

مشكلات

# السلام واللحجة

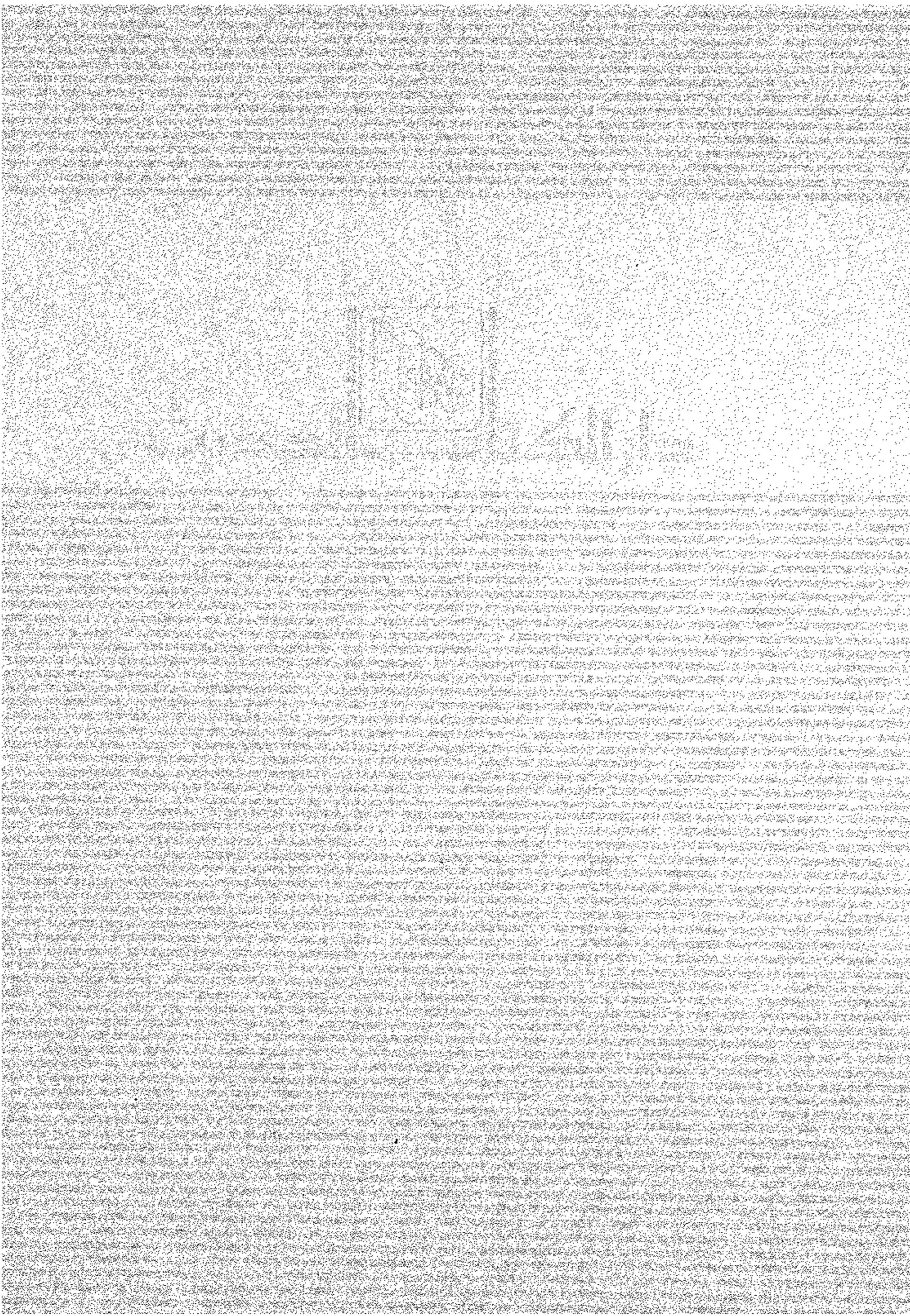
دليل  
الوالدين  
والمعلمين

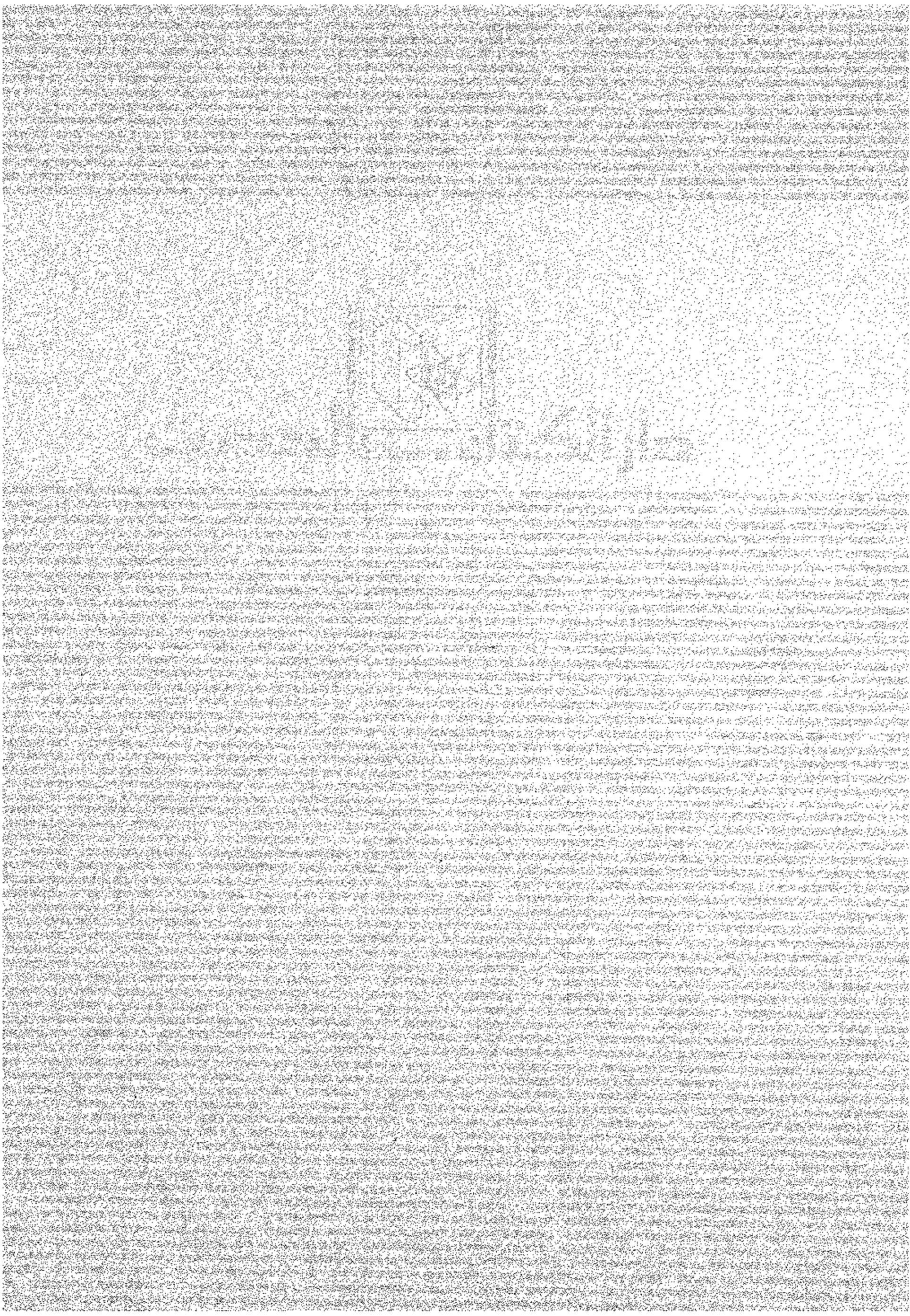
أ.د. إيمان فؤاد كاشف

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق

دار الكتاب الحديث







# مشكلات الكلام واللجة

(دليل الوالدين والمعلمين)

الأستاذة الدكتورة

إيمان فؤاد كاشف

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة

كلية التربية - جامعة الزقازيق

دار الكتاب الحديث

كاشف ، إيمان فؤاد .
مشكلات الكلام والجلجة: دليل الوالدين والمعلمين / تأليف إيمان فؤاد كاشف
. ط 1 . - القاهرة: دار الكتاب الحديث ، 2010
406 ص ؛ 24 سم .
تدمك 978 977 350 310 8
1- اضطرابات الكلام - أدلة . 2- النطق ، عيوب
3- الأطفال - علم نفس
أ - العنوان.
616.855025

رقم الإيداع 2010/ 7555

حقوق الطبع محفوظة

1431 هـ / 2010 م

دار الكتاب الحديث

94 شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة ص.ب 7579 البريدي 11762 هاتف رقم : 22752990 (00 202) فاكس رقم : 22752992 (00 202) بريد إلكتروني : dkh_cairo@yahoo.com	القاهرة
شارع الهلال ، برج الصديق ص.ب : 22754 - 13088 الصفاه هاتف رقم 2460634 (00 965) فاكس رقم : 2460628 (00 965) بريد إلكتروني : ktbhades@ncc.moc.kw	الكويت
B. P. No 061 - Draria Wilaya d'Alger- Lot C no 34 - Draria Tel&Fax(21)353055 Tel(21)354105 E-mail dk.hadith@yahoo.fr	الجزائر

بِسْمِ اللَّهِ  
الرَّحْمَنِ  
الرَّحِيمِ



# مقدمة الكتاب

اللغة هي أرقى خصائص الإنسان، وهي ما ميزه بها الله سبحانه وتعالى على سائر المخلوقات، فالإنسان هو الكائن الوحيد الذي يستخدم الأصوات والكلمات المنطوقة ليحقق بها التواصل والاتصال بأبناء جنسه. فاللغة هي الوسيلة التعبيرية التي يلجأ إليها الإنسان ليفصح عن مشاعره وانفعالاته ورغباته.

وتتميز اللغة عند الإنسان بعدة خصائص مثل:

- \* تستخدم اللغة للتعبير عن الأشياء العينية (الموجودة الآن) وأيضاً عن الأشياء الغيبية أو غير الموجودة الآن.
- \* تستخدم اللغة للتعبير عن الزمان الماضي والحاضر والمستقبل.
- \* يستطيع الإنسان استخدام الكلمة الواحدة لأكثر من معنى. ويعبر عن المعنى الواحد بأكثر من كلمة.
- \* قابلية اللغة للتجديد والاستيعاب لكل ما هو حديث.
- \* وسيلة الإنسان للتعبير عن أفكاره ومشاعره وانفعالاته والتواصل من خلالها مع الآخرين. فاللغة هي وسيلة الإنسان للتواصل مع الآخرين.



\* تتميز بأنها لغة مركبة، تتألف من وحدات، وقواعد (الحروف، الكلمات، الجمل... إلخ) وهي محكومة بقواعد يجب على الجميع الالتزام بها.

\* تنوع اللغات رغم أنها وسيلة مشتركة بين بنى البشر.

\* اللغة هي أساس الحضارة البشرية فعن طريقها تتوارث الأجيال الأفكار والخبرات والمعارف والعلوم المختلفة.

ورغم أن اللغة تتضمن اللغة اللفظية واللغة غير اللفظية والتي تعتمد على الإشارات والإيماءات والتعبيرات الجسدية في تحقيق التواصل مع الآخرين، إلا أن الغالبية تنظر إلى اللغة على أنها اللغة المنطوقة أو اللفظية، ولو أن الواقع يؤكد على أهمية كل من اللغة اللفظية وغير اللفظية في إتمام التفاعل والتواصل بين الأفراد. فعندما يتكلم الإنسان بالألفاظ يعبر عن هذه الألفاظ بكل أجزاء جسمه. وتمثل الإشارات والإيماءات لغة هامة للطفل في السن المبكرة حيث تعد هي اللغة الأولى التي يستطيع بها التعبير عن حاجاته، كما أنها وسيلة للتواصل لدى الأطفال ذوي المشكلات السمعية أو الفقد السمعي.

### كيف تصدر الأصوات:

تحدث الأصوات اللغوية من خلال هواء الزفير الذي تدفعه الرئتان بتأثير الحجاب الحاجز الذي يضغط على القفص الصدري أثناء التنفس، ويمضي خلال ممرات مغلقة ضيقة تتكون من الحنجرة ثم التجويف الحلقي، ثم يتجه إلى الفم فتنتج الأصوات الفموية أو إلى الأنف فتنتج الأصوات الأنفية، وهذه الأصوات متنوعة لأن تيار الهواء كثيراً ما يحدث له اعتراض في نقطة ما في الجهاز النطقي، فيتغير شكل هذه الممرات المغلقة وفقاً لنظام معين، وبذلك يصدر صوت وفق أوضاع معينة تتخذها أعضاء النطق، وعلى ذلك فإن حدوث الصوت اللغوي يجب أن تتوفر فيه ثلاثة عوامل هي:



\* وجود تيار هواء .

\* وجود ممر مغلق .

\* وجود اعتراض لتيار الهواء فى نقاط محددة مختلفة فى جهاز النطق .

مما سبق يتضح لنا أن القدرة على الكلام ترتبط بسلامة الجهاز الكلامى عند الفرد، وأيضاً حالته الصحية والنفسية والعقلية، حيث تتطلب سلامة النطق والكلام تضافر العديد من الأجهزة والعمليات المتابعة، العقلية والحركية والجسمية . ولكن فى بعض الأحيان، وعند عدد من الأفراد، وخاصة الأطنال أثناء اكتسابهم لمهارات اللغة والكلام يحدث خلل ما يؤثر على إنتاج الكلام أو اكتساب اللغة بالطريقة السليمة والذي ينتج عنه حدوث إعاقة أو اضطراب لغوى يظهر فى قدرة الطفل على النطق والكلام .

وفى هذا الكتاب نحاول إلقاء الضوء على بعض المشكلات والاضطرابات التى قد تحدث عند بعض الأطفال . وينقسم الكتاب إلى جزئين الجزء الأول يتضمن أهم مشكلات النطق الشائعة لدى الأطفال مثل الحذف، والإبدال، والتشويه، وأيضاً اضطرابات الصوت مثل طبقة الصوت ونوعيته ورنينه . ونحاول من خلال أسلوب سلس وبسيط علمياً توضيح كيف يتطور اكتساب اللغة عند الطفل خلال سنوات العمر الأولى، وما هى أهم الأسباب التى يمكن أن تؤدى إلى حدوث خلل أو اضطراب فى الكلام . وفى الفصل الثانى محاولة لإرشاد الوالدين لكيفية اكتشاف هذه العيوب فى بداياتها، وكيفية مواجهة هذه المشكلة قبل أن تتحول إلى اضطراب يصعب علاجه .

وفى الجزء الثانى من الكتاب نتناول اضطراب اللجلجة وهو أكثر الاضطرابات الكلامية شيوعاً فى الأطفال، فيتناول الفصل الأول تعريف اضطراب اللجلجة وأسباب حدوثها والجدل الدائر حول جدوى علاج



اللجلجة، ثم نتناول فى الفصل الثانى تطور اللجلجة خلال مراحل العمر المختلفة، ثم الخصائص اللغوية والسلوكيات المصاحبة للجلجة فى الفصل الثالث. وفى الفصل الرابع نستعرض بعض الأساليب العلاجية للجلجة. وفائدة الإرشاد النفسى ودوره فى علاج اللجلجة والمشكلات النفسية المرتبطة بها. وفى الفصل الخامس نعرض لدراسة علاجية مفصلة لخفض مظاهر القلق وتحسين تقدير الذات عند عينة من الأطفال المتلجلجين.

وفى النهاية أرجو أن يكون هذا العمل خالصاً لوجه الله، وأن يعود بالفائدة على كل من لديه طفل يعانى من مشكلة أو اضطراب فى الكلام، وأن يكون مرشداً للمعلمين فى مرحلة رياض الأطفال أو كل مهتم بتقديم يد عون لمثل هؤلاء الأطفال حتى يمكننا أن نعيدهم إلى الكلام بطلاقة وحتى نقتدهم من المشكلات النفسية والاجتماعية التى يمكن أن يتعرضوا لها عند

## والله ولي التوفيق،

أ.د. إيمان فؤاد كاشف



# الفصل الأول

## تطوير اللغة عند الطفل



- بعض الأحداث الهامة في تطور اللغة خلال الخمس سنوات الأولى من حياة الطفل.
- الأسباب المتنوعة لصعوبات اللغة.



## الفصل الأول

### تطوير اللغة عند الطفل

يولد الطفل لا يتكلم ويظل يستمع للآخرين طوال السنة الأولى من عمره قبل أن يستطيع أن ينتج أول كلمة في حياته، ويشعر المحيطون بالطفل بالتطور اللغوي الذي يمر به الطفل ومراحل نموه اللغوي، وإن كان هناك بعض العوامل المتداخلة التي تؤثر على هذه المراحل وعلى هذا التطور والتي قد تؤثر سلباً أو إيجاباً في تطور اللغة عند الطفل والقدرة على اكتسابها بصورة صحيحة، مثل العوامل الصحية والحسية وخاصة الحاسة السمعية وأيضاً الجهاز العصبي المركزي، والجهاز العضوي المسئول عن إنتاج الكلام، ثم تأتي العوامل البيئية وفي مقدمتها الأسرة وما تفعله من تهيئة للمناخ الاجتماعي والنفسي والتربوي والثقافي للطفل لكي يستطيع اكتساب وإنتاج اللغة بصورة صحيحة. وهناك بعض النقاط الأساسية التي يجب الانتباه إليها عند الحديث عن لغة الطفل مثل:

#### الفرق بين الحديث وفهم الحديث:

يعد نمو القدرة على فهم حديث الطفل من قبل الآخرين معيار هام للنمو اللغوي، فالأطفال الصغار الرضع ليس لديهم ما يقولونه، والأطفال المنعزلون أو الخجولون يفهمون الكلام ولكنهم لا ينطقون. ولكننا نعرف أنهم يفهمون ما نقوله لهم من خلال ملاحظة استجاباتهم وسلوكهم وفهمهم للمعلومات أو التعليمات. وهذا الفهم من الممكن أن نطلق عليه أن لديهم لغة استيعابية أو لغة استقبالية، وهذه اللغة الاستقبالية هامة جداً وضرورية لنمو



اللغة التي يمكن أن ينتجها الطفل وينطقها ويبدأ من خلالها التعبير عن نفسه أو ما يطلق عليه اللغة التعبيرية.

وبالتالي فإن من خلال استقبال الطفل للغة وتذوقه لها واكتسابه لطريقة النطق من خلال الاستماع لناطق الآخرين يستطيع الطفل أن يتكلم بوضوح. وهنا نقول إن الطفل ينطق أو ينتج الكلام بوضوح بحيث يستطيع الآخرون فهم ما يقول أو أنه لديه مشكلات في النطق والكلام.

### الأصوات قبل الكلمات:

قبل أن ينتج الأطفال الكلمات التي يمكن أن نميزها، فإنهم ينتجون الكثير من الأصوات التي تكون عشوائية في البداية (خلال الشهور الأولى من عمر الطفل) ثم تبدأ في الثبات والتنوع والوضوح، حيث يمر الأطفال بمرحلة الكلام المبهم الغامض والتي تكون عبارة عن أصوات أكثر منها كلمات (مرحلة المناغاة)، ثم يتطور نمو الطفل اللغوي خلال السنة الثانية من عمره ليصل إلى مرحلة الكلمات الواضحة، ويتوقف التطور في وضوح الكلمات وتنوعها على استجابات الآخرين نحو كلام الطفل وتشجيعه من خلال التكرار والابتسام وإظهار الاهتمام.

#### بعض الأحداث الهامة في تطور اللغة خلال الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل:

يبدأ الطفل في إنتاج أول صوت بعد الثلاثة شهور الأولى من حياته، ويبدأ الطفل عادة بالحروف السهلة في النطق مثل ماما، بابا، دادا وتبدأ هذه الأصوات في الظهور مع شعور الطفل بالراحة، أو شعوره بالجوع، أو عند النوم.

وتبدأ الاستجابات من المحيطين بالطفل لهذه الأصوات (يطلق عليها مرحلة المناغاة) من خلال الابتسام للطفل، أو تكرار ما ينطقه الطفل. ويمثل



هذا التكرار التغذيةى الرجعية السمعية حيث يؤكد للطفل الصوت الذى يسمعه ويشجعه على تكراره، وهذا يكون بداية الانتباه عند الطفل حيث يحاول تكرار ونطق ما يسمعه من الآخرين وليس ما ينطقه هو.

وخلال هذه المرحلة يكتسب الأطفال العديد من المهارات التى سوف تبنى الأساس اللغوى لديهم فهم يتعلمون الإنصات إلى الأصوات المختلفة، ومن خلال ما يرونه ويفهمونه يحاولون الاستجابة إلى النبرات الانفعالية المختلفة التى تقال من قبل الكبار والمحيطين بهم. وفى نهاية السنة الأولى نستطيع القول إن الطفل يفهم ما يدور حوله ويستجيب لطلبات وإيماءات البالغين رغم عدم قدرته على مجاراتهم فى الحديث.

وهكذا يمكن القول إن التواصل بين الطفل والآخرين خلال السنة الأولى يعتمد على التواصل غير اللفظى من خلال الإيماءات، واللمس، والعين، والاتصال الجسدى المباشر بين الطفل والقائمين بالرعاية، كما أن الطفل يبذل مجهوداً كبيراً من خلال انتباهه وإنصاته لكل ما يدور حوله وهو لا يقف موقف المتفرج وإنما يحاول جاهداً أن يستجيب ويفهم ويقلد ما يسمعه ويراه ويحسه.

وبين السنة الأولى والثانية يحرز معظم الأطفال خطوات ملحوظة فى مهارات الكلام والفهم، ويظهرون فهماً واسعاً بثبات للكلمة الواحدة والتعليمات البسيطة. وعادة ما يتقدم هذا المستوى للفهم على عدد الكلمات التى يستطيع الطفل استخدامها أو نطقها. وغالباً ما يفهم الأطفال فى هذا العمر قليلاً من الكلمات الرئيسية أكثر من فهمهم لكل كلمة فى الجمل المنطوقة لهم.

وخلال السنة الثانية من العمر فإن الطفل يخطو بخطى واسعة وثابتة لاكتساب مهارات الحديث والفهم اللغوى، فهو يحاول فهم التعليمات،



ويحاول فهم عدد كبير من الكلمات تزيد بكثير عن عدد الكلمات التي يستطيع أن ينطقها، كما أن الطفل خلال هذه السنة يستجيب للتعليمات بصورة أفضل، فهو يستجيب للأوامر كأن نقول له "ابحث عن اللعبة". أين العروسة؟ ضع اللعبة في الصندوق".

وهذا يعنى أن الطفل فى هذا العمر يحاول أن يملأ الفجوات بين أجزاء اللغة التى يفهمها والتى لا يفهمها كإدراك الأزمنة والأماكن والضمائر وغير ذلك.

ويجب فى هذه المرحلة أن يساير الكبار أو الوالدان اعتقاد الطفل أنه مفهوم من الآخرين. لذلك تراه ينطق كلماته المضطربة أو المشوهة بثقة كبيرة تساندها الإيماءات والتعبيرات التى ترسم على وجه الطفل ولسان حاله يقول للكبار الذين لا يفهمون حديثه:

«ألا تسمع ما أقول؟» أو «لقد أخبرتك بما أريد - لماذا لم تفعل شيئاً؟».

وسيظهر الأطفال أثناء هذه الفترة أيضاً بدايات لتبادل النطق مع الكبار المحيطين بهم، حيث يستمعون إلى كلمات الكبار المنطوقة مباشرة ويحاولون الرد عليها من خلال كلماتهم ولغتهم المضطربة. ومن غير المعتاد فى مثل هذه السن أن يكرر الأطفال الكلام بطريقة الصدا للكلمة الأخيرة أو الكلمة البارزة فى الجملة التى سمعوها. ولكن يحاول الطفل أن يكرر أو يتدرب على الكلمات الجديدة أو أن يعطى لنفسه فرصة لالتقاط أنفاسه قبل أن ينطق. ولا يعتبر الصدا مشكلة فى هذه العمر إلا إذا تعامل معها الوالدان بطريقة أخرى.

كما أن الأصوات والنطق يصبح أكثر وضوحاً وثباتاً، وعندما يبلغ الطفل أواخر عامه الثانى يتميز الأطفال فى هذه العمر بأنهم يسألون كثيراً عن أسماء الأشياء أو الأشخاص، وقد يكون ذلك لأنهم ينسون الإجابة، ولكن



من الملاحظ أن طلب الإعادة من الطفل يأتي قبل أن يتم البالغ الإجابة، ويبدو أن الطفل يتمتع باجتناب انتباه الراشد إليه. ويبدو أيضاً أن الطفل يتمتع بإحساسه بقدرته ومهارته في طرح السؤال ويستمتع بالحديث لذاته وليس للحصول على الإجابة.

فالأطفال يتمتعون بالاستخدام والممارسة المبهجة لما هم قادرون على نطقه، كما أنهم يسعدون بالقفز والجرى دون أن يكون لديهم مكان محدد أو هدف معين يصلون إليه، لذلك يبدو أنهم يتمتعون باستخدام عضلات اللسان ينمون قدرتهم على الحديث والنطق والفهم اللغوي.

وخلال السنة الثالثة من عمر الطفل يتقدم حديث وفهم الأطفال اللغوي، إن عدد الكلمات التي يتعلمها الطفل خلال هذه الفترة يكون هاماً حيث يساعد الطفل على ظهور الجمل القصيرة والبسيطة، إلا أنه يكون هناك أخطاء كثيرة في القواعد مقارنة بحديث الكبار. وهناك ملحوظة هامة وهي أن حديث الطفل بالرغم من تحسنه إلا أنه يتوقف قليلاً من حيث التقدم والزيادة. وذلك لأن الطفل يبحث عن الكلمات والطرق المختلفة لتفسير ما يريد التعبير عنه، فرغبة الطفل في التواصل مع الآخرين والاستحواذ على الانتباه تجعله يحاول أن يتكلم بسرعة أحياناً أو بتمتمة أو تهتهة في أحيان أخرى كأنه يستمع إلى صدى صوت الكلام، والذي يعد أمراً عادياً في هذه السن. إن تساقط الكلمات في لهفة، أو التوقف في البداية عندما يبدأ الطفل الحديث سوف يتحسن مع الوقت، إلا أن البالغين أو الأطفال الأكبر المتواجدين مع الطفل قد يحتقرون هذا أو يقابلونه بالسخرية مما يحولها إلى مشكلة.

كما أن قدرة الطفل على فهم الحديث من الآخرين يجب أن تتحسن في هذه المرحلة بالرغم من أنه سيظل هناك فجوات كثيرة، كما أن فهمه للأوامر أو التعليقات عن الفعل أو الخطر أو مع المشاركة أو في الماضي أو المستقبل



يعتبر ما زال محدوداً، فالطفل يرتبك عند وجود أمرين في نفس الموقف مثل «افعل هذا ثم افعل ذلك» وكذلك الأمانى المؤجلة تبعاً للزمن مثل «إذا أكلت الطعام فسوف يمكنك اللعب».

ويبدى الطفل اهتماماً خاصاً فى هذه المرحلة بالقصة والغناء ويحاول الأداء بمفرده، فالطفل ينمو لغوياً من خلال الاستماع للمتخصص المشوقة أو الأغانى المنظمة ذات الرتم المتصل السهل والتي تتمتع بالنغم الموسيقى الشيق الذى يحبه الأطفال كثيراً فى هذه السن.

كما أن لعب الطفل اللغوى وخاصة تطويره للعب التخيلى يمكن من خلاله التعرف على مدى قدرة الطفل على النمو الصحيح والتعبير الجيد عن انفعالاته واحتياجاته المختلفة. فالمحادثة التى يقوم بها مع نفسه أثناء اللعب هى مرآة للراشدين للتعرف على طبيعة الطفل الحقيقية، كما أن مساعدة الكبار للطفل فى التعبير عن الكلمات والأفكار التى يعجز فى التعبير عنها تمثل أهمية كبرى للطفل وتزيد من روابط التواصل بين الطفل والكبار.

وكذلك خلال السنة الثالثة من عمر الطفل يستطيع أن يعبر عن نفسه من خلال الحديث الذى يختلف فى طبيعته بين العالى والضعيف. حيث ينوع الطفل فى طبقات الصوت وهو الآن يملك الكثير من الكلمات ما يزيد عن 200 كلمة، وحديثه يجب أن يكون مفهوماً إلى حد كبير للغرباء، وفى هذه السن يجب أن يكون الطفل قادراً على تنفيذ محادثات بسيطة، بالرغم من أنه يقع فى بعض الأخطاء من حيث القواعد، كما لازال لديه بعض الصعوبات فى نطق بعض الأصوات، ويلاحظ أيضاً أن الحديث يكون به الكثير من التوقف عند البدء أو فى وسط الكلام أكثر بكثير بالنسبة لكلام الراشدين.

كما يرتبط الحديث فى معظمه بالحاضر والآن، حيث لا يستطيع الطفل إلى الآن أن يدرك الماضى والمستقبل بدقة. ومن حيث فهم كلام الآخرين فإن



طفل الثالثة يجب أن يتقدم في هذا الفهم بوضوح بحيث يصبح قادراً على اتباع أمر مزدوج بسيط حيث يتذكر الأطفال الجزء الأول بينما يستمعون للثاني، ومع تشجيع الراشدين الكبار المحيطين بالطفل سيتم تنمية وتطوير مستوى أكثر تجريداً من الفهم، فطفل الثالثة يجب أن يتقدم في معرفة أسماء الأشياء القادر على التعرف عليها عن طريق الاستخدام (أى واحد شربت منه؟) وذلك ليربط شيئين أو أكثر معاً بعلاقات بسيطة (واضعاً أحد الشئيين «فى» أو «على» أو «تحت» الثانى).

وعند اقترابهم من الأربع سنوات سيكونون قادرين على استخدام الكلمات ليصفوا الأشياء المألوفة أو الحدث الذى ليس حاضراً (ما هى التفاحة؟ هل تعرف العربة؟).

كما يمكنهم فهم بعض المفاهيم المجردة والتي تخرج بالتفكير، والنظر، واستخدام الكلمات، وسيكونون قادرين على العد حتى الرقم عشرة، لكنهم عادة يكونون أقل فهماً للأعداد بعد اثنين أو ثلاثة، حيث تعلم الطفل قائمة الأرقام كما تعلم تناغم الكلمات بالتكرار، وقد يكون هناك بعض التعرف للألوان، وبالرغم من أنه يتعرف على الألوان إلا أنه سيظل يربط أسماء الألوان بالأشكال المحسوسة التي يمكنه تمييزها عن طريق الإدراك البصرى (أحمر - تفاحة، أزرق - السماء) وهكذا.

وعندما يبلغ الطفل السنة الرابعة يجب أن يكون حديث الطفل صحيحاً إلى حد بعيد عند مقارنته بحديث الكبار الذين علموه، وقد توجد بعض المشكلات فى نطق بعض الأصوات فى هذه السن، كما يحاول الطفل أن يطور قدرته على استخدام الحديث فى أغراض مختلفة، ويجب أن يشجعه الراشدون على ذلك بواسطة انتباههم له ولما يقوله، كما يستطيع الطفل فى هذه السن أن يعطى وصفا مترابطة عقولانيا للأحداث الحالية، كما يستطيع



الحديث عن الماضي والمستقبل ، كما يستطيع أن يسرد القصة ويعيدها أكثر من مرة وإن كان فى كل مرة يُضفى عليها من خياله ما يجعله يستمتع هو بالسرد أكثر من السامعين ، فهو يختلق عن طريق الخلط بين الواقع والخيال الكثير من الصور أو الأفعال الطريفة كما يستطيع أيضاً إلقاء النكت البسيطة أو اللعب بالكلمات ، وهو فى كل ذلك مستمتع يبحث عن التسلية من خلال اللغة وإتقانها .

ويتميز الطفل فى هذه المرحلة أيضاً بكثرة الأسئلة التى يطرحها على الكبار من حوله وغالباً تكون أسئلة غير متوقعة ومتحدية للكبار والذين يحاولون البحث عن إجابات معقولة حتى يصرفوا انتباه الطفل عنها . ومن أمثلة هذه الأسئلة :

«لماذا يطفو الخشب؟» ، «ما الذى يجعل العربية تعمل؟» .

كما يسأل الأطفال أيضاً عن معانى الكلمات التى تعد جديدة عليهم حيث يجب على الكبار أن يكونوا قادرين على إعطاء إجابة للأسئلة المجردة مثل «ما هى الكرة؟» ، أو «ما معنى كلمة برد؟» إن التقدم فى الذاكرة والتفكير - المرتبط بالحديث - يجب أن يمكن ذوى الأربع سنوات من الحديث عن الأشياء أو الأحداث التى تحدث أمامهم ، ويجب أن يظهر ذلك من خلال المحادثة .

وعندما يقترب الطفل من سن الخامسة فإن فهمه للمفاهيم والأعداد والألوان والأحجام والسرعة والوقت يزداد عمقاً وثباتاً ، بالرغم من وجود بعض الفجوات عند المقارنة بينهم وبين الأطفال الأكبر سناً .

كما تصبح محادثات الأطفال مع أنفسهم أثناء اللعب أكثر وأوضح ، فالمحادثة من خلال التفكير الخيالى تحدث داخل رأس الطفل ، فهو عادة لا



يتكلم بصوت عالٍ، حيث يشعر بكثير من المتعة أثناء ممارسة اللعب الخيالي، وتأتي الأدوار الخيالية وما يرتبط بها من كلمات يتحدث بها الطفل مع نفسه يحقق فيها ذاته، كما نفعل - نحن الراشدين- أحياناً عندما نغمغم بصوت عالٍ عندما نكون في مواقف تفكير عميق أو تحدى.

ومع دخول الطفل المدرسة يبدأ التقدم اللغوي بشكل لا يصدق مقارنة بقدرات الطفل الرضيع.

ويعد إدراك الطفل أمراً معتقداً على الرغم من أنه لا يدرك كل المفاهيم كالراشدين أو الأطفال الأكبر سناً.

وإذا لم يتقدم النمو بطريقة طبيعية، فقد تتأخر لغة الطفل بالمقارنة بالمتوسط من زملائه، أو قد يكون لدى بعض الأطفال مشكلات تحتاج إلى المساعدة والتدخل من قبل المختصين أو معالجى الكلام.

### الأسباب المتنوعة لصعوبات اللغة:

من العرض السابق يمكن أن نستنتج أن اللغة كمظهر من مظاهر النمو يجب أن تبدأ أو تنمو منذ ميلاد الطفل وتأخذ في التطور التدريجى مع كبر عمر الطفل، وأن الكبار والراشدين المحيطين بالطفل يلعبون دوراً هاماً لتحفيز هذا النمو وزيادة هذا التطور، كما يتضح لنا أن غالبية الأطفال يمرون بمراحل النمو اللغوى السابق التحدث عنهما في سلاسة ويسر. إلا أن البعض منهم قد يواجه بعض الصعوبات فى نطق الأصوات وإصدارها وهذا بالطبع للعديد من الأسباب المرتبطة بالنمو اللغوى. فبعض هذه الأسباب يكون بسبب مشكلات بيولوجية، فمثلاً فقد الكلى أو الجزئى للسمع سوف يؤثر بالتأكيد على تعلم الطفل للكلام، كما أن الصعوبات الفسيولوجية المرتبطة بأعضاء الكلام كاللسان والشفاه والحنجرة تؤثر بالتالى على الكلام واكتساب الطفل للغة. كما



يؤثر النمو العقلي على النمو اللغوي حتى إن الكثير من العلماء يرون أن اللغة هي مظهر من مظاهر النمو العقلي، وبالتالي إذا كان هناك مشاكل في النمو العقلي فمن الطبيعي أن يتأثر أيضاً النمو اللغوي للطفل.

كما تؤثر العوامل البيئية التي يعيش فيها الطفل تأثيراً كبيراً على نمو الطفل اللغوي. فمثلاً إذا لم توجد محادثة وتفاعل وتواصل بين الكبار والطفل فإن الطفل لن يستطيع أن يكتسب الخبرات بشكل كاف وبالتالي لن يستطيع أن يكتسبها أو يتعلمها، فعدم تبادل الحديث بين الكبار والصغار، أو عدم تعريض الطفل لسماع العديد من الكلمات كما ذكرنا سابقاً سوف يؤدي إلى فشل الطفل في نطق أو اكتساب كلمات جديدة، كما أن طريقة الكلام نفسها وأسلوب المحادثة وما تحتوي عليه من حب وطمأنينة من الكبار للطفل تختلف في تأثيرها عن ما إذا كانت المحادثة لا تحتوي إلا على الأوامر والتعليمات مثل «لا تفعل»، «اخرس» فالطفل يترجم هذه الكلمات إلى مشاعر وأحاسيس قبل أن يترجمها إلى أصوات يحاول أن يقلدها.

فالطفل يبذل مجهوداً كبيراً لكي يستطيع أن يفهم ويدرك ويميز بين الحروف المختلفة، وبين الأصوات المختلفة، وبين الكلمات المختلفة، وهو يحتاج إلى من يشجعه ويشد من أزره، لا إلى من يسفه ما يقوله أو يحبطه بالسخرية من نطقه أو الضحك لعدم فهمه ما يقول. فهذه الاستجابات تحبط الطفل ولا تشجع الطفل على إعادة المحاولة، كما أنه من المهم أن يدرك الكبار وخاصة الوالدين أن رد فعل الأطفال للأحداث والتغيرات الرئيسية في حياتهم أو الظروف غير السارة يمكن أن يؤثر على تحسين أو تأخير النمو اللغوي عند الطفل، ولكن يجب أن ندرك أن ليس كل الأطفال يتأثرون بنفس الدرجة. وبالتالي يمكن القول إن هناك العديد من الأسباب المتعلقة بجهاز الكلام عند الطفل، وأخرى متعلقة بحواس الطفل مثل القدرة السمعية، وأيضاً أسباب



ترجع إلى الجهاز العصبى والمخ، وأخيراً تؤثر الأسباب البيئية تأثيراً مباشراً على قدرة الطفل على النطق والكلام الصحيح.

وفيما يلي عرض لهذه الأسباب بشيء من الإيجاز:

### أولاً: خلل أجهزة النطق:

تعد أجهزة النطق هى الأجزاء الرئيسية فى إنتاج الكلام. وأى خلل يحدث بها يؤدي إلى حدوث اضطراب ما فى النطق وهذه الأجهزة هى:

1 - اللسان: يتصل اللسان بمؤخرة قاع الفم من خلال مجموعة من الأحبال أو الروابط، فإذا كانت الروابط قصيرة أو طويلة أكثر من اللازم فإن ذلك يعوق الحركة السهلة للسان، ويتأثر نطق بعض الحروف بهذه الزيادة أو النقص مثل الحروف التى تحتاج إلى استعمال طرف اللسان أو مقدمة اللسان كحروف التاء، الدال، الطاء. كذلك من مشكلات اللسان زيادة طوله أو زيادة سمك اللسان كما فى حالة الأطفال المصابين بعرض داون مما يجعله فى بعض الأحيان بارزاً خارج الفم، وهذا يعوق عملية النطق، كما أن قصر اللسان أكثر من اللازم يؤدي إلى نفس المشكلة.

2 - تشوه الأسنان: تشترك الأسنان مع أعضاء النطق الأخرى فى إصدار مجموعة من الأصوات. وكلما كانت الأسنان سليمة البناء والتركيب (أى مصفوفة بصورة تخلو من التشوهات) كلما كانت قدرة الطفل على إخراج الأصوات بصورة صحيحة أفضل. فالأصوات الاحتكاكية أو السنية مثل السين، الشين، الصاد تحتاج إلى إخراج الهواء بين الأسنان واللسان بطريقة سليمة حتى ينتج صوت صحيح خالٍ من التشوهات.



3 - شق الحلق أو الشفاه: يحدث شق الحلق أو الشق الخلقى فى سقف الحلق بسبب حدوث تشوه أو اضطراب عند التحام عظام الرأس خلال النمو فى مرحلة الجنين. وإن لم يتم تصحيح هذا العيب جراحياً بعد ولادة الطفل أو خلال الشهور الأولى من عمر الطفل فإن ذلك يؤثر على قدرة الطفل على إنتاج الأصوات. وبالتالي إلى حدوث عيوب فى النطق.

ويشير سعد التويم (2001: 74) إلى أن اضطرابات النطق الناتجة عن الشفاه الشرماء أو الحنك المشقوق هى أكثر الاضطرابات العضوية شيوعاً، ومن الطبيعى أن يتوقف مدى خطورة هذه الاضطرابات على مدى خطورة الإصابة فى سقف الحنك حيث يؤثر بالتالى على نطق بعض الحروف الأخرى التى تنتج من اتصال اللسان بسقف الحلق ومن هذه الحروف التاء، الطاء، أما إذا وصلت الإصابة للشفة العليا فإن ذلك سيؤثر على نطق بعض الحروف مثل الباء، أما إذا كان الشق خطيراً فإنه يؤثر على قدرة الشخص على النطق بدرجة كبيرة حتى يكون من الصعب فى كثير من الأحيان فهم ما يقول.

4 - عدم تناسق الفكين وانطباقهما: يلعب الفك دوراً مهماً فى عملية فتح وغلق الفم بإحكام، وبالتالي فإن حركة الفكين تتحكم فى حجم التجويف الفمى وكذلك إعطاء الفرصة لأعضاء النطق الموجودة فى هذا التجويف لتأخذ مكانها المناسب عند إنتاج الأصوات، ومن هنا فإن أى خلل فى الفكين يؤثر تأثيراً واضحاً على وضوح الصوت وجودته، ولعل أهم الاضطرابات التى تصيب الفكين كما يذكرها عبد العزيز السرطاوى، وائل جودة



(2001: 315) هي عدم القدرة على التحكم بحركة الفكين، تقدم أحد الفكين على الآخر أى عدم التناسق بين حجم الفك السفلى والفك العلوى وبالتالي عدم القدرة على التحكم فى إطباق أو إغلاق الفم جيداً.

### ثانياً: الخلل السمعى:

يتعلم الطفل الكلام عن طريق تقليد الأصوات التى يسمعها من المثيرات البيئية المحيطة، وعلى ذلك فلكى يستطيع الطفل أن يقلد الأصوات وينطق الحروف والكلمات بطريقة صحيحة لا بد أن يتمتع بحاسة سمعية جيدة.

فأحد العناصر التى تشكل أساس إنتاج وفهم الكلام هو الجهاز السمعى السليم الحساس لمدى الترددات التى تقع فيها الأصوات الكلامية (من 500 إلى 2000 هرتز) كذلك يجب أن يكون المستمع قادراً على اكتشاف الفروق الطفيفة لخصائص الصوتية المحروف والكلمات. ولذا فإن الأفراد الذين يعانون من صعوبات سمعية يجدون صعوبة فى تفسير الإشارات الصوتية التى يستقبلونها ويدركون ويفهمون الكلام بصورة مختلفة عن المعنى الحقيقى المقصود.

### ثالثاً: الجهاز العصبى والمخ:

يسيطر الجانب الأيسر من المخ على الكلام واللغة عند الإنسان الطبيعى بينما يسيطر الجانب الأيمن للمخ على العضلات والأنشطة غير اللفظية، ويتمثل شِقَا المخ أو نصفا المخ الكرويان Cerebral hemispheres فى خصوصيات عديدة ولكن عند حدوث اضطراب فى اللغة يكون النصف الأيمن للمخ هو المسيطر على اللغة. وعلى أى حال فإن أحد نصفى المخ يبدو وكأنه يأخذ دوراً قيادياً فى التحكم فى الكلام، ومع ذلك - ولسبب ما - إذا لم يسيطر أحد نصفى المخ على اللغة، فإن كلاً من النصفين يحاول ضبط



تلك الوظيفة بأسلوب عشوائي غير منسق مما يسبب اضطراباً في اللغة كاللجاجة مثلاً (Hegde, 1991 : 202).

كما ترتبط الاضطرابات التي تحدث بالفص الجبهي الأيسر بظهور الحبسة التعبيرية وانخفاض القدرة على الكلام، واللغة التلغرافية.

ويعد الشكل الدماغى وما يرتبط به من اضطرابات فى اللغة والكلام نموذجاً آخر من الاضطرابات النمائية والعصبية والتي تصيب المخ فى المراحل المبكرة من حياة الطفل. وما ينجم عنه من المشكلات الحسية والحركية والعصبية.

#### رابعاً: العوامل البيئية:

تؤثر البيئة التى يعيش فيها الطفل تأثيراً مباشراً فى قدرته على اكتساب اللغة والنطق الصحيح للأصوات والكلمات. وتلعب الأسرة الدور الأكبر عادة فى إكساب الطفل القدرة على الكلام من خلال تدريبه وتشجيعه على نطق الأصوات بدءاً من مرحلة المناغاة إلى مرحلة الجملة التامة. وهى خلال هذا التدريب تتبع بعض الأساليب والطرق الصحيحة فى معظم الأحيان والخاطئة فى بعض الأحيان الأخرى، والتي ينجم عنها فى كثير من الأحيان حالات اضطرابات النطق والكلام عند بعض الأطفال دون غيرهم. وليس معنى ذلك أننا نغفل أهمية العوامل السابقة، إذ أننا نؤكد على أهمية الدور الذى يمكن أن تؤديه الأسرة والذى سوف نتناوله بشئ من التفصيل فى الأجزاء القادمة من الكتاب بإذن الله.

\*\*\*



الفصل الثاني  
فهم مشكلات الكلام  
(رسالة للوالدين)



- أشكال اضطرابات الكلام.
- خصائص الأطفال الذين يعانون من مشكلات  
النطق.
- مشاكل الصوت الشائعة.
- كيف تساعد الأطفال على الكلام.



## الفصل الثامن

### فهم مشكلات الكلام

#### (رسالة للوالدين)

تمثل اضطرابات النطق والكلام مجالاً واسعاً من مجالات العجز أو القصور، إذ تضم أعلى نسبة من الأطفال المضطربين، وتقدر بمدى يتراوح ما بين 5٪ إلى أكثر من 10٪ من الأطفال في سن المدرسة (حسن مصطفى، 2001: 370) ويمكن اعتبار الطفل مصاباً باضطراب في النطق أو الكلام إذا كان:

- \* كلامه غير مفهوم أو غير واضح للسامع.
- \* يعاني الفرد من صعوبة أثناء إخراج الكلام.
- \* كلام الفرد سريع جداً بحيث لا يستطيع الآخرون فهم ما يقوله.
- \* عدم وضوح الكلام نتيجة الخلط بين الكلمات أو الحروف وقلبها.

(Hamaguchi, 2001 : 267)

#### أشكال اضطرابات الكلام:

- يقسم فيصل الزراد (1990: 141) اضطرابات النطق والكلام إلى:
- \* اضطرابات النطق Articulation Disorders مثل الحذف، الإبدال، التشويه.
  - \* اضطرابات الصوت Voice Disorders وتشمل طبقة الصوت، وشدته، ونوعيته، ورنينه.



\* اضطرابات اللغة Language Disorders مثل تأخر ظهور اللغة، اضطرابات اللغة التعبيرية، الافيزيا، اضطرابات اللغة الحسية.

\* اضطرابات الطلاقة Fluency Disorders أو ما يسمى بالعيوب الإيقاعية ويقصد بها إيقاع وسرعة انسياب الكلام من سرعة أو بطء وتوقف، أو مد وإطالة وتكرار للمقاطع والأصوات. وتظهر اضطرابات الطلاقة في الكلام في حالتين:

أ - السرعة في الكلام cluttering .

ب - اللجلجة في الكلام stuttering .

ويقصد بالطلاقة اندفاع الكلام بدون جهد يذكر، فيظهر الكلام كسلوك بالنسبة للمتكلم لا يدعو إلى الخوف أو الإعداد المسبق الدائم، كما أن الكلام ينساب كالسيل دون ظهور عوائق أو حواجز.

وقد أورد DSM-IV (1994) اضطرابات التواصل Communication Disorders كالاتي:

### اضطراب اللغة التعبيرية Expressive language disorders

- اضطراب اللغة التعبيرية الاستقبالية المختلط mixed receptive-expressive language disorders .

- الاضطرابات الصوتية Phonological disorders .

- اللجلجة في الكلام Stuttering disorders .

- اضطرابات التواصل غير المحددة - Communication disorders not otherwise specified .



كما حددت منظمة الصحة العالمية فى التصنيف الدولى للأمراض العاشر  
ICD-10 (1992) اضطرابات اللغة والتواصل فى:

- اضطرابات خاصة بنطق الكلام.

- اضطرابات اللغة الاستقبالية

- اضطرابات اللغة التعبيرية.

- الحجة الناجمة عن الصرع.

### فهم مشكلات الكلام (رسالة للوالدين):

فى الواقع إن مشكلات النطق والكلام تسبب متاعب للوالدين أكثر  
بكثير مما تسببه للطفل. فالطفل إذا شعر أنه يتكلم بطريقة جيدة بحيث يمكنه  
توصيل ما يريد للآخرين وشعر أن الآخرين يفهمون ما يقول فإنه يشعر  
بالسعادة والرضا خاصة فى السن الصغيرة، ولكن بالنسبة للوالدين فالأمر  
يختلف، فالوالد يفقد أعصابه ويشعر بالضيق والغضب عندما يسمع ابنه  
يتلجلج أو يتلعثم فى الكلام، أو ينطق الكلمة بطريقة خاطئة أو مقلوبة. فيثور  
ويغضب من الطفل غضباً شديداً ويوبخه على كلامه ويفكر دائماً فى أن  
الناس سوف يسخرون من طفله.

ولكن ولحسن الحظ فإن هذه النظرة تغيرت الآن بسبب سن القوانين  
وتنامى الاهتمام من قبل العلماء والباحثين.

ولكن ما أهم مشكلات النطق الشائعة وكيف يمكن للوالدين مواجهة  
هذه المشكلة؟ وما أبسط الطرق للتدخل لعلاج هذه العيوب؟

يمكن تصنيف مشكلة نطق الكلمات بعدة طرق، فيطلق على مشاكل  
النطق مصطلح التأخر فى النطق أو عيوب النطق وأيضاً اضطرابات النطق.



فالطفل الذى يعانى من التأخر فى النطق يمكن أن يعانى أيضاً من الاضطرابات الصوتية أو الضعف الشفهي الحركي (أو العجز الشفهي الحركي) وهي مصطلحات تصف طبيعة مشكلة النطق. (Hamaguchi, 2001 : 71)

ويعانى الأطفال فى معظم الأحيان من مزيج من هذه المشكلات، وتوصف درجة ومدى المشكلة بأنها خفيفة أو معتدلة أو متوسطة أو شديدة، وبفهم طبيعة ودرجة مشكلة النطق يستطيع المتخصص فى أمراض الكلام أن يحدد بصورة أفضل أى أنواع العلاج هى الأكثر فعالية، وبفهم هذه الفروق يمكن أن نفهم بصورة أفضل لماذا يعانى طفل من صعوبة فى نطق الكلمات بالنسبة لزملائه. وهناك ثلاثة أنواع من مشكلات النطق نعرضها بصورة مبسطة وهى الاضطرابات الصوتية، ومشكلات النطق البسيطة، والحالات الحركية الشفهية.

### 1 - الاضطرابات الصوتية:

الاضطرابات الصوتية مشكلات فى الكلام أكثر تعقيداً وانتشاراً عن عيوب النطق البسيطة. وعندما يواجه أحد الآباء الذين لا يعرفون هذا المصطلح فإن أخصائى أمراض الكلام يمكن أن يقرر ببساطة أن الطفل يعانى من مشكلة نطق معتدلة أو حادة. وتشير الاضطرابات الصوتية إلى صعوبة فهم الطفل للنظام الصوتى نفسه وقواعد الكلام التى يلتقطها الأطفال الآخرون بصورة طبيعية. ويقوم أخصائى أمراض الكلام بتشخيص الاضطراب الصوتى باستخدام اختبارات مقننة للكلام بالإضافة إلى المشاهدات الإكلينيكية.

والطفل الذى يعانى من الاضطراب الصوتى يمكن أن ينطق الصوت بصورة خاطئة فى كلمات معينة ومع ذلك ينطقه بوضوح فى كلمات أخرى. وعلى سبيل المثال بينما ينطق حرف س فى (أوتوبيس) بطريقة خاطئة، قد



ينطق نفس الحرف في كلمة أخرى مثل (سماء) بطريقة صحيحة، كما أن الكلمات ذات المقطعين أو أكثر يمكن أن تنطق بمقاطع أقل. وعلى سبيل المثال كلمة (فيل) elephant يمكن أن تنطق ephant.

وفي أوقات أخرى تنطق مجموعات كاملة من الأصوات بطريقة خاطئة بنفس الطريقة. وعلى سبيل المثال كل أصوات (س - ف - ش - تش) يمكن أن تنطق مثل الصوت ت وعلى ذلك تنطق sun الشمس - tun و chin ذقن تنطق tin و fire النار تصبح tire و shoes الحذاء يصبح too. والأطفال الذين سيئون نطق مجموعات بأكملها من الأصوات يحتاجون في الغالب إلى طريقة خاصة لتعلم نطق هذه الأصوات.

وأحياناً نجد أن الطفل الذي يعاني من مشكلة صوتية يترك أي صوت في نهاية الكلمة. وعلى سبيل المثال تنطق book كتاب booh، و juice عصير تنطق joo و bed سرير تنطق beh. وربما يستطيع الطفل أن ينطق الحروف المتروكة بسهولة عند وجودها في بداية الكلمات أو في وسطها ولكنه يتركها تماماً إذا وجدت في آخر الكلمة.

ويمكن أن يخلق هذا مشكلات خاصة عندما ينطق الطفل الكلمات ذات النهايات الدالة على الجمع مثل toys لعب أطفال أو babies أطفال رضع، والنهايات الدالة على الملكية مثل Tommy's trouk عربة تومي أو Mommy's robe فستان أمي أو نهايات الفعل مثل walked مشى أو jumped قفز. تلك الأصوات الأخيرة في الكلمة تعطي المستمع معلومات مهمة.

### علاج الطفل الذي يعاني من الاضطراب الصوتي:

إحدى الطرق تتمثل في فحص الطريقة التي يضع بها الطفل الكلمات معا. هل لدى الطفل نمط عدم نطق الصوت الأول أو الأخير في الكلمة؟ إذا



كان الأمر كذلك يقوم أخصائى أمراض الكلام بمساعدة الطفل على فهم أن صوت Ba L هى الصوت الذى تنطق به الغنم وأن bat خفاش تختلف عن bath الحمام وback الظهر وbag حقيبة. ويربط معانى مختلفة بالكلمات بإضافة صوت واحد صغير فى نهاية الكلمة يفهم الطفل تضمينات عدم نطق الصوت الأخير. والطفل الذى يهمل نطق بدايات الكلمات يمكن أن يستفيد من طريقة مماثلة مع التأكيد على التمييز بين كلمة مثل at عند، عن كلمات مثل bat خفاش وcat قطة وhat قبعة. وعندما يهمل الطفل نطق الأصوات فى نهاية الكلمة فهذا يدل على مشكلة سمعية فى الماضى أو فى الوقت الحاضر (Ratcliff, 1997).

وهناك طريقة أخرى تفحص أخطاء الكلام. هل يجد الطفل صعوبة فى الأصوات الحلقية ك- ج؟ هل يتوقف الطفل عند نطق الأصوات التى يجب أن تستمر فى نطقها عادة (س - ش - ف - ث)؟ هل يتجاهل الطفل نطق أحد الأصوات فى توليفة الأصوات الساكنة؟ بتحديد أنماط الخطأ يستطيع أخصائى أمراض الكلام أن يعلم عدداً من الأصوات فى وقت واحد وفى نفس الوقت بمساعدة الطفل أوجه الشبه والتماثل فى طريقة نطق الأصوات. والطفل الذى يعانى من اضطراب صوتى يجد نفسه فى حالة مخاطرة ذات دلالة فيما يتعلق بتطور المشكلات عند تعلم القراءة أو التهجئة أو مشكلات صعوبات التعلم الأخرى. ومعظم نفس القواعد التى نتعلمها لا بد من فهمها من أجل القراءة والكتابة. ما هو الفرق بين الصوت والكلمة؟ عندما تطلب منك المعلمة أن تقول كلمة فى جملة فماذا يعنى ذلك؟ هذه المفاهيم تسمى ما وراء اللغويات. فالطفل الذى يعانى من اضطراب صوتى ربما يحتاج إلى المساعدة فى تعلم قواعد ما وراء اللغويات.



فى السنوات الأخرىة أظهرت الأبحاث أن عددًا من الأطفال الذين يعانون من هذا النوع من مشكلات الكلام يستفيدون من تحسين معرفتهم بالصوتيات. ويمكن أن يعمل المعالج على تحديد الصوت الأول والأخير (وليس الحرف) فى الكلمة بالسجع والتصفيق مستخدمًا المقاطع وتقطيع ودمج الأصوات والمقاطع. وهذا يساعد على تحسين معرفة ووعى الطفل بطريقة وضع الأصوات معًا لصياغة الكلمات ولتحسين كلامه بالإضافة إلى قدرته على القراءة والتهجئة. ورغم أن علم الصوتيات يساعد الطفل على تعلم القراءة بربط ودمج الحروف والأصوات إلا أن الوعى الصوتى هو الخطوة السمعية التى توفر الأساس والقاعدة. (Starkweather, 1997, 101 - 110)

فإذا تم تشخيص طفلك بأنه يعانى من مشكلة صوتية فلا بد أن تستعد لآحتمال الالتزام طويل المدى بعلاج عيوب الكلام. ربما تجد أنك ستقضى وقتًا طويلًا فى أنشطة أخرى بخلاف نطق الكلمات، الأمر المحبط والمربك فى الغالب للوالدين. ومع ذلك فالفوائد طويلة المدى للطفل فوائد جوهرية. والواقع أن عددًا كبيرًا من الأطفال يتحدثون بصورة طبيعية سوية فى غضون سنوات قليلة.

وأحيانًا نجد أيضًا أن تصحيح مشكلة الكلام تؤدي إلى تحسن فى القراءة والتهجئة إلا أن هذه ليست هى الحالة دائمًا. والعلاقة بين هذه المجالات علاقة معقدة ولا تزال فى حاجة إلى المزيد من الأبحاث.

وفى بعض الحالات نجد أن الطفل الذى يتم تشخيصه أصلاً بأنه يعانى من اضطراب صوتى يمكن أن يعانى بعد ذلك من صعوبة النطق لصوت أو صوتين. يوصف هذا الطفل إذن بأنه يعانى من مشكلات النطق. وللتعرف أكثر سوف نتناول مشكلات النطق البسيطة فى الجزء التالى:



## 2 - مشكلات النطق البسيطة:

عندما يعاني الطفل من مشكلة نطق صوت معين أو أصوات قليلة فهذه المشكلة تسمى مشكلة النطق. وهذا الطفل أصلاً يعاني من مشكلة ومتاعب متواصلة في نطق ذلك الصوت أو تلك الأصوات في كل كلمة يحدث وجود هذا الصوت بها. وهناك عدد من العوامل يمكن أن تسبب مشكلات النطق وفي حالات كثيرة لا نعرف لماذا يعاني الطفل من نطق أصوات معينة.

والطفل الذي يتعلم أن يتكلم باللغة العربية بعد أن يعيش في بلد آخر أو بعد أن يقوم بتربيته آباء لا يتحدثون بالعربية من الواضح أنه يعاني من بعض فروق النطق. وهذه تسمى اللهجة أو اللكنة ولا تعتبر اضطراباً في الكلام. ويتحسن نطق اللغة بصورة طبيعية في الوقت الملائم إذا تحدث الطفل بلغته يومياً واختلط بالأطفال الآخرين الذين يتحدثون بنفس اللغة ويشاهد التليفزيون أيضاً. وليس لدى معظم المدارس العامة برامج لتغيير لهجة الطفل. وربما يختار الكبار أن يتعاملوا مع أخصائي أمراض كلام خاص يستطيع أن يساعدهم على تخفيض اللكنة.

وبالنسبة للأطفال الصغار والذين يتعلمون المشي يمكن أن يكون لديهم مشكلات في النطق. ولكن عندما يصل الأطفال إلى نهاية الصف الثاني أو ما يقرب من ذلك فلا بد أن يتم نطق معظم الأصوات بوضوح. وبالضبط عندما نوصى بأن يأخذ طفل علاجاً لأمراض الكلام لتصحيح صوت ينطقه بطريقة خاطئة فهذه التوصية ذاتية نوعاً ما وتتوقف على خطة العلاج التي يستخدمها أخصائي أمراض الكلام.

وعدد كبير من النظم المدرسية لديها سياسات لاستخدام عمر الطفل، وحدة المشكلة كمعايير لتحديد ما إذا كان كلام الطفل سويًا.



ويمكن تشخيص مشكلة النطق باستخدام اختبارات مقننة تطلب من الطفل أن يسمي أو يصف صوراً معينة. إلا أن أخصائي أمراض الكلام يمكنه في الغالب تشخيص المشكلات البسيطة بملاحظة الطفل وهو يتكلم في محادثة. ويفحص أخصائي أمراض الكلام طريقة نطق الطفل للكلمات ويفحص الفم ليرى ما إذا كانت هناك مشكلة عضوية تتدخل في كلام الطفل. ويمكن أن يكون النطق أحد مجالات كثيرة يتم فحصها عندما يعاني الطفل من مشكلات أخرى في اللغة أو السمع. وكما هو الحال في الاضطرابات الصوتية فإن عدداً كبيراً من الأطفال الذين يعانون من مشكلات في النطق يعانون فعلاً من مشكلات أخرى في اللغة والسمع.

وكما ذكرنا من قبل فإن الأطفال الذين يعانون من ضعف السمع، أو الحلق المشقوق، أو شلل الدماغ وإصابة المخ، أو التخلف العقلي لديهم في الغالب مشكلات فريدة في النطق.

### علاج الطفل الذي يعاني من مشكلة النطق:

يمكن لعلاج النطق أن يصحح تماماً سوء نطق الطفل لصوت معين في غضون عدة أشهر. ومع ذلك فبعض الأصوات مثل الراء، الياء تتسم بالتحدي وتأخذ سنوات طويلة لتصحيحها. ويتوقف معظم نجاح الطفل على دافعية الطفل ومساندة الوالدين ومقدار الممارسة النظامية التي تتم في المنزل. والحالة البدنية (مثل شلل الدماغ) والتي تمنع النطق الصحيح السوي ووجود مشكلات أخرى في الكلام واللغة والسمع والتي تأخذ مركز الصدارة في مشكلة النطق.

وفيما يلي نقدم لك بعض المعلومات عن مشكلات النطق الأكثر شيوعاً (Yairi, 1999; Woods, et al. 2002).



## لثغة اللسان فى نطق صوتى س، ز S & Z

وتعتبر اللثغة تشويهاً لصوتى (س، ز). وإننى أضم هذين الصوتين معاً لأن المشكلة تؤثر فيهما بالتساوى. إذ يتم إخراجهما بطريقة متطابقة مع العلم أن صوت (ز) صوت يخرج من الأحبال الصوتية. ولفهم هذا بصورة أفضل أنطق صوت (س) وفى الوقت الذى تنطق فيه صوت (س) حاول أن تنطق الصوت (ز). الشئ الوحيد الذى عليك أن تقوم به هو العودة إلى أحبالك الصوتية. فلسانك لا يتحرك أبداً ويظل الهواء يتدفق، أليس كذلك. قل كلمة business (البنزنس). صوت (س S) الأولى هو (ز) أكثر منه (س). والـ (س S) الأخيرة فى الكلمة هى (س S) حقيقة. ونخرج أصوات (ز) بصورة أكبر مما تظن.

وصوتا (س، ز) يتم إخراجهما بوضع اللسان على اللثة، خلف الأسنان العليا أو السفلى والنفخ. ولإخراج هذين الصوتين بصورة صحيحة لا يجب دفع اللسان بين الأسنان. فإذا اندفع اللسان إلى الأمام تصبح الـ (س) أو الـ (ز) مثل صوت ث، ذ. ويقال إن الطفل يعانى من لثغة أمامية أو بروز اللسان. فإذا كان صوتا (س، ز) خفياً مائعا فهى فى هذه الحالة لثغة جانبية، ويشير أخصائيو أمراض الكلام إلى كل من هذين النمطين من اللثغة بأنهما تشويهاً.

ومن أهم الأسباب الأكثر شيوعاً فى تسمية لثغة الأطفال هو أنب - تسمى اندفاع اللسان وتعرف أيضاً بأنها البلع العكسى. وفى هذه الحالة يبرز اللسان بين الأسنان الأمامية أثناء البلع وأثناء الكلام فى الغالب. وربما نلاحظ اللسان يبرز من الفم مفتوحاً قليلاً عندما يشاهد الطفل التلفزيون أو عندما يكتب أو يستمع، واندفاع وعدم التوازن بين اللسان والشفة وعضلات الوجه الأخرى يمكن أن يؤدي إلى تفاقم مشكلات أخرى فى الكلام أو مشاكل



الأسنان . وربما يريد أخصائي أمراض الكلام أن يتناول هذا السبب الأساسي أولاً مع بعض التدريبات العضلية النوعية وإعادة التدريب قبل التعامل مع صوتى (س، ز) . وفى الغالب نجد أنه مع تحسين الوضع الشفهي للطفل فإن صوتى (س، ز) يصححان نفسيهما . والمتخصص فى هذا المجال يسمى المعالج لوظائف العضلات والفم أو أخصائى عضلات الوجه والفم .

وعامل آخر يسهم فى نمو اللغزات (واندفاعات اللسان) هو مص الإبهام، فعندما يضع الطفل إبهامه فى فمه فإنه يضغط على أعلى أسنانه والحافة العليا للثة وتسطح اللسان تحت إبهامه . وبما أن اللسان يحتاج إلى أن يرتفع لنطق س، ز فهذا يشجع وضع اللسان المقابل . ومص الإبهام مستعب على وجه الخصوص إذا كان الطفل يمص إبهامه طوال الليل الأمر الذى يعنى أن نصف وقت الطفل يقضيه مع اللسان والشفيتين وعضلات الفك فى وضع غير طبيعى . فإذا كان طفلك يمص إبهامه فعليك أن تعمل على تخليصه من أو التقليل من هذه العادة إلى الحد الأدنى لتساعد طفلك على الكلام وتقلل من أخطار مشاكل الأسنان .

هل اللغزة مشكلة؟ الأمر يتوقف على عمر الطفل . فمعظم الأطفال تنمو معهم اللغزة لتصل إلى الحد الأقصى فى عمر 7 أو 8 سنوات . ومشاكل الكلام التى تتزايد أصلاً فى النمو تشير إليها بأنها مشكلات نمو فى الكلام . وبمجرد بلوغ طفلك سن السابعة أو الثامنة فإن مسائل أخرى تحتاج إلى أن تؤخذ فى الاعتبار .

هل يعانى طفلك من اندفاع اللسان عند البلع؟ إذا كان الأمر كذلك فربما تحتاج إلى أن تتناول ذلك الموضوع بالإضافة إلى اللغزة لمعالجة مشكلة الكلام . وإذا كانت عضلات اللسان تذهب فى الاتجاه الخطأ فى كل مرة يقوم طفلك فيها بابتلاع الطعام فمن الصعب تقليص اللسان بالصورة الملائمة عند



الكلام. ويستطيع أخصائى أمراض الكلام أو طبيب الأسنان أن يقول لك ما إذا كان طفلك يعانى من اندفاع اللسان. (نناقش مشكلة اندفاع اللسان بمزيد من التفصيل فى هذا الفصل).

هل أنت كوالد على استعداد أن تخصص وقتًا للممارسة اليومية المطلوبة للإصلاح الناجح لهذا النوع من المشكلات؟ هل طفلك يقبل العمل بالأنشطة؟ إذا لم تكن اللثغة تعنى طفلك فى شيء أو إذا كان طفلك يقاوم الفكرة كلها فعلاج الكلام لن يكون فعالاً.

هل تقدم مدرسة طفلك علاجًا للثغات؟ إذا كانت اللثغة لا تؤثر سلبيًا على القدرة التعليمية أو الانفعالية لطفلك فإن المدرسة العامة يمكن أن تختار أن لا تقدم علاج الكلام النظامى. والعلاج الخاص يمكن أن يكون مكلفًا تمامًا.

### مشكلات صوتى ر R و ل L.

بالإضافة إلى صوتى س، ز S & Z نجد أن صوتى ر، ل R & L هما أكثر الأصوات شيوعًا فى النطق الخطأ. وبالنسبة إلى هذين الصوتين يحتاج اللسان إلى أن يرتفع إلى أعلى ويعود إلى الوراء قليلاً. وهذه العملية غير مريحة للطفل إذا كان اللسان مُقيّدًا نوعًا ما بسبب قصر الوتر.

ورغم أن هذه ليست مشكلة شائعة إلا أنها تحدث بين الحين والحين. وفى تلك الحالات يمكن أن يوصى طبيب الطفل بعملية يمكن إجراؤها باستخدام مخدر محلى لتصحيح المشكلة.

وبسبب طبيعة صوتى ر، ل نجد أنه من الضرورى أحيانًا أن ننتظر حتى تنضج العضلات فى فم الطفل من حيث النمو قبل أن نبدأ العلاج، وهذا يتم عادة فى عمر 8 سنوات أو ما يقرب من ذلك، وبدء العلاج بسرعة يمكن أن



يتسبب في إحباط الكل وعندما يصبح الطفل مستقرًا بدنيًا لنطق الصوت فإنه لا يستطيع ذلك ونخيب أمله. وهذه حالة تثبت أن التدخل المبكر ليس هو الفكرة الأفضل.

وعلاج صوتي ر، ل يمكن أن يتضمن تدريبات الممارسة لمنطقة اللسان والشفيتين قبل محاولة النطق بالصوتين. وبالمثل يمكن أن تساعد على نمو مهارات السمع عند الطفل (التمييز الصوتي) قبل أن يقوم الطفل بنطق الصوتين، وبهذا يمكن أن يحدد متى يقول المعالج هذين الصوتين بصورة صحيحة أو في أي كلمات.

وتصحيح أصوات ر R على وجه الخصوص يمكن أن يتطلب أحيانًا عدة سنوات من العلاج وأحيانًا نجد أن بعض الأطفال يواجهون باستمرار صعوبة نطق صوت ر R رغم الممارسة المتقنة والجهد.

#### مشكلات صوت ث / ذ th

يواجه عدد كبير من الأطفال مشكلات إخراج صوت ث th قبل وصولهم إلى الصف الثاني أو ما يقرب من ذلك. وهم أصلاً ينطقون هذه الكلمات بصوت ف F وهو مريح لهم كبديل ملائم لأن الصوتين متماثلين. فإذا قال الطفل I have a loose toof "لدى سنة ملخلخة". فالكل يعرف أن الكلمة هي سنة tooth. هذا النوع من مشكلات الكلام لا يمثل مشكلة إطلاقًا للطفل الصغير.

وعندما يصل الطفل إلى عمر 7 أو 8 سنوات مع ذلك لا بد أن يتم نطق صوت ث th بصورة صحيحة في كلام المحادثة معظم الوقت، فإذا لم يحدث ذلك ولم يكن لدى الطفل مشكلات كلام أخرى فإن بعض الأنشطة المنزلية وعلاج الكلام قصير المدى لا بد أن يصحح المشكلة بنجاح.



### 3 - حالات الحركة والفم (الحركة الشفهية الفمية):

أحد أهم عناصر تقييم الكلام هو فحص مهارات الحركة والفم للطفل .  
فإذا كنت تفكر في كلمة شفهي أو فمي على أنها خاصة بمنطقة الفم والحركة  
وأيضاً بكيف يتحرك الفم، فسوف يكون لديك فكرة عما يعنى ذلك .

لا بد أن يقوم أخصائى أمراض الكلام بفحص ضعف حركة الفم وهو ما  
يعنى أن قوة العضلات نفسها يمكن أن تكون هى المسئولة . وهو يطلب من  
طفلك أن يأكل مجموعة متنوعة من الطعام ذات بنايات مختلفة ليرى ماذا  
سيحدث .

هل سيسيل لعاب طفلك؟ هل تنزلق وتنساب فتات الطعام من فمه؟  
وعندما يشرب هل يتسرب السائل من فمه؟ إذا كان الأمر كذلك فيمكن أن  
يدل ذلك على ضعف الشفتين وهو أمر مهم لنطق أصوات كثيرة . هل يفضل  
طفلك أطعمة ذات طعم حريف أو نكهة قوية؟ الأطفال ذوو الإحساس  
المنخفض فى منطقة الشفتين لا يشعرون فى الغالب بفتات الطعام ويحبون  
النكهة القوية، فإذا كان الإحساس المنخفض مشكلة فإن الطفل يعانى أيضاً من  
صعوبة الشعور بمكان لسانه، الأمر الذى يؤدى إلى مشكلة فى الكلام . وعند  
القيام بنشاط لا يتضمن الكلام (مثل مشاهدة التلفزيون) هل يسقط فك الطفل  
إلى أسفل ويترك الفم مفتوحاً؟ هل يتنفس الطفل وفمه مفتوح؟ ربما يدل ذلك  
على ضعف عضلات المضع (التي تربط الفك بمنطقة الخد السفلى - مثل رباط  
المطاط). إذا كان فك الطفل فى وضع منخفض بصورة غير طبيعية فسوف  
يجد اللسان صعوبة للوصول إلى المكان الذى يريد الوصول إليه لنطق أصوات  
مثل س، ت، د، ن، ل . هل يخرج لسان طفلك من فمه عندما يتكلم؟ هل  
يمضغ طفلك طعامه فى جانب واحد؟ يمكن أن يدل ذلك على ضعف عضلة



اللسان. وتحليل عضلات فم الطفل يعرف أخصائى أمراض الكلام أى التدريبات يختارها للطفل.

ويحظى بعض الأطفال بقوة كافية فى عضلات الفم ومع ذلك ليست لديهم القدرة على تحريكها مع التحكم الضرورى فيها. فإذا طلب أخصائى أمراض الكلام من الطفل أن يفتح ويغلق فمه وأن يخرج لسانه أو يحرك لسانه من جانب إلى آخر فهو يقوم بالفحص ليعرف سرعة ودقة الحركات. وصعوبة هذه الأنماط من المهام تدل على العمه الحركى أى عدم القدرة على القيام بحركات منسقة معقدة. والأطفال الذين يعانون من العمه الحركى ليست لديهم القدرة على فتح وإغلاق الفم عند الحاجة ومع ذلك فإنهم يفعلون ذلك بسهولة وبصورة طبيعية عندما يتشاءبون أو يقضمون سندوتشا. والفرق أنهم لا يستطيعون عمل ذلك عندما يريدون. والأطفال الذين يعانون من عمه حركى فى الفم يعانون من مشكلات عصبية أخرى. وربما يعانون أيضاً من صعوبة تحريك أجزاء أخرى من الجسم عندما يريدون ذلك مثل العمه الحركى فى الأطراف. وفى الأطفال الذين يتعلمون المشى نجد أنه إذا كان العمه الحركى فى الفم يمثل جزءاً من تأخر آخر فى النضج فتتصرف هذه الظاهرة بأنها عمه النمو الحركى.

ويمكن أن يقوم أخصائى أمراض الكلام بالفحص ليتأكد من وجود حالة تسمى اضطراب التآزر الحركى للكلام الخاص بالنمو DOS والمعروف أيضاً باضطراب التآزر الحركى أو اضطراب التآزر الحركى اللفظى. والطفل الذى يعانى من هذه الحالة يمكنه أن ينطق الأصوات الفردية فى الغالب بصورة جيدة تماماً ولكن عندما تتجمع هذه الأصوات فى كلمات نجده يعانى من صعوبة تسلسل الحركات الضرورية لتركيب الكلمة، وهو الأمر الملاحظ فى الكلمات الأكثر طولاً وفى الجمل. وعلى سبيل المثال يستطيع الطفل أن



يقول هذه الكلمات كل على حده " أمى لديها قطعة من التفاح والفطير ".  
ومع ذلك عندما يطلب منه تكرار ذلك معاً في جملة فالصوت يبدو مختلفاً.  
" أمى قطعة تفح قطير " وإذا طلب منه عمل ذلك مرة أخرى يمكن للطفل أن  
يقول الجملة بطريقة مختلفة تماماً. وفي الغالب يمكن أن ترى الطفل وهو  
يقوم بعملية التجميع ليشكل الكلمات. وعندما ينطق الطفل الكلمات بصورة  
مختلفة من موقف إلى آخر ويواجه صعوبة أكبر في استخدام الكلمات  
بوضوح في العبارات والجمل فلا بد لك أن تشك في أنه يعاني من اضطراب  
التأزر الحركى. وحظى اضطراب التأزر الحركى فى الأطفال باهتمام أكبر فى  
الدراسات التخصصية منذ أواسط التسعينيات وعلى ذلك فمن الممكن أن لا  
يلتفت المتخصص فى هذا المجال إلى هذا الاضطراب خاصة إذا لم يتلق تدريباً  
حديثاً فى هذا المجال. والأطفال الذين يعانون من اضطراب التأزر الحركى  
يمكن أن يعانون من أو لا يعانون من مشكلة مصاحبة فى اللغة والكلام مثل  
الضعف الحركى القمى والعمه الحركى للقم واضطراب المعالجة السمعية.

### علاج الأطفال الذين يعانون من حالات ضعف حركة الفم:

بالنسبة إلى الأطفال الذين يعانون من ضعف حركة الفم نجد أن  
العضلات المستخدمة فى الكلام يمكن أن تكون ضعيفة. وبالنسبة إلى الأطفال  
الصغار وأطفال مرحلة ما قبل المدرسة على وجه الخصوص فإن معالج الكلام  
يقضى وقتاً طويلاً يعمل بمهام الأكل والشرب والبلع ليقوى العضلات المرتبطة  
بذلك. ونفخ الفقاعات والأبواق المختارة بعناية يمكن أن تشكل جزءاً من  
العلاج فى التعامل مع عضلات الشفه واللسان. وربما يقضى أطفال آخرون  
وقتاً أمام المرآة يرفعون ويشبتون اللسان فى مكانه، يقضمون رقائق من  
البطاطس بشفتيهم أو يمضغون لبناً فقاعياً بالتبادل على جانبي الفم.  
والتدريبات التى تهدف إلى تقوية عضلات الفك مهمة حتى يتوافق الفك



العلوى والسفلى بصورة صحيحة، ليس فقط أثناء مهام الكلام، ولكن أيضاً في وقت الراحة. فإذا كان فك الطفل ينزلق من جانب إلى آخر أو كان ناتئاً إلى الأمام عند الكلام فهذا يتسبب في إخراج اللسان عن مكانه مما يجعل الكلام مشوهاً. وهناك تدريبات ممتازة كثيرة لهذه الأنماط من المشكلات.

وعلاج الأطفال الذين يعانون من عمه حركة الفم يمكن أن يركز على اكتساب التحكم وضبط الفم. وعلى سبيل المثال يطلب أخصائي أمراض الكلام من الطفل أن يؤدي مهام معينة، مثل إخراج لسانه والبلع والمضغ وفتح وإغلاق فمه وتكرار مقاطع معينة مثل "بوه" بأسرع ما يستطيع. ويقدم إلى طفلك حيلاً تساعد على تعلم طريقة تحريك هذه العضلات بصورة أكثر فاعلية وبتحكم أكبر، وبمجرد أن يستطيع الطفل استخدام هذه العضلات بمزيد من الفعالية تصبح صياغة الأصوات الصعبة أكثر سهولة.

وعلاج اضطراب التآزر الحركي اللفظي يحتاج إلى تدريبات وممارسة أكثر تركيزاً. فاختيار الأصوات التي نتعامل معها في العلاج ليس بنفس الترتيب بالضرورة مثلما تختار في تأخر النطق التقليدي. ومن المهم ممارستها في كلمات وجمل مع أصوات يتم اختيارها بعناية وأنماط حركة عضلات يتم اختيارها بدقة. وتقدم بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب التآزر الحركي يمكن أن يكون بطيئاً ويأخذ وقتاً أطول وجهداً أكبر. ولمساعدة طفلك على الشعور بطريقة تحريك فمه من صوت إلى آخر. يمكن أن يقوم أخصائي أمراض الكلام بالضغط على أو الطرق الخفيف على أماكن حول الوجه (مثل الشفتين أو تحت الرقبة) عند إخراج الكلمة. وهذه تسمى الحوافز اللمسية وهي فعالة جداً في علاج اضطراب التآزر الحركي. (Hegde, 1991 : 81-9)

وإحدى تلك الطرق التي تستفيد منه وتستخدم هذه الأنماط من المؤشرات تسمى نظام الحوافز والتلقين، والتي طورتها "ديبوراهابرن" وهذه



تستخدم طريقة نظامية جداً لاستخدام الحوافز اللمسية، وهي فعالة جداً في حالة اضطراب التآزر الحركى.

والكلمات متعددة المقاطع صعبة تماماً على الأطفال الذين يعانون من اضطراب التآزر الحركى، وعلى ذلك يستطيع أخصائى أمراض الكلام أن يساعد طفلك على صياغة كلمة ذات بيئة مبسطة حتى يستطيع الطفل بعد ذلك نطقها بصورة عادية. وكلمة مثل "ديناصور" يمكن تعلمها على شكل "دى أوسو" وهذه الطريقة تساعد الطفل على أن يكون لديه عنوان ثابت يمكن التعرف عليه. هذه الكلمات ذات الأصوات المحكمة النطق تسمى المقاربات.

ولأن التسلسل هو مسألة أساسية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التآزر الحركى. فهم فى الغالب يجدون صعوبة فى تسلسل الكلمات بالطريقة النحوية فى وضع الجمل معاً. وعلى ذلك يحتاج العلاج إلى تناول طريقة دمج الكلمات معاً (هل + رأيت + الولد) بالترتيب السليم. ولتسهيل ذلك يمكن أن يقوم أخصائى أمراض الكلام باستخدام الإشارات البصرية مثل لغة الإشارة لمساعدة طفلك على رؤية ترتيب الكلمات والإحساس بها.

ويمكن أن يستخدم الصور التى يقوم بترتيبها بنظام على السبورة. وبالنسبة للأطفال ذوى المشكلات الحادة فى الكلام بسبب اضطراب التآزر الحركى فمن المعقول (خاصة فى البداية) أن تقوم بتجسيد نظام لغوى بديل حتى يكون لدى طفلك طريقة ما للاتصال إلى أن يصبح كلامه أكثر نمواً. ويمكن أن تكون هذه بسيطة مثل لوحة الصور التى تتطلب أن يحدد طفلك ما يريد ويمكن أن تكون معقدة مثل الكمبيوتر الإلكتروني ذى الكلام المركب والمؤلف. وهى تسمى AAC أو الاتصال المتزايد التراكمى البديل.



## خصائص الأطفال الذين يعانون من مشكلات النطق:

- الأطفال الذين يعانون من مشكلات النطق يمكن أن يقوموا بما يلي:
  - التعبير عن الإحباط بالطريقة التي يتكلمون بها وخاصة بعد عمر سنتين .
  - يحتاجون إلى أحد الوالدين أو أحد الأخوة للتفسير .
  - يعانون من الإحباط أو الكبت الاجتماعى بسبب الارتباك والحيرة المرتبطة بمشكلة الكلام .
  - يهملون النطق بمقاطع بأكملها فى الكلمات الأكثر طولاً .
  - فى معظم الأوقات لا يفهمهم الأشخاص خارج نطاق الأسرة وخاصة بعد الثالثة من العمر .
  - ينطقون تلك الأصوات بطريقة غير عادية (وليس اللثغة أو اللجلجة الأصلية) . وأنت لست فى حاجة إلى الشعور بالقلق إذا:
    - \* كان طفلك مفهوماً معظم الوقت عندما يتكلم (العمر من 3 - 6 سنوات) .
    - \* كان كلام طفلك مفهوماً كل الوقت (من عمر 7 سنوات فصاعداً) .

## كيف تؤثر مشكلات الكلام فى الطفل؟

بالنسبة إلى بعض الأطفال نجد أن مشكلة الكلام الخفيفة أو المتوسطة مثل اللثغة ليس لها تأثير مباشر عليهم إطلاقاً . والواقع أن الشخص الذى يستمع إليهم يشعر فى الغالب بالضيق وتشتت الذهن . وأصبح هؤلاء الأطفال فى الغالب معتادين على الطريقة التى يتحدثون بها لدرجة أنهم قد أصبحوا



غير مدركين بوجود أى شىء غير عادى . وربما لا يذكر الأصدقاء إطلاقاً أو يسخرون من الطريقة التى يتكلم بها الطفل . وفروق الكلام الطفيفة يسهل التعود عليها ونادراً ما تسبب أى صعوبة فى التسلم فى المدرسة . ومع ذلك فاللسان البارز إلى الخارج والذى يترك بدون فحص يمكن أن يؤدى إلى مشاكل فى الأسنان بعد ذلك .

وبالنسبة إلى الأطفال ذوى مشكلات النطق المتوسطة نجد أن التأثيرات أكثر وضوحاً . وقد أظهرت الدراسات أن الكبار والأطفال الآخرين يصلون إلى استنتاجات عن الشخص بالطريقة التى يتكلم بها ، وعندما يعانى الطفل من مشكلات نطق واضحة يمكن أن يفترض الآخرون أن الطفل غبى . وكلما تقدم الطفل فى العمر أصبحت مشكلة الكلام علامة يتسم بها الطفل . ويمكن أن يكون المراهقون قساة وغير متعاطفين مع الأقران ويجرحون شعور الشخص بصورة خطيرة .

وعندما يصعب فهم كلام الطفل فإن النمو الاجتماعى يتأثر أحياناً . ولأن الطفل يعانى من مشكلة الكلام بوضوح فإن الآخرين يحتاجون إلى تكرار كلمات معينة أو تفسيرها إذا اختلط عليهم الأمر فى معنى ما يقوله الطفل . وبعد فترة يشعر الطفل بالإحباط ويرفض أن يكرر الكلمات ويقول : " لا عليك . لم يكن هذا الأمر مهماً " بدلاً من مواجهة الشعور بالإذلال من النطق الخاطىء لتلك الكلمة مرة أخرى . مثل هذا الطفل يمكن أن يشارك قليلاً أيضاً فى مناقشات الفصل ويصبح مشاهداً سلبياً فى المدرسة .

وعندما يشعر الطفل بعدم الارتياح فى المشاركة فى الفصل تصبح المدرسة مكاناً يثير الإحساس بالضجر والسخط .

وكما ناقشنا هذا الأمر مبكراً ، فإن بعض مشكلات الكلام ترتبط بمشكلات القراءة والتهجئة . فالطفل الذى يدخل رياض الأطفال وهو يعانى



من مشكلة متوسطة في الكلام يجد نفسه في وضع مؤلم غير مريح عندما يحاول تعلم الحروف والأصوات. وعلى سبيل المثال عندما يطلب منه النظر إلى صورة حدأة وأن ينطق بأول صوت أو حرف، فالأطفال في الغالب يكتبون الصوت الذي ينطقون به عندما ينطقون الكلمة. وعلى ذلك نجد أن الطفل الذي ينطق kite حدأة مثل tite تصبح الإجابة t. ويمكن أن تتسبب مشكلات الكلام في المنزل في التوتر. فالوالدان أحياناً يكون لديهما حماس مفرط وهما يحاولان مساعدة الأطفال على تحسين كلامهم. وفي جهدهما لتذكير الطفل لينطق الكلمات بصورة صحيحة يبالي الوالدان في عمل ذلك. وبدلاً من شعور الطفل بالمساعدة يصبح الطفل مستاءً ويقاوم التكلم الذي يرغب فيه الوالدان. وربما لا يكون الطفل أيضاً مستعداً بدنياً لتجسيد المهارات الجديدة في المحادثة ويشعر بالإحباط عندما يخيب أمل الوالدين. ولهذا السبب يصبح الاتصال مع معالج الطفل مهماً.

بعض الأطفال يستاءون من العمل الإضافي في المنزل وهو العمل الضروري للتغلب على مشكلة الكلام ويمكن أن يقاوموا ذلك أحياناً. وبالنسبة إلى الطفل الذي يعاني من مشكلات تعلم أخرى أو مشكلات انفعالية أخرى نجد أن هذا العبء الإضافي يسبب متاعب في الواقع ويصبح مصدراً للصراع بين الوالدين والطفل. والطفل الذي يعاني من مشكلة حادة في الكلام والذي لا يتحسن وعندما يصل إلى الصف الأول أو الثاني يمكن أن يصبح أيضاً على وعى بالذات ويختبر تقدير ذات منخفض وإحباطاً متزايداً. وهذا الشعور يؤثر بالتأكيد على سلوك الطفل وحتى على طريقة نمو الطفل. ويتفاعل بعض الأطفال مع هذا الشعور بأن يصبحوا عدوانيين وبذئنين وحساسين مزاجياً. ويصبح الآخرون خجولين ويقولون القليل جداً. والأطفال الذين يعانون من مشكلات الكلام يحتاجون إلى المساعدة على المواجهة ويحتاجون إلى الدافعية حتى يواصلوا العمل على تحسين كلامهم.



ماذا يستطيع الوالدان عمله لمساعدة الطفل الذى يعانى من مشكلة النطق؟

إذا كان لديك طفل يعانى من مشكلة النطق تذكر هذه النقاط:

- لا تحاول المساعدة بأن تطلب من الطفل أن يكرر الكلمات التى يخطئ النطق بها إلا إذا اقترح الأخصائى عليك أن تفعل ذلك . وكما ناقشنا ذلك مبكراً فى هذا الفصل من الكتاب هناك أحياناً أسباب معقدة لمشكلات نطق طفلك . ربما تكون عضلات طفلك غير مهياًة لنطق تلك الأصوات وربما لم يهضم طفلك قواعد الكلام حتى الآن . وربما تجعل الأمر أسوأ من ذلك بإحباط أو إرباك الطفل .

- إذا لم تستطع أن تفهم طفلك حاول أن تطرح أسئلة عما قيل . اطلب من طفلك أن يقول ذلك مرة أخرى ولكن لا تصر أن يقول ذلك بطريقة . أحياناً أقول " أنا آسف لم أستطع أن أسمعك - هل يمكن أن تكرر ذلك؟ " .

- أنصت بعناية إلى ما يقوله طفلك واستجب للرسالة وليس للطريقة التى قيلت بها . لا تقل أبداً إنك تبدو طفلاً (أو جباناً أو أى لقب سلبى آخر) فإهانة طفلك حتى يتكلم بصورة سليمة أمر غير فعال إطلاقاً . فطفلك لا يخطئ نطق الكلمات عن عمد والأطفال الصغار على وجه الخصوص ليسوا متحدثين كسالى .

- ساعد على تحسين كلام طفلك باتباع توجيهات أخصائى أمراض الكلام والقيام بأية أنشطة يوصى بها وحسب اقتراحاته . وجلسات قليلة لعلاج الكلام كل أسبوع أو أقل من ذلك لها تأثير ضئيل ويتطلب الأمر وقتاً أطول حتى تؤتى ثمارها إذا لم يكن هناك متابعة



تلائمه فى المنزل. وأقول فى الغالب للآباء إن 90٪ من علاج الكلام لا بد أن يتم داخل المنزل إذ أن المعالج يقدم فقط المهارات والاستراتيجيات. فالطفل الذى يأخذ دروساً فى البيانو كل أسبوع ولا يمارس العزف على البيانو إطلاقاً لن يتقن العزف. وبالمثل الطفل الذى لا يمارس تدريبات الكلام (التي يوصى بها المعالج) لن يتحسن أبداً.

- تحلى بالصبر فالتحسن يأخذ وقتاً - ربما يحتاج إلى سنوات من العمل الشاق - حتى يتغلب الطفل على مشكلة الكلام. لا تلح على طفلك لأسابيع أو أشهر بعد بدء العلاج أن يبدأ فى الكلام بصورة صحيحة، إذ أن التحسن يتحقق أحياناً بخطوات صغيرة. فإذا شعرت أن طفلك لا يتحسن بعد أشهر قليلة من العلاج تحدث مع المعالج. اسأل إذا كان المعالج يرى أن هناك تقدماً وإذا كان الأمر كذلك فبأى طريقة: أحياناً عندما تكون قريباً جداً من شخص ما يمكن أن تلتفت إلى تلك التغييرات الصغيرة التي تحدث من يوم إلى آخر. ربما تسمع إحدى الخلالات التي تزورك فى الإجازات وهي تعلق على التحسن فى كلام طفلك فتبدأ أنت فى ملاحظته وتصديقه.

### مشاكل الصوت الشائعة:

يرتبط الاضطراب الصوتى بالأحبال الصوتية والحنجرة، كما يتحكم المخ فى الأحبال الصوتية وفى قدرتها على العمل بصورة ملائمة، كما يؤثر الفم والأنف فى صفة الصوت ووضوحه.

والصوت أداة عالية الحساسية وهو يمثل توقيعا الشخصى (البصمة الصوتية) الخاصة بكل فرد منا، وقد تصاب الأحبال الصوتية بالالتهاب مما



يؤثر على نغمة الصوت ولكن ذلك لا يستمر أكثر من أسبوع أو أسبوعين ، ورغم ذلك هناك بعض الأفراد الذين يكون صوتهم مثل صوت الضفادع أو صوتاً قصيراً حاداً، أو أجش . وإذا كان هذا الفرد طفلاً فلا بد من عرضه على الطبيب الذى يفحص الأحبال الصوتية لاكتشاف سبب غلظة الصوت ، ويمكن فحص الأحبال الصوتية بالأشعة أو استخدام المنظار الطبى مما يتيح للطبيب مشاهدة الأحبال الصوتية أثناء تحركها عند كلام الطفل .

والأحبال الصوتية تكون على شكل حرف V فى الوسط وعندما نتكلم تهتز هذه الأحبال وتتذبذب مرات كثيرة عندما يمر الهواء من الرئتين ، وعندما يكون فى جانبى الأحبال الصوتية ورم أو يكون أكثر سمكاً من الجانب الآخر فإن الأحبال الصوتية لا تتزامن بصورة ملائمة عندما تتذبذب وهذا يؤدى إلى إنتاج صوت غليظ أو أجش .

#### أورام الأحبال الصوتية:

هى أكياس مليئة بالسائل يمكن أن تتكون على بطانة الأحبال الصوتية ويمكن ظهورها مبدئياً بسبب إجهاد الصوت من مجرد مناسبة واحدة، مثل الغناء فى حفل صاخب، وإذا استمر الطفل فى استخدام صوته فإن الحبل الصوتى يتهيج ويزداد التورم .

#### العقد الصغيرة على الأحبال الصوتية:

وهى عبارة عن أورام صغيرة صلبة على أحد جانبي الأحبال الصوتية، وعندما يصطدم الجانب المتهيج بالجانب الآخر من الأحبال الصوتية عند التذبذب فإن صلابتها تهيج الجانب الآخر من الأحبال الصوتية لدى الطفل والذى يعانى من مشكلة غلظة الصوت طويلة المدى مثل الهتاف المرتفع أو الصراخ والسعال المزمن أو الكلام مع بذل الجهد والتوتر، والعقد الصغيرة أكثر انتشاراً عند الأولاد، وأكثر شيوعاً من أورام الأحبال الصوتية .



والطفل الذى يعانى من العقد الصغيرة على الأحبال الصوتية يكون أكثر ميلاً إلى الشعور بالتعب أثناء الكلام ويصبح صوته أجش بصورة أكبر مع انقضاء اليوم.

ومن الصعب أن يتكلم الطفل بصوت مرتفع أو أن يصرخ بدون أن يشعر بعدم الارتياح، فإذا كانت العقدة قد تم تركها بدون علاج فإن الطفل يواصل بذل مزيد من الجهد للكلام مما يجعل المشكلة ملفتة للنظر بصورة أكبر إلى أن يعجز عن الكلام ويصل إلى درجة الهمس البلعومى. وهنا يصبح التدخل الجراحى هو الحل الوحيد.

وبجانب أورام الأحبال الصوتية والعقد الصغيرة هناك مشكلات أخرى قد يعانى منها بعض الأطفال مثل الورم الخُلُمى وهو نمو سريع يحدث فى منطقة الأحبال الصوتية عند بعض الأطفال، وهو يتسبب فى صعوبة التنفس وأيضاً أورام الأوعية الدموية والأورام الحبيبية وهى غير شائعة ولكنها قد تحدث فى بعض الأحيان.

وفى بعض الأحيان يكون الصوت الأجش أو الغليظ بسبب إساءة استخدام الطفل لأحباله الصوتية الأمر الذى يؤدي إلى غلظة الصوت لأن الإجهاد المستمر للأحبال الصوتية يؤدي إلى تورم الأحبال.

(Hegde, 1991; 120 - 130)

#### خصائص الأطفال الذين يعانون من مشكلات الصوت:

يمكن للأطفال الذين يعانون من مشاكل فى الصوت أن يقوموا بـ:

- إصدار أصوات قصيرة حادة أثناء الكلام.

- تقطع أنفاسهم قبل إتمام جملة عادية.



- لا يتحدثون بصوت مرتفع يمكن أن يسمع في الحجرة.
- يصدرون أصواتًا خشنة وفضة أو ذات بحة لأكثر من عشرة أيام أو يعانون من نوبات متكررة من التهاب الحنجرة في سنة واحدة.
- ينظفون حنجرتهم (يتنحنون) كثيراً.
- الصوت يخرج من البلعوم في نهاية اليوم أكثر منه في الصباح.
- يفتحون أفواههم ولا يخرج منها كلمة لمدة ثانية أو ما يقرب من ذلك.
- الصوت أشبه بشخصين يتكلمان في نفس الوقت ولكن بطبقات صوت مختلفة.
- أصواتهم مشروخة مصحوبة بالتأتأة أثناء الكلام.
- الصوت مجهد وبلعومي عند الضحك أو البكاء.

### كيف تؤثر مشكلات الصوت في الطفل؟

الصوت الأجرش الخارج من الأحبال الصوتية يسبب مشكلة كبيرة لبعض الأطفال وخاصة في المراحل الأولى. وبالإضافة إلى المشكلات الطبية فإن فظاظه الصوت تسبب إزعاجاً أكثر من أى شىء آخر، والمشكلة بالطبع تكمن في التأثير طويل المدى على قوة ونوعية صوت الطفل واحتمال الجراحة إن أصبحت غلظة الصوت أكثر سوءاً، وإننى أعرف أطفالاً أمضوا اثنتى عشرة سنة بالمدرسة وهم يعانون من مشكلة متوسطة من الصوت الأجرش الأمر الذى يعنى فى معظمه أنه ليس سيئاً ولا أفضل. وبالنسبة لهم ولوالديهم لم يكن هذا الأمر يمثل مشكلة تستدعى الانزعاج، وبالنسبة للأطفال الآخرين - مع ذلك - فإن الفظاظه الصوتية لها تأثيرات أكثر خطورة، وبالإضافة إلى



التأثيرات المحتملة طويلة المدى والتي ذكرناها آنفاً إذا تم تركها بدون علاج فإن فظاظة الصوت يمكن أن تؤثر بخطورة على قدرة بعض الأطفال على الاتصال والمشاركة بفاعلية في الفصل ولهذا السبب لا بد أن تقوم معظم المدارس بتقديم خدمات علاجية لهؤلاء الأطفال.

وعلاج مشكلات الصوت الناتجة عن سوء استخدام الأحبال الصوتية يركز على تغيير السلوكيات التي تجهد الأحبال الصوتية.

فإذا كانت التغييرات في الروتين اليومي للطفل لا تحسن من صوته بدرجة كافية فإن علاج الكلام أو الصوت يمكن أن يكون مفيداً. والعلاج يساعد الطفل على الكلام بطريقة أقل إجهاداً للصوت.

وتغيير أو ضبط الطريقة التي يستخدمها الطفل الصغير في إخراج صوته ليست مهمة سهلة مع ذلك. فالأولاد على وجه الخصوص يميلون إلى إخراج مجموعة متنوعة من الأصوات عند اللعب، وهم أكثر ميلاً بصورة ذات دلالة إلى سوء استخدام صوتهم. وتقليد ماكينات السيارة والطائرات المتضاربة والأبواق وآلات التنبيه وأصوات الحيوانات كلها طرق طبيعية للعب بالنسبة لعدد كبير من الأطفال. ولكن بالنسبة للبعض مثل هذا اللعب المصحوب بالضجيج يمكن أن يفاقم مشكلة الصوت.

ويستاء الأطفال في أوقات كثيرة من قطع أو مراقبة أصواتهم. وبالنسبة إلى الأطفال الصغار فإن التفكير الشعوري فيما يقولون أو التذكيرية والمكافآت في العادة لا ثمار لها. ويقول الآباء إنهم يشعرون بالذنب إذا لم يتدخلوا لجعل طفلهم يتوقف عن ذلك كلما حدث ذلك منه. ومع ذلك - فعندما يفعلون ذلك يشعرون بأنهم مثل الرجل السيئ الذي يحاول أن يحرم أطفاله من البهجة. لا توجد إجابات سهلة وأحياناً تتوانى المشكلة وتباطأ وتصبح تحت المراقبة الطبية حتى يصبح الطفل في سن أكبر ليعرف ماذا يفعل؟



ماذا يستطيع الآباء أن يفعلوا لمساعدة الطفل الذي يعاني من مشكلة الصوت؟

إذا أظهر طفلك أى سلوكيات محددة تتعلق بمشكلة الصوت لأكثر من أسابيع قليلة فاستدع الطبيب لفحص الحالة. ويُفضل طبيب الأنف والأذن والحنجرة. فإذا شعر الطبيب أنه من الملائم إحالة الطفل إلى معالج للكلام فلا بد من الإحالة. وبمجرد عمل التشخيص ضع هذه الأفكار نصب عينيك:

- حاول أن تساعد طفلك على تغيير عادات الكلام باتباع توصيات معالج الكلام بدقة.

- هبى للطفل منزلاً هادئاً. تأكد أن الطفل لا يتكلم فى جو الموسيقى الصاخبة أو أصوات أجهزة التكييف العالية مثلاً.

- إذا كانت التوصية براحة الصوت فمن المحتمل أن لا يصدر طفلك أى صوت إطلاقاً حتى يصل العلاج إلى التأثير المطلوب. وهذا يعنى عدم الضحك أو البكاء أو الهمس رغم صعوبة تحكم الطفل فى ذلك.

- تأكد أن كل مشكلات الحساسية والتنفس والجيوب قد تمت معالجتها حتى إن طفلك أصبح لا يسعل أو يعطس أو يتنحنج (يسلك زوره) مراراً وتكراراً.

- أغلق راديو السيارة حتى لا يضطر طفلك إلى الصراخ حتى تسمعه.

- ساعد طفلك على التعود على المشى إلى شخص يريد أن يتحدث إليه بدلاً من الصراخ فى الحجرة أو على السلالم.

- رغم أن مشكلات الصوت لا تؤدي عادة إلى مشكلات أكاديمية أو حرج اجتماعى كما تؤدي إليه مشكلات الكلام الأخرى أحياناً، إلا



أنه يجب عليك أن تراقب حالة صوت طفلك بدقة لمنع حدوث  
النكسات فى المستقبل.

- لا بد من التشجيع المستمر للطفل على الكلام، والقليل من النقد  
لعيوب النطق.

- استعمال الأنشطة البسيطة القائمة على اللعب مفيد جداً لطفلك.

وفى ما يلى بعض المقترحات لمساعدة الأطفال ضعيفى النطق أو الذين  
لديهم مشكلات فى الصوت والى تعتمد فى الأساس على تنمية بعض  
المهارات المعرفية والحركية والبدنية. مثل تنمية الانتباه، والاستماع والتوافق  
الحركى للطفل.

### كيف نساعد الأطفال على الكلام:

هناك سمة من سمات الأطفال المتأخرين أو المضطربين فى النطق وهى  
أنهم ضعيفو التوافق أيضاً. وهذا الضعف ربما يظهر فى صعوبة عمل أبسط  
الأشياء التى تحتاج إلى التوافق مثل البناء أو الرسم أو بصورة عامة مثل التعثر  
فى الأشياء أو إسقاطها أو التأخر فى استعمال اليدين.

والعديد من أنشطة اللعب الشائعة لدى الأطفال تساعد على تعلمهم من  
ناحية النمو البدنى، ويستفيد الطفل ذو التوافق الضعيف من بعض أنشطة  
اللعب التى تركز على الجانب البدنى. وربما يبدو استعمال القلم الرصاص  
والمقص والطباشير والمواد الأخرى محبباً جداً وصعباً فى البداية. فإن الألعاب  
التي تساعد وتشجع الحركات البدنية الأكبر وتشمل اللعب بالكرات الكبيرة،  
وإدارة الكرة أو قذفها قذفاً بسيطاً وكذلك الإمساك بها تبدو أكثر سهولة وأكثر  
جاذبية للطفل.



ويمكن أن يساعد التصفيق والمشي على الموسيقى على إحداث نوع من الإيقاع البدني، وربما تساعد لعبة ذات تعليمات بسيطة للطفل فيكون لديه نموذج الكبار الذي ينسخه، ويمكن أن يكون هذا جزءاً من لعبة ممتعة يشمل الأطفال الآخرين أيضاً. والبالغ الذي يساعد مثل هذا الطفل يجب أن يكون حساساً لما سيفعله الطفل. ويمكن تقديم لعبة تخيلية تتضمن حركات بدنية كبيرة مثل تكوين القطارات البشرية، والتوافق في سكب الماء أو التمتع بأشكال من الصناديق واللوحات أو الحقائق عندما يكون بمقدور الطفل عمل هذا.

وأحياناً يكون لدى الأطفال الذين يعانون من تأخر في النطق أو صعوبات في الكلام قدرة محددة على التركيز. وهذا يعني عادة أن الطفل لا يستمع أو ينظر بعناية مثل باقي الأطفال في نفس سنه وهذا سوف يحد من تعليمه.

ولكى نقرر كيف يساعد الطفل ذا الانتباه الضعيف يجب أن يكون لدينا فكرة عن مستوى التحكم في الانتباه الذي وصل إليه الطفل، ويقترح كل من (Cooper, et al. 1999) أن هناك ست مراحل يمر بها الأطفال في طريق تحسين تحكمهم في الانتباه وكما يحدث مع أي مجموعة من المراحل، يجتاز الأطفال تدريجياً من مرحلة إلى مرحلة أخرى، لذا يُظهر الأطفال سمات لأكثر من مرحلة. وترتبط المراحل بعدد سنوات العمر، ولذلك يعتبر الأطفال في المرحلة الأولى في عمر سنة وهذا هو التطور الطبيعي، وكلما كبر الطفل كلما دخل في مرحلة أعلى وهكذا. ولكن تحدث المشكلة عندما يتوقف نمو الانتباه عند الطفل بما لا يتلاءم مع عمره الزمني ويتوقف عند المراحل المبكرة.



## مراحل نمو التحكم في انتباه الطفل:

### المرحلة الأولى: شديد التشتت

وتكون هذه المرحلة عادية في السنة الأولى من العمر، فانتباه الطفل يكون منصب لحظياً على أى شىء يقع فى بؤرة الاهتمام من الأشياء المحيطة ويتشتت بظهور أى شىء جديد أو سماع أى صوت جديد ويميل الكبار إلى توقع هذا مع الأطفال الصغار ويشعرون بانتباه الطفل بتحديد اللعب. ومع ذلك فإن بعض الأطفال الأكبر سنًا يظلون فى هذه المرحلة تشتتهم الضوضاء واللعب الأخرى وأنشطة الأطفال الآخرين. وهذا التحكم المحدود فى الانتباه ربما يظهر فى السلوك النشط جداً. ومثل هذا التشتت يظهر فى سلوك الطفل الذى يتحرك من نشاط لآخر بسرعة ولا يمكث ساكناً أبداً. ومع ذلك يمكن أن يكون الطفل مشتت الانتباه بهذه الدرجة ولا يتحرك بكثرة وهو جالس مكانه مثل الطفل الكسلان ذى النظرة الزجاجية اللامعة عندما يهرب منه انتباهه. أما الطفل المشتت بسبب ما يدور داخل رأسه من خيالات وقلق فربما يكون مضطرباً عاطفياً وقليلاً ما نجد مثل هذا الطفل.

النقطة الحاسمة فى مساعدة الطفل المشتت الانتباه هو تنظيم وقت خاص يقضيه مع أحد الكبار فى غرفة هادئة بدون تشتيت للانتباه، فليس من المحتمل أن يتحسن طفل كبير ذو تحكم محدود فى الانتباه وهو فى وسط مجموعة من الناس فهو سيرغب فى أن يكون الكبير متبهاً معه انتباهاً كلياً. ومبدئياً فلن يستمر هذا الوقت المخصص طويلاً، فانتباه الطفل المشتت يتركز لدقيقة أو اثنتين فقط. وهذا يتحسن تدريجياً إذا ثابر الكبار لعدة أسابيع.

وتختار اللعب والأنشطة التى تثير اهتمام الطفل، فإذا كان اهتمام الطفل متجهاً إلى كرة القدم فيمكن أن يصمم الكبار ألعاباً بسيطة بالكرة وليس مجرد ركل بلا هدف بل ربما إدارة الكرة وركلها داخل مرمى أو قذفها داخل حلقة



وسيححتاج الأطفال مشتتو التركيز إلى لفت انتباههم من قبل الكبار وذلك عن طريق عبارات مثل (طفلتى، انظرى إلى، أو حمادة: استمع الآن) ولمس الطفل برقة يضيف تأكيداً لجذب انتباه الطفل.

وعندما تساعد طفلاً كبيراً فى هذه المرحلة فالهدف هو تقليل عوامل تشتته قدر الإمكان، وإذا لم ينظر الطفل لك فيمكن تصميم ألعاب لمعالجة هذا، ويمكن لألعاب مثل ألعاب الاستغماية أو قذف التوت أو التصفيق أو النظر فى المرآة أو الإمساك بلعبة يحبها الطفل بجانب وجهك كل هذه الألعاب تساعد فى تحسين الارتباط البصرى. ويمكنك تحويل رأس الطفل تجاه اللعبة أو وضع يده أو إصبعه على اللعبة التى تريده أن ينظر إليها. ويمكنك أن تجلس الطفل فى حرك أو تقف وراءه مع إمساكه بلطف لتقلل التشتت وتزيد من فرص جعله ينظر ويسمع، ومبدئياً فليس واقعياً أن تتوقع أن يقضى الطفل وقتاً طويلاً فى نشاط واحد فيجب أن تكون اللعبة قصيرة وناجحة. على سبيل المثال: يقوم الطفل المشتت بوضع مكعب واحد فى الصندوق، ويجب أن يشجع الكبار على نجاح هذا وبمرور الأيام تزيد المكعبات التى يضعها الطفل قبل أن يشتت انتباهه. وإذا استطاع الطفل أن يتحمل تتابع أكثر من نشاط فيمكن أن يبدأ الكبار اللعبة التالية (خلفك أو فى شنطة أو تحت المنضدة) وإعادتها عندما ينتهى النشاط الأول.

### المرحلة الثانية: الانتباه الثابت

يمكن للطفل فى السنة الثانية من العمر أن يركز عادة على مهمة واحدة يختارها بنفسه، ومع ذلك فإن هذا التركيز يبدو ثابتاً وربما لا يسمح الطفل بتعليقات الكبار أو تدخل الآخرين من الأطفال الذين يريدون فعل أشياء بطريقة مختلفة. وفى هذه المرحلة يوصف الأطفال بأنهم "عنيدون" ومع ذلك فليس هذا رفضاً متعمداً للتعاون، فأطفال هذه المرحلة لا يستطيعون التأقلم



على سماع المحادثات والاستمرار في نشاط معين في نفس الوقت. ولم يتخط بعض الأطفال الكبار هذه المرحلة وربما لا تلاحظ هذه المشكلة لديهم لأنهم يظهرون منمكين في اللعب، ولكن بملاحظة الأطفال الكبار والذين لا يكون انتباههم منضبطاً على مستوى المرحلة الثانية سيظهر أنه محدد في اختيار أنشطة اللعب ويتعامل مع اللعب بطريقة تكرارية وهو دائماً ما يذهب لنقطة البداية - على سبيل المثال - ربما يذهب إلى الرمال ويستخدم نفس الدلو والمعول ليعمل الفطائر. وأول خطوة لمساعدة هذا الطفل على التقدم بسهولة بعيداً عن النمط الصلب أو التقليدي. أولاً يمكن الجلوس بجانب الطفل وإمساك يده بلطف أو إدارة رأسه بلطف، وبإتسامة تشجيع يجذب الكبير انتباه الطفل ويمكن أن يدخل الكبار تعديلات طفيفة على اللعب لإطالة فترته.

ومهما كان نشاط اللعب مع هذا النوع من الأطفال فإن الكبار يجب أن يكونوا مستعدين لإعطاء تعليمات رقيقة تجذب انتباه الطفل. ومن المفيد ذكر اسم الطفل في بداية أي تعليمات مثل: (سالى، استمعي الآن أو أحمد: انظر ها هو حذاؤك). ونحن بحاجة إلى أن يكون هناك مكافآت مصاحبة لتلك الأنشطة وأن نكون واضحين فيما يتعلق بكيفية استخدام مواد اللعب. ولوحة الأشكال تعتبر اختياراً جيداً حيث يكون من الواضح ما إذا كان الشكل مناسباً للتجويف أم لا. والأشكال المرتبة بطريقة لها معنى أفضل من الموضوعية بطريقة مفردة حيث تكون الصورة غير واضحة عندما تثبت بعض القطع معاً. وربما ينزع الطفل بعض المواسير ليرى سبب الضوضاء التي بالداخل. وربما يبنى برجاً من المكعبات ليهدمه مرة أخرى أو يضع أشكالاً على دعامة في نمط لعبة حيث يمكن الضغط على دافعه فتندفع الأشكال في الهواء.



### المرحلة الثالثة: انتباه أكثر مرونة (أحادى الاتجاه):

وتنمو هذه المرحلة بطريقة عادية ما بين العامين والثلاثة أعوام من العمر. وفي هذا المستوى من التحكم فى الانتباه يكون انتباه الطفل منصباً فى اتجاه واحد ولكنه يصبح أكثر مرونة، حيث يحدث للطفل انتقال من الأنشطة استجابةً للتعليمات ثم يرجع إلى النشاط ثانية. ومع ذلك فالكبار ما يزالون مهتمين جداً فى تركيز انتباه الطفل، حيث إن الطفل لا يمكنه القيام بهذا وحده. وقبل إصدار أى توجيهات يجب أن يتأكد الكبار من أن الطفل يسمع وينظر حيث إن الطفل فى وسط المجموعة ربما لا يكون واعياً إلى أن الكبير يتكلم إليه وخاصة عندما لا يكون الكبير قريباً منه.

والأطفال فى هذه المرحلة غالباً لا يستجيبون للتعليمات العامة التى تعطى للمجموعة، ويجب أن يكون لدى الكبار الصبر ويكرروا الطلبات مباشرة للأفراد. وعندما يقترح الكبار شيئاً للطفل بخصوص اللعب فسيكونون بحاجة لتشجيع الطفل على تنفيذ الاقتراح أو مساعدة الطفل ببساطة على التركيز فى نشاطه.

وعندما يتقدم الطفل عن المرحلة الثالثة، لا يكون هناك احتمال لوجود مشاكل، ويمكن أن يساعد الكبار فى هذا التقدم بأن يكونوا مثلاً جيداً وينتبهوا للطفل بكونهم متفهمين لكم الذى ينبغى على الطفل تعلمه.

### المرحلة الرابعة: بناء انتباه (أحادى الاتجاه)

بين العام الثالث والرابع يصبح الأطفال أكثر قدرة على الانتقال من نقطة اهتمام (الناس - اللعب - الكلمات) إلى أخرى. ولكن انتباه الطفل ما يزال أحادى الاتجاه؛ أى أنه يركز فى شىء واحد كل مرة. ولكنه بمقدوره إيقاف ما يفعله وينظر ويستمع إلى شىء ما ثم يعود للنشاط مرة أخرى.



وبالطبع فإن هذا لا يحدث على أكمل وجه كل مرة. وسوف يكون هناك مناسبات ينهمك فيها الطفل في اللعب للدرجة التي لا يدرك فيها أن شخصاً يتحدث إليه أو ربما يختار ألا يستمع إلى الآخرين.

### المرحلة الخامسة: بداية الانتباه ذى الاتجاهين

وبين العام الرابع والخامس من العمر، يبدأ الأطفال فى بناء انتباه ذى اتجاهين لفترات قصيرة من الوقت. وهذا يعنى أن الطفل بإمكانه الحديث والإشارة فى نفس الوقت، أو الاستماع إلى التعليمات دون التوقف عن فعل الشيء. ولكن إذا كانت التعليمات أو المهمة صعبة فربما يجب الالتزام بناحية واحدة فقط.

وبحلول هذه المرحلة يكون الطفل أكثر قدرة على التعلم داخل مجموعة ويكون أكثر فهماً أن التعليمات التى تعطى لمجموعة تنطبق على كل فرد على حدة.

### المرحلة السادسة: بناء انتباه ذى اتجاهين

فى حوالى السنة الخامسة من العمر يكون بإمكان الأطفال البقاء فى انتباه ذى اتجاهين لفترة طويلة. ويمكنهم مساندة التعلم فى مجموعة فى مدرسة أطفال ويمكنهم أن ينتبهوا جيداً إلا إذا كانوا متعبين أو غير جيدين صحياً أو شغبيين جداً.

ولا يركز هذا الجزء من الفصل على مرحلة معينة من مراحل ضبط الانتباه بل إنه يعد مصدر أفكار لمساعدة أى طفل يمكن أن يتحسن استماعه وانتباهه وتذكره. ومعظم الأفكار هى عبارة عن أنشطة لعب ممتعة للأطفال الذين ليس لديهم مشاكل فى هذه المرحلة.



## العب للمساعدة فى الاستماع وتمييز الأصوات:

إذا كان لديك عدد من الأطفال ضعيفى الاستماع فإن أول ما يجب أن تفعله هو إلقاء نظرة على البيئة المحيطة وعلى الكبار الموجودين فيها. وإذا كان الأطفال فى غرفة (بيت، حضانة، ملعب) حيث يوجد مستوى عالٍ من الضوضاء ومن نداءات الكبار وتشغيل الراديو أو التليفزيون فربما يقوم الأطفال بتقية (فلتر) كل هذه الضوضاء. وليس من الضرورى أن ينتبهوا فقط إلى أن عنصراً واحداً من الضوضاء موجه إليهم. ويمكن أن يساعد الكبار الأطفال على الانتباه والاستماع بالتأكد من عدم وجود ضوضاء فى المكان المحيط بهم. وتوجد الضوضاء فى فترات اللعب ولكن الخلقات الرئيسية تكون هادئة. ويمكن أن يساعد الكبار الأطفال فى التحكم فى عادة الصراخ فى الأطفال من على مسافة بعيدة. فهناك أوقات يكون الطفل فيها على وشك عمل شيء خطير بالنسبة له أو مؤذٍ لشخص آخر وهنا يجب على الكبار أن يصرخوا. فهذه استثناءات لأنه إذا أصبح الصراخ هو القاعدة فسوف يتعلم الأطفال - دون أى دهشة - أن يصرخوا أيضاً ويتجاهلوا بقدر استطاعتهم الصراخ من حولهم. وبقدر الإمكان يجب أن يتأكد البالغون أنهم قريبون جداً من الطفل الذى يتحدثون معه وأنهم يتحركون تجاه الطفل الذى يريد أن يتحدث معهم. ومن المهم أن يخلق الكبار موقفاً يثق فيه الأطفال بالحصول على انتباه الكبار. وهذا لا يعنى أن الأطفال مسموح لهم بالمقاطعة فهناك حُظات ومناسبات يطلب الكبار منهم فيها الانتظار لدقيقة.

فلو نظرت بصدق لبيئة الطفل المباشرة ودور الكبار فيها وشعرت أن الطفل ما يزال لديه مشكلة استماع يكون من المهم إذن أن تقوم ببعض ألعاب الصوت الرياضية معه. وعلى أبسط مستوى من هذه الألعاب، تقوم بإحضار علبتين متشابهتين من الصفيح أو الكرتون ونضع لعبة صغيرة أو جرساً



بإحداها عند ذلك تحرك العلبتين وعلى الطفل تحديد العلبة التى تحتوى على اللعبة، ومن الممكن تنويع هذا بإحضار أوعية مختلفة وألعاب تحدث أصواتاً مختلفة ولعباً أهدأ أو أعلى صوتاً. وأسلوب آخر وهو إحضار لعبتين يصدران أصواتاً بالطبيعة أصلاً (مثل الجرس أو المزمار) ولكن أحد الألعاب صامت وعلى الطفل تحديد أى الأجراس يعمل وأى لعبة تصدر صوتاً وهكذا.

ويمكن جعل ألعاب الصوت أكثر تعقيداً إذا لم ير الطفل الشيء المهتز ويمكن أن يحضر الكبير لعبتين مختلفتين مثلاً (جرس، ومكعب يصدر صوتاً فى صندوق خشبى) ويهز إحداها خلف ستارة أو تحت المنضدة، وعندما تصدر الأصوات يحدد الطفل من أيهما صدر الصوت. وطريقة أخرى تساعد الطفل فى تمييز الأصوات هى تأليف لعبة تصدر فيها الأصوات من كبار يقفون فى أماكن مختلفة فى الغرفة وعلى الطفل تحديد أى شخص أصدر الصوت. ومن الواضح أن أى من هذه الألعاب يجب أن يكون فى جو هادئ.

### مساعدة الأطفال على النظر الدقيق؛

يمكن أن تساعد الألعاب البسيطة الممتعة الطفل على النظر بدقة أكثر وبالتالي الانتباه للتفاصيل الدقيقة نوعاً ما. وكذلك الأنشطة الخارجية يمكن أن تكون مفيدة مثل الأنشطة الداخلية، وربما تشجع ألعاب مثل الاستغماية الطفل على النظر طالما كان الكبير مستعداً للمساعدة على قدر استيعاب الطفل للعبة. فالأطفال الذين هم ليسوا من نفس السن عندما لا يستطيعون فهم قواعد اللعبة يمكنهم لعب ألعاب أخرى كاصطياد الأشياء المخفية المنتشرة خلال منطقة صغيرة.

والأنشطة داخل البيت مثل وصف الصور أو نسخة مبسطة من الصور المزدوجة يمكنها أن تساعد الطفل على النظر، ويمكن تبسيط ألعاب مثل إخراج الشيء الشاذ فيمكن عرض مجموعة من الكراسى أحدها عكسى أو



صف الأكواب أحدها مقلوب، ويمكن أن يعرض المدرس عملية إيجاد الشيء الشاذ أو يطلب من الطفل جعل كل الأشياء مثل بعضها. والكبار ذو القدرة على التخيل يمكنهم إحداث تغيرات في أبسط محتوى لعبة إخراج الشيء الشاذ أو ألعاب الصور ذات الأخطاء الواضحة أو المتعمدة التي يقوم بها الكبار أثناء اللعب أو الشؤون الروتينية العائلية، فمن خلال اللعب أو المساعدة في مهام الكبار يشجع الطفل على النظر الدقيق على إيجاد السيارة المختلفة داخل صندوق المكعبات أو الملعقة وسط الأطباق. ويمكن أن تكون مثل هذه الألعاب ذات تحدٍّ للطلبة الذين ليس لديهم مشاكل في النظر، أما ذوو المشاكل فيجب انتقاء أنشطة أبسط تناسبهم.

#### مساعدة الطفل ذي الذاكرة الضعيفة:

إن الأطفال ضعيفي الانتباه أحياناً ما يكونون ضعيفي التذكر أيضاً، ويبدو أنهم ينسون بسرعة أو من المحتمل لا يستمعون بصورة صحيحة من البداية. فإذا طلبنا من الأطفال الذهاب لإحضار أشياء في نفس الغرفة ربما يساعد في هذا. والمحادثات عن أحداث الماضي القريب، مثلاً ما حدث في الصباح تشجع الطفل على بذل مجهود بسبب اهتمامك. وهناك عدد من الألعاب تساعد على التذكر لفترات قصيرة من الوقت.

وعندما يستطيع الطفل ذو الذاكرة الضعيفة تمييز الأصوات البسيطة يمكنك تجريب لعبة نسخ تتابع قصير من الأشياء المختلفة التي يمكن سماعها. ومثال على ذلك يمكن أن يكون هز جرس ثم دق طبله ويقوم الطفل بتقليد ذلك بأدواته الخاصة. ولو استمتع بهذا فيمكن تطوير هذا التابع إلى أنغام بسيطة. ويمكن تشجيع الطفل على تذكر تتابع قصير من اللعب موضوعة على أنبوبة حيث يضع الكبير تتابعاً من (سيارات - مكعب - بلية) في أنبوبة ثم يقوم الطفل بعمل نفس الشيء في أنبوبة وإذا تعرض الطفل لصعوبة



حقيقية فى التذكر فىمكن تذكره ببداية اللعبة على أن يقوم بالتنفيذ بعد ذلك .  
ويمكن تطوير ألعاب تساعد الطفل على التذكر لفترات قصيرة من الوقت  
وهى تتضمن التعليمات والعروض التوضيحية، مثلاً: لمس أجزاء الجسم،  
إخفاء الأشياء، القفز البسيط ثم التخطى، والقفز القوى فى تتابع . ولأنه من  
المحتمل الربط بين ضعف التحكم فى الانتباه وضعف الذاكرة يجب أن يستعد  
الكبار ليضمنوا أنهم يستحذون على انتباه الطفل فى البداية من كل تتابع .

ومرة أخرى يمكن جعل ألعاب الذاكرة أكثر تعقيداً، وربما يستمتع  
الطفل الكبير بنسخ بسيطة من لعبة الحفلة وهى لعبة تذكر الأشياء على صينية  
أو لعب (ذهبت لحديقة الحيوان ورأيت . . . .) وعلى أية حال عندما يلعب  
الطفل هذه الألعاب بثقة فإنه ليس من المحتمل أن يكون لديه أى مشاكل فى  
الذاكرة .

### صعوبة تعلم المفاهيم المجردة:

عندما يكون لدى الصغار صعوبة واضحة فى التحدث فإن هذا يظهر  
ميل الكبار للبحث عن طرق للاتصال معهم لا تعتمد على الكلمات وربما  
يستخدمون الإشارة أو العرض . ومع ذلك فالأطفال عند التحدث يكون لديهم  
مشكلات فى فهم المفاهيم المجردة مثل الأرقام والألوان، فالأنشطة التعليمية  
غالباً ما تعتمد على التوضيحات المنطوقة ومع ذلك فهناك مغزى كبير من  
العودة بالطفل المشوش إلى مرحلة ما قبل اللغة وذلك فى مراحل معينة من  
التعلم (أى العودة به إلى المعرفة البصرية، وإلى الترتيب البسيط، وأنشطة  
التوصيل بعيداً عن الكلمات التى تسبب إرباكاً فى القضية) .

وتتطلب العديد من المفاهيم التى يتعلمها الأطفال تمييزاً بصرياً دقيقاً،  
فتعلم الألوان يتطلب تجاهل الأطفال عديداً من الملامح الأخرى للأشياء التى  
تخبرهم أنها " زرقاء " مثلاً . وقد تعلموا حتى الآن أن مجموعة معينة من



الأشياء التي تشتمل على (بلوفر، قالب بناء، سيارة لعبة، ودراجة) ويصر الكبير على أن كل هذه الأشياء المختلفة هي "أزرق" بالإضافة إلى ذلك فإن إحداها (طرية) والأخرى (صلبة) وأخرى تسير بسرعة وأخرى كبيرة. ويتعلم الأطفال تطبيق هذه المفاهيم المجردة بسماع المعلومات بانتظام مع الكبار وهذا يرتبط بخبراتهم ولعبهم بأشياء لها صفات مختلفة. ويظهر جميع الأطفال مستوى من مستويات التشوش قبل أن تتضح المفاهيم المختلفة، ويستمر التشوش مع بعض الأطفال لمدة طويلة، وربما أصبح الطفل قلقًا إلى حد ما بخصوص تعلم شيء معين، كلما كان هناك سبب يدعونا إلى إنفاق بعض الوقت مع بعض الأنشطة البسيطة. وهذا ربما يوفر الفرصة للكبير لكي يقول عبارات مثل "أحسنت، هذا سهل عليك، أليس كذلك؟ أراهن أنه بإمكانك فعل شيء أصعب".

### تعلم الألوان:

من المهم للكبار أن يضعوا في اعتبارهم الفرق الرئيسي بين التوفيق بين الألوان وتحديد الألوان. فالتوفيق بين الألوان يستلزم من الطفل الانتباه إلى الفروق اللونية التي يمكن ملاحظتها والحكم ما إذا كان لون شيء ما هو نفس لون شيء آخر أم مختلف عنه، وهناك مقارنة مباشرة ممكن أن تراها الطفلة أمامها وهي مهمة أسهل من تحديد الألوان وهي تتطلب من الطفل أن يقول اللون المناسب لشيء أو يجد لونا معينًا بدون أي مقارنة. ولو تعلم الطفل الألوان دون أن يحدث له تشوش كبير، فربما لا يلاحظ الانتقال التدريجي من التوفيق إلى التحديد. فالطفل يتعلم من خلال المحادثة وأنشطة اللعب التي تتضح خلالها أحيانًا الألوان وأحيانًا مفاهيم أخرى. وتساعد على بناء المعلومات تعليقات الكبار مثل: (هل يمكن إخراج بنطلونك الأحمر اليوم؟ هل تريد بعض الألوان الخضراء، هل تبحث عن البطانية الصفراء؟) وترتبط



ألعاب التوفيق والترتيب بين الكلمات وما يستطيع الطفل رؤيته، وبإمكان الطفل الأصغر سناً أن يستمتع بمثل هذه الألعاب وسوف يكون الطفل المشوش الأكبر سناً بحاجة إلى بساطتها. وأبسط مستوى للتوفيق بين الألوان هو الحصول على وعاءين كبيرين ذى لونين مختلفين ربما أحمر وأزرق ومجموعة من الأشياء الصغيرة المتماثلة (الكل سيارات، الكل مكعبات) ما عدا أن بعضها أزرق والبعض الآخر أحمر. وسوف يشرح الكبير اللعبة للطفل بوضع واحد أو اثنين من الأشياء الصغيرة فى نفس الوعاء اللونى، وربما يقوم بعمل خطأ ثم تصحيحه ليؤكد على هذه النقطة. وبعد ذلك يمكن للطفل أن يحاول بنفسه، ويكون الحوار فقط عن (نفس الشيء) أو (مختلف).

ويجب أن يتحدد مكان هذا النشاط وكمية المحادثة بواسطة الطفل فقط حيث يبين الطفل مدى استعداده. ويمكن إضافة أوعية كبيرة صفراء وخضراء ثم أشياء صغيرة من نفس اللون لأداء اللعبة. وعندما يتعلم الأطفال فلن يحتاجوا للوعاءين الكبيرين كنقطة مقارنة حيث سيكون بمقدورهم تمييز الألوان وسط الفروق الأخرى بين الأشياء. فيمكن تصنيف مجموعة من المكعبات على أساس ألوان مختلفة، فصندوق اللعب يمكن ترتيبه بإخراج اللون الأحمر أولاً ثم الأزرق... إلخ، وكذلك يمكن تصنيف الصور المفصولة من المجلات والكتب بنفس الطريقة.

ويمكن عندئذ تقديم أسماء الألوان فى المحادثة ولكن كمعلومات للطفل وليس كسؤال عن اللون حتى لا يمثل ضغطاً على الطفل، أو يمكن أن يكون السؤال غير مباشر مثل (إننى أبني برجاً أحمر، هل يمكن أن تحضر لى مزيداً من المكعبات الحمراء؟) مؤكداً ذلك بحمل مكعب أحمر اللون، ويمكن للكبير أن يحكم أو يحدد متى يستجيب الطفل باهتمام للسؤال عن الألوان (ما لون بنظونى؟) (أين الأشياء الحمراء؟) وفى هذه النقطة يستطيع الطفل ربط أسماء الألوان بما يراه وسيزداد نهمه لمعرفة المزيد.



## تعليم الأرقام:

مثلما يبدأ بعض الكبار بتعليم الألوان بسؤال "ما لون هذا؟" كذلك يبدأ البعض عند تعليم الأرقام بمستوى معقد. فالأطفال يبنون تدريجياً مفهوماً للرقم ويمكن أن يعاونهم الكبار في بناء هذا المفهوم وذلك في مراحل ما قبل اللغة. وبعض الكبار يؤكدون على ترديد الأرقام: (يمكنها أن تعد حتى العشرين) دون أن يدركوا أن الطفل قد تعلم الأرقام على أنها أغنية من أغاني الروضة فهي بالنسبة له عبارة عن مجموعة من الكلمات التي ليس لها أى معنى. وربما لا يكون الطفل قد أدرك فكرة عد الأشياء أو يفهم أمراً كهذا «أعطني ثلاثة مكعبات» فالأطفال يجب أن يتعلموا كلمات مثل (كثيراً، قليل، مشابه، أو مختلف) حتى تعطى كلمات الأرقام معنى وسط الأشياء المختلفة.

ويمكن أن تمكن بعض الألعاب التي تساعد الأطفال في العمل بمجموعتين من الأشياء أن يكونوا تأكيداً مرثياً عن وجود (أقل / أكثر / نفس الشيء) ويستمتع الأطفال الذين يتعلمون الأعداد وكذلك المشوشون بخصوصها بالألعاب والاشتراك في الأنشطة العائلية. وتشتمل هذه الألعاب على لعبة وضع القبعات على الدمى أو الأكواب على الأطباق استعداداً لحفل شاي والمساعدة في إعداد السفرة وبناء الأبراج بالمكعبات وأنشطة أخرى كثيرة ويستطيع الطفل أن يدرك أن هناك شيئاً ناقصاً ويقوم الكبير بتفسير جمل مثل (نحتاج إلى قبعات أكثر) أو (ينقصنا ملعقتان) ويمكن أن يشجع الطفل المهتم بإجابة سؤال (كم عدد الأطفال في حفل الشاي؟) أو (ما عدد المكعبات في البرج؟) وتمارين العد له مغزاه إذا قام الطفل بعد أشياء حقيقية أو صور بدلاً من مجرد ترديد الأرقام. ويمكن أن يبدأ الأطفال في فهم الأعداد خلال لعبة (لدى كومة من 10 سيارات) حيث يعد الطفل ثم يأخذ الطفل سيارتان ثم



يقوم الطفل بالعد مرة أخرى . أو يقوم بعد درجات السلم أو الخطوات خارج الغرفة وهذه أشياء تعطى معنى للأرقام فى الحياة.

### تعلم الحجم والشكل:

إن الكبار غالباً ما يكونون كسالى بخصوص استخدام كلمات الحجم مثل (أكبر) ليعنوا بها (أطول، أكثر سمناً أو حتى أكبر سنًا) فيقولون مثلاً: (عندما تكون طفلاً كبيراً ستذهب إلى المدرسة). وتبقى مظاهر كسل الكبار فى تعلم الأطفال وتظهر أثناء الكلام ولكن بوضوح سيتعلمون الكلمات الملائمة بسرعة إذا استخدم الكبار كلمات (طويل، قصير، بدين، نحيف) وهكذا.

\*\*\*





# الفصل الثالث

## تعريف اضطراب اللجاجة



أولاً: تعريف باضطراب اللجاجة.

ثانياً: سلوكيات اللجاجة.

ثالثاً: أسباب حدوث اللجاجة (النظريات المفسرة).

رابعاً: جدوى علاج اللجاجة.

"اللجاجة ليست في فهم المتلجج وإنما في أذن المستمع"

(وندل جونسون W Johnson)



## الفصل الثالث

### تعريف اضطراب اللجلجة

#### أولاً: التعريف والمفهوم

عُرِفَت اللجلجة كاضطراب في الكلام منذ قديم الزمان فذُكرت في الكتب والتراث الشعبي. كما عُرِفَ عن كثير من العظماء أنهم كانوا يعانون من اللجلجة في الكلام ومنهم النبي موسى عليه السلام، وكذلك أرسطو، والسياسي تشرشل، والملك جورج السادس وغيرهم.

(زكريا الشربيني، 1994: 160).

#### أ - التعريف اللغوي للجلجة:

وردت في المعاجم العربية ألفاظ كثيرة متشابهة منها: الرتة، العقلة، اللجلجة، الحُبسة، اللفف، اللعثمة، التمتمة، التأتأة.

وقد وردت اللجلجة في المنجد (1927) بمعنى التردد في الكلام، والللجلاج من كان ثقل اللسان وتردد في كلامه، واللعثمة هي التوقف في الكلام (غانا ياسين، 2000: 44).

وعرف علماء اللغة اللجلجة بأنها التردد في الكلام، ويقال لجلج أي تردد في الكلام وفي صدره شيء، ووجلج الرجل لجلجة وتلجلج تلجلجاً تردد في الكلام وفي صدره شيء تردد (المنجد، 1988: 24؛ البستاني 1979: 809) والللجلاج من كان ثقل اللسان يتردد في كلامه (المنجد، 1988: 24).

ويقال "ولعثم في الأمر لعثمة، وتلعثم تلعثماً تمكث فيه، وتلكأ وتوقف وتأنى أو نكص عنه (المنجد، 1988: 24؛ البستاني، 1977: 817) ويقال (سألته



عن شيء فلم يتلعثم " أى لم يتوقف فى الكلام حتى أجاب (المنجد، 1988: 724).

وقد أورد الثعالبي فى كتابه (فقه اللغة) بعض العيوب اللغوية التى فطن إليها العرب مثل:

الرُّتَّةُ: حُبْسَةُ فى لسان الرجل وعجلة فى كلامه.

اللُّكْتَةُ: أو الحلْكَة: عقدة فى اللسان وعجمة فى الكلام.

التَّهْتِهَةُ: صوت العى والألكن.

اللُّثْغَةُ: أن تصير الرِّاءَ لامًا، والسين ثاء فى الكلام.

الفَأْفَاءُ: أن يتردد فى الفاء.

اللُّفْفُ: أن يكون فى اللسان ثقل وانعقاد.

اللُّجْلُجَةُ: أن يكون فيه عى وإدخال بعض الكلام فى بعض.

(فؤاد البهى السيد، 1988: 186 - 187)

أما اللغة الإنجليزية فيوجد لفظان يشيران إلى لفظ اللجلجة "Stuttering" وتقابل بالعربية "الرُّتَّةُ" وهى التردد فى نطق مقطع الكلمة، أو أن الكلمة لا تكاد تخرج من الفم.

أما لفظ "Stammering" وتقابل بالعربية "العقلة" وهى تعنى اغتقال اللسان بحيث يعجز الفرد عن تلفظ المقطع إلا بعد جهد كبير.

ويستخدم الباحثون الأمريكيون مصطلح Stuttering بينما يفضل الإنجليز مصطلح Stammering. باعتبار أن المصطلحين يستخدمان كمترادفين. إلا أنه من الناحية العملية تتميز Stuttering بتكرار الحروف أو المقاطع أو الكلمات. بينما تتميز Stammering بالتوقف عن الكلام، بحيث يتعاقب التوقف عن



الكلام والتكرارات الارتعاشية. وبهذا المعنى لا يوجد اختلاف رئيسي بين التكرار Cloinc والتوقف Toinc ولكن الأخير يتميز بإطالة ومد للحرف (صفاء غازي، 1992: 32).

ويقسم فيصل الزراد اللجلجة إلى نوعين الأول: اللجلجة الاختلاجية أو الاهتزازية Clonic Stuttering وهي تظهر في تكرار أو إعادة لبعض الحروف أو الكلمات والمقاطع الصوتية، ويظهر هذا التكرار جلياً في بداية الكلام أو عند أول حرف من الكلمة. بيد أن الكلمة التي يتعثر فيها الفرد في موقف يمكن أن ينطقها في أوقات أو مواقف أخرى بسهولة.

والنوع الثاني وهو اللجلجة التشنجية أو الانقباضية Tonic - Stammer-ing وهو الأكثر شدة من النوع الأول، حيث يتوقف الكلام في فم الفرد وبشكل مفاجئ مما يؤدي إلى توقف أو (عقلة) في الكلام قد تطول أو تقصر مدتها، وتظهر على الفرد بعض الحركات العشوائية في الوجه والأطراف مع تشنجات في النطق (فيصل الزراد، 1990: 161 - 162).

#### ب - تعريفات اللجلجة في المعاجم والقواميس النفسية:

يعرف آيزنك (1972) اللجلجة في الموسوعة النفسية بأنها "إعاقة في الكلام" وأحياناً ما توصف بأنها لعثمة ولكنها تتجانس أساساً وبشدة التكرار السريع للحروف الساكنة والمتحركة عند بداية الكلمات، واللعثمة هي "إعاقة في الكلام أغلبها انسدادات Blocking وترددات Hesitations تعترض الانسياب السليم للكلمات. وأحياناً ما توصف باللجلجة بل تعبر عنها في كثير من الأحيان.

عرفها (كمال دسوقي، 1990: 1433) بأنها "اضطراب كلامي يتميز بانقباضات توتر واهتزاز الأجهزة العضلية الداخلة في التكلم، يطلق عادة



بالتكافؤ مع التمتمة أو التعتعة Stammering، فهو اضطراب نفسى وليس جسمياً، تفكك فى تنظيم إيقاع الكلام يصحبه تقلص توترى للحنجرة أو زفير البطن، ارتعاشات ومط أصوات معينة وتكرار أصوات أخرى.

بينما ورد فى قاموس علم النفس والتحليل النفسى (1993) تتمثل اللجلجة فى عدم قدرة الفرد على التعبير اللفظى الطليق والتلقائى لما يجيش فى نفسه ويتردد فى أعماقه ويتمثل ذلك فى احتباسات حادة وتكرار لبعض المقاطع وتعويق فى النطق وحشرجة فى عملية التنفس وانقباضات فى عضلات الوجه (فرج طه وآخرون، 1993: 383).

وذكرت فى الموسوعة النفسية (1994) Stuttering بمعنى التأتأة أو الفأفة حيث تختلف كمية التعطل فى النطق من التردد الخفيف إلى التعطل الكامل لبعض دقائق وتصحبه اختلاجات وجهية وبدنية، وتشتد فى مواقف الضغط الاجتماعى وترجع إلى عوامل تكوينية وفسولوجية ونفسية (عبد المنعم حفى، 1994: 850).

وأخيراً جاءت اللجلجة فى معجم علم النفس والطب النفسى (1995) بأنها تكرار للأصوات أو المقاطع أو الكلمة وإطالة لها مع تردد وانقطاع يعوق التكلم. فهى اضطراب فى إيقاع الكلام (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفافى، 1995: 3767).

#### ج - تعريف اللجلجة من الجانب الطبى:

ورد تعريف اللجلجة فى التصنيف الدولى للأمراض المراجعة العاشرة لمنظمة الصحة العالمية I.C.D/10 (1992) على أنها "كلام يتميز بتكرار سريع أو تطويل فى الأصوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات أو بترددات وانقطاعات كثيرة تقطع الانسياب الإيقاعى للكلام". وتعتبر سوء الإيقاعات البسيطة من



هذا النوع شائعة جداً كمرحلة عابرة في الطفولة المبكرة أو كسمة كلامية بسيطة، ولكن دائمة في مرحلة الطفولة المتأخرة والبالغين. ويجب أن تصنف الحالة كاضطراب فقط إذا كانت على درجة من الشدة بحيث تعوق طلاقة الكلام. وقد تكون هناك حركات مصاحبة في الوجه أو جزء آخر من الجسم أو كليهما متزامن مع التكرارات، أو الإطالات أو الانقطاعات في انسياب الكلام. وتفرق (I.C.D) بين اللجلجة Stuttering والسرعة في الكلام أو الهذمة Cluttering الذي هو اضطراب عصبي يؤدي إلى سوء انتظام الكلام. حيث يؤدي إلى سرعة في الكلام مع انقطاع في انسياب الكلمات ولكن بدون تكرارات أو ترددات. (منظمة الصحة العالمية 1992 ICD/10: 303 - 304).

وجاء تعريف اللجلجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (D.S.M.IV، 1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي بأنها "اضطراب في الطلاقة العادية للكلام والتشكيل الزمني له وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض". وتتألف اللجلجة من واحد أو أكثر من الأعراض الآتية: تكرارات الصوت، التطويلات، الألفاظ المقتحمة أثناء انسداد الكلام، سكتات في الكلام، إبدالات ملحوظة بالكلمة لتفادي التقطع والانسداد والسكوت.

ويتداخل الاضطراب مع الأداء الوظيفي الأكاديمي والمهني والاجتماعي للفرد. ولو صاحب ذلك عجز حسي أو حركي كلامي فإن الصعوبات تفوق تلك الصعوبات المعتادة للمشكلة... ويختلف مدى اللجلجة فتكون أسوأ في المواقف الضاغطة من الحياة العادية.

#### معدل الانتشار:

تنتشر اللجلجة بنسبة 1% تقريباً من عامة الناس، أغلبهم من الأطفال؛ إذ يميل هذا الاضطراب للشيوع بين الأطفال. كما ينتشر في المجتمعات



الراقية أو المتقدمة أكثر من المجتمعات البدائية أو المتخلفة، و ينتشر بين الذكور أكثر من الإناث (بنسبة 3 أو 4 إلى 1). (حسن عبد المعطى، 2001: 174).

ويصنف جونسون (1959) اللجلجة إلى ثمانية أنماط تفيد عند تشخيص اللجلجة وهى:

1 - إدخال الأصوات، المقاطع أو الجمل (أجزاء الجمل) مثال (أوه - إا - والله).

2 - تكرار جزء من أجزاء الكلمة أو مقاطع وخاصة الأصوات والمقاطع الأولى من الكلمة مثال (آ - آ - أهلاً).

3 - تكرار الكلمات بما فى ذلك الكلمات ذات المقطع الواحد مثال (أهلاً - أهلاً - أهلاً).

4 - تكرار الجملة (تكرار كلمتين أو أكثر من الجملة أو العبارة مثال (كنت فى . . كنت فى . .)).

5 - تصحيح العبارات أى إعادة الصياغة عند محاولة تعديل محتوى العبارات مثال (كنت فى . . كنت ذاهباً إلى).

6 - عبارات ناقصة عندما تكون الفكرة أو المحتوى غير كامل مثال (هى كانت . . هى أخذت . .).

7 - كلمات منقطعة - الكلمات لا تنطق نطقاً كاملاً مثال (إنت ذا . . هب للمنزل).

8 - إطالة الأصوات وعادة ما تكون للصوت الأول فى الكلمة مثال (أأنا، م م م ماما) فى (Bloodstein, 1981).



وأورد **D.S.M.IV (1994)** عدة محكات لتشخيص اللجلجة وهى:

اضطراب فى الطلاقة العادية وطول الكلام الذى يكون غير مناسب لعمر الفرد ويتسم الاضطراب بالحدوث المتكرر لواحد أو أكثر مما يلى:

- 1 - تكرار الصوت أو المقطع .
- 2 - تطويلات الصوت .
- 3 - كلمات مقتحمة أثناء الكلام .
- 4 - كلمات متكسرة (سكتات داخل الكلمة الواحدة) .
- 5 - السدة السمعية أو الصمت (السكتات الفارغة من الكلمات أو غير الفارغة فى الكلام) .
- 6 - الدوران حول المعنى (إبدال الكلمات لتجنب الكلمات المشكلة) .
- 7 - كلمات تنطق بزيادة فى التوتر الجسمى .
- 8 - تكرارات لكلمة واحدة ذات مقطع واحد .

وتظهر اللجلجة قبل عمر الثانية عشرة، وفى معظم الحالات تظهر بين الشهر الثامن عشر والسنة التاسعة من العمر. مع وجود حالتى ذروة وهى من عمر (2 - 3.5 سنة، 5 - 7 سنة) لكن ليس كل من لديهم لجلجة تظهر لديهم مشكلات كلامية ولغوية أخرى.

أما كليكيلو وآخرون (Klykylo, et al. 1998:332) فقد حددوا المحكات التشخيصية للجلجة فى: تكرار الصوت أو المقطع، إطالة الصوت، الاعتراضات أو التوقف أثناء الكلام، الانقطاع المسموع أو غير المسموع، الكلام أثناء نوبة التوتر العصبى، تكرار الكلمات ذات المقطع الواحد مثل (my my my book).



ويطلق عبد العزيز السرطاوي، وائل أبو جودة (2001: 348) على هذه الأعراض: السلوكيات الرئيسية للجلجلة. ويضيفان بعض الأعراض الأخرى لسلوكيات الجلجلة والتي يطلق عليها السلوكيات الثانوية للجلجلة مثل:

الهروب (Escapel Behaviors) حيث يلجأ المتلجلج إلى بعض الحركات مثل رمش العين المتتابع، حركات غير اعتيادية للرأس، إدخالات للأصوات زائدة على الكلام.

التجنب (Avoidance Behaviors) مثل تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتلجلج أنها سبب في حدوث الجلجلة، ولحظات الصمت لتجميع الأفكار، وأيضاً ظهور علامات الخوف والقلق والارتباك.

وعلى الرغم من أن اضطراب الجلجلة قد عُرف منذ قديم الزمان وعلى مر العصور لقي اهتماماً بالغاً من العلماء والباحثين، إلا أنه ما زال حتى الآن ونحن في القرن الحادي والعشرين يمثل بؤرة اهتمام لعدد من الباحثين حيث تعددت الآراء واختلفت في تعريف الجلجلة وأسبابها حتى إن بعض الدراسات التي تهدف إلى تعريف الجلجلة نجدها تتداخل مع الدراسات التي تهدف إلى تحديد أسبابها.

ومن الدراسات التي هدفت إلى تحديد مفهوم الجلجلة وبدايتها دراسة بيركنس (Perkins 1991) واهتمت بالتفريق بين طلاقة اللسان، وإخراج الكلام، والمقطع الذي يحدث فيه الجلجلة. ولقد أشارت الدراسة إلى أن الجلجلة تحدث كنتيجة عندما يكون المتحدث خاضعاً لضغط الوقت. وأن الجلجلة تحدث بسبب تداخل المكونات اللغوية وشبه اللغوية للكلام والتي يتم إخراجها عن طريق الأنظمة العصبية المختلفة ولكنها تتمركز حول عملية إخراج الكلام.



وجاءت دراسة يايري، أمبروز **Yairi & Ambrose (1992)** لمعرفة بدايات حدوث اللجاجة عند أطفال الروضة من خلال مقابلات مع عدد من والدي أطفال شخّصت حالتهم بأنهم متلجلجون (ن = 87) حيث دلت النتائج أن بداية حالة اللجاجة تميل إلى أن تحدث بصورة مبكرة وذلك بدرجة أكبر مما كان يعتقد به من قبل، ولقد كانت في بعض الحالات شديدة ومفاجئة. وكان عدد الذكور يضاعف عدد الإناث، وأخيراً ظهرت علاقة إيجابية بين حالات اللجاجة الشديدة وبين البداية المفاجئة لها.

وفي نفس الاتجاه قامت دراسة هامر **Hamre (1993)** للتعرف على بداية حالة اللجاجة وذلك لمنعها. حيث تناول الدراسة الأدلة التي تتعلق بالتمييز بين اللجاجة والتلعثم الطبيعي للطفل في السنين الأولى من عمره، وذلك للتعرف على مصداقية المقولة التي تؤكد على أنه من الصعب التعرف على اللجاجة كاضطراب وتحديدتها عند الأطفال الصغار، وأن اللجاجة تتطور من التلعثم الطبيعي إلى اللجاجة غير الطبيعية وتزداد حدتها بمرور الوقت، ولقد أثبتت التحليلات التي تمت عدم صحة هذه المقولة. وتقترح الدراسة ضرورة وجود فرض تصنيفي كتفسير لقدرة المستمع على التعرف على اللجاجة والتي ظهرت من خلال دراسات سابقة، كما تؤكد الدراسة أن فرض الاستمرارية هذا لا يتوافق مع نتائج الدراسات الحديثة، وتقترح الدراسة أن الإرشاد النفسي الوقائي للأطفال المتلعثمين الذين يتعرضون لخطر اللجاجة لا يعد صالحاً وتوصي بضرورة أن يحل الأساس العلاجي محل الأساس الوقائي في التعامل مع اللجاجة منذ بداياتها.

وينحو ياروس **Yaruss (1988)** منحى آخر في أبحاثه حيث ينتقد التصنيف الدولي لمنظمة الصحة العالمية (WHO) والتي أدمجت اضطراب اللجاجة ضمن اضطرابات اللغة، وقد قدمت (WHO) اضطراب اللجاجة من



خلال التصنيف الدولي للقصور، والعجز، والإعاقة- International Classification of Impairment, Disability, Handicap (ICIDH) ويفسر ياروس اللجلجة حسب التصنيف الدولي من خلال مفاهيم ثلاثة كما يلي:

**الضعف:** أى فقدان أو شذوذ فى التراكيب أو الوظائف السيكولوجية أو الفسيولوجية أو التشريحية.

**العجز:** وهو نقص القدرة على أداء الأنشطة السلوكية أو نقص معدل نشاط الفرد الطبيعى.

**الإعاقة:** وهى عوائق وأضرار عند شخص بعينه ناتجة عن ضعف أو عجز يقيدان أو يمنعان إنجاز الفرد لدوره الطبيعى وفقاً لعامل السن، الجنس، العوامل الاجتماعية والثقافية للفرد.

ويعترض ياروس على هذا التصنيف حيث إنه يركز على توابع الاضطراب وليس على منشأ الاضطراب نفسه. ولييان وجهة نظره يستعرض ياروس الاختلاف الواضح فى المفاهيم السابقة والذي حدث بين الباحثين. فمثلاً ماك كلين McClean (1995) قسم الضعف إلى الضعف البنىوى، وضعف شذوذى تشريحي (أى الفرق فى كثافة وبنية الوصلات النهائية التى يقذفها أحد مراكز المخ إلى المركز الآخر أو الاختلافات فى التركيب الكيميائى للمخ كما توضحه توزيعات الإرسال العصبى التى تستخدم فى إصدار الكلام) أى أن الضعف هو منشأ اللجلجة، بعد ذلك قام باستخدام العجز للإشارة إلى إدراك اللجلجة وربط الأحداث الفيزيقية بالاهتزاز أى بحدوث اللجلجة نفسها، واستخدم ماك كلين الإعاقة للإشارة إلى الآثار التى تعكسها اللجلجة على قدرة الفرد فى الكلام الطبيعى للاتصال.

وفى النهاية يؤكد ياروس على أن اللجلجة فى نفسها ضعف. وأن هناك أنواعاً من الضعف تتصل باللجلجة مباشرة مثل ضعف أنماط السلوك مثل



الانسحاب الاجتماعي، التجنب للتفاعل اللفظي، وأيضاً ضعف الوجدان، والذي يظهر مع زيادة القلق لدى المتلجلج. أما العجز فيعرفه ياروس بأن ضعف اللجلجة يؤدي إلى قدر من العجز والقيود على قدرة الفرد لأداء الأنشطة، وليس من الضروري أن يحدث العجز عند جميع المتلجلجين فهو يعتمد بدرجة كبيرة على كيفية رد فعل الأفراد ومسايرتهم لضعف اللجلجة، ويفسره ياروس من خلال ما جاء ذكره في التصنيف الدولي " أنه فقدان أو تقييد القدرة على إخراج رسائل مسموعة بوضوح وتوصيل المعنى من خلال الكلام". وأيضاً "عدم القدرة على أداء العمل". مثل صعوبة استخدام الهاتف لإتمام مهام مرتبطة بالعمل.

أما الإعاقة فترتبط بالمعوقات أو القيود التي تمنع تحقيق الدور المتوقع من الفرد والذي ينتج بسبب ضعف اللجلجة. مثل الإعاقة الوظيفية، إعاقة التكامل الاجتماعي مثل (كبح) المشاركة حيث إن وجود الضعف يسبب عائقاً يكبح ولكنه لا يمنع المشاركة بصورة كاملة في الأنشطة المألوفة ويشتمل على الارتباك، الحياء. وأخيراً إعاقة الكفاءة الذاتية للفرد.

وقد وجه برينس (1999) Prins نقداً لهذه الآراء المتعلقة بمفهوم ياروس (1998) للتصنيف الدولي للجلجة حيث اعتبر أن هذه الآراء لا تساعد على تحسن أو تطور مفهوم اللجلجة أو التعرف على المنشأ الاضطرابي لها. حيث إن تعريفه للضعف والعجز أنهما غير مرتبطين بنشأة اللجلجة وأنه لا بد من إجراء دراسات مستفيضة قبل أن يؤخذ كتعريف تصنيفي للجلجة، وأنه أغفل مكونين رئيسيين لحدوث اللجلجة هما:

أ - تعطيل الطلاقة أو فقدانها (العوامل المصدرية).

ب - طريقة رد فعل المتكلم (الاستجابة) ويطلق عليها العلامات السطحية.



فالكون الأول يصور السبب الرئيسي للإخفاق في تفسير الكلام أو الفشل في الضبط الحركى motor control ، ويعتبر هذا المكون مقدماً على المكون الثانى الذى يصور اللجلجة التى من الممكن ملاحظتها .

ثم قام ياروس (1999) Yaruss بالدفاع عن آرائه السابقة فى رد على نقد بريس (1999) Prizi ويوضح فيها أنه قد قسم هذه العوامل إلى وحدتين : الأولى تصور النشأة الأساسية للجلجة ، والثانية تصور نتائج قصور اللجلجة . ويؤكد ياروس أنه ما زال هناك تناقض بين التعريفات التى وضعها التصنيف الدولى ، لذلك يبدو من المناسب للباحثين الاستفادة من المصطلحات المختلفة والتعريفات المتعددة للجلجة .

### ثانياً: المحكات التشخيصية (سلوكيات اللجلجة):

يعرف الطفل الذى يعانى من اللجلجة بأنه يتلجلج أو يتهته فى الكلام على الرغم من أن المحكات التشخيصية توضح الفرق بين اللجلجة كاضطراب وبين حالة التهته فى الكلام ، إلا أن الواقع يقول إن هناك تداخلاً كبيراً بينهما خاصة فى مرحلة ما قبل المدرسة . وهناك بعض المؤشرات التى توضح إذا كان الطفل سوف يعانى من اضطراب اللجلجة فى الكبر أم لا . فمثلاً: أن تكون اللجلجة مرتبطة بأول صوت للكلمة وأيضاً أول كلمة فى الجملة . فالأفراد المتلجلجون قد يقومون بتكرار أول صوت أو أول مقطع لعدة مرات ، وليست فقط مرة واحدة أو مرتين مثل الذى يتهته ثم فجأة يخرج الكلام مرة واحدة حيث يميلون للكلام السريع لكى ينهوا الكلام قبل أن تلتصق الكلمات مرة ثانية .

ومن المعروف أن الطفل عندما يتعلم الكلام يواجه مشكلة طبيعية فى تنظيم الصوت مع التنفس مع التنظيم العقلى المفروض للخروج بالكلام بصورة طبيعية مما يجعله يكرر بعض الكلمات أو العبارات مثل (ماما - ماما - انظرى



انظري ما هذا) فى الحقيقة أننا لا يمكن أن نطلق على هذا السلوك سلوك لجلجة أو أن هذا الطفل طفل متلجلج، ولكن هذه التهته قد تكون لأسباب كثيرة نفسية أو عضوية أو عقلية، وهى تظهر بين الأطفال من عمر 2 - 5 سنوات وهى مرحلة اكتساب عملية الكلام وتكوين المحصول اللغوى والقدرة على التعبير عن ما يريد الطفل. وقد يستمر الطفل هكذا لمدة أيام معدودة وقد يستمر لعدة شهور.

ويعد المحك الأساسى للتفريق بين التهته والجلجة كاضطراب هو عدد مرات لجلجة الطفل وشكل السلوك المصاحب للجلجة. كما أن الطفل الذى يتلجلج فى كلامه يعرف ما الذى يريد أن يقوله ولكن التردد فى الكلام يحدث عندما تلتصق أو تنحسر الكلمات فى حلقه لا لأنه يحتاج وقتًا يجمع فيه أفكاره.

وحتى يمكن تشخيص الجلجة بصورة صحيحة يقوم المعالج بملاحظة كلام الطفل فى عدد من المواقف ويأخذ ملاحظات دقيقة مثل: كم عدد سلوكيات الجلجة التى فعلها الطفل؟ وكم مرة كانت الجلجة فى بداية الكلام؟ هل خرج الكلام ثم توقف فجأة؟ هل هناك بعض السلوكيات الظاهرة المرتبطة بحالة الجلجة عند الطفل والتى تشير إلى مدى معاناة الطفل مثل رفع وضرب رجلين فى الأرض Stamping feet، عض قبضة يديه clenching fists، وإغلاق العينين blinking eyes، التكشير grimacing... وغير ذلك من السلوكيات والتى يطلق عليها سلوكيات مصاحبة للجلجة؟

وقد لخص Hamaguchi, 2001 أشكال الجلجة وسلوكياتها الأساسية

فى:

\* تكرار الصوت الأول فى الكلمة.

\* تكرار جزء من الكلمة.



\* تطويل الصوت الأول من الكلمة .

\* تظهر على وجهه تعبيرات توحى بأنه لا يستطيع أن يخرج الكلمة .

\* التردد قبل الكلام على الرغم من أنه يبدو وكأنه جاهز لأن يقول شيئاً .

\* التصاق أول كلمة في الفكرة أو في العبارة .

\* اندفاع باقى الجملة بمجرد خروج الكلمة الملتصقة .

\* أن يفتح أنفـل فمه بدون خروج صوت حينما يحاول الكلام .

\* التكشير حينما يفشل فى الكلام .

\* تظهر عليه علامات الشعور بالإحباط والضيـق .

وقد حاول العديد من الباحثين تقييم مشكلة اللجلجة والتعرف على سلوكياتها الأساسية والمصاحبة فقامت دراسة هيل (1995) Hill لتقييم لغة الأطفال المتلجلجين والمشاكل المصاحبة لها . وتؤكد الدراسة على أهمية عمليات التقييم المختلفة للأطفال والتي يجب أن تشمل على أربعة مجالات وهى : دراسة الحنة ، تقييم الطلاقة ، تقييم مهارات اللغة ، التعامل ما بين الوالدين والطفل حتى يمكن تشخيص الطفل على أنه متلجلج بصورة جيدة .

بينما تؤكد دراسة وايس (1995) Weiss على ضرورة توضيح العلاقة الارتباطية الموجودة بين متطلبات الحديث وبين قدرة الأطفال على الاستمرار فى الحديث بطلاقة ، خاصة إذا كان الطفل يعانى من اللجلجة . وقد قدمت الدراسة نموذجاً لإدارة وتوجيه الحديث ذا فائدة لكل من عملية التقييم والتدخل ، وهذا النموذج مقسم إلى ثلاث مكونات آخذة فى الاعتبار مستوى الكفاءة فى كل من مستوى النطق ، مستوى المقاطع اللفظية العالية ، مستوى الحديث والحوار .



وجاءت دراسة زبروسكى (1995) Zebrowski للتعرف على بداية حالة اللجلجة من خلال مراجعة الأنماط الخاصة بالجلجة عند الطفل، وأيضاً تكرار ونوعية الفترة الزمنية لعدم طلاقة اللسان، والتي تتضمن عدد الوحدات المتكررة والأشكال الوجيهة للحالات، والصوت والمقطع وتكرار الكلمة الكاملة. هذا بالإضافة إلى السلوكيات المرتبطة بالكلام وعدم الكلام والذي يظهر لدى الأطفال من ذوى اللجلجة.

بينما حاول لاسالى، كونتر (1995) Lasalle & Contuer المقارنة بين فئات من الأطفال المضطربين كلامياً ومنهم المصابون بالجلجة وذلك على عينة بلغت (60) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (6 - 10) سنوات. وقد أظهر الأطفال المتلجلجون أشكالاً متعددة من الاضطرابات الكلامية بجانب اللجلجة، كما بذلوا عدداً أكبر من المحاولات للتخلص من هذه الاضطرابات. وذلك بعكس المجموعات الأخرى من ذوى الاضطرابات والتي لم تظهر حماساً كبيراً للتخلص من مشاكلهم الكلامية.

أما كوردز، إنجهام (1995) Cordes & Ingham فقد ناقشا الجدل القائم حول تعريفات اللجلجة وهل تتضمن عدم طلاقة الكلام داخل الكلمات نفسها؟ أم ما هو موجود بين الكلمات والذي لا يطلق عليه لجلجة. وفي نهاية المناقشة يطلق الباحثان الدعوة لضرورة وضع تعريف موضوعى دقيق للجلجة يقوم على البيانات والتجارب المعملية والنتائج التى توفرت والتي تعد ذات ترابط منطقى.

### الأسباب المؤدية إلى اللجلجة (النظريات المفسرة للجلجة):

ما أسباب اللجلجة؟ لقد حظيت مشكلة اللجلجة بالكثير من الاهتمام من قبل العلماء والدارسين منذ قديم العصور، ولكن إلى الآن ونحن



فى القرن الواحد والعشرين لم نستطع أن نحدد أسباباً محددة لاضطراب اللجلجة .

ولكن الذى نحن متأكدون منه الآن أن اللجلجة تؤدى إلى شعور الفرد بالإحباط وتفرض عليه نوعاً من التجنب الاجتماعى للآخرين ، فالبعض منهم قد يصاب ببعض الأمراض والاضطرابات النفسية مثل القلق والخوف الاجتماعى والإحباط وعدم الثقة بالنفس مما يزيد من تفاقم مشكلة اللجلجة عند هؤلاء . فالإجازة الصيفية، وأعياد الميلاد، وبداية السنة الدراسية كلها أوقات صعبة على الأطفال المتلجلجين . بالإضافة إلى بعض المواقف المحددة مثل الكلام فى الهاتف، أو الكلام أمام الحضور أو الغرباء . كلها مواقف مرعبة بالنسبة للفرد المتلجلج، وقد نجد هؤلاء الأفراد يتجنبون الكلام فى المواقف السابقة بسبب أنه مرتبط ذهنياً بالأحداث الماضية للجلجة، وهناك بعض الكلمات التى يخاف منها الطفل ويتجنب أن ينطق بها حتى لا يتلجلج، وقد يستخدم الطفل أساليب مبتكرة لتجنب استخدام هذه الكلمات . ولأن الخوف قد يدفع الفرد المتلجلج إلى سلسلة من لجلجات النطق فإنه سوف يتجنب المواقف أو الكلمات التى تؤدى إلى ذلك .

### **ثالثاً: أسباب حدوث اللجلجة (النظريات المفسرة):**

تعددت النظريات التى حاولت تفسير اضطراب اللجلجة، وهذا يرجع إلى صعوبة تشخيص اللجلجة . ومن هذه النظريات:

#### **1 - النظريات النيوروفسيولوجية: المنحى العصبى الفسيولوجى**

##### **(نيوروفسيولوجيكال) Neurophysiological**

منذ زمن بعيد وكل من الفلاسفة، والخبراء الأطباء، وآخرين لهم تأملات خاصة بالأسباب العضوية أو العصبى فسيولوجية للجلجة . وكانت



النقطة الأساسية فى هذه التأملات هى أن تراكيب أو أجهزة جسم الإنسان أصابها نقص أو خلل فى أحد جوانبها.

ووفقاً لهذه النظرة فإن اللجلجة لا ترجع إلى عوامل بيئية ولكنها إلى خطأ فى التراكيب أو الوظائف العصبى فسيولوجية أو فيهما معاً.

هناك الكثير من أجهزة الجسم حتى التى ليس لها أى دور فى عملية الكلام تعتبر مسئولة عن اللجلجة. وكان الفيلسوف اليونانى الشهير أرسطو يعتقد أن اللسان السميك الراكد هو سبب اللجلجة.

أما أبو الطب الحديث هيبوقراط فكان يعتقد أن اللسان الجاف هو سبب اللجلجة. أما الطبيب الرومانى القديم كلسيس Clesus فكان يقترح أن اللسان الضعيف هو المتهم بإحداث اللجلجة. وفى الوقت الذى اعتقد الجميع فيه أن كل أنواع اللسان هى المسئولة عن اللجلجة فإن الطبيب اليونانى الشهير جالن Galen (فى القرن الثانى) رأى أن اللسان البارد والمبلل هو المسئول عن اللجلجة.

بعد ذلك وفى القرن 17 رأى الفيلسوف الإنجليزى فرانسيس بيكون أن اللسان المجمد هو سبب اللجلجة. ولا نعلم بصورة واضحة ما إذا كان العلاج الذى قدمه بيكون مقبولاً من المتلجلجين فى هذه الآونة أم لا. فقد أوصى بإذابة / ذوبان اللسان البارد فى خمر مغلى. ولا تتابنا دهشة إذا علمنا أن ذوى اللجلجة قد تكلموا بطلاقة لفترة مؤقتة بعد جلسة من العلاج المكثف بالخمر المغلى.

وليس بالبعيد نظرية اللسان العريض bad tongue theory التى قدمها الجراح الفرنسى جون فريدرك ديفن بخ John Friedrich Dieffenbach والذى كان يعتقد أن اللجلجة يرجع سببها إلى اللسان العريض / الضخم. وقدم



علاجاً مباشراً وسريعاً وهو عبارة عن استئصال جراحي لأجزاء اللسان، ومن  
المعلوم أن هذا العلاج ظل يعمل به حتى منتصف القرن 19.

هناك أعضاء أخرى في جسم الإنسان مسؤولة عن اللجلجة مثل العظم  
اللامى (عبارة عن عظمة على شكل حرف U في قاعدة اللسان أو الجزء  
الأعلى من الحلق) hyoid bone، اللهاة Uvula، لوزتى الحلق tonsils، الجزء  
الجامد في الحلق hard palat، المخ brain.

إن نظريات النيروفسيولوجى (العصبى فسيولوجى) الحديثة تركز أساساً  
على أبحاث مكشفة على آلية الكلام والمخ. ولأن الكلام هو عبارة عن نشاط  
منظم بدقة فإن الأعصاب، العضلات، المخ جميعها لا بد أن تعمل لإصدار  
الكلام وبصورة طبيعية؛ لذلك فإن الباحثين نظروا إلى كل مطالب إنتاج  
الكلام وتنظيمه لكى يروا ما إذا كان هناك شذوذ في التراكيب أو الوظائف  
المتعلقة بإنتاج الكلام أو لا.

## 2 - الاضطراب الوظيفى فى الحنجرة Laryngeal Dysfunction

فى الفترة الراهنة نظر الباحثون إلى الحنجرة وسلوكياتها كمصادر  
محتملة لحدوث اللجلجة... . وبتذكر أن العظم اللامى فى قاعدة اللسان  
يعطل / يعلق آلية الحنجرة فى الحلق والتي تشتمل على اهتزاز الأحبال  
الصوتية والتي تصدر الصوت. فالحنجرة هى تركيب عضلى يتم التحكم فيه  
بدرجة كبيرة من خلال العصب العاشر فى الدماغ.

وحيثما تعوق ذوى اللجلجة أحد الكلمات بصورة مفاجئة، يكرر مقطعاً  
بسرعة، أو يطيل أحد الأصوات، فمن الطبيعى أن نتأكد من أن الأحبال  
الصوتية تعمل بطريقة غير عادية.

وفى بعض الدراسات تمت ملاحظة نشاط الحنجرة أثناء اللجلجة والكلام  
بطلاقة مباشرة من خلال مجال Fiberoptic scope الذى يحتوى على أنبوبة



نخيفة ومرنة توضع خلال الأنف أو الفم حتى تصل إلى منطقة الحنجرة. هذا ما يلقي الضوء على الحنجرة ويسمح للباحثين من رؤيتها وهي تعمل / في حالة أداء... وفي بعض الدراسات الأخرى قام الباحثون بتسجيل النشاط الكهربى للعضلات الحنجرة من خلال تخطيط كهربائية العضلات electro-myography. كما تمت دراسة نشاط الحنجرة من خلال فيلم سينمائي لتخطيط الموجات اللاسلكية cine radiography والذي تؤخذ منه صورة أشعة X المتحركة.

مثل هذه الدراسات أوضحت أنه أثناء اللجلجة تكون عضلات الحنجرة مشدودة بقوة ونشطة بصورة كبيرة جداً. زوج العضلات التي تكون مقابل بعضها البعض تكون نشطة بصورة تلقائية... على سبيل المثال العضلات التي تفتح وتغلق الأحبال الصوتية قد تكون نشطة في نفس الوقت. هذا ما يؤدي إلى إعاقة أو تعطيل الكلام. إن الأحبال الصوتية تهتز بصورة منتظمة ومتكررة ولكن في حال اللجلجة نجدها تهتز بصورة غير منتظمة وغير متكررة. كما أن ذوى اللجلجة يميلون لإغلاق الأحبال الصوتية بشدة وإحكام مما يؤدي إلى إعاقة الصوت والكلام.

(Adams, Freeman & Conture, 1984; Bloodstein, 1987)

إن السلوك غير السوى للحنجرة الذى تم وصفه هو جزء من اللجلجة ولكنه ليس سبباً لها؛ لأنه لا يمكن فصل اللجلجة عن هذه السلوكيات الشاذة للحنجرة.

### 3 - المخ وآلية الكلام The brain and the speech mechanism

لأن المخ هو الذى يضبط ويتحكم فى آلية الكلام يعتقد الباحثون أن سبب اللجلجة قد يرجع إلى خطأ فى تراكيب أو وظائف المخ. وهناك العديد من الدراسات التى بحثت فى العلاقة بين وظائف المخ واللجلجة.



أحد هذه الأبحاث أوضح أنه عند معظم الأفراد ذوى اللجلجة أحد شقى المخ لا يكون فى حالة تحكم كامل فى اللغة أو أن اللغة قد قام الجانب الأيمن من المخ بتقديمها. فنجد فى أغلب الأفراد الطبيعيين بصرف النظر عن اليد التى يستخدمونها يسيطر الجانب الأيسر من المخ على عملية الكلام. ويسيطر الجانب الأيمن من المخ على الأنشطة الموسيقية وغير اللفظية. ويعرف هذان النصفان من المخ بـ نصفى الدماغ الكرويين Cerebaral hemispheres وهما متطابقان فى عدة نواحٍ ولكن النصف الأيسر أكبر بقدر بسيط، ويرى الخبراء أن هذا راجع إلى أهمية وتعقيدية اللغة والكلام والتى يتحكم فيها هذا الجانب من المخ.

وفى نسبة بسيطة عند بعض الأفراد وجد أن الذى يتحكم فى اللغة هو الجانب الأيمن. وفى كلتا الحالات فإن نصفًا واحدًا من المخ هو الذى يكون له الريادة فى ضبط الكلام والتحكم فيه. ومن ناحية أخرى إذا منعت بعض الأسباب أحد شقى المخ من السيطرة والتحكم فى اللغة فإن النصفين سيحاولان التحكم فى الوظيفة بطريقة غير متناسقة / ملائمة مما يؤدى إلى حدوث اللجلجة. (Bloodstein 1987; Van Riper, 1982)

مثل هذه النظرية أول من قدمها فى الأصل هو Orton and Travis فى العشرينات 1920 (Van Riper 1982). وتوضح النظرية فى الأساس أن فى مخ ذوى اللجلجة لا يسيطر أى من الشقين على الكلام. وظلت هذه النظرية شائعة فى أمريكا وخارجها لسنوات طويلة. وفيما بعد قامت نظريات أخرى بنبذها وإلغائها.

وفى الآونة الأخيرة قام الباحثون بتطوير أساليب جديدة لدراسة المخ وإنتاج الكلام. على سبيل المثال طريقة تخطيط المخ الكهربائى



electroencephalographic method التي من خلالها يتم تسجيل الأنشطة الكهربائية للمخ التي أوضحت أن غير المصابين بالجلججة يختلفون عن المصابين بها فنجد ذوى الجلججة يقدمون المواد اللفظية وغير اللفظية من نصف واحد هو النصف الأيمن والذي يكون هو النصف الخاطئ لتقديم اللغة. (Moore 1984)

وبعمل مسح إشعاعي بأشعة X (cineradiography) لتراكيب وجه وفم ذوى الجلججة استطاع بعض الخبراء من تحديد أن حركات ذوى الجلججة المطلوبة للكلام أبطأ من العادى حتى عندما يتكلم ذوو الجلججة بطلاقة. فنجد أن حركات الفك، الشفاه، اللسان غير متناسقة مع بعضها البعض. كل هذه الملاحظات تقترح أن المخ قد لا يكون بادئاً ومنظماً لنشاط الكلام بسلوك هادئ وبكفاءة وتناسق. ومن المحتمل أن يكون الجهاز العصبى ضعيفاً / عاجزاً / غير مستقر.

ومن هذه الدراسات دراسة بولس، ويبستر (1991) Poulos & Webster حيث تبعا (169) من الكبار والمراهقين من ذوى الجلججة بالدراسة فوجدوا (112) منهم لديهم تاريخ وراثى للأسرة فى وجود الجلججة، كما أن هناك (3) فقط من الـ (112) قد ذكروا فى التقارير الذاتية أن هناك عوامل منذ الطفولة المبكرة أسرعت بوجود حالة الجلججة. وعلى هذا يمكن اعتبار العامل الوراثى هو من الأسباب الأساسية فى حدوث الجلججة.

وتتفق نتائج دراسة ماهر، ليث (1992) Mahr & leith مع النتائج السابقة حيث قاما بمراجعة الأنماط والمظاهر التى ترتبط بالنواحي الجينية والنفسية للجلججة لدى الكبار والمراهقين. وقد أكدت النتائج على تأثير التغيرات الجينية والنفسية فى مرحلة البلوغ على حدوث الجلججة حيث فسرتها بأنها استجابة تحويلية.



وهدفت دراسة واتسون (1992) Watson إلى تعريف وتحديد النماذج الخاصة بزمن الاستجابة الحلقية الصوتية التي هي ذات إعاقة أو عجز وذلك على أساس مهمة تعقد الاستجابة الموازية لمهمة أو وظيفة الدماغ . ولقد أشارت النتائج إلى أن الخلل في مراقبة حركة الكلام لعدد من الذكور الكبار (ن = 16) المتلجلجين كان مرتبطاً بصورة منهجية منظمّة بعدم التوازن في التمثيل العضوى فى المناطق المتوسطة للصدغ والمناطق المفضلة الموجودة فى الناحية اليسرى من المخ .

بينما اهتمت دراسة امبروز (1993) Ambrose بدراسة الأنماط الجينية المرتبطة بالجلججة فى مرحلة الطفولة المبكرة (ن = 99) طفلاً . حيث توصلت نتائج الدراسة إلى أن أعداد الذكور كانت أكثر من أعداد الإناث الذين لديهم حالات لجلججة ، ولكن كانت حالات اللجلججة عند الإناث من النوع الشديد . وتشير عملية التحليل المعملى إلى أن الانتقال الجينى السائد والمتنحى يزيد من احتمال حدوث اللجلججة عند الأبناء .

ويفترض تريون (1995) Treon وجود فرض ثنائى القطبين متفاعلين لحدوث اللجلججة . فاللجلججة تحدث فى مراحلها الأولى حينما تتجاوز درجة الشدة لهذين العالمين المتكاملين مجرد البداية . وأحد أسباب هذا المرض سبب نفسى ممثل فى الصدمات النفسية العاطفية التى تنتج عن الحرمان أو التشويش أو الصراع أو سوء الأداء ، بمعنى آخر الاضطراب الذى يظهر من خلال التجارب التى يتفاعل معها الفرد فى محيط بيئته والتى تتفاعل بدورها مع الاستعدادات الداخلية (المورثة جينياً) ، أما السبب الآخر فيتمثل فى الاضطرابات العصبية اللغوية الداخلية المهيئة للمرض . وقد اقترحت الدراسة سلسلة تنموية من الإرشاد والعلاج النفسى مع علاج للغة معتمداً على هذا الفرض الثنائى القطبين كوسيلة مقترحة للعلاج .



ويحاول فوكس (1996) Fox الكشف عن العلاقة بين الجانب العصبى والفسىولوجى للفرد وحدث اللجلجة . حيث تفترض الدراسة أن اللجلجة تؤدى إلى نشاط مفرط وواسع الانتشار للجهاز الحركى فى كل من مقدمة المخ والمخيخ فى الجانب الأيمن المسيطر على المخ . وأن ذوى اللجلجة يفتقدون نشاط الجانب الأيسر من المخ ، والتي يرى العلماء أنها تشجع الضبط الذاتى للكلام والتي بطريقة ما تسبب تعطيل نظام الصدغ الأمامى المتضمن إصدار الكلام . كما اهتمت الدراسة بانخفاض الطلاقة وانخفاض النشاط فى أغلب المجالات الحركية ، والتغير الواسع فى نشاط الجهاز السمعى مما يؤدى إلى تعطيل جهاز إصدار الكلام . وهكذا يمكن القول إن اللجلجة اضطراب يؤثر على الأجهزة العصبية المختلفة والتي ترتبط بإصدار الكلام .

ويتناول فورستر (1996) Forster بالدراسة نموذجاً لعامل مزدوج يوضح آلية المخ البشرى الذى يشكل جزءاً أساسياً فى حدوث اللجلجة . ويرجع هذا النموذج سبب اللجلجة إلى التأثيرات المشتركة لضعف فى : (أ) آليات العصبية التى تشكل جزءاً أساسياً من عملية التحكم الحركى المتتابعة المعقدة (ب) الشذوذ فى العلاقة بين نصفى المخ . ومن خلال الدراسة التجريبية على (24) فرداً بالغاً يعانون من اللجلجة ، و(24) فرداً كانوا يعانون اللجلجة فى السابق وتم علاجهم ، و(24) فرداً عاديين . تم تكليف الجميع بمهام معينة مثل : إعادة نطق الكلمات المتتابعة ، ومهمة تحويل ذراع العمل فى اليدين وذلك من أجل تخفيف أحد العوامل السابقة وهو ضعف التحكم الحركى المتتابع . وطبقاً لنتائج سابقة فقد تأكد أن المتلجلجون لديهم عطب معين وذلك طبقاً لأدائهم لمهمة إعادة نطق الكلمات المتتابعة وقد ظهر هذا العطب عندما طلب منهم أن يبدأوا فى النقر باليدين كنوع من الاستجابة للمتابعات كما ظهر العطب أو الخلل من خلال قصورهم فى مهمة التنسيق بين أداء اليدين للعمل . وبالنسبة



لشدوذ العلاقة بين نصفى المخ فقد ظهرت نسبة عالية من عدم التماثل والتشابه فى شدوذ المجال البصرى لدى الأفراد المتلجلجين عند القيام بمهام خاصة، وذلك بالمقارنة بالأفراد العاديين . بينما لم تظهر أى فروق بين العاديين والمتلجلجين الذين تم شفاؤهم بالنسبة للعامل الخاص بشدوذ العلاقة بين نصفى المخ .

وقد خلصت الدراسة إلى تأييد النتائج السابقة والخاصة بالنموذج ذى العامل المزدوج . كما توافقت أنماط النتائج مع امتداد هذا النموذج والذى يرجع الشفاء من اللجلجة إلى نضوج آليات الأعصاب وقدرتها على تنظيم وتنسيق الاستجابات المتتالية المعقدة .

ويؤكد هذه النتائج أيضاً يابري (Yairi - a) (1996) فى دراسة على أهمية العوامل الجينية والعصبية فى حدوث اللجلجة . وأن كل حالات اللجلجة التى يحدث لها شفاء تلقائى أو الحالات المزمنة منها تتأثر بالعوامل الجينية . وإن كانت الدراسة تؤكد فى نتائجها على تأييد الرأى القائل بأن سبب اللجلجة يرجع إلى العوامل الجينية والبيئية معاً .

وحاول امبروز وآخرون (Ambrose, et al. (1997) دراسة العوامل الأساسية الوراثية لاستمرار الشفاء من اللجلجة . حيث تؤكد الشواهد على تأثير العامل الوراثى فى إمكانية الشفاء من اللجلجة، ولكن ما زالت العلاقة بين العامل الوراثى واستمرارية الشفاء من اللجلجة تحتاج إلى تأكيد .

وفى محاولة لتحديد سمات هذه العلاقة فقد تم فحص الأسر الحالية لـ (55) طفلاً من ذوى اللجلجة لتحديد حالات استمرار وشفاء اللجلجة، ودارت تساؤلات الدراسة حول تأثير النوع على علاج اللجلجة؟ أى هل الإناث أكثر احتمالاً لتكرار حالات الشفاء من الذكور؟ وأيضاً هل استمرارية أو شفاء اللجلجة تنتقل إلى الأسرة؟ وإذا كان الأمر كذلك فهل تعتبر



اضطرابات مستقلة؟ وهل الشفاء يشمل الحالات البسيطة والشديدة للجلججة؟ وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود اختلاف كبير في نسبة الجنس حيث كانت الإناث أكثر استجابة للشفاء من الذكور. كما وجد أن استمرار وشفاء اللجلججة بالفعل يتنقل للأسرة. وكانت النتائج أكثر توافقاً مع الافتراض الذى يقول إن كلا من استمرار أو شفاء اللجلججة لهما سبب وراثى مؤكد. وأن استمرار اللجلججة إلى حد ما يرجع إلى العوامل الوراثية.

أيضاً حاول راتكليف **Ratcliff (1977)** اختبار أثر الرسم الكهربى على الفصوص الأمامية للمخ عند ذوى اللجلججة أثناء أداء الذاكرة لمهامها، حيث إن الأبحاث الحديثة تؤكد على اعتبار اللجلججة اضطراباً فسيولوجياً ينتج عن عدم التحكم فى حركة أو آلية الكلام. فهى ليست نتيجة لظروف بيئية مكتسبة، وعلى ذلك فإن سلوك اللجلججة يتأثر بالأحوال الاستقرائية للطلاقة. تلك الأحوال تتطلب معالجة أو محواً من التغذية الرجعية السمعية. وتفترض الدراسة أن خبرة ذوى اللجلججة تعوق النتائج التى يمكن تحقيقها من التغذية المرتدة الحسية أثناء فترة عمل الذاكرة حيث يحدث اقتران بينها لكى تعد الاستجابات الحركية اللاحقة.

وقد شملت الدراسة إجراء مقارنة أثناء علم الذاكرة حول نشاط السلوك ورسم المخ الكهربى بين المصابين وغير المصابين باللسجلججة. (ن = 22) من الذكور من ذوى استخدام اليد اليمنى ومتوسط أعمارهم (28.2) عاماً.

وكانت إجراءات الدراسة تتضمن (مهمة) قراءة أو نشاط قرائى لفظى مسموع ومهمة أخرى عبارة عن استخدام الإرجاع السمعى والنقر على مفتاح جهاز خاص عند حدوث لجلججة. أيضاً ضمت قراءة أرقام مكتوبة على فترات خلال ممارسة المهمة الأولى والثانية. وكما افترضت الدراسة لم توجد فروق فى الطلاقة اللفظية بين المجموعتين، وأيضاً كان معدل ذوى اللجلججة أعلى



في النقاط (الإيجاب الزائف) في إرجاع السمع لمهمة النقر. وهذا ما يفسر زيادة الإحساس بالمشيرات السمعية والصعوبات التي تظهر أثناء الاستجابة للمشيريات. ولم تختلف المجموعتان في مهمة الأرقام.

وتؤدي خبرة ذوى اللجلجة إلى الإحساس الزائد للمشيريات أثناء عمل الذاكرة. وقد تم تسجيل رسم كهربى للمخ خلال (60) ثانية والعين مغلقة، وأيضاً والعين مفتوحة من خلال عملية تذكر صامتة (غير ملفوظة) وكان من المفترض أن ذوى اللجلجة يصعدون أنشطة أكثر من العاديين فى نشاط لفصوص الأمامية للمخ. ولكن لم تظهر أى فروق بين المجموعتين فى نشاط المخى. إن زيادة نشاط قشرة الدماغ وزيادة الإحساس بالمشيرات يؤكد لافتراض القائل أن خبرة ذوى اللجلجة تزيد الإحساس بالمشيرات وتقوم بالتخطيط الحركى. مما يؤكد أن اللجلجة اضطراب فى الانتباه.

واهتم وبستر (1998) Webster فى دراسته بوصف نموذج للعمليات العقلية فى المخ والخاصة بالجلجة. ويعتمد النموذج المقترح على عاملين يبدو كل منهما ضروريا ولكن غير كاف لتفسير اللجلجة وهما:

\* عدم فعالية المجال الحركى التكميلى الذى نادراً ما يتأثر بتداخل بعض الأنشطة العصبية المستمرة.

\* النظام المتغير لنشاط نصف المخ والذى يؤدي بالتالى إلى النشاط الزائد فى نصف المخ الأيمن.

ويؤكد وبستر أن تفاعل هذين العاملين هو الذى يحدد سمات واتجاه أغلب برامج علاج اللجلجة وذلك من خلال:

\* تعديل الكلام أو تعديل سلوكيات اللجلجة.



\* تعديل الاتجاهات والاستجابات المتعلقة بالفهم وتجنب المواقف الاجتماعية والمواقف التي تتطلب الكلام. وحتى لو كان العامل الثانى لا يتعامل مع مهارات الطلاقة فى مواقف الكلام اليومية إلا أنه يتدخل فى استخدامها، ويعتبر وبستر أن هذا النموذج يقدم طرقاً عقلية معاصرة لعلاج اللجلجة. حيث يوجه المتلجلج إلى استخدام واكتساب مهارات الطلاقة، المهارات المعرفية، المهارات السلوكية وذلك للتعامل بها أثناء كلامهم.

وفى عام (1999) قدم يايرى Yairi دراسة حول المعلومات التى تؤكد دور العوامل والجينات الوراثية فى ظهور الاضطرابات انكلامية والجلجة عند الأطفال. حيث يؤكد على أن الأطفال الذين يعانون اللجلجة يتأثرون بشدة بالتفاعل بين عمر وجنس الطفل. كما تؤكد الأبحاث على أن الطفل المتلجلج هو ناتج جينات وراثية وظروف بيئية. حيث تظهر اللجلجة بصورة أكبر إذا كان بالأسرة أحد الأفراد المتلجلجين. وقد رفض الباحث فكرة التعامل مع علاج اللجلجة بطريقة الشفاء التلقائى أو الطبيعى فى مراحل الطفولة.

وقام دى نيل وآخرون (De Nil, et al. (2000 بدراسة تأثير بعض التفاعلات داخل المخ على ذوى اللجلجة وذلك من خلال رسم بأشعة X لجسيم البوزترون (وهو جسيم موجب له كتلة تعادل كتلة الإلكترون) حيث أثبتت التجارب العلمية أن له تأثيراً كبيراً على عمليات اللغة والعمليات المعرفية والعمليات الحس عصبية. وفى الدراسة الحالية تم استخدام الرسم السطحي لإطلاق جسيم البوزترون لتتبع التوزيع الوظيفى والجانبى للنشاط الناشئ عن عمل قشرة الدماغ وما تحت قشرة الدماغ الذى يتصل بقراءة كلمة مفردة واحدة عند ذوى اللجلجة. من خلال اشتراك عشرة من الذكور المتلجلجين الذين يستخدمون اليد اليمنى ومثلهم من العساكين لقراءة كلمات



مفردة كل فرد على حدة سواء أقرأ صامتاً أو بصوت مرتفع. ومن خلال تحليل صور الأشعة للعمليات والنشاط العقلي وقياس مستوى تدفق الدم في المخ لاحظ الباحثون زيادة في نشاط الجانب الأمامي الأيسر المحاط بالقشرة المخية في حالة القراءة الصامتة عند ذوى اللجلجة دون العاديين.

وبالنسبة للقراءة بالشفاه أى القراءة المسموعة وجد نشاط فى القشرة المخية وما تحت القشرة المخية عند ذوى اللجلجة وعند العاديين.

وعند المقارنة الإحصائية بين المجموعات تبين وجود زيادة نسبية فى نشاط نصف الكرة الأيسر عند غير المتلجلجين، وزيادة نسبية فى نشاط نصف الكرة الأيمن عند المتلجلجين.

بينما يؤكد كريج Craig (2000) على وجود تفاعل معقد للأحداث ينتج عنه اللجلجة مع وجود مشكلات فسيولوجية أخرى، حيث أصبح شبه مؤكد أن اللجلجة تنتقل عن طريق الجينات الوراثية التى تشترك مع عوامل بيئية والتى تختلف من فرد لآخر. وقد يؤدي العيش فى ظل اللجلجة إلى وجود مشكلات نفسية مثل التوتر والقلق. إلا أنه يظل لدينا نافذة تطل منها فرصة للعلاج الفعال. حيث تؤكد الدراسات على استفادة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (2 - 5) سنوات كثيراً من العلاج المنظم. كما يمكن علاج الأطفال فى عمر (8 - 14) عاماً بفاعلية. إلا أن خطر الانتكاسة يظل منحدرًا خطيرًا يحتاج إلى مزيد من الأبحاث.

واختلف أونسلو، باكمان Onslow & Packman (2001) مع ما كتبه أمبروز ويايرى (1999) حول تشخيص حالة اللجلجة فى الأطفال الصغار خاصة فى الطرق المنهجية التى اتبعها الباحثان والتى تستثنى قضايا هامة لا بد من طرحها للمناقشة والتى يصعب الفصل فيها باستخدام إجراءات حساب التكرارات والتى تعمل على تخفيض التراكبات والتداخلات الكلامية. وقد



ظهر الإخفاق واضحاً في عدم القدرة على التفريق بين اللجلجة وعدم طلاقة الكلام.

وللتعرف على الفروق بين مظاهر اللجلجة الجينية العصبية، واللجلجة التطورية البيئية قامت دراسة فان بورسيل، تايلو **VanBorsel & Taillieu (2001)** لمعرفة الفروق في القدرة الكلامية بين المتلجلجين لأسباب جينية عصبية أو بيئية اجتماعية، ولم تتوصل الدراسة إلى أى فروق بينهما. وقد أيدت الدراسة وجهة النظر التي تنادى بأنه بناءً على القدرة الكلامية للمتجلجلج فقط، لا يمكننا أن نفرق فيما بين حالات اللجلجة الجينية العصبية وحالات اللجلجة التطورية.

وأخيراً يناقش وينجات **Wingate (2002)** بطريقة علمية عقلانية الاضطراب الذي يسبب اللجلجة معتمداً على حقيقة أن اللجلجة هي نوع من الاضطراب الواضح أثناء الكلام. فهي انحراف في جانب من النمو اللغوي ينتج عن عوامل كثيرة نفسية، ولغوية، وعصبية، وفسولوجية، وبيئية. كما تؤكد الدراسة على إمكانية علاج اللجلجة بأسلوب العلاج العقلاني الانفعالي لإدارة الاضطراب والتخلص منه.

إن معظم الشواهد السابقة لا تقترح وجود عيب عصبى فسيولوجى عند ذوى اللجلجة. فأى عيب / قصور يكون دقيقاً ومن غير السهل ملاحظته ويوجد عند بعض ذوى اللجلجة وليس جميعهم.

إن معظم الأبحاث العصبى فسيولوجية لم تحدد أسباب اللجلجة. فعلى سبيل المثال وجدت أن بطاء وعدم تناسق حركات الكلام لا تسبب اللجلجة، فمثل هذه الحركات هي اللجلجة نفسها، لذلك فإن معظم الأبحاث العصبى فسيولوجية تصف سلوك أعصاب وعضلات الكلام. ولم تشر الأبحاث إلى



سبب هذه السلوكيات وهذا ما دعى بعض العلماء إلى اعتبار اللجلجة نتاجاً  
لعديد من الأسباب النفسية والاجتماعية والبيئية.

### اللجلجة والعوامل البيئية Stuttering and Environmental Factors

كما أن هناك من يرى أن آليات الجينات، المنخ، الأعصاب، الكلام  
تقترح وجود مشكلات كامنة وتفسيرات ممكنة إلى حد ما للجلجة. هناك أيضاً  
نظريات حاولت تفسير اللجلجة على أساس المتغيرات البيئية.

إن سلوك الإنسان واضطرابات هذه السلوكيات هي أساس اختلاف  
التنشئة الطبيعية. هل الذى يحدد السلوك هو العوامل الوراثية أم العوامل  
العصبى فسيولوجية أم هل تشكلها عوامل القوى البيئية؟ هذا السؤال تمت  
مناقشته فى محيط اللجلجة.

إن كثيراً من الملاحظات تقترح أن اللجلجة تتغير وتعتمد على المثيرات أو  
الأحداث البيئية. . على سبيل المثال كلما ازداد عدد الحاضرين كلما ازداد  
تكرار اللجلجة. إن المثيرات التى ترتبط بزيادة ونقص اللجلجة يكون لها نفس  
التأثير على الأحداث / المناسبات المستقبلية. على سبيل المثال وفى بعض  
الدراسات وجدت أن تلوين حدود صفحة بها كتابة يرتبط بزيادة معدل تكرار  
اللجلجة. وفيما بعد أيضاً وجد أن العينات لجلجت كثيراً فى وجود صفحة  
ذات حدود ملونة.

وفى القراءة الفمية حينما تم محو الكلمات التى لجلج فيها ذوو اللجلجة  
أول مرة وجد أن ذوى اللجلجة يلجلجون فى الكلمات التى تليها عند القراءة  
فى المرة الثانية.

وقد لاحظ الباحثون أن اللجلجة تتغير وتعتمد فى ذلك على المستمع.  
فذوو اللجلجة الذين يتحدثون بطلاقة مع الأطفال وحينما يتكلمون مع الكبار



نجدهم على الفور/ مباشرة يلجلجون فى أول كلمات يقولونها. ملجلج آخر يتكلم بطلاقة نسبياً وهو فى طريقه إلى مكان يتناول فيه طعاماً سريعاً لا يمكنه تقديم طلب أو أمر بالطعام. وبسبب هذا وبعض الشواهد الأخرى فإن أثر الأحداث البيئية على تكرار اللجلجة لا شك ولا نزاع فيه.

(Bloodstein, 1987)

وهناك عدد كبير من النظريات البيئية للجلجة تم ذكر بعضها (عدد بسيط منها) هنا:

### النظرية التشخيصية The Diagnosogenic Theory

هى نظرية معروفة للجلجة توضحها على أساس الأحداث البيئية. والتي قدمها وندل جونسون Wendell Johnson الذى قال إن أصل اللجلجة هو التشخيصات الوالدية وأن اللجلجة ليست فى فم الطفل ولكنها فى أذن المستمع. والأبحاث التى قدمها Johnson أقنعتة بأن كل المتحدثين يتهتهون وليس بالضرورة أن يكون المتلجلجون يتهتهون بزيادة.

إن الآباء ذوى المستوى العالى من الطلاقة، أو الذين لا يفهمون أن كل الأطفال تظهر تهتهة يشخصون ما يقوم به أطفالهم الطبيعيون عند تكرار، نبذ، ترجيع، تطويل أجزاء الكلام على أنه لجلجة...

إذا لم تكن التهتهة المفرطة / الزائدة، أو الأشكال المختلفة للتهتهة تعتبر لجلجة فماذا تكون؟ وإذا كان الوالدان يشخصون مشكلة غير موجودة أو أشياء لا تعنيهم؟

إن جونسون Johnson نفسه كان من ذوى اللجلجة؛ لذلك فإنه عانى كثيراً من التفكير فى أن اللجلجة ما هى إلا ضجة من أجل شىء تافه. فىرى أن مشكلة اللجلجة تبدأ بعد التشخيص الخاطىء، فبسبب هذا التشخيص يعتقد



الأطفال أن هناك شيئاً خطأ في كلامهم. لذلك يحاول الطفل تجنب ما يراه الوالدان أنه مشكلة: التهته والتى فضل جونسون Johnson أن يطلق عليها اللاسلاسة الطبيعية normal nonfluencies. إن الذى يفعله الطفل لتجنب اللاسلاسة الطبيعية هو اللجلجة. فى الأساس لا يجب علينا الخلط بين اللجلجة والتهته. فاللجلجة هى كل الأداءات التى يقوم بها الطفل حتى لا يتهته ويلجلج: تكثيرات الوجه، تلويح اليدين، ضرب الأرض بالقدمين، سلوكيات التوتر بالإضافة إلى تجنب الكلمات والمواقف الكلامية.

ووفقاً لما قدمه جونسون Johnson فإنه يصف اللجلجة بأنها ترتبط بالسلوكيات الحركية والاستجابات التجنبية هى اللجلجة.

إن النظرية التى قدمها Johnson استقرت على افتراض هام: أن الأطفال ذوى اللجلجة لم يظهروا تهته أكثر من الأطفال غير المصابين باللجلجة. ولكن ما يدعو للأسف أن البيانات التى جمعها Johnson والتى جمعها غيره من العلماء تكذب وتغاير هذا الافتراض (Bloodstein, 1987)

فإن أغلب الأطفال ذوى اللجلجة والراشدين المصابين بها أظهروا تهته أكثر بصورة واضحة من غير المصابين بها من الأطفال والراشدين. إن تشخيص الوالدين للجلجة حينما يكون هناك زيادة فى كمية ومدة التهته غالباً ما يكون مصحوباً بتوتر عضلى وجهى.

إن نقد نظرية Johnson يؤكد أن اللجلجة تؤدى إلى اعتقاد داخل الطفل بأن عملية الكلام عملية صعبة... وقد عرض Bloodstein فى عام 1984 نظرية الصراع المتوقع Anticipatory struggle والتى تشير إلى أن اللجلجة نفسها هى استجابة للتوتر وتكسير الكلام.



فالطفل قد يكتسب اعتقاداً بأن الكلام عملية صعبة لعدة أسباب. على سبيل المثال بعض الأطفال الذين عندهم مشكلات في اكتساب اللغة أو إنتاج الكلام (التلفظ) نجد أن اللجلجة تظهر عندهم في صورة متأخرة.

إن المشكلات في تعلم اللغة أو جهاز أصوات اللغة المقترن بضغط الاتصال لا يزال الانطباع بأن اللغة مهمة صعبة مغروساً في ذهنه. . . وبسبب هذا الاعتقاد فإن الطفل تحدث له مشكلة في كل وقت يكون من الضروري فيه أن يستخدم لغة منطوقة ويبدأ في المقاومة بصعوبة عند هذه اللغة المنطوقة. وأكثر احتمالاً أن يقوم الطفل بتكسير الكلمة بغرض تسهيلها. وسواء أكان الطفل قادراً أو غير قادر على إصدار الكلمة كوحدة متكاملة فإنه يكسرها بسبب اعتقاده بأن عملية إصدار الكلمة مرة واحدة أمر صعب للغاية. مثل هذا التكسير هو اللجلجة. . .

إن النظرية التي قدمها Bloodstein حول الصراع المتوقع وتكسير الكلام إلى أشكال من التهته تتوافق كثيراً مع الملاحظات حول عملية اللجلجة (Bloodstein, 1984). ومن ناحية أخرى فإننا نحتاج لمزيد من الأبحاث للحصول على الفهم الكامل لكيفية بلوغ الطفل للاعتقاد بأن الكلام مهمة صعبة. وعند كثير من ذوى اللجلجة فإن كثيراً من أنواع المشكلات الاتصالية التي تطبع مثل هذه الاعتقاد في الذهن غير موجودة.

وهناك من نظر إلى اللجلجة كنتاج لسوء توافق الشخصية Personality Mald Adjustment حيث اعتبرت اللجلجة صورة من صور ميكانيزم الانسحاب الراجع إلى الإحساس بالدونية. فالمرء إذا شعر أنه دون غيره، قد يحجم أو يتردد في أن يتكلم كما لو كان متوقفاً من المستمعين أن يردوه عن الكلام، ومن هنا ينشأ الكف الذي يتسرب إلى عملية النطق، فاللجلجة إذاً ما



هى إلامة على ففدان الثقة بالنفس؁ وشعور بالدونية؁ واضطراب فى التوافق الاجتماعى (غانا ياسين؁ 2000: 58)

بينما يؤكد شيهان Sheehan أن اللجلجة ما هى إلا صراع نتيجة الحيرة بين دوافع متعارضة ما بين التحدث وعدم التحدث؁ ويفسر ذلك بأن اللجلجة تبدأ عند الفرد عندما يصل ميله إلى الكلام (موضوع الصراع) وميله إلى الإحجام عن الكلام إلى مستوى متوازن ثم بظهور اللجلجة يقل الإحجام الدافعى للخوف Fearmotivated avoidance ويتحرر المتلجلج من العائق الذى يؤثر على عملية الكلام.

وبذلك يؤكد شيهان على أن صراع الإقدام الإحجام المزدوج Double approach avoidance يمثل أساس اللجلجة. حيث يتضمن كل من موضوعى الكلام والصمت قيمة إيجابية وأخرى سلبية؁ بمعنى أن المتلجلج يجد نفسه بين اختيارين كلاهما مر؁ حيث يكون لدى المتلجلج الدافع إلى الكلام؁ لتحقيق التواصل اللفظى مع الآخرين. وفى الوقت نفسه لديه دافع الإحجام عن الكلام حيث يتوقع مقدما ما تسببه له عدم طلاقته من خجل وشعور بالذنب (سهير أمين؁ 2000: 35).

#### النظريات التى تقوم على الاشتراط والتعلم

##### Theories Based on Conditioning and Learning :

إن ملاحظة أن ذوى اللجلجة يتحدثون بطلاقة فى بعض الكلمات؁ وفى بعض المواقف الكلامية؁ وفى بعض الأوقات؁ ولكنه يتكلم بتهته فى كلمات أخرى؁ وبعض مواقف كلامية أخرى؁ وفى بعض الأوقات الأخرى تقترح أن يكون تعلم الطفل هذا التصرف من خلال الاشتراط؛ لذلك فإن هناك كثيراً من النظريات التى تفسر اللجلجة على أساس الاشتراط والتعلم.



أوضح عدد بسيط من النظريات أن اللجلجة هي سلوك تجنب التعلم learned avoidance behavior. على سبيل المثال أشار Wischner في عام 1950 أن الطفل بسبب التقييم الخاطيء/ السلبي لعدم سلاسة كلامه يجعله يشعر بالقلق من كلامه. هذا القلق في النهاية هو شرط لصوت معين أو كلمة معينة، عمل الكلام، مواقف كلامية محددة تؤدي إلى سلوكيات التجنب والتي تسمى باللجلجة.

إن المشكلة الأساسية في نظرية Wischner هي صعوبة توضيح أن استجابة الوالدين بطريقة خاطئة لعدم السلاسة الطبيعية عند الأطفال التي تخلق سلسلة من الأحداث تؤدي إلى القلق والتجنب (اللجلجة).

وهناك وجهة نظر أخرى تركز على الاشتراط الإجرائي عند سكينر B.F.Skinner إن السلوك الذي يزيد ويقل بترتيب بعض توابعه يعرف بالإجراء An operant. والإجراءات هي سلوكيات مقصودة وإرادية تشكلها وتوجهها بعض التوابع والتي تعرف بالمدعمات (المعززات). إن المدعم هو أي حدث حينما يقع تليه استجابة، ويزيد هذا المدعم من تكرار الاستجابة. المعاقب وهو أي حدث حينما يقع يتبعه استجابة، ويقلل من تكرار السلوك. المثيرات Stimuli ويشتمل على الأفراد، الموضوعات، المجال البدني، التي ترتبط بالاستجابة التي تم تدعيمها ويعرف بالمثيرات التمييزية discriminative stimuli. وتكون الاستجابة أكثر احتمالاً للحدوث عند وجود المثيرات التي تميزها.

إن الاشتراط الإجرائي في اللجلجة يقوم في الأساس على بعض التجارب التي أوضحت أن اللجلجة من الممكن زيادتها تجريبياً من خلال التعزيز وتقليلها من خلال العقاب (Bloodstein, 1987)

وفي بعض التجارب كان هناك معاقب لفظي مثل كلمة لا No، خطأ wrong والتي استخدمت لتقليل تكرار اللجلجة. واستخدمت بعض الدراسات



الأخرى الصدمة الكهربائية. وتحت الصدمة من ناحية أخرى تزداد اللجاجة في بعض الحالات وتقل في الأخرى ولا يطرأ عليها أى تغيير فى حالات بسيطة. وفى بعض الدراسات الموجودة حالياً تستخدم الضوضاء blast of noise لتقليل اللجاجة. إن اللجاجة فى الحقيقة مثلها مثل الاشتراط الإجرائى من الممكن أن تزيد أو تقل بتقديم مثيرات متعددة.

وعلى الرغم أن تكرار اللجاجة من الممكن أن تقوم الطرق التجريبية بتغييره فإن هناك الكثير من الشواهد التى تساند الادعاء الذى يقول إن اللجاجة هى سلوك إجرائى ما زالت مطلوبة. إن كيفية تكوين وتدعيم سلوكيات اللجاجة لا يزال غير واضح. كما أن كيفية توجيه سلوك الابتعاد aversive behavior لا تزال هى الأخرى غامضة..

وهناك نظرية اشتراطية أخرى تعرف بنظرية العاملين Two factor theory والتى تشير إلى أن الأشكال المختلفة للتهته قد ترجع إلى أسباب مختلفة (Brutton & Shoemaker, 1967).

ووفقاً لهذا التصور فإن تكرار جزء من الكلمة وتطويل الأصوات هى اللجاجة. وكل أشكال التهته بما فيها تكرار الكلمات والإقحام لا تعد من اللجاجة. وتشير النظرية إضافة إلى ذلك أن اللجاجة التى تم تعريفها يرجع سببها إلى القلق الذى هو اشتراط كلاسيكى وأن باقى أشكال اللجاجة هى سلوكيات إجرائية.. إن عاملى هذه النظرية هما شكلا الاشتراط الذى يردى إلى أشكال تهته اللجاجة وتهته غير اللجاجة..

### الاشتراط الكلاسيكى Classical conditioning

توصل عالم النفس الروسى الشهير بافلوف Pavlov إلى أن الاشتراط الكلاسيكى يتحقق حينما يقوم أحد المثيرات (العقاب) الذى يشير بطريقة طبيعية استجابة مثل القلق، ويقترن بمثيرات أخرى (الموقف الكلامى) الذى لا يشير



القلق . . . ولو اقترن المثيران بما فيه الكفاية (العقاب والموقف الكلامي) فإن الموقف الكلامي سيثير بنفسه استجابة القلق . وتقترح نظرية العاملين أن ذوى اللجلجة تم اشتراطهم ليمروا بخبرة القلق فى المواقف الكلامية . هذا القلق يؤدى إلى عدم تكامل الطلاقة والذى يحدث على شكل تكرار جزء من الكلمة وتطويل الأصوات . . .

وليس هناك شواهد تؤكد أن تكرار جزء من الكلمة أو تطويل الأصوات يزداد أو لا يبدو عليه أى تغيير أثناء الصدمة، والذى من المحتمل أن يؤدى للقلق أو يتبعه . وكما هو ملاحظ سابقاً هناك شواهد أخرى تؤكد أن بعض أنواع اللجلجة تزيد مع العقاب . إن الدراسات التى أوردت تقريراً بزيادة اللجلجة فى معظم الأحوال تستخدم الصدمة الكهربائية . . . إلا أن الباحثين / المحققين يكرهون ويقاومون استخدام الصدمة فى التجارب . ومع ذلك فإن هناك مزيداً من الحاجة لأبحاث لحسم هذا الخلاف .

### **نظرية التحليل النفسى عند فرويد: Freudian Psychoanalysis**

نظرية فرويد للسلوك الإنسانى هى نظرية نفسية لا تحتاج لأسس التعلم أو الاشتراط . إن وجهة نظر فرويد فى اللجلجة أنها أحد أشكال العصاب neurosis والذى هو شكل بسيط من اضطراب العقل أو الاضطراب النفسى (Van Riper 1982) . والفوبيا phobia أو الخوف غير الطبيعى من بعض الأشياء هى شكل من أشكال العصاب . إن نظرية فرويد للعصاب تؤكد أن كل الاستجابات العصبية هى أعراض الصراع اللاشعورى المتأصل فى النمو النفسى جنسى فى مرحلة الطفولة المبكرة . فالطفل الذى لا يتقدم بصورة طبيعية فى مراحل مثل المرحلة الفمية أو المرحلة الشرجية أو يكون متعلقاً بأحد والديه (عقدة أوديب) يثبت فى هذه المرحلة . على سبيل المثال فإن الفطام المبكر أو التدريب على صدمة الحمام traumatic toilet training من الممكن أن تثبت الطفل فى المرحلة الفمية أو الشرجية .



وفيما بعد تبدأ الصراعات والإحباط النفسى فى الظهور فيميل الفرد إلى النكوص لمراحل التثبيت المبكرة؛ لأن السلوكيات فى هذه المراحل الطفولية تكون غير مقبولة، كما أن الأفراد يقومون بقمعها.

ولكن الدوافع غير المقبولة فى تلك المراحل الطفولية والتي قام الفرد بإخمادها تتحول إلى أعراض عصابية مقبولة مثل اللجلجة، الخوف، الاستجابات الهستيرية.

ويعتقد بعض علماء التحليل النفسى أن صراعات ذوى اللجلجة تظهر عندما يقول كلمة تعكس التثبيت الفمى، فاللجلجة مثلها مثل التدخين أو مص الإصبع هى شكل من أشكال التدليل الفمى indulgence. والبعض الآخر من علماء التحليل النفسى يرى أن سرعة الانفعال التى تلى / تتبع المعوقات التى يظهرها ذوو اللجلجة تشير إلى التثبيت الشرجى. كما أن السلوك العدوانى من المؤكد أنه جزء من المرحلة الشرجية؛ لذلك فإن اللجلجة قد تكون تعبيراً عن عدوان السادية الشرجية anal-sadistic aggression. إن معظم ذوى اللجلجة يطلق رزازاً على المستمعين قد يتم تفسيره على أنه حالة عدوانية. إن نظرية فرويد فى العصاب واجهت الكثير من النقص لأن علاجها لم يؤت ثماره.

وهناك القليل من الشواهد العلمية لتوضيح أن التحليل النفسى للجلجة والخوف phobia ذو فاعلية. علاوة على ذلك فإن الافتراض الأساسى لهذه النظرية لم تستطع الأبحاث تأكيد صحته وبرهنته. لذلك فإن علاج التحليل النفسى للجلجة تلاشى واضمحل إبان العقدين الماضيين.

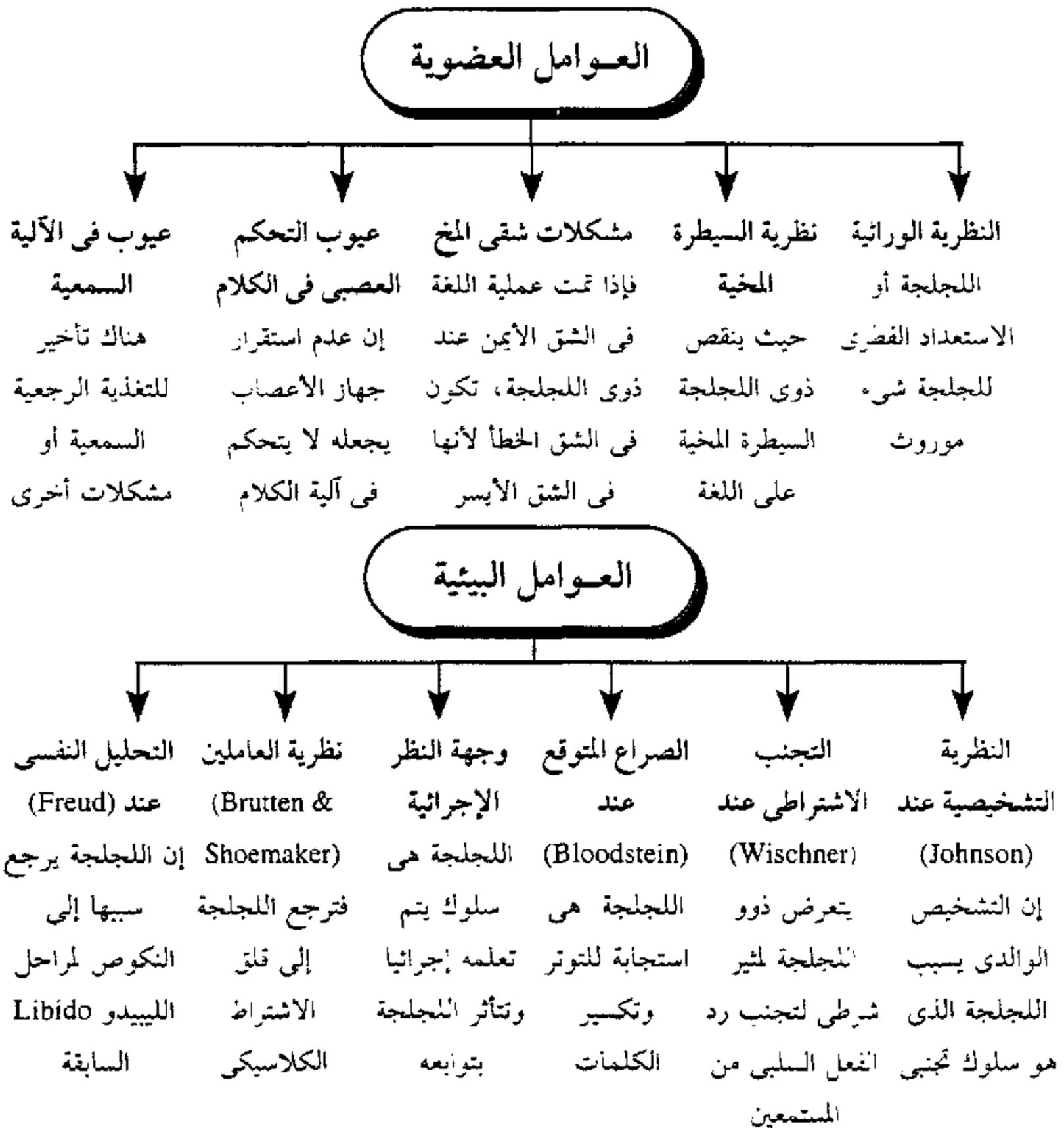
كما توصلت الأبحاث إلى تحديد ما إذا كان ذوو اللجلجة أم والداهم أظهروا ميولاً / اتجاهات عصابية لها آثار سلبية.



إن الأفراد ذوي اللجلجة مثل باقي الأفراد الذين لا يلجلجون. وأن الآباء لأطفال ذوي لجلجة مثلهم مثل الآباء لأطفال غير مصابين بالجلجة . .

### ملخص نظريات اللجلجة، Summary of theories on stuttering

لقد تم تفسير اللجلجة بطرق متعددة ومختلفة. وأهم تصنيفين لهذه النظريات هو النظريات العضوية organic والنظريات البيئية environmental وسيتم توضيحها في الشكل (1) الآتي . . .



شكل (1) تلخيص لأهم نظريات اللجلجة

من الواضح أنه لا توجد نظرية واحدة مرضية للجلججة . وأن أغلب النظريات تلقى الضوء على مظهر محدد للجلججة . أما النظرية المتكاملة التي تفسر كل مطالب اللجلججة والتي تساعدنا شواهد الأبحاث في طريقها للظهور ويجب أن يقوم العلماء بأبحاث تجريبية كثيرة قبل عرض هذه النظرية، وذلك على الرغم من وجود عدد كبير من معلومات الأبحاث للأسباب الكامنة للجلججة .

ومن المحتمل أن يكون للجلججة أسباب متعددة، وأن كلاً من العوامل العضوية والبيئية تلعب دوراً كبيراً في أصل واستمرار اللجلججة، ومن المحتمل أن يكون من الأمان التأكيد أن الاستعداد الوراثي يجعل بعض الأفراد سريعى التأثير بالجلججة . . إن عدم استقرار الجهاز العصبى مشكلة كامنة فى طريقة تنفيذ المخ لحركات الكلام قد يكون جزءاً من سرعة التأثير الوراثية . .

وقد تحدث اللجلججة بإعطاء الحق للظروف التي تكون فيها العوامل البيئية إجرائية مثل الضغط، الاشتراط، الصراع . . .

من هذا العرض والذي حاولنا فيه التعرف على اللجلججة وأسبابها يتضح مدى التداخل والتعقيد الذى يكتنفها . ويظهر هذا من عدم الاتفاق إلى الآن فى العديد من القضايا مثل :

\* ظهور الاهتمام البالغ من العديد من الباحثين بإرجاع اللجلججة إلى العوامل الجينية الوراثية حيث حاول العديد منهم تأكيد أنها السبب الوحيد لحدوث اللجلججة . ويظهر هذا الاهتمام فى استمرار هذا الاتجاه حتى الآن .

\* احتل تعريف اللجلججة فى التصنيف الدولى للأمراض لمنظمة الصحة العالمية (WHO) بؤرة الاهتمام لعدد من الباحثين وعلى رأسهم



ياروس (1998، 1999) Yaruss ، والذي نشر عددًا من المقالات لتفسير هذا التعريف من خلال تصنيفه تبعًا للضعف والعجز والإعاقة، محاولاً تعريف اللجلجة في ضوء هذه التصنيفات الثلاثة وأيضاً إظهار الفروق بينها، وقد ظهر مؤيدون ومعارضون لهذا التفسير مما أثار جدلاً واسعاً. ودعا بعض الباحثين لكتابة المقالات التي ترد على ما كتبه ياروس وتختلف معه في تفسير معنى الضعف والعجز والإعاقة مثل برينس Prins (1999).

\* واهتم عدد آخر من الباحثين بدراسة بدايات اضطراب اللجلجة عند الأطفال الصغار، حيث أوضحت النتائج أن اللجلجة كاضطراب يمكن ظهورها في سن مبكرة جداً أكثر مما كان يعتقد من قبل، كما اتضح أنها قد تكون تطورية مع نمو الطفل الطبيعي تبعاً لاستعداده الوراثي الجيني، أو تكون ذات بداية مفاجئة وشديدة في نفس الوقت.

\* كما اعتبرت بعض الدراسات اللجلجة ما هي إلا خلل في الطلاقة الكلامية وذلك من خلال إجراء العديد من الدراسات على الأطفال الصغار لتحديد مدى الطلاقة، والفترة الزمنية التي يستغرقها المتكلم في نوبة اللجلجة وهل هي تكرار مقاطع أم تكرار كلمات. وقد ظهر من خلال هذه الدراسات وجود جدال قائم حول تعريف اللجلجة وهل تتضمن عدم طلاقة الكلام داخل الكلمات نفسها، أم ما هو موجود بين الكلمات.

\* يلاحظ حدوث تطور في النظرة إلى الأسباب المؤدية إلى حدوث اللجلجة من الواجهة الطبية فبعد أن كان أنصار هذه النظرية يحاولون إثبات صحتها ممثلة في العوامل الجينية والعصبية الفسيولوجية. حدث تحول لدى أنصار هذه الواجهة حيث بدأ الاتجاه نحو الاعتراف



بوجود أكثر من عامل يتداخل ويؤثر فى العوامل الأخرى مثل  
العوامل النفسية، العوامل الاجتماعية، العوامل البيئية. ليتج لنا فى  
النهاية مشكلة بالغة التعقيد هى اللجلجة.

#### رابعاً: جدوى علاج اللجلجة:

رغم الأهمية المتزايدة التى أولتها الأبحاث والدراسات إلى مشكلة  
اللجلجة إلا أن هناك العديد من القضايا التى لم تحسم بعد مثل جدوى علاج  
اللجلجة، وكيفية العلاج ومتى يمكن أن نبدأ العلاج؟ وكيفية القياس؟ أيضاً  
قضية التشخيص، والمقاييس المستخدمة وغير ذلك من القضايا التى لم تحسم  
بعد، لذلك كان لا بد من استعراض لبعض أسباب هذا الجدل وعرض لبعض  
الدراسات والمقالات عنه.

قامت دراسة كوبر (1990) Cooper لوصف العوامل التى تعوق تطور  
برامج العلاج المبتكرة للجلجلة فى الولايات المتحدة، حيث اعتبرت الدراسة  
أن النظرة الضيقة لأسباب حدوث اللجلجة والتى تقوم على تفسير اكتساب  
اللجلجة من خلال التقليد هى أهم عامل يعوق زيادة استخدام نماذج فعالة  
لعلاجها. كما أن استمرار الخطأ الذى يعتمد على عداد اللجلجة كمقاس  
ثابت ووحيد لتشخيص اللجلجة يؤدي إلى الخوف من التدخل العلاجى  
المبكر.

وتؤكد الدراسة على أهمية التدخل العلاجى المبكر، والوعى بمعنى  
مهارات ما بعد اللغة للتدخل، وزيادة الوعى بحدود برامج العلاج المكثف  
قصير المدى، ومعرفة التاريخ المرضى للمتجلج، وزيادة الاهتمام بطرق  
مساعدة المتجلج البالغ كاتجاهات مستقبلية فى علاج اللجلجة.



بينما يناقش إنجهام (1990) Ingham التطورات الأساسية فى علاج اللجلجة ويرى أن هذا التطور جاء من تطور فنيات العلاج السلوكى. كما يؤكد على أن الأبحاث التى قامت على هذه الممارسات العلاجية قد قلت فى الآونة الأخيرة؛ وذلك راجع إلى عدم التأكد من ثبات وتقييم إجراءات نتيجة العلاج، وأيضاً عدم تحديد وجمع مقومات النجاح لأغلب برامج العلاج.

واهتم كورلى (1993) Curlee بدراسة تاريخ وبداية علاج اللجلجة فى منتصف الستينيات حيث جرت هذه البحوث للتحكم فى السلوك داخل المعمل، وذلك من خلال إثارة الاستجابات الممكنة للمتعلج، وإجراءات الاقتراب المتتالى أو ما يعرف بإزالة الحساسية المنظم. وفى نهاية السبعينيات تعلم كثير من المعالجين من خلال الملاحظة الذاتية الكثير من وسائل تعديل السلوك التى تمت إضافتها مما أدى إلى إحداث تقدم فى علاج اللجلجة سواء للكبار أو للصغار. وإن كان هذا لم يصاحبه تقدم مماثل فى مقاييس تشخيص اللجلجة، ودائماً ما يتطلب العلاج تنظيم عملية التنفس لكى يتم تحديد الكلام المناسب وشكله لكى يشبه صوت الكلام العادى. ويؤكد الكاتب على أنه بالرغم من فشل كل هذه الأساليب فى الحصول على نتائج ثابتة إلا أنها ظلت مقبولة ومعمولاً بها إلى درجة كبيرة.

ويعتبر عام (1993) عام الاهتمام بقضية جدوى علاج اللجلجة وتطوره - حيث قامت دراسة سيجال (1993) Siegel بمناقشة إسهامات تعديل السلوك ونظرية التعلم فى علاج اللجلجة، حيث يرى أن كثيراً من الأبحاث التى تناولت مشكلة اللجلجة اهتمت بالمتغيرات النفسولوجية. بينما ما زال المعالجون يعتمدون على الطرق السلوكية فى العلاج. ويعتبر أن عملية الفصل والتفريق بين الأسباب النفسولوجية والاتجاهات المرتبطة بها الموجهة نحو مشكلة اللجلجة من ناحية، والممارسات العلاجية السلوكية من ناحية أخرى



قد تؤدي إلى عرقلة زيادة الاتجاه نحو الاهتمام بالجانب السلوكي وأن الذي يحتاجه مستقبل أبحاث تعديل السلوك والجلجلة هو الوصف الدقيق لأشكال سلوك الجلجلة المراد تعديله مما يتطلب تطوير المقاييس التشخيصية.

بينما ناقش إنجهام (Ingham (1993 - a) الاتجاه السائد في بحوث الجلجلة خاصة بحوث تعديل السلوك والتي نشرت منذ عام (1980)، وقد تم حصر هذه الاتجاهات في: العلاج بالتغذية الراجعة السمعية، تنظيم التنفس، علاج تدفق الهواء، التغذية الراجعة الحيوية لضبط الإيقاع، الاستعانة بالوالدين كمكون علاجي يزيد من أثر العلاج في البيئة الطبيعية للمتعلج، كما ركزت الدراسات على تحديد خصائص الأفراد ذوي الجلجلة وذلك ليتمكن معالجة الآثار السلبية المرتبطة بالجلجلة.

كما اهتم إنجهام (Ingham (1993 - b) أيضاً بأسباب تراجع بحوث علاج الجلجلة وذلك بسبب التركيز على قضايا وممارسات أخرى، مثل علاج الأطفال، عدم كفاية أساليب قياس الجلجلة، زيادة انتشار التوجه نحو المنحى النفسى العصبى فى تفسير أسباب الجلجلة، الشك فى ثبات طرق علاجية محددة، الفشل فى إيجاد حلول لأساليب التعميم والمشكلات المستمرة. وقد توصلت الدراسة إلى نتيجة مؤداها أن سبب انخفاض التقدم فى الأبحاث العلاجية قد يكون سببه عدم التوافق بين البحوث التى تتعلق بأسباب الجلجلة وعلاجها.

ويناقش مارتن (Martin (1993) أسباب اتجاه بحوث الجلجلة إلى المعمل حيث يرى أن العدد اللانهائى للمثيرات التمييزية فى البيئة، والتدعيم الإيجابى أو السلبى لهذه المثيرات والتفاعل بينها يجعل من الصعب وضع فروض منطقية لتحديد أسباب وبداية الجلجلة. ونتيجة لذلك اتجه العلاج إلى داخل العيادة حتى يمكن التحكم فى عدد المثيرات. ويؤكد مارتن على أن



الأبحاث المستقبلية في مجال اللجلجة لا بد أن تنحو إلى تعديل المثيرات البيئية التي تتحكم في الأنشطة اليومية لذوى اللجلجة، وبالتالي لا بد أن تخرج بحوث اللجلجة من العيادات إلى المشاركة الفعالة في البيئة.

وتناول يايري (Yairi 1993) دراسة تطويرية عن جدوى علاج اللجلجة من خلال تقييم عدد من أطفال الروضة (ن = 16) طفلاً وذلك طوال أسابيع مختلفة، ومناسبات متعددة بعد بداية اللجلجة. واستمر ذلك لمدة ستة شهور، وأوضحت النتائج وجود اتجاه قوى لانخفاض حالة اللجلجة، وكذلك انخفاض عدم الطلاقة، وعدد حركات الرأس والوجه وتصنيفات الشدة لحالات اللجلجة من قبل الوالدين والإكلينيكين. ولقد أظهر الأطفال تحسناً واضحاً في الكلام. وتؤكد هذه الدراسة على الرأي القائل بإمكانية الشفاء التلقائي من اللجلجة.

وللكشف عن النتائج الطويلة الأمد لعلاج اللجلجة وبالتالي تأكيد جدوى العلاج قامت دراسة بوبرج، كولى (Boberg, Kully 1994) لمتابعة عدد من الكبار البالغين (ن = 42) فرداً من ذوى اللجلجة والذين تعرضوا لبرنامج علاجي مكثف، واستمرت فترة المتابعة من (12 - 14) شهراً. وقد دلت نتائج المتابعة عن أن 69% من الدارسين المشتركين في الدراسة قد حافظ على نسبة طلاقة مقبولة في المكالمات التليفونية المفاجئة في البيت، وأيضاً في العمل. وقد تم تصنيف حوالي 80% من عدد المشتركين في الدراسة من حيث طلاقة الكلام على أنهم جيدين وذلك على استبيان لقياس القدرة على أداء الكلام بطلاقة. وهذا إنما يدل على جدوى علاج اللجلجة أيضاً يؤكد على أهمية المتابعة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

واهتم لويس (Lewis 1995) في دراسته بأجهزة قياس شدة اللجلجة وهل تقيس فعلاً سلوكيات اللجلجة. من خلال فحص واختبار المدى الذي



يمكن أن تصل إليه هذه المقاييس سواء للأطفال أم للكبار. وتؤكد النتائج أن هذه الأجهزة الحديثة لا تفي بالغرض منها ولا تعكس بدقة بيانات ومعطيات الملاحظة التي اشتقت أو نبعت منها.

أيضاً في إطار اهتمامه ببحوث اللجلجة قام إنجهام (1995) Ingham بدراسة مدى القدرة على تحديد نقطة بداية التدخل العلاجي لعلاج اللجلجة المزمنة. وذلك من خلال مناقشة تقارير لأربعة من الباحثين من ذوى الخبرة العملية في مجال علاج اللجلجة، حيث عرض عليهم بعض الأفلام المصورة لعدد من المتلجلجين بشدة أثناء حديثهم التلقائي. وطلب منهم تحديد سلوكيات اللجلجة، وإمكانية بداية التدخل، ووضع تشخيص دقيق لكل حالة. وقد دلت النتائج على عدم اتفاق الباحثين الأربعة في آرائهم، كما أوصت الدراسة بضرورة وجود مقاييس تشخيصية متقدمة لتحديد مثل هذه القضايا.

قامت فرانكين (1995) Franken بوصف أدوات التصنيف التي من الممكن أن تستخدم لتقييم نتائج علاجات اللجلجة والتي أثمر استخدامها عن وجود وصف شامل وتفصيلي لنوعية الكلام وجودته في حدود عملية إخراج الكلام. نطق الأصوات، مقاطع الكلمات، ارتفاع الصوت، سرعة الكلام، قياس تكرارات اللجلجة.

بينما هدفت دراسة فوسنوت (1995) Fosnot إلى مناقشة قضية علاج الأطفال في مرحلة الروضة والأطفال في سن المدرسة من الذين لديهم لجلجة، ومدى جدوى هذا العلاج، أيضاً اهتمت الدراسة بمناقشة سياسات وخطوات التدخل الموجودة، وتؤيد الدراسة الرأي القائل بأن اضطرابات طلاقة الكلام اللغوية التي يتم توجيهها وعلاجها تصبح فعالة ومؤثرة إذا تم استخدام أساليب علاجية متناسبة مع السن وأيضاً حدث التدخل بصورة مبكرة.



وفي محاولة لتشجيع اتخاذ القرار بعلاج اللجلجة للأطفال في سن مبكرة حدد هيلي (1995) Healey عدداً من العوامل الهامة المساعدة مثل :

- \* زيادة ثقة المعالجين الإكلينيكين في إمكانية علاج اللجلجة.
- \* ضرورة تحديد الأهداف طويلة المدى، والأهداف قصيرة المدى.
- \* إشراك الوالدين والمدرسين في برامج العلاج.
- \* تنمية استعداد الطفل نفسه لأن يلحق ببرنامج علاجي.

في حين يؤكد جريجورى (1995) Gregory على أن هناك تقدماً ملحوظاً خلال الـ (25) سنة الأخيرة حول فهم، وتقييم ومعالجة اضطرابات طلاقة الكلام واللجلجة عند الأطفال، ويؤكد على أهمية التدخل المبكر لعلاج هذه الاضطرابات وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة، وأيضاً أهمية الإرشاد النفسى في مرحلة علاج الكبار. مع ضرورة الاهتمام بعلاج المشكلات المصاحبة، والمتابعة بعد انتهاء العلاج وذلك لمنع حدوث ارتداد أو ما يعرف "بانتكاسة اللجلجة".

ويؤكد فين (1996) Finn على إمكانية الشفاء من اللجلجة وفاعليته. وإمكانية ذلك بدون أن يكون هناك علاج منظم حسب الأعراف المتبعة. ولقد قامت الدراسة باستطلاع آراء عدد من الأفراد (ن = 42) من الذين تم شفاؤهم من حالة اللجلجة بدون تعرضهم لبرامج علاجية، حيث أكد هؤلاء الأفراد في تقاريرهم الذاتية التى كتبوها بأنفسهم أنهم كانوا يعانون من حالات لجلجة بالفعل وتم شفاؤهم منها.

ولاختبار المقاييس المستخدمة للتمييز بين اللجلجة والسرعة فى الكلام قامت دراسة جورجيفيا، ميليف (1996) Georgieva & Miliev. وذلك من خلال استجابات (15) فرداً متلجلجاً تتراوح أعمارهم بين (11 - 33) عاماً.



وقد أُلحقوا بقسم التعليم الطبي للعلاج (بجامعة بلجراد). وتم تطبيق عدد من المقاييس على أفراد العينة. وطبقًا للمعايير التي تم تحديدها وتهدف الدراسة إلى تقييمها، تم تشخيص حالة (5) أفراد على أنهم يعانون من السرعة في الكلام، و(6) أفراد يعانون اللجلجة، و(4) أفراد خليط بين السرعة واللجلجة. وقد تم تطبيق قائمة (دالي: 1993) لتصنيف حالات السرعة عن حالات اللجلجة، كما ناقشت الدراسة الفروق بين المعايير البلغارية والمعايير الأجنبية الأخرى لنفس القائمة. وقد دلت النتائج على تطابق في المعايير، كما أوصت الدراسة بضرورة وجود مقاييس نفسية حتى يكون لدينا تشخيص متكامل.

وقام دي نيل، لينج (De Nil & Ling, 1996) بدراسة مسحية تتبعية للمعلومات والأبحاث المتعلقة باللجلجة والتي نشرت فيما بين أعوام (1970 - 1994). وقد ظهر من هذا العرض الاهتمام البالغ بأبحاث تعريف اللجلجة، وكيفية علاجها من خلال (260) دراسة، وأن أكثر التوصيات تكراراً هي نصح الوالدين بعدم القلق من ترك الطفل يتحدث بمفرده، وأيضاً أوصت الدراسات بالعلاج عن طريق نطق الكلام ذي المقاطع المتعددة في زمن معين. وقد أشارت (33%) من البحوث إلى ضرورة الإحالة العلاجية إلى أطباء علاج الكلام.

كما اتجهت دراسة كيلي وآخرين (Kelly, et al., 1997) إلى الأطباء المعالجين وأخصائيي التخاطب وعلاج الكلام بالمدارس الهندية (ن = 157) وقد طبق عليهم استبيان الاستعداد المهني والتعليمي لعلاج اللجلجة. وأيضاً لبيان الخبرة في الممارسات الإكلينيكية للعمل مع الأفراد المتلجلجين. وقد ذكر نصف أفراد العينة في تقاريرهم أن مهاراتهم الإكلينيكية كانت غير كافية لإدارة وتوجيه علاج اللجلجة.

ولتحقيق نفس الهدف وهو التعرف على قدرات واستعدادات الأطباء وأخصائيي التخاطب في المدارس (ن = 278) قامت دراسة بريسك وآخرين



(1997) Brisk, et al. والتي اهتمت بالتعرف على مدى اثقة التدريسية للأخصائيين والمعالجين والخبرة المهنية لهم. أيضاً التعرف على اتجاهاتهم حول تقديم خدمات التقييم والتدخل مع الأطفال في سن المدرسة من المتلجلجين. ولقد أشارت النتائج إلى وجود مؤشر نجاح منخفض في علاج اللجلجة مع المراهقين، ونقص في التدريب الخاص بتقييم وعلاج اضطرابات طلاقة الكلام اللغوية.

وقام فرانكن (1997) Granken بمقارنة استجابات عشرة من الأفراد العاديين وعشرة من الأفراد الذين لديهم حالة لجلجة لتصنيف عدة مواقف كلامية مختلفة. مع وجود متطلبات مرتبطة بهذا التصنيف مختلفة، وذلك باستخدام أجهزة قياس متطورة وحديثة.

ولقد أشارت النتائج إلى إمكانية استخدام هذه الأجهزة المتطورة في الدراسات الخاصة بتصنيف حالات اللجلجة وشدها. وأن النتائج يمكن الاعتماد عليها.

وجاءت دراسة إنجهام، كوردز (1997) Ingham & Cordes لمناقشة قضيتين هامتين. الأولى اللامبالاة المتزايدة نحو الأهمية التي نوليها لتقييم نتائج العلاج، وأيضاً استخدام المعلومات الخاصة بنطق الكلاء كوسيلة لتقييم هذا العلاج، والقضية الثانية والتي تعوق تحقيق فاعلية في علاج اللجلجة هي الجدول القائم حول جدوى علاج الأطفال الصغار من اللجلجة. والذي يفترض أن هذا العلاج لن يحدث أي تغيير يزيد عن التغيير الحادث بسبب (الشفاء التلقائي)، وقد أدى هذا إلى ظهور تساؤل هام وهو: ما مدى جدوى ومصداقية الممارسة العلاجية للجلجة؟

وللإجابة على هذه التساؤلات اقترح إنجهام، ريلي (1998) Ingham & Riley الخطوط الإرشادية لتنمية الكفاءة العلاجية للأطفال الصغار الذين



لديهم حالة لجلجة، ولقد تم اقتراح أربعة مجالات إرشادية هي: تحديد المتغيرات التابعة، تأسيس فكرة تكامل العلاج، تطوير المقاييس لسلامة التشخيص، التأكيد على العلاقة الموجودة بين العلاج والمتابعة لمنع الارتداد.

وللتأكد من جدوى علاج اللجلجة قامت دراسة بحثية طويلة لحساب معدل الكلام عند أطفال الروضة الذين لديهم لجلجة قام بها هال وآخرون (Hall, et al. (1999) لمقارنة التغيرات الحادثة في معدل الكلام وإخراجه عبر فترة زمنية تصل إلى ستين لعدد من أطفال الروضة سواء الذين تم شفاؤهم منها بصورة تلقائية طبيعية، أو الذين ما يزالون يعانون منها، وبين الأطفال العاديين. ولقد أشارت النتائج إلى عدم وجود اختلافات وفروق ذات قيمة هامة فيما بين المجموعات الثلاث عندما تم قياس معدل إخراج الكلام في المقاطع / لكل ثانية. رغم ظهور فروق في إخراج الكلام العادي بين المجموعات. وتؤكد الدراسة على أهمية الاعتراف بإمكانية الشفاء التلقائي.

أيضاً قام يايري، أمبروزي (Yairi & Amrbose (1999) بدراسة طويلة تتبعية لمدة أربع سنوات لعدد من أطفال الروضة يصل إلى (84) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (25 - 59) شهراً من الأطفال المتلجلجين، وكشفت النتائج عن وجود انخفاض مستمر في مدى تكرار وشدة حالة اللجلجة عبر الوقت، وذلك من خلال تحقيق عدد من الأطفال لتقدم في العلاج. وقد وصل معدل الشفاء إلى (74%) لمن لديهم لجلجة، ونسبة (26%) لمعدل الثبات والاستمرار في الشفاء.

وحاول كنت (Kent (2000 مناقشة المفاهيم والقضايا الخاصة بالعجز والإعاقة المرتبطة باضطرابات الكلام وبعض الأمراض المرتبطة بها، مثل مرض (dysarthias) وهو مرض عدم القدرة على القيام بحركات متناسقة مما يؤدي إلى عسر الكلام واختلال النطق وتأثيره على حدوث اللجلجة وشدها. وما



علاقة مثل هذه الأمراض باستمرار اللجلجة سواء التطورية، أو الجينية العصبية، أو المكتسبة.

وعن توقيت التدخل العلاجي ومدى ارتباطه بجدوى العلاج من اللجلجة قامت دراسة جونز وآخرون (Jones et al. (2000 من خلال عينة من أطفال مرحلة ما قبل المدرسة (ن = 261) طفلاً والذين ظهرت عليهم سلوكيات اللجلجة بتصنيفهم بأنهم من ذوي اللجلجة، وتم إلحاقهم ببرنامج علاجي مكثف (برنامج ليدكومب Lidcombe) وقد أتم (250) من الأطفال البرنامج العلاجي. وظهر من القياس أنهم قد أتموا علاجهم بنجاح. وقد حاولت الدراسة البحث عن إجابة لعدد من التساؤلات مثل: هل هناك علاقة بين العمر، والجنس، ووقت بداية التدخل، وشدة اللجلجة وبين النجاح في التخلص من اللجلجة. . وقد توصلت الدراسة إلى الإجابات الآتية:

1 - أن عدد الزيارات العيادية في المتوسط (11) مرة كافٍ لتحقيق نتيجة جيدة.

2 - ظهر وجود علاقة ارتباطية بين شدة اللجلجة والوقت المطلوب للعلاج. فالأطفال ذوو اللجلجة الشديدة يحتاجون وقتاً أطول للعلاج.

3 - لم يظهر ارتباط دال بين زيادة العمر (تأخير التدخل) وبين طول مدة العلاج.

4 - لم يظهر تأثير للجنس في النتائج السابقة.

وتؤكد نتائج الدراسة على أن قصر المدة بعد ظهور اللجلجة، والتأخر في التدخل العلاجي لفترة بسيطة لا يبدو أن له تأثير على زيادة فترة العلاج. كما تؤكد الدراسة على أن التأخر في التدخل العلاجي حتى مرحلة الطفولة المتأخرة أو المراهقة يؤدي إلى صعوبة العلاج وانتكاسة اللجلجة مرة أخرى.



كما قارن فينبرج وآخرون (Feinberg, et al. (2000) بين الوظائف العقلية لذوى اللجلجة التشنجية، واللجلجة الاهتزازية (ن = 12) وأعمارهم بين (18 - 74) عاماً. وقد أظهرت المقارنات أنه يمكن التمييز بين المجموعتين طبقاً للمقاييس اللفظية للذكاء، والعلاقات بين الأشياء، والعزلة الاجتماعية، والأعراض الجسدية والتعامل الإدراكي المعرفي مع اللجلجة، وقد حذرت الدراسة من الإفراط في توظيف واستعمال هذه المقاييس للحكم على استمرار اللجلجة ودرجة شدتها.

وجاءت دراسة ياروس (Yaruss (2001 لتقييم نتائج علاج الكبار من اضطراب اللجلجة حيث تركز عملية تقييم نتائج علاج الكبار من اللجلجة على التغير الحادث في طريقة الكلام وإصدار الأصوات، على الرغم من أهمية متغيرات أخرى مثل رد فعل المتكلم للجلجة، والأثر العام للجلجة على قدرة المتحدث على الاتصال. إلا أنها لم تلق الاهتمام الكافي وذلك لعدم وجود وسائل أو أساليب موثوق فيها لقياس التغيرات التي تتبع بصورة واسعة علاج اللجلجة في حياة المتكلم، وهذه الدراسة ما هي إلا دعوة لزيادة الجهود المستمرة لتحسين أدوات القياس التي يمكن استخدامها لتقييم نتائج الطرق المختلفة لعلاج اللجلجة مثل قياس رد فعل التغيرات الوجدانية عند المتكلم، والتغيرات السلوكية والمعرفية المصاحبة لعلاج اللجلجة، وقياس أثر اللجلجة على قدرات الوظائف الاتصالية عند المتكلم، وقياس أثر اللجلجة على حياة الفرد بصفة عامة.

كما يؤكد على نفس هذه الملاحظات يابري وآخرون (Yairi et al. (2001) في رسالة مفتوحة عن ماهية اللجلجة، وصعوبة تشخيصها، خاصة لدى الأطفال، وكيفية البحث بدقة، ومصداقية المقاييس المستخدمة للتشخيص، وكذلك قامت الدراسة بتوضيح الأسس التقييمية لعملية اللجلجة



والفرق بينها وبين عدم طلاقة الكلام وتكرار الكلمات ذات المقطع الواحد، والعديد من القضايا الأخرى المرتبطة بأساليب علاج اللجلجة.

وقدم ريان (2001) Ryan دعوة إلى ضرورة الانتباه إلى الطرق العلمية المنظمة لدراسة وعلاج اللجلجة عن طريق أساليب الاشتراط الإجرائي، ونظرية التعلم من خلال تعميم البرنامج ذي الموضوع الواحد، كما يناقش جدوى العلاج للأطفال والكبار من خلال استعراض عدد من البرامج الثابتة، وأيضاً برامج استمرار المتابعة التي يمكن تنفيذها بسهولة ويسر. وتوصي الدراسة بضرورة تطوير أدوات المعالجين وتقييمها بصورة مستمرة.

ويمكن تلخيص أهم نتائج هذه البحوث في النقاط الآتية:

\* احتلت قضية التدخل العلاجي المبكر ومدى جدواه، ومتى يبدأ؟ اهتمام العديد من الباحثين ورغم الاهتمام المتزايد بهذه القضية إلا أن هذه الدراسات لم تستطع أن تقدم الأدلة الدامغة للإجابة على السؤال الذي يحير الكثيرين وهو (متى نبدأ التدخل؟) والتي اختلف فيها العلماء. وقد ربطها البعض بأسباب وبدايات اللجلجة كمشكلة مثل دراسات (كورلي Curlee : 1993، انجهام Ingham : 1995، فوسنوت Fosnot : 1995، جريجوري Gregorye : 1996، جونز وآخرون Jones, et al. : 2000).

والبعض الآخر أرجعها إلى قصور أدوات التشخيص مثل (دراسة كوبر Cooper : 1990، سيغال Siegal : 1993، انجهام Ing-ham : b - 1993، لويس Lewis : 1995، كنت Kent : 2000، ياروس Yaruss : 2001).



\* القضية الثانية التي احتلت اهتمام الباحثين هي : قضية جدوى علاج اللجلجة . وقد شهد عام 1993 وما بعده اهتماماً وطفرة في تغيير النظرة نحو جدوى العلاج وذلك من خلال قيام عدد من الباحثين بدراسات طولية وتتبعية وأخرى مسحية للتعرف على الحالات التي تم علاجها وهل تم شفاؤها بالفعل أم أن العلاج غير مفيد لحالات اللجلجة . وقد خرجت معظم هذه الدراسات بنتائج تؤكد جدوى علاج اللجلجة مع وضع بعض الإرشادات والخطوط العريضة للأساليب العلاجية التي يمكن اتباعها مثل دراسات (سيجال Siegal : 1993 ، انجهام Ingham : 1993-a ، بوبرج ، كزلى Boberg : 1994 ، هيلي Healey : 1995 ، جريجورى Greogory : 1996 ، انجهام وكوردز Ingham & Cordes : 1997 ، ريلي Riley : 1998 ، ياروس Yaruss : 2001 ، ريان Ryan : 2001) .

\* القضية الثالثة التي يمكن رصدها من خلال العرض السابق هي : قضية الكفاءة العملية للأخصائيين ومعالجى اضطرابات الكلام حيث هدفت بعض الدراسات إلى تقييم هذه الكفاءة، وكيفية الإعداد المهني والعملى لهم، وقد دلت نتائج الدراسات على وجود نقص فى هذه الكفاءة كما فى دراسة (كيلى وآخرون Kelly, et al. : 1997 ، بريسك وآخرون Brisk, et al. : 1997) .

\* ويرتبط بالقضية السابقة قضية أخرى وهى : علاج اللجلجة داخل العيادات والمعامل دون الاهتمام بالعوامل والمثيرات البيئية المحيطة بالمتلجلج والتي أظهرت العديد من الدراسات أن لها تأثيراً كبيراً وتتداخل مع الأسباب الجينية العصبية الوراثية فى حدوث اضطراب اللجلجة . وقد أوصت هذه الدراسات بضرورة الخروج من المعامل



والاهتمام بالعوامل البيئية والنفسية للمتلعجلج كما فى دراسات (كوبر  
Cooper : 1990 ، انجهام Ingham : 1993-a ، كورلى Curlee :  
1993 ، مارتن Martin : 1993 ، هاك وآخرون Hall, et al. : 1999) .

\* كما ظهرت قضية الشفاء التلقائى كرد فعل لدراسات جدوى علاج  
اللجلجة ، وهل يمكن للجلجلة الجينية العصبية أن يشفى منها الطفل  
كالجلجة الطبيعية المرتبطة بمراحل النمو؟ ولقد قامت دراسات لتأيد  
هذا الرأى منها دراسة (يايرى Yairi : 1993 ، فين Finn : 1996 ،  
هال وآخرون Hall, et al. : 1999 ، يايرى وامبروز Yairi & Am-  
brose : 1999 ، بينما شكك فى جدواها نتائج دراسات أخرى مثل  
نيل ، لينج De Nil & Ling : 1996 ، جريجورى Gregory : 1996 ،  
انجهام ، كورود Ingham & Cordes : 1997) .

\* وما زال الاهتمام بقضية القياس والتشخيص يشغل العديد من  
الباحثين وهل تفيد هذه المقاييس فى التعرف على سلوكيات  
اللجلجة ، وتقييم الحالة العصبية والنفسية للمتلعجلج ، وهل يكفى  
قياس عدد تكرارات مرات اللجلجة حتى يمكن الحكم على الفرد  
بأنه متلعجلج أم لا . دون الاهتمام بالعوامل النفسية والاجتماعية  
المحيطة بالفرد ، وهل القياس داخل المعمل يعطى نفس المعايير خارج  
المعمل فى البيئة الطبيعية للمتلعجلج؟ وهل المعايير والقياسات يمكن  
أن تكون واحدة مهما اختلف المكان الذى يتم فيه القياس . ولقد  
حاولت بعض الدراسات الإجابة على هذه التساؤلات مثل دراسات  
(كوبر Cooper : 1990 ، سيجال Siegal : 1993 ، مارتن Martin :  
1993 ، فرانكين Franken : 1995 ، جوزجيفيا ، ميليف Georgieve  
& Miliev : 1996 ، ياروس Yaruss : 2001 ، يايرى وآخرون Yairi,  
et al. : 2001) .



وأخيراً الاتجاه نحو العلاج السلوكى وتعديل السلوك كأسلوب علاجي أثبت فعاليته فى العديد من الدراسات، حيث هدفت دراسات كثيرة إلى تأكيد أن التطور الذى حدث فى العلاج يرجع إلى تطور فنيات تعديل السلوك نفسها واستفادة الأخصائيين والمعالجين منها فى علاج اللجلجة، وإن كان هناك بعض القضايا التى لم يتم حسمها فى هذا المجال مثل: هل يتم تعديل السلوك داخل المعمل أم فى بيئة المتلجلج الطبيعية؟ للتفريق والفصل بين أسباب اللجلجة، وطرق العلاج السلوكية، إمكانية تعديل المثيرات البيئية التى تتحكم فى بيئة المتلجلج. وظهر هذا فى دراسات (كوبر Cooper : 1990، انجهام Ing-ham : 1990، كورلى Curlee : 1993، سيجال Sigel : 1993، انجهام Ing-ham : a-1993، انجهام Ingham : b - 1993، مارتن Martin : 1993).

\*\*\*



## الفصل الرابع

# الأسس الديناميكية لتطور اللجاجة

(من الطفولة إلى الرشد)



- بداية اللجاجة.
- التطور والنمو في شخصية البالغ المتلجج.
- دراسات في الخصائص النفسية والاجتماعية للمتلجج.



## الفصل الرابع

### الأسس الديناميكية لتطور اللجلجة

#### (من الطفولة إلى الرشد)

إن الأساس البيئي الذي يؤدي للجلجة هو نفسه الذي يؤدي إلى أي خلل نفسي آخر. وقد تختلف فقط في الدرجة والنوعية ومدى استجابة الفرد وخبراته التي تعتمد على الخلفية الفكرية والبيئية.

لكي نضع وصفًا للنمو غير الصحي يجب أن نبدأ في فهم معنى كلمة صحي ومتطلبات الوصول لهذه الحالة، على الرغم من وجود تشابه أساسي في نظم وخطوات النمو عند الأفراد إلا أنه لا يوجد شخصان متشابهان. حتى لو كانوا من نفس العائلة فلن يكون هناك تشابه في الشخصية أو في طريقة التطور. كل طفل عند ولادته له مقاييسه ومواصفاته واحتمالات نمو وقدرات خاصة، وبالطبع كل طفل له مواصفات جسمانية وعقلية وشعورية. إن الطفل الذي كان يعاني عند الولادة من خلل عضوي سوف يعاني لباقي حياته من صعوبات في التأقلم خلال تطوره ونموه. وبالطبع العناصر الثقافية والاقتصادية لها أثر كبير منذ الولادة وتؤثر في مستقبل هذا الفرد.

والأفراد بصفة عامة تحتاج لإدراك الذات وإظهار النمو، وعند إعطائهم الفرصة وتوفير أسس صحية سوف يؤدي ذلك إلى نمو طبيعي. وهذه الأسس يجب أن يكون منها الإحساس بالدفء والحب والاحترام. فالطفل يحتاج أن يشعر بأهميته وبأنه مطلوب وأنه محبوب وأنه ينتمي للمجموعة التي يعيش وسطها. عند نقص هذه المشاعر يحدث نوع من اختلاط المشاعر في شكل من



عدم القدرة على الفهم أو قبول الذات الذى يكون واضحاً عند الأطفال . قد يكون هذا محور المشكلة أو نقطة الضعف وعدم الأمان والاهتزاز . وهنا تكون الصعوبات الأصلية والتي تتزايد حتى تصل إلى درجة الإحباط والاكتئاب الذى يكون ملحوظاً .

إن أسباب عدم حصول الطفل على حقوقه النفسية والحب والدفء فى مرحلة النمو تكمن فى عدم قدرة الآباء على فهم المشكلات وحالة اللجلجة عند الأبناء . وهذا قد يكون فى شكل عدوانية تجاه الطفل غير مطلوب أو فى شكل تباعد، أو تضحية زائدة عن اللازم عند بعض الأمهات حتى تظهر فى شكل الأم المثالية . وهذا عرض لبعض حالات اللجلجة وكيف واجهتها الوالدان يعرضها لنا Dominick (1990) .

#### الحالة الأولى:

كانت عائلة جوني ألمانية بولندية من الطبقة الوسطى ، وكان جوني طفلاً وحيداً ولد بعد الزواج الذى تم بالقوة والإرغام بسبب الحمل غير الشرعى . كانت الأم ضخمة كبيرة الجسم تهوى أن تكون بلا خطيئة ، وكانت بلا قيمة فى عائلتها ودائماً تحت وصاية وسيطرة أمها وأختها الكبرى التى كانت المفضلة للعائلة . كان والد جوني يلعب دور الأب الذى لا يهتم والذى كان يرضخ لطلبات زوجته لكى يتجنب النقاش والمشاكل . وكان جوني دائماً خائفاً من عقاب والدته له إذا لم يكن يعمل وفقاً لمتطلباتها . ولقد كانت تعاقبه بشدة كنوع من الحماية الشديدة . فلقد كانت تراقب كل تصرف يقوم به وهنا بدأ اللجلجة فى سن التاسعة .



## الحالة الثانية:

روبرت ولد في نيويورك عام 1962 كانت العائلة من اليهود الروس من الطبقة المتوسطة. كانت الأم صغيرة الحجم وكانت عدائية وتهوى السيطرة. وكانت تلعب دوراً كبيراً في عائلتها ولكنها الابنة الوحيدة في عائلة بها أربع أولاد ولذلك فهي تشعر أنها تحتاج لدعم نفسها في وسط إخوانها لذلك هي دائماً حساسة وتتأثر بسرعة. وتعانى من الشك طوال الوقت وعندها إحساس غير حقيقى بأنها محبوبة وأنها أمينة وأنها حادة. الأب يوصف بأنه غير مهتم بحصول جبان انهزامى ليس لديه وقت لإثبات ذاته أما زوجته أو لأطفاله. وزوجته دائمة التذمر منه والشكوى. بعد عدة مناقشات وصراعات مريرة هجرها الزوج ولم يعرف أحد عنه شيئاً واختفى. وهذا جعل زوجته تشعر بالأسى والظلم وأصبحت تبحث عن عمل وعاشت الجدة مع الأسرة وهنا تعقدت الأمور وأصبح روبرت أكثر حساسية وتأثراً وهذا جعل والدته تشعر بالذنب وأعطته عناية زائدة وكانت حنونة جداً ولكن عنيفة عندما لا ينصت لما تأمره به وكانت تصاحبه إلى المدرسة وتعيده منها يوميا لأنها تخاف أن يؤذى نفسه أو يمرض. ولم تكن تسمح له بالخروج للعب في الخارج أو الاشتراك في أى ألعاب جماعية. أمه كانت تحكمه بيد من حديد ولكن كانت تغرقه بالهدايا وتعطف عليه بشكل مبالغ فيه في صورة حب غير متزن. نتيجة لهذا التنوع في المشاعر شعر روبرت باضطراب شديد وشك وضغوط لذلك بدأ اللجلجة فى سن السابعة.

## الحالة الثالثة:

ولد تونى فى بيثة إيطالية فى حى بروكلين 1957. الأبوان كانا إيطاليين من باليرموا. هاجرا لأمريكا لأهداف اجتماعية واقتصادية. كان تونى الولد الوحيد بعد خمس بنات. وكانت الأم قد خضعت لثمانية محاولات



حمل وإجهاض . وكان الأب دائم العدوانية والغضب عندما يولد له بنت ومن عدم إنجابها لولد . وكان يشعر بأنهم لا يستحقون الحياة وأنه ليس له قيمة في نظر العائلة والجيران لعدم إنجاب ولد . هذا جعله عدائياً ومتحكماً في الجميع ومغروراً وطاغية . وهذا سببه الخلفية الثقافية التي ينتمى إليها التي تنادى بسيطرة الذكور . عندما ولد توني أغلق والده المحل الذي يعمل به لمدة أسبوع احتفالاً به .

والبيت أصبح مكان احتفال شديد فلم يعد يشعر بالإحباط والإذلال فلقد أصبح له ابن والأم يمكن وصفها بأنها تعشق العائلة وأنها قد تضحي بنفسها . لقد كانت حياة توني خاضعة للسيطرة والإرشاد منذ مولده طبقاً للتقاليد والخلفية الثقافية للعائلة وكان من الواجب أن يصبح دكتوراً ناجحاً أو محامياً أو دكتور أسنان ولكن الضغوط الشديدة عليه في عمره المبكر أثرت على شخصيته وأصابته اللجلجة في سن الثامنة .

#### الحالة الرابعة:

ولد كارمين في منطقة فقيرة في بروكلين 1946 ، وكان أبواه إيطاليين أيرلنديين من الطبقة الوسطى وكانت البيئة مليئة بالمناقشات والخلافات حول المال والقانون والأمور الدينية . وكان الأب يعاني من اللجلجة الشديدة ويشرب الخمر طوال الوقت أمام ابنه وفي أثناء الحمل للمرة الثانية ضرب بطن زوجته بقدمه بقسوة جعلها تفقد الحمل وتجهض . وعندما كان كارمين في سن الرابعة قتل أبوه في معركة في الشارع بسبب الخمر وتتالت الأحداث غير السارة وبدأت الأم توجه كل طاقتها وجهدها وعاشت لأجل حماية ابنها وكانت تبالغ في حمايته وكانت تتركه مع الجيران عندما تذهب للعمل وقررت أن لا تتزوج مرة ثانية . لقد كانت تحلم أن يقدم لها ابنها كل شيء وأن يكون مصدر تعويض عن كل ما حرمت منه . لقد كان طفلها هو الخلاص المنتظر من



عذابها. لقد كانت قد جندت كل طاقتها وممتلكاتها لتشاهده يكبر في خوف وأنانية ولقد بدأ يعاني من اللجلجة في سن السادسة.

إن موقع الطفل في العائلة قد يكون خاضعاً للسيطرة، وقد يكون فريداً من نوعه أو خاصاً أو مختلفاً عن باقي الأطفال في البيئة الصحية. إن العوامل التي تؤدي لذلك تكون نتيجة للمصادر التالية:

1 - الطفل العرضة للإصابة بالجلجة عادة يكون وحيداً في الأسرة وهذا يكون بسبب الأم التي قد تكون أنانية أو متفانية أو أنها كانت غير قادرة على الإنجاب سابقاً بسبب الإجهاض المتكرر. وقد يكون بسبب الانفصال أو الطلاق أو موت أحد الوالدين خاصة الأب. وفي ظروف أخرى قد تكون هناك ظروف اقتصادية ترغم الأم على العمل ونتيجة لذلك يتم الاكتفاء بطفل واحد.

2 - قد يكون الطفل مصاباً بالجلجة نتيجة لكونه طفلاً ذكراً في عائلة من الإناث. وهذا قد يضيف اهتماماً وضغوطاً أكثر ومتطلبات تضعه في موقع فريد.

3 - هناك مصدر ثالث وهو الثقافة الدينية والتقاليد التي يتمسك بها بعض الآباء الذين يعانون أبناءهم من اللجلجة. كثير من هؤلاء الأطفال أبناء عائلات الأقلية. إيطاليين - يهود - زوج - بولنديين بحيث إن الثقافة الشرقية تعطي أهمية للذكور. سواء أكان الابن الأكبر أو المولود أولاً. ويكون الضغط ناتجاً عن اعتبار الذكر أعلى مكانة من الإناث. في المنزل يكون الولد هو السيد المسيطر وأساس العلاقات الأسرية وتكون الأنثى أدنى مكانة نظراً لكونها الجنس الأضعف. الطفل الذكر المولود في أسرة من هذا النوع يكون



مرتبطاً بمتطلبات تفوق قدراته ومشاعره التي تكون ممزقة وخاضعة لهذه القيم .

### بداية اللججة:

متوسط العمر الذي تبدأ فيه اللججة هو سن السنتين . نادراً ما يكون هناك لججة بعد سن التاسعة . إنه في ذلك السن يبدأ الطفل في عرض نوع من النطق المفهوم لكي يجعل الأبوين يبديان اهتماماً به وبما يقوله وكيفية قوله . إن الحديث التلقائي الحر عند الطفل يكون غالباً في جو أسرى دافئ ويكون فيها الطفل مقبولاً .

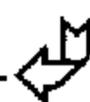
إن التردد في الحديث يبدأ عند التعبير عن الذات عندما يفرض الأبوان نوعاً من المنع والحظر . هذا يؤثر في الحديث ويكون التردد في بعض الأحيان مقبولاً ولكنه يدعو للقلق خاصة عند الآباء الذين يبحثون عن الكمال في كل شيء ، وهذا مما يجعل الأمر يزداد سوءاً عندما يصف الآباء أبناءهم بأنهم يتلجلجون فكون موقف الطفل عرضة لسلسلة من ردود الأفعال والقلق وعدم الراحة وانعدام الثقة التي تصيب الطفل والوالدين . إن تردد الطفل في نطق الكلمات يكون بداية المشاعر العدائية التي تتدخل في الأسلوب الطبيعي للتعبير عن الأفكار والمشاعر والأفعال في المنازل التي يكون فيها تركيز زائد على مقاييس الكمال والأسس الثابتة للحوار والفعل يكون هناك نوع من عدم الرضا عن مشكلة النطق غير السليم أو عدم وضوح الكلمات . الأب الذي يسعى للكمال قد يرغب ابنه على النطق السليم بأي طريقة وإذا تكلم الطفل ببطء يقوم الأب بإجباره على إخراج الكلمة بالسرعة التي يطلبها الأب . وقد يقوم بانتقاده بشكل دائم لعدم قدرته على الكلام الصحيح . وهذا يجعل الطفل يفكر جيداً قبل النطق وهذا يجعله يتأخر في إخراج الكلمات من فمه . بعض الآباء يعطون الطفل بدائل للكلمات حتى يكون الطفل جاهزاً للتعبير



عندما يطلب منه ذلك . بعض هذه النصائح تكون مثل التنفس قبل التحدث . وأن يقوم باستبدال كلمات قصيرة المقطع مكان الكلمات الطويلة التي تحتاج جهداً . وأن يتدرب على نطق الكلمات كثيراً . هؤلاء الآباء سوف يفقدون صبرهم فى النهاية وقد يقومون بعقاب الأطفال عند فشلهم فى تطبيق نصائح الآباء . مثل إحراجهم أمام الأطفال الآخرين أو التهكم عليهم أو انتقادهم .

الآباء الذين يقومون بالمبالغة فى حماية أبنائهم يفرضون عليهم توقعات ومطالب تجعل الطفل الذى يبدأ فى التطور بشكل يشبه الكمال . على أن وجهة النظر تكون من منطلق الاهتمام الزائد أو القلق والرغبة فى النجاح فى التواصل . عندما يشعر الطفل بالاهتمام الزائد يجعله يشعر بأنه يعتمد على والديه فى كل شىء ودائماً يحتاج تشجيعاً منهم ويحتاج موافقتهم فى كل شىء ويحتاج ردود أفعالهم على كل شىء يفعلها وتكون ألفاظه غير نابعة من ذاته . ولكن من خارجها ، من الآخرين ، ودائماً هو تابع لوالدته المسيطرة عليه . ويتعلم التقليد الأعمى ويكون نسخة مقلدة من والدته ، ودائماً يقول أمى تقول كذا أمى تقول افعل كذا . ويكون أى لفظ خاص به غريباً عنه ، غير طبيعى ومترددأً ودائماً يشك فى قدراته الشخصية على التعبير . ودائماً يفكر فى كيفية الحديث وشكله أثناء الحديث ومتى يتحدث . معظم الآباء يفضلون أن يرى الآخرون صورة مثالية لأبنائهم وليس سماع الأبناء ، حيث تعطى الأم الأمر للطفل بعدم التحدث عندما تكون الأم تتحدث ، وأن يجلس صامتاً عند وجود أشخاص من خارج العائلة .

وقد يستمع هؤلاء الآباء لما يقوله الأطفال الآخرون ويبدون اهتماماً بما يقوله أبناء العائلات الأخرى أكثر من استماعهم لأبنائهم . عندما يكبر الطفل فى هذه البيئة التى تفرض عليه قيوداً فإنه يعانى من الخوف من التحدث ، ويخاف من التحدث حتى لا يقع فى مشاكل إذا تحدث فى الموضوع أو الوقت



غير المناسب أو أن يقول شيئاً غير مناسب . إنه يشعر بأنه مذنب سوف يعاقب على كل كلمة ينطقها .

إنه يقوم بجهد كبير للسيطرة على أفكاره وقياس الكلمات ، هذا التردد يصبح تحت ضغط عاطفي وجداني ولكن في لحظة يفقد السيطرة ويكون ضحية لردود أفعال الوالدين وهذا يدفعه لسلسلة من ردود الفعل العكسية التي تؤثر في تطوره اللفظي .

بداية تعلم الحديث بالطبع تكون غير سلسة . ومعدل النطق والكلام من عمر سنتين وستة سنوات حيث يستطيع أن يكرر حوالي 450 كلمة من ألف كلمة . ويكرر الطفل أصوات أو أجزاء من كلمات ، ويظهر أنواعاً من التردد في بداية نطق كلمات جديدة عليه وهذا طبيعي . وهناك أطفال تختلف مستويات النطق لديها في التردد وتكرار الأحرف كما أن هناك اختلافات فردية في كل شيء ، ومن المؤكد أنه لا يوجد طفل سلس في النطق كلية منذ ولادته . في معظم المنازل خاصة التي لم يعان فيها أحد من اللجلجة من قبل نجد أنهم لا يعطون أهمية لعدم سلاسة نطق الطفل ومنهم بعض الآباء الذين لا يتذكرون ولا يلاحظون تكرار الطفل للأحرف أو المقاطع . ويكون للأطفال الحرية في تطوير قدراتهم اللفظية بشكل طبيعي وبدون تدخل أو توتر نابع من الآباء .

السؤال الأساسي ليس البحث عن أسباب اللجلجة ولكن ما سبب قيام الآباء بأفعال تكون نتيجتها تطور التهتة وظهورها بشكل واضح عند الأبناء حتى تسير إلى اضطراب اللجلجة .

إن سبب ظهور اللجلجة عند الأطفال ليس من داخل الطفل ولكن من الآباء ومن أفكارهم وردود أفعالهم تجاه طريقة الأطفال في الحديث . إن الشيء الذي يجب أن نأخذه في الاعتبار هو أن أي طفل يفقد كثيراً من



الأحرف أثناء الحديث وهذا يكون بداية قلق الآباء الذين يكونون مستعدين نفسياً ويحملون الاعتقاد بإصابة أبنائهم بالجلجلة . لدرجة أن أى لفظ غير واضح يعتبره الأهل تلعثماً .

كل واحد من الآباء يتأثر ويتصرف طبقاً للصورة التى يراها عند تقييمه لطريقة نطق أبنائه مقارنة بالأطفال الآخرين . وتختلف الظروف المحيطة بكل طفل عن الآخر وعند مقارنة أفعال الطفل وعناصر التشتمت عند الطفل تختلف بشكل واضح وفقاً لأسباب متنوعة . وتختلف عند نفس الطفل ونفس الأب من وقت لآخر . ما لا يلاحظه الأب فى يوم من الأيام يكون واضحاً فى اليوم الآخر ، وقد تكون الجلجلة واضحة فى موقف ، وفى موقف آخر تكون غير واضحة وضعيفة .

بداية الجلجلة فى الطفولة ربما تكون واضحة من خلال التجربة الشعورية بالقلق والخوف . مثل هذه التجارب قد تكون الخوف الشديد ، أو حادثاً أو مرضاً أو عملية أو تحولاً من حالة إلى حالة مختلفة من المشاعر .

إن عنصر الخوف كعنصر أساسى يلعب دوراً ثابت . معظم التجارب الشعورية قد تكون بدايتها الخوف من الظلام أو البرق أو تعرض الطفل للعقاب الشديد من الآباء المتشددين ، وقد تكون بسبب الخوف الشديد من أحد الأولاد أو من كلب أو أى شخص أو أى حيوان يطارده . وقد تكون من صدمة وقوعه فى المساء لأول مرة أو وجوده فى وضع مخل أخلاقياً ويكتشفه الوالدان .

الأمثلة التالية عبارة عن توضيح لبعض حالات من البالغين الذين تعرضوا للجلجلة مع ملاحظة ظهور الجلجلة فى مرحلة الطفولة المبكرة .  
(هيجد Hegid : 1990).



## الحالة الأولى:

ل. هـ. طفل وحيد كان متعلقًا بأمه التي كانت تبالغ في حمايته كما لو كان ملتصقًا بها. خلال طفولته كانت تتحكم فيه بشكل تام وتتحكم في أسلوب حياتهما مما أدى لاهتزاز شعوره بالأمان. كانت دائمًا تتحدث عن الخطر الذي يحيط به في العالم الخارجي بعيدًا عنها، وكانت تمنعه من التواصل مع باقي الأطفال في الحي، ولقد كان له تاريخ طويل من قضم الأظافر والكوابيس الليلية. في سن السادسة بعد محاولات جادة استطاع أن يرتبط بمجموعة من الأطفال في المنازل المجاورة التي كانت والدته تمنع ذهابه إليها لأنها تعتقد أن بها أشباحًا. عندما كان يلعب مع الأطفال ودخلوا المبنى قام أحد الأولاد الأكبر سنًا بدفعه داخل المبنى بشكل مفاجئ وهرب مع باقي الأولاد. هذا الحدث وسقوطه في البيت المهجور وخوفه الشديد جعله يصاب بالجلجلة.

## الحالة الثانية:

ن. هـ. شاب في عمر 35 كان نتاج أم متسلطة متحكمة وأب مدمن خمر ليس لديه وقت لمعرفة ما يحدث لأبنائه. البيئة العائلية كانت مسرحًا للخلافات والشجار. في سنوات عمره الأولى كان يقضم أظفاره وكان عصبيًا وكان يعاني من كوابيس ليلية حيث يرى نفسه في الحلم يتعرض للضرب وكان أخوه الأكبر هو رفيقه الوحيد والشخص الوحيد الذي يحترمه ن. هـ. في سن الثامنة بينما كانوا يجرون في الشارع خلف بعضهم رأى ن. هـ. سيارة تصدم أخاه وتقتله فأصابته الصدمة النفسية التي كان على أثرها إصابته بالجلجلة.

## الحالة الثالثة:

آر - بي. أنثى في الخمسين، كان يسيطر عليها بشكل دائم أب ديكتاتور كان يعاقبها بشكل متصل. عندما كانت في الخامسة كما تذكر.



أصيبت أمها بحس من الجنون وتم إيداعها مستشفى أمراض نفسية . فى طفولتها المبكرة كانت ضحية كوابيس مرعبة حيث تطاردها مخلوقات غريبة تجعلها تفرع من نومها وتتناول عقاقير للنوم، فى سن السابعة كانت عرضه لحادث أفرعها حيث طاردها كلب ضخم وبالتالي أصابها اللجلجة .

#### الحالة الرابعة:

س. آر. شاب فى عمر العشرين . كان الطفل الوحيد فى عائلة من أب وأم مدمنين مخدرات . وكان الأب يعانى من التلعثم الشديد . ودائمًا يقوم بضرب زوجته عند غضبه أمام الطفل ثم تحولت الأم لإدمان الخمر عندما التحق الطفل بالمدرسة . كان خجولاً ومنطويًا ولا يشعر بالأمان . عندما يطلب منه أحد أن يتحدث فى الفصل يصيبه الخوف الشديد، ويصيبه عرق شديد، وترتعش شفتاه ولا يستطيع النطق لبعض الوقت . وكان مصابًا برغبة مرضية فى قضم أظافره فى سن الخامسة عشرة . وكان مصابًا بمرض المشى أثناء النوم فى بداية العمر . فى سن السابعة تم إرغامه على إجراء عملية اتصال اللوزتين . خوفه الشديد والصدمة أعقبها إصابته باللجلجة .

#### الحالة الخامسة:

د. س. شاب فى سن الثامنة عشرة . ذهب فى سن الثامنة للسباحة ضد رغبة والدته وعندما كان يلعب فى الماء ويغطس فى الماء، انزلق وصدم رأسه فى جسم صلب وأصيب رأسه وترك أثرًا على جبهته وفقد الوعي . وكان مذعورًا ومصدومًا . هذه التجربة من الخوف والصدمة أدت إلى إصابته باللجلجة خوفًا من العقاب الذى قامت والدته بتنفيذه .

#### الحالة السادسة:

أ. د. شاب فى سن الثلاثين كان يستخدم يده اليسرى منذ الولادة . كان والداه متزمتين وغير مستسامحين ومتسلطين ، وهناك تاريخ يشير إلى وجود



حالات مشابهة في الأسرة. وكان دائماً يخاف من عدم تحقيق مطالب والديه ويخاف من العقاب وكان دائماً يبلى السرير وكان يعاني من كوابيس بأن يسقط من فوق مبنى مرتفع ويطفو في الفضاء ولا يستطيع الوصول للأرض. في سن الخامسة تم إجباره على تحويل استخدامه لليد اليمنى وهذا أصابه بالصدمة وجعله يصاب بالجلججة.

### الحالة السابعة:

ت. أر. شاب في سن الثامنة عشرة. في سن التاسعة أصيب بالجلججة بعد إصابته بالتهاب في خلايا المخ، وهناك تاريخ مرضي لإصابة بعض أفراد العائلة بإصابات عصبية واضطراب، وكانت أمه مصابة بالقلق المرضي. وتوفى والده لأسباب غير معروفة عندما كان الطفل في السادسة. وكانت عمته مصابة بالجلججة ثم تحولت إصابتها لمرض نفسي. خلال فترة مرضه كانت والدته بجوار سريريه معظم الوقت تبكى وتصلى من أجل شفائه. وكان يتضمن أظافره بشكل مرضي. وكان يبلى السرير حتى سن الثانية عشرة.

كل الحالات السابق ذكرها لا يقصد بها إعطاء أمثلة على علاقة السببية بين علاقات الأفراد والجلججة، ولكن يقصد بها توضيح الحالات الشعورية أو الوجدانية التي أزعجت الطفل وجعلته يشعر أنه مهدد في ظل قلق شديد نتج عنه خوف منع اللسان من التعبير الحر.

الجلججة بوصفها خللاً نفسياً يعد مجرد عرض ناتج عن صراع نفسي؛ حيث إن الطفل يشعر أنه غير قادر على التعبير وبعدم الأمان وأنه يخاف من عدم التوافق. لهذا تكون أفعاله غير متوازنة وغير مقبولة ومتناقضة ويكون عرضة للفشل في مواجهة أي تهديد بسيط بالإضافة إلى الإحباط الشديد والخلل العصبى والضعف. الطفل الضعيف وجدانياً يواجه وعيه بموقفه المتأزم وهذا ينتج عنه استمرارية الشعور بالخوف والقلق والعدوانية.



الطفل المتلجلج يقاتل ذاته من الداخل ، وليس لديه وعى فى ما يجب أن يفعل أو إلى من يلجأ لكى يستريح من عدم الثبات الوجدانى . فهو يشعر أنه سجين فى مشكلاته ويحاول الوصول لحل وهذا يزيد من إحباطه وقد يصاب بنوبات ذعر . ويكون حوله حلقة من المشاعر المكبوتة ليس منها خلاص أو مهرب وهذا يؤدي فى النهاية إلى شعوره بالبوؤس وعدم القدرة والانعزال .

فى حضارتنا الإنسانية تكون لغتنا هى وسيلة التواصل ، ومن خلالها نعبر عن آرائنا ومشاعرنا ووجهات نظرنا وأفعالنا . الصراعات الأولى عند الطفل تكون فى التواصل مع المجتمع ومع والديهم لغويا واجتماعياً . وهناك كثير من الأطفال الذين يمرون بهذه الفترة دون أن يكون هناك تأثير كبير عليهم . الطفل المصاب بالجلججة يكون شبه معاق نفسياً لأنه يكون قلقاً ومنعزلاً .

لكى نلخص الأمر هناك نقاط أساسية لتحديد مصادر الجلججة:

- 1 - اضطراب فى سلوك الأبوين وعوامل بيئية فى مرحلة مبكرة من العمر تؤدي إلى ضعف يخلق حالة من القلق الثابت بالإضافة إلى شعوره بالعدوانية وعدم القدرة .
- 2 - نتيجة للخوف الذى بدأ فى العمر مبكراً يكون الطفل غير قادر على جمع قواه لمواجهة حالته والتغلب على مشكلته فى التحدث بسبب ضعف مشاعره وقدراته المحدودة .
- 3 - رغبة منه فى خلق نوع من الأمان والحماية فى بداية صياغة شخصيته الضعيفة تطورت عنده عادات غير صحية ، تكون منافية للطبيعة وبذلك ترفع من مستوى الصراع الداخلى عنده .



4 - لأن اللغة هي الوسيط في التفاهم في كل وقت فهي أول منطقة يتم الخلل فيها عندما تتعرض الشخصية للتهديد وهذا يؤدي للقلق الشديد.

5 - المواقف الكلامية التي تكون عادية وتعبّر عن أفكار وتشرح المشاعر أو تسأل سؤالاً تتحول إلى مواقف مكبوتة داخلياً، ومواقف ذاتية في بيئة تعطي الفرصة للمشاعر العدائية والخوف، فمثلاً الموقف الاجتماعي العادي الذي يتطلب السلاسة وعدم التكلف يصبح كالاختبار وكأنه منافسة اجتماعية. والتردد الذي ينتج عن الصراع بين العقلانية ومحاولة الكلام وانعدام العقلانية والخوف من الحوار يكون واضحاً ويظهر في شكل لجلجة. ومن وجهة النظر النفسية ليس هناك اختلاف في اضطراب اللجلجة بين الأطفال والبالغين إلا فقط في حجم الظاهرة وشدتها. وفي خلال فترة محدودة تتكون دائرة مفرغة حيث يكون الحديث وسيلة للسيطرة على البيئة؛ لأنه من خلال الحوار يستطيع الطفل الحصول على معرفة وخبرة، ويستطيع التعبير عن حاجاته للحنان والاستقرار. ونظراً لحاجته للحنان والأمان والسيطرة ونظراً لوجود عوائق ترتفع درجة التردد والخوف، وكلما زادت جهوده للخروج من حالة القلق والخوف كلما زادت حدته عند الطفل.

6 - في البداية من المتوقع من الطفل التعبير عن مشاعر أولية مثل التوتر، والقلق أو التغيرات غير المتوافقة داخلياً. حيث إنه لا يدرك مدى خطورة حالته من اللجلجة ومع ذلك يكون هناك ضغوط زائدة وخوف وتهديد. وبالطبع فإن الوالدين القلقين قد يكون لهما أثر في رفع مستوى انتباه الطفل للمواقف الكلامية وهذا يجعل



الطفل يدرك أنه عندما يتحدث يكون غير متقن وغير واضح وأنه مختلف عن الآخرين كما لو كان كائنًا غريبًا عن المجتمع. وبالتالي يشعر أنه أقل من الآخرين وأنه شاذ وأنه متمركز داخليًا. عندما يدخل هذا الطفل المدرسة يُضاف له ضغوط جديدة من خلال الجو التنافسي داخل الحياة الدراسية ويكون التأثير الأكبر عند وجود مواقف تحتاج تعبيراً لفظياً وهنا يصبح الخلل غير الملحوظ بالنسبة للطفل واضحاً ويصاب الطفل بنوع من الرفض الاجتماعي وتزيد لديه درجة اللجلجة.

7 - في حالة المتلجلج البالغ هناك تطور آخر وهو ضعف البنية الاجتماعية مع تعقيدات محاولات الحل وتكون اللجلجة صراعاً خارجياً وبالتالي كل العناصر من القلق وعدم الراحة والأمان تصبح واضحة في المواقف الكلامية وتزداد سوءاً (راتنر Ratner، 1992؛ سوان Swan، 1993).

### التطور والنمو في شخصية البالغ المتلجلج:

من خلال التقارير الدورية لجمعية اتحاد المتلجلجين في بريطانيا والتي تعمل على مساعدة الأفراد المتلجلجين لحل مشاكلهم أمكن استخلاص هذه الخصائص. فالشخص المتلجلج يكون في معظم الأحوال منفصلاً عن الآخرين ويشعر أنه مختلف عنهم في المجتمع. فهو يشعر أنه لن يصل إليهم رغم أنهم يعانون مشاكل كثيرة في حياتهم إلا أنهم يستطيعون التكيف معها. إنه يشعر بالإعاقة لأنه لا يستطيع إخفاء مشكلة صعوبة التكلم لأنها واضحة للجميع. لذلك يكون هدفاً للإحراج والسخرية وعدم القبول. وربما يصل إلى تأثيرات على الحالة الصحية مثل الصداع - نوبة سعال - مغص أو معاناة من أي نوع. ودائماً لا يظهرون شكوى ولا يعلنون إحساسهم بالمرض



وتستمر الحياة. وإذا كان المتلجلج لا يستطيع التعبير عن مشاعره بشكل جيد يزداد عليه الحمل والعبء من النقد وسوء التقدير الاجتماعي. نتيجة لذلك يشعر أن العالم يجب أن يوفر له وظيفة تتناسب مع إمكانية عدم الحديث. إنه يحتاج إلى مجتمع يقبل طريقة كلامه غير الواضحة وأن يكون غير ملحوظ حتى لا يشعر بعجزه. لذلك هو يشعر بالمرارة ويلوم ثقافته ومجتمعه. ويلعن التليفونات وكل وسائل الاتصال المنطوقة. هنا يزداد خوفه وابتعاده عن هذه الوسائل ويتوقع حول نفسه. ويفترض أنه ضحية لهذا المجتمع ويتوقع من المجتمع أن يعوضه.

وهو يشعر بأن الآخرين يجب أن يقوموا برعايته أثناء الحديث وأن يتغاضوا عن أى خلل فى نطقه، كأن يقوم الآخرون بإجابة التليفون نيابة عنه ويقدموا الالتماس نيابة عنه ويعطون المعلومات الواضحة لأنه غير قادر على ذلك، ويتوقع أيضاً أن يقوم الآخرون بإعطاء اهتمام بالغ له عندما يتحدث. عندما يحدث ذلك لن يكون لزاماً عليه أن يقوم بأى فعل أو لفظ يظهر إعاقته أو يظهر تردده فى الكلام.

والمقولة السائدة عنده هى «بما أنكم تعرفون عنى عدم القدرة على الإيضاح يجب عليكم أن تفهموا قبل أن أجد نفسى فى هذا الموقف المخرج» (فيتزجيرالد Fitzgerald، 1992).

رغم أنه يعرف أنه مسموح له أو متاح له مساحة معينة يستطيع أن يوضح فيها ما يقصده، يكون دائماً حساساً جداً ويخاف من أى نقد ويشك فى كل سؤال يتعرض له. حيث إنه يريد أن لا يطلب منه أحد أن يضع أسباباً أو إيضاحاً أثناء المحادثة حتى لا يكون فى وضع مخرج. فهو يحتاج بشدة أن يكون على صواب وأن لا يتم وضعه فى مواقف محددة لا مهرب منها. إنه يتلجلج عند مواجهة أتفه المواقف غير المتوقعة. هنا يهرب إلى الاعتماد على



الآخرين ويكون أحياناً عدائياً نظراً لإحساسه بإساءة من الآخرين . حيث إن الآخرين يعرفون حالته وبالتالي غير مطلوب منهم أن يظهروا عجزه أمام الآخرين . ويتوقع من الآخرين أن لا يطلبوا منه ذكر أشياء محددة بشكل مفاجئ . ومن أمثلة ذلك :

ما اسمك وعنوانك . كيفية الوصول إلى المكان الفلانى . الأسئلة يجب أن تكون واضحة ومحددة . ويجب أن لا تحتاج أكثر من كلمة واحدة للإجابة عليها . يجب على الجميع الابتعاد عن الأسئلة التى تحتاج تفاصيل أو مناقشة .

عندما يبدأ فى الحديث يتوقع اهتماماً بالغاً من المستمعين ، لأنه يشعر بالجلجلة فإنه يشعر أنه من الواجب عليه وزن كل كلمة يقولها قبل أن ينطق بها حتى يكون لما يقوله معنى وقيمة . حيث يجب أن لا يكرر من نفسه . الناس يجب أن يكون لديهم إدراك . وأن لا يقاطعوه أثناء الحديث وأن لا ينظروا بعيداً عنه ويجب أن لا يفعلوا أى شىء يشتت انتباهه . عندما يتصل أحدهم به فى التليفون يجب أن يدرك أنه يتعامل مع شخص غير قادر على الحديث السريع ولذلك يجب ألا يجعله يشعر بالضيق حتى لا يواجه صعوبة فى الحديث . يجب أن لا نطلب شهادتهم فى أى موضوع أو قضية . يجب أن لا نطلب منهم إعطاء تقارير لفظية قد ينوب عنهم آخرون . الذى لا يعلمه المتلجلج أو لا يريد أن يعرفه أن كثيراً من الناس لها مشاكل وليس من السهل إظهارها فى شكل تلجلج . فهو يطلب من الآخرين أن يلتمسوا له العذر . فهو يشعر بالدونية والإهانة عندما يفقد اهتمام الآخرين أو لا يقوم أحد بامتداحه على جهد قام به .

فى المواقف التى فيها تنافس ويكون فيها نوع من الخشونة فى الأداء أو العدوانية بين الأشخاص يلجأ المتلجلج إلى الانزواء والابتعاد عن مساحة المنافسة ويترك الآخرين يتخذون الخطوة الأولى . وهنا يتوقع من الآخرين تمهيد



الطريق له . لأن الضغط يسبب اللجلجة فإنه يتوقع من الآخرين أن يفهموا مشاعره المرهفة وأن يحاولوا أن يقللوا من حجم العقبات في سبيله حتى يستطيع التعبير عما يريد . عندما يتحدث يتوقع بشكل سحرى أن يخفف الآخرون من حالة التوتر التى تصيبه وأن يشعروه بأنه لا يواجه صعوبة فى الكلام .

وأن يقوم الآخرون بالإجابة نيابة عنه فى سرد الأحداث أو التفاصيل وأن يتولوا عنه مسئولية إعطاء توضيح لموضوع ما ، وفى نفس الوقت يحاول أن يحافظ على مركزه أو إحساسه بذاته وأن لا يضيعوا إحساسه بالمجد عندما ينطق بعض الجمل بشكل صحيح . ويكون تفكيره كالاتى : " أنا أستطيع أن أقوم بالعمل أحسن من معظم الناس . العائق الوحيد فى حياتى هو التلجلج الذى يمنعنى من التعبير عن نفسى . هل أنا ولدت لكى أتجلج ولا أستطيع مساعدة نفسى . أنا أحب أن أحصل على التقدير والاحترام الواجب نظراً لمواهبى الخفية . الآخرون يجب أن يعترفوا بالحقيقة وهى أنه لولا التلجلج كنت سأصبح أستاذاً وخبيراً فى كثير من الأشياء والمجالات " .

وفى المواقف التى تحدث فى العمل يحجب عن نفسه حقيقة أنه يتجنب كل المواقف وليس المواقف اللفظية أو الكلامية فقط . عندما يدرك هذه الحقيقة فإنه مضطر لتقبل الواقع ويعرف أن المواقف اللفظية أو الحوارية قد تكون عديمة التأثير . وعندما يشعر بأهمية أفكاره وقدراته يشعر أنه يجب أن ينال أعلى الوظائف . بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من الخجل والإحساس بالنقص فى المواقف اللفظية الكلامية يجد أن كل موقف حتى لو كان بسيطاً يصبح كبيراً ومؤثراً . ويستمر فى التقلص واتخاذ مسئوليات أقل ويتجنب المواقف أو الصراعات اللفظية وهنا تكون بداية الشكوى أنه لا يأخذ حقه فى أى عمل يقوم به . وتبدأ نشاطاته فى الانخفاض والانكماش وتبدأ مهامه



الوظيفية في التهميش. ودائمًا يشعر أنه مريض وأنه يعامل معاملة سيئة، وأنه خارج عن المألوف، وأنه مضطر للقيام بأدنى الأعمال وأسوأها.

عندما يتحدث المتلجلج قد يقع في فجوات من عدم الوضوح في النقاش والتشتت وهنا يفترض ويطلب من الآخرين أن يفهموا ما يحاول قوله. وعلى الآخرين أن يفهموا كى لا يصبح في حالة إثارة، وأن لا يدققوا في الأخطاء الصغيرة في حديثه، وأن يدركوا أنه يعرف تمامًا ما يقوله ولكن التلجلج فقط هو ما يصنع التداخل والتشويش في حوارهِ. وأحيانًا يشعر بالتوتر والشك في الآخرين وفي موافقتهم في الأمر الذي يعرضه وفي أحيان كثيرة يشعر أن ما يقوله لا يستحق شيئًا إذا كان نطقه جيدًا وسهل الفهم.

فالشخص الذي يكون عرضة للتلجلج يكون حساسًا جدًا ولا يقبل أن يصحح له الآخرون أفعاله أو أقواله. وبالنسبة للآخرين يشعر أنه غير مطالب بالالتزام بالقواعد أو المفاهيم السائدة مهما كانت أهميتها. إنه دائما يحاول التمرد على هذه الأسس والقواعد ولا يهتم بها. ويعتبرها تعديًا على خصوصيته. إنه غير ملتزم بالذهاب للعمل في مواعيده وغير ملتزم بضبط مواعيده مع وسائل المواصلات. ولا يجب أن يكون عرضة للمسألة أو الاختبار. وفي المواقف التي لا يستطيع التمرد أو تجنب الشعور فإنه يجب أن يصحح وضعه ويقدم اعتراضه ورغبته في الظهور وذلك بممارسة اللجلجة بشكل لا شعورى.

كما أنه بسبب اللجلجة يستطيع أن يلتمس لنفسه العذر للهروب من المواقف التي تهدد تركيبته الضعيفة. إن اعتراضه لا يكون فقط في المواقف الكلامية ولكن ضد القوانين الطبيعية الفيزيائية والنفسية. يعترض على الحياة كلها بما فيها الوقت، الطقس، الحوادث، المرض، سوء الحظ أو حتى الموت. إنه يعتبر الاعتراض واعتبار نفسه شخصًا لا مثيل له هو سر حياته. قد يكون



هذا الموقف أو المفهوم الذى يتبعه نوعاً من الاعتراض والإنكار لحالته المرضية .  
إنه يفترض أنه لا يمكن أن يكون ضحية المشاكل أو عدم الرضا عن النفس .

وفى أحيان أخرى كثيرة يشعر أنه يعامل بشكل اجتماعى يؤدي إلى  
الألم الشديد . ويشعر أنه كان يعانى من اللجلجة فيما مضى وأنه الآن يستحق  
أن تتم معاملته بشكل أفضل وأن يعيش بلا مشاكل . عندما تواجهه أية مشكلة  
أو صعوبات فى حياته اليومية ، يبدأ فى إلقاء اللوم على قدرته ويعترض بشكل  
عنيف وأنه يجب أن لا يخوض مثل هذه المواقف . ورغم أن كثيراً من الأفراد  
المتلجلجين الذين يعانون من اللجلجة يبذلون جهداً كبيراً ليساعدوا أنفسهم  
للخروج من هذه الحالة ، فهناك القلة من المتلجلجين غير مستعدة للتضحية  
للوصول إلى حل أكيد لمشاكلهم . إنهم يريدون أن يتم التغيير فى حياتهم  
بدون تقديم أى جهد .

إن إحساسهم بعدم أهمية بذل الجهد وإحساسهم أنه يوجد قوى سحرية  
قادرة على تغيير كل شىء من أجلهم هو أساس العقبة التى تعيق تقدمهم فى  
العلاج .

فى النهاية عند مناقشة دوافعهم ومزاعمهم نجد أن الشخص المتلجلج  
يرى ويتوقع وجود سحر يقربه من المرأة بشكل يجعلها تعجب به وتفهم حالته  
وتحترمه وقد تحبه . إنه يلجأ للاعتقاد بأن المرأة سوف تكون تحت أمره عندما  
يحتاجها . " مثل الأم " عندما تجيب كل متطلباته . فهى يجب أن تكون معه  
فى كل الصعوبات وأن تخفف عنه كلما أحس بالضيق . وأنها يجب أن تتخذ  
موقفاً هامشياً عندما لا يحتاجها حتى لا تكون عبئاً عليه وأنها يجب أن تفهم  
حساسيته وأنها يجب أن تقوم بتعديل حياتها وأفكارها طبقاً له .

التلجلج فى الكلام يتم نظراً للحساسية الشديدة والقلق ويكون الشخص فى صراع دائم مع نفسه ويكون ضحية بلا أمل أو قدرة على المقاومة وفى ضغط دائم لفترات طويلة، حتى عندما لا يتلجلج أو يكون ظاهرياً مستريحاً، يكون متحفزاً ويكون فى قلق دفين. لقد عبر عنها أحد المرضى "أنا أحس أننى غير متوتر فقط عندما أنام أو أكون متعباً جداً" هذا القلق والضغط يكون واضحاً فى متطلباته ويكون عالى الدرجة ويكون فى أعلى درجاته فى المواقف الحوارية ويكون فى حاجة للتعاطف والتفهم لحالته. فهو يشعر أنه طوال الحوار تحت ضغط هائل ويكون مدفوعاً برغبته فى تحقيق نفسه فى البيئة المحيطة. وهو لا يرى أن مطالبه واحتياجاته يجب أن تنبع من حاجة حقيقية وليس مجرد افتراضات نابذة من أوهامه. ولأنه يلوم الآخرين فهو يشعر أنهم مقصرون فى حقه حيث إنهم يجب أن يعطوه الاهتمام المطلوب خاصة عندما يتحدث.

لهذه الدرجة نجد أن هذا الفرد المتلجلج يطالب بالعدالة فى فرص الحوار وأنه يتشكك فى قدراته ويطالب بالتعاطف معه حتى يتغلب على اللجلجة ويشعر أن المستمع مطالب بمساندته وأنه مطالب أن يتحمل معه بعض المشقة فى طريق التخلص من مشكلته.

إن التداخل فى المشاعر بين الإحباط وعدم الرضا تعبر بصدق عن مشاعره بالقلق من هذه الأعراض. وهذا لا يتعارض مع الحقيقة وهى أنه يعانى من خلل كامل فى التركيب العام للشخصية. إذا كان يتعارض مع الآخرين فى أفعاله يكون عدوانياً ويعبر عن ذلك بالطبيعة الاندفاعية فى الحوار، وهنا يكون حوارهم مثل طفل يعترض بشدة ولا تسعفه الألفاظ فتخرج بشكل متقطع.



عندما يتتعد عن الناس يكون تبريره هو أن انسحابه سببه التراجع وعدم إظهار حالة التلجلج . لأنه لا يريد من الآخرين أن يدفعوه للجلجة وهذا يجعله يتتعد عنهم .

وعندما تطلب من التلجلج أن يعالج مشكلته فإنه يدافع عن ذاته بطريقة قد تُغضب البعض . وهذا نابع من سببين :

1 - أنه عانى من اللجلجة وأنه حُرْم من كثير من الأشياء التي قد تكون من حقه بسبب هذه المعاناة .

2 - أنه قرأ عن المشكلة باستفاضة . وباختصار مشكلته شخصية ويرى أنه عندما يعانى منها يصبح أكثر نقاء وأكثر عقلانية من الآخرين . ودراساته المتمركزة على المشكلة جعلته أكثر دراية ومعرفة بالمشكلة وأضافت له نوعاً من القوة لأنه يرى أن المعرفة قوة .

من ناحية أخرى يشعر أنه يتم الإساءة له عندما يطلب منه أن يبذل جهداً لمساعدة نفسه وأنه يجب أن يضحى ببعض الأشياء لكي يعدل من بنائه الشخصى والنفسى . فهو يشعر بأنه يساعد نفسه بنفسه نظراً لوعيه بذاته وبمشكلته ورغبته فى التخلص من المشكلة طبقاً لشروطه .

وهو يشعر بقدرته على فهم مشكلة اللجلجة وهو واع لذاته . هو يشعر أنه قادر على السيطرة بدون أى جهد يذكر . هو يستطيع التعامل مع كل من حوله كما يشاء . إن التعامل مع هذه الحالة يجب أن يظل بناء على اللاوعى . وهنا نجد أنه يتلجلج فى مواقف وفى مواقف أخرى لا يعانى من شىء . على سبيل المثال عندما يكون بلا حول أو قوة يحتاج أن يتعلق بالجلجة كمنخرج له من المشكلة . وعندما يشعر أنه قادر وأنه يجب أن يكون لامعاً وأنه يحتاج أن يقنع الآخرين . فإنه يتخلص من كل مشاكله ويتحدث بطلاقة بالغة ولا يتلعثم على الإطلاق .



أى فشل فى هذا الاتجاه يقابله نوع من الخوف والغضب الشديد مما يسبب قلقًا زائدًا وردود أفعال مضادة (ويتمير Whitmire، 1994؛ لابلانك Lablance، 1994).

وفى كثير من الأحوال نجد هذا الشخص يردد فى داخله "أنا لن أتجلجج مرة ثانية أنا سوف أتحكم فى كل كلمة ألقها". وبالطبع تكرار الفشل يجعله يعطى نفسه أوامر داخلية بعدم تكرار أشياء معينة وهذا يجعل قائمة المحظورات تزداد طولاً. وهذا يجعله يشعر بالتمزق الداخلى ويزداد الصراع الداخلى ضراوة كلما طالت مدة المعاناة. والنتيجة تكون سلسلة من الصراع والمعاناة والتعاسة.

عندما تزيد المعاناة وتصبح جذورها عميقة فى النفس تصبح المسألة لا تطاق بالنسبة للشخص المصاب بها وهنا يصبح الشخص ناقدًا للآخرين ويطالبهم بأن يكونوا فى حالة من الكمال ويطالب الناس بأن يكونوا صورة متكاملة وقد يشعر بالمرارة وعدم الرضا والغضب الشديد عندما لا يجد الصورة المتكاملة التى يريد رسمها للمجتمع على سبيل المثال. لأنه يعانى من عدم القدرة على التعبير يجب أن يكون كل ما حوله كاملاً متكاملًا ممتازاً كنوع من التعويض. إنه الآن يشعر أن الآخرين يتسببون له فى التجلجج. وأنهم يتوقعون الكثير منه عندما يتحدث؛ لذلك يتوتر وتبدأ مشاكله فهو يشعر بالعجز عن التعبير عن ما يتوقعه منه الآخرون وهناك دوافع وظروف تدفعه للوصول للتوتر الشديد وهنا يكون التجلجج نتيجة حتمية.

إنه يفشل فى فهم أن كل ما يواجهه هو عبارة عن مشاعره الشخصية الدفينة وإحساسه أنه يجب أن يكون متوافقًا مع رغبات الآخرين، وأنه يجب أن يتعامل ويتصرف طبقًا لما يتوقعه الآخرون منه وأنه يجب أن يتجنب الإحراج والنقد. ولكى يتجنب الإحساس بالإهانة والرفض يكون دائمًا



متطوعاً للعمل والمساعدة ودائماً حساساً جداً لآى نوع من النقد أو التصحيح . حتى لو كان على شكل طلب بسيط ، وهو دائماً أقل عقلانية وأقل مرونة وأكثر عناداً وأكثر تصلباً ومشاكسة فى المواقف الكلامية ، لا ترى صورة واضحة للغضب والثورة . حيث إن المشاعر تكون مكبوتة داخله وتكون الواجهة هادئة ومستقرة حيث إنه يحتاج أن يكون وفقاً لما يتوقعه منه الآخرون . ولكن تنهار هذه الواجهة الهادئة عندما يبدأ فى الكلام حيث يبدأ القلق والغضب بنفس عمّا بداخله من خلال النطق ؛ حيث إن التلجلج يكون نوعاً من التمرد والثورة الخاصة به .

الشيء الوحيد الذى يفشل هذا الشخص فى رؤيته هو المتطلبات الواجبة عليه وما يتوقعه منه الآخرون . إنه يفشل فى أن يرى أنه هو أول عدو لنفسه . ولكن العدوانية التى يطلقها تجاه الآخرين تعمل بشكل إيجابى للتخفيف من الألم الذى يصيبه لإحساسه بأنه أقل منهم .

نظراً لكثرة المتطلبات التى يشعر أنه يجب أن يقوم بها والأشياء التى يرى أنه يجب أن لا يفعلها . نجد أنه يشعر أنه عرضة للإحباط والإجهاد وأنه لا مخرج له . هو يكون دائماً فى حالة إجهاد مزمن كما لو كان على حافة السقوط من فوق جبل فهو متوتر ويشعر بشد عضلى فى أنحاء متفرقة من الجسم ويشعر بانعدام الطاقة وعدم الراحة . وبالطبع فى حالته هذه يكون أكثر حساسية وأكثر تجنباً للمواقف الكلامية حيث يشعر بأنه خارج قائمة الموجودين وينسحب بعيداً عن الناس وبعيداً عن أى نشاطات جماعية (كريبج Craig: 1994؛ موني، سميث Moony, Smith، 1995؛ ليدر Leder، 1996) .

السؤال الذى يفرض نفسه إذا استطعنا مساعدة هذا الشخص على السيطرة على اللجلجة حتى تقل درجته تدريجياً هل سوف يقل إحساسه بالكراهية لنفسه . الإجابة المنطقية: نعم . ولكن من ناحية أخرى هل يستطيع



الشخص تقليل اللجلجة من خلال تقليل الكراهية لنفسه وتقليل الفروض التي يفرضها على نفسه وتقليل القيود الاجتماعية التي يحيط نفسه بها؟ الإجابة لا .

معظمنا قد شاهد هذا التأثير السيئ للجلجة والذي يعنى المتلجلج عن حقيقة كراهيته لنفسه . كل تصرفاته وانفعالاته بصفة عامة تدعم إحساسه بالكراهية لذاته . إن نتائج كراهية الذات تكون المقارنة بين نفسه وباقي أفراد المجتمع الذي يعيش فيه . إنهم يشعرون بعدم الجدوى نظراً لأن كل من حولهم يتكلمون بطلاقة وأكثر ذكاء وأكثر وسامة . ما لا يدركه هو أنه يظلم نفسه بهذه المقارنة حيث إنه فى الغالب يقارن نفسه بأشخاص يتميزون بقدرات عالية . إنه يجلس صامتاً ويعذب نفسه ويصبح عرضة للغضب الشديد والقلق عندما يكتشف أنه لن يصل إلى هذه الدرجة من التطور وسوف يقلل من قيمة نفسه ويعاقب نفسه لأنه لا يستطيع الوصول لهذه الدرجة من التميز . ولأنه يصبح بلا حول أو قوة يصبح دائماً يكره نفسه ويحسد الآخرين لأنه يرى حياته تنساب من بين أصابعه فهو غير قادر على فعل شيء اجتماعياً وعلمياً ولفظياً، هذا يجعله يشعر بالمعاناة والألم والأسف والضياع . فقط من خلال التغيير الكامل فى الشخصية يستطيع أن يقلل من درجة كرهه لنفسه وأن يشعر بكيانه وهنا فقط سوف يكون قادراً على تقليل إحساسه بالدونية، والاحتقار لنفسه . إذا استطاع أن يتبنى هذا المنطق سوف يرى نفسه إنساناً طبيعياً وربما يخفف هذا من التلجلج باعتباره من أعراض الإعاقة وسوف يستخدم كل طاقته لكي يعيش طبقاً لمفهوم احترام الذات وليس تدمير الذات .

وقد اهتم الباحثون والعلماء بالتعرف على تأثير اللجلجة على حياة الفرد وعلى طموحه وتكوينه النفسى وعلاقاته بالآخرين من خلال وصفهم لمجموعة من التساؤلات، وحاولوا الإجابة عليها من خلال إجراء العديد من الدراسات والبحوث . وفيما يلي عرض لبعض هذه الدراسات .



## دراسات وبحوث في الخصائص النفسية والاجتماعية للمتلعجج واتجاهات الأخرين نحوه؛

قامت دراسة كريج Craig (1990) للتعرف على مستويات القلق عند الأفراد المتلعججين والعاديين، وتكونت العينة من (102) متلعجج ألقوا ببرنامج مكثف لعلاج اللجلجة. مقابل مجموعة ضابطة (ن = 102) ودلت النتائج على أن العلاج المكثف للجلجة كان ناجحاً لجميع أفراد العينة التجريبية من الذكور والإناث. وذلك على الأقل بعد توقف البرنامج مباشرة. وبالنسبة لسمة القلق فقد انخفض مستوى القلق لدى أفراد المجموعة المتلعججة بدرجة دالة إحصائياً. حيث لم تظهر فروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة. على مقياس القلق (الحالة = السمة) وأظهرت الدراسة أن الإناث كن أكثر إظهاراً لقلق السمة من الذكور وإن لم تكن الفروق دالة إحصائياً.

بينما هدفت دراسة ناصر قطب وآخرين Kotbi, et al. (1992) إلى المقارنة بين المتلعججين والعاديين في كل من الذكاء، القلق، مفهوم الذات والاكثاب. وتكونت عينة الدراسة من (29) ذكراً متلعججاً و(29) ذكراً عادياً. وتمت المجانسة بين المجموعتين في السن والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، واستخدمت الدراسة مقياس خاصة بالقلق، الاكثاب، مفهوم الذات، الذكاء. وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين في مفهوم الذات المثالية، الجسمية، الأسرية، الاجتماعية. بينما ظهرت فروق في الاكثاب والقلق لصالح المتلعججين ولم تظهر فروق في الذكاء.

وجاءت نتائج دراسة راتنر Ratner (1992) عن أثر الإرشاد النفسي للوالدين على خفض وتعديل كلام الطفل مخالفة لما هو متوقع حيث شارك في الدراسة (20) أمًا وأطفالهن وهم من المهديين بالإصابة بالجلجة. وتراوح أعمارهم بين (3 - 5) سنوات، وقد أدى الإرشاد إلى خفض معدل



سرعة كلام الأم وتبسيطه حتى يتناسب مع قدرات الطفل . وحتى يعمل كعلاج غير مباشر للطفل . ولكن دلت النتائج على أن كلام الطفل وسرعته وكذلك تعقيداتهم اللغوية لم تتناسب مع التعديل الذى طرأ على كلام الأمهات وبالتالي لم يتحقق الهدف من الدراسة . وتمثل هذه النتائج مشكلة بالنسبة لبعض الآراء الخاصة بضرورة استخدام الإرشاد النفسى للوالدين كعنصر أساسى فى العلاج غير المباشر للجلججة الطفل .

وهدفت دراسة زينب أبو حذيفة (1992) إلى دراسة ديناميات الأفراد المصابين بالجلججة، الفرع الليلى، البوال . وذلك على عينات من الأطفال، وبالنسبة لعينة الأطفال المتلجلجين فقد بلغت (50) طفلاً متلجلجاً وتراوح أعمارهم بين (8 - 10) سنوات، واستخدمت الباحثة دراسة الحالة، المقابلة، اختبار تفهم الموضوع للأطفال، ودلت النتائج الخاصة بالجلججة أن أسبابها ترجع إلى عوامل نفسية عميقة متمثلة فى الصراع بين الرغبات الشعورية واللاشعورية، والتي تعبر عن رغبات مستهجنة . تحاول الهو إشباعها على المستوى اللاشعورى وكفها على المستوى الشعورى .

واهتمت دراسة فيتزجرلد Fitzgerald (1992) بتقييم مدى تأثير الضغط النفسى الداخلى على الأفراد المصابين بالجلججة . وذلك على عينة من الذكور اليوغسلاف البالغين ولديهم جلججة مزمنة . ولقد أظهرت عملية التحليل العاملى للمقياس المستخدم ثلاثة عوامل منفصلة هى: العزلة الاجتماعية، الحساسية الاجتماعية، الثقة الاجتماعية . وتوصلت الدراسة إلى تأييد الرأى القائل بأن الحساسية الزائدة الناتجة من الضغط النفسى الداخلى تظهر لدى الأفراد المتلجلجين فى صورة (قلق عام) .

وعن إدراك المعلمين لخصائص التلاميذ المتلجلجين دارت دراسة لاس Lass (1992) لفحص إجابات المدرسين على استبيان يتم فيه وضع قائمة



بالصفات الشخصية التي يلاحظونها على التلاميذ المتلجلجين مثل الإدراك - النمطية - الإنجاز - الاعتمادية. ودلت النتائج على أن إدراكات المدرسين لصفات الطلاب المتلجلجين في مجملها صفات سلبية.

أما سوان Swan (1993) فقد حاول الإجابة على السؤال الأهم وهو: ما الذى يحتاج المعلمون أن يعرفوه ليساعدوا الطفل المتلجلج؟ وذلك من خلال فحص الأسباب ونوعيات اللجلجة وأنماطها وأشكالها الاجتماعية والانفعالية. وقد شملت الدراسة عدداً من المقترحات لمساعدة الضلاب على التغلب على حالة اللجلجة وهى:

- 1 - أن نقدم للأطفال اهتماماً غير منقطع عندما نتحدث معهم.
- 2 - أن نوفر لهم بيئة مريحة.
- 3 - أن نشجع أساليب الحديث المهذبة.
- 4 - قياس حساسية جميع الأطفال نحو اللجلجة.
- 5 - توفير خبرات كلامية ناجحة للأطفال المتلجلجين.

ويعارض كريج Craig (1994) الأبحاث التى تظهر مستويات قلق متقاربة بين الأفراد المتلجلجين والعاديين حيث يؤكد على وجود هذه الاختلافات. ويؤكد على ضرورة مراعاة الأعداد التى تتضمنها الدراسة (صغر حجم العينة) وأيضاً المؤثرات مرتبطة بالقلق والاكتئاب والتى لا يتم قياسها. وللتعرف على إدراك المعلمين لصفات الأفراد المتلجلجين قامت دراسة لاس Lass (1994) وذلك للتفريق بين صفات الأفراد المتلجلجين حسب السن، والجنس، وكانت العينة (42) من المعلمين فى مقاطعات مختلفة. ولقد كانت معظم الصفات المذكورة ذات سمات شخصية سلبية وعلى وتيرة واحدة.



واهتم أرديلا Ardila (1994) بكشف خصائص اللجلجة لدى طلاب الجامعة في كولومبيا حيث قدم استبياناً لعينة من الطلاب (ن = 1879) وكشفت النتائج عن وجود نسبة من الطلاب يعانون اللجلجة (2%) من عدد العينة الكلى، كما دلت النتائج على انتشار إصابات الدماغ البسيطة بينهم والتي تؤدي إلى خلل الأداء الوظيفي، وأيضاً وجود حالات من عسر القراءة (dyslexia) ومشكلات طلاقة، وأيضاً وجود أعراض اكتئابية.

وهدفت دراسة لابلاتك Lablance (1994) إلى تقديم معلومات متعلقة بالطفل المتلجلج إلى المعلم داخل الفصل لكي يستطيع أن يتعامل مع هذا الطفل المتلجلج، وكيف يستطيع مساعدته، وقد تركزت المقترحات حول الطرق التي يمكن من خلالها تقديم نموذج كلامي جيد للطفل داخل الفصل، والعمل على تحسين نظرة المتلجلج إلى ذاته، وتقديره لهذه الذات، وأيضاً خلق بيئة مريحة ومرحة وخلق فرص مشاركة اجتماعية بين التلاميذ والتلميذ المتلجلج.

وسعت دراسة ويتمير Whitmire (1994) إلى دراسة الفروق بين الأفراد المتلجلجين والعاديين في السلوك والاتجاهات والمعتقدات. وذلك من خلال إجراء حوارات مفتوحة تتيح درجة من التفاعل الحواري لمدة (20) دقيقة لسبعة من البالغين من ذوي اللجلجة ومثلهم من العاديين. كما تم تصوير هذه الحوارات بالفيديو لتحليلها حيث تم قياس معدل الكلام، عدد المقاطع المنطوقة، وطولها. وكم من الوقت يستغرقه الفرد في الحديث، وأيضاً السلوكيات التفاعلية الخاصة بتبادل الأدوار مثل مفاتيح أداء الدور في الكلام، الاستجابات المصاحبة للدور في الكلام، المقاطعة أثناء الدور، الصمت أثناء الدور، التحكم، الفهم، تقييم المواقف التي تسبق التواصل مع الآخرين.

ولم تظهر النتائج وجود فروق هامة في لغة الكلام أو في التفاعل بين الأفراد أثناء تبادل الأدوار، كما ظهر أن معتقدات واتجاهات الأفراد المتلجلجين



أكثر سلبية، وتؤكد الدراسة على أن معتقدات الفرد ومواقفه من العلاقات مع الآخرين هي التي تشكل كيفية إدراك الفرد للتفاعل معهم. كما أن هناك دوراً حيوياً لمشاعر الفرد في تشكيل إدراكه لتفاعلات الآخرين. وتفيد هذه الدراسة في تعريف المتلجلج بكيفية إدراكه لردود أفعال من يستمع إليه.

وعن طبيعة السلوك الاتصالي للأمهات وعلاقته بظهور اللجلجة عند أطفال ما قبل المدرسة قامت دراسة كلوث، كريمات **Kloth & Kraimat** (1995) وذلك على عينة من الأمهات وأطفالهن (ن = 93) وتم تطبيق مقياس للتعرف على سلوك اللجلجة في المقابلة الأولى. حيث لم يظهر أى من الأطفال المشتركين أى سلوك للجلجة ولكن بعد عام ونصف من المتابعة تم تصنيف (26) من الأطفال على أنهم متلجلجون.

وقد أوضحت الملاحظة الإكلينيكية أنه قبل بداية اللجلجة لم تختلف الأمهات من حيث السلوك الاتصالي، ومعدل الكلام مع أطفالهن. بينما ظهر من المتابعة لأمهات الأطفال الذين ظهرت لديهم اللجلجة أنهم أكثر حرصاً على التعقيد في اللغة وعلى استخدام لغة ذات تركيب سليم. وتؤكد النتائج على وجود علاقة بين الأمهات المتمتعات بالطلاقة وعدم نمو اللجلجة.

وفي دراسة عن صفات المتلجلج والمرتبطة بحالة اللجلجة لديه قامت دراسة **Moony & Smith** (1995) على أفراد جمعية اتحاد المتلجلجين في بريطانيا والتي تعمل على مواجهة المشكلات التي تصاحب الأفراد ذوي اللجلجة. وتعمل على تنمية الوعي لدى كل من الأسرة والمدرسة بحالة المتلجلج النفسية خاصة حالة التحفز التي تصاحب حالة اللجلجة وتأثيراتها القريبة والبعيدة المدى على النمو النفسى لديه. أيضاً حالات التحفز والهجوم على الأفراد الأقل أو الأصغر منه وذلك في محاولة منه لتأكيد ذاته وإثباتها. ولقد أظهرت الدراسة أن حوالى (82%) من المشتركين في الدراسة



ذكروا في تقاريرهم الذاتية أنهم كانوا متحفزين أو متكبرين بعض فترات حياتهم المدرسية، وغالبًا ما كانت حالة التحفز هذه مرتبطة بمواقف اللجلجة.

وللكشف عن بعض الأمراض المرتبطة باللجلجة قامت دراسة ليدر Leder (1996) لوصف حالة شاب يبلغ من العمر (29) عاماً بدأ يعاني من اللجلجة بعد تعرضه لمعاناة نفسية شديدة. وقد أظهر مقياس الطلاقة الذي طبق على الحالة وجود حالة لجلجة شديدة تتميز بالتكرار المتعدد للكلمات، واحتباس الكلام حوالى (20) مرة في الدقيقة، تكرار الكلمة بصورة روتينية خلال الحوار مع الآخرين أو القراءة الجهرية، ولم يظهر على الحالة أى خوف من كلمات بعينها أو تجنب لكلمات أو الخوف من مواقف معينة. وبعد الفحص الطبى للحالة ظهر وجود رعشة فى الأيدي والأرجل، تحزم عصبى لغوى، خلل فى عملية المشى وكلها ذات صفة مرضية متقدمة. وقد توصلت الدراسة بعد محاولات علاج الطلاقة، والعلاج الطبى أن هذه الأساليب العلاجية غير كافية وأنه لا بد من التدخل النفسى. وتدعو الدراسة لمزيد من البحث فى إمكانية وجود علاقة بين مرض الشلل الرعاش واللجلجة.

واهتمت دراسة وودس Woods (1996) بحركات وعضلات الوجه والجسد وعلاقتها بحالة القلق العام واللجلجة. وذلك بين طلاب الجامعة (ن = 256) ومن خلال استجابات الطلاب على مقاييس وتقارير ذاتية عن القلق العام ومدى الوعى بالحركات العصبية الجسدية. كشفت الدراسة عن وجود علاقة فيما بين عدد من الحركات العصبية واللجلجة مما يزيد من حالة القلق العام.

وامتداداً لهذا الرأى قام شينكر Schenker (1997) باختبار الفرض الذى ينادى به البعض من أننا حينما نلفت انتباه شخص ما أثناء كلامه إلى بعض اللجلجة فى حديثه والذى يكون طبيعياً، يؤدى ذلك إلى زيادة اللجلجة.



أيضاً هدفت الدراسة إلى الكشف عن المؤثرات اللفظية وغير اللفظية على المتلجلجين . واعتمدت الدراسة على (112) شاباً جامعياً كمشاركين في جماعة التركيز على اللجلجة . وعددهم (70) طالباً، وجماعة أخرى (ن = 21) تركز على محتوى الكلام، ومجموعة ضابطة . وقد تم تكليف المجموعة الأولى بمهمة ممارسة الكلام مع التركيز على وعيهم الذاتى للجلجة والمجموعة الثانية مع تركيزهم على محتوى الكلام، والمجموعة الثالثة كانت فى حالة استرخاء حيث لا تلتفت إلى أدائها الكلامى . ثم أعطى للمجموعة (1، 2) تغذية استرجاعية خاطئة عن أدائهم .

وبعد ذلك أدت المجموعات الثلاث مهمات لممارسة الكلام مع قياس الطلاقة فى الحديث والسلوكيات التى يقوم بها الفرد لتجنب اللجلجة اللفظية . وأوضحت النتائج أن المشاركين فى جماعة التركيز على اللجلجة هم وحدهم الذين أظهروا قدراً زائداً من اللجلجة أثناء الكلام، كما أنهم قاموا بسلوكيات تجنب اللجلجة بصورة أقل من أقرانهم . وبطريقة أكثر حرصاً، وقد خرجت الدراسة بنتائج تؤكد أن الأشخاص الذين يسجلون أعلى مستوى من الحاجة إلى الاستحسان الاجتماعى يميلون إلى تجنب المزيد من الكلام حينما يكون لديهم وعى ذاتى بكلامهم . كما أنهم لديهم قدرة على الاضطلاع بالمطالب الواضحة التى تطلب منهم بخصوص الطلاقة فى الحديث بصورة أقل من غيرهم .

وتفترض الدراسة أن الوعى الذاتى بالكلام والمطالب البيئية التى تقع على عاتق الأفراد التى تفرض عليهم طلاقة الحديث، قد لا تكون عوامل كافية وحدها فى تطور اضطراب اللجلجة واستمراره، كما تفترض وجود استعداد مسبق للتطور الحيوى لهذا الانتكاس فى الكلام والذى قد يعد عاملاً أساسياً فى اللجلجة . كما تفترض النتائج أيضاً وجود حاجة شديدة إلى



الاستحسان الاجتماعي والذي قد يؤثر سلباً على استجابة بعض الأفراد إلى مطالب الطلاق في الحديث التي تفرضها عليهم البيئة المحيطة بهم.

وهدفت آمال الفقى (1997) إلى دراسة العلاقة بين الضغوط الوالدية والجلجلة عند الأطفال وذلك على عينة من الأطفال (ن = 40) ذكور وإناث، وتراوح أعمارهم بين (9 - 12) عاماً، ودلت النتائج على وجود ارتباط دال موجب بين درجات الأمهات على مقياس الضغوط ودرجات الأطفال على مقياس شدة الجلجلة، كما ظهرت فروق بين أمهات الأطفال المتجلجين بشدة، وأمهات الأطفال منخفضي الجلجلة في الضغوط. وذلك لصالح أمهات الأطفال مرتفعي الجلجلة.

وقام بلود وآخرون **Blood, et al. (1997)** بدراسة هدفت إلى معرفة مستويات الإجهاد اليومي وضغوط الحياة على الأفراد المتجلجين بالمقارنة مع الأفراد العاديين وأيضاً إلى معرفة أثر هذه الضغوط على مظاهر عدم الطلاق. وذلك من خلال عينة مكونة من (12) فرداً متجلجاً و(12) فرداً غير متجلج من طلبة الجامعة من الذكور والإناث، تراوحت أعمارهم بين (18 - 23) عاماً. وقد تم تقييم مستوى المشاحنات اليومية والمضايقات لمعرفة العلاقة بينها وبين الشعور بالضيق والتوتر وأثر ذلك على الجلجلة. ودلت النتائج على أن الأفراد المتجلجين لا يختلفون بصورة جوهرية عن الأفراد العاديين من حيث إدراكهم لضغوط الحياة بصفة عامة. وأن الأفراد المتجلجين يتعرضون لمضايقات وضغوط يومية أكثر من الأفراد العاديين، ولم تكشف النتائج عن وجود أى علاقات دالة بين التوتر والضيق والانغصاب وشدة الجلجلة. أى أن ضغوط الحياة العامة قد فشلت في إظهار أى تأثير على مظاهر عدم الطلاق أو تقدير الذات لكل من المجموعتين.



واهتمت دراسة كارسو، لينين **Caruso & Linne (1998)** بالتعرف على تأثير اللجلجة على تكوين العلاقات الاجتماعية الحميمة والمحافظة عليها. حيث تفترض الدراسة أن المرشد النفسي يركز على القصور الوظيفي وأن أي مرشد يعمل مع فرد يعاني من اللجلجة فإن تقييم التفاعل الاجتماعي للفرد يصبح ذا أهمية كبيرة، وذلك بسبب التأثير القوي المحتمل للسلوكيات الاجتماعية السلبية خاصة سلوكيات التجنب على طبيعة حياة الفرد المتلجلج، إن تأثير هذه السلوكيات على العلاقات الشخصية للفرد وعلى نشاطه الاجتماعي يمكن أن تكون ذات طبيعة مدمرة للذات بمعنى أن حياة الفرد الاجتماعية والشخصية لا تتأثر وحدها، بل إن علاقاته في العمل وحتى عمله نفسه يتأثر بصورة مباشرة. لذا تؤكد الدراسة على أهمية إعادة تأهيل الأفراد المتلجلجين ومساعدتهم على أن يسيطروا ويتحكموا في مشكلة التجنب الاجتماعي، وبذلك تزداد فرص دمجهم اجتماعياً وأيضاً ضرورة دمجهم في عدد من الأنشطة الاجتماعية لمساعدتهم على زيادة تقديرهم لذواتهم.

أما دراسة بينتت، باتيك **Beenett & Batik (1998)** فقد هدفت إلى معرفة أثر اللجلجة على الطفل مع احتمال زيادة القلق لديه، وقد طبقت الدراسة على عينة من (50) طفلاً، وأوضحت النتائج أن أخطر عمر لظهور اللجلجة هي من سن (2 - 5) سنوات، كما أن شخصية الآباء لها دور كبير في ظهور اللجلجة عند الطفل حيث إن الآباء الذين لديهم أطفال متلجلجين تكون نسبة قلقهم أعلى، وهذا القلق يؤثر بشكل سلبي على شخصية أطفالهم، كما أثبتت الدراسة أن التقليد ليس سبباً كافياً لظهور اللجلجة.

وتناقش دراسة باتراك **Patrakea (1998)** قضية اعتبار اللجلجة نوعاً من اضطرابات الكلام الخاصة بطلاقة اللسان على الرغم من توفر الأدلة العملية والنظرية والتي تؤكد أن مشكلة اللجلجة مشكلة متعددة الأبعاد تتضمن عناصر



فسيولوجية ونفسية. لقد تم تصنيف الصراع الذي يعاني منه الأشخاص أثناء الكلام إضافة إلى تجنب الكلام وتوقع اللجلجة باعتبارها أبعاداً سلوكية خطيرة لهذا الاضطراب.

وأظهرت نتائج الدراسة أن الخجل، الوعي الذاتى، مركز التحكم، كلها أبعاد قد يكون لها تأثيرات قوية على خبرات الفرد المتلجلج. حيث أظهرت إجابات (119) فرداً متلجلجاً أن هذه العوامل تعتبر عوامل تنبؤية هامة للأبعاد السلوكية للجلجة ما عدا عامل (مركز التحكم). كما ظهر أن الوعي الذاتى وما يصاحبه من قلق اجتماعى يعد عاملاً هاماً فى التنبؤ بالسلوكيات الخاصة بالجلجة وأيضاً فإن الاندماج مع الآخرين من ذوى اللجلجة عامل ذو أهمية فى التنبؤ بأبعاد سلوكيات اللجلجة.

بناء على نتائج مثل هذه الدراسات التى تؤكد على أهمية المشاركة والتفاعل الاجتماعى لذوى اللجلجة أطلق بيل (1998) دعوة لتكوين جماعات المساعدة الذاتية لذوى اللجلجة. وتوجيه دور هذه الجماعات وتحديد نمط العلاقة التى يجب أن تكون موجودة بينها وبين أخصائى ومعالجى أمراض الكلام واللغة.

بينما هدفت دراسة هانكوك، كريبج Hancock & Graig (1998) إلى بحث أسباب حدوث انتكاسة للأطفال الذين تم علاجهم من اللجلجة، وأيضاً كيفية تعزيز الطلاقة اللفظية لديهم، حيث لاحظ الباحثان أن حوالى 30% من الأطفال الذين يتم علاجهم من اللجلجة يحدث لهم انتكاسة بعد مرور أكثر من عامين. وضمت عينة الدراسة (77) طفلاً ومراهقاً تتراوح أعمارهم بين (9 - 14) عاماً، وقد شارك الجميع فى البرنامج العلاجى الذى انتهى بنجاح كل المجموعة فى التخلص من اللجلجة، وذلك بعد (12) شهراً من بداية العلاج. وقد تم قياس العوامل الديموجرافية، وشدة اللجلجة، ومستويات



القلق لدى أفراد العينة قبل البرنامج وبعده. كما تم حساب معدل تكرار اللجلجة. وذلك بحساب نسبة مقاطع الكلمة، ثم افترضت الدراسة أن سمة القلق قد تؤدي إلى عودة اللجلجة مرة أخرى. وقد دلت النتائج على أن ذوى اللجلجة الشديدة قبل العلاج شديدو القلق، سريعو التأثير لمستويات عالية من عودة اللجلجة على المدى الطويل بعد توقف العلاج. وتعتبر هذه الدراسة محاولة للتنبؤ بسمات الأطفال المعرضين لحدوث انتكاسة بعد العلاج الناجح.

وعن اتجاهات الوالدين نحو طفلهم المتلجلج وارتباطها بنجاحه فى العلاج قامت دراسة بريزى Prizi (1999) على عينة من الآباء الكروات مكونة من (21) أباً وأماً. وتراوحت أعمار أولادهم من ذوى اللجلجة بين (11 - 17) عاماً. وقد تعرض الأبناء إلى برنامج علاجي مكثف يتضمن تسجيل الأنشطة العقلية مع قطبي المخ، وملاحظة التغيرات البيولوجية، وقد تم قياس معدل التكرار والإطالة للأبناء قبل وبعد البرنامج. وقد أظهرت النتائج أن اتجاهات الوالدين ترتبط بعدد مرات تكرارات اللجلجة، والسلوكيات البدنية المصاحبة للحالة، ومدة الإطالة. وبمعنى آخر فإن اتجاهات الوالدين تتحسن نحو أبنائهم وتصبح أكثر إيجابية إذا شعروا أن هناك فائدة من العلاج وأن الطفل فى حالة تقدم ملحوظ والعكس صحيح.

أما دراسة مورفى Murphy (1999) فقد ركزت على تأثير اللجلجة على السعادة العاطفية والنفسية للفرد وأسرته، مثلها فى ذلك مثل الأمراض المزمنة الأخرى. التى تظهر فى مراحل العمر المختلفة، بدلاً من اهتمامه بأسباب اللجلجة، ويوضح الكاتب أن الشعور بالخزى والذنب قد يؤثران بالسلب على نجاح العلاج إذا لم يتم التعرف عليهما وعلاجهما. ويؤكد الباحث أن المعالج الذى يركز بصورة مبالغ فيها على تعليم الأطفال كيفية التحدث بطلاقة قد



يزيد بالفعل من إحساس الطفل بالذنب والخزي على الرغم من كل مجهوداته المبذولة.

واهتم تيليس Tellis (1999) بالتعرف على إدراكات الطلاب الجامعيين الأمريكيين من أصل أسباني للجلجلة، وهل تعتبر وصمة اجتماعية. وذلك من خلال تصميم مقياس جديد يتضمن أربعة أبعاد هي: الوصمة الاجتماعية للجلجلة، أسباب الجلجلة، جدوى العلاج للجلجلة، إدراك سلوك الجلجلة. وتؤكد النتائج أنه كلما زادت مستويات التبادل الثقافي، كلما زاد احتمال رفض اعتبار الطلاب للجلجلة على أنها وصمة اجتماعية لصاحبها. وعامة أظهر الطلاب اتجاهات إيجابية نحو الأفراد ذوي الجلجلة.

ومن الدراسات التي اهتمت بمواقف طلاب الجامعة من المتلجلج دراسة جابل Gabel (1999) حيث هدفت للتعرف على أثر الجلجلة على طلاب الجامعة المتلجلجين وعلى طموحاتهم ومفاهيمهم بخصوص اختيار مجالات العمل. وتناولت الدراسة أيضاً مدى تأثير حدة الجلجلة وشدتها، ومستوى العلاج المقدم (حضور جلسات العلاج أو رفض الحضور) على مفاهيم المتلجلج المهنية. وضمت العينة عدداً من طلاب الجامعة العاديين والمتلجلجين والذين أجابوا جميعاً على مقياس "النضج الوظيفي"، ودلت النتائج على أن الطلاب يتخذون مواقف سلبية نحو الأشخاص الذين يعانون من الجلجلة، وأن نظرتهم تصبح أكثر إيجابية إذا كان الفرد المتلجلج ملتحقاً ببرنامج علاجي وأن شدة حالة الجلجلة تؤثر على سلبية الاتجاه نحو المتلجلج. وبالنسبة لمجالات العمل التي اختارها المتلجلجون فقد حكم عليها الطلاب العاديون بأن أكثر من نصفها غير ملائم، خاصة الوظائف التي تتطلب مستوى عالياً من التواصل اللفظي، ويبدو أن مدى حدة الجلجلة والالتحاق ببرنامج علاجي لم تغير من نظرة طلاب الجامعة إلى المتلجلج وإن كانوا قد تأثروا بالبرامج



العلاجية وتحسنت وجهة نظرهم نحو العمل في مجال علاج اضطرابات الكلام. وتؤكد الدراسة أن وصمة اللجلجة لا توسع من إدراكنا بل تحد من هذا الإدراك خاصة في مجالات العمل المناسبة لهم. وأوصت الدراسة بمزيد من الأبحاث.

وهدفت دراسة عفراء خليل (2000) إلى معرفة بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المتلجلجين في الكلام، وتتضمن المتغيرات النفسية (القلق تقدير الذات) والمتغيرات الأسرية تمثلت في أساليب التنشئة الوالدية التي يتعرض لها الطفل المتلجلج. وتمثلت العينة في (40) طفلاً متلجلجاً منهم (30) ذكراً، (10) إناث، مقابل (40) طفلاً من العاديين. وقد توصلت الدراسة إلى أن الأطفال المتلجلجين يتعرضون لأساليب تربوية خاطئة (كالقسوة، بث القلق، الشعور بالذنب، الحماية الزائدة) أكثر من الأطفال الأسوياء. كما ينتشر بين الأطفال المتلجلجين مشاعر القلق وينخفض مستوى تقدير الذات لديهم. كما دلت النتائج على وجود علاقة ارتباطية دالة بين أساليب التنشئة الخاطئة (القسوة، أسلوب بث القلق، الشعور بالذنب) وبين معاناة الطفل من اللجلجة.

ولفهم إدراكات وتوقعات الوالدين لقدرات أطفالهم الاتصالية وهل تناسب مع القدرات الحقيقية لأطفالهم أم لا؟ قامت دراسة راتنر، سيلفرمان **Ratner & Silverman (2000)** حيث تفترض الدراسة أن الوالدين لأطفال ذوي لجلجة دائماً لديهم توقعات حول قدرات أطفالهم على التواصل لا تناسب مع القدرات الحقيقية للأطفال.

وللتأكد من ذلك تم تقييم القدرات اللغوية لـ (15) طفلاً بعد ظهور أعراض اللجلجة بفترة قصيرة، و(15) طفلاً من نفس العمر والجنس يتحدثون بطلاقة. كما طبق على الوالدين مقاييس وتقارير والدية لتقدير نمو قدرة



الأطفال الاتصالية. وقد أشارت النتائج بصورة عامة إلى انخفاض الأداء فى مقاييس اللغة والكلام عند جميع الأطفال ذوى اللجلجة. وكانت التقارير الوالدية قريبة ومتناسبة مع أداء الأطفال ذوى اللجلجة أما والدو الأطفال العاديين فكانوا غير دقيقين فى تنبؤاتهم حول الأداء الاتصالى لأطفالهم. كما أوصت الدراسة بضرورة إشراك الوالدين فى برامج علاج الأطفال ذوى اللجلجة.

ولفهم مشكلة اللجلجة واستيعابها والتعرف على فائدة الإرشاد النفسى للأفراد ذوى اللجلجة اعتبرت دراسة جنسبرج، وكسلر **Ginsberg & Wexler (2000)** اللجلجة اضطراباً شائعاً ومعقداً يتضمن ليس فقط اللجلجة أثناء الكلام بل ينطوى على تجارب نفسية واجتماعية مثيرة للتحدى يتعرض لها من يعانون منها. وقد عبر الأفراد الذين يتمتعون بالطلاقة الكلامية عن الصعوبات التى يواجهها الأفراد ذوو اللجلجة بسبب سوء فهمهم لهم، ومواقفهم السلبية منهم، وحيث إن الأساليب الإرشادية النفسية قد أثبتت فاعليتها فى علاج اللجلجة، فقد اقترحت الدراسة تعليم المرشدين النفسيين المزيد عن اللجلجة وكيفية التعامل بصورة أكثر فاعلية مع الأفراد الذين يعانون منها. وتؤكد الدراسة أن هناك ثلاثة جوانب أساسية نفسية يعانى من ها أصحاب اللجلجة وهى: الصراع أثناء الكلام، تجنب الإشارات الكلامية التى ترتبط بصعوبة الحديث أو الكلام، وتوقع مواجهة صعوبات أثناء الكلام. وقد تم وصف كل جانب مع تقديم الدلائل النظرية والتجريبية على أهميته.

وقامت دراسة ميلز، راتنر **Miles & Ratner (2001)** للبحث فى مستويات لغة الوالدين والمطالب اللغوية التى يفرضها الوالدان على الطفل ذى اللجلجة. ولم يظهر من نتائج الدراسة وجود اختلافات أو فروق هامة فى المستوى النسبى للحاجات اللغوية المفروضة من الوالدين للأطفال الذين لديهم



لجلجة وذلك فى بداية ظهور الأعراض المرضية لحالة اللجلجة: لذلك لم تؤيد الدراسة النظرية التي ترى أن الحاجات اللغوية للوالدين قد تؤدي إلى زيادة خطر تعرض الأطفال للجلجة نتيجة للضغوط الموجودة من جانب الوالدين.

من العرض السابق للدراسات يمكن استخلاص أهم الاتجاهات الحديثة فى بحوث اللجلجة الخاصة بخصائص المتلجلج النفسية والاجتماعية والسلوكية والجسمية إلى:

\* اهتمت الدراسات بالتعرف على الخصائص النفسية للمتجلج وأثرها على حياته وحياته أسرته. وقد توصلت الدراسات إلى أن القلق هو السمة النفسية الرئيسية المميزة للمتجلج، وأن الإناث أكثر قلقاً من الذكور، وأن الوالدين يمكن أن يصبحوا من العوامل المؤثرة والمؤدية إلى زيادة القلق عند المتجلج. كما فى دراسة (كريج Crig : 1990 قطب وآخرون Koatbi et al. : 1992، زينب أبو حذيفة 1992، وودس Woods : 1996، شنيكر Shenker : 1997، هانكوك، كريج Hancock & Craig : 1998).

\* كما أظهرت الدراسات مجموعة من الخصائص النفسية والاجتماعية للمتجلج والتي يمكن اعتبارها خصائص سلبية فى معظمها مثل: الاكتئاب، التجنب، الحساسية الزائدة، الضغط النفسى الداخلى الشديد والذي يترجم إلى القلق، النمطية، الاعتمادية، عدم القدرة على الإنجاز، الحاجة إلى الاستحسان الاجتماعى، تقدير ذات منخفض، هو فى حالة تحفز دائم نحو من هم أقل منه أو أصغر. عدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية حميمة، الخجل، الوعى الذاتى باللجلجة، الشعور بالخزى والذنب. كما فى دراسة (قطب وآخرون Kotbi et al. : 1992، كريج Craig : 1992، زينب



أبو حذيفة 1992، فيتزجرالد Fitzgerald : 1992، ارديلا Ardila :  
1994، ويتمير Whitmire : 1994، موني، سميث Moony &  
Smith : 1995، شينكر Schenker : 1997، كارسو، لينين Caruso  
& Linne : 1998، هانكوك، كريج Hancock & Craig : 1998).

\* اهتمت الدراسات بالتعرف على آراء واتجاهات المحيطين بالمتلجلج  
وصورتهم عنه وهل تعتبر اللجلجة من اضطرابات العجز التي يمكن  
أن توصم صاحبها، وقد دلت النتائج على رفض المحيطين بالمتلجلج  
اعتبار اللجلجة وصمة اجتماعية، بل ظهر لديهم اتجاهات إيجابية  
نحو المتلجلج تزيد كلما زاد مستوى الثقافة، كما في دراسات  
(ويتمير Whitmire : 1994 بلوود وآخرون Blood, et al. : 1997،  
تيليس Tellis : 1999، جابل Gabel : 1999).

\* بينما أظهرت الدراسات أن إدراكات المعلمين للمتلجلج أكثر سلبية،  
حيث أدرك المعلم خصائص التلميذ المتلجلج على أنها خصائص  
تتميز بالاعتمادية، النمطية، عدم الإنجاز، ضعف الإدراك (دراسات  
لاس Lass : 1992، لاس Lasse : 1994).

\* لذلك وجهت بعض الدراسات اهتمامها إلى تعديل تلك النظرة  
وإبراز أفضل الطرق التي يمكن للمعلم من خلالها التعامل مع  
التلميذ المتلجلج داخل الفصل (سوان Swan : 1993، لابلانك La-  
blance : 1994، موني، سميث Moony & Smith : 1995).

\* أظهرت الدراسات بعض الخصائص الجسمية مثل خلل الأداء  
الوظيفي، بعض إصابات الدماغ البسيطة، رعشة في الأيدي  
والأرجل، تحزم عصبي لغوي، خلل في عملية المشي. (ليدر Leder  
: 1996، وودس Woods : 1996).



\* دعت الدراسات إلى عدم الاهتمام بمستوى الطلاقة وسلوكيات اللجاجة فقط دون اعتبار للعوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة في بناء شخصية المتلجج، حيث تؤثر هذه العوامل على تقديره لذاته ونظرة للآخرين ومدى قدرته على التفاعل الاجتماعي والاندماج والتواصل مع الآخرين (ويتيمير Whitmire : 1994 ، شينكر Schenker : 1997 ، كارسو، لينين Caruso & Linne : 1998 ، مورفي Murphy : 1999).

\* أيضاً ظهر أن للوالدين تأثيراً كبيراً على إكساب الطفل المتلجج القلق والتوتر أو إعطائه إحساساً بتقدير لقدراته الحقيقية مما ينعكس على ثقته في نفسه. كما في دراسات (أمال الفتى : 1997 ، بينيت، بانيك Beenett & Batik : 1998 ، بيريزي Pirizi : 1999 ، مورفي Mur-phy : 1999 ، راتنر وسيلفرمان Ratner & Silverman : 2000 ، عفراء خليل : 2000) لذلك تقترح بعض الدراسات الاهتمام بالإرشاد النفسي للمتلجج بجانب البرامج العلاجية وأيضاً للمحيطين به (كارسو، لينين Caruso & Linne : 1998 ، مورفي Murphy : 1999 ، جنسبرج وكسلر Ginsberg Wexler : 2000).

\*\*\*



## الفصل الخامس

# التشخيص والسلوكيات المصاحبة لاضطراب اللجاجة



أولاً: تشخيص اضطراب اللجاجة.

ثانياً: السلوكيات المصاحبة.



## الفصل الخامس

### التشخيص والسلوكيات المصاحبة للجلجة

#### أولاً: تشخيص اضطراب اللجلجة

ينظر معظم علماء التشخيص لمشكلة اللجلجة كأحد أنواع الخلل في التحدث الناتج عن عدم تنظيم آلية الصوت، ولذلك يصرون على أن العلاج يأتي من تنظيم هذه الآلية، بينما يؤكد فريق آخر من العلماء أن اضطراب اللجلجة يأتي من اضطراب انفعالي نفسي يعاني منه الفرد. ولكن اتفق الجميع على أن المتلجلج لا يتكلم بفمه فقط، ولكن بكل جسمه.

ويتضمن هذا الفصل استعراض الاتجاهات الحديثة في بحوث اللجلجة في الكلام والتي اهتمت بخصائص المتلجلج اللغوية والكلامية. وأيضاً السلوكيات المصاحبة لها. وكذلك التعرف على البحوث الحديثة التي هدفت إلى معرفة الفروق بين المتلجلجين والعاديين في هذه القدرات.

#### تشخيص اللجلجة:

الملاحظة العرضية تظهر أن معظم صور عدم الطلاقة ربما تلاحظ بصورة فورية في المتحدثين العاديين؛ لأن الطلاقة الطبيعية في الكلام ليست مثالية، فمن الراجح أنه ليس هناك شخص يكون طلق اللسان 100٪ طوال الوقت. فمسر الطلاقة مثل تكرارات الكلمة والعبارة وأساليب التعجب uh.um هي متوسطة الشيوع في الكلام لأغلب الأفراد وليس كل الأفراد، والسكتات - الوقفات - لفترات متباينة شائعة على حد سواء خاصة في الأطفال صغار السن ممن تكون مهاراتهم اللغوية مازالت تنمو. وهكذا فإن تكرارات مقاطع



الكلمة وإطالات الصوت من الممكن ملاحظتها ولو أنها أقل تكراراً في الكلام اليومي لمعظم المتحدثين.

ولكن كيف يصبح المصاب بالجلجلة مميّزاً وظاهراً عن المتحدث الطبيعي على أساس عسر الطلاقة للسان؟

يوجد عدة إجابات لهذا السؤال الصعب:

يوجد على الأقل ثلاث قواعد راسخة لتمييز المصاب بالجلجلة عن غير المصاب وهي:

(1) مقدار اضطرابات عسر الطلاقة.

(2) نوع اضطراب عسر طلاقة الكلام.

(3) الفترة الزمنية لعدم الطلاقة.

والأخصائي يُمعن التفكير في واحدة أو أكثر من تلك القواعد الثلاث.

#### مقدار اضطرابات عسر الطلاقة:

كل من المتحدث الطبيعي والمصاب بالجلجلة يكون متبايناً كثيراً في درجة تعامله مع مقدار تكرار اللجلجة. فالمتحدث العادي ربما يكون أكثر أو أقل لجلجة وذلك تبعاً لموقف الكلام. فالموضوع محور المناقشة، ونوعية المستمع المشارك ودرجة الإعياء، ومقدار المعرفة عن الموضوع وعوامل أخرى عديدة. فمثلاً عند التحدث عن مواضيع مألوفة وتحت ظروف الاسترخاء وعندما يكون المستمعون منجذبين وراضين فإن المتحدث يكون أكثر طلاقة، ولكن عند التحدث عن موضوع يعرف عنه المتحدث القليل جداً وتحت حالة من الضغط والتهديد، وعندما يكون المستمعون غير منجذبين وعندما يكون المتحدث مُجهداً، فإنه ربما يكون أكثر اضطراباً في الكلام.



المتغيرات المؤثرة فى مقدار عدم الطلاقة للمتحدث الطبيعى توجد أيضاً لدى المصابين بالجلججة ولكن الأكثر والأبعد من ذلك أن المصابين بالجلججة يكون اضطرابهم متذبذباً من يوم لآخر ومن موقف كلامى لموقف آخر. ومع ذلك فالمصابون بالجلججة يتلجلجون فى المتوسط فى 10% من الكلمات التى ينطقونها (Blood Stein, 1987) لذلك فإن 10% من مقدار عسر الطلاقة يكون بكل تأكيد أمراً شاذاً والحد الأدنى هذا من مقدار عدم الطلاقة يحتاج إلى تشخيص للجلججة وهو يكون أقل من 10%.

ولأنه من الصعب التقرير بإحكام عن كيفية عسر الطلاقة بالنسبة للمتحدث العادى وما مستوى الحد الأدنى لاضطراب عدم الطلاقة الذى يحتاج إليه لتشخيص للجلججة، فإن أخصائى التخاطب يكون لديه صعوبة فى تقرير كيف استجاب المستمعون للمقادير المختلفة لاضطراب عدم الطلاقة. بعد كل ذلك وإذا تساهل المجتمع مع قدر محقق من اضطراب عسر الطلاقة فإن هذا المقدار ربما يصير اعتيادياً. الأشخاص العاديون ربما يطلبون لسماع نماذج كلامية والتى تحوى مقادير متباينة من اضطرابات عسر الطلاقة وليقوموا لتمييز أى العبارات تكون شاذة أو ملجلجة أو عادية وسلسلة. . . إلخ وهذا النوع من دراسات تمييز المستمعين Listener Judgment تشير عمومًا إلى معظم اضطرابات عدم الطلاقة والتى يُحكم بأنها غير عادية وملجلجة عندما يصل أو يتجاوز الأشخاص 5% من الكلمات المتحدث بها أو المنطوقة (Bloodstein, 1982, VanRiper, 1987) ولذلك فبعض أخصائى التخاطب يستخدمون مقياس 5%. أو المزيد من اضطرابات عدم الطلاقة لتمييز المصابين بالجلججة عن غير المصابين. وعن طريق هذا المقياس فإن الأخصائى يحسب كل أنواع عدم الطلاقة الكلامية متضمنًا تكرارات الكلمة وأساليب التعجب والعدد الكلى للكلمات المقروءة أو المتحدث بها. ومن خلال هذين المقياسين فإن الباثولوجى المختص بلغة الكلام يستنتج نسبة معدل عدم الطلاقة.



## أنواع اضطراب عدم الطلاقة،

بعض أخصائيي التخاطب يعتقدون بأنه ينبغي ألا يُميز بين المتحدث العادى والمصاب بالجلجلة من خلال مقدار اضطراب عدم الطلاقة ولكن يجب أن يُفرق بينهما عن طريق أنواع اضطرابات عدم الطلاقة والتي تبدو عليهم. ومع أن كل أنواع الاضطراب موجودة فى كلام المتحدث العادى فإن بعض تلك الأنواع نادرة الحدوث. على سبيل المثال تكرارات مقاطع الكلمة وإطالة أصوات الكلمة ليست كثيرة الوقوع كتكرار أساليب التعجب والكلمة والعبارة، على أن هذه الأنواع تُسمع فى أكثر الأحيان من المصابين بالجلجلة. بعض الأخصائيين أشاروا إلى أن المتحدث العادى لا يجرأ الكلمة أو مقاطع الكلمة فهو يعيد الكلمات والعبارات، أما المصابون بالجلجلة فيكسرون الجزئيات الصغيرة للكلمات ومقاطعها أكثر. وهكذا يقدمون نوعاً شاداً من الاضطراب (Van Riper, 1982; Wingate, 1964) وبناءً على ذلك فإن بعض الأخصائيين قد قاموا بتشخيص الجلجلة على أساس تكرارات مقاطع الكلمة وإطالات الصوت.

تشخيص الجلجلة بُنى على أنواع عسر الطلاقة والتي ليس لها مقياس كمي. فوجود تكرارات المقاطع والإطالات ربما تكون كافية لتشخيص الجلجلة، وتلك الاضطرابات ليست مضطرة لأن تتلاقى مع المقياس الكمي 5٪.

أكثر أخصائيي التخاطب يعتقدون أن تكرارات مقاطع الكلمة والإطالات على الأرجح مرتبطة بالتوتر العضلى والمشقة وتكرارات الكلمة وأساليب التعجب تخرج غالباً من دون مشقة أو توتر عضلى. فى الحقيقة بعض الأخصائيين يقومون بتفخيم شديد للمشقة والتوتر العضلى بجانب التنفس غير الطبيعى كمثلى محاولة المتحدث أثناء استنشاق الهواء، والمرتبطة ببعض أنواع عدم الطلاقة بناءً على ذلك. فإن أى نوع من الاضطراب فى الكلام يعتبر



للجلجة إذا حدث مع توتر ومشقة. على سبيل المثال إذا الطفل قال " ماذا - ماذا - ماذا أنت تفعل؟ " وأثناء التردد لـ " ماذا " يظهر على الطفل تقلصات في الوجه وتوتر عضلي ومشقة، فمن ثم فإن تلك الكلمة المتكررة تعد للجلجة.

### الفترة الزمنية لعدم الطلاقة:

أحصائيون آخرون للآن يقومون بتشخيص اللجلجة على أساس طول الوقت الزائد عن الحد لذلك الاضطراب. فهذا الاضطراب ربما يكون وجيزاً جداً، وهذا سيلاحظه فقط أخصائي التخاطب أو ربما يكون طويلاً جداً وهذا لن يخطئه أحد. وبناءً على ذلك فالمتحدث يعتبر مصاباً بالجلجة إذا كانت فترات عدم الطلاقة له غير معتاده أو متقلبة (Ingham, 1984; Van Riper, 1982). ومعظم أخصائيي الكلام يشخصون اللجلجة إذا دامت فترة الاضطراب لدقيقة (Van Riper, 1982).

ومعيار الفترة الزمنية للاضطراب من المحتمل أو غير المحتمل أن يتضمن أيضاً المقياس الكمي للاضطراب، فعندما تكون الفترات وجيزة جداً فإن مقدار عدم الطلاقة يكون مهماً في تشخيص اللجلجة. وعندما تكون الفترات طويلة ويمكن ملاحظتها فإن مقدار الاضطراب يمكن استبعاده. والخلاصة، أن اللجلجة يتم تشخيصها عندما تكون الفترات وجيزة وكمية الاضطراب مرتفعة أو عندما تكون الفترات طويلة وكمية الاضطراب منخفضة.



## شكل (2)

### المحكات المختلفة لتشخيص اللجلجة

- مقدار عدم الطلاقة .

كل الأنواع تُقدر بـ 5% أو أكثر؟

تشخيص لجلجة

- أنواع عدم الطلاقة .

بعض الأنواع من تكرارات مقاضع الكلمات

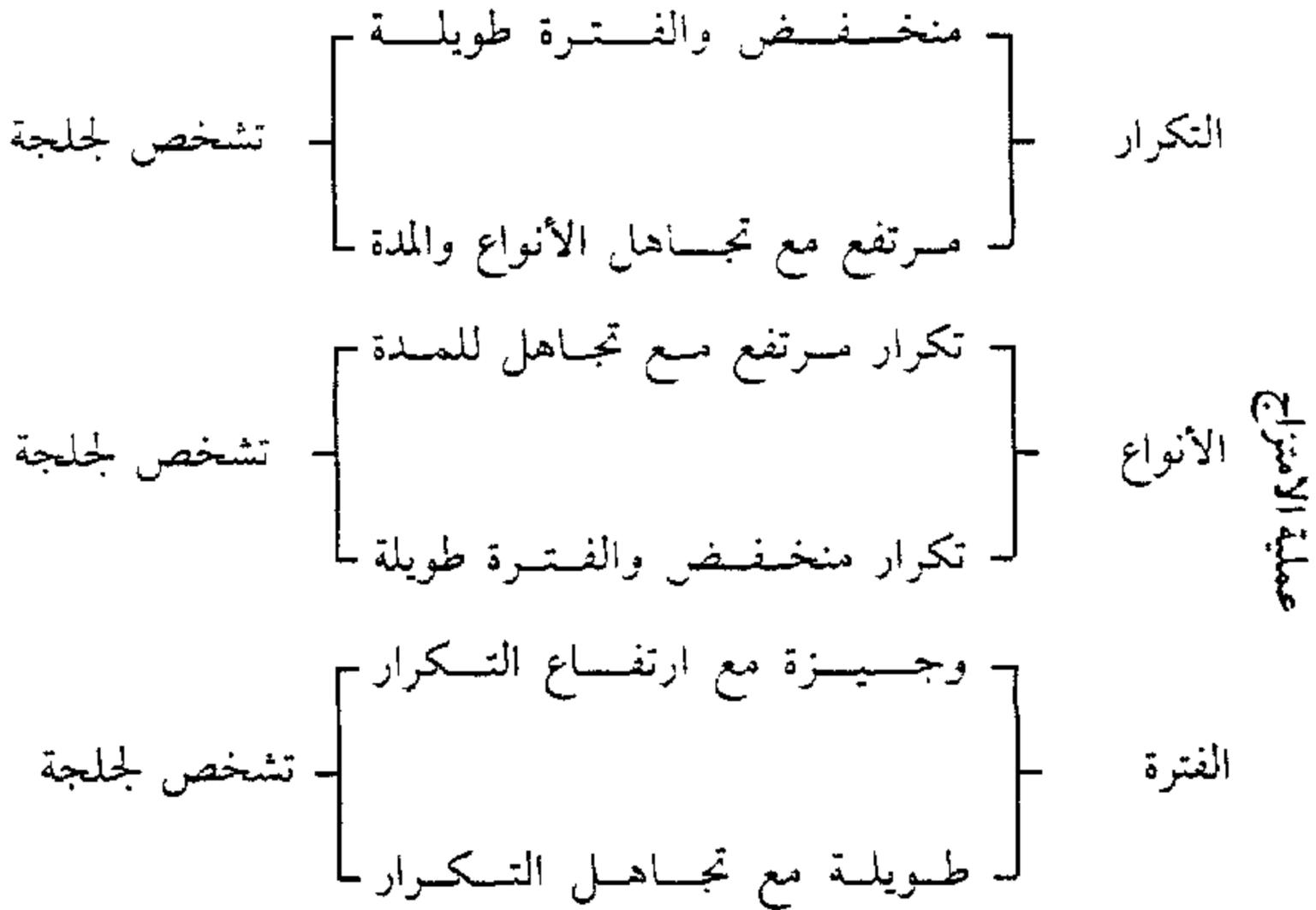
والإطلاات توجد فى أى تكرار؟

تشخيص لجلجة

- فترة عدم الطلاقة .

الإطلاات مدتها دقيقة أو أكثر؟

تشخيص لجلجة



## ثانياً: السلوكيات المصاحبة:

إن السلوكيات المصاحبة للجلججة عديدة ومختلفة بين المصابين بالجلججة، وإن الإنسان على الأرجح لديه نموذج مميز من السلوك. وغالبية السلوكيات المصاحبة تشاهد في الوجه. معظم الراشدين المصابين بالجلججة يميلون إلى رمش أعينهم وتجعد أنوفهم وجبهتهم والبعض يغلق عينه بإحكام والآخرين يضغطون على شفاههم. فشفاه هؤلاء ربما ترتجف وترتعد. البعض تبقى أفواههم مفتوحة على مصراعها بينما يحاولون قول كلمة مثل التي تبدأ بحرف /p/ أو /b/ والتي تقتضى بأن تكون الشفاة منطبقة معاً. والبعض يفتح ويغلق فمه مراراً بينما لا يخرج الصوت. بعض المصابين بالجلججة يرخي شدقه والبعض الآخر يغلقه بإحكام وتبدأ رأسه تهتز. أحد المصابين بالجلججة ترتطم أسنانه وأخرى تضغط على أسنانها. ولد عمره 10 سنوات لديه جلججة قاسية يُميل جذعه ببطء حتى يلمس وجهه ركبتيه - يحتضن نفسه. ومصاب آخر بالجلججة عمره هو 35 عاماً يهز رقبته في كل وقت يتلعثم فيه ومتلجلج آخر يحرك رأسه ببطء تجاه كتفه الأيسر أثناء اللجلججة.

حركات الأيدي والأقدام مرتبطة أيضاً بالجلججة. فأحد المصابين بالجلججة يؤرجح ذراعيه بعيداً وبطيش لدرجة أن زوجته تبقى بعيدة عنه لمسافة ما. بينما أثناء الحديث الكثيرون منهم يعتصر يديه، أو يضغط عليها بشدة، والبعض ينقر - يقرع - المنضدة أو أنفسهم، والبعض يُشبك قبضة يديه، وهناك فتاة راشدة مصابة بالجلججة تحك الأرض بنعل حذائها بصورة عنيفة وهي تقول على سبيل المزاح أن لجلجتها لديها ميل لصنع ثقوب بالسجادة. آخرون ربما يحركون أرجلهم لاإرادياً أو يحرك قدميه أو يمدد ركبتيه بالشد.

التوتر العضلي المرتبط بالنطق هو أيضاً ذو مغزى. فمعظم المصابين بالجلججة يشكون بشدة من الحلق والفاك وعضلات المعدة أثناء عدم الطلاقة



فى الكلام . ومعظم حركات الوجه وتقلصاته مرتبطة بإجهاد مفرط فى عضلات الكلام وفى بعض الحالات يمكن أن يكون التوتر محسوساً فى الجسم كافة .

والتنفس غير الطبيعى يمكن ملاحظته أيضاً فى بعض المصابين بالجلججة . على سبيل الذكر فإن المصاب بالجلججة يحاول التحدث أثناء استنشاق الهواء . وبينما يتوقف المتحدث العادى عن الكلام ويتنفس فإن المصاب بالجلججة ربما يحاول أن يظل متحدثاً مع أن دعم الهواء قد استنفد والمصابون بالجلججة الذين يفعلون ذلك يعطون انطباعاً وهو أنهم يحاولون الضغط على آخر ذرة من الهواء عن طريق الرئتين . بعض المصابين بالجلججة يتوقف فى وسط النطق ويتنفس بدون ضرورة . وعملية تنفس المصابين بالجلججة أثناء الحديث ربما تكون لاإرادية وغير منتظمة .

والأعراض التى تبدو على المصابين بالجلججة هى على الأرجح السلوكيات المصاحبة لأنها قد تعززت بصورة عرضية . فالشخص عندما يبدأ بقول "مماذا؟" فإنه يؤرجح ذراعه بإحباط وبينما هو يؤرجح ذراعه يبدأ فى إكمال الكلمة وبقية النطق "ماهو الوقت الذى ستأتى فيه؟" وبذلك فإن الذراع المتأرجح قد دعم فجأة من خلال العتق من اللجلجة البغيضة . وفى المرة التالية عندما يتلجلج فهو على الأرجح سيؤرجح ذراعه . وفى وقت آخر فإن الغلق المحكم لجفن العين يتفق حدوثه تماماً مع العتق من مأزق اللجلجة . وهكذا فإن كثيراً من السلوكيات المكروهة ترتبط بشكل متطابق مع انتهاء اللجلجة . وفى غير وقت اللجلجة فإن السلوكيات المصاحبة تساعد مباشرة المصابين بالجلججة على الحديث بطلاقة .

والسلوكيات المصاحبة ليست شرطاً لتشخيص اللجلجة . فليس كل المصابين بالجلججة يظهرون سلوكيات مصاحبة مميزة . وتلك السلوكيات ليست



مرتبطة بالضرورة بعمل أو عدد سنوات اللجلجة مطلقاً. فطفل فى الخامسة من عمره وتاريخ اللجلجة معه هو شهر قليلة لا غير ولكنه يُظهر وضعاً معقداً من السلوكيات الشاذة. وشخص آخر عمره 50 عاماً وتاريخه مع اللجلجة 45 سنة يُظهر القليل من السلوكيات المعتدلة لا غير. والسلوكيات المصاحبة تظهر فقط أثناء عملية عسر الطلاقة وتوتر الكلام. بناءً على ذلك، فإن السلوكيات المساعدة ليست شرطاً ضرورياً لتشخيص اللجلجة. ومع ذلك فعند وجودها فإن تلك الحركات المبالغ فيها والتوتر العضلى يجعل تشخيص اللجلجة أمراً محققاً فعلاً.

### الانفعالات السلبية والسلوكيات المكروهة:

الشخص المتلجلج مضطر إلى الاحتكاك بالآثار السلوكية والانفعالية لصعوبة الحديث المتعمقة تلك.

ولد فى الثالثة من عمره بدأ يكرر ويُطيل الكلمات. ربما لا يكون مدركاً لصعوبة الحديث التى يواجهها ولكن هذا النقص بالمعرفة لن يدوم طويلاً. وعمما قريب فإن الطفل سيُحبط من خلال المشقة التى يُلاقىها ليعبر عن نفسه. فالطفل سيصبح مدركاً للمشقة والتوترات المرتبطة بالحديث. وبعض أولياء الأمور بإمكانهم أن يكونوا رابطين الجأش وغير مجيبين لمدة ما على الأقل. وإذا الطفل لم يعلم بالفعل أنه يوجد شيء ما خطأ فى كلامه فإن الإجابة من شخص ما سوف تجعل هذا الأمر بالتأكيد حقيقة واضحة للطفل. والسلوكيات المكروهة والانفعالات السلبية للشخص المتلجلج تكون المصدر لتعريفه بكونه مختلفاً.

وأولياء الأمور والراشدون الآخرون لا يستطيعون أن يمنعوا رد فعلهم تجاه صعوبة الحديث لدى الطفل. ولكى توضح الحقيقة المؤلمة للطفل فإن الرد يجب ألا يكون انتقادياً أو سلبياً، فالإجابة المهذبة واللطيفة والحسنة باستطاعتها



أن تجعل الطفل يتعرف على مدى صعوبته: ولا تجعل المعرفة الموجودة أكثر حدة ومؤلمة. وبعض الراشدين يقدم المساعدة للطفل المصاب بالجلججة بالانتظار أو بقول الكلمة التي يكافح الطفل كي يقولها. بالفون آخرون يعطون اقتراحات مثل "خذ نفساً عميقاً وتكلم" معتقدين أن هذا سيساعد الطفل. وتأثير رد فعل البالغين الآخرين على الطفل الذي لديه مشكلة خاصة بالكلام يكون إحساساً عنيقاً غير سار مصاحب لهذا الطفل.

الجلججة المكررة لكلمات بعينها أو في مواقف كلامية بعينها هي دليل على تماشى تلك الكلمات. أحد المصابين بالجلججة لديه صعوبة عظمى لقول "فلفل حار Pepper on" لذلك هو لا يطلب أبداً بيتزا الفلفل الحار التي يحبها لكنه يطلب بيتزا المشروم التي يكرهها كي يأكلها.

موظفة استقبال عمرها 22 سنة دائماً تقول "نعم yes" عندما تلتقط التليفون لأنها إذا حاولت قول "أهلاً Hello" أو اسم الشركة سينتج عنها وقفة صمت طويلة وتتسبب في أن يغلق بعض الناس الهاتف.

ولد في الـ 10 من عمره، اسمه الأخير من أكثر الكلمات صعوبة ولا يستطيع قوله. فاتخذ لنفسه اسماً مستعاراً حيث رأى أنه باستطاعته أن يتخلص من ذلك.

وهناك كاهن يقوم بنصح الأزواج كي يتواصلوا بصورة أفضل مع بعضهم البعض ولا يمكنه قول كلمة "التعايش Communication" أو يتواصل "Communicate" دون لجلججة. وأثناء خطبة صباح الأحد لم يمكنه أبداً أن يقول تلك الكلمة وهو ببساطة يتجنب ذلك. حيث استبدل تلك الكلمات والتعبيرات ولكنه غير سعيد بالنسبة لهذا التجنب والكلمات المستبدلة فهو يرغب بشدة في استخدام تلك الكلمات التي يتجنبها.

(Bennett, Batik, 1998)



العديد من المواقف الكلامية يتم تجنبها بعناية عن طريق المصايين بالجلجلة. والقصص تحكى أن موسى - عليه السلام - كان مصاباً بالجلجلة والذي قام بوصف نفسه بذلك "بطء فى الكلام وكذلك بطء اللسان" وعندما أراد أن يبلغ بنى إسرائيل ما أخبره الله فقد جند أخيه هارون ليكون وزيراً له وليصبح المتحدث عنه.

مدير سلطة تنفيذية فى شركة صناعية كبرى قد فعل كل شىء ليتجنب التحدث إلى التليفون حيث استأجر مساعداً كى يجيب فقط على التليفون بالنيابة عنه، فالمساعد يجلس بالقرب من المدير التنفيذى كمستقبل المعلومات من وإلى وبذلك فهو يشبه المترجم للغة أجنبية.

امرأة فى الـ 35 من عمرها لا تطلب الطعام من المطاعم فهى نادراً ما تذهب وحدها هناك كى تأكل.

طالب جامعى فى الـ 23 من عمره تيقن أنه لن يأخذ الكورس الذى يضم محاضرات شفهية والتي هو منتدب إليها لذلك فقد قابل أستاذه قبل التسجيل للدراسة وتحقق من أنه لا يوجد تنازل أو استبدال بالأوراق المكتوبة.

رجل آخر فضل أن يتوه فى المدينة على أن يتوقف ويسأل شخصاً ما عن الاتجاهات. ففى زيارته إلى لوس أنجلوس للمرة الأولى وجد نفسه قد ضل الطريق فى إحدى الليالى بينما هو يبحث عن المطعم وبعد ساعتين من الدوران بالسيارة كانت الفنادق قد أغلقت كلها. حيث وجد أنه ليس ضرورياً أن يسأل ويسبب سلوكه هذا ظل جوعان وساهراً تلك الليلة.

فالكلام عمومًا والغرباء والاجتماعات الرسمية والمؤسسات حيث الخدمات والمنتجات تبتاع والتليفونات والمطاعم والتعريف بالنفس هى كلها نماذج متجنبه.



## إسهاب الكلام:

إسهاب الكلام ربما يكون ناتجاً كذلك عن نقص المعرفة للكلمات المضبوطة عند الاستخدام أو لدى الحاجة ليكون الشخص محتالاً في الكلام أى سياسياً في حديثه .

هو إستراتيجية أخرى يستخدمها المصابون بالجلججة فهم يحومون حول الكلام حتى يقول المستمع الكلمة التي يتجنبون قولها. وللتخفيف فإن المصابين بالجلججة حينئذ يؤكدون ذلك بلهفة. مصاب بالجلججة عمره 15 سنة فاجأ أخصائي التخاطب الباثولوجي بقوله " زوجة أبي ستأتى لتأخذنى قريباً " فسأله الأخصائي " أليست هي أمك؟ " فقال المراهق متأففاً " نعم أنت تعرف " . وهناك أم لابنتين لا تشير لهما أبداً بأسمائهما فهي دائماً تتكلم عنهم كذلك " ابنتى الكبرى " و " ابنتى الصغرى " والمستمعون لها يتساءلون " أتقصدين Jenry؟ أو تقصدين Jeanne؟ " فتقول الأم " نعم " أو " لا " . عميل يتلجلج بصورة سيئة في كلمتى يونيه June ويوليو July لذلك فهو فى شهر إبريل يعطى مسبقاً إفادة عن إجازته بقوله " أنا سوف أفضى الشهر الأول والثانى الذى يأتى بعد مايو فى أوروبا وعندما تسأله فى أى مكان فى أوروبا سوف يقضى إجازته فهو يعدد بالكامل جغرافية أوروبا " أولاً سأذهب إلى استراليا ثم سوف أزور البلد التى تقع فى شمال استراليا ثم من المحتمل أن أزور البلد التى فى الغرب من . . . " (Ezratis & Levin, 2004)

أمثال هذه السلوكيات المصاحبة والتصرفات المتجنبة ليست قاطعة لتشخيص الجلججة؛ فهي فى الغالب نتائج للجلججة. فالأشخاص لن يتعلموا تجنب مواقف كلامية بعينها إذا هم لم يتلجلجوا فى تلك المواقف. لذلك فالجلججة تأتى أولاً ومن بعدها الاستجابات المتجنبة. ومع ذلك عندما تظهر مواقف كلامية متجنبة فإن تشخيص الجلججة يؤيد بشدة.



عملياً، كل المصابين بالجلججة تشيع بينهم تجربة الانفعالات المؤلمة المصاحبة للجلججة حيث إن الاستجابات الانفعالية تصير أقوى عندما يصير المصاب بالجلججة أكبر سناً. فالجلججة الثابتة على كلمات ما في مواقف كلامية بعينها تسبب الخوف والقلق بالنسبة للنطق والمواقف الكلامية. ويعتقد الأخصائيون بأن مشاعر الخوف والقلق تلك هي السبب في السلوكيات المتجنبة.

معظم المصابين بالجلججة من البالغين بإمكانهم التنبؤ بمقدار جلجتهم قبل أن تقع. فإثناء القراءة بصوت مرتفع فإن المصاب بالجلججة يتنحصر ما يوجد أمامه لكي يرى هل توجد أي كلمات صعبة ويزداد التوتر متى وجدت بعض من تلك الكلمات الصعبة. وفي المحادثة، يفكر المصابون بالجلججة بثبات في أنه لا مفر من قول الكلمات الصعبة. وهناك مصاب بالجلججة وهو أيضاً كاتب وقد ألف كتاباً لامعاً في الجلججة كتب فيه: "كلما فتحت فمي، زاغ عقلي أمام الجملة التي أرغب في قولها لكي أرى هل يوجد أي كلمة من المحتمل أن أتجلجج فيها. وتلك الظاهرة تعرف بالتوقع أو الترقب -anticipation or expectancy والتي تعتبر الأساس للسلوكيات المتجنبة. ولو أن الانزعاج من الموقف كان متوقعاً فإن المصاب بالجلججة سيحاول أن يتجنب هذا. وإذا كان المصاب بالجلججة لديه انزعاج قد حدث في الماضي فمن ثم سيكون مترقباً حدوث ذلك (Dominick, 1999).

وقد اهتم الباحثون بالتعرف على السلوكيات المصاحبة من خلال الملاحظة الإكلينيكية. وفيما يلي عرض لبعض هذه الدراسات:

دراسة رينيان Runyan (1990) لتقدير معدلات الكلام الطبيعي لمجموعة من المتجلجين الذين تخلصوا من الجلججة (ن = 116) وغير المتجلجين (ن = 64) وقد طلب من المجموعتين إصدار تقديرات وأحكام لسلاسة الكلام



الطبيعى للمجموعة الأخرى، وقد أظهرت النتائج أن الكلام السلس الطبيعى يسهل تحديده ويدركه ذوى اللجلجة حينما يصدره المتلجلج، بينما لم يستطع العاديين ذلك، وقد أوضحت النتائج أنه ليس هناك فروق بين العاديين والمتلجلجين الذين تم شفاؤهم فى الطلاقة وسلاسة الكلام العادى، وهذا إن دل على شىء فإنما يدل على جدوى علاج اللجلجة.

وتناولت دراسة مايرز Meyers (1990) السلوكيات الشفوية الكلامية لأطفال الروضة من ذوى اللجلجة من خلال تحليل الحوارات والمحادثات التى يجريها (12) طفلاً مع أمهاتهم وآبائهم وأقرانهم من أفراد الأسرة، وهنا لم تختلف نماذج التعامل الشفوى أو الكلامى للأفراد المتلجلجين. مع أنه كان هناك إخفاق لبعض الأطفال فى طلاقة اللسان. وأيضاً لم تؤد المشاركات الكلامية من المحيطين بالطفل إلى خفض سلوكيات اللجلجة.

وقامت دراسة باكير، بروتن Bakker & Brutten (1990) لقياس أوقات الاستجابة ومدتها المرتبطة بالكلام، وأيضاً قياس مدى طلاقة الكلام لعدد من الكبار ذوى اللجلجة (ن = 24) مقابل نفس العدد من العاديين. وقد أشارت النتائج إلى أن كلا من صعوبات طلاقة الكلام، والفترة الزمنية لزمى التوافق الحلقى هى مقاييس تشخيصية مفيدة فى التفرقة بين المتلجلجين وغير المتلجلجين.

بينما هدفت دراسة هويل Howell (1990) إلى تحليل مستوى الصوت المتزايد لمن لديهم حالة لجلجة ولن لديهم طلاقة كلامية. وذلك من خلال استجاباتهم لعملية رجع الصدى السمعى (Whitenoise, Edinburg Masker) وهى خليط من الموجات التى تتسع لتغطى مجالاً واسع التردد، وذلك لتقييم سلوكيات الكلام للأفراد المتلجلجين.



واهتمت دراسة كونتور، كلى **Conture & Kelly (1991)** بتقييم سلوكيات عدم الكلام المرتبطة بالأطفال المتلجلجين (ن = 30) ومتوسط أعمارهم (45) شهراً بمقارنتهم مع أقرانهم العاديين. ولقد دلت النتائج على أن الأطفال من الممكن أن يصنفوا بأن لديهم لجلجة من خلال سلوكياتهم المرتبطة بالجلجة، والتي تعكس الأحداث الإدراكية، الانفعالية، اللغوية، الجسمانية، والطبيعية المرتبطة بوجود اللجلجة.

بينما قام **زبرويسكى Zebrowski (1991)** بتحليل الفترات الزمنية لعدم طلاقة الكلام في بداية اللجلجة من خلال تحليل الحوارات لعدد من أطفال مرحلة الروضة يصل إلى (10) أطفال يعانون اللجلجة من سنة ماضية أو أقل. وأعمارهم حوالي ست سنوات بالمقارنة بأقرانهم العاديين. ولقد أشارت عملية التحليل إلى عدم وجود اختلافات وفروق هامة بين الجماعتين وذلك فيما يتعلق بالفترة الزمنية للصوت الذي تم قياسه بصورة سمعية، تكرارات المقطع، وأيضاً استطالات الصوت، أو عدد الوحدات المتكررة لكل حالة من حالات التكرار.

وتناولت دراسة **ريان Ryan (1992)** عدداً من أطفال الروضة (ن = 20) طفلاً من ذوى اللجلجة، وأقرانهم العاديين. حيث دلت النتائج أن الأطفال الذين لديهم حالات لجلجة قد سجلوا معدلات معقولة في سبعة من ثمانية مقاييس لغوية، وكذلك لم يكن هناك اختلاف أو فروق هامة فيما بين المجموعتين في كفاءة نطق الكلمات أو طلاقة الكلام.

ولتتبع الفترات الزمنية الخاصة بالجلجة حاول **انجهام Ingham (c - 1993)** تقييم اثنين من التجارب التي تبحث في الفترات الزمنية الموجودة بين حالات اللجلجة، ودراسة الأحكام الضمنية والداخلية ومدى اتفاقها في



تحديد تلك الفترات. وقد استدللت الدراسة على أن التدريب الخاص من الممكن أن يحسن من تلك الأحكام.

وقامت دراسة هال Hall (1993) باستعراض حالة اللجلجة لعشرة من أطفال الروضة مقابل خمسين طفلاً آخر لديهم اضطرابات لغوية حيث كانوا أكبر سناً، وأشارت النتائج إلى أن بعض الأطفال الذين لديهم اضطرابات لغوية يتعرضون لخطورة تدهور اللغة لديهم وذلك بسبب إما حالة تدهور في الأنماط والأشكال للمفردات اللغوية والتركيبات اللغوية أو على أساس أنها نتيجة للجمع بين إمكانيات أو قدرات الطفل وبين متطلبات الكلام.

وهدفت دراسة يايري، هال Yairi & Hall (1993) لحساب العلاقات الزمنية الموجودة ضمن عمليات التكرار للجلجة وذلك عند أطفال الروضة المهددين بحدوث لجلجة. وقد قارن الباحثان خصائص الفترة الزمنية السابقة لعملية تكرار الكلمات ذات المقطع الواحد في كلام عدد من أطفال الروضة، وظهر من النتائج الاتجاه نحو عمليات التكرار بصورة مبكرة جداً بالنسبة للأطفال المهددين بالإصابة بالجلجة، أسرع مما هو عليه بالنسبة للأطفال العاديين.

وفي متابعة لنفس مضمون الدراسة السابقة قام ثرونبرج، يايري Throneburg & Yairi (1994) بإجراء مقارنة بين خصائص وصفات الفترة الزمنية للكلمات الفردية ذات المقطع الواحد وعملية تكرار هذه الكلمات، أو تكرار جزء من الكلمة، وذلك من خلال كلام عدد من الأطفال ذوي اللجلجة (ن = 20) طفلاً من أطفال الروضة المتلجلجين ومثلهم من العاديين. وقد كشفت النتائج عن أن الفترة الزمنية للفواصل الزمنية الصامتة الموجودة فيما بين مقاطع الكلمات داخل عمليات التكرار كانت أقصر بصورة ملحوظة بالنسبة للأطفال الذين لديهم بدايات لجلجة.



وحاولت دراسة شافيت **Schiavetti (1994)** تحليل الآراء والبيانات من خلال التسجيلات السمعية والمرئية للفترات الزمنية الخاصة بطبيعة الكلام لدى المتلجلجين والعاديين وتشكل هذه العملية تبديل الحروف والكلمات، هذا فضلاً عن الاستمرارية والتكرارية الخاصة بحرف بعينه أو كلمة محددة. ولقد توصلت الدراسة إلى أن قياس الفترات الزمنية والتحليل الصوتي أمران صالحان لتشخيص اللجلجة.

وهدفت دراسة كاروسو وآخرين **Caruso, et al. (1994)** إلى فحص نتائج ضغط السرعة في الكلام، والتعرف على القدرة على توفيق الألفاظ لدى (9) من المتلجلجين، و(9) عاديين تتراوح أعمارهم بين (16 - 40) عاماً. وتم قياس مستوى أداء الأفراد في مرحلة قلب الكلمات، مرحلة الحروف المتحركة، مرحلة السواكن، مرحلة الانتقال من الحروف الساكنة إلى المتحركة، وقد ظهرت فروق بين المجموعتين في معدل قلب الكلمات، مرحلة الحروف المتحركة، معدل الكلام في الدقيقة، وكمون الاستجابة بالإضافة إلى أن المتلجلجين تصدر عنهم لجلجة بصورة كبيرة عند السرعة والضغط المعرفي. وهذا يؤكد على أن وجود ضغوط معرفية يؤدي إلى كثير من اللجلجة لدى المتلجلجين مقارنة بالعاديين، وعلى الرغم من ذلك فإن الدراسة لم تؤيد الرأي القائل بأن سبب اللجلجة هو قصور في المخ، بينما تؤيد الرأي القائل بأن اللجلجة هي اضطراب زمني توقيتي.

بينما هدفت دراسة ثرونبرج **Throneburg (1994)** إلى دراسة العلاقات بين صعوبة النطق لأصوات الكلمات وعدم الطلاقة في المرحلة المبكرة للجلجة، وشملت الدراسة (24) طفلاً من أطفال الروضة ولديهم مشاكل لجلجة. ولم تكشف النتائج عن فروق دالة بين شدة حالة اللجلجة، والقدرة على نطق الأصوات. وتؤكد الدراسة على أن المشاكل الخاصة بنطق الأصوات



الكلامية أو بمعنى آخر عدم الطلاقة في نطق الكلمة، وبين الطلاقة في نطق الكلمة التالية لها لم يدل على مستوى شدة اللجلجة.

واتجهت دراسة لوكو Louko (1995) إلى صفات الأطفال الصغار خاصة خصائص الأصوات الكلامية. حيث تؤكد على شيوع خطأ اعتبار اللجلجة من الأصوات الكلامية. حيث إن المقاييس الموجودة لا تسمح بالتفريق بين القدرة على إخراج الأصوات الكلامية واللجلجة، كما أوصت الدراسة بضرورة الاهتمام بإظهار نوعيات الأخطاء اللغوية التي يظهرها الأطفال الصغار ذوى اللجلجة مثل الأخطاء اللغوية، عيوب الطلاقة، عيوب النطق.

بينما اهتم فان ليزهوت Van Lieshout (1995) بالتغيرات الحادثة في جهاز قياس رسم الانقباضات العضلية المتكامل للشفة العليا والشفة السفلى وهى المقاييس الخاصة بحركة الصدغ وكبر الشفتين، وهى المقاييس المرتبطة بالعوامل اللغوية المعروفة بتأثيرها على حالة اللجلجة، حيث تم قياس هذه الحركات وتكرارات اللجلجة على (12) فرداً هولندياً من الذين لديهم حالة لجلجة.

وأشارت النتائج إلى أن عملية نطق وإخراج الكلمات ذات الحروف المتحركة، والكلمات الطويلة والمضغوطة كلها أمكن قياسها وأيضاً التغيرات في جهاز رسم الانقباضات العضلية الكهربى والذي يعكس متطلبات الحركة الكلامية المتزايدة.

وناقشت راتنر Ratner (b - 1995) الاعتبارات التشخيصية فى تحديد وتعريف اضطرابات تحقيق الاتصال اللغوى الموجودة وكذلك التفرقة بين حالات اللجلجة واضطراب الطلاقة اللغوية والتي ترتبط بتكوين اللغة. وقد



أوصت الدراسة بضرورة التدخل العلاجي لحل المشاكل اللغوية المرتبطة بالجلجة .

وتناول ماسكى، كورلى **Maske & Curlee (1995)** بالدراسة عدداً من أطفال المدرسة الابتدائية (ن = 36) طفلاً يقومون بتكرار كلمات ذات معانٍ قصيرة، وكلمات ذات معانٍ طويلة، وكلمات ذات ارتجالية فورية. وتم قياس استجاباتهم من خلال إشارات مرئية. ولقد استجاب الأطفال الذين لديهم لجلجة، والأطفال الذين لديهم لجلجة بالإضافة إلى مشاكل لغوية أخرى لطول الكلمات المنطوقة والتي هي ذات معانٍ طويلة بنفس السرعة. وتشير النتائج إلى أن كل المجموعات لديهم نظام حرى للكلام للإجابات الشفوية والكلامية بصورة وطرق مختلفة.

وهدفت دراسة **Ingham (1996)** إلى تحليل استخدامات أجهزة قياس التصوير المقطعي لانطلاق الجزئيات الصغيرة والخاصة بمعدل تدفق الدم في جزء مقطعي من الدماغ في حالة الراحة والاسترخاء. ولقد تم إجراء ذلك القياس لعدد من الرجال المتلجلجين (ن = 10). وقد أكدت الدراسة عدم صحة المقولة التي تؤكد أن اللجلجة المزمنة الشديدة ترتبط بوجود حالات شاذة لمعدل تدفق الدم في وقت الاسترخاء. كما دلت النتائج على أن الفروق بين المتلجلجين والعاديين في تلك المنطقة الدماغية بسيطة وضيئة جداً.

وعن الحركات العضلية في الوجه المصاحبة لحالات اللجلجة قامت دراسة **كيلي Kelly (a - 1995)** باستخدام جهاز رسم الانقباضات العضلية الكهربى والخاص برسم نشاط عضلات الوجه الفموية لعدد (9) أطفال من ذوى اللجلجة. وتشير النتائج إلى أن ظهور رعشة أو رجرجة مثل عدم الاستقرار في عملية ونظام حركة الكلام للأطفال الذين لديهم لجلجة من الممكن أن



يعارض مع الأنماط والأشكال الخاصة بالنضج العصبى العام وأيضاً مع تطور حالة اللججة .

وعن الفروق والاختلافات بين الفرد الطبيعى والمتلجلج فى عملية إخراج الأصوات . قامت دراسة ليسهوت **Lieshout (1996)** وضمت عدداً من الكبار (ن = 12) من الذكور لديهم لجلجة و(12) من الذكور العاديين . وقد تم اختبارهم حول القدرة على تسمية الكلمات والرموز وأيضاً حول قدرتهم على وضع الكلام فى صورة رموز . كما اختبرت قدرتهم أيضاً على استعادة تصوراتهم الإدراكية من خلال الذاكرة لمجموعة من الرموز والكلمات . ودلت النتائج على تأكيد الفرض الذى يرى أن الأفراد المتلجلجين لديهم مشاكل فى القدرة على خلق وإيجاد مدركات حركية مجردة للكلام .

وتناول بوتهاردت، فرانسن **Bosshardt & Fransen (1996)** بالدراسة تنظيم الجملة لدى الكبار من ذوى اللججة (ن = 14) ليشاركوا فى تجربة قراءة الكلمات كلمة بكلمة وذات مسافات ذاتية يحددها كل متلجلج ، وتم إشراك (14) بالغاً عادياً فى نفس التجربة . ودلت النتائج أن كلاً من المجموعتين لم يختلفا فيما يتعلق بسرعة تحديد الكلمات وتنظيم الجمل ، ولكن كان المتلجلجون أقل إدراكاً لمعانى الكلمات فى الجمل من العاديين .

وقام بادن، يابرى **Paden & Yairi (1996)** بدراسة للمقارنة بين مجموعات من الأطفال الذين لديهم لجلجة (ن = 12) والذين تم شفاؤهم من اللججة بعد فتر قصيرة من العلاج (ن = 12) والذين تم شفاؤهم بعد فترة طويلة من العلاج (ن = 12) ، ومجموعة ضابطة (ن = 12) وذلك للمقارنة بين الصفات والخصائص للأصوات الكلامية للمجموعات المرضية الثلاث والمجموعة الضابطة . وأشارت النتائج إلى أن القدرة الضعيفة للأصوات



الكلامية فى المرحلة المبكرة للجلجة تبدو كأنها عامل مشترك مع الفروق الموجودة سواء فى حالة الشفاء، أو فى حالة الاستمرار للجلجة.

ويؤكد يايرى **Yairi (b - 1996)** على تلك النتائج السابقة حيث أمكن التنبؤ بإمكانية الشفاء من الجلجة أو الاستمرار فيها، حيث تم التأكيد على عوامل مثل تكرار عدم الطلاقة، الأنماط السمعية، المهارات الصوتية، التطور اللغوى، المهارات غير الكلامية. وأيضاً النواحي الجينية وارتباطها بإمكانية الشفاء أو الاستمرارية.

ولاختبار ارتباط حالة الجلجة باللهجة التى يتكلم بها الفرد قامت دراسة ماكى **Mackey (1997)** من خلال دراسة حالة عشرة من المتحدثين بلهجات مختلفة ولديهم لجدبة، وأقرانهم من العاديين ويتكلمون بنفس اللهجات. ودلت النتائج على أن طبيعية الكلام قد تأثرت بكل من نوعية اللهجة، وطلاقة الكلام ومعدل الكلام.

وللتعرف على القدرات الإخراجية اللغوية للأطفال الذين لديهم لجلجة ثابتة أو تم شفاؤهم منها دارت دراسة واتكنز، يايرى **Watkins & Yairi (1997)** لعدد من الأطفال (ن = 12) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (5 - 8) سنوات ويعانون من الجلجة لمدة لا تقل عن (36) شهراً، وأيضاً عشرة تم شفاؤهم منها. ودلت المقارنات على عدم وجود فروق فى القدرة الخاصة بالإخراج اللغوى.

وتناول برنس **Prins (1997)** تقييم المفردات اللغوية لعدد من الكبار المتلجلجين (ن = 12) ومثلهم من العاديين كعينة ضابطة. وقاموا بتقييم المؤثرات حول موضوع غموض الاستجابة الكلامية لعدد من الصور التى تحمل أداء مهام تم تصميمها لكى تقيس المفردات اللغوية. وقدرت الدراسة المؤثرات



الخاصة بكلمة واحدة مقابل كلمتين واستجابات المجموعتين، ومدى تكرار الكلمة مقابل عدد مقاطعها.

وفي محاولة لقياس معدل اللجلجة قام توماس (1997) بتصميم مدرج تكرارى لقياس اللجلجة حيث قام بتدوين السلوكيات الحركية المساعدة، واستجابات تجنب والاستجابات الانفعالية المصاحبة، ويتم قياس نوع ومعدل تكرار اللجلجة بطريقتين، فإذا كان الطفل صغيراً فإنه يعتمد على الملاحظة المنظمة لكلام وسلوكيات الطفل، وأيضاً من خلال تحليل الكلام بعد تسجيله على CD وبالنسبة للبالغ فإنه يعتمد على القراءة والمحادثة المسموعة وحساب معدل تكرار السلوكيات المرتبطة باللجلجة حيث يتم حساب عدد الكلمات، وعدد المقاطع التي يتلفظها المفحوص، ثم يتم قسمة العدد الكلى للكلمات التي تلجلج فيها المفحوص على العدد الكلى للكلمات أو المقاطع التي تلفظها المفحوص والناتج يتم ضربه فى 100. وهذا ما يسمى بمعدل اللجلجة عند المفحوص.

مثال: إذا كان هناك طفل تلفظ بـ 925 كلمة، وكان عدد الكلمات التي تلجلج فيها كما تم حسابها 173 فهذا يعطى معدلاً يوازى 18.7% كالتالى:

$$18.7 = 100 \times 173/925$$

كما يمكن تفصيل معدل تكرار اللجلجة فى أشكال اللجلجة التالية:

\* تكرار جزء من الكلمة.

\* تكرار الكلمة كلها.

\* تكرار شبه العبارة.

\* تطويل الصمت.



\* تطويل الأصوات .

\* إقحام الأصواء / المقاطع .

\* إقحام الكلمات .

\* إقحام شبه العبارة .

\* تكسير الكلمات (الكلمات المكسرة) .

\* فترات التوقف / الصمت .

كما يمكن ملاحظة السلوكيات الحركية المساعدة والتي تشتمل على :  
غمز العينين ، تقطيب الحاجبين ، فرك الأرض وضربها ، عدم الاتصال  
بالعينين ، تعبيرات قلق وتوتر على الوجه . ومن خلال ملاحظة السلوكيات  
الحركية المساعدة والاستجابة التجنبية ومعدل التكرار يمكن تشخيص اللجلجة  
إلى درجة بسيطة ، معتدلة ، شديدة ، شديدة جداً .

وهدفت دراسة إستدت وآخرين **Eichstaedt, et al. (1997)** إلى تقييم  
التغيرات التي طرأت على سلوكيات الكلام من خلال خمسة أفراد يعانون من  
اللجلجة تتراوح أعمارهم بين (3 - 16) عاماً . والذين خضعوا لبرنامج  
مكثف لضبط وتعديل اللجلجة . واستخدمت معهم مقاييس ومعايير لتقييم  
أداء الأفراد بعد تطبيق البرنامج مباشرة وبعد مرور عامين . وقد تم تحليل نتائج  
كل فرد باعتباره حالة فردية . وظهرت فروق فردية كثيرة في استجاباتهم  
للعلاج . وكان الاتجاه العام لديهم هو ضعف الحفاظ على سلوكيات الكلام  
مع الحفاظ على الاتجاهات التي تم اكتسابها . وقد أرجعت الدراسة أسباب  
الضعف في الحفاظ على السلوكيات الكلامية إلى عدم حضور جلسات  
التعزيز ، أو لحالات اللجلجة المزمنة الشديدة .



وعن الفرق في تمركز وتكرار الحروف المتحركة عند الأفراد ذوي اللجلجة والأفراد العاديين قامت دراسة بلومجرن وآخرين **Blomgren, et al. (1998)** حيث اهتموا بدراسة المسلك الصوتي لمكان الحروف المتحركة أثناء الكلام بطلاقة. وذلك على عينة من الراشدين (ن = 50) راشداً تم تقسيمهم إلى مجموعات: مجموعة تعاني من اللجلجة، ومجموعة تم شفاؤهم منها، ومجموعة من العاديين. وتم حساب التكرارات للحروف المتحركة، وأيضاً المسلك الصوتي وأماكن التوقف.

وظهرت من نتائج الدراسة أن التكرارات هي التي أظهرت فروقاً أكبر بين المجموعات كما وضع تمركز الحروف المتحركة في كلام ذوي اللجلجة بصورة أكبر من المجموعتين الأخرين وقد اقترحت الدراسة بعض الأساليب العلاجية لتصحيح المسلك الصوتي لذوي اللجلجة.

كما قامت دراسة هوبارد **Hubbard (a - 1998)** بفحص العلاقة بين بداية اللجلجة والمقاطع المضغوطة والكلمة. وذلك على مجموعة كلمات منتقاه من (40) جملة مضبوطة بعناية تحتوي على كلمات ثنائية المقاطع ذات ضغوط متغايرة (نبرة توضع على الحرف لكي يضغظ الفرد عليه عند النطق) وطبقت التجربة على (10) من البالغين من ذوي اللجلجة. وقد أظهر أفراد العينة لجلجة أكثر على مقاطع أول الكلمة من المقاطع التي تقع في نهاية الكلمة، في حين لم تحدث لجلجة ملحوظة على المقاطع المضغوطة بالنسبة للمقاطع غير المضغوطة. وتؤكد النتائج على أن ذوي اللجلجة يظهرون لجلجة أكبر في أول الكلمة أكثر من المقاطع المضغوطة.

وعن الاعتماد على الآراء والتقييمات الخاصة للحكم على اللجلجة في كلام الأطفال والصغار قامت دراسة هوبارد **Hubbard (b - 1998)** من خلال أحكام خمسة من البالغين المستمعين وهم يقيمون أنماط اللجلجة وعدم الطلاقة



فى الكلام التلقائى لعدد من الأطفال (ن = 8) وأشارت النتائج إلى أن الاعتماد على الأحكام والآراء الخاصة استطاع أن يفرق بين اللجلجة والطلاقة الكلامية. ولقد أكدت الدراسة على أهمية هذا الإجراء للتشخيص.

وعن علاقة اللجلجة بإيحاءات وحركات الكلام قامت دراسة مايرى وآخرين (Mayberry, et al. 1998) ولقد كشفت الدراسة من خلال تفسير الحكايات الموجودة على أشرطة فيديو أنه خلال فترات اللجلجة كانت الإيحاءات التعبيرية دائماً ما تتوقع استئناف طلاقة الكلام. وأيضاً أوضحت النتائج أن هناك علاقة بين الكلمات المنطوقة التى تعبر عن حركات وإيحاءات الأطفال عن اللجلجة وبين القدرة الإدراكية المنخفضة وضعف الانتباه للجزء المنطوق من الرسالة الكلامية.

وقدم أويونج وآخرون (Au-Yeung, et al. 1998) دراسة عن نوعية اللجلجة فى الكلام عند (51) فرداً من ذوى اللجلجة. وتم تصنيفهم إلى مجموعتين: مجموعة أطفال تم تقسيمهم إلى مجموعات فرعية (2 - 6، 6 - 9، 9 - 12)، ومجموعة من المراهقين فى عمر (13 - 18) سنة ومجموعة من الراشدين أعمارهم (20 - 40) سنة.

وتفترض الدراسة أن الأطفال حتى سن التاسعة يلجلجون أكثر فى الكلمات الاستبدالية (الضمائر، أدوات التعريف والتكبير، حروف الجر، أدوات الربط، الأفعال المساعدة) فى حين أن الأكبر سناً يلجلجون أكثر فى كلمات المحتوى مثل (الأسماء، الأفعال الأساسية، الصفات)، وأن الكلمات الاستبدالية التى تقع فى بداية الكلام أكثر عرضة واحتمالاً للجلجة من الكلمات الاستبدالية التى تقع فى منطقة متأخرة من الكلمة.

وأظهرت النتائج صحة هذه الفروض حيث كان معدل اللجلجة مرتفعاً عندما وقعت الكلمات البديلة فى بداية الكلام سواء أكان الحرف الذى يحدث



فيه اللجلجة فى بداية الكلمة أم لا . كما ظهر أن ارتفاع معدل اللجلجة يعتمد على المكان الذى تقع فيه الكلمات الاستبدالية قبل أو بعد كلمة المحتوى المجردة .

ثم قام هويل وآخرون. Howell, et al. (1999) بدراسة استكمالية للدراسة السابقة عن ارتباط اللجلجة بالكلمات الاستبدالية وكلمات المحتوى . وتفترض هذه الدراسة أن التكرار فى الكلمات المستبدلة يتطلب وقتاً ليستطيع الفرد إتمام خطة إجراء جملة المحتوى . وتنشأ اللجلجة عند المتحدثين الذين يؤجلون استخدام وتطبيق هذه الأساليب . فمحاولة إصدار الكلمة اللاحقة يقوم إلى حد ما بتجهيز كلمات المحتوى . وقد تمت ملاحظة الكلام التلقائى لعينة من الأفراد من ذوى اللجلجة (ن = 51) فرداً . مقسمين إلى مجموعة عمرية فرعية ، وأيضاً مجموعة ضابطة من العاديين وقد حدثت لجلجة قليلة جداً عند المجموعة الضابطة التى تتكلم بطلاقة فى الكلمات الاستبدالية التى تقع بعد جملة المحتوى . كما ظهرت اللجلجة عند كل المجموعات من ذوى اللجلجة فى الكلمات الصوتية سواء أكانت الكلمة تسبق جملة المحتوى ، أو فى جملة المحتوى نفسها . لكنها لا تحدث فى الاثنيين . كما أظهر أفراد العينة المتلجلجون نسبة عالية من اللجلجة فى الكلمات الاستبدالية التى تقع فى البداية أكثر من كلمات المحتوى .

وقد أظهر الأطفال من عمر (2 - 6) سنوات نسبة عالية من اللجلجة فى الكلمات الاستبدالية إذا وقعت فى البداية من كلمات المحتوى ، وبتتبع أعمار المجموعات وجد أن اللجلجة تقل فى الكلمات الاستبدالية وتزداد فى كلمات المحتوى . وقد سجل أفراد المجموعة الضابطة قدراً من اللجلجة فى الكلمات الاستبدالية التى تقع فى البداية ، أكثر من كلمات المحتوى .



ويفسر الباحثون هذه النتائج بأن المتحدثين بطلاقة (العاديين) يستخدمون تكرار الكلمات الاستبدالية لكي يؤجلوا إصدار جملة المحتوى اللاحقة لها. بينما الأفراد من ذوى اللجلجة يواصلون ويحاولون مع جملة المحتوى بخطة غير مكتملة.

واهتم واتكنز وآخرون **Watkins, et al. (1999)** بمقارنة القدرات اللغوية والتعبيرية لعدد من الأطفال (ن = 24) طفلاً يعانون اللجلجة الشديدة، وعدد من الأطفال يصل إلى (62) طفلاً من الذين تم شفاؤهم منذ فترة زمنية تصل إلى أربعة سنوات، ولقد كشفت النتائج عن وجود تشابه في القدرات التعبيرية للأطفال الذين يعانون اللجلجة المستمرة. مقابل الأطفال الذين شفوا منها. ولقد أعرب جميع الأطفال الذين لديهم حالة اللجلجة عن وجود قدرات لديهم تقارب أو تفوق التوقعات النمائية التصورية للمرحلة العمرية.

بينما يناقش بادن وآخرون **Paden, et al. (1999)** اللجلجة في مرحلة الطفولة المبكرة حيث يرون أن الدراسات السابقة قامت حول العلاقة بين اللجلجة والعيوب الصوتية (عيوب النطق) إلا أن هذه الدراسات لم تراخ أن هناك عدداً كبيراً من الأطفال ذوى اللجلجة قد تم شفاؤهم منها بطريقة تلقائية بعد ظهورها بعدة أشهر. وبالتالي فإن الاهتمام الذى أعطاه العلماء للفروق بين القدرات الصوتية للأطفال ذوى اللجلجة المستمرة والتي شفى منها بعض الأطفال قليل ولا يتناسب مع أهمية هذه الملاحظة؛ لذلك هدفت الدراسة إلى المقارنة بين مجموعتين من الأطفال مباشرة بعد ظهور اللجلجة وشملت العينة (22) طفلاً من أطفال الروضة الذين لديهم لجلجة ثابتة و(32) طفلاً من الذين تم شفاؤهم، وتم قياس السمات الصوتية، والنسبة المثوية للأخطاء الكلامية، والمستويات النسبية لشدة الإعاقة الصوتية، والأخطاء فى أنماط صوتية محددة، والتقدم فى الأنماط الأساسية، وأساليب الطفل لمسايرة الأنماط التى لا يجيدها.



وقد أشارت النتائج إلى أن الأطفال الذين ستستمر معهم اللجلجة أحرزوا درجات أقل في كل المقاييس من الأطفال الذين يتوقع شفاؤهم منها، كما أظهرت المجموعتان تقدمًا في النمو الصوتي بعد تتبع الأمر المتوقع، كما أنهم استخدموا نفس الأساليب من الأنماط التي اكتسبوها. وتؤكد الدراسة على أن تشخيص الأطفال في الدراسات السابقة لم يفصل بدقة بين الأطفال الذين ستستمر معهم اللجلجة والأطفال الطبيعيين.

وللتعرف على أشكال سلوكيات اللجلجة والتي يمكن أن يلاحظها المتلجلج نفسه أو غير المتلجلج قامت دراسة إنجهام، كوردز & Ingham Cordes (1999) لمقارنة سلوكيات اللجلجة من عدة مصادر وذلك حتى يمكن تحديدها من خلال ذوى اللجلجة كما يحددها أخصائيو علاج الكلام. وتم أخذ أحكام (15) راشدًا من ذوى اللجلجة على كلامهم التلقائي، كذلك حكم كل منهم على الآخر، وكان هناك لجنة مكونة من (10) خبراء في أبحاث وعلاج اللجلجة. وأشارت النتائج إلى اختلافات جوهرية بين آراء المتلجلجين عن سلوكيات اللجلجة، والمحكمين. وتؤكد الدراسة على ضرورة الاعتماد على أكثر من طريقة لقياس وتشخيص اللجلجة.

وكان الغرض من دراسة كوردز، إنجهام Cordes & Ingham (1999) هو بحث ما إذا كان برنامج التدريب القائم على الفاصل الزمني قادرًا على تحسين آراء الخبراء حول حدوث اللجلجة. حيث قامت مجموعتان من الخبراء بوضع الآراء حول الوقت الأصلي للجلجة في عدد من المحاولات قبل التدريب وبعد التدريب لمجموعة من البالغين من ذوى اللجلجة.

وتم أخذ آراء هؤلاء الخبراء حول عدد أحداث اللجلجة، استمرار أو مدة اللجلجة، فترات زمنية مختلفة للكلام، والذي يمكن تصنيفه باحتوائه على لجلجة أم لا. وأوضحت آراء الخبراء الآتى: أنه من حيث كم اللجلجة



اختلف الخبراء في آرائهم. أما من حيث تحديد الفاصل الزمني، واستمرار اللجلجة. فقد اتفقت الآراء وتؤكد الدراسة على أن التدريب على الفواصل الزمنية بين الكلمات وسيلة جيدة للتخلص من اللجلجة.

كما قارن أولسن وآخرون Olsen, et al (1999) بين صفات وخصائص علوم الطلاقة الكلامية والخصائص المرتبطة بها وذلك لعدد من الذكور يصل إلى (15) من الأمريكيين من أصل أفريقي و(15) من الأوروبيين الذين لديهم لجلجة من الذين تتراوح أعمارهم بين (8 - 12) عاماً. وبصفة عامة لم تكن هناك اختلافات وفروق ذات قيمة هامة، حيث لم تظهر فروق في سلوكيات عدم طلاقة الكلام التي تتعلق بمهام كل من القراءة والحديث التلقائي وذلك بين المجموعتين.

وفحصت دراسة ياروس Yaruss (1999) العلاقات بين طول الألفاظ، تعقيد التراكيب اللغوية، واللجلجة في الكلام العامي عند الأطفال وشمل التحليل تركيب الجملة، تركيب العبارة، تركيب شبه العبارة، وكانت العينة مكونة من (12) طفلاً من ذوى اللجلجة تتراوح أعمارهم بين (40 - 66) شهراً والذين أصدروا (75) لفظاً في كلام محادثة تلقائي أثناء التفاعل الحاد أثناء اللعب الحر بين الأطفال وأمهاتهم.

وأشار تحليل البيانات إلى وجود فروق هامة بين الألفاظ المنطوقة بطلاقة والمنطوقة بلجلجة. في كل مقاييس طول الألفاظ، وتعقيد التركيبات اللغوية. كما ظهرت علاقة بين طول الألفاظ وصعوبة تركيب الجملة واللجلجة.

وأظهرت النتائج أيضاً أن طول الألفاظ أفضل من تعقيد تراكيب اللغة عند التنبؤ بحدوث اللجلجة. وفي النهاية تؤكد الدراسة على أن طول الألفاظ وتعقيد التراكيب اللغوية لا يؤديان بمفردهما إلى حدوث اللجلجة في كلام الأطفال.



وهدفت دراسة أمبروز، يايري Ambrose & Yairi (1999) إلى معرفة الفروق بين اللجلجة كظاهرة مرضية واللجلجة الطبيعية في كلام الأطفال الصغار، وقد تم تقديم البيانات من (90) طفلاً من ذوى اللجلجة تتراوح أعمارهم ما بين (2 - 5) سنوات وذلك خلال (6) أشهر من بداية حدوث اللجلجة لديهم. ومن (54) طفلاً بنفس الصفات السابقة من الذين يتكلمون بطريقة عادية. وأظهرت القياسات عدم وجود أى فروق ذات معنى تتعلق بالجنس أو السن. كما ظهرت اختلافات فى سمات اللجلجة الطبيعية، واللجلجة المرضية. وتم تقسيم أنواع أشكال اللجلجة إلى لجلجة بسيطة، متوسطة، شديدة. كما أوضحت الدراسة الاختلافات الكمية والوصفية لحالات اللجلجة المرضية عن اللجلجة الطبيعية.

وقامت دراسة فيسوانث، روزن فيلد Viswanath & Rosenfield (2000) بالبحث فى أوقات بداية الصوت فى الحروف الساكنة (مثل التوقف بقفل الشفتين ثم الانطلاقة الفجائية للصوت) وذلك طبقاً لحالات العجز المختلفة. وقد حاول ثلاثة من الكبار الذين لديهم لجلجة ممارسة تلك النوعية من أصوات الحروف ذات التوقف سواء مع حدوث احتكاك بالأحبال الصوتية أو بدون حدوث احتكاك فى الأحبال الصوتية وذلك قبل النطق بها. وتبعاً أيضاً للتنوع فى المعدل وموقع ضغط تلك المفردات، وموقع الكلمات الرئيسية التى تبدأ بالحروف ذات التوقف مع حدوث احتكاك فى الأحبال الصوتية.

وتأتى دراسة ماكلين، روينيان McClean & Runyan (2000) لملاحظة السرعات النسبية للتركيب الفمى والوجهى عند شديدى اللجلجة. حيث تفترض الدراسة أن سرعات الشفاه واللسان المتصلة بالفك يمكن اعتبارها بعدا أساسياً لتقييم التوافق الحركى بين الأفراد ذوى اللجلجة. وباستخدام الجهاز الكهرطيسى (المغناطيسى الكهربرى) للحصول على مقاييس سرعة الشفاه،



اللسان والفك على عينة من الراشدين (ن = 8) من ذوى اللجلجة، (29) من المتحدثين بطلاقة عند تكرارهم لجزء بسيط من الكلام فى معدل طبيعى. وباستخدام معدلات شدة اللجلجة الصريحة، والنسبة بين سرعة اللسان وسرعة الفك كان من الواضح أنها أكبر عند ذوى اللجلجة الشديدة منها عند الذين يتكلمون بطلاقة أو يتكلمون بلجلجة خفيفة، حيث وجد ارتباط دال بين زيادة سرعة الشفة السفلى وسرعة اللسان، وتقليل سرعة الفك فى اللجلجة الشديدة.

كما حاولت دراسة دينى، سميث **Denny & Smith (2000)** اختبار الفرض الذى يقول إن العلاقات عند ذوى اللجلجة بين أجهزة التحكم العصبى فى عملية الكلام وعمليات الأيض والتنفس قد تختلف عن العلاقات التى تمت ملاحظتها سابقاً عند العينات التى تتحدث بطلاقة طبيعية. وقد تم قياس الذبذبات المترابطة ذات التكرار العالى عند الجانيين فى تخطيط كهربائية العضلات المرتبطة بعملية الشهيق كحد أقصى فى تكرار نطاق الذبذبات، كما استخدم حركة جذع الدماغ لمراقبة هذه الذبذبات المترابطة كمؤشرات لمشاركة أيض التنفس عند (10) أفراد من ذوى اللجلجة و(10) أفراد يتحدثون بطلاقة طبيعية. وقد أظهرت الملاحظة المسجلة أن فى أغلب عينات اللجلجة كانت تكرارات الذبذبات أعلى فى عملية الكلام عنها فى عملية التنفس بعمق.

وعند مقارنة عملية التنفس بعمق مع طريقة التنفس التى تشبه طريقة الكلام كانت النتائج مشابهة. وقد لاحظ الباحثون عدم وجود علاقة بين تكرار الذبذبات أثناء الكلام وشدة اللجلجة. ونستنتج من الدراسة أن بعض المتلجلجين قد تكون العلاقة بين أجهزة التحكم العصبى فى عملية الكلام وأجهزة ضبط التنفس غير كافية لتعطيل الطلاقة.



وهدفت دراسة ويدر فوكس Weber Fox (2001) إلى توضيح دور العوامل العصبية اللغوية في اللجلجة من خلال تحديد إذا ما كان ذور اللجلجة لديهم شذوذ في الوظائف العصبية المطلوبة لتجهيز اللغة. حتى عند عدم الحاجة إلى إصدار الكلام. وقام (9) من المتلجلجين، و(9) من العاديين بقراءة الجمل بطريقة صامتة حتى يمكن للباحثين مقارنة الأحداث الكامنة في المخ، وتضمنت القراءة فئة من الكلمات المغلقة والتي توفر المعلومات الخاصة بتراكيب أو قواعد اللغة، فئة الكلمات المفتوحة والتي تنقل أو توصل المعنى المرجعي، معانى الكلمات الشاذة (المخالفة لمعاني الكلمات المتوقعة)، وقد ظهر أن ذوى اللجلجة لديهم نفس القدرة على تطبيق قواعد اللغة والمفردات فى كل من فهم وإصدار الكلام مثل أقرانهم العاديين. ولكن بالنظر إلى الأحداث الكامنة فى المخ الخاصة بمطالب عملية تجهيز اللغة وضح الفرق بين تنظيم المخ الوظيفى. وكانت هذه الأحداث تتميز بتقليل المسافات السلبية لفئة الكلمات المغلقة، فئة الكلمات المفتوحة، المعانى الشاذة فى صمام الصدغ بحوالى (450 - 200) مليمتر بعد بداية الكلمة.

إن الشكل العام للنتائج يوضح أن التغييرات فى عملية تجهيز الجمل يرتبط بالوظائف العصبية فى كل فئات الكلام، والتي قد تستلزم اشتراك هذه الفئات.

بينما حاول إنجهام وآخرون Ingham, et al. (2001) تعديل طبيعية الكلام أثناء علاج اللجلجة. وهى دراسة مكررة لدراسة سابقة قام بها إنجهام وانسلو Ingham & Onslow (1990) والتي أوضحت أن الأصوات غير الطبيعية فى كلام اللجلجة الحر من الممكن صياغته إلى أصوات أكثر طبيعية فى كلام اللجلجة الحر باستخدام التغذية المرتدة لمعدلات طبيعية الكلام أثناء التحدث بصورة منتظمة. أما الدراسة الحالية فقد استخدمت بعض الطرق الحديثة مع



(3) من الأفراد ذوى اللجلجة، اثنين من الإناث، وذكر واحد أثناء تكرار المشيرات. وأوضحت النتائج أن البنات فى تكرارهن للكلام بأصوات غير طبيعية يمكن تصنيفه فى مستويات توجد بين المتحدثين بصورة طبيعية بدون فقدان الطلاقة وتؤدى إلى الاستفادة من الكلام المكرر.

وأشارت النتائج أن التغذية المرتدة للكلام قد تكون طريقة مقبولة للتغلب على المظهر المشكل لتكرار الكلام كعلاج للجلجة.

وهدف دراسة أرنت، هيالى Arndt & Healey (2001) للتفريق بين اضطرابات لغة الكلام المؤكدة، والاضطرابات التى يصاحبها قدر من الشك. من خلال آراء الأخصائيين المعالجين فى المدارس. وذلك على عينة من الأطفال ذوى اللجلجة (ن = 467) حالة من الأطفال. ودلت النتائج على أن (44%) من أفراد العينة قد أكدت على الأدوات الكلامية المصاحبة لاضطرابات اللغة مع الأطفال الذين يوجد شك فى إصابتهم بالجلجة. وقد فضل جميع أفراد العينة من الأخصائيين التوجه العلاجى متعدد الأوجه.

وعن وعى الطفل بحالة اللجلجة قامت دراسة إذرانى وآخرين, Ezrati, et al. (2001) وذلك بسؤال عدد من الأطفال (ن = 79) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (3 - 7) سنوات للتفريق بين الطلاقة وعدم الطلاقة، أو اللجلجة والكلام الطبيعى لاثنتين من اللعب (دمى) وذلك بتحديد الدمية أو اللعبة التى تتكلم مثل الطفل، وكذلك أن يقوم الطفل بتصحيح الكلام للدمية.

ولقد أعرب الأطفال فى سن الثالثة عن بعض الوعى، ولكن معظم الأطفال أعربوا عن وعى كامل فى سن 5 سنوات، ودلت النتائج أيضاً عن وجود عملية تقييم سلبية لحالة عدم طلاقة اللسان فى سن أربع سنوات.

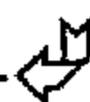


وأخيراً قامت دراسة تروتمان وآخرين (Trautman, et al. 2001) للكشف عن المؤثرات الخاصة بسياق الكلام على طلاقة اللسان على عدد من الأطفال في سن الذهاب إلى المدرسة (ن = 50) طفلاً مقسمين إلى ثلاثة مجموعات، مجموعة لديها حالة لجلجة، مجموعة لديها إعاقة لغوية، مجموعة أطفال عاديين. وقد كشفت عملية تحليل عينات حوارات الأطفال والتي كان نصفها ذا إشارات تعبر عن اتساق الكلام، عن أن الأطفال الذين لديهم حالة لجلجة قد انخفضت لديهم تكرارات اللجلجة في المواقف ذات الاتساق الكلامي وتشير أيضاً إلى أن جميع الأطفال قد أظهروا لجلجة وعدم طلاقة بدرجة أكبر في المواقف التي ليس فيها اتساق كلامي.

من عرض الدراسات السابقة عن الخصائص اللغوية للمتجلجج والسلوكيات المصاحبة لها يمكن استنتاج الآتي:

1 - اهتمام الدراسات بقياس فترة التوقف الزمنية، وأوقات كمون الاستجابة التي تسبق انفجار الكلام عند المتجلجج وأيضاً السرعة في الكلام سواء في مواقف الكلام الطبيعية أو مواقف معملية. مثل دراسات (باكر، بروتن Bakker & Brutten : 1990، زبرويسكي Ze-browski : 1991، انجهام Ingham : 199، ييري، هال Yairi & Hall : 1993، ثرونبرج، ييري Thronebrug & Yairi : 1994، شيفيت Schiavetti : 1994، فيسوانث روزن فيلد Viswanath & Rosen field : 2000). كما هدفت بعض الدراسات إلى تحديد الفواصل الزمنية والتدريب عليها، (دراسة كوردز وانجهام Cordes & Ingham : 1999).

2 - اهتمام الدراسات بالتعرف على الفروق والاختلافات بين المتجلجج والعادي في سلاسة الكلام، والطلاقة والقدرة اللغوية، والفروق



في اكتساب اللغة والتعبير عنها خاصة بعد الشفاء من اللجاجة .  
وقد أظهرت بعض الدراسات أنه ليس هناك فروق بين العاديين  
والذين شفوا من اللجاجة في هذه القدرات مثل (رونيان وآخرون  
:Runyan, et al. : 1990 ، مايرز Meyers : 1990 ، ريان Ryan :  
1992 ، واتكنز وآخرون Watkins et al. : 1999 ، أولسن وآخرون  
:Olsen, et al. : 1999 ، أمبروز، يايري Ambrose & Yairi : 1999) .  
ومن الدراسات التي أوضحت فروق دراسة (ليسهوت Lieshout :  
1996 ، بوتهاردت فرانزن Bosshardt & Fransen : 1996 ، بادن ،  
يايري Paden & Yairi : 1996 ، يايري Yairi : 1996 ، بادن وآخرون  
:Paden et al. : 1999) .

3 - اهتمام الدراسات بتقييم السلوكيات المصاحبة للجلجاجة ومدى  
ارتباطها بالجوانب الإدراكية، الانفعالية اللغوية، الجسمانية،  
الطبيعية المرتبطة بالجلجاجة . كما في دراسات (كاروسو Caruso :  
1994 ، إشتدت وآخرون Eichstaedt et al. : 1998 ، مايبيري  
وآخرون Mayberr, et al. : ، إنجهام، كوردز Ingham & Cordes :  
1999) .

4 - أيضاً اهتمت الدراسات بالكشف عن العلاقة المفترضة بين ظهور  
الجلجاجة في الصغر وحدوث اضطرابات لغوية أشد في الكبر عند  
الأطفال المعرضين للإصابة . وقد دلت النتائج على تأكيد هذه  
العلاقة، مما يوجب التدخل العلاجي المبكر . مثل (دراسات هال  
Hall : 199 ، راتنر Ratner : 1995 ، ماسكي، كورلي Maske &  
Curlee : 1995 ، أرندت، هيالي Arndt & Healey : 2001) .



5 - حاولت مجموعة من الدراسات الكشف عن وجود خلل فى التوافق الجسمى والحركى للمنطقة المسئولة عن الكلام (الوجه، الفم، الفك، اللسان، الحنجرة) وعلاقته بالخصائص الكلامية لدى المتلعجج. وقد أظهرت بعض هذه الدراسات وجود هذا الخلل مثل دراسة (دينى، سميث Denny & Smith : 2000، فيسوانث، روزن فيلد Viswanath & Rosen Field : 200، ماكلين، رونيان McClean & Runyan : 2000، ويدر Weber : 2001).

ويمكن استخلاص بعض خصائص اللجلجة من هذه الدراسات مثل:

- 1 - المتلعجج يجد صعوبة فى بدايات الكلمة أكثر مما هو عليه فى المقاطع المضغوطة.
- 2 - توجد علاقة بين الكلمات المنطوقة والمسموعة، وبين القدرة الإدراكية المنخفضة وضعف الانتباه للجزء المنطوق.
- 3 - تتأثر حالة اللجلجة وشدتها باللهجة التى يتكلم بها المتلعجج.
- 4 - توجد مشكلات لدى المتلعجج فى القدرة على خلق مدركات إدراكية مجردة للكلام.
- 5 - ارتباط اللجلجة بدرجة الوعى المعرفى، وأيضاً مستوى الضغط الواقع على الفرد.
- 6 - ضعف التوافق الحركى لمنطقة الفك واللسان والشفتين يؤثر ويؤدى إلى حدوث اللجلجة. وأيضاً يؤثر فى مستوى شدتها.
- 7 - تتأثر اللجلجة بالاتساق الطبيعى للكلام، وتزيد عندما يكون الكلام بلا معنى أو مفهوم للمتلعجج.



8 - تظهر اللجاجة أكثر في الكلمات الاستبدالية (الحروف، الضمائر،  
حروف الربط) من كلمات المحتوى (الأسماء - الصفات -  
الأفعال).

\*\*\*





# الفصل السادس

## الأساليب العلاجية للجلججة



- دراسات وبرامج علاجية لعلاج الجلججة.
- الطرق النفسية لعلاج الجلججة.



## الفصل السادس

### الأساليب العلاجية للجلجة

على الرغم من أن كثيراً من أخصائيي وظائف أعضاء الكلام قد يكون لهم تحفظ على الوصف الخاص بالمشاعر الوجدانية وتأثيرها على اللجلجة فإنهم يتفقون على أن الخلل الوجداني قد يكون له تأثير في بعض حالات اللجلجة، كما أنهم يتفقون على أنها نتيجة خبرات اجتماعية مر بها المريض وكان يعاني من اللجلجة لفترة طويلة. وخبراء وظائف الأعضاء يقولون إن المجتمع يفرض نوعاً معيناً من التواصل المنطوق اللفظي. والمتلجلج قد يكون لديه نوع من الحساسية المفرطة حيث إنه يتصرف بلا مبالاة كرد فعل لإحساسه بأنه أقل من الآخرين "الدونية" وعدم القدرة، فهو يشعر أن إظهاره عدم المعاناة من اللجلجة قد يكون أفضل في العلاقات الفردية مع الآخرين وأنه سوف يكون مقبولاً من المجتمع ومن نفسه.

كما أن كثيراً من النظريات التي تهدف للتعامل مع اللجلجة على أساس التحليل النفسي قد لاقت الكثير من المشكلات لأنها تميل للأسس التي تركز على السبب والنتيجة.

وإذا أخذنا في الاعتبار الأعداد الكبيرة للأشخاص الذين يعانون من اللجلجة في مجتمعنا الحالي. فليس من الصعب حينئذ أن نفهم لماذا قد تكون نتائج البحث غير محدودة الاحتمالات. هناك مفهوم آخر بالنسبة لنظرية بحث اللجلجة من خلال ميكانيكية النشوء والارتقاء أكثر منها توسع ديناميكي. هذا النوع من التفكير يفترض أن الأعراض ونتائجها والظروف



المحيطة بشكل عام يتحكم بها عناصر لها علاقة بالماضى وأن النتائج الحالية فى الواقع هى نتائج تطور خاضع لتسلسل معين.

هذه الرؤية تؤكد على أهمية الأسس التى أدت إلى تكوين هذه الأعراض فى كل أشكال هذا الاضطراب. على الرغم من التأكيد على أن الأسس متصلة وتلعب دوراً مهماً فى تطور الفرد، ولكنها عنصر محدود عند مقارنتها بالتأثير الدائم للعلاقة والخبرات المتبادلة عند نفس الشخص. بغض النظر عن "دراسات أسباب الأمراض" فإن الحقيقة الواضحة أن المعاناة من اللجلجة تعطى إحساساً بعدم الأمان والقلق والتوتر الشديد وعدم الخبرة الانفعالية والاجتماعية فى معظم الأحيان والخوف المرضى أثناء إجراء الأحاديث أو الحوارات. إنها تعمل على إضعاف الشخصية حيث إنها تظهر فى وقت تحتاج فيه العلاج وليس تقديم نظريات تشرح أسباب المرض. من المهم عند التعامل مع المتلجلج أن تغوص فى ماضيه للوصول إلى التقييم الجيد للأسباب.

اللجلجة تشمل كل ما يتعلق بالشخصية كاملة وتشمل المشاعر والأفكار المسيطرة وقوة الإرادة. وإذا نالت مشكلة اللجلجة من شخصية الفرد نظراً لخلل فى أى من هذه العناصر السابقة أو المكونات الوجدانية فإن هذا سيؤدى إلى تكوين شخصية مضطربة أو مرضية.

ولا يمكن لنا تحديد عنصر بشكل أوضح من الآخر ولهذا يعتبر من الخطأ أن نفترض إمكانية التخلص من هذه الأعراض كما يتخلص الجراح من الأجزاء الضارة فى الجسم؛ لذلك يعتبر كل من يتبنى هذه الفكرة خاضعاً لخطأ علمى شائع نابع من سوء فهم اجتماعى وإيمان غير صحيح بالقدرة على الوصول إلى الهدف من طرق مختصرة.



إن فكرة علاج اللجلجة من وجهة نظر نفسية هي مبدئيًا عملية فردية ولا يمكن تعميمها. فالشخص الذى يعانى من هذه الأعراض ليس معاقًا ومن يعتبره كذلك يضيف ضغطًا غير مطلوب ويجعل للمشاكل الاجتماعية تأثيرًا كبيرًا. عندما نعطى الشخص المصاب باللجلجة اهتمامًا ومميزات خاصة فى البيئة المحيطة لكى نرفع من معنوياته فقد يجعله ذلك يشعر بأن كونه مصابًا باللجلجة يجعله أدنى مكانة فى المجتمع وأنه لا يملك أى قدرات وأنه بلا حول، فإن هذا ينقص من قدرات النمو واحترامه لذاته وانعدام القدرة على تحمل المسئولية.

إن الأسلوب العلاجى يعمل على مراعاة العوامل النفسية والشخصية لكى نساعد الشخص المتلجلج لكى يفهم طبيعة مشكلة الكلام لديه والتضارب فى انفعالاته وأهدافه. لأنه يشعر أنه مقيد وأنه خاضع للآخرين وأنه ضعيف تحت سيطرة عجزه والمشاعر المصاحبة لمعاناته من العجز عن الكلام الواضح وكونه غير مساوٍ للآخرين فى المجتمع حيث إنه غير قادر على توصيل مشاعره للآخرين. وللوصول إلى مرحلة الثقة بالنفس والتعبير الحر يجب أن نصل إلى مستوى الإعاقة اللفظية والعوامل التى تؤدى إليها. ويجب أن يكون هناك تركيز على مشاعره ووجهات نظره وردود أفعاله فى كل المواقف اليومية اللفظية.

إن التعامل مع اللجلجة بشكل خاص من وجهة نظر نفسية تهدف إلى تحسين ورفع مستوى الصحة النفسية والشعور يكون محددًا ويحتاج للتأكد من عدم وجود عوامل مؤثرة.

إن القدرة على التحدث من غير وجود عوامل مؤثرة بالنسبة للمصاب هو أساس المشكلة التى تحتاج دائمًا لوجود من يساعده فى حلها. وهذا يكون أساسًا للعلاج الذى يحتاجه المصاب مع ملاحظة ما يلى:



1 - اللجلجة يجب التعامل معها كعرض يشمل التعامل مع ميكانيكية النطق والعوامل النفسية الشعورية المعقدة.

2 - العمل بناء على الخلل الوجدانى يكون ذا أثر كبير على النتائج سواء أكان الخلل ظاهراً كسبب للجلجة أو كنتيجة لها. كل ما يهم هو وجود المرض والحاجة لعلاجه.

3 - فى نفس الوقت يجب أن ندرك أن التغيير فى المشاعر يحدث وهناك خلل فى الحديث وأنه يجب أن يكون هناك دراسة لوظائف الأعضاء لدعم العمل وتحديد العوامل المؤثرة فى ميكانيكية التعبير المنطوق.

4 - فى النهاية فإنه من الضرورى ومن المناسب أن يكون العلاج وطريقته قائماً على خبرات المتخصصين فى وظائف الأعضاء والعلاج النفسى لأن هذا الفريق سوف يعطى نتائج فعالة وسوف يكون مألوفاً لكل من الفريقين. ورغم ذلك فهناك مشكلة عدم توافق هذا العلاج مع كل الحالات العلاجية وهذا يعد هدفاً أساسياً للوصول لتغطية شاملة والعمل قدماً.

إن الجمع بين طرق العلاج المتعددة للجلجة قد لا يكون مناسباً لكل القائمين على العلاج سواء المتخصصين علاجياً أو نفسياً خاصة المتزمطين لأرائهم المهنية. لذلك من الواجب تعليم كل من الفريقين كيفية التعاون فى العلاج النفسى الديناميكى وبالطبع يجب تعليم الفريق الآخر أهمية العلاج الطبى. إن العلاج الطبى والنفسى سوف يكون له أثر كبير نظراً للخبرات والمعرفة الشاملة لكل جوانب الأمر وكيفية التعامل مع مشكلات السمع والنطق وخاصة للجلجة. ويجب أن يكون هناك تعاون بين الفريقين وأيضاً وضع نظام دقيق فى التعامل والعلاج المشترك ولو نجح هذا التعاون سوف



يكون من السهل على المتلجلج أن يتخلص من مشكلته وأن يكون قادراً على التعامل مع الآخرين بصفته كائنًا بشريًا متكاملًا لا يشعر بالنقص.

وقد كثرت وتعددت الأساليب التي استخدمت في علاج اللجلجة، نظراً لتشابك العوامل المؤدية إلى تلك الظاهرة النفسية المركبة والمتداخلة المتغيرات.

ومن خلال الاطلاع على عدد من الدراسات والبحوث الحديثة في هذا المحور أمكن تقسيم الأساليب العلاجية المستخدمة في علاج اللجلجة إلى:  
أولاً: دراسات وبرامج هدفت إلى علاج اللجلجة من خلال برامج تدريبية صوتية ولفظية.

ثانياً: دراسات وبرامج اعتمدت على استخدام فنيات العلاج السلوكي.  
ثالثاً: دراسات وبرامج اعتمدت على العلاج الأسري والبيئي.  
رابعاً: دراسات وبرامج متنوعة لاختبار فاعلية أكثر من أسلوب علاجي.

وفيما يلي عرض لبعض هذه الدراسات والأساليب العلاجية.

**أولاً: دراسات وبرامج هدفت إلى علاج اللجلجة من خلال برامج تدريبية صوتية ولفظية:**

قامت دراسة ماك كلين McClean (1990) بعلاج اللجلجة من خلال تحليل حركة الفك وإغلاق الشفاه عند الكلام الطبيعي لذوى اللجلجة وذلك باستخدام جهاز قياس الجهد العصبي والعضلي (Strain) وتم تحويل حركات الشفاه والفك أثناء تكرار المقاطع إلى موجات وذلك حتى يمكن تحليل حركة إغلاق الشفاه عند المصابين باللجلجة والعاديين وذلك على عينة مكونة من



(10) أفراد عاديين، و(10) أفراد من ذوى اللجلجة ولم يتلقوا برامج علاجية، و(8) أفراد من المصابين باللجلجة وتلقوا برامج علاجية. وقد أوضحت النتائج أن العينة الثالثة قد أحرزت تقدماً ملحوظاً فى حركة الفك وفى سرعة الشفاه العليا والسفلى بالمقارنة بالمجموعة الثانية ولم تظهر فروق دالة بينها وبين المجموعة الأولى.

وعملت دراسة أونسلو Onslow (1992) إلى تحليل عينات الكلام التلقائية لعدد من الأطفال يصل إلى عشرة أطفال ممن تتراوح أعمارهم بين (10 - 14) عاماً من الذين لديهم لجلجة. ولم يكن لهم تاريخ علاجى طويل. وقد أظهرت القياسات السمعية عدم وجود تغيير فى الفترات الزمنية للمقاطع الصوتية بعد انتهاء العلاج ولكن كانت الفترات الزمنية للحروف المتحركة ومعدل إخراج الكلام وأيضاً عينات الكلام بعد العلاج النهائى قد دلت كلها على وجود انخفاض ذى قيمة إحصائية هامة فى تلك المتغيرات.

وهدفت دراسة سمولكا، ادامزيك Smolka & Adameczyk (1992) إلى دراسة تأثير استرجاع الصور الذهنية من خلال مشيرات الرؤية البصرية، ورجع الصدى على طلاقة اللسان فى كلام الأفراد الملجلجين، وذلك فى مقارنة مع الأفراد العاديين (ن = 60 فرداً). وكشفت النتائج عن أن إشارات الرؤية كانت تعرب عن وجود تأثير تصحيحى وتعديل للكلام الذى يخرجها الأفراد المتلجلجون، ولكن بتأثير أقل من التأثير الموجود فى حالة رجع الصدى السمعى. ولقد أوصت الدراسة باستخدام المشيرات البصرية فى الجمع بين الإشارات السمعية والمادية الملموسة لعلاج اللجلجة.

بينما قامت دراسة ياروس، كونتور Yaruss & Conture (1993) بتحليل تردد الصدى للمقاطع اللفظية مع مجموعة من الأطفال (ن = 13) طفلاً من ذوى اللجلجة، حيث تم تحليل المقاطع من خلال القياس السمعى



وذلك حتى يمكن تحديد الاختلافات الموجودة في انتقال موجة (F2) فيما بين الأجزاء التي فيها لجلجة والأجزاء التي ليست فيها لجلجة من الكلمات. ولقد أشارت النتائج إلى عدم وجود اختلافات أو فروق ذات دلالة هامة في مدى تكرار حدوث فقدان الكلام أو حدوث انتقالات شاذة لـ (F2) للأطفال الصغار، والتي كانت تنبئ بصورة خطيرة لاستمرار حدوث اللجلجة.

وحاول باكمان (1994) البحث عن التأثير الحادث في نماذج الكلام للمشاركين في العينة من الذكور الشباب (ن = 5) لتغيير حالة اللجلجة لديهم بواسطة استخدام الكلام المطول بصورة عمدية باستخدام جهاز رسم الانقباضات العضلية الكهربى للسان المزمار، ولقد أوضحت القياسات لثلاثة من الذكور عن وجود انخفاضات إكلينيكية ذات قيمة دالة في عملية اللجلجة وذلك عندما استخدموا الكلام المطول لكي يخفضوا من حالة اللجلجة لديهم وذلك من خلال جهاز رسم الانقباضات العضلية الكهربى لمنطقة لسان المزمار، كما أمكن تحديد وجود متغيرات في الفترة الزمنية لإخراج الحروف المتحركة.

وقامت دراسة ريان، ريان Ryan & Ryan (1995) بمقارنة اثنين من البرامج العلاجية للكلام الفعال والمؤثر وذلك باستخدام رجع الصدى الصوتى لمدى طلاقة أو تأخر الكلام. وكذلك أيضاً الزيادة المستمرة والمتدرجة في مدى طول وتشابك عملية النطق حيث تمت مقارنة هذه الأمور لعدد من طلاب المدارس الثانوية يصل إلى (24) طالباً متلجلجاً. وقد دلت النتائج على أن كلاً من البرنامجين قد أعربا عن وجود تحسن هام في مدى تحقيق طلاقة الكلام وفي زمن معقول. وأدى ذلك أيضاً إلى تحقيق مستويات مماثلة لكل من عملية الانتقال، والاستمرار.

ومن خلال الدراسة التسبعية لاثنين من ذوى اللجلجة والذين ألحقوا ببرنامج علاجي لمدة سنة وبلغت أعمارهم (18، 36) عاماً حاول ستيورت



Stewart (1996) معرفة العلاقة بين اكتساب الطلاقة وفهمها وعلاج اللجلجة . ومن خلال تطبيق عدد من المقاييس قبل بداية العلاج وبعد الانتهاء منه على أفراد العينة لوحظ وجود اختلاف كبير في مستويات استمرار وزيادة لطلاقة . وقد تأكد الفرض الذى يرى أن فهم الفرد للطلاقة أثناء البرنامج يؤثر على استمرار وزيادة الطلاقة فى الكلام .

وحاول كريج Craig (b-1996) تلخيص نتائج ثلاث محاولات علاجية لعلاج اللجلجة عند عدد من الأطفال (ن = 97) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (9 - 14) عاماً . ولقد كانت هذه الطرق هى : جهاز لتسجيل الانقباضات العضلية الكهربى ، جهاز لقياس مدى ونعومة وشدة الكلام ، جهاز لقياس مدى ونعومة وشدة الكلام فى بيئة الطفل المنزلية ، ودلت النتائج على نجاح الأساليب العلاجية الثلاثة على المدى الطويل فى علاج اللجلجة بنسبة (70%) للمجموعة . ولقد كان أكثر الأساليب تأثيراً وفعالية هو جهاز التغذية الرجعية باستخدام جهاز تسجيل الانقباضات العضلية ، ثم قياس مدى نعومة وشدة الكلام فى البيئة المنزلية ، وأخيراً قياس مدى نعومة وشدة الكلام .

وقام كوردز، إنجهام Cords & Ingham (1996) بمقياس التغير الحادث . فى الفترات الزمنية بين لحظة اللجلجة واللحظة الأخرى . وذلك على عينة من الطلاب (ن = 10) حيث اشتركوا فى برنامج تدريبي يتضمن الحديث لمدة خمس دقائق والمصور بالصوت والصورة وعلى فترات . وقد تم تقسيم المجموعتين إلى مجموعة عادية ومجموعة تعاني من اللجلجة ، وأشارت النتائج إلى أن التدريب الفردى الذى تلقاه أفراد العينة أدى إلى زيادة مستوى الدقة فى الكلام لكل من المجموعتين ، كما كشفت الدراسة أيضاً عن وجود زيادة طفيفة فى الفاعلية الذاتية لتصحيح الأخطاء وذلك بعد مرور فترات زمنية طويلة لهذا التدريب .



ولاختبار فاعلية بعض البرامج العلاجية لطلاقة الكلام قامت دراسة ستوري Story (1996) لاختبار فاعلية برنامج (هولنس Hollins) لتشكيل طلاقة الكلام. وذلك على عينة مكونة من (3) ذكور لديهم لجلجة، واثنين عادين. وتشير النتائج إلى أن العلاج من خلال تشكيل طلاقة اللسان لهؤلاء الأفراد كان ذا فاعلية في علاج اللجلجة حيث يتم تدريبهم على ضبط لسان المزمار وعملية التنفس مع صمام الحنجرة أثناء عملية إخراج نطق الكلام.

ويختبر لانجفن، بوبيرج Langevin & Boberg (1996) نتائج العلاج المكثف للتخلص من اللجلجة والسرعة في الكلام على عينة من البالغين تتراوح أعمارهم بين (18 - 42) عاماً ودلت النتائج على أن أفراد العينة (ن = 4) قد استجابوا بصورة إيجابية لعلاج اللجلجة وإن كان يمكن تحقيق نتائج أفضل إذا أتيح وقت أطول للعلاج. كما أشارت النتائج إلى أن قياس معدل السمع قبل وبعد العلاج يمكن أن يكون مؤشراً أكثر حساسية للتغير الذي حدث للأفراد ذوي اللجلجة والسرعة في الكلام.

وهدفت دراسة كريج Craig (a - 1996) إلى معرفة الآثار طويلة المدى للعلاج المكثف للجلجة والسرعة في الكلام وآثار هذا العلاج على سلاسة الكلام وطلاقته من خلال تتبع حالة ذكر عمره (21) عاماً مصاب بجلجة شديدة مع سرعة في الكلام. وقد تم تصميم برنامج مكثف لمدة ثلاثة أسابيع لتقليل اللجلجة والتحكم فيها. ودلت النتائج على نجاح البرنامج العلاجي حيث انخفضت اللجلجة بصورة واضحة حتى بعد انقضاء عشرة أشهر على انتهاء البرنامج، كما قلت الوقفات والتكرارات إلى المعدل الطبيعي، وأيضاً أثر العلاج على الاتجاهات الاتصالية للمريض، وتؤكد الدراسة على أن العلاج المكثف للجلجة والذي يشتمل على معدل ضبط وتحكم ذاتي قد يكون ناجحاً أيضاً لعلاج السرعة في الكلام على الأقل للأفراد المتلجلجين.



ثم قام هانكوك وآخرون **Hancock, et al. (1998)** بدراسة تتبعية طويلة لتجربة علاجية حول فاعلية ثلاث أساليب علاجية لاضطراب اللجلجة وهي 1 - ممارسة الكلام المكثف الهادئ السلس 2 - الحديث المنظم العائلي السلس للوالدين داخل المنزل، 3 - التغذية الرجعية المكثفة لرجع الصدى من خلال الرسام الكهربائي للموجات الصوتية، وذلك على عينة من الأطفال والمراهقين (ن = 62) تتراوح أعمارهم بين (11 - 18) عاماً ويعانون من اللجلجة.

وقد أظهرت نتائج الدراسة الأولى أن الطرق الثلاث للعلاج قد أثبتت فعاليتها حتى بعد مرور (12) شهراً على انقطاع العلاج. ثم قام الباحثون بدراسة تتبعية لنفس العينة بعد مرور أربع سنوات للتعرف على التغيير الحادث لأفراد العينة (ن = 62) وفي هذه التجربة تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى تتحدث مع المعالج، والمجموعة الثانية تتحدث عبر الهاتف داخل العيادة مع فرد من أفراد الأسرة أو مع صديق، والمجموعة الثالثة تتحدث مع أفراد الأسرة في جو أسرى مريح. وقد أظهرت النتائج أن نتائج الدراسة السابقة لا تزال موجودة على المدى الطويل، مع وجود معدلات للجلجة تتشابه مع تلك المعدلات التي ظهرت بعد عام من العلاج، ولا توجد فروق هامة بين طرق العلاج الثلاث ومدى فاعليتها على المدى البعيد.

وللتعرف على توافق تكرار اللجلجة عند تكرار القراءة قامت دراسة ماكس، كرسو **Max & Caruso (1998)** لاختبار مدى صحة النتائج التي توصلت إليها بعض الدراسات والتي تؤكد على أن تعلم اللجلجة يرجع إلى التعلم الحركي الآلي، وأن التعلم الحركي للكلام يرتبط بزيادة سرعة الأداء، كما تؤكد هذه النتائج على أن التحسن الحادث في الطلاقة أثناء تدعيم الكلام، أو حتى بعد علاج اللجلجة يميل للارتباط بتقليل معدل الكلام. وزيادة مدة المقاطع الصوتية المحددة.



وقد تم إجراء الدراسة الحالية على (8) أفراد من ذوى اللجلجة . وأوضحت النتائج أن تعلم الكلام الذى يحدث أثناء التكيف يختلف عن توافق التدعيم لظروف اللجلجة أو علاجها، بل توافقت التغيرات الحادثة مع التغيرات التى حدثت أثناء تحسين المهارة فى المطالب الحركية لغير الكلام . ومن خلال ست قراءات متكررة لأفراد العينة ازداد لديهم معدل الألفاظ الصحيحة بصورة ملحوظة، مع انخفاض فى مدى الكلمة، ومدة الحروف المتحركة، وسرعة الانتقال من الحروف الساكنة إلى المتحركة .

أما وولك Wolk (1998) فقد هدف إلى تقديم تفسير علمى للعلاج المتزامن لاضطرابات الطلاقة والاضطرابات الصوتية وأشكال الممارسات العلاجية . وقد أوصت الدراسة بستة من الأسس العلاجية لاضطرابات الطلاقة والاضطرابات الصوتية عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (4 - 7) سنوات، هذه الأسس تشكل ركائز علاجية هامة للبرنامج العلاجي وهى :

- 1 - استخدام المدخل الصوتى بطريقة غير مباشرة .
- 2 - تطبيق أو تنفيذ عملية المدخل الصوتى .
- 3 - استخدام الأساليب المباشرة لتعديل الطلاقة .
- 4 - تطبيق المبادئ الصوتية ومبادئ الطلاقة فى وقت واحد . (التلازم التطبيقي) .
- 5 - استخدام محيط الجماعة حيث إن ديناميكية الجماعة وتفاعل الأقران يمكن أن تقلل التركيز على الصعوبات الحقيقية للكلام . كما توصى الدراسة بضرورة أن يودى البرنامج إلى ظهور أشكال وأنماط صوتية جديدة، وتنمية الانتباه لصعوبات الكلام، وتشجيع الكلام البطيء والسهل، ويتطلب أيضاً مشاركة الوالدين لأنها أهم جزء فى البرنامج .



## ثانياً: برامج وأساليب علاجية تقوم على استخدام فنيات العلاج السلوكي ومنها:

دراسة إنجهام، أونسلو **Ingham & Onslow (1990)** واهتمت بدراسة أهمية قياس وتعديل الكلام الطبيعي عند (5) من البالغين من ذوى اللجلجة تتراوح أعمارهم بين (14 - 15) عاماً أثناء تطبيق البرنامج، وقد تطلب البرنامج علاجاً مكثفاً لدمج أجزاء الكلام المطول. وفى التجربة الأولى استخدم الباحثان مقياساً مكون من (9) نقاط لتسجيل الكلام الطبيعي لعينات من الكلام لمدة دقيقة واحدة يصدرها أفراد العينة على فترات زمنية منفصلة فى برنامج العلاج.

وقد أظهرت النتائج أن تعديل الكلام الطبيعي بمفرده لا يعتبر ناتجاً يمكن التنبؤ به كإجراء لإزالة اللجلجة، أو التحكم فى معدل الكلام. وفى التجربة الثانية قام (3) من المشاركين فى تجارب فردية بإجراء فحوص لتؤكد على أثر التغذية الراجعة المنتظمة لمعدلات الكلام الطبيعية على الكلام التلقائى لأفراد العينة. وأوضحت النتائج أن معدل الكلام الطبيعي لكل فرد من أفراد العينة يمكن تعديله نحو مستوى مستهدف من الكلام الطبيعي.

وقامت دراسة كيرن، كيرن **Kern & Kern (1991)** بهدف معرفة فعالية النماذج المتعددة لبرامج العلاج السلوكي للجلجة، وقد اشتمل البرنامج على تغذية راجعة بالصوت والصورة، ومراقبة الذات ودراستها، والمعلومات غير المألوفة (المتناقضة) التى تستخدم فى اللجلجة. وكانت العينة اثنين من الذكور واثنين من الإناث من غرب ألمانيا تتراوح أعمارهم بين (13 - 14) عاماً. وقد تم قياس معدلات الكلام ومعدلات اللجلجة أثناء القراءة، وأثناء قص الحكايات، وأثناء الكلام الحر. وكانت تكرارات اللجلجة بمعدل 36 مرة، و15 مرة، و4 مرات فى الدقيقة. مما يدل على نجاح البرنامج العلاجي.



وهدفت دراسة كيرن Kern. (1992) إلى وصف برنامج علاجي طويل الأمد لأطفال يعانون اللجلجة، ويقوم البرنامج على تغذية راجعة باستخدام الصوت والصورة، وتدريب مساعدي المعالجين (المعلمين) وتدريب الوالدين. وقد عرضت الدراسة نتائج حالتين فرديتين كدراسة حالة لتقييم فعالية البرنامج. وأكدت النتائج أن مجموعات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (9 - 13) عامًا ويعانون اللجلجة الشديدة يمكن علاجهم من خلال برامج علاجية طويلة الأمد.

وقامت دراسة صفاء غازی (1992) لدراسة فاعلية أسلوب العلاج الجماعي والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة وذلك على عينة من المتلجلجين (ن = 24) وتراوح أعمارهم بين (12 - 15) عامًا مقسمين إلى أربعة مجموعات. بواقع ستة أفراد لكل مجموعة، طبق على المجموعة الأولى فنية لعب الدور، والثانية فنية الممارسة السلبية، والثالثة طبق عليها الفيتان معاً، والمجموعة الرابعة ضابطة.

وقد دلت نتائج الدراسة على نجاح الفنيات العلاجية المستخدمة في علاج اللجلجة. كما كان الجمع بين الفيتين أكثر فعالية وأكثر استمراراً لآثار العلاج وكانت فنية لعب الدور أكثر فعالية من فنية الممارسة السلبية التي تؤدي إلى إزالة العرض فقط.

أما دراسة أحمد رشاد (1993) فقد هدفت إلى المقارنة بين فعالية العلاج السلوكي والعلاج برفع الصدى أي تأخير التغذية الراجعة (DAF) في علاج بعض حالات اللجلجة (التلعثم). واشتملت العينة على (64) من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم بين (12 - 15) سنة. تم توزيعهم على مجموعتين تجريبيتين كل مجموعة (24 ذكراً، 8 إناث) وقد دلت النتائج على أن العلاج السلوكي أدى إلى تحسن أفراد العينة أكثر من العلاج بطريقة رجع



الصدى، وأن اللجلجة كحالة مرضية لا تتأثر بالحالة الاقتصادية والاجتماعية للمتجلجج، كما أن تأثير العلاج السلوكى على عينة الدراسة الأصغر سنًا كان أكثر إيجابية من كبار السن.

وقامت دراسة واجمان **Wagman (1993)** لتقديم برنامج مبسط لعلاج اللجلجة عند ثمانية أطفال تتراوح أعمارهم بين (6 - 10) سنوات. ويشتمل البرنامج على تدريب الوعى بالكلام، والتدريب على الإجابة غير المتوافقة مع اللجلجة، والمساندة الاجتماعية. وتشير الدراسة إلى أن برنامج العلاج داخل المنزل كان فعالاً فى خفض اللجلجة إلى أقل من (3%) لجميع المشاركين، وظل أثر العلاج مستمراً لمدة تصل إلى 10 شهور بعد توقف البرنامج.

وجاءت دراسة سهير عبد الله (1995) للتحقق من فاعلية أسلوب التظليل واللعب غير الموجه فى علاج حالات اللجلجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية وكذلك التعرف على فاعلية الجمع بين الأسلوبين. واشتملت العينة على (24) طفلاً متجلججاً ذكوراً وإناثاً، تراوحت أعمارهم بين (9 - 12) عاماً. ودلت النتائج على فاعلية كل من الأسلوبين على حدة فى التخفيف من حدة اللجلجة. وتؤكد الدراسة على أن الجمع بين الأسلوبين هو الأسلوب الأمثل لعلاج اللجلجة.

واهتمت دراسة واجمان **Wagman (1995)** بدراسة تتبعية لمدة ثلاث سنوات ونصف لفاعلية العلاج السلوكى للجلجة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (9 - 14) عاماً والتي اشتملت على تدريب الوعى الذاتى واستخدام الإجابة التنافسية (إشعال روح المنافسة) والمساندة والتشجيع الاجتماعى. وقد استمر ستة من السبعة أطفال المشاركين فى الدراسة عند مستوى أو أقل من مستوى معيار 3% (معيار الحكم على وجود لجلجة أم لا)



للكلمات ولقد ازدادت حالة اللجلجة لطفل واحد فقط لكنها ظلت أقل من الخط الأساسى .

دراسة **Ingham (1997)** عن المؤثرات الخاصة بتكرار التغذية المرتدة (رجع الصدى) الصوتى المتغير على أداء الكلام، وشملت العينة أربعة من البالغين الذكور ويعانون من اللجلجة . ولقد تمت مقارنة عملية رجع الصدى الصوتى المتغير مع رجع الصدى الصوتى العادى والطبيعى فى كل من القراءة الشفوية والكلام التلقائى . ودلت النتائج على عدم التوصل إلى اتفاق أو تناسق بين المشتركين فى الدراسة بالنسبة لاستجاباتهم لرجع الصدى الصوتى .

بينما قامت دراسة **إليوت وآخرين (1998) Elliot, et al.** بهدف تقييم نموذج علاجى قصير ومحدود يتضمن أسلوب تنفس بسيطاً ومنظماً يعد علاجاً لحالات اللجلجة عند الأطفال ويتضمن هذا النموذج:

- التدريب على الوعى بعملية التنفس - التدريب على تنظيم عملية التنفس - التدعيم الاجتماعى .

وقد طبق هذا النموذج على (5) أطفال ذكور تتراوح أعمارهم بين (5 - 11) عاماً . حيث تلقى كل طفل جلسة علاج بلغت الساعة . بالإضافة إلى عدد من جلسات التدعيم لهذا العلاج . وقد انخفض معدل اللجلجة عند أربعة من الخمسة إلى أقل من (3%) من الكلمات المتلججة (معيار للعلاج الناجح) بعد ساعة واحدة من العلاج . وأوضحت المعايير التى تقيس مدى مصداقية هذا النموذج أن المرافقين للأطفال قد وجدوا أن أسلوب التنفس المبسط المنظم يعد أسلوباً مقبولاً لعلاج حالات اللجلجة عند الأطفال .



بينما اهتمت دراسة أرمسون، وستوارت (Armson & Stuart, 1998) بدراسة تأثير التعرض المستمر للتغذية الرجعية السمعية على اللجلجة عند الفرد وذلك أثناء القراءة الشفهية وأيضاً أثناء حوار الإنسان مع نفسه بصوت عال. وذلك على عينة من (12) فرداً بالغاً من ذوى اللجلجة. ودلت النتائج على وجود انخفاض ملحوظ في الأمور التي تسبب اللجلجة، ووجود زيادة في عدد المقاطع المنطوقة بسهولة عند القيام بعمل يعتمد على القراءة الشفهية إلا أن ذلك لا ينطبق على حوار الإنسان مع نفسه بصوت عال.

وفي عام (2000) قامت دراسة كالينوسكى (2000) كدراسة حالة لطفل واحد مصاب باللجلجة وهدفت إلى تصميم برنامج علاجي سلوكي مبني على مبدأ المكافأة والتدعيم الفوري. وقد اعتمد المعالج على أن يتم التأكد من أن المكافآت مرضية للطفل، وأن تستعمل المكافآت في وقتها المناسب، وتؤكد الدراسة على ضرورة كتابة الأهداف السلوكية قبل بدء البرنامج لتعديل السلوك وذلك للتأكد من تحقيقها. ويعتمد البرنامج مباشرة على العلاقة بين الأم والطفل، فمثلاً عندما يتلفظ الطفل لفظاً صحيحاً لا بد أن تقدم الأم المكافأة فوراً، كما تم استخدام التصوير بالفيديو لملاحظة السلوكيات المصاحبة للجلجة وأيضاً للتحقق من تحقيق الأهداف.

### **ثالثاً: أساليب علاجية وبرامج تقوم على التفاعل الأسري؛**

تعتبر كثير من الدراسات أن علاج أى اضطراب نفسي أو سلوكي للفرد لا يمكن أن يتم بنجاح إلا في إطار ديناميكيات الأسرة وتفاعل أفرادها مع الشخص المضطرب. وتؤكد العديد من الدراسات على أهمية علاج مشكلة اللجلجة من خلال التدخل الأسري، ومن هذه الدراسات:

دراسة بدد وآخرين (Budd, et al, 1990) والتي اعتبرت الوالدين والمعالجين حلفاء في العلاج السلوكي للطفل المتلجلج والذين تتراوح أعمارهم



بين (7 - 15) عامًا. حيث قامت الدراسة بتدريب أفراد العينة لمدة أسبوع في العيادة. تلاه برنامج علاجي داخل الأسرة يقوم به الوالدان بالاشتراك مع برنامج علاج مستمر داخل المدرسة. وقد أوضحت التحليلات الإحصائية أنه عند التفاعل بين الأب يحدث انخفاض للسلوكيات المرتبطة بالجلجلة. وقلت فترات الجلجلة إلى (6، 2) مرة في الدقيقة أثناء التفاعل بين المعالج والطفل وذلك بعد التدخل الوالدي، كما حدث تحسن في الطلاقة.

وتؤكد تلك النتائج دراسة أونسلو Onslow (1990) حيث تناولت بالدراسة أربعة من الأطفال ولديهم جلجلة وتراوح أعمارهم بين (3 - 5) سنوات من الذين تلقوا علاجًا مبنياً على توجيه وإدارة من الوالدين مع تنمية للدافع الكلامي الفعال والمؤثر. ولقد أظهرت النتائج أهمية التدخل من قبل الوالدين على أن يتزامن مع برنامج مستمر يعمل على خفض الجلجلة والزيادات المصاحبة لها عند إخراج المقاطع الكلامية. وتؤكد الدراسة على أن حالات الجلجلة المبكرة يجب تداركها وتوجيهها بصورة أكثر فعالية ومؤثرة من قبل الوالدين بالتعاون مع المعالج الإكلينيكي.

أما دراسة جويتر وآخرين Guiter, et al. (1992) فقد هدفت إلى معرفة أثر التفاعلات اللفظية الوالدية وعلاقتها بمعدل الكلام (كدراسة حالة) لطفلة عمرها خمس سنوات. كما هدفت الدراسة إلى تعديل سلوكيات حديث الوالدين مع الطفلة. واتبعت الدراسة أسلوب اللقاء الحر بين الأب والطفلة، والأم والطفلة بالإضافة إلى استخدام الفيديو لتصوير اللقاءات. وقد أوضحت النتائج أن كلا من الوالدين قد خفضا معدل حديثهما مع الطفلة. ففي البداية انتهجت الأم معدلاً بلغ (231) مقطعاً في الجلسة، ثم انخفض المعدل إلى (186) مقطعاً في الجلسة، أما الأب فقد سجل في البداية (329) مقطعاً في الجلسة وانخفض إلى (229) مقطعاً، وذلك في الجلسة النهائية، بالإضافة إلى



انخفاض دال في التكرار عند الطفلة، وكان تكرار لجلجة الطفلة مرتبطاً بدلالة بمعدل حديث الأم أكثر من حديث الأب كما حدث تغيير طفيف في سمات الحديث الوالدي مثل المقاطعة وإلقاء الأسئلة.

وتناول أونسلو **Onslow (1994)** بالدراسة البرنامج العلاجي الذي يقوم بأدائه الوالدان والخاص بتعديل الاستجابة الكلامية للجلجة الطفل. وتعديل استجابة الوالدين للحركات السلوكية المصاحبة للجلجة. والذي استخدم بصورة فعالة ومؤثرة على عدد من الأطفال ووالديهم (ن = 12 طفلاً) من الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات. ولقد أثبتت هذه الطريقة جدواها في انخفاض معدل الجلجة إلى الصفر تقريباً، واستمرت الجلسات العلاجية إلى (84) جلسة.

وحاول بالنزيولا **Palenzuela (1994)** القيام بدراسة تتبعية لدراسة قام بها كتدخل مبكر لتعديل سلوك طفل يعاني من الجلجة عمره (3) سنوات عقد له برنامج مكثف من خلال (9) جلسات عيادية خلال (9) أسابيع. وكان الوالدان يعملان كمساعدين أو مشاركين للمعالج في تنفيذ الجلسات وأيضاً منفذين لتعليمات المعالج في المنزل واستمرت عملية المتابعة لمدة ستة أشهر بعد توقف الجلسات. وقد استمر التحسن الذي ظهر على الطفل.

وفي محاولة لتأكيد أهمية المشاركة الوالدية الفعالة في علاج أطفالهم من الجلجة قامت دراسة روستن، كوك **Rustin & Cook (1995)** حيث عرضت لعدد من أشكال هذه المشاركة الوالدية في أعمار مختلفة، وكانت أكثر أشكال المشاركة الوالدية فعالية هي تبادل المهارات بين الآباء والأبناء وتفاعلهم الإيجابي مع أطفالهم حيث أدت إلى تسهيل نمو مهارات الطلاقة عند الأطفال. لذلك توصي الدراسة باستخدام برامج العلاج المكثف لعلاج



اللجلجة بطريقة جماعية. وأيضاً بدرجات مختلفة من المداخلات الوالدية حسب عمر الطفل المتلجلج.

وللتعرف على أثر استجابة الوالدين الوجيهة على زيادة أو انخفاض اللجلجة عند الطفل قامت دراسة زبرويسكى **Zebrowski (1995)** حيث اهتمت بسلوكيات وتوقيت إدارة المحادثات المستخدمة بواسطة الأطفال ذوى اللجلجة ووالديهم أثناء استجابات الوالدين والتعبيرات التى يظهرها الوالدان على وجههم كدليل على الضيق أو الملل أو عدم الانتباه. وقد دلت النتائج على عدم اختلاف تلك التعبيرات بدرجة دالة سواء أكان الطفل متلجلجاً أم لا. وتؤكد الدراسة على أنه من الممكن للوالدين أن يعدلوا وقت الاستجابة الظاهرة نحو كلام أطفالهم حتى يؤدي ذلك إلى تطوير لغة الطفل وزيادة الطلاقة.

وتؤكد دراسة كيلي **Kelly (b - 1995)** على ضرورة اعتبار الوالدين كمشاركين فى علاج أطفالهم من حالة اللجلجة. حيث أثبتت نتائج الدراسة أن أنماط التفاعل والتعامل بين الوالدين والطفل تؤثر على برامج التدخل العلاجية كما تؤدي إلى تطور وتحقيق الاتصال اللغوى للطفل.

وجاءت دراسة مالارد **Mallard (1998)** لاختبار فعالية أسلوب حل المشكلة واستخدام المهارات الاجتماعية عند تعامل الأسرة مع اللجلجة. وذلك من خلال برنامج علاجي لأسر أطفال المرحلة الابتدائية وتتراوح أعمارهم ما بين (5 - 12) عاماً. واستمر البرنامج العلاجي لمدة أسبوعين وتتضمن علاج الكلام والمهارات الاجتماعية، وانتقال أثر الأنشطة من منظور حل المشكلة. ويعتمد هذا البرنامج على أسلوب **Rustin (1987)** فى العلاج بعد أن تم تطويره وأدخل عليه عوامل أخرى مثل علاج الكلام، تطوير المهارات، تحويل الأنشطة، كل ذلك من منظور حل المشكلات، وشارك فى البرنامج 28 أسرة.



وقد أشارت النتائج أن 82٪ من الأطفال ليسوا في حاجة إلى مساعدة مهنية للجلجة وذلك بعد مرور عام من العلاج على الأقل وكان أكثر الإجراءات تكراراً واستخداماً مع الأسر للتحكم في الجلجة هو انتقال أثر الأنشطة والمهارات الاجتماعية. وتؤكد الدراسة على أن استخدام أثر التدريب على المهارات الاجتماعية في علاج الجلجة قد يقدم للأطفال الأساس المناسب لكي يكونوا كثيرى الكلام بكفاءة وطلاقة.

وقامت دراسة أونسلو، باكمان **Onslow & Packman (1999)** لاختبار فعالية برنامج علاج مبكر لاضطراب الجلجة وهو برنامج ليدكومب (Lidcombe) حيث يهدف إلى تحقيق القضاء السريع على اضطراب الجلجة لدى الأطفال الصغار والذي يعتبر أمراً ضرورياً لضمان النمو اللغوى الطبيعي. ويتوافق هذا البرنامج مع المبادئ الأساسية للعلاج السلوكى. فقد تعلم الوالدان من خلاله أن يقدموا لأبنائهم توافقاً لفظياً أثناء الكلام الذى يعبر عن المواقف اليومية. والهدف من هذا التوافق هو أن يتحدث الأبناء بطريقة تخلو من الجلجة. كما يهدف إلى تعليم الأبناء التحكم فى الذات وتقييم الذات. ويستفيد هذا البرنامج من مبادئ العلاج السلوكى التى تحدد أهدافاً واضحة للعلاج من البداية. وقد تعلم الآباء من خلاله أن يصححوا الجلجة التى تظهر فى كلام أبنائهم وأن يثنوا على حديثهم حينما تخلو منه الجلجة. وينقسم البرنامج إلى جزئين أساسيين أحدهما يرتبط بالسلوك والآخر بحل المشكلات.

وهدفت دراسة بيلفر **Bellver (1999)** إلى علاج طفل يعانى من الجلجة والتبول اللاإرادى من خلال اتباع أسلوب علاجي يعتمد على تحسين ديناميكية التفاعل بين أفراد الأسرة والطفل. والذى يبلغ عمره ثمانى سنوات. وقد أكدت النتائج على حدوث تغير فى التفاعلات بين الوالدين وجميع



الأبناء، والإقلال من السلوكيات اللاتوافقية بين أفراد الأسرة. وقد استمرت الدراسة لمدة ثلاثة شهور تم خلالها عقد جلسات أسبوعية لأفراد الأسرة. وقد ظهر تحسن واضح على حالة الطفل بعد (7) جلسات أسرية.

ويقدم هامجوشي Hamaguchi (2001) أسلوبًا علاجيًا يعتمد على مساعدة الوالدين للطفل المتلجلج في المنزل حتى يستطيع الطفل التخلص من هذه المشكلة، ويقترح الكاتب الآتي:

- 1 - تكلم مع طفلك بصوت هادئ بطيء.
- 2 - قلل الصراعات والضغوط النفسية داخل المنزل.
- 3 - اترك الطفل حتى ينتهي من كلامه بصرف النظر عن طول المدة، وبدون مقاطعة منك لكلام الطفل.
- 4 - بعد أن ينهي الطفل كلامه توقف برهة قبل الاستجابة.
- 5 - تجنب الانتباه إلى ملاحظة لجلجة الطفل.
- 6 - لا تصر على أنه ينطق الكلمات بطريقة خاطئة، أو ينطق جملاً غير مطابقة لقواعد اللغة.
- 7 - ببساطة قم بتكرار ما يقوله الطفل باستخدام النطق الصحيح والمطابق للقواعد فإذا قال الطفل jenny not g.g.g. going فأنت تصحح له هذا (Jonny isn't goint).
- 8 - تجنب أن تضع طفلك في مأزق بأن تجعله يجيب على الأسئلة أو يتحدث أمام الحضور من الأقارب والأصدقاء.

وقد قام جونز وآخرون Jones, et al. (2001) بدراسة لاختبار مدى فاعلية برنامج (ليدكومب) للتدخل المبكر لعلاج اللجلجة وأيضًا لاختبار



فاعلية (المقياس الذهبي) لقياس مستوى اللجلجة والتي تعتبر قضية لم تحسم بعد. حيث أظهرت نتائج الدراسة التي طبقت على نطاق واسع تفوق هذا الاتجاه العلاجي في المجال الإكلينيكي والإحصائي. وإن لم يتم الانتهاء من النتائج النهائية لهذه الدراسة.

بينما هدفت دراسة وود وآخرين Wood, et al. (2002) إلى معرفة التأثير النفسى لبرنامج (ليد كومب) الخاص بالتدخل المبكر للجلجة. حيث أثبتت نتائج عدد من الدراسات التي تم استخدام هذا البرنامج بها أنه أسلوب فعال في علاج اللجلجة عند أطفال ما قبل المدرسة. وقد أثبتت نتائجه فاعلية كبيرة. ويقوم البرنامج على تدخل الوالدين لمنع طفلهم من الكلام عند اللجلجة أثناء حديثه التلقائى فى بيئته الطبيعية. وبناءً على النظريات التي تبحث فى أسباب اللجلجة، فإنه يمكن القول إن برنامج (ليد كومب) قد يكون له أثر نفسى عكسى على الطفل؛ لذلك تسعى هذه الدراسة للتعرف على مدى صحة هذا الفرض النظرى.

وقد خرجت الدراسة بتتيجة مؤداها أن هذا البرنامج يمكن أن يكون فعالاً للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (8 - 14) عاماً أكثر من أطفال ما قبل المدرسة. وإن كان حدوث انتكاسة بعد التخلص من اللجلجة يظل من الأمور الخطيرة التي تحتاج إلى مزيد من البحث.

#### **رابعاً: برامج وأساليب علاجية متنوعة؛**

نظراً لتعقد مشكلة اللجلجة من حيث الأسباب والمظاهر والسلوكيات المرتبطة بها، فقد ظهر العديد من البرامج العلاجية المتنوعة والتي تنبثق من رؤية الباحث وخلفيته النظرية، أو للمقارنة بين أكثر من أسلوب علاجي، وهذا عرض لبعض هذه البرامج العلاجية.



قامت دراسة إيفس هام وفرانسيللا Eves ham & Fransella في عام (1990) لاختبار فائدة العلاج المكثف لمدة أسبوعين وتحقيق أفراد العينة (ن = 47) لتقدم كبير في التخلص من اللجلجة، وكيف يمكن تلافى حدوث انتكاسة لهؤلاء الأفراد بعد توقف العلاج والذي غالباً ما يحدث للمتجلجين . . وللتحقق من كل تم تقسيم أفراد العينة إلى مجموعتين بطريقة عشوائية: مجموعة تخضع لبرنامج نفسى لإعادة بناء الذات لديهم، ومجموعة تتبع برنامجاً علاجياً جماعياً سلوكياً لمساعدتهم للتحديث بطلاقة، وقد ركز برنامج العلاج الجماعى على ممارسة الكلام بطلاقة فى مواقف جماعية، بينما مجموعة العلاج النفسى لإعادة بناء الذات تمارس الكلام بطلاقة وتنظيم على المستوى الشخصى مع المعالج، وقد أثبتت المجموعتان نجاحاً فى تقليل معدل انتكاسة اللجلجة. ومن مقارنة المجموعتان تبين أن مجموعة العلاج الجماعى سجلت معدلات أقل من مجموعة العلاج النفسى.

وحاول أحمد البهاص (1993) اختبار فاعلية برنامج علاجى كلامى (القراءة المتزامنة) والعلاج الجماعى (السيكودراما) فى خفض حدة اللجلجة (التلعثم) وذلك على عينة مكونة من (32) طفلاً متجلجلاً تتراوح أعمارهم بين (9 - 12) عاماً مقسمين إلى أربع مجموعات، بواقع ثمانية أطفال لكل مجموعة. وتلقت المجموعة الأولى تدريبات علاجية باستخدام أسلوب القراءة المتزامنة، والمجموعة الثانية استخدم معها أسلوب السيكودراما، والمجموعة الثالثة جمعت بين الأسلوبين، والرابعة ضابطة وقد توصلت النتائج إلى أن الأساليب الثلاثة المستخدمة قد أثرت بفاعلية فى خفض حدة اللجلجة والتخفيف من الأعراض المصاحبة لها عند أفراد العينة.

وحاول فين، انجهام Finn & Ingham (1994) توجيه عدد من الكبار البالغين ولديهم لجلجة (ن = 12) من خلال برنامج علاجى نحو عملية



التحكم الذاتى فى طبيعة الكلام وتصنيف طبيعة الأصوات الكلامية الخاصة بهم، أيضاً التحكم فى المشاعر: أى مقدار الاهتمام الذى يعطونه للطريقة التى يتكلمون بها، والخاصة بكل منهم طبئاً للظروف الخاصة لكل منهم فى معدل التكرار، ونوعية الكلمات، والسلوكيات المصاحبة. ولقد أشارت النتائج أنه بعد العلاج المكثف أصبح هناك تناسق وتوافق نسبي وأصبح الأفراد يؤدون تصنيفات فاعلة، وانخفض مقدار تكرار اللجلجة.

ويؤكد هيلى وسكوت **Healey & Scott (1995)** على وضع استراتيجية خاصة بمعالجة أطفال المرحلة الابتدائية ممن يعانون اللجلجة حيث يؤكدان على ضرورة التكامل بين طرق وأشكال طلاقة الكلام، والأساليب الفنية التى يمكن اتباعها لتعديل اللجلجة وتتضمن الاستراتيجية تحديد الإجراءات والخطوات الخاصة بمساعدة الأطفال على تفهم والتعرف على وتحديد مشاكل الطلاقة لديهم، والأساليب الفنية الخاصة بالتدريب على الطلاقة وتعديل اللجلجة، وأخيراً الخطوات الخاصة بالانتقال والحفاظ على التحسن الذى يمكن أن يحدث فى الطلاقة.

وقامت دراسة دالى **Daly (1995)** لتوضيح أهمية التركيز والثبات والاستقرار والاستمرار فى علاج المراهقين الذين لديهم لجلجة. حيث دلت التوقعات العلاجية للقائمين على علاج أمراض الكلام واللجلجة أن هذه العوامل ذات تأثير قوى على اتجاهات المرضى وإيمانهم بإمكانية إحراز تقدم. وتوصى الدراسة ببرنامج علاجي يتضمن كلاً من التعليم الذاتى والإدراكي، والتعديل السلوكي لسلوكيات اللجلجة، حيث إن الدمج بين هذه الأساليب العلاجية يتيح فرصة أكبر لاستمرار النتائج على طول المدى.

وفى نفس التسوجه قامت دراسة رامج، بينت **Ramig & Bennett (1995)** لمواجئة موضوع أهمية إدراج كل من الوالدين والمدرسين فى عمليات



علاج الأطفال الذين لديهم لجلجة وكذلك النظر في أهمية التدخل لتشكيل  
طلاقة الكلام وإصلاح عيوب اللجلجة منذ بدايتها، أيضاً تؤكد الدراسة على  
أهمية إدراج مشاعر واتجاهات الطالب، والعمل الجماعي، والمشاركة  
الجماعية، وتطوير المهارات الإكلينيكية والاتجاهات المجتمعية كمدخل علاجية  
يمكن التعامل معها.

وقامت دراسة بلود **Blood (1995)** لتقييم فعالية برنامج علاجي سلوكي  
معرفي للبالغين الذين يعانون من اللجلجة. حيث تم دمج برنامج متاح  
بالأسواق يعتمد على الكمبيوتر في التغذية الاسترجاعية الثنائية للمرضى،  
وهو يهدف إلى الحد من اللجلجة، مع برنامج وضع للتغلب على ارتداد  
اللجلجة وهو يهدف إلى الإرشاد النفسي للمتلعجج وتغيير مواقفه واتجاهاته.  
وقد شارك (4) مشتركين تتراوح أعمارهم بين (20 - 25) عاماً. وتم تقسيم  
العلاج إلى مرحلة مبدئية خلال فترة زمنية مكثفة، تلتها جلسات علاج  
موسعة. وقد أظهرت النتائج أن معدل اللجلجة قد انخفض إلى أقل من (3%)  
بالنسبة للمقاطع المنطوقة. وقد حافظ المشتركون على هذا المعدل خلال الفترة  
من (6 - 12) شهراً من المتابعة. وتم أيضاً رصد تغير في المواقف وزيادة في  
المشاعر والمواقف الإيجابية.

هل يمكن لنموذج المراقبة الذاتية أن يصلح لعلاج اللجلجة؟ هذا ما  
حاولت دراسة براى وكيهلى **Bray & Kehle (1996)** الإجابة عنه في  
دراستهما من خلال (3) مراقبين حيث يتم التدخل العلاجي من خلال  
أشرطة الفيديو التي يتم تصويرها للطلاب المشاركين في البرنامج أثناء الجلسة  
العلاجية، ثم يقومون بمراجعتها بأنفسهم والتدريب على الجلسات المسجلة  
عليها. وقد أظهر المراهق الأول بعد سنتين من المتابعة تخلصاً تاماً من  
اللجلجة. بينما ظل المراهق الثاني تحت العلاج حيث سجل تحسناً غير نهائي،  
أما الثالث فقد تدهورت حالته.



ثم قامت براى Bray (1997) بتصميم خطة علاجية متعددة الأجزاء للأفراد المتلجلجين بالإضافة إلى المتابعة لهم لدراسة تأثير تقديم نموذج للذات باعتباره تدخلاً من أجل علاج اللجلجة، وذلك لدى أربعة من طلاب المدرسة الثانوية. وتقدم الدراسة نموذج الذات باعتباره تغييراً سلوكياً إيجابياً يعد نتيجة لملاحظات متعددة لأدائنا لسلوكيات نموذجية موضحة من خلال شريط فيديو، وقد شاهد أفراد العينة شريطي فيديو استغرقا (30) دقيقة يعرضان سلوكياتهم وهم يتحدثون بطلاقة في (7) مناسبات. وذلك لمدة (6) أسابيع. وقد تبع مشاهدة هذه الشرائط ظهور دليل واضح على انخفاض درجة اللجلجة إلى أقل من المستويات الأساسية. كما زادت الطلاقة في الحديث في الأماكن الاجتماعية داخل المدرسة لجميع المشاركين.

ثم قامت براى وكيهلى Bray & Kehle (1998) بدراسة للتأكد من نتائج هذه الدراسة، وقد تطابقت النتائج التي تم التوصل إليها مع النتائج السابقة.

وفى توجه فريد اتجهت دراسة ميورى ونيومان Murray & Newman (1997) إلى تأثير العقاقير الطبية فى علاج اللجلجة. حيث تعرض الدراسة حالة سيدة تبلغ من العمر (27) عاماً لها تاريخ طويل فى اللجلجة منذ فترة المراهقة. وحينما دخلت مجال العلاج النفسى كانت تعاني من القلق والأفكار القهرية وضعف الأداء الاجتماعى. وقد أظهرت التقارير عن تشخيص الحالة بأنها وسواس قهرى وبلبلجة. وتم علاجها بدواء (الباروكستين) بمعدل (20) مليجرام يومياً. كما كان هناك متابعة نفسية أسبوعية. وقد لاحظت المريضة نفسها انخفاضاً ملحوظاً وتلقائياً للجلجة، وبعد مرور عام وبتناول (30) ملجم/ يومياً طرأ تحسن ملحوظ على المريضة فقد انخفض تردد وتواتر اللجلجة والأفكار القهرية، كما تحسن أداؤها الاجتماعى.



وانتهت دراسة بلود **Blood (1998)** منحي آخر حيث اهتمت بالارتداد الذي يمكن أن يحدث بعد علاج اللجلجة. وتصف الدراسة مجموعة من الأساليب الوقائية مثل العلاج المعرفي السلوكي والتي تهدف إلى علاج الارتداد إلى اللجلجة خاصة في مرحلة المراهقة وتتضمن هذه الأساليب الوقائية ألعاباً مبنية على أساليب فنية مثل التدريب على حل المشكلات، مهارات الاتصال العامة، مهارات التواصل اللغوي، الحزم، استجابات القدوة، اللجلجة، وعلى التوقع الفعلي للطلاقة أثناء الكلام، وعلى توقع الارتداد أيضاً. وقد أجريت الدراسة على طلاب ذكور من المدارس الثانوية ممن يعانون اللجلجة. وقد ظهر تحسن واضح في نسبة تكرارات اللجلجة لكل المجموعة حيث سجلوا أقل من (3%) وظهرت تغيرات إيجابية على مواقفهم ومشاعرهم خلال فترة المتابعة والتي وصلت إلى (11) شهراً. وتوصى الدراسة بأهمية استخدام اللعب كوسيلة للعلاج الفعال بالنسبة للإرشاد النفسي للمتلعجلج وأيضاً لمنع الارتداد.

وتقوم دراسة روبنسون، كروي **Robinson & Crowe (1998)** على وصف نموذج تدخل علاجي يستخدم مع الأطفال الأمريكيين من أصل أفريقي. من الذين لديهم لجلجة وكذلك لأسرهم. ويؤكد هذا النموذج على الأهمية الإكلينيكية للعوامل ذات الأساس الثقافي الخاص بأفراد العينة (مثل الأساطير، أساليب الحوار الشفوية، أساليب سرد القصص والأحاديث، أساليب التعليم الإدراكية، القواعد الخاصة بالتعامل بين الآباء والأبناء). وهذه الدراسة تلفت النظر إلى أهمية الخلفية الثقافية والدينية لمن تمارس معهم العلاج. حيث يجب التعرف على ثقافة الأسرة والخلفية الاجتماعية والثقافية لها قبل ممارسة العلاج حتى يمكن تقبله بسهولة.



وفى عام (1998) أيضاً قدمت ملتزر **Meltzer** وهى طبيبة إكلينيكية متخصصة فى علاج اللجلجة خطة علاجية لعلاج اللجلجة عند البالغين تتضمن تحديد الآتى:

- 1 - طبيعة المرض (أسبابه ومظاهره).
- 2 - طبيعة المشكلة ومدى حدتها.
- 3 - الخيارات المطروحة للتدخل.
- 4 - اتباع الاتجاهات الحديثة فى نظم الرعاية الصحية.
- 5 - التأكيد على مهارة الطبيب الإكلينيكى وخبرته.
- 6 - النتائج التى يمكن تنفيذها.
- 7 - الموارد المتاحة للعلاج.
- 8 - المقاييس أو المعايير لقياس النتائج.

وقام شنايدر **Schnieder** (1998) بتقديم نموذج علاجى يعتمد على الأسلوب المنهجى والتفكير المنطقى والعقلانى لعملية التوافق الذاتى ومفهوم الحساسية الذاتية كمدخل لعلاج ذوى اللجلجة. ومن خلال تنفيذ هذا النموذج عدة مرات دلت النتائج على أن الأطفال الذين يعانون من حدوث توقفات وتكرارات فى طلاقة الكلام ولديهم سلوكيات الحياد أو التجنب، أظهروا استجابة مرتفعة لمثل هذا الأسلوب العلاجى. كما ظهر هذا فى التخلص من سلوكيات التجنب والانسحاب.

وقامت محاولات طبية لبحث إمكانية علاج اللجلجة باستخدام العقاقير. مثل دراسة أندرسون وآخرين **Anderson, et al.** (1999) لاختبار تأثير عقار (dopamine) على اللجلجة النمائية لرجل عمره (44) عاماً وأيضاً



يعانى من مرض الشلل الرعاش (Parkinson). وقد تم تناول العقار على فترات. وقد أظهرت نتائج القياس عدم التحسن فى مستوى اللجلجة بعد العلاج.

أيضاً حاول كوستا، كرول Costa & Krolle (2000) علاج اللجلجة النمائية والتي يقصد بها اللجلجة التطورية من مرحلة الطفولة والتي قد تكون مرتبطة أو غير مرتبطة بمرض نفسى والتي لم تحدث بسبب تلف فى المخ. ويرى الباحثان أن عملية دوام واستمرار اللجلجة النمائية يعنى أنها لجلجة لا تتغير بصورة تلقائية أو بتوجيه الوالدين. ويؤكدان على أن النماذج العضوية للجلجة النمائية ترتبط بالجانب غير المكتمل أو السيطرة المخية الشاذة. كما يؤكدان على أن هناك بعض الشواهد على أن اللجلجة النمائية لها مكون وراثى فى أسبابها. وتؤكد الدراسة أنه لا علاج للجلجة النمائية إلا من خلال علاج الكلام وأن بعض الأدوية مثل (Risperidone, Aserotonin) أكثر فاعلية من (Placebe) فى تقليل شدة اللجلجة، أما فاعلية هذه الأدوية فى علاج اللجلجة فتحتاج إلى مزيد من الأبحاث.

من الاستعراض السابق لبعض الدراسات والبحوث الحديثة فى أساليب علاج اللجلجة يمكن استنباط الآتى:

**أولاً: يمكن تحديد بعض الأساليب العلاجية التى تعتمد على تصحيح**

**الطلاقة والتخلص من تكرارات وسلوكيات اللجلجة فى:**

- 1 - رجع الصدى الصوتى، واسترجاع الصور الذهنية.
- 2 - قياس وتحديد الفترات الزمنية للمقاطع الصوتية، ثم العمل على زيادتها.



3 - التحكم فى حركة الشفاه والفك لتصحيح الكلام للتحكم فى تقلصات أعضاء الجهاز الكلامى .

4 - التدريب الذاتى للمتلعجلج لملاحظة الفترات الزمنية بين لحظات اللجلجة، ومن ثم يستطيع المتلعجلج نفسه تدريب ذاته على التحكم فى الكلام .

5 - ضبط حركة الكلام من خلال ضبط عملية التنفس وحركة لسان المزمار .

6 - ممارسة الكلام بطريقة سلسلة هادئة، من خلال التدريب المكثف .

7 - إعادة التدريب على العادات الكلامية السليمة من خلال إعادة التكيف بين الجهاز الحركى والطلاقة اللفظية .

وقد أكدت الدراسات فاعلية هذه الأساليب العلاجية كلها فى خفض معدل اللجلجة، كما أنها صالحة لجميع الأعمار حيث استخدمت فى بعض الدراسات مع الأطفال، ومع المراهقين والبالغين فى البعض الآخر .

**ثانياً، كما أمكن تحديد بعض الدراسات والبرامج التى اعتمدت على أساليب وفتيات العلاج السلوكى، ويمكن رصد عدد من هذه الأساليب والفتيات مثل:**

1 - التغذية الرجعية المرتدة .

2 - المراقبة الذاتية والوعى الذاتى بسلوكيات اللجلجة ومحاولة تعديلها .

3 - فنية الممارسة السلبية .

4 - فنية لعب الدور .



5 - فنية القراءة بالتظليل

6 - تدريب الوالدين ليصبحوا منفذين للعلاج داخل المنزل .

7 - فنية اللعب غير الموجه (الحر) .

8 - المساندة الاجتماعية والاستحسان الاجتماعى ، وإذكاء روح المنافسة بين المشاركين فى البرامج .

9 - فنية الاسترخاء من خلال التدريب على تنظيم التنفس وممارسة الاسترخاء بين فترات اللجاجة .

10 - استخدام مبدأ المكافأة والتدعيم الفورى .

11 - استخدام العلاج الجماعى للاستفادة من فنية النمذجة .

ومن الملاحظ التداخل بين البرامج العلاجية اللفظية والبرامج العلاجية السلوكية مثل فنية التغذية الرجعية السمعية ، حيث يمكن استخدامها على نطاق واسع مع فنية التظليل ، والقراءة المتزامنة .

كما دلت نتائج البرامج العلاجية السلوكية على أن الجمع بين أكثر من فنية أو أسلوب علاجى أفضل ويؤدى إلى تحقيق نتائج أكثر استمرارية .

**ثالثاً: كما ظهر عدد من الدراسات والبرامج الذى جعل من إشراك الوالدين وتفاعلهم مع طفلهم هدفاً أساسياً عند بناء البرنامج العلاجى . وقد أظهرت النتائج فاعلية هذه البرامج الأسرية فى تحقيق نتائج جيدة منها:**

- \* يحدث انخفاض فى مرات تكرارات اللجاجة عندما يتفاعل الطفل مع الوالد أكثر من تفاعل الطفل مع المعالج .
- \* إن التدخل الذى يتم من قبل الوالدين يمكن أن يعجل بالشفاء من اللجاجة .



\* إن تعديل طريقة حديث الوالدين مع الطفل تؤدي إلى خفض تكرارات اللجاجة لديه .

\* إن تعديل استجابات الوالدين لسلوكيات اللجاجة، وما يتبعه من تهدئة للحالة النفسية عند الطفل يؤدي إلى تحسن حالة اللجاجة عند الطفل .

\* توصى الدراسات بأن تكون المداخلات الوالدية بين الوالدين والطفل متنوعة تتناسب مع عمر وجنس الطفل .

\* كلما وضحت أهداف البرنامج العلاجي أمام الوالدين، كلما مكنهما هذا من مساعدة الطفل والعمل على تحقيق هذه الأهداف من خلال المتابعة في المنزل .

\* تأكدت فعالية أسلوب حل المشكلات، والمشاركة الاجتماعية بين أفراد الأسرة، في مساعدة الطفل المتلجج للتخلص من مشكلته .

رابعاً: هناك عدد من الدراسات التي اشتملت على برامج علاجية متنوعة فمنها ما له منحى نفسى، والآخر له منحى طبي. والبعض حاول المقارنة بين أكثر من أسلوب علاجي. ويمكن تلخيص أهم هذه البرامج ونتائجها في:

1 - المقارنة بين برنامج علاجي نفسى لإعادة بناء الذات، وآخر للعلاج الجماعى، وقد ظهر أن العلاج الجماعى أفضل فى نتائجه، وأن الجمع بين الأسلوبين هو البرنامج الأمثل .

2 - الجمع بين برنامج علاجي كلامى (القراءة المتزامنة) والعلاج الجماعى (السيكودراما) ودلت النتائج على فاعلية كل منهما فى علاج اللجاجة، وأن الجمع بينهما أفضل .



- 3 - الاهتمام بتنمية وجهة التحكم سواء التحكم الذاتى فى الكلام، أو التحكم فى المشاعر والسلوكيات المصاحبة للجلجة كعلاج للجلجة .
- 4 - الجمع بين التعليم الذاتى، وتنمية الإدراك، والتعديل السلوكى لعلاج سلوكيات اللجلجة .
- 5 - الاهتمام بتنمية الاتجاهات المجتمعية متمثلة فى الوالدين، المعلمين، الأقران، المجتمع . حيث يؤدى تعديل الاتجاهات نحو اللجلجة إلى تعديل سلوكيات اللجلجة .
- 6 - الاهتمام بعلاج الارتداد أو ما يعرف بانتكاسة اللجلجة . وذلك من خلال برامج باستخدام ألعاب معينة تعتمد على فنيات التدريب على حل المشكلات، وتنمية مهارات التواصل .
- 7 - اهتمت بعض البرامج بالإرشاد النفسى للمتجلجج كمدخل علاجى لمنع الارتداد إلى اللجلجة .
- 8 - الاستفادة من التقنيات التكنولوجية الحديثة فى تصميم برامج على الحاسب الآلى يستطيع أن يستخدمها المتجلجج للحد من اللجلجة من خلال التغذية الرجعية، واستخدام فنية المراقبة الذاتية .
- 9 - اتجهت بعض الدراسات إلى المنحى الطبى، حيث اختبرت فاعلية بعض الأدوية الخاصة بعلاج بعض الأمراض مثل القلق، والوسواس القهرى، والشلل الرعاش فى علاج اللجلجة، ولكن هذه النتائج ما زالت فى طور التجريب ولا يمكن الاعتماد عليها .
- كما اهتمت الدراسات بإظهار أهمية الإرشاد النفسى للمتجلجج والتي اعتمدت فى بعضها على التحليل النفسى، والآخر على علاج المشاعر الوجدانية والمعرفية والسلوكية وهذا ما سوف نستعرضه فيما يأتى :



## الطرق النفسية لعلاج اللجلجة: الإرشاد النفسى أم العلاج النفسى؟؟

### Psychological methods of treatment

إن الطرق النفسية لعلاج اللجلجة تتكون من التحليل النفسى psycho and analysis، أو العلاج النفسى psychotherapy والإرشاد counseling . . . هذه هى طرق علاج المشاكل النفسية والانفعالية . . . ويعتبر التحليل النفسى شكلاً خاصاً من العلاج النفسى الذى يعتمد على نظرية العصاب عند فرويد . وبالتالي فليس كل علاج نفسى هو تحليل نفسى .

وقد استخدم كثير من المعالجين النفسيين طرقاً أخرى غير طريقة التحليل النفسى لعلاج الاضطرابات النفسية والانفعالية . . .

إن علاج اللجلجة بطريقة التحليل النفسى أو العلاج النفسى تتطلب أو تستلزم التحدث مع المعالج حول مشكلات الشخصية، والمشكلات الانفعالية، والمشكلات الاجتماعية . . . ولكن فى نفس الوقت فى طريقة التحليل النفسى يكون التركيز على الحاجات الجنسية اللاشعورية التى يقوم الفرد بقمعها . أما فى طريقة العلاج النفسى ويكون التأكيد على الصراعات الانفعالية التى قد تكون أو لا تكون شعورية أو جنسية فى طبيعتها . . . وفى كلتا الحالتين يعتقد العلماء أن الصراعات النفسية هى أصل السلوكيات المشكلة وأن المريض لا بد وأن يبدد أو يحلل هذه الصراعات بمساعدة المعالج لتغيير هذا السلوك .

إن فعالية وكفاءة طريقة التحليل النفسى، وطريقة العلاج النفسى فى تقليل اللجلجة لم يتم التأكد من فعاليتها بالدراسات المؤكدة، ولكن المؤكد هو أن هذه العلاجات تركز بصورة كلية على الصراعات الانفعالية، والشعورية،



والنفسية ولا تقوم مباشرة بتعليم مهارات الكلام بطلاقة ليحل محل اللجلجة .  
فذو اللجلجة الذى خضع لعلاج نفسى ما يزال لا يعرف كيف يتكلم  
بطلاقة . .

### الإرشاد Counseling

بشكل عام يعتبر الإرشاد جزء من علاج كل اضطرابات اللغة والكلام  
(Van Riper, 1973). إن مناقشة الأخصائيين الإكلينكيين لمشكلات التواصل  
- ما الذى يمكن فعله لها؟ ما طرق العلاج المتاحة؟ ما فرص الشفاء؟ وغير  
ذلك من الأسئلة - تعتبر إرشاداً.

ومن وجهة النظر العلمية، الإرشاد هو استخدام طرق نفسية محددة  
لتقليل أو إزالة المشكلة. ولذلك فإن الإرشاد فى القرن الحالى لا يقوم فقط  
على إعطاء المعلومات ودراسة الحالة واقتراح الحلول وإنما يقوم أيضاً بالتدخل  
العلاجى للاضطرابات المختلفة مثل اللجلجة.

ونظراً لعدم وجود شواهد على أن الإرشاد النفسى فقط بدون تقديم  
علاج يساعد على تقليل اللجلجة فإن عدداً بسيطاً جداً من الإكلينكيين  
يستخدمون هذه الطريقة **Bloodstein 1987; Hegde 1985** أما العلماء الذين  
يؤمنون بالإرشاد فنجدهم يدمجون مع طرق أخرى تهتم مباشرة بتعليم  
مهارات الكلام بطلاقة .

إن المرشد هو المستمع المتعاطف مع الطفل والذى يتفهم مشكلاته  
ويحاول تقديم تفسيرات وحلول كامنة لهذه المشكلات. ويقوم المعالج بمساعدة  
المنحوص على رؤية المشكلات من جوانب متعددة وبالتالي يشجعه على  
التحليل الموضوعى. فعلى سبيل المثال المتلجلج الذى يرى أن كل المستمعين  
قساة وغير صبورين فإنه يتشجع ويرى المشكلة بموضوعية بعد موقفه مع



المعالج . وبالتالي يتمكن ذوو اللجلجة من استنتاج أن مشاعرهم وأفكارهم من استجابات المستمعين مبالغ فيها .

فالإرشاد عندما يستخدم مع طرق أخرى يبدو أكثر كفاءة وفعالية . من ناحية أخرى وفي مثل هذه الحالات يكون من الصعب تقييم القيمة الحقيقية للإرشاد . وأي تحسن نراه في اللجلجة يرجع سببه كلية إلى الطرق الأخرى والتي استخدمت مع الإرشاد لأنه عندما نستخدم الإرشاد بمفرده لا يحدث أي تقليل في اللجلجة . .

### سمات المكون الوجداني، والسلوكي، والمعرفي لمتلازمات اللجلجة:

على الرغم أنه من الواضح أن الأفراد الذين أصيبوا بمتلازمة اللجلجة القابلة للعلاج واللجلجة المزمنة يشتركون في بعض المشاعر، والسلوكيات، والاتجاهات الشائعة والتي تتعلق بكلامهم، إلا أن هؤلاء الأفراد لا يمكن أن نقول إن عندهم السمات المميزة للشخصية (Bloodstein, 1995) ولكن للأسف ظهرت أنماط شائعة عن الأفراد ذوي اللجلجة في أغلب جماعات الأقلية، هذه الأنماط غير دقيقة عند تطبيقها على الأغلبية العظمى عندهم بالإضافة إلى أنها سلبية في طبيعتها (فمثلاً أغلب الأفراد ذوي اللجلجة نجدهم خجولين).

إن خصائص المكونات الوجدانية، والسلوكية، والمعرفية لمتلازمة اللجلجة تشير إلى المشاعر، والسلوكيات، والاتجاهات التي ترتبط بعملية التواصل، مثل: الشعور بعد القدرة على الضبط أثناء اللجلجة، وتجنب الرد على التليفون، والتفكير بأن الناس يعتