، ودون أن ننسى الدكتور الأستاذ "سويح مهدي" الذي هو الآخر كان نعمة السند الذي سهل لنا وذل الصعاب، كما لا يفوتني ان أشكر الطاقم الإداري الخاصة بكلية العلوم الإجتماعية بجامعة وهران 02 وخصوصا الأخوات "خضرة وحرورية وحميدة" ، وكذلك الشكر موصول إلى الدكتور "الطاهر نقموش" الذي أعاننا أيضا في إتمام هذا العمل وإلى رئيسة المخبر الأستاذة الدكتورة "مليكة محرزي" على تقديم النصيحة والمساعدة وفتح المخبر لنا.

- كما أشكر أساتذة الذين أشرفوا على تدريسنا طيلة فترة التكوين الدكتوراه من جامعة وهران 02 وأخص بالذكر الأستاذين الكريمين "محمد عربي أجد" و "عابد محمد" ومن جامعة الأغواط أستاذتي الكريمة الدكتورة "سعاد ابراهيمي" وكذلك أشكر كل الأساتذة المحكمين وعلى رأسهم الأستاذ الدكتور "تجاني بن الطاهر" من جامعة الأغواط.

- كما أتقدم بالشكر الجزيل والعرفان إلى " المديرية العامة للأمن الوطني " التي سمحت لنا بإتمام مشوارنا الدراسي وحرصها على تقديم يد المساعدة في كل ما يخص اتمام هذا العمل.

- كما أتقدم بشكر الجزيل إلى كل القائمين على " عيادة ملاك الأمين الطاهر " و " عيادة النذير الأرففونية" بالأغواط على ما قدموه لي من مساعدة و مجهود طيلة فترة التطبيق البرنامج العلاجي.

الباحث

- ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية إلى بناء وإعداد برنامج تدريبي علاجي في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية واستكشاف فاعليته في الخفض والحد من اضطراب التأتأة ومظاهرها عند عينة من الحالات تبلغ من العمر (06 - 10 سنوات) ، حيث استخدم الباحث المنهج التجريبي ذو التصميم المجموعة الواحدة من خلال القياس القبلي ومن ثمة تطبيق البرنامج وبعدها القياس البعدي للعينة ، إضافة إلى استخدام المنهج العيادي عن طريق دراسة الحالة من خلال تحليل بيانات والمعطيات ونتائج الحالات عن طريق الملاحظة والمقابلة وتقارير المختصين، وتتكون عينة الدراسة من (06) حالات 04 ذكور و02 إناث يعانون من اضطراب التأتأة ويترددون على العيادات الأطفوية داخل مدينة الأغواط ، وتوصلت نتائج الدراسة إلى :

- أن البرنامج له فاعلية مرتفعة في الخفض والحد من التأتأة بشكل عام عند عينة الدراسة.
 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات حدوث تكرار التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي تعزى إلى فعالية البرنامج .
 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات فترة وطول التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي تعزى إلى فعالية البرنامج .
 - هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات الحركات والأصوات المصاحبة بين القياس القبلي والقياس البعدي تعزى إلى فعالية البرنامج.
- الكلمات المفتاحية :**

الفاعلية – برنامج تدريبي علاجي – التأتأة – المقاربة المعرفية السلوكية.

- Résumé :

La présente étude visait à construire et à préparer un programme de rattrapage à la lumière de l'approche cognitivo-comportementale et à explorer son efficacité pour réduire le trouble du bégaiement et ses manifestations dans un échantillon de cas âgés de (06 à 10 ans). a utilisé l'approche expérimentale avec un design en groupe unique à travers la mesure. Le pré-test puis l'application du programme puis la post-mesure du même échantillon, en plus de

l'utilisation de l'approche clinique à travers l'étude de cas à travers l'analyse de données, données et résultats des cas à travers l'observation, les entretiens et les rapports des spécialistes. L'échantillon de l'étude est constitué de (06) cas, 04 hommes et 02 femmes souffrant de la maladie. Les personnes qui bégaiement et fréquentent les cliniques Artfouni de la ville de Laghouat, et les résultats de l'étude sont arrivés :

-Le programme a une grande efficacité dans la réduction et la réduction du bégaiement en général parmi l'échantillon étudié.

-Il existe des différences statistiquement significatives au niveau de signification (0,05) entre les degrés de récurrence du bégaiement avant et après la mesure, attribués à l'efficacité du programme.

-Il existe des différences statistiquement significatives au niveau de signification (0,05) entre les scores pour la période et la durée du bégaiement dans la pré-mesure et la post-mesure attribuées à l'efficacité du programme.

-Il existe des différences statistiquement significatives au niveau de signification (0,05) entre les scores des mouvements et des sons qui les accompagnent lors de la pré-mesure et de la post-mesure attribuées à l'efficacité du programme.

Mots clés:

Efficacité -Programme de formation thérapeutique-Bégaiement-Approche cognitivo-comportementale

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوع	التسلسل
	عنوان الدراسة	01
أ	الإهداء	02
ب	شكر و تقدير	03
ج	ملخص الدراسة	04
د	فهرس المحتويات	05
هـ	قائمة الجداول	06
و	قائمة الأشكال	07
ي	قائمة الملاحق	08
11	المقدمة	09
الفصل الأول – الجانب النظري		
15	مشكلة الدراسة	11
17	فرضيات الدراسة	12
17	أهمية الدراسة	13
18	أهداف الدراسة	14
19	مصطلحات الدراسة	15
20	حدود الدراسة	16
الفصل الثاني- الدراسات السابقة		
22	تمهيد	18
23	الدراسات السابقة	19
23	أولاً: الدراسات الوطنية	20
26	ثانياً الدراسات العربية	21

37	ثالثاً: الدراسات الأجنبية	22
45	التعقيب على الدراسات السابقة	23
48	مدى الاستفادة من الدراسات السابقة	24
48	مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة	25
	الفصل الثالث – اضطراب التأتأة	
50	تمهيد	27
50	ضبط وتحديد بعض المصطلحات	28
52	تصنيف اضطرابات اللغة والكلام	29
54	لمحة تاريخية عن دراسة التأتأة	30
55	تعريف خاصة بالتأتأة و أنواعها	31
57	أعراض التأتأة ومظاهرها	32
60	نسبة إنتشار التأتأة	33
61	أنواع اضطراب التأتأة	34
62	مراحل تطور اضطراب التأتأة	35
64	النظريات المفسرة لظهور للتأتأة وأسبابها	36
74	تقويم وتشخيص اضطراب التأتأة	37
78	التناول العلاجي اضطراب التأتأة	38
84	خلاصة	39
	الفصل الرابع – المقاربة المعرفية السلوكية	
86	تمهيد	41
87	ضبط وتحديد بعض المصطلحات	42
88	نشأة العلاج المعرفي السلوكي	43
90	مبادئ و افتراضات العلاج المعرفي السلوكي	44
92	خصائص العلاج المعرفي السلوكي	45

95	أهداف العلاج المعرفي السلوكي	46
96	مراحل و سير العلاج المعرفي السلوكي	47
98	التقنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي	48
105	خدمات ودور المختص في العلاج المعرفي السلوكي	49
106	خدمات العلاج المعرفي السلوكي للطفل	50
109	المقاربة المعرفية السلوكية لإضطراب التأتأة	51
112	خلاصة	52
الفصل الخامس - الجانب الميداني (الإجراءات المنهجية)		
114	تمهيد	54
114	أولا : الدراسة الإستطلاعية	55
114	أهداف الدراسة الاستطلاعية	56
115	إجراءات الدراسة الاستطلاعية	57
115	عينة الدراسة الاستطلاعية	58
115	فترة تطبيق الدراسة الإستطلاعية	59
116	ثانيا : الدراسة الأساسية	60
116	منهج الدراسة	61
116	عينة الدراسة	62
117	أدوات الدراسة	63
129	البرنامج التدريبي العلاجي	64
146	خطوات إجراء الدراسة الميدانية	65
147	صعوبات الدراسة	66
148	خلاصة	67
الفصل السادس - دراسة الحالة وسير العلاج		
150	تمهيد	69

151	الحالة الأولى	70
157	الحالة الثانية	71
163	الحالة الثالثة	72
169	الحالة الرابعة	73
175	الحالة الخامسة	74
182	الحالة السادسة	75
188	خلاصة	76
	الفصل السابع- عرض نتائج الدراسة ومناقشتها	
190	تمهيد	78
190	عرض النتائج حسب الفرضيات	79
191	مناقشة نتائج الدراسة	80
199	الإستنتاج العام	81
200	توصيات و الإقتراحات	82
	الخاتمة	
204	قائمة المصادر والمراجع	84
213	الملاحق	85

قائمة الجداول

رقم الصفحة	الجدول	التسلسل
115	توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الجنس والعمر والعدد	01
116	تحقق من معامل الثبات عن طريق إعادة تطبيق المقياس عند مستوى دلالة (0.01)	02
116	تحقق من صدق الداخلي لأبعاد المقياس لمعاملات الارتباط عند مستوى دلالة (0.01)	03
118	خصائص عينة الدراسة	04
153	نتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الأولى	05
156	نتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الأولى	06
159	نتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الثانية	07
162	نتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الثانية	08
165	نتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الثالثة	09
168	نتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الثالثة	10
171	نتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الرابعة	11
174	نتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الرابعة	12
177	نتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الخامسة	13
180	نتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الخامسة	14
181	نتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة السادسة	15
187	نتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة السادسة	16
190	نتائج قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مقياس التأتأة.	17
193	نتائج قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات حدوث تكرار التأتأة	18
195	نتائج قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات فترة وطول التأتأة	19

197	نتائج قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الحركات والأصوات المصاحبة	20
-----	--	----

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	الأشكال	الرقم
110	- المخطط النموذج الأول لتفسير اضطراب التأتأة المقترح من طرف "إليس و بيك".	01
111	- المخطط النموذج الثاني لتفسير وعلاج اضطراب التأتأة	02

قائمة الملاحق

رقم الصفحة	الملاحق	الرقم
//	قائمة الأساتذة المحكمين	01
//	استمارة المعلومات	02
//	مقياس نهلة عبد العزيز الرفاعي الخاص بقياس شدة التأتأة	03
//	صور خاصة ببعض تمارين المطبقة في البرنامج العلاجي	04
//	نتائج الفرضيات (spss)	05

المقدمة

المقدمة

مما لا شك فيه أن الله عندما خلق الإنسان فضله بعدة أشياء تميزه عن باقي المخلوقات، باعتباره المخلوق الذي يمتلك قدرة وعملية هي من أعقد العمليات التي يمكن أن توصف وأن تعرف، وهي قدرته على التواصل مع بني جنسه عن طريق استعمال اللغة، حيث تعد هذه الأخيرة أحد أهم نواتج الفكر البشري وهي في نفس الوقت من أهم وسائله فهي تمنحه الرموز وتحدد له المعاني وتمكنه من توليد الأفكار وتساعد في وصف مشاعره، حيث تعتبر اللغة آلية عقلية التي يمكن عن طريقها تخزين المعلومات والمعارف وتحويل الصور الذهنية إلى رموز ودلالات، وبواسطتها تتم عملية التعلم والتعليم، واللغة نظام معقد من الرموز المتعارف عليها سواء أكانت هذه الرموز صوتية أم غير صوتية كالإشارات والإيماءات وتعبيرات الوجه، ويستخدمها أفراد المجتمع لأغراض التواصل والتفاعل بينهم في نسق معين

(الفرماوي، 2006، ص 15).

ولا يختلف إثنان في أن عملية التواصل عند البشر تتم بعدة أشكال وطرق إلا أن الكلام هو أهم الطرق التواصل عندهم، فالكلام هو شق الآخر من مفهوم اللغة واستعمالها، ولأن الكلام هو الوسيلة الأساسية في التواصل مع الآخرين والتعبير عن الذات فإنه من أهم معايير النمو العقلي والمعرفي لدى الأطفال، وأي خلل أو اضطراب فيه سوف يؤدي إلى مشكلات نفسية واجتماعية قد يكون لها أثر سلبي في حياة الأفراد وخصوصا الأطفال، حيث يؤكد علماء النفس والتربية والمختصون في مجال الاضطرابات اللغوية والكلام على أهمية مرحلة الطفولة وأهمية الوفاء بمتطلباتها الحسية والعقلية والنفسية والاجتماعية، لينمو الطفل سليما سويا وبعيدا عن المعوقات والاضطرابات وخاصة في مجال التواصل اللفظي، فللطفل الذي لا يتمكن من التعبير عن نفسه أو التواصل مع الآخرين بسبب اضطراب في كلامه قد يؤدي به ذلك إلى الوقوع في العديد من المشكلات معهم بسبب صعوبة التواصل والتفاعل معه، مما يؤدي إلى حدوث حالة من الارتباك بينهم وبينه، وهذا ما يترتب عليه إخفاق الطفل أو فشله في التواصل مع الآخرين، وممارسة حياته الاجتماعية بشكل طبيعي، والواقع أن اضطرابات الكلام قد تظهر عند بعض الأطفال في السنين الأولى من عمرهم ولكنها تختفي مع النمو، ولدى البعض الآخر تستمر في شكل مرضي يحتاج إلى تدخل علاجي، وقد يعاني الطفل بين العام الثالث والعاشر من العمر وربما بعد ذلك صعوبة في النطق بعض الكلمات أو تكرار الكلمة الواحدة بعدة مرات قبل النطق بها، وهذا يدل على أن هناك خلل في الكلام (حسان، 2018، ص 186).

وتذكر شقير (2005) الكلام المضطرب بأنه الكلام الذي ينحرف عن كلام الآخرين بدرجة تلفت الانتباه، أو يسبب حالة من الضيق للمتحدث أو المستمع ولا يرجع لأسباب خاصة بأعضاء الجسم، وعليه فإن الكلام المضطرب هو الذي يكون غير واضح، وغير مفهوم للسامع، ويسبب سوء التوافق للمتكلم.

(الغامدي، 2009، ص 28).

كما يعرف اضطراب النطق و الكلام بأنه "اضطراب طويل المدى في إنتاج الكلام أو في إدراكه وبالتالي فإن الكلام المضطرب هو الكلام الذي ينحرف عن كلام الآخرين، ويكون لافتاً للانتباه ويسبب سوء التوافق بين المتكلم وبيئته الاجتماعية (زهران، 1980، ص 575)، حيث أن اضطرابات الكلام تتكون من أربعة أنواع أساسية وهي اضطرابات الصوت، والتي تتصل بأكثر من علم من العلوم، وكذلك اضطرابات اللغة، والتي تتضمن جانبين أساسيين هما اللغة الإنتاجية واللغة الاستقبالية، واضطرابات النطق، التي تتضمن أربعة أشكال رئيسية وهي الحذف والإبدال والتشويه أو التحريف، والإضافة، وأخيراً الاضطرابات الطلاقة وانسياب الكلام، ومنها التأتأة (البطانية وآخرون، 2007، ص 525)، حيث يشرع استخدام مصطلح "التأتأة" في وقتنا الحاضر للتعبير عن اضطرابات الكلام التي تشير إلى التردد والتكرار والتوقف وعدم القدرة على النطق بسهولة ويسر، ومصطلح التأتأة هو الأكثر تداولاً في الوسط العيادي عند معظم العام لين في هذا المجال، لأنه يعبر عن اضطرابات الطلاقة في الكلام بصورة أكثر دقة، وبما أن التأتأة منتشرة عند الأطفال وخصوصاً في الوسط المدرسي، فإن الباحث أختار هذا الاضطراب من أجل العمل عليه في الدراسة الحالية بهدف الكشف عنه وتقديم برنامج تدريبي علاجي في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية والذي قد يساهم في الحد منه والتقليل من أثاره عند الطفل.

و على هذا الأساس تم تقسيم الدراسة الحالية إلى جانبين نظري وتطبيقي في سبعة فصول، حيث يتضمن الجانب النظري أربع فصول بينما تضمن الجانب التطبيقي ثلاثة فصول.

- حيث تناول **الفصل الأول** الإطار العام للدراسة الذي تضمن الإحاطة بموضوع البحث، مشكلة الدراسة، فرضيات البحث، الهدف من الموضوع وأهميته، ثم تعريف مصطلحات الدراسة إجرائياً وكذا حدود الدراسة.

- أما **الفصل الثاني** فقد حدد للدراسات السابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة عن طريق عرضها تفصيلاً ثم تعقيب عليها ومناقشتها ومدى الاستفادة منها ومكانة الدراسة الحالية بينها.

- أما **الفصل الثالث** فقد خصص للإضطرابات الكلام واللغة وعرض مفصل لإضطراب التأتأة عن طريق تعريفها وذكر مراحل تطورها والأعراض المصاحبة لها وأهم العوامل المؤدية لها والنظريات المفسرة وكذا طرق علاجها.
- أما **الفصل الرابع** فقد خصص للمقاربة المعرفية السلوكية عن طريق تحديد المصطلحات العلاج المعرفي السلوكي وتعريفه، نشأة العلاج المعرفي السلوكي، مبادئ وافتراضات وخصائصه و أهدافه ،مراحل سيره ، التقنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي ، خدمات ودور المختص في العلاج المعرفي السلوكي، العلاج المعرفي السلوكي للطفل، المقاربة المعرفية السلوكية لإضطراب التأتأة.
- أما **الفصل الخامس** فقد خصص للإجراءات الدراسة والمنهجية و يتم في هذا الفصل عرض منهج الدراسة، عينة الدراسة، متغيرات الدراسة، أدوات الدراسة وخاصة مقياس شدة التأتأة و البرنامج السلوكي المعرفي، تحديد الأساليب الإحصائية المستخدمة وأخيرا العوامل المؤثرة في البرنامج.
- أما **الفصل السادس** فقد خصص لعرض دراسة الحالات وسير علاجها وكذا تحليل كل حالة قبل التطبيق البرنامج وبعده تطبيقه وكذا النتائج المتحصل عليها.
- أما **الفصل السابع** فقد خصص لعرض ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وتختتم الدراسة بملخص لنتائج الدراسة والخروج بأهم التوصيات والاقتراحات وبالإضافة إلى عرض مراجع الدراسة وملاحقه.

الفصل الأول

(الجانب النظري)

1 - مشكلة الدراسة:

مما هو متعارف لدينا أن عملية التكفل بحالات اضطراب التأتأة وخصوصا عند الأطفال ، تحتاج إلى عملية علاجية وتأهيلية من أجل تصحيح المسار اللغوي للطفل المضطرب، من خلال العمل على تطوير قدراته وإمكاناته وتدريبه على بعض المهارات في عملية التواصل اللفظي، فالتأتأة تعد من أكثر الاضطرابات التي لاقت اهتماما واسعا من طرف الباحثين والمختصين في هذا المجال، عن طريق دراستها و محاولة فهم الأسباب المؤدية إليها ومختلف طرق علاجها، حيث تعتبر التأتأة من بين اضطرابات الكلام التي لها الأثر البالغ على الاستقرار النفسي واللغوي للطفل، ويمكن ملاحظتها باعتبارها سلوكا لفظيا ظاهر أثناء عملية التواصل، حيث يشار إلى مصطلح التأتأة على أنه من أكثر الاضطرابات في الطلاقة وسيولة الكلام شيوعا ،وتعرف أيضا بعدة مسميات مختلفة كالتلعثم واللججة وتهته وعي اللسان...، و تشير هذه المسميات في مجملها إلى اضطراب أو خلل في إيقاع الكلام و سلاسته ، فالتأتأة هي اضطراب في الطلاقة الطبيعية للكلام ، وتمتاز بتكرارات و إطالات وترديدات أثناء الكلام، مما تؤدي إلى فتور في العلاقات الاجتماعية بسبب السخرية و الارتباك والخجل والشعور بالنقص لدى المتأتى، وهذا ما يدفع ببعض الأطفال المتأتين داخل الوسط المدرسي وخارجه إلى تجنب الاختلاط مع أقرانهم وزملائهم ويتجنبون الحديث معهم داخل الفصل ، وهذا ما يؤدي في بعض الأحيان إلى تفاقم حالتهم وتدهورها إلم يتم التدخل والتكفل بهم وعلاجهم في الوقت المناسب.

(لزريقات ،2005،ص223).

وتجدر الإشارة إلى أن نسبة الإصابة باضطراب التأتأة عند الأطفال تتراوح ما بين 10 إلى 15 % من مجموع الاضطرابات اللغوية الأخرى التي قد يصاب بها الأطفال ،حيث أشار "محمد حولة " في دراسة نشرت سنة 2018، إلى أن نسبة انتشار اضطراب التأتأة في الوسط المدرسي الجزائري في الطور الأول والثاني قد فاقت 15 % ،وهي نسبة مقلقة مقارنة بنسب الاضطرابات اللغوية الأخرى، أما عن دراسة (بومس و ريتشاردسون) فقد توصلوا إلى أن نسبة الإصابة بها لدى تلاميذ المدارس في أمريكا و انكلتره تصل إلى 1% وفي بلجيكا إلى 2 % من مجموع التلاميذ ،وهذا ما يؤكد شيوع اضطراب التأتأة عند الأطفال ،و يعتبر الذكور أكثر عرضة من الإناث في الإصابة باضطراب التأتأة، حيث تصل من 03/01 بالنسبة للذكور، ويشير " ابراهيم الزريقات" إلى أن الذكور هم أكثر عرضة من الإناث ، حيث تقدر نسبة انتشارها بـ 4/1 ،وتعود الأسباب ذلك إلى الاستعداد الوراثي لدى الذكور أكثر من الإناث في الإصابة بها أو بسبب ظهور مشكلات لغوية نطقية عندهم.

(أميمة حسانين،2019، ص 126).

وقد لاحظنا من خلال وقوفنا ومتابعتنا لعمليات الفحص والجلسات العلاجية للحالات المصابة بالتأتأة داخل العيادات والمراكز، وكذا الاطلاع على بعض الدراسات التي تهتم بالتأتأة وعلاجها ، أن المختصين يختلفون في طرق وأساليب العلاجية وذلك على حسب طبيعة ووضعية كل حالة والخلفية التي ينطلق منها المختص وفريقه في العلاج ، وهنا تظهر أهمية دراستنا في الوقوف على العلاج الأكثر فعالية وتناسبا مع الحالات المصابة باضطراب التأتأة و الأكثر ثباتا ،فقد ذكر "الزريقات (2005)" أن أهداف علاج التأتأة هو تغيير الطريقة التي يتكلم بها الشخص المصاب وتغيير مشاعره وأفكاره السلبية وخلق آلية تساعده في تجاوز المحنة التي يمر بها (الزريقات ،2005، ص 256).

ومن هذا المنطلق يمكننا الإشارة إلى تعدد وتنوع في البرامج و طرق علاج اضطراب التأتأة وذلك باختلاف منظوراتها وخلفياتها ،حيث أن بعض هذه العلاجات تقوم بعلاج التأتأة عن طريق بعض تقنيات وتمارين بشكل نسبي ،إلا أن معظم الحالات تعود وتشكو من نفس الأعراض وذلك بسبب موقف أو مشكل واجهته وجعلها تنتكس وتظهر عندها نفس الاعراض سابقا ،وهذا ما دفعنا إلى البحث عن علاج يحمل جميع مواصفات الثبات والفعالية، ولعل أشهر تلك العلاجات الحديثة نجد العلاج المعرفي السلوكي والذي يجمع بين توجيهين كبيرين ، حيث يركز على إدخال التقنيات السلوكية المعرفية من أجل إعادة تأهيل وبناء وتصحيح المسار اللغوي للمتأثر ، ويلعب المحيط (الأسرة – المدرسة) والمزاج دورا كبيرا في ردود أفعال العنيفة للمتأثرين ،فالتأتأة حسب المنظور المعرفي السلوكي تعزى إلى سلوكيات انفعالية مكتسبة بطريقه غير متكيفة مع وجود إدراك وانفعالات خاطئة، وكذلك استجابات فيزيولوجية تطورت إلى عادات لاعقلانية واعتقادات خاطئة يتبناها المتأثر، والتي ستتطور مع الوقت إلى معاناة شخصية ونفسية،وقد أثبتت عدة دراسات وتجارب علمية إلى أن للعلاج السلوكي المعرفي فعالية نسبية كبيرة في معالجة بعض الاضطرابات النفسية واللغوية (سميرة ركزة ، 2014 ، ص 04)، باعتباره العلاج الذي يمتلك صفة المرونة والتفاعل عند التعامل مع الحالات المصابة وخصوصا عند الأطفال، وذلك عن طريق التقنيات والأساليب الخاصة به ،حيث يعد التكفل بمثل هذه الحالات أمرا يستدعي التدخل والعلاج وخاصة الأطفال الذين يزاولون الدراسة في سنواتهم الأولى ، عن طريق إدراج البرامج التدريبية أو العلاجية في ضوء توجه نظري معين ، وهذا ما سنتطرق إليه في دراستنا الحالية عن طريق إعداد وتصميم برنامج تدريبي علاجي لبعض حالات المصابة بالتأتأة تبلغ من العمر ما بين (06- 10 سنوات) وذلك في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية ، والذي قد يساهم في التخفيف والحد من آثار و أعراض التأتأة عند الطفل ، محاولين في ذلك زيادة القدرات التكيفية في كل المواقف و الرفع من مستوى التوافق الإيجابي بالنسبة للمتأثر ، والعمل على تطوير مهارات التواصل والتفاعل لديه وهذا ما يدفعنا إلى طرح الإشكالية التالية :

- ما مدى فاعلية البرنامج التدريبي العلاجي المصمم في الخفض من شدة التأتأة بشكل عام عند الطفل في ضوء المقاربة المعرفية سلوكية ؟.

1-1- التساؤلات الفرعية :

- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات حدوث تكرار التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات فترة وطول التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي ؟.
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات الحركات والأصوات المصاحبة بين القياس القبلي والقياس البعدي ؟.

2- فرضية الدراسة :

- هناك فاعلية مرتفعة للبرنامج التدريبي علاجي في خفض شدة التأتأة عند الطفل بشكل عام في ضوء المقاربة المعرفية سلوكية.

1-2- الفرضيات الفرعية .:

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات حدوث تكرار التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات فترة وطول التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي .
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات الحركات والأصوات المصاحبة بين القياس القبلي والقياس البعدي.

3- أهمية الدراسة :

- يتوقع من خلال الإطار النظري للدراسة والخلفية المنطلق منها، والنتائج الميدانية إفادة الباحثين في مجال علم النفس بصورة عامة و الأرتطونيا بصفة خاصة، للإسهام في ميلاد بحوث جديدة وإتباع البرامج العلاجية، وعقد الدورات الهادفة في هذا المجال.

- يسهم البرنامج التدريبي العلاجي الحالي في تحسين قدرة الأطفال على الكلام بما يؤثر على قدرتهم على التكيف الشخصي والاجتماعي مع من حولهم
- إبراز دور واثر البرامج العلاجية والتدريبية في التخفيف من أعراض الاضطرابات اللغوية عموما و اضطراب التأتأة خصوصا.
- تحليل وضعية اضطراب التأتأة عند الأطفال في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية.
- توجيه المختصين إلى أهمية البرامج العلاجية في التخفيف من شدة التأتأة عند الأفراد و ما لها من تأثير ايجابي في التوافق النفسي و الاجتماعي و الإتصالي.
- توجيه الأولياء إلى ضرورة تحسين وضعية واحتواء الطفل المضطرب داخل المنزل وخارجه بحيث يمكنه من تجاوز مشكلته الحالية.

4- أهداف الدراسة :

- تهدف الدراسة الحالية إلى الكشف عن واقع التكفل الأطفوني واستخدام البرامج العلاجية في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية ونذكرها في نقاط التالية :
- تحقق من مدى فعالية البرنامج العلاجي والتدريبي المستعمل في عملية التكفل الأطفوني في التخفيف من آثار وشدة التأتأة عند الطفل والأعراض المصاحبة له.
 - إبراز دور المختص الأطفوني في عملية العلاجية التدريبية .
 - التدريب على المهارات السلوكية المعرفية الأخرى المعتمدة في البرنامج لمواجهة ال مواقف الصعبة والضغوط النفسية بالنسبة للطفل و والديه.
 - تفعيل الدورات الإرشادية الخاصة بمفهوم المرافقة الوالدية في مجال اضطرابات اللغة والكلام وخاصة التأتأة.
 - تفعيل الدراسات في هذا الجانب من أجل توسيع دائرة العلاج المعرفي السلوكي في علاج جميع الاضطرابات اللغوية.
 - التأكد من صحة فرضيات الدراسة المطروحة.

5- مصطلحات الدراسة :

- الفاعلية :

هو حجم الأثر الذي يملأ أن يحدثه البرنامج التدريبي العلاجي في خفض شدة التأتأة لدى عينة الدراسة ،ويقصد به إجرائيا هو الفرق الدال إحصائيا بين درجات القياس القبلي ودرجات القياس البعدي لدى نفس العينة.

- برنامج تدريبي علاجي :

هو برنامج تم بنائه وإعداده يحتوي على مجموعة من الأنشطة والجلسات التدريبية العلاجية المنظمة والمخططة التي تهدف إلى تطوير مهارات الأطفال المتدربين وتساعدهم على خفض اضطراب التأتأة والأعراض المصاحبة له.

- اضطراب التأتأة:

هو اضطراب في إيقاع الكلام وطلاقته يتميز بالتكرار أو التوقف، أو الإطالة لحروف الكلمات أو المقاطع، ويصاحب عادة بحركات لا إرادية للرأس والأطراف، أو بعض التشنجات في عضلات الوجه أو الرمش بشدة في العين، أو الغمز أو الرعشة للشفتين، ويصاحب هذه الحركات الجسمية بعض الحالات الانفعالية كالقلق والخوف والارتباك (أباطة ، 2003، ص 132).

- وقد عرفها الباحث إجرائيا: بأنها الدرجة التي يحصل عليها الطفل المتأثر على مقياس شدة التأتأة المستخدم في الدراسة الحالي.

- المقاربة المعرفية السلوكية:

هو أحد المناهج العلاجية التي تهدف إلى تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير في عمليات التفكير عن طريق التدريب على المهارات، والتحكم في القلق و التحصين ضد الضغوط والتدريب على حل المشكلات ووقف الأفكار السلبية وتنمية التعلم الذاتي. (عزى نعيمة، 2019، ص658).

6- حدود الدراسة :

- **الحدود الموضوعية :** تتحدد هذه الدراسة بمعرفة وتحقيق من مدى فاعلية برنامج تدريبي علاجي معد من طرف الباحث على (06) حالات من الأطفال تتراوح أعمارهم بين (06- 10) سنوات يعانون من اضطراب التأناة .

- **الحدود المكانية :** تتحدد هذه الدراسة بالأطفال المتأثنين الذين يترددون على العيادات الأطفونية من اجل العلاج داخل ولاية الأغواط بالجزائر.

- **الحدود الزمانية :** تم تطبيق البرنامج التدريبي العلاجي على العينة الدراسة بين شهر أفريل 2023 وشهر أوت 2023 .

الفصل الثاني

(الدراسات السابقة)

- تمهيد

1- عرض الدراسات السابقة.

- أولاً: الدراسات المحلية.

- ثانياً: الدراسات العربية.

- ثالثاً: الدراسات الأجنبية.

2- التعقيب على الدراسات السابقة.

3- مدى الاستفادة من الدراسات السابقة.

4- مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة.

- خلاصة.

تمهيد :

تعد الدراسات السابقة حلقة أساسية في المجال البحث العلمي والأكاديمي، حيث تتيح للباحثين والمختصين التعرف على أوجه الإتفاق والإختلاف في دراسة المواضيع والظواهر من أجل الإستفادة منها في الدراسة الحالية ، ولعل موضوع اضطراب التأتأة الذي هو محل دراستنا، يعد من الإضطرابات اللغوية التي قد أخذت قسطا وافرا من البحث و الدراسات المحلية والعربية وحتى الأجنبية في هذا الجانب بمختلف الطرق و الأساليب ، وهذا يدفعنا إلى التعرف على هاته الدراسات السابقة وتصنيفها في هذا الفصل حسب التطابق والتقارب، معتمدين في ذلك على الترتيب الزمني من الأحدث إلى الأقدم إضافة إلى وصف كل دراسة سابقة من حيث الهدف والمنهج والأدوات وكذا العينة والنتائج المتوصل إليها، ومن ثمة تعقيب ومناقشة عامة للدراسات السابقة.

أولا - الدراسات الوطنية : (الدراسات المتقاربة)

01- دراسة أمال عمراني وآخرون (مستغانم 2021) :

موضوع الدراسة : التمارين التنفسية في الوسط المائي ودورها في علاج التأتأة عند الطفل.

هدف الدراسة : تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن دور تمارين التنفسية في الوسط المائي لعلاج اضطراب التأتأة عند الطفل والتعرف على فعالية هذه التقنية في الوسط الإكلينيكي الجزائري.

منهج الدراسة : استخدمت الباحثة المنهج الشبه التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي وقياس بعدي) وكذا منهج تحليل المحتوى.

أدوات الدراسة: اعتمدت الباحثة على تقنية الاسترخاء فوق الماء ومجموعة من التمارين التنفسية،

عينة الدراسة : تكونت عينة من خمسة (05) حالات يتراوح سنهم من 04 إلى 06 سنوات من ولاية مستغانم ، تم اختيارهم بطريقة قصدية .

نتائج الدراسة: توصلت النتائج إلى اختفاء التوقفات والتكرارات عند جميع الحالات وعليه فإن التمارين التنفسية في الوسط المائي لديها دور فعال في التخفيف من أعراض التأتأة.

02- سهيلة براح (أم البواقي 2020) :

موضوع الدراسة : - فاعلية برنامج علاجي مقترح للتكفل بحالات التأتأة.

هدف الدراسة : الهدف الأساسي من هذه الدراسة هو اقتراح برنامج علاجي لتحسين الطلاقة الكلامية عند الطفل المتأثر والتحقق من فاعليته.

منهج الدراسة : تم استخدام في هذه الدراسة المنهج الشبه تجريبي، الذي يعتبر أحد تصاميم المنهج التجريبي وذلك للتحقق من فعالية البرنامج العلاجي المقترح لعلاج حالات التأتأة.

أدوات الدراسة : تم استخدام في هذه الدراسة المقابلة والميزانية الأرففونية ، اختبار نهلة عبد العزيز الرفاعي (2001) نسخة معربة ومقتنة من اختبار رايلي، برنامج تدريبي المقترح من إعداد الباحثة.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال يعانون من التأتأة تتراوح أعمارهم بين (08-13) سنة بطريقة قصدية ، تم تطبيق القياس القبلي ثم القياس البعدي.

نتائج الدراسة : لا توجد نتائج وذلك بسبب عدم تطبيق إجراءات الدراسة والبرنامج بسبب ظروف جائحة فيروس كورونا واكتفت الباحثة بنتائج النظرية.

03- دراسة ركزة سميرة (البليدة 2014):

موضوع الدراسة : - فعالية العلاج السلوكي المعرفي في إزالة أعراض التأتأة عند الطفل.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في إزالة أعراض التأتأة عند الطفل .

منهج الدراسة: حيث استعملت الباحثة المنهج العيادي الذي يعتمد على دراسة الحالة .

أدوات الدراسة: المقابلة والملاحظة بالإضافة إلى السجلات والملفات وكذا المدونات والمسجل الصوتي، وبرنامج علاجي المعد من طرف الباحثة لعلاج التأتأة عند الطفل.

عينة الدراسة: تكونت العينة من ثلاثة (03) حالات مصابة باضطراب التأتأة.

نتائج الدراسة: حيث توصلت الباحثة بعد تطبيق العلاج السلوكي المعرفي وتحليل النتائج أن هناك تحسن في مجرى الكلام من خلال تحسن في الطلاقة اللفظية ونقص في عدد التمديدات والتوقفات والتكرارات المسجلة قبل بداية العلاج ويرجع ذلك إلى تمكن الحالات من التحكم في القلق والتوتر.

04- دراسة عزالدين بارود (الجزائر 2010):

موضوع الدراسة : - مقارنة معرفية للثقافة من خلال دراسة علاقتها باضطراب البنية الزمانية لعينة يتراوح سنّها بين 11 و 13 سنة .

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى تناول اضطراب التأتأة من منظور المقاربة المعرفية ،حيث حاول الباحث معرفة ودراسة إذا كانت اضطرابات البنية الزمانية لها علاقة بالتأتأة عند الطفل.

منهج الدراسة: استعمل الباحث المنهج الإكلينيكي و الذي يعتمد أساسا على تحليل و دراسة الظواهر.

أدوات الدراسة: استخدم الباحث اختبارين لقياس جانبيين من جوانب البنية الزمانية هما على التوالي : اختبار التوجّه الزمني (MMSE) بعد تكييفه واختبار القدرة على إدراك التتابع الزمني (Mira). (Stambak).

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (10) أطفال متأتئين تتراوح أعمارهم بين (11-13) سنة و لا يعانون من اضطرابات أخرى.

نتائج الدراسة: بينت نتائج الإختبار الأول أنّ الأطفال المتأتئين لا يعانون من اضطراب في التوجّه الزمني بينما نتائج الإختبار الثاني فقد بينت صعوبة في القدرة على إدراك التتابع الزمني عند هؤلاء كما بينت المعالجة الإحصائية وجود علاقة ترابطية بين اضطراب البنية الزمانية و التأتأة حيث أنّ معامل الارتباط يساوي (-0.39) و خلّصَ الباحث من خلال هذه الدراسة إلى إمكانية وجود علاقة بين اضطرابات البنية الزمانية و التأتأة عند الطفل و التي تتمثل في اختلال إدراك التتابع الزمني.

05- دراسة أكمور دليّة (الجزائر، 2001) :

موضوع الدراسة : فعالية العلاج السلوكي المعرفي في التكفل بحالتين من التأتأة في الوسط العيادي الجزائري.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى الكشف والاستقصاء عن فعالية العلاج المعرفي السلوكي وتطبيق العلاج الفيزيولوجي في علاج حالتين تعانين من التأتأة.

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج التجريبي عن طريق تصميم المجموعة الواحدة (قياس قبلي –

إدخال العلاج – القياس البعدي)

أدوات الدراسة: تم استخدام ما يلي :

- إستبيان – مقابلة ، الميزانية الصوتية ، البرنامج العلاجي من إعداد الباحثة

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من حالتين (02) مصابة بالتأتأة

نتائج الدراسة: كانت نتائج الدراسة كالتالي:

- شفاء حالتين من التأتأة وتعديل تصورهم للإضطراب وتعديل تفكيرهم.

- العلاج المعرفي السلوكي أكثر فعالية من العلاج الفيزيولوجي والكلاسيكي في علاج التأتأة.

ثانيا- الدراسات العربية:

01- دراسة أنور العبادسة، ماهر الشافعي (غزة، 2021):

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض اللجاجة والقلق الاجتماعي لدى طلاب التعليم الأساسي.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى الكشف عن مدى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تخفيف القلق الاجتماعي واللجاجة، لدى الأطفال في الصف العاشر الأساسي.

منهج الدراسة: استخدم الباحثان المنهج التجريبي "بحيث يكون بمقدور الباحثين في ضبط المعالجة وقياس المتغير التابع، ومحاولة ضبط العوامل والظروف كافة.

أدوات الدراسة: تم استخدام ما يلي :

- مقياس القلق الاجتماعي ومقياس شدة التأثأة ، البرنامج العلاجي الإرشادي من إعداد الباحثين.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (20) طالباً من طلاب الصف العاشر من مدرسة خالد ابن الوليد، ومدرسة شهداء النصيرات، مقسمين إلى مجموعتين واحدة تجريبية والأخرى ضابطة.

نتائج الدراسة: كانت نتائج الدراسة كالتالي:

- وجود فروق دلالة إحصائية بين القياسات (قبلي، بعدي، تتبعي) في اللجاجة والقلق الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي للـلجاجة والقلق الاجتماعي، سجلت المجموعة التجريبية مستويات أقل من الـلجاجة والقلق الاجتماعي من المجموعة الضابطة.

02- دراسة براء عزام علي القوافنة (الأردن 2020) :

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج تدريبي لخفض شدة التأتأة لدى طالب المرحلة الأساسية في مدارس محافظة عجلون.

هدف الدراسة : هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فاعلية برنامج تدريبي لخفض اضطراب التأتأة لدى طلاب المرحلة الأساسية في المدارس محافظة عجلون في الأردن ، وقد تم تحديد خمس أبعاد لاضطراب التأتأة.

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة في دراستها المنهج شبه التجريبي لتصميم المجموعتين ضابطة والتجريبية.

أدوات الدراسة: تم تطبيق برنامج تدريبي من أعداد الباحثة ، ومقياس شدة التأتأة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (20) طالبا من طلاب الصف الثالث الأساسي، تم تقسيم العينة إلى مجموعتين، مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة.

نتائج الدراسة: توصلت الباحثة بعد تطبيق البرنامج وتحليل النتائج أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أبعاد اضطراب التأتأة لدى الطلاب ، تعزى إلى البرنامج التدريبي المستخدم في الدراسة .

03- دراسة طارق رضا طبنجات (الأردن 2017) :

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التأتأة لدى الطلبة الموهوبين في عينة أردنية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى بناء وتطوير برنامج علاجي سلوكي ، واستقصاء فاعليته في خفض شدة التأتأة لدى الطلبة الموهوبين في عينة أردنية.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذا التصميم المجموعة الواحدة عن طريق تطبيق القياس القبلي و البعدي.

أدوات الدراسة: مقياس تشخيص شدة التأتأة (-SSI) ، والأساليب الإحصائية لدراسة الفروق، برنامج علاجي سلوكي من إعداد الباحث.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (10) طلبة موهوبين يعانون من التأتأة 06 ذكور و 04 إناث.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج مايلي :

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات القياس القبلي والقياس البعد على مقياس التأناة تعزى الكلية لاختلاف إلى متغير الجنس

04- دراسة سمر حسن غصن (دمشق 2016) :

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج تدريبي في خفض شدة التأناة لدى تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي في محافظة دمشق .

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج تدريبي في معالجة اضطراب التأناة لدى عينة من التلاميذ في المرحلة الابتدائية .

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة المنهج التجريبي، وقد قسمت العينة إلى قسمين مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية.

أدوات الدراسة: تم استخدام إستمارة البيانات الأولية مقياس شدة التأناة (ssi) من إعداد "رايلي"، البرنامج التدريبي المعرب لعلاج اضطراب التأناة (Easy does it) عن هاينز وجونز.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (12) تلميذ مقسمين الى (08) ذكور و (04) إناث تتراوح أعمارهم بين (08-12 سنة).

نتائج الدراسة: جاءت نتائج الدراسة كالتالي :

وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في شدة التأناة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة ، تعزى للبرنامج التدريبي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

05- دراسة يحي حسين القطاونه (السعودية 2013) :

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج تدريبي علاجي للتلعثم وأثره في مستوى الثقة بالنفس لدى الأطفال المتلعثمين.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج تدريبي في معالجة اضطراب التأناة وأثره في تنمية الثقة بالنفس لدي عينة من الأطفال المتأتئين.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي لتصميم المجموعتين حيث تم تقسيم العينة إلى مجموعة ضابطة والأخرى تجريبية .

أدوات الدراسة: استخدم الباحث مقياس شدة التلعثم ومقياس الثقة بالنفس ، ثم تطبيق برنامج تدريبي سلوكي لعلاج التلعثم عند الأطفال.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (38) طفلاً من أحدى الجنسين من الفئة العمرية (07-10) سنوات ، حيث اختارهم الباحث عشوائياً من المترددين على عيادة النطق بالمدينة المنورة .

- **نتائج الدراسة:** جاءت نتائج الدراسة كالتالي :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05) في شدة التأثأة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة ، تعزى للبرنامج التدريبي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في مستوى الثقة بالنفس بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة ، تعزى للبرنامج التدريبي لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

6- دراسة عفراء خليل (دمشق، 2012):

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج لتخفيف شدة التأثأة لدى تلاميذ التعليم الأساسي (دراسة تجريبية في محافظة دمشق).

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى معرفة والتحقق من فاعلية برنامج لتخفيف شدة التأثأة لدى تلاميذ التعليم الأساسي.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي بتصميم مجموعتين، واحدة تجريبية والأخرى ضابطة.

أدوات الدراسة : تم استعمال في هذه الدراسة الأدوات التالية.

- قائمة لرصد المؤشرات الدالة على وجود اضطراب التأثأة المتوسطة لدى التلاميذ من إعداد الباحثة.

- مقياس المستوى الاقتصادي الاجتماعي الثقافي للأسرة من إعداد "معمر العوارنة (2008).

- اختبار الذكاء للمصفوفات المتتابعة للرافن "Raven" (1998) من إعداد عزيز رحمة (2004).

- مقياس شدة التأثأة للأطفال (ssi) من إعداد "رايلي".

- البرنامج العلاجي المستند لطريقة التأثأة السهلة من إعداد الباحثة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (30) بلهيد متأتى وتلهيذة، تم توزيعهم عشوائياً على مجموعتين متساويتين تتراوح أعمارهم بين (07- 10) سنوات ، بالإضافة إلى (15) معلم ومعلمة و(15) من أولياء الأمور.

نتائج الدراسة: فاعلية البرنامج الذي يعتمد طريقة التأتأة السهلة في تخفيف شدة التأتأة المتوسطة وأثره في مفهوم الذات لدى عينة من التلاميذ في مرحلة التعليم الأساسي في مدارس محافظة دمشق .

7- دراسة جهاد أحمد المصري (عمان، 2011) :

موضوع الدراسة : أثر برنامج تدريبي مستند إلى التغذية السمعية الراجعة المتأخرة ومشاركة الأهل في خفض شدة التلعثم لدى الأطفال.

-هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج تدريبي مستند إلى التغذية السمعية الراجعة المتأخرة ومشاركة الأهل في خفض شدة التأتأة لدى الأطفال .

- منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج التجريبي بتصميم المجموعتين، مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية.

- أدوات الدراسة: مقياس شدة التأتأة في نسخته الثالثة بعد تعريبه ، البرنامج التدريبي مستند للتغذية السمعية الراجعة.

- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (20) طفلاً يعانون من اضطراب التأتأة من المتواجدين في مركز لتأهيل الأطفال ، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية .

- نتائج الدراسة: وقد أسفرت النتائج الدراسة:

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى(0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

- وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين وذلك بعد انخفاض الإطلاات والتكرارات الكلية في مدة التأتأة لصالح المجموعة التجريبية.

8- دراسة ميس علي مخلوف (دمشق 2010):

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأتأة الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأثني في مدينة دمشق.

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى التعرف فاعلية برنامج تدريبي في تخفيف شدة التأتأة الابتدائية لدى عينة من الأطفال المتأثني.

منهج الدراسة : تم استخدام المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة (القياس القبلي و البعدي).

أدوات الدراسة: تم استخدام في هذه الدراسة مايلي :

- مقياس شدة التأتأة (ssi) من إعداد "رايلي".

- بطاقة ملاحظة من إعداد الباحثة.

- البرنامج التدريبي من إعداد الباحثة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة تجريبية من (05) أطفال متأثني، تتراوح أعمارهم بين (06-08) سنوات.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج التدريبي المعد في خفض شدة التأتأة بشكل عام ، كما حقق البرنامج فاعليته في الأعراض التالية (التكرار ، السلوكيات الفيزيائية المرافقة) بإستثناء الإطالة

9- دراسة عبد الله المطلب الرعود (الأردن، 2008):

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين في الأردن.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج علاجي سلوكي في خفض شدة التأتأة ومستوى القلق لدى عينة من الراشدين في الأردن .

منهج الدراسة: طبق الباحث المنهج التجريبي وقسم العينة إلى مجموعتين ضابطة وتجريبية.

أدوات الدراسة: استخدمت في ذلك اختبار قياس شدة التأتأة ومقياس مستوى القلق، برنامج علاجي سلوكي من إعداد الباحث لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (44) راشد تم اختيارهم عشوائيا من المراجعين على عيادة النطق.

نتائج الدراسة: توصل الباحث للنتائج التالية:

- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس شدة التأتأة وأعراضها (التوقفات – التكرارات..) تعزى إلى البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الأفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مستوى القلق تعزى الى البرنامج لصالح المجموعة التجريبية.

10- دراسة رنا سحيم الدبوس (مصر 2008) :

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

- **هدف الدراسة:** هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية برنامج علاجي سلوكي في التخفيف من شدة التلعثم .

- **منهج الدراسة:** استخدمت الباحثة في دراستها المنهج التجريبي ذو التصميم مجموعتين (ضابطة- تجريبية) .

- **أدوات الدراسة:** مقياس شدة التلعثم ، متهات برتيوس للذكاء ، ومقياس القلق، برنامج علاجي سلوكي من إعداد الباحثة.

- **عينة الدراسة:** تكونت عينة الدراسة من (20) طفل وطفلة متلعثمين تراوحت أعمارهم بين (9-12) سنة .

- **نتائج الدراسة:** توصلت نتائج الدراسة إلى مايلي:

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي.

- وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي على مقياس التلعثم لصالح القياس البعدي.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أطفال المجموعة التجريبية في القياسين القبلي و البعدي والتتبعي على مقياس القلق.

11- دراسة غادة محمود كسناوي (مكة المكرمة ،2008):

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام (التلعثم نموذجاً) لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى معرفة درجة وشدة التلعثم ، والعمل على تحقيق أهداف البرنامج الإرشادي (**Easy does it**) في التخفيف وعلاج التأتأة والتلعثم.

منهج الدراسة: استخدمت الباحثة منهجاً وصفيّاً تتبعياً لوصف حالات عينة الدراسة وصفاً دقيقاً ، وتصميماً تجريبياً ذا مجموعة واحدة بقياس قبلي ، ثم تطبيق البرنامج ، يلي ذلك إجراء قياس بعدي

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

- برنامج إرشادي (**Easy does it**) عن هاينز وجونز ، ترجمة نهلة عبد العزيز رفاعي .

- مقياس اختبار شدة التلعثم عن " ريلي " تعريب وترجمة نهلة عبد العزيز رفاعي (1999) .

- جداول لتفريغ المعلومات من إعداد الباحثة ، أدوات مساعدة : كراسة ملاحظة ، كاسيت.

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (10) التلاميذ والتلميذات الذين يعانون من التلعثم والتأتأة ،

7 إناث و 3 ذكور، تراوحت أعمارهم بين (08-13 سنة).

نتائج الدراسة: كانت نتائج الدراسة كالتالي:

- رفض الفرضية إذ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات تكرار حدوث التلعثم في القياس القبلي والقياس البعدي ، ويعود ذلك الفرق للأثر الذي أحدثه البرنامج الإرشادي (**Easy does it**) على تكرار حدوث التلعثم.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات طول فترة التلعثم في القياس القبلي والقياس البعدي

- رفض الفرضية إذ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الحركات والأصوات المصاحبة للتلعثم في القياس القبلي والقياس البعدي.

- رفض الفرضية إذ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع متوسطات القياس القبلي والقياس البعدي ولصالح القياس البعدي ، مما يؤكد على فاعلية البرنامج الإرشاد.

12- دراسة عبد العزيز أحمد سليم (الإسكندرية، 2004):

موضوع الدراسة : مدى فعالية برنامج علاجي تكاملي متعددة الأبعاد في علاج بعض حالات اللجاجة لدى عينة من التلاميذ المرحلة الابتدائية.

هدف الدراسة: هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التحقق من مدى فعالية برنامج علاجي تكاملي متع دد الأبعاد في علاج اللجاجة لدى عينة من الأطفال المتلججين.

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي في هذه الدراسة والذي يقوم على إستخدام مجموعتين واحدة تجريبية و الأخرى ضابطة.

أدوات الدراسة: تم إستخدام أدوات الدراسة التالية:

- اختبار الذكاء المصور (إعداد: أحمد زكي صالح).

- مقياس تقدير الذات (إعداد: محمود فتحي عكاشة).

- مقياس قلق الحالة (إعداد: ببرجي تقني، عبد الرقيب البحري).

- مقياس المستوى الاجتماعي الثقافي الاقتصادي (إعداد: عادل البنا).

- البرنامج العلاجي (إعداد الباحث).

عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (22) طفلا وطفلة ، تتراوح أعمارهم بين (08-10) سنوات الذين يترددون على مشفى سيورتنج بالإسكندرية بمصر.

- نتائج الدراسة : كانت نتائج الدراسة كالتالي :

- فعالية البرنامج التدريبي علاجي في تخفيف شدة التأتأة

- فعالية البرنامج التدريبي علاجي في تخفيف من الأعراض المصاحبة شدة التأتأة.

13- دراسة أحمد محمد الشريم (الرياض، 2003):

موضوع الدراسة : فاعلية برنامج نفس "معرفي سلوكي" في علاج التأتأة لدى الأطفال بالمرحلة الإبتدائية بمدينة الرياض.

هدف الدراسة: تهدف الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية برنامج " نفس – معرفي -سلوكي "في علا ج اللججة عند الأطفال من سن (09-12) سنة .

منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي ذو التصميم المجموعتين (مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية).

أدوات الدراسة: تم استخدام ما يلي :

- مقياس تقدير المواقف المثيرة للجلجة (إعداد: د.كاميليا عبد الفتاح ود.عبد العزيز لشخص).

- مقياس الذكاء المصور (إعداد : احمد زكي صالح).

- البرنامج العلاجي (الضبط الذات لميكنيوم) من إعداد الباحث.

عينة الدراسة: طبقت الدراسة على عينة يبلغ عددها (20) طفلاً من الذين تم تشخيصهم في عيادات التخاطب والكلام بطريقة عشوائية من الذين يعانون من اللججة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة من سن(09-12) سنة.

نتائج الدراسة: كانت نتائج كما يلي :

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و البعدي، وانخفاض درجات حالات اضطراب اللججة لدى المجموعة التجريبية وذلك لصالح التطبيق البعدي

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبية ومتوسطات المجموعة إحصائياً في الضابطة على درجات في اضطراب اللججة، مع ملاحظة وجود انخفاض دال درجات اضطراب اللججة لدى المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج .

14- دراسة محمد سيد بخيت (مصر ،1999) :

موضوع الدراسة : برنامج مقترح لعلاج التلعثم لدى المراهقين.

- هدف من الدراسة : إلقاء الضوء على أبعاد مشكلة التأتأة و الإتجاهات الحديثة لعلاج التأتأة وكذا تطبيق البرنامج العلاجي المقترح.

- منهج الدراسة: استخدم الباحث في دراسته المنهج التجريبي ذات التصميم مجموعتين (ضابطة-تجريبية)

- أدوات الدراسة : تم استخدام في الدراسة مايلي :اختبار الذكاء مصور - مقياس السنوي الاقتصادي للأسرة – مقياس شدة التأتأة (3-ssi) – الأساليب الإحصائية.

- عينة الدراسة: حددت عينة الدراسة بـ المجموعة الأولى الضابطة والمتكونة من 24 ذكر و 08 إناث والمجموعة الثانية 24 ذكر و 08 إناث يتراوح سنهم بين (13-17).

- نتائج الدراسة : كانت نتائج كالتالي :

- وجود فروق دالة إحصائية بين تقويم الأول والتقويم الثاني بعد العلاج بالنسبة للأفراد المجموعة الأولى بعد العلاج.

- وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة الأولى وأفراد المجموعة الثانية بالنسبة لظهور أسرع للتحسن الأولى للكلام.

- نتائج تقنية وصل الأصوات أكثرا ثبات بالنسبة لحالات متوسطة التلعثم.

15- دراسة أحمد محمد رشاد (مصر 1993):

موضوع الدراسة : استخدام برامج متنوعة لعلاج التلعثم المراهقين والأطفال (دراسة تجريبية مقارنة).

- هدف الدراسة: تسليط الضوء على مشكلة التأتأة عند المراهقين والأطفال ،وتقييم للبرامج العلاجية المتعارف عليها والأكثر استخداما وكذا اختبار مدى مناسبة الطرق العلاجية الحديثة لعلاج التأتأة.

- منهج الدراسة: استخدم الباحث المنهج التجريبي لتصميم المجموعات، مجموعتين تجريبتين ن ومجموعتين ضابطتين وذلك باستخدام برنامجين مختلفين.

- أدوات الدراسة: استبيان للتعرف على مستوى الإقتصادي والإجتماعي، اختبار للتعرف على مدى شدة التأثأة (قياس قبلي و بعدي)، برنامج تقنية التغذية الراجعة (رجع الصدى) ، وبرنامج العلاج السلوكي .
- عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (64) حالة متلثم (48) ذكور و (16) إناث مقسمين على مجموعتين ، وبتراوح سن العينة بين (12- 19) سنة.
- نتائج الدراسة : توصل الباحث إلى النتائج التالية :
- تحسن معظم الحالات المجموعة التجريبية الثانية التي تم استخدام عليها البرنامج العلاج السلوكي مقارنة بنتائج المجموعة الأولى التي تم تطبيق البرنامج العلاج تقنية التغذية الراجعة.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المستوى الإقتصادي المرتفع والمجموعة المستوى الإقتصادي المنخفض وهذا لا يدل على أنه هناك علاقة بين مستوى الإقتصادي واضطراب التأثأة.

ثالثا- الدراسات الأجنبية:

1 -دراسة أوريلي ماركادور و لوسي مارموس (مرسيليا- فرنسا ، 2022):

Validation d'un protocole (2G2A) de rééducation du bégaiement et bredouillement.

- موضوع الدراسة : فعالية برتوكول (2G2A) لإعادة تأهيل التأثأة والسكتة الدماغية (إيماءات من السعة المفصلية الكبيرة).
- هدف الدراسة : اختبار فعالية برتوكول علاجي (2G2A) لإعادة تأهيل التأثأة و السكتة الدماغية على نطاق أوسع والحد من تطور الإضطراب وتحسين جودة الحياة عند الأشخاص المتأثئين والمصابين بالسكتات الدماغية.
- منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعة الواحدة عن طريق تطبيق القياس القبلي والقياس البعدي.
- أدوات الدراسة : تم استخدام في هذه الدراسة عدة أدوات وهي كتالي :
- إختبار يقيس جودة و نوعية الحياة (L'oases).
- تقنية التسجيل الصوتي لحفظ عينة الكلامية للمرضى.

- برتوكول العلاجي (2G2A) لإعادة تأهيل التأتأة والسكتة الدماغية.

- الأساليب الإحصائية والنسب المئوية.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (23) مصابا بالتأتأة تتراوح أعمارهم بين (10- 19) سنة.

- نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى انخفاض في متوسط شدة التأتأة وتسجيل تحسن متوسط في الطلاقة الكلامية وكذا تحسن في مستوى جودة الحياة عند الحالات.

2-دراسة أسو سجستروند و آخرون (أوصلو ،2021):

-Non-pharmacological interventions for stuttering in children six years and younger.

موضوع الدراسة : التدخلات الغير الدوائية في علاج التأتأة عند الأطفال (06) سنوات وأقل.

- هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى معرفة وتقييم الآثار الفورية والبعيدة الأمد للتدخلات الغير الدوائية للتأتأة في نتائج الكلام ومواقف التواصل ونوعية الحياة والآثار الضارة المحتملة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 06 سنوات أو أقل.

- منهج الدراسة: تم استخدام المنهج التجريبي ذو تصميم المجموعتين واحدة ضابطة والأخرى تجريبية.

- أدوات الدراسة : استخدم الباحثون عدة أدوات : برنامج العلاجي (Lidcomb) و مجموعة التحكم في قائمة الانتظار و الأساليب الإحصائية والنسب المئوية.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (151) طفلا تتراوح أعمارهم بين (02- 06) سنوات .

- نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى انخفاض في نسبة تردد التأتأة عند مستوى دلالة (0.001) لصالح المجموعة التجريبية، كما أن البرنامج (Lidcomb) يمكن أن يزيد من كفاءة وطلاقة الكلامية عند البالغين.

3- دراسة شرون لوران و كلارت منون (باريس ، 2020) :

-Programme d'exportation des techniques acquises en orthophonie dans le quotidien des adolescents qui bégaiant.

موضوع الدراسة : برنامج تصدير تقنيات المكتسبة في علاج الكلام في الحياة اليومية للمراهقين المتأثرين.

- هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى معرفة و تحليل فعالية برنامج التدريب البيئي في الأماكن اليومية عن طريق تأهيل التأثرة عند المراهقين.

- منهج الدراسة : تم اعتماد منهج التجريبي ذو التصميم المجموعة الواحدة عن طريق القياس القبلي والقياس البعدي.

- أدوات الدراسة : تم استخدام في هذه الدراسة الأدوات التالية :

- اختبار تقييم للقيود الناتجة عن التأثرة ، قسم من اختبار جودة الحياة (L'oases).

- اختبار اللغة لعدد الكلمات المتأثرة.

- قسم من اختبار لوصف الصور.

- برتوكول علاجي الخاص بتقنيات المكتسبة في علاج الكلام.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (08) مراهقين المتأثرين تتراوح أعمارهم بين (11- 16).

- نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى أن تحسين الحياة اليومية للمتأثرين بساعد في علاج وتحسن الطلاقة الكلامية وانخفاض التأثرة عندهم.

4- دراسة كلوديا ريجينا (البرازيل ،2020) :

-Treatment clinical trial – three types – for children with fluency disorders and stuttering.

موضوع الدراسة : التجربة العيادية للعلاج – ثلاث طرائق – للأطفال الذين يعانون من اضطراب الطلاقة و التأثرة.

- **هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى تحديد التجربة السريرية للعلاج في ثلاثة طرائق من شأنها التحقق مما إذا كانت العلاجات التي تم إختبارها للتأتأة المزمنة تقدم مؤشرات فعالة وسليمة.
 - **منهج الدراسة :** تم استخدام في هذه الدراسة المنهج شبه تجريبي عن القياس القبلي والبعدي والمنهج العيادي لتحليل والتقييم..
 - **أدوات الدراسة :** تم استخدام الأدوات التالية : - برتوكول تقييم شدة التأتأة (CDS) ، ثلاثة برامج علاجية (GCD) تمثلت في (البرنامج الأخضر والأصفر والأحمر).
 - **عينة الدراسة :** تكونت عينة الدراسة من حوالي 252 طفلا تتراوح أعمارهم بين (02 – 12) سنة الذين خضعوا للتقييم والعلاج.
 - **نتائج الدراسة :** توصلت الدراسة إلى نتائج التالية : قدمت البرامج الثلاثة نتائج ايجابية في التقييم والعلاج ، انخفاض عام في اضطراب التأتأة وتعزيز في طلاقة الكلام.
- 5- دراسة بوريل ستيفاني (فرنسا ، 2018) :**

-Efficacité du programme Lidcombe en téléorthophonie (étude comparative).

- موضوع الدراسة :** فعالية برنامج Lidcombe عن طريق تليفون (دراسة مقارنة) للمتأثرين
- **هدف الدراسة :** تهدف الدراسة إلى إظهار فعالية برنامج " Lidcombe " وإثبات قابلية استخدامه بطريقة تجريبية عن طريق كاميرا الويب للمتأثرين .
- **منهج الدراسة :** تم استخدام المنهج المقارن عن طريق مقارنة مجموعة أفواج من المتأثرين في المدارس الفرنسية استفادوا من البرنامج Lidcombe لدعم معالجة التأتأة.
- **أدوات الدراسة :** تم استخدام معيار تقييم الأسبوعي ، عدد الجلسات علاج التأتأة
- **عينة الدراسة :** لم تحدد ولكن تم الإشارة إليها من خلال الذين استفادوا من برنامج العلاجي في المدارس.
- **نتائج الدراسة :** أظهرت الدراسة نتائج فعالية برنامج " Lidcombe " في علاج المتأثرين عن بعد .

