

## فاعلية برنامج معرفي لخفض حدة الأعراض الجسمية لدى المراهقين المتلعثمين.

علي شمس الدين محمد (\*) & د. محمود عبد العزيز محمد (\*\*)

### مستخلص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى فعالية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة الأعراض الجسمية لدى المراهقين المتلعثمين، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (٧) مبحوثين من الذكور والإناث المصابين بالتلعثم، تتراوح أعمارهم (١٤-١٩) عاماً، وشُخص المبحوثين من خلال تطبيق (مقياس تقدير شدة التلعثم). وتم إجراء القياس القبلي ثم طُبّق البرنامج الذي أعده الباحثان والذي يتكون من ٢٥ جلسة واستغرق التطبيق شهران ثم أُجري القياس البعدي والذي أكد وجود فروق بين القياسين وانخفاض حدة الأعراض الجسمية لدى عينة الدراسة، مما يشير إلى أهمية هذا النوع من البرامج المعرفية السلوكية في التخفيف من حدة الأعراض.

### Abstract

The current study aimed to study the effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing the severity of physical symptoms of stuttering adolescents and improving verbal fluency. The study was conducted on a sample of (7) adolescent respondents suffering from physical symptoms of stuttering. The results showed that the program had good effect to reduce severe physical symptoms among experimental group.

**Key words:** cognitive behavioral program, stuttering, physical symptoms

(\*) هذا البحث مستل من رسالة الدكتوراه الخاصة بالباحث، وهي بعنوان: [فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة بعض الأعراض النفسية والجسمية لدى المراهقين المتلعثمين]، تحت إشراف أ.د. سمير سعد خطاب- كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي & أ.م.د. محمود عبد العزيز محمد - كلية الآداب - جامعة سوهاج.

(\*\*) أستاذ علم النفس المساعد كلية الآداب جامعة سوهاج.

## مقدمة :

تبلغ نسبة انتشار التلعثم بين عامة الناس (١%) (American Psychiatric Association 2013,36) وتبلغ نسبة التلعثم لدى الأطفال عند دخولهم المدرسة (١%) (طارق زكي، ٢٠٠٩، ٥٧)، وتزداد هذه النسبة لتصل إلى (٢.٥ إلى ٣%) (علاء الدين كفاي، ٢٠٠٣، ٤٧)؛ حيث ينتشر التلعثم في مرحلة الطفولة بنسبة (٩٨%) في الحالات قبل سن العاشرة (سهير أمين، ٢٠٠٥، ٢٢)، وينتشر بصورة عشوائية في المرحلة العمرية (٦:١٢) بنسبة تتراوح ما بين (٤٠-٨٠%) من المتلعثمين، وهي تمثل الفئة الأكبر حجماً من حيث الإصابة بالتلعثم (Laiho & Klippi , 2007, 367)، وتبلغ نسبة انتشار التلعثم لدى المراهقين حوالي (١%) (Menzies, et al 2009,190).

يعد التلعثم في الكلام من أكثر المشكلات تعقيداً، نظراً لتعدد العوامل، والأسباب التي تؤدي إلى ظهوره، وأيضاً صعوبة التنبؤ بحدوثه (لينا روستين، ٢٠٠٤، ١٢)؛ فالتلعثم بوصفه اضطراباً في تدفق الكلام الطبيعي، يرجع إلى ما يعانيه المتلعثم من صعوبات في الأبعاد الخمسة لتدفق الكلام، وهي: **التعاقب** أو التسلسل أو ترتيب الأصوات، و**طول الوقت** لأي عنصر صوتي (وهي مشكلة تقود إلى المزج بين الأصوات وتقليل وضوحها)، و**المعدل**: أو سرعة نطق المقاطع الصوتية والكلمات، و**الإيقاع**: عندما يكون الإيقاع خاطئاً فإن إدراك ووضوح الكلام يقل كثيراً، و**الطلاقة**: سلاسة نطق الأصوات (أسامة فاروق، ٢٠١٣، ١٧٣)، هذا إلى جانب **العوامل النفسية** منها على سبيل المثال: الغيرة من الأخ الصغير، فيلجأ الفرد إلى التخفيف من حدة غيرته عن طريق اضطرابه الذي يصبح محل اهتمام الأسرة، وعدم القدرة على تأكيد الذات، ومن أهم **العوامل الاجتماعية** التي تؤدي إلى ظهور التلعثم: تصدع الأسرة ومشكلاتها الحادة، والحرمان العاطفي من الوالدين، أو الخوف الشديد منهم (منى توكل، ٢٠٠٨، ٤٠)، يعود التلعثم أيضاً إلى **عوامل وراثية**، حيث وجدت بعض الدراسات أن التلعثم ينتشر في الأسر التي كان يعاني فيها الوالدان من التلعثم أو أحد الأقارب بنسبة ٤٠% (ترودي ستيوارت وجاكي ترينبل، ٢٠٠٧، ٣٥).

يظهر التلعثم في صورة: توقف، أو تكرار، أو إطالة للمقاطع الصوتية أثناء الكلام، مصحوباً بردود فعل انفعالية من قبل المتلعثم، مثل القلق، والتوتر، والتشنجات، والانقباض العضلي لأعضاء النطق والكلام، والخوف من الحديث أمام الآخرين، مما يعوق الفرد عن الكلام بطلاقة (سهير أمين، ٢٠٠٠، ٢٧). تلتف الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم، التي تتراوح ما بين الحركات الطفيفة لليد، و الاهتزازات العنيفة للرأس والتشنجات الجسمية وانقباض عضلات الوجه؛ نظر المستمعين مما يشعر الفرد المتلعثم بالحرج الشديد (مورتن كرينجلباخ، ٢٠١٥، ١٦٤).

### مشكلة الدراسة وأسئلتها:

يختفي حوالي ٨٠% من تلعثم الطفولة من تلقاء ذاته ، مع الوصول لسن البلوغ تظل النسبة المتبقية تعاني من التلعثم الشديد (مورتن كرينجلباخ ،٢٠١٥، ١٦٥)، حيث ينظر المراهقون المتلعثمون يرون أنفسهم على أنهم غير فعالين اجتماعياً، وينسحبون من المواقف الاجتماعية ويدركون كفاءاتهم المنخفضة بواسطة أقرانهم، ويملكون شعوراً منخفضاً بقيمة الذات ، حيث يتعرضون لكثير من المشاغبات والانتقادات من أقرانهم في نفس المرحلة العمرية نتيجة لعدم طلاقتهم في الكلام، مما يؤثر على كفاءتهم الاجتماعية في التعامل مع المواقف المختلفة، مما يسبب لهم الانسحاب الاجتماعي (إيمان جمعة ،٢٣، ٢٠١٠).

وبالتالي تترسخ لدى الفرد المتلعثم أفكار خاطئة عن نفسه :انه بمجرد التفاعل مع الآخرين والتواصل لفظياً معهم سوف يتلعثم في الكلام، وأي تحسن يحرزه أثناء التدريب سوف ينتكس مرة أخرى ما لم نعالج الأفكار السلبية المسيطرة على الفرد المتلعثم (Menzies, et al,2009 ,189).

ثبت فاعلية الجمع بين أساليب العلاج المعرفي والعلاج الكلامي في خفض حدة الأعراض الجسمية وتحسن مستوى الطلاقة اللفظية لدى عينة من المراهقين المتلعثمين ،حيث تضمن البرنامج فنيات (إعادة بناء الأفكار ،مهارة حل المشكلات ، تنظيم التنفس ،اسلوب المد والتطوير ،والاسترخاء) (Reddy . Sharma & Shivashinker, 2010)

و في ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة في التساؤلات الآتية :

١- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات القياس القبلي والبعدي على مقياس شدة الأعراض الجسمية لدى أفراد عينة الدراسة في اتجاه القياس البعدي؟

٢- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس البعدي لتطبيق البرنامج نفسه والقياس اللاحق له (بعد شهر) لدرجة شدة الأعراض الجسمية على مقياس (شدة الأعراض الجسمية) لدى أفراد عينة الدراسة؟

### أهمية الدراسة:

يمكن عرض مبررات الدراسة ،وأهميتها في ضوء أهميتها النظرية، والتطبيقية كما يأتي:

### (أ) الأهمية النظرية:

١- تعرض الدراسة لاضطراب التلعثم بوصفه أحد اضطرابات الكلام التي تعد من أكثر المشكلات التي تسبب ألم وحزن شديد بالنسبة للمتلعثم والأسرة خاصة إذا كان تاريخ العائلة يخلو من المرض (منى توكل، ٢٠٠٨، ٤١).

٢- الجمع بين أسلوب العلاج المعرفي السلوكي، وأساليب العلاج الكلامي في برنامج تدريبي يحقق نتائج أفضل في خفض شدة التلعثم لدى المراهقين

Gupta, harakumar & Vasudha, ويمنع حدوث الانتكاسة (2016,79)، وهذا ما تسعى إليه الدراسة الحالية.

### (ب) الأهمية التطبيقية:

- ١- تقديم برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة بعض الأعراض الجسمية (أصوات مضطربة، كشرت الوجه، حركة الرأس والإطراف) لدى المراهقين الذين يعانون من التلعثم في الكلام
- ٤- تقديم برنامج معرفي سلوكي يستفيد منه القائمون على رعاية المراهقين المصابين بالتلعثم.

### أهداف الدراسة:

استهدفت الدراسة الحالية ما يلي:

- ١- دراسة وفحص مدى فعالية أسلوب العلاج المعرفي السلوكي، تنظيم التنفس، الاسترخاء، المد والتطويل، إعادة بناء الأفكار، لعب الدور، التعرض) في خفض حدة بعض الأعراض الجسمية لدى المراهقين المتلعثمين.

### ١- مفهوم التلعثم:

ورد تعريف التلعثم بالدليل الإحصائي الخامس (DSM-5) بأنه: "اضطراب في الطلاقة العادية للكلام والتوقيت الزمني له بما لا يتناسب مع عمر الفرد ومهاراته اللغوية، ويتسم التلعثم بوحدة أو أكثر من الأعراض التالية: تكرار لصوت أو لمقطع صوتي أو كلمة، والتطويل أثناء الكلام، والألفاظ المقحمة أثناء انسداد الكلام، وسكتات في الكلام، واستبدال كلمة بأخرى لتفادي أخطاء الكلام، وهذا الاضطراب يتصف بالتقطع اللاإرادي الزائد في استرسال الكلام مصحوباً بمشاعر الخوف والقلق وسلوك التجنب ويتعارض هذا الاضطراب مع التواصل المهني والاجتماعي والأكاديمي والمهني للفرد" (American Psychiatric Association, 2013, 45-46)، ويشابه هذا التعريف مع تعريف قاموس الجمعية الأمريكية لعلم النفس بأنه: "اضطراب في الطلاقة العادية والتتابع الزمني للكلام، ويتصف بالتكرار والإطالة للأصوات والمقاطع الصوتية والكلمات، وكذلك التوقف أثناء الكلام مما يعوق الفرد عن التواصل مع الآخرين" (VandenBos, 2015, 1041).

### وينتهي الباحث بتقديم التعريف الإجرائي لمفهوم التلعثم كما يلي:

"درجة التكرار لصوت أو مقطع صوتي أو كلمة وما يصاحبه من أعراض جسمية أثناء الكلام كما تقيسه أداة الدراسة".

### ٢- مفهوم البرنامج:

يمثل البرنامج "مجموعة من المثيرات المتضمنة في المواقف والإجراءات والأنشطة والخبرات التي توصف بأنها: مخططة، ومتنوعة، ومنظمة، ومتكاملة، وذات مغزى نفسي معين. وتستخدم أدوات وأساليب مختارة بدقة، تستهدف إحداث

تغيير مقصود في سلوك المشاركين ويرجع هذا التغيير إلي التدريب أو التنمية أو العلاج النفسي" (سهير محمد، ٢٠١٠، ٢٤).

### **وينتهي الباحث إلى التعريف الإجرائي التالي لمفهوم البرنامج:**

"مجموعة من الإجراءات المنظمة التي تتضمن فنيات قائمة على أساس نظري (النظرية المعرفية-السلوكية) يتم إعدادها بدقة تتناسب مع السلوك الكلامي المضطرب المطلوب تخفيفه، ويتم تطبيقها بدقة وبصورة تدريجية، وفق زمن محدد بحيث تتيح للفرد المتلعثم الالتزام بقواعد الكلام الصحيح، والتخلي عن الأفكار السلبية أثناء الكلام، مما يتيح له خفض شدة الأعراض الجسمية للتلعثم وبالتالي التحدث بطلاقة".

### **ثانياً: التأسيس النظري :**

#### **[١] مصاحبات وأعراض التلعثم :**

يسبب التلعثم في الكلام للفرد حرجاً وشعوراً مؤلماً وإحساساً بالنقص، وهذا ما يعرضه إلى سخرية واستهزاء الآخرين مما يدفعه إلى الانطواء والعزلة خوفاً من ردود فعل المستمعين، ولكي يتجنب المتلعثم التردد في كلامه فإنه يتكلم ببطء، وأحياناً يختصر في الإجابة على الأشياء بنعم أو بلا فقط، وقد يستخدم أعضاء جسده في التنفيس عما يريد مثل تحريك اليد أو الرأس وأحياناً إخراج اللسان (إبراهيم العظماوي، ١٩٨٨، ٨٤).

وقد حدد الباحثون ثلاثة من الأعراض التي تصاحب التلعثم في الكلام هما:

#### **(أ) الأعراض الأولية، وتشمل:**

(١) التكرارات يظهر في صورة تكرار لصوت مثل د.د.د دلوقت همشى أو لمقطع مثل: فافا. فانلة أو لكلمة كاملة مثل لكن-لكن- لكن بصورة تلفت انتباه المستمع (سهير أمين، ٢٧، ٢٠٠٠)، وفي أحيان أخرى يظهر التكرار لجمل كاملة مثل: أنا عايز.. (Williamson, 2014, 4)، ويحدث ذلك نتيجة لسرعة إيقاع الكلام، وإخراج عدد كبير من الكلمات في وقتٍ أقل (Leith, 1984, 37).

(٢) الإطالة: لكل صوت زمن نطق محدد، وعندما يطول نطق الصوت لفترة أطول من الزمن الطبيعي لنطقه تظهر صورة تشخيصية أخرى من صور التلعثم هي الإطالة الصوتية، ويتم تشخيص تطويل الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل: تطويل نطق صوت (ش) في كلمة (شكرا) كالتالي: ش ش ش.....شكرا (عادل أبو غنيمة، ١٧٨، ٢٠١١)، وكذلك يفتقر كلام المتلعثم خلال الإطالة إلى الترابط بين أصوات الكلام، ويبدل المتلعثم جهداً كبيراً في إخراج أصوات الكلام، وكذلك تعوق إطالة المقاطع الصوتية من استمرار تدفق الكلام (Leith, 1984, 34-35).

(٣) التوقف أو الإعاقة أثناء الكلام: يتم تشخيص التوقف في نطق الأصوات على أنه تلعثم عند نطق الأصوات بصورة تلفت انتباه السامع مثل: التوقف في نطق

صوت محدد مثل صوت(ش) في كلمة (شكرا) كالتالي: مثال....(ش) توقف (كرا) (محمد النحاس، ٢٠٠٦، ١١١)، و بسبب هذا النوع من التلعثم الإحباط لكل من المتكلم والسامع، وهو متعلق بالإعاقة، أو التعويق الصامت، ويظهر من خلال عجز المتلعثم عن إصدار أي صوت على الإطلاق وذلك على الرغم من الجهد العنيف الذي يبذله (سهير أمين، ٢٠٠٠، ٢٨).

### ب| الأعراض الجسمية.

كما أن للتلعثم أعراضاً نفسية فهناك أيضاً أعراضاً (جسمية)، والتي قد تظهر كلها أو بعض منها ومن أبرز هذه الأعراض ما يلي.

(١) السرعة غير المناسبة في هواء الشهيق والزفير وعبوس الوجه وكشرفته و بذل مجهود عالي في بداية الكلام.

(٢) عدم القدرة على استمرار التواصل البصري في أثناء الكلام مع الآخرين والرعدة الخفيفة على الأنف.

(٣) يفتح المتلعثم فمه في أثناء الكلام بشكل ملحوظ (Kehoe, 2006.11).

(٤) ووفقاً للدليل التشخيصي الخامس DSMS ، يظهر التلعثم مجموعة من الأعراض الثانوية مثل: ظهور حركات لا إرادية أثناء الكلام مثل: تحريك الزراع، ورفع الأكتاف، وهزات الرأس، ورعدة الشفاه، وانقباض عضلات الوجه، وغمز

العينين، واضطراب تنظيم التنفس أثناء الكلام (American Psychiatric Association, 2013, 46).

Association, 2013, 46).

### ٦| التوجهات النظرية المفسرة لحدوث التلعثم:

أجمع الباحثون على عدم وجود تفسير واحد للتلعثم، فقد يتأثر معدل الكلام بحالة الفرد الانفعالية أو البيئية المحيطة، فيزيد مثلاً في حالة قلق الطفل أو عندما يحاول التجاوب مع سرعة الآخرين في التحدث، ولا يمكن تحديد عامل واحد بوصفه السبب الرئيس في تلعثم الفرد (لينا روستين، ٢٠٠٤، ١٧)، وفيما يلي يعرض الباحث للنظريات المفسرة للتلعثم:

١ – النظريات الوراثية: فسر أصحاب الاتجاه الوراثي التلعثم باعتباره استعداداً وراثياً يجعل صاحبه عرضة للإصابة بالتلعثم، وتشير نتائج الدراسات الأخيرة إلى أن الأطفال ممن لهم أقارب استمروا في التلعثم حتى مرحلة البلوغ تزداد احتمالية مواجهتهم مشكلة أكثر تعقيداً (لينا روستين، ٢٠٠٤، ١٢)، وتشير نتائج الدراسات التي أجريت على عائلات المصابين بالتلعثم إلى وجود حالات أخر داخل الأسرة وذلك بنسبة (٣٠-٤٠%) (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٨٧).

٢ – النظريات الاجتماعية: قدم "جونسون" Johnson تفسيراً لظاهرة التلعثم في ضوء النظرية الاجتماعية: على أنه ظاهرة تحدث نتيجة لمعاملة الوالدين للفرد الذي يتردد في الكلام بوصفه متلعثماً مما يؤدي إلى أن يصبح متلعثماً بالفعل، علماً بأن ما شخصه الوالدان متلعثماً حقيقياً لم يكن إلا اضطرابات عادية كان من الممكن أن يتخلص منها تلقائياً، ولكن حرص الآباء على التصحيح المستمر لأخطاء الأبناء

في الكلام يلفت انتباههم بأن كلامه غير طبيعي، مما يولد لديه القلق والخوف من مواقف الكلام (محمد النحاس، ٢٠٠٦، ١٢٢).

**٣ – النظريات العضوية:** يعود الفضل في هذا الاتجاه إلى عالم التشريح الفرنسي "بول بروكا" Paul Broca عام ١٨٨١م، حيث استطاع أن يحدد المنطقة المسؤولة عن اضطرابات الكلام في المخ وأصبح يطلق عليها منطقة "بروكا"، بحيث يترتب على أي إصابة في هذه المنطقة أن تؤول بالفرد إلى حدوث اضطراب في إنتاج اللغة والكلام لديه (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ١٩٩)، ويذكر في هذا السياق "فان ريبير" van Riper ١٩٧٣: أن التلعثم يحدث نتيجة لاضطراب تيار النبضات العصبية الواصلة من المخ إلى أزواج العضلات المسؤولة عن الكلام (شكل ١) ويصحب ذلك حالة من الانفعال البسيط (عبدالعزیز الشخص، ١٩٩٧، ٢٨٢).

**٤- نظرية السيطرة المخية** رأى " ترافس" Travs (1957) أن الافراد الذين يعانون من التلعثم تنقصهم السيطرة المخية الطبيعية ، ففي الغالبية العظمى من الأفراد تقع نقطة البدء لعملية النطق في الشق الأيسر (شكل ٢)، أما في حالة الإصابة باضطراب التلعثم في الكلام فإن مركز النطق عندهم يبدأ في الشق الأيمن من المخ؛ بمعنى أن الإصابة في الشق الأيسر تؤدي إلى اضطراب في الكلام (عبدالعزیز سليم، ٢٠١١، ١٥١).

**٥ – النظريات النفسية:** ذهب أصحاب هذا الاتجاه إلى أن التلعثم يرجع إلى كونه عرض نفسي جسمي يرجع إلى كبت الميول العدوانية ، وكذلك يحدث التلعثم نتيجة لحالة الصراع التي يتعرض لها المتلعثم لاشعورياً أثناء الكلام بين الرغبة في الكلام والتعبير عن أفكاره وآرائه ومحاولة تجنب الكلام أو الامتناع عنه لا إرادياً، في حين رأى السلوكيون أن التلعثم يحدث نتيجة للتعلم والتشريط الخاطئ (جمعة يوسف، ٢٠٠٠، ٢٠٠)، فالطفل في بداية تعلمه اللغة يتعرض إلى أخطاء نظراً لقلة الحصيلة اللغوية لديه، ونظراً لنقد الآخرين للطريقة التي يتكلم بها، والسخرية التي يتعرض لها وبالتالي يحدث التلعثم من قبل الطفل كرد فعل منه تجاه نقد الآخرين له، ومع الاستمرار يتم تدعيم سلوك التلعثم لديه (عبدالعزیز الشخص، ١٩٩٧، ٢٨٩).

**٦ – النظريات الكيميائية:** فسر "ويست" West (١٩٥٦) التلعثم بأنه: يحدث نتيجة لاضطراب عملية الأيض (عملية الهدم والبناء الخاصة بالتركيب الكيميائي للدم) لذا يعد التلعثم نوعاً من أنواع الاضطرابات التشنجية الشبيهة بنوبات الصرع لاشتراكهما في عدة أمور منها: أنهما من الأمراض التشنجية، الأكثر شيوعاً لدى الذكور من الإناث، كلاهما يتأثر بالانفعالات الشديدة، غير أنه لا يحدث التلعثم إلا إذا توافرت العوامل النفسية المساعدة لظهوره (سهير أمين، ٢٠٠٠، ٣٣).

**٧ – نظرية العائد السمع:** "أفترض كل من شيري Sherry وسايزرر Seyser (١٩٨٥) أن عملية إخراج الكلام تحتوى على دائرة مغلقة للعائد السمعي التي يراقب بها المتكلم صوته ويراجعه وعندما يتأخر العائد السمعي يحدث تكرار

للصوت، ويميل إلى الاستمرار لا إرادياً (سهير أمين، ٢٠٠٠، ٢٨)، أي أن الاضطراب وفقاً لهذه النظرية يكمن في أن التلعثم يعد نتيجة لشذوذ المراقبة الذاتية السمعية للكلام، حيث يلحظ تأخر العائد السمعي المرتجع لدى المتلعثمين بحوالي ٢٥٠ مللي/ث، كما أن تعديل العائد السمعي (AAF) حتى تصل إلى (٧٥م/ث) من شأنه أن يعمل على تحسين مستوى الطلاقة لدى المتلعثمين (Antipova, Purdy, Blakely, & William, 2008, 229\_274)، كما يعمل تعديل العائد السمعي بدوره على تقليل تكرار المقاطع الصوتية لدى البالغين وتحسين مستوى الطلاقة لديهم (Loucks, Han & chon, 2012, 451).

مما سبق يتضح مدى تعقد اضطراب التلعثم؛ حيث يرجع إلى عدد من مختلف العوامل (عضوية ونفسية واجتماعية وكيميائية وأخرى تتعلق بالتغذية الرجعية) التي يتزامن حدوثها، مما يؤدي إلى ظهور التلعثم لدى المتلعثمين.

### **(ج) فنيات وأساليب العلاج المعرفي المستخدمة في علاج التلعثم:**

هناك عديد من الأساليب المعرفية التي انبثقت من النظرية المعرفية لتعديل وعلاج الاضطرابات النفسية، واقتصر برنامج الدراسة على استخدام أسلوب (إعادة بناء الأفكار-التعرض- لعب الدور) إلى جانب أساليب العلاج الكلامي.

#### **(١) إعادة بناء الأفكار:**

هي عملية معرفية يتم من خلالها تحديد الأفكار الخاطئة التي يعاني منها الفرد المسببة لحالة القلق لديه، وتدريبه على التحقق من صحة هذه الأفكار ومنطقيتها (St Clare, Onslow, Packman, Thompson & Block, 2009, 11)، حيث يتم تدريب الفرد على تحدي معتقداته وأفكاره السلبية من خلال تدريبه على التفكير الإيجابي والاستدلال بالأدلة على صحة ما يفكر فيه بحيث لا يفسر أفكاره على أسبابه الشخصية (Menzie & Clarke, 1995, 191)، من خلال استخدام (أسئلة الحوار السقراطي) المطروحة خلال جلسة التدريب والتي تمكن المريض من فحص معاني الأحداث، وكذلك نتائج الاحتفاظ بالأفكار السلبية سيئة التكيف (سيريل بوفيه، ٢٠١٩، ١٢).

#### **(٢)-فنية لعب الدور:**

هو احد أساليب العلاج المنبثقة من نظرية (اليس) في العلاج العقلاني الانفعالي، وهذا الأسلوب العلاجي يركز بالدرجة الأولى على مساعدة الأفراد في تغيير أفكارهم الخاطئة غير العقلانية المسببة لمشكلاتهم، يمتاز أسلوب لعب الدور بتنمية وتنشيط قدرات التعبير لدى المراهقين كما ينمي لديهم موهبة ومهارة الاتصال أو إدارة المناقشات والتعبير عن آرائهم بحرية (ذياب الشطرات، ٢٠٠٤، ١٤). وهذا ما يحتاجه المراهق المنسحب اجتماعياً والذي يعاني من (قلق اجتماعي) وتلعثم في الكلام لتطويع قدراته وتفعيل قدرته على التواصل الاجتماعي واللفظي مع الآخرين.

### (٣) إستراتيجية التعرض:

إستراتيجية التعرض تعني دفع الفرد على المشاركة في الأنشطة المخيفة بالنسبة له (هوفمان اس جي، ٢٠١٢، ٤٦)، ويعد هذا الأسلوب هو أهم أساليب العلاج المعرفي المناسبة للتخلص من حالة القلق و المخاوف التي تسيطر على أفكار المريض ،حيث يزود "التعرض" الفرد بالمعلومات التي تنفي أفكاره وافتراضاته السلبية المسبقة عن المواقف التي تثير القلق والخوف لديه (Meuret, et al, 2012, 606) ، على الرغم من فعالية هذا الأسلوب في عملية العلاج النفسي إلا إنه يجب استخدامه بعناية وعلى فترات زمنية قصيرة متباعدة (Olatunj,2009, 167)، حيث يتم في بداية استخدام "أسلوب التعرض" بالمشاركة مع المريض في ترتيب المواقف المثيرة للقلق والخوف لديه ترتيباً تدريجياً من الأسهل إلى الأصعب ،ويفضل في البداية أن يتم التعرض من خلال التخيل ،بحيث يتخيل المريض الموقف المثير للقلق ويبدأ في التدريب على التخلص من المشاعر والأفكار السلبية، ثم الانتقال إلى التدريب على هذه المواقف من خلال تصميم مواقف في العيادة إلى أن تتم الألفة بهذه المواقف ويزول الكرب المرتبط بها(منتصر صلاح، ٢٠١٩، ٧٥)، وعلى الرغم من أهمية أسلوب التعرض كطريقة علاجية ذات فاعلية إلا إنه لا ينصح بالاعتماد عليه منفرداً في عملية العلاج ،لأن عملية العلاج ستكون غير مجدية ،ويفضل دمجها مع أساليب علاجية أخرى مناسبة

(Feske, Chambless ,1995, 695-720) ،إلى جانب ضرورة تحفيز المتدرب على النحو الآتي :في البداية ستجد صعوبة في تنفيذ المهام المطلوبة منك إلا إنك ستشعر بالسعادة عندما تقوم بتنفيذها ( Josefowitz & Myran, 2017,222).

### (ج) فنيات وأساليب العلاج السلوكي الكلامي المستخدمة في علاج التلعثم:

أشارت عديد من الدراسات إلى أن طرق العلاج السلوكي تتأثر بالفروق الفردية بين الأفراد كما تتأثر بما أسماه "أيزنك" Eysenck بالاستعداد العصابي لدى الفرد وكذلك بنمط شخصيته ، لذا قدم العلاج السلوكي نماذج و فنيات عديدة لعلاج التلعثم تختلف درجة فعاليتها من أسلوب لآخر ( Ingham& Andrews 1972,307) ، ومن أهم هذه الفنيات: الممارسة السلبية والعلاج الظلي والاسترخاء وتنظيم التنفس والإيقاع والمد والتطويل وسلب الحساسية التدريجي (محمود حمودة، ١٩٩١، ٢٦٥)، هذا بالإضافة إلى عدد من الأساليب العلاجية الأخر التي تندرج تحت مظلة العلاج السلوكي ، وهنا سوف نركز على بعض الأساليب العلاجية المناسبة لمشكلة وعينة الدراسة على النحو التالي:

(أ) تنظيم التنفس: تقوم هذه الفعالية على أساس أن الشخص المتلعثم يفقد الجزء الكبير من الهواء في أثناء الزفير، ويحاول الكلام بما تبقى من هواء (قحطان الظاهر، ٢٠١٠، ٢٤٥)، ويعد تنظيم التنفس من أكثر الفعاليات الواعدة في تخفيف

حدة التلعثم لدى المراهقين، حيث يساعد الفرد على تنظيم الكلام، وتحقيق عامل السهولة واليسر في، كما أن اكتساب مهارة تنظيم التنفس أثناء الكلام يتيح الفرصة للمتلعثم على التحكم الذاتي في الكلام، الذي يؤدي بدوره إلى منع ظهور أعراض جسمية ثانوية، نظراً لممارسة السهولة واليسر في الكلام (منى توكل، ٢٠٠٨، ٣٢٥).

**(ب) الاسترخاء:** يمثل أحد الفنيات المهمة وجزءاً لا يتجزأ من الأساليب المستخدمة في علاج التلعثم، ولكن لا يُعتمد عليه بمفرده كأسلوب علاجي ولكن يفضل أن يكون ضمن أساليب علاجية أحر في برنامج تدريبي متكامل ( Gillman & Yaruss, 2000, 59)، ويعمل الاسترخاء كأسلوب على تقليل معدل القلق والتوتر المصاحب للتلعثم في أثناء الكلام (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٦١) وكذلك التخلص من التشنجات والانقباضات العضلية، حيث يبدأ الاسترخاء من التدريب على استرخاء القدمين والرجلين أولاً، ثم الانتقال إلى بقية أجزاء الجسم (Gillihan, 2018, 96).

**(ج) المد والتطويل في أثناء الكلام:** يقوم هذا الأسلوب على أساس أن المتلعثم يقرأ ببطء مع الإطالة (يأخذ المقطع الصوتي معدلاً زمنياً أطول من المعدل الطبيعي) في كل مقطع صوتي يقرأه، وينبغي أن يستمر تطويل المقاطع الصوتية حتى تنتهي الجملة بدون توقفات في أثناء الكلام، يؤدي استمرار التدريب على طريقة المد والتطويل إلى التخلص من قصر الفواصل بين المقاطع الصوتية أثناء الكلام والتخلص من الضغط على أجهزة النطق أثناء الكلام (سهير أمين، ٢٠٠٠، ٤٨)، ويعد هذا الأسلوب من أكثر الأساليب فعالية في علاج التلعثم لدى فئة المراهقين (Huber, Natke & William, 2012, 42).

#### **الدراسات السابقة:**

هناك عدد من الدراسات ركزت على الأعراض الجسمية الناتجة عن الإصابة بالتلعثم مثل: تحريك الزراع، ورفع الأكتاف، وهزات الرأس، ورعشة الشفاه، وانقباض عضلات الوجه، وغمز العينين، واضطراب تنظيم التنفس أثناء الكلام . وجاء أسلوب "المد والتطويل" كأحد أهم الأساليب السلوكية في العلاج الكلامي ، للتخلص من الأعراض الجسمية السلبية أثناء التلعثم، تقوم هذه الطريقة على أساس: مد وتطويل للأصوات والمقاطع الصوتية المكونة للكلمات بهدف تخفيف المجهود العضلي، وإتاحة الفرصة للتخلص من التشنج أثناء الكلام في أزواج العضلات المسؤولة عن الكلام في الجهاز الكلامي ، وإتاحة الفرصة للفرد المتلعثم من التحدث بطلاقة، وظهرت فاعلية هذه الطريقة في العديد من الدراسات، من بينها دراسة كل من "هلبس ودالتون" (١٩٧٩) Helps ,Dalton حيث أجريا دراسة مقارنة ، بين أسلوب المد والتطويل ، وأسلوب المقاطع الصوتية الموقوتة زمنياً، وتبين أن أسلوب المد والتطويل أكثر فعالية في خفض شدة التلعثم واختفاء أغلبه الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم من أسلوب "المقاطع الصوتية الموقوتة

زمنياً"، حيث أجريت الدراسة على مجموعة من المراهقين تراوح عددهم (٥١) مبحوث قسموا إلى مجموعتين تجريبيتين، المجموعة الأولى تتكون من (١٦) مبحوث تعرضوا لأسلوب "المقاطع الصوتية" فقط، والمجموعة الثانية تتكون من (٤٥) تعرضوا فقط لأسلوب "المد والتطويل" (Helps, Dalton, 1979)، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "أوبرين" وزملائه (٢٠٠٣) O'Brian، لاختبار مدى فعالية أسلوب "المد والتطويل" في خفض شدة التلعثم لدى مجموعة من المراهقين، حيث خضعوا لبرنامج يعرف باسم (برنامج كومبر داون) حيث أجريت الدراسة على (٣٠) مبحوث خضعوا للتدريب لمدة (٣) أسابيع تلقوا فيها (٢٠) ساعة تدريب، تم تقسيم البرنامج إلى ثلاث مراحل على النحو الآتي: "المرحلة الأولى"، تم شرح أسلوب المد والتطويل نظرياً فقط للمبحوثين، المرحلة الثانية، تم تعليمهم أسلوب المد والتطويل وكافة الجوانب السلوكية للأسلوب التدريبي، ولكن بدون إخضاعهم لبرنامج منظم، المرحلة الثالثة تم تدريبهم بمساعدة المعالج المختص وفقاً لبرنامج زمني منظم، ثم أُجري قياس تتبعي بعد عام من تطبيق البرنامج على (١٦) مبحوث الذين انتظموا في البرنامج وأظهرت نتائج البرنامج انخفاض شدة التلعثم واختفاء الأعراض الجسمية السلبية بدرجة كبيرة لدى المبحوثين (O'Brian, Onslow, Cream, packman 2003)، واقتربت نتائج الدراسات السابقة مع ما توصلت إليه دراسة "بوث" وزملائه (٢٠٠٦) Bothe، حيث استخدم أسلوب "الفواصل الزمنية" بين مقاطع الكلمات خلال أربعة مواقف مختلفة، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مدى تأثير استخدام مسافات متساوية (التوقف أو المهلة) بين المقاطع الصوتية، في خفض معدل التلعثم والأعراض الجسمية المصاحبة له، وزيادة مستوى الطلاقة، وأجريت الدراسة على أربعة مجموعات في أربعة مواقف مختلفة، باستخدام (أربع فنيات)، فخضعت المجموعة الأولى لفنية أسلوب "المقاطع الصوتية الموقوتة زمنياً" فقط، بينما استخدمت مع المجموعة الثانية الجمع بين أسلوب (المقاطع الصوتية الموقوتة زمنياً، وأسلوب المد والتطويل) في أثناء الكلام، في حين تعرضت المجموعة الثالثة لأسلوب (القراءة المتزامنة، وأسلوب المقاطع الصوتية الموقوتة زمنياً) معاً، وتعرضت المجموعة الرابعة لأسلوب (الإيقاع، وأسلوب المقاطع الصوتية الموقوتة زمنياً) معاً، وأسفرت نتائج الدراسة عن فعالية الجمع بين أسلوب (المقاطع الصوتية الموقوتة زمنياً، وأسلوب المد والتطويل) أثناء الكلام في خفض شدة أعراض التلعثم، وزيادة مستوى الطلاقة بدرجة أفضل من الأساليب العلاجية الأخرى، (Bothe, Davidow, Andreatta & Jun, 2006)، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "دنل" (٢٠٠٨) De nil، وزملائه حيث ثبتت فعالية أسلوب المد والتطويل في خفض شدة التلعثم وزيادة معدل الطلاقة اللفظية وخفض حدة الأعراض الجسمية لدى المبحوثين، حيث أجريت الدراسة على مجموعة من المتلعثمين قسموا إلى مجموعتين، المجموعة الأولى تجريبية تتضمن (٥١)

مبحوث يتراوح أعمارهم من (٢١-٥١) عام والمجموعة الثانية ضابطة تتكون من (١٦) مبحوث تتراوح أعمارهم (٢٠-٤٠)، حيث تلقى المبحوثين تدريباً على (٢٠) كلمة في كل جلسة تدريب، وأظهرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند (٠,٠١) (De nil, Beal , Crawley, Gracco Lafaille , 2008)، واتفقت نتائج تلك الدراسات مع ما توصلت إليه نتائج دراسة "زamani" (٢٠١٢) وZamani وزملائه ، حيث ثبت فعالية أسلوب المد والتطوير في خفض شدة أعراض التلعثم الجسمية وتحسن مستوى الطلاقة اللفظية والحد من ظهور التكرار للمقاطع الصوتية وتقليل معدل سرعة الكلام ، لدى مجموعة من الأفراد المصابين بالتلعثم الحاد ، و أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٦٠) مبحوثاً تراوحت أعمارهم ما بين (٨-١٤) عاماً قسموا إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى ضابطة والمجموعة الثانية تجريبية كل مجموعة تتكون من (٣٠) مبحوث ، تعرضت المجموعة التجريبية إلى برنامج تدريبي لمدة (٤) شهور تلقت خلال البرنامج (٢٠) جلسة تدريبية ، (Zaman, Latifi , Naderifar, 2012) ، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "إنجام" Ingham وزملائه (٢٠١٥) حيث ثبت فعالية أسلوب المد والتطوير في خفض شدة أعراض التلعثم ، حيث أجريت الدراسة على عينة من المراهقين تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى (تجريبية) وتتكون من (٢٧) مبحوث والثانية ضابطة تتكون من (١٤) مبحوث ، (Ingham, Bothe, Wang, purkisher & New, 2015).

ولقد حقق الجمع بين أساليب العلاج المعرفي وأساليب العلاج السلوكي الكلامي نتائج أفضل في تحسين مستوى الطلاقة من الاعتماد على أساليب العلاج الكلامي فقط، ومن أهم تلك الدراسات دراسة "ريدي" وزملائه (٢٠١٠) Reddy ، حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من خمسة أفراد من الذكور يعانون من التلعثم، وقد تراوحت أعمارهم من سن (١٦) إلى (٣٠) عاماً، وقامت الدراسة على استخدام مقياس بيك للقلق، ومقياس شدة التلعثم، وانتهت إلى انخفاض مستوى شدة التلعثم، وانخفاض مستوى القلق لدى عينة من المتلعثمين باستخدام برنامج معرفي سلوكي يتضمن (تنظيم التنفس، والاسترخاء، وأسلوب المد والتطوير، وتعديل الأفكار الخاطئة، وإستراتيجية حل المشكلات Reddy , Sharma & Shivashinker, 2010)، اقتربت نتائج تلك الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة أنصاري (٢٠١٣) وزملاؤه Ansari حيث أجريت دراسة مقارنة على مجموعتين تجريبيتين، تتكون كل مجموعة من (١٢) مبحوث من المراهقين أعمارهم (١٦) عام، المجموعة الأولى تعرضوا لأسلوب العلاج الكلامي السلوكي فقط (تنظيم التنفس، المد والتطوير)، والمجموعة الثانية جمعت بين أسلوب العلاج المعرفي والعلاج الكلامي وتضمن البرنامج (مهارة حل المشكلات، إعادة بناء الأفكار الايجابية والتخلي عن الأفكار السلبية، تنظيم التنفس ، المد والتطوير)، واستخدم الباحث مقياس "بيك للقلق" ومقياس شدة التلعثم ، و أجرى قياس

قبلي بعدي لكل من المجموعتين،(Ansari, Gorji & Shafie,2013) ، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "صبحيه أحمد" (٢٠٠٨)، حيث استخدمت الباحثة برنامج عقلائي انفعالي سلوكي يتضمن فنية (إعادة بناء الأفكار)، إلى جانب أساليب العلاج السلوكي مثل أسلوب: (المد والتطوير، والاسترخاء، وتنظيم التنفس)، وأجريت الدراسة على عينة مكونة من (٣٢) متلعثمًا من الجنسين، وتراوحت أعمارهم (١٦-١٢) عاماً، وقسموا إلى مجموعتين (مجموعة تجريبية) و أخرى (ضابطة)، وتألقت كلا منها من (١٦) متلعثمًا من الذكور والإناث، وكانت مدة البرنامج شهرين ونصف، وتضمن البرنامج (٢٢) جلسة، وتوزع التدريب بواقع جلستين أسبوعياً، واستخدمت الباحثة مقياس "ريلبي" لقياس شدة التلعثم، ومقياس الذكاء المصور، ومقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي، ومقياس تقدير الأفكار اللاعقلانية، حيث أظهرت نتائج الدراسة، وجود فروق ذات دلالة بين نتائج القياس القبلي ونتائج القياس البعدي (صبحيه أحمد، ٢٠٠٨).

**في حين ظهر اتجاه آخر من الدراسات ركز على أهمية استخدام أسلوب تنظيم التنفس كطريقة علاجية للتخلص من الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم أثناء الكلام .**

يساهم أسلوب تنظيم التنفس في الحد من ظهور التشنجات والانقباضات العصبية أثناء الكلام من خلال تقليل التوتر والجهد العضلي والانقباضات التي تتعرض لها الحنجرة أثناء الكلام المتلعثم ،حيث ثبت فاعلية هذا الأسلوب في عديد من الدراسات من بينها دراسة "وليامسون" وزملاؤه (Williamson ١٩٨١) ،حيث ثبت فاعلية أسلوب تنظيم التنفس في تخفيف الجهد الذي يقوم به المتلعثم أثناء الكلام وكذلك انخفاض معدل التوتر والانقباض العضلي أثناء الكلام (Williamson, Epstein, Coburn,1981، واقتربت نتائج تلك الدراسات مع ما توصلت إليه دراسة "ووجمان" وزملاؤه (Wagaman ١٩٩٣) ،حيث أجريت الدراسة على (٤) مبحوثين يعانون من التلعثم الشديد حيث خضع المبحوثين وأسرههم للتدريب على استخدام طريقة تنظيم التنفس أثناء الكلام تضمن البرنامج (٤١) جلسة تدريب ،بواقع (٣) جلسات أسبوعياً،الجلسة الأولى استمرت ساعتين لأنها كانت الجلسة التوعوية للبرنامج وطريقة العلاج وكيفية استخدامه ،وكانت المدة الزمنية للبرنامج (٦) شهور، وبعد إجراء المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي انخفضت شدة الأعراض الجسمية للتلعثم من تلعثم شديد (٢٣%) إلى تلعثم بسيط جدا (٣%) (Wagaman, Miltenberger, & Arndorfer, 1993) ،وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "أمي" وزملائه (Amy ١٩٩٨) ،حيث توصلت إلى فاعلية أسلوب تنظيم التنفس في تخفيف حدة الأعراض الجسمية (انقباض عضلات الوجه وإخراج اللسان وهز الأكتاف ) ،والنفسية (الرهاب الاجتماعي ) ، حيث أجريت الدراسة علي عينة من المبحوثين يتراوح أعمارهم

ما بين (٥- ١١) عام ، حيث كان يتلقى كل متدرب (٣) جلسات على مدار (٦) شهور متتالية (Amy, Miltenberger, Raymond Long, 1998) ، اقتربت نتائج الدراسات السابقة مع ما توصلت إليه دراسة كل من "فرمان، فريمان" (Freeman & Friman, 2006) ، حيث أجريت الدراسة على مراهق يعاني من التلعثم في الكلام يعيش في دار للأيتام ، يعاني من تلعثم متوسط الشدة مصحوب بأعراض جسمية شديدة ، حيث تلقى المتلعثم (٢١) جلسة تدريب مستخدماً تنظيم التنفس ، عقب التدريب العيادي تم تعميم التدريب على مواقف الحياة الاجتماعية المختلفة ، وأسفرت نتائج الدراسة عن تحسن مستوى الطلاقة اللفظية في الكلام وانخفاض الأعراض الجسمية بدرجة كبيرة (Freeman Friman, 2004) . و ظهر اتجاه ثالث من الدراسات في هذا الاتجاه جمع بين أسلوب الاسترخاء ، وأسلوب تنظيم التنفس في برنامج تكاملي كطريقة علاجية للتخلص من الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم في الكلام . أهم الدراسات التي جمعت بين "أسلوب الاسترخاء وتنظيم التنفس " كأسلوب علاجي ، دراسة "كونيل" (٢٠٠٦) Conelea ، حيث استهدفت الدراسة التخلص من الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم وتحسين مستوى الطلاقة اللفظية لدى عينة الدراسة ، وأجريت الدراسة علي مبحوث واحد من فئة المراهقين ، حيث خضع المبحوث لبرنامج علاجي يتضمن أسلوب الاسترخاء وأسلوب تنظيم التنفس معاً في برنامج واحد ، قبل تطبيق البرنامج عمل المبحوث تقرير ذاتي عن الأعراض الجسمية ومشكلات السلوك الكلامي التي يعاني منها ، وكذلك معدل التفاعل الاجتماعي مع الأفراد المحيطين به ، وتم شرح كيفية تطبيق كل من أسلوب تنظيم التنفس وأسلوب الاسترخاء ، واستخدم الباحث مقياس تقدير درجة التلعثم (الأعراض الجسمية ، واللغوية) ، ومقياس التفاعل الاجتماعي ، يبدأ المبحوث بالاسترخاء (الراحة التامة للعضلات الجسمية) قبل البدا في ممارسة الكلام الطبيعي ، حيث تم تدريب المبحوث خلال الاسترخاء على التحكم في مشاعره وتوقعاته السلبية أثناء الكلام ، وكذلك التخلص من التوتر أثناء الكلام ، واستخدام تنظيم التنفس بين كل كلمة وأخرى ، ثم تنظيم التنفس بين كلمتين ، وتنظيم التنفس بين ثلاث كلمات ، وتم استخدام أسلوب القراءة المتزامنة (حيث يقرأ الباحث والمبحوث جملة قصيرة من ٣ كلمات في نفس التوقيت) ، ثم إجراء حوار عبر الهاتف بين المبحوث وأحد الأشخاص في حضور الباحث ، بحيث يستخدم أسلوب الاسترخاء وتنظيم التنفس معاً أثناء إجراء الحوار ، وكانت مدة الدراسة ٣ شهور ، وشهرين قياساً تنبئياً للحالة ، وأظهرت نتائج الدراسة فروق ذات دلالة بين القياس القبلي والبعدي وكذلك ظهور فرق في معدل التحسن والتفاعل الاجتماعي مع أفراد المجتمع . (Conelea, Rice, & Woods, 2006) ، وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة "مونتيجد" (Monteagud, 2017) ، حيث ثبت فاعلية الدمج بين أسلوب الاسترخاء وأسلوب تنظيم التنفس في التخلص من الأعراض

الجسمية (الانقباضات العضلية والتوتر الزايد) ،وزيادة معدل الطلاقة اللغوية أثناء الكلام ،وكذلك تحسن معدل التفاعل الاجتماعي لدى عينة الدراسة ،حيث أجريت الدراسة على عينة مكونة من (٤) مبحوثين من فئة المراهقين ، قبل البدء في التدريب استخدم الباحث مقياس (معدل التلعثم) ،والتقرير الذاتي الذي يكتبه المبحوث عن نفسه من حيث المعاناة من الأعراض (الجسمية واللغوية ومعدل التفاعل الاجتماعي) ومقياس القلق والتوتر.

ويمكن تلخيص المراجعة السابقة للتراث في بعض النقاط التي تصب في موضوع الدراسة الحالية وخاصة فيما يخص **فروض الدراسة**، وذلك كما يلي:  
\*الدراسات التي تناولت الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم أغلبها دراسات أجنبية، وهناك ندرة في الأبحاث التي تناولت الأعراض الجسمية في البيئة المحلية وذلك في حدود علم الباحثين.

\* انقسمت الدراسات السابقة التي تناولت الأعراض الجسمية بالمعالجة النفسية السلوكية على نفسها إلى ثلاث اتجاهات كما يلي :

(١)- اتجاه من الدراسات ركز على استخدام أسلوب المد والتطوير كأسلوب أساسي في عملية العلاج والتدريب إلى جانب أساليب علاجية أخرى كما في دراسة:

( Ansari, Gorji & Bothe, Davidow, Andreatta & Jun,2006

Shafie,2013

Crawley,Gracco,Lafaille korll,2008 De nil, Beal, Ingham,

Ingham, Bothe,

Wang ,2015, Helps,Dalton,1979, O'Brian,

Onslow,Cream,packman

Reddy , Sharma & Shivashinker, ؛ Zaman Latifi,

,2003 ,Naderifar ,2012).

؛2010

(٢)- اتجاه من الدراسات ركز على أسلوب تنظيم التنفس كأسلوب أساسي في عملية العلاج النفسي السلوكي للأعراض الجسمية واللغوية للتلعثم كما في دراسة:

(Amy, Miltenberger, Raymond Freeman& Friman,2004

,2003

ouceur,Boudreau,Theberge,1981,Williamson, Epstein

؛Coburn,1981

Wagaman, Miltenberger, & Arndorfer,1998).

(٣)- اتجاه من الدراسات ركز على الجمع بين كل من أسلوب تنظيم التنفس

وأسلوب الاسترخاء

كما في دراسة:

(Conelea, Rice, & Woods ، Sawyer, Eskra' Monteagudo, 2017) ، 2006

\*ندرة الدراسات التي تناولت أسلوب تنظيم التنفس في البيئة المحلية كأسلوب علاجي للتخلص من الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم في الكلام في حدود علم الباحث.

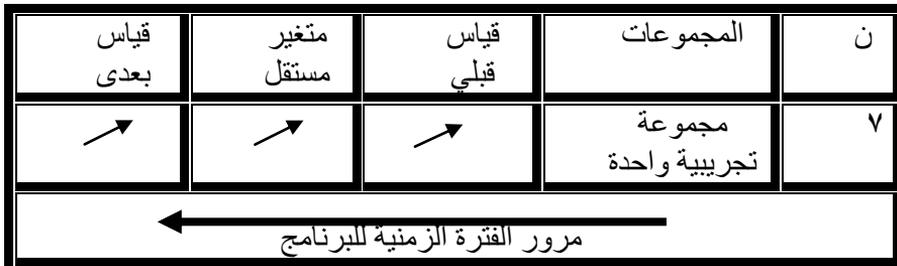
### رابعاً: فروض الدراسة:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في كلاً من القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الجسمية في اتجاه القياس البعدي. ""

٢- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في كلاً من القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأعراض الجسمية.

### الإجراءات المنهجية للدراسة أولاً: منهج الدراسة:

مثل المنهج التجريبي هو المنهج المناسب للدراسة الحالية، وقد حدد الباحث كل من: **المتغير المستقل**: البرنامج السلوكي المقترح، و**المتغير التابع**: درجة أو حد الأعراض النفسية (الرهاب الاجتماعي)، والأعراض الجسمية لدى المراهقين الذين يعانون من التلعثم. كما أمكن للباحث الاستناد إلى **تصميم تجريبي مناسب للدراسة**؛ فبعد مراجعته للدراسات السابقة، وفي ضوء فروض الدراسة، وعدد المجموعات المستخدمة أمكن له أن يتبنى **طريقة القياس (القبلي - البعدي) لمجموعة تجريبية واحدة**؛ ففي هذا التصميم تتعرض المجموعة التجريبية للقياس القبلي والقياس البعدي بعد التعرض للمعالجة (متغير مستقل)، ثم إجراء المعالجة الإحصائية للفروق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي وإيجاد دلالاته الإحصائية (أحمد كاظم، وجابر عبد الحميد، ١٩٩٠، ١٧٦)، وخلال هذا التصميم يتم اختيار عينة الدراسة بطريقة عمدية لتكوين مجموعة تجريبية واحدة (شكل ٣).



شكل (١): طريقة القياس (القبلي- البعدي)

لمجموعة تجريبية واحدة (أحمد كاظم، وجابر عبد الحميد، ١٩٩٠، ١٧٦)

### ثانياً: عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة الحالية في صورتها النهائية من (٧) محوئين فئة المراهقين (١ إناث- ٦ ذكور) تراوحت أعمارهم ما بين (١٤- ١٩) عاماً، تم اختيار عينة الدراسة بطريقة عمديه من بين (١٠) حالات ممن يعانون من التلعثم وفقاً لمقياس تقدير شدة التلعثم ، تم اختيارهم من المراجعين لمركز مطمئنة للاستشارات النفسية والطب النفسي(دولة الكويت ) مقر عمل الباحث، حيث كان يحول الطبيب النفسي، حالات التلعثم المصحوبة بأعراض جسمية ، ويوضح جدول(١) وصفاً تفصيلياً لعينة الدراسة الاستطلاعية.

#### جدول (١)

توزيع عينة الدراسة وفقاً للصف الدراسي، والعمر، والجنس ن=١٠.

العدد	العمر	الجنس		الصف
		إناث	ذكور	
١	١٤		١	الثالث الإعدادي
٤	١٧	١	٣	الثالث الثانوي
٥	١٩	٠	٥	الأول جامعي
١٠		١	٩	المجموع

#### جدول (٢)

خصائص عينة الدراسة الأساسية ن=٧.

العدد	العمر	الجنس		الصف
		إناث	ذكور	
١	١٤		١	الثالث إعدادي
٤	١٧	١	٣	الثالث ثانوي
٢	١٩		٢	الأول جامعي
٧		١	٦	المجموع

### مراحل اختيار عينة الدراسة:

مر اختيار عينة الدراسة بعدة مراحل على النحو التالي:

#### المرحلة الأولى (الفرز المبدئي):

تم استقبال عدد (١٠) حالات وتم تطبيق مقياس شدة الأعراض الجسمية للتلعثم ، ومقياس الرهاب الاجتماعي ، وتبين أن هناك (٣) تعاني من تلعثم بسيط وعدم وجود أعراض جسمية تذكر، لذا تم استبعادهم من عينة الدراسة .

- المرحلة الثانية (اختيار العينات موضع الدراسة):** تم خلال هذه المرحلة اختيار عدد (٧) حالات (مبحوث واحد من الجنسية المصرية، وست مبحوثين من الجنسية الكويتية) من الحالات موضع الدراسة بحيث تنطبق عليهم الشروط الآتية:
- ١- ألا يخضع المبحوث للعلاج الدوائي، ويكتفي فقط بالعلاج المعرفي السلوكي.
  - ٢- أن يكون المبحوثين ضمن فئة المراهقين في الفئة العمرية (١٤-١٩)، وتظهر عليهم أعراض التلعثم الجسمية واللغوية.
  - ٣- أن يكون التلعثم مستمر معه منذ مرحلة الطفولة

### **ثالثاً: أدوات الدراسة:**

- ١- البرنامج المعرفي السلوكي من إعداد: الباحث.
- ٣- مقياس شدة التلعثم إعداد: ريلي Riley (١٩٩٤) ترجمة وتقنين / نهلة عبدالعزيز ٢٠٠٢.

### **وصف تفصيلي لأدوات الدراسة**

#### **١- البرنامج السلوكي المقترح (من إعداد الباحث)**

الإطار النظري الذي يقوم عليه البرنامج:

#### **[أ]- الأعراض الجسمية.**

- كما أن للتلعثم أعراضاً نفسية فهناك أيضاً أعراضاً (جسمية)، والتي قد تظهر كلها أو بعض منها ومن أبرز هذه الأعراض ما يلي.
- (١) السرعة غير المناسبة في هواء الشهيق والزفير وعبوس الوجه وكشرفته و بذل مجهود عالي في بداية الكلام، (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٥، ٢٤٤).
  - (٢) عدم القدرة على استمرار التواصل البصري في أثناء الكلام مع الآخرين والرعدة الخفيفة على الأنف (Kehoe, 2006, 11).
  - (٣) يفتح المتلعثم فمه في أثناء الكلام بشكل ملحوظ (Leith, 1984, 37).
  - (٤) ووفقاً للدليل التشخيصي الخامس DSMS، يظهر التلعثم مجموعة من الأعراض الثانوية مثل: ظهور حركات لا إرادية أثناء الكلام مثل: تحريك الزراع، ورفع الأكتاف، وهزات الرأس، ورعدة الشفاه، وانقباض عضلات الوجه، وغمز العينين، واضطراب تنظيم التنفس أثناء الكلام (American Psychiatric Association, 2013, 46).

**(ب) النظرية المعرفية:** يحدث "التلعثم" في الكلام وفقاً للنظرية المعرفية نتيجة الأفكار السلبية التي يعاني منها المتلعثم، وكذلك توقعاته بأنه سوف يخطأ بمجرد أن يبدأ في الاسترسال بالكلام (Kelman & Wheeler 2015, 167)، هذه الأفكار السلبية تنشأ تلقائياً بصورة لا إرادية تؤدي إلى تكوين مشاعر وعواطف مضطربة وسلوكيات غير جيدة (استمرار التلعثم)، لذا ينصب اهتمام العلاج المعرفي على

التخلص من هذه الأفكار السلبية الذي يؤدي بدوره إلى التخلص من السلوكيات غير الجيدة (استمرار التلعثم)، ومن ثم تحقيق الاستقرار النفسي (Kawai,2010, 269).

### (ج) الأساليب المعرفية التي يقوم عليها البرنامج:

هناك عديد من الأساليب المعرفية التي انبثقت من النظرية المعرفية لتعديل وعلاج الاضطرابات النفسية، واقتصر برنامج الدراسة على استخدام أسلوب (إعادة بناء الأفكار- لعب الدور- أسلوب التعرض) إلى جانب أساليب العلاج السلوكي .

(د)- النظرية السلوكية: تفسر هذه النظرية حدوث التلعثم بأنه سلوك تعلمه الفرد إما بالتعزيز أو المحاكاة؛ فالطفل الصغير في بداية تعلمه الكلام يتعرض للاضطراب في طلاقة الكلام، نظراً لضعف الحصيلة اللغوية لديه، ومع زيادة ردود الفعل السلبية من قبل الكبار والوالدين يتدعم لديه السلوك اللغوي الخاطئ، وكما تعلم الفرد سلوكاً لغوياً خاطئاً، يمكن أيضاً أن يتخلص منه من خلال تعلم سلوك أكثر طلاقة في الكلام (عبدالعزيز الشخص، ١٩٩٧، ٣٠٧). وتستند أساليب العلاج الكلامي (تنظيم التنفس- المد والتطويل- الاسترخاء) إلى مبادئ قوانين التعلم في النظرية السلوكية من حيث كونها عملية تعليمية يتم اكتسابها في موقف تعليمي خلال جلسات التدريب يعقبه التعزيز والتدعيم لاكتساب سلوك كلامي يتسم بالطلاقة، ومن ثم "تعميمه" على المواقف الاجتماعية الأخرى (Menzies, et al,2009 ,189)، وتتم عملية التعلم والتدريب من خلال التعلم بالمحاكاة؛ حيث يُقَدِّم "المتدرب" ما يقوم به "المدرّب" فقط خلال جلسة التدريب، ويعقبه تدعيم وتعزيز السلوك اللغوي الجديد الذي اكتسبه من طلاقة في الكلام (Traikovski, et al., 2006, 272). الأفكار التي تدور في ذهنه، وبالتالي يزداد التلعثم لديه (عبدالعزيز الشخص، ١٩٩٧، ٢٠٣).

### ز- الأساليب السلوكية المستخدمة في البرنامج :

(أسلوب تنظيم التنفس، الاسترخاء، المد والتطويل)

(ر): الدراسات السابقة : دراسات تناولت الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم:

ثبتت فاعلية بعض الدراسات في خفض شدة الأعراض الجسمية المصاحبة للتلعثم في الكلام كما في دراسة

O'Brian, Onslow, Cream, packman ,2003 ؛ Helps,  
Dalton,1979 ؛ ؛ ٢٠٠٨؛ Bothe, Davidow, Andreatta &  
Jun,2006 ؛ Lafaille korll, Crawley,Gracco,2008 ، De nil,  
Beal Zeman , LatiFi؛ Reddy , Sharma & Shivashinker,  
2010؛ Ingham ؛ Ansari, Gorji & Shafie,2013؛  
,Naderifar ,2012 ، Ingham, Bothe, Wang ,2015 )

### وصف البرنامج المقترح، وحدوده:

**أولاً: الهدف من البرنامج:** يستهدف البرنامج المقترح .

- ١- إزالة الأعراض الجسمية (السرعة غير المناسبة في هواء الشهيق والزفير وعبوس الوجه وكشرته، و بذل مجهود عالي في بداية الكلام، والانقباضات العضلية) الناتجة عن الإصابة باضطراب التلعثم في الكلام .
- ٢- تحسين مستوى الطلاقة اللفظية لدى المراهقين المتلعثمين من عمر (١٤\_١٩ عام).

**ثانياً: مدة البرنامج:** (لمدة شهران شهر) ؛ يتبعها شهر لإجراء القياس التتبعي للحالات موضع الدراسة، والمدة الزمنية الكلية التي يستغرقها البرنامج تبلغ (٣) شهور.

**ثالثاً: عدد جلسات البرنامج:** يصل عدد جلسات البرنامج إلى (٢٥) جلسة لكل متدرب، على أن يجمع التدريب بين (التدريب المكثف يومياً، والتدريب الموزع) ، و بطريقة فردية لمدة أسبوع (Ingham & Andrews 1972, 307)،  
**رابعاً: مدة الجلسة:** (٦٠) دقيقة، كحد أقصى وتمتد المدة الفعلية للتدريب من (٥-١٠) دقائق، يتكرر التدريب خلال الجلسة (٥) مرات يتخللها فترة راحة قصيرة (Andrews, et al, 2012, 360).

### ثانياً: مقياس شدة التلعثم:

مقياس شدة التلعثم للأطفال والراشدين إعداد ريلي Riley (١٩٨٦)، تعريب وتقنين (د/نهلة عبد العزيز ٢٠٠٢، استاذ التخاطب، كلية الطب جامعة عين شمس)، قامت الباحثة بالحصول على نسخة من المقياس وترجمتها للبيئة العربية وتم تعديل بعض الفقرات بما يتناسب مع البيئة العربية .

### وصف المقياس:

ينقسم مقياس شدة التلعثم ss1-3 إلى ثلاثة أجزاء رئيسية

- ١- مقياس التكرارات أو التردد في كلام المتلعثم frequency
- ٢- مقياس الزمن أو المدة (زمن القراءة أو الكلام) duration
- ٣- مقياس الأعراض الجسدية المصاحبة للتلعثم physical concomitants

### تطبيق الاختبار:

يطبق الاختبار على مدى واسع من الفئات العمرية، حيث يطبق على الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة (٣-٦) عام، والأطفال في المرحلة العمرية (٦-١٦) إلى (١٦) عام والمراهقين والراشدين في المرحلة العمرية (١٧) فما فوق، يطبق المقياس على القارئ وغير القارئ، وأعدت جداول لحساب درجات التكرار والزمن والأعراض الجسمية، وفيما يلي وصف تفصيلي لطريقة حساب شدة التلعثم عن طريق التكرار، الزمن، الأعراض الجسمية .

## ١- حساب شدة التلعثم عن طريق التكرار (frequency) طبقا لكلام المتلعثم أو قراءته:

- أ- حساب العدد الكلي لمقاطع الفقرة المقروءة أو المسموعة
- ب- حساب العدد الكلي لمقاطع الفقرة المتلعثم فيها المبحوث
- ج- قسمة عدد المقاطع التي تلعثم فيها المبحوث على المجموع الكلي لمقاطع الفقرة  $100 \times$ ، ثم استخراج النسبة التي تحول إلى درجة التكرار من الجدول الخاص بها.

$$\text{حساب التكرارات} = \frac{\text{عدد المقاطع التي تلعثم فيها المبحوث}}{\text{العدد الكلي للمقاطع}} \times 100$$

## ٢- قياس الأعراض الجسدية المصاحبة للتلعثم physical concomitants

لحساب هذه الأعراض تم وضع مقياس يصف الحالة الجسدية للمبحوثين المتلعثمين على النحو الآتي.

### ١- أصوات مضطربة: distracting sound

وتتضمن هذه الفئة أي أصوات غير مكتملة تصاحب التلعثم مثل التثنج أو الصفير أو البلع أو الشهيق أو النفخ وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥).

### ٢- تكشيرات الوجه: facial Grimaces

وتشمل حركات لا إرادية غير طبيعية مثل (شد عضلات الوجه، حركات الذقن، غلق وفتح العينين، الضغط على الشفاه، إخراج اللسان)، وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥).

### ٣- حركة الرأس: head movement

وتشمل حركة الرأس للخلف أو للأمام والنظر بعيدا، عدم النظر للمتحدث إليه

وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥).

### ٤- حركة الأطراف: movement extremities

وتتضمن حركات الزراع واليد، والجزع والدق على الأرض بالقدم، حركات اليد إلى الوجه أثناء الكلام وهذه الأعراض يتراوح تقدير الدرجات عليها من (صفر - ١ - ٢ - ٣ - ٤ - ٥).

### ٤- حساب الدرجة الكلية للمقياس:

يتم حساب الدرجة الكلية من خلال جمع (درجة التكرارات + درجة الزمن + درجة الأعراض الجسمية) ثم تحويلها إلى درجة شدة لتلعثم كما هو موضح بالجدول التالي.

جدول رقم (٣) يوضح درجة شدة التلعثم (فئات التلعثم)

شدة أو فئة التلعثم	مجموع الدرجات الكلية
بسيط جداً	٨-٦ ١٠-٩
بسيط	١٥-١١ ٢٠-١٦
متوسط	٢٣-٢١ ٢٧-٢٤
شديد	٣١-٢٨ ٣٥-٣٢
شديد جداً	٣٦ فما فوق

تقنين المقياس :

بعد تعريب المقياس للبيئة العربية وتغيير ما يلزم تم تطبيقه على عينة عشوائية مكونة من (٥٢) حالة تلثم (اطفال وراشدين) من المترددين على عيادات التخاطب.

صدق المقياس:

تم حساب صدق مقياس شدة التلعثم SS1-3، من خلال الصدق الظاهري الذي يشير إلى مدى مناسبة الاختبار للغرض الذي وضع من أجله، ويتضح هذا النوع من الصدق بالفحص المبدئي لجوانب الاختبار ومعرفة ما يقيسه، ثم مطابقة ذلك بالوظيفة المراد قياسها، وبتطبيق مقياس شدة التلعثم SS1-3 تبدو جوانب ومكونات المقياس مناسبة للوظيفة المراد قياسها، وبدا هذا وضاحاً في مكونات المقياس.

ثبات المقياس:

تم إجراء ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق حيث تم تطبيق المقياس على (٥٢) نفس عينة الدراسة يعانون من التلعثم، ثم أعيد تطبيق الاختبار بعد ثلاثة أسابيع، وتم استخدام معامل ارتباط بيرسون كاسلوب احصائي، وكان معدل ثبات الاختبار (٩٢.٠)، وهذا يشير على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات.

في ضوء ما تم عرضه لصدق وثبات مقياس شدة التلعثم ، قام الباحث باتخاذ الإجراءات التالية لحساب صدق وثبات مقياس تقدير شدة التلعثم.

(أ) - صدق التكوين الفرضي (صدق المفهوم):

للتحقق من صدق التكوين الفرضي لمقياس شدة التلعثم، تم المقارنة بين أداء العينة الاستطلاعية (ن=١٠)، في ضوء محك الشدة (٣٦ درجة)، أعراض تلثم بسيطة

(أقل من ٣٦) أعراض تلغم شديدة (٣٦ ما فوق)، حيث تم تحديد (٣) حالات قُيِّمت بشديدة، و(٧) حالات (بسيطة)، تم استخدام اختبار "مان - وتني Mann-Whitney" لاختبار دلالة الفروق بين مجموعتين غير مرتبطتين، وفيما يلي توضيح للنتائج: جدول (٤) قيمة (Z, U) ودلالاتها للفروق بين متوسطات رتب ذوي الأعراض الشديدة ومتوسطات رتب ذوي الأعراض البسيطة على مقياس شدة التلغم

الاختبار	المجموعة	متوسط الرتب	القيم		القيمة الاحتمالية Sig.(p. value)	الدلالة
			Z	U		
مقياس شدة التلغم	شديدة	٩.٠٠	- ٢.٤١**	٠.٠٠	٠.٠١٦	دال عند ٠.٠١ في اتجاه الشديدة
	بسيطة	٤.٠٠				

يشير جدول (٤) إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين مجموعتي القياس الشديدة / البسيطة على مقياس شدة التلغم، مما يشير إلى قدرة المقياس على التفرقة وفق السمة المقاسة، وتمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق.

#### (ب) ثبات المقياس: معامل الاستقرار (طريقة إعادة التطبيق):

تم حساب معامل الاستقرار لمقياس شدة التلغم باستخدام طريقة إعادة التطبيق، على عينة تكونت من (١٠) مفحوصين من أفراد العينة الاستطلاعية، بفواصل زمني من ١٨-٢٠ يوم، وقد بلغ معامل الاستقرار "قيمة R" (٠.٩٨٧) وهي قيمة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠١)، وتُعد معامل الاستقرار السابق الناتج عن ارتباط التطبيق الأول بالتطبيق الثاني، معامل ثبات جيد ومطمئن للتطبيق.

#### رابعاً الأساليب الإحصائية:

استخدم الباحث أسلوب الإحصاء اللابارامتري نظراً لصغر حجم عينة الدراسة من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإنسانية والاجتماعية (spss) حيث تم استخدام الاختبارات التالية:

- ١- المتوسطات والانحرافات المعيارية.
- ٢- اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon -test) وذلك للتحقق من دلالة الفروق في درجة شدة الأعراض النفسية (الرهاب الاجتماعي)، وشدة الأعراض الجسمية للتلغم بين كل قياسين على حدة.

وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها بعد التحليل الإحصائي للبيانات التي تم جمعها من خلال تطبيق أدوات الدراسة قبل وبعد "تطبيق برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة بعض أعراض الجسمية لدى المراهقين الذين يعانون من التلغم"، ومن ثم تفسير تلك النتائج ومناقشتها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، وكذلك ملاحظات الباحث، وفيما يلي عرض لهذه النتائج وفق فروض الدراسة.

(١) نتائج الفرض الأول ومناقشتها:

ينص الفرض الأول على: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في كلاً من القياسين القبلي والبعدي على مقياس الأعراض الجسمية في اتجاه القياس البعدي."

للتحقق من صحة الفرض السابق، قام الباحث باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon"، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الأعراض الجسمية، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٥) قيمة Z ودالاتها للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين القبلي والبعدي

لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأعراض الجسمية .

الدلالة	قيمة Z	مجموع الرتب	متوسط الرتب	توزيع الرتب	المتوسط	القياس	المقياس	مقياس شدة الأعراض الجسمية
٠.٠١	- ٢.٥٣	٢٨.٠٠	٤.٠٠	الرتب السالبة	٤.٤٣	القبلي	أصوات مضطربة	
		٠.٠٠	٠.٠٠	الرتب الموجبة	١.٥٧	البعدي		
٠.٠١	- ٢.٤٠	٢٨.٠٠	٤.٠٠	الرتب السالبة	٣.٧١	القبلي	تكشيرات "تقطيب الوجه"	
		٠.٠٠	٠.٠٠	الرتب الموجبة	١.٤٣	البعدي		
٠.٠١	- ٢.٤٢	٢٨.٠٠	٤.٠٠	الرتب السالبة	٤.٠٠	القبلي	حركات الرأس	
		٠.٠٠	٠.٠٠	الرتب الموجبة	١.٤٣	البعدي		
٠.٠١	- ٢.٥٣	٢٨.٠٠	٤.٠٠	الرتب السالبة	٢.٤٣	القبلي	حركات الأطراف	
		٠.٠٠	٠.٠٠	الرتب الموجبة	٠.٥٧	البعدي		
٠.٠١	- ٢.٤١	٢٨.٠٠	٤.٠٠	الرتب السالبة	١٤.٥٧	القبلي	الدرجة الكلية	
		٠.٠٠	٠.٠٠	الرتب الموجبة	٥.٠٠	البعدي		

تشير التحليلات الموضحة بالجدول (٥) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي عند مستوى دلالة (٠.٠١)، على مقياس

الأعراض الجسمية في اتجاه القياس البعدي، نظراً لانخفاض المتوسط الحسابي بعد نهاية تطبيق البرنامج.

كما تم حساب فروق الرتب وقوة العلاقة وتأثيرها من خلال التعرف على فروق قيمة (P.value) المحسوبة واتجاه العلاقة بين القياسين (القبلي والبعدي) لدى المجموعة التجريبية في القياسين اعتماداً على نتائج تحليلات اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon " من خلال حزمة البرامج الإحصائية SPSS ، ويوضح العرض التالي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول ( ٦ ) يوضح قوة العلاقة واتجاهها وحجم تأثير البرنامج المُعد بالدراسة على أداء

المجموعة التجريبية في القياسين ( القبلي والبعدي) على مقياس الاعراض الجسمية.

المتغيرات الفرعية	م	توزيع الرتب	متوسط الرتب	فروق الرتب	قوة العلاقة (P.value)	اتجاه العلاقة	مقياس شدة الأعراض الجسمية	
							القياس القبلي	القياس البعدي
أصوات مضطربة	٤.٤٣	الرتب السالبة	٤.٠٠	٤	٠.٠١١	موجبة	القياس القبلي	١.٥٧
	١.٥٧	الرتب الموجبة	٠.٠٠				القياس البعدي	
تكشيرات "تقطيب الوجه"	٣.٧١	الرتب السالبة	٤.٠٠	٤	٠.٠١٦	موجبة	القياس القبلي	١.٤٣
	١.٤٣	الرتب الموجبة	٠.٠٠				القياس البعدي	
حركات الرأس	٤.٠٠	الرتب السالبة	٤.٠٠	٤	٠.٠١٥	موجبة	القياس القبلي	١.٤٣
	١.٤٣	الرتب الموجبة	٠.٠٠				القياس البعدي	
حركات الأطراف	٢.٤٣	الرتب السالبة	٤.٠٠	٤	٠.٠١١	موجبة	القياس القبلي	٠.٥٧
	٠.٥٧	الرتب الموجبة	٠.٠٠				القياس البعدي	
الدرجة الكلية	١٤.٥٧	الرتب السالبة	٤.٠٠	٤	٠.٠١٦	موجبة	القياس القبلي	٥.٠٠
	٥.٠٠	الرتب الموجبة	٠.٠٠				القياس البعدي	

تشير النتائج الموضحة بالجدول ( ٦ ) ، أن قيمة P.value على مقياس الأعراض الجسمية هي أقل من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط الأداء في القياس القبلي يختلف عن متوسط الأداء في القياس البعدي في اتجاه القياس البعدي

صاحب المتوسط الأقل، بما يشير إلى انخفاض الأعراض بعض تطبيق البرنامج، ويلاحظ أن متوسط رتب الإشارات السالبة أكبر من متوسط رتب الإشارات الموجبة مما يدل على أن متوسط أداء المجموعة التجريبية انخفض بعد خضوعهم للبرنامج كما أن اتجاه العلاقة في صالح الرتب الموجبة، وبالتالي نقبل فرضية أن البرنامج المُعد بالدراسة الحالية له أثر جيد على تحسين مستوى الأعراض الجسمية في القياس البعدي.

### (٢) نتائج الفرض الثاني ومناقشتها:

ينص الفرض الثاني على: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية في كلاً من القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الأعراض الجسمية".

للتحقق من صحة الفرض السابق، قام الباحث باستخدام اختبار " ويلكوكسون Wilcoxon"، وذلك لحساب دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج ومتوسط درجات نفس المجموعة في القياس التتبعي بعد مرور (شهر) على تطبيق البرنامج على مقياس الأعراض الجسمية، وفيما يلي توضيح للنتائج:

جدول (٧) قيمة Z ودلالاتها للفروق بين متوسط رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأعراض الجسمية

المقياس	القياس	المتوسط	توزيع الرتب	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	الدلالة
أصوات مضطربة	البعدي	١.٥٧	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٠٠ -	٠.٠٥
	تتبعي	٢.١٤	الرتب الموجبة	٢.٥٠	١٠.٠٠		
تكثيرات "تقطيب الوجه"	البعدي	١.٤٣	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	١.٠٠ -	غير دال
	تتبعي	١.٥٧	الرتب الموجبة	١.٠٠	١.٠٠		
حركات الرأس	البعدي	١.٤٣	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	١.٤١ -	غير دال
	تتبعي	١.٧١	الرتب الموجبة	١.٥٠	٣.٠٠		
حركات الأطراف	البعدي	٠.٥٧	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	١.٤١ -	غير دال
	تتبعي	٠.٨٥	الرتب الموجبة	١.٥٠	٣.٠٠		
الدرجة الكلية	البعدي	٥.٠٠	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٠	٢.٢٥ -	٠.٠٥
	تتبعي	٦.٢٨	الرتب الموجبة	٣.٥٠	٢١.٠٠		

مقياس شدة الأعراض الجسمية

تشير التحليلات الموضحة بالجدول (٧) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي عند مستوى دلالة (٠.٠٥)، على الدرجة الكلية لمقياس الأعراض الجسمية وبعده "أصوات مضطربة" في اتجاه القياس التتبعي، نظراً لارتفاع المتوسط الحسابي بعد نهاية تطبيق البرنامج بشهر؛ كما دلت النتائج إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي على أبعاد مقياس شدة الأعراض الجسمية (تكشيرات "تقطيب الوجه"، حركات الرأس، حركات الأطراف).

كما تم حساب فروق الرتب وقوة العلاقة وحج تأثيرها من خلال التعرف على فروق قيمة (P.value) المحسوبة واتجاه العلاقة بين القياسين (البعدي والتتبعي) لدى المجموعة التجريبية في القياسين اعتماداً على نتائج تحليلات اختبار "Wilcoxon" من خلال حزمة البرامج الإحصائية SPSS، ويوضح العرض التالي النتائج التي تم التوصل إليها:

جدول (٨) يوضح قوة العلاقة واتجاهها وحجم تأثير البرنامج المعد بالدراسة على أداء المجموعة التجريبية في القياسين (البعدي والتتبعي) على مقياس الأعراض الجسمية.

المتغيرات الفرعية	م	توزيع الرتب	متوسط الرتب	فروق الرتب	قوة العلاقة (P.value)	اتجاه العلاقة
مقياس شدة الأعراض الجسمية	أصوات مضطربة	القياس البعدي	١.٥٧	الرتب السالبة	٠.٠٠	سالبة
		القياس التتبعي	٢.١٤	الرتب الموجبة	٢.٥٠	
تكشيرات "تقطيب الوجه"	القياس البعدي	١.٤٣	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٣١٧	سالبة
	القياس التتبعي	١.٥٧	الرتب الموجبة	١.٠٠		
حركات الرأس	القياس البعدي	١.٤٣	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.١٥٧	سالبة
	القياس التتبعي	١.٧١	الرتب الموجبة	١.٥٠		
حركات الأطراف	القياس البعدي	٠.٥٧	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.١٥٧	سالبة
	القياس التتبعي	٠.٨٥	الرتب الموجبة	١.٥٠		
الدرجة الكلية	القياس البعدي	٥.٠٠	الرتب السالبة	٠.٠٠	٠.٠٢٤	سالبة
	القياس التتبعي	٦.٢٨	الرتب الموجبة	٣.٥٠		

تشير النتائج الموضحة بالجدول ( ٨ ) ، أن قيمة **P.value** على الدرجة الكلية لمقياس شدة الأعراض الجسمية وُعد "أصوات مضطربة هي أقل من مستوى المعنوية (5%) بما يشير إلى أن متوسط الأداء على المقاييس المستخدمة في القياس البعدي يختلف عن متوسط الأداء في القياس التتبعي في اتجاه القياس التتبعي صاحب المتوسط الأعلى، بما يشير إلى ارتفاع الأعراض بعد مضي شهر على تطبيق البرنامج على تلك المتغيرات، ويلاحظ أن متوسط رتب الإشارات السالبة أقل من متوسط رتب الإشارات الموجبة مما يدل على أن متوسط أداء المجموعة التجريبية ارتفع بعد مضي شهر على تطبيق البرنامج، كما أن اتجاه العلاقة في صالح الرتب السالبة، وبالتالي يتضح ضعف بقاء اثر البرنامج في القياس التتبعي لذا تُرفض فرضية أن البرنامج المُعد بالدراسة الحالية له أثر دائم على تحسين مستوى الأعراض الجسمية في القياس البعدي؛ في حين ظل اثر التدريب على أبعاد (تكشيرات "تقطيب الوجه"، حركات الرأس، حركات الأطراف) حيث لم تدل النتائج على وجود فروق بين القياسين البعدي والتتبعي.

### ثانياً: مناقشة نتائج الدراسة:

بعد أن انتهى الباحث من عرض نتائج الدراسة، يقدم في هذا الجزء من الفصل إطاراً تفسيرياً لتلك النتائج، بشكلٍ يعتمد على نتائج الدراسات السابقة، والإطار النظري الذي يستند إليه البرنامج السلوكي الراهن، وذلك على النحو التالي:

### (ب) تفسير نتائج الفرض الاول:

يتضح من جدول (٥) أن قيمة (z) كانت دالة عند (٠,٠٠١) في جميع درجات الأعراض الجسمية لدى المبحوثين الذين يعانون من التلعثم ، الذين خضعوا للبرنامج، مما يدل على وجود فروق جوهرية بين متوسطات رتب درجات المبحوثين، وبذلك يتضح أن درجات جميع أعراض التلعثم قد انخفضت ، وذلك في القياسات البعدية مقارنة بالقياسات القبليّة ، مما يدل على فعالية البرنامج العلاجي (فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة بعض الأعراض النفسية والجسمية لدى المراهقين المتلعثمين ) في خفض حدة الأعراض الجسمية للتلعثم، وتحسين مستوى الطلاقة اللفظية لديهم، ويتفق ذلك مع نتائج دراسة كل من :

( Ansari, et ؛ Bothe, et al,2006 ؛ De nil, et al,2015

al,2013

Crawley,et al ؛ Zaman,et al ,2012 ؛Helps,Dalton,1979

؛ Reddy,et al,2010 . ؛,2008

و كذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية ؛O'Brian, et al ,2003

مع دراسة كل من ؛ Amy, et al ,2003)

Williamson, et ؛Louceur,et al,1981 ؛ Wagamanet, al,1998  
al,1981  
وكذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من (Conelea, et  
al,2006

#### (د) تفسير نتائج الفرض الثاني :

يتضح من جدول (٧) أن قيمة (z) كانت غير دالة في أغلب درجات الأعراض  
الجسمية التلعثم (كشرب الوجه، حركة الرأس، حركة الأطراف) لدى المبحوثين  
الذين خضعوا للبرنامج، مما يدل على استمرار فعالية البرنامج في خفض شدة  
الأعراض الجسمية للتلعثم، وقد يرجع ذلك إلى ما يلي:

١- اكتساب وتعلم سلوك لغوي جديد (سلوك لغوي أكثر طلاقة) من خلال  
التدريب والتعزيز الإيجابي (المدح والثناء) المستمر الذي تلقاه المبحوثين  
المتعلمين على مدار جلسات البرنامج، وبالتالي تم استبدال السلوك اللغوي  
المتلعثم بسلوك لغوي أكثر طلاقة.

٢- جاءت نتائج الدراسة الحالية متفقة مع ما توصلت إليه دراسة كلا

( Ansari, et ؛ Bothe, et al,2006 ؛ De nil, et al,2015

al,2013

Crawley,et al ؛ Zaman,et al ,2012 ؛Helps,Dalton,1979

؛,2008 ؛ Reddy,et al,2010 .

وكذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية ؛O'Brian, et al ,2003

مع دراسة كل من ؛(Amy, et al ,2003)

Williamson, et ؛Louceur,et al,1981 ؛ Wagamanet, al,1998

al,1981

(Conelea, et من نتائج دراسة كل من

al,2006

#### ثالثاً: مناقشة عامة لنتائج الدراسة:

١- كذلك تطابقت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة كل من؛

( Ansari, et ؛ Bothe, et al,2006 ؛ De nil, et al,2015

al,2013

Crawley,et al ؛ Zaman, et al ,2012 ؛Helps,Dalton,1979

؛,2008 ؛ Reddy,et al,2010 .

وكذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ؛O'Brian, et al ,2003

دراسة كل من ؛ (Amy, et al ,2003

Williamson, ؛Louceur, et al,1981 ؛ Wagaman et, al,1998  
et al,1981

وكذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من؛  
(Conelea, ؛ Eskra' & Monteagudo,2017).  
et al,2006

من حيث فاعلية برنامج معرفي سلوكي في خفض حدة الأعراض الجسمية لدى  
المراهقين المتلعثمين في المرحلة العمرية (١٤-١٩).  
٢- اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع ما توصلت إليه دراسة  
( Ansari, et ؛ Bothe, et al,2006 ؛ De nil, et al,2015  
al,2013

Crawley,et al ؛ Zaman, et al ,2012 ؛Helps,Dalton,1979  
؛ ,2008  
؛ Reddy,et al,2010 .  
وكذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع ؛O'Brian, et al ,2003  
دراسة كل من ؛ Amy, et al ,2003

Williamson, ؛Louceur, et al,1981 ؛ Wagaman et, al,1998  
et al,1981 وكذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من ؛  
(Conelea, et al,2006 ؛ Eskra' & Monteagudo,2017).  
حيث أشارت نتائجهما إلى احتفاظ عينة دراستهما بمستوى التحسن الذي وصلت  
إليه بعد

(٣) شهور من انتهاء البرنامج - في حين أنه لم تحتفظ عينة الدراسة الحالية  
بمستوى التحسن في طلاقة الكلام الذي وصلت إليه، بعد توقف التدريب فترة زمنية  
لمدة (شهر)، وحدثت انتكاسة في الأعراض الجسمية (أصوات مضطربة، الدرجة  
الكلية).

#### رابعاً: التوصيات المقترحة لزيادة فعالية البرامج العلاجية للتعلم:

من خلال ما توصل إليه الباحث من نتائج تطبيق البرنامج، التي تضمنت  
فاعلية برنامج معرفي سلوكي لخفض حدة بعض الأعراض الجسمية لدى  
المراهقين المتلعثمين ، فإنه يقترح التوصيات التالية:  
١- استمرار التدريب لمدة زمنية أطول (ست أسابيع بدلاً من أسبوعين)، وذلك  
لتنشيط درجة الطلاقة التي وصل إليها المبحوثون المتلعثمين.

#### خامساً: بحث مقترح :

في ضوء نتائج الدراسة الحالية يمكن اقتراح البحث التالي لمعالجة مشكلة التعلم .  
\*برنامج معرفي سلوكي تكاملي متعدد الفاعليات لخفض حدة الأعراض النفسية  
والجسمية لدى المراهقين المتلعثمين.

## قائمة المراجع : أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم العظموي ( ١٩٨٨). معالم من سيكولوجية الطفولة والفتوة والشباب. بغداد: دار الشؤون الثقافية العامة للنشر.
- إبراهيم الزريقات (٢٠٠٥). اضطرابات الكلام واللغة التشخيص والعلاج. عمان: دار الفكر للنشر.
- أسامة فاروق (٢٠١٣). الاضطرابات السلوكية والانفعالية لدى الأطفال. عمان: دار المسيرة للطبع والنشر.
- أوتوفينخل (١٩٦٩). نظرية التحليل النفسي في الأعصاب. الجزء الثاني. ترجمة: صلاح مخيمر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- انتصار يونس (١٩٩١). السلوك الإنساني. القاهرة: دار المعارف.
- إيمان إسماعيل (٢٠٠٦). التلعثم لدى الأطفال دراسة في مفهوم الذات وأساليب مواجهة الضغوط، دراسات عربية في علم النفس مجلد ٥، العدد ٣: يوليو، ٦٤٣-٧٠٨.
- إيمان الكاشف (٢٠١٠). مشكلات اللججة دليل الوالدين والمعلمين. القاهرة: دار الكتاب.
- إيمان جمعة (٢٠١٠) : برنامج تدريبي قائم على تحسين فعالية الذات المدركة لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين، كلية التربية، جامعة بنها، رسالة دكتوراه منشورة.
- بدرية كمال (١٩٨٥). ظاهرة اللججة في ضوء بعض العوامل النفسية والاجتماعية. كلية الآداب. جامعة عين شمس. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفاقي (١٩٩٥). معجم علم النفس والطب النفسي. الجزء السابع. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جمعة يوسف (٢٠٠٠). الاضطرابات السلوكية. القاهرة: دار غريب.
- جين نيكسون (٢٠٠٠). مساعدة الأطفال على مواجهة التلعثم. ترجمة مركز التعريب والبرمجة. بيروت: الدار العربية للعلوم والترجمة.
- جيهان عباس (٢٠٠٨). فاعلية برنامج تخاطب للأطفال المتلعثمين بمشاركة الوالدين. معهد الدراسات والبحوث البيئية. جامعة عين شمس. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- حامد زهران (١٩٨٠). التوجيه والإرشاد النفسي. القاهرة: عالم الكتب.
- عبدالستار إبراهيم، ورضوى إبراهيم (١٩٨٨). أسس علم النفس. الرياض: دار المريخ.
- \* عبدالستار إبراهيم، وعبدالعزیز الدخيل، ورضوى إبراهيم (١٩٩٣، ديسمبر).  
العلاج السلوكي

للطفل - أساليبه ونماذجه. سلسلة عالم المعرفة. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون

- والآداب. العدد ١٨٠.
- عبدالعزيز الشخص (١٩٩٧). اضطرابات النطق والكلام. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد العزيز سليم (٢٠١١). اللججة تشخيصها وأساليبها وعلاجها. عمان. الأردن: دار الميسرة للطبع والنشر.
- علاء الدين كفاقي (٢٠٠٣). الصحة النفسية والإرشاد النفسي. الرياض: دار النشر الدولية.
- غادة كسناوي (٢٠٠٧). فاعلية برنامج إرشادي للحد من صعوبات النطق والكلام لدى عينة من تلاميذ وتلميذات المرحلة الابتدائية بمكة المكرمة. كلية التربية. جامعة أم القرى. رسالة ماجستير غير منشورة.
- سهير أمين (٢٠٠٠). اللججة أسبابها وعلاجها. سلسلة الفكر العربي في التربية الخاصة. القاهرة: دار الكتاب العربي.
- سهير محمد (٢٠١٠). تنمية الثقة بالنفس باستخدام فنيات من البرمجة اللغوية العصبية والعلاج المعرفي السلوكي لعلاج الأطفال المتعلمين. كلية البنات للآداب والعلوم والتربية. جامعة عين شمس. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- سيريل بوفيه (٢٠١٩) مدخل إلى العلاجات السلوكية المعرفية، ترجمة فرحات بوزيان، دار المجد للتوزيع والنشر. الجزائر
- صبحية أحمد (٢٠٠٨). مدى فاعلية برنامج عقلائي انفعالي سلوكي لعلاج التلعثم لدى عينة من المراهقين. كلية الآداب. جامعة بني سويف. رسالة دكتوراه غير منشورة.
- طارق زكي (٢٠٠٩). اضطرابات الكلام عند الطفل. كفر الشيخ: دار العلم والإيمان.
- فيصل الزراد (١٩٩٠). اللغة واضطرابات النطق والكلام. الرياض: دار المريخ.
- قحطان أحمد (٢٠١٠). اضطرابات اللغة والكلام. عمان. الأردن: دار وائل للنشر.
- لينا روستين وآخرون (٢٠٠٤). كيف يمكن التغلب على التلعثم. ترجمة: خالد العامري. القاهرة: دار الفاروق.
- مجمع اللغة العربية (٢٠٠٦). المعجم الوجيز. القاهرة: مطابع الأهرام.
- محمد النحاس، وسليمان رجب (٢٠٠٨). العلاج النفسي التخاطبي لصور التلعثم لدى نوى

صعوبات التعلم، الملتقى الثامن للجمعية الخليجية للإعاقة، ١٨-٢٠ مارس، دبي.

- محمود حمودة (١٩٩١). *الطفولة والمراهقة : المشكلات النفسية والعلاج*. القاهرة : المطبعة الفنية.
  - محمود خويلات (٢٠٠٨). *التكيف النفسي لدى تلاميذ المرحلة الذين يعانون من التأخر من وجهة نظر معلمهم*. كلية الدراسات التربوية. جامعة عمان. رسالة ماجستير غير منشورة.
  - منى توكل (٢٠٠٨). *التهتهة لدى الأطفال*. الإسكندرية: دار الجامعة الجديدة للنشر.
  - منتصر صلاح (٢٠١٩): *العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع المصحوبة برهاب الخلاء*. القاهرة دار إتراك للطباعة والنشر.
  - مورتن ل. كرينجلباخ (٢٠١٥). *مركز اللذة: ثقب في فطرتك*. ترجمة: أحمد موسى، ومراجعة: أيمن عامر. القاهرة: المركز القومي للترجمة.
  - ناريمان الرفاعي، وأشرف عبد القادر (٢٠١١). *برنامج تدريبي لخفض حدة التلعثم لدى عينة من المراهقين*. مجلة كلية التربية ببنها. العدد (٨٥). ٢٣-٤٠.
- ثانيا: المراجع الأجنبية:**

- American Psychiatric Association.( 2013). Stuttering. In diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder .5<sup>th</sup> ed., text Review, *American Psychiatric Association, DC: Washington.*
- Amy, J. Raymond, E, G.Miltenberger,J,E., Long,R,M, (1998) Brief application of simplified habit reversal to treat stuttering in children , 289-302. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*
- Andrews, C., O'Brian, S., Harrison, E., Onslow, M., Packman, A., and Menzies, R. (2012). Syllable-timed Speech treatment for School-age Children who Stuttering. *Language Speech & Hearing Services in School,43, 359-369.*
- Antipova, E. A., Purdy, S. C., Blakely, M.& William, S. (2008). Effects of altered auditory feedback (AAF) on stuttering frequency during monologue production .*journal of fluency disorders,33, (4), 274\_29.*

- Ansari, P., Gorji, Y., Shafieand, B. (2013)An empirical study on the effect of speech therapy with cognitive behavior therapy on reducing the severity of stuttering and anxiety Management , *Science Letters* ,3, 2957–2962.
- Blomgren, M. (2013). Behavioral treatments for Children and adults who stutter and Behavior Management. *journal of Psychology Research* ,6,9-19.
- Blood, Gordon,, Ingrid, Glen, Gabel, Rodney(2001) communication, apprehension, and self perceived communication, COMPETENCE,IN adolescents, Who Stutter, *Journal of FLUENCY Disorders* ,26, 161–178.
- Blood, W.G., Blood, M.I., Maloney, K., Meyer, C ., Qualls, C, D. (2007) Anxiety levels in adolescents who stutter, *Journal of Communication Disorders* ,40 452–469
- Bodenhamer,B.G.(2004).Mastering Blocking a cognitive approach to Achieving Fluency and Stuttering.UK. Crown House Publishing Limited.
- Bothe, A. K., Davidow, J. H., Andreatta, R. D. & Jun, Y. (2006). Measurement of Phonated Intervals During four fluency-Inducing conditions. *Journal of Speech. Language & Hearing Research*, 52 ,1, 188-205.
- Christine A. Conelea, B.A., Kevin A. Rice and Douglas W. Woods(2014) Regulated Breathing as a Treatment for Stuttering: A Review of the Empirical Evidence. *SLP-ABA*,1.
- Conelea, C. A., Rice, K. A., & Woods, D. W. (2006). Regulated breathing as a treatment for stuttering: A review of the empirical evidence. *The Journal of Speech and Language Pathology – Applied Behavior Analysis*, 1(2), 94-102.
- De nil,L.F., Beal,D.S., Lafail,S.J., Korll,R.M., Crawley,A.P.,
- Gracco,V.L. (2008) the effect of stimulated stuttering and Prolonged speech on the neural activation , *journal, rain language*, 114-123.

- Feske U, Chambless, D,L(1995). Cognitive behavioral vs exposure only treatment for social phobia: a meta-analysis. *Behaviour Therapy*,;26:695-720.
- Floyd, J., Zebroski, P. & Flamme,G. (2007). Stage and stuttering: preliminary view . *journal fluency disorder* , 32, 95-120.
- Franklin, D. E., Taylor ,C. L., Hennessey, N. W. & Beilby, J. M. (2008). Investigating factors related to the effects of time-out on stuttering in adults. *International Journal of Language & Communication Disorders*,43, 3, 283-299.
- Freeman, K. A., & Friman, P. C. (2004). Using simplified regulated breathing with an adolescent stutterer. *Behavior Modification*, 28(2), 247–260.
- Foa, E,B,. Franklin, M,E. Perry, K,J. Herbert, J,D. (1996)Cognitive biases in generalized social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*;105:433–439
- Gabel,Rodney, Hughas,stephane , Daniels,derek (2008) Effects of stuttery severity and therapy involvement on role entrapment of people who stutter, *Journal of Fluency Disorders*, 41,156-158.
- Gilman, M.& Yaruss, J. (2000). Stuttering and relaxation on application for somatic education in *stuttering treatment*, *Fluency Disorder*,25,59-76.
- Gupta,S,K., harakumar ,Y,G.,Vasudha,H.H (2016)Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Training in the Treatment of Adults Who Stutter, *The International Journal of Indian Psychology*, 2349-3429.
- Grho, F., Schelhom, P & Schlier, E. (1991). Biochemical studies in stuttering in children. *Otolaryngol Pol* ,45(2): 4-141.
- Grossberg, J., M. (1964). Behavior Therapy: *Areviews*. *Bulletin*, 62(2), 73-88 .
- Josefowitz, N & Myran, D.(2017). A Clinician’s Guide to Practicing Cognitive Behavioral Therapy. Library of Congress Publication .U.S.A.

- Jones, Mark, Gebiski, val, Onslow, Mark & packman, Ann, (2001) design of randomized controlled trails principles and methods Applied to treatment for early stuttering , *Journal of Fluency Disorders*, 26, 247–267..
- Helps,R & Dalton, .(1979) The Effectiveness of an Intensive Group Speech Therapy Programme for Adult Stammerers , *international journal of language communication disorder*,14,17-30.
- Hearne, Anna, pakman ,Ann, Onslow&susan,(2008) Stuttering and its treatment in adolescents,The perception of people Who stutter. *Journal of Fluency Disorders*,33,81,92.
- Huber, W., Natke, U. & Williams,K.(2012).Construct validity of modified time\_ interval analysis in measuring stuttering and trained speaking patters. *Journalof Fluency Disorders*.37, 42\_50.
- Ingham, R. J., Andrews, G.(1972).Stuttering An evaluation of follow-up procedures for syllable-timed speech - token system therapy. *Journal of Communication Disorders*, 5, 4 307–319.
- Ingham , R., Bothe, A., Wang, Y., purkisher, K. & New, A. (2015). Phonation interval modification and speech performance quality during fluency *Condition by adults who Stuttering .Journal of Communication Disorders Inducing*45.P211-214.
- Kawai,N (2010). An Overview of Cognitive-Behavioral Therapy Strategies for Stuttering Kid,K.k.,kid,J.R & Records, M. A. (1978).
- Kehoe, T. (2006). No miracle Cures A multifactor Guide to United States of America, University College Press.
- Kalinowski, J.(2012). Culture and listeners' gaze responses to stuttering. *International Journal of Language Communication Disorder*,47,388-397.

- Kelman,E and Wheeler,s ( 2015 ) *Cognitive Behaviour Therapy with children who stutter, Social and Behavioral Sciences, 193 165 – 174.*
- Ladouceur, R.& Martineau,C.(1982). Evaluation of regulated-breathing method with and without parental assistance in the treatment of child stutterers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 301–306.*
- Laiho, A. & Klippi, A. (2007). Long- and short-term results of children's and adolescents 'therapy courses for stuttering. *International Journal of Language & Communication Disorders, 42 , 3, 367-382.*
- Leith,W.R(1984).Hand book of stuttering therapy for the school clinician. London, Taylor Francis Ltd.
- Loucks, T., Han, H. & Chon, H. (2012). Audio vocal integration in adults who stutter. *International Journal of Language & Communication Disorders, 47, 4, 451-456.*
- .Meuret,E,A., Twohig,M,P., Rosenfield,D., Hayes,S,C., Craske,M,
- G. (2012) Brief Acceptance and Commitment Therapy and Exposure for Panic Disorder: A Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice , 19, 606-618.*
- Monteagudo,E, Jean Sawyer,J, Eskra ,A,S(2017) The effects of actors vocal exercises for relaxation on fluency: A preliminary study, *J. Fluency Disord. 54:50-57.*
- Menzies, R., & Clarke, J. C. (1995). Danger expectancies and insight into acrophobia , *Behavior Research and Therapy,33(2), 215–221 .*
- Mulcahy, M., Beily, G. & Michille, B. (2008). Social anxiety and the severity and typography of stuttering in adolescents. *Journal of Disorders fluency , 133 , 4, 306-319..*
- Packman, N., (1998). Prolonged speech and modification of stuttering perceptual, acoustic and electro glottgraphic data. *Journal of Speed, Language, and Hearing Research, (35), PP.36-44.*

- Reddy,R.Sharman,N & Shivashankar, M.(2010).Cognitive behavior therapy for stuttering: Acase series. *Indian Journal of Psychological Medicine*,32,49-50.
- Roger,J.I.,Patrick,F&Heater,B.,(2001).The modification of speech naturalness during rhythmic stimulation treatment of stuttering. *Journal of Speech Language & Hearing Research*,44,4,841-852
- St Clare, T., Menzies, R. G., Onslow, M., Packman, A., Thompson, R., & Block, S. (2009). Unhelpful thoughts and beliefs linked to social anxiety in stuttering: Development of a measure ,*International Journal of Language & Communication Disorders*, 1–14
- Stein, M. B., & Kean, Y. M. (2000). Disability and quality of life in social phobia: Epidemiological findings. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1606–1613
- Stager, Sheila V., Denman, Daniel W., & Ludlow, Christy L. (1997). Modifications in aerodynamic variables by persons who stutter under fluency -evoking conditions. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 40(4), 832-847.
- Trajkovski, N., Andrews, C., O'Brian, S., Onslow, M., &Packman, A. (2006). Treating stuttering in apreschool child with syllable timed speech: Acase report. Behaviour Change, *Journal of Fluency Disorders* 23, 270–277.
- Thomath ,C &Howell,p,(2001)Assessing efficacy of stuttering treatment, *Journal of Fluency Disorders*,26,311,333
- Olatunj, B, O., Deacon,B,J., Abramowitz,J,S (2009) The Cruelst Cure Ethical Issues in the Implementation of Exposure-Based Treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 172-180
- O'Briqan,s ., Onslow, M ., Cream,A & Packman, A.(2003) The Camperdown Program Outcomes of a New

Prolonged- Speech Treatment Model. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*. 46, 933-946.

- VandenBos, G.(2015). *APA Dictionary of Psychology*, 2<sup>nd</sup> Ed. Washington: APA
- Williamson,G.(2014).Speech therapy for stuttering. *Speech & Language Therapy Information*, 4- 17.
- Yairi, E., Ambrose, N. G. (2005).Early child hood stuttering for stuttering cliniclans by cliniclans. texas. pro. ed.
- Yaruss,J.S.(2010). Assessing quality of life in stuttering treatment outcomes research. *journal of fluency Disorder*, 35, 3, 190\_202.
- Zamani, p,. Naderifar, E,. Latifi,S,M . (2012) Efficacy of Prolonged Speech Technique in Persian Persons with Severe Stuttering. *Journal of Medical Tabriz University of Sciences, Vol.*

