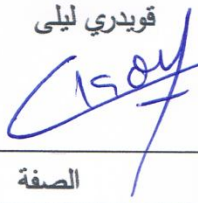


وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس - مستغانم -
كلية العلوم الاجتماعية
شعبة الأروطونيا
مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر
تخصص أعراض اللغة و التواصل

**دور العلاج الجماعي في تحسين مجرى الكلام
للطفل المتأثري**

تحت إشراف:

قويدري ليلي



أعضاء لجنة المناقشة:

من إعداد الطلبة:

حمدي جهيدة

مقلاش لطيفة

الاسم واللقب	الجامعة	الصفة
قويدري ليلي	عبد حميد بن باديس	مشرفا مقرر ا
وطواط وسيلة	عبد حميد بن باديس	رئيسة
تواتي حياة	عبد حميد بن باديس	ممتحنا



السنة الجامعية : 2022/2021

الشكر والتقدير

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات ويتوفيقه تتحقق الغايات والصلاة والسلام على خير الأنام وانطلاقاً من "وما توفيقي إلا بالله" نود أن نشكر الله عز وجل أن أكرمنا بتقديم هذا العمل المتواضع ونسأله جل وعلا أن يجعله متقبلاً وخالصاً لوجهه الكريم، وأن يجعله صدقة جارية بإذنه سبحانه ...

كما نتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذتنا الفاضلة "قويدري ليلي" على إشرافها وتوجيهاتها لنا لإتمام هذه المذكرة، ونعبر لها عن امتناننا على كل المجهودات التي بذلتها وتفانيها في العمل لأجلنا فنسأل الله أن يجازيها خير الجزاء .

كما أتقدم بخالص الشكر والتقدير للسادة الأساتذة المناقشين لقبولهم مناقشة هذا البحث، ونتقدم بجزيل الشكر إلى كافة الأساتذة الكرام بشعبة الأروطوفونيا الذين أشرفوا على تكوننا طيلة المسار الدراسي في الجامعة في التخرج.

كما لا يفوتنا أن نتقدم بخالص الشكر إلى كل من ساهم برأي أو نصيحة، ونعتذر لمن فاتنا ذكره ولم نتمكن في هذا المقام من شكره سائلين الله أن لا يضيع أجرهم.

الإهداء

أهدي هذا العمل إلى من أدى الأمانة وبلغ الرسالة، ونصح الأمة وتركنا على المحجة البيضاء
ليلها كنهارها، إلى نبي الرحمة محمد صلى الله عليه وسلم.
إلى والدينا الأعزاء اللذان كانا سنداً لنا طيلة مشوارنا الدراسي
إلى إخواننا وأخواتنا.
إلى كل الأهل والأقارب.
إلى جميع الزملاء والأصدقاء.
إلى كل من ساعدنا في هذا العمل ولو بالكلمة الطيبة.
إلى كل الأطفال الذين يعانون في صمت نتيجة التأتأة فتحياتي لهم، وغن شاء الله أكون لهم
عونا في المستقبل.

الإهداء

إلى من قال فيهما عز وجل: "ولا تقل لهما أف ولا تنهرهما وقل لهما قولا كريما".

إلى من علمني الصبر والإخلاص في العمل، وكان لي نعم المربي والسند... أبي

الكريم أطال الله في عمره.

إلى من لم تبخل عليّ في تربيّتي وتشجيعي وسهرت عليّ الليالي الطوال... أمي

حفظها الله وأطال الله في عمرها.

إلى من تقاسمت معهم مشواري الدراسي.

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن دور العلاج الجماعي في تحسين مجرى الكلام لدى الطفل المتأثّر، وهي طريقة العلاج الجماعي للتأثّر ولهذا الغرض أجري البحث على عينة من 4 حالات من أطفال المتأثّرين تتراوح أعمارهم (9-11) سنة تم اختيارهم بطريقة قصدية. جمع المعلومات استعنا بأدوات التالية الملاحظة والمقابلة تم استخدام المنهج الشبه تجريبي إلى نتائج تؤكد صحة الفرضية، مستعملين تقنيات وتمارين خاصة بالعلاج الجماعي، لهذا نأمل مستقبلاً أن يكون أطفال المتأثّرين ضمن العلاجات الجماعية من أجل تحقيق علاج فعال مع المساهمة في وضع طرق علاجية جديدة تكمن في نقص حدة اضطراب التأثّر داخل المجتمع.

الكلمات المفتاحية :

العلاج الجماعي-مجرى الكلام-الطفل المتأثّر

Study summary:

The study aimed to reveal the role of group therapy in improving the speech stream of the grooming child, a group therapy method for stuttering. For this purpose, a sample of 4 cases of children of the stomach aged 9-11 years were researched and chosen in a deliberate manner.

Gathering information We used the following tools to observe and interview The semi-experimental curriculum has been used to validate the hypothesis, using group therapy techniques and exercises, so we hope in the future that the children of the congregation will be among the collective treatments in order to achieve effective treatment while contributing to the development of new therapeutic methods lying in the lack of acute stuttering disorder within the community.

Keywords:

Group Therapy-Speech Stream-Grooved Child

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	المحتويات
أ	الإهداء
ب	الشكر والتقدير
ج	ملخص الدراسة
و	محتويات الدراسة
م	قائمة الأشكال
س	قائمة الجداول
01	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: مدخل الى الدراسة	
06	إشكالية الدراسة
07	فرضية الدراسة
08	أهداف الدراسة
08	أهمية الدراسة
09	لمفاهيم الإجرائية للدراسة
الفصل الثاني : اضطراب التأتأة	
11	تمهيد
12	1. تعاريف التأتأة
13	2. أسباب التأتأة
17	3-مظاهر التأتأة
20	4-نظريات التأتأة
25	5-أنواع التأتأة
27	6-مراحل التأتأة

28	7-تشخيص التأتأة
32	8-علاج التأتأة
50	خلاصة
الفصل الثالث : العلاج الجماعي	
52	تمهيد
53	1.مفهوم العلاج الجماعي
54	2- أهداف العلاج الجماعي
54	3-الأسباب التي أدت إلى العلاج الجماعي
55	4-مبادئ العلاج الجماعي
56	5.مزايا العلاج الجماعي
58	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع : إجراءات الدراسة	
60	تمهيد
61	1.الدراسة الاستطلاعية
61	2.عينة الدراسة
62	3.منهج الدراسة
62	4.الحدود الزمنية والمكانية للدراسة
64	5-أدوات الدراسة

70	خلاصة
الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج	
72	تمهيد
73	1-تحليل مقابلة الحالة الأولى
73	2-تحليل مقابلة الحالة الثانية
74	3-تحليل مقابلة الحالة الثالثة
75	4-تحليل مقابلة الحالة الرابعة
76	5-النتائج المتوصل إليها من خلال دليل المقابلة مع الأولياء
80	6-مناقشة الفرضيات
82	7-استنتاج عام
84	الخاتمة
87	قائمة المصادر و المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	اسم الجدول	رقم الجدول
17	مظاهر التأتأة الأساسية والثانوية	1
61	عينة الدراسة	2
63	مكان الدراسة	3
64	يلخص الميزانية الأرتوفونية للحالات	4
67	يمثل أهم التقنيات والجلسات الجماعية لعلاج التأتأة	5

المقدمة

لقد أنعم الله عز وجل على جميع مخلوقاته بنعمة التواصل وبطرق متعددة ولكل منها أسلوبها ولغته الخاصة بها، يستطيع من خلالها إشباع كثير من حاجياتها الرئيسية وتنظيم علاقتها المتغيرة مع أفراد نوعها، وقد ميز الله سبحانه وتعالى بين البشر عن باقي مخلوقاته بأن أنعم عليهم بمجموعة من الأجهزة والأنظمة الحسية يستطيعون من خلالها سماع الآخرين والتواصل معهم.

وتعد اللغة من أهم أدوات التواصل البشري المستخدمة كونها تعد بمثابة الوسيلة الأولى والأهم من بين طرق التواصل المستخدمة بين أبناء المجتمع، ويعد الكلام الجانب اللفظي من اللغة الذي هو من أعقد مظاهر السلوك الإنساني لدى البشر لاحتوائه العديد من الأجهزة و الأنظمة لمختلفة التي تعمل بشكل منظم ودقيق لكي تستطيع أن تتحكم بإصدار الكلام وإنتاجه بشكل منظم وذو دلالة.

وجاء في دراسة سحر الكعكي (1997) حيث أشارت إلى أن الكلام هو نتيجة السلوك الحركي يستلزم تآزر عضلي عصبي دقيق بدءا من التنفس والرئتين وصولا إلى استخدام عمليات صوتية نطقية ولا بد من مرور بها لضبط الهواء من أجل إنتاج الأصوات والتحكم في عضلات وأعضاء النطق.

ويشير فيصل الزراد (1900) اضطرابات الكلام بأنها تلك الاضطرابات التي تتعلق بمجرى الكلام أو الحديث ومحتواه وشكله وسياقه وتربط الأفكار والأهداف ومدى فهمه من قبل الآخرين وأسلوب الحديث والألفاظ المستخدمة وسرعة الكلام، وغن اضطراب الكلام يدور حول محتوى الكلام ومغزاه وانسجام ذلك مع الوضع العقلي والنفسي والاجتماعي للفرد المتكلم. (الزراد 1990، 210).

ولعلى أشهر اضطرابات التواصل والتي تمس الكلام نجد اضطراب التأتأة ولقد عرفه "غاردي" « Gard » (2002) على أنه اضطراب في التواصل يحدث بسبب عدم انسيابية تدفق الكلام يظهر في صورة تكرار أو تطويل أو توقف للصوت أو الكلمة والتي غالبا ما يكون

مصحوب بتوتر في أعضاء الجسم فقد يحدث بسبب صعوبة في عملية التنفس الغير منتظمة وعدم التحكم في مدة وسرعة إيقاع الكلام.

وتشكل التأتأة عائق في التواصل والتعبير عن احتياجاتهم وأفكارهم وهذا الاضطراب يظهر لدى الفرد منذ الطفولة نتيجة عوامل مختلفة طبيعية أو وراثية أو اجتماعية وخاصة النفسية التي تؤثر تواصل الفرد مع الآخرين حيث يتجنب المتأتى الحديث مع بعض الأفراد أو في بعض المواقف.

والتأتأة كما يعرفها البطانية (2002) انحباس أو تكرار أو إطالة للأصوات أو الكلمات أو أشباه الجمل بحيث يظهر المتكلم إلى التنفس ثانياً أو التوقف بضع ثواني قبل أن يخرج كلمة وتتوافق سلوكيات ثانوية كإغماض العينين وفتحها على نحو لا إرادي أو هز الرأس أو تحريك الرجلين (البطانية وآخرون 2002-1533) وبعد علاج التأتأة حسب المنظور المعرفي السلوكي يتعدد بتعديل الأفكار السلبية واستبدالها بأفكار إيجابية وعقلانية تتلاءم مع الموقف الذي يتعرض له الطفل المتأتى، ولقد أثبت كل من "باك" «Beck» أو "إليس" «Ellis» أن هذا النوع من العلاج هو الأكثر فعالية من العلاجات الكلاسيكية السابقة، وأما في الوسط الإكلينيكي أكثر فعالية لأنه يمنح المفحوص المعطيات المعرفية التي تساعد على تخفيف الأذى النفسي الذي يعاني منه وهذا ما ينعكس على كلام الطفل حيث يقوم العلاج على تعليم المتأتى سلوك الكلام من جديد.

باختلاف أسس العلاج ظهرت تقنيات علاجية للاضطراب التأتأة حاول الباحثين من خلالها الوصول لأنجح النتائج ومن الطرائق والتقنيات الحديثة التي تستخدم في علاج التأتأة هو العلاج الجماعي لتحسين الكلام للطفل المتأتى، وهذا بهدف تخفيف شدة التأتأة لديه والسيطرة على معدل الكلام وبناء خلفية قوية حول عملية تنظيم التنفس والتفاعل مع أقرانه المتأتى داخل الجماعة يزيد من نجاح العلاج ويعتبر هدفاً أساسياً لأي برنامج علاجي يسعى لتحسين مجرى الكلام لدى الطفل المتأتى.

ولذلك تم تقسيم البحث إلى فصول بحثية تتمثل فيما يلي الفصل الأول بعنوان الإطار العام للدراسة يتضمن مشكلة الدراسة ثم تساؤل الدراسة ثم تطرقنا لأهداف وأهمية الدراسة وبعدها التعاريف الإجرائية للدراسة.

أما الجانب النظري فيحتوي على فصلين بعنوان التأتأة وفصل آخر تحت عنوان العلاج الجماعي وأما الجانب الرابع فقد احتوى على الجانب التطبيقي للدراسة والذي تناولنا فيه إجراءات المنهجية للدراسة، وفي آخر فصل تناولنا فيه عرض وتحليل النتائج وفي الأخير الخاتمة وقائمة المراجع.

الجانب النظري

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. المفاهيم الاجرائية للدراسة

1- الإشكالية:

تعتبر اللغة تواصل يتفاعل بها الفرد مع مجتمعه فهي أداة للتعبير عن الرغبات و الحاجات وخاصة مع الأطفال فاللغة شأنها شأن الظواهر الاجتماعية الأخرى كالعادات والتقاليد والأعراف وأنماط السلوك وباعتبار أن أنماط السلوك تتغير مع تغير عصرنا الراهن فكذلك اللغة تصيبها من هذا التطور فهي ليست مجرد ضوضاء أو أصوات بدون معنى وإنما هي في حقيقة الأمر وجوهه لتجسيد معارف الإنسان وخبراته ودليل على نمط البيئة ككل فعلماء النفس من الأوائل الذين اعتبروها أساس الشخصية من خلال المظاهر الخارجية ومن بينها الكلام، الذي يصدر من خلال أقوال منطوقة (يوسف 2000 ص 181).

واللغة والكلام وسيلتان أساسيتان وجوهريتان لتبادل المعلومات والمشاعر والأفكار بين فردين أو أكثر نجد أن الأطفال يعبرون عن حاجاتهم ورغباتهم منه خلال الكلام واللغة وبصفة عام يتعلم الأطفال الصغار الكلام واللغة من خلال التفاعل على البيئة المحيطة بهم بما فيها من أفراد والأشياء متنوعة للعمل على إثراء حصيلة اللغوية والكلامية، لما يعد الكلام واللغة وسيلتان أساسيتان لتنمية المهارات الأخرى خاصة في مرحلة ما قبل المدرسة (نور العماوي 2014 - ص 26)

تعرف الاضطرابات اللغوية على أنها كل ما يعيق الفرد يتكلم سواء كانت هذه الاضطرابات راجعة للأسباب عضوية أو نفسية أو أسرية ويكون النطق مضطرب صعوبة في إصدار الكلام اللازم بالطريقة الصحيحة.

ومن بين هذه الاضطرابات التأتأة التي تعرف حسب منظمة الصحة العالمية بأنها القدرة على فعل ذلك ويرجع إل التكرارات اللاإرادية في التمدد الصوتي الذي يطرأ من خلال وضعية المتأتى. (سعيد حسني غرة 2006 ص 229).

وكذلك تعرف التأتأة من اضطرابات في السلامة الطبيعية و توقيت والكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية وتستمر مع الزمن وتعرف أيضا بأنها اضطراب يؤثر على عملية السير العادي لمرجى الكلام وتمديدات اللاإرادية عند إرسال وحدات الكلام.

وقد تعددت نظريات التي حاولت تقديم تفسيرات لظاهرة التأتأة في بعض النظريات إلى عوامل عضوية وراثية كنظرية السيطرة المحتممية والنظرية النيوروفسيولوجية في حين أشارت نظريات أخرى إلى أن العوامل البيئية الاجتماعية هي السبب في حدوث التأتأة كالنظرية الشخصية. (حسيب 2006، ص 925).

2-فرضيات الدراسة:

من خلال هذه التساؤلات المطروحة يمكن صياغة الفرضيات الآتية:

الفرضية العامة:

هل للعلاج الجماعي دور في تحسين مجرى الكلام لدى المتأتى؟

الفرضية الفرعية:

هل للعلاج الجماعي دور في تحسين مجرى الكلام لطفل مصاب بالتأتأة؟

الفرضية العامة:

نعم للعلاج الجماعي دور في تحسين مجرى الكلام لدى المتأتى؟

3- أهداف الدراسة:

- إن هدفنا الأول من هذه الدراسة هو تقديم تقنية علاجين لتحسين مجرى لدى الطفل المتأثري، حيث أن تحقيق ذلك يكون من خلال دور العلاج الجماعي لدى الطفل المتأثري بالاعتماد على تحسين مجرى الكلام لدى الطفل المتأثري.
2. إضافة أسلوب جديد في تحسين مجرى الكلام لدى المتأثري.
 3. دراسة تأثير العلاج الجماعي لدى المصاب بالتأتأة.
 4. الكشف عن دور العلاج الجماعي وتأثيره ذلك على اضطراب التأتأة.
 5. اقتراح تقنيات علاجية جماعية خاصة بالتأتأة.
 6. إثراء البحث العلمي في مجال الأرففونيا، للتكفل بالطفل المتأثري.
 7. إضافة تقنية جديدة تعمل بمبدأ العلاج المعرفي السلوكي لتحسين مجرى الكلام لدى الطفل المصاب بالتأتأة.

4- أهمية الدراسة:

دراستنا هذه جاءت كمحاولة منا لإبراز أهمية العلاج الجماعي في التكفل باضطراب التأتأة لدى الطفل وكيفية الاستفادة من البحث العلمي. المتعلق بدور العلاج الجماعي والربط بينهما؟

حيث خصص دور العلاج الجماعي التي تم استخدامه في تحسين مجرى الكلام لدى الطفل المتأثري من خلال تدريبه على تقنيات علاجية جماعية ومساعدته في تحدث بطريقة صحيحة وسليمة.

5- المفاهيم الاجرائية للدراسة

العلاج الجماعي: هو نوع من أنواع العلاج النفسي يهدف إلى علاج بعض الاضطرابات النفسية من خلال جمع مجموعة من العملاء في وقت واحد حيث يعتمد هذا النوع من العلاج على عمليات التفاعل وتبادل المعلومات والخبرات والمشاعر بين أعضاء الجماعة لتحقيق الأهداف العلاجية المشتركة.

التأتأة: هي عدم الطلاقة في سيولة الكلام بشكل يلفت النظر والمتأتئ يكرر حرفا أو مقطعا بشكل لا إرادي مصحوبا باضطراب في التنفس وحركات غريبة في اللسان مما يسبب له الخجل و الارتباك والعزلة وهي لدى الذكور أكثر من الإناث.

مجرى الكلام: وهو أن يقدم المتكلم على استخدامه اللغة استخداما لا يحوجه إلى بذل التفكير في الصيغ الصحيحة والسرعة اللازمة للاتصال اللغوي العادي مع الآخرين وهو بلوغ المتكلم الطلاقة المعتادة التي تتميز بالإيقاع من خلا نتابع وحدات لكلام وباختلاله يختل هذا الأخير، وهناك من يرى مجرى الكلام هو عدد الكلمات الملفوظة خلال دقيقة من الزمن والتي تحدد تسعين كلمة أو ما يقاربها عند الشخص العادي.

الفصل الثاني : اضطراب التأتأة

1. تعريف التأتأة

2. أسباب التأتأة

3-مظاهر التأتأة

4-نظريات التأتأة

5-أنواع التأتأة

6-مراحل التأتأة

7-تشخيص التأتأة

8-علاج التأتأة

تمهيد:

تعتبر التأتأة إحدى اضطرابات اللغوية الأكثر انتشاراً سواء عند الأطفال المتدرسين أو في مرحلة ما قبل التمدرس خاصة مرحلة الثلاث الأربع أو الخمس سنوات التي تعتبر مرحلة حساسة عند الطفل المرتبطة باستقلاله عن أمه فلقد عرفت منذ القدم بأنها اضطراب لغوي صعب لأنه يعيق عملية التواصل اللغوي ويزداد في التعقيد كلما تقدم المتأتم في السن. فحاول البعض تفسيرها على أنها اضطراب نفسي عصبي وحاول البعض الآخر إرجاعها إلى مرحلة الطفولة الأولى كما اعتبرها آخرون مشكل في التنسيق بين القدرات الإدراكية والقدرات العصبية الحركية.

1. تعريف التأتأة:

مفهوم التأتأة:

1/التأتأة عبارة عن اضطراب يؤثر على عملية السير العادي (الطبيعي) لمجرى وسيولة الكلام فيصبح كلام المصاب يتميز بتوقفات وتكرارات وتمديدات لا إرادية مسموعة أو غير مسموعة عند إرسال وحدات الكلام (محمد حولة 2011 - ص 42).

تعريف التأتأة:

هي اضطراب وظيفي يمس الإيقاع الكلامي ويعرقله ويتمثل في تكرارات لفظية أو توقفات بسبب شد الهواء حيث يصبح ميكانيزم التنفس عكسي أي يأخذ الطفل الذي يعاني من التأتأة الهواء من الفم بدل الأنف.

وقد يصاحب التأتأة سلوك حركة متوتر يمس عضلات الوجه بمثل.

غلق العينين وفتحهما وإمالة الرأس (حورية باي- علاج اضطرابات اللغة- سنة 2002، ط1، إمارات العربية، دار الفكر للنشر والتوزيع، ص 68).

حسب فرونسوا لويش 1987 Froncois lehuiche

يصف الباحث سنة عيوب محددة مقارنة مع الكلام العادي يميز السلوك الجسدي العقلي للمتأئي عندما يتأئي، فهو يصف التأتأة بأنها المستوى المتوسط أي بين المستوى السطحي المتمثل في الأعراض بين المستوى العميق المرتبط بالعوامل النفسية المؤدية للتأتأة وهذه الطرق والعيوب هي:

1. القيام برد فعل غير طبيعي (منعكس لا إرادي أثناء المتكلم)
2. فقدان الرغبة في التواصل مع الآخرين مع فقدان الكلام التلقائي.
3. فقدان الاستماع الذاتي.
4. فقدان سلوك الهدوء.
5. تغيير وتعديل التعبير

6. فقدان إمكانية التكلم عن الصعوبات التي يواجهها أثناء الكلام وتقبل المساعدة من

الآخرين Froncoise estienne & all, 2015, p 16

حسب قاموس الأرتفوني le Dictionnaire d'or

تعرف التأتأة بأنها اضطراب وظيفي في التعبير الشفهي تؤثر على إيقاع الكلام أثناء وجود المخاطب فهي تسجل في إطار أمراض الاتصال حيث تتنوع وتختلف أعراض التأتأة أثناء الحديث منه تشخص لآخر ما بين تكرار لمقطع وإطالة الصوت وتوقف تشنج أثناء التنفس وحركات تخص الوجه والعنق.

(Frédérique Henry 2011, p 361)

تعريف هبة عبد الحليم:

التأتأة هي اضطراب في الاتزان الانفعالي والطلاقة العادية من الكلام والشكل التزامني ونفس الشبكات الانفعالي الذي يتسبب عنه اضطراب في سمات الشخصية مثل عدم الثقة بالنفس، للتعرض لدمور في اللياقة والانسياب في الحديث ووضوح المعاني والكلمات و النطق الجديد للجمل (هبة عبد الحليم، 2011، ص 71).

تعريف التأتأة: تعريف إجرائي: هي اضطراب عند خروج الكلام والتحدث حيث يجد المصاب صعوبة في النطق، قد تكون أسوأ عندما يكون الشخص متحمسا أو منعيا أو تحت ضغط.

2. أسباب التأتأة:

لا تزال أسباب التأتأة مجرد فرضيات ورغم تطور البحوث والدراسات إلا أن الأسباب الحقيقي للتأتأة لا تزال غير واضحة فالأسباب الموجودة لا يمكن القطع بها وتعميمها وفي مايلي عرض لهذه الأسباب.

1-2- سبب الجنس:

أوضحت دراسات Pialaux 1975 بأن التأتأة تصيب الذكور أكثر من الإناث وهذا لأن الآباء يكونون عموماً أكثر صرامة على الذكر أكثر منه على الفتاة، و لأن لغة الإناث تتطور بسرعة أكثر مقارنة بلغة الذكور، كما أن هناك دراسات تحاول إرجاع هذا إلى عامل الهرمونات الذكرية بحثية ممكن أن تكون مسؤولة عن التأتأة. (محمد حولة 2011 ص 44-45)

أسباب نفسية والبيئة:

تغير التأتأة أحد أعراض القلق والصداع النفسي عند الطفل وعدم شعوره بالأمن والطمأنينة النفسية وأنها تحتاج التي تحتوي على صداع وعلى موقف شعوري مقاوم لم يجد طريقة إلى رد الفعل.

كما يعتبر أيضاً نتاجاً للمخاوف والوساوس وكذلك للصددمات الانفعالية التي تواجه الطفل ولشعوره بالنقص والإحباط في مواقف تنافس (عبد الختانة، 2013 ص 100).

كما يشرح محمد زياد حمدان أسباب التأتأة و يربطها إلى الأسرة فحسب هناك ظروف ومشيرات مختلفة وراء تطور الاضطراب الحالي لدى الناشئة وعندما لا تقوى دفاعات عضو الأسرة النفسية والعصبية على مقاومة هذه الظروف والمثيرات تحتل توقيت حركات عضلات الكلام وتشتت التغذية الراجعة السمعية وتتحرف وظائف الدماغ اللغوية عن مواقعها، العصبية العادية مؤدياً كل ذلك إلى اضطراب كلامه بالتأتأة حيث لوحظ عيادياً في هذا الإطار عند تصوير الأنشطة العصبية المختلفة بالدماغ ظهور تحولات عصبية في عمل الجانب الأيسر من الدماغ المختص في العادة باللغة والكلام إلى الجانب الأيمن المختص بدوره بالتصور، الفنون، الجماليات (حمدان، 2005، ص 160).

الأسباب الاجتماعية:

إن الحياة الاجتماعية لها دور فعال في تربي الطفل تربية سليمة وخالية من كل قلق أو اضطراب فهي تؤثر بشكل مباشر في تشكيل شكل شخصية الطفل وتكوينه ثقافية وانفعاله، فشخصية الفرد تتطور ضمن الإطار الاجتماعي الذي يتعرع فيه ويتفاعل معه من حيث يولد الشخص مزودا بمجموعة من الاستعدادات الجسمية والعصبية والنفسية تطورها المؤثرات المختلفة من البيئة الاجتماعية بما فيها الأسرة لذلك يجب أن تتوفر في أجواء أسرته بعض الأمور الضرورية منها مايلي:

- الشعور و الإحساس بالعطف والمحبة من قبل الوالدين والأخوة.
- التشجيع المستمر من طرف أفراد العائلة على المنافسة المشروعة بين الأطفال في اللعب والدراسة.
- محاولة إبعاد الطفل عن الأفراد في الأناية وحب الذات يتعلم كيف يحترم الغير.
- اكتساب الطفل مجموعة من التقاليد والعادات كطريقة الكلام وكيفية مخاطبة الناس ولهذا قد لوحظ أن الأطفال الذين يعيشون في جو عائلي مضطرب كوجود خصام مستمر بين الوالدين أيهم أثر عرضة للإصابة بالتأتأة في فراق الأم أو الخوف من فراقها قد يولد التأتأة كما تلعب المدرسة دورا فعالا في إصابة الطفل بالتأتأة فإذا كان الطفل قد تعرض للسخرية والاستهزاء من زملائه، وتوبيخ من المدرسة مما يجعله يستمر في التأتأة وما يعقد أموره أكثر فأكثر (حامد زهران، 1984 ص 517).

أسباب وراثية:

أكدت الدراسات التي قام بها أطباء ومختصون أن الوراثة عامل أساسي التي يجعل الطفل عرضة للإصابة ببعض الاضطرابات، سواء أن يولد بها، أو أن يظهر عليه فيما بعد وهذه الاضطرابات أو العيوب تعتبر موزونة سواءا بوجودها لدى أحد الوالدين أو عند أحد أسلافهم والتأتأة بدورها قد تعود أحيانا إلى أسباب وراثية (محمد حولة 2011، ص 45).

أسباب عصبية:

أعظم العمليات المعرفية الخاصة للإنسان هي اللغة والقدرة على الكلام، هذه الخاصية تساعد على التواصل مع العالم الخارجي والتعبير عن الأفكار والأحاسيس.

والكلام هو القدرة على إنشاء رموز ودلائل صوتية ترجع إلى شيء ما هو لمدلول والوصول إلى هذه الغاية يحتاج الإنسان إلى أعضاء نطقية و بنيات عصبية سليمة لأنها مسئولة على الإنتاج العادي.

الفضل يعود إلى العالمين بروكا BROCA و فرنيكي WERICKE اللذان وضعوا أول جدول عيادي لتحديد أول باحات عصبية مسئولة عن اللغة نتيجة إصابات الدماغية وذلك بواسطة التشريح L'autopsie وبعد تقدم على التصوير الإشعاعي تم تحيد بأكثر دقة مناطق أخرى للدماغ وظائفها وتحديد البنيات العصبية المتداخلة للعمليات المعرفية وأهمها.

الباحات الحسية الأولية les aires sensitives primaires ودورها هو النقاط ودماج المعلومات الواردة من الوسط الخارجي (بفضل الحواس) ثم تنتقل هذه المعلومات إلى الباحات الحركية الأولى les aires motrices primaires بمسؤولية على التنسيق الحركي لردود الفعل وتمثل هذه المنطقين من القشرة الدماغية.

le cortex cérébrale أي القشرة العلوية للدماغ التي تحتوي أساسا على مادة رمادية، إما القشرة التحتية للدماغ فتحتوي على المادة البيضاء أو الألياف العصبية التي تنقل الرسالة العصبية من منطقة إلى أخرى أما 92% الباقية من القشرة فهي ما يسمى باللحاء الترابطي.

Le cortex associatif الذي يدرس و يحلل الرسالة العصبية المتلقات من الباحات الحسية و يبعثها إلى الباحات الحركية لتشكيل إجابة.

إذا اللحاء الترابطي هو مركز العمليات المعرفية العليا في الدماغ يقوم بتخزين تركيب والتنسيق بين المعلومات الواردة.

أخيرا النظام الحافي le système limbique فهو الذي يسترجع الذاكرة الحسية المتعلقة بالرسائل، الخارجية الملتقطة ويعطي الإجابة طابعا انفعالي أولا.

3-مظاهر التأتأة:

كما يتضح من تعريف منظمة الصحة العالمية التأتأة يمكن أن تأخذ شكل تكرارات أو تطويلات أو توقف عن الكلام من دون وجود عائق نطقي لغوي، ويرافق هذه المظاهر الرئيسية مظاهر أخرى كالحشوة التي يضيف فيها المتكلم بعض الأصوات أو الكلمات أو العبارات بشكل ملفت للنظر.

جدول رقم 01 : مظاهر التأتأة الأساسية والثانوية

المظهر	مثال
التكرار	
تكرار جزء من الكلمة تكرار الكلمة	سا سا سا سا راح راح راح على بيتهم
الإطالة	
إطالة الصوت المقطع الإطالة الصامتة	ق... قلاقل. ما ... كسرتة رح ... تا
التوقفات	
التوقفات الصامتة ... صباح الخير التوقفات المسموعة أأأأ صباح الخير	... صباح الخير أأأأصباح الخير
الحشوات	
الصوتية الكلمات كاملة العبارة	أنا - أم عملت الواجب أنا-يعني - كملت الواجب راح-أنت يتعرف-راح يحكيك

(موسى محمد عمايره مقدمة اضطرابات التواصل ط2، سنة 2014، ص 147).

إن التأتأة اضطراب متعدد الأبعاد وعلى الرغم من أنها من أكثر اضطرابات التواصل شيوعاً إلا أنه يوجد حتى الآن تعريفاً دقيقاً لها فكل باحث يعرفها حسب نهجه وإطاره النظري فإن أفضل وصف للتأتأة هو أنها مجموعة من المظاهر الكلامية والسلوكيات والمشاعر والمعتقدات ومفاهيم الذات والتفاعلات الاجتماعية حيث تختلف هذه المظاهر من شخص لآخر فالتأتأة تؤثر على الطلاقة وسلاسة تدفق الكلمات المنتجة من قبل المتكلم فهي اضطراب معقد ومرتبطة بحدوث فعل.

حيث يظهر أداء المتأتمين على مدى واسع من الأعراض الظاهرة وغير الظاهرة بما في ذلك أعراض أولية أساسية وثنائية وفيزيولوجية نعرفها كمايلي.

السلوكيات:

1. التكرارات Les répétitions:

في ما يتعلق بالتكرار يمكن ملاحظة عدة أنواع فرعية: تكرار الجمل تنبه الجمل كلمات كاملة، أجزاء من الكلمات المقاطع والأصوات وفي معظم الأحيان يتم تكرار أول مقطع من الكلمة في الجملة.

2. التوقفات les blocages:

هي السلوك الذي يتم من خلاله توقف كلمة أو مقطع، حيث يحدث هذا التوقف عند الأصوات التي لا يمكن تمديدها، وتكون إما في مرحلة ما قبل النطق أو أثناء مرحلة النطق، وهنا يتم تعديل وتغيير النعمة لدى المتكلم و يرافق ذلك تشنجات وتوترات أثناء التصويت فهي تحدث بسبب محاولات فيزيولوجية يتم اجراءها من أجل استعادة السيطرة على الكلام وهذه المحاولات قد تكون مثل حركة إيمالة الرؤوس وتقلصات على مستوى الوجه هو أدوات الرأس.

الإطالات les prolongations:

قد يحدث هذا العرض بسبب تشنجات أثناء الإنتاج الأصوات حيث أنه في الغالب يمس الصوائت والتي يتم تمديدها لعدة ثواني وفي بعض الأحيان قد يمس الصوامت الحروف الساكنة.

المراجعة Révision:

يكون العرض في حال استخدام شبه الجملة أو حتى الجملة حيث يغيرها هذا العرض معنى الرسالة أو شكلها القواعدي أو القطر لكلمة .

التداخلات les interjections

في هذا العرض غالبا عندما يريد المتأتمئ كسب الوقت للإعادة السيطرة على الكلام التغلب على التوتر والتشنجات التي تحدث أثناء حدوث التأتأة.

(Didrkour ; 2017 p45-46)

السلوكيات الثانوية: تشمل مايلي:

- غمز العينين
- اهتزاز الرأس
- عبوس الوجه وكشرته
- توتر عضلي
- بذل مجهود عند محاولة الكلام
- تشنج عضلات الوجه والعيين والأطراف
- تحرك سريع للسان داخل وخارج الفم
- اختناقات تنفسية
- احمرار الوجه والعنق
- ومن الأعراض الغير ظاهرة نجد:
- إبدال الكلمات
- الحديث غير المباشر حول موضوع
- الرد بمعلومات غير صحيحة لتجنب كلمات محددة
- توتر عصبي
-

- ردود انفعالية غير متوقعة

(الزريقات 2005 ص 229،/ حمدي علي الفرماوي 2006 ص 167)

4-نظريات التأتأة:

التأتأة مثلها مثل اضطرابات الكلام الأخرى والتي لرأينا كيفية حدوثها وعلاجها فإنه هنا أيضا يمكن تصنيف عدد النظريات مفسرة لها وذلك اعتمادا على أحد اهتماماتها وتحصر هذه النظريات في الوراثة وتطور الطفل و العصاب و الاشتراط وفيمايلي عرض لهذه النظريات.

1.نظرية السيطرة المخية Dominance Cérébrale

ترى نظرية السيطرة المخية بأن التأتأة عرض اضطراب حيوي (بيولوجي) أو الاضطراب عصبي فسيولوجي داخلي معقد ومن أكثر النظريات شيوعا في هذا المجال نظرية أورتوت ترافيس للسيطرة المخية Orton of cerebral dominance وتقول هذه النظرية بأن الطفل يميل إلى التأتأة في كلامه بسبب غياب سيطرة جانب الدماغ في ضبك الأنشطة الحركية المستخدمة في الكلام وقد جذبت هذه النظرية اهتمام الباحثين لسنوات عديدة وانتهت بنتائج متضاربة حول صحتها حيث أشارت نتائج تصوير الدماغ باستخدام أجهزة مختلفة مثل (PET) إلى فروق في نشاط الدماغ لدى الأشخاص الذين يعانون من التأتأة مقارنة مع غيرهم من الأفراد العاديين وقد أعادت هذه النتيجة لاهتمام من جديد بهذه النظرية.

2.النظريات البيوكيميائية والفسولوجية:

يرى ويست West بأن التأتأة هي نتيجة لاستعداد وراثي وقد أكد ويست West عام 1958 على حالة عدم إتزان الدم السكر لدى الشخص المتأثى خلال التأتأة وترتبط هذه النظرية في أبحاث الأيض الأساسي و كيكياء العدم وأمواج الدماغ والتوائم والعوامل الفسيولوجية العصبية.

كما أكدت نظريات أخرى على أهمية التغيرات الدينامية الهوائية الفيزيولوجية التي تظهر في الجهاز الصوتي خلال الكلام والتي تقوم بأن التأتأة مشكلة في التصويت والتنفس الهوائي والنطق كما أشارت النظريات أخرى إلى التحويلات الهواء كما يرى آخرون أن عنصر التنسيق والتوتر الزائد في منطقة الحنجرة كعوامل مسببة للتأتأة و ينظر باحثون آخرون إلى أن عدم السيطرة على النشاط الحنجري بسبب التأتأة.

3. النظريات الجينية Genitic theory

لقد أشارت دراسات الأسر التي تعاني من تأتأة إلى احتمالية أن يكون للتأتأة أساس جيني مسئول عن استمرارها أو ظهور لدى بعض الأفراد المتأثتون أن الأساس الجيني للتأتأة يأتي مع الحقيقة التي تؤكد عدم تحديد أي عيوب بيولوجية بسبب التأتأة، وحتى في حالة تحديدها فإن العوامل البيئية أيضا تؤثر على نظرها و مع هذا الأساس الجيني للتأتأة فإنه لا تال الحاجة ملحة للأجراء.

المزيد من الأبحاث لتحديد الآلية التي تؤثر فيها الوراثة لتتمكن من فهم أفضل التأتأة.

4. النظرية العصبية النفسية اللغوية Nerou pshycholinguistic Theory

طور هذه النظرية كل من بيوكنزوكيت و كورلي Perkins kentet and curlée عام 1991 وتفسر هذه النظرية إنتاج الكلام الطلق والكلام المتأثأ و التشوه غير المتأثأ في الكلام من خلال منظور عصبي نفسي لغوي فالكلام الطلق يتطلب عنصرين هامين هما النظام اللغوي أو النظام الرمزي Linguistic or symbol system والنظام ما وراء اللغوي أو الإرشادي Paralinguistic or signal system ويتحكم بهذين النظامين من خلال وحدات عصبية مستقلة ترتقي بنظام مخرجات مشترك و يتطلب الكلام الطلق اتساق زمني دمجي دقيق حتى يحقق النظام المشترك وا إذا لم يحدث الاتساق الدقيق يتباين العنصرين فإن نتيجة يكون خلل في الطلاقة ويدرك المستمع فقدان السيطرة أو اضطراب يسمى التأتأة، وقد أضاف أصحاب هذه النظرية عامل ضغط الزمن Time prassure وهو الضغط الذي يحتاجه المتكلم البعدي والاستمرار و الأسرع في الكلام فإذا كان ضعف في الضغط الزمني فإن الفشل

في الطلاقة يكون مؤقت واختلال الطلاقة غير متأتاً وكذلك قدم كل من بوستا وكولك (posta & kolk) عام 1993 نظرية يقول أصحاب هذه النظرية أن التأتأة نتيجة لعيب في الترميز الصوتي للكلام و يتضح هذا الطب في عنصر المراقبة لنظام إنتاج الكلام والتي تنتج في خطأ النقاط الأخطاء و يحاول الجهاز القيام بتصحيح ذاتي لهذه الأخطاء من خلال تنفيذ مؤقت لهذه العمليات المعقدة وبالتالي إنتاج صوت التأتأة.

5. نظرية الفشل العصبي فسيولوجي Neurophysiologic Breakdown Theory

على الرغم من تعدد النظريات المفسرة للتأتأة فهي في الحقيقة لم تقدم تفسيراً واضحاً محدداً لأصول هذه الظاهرة الكلامية وتغير نظرية لفشل العصبي الفسيولوجي وخدمة النظريات المعاصرة التي تحاول تفسير التأتأة فقد ساهمت دراسات تصوير الدماغ في تزويدنا بمعلومات جديدة مثيرة للاهتمام من خلال استخدام أدوات تصوير الدماغ مثل (EEG) و (SPET) و (PET) و (MRI) و (CT) و (QEEG) فقد تمكن كل من واتسون و فريمان (Watson an Freman 1997) من الوصول إلى استنتاج مفاده أن التأتأة تحدث بسبب فشل عمليات الجهاز العصبي الفسيولوجي التي تدمج العمليات الحركية واللغوية والمعرفية وهذا الاستنتاج يلقي بالضوء على القدرات الوظيفية للدماغ لدى الشخص المتأتم، وقد أكدوا أيضاً انجهم وملاؤه (Ingham 2000) وجود علاقة بين التأتأة والنشاط العصبي غير الطبيعي بالمقارنة مع الأشخاص العاديين.

6. نظرية الشخصية الجينية - الدلالية الجينية: Diagnosogenic - Semontogenic

Therorys

طور هذه النظرية ويندل جونسون (wendel Johnson) كما سميت بالنظرية النمائية

Development theory ونظرية مقاومة التوقع Anticipatory struggle theory

يرى جاستون (Johnson) أن تشخيص التأتأة من قبل الآباء يوفر بيئة الفرق و الإعاقة

حيث يبدأ الطفل بالكلام غير الطبيعي كاستجابة للقلق والضغوطات و الانتقادات الآباء، حيث

يستجيب كل من الآباء والطفل لفكرة الإعاقة أكثر من سلوك الكلام الطفل ويقول جونسون Johnson إن التأتأة تبدأ في إذن الآباء قبل فم الطفل.

ولكن يبقى السؤال التالي قائم هي الانتباه الزائد للاختلال الطلاقة يؤدي إلة زيادة تكرارها. (ابراهيم عبد الله فرج الزريقات 2005، ص 237)
النظرية المعرفية:

تفترض هذه النظرية أن التأتأة تعزز بعدم قدرة الطفل على التعبير الصحيح و اعتقاد الطفل أن عملية التكلم صعبة، ونتيجة للاختلالات التي تحدث أثناء الكلام يزيد احتمال التأتأة، وهكذا يجد الطفل نفسه عالقا في دورة و إن الدراسة النفسية للتأتأة تظهران لطفل عندما لا يستطيع التعبير عن نفسه بطرائقة سليمة يزيد منه الإحساس بالخوف القلق والارتباك، والتقليل منه لنفسه و ينتج عن هذا اعتقادات سلبية عما يزيد في خيبته وخيبة والديه (بوسعيد، 2012، ص 24).

نظرية ألفا المستشارة Excitabi Lity Alpha

تنص هذه النظرية على الاعتقاد بوجود عامل فيزيولوجي عصبي يمكن أن يفسر التأتأة فقد افترض ليندسلي lindsley (1959) معتمدا على وجود بعض التعبيرات في تخطيط كهربائية الدماغ (EEG) عند المتأتئين أنه يوجد زيادة ونقص في الإثارة الدماغية تصاحب الجهد الكهربائي المكون لموجات ألفا في تخطيط كهربائية الدماغ، وعليه فإن خلايا القشرة الدماغية تكون في أقصى استشارتها في قمة الموجة وتكون غير مستشارة في نهاية الموجة وهذا يعني أن في جميع الأوقات توجد خلية أو أخرى من خلايا الدماغ في حالة من النشاط مما يؤدي إلى سرعة الاستقبال الحسي شاملة للتغذية الجينية المرتدة وبالتالي سرعة السلوك الحركي الكلامي، كما يحدث التأتأة نتيجة لعدم توافق المنبهات الحسية والسلوك الحركي للكلام مما يؤدي إلى تكرار الأصوات كما يمكن تفسير سبب حدوث التطويل الذي يحدث أثناء نطق المتأتئ على أنه حدوث لمنبه حسي متأخر قليلا عن موجة ألفا المستشارة فيحاول المتأتئ النطق قد حدث تطويل في الصوت حتى يتزامن مع موجة ألفا التالية.

جاءت النظرية ألفا المستشارة لتفسير التأتأة على أساس فيسيولوجي فقط ولم تهتم بدور العوامل النفسية والاجتماعية ولم تقدم هذه النظرية دليلا قاطعا على أنه موجة ألفا المستشارة هي المسؤولة لمفردها عن حدوث التأتأة. (محمد لمحمود النحاس، 2006، 114-115).

النظرية البيئية الاجتماعية:

إن الأطفال الذين يخافون بشكل أساسي من أن يحط من قدرتهم وحديتهم بشكل عام بكلمات أو تعليقات أو انتقادات ينتابهم الخوف والقلق وعندما ينتابهم الخوف تظهر التأتأة أثناء الكلام وتتقطع كلماتهم وتنتشت أفكارهم فيشعرون بالدونية وعدم الجدارة والكفاءة ويلجئون إلى التجنب والانسحاب.

ويرى محمود حمودة (1999) إن الكلام يعد نشاط اجتماعيا ولذا فإن الطفل يعبر عن موقفه الاجتماعي السيئ بحدوث التأتأة حيث ذأن عدم التشجيع إجراج الطفل في موقف الكلامية وقهره وعدم الشعور بالأمان داخل الأسرة أو المدرسة كل هذه عوامل اجتماعية تهيئ الطفل لحدوث التأتأة (أسامة فاروق مصطفى سالم 2014، ص 150).

النظرية الفونولوجية الصوتية: la théorie phonologique et phonétique

إن التأتأة حسب النظرية الفونولوجية الصوتية عبارة عن عدم تنظيم وحدة الإرسال وسوء ضبط البيراميتيرات فوق المقطعية Paramètres suprasegmentaux (قاضي، 2008، ص 38)

نظرية التحليل النفسي:

إن المشاكل النفسية الكثيرة التي يتعرض لها الطفل منذ الطفولة إلى البلوغ لها تأثيرها العميق في نفسية الطفل وبالتالي تنعكس على شخصية هذه المشاكل التي إذا لم يستطيع الطفل تجاوزها فإنها نكبت وتحدث صراعات نفسية عصبية وهذا ما يؤثر على الناحية العلائقية للطفل أي علاقة الطفل أن يؤدي إلى وجود صراعات ممكن أن تؤثر في سلوكيات الفرد، وهذه الصعوبات قد تتزامن مع فترة الطفولة وتزداد في فترة المراهقة وتكون عرقلة كبيرة في التبادل اللفظي أو الاتصال اللفظي.

وحسب مفهوم التحليل النفسي فإن التأتأة هي "حالة عصابية" حيث يرى العالم ستين stein بأن التأتأة عبارة عن نكوص لغوي راجع إلى مرحلة ما قبل اللغة في الحياة الطفولية الأولى.

في حين يرى بعض الباحثين أن التأتأة هي وسيلة للتغلب وتجنب الوقوع في شخصيته ذهانية، فالمتأتى يتميز بنسبة نفسية جد ضعيفة.

وأن كلام المتأتى يعني تحويل مشكل عاطفي أساسي وعلى هذا فالطفل المتأتى يعبر عن صراعات داخلية عبر تأتأته (فيدوم زينة 2015، ص 8-9).

5-أنواع التأتأة:

التأتأة عدة هي:

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

*التأتأة المعتدلة: تبدأ بين ست و الثماني سنوات من العمر و تستغرق منه سنتين إلى ثلاث سنوات.

***التأتأة الدائمة:** تبدأ بين سن الثالثة والثامنة من العمر وتستمر مدة طويلة، إلا إذا علجت بأسلوب فعال.

وتعد التأتأة التي تظهر بعد عمر الخامسة أكثر خطورة من تلك التي تظهر في عمر مبكر يصاحب التأتأة عادة بعض التغيرات اللاإرادية على الوجه مثل تعقيدات الوجه، و طرف العين وبعض الحركات بالأيدي والأقدام، كما قد يصاحبها أيضا غير منتظم (محمد محمود التحاسب سيكولوجية تخاطب ص 47).

وقد صنفها دياي إلى أربع جداول عيادية:

1.تأتأة فيزيولوجية:

تظهر ما بين 3 إلى 6 سنوات الميكانيزم نفس دفاعي عند الطفل يجلب اهتمام الوالدين وانتباههما وقد يختفي عند دخوله المدرسة.

2.تأتأة تشديدية:

تتمثل في الشد على المقطع الأول من الكلمة أو تكرار الكلمة الأولى في الجملة.

3. تأتأة ارتجافية:

تتمثل في تكرار المقاطع الصوتية داخل الكلمات وفي وسط العمل.

4. تأتأة مختلطة:

تتمثل فيها خصائص النوعين: الأول والثاني.

5. تأتأة تشبيلية:

تتمثل في تشبيل الكلام وعرقلته ويصاحب ذلك سلوكه حركي متوتر يمس عضلات الوجه يؤدي إلى احمراره (حورية باي لعلاج اضطرابات اللغة، سنة 2002، ط1، إمارات العربية دار القلم للنشر والتوزيع ص 18).

6-مراحل التأتأة:

المرحلة الأولى

وفي هذه المرحلة التأتأة تصبح مزمنة أكثر والطفل يفكر بنفسه كشخص متأني وتظهر التأتأة في جزء كبير ككلمة ويظهر الطفل ردود فعل قليلة للصعوبات التي يواجهها في الكلام وبسبب ظهورها في سنوات المدرسة الابتدائية يكون الاضطراب فيه مزمنًا، ويصبح هؤلاء الأطفال على وعي بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متأنين.

المرحلة الثانية:

من سنة الثامنة إلى سن البلوغ وتكون في الأغلب لدى الأطفال في سن العاشرة حتى بداية مرحلة المراهقة والتأتأة في هذه المرحلة تظهر حس المواقف.

المرحلة الثالثة:

حيث يخاف الطفل المتأني من توقع التأتأة في كلمات والأصوات والمواقف الكلامية لما يظهر الشخص دورات حول الكلمات المشكلية ومحاولة استبدالها (هالة إبراهيم، رحاب محمود صديق ص 35-36).

المراحل التي وصفها فان راسبير:

أ.المرحلة الأولى: وتمتاز بتكرارات سهلة لبداية الكلمات أو امقاطع اللفظية للجمل وغير مصحوب بإشارات أو علامات انفعالية أو ضغط النفس.

ب.المرحلة الثانوية: وتمتاز هذه المرحلة بوعي الشخص المتأنا باختلال الطلاقة لديه مع محاولة تعديلها وهذا إشارة إلى بداية توقعها والخوف المرتبط بالتأتأة.

ج.المرحلة الانتقالية: وتظهر هذه المرحلة بين المرحلة الأولية والمرحلة الثانوية وتظهر علامات لاحباط والمفاجأة والتجنب للكلام مصاحبة مع جهود المبذولة في تكرارات و الإطالات في الكلمات والمقاطع اللفظية ويؤدي تصور هذه المرحلة إلى الانتقال المرحلة

الثانوية. (سميحان الرشيدى، التخاطب واضطرابات النطق والكلام، جامعة الملك فيصل، 1395 هـ - 1987 هـ ص 21).

7-تشخيص التأتأة:

ملاحظة:

لا توجد طريقة أفضل وأدق من غيرها لتقييم التأتأة حيث تختلف الطرق المستخدمة باختلاف لأشخاص ويعود التباين في طرق التقييم وفقا للأعداد النظري والتدريب المهني الأخصائي الأرففوني و إلى الأسلوب الشخصي له.

ويتطلب التشخيص التأتأة من الأخصائي الأرففوني أن يكون حساسا للعديد من العوامل أو يقاوم الكلام، وكذلك من الضروري تحديد اتساق واستمرار الاستجابات الكلامية وتاريخها والأحداث المؤدية أو المسببة للتأتأة مثل بعض الأحداث المحددة وردود الفعل الناتجة لدى المستمع، كما وتساعد هذه المعلومات في التمييز بين اختلال العلاقة الطبيعي والتأتأة، ولغير التمييز بين الحالتين الإكلينيكيتين من أهم واجبات أخصائي التشخيص فاختلال طبيعي خلال مرحلة تطور اللغة لديه وهي بذلك هيل Hill 1995 في دراستها لتقييم لغة الأطفال ذوي اضطرابات التأتأة والتي أوضحت أن التشخيص لابد وأن يتضمن دراسة لحالة وتقييم الطلاقة، بالإضافة إلى تقييم لمهارات اللغوية وأساليب المعاملة الوالدية، ولهذا فإن عملية التشخيص تكون على النحو التالي.

دراسة الحالة:

حيث يقوم أخصائي بجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة من المقابلة الشخصية المباشرة مع المفحوص إذا كان راشدا أما إذا كان طفلا تتكون المقابلة مع الوالدين والطفل ويكون الهدف من هذه المقابلة هو جمع معلومات عن تاريخ الاضطراب من حيث بداية التأتأة وتطورها وعن مسبب ظهورها في رأي المتأتى سواء (الدراسة).

أو الوالدين إذا كان طفل والعلاجات السابقة والمشاكل النفسية والاجتماعية والاقتصادية والعلاقات الشخصية وكل معلومة عن المصاب يرى المختص أن لها أهمية في تشخيص الاضطراب.

فحص وتقييم طريقة الكلام: إذ يجب فحص وتقييم الكلام المتأتئ وذلك من خلال الحديث المباشر معه، حيث يعطينا هذا الأسلوب الحوارى فكرة كاملة وشاملة عن نوع الاضطراب، الاضطراب المصاحبة له وردود الفعل الانعكاسية لدى الحالة: أما بالنسبة للأطفال قمت من خلال ملاحظة الكلامية مع والديه مع والد وحوار معهما وهنا يمكن التعرف عن قرب عن علاقة الطفل بوالديه وكيفية تعاملهما معه، كم يمكن التعرف على انفعالات الطفل المصاحبة للاضطراب.

التشخيص الفارقى: حيث في هذه الرحلة على الفاحص أن يتعرف عن ما إذا كانت الحالة تعاني من اضطرابات لغوية أخرى إن وجدت وما مدى تأثيرها على التأتأة وهذا بهدف تحديد الخطة العلاجية المناسبة، فيجب على الأخصائى أن يشرف بين التأتأة وبين اضطرابات لغوية أخرى مشابهة ويستعد مجموعة الاضطرابات التالية.

- صعوبة العقلي le retardmentol والذي يتضمن ضعف الوظيفة العقلية على عكس الاضطراب اللغوي.

- صعوبة الاتصال les difficultes de communication

- البحة التشنجية la dysphonie spasmodique هي عبارة عن اضطراب يمس النساء بشكل خاص بعد السن الخمسين بحيث هناك تشابه واضح بينهما وبين اضطراب التأتأة الشديدة bégaiement séuère وقد افترض أن البحة التشنجية هي شكل من الأشكال الإكلينيكية الغير متطورة ومظهر خارجي للتأتأة عند النساء.

- البيرارترى La dysartrie: وهي عبارة عن اضطراب نطقى ذو أساس عصبي يحدث اضطرابات في سلاسة الكلام la disflunce والتي تتخذ حسب لودلو (1991) C.Ludlou نفس المظاهر الإكلينيكية الموجودة في اضطراب التأتأة.

- مرض باركنسون Maladie de parkinson حيث نجد عرض والذي Echolalie عن تكرار répétition لكلمة أو جملة وقد يصل المصاب إلى عشر ترديدات لكلمة أو مقطع حسب y.le brun يكون ذلك مصحوب بسرعة كبيرة في مجرى الكلام Tachyphémie والتي يمكن أن تصل إلى 300 كلمة في الدقيقة مع انخفاض في حجم الصوت...الخ.
- متلازمة ستيل ريشاردون أو لوزكي Syndrome de steele-Réchardon Olewski
- الاثيتوزوز ملة كوري سانت غادي l'athétose et syndrome de chorée هي إصابات في النواة الرمادية المركزة مع اضطرابات كبيرة في سلاسة الكلام disflunce والتي ترجع إلى عدم استقرار الحركية العامة، ونفس المشكل نجده في المتلازمات الدماغية syndromes cérébraux والأكثر صعوبة في الديستونيا dystonie والديسكينيزيا dyskinésie البراكسيا الكلام (kent lebrum) aprascie de la parole
- الانارتريا les amarthrie وبالأخص في متلازمة التفكيك الفوشي syndrome
- De disintegration phonémique فشخص يتردد في اختيار الحرف وتكرار الأصوات الأولى.
- الحسية aphasie: بحيث هناك تشابه كبير بين الاضطرابات الخاصة في التأتأة les trouble d'ewocation spécifique (bégaiement)
- واضطرابات التذكر الخاصة في الحسية وحسب لوريا luria فإن التردد في البحث عن الكلمة في الحسية هي ترددات ولا شكل في حد ذاتها اضطراب التأتأة (قاضي 2008، ص 68-70).
- تطبيق المحاكاة التشخيصية للتأتأة: لقد ورد الدليل التشخيصي للأمراض العقلية والنفسية الطبعة الخامسة DSM5 عدة محاكاة لتشخيصه التأتأة، أهمها أن التأتأة تتميز بعدة مظاهر تستمر بالحدوث المتكرر والملاحظ لواحد أو أكثر ممايلي:
- التكرار الصوتي و اللفظي.
- توقفات ضمن الكلمة.

- وقفات في سياق الحديث مملوءة أو فارغة.
- الإطناب (استعمال بدائل الكلمات لتجنب الكلمات التي يحث فيها خلل).
- إنتاج كلمات مع زيادة التوتر الجسدي.
- التكرار الأحادي للكلمة.
- القلق أثناء الكلام فتعرقل ذلك التواصل الفعال والمشاركة الاجتماعية أو الأداء الأكاديمي أو المهني بشكل فردي أو جماعي (بن عربية، شوال 2006، ص 65-66)

جمع البيانات:

يعد ذلك يقوم الأخصائي بجمع العينات الكلامية من المتأثي والتي تتضمن عينات كلامية تلقائية وعينات قراءى إذا كان المتأثي قادرا على القراءة و لا يتم الاكتفاء بالعينات التلقائية ويقوم أثناء جمع العينات مراقبة كافة السلوكات الثانوية التي ترافق التأتأة وفي حال موافقة المتأثي أو أولى الأمر يقوم بتسجيل المقابلة و الحوار والقراءة بالصوت والصورة يتم تحليلها فيما بعد ومقارنة التحسن بعد البدء بنفوذ الخطة العلاجية.

يقوم الأخصائي بتحليل مظاهر التأتأة وتحديد ما إن كانت هذه المظاهر طبيعية أم أنها مؤشرات على وجود التأتأة أن نظرة عابرة إلى الجدل 6:1 تظهر أن معظم أنواع عدم الطلاقة يمكن مشاهدتها أيضا عند المتحدث الطبيعي.

وما يعتبر طلاقة طبيعية لا يتسم بالطلاقة، الكاملة فلا يمكن لأحد أن يتكلم بطلاقة كاملة في جميع الأوقات فالتفوهات مثل (آ، أم) وتكرار الكلمات والعبارات هي أمر شائع في حديث الأغلبية إن لم يكن عند الجميع كما أن التوقف لفترات متباينة في الحديث أمر شائع أيضا وبخاصة عند الأطفال الصغار أثناء تطويرهم المهارات اللغوية، ويمكن أيضا مشاهدة تكرار أجزاء من الكلمة وإطالة الأصوات في الكلام اليومي عند معظم المتكلمين فكيف يمكن إذا تمييز الشخص الذي يعاني منه التأتأة عن شخص طبيعي بالاعتماد على معيار عدم الطلاقة؟ تتوافر أجوبة عديدة لسؤال صعب كهذا وتوجد ثلاثة معايير موثقة على الأقل التمييز الشخص الذي يعاني من التأتأة عن الشخص الطبيعي.

1 تكرار مؤشرات عدم الطلاقة مجتمعه

2. وجود نوع معين ن مؤشرات عدم الطلاقة.

3. مدة الإطالة.

وقد يعتمد على الأخصائي على وجه واحد من هذه المعايير أو أكثر للتفريق بين عدم الطلاقة الطبيعية والتأتأة (موسي محمد عمايرة ياسر سعيد ناصر 2014 ص 157 - ص 168).

8- علاج التأتأة:

حيث يتم تطبيق الخطة العلاجية والتي تتضمن الاسترخاء وخطوات أخرى مستمدة من مبادئ النظريات العلاجية والتي ستوضحها في مايلي.

❖ علاج التأتأة:

نظرا لتباين اختلاف النظريات التي تحاول شرح أسباب التلعثم فقد تباينت الأساليب المتبعة في العلاج تبعا لاختلاف الإطار النظري الذي تعتمد عليه كل طريقة ومن تلك الأساليب هي:

-العلاج النفسي:

ويتضمن عدة طرق من أهمها نجد:

-العلاج عن طريق الإرشاد: وذلك بإعطاء المتأتا مجموعة من الإرشادات تتلخص في أنه يجب أن يكون هدفه الأساسي أن يتوقف عن المتأتأة، وأنه لا بد أن يتحكم في كلامه، وأن عليه أن يركز تفكير في ذلك، إلى جانب الوالدين بضرورة إتاحة الوقت للمتأتا ليعبر عن نفسه دون ضغط وتشجيعه على الكلام.

-طريقة العلاج باللعب:

ولها غرضان هما غرض تشخيص، فاللعب يظهر النزعات والمشاعر العدوانية لدى الطفل، غرض علاجي Therapeutique فممارسة الأطفال الذين يعانون من التأتأة أعباء خالية من القيود تبرز رغباتهم المكبوتة من خلال لعبهم، كما أن إستراتيجية عدم الاعتراض التي تتبعها المعالج إزاء ما يكشف له من تلك الرغبات المكبوتة تعطي للطفل شعوراً بالحرية الكاملة وتبدد لديه مشاعر القلة و التوتر.

-العلاج بإيحاء و الإقناع: وذلك بأن توجه للمتأثراً عملية الإيحاء و الإقناع لتلاقي الشعور بالنقص والخوف من الكلام لما قد يتعرض له من خيبة أو خجل من بيئة الاجتماعية، وإقناعه بأنه لا يعاني من أية علة تشريحية وعضوية تعوقه عن الكلام العلاج عن طريق صدى الصوت: يتم باستخدام صدى الصوت عن طريق وضع سماعات على الأذن أثناء كلام المتأثراً وفي الوقت نفسه يسمع صوتاً آخر من السماع، والغرض من هذا الإجراء هو عدم سماع المتأثراً وفي الوقت نفسه يسمع صوتاً آخر من السماع يشعر بأحاسيس الخوف والفشل المصاحبة لتأتأة.

-العلاج الجماعي: ويستخدم على نطاق واسع في علاج المتأثرين الصغار والكبار، ذلك أن المتأثراً يرى في العلاج الجماعي غيره من يعانون نفس المشكل، فيشعر بأنه ليس الوحيد الذي لديه هذه المشكلة بل أن كثيرين غيره يعانون نفس الحالة، مما يخلق جواً من المشاركة الوجدانية بين المتأثرين كما أن أي تقدم في العلاج لاحدهم يدفع بالآخرين للتنافس وازدياد الفرص الواقعية للشقاء، ومن أهم وسائله: العلاج بالسيكودراما Psychodrama حيث يستخدم التمثيل كوسيلة أدائية تجمع بين الإسقاط التنفيس الانفعالي، وهي عبارة عن تصوير مسرحي وتعتبر لفظي حر وتنفيس انفعالي تلقائي.

الدمج الاجتماعي: ويقصد به دمج المتأثرين في نشاطات اجتماعية تدريجياً حتى يتدرب على الأخذ والعطاء، وتتاح له فرصة التفاعل الاجتماعي وتنمو شخصية، بحيث يتغلب على الخجل والانطواء والانسحاب الاجتماعي كما يتضمن هذا النوع من العلاج الإرشاد الأسري

حول الأسلوب الأمثل للتعامل معه وتجنب إجبار المتأثأ على الكلام تحت ضغوط انفعالية وفي مواقف غير مناسبة ومخيفة له كالطلب من التحدث أثناء وجود أشخاص غرباء.

-العلاج عن طريق الكلام الإيقاعي: يمكن استخدام هذه الطريقة في بعض الحالات التي تتميز بتأتأة حادة، صعوبة في إخراج الكلمة حيث يقوم المتأثأ بتقسيم الكلمة إلى مقاطعها و للنطق بكل مقطع مع الإيقاع مما يؤدي إلى اختفاء العثرات أثناء الكلام.

-العلاج بالمحاكاة: وهو عبارة عن نقل ومحاكاة وتقليد لما يقوله المعالج حيث من المتأثأ أن يعيد قراءة ما تم الانتهاء من قراءته بعد سماعه مباشرة ويفارق زمني يقدر بأجزاء قليلة من الثانية يشترط ألا يكون لدى المتأثأ فكرة مسبقة عن مضمون القطعة التي استمع إليها وتتم القراءة بسرعة عادية بحيث لا تتعدى كلمة أو كلمتين في الثانية.

ويستخدم هذا العلاج بالاستناد إلى الافتراض الذي يؤكد أن عملية الكلام وإخراج الحروف تشمل على دائرة معلقة من التغذية الراجعة السمعية التي يراقب فيها المتكلم صوته ويصحح من خلالها وتحدث التأتأة حسب هذه النظرية عندما تتأخر عملية التغذية الراجعة، تحدث تكرارات الأصوات والمقاطع بصورة لا إرادية وقد استخدم هذا الأسلوب بهدف التدخل في سير عملية التغذية الراجعة وترتب على ذلك التحسن في الكلام (راضية بن عربية، نصيرة شوال، 2016 ص-ص 66-68).

استراتيجيات العلاجية les strategies therapeutique

على الرغم من عدم وجود أدوية تثبت فعاليتها في العلاج إلا أن هناك مجموعة متنوعة من العلاجات والمهارات والاستراتيجيات المتاحة والفعالة التي يمتلكها مساعدة المصاب حيث تختلف طبيعتها استنادا إلى عمر الشخص وحسب الإطار النظري الذي يسند إليه المعالج، ومن بين أهم هذه الاستراتيجيات العلاجية على النحو التالي:

ضبط البيئة Manipulation Enuirmental

يعتبر ضبط البيئة من الاستراتيجيات التي تركز على تغيير وضبط المتغيرات الموجودة في بيئة الطفل وتحدد هذه العوامل من الملاحظة المباشرة واللقاءات مع أسر الأطفال المتأتين وتشمل هذه العوامل والتي من المتوقع أن تساهم في حدوث التأتأة.

- مستوى الإثارة العام في البيئة.
- النشاط السريع.
- ضبط التواصل.
- الحرمان الاجتماعي والانفعالي.
- تنافس الإخوة.
- المنافسة في وقت الحديث.
- التدخلات الكلامية المفرطة من قبل أفراد الأسرة.
- الأنظمة وأساليب التعامل الغير ثابتة
- القبول العالي أو القليل الكلام الطفل.
- غياب الآباء.
- الضغط العالي على الكلام.
- العداء بين أفراد الأسرة.
- التواصل اللفظي السلبي بين الطفل وأسرته.
- إسقاط المشاكل الأسرة على الطفل.

ويساعد تحديد هذه العوامل على زيادة وعي الأسرة بها الوقاية منها التقليل من مساهمتها في إحداث التأتأة وتوفير أجواء أسرية مناسبة لتطوير سلوك كلامي طبيعي.

العلاج النفسي :Thérapie psychologique

يستعان بالأخصائي النفسي للتعامل مع المشكلات الانفعالية المسببة للتأتأة أو المساهمة في استمرارها، فيعطي أهمية كبيرة لمشكلات النفسية والضغطات التي يتعرض لها المتأتى، ويركز المعالج على العمليات النفسية ووسائل الدفاع المستخدمة وتطور الشخصية ومشاعر القلق والخوف، حيث يرى المؤيدون لهذا العلاج أنه في حالة علاج هذه المشكلات فإن أعراض التأتأة تخف.

علاج تقليل الحساسية التدريجي:

إن هذا العلاج من الإجراءات المباشرة والمستخدم مع الحالة بالطفل المتأتى يستجيب للضغطات البيئية من حوله وبذلك فإن هذا العلاج يشرك مع ضبط البيئة، والتركيز على زيادة قدرة تحمل الفرد للضغطات من حوله، حيث ينفذ هذا الأجراء من خلال أنشطة الفرد التي تخفض التأتأة الأدنى مستوى لها والمعروف بالمستوى القاعدي للاختلال الطلاقة level of disfluency ويبدأ العلاج بإزالة الكلام من أفراد المحيط والتواصل بشكل غير لفظي من ثم الحديث بأدنى مستوى من الإثارة مع المحافظة على سرعة التفاعل وبعد تقليل عوامل الضغط يتم تعميم الكلام الطلق يشترك أفراد الأسرة في ذلك لتحقيق أفضل مستوى ممكن من التفاعل مع الطفل داخل المنزل.

علاج التفاعل اللفظي بين الإباء:

يقوم هذا العلاج على مبدأ أن اختلال الطلاقة يحدث في بيئة الطفل وفي التفاعلات القائمة بين الإباء و أطفالهم حيث يعمل الإباء على تعزيزها والمحافظة عليها وبعد الملاحظة أنماط التفاعل القائمة بين الإباء و الأطفال فإن الأخصائي الأرتفوني يبدأ العلاج مع الطفل وعندما تتخفف أعراض التأتأة ولو بنسبة قليلة فإن الإباء يشتركون في العلاج ليعلموا أنماط التواصل اللفظي مع الطفل ونقله إلى المنزل.

الإرشاد الأسري:

يركز الإرشاد أسري على مساعدة الأسرة وأعضائها على فهم كيف تؤثر سلوكياتهم ومشاعرهم على الطفل الذي يتأذى وبالتالي إدراك هذا التأثير وقبول تفسير العوامل المؤثرة على الطفل المتأذى وهذا النوع من التدخلات يتطلب امتلاك مهارات المقابلة واستراتيجيات الإرشاد الأسري.

التحكم بتدفق الهواء:

- يشتمل الإجراء على عنصرين هما:

أولاً: الزيادة التدريجية في هواء الشهيق.

والعصر الثاني: الزفير البطيء لإخراج الهواء من خلال الفم قبل البدء بالتصويت و خلال التدريب على الأخصائي الأروطفوني أن يتأكد من أن المتأذى لا يبقى هواء رئتيه حتى الهواء القليل يجب إخراج قبل البدء بالشهيق، حيث تناسب هذه الطريقة الأفراد الذين تربط ظاهرة التأناة لديهم بمشكلات في ضبط تدفق الهواء.

التدريب على التدريب + الاسترخاء:

يعمل الاسترخاء على التقليل من القلق الذي يرافق التأناة، حيث يرتبط تنفس الغير منتظم بالقلق والتأناة، ويتم التدريب على الاسترخاء بإحدى إجراءات التالية:

1. إجراء الاسترخاء بالتنفس Relaced breathing procedure ويتم التدريب عليه من خلال أخذ الشهيق عميق ومنتظم وإخراجه ببطء ومنتظم.

2. الاسترخاء الذاتي Selfi direction relqtion ويمارس الاسترخاء من خلال حديث الشخص لنفسه عضلات الحنجرة وعضلات الصدر وعضلات البطن، وذلك أثناء أخذ ببطء ومنتظم وإخراج هواء الزفير ببطء ومنتظم بدون الوقوف أثناء أخذ للشهيق ببطء ومنتظم وإخراج هواء الزفير ببطء بدون الوقوف عند النهايات العليا أو الدنيا لعملية التنفس (الزريقات 2005 ص 260-261).

تنظيم التنفس:

إن من الدلائل عند الشخص المتأتى أنه يفقد الجزء الأكبر من الهواء أثناء الزفير ويحاول بالباقي أن يتكلم وقد إشارة الدراسات بها بيك (beek) وفرانسلا (Fransella) إلى وجود ارتباط بين التأتأة والتنفس غير المنتظم، ويهدف هذا الإجراء إلى تسهيل عملية الكلام بطلاقة حيث يؤدي التنفس إلى إبقاء الأوتار الصوتية مفتوحة، ويتم تنظيمه من خلال عملية الشهيق والزفير، ووفقا لذلك فإنه تمارس النشاطات التالية والتي اعتبرها أزرن (Azrin) وآخرون نشاطات مهمة في علاج التأتأة وهي كالتالي:

- التوقف عن الكلام قبل أخذ الشهيق.
- ترتيب الكلمات في الذهن قبل البدء بالكلام.
- أخذ هواء الشهيق ببطء وانتظام.
- البدء بالكلام عند انتهاء هواء الشهيق والتشديد على المقاطع الأولى من الكلمات وذلك بتغيير نغمة الصوت أو التحدث أثناء إخراج هواء الزفير.
- التكلم لفترات قصيرة ثم التوقف ثم التكلم وهكذا مع مراعاة أخذ هواء الشهيق ببطء وانتظام عند هذه الوقفات وقبل استئناف الكلام.
- الاستمرار بإخراج هواء الزفير إلى ما بعد انتهاء الكلام.
- التنقف عن الكلام في حالة ظهور التأتأة والعودة إلى ممارسة النشاطات السابقة وقد أجرى الزريقان (1993) دراسة هدفت إلى استقصاء فاعلية، التدريب مع الوعي وتنظيم التنفس في معالجة التأتأة لدى الأطفال، وقد أشارت نتائج هذه النتائج إلى فاعليتها في خفض التأتأة (الزريقان 2005، ص 261-262).

علاج الطبي للتأتأة:

يعتمد الاتجاه على معالجة نواحي نقص العضوية التي تسبب التأتأة حيث يتم وصف بعض الأدوية من قبل الطبيب علماً أنه لا يوجد من الآن دواء فعال ضد التأتأة ومعظم التأتأة التي تعطيه للمتأثراً تعيين الذين تطورت لديهم التأتأة إلى الشكل الحاد التشنجي أو الانقباضي، وهذه الأدوية في معظمها تحتوي على مهدئات من القلق والانفعالات على اعتبار أن معظم الحالات التأتأة ترجع إلى عوامل مختلفة أبرزها العوامل النفسية و يعتقد بعض الأطباء بأن الدواء الفعال ضد التأتأة هو المضاد للتشنجات كما في أدوية الصرع كما تفيد أيضاً المهدئات النفسية، ومن هذه الأدوية نجد:

Melleril: ضد الحالات القلق وتشنجات الحلق.

Concordin: ضد الحالات الخجل.

Epanutin: ضد الحالات الصرع والتشنج.

Tryptizol: لمعالجة المخاوف.

Libirum: مهدئ نفسي.

وهناك العديد من المحاولات لاستخدام العقاقير الطبية في علاج التأتأة، حيث أشارت بعض الدراسات الحديثة أن بعض المتأثرين لديهم تغيرات صدعية، بالتالي يمكن استخدام العقاقير المضادة للصدع، ومن أهم هذه العقاقير المستخدمة نجد:

عقار الهاروبيريديول Haropiridol

كما أن العلاج تحت تأثير عقار L.S.D أدى إلى نتائج جيدة، بحيث يساعد المتأثر على الطلاقة اللفظية مما يعزز لديه الثقة بالنفس، وقد تبين من نتائج أحد الأبحاث أن معظم حالات التأتأة تعاني من شدوذ في الرسم الكهربائي للمخ.

وقد استخدمت بعض المنبهات والمهدئات والفيتامينات في علاج التأناة وذلك لوجود علاقة بين القلق والتوتر والتأناة، فقد استخدم أورت 1905 Aorn عقاري ثرايقلوبيرازابن " و "اميلوباربيون" وهما من المهدئات لعلاج بعض أشكال التأناة.

وأحيانا كانت تستخدم الصدمات الكهربائية Electrical shocks حيث يلتقي المتأني الصدمات الكهربائية أثناء التأناة، حيث استخدم ذلك كنوع من العقاب، وهكذا يحدث الارتباط الشرطي بين تكرار الكلمات لدى المتأني وتوقعه يتلقى الصدمة الكهربائية.

إلا أنه يجب القول أن هذه العقاقير تعطي حسب العمر الزمني، وحسب الأعراض التي يعاني منها المتأني وأن العلاج بالعمل الجراحي أو العقاقير أو بالصدمات الكهربائية له سلبياته، ويفضل أن لا يستخدم لما بها من آثار سلبية على المتأني في العلاج الجراحي قد يتسبب في خلق مشكلة جديدة لم تكن موجودة أساسا بينما العقاقير قد تسبب الإدمان في معظم الحالات، أما العلاج بالصدمات الكهربائية فقد يترك آثار نفسية أخطر من اضطراب التأناة نفسه. (معمر نواف الهوارنة 2010، ص 174-175).

الإيحاء: Persuasion

حيث يتم تشجيع الفرد المصاب بالتأناة وبث الثقة والتعاون والدافعية للاستمرار في العلاج ويتم الإيحاء خلال الألعاب الكلامية التي هي جزء من العلاج الكلامي وذلك بتوجيه عبارات أو كلمات أثناء استرخاء المريض مثل: "أن حالتك تتحسن، وضعك في تحسن، ليست وحدك الذي يتكلم بهذه الطريقة، تقليل من الجهد تستطيع التخلص من المشكلة... الخ وبذلك يتخلى المتأني عن مخاوفه وقلقه وزيادة الثقة بالنفس واليمان بقدرته على النطق السليم.

الإقناع: suggestion

فيتم العلاج بمناقشة الفرد المصاب تأتأة لمعرفة صعوبة كلامه وما يتصل به من اضطراب وهدف لمناقشة إقناع المريض بأنه خلال من علة عضوية أو وظيفة تعيق كلامه، و إن بإمكانه التغلب على مشكلته بسهولة، وأنه كلما كان حساس ومبالغا في حجم مشكلة أكثر من اللازم، فإن ذلك يحرر المصاب بالتأتأة من مشكلاته النفسية ويزيد من طمأنينته و وثقته بنفسه والتخلص من تأتأة تدريجيا .

الواجبات المنزلية المعرفية: حيث يعطي المعالج للمصاب بالتأتأة واجبات منزلية نشطة يقوم بتنفيذها لمواجهة التأتأة و التغلب عليها، ومن ذلك ما يلي:

- عندما يلتصق الكلام بحلقك .
- خذ وقتك الكافي ولا تكن متهورا .
- تكلم بشكل أكثر بطئا .
- قل ما تريد أن تقول .
- كن صبورا مع نفسك وقل ما تريد .
- توقف برهة قل قبل أن تتكلم .
- لا تكن متشائما فتوقع أن تكون السهل صعبا .
- تذكر أن تمتدح نفسك عندما تتكلم بنجاح .
- حاول تجربة كل شيء .
- لا تكره الكلمات على الخروج مما يجعلها أصعب .
- خذ الوقت الكافي في نومك .
- كنت أسرع في محاولة الكلام قل نجاحك فيها .
- لا تختزن أو تعبئ داخلك .

– من لم يحتمل أن تكون قد جربت بعض هذه الأفكار وأدركت ثمارها، تذكر أنه لا يمكنك استخدام كل هذه الأفكار في وقت واحد ولكن يمكنك اتخاذ الفكرة التي تصلح معك وحاول تكرارها وتجربتها كثيرا، وإلا جرب الفكرة الثانية.

– احترز من الخداع: قد تحاول تجربة بعض الأشياء التي توقف التأتأة التي قد تفيد عندما تبدأ بها لأنها لمتعد فعالة على سبيل المثال .

➤ تغيير الكلمات،

➤ الضرب باليدين والقدمين.

ثانيا: برنامج كمبر أداون:

هو عبارة عن برنامج علاجي^١ يعتمد على أسلوب الكلام المطول prolonged speech ، ويقوم البرنامج على العلاج بالكبسات الفردية لممارسة الجماعة، يتم تعليم الكلام المطول من خلال مشاهدة تقليد الكلام المطول عن طريق الفيديو مصحوبا بنص مكتوب ويفيد عرض الفيديو في تعزيز الكلام المطول الكلامي الخالي من التأتأة لا يحتاج إلى تعليمات مقننة، تشجيع المتأثي على استخدام الكلام المطول للتحكم في تأثته، لا يحتوي على الانتقال التسلسلي التنظيمي.

– استخدام العلاج للمستخدم.

– مكونات البرنامج.

– جلسات التدريب الفردي.

– جلسات حلّ المشكلات الشخصية.

– جلسات التدريب الجماعي.

– مرحلة المتاهة.

1. جلسات التدريب الفردي:

الهدف منها إكساب الطفل المتأتى مهارات الكلام المطول وتقويم شدة تأتأته يتكون من مرحلتين:

المرحلة الأولى:

(1) يشاهد الطفل المتأتى من نموذج عرض فيديو للكلام المطول والموضح بطريقة بطيئة مبالغ فيها أثناء الكلام المتصل مصحوبا بثمن مكتوب، ويجادل الطفل المتأتى أن يقدم أسلوب مشافهة عن طريق التقليد والمحاكاة.

(2) ويعطي المعالج تغذية مراجعة عند الكلام المطول من خلال الرجوع إلى نموذج عرض الفيديو حتى تصبح محاولة التقليد أكثر دقة .

(3) يمارس الطفل المتأتى التدريبات الكلامية المطولة يوميا حتى يستطيع الوصول إلى ممارسة نماذج كلامية جديدة في المستقبل.

(4) تقدير شدة التأتأة: من خلال أن يسجل المتأتى محادثة لمدة خمس دقائق ثم يقدم المعالج درجات التقدير لشدة التأتأة نو (9) تسع درجات (sev)، ويكون كالتالي:

1: لا يوجد تأتأة ← 9: تأتأة شديدة.

لم يتأتأ المتأتى مع المختص: درجة تقدير شدة التأتأة، ويقومان بعمل بتقدير مشابهة بعد عدة جلسات.

(5) الواجبات المنزلية: HOME SSIGNMENTS

يقوم الطفل المتأتنبتسجيل محادثات من (1=2)دقيقة، ويقوم بعد ذلك بتحديد شدة التأتأة.

– إعطاء الطفل المتأتأ نسخة عبارى عن شريط تسجيل فيه الحوار المسموع الصوتي.

– الاستماع إلى النموذج بشكل يومي.

– ممارسة القراءة المجهورة باستخدام وبدون استخدام النموذج محاولا عمل ملائمة بقدر المستطاع بين القراءة باستخدام وبدون استخدام النموذج.

المرحلة الثانية:

- 1) يقيم المعالج حواراً تلقائياً مسجلاً مع الطفل المتأثّر دون أي توجيه منه أو تدخل لمدة خمس دقائق.
- 2) يحاول الطفل تقليد الحوار باستخدام أسلوب الكلام المطول.
- 3) يقارن الطفل المتأثّر بين الحوارين ويناقش المعالج في تقدير شدة المتأثّر من خلال ملاحظات الطفل على الحوار المسجل وملاحظات الأخصائي للطفل أثناء تقليد الحوار باستخدام الكلام المطول، ويوجه المعالج انتباه الطفل المتلقي إلى ضرورة خفض معدل سرعة الكلام والانتباه إلى أخذ النفس بطريقة صحيحة.
- 4) الواجبات المنزلية: ويقوم الطفل المتأثّر بتسجيل محادثات متعددة على شريط كاسيت ويحدد معدلات شدة التأتأة في كلامه، ثم يعرضها للمعالج في تحليلاته القادمة.

المرحلة الثالثة:

- 1) يناقش المعالج تسجيلات الطفل المتأثّر المنزلية لتحديد ما إذا كان الكلام المطول مقبولاً بالإضافة على التدريب.
- 2) يحاول الطفل المتأثّر القيام بعمل محادثات فردية باستخدام أسلوب الكلام المطول.
- 3) يقوم المعالج بتغذية راجعة حول المحادثات ويعزز نطق الطفل المتأثّر باستخدام التوجيهات التالية للطفل.
- أريد منك أن تجرب بنفسك سهولة استخدام أسلوب الكلام المطول.
- إنك تعلمت ويجب أن تتحكم في كلامك.
- يمارس الطفل المتأثّر الكلام المطول مع طفل آخر متأثّر وينقل له تجربته.
- 4) جلسات المناقشة الجماعية.
- 5) جلسات التدريب الجماعية.

- يحضر مجموعة من الأطفال المتأثرين من الساعة الثانية ظهرا إلى الخامسة والنصف عصرا.
- يقوم المعالج بتنسيق الحوار بينهم وصولا إلى أن يقوموا بأنفسهم إلى تنسيق الحوار فيما بينهم.
- يتم إدخال عناصر من الأشخاص الغرباء على الأطفال المتأثرين بمشاركتهم.
- مرحلة الحوار.

ثالثا: جلسات حل المشكلات الشخصية

رابعا: المتابعة للحفاظ على ثبات أثر العلاج.

تجارب 2006 ص 154=156

ثالثا: برنامج راتنر 1992 Ratner:

- قدم أرتنر (1992) أسلوب خبير مباشر لعلاج التأتأة وهو الذي اتفق مع كونتر *Contre* (1982) في التركيز على إصلاح بيئة الطفل المتأثرة لكنه اهتم بصفة خاصة بالأسلوب الذي تنتبعه الأم مع الطفل المتأثر ويؤكد أسترالي أن هذا الأسلوب المتمثل في خفض سرعة كلام الأم مع الطفل ذو فعالية عالية في معالجة القصور اللفظي لدى الطفل.
- يستكمل راتنر موضحا له على والدي الطفل المتأثرا مراقبة أسلوبهم في الكلام أثناء إجراء المحادثة اليومية مع الطفل، لذلك فهو يقدم النصائح التالية.
- استخدام عبارات قصيرة واضحة غير معقدة التركيب والتحدث ببطء مع الطفل حتى يتعود على هذه الطريقة وبالتالي يقدم له الوالدين نموذجا معيناً لكيفية النطق الصحيح ليحاول الطفل المتأثر تقليده.
 - وقد قام راتنر بتطبيق هذا الأسلوب العلاجي غير المباشر على مجموعة من الأطفال المتأثرين وأمهم من خلال الخطوات التالية:

- إجراء جلسات لجمع الأطفال المتأثرين وأمهاتهم لمدو أسبوعين لواقع حبسه يوميا لمدة 15 دقيقة، حيث قام المعالج بتسجيل كلام الأم مع الطفل أثناء لعبه للحصول على البيانات التي تتعلق بمتوسط سرعة كلام الأم ومستوى الصعوبة في تركيب الجمل لتي تستخدمها الأم.
- ثم تبدأ المرحلة الثانية مع العلاج بأن يوجه المعالج هذه التعليمات للأمهات كونهم مهتمون بالتعرف على ما سيحدث لكلام طفلك عندما تتكلمين معه بشكل أكثر بطئا لهذا نرجو منك أن تحاولي التحدث إليه ببطنو تستخدمي عبارات قصيرة وجمل بسيطة قدر الإمكان.
- بعد أن تتعود الأم على الأسلوب الجديد في الكلام مع الطفل، يطلب منها المعالج استخدام هذا الأسلوب باستمرار مع الطفل في المنزل.

لتحاسا، 2006، ص154=158.

برنامج ليد كومب (Lidcomb 2001):

- برنامج ليد كومب "علاج سلوكي" للأطفال الذين هم في عمر المدرسة أو ما قبل المدرسة والذين يعانون من التأتأة وهو برنامج مبكر في علاج التأتأة صمم قبل سنة 2001.
- يقوم البرنامج على تعليم الوالدين كيفية تقديم العلاج أو إدخال ذلك العلاج لحياة الطفل اليومية، وذلك من خلال العمل مع الأخصائي الأرتوفوني حيث يقوم الأخصائي بشرح إجراءات تدعيم وتعزيز كلام الطفل الخالي من التأتأة تصحيحها، ويتخذ الوالدان تلك الإجراءات في المنزل حيث يتعلمان كيفية قياس شدة التأتأة في بيئة الطفل اليومية.
- ويقوم الأخصائي الأرتوفوني بتوجيه تنفيذ البرنامج حيث يتم ذلك في مرحلتين:
- المرحلة الأولى: يذهب كل من الطفل ووالديه إلى الأخصائي، حيث يقوم هذا الأخير بتقديم العلاج ويقوم الوالدان بإجراء العلاج في بيئة الطفل.
- المرحلة الثانية: تقليل عدد الزيارات من قبل الوالدين لطفلهم إلى العيادة الأرتوفونية مع انخفاض معدل التأتأة في كلام الطفل بشكل يقدره كل من الأخصائي والوالدين.

المكونات الأساسية للبرنامج:

1. استشارة الوالدين العملية لاستجابة طفلهم الكلامية.

يقوم الوالدان بتقديم تعليمات لفظية مثل الثناء والاستحسان لتدعيم كلام الطفل الخالي من التأتأة، بهدف توجيه ذاتي لطفل لمساعدته على تصحيح كلامه بأسلوب الملاحظة الذاتية والتنظيم الذاتي وهذه بعض الأمثلة للثناء والاستحسان:

– كلامك سليم.

– لا توجد أي تأتأة في الكلام.

– عظيم، لم أسمع أي تأتأة من الكلام.

وتقدم هذه التعليقات عقب الفاصل الزمني الخاص بالكلام الخالي من التأتأة دون مقاطعة كلام الطفل حيث تقدم بطريقة إيجابية وتشجيعية وبصوت واضح وهادئ مع ملامح وجه تحمل تعبيرات الرضا والتأييد والاهتمام مثل الابتسام وإيماءة الرأس بالقبول والترحيب.

"يقدم الوالدان الثناء والاستحسان للطفل عندما يقوم بتوجيه ذاته وذلك عندما يقول لنفسه كلمات مثل: لقد تأتأت يجب أن أتكلم بصورة أفضل، كان كلامي سريعاً، لقد توقفت في هذه الكلمة، وفيما يلي أمثلة للثناء على الطفل:

– هذا عظيم ألم تلاحظ أنه لا يوجد تأتأة لكنك تأتأت في هذه الكلمة فقط.

– ممتاز لقد ركزت على الكلمة التي تأتأت بها.

– ويتم تقديم هذه المعززات اللفظية بصحبة معززات ثانوية كمشاركة الطفل في لعبته المفضلة أو في نشاطه المحبب لديه.

قياس التأتأة: وتتضمن هذه المرحلة ما يلي:

أ. من قبل الأخصائي التخاطب: حيث يقيس النسبة المئوية للمقاطع التي تأتأ فيها الطفل في بداية كل حصة كلامية للطفل المتأتى.

ب. من قبل الوالدين: حيث يتم تدريب الوالدين على مقاييس لقياس شدة التأتأة للطفل في المواقف الكلامية اليومية.

1. **المقياس الأول:** يتكون من عشر نقاط بحيث يدل رقم (1) على عدم وجود التأتأة ويدل رقم

(10) على وجود تأتأة شديدة للغاية ويقدر الوالدين معدل التأتأة لطفلهم كل يوم باستخدام ذلك

المقياس، بمعنى أنه في كل يوم يضع الوالدان درجة التأتأة لطفلها باستخدام العشر نقاط.

2. **المقياس الثاني:** هو مقياس التأتأة خلال كل دقيقة من زمن يحدد الكلام ويشمل على مقياس

لمدة الزمنية التي يقضيها الطفل في التحدث لمدة (10) دقائق ويتم حساب عدد مرات، التأتأة

في هذه المدة باستخدام ساعة الايقاف .

ويتعلم الوالدان ذلك الإجراء من قبل الأخصائي الأرتوفوني حيث يقومان بتسجيل محادثة

كلامية مع طفلها تستمر لعشرة دقائق ويحضر الطفل ذلك التسجيل معه للعيادة ليريه

للأخصائي للتخاطب على كيفية قياس شدة التأتأة من خلال المدة الزمنية لحديث الطفل، ثم

يطلب الأخصائي من الوالدين حساب عدد مرات التأتأة من التسجيل اللاحق.

وتستمر هذه العملية إلى أن يصبح مقياس أخصائي الأرتوفوني.

3. **زيارات أسبوعية للأخصائي الأرتوفوني.**

يتراوح زمن الجلسة التخاطبية للطفل من (45=60) دقيقة وجلسة إرشاد الوالدين من

(60=90) دقيقة.

4. **ما بعد جلسات التخاطب في العيادة.**

يجري الوالدان العلاج السلوكي كل يوم في بيئة الطفل فيحدث العلاج دائما في موقف

كلامي مختار خلال اليوم.

يهدف البرنامج إلى الحفاظ على المعدل المنخفض للتأتأة والذي تدنو نسبته في المرحلة الأولى من البرنامج ويقل ذهاب الطفل والوالدين لأخصائي التخاطب شيئاً فشيئاً حيث يكون معدل تأتأة الطفل تتخفّف بشكل دال وملحوظ ويتم متابعته من خلال تقارير الوالدين التي يقدمها الأخصائي الأطفونى دون علم الطفل بأنه تحت الملاحظة والمتابعة.

الجوانب التي يراعيها البرنامج:

- شدة التأتأة.
- شخصية الوالدين.
- شخصية الطفل.
- الظروف العائلية.
- العلاقة بين الطفل والمعالج.

خلاصة:

من خلال عرضنا لمختلف جوانب التأتأة والدراسات والبحوث المتعلقة باضطراب، يتضح مدى تأثيره هذا الاضطراب على حياة الطفل سواء مع أفراد عائلته أو في محيطه الدراسي و لاسيما في المجتمع، تنتشر التأتأة بين جميع الفئات، فتوجد لدى الموهوبين و المتخلفين، وكلما استمرت التأتأة لفترة طويلة لدى الشخص، كلما أدت غلى ظهور مشكلات انفعالية ومصاحبة فالذي يعاني من التأتأة، نجده يشعر بالحرج والذنب والإحباط والغضب وكثير منهم يشعر بالباس الأمر الذي يؤدي إلى خفض شعوره بقيمته كإنسان أثناء محاورته وتعامله مع الآخرين والجماعة.

الفصل الثالث: العلاج الجماعي

- 1- مفهوم العلاج الجماعي
- 2- أهداف العلاج الجماعي
- 3- الأسباب التي أدت إلى العلاج الجماعي
- 4- مبادئ العلاج الجماعي
- 5- مزايا العلاج الجماعي

تمهيد:

يعتبر العلاج الجماعي أحد الخدمات التي يقدمها المعالج الذي يتمتع بالجزء والكفاءة المهنية التي تمكنه من تقديم المساعدة للمريض الذي يعاني من اضطراب أو مرض نفسي معين، ويحتاج للمساعدة في علاجه بحيث أن العلاج الجماعي يتم من خلاله علاج مجموعة من الأفراد الذين يعانون من نفس المشكلات ويتميزون بنفس الخصائص في جماعات قصد الاستفادة من التفاعلات التي تحدث بينهم وهذا ما سنتطرق إليه في فصلنا عن علاج الجماعي.

أسبابه ،أهدافه ومزاياه:

1. مفهوم العلاج الجماعي:

عرفه بدوره بأنه عملية معاونة العميل على تحسين دوره في المجتمع عن طريق العلاقة المهنية لالتي يكونها مع المعالج حيث يقوم هذا الأخير بالتأثير في شخصية العميل و الهيئة التي يعيش فيها. (أحمد زكي يدوي، 1987، ص 96)

ويعرف العلاج الجماعي أيضا بأنه التأثير الايجابي في شخصية العميل وظروفه المحيطة لتحقيق أفضل أداء ممكن لوظيفته الاجتماعية، أو لتحقيق أفضل استقرار ممكن لأوضاعه الاجتماعية ويؤكد أن العلاج الجماعي غالبا ما يكون مرتبطا بالأنشطة والأدوار التي يمل بها الأخصائيون لصالح عملا بهم كمساعدتهم للتعامل مع المشكلات والصراعات الاجتماعية وتوفير خدمات ملموسة لهم وتوجيه الدعم البيئي بما يخدم مصالحهم ويشع حاجاتهم ويحقق أهدافهم (عبد الفتاح عثمان، 1980، ص 257).

يمكن لكل عضو استكشاف كيف ساهمت تجارب الطفولة في الشخصية والسلوكيات كما يمكنهم تعلم كيفية تجنب السلوك المدمرة أو غير المفيدة في الحياة الحقيقية.

تطوير تقنيات التنشئة الاجتماعية بعد إعداد المجموعة مكانا رائعا للممارسة السلوكيات الجديدة، الإعداد ويدعم مما يسمح للأعضاء المجموعة التجربة دون الخوف من الفشل.

- السلوك التحليلي يمكن للأفراد أن يصوغوا، سلوك أعضاء آخرين أو يلاحظون أو يفكرون سلوك المعالج.

- التعلم مع الأشخاص من خلال التفاعل مع الآخرين وتلقي ردود الفعل من المجموعة، يمكن لأعضاء المجموعة اكتساب فهم أكبر لأنفسهم.

- تماسك المجموعة لأن المجموعة موحدة في هدف مشترك، يكسب الأعضاء الانتماء والقبول، (مرجع سابق، ص 566).

2- أهداف العلاج الجماعي:

- خلق جو يحقق فيه الأعضاء الانتماء.
- مساهمة المجموعة لتطوير الشخصية.
- اكتشاف الشخصية والتغذية الراجعة.
- اتخاذ القرار.
- المسؤولية اتجاه الآخرين.
- التعرف على أفكار جديدة ومعتقدات وتصرفات يمكنها أن تغير من نظرة الشخص ليس وحده وأن هناك من يشاركه ذات التجربة.

3- الأسباب التي أدت إلى العلاج الجماعي:

- توجد أسباب كثيرة دعت إلى ظهور العلاج النفسي الجماعي وأكدت ضرورة وجوده باعتباره كيانا جديدا وليدا لهذا القرن ومن هذه الأسباب مايلي:
- زيادة حجم الاعصبة ذهانات خاصة بعد الحربين العالميتين الأولى والثانية وتفشي حالات الأفعال الهستيرية ورهاب الحرب وعصاب المعركة.
- تجانس طبيعة المرضى، حيث فوجئ العالم بكم هائل من الجنود المضطربين هم بمثابة حصيلة الحرب وساعدت هذه الخاصية في التهيؤ للانتقال إلى مرحلة العلاج النفسي الجماعي لأن الغالبية العظمى من الفئات الاكلينيكية المتوفرة في هذا الوقت كانت من الجنود.
- تشابه الأعراض الاكلينيكية للمرضى في ذلك الوقت نظرا لمتغيرين أساسيين هما:
 - أ. أن الموقف الضغط والمثير والمفجر للاضطراب واحد وهو الحرب.
 - ب. أن ملتحى الضغط وهذه الآثار نمط أو فئة واحدة وهي فئة الجنود، ونتج عن ذلك وجود قواسم مشتركة بين حالات الجنود في معاناتهم وشكواهم.

زيادة حجم معدلات معاناة أسر الجنود حيث أن الزيادة المضطربة في حجم معاناة الجنود العائدين من الحرب قابلها زيادة مفرطة في حجم معاناة أسر هؤلاء الجنود. إذن ظهر العلاج النفسي الجماعي نتيجة الاضطرابات والأمراض النفسية التي خلفتها الحربية العالميتين، حيث أصبحت الحاجة إلى العلاج النفسي ضمن جماعات ماسة وشديدة من ارتفاع عدد المرضى وصعوبة علاجهم بشكل فردي وكذلك معاناتهم من نفس الحالات المرضية وتشابه أعراضها الاكلينيكية إضافة إلى ارتفاع الضغوطات والأمراض النفسية لدى أسر هؤلاء الجنود المشاركين في الحربين العالميتين (غانم، 2003، ص 428).

4- مبادئ العلاج الجماعي:

غرس الأمل تحتوي المجموعة كل أعضاء في مراحل مختلفة من عملية المعالجة رؤية الناس الذين يتعاملون أو يتعافون يعطي الأمل لأولئك في بداية العملية. العالمية: كونها جزءا من مجموعة الأشخاص الذين لديهم نفس التجارب تساعد الناس على رؤية أن ما يمرون به هو عالمي وأنهم ليسوا وحدهم. نقل المعلومات: يمكن لأعضاء المجموعة مساعدة بعضهم البعض عن طريق مشاركة المعلومات. الإيثار: يمكن لأعضاء المجموعة مشاركة نقاط قوتهم ومساعدة الآخرين في المجموعة، والتي يمكن أن تفرز احترام الذات والثقة. التلخيص التصحيحي لمجموعة الأسرة الأساسية: مجموعة العلاج تشبه إلى حد كبير عائلة من بعض النواحي في داخل المجموعة.

- ويعرفه النابلسي أيضا بأنه وسيلة تهدف إلى إنقاة اتصال متميز خاصة الاتصال الكلامي بين المعالج والشخص المعاني من اضطرابات تكيفية مع الواقع، على أن تستند هذه العلاقة وهذا الاتصال إلى نظريات علم النفس وتحديد السوي والمرضى وتسخر وسيلة العلاج النفسي بهدف علاج اضطرابات يفترض أنها تعود في منشأها على عوامل نفسية اجتماعية. (النابلسي 1991، ص 05).
- وعليه نستطيع القول أن العلاج الجماعي يهدف إلى تعزيز صحة اجتماعية للأفراد المجتمع ويعمل على مساعدتهم لزيادة أدائهم الاجتماعي عن طريق الاعتماد على أنفسهم ووقايتهم من التعرض أو الوقوع في الانحراف ومساعدة الأسر والجماعات لاستعادة قدراتهم وتقوية علاقاتهم إلى أقصى حد ممكن في سبيل قيامهم لأداء وظائفهم الاجتماعية بصورة أفضل.
- التكاليف القليلة التي يمكن للشخص تحملها بدلا من الجلسات الفردية المكلفة.
- المساعدة في تطوير مهارات جديدة.
- تعلم مهارات جديدة تمكن الشخص من التفاعل مع الآخرين خارج المجموعة.
- مشاركة الأفكار بشكل جماعي يساعد الأفراد على تقديم حلول يمكنها أن تساعد في التخلص من المشكلة النفسية التي يواجهونها.

5.مزايا العلاج الجماعي:

- بناء على ما تعرضنا له سابقا يمكننا أن نلخص مزايا العلاج الجماعي فيمايلي:
- توفير الوقت والجهد والمال بحيث يستطيع المعالج معالجة ومساعدة أكثر من مريض في وقت واحد.
- توفير خبرة الاتصال والتفاعل مع أفراد جماعة العلاج وتبادل الآراء والتخفيف من حدة المرض عند الأفراد حيث يرى المريض أنه أفضل من غيره مما يؤدي إلى نتائج أفضل و أسرع في العلاج.

- يعتبر العلاج الجماعي علاج فعال لمن يعاني من الانطواء أو الخجل إذ أن العلاج الجماعي يمنحه الفرصة لبناء علاقات جديدة مع أفراد جدد و الاحتكاك بهم.
- إحداث تغيير في الشخصية والسلوك و إتاحة فرصة خبرات انفعالية مكثفة و تعيين الاستبصار.
- توفر أكثر من نظرية للعلاج وحل المشكلة وتعلم تقنيات جديدة للتعامل مع المشكلات.
- تواصل الأفراد المستقبلي مع بعضهم وحتى يعد الانتهاء من جلسات العلاج الجماعي.
- القدرة على الحصول على ردود الأفعال السريعة ومباشرة من الزملاء لكل تغيير بسيط يحدث أو منازعة حقيقية (منحت، 2008، ص 423).

خلاصة:

يتبين لنا من خلال ما ورد في هذا الفصل بأن العلاج الجماعي يبقى من العلاجات النفسية التي أثبتت نجاعتها على المستوى التشخيصي والعلاجي، إذ يحمل في طياتها العديد من الأساليب والفنيات العلاجية حيث يحفز القائم بالعلاج ديناميكية لجماعة وروح المبادرة ويساعد أفراد الجماعة العلاجية على التماسك والتعاون فيما بينهم من أجل التخفيف من الضغوطات النفسية والمشكلات التي يعانون منها، كما يفعل أدوارهم داخل الجماعة والمجتمع بشكل عام الأمر الذي يزيد من شعورهم بالانتماء والمعانة من نفس المشكلة وبالتالي إحداث تغيرات في نظرة الفرد نحو ذاته ونحو الآخرين وفي كيفية تعامله في نفس الوقت مع المواقف الضاغطة.

الجانب التطبيقي

الفصل الرابع إجراءات الدراسة

1. الدراسة الاستطلاعية

2. عينة الدراسة

3. منهج الدراسة

4. الحدود الزمنية والمكانية للدراسة

5- أدوات الدراسة

تمهيد:

بعد تطرقنا للجانب النظري الذي به أهم ما يتعلق بموضوع الدراسة سوف سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يفسر جزء أساسي للمبحث العلمي، وذلك يرجع إلى ما يحتويه أيضا في تحديد المنهج وأدوات البحث، الإنجاز.

هذه المذكرة لا بد من الانطلاق بالدراسة الاستطلاعية لأجل تكوين فكرة كاملة وواضحة حول موضوع الدراسة.

1. أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية المرحلة من بين المراحل المهمة لكل دراسة علمية محددة بإشكالية معينة حيث تساعد في الكشف عن المتغيرات التي يمكن أن تكون لها علاقة بأحد متغيرات البحث، وبأكثر من متغير نسبة ارتباط معينة، وأنها تستعمل للباحث عملية التأكيد من صحة توافق بيم متغيرات الدراسة والحالات ومن أهدافها مايلي:

1. التعرف على ميدان البحث.
2. اختيار منهج مناسب للبحث.
3. ضبط وتحديد عينة البحث من خلال معاينة مجتمع البحث.
4. تحديد الأدوات التشخيصية المناسبة التي تخدم دراستنا، ودراسة الأسس العلمية .
5. استكشاف ميدان الدراسة الأساسية.
6. ضبط متغيرات الدراسة.
7. التعرف على الصعوبات أو المشاكل التي يتعرض لها البحث و المحتمل مواجهتها لتفاديها في الدراسة الأساسية.
8. التأقلم مع فريق العمل والمختص.

2. عينة الدراسة: جدول رقم 02 عينة الدراسة

اضطراب	الجنس	السن	الحالات
التأتأة	أنثى	11	الحالة 1 (ه.ش)
	ذكر	6	الحالة 2 (ز.ب)
	ذكر	9	الحالة 3 (ي.ب)
	أنثى	11	الحالة 4 (ب.ت)

الدراسة الأساسية

3. منهج الدراسة:

1-2- تعريف المنهج شبه التجريبي:

ويعرف المنهج شبه التجريبي بأنه المنهج الذي لا يتم فيه الاختيار والتعين عشوائياً ولذلك لا يتم فيه ضبط المتغيرات الخارجية بقدر ضبطها في التصميمات التجريبية وإنما يتم ضبطها ضبط يحول بين عوائق الصدق الداخلي والصدق الخارجي من أن يكون لها أثر في التجربة (العساق) 1995 ص 321-320.

4. الحدود الزمنية والمكانية للدراسة:

أ. الحدود الزمنية:

بعد الحصول على الترخيص المطلوب من المؤسسة لاستشفائية بغية التريص وإجراء الدراسة الميدانية بحيث كانت المرحلة الأولى من 26 أكتوبر إلى 1 جانفي 2022 أما المرحلة الثانية فقد كانت من 15 جانفي 2022 إلى 6 أفريل 2022 وهكذا دام التريص حوالي 7 أشهر.

ب. الحدود المكانية للدراسة:

يعد مستشفى "حمادو حسين" من المستشفيات التي عمدت الحكومة على تدشينه لتخفيض الضغط تم افتتاحه سنة 1990، وهو يتمركز في دائرة سيدي علي والتي بدورها تبعد 45 كلم عن شرق الولاية وتعتبر المقر الرئيسي لهذا القطاع وهو يتربع على مساحة قدرها 07 هكتارات يحده من الشمال الطريق المؤدي إلى بلدية تازقايت، ومن الجنوب الطريق المؤدية إلى بلدية حجاج ومن الغرب دائرة سيدي علي، وامتدت الدراسة الميدانية خلال السداسي الثاني لسنة 2013 وعلى طول هذه الفترة قام الباحث بملاحظة الجانب السلوكي بمجتمع البحث من أجل الدقة في جميع البيانات، يغطي هذا القطاع الحاجات الصحية 213183 ن موزعين على 10 بلديات و 03 دوائر بنسبة كثافة سكانية 250 ن/كلم.

أما بالنسبة للإطار القانوني فهو عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري يتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي يخضع لوصايا الوالي مصنف من الصنف ب.د بقدرة استيعاب 72 سرير.

مصالح المؤسسة: جدول رقم 03 مكان الدراسة

الإدارة العامة- مديرية الموارد البشرية- مديرية المالية والوسائل- الطب الوقائي- طب العمل- الفحوصات الخارجية- المجلس الطبي- الخدمات الاجتماعية.	المصالح الإدارية
المطبخ- حظيرة السيارات- الغسيل- الحرق- المكيف الحراري- المخازن- الورشات- ضخ المياه- المولد الكهربائي- حفظ الجثث.	المصالح العامة
طب الأطفال- الولادة والتوليد- الإنعاش- الجراحة- الأمراض التنفسية- الأمراض المعدية- الطب الداخلي- تصفية الكلى.	المصالح الإستشفائية
المخبر- الأشعة- العمليات الجراحية- وحدة حقن الدم- الاستعجالات الطبية والجراحية.	المصالح التقنية

جدول العمال:

العدد	الصنف
35	الممارسون الأخصائيون
29	الأطباء العاملون
02	جراح الأسنان
03	الأخصائيون في علم النفس العيادي
03	الأخصائيون في الأروطفونيا
281	الشبه الطبيين
47	الموظفون الإداريون
75	التقنيون والمهنيون
475	المجموع

5- أدوات الدراسة:

1. الجانب النظري للدراسة:

من أجل بلورة رؤية نظرية تتيح للباحث متغيرات الدراسة وضبط تساؤلاتها تمت الاستعانة بكتب متخصصة وبحوث أكاديمية ورسائل وأطروحات جامعية إلى جانب المقابلات الشخصية.

2. الجانب الإجرائي للبحث:

تتأسس أي دراسة في جانبها الإجرائي على الاستعانة بمجموعة من الأدوات بغرض المقارنة الشخصية اللازمة خلال جمع البيانات والمعلومات حسب ما تقتضيه متطلبات الدراسة بناء على المنهج المتبع تحقيقاً لأهداف الدراسة والتحقق من فروضها على هذا الأساس تمثلت الأدوات المستعملة في الدراسة في مايلي:

أ. الملاحظة:

فالملاحظة وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات وأكثر شيوعاً تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة البحث واختيار فروضها فهي تعني الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين بقصد متابعته ورصد تغيراته. (صالح، 2006، 406)

خطوات الملاحظة:

- تحديد الهدف من الملاحظة.
- تحديد مجتمع الدراسة الذي سيتم ملاحظتها.
- محاولة الدخول في مجتمع الدراسة دون ملاحظة أفراد المجتمع إن أمكن.
- إجراء الدراسة عن طريق مراقبة الأفراد وملاحظة تصرفاتهم وتدوين الملاحظات خلال فترة الدراسة حتى لو استمرت لأشهر وسنوات.
- حل المشكلات التي قد تطرأ على الباحث وخاصة إذا عرفت الجماعة أنه يراقبهم.
- الخروج بعد زمن مجتمع الدراسة دون ملاحظة الآخرين.
- تحليل البيانات التي جمعها والخروج بالنتائج وكتابة التقرير. (أمينة، 2010، 164-166).

ب.المقابلة العيادية: (عبيدات، 1999، ص 433).

تعتبر المقابلة العيادية من أفضل التقنيات في المنهج العيادي حيث تساعد على تعديل الذاتية من خلال توجيه الحديث للمختص العيادي فهي تقنية اختيار من أجل الوصول إلى معلومات ذاتية (تاريخ الحياة، تصورات، أحاسيس، انفعالات، خبرات التي تصور فردية الشخص وتعقده). (FemandeZ. 2001.74)

تتراوح المقابلة في معظم الحالات من 30 إلى 30 ومع الاحتفاظ بالقدر الكافي من المرونة طبقا لمطالب الموقف المعني فمن غير المعيد أن تنتهي المقابلة بمجرد انتهاء وقتها وعند نقطة غير محدد والمختص المهار هو الذي يصل بالمقابلة إلى خاتمة يلخص فيها ما جرى من نقاش يقصد التأكد من تحقيق فهم مشترك بينه وبين العميل في موضوعات المناقشة (chahraoui 2003 ; 143)

المقابلة مع أقرباء المريض وأصدقائه:

من الضروري في بعض الحالات أن يقوم الأخصائيون كل في ميدان بمقابلة أقارب المريض أو أصدقائه بهدف الحصول على معلومات أدق أو أكثر تفصيلا من حياة المريض وسلوكه وتكوره أعراضه.

وبالرغم من هذا الهدف فإن الأخصائي أن يقوم بهذا العمل بقدر كبير من اللباقة وأن يقدر وقع هذه المقابلة على المريض نفسه وما قد تتركه من آثار سيئة على العلاقة بين المريض وأهله ومعالجيه ولهذا من الأحسن إجراء هذه المقابلة بعد الحصول على موافقة المريض.

ولا تجري هذه المقابلة بهدف الوصول إلى معلومات مفيدة في عملية الأقرباء والتشخيص بل تجري لأهداف علاجية فمن المهم أن يتعلم الأقرباء أساليب المعاملة الناجمة عن الوجهة

الصحيحة وأن يتركوا التفاعل والاتصال. (عبد الستار عسكر، 2008، ص108-111)

انطلاقا من المعلومات التي تم جمعها واعتمادا على طريقة التعليل الإكلينيكي الذي يتم من خلاله تجزئة نص المقابلة إلى مواضيع مسيطرة لمعرفة كيفية ربطها في أي وقت ظهرت، كيف كان التعبير، التصورات، عمل ميكانيزمات، الدفاع، التحليل يشمل الكلمات، الملاحظات،

الإيماءات، الإشارات، للبحث عن الدلالة غير المباشرة للكلمات والتعليقات وكل ما يصدر عن هؤلاء الأمهات ومحاولة ربطها مع إشكالية وفرضيات الدراسة.

وهذا العمل يتطلب شرح واستثمار المحتوى الثامن والشكلي انطلاقاً من معالم موضوعية نحوها العبارات، كذلك نعتمد في هذا التحليل على المعلومات التي تم جمعها عن الحالات وعن الأطفال المصابين وذلك لتدعيم ما تم التعبير عنه في المقابلات. (Guittet.A.2002.P75)

نتائج الميزانية الأرتوفونية للحالات:

جدول رقم 04 يلخص الميزانية الأرتوفونية للحالات

أستلة الميزانية	الحالة (1)	الحالة (2)	الحالة (3)	الحالة (4)
الاسم	ه.ي	ب.ز	ي.ب	ن.ب
العمر	11 سنة	6 سنوات	9 سنوات	11 سنة
المستوى الدراسي	أولى متوسط	أولى ابتدائي	رابعة ابتدائي	رابعة ابتدائي
عدد الإخوة	12	5	2	4
الرتبة مع الإخوة	8	5	الأول	الأولى
مهنة الأب	تاجر	شرطي	تاجر	ضابط
مهنة الأم	ماكثة في البيت	ماكثة في البيت	ماكثة في البيت	ماكثة في البيت
القرباة بين الوالدين	لا توجد	لا توجد	لا توجد	لا توجد
عامل الوراثة	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد	لا يوجد
نوعية العمل	عادي	عادي	عادي	عادي
الولادة	عادية	عادية	عادية	عادية
بعد الولادة	عادي	عادي	عادي	عادي

النمو الوجداني	مشاكل عائلية	مشاكل نفسية	عادي	عادي
في المدرسة	ارتباك في الكلام	خوف كبير	ارتباك	خوف من المعلم
النمو الحس حركي	عادي	عادي	عادي	عادي
النمو اللغوي	عادي	عادي	عادي	عادي

جدول رقم 05 : يمثل الجلسات الجماعية مع الحالات

الجلسات	عنوان الجلسة	الطرق المستخدمة في الجلسة	الهدف من الجلسة
الأولى-الثانية	جلسات تمهيدية		إقامة علاقة ودية مع الأطفال
الثالثة والرابعة	جلسات تهيئة	تقديم أنفسهم	تشجيع الأطفال عللا تقديم أنفسهم والتحدث أمام مجموعة
الخامسة والسادسة	المشكلات التي يعاني منها الطفل المتأثري	تقديم الذات التحصين التدريجي	أن يتقبل الطفل نفسه مع وجود قصوره اللفظي
السابعة والثامنة	تخيل وتحدث	الكرسي الجلي التحصين التدريجي	عدم تجنب الحديث
التاسعة-العاشرة	حوار الطفل مع	المناقشة والحوار	إدراك الطفل رفض

الوالدين لتأثاته على أنه	لعب الأدوار - قلب الدور - التحصين التدريجي	الوالدين	
عدم شعور الطفل بالخوف عند التحدث مع المدرس	لعب الدور - قلب الدور	حديث الطفل مع المدرس	الحادية عشر الثانية عشر
إعطاء فكرة مبسطة عند التأثأة	مكان الجلسة	تصحيح المعلومات	الثالثة عشر الرابعة عشر
التدريب على النطق الصحيح	ضبط النفس والاسترخاء لعب الدور - قلب الدور	فسيولوجية وميكانيكية الكلام	الخامسة عشر السادسة عشر
التخلص من الأزمات	التحصين التدريجي ضبط التنفس والاسترخاء لعب الدور - قلب الدور	الأزمات الحركية المصاحبة للمتأثئي	التاسعة عشر العشرين
الاسترسال قبل إصدار الصوت	التظليل، التطويل ضبط التنفس البطني	تدريبات تخاطب	الحادية والعشرين الثانية والعشرين
التحسن بشكل عام في النطق	التحصين ضبط التنفس الباطني	التدريب على النطق بأسلوب التحضير	الثالثة والعشرين والرابعة والعشرين

زيادة ثقة الطفل في ذاته	تعريض الطفل لموقف حياتي	مواجهة مواقف الحياة الواقعية	الخامسة والعشرين والسادسة والعشرين
التقييم	تطبيق مقياس	جلسة ختامية	السابعة والعشرون

جدول رقم 05 : يمثل أهم التقنيات والجلسات الجماعية لعلاج التأثأة

العلاج	الاستبيان والجلسات العلاجية الجماعية
- استجابة	- تقنية الاسترخاء فرونسوا ليوس
- استجابة	- قراءة القرآن
- استجابة	- ترنيمات الكلام الإيقاعي
- استجابة	- الموسيقى
- استجابة	- التحكم في التنفس
- استجابة	- العلاج بطريقة التحليل الصوتي
- استجابة	-العلاج باللعب
- استجابة	- العلاج بالمرسح
- استجابة	- Cristian Boisard
	-تعريف بالذات
	-طريقة terasim
	-طريقة خفض الصوت
	-العلاج بالإيقاع والتضليل (التوقفات - الشدة)
	-القراءة بصوت مرتفع Jakobson

خلاصة:

يتضح من خلال التطرق إلى الخطوات المتبعة في الدراسة الاستطلاعية على حد سواء لهذه الدراسة والتي تعتبر الركيزة الأساسية لأي بحث علمي يتم من خلالها تحديد مكان الدراسة ومدة الدراسة وضبط عينة الدراسة مع تحديد منهج الدراسة إضافة إلى ذكر أدوات الدراسة وسيتم أيضا عرض النتائج ومناقشتها في الفصل الموالي.

الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج

1-تحليل مقارنة الحالة الأولى

2-تحليل مقارنة الحالة الثانية

3-تحليل مقارنة الحالة الثالثة

4-تحليل مقارنة الحالة الرابعة

5-النتائج المتوصل إليها من خلال دليل المقابلة مع الأولياء

6-مناقشة الفرضيات

7-استنتاج عام

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل آخر الفصول للبحث العلمي من حيث التسلسل المنهج لترتيب الفصل وهو أهم الفصول كونه يتعلق بعرض النتائج وتحليلها فمن خلال تحليل النتائج المتوصل إليها من خلال إجراء مقابلات وتقديم تقنيات جماعية والتي يتم عرضها في هذا الفصل من إجابة على إشكالية الدراسة، وكذا تأكيد الفرضيات أو نفيها وفي الختام نقدم استنتاج على ما لما توصلنا إليه من نتائج.

التحليل الكيفي للحالات:

1- تحليل مقابلة الحالة الأولى:

الحالة (م.ي) تبلغ من العمر 11 سنة مستواها الدراسي سنة أولى متوسط تقطن بمدينة مستغانم سيدي لخضر عدد إخواتها من الأب 11 وحيدة لدى أمها، أما بالنسبة لوالديها مطلقين مما جعل الحالة تعيش في مشاكل عائلية فانفصال والديها أثر عليها، كانت تعيش في الحالة العيش مع أسرة مكونة من الأم والجدة والجد، وقد صرحت الأم أنها أصيبت باضطراب التأتأة بسبب ظروف أسرية هذا ما زاد من شدة اضطراب في سن 8 سنوات وكانت لهذا الاضطراب عوامل نفسية مؤثرة في حياتها الأسرية خاصة بسبب بلد الأب أما من طرف الأصدقاء فعلاقتها عادية، أما الغرباء فلم يكن لديها علاقات اجتماعية معهم وأما فيما يخص الدراسة كانت تتعرض الحالة للسخرية والاستهزاء من طرف أفرادها وهذا ما أثر عليها في عملية التواصل في الحوار من الآخرين وهذا ما أدى بها إلى قلة التواصل والحديث ولكن بالرغم من هذه العوامل على نتائجها الدراسية وكانت متفوقة هي الأولى في دراستها، فالحالة (ه.ي) تتأزم حالتها وتتأتما بشكل كبير عندما تشعر بالإحباط والغضب لأنها انفعالية وغاضبة.

2- تحليل مقابلة الحالة الثانية:

الحالة (ب) يبلغ من العمر 9 سنوات مستواها الدراسي سنة رابعة ابتدائي يقطن بولاية مستغانم بلدية سيدي علي، عد إخوته 5، أما رتبته في العائلة فهو الخامس والأخير، كان طفلا يعيش في أسرة مكونة من أب وأم وإخوة بحيث أنه يعيش تحت رعاية أسرية يملؤها الاستقرار والطمأنينة وقد صرحت الأم أن الطفل لم يكن يعاني من شيء وتعرضه لهذا الاضطراب عند دخوله المدرسة فقد أصبح يتأتما بشكل كبير وكان الطفل يعيش حالة من الخوف عند سماعه بالمدرسة وخاصة المعلمة كان لا يحبها وحسب رأي أمه أنها كانت تهمله كثيرا ولا تعيره أي اهتمام، أما أصدقاؤه لا يحب التواصل معهم وهذا بسبب السخرية والاستهزاء من قبلهم مما أدى كل هذا إلى تأزم حالته وخلق اضطراب التأتأة لديه وهنا نقول

أن اضطراب التأتأة لدى الحالة (ب.ز) كان فجائياً، بحيث أن التأتأة ازدادت كثيراً كلما ذهب إلى الدراسة وتتناقص عند رجوعه إلى المنزل والتكلم مع عائلته بشكل عادي، كان الطفل يخاف من الغريب وصوته كان منخفضاً بعض الشيء رغم سلامة صوته، الحالة (ب.ز) كان متراجعا في مواقفه وينقصه الثقة بالنفس ولقد صرت الأم كذلك أنه يفضل البقاء في المنزل أكثر من الذهاب لأي مكان وخاصة المدرسة ولهذا إهمال المعلمة داخل المدرسة أثر بشكل كبير في حالة الطفل مما جعلته يكون الدراسة ويخاف منها.

3- تحليل مقابلة الحالة الثالثة:

بعد لقاء الأم والموافقة على إجراء المقابلة كانت المقابلة على الساعة 9.00، تبعاً لموعد مسبق وبعد أخذ الإذن من الجهات المسؤولة قمنا بتطبيق المقابلة النصف الموجهة لأنها تعتمد على دليل المقابلة به أسئلة محددة تخدم موضوع مع المحافظة على الحرية التعبير لدى الفرد.

ومن خلال هذه المقابلة تحللنا على المعلومات الخاصة بالحالة (ن) تبلغ من العمر 11 سنة مستواها الدراسي سنة رابعة ابتدائي يقطن بمدينة سيدي لخضر، هي أكبر بين إخوة، عدد إخوتها أربعة، الحالة المادية للأسرة متوسطة، لغتها طبيعية، لكن يستغرق وقتاً طويلاً لنطق الكلمات وتكرار الأصوات والحروف بصفة مستمرة مع بعض التوقفات أثناء الكلام كانت لغة سليمة لقول الأم: "لقد كانت ابنتي تتكلم بطريقة عادية وعند التحاقها بالصف التحضيري، وفجأة أصبحت تتأتأ وهذا سبب معلمتها التي كانت تهمشها وتجلسها بأخر الصف وتمنعها من اللعب مع أقرانها أثناء الاستراحة، وأخبرت المدير أنها غير طبيعية ومريضة".

فهذه الطفلة مرت بمراحل اكتساب اللغة مثل أقرانها ولم تواجهها أية مشكلة بالإضافة إلى أن الطفلة لم تتعرض إلى إصابات خطيرة وأمراض تؤثر على صحتها الجسمية والعقلية والنفسية ولا يوج سبب عضوي للمشكلة وهذا ما يظهر من خلال قول الأم: "بأنه لم نأخذها إلى الطبيب أبداً وأنها بصحة جيدة"، كما أن نمو لطفلة كان طبيعياً من حيث الجلوس

والمشي والكلام فظهور الأسنان مثل أقرانها، والأم لم تتعرض لأي مشاكل نفسية أو عضوية أثناء فترة حملها، حسب ما أكده المختص الذي عرضت عليه الحالة ومع ذلك رافقتها الحالة منذ سن التحضيري الذي أرجع أسباب التأتأة إلى الجانب النفسي لوجود الخوف وتوتر وقلق الذي كانت مصدره معلمتها.

4-تحليل مقابلة الحالة الرابعة:

بعد لقاء الأم والموافقة على إجراء المقابلة معها كانت المقابلة على الساعة 9.30 تبعا لموعد مسبقا وبعد أخذ الإذن من الجهات المسؤولة قمنا بتطبيق المقابلة النطق الموجهة لأنها تعتمد على دليل المقابلة به أسئلة محددة تخدم موضوع مع المحافظة على حرية التعبير. فمن خلال هذه المقابلة تحصلنا على المعلومات الخاصة بالحالة (ي) البالغ من العمر 9 سنوات، مستواه الدراسي سنة رابعة ابتدائي يقطن بسيدي لخضر (مستغانم)، الأكبر بين إخوته له أخت صغيرة، الحالة المادية للأسرة متوسطة، يعيش مع الوالدين حالته الصحية جيدة.

من خلال المعلومات المقدمة من طرف الأم إن الحالة يعاني من صعوبة في إخراج الحروف وخاصة عند بدئ الكلام بتكرار الحرف الأول من الكلمة أو مقطع من الكلمة ومراقبة هذا التكرار سلوكيات انفعالية كهذا القدم واليد وعدم انتظام التنفس فالشهيق قصير وشديد أما الزفير، فيكون متقطعا أي لا يوجد استرخاء كامل للعضلات، أثناء الزفير فيحدث انفجار في تدفق الكلمات السريعة ثم توقف مرة أخرى (فجأة) وهذا يدل على أن الحالة (ي) يبذل جهدا لبدء الكلام وتجنب الموقف الصعب ومن خلال المقابلة مع الأم أكدت لنا أم الحالة أن ياسر لم يتعرض لأي مرض عضوي بجهاز النطق خلال مراحل نموه. وكذا لم يتعرض لأي صدمة نفسية أو عاطفية حسب ما أكده الطبيب المختص الذي عرضت عليه الحالة، ومع ذلك (حالة) رافقته منذ صغره ولم يعطها الوالدان أهمية كبيرة حتى سن التمدرس، ظنوا أنها تختفي مع مرور الوقت، حيث عرضت الحالة على مختص أرطوفوني الذي أرجع

السبب الرئيسي في ظهور هذه المشكلة هو عصبية الأب وقسوته ومعاملته السيئة ومقارنته بأخته.

5- النتائج المتوصل إليها من خلال دليل المقابلة مع الأولياء:

1- الحالة الأولى:

من خلال إجراء المقابلة مع الأولياء تبين من خلال إجاباتهم أن الحالة (هدى) تعاني من مشاكل عائلية والسبب الرئيسي هو طلاق والديها مما جعل التأتأة تظهر بشكل كبير فجائي فالتأتأة تزداد بشكل أكبر عند مواجهتها لأي مشكلة أو موقف ما وهنا تتأزم حالتها ويحدث لها توقفات أثناء الكلام مع خجل كبير للحالة وعليه فإن اضطراب التأتأة يزداد كلما تأزمت حالتها.

2- الحالة الثانية:

من خلال الإجابات المتحصل عليها من طرف الأولياء ثم تعرفنا أن الحالة (ب ز) تعاني من اضطراب التأتأة وهذا حسب تصريحات الوالدين ما يعاني طفلها في حياته اليومية سواء في المنزل أو في الدراسة وعليه فالنتيجة المتوصل إليها من خلال المقابلة أن التأتأة تزداد لديه كلما ذهب للدراسة وحسب والدته أن المعلمة كانت تهمله كثيرا ولا تهتم به هذا ما جعله يكره الدراسة ويشعر بالخوف كلما ذهب إليها وتظهر عليه توقفات كثيرة أثناء الكلام.

3- الحالة الثالثة:

من خلال المعلومات المقدمة من طرف الأم إن الحالة (ب) تعاني من اضطراب التأتأة وعليه فالنتيجة المتوصل إليها أن الحالة لها خوف كبير من الدراسة لأن سبب التأتأة لديه كان فجأة وهذا بسبب معلمتها.

4- الحالة الرابعة:

بعد مقابلة الأولياء للحالة (ي) إلى أن اضطراب التأتأة لديه كان منذ الصغر وبذلك قد يكون سبب التأتأة وراثي وانتقال التأتأة من جيل إلى جيل مهما كان سبب الاضطراب يجب كتابة اضطرابه بعلاجات.

تحليل الجلسات الجماعية لعلاج التأتأة جدول رقم 2:

من خلال الجلسات العلاجية الجماعية يستطيع المتأتم أن يرى غيره ممن يعانون نفس أعراض التأتأة (من صعوبة في الكلام وارتعاش الشفاه وغيرها) فيشعر بأنه ليس الوحيد في هذا الاضطراب بل هناك كثيرين غيره يعانون نفس الحالة مما يخلق جوا من المشاركة الوجدانية بين المتأتمين والتنافس فيما بينهم، وللوصول إلى نتائج إيجابية قمنا بجلسات علاجية جماعية في هذه الدراسة متمثلة في عدة تقنيات وتمارين مساعدة.

اعتمدنا في الجلسات الجماعية الأولى على تقنية الاسترخاء الكلامي والذي فيه يكون الاهتمام منصبا حول هدفين الأول هو التخفيف بين الشعور بالاضطراب والتوتر أثناء الكلام والثانية إيجاد ارتباط بين الشعور والراحة والسهولة أثناء القراءة وبين الباعث الكلامي نفسه أما التقنية التي تليها فقد اعتمدنا على طريقة تمرينات الكلام الإيقاعي وهي طريقة تعتمد على الحركات الإيقاعية وكان الهدف منها صرف انتباه المتأتمين عن مشكلتهم كما قدمت لهم في نفس الوقت إلى الإحساس بالارتياح النفسي ومن هذه الحركات الإيقاعية، وأفادت هذه الطريقة كثيرا فطريقة القراءة الجماعية بالإيقاع طريقة مسلية للطفل المتأتم فيبتعد عن مشكلته الحقيقية وتجعله يندمج مع الآخرين في وضع لا يميزه عنهم. كانت النتيجة جد فعالة بالنسبة لهذه التقنية بحيث كل الإيقاعات الصارفة للانتباه كانت ذات تأثير في خفض ترددات التأتأة وفيما يجعل تقنية العلاج الجماعي بالموسيقى يقوم من خلاله على أساس تحفيز ردود أفعال المريض على كافة المستويات وتقوم على الاتصال بالشخص في سباق التجربة الموسيقية، فطريقة الغناء أو الموسيقى تساعد كذلك في تخفيف حدة التوتر حيث أنهما يعودان المتأتم على احترام الإيقاع عند ترديد الغناء، بحيث أن الأطفال المتأتمين استجابوا

وبسرعة لهذه التقنية وذلك بالتعبير عم الأفكار والمشاعر التي استثارها فيهم الأغنيات والنغمات.

أما طريقة تعليم الكلام من جديد فهي عبارة عن تمرينات يشجع فيها المصاب على الاشتراك في أشكال من المحادثات التي تنسيه مشكلته وكل ما يتصل بها من قريب أو بعيد. وكأمثلة لذلك قمنا بها (الألغاز والمناقشات الجماعية) فالأطفال هنا يتصاحبون ويتدافعون ويصفقون ويطربون للإجابات الصحيحة ويسخرون من الإجابات الخاطئة، فطريقة المناقشات الجماعية طريقة جد فعالة ومفيدة للأطفال، فطريقة المناقشات طريقة للإيحاء والإقناع وتوجهها صورة أساسية لتلافي شعوره بالنقص وخوفه من الكلام وعيوبه وما يتعرض له من خيبة أمل وخجل من خلال بيئته الاجتماعية، والهدف من هذه الطريقة هو جعل الفرد المتأثراً يدرك حقيقة اضطرابه مع ضرورة تعديل نظرتة لنفسه.

والطريقة الموالية هي طريقة التظليل وتتمثل في صرف انتباه في نفس الوقت يقرآن معا فقرة من كتاب يسهل عليه قراءته مع حرص المعالج على رفع صوته أعلى من الطفل في بداية الأمر بحيث يغطي صوت الطفل المتأثراً واستمر هذا الوضع لعدة جلسات تدريجياً ثم يبدأ المعالج في خفض صوته ويرتفع صوت المتأثراً تدريجياً وهنا يستطيع سماع صوته دون تأتأة، أخذت هذه الطريقة جلسات متكررة ولكن النتيجة كانت إيجابية.

وبعدها ننتقل إلى طريقة أخرى وهي العلاج الجماعي بالقرآن الكريم ويعني تواجد الطفل في حلقات قرآنية وقراءة سورة قرآنية مع بعض قد يزيد نوع من التفاعل مع زملائه ويساعده في نطق الكلام الصحيح وتزايد ثقته بنفسه ويخلق لديه تحفيزاً أكثر، مع العلم أن هناك حالة مدمجة في مدرسة قرآنية فكان جو العلاج في تنافس وتحفيز أكثر، فالحلقات القرآنية الجماعية نتيجة فعالة للعلاج، ويعتبر اللعب كذلك من العلاجات الجماعية بحيث أنه يتيح فرصة التحرر من الرقابة القاسية بالنسبة للطفل وتحويل المشاعر مثل الغضب والعدوان مما يهدف اللعب الجماعي إلى تخفيف الضغط والتوتر الانفعالي فقد نلاحظ أثناء لعب الطفل قدراته وميوله وماهبه وبعض السمات الشخصية مثل الانطواء أو العزلة أو التعاون والمرح

وعليه فاللعب من أولوية الأطفال فمن خلاله يقومون بتدريب أنفسهم على مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية ومن خلال التفاوض حول الأدوار التي يلعبونها ومحاولة تبني أساليب تساعد على استمرارية اللعب ومحاولة تقدير مشاعر الآخرين فدوره مهم في العلاج الجماعي. وتوجد تقنية أخرى تتمثل في خشبة المسرح بحيث يطلب من المتأتمثل دور شخص آخر مهم له دور له دلالة ممن الناحية العلاجية مثل دور الأب أو دور خيالي ومثل دور النائب العام أو الشيطان ومن المهم أن يقوم المريض بالتمثيل التلقائي إلا أن يمثل دورا مكتوبا وتسمح هذه التقنية بزراعة الثقة بالنفس وتناقص الخوف لدى الحالة وللتكلم بكل طلاقة أما الآخرين.

و من هنا نرى أن الأساليب والمداخل العلاجية الجماعية قد اختلفت بتوجهات ونظريات التي ارتكزت عليها وعليه نقول أن العلاج الجماعي له دور فعال في علاج العديد من أطفال التأتأة. وحسب دراستنا نتائجها كانت ناجحة وفي تطور حسب كل حالة، فإشراك الطفل داخل جماعة خلق له جوا اجتماعيا آمنا ضمن مجموعة متجانسة مما أدى هذا إلى الحد من اضطرابه والتكلم بكل طلاقة أمام الآخرين.

تحليل المقابلة البعدية مع الأولياء:

بعد تطبيق العلاج الجماعي على أطفال التأتأة تم وضع مقابلة بعدية مع الأولياء لمعرفة النتائج المتوصل إليها حسب كل حالة بحيث استخلصنا أن النتائج كانت جيدة بالنسبة للحالات الأربعة، فاضطراب التأتأة بدأ يتناقص شيئا فشيئا وهذا حسب الحصص المتكررة والدائمة، كما أظهروا أن النصائح والإرشادات التي كانت تقدم لهم تطبق كالعامل على إشراك أبنائهم في علاجات جماعية أخرى سواء في المنزل أو المدرسة أو المحيط الخارجي وهذا ساعد أكثر في العلاج، كما تم دمجهم ضمن مدارس قرآنية والتركيز أكثر على الحلقات الجماعية، فالحالة الأولى والثانية كانت تتجاوب بسرعة مع العلاج الجماعي ، أما الحالة الثالثة والرابعة كانت تدريجيا، وهنا يبقى العلاج الجماعي هو المحفز والمشجع الأول للأولياء

وحتى الأطفال المتأثنين على التنافس فيما بينهم وتنفيذ كل ما هو مطلوب منهم بمواصلة العمل والاستمرار.

فحسب رأي الأولياء أنه بفضل العلاج الجماعي لم يبق لدى الحالات أي عائق في تواصلهم مع غيرهم والتعبير عن احتياجاتهم وأفكارهم، مما تشكلت لديهم ثقة بالنفس والتحدث بكل طلاقة وأريحية أمام الآخرين.

6- مناقشة الفرضيات:

إن الإطار الذي سيتم فيه مناقشة دراستنا ينطلق من الفرضية التالية:

للعلاج الجماعي دور في تحسين مجرى الكلام لدى المتأثني فمن خلال الدراسة التي أجرناها مع الحالات الأربعة اعتمدنا على أدوات الدراسة متمثلة في الملاحظة وركزنا أكثر على دليل المقابلة مع الأولياء لمعرفة أعراض التأتأة ومستواها عند كل حالة وهذا من أجل الإلمام بجميع جوانب دراستنا، وحسب التحاليل القبلية للمقابلة يظهر لديهم أعراض فيزيولوجية التأتأة تعكس في احمرار الوجه، قلق وتوتر وخوف من الغرباء وعدم الثقة بالنفس وغيرها من الأعراض التي تسببت في تزايد مستوى التأتأة لدى كل حالة.

وحسب مأمون صالح: "الذي يعتبر أن المصابين بهذا الاضطراب يؤلمهم النقد ويتوترون من المواقف الاجتماعية خوفا من الكلام غير المناسب أو عدم القدرة على الإجابة على أسئلة الآخرين حيث يصابون باحمرار أو البكاء أو ظهور علامات الخوف أمام الآخرين لذلك يشعر هذا الشخص بالقلق الدائم ويعتقد أنه أقل من الآخرين حيث نجد أن لديه صديقا واحدا أو اثنين بالكثير وليس مجموعة من الأصدقاء ويصاحب هذا الاضطراب قلق وغضب بسبب فشلهم في العلاقات الاجتماعية.: (مأمون: 2011، 421)

وللتأكد من صحة الفرضية المطروحة للعلاج الجماعي دور في تحسين مجرى الكلام لدى المتأثني فحسب النتائج العلاجية الجماعية للتأتأة تم التوصل إلى نتيجة إيجابية ناجحة بحيث كان التطبيق بجمع مجموعة من أطفال وتطبيق عليهم تقنيات وتمارين خاصة بالجماعة كتقنية الاسترخاء وقراءة القرآن بطريقة جماعية وكذلك تقنيات التنفس وغيرها من

التقنيات الجماعية. وحسب رأي (فطيم 1992) "يرى بأن العلاج الجماعي وقائع واحدة تتم داخل جماعات ذات تنظيم رسمي تحمي أعضائها ويقودها قائد وتهدف تلك الجماعة إلى تحسين عاجل في اتجاهات وسلوك أعضائها بحيث تحدث تلك التغيرات نتيجة للتفاعلات المحددة والمحكومة داخل الجماعة". (فطيم 1992، 221)

فالعلاج الجماعي للأطفال التأتأة أحدث تغييرا فعالا في تحسين الكلام لدى كل فرد من الأفراد الأربعة وحل مشكلاتهم الاجتماعية والعاطفية، بحيث أتاحت لهم الفرصة للتعبير عن مشاعرهم وآرائهم بكل ثقة مما أدى هذا إلى تناقص التأتأة لدى كل حالة من الحالات وأصبح كلامهم في تحسن خال من التوقفات والتكررات ولهذا فالعلاج الجماعي يحفز المفحوص على العلاج والتكلم لكل طلاقة، كما يؤكد كل من (Tosland.Rivast1998) أن الجماعات العلاجية هي الجماعات التي تهدف إلى مساعدة أعضائها على تغيير سلوكياتهم غير المرغوبة والتكيف مع مشكلاتهم الشخصية وإعادة تأهيل أنفسهم بعد تعرضهم لصدّات بدنية أو نفسية أو اجتماعية. (Tosland.Rivast1998.522)

فمن خلال النتائج الإيجابية المتوصل إليها من الحالات السابقة نكون قد أثبتنا الفرضية المتمثلة في أن العلاج الجماعي له دور في تحسين الكلام لدى المتأتئي.

استنتاج عام:

من خلال كل ما تطرقنا إليه سابقا من الملاحظات والمقابلات مع الأولياء وتقديم بعض التقنيات العلاجية الجماعية للطفل المتأثري نكون قد أثبتنا صحة الفرضية المقترحة.

فالحالة الأولى قد لمسنا فيها الرغبة والدافعية في تكوين علاقات اجتماعية حيث بدأ يظهر عليها نوع من التحسن مع العلم أنها كانت مندمجة داخل مدرسة قرآنية وتقرأ القرآن في حلقات جماعية مما زاد هذا من نجاح العلاج الجماعي. أما الحالة الثانية كانت تعاني من خوف كبير وخجل ولكن داخل الجماعة بدأت تكون علاقات جماعية مع أقرانها مما جعل ذلك الخوف والخجل يزول تدريجيا إلا أن الحالة كانت تفتقد إلى الدافع القوي الذي يجعلها تغامر. أما الحالة الثالثة فقد كانت تعاني من حساسية مفرطة إضافة إلى أن الاضطراب جعلها تصنع حاجزا مع العالم الخارجي وهذا ما خلق لديها سلوكا تجنبيا وأعراض أخرى مصاحبة، إلا أن هذا بدأ يتناقص شيئا فشيئا داخل لجماعة مما جعلها تستجيب أصبحت تتغير من خلال تعاملها مع أقرانها.

وفيما يخص الحالة الرابعة فقد تتسحب تدريجيا من الحياة الاجتماعية مشيرة إلى أنها صارت تخجل كونها ليست كالبقية وتشعر بالنقص وهذا ما دفعها إلى التقليل من العلاقات وعدم الخوض في الحديث مع الغرباء ولكنها تغلبت على كل هذا الخجل عند إدماجها داخل الجماعة كان صعبا عليها في البداية ولكن مع التعود وتكرار الحصص تغلبت على الخجل تدريجيا وهذا لتجاوز تأثراتها والتحدث بكل طلاقة مع الآخرين.

فبعد عرض وتحليل النتائج نستنتج أن التأثرة تؤثر على حياة الفرد وتخلق له مشاكل اجتماعية وتجعله ينعزل عن المجتمع ولكن قد يزول كل هذا الاضطراب شيئا فشيئا فقط عند إدماجه مع أقرانه ووضع تقنيات جماعية مساعدة للحد من اضطراب التأثرة.

الختامة

تعتبر التأتأة من أنواع تأخر النمو اللغوي عند الأطفال وقد يستمر هذا الاضطراب طيلة حياته وهذا المشكل ذو حدين، فهو سهل العلاج عند كثير من الحالات ويكون مشكلا صعبا للتعامل معه في حالات أخرى وذلك حسب الاهتمام الحالة وسرعة التكفل بعلاجها وتعتبر هذه المشكلة من المشاكل التي تترتب عنها مشاكل أخرى من بينها صعوبة التعامل والاتصال والتحصيل الدراسي، فتظهر غالبا في الطفولة المبكرة وتتبع مسارات مختلفة عند أفراد مختلفين وقد تظهر الصورة مفاجئة نتيجة صدمة نفسية ناجمة عن قلق وتوتر، وللد من هذا الاضطراب يتوجب اتباع علاج جماعي مرفوق بتقنيات وتمارين تجعله يتفاعل مع غيره سواء في الدراسة أو المنزل أو المحيط وهذا من أج التغلب على الحالة السيئة التي يمر بها بسبب اضطرابه وعليه فالعلاج الجماعي للتأتأة هو عمل إيجابي فعال يعمل على تحسين الكلام لدى الطفل فيجب على المختصين العمل به واتباعه للخروج بنتيجة ناجحة لدى أطفال التأتأة.

توصيات واقتراحات:

- في ضوء النتائج التي أسفرت عنها دراستنا نتقدم بالتوصيات الآتية:
- إرشاد أسرة الطفل المتأثري إلى أهمية زيادة بنفسه داخل الجماعة وعدم الخوف من التحدث أمام الآخرين وعدم جرح مشاعره عندما يخطئ في نطق الكلمة وتشجيعه المستمر على النطق الصحيح للكلمات السهلة بالنسبة.
 - العمل على خلق بيئة اتصال جماعية، وذلك بتعزيز لحظات الطلاقة لدى الطفل المتأثري وتجاهل لحظات عدم الطلاقة لديه.
 - إعداد دورات تدريبية للوالدين لتعريفهم عن طريقة العلاج الجماعي داخل المنزل.
 - للاهتمام بحديث الطفل المتأثري أكثر من الاهتمام بأسلوب بطريقة كلامه.
 - الاستماع للطفل من أهم العوامل المساعدة له.
 - إيلاء الاهتمام بدور أساليب المعاملة الوالدية في تنمية النمو اللغوي لد الأبناء أولوية.
 - إدماج الطفل المتأثري ضمن جماعات من أجل تعزيز ثقته بنفسه وخلق جو من التحفيز لديه.
 - اقتراح طرق علاجية جماعية تهدف إلى تحسين كلام الطفل المتأثري.

قائمة المصادر و المراجع

قائمة المراجع:

1. إبراهيم الجرواني، هالة محمود صديق، رحاب (2013)، اضطرابات التأناة، رؤية تشخيصية وعلاجية، ط1، مصر: دار المعرفة الجامعية.
2. أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية (1987)، مكتبة لبنان.
3. بركات محمد خليفة، عيادات العلاج النفسي والصحة النفسية، طبعة دار العلم، الكويت.
4. البطانية أسامة والجراح، عبد الناصر وغواتمة، مأمون، علم النفس الطفل غير عادي، عمان، دار المسيرة.
5. بلحاج أمينة، الصور الشعورية للجسم لدى طفل ضحية الاستغلال الجنسي من طرف مراهق أو راشد، دراسة سيكوديناميكية، رسالة ماجستير، جامعة سطيف، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية.
6. بن حمد العساف صالح، المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية، ط4، الرياض، مكتبة العبيكان.
7. بن عربية راضية، شوال، نصيرة (2016)، مدخل إلى الأرتوفوني، علم اضطرابات اللغة والتواصل، ط1، الجزائر، دار ألفا للوثائق.
8. بوسعيد يسمينة (2012) (2013)، أثر الإصابات الدماغية على سيولة كلام التأناة المكتسبة، رسالة ماجستير، منشورة تخصص أرتوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
9. حامد زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ب.ط، عالم الكتب، القاهرة، 1984.
10. حمودي حليلة بن حمادة حنان، (2017-2018)، فعالية نفسية الاسترخاء في التخفيف من حدة التأناة، مذكرة منشورة لنيل شهادة الماستر تخصص أرتوفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عبد الحميد مهري، قسنطينة 2، الجزائر.
11. حورية باي، علاج اضطرابات اللغة، ط1، إمارات العربية، دار القلم للنشر والتوزيع، 2002.

12. خليل عفراء، (2016)، فعالية برنامج التخفيف من شدة التأتأة لدى تلاميذ التعليم الأساسي، مجلة اتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس، المجلد الرابع عشر، العدد الرابع.
13. حرارزة سميرة، صالح الأحمد، فائزة (2016)، التأتأة الماهية ولعلاج، ط1، الجزائر: دار الجسور للنشر.
14. الزراد فيصل، اللغة واضطرابات النطق والكلام، 1990، الرياض، دار المريخ.
15. سعيد كمال عبد الحميد الغزالي، اضطرابات النطق والكلام والتشخيص والعلاج، ط1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، 2010.
16. سمر حسن عمن، فاعلية برنامج تدريبي في شدة التأتأة لدى تلاميذ الحلقة الأولى، 2017، رسالة ماجستير في تقويم الكلام واللغة، محافظة دمشق.
17. سمحات الرشيد، التخاطب واضطرابات النطق والكلام، نظام التعليم المطور الأنساب.
18. عبد الستار إبراهيم مشكر عبد الله، (2008)، علم النفس الإكلينيكي في ميدان الطب النفس، ط4، مكتبة الأنجلو المصرية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
19. عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد في المجتمع (1980)، مكتبة الأنجلو البصرية، القاهرة.
20. العزة سعيد حسني، الإرشاد الجماعي العلاجي (2010)، دون طبعة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
21. عمارة محمد موسى، سعيد تاطور، ياسر (2014)، مقدمة في اضطرابات التواصل، ط2، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
22. فاروق مصطفى سالم، أسامة (2014)، اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق، ط1، الأردن: دار المسيرة.
23. فايز بن عبد الله الأسمر، حقيقة الاختبارات والمقاييس النفسية، دون سنة، محافظة الإحصاء، الإدارة العامة للتربية والتعليم، وزارة التربية والتعليم السعودية.

24. فرج الزريقات، إبراهيم عبد الله (2005)، اضطرابات الكلام واللغة والتشخيص والعلاج، ط1، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
25. قاضي جميلة، (2007-2008)، العوامل المؤثرة سلباً على التكفل الأطفوني بالمتأني، رسالة ماجستير منشورة تخصص أطفونيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر.
26. قيوم رتيبة (2014-2015)، التكفل الأطفوني بالطفل المتأني، مذكرة منشورة لنيل شهادة الماستر، تخصص أطفونيا، كلية علم النفس وعلوم التربية، جامعة قسنطينة.
27. لطفي فطيم، (1992)، العلاج النفسي الجمعي، مكتبة الأنجلو المصرية.
28. مأمون صالح، (2011)، شخصية، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.
29. متحت عبد الحميد أبو زيد، العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية الأسس والديناميات والمشكلات، دار المعرفة الجامعية، مصر.
30. محمد حسن غانم، العلاج النفسي الجماعي بين النظرية والتطبيق، (2003)، الطبعة الأولى، المكتبة المصرية لطباعة والنشر، القاهرة.
31. محمد حولة (2005)، الأطفونيا علم اضطرابات اللغة والكلام والصوت، ط3، دار صوت للنشر والتوزيع.
32. محمد حولة، الأطفونيا علم الاضطرابات واللغو والكلام، ط4، دار هومة للنشر، 2001.
33. محمد عبيدات منهجية البحث العلمي وقواعد مراحل التطبيقات، 1999، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
34. معمر الهوارنة (2010)، اضطرابات اللغة والتواصل لدى الأطفال الظاهرة والعلاج، ط1، سوريا: الهيئة العامة السورية للكتاب.
35. النابلسي محمد أحمد، مبادئ العلاج النفسي ومدارسه (1991)، دار النهضة العربية بيروت.

36. النحاس محمد محمود (2006)، سيكولوجية التخاطب لذوي الاحتياجات الخاصة، ط&، مكتبة الانجلو المصرية.
37. هبة عبد الحلیم عبد ربه، (2011) اللغة واضطراب النطق الكلامي، العلاج بالموسيقى، اللججة برنامج علاجي، دون طبعة، جامعة الاسكندرية.
38. هبة عبد الحلیم عبد ربه، اللغة واضطرابات النطق والكلام والعلاج.
39. Guittet.A.2002. l'entretien techniques et pratiques sixième édition Aramand colin Paris.
40. Toseland.R. Rivas. R (1998) An introduction to group work. Practice Macmillan publishing company. New York.
41. Chahraoui.K (2003) Methods.evaluation et recherche en psychologie clinique: Paris.dunod.
42. Fernandez.L (2001) la recherche en psychologie clinique Paris.Nathan.
43. Didirkova, Ivana (2016). Parole langue et disflunce. Thèse pour obtenir le grade de docteur, université Paul Valery Montpellier 3. France.
44. Françoise, Estienne; Henny annie, Bijleved; Anne, Van hout (2015). Le bégaiement interprétation diagnostic et thérapies 160 exercice. France.
45. Brin Henry, Frédérique; Courrier, Catherine; Lederlé, Emmanuelle; Masy, Véronique (2011). Dictionnaire d'orthophonie (Troisième Edition). France: Ortho Edition.

قائمة الملاحق

الملاحق

تقديم الحالة 1:

-الاسم: زكرياء

-اللقب: بن براهيم

-الجنس: ذكر

-السن: 5 سنوات

-الهواية:

-الرتبة في العائلة: 5

-عدد الذكور: 4

-عدد الإناث: 2

1. معلومات عن العائلة:

• معلومات عن الأب:

-الاسم: حمو

-السن: 50 سنة

-المستوى التعليمي: السنة الثالثة ثانوي

-المهنة: شرطي

✓ الحالة المدنية:

-متزوج مرة واحدة: نعم

-من زواج الأقارب: لا

✓ الحالة الاقتصادية: عادية

✓ الحالة الصحية: عادية

-السوابق العائلية الصحية: /

• **معلومات عن الأم:**

-الاسم: سورية

-السن: 41 سنة

-المستوى التعليمي: سنة ثالثة ثانوي

-المهنة: مأكثة في البيت

-الحالة الصحية: /

• **المعلومات عن الإخوة وحالتهم الصحية: /**

1. معلومات حول مراحل نمو الطفل:

1.2 فترة الحمل: 9 أشهر

- هل الحمل مرغوب فيه: نعم

-هل هذا هو الحمل الأول: لا

-هل أصيبت الأم بمرض معين: لا

-هل تناولت الأم الأدوية: لا

2.2 فترة الولادة:

- هل ولدت المولودة في وقت محدد: نعم

-طبيعة الولادة: طبيعية

-صرخة الميلاد: توجد

-هل حدث دوران الحبل السري حول العنق: لا

-هل تم استعمال الملقط: لا

-هل حدث مشاكل أخرى: لا

-اللون: لا

-وزن المولودة: عادي

3.2 فترة ما بعد الولادة:

-هل كان المولود بحالة في الإنعاش: لا

- نوع الرضاعة: طبيعية

• النمو الحس حركي:

-سن الجلوس: 8 أشهر

-هل يحافظ على النظافة: نعم

• النمو اللغوي:

-سن المناغاة:

-سن الكلمة الأولى:

-سن الجملة الأولى:

• النمو الوجداني:

-هل هو اجتماعي:

-علاقة مع الإخوة والأخوات: عادية

-علاقة مع والديه: عادية

-هل يحب اللعب: نعم

-مع من يفضل اللعب: مع إخوته

-هل له علاقات متعددة: علاقته في البيت مع الإخوة والوالدين عادية عكس المدرسة مع

زملائه يفضل البقاء وحده:

-حركة الجسم (التنسيق اليدوي): عادية

-هل يستعمل يده بشكل صحيح أثناء الكتابة: نعم

-سنة الالتحاق بالمؤسسة: 2021

-المستوى الدراسي للطفل: السنة التحضيرية

-هل التحق بالحضانة: لم يلتحق

تقديم الحالة 2:

-الاسم: هـ

-اللقب: ي

-الجنس: أنثى

السن: 11 سنة

-الهواية: الرسم

-الرتبة في العائلة: 08 بالنسبة

-عدد الذكور: 05

عدد الإناث: 07

1. معلومات عن العائلة:

• معلومات عن الأب:

-الاسم: عبد الله

-السن: 60 سنة

-المستوى التعليمي: متوسط

-المهنة:

✓ الحالة المدنية:

-متزوج مرة واحدة: 04

-من زواج الأقارب: لا

✓ الحالة الاقتصادية: عادية

✓ الحالة الصحية: عادية

السوابق العائلية الصحية:

• معلومات عن الأم:

-الاسم: فتيحة

-السن: 40 سنة

-المستوى التعليمي:

-المهنة: ربة بيت

-الحالة الصحية: عادية

• المعلومات عن الإخوة وحالتهم الصحية: عادية

2. معلومات حول مراحل نمو الطفل:

1.2 فترة الحمل: 9 أشهر

- هل الحمل مرغوب فيه: نعم

-هل هذا هو الحمل الأول:

-هل أصيبت الأم بمرض معين: نعم القلق والتوتر

-هل تناولت الأم الأدوية: نعم

2.2 فترة الولادة: فصل الشتاء

- هل ولدت المولودة في وقت محدد: نعم

-طبيعة الولادة: قيصرية

-صرخة الميلاد: نعم

-هل حدث دوران الحبل السري حول العنق: لا

-هل تم استعمال الملقط: نعم

-هل حدث مشاكل أخرى: نعم

-وزن المولودة: 4 كلغ

3.2 فترة ما بعد الولادة:

-هل كان المولود بحالة في الإنعاش: نعم بسبب نقص الأوكسجين

- نوع الرضاعة: رضاعة غير طبيعية

• النمو الحس حركي:

-سن الجلوس: 4 أشهر

-هل يحافظ على النظافة: نعم

• النمو اللغوي:

-سن المناغاة: 3 أشهر

-سن المقطع الأول:

-سن الكلمة الأولى: "بابا" 8 أشهر

-سن الجملة الأولى: عام

• النمو الوجداني:

-هل هو اجتماعي: نعم

-علاقة مع الإخوة والأخوات: علاقة طبيعية

-علاقة مع والديه: علاقة طبيعية

-هل يحب اللعب: نعم

-هل له علاقات متعددة: نعم

-حركة الجسم (التنسيق اليدوي): عادية

-هل يستعمل يده بشكل صحيح أثناء الكتابة: نعم

-سنة الالتحاق بالمؤسسة: 6 سنوات 2016

-المستوى الدراسي للطفل: السنة الثانية متوسط

تقديم الحالة 3:

-الاسم: ز. ي.

-اللقب: ب.

-الجنس: ذكر

-السن: 9 سنوات

-الهواية: /

-الرتبة في العائلة: الأول

-عدد الذكور: 1

-عدد الإناث: 1

1. معلومات عن العائلة:

• معلومات عن الأب:

-الاسم: ب.ج

-السن: 40 سنة

-المستوى التعليمي: متوسطة

-المهنة: تاجر

✓ الحالة المدنية:

-متزوج مرة واحدة: نعم

-من زواج الأقارب: لا

✓ الحالة الاقتصادية: متوسطة

✓ الحالة الصحية: عادية

• معلومات عن الأم:

-الاسم: ج.ر

-السن: 30 سنة

-المستوى التعليمي: سنة ثالثة متوسط

-المهنة: ماکثة في البيت

-الحالة الصحية: عادية

• المعلومات عن الإخوة وحالتهم الصحية: عادية

2. معلومات حول مراحل نمو الطفل:

1.2 فترة الحمل: 9 أشهر

- هل الحمل مرغوب فيه: نعم

- هل هذا هو الحمل الأول: نعم

- هل أصيبت الأم بمرض معين: لا

- هل تناولت الأم الأدوية: لا

2.2 فترة الولادة:

- هل ولدت المولودة في وقت محدد: نعم

- طبيعة الولادة: عادية

- صرخة الميلاد: نعم

- هل حدث دوران الحبل السري حول العنق: لا

- هل تم استعمال الملقط: لا

- هل حدث مشاكل أخرى: لا

- اللون: عادي

- وزن المولودة: /

3.2 فترة ما بعد الولادة:

- هل كان المولود بحالة في الإنعاش: لا

- نوع الرضاعة: طبيعية

• النمو الحس حركي:

- سن الجلوس: 5 أشهر

- سن المشي: 9 أشهر

-هل يحافظ على النظافة: نعم

• **النمو اللغوي:**

-سن المناغاة: 3 اشهر

-سن المقطع الأول: 7 أشهر

-سن الكلمة الأولى: 8 أشهر

-سن الجملة الأولى: عام

• **النمو الوجداني:**

-هل هو اجتماعي: نعم

-علاقة مع الإخوة والأخوات: عادية

-علاقة مع والديه: عادية

-هل يحب اللعب: نعم

-مع من يفضل اللعب: مع إخوته

-هل له علاقات متعددة: نعم

-حركة الجسم (التنسيق اليدوي): عادية

-هل يستعمل يده بشكل صحيح أثناء الكتابة: نعم

-سنة الالتحاق بالمؤسسة: 2021

-المستوى الدراسي للطفل: الرابعة ابتدائية

تقديم الحالة 4:

-الاسم: ن

-اللقب: ب

-الجنس: أنثى

-السن: 11 سنة

-الرتبة في العائلة: 5 الأولى

- عدد الذكور: 2

- عدد الإناث: 2

1. معلومات عن العائلة:

• معلومات عن الأب:

- الاسم واللقب: ب.ل

- السن: 45 سنة

- المستوى التعليمي: سنة رابعة ابتدائي

- المهنة: ضابط

✓ الحالة المدنية:

- متزوج مرة واحدة: واحدة

- من زواج الأقارب: لا

✓ الحالة الاقتصادية: عادية

✓ الحالة الصحية: عادية

- السوابق العائلية الصحية:

• معلومات عن الأم:

- الاسم واللقب: ع.ف

- السن: 35 سنة

- المستوى التعليمي: سنة ثالثة متوسط

- المهنة: مأكثة في البيت

- الحالة الصحية: عادية

• المعلومات عن الإخوة وحالتهم الصحية: عادية

3. معلومات حول مراحل نمو الطفل:

1.2 فترة الحمل: 9 أشهر

- هل الحمل مرغوب فيه: نعم
- هل هذا هو الحمل الأول: نعم
- هل أصيبت الأم بمرض معين: لا
- هل تناولت الأم الأدوية: لا

2.2 فترة الولادة:

- هل ولدت المولودة في وقت محدد: نعم
- طبيعة الولادة: طبيعية
- صرخة الميلاد: نعم
- هل حدث دوران الحبل السري حول العنق: لا
- هل تم استعمال الملقط: لا
- هل حدث مشاكل أخرى: لا
- اللون: عادي
- وزن المولودة: /

3.2 فترة ما بعد الولادة:

- هل كان المولود بحالة في الإنعاش: لا
- نوع الرضاعة: طبيعية

• النمو الحس حركي:

- سن الجلوس: 7 أشهر

- سن المشي: عام

- هل يحافظ على النظافة: نعم

• النمو اللغوي:

- سن المناغاة: 3 أشهر

-سن المقطع الأول: 6 أشهر

-سن الكلمة الأولى: 9 أشهر

-سن الجملة الأولى: عام

• النمو الوجداني:

-هل هو اجتماعي: نعم

-علاقة مع الإخوة والأخوات: عادية

-علاقة مع والديه: عادية

-هل يحب اللعب: نعم

-هل له علاقات متعددة: نعم

-حركة الجسم (التنسيق اليدوي): غير طبيعي

-هل يستعمل يده بشكل صحيح أثناء الكتابة: لا

-سنة الالتحاق بالمؤسسة: 2020

-المستوى الدراسي للطفل: الرابعة ابتدائي

-هل التحق بالحضانة: لم يلتحق

دليل المقابلة مع الأولياء: تكون الإجابة بنعم أو لا

الحالة الأولى: نعم لا

1. هل كان ظهور التأتأة فجائي؟
2. هل كان ظهورها وراثي؟
3. هل لاحظ الأولياء ظهور التأتأة؟
4. هل تطورت؟
5. هل اشتدت؟
6. هل نقصت؟
7. هل تغيرت؟
8. هل كان هناك فترات تتقطع فيها؟
9. هل كان لها فترة معينة تتقطع فيها؟
10. هل كان وقت محدد تتقطع فيها؟
11. هل تزداد التأتأة في الوسط العائلي؟
12. هل تزداد التأتأة في الوسط المدرسي؟
13. هل سلوكاته عادية؟
14. هل سلوكاته انفعالية؟
15. هل يرجعون سبب ظهورها إلى ظروف خارجية؟
16. هل لديكم أحد يعاني نفس الاضطراب؟
17. هل صوته طبيعي؟
18. هل صوته مضطرب؟
19. هل صوته عادي
20. هل صوته سريع؟
21. هل كلامه مفهوم؟
-

22. هل كلامه غير مفهوم؟
23. هل لديه توقعات أثناء الكلام؟
24. هل الجمل التي يستعملها سيئة النطق؟
25. هل الجمل التي يستعملها حسنة النطق؟
26. هل صوته مرتفع؟
27. هل صوته منخفض؟
28. هل يتعامل كطفل في مثل سنه في حضوره وغياب والديه؟
29. هل هو متراجع في مواقفه؟
30. هل لديه الثقة بنفسه؟
31. هل هو مفرط الحركة؟
32. هل هو عدواني؟
33. هل هو خجول؟
34. هل هو يشعر بالخوف أثناء الكلام؟
35. هل يتعامل بشكل طبيعي مع أقرانه؟
36. هل يتعامل بشكل طبيعي مع الغرباء؟
37. هل لديه العجز في الأداء؟
38. هل يشعر بالتعرق أثناء الكلام؟
39. هل لديه تشوهات في تعابير الوجه؟
40. هل يدرك أن لديه مشكلة في كلامه؟
41. هل يوجد استبدال للكلمات أو التفتات؟
42. هل يتجنب مواقف الحديث؟
43. هل يعتزل الناس؟

الحالة الثانية:

1. هل كان ظهور التأتأة فجائي؟
 2. هل كان ظهورها وراثي؟
 3. هل لاحظ الأولياء ظهور التأتأة؟
 4. هل تطورت؟
 5. هل اشتدت؟
 6. هل نقصت؟
 7. هل تغيرت؟
 8. هل كان هناك فترات تتقطع فيها؟
 9. هل كان لها فترة معينة تتقطع فيها؟
 10. هل كان وقت محدد تتقطع فيها؟
 11. هل تزداد التأتأة في الوسط العائلي؟
 12. هل تزداد التأتأة في الوسط المدرسي؟
 13. هل سلوكاته عادية؟
 14. هل سلوكاته انفعالية؟
 15. هل يرجعون سبب ظهورها إلى ظروف خارجية؟
 16. هل لديكم أحد يعاني نفس الاضطراب؟
 17. هل صوته طبيعي؟
 18. هل صوته مضطرب؟
 19. هل صوته عادي
 20. هل صوته سريع؟
 21. هل كلامه مفهوم؟
 22. هل كلامه غير مفهوم؟
-

23. هل لديه توقعات أثناء الكلام؟
24. هل الجمل التي يستعملها سيئة التقطيع؟
25. هل الجمل التي يستعملها حسنة التقطيع؟
26. هل صوته مرتفع؟
27. هل صوته منخفض؟
28. هل يتعامل كطفل في مثل سنه في حضوره وغياب والديه؟
29. هل هو متراجع في مواقفه؟
30. هل لديه الثقة بنفسه؟
31. هل هو مفرط الحركة؟
32. هل هو عدواني؟
33. هل هو خجول؟
34. هل هو يشعر بالخوف أثناء الكلام؟
35. هل يتعامل بشكل طبيعي مع أقرانه؟
36. هل يتعامل بشكل طبيعي مع الغرباء؟
37. هل لديه العجز في الأداء؟
38. هل يشعر بالتعرق أثناء الكلام؟
39. هل لديه تشوهات في تعابير الوجه؟
40. هل يدرك أن لديه مشكلة في كلامه؟
41. هل يوجد استبدال للكلمات أو التفتات؟
42. هل يتجنب مواقف الحديث؟
43. هل يعتزل الناس؟

الحالة الثالثة:

1. هل كان ظهور التأتأة فجائي؟
2. هل كان ظهورها وراثي؟
3. هل لاحظ الأولياء ظهور التأتأة؟
4. هل تطورت؟
5. هل اشتدت؟
6. هل نقصت؟
7. هل تغيرت؟
8. هل كان هناك فترات تتقطع فيها؟
9. هل كان لها فترة معينة تتقطع فيها؟
10. هل كان وقت محدد تتقطع فيها؟
11. هل تزداد التأتأة في الوسط العائلي؟
12. هل تزداد التأتأة في الوسط المدرسي؟
13. هل سلوكاته عادية؟
14. هل سلوكاته انفعالية؟
15. هل يرجعون سبب ظهورها إلى ظروف خارجية؟
16. هل لديكم أحد يعاني نفس الاضطراب؟
17. هل صوته طبيعي؟
18. هل صوته مضطرب؟
19. هل صوته عادي؟
20. هل صوته سريع؟
21. هل كلامه مفهوم؟
22. هل كلامه غير مفهوم؟

23. هل لديه توقعات أثناء الكلام؟
24. هل الجمل التي يستعملها سيئة التقطيع؟
25. هل الجمل التي يستعملها حسنة التقطيع؟
26. هل صوته مرتفع؟
27. هل صوته منخفض؟
28. هل يتعامل كطفل في مثل سنه في حضوره وغياب والديه؟
29. هل هو متراجع في مواقفه؟
30. هل لديه الثقة بنفسه؟
31. هل هو مفرط الحركة؟
32. هل هو عدواني؟
33. هل هو خجول؟
34. هل هو يشعر بالخوف أثناء الكلام؟
35. هل يتعامل بشكل طبيعي مع أقرانه؟
36. هل يتعامل بشكل طبيعي مع الغرباء؟
37. هل لديه العجز في الأداء؟
38. هل يشعر بالتعرق أثناء الكلام؟
39. هل لديه تشوهات في تعابير الوجه؟
40. هل يدرك أن لديه مشكلة في كلامه؟
41. هل يوجد استبدال للكلمات أو التفتات؟
42. هل يتجنب مواقف الحديث؟
43. هل يعتزل أس

الحالة الرابعة:

1. هل كان ظهور التأتأة فجائي؟

2. هل كان ظهورها وراثي؟
3. هل لاحظ الأولياء ظهور التأتأة؟
4. هل تطورت؟
5. هل اشتدت؟
6. هل نقصت؟
7. هل تغيرت؟
8. هل كان هناك فترات تتقطع فيها؟
9. هل كان لها فترة معينة تتقطع فيها؟
10. هل كان وقت محدد تتقطع فيها؟
11. هل تزداد التأتأة في الوسط العائلي؟
12. هل تزداد التأتأة في الوسط المدرسي؟
13. هل سلوكاته عادية؟
14. هل سلوكاته انفعالية؟
15. هل يرجعون سبب ظهورها إلى ظروف خارجية؟
16. هل لديكم أحد يعاني نفس الاضطراب؟
17. هل صوته طبيعي؟
18. هل صوته مضطرب؟
19. هل صوته عادي
20. هل صوته سريع؟
21. هل كلامه مفهوم؟
22. هل كلامه غير مفهوم؟
23. هل لديه توقفات أثناء الكلام؟
24. هل الجمل التي يستعملها سيئة التقطيع؟

25. هل الجمل التي يستعملها حسنة التقطيع؟
26. هل صوته مرتفع؟
27. هل صوته منخفض؟
28. هل يتعامل كطفل في مثل سنه في حضوره وغياب والديه؟
29. هل هو متراجع في مواقفه؟
30. هل لديه الثقة بنفسه؟
31. هل هو مفرط الحركة؟
32. هل هو عدواني؟
33. هل هو خجول؟
34. هل هو يشعر بالخوف أثناء الكلام؟
35. هل يتعامل بشكل طبيعي مع أقرانه؟
36. هل يتعامل بشكل طبيعي مع الغرباء؟
37. هل لديه العجز في الأداء؟
38. هل يشعر بالتعرق أثناء الكلام؟
39. هل لديه تشوهات في تعابير الوجه؟
40. هل يدرك أن لديه مشكلة في كلامه؟
41. هل يوجد استبدال للكلمات أو التفتات؟
42. هل يتجنب مواقف الحديث؟
43. هل يعتزل الناس؟

جدول يمثل الجلسات الجماعية مع الحالات

الجلسات	عنوان الجلسة	الطرق المستخدمة في الجلسة	الهدف من الجلسة
الأولى-الثانية	جلسات تمهيدية		إقامة علاقة ودية مع الأطفال
الثالثة والرابعة	جلسات تهيئة	تقديم أنفسهم	تشجيع الأطفال على تقديم أنفسهم والتحدث أمام مجموعة
الخامسة والسادسة	المشكلات التي يعاني منها الطفل المتأثري	تقديم الذات التحصين التدريجي	أن يتقبل الطفل نفسه مع وجود قصوره اللفظي
السابعة والثامنة	تخيل وتحدث	الكرسي الجلي التحصين التدريجي	عدم تجنب الحديث
التاسعة-العاشرة	حوار الطفل مع الوالدين	المناقشة والحوار لعب الأدوار - قلب الدور-التحصين التدريجي	إدراك الطفل رفض الوالدين لتأثته على أنه
الحادية عشر الثانية عشر	حديث الطفل مع المدرس	لعب الدور-قلب الدور	عدم شعور الطفل بالخوف عند التحدث مع المدرس

إعطاء فكرة مبسطة عند التأتأة	مكان الجلسة	تصحيح المعلومات	الثالثة عشر الرابعة عشر
التدريب على النطق الصحيح	ضبط النفس والاسترخاء لعب الدور-قلب الدور	فسيولوجية وميكانيكية الكلام	الخامسة عشر السادسة عشر
التخلص من الأزمات	التحصين التدريجي ضبط التنفس والاسترخاء لعب الدور-قلب الدور	الأزمات الحركية المصاحبة للمتأئي	التاسعة عشر العشرين
الاسترسال قبل إصدار الصوت	التظليل، التطويل ضبط التنفس البطني	تدريبات تخاطب	الحادية والعشرين الثانية والعشرين
التحسن بشكل عام في النطق	التحصير ضبط التنفس الباطني	التدريب على النطق بأسلوب التحضير	الثالثة والعشرين والرابعة والعشرين
زيادة ثقة الطفل في ذاته	تعريض الطفل لموقف حياتي	مواجهة مواقف الحياة الواقعية	الخامسة والعشرين والسادسة والعشرين
التقييم	تطبيق مقياس	جلسة ختامية	السابعة والعشرون