6- دراسة كونستاس بونال و ألفاريز إيما (ليون – فرنسا ، 2016) :

-Le begaiement adulte : interets d'une stimulation par le chant en therapie orthophonique (Six études de cas unique.)

موضوع الدراسة : علاج الكلام عن طريق الغناء للبالغين المتأثرين (دراسة لـ 06 حالات).

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية علاج التأتأة عن طريق الغناء ومقارنة هذا العلاج بالعلاجات اللغوية الأخرى.

- منهج الدراسة : تم استخدام المنهج العيادي لدراسة الحالة .

-أدوات الدراسة : استخدم الباحثان برنامج العلاج الغنائي وبرنامج العلاجات اللغوية.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (06) حالات متأثرين مقسمين إلى مجموعتين في كل مجموعة (03) حالات ، المجموعة الأولى يطبق علاج الغنائي والثانية يطبق عليها العلاج اللغوي.

- نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى وجود اختلاف في الدلالة الإحصائية في المهارات اللفظية والاجتماعية لصالح المجموعة الأولى (العلاج الغنائي) ، كما أظهرت الدراسة تحسن في الطلاقة لصالح المجموعة الأولى أيضا.

7- دراسة كولبي جيلمور (و م الأمريكية ، 2013) :

-Treatment of Stuttering in Children: Clinician Perceptions of Therapy Approaches.

موضوع الدراسة : علاج التأتأة عند الأطفال (تصورات الأطباء عن مقاربات العلاج).

- هدف الدراسة : تهدف هذه الدراسة إلى استكشاف نطاق مناهج العلاج المستخدمة لعلاج الأطفال الذين يتأثرون من أجل تحديد إمكانية استخدام الأجهزة التكنولوجية بدلا من الأساليب اللفظية.

- منهج الدراسة : تم استخدام المنهج المسحي والوصفي في هذه الدراسة .

- أدوات الدراسة : تم استخدام استبيان إلكتروني.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 100 أخصائي أمراض اللغة والكلام الذين أجروا علاجاً باستخدام الطريقتين على أطفال يتلعثمون .

- نتائج الدراسة : أظهرت النتائج أن استخدام الأساليب اللفظية لها فعالية كبيرة بالنسبة للأطفال الذين يتلعثمون في الفئة العمرية من (07- 12) سنة مقارنة بالأساليب الأجهزة التكنولوجية.

8- دراسة بلانشيت لوريان ومازا لبزي دلفين (ليون – فرنسا ، 2008) :

-Etude de trois cas d'adultes porteurs de bégaiement dans le cadre d'une prise en charge par une thérapie cognitivo comportementale de groupe.

موضوع الدراسة : دراسة لثلاثة حالات من البالغين متأثنين من خلال السلوك المعرفي الجماعي.

- هدف الدراسة : تهدف الدراسة إلى تعرف والتحليل عملية الإنخفاض التأتأة عند البالغين في علاج الجماعي عن طريق التوجيه السلوكي المعرفي.

- منهج الدراسة : تم استخدام المنهج التجريبي من خلال تصميم المجموعة الواحدة القياس القبلي والقياس البعدي والمنهج العيادي من أجل التحليل ودراسة الحالة.

- أدوات الدراسة : تم استخدام في هذه الدراسة : مقياس التقييم الذاتي للمرضى ، التسجيل الصوتي وكذلك تقنية الفيديو ، العلاج السلوكي المعرفي الجماعي.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من 03 حالات بالغين مصابين بالتأتأة منذ الطفولة تتراوح أعمارهم بين (18- 42) سنة.

- نتائج الدراسة : أظهرت الدراسة تحسن جيد في الطلاقة عند الحالات وكذلك انخفاض في معدل الفلق وتحسن في المهارات الإجتماعية و إرتفاع في مستوى تقدير الذات.

09- دراسة ميشيل كيفت وجوي أرمسون (و م الأمريكية ، 2008) :

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

موضوع الدراسة : تأثير الكلام السهل على عدد مرات التأتأة و معدل الكلام الطبيعي.

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

- منهج الدراسة : تم استخدام المنهج الوصفي.

- أدوات الدراسة : تم إستخدام تقنية الكلام السهل في القراءة الجهرية، والحوار الذاتي.

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

- نتائج الدراسة : أظهرت الدراسة أنه يوجد انخفاض في عدد مرات التأتأة بمقدار (79 %) في مهمة القراءة الجهرية و (15%) في الحوار الذاتي.

10- دراسة مايكل بلومجرن و آخرون (و م الأمريكية ،2005) :

-Intensive stuttering modification therapy.

موضوع الدراسة : علاج تعديل التأتأة المكثف .

- هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى معرفة أثر تقدي م برنامج ع لاج سلوكي في تحسين مستوى الطلاقة.

- منهج الدراسة : تم استخدام المنهج التجريبي من خلال استعمال تصميم المجموعة الواحدة القياس القبلي والقياس البعدي .

- أدوات الدراسة : تم إستخدام الأدوات التالية : مقياس شدة التأتأة للراشدين ومقياس شدة التأتأة الذاتي .

- مقياس بيك للإكتئاب ومقياس القلق متعدد الأوجه ومقياس حالة القلق .

- برنامج العلاج السلوكي.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (19) بالغاً يعانون من التأتأة.

- نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى تحسن 04 بعد القياس البعدي و 06 أشخاص بعد مضي ستة أشهر من تلقيهم البرنامج العلاجي من أصل (14) فرداً استمروا في تلقي العلاج.

11- دراسة ويغمان و آخرون (و م الأمريكية ، 1993).

-Analysis of simplified treatment for stuttering in children.

موضوع الدراسة : تقويم فعالية برنامج مبسط في علاج التأتأة عند الأطفال.

- هدف الدراسة : التعرف على فعالية برنامج مبسط في علاج التأتأة عند الأطفال و التعرف على مصداقية العلاج المستخدم و تقويم طوال فترة المحافظة على الطلاقة التي استمرت ما بين (10 – 13) شهرا.

- منهج الدراسة : تم استخدام المنهج التجريبي عن طريق استخدام تصميم المجموعة الواحدة (القياس القبلي والقياس البعدي).

- أدوات الدراسة : برنامج علاجي معد من طرف الباحث.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من (08) حالات منها (06) ذكور و (02) إناث تتراوح أعمارهم بين (06- 10) سنوات يعانون بنسبة 3% على الأقل من اضطراب التأتأة ولا يعانون من اضطرابات نفسية.

- نتائج الدراسة : دعمت النتائج مصداقية البرنامج العلاجي المستخدم في علاج التأتأة عند الأطفال وفعاليتها.

12- دراسة جاغنون و لادوسير (و م الأمريكية ، 1992).

-Behavioral treatment of child stutterers.

موضوع الدراسة : فعالية العلاج السلوكي في علاج التأتأة.

- هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تقويم فعالية العلاج السلوكي في معالجة التأتأة عند الأطفال

- منهج الدراسة : تم استخدام المنهج التجريبي .

- أدوات الدراسة : برنامج علاجي اشتمل على تدريب الوعي وتنظيم التنفس والكلام بسهولة.

- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة من ثلاثة مجموعات من الأفراد يعانون من التأتأة ، حيث تكونت المجموعة الأولى من (04) أطفال من الذكور تتراوح أعمارهم بين (10-11) سنة ، أما المجموعة

الثانية تكونت من (06) أطفال تتراوح أعمارهم بين (6- 7) سنوات ، بينما تكونت المجموعة الثالثة من (08) أطفال تتراوح أعمارهم بين (06-11) سنة.

- نتائج الدراسة : توصلت الدراسة إلى أن وجود فعالية في الإجراءات المستخدمة في ضبط سلوك التأتأة عند الأطفال.

2- التعقيب على الدراسات السابقة :

1-2 من حيث الأهداف :

- تباينت الدراسات السابقة في الأهداف المرجوة من دراستها وذلك حسب طبيعة الموضوع، فهناك دراسات عملت على التحقق من فاعلية البرامج التدريبية و العلاجية المقترحة في تخفيف من شدة التأتأة وأعراضها التي تحتوي على تقنيات معينة مثل (تقنيات العلاجية ، تمارين التنفس ،الإسترخاء العضلي ، التغذية الراجعة ، القراءة السهلة،...) كدراسة (أمال عمروني 2021) ودراسة (أكعور 2001) ودراسة (المصري 2011) ودراسة (شرون 2020) ودراسة (كونستاس 2016) ودراسة (ميتشل 2008).

- بينما هناك دراسات هدفت إلى الكشف والتقصي عن بعض الخصائص الشخصية من خلال تطبيق البرامج العلاجية مثل (الثقة بالنفس ، تقدير الذات ، القلق ...) لدى الأطفال الذين يعانون من اضطراب التأتأة كدراسة (القطاونة 2013) ودراسة (أنور العبادسة 2021) ودراسة (الرعود 2008) ، وهناك بعض الدراسات الأخرى هدفت إلى دراسة العلاقة بين بعض الخصائص مثل دراسة (البارودي 2010).

- كما هدفت بعض الدراسات إلى القيام بمقارنات بين مجموعة من العلاجات لمعرفة فعاليتها مثل دراسة (خليل 2012) ودراسة (رشاد 1993) ودراسة (ستيفاني 2018) ودراسة (ريجينا 2020).

2-2 من حيث المنهج والأدوات :

- هناك إجماع بين الدراسات السابقة في وجوب استخدام المنهج التجريبي بجميع تصاميمه، لأنه يلائم هذا نوع من الدراسات وخاصة في تحقق من فعالية البرامج العلاجية المقترحة أو المطبقة، غير أنه يوجد بعض الدراسات استخدمت مناهج أخرى مثل المنهج العيادي والمنهج الوصفي وحتى المنهج المسحي ونجد هذا في دراسة (ميتشيل 2008) ودراسة (جيلمور 2013) وكذلك دراسة (ستيفاني 2016) ودراسة (كسناوي 2008) ودراسة (بارودي 2010).

- فحين نجد أنه هناك اختلاف بين الدراسات السابقة حول الأدوات والمقاييس المستعملة وأيضا في كيفية استخدامها وذلك حسب ما يتناسب مع أهدافها من أجل تحقيق النتائج المرجوة، ومن بين الأدوات المستعملة نجد ما يلي : المقابلة، الملاحظة، الميزانية الأرففونية المعدة، الاستبيانات بأنواعها العادية والإلكترونية، الإختبارات السيكمترية، إضافة إلى العديد من التقنيات والوسائل مثل الحاسوب وتقنية الفيديو والمدونات الكتابية، التسجيلات الصوتية ...

- كما نجد تنوع في المقاييس بأنواعها فمنها المكيفة و المعربة أو حتى المعدة و التي تقيس درجة وشدة اضطراب التأتأة، وهناك مقاييس تدرس الشخصية ومقاييس خاصة بالذكاء والمستوى الإجتماعي والاقتصادي وحتى الثقافي، وهناك مقاييس خاصة بجودة الحياة كما هو الحال في دراسة (أوريلي 2022) ودراسة (شرون 2020) وكذا مقاييس معرفية خاصة بالنمو العقلي والإدراكي مثل دراسة (بارودي 2010) وحتى إحصائيات عن الحالات كما هو في دراسة (جيلمور 2013) .

- كما نجد تنوع في البرامج العلاجية والتدريبية المعدة أو المكيفة و المعدلة التي تعالج اضطراب التأتأة وبعض الخصائص الشخصية كالبرنامج التدريبي المعرب لعلاج اضطراب التأتأة (**Easy does it**) عن هاينز وجونز في دراسة (الدبوس 2008) ،كما نجد أيضا البرامج الإرشادية كدراسة (كسناوي 2008).

2-3- من حيث العينة :

- هناك تمايز واضح بين الدراسات السابقة في تحديد عينة الدراسة من حيث الحجم والسن وحتى الجنس، وذلك على حسب ما يريده الباحث من اختيار العينة المقصودة وعلى حسب المنهج المستخدم، حيث نجد أن بعض الدراسات كان عدد العينة يتكون من بضع حالات تتراوح ما بين (03 – 10) حالات مثل دراسة (أمال عمراني 2021) ودراسة (براح 2020) ودراسة (ركزة 2014) ودراسة (أكعور 2001) ودراسة (طبنجات 2017) ودراسة (مخلوف 2010) ودراسة (كسناوي 2008) ودراسة (شرون 2020) ودراسة (كونستاس 2016) ودراسة (بلانشيت 2008) ودراسة (جاغنون 1992).

- في حين نجد أن يوجد بعض الدراسات تجاوز عدد العينة 10 حالات ووصل في بعض الدراسات إلى غاية 200 حالة، و يمكن تقسيمها كالتالي:

- عينة الدراسات الأكثر من 10 حالات : نجد دراسة (غصن 2016) ودراسة (بلومجرون 2005).

- عينة الدراسات الأكثر من 20 حالة : نجد دراسة (أوريلي 2022) دراسة (العبادة 2021) دراسة (الفواقنة 2020) دراسة (المصري 2011) دراسة (الدبوس 2008) دراسة (سليم 2004) دراسة (الشريم 2003) دراسة (بخيت 1999).

- عينة الدراسات الأكثر من 30 حالة : نجد دراسة (القطاونة 2013) دراسة (خليل 2012) دراسة (ميثيل 2008).

- عينة الدراسات الأكثر من 40 حالة: نجد دراسة (الرعود 2008) ودراسة (رشاد 1993).

- عينة الدراسات الأكثر من 100 حالة : نجد دراسة (أسو 2021) ودراسة (ريجينا 2020) ودراسة (جليمور 2013) .

- كما اختلفت الدراسات في تحديد المرحلة العمرية للعينة المدروسة ، فنجد هناك الدراسات تكونت عينتها من أطفال وبتراوح عمر العينة ما بين (06- 13) سنة كدراسة (أمال عمراني 2021) ودراسة (أكعور 2001) (غصن 2016) ودراسة (مخوف 2010)) ودراسة (الدبوس 2008) ودراسة (ريجينا 2020) و دراسة (أسو 2021) ودراسة (جاغنون 1992) ، أما الدراسات التي تكونت عينتها من البالغين والراشدين فنجد دراسة (الرعود 2008) ودراسة (أوريلي 2022) ودراسة (كونستاس 2016) ودراسة (بلانشيت 2008) ودراسة (جليمور 2013) ، وكل له أسبابه في اختيار عمر العينة حسب الأهداف وطبيعة البرنامج.

4-2- من حيث النتائج:

- بالنسبة إلى النتائج الدراسات السابقة نجد أن الدراسات التي طبقت بعض تقنيات العلاج المعرفي السلوكي مثل دراسة (العبادة 2021) ودراسة (ركزة 2014) ودراسة (الشريم 2003) ودراسة (أكعور 2001) فقد أظهرت تحسن كبير في الطلاقة الكلامية وانخفاض كبير في مستوى الأعراض المصاحبة للتأتأة كتوقفات والتكرارات والتمديدات ، كما نجد تحقق جميع الفروض المتعلقة بالدلالة الإحصائية (0.05) والتي تعزى إلى أثر البرنامج.

- بالنسبة إلى نتائج الدراسات السابقة التي طبقت برامج علاجية أخرى فنجد انه يوجد تباين في النتائج المتوصل إليها وذلك راجع لطبيعة كل برنامج مطبق والأهداف المرجوة، إلا أنها أدت إلى انخفاض في نسبة اضطراب التأتأة وتحسن ملحوظ في بعض الخصائص كالقلق و الثقة بالنفس...، من خلال التحكم بها ويرجع هذا أيضا إلى أثر البرنامج العلاجي .

- في حين نجد في دراسة (كسناوي 2008) تم رفض فرضتين فارقتين متعلق بمتوسطات التكرار التأتأة عند العينة وقبول فرضية واحدة.

3- مدى الإستفادة من الدراسات السابقة :

- دعم وترسيخ الفكرة الأساسية لموضوع الدراسة الحالية والمساهمة في صياغة الفروض وضبط مصطلحاتها ووضع الإطار النظري للدراسة .

- اختيار المنهج المناسب وكذلك أدوات الدراسة والإطلاع على مجموعة من الاختبارات السيكمترية والمقاييس المستخدمة في تشخيص التأتأة والمقاييس الخاصة بقياس شدة ودرجة التأتأة وخاصة عند اختيار اختبار نهلة عبد العزيز الرفاعي (2001) نسخة معربة ومقننة من اختبار " رايلي " والمستخدم في الدراسة الحالية وذلك راجع للخصائص السيكمترية المناسبة التي تساعد في قياس درجة التأتأة بشكل دقيق.

- إختيار العينة المناسبة للدراسة والتي تكونت من 06 أطفال تتراوح أعمارهم بين (06- 10) سنوات - المساهمة في بناء وإعداد برنامج تدريبي علاجي في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية وتتبع خطوات العلاج المعرفي السلوكي و تفسير النتائج المتوصل إليها.

4- مكانة الدراسة الحالية بين الدراسات السابقة :

- تعد الدراسة الحالية من بين الدراسات المحلية القليلة والأولى في القطر الجزائري إضافة إلى الدراسات العربية (في حدود علم الباحث)، التي تهدف إلى بناء برنامج تدريبي علاجي شامل على ضوء تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب التأتأة عند الأطفال وذلك باستخدام مقياس نهلة عبد العزيز الرفاعي (2001) نسخة معربة ومقننة من اختبار " رايلي " لقياس شدة التأتأة في هذا المستوى من الدراسات على عينة محلية من الجزائر وتطبيق البرنامج علاجي عليها.

- تتشابه الدراسة الحالية مع دراسة (عمراني 2021) ودراسة (أكعور 2001) ودراسة (طبنجات 2017) ودراسة (مخلوف 2010) ودراسة (كسناوي 2008) ودراسة (أوريلي 2022) ودراسة (شرون 2020) ودراسة (ريجينا 2020) ودراسة (بلانشيت 2008) في تطبيق المنهج التجريبي بتصميم المجموعة الواحدة عن طريق القياس القبلي و البعدي والذي أعطى نتائج حقيقة وكافية للموضوع الدراسة.

- تتشابه الدراسة الحالية مع دراسة (براح 2020) ودراسة (كسناوي 2008) في استخدام مقياس نهلة عبد العزيز الرفاعي (2001) نسخة معربة ومقتنة من اختبار "رايلي" لقياس شدة التأناة.

- تتشابه الدراسة الحالية مع دراسة (مخلوف 2010) ودراسة (كسناوي 2008) ودراسة (سليم 2004) ودراسة (الشريم 2003) في تطبيق البرنامج العلاجي على المرحلة العمرية للأطفال الذين يزاولون الدراسة في المرحلة الابتدائية.

خلاصة :

وخلاصة القول أن الدراسات السابقة تعمل على إثراء الدراسات اللاحقة وخلق وضعية جيدة للباحثين للإنطلاق بالمواضيع والأبحاث ، ولعل هذا ما يميز الدراسات الإجتماعية والنفسية وكذا اللغوية حيث تتيح المجال لتناول الدراسات من عدة جوانب وأوجه وبهذا يكون تنوع والتباين في دراسة ظواهر و الإضطرابات من أجل الضبط والتحكم الكامل في دراستها.

الفصل الثالث

(اضطراب التأتأة)

تمهيد

- أ/ ضبط وتحديد بعض المصطلحات.
- ب/ تصنيف اضطرابات النطق والكلام.
- 1/ لمحة تاريخية عن دراسة التأتأة.
- 2/ تعاريف خاصة بالتأتأة و أنواعها.
- 3/ أعراض التأتأة ومظاهرها.
- 4/ مراحل تطور اضطراب التأتأة.
- 5/ النظريات المفسرة لظهور للتأتأة وأسبابها.
- 6/ تقويم وتشخيص اضطراب التأتأة
- 7/ تناول العلاجي اضطراب التأتأة

خلاصة

أ- ضبط وتحديد بعض المصطلحات :

يعتبر ميدان اضطرابات اللغة والكلام ميدانا واسعا يزخر بالعديد من المصطلحات والمفاهيم التي تتعلق بهذه الإضطرابات، مما جعل بعض المصطلحات والمفردات موضع اختلاف وجدال وخاصة بين الدراسين والباحثين في هذا مجال، ويعزى ذلك ربما إلى وجود اختلاف في ترجمة بعض المراجع والصادر والأبحاث ، حيث رأينا انه بات من الضروري توضيح وتحديد بعض المصطلحات التي تتعلق باضطرابات النطق والكلام و أمراض التخاطب والتواصل، والذي من شأنه أن يقوم بإزالة هذا اللبس وخاصة ممن ما يزالون يخلطون بين هذه المفاهيم والمصطلحات خاصة الممارسين والعاملين في الميدان

أولا : مفهوم مصطلح اللغة :

يقول الجرجاني أن: " اللغة من اللغو وهو الكلام غير المعقود عليه ،وهو ما يعبر به كل قوم عن أغراضهم.

-اصطلاحيا: اللغة يمكن تعريفها على أنها عبارة عن مجموعة من الرموز المكتوبة (المقروءة) و المنطوقة و قواعد الدمج بينها بطريقة تؤدي إلى معنى، في حين هناك من يرى أن اللغة هي عبارة عن مجموعة من الرموز المنطوقة تستخدم كوسائل للتعبير أو الاتصال مع الغير و قد تشمل على لغة الكتابة أو لغة الحركات المعبرة (سامية عرعار ،2016، ص 02).

ويرى فاروق روسان (2000) أن اللغة وسيلة من وسائل أساسية للإتصال الإجتماعي ، وخاصة التعبير عن الذات وفهم الآخرين، ووسيلة مهمة من وسائل النمو العقلي والمعرفي والإنفعالي ، ويعرفها على أنها نظام من الرموز المتفق عليه والتي تمثل المعاني المختلفة ، والتي تسيير وفق قواعد معينة.

وتقسم اللغة من حيث طبيعتها إلى مظهرين رئيسيين ، الأول يسمى باللغة غير اللفظية ، ويعبر عنها بمصطلح اللغة الاستقبالية (Receptive language) وتعرف اللغة الاستقبالية على أنها تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على سماع اللغة وفهمها وتنفيذها دون نطقها، والثاني يسمى باللغة اللفظية ، ويمثل اللغة المنطوقة والمكتوبة ، ويعبر عنها بمصطلح اللغة التعبيرية (Exressive language) وتعرف اللغة التعبيرية على أنها تلك اللغة التي تتمثل في قدرة الفرد على نطق اللغة ، وكتابة اللغة وكذلك لغة الإشارة ، ويرتبط مفهوم اللغة بمصطلحات أخرى مثل مصطلح الكلام ، ومصطلح النطق ، إذ ترتبط هذه المصطلحات ببعضها البعض.(فاروق روسان ،2000، ص 12).

ثانيا : مفهوم مصطلح الكلام :

يعرف "صمويل كيرك" الكلام بأنه : عملية إنتاج أصوات ذات معنى لغوي تنتج من التنفس وإنتاج الصوت والرنين والنطق والإطار اللحني للكلام .

- كما يمكن تعريف الكلام بأنه عملية عصبية عضلية دينامية تتضمن إنتاج الأصوات الكلامية بهدف التواصل ، وبالرغم من أن الكلام ليس الوسط الوحيد للتواصل ، فإنه أكثر الأوساط فاعلية .

(الخطيب ، 2001، ص33).

والكلام هو مجموعة الأصوات اللغوية من سواكن ومتحركات التي نتجت من تحوير وتشكيل المادة الحنجرية الصوتية الأولية أو من إحداث أصوات مختلفة في جهاز النطق والذي يشمل البلعوم والفم واللسان واللهاة والشفة والأنف والجيوب الأنفية (كسناوي ، 2008 ، ص 24).

ويعرف يوسف (1997) الكلام بأنه : أي تواصل من خلال نسق من الرموز الصوتية الاصطلاحية ويأخذ الشكل المنطوق (جمعة سيد، 1997، ص 49).

- أما النطق فقد أشارت المراجع والكتب المختصة في علم النفس اللغوي و أمراض الكلام، على أنه كل ما يتعلق بعلم أصوات اللغة سواء من حيث طريقة النطق أو مخرج الصوت أو حالة الأوتار الصوتية في سكونها و اهتزازها ، وأما الطلاقة فهي طريقة خروج الكلام بسهولة ، وبلا جهد يذكر، وبسرعة مناسبة ، وفي الوقت الذي يقصد فيه بالصوت كما يختص بسمات الصوت من حيث الحدة والخشونة ، والإجهاد والراحة ، ووضع الأوتار الصوتية من حيث الشدة والارتخاء ، فإن الرنين يقصد به خروج تيار الهواء من الأنف أو الفم وما ينشأ عنه من مشكلات الخنف و غيرها.

ومما تقدم يتبين لنا بأن اللغة تهدف إلى فهم الكلمات وتكوينها وصياغتها وتشكيل المعاني التخاطبية للأفكار والمشاعر و أن الكلام يحقق هذا الهدف من اللغة.

ب/ - تصنيف اضطرابات اللغة والكلام : تصنف اضطرابات اللغة والكلام الى صنفين وهما كالتالي:

-اضطرابات اللغة : وتتمثل مظاهرها فيما يلي:

- تأخر ظهور اللغة بحيث لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها.
- فقدان القدرة على فهم اللغة و إصدارها في هذه الحالة لا يفهم الطفل اللغة المنطوقة أو ما يطلق عليه الافازيا.

- صعوبة الكتابة حيث لا يستطيع الطفل أن يكتب بشكل صحيح المادة المطلوبة منه.
- صعوبة التذكر والتعبير ويقصد بذلك صعوبة تذكر الكلمة المناسبة في المكان المناسب ومن ثمة التعبير عنها.
- صعوبة فهم الكلمات أو الجمل ويقصد بذلك صعوبة فهم معنى الكلمة أو الجملة المسموعة وفي هذه الحالة يصبح الطفل يردد الكلمة دون فهم معناها (فاروق روسان ، 2000،ص 20).

- اضطرابات النطق والكلام :

اضطرابات النطق : وتتمثل مظاهره فيما يلي :

- **الحذف:** وهو حذف الطفل حرفا أو أكثر من حروف التي تتضمنها الكلمة ومن ثمة ينطق جزءا منها فقط.
- **الإضافة :** ويقصد بذلك ان يضيف الطفل حرفا جديدا الى الكلمة المنطوقة مثل (لعبات بدلا من لعبة).
- **الإبدال :** ويقصد بذلك أن يبدل الطفل حرف بأخر من حروف الكلمة مثل (كسر بدلا عن سكر).
- **التشويه والتحريف :** ويقصد بذلك أن ينطق الطفل الكلمات بالطريقة مألوفة في مجتمع ما ، أي ينطق جميع الأصوات التي ينطقها الأشخاص العاديون ولكن بصور غير سليمة المخارج

(الغريروآخرون ،2009،ص 132)

- **اضطرابات الصوت :** ويقصد بذلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالصوت من حيث شدته أو ارتفاعه أو انخفاضه أو نوعيته وتظهر آثار مثل هذه الاضطرابات اللغوية في التواصل الاجتماعي مع الآخرين.
- **اضطرابات الكلام :** ويقصد بذلك تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة بالكلام وما يرتبط بذلك من مظاهر ترتبط بطريقة تنظيم الكلام ومدته وسرعته ونغمته وطلاقته وتشتمل اضطرابات الكلام المظاهر التالية:
- **اللثغة في الكلام:** وهي استمرار عيب محدد في أداء أصوات اللغة إلى سن ناضجة نسبيا، وهي أخطاء صوتية مفردة في نطق بعض الأصوات عند المريض مثل صوت (س) فتكون لدغة سنانية أو جانبية أو بلعومية حسب مكان خروج الصوت، أو لدغة رائئية وهو عدم مقدرة نطق حرف(ر) أو نطق الأصوات الخلفية مثل (ك) (ح) ، كأصوات أمامية مثل(ت)(د) ، على الترتيب.

(رزق، 1989، ص 34).

- التأتأة في الكلام : هي اضطراب في الطلاقة الكلامية تؤثر على الطلاقة الطبيعية لكلام، مما يمنع تدفق الكلام الطبيعي وانسياب و وتواتره ، ولها مظاهر أولية مميزة لها تتمثل في التكرار، والإطالة، والتوقفات أثناء الكلام. (أميمة حساين، 2019، ص127).

- السرعة الزائدة في الكلام : في هذه الحالة يزيد المتحدث من سرعته في نطق الكلمات ويصاحب تلك الحالة مظاهر جسمية وانفعالية غير عادية كما يؤدي الى صعوبة فهم المتحدث ومشكلات في الاتصال الاجتماعي.

- الحبسة الكلامية: في هذه الحالة يقف المتحدث عن الكلام بعد كلمة أو الجملة ما لفترة غير عادية مما يشعر السامع بأنه أنهى كلامه مع أنه ليس ذلك. (سامية عرعار ، 2016 ، ص 09).

1- لمحة تاريخية حول دراسة التأتأة:

لطالما كان اضطراب التأتأة محل دراسات وأبحاث عبر مختلف العصور، باعتبارها من الاضطرابات الظاهرة والتي تسمى السلسلة الكلامية وخاصة أثناء التواصل اللفظي، حيث ورد ذكرها عدة مرات وبعده مسميات في كتب القدماء، فقد كان قدماء المصريين هم أول من عرفوا مفهوم اضطراب التأتأة وقد أطلقوا عليه لفظ " نيت نيت "باللغة الهيروغليفية، وقد كانت محط اهتمام وبحث من مختلف التخصصات (أطباء، جراحون، فلاسفة و نفسانيون....) وذلك عبر مختلف الأزمنة والعصور ومن خلال ذلك سنرى تطور دراسة اضطراب التأتأة .

إن الأطباء الإغريق هم أول من صنّف التأتأة في خانة الأمراض، و عبّروا عنها بالاضطراب الحاد للكلام و لكن الفيلسوف أرسطو أول من قسّم اضطرابات اللغة و صنّفها بحيث يقول عن المصابين " لا يستطيع المتأثّون إضافة حرف وراء آخر بسرعة" لثما عبّر عنها آخرون بالكلام المتقطع، النطق المختلط و المشوب بعيوب، تنفس قصير، حجر في الفم... أما سقراط فقد أرجعها إلى وجود صراع في المزاج، حيث يقول أنّها ناتجة عن المزاج الأسود، و جفاف اللسان الذي أدّى إلى غلظته، ثمّ تسبب في ببطء في حركته، وهو لا يتماشى مع وتيرة التفكير ، أما في القرن السادس عشر، لكان يعتقد أنّ التأتأة راجعة لعامل البرودة والرطوبة، بحيث لكانت تعالج بمواد من شأنها التسخين و تخفيض الرطوبة.

ونجد أيضا في القرن السابع عشر فقد صنّفت التأتأة ضمن الأمراض العضوية، حيث أرجع "مورجاني" (Morgani J. B 168-1771) سببها إلى انحراف عضوي على مستوى الحنجر (l'oshyoïde)

و أما في القرن التاسع عشر، أرجع سبب التأتأة لقصور عام للأعصاب حيث يقول إيطار (Itard) (J.M.G.) أنها السبب الرئيسي، إذ لا تستطيع إثارة عضلات الحنجرة و اللسان بصفة سليمة، وأدى اهتمام بعض الجراحين بالتأتأة، إلى التفكير في التدخل الجراحي على مستوى اللسان، مثل ما اقترحه الجراح الألماني (ديفمباخ 1841) ، في حين جاء بعد ذلك التحليل النفسي مع " فرويد" والذي اعتبر ان التأتأة ناتجة عن عُصاب تشكل في المرحلة الفمّية، حيث يمثل تكرار الكلام، طريقة خاصة لعملية الرضاعة ، و بالنسبة لمحللين نفسانيين آخرين، تعبّر التأتأة عن تثبيت في المرحلة الشرجية، ترمز إلى هيجان موجّه نحو الآباء أو إحساس بتناقض حول الكلام، بين الرّغبة في التعبير و الخشية من كشف بعض الرغبات الممنوعة.

أما في القرن العشرين وخاصة في أواخره فقد أهتم الباحثون في تحديد أسباب التأتأة وتقريب بين السبب العضوي و السبب الوظيفي ومن بين هؤلاء الباحثين نجد (شوارتز 1976) والذي رأى بأن القلق يؤدي إلى تشنجات في الأوتار الصوتية وأسس نظريته على هذا الأساس ، وقد توصلت أبحاث في علم الأعصاب إلى فكرة عجز في التنسيق الحر لفي و زمن الاستجابة عند المصابين ، حيث وجدت أن عند هؤلاء بطء في الاستجابة خاصة حين يتعلق الأمر بالإصدارات اللفظية، و لوحظ من خلال هذه الأبحاث عجز في التنظيم الزمني على مستوى العضلات المساهمة في عملية الكلام.

(عزالدين البارودي، 2010، ص 13)

أما في وقتنا الحالي ظهر توجه جديد في دراسة التأتأة وعلاجها ، بعدما عجزت عدّة طرق في علاجها، و أخفقت عدّة دراسات في الوقوف على الأسباب الحقيقية المؤدية لظهورها، و أصبح التفكير ينصبّ ليس حول الشفاء أو التخلص من التأتأة، بل حول كيفية التلاؤم مع الاضطراب و العيش بشخصية المتأثّر " ليس رهانا على الرجوع إلى الطلاقة اللغوية، و لكن قبول الصعوبات الكلامية، أي إحلال تأتأة سهلة وبسيطة ، والعمل على اكساب المصابين بها مهارات جديدة في كيفية التواصل وكذلك تحسين وضعيتهم المحيطة بهم.(Chevrie et narbona ,2000, p308).

2- تعاريف الخاصة بالتأتأة: (bégaiement)

غالبا ما نجد لإضطراب التأتأة عدة مسميات مختلفة مثل: التلعثم واللججة وتهته....وفي بعض المراجع يسمى باضطراب تدفق الكلمة، وكلها مسميات ترجع لإضطراب واحد، ويرجع هذا اختلاف إلى وجود اختلاف في ترجمة بعض المراجع والمصادر للاضطراب ، إلا أنها تشير في مجملها إلى نفس الإضطراب وأعراضه، حيث تعرف التأتأة على أنها اضطراب في الطلاقة الطبيعية للكلام ، و تمتاز بتكرارات و الإطالات وتوقفات غير إرادية أثناء الكلام .

- فقد عرفها (عاقل فاخر ، 1971) بأنها مجموعة من الترددات غير النظامية والإعادة المتكررة في الكلام .(عاقل فاخر، 1971 ،ص 108).

و يعرفها أيضا هاريس (Harris) و أندروز (Andrews) (1964) بأن التأتأة انقطاع في إيقاع الكلام، ناتج عن اضطرابات غير عادية، لكثيرا ما تتكرر حيث تثير الانتباه و تتخلل عملية التواصل.

(Wyatt G. 1973 p 187)

أما عن التعريف وينجيت (wigate, 1964) للتأتأة ففيه شرح وتفسير حال حدوثها و ينص : على أنه تقطع أو توقف متكرر في طلاقة التعبير اللفظي، تترافق بسلوكات مقاومة لمصاحبة للتراكيب الوظيفية في حالة الكلام والسكوت مع وجود حالات انفعالية .

ويرى فرايبيرج (Friberg ,1992) :بأنها عدم انسياب الكلام المطلق من خلال الوقفات أثناء الكلام والإطالة والتكرار لبعض الحروف والمقاطع والكلمات.

في حين نجد جمعية التأتأة الوطنية (National Stuttering Association) ترى بأنّها اضطراب في التواصل يتضمن تقطعات في استرسال الكلام (NSA, 2002, p01).

أما الزريقات (2005) فقد أشار إلى أنّ اضطراب في الطلاقة الطبيعية لكلام تمازج:

أ - تكرارات "repetitions" -في صوت "sound" أو في مقطع. "syllable"

ب - انحباسات ووقفات أثناء الكلام. " stops - "

ج- إطالات وترددات أو حيرة "prolongs" - (الزريقات، 2005،ص 132)

أما منظمة الصحة العالمية (WHO) فتعرفها على أنّ اضطراب في طلاقة الكلام يتميز بالتكرار اللاإرادي أو الإطالة للأصوات أو المقاطع أو الكلمات، كما تتميز بالتوقفات التي تعوق انطلاق الكلام على نحو إيقاعي (Ingham, 2009, p766).

وتذكر الجمعية الأمريكية للأطباء النفسيين "American psychological association"

المعايير التشخيصية "DSM-05" في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس بأن اضطراب التأتأة هو "الإضطراب في الطلاقة الاعتيادية غير الملائمة للفرد تتميز بحدوث تكرار في مقاطع الأصوات

والإطالة في الصوت والتوقف خلال الكلمة الواحدة وتعد في الكلمات أو إطلاق كلمات بجهد فيزيائي زائد وتكرار الكلمة كاملة. (سمر غصن، 2016، ص 18)

كما نجد أن " نصيرة زلال" : قد عرفت التأتأة بأنها ماهي إلا اضطراب في تدفق الكلمة ،حيث يتم تحديد معدل التدفق من خلال إدارة التنفس الصوتي على مستوى الفسيولوجي ، ومجموعات إيقاعية كبيرة على مستوى اللغوي، حيث أنه اضطراب له جوانب مختلفة، والذي يمكن أن يربطه باضطرابات أخرى. (Zellal N,1999 , P180) .

- أم- إجراميا: فيمكن تعريف التأتأة في الدراسة الحالية بأنها الدرجة التي يتحصل عليها الطفل المتأثري على مقياس شدة التأتأة في الكلام.

ومن هنا نلاحظ من التعاريف السابقة أن التأتأة ما هي إلا اضطراب يؤثر على إيقاع الكلام حيث يتميز فيها نمط الكلام بالإطالة الزائدة وتكرار الأصوات والمقاطع ،أي تمزق وإعاقات كلامية التي يبدو فيها المتأثري وقد اختنق الكلام في حلقه بالرغم من المجاهدة والمكابدة من أجل إطلاق سراح لسانه ، وهي عدم قدرة الفرد على إتمام العملية الكلامية على الوجه الأكمل ، وهذا يوضح لنا مدى صعوبة الوضعية التي يكون فيها المتأثري أثناء الكلام.

3- أعراض التأتأة ومظاهرها:

يتميز اضطراب التأتأة بعدة أعراض ومظاهر أساسية وأخرى ثانوية ، تعطينا صورة مؤلمة حول ما يعانیه المصاب بها من خلال الصراع والقلق و الإجهاد الذي يشعر به ، فحين نجد أن أعراض التأتأة تختلف من الطفل إلى آخر وفي بعض الأحيان تتباين في الحالة الواحدة ، وتتمثل الصورة الإكلينيكية للأعراض فيمايلي:

أ:- الأعراض الأساسية :

- التكرارات: (Reptition) : يعد التكرار من أبرز السمات المميزة للتأتأة، والصورة الأكثر شيوعاً والخاصية الأساسية لإضطراب التأتأة، لاسيما عند حدوث عدة تكرارات بالصوت نفسه بالتتابع، لدرجة تلفت انتباه المستمع، فغالبا ما يكون التكرار في أول مقطع الكلمة في الجملة المعادة ، كما يمكن أن يكون في وسط الكلمة أو في آخرها، وفي بعض الأحيان يكون التكرار في الكلمة بكاملها أو حتى في الجملة .

(le huche ,1998,p 19)

- **الإطالة : (Prolongation)** : هي العرض الثاني الظاهر في اضطراب التأتأة وتعرف أيضا بالتمديدات، حيث تكون غير إرادية في مدة نطق حرف على مستوى الصوتي ، مع ملاحظة عدم التحكم في التوزيع الصوتي على مختلف مقاطع الكلام وتختلف مدة الإطالة من حين لآخر وهي غير ثابتة

(عزالدين لبارود، 2010، ص28) .

كما نجد أن صدور الأصوات مع مد أو إطالة إضافية وخاصة الحروف الساكنة، وهذه الإطالة للصوت يمكن أن تصدر بشكل هادئ أو قد تكون بشكل متوتر وكأن الطفل يدفع الصوت دفعا، ليخرج من فمه.

(السيد، 2006، ص28).

-**التوقفات : (Arrets).**

تعد التوقفات عرضا أساسيا في اضطراب التأتأة ويطلق عليها أيضا في بعض المراجع الإعاقات ، حيث يتوقف مجرى الكلام في الكلمة أو المقطع من ثانية إلى 03 ثواني وأكثر مع أعراض مصاحبة ، والتصميم على إزالة هذا الحاجز ، وقد لا تحدث التوقفات إلا مرتين أو ثلاث في حديث طويل خاصة في بعض الكلمات فقط ، أو حروف معينة في بداية الكلمة (سعاد براهيم، 2018، ص 40).

والإعاقة الكلامية تحدث بسبب انغلاق ما في مكان ما في الجهاز الصوتي تؤدي إلى إعاقة الحركة الآلية للكلام، بالإضافة إلى ضغط مستمر من الهواء خلف نقطة الإعاقة وقد يصاحب هذه الإعاقات توترا وارتعاشا في العضلات عند نقطة الإعاقة وقد تطول مدة الإعاقة أو تقصر، تبعاً لشدة الإضطراب وبالتالي يتناقص أو يتزايد التوتر العضلي (أمين ، 2000، ص28).

ب- المظاهر الثانوية: حيث قمنا بتقسيمها إلى قسمين ، هما المظاهر الجسدية والمظاهر السلوكية :

وهي مظاهر غير مرتبطة بعملية إنتاج الكلام ، وإنما تكون متعلمة ومكتسبة مع مرور الوقت، وتنتج عن المظاهر الأولية للتأتأة في الكثير من المواقف الحياتية السلبية التي عاشها المتأتم، والتي تنطلق من اعتقاده بأنه ليس متحدثا بارعا ، لذلك فقد يلجأ إلى التحفظ على كلامه، لهذا يجب التعرف عليها من أجل التدخل المبكر لمنع تطور هذه المظاهر إلى تأتأة حقيقة في مراحل المتقدمة من العمر (العلي ، 2011، ص 18) ونذكرها كالتالي :

- المظاهر الجسدية:

1- الحركات العضلية الزائدة : وتحدث هذه الحركات بشكل تلقائي لاشعوري وذلك لإعتياد الطفل المتأتى فعل هذه الحركات لإرتباطها بمحاولات للنطق ، أشهر هذه الحركات إغماض العينين وتقطيب الوجه وهز الأيدي وهز الأرجل ، وانقباض البطن واعوجاج الفم والشفاه (النحاس، 2006، ص) .

2- اضطراب عملية التنفس:

وتتمثل في اختلال في عملية التنفس مثل استنشاق الهواء بصورة مفاجئة وإخراج كل هواء الزفير، ثم محاولة استخدام الكمية المتبقية منه في إصدار الأصوات (فيصل عفيف، 2011، ص35)، حيث يظهر لنا في هذه الحالة المتأتى وكأنه يعاني من انسداد في مجرى التنفس ، ويرافق اضطراب عملية التنفس زيادة في معدل ضربات القلب عند محاولته الكلام أو البدء فيه، ورعشة في الفك والشفاه ، وتشنجات في عضلات الحلق والحجاب الحاجز، وحركات لاإرادية في العينين. (العلي ، 2011، ص 55).

- المظاهر السلوكية:

1- السلوك التأجيلي :

يظهر السلوك التأجيلي في إدخال المتأتى أجزاء من الكلام داخل الكلام الطبيعي ليبدو كما لو كان شيئاً طبيعياً ، حيث يلجأ المتأئين إلى وضع الكلمات مثل (يعني ، مثلا ، أه...) داخل الكلام حتى يغطي بها أسلوب كلامه المتلعثم حيث يظهر كوسيلة للخروج من الموقف المحرج.

2- السلوك التجنبي :

يتوقع المتأتى أنه معرض للتأتأة ، لذلك يحاول تجنب الوقوع فيها ويعتبر سلوك التجنبي سلوكاً متعلماً قوياً وتلقائياً، ولا يمكن تعديله أو تغييره لدى المتأتى، فهو سلوك راسخ في ميكانزمية تفكيره، ويعمل هذا السلوك على حماية المتأتى عاطفياً ونفسياً، وكذلك قد يرافقه مظاهر جسدية، كالغمز بالعينين، وتشابك الأصابع، وهز الرأس (السرطاوي وأبوجودة ، 2000، ص 349).

3- رفض مساعدة المخاطبين :

يرى لوهوش (Lehuche.F) أن 60% من الأشخاص المتأئين يرفضون أن يقترح عليهم كلمات ، أو أن يقاطعهم أحد قبل انتهائهم من الكلام ، وهنا نجد أن المتأتى يحاول رسم صورة سليمة تدافع عن موقفه أثناء العملية الكلامية. (Monfrais,2000, p 39).

4- ردود الأفعال الإنفعالية :

نجد أن المتأتئي تكون له ردات أفعال انفعالية كالقلق والتوتر والخوف والعدوانية والشعور بعدم الكفاءة وأحاسيس من العجز واليأس والخجل ، وقد تزداد حدة هذه الأعراض بدرجة تعوق المصاب بها عن التواصل مع البيئة المحيطة وخاصة إذا دخل المتأتئي في عملية كلامية مع أشخاص غريبين عنه حيث تظهر ردود أفعاله بصور واضحة.

وجدير بالذكر هنا، أن هذه الأعراض قد تختلف كثيراً من متأتئي إلى آخر بل وتختلف أيضاً لدى الحالة الواحدة من حين إلى آخر، وهناك حروف أكثر استثارة لأعراض التأتأة كالباء والتاء والداد والجيم والكاف، ولا سيما إذا كانت في مطلع الكلمات وتبعاً للمواقف التي يمر بها المتأتئي

(فيصل العفيف، 2011، ص36).

ولعل مثل هذا التباين الواسع هو الذي أدى إلى صعوبة وجود تصور للتأتأة يتسم بالشمولية ، وان كان يمكننا القول أن ما سبق وذكرناه يعد وصفاً يتسم إلى حد كبير بالدقة للتعبير عن حالة اضطراب الطلاقة الكلامية.

- نسبة إنتشار التأتأة :

تشير الدراسات أن التأتأة يمكن أن تظهر في أي عمر، ويغلب عليها ظهور في مرحلة اكتساب اللغة أو مرحلة دخول المدرسة الابتدائية وأكثر من 50% من المتأتئين يبدؤون التأتأة بصورة مبكرة في الحياة، وعادة ما تبدأ التأتأة في عمر الثالثة (الزرا، 1990، ص163) ، وتختلف نسبة انتشار التأتأة حسب العمر والجنس والبيئة التي يعيش فيها الإنسان ، فقد أشار أندروز (Andrews,1983) إلى أن نسبة التأتأة تقل عن (01%) عند البالغين (Guitar, 2006,p 15) ، أما عن نتائج "روزنفيلد" فقد أشار إلى أن تقدير معدل انتشار التأتأة كان (04%) لدى الأطفال بينما لدى الكبار بنسبة تتراوح بين (01 إلى 02%) ، أما "بلودشتين (Bloodsten, 1995) فقد أكد أن نسبة (05%) ترجع للأطفال في حين نسبة (01%) لعامة الناس.(Ginsberg & Wexler, 2000 , p 229).

وفي الولايات المتحدة الأمريكية فقد أشارت أخر الدراسات إلى نسبة التأتأة بلغت (01%) من مجموع السكان (02 مليون من الصغار والكبار في الولايات المتحدة)، وفي بعض الدراسات الأجنبية تشير إلى أن (4.5%) من البريطانيين يعانون من التأتأة ، كما أن (85%) من المتأتئين تظهر أعراض التأتأة عليهم في عمر ما قبل المدرسة (جهاد أحمد ، 2011، ص20).

أما في البلاد العربية فنجد عدة دراسات أشارت إلى نسبة انتشار التأتأة، فمثلا نجد أن (فهمي 1975) أجرى مسحاً في المدارس الابتدائية في مدينة القاهرة ومحيطها فوجد أن نسبة التأتأة (1.34 %) ، وفي مسح آخر قام به كل من بشرى وعكاشة في المدارس الابتدائية في شرق القاهرة فكانت نسبة التأتأة (0.39 %) (عكاشة، 1982، ص 382) ، وفي الأردن أجرى (الخميسة) دراسة إحصائية تحليلية لمراجعي عيادة النطق في مدينة الحسين الطبية، تكونت العينة من (1265) مراجعاً شكلت التأتأة نسبة % 11 من الحالات المراجعة (الخميسة، 1997) وفي السعودية أجرى الشخص دراسة في عام (1991) أشارت النتائج إلى أن نسبة التأتأة بلغت 0,69 % من مجموع أفراد الدراسة .

(الشخص 1997 ، ص156)

فحين نجد أن في الجزائر قام كل من " محمد حولة و فاخت معروف" بالإشارة في دراسة لهم نشرت سنة 2018، إلى أن نسبة انتشار اضطراب التأتأة في الوسط المدرسي الجزائري في الطور الأول والثاني وصلت إلى حدود (15%) من مجموع اضطرابات اللغة المنتشرة (حولة وآخر، 2018، ص 519).

ومن هنا يظهر لنا من خلال النسب المنتشرة للتأتأة في الدراسات الأجنبية والعربية وكذا الوطنية أنه اضطراب يحتاج إلى اهتمام كبير وخاصة في مجال العمل النفسي والتربوي، ذلك أن الدراسات أشارت إلى غياب دور المدرسة والأسرة في محاولة التخفيف من انتشارها عن طريق التدخل والتشخيص المبكر والذي بإمكانه مساعدة المتأثر في تجاوز محنته وتخفيف من أعراض الاضطراب عنده.

4- أنواع اضطراب التأتأة : هناك أربعة أنواع رئيسية من التأتأة و هي:

1/ التأتأة القرارية : (Bégaiement tonique) تتميز بالانقطاع و التردد أثناء الكلام، كما يظهر التكرار أيضا نتيجة لذلك، حيث يسعى المصاب بكل جهده لأن ينهي كلامه فيكون الإيقاع سريعا و تزيد صعوبة التحكم فيه.

2/ التأتأة الإختلاجية : (Bégaiement clonique) تتميز بتكرار غير إرادي لصوت أو مقطع من الكلمة أو كلمة بكاملها، عند مباشرة الكلام أو إعادة الانطلاق فيه.

3/ التأتأة الإختلاجية القرارية : (Bégaiement clonico-tonique) يجمع هذا الشكل بين مظاهر الشكلين السابقين عند الشخص المصاب وهي الحالة الأكثر شيوعا.

(اسماعيل لعيس ، 1988 ، ص 79-80).

4/ التأتأة الكفية : (Bégaiement par inhibiton) وهو نوع من تأتأة نادرة الوقوع حيث يتخلل كلام المصاب فترات من السكوت الفجائي أو التوقف ، لمباشرة الحديث بعدها أحيانا وأخرى لا يستطيع ذلك ، يصاحبها ضغط عضلي شديد ، و صعوبة كبيرة في مواصلة الكلام ، وأحيانا استحالته ، سرعة نبضات القلب ، تعرق وفي حالات الحادة تبول مع تشوهات تعابير الوجه بكثافة شديدة .

. (Zellal N , 1988, P28-29)

5- مراحل تطور اضطراب التأتأة :

إن وصف مراحل تطور التأتأة يختلف حسب اختلاف منظور الدراسين والباحثين ونظرتهم إلى اضطراب التأتأة ، فمنهم من تناولها حسب الفئة العمرية ، ومنهم من تناولها حسب تطورها النمائي ، إلا أن النظرة الأقرب هو ما قدمه الباحث "بلودستين (Bloodstien 1969) والذي قسم مراحل تطور التأتأة إلى أربع مراحل من منظور التطوري التكويني وهي كالآتي :

- المرحلة الأولى:

تبدأ هذه المرحلة قبل التمدرس وتمتد حتى السنة السابعة ، وفيها تميل الصعوبة إلى أن تكون عارضة وتظهر لمدة أسابيع أو شهور ويليهها فترة فاصلة طويلة من الكلام العادي، وفي هذه المرحلة يصعب على الطفل النطق أو التعبير بوضوح أو بطلاقة عادية مع بطء الاستجابة الكلامية و بذل الجهد و الانفعال من أجل إخراج الكلمات وفي هذه المرحلة تكون فيها التأتأة تواترية يُلاحظ فيها بواحد الاهتزاز و التردد السريع ثم الاسترخاء في عضلات النطق دون وجود انفجارات صوتية أو تشنجات، وخلال هذه المرحلة تحدث التأتأة عندما يكون الأطفال مثيرين أو منزعجين، وعندما يكون لديه الكثير ليقولوه وتحت ظروف أخرى من ضغط التخاطب ، غير أن هذه التأتأة العارضة يحدث الشفاء فيها بنسبة مرتفعة (آغا، 2000، ص 19)، حيث يمكننا تلخيص السمات العامة لحالات التأتأة الابتدائية بمايلي:

- 1- المتأثي في هذه المرحلة يتراوح عمره بين(2 و 6) سنوات.
- 2- تظهر لديه السلوكات الرئيسية الآتية (إعادة جزء من كلمة أو كلمة مكونة من مقطع واحد، إطالة الصوائت، وقد تصاحب هذه السلوكات ببعض الشد والضغط النفسي.)
- 3- قد تظهر لديه السلوكات الثانوية مثل سلوكات التهرب.
- 4- قد يتطور لدى المتأثي مفهوم ذاتي بأنه شخص لديه مشكلة في الكلام، وقد يبدي اهتماما بسيطاً بهذا الأمر، وبالتالي فقد يعاني من الإحباط نتيجة التأتأة.

5- أحد العوامل الأساسية لبدء التأتأة هو حساسية الطفل للضغط والتي تتحول بالنتيجة إلى مشاعر الإحباط واستجابات متشنجة (السرطاوي وأبو جودة، 2000، ص 418)

-المرحلة الثانية :

تبدأ هذه المرحلة مع بداية التمدرس (06) سنوات، وغالبا ما تمتد إلى سن الرشد ويكون فيها الاضطراب مزمنا، ونجد هنا أن التأتأة تزداد حدة بالإضافة إلى التمديد ، وتحدث في الكلمات المتعددة ولا يقتصر على الكلمة الأولى من الجملة وتحدث في جزء من الكلمة وليس كل الكلمة وتزداد التأتأة في المواقف الضاغطة أو الحديث بسرعة ، وهنا يدرك الطفل أنه يتأتى لكنه لا يهتم لذلك. (الرعود، 2008، ص17) ، حيث يمكننا ذكر السمات الخاصة بالمتأئين في هذه المرحلة :

1- تتراوح أعمارهم ما بين (06- 13) سنة.

2- تظهر لديهم السلوكيات الرئيسية الآتية :

- تكرار جزء من كلمة أو تكرار كلمة أحادية المقطع

- تطويل لأصوات العلة.

- انحباسات في الكلام ، وغالبا تكون السلوكيات السابقة مصحوبة بالشد والضغط النفسي.

3- تظهر لديهم السلوكيات الثانوية الآتية :

-سلوك الهروب.

- تبدأ لديهم سلوكيات التجنب مثل ، تبديل الكلمات ، استبدال كل كلمة بأخرى أو عبارة بأخرى عند توقع التأتأة ، تجنب بعض المواقف التي تميل لديهم صعوبة في التواصل ، الإلتفاف حول الكلمة الصعبة.

(السرطاوي وأبو جودة، 2000، ص 418).

- المرحلة الثالثة :

في هذه المرحلة تظهر بوضوح أعراض التأتأة وتأخذ شكل استعصاءات وإعاقات ،حيث تبدأ هذه المرحلة من سن الثامنة (08) ويمكن ملاحظتها في سن الرشد ،نجد هنا أن المتأتى يشعر بالخوف والإرتباك وتوقع التأتأة ولا يتفادى ذلك في المواقف الكلامية خاصة مع الغريباء ،حيث تظهر أعراض التوقفات والإطالة و سلوكيات المصاحبة على نحو أطول وأعمق مقاومة مما هو عليه المتأتى، وتتطور

هذه المظاهر لتستغرق وقتاً أطول ويصبح الارتعاش الشفاه واللسان والفك واضحا بالنسبة للمتأئي وللمستمعين له ،مما يدفعه إلى بذل جهد أكبر وشاق من أجل إبداع حيل دفاعية ومراوغة كلامية لكي يخفي تلغثه في الكلام ويظهر بصور عادية وهذا يخلق داخله نوع من الإحباط والقلق ومشاعر سلبية مخافة اكتشاف ذلك بسبب عجزه (Guitar, 2006,p 123).

- المرحلة الرابعة :

وهي مرحلة التأتأة المزمنة عند المراهق والراشد، حيث تكون كل مظاهر سابقة الذكر تزداد حدة مع تزايد تثبيت الاضطراب وتوتر المصاب (عزالدين لبارودي، 2010، ص 25)، حيث يبدي المتأئي الخوف من المواقف الكلامية عند النطق وتؤدي به إلى العزلة الاجتماعية، وهنا يدرك الشخص المراهق التأتأة.

إلا إن "فان رايبير (Van Riper) كانت له وجهة النظر أخرى حيث قام بوصف مراحل تطور التأتأة بثلاث مراحل وهي :

1-المرحلة الأولى : مرحلة التأتأة الأولية ، وتتصف في هذه المرحلة بتكرارات وإطالات وإعادات للحروف والمقاطع والكلمات والجمل .

2- المرحلة الثانية : المرحلة الإنتقالية ، وتتصف التأتأة في هذه المرحلة بتكرار للمقاطع والحروف والإطالة لها، ويبدأ الطفل بالمقاومة والشعور بالإحباط.

3- المرحلة الثالثة : التأتأة الثانوية ، وتتصف بالمقاومة والشعور بالإحباط والخوف والتجنب.

(عبد الله الرعود ، 2008، ص18).

5- النظريات المفسرة لظهور التأتأة وأسبابها:

كثيرا ما حيره اضطراب التأتأة الباحثين و الدراسين والمختصين حول العوامل المباشرة أو الحقيقية المؤدية إلى ظهورها، محاولين في ذلك تشريح اضطراب التأتأة من أجل معرفة كيفية حدوثها و ماهي الأسباب الفاعلة في ذلك، إلا أن اضطراب التأتأة يعد اضطرابا متحولا من ناحية السبب يختلف من حالة إلى أخرى ومن وضعية إلى أخرى ، إلا أن محاولات فهمها وتفسيرها أعطى عدة تحليلات وتصورات فعلية تتباين وتختلف حسب الإطار النظري والمعرفي في ذلك ، و فيما يلي عرض للنظريات و العوامل المؤدية إلى ظهورها :

أ- النظريات العضوية والوراثية المفسرة للظهور التأتأة :

1- النظرية الجينية :

يعد عامل الوراثة عاملاً بارزاً في عملية ظهور التأتأة عند بعض الحالات ، فالوالدين المصابين بالتأتأة بإمكانهما نقل ذلك لأطفالهما ، حيث يفترض أصحاب الاتجاه الوراثي وجود عامل أساسي موروث وراء اضطرابات الكلام بصفة عامة وظاهرة التأتأة بصفة خاصة، حيث أشارت نتائج الدراسات التي أجريت على عينات مختلفة من المتأثني وأسره إلى وجود اضطرابات مماثلة بين أفراد آخرين داخل أسرة المتأثني ولعدة أجيال متعاقبة مما يشير إلى دور عامل الوراثة في ظهور التأتأة .

(خليل، 2012، ص78).

وفي دراسة "أندروز (Andrews 1991) أظهرت أن التوائم الحقيقيين هم أكثر عرضة للإصابة من التوائم الغير الحقيقيين ، حيث وصلت نسبة التوافق 5.7 مقابل 01 عند التوائم غير الحقيقيين 71% عوامل جينية و 29% عوامل من محيط المصاب، كما نجد أن دراسة التي قام بها بيران (Birand H.1974) أن 34% من الحالات لهم أحد الوالدين مصاب بالتأتأة ، كما وجد أيضاً دانفيل (Dinville)

نسبة تتراوح ما بين 30% و 40% وأن أحد أفراد عائلة المصابين يعاني من اضطرابات كلامية أخرى . (Ladouceur. R ,1996 , p 23). ، كما أن دراسة يابري و أمبروس (Yairi & Ambrwse) أشارت إلى أن وجود علاقة بين الجينات و التأتأة هو حقيقة مثبتة، ولكن طبيعة العلاقة بين الجينات و التأتأة هي من الأمور التي لا يزال العلماء يحاولون التوصل إليها

(Yairi ,Ambrwse,1996, p771).

إلا أن دراسة "أمين (2000)" أشارت إلى أحدث الدراسات التي أجريت لدراسة أثر الجينات الوراثية في التأتأة في جامعة ييل الطبية (Yale University) حيث أسفرت نتائجها عن عدم وجود ارتباط بين اضطراب التأتأة والجينات المتنحية أو الجينات السائدة أو لها علاقة بجينات الجنس (أمين، 2000، ص 30). ، إلا أن نتائج هذه الدراسات تبقى نسبية ومحدودة لأن هناك عدة حالات في الواقع لا تنطبق عليها نتائج هذه الدراسات، والنسب المئوية والإحصاءات الرقمية ليست لها دلالة قاطعة في ظهور التأتأة ، علماً أنه توجد عوامل أخرى تتداخل مع العوامل الوراثية في ظهور التأتأة و لا يجب إهمالها.

2- نظرية السيطرة المخية:

تتوى هذه النظرية أن التأتأة عبارة عن عرض لإضطراب حيوي (بيولوجي) أو لإضطراب عصبي فسيولوجي داخلي ، ويتزعم هذا التوجه " أرتون – ترافيس " ، حيث يرون بأن التأتأة تحدث نتيجة العجز في السيطرة المخية، فعند معظم الأفراد يتحكم أحد نصفي الكرة المخية في تدفق الحديث بينما يظل النصف الآخر ثانوياً، لذلك فإن الافتقار للسيطرة المخية وعدم قيام أحد نصفي المخ بالدور الرئيس يؤدي إلى التأتأة (William, 1970,p 311). وبمعنى آخر فقد وجدت بعض الدراسات باستخدام الرسام الكهربائي للمخ (EEG) أن الأطفال الذين لديهم تأتأة وجد لديهم إخماد أو كف للموجة ألفا بالفص الأيمن أثناء إثارة الكلمات والمهام، أما الذين ليس لديهم تأتأة ف لديهم تثبيط وكف بالفص الأيسر، كما أن الذين لديهم تأتأة يظهر لديهم استخدام اليد اليسرى ، كما يستخدمون كلا اليدين، فهي علاقة عكسية منشؤها السيطرة الدماغية، وبناء على هذا الفرض يقرر أصحاب هذا المذهب أن تحويل طفل يساري إلي الكتابة باليمنى ينتج عنه شيء من التداخل في عمل كل من نصفي المخ الكرويين، ويؤدي هذا التداخل إلى ازدياد سيطرة نصف الكرة اليساري ، فيتعادل شطر المخ في السيطرة، وينتج عن تعادلهما اختلال يؤدي إلى اضطراب في كلام الطفل (القواقنة ،2020،ص45) .

في حين بينت بعض الأبحاث والدراسات أن هناك خلل في هيمنة الشق الدماغى المسؤول عن اللغة ، بحيث أن تحاليل السمعية المركزية في دراسة "كانت" (Kent) و كرامر (Kramer 1987) لوحظ من خلالها قصور في المعالجة الزمنية لإشارات الدخول عند المصابين بالتأتأة، كما أنه هناك دراسات أخرى وضعت فرضيات تشرح من خلالها دور العوامل الفيزيولوجية في ظهور التأتأة مثل دراسة "أورتون (Orton 1928) الذي يرجع ظهور التأتأة إلى خلل وظيفي عصبي فيزيولوجي ، فهو يفترض نمو غير كامل للسيطرة نصف الدماغية ، بمعنى أنه لا واحد من نصفي الدماغ له السيطرة على الآخر ، مما يؤدي إلى تشتت في النشاط الدماغى.(البارودي ،2010،ص 18).

وبرغم من كل هذا التفسير لأصحاب النظرية في ظهور التأتأة ، إلا أننا نجد عدة علامات استفهام حول الآلية العصبية التي تجعل من الشخص الأعسر يصاب بالتأتأة ، في حين أنه هناك كثير من الحالات تستعمل اليد اليسرى وليست مصابة بالتأتأة ، كما لا يمكننا إغفال دور التأهيل والتكوين العصبى الذي يساعد الشخص إذا بترت يده اليمنى ولا تظهر التأتأة لديه.

3- النظرية العصبية الفيزيولوجية :

النشأة وفق هذه النظرية تنشأ نتيجة مرض عصبي عضلي حيث لوحظ أن المتأثرين يكون لديهم التوصيل العصبي في أحد الجانبين أبطأ من التوصيل في الجانب الآخر، وبذلك لا تستخدم عضلات النطق كلها بكفاءة أو في تناسق أي أن النشأة تنشأ من التأخير في الأنفية العصبية ، ولقد وجد من يذهبون هذا المذهب دليلاً يؤيد وجهة نظرهم وهذا يتمثل في أن الإناث تكون لديهم عملية الأنفية العصبية أفضل من الذكور في العادة، وهن أقل إصابة من الذكور بالنشأة وبالذات في المرحلة العمرية من 02-04 سنوات وهي الفترة إلى عادة ما تبدأ فيها التأتأة لدى الأطفال.

هذا ومن ناحية أخرى هناك وجهة نظر يرى أن النشأة هي نوع من الخلل في ضبط التوقيت ينتج عن تأخر " التغذية المرتدة السمعية " مما يؤدي إلى اضطراب في تتابع العمليات اللازمة لإنتاج الصوت. فضلاً على ذلك هناك نظرية أخرى ترى أن محور النشأة يكمن في خلل يصيب الأداء الوظيفي للحجرة في المواقف التي تسبب التوتر وتقرر هذه النظرية أن الثنايا الصوتية تظل مفتوحة ومن ثم تعوق إصدار الأصوات اللازمة للكلام ، لكي يتغلب الفرد على الثنايا الصوتية المفتوح فإنه يقوم بالضغط على هذه الثنايا بواسطة الشفتين واللسان والفك و أجزاء أخرى من الجسم ثم تصبح هذه الاستجابات جزءاً من السلوك الذي نطلق عليه النشأة في الكلام (فيصل العفيف، 2011، ص38).

وقد تمكن " واتسون وفريمان" (1997) من الوصول إلى استنتاج مفاده أن التأتأة تحدث بسبب فشل عمليات الجهاز العصبي العضوي التي تدمج العمليات الحركية واللغوية والمعرفية وهذا الاستنتاج يكشف القدرات الوظيفية للدماغ لدى الشخص المتأثر (الزريقات، 2005، ص 237).

ومن خلال ما سبق نرى أن أصحاب هذا الاتجاه قاموا بحصر ظهور التأتأة لدى الأشخاص عن طريق العوامل العصبية و فيزيولوجية فقط ، مهملين في ذلك العوامل الأخرى كالعوامل النفسية والبيئية ... ، ولو طبقنا محك الإبعاد في تحديد اضطراب التأتأة، لوجدنا أن تفسير أصحاب هذا الاتجاه يرى أن التأتأة ماهي إلا عرض لإصابة عصبية فيزيولوجية وليست اضطراب، وبزوال العلة تختفي التأتأة عند الشخص .

4- النظرية البيوكيميائية :

يرى أصحاب هذه النظرية "ويست (1942) و وايز (1967)" أن ظهور التأتأة يرجع إلى وجود في اختلاف في التمثيل الغذائي و الأيض كما يوجد اختلاف في نسبة السكر في الدم لدى المتأثرين عنها في غير المتأثرين، حيث وجد " وايز " توتر زائد في عضلات لدى المتأثرين والواضح أن هذه النظرية تقيس

التغيرات التي تحدث للمتأئي أثناء التأتأة ، ولا تطرق الأسباب الفعلية لها ، ومن المعروف أن الطفل أثناء التأتأة يكون مضطربا ولديه إحساس بالخوف الشديد من الكلام ومن الموقف التخاطبي ، وهذا الخوف الزائد هو الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر واضطراب العضلات وليس العكس.

(بناس ، 1988 ، ص 199) .

وقد قام "ريستار وهارر (1988)" بقياس مستويات بلازما الدم والعديد من الأحماض الأمينية عند المتأئين وقد وجد وفرة زائد عن المتوسط ، وهم يفترضوا أن ذلك ربما يشير إلى اضطراب في التفاعل الداخلي لنصفي الدماغ الذي يضمن حدوث عدم الطلاقة اللفظية في الكلام. (Rastatter et harr, 1988,p 127)، كما وجد "ستيدل وآخرون (1991) في دراستهم لهم أن 31 متأئي من عينة تتكون من 32 متأئي يوجد عندهم أعراض الكزاز (Tetanus) ونقص الكالسيوم ترتبط مع اضطراب عملية الأيض (Yairi, 1991, p 490)، والجدير بالذكر أن هذه النظرية تمثل وجهة نظر سعى كثير من العلماء للتحقق من صدقها وقد انتهت محاولاتهم في هذا الصدد إلى أن الإختلافات الكيميائية التي لوحظت لدى المتأئين ماهي إلا نتيجة لحالة التأتأة ، أي أنها أعراض مصاحبة أكثر من كونها سببا في ظهورها.

5- النظرية العصبية اللغوية :

يحاول أصحاب هذه النظرية تفسير التأتأة إلى عدم التزامن بين المكونات اللغوية والمكونات اللغوية المكافئة للكلام (كل منهما ينظم بنظام عصبي مختلف) ، حيث طور هذه النظرية كل من " بيركنز وكورلي (1991) ويفسرون التأتأة من خلال منظور عصبي نفسي لغوي ، فطلاقة الكلام تتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوي أو النظام الرمزي و النظام ما وراء اللغوي أو الإشاري ، (عبد الله الرعود، 2008، ص 22).، حيث يوجد نوعين من عدم التزامن يحدثان عند المتأئي :

أ- عدم التزامن بين النظام اللغوي و النظام الرمزي الذي يحدث عند تأخير العمليات اللغة ، وهذا ربما يكون نتيجة للشك أو بناء الجملة أو لأن الأعصاب المصدرة غير فعالة أو لإرتباك في الوراثة أو لوجود إصابة في المخ.

ب- عدم التزامن في النظام اللغوي (الفردي) عندما يحدث تأخير في عمليات المكافئة للغة (النظام المعرفي) لأن التعبير الذاتي غير مؤكد أو الأعصاب المصدرة غير فعالة.

(Pekins et al,1991, p 734).

كما يرى أصحاب هذه النظرية أنه يوجد خلل في الوحدات اللغوية في الخطاب ، يؤدي إلى التردد والإنقطاع عن الكلام ، هذا التنظيم من مسؤولية التنسيق السمعي – اللفظي أثناء عملية الكلام ، وهناك

من يرى في التأتأة امتداد لمرحلة سابقة ولكنها عادية تدعى " التأتأة الفيزيولوجية أو التأتأة الكاذبة" في سن 3- 4 سنوات . (اسماعيل لعيس ، 1998، ص 82). أما "بلجيكوفا (1995) تؤكد على وجود علاقة بين نمو الكلام والضعف في عملية تلفظ الأصوات والبطء في النمو الحصيلية اللغوية واستيعاب الأشكال النحوية للكلام ، حيث أرجعت السبب في ذلك إلى وجود إصابة أولية في الجهاز العصبي المركزي (CNS) وتقترح وجود نشاط مرضي في نواة الخلايا تحت القشرة المخية ويتم تسجيل استجابة التأتأة في قشرة المخ. (Beljakova,1995, p 60).

- لقد رأينا من خلال ما سبق أن النظريات التي تؤيد العوامل العضوية والوراثية في ظهور التأتأة عند الطفل ترى بأنه يمتلك استعداد داخلي فيزيولوجي للإصابة بها ، وخاصة نظرية الوراثة والسيطرة المخية ، في حين باقي النظريات الأخرى قد أعطت تفسيراً تكون فيه التأتأة إما عرضاً لاضطراب أو نتيجة لإصابة عضوية ما ، كما أنهم لم يقترحوا علاجاً لها ، وهذا يؤكد أن تفسيرهم ما هو إلا تحليل علمي لحالة عابرة تزول بزوال العلة والسبب.

ب- النظريات النفسية المفسرة للظهور التأتأة :

يقول "فان رايبير (1982)" إن عدد كبير من الأفراد الذين يتمتعون بطلاقة اللفظية مرتفعة يتوفر لديهم من الاستعداد الطبيعي ما قد يسبب التأتأة ، غير أنهم لا يعانون منه نظراً لما يتمتعون به من حياة نفسية مستقرة ، ولكن إذا ما حدث وتعرض هؤلاء لضغوط نفسية تفوق احتمالهم أو صدمة نفسية شديدة ، فإنه من غير المستبعد أن تظهر لديهم مظاهر من الاضطراب في الكلام أي التأتأة. (محمد هندية ، 1997، ص 55)، وهذا ما أثبتته بعض الدراسات وخاصة حالات التأتأة عند الأطفال حيث وجدوا أن بعضهم كانوا معرضين لمشكل النفسي أو صدمة نفسية ، حولتهم من الطفل سليم إلى طفل مضطرب يظهر ذلك من خلال اضطراب الكلام لديه ، وفيما يلي عرض لأهم النظريات النفسية المفسرة:

1- نظرية التحليل النفسي:

ينظر علماء الذين ينتمون إلى مدرسة التحليل النفسي إلى اضطراب التأتأة نفس نظرتهم إلى العديد من الظواهر المرضية الأخرى ، مثل التبول الإرادي بمعنى أن تلك الظواهر ماهي إلا أعراض دالة على وجود اضطراب أكثر عمقا. (ايناس عبد الفتاح ، 1988، ص 56).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن التأتأة تعبير خارجي عن الرغبات اللاشعورية التي تهدف إلى إشباع حاجات فمية أو شرجية ، حيث يقول "كوريات (1931)" أن التأتأة تنشأ نتيجة لاستمرار الرغبة الجنسية

للرضاعة ، فالتكرارات التي تحدث أثناء التأتأة تعوض الإستمتاع الذي كان يجده المتأتى عند ما كان يرضع ، وأن التأتأة تحدث خاصة الأصوات التي تحتاج إلى تحريك الشفاه معا .

وتذهب "جولدسمت في تحليلها (Goldsmith L. 1979) إلى القول : الطفل يريد إخفاء ما جعلته أمه شفاف ، كما جعلته تشير إلى صفة التناقض في التأتأة ، بحيث يرغب المتأتى في الكلام ثم يتوقف بعنف ، كما تقول أن التأتأة هي إبقاء الكلام داخل الشخص أي إبقاء الأم قريبة منه كالرضيع ، أما تحليل باحثين "أنزيو(1989) و وياط (1969)" فهم يرون أن التأتأة ناتجة عن الحماية المفرطة للأم اتجاه الطفل ، التي من خلالها تخفي رفضا لاشعوريا ، وهذا يجعل المتأتى يتميز ببنية نفسية ضعيفة ، تجعلهم يعبرون عنها بالتأتأة. (Van Hoot et Etienne ,1996, p 307) .

ويذكر " محمد الطيب (1994)" أن حركات الفم التي تلاحظ لدى المتأتى ما هي إلا وسيلة لإشباع نشاطات طفلية فموية وفي الوقت نفسه هي حماية للمتأتى من الوقوع صريع الفلق، فالتأتأة هي التعبير عن ميول عدوانية أو رغبات لاشعورية مكبوتة تتسم بقدر كبير من العدوان

(محمد الطيب، 1994، ص 152).

- إلا أنه وفي ضوء ما سبق لا يمكن اختزال اضطراب التأتأة في رغبات جنسية لاشعورية مكبوتة وميول عدوانية من بنية نفسية هشة ، وإذا افترضنا هذا صائبا نسبيا ، فماذا يمكننا القول عن أطفال الذين فقدوا أمهاتهم ولم يكملوا رضاعتهم الطبيعية فضلا على أن بعضهم لم يرضعوا تماما ولا يعانون من أي اضطراب في الكلام أو الطلاقة اللفظية.

2- النظرية السلوكية:

حاول أصحاب هذه النظرية تفسير سلوكيات الفرد سواء العادية وغير العادية في ضوء عملية التعلم، لذا فهم يعتبرون التأتأة من وجهة نظرهم عبارة عن سلوك يتعلمه الفرد إما بالتعزيز أو المحاكاة، والأطفال الصغار في سن 3- 4 سنوات يتعرضون لاضطرابات في طلاقة الكلام من خلال ممارستهم الأولى لها لأنهم غير قادرين على نطق الأصوات من جهة، ولقلة رصيدهم اللغوي من جهة أخرى ، وبالإضافة إلى ذلك فعندما يتكلم الطفل وتحدث له التأتأة وينتقد من قبل الآخرين فإنه يدعم هذا الاضطراب ويعي عم حدوثه مرة أخرى ، وهذا ما يسمى بالنظرية التفاعلية ، فالسلوكيون حاولوا تفسير التأتأة على أنها سلوكا متعلما ، حيث أرجعه البعض إلى ارتباطه بمثير شرطي لكلام الآخرين، ينتزع استجابة التأتأة من الفرد، بينما أرجعها البعض الآخر إلى ما يحصل للفرد من تعزيز نتيجة ممارسة التأتأة، كأن يلفت انتباه الآخرين أو استدرا عطفهم واهتمامهم، كما يعتبره البعض سلوك هروب من مثير غير مرغوب فيه يسبب انفعالات

مؤلمة واستجابات سلبية مثل الخجل أو التوتر أو القلق، وبالتالي يمارس التأتأة تجنباً للألم الذي قد يتعرض له. (القواقنة ، 2020 ، ص 45).

وعلماء المدرسة السلوكية يتفقون أن التأتأة سلوك مكتسب بالتعلم وهذا التعلم يتم من خلال أربع صور وهي:

أ- التأتأة استجابة شرطية :

يذكر أصحاب نظرية الإشرط الكلاسيكية أن الظروف التي تسبب إيقاظاً وجدانياً تؤدي إلى استجابة تلقائية والتي بدورها تخلق انهياراً في التناسق الحركي للكلام ونتاج هذا الانهيار هو كلام متردد متكرر من المتأتى المبتدئ، وبالتالي يتم تهيئة الاستجابة التلقائية بالتدريج لمجال أكبر وأكبر من الأفراد والمواقف ، وبسبب هذا الأشرط فإن المتأتى يشعر بالسلبية بخصوص قدرته على الحديث وبخصوص مواقف الكلام. (Darby, 1981, p 29).

ب- التأتأة سلوك إجرائي :

يذكر شيمي وشريك (1963) أن عدم الطلاقة اللفظية في النطق بالكلمات ظاهرة شائعة بين الصغر وتتمثل في التكرارات وإطالات أو وقفات في الكلمات ، وقد يكتسب اضطراب التأتأة أو على الأقل يظل ويبقى التشريط الأدائي ، فالطفل يكتسب عدم الطلاقة الطبيعية عندما يحصل على التعزيز الإيجابي من انتباه الوالدين وتركيزهم وهو ينمو ويصبح واحداً من خصائص الكلام الطفل ، وإذا حصل الطفل على التعزيز السلبي مثل الرفض والإحباط وتجنب ردود الفعل يبدأ من ذلك نمو التأتأة ويصبح من الصعب عليه أن يغيره (CHames et cherrik ,1963, p 18).

- التأتأة سلوك تجنبى:

ويرى " فيشنر (1952) أن التأتأة سلوك تجنبى الهدف منه الحد من الأحاسيس القلق المرتبطة بمواقف عدم الطلاقة ، حيث ميز (فيشنر) بين نوعين من القلق هما :

1-القلق الموقفي العام :

وينشأ عن الخوف من الكلام ومواقف المحرجة ، ومثيرات غير لفظية في طبيعتها فتتضمن مواقف كلامية عامة ترتبط بها إشارات معينة مثل طبيعة المستمع (كالجنس، العدد، السن) وعلاقة المستمعين بالمتأتى (كالوالد،المدرس..)، وجود بعض الصفات المادية (تليفون ،ميكرفون ، جهاز تسجيل).

2 - القلق النوعي المرتبط بالكلمة :

وينشأ عن طريق المثيرات اللفظية في طبيعتها فتتضمن كلمات معينة وإشارات مرتبطة بها يدخل تحت هذا النوع من المثيرات الخصائص الشكلية (بداية بحروف ساكنة- أو وجود حروف معينة يجد فيها المتأتى صعوبة أو الدلالة النحوية أو المعنى الذي تنطبق عليه الكلمة) (صفاء غازي ، 1992، ص 25).
وبرغم من تحليل السلوكي لظهور التأتأة عند الطفل الذي يستم بنوع من الواقعية، إلا انه لا يجب اعتبار سلوك الفرد محط تجربة كمثير واستجابة وسن قاعدة لذلك، وإذا سلمنا بنظرة أصحاب هذا الاتجاه للتأتأة، فكيف يمكن تفسير أن كثير من الأطفال يتعرضون لنفس المواقف ونفس عملية التعلم ولا نجد نفس النتائج، وهذا يدل على أن ظهور التأتأة تتداخل فيها عدة عوامل ولا يمكن تفسيرها من وجهة نظر واحدة.

ج- النظريات الإجتماعية والبيئية المفسرة للظهور التأتأة :

يرى أصحاب هذه النظريات أن العوامل الاجتماعية والبيئية من أن أسباب حدوث التأتأة ، وأن انتشار ظاهرة التأتأة تختلف من بيئة ثقافية إلى بيئة أخرى حيث يظهر التفاوت بين بيئات المختلفة في ظهور نسبة انتشار التأتأة ، حيث نجد أن البيئة الأسرية والاجتماعية والتربوية التي ينمو ويتطور فيها الطفل تؤثر على نمو قدراته اللغوية وطريقة اكتسابها، وتلعب هذه البيئات المضطربة دوراً هاماً ليس فقط في نشوء اضطرابات الطلاقة والكلام وخاصة التأتأة، بل تساهم في الحفاظ عليها وتطورها من مراحلها البدائية إلى مرحلة التأتأة الحقيقية (سمر غصن ، 2016 ، ص 37).

و فيمايلي عرض لأهم النظريات في هذا التوجه :

1- النظرية التشخيصية :

وتسمى أيضا بنظرية الخطأ التشخيصي ويتزعم هذه النظرية "وندل جونسون" ، حيث يرجع التأتأة إلى الخطأ في تشخيص عدم الطلاقة اللفظية في حديث الأطفال ، فالتأتأة حسب رأيه هي خلل يكمن في أذن المستمع وليس الطفل ، لأن الآباء يطلقون على التكرارات الطبيعية للطفل وتردداته "تأتأة" و يظهرون القلق والخوف و الاهتمام الزائد بكلام الطفل مما يجعله يشعر بالتوتر والقلق والخوف فيستعجل في إخراج الكلام قبل التوبيخ فيقع في التأتأة وهكذا تستمر دائرة الخوف والقلق والتي بالتالي تؤدي إلى التأتأة. (William, 1970, p 312).

وتقوم هذه النظرية على ثلاث افتراضات منفصلة:

- أن الوالدين هم أول من يشخص التأتأة وينتبه إليه الطفل.

- ما يشخصه الوالدين على أن تأتأة في الكلام إنما هو تأتأة عادية وخاصة للكلام لدى غالبية صغار الأطفال.

- ظهور التأتأة عند نمو الأطفال غالباً ما يكون بعد تشخيص الوالدين وليس قبله وكنتيجة لهذا فإن تبني توجيهات والدية بشأن كلامه المتعثر كونت لديه مشاعر من القلق والتوتر والخوف من الفشل في نطق الكلمات ومن ثم بات متأثراً (محمد عطية، 1999، ص 45).

ويتفق في هذا الباحث بيري (1985) من ناحية ثانية أن هناك عوامل في بيئة الأسرة تسهم بشكل مباشر في حدوث التأتأة ومن هذه العوامل العقاب واللوم من قبل الوالدين اتجاه الطفل ووضعها لمعايير صارمة على الطفل أن يصل إلى الطلاقة اللفظية (إيناس عبد الفتاح، 1988، ص 65).

2- نظرية صراع الأدوار:

ترى هذه النظرية أن التأتأة هي اضطراب في التقديم الاجتماعي للذات ، فالنقطة ليست اضطراباً كلامياً بقدر ما هو صراع يدور بين الذات والأدوار التي تلعبها، ويمثل أصحاب هذه النظرية على هذا بلن معظم المتأثرين يتحدثون بطلاقة معظم الوقت كما أن النقطة تختلف في طبيعتها عن اضطرابات الكلام الأخرى مثل الخنف حيث يكون الإضطراب حينئذ مستمر مع الفرد طول الوقت، ووفقاً لمفهوم (الصراع الدور – الذات) فإن النقطة تختلف تبعاً لمتغيرين رئيسيين:

الأول : الذات : ويقصد به الكيفية التي يدرك بها المنقضى نفسه في الموقف الاجتماعي المتطلب الحديث

الثاني : فهو الدور : ويشير إلى الكيفية التي يتم بها إدراك الآخر كمتسمع.

فيصل العفيف، 2011، ص 42).

ويذكر " شيهان (1987) أن الصراع يكون بين كل من الدافع إلى الكلام والدافع إلى عدم الكلام في نفس الوقت (الصراع الموجود بين الرغبة في الصمت والرغبة في ألا يكون صامتاً) ويرى أن التوازن بينهما لا يظل متعادلاً أو متكافئاً لفترة طويلة وأن الكفة ستميل نحو الإقدام أو الإحجام.

(محمد هندية، 1997، ص 61).

وعموماً وبناء على ما تقدم ، فإنه بالرغم من تعدد النظريات التي حاولت تفسير أسباب حدوث التأتأة في الكلام ، فإنه يمكننا القول إن اضطراب التأتأة في الكلام تحدث نتيجة عوامل متداخلة ومتشابكة هذه العوامل هي عوامل عضوية ونفسية واجتماعية وهي تمثل وحدة ديناميكية تعد المسؤولة عن حدوث التأتأة وليس عامل بمفرده ، ويبقى العامل النفسي نقطة ارتكاز بالنسبة للعوامل الأخرى في ظهور التأتأة عند الطفل.

6- تقويم وتشخيص اضطراب التأتأة:

إن عملية التقويم والتشخيص التي يقوم بها المختص الأروطونوني عند تقدم الحالة عنده ، هي عملية مهمة والتي يكون لديها اثر كبير في مسار العلاجي للحالة المصابة، فالتقويم هو الخطوة التي تسبق التدخل والعلاج المناسب وهو عبارة عن جمع للمعلومات والبيانات التمهيديّة عن الحالة واضطراب التأتأة ، أما التشخيص فهو الخطوات المعتمدة لعملية الجمع والتمحيص للمعلومات والخروج بالتقرير إذا ما كان الشخص لديه التأتأة أم لا، ومن ثمة توجيهه للعلاج الملائم .

وتُعد عملية تشخيص وتقويم التأتأة عملية معقدة لوجود عوامل متعددة قد تتداخل في حدوثها، ولذلك يجب على المختص عند قيامه بتشخيص وتقويم التأتأة أن يتعرف على العوامل المتعددة التي قد يكون لها تأثير في حدوثها وتطورها مثل العمر، بداية التأتأة ومدتها، المواقف التي تحدث فيها، وتاريخ الأسرة فيما يتعلق بإصابة بعض أفرادها بالتأتأة، والنمو المعرفي و النمو اللغوي للطفل المتأثري.

(Manning, 2001, p 186).

ووفقاً لما يراه كثير من اختصاصي علاج اضطرابات الكلام واللغة فإن الأهداف الأساسية لتقييم وتشخيص وقياس التأتأة تتضمن حصول المختص على تصور عام عن حالة المتأثري من حيث تحديد نوع التأتأة وشكلها ودرجتها، وأسبابها من أجل تحديد أهداف و إجراءات خطة التدخل العلاجي ويتم التقييم من خلال المقابلة الشخصية مع الطفل والوالدين، والمعلمين، ودراسة تاريخ الحالة، وتسجيل عينة كلامية للطفل وتحليلها لمعرفة أنماط التأتأة ومعدل الكلام، كذلك المشاعر والاعتقادات، ووجود اضطرابات مصاحبة، وهناك اعتبارات عامة يجب مراعاتها عند التقييم هي:

- أن كل حالة لها خصوصيتها فلا يجب تعميم النتائج قياساً على حالات أخرى.

- أن نعطي اهتمامنا للمتأثري و لمشكلته على حد سواء ولا نهتم فقط بالاضطراب ، وذلك بهدف كسر الجليد وبناء جسر المودة مع المتأثري.

- التقييم عملية مستمرة لتحسس مدى فاعلية الطريقة المستخدمة ، والموضوعية في قياس التقدم حتى يمكن التراجع عن الأسلوب الخاطئ بصدق وموضوعية (السرطاوي وآخر، 2000، ص 386) .

ولما كانت الإختبارات التشخيصية للكشف عن حالات التأتأة تعتبر محدودة للغاية فإن قدرأ كبيراً من المسؤولية يقع على عاتق الأخصائي النفسي الأرتطوني في تصميم وسائله الخاصة لتقييم ووصف المظاهر الخاصة لسلوك المتأثي.

وبوجه عام ، فهو يحتاج أن يحدد ما إذا كانت هناك حالة حقيقية من التأتأة أم أن ما يظهر على الطفل مثلاً لا يتعدى مجرد كونه نوعاً من عدم الطلاقة يعتبر نمطياً بالنسبة لعمره الزمني، كما يفضل إجراء الفحوص الطبية لجهاز النطق والتأكد من أن الحالة لا تعانى من أي اضطراب عضوي في وظائف المخ ، ويمكن للأخصائي في الهداية أن يستخدم اختبار للتعرف على وجود اضطراب عضوي لدى الحالة ، فإذا كان الطفل يعانى من حالة تأتأة حقيقية يجب البحث عن الكيفية التي بدأ بها ظهور مشكلة التأتأة لديه والطريقة التي تطورت بها ويتم ذلك من خلال الدراسة المفصلة للتاريخ التطوري للحالة.

(فيصل العفيف، 2011، ص 44).

1-6 – إجراءات الفحص والتشخيص: (دراسة حالة)

عند بداية الفحص وعملية التشخيص يجب على المختص إتباع الخطوات التالية :

1- معرفة تاريخ الحالة : لكي يتم تشخيص التأتأة بطريقة سليمة لابد من التعرف على التاريخ الحالة منذ الحمل إلي غاية الولادة ودراسة تاريخه المرضي والجراحي – إن وجد- ومعرفة العديد من المعلومات عن الطفل وذلك عن طريق النماذج المعدة سابقا ،يجيب عليها الوالدين أو المتأثي بنفسه إن كان راشداً.

2- مقابلة الوالدين : تتمحور مقابلة مع الوالدين على جمع المعلومات حول طفلهم التي تساعد المختص في تضيق دائرة تشخيص اضطراب التأتأة وتكون نقاط المقابلة حول تاريخ نمو العام للطفل وعلاقته بوالديه و إخوته وزملائه بالمدرسة ، والتعرف على المشكلات السلوكية التي تظهر مع التأتأة (العناد ، الهروب من المدرسة ...) وكذلك المواقف التي تظهر فيها التأتأة بصورة أكثر حدة

(سهير أمين، 2000، ص 151).

3- مقابلة مع الحالة : (المتأتئ)

تتم المقابلة مع المتأتئ لتحديد المشكلة وتحديد مستوى الحاجة والرغبة في الخدمات العلاجية ، ولذا نطلب من الطفل الحضور إلى غرفة المعالجة ونتكلم معه لمدة من الزمن لأن اللقاء الأول هو الخطوة الأولى لبناء علاقة ثقة مع الطفل، ومن المهم للطفل أن يشعر بأننا مهتمون به حقاً، كما نحن مهتمون أيضاً بمشكلاته.(السرطاوي وآخر،2000،ص347) ، وتعد المقابلة مع المتأتئ سواء طفل كان أو راشداً جانباً آخر للفحص المباشر ومعاينة للحالة عن قرب ، حيث يكون فحص لعينة الكلام لدى المصاب وذلك من خلال الحديث المباشر مع المصاب إذا كان بالغاً، حيث يعطينا هذا الأسلوب الحوارية فكرة كاملة عن نوع الاضطراب والأعراض المصاحبة له وردود الفعل الانعكاسية لدى المصاب، أما بالنسبة للأطفال فمن خلال ملاحظة كلامه مع والديه وحواره معهما، هنا نتعرف عن كثب على علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعامله معهما وتعاملهما معه، كما نتعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للاضطراب .

(عبد العزيز الشخص 1997، ص294).

6-2- محكات التشخيصية لاضطراب التأتأة :

تعتبر محكات تحديد اضطراب التأتأة عند الطفل أو الراشد بالنسبة للمختص والذي يجب عليه أن يكون على دراية بها، مهمة وأساسية في عملية تشخيص الاضطراب وتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى المتقاربة مع اضطراب التأتأة ، حيث تختلف عملية تشخيص التأتأة حسب التكوين المهني والمعرفي للمختص وكذا المعطيات التي يتعامل معها و الأساليب والوسائل التي يعتمد عليها في عملية تقييم وتشخيص التأتأة، ويعد ما قدمه "كورلي" هو الأنسب من الناحية العملية ومن وجهة نظر الباحث ، وقد حددها بسبعة محكات يملئن من خلالها الحائم على وجود اضطراب التأتأة والتي يملئن عرضها كما يلي:

1- تكرار جزء من الكلمة لمرتين أو أكثر في التكرار الواحد وإقحام صوت ... بين الكلمات والشد على الأوتار الصوتية أثناء التكرار.

2- الإطالات لمدة تزيد على الثانية بنسبة 20% أو أكثر من الكلمات المنطوقة مع مصاحبته لتغيير في طبقة الصوت وعلوه.

3- الوقفات اللاإرادية والترددات لمدة تزيد عن ثانيتين.

4- السلوكات الجسمية المصاحبة، رمش العينين، اهتزاز الفك والشفاه ، ردادات فعل أطراف الجسم نتيجة الوقفات الشديدة.

5- ردات الفعل النفسية و الإجتماعية و سلوكيات التجنب المرتبطة بالكلام.

6- استخدام الكلام كسبب في سوء الأداء.

7- التنوع في معدل تكرار التأتأة بين المواقف الكلامية باختلاف تلك المواقف.

(جهاد المصري، 2011، ص 24).

كما أوردت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس للأمراض النفسية (DSM-IV) عدة محكات لتشخيص التأتأة هي:

1- اضطراب في الانسياب الطبيعي للكلام (لا يتناسب مع عمر الشخص) ويتسم الإضطراب بالحدوث المتكرر لواحد أو أكثر مما يلي:

- تكرارات للأصوات والمقاطع اللفظية .

- مد أو إطالة في الصوت .

- اعتراضات.

- كلمات متقطعة .

- كلمات مقحمة أثناء الكلام، الصمت (التوقفات فارغة من الكلام أو غير فارغة من الكلام .)

- موارد أو المداورات أي الدوران حول المعنى (إبدال الكلمات لتجنب الكلمات الصعبة .)

- إطلاق كلمات محددة عند زيادة التوتر الجسدي .

- تكرارات لكلمة وحيدة المقطع كلياً .

2- الإضطرابات في انسيابية الكلام يؤثر على التحصيل الأكاديمي أو الإنجاز المهني أو التواصل

الإجتماعي.(A P A, 2013,p 45).

وعلى ضوء ما تقدم يمكن القول أن الغرض من التشخيص الجيد هو تحديد الأسباب المباشرة لظهور التأتأة عند الطفل والعوامل المساعدة في ذلك وكذا المظاهر الأولية لها، كما يساعد المختص في بناء خطة علاجية تناسب الحالة ومشكلتها ، وما يجب معرفته هنا والعمل به هو أن التدخل المبكر

والتشخيص المبكر للتأتأة يمنع انتقالها من مرحلة إلى مرحلة أخرى أكثر تعقيدا ويقلل من أثارها وحدتها عند الطفل.

7- تناول العلاج لاضطراب التأتأة :

غالبا ما يكون العلاج هو عملية معقدة وبعيدة المدى، ولا بد من التشخيص الدقيق لحالات التأتأة، ويجب على الأخصائي أن يقيس تأتأة الشخص قبل العلاج وأثناءه وبعد العلاج، وفي الوقت نفسه فإن المفحوص والمحيطين به سيقومون بتقييم تقدم العلاج، وتفاعل كل المتغيرات كلما اتجه نحو العلاج ، حيث أن التدخل العلاجي يعتمد على تطبيق المبادئ العلاجية والتي تكون عادة عامة مجردة وواسعة، والإجراءات العلاجية هي عمليات إكلينيكية خاصة مشتقة من المبادئ العلاجية العامة، ويمكن أن يشتق من المبادئ أكثر من إجراء علاجي ، لذلك يمكن القول أن المبادئ العلاجية أقل من الإجراءات العلاجية

(قحطان أحمد، 2010، ص184).

ولقد تعددت طرق العلاج الخاصة بالتأتأة، حيث اجتهد المختصون والباحثون في تجريب تلك العلاجات، فهناك من العلاجات من ظهرت فعاليتها في تخفيض شدة التأتأة عند المتأثرين، وهناك من أظهر نسبية في معالجة بعض المظاهر المصاحبة لها، إلا أن البحث مستمر حول العلاج الأكثر فعالية وتأثيرا وثباتا في علاج التأتأة ومظاهرها ، وتعتبر الدراسة الحالية أحد تلك الدراسات والبحوث التي تحاول الوصول إلى قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف والحد من أثار التأتأة عند الطفل ، و فيمايلي عرض لأهم الطرق العلاجية أكثر شيوعا لعلاج التأتأة :

1- العلاج الطبي :

تذكر صفاء حمودة (1991) أن الأطباء يعالجون التأتأة في الكلام بالتدخل الجراحي أو بالعلاج الكيميائي وبعض الأدوية المهدئة، وقد أثبتت بعض الدراسات أن هذا النوع من العلاج غير مفيد، وله محاذير كثيرة كما تشير إلى أن هناك محاولات عديدة لعلاج التأتأة عن طريق العقاقير كالمهدئات والفيتامينات مثل فيتامين (B2)، وذكر أحمد عكاشة (1975) أن نسبة عالية من المتأثرين يعانون من خلل في رسم المخ .

وتذكر نوران العسال (1990) أن "أرون" استخدمت عقار طبي كمهدئ لعلاج بعض مضطربي الكلام من المتأثرين ، وأنها وجدت أن 80% من المتأثرين قد تحسنوا ، ولكن لم يشفى أحد منهم ، كما أن استخدام العقاقير غير مجدي وله محاذير مثل الإدمان.(الجرواني وآخر، 2013، ص 96).

2- العلاج النفسي :

يعد العلاج النفسي من أقدم الطرق العلاجية التي استخدمت في علاج التأناة، وفيه يتم تعديل اتجاه المتأني نحو عملية الكلام وخفض درجة معاناته وتوتره وقلقه وما يبذله من جهد أثناء التأناة .

(السيد، 2008، ص 99).

وقد أشارت بعض الدراسات أن استخدام العلاج النفسي قد يكون مفيداً في علاج التأناة وخاصة مع المتأنيين الذين يعانون من القلق المعرفي (Diloll, et.al, 2003, P 167). حيث يكون التعامل مع المشكلات النفسية والبحث وراء الأسباب الكامنة للاضطراب ، والضغطات التي يتعرض لها المتأني ، فيتم التركيز على العمليات النفسية ووسائل الدفاع وتطور الشخصية ومشاعر القلق والخوف ، ويرى أصحاب الإتجاه أنه بمجرد علاج هذه المشكلات تزول التأناة. (الزريقات ، 2005، ص 258).

ويهدف العلاج النفسي إلى الكشف عن الصراعات التي يعيشها المتأني ، وعن السبب إحساسه بعدم الأمن والطمأنينة ، ويستخدم العلاج النفسي في علاج الطفل المحروم عاطفياً ، ويعمل على إفهام الطفل المتأني أهمية العملية الكلامية في نموه وتقدمه ، وتشجيعه على بذل الجهد في العلاج وتقوية روحه المعنوية، وزيادة إحساسه بالأمن والثقة بالنفس وخفض مشاعر القلق وتقبله لذاته. (موسى ، 2009، ص 102). ومن بين فنيات العلاج النفسي نذكر :

2-1- طريقة السيكودراما:

تعتبر هذه الطريقة من أشهر الطرائق العلاجية النفسية التي استخدمت في علاج التأناة، والتي وضعها "مورينو (Moreno) وعرفها على أنها اتخاذ واندماج للمجموعات ، واستخدم الحدث كطريقة علاج ، ومن أهم المفاهيم التي تعتمد عليها السيكودراما كعلاج ، مفهوم لعب الدور والتلقائية ، هي ذات قيمة للمتأني حيث تكتنفه صراعات عديدة ، ويملؤه الخوف ، والأسلوب الدرامي يساعد على إخراج الشحنات الإنفعالية الداخلية عند الفرد ، التي تكون غالباً هي محور تأناته، وفي هذه الطريقة يتم مساعدة الفرد على التفاعل الحر والتلقائي ، وذلك من خلال تمثيله للدور الذي يعكس الحياة الطبيعية.

(النحاس محمد ، 2006، ص 180).

ومع تعدد فنون الدراما النفسية إلا أن فنيي لعب الدور وعكس الدور من أكثر الفنون فاعلية في علاج التأناة لما تتيحه للفرد من فرص للتعبير عن نفسه بتلقائية دون قيود والتحدث أمام الآخرين بحرية دون خوف أو تهديد الأمر الذي من شأنه خفض التوتر والقلق وغيرها من ردود الفعل الانفعالية المقترنة بالتأناة . (الشخص ، 1997 ، ص 307).

2-2- فنية العلاج باللعب:

تفيد فنية اللعب في الحصول على معلومات قيمة عما يكمن داخل الأطفال المتأثرين من رغبات مكبوتة ومشكلات نفسية قد تكون السبب وراء الحالة، ومن ثم يمكن الاستفادة من هذه الطريقة في أغراض تشخيصية، ليس ذلك فحسب بل أيضاً في العلاج (الفرماوي ، 2009، ص 174) ، حيث يتيح جو اللعب الحر فرصة لإنطلاق توترات الطفولة الباكرة، والتحرر من الرغبات المكبوتة، والتخلص من دواعي القلق والتوتر، كما يتيح اللعب فرصة للطفل في الانخراط في عملية التواصل الاجتماعي مع رفاق اللعب وتوطيد أواصر الصداقة بينه وبينهم، مما يجعله ينشغل عن التفكير في كلامه وعن التوقع السلبي عن عجزه في أثناء الكلام في محاولة لتحقيق أهداف جماعة اللعب. (أبو زيد ، 2011، ص 91).

2-3- فنية العلاج بطريقة تحليل الصور :

تعتبر من أكثر الطرق العلاج الأكثر ملائمة للأطفال ،حيث يكون الهدف منها أن يتجنب الطفل المتأثر التفكير في الظروف التي أدت إلى إصابته بهذه الحالة النفسية و إعفائه من استعادة الذكريات المؤلمة.

(أبو زيد ، 2011، ص 91).

ولتحقيق ذلك تستخدم بطاقات أو صور معينة مثل بطاقة "سبيدول (speedwell) المصورة وهي عبارة عن مجموعة صور تحتوي على بعض المناظر والمواقف التي يسر إليها الطفل وتسترعي انتباهه وتتناسب مع مداركته وتستخدم لأعمار بين (6-12) سنة ، وعادة يطلب من المتأثر أن ينظر إلى الصور ويقول ماذا يوجد فيها ، بواسطة هذه الطريقة غير المباشرة يمكن الكشف عن مشكلة الطفل المتأثر والمتصلة بأسرته وقد كان لهذه الطريقة فائدة أخرى وهي أن الحوار والمناقشة التي كانت تتم بين الطفل المتأثر والمعالج كانت تساعد على إعادة الثقة الطفل بنفسه، وقدرته على الكلام دون قلق أو الخوف ، وعندما يكون الطفل المتأثر مستغرقاً في فحص الصورة فإن انتباهه من أجل الكلام السيئ أو المخجل وهذا يساعد الطفل على إعادة الثقة الطفل بنفسه، وفي قدرته على الكلام دون قلق أو خوف، وعندما يكون الطفل المتأثر مستغرقاً في فحص الصورة فإن انتباهه من أجل الكلام السيئ أو المخجل يضعف وهذا يساعد الطفل على الكلام دون تأتأة أو انفعال. (الزراد فيصل ، 1990، ص 198).

- العلاج الكلامي: هو مكمل للعلاج النفسي إذ يحتوي هو الآخر على فنيات تستخدم لعلاج التأتأة ونعرضها فيما يلي :

1- **فنية الاسترخاء الكلامي** : ويسمى أيضا بالتدريب على الإسترخاء أثناء الكلام والذي فيه يكون الإهتمام منصبا حول هدفين:

- التخفيف من الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام.

- إيجاد ارتباط بين الشعور والراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي ذاته.

حيث تتم العملية عن طريق استمارة تمارين خاصة تبدأ بالحروف المتحركة ثم بالحروف الساكنة ثم تمرينات على كلمات متفرقة لصياغتها في جمل وعبارات وعادة تقرأ الأحرف والكلمات والجمل بكل هدوء واسترخاء ، حيث يبدأ الأخصائي بقراءة هذا أولا، ثم يطلب من المتأتى تقليده بنفس الطريقة والنعمة يلي ذلك تمرينات على شكل أسئلة بسيطة تؤدي على أسلوب يتسم بالهدوء. (فيصل عفيف ، 2011، ص47). وقد استخدم البعض هذا الأسلوب في علاج التأتأة استناداً إلى وجهة النظر التي تفسر التأتأة في ضوء ما يتعرض لو الفرد من توتر وقلق ويجعله يضغط على أجهزة الصوت والنطق ، وهي أمور يمكن تخليص المتأتى منها أثناء الاسترخاء مما يساعده على الكلام بطلاقة.

(الشخص، 1997، ص 304).

2- فنية الكلام الإيقاعي:

تعتمد هذه الطريقة على الحركات الإيقاعية والتي يكون الهدف منها هو صرف انتباه المتأتى عن مشكلته وتؤدي في نفس الوقت إلى الإحساس بالارتياح النفسي ومن هذه الحركات الإيقاعية : نذكر النقر بالأقدام ، النقر باليد على الطاولة ، الصفير ، الخطوات الإيقاعية، حيث لوحظ أنه عندما يتكلم المتأتى بطريقة الإيقاعية أن شدة التأتأة تنخفض ، حيث تقسم الجملة إلى مقاطع وتنطق بطريقة إيقاعية ، وقد استخدمت "آلة المترونوم" التي تقسم الكلام إلى مقاطع ويتم نطقها على فترات زمنية متساوية ، وقد أثبتت فعاليتها في خفض التكرارات التأتأة. (سعاد براهيمى، 2018، ص46).

3- فنية التحكم في التنفس :

تتم هذه الطريقة عن تدريبات لتنظيم التنفس ،حيث لوحظ أن المتأتى يحدث بعض التغيرات الطبيعية في التنفس ، ويتم ذلك عن طريق التوقف عند الخوف من نطق كلمة معينة ثم أخذ هواء الشهيق عدة مرات من خلال الزفير، ولكن هذه الطريقة تؤدي إلى تحسن مؤقت ، نتيجة إبعاد تفكير المصاب عن مشكلته ولكنها تفقد تأثيرها بعد أن يتعود عليها المتأتى. (نوران العسال، 1990، ص 73).

4- فنية النطق بالمضغ:

تعتمد هذه الطريقة على صرف الانتباه، وتقوم على تشجيع المتأتى على إجراء حركات المضغ كما لو كان يتناول طعاماً وأن يخرج صوتاً أثناء مضغة ويتحدث بطريقة المضغ، من خلال طرح المعالج له عدة أسئلة مثل ما اسمك، اسم والدك، عنوانك، ومدرستك...، وبذلك تهدف هذه الطريقة إلى تحويل انتباه الطفل عن نطقه الخاطئ وتختفي وطأة الخوف من كلمات معينة، فالطفل يمضغ الكلمات التي يخاف منها ويتهيب نطقها فلن يعود إلى تجزئة مقاطع كلماته بل ينطقها مجتمعة ككل واحد.

(فيصل الزراد ، 1990، ص 199).

5- فنية تأخر التغذية المرتدة السمعية:

تعتبر طريقة إرجاء التغذية الراجعة السمعية طريقة ناجحة في علاج كثير من مظاهر التأتأة، وتتم ممارستها داخل حجرة مغلقة، بحيث لا تصل إليها أي أصوات خارجية، وفيها معالج صوتي، وميكروفون، ومكبر صوت يعلق على ملابس الفرد المتأتى، حيث يطلب منه المعالج قراءة كلمات، أو مقاطع، ، ثم يقوم جهاز التغذية الراجعة السمعية بإعادة ما قاله الفرد المتأتى بعد فترة من الوقت (80،55،105) مل من ثانية وذلك بالترتيب، ويتيح ذلك للفرد المتأتى سماع صدى مستمرا للكلام الذي قاله (Sparks, et al, 2002, p198). وعلى المعالج أن يقوم بسحب إرجاء التغذية الراجعة السمعية تدريجياً، فالفرد المتأتى يستخدمها في العبارات القصيرة أولاً داخل العيادة، ثم في المحادثات الأطول، ثم في أثناء لعب الدور مع المعالج داخل العيادة، وعندما ينجح في ذلك، يقوم المعالج بتقليل استخدام التغذية الراجعة السمعية في المواقف المختلفة بصورة تدريجية (خليل ، 2012، ص 92).

ويهدف العلاج باستخدام إرجاء التغذية الراجعة السمعية إلى الكلام البطيء المطول، مما يؤدي إلى زيادة طول الجمل المعقدة عند الكلام، ومن ثم تدعيم الطلاقة، خفض حدة الضغوط التي قد يتعرض لها الفرد المتأتى في المواقف المتنوعة.

6- فنية التظليل في الكلام:

وتعرف هذه الفنية بتقنية التردد في بعض المراجع، حيث وصف هذا الأسلوب العلاجي "سايرز(1956) وهو يعتمد على ملاحظة أن الطفل المتأتى يميل إلى الكلام بطلاقة عندما يقوم بتقليد أسلوب معروف لكلام شخص آخر، حيث تعتمد هذه الطريقة على اقتفاء ومحاكاة وتقليد الطفل المتأتى لكلام المعالج، فيكرر ما يقوله المعالج بحيث يكون كلام الطفل متزامنا مع كلام المعالج في نطق كل كلمة، وسميت بفنية التظليل لأن الطفل المتأتى يكون في ظل المعالج أثناء الكلام، وتتم عملية التظليل بأن

يقوم المعالج بالقراءة من الكتاب بصوت عال وبسرعة عادية للنطق، ثم يتبعه نطق الطفل المتأتى في الحال، مرددا ما قاله المعالج بصوت مرتفع أيضا من خلال ترديده السريع، وإذا فقد الطفل المتأتى أي كلمة أثناء ترديد فيستمر ويتابع الكلام دون توقف أو انقطاع (عبد الله الرعود، 2008، ص 30).

- العلاج السلوكي:

يعتمد المدخل السلوكي على تقديم التعزيز للأطفال في حالة ممارسة الكلام الطليق، وتعليم الأطفال الكلام بطريقة صحيحة وصولاً إلى القدرة على نطق الجمل، والعبارات الطويلة والمعقدة، وخفض حدة التوترات الجسمية التي يعاني منها الأفراد المتأتون، مما يساعدهم على الكلام بصورة صحيحة.

(Kent, 2004, p182).

ويقوم العلاج السلوكي في علاج التأتأة على فنيات التي تستخدم في علاج بعض الأمراض السلوكية النفسية، باعتبار أن التأتأة سلوك مرضي متعلم حسب التفسير السلوكي لها، مثل التعزيز الإيجابي والذي يقوم بإعطاء التحفيز المادي أو المعنوي للمتأتى كلما صدر منه سلوك مرغوب، وفي المقابل يساعد الطفل المتأتى في التخفيف من سلوكيات التي لا يرغب فيها، إضافة لهذا نجد فنية التحصين التدريجي والتي تساعد المتأتى في تخفيض من القلق والتوتر التي تنتج عند تواصله مع الآخرين مما يجعله مسترخي أثناء العملية الكلامية (سمر غصن، 2016، ص 51).

- العلاج البيئي:

المقصود بالعلاج البيئي هو دمج الفرد المتأتى في أنشطة اجتماعية حتى تتاح له الفرصة للتفاعل الاجتماعي وتنمو شخصيته وينتفي لديه الخجل والانطواء والانسحاب، ومن الدراسات التي أجريت في هذا الإطار وأثبتت فاعليتها دراسة "ملارد (2004) التي استخدمت أسلوب حل المشكلة والتدريب على المهارات الاجتماعية، ودراسة "هاماجوشي (2006) التي اعتمدت على المساعدات الوالدين ذوي اضطراب التأتأة في الكلام (الجرواني وآخر، 2013، ص 99)، وللوالدين دور إيجابي في نجاح الخطة العلاجية للمتأتى، حيث أشار بعض العلماء إلى أهمية إدماج الوالدين في برامج إرشادية، وذلك لإكسابهم أساليب وفنيات جديدة تفيد في كيفية معاملة المتأتين، ومن الضروري مشاركة الوالدين في متابعة وتنفيذ الخطة العلاجية للمتأتى وتعريفهما بأن العلاج يتطلب صبراً وجهداً حتى لا يفقدا الأمل في العلاج ولا ينقطعوا عن متابعة الجلسات العلاجية (موسى، 2009، ص 132).

خلاصة :

وخلاصة القول يعتبر اضطراب التأتأة عند الأطفال من بين الإضطرابات الكلامية التي تحتاج إلى تدخل وتكفل مستمر ومتابعة عيادية، من أجل تحسين مهارات التواصل اللفظي عندهم وكذلك تطوير قدراتهم ، فالتأتأة كما أشرنا إليها اضطراب تتداخل فيه عدة عوامل تسهم في ظهورها وتجعل منها اضطرابا يخلق مجموعة من المشاكل والصعوبات عند المصاب بها وخاصة عند الأطفال، لذلك يجب في المقابل بناء وإعداد برنامج علاجي تتداخل فيه نفس العوامل من اجل علاج يتميز بالشمولية وتكامل ويخلق توازن وتوافق ايجابي يجعل من مصاب يتكيف ويتأقلم بصورة جيدة مع صعوبات التي يواجهها.

الفصل الرابع

(المقاربة المعرفية السلوكية)

- تمهيد

- 1- تحديد وضبط المصطلحات.
- 2- نشأة العلاج المعرفي السلوكي.
- 3- مبادئ و افتراضات العلاج المعرفي السلوكي.
- 4- خصائص العلاج المعرفي السلوكي
- 5- أهداف العلاج المعرفي السلوكي.
- 6- مراحل و سير العلاج المعرفي السلوكي.
- 7- التقنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي
- 8- خدمات ودور المختص في العلاج المعرفي السلوكي.
- 9- العلاج المعرفي السلوكي للطفل.
- 10- المقاربة المعرفية السلوكية لإضطراب التأتأة.

خلاصة.

تمهيد:

تعد المدرسة المعرفية السلوكية من أهم المدارس الحديثة التي عملت على إعطاء تفسير علمي لسلوك الناتج عن الأفراد من خلال التجارب والأبحاث التي قام بها روادها ، وفي ظل ذلك تعمل على إرساء قواعد منهجية لعلاج الإضطرابات الموجودة بفضل التقنيات والأساليب وطرق العلاجية النفسية الحديثة التي برزت على مستوى النظري والمستوى الميداني لما يحمله العلاج المعرفي السلوكي من خصائص ومميزات في علاج الاضطرابات سواء النفسية أو اللغوية ، علما أنه يشكل عملية دمج بين توجيهين كبيرين في العلاج، وهما العلاج السلوكي و العلاج المعرفي ، حيث سنتطرق في هذا الفصل إلى إعطاء صورة مفصلة عن هذا العلاج من خلال نشأته وأهم مبادئه والتقنيات المعتمدة وكذا الأسس الخاصة به والمقاربة العلاجية لإضطراب التأتأة .

1- التعريف وضبط المصطلحات:

مما هو متعارف لدينا كباحثين ومختصين في الميدان النفسي واللغوي أن ضبط المصطلحات والمفاهيم وتعريفها يوضح لنا صورة بشكل جيد، ويضعنا في الإطار المناسب لموضوع الدراسة أو البحث ، وتعتبر المقاربة المعرفية السلوكية التي هي محل دراستنا تحتوي على عدة مصطلحات ومفاهيم يجب تعريفها وتحديدها من أجل إعطاء صورة مفصلة وواضحة عنها ويتم تحدها فيما يلي :

- **تعريف المقاربة (Approche) :** تعني كلمة المقاربة في العلوم الاجتماعية بأنها الأساس النظري الذي يتكون من مجموعة من المبادئ يتأسس عليها البرنامج أو المنهاج، فالمقاربة هي الطريقة التي يتناول بها الدارس أو الباحث الموضوع الذي يدرسه أو هي الطريقة التي يتقرب بها من الشيء المراد دراسته .

- **مصطلح السلوك (Comportement) :** هو حالة من التفاعل بين الكائن الحي ومحيطه (بيئته)، والسلوك في عمومه مُتعلّم (مكتسب)، يتم من خلال الملاحظة والتعليم والتدريب ، في حين أن العالم "جون كوترو" قد عرف السلوك بأنه : تسلسل منظم لأفعال موجهة من اجل تكيف الفرد لوضعية ما حسب ما يدركها و يفسرها استنادا إلى مخططات معرفية مخزنة في الذاكرة الطويلة المدى" .

.(Cottraux ,2001,p 04)

- **مصطلح المعرفي (Cognitive) :** يشير مصطلح المعرفي إلى النشاط العقلي المتصل بالتفكير وما يرتبط من تذكر وإدراك واستدلال، وحكم ووعي للعالم الخارجي، وتداول المعلومات وتخطيط بها و أنشطة العقل البشري...و غير ذلك، ويشتمل السلوك المعرفي على الأفكار والمعتقدات، والتي يظل كثير منها خصوصية ذاتية (أحمد عبد الخالق، 2006، ص 112).

- **تعريف النظرية المعرفية السلوكية:** هي نظرية علمية نفسية ظهرت عن طريق الدمج بين نظريتين هما النظرية السلوكية والنظرية المعرفية ، و تقوم هذه النظرية على دراسة وتفسير السلوك البشري بأنه هو الوجه الخارجي للعمليات العقلية في الشخص ، وتركز بشكل كبير على مصادر المعلومات واستراتيجيات التعلم،(الانتباه والفهم والذاكرة والاستقبال وأخيراً معالجة المعلومات وتحليلها) وتحويلها إلى أفعال و سلوكيات صادرة عنه.

- **تعريف العلاج المعرفي السلوكي** : هو عبارة عن مجموعة فاعلة من الإجراءات التي تتضمن التقييم والتخطيط واتخاذ القرارات، وتوظيف التقنيات، كما يمارس المعالج فيه دورا فاعلا نشطا وداعما مستخدما للكثير من الفنيات بدءا بالتعليم النفسي والاكتشاف الموجه وصولا إلى لعب الأدوار والتعريض السلوكي الحي أو المتخيل .

ويعرف أيضا العلاج المعرفي السلوكي على أنه "العلاج الذي يركز على حل المشاكل والصعوبات الآتية، عوض من التركيز على الاضطرابات وأعراضها في الماضي ، وهو يتأسس على ثلاث مسلمات أساسية حسب رؤية (كلارك رينك) : البساطة ، الإعتماد على المنهج التجريبي (التأكد من صحة النماذج العلاجية) ، الفائدة والفعالية الإكلينيكية" (علوي إسماعيل، 2009، ص79).

ويعرف "بيك" العلاج المعرفي السلوكي بأنه طريقة بنائية مركبة ومحددة الزمن ذات أثر توجيهي فعال يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية من أجل كف نشاط الأفكار السلبية النشطة وفي نفس الوقت تدعيم وتعزيز الأفكار الملائمة في الواقع من خلال العمل الفعلي وتشجيع المريض المصاب (شيماء السيد، 2019، ص 251)، و هنا تتجلى الفكرة الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي وهي أن "استجاباتنا السلوكية والوجدانية تتأثر كثيرا بمعارفنا (أفكارنا) التي تحدد الكيفية التي نستقبل بها الأشياء وندركها، فنحن نشعر بالقلق والغضب أو الحزن فقط عندما يكون لدينا مبرر لذلك، بمعنى آخر ليس الموقف في حد ذاته ولكن مدركاتنا وتوقعاتنا وتفسيراتنا (التقييم المعرفي) للموقف هي المسؤولة عن وجدانياتنا، وهذا هو المنطلق لعلاج الاضطرابات والأمراض.

(هوفمان إسي جي ، 2012، ص17).

2- نشأة العلاج المعرفي السلوكي:

تعتبر نشأة العلاج المعرفي السلوكي التاريخية جاءت كنتيجة لتقارب وجهات النظر بين سلوكيين والمعرفيين، حيث أن رواد السلوكية هم من بادروا بالإعتراف بأنهم يتعاملون فعلا مع عمليات معرفية وعقلية داخلية مثل الأفكار والإدراك والحديث الداخلي... ،علما أن إسهامات العلماء مثل " باتدورا و كانقر وجولدستين" وآخرون في بناء الإجراءات السلوكية على ضوء الأسس المعرفية دفع بخلق تيار نظري جديد يجمع بين توجيهين يعطي تفسيرات أكثر دقة وتحليلا لما يصدر عن الإنسان من سلوكيات أو أفعال سواء أكانت سوية أو مرضية (لويس مليكه ، 1990، ص 173)، ولعل هذا ما جعل العلاج المعرفي السلوكي بأن يصبح منتشرا في أوساط الكثير من الباحثين والعلماء في المجال النفسي ، وهذا رغم حداثة نسبيا ،حيث أنه بدأ في الظهور كبديل حقيقي وفعال في العلاج النفسي المرضي في سبعينيات القرن الماضي ، ويعد كل من "أرون بيك (Aaron Beck) و ألبرت إليس (Albert

(Ellis) " هما من أسس علاجا نفسيا الذي أصبح يعرف فيما بعد بالعلاج المعرفي السلوكي رغم أن كل واحد كان يعمل مستقلا عن الآخر. (هوفمان إسي جي ، 2012، ص 12).

فبالنسبة لـ "بيك" فقد تدرب على التحليل النفسي الفرويدي، لكنه شعر بعدم الرضا من قلة استخدام الدعم التجريبي لأفكار فرويد، فلجأ إلى استخدام الطرائق التجريبية لعلاج المشكلات النفسية، فطور "بيك" طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم الأفكار والمعتقدات التي تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف الموقف أو الحدث، ويؤدي بالتالي إلى استجابة وجدانية، وذلك لتشجيع المرضى على التفكير بشكل أكثر واقعية والسلوك بشكل أكثر فعالية، والشعور بالرضا نفسياً .

(شيماء السيد، 2019، ص 250).

ويعتبر توجه "بيك" في تلك الفترة في العلاج الاتجاه الأكثر شيوعاً، و يعتبر منها في علم النفس و معرفياً معاً، حيث يركز على معتقدات ومعارف الفرد الآنية كسبب لاضطراب الشخصية، و بنفس الوقت يستخدم التقنيات السلوكية لتعليم العميل المهارات التي يجب تغييرها بتغير معارفه و مدركاته، (محمد ع، 1999، ص 60)، حيث توصل "بيك" خلال عمله مع مرضى الاكتئاب إلى أن الفرد يدرك و يفسر الأشياء و المشكلات في حياته اليومية من خلال " عملية أو سيرورة " Process تعرف عملياً بالعملية المعرفية " Cognition و هي مفتاح العلاج ، حيث رأى "بيك" بأن السيرورات المعرفية لا تتبنى دائماً على معطيات واقعية أو نمطية بل تبني أحياناً على أفكار لاعقلانية تؤدي إلى قراءة مشوهة للواقع، وبالتالي تؤدي إلى صعوبات في توافق الفرد مع ذاته ومع محيطه نتيجة لإسقاطاته الذاتية عليه (إسماعيل علوي، 2009، ص 44)، وتزامن في نفس هذه الفترة ظهور العلاج العقلاني الانفعالي لـ "ألبرت آليس" Albert Ellis قبل التطورات الأساسية في علم النفس المعرفي وكانت نظرية علاج الاكتئاب لـ "بيك" في مراحلها الأولى، حيث كان "آليس" بصدد التحلي عن التحليل النفسي وتطوير نظرية معرفية سلوكية خاصة به ، وفي الوقت الذي كان فيه "بيك" Beck يبتعد بالتدريج عن التحليل النفسي ويبني نظريته في العلاج المعرفي خطوة بخطوة. كما كان "كلي" Kelly أيضاً يبني أفكاره حول دور الجوانب المعرفية في تكيف الإنسان مع بيئته. يقول "آليس" بهذا الخصوص تزامناً مع بيك "وبصورة مستقلة عما قمت به، بدأ أيضاً معالج تحليل نفسي آخر من فيلادلفيا (يقصد بيك) بالتحلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج المعرفي (Ellis, 1979,p173).

وقد توصل "آليس" في يناير 1955 إلى ما أسماه العلاج العقلاني Rational Therapy وغير اسمه لاحقاً في عام 1961 إلى العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy، و يرجع "آليس" نشوء الأمراض النفسية إلى ما تم تعلمه من الأفكار غير العقلانية من الناس المهمين خلال فترة

الطفولة بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات. وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار ، وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية.

- أما العالم الأمريكي "دونالد ميكنيوم" (1940) فيعد من مؤسسين العلاج المعرفي السلوكي نظرا لإسهامات التي قدمها عن طريق أبحاثه وكذا دراساته حول الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي فهو يري بأن تعديل السلوك يمر بطريق متسلسل في الحدوث، يبدأ بالحوار الداخلي والبناء المعرفي والسلوك الناتج عنه، وأن السلوك يتأثر بنشاطات عديدة يقوم بها الأفراد تعمم بواسطة الأبنية المعرفية المختلفة.

(حبيبة روبيبي ،2020، ص55).

وقد ركز "ميكنيوم" في نظريته على توجيه التعليمات للذات أي الضبط الذاتي حيث ذكر أن التدريب على توجيه التعليمات للذات مبني على الافتراض الذي مراده أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها فالسلوك يتأثر بمظاهر متنوعة من الأنشطة الشخصية المبنية على افتراضات متعددة وتشمل هذه الأنشطة على كل من الاستجابات البدنية، ردود الفعل الانفعالية المعارف، والتفاعل الداخلي المتبادل بين الأشخاص فالحديث أو الحوار الذاتي الداخلي يعتبر احد هذه الأنشطة والافتراضات (Meichenbaum, 1974,p 82).

3- مبادئ وافتراضات العلاج المعرفي السلوكي:

تأسست مبادئ العلاج المعرفي السلوكي من فكرته الأساسية التي ترى أن سلوكياتنا تحدده طبيعة أفكارنا ومعارفنا وهذا ما يؤكد "هوفمان" حيث يرى أن المبدأ الأساسي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن المعارف ترتبط على نحو سببي بالتوتر الانفعالي و المشكلات السلوكية وأن المظاهر العقلية والخبرات السلوكية كلها مظاهر عامة للعلاج المعرفي السلوكي (هوفمان ، 2012 ، ص 33) ، وتأتي كل المعتقدات المركزية من تجارب الفرد، فإن التخفيف من حدة المعتقدات يقلل من الاضطراب والمعاناة ، إذن فالعلاج المعرفي السلوكي ويمكن ذكر مبادئ العلاج في النقاط التالية :

- أن العميل و المعالج يعملان معا في تقييم المشكلات و التوصل للحلول.
- أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الإنساني.
- أن المعرفة و الوجدان و السلوك يربطهما علاقة متبادلة على نحو سببي.

- أن الاتجاهات و التوقعات و الأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج و فهم كل من السلوك و تأثيرات العلاج و التنبؤ بها.
- أن العمليات المعرفية تتدمج في نماذج سلوكية.
- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية و الانفعالية و السلوكية ، ويستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة و المعلومة ، و ردود أفعالهم للمواقف (المدرس و الأب ، الصديق ، الزميل) و لذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة خلالها.
- التغيير المعرفي يجعل الفرد نشطا مما يؤدي لنجاح العلاج.
- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله (عبد الستار ، 1999، ص 54).

كما أن العلاج المعرفي السلوكي يستند على مجموعة من افتراضات التالية:

- إن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا، أي أن الأفكار والمعتقدات لدى الفرد هي المسؤول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه، فهناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك فهي تتفاعل مع بعضها البعض فيما بينها ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معا.
- إن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة، يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي، وبالتالي فإن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا.
- إن المعارف المختلة وظيفيا قد تبدو للعيان غير منطقية ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع، فهذا يعني إن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.(عزة نعيمة، 2019، ص 659).
- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- إن التحريفات المعرفية يتم استئثارها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة بالإضافة إلى انه قد يتم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد و المخططات.

- إن المخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذاكرات الأحداث الماضية والحكم عليها، فهي غالباً ما تنمو باكراً في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات المؤلمة. (طه عبد العظيم ، 2007 ، ص- 164 -165).

- إن المخططات المعرفية المختلفة وظيفياً هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد، لذلك فإن تغيير هذه الأفكار والاعتقادات يترتب عليها تغييرات جوهرية في الانفعالات والسلوك".
- يعمل الأخصائي والعميل بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.

(أمال باظة ، 1999 ، ص 273).

ومن ثمة، فإن العلاج المعرفي - السلوكي يعمل على:

- تعلم البناء المعرفي و إيجاد مهارات التوافق الطبيعية.

- تعلم وتعميم بعض المهارات الجديدة وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.

- تعليم العميل متابعة و إدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية ومواجهة التحديات بأفكار جديدة

- الدعوة إلى التفكير المنطقي والاختبارات الواقعية للتفكير السلبي وهكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه وزيادة الأداء الحالي بشكل واضح (ماهر سكران ، 2006 ، ص 66).

وبهذا فإن المعالج وفق هذا الإطار ينقل بشكل مباشر للمريض فكرة أساسية مفادها أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع ذاته، إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطرابه، وأي السبل الممكنة أقرب لعلاجه.

4- خصائص العلاج المعرفي السلوكي:

يتميز العلاج المعرفي - السلوكي بعدة خصائص عملية تجعل منه علاجاً لديه فعالية جيدة في معالجة الاضطرابات والأمراض ونذكرها كالتالي :

- صياغة المشكلة:

يختص العلاج المعرفي السلوكي بفهم الحالة وصياغتها أو التنظير الذي يحكم التدخل فيها بهدف العلاج، كما يقصد بها مجموعة الفروض العاملة التي تدور حول الآليات النفسية الأساسية التي شكلت المعاناة أو عملت على استمرار المشكلات التي تعاني منها الحالة ، ويتم توظيف هذه الفروض العاملة

أو فهم الحالة من قبل المعالجين النفسيين لتوجيه العلاج المعرفي السلوكي الوجهة الصحيحة أو تعديله عند اللزوم.

- القيام على نموذج الفكرة الرئيسية للعلاج :

تقوم فكرة العلاج المعرفي السلوكي هي "أن أفكارنا هي السبب وراء مشاعرنا وسلوكياتنا وليس الأشياء السطحية أو الخارجية كالناس أو المواقف أو الأحداث"، ونفع هذه الفكرة هو أننا نستطيع أن نغير طريقة تفكيرنا لنشعر ونتصرف بشكل أفضل حتى وان لم تتغير المواقف.

- العلاج المعرفي السلوكي هو علاج بسيط ومحدد بالوقت:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي واحد من أهم طرق العلاج الفعالة التي تأتي بنتائج سريعة، متوسط جلسات العلاج المعرفي السلوكي هو (16- 20) جلسة في جميع أشكال العلاج أو حتى في جميع الاضطرابات التي يقوم بعلاجها وهو يخلف هنا عن العلاج بالتحليل النفسي الذي يستلزم سنوات وما يجعل العلاج المعرفي السلوكي موجزا ومختصرا هو طبيعته التثقيفية التي تجعل عملائه وكأنهم في عمل مستمر حتى بعيدا عن مراكز العلاج، ثم أن هناك نقطة معينة ينتهي عندها العلاج و هذه النهاية يقررها كل من العميل و المعالج على حد سواء بمعنى أن العلاج المعرفي السلوكي ليس مفتوحا أو بلا نهاية و نحن في بداية العلاج نشرح للعميل هذه النقطة جيدا ونفهمه أن العلاج محدد الوقت.

(فرغلي ، 2008 ، ص 46-47).

- طبيعة العلاقة العلاجية بين المعالج والعميل:

بعض أشكال العلاج الأخرى ترى أن العنصر الأساسي في نجاحها هو بناء علاقة إيجابية بين العميل والمعالج و يعترف العلاج السلوكي المعرفي بأهمية هذه النقطة ولكنها ليست وحدها كافية، فالعلاج المعرفي السلوكي يرى أن التغيرات التي تحدث للعميل تحدث لأنه قد تعلم كيف يفكر بشكل مختلف فيركز المعالج على تعليم مهارة "إعانة واستشارة النفس".

- العلاج المعرفي السلوكي عملية مشتركة بين العميل والمعالج:

يسعى العلاج المعرفي السلوكي لتعليم المريض كيف يبني حياته ويحدد أهدافه ومن ثم يساعده على تحقيق هذه الأهداف ودور المعالج هو الاستماع والتعليم والتشجيع بينما دور العميل هو التركيز فيما يسمع وأن يتعلم ويوظف ما تعلمه. (شاوي إيمان ، 2018 ، ص 08)

- العلاج المعرفي السلوكي و ملامحه الفلسفية:

لا تقوم معظم أفرع العلاج السلوكي المعرفي على الوصول للرصانة أو الانسجام العقلي التام، فلا يخبرنا العلاج السلوكي المعرفي بما يتوجب علينا من أحاسيس وإن كانت الغالبية العظمى تقصد العلاج المعرفي السلوكي بهدف أن تتبدل مشاعرهم التي يشعرون بها والتي هي في الغالب مشاعر مؤلمة وغير سارة، أما الأفرع العلاجية التي تهتم برصانة السلوك والانسجام العقلي التام فهي تشدد على تعلم أهمية المشاعر، ففي أسوأ الأحوال فعليك أن تتمالك رباطة جأشك وأن تهدأ إن واجهك موقف غير مرغوب وتشدد هذه العلاجات على حقيقة مفادها أننا نقابل الكثير من المواقف غير المرغوبة والمشاكل وإن تركنا أنفسنا نغضب فنحن هنا نكون بصدد مشكلتين المشكلة الأولى هي مشكلة الموقف غير المرغوب فيه والمشكلة الثانية هي مشكلة غضبنا (أسماء العظيمة، 2008، ص 66)

- العلاج المعرفي السلوكي يستخدم المنهج السقراطي:

يسعى العلاج المعرفي السلوكي لأن يفهم العملاء بشكل جيد جدا ما يقلقهم وكثيرا ما يكون هو محور استفساراتهم وتكثر أسئلتهم حوله مثل: "كيف أعرف على وجه الحقيقة إذا كان هؤلاء الناس يضحكون عليّ أم يضحكون على شخص آخر".

- العلاج المعرفي السلوكي هو علاج توجيهي منظم:

هناك هدف محدد ومسبق لكل جلسه علاجيه ولكل مفهوم يتم تعليمه في كل جلسه وينصب تركيز العلاج المعرفي السلوكي على "أهداف" العميل وما يريده هو لا أن نصنع لهم أهدافا أو نملي عليهم ما يريدون بل نحن موجهون نوضح للعميل كيف يشعر ويتصرف بالطرق التي توصله لمبتغاه... نحن لا نقول للعميل ماذا يفعل بل كيف يفعل. (سيريل بوفيه، 2019، ص 110).

- العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على نموذج تعليمي:

يقوم العلاج المعرفي السلوكي على افتراض علمي داعم يقول أن "مشاعرنا وتصرفاتنا متعلمة" ويعمل العلاج السلوكي المعرفي على هذا الافتراض فيساعد العميل على أن يتجاهل ردود الأفعال غير المرغوبة وأن يتعلم بدلا منها أفعال أخرى جديدة مرغوب فيها ، وأهمية التعلم في العلاج السلوكي هو أن نتائج طويلة الأمد فإذا عرفنا لماذا وكيف يتحسن أداؤنا فسوف نستمر في عمل ما يجعلنا نؤدي بشكل أفضل ، فالعلاج المعرفي السلوكي ليس مجرد كلام فنحن نستطيع أن نتحدث مع أي شخص.

- الواجب المنزلي أساس من أساسيات العلاج المعرفي السلوكي:

لكي نحقق هدف علاجي في العلاج المعرفي السلوكي فعلينا أن نتمرن ونمارس التقنيات التي تعلمناها لساعات في الأسبوع تكون مخصصة لهذا الهدف فيبحث العلاج المعرفي السلوكي عملائه بأن يجعلوا من هذه الأمور واجبا منزليا يقومون به ، يحدد في كل مقابلة واجب منزلي مثل قراءة كتب معينة أو تطبيق سلوك محدد لمساعدة العميل على تغيير سلوكه، ومساعدته على تغيير أهدافه حسب موضوع وهدف المقابلة ، ويتم مكافأته على أدائه في كل مرة (نيفين صابر ، 2009 ، ص 21).

5- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

تهدف العملية العلاجية المعرفية السلوكية العامة إلى استجلاء الأفكار السلبية ومناقشة صلاحيتها وصحتها وجدواها، ومن ثم طرح البدائل المنطقية لهذه التصورات وصولا لتغيير نمط تفكير الفرد المريض، ودور المعالج هنا هو مساعدة المريض على الوقوف موقفا نقديا من المطلق إلى النسبي، ومن العموميات إلى الأفكار المحددة، ومن الأحادية إلى الاختيارية من عدة بدائل و إخضاعها لمحك الواقع والتجربة العملية . (شيماء السيد ، 2019 ، ص 254).

ويمكن ذكر أهداف العلاج المعرفي السلوكي في النقاط التالية :

- مساعدة المريض كيف يلاحظ ويحدد الأفكار التلقائية التي يقررها لنفسه .
- مساعدة المريض على أن يكون واعيا بما يفكر فيه .
- مساعدة المريض على إدراك العلاقة بين التفكير والمشاعر والسلوك .
- تعديل الأفكار التلقائية والمخططات أو المعتقدات غير المنطقية المسببة للاضطراب
- تعليم المرضى طريقة تقييم أفكارهم وتخيلاتهم وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة.
- تعليم المتعالجين تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات معرفية .
- تحسين المهارات الاجتماعية للمتعالجين من خلال تعليمهم حل المشكلات .
- تدريب المتعالجين على توجيه التعليمات للذات، ومن ثم تعديل سلوكهم وطريقتهم في التفكير باستخدام الحوار الداخلي.

• تدريب المتعالجين على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متبادلة مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة، وعند مواجهته ضغوط طارئة (بومجان، 2019، ص 160)

وقد لخص " بيك " في كتابه " العلاج المعرفي للاكتئاب(1979) " أهداف التداخل بين الفنيات العلاجية

المعرفية و السلوكية كما يلي:

- التعرف على العلاقة بين المعرفة و الانفعال و السلوك.

- ملاحظة و تحديد الأفكار الأوتوماتيكية(التلقائية) السلبية ، ثم التحقق من مدى صحة الأدلة المتاحة حول هذه الأفكار، سواء كانت معها أو ضدها.

- تعليم المريض كيف يقوم بتحديد الإعتقادات المختلة وظيفيا و التي تؤدي به إلى تشويه الخبرة.

(محمد ع، 1999 ، ص 25).

6- مراحل سير العلاج المعرفي السلوكي :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا مقننا يستغرق وقتا محددا في علاج المشكلات والاضطرابات المختلفة التي يعاني منها الفرد ،ويستخدم في سبيل ذلك قوة ثلاثية تضم استراتيجيات معرفية وأخرى سلوكية وثالثة انفعالية، ويتوقف عدد الجلسات العلاجية والوقت الذي يستغرقه البرنامج على مدى حدة وتعقد المشكلة أو الاضطراب الذي يعاني منه الفرد، ومدى رغبته في إقامة علاقة علاجية تعاونية مع المعالج (عادل عبد الله، 2000 ، ص 51) ، ويمر عادة البرنامج العلاجي بمراحل تخضع لنفس التسلسل في العملية العلاجية وهي كالتالي :

6-1 المرحلة الأولى: (التعارف).

تعتبر المرحلة الأولى عبارة عن عملية لتعارف بين المعالج والعميل، و تمهيدا لبناء علاقة جيدة والتي من خلالها يقوم المختص باستقبال الحالة من أجل تبادل للمعلومات بالإضافة إلى التعريف بنظام الجلسات العلاجية عن طريق شرح كيفية سير العلاج، وبشكل خاص كيف تسير المقابلات الأولى (تحديد المشكل و تشخيصه ، ثم التحقق من أن العلاج السلوكي المعرفي صالح لمعالجة المشكل ، تحديد الإستراتيجية العلاجية) ، وفي نفس الوقت الذي يقوم فيه المعالج بتقديم المعلومات للمريض فإنه يحفز منذ البداية على تكوين علاقة جيدة ضرورية لتحقيق فعالية العلاج ، أي تحقيق التحالف العلاجي (سيريل بوفيه، 2019، ص 86) ، وهذا يساعد المعالج على تقييم المشكلة التي يعاني منها الفرد إضافة

إلى تقييم العوامل التي تسهم في تطور مشكلة العميل وتعمل على استمرارها و مساعدة الفرد على التحديد الدقيق لمشكلاته التي يعاني منها.

2-6 المرحلة الثانية : (التقييم والتشخيص).

تعتبر هذه المرحلة امتدادا للمرحلة السابقة إلا لم تكن تكملة لها، و يكون الهدف في هذه المرحلة من سير العلاج تشكيل فكرة عامة حول وضعية الفعلية للمريض وذلك عبر الخطوات التالية:

- معرفة السياق التي تحدث فيها المشاكل التي يعاني منها الفرد.

- معرفة المصادر والنقاط الايجابية التي يأتي منها الدعم للفرد وكذلك العواقب الاجتماعية المحيطة به

- معرفة إذا كان الفرد قد تلقى متابعة طبية أو نفسية قبل العلاج وما إذا كان يأخذ علاجاً دوائياً.

- معرفة رأي الفرد حول المتابعة العلاجية التي تلقاها سابقاً ومدى تأثير ذلك عليه.

ومن جهة أخرى يجب إتباع سيرورة التشخيص الصارمة لتحديد المشاكل التي ستكون محل العلاج عند الشخص، ويتم ذلك باستخدام المقابلات التشخيصية كما يتم اللجوء إلى التقييم السيكومتري لمشكلات العميل وما قد يرتبط بها من توترات والمشكلات ثانوية، والذي يسمح بتحديد سريع للأعراض العيادية كما أنه يساعد المعالج في قياس الحالة الإبتدائية عند المريض والذي يسهم في قياس تقدم العلاج عنده مستقبلاً (المرجع السابق ، 2019، ص88).

3-6 المرحلة الثالثة: (التحليل الوظيفي).

نطبق في هذه المرحلة من العلاج تقنية التحليل الوظيفي و التي يقصد به التعرف على المثيرات التي تسبق السلوك، و التي تحدث أثناء السلوك، و هنا يتم الاهتمام بثماني أنواع من المثيرات :الأفعال، المشاعر، الأحاسيس، الأفكار، الأشخاص الذين لهم علاقة بالسلوك، الأماكن التي يحدث بها السلوك المشكل، الأزمنا التي يحدث بها السلوك المشكل بشكل عام، المكاسب الثانوية

(أبوأسعد، 2014 ، ص 125).

لذا يتطلب التحليل من المعالج حوارًا محددًا مع المريض، أما من جانب المريض فهو يتطلب قدرة على الملاحظة الذاتية لأفكاره وعواطفه " في الوضعية"، وبالتالي في الوضع الملموس الذي تتجلى فيه مشكلته، و لفظها أثناء الفحص النفسي (Tennessee, 2015, p. 322) ، حيث يتيح فرصة استكشاف ما يحدث مع المريض في الأوقات الصعبة (حالات القلق و النزاعات و الضيق

العاطفي...الخ) و بشكل خاص كيفية تعزيز عواطفه وأفكاره و سلوكياته، مما يجعل من الممكن تحديد السلوكيات المضطربة، والنظر في الأدوات و الأهداف التي يجب الوصول إليها، و تكيف الإستراتيجية العلاجية على حالته.

4-6 المرحلة الرابعة: (تحديد الأهداف وبداية تعديل السلوك)

خلال هذه المرحلة يتم تبليغ الفرد مباشرة عن التشخيص النهائي لحالته في الإطار العلاجي، وبعد ذلك يتفق المعالج والمريض حول الأهداف العلاج المسطرة والوسائل المستخدمة ولو بشكل تقريبي (عدد الحصص، مراحل البرنامج العلاجي، طبيعة التمارين المحتملة...) وهذا يسمى بالعقد العلاجي ويكون غالبا شفهيًا وأحيانًا يكون مكتوبًا من أجل جعل المريض ملتزمًا بذلك ، وبعد ذلك يتم تدريب المريض على استخدام مجموعة متنوعة من الإستراتيجيات المعرفية السلوكية التي يمكن أن تساعد على إدارة ومواجهة خبراته المزعجة وردود فعله الانفعالية الحادة أو ما قد يصدر عنه من أفعال اندفاعية، ويكمن الهدف خلال هذه المرحلة في تعزيز سلوك العميل وذلك بالسيطرة على تلك المشاعر وقدرته على ضبطها، وضبط النفس، وبت الأمل فيه حول إمكانية التغيير (بومجان، 2019، ص 83).

5-6 المرحلة الخامسة: (نهاية العلاج وتجنب الإنتكاسات).

تكون هذه المرحلة الأخيرة في مراحل العلاج المتبع ، حيث أنه عند نهاية العلاج يجب استحضار كل ما تم القيام به خلال العلاج وتوضيح للمريض كيفية تطوره بطريقة تجعله يفهم وضعيته الحالية بشكل جيد ، ومن المهم خلال هذه المرحلة الإلتزام الدقة والصرامة في التقييم ، بإستخدام نفس المقاييس والإختبارات التي استخدمت في القياس الأولي، وذلك لكي يدرك المريض مدى تقدمه في العلاج ويدرك أيضا الجوانب التي مازالت ضعيفة وهشة، والجدير بالذكر هنا أن العلاج المعرفي السلوكي يمنح المريض القدرة على التحكم بإضطرابه ، أو بمعنى آخر منحه الوسائل اللازمة لتسيير اضطرابه بنفسه في حالة الإنتكاس (سيريل بوفيه ، 2019، ص 92-93) ، إضافة إلى ذلك يعمل المعالج على منع حدوث انتكاس عند المريض بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

7- التقنيات الأساسية في العلاج المعرفي السلوكي:

يزخر العلاج المعرفي السلوكي بالعديد من التقنيات والفنيات التي تسمح له بمعالجة الكثير من الإضطرابات ، وخاصة تلك الموجه للأطفال ، والتي تهدف إلى تدريب الطفل على المهارات اللازمة لمعرفة كيفية التعامل مع المواقف الصعبة التي يواجهها ، وكذلك تطوير قدراته لتمكينه من تجاوز المشاكل التي يعاني منها، بالإضافة إلى ذلك نجد التنوع في الفنيات المستخدمة في البرامج العلاجية

المعرفية السلوكية ،حيث هناك فنيات لها علاقة بالقدرات العقلية والمعرفية وأخرى لها علاقة بالمهارات السلوكية والجسدية ،وهنا يظهر مدى التوافق والشمولية بين التقنيات في علاج الإضطرابات والتي سنذكرها كالتالي :

1-7- تقنية التربية النفسية :

هي الخطوة الأولى في أي برنامج علاجي معرفي سلوكي بغض النظر عن نوع الاضطراب، يتم تطبيقها من خلال إعلام العميل بالاضطراب الذي يعاني منه، وبأسبابه المختلفة و العلاجات المختلفة الممكنة...الخ، و يهدف التعليم النفسي إلى:

- إعلام العميل بمشكلته، طبيعتها أعراضها و مدى انتشارها،و عن المسار المعتاد للاضطراب، وغالبًا ما يكون لهذا التوضيح أثر ايجابي و مطمئن.
- المساهمة في الحد من بعض الأعراض.
- عرض مزايا و عيوب الخيارات العلاجية المختلفة وإشراك المريض بنشاط في اختيار العلاج.
- تعزيز هذه التقنية الدافعية والتحالف العلاجي والالتزام بالعلاج، وبالتالي فإنه يوفر الوقت.

و عند تطبيق هذه التقنية يمكن للمعالج استخدام كل الوسائل الممكنة في الشرح و التوضيح، سواء داخل الجلسة أو خارجها، بواسطة الوسائل البيداغوجية المكتوبة (يلخص له أهم النقاط وأهم ما دار في الجلسة)، المطبوعة، و المسموعة و المرئية ، التي يقدمها للعميل ليضطلع عليها خارج الجلسة.

(لوجان العالية ، 2020 ، ص 79).

وتهدف هذه التقنية إلى أمرين هما:

1- منح المريض الوسائل المناسبة الممكنة لفهم الصعوبات التي يواجهها وفهم أفضل للعلاج المعرفي والسلوكي.

2- تعزيز التحالف العلاجي بفضل العلاقة التعاونية التي يشترك فيها المعالج والعميل.

2-7- تقنية التعويد والتعريض:

التعويد هو أساس تقنيات التعريض، حيث يُمكننا القول بأن التعويد هو أساس جميع التقنيات العلاجية بما فيها المعرفية و الإنفعالية ، والتعويد هو مصطلح خاص بنظريات التعلم الإجرائي ، ويعني إستجابة

معينة لمثير معين، مثل الخوف (استجابة) من الأماكن العالية أو الضيقة (المثير) ، وهنا تعمل هذه التقنية على تعريض الشخص إلى المثير عدة مرات وبصفة مستمرة يؤدي ذلك إلى التناقص والاختفاء كليا للاستجابة المرضية ، حيث وبطريقة عفوية وطبيعية يبدأ الشخص بإنتاج استجابة مرضية أقل شدة كلما تمت مواجهته بالمثير بطريقة متكررة ومنتظمة ويكون هذا في إطار العملية العلاجية بحيث يؤدي إلى زوال الحساسية اتجاه المثير، وتهدف تقنية التعويد إلى تمكين الشخص بتحكم في تلك الاستجابة ، وتشمل تقنية التعويد والتعريض تقنيات أخرى مثل (الغمر- التعريض المتدرج – الكف المتبادل...).

(سيريل بوفيه، 2019، ص 100).

7-3- تقنية الإسترخاء:

تم استخدام تقنية الاسترخاء لأول مرة في الطب و العلاج و علم النفس الإكلينيكي منذ فترة طويلة على يد الطبيب " جيكبسون (Jacobson)" و الذي قرر أن استخدامه يؤدي إلى فوائد علاجية ملموسة لدى مرضى النفسي القلق ويعرف بالمعنى العلمي بأنه توقف كامل لكل الانقباضات و التقلصات العضلية المصاحبة، وعادة ما يستخدم أسلوب الاسترخاء إما كأسلوب علاجي أو مصاحب للعلاج بطريقة الكف بالنقيض عندما نحتاج إلى خلق استجابة معارضة للقلق والتوتر عند ظهور المواقف المهددة، ويعتمد أسلوب الاسترخاء على بديهية فسيولوجية معروفة، فالقلق والخوف والانفعالات الشديدة عادة ما تكون تعبيراً عن وجود توترات عضوية وعضلية (ابراهيم عبد الستار ، 1978 ، ص64-65).

ويقيد هذه التقنية مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات انفعالية فمن خلاله يتعلم العميل كيف يقلل الشعور بالخوف والقلق و الضيق وكيف يسترخي ويمارس التنفس العميق ثم إثارة الدافع لديه للتعامل مع الموقف (نيفين صابر، 2009، ص21).

وعادة ما يستغرق الإسترخاء عشرين دقيقة (20 د) في كل جلسة من الجلسات العلاجية الأولى، وهو الوقت الذي يستغرقه المعالجون في العيادات النفسية لتدريب المرضى على الاسترخاء لمدة خمس عشرة دقيقة يوميا بأنفسهم بحسب الإرشادات العلاجية (ابراهيم ، 2011، ص124)، ويطلب من المريض (العميل) أن يمارس الاسترخاء كجزء من عملية تقليل الحساسية، وذلك خارج الجلسة العلاجية كواجب منزلي ، و يتوقف نجاح الاسترخاء على عدة شروط منها أن يكون الطفل في عمر يسمح له بالتدريب على ذلك أي بعد 08 سنوات تقريبا و أن لا يكون متأخرا ذهنيا، وأخيرا أن تكون اضطرابات غير مرتبطة بمكاسب ثانوية يجنيها منها (ابراهيم ع ، 1993 ، ص66).

7-4 - فنية التدريب على أسلوب حل المشكلة :

يعرف بأنه إجراء إكلينيكي تم استخدامه في العلاج السلوكي من قبل كل من " دزريلا وكولد (1971)" ، ويتكون من عدة خطوات وهي تعريف المشكلة ، ثم تحديد الاحتياجات لحلها ، فتولد البدائل التي يمكن أن تستخدم ، وتقييم البدائل و النتائج المرتبطة بها ، وأخيرا التحقق من النتائج.

(أسماء العطية، 2011، ص)

يستطيع الأطفال تعلم حل المشكلة عن طريق الواجبات المنزلية، ومن ثم يستطيعون تطبيقها في حياتهم الشخصية، كما إنه إجراء سهل جدا إذا استخدم طريقة كل من " كيندال وبراسول (1985)" التي تتضمن تعليم الطفل أن يسأل نفسه أسئلة جادة في سبيل حل المشكلة ، فعلى سبيل المثال يسأل نفسه ما المشكلة ؟ ما الحلول التي أستطيع أن أطبقها لحل المشكلة ؟ ماذا يمكن أن يحدث لي إذا أنا فعلت كل هذه الحلول ؟ ما الحل المناسب؟ ما هي نتيجة تطبيق الحل. (Francis et Beidal, 1995, p328).

وهذا الأسلوب له فوائد كثيرة، منها مساعدة الطفل على إدراك مشكلته، ثم تشجيعه على التركيز على تقديم وذلك من خلال تقديم وتقييم الحلول الممكنة المتنوعة لحل المشكلة نماذج لمواقف ومشكلات تواجههم وكيفية حلها و التغلب عليها بتطبيق خطوات تلك الفنية

(Southam-Gerow , 1997, p115).

7-5 - تقنية التحصين التدريجي:

جاءت البدايات الأولى لاستخدام الكف بالنقيض مرتبطة بعلاج المخاوف المرضي الشدي (الرهاب)، حيث تبدو الفكرة الرئيسية لهذا الأسلوب العلاجي حول إزالة الاستجابة المرضية (الخوف أو القلق) تدريجيا من خلال استبدالها بسلوك آخر معارض لها ، عدد ظهور الموضوعات المرتبطة به ، وقد بدأت أول محاولة منظمة لاستخدام هذا المبدأ على يد جونز " Jones " تلميذة واطسن لمساعدة أحد الأطفال للتخلص من مخاوفه المرضية الشديدة المتعلقة بالحيوانات، حيث تم إزالة مخاوف الطفل بتعريضه لمصدر الخوف تدريجيا ، ومازال هذا الأسلوب من الأساليب المستخدمة في حالات الخوف و القلق لدى الأطفال (عبد الستار إبراهيم ، 1993، ص 71)، ويهتم أسلوب التحصين التدريجي بتعديل الأحداث المعرفية أي الحوار الداخلي والأفكار الآلية، لأنها تؤدي إلى تشتيت انتباه الفرد عن المهمة والانشغال بتوقع الفشل، وينتج عنه خسارة في تقدير الآخرين، وتقدير الذات، ويفترض " ميتشنيوم " أن تدريب العملاء على الحوار الذاتي يمكن أن يؤدي إلى تغيير سلوكهم، إذ إنه يؤدي إلى ضبط السلوك والتخفيف من الضغط النفسي، ويؤثر على الحالة الانفعالية للفرد. (محمد عبد الله، 2000، ص 66).

7-6- تقنية إعادة البناء المعرفي:

تعد هذه التقنية من بين التقنيات الرئيسية للعلاج المعرفي السلوكي، حيث أن أول من أطلق هذا المفهوم هو دونالد ميكينيوم (1975)، ودخل حيز التنفيذ على يد "ألبرت إليس" في نظرية العلاج العقلاني الإنفعالي (RET)، ويهدف هذا الأسلوب إلى تعديل الحديث الداخلي والإستماع إلى صوت العقل، وتغيير التفسيرات السلبية إلى إيجابية، وتستخدم مصطلحات عديدة لوصف هذه العملية مثل إعادة النظر وإعادة التصنيف، تعديل الإتجاه (Seaward, 2002, p 186)، حيث أنه من المتعارف عليه أن النظريات المعرفية التي يقوم منحهاها العلاجي على أساس النظام المعرفي تركز على أهمية إعادة البناء المعرفي، فالممكن تغيير الفرد مباشرة من خلال ذلك، حيث تصبح سلوكياته أكثر عقلانية و تكيفا عن طريق تدريبه أو لا على التعرف على أفكاره، ثم التحقق من صدقها من خلال مناقشة أفكاره وافتراضاته و التحقق من احتمالية حدوثها، و الدليل على صدقها أو الدليل الذي يمكن أن يدحضها، و البدائل لهذه الافتراضات، أفضل و أسوء ما يمكن أن يحصل، مزايا و عيوب الاستمرار في التفكير في الأمور باستخدام هذه الافتراضات و باستخدام غيرها، ثم يطلب من العميل أن يعيد تقييم نتائج هذه الافتراضات و المواقف و الأحداث، ويهدف هذه التقنية إلى فهم العلاقة بين المعرفة السلوك و الانفعال، من خلال إعادة تدريب الفرد ليفكر بشكل أكثر منطقية و واقعية، وليعدل من الأفكار الأساسية، حيث أن الهدف هنا ليس تجنب السلوك، بل القيام به بشكل مختلف من خلال تحديد الدوائر المفرغة بين الأفكار و السلوكيات التلقائية (أسعد، 2014 ، ص 310).

ويعد "إليس" و"بيك" أفضل من طور هذه الفنية، ويتم من خلالها تعديل البنية المعرفية للشخص؛ وذلك لأن تشوه البنية المعرفية تبعاً للنظرية المعرفية السلوكية هو المسؤول عن تشوه الانفعالات والسلوكيات، وهو بالتالي مسؤول عن كثير من الاضطرابات الانفعالية، بل هي لب الاضطرابات الانفعالية، وتعد الأفكار والمعتقدات مختلة أو مشوهة عندما تبدو غير واقعية أو غير متنسقة منطوقيا مع الواقع، وكلما نتج عنها سلوك غير مرغوب أو استجابة انفعالية مبالغ فيها، كانت الحاجة لتعديلها أولاً، وتقوم هذه الفنية على فحص معتقدات العميل، وإقناعه بمدى تشوه أفكاره، ومسؤوليتها عن تفكيره السلبي، حتى يتعاون العميل مع المعالج على تعديل هذه الأفكار والمعتقدات المشوهة، واستبدالها بمعتقدات وأفكار تكيفية (أرون بيك، 2000 ، ص 189).

7-7- تقنية النمذجة :

تعد تقنية النمذجة من التقنيات التي تستخدم كثيراً في العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطرابات عند الأطفال، وترتكز هذه التقنية على أسس نظرية التعلم الإجتماعي لـ باندورا (1977)، فهي ترى بأن

الأطفال يتعلمون كما هائلا من السلوكيات بواسطة ملاحظة أو مشاهدة الآخرين ، وكذلك حال الطفل المضطرب الذي يتعلم من خلال ملاحظة طريقة الآخرين في التعامل مع مثيرات مثل الخوف و القلق ، فهذه النظرية تفترض بأن الطفل الذي يعاني من القلق قد تأثر بواسطة البيئة التي يعيش فيها ،ومن هنا فإن سلوك الخوف و القلق سلوك متعلم عن طريق ملاحظة آخرين ويمكن التخلص منه عن طريق جعل الطفل يلاحظ نماذج تمارس بنجاح التعامل مع مثيرات التي يخافها الطفل وتكون هذه الطريقة أكثر فاعلية عندما يطلب من الطفل المضطرب المشاركة، وعندما يتشابه النموذج مع الطفل في السن و مستوى القلق و الخبرة مع حالات ومثيرات القلق (أسماء العظيمة ، 2011 ، ص97)، حيث يمكن للطفل أن يقوم بتقليد السلوك النموذج أي القيام بالنمذجة أثناء الجلسة أو خارجها في حياته اليومية، و على المعالج و محيط الطفل المشاركة في السلوك النموذج و القيام بتعزيز الطفل كلما قام بتطبيقه، و قبل أن يتعهد الطفل بالموافقة على القيام بالسلوك النموذج (أو المهارة أو المهمة أو التدريب)، يقوم المعالج بتقديم نموذج للسلوك المرغوب في خطوات بسيطة، و ينصح بأن يوضح المعالج السلوك بمعايير مقبولة و بسيطة و ليس في شكل تام و رائع (بيرني و مصطفى، 2008 ، ص 185)، و تزداد فاعلية التعلم بالنموذج عندما يكون عرض النموذج السلوكي مصحوبا بتعليمات لفظية تشرح ما يتم أو تصف المشاعر المصاحبة، حيث يمكن أن يكتسب الطفل السلوك أو يتخلص منه بسهولة من خلال ملاحظة النموذج وبالتالي يقدم المعالج، نموذجا تعليميا للتدريب على مهارات معينة .

(نيفين صابر، 2009، ص 21).

7-8- تقنية التعزيز:

تعتبر تقنية التعزيز أسلوب علاجيا جيد ا عند ما يتعلق الأمر باستخدام هذه التقنية في معالجة الاضطرابات عند الأطفال ، حيث يرجع الفضل إلى ظهوره ا إلى "سكينر" و هو مشابه لقانون الأثر الذي ينص على أن السلوك يقوى إذا كانت نتائجه سارة و يضعف إذا كانت نتائجه غير سارة ، و تقوم فكرة التعزيز على تقديم مثير للطفل مقابل كل استجابة مقبولة يقوم بها و يكون هذا المثير(التعزيز) إما ماديا أو معنويا (طه عبد العظيم، 2008، ص 199)، و ينقسم التعزيز إلى قسمين هما:

أ - **التعزيز الإيجابي:** هو إضافة أو حدوث مثير بعد ظهور السلوك الأمر الذي ينجم عنه زيادة احتمالات تكرار السلوك في المواقف و الأوضاع المشابهة في المستقبل.

ب - **التعزيز السلبي:** هو إزالة أو اختفاء مثير بعد ظهور السلوك الأمر الذي ينجم عنه تقليل احتمالات تكرار ذلك السلوك في الموقف و الأوضاع المشابهة في المستقبل.

والتعزيز- إيجابيا كان أو سلبيا- يؤدي دائما إلى الإسراع في ظهور السلوك المرغوب فيه ولكن المعالج يفضل عادة التدعيم الإيجابي أكثر من التدعيم السلبي لسهولة تطبيقه ولأن نتائجه سريعة ، ولعدم وجود آثار جانبية سلبية له، والعادة أن التدعيم السلبي يتم بعد تطبيق منبه منفر، فيكون التوقف عن هذا المنبه المنفر أو منعه عند ظهور سلوك معارض للسلوك السلبي، ومن ثم فقد يشعر الطفل من تطبيق التدعيم السلبي محاولة للتسلط ، والحرمان وفرض العقاب بكل ما للعقاب من آثار جانبية سيئة ستتضح فيما بعد (عبد الستار إبراهيم، 1993، ص 73).

كما أن استخدام تقنية التعزيز يتطلب وضعية المريض والحالة النفسية التي يعيشها من أجل تحديد طرق استخدام هذه التقنية، علما أن هذه تقنية تحتوى على نوعين من التعزيز وهما:

- **التعزيز المستمر** : يتمثل في ظهور معزز لكل استجابة من طرف الفرد وهذا النوع من البرنامج يسمح بالتعلم السريع للسلوك لكن باستمرار ظهور المعزز يظهر السلوك.
- **التعزيز المتقطع أو الجزئي** : يشكل سيرورة ذات فعالية أكثر إذا أردنا أن يبقى هذا السلوك أطول مدة زمنية يتمثل إما في ظهور المعزز بعد مدة زمنية معينة مهما كان عدد الاستجابات (مثل جداول الزمن المتقطع)، أو بظهور المعزز بعد عدد معين من الاستجابات مهما كان زمن أو وقت ظهورها(جداول الاستجابات) أو يمكن قول بأنه يقوم على تعزيز الاستجابات التي تصدر عنا في بعض مرات حدوثها اعتمادا على جداول التعزيز

(Jo. Godefroid. Ibid p : 341-342).

9-7 – فنية التدريب على تأكيد الذات :

يعرف "ولبي" (1959) مفهوم تأكيد الذات بأنه القدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال ، لذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي قائم على تدريب التوكيدية ، ولا يقتصر على تعليم التعبير عن الاحتياجات والحقوق بل يتضمن تدريب الأشخاص على اتجاهات الإيجابية دالة على الإستحسان والتقبل وحب الاستطلاع والمشاركة الإيجابية (عبد الستار إبراهيم ، 1999، ص296)، حيث يعمل المختصون على زيادة التوكيد للمريض لأنه مفيد من ناحيتين، فالأولى هي أن السلوك التوكيدي يغرس في العميل إحساسا أكبر بالسعادة ، والثانية أنه يجعل المريض أكثر قدرة على الحصول على إثباتات إجتماعية ومادية ، وبذلك يحصل على مزيد من قدرة المريض على أن يندمج في سلوك اجتماعي أو هو طريقة مصممة للتدريب على تحسين الذات وتقويتها ويقصد بها تمكين الفرد من الدفاع عن حقوقه والتعبير والتغلب على خوفه الإجتماعي. (محمود خليل، 2021، ص257).

ويرى " جولدشتين (1973) أن التدريب على تأكيد الذات هو أعلى التدخلات السلوكية قيمة، وهو الأسلوب الذي يغلب أن يكون مطلوباً لتعديل السلوك غير الموائم في العلاقات بين الأشخاص، ويمارس هذا التدريب من خلال الجمع بين تدخلات تقود المريض إلى الشعور و إلى الفعل على أساس افتراض أن له الحق في أن يكون ماهو عليه وأن يعبر في حرية عن مشاعره طالما أنه لن يسبب الأذى لأحد .

(لويس مليكه،1990، ص 109).

7-10- تقنية الواجب المنزلي:

تعد تقنية الواجبات المنزلية مهمة و عنصر فعالا في جلسات العلاج المعرفي السلوكي ، حيث يقع على عاتق المعالج تحديد الواجب المنزلي من المهارات المتعلمة حسب البرنامج المسطر للعلاج ، وتناسب هذه التقنية مع الاضطرابات التي تصيب الأطفال ، حيث تهدف هذه الفنية إلى مشاركة الفرد في تصميم الخطة العلاجية المتبعة و ما يناسبها من أنشطة لتحقيق الأهداف العلاجية ، إذ لابد من توجيه الفرد لتوظيف ما تعلمه من معتقدات ومفاهيم صحيحة من خلال المرور بعدة مواقف سلوكية يقوم الفرد بأدائها لكي يتمكن من تدعيم التغيرات الايجابية التي يكون قد أنجزها في الجلسات العلاجية ولكي تساعد على أن ينقل خبراته الجديدة إلى المواقف الحية. (جمال الخطيب ، 1993 ، ص 44).

8- خدمات دور المختص في العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من الأطر العلاجية التي تساعد المختصين في تشخيص وتقييم الحقيقي لوضعية المريض، فضلا عن فعالية البرامج العلاجية والتدريبية المبنية على أسسه ، ذلك أن العلاج المعرفي السلوكي يمنح المعالج أو المختص الأدوات والوسائل المناسبة لقياس والتحكم في الاضطرابات والأعراض المرضية ، كما أنه يساعد المختص في تنمية مهاراته العلاجية والمعرفية عن طريق الإحتكاك والتواصل مع الحالات والأفراد.

8-1- المهارات وصفات المعالج في العلاج المعرفي السلوكي:

تتضمن المهارات التي يتصف بها المعالج المعرفي السلوكي في ما يلي :

- أن يتمتع بالخبرة النظرية والتطبيقية في العلاج.
- القدرة على الإبتكار طرق العلاجية العلمية والعملية الجديدة.
- القدرة على صياغة الحالة معرفيا عن طريق التركيز على الأفكار والمعتقدات الأساسية التي تجعل العميل يتصرف ويشعر بطريقة غير متكيفة.

- القدرة على مراقبة التغير المزاجي أثناء الجلسة للحالة، والبحث عن المعنى الشخصي للأحداث والمواقف.

8-2- خدمات ودور المختص في العلاج المعرفي السلوكي :

يتمثل دور المختص أو المعالج في العلاج المعرفي السلوكي في مساعدة المرضى على إدراك أن معتقداتهم الخاصة التي تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية وتبقي عليها وتسببها، وهذا يساعد المرضى على إدراك لا عقلانية وحدة تفكيرهم، ويساعدهم على التغيير الفعال للمعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات ، ووضع وتبني إستراتيجية للتغيير من خلال تطبيق الفنيات العلاجية المحددة التي تناسب الموقف والصعوبات التي يواجهها العميل. (زيزي إبراهيم ، 2018، ص 40).

كما يساعد المختص المريض في العلاج المعرفي السلوكي على الدراسة الناقدّة ليعرف ما إذا كان هناك ما يبرر استجابته لموقف معين أم لا، ويحرص المختص في العلاج المعرفي السلوكي على تشجيع المرضى لتحديد ما يبرر استمرار المشكلة، ويساعدهم لتغيير هذه المبررات أو الأسباب من خلال علاج الأفكار كفروض، فالمرضى يتم وضعهم في دور الملاحظين أو العلماء وليس كضحية للمشكلات النفسية (شيماء السيد ، 2019، ص 266)، إضافة إلى ذلك يقوم بتنمية مهارات التفكير بشكل مستقل، والتعاون مع المريض في محاولة لحل مشكلته بتوليد الأفكار وتزويده بالإقتراحات و إعطاءه فرصة مناسبة لاختيار هذه الأفكار دون إخباره ماذا يفعل، وإيجاد الفرص المناسبة لتدريبه، كما يقوم بالتدريب على المهارات ونصب اهتمامه على فهم إدراك الشخص، فيعلم الشخص التشويه المعرفي ومدى تأثيره على سلوكه ، وتعليمه كيف يحل نماذج التفكير المشوهة أو الأفكار المحرفة، ويضع مكانها نماذج تكييفية ، فهو يحاول تعليم الطفل التفكيري الصحيح . (Eisen et Kearney, 1995,p145).

كما يؤدي أخصائي العلاج المعرفي السلوكي عددا من الأدوار عندما يعالج الأطفال و المراهقين ، فهو يعمل كمرشد ، ومشخص ومعلم، فعليه أن يطبق أساليب العلاج المعرفي السلوكي في العلاج ، وأن يركز على عمليات الأفكار التي يعتقد أنها وسيط للإضطرابات المرتبطة بالسلوك ، وأفكار الطفل ،و اعتقاداته واتجاهاته، والتعبير الذي هو مصدر رئيسي لمشكلات.

(Drobes et Straun, 1993,p789).

9- العلاج المعرفي السلوكي للطفل :

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أفضل العلاجات التي لها الفعالية في علاج الإضطرابات وخاصة تلك التي تصيب الأطفال، كونه يتماشى مع مستوى الطفل في المراحل العمرية الأولى ، ذلك أن التقنيات والأساليب العلاجية الخاصة به تتمتع بميزة تجعل الطفل يشعر بالارتياح أثناء تطبيقها، إذ تلمس الجانب الطفولي الذي فيه، وخاصة إذا علمنا أن معظم التقنيات في العلاج المعرفي السلوكي مبنية على اللعب و النمذجة والتعزيز وكذا الجانب الحركي (العضلي) والتنبيه المعرفي ، والتي تمرر من خلالها عملية التكيف والتدريب على المواجهة والتغيير الإستجابة وإزالة المشاكل مؤقتا وتعديل أفكاره و سلوكياته .

ويعتمد العلاج المعرفي السلوكي للأطفال كما هو الحال مع الكبار على افتراض مؤداه أن السلوك تكيفي يمكن تغييره ، وأن هناك تفاعلا بين أفكار الفرد ومشاعره و سلوكه ،فالتوجه الأساسي في هذا العلاج يتجه نحو فهم طبيعة و نمو الأنماط السلوكية للطفل والمصاحبة لها في النواحي المعرفية ،وهي مجموعة من المعارف و المعتقدات و الاستراتيجيات التي توظف المعلومات بطريقة تكيفية .

(إبراهيم علي، 1997، ص 308).

وقد نال العلاج المعرفي السلوكي لاضطرابات في مرحلة الطفولة تدعيما تجريبيا، لأنه خاطب التفكير و المشاعر و السلوك المرتبطة بالمشاكل التي يتلقاها الطفل ، ودمج ما بين الأساليب المعرفية و السلوكية ،لتحقيق الهدف النهائي المتمثل في أن يطور الطفل أطر التعامل مع مواقف الصعبة والضاغطة بطريقة سهلة الضبط و التحكم، فالعلاج هنا يركز على مساعدة الطفل لتنمية مهارات تفكير خاصة ويطبقها عند مواجهة مثيرات الخوف أو القلق ،حيث يتم مساعدة الطفل على الوعي بأنماط التفكير السالبة التي تعيق أداءه، وأخيرا تعلم المهارات المعرفية و السلوكية (أسماء العظيمة، 2011، ص 62).

ومن هنا يتميز العلاج المعرفي السلوكي للطفل عنه عند الراشد في ضرورة مراعاة خصوصيات المرحلة النمائية للطفل، حيث يتم استخدام نفس التقنيات السلوكية المعرفية المستخدمة مع البالغين لكن مع تكيفها حسب عمر الطفل، ومستويات نموه في كل المجالات (اللغوي- الفكري – الانفعالي-الاجتماعي-الدراسي)، و تطبيقه للواجبات المنزلية و تجاوبه مع العلاج، و بنفس الوقت فإن هذه الخصوصية النمائية هي مصدر إبداع لطرق علاجية جديدة كيفية بشكل منهجي مع الأطفال، حيث تم تطوير تقنيات علاجية خصيصا للأطفال. (Vera. L, 2014, p 8-9).

9-1- خدمات العلاج المعرفي السلوكي للطفل:

من المتعارف عليه أن العلاج المعرفي السلوكي قائم على فهم العلاقة التي بين الاضطراب والشخص لذلك هو يقدم عدة خدمات في إطار ذلك، لمساعدة الفرد على الخروج من دائرة الاضطراب أو منحه آليات تساعد في تجاوز المرحلة المرضية التي يمر أو تكيف معها ، وإذا تم تطبيق العلاج على الطفل فانه يقدم خدمات كثيرة له فضلا عن العلاج والتكفل ونذكرها كالتالي :

1- الخدمات الإرشادية و العلاجية: تتمثل في خدمات مباشرة كمساعدة الأطفال على خفض بعض اضطرابات القلق لديهم ، وخدمات غير مباشرة فهي تتضمن مساعدة وتوجيه إرشاد أمهات الأطفال في كيفية التعامل مع أطفالهن ، وأيضاً إرشادهم ومساعدتهم على الحصول على بعض الخدمات الإرشادية و النفسية لهم ولإخوة أطفالهن خاصة في بعض حالات التفكك الأسري.

2- الخدمات الوقائية: يقدم العلاج خدمة وقائية مهمة، حيث يتم تدريب الأطفال على استخدام فنية التحكم الذاتي و أسلوب حل المشكلة و الاسترخاء في المواقف التي تواجههم في الحاضر وكيفية التغلب على قلقهم في المستقبل.

3- الخدمات التربوية: وتمثلت في تحسين التحصيل الدراسي و الأداء بالمدرسة بشكل عام بطريقة غير مباشرة، وذلك باستخدام الأطفال لما تعلموه في الجلسات أثناء فترة الامتحانات كالتحكم الذاتي و الاسترخاء لما لهذه الفنيات من فعالية في خفض مستوى القلق لديهم.

4- الخدمات الاجتماعية: وتتمثل في تدعيم العلاقات بين الأطفال خلال الجلسات الأولى أثناء تدريبهم على فنيات العلاج، وذلك من خلال التفاعل الاجتماعي المثمر بينهم خلال كل جلسة وتدعيم العلاقات بينهم ، و الاهتمام بالمناسبات الخاصة بهم ، كأعياد الميلاد، والنجاح في المدرسة ، وتبادل الهدايا و بطاقات المعايدة .

5- الخدمات الترويحية: وتتمثل في حث الأطفال على استغلال أوقات فراغهم في ممارسة الأنشطة الرياضية و الفنية و الاجتماعية، وإرشادهم إلى بعض المراكز الموجودة في الدولة لتنمية هواياتهم ومواهبهم في الرسم و الرياضة، إضافة إلى إقامة الحفلات بين كل فترة وأخرى للأطفال وأمهم أثناء تطبيق البرامج العلاجية و أثناء المتابعة.

6- خدمات متابعة: و تتمثل في المتابعة لكل خطوة من خطوات البرنامج للوقوف على التأثيرات التي أحدثها البرنامج في الأطفال، و المتابعة لهم في كافة شؤونهم الأسرية و المدرسية و السؤال الدائم عنهم و عن أسرهم.

7- خدمات إنسانية: و تتمثل في الإهتمام باهتمامات الأطفال و مشاركتهم في كافة الأنشطة التي يحبونها و تقبل الأطفال في جميع حالاتهم النفسية و حل المشكلات التي تواجههم كلما أمكن.

(أسماء العظيمة، 2011، ص 81-82).

10- المقاربة المعرفية السلوكية لإضطراب التأتأة:

يعد إضطراب التأتأة من الإضطرابات التي تصيب الأطفال في المراحل العمرية الأولى، وذلك راجع لعدة عوامل مختلفة، فالتأتأة حسب المنظور المعرفي السلوكي تعزى إلى سلوكيات انفعالية مكتسبة بطريقة غير متكيفة مع وجود إدراك وانفعالات خاطئة، وكذلك استجابات فيزيولوجية تطورت إلى عادات لاعقلانية واعتقادات خاطئة يتبناه المتأتى، والتي ستتطور مع الوقت إلى معاناة شخصية ونفسية، وقد أثبتت عدة دراسات وتجارب علمية إلى أن للعلاج السلوكي المعرفي فعالية نسبية كبيرة في معالجة الاضطرابات النفسية واللغوية (سميرة ركزة، 2014، ص 04)، حيث تعتبر التأتأة من الإضطرابات الإنفعالية وخاصة فيما يتعلق بالأعراض التي تنتاب المتأتى أثناء الكلام، من ارتباك وقلق وخوف والشعور بالضغط والإجهاد، وهذا ما أشار إليه "بيك" في رؤية أن الاضطراب الإنفعالي يعود إلى اضطراب في التكوين المعرفي للفرد الذي يتضمن الأفكار، التفسيرات، التخيلات، الذكريات، والمعرفة هنا تلعب دوراً أساسياً في إحداث واستمرار علاج الاضطرابات النفسية.

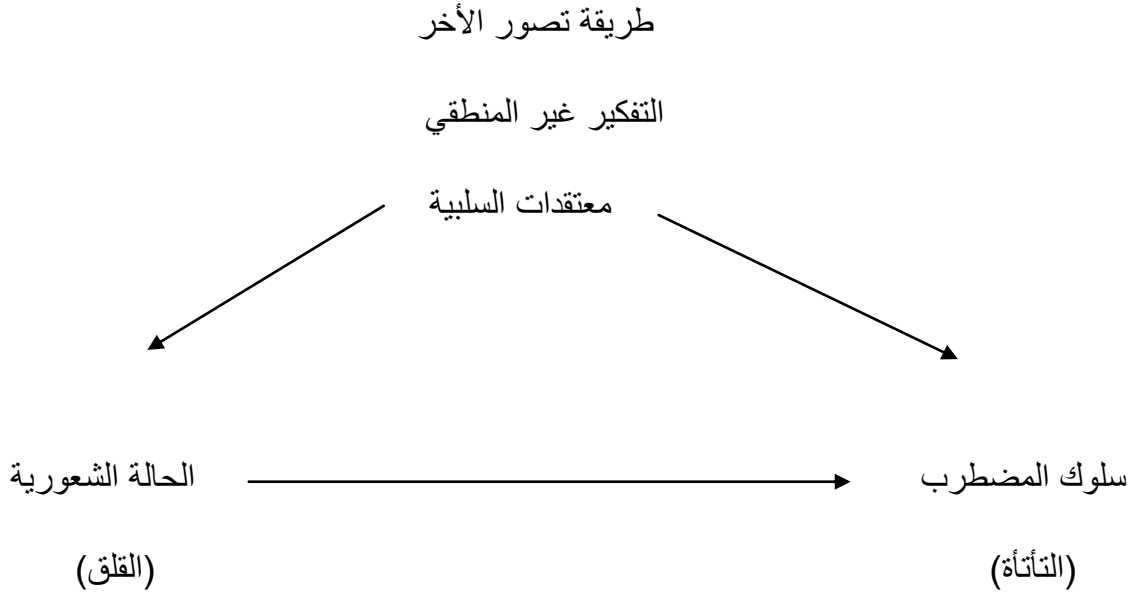
(شيماء السيد، 2019، ص 248) .

ونظراً لأن الجانب السلوكي والمعرفي يأخذ حيزاً كبيراً في عملية التواصل لدى المتأتى، فإن العلاج المعرفي السلوكي يقوم على نفس الأسس التي نشأ عليها الإضطراب في حد ذاته في عملية العلاج والتكفل، وخاصة إن علمنا أنه من الأعراض السلوكية التي لدى المتأتى، نجد أنه يتجنب ويؤجل مقاطع الكلام خلال العملية الكلامية، وهذا ما يفسر لنا تبنيه ردات فعلية وإدراكات خاطئة في تفسير الاستجابة التي يتلقاها فضلاً عن تلك التي يتبناها، ومن ثمة تصبح سلوكياته الصادرة عنه تتحول بتدرج إلى سمة أساسية في شخصيته، وهذا ما يجعله عاجزاً عن الخروج من دائرة الإضطراب، حيث يركز المدخل المعرفي السلوكي في علاجه لإضطراب التأتأة عند الطفل، على أهمية تعديل النماذج الخاطئة في تفكيره ومشاعره وسلوكياته، وهدف من ذلك مساعدة ال طفل المتأتى على تصحيح التصورات المحرفة، والمعتقدات غير الوظيفية الكامنة وراء هذه المعارف، واختبار مدى واقعيته، عن طريق التفكير والعمل بواقعية أكبر وبأسلوب توافقي في مواجهة المشكلات السيكلوجية الحالية في المواقف التي يتوقع أن يظهر قدراً من التحسن في الأعراض التي يعاني منها. (مصطفى خليل، 2021، ص 244).

فالتأتأة حسب " ألبرت إليس " هي نتيجة منبه مولد للخوف أو مولد للقلق يؤدي إلى انطلاق فكرة سلبية ، أو حكم خاطئ ولتدعيمه المستمر يصبح اعتقاداً خاطئاً يؤدي إلى اضطرابات فيزيولوجية أهمها اضطراب التنفس والذي بدوره يؤدي إلى تكرارات ، وتمديدات على مستوى اللفظي أي السلوك .

(. Lajeunesse B , 1998 , p 05)

- كما أن بناء البرامج العلاجية التي تستند على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي في معالجة اضطراب التأتأة تعتمد أساساً على إعادة بناء المعرفي للأفكار المشوهة للمتأني وكذا تدريبه على كيفية مواجهة المواقف الصعبة و الضاغطة وتعلم المهارات الاجتماعية والعمل على تنظيم عملية التنفس والإسترخاء العضلي لمساعدة المتأني في تخلص بما يسمى بالإجهاد العضلي والحركي أثناء العملية الكلامية ، فهذه التقنيات التي يتم تكييفها مع المستوى الفكري في العمر ودرجة تثبيط، يعمل المعالج عليها من أجل إعادة تأهيل المصاب بالتأتأة وتوجيهه وتصحيح إدراكه نحو تأتأته باعتبار أن التأتأة ليست سلوكاً و اضطراب إنفعالياً فقط ، فالمتأني يرى أن السخرية من حالته تعد عدواناً خارجياً يجعله يشعر بالارتباك والقلق وهذا ما ينتج عنه ما يسمى باضطراب في تدفق الكلمة عند المتأني وفق نموذج "إليس" و "بيك" للنماذج المعرفية للتفسير اضطراب التأتأة ، حيث أن المخطط التوضيحي التالي يفسر لنا واقع اضطراب التأتأة حسب منظور المعرفي السلوكي:



- المخطط النموذج الأول لتفسير اضطراب التأتأة المقترح من طرف "إليس و بيك" .

- الفرضية العلاجية هنا للمخطط تقضي بضرورة تعديل إدراك المتأني وتصحيح تصوره وتدريبه على ذلك ، من أجل إزاحة الأفكار لاعقلانية والاعتقادات الخاطئة ومن ثمة ضبط سلوكه واستجابته الفيزيولوجية السلبية.

- أما المخطط الثاني المقترح لمعالجة الإضطراب التأتأة والذي يفسر لنا بشكل واضح المقاربة المعرفية السلوكية للتأتأة وهو كالتالي :

- الحافز والتصور الفرد ← الإستجابة تساعد ← تعديل النتيجة (التأتأة)

في معنى التسوية

- المخطط النموذج الثاني لتفسير وعلاج إضطراب التأتأة .

(Nacira zellel,1990,p 117-118).

ومن خلال هذين نموذجين تتجلى لنا التقنيات التي يمكن استعمالها في بناء البرامج العلاجية التي تستند على العلاج المعرفي السلوكي في معالجة إضطراب التأتأة وخاصة عند الطفل والتي يمكن ذكرها بإجاز فيما يلي :

- التربية النفسية ، إعادة البناء المعرفي ، النمذجة ولعب الأدوار ، تنشيط المهارات المعرفية ، التدريب على أسلوب حل المشكلة ، تمارين الإسترخاء العضلي ، التعزيز الإيجابي، تمارين تنظيم التنفس ، تحليل الصور ، تمارين القراءة بأنواعها، إكمال الجمل الناقصة ، التغذية الراجعة.

- خلاصة

وفي الأخير يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي هو أكثر علاجات ملائمة لإضطراب التأتأة عند الأطفال كونه يتمتع بخاصيتين لا توجد في العلاجات الأخرى وهما : خاصية الوقاية و خاصية عدم الإبتكاس بعد العلاج ، فالعلاج المعرفي السلوكي يمنح المضطرب أو المريض الوسائل والأساليب الناجعة والفعالة في العلاج والتكفل، والهدف من ذلك هو تعليم الأشخاص وتدريبهم على أن تصبح لديهم القدرة على مواجهة صعوبات الحياة و يكونون أقل عرضة للإضطرابات مهما كان نوعها ، حيث تشير كثير من الدراسات إلى انخفاض معدلات الاضطرابات والأمراض النفسية عند استعمال العلاج المعرفي السلوكي مع العملاء.

الفصل الخامس

(الجانب الميداني – الإجراءات المنهجية)

- تمهيد :

أولاً: الدراسة الاستطلاعية.

- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
- 2- إجراء الدراسة الاستطلاعية
- 3 - عينة الدراسة الاستطلاعية
- 4 -فترة تطبيق الدراسة الإستطلاعية

ثانياً : الدراسة الأساسية

- 1 -منهج الدراسة.
- 2 -عينة الدراسة
- 3 - أدوات الدراسة
- 4 - البرنامج التدريبي العلاجي.
- 5 -خطوات إجراء الدراسة الميدانية.
- 6 - صعوبات الدراسة.

خلاصة

تمهيد :

نتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات المنهجية المتبعة لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من صدق فرضيتها، حيث يتضمن هذا الفصل الدراسة الإستطلاعية وإجراءاتها ثم تتبعها الدراسة الأساسية المنهج المتبع ، عينة الدراسة وخصائصها ثم أدوات الدراسة المقياس وصدقه و ثباته، ثم البرنامج العلاجي خطوات بنائه، ثم اجراءات الدراسة الميدانية وصعوباتها.

أولا :الدارسة الاستطلاعية :

تعد الدراسة الإستطلاعية مرحلة مهمة من مراحل البحث العلمي ، حيث يكون الهدف منها استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلمي وصياغتها صياغة دقيقة تيسر التعمق في بحثها في مرحلة لاحقة ، ويلجأ الباحث في الكثير من الأحيان إلى الدارسة الاستطلاعية عندما يكون هناك غموض أو ندرة في الموضوع المراد دارسته، وليس لديه من المعلومات والبيانات ما يؤهله لإجراء الدارسة الأساسية وبالتالي فهي تفيد في زيادة معرفته وألفته بموضوعه حتى يتسنى له دارسته بصورة أعمق وأدق

1-أهداف الدارسة الاستطلاعية:

تكمن أهداف الدراسة الإستطلاعية الحالية في النقاط التالية :

- التعرف على الميدان والصعوبات التي قد تواجه الباحث أثناء التطبيق.
- تحديد العينة والحالات المناسبة للدارسة الأساسية.
- وضع الأسس لبرنامج تدريبي علاجي يهدف إلى تخفيف من شدة التأتأة والحد من مظاهرها.
- تحكيم البرنامج المعد من قبل المختصين و الأساتذة.
- التحقق من صدق وثبات أدوات الدراسة.
- حصر العوامل الخارجية والداخلية المؤثرة في الدراسة.
- تدوين جم يع الملاحظات المستخلصة من الدراسة الاستطلاعية وتوظيفها بما يمكن أن تخدم الدارسة الأساسية.

و بشكل أساسي فإن الهدف العام للدراسة الإستطلاعية هو تهيئة الظروف المادية والمعنوية وكذا الأرضية المناسبة لإنطلاق الدراسة الأساسية.

2- إجراءات الدراسة الإستطلاعية :

2-1- عينة الدراسة : تكونت عينة الدراسة الإستطلاعية من (28) طفل يعاني اضطراب التأتأة يزالون الدراسة في الطور الأول والثاني من التعليم والذين يترددون على العيادات من أجل العلاج، وقد تم تقسيمهم على ثلاثة مجموعات على حسب تطور التأتأة عند الطفل والمبينة في الجدول التالي :

المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة	
10 أطفال	10 أطفال	08 أطفال	عدد العينة
06 – 08 سنوات	08 - 12 سنة	12 سنة فما فوق	عمر العينة
08 ذكور – 02 إناث	07 ذكور- 03 إناث	08 ذكور	جنس العينة

- جدول (01) يوضح توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الجنس والعمر والعدد -

جدول رقم (01) يوضح طريقة توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب الجنس والعمر والعدد ، حيث نجد أن عدد الذكور بلغ (23) في حين عدد الإناث بلغ (05) وهذا يؤكد فرضية إنتشار التأتأة عند الذكور أكثر من الإناث ، كما نجد تباين في أعمارها وذلك من أجل تحديد المستويات السن عند تطبيق الإختبار.

2-2- أدوات الدراسة :

تم إستخدام في الدراسة الإستطلاعية الملاحظة الغير المباشرة وكذلك المقابلة وتطبيق اختبار شدة التأتأة عند العينة من أجل التأكد من صدق والثبات الإختبار.

2-3- فترة تطبيق الدراسة الإستطلاعية:

تم تطبيق الدراسة الإستطلاعية عبر ثلاثة عيادات أرطوفونية خاصة تقع في محيط مدينة ولاية الأغواط ، بداية من تاريخ 15 مارس 2023 إلى غاية 20 أبريل 2023 ، حيث تم تطبيق القياس القبلي لعينة الدراسة والتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس، وكذا التقرب من الحالات والتعرف عليها بشكل فردي وتدوين الملاحظات عليها حسب الجلسات وكذا القيام بإنتقاء مجموعة من الحالات من مجموع العينة من أجل الدراسة الأساسية وحسب شروط التي وضعها الباحث لإختيار الحالات المقصودة.

4-2 - نتائج الدراسات الإستطلاعية :

أ- نتائج الدراسة الإستطلاعية من أجل التحقق من ثبات المقياس عن طريق تطبيقه على عينة استطلاعية مؤلفة من (28) طفل يعاني من التأتأة والذين يترددون على عيادات اضطرابات الكلام والتخاطب ، وبعد مرور أسبوعين تم إعادة تطبيق الإختبار على نفس العينة ، وذلك من خلال حساب معامل إرتباط " بيرسون " بين درجات العينة الاستطلاعية في التطبيق الأول ودرجاتهم في التطبيق الثاني، ويبين الجدول التالي نتائج الثبات بطريقة الإعادة في كل بعد من أبعاد مقياس شدة التأتأة والدرجة الكلية له.

أبعاد المقياس	معدل الثبات	مستوى الدلالة
بند تكرار حدوث التأتأة	0.94	0.01
بند طول حدوث التأتأة	0.87	0.01
بند الحركات والأصوات المصاحبة	0.97	0.01
المجموع الكلي	0.95	0.01

- جدول (02) معامل الثبات عن طريق إعادة تطبيق المقياس عند مستوى دلالة (0.01)

يتبين من الجدول (02) أن قيم معاملات ارتباط بيرسون بين درجات أفراد العينة الاستطلاعية في التطبيق الأول والتطبيق الثاني على مقياس شدة التأتأة بأبعاده الثلاثة قد تراوحت بين (0.94) إلى (0.97) وكانت جميعها دالة إحصائياً، مما يعني أن المقياس يتمتع بخاصية الثبات .

ب- نتائج الدراسة الإستطلاعية من تحقق من صدق المقياس عن طريق تطبيقه على نفس عينة استطلاعية مؤلفة من (28) طفل يعاني من التأتأة ، وذلك من خلال حساب معاملات إرتباط " بيرسون " عن طريق حساب صدق الإتساق الداخلي بين كل بعد من أبعاد المقياس الثلاثة والدرجة المجموع الكلي للمقياس والجدول الآتي يوضح ذلك.

أبعاد المقياس	بند تكرار التأتأة	بند طول التأتأة	الحركات و الأصوات المصاحبة
معامل بيرسون	0.82	0.78	0.83
مستوى الدلالة	0.01	0.01	0.01

- جدول (03) صدق الداخلي لأبعاد المقياس لمعاملات الإرتباط عند مستوى دلالة (0.01) -

يتضح من الجدول (03) أن جميع معاملات الارتباط بين كل بُعد من أبعاد المقياس الثلاثة والدرجة الكلية للمقياس دالة عند مستوى دلالة (0.01) مما يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الصدق، بحيث يمكن تطبيقه والعمل به.

- ثانيا : الدراسة الأساسية :

1- منهج الدراسة :

قام الباحث بإعتماد المنهج التجريبي والذي يعرف بأنه النهج الذي يقوم على التجربة العلمية التي تكشف عن العلاقات السببية بين المتغيرات في ضوء ضبط العوامل المؤثرة في المتغير التابع، من خلال تصميم الموقف التجريبي والمبني على الملاحظة المقننة والمضبوطة باعتماد أدوات محددة ، حيث اختاره الباحث من أجل دراسة فاعلية البرنامج التدريبي العلاجي المستخدم في الدراسة الحالية في خفض شدة التأثأة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من (06-10) سنوات عن طريق استخدام التصميم التجريبي للمجموعة الواحدة من خلال القيام بالقياس القبلي (اختبار يقيس شدة التأثأة) على عينة الدراسة ثم تطبيق البرنامج (الجلسات التدريبية العلاجية) ومن ثمة القيام بالقياس البعدي (اختبار يقيس شدة التأثأة) وذلك من أجل إيجاد الفرق بين القياس القبلي والبعدي ثم المعالجات والأساليب الإحصائية لمعرفة مدى فاعلية البرنامج على عينة الدراسة.

- كما استخدم الباحث اضافة إلى ذلك المنهج العيادي عن طريق دراسة الحالة وذلك عن طريق استخدام الملاحظة والمقابلة من أجل حصر العوامل الخارجية والداخلية وتتبع أسباب حدوث اضطراب التأثأة عند الحالات والإطلاع على ظروف الحياتية والمعاشية الخاصة بهم.

2- عينة الدراسة :

تكونت عينة الدراسة من (06) حالات أطفال تتراوح أعمارهم بين (06 - 10) سنوات 04 منهم ذكور و 02 إناث يعانون اضطراب التأثأة يترددون على ثلاثة عيادات أرطفونية خاصة وهي (عيادة ملاك الأمين الطاهر- عيادة النذير – عيادة فضل الله). بولاية الأغواط .

1-2 شروط اختيار العينة :

تمت عملية اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، وفق الشروط معينة وضعها الباحث من أجل ضبط حدود الدراسة والبحث، وذلك بعد القيام بمتابعة الجلسات العلاجية والزيارات الميدانية للعيادات والمراكز الخاصة التي يتردد عليها حالات اضطراب الكلام والتأثأة، إضافة إلى الإطلاع على بعض ملفات وجداول حضور الحالات، وعموما يمكن ذكر شروط اختيار عينة الدراسة في النقاط التالية:

- 1- أن تتراوح أعمار العينة بين 06 و10 سنوات.
- 2- أن لا يعاني أفراد العينة من اضطرابات لغوية أخرى أو أي إعاقة سوى التأتأة.
- 3- ألا يكون اضطراب التأتأة عند أفراد العينة نتيجة إصابة عضوية أو عصبية أو خلل على مستوى أعضاء النطق والكلام (سلامة جهاز النطق).
- 4- ألا يكون أفراد العينة قد تلقوا علاجاً من قبل على يد مختصين أو معالجين.
- 5- أن يكون أفراد العينة من تلاميذ المرحلة الابتدائية ويترددون على العيادات من أجل العلاج.
- 6- أن يكون المستوى الإقتصادي و الإجتماعي لأفراد العينة متوسط أو متقارب.

2-2- خصائص العينة :

الحالة	العمر	الجنس	المستوى الدراسي	نوع ومستوى التأتأة
الحالة الأولى	08 سنوات	ذكر	ثانية ابتدائي	التأتأة قرارية متوسطة
الحالة الثانية	08 سنوات	أنثى	ثانية ابتدائي	التأتأة قرارية متوسطة
الحالة الثالثة	06 سنوات	ذكر	الأولى ابتدائي	التأتأة قرارية متوسطة
الحالة الرابعة	10 سنوات	ذكر	ثانية ابتدائي	التأتأة مختلطة متوسطة
الحالة الخامسة	06 سنوات	ذكر	الأولى ابتدائي	التأتأة إختلاجية شديدة جدا
الحالة السادسة	08 سنوات	أنثى	ثانية ابتدائي	التأتأة قرارية متوسطة

- جدول (04) يوضح خصائص عينة الدراسة -

- نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) الذي يوضح خصائص العينة أن معظم الحالات يدرسون في السنة الثانية ابتدائي ويبلغون من العمر 08 سنوات وأغلبهم ذكور وعندهم مستوى متوسط من التأتأة ماعدا إثنين (02) عندهم مستوى شديد من التأتأة.

3- أدوات الدراسة :

3-1- الملاحظة العيادية :

هي أداة مهمة يستخدمها الباحث في مجال دراسته من أجل الإطلاع والكشف المباشر عن خبايا سلوك الأفراد من خلال المواقف والأحداث .

- ويمكن تعريفها إجرائيا بأنها أداة من ادوات الفحص و جمع المعلومات ، من خلال ملاحظة الفاحص أو الاخصائي أو الباحث للظاهرة أو العميل و تسجيل كل ما يلاحظه ، شرط الإلتزام بالدقة و الموضوعية و دون أن يتدخل في مسار الأحداث بغية تغيير أو حذف أو إضافة أو تعديل أي أحداث تنتج عن العميل أو الظاهرة التي نحن بصدد دراستها.

3-2- المقابلة العيادية :

تعتبر المقابلة إحدى وسائل جمع البيانات في دراسة الحالة خصوصا ما يتعلق بالجوانب النفسية و الإنفعالية ومشاعر ودوافع الحالات والخبرات الماضية والتطلعات المستقبلية، وبالتالي الهدف من المقابلة هي العمل على حل المشكلات التي يواجهها العميل والإسهام في تحقيق توافقه ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج.

- ويمكن تعريفها إجرائيا : بأنها الحوار الذي يجرى مع الحالات المدروسة بهدف الحصول على معلومات حول مختلف المواضيع مثل: الدراسة، و اتجاهاتهم، وميولاتهم و سلوكياتهم خاصة الكلامية، و نظرتهم لنفسهم و لمن حولهم .

3-3- السجلات و الملفات :

هي ملفات إدارية خاصة بحالات وعينة الدراسة والتي تحتوي على كل المعلومات والبيانات الشخصية التي قد تساعد الباحث في التحليل الدقيق لكل حالة.

3-4- أداة مقياس شدة التأناة: مقياس شدة التأناة هو اختبار (ssi) لهلة عبد العزيز الرفاعي (2001) نسخة معربة ومقننة من اختبار " رايلي".

- تم إعداد هذا الإختبار من طرف العالم "جلندون رايلي" سنة (1986) من أجل قياس شدة التأناة ، وتم تعريبه وتقنيته من طرف الأستاذة المصرية " نهلة عبد العزيز الرفاعي" سنة (1999) من أجل ان يوافق البيئة العربية ، حيث يعد هذا الاختبار من بين أهم الاختبارات التي تقيس شدة التأناة بشكل دقيق و عال عند الفرد، ذلك لأنه يجمع بين الدقة والشمولية والحساسية في قياس السلوك التخاطبي، بالإضافة إلى قوة الخصائص السيكومترية التي يحملها من صدق وثبات وهو ما تم اثباته أيضا في النسخة العربية.

- يهدف هذا الإختبار إلى قياس نسبة تكرار حدوث التأتأة وطول لحظة حدوثها زمنيا وكذا الحركات والأصوات المصاحبة لها ، كما أنه يعطي فكرة كاملة و واضحة عنها شكلا ومضمونا ، في حين لا يعتمد هذا الإختبار فقط على حدوث التأتأة كما هو الحال في بعض المقاييس الأخرى ، وفي نفس الوقت لا يعتمد على حكم المريض على نفسه كما هو الحال في اختبارات التقارير الذاتية ، إنما يعطي نتائج ودرجات واضحة لكل سلوك تخاطبي من جهة المتأثى ، والتي توضع حسب التدرج من (0 إلى غاية 45 درجة) في نهاية الإختبار، إضافة إلى هذا يعد الإختبار سهلا من حيث تطبيقه ، كما أنه يتناسب مع جميع الأعمار كبارا وصغارا حيث أنه يحتوى علي معايير للكبار و أخرى للصغار من المثلثين.
- وقد اختار الباحث هذا الإختبار لنفس المعايير المذكورة سالفا التي يقيس بها شدة التأتأة، إضافة إلى قوة خصائصه السيكومترية مع سهولة تطبيقه و كذا دقة نتائجه ووضوح معطياته.

3-4-1- وصف الإختبار : (انظر ملحق رقم 02)

- يتكون الإختبار من ورقة نموذج خاصة بالإختبار والتصحيح والوسائل المستخدمة فيها هي (الصور والنصوص المكتوبة للقراءة) ، كما تحتوي الورقة على أربعة أجزاء فرعية وهي :
 - جزء خاص بنسبة تكرار حدوث التأتأة.
 - جزء خاص بمتوسط أطول ثلاث لحظات التأتأة.
 - جزء خاص بالحركات والأصوات المصاحبة للتأتأة.
 - جزء خاص بمستوى شدة ودرجة التأتأة عند الأطفال والكبار.
- توجد مربعات متابعة تكرار التأتأة في خلفية الورقة ومعها جداول شدة التأتأة ، وتتكون الصور من ثلاث صور للوصف وثلاث صور لقصص متسلسلة ، ثم هناك نصاب للقراءة لأطفال الصف الثالث الابتدائي وحتى الخامس ونصاب أخران لأطفال الصف الخامس ابتدائي فما فوقه ،ثم نصاب للقراءة كما يلي:
 - صورة وصف الأطفال في الحديقة.
 - صورة وصف الأسرة في رحلة.
 - صورة وصف طفل في غرفته.
 - صورة قصة القط و الفأر.

- صورة قصة الولد يصنع البيتزا
- صورة قصة الطفل يذهب إلى الطبيب.
- نص أ: (مدرستي) للصف الثالث.
- نص ب: (يومياتي) للصف الثالث.
- نص أ: (المرافق العامة) للصف الخامس.
- نص ب: (مع الفيل) للصف الخامس.
- نص أ: (حيتان تصطاد بالفقاقيع الهوائية) للكبار.
- نص ب: (مع الحمام) للكبار.

3-4-2- كيفية تطبيق الإختبار و تصحيحه:

ينقسم الإختبار في التطبيق إلى قسمين ، قسم الأول يطبق على الذين لا يعرفون القراءة، والقسم الثاني يطبق على الذين يعرفون القراءة.

- أولاً: تطبيق الإختبار على القسم الأول : (الذين لا يعرفون القراءة)

- قبل شرح طريقة تطبيق الإختبار تجدر الإشارة إلى أنه أي طفل دون الصف الثالث الإبتدائي يعتبر من فئة الذين لا يعرفون القراءة.

- عند بداية التطبيق الإختبار يطلب من الطفل المتأني بوصف الصور التي تعرض عليه، حيث يتم عرض الصور واحدة تلو الأخرى مع إحضار آلة التسجيل أو فيديو والقيام بتسجيل كلام المتأني على الشريط.

1- بند تكرار حدوث التأتأة :

بعد طلب المختص من الطفل المتأني بوصف الصور يجب عليه اتباع بعض الخطوات وهي كالتالي :

- انتظار الطفل حتى يستوعب الصورة ثم يبدأ في وصفها وسرد ما يراها.
- يمكن مساعدة الطفل بطرح بعض الأسئلة التوضيحية عند وصف الصور.

- عندما يبدأ الطفل في الكلام يبدأ المختص بملأ وكتابة الكلام في الجدول الخاص بالمربعات تكرر حدوث التأتأة الموجود في خلفية ورقة النموذج، بحيث يكتب نقطة (.) لكل كلمة طلاقة ، ويكتب خط مائل (/) لكل كلمة بها تأتأة ، حيث يراعى أن كل كلمة لها مربع خاص بها صغير، ويكمل المختص بهذه الطريقة حتى يملأ كل المربعات الصغيرة البالغ عددها (150 مربع).

- يمكن استخدام بعض الصور أو كل الصور وذلك من أجل الحصول على مجموع 150 كلمة من وصف الطفل للصور.

عند تطبيق الإختبار يجب الإنتباه لبعض النقاط وهي :

- التكرار في الصوت الواحد أو المقطع من الكلمة أو حتى التكرار في الكلمة ذات المقطع الواحد يعتبر تأتأة.

- الإطالة الصامتة أو المسموعة في الكلمة أو المقطع يعتبر تأتأة.

- الوقفة داخل الكلمة الواحدة يعتبر تأتأة.

- الكلمة التي يسبقها حرف العطف "و" إذا قام بالتأتأة في حرف "و" تحسب له كلمة متأتأة "وتحسب الواو العطفية مع الكلمة التي تليها في مربع واحد.

- الصمت قبل الكلمة ،بحيث إن كان معه محاولات ولو كانت دون صوت لنطق الكلمة أو اضطراب بالتنفس، تحسب كلمة متأتأة.

- تكرار الكلمة ببطيء أو تكرار الكلمة ذات الأكثر من مقطع واحد أو تكرار العبارة أو الجملة فهذا لا يعتبر تأتأة "وهذا يحدث غالبا بغرض التفكير في ما بعدها بمعنى أن التأتأة سوف تكون في الكلمة التي تليها.

- طريقة ملأ جدول المتابعة لبند تكرار حدوث التأتأة: (مثال)

.	.	/	.	/	/	/	/	.	/	/	/	/	/	.	/	.
.	/	/	/	.	.	/	/	/	.	.	/	/	.	.	/	/	.	/	/	.	.	/	/	
/	.	/	.	/	/	/	/	.	/	/	/	/	/	.	/	.
/	/	/	/	.	.	/	/	/	.	.	/	/	.	.	/	/	.	/	/	.	.	.	/	/

.	/	/	/	.	.	/	/	/	.	.	/	/	.	.	/	/	.	.	.	/	/			
/	.	/	.	/	/	/	/	.	/	/	/	/	/	.	/	.

- طريقة تصحيح بند تكرار حدوث التأتأة والبند الأخرى:

بعد ملأ الفاحص جدول المتابعة للمربعات بـ (150) كلمة يتم حساب النسبة المئوية لتكرار حدوث التأتأة وذلك بحصر عدد الكلمات المتأتأة فيها (/) في مئة كلمة بعد تجاهل احتساب أول صف من المربعات (25) كلمة وآخر الصف من المربعات (25)، ويكتب الرقم في المربع الخاص به جانب المربعات الصغيرة (الرقم يصبح درجة مئوية) ثم باستخدام الجدول الخاص بتكرار حدوث التأتأة لمن لا يقرأ يتم تحويل الدرجة المئوية إلى درجة تكتب في المربع الخاص بها وهي رقم ما بين 0-18.

ج - اختبار وصف الصور	
الدرجة	النسبة المئوية
4	3-2
6	4
10	6-5
12	9-7
14	14-10
16	28-15
18	29 فأكثر
	الدرجة.....

2- بند طول التأتأة :

يتم حساب طول التأتأة عند طريق حصر أطول ثلاثة لحظات زمنية لحدوث التأتأة عند تطبيق الإختبار على الطفل في كل الكلمات المتأتأة فيها جميعاً، وذلك بإعادة سماع شريط التسجيل أو شريط الفيديو المسجل للطفل، ثم يتم حساب متوسط أطول ثلاث اللحظات ، ومن خلال الجدول المعروض الخاص ببند

طول التأتأة الموجود في ورقة النموذج يتم تحويل هذا المتوسط إلى درجة تكتب في مربع الخاص بها، وهي بين رقم 1-7.

الدرجة	متوسط أطول ثلاث لحظات للتأتأة
1	بسيطة (متغيرة)
2	نصف ثانية
3	ثانية كاملة
4	من 2-9 ثواني
5	من 10-30 ثانية
6	من 30-60 ثانية
7	أكثر من 60 ثانية

.....الدرجة

3- بند الحركات و الأصوات المصاحبة :

يقوم الفاحص بمراقبة وملاحظة الحركات والاصوات المصاحبة خلال تطبيق الاختبار وتسجيل 150 كلمة وهي مكتوبة بالتفصيل في الجدول الأول لورقة النموذج ، حيث يحدد الفاحص درجة الشدة على حسب المقياس الموجود بالجدول ثم تجمع الدرجات وتكتب في المربع الخاص بها ، وهي رقم ما بين 0-20.

الدرجة	مقياس التقييم
0: لا يوجد ، 1: غير ملحوظ ، 2: يكاد يكون واضح ، 3: ملفت للانتباه ، 4: شديد الإلفات للانتباه ، 5: مؤلم وعالي الشدة.	
5 4 3 2 1 0	الأنف المسموع، الصفير، الفرقة والنفخ
5 4 3 2 1 0	حركات الوجه رعشة الفك، تطليع اللسان، الضغط على الشفتين، شد عضلات الفك، تغميض العينين

5 4 3 2 1 0	للخلف، للأعلى، ضعف التواصل البصري، النظر للأرض أو أي مكان	حركات الرأس
5 4 3 2 1 0	حركة اليدين والذراعين، اليدين حول الوجه، تأرجح الرجلين أو النقر وتغيير وضعية الجلوس باستمرار	حركات الأطراف
	الدرجة

4-المجموع الكلي: في نهاية يقوم الفاحص بجمع درجات بنود الإختبار الثلاثة ويوضع في المربع الخاص به وهو رقم بين 0-45 درجة.

5- التصحيح النهائي: بعد حساب الدرجة المجموعة من بنود الإختبار الثلاثة، يقوم الفاحص باستخدام جدول شدة التأتأة للأطفال ويتم تحويل درجة المجموع الكلي إلى صفة لشدة التأتأة إما بسيط جدا أو بسيط أو متوسط أو شديد أو شديد جدا ، وهو كما مبيّن في الجدول أدناه.

الشدة	المجموع الكلي
بسيط جدا	19-0
بسيط	22-20
متوسط	30-23
شديد	33-31
شديد جدا	45-34

- جدول خاص بالشدة التأتأة عند الأطفال-

- ثانيا : تطبيق الإختبار على القسم الثاني : (الذين يعرفون القراءة).

يعتبر في هذا الإختبار الأطفال من الصف الثالث الإبتدائي وما فوقه والكبار من الذين يعرفون القراءة.

1 - بند تكرار حدوث التأتأة :

يطلب الفاحص من المتأني أن يقوم بالحديث والتكلم عن المدرسة أو عن العمل بالنسبة للكبار أو أي موضوع عام ، إلا أنه في بعض الأحيان يكون كلام المتأني غير كافي لملاً 150 مربع ،وفي هذه الحالة يمكن للفاحص الاستعانة بالصور ، ويتم تسجيل كلام المتأني على شريط التسجيل أو الفيديو وتصحح

الدرجة كما هو موضح في كيفية تطبيق الإختبار على الذين لا يعرفون القراءة ولكن باستخدام جدول من يقرأ في إختبار (أ) .

- يقدم إلى المتأئي نص واحد للقراءة إما الأول أو الثاني وذلك حسب كل مرحلة، ويتم إختيار مستوى النص على حسب المرحلة التي يتبع لها "إما الصف الثالث أو الخامس أو من الكبار" أي أن لكل مرحلة من الثلاث مراحل نصين، يقرأ المتأئي أحدهما فقط.

- يتابع الفاحص الكلمات التي يقرأها المتأئي في المربعات الخاصة في خلفية ورقة النموذج حيث يكتب (.) للكلمة الطلقة و (/) للكلمة المتأئة، وتحسب النسبة المئوية بنفس الطريقة السابق ذكرها في وصف الصور والحديث عن المدرسة أو العمل.

- يستخدم الجدول الخاص بتكرار حدوث التأتأة لمن يقرأ والموجود في بداية ورقة النموذج (الإختبار ب) لتحويل النسبة المئوية إلى درجة، ثم تجمع على درجة "الإختبار أ" ويوضع في مجموع (أ + ب) في المربع الخاص بجانب الجدول، وهو رقم مبين-18.

ب- إختبار القراءة		أ- إختبار وصف العمل أو المدرسة	
الدرجة	النسبة المئوية	الدرجة	النسبة المئوية
2	1	2	1
4	3-2	3	3-2
5	5-4	4	4
6	9-6	5	6-5
7	16-10	6	9-7
8	26-17	7	14-10
9	27 فأكثر	8	28-15
		9	29 فأكثر.

يتم استخدام أحد الجدولين وليس كلاهما وذلك عن طريق مجموع أ+ ب .

الدرجة.....

2- بند طول التأتأة :

يتم تطبيقه وتصحيحه بنفس الطريقة التي سبق ذكرها مع الذين لا يعرفون القراءة، ولكن في هذه الحالة تؤخذ أطول ثلاث لحظات للتأتأة من كل ما يقوله ال متأتئ من وصف وقراءة أيضا ، ويستخدم في تصحيحه نفس جدول الذين لا يعرفون القراءة.

3- بند الحركات والأصوات المصاحبة :

يتم تطبيق هذا البند وتصحيحه بنفس الطريقة التي سبق ذكرها مع الذين لا يعرفون القراءة (يستخدم في تصحيحه نفس جدول الذين لا يعرفون القراءة).

4- المجموع الكلي : تجمع الدرجات الثلاث وتوضع الدرجة في المربع الخاص بها.

5- التصحيح النهائي: باستخدام جدول شدة التأتأة للكبار يتم تحويل درجة المجموع الكلي إلى صفة لشدة التأتأة، إما بسيط جدا أو بسيط أو متوسط أو شديد أو شديد جدا.

المجموع الكلي	الشدة
20-0	بسيط جدا
24-21	بسيط
31-25	متوسط
35-32	شديد
45-36	شديد جدا

- جدول خاص بالشدة التأتأة عند الكبار-

3- 5- قياس الثبات وصدق الإختبار:

- بعد تعريب الإختبار من طرف الأستاذة " نهلة الرفاعي" تم تقنين الإختبار على عينة من المتأئين قوامها (52) مقسمة كتالي (26 متأتئ من الأطفال) و (26 متأتئ من الكبار) ، وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية من المترددين على عيادات مرضى الكلام والتخاطب.

أ- قياس الثبات :

تم تطبيق طريقة إعادة الإختبار حيث طبق الإختبار على كل العينة (52) و أعيد تطبيقه مرة أخرى بعد فترة 2-3 أسابيع، وتم قياس معامل الارتباط بطريقة بيرسون وكانت النتائج عالية الدلالة عند ($P < .001$) حيث كان معامل الارتباط لبعد نسبة تكرار التلعثم (0.79) وبند طول لحظة التلعثم (0.86) وبعد الحركات و الأصوات المصاحبة (0.90) وللمجموع الكلي (0.92) ومن هذه النتائج يتضح أن الإختبار عالي الثبات.

ب- قياس الصدق:

تم تطبيق صدق المحكمين والصدق الظاهري وصدق الإتساق الداخلي وهو صدق تحليل الأبعاد ، حيث تم حساب معامل الارتباط ما بين كل بعد و المجموع الكلي ، وكانت معاملات الارتباطات عالية الدلالة عند ($P < .001$) كان معامل إرتباط بعد التكرار (0.86) وبت طول التلعثم (0.67) وبت الحركات والأصوات المصاحبة (0.88) ومن هذا يتضح أن الإختبار صادق في قياس ما صمم من أجله.

ج- صدق المقياس من طرف المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من الأساتذة محكمين مختصين في مجال اضطرابات اللغة والكلام بلغ عددهم (12) محكمين وذلك من أجل إبداء الرأي حول وضوح صياغة المفردات والتعليمات الخاصة بالبنود ومدى ملائمتها لقياس شدة التأثأة وكذلك مدى ملائمتها للبيئة الجزائرية، حيث كانت نسبة اتفاق بين أساتذة المحكمين تتراوح بين (80- 99 %) في ملائمة مفردات المقياس لقياس شدة التأثأة وكذا ملائمته على البيئة العربية الجزائرية ، وبهذا يمكن إعتبار نسبة الإتفاق دليلا على أن المقياس صادق.

4- البرنامج التدريبي العلاجي المقترح (تقنيات العلاج السلوكي المعرفي):

تم تصميم هذا البرنامج من قبل الباحث وذلك انطلاقا من خلفية النظرية المعرفية السلوكية لعلاج اضطراب التأثأة واستنادا على عدة دراسات وأبحاث سابقة اهتمت بهذا المجال، بالإضافة لمجموعة من تفسيرات لإضطراب التأثأة، منها تفسيرات النظري السلوكية و النظرية العصبية اللغوية و التي اعتمدنا بشكل أساسي على محاورها وبعد الإطلاع على هذه النقاط والتي تطرقنا إليها بشكل مفصل أكثر في الجانب النظري، بدئنا ببناء البرنامج التدريبي العلاجي وفق مجموعة من مراحل ،حيث يتكون البرنامج من أربع مراحل لكل مرحلة عدد من الجلسات العلاجية والتي تستغرق حوالي (من 40- 50 دقيقة) ونحاول من خلالها العمل على جانب من جوانب الاضطراب عند العينة المستهدفة.

4-1- أهداف البرنامج :

أ - الهدف العام :

يهدف البرنامج التدريبي العلاجي المصمم إلى تخفيف والحد من اضطراب التأتأة وخفض من شدة أعراضه (التكرار- الإطالة – الوقفات الكلامية...) عند الأطفال المتأثرين الذين يترددون على العيادات الأروطفونية من أجل العلاج.

ب - الأهداف الفرعية:

- تغيير وتوجيه إدراك الطفل نحو اضطراب التأتأة.

- إحداث تغيير كامل في سلوك كلام المتأثر .

- العمل على اكتساب الطلاقة التامة في كلام الطفل .

وهناك أهداف فرعية أخرى تتخلل الجلسات العلاجية والتي تعالج المظاهر الثانوية .

4-2- المرحلة الأولى: (التعرف وتحضير للطلاقة)

- **توعية الحالة بالاضطراب :** تعد هذه الخطوة الأولية مهمة في المسار العلاجي لطفل المتأثر ،حيث يقوم المختص عند بداية العلاج بتوعية الطفل المتأثر بمشكلته و تصحيح إدراكه نحوها وخاصة العمل على إزاحة الأفكار التي لها علاقة بتأنيب النفس والذات حول التأتأة والإحباط والإرتباك... والمواقف السلبية التي تحدث معه ويتم تعريف الحالة بنقاط التالية :

- لا توجد طلاقة لفظية 100% ،حيث توجد نسبة من الوقفات في كلام الأفراد الطبيعيين تبلغ حوالي 10% من الكلام ، أما في التأتأة فالوقفات تزيد عن 10% في الكلام والباقي هي ردود الأفعال من الجانب المتأثر (الخجل – الإرتباك والخوف...).

- أن المتأثر يبني نموذج للتأكيد اللفظي الزائد مما يؤدي إلى نطق مقاطع كلامية مضغوطة ، وبتالي عدم حدوث وصل للمقاطع و حدوث انشطار في الصوت ويتأثر تبعاً لذلك مدة نطق الكلمات.

- المتأثر يعمل ضغط زائد على مختلف أجزاء الجسم ، مما يؤدي إلى حدوث ضغط زائد للهواء تحت المزمار ، وهذا بدوره يؤدي إلى تغيير زائد عن الحد للتردد الأساسي ، ويتبع ذلك غلق مؤقت للشنايا الصوتية ، ويحدث هذا في غياب مشاركة الجهد المعرفي (عدم تحكم التام في أجهزة النطق).

أولاً- الجلسات العلاجية الأولية :

- الجلسة الأولى-

- موضوع الجلسة : التعرف على الطفل المتأثري (الجلسة الجماعية أو فردية)

- أهداف الجلسة : - ربط العلاقة بين الباحث والأطفال المتأثرين

- تبادل بعض المعلومات والبيانات الشخصية بين الباحث و الأطفال .

- الفنيات المستخدمة: - فنية لعب الدور و النمذجة والتدعيم.

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة)

في البداية يقدم الباحث نفسه للأطفال المتأثرين ومن ثمة التعرف عليهم طفلاً طفلاً ، ولتخفيف التوتر والقلق الذي قد يوجد عند الأطفال نستخدم معهم فنية لعب الأدوار ، ومن ثمة تقدم لهم البطاقات المدون عليها بيانات الأطفال في علبة ثم يسحب كل طفل بطاقة ثم يقوم بقراءة بيانات الموجودة فيها للطفل وهكذا حتى نهاية كل البطاقات ومن هنا يتعرف الأطفال على بعضهم البعض ، والغرض من ذلك هو جعل الطفل يشعر أنه ليس هو الوحيد الذي يعاني من هذا الإضطراب وأنه هناك آخرون يعانون مثله ويتشاركون نفس الصفات ودافع للعلاج ، وهذا يخفف نوعاً ما انفعالاته.

الجلسة الثانية

- موضوع الجلسة : التفريق بين الطفل المتأثري و الطفل العادي (جلسة جماعية أو فردية)

- أهداف الجلسة : - أن تستمر إقامة العلاقة والتفاعل بين الباحث والأطفال المتأثرين وكسب ثقتهم .

- أن يتعرف الأطفال على البرنامج والهدف من علاجهم

- الفنيات المستخدمة : - فنية النمذجة ولعب الأدوار ، الواجبات المنزلية.

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

عند بداية الجلسة نقوم بترحيب الأطفال ومن بعد ذلك نتحدث معهم حول الأنشطة المحببة إليهم التي قاموا بها خلال الأسبوع (مناسبة معينة - خبرات مدرسية- رحلة سعيدة مع العائلة...) ثم نقدم نموذجاً للأطفال عن موقف ممتع حدث لهم، ونحن نصفه بتعبيرات مختلفة (الوجه والأفكار والجسم..) ثم نشجع

الأطفال على المشاركة لمساعدتهم كي يشعروا بالتشابه والتباين في الأحداث بين بعضهم البعض التي حدثت لهم ، ثم يناقش الباحث معهم شروط الجلسات العلاجية ثم الاتفاق عليها وتتضمن على مايلي :

- 1- تحديد موعد الجلسات العلاجية مع الوالدين ، وضرورة الالتزام بالحضور في الموعد المتفق عليه.
- 2- الالتزام بالتعليمات داخل الجلسات وخارجها.
- 3- ضرورة المشاركة الفعالة أثناء الجلسات العلاجية.
- 4- شروط الحصول على هدايا أو مكافئات.

نطبق فنية لعب الأدوار مع الأطفال من أجل التعريف بطفل المتأثري والمشكلات التي يعانيها مقارنة بالطفل العادي وذلك من اجل إدراك الهدف من علاجهم وتصحيح مسار عملية التواصل عندهم ، ومن ثمة نعطيهم الواجبات منزلية.

- **الواجب المنزلي:** كتابة نص تعبيرى حول شعور الطفل عند بداية التردد على العيادة للعلاج.

- الجلسة الثالثة -

- **موضوع الجلسة :** تصحيح المعلومات الخاطئة في ذهن الطفل المتأثري

عن التأتأة وإعادة بناء إدراكه حولها.

- **أهداف الجلسة :** - مشاركة الأطفال في جلسات البرنامج بطريقة فعالة

- إعطاء فكرة مبسطة عن التأتأة وتصحيح الأفكار والمعلومات حولها

- **الفنيات المستخدمة:** - فنية الإسترخاء الكلامي - فنية المرأة- فنية الإلغاء – مناقشة عامة .

- **ملاحظة :** يمكن جعل حصة جلسة فردية في حالة عدم توفر الحالات .

- **الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).**

عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالأطفال ومن بعد ذلك نتحدث معهم ونشكرهم على حضور الجلسات في موعدها المحدد وتوضيح أهمية ذلك للإستفادة من العلاج، ومن ثم نبدأ في الحديث معهم حول التأتأة وأسبابها وإمكانية التغلب عليها وسهولة علاجها، وبعد ذلك نقوم بتطبيق فنية الاسترخاء الكلامي عن طريق استمارة تمارين خاصة تبدأ بالحروف المتحركة ثم بالحروف الساكنة ثم تمرينات على كلمات متفرقة لصياغتها في جمل وعبارات ، وهذا يساعد الطفل المتأثري في تخفيف من توتره وقلقه الذي يجعله

يضغط على الأجهزة الصوت والنطق وهذا ما يدفعه تدريجيا لإطلاق لسانه ونهدف من ذلك إلى الربط بين الشعور بالراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي في حد ذاته.

بعد ذلك نطبق فنية المرآة للأطفال المتأثرين حيث نجعل الطفل تلقائيا وهو يتكلم أمام المرآة يرى ويشعر بتأثره أو بالأحرى يمسك بلحظة تلغمه، ومن ثم ندربه على فنية الإلغاء حيث أنه كلما تحدث التأثرة أثناء كلامه يتوقف إراديا ثم يكرر الكلمة التي وقع فيها ثم يكمل حديثه ، وهذا ما يعرف بقطع دائرة التأثرة عند الطفل بدخول سلوك جديد، وبعد ذلك نطلب من الطفل عدم تقادي مواقف التي تحدث فيها التأثرة والأصوات والكلمات الناتجة عنها ، بل يجب مواجهتها بالحديث عن طريق استخدام فنية الإلغاء (التأثرة بطلاقة) والدخول في مواقف الكلام بدون خجل أو الخوف أو إرتباك وهذا يساعده على التخفيف من مظاهر السلوكية الثانوية مثل السلوك التأجيلي والسلوك التجنبي التي يستخدمها المتأثر عفويا كآلية دفاعية أثناء العملية الكلامية.

- الواجب المنزلي: تطبيق تمارين حول فنية التكلم أمام المرآة وفنية الإلغاء في المنزل.

- الجلسة الرابعة -

- موضوع الجلسة : إعادة بناء إدراك التأثرة عند الطفل

- أهداف الجلسة : - تثبيت طريقة التفكير حول التأثرة

- التحضير للمرحلة الثانية.

- الفنيات المستخدمة: - فنية الإسترخاء الكلامي - فنية المرآة- فنية الإلغاء – تقنية إعادة البناء المعرفي

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالأطفال ومن بعد ذلك نتحدث معهم حول تمارين الواجب المنزلي ، وبعد ذلك نقوم بتطبيق فنية الاسترخاء الكلامي عن طريق استمارة تمارين خاصة تبدأ بالحروف المتحركة ثم بالحروف الساكنة ثم تمرينات على كلمات متفرقة لصياغتها في جمل وعبارات ، وهذا يساعد الطفل المتأثر في تخفيف من توتره وقلقه الذي يجعله يضغط على الأجهزة الصوت والنطق وهذا ما يدفعه تدريجيا لإطلاق لسانه ونهدف من ذلك إلى الربط بين الشعور والراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي في حد ذاته.

- بعد ذلك نطبق فنية المرآة للأطفال المتأثرين حيث نجعل الطفل تلقائيا وهو يتكلم أمام المرآة يرى ويشعر بتأثره أو بالأحرى يمسك بلحظة تلغمه، ومن ثم ندربه على فنية الإلغاء حيث أنه كلما تحدث

التأتأة أثناء كلامه يتوقف إراديا ثم يكرر الكلمة التي وقع فيها ثم يكمل حديثه ، وهذا ما يعرف بقطع دائرة التأتأة عند الطفل بدخول سلوك جديد، وبعد ذلك نطلب من الطفل عدم تفادي مواقف التي تحدث فيها التأتأة والأصوات والكلمات الناتجة عنها ، بل يجب مواجهتها بالحديث عن طريق استخدام فنية الإلغاء (التأتأة بطلاقة) والدخول في مواقف الكلام بدون خجل أو خوف أو إرتباك وهذا يساعده على التخفيف من مظاهر السلوكية الثانوية مثل السلوك التأجيلي والسلوك التجنبي التي يستخدمها المتأتى عفوياً كآلية دفاعية أثناء العملية الكلامية

- بعد ذلك نقوم معهم بحوار مفتوح وذلك عن طريق تطبيق تقنية إعادة البناء المعرفي وتصحيح المفاهيم حول التأتأة وبعض المواقف التي يواجهها وطريقة التفكير التي يرون بها مشكلتهم ومحاولة الخروج منها، حيث يكون دور الفاحص موجه الحوار بين الاطفال المتأئين إن كانوا مجموعة ، أما إذا كانوا فردي فيكون الحوار بين الفاحص والطفل ، فمن خلال ذلك نستطيع استشعار مدى حالة الطفل النفسية اتجاه تأتأته ومنها تسوية الوضعية ، إضافة إلى ذلك بعث روح تفاؤل والثقة بالنفس في ذات الطفل وتعديل سلوكه المضطرب .

- الواجب المنزلي: تطبيق تمارين حول فنية التكلم أمام المرآة وفنية الإلغاء في المنزل.

4-3- المرحلة الثانية: (إزالة الحساسية وتعديل سلوك الطفل المتأتى).

نهدف خلال هذه المرحلة إلى جعل الطفل المتأتى يواجه مشكلته وإضعاف ردود الأفعال الثانوية والحصول على توازن نفسي وذهني والعمل على التحكم وتخفيف من مظاهر التأتأة الأساسية (التكرار - الإطالة - الوقفات الكلامية..) من خلال التحصين التدريجي وتنظيم عملية التنفس للطفل المتأتى.

- الجلسة الخامسة -

- موضوع الجلسة: التدريب على تنظيم عملية التنفس أثناء الكلام.

- الهدف من الجلسة: - أن يتحرر الطفل من التوتر والخوف.

- تقبل الطفل لحالته ومحاولة الخروج من دائرة التأتأة وإبعاد تفكيره عنها.

- خفض السلوكات المتعلقة بالتكرار.

- الفنيات المستخدمة: - فنية المرآة - التحكم في عملية التنفس- تمارين القراءة مع الفم مغلق.

- التدرج من خلال أسلوب التحصين التدريجي .

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

في بداية الجلسة وكما هو معتاد نقوم بالترحيب بالطفل المتأثري وتتفاعل معه حول التمارين المنزلية والمشكلات التي يواجهها في حياته اليومية سواء في المدرسة أو المنزل وخلال الحوار نترك للطفل حرية التحدث عن خبراته وتجاربه وهذا يساعده في إبعاد الأفكار السلبية عنه ويتخلص من التوتر والخوف وخاصة في المواقف التي تستدعي ظهور التأثرة بشكل حاد .

- نطبق فنية المرأة من خلال الحوار مع الطفل وجعله يتكلم أمام المرأة من أجل مساعدته في التخفيف من التوتر وتقبل نفسه من أجل ضبط سلوكيات ومظاهر التأثرة.

- القيام بعملية تنظيم والتحكم في التنفس تكون أمام المرأة ، حيث نوضح للطفل كيفية التنفس عن طريق تدريب من خلال الحديث وضبط حركات التنفس (شهيق- زفير) وهذا يساعده في التخلص من السلوك الإجهاد أثناء الكلام ، كما يدفعه ذلك لتحسين قدراته الصوتية التي لديه، ثم نستخدم معه أسلوب التحسين التدريجي والذي يساعد الطفل المتأثري في التقليل من عوامل الضغط وزيادة قدرة التحمل لديه ويتم هذا أيضا في المنزل عن طريق إشراك الأسرة في تحقيق ذلك وتفاعل معه بصورة حسنة.

- نطبق تمارين القراءة مع الفم المغلق، حيث نحضر ورقة ونكتب بها عدة جمل متوسطة تتكون من 04 كلمات ولا تتجاوز 05 الجمل، ثم نطلب من الطفل قراءتها بصوت مرتفع وفمه مغلق عدة مرات ، ثم نطلب منه بعد ذلك قراءة نفس الجمل وفمه مفتوح مرة أخرى عدة مرات ثم نكرر العملية كلما أخطئ الطفل وفتح فمه أثناء القراءة، وهذه الطريقة تساعد كثيرا الطفل في تنظيم والتحكم في عملية التنفس أثناء الكلام وكذلك في تصحيح مخارج الحروف، علاوة على ذلك تساعده في تخفيف من عوامل الارتباك والتوتر.

- الواجب المنزلي: تطبيق تمارين تنظيم والتحكم في عملية التنفس أمام المرأة مع تمارين القراءة مع الفم المغلق.

- ملاحظة: تعاد الجلسة الخامسة مرتين لتنظيم عملية التنفس في العملية الكلامية وإبعاد الإجهاد في الكلام إن كانت الحالة شديدة.

- الجلسة السادسة-

- موضوع الجلسة: التخيل وتنشيط المهارات المعرفية.

- الهدف من الجلسة: - بوح الطفل بأفكاره ورأيه اتجاه الآخرين.

- تنشيط ذاكرة الطفل ودعم الجانب المعرفي والإدراكي.

- الفنيات المستخدمة: - الحوار مع فنية المرأة - فنية الكرسي الخالي.

- أسلوب التحصين التدريجي وتمارين التنفس الضلعي.

- تمارين القراءة المضغوطة.

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (45 دقيقة).

عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل المتأثى ثم نقوم بمناقشة خفيفة معه أمام المرأة حول الجلسة السابقة والتمارين المنزلية ، وبعدها نقوم بوضع الكرسي الخالي في منتصف القاعة بشكل مربع ناقص ضلع أمام الطفل المتأثى ثم نطلب منه تخيل الشخص المفترض أن يكون جالس على الكرسي الخالي، وبعدها نطلب منه بتعريف بنفسه إلى ذلك الشخص الجالس على الكرسي ، ويكون دورنا هو الموجه الحوار واختيار الأسئلة.

بعد الانتهاء من فنية الكرسي الخالي نطبق أسلوب التحصين التدريجي وذلك من اجل تنشيط المهارات المعرفية لأن إنقاص عوامل الضغط لطفل المتأثى يساعده في تنشيط ذاكرته وتحرير رصيده اللغوي.

- كما هو متعارف لدينا أن المتأثى عندما يبدأ بالكلام تحدث عنده انقباضات مزمنة في عضلة الحاجب الحاجز الصدري ، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التكرارات في مقاطع كلامه ، لذلك نطبق مع الطفل تمارين التنفس الضلعي وهذا يساعده في التحكم و التخفيف من مظهر التكرار في التأثاة.

- وبعدها نطبق مع الطفل تمارين القراءة المضغوطة وذلك بإحضار ورقة مكتوبة بها عدة جمل متوسطة ، ثم نحضر انبوب صغير أو قلم رصاص وبعدها نطلب من الطفل وضعه داخل فمه بشكل عرضي وضغط عليه بأسنانه ثم يقوم بقراءة الجمل كلها ومن ثمة يتوقف ويقوم بتطبيق تمارين التنفس الضلعي ثم يباشر تمارين القراءة المضغوطة ، حيث يساعده هذا في تحكم في عضلات الفم والوجه معا والتخفيف من الاستجابات الخاطئة أثناء الحديث.

- الواجب المنزلي: تطبيق تمارين التنفس الضلعي عدة مرات مع تمارين القراءة المضغوطة.

- الجلسة السابعة -

موضوع الجلسة: التخفيف من مظاهر الإطالة والوقفات الكلامية للطفل.

الهدف من الجلسة: - تدريب الطفل على الإسترخاء العضلي

- خفض مظاهر الإطالة والوقفات الكلامية والتقليل من شدة التأتأة بشكل عام.

- الفنيات المستخدمة: - فنية الإسترخاء العضلي.

- تمارين النفس الإيقاعي مع التعزيز

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ثم مناقشة خفيفة حول الجلسة السابقة وسير التمارين المنزلية والتحكم في عملية التنفس ، وبعد ذلك نقوم بشرح بسيط لعملية الإسترخاء العضلي عن طريق بعض الفيديوهات وحثه على الاستمرار على التدريب على ذلك في المنزل.

نبدأ مجموعة التدريب على الإسترخاء العضلي كالتالي:

- أولاً نطلب من الطفل الإستلقاء على السرير و إغماض عينيه مع محاولة تركيز تفكيره نحو جسده.

- القيام بشهيق و زفير يكرر ذلك أربع مرات مع إرخاء أعلى الرأس.

- إرخاء عضلات الوجه وذلك بإرخاء الفك الأسفل ثم إرخاء عضلات الرقبة.

- إرخاء الكتفين والذراعين إلى آخر أصابع اليدين والجذع .

- إرخاء أسفل الجسم إلى آخر أصابع الرجلين .

بعد الانتهاء من تمارين الإسترخاء العضلي ، نبدأ بتمارين النفس الإيقاعي حيث يتطلب وضعية هادئة مسترخية من الحالة وتتمثل عملية النفس الإيقاعي أخذ شهيق لمدة (02 ثا) وحبس الهواء لمدة (08 ثا) بداخل ومن ثمة زفير لمدة (04 ثا) ونكرر العملية عدة مرات، وبعد هذا نقوم بتعزيز الطفل عن طريق التشجيع وتقديم هدية بسيطة (قصة قصيرة ملونة...).

- الواجب المنزلي : التدرب على الإسترخاء العضلي والنفس الإيقاعي .

- ملاحظة: تكرر الجلسة السابعة مرتين من أجل تثبيت وخفض مظاهر الإطالة والوقفات الكلامية.

- الجلسة الثامنة -

- موضوع الجلسة : تدريب الطفل المتأثري على فنية العلاج بالتظليل .

- الهدف من الجلسة : - تجاوز الطفل المتأثري الوقفة الكلامية في جميع مقاطع الكلمة.

- تخفيف من التكرارات في كلام الطفل.

- الفنية المستخدمة: - فنية العلاج بالتظليل مع التسجيل الصوتي.

- فنية تحليل الصور.

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

- عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ونظهر له مدى تحسنه وتقدمه مع مناقشة خفيفة حول الجلسة السابقة ومدى تطبيق التمارين المنزلية و الإستفادة منها .

- نبدأ بتطبيق فنية العلاج بالتظليل مع الطفل وكما هو معروف فإن الطفل يميل إلى الكلام بطلاقة عندما يقوم بتقليد أسلوب معروف عن طريق المحاكاة والتقليد وهذا ما يقوم عليه العلاج بالتظليل عن طريق تسجيل ذلك بالفيديو أو تسجيل صوتي، وبعد ذلك نعرض التسجيل الصوتي للطفل المتأثري من أجل التقييم والتصحيح والتصويب ، ومن ثمة نقوم بعرض الصور للطفل ونطلب منه تحليل كل صورة يراها، وهذا يساعده أيضا في تخفيف وتجنب التفكير في الظروف التي أدت إلى ظهور الاضطراب لديه فضلا على أنه يساعده في تخفيف من مظاهر التأثري.

- الواجب المنزلي: كتابة قصة عن موقف سعيد عاشه ويتذكره دوما.

4-4- المرحلة الثالثة : (التدرّب على مواجهة المواقف الضاغطة والصعبة..).

يتمثل الهدف من هذه المرحلة هو تدريب الطفل المتأثري على مواجهة المواقف التي تدفعه إلى التأثري وتشكل ضغطا عليه وكذا تحسين أدائه في الكلام واستخدام الأسلوب العلاجي (المهارات والتقنيات التدريبية) في كل المواقف الحياتية اليومية، ومواصلة التدريب على التحكم في التنفس واللعب بالأصوات إلى غاية ضبط عملية التنفس تلقائيا والعمل على الحد من السلوكات المصاحبة للتأثري (الرمش بالعينين واهتزاز الفك والشفاه وضبط نبضات القلب...) وهذا من خلال عدة فنيات تساعد الطفل في ذلك.

- الجلسة التاسعة -

- موضوع الجلسة : التحكم في مواجهة المواقف الصعبة.
- الهدف من الجلسة:- أن يتدرب الطفل المتأثري على التخلص من مواقف السخرية والإحراج.
- أن يتخلص الطفل من الخوف من الوقوع في التأتأة.
- الفنيات المستخدمة:- فنية الحوار أمام المرآة والتعزيز الإيجابي.
- طريقة بيك (الأفكار البديلة في طريقة المواجهة).
- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).
- عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ثم مناقشة خفيفة حول أداء التمارين المنزلية وحول التأتأة و محاولة تقليل الضغط الواقع لديهم وتشجيعه على المبادرة في التواصل مع الناس وبداية الحديث معهم، ومن ثمة تدريبه على كيفية مواجهة بعض المواقف التي كانوا يتجنبونها.
- بعد ذلك نستخدم تقنية الحوار أمام المرآة عن طريق قيام الطفل باتصال هاتفي مع أحد الأشخاص أو أحد أعضاء فريق العلاج ،حيث نسجل ذلك عن طريق فيديو ، وبعد ذلك نشاهد الفيديو معا ثم نقوم بتصحيح وتصويب الوضعية المناسبة لذلك، ثم نقوم بتعزيزه ايجابيا كلما كانت ردة فعله صحيحة عن طريق تشجيعه وهديه بسيطة.
- نباشر بعد ذلك العمل على التقليل من خوفه اتجاه تأتأته والحد من السلوكات المصاحبة لمخاوفه من خلال طريقة "بيك " أو ما يعرف بالأفكار البديلة عن طريق تغيير الأفكار التي تراوده عند تعرضه إلى أحد المواقف السلبية بأفكار يتدرب على القيام بها كلما واجه ذلك ،فعوضا عن تفكير في كيفية تجنب المواجهة أو تأجيل السلوك المناسب يغير طريقة تفكيره في كيفية التعامل مع الموقف ويخرج الاستجابة المناسبة.
- الواجب المنزلي: تطبيق فنية الاسترخاء العضلي والاستمرار في عملية تنظيم التنفس عن طريق تمارين التنفس الإيقاعي.

- الجلسة العاشرة -

- موضوع الجلسة : التخفيف من الأعراض المصاحبة (اهتزاز الفك والشفاه...)

- الهدف من الجلسة: - تدريب الطفل المتأثري على التحكم في الأعراض المصاحبة.

- الفنيات المستخدمة: - فنية وصل الأصوات مع فنية الإلغاء.

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ومن ثمة مناقشة خفيفة حول الجلسة السابقة وتمارين المنزلية ، ومن ثم نقوم بتطبيق فنية وصل الأصوات عن التحضير بالهمس لكل كلمة أي عمل وقفة إرادية صامتة بتشكيل الأصوات على الشفاه ثم نطق الكلمة ، وبعد ذلك نستخدم فنية الإلغاء ، ثم نكرر العملية طيلة الجلسة ، والقصد من ذلك أنه كلما حدثت التأتأة في الكلمة يقف ثم يعيد الكلمة بالتحضير لها في صمت عن طريق وصل الأصوات ثم يقوم بتثبيتها بفنية الإلغاء وهكذا...، وبعد ذلك نقوم باستخدام تقنية التغذية المرتدة عن طريق التسجيل الصوتي معه وهذا بحد ذاته تعزيز للطفل ، ثم نطبق ذلك أمام الفريق العلاجي كله لنتأكد من أن الطفل تحسن في أدائه ، وهذا أيضا يساعده على تخفيف من حدة الأعراض اهتزاز الفك والشفاه.

- الواجب المنزلي: التدريب على فنية وصل الأصوات وفنية الإلغاء مع الوالدين عدة مرات.

- ملاحظة: تعاد الجلسة العاشرة مرة واحدة من أجل تثبيت و خفض الأعراض المصاحبة.

- الجلسة الحادية عشر-

- موضوع الجلسة : معالجة ضغط الزمن الذهني.

- الهدف من الجلسة: - تحقيق المراقبة الذاتية أثناء الكلام.

- القدرة على تنظيم الأفكار .

- التحكم في السرعة اللازمة في الكلام

- الفنيات المستخدمة: - فنية الحوار أمام المرأة.

- فنية قراءة النص المكتوب.

- فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة.

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

- عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ثم نقوم بمناقشة خفيفة حول الجلسة السابقة ومدى الاستفادة منها، بعدها نبدأ في تطبيق فنية التحدث أمام المرأة عن طريق الإجابة عن الأسئلة موجهة إليه وفي نصف الأسئلة نطلب منه إغماض عينيه وهو أمام المرأة والإجابة على الأسئلة وهذه الطريقة تساعد في تخيل الإجابة وتحديدها وهذا يسمى بالاستدعاء الزمني للكلمة وذكريات أو الأحداث المرتبطة بها.
- نعطي طفل نصا مكتوبا (قصة قصيرة) ونطلب منه قراءتها حيث نقوم بتسجيل صوتي له وهو يقرأ ، وبعد نهايته من القراءة نطلب من الطفل الإستماع إلى التسجيل الصوتي ومقارنته بالنص المكتوب ثم يقوم هو بتسديد خطئه وهذا مما يزيد وعيه بإستخدام الحركات و الكلمات ويحقق له المراقبة الذاتية أثناء كلامه.
- بعد ذلك ننتقل مع الطفل إلى التدرج على فنية مقاومة الضغط عن طريق إعطاء الطفل كلمات صعبة ونطلب منه قراءتها ومن ثمة نطقها وهذا يساعد على التحكم في حركة الشفاه و تعابير الوجه
- الواجب المنزلي: - نعطي الطفل عدة كلمات صعبة ونطلب منه التدرج على نطقها أمام المرأة.
- التدرج على فنية وصل الأصوات وفنية الإلغاء.

- الجلسة الثانية عشر-

- موضوع الجلسة : تدريب الطفل على التكلم بطلاقة.
- الهدف من الجلسة:- العمل على تخفيض شدة التأتأة بشكل عام.
- إزالة الأصوات الزائدة في الكلام.
- الفنيات المستخدمة: - فنية وصل الأصوات (التحضير).
- لعبة الجملة الناقصة و لعبة ترابط الصور.
- تمارين الأرقام المبعثرة.
- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

- عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ثم نقوم بمناقشة خفيفة حول الجلسة السابقة ومدى تقدم حالته.

- نبدأ مع الطفل بإعطائه عدة كلمات ونطلب منه تطبيق فنية وصل الأصوات على الشفاه ومن ثمة نطق الكلمة مع فنية الإلغاء إن ظهرت التأتأة لديه.

- نقوم بتطبيق لعبة الجمل الناقصة، حيث يقرأ الطفل الجملة بسهولة وبيطء ثم يكمل الكلمة الناقصة مثال: يذهب أبي دوما في الصباح إلى.....، وبعدها نعطي الطفل صفحة أو صفحتين بها جمل ناقصة من أجل التدريب عليها ، وهذا يساعده على استحضار الكلام والتكلم بسهولة واطمئنان.

- بعد ذلك نقوم بتطبيق لعبة ترابط الصور (الصور والكلمات المتضادة) حيث يقوم الطفل بتريديد ما نقوله باستخدام العبارة الحاملة للمعنى مع توصيل بالإشارة إليها، ثم يفعل نفس الشيء مع الكلمات، مثال: شجرة عالية وهذه شجرة قصيرة.

- بعد ذلك نطبق مع الطفل تمارين الأرقام المبعثرة حيث يقوم الطفل بقراءة الأرقام المبعثرة إما مكتوبة في ورقة أو في بطاقات بترتيب بطريقة تصاعدية وتنازلية من أجل دعم عملية الكلام بطريقة صحيحة وكذلك مساعدة الطفل على التحكم في المواقف الصعبة.

- الواجب المنزلي: - كتابة موقف صعب واجهه أثناء الكلام وكيف كان ردة فعله بعدة الجلسات العلاجية - التدريب على لعبة الجمل الناقصة وتمارين الأرقام المبعثرة.

4- المرحلة الرابعة: (تثبيت الكلام بطلاقة أمام الأشخاص).

تعتبر هذه المرحلة هي آخر مرحلة في الجلسات العلاجية للطفل وقد يكون هنا قد اكتسب عدة مهارات تساعد على الكلام بطلاقة كما يمكن لنا تحسس مدى تحسن أدائه في الكلام ، وتهدف هذه المرحلة إلى الاستمرار على الأسلوب العلاجي والتدريب من أجل مواجهة المواقف الضاغطة في عملية التواصل وعدم حدوث الإنتكاس بعد نهاية العلاج.

- الجلسة الثالثة عشر -

- موضوع الجلسة : التدريب على الكلام أمام الأشخاص
- الهدف من الجلسة : - تدريب الطفل على القراءة والتكلم بطلاقة.
- إزاحة فكرة التأتأة ومظاهرها
- الفنيات المستخدمة: - قراءة قصة قصيرة حول طفل شفي من التأتأة
- تعبير حول الصورة .
- لعبة تسمية الصور .
- تمارين الأرقام المبعثرة
- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).
- عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ثم نقوم بمناقشة خفيفة حول الجلسة السابقة ومدى تحسن أدائه في الكلام واختفاء التدريجي لمظاهر التأتأة.
- نعطي الطفل قصة قصيرة يقرأها حول طفل مصاب بالتأتأة وكيف شفي منها ومن ثمة يقوم بسردها وشرحها لنا.
- نعطي الطفل صوراً فيها نوع من المواقف والأحداث ثم نطلب منه التعبير عن ما يحدث فيها وهذا يساعده على تحليل المواقف التي يمكن أن يواجهها بعد العلاج.
- بعد ذلك نقوم بعرض صوراً أمام الطفل ثم نطلب منه القيام بتسميتها ومن خلال ذلك يمكن للطفل أن يكون قد اكتسب مهارات جديدة من خلال الحوار والتشكيل الزمني للكلام واستعادة الثقة بنفسه .
- بعد ذلك نطبق مع الطفل تمارين الأرقام المبعثرة حيث يقوم الطفل بقراءة الأرقام المبعثرة إما مكتوبة في ورقة أو في بطاقات بترتيب بطريقة تصاعدية وتنازلية من أجل دعم عملية الكلام بطريقة صحيحة.
- الواجب المنزلي: حفظ أنشودة أو قصيدة من أجل أدائها في الجلسة الأخيرة أمام الفريق العلاجي.

- الجلسة الرابعة عشر-

- موضوع الجلسة : التعود على معيقات الكلام.

- الهدف من الجلسة: - تدريب الطفل على الكلام أثناء وجود عدة أشخاص.

- عدم الانتكاس بعد العلاج

- الفنيات المستخدمة : - فنية إلقاء القصيدة أو أنشودة أمام الأشخاص.

- تمارين التكلم مع شخص غريب عنه في قاعة العلاج

- الإجراءات المتبعة عند تنفيذ الجلسة : (40 دقيقة).

عند بداية الجلسة نقوم بالترحيب بالطفل ثم مناقشة خفيفة حول ما استفادته من طوال الجلسات التدريبية والعلاجية.

- نقوم بالخروج من قاعة العلاج إلى القاعة الرئيسية مع الطفل ثم نطلب منه إلقاء القصيدة أو الأنشودة أمام كل الحاضرين ثم يقوم الجميع بتحيته وتشجيعه وهذا يعطيه تعزيزا نفسيا جيدا.

- نطلب من الطفل بالتقرب من أحد الحاضرين في العيادة أو قاعة الاستقبال ومحاولة التعرف عليه وتعريف نفسه به ، ومن ثمة نقوم بتقييم تحسن الطفل عن طريق تطبيق مقياس لمعرفة درجة شدة تحسنه وانخفاض مؤشرات اضطراب التأثأة لديه.

- الواجب المنزلي : نطلب من الوالدين ممارسة الرياضة أسبوعيا مع الطفل داخل المنزل أو خارجه أو إدخاله مع أحد الفرق الرياضية فذلك يعزز الطفل نفسيا ويساعده على عدم الإنتكاس

ثانيا - الجلسات الثانوية (الإرشاد الوالدي):

تعد الجلسات الإرشادية للوالدين محطة مهمة خلال مرحلة التكفل العلاجي بالطفل المتأثي، ذلك أنها تساعد الطفل في تجاوز مراحل الإضطراب بكل مرونة وفاعلية وتخلق له الجو المناسب للعلاج بإعتبار أن الوالدين هم الحلقة الأساسية في استمرار علاج الطفل ، وتتم الجلسات إرشادية وفق مراحل علاج الطفل ونعطيها مساحة كافية للضمن فاعلية الأسلوب العلاجي المتبع وتكون الجلسات على شكل التالي :

1- الجلسات الإرشادية خلال المرحلة الأولى :

في المرحلة الأولى يكون عدد الجلسات حوالي (02) جلستين وفي بعض الأحيان إلى ثلاث حسب وضعية الوالدين، حيث نقوم بربط العلاقة بالوالدين وخاصة الأمهات ذلك أنهم يكونون أكثر حرصا على سلامة أطفالهم ومتابعتهم لهم.

- الجلسة الإرشادية الأولى: (حوالي 20 دقيقة)

نعمل على خلق علاقة جيدة مع والدين الطفل المتأثري أو أحدهما وكسب ثقتهم ومحاولة احتوائهم، ويكون الهدف من الجلسة هو التعريف بنظام الجلسات العلاجية وكذا البرنامج المسطر للتكفل العلاجي ، ودفع بهم للمشاركة بفعالية في إتمام العملية و كذا الطريقة الصحيحة والمناسبة في تعامل مع طفلهم المتأثري في المنزل .

- الجلسة الإرشادية الثانية: (حوالي 20 دقيقة).

الجلسة الثانية تدور حول توعية الوالدين بضرورة رعاية الطفل من الناحية النفسية والتربوية وكذا توفير البيئة المناسبة لنمو الطفل وإشباع رغباته وخاصة تلك التي لها علاقة بجوانب التواصل اللفظي والحركي مثل ترك طفلهم يعبر ويتكلم بدون قيود خلال العملية الكلامية و تحسيسه بأنه فرد مهم في وسط الأسرة وله مكانة... ، وفي آخر الجلسة نعطي للوالدين إرشادات كتابية حول نمو الطفل و ماهي احتياجاته في هاته المرحلة.

2- الجلسات الإرشادية خلال المرحلة الثانية والثالثة :

- الجلسة الإرشادية الثالثة: (حوالي 20 دقيقة)

في الجلسة الثالثة نقوم بتقديم عرض للوالدين وتعريف مبسط عن اضطراب التأثري ومعرفة الفرق بينها وبين اضطرابات الكلام الأخرى و تعرف على الأسباب التي تؤدي لها و ماهي أعراضها وتطابقها مع حالة ابنهم ، ومحاولة استدراك الأفكار الخاطئة حولها وطريقة الصحيحة لتفادي وقوعها مرة أخرى ، وتعريف أيضا على طرق العلاج ودورهم في علاج ابنهم المتأثري.

- الجلسة الإرشادية الرابعة: (حوالي 20 دقيقة).

تقوم الجلسة الرابعة على توعية الوالدين بمتابعة الواجبات المنزلية المقدمة للطفل ومدى أهميتها في علاج الطفل المتأثري وكذا ملاحظة سلوكه وتسجيل أي اختلال ومدى تحسنه ، والعمل على تعزيز الطفل من خلال التشجيع ودعم النفسي .

- الجلسة الإرشادية الخامسة: (حوالي 20 دقيقة).

نقوم في الجلسة الخامسة بتوعية الوالدين بضرورة تعاون بين الأسرة والمدرسة لعلاج الطفل ومتابعة الطفل خلال مشواره الدراسي وخاصة دور المعلم في احتواء طفلهم ومحاولة مساندة عن طريق التنسيق بينه وبينهم وكذا تسوية المشاكل التي يقع فيها بطريقة سليمة وصحيحة .

3- الجلسات الإرشادية خلال المرحلة الرابعة :

- الجلسة الإرشادية السادسة: (حوالي 30 دقيقة)

في هذه الجلسة الأخيرة نقوم بتقييم مع الوالدين حول مدى تحسن الطفل ومدى استجابته للعلاج و عرض بعض الفيديوهات التي سجلناها للطفل، وكذا إعطائهم إرشادات حول إتباع الأسلوب العلاجي و استمراره وأيضا تعليمات في كيفية تجنب انتكاس الطفل مستقبلا.

ثالثا - صدق البرنامج من طرف المحكمين:

بعد الانتهاء من بناء البرنامج وإعداده تم عرضه على مجموعة من المحكمين من المختصين والأساتذة بلغ عددهم (12) وذلك من أجل تحكيم البرنامج وتقويمه وإبداء الرأي حول مختلف جوانبه والجلسات العلاجية وكذا ملائمة التقنيات والفنيات المستخدمة في البرنامج، إضافة إلى الترتيب الجلسات وطريقة عمله ، حيث تم توجيه إلينا بعض نصائح والتعليمات حول البرنامج وتم الأخذ بها والعمل عليها، نذكرها في النقاط التالية :

- إعادة صياغة بعض المفردات وبعض الأنشطة.

- توزيع الجلسات مع ذكر التقنيات والفنيات المطبقة فيها.

- تقليل حصص الجلسات العلاجية من 20 جلسة إلى حوالي 15 أو 12 جلسة.

- استخدام بعض الوسائل والأدوات وإضافة بعض الأنشطة.

05- مقارنة برنامج الدراسة مع بعض البرامج الأخرى الموجودة في الدراسات السابقة: (في حدود علم الباحث).

1- برنامج الدراسة تم بناءه على خلفية النظرية المعرفية السلوكية والذي يعتمد على شمولية في العلاج و إعادة البناء المعرفي وخلق توازن وتوافق للمريض في جميع الجوانب (النفسية- اللغوية- اجتماعية..) وهذا هو توجه الحديث في العلاج ، في حين أن بعض البرامج الأخرى مبنية على علاج جانب معين أو بعض الجوانب في الإضطراب.

2- برنامج الدراسة يقوم على تدريب الحالة على مواجهة المواقف الصعبة فضلا عن مشكلتها الأصلية التي تعاني منها، وكذا تمكينها من الوسائل والطرق في العلاج، في حين أن البرامج الأخرى يبقى المريض معتمد على العلاج وما يقدمه له المعالج.

3- يقوم البرنامج على وضع هدف معين في كل جلسة وتحديد الجانب الذي يقوم بعلاجه وتقنية المستخدمة في ذلك ، في حين أن البرامج الأخرى تقوم على هدف عام وبعض الأهداف الفرعية.

4- يقوم البرنامج على تحسين وضعية الحالة عن طريق تفادي انتكاسها والوقاية من وقوعها في مشكلات مستقبلا، في حين أن بعض البرامج الأخرى تعمل على علاج الحالة في الوقت الراهن.

5- يقوم برنامج على تخصيص جلسات إرشادية للوالدين من أجل إشراكهم في العملية العلاجية و متابعة الطفل داخل المنزل وخارجه عن طريق الواجبات المنزلية وأيضا من أجل توعيتهم وتوجيههم فيما يسمى بالمرافقة الوالدية، في حين أن بعض البرامج الأخرى تهتم بمعالجة الحالة أو الطفل دون إشراك الوالدين في العملية العلاجية ويكتفون بإعطاء نصائح وبعض التعليمات لهم.

06- خطوات إجراء الدراسة الميدانية:

لتحقيق الاهداف المرجوة من الدراسة قام الباحث بإتباع الخطوات التالية :

- تحديد مكان إجراء الدراسة وأخذ الموافقة من مسيري العيادة من أجل تطبيق البرنامج.

- تحديد الأدوات المناسبة للدراسة و تحكيم المقياس و البرنامج .

- تحديد عينة الدراسة و اختيارها وفق شروط الباحث والمعاينة التي قام بها خلال دراسة الإستطلاعية.

- الحصول على الموافقة من طرف الوالدين أو أحدهما فيما يخص (تصوير بالفيديو – التسجيل الصوتي).

- تحليل عام لوضعية كل حالة من خلال المقابلة والملاحظة والملفات الشخصية.
- إجراء القياس القبلي لكل حالة والعينة المستهدفة عن طريق الإختبار.
- تطبيق البرنامج على العينة الذي يحتوي على (14) جلسة بمعدل جلستين أو ثلاثة (2 - 3) في كل أسبوع لكل حالة، حيث يستغرق تطبيق البرنامج حوالي شهرين.
- تطبيق القياس البعدي على العينة و إستخلاص النتائج.
- تحليل النتائج والبيانات ومعالجتها إحصائيا.
- مناقشة النتائج وتفسيرها إستنادا للإطار النظري والدراسات السابقة.
- تقديم مجموعة من التوصيات والمقترحات في ضوء نتائج الدراسة الحالية.

07- صعوبات الدراسة:

- من المتعارف عليه أن أي دراسة لا تخلو من صعوبات وعراقيل وهذا راجع إلى نمط الدراسات الإنسانية و الإجتماعية ، وهذه الدراسة الحالية مرت كغيرها ببعض صعوبات والعراقيل نذكرها كتالي:
- ندرة الدراسات التي تناولت اضطراب التأتأة ضمن المقاربة المعرفية السلوكية في القطر الجزائري والعربي .
- عدم تقبل بعض العيادات لإجراء الدراسة و تطبيق البرنامج بسبب إتباع نمط معين من العلاج والتكفل.
- انقطاع بعض الحالات عن الجلسات العلاجية مما اضطر الباحث إلى ايجاد حالات أخرى من أجل تطبيق البرنامج .
- عدم إلتزام بعض الأولياء بالحضور إلى الجلسات الإرشادية والمواعيد الجلسات الأطفال.

خلاصة :

تم في هذا الفصل عرض كل ما يتعلق بإجراءات الدراسة، انطلاقاً من الدراسة الإستطلاعية والمنهج المستخدم وطرق اختيار العينة ووصفها، والإجراءات التي اتبعها الباحث في دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، كما تم عرض مفصل للبرنامج المستخدم، وعرض الأساليب الإحصائية المستخدمة لمعالجة فروض الدراسة، وس يجاول الباحث في الفصل الموالي عرض الحالات وسير العلاج.

الفصل السادس

(دراسة الحالة وسير العلاج)

- تمهيد

1- دراسة الحالة الأولى.

2- دراسة الحالة الثانية .

3- دراسة الحالة الثالثة

4- دراسة الحالة الرابعة

5- دراسة الحالة الخامسة

6- دراسة الحالة السادسة.

خلاصة

- تمهيد :

تعتبر دراسة الحالة شكلا من اشكال التحليل النوعي، حيث يتم فيه رصد دقيق وكامل لفرد أو الشخص، وتبذل الجهود لدراسة كل جانب من الجوانب المتعلقة ب الفرد وبالتفاصيل الدقيقة، ومن ثمة تشتق المعلومات والإستنتاجات من بيانات الحالة، ونظرا لأن وضعية الطفل المتأثي تعتبر من الوضعيات المعقدة وخاصة من ناحية حدوثها وتشاركتها مع الحالة الذاتية للطفل فلننه في هذا الفصل سوف نحاول التطرق الى دراسة الحالات ووضعيتها كل منها وتقديمها بشكل مفصل وسير العلاج معها.

- الحالة الأولى -

1- تقديم الحالة:

الإسم : جواد

السن : 08 سنوات.

الجنس: ذكر

ترتيب في أسرته: الطفل الثالث

المستوى الدراسي : السنة الثانية ابتدائي

المستوى الإقتصادي للعائلة : جيد

نوع الإضطراب : تأتأة قرارية متوسطة (بعد تشخيص وتطبيق الإختبار على الحالة)

2- وصف الحالة:

"جواد" طفل يبلغ من العمر ثماني (08) سنوات أبيض البشرة متوسط القامة له جسم متوسط وعينان ذو لون بوني، هادئ و خجول لا يتكلم كثيرا، يتمتع بصحة جيدة لا يعاني من أي إعاقة أو تشوهات جسمية أو إضطرابات أخرى، إلا أنه تظهر عليه بعض علامات التعب والإرهاق والقلق من خلال الهالة السوداء التي حول عينيه وقضم أظافره، لباسه وهندامه نظيف ومرتب ، وكان تواصل معه عموما متوسطا إلى حسن.

3- تاريخ الإضطراب عند الحالة :

- بدأت أعراض إصابة جواد بإضطراب في الكلام قبل خمسة أشهر من بداية العلاج من قبل أمه والتي لاحظت ردات غير طبيعية في كلامه أثناء حديثه أو عند حدوث بعض المواقف معه وخاصة عند ما يتعرض للتأنيب أو الشجار بسيط مع أحد أقرانه من العائلة، حيث أكدت والدته أنه لا يستطيع الدفاع عن نفسه او رد على أي اعتداء عليه ويبقى صامتا دون أي ردة فعل ، وبعد مدة تطور الأمر وأصبح ظاهرا تماما أنه يوجد خلل على مستوى كلامه وهو ما لاحظته أقربائه وأيضا العاملون في المدرسة ، مما دفع بالأم بأخذ "جواد" إلى أقرب عيادة أطفونوية من أجل تشخيصه والإطلاع على حالته من أجل العلاج .

- بعد عرضه على المختصة الأطفونوية في الجلسة الأولى بتاريخ 2023/05/20 تم تشخيصه مبدئياً بنوع من اضطراب التأناة، وبعدها قامت المختصة بتوجيه أم جواد بأخذه إلى طبيب مختص (الأنف والاذن والحجرة) من أجل تضيق دائرة التشخيص وخلوه من إصابات أخرى ومن ثمة العمل على تحديد الأسباب ووضع خطة علاجية.

4- تحليل وضعية الحالة الأولى:

- تمت المقابلة مع الحالة رفقة والدته بتاريخ 2023/05/27 بإحدى قاعات داخل عيادة النذير الأطفونوية بالأغواط ، حيث تم تقسيم المقابلة على أربعة محاور (المحور العائلي – المحور الصحي – المحور السلوكي- المحور التواصلي).

- **المحور العائلي :** يعيش "جواد" داخل وسط عائلي جيد ومهتم خال من أي مشاكل او عوائق، يحرص على سلامته ويقوم جميع أفراد أسرته برعايته بحكم أنه أصغر أفراد العائلة، تتكون أسرته من الجدين و الأم والأب وأخوين أكبر منه ويحتل الترتيب الثالث في الأسرة، وبعد تعرضه إلى هذا الإضطراب أصبح يلقي اهتماما كبير من طرف والديه وأخوته وكذا أفراد من عائلته وخاصة الجدين والذي أصبح جواد قريبا منهما ويطلب الجلوس ولعب معهما .

- **المحور الصحي :** "جواد" حاليا يتمتع بصحة جيدة ويمارس الرياضة ويقوم باللعب في الشارع مع أصدقائه بشكل عادي ، إلا أنه قبل سنة ونصف من تاريخ ظهور اعراض إضطراب لديه اجري عملية جراحية ، والتي قد عانى منها نفسيا بشكل قوي وخاصة أنه أمضى فترة بعد العملية الجراحية داخل المستشفى يتلقى العلاج وفي بعض الأحيان كان يبقى وحده بسبب طبيعة العلاج واحترام القيود الصحية المقترنة بذلك، ويرجح كثيرا أن أثار العملية الجراحية كانت سببا في ظهور الإضطراب لديه.

- **المحور السلوكي:** تبدو سلوكيات "جواد" عادية إلا أنه يخفي الكثير من القلق والضغط النفسي وخاصة أننا لاحظنا خلال المقابلة وجود علامات سوءاء حول عينيه وقيامه طوال فترة المقابلة بقضم أظافره وعدم شعوره بالإرتياح وكذا عدم الإجابة على بعض الأسئلة البسيطة ، وكان يظهر عليه الإرتباك والتوتر طيلة فترة المقابلة، كما أكدت لنا أمه أنه أصبح مؤخرا يرفض اللعب مع أصدقائه في بعض الأحيان ويفضل البقاء في المنزل بعد ظهور التأناة عنده وذلك خوفا من ان يتعرض إلى السخرية ، علما أنه تعرض إلى ذلك بطريقة غير مباشرة من طرف أحد أقربائه والذي كان يريد مساعدته.

- **المحور التواصلي:** "جواد" يعاني من ضعف في التواصل بشقيه ، قليل الكلام قليل الحركة وهذا راجع بشكل مباشر إلى اضطراب التأناة، والتي أثرت عليه وعلى الوسط الذي يعيش فيه ، كما أنه لا يعاني من

إضطرابات لغوية أخرى بل أنه كان يحاول أن يتكلم باللغة العربية الفصحى كلما طرحنا عليه سؤال أو إستفسار ما، علماً أن مستواه الدراسي والتحصيلي جيد من حيث النقاط و المكتسبات العلمية، وقد لاحظنا خلال المقابلة أن التأتأة تظهر عنده من وقت إلى آخر بصور متوسطة، وخاصة عند ذكر بعض المواقف أو تحليل وضعية عاشها، كما أن التواصل البصري عنده ضعيف ولا يتفاعل معنا ودائماً ما ينظر إلى الأرض عند الجواب أو التكلم .

5- نتائج القياس القبلي للحالة الأولى :

- تم تطبيق الإختبار قياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الأولى بتاريخ 2023/05/27 وكانت نتائج القياس القبلي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
جواد	08 سنوات	عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	تكرار + طول + الحركات المصاحبة
		28 كلمة	42%	16	9.09 ثا	4	2	2	3	3	10	30

- جدول (05) خاص بنتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الأولى-

- جدول (05) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس القبلي للحالة الأولى ، حيث نلاحظ أنه تأتى في (28) كلمة من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية (42 %) وتحصل على درجة (16) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عنده بـ (9.09 ثا) حيث تحصل على درجة (4)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (10)، و بعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (30) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "جواد" متوسطة بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

- الصورة العيادية للاضطراب عند الحالة :

من خلال ما سبق من تحليل للمقابلة والملاحظة ونتائج القياس القلبي يتضح لنا تماما الصورة العيادية لحالة الإضطراب التي عند "جواد" وخاصة اننا أدركنا السبب الذي أدى إلى ظهور التأتأة والحالة السلوكية التي هو عليها وطبيعة التواصل التي لديه ، حيث يمكننا القول أن جواد مصاب بإضطراب التأتأة القرارية بدرجة متوسطة ومعه الأعراض المصاحبة مثل التكرار والإطالة، حيث سجل "جواد" أطول وقفة قدرة بـ (13.08 ثانية) عند نطق الكلمة وهذه المدة الزمنية مقلقة مقارنة بالحالات المتوسطة التي لا تتجاوز في المعتاد (9 ثواني) إضافة إلى الأعراض السلوكية كضعف التواصل البصري وتجنب الكلام وفي بعض الأحيان الصمت وعدم إكمال الحديث واضطراب التنفس لديه والذي يظهر في صورة الإجهاد والتعب وكذا ظهور اعراض الإرتباك والتوتر والقلق في صورة قضم الأظافر وعدم الرد على نفسه في بعض مواقف العدوانية واستخدام سلوك التأجيل والتجنب في مقاطع الكلام وهذا دليل على ان اضطراب بدأ يتطور عنده خاصة أنه أصبح يدرك الحالة و الوضعية التي هو فيها.

-6 سير جلسات العلاج :

- المرحلة الأولى: (التعريف بالإضطراب)

بتاريخ 29 ماي 2023 تم مباشرة الجلسات التدريبية العلاجية الأولية "جواد" المتعلقة بالمرحلة الأولى الخاصة بالتعرف على الإضطراب وإعادة بناء إدراكه حول التأتأة وتحضير للطلاق ، أين تم التعريف بالبرنامج وتحديد الجلسات وعقد التحالف معه، حيث كان "جواد" خلال المرحلة الأولى عموما ايجابي ولكنه كان يعاني من الحالة النفسية الهشة وفقدان للثقة في العلاج بسبب ذكريات المؤلمة للمرحلة العلاجية الطبية التي مر بها، فقد كان دائما متخوفا من تكرار الحالة لتشابه وضعية العلاج معها ، إلا أنه تماشى مع تقنيات والفنيات وخاصة فنية الإلغاء التي تجاوب معها بشكل جيد، إضافة إلى الدعم الذي تلقاه من طرف والديه وخاصة الأم التي كانت تحرص دائما على الحضور للجلسات الإرشادية بعد الإنتهاء من الجلسة العلاجية وتفاعلها مع الواجبات المنزلية المطلوبة اتباعها في المنزل.

- المرحلة الثانية: (إزالة الحساسية وتعديل السلوك)

بتاريخ 07 جوان 2023 بدأت المرحلة الثانية في العلاج بالنسبة للحالة الأولى ، حيث أصبح جواد أكثر فاعلية بعد تردد على العيادة وتعرف على المجموعة الأطفال التي تعاني من التأتأة مثله واكتساب بعض المهارات التواصلية التي ساعدته في خلق بعض العلاقات والصدقات، كما أن التقنيات العلاجية المستعملة بدأت تأتي بنتائج أولية وخاصة التحكم في التنفس وتمارين القراءة مع الفم المغلق علما أن

الهدف من ذلك كان تدريبه وتعليمه كيفية التنفس أثناء الكلام وتنظيمه ، أما عن الأعراض الثانوية مثل التكرار والإطالة فإن تمارين التنفس الضلعي وتمارين الإسترخاء العضلي وفنية القراء المضغوطة هي الآخرة أعطت نتائج جيدة في اختفاء بعض آثار التأتأة ، كما أن حالته النفسية أصبحت مستقرة بعد ارتفاع مؤشر الثقة بالنفس والتقدير ذات ، وهذا دليل على أن التقنيات ساعدته في تحكم في أعراض التأتأة ومحاولة كسب مهارات جديدة في الكلام .

- المرحلة الثالثة: (التحكم في مواقف الصعبة)

بتاريخ 19 جوان 2023 بدأت المرحلة الثالثة من العلاج بالنسبة للحالة الأولى ، حيث كان الهدف منها تدريب الحالة على كيفية مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة والتي تستدعي ظهور التأتأة عند الحالة علما أن "جواد" بعد تحليل حالته كان يعاني من الخجل والإحراج وشعور بالنقص وفي بعض الأحيان لا يستطيع الرد على نفسه، في هذه المرحلة استطاع "جواد" تعلم التقنيات والتدرب عليها وأظهر تحسنا جيدا في أداء الكلام والتحكم في المواقف الصعبة والضاغطة وخاصة عند تطبيق فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة التي وجد فيها صعوبة في البداية ومع تكرار عملية التدريب عليها تحسنت طريقة قراءته بعد أن كان يعاني منها في المدرسة ، والذي أكد هذا والدته التي أصبحت ترى تغييرا ملحوظا كبيرا في طريقة كلامه وحتى في سلوكياته واختفاء سلوكيات الخجل وارتباك والقلق أثناء التواصل معه وكذلك أصبح أكثر نشاطا وفعالية ، كما أن الوسط العائلي تفاعل مع تغيير حالته من الوضعية التي كان فيها والتي أصبح عليها.

- المرحلة الرابعة: (التكلم بطلاقة أمام الأشخاص)

بتاريخ 03 جويلية 2023 تمت مباشرة المرحلة الأخير من العلاج والتي تعمل على تدريب الحالة على تكلم بدون عوائق عن طريق استخدام بعض التقنيات والفنيات ، حيث أن "جواد" في هذه المرحلة أظهر تحسنا كبيرا وغياب شبه كلي للأعراض التأتأة وخاصة التوقفات والإطالة وظهر ذلك جليا في تقنية تحليل الصور وتسميتها حيث أصبح يستطيع تعبيراً على ما يراه دون عوائق بل إن تواصل البصري أصبح عنده جيدا ، كما أنه في جلسة الأخير عند تطبيق فنية تكلم مع شخص غريب قام بالتعريف بنفسه وسبب وجوده في العيادة دون وجود مشكلة أو خلل على مستوى كلامه علما ان والديه حضر كليهما وشاهدا تقييم ابنيهما عن طريق تطبيق القياس البعدي لشدة التأتأة بتاريخ 2023/07/12 وذلك من اجل تحديد درجة تحسن حالته ومدى التوافق الإيجابي في سلوكه ككل ، كما تم اعطاءهما ارشادات وتعليمات الاخيرة فيما يخص ممارسة الرياضة خصوصا مع دخول فصل الصيف ويحبذا تعليمه السباحة أو ادخاله أحد الفرق الرياضية من اجل ثبات واستقرار حالته وتجنب انتكاسها.

- ملاحظة: حالة "جواد" من احسن الحالات التي واضبت على حضور الجلسات العلاجية ولم تسجل حالة غياب لها واحدة او حتى تأخرها عند الموعد الجلسة، إضافة إلى والدته التي هي الأخرى لم تسجل غيابا عن الجلسات الإرشادية والتي كان يظهر عليها الحرص و متابعة حالة ابنها وهذا هو الذي أدى إلى شفائه في وقت قياسي.

7- نتائج القياس البعدي للحالة الأولى :

- تم تطبيق الإختبار للقياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الأولى بتاريخ 2023/07/12 وكانت نتائج القياس البعدي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
جواد	08 سنوات	عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	تكرار + طول + الحركات المصاحبة
		05 كلمة	7.5%	10	0.62 ثانية	3	0	0	1	1	2	15

- جدول (06) خاص بنتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الأولى-

- جدول (06) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس البعدي للحالة الأولى ، حيث نلاحظ أنه تأتى في (05) كلمات من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية (7.5 %) وتحصل على درجة (10) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عنده بـ (0.62 ثانية) حيث تحصل على درجة (3)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (2)، و بعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (15) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "جواد" بسيطة جدا بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

7-1- تحليل عام للحالة بعد العلاج:

- يظهر لنا من خلال الجدول السابق ودرجات التي تحصل عليها من خلال تطبيق القياس البعدي مدى تطور الحالة نحو الأحسن واختفاء شبه كلي لأعراض التأتأة مقارنة بنتائج المتحصل عليها من القياس القبلي، حيث نجد ان جواد قد تحصل على المجموع الكلي (30) من الإختبار في تطبيق القياس القبلي

(تأتأة متوسطة) وبعد تطبيق البرنامج وسير العلاج تحصل على المجموع الكلي (15) وهذا دليل على تراجع التأتأة بشكل كبير عنده (تأتأة بسيطة جدا)، إضافة إلى ذلك فإننا نجد انخفاض كبير في درجة النسبة المئوية لحدوث التأتأة عنده فقد سجل حوالي (7.5 %) وهي نسبة طبيعية تحدث في كلام الإنسان العادي مقارنة بالنسبة المئوية التي تحصل عليها في القياس القبلي وهي (42%) كما سجلنا أن سلوكيات الخجل وارتباك قد اختفت تماما وكذلك اختفاء ظاهرة قضم الاظافر أيضا، وأصبح "جواد" قادر على التحدث بطلاقة دون الحاجة إلى الهروب أو التجنب من مواجهة المتكلم وهذا راجع في الأساس إلى البرنامج العلاجي المتبع.

- الحالة الثانية -

1- تقديم الحالة:

الإسم : هداية

السن : 08 سنوات.

الجنس: أنثى

ترتيب في أسرته: الطفل الثاني

المستوى الدراسي : السنة الثانية ابتدائي

المستوى الإقتصادي للعائلة : جيد

نوع الإضطراب : تأتأة قرارية متوسطة (بعد تشخيص وتطبيق الإختبار على الحالة)

2- وصف الحالة:

"هداية" بنت تبلغ من العمر ثماني (08) سنوات ببيضاء البشرة متوسطة القامة لها جسم متوسط وعينان ذو لون بوني و شعر طويل يميل لونه إلى البني ، هادئة و خجولة لا تتكلم كثيرا، تمتع بصحة جيدة لا تعاني من أي إعاقة أو تشوهات جسمية أو إضطرابات أخرى، ، لباسها وهندامها نظيف ومرتب ، وكان تواصل معها عموما من حسن إلى جيد.

3- تاريخ الإضطراب عند الحالة :

- بدأت أعراض إصابة "هداية" بإضطراب في الكلام قبل سنتين من بداية العلاج حيث لاحظ والدها ردات غير طبيعية في كلامها أثناء حديثها أو عند اللعب مع إخوتها أو صديقاتها ، حيث أكد والدها أنه تفتن لطريقة كلامها بحكم انها كانت دائما معه إلا أنه ظن بأنها حالة عابرة وستشفى منها ، حيث كانت تظهر وتختفي حسب حالتها، وبعد مدة تطور الأمر وأصبح ظاهرا تماما أنه يوجد خلل على مستوى كلامها ، مما دفعه إلى اخذها إلى أقرب عيادة أرطفونية من أجل تشخيصها والإطلاع على حالتها من أجل العلاج .

- بعد عرضها على المختصة الأرطفونية في الجلسة الأولى بتاريخ 2023/04/24 تم تشخيصها مبدئيا بنوع من إضطراب التأتأة، وبعدها قامت المختصة بتوجيه والد هداية إلى طبيب مختص (الأنف والاذن والحنجرة) من أجل توضيح دائرة التشخيص وخلوها من إصابات أخرى ومن ثمة العمل على تحديد الأسباب ووضع خطة علاجية.

4- تحليل وضعية الحالة الثانية:

- تمت المقابلة مع الحالة رفقة والدها بتاريخ 2023/04/29 بإحدى قاعات داخل عيادة ملاك الأمين الأرطفونية بالأغواط ، حيث تم تقسيم المقابلة على أربعة محاور (المحور العائلي – المحور الصحي – المحور السلوكي- المحور التواصلية).

- **المحور العائلي :** تعيش "هداية" داخل وسط عائلي جيد ومهتم خال من أي مشاكل او عوائق، يحرص على سلامتها ورعايتها، وتتكون العائلة من الام والأب وثلاثة أخوة بنت واخوين أصغر منها، وهي تحتل الترتيب الثاني بعد أختها الكبرى، وبعد تعرضها إلى هذا الإضطراب أصبحت تلقى اهتماما كبير من طرف والديها وإخوتها ، علما أن عائلتها تقطن بالأغواط منذ ثلاثة سنوات وأما باقي العائلة فهم في مدينة خارج الولاية.

- **المحور الصحي :** "هداية" حاليا تتمتع بصحة جيدة ولا تعاني من أي أمراض ، كما أنها تقوم باللعب في الشارع مع صديقاتها بشكل عادي ، إلا أنه قبل سنتين من تاريخ ظهور أعراض إضطراب لديها تعرضت إلى صدمة نفسية حسب أقوال والدها ، بسبب إنتقالهم للعيش في مدينة الأغواط بسبب ظروف عمله وكانت متعلقة كثيرا بصديقاتها وعائلتها وظلت تبكي طوال الطريق، وبعد الإستقرار بفترة بالمدينة بدأ ظهور خلل على مستوى كلامها.

- **المحور السلوكي:** تبدو سلوكيات "هداية" عادية إلا أنها تخفي الكثير من الخوف والقلق وخاصة أننا لاحظنا خلال المقابلة ارتباكها وعدم شعورها بالإرتياح وكذلك الصمت عند طرح بعض الأسئلة البسيطة كما أكد والدها أنها أصبحت مؤخراً تعاني من بعض المشاكل بسبب الشجارات مع بعض اطفال الحي بسبب التنمر من طريقة حديثها مما أدى إلى عدم خروجها من المنزل في بعض الأحيان وهذا أدى إلى فقدان الثقة في نفسها وجعلها عاجزة عن الخروج من دائرة الإضطراب.

- **المحور التواصل:** "هداية" في البداية كانت تعاني من ضعف في التواصل بشقيه، قليلة الكلام قليلة الحركة، وبعده مدة أصبحت متجاوبة ومتفاعلة معنا، كما أن نتائجها الدراسية حسنة مقارنة بحالة التي هي عليها ، إضافة إلى هذا فهي تعاني من نقص في التواصل البصري وهذا يدل على الشعور بالضعف وفقدان الثقة وانخفاض مؤشر تقدير الذات .

- نتائج القياس القبلي للحالة الثانية :

- تم تطبيق الإختبار قياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الثانية بتاريخ 2023/04/29 وكانت نتائج القياس القبلي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

المجموع الكلي	بند الحركات و الأصوات المصاحبة					بند طول التأتأة		بند تكرار التأتأة			العمر	الحالة
	الدرجة	حركات الأطراف	حركات الرأس	حركات الوجه	الأصوات المسموعة	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	النسبة المئوية	عدد الكلمات المتأتأة		
تكرار+ طول+ الحركات المصاحبة	7	2	1	1	3	4	6.35 ثا	18	52.5%	35 كلمة	08 سنوات	هداية
29												

- جدول (07) خاص بنتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الثانية-

- جدول (07) يوضح لنا نتائج الإختبار القياسي القبلي للحالة الثانية ، حيث نلاحظ أنها تأتأت في (35) كلمة من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية بلغت (52.5 %) وتحصلت على درجة (18) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عندها بـ (6.35 ثا) حيث تحصلت على درجة (4)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصلت على درجة (6)، وبعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (29) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "هداية" متوسطة بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

- الصورة العيادية للاضطراب عند الحالة :

- من خلال ما سبق من تحليل للمقابلة والملاحظة ونتائج القياس القلبي يتضح لنا تماما الصورة العيادية لحالة الإضطراب التي عند "هداية"، حيث يمكننا القول أن هداية مصابة بإضطراب التأثأة القرارية بدرجة متوسطة ومعها الأعراض المصاحبة مثل التكرار والإطالة والوقفات، حيث سجلت "هداية" أطول وقفة قدرة بـ (7.59 ثواني) عند نطق الكلمة وهذه المدة الزمنية مقلقة قليلا، كما أن مسار التأثأة عندها متابين من حيث الإرتفاع والهبوط وليس ثابت في مستوى واحد حيث أنها سجلت وقفات قدرت بـ (1.5 ثانية) وفي أخرى سجلت (2.25 ثانية) وفي أخرى (4.87 ثانية) وهذا يدل على أن هناك اضطراب في التنفس لديها بحكم أنها تصدر أصوات زائدة عند الكلام وهذا الذي يفسر الإجهاد وتعب أثناء حديثها، إضافة إلى الأعراض السلوكية كتجنب الكلام والإرتباك وشعور بالنقص وفي بعض الأحيان ترفض مساعدتها في الكلام عن طريق الإشارة بيديها من أجل إكمال مقاطع الكلام، وهذا دليل على إدراكها لحالتها وهو نفس السبب الذي يجعلها غير قادرة عن الخروج من دائرة الاضطراب.

-6 سير جلسات العلاج :

- المرحلة الأولى: (التعريف بالإضطراب)

بتاريخ 06 ماي 2023 تمت مباشرة الجلسات التدريبية العلاجية الأولية لـ"هداية" المتعلقة بالمرحلة الأولى الخاصة بالتعرف على الإضطراب وإعادة بناء إدراكها حول التأثأة وتحضير للطلاق ، أين تم التعريف بالبرنامج وتحديد الجلسات وعقد التحالف معها، حيث أن "هداية" خلال المرحلة الأولى عموما كانت ايجابية ولكنها كانت تحس بهاجس كبير نحو شفائها من الاضطراب حيث سيطرت عليها مخاوف وأفكار سلبية وذلك بسبب طول المدة التي بقيت من دون علاج أو تكفل ، وظهر ذلك جليا في الجلسة الثالثة عندما عبرت عن مخاوفها وخاصة أنها تتعرض لبعض المواقف الصعبة في المدرسة والشارع، وبعد العمل على إعادة إدراكها لتأثأة أصبحت متقبلة لحالتها ولا تشعر بنفس المخاوف والهاجس.

- المرحلة الثانية: (إزالة الحساسية وتعديل السلوك)

بتاريخ 14 ماي 2023 بدأت المرحلة الثانية من العلاج بالنسبة للحالة الثانية ، في هذه المرحلة كانت "هداية" قد اكتسبت نوع من الفاعلية وتجاوب مع الجلسات بعد تردد على العيادة وتعرف على المجموعة من الأطفال التي تعاني من التأثأة مثلها، حيث واجهت صعوبات في تصحيح وتنظيم التنفس لديها وخاصة عند تطبيق تمارين القراءة مع الفم المغلق وتمارين التنفس الضلعي حيث أعطت هذه تقنيتين نتائج فاعلة ،كما أن تدريبها على الإسترخاء العضلي ساعدها في التحكم في أعراض الوقفات والإطالة

الكلامية ، كما أن تدريبها وتطبيقها للواجب المنزلي ساعدها أيضا في ذلك ، ويبرز هنا أيضا دور والدها الذي كان يحضر للحصص إرشادية والذي أعطاها دافعا قويا للعمل من أجل التحسن في المستوى اللفظي والغير اللفظي .

- المرحلة الثالثة: (التحكم في مواقف الصعبة)

بتاريخ 27 ماي 2023 بدأت المرحلة الثالثة من العلاج بالنسبة للحالة الثانية ، وفي هذه المرحلة أظهرت "هداية" تحسنا جيد من حيث أدائها في الكلام والتحكم في الاعراض وخاصة الوقفات حيث كان الهدف من ذلك تدريبها على كيفية مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة والتي تستدعي ظهور التأتأة عند الحالة علما أن "هداية" بعد تحليل حالتها كانت تعاني من فقدان للثقة والشعور بالنقص وفي بعض الأحيان تدخل في شجارات بسبب التمر على حالتها، في هذه المرحلة أيضا استطاعت تعلم التقنيات والتدرب عليها والتحكم في المواقف الصعبة والضاغطة وتحقيق المراقبة الذاتية أثناء الكلام وخاصة عند تطبيق فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة وأثناء تحليل الصور ولعبة الجمل الناقصة.

- المرحلة الرابعة: (التكلم بطلاقة أمام الأشخاص)

بتاريخ 05 جوان 2023 تمت مباشرة المرحلة الأخير من العلاج والتي تعمل على تدريب الحالة على تكلم بدون عوائق عن طريق استخدام بعض التقنيات والفنيات ، حيث أن "هداية" في هذه المرحلة أظهرت تحسنا كبيرا وغياب شبه كلي للأعراض التأتأة وخاصة الوقفات والإطالة وظهر ذلك جليا في تقنية تحليل الصور وتقديم أنشودتين أمام كل العاملين في العيادة دون خوف أو ظهور للأعراض تماما كما أنها أصبحت تستطيع التعبير على ما تراه دون عوائق، إضافة إلى أن تواصل البصري أصبح عندها جيدا وهذا مؤشر على ارتفاع مستوى تقدير الذات واكتسابها للثقة بالنفس وخاصة بعد انتقالها للصف الثالث وأخذها نتائج جيدة في الإمتحانات، وفي الجلسة الأخيرة حضر والدها لجلسة تقييمها عن طريق تطبيق القياس البعدي لشدة التأتأة بتاريخ 2023/06/10 وذلك من اجل تحديد درجة تحسن حالتها ومدى التوافق الإيجابي في سلوكها عموما ، كما تم اعطاء والدها ارشادات وتعليمات الأخيرة فيما يخص بممارسة الرياضة خصوصا مع دخول فصل الصيف وإمكانية تعليمها السباحة أو ادخالها أحد الفرق الرياضية أو أحد المدارس القرآنية من اجل ثبات واستقرار حالتها وتجنب انتكاسها.

- ملاحظة: حالة "هداية" تعد في المرتبة الثانية من حيث تحسن حالتها حيث أنها واضبت على حضور الجلسات العلاجية ولم تسجل حالة غياب لها واحدة او حتى تأخرها عند الموعد الجلسة، إضافة إلى والدها الذي هو الآخر لم يسجل غيابا كثيرا عن الجلسات الإرشادية والذي كان يظهر عليه الحرص و متابعة حالة ابنته وهذا الذي أدى إلى شفائها في وقت قياسي.

7- نتائج القياس البعدي للحالة الثانية :

- تم تطبيق الإختبار للقياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الثانية بتاريخ 2023/06/10 وكانت نتائج القياس البعدي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
هداية	08 سنوات	عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	تكرار + طول + الحركات المصاحبة
		9 كلمات	13.5%	12	0.54 ثانية	2	1	0	1	1	3	17

- جدول (08) خاص بنتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الثانية-

- جدول (08) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس البعدي للحالة الثانية ، حيث نلاحظ أنها تأتأت في (09) كلمات من أصل 100 كلمة بعد نزح الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية (13.5 %) وتحصلت على درجة (12) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عندها بـ (0.54 ثانية) حيث تحصلت على درجة (2)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصلت على درجة (3)، وبعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل على المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (17) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "هداية" بسيطة جدا بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

7-1- تحليل عام للحالة بعد العلاج:

يظهر لنا من خلال الجدول السابق ودرجات التي تحصلت عليها من خلال تطبيق القياس البعدي مدى تطور الحالة وتحسنها واختفاء شبه كلي لأعراض التأتأة مقارنة بنتائج المتحصل عليها من القياس القبلي، حيث نجد ان "هداية" قد تحصلت على المجموع الكلي قدر بـ (29) من الإختبار في تطبيق القياس القبلي (تأتأة متوسطة) وبعد تطبيق البرنامج وسير العلاج تحصلت على المجموع الكلي (17) وهذا دليل على تراجع التأتأة بشكل كبير عندها (تأتأة بسيطة جدا)، إضافة إلى ذلك فإننا نجد انخفاض كبير في درجة النسبة المئوية لحدوث التأتأة عندها فقد سجلت حوالي (13.5%) وهي نسبة جيدة مقارنة بالنسبة المئوية التي تحصلت عليها في القياس القبلي وهي (52.5 %) كما أن سلوكيات الخجل والإرتباك

ونقص الثقة قد اختفت تماما وأصبحت "هداية" قادرة على التحدث بطلاقة دون الحاجة إلى الهروب أو التجنب من مواجهة الكلام وهذا راجع في الأساس إلى البرنامج التدريبي العلاجي المتبع.

- الحالة الثالثة -

1- تقديم الحالة:

الإسم : عمر

السن : 06 سنوات.

الجنس: ذكر

ترتيب في أسرته: الطفل الثالث

المستوى الدراسي : السنة الأولى ابتدائي

المستوى الإقتصادي للعائلة : جيد

نوع الإضطراب : تأتأة قرارية متوسطة (بعد تشخيص وتطبيق الإختبار على الحالة)

2- وصف الحالة:

"عمر" طفل يبلغ من العمر ستة (06) سنوات أسمر البشرة متوسط القامة له جسم متوسط وعينان ذو لون بوني، هادئ و خجول لا يتكلم كثيرا، يتمتع بصحة جيدة لا يعاني من أي إعاقة أو تشوهات جسمية أو إضطرابات أخرى، إلا أنه تظهر عليه بعض علامات التعب والإجهاد بسبب ضعف نبرة صوته أثناء الكلام، لباسه وهندامه نظيف ومرتب ، وكان تواصل معه عموما متوسطا إلى حسن.

3- تاريخ الإضطراب عند الحالة :

- بدأت أعراض إصابة عمر بإضطراب في الكلام قبل ثمانية أشهر من بداية العلاج من قبل أمه والتي لاحظت ردات غير طبيعية في كلامه أثناء حديثه أو عند حدوث بعض المواقف معه واختلاف سلوكه عما كان في السابق فقد أصبح يميل إلى انطواء وعدم اللعب في الخارج بعد أن كان أكثر حيوية ونشاط ، وبعد مدة تطور الأمر وأصبح ظاهرا تماما أنه يوجد خلل على مستوى كلامه وهو ما لاحظته حتى أقربائه وأيضا العاملون في المدرسة ، مما دفع بوالديه بأخذ "عمر" إلى أقرب عيادة أطفونية من أجل تشخيصه والإطلاع على حالته من أجل العلاج .

- بعد عرضه على المختصة الأطفونية في الجلسة الأولى بتاريخ 2023/05/25 تم تشخيصه مبدئياً بنوع من اضطراب التأتأة، وبعدها قامت المختصة بتوجيه أم "عمر" بأخذه إلى طبيب مختص (الأنف والاذن والحنجرة) من أجل تضيق دائرة التشخيص وخلوه من إصابات أخرى ومن ثمة العمل على تحديد الأسباب ووضع خطة علاجية.

4- تحليل وضعية الحالة الثالثة:

- تمت المقابلة مع الحالة رفقة والدته بتاريخ 2023/06/05 بإحدى قاعات داخل عيادة النذير الأطفونية بالأغواط ، حيث تم تقسيم المقابلة على أربعة محاور (المحور العائلي – المحور الصحي – المحور السلوكي- المحور التواصلية).

- **المحور العائلي :** يعيش "عمر" داخل وسط عائلي جيد ومهتم خال من أي مشاكل او عوائق، يحرص على سلامته ويقوم جميع أفراد أسرته برعايته بحكم أنه أصغر أفراد العائلة، تتكون أسرته من الأم والأب وأخوين أكبر منه ويحتل الترتيب الثالث في الأسرة ، وبعد تعرضه إلى هذا الإضطراب أصبح يلقي اهتماما كبير من طرف والديه وأخوته وكذا أفراد من عائلته.

- **المحور الصحي :** "عمر" حاليا يتمتع بصحة جيدة ولا يعاني من أية أمراض كما أنه يقوم باللعب في الشارع مع أصدقائه بشكل عادي ، إلا أنه قبل سنة من تاريخ ظهور اعراض اضطراب لديه تعرض إلى صدمة نفسية قوية بسبب أنه تاه وهو عائد من بيت عمه في الليل وخطئ في الشارع الذي يأخذه إلى بيتهم مما سببه له هلعاً وخوفاً كبيراً وبدأ بالبكاء لمدة معينة، حتى وجده أحد أقربائه وأخذه إلى منزلهم ،ومنذ لك اليوم دخل "عمر" في أزمة نفسية وأصبح لا يخرج من البيت إلا مع والده أو بعض أقربائه وبعد مدة بدأت تظهر عليه اعراض الإصابة بالتأتأة .

- **المحور السلوكي:** تبدو سلوكيات "عمر" عادية إلا أنه يخفي الكثير من القلق والتوتر والإرتباك وخاصة أننا لاحظنا خلال المقابلة عدم شعوره بالإرتياح وكذا صمته و الإجابة على الأسئلة بكلمة أو كلمتين وهذا يدل على خوفه وتوتره، كما أكد لنا والده أنه أصبح مؤخراً يرفض اللعب مع أصدقائه في بعض الأحيان ويفضل البقاء في المنزل بعد ظهور التأتأة عنده ،خاصة أن الموقف الذي تعرض له مازالت لم تختفي آثاره .

- **المحور التواصلية:** "عمر" يعاني من ضعف في التواصل بشقيه ، قليل الكلام قليل الحركة وهذا راجع بشكل مباشر إلى اضطراب التأتأة والحادثة التي تعرض لها، والتي أثرت عليه وعلى الوسط الذي يعيش فيه ، كما أنه لا يعاني من إضطرابات لغوية أخرى، ، علماً أن مستواه الدراسي والتحصيلي جيد من

حيث النقاط و المكتسبات العلمية ،وقد لاحظنا خلال المقابلة أن التأتأة تظهر عنده من وقت إلى آخر بصور متوسطة، وخاصة عند ذكر بعض المواقف أو تحليل وضعية عاشها، كما أن التواصل البصري عنده ضعيف جدا ولا يتفاعل معنا ودائما ما ينظر إلى الأرض عند الجواب أو التكلم معه.

5- نتائج القياس القبلي للحالة الثالثة :

- تم تطبيق الإختبار قياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الثالثة بتاريخ 2023/06/05 وكانت نتائج القياس القبلي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
عمر	06 سنوات	عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	تكرار + طول + الحركات المصاحبة
		26 كلمة	39%	16	3.05 ثا	4	1	2	1	2	6	26

- جدول (09) خاص بنتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الثالثة-

- جدول (09) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس القبلي للحالة الثالثة ، حيث نلاحظ أنه تأتى في (26) كلمة من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية (39 %) وتحصل على درجة (16) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عنده بـ (3.05 ثا) حيث تحصل على درجة (4)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (6)، و بعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل على المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (26) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "عمر" متوسطة بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

- الصورة العيادية للإضطراب عند الحالة :

من خلال ما سبق من تحليل للمقابلة والملاحظة ونتائج القياس القبلي يتضح لنا تماما الصورة العيادية لحالة الإضطراب التي عند "عمر" وخاصة أن السبب الذي أدى إلى ظهور التأتأة عنده هي حالة نفسية صعبة مر بها أدت أيضا إلى الحالة السلوكية التي هو عليها وطبيعة التواصل التي لديه ، حيث يمكننا القول أن "عمر" مصاب بإضطراب التأتأة الإختلاجية بدرجة متوسطة ومعه الأعراض المصاحبة مثل التكرار والإطالة والوقفات، حيث سجل "عمر" أطول وقفة قدرة بـ (4.15 ثانية) عند نطق الكلمة وهذه

المدة الزمنية مقلقة حيث كانت التأتأة عنده متباينة من حيث ظهور والإختفاء، إضافة إلى الأعراض السلوكية كضعف التواصل البصري وتجنب الكلام وفي بعض الأحيان الصمت وعدم إكمال الحديث واضطراب التنفس لديه والذي يظهر في صورة الإجهاد والتعب الذي يظهر في ضعف نبرة صوته، وكذا ظهور اعراض الإرتباك والتوتر في صورة استخدام سلوك التأجيل والتجنب في مقاطع الكلام وهذا دليل على ان اضطراب بدأ يتطور عنده خاصة أنه أصبح يدرك الحالة و الوضعية التي هو فيها.

6- سير جلسات العلاج :

- المرحلة الأولى: (التعريف بالإضطراب)

بتاريخ 10 جوان 2023 تم مباشرة الجلسات التدريبية العلاجية الأولية "عمر" والمتعلقة بالمرحلة الأولى الخاصة بالتعرف على الإضطراب وإعادة بناء إدراكه حول التأتأة وتحضير للطلاق، أين تم التعريف بالبرنامج وتحديد الجلسات وعقد التحالف معه، حيث كان "عمر" خلال المرحلة الأولى كان يعاني من الحالة النفسية صعبة بسبب صعوبة التواصل معه وحالة الصمت التي كانت يختفى خلفها، فقد كان دائما متخوفا من تعامل معنا فقد كان يحضر والدها إلى جلسة العلاج في بداية من أجل توعده على المكان والعاملين في العيادة، إلا أنه تماشى مع تقنيات والفنيات وخاصة فنية الإلغاء التي تجاوب معها بشكل جيد، إضافة إلى الدعم الذي تلقاه من طرف والديه وخاصة أنهما كان يحرصان دائما على الحضور للجلسات الإرشادية بعد الإنتهاء من الجلسة العلاجية وتفاعلها مع الواجبات المنزلية المطلوبة اتباعها في المنزل.

- المرحلة الثانية: (إزالة الحساسية وتعديل السلوك)

بتاريخ 17 جوان 2023 بدأت المرحلة الثانية في العلاج بالنسبة للحالة الثالثة، وفي هذه المرحلة بدأ "عمر" في تفاعل معنا ومع العلاج حيث أصبح أكثر فاعلية بعد تردد على العيادة وتعرفه على المجموعة الأطفال التي تعاني من التأتأة مثله ومن إضطرابات اللغوية الأخرى واكتساب بعض المهارات التي ساعدته في خلق بعض العلاقات والصدقات، كما أن التقنيات العلاجية المستعملة بدأت تأتي بنتائج أولية وخاصة التحكم في التنفس وتمارين القراءة مع الفم المغلق علما أن الهدف من ذلك كان تدريبه وتعليمه كيفية التنفس أثناء الكلام وتنظيمه، أما عن الأعراض الثانوية مثل التكرار والإطالة فإن تمارين التنفس الضلعي وتمارين الإسترخاء العضلي وفنية القراءة المضغوطة هي الآخرة أعطت نتائج جيدة في اختفاء بعض أثار التأتأة، كما أن حالته النفسية أصبحت مستقرة بعد ارتفاع مؤشر الثقة بالنفس وبداية زوال حالة الخوف التي كان يعاني منها بعد إعطاء إرشادات إلى والديه حول كيفية التعامل مع حالة الخوف

التي لديه وتطبيقها في المنزل، كما أن التقنيات ساعدته في تحكم قليلا في أعراض التأتأة ومحاولة كسب مهارات جديدة في الكلام .

- المرحلة الثالثة: (التحكم في مواقف الصعبة)

بتاريخ 25 جوان 2023 بدأت المرحلة الثالثة من العلاج بالنسبة للحالة "عمر"، حيث كان الهدف منها تدريب الحالة على كيفية مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة والتي تستدعي ظهور التأتأة عند الحالة علما أن "عمر" بعد تحليل حالته كان يعاني من حالة الخوف وفقدان الثقة والإنطواء ، في هذه المرحلة استطاع "عمر" تعلم التقنيات والتدرب عليها وأظهر تحسنا جيدا في أداء الكلام والتحكم في المواقف الصعبة والضاغطة وخاصة عند تطبيق فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة التي وجد فيها صعوبة في البداية ومع تكرار عملية التدريب عليها تحسنت طريقة قراءته ، والذي أكد هذا والدها اللذان أصبحا يريان تغيرا ملحوظا كبيرا في طريقة كلامه وحتى في سلوكاته واختفاء سلوكات الخوف و الخجل وارتباك أثناء التواصل معه وكذلك أصبح أكثر نشاطا وفعالية، حيث أصبح يحب اللعب في الشارع وخاصة بعد زوال حالة الخوف لديه.

- المرحلة الرابعة: (التكلم بطلاقة أمام الأشخاص)

بتاريخ 03 جويلية 2023 تمت مباشرة المرحلة الأخير من العلاج والتي تعمل على تدريب الحالة على تكلم بدون عوائق عن طريق استخدام بعض التقنيات والفنيات ، حيث أن "عمر" في هذه المرحلة أظهر تحسنا كبيرا وغياب شبه كلي للأعراض التأتأة وخاصة التوقفات والإطالة وظهر ذلك جليا في تقنية تحليل الصور وتسميتها وكذلك فنية التحدث مع شخص غريب التي ساعدته وجعلته يستطيع تعبيراً على ما يراه دون عوائق بل إن تواصل البصري أصبح عنده جيدا ، كما أنه في جلسة الأخير عند تطبيق فنية تكلم مع شخص غريب قام بالتعريف بنفسه وسبب وجوده في العيادة دون وجود مشكلة أو خلل على مستوى كلامه علما ان والديه حضر كليهما وشاهدا تقييم ابنيهما عن طريق تطبيق القياس البعدي لشدة التأتأة بتاريخ 2023/07/15 وذلك من اجل تحديد درجة تحسن حالته ومدى التوافق الإيجابي في سلوكه ككل ، كما تم اعطاءهما ارشادات وتعليمات الاخيرة فيما يخص ممارسة الرياضة خصوصا مع دخول فصل الصيف ويحبذا تعليمه السباحة أو ادخاله أحد الفرق الرياضية وكذلك إدخاله إلي المدارس والكتاتيب القرآنية من اجل ثبات واستقرار حالته وتجنب انتكاسها.

- ملاحظة: حالة "عمر" تعد من الحالات التي واضبت على حضور الجلسات العلاجية ولم تسجل حالة

غياب لها واحدة او حتى تأخرها عند الموعد الجلسة، إضافة إلى والديه الذين لم يسجلوا غيابا عن الجلسات الإرشادية رغم أنهم يسكنون خارج الولاية.

7- نتائج القياس البعدي للحالة الثالثة :

- تم تطبيق الإختبار للقياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الثالثة بتاريخ 2023/07/15 وكانت نتائج القياس البعدي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
		عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف		الدرجة
عمر	06 سنوات	07	10.5%	12	0.45 ثانية	2	0	1	0	1	2	14

- جدول (10) خاص بنتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الثالثة -

- جدول (10) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس البعدي للحالة الثالثة ، حيث نلاحظ أنه تأتى في (07) كلمات من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار ، وبنسبة مئوية (10.5%) وتحصل على درجة (12) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عنده بـ (0.45 ثانية) حيث تحصل على درجة (2)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (2)، و بعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (14) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "عمر" بسيطة جدا بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

7-1- تحليل عام للحالة بعد العلاج:

يظهر لنا من خلال الجدول السابق ودرجات التي تحصل عليها من خلال تطبيق القياس البعدي مدى تطور الحالة نحو الأحسن واختفاء شبه كلي لأعراض التأتأة مقارنة بنتائج المتحصل عليها من القياس القبلي ، حيث نجد ان "عمر" قد تحصل على المجموع الكلي (26) من الإختبار في تطبيق القياس القبلي (تأتأة متوسطة) وبعد تطبيق البرنامج وسير العلاج تحصل على المجموع الكلي (14) وهذا دليل على تراجع التأتأة بشكل كبير عنده (تأتأة بسيطة جدا)، إضافة إلى ذلك فإننا نجد انخفاض كبير في درجة النسبة المئوية لحدوث التأتأة عنده فقد سجل حوالي (10.5 %) وهي نسبة قريبة جدا من النسبة الطبيعية التي تحدث في كلام الإنسان العادي مقارنة بالنسبة المئوية التي تحصل عليها في القياس القبلي وهي (39%) كما سجلنا أن سلوكيات الخوف و الخجل وارتباك قد اختفت تماما ، وأصبح "عمر" عموما

قادر على التحدث بطلاقة دون الحاجة إلى الهروب أو التجنب من مواجهة المتكلم وهذا راجع في الأساس إلى البرنامج العلاجي المتبع.

- الحالة الرابعة -

1- تقديم الحالة:

الإسم : عبد الرحمن

السن : 10 سنوات.

الجنس: ذكر

ترتيب في أسرته: الطفل الثاني

المستوى الدراسي : السنة الرابعة ابتدائي

المستوى الإقتصادي للعائلة : حسن

نوع الإضطراب : تأتأة مختلطة متوسطة (بعد تشخيص وتطبيق الإختبار على الحالة)

2- وصف الحالة:

"عبد الرحمن" طفل يبلغ من العمر عشرة (10) سنوات أبيض البشرة طويل القامة قليلا، له جسم متوسط وعينان ذو لون بوني ، هادئ و خجول لا يتكلم إلا قليلا، يتمتع بصحة جيدة لا يعاني من أي إعاقة أو تشوهات جسمية أو إضطرابات أخرى، لباسه وهندامه نظيف ومرتب ، وكان تواصل معه عموما من متوسط إلى حسن.

3- تاريخ الإضطراب عند الحالة :

- بدأت أعراض إصابة "عبد الرحمن" بإضطراب في الكلام قبل سنة من بداية العلاج حيث لاحظ والده رداً غير طبيعية في كلامه أثناء حديثه أو عند اللعب مع إخوته أو أصدقائه ، حيث أكد والده أنه تفتن لطريقة كلامه في يوم كان مسافرا معه إلا أنه ظن بأنها حالة عابرة وسيشفى منها ، حيث كانت تظهر وتختفي حسب حالته، وبعد مدة تطور الأمر وأصبح ظاهرا تماما أنه يوجد خلل على مستوى كلامه ، مما دفعه إلى أخذه إلى أقرب عيادة أطفونوية من أجل تشخيصها والإطلاع على حالتها من أجل العلاج .

- بعد عرضه على المختصة الأطفونية في الجلسة الأولى بتاريخ 2023/04/24 تم تشخيصه مبدئياً بنوع من اضطراب التأناة، وبعدها قامت المختصة بتوجيه والد "عبد الرحمن" إلى طبيب مختص (الأنف والاذن والحنجرة) من أجل توضيق دائرة التشخيص وخلوه من إصابات أخرى ومن ثمة العمل على تحديد الأسباب ووضع خطة علاجية.

4- تحليل وضعية الحالة الرابعة:

- تمت المقابلة مع الحالة رفقة والده بتاريخ 2023/04/29 بإحدى قاعات داخل عيادة ملاك الأمين الأطفونية بالأغواط ، حيث تم تقسيم المقابلة على أربعة محاور (المحور العائلي – المحور الصحي – المحور السلوكي- المحور التواصلي).

- **المحور العائلي** : يعيش "عبد الرحمن" داخل وسط عائلي صعب بسبب طلاق والديه، ومنقسم في التربية والعيش مع والديه، وتتكون العائلة من الام والأب منفصلين وأخوين ، وهو يحتل الترتيب الثاني بعد أخيه الأكبر، وبعد تعرضه إلى هذا الإضطراب أصبح يتلقى اهتماما كبير من طرف والديه وإخوته وحتى جدته لوالده.

- **المحور الصحي** : "عبد الرحمن" حاليا يتمتع بصحة جيدة ولا يعاني من أي أمراض ، كما أنه يقوم باللعب في الشارع مع أصدقائه بشكل عادي ، إلا أنه قبل سنة من تاريخ ظهور اعراض إضطراب لديه تعرض إلى صدمة نفسية ، بسبب طلاق والديه و انفصالهما عن بعضهما واضطراره إلى تنقل للعيش مقسوما بينهما خاصة أنه في سن يدرك وضعية والديه ، كما أنه يعاني من حالة نفسية صعبة ويظهر ذلك في قضم أظافره في بعض الأحيان.

- **المحور السلوكي**: تبدو سلوكيات "عبد الرحمن" عادية إلا أنها يخفي الكثير من التوتر والقلق وخاصة أننا لاحظنا خلال المقابلة ارتبائه وعدم شعوره بالإرتياح وكذلك الصمت عند طرح بعض الأسئلة البسيطة كما يظهر عليه الشرود وسرحان في بعض الأحيان بسبب أثار وضعيته الإجتماعية وهذا الذي أدى إلى فقدان الثقة في نفسه وجعله عاجزا عن الخروج من دائرة الإضطراب.

- **المحور التواصلي**: "عبد الرحمن" في البداية كان يعاني من ضعف في التواصل بشقيه، قليل الكلام قليل الحركة، وبعده مدة أصبحت متجاوبا ومتفاعلا معنا، كما أن نتائج الدراسة حسنة مقارنة بحالة التي هو عليها ، إضافة إلى هذا فهو يعاني من نقص في التواصل البصري وهذا يدل على الشعور بالضعف وفقدان الثقة وانخفاض مؤشر تقدير الذات عنده .

- نتائج القياس القبلي للحالة الرابعة:

- تم تطبيق الإختبار قياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الرابعة بتاريخ 2023/04/29 وكانت نتائج القياس القبلي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
عبد الرحمن	10 سنوات	عدد الكلمات المتأناة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	تكرار + طول + الحركات المصاحبة
		27 كلمة	40.5%	16	3.56 ثا	4	2	1	1	3	7	27

- جدول (11) خاص بنتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الرابعة -

- جدول (11) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس القبلي للحالة الرابعة ، حيث نلاحظ أنه تأتى في (27) كلمة من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار ، وبنسبة مئوية بلغت (40.5 %) وتحصل على درجة (16) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عنده بـ (3.56 ثا) حيث تحصل على درجة (4)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (7)، وبعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (27) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "عبد الرحمن" متوسطة بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

- الصورة العيادية للإضطراب عند الحالة :

- من خلال ما سبق من تحليل للمقابلة والملاحظة ونتائج القياس القبلي يتضح لنا تماما الصورة العيادية لحالة الإضطراب التي عند "عبد الرحمن"، حيث يمكننا القول أنه مصاب بإضطراب التأتأة المختلطة (قرارية – إختلاجية) بدرجة متوسطة ومعها الأعراض المصاحبة مثل التكرار والإطالة والوقفات، حيث سجل "عبد الرحمن" أطول وقفة قدرة بـ (3.95 ثواني) عند نطق الكلمة وهذه المدة الزمنية مقلقة قليلا، كما أن مسار التأتأة عنده متباين من حيث الإرتفاع والهبوط وليس ثابت في مستوى واحد حيث أنه سجل وقفات قدرت بـ (1.5 ثانية) وفي أخرى سجل (2.16 ثانية) وفي أخرى (3.26 ثانية) و هذا يدل على أن هناك اضطراب في التنفس لديه بحكم أنه يصدر أصوات زائدة عند الكلام وهذا الذي يفسر الإجهاد وتعب أثناء حديثه، إضافة إلى الأعراض السلوكية كتجنب الكلام والإرتباك وشعور بالنقص وفي

بعض الأحيان يقوم بتغطية فمه عند الكلام وفي أخرى قضم أظافره، وهذا دليل على إدراكه بحالته وهو نفس السبب الذي يجعله غير قادرة عن الخروج من دائرة الاضطراب.

6- سير جلسات العلاج :

- المرحلة الأولى: (التعريف بالاضطراب)

بتاريخ 06 ماي 2023 تمت مباشرة الجلسات التدريبية العلاجية الأولية لـ"عبد الرحمن" المتعلقة بالمرحلة الأولى الخاصة بالتعرف على الاضطراب وإعادة بناء إدراكها حول التأتأة وتحضير للطلاق ، أين تم التعريف بالبرنامج وتحديد الجلسات وعقد التحالف معه، حيث أن "عبد الرحمن" خلال المرحلة الأولى عموماً كان ايجابياً ولكنه كان يعاني من حالة نفسية صعبة من فقدان للثقة و الشعور بالنقص ، وظهر ذلك جلياً في الجلسة الثالثة عندما عبر عن مخاوفه وخاصة من حالة انقسام التي يعيشها، وبعد العمل على إعادة إدراكه لتأتأة أصبح متقبلاً لحالته ، كما اننا قمنا بتقسيم إحضاره إلى العيادة بين والديه بحيث يحضره في كل جلسة إحداهما وهذا يدفعه إلى الشعور بالإهتمام والاحتواء.

- المرحلة الثانية: (إزالة الحساسية وتعديل السلوك)

بتاريخ 14 ماي 2023 بدأت المرحلة الثانية من العلاج بالنسبة للحالة الرابعة ، في هذه المرحلة كان "عبد الرحمن" قد اكتسب نوع من الفاعلية وتجاوب مع الجلسات بعد تردد على العيادة وتعرف على المجموعة من الأطفال التي تعاني من التأتأة مثله، حيث واجه صعوبات في تصحيح وتنظيم التنفس لديه وخاصة عند تطبيق تمارين القراءة مع الفم المغلق وتمارين التنفس الضلعي حيث أعطت هذه تقنيتين نتائج فاعلة ، كما أن تدريبه على الإسترخاء العضلي ساعده في التحكم في أعراض الوقفات والإطالة الكلامية ، كما أن تدريبه وتطبيقها للواجب المنزلي ساعده أيضاً في ذلك ، ويبرز هنا أيضاً دور والده الذي كان يحضر للحصص الإرشادية والذي أعطاه دافعا قويا للعمل من أجل التحسن في مستواه اللفظي والغير اللفظي ، علماً أننا في هذه المرحلة نجحنا في جمع بين والديه في بعض الحصص الإرشادية من أجل توجيههما وخلق نوع من ألفة لتعاون مع بعضهما من أجل شفاء طفلهما.

- المرحلة الثالثة: (التحكم في مواقف الصعبة)

بتاريخ 27 ماي 2023 بدأت المرحلة الثالثة من العلاج بالنسبة للحالة الرابعة، وفي هذه المرحلة أظهر "عبد الرحمن" تحسناً جيداً من حيث أدائه في الكلام والتحكم في الاعراض وخاصة الوقفات حيث كان الهدف من ذلك تدريبه على كيفية مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة والتي تستدعي ظهور التأتأة عنده علماً أن "عبد الرحمن" بعد تحليل حالته كان يعاني من فقدان للثقة والشعور بالنقص وفي بعض

الأحيان كان يدخل في حالة شرود وسرحان ، في هذه المرحلة أيضا استطاع تعلم التقنيات والتدريب عليها والتحكم في المواقف الصعبة والضاغطة وتحقيق المراقبة الذاتية أثناء الكلام وخاصة عند تطبيق فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة وأثناء تحليل الصور ولعبة الجمل الناقصة.

- المرحلة الرابعة: (التكلم بطلاقة أمام الأشخاص)

بتاريخ 05 جوان 2023 تمت مباشرة المرحلة الأخير من العلاج والتي تعمل على تدريب الحالة على تكلم بدون عوائق عن طريق استخدام بعض التقنيات والفنيات ، حيث أن "عبد الرحمن" في هذه المرحلة أظهرت تحسنا كبيرا وغياب شبه كلي للأعراض التأتأة وخاصة الوقفات والإطالة وظهر ذلك جليا في تقنية تحليل الصور وفنية الأرقام المبعثرة وتقديم قصيدة أمام كل العاملين في العيادة دون خوف أو ظهور للأعراض تماما كما أنه أصبح يستطيع التعبير على ما تراه دون عوائق، إضافة إلى أن تواصل البصري أصبح عندها جيدا وهذا مؤشر على ارتفاع مستوى تقدير الذات واكتسابه للثقة بالنفس وخاصة بعد انتقالها للصف الخامس وأخذته نتائج جيدة في الإمتحانات، وفي الجلسة الأخيرة حضر والده لجلسة تقييمه عن طريق تطبيق القياس البعدي لشدة التأتأة بتاريخ 2023/06/10 وذلك من اجل تحديد درجة تحسن حالته ومدى التوافق الإيجابي في سلوكه عموما ، كما تم اعطاء والده ارشادات وتعليمات الاخيرة فيما يخص بممارسة الرياضة خصوصا مع دخول فصل الصيف وإمكانية تعليمه السباحة أو ادخالها أحد الفرق الرياضية أو احد المدارس والكتاتيب القرآنية من اجل ثبات واستقرار حالته وتجنب انتكاسها.

- ملاحظة: حالة "عبد الرحمن" يعد من الحالات التي انقطعت عن حضور للجلسات العلاجية مؤقتا بسبب وضعيته، ولكن بعد تدخلنا مع والديه تم تسوية مشكلة حضوره.

7- نتائج القياس البعدي للحالة الرابعة :

- تم تطبيق الإختبار للقياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الرابعة بتاريخ 2023/06/10 وكانت نتائج القياس البعدي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
		عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف		الدرجة
عبد الرحمن	10 سنوات	7 كلمات	10.5%	12	0.41 ثانية	2	1	0	1	1	3	17

- جدول (12) خاص بنتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الرابعة -

- جدول (12) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس البعدي للحالة الرابعة ، حيث نلاحظ أنه تأتى في (07) كلمات من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية (10.5 %) وتحصل على درجة (12) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عندها بـ (0.41 ثانية) حيث تحصل على درجة (2)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصلت على درجة (3)، وبعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل على المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (17) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "عبد الرحمن" بسيطة جدا بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

7-1- تحليل عام للحالة بعد العلاج:

يظهر لنا من خلال الجدول السابق ودرجات التي تحصل عليها من خلال تطبيق القياس البعدي مدى تطور الحالة وتحسنها واختفاء شبه كلي لأعراض التأتأة مقارنة بنتائج المتحصل عليها من القياس القبلي، حيث نجد ان "عبد الرحمن" قد تحصل على المجموع الكلي قدر بـ (27) من الإختبار في تطبيق القياس القبلي (تأتأة متوسطة) وبعد تطبيق البرنامج وسير العلاج تحصل على المجموع الكلي (17) وهذا دليل على تراجع التأتأة بشكل كبير عنده (تأتأة بسيطة جدا)، إضافة إلى ذلك فإننا نجد انخفاض كبير في درجة النسبة المئوية لحدوث التأتأة عنده فقد سجل حوالي (10.5%) و هي نسبة جيدة و قريبة جدا من النسبة الطبيعية التي تحدث في كلام الإنسان العادي مقارنة بالنسبة المئوية التي تحصل عليها في القياس القبلي وهي (40.5 %) كما أن سلوكيات الخجل وارتباك ونقص الثقة قد اختفت تماما وأصبح

"عبد الرحمن" قادر على التحدث بطلاقة دون الحاجة إلى الهروب أو التجنب من مواجهة المتكلم وهذا راجع في الأساس إلى البرنامج العلاجي المتبع.

- الحالة الخامسة -

1- تقديم الحالة:

الإسم : سليم

السن : 06 سنوات.

الجنس: ذكر

ترتيب في أسرته: الطفل الأول

المستوى الدراسي : السنة الأولى ابتدائي

المستوى الإقتصادي للعائلة : جيد

نوع الإضطراب : تأتأة إختلاجية شديدة جدا (بعد تشخيص وتطبيق الإختبار على الحالة)

2- وصف الحالة:

"سليم" طفل يبلغ من العمر ستة (06) سنوات أبيض البشرة متوسط القامة له جسم متوسط وعينان ذو لون بوني، هادئ و خجول لا يتكلم كثيرا، يتمتع بصحة جيدة لا يعاني من أي إعاقة أو تشوهات جسمية أو إضطرابات أخرى، إلا أنه تظهر عليه بعض علامات التعب والإجهاد بسبب ضعف نبرة صوته أثناء الكلام، لباسه وهندامه نظيف ومرتب ، وكان تواصل معه عموما حسن إلى جيد.

3- تاريخ الإضطراب عند الحالة :

- بدأت أعراض إصابة سليم بإضطراب في الكلام قبل ثمانية أشهر من بداية العلاج وتم اكتشاف ذلك من قبل أمه والتي لاحظت ردات غير طبيعية في كلامه أثناء حديثه أو عند حدوث بعض المواقف معه واختلاف سلوكه عما كان في السابق فقد أصبح يميل إلى الخمول والعدوانية والبكاء وعدم اللعب في الخارج بعد أن كان أكثر حيوية ونشاط ، وبعد مدة تطور الأمر وأصبح ظاهرا تماما أنه يوجد خلل على مستوى كلامه وهو ما لاحظته حتى أقربائه ، مما دفع بوالديه بأخذ "سليم" إلى أقرب عيادة أطفونية من أجل تشخيصه والإطلاع على حالته من أجل العلاج .

- بعد عرضه على المختصة الأروطفونية في الجلسة الأولى بتاريخ 2023/06/18 تم تشخيصه مبدئياً بنوع من اضطراب التأناة، وبعدها قامت المختصة بتوجيه أم "سليم" بأخذه إلى طبيب مختص (الأنف والاذن والحجرة) من أجل تضيق دائرة التشخيص وخلوه من إصابات أخرى ومن ثمة العمل على تحديد الأسباب ووضع خطة علاجية.

4- تحليل وضعية الحالة الخامسة:

- تمت المقابلة مع الحالة رفقة والدته بتاريخ 2023/06/21 بإحدى قاعات داخل عياد ملاك الأمين الأروطفونية بالأغواط ، حيث تم تقسيم المقابلة على أربعة محاور (المحور العائلي – المحور الصحي – المحور السلوكي- المحور التواصلية).

- **المحور العائلي :** يعيش "سليم" داخل وسط عائلي جيد ومهتم خال من أي مشاكل او عوائق، يحرص على سلامته ويقوم والديه برعايته بحكم أنه أكبر أفراد العائلة، تتكون أسرته من الأم والأب وأخوين(أخت وأخ) ويحتل الترتيب الأول في الأسرة ، وبعد تعرضه إلى هذا الإضطراب أصبح يلقي اهتماما كبير من طرف والديه وكذا أفراد من عائلته.

- **المحور الصحي :** "سليم" حاليا يتمتع بصحة جيدة ولا يعاني من أية أمراض كما أنه يقوم باللعب في الشارع مع أصدقائه بشكل عادي ، إلا أنه قبل أشهر من تاريخ ظهور اعراض إضطراب لديه تعرض إلى صدمة نفسية قوية بسبب أنه كان برفقة أبيه في نزهة إلى بستان عمه وبدأ يلعب حتى تفاجئ بوجود كلب كبير بالقرب منه فتعرض إلى نوبة هلع وخوف وصراخ حتى أمسكه عمه وهدأ من روعه وأخبره بأن الكلب مربوط ومسالم، وبعد مدة بدأت تظهر عليه آثار الصدمة عن طريق خلل في الكلام وأعراض الخوف وتأخر في النوم بسبب خوفه من الأحلام المزعجة.

- **المحور السلوكي:** تبدو سلوكيات "سليم" عادية إلا أنه يخفي الكثير من التوتر والإرتباك وخاصة أننا لاحظنا خلال المقابلة عدم شعوره بالإرتياح وكذا صمته و الإجابة على الأسئلة بكلمة أو كلمتين وهذا يدل على خوفه وتوتره، كما أكدت لنا والدته أنه أصبح مؤخراً يرفض اللعب مع أصدقائه في بعض الأحيان ويفضل البقاء في المنزل بعد ظهور التأناة عنده وبشكل يؤثر على تعابير وجهه وحركاته يده عند بداية الكلام بحيث تتشنج شفتاه و تنجذب إلى الجهة اليمنى من وجهه بقوة إلى حد يشعر أنه يختنق أثناء التحدث خاصة أن الموقف الذي تعرض له مازالت لم تختفي آثاره بل أنه يردد ما حدث له من حين إلى آخر بتأثر ودموع .

- **المحور التواصلي:** "سليم" يعاني من ضعف في التواصل بشقيه ، قليل الكلام قليل الحركة وهذا راجع بشكل مباشر إلى اضطراب التأتأة والحادثة التي تعرض لها، والتي أثرت عليه وعلى الوسط الذي يعيش فيه ، كما أنه لا يعاني من إضطرابات لغوية أخرى، ، علما أن مستواه الدراسي والتحصيلي جيد من حيث النفاط و المكتسبات العلمية ،وقد لاحظنا خلال المقابلة أن التأتأة تظهر عنده من وقت إلى آخر بصورة متكررة، وخاصة عند ذكر بعض المواقف أو تحليل وضعية عاشها خاصة أنه كان رافضا للعلاج بسبب عدم تقبله فكرة علاجه وتركه من طرف والديه داخل العيادة، كما أن التواصل البصري عنده ضعيف جدا ولا يتفاعل معنا ودائما ما ينظر إلى الأرض عند الجواب أو التكلم معه.

5- نتائج القياس القبلي للحالة الخامسة :

- تم تطبيق الإختبار قياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الخامسة بتاريخ 2023/06/21 وكانت نتائج القياس القبلي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
		عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف		الدرجة
سليم	06 سنوات	46 كلمة	69%	18	4.69 ثا	4	3	4	2	3	12	34

- جدول (13) خاص بنتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة الخامسة-

- جدول (13) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس القبلي للحالة الخامسة ، حيث نلاحظ أنه تأتى في (46) كلمة من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية (69 %) وتحصل على درجة (18) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عنده بـ (4.69 ثا) حيث تحصل على درجة (4)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (12)، و بعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل على المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (34) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "سليم" شديدة جدا بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

- الصورة العيادية للاضطراب عند الحالة :

من خلال ما سبق من تحليل للمقابلة والملاحظة ونتائج القياس القلبي يتضح لنا تماما الصورة العيادية لحالة الإضطراب التي عند "سليم" وخاصة أن السبب الذي أدى إلى ظهور التأتأة عنده هي حالة نفسية صعبة مر بها أدت أيضا إلى الحالة السلوكية التي هو عليها وطبيعة التواصل التي لديه ، حيث يمكننا القول أن "سليم" مصاب بإضطراب التأتأة الإختلاجية بدرجة شديدة جدا ومعها الأعراض المصاحبة مثل التكرار والإطالة والوقفات، حيث سجل "سليم" أطول وقفة قدرة بـ (5.41 ثانية) عند نطق الكلمة وهذه المدة الزمنية مقلقة جدا حيث كانت التأتأة عنده متباينة من حيث ظهور والإختفاء ولكنها مستمرة بحيث يغلب على كلامه التأتأة إلى درجة أنه في بعض الأحيان يقوم بنطق مقاطع من الكلام غير مفهومة في صورة كلمات أو حديث، إضافة إلى الأعراض السلوكية كضعف التواصل البصري وتجنب الكلام وفي بعض الأحيان الصمت وعدم إكمال الحديث واضطراب التنفس لديه والذي يظهر في صورة الإجهاد والتعب الذي يظهر في ضعف نبرة صوته وكذلك التشنجات التي تظهر في وجهه، وكذا ظهور أعراض الإرتباك والتوتر في صورة استخدام سلوك التأجيل والتجنب في مقاطع الكلام وهذا دليل على ان اضطراب بدأ يأخذ منحى تصاعدي عنده خاصة أنه أصبح يدرك الحالة و الوضعية التي هو فيها.

-6 سير جلسات العلاج :

- المرحلة الأولى: (التعريف بالإضطراب)

بتاريخ 26 جوان 2023 تم مباشرة الجلسات التدريبية العلاجية الأولية "سليم" والمتعلقة بالمرحلة الأولى الخاصة بالتعرف على الإضطراب وإعادة بناء إدراكه حول التأتأة وتحضير للطلاق ، أين تم التعريف بالبرنامج وتحديد الجلسات وعقد التحالف معه، حيث كان "سليم" خلال المرحلة الأولى كان يعاني من الحالة النفسية صعبة بسبب صعوبة التواصل معه وحالة الصمت التي كانت يختفى خلفها ، فقد كان دائما متخوفا من تعامل معنا فقد كان يحضر والداها إلى جلسة العلاج في بداية من أجل تعوده على المكان والعاملين في العيادة ، إلا أنه تماشى مع تقنيات والفنيات وخاصة فنية الإلغاء التي تجاوب معها بشكل جيد، إضافة إلى الدعم الذي تلقاه من طرف والديه وخاصة أنهما كان يحرصان دائما على الحضور للجلسات الإرشادية بعد الإنتهاء من الجلسة العلاجية وتفاعلها مع الواجبات المنزلية المطلوبة اتباعها في المنزل.

- المرحلة الثانية: (إزالة الحساسية وتعديل السلوك)

بتاريخ 03 جويلية 2023 بدأت المرحلة الثانية في العلاج بالنسبة للحالة الثالثة ، وفي هذه المرحلة بدأ "سليم" في تفاعل معنا ومع العلاج حيث أصبح أكثر فاعلية بعد تردد على العيادة وتعرفه على المجموعة الأطفال التي تعاني من التأتأة مثله ومن إضطرابات اللغوية الأخرى واكتساب بعض المهارات التي ساعدته في خلق بعض العلاقات والصدقات، كما أن التقنيات العلاجية المستعملة بدأت تأتي بنتائج أولية وخاصة التحكم في التنفس وتمارين القراءة مع الفم المغلق علما أن الهدف من ذلك كان تدريبه وتعليمه كيفية التنفس أثناء الكلام وتنظيمه ، أما عن الأعراض الثانوية مثل التكرار والإطالة فإن تمارين التنفس الضلعي وتمارين الإسترخاء العضلي وفنية القراءة المضغوطة هي الآخرة أعطت نتائج جيدة في اختفاء بعض أثار التأتأة واختفاء نسبي لتشنجات الفم والوجه، كما أن حالته النفسية أصبحت مستقرة بعد ارتفاع مؤشر الثقة بالنفس وبداية زوال حالة الخوف التي كان يعاني منها بعد إعطاء إرشادات إلى والديه حول كيفية التعامل مع حالة الخوف التي لديه وتطبيقها في المنزل، كما أن التقنيات ساعدته في تحكم قليلا في أعراض التأتأة ومحاولة كسب مهارات جديدة في الكلام .

- المرحلة الثالثة: (التحكم في مواقف الصعبة)

بتاريخ 12 جويلية 2023 بدأت المرحلة الثالثة من العلاج بالنسبة للحالة "سليم"، حيث كان الهدف منها تدريب الحالة على كيفية مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة والتي تستدعي ظهور التأتأة عند الحالة علما أن "سليم" بعد تحليل حالته كان يعاني من حالة الخوف وفقدان للثقة ، في هذه المرحلة استطاع "سليم" تعلم التقنيات والتدرب عليها وأظهر تحسنا جيدا في أداء الكلام والتحكم في المواقف الصعبة والضاغطة وخاصة عند تطبيق فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة وفنية الأرقام المبعثرة التي وجد فيها صعوبة في البداية ومع تكرار عملية التدريب عليها تحسنت طريقة قراءته وكلامه، والذي أكد هذا والدها اللذان أصبحا يريان تغيرا ملحوظا كبيرا في طريقة كلامه وحتى في سلوكياته واختفاء سلوكيات الخوف و الخجل وارتباك أثناء التواصل معه وكذلك أصبح أكثر نشاطا وفعالية ،حيث أصبح يحب اللعب في الشارع وخاصة بعد زوال حالة الخوف لديه.

- المرحلة الرابعة: (التكلم بطلاقة أمام الأشخاص)

بتاريخ 23 جويلية 2023 تمت مباشرة المرحلة الأخيرة من العلاج والتي تعمل على تدريب الحالة على تكلم بدون عوائق عن طريق استخدام بعض التقنيات والفنيات ، حيث أن "سليم" في هذه المرحلة أظهر تحسنا كبيرا وغياب شبه كلي للأعراض التأتأة وخاصة التوقفات والإطالة وظهر ذلك جليا في تقنية تحليل الصور وتسميتها وكذلك فنية التحدث مع شخص غريب التي ساعدته وجعلته يستطيع تعبيراً على

ما يراه دون عوائق بل إن تواصل البصري أصبح عنده جيدا ، كما أنه في جلسة الأخير عند تطبيق فنية تكلم مع شخص غريب قام بالتعريف بنفسه وسبب وجوده في العيادة دون وجود مشكلة أو خلل على مستوى كلامه علما ان والديه حضر كليهما وشاهدا تقييم ابنيهما عن طريق تطبيق القياس البعدي لشدة التأتأة بتاريخ 2023/08/02 وذلك من اجل تحديد درجة تحسن حالته ومدى التوافق الإيجابي في سلوكه ككل ، كما تم اعطاءهما ارشادات وتعليمات الاخيرة فيما يخص ممارسة الرياضة خصوصا في فصل الصيف ويحبذا تعليمه السباحة أو ادخاله أحد الفرق الرياضية وكذلك إدخاله إلى المدارس والكتاتيب القرآنية من اجل ثبات واستقرار حالته وتجنب انتكاسها.

- ملاحظة: حالة "سليم" تعد من الحالات التي واضبت على حضور الجلسات العلاجية ولم تسجل حالة غياب لها واحدة او حتى تأخرها عند الموعد الجلسة، إضافة إلى والديه الذين لم يسجلوا غيابا عن الجلسات الإرشادية .

7- نتائج القياس البعدي للحالة الخامسة :

- تم تطبيق الإختبار للقياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة الثالثة بتاريخ 2023/08/02 وكانت نتائج القياس البعدي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة					المجموع الكلي
		عدد الكلمات المتأأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	
سليم	06 سنوات	10	15%	14	1.5 ثانية	3	0	1	0	1	2	19

- جدول (14) خاص بنتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة الخامسة -

- جدول (14) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس البعدي للحالة الخامسة ، حيث نلاحظ أنه تأتي في (10) كلمات من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار، وبنسبة مئوية (15%) وتحصل على درجة (14) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عنده بـ (1.5 ثانية) حيث تحصل على درجة (3)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (2)، و بعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل المجموع الكلي (الدرجة الكلية)

للإختبار وهو (19) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "سليم" بسيطة جدا بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

1-7- تحليل عام للحالة بعد العلاج:

يظهر لنا من خلال الجدول السابق ودرجات التي تحصل عليها من خلال تطبيق القياس البعدي مدى تطور الحالة نحو الأحسن واختفاء شبه كلي لأعراض التأتأة مقارنة بنتائج المتحصل عليها من القياس القبلي، حيث نجد ان "سليم" قد تحصل على المجموع الكلي (34) من الإختبار في تطبيق القياس القبلي (تأتأة شديدة جدا) وبعد تطبيق البرنامج وسير العلاج تحصل على المجموع الكلي (20) وهذا دليل على تراجع التأتأة بشكل كبير عنده (تأتأة بسيطة)، إضافة إلى ذلك فإننا نجد انخفاض كبير في درجة النسبة المئوية لحدوث التأتأة عنده فقد سجل حوالي (15 %) وهي نسبة جيدة مقارنة بالنسبة المئوية التي تحصل عليها في القياس القبلي وهي (69 %) كما سجلنا أن سلوكيات الخوف و الخجل وارتباك قد اختفت تماما ، وأصبح "سليم" عموما قادر على التحدث بطلاقة دون الحاجة إلى الهروب أو التجنب من مواجهة المتكلم وهذا راجع في الأساس إلى البرنامج العلاجي المتبع.

- الحالة السادسة -

1- تقديم الحالة:

الإسم : سندس

السن : 08 سنوات.

الجنس: أنثى

ترتيب في أسرته: الطفل الثالث

المستوى الدراسي : السنة الثانية ابتدائي

المستوى الإقتصادي للعائلة : جيد

نوع الإضطراب : تأتأة قرارية متوسطة (بعد تشخيص وتطبيق الإختبار على الحالة)

2- وصف الحالة:

"سندس" بنت تبلغ من العمر ثماني (08) سنوات بيضاء البشرة متوسطة القامة لها جسم متوسط وعينان ذو لون بوني و شعر طويل يميل لونه إلى الأسود ، هادئة و خجولة لا تتكلم كثيرا، تمتع بصحة جيدة لا تعاني من أي إعاقة أو تشوهات جسمية أو إضطرابات أخرى، ولكن يظهر حول عينيها هالة سوداء ، لباسها وهندامها نظيف ومرتب ، وكان تواصل معها عموما من حسن إلى جيد.

3- تاريخ الإضطراب عند الحالة :

- بدأت أعراض إصابة "سندس" بإضطراب في الكلام قبل سنة من بداية العلاج حيث لاحظت والدتها ردات غير طبيعية في كلامها أثناء حديثها أو عند اللعب مع إخوتها أو صديقاتها ، حيث أكدت والدتها أنها تفتنت لطريقة كلامها ، إلا أنها ظنت بأنها حالة عابرة واستشفى منها ، حيث كانت تظهر وتختفي حسب حالتها، وبعد مدة تطور الأمر وأصبح ظاهرا تماما أنه يوجد خلل على مستوى كلامها، مما دفعها إلى اخذها إلى أقرب عيادة أرطوفونية من أجل تشخيصها والإطلاع على حالتها من أجل العلاج .

- بعد عرضها على المختصة الأرطوفونية في الجلسة الأولى بتاريخ 2023/05/24 تم تشخيصها مبدئيا بنوع من إضطراب التأتأة، وبعدها قامت المختصة بتوجيه أم سندس إلى طبيب مختص (الأنف والاذن

والحجرة) من أجل تضيق دائرة التشخيص وخلوها من إصابات أخرى ومن ثمة العمل على تحديد الأسباب ووضع خطة علاجية.

4- تحليل وضعية الحالة السادسة:

- تمت المقابلة مع الحالة رفقة والدتها بتاريخ 2023/05/29 بإحدى قاعات داخل عيادة النذير الأرطفونية بالأغواط ، حيث تم تقسيم المقابلة على أربعة محاور (المحور العائلي – المحور الصحي – المحور السلوكي- المحور التواصلي).

- **المحور العائلي** : تعيش "سندس" داخل وسط عائلي جيد ومهتم خال من أي مشاكل او عوائق، يحرص على سلامتها ورعايتها، وتتكون العائلة من الام والأب متوفي وثلاثة أخوة بنت واخوين أكبر منها، وهي تحتل الترتيب الثالث بعد أخيها، وبعد تعرضها إلى هذا الإضطراب أصبحت تلقى اهتماما كبير من طرف والدتها وإخوتها وعائلتها .

- **المحور الصحي** : "سندس" حاليا تتمتع بصحة جيدة ولا تعاني من أي أمراض ، كما أنها تقوم باللعب في الشارع مع صديقاتها بشكل عادي ، إلا أنه قبل سنة من تاريخ ظهور أعراض إضطراب لديها تعرضت إلى صدمة نفسية قوية حسب أقوال والدتها ، بسبب وفاة والدها المفاجئ التي كانت متعلقة به كثيرا بسبب تعرضه لحادث مرور مميت ، حيث دخلت في حالة صدمة لمدة معينة وبعد مرور فترة بدأت تظهر عندها أعراض الإصابة بالتأتأة وأصبح هاجسا آخر يؤرقها من حين إلى آخر.

- **المحور السلوكي**: تبدو سلوكيات "سندس" عادية إلا أنها تخفي الكثير من الخوف والقلق وخاصة أننا لاحظنا خلال المقابلة ارتباكها وعدم شعورها بالإرتياح وكذلك الصمت عند طرح بعض الأسئلة البسيطة كما أكد والدتها أنها أصبحت مؤخرا تعاني من بعض المشاكل بسبب معانتها من سخرية من طريقة حديثها مما أدى إلى عدم خروجها من المنزل في بعض الأحيان وهذا أدى إلى فقدان الثقة في نفسها وجعلها عاجزة عن الخروج من دائرة الإضطراب.

- **المحور التواصلي**: "سندس" في البداية كانت تعاني من ضعف في التواصل بشقيه، قليلة الكلام قليلة الحركة، وبعده مدة أصبحت متجاوبة ومتفاعلة معنا، كما أن نتائجها الدراسية حسنة مقارنة بحالة التي هي عليها ، إضافة إلى هذا فهي تعاني من نقص في التواصل البصري وهذا يدل على الشعور بالضعف وفقدان الثقة وانخفاض مؤشر تقدير الذات .

- نتائج القياس القبلي للحالة السادسة :

- تم تطبيق الإختبار قياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة السادسة بتاريخ 2023/05/29 وكانت نتائج القياس القبلي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
سندس	08 سنوات	عدد الكلمات المتأناة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	تكرار + طول + الحركات المصاحبة
		32 كلمة	%48	18	4.16 ثا	4	1	2	1	2	6	28

- جدول (15) خاص بنتائج القياس القبلي للإختبار عند الحالة السادسة-

- جدول (15) يوضح لنا نتائج الإختبار القياسي القبلي للحالة السادسة ، حيث نلاحظ أنها تأتنت في (32) كلمة من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والآخر من جدول مربعات متابعة التكرار ، وبنسبة مئوية بلغت (48 %) وتحصلت على درجة (18) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عندها بـ (4.16 ثا) حيث تحصلت على درجة (4)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصل على درجة (6)، وبعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (28) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "سندس" متوسطة بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

- الصورة العيادية للإضطراب عند الحالة :

- من خلال ما سبق من تحليل للمقابلة والملاحظة ونتائج القياس القبلي يتضح لنا تماما الصورة العيادية لحالة الإضطراب التي عند "سندس"، حيث يمكننا القول أن سندس مصابة بإضطراب التأتأة القرارية بدرجة متوسطة ومعها الأعراض المصاحبة مثل التكرار والإطالة والوقفات، حيث سجلت "سندس" أطول وقفة قدرة بـ (8.35 ثواني) عند نطق الكلمة وهذه المدة الزمنية مقلقة ، كما أن مسار التأتأة عندها متابين من حيث الإرتفاع والهبوط وليس ثابت في مستوى واحد حيث أنها سجلت وقفات قدرت بـ (0.5 ثانية) وفي أخرى سجلت (1.45 ثانية) وفي أخرى (5.70 ثانية) وهذا يدل على أن هناك اضطراب في التنفس لديها بحكم أنها تصدر أصوات زائدة عند الكلام وهذا الذي يفسر الإجهاد وتعب أثناء حديثها، إضافة إلى الأعراض السلوكية كتجنب الكلام والإرتباك وشعور بالنقص وفي بعض

الأحيان كما أنها ترفض مساعدتها في الكلام عن طريق الإشارة بيديها من أجل إكمال مقاطع الكلام، وهذا دليل على إدراكها لحالتها وهو نفس السبب الذي يجعلها غير قادرة عن الخروج من دائرة الاضطراب.

6- سير جلسات العلاج :

- المرحلة الأولى: (التعريف بالاضطراب)

بتاريخ 06 جوان 2023 تمت مباشرة الجلسات التدريبية العلاجية الأولية لـ " سندس " المتعلقة بالمرحلة الأولى الخاصة بالتعرف على الاضطراب وإعادة بناء إدراكها حول التأتأة وتحضير للطلاق ، أين تم التعريف بالبرنامج وتحديد الجلسات وعقد التحالف معها، حيث أن "سندس" خلال المرحلة الأولى عموما كانت ايجابية ولكنها كانت تحس بهاجس كبير نحو شفائها من الاضطراب حيث سيطرت عليها مخاوف وأفكار سلبية وذلك بسبب حالتها النفسية وخاصة المرحلة التي مرت بها منذ وفاة أبيها ، وظهر ذلك جليا في الجلسة الثالثة عندما عبرت عن مخاوفها وخاصة أنها تتعرض لبعض المواقف الصعبة في المدرسة والشارع، وبعد العمل على إعادة إدراكها لتأتأة أصبحت متقبلة لحالتها ولا تشعر بنفس المخاوف والهاجس.

- المرحلة الثانية: (إزالة الحساسية وتعديل السلوك)

بتاريخ 14 جوان 2023 بدأت المرحلة الثانية من العلاج بالنسبة للحالة السادسة ، في هذه المرحلة كانت "سندس" قد اكتسبت نوع من الفاعلية وتجاوب مع الجلسات بعد تردد على العيادة وتعرف على المجموعة من الأطفال التي تعاني من التأتأة مثلها، حيث واجهت صعوبات في تصحيح وتنظيم التنفس لديها وخاصة عند تطبيق تمارين القراءة مع الفم المغلق وتمارين التنفس الضلعي حيث أعطت هذه تقنيتين نتائج فاعلة ، كما أن تدريبها على الإسترخاء العضلي ساعدها في التحكم في أعراض الوقفات والإطالة الكلامية ، كما أن تدريبها وتطبيقها للواجب المنزلي ساعدها أيضا في ذلك ، ويبرز هنا أيضا دور والدتها التي كانت تحضر للحصص إرشادية والذي أعطاها دافعا قويا للعمل من أجل التحسن في المستوى اللفظي والغير اللفظي .

- المرحلة الثالثة: (التحكم في مواقف الصعبة)

بتاريخ 27 جوان 2023 بدأت المرحلة الثالثة من العلاج بالنسبة للحالة السادسة ، وفي هذه المرحلة أظهرت "سندس" تحسنا جيد من حيث أدائها في الكلام والتحكم في الاعراض وخاصة الوقفات حيث كان الهدف من ذلك تدريبها على كيفية مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة والتي تستدعي ظهور التأتأة

عند الحالة علما أن " سندس " بعد تحليل حالتها كانت تعاني من فقدان للثقة والشعور بالنقص وفي بعض الأحيان تدخل في الشجارات بسبب التمر على حالتها، في هذه المرحلة أيضا استطاعت تعلم التقنيات والتدرب عليها والتحكم في المواقف الصعبة والضاغطة وتحقيق المراقبة الذاتية أثناء الكلام وخاصة عند تطبيق فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة وأثناء تحليل الصور ولعبة الجمل الناقصة.

- المرحلة الرابعة: (التكلم بطلاقة أمام الأشخاص)

بتاريخ 08 جويلية 2023 تمت مباشرة المرحلة الأخيرة من العلاج والتي تعمل على تدريب الحالة على تكلم بدون عوائق عن طريق استخدام بعض التقنيات والفنيات ، حيث أن "سندس " في هذه المرحلة أظهرت تحسنا كبيرا وغياب شبه كلي للأعراض التأتأة وخاصة الوقفات والإطالة وظهر ذلك جليا في تقنية تحليل الصور وتقديم أنشودة وقصيدة أمام كل العاملين في العيادة دون خوف أو ظهور للأعراض تماما كما أنها أصبحت تستطيع التعبير على ما تراه دون عوائق، إضافة إلى أن تواصل البصري أصبح عندها جيدا وهذا مؤشر على ارتفاع مستوى تقدير الذات واكتسابها للثقة بالنفس وخاصة بعد انتقالها للصف الثالث وأخذها نتائج جيدة في الإمتحانات، وفي الجلسة الأخيرة حضر والدها لجلسة تقييمها عن طريق تطبيق القياس البعدي لشدة التأتأة بتاريخ 2023/07/15 وذلك من أجل تحديد درجة تحسن حالتها ومدى التوافق الإيجابي في سلوكها عموما ، كما تم اعطاء والدتها ارشادات وتعليمات الاخيرة فيما يخص بممارسة الرياضة خصوصا مع دخول فصل الصيف وإمكانية تعليمها السباحة أو ادخالها أحد الفرق الرياضية أو أحد المدارس القرآنية من أجل ثبات واستقرار حالتها وتجنب انتكاسها.

- ملاحظة: حالة "سندس" تعد من الحالات التي واضبت على حضور الجلسات العلاجية ولم تسجل حالة غياب لها واحدة او حتى تأخرها عند الموعد الجلسة رغم ظروف والدتها الصعبة التي هي الأخرى لم تسجل غيابا كثيرا عن الجلسات الإرشادية والتي كان يظهر عليها الحرص ومتابعة حالة ابنتها وهذا الذي أدى إلى شفائها.

7- نتائج القياس البعدي للحالة السادسة :

- تم تطبيق الإختبار للقياس مستوى الشدة التأتأة عند الحالة السادسة بتاريخ 2023/07/15 وكانت نتائج القياس البعدي لمستوى شدة التأتأة عند الحالة كما يلي :

الحالة	العمر	بند تكرار التأتأة			بند طول التأتأة		بند الحركات و الأصوات المصاحبة				المجموع الكلي	
سندس	08 سنوات	عدد الكلمات المتأتأة	النسبة المئوية	الدرجة	متوسط طول التأتأة	الدرجة	الأصوات المسموعة	حركات الوجه	حركات الرأس	حركات الأطراف	الدرجة	تكرار + طول + الحركات المصاحبة
		8 كلمات	%12	12	0.59 ثانية	2	0	0	1	1	2	16

- جدول (16) خاص بنتائج القياس البعدي للإختبار عند الحالة السادسة-

- جدول (16) يوضح لنا نتائج الإختبار القياس البعدي للحالة السادسة ، حيث نلاحظ أنها تأتأت في (08) كلمات من أصل 100 كلمة بعد نزع الصفيين الاول والأخير من جدول مربعات متابعة التكرار ، وبنسبة مئوية (12 %) وتحصلت على درجة (12) في بند تكرار التأتأة، أما في بند طول التأتأة فإننا سجلنا متوسط طول التأتأة عندها بـ (0.59 ثانية) حيث تحصلت على درجة (2)، أما في بند الحركات المصاحبة فقد تحصلت على درجة (2)، وبعد جمع درجات البنود الثلاثة نتحصل على المجموع الكلي (الدرجة الكلية) للإختبار وهو (16) وهذا يدل على أن مستوى شدة التأتأة عند "سندس" بسيطة جدا بعد مطابقة الدرجة الكلية مع جدول شدة التأتأة للأطفال.

7-1- تحليل عام للحالة بعد العلاج:

يظهر لنا من خلال الجدول السابق ودرجات التي تحصلت عليها من خلال تطبيق القياس البعدي مدى تطور الحالة وتحسنها واختفاء شبه كلي لأعراض التأتأة مقارنة بنتائج المتحصل عليها من القياس القبلي ، حيث نجد ان "سندس" قد تحصلت على المجموع الكلي قدر بـ (28) من الإختبار في تطبيق القياس القبلي (تأتأة متوسطة) وبعد تطبيق البرنامج وسير العلاج تحصلت على المجموع الكلي (16) وهذا دليل على تراجع التأتأة بشكل كبير عندها (تأتأة بسيطة جدا)، إضافة إلى ذلك فإننا نجد انخفاض كبير في درجة النسبة المئوية لحدوث التأتأة عندها فقد سجلت حوالي (12%) وهي نسبة جيدة مقارنة بالنسبة المئوية التي تحصلت عليها في القياس القبلي وهي (48 %) كما أن سلوكيات الخجل والإرتباك ونقص

الثقة قد اختفت تماما وأصبحت "سندس" عموما قادرة على التحدث بطلاقة دون الحاجة إلى الهروب أو التجنب من مواجهة الكلام وهذا راجع في الأساس إلى البرنامج التدريبي العلاجي المتبع.

ملاحظة :

- إن من الإستنتاجات التي توصلت إليها الدراسة من خلال تحليل وضعية الحالات والاسباب المؤدية إلى التأتأة وذلك في حدود الدراسة، أن التأتأة القرارية ذات المنشأ النفسي وحسب طبيعة الإضطراب عند الحالات تحدث عن طريق صدمة نفسية مكبوتة وفق نسق مرضي معين من خلال تعرض الطفل لحالة قلق شديدة أو ضغط نفسي متكرر أو صدمة نفسية مفاجئة، علما أن بنية النفسية للطفل في المراحل العمرية الأولى لا تتحمل هذا الكم الهائل من صدمة حيث تؤدي إلى تولد أفكار سلبية تسيطر على استجاباته وردود أفعاله وبالتالي تؤدي إلى سلوكيات مضطربة وهذا الذي يؤدي إلى خروج الكلام في شكل اصوات ومقاطع يسبقها انقطاع وتوقف لإرادي ثم كلام وهكذا، أما التأتأة إختلاجية فهي تنشأ أيضا من نفس النسق المرضي ولكن من خلال تعرض الطفل لحالة خوف وهلع كبير والتي تظهر فيما بعد على شكل ترديدات وانقطاعات متكررة لإرادية في مقاطع الكلام حيث تبقى أثارها لمدة معينة من زمن تشكل نوعا من ضغط على الطفل وتعززه الأفكار والمعارف القبلية التي عنده، وبالتالي تسيطر على كل سلوكياته حيث يظهر وكأن الطفل مضطرب إلا أن هذا الإضطراب يظهر جليا في طريقة كلامه على اعتبار أن الكلام هو وسيلة التعبير والتواصل مع من يحيطون به ، ولو قارن الحالتين من اضطراب التأتأة مع الحالة النفسية التي تعرض لها الطفل لوجدنا تطابق كبيرا في الوضعتين من ناحية طريقة الكلام واعراضها وهذا ما يثبت اتجاه المقاربة المعرفية السلوكية في تفسير كيفية حدوث التأتأة عند الطفل.

خلاصة :

إن دراسة الحالة تساعد على بناء تصور كامل وشامل للباحث وتعطيه أفضلية في معرفة كيفية سير جلسات العلاج لكل حالة، ومنحه مرونة أكبر في عملية التحكم في الجلسات وكذا التقنيات والفنيات المستخدمة في العلاج بطريقة متوازنة و متوافقة، بحيث تعطي المساحة المناسبة لكل الحالة في العلاج ، كما أنها توضح له التباين الموجود في نتائج الحالات من خلال الصورة العيادية للإضطراب عند الحالة قبل العلاج وبعده ، وكذا العمل على تعديل وتصحيح الإختلالات التي يمكن تحدث مستقبلا.

الفصل السابع

(عرض نتائج الدراسة ومناقشتها)

- تمهيد

1- عرض النتائج الدراسة حسب الفرضيات .

2- مناقشة النتائج الدراسة .

3- الإستنتاج العام

4- توصيات واقتراحات

الخاتمة.

- تمهيد :

هدفت الدراسة الحالية إلى تطبيق برنامج تدريبي علاجي في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية على مجموعة من حالات المصابة بالتأتأة وكذا التحقق من مدى فاعليته في خفض شدة التأتأة ، ولهذا يتناول هذا الفصل الإجابة عن تساؤلات الدراسة والتحقق من فرضياتها وذلك عن طريق نتائج التحليل الإحصائي لدرجات الأطفال على أداة الدراسة الرئيسية "مقياس التأتأة" ، يلي ذلك مناقشة نتائج الدراسة وعرض التوصيات و المقترحات من قبل الباحث وفق النتائج التي تم التوصل إليها.

1- عرض النتائج الدراسة حسب الفرضيات:

1-1- نتائج الدراسة المتعلقة بالفرضية الرئيسية:

- تنص الفرضية الرئيسية : هناك فاعلية مرتفعة للبرنامج التدريبي علاجي في خفض شدة التأتأة عند الطفل بشكل عام في ضوء المقاربة المعرفية سلوكية .

وللتحقق من هذه الفرضية قام الباحث بحساب اختبار "ويلكوكسون" بين درجات مقياس التأتأة في القياس القبلي والقياس البعدي ، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفر عنها المعالجة الإحصائية والجدول رقم (17) يوضح نتائج هذه الفرضية.

جدول رقم (17) يبين قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات مقياس التأتأة.

مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة " p "	قيمة "z"	القياس البعدي			القياس القبلي		
			ع	م	ن	ع	م	ن
دال عند 0.05	0.02	-2,232	1,751	16,33	6	2,828	29,00	6

يتبين من الجدول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين في درجات مقياس التأتأة حيث أن مستوى المعنوية لقيمة " p " (0.02) لاختبار (z) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (0.05) المقبولة في العلوم النفسية والاجتماعية ، وهي قيمة دالة إحصائية، مما يشير إلى وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، ويلاحظ أن الفروق المعنوية بين متوسط درجات القياس القبلي (8,00) ومتوسط درجات القياس البعدي (2,17) لذا فان الفرق بين المتوسطين له دلالة إحصائية ولصالح القياس البعدي، ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا ان فرضية البحث تحققت لأنه توجد فروق في خفض من درجات مقياس التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي ولصالح القياس البعدي وهذا يدل على فاعلية البرنامج المرتفعة.

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الرئيسية :

من خلال النتائج الفرضية الرئيسية والتي تتعلق بفاعلية البرنامج في خفض من اضطراب التأتأة عند الطفل بشكل عام في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية عن طريق معرفة مستوى شدة التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي، وهذا ما أوضحته المعالجة الإحصائية من خلال الدرجات المتحصل عليها أن للبرنامج فاعلية في تخفيف والحد من التأتأة واعراضها المصاحبة بشكل عام، فقد أدى البرنامج إلى تحسن وشفاء شبه كلي للحالات وعودة الطلاقة الكلامية بنسبة كبيرة جدا وذلك في حدود الدراسة ، حيث يمكن تفسير تحسن الطلاقة الكلامية بشكل جيد للحالات إلى فاعلية تقنيات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في العلاج مثل إعادة البناء المعرفي وتمارين تنشيط المهارات المكتسبة وتمارين القراءة بأنواعها وفينة الإلغاء ساعدت الحالات كثيرا في تصحيح وتعديل صورة الإضطراب عندها، حيث شكل هذا عاملا حاسما في بروز فاعلية البرنامج ، كما أن العمل على التدريب على مواجهة المواقف الصعبة وتحقيق المراقبة الذاتية للكلام و تمارين التنفس الضلعي والإسترخاء و تحليل الصور أعطى دافعا جيدا لتحكم في أعراض التأتأة بشكل عام ضمن إزالة الحساسية وتعديل السلوك، على أن جميع التقنيات المستخدمة في البرنامج كان لها دور مهم في عملية استرجاع الطلاقة الكلامية بشكل كبير عند الحالات ، إضافة إلى هذا نجد أن الجلسات الإرشادية للوالدين ساهمت هي الأخرى بقسط جيد في فاعلية البرنامج خاصة في المحافظة وثبات الحالات على نتيجة العمل خارج العيادة وخلق وضعية مناسبة للحالات داخل المنزل وخارجه.

- كما أن نتائج دراسة الحالية تتوافق مع نتائج الدراسات السابقة وبالأخص دراسة (أكعور، 2001) حيث كان هدف من هذه الدراسة هو معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج التأتأة في الوسط العيادي وأظهرت نتائجها أن العلاج المعرفي السلوكي أكثر فاعلية من العلاج الفيزيولوجي والكلاسيكي في علاج التأتأة بسبب ثبات الحالات بعد العلاج وعدم انتكاسها، أما دراسة (كسناوي 2008) فكانت تهدف إلى معرفة فاعلية برنامج المستخدم في علاج التأتأة وكانت نتائج الدراسة وجود فاعلية للبرنامج في خفض

والحد من التأتأة وهذا ما أكدته دراسة (ركزة ، 2014) والتي أظهرت نتائجها فعالية كبيرة لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي بعد القياس البعدي والتي كشفت عن وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي في الدرجات المتحصل عليها والذي أدى إلى تحسن مستوى الطلاقة الكلامية بشكل جيد ، ودراسة (طبنجات 2017) هي الأخرى ظهرت نتائجها مشابهة لنتائج الدراسة الحالية في فعالية البرنامج في شفاء الحالات من اضطراب التأتأة وعودة الطلاقة الكلامية وذلك عند مستوى دلالة (0.05)، كذلك دراسة (العبادسة ، 2021) والتي كانت تهدف إلى معرفة فاعلية برنامج معرفي سلوكي لعلاج التأتأة ومظاهرها ، حيث أظهرت نتائجها مدى نجاعة وفعالية تقنيات العلاج المعرفي السلوكي وخاصة إعادة البناء المعرفي وتمارين تحليل الصور وتخيل العقلاني ولعب الأدوار في علاج اضطراب التأتأة، كما أشارت دراسة (غصن، 2016) إلى ضرورة استخدام الجلسات التدريبية في البرامج العلاجية حيث أظهرت نتائج دراستها وجود فروق ذات دلالة احصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في تطبيق البرامج التي تعتمد على الجلسات التدريبية والتي تساعد بشكل مباشر على عدم انتكاس الحالات بعد العلاج وهذا هو المبدأ الذي يقوم عليه العلاج المعرفي السلوكي، ودراسة (خليل ، 2012) التي أشارت إلى ضرورة استخدام تقنية التأتأة السهلة وهو توجه الحديث في علاج التأتأة من خلال تكييف الحالة وتأقلمها مع اضطرابها ومحاولة تخفيف من أعراض التأتأة ، حيث أشار "بيك" إلى ذلك في طريقة العلاج من خلال تشجيع المرضى على التفكير بشكل أكثر واقعية والسلوك بشكل أكثر فعالية والشعور بالرضا نفسياً (شيماء السيد، 2019، ص 250).

- أما دراسة (شرون ، 2020) فقد كانت تهدف إلى تحسين الحياة اليومية للمتأثرين عن طريق خلق وضعية مناسبة من خلال الإرشاد الوالدي أو ما يعرف بالمرافقة الوالدية حيث أظهرت نتائج الدراسة انخفاض درجة التأتأة وعودة الطلاقة الكلامية لدى الحالات، ذلك أن الواجبات المنزلية المقدمة لهم تعمل بتزامن مع الجلسات الإرشادية مع الوالدين والمدرسة، بحيث يكون العمل العلاجي مشترك عن طريق خلق وضعية مناسبة تساعد المصابين على العلاج على عكس البرامج الأخرى التي تعمل علاج الحالات في الوقت الراهن دون الأخذ بالمتغيرات الوسيطة التي تؤثر على المسار العلاجي، و أما عن دراسة (الرعود ، 2008) فقد أكدت وجود فروق ذات دلالة احصائية في انخفاض التأتأة عند استخدام التقنيات السلوكية ، كما أن دراسة (الدبوس ، 2008) ودراسة (بلانشيت ، 2008) ودراسة (سليم ، 2004) فقد توصلوا إلى أن استخدام البرامج ذو توجه المعرفي السلوكي لديها فعالية كبيرة في تخفيف من اضطراب التأتأة بشكل عام وعودة الطلاقة الكلامية للحالات بشكل جيد.

2- نتائج الفرضيات الفرعية :

2-1- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الفرعية الأولى : تنص الفرضية " هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات حدوث تكرار التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي".

وللتحقق من هذه الفرضية قام الباحث بحساب اختبار "ويلكوكسون" بين درجات حدوث تكرار التأتأة في القياس القبلي والقياس البعدي ، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفر عنها المعالجة الإحصائية والجدول رقم (18) يوضح نتائج هذه الفرضية.

جدول رقم (18) يبين قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات حدوث تكرار التأتأة.

مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة " p "	قيمة "z"	القياس البعدي			القياس القبلي		
			ع	م	ن	ع	م	ن
دال عند 0.05	0.02	2.251-	1.265	12.00	06	1.095	17.00	06

يتبين من الجدول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين في درجات حدوث تكرار التأتأة حيث أن مستوى المعنوية لقيمة " p " (0.02) لاختبار (z) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (0.05) المقبولة في العلوم النفسية والاجتماعية ، وهي قيمة دالة إحصائية، مما يشير إلى وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، ويلاحظ أن الفروق المعنوية بين متوسط درجات القياس القبلي (17.00) ومتوسط درجات القياس البعدي (12.00) ، لذا فإن الفرق بين المتوسطين له دلالة إحصائية ولصالح القياس البعدي، ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا ان فرضية البحث تحققت لأنه توجد فروق فردية في درجات حدوث تكرار التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي ولصالح القياس البعدي.

2-2-1- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

من خلال نتائج الفرضية الفرعية الأولى ونتائج المعالجة الإحصائية نجد أن الفارق بين حدوث تكرار التأتأة في القياس القبلي وبين القياس البعدي يعود إلى فعالية البرنامج الذي ساعد كثيرا الحالات في انخفاض درجاتها بشكل كبير وظهر ذلك جليا في النسب المئوية في تكرار التأتأة عندها بعد العلاج، حيث يمكن تفسير تحسن وانخفاض تكرار التأتأة إلى تمارين التنفس الضلعي وكذلك تمارين القراءة مع الفم المغلق و تمارين القراءة المضغوطة و كذلك تقنية وصل الأصوات والتي واضبت عليها الحالات خلال الجلسات التدريبية والعلاجية ساعدت بشكل كبير في تمكن الحالات من تحكم وضبط حدوث تكرار التأتأة عندهم كما أن الواجبات المنزلية هي الاخرى مكنت الحالات من الإستمرار وثبات الحالات على نسق العلاجي، وتتوافق نتائج الفرضية الدراسة أيضا مع نتائج دراسة (الشريم، 2003) حيث أكدت نتائج هذه الدراسة إلى ما توصلت إليه دراسة الحالية أن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي تعمل على خفض من حدوث تكرار التأتأة وخاصة تدريب الحالات على مواجهة المواقف الصعبة والتي من شأنها تطوير مهارات التواصل عند المتأثرين والحد من أثار التأتأة عندهم ، كما نجد أن دراسة (ركزة ، 2014) ودراسة (طبنجات 2017) ودراسة (غصن 2016) توصلت إلى أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي والقياس البعدي في انخفاض درجات تكرار حدوث التأتأة وذلك عند تطبيق البرامج التدريبية خاصة أنها تعمل تدريب الحالات على الإسترخاء وتنظيم التنفس واستخدام تقنية الحوار والمناقشة أمام المرآة يجعل من المتأثر أكثر إدراكا وشعورا بحالته وأكثر جاهزية في علاجها ، أما عن دراسة (المصري، 2011) فقد هدفت إلى معرفة أثر برنامج مستند إلى تغذية الراجعة حيث أظهرت هذه التقنية فعالية كبيرة في التخفيف والحد من ظهور تكرار و حدوث التأتأة خاصة أنها تعمل على جعل الحالة تقوم بتقييم نفسها ومدى مستوى شدة التأتأة عندها ومدى تقدمها في المسار العلاجي فقد طور "بيك" طريقة علاجية لمساعدة المرضى على تحديد وتقييم الأفكار والمعتقدات التي تسهم في التقييم المعرفي الذي يتصف بسوء التكيف الموقف أو الحدث ، أما دراسة (أسو، 2021) فقد أشارت أن البرامج القائمة على التحكم في الاعراض لها فعالية في تخفيف من تكرار التأتأة ، وأما عن دراسة (القواقنة، 2020) ودراسة (الرعود ، 2008) ودراسة (الدبوس ، 2008) فقد أظهرت نجاعة استخدام تقنيات النمذجة وتحليل الصور ولعبة ترابط الصور و تمارين القراءة في الحد من تكرار حدوث التأتأة، وقد أشارت دراسة (كسناوي 2008) إلى فعالية البرامج الارشادية في تخفيف والخفض من حدوث تكرار التأتأة للحالات وخاصة العمل على تثبيت الاعراض مثل التكرار والوقفات وهذا أيضا ما ساعد حالات الدراسة في تحكم في الأعراض عن طريق الواجبات المنزلية.

2-2- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الفرعية الثانية:

تتمس الفرضية " هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في خفض درجات فترة وطول التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي "

وللتحقق من هذه الفرضية قام الباحث بحساب اختبار " ويلكوكسون " بين درجات فترة وطول التأتأة في القياس القبلي والقياس البعدي ، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفر عنها المعالجة الإحصائية والجدول رقم (19) يوضح نتائج هذه الفرضية.

جدول رقم (19) يبين قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات فترة وطول التأتأة.

مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة " p "	قيمة "z"	القياس البعدي			القياس القبلي		
			ع	م	ن	ع	م	ن
دال عند 0.05	0.02	-2,271	,516	2,33	6	,000	4,00	6

يتبين من الجدول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين في درجات فترة وطول التأتأة حيث أن مستوى المعنوية لقيمة " p " (0.02) لاختبار (z) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (0.05) المقبولة في العلوم النفسية والاجتماعية ، وهي قيمة دالة إحصائية، مما يشير إلى وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، ويلاحظ أن الفروق المعنوية بين متوسط درجات القياس القبلي (4,00) ومتوسط درجات القياس البعدي (2,33) ، لذا فان الفرق بين المتوسطين له دلالة إحصائية ولصالح القياس الهعدي، ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا ان فرضية البحث تحققت لأنه توجد فروق فردية في درجات فترة وطول التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي ولصالح القياس الهعدي.

2-2-2- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

من خلال تحقق الفرضية الثانية ونتائج المعالجة الإحصائية نجد أن الفارق الإحصائي في انخفاض درجات طول التأثأة بين القياس القبلي والقياس البعدي يرجع إلى فعالية التقنيات المستخدمة في البرنامج والتي ساعدت الحالات في تمكن من تخفيف والخفض من متوسط الفترة الزمنية لحدوث التأثأة مثل تقنيات استرخاء العضلي والتنفس الإيقاعي مع التعزيز الإيجابي ، كما أن تدريب الحالات على تحقيق المراقبة الذاتية أثناء الكلام والحديث من خلال فنية تحليل الصور وكذلك فنية مقاومة الضغط عن طريق الكلمات الصعبة جعلهم يتحكمون في مدة الإطالة والوقفات التي تحدث عندهم إضافة إلى تحسين قدراتهم الصوتية بشكل جيد وثابت ، علما أن نتائج هذه الفرضية تتفق مع نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة (غصن، 2016) حيث أكدت هذه الدراسة أن الجلسات التدريبية عن طريق استخدام تقنيات مثل تقنية تسمية الصور ولعبة ترابط الصور عن طريق وصفها وكذلك تقنية الإسترخاء العضلي تساعد في تقليل والخفض من الفترة الزمنية لحدوث التأثأة، أما دراسة (عمراني، 2021) فقد استخدمت التمارين التنفسية في علاج التأثأة عن طريق تخفيف منها ومن المدة الزمنية وهذا ما اثبتت نتائجها أن لتمرين التنفسية دور كبير في ذلك خاصة أنها تخلق وضعية مشابهة لما يحدث للمتأثئي أثناء الكلام ، ويدخل هذا ضمن تقنية التعريض والتعويد ، حيث انه مع كل ظهور للتأثأة فإن الطفل يحاول أن يستخدم النسق العلاجي الذي تدرب عليه أثناء الجلسات التدريبية، ودراسة (ركزة ، 2014) ودراسة (العبادسة 2021) قامت على إستخدام تقنيات العلاج المعرفي السلوكي مثل تمارين الإسترخاء والكلام السهل والتخيل العقلاني والتعريض وفنية تدريب على تأكيد الذات ساعدت الحالات في تحكم في أعراض التأثأة، كما أن دراسة (القواقنة ، 2020) ودراسة (طبنجات، 2017) ودراسة (القطاونة، 2013) أشارت إلى ضرورة تدريب المتأثئي على تنظيم التنفس وتحكم في ردود أفعاله خاصة عند تعرض إلى مواقف صعبة ، وأما دراسة (المصري، 2011) فقد استخدم برنامج تدريبي مستند إلى التغذية السمعية الراجعة المتأخرة حيث تساعد هذه التقنية في تخفيض من فترة حدوث التأثأة عن طريق تحقيق المراقبة الذاتية وتقييم الحال ،كما أن نتائج هذه الفرضية تتفق مع نتائج دراسة (مخلوف ، 2010) ودراسة (الرعود، 2008) ودراسة (الدبوس ، 2008) ودراسة (الشريم ، 2003) في خفض من درجات الفترة الزمنية بين القياس القبلي والقياس البعدي ،إلا أن نتائج هذه الفرضية اختلفت مع نتائج دراسة (كسناوي ، 2008) وذلك أن البرنامج الخاص بهذه الدراسة السابقة غير فعال في تخفيف من مدة الزمنية لفترة حدوث التأثأة.

2-3- عرض وتفسير ومناقشة الفرضية الفرعية الثالثة:

تتمس الفرضية " هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في خفض من درجات الحركات والأصوات المصاحبة بين القياس القبلي والقياس البعدي "

وللتحقق من هذه الفرضية قام الباحث بحساب اختبار " ويلكوكسون " بين درجات الحركات والأصوات المصاحبة في القياس القبلي والقياس البعدي ، وفيما يلي عرض النتائج التي أسفر عنها المعالجة الإحصائية والجدول رقم (20) يوضح نتائج هذه الفرضية.

جدول رقم (20) يبين قيم "z" لدلالة الفروق بين متوسطي درجات الحركات والأصوات المصاحبة.

مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة " p "	قيمة "z"	القياس البعدي			القياس القبلي		
			ع	م	ن	ع	م	ن
دال عند 0.05	0.02	-2,264	,753	2,17	6	2,449	8,00	6

يتبين من الجدول انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين في درجات الحركات والأصوات المصاحبة حيث أن مستوى المعنوية لقيمة " p (0.02) لاختبار (z) أصغر من مستوى الدلالة الإحصائية (0.05) المقبولة في العلوم النفسية والاجتماعية ، وهي قيمة دالة إحصائية، مما يشير إلى وجود فروق بين القياس القبلي والقياس البعدي، ويلاحظ أن الفروق المعنوية بين متوسط درجات القياس القبلي (8,00) ومتوسط درجات القياس البعدي (2,17) لذا فان الفرق بين المتوسطين له دلالة إحصائية ولصالح القياس البعدي، ومن خلال هذه النتائج يتبين لنا ان فرضية البحث تحققت لأنه توجد فروق فردية في درجات الحركات والأصوات المصاحبة بين القياس القبلي والقياس البعدي ولصالح القياس البعدي.

2-2-3- مناقشة نتائج الفرضية الفرعية الثالثة :

من خلال تحقق الفرضية الفرعية الثالثة ومن خلال المعالجة الإحصائية نجد أن الفارق الإحصائي في انخفاض درجات الحركات والأصوات المصاحبة بين القياس القبلي والقياس البعدي يرجع إلى فعالية التقنيات المستخدمة في البرنامج مثل فنية الحوار أمام المرأة والتي كانت حاضرة تقريبا طوال الجلسات التدريبية حيث كان الهدف منها جعل الحالات ترى وتشعر بالمظاهر الثانوية وخاصة حركة الأطراف والأصوات المصاحبة ، ومن ثمة العمل على التخفيف منها والتحكم فيها عن طريق تقنيات الأخرى مثل تقنية وصل الأصوات مع فنية الإلغاء وكذلك فنية تسمية الصور وتمارين الأرقام المبعثرة ولعبة الجمل الناقصة وكذلك عن طريق النمذجة ولعب الأدوار والتي كانت تهدف إلى تحقيق توافق كامل وشامل لكل سلوكيات أثناء ذلك، وهذا ما جعل الحالات عن طريق التدريب والتأهيل أن تقوم بعملية ضبط وتثبيت لتلك الحركات المصاحبة عن طريق تحقيق المراقبة الذاتية أثناء العملية الكلامية ، وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (كسناوي 2008) ودراسة (القطاونة ، 2013) ودراسة (طبنجات، 2017) ودراسة (غصن ، 2016) ودراسة (ركزة ، 2014) ودراسة (العبادسة ، 2021) ودراسة (القواقنة ، 2020) في تخفيف والحد من المظاهر الحركات والأصوات المصاحبة لإضطراب التأتأة.

- كما تجدر الإشارة إلى أن من بين نتائج المتحصل عليها من خلال سير العلاج والجلسات التدريبية هو تحسن الحالة النفسية واستقرارها واختفاء شبه كلي لأعراض التوتر والإرتباك والقلق وارتفاع مؤشر تقدير الذات والثقة بالنفس لجميع الحالات ، وهذا ما ساعد بشكل كبير في تحسن وشفاء الحالات من إضطراب التأتأة ، حيث كان العمل عليها بطريقة غير مباشرة عن طريق إعادة البناء المعرفي وهيكله الأفكار و تبديلها وخاصة تلك الأفكار السلبية المسيطرة على سلوك والإستجابات وحتى على ردود الأفعال التي ساهمت في تطور الإضطراب ، علما أن الدراسات السابقة أثبتت أن تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لها فعالية كبيرة في استقرار الحالة النفسية عند المتأثري ويظهر ذلك جليا في دراسة (العبادسة ، 2021) ودراسة (القطاونة ، 2013) ودراسة (الرعود ، 2008) في تحسن الحالة النفسية واختفاء اعراض المرضية مثل القلق والإرتباك والخوف وبدوره ساعد في اختفاء التأتأة عند الطفل.

- الاستنتاج العام :

لقد كان هدف الدراسة هو بناء برنامج تدريبي علاجي يستند إلى المقاربة المعرفية السلوكية في علاج حالات تعاني من التأثأة حيث كان العمل العيادي على محاولة التخفيف والحد من أثارها واعراضها عند الحالات بشكل عام ، خاصة أن من النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن التأثأة التي تكون نتيجة صدمة أو مشكل نفسي تكون أثارها قوية من التأثأة ذات المنشأ العضوي أو العصبي، فعلى غرار مشاكلها اللغوية فإنها تبعث بأفكار سلبية وحالة نفسية صعبة تجعل من الحالة عاجزة ومقيدة فضلا عن المشكلة التي جاءت منها ، علما أن الاطفال الذين يعانون منها يكونون غالبا محط سخرية وتتمر وهذا كان تحدي آخر بنسبة للدراسة من أجل العمل على تماسك الحالات نفسيا ومحاولة تعديل صورة الأضطراب عندها.

ومن خلال ذلك كان الواجب يقتضي منا تبعا للخلفية المنطلق منها العمل على إزاحة هاته الأفكار ومحاولة تغييرها وتبديلها بأفكار سليمة ثم خلق وضعية مناسبة للعلاج و العمل على ازالة الحساسية و تعديل السلوك، حيث أن توجه المعرفي السلوكي في معالجة الإضطرابات يعمل على محاولة تغيير العقلية التي يفكر بها الفرد وإخراجه من دائرة الإضطراب ثم العمل على التخفيف والحد من السلوكات المضطربة ، وهذا هو مناط الإجراءات التي اتخذها الباحث في بناء البرنامج بعد تقويم شامل للحالات و الوضعية المحيطة بهم.

ولتخفيف من أثر العوامل الخارجية فقد اخترنا فترة نهاية السنة الدراسية من أجل بداية العلاج وذلك من أجل ثبات العملية العلاجية للحالات وابعادها عن كل ما يمكن أن يؤثر عليها ، خاصة أن الوسط المدرسي الحالي لا يساعد على تماسك وثبات الحالات بعد أن أصبح التنمر والسخرية ظاهرة مستفحلة داخل الوسط المدرسي ، وبعد نهاية العلاج تم توجيه الوالدين خلال فصل الصيف إلى ضرورة إدخال الأطفال إلى أحد الفرق الرياضية أو المدارس القرآنية من اجل الثبات الإنفعالي والنفسي و كذلك تطوير مهارات التواصل والتوافق مع المحيط وهذا في حد ذاته جزء متصل ببرنامج العلاجي.

وبعد كل هذا يمكن أن نستخلص من النتائج المتحصل عليها أن فعالية البرنامج في تخفيف والحد من اضطراب التأثأة واعراضه المصاحبة بشكل عام تكمن في تقنيات العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في البرنامج حيث تعمل على عدم انتكاس الحالات بعد العلاج لمدة طويلة، وذلك بسبب التأهيل والتدريب الذي جعل من حالات تكتسب قدرا كبيرا من المرونة وتفاعل مع محيطها وكذلك تعزيز بنيتها النفسية في مواجهة الضغوط والمواقف الصعبة التي قد تتعرض لها مستقبلا .

خاتمة

الخاتمة :

إن اضطراب التأتأة يعد من أكثر اضطرابات اللغوية والكلام التي كانت محط دراسات وابحاث من قبل العديد من المختصين ومن مختلف المجالات والتخصصات، ذلك أن اضطراب التأتأة يعد من أكثر اضطرابات الكلام التي تمس السلسلة الكلامية عند الاطفال، لذى لا يمكن اختزاله في اضطراب في تدفق او انقطاع في سيولة الكلام بل هو أعقد من ذلك إذ أنه يمس عدة أبعاد عند الفرد مثل البعد السلوكي و الإنفعالي والمعرفي و البعد التواصلية.

لذى كان من ضروري على مدار الوقت البحث عن علاج مناسب وملائم يساعد الحالات في شفاء منها ، إلا أن العلاجات التي تعمل خارج هذا الإطار دون بحث عن الأسباب الكامنة ورائها أو العمل على الأبعاد السالفة الذكر لا تستمر لمدة طويلة و تجعل الحالات تنتكس بعد العلاج ، إلا أنه و بعد تطور العلاجات أثبت العلاج المعرفي السلوكي فاعليته الكبيرة مقارنة بعلاجات الأخرى التي تعتمد على الطريقة الكلاسيكية أو الفيزيولوجية في علاج الإضطرابات اللغوية.

فقد توصلت العديد من الدراسات إلى نجاعة العلاج المعرفي السلوكي في علاج عدة اضطرابات نفسية ولغوية، إذ أنه يعمل علاج الأبعاد الموجودة في الإضطراب ويمنح المصابين مرونة وجاهزية للعلاج ، وعلى غرار ذلك فقد أثبتت الدراسة الحالية نجاعة العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب التأتأة عند عينة الدراسة من خلال العمل على تدريب الحالات على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي ومختلف الوضعيات التي يمكن أن تواجههم، انطلاقاً من تغيير الأفكار وتصورات المشوهة عن الأضطراب ثم العمل على تعديل السلوك وإزالة الحساسية ثم التدرج على مواجهة المواقف الصعبة والضاغطة التي تستدعي ظهور التأتأة ومن ثمة التعود على معيقات الكلام والتكلم بطلاقة، كما أن البرنامج ساهم بشكل كبير من رفع من قدرات الحالات في التحكم في انفعالاتهم والتكيف والتوافق والتواصل بشكل إيجابي مع ما يحيط بهم.

وقد تم إجراء هذه الدراسة بالإعتماد على المنهج التجريبي من خلال القياس القبلي والقياس البعدي وكذلك المنهج العيادي المرتكز على دراسة الحالة وذلك من أجل الوصول إلى نتائج فعلية وملموسة وكذا تحليل المعلومات ونتائج من خلال ذلك ، بالإضافة إلى بناء برنامج تدريبي علاجي في ضوء المقاربة المعرفية السلوكية والعمل على ضبط جلساته ومحاوره أين تم تطبيق هذا البرنامج داخل عيادتين أرتطونية بمدينة الاغواط هما "عيادة ملاك الطاهر الامين لعلاج الإضطرابات اللغوية" بحي الواحات الشمالية و " عيادة النذير الأرتطونية بحي الغربية "على 06 حالات يعانون من التأتأة بمعدل 03 حالات لكل عيادة ، تتراوح أعمارهم بين 06 و 10 سنوات ، حيث تم تطبيق الجلسات في البداية على شكل

جلسات جماعية ثم جلسات فردية على حسب كل حالة بمساعدة المختصين الذين يعملون داخل العيادة والذين تم تعريفهم بالبرنامج وشرحه جيدا من أجل الإعتقاد عليه مستقبلا، إضافة إلى الجلسات إرشادية الوالدية وذلك من أجل تحسين البيئة المنزلية والمحيط الذي يعيش فيه الطفل حيث استغرق تطبيق البرنامج حوالي ثلاثة شهور وبعد التحليل واستخلاص النتائج توصلت الدراسة إلى مايلي:

- أن البرنامج له فاعلية مرتفعة في الخفض والحد من التأتأة بشكل عام عند عينة الدراسة.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات حدوث تكرار التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي تعزى إلى فعالية البرنامج.

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات فترة وطول التأتأة بين القياس القبلي والقياس البعدي تعزى إلى فعالية البرنامج .

- هناك فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) في الخفض من درجات الحركات والأصوات المصاحبة بين القياس القبلي والقياس البعدي لصالح. تعزى إلى فعالية البرنامج.

- كما تجدر الإشارة إلى حجم الاستفادة والتكوين الذي تلقاه الباحث من خلال الإحتكاك بالجانب النظري عن طريق الدراسات السابقة في دراسة اضطراب التأتأة والبرامج العلاجية المستخدمة في ذلك، و أيضا من خلال الجانب الميداني عن طريق العمل داخل الوسط العيادي وتطبيق البرنامج، والذي سمح لنا بالإقتراب بصورة كبيرة من حالات واتعرف عليها والعمل معها ومشاركتها الوضعية العلاجية، يضاف إلى ذلك الاستفادة من خبرات المختصين الذين يعملون داخل هاته العيادات من خلال طرح فرضية علاجية واقعية وتبادل المعلومات والتجارب العملية والذي ساعدنا في وضع تصور دقيق للإضطراب التأتأة عند الطفل في ظل المقاربة المعرفية السلوكية والخروج بنتائج فعالة وعملية في علاج التأتأة وفق تصور النظري المستهدف من الدراسة، علما أن نتائج الدراسة مقيدة ومرتبطة بالحدود الزمانية والمكانية والموضوعية.

وختاما يمكن القول أن العمل على تطوير العمل العيادي وخاصة الأروطفوني وبناء البرامج العلاجية يعطي أفضلية وتميزا في علاج الاضطرابات اللغة والكلام ويتيح مساحة كبيرة للعاملين في الميدان من أجل تقديم الخدمات والمساهمات بطريقة فعالة وعملية وبصورة دقيقة.

- التوصيات و الإقتراحات :

- أ- التوصيات : في ضوء النتائج التي تم التوصل إليها في الدراسة الحالية نوصي بما يلي :
- ضرورة القيام بحملات تحسيسية وتوعوية داخل المدارس والمنازل من أجل الكشف المبكر عن الإضطرابات الكلام واللغة وخصوصا إضطراب التأتأة عند الأطفال.
 - العمل على إعداد برامج علاجية وتدريبية على ضوء العلاج المعرفي السلوكي وتعميمها لعلاج اضطرابات الكلام واللغة .
 - ضرورة القيام بدورات تدريبية وتأهيلية لأخصائي النطق والتخاطب على كيفية بناء البرامج التدريبية والعلاجية .
 - ضرورة ان يكون ضمن فريق علاجي مرضى التأتأة و الإضطرابات اللغوية أخرى أخصائي علاج معرفي سلوكي لمساعدة في التخفيف من المشكلة.
 - ضرورة إجراء دراسات إكلينيكية معمقة تتناول العوامل الكامنة وراء ظهور إضطراب التأتأة في الوسط المدرسي الجزائري بشكل كبير .
 - ضرورة الاهتمام بوضع البرامج الإرشادية و العلاجية للوالدين تساعدهم على فهم عيوب الكلام عند أبنائهم و كذلك في كيفية العمل على تحسين الوضعية الحياتية لأطفالهم المضطربين.
- ب- الإقتراحات :
- إجراء دراسات مماثلة للدراسة الحالية تمس مختلف العينات التي تعاني من التأتأة أو إضطرابات اللغوية الأخرى من مختلف المراحل العمرية وخاصة الراشدين .
 - القيام بدراسة مسحية لمعرفة نسبة إنتشار إضطرابات اللغة والكلام بشكل عام و التأتأة بشكل خاص داخل القطر الجزائري.
 - ضرورة إنشاء خلية مصغرة تتكون من مختص أطفوني ومختص نفسي على مستوى الإبتدائيات من أجل الكشف المبكر للإضطرابات الكلام واللغة و الإضطرابات الأخرى والتدخل المباشر.

قائمة المراجع

- المصادر

أولا : المراجع باللغة العربية

ثانيا : المراجع باللغة الأجنبية

- قائمة المراجع -

- المصادر :

- القرآن الكريم

أ- المراجع باللغة العربية :

- 01-** أبوزيد، نبيلة (2011) ، اضطرابات النطق والكلام ، القاهرة ، عالم الكتب.
- 02-** إبراهيم ، عبد الستار (2011)، العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث – أساليب وميادين تطبيقه ، ط 5 ، القاهرة ، الهيئة المصرية للكتاب.
- 03-** ابراهيم، علي ابراهيم (1997)، الاتجاهات الحديثة في العلاج السلوكي ،مجلة البحث في التربية وعلم النفس .جامعة المنيا .العدد3.المجلد10
- 04-** أمين سهير (2000) ، اللججة التشخيص والعلاج ، ط02، القاهرة، دار الفكر العربي.
- 05-** احمد ،عبد الخالق (2006) الصدمة النفسية، دار اقرأ للطباعة والنشر، الكويت.
- 06-** أحمد عبد اللطيف أبو أسعد. (2014). تعديل السلوك الانساني النظرية و التطبيق (الإصدار 2 عمان الأردن: دار المسيرة
- 07-** أحمد محمد رزق (1989) ، أمراض التخاطب في الطب العربي، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الطب ، جامعة عين شمس ، مصر.
- 08-** أميمة محمد حسنين (2019) ، شدة التأثأة لدى أطفال مرحلة الروضة – دراسة حالة- مركز الإرشاد النفسي والتربوي ، كلية التربية – جامعة أسيوط ،مصر.
- 09-** أسماء ،طلعت حسان ،ليلي كرم الدين ، سهير صفوت عبد المجيد (2018) فاعلية برنامج إرشادي بيئي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من مرحلة الطفولة المتأخرة من سن (9-12) سنة، مجلة العلوم البيئية معهد الدراسات والبحوث البيئية – جامعة عين شمس ، مصر.
- 10-** إسماعيل، لعيس (1998) مدخل إلى الأروطونيا، دار هومة ،الجزائر .]
- 11-** أمال باظة (1999) بحوث وقرارات في الصحة النفسية، الانجلو مصرية، القاهرة.
- 12** - البطاينة ، أسامة محمد (2007) علم نفس الطفل غير العادي.عمان: دار المسير

- 13-** الرعود عبد الله (2008) فعالية برنامج سلوكي لخفض شدة التلعثم ومستوى القلق لدى الراشدين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كليات الدراسات التربوية ، الأردن.
- 14-** الزراد فيصل (1990) ، اللغة واضطرابات النطق والكلام ، الرياض ، دار المريخ.
- 15-** الزريقات ابراهيم (2005) ، اضطرابات الكلام واللغة (التشخيص والعلاج) ، عمان دار الفكر.
- 16-** السرطاوي عبد العزيز ،ابجودة وائل (2000) ،اضطرابات اللغة والكلام ،الرياض ، أكاديمية التربية الخاصة.
- 17-** الشخص عبد العزيز السيد (1997) ، اضطرابات النطق والكلام ، الرياض ، مكتبة الصفحات.
- 18-** العزالي ، سعيد كمال عبد الحميد (2011)، اضطرابات النطق والكلام - التشخيص والعلاج – عمان ،دار المسيرة.
- 19-** العسال نوران نجدي (1990) ، التلعثم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة عين شمس القاهرة.
- 20-** الغرير، أحمد نايل(2009) النمو اللغوي واضطرابات النطق والكلام ، عمان: عالم الكتاب الحديث.
- النحاس محمد (2006) ، سيكولوجيا التخاطب لذوي الإحتياجات الخاصة ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.
- 21-** الفرماوي حمدي علي (2009) ،اضطرابات التخاطب (الكلام – النطق- اللغة – الصوت) ، عمان ، دار صفاء للنشر.
- 22-** الطيب، محمد عبد الظاهر (1884) مشكلات الأبناء وعلاجها من الجنين إلى المراهقة الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية ،مصر.
- 23-** الخطيب جمال،(2001)، الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل ،المكتب التنفيذي مجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية، المنامة.
- 24-** العطية، أسماء عبد الله (2011) ، الارشاد السلوكي المعرفي لاضطرابات القلق لدى الاطفال الاسكندرية ، مؤسسة حورس الدولية.

- 25-** الشخص، عبد العزيز السيد (2006) ، اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها ، تشخيصها ،أنواعها ، علاجها) الطبعة الثانية. الرياض: شركة الصفحات الذهبية للطباعة والنشر.
- 26-** الفرماوي، حمدي علي (2006) ، نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب، مواجهة تشخيصية وعلاجية وأسرية. الطبعة الأولى. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصري.
- 27-** ايناس عبد الفتاح أحمد ، (1988)، دراسة في اضطراب النطق والكلام ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية الآداب جامعة عين شمس ،مصر.
- 28-** آغا، ماهر (2011) فاعلية التدريب على الاسترخاء الكلامي والقراءة المتزامنة في علاج حالات التأتأة لدى تلامذة الحلقة الثانية من التعليم الأساسي في محافظة مدينة دمشق .رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية : دمشق.
- 29-** براء عزام علي القواقنة ،(2020)، فاعلية برنامج تدريبي لخفض شدة التأتأة لدى طلاب المرحلة الأساسية في مدارس محافظة عجلون ،مجلة العلوم التربوية والنفسية ،مج 4 ، العدد 14، الأردن .
- 30-** بيك، أرون، (2000) ، العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية (عادل مصطفى، مترجم)، دار النهضة العربية للطباعة والنشر ،بيروت.
- 31-** بيرني كوروين، اخرون، ترجمة محمود عيد مصطفى. (2008) العلاج المعرفي السلوكي المختصر الإصدار ط 1مصر: دار ايتراك للنشر و التوزيع.
- 32-** حامد عبد السلام زهران (1980) علم النفس النمو الطفولة والمراهقة ،القاهرة ، عالم الكتاب ، ط 4.
- 33-** حبيبة روبيبي ، (2020)، أثر برنامج إرشادي معرفي سلوكي في تنمية فاعلية الذات لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي، رسالة دكتوراه منشورة ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف المسيلة ، الجزائر.
- 34-** جهاد المصري (2011) أثر برنامج تدريبي مستند إلى التغذية لسمعية الراجعة المتأخر ومشاركة الأهل في خفض شدة التلعثم لدى الأطفال ، رسالة دكتوراه ، جامعة عمان.
- 35-** جمال محمد الخطيب ، (1993)تعديل السلوك ، ط 2، الاردن ، دار اشراق للنشر والتوزيع.

- 36-** خليل عفراء سعيد (2012)، فاعلية طريقة التأتأة السهلة في تخفيف شدة التأتأة المتوسطة وأثرها في مفهوم الذات ، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، جامعة دمشق.
- 37-** لويس كامل مليكة (1990)العلاج السلوكي و تعديل السلوك ، الإصدار 1 الكويت، دار القلم للنشر و التوزيع.
- 38-** لوجان العالية ، (2020)، العلاج السلوكي المعرفي للاضطرابات السلوكية لدى الطفل المتمدرس- العناد والمعارضة نموذجا – رسالة دكتوراه منشورة ، كلية العلوم الاجتماعية- جامعة وهران 2 ، ، الجزائر.
- 39-** نادية بومجان ،(2019)، محاضرات مقياس العلاجات السلوكية والمعرفية ، مطبوعة مقدمة لطلبة كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ، جامعة محمد خيضر – بسكرة ، الجزائر.
- 40-** نيفين صابر عبد الحكيم السيد (2009) ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف، مجلة كلية الآداب جامعة حلوان، عدد 26 ، مصر.
- 41-** طه عبد العظيم الحسين، (2007) ، العلاج النفسي المعرفي، مفاهيم وتطبيقات، ط1، دار الوفاء لدينا الطباعة والنشر ، مصر.
- 42-** محمد سعيد هندية ،(1997)، دراسة مفهوم الذات لدى الأطفال المتلعثمين والعاديين من الجنسين في مرحلة الطفولة المتأخرة ، رسالة ماجستير (غير منشورة) ، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس ، مصر.
- 43-** محمد، عادل عبد الله، (2000) العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات، دار الرشاد ، مصر.
- 44-** ماهر سكران (2006) استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال، مجلة كلية التربية،مجلد،1 عدد35
- 45-** موسى طارق زكي (2009) ، سيكولوجية التلعثم في الكلام رؤية نفسية علاجية ارشادية ، القاهرة ، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.
- 46-** مصطفى خليل (2021)، العلاج المعرفي السلوكي وفقاً لنموذج "دونالد ميتشنيوم": المفهوم، المبادئ الأساسية، الفئات العلاجية ،مجلة البحث في التربية وعلم النفس، كلية التربية ، جامعة المنيا – مصر.

- 47- محمود عطية محمود إسماعيل. (بلا تاريخ) العلاج السلوكي – المعرفي و استراتيجياته ، تم الإسترداد بتاريخ : 2022/04/02 (https://psj.journals.ekb.eg/?_action=article&au)
- 48- صفاء غازي أحمد ، (1992)، فاعلية أسلوب العلاجي الجماعي والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات الجلجلة ، رسالة دكتوراه (غير منشورة) ، كلية التربية جامعة عين شمس ، مصر
- 49- فاخت معروف ، محمد حولة (2018)، الطفل المتمدرس المضطرب لغويا بين الأسرة والمدرسة ، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والإجتماعية، ع33، جامعة مستغانم ، الجزائر .
- 50- فاروق فارح روسان ،(2000)،مقدمة في الإضطرابات اللغوية ، دار الزهراء للنشر والتوزيع ، ط1، الرياض.
- 50- فرغلي ، علاء الدين بدوي (2008) ، مهارات العلاج المعرفي السلوكي ،مكتبة النهضة المصرية ط2 ،مصر.
- 51- فصيل عفيف (2011) ،اضطرابات النطق واللغة ، عمان ، مكتبة الكتاب العربي .
- 52- قحطان أحمد (2010) اضطرابات اللغة والكلام ،ط01، عمان ،دار وائل للنشر والتوزيع.
- 53- زيزي إبراهيم ،(2018)، مهارات العلاج المعرفي السلوكي في سياق الممارسة العلاجية والحياة اليومية، مجلة دراسات النفسية ، مج 28 ،العدد1، مصر.
- 54- عاقل فاخر،(1971) ، معجم علم النفس، دار العلم الملايين ، بيروت.
- 55- عز الدين لبارود،(2010)،مقاربة معرفية للتأثأة من خلال دراسة علاقتها باضطراب البيئية الزمانية لعينة يتراوح سنّها بين 11 و13سنة ، رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر.
- 56- عكاشة أحمد ،(1982) ،علم النفس الفيزيولوجي ط1 دار المعارف -القاهرة.
- 57- عبد الستار، ابراهيم واخرون(1993) العلاج السلوكي للطفل أساليبه ونماذج من حالاته، سلسلة عالم المعرفة ،الكويت ،المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب .
- 58- عبد الستار ابراهيم ، (،1999)العلاج السلوكي المعرفي الحديث واساليبه وميادينه وتطبيقه، القاهرة : دار الفجر للنشر والتوزيع .

- 59- عبد الستار، ابراهيم (1994) العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث ، الفجر للنشر و التوزيع ، القاهرة .
- 60- عزي صالح نعيمة. (2019) العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية أرون بيك وجيفري يونغ .مجلة آفاق علمية ، المجلد 11 العدد 03،المركز الجامعي موسى أوق أمموك تمنراست - الجزائر
- 61- علوي إسماعيل،(2009) ، العلاج النفسي المعرفي، عالم الكتب الحديث ط1، الأردن.
- 62- سامية عرعار ،إكرام هاشمي،(2016) ، اضطرابات اللغة والتواصل التشخيص والعلاج ، مجلة العلوم الإنسانية والإجتماعية ،جامعة عمار ثلجي الأغواط ، الجزائر.
- 63- سيريل بوفيه ،(2019)، مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية، (ترجمة ، بوزيان فرحات)، دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع ، الجزائر.
- 64- سعاد براهيم (2018) ، اضطرابات اللغة الشفوية وأساليب التكفل ، الجزائر ، مطبوعة موجهة.
- 65- سمر غصن (2016)، فاعلية برنامج تدريبي في خفض شدة التأتأة لدى تلاميذ الحلقة الأولى من مرحلة التعليم الأساسي في محافظة دمشق، رسالة ماجستير غير منشورة ،كلية التربية جامعة دمشق، سوريا.
- 66- سميرة ركزة ، (2014) ، فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في إزالة أعراض التأتأة عند الطفل ، مجلة دراسات في الطفولة- الجزائر.
- 67- شاوي إيمان ، (2018) ، العلاج المعرفي السلوكي ، المركز الجامعي بلحاج بوشعيب، عين تموشنت ، الجزائر.
- 68- شيماء السيد ، (2019) ، العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال ، مجلد 05 ، العدد 3 ، جامعة المنصورة – مصر.
- 69- هالة ابراهيم الجوراني (2013) ،اضطراب التأتأة رؤية تشخيصية علاجية ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية – مصر.
- 70- هوفمان إس.جي (2012) ترجمة: مراد عيسى. العلاج المعرفي السلوكي المعاصر، دار الفجر للنشر والتوزيع ، القاهرة

71- يوسف، جمعة سيد (1997) سيكولوجية اللغة والمرض العقلي . ط 3 القاهرة: غريب للطباعة والنشر والتوزيع .

ب - المراجع باللغة الأجنبية :

72- American Psychiatric Association (2013), Diagnostc and statistical manual of mental disoders (5th ed) . Arlington , VA : American Psychiatric publishing.

73-Beljakova L.I,(1995), clinical classifiction of stuttering XX III rd congress of LALP ; Abstracts cairo 6-10 , Aguts : 60

74-Darby, J, K. (1981). Speech evaluation in medicine: London. Grune Stratton. Inc.

75- Dilollo, Amthony (2003),Cognitive anxitg as a function of speaker role for fluent speakers et persans who stutter, Journal af fluencg disorders vol 28 (03) fal 2003.

76-Cottraux, Jean. (2001). les thérapies comportementales et cognitive (éd.

03 éd). paris France: Masson.

77-Chevrie-Muller C., Narbona J., (2000). "Le langage de l'enfant, Aspect normaux et pathologiques". Ed. Masson, Paris.

78- Ellis, Albert, (1979). The History of Counseling in Psychotheapy. In Freeman, A. Et al, (Ed) Comprehensive Hand Book of Cognitive Therapy. New York.

.

79- Eisen et Kearney, (1995), Practitioner's Guide to treating fear and Anxiety In children and adolescents , Cognitive behavioral approach Jason Aronson Inc , New Jersey.

80- Jo. Godefroid. Psychologie (science humaine et science cognitive) . Deboeck. Bruxelles. Belgique. 2 eme édition. 2008. : London , the MIT press.

81- Francis et Beidal, (1995), Cognitive Behavioral psychotherapy , in John March , anxiety disorders in children and adolescents. New York , The Guilford Press. 321- 340. - Kent , Raymond (2004), The MIT encyclopedia of communication disorders

82- Lehuiche F., (1998). "Le bégaiement, Option guérison". Ed. Albin Michel, Paris.

- Lajeunesse B ,(1998), Manuel de thérapie comportementale et cognitive, Paris.

83- Manning W.(2001) , Clinical decision making in fluency disorders : Canada Thomson Delmar IMC.

84- Meichenbaum, Donald (1974): cognitive- behavioral modification, Morristown, N, J: general learning press

85- Montrais-Pfauwadel M.C, (2000). "Un manuel du bégaiement". Ed. Solal, Marseille.

86- Guitar, B. (2006). Stuttering (An Integrated to its Nature and Treatment): London. Williams & Wilk Ins.

87- Ginsberg, A, P; Wexler, K, B. (2000). Journal. of Mental Health Counseling. 22 (3). 228-239: Long Island University.

- 88-** Nacira zellel,(1999), Modèle cognitivo-comportementaliste pour la rééducation du bégaiement , URNOP - Université d'Alger 2.
- 89-**National. Stuttering Association (2002). information about stuttering ;Internet [http/ www.hasstutter.org/slutinfo.html](http://www.hasstutter.org/slutinfo.html).
- 90-**Perkins ,WH , kent, R.D, and curlee , R.F (1991): A theory of neuropsycholinguistic function in stuttering . J .Speech . Res.(34)
- 91-**Ingham, R, J; Anne, K, B; Erin, J; Yates, Y; John, C; Irene, S. (2009). Measurement of Speech Effort During Fluency- Inducing Conditions in Adults Who Do and Do Not Stutter. Journal of Speech Language and Hearing Research.
- 92-** Rastatter and harr, (1988), Measurement of plasma levels of adrenergic neurotransmitters and primary amino acids in five stuttering subjects J.fluency disorders.
- 93-** Southam-Gerow , (1997), Cognitive Behavioral therapy with children and adolescents. Psychiatric clinics of north America.
- 94-** Sparks , G ;Grant , D :Millay, K : Batsm, D : Hynam I,(2002) ,The effect of Fast speesh rate on stuttering frequency during de layed auditory feedbck. Journal of fluency disordeers.
- 95-**Tennessee, M. (2015). Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville : apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste. Psychologie. Université Toulouse le Mirail – Toulouse II.
- 96-**Van Hout A. et Etienne F. (1996). "Les Bégaiements, traitement". Ed. Masson, Paris.

97-Vera, L. (2014). Les thérapies comportementales et cognitives chez l'enfant et l'adolescent : modèles théoriques. France: Elsevier Masson.

98-Wyatt G. (1973). "La relation mère – enfant et l'acquisition du langage". Ed Dessart, Bruxelles.

99-William, C.(1970). Educating exceptional children, New Delhi: Harvard University.

100- Yairi ,Ambrwse,(1992), Onset of stuttering in preschool children : Selected factors. Journal of speech language, and hearing research.

101-Zellal N. (1988). "La terminologie orthophonique dans l'enseignement universitaire algérien". Ed. OPU, Alger.

قائمة الملاحق

الملحق الأول : قائمة الأساتذة المحكمين

الرقم	الإسم واللقب	الجامعة	التخصص
01	أ.د/ بن التجاني الطاهر	جامعة الأغواط	أرطفونيا
02	د/ بوخراز أسية	جامعة البليدة	أرطفونيا
03	د/ سعاد ابراهيمي	جامعة الأغواط	أرطفونيا
04	د/ محمد العربي أجد	جامعة وهران	أرطفونيا
05	د/ نقموش محمد الطاهر	مركز الجامعي أفلو	قياس نفسي
06	د/بن صغير عائشة	المدرسة العليا للأستاذة بالأغواط	صحة نفسية
07	د/ كمال بورزق	مركز الجامعي أفلو	صحة نفسية
08	د/ زروق سعدية	جامعة الأغواط	أرطفونيا
09	د/ بن عابد جميلة	جامعة الأغواط	صحة نفسية
10	د/ حزام سارة	جامعة الاغواط	صحة نفسية
11	د/ عون علي	جامعة الاغواط	علم النفس التربوي
12	د/ مداني بن يحي	جامعة الاغواط	علم النفس العصبي

الملحق الثاني : مقياس شدة التأتأة

إختبار شدة التلثثم
النسخة العربية

د. نهله عبدالعزيز رفاعي
دكتوراه طب التخاطب
مدرس بكلية الطب
جامعة عين شمس
القاهرة
جمهورية مصر العربية

٢٠١

مقدمة :

لطالما اقتضت الحاجة وجود اختبار موضوعي وحساس لقياس شدة التلعثم عند الأطفال والكبار وخاصة في البيئة العربية . وحيث أنه لا توجد أية اختبارات عربية لقياس شدة درجات التلعثم للكبار والصغار تحمل معايير عربية حقيقية ، من هنا جاءت فكرة وضع اختبار مقنن وموضوعي لقياس درجة التلعثم ليتم استخدامه في كل عيادات التخاطب لتحديد شدة المرض قبل العلاج ومتابعة التحسن أثناء العلاج وبعده . وتم اختيار "إختبار شدة التلعثم" عن "ريللي" (١٩٨٦) حيث تم تعريبه وتقنيته لأنه يجمع بين الشمولية والدقة والحساسية في قياس السلوك التخاطبي للمتلعثم ، هذا بالإضافة إلى قوة الإختبار السيكومترية من حيث الصدق والثبات وهو ماتم اثباته أيضاً في النسخة العربية .

يقيس الإختبار نسبة تكرار حدوث التلعثم وطول لحظة التلعثم والحركات والأصوات المصاحبة للتلعثم وهذا يعطي فكرة كاملة عن التلعثم شكلاً وموضوعاً . فهو لا يعتمد فقط على تكرار حدوث التلعثم كما هو الحال في بعض المقاييس الأخرى . وفي نفس الوقت لا يعتمد على حكم المريض على نفسه كما هو الحال في إختبارات التقارير الذاتية . ولكن يعطي الإختبار درجات واضحة لكل سلوك تخاطبي من جهة المتلعثم تتدرج ما بين صفر و ٤٥ درجة كلية في نهاية الإختبار . هذا بالإضافة إلى أنه سهل التطبيق ويصلح للكبار والصغار معاً حيث أنه يحتوي على معايير للكبار وأخرى للصغار من المتلعثمين .

تقنين الإختبار :

بعد التعريب وتغيير مايلزم تم تقنين الإختبار على عينة من المتلعثمين قوامها (٥٢) متلعثم (٢٦ أطفال و ٢٦ كبار) وتم إختيار العينة بطريقة عشوائية من المرضى المترددين على عيادة التخاطب .

١ - قياس الثبات :

تم تطبيق طريقة إعادة الإختبار حيث طبق الإختبار على كل العينة (٥٢) وأعيد تطبيقه مرة أخرى بعد فترة ٢-٣ أسابيع . وتم قياس معامل الارتباط بطريقة بيرسون وكانت النتائج عالية الدلالة عند ($P \leq .001$) حيث كان معامل الارتباط لبند نسبة تكرار التلعثم : ٠,٧٩ وبند طول لحظة التلعثم : ٠,٨٦ وبند الحركات والأصوات المصاحبة : ٠,٩٠ وللمجموع الكلي ٠,٩٢ . ومن هذه النتائج يتضح أن الإختبار عالي الثبات .

٢ - قياس الصدق :

تم تطبيق صدق المحكمين والصدق الظاهري وصدق الإتساق الداخلي وهو صدق تحليل البنود ، حيث تم حساب معامل الارتباط ما بين كل بند والمجموع الكلي ، وكانت معاملات الارتباطات عالية الدلالة عند ($P \leq .001$) كان معامل ارتباط بند التكرار : ٠,٨٢ وبند طول التلغثم : ٠,٦٧ وبند الحركات المصاحبة : ٠,٨٨ .
ومن هذا يتضح أن الإختبار صادق في قياس ما صمم من أجله .

وصف الإختبار :

يتكون الإختبار من ورقة بها نموذج الإختبار والتصحيح ، والمواد المستخدمة وهي الصور والنصوص المكتوبة للقراءة .
تحتوي الورقة على أربعة أجزاء : نسبة تكرار حدوث التلغثم ومتوسط أطول ثلاث لحظات للتلغثم والحركات والأصوات المصاحبة للتلغثم ثم جداول شدة التلغثم للأطفال والكبار .

توجد مربعات متابعة تكرار التلغثم في خلفية الورقة ومعها جداول شدة التلغثم تتكون الصور من : ثلاث صور للوصف وثلاث صور لقصص متسلسلة . ثم هناك نصاب للقراءة لأطفال الصف الثالث الابتدائي وحتى الخامس ونصاب آخران للقراءة لأطفال الصف الخامس الابتدائي وما فوقه ، ثم نصاب للقراءة للكبار كما يلي :

- ١ - صورة وصف الأطفال في الحديقة .
- ٢ - صورة وصف الأسرة في رحلة .
- ٣ - صورة وصف طفل في غرفته .
- ٤ - صورة قصة القط والفأر .
- ٥ - صورة قصة الولد يصنع البيتزا .
- ٦ - صورة قصة الطفل يذهب للطبيبة .
- ٧ - نص أ : "مدرستي" للصف الثالث .
- ٨ - نص ب : "يومياتي" للصف الثالث .
- ٩ - نص أ : "المرافق العامة" للصف الخامس .
- ١٠ - نص ب : "مع الفيل" للصف الخامس .
- ١١ - نص أ : "حيتان تصطاد بالفاقاع الهوائية" للكبار .
- ١٢ - نص ب : "مع الحمام" للكبار .

من المربعات (٢٥ كلمة) وآخر صف من المربعات (٢٥ كلمة) . ويكتب الرقم في المربع الخاص به على جانب المربعات الصغيرة (الرقم الآن يكون درجة مئوية) . ثم بإستخدام الجدول الخاص بتكرار حدوث التلعثم لمن لا يقرأ والموجود في بداية ورقة النموذج (إختبار "ج") ، يتم تحويل الدرجة المئوية إلى درجة تكتب في المربع الخاص بها وهي رقم مابين صفر - ١٨ .

٢ - بند طول التلعثم :

يتم حساب أطول ثلاث لحظات للتلعثم في كل المئة وخمسين كلمة (ومن الممكن الإستعانة بإعادة سماع الشريط المسجل) ويتم عمل متوسط لهم ثم من خلال الجدول المعروف في وجه ورقة النموذج يتم تحويل هذا المتوسط إلى درجة تكتب في المربع الخاص بها ، وهي رقم مابين ١ - ٧ .

٣ - بند الحركات والأصوات المصاحبة :

هذه تتم مراقبتها خلال تسجيل المئة وخمسين كلمة وهي مكتوبة بالتفصيل في الجدول الأول لورقة النموذج . يحدد الفاحص درجة الشدة على حسب المقياس الموجود بالجدول ثم تجمع الدرجات وتكتب في المربع الخاص بها ، وهي رقم مابين صفر - ٢٠ .

* المجموع الكلي :

يتم جمع درجات بنود الإختبار الثلاثة ويوضع المجموع في المربع الخاص به وهو رقم مابين صفر - ٤٥ .

* التصحيح النهائي :

باستخدام جدول شدة التلعثم للأطفال يتم تحويل درجة المجموع الكلي إلى صفة لشدة التلعثم إما بسيط جداً أو بسيط أو متوسط أو شديد أو شديد جداً .

جدول شدة التلعثم للأطفال

الشدة	المجموع الكلي
بسيط جداً	صفر - ١٩
بسيط	٢٠ - ٢٢
متوسط	٢٣ - ٣٠
شديد	٣١ - ٣٣
شديد جداً	٣٤ - ٤٥

ثانياً : التطبيق على الذين يعرفون القراءة :

الأطفال من الصف الثالث الابتدائي وما فوقه والكبار يعتبرون من فئة الذين يعرفون القراءة .

١ - بند تكرار حدوث التلعثم :

- يطلب من المتعلم أن يقوم بالحديث عن المدرسة أو عن العمل (للكبار) أو أي موضوع عام . أحياناً يكون كلام الأطفال غير كافي لملء الـ ١٥٠ مربع في هذه الحالة يتم الإستعانة أيضاً بالصور . ويتم تسجيل كلام المتعلم على شريط تسجيل وتصحح الدرجة كما هو موضح في التطبيق على الذين لا يعرفون القراءة ولكن باستخدام "إختبار أ" في جدول من يقرأ .
- يُعطى المتعلم نص واحد للقراءة إما الأول أو الثاني لكل مرحلة . ويتم إختيار مستوى النص على حسب المرحلة التي يتبع لها (أما الصف الثالث أو الخامس أو من الكبار) أي أن لكل مرحلة من الثلاث مراحل نصين يقرأ المتعلم أحدهما فقط .
- يتابع الفاحص الكلمات التي يقرأها المتعلم في المربعات الخاصة في خلفية ورقة النموذج حيث يكتب نقطه (.) للكلمة الطلقة وخط مائل (/) للكلمة المتعلمة وتحسب النسبة بنفس الطريقة السابق ذكرها في وصف الصور والحديث عن المدرسة أو العمل .
- يستخدم الجدول الخاص بتكرار حدوث التلعثم لمن يقرأ والموجود في بداية ورقة النموذج (إختبار ب) لتحويل النسبة المئوية إلى درجة ، ثم تجمع على درجة "إختبار أ" ويوضع مجموع (أ + ب) في المربع الخاص بجانب الجدول ، وهو رقم ما بين صفر - ١٨ .

٢ - بند طول التلعثم :

يتم تطبيقه وتصحيحه بنفس الطريقة التي سبق ذكرها مع الذين لا يعرفون القراءة (ولكن في هذه الحالة تؤخذ أطول ثلاث لحظات للتلعثم من كل مايقوله المريض من وصف وقراءة أيضاً) .

٣ - بند الحركات والأصوات المصاحبة :

يتم تطبيقه وتصحيحه بنفس الطريقة التي سبق ذكرها مع الذين لا يعرفون القراءة .

* **المجموع الكلي** : تجمع الدرجات الثلاث وتوضع الدرجة في المربع الخاص بها .

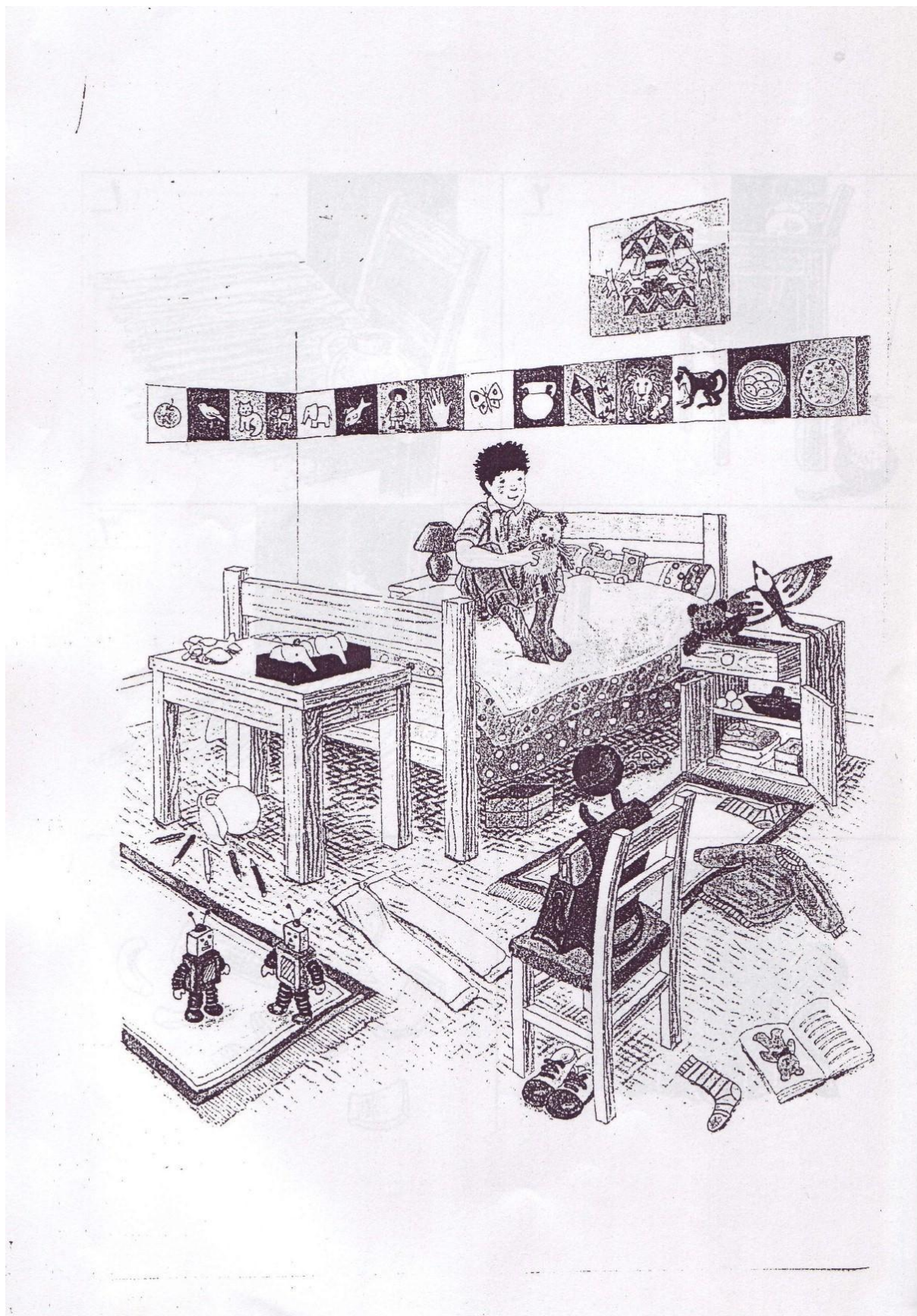
* **التصحيح النهائي** : باستخدام جدول شدة التلعثم للكبار يتم تحويل درجة المجموع الكلي إلى صفة لشدة التلعثم : إما بسيط جداً أو بسيط أو متوسط أو شديد أو شديد جداً .

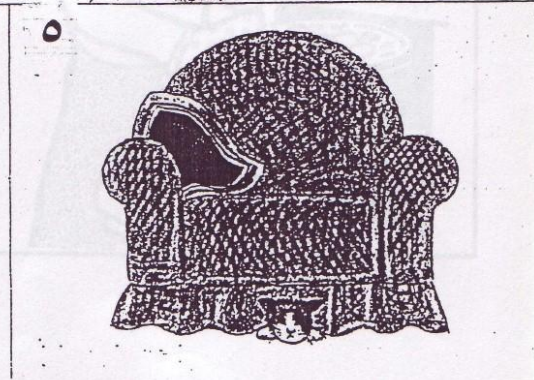
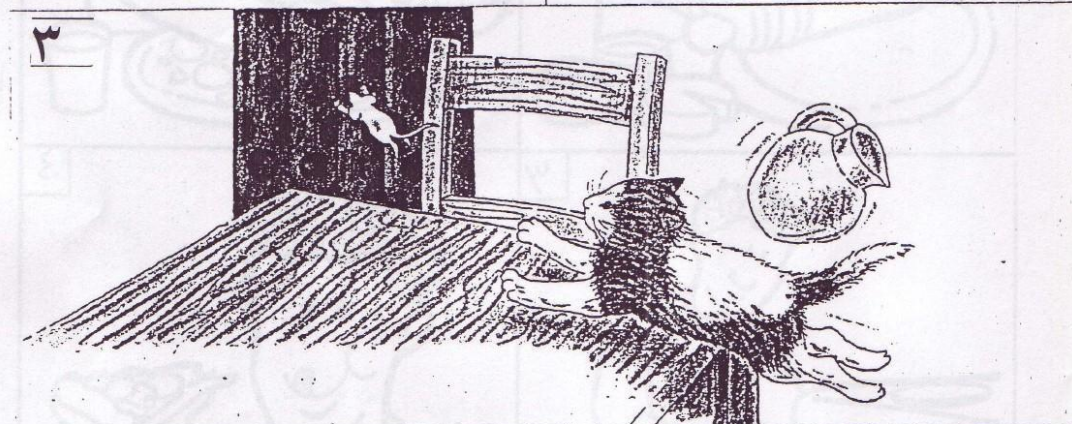
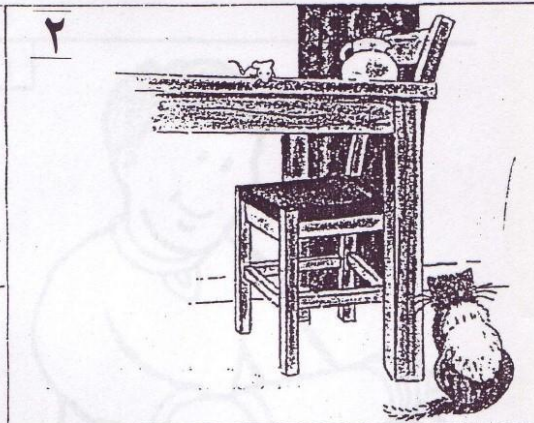
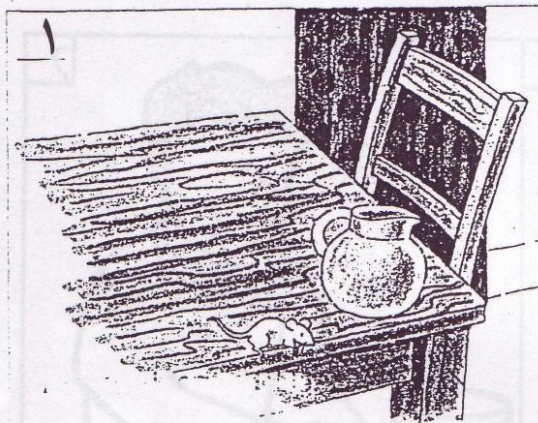
جدول شدة التلعثم للكبار

الشدة	المجموع الكلي
بسيط جداً	صفر - ٢٠
بسيط	٢٤ - ٢١
متوسط	٣١ - ٢٥
شديد	٣٥ - ٣٢
شديد جداً	٤٥ - ٣٦

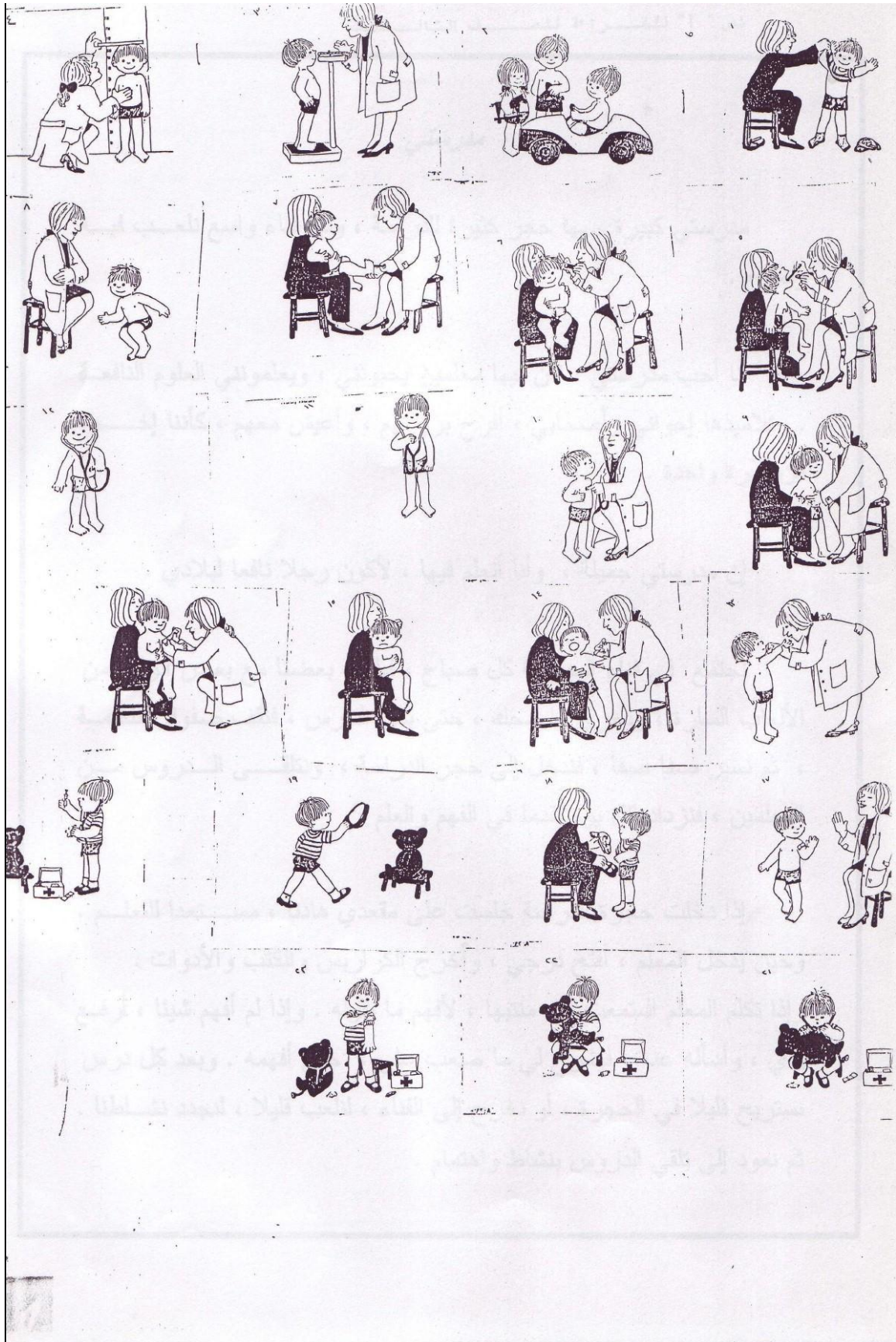












مدرستي

مدرستي كبيرة ، بها حجر كثيرة للدراسة ، ولها فناء واسع نلعب فيه ونمرح .

أنا أحب مدرستي ، لأن فيها معلمين يحبونني ، ويعلمونني العلوم النافعة . وتلاميذها إخواني وأصحابي ، أفرح برؤيتهم ، وأعيش معهم ، كأننا إخوة من أسرة واحدة .

إن مدرستي جميلة ، وأنا أتعلم فيها ، لأكون رجلا نافعا لبلادي .

نجتمع في فناء المدرسة كل صباح ، فيلعب بعضنا مع بعض أنواعا من الألعاب السارة ، ونجري ونضحك ، حتى يدق الجرس ، فنقف صفوفنا منتظمة ، ثم نسير صفا صفا ، فندخل إلى حجر الدراسة ، ونتلقى الدروس من المعلمين ، فنزداد كل يوم تقدما في الفهم والعلم .

إذا دخلت حجرة الدراسة جلست على مقعدي هادئا ، مستعدا للتعليم . وحين يدخل المعلم ، أفتح درجي ، وأخرج الكرايس والكتب والأدوات . وإذا تكلم المعلم استمعت إليه منتبها ، لأفهم ما يقوله . وإذا لم أفهم شيئا ، أرفع يدي ، وأسأله عنه ، فيشرح لي ما صعب علي ، حتى أفهمه . وبعد كل درس نستريح قليلا في الحجرة ، أو نخرج إلى الفناء ، لنلعب قليلا ، لنجدد نشاطنا . ثم نعود إلى تلقي الدروس بنشاط وإهتمام .

نص " ب " للقراءة للمصف الثالث.

" يومياتي "

أستيقظ من نومي مبكرا ، فأغسل يدي ووجهي بالماء والصابون ، وأنظف فمي وأسناني ، ثم أتوضأ ، وأصلي ، ثم ألبس ملابس المدرسية ، وأكل طعامي ، ثم أحيي والدي ، وأخرج من منزلي حاملا حقبتي ، وأذهب إلى مدرستي نشيطا مسرورا .

حين تنتهي الدروس ، يدق الجرس ، فنخرج من المدرسة ، وحين أعود إلى المنزل أحيي والدتي وإخوتي ، ثم أخلع ملابس المدرسة ، وأضعها في مكانها مرتبة منظمة ، وألبس جلباب البيت ، ثم أغسل يدي ووجهي ، وأتناول طعامي .

وبعد أن أستريح قليلا أذاكر دروسي ، وأؤدي واجباتي المدرسية ، وأعد كتبي التي أحتاج إليها في اليوم التالي .

وفي المساء أستحم ، وألبس ملابس النوم ، وأشرب كوبا من اللبن ، وأحيي والدي ، ثم أذهب إلى فراشي وأنام مبكرا .

التلميذ النظيف يحبه والده ومعلموه وإخوانه ، وهو دائما في صبة جيدة . وأنا أقوم من نومي في الصباح الباكر ، فأغسل يدي ورأسي ووجهي وعيني بالماء والصابون ، وأنظف فمي وأسناني ، ثم ألبس ملابسني ، وأحافظ عليها ، لتبقي دائما نظيفة . وعند عودتي من المدرسة أغسل يدي ووجهي . وأنا أستحم مرة كل أسبوع في الشتاء ، ومرتين في الصيف .

نص " أ " للقرائة للصف الخامس .

المرافق العامة

تهتم الدول المتحضرة بتقديم خدماتها لمواطنيها ، وتبذل في سبيل ذلك كثيرا من المال والجهد .

وهي عندما تقدم هذه الخدمات تضع مسؤولية المحافظة عليها أمانة في أعناق المواطنين ، تحثهم على الاستفادة منها ، ولا تسمح بإتلافها أو بتشويه منظرها .

ففي المدرسة يجب أن يحرص كل تلميذ على نظافة جميع الأثاث والتجهيزات المدرسية ، فلا يشوه جمال هذه المرافق بالكتابة فيها أو العبث بها .

وفي الشارع يجب أن يحرص كل مواطن على النظافة فلا يلقي منديلا أو علبه فارغة حتى لا يتشوه المنظر العام للبلد ولا يشوه أسوار المساجد والمدارس والمنازل بالكتابة فيها .

وفي المتنزهات والحدائق العامة لا يعتدي عليها بقطف أزهارها الجميلة ، التي تهديه عطرا أريجا وتزيده سرورا وابتهاجا .

وفي كل دائرة حكومية يحرص الموظفون على ممتلكات الدولة فهي جزء من مقدرات هذا الوطن ، ومن واجبهم رعايتها والمحافظة عليها كأنها ملك لهم .

والإسلام لا يرضى لنا أن نفرط في أملاك دولتنا فنجعلها شيئا مباحا للإتلاف والإفساد والتضييع والتشويه .

إننا بهذا السلوك المتميز نصنع البيئة المثالية التي نعيش فيها سعداء أصحاء أقوياء متحابين متعاونين . وإن عليك - أيها المواطن - جزءا كبيرا من هذه المسؤولية فاحرص على أدائها وتذكر قول الرسول صلى الله عليه وسلم : " إمطة الأذى عن الطريق صدقة " .

مع الفيل

للفيل حياته المثيرة ، وله صفاته التي يندر أن تتوافر في عالم الحيوان .
إن الفيلة تحب الطبيعة ، وتعشق منها القمر بنوره الفضي الهادىء ، فعندما يسطع
في جوف الليل تنزل إلى الماء ، فتغتسل طويلا ، وتخرج لتراقبه ، فلا تحول عنه
أبصارها .

والفيلة كريمة على نفسها ، فإذا كبرت الأفيال ، وسقطت أنيابها دفنتها في
الأرض ، حتى لا تصل إليها يد عابثة ، وإذا أحاط بها الصيادون ، وأدركت أنها
عاجزة عن المقاومة ، ضربت الأشجار لتحطم أنيابها فلا ينتفع بها ، كما يحطم
الجنود أسلحتهم إذا وقعوا في أيدي العدو .

ثم هي تسدي الجميل إلى غيرها ، ولا تتأخر عنه . وجد فيل رجلا خائفا
حائرا ، لأنه تاه في الغابة ، فحياه بخرطومه ، وأشار إليه أن يتبعه ، وسار به
حتى خلصه من حيرته .

ولكن الفيلة - مع ذلك - شديدة الحرص ، والحذر . نظر أحد الفيلة فوجد
آثار أقدام ، فخشى أن يكون هناك فخ ، فنادى رفاقه ، فأسرعت الفيلة ورأت
الآثار ، فمشت في صف واحد ، وكل منها بجانب الآخر ، لتدفع الخطر المنتظر .
وقد يغضب الفيل فيقاتل فيلا مثله ، ولكنه لا يقاتل الأنثى ، كما أنه يعامل
الحيوانات الضعيفة في رفق ، فلا يهجم عليها ولا يدوسها .

والفيلة متحدة متعاونة ، فإذا لحق بأحدها خطر تجمعت لإنقاذه . ذات مرة
وقع أحد الفيلة في حفرة جعل منها أحد الصيادين شركا له ، فجاءت كل أفيال
القطيع ، وألقت الحجارة وفروع الأشجار في الحفرة ، حتى تجعل منها سلما ،
يساعده على الخلاص من ورطته .

الملحق الثالث: استمارة البيانات الأولية

- البيانات العامة: الاسم تاريخ الميلاد
- الجنس الصف
- السكن رقم الهاتف
- تاريخ الحالة الطبي: الحمل
- الولادة
- النمو الحركي
- اليد المستخدمة في الكتابة
- التاريخ الاجتماعي: درجة القرابة بين الوالدين
- ترتيب الفرد بين إخوته
- وجود حالات مشابهة في العائلة
- التاريخ اللغوي:
- المناغاة
- متى ظهرت التأتأة
- المواقف التي تظهر فيها التأتأة

الملحق الرابع: تمارين الإسترخاء الكلامي : حروف التأتأة

بَ، بٌ، بٍ، بْ بَقْرَةٌ^{٢٤}تَ، تٌ، تٍ، تْ ثُوتٌ^{٢٤}جَ، جٌ، جٍ، جْ جَمِيلَةٌ^{٢٤}دَ، دٌ، دٍ، دْ دُودَةٌ^{٢٤}مَ، مٌ، مٍ، مْ مَطْرٌ^{٢٤}كَ، كٌ، كٍ، كْ كِتَابٌ^{٢٤}فَ، فٌ، فٍ، فْ فَرَاوِلَةٌ^{٢٤}قَ، قٌ، قٍ، قْ قَمَرٌ^{٢٤}عَ، عٌ، عٍ، عْ عِنْبٌ^{٢٤}شَ، شٌ، شٍ، شْ شَمْسٌ^{٢٤}

الملحق الخامس : الجمل الخاصة بتمارين القراءة بصوت مرتفع والفم مغلق وتمارين القراءة المضغوطة.

تعيش الزرافة في الغابة
أحب مراجعة دروسي دائما
طعم الفراولة لذيذ جدا
أستيقظ مبكرا في الصباح
كرة القدم رياضة ممتعة

الملحق السادس : تمارين الأرقام المبعثرة

7

3

1

2

10

5

6

4

9

8

خاص بنتائج الفرضيات (spss)

الفرضية الأولى الخاصة بالفروق بين درجات حدوث تكرار التأتأة في القياس القبلي والقياس البعدي:

Statistiques descriptives									
	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Centiles			
						25ème	50ème (médiane)	75ème	
القياس القبلي	6	17,00	1,095	16	18	16,00	17,00	18,00	
القياس البعدي	6	12,00	1,265	10	14	11,50	12,00	12,50	

Rangs

	N	Rang moyen	Somme des rangs
Rangs négatifs	6 ^a	3,50	21,00
Rangs positifs	0 ^b	,00	,00
Ex aequo	0 ^c		
Total	6		

a. القياس البعدي < القياس القبلي

b. القياس البعدي > القياس القبلي

c. القياس البعدي = القياس القبلي

Test^a

	القياس البعدي - القياس القبلي
Z	-2,251 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	,024

a. Test de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs positifs.

الفرضية الثانية الخاصة بالفروق بين درجات فترة وطول التأتأة في القياس القبلي والقياس البعدي:

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Centiles		
						25ème	50ème (médiane)	75ème
القياس القبلي	6	4,00	,000	4	4	4,00	4,00	4,00
القياس البعدي	6	2,33	,516	2	3	2,00	2,00	3,00

Rangs

	N	Rang moyen	Somme des rangs
Rangs négatifs	6 ^a	3,50	21,00
Rangs positifs	0 ^b	,00	,00
Ex aequo	0 ^c		
Total	6		

a. القياس البعدي < القياس القبلي

b. القياس البعدي > القياس القبلي

c. القياس البعدي = القياس القبلي

Test^a

	القياس - القياس البعدي القبلي
Z	-2,271 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	,023

a. Test de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs positifs.

الفرضية الثالثة الخاصة بالفروق بين درجات الحركات والأصوات المصاحبة في القياس القبلي والقياس البعدي:

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Centiles		
						25ème	50ème (médiane)	75ème
القياس القبلي	6	8,00	2,449	6	12	6,00	7,00	10,50
القياس البعدي	6	2,17	,753	1	3	1,75	2,00	3,00

Rangs

	N	Rang moyen	Somme des rangs
Rangs négatifs	6 ^a	3,50	21,00
Rangs positifs	0 ^b	,00	,00
Ex aequo	0 ^c		
Total	6		

a. القياس البعدي < القياس القبلي

b. القياس البعدي > القياس القبلي

c. القياس البعدي = القياس القبلي

Test^a

	القياس - القياس البعدي القبلي
Z	-2,264 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	,024

a. Test de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs positifs.

الفرضية الرابعة الخاصة بالفروق بين درجات مقياس التأتأة في القياس القبلي والقياس البعدي:

Statistiques descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Minimum	Maximum	Centiles		
						25ème	50ème (médiane)	75ème
القياس القبلي	6	29,00	2,828	26	34	26,75	28,50	31,00
القياس البعدي	6	16,33	1,751	14	19	14,75	16,50	17,50

Rangs

	N	Rang moyen	Somme des rangs
Rangs négatifs	6 ^a	3,50	21,00
Rangs positifs	0 ^b	,00	,00
Ex aequo	0 ^c		
Total	6		

a. القياس البعدي < القياس القبلي

b. القياس البعدي > القياس القبلي

c. القياس البعدي = القياس القبلي

Test^a

	القياس - القياس البعدي القبلي
Z	-2,232 ^b
Signification asymptotique (bilatérale)	,026

a. Test de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs positifs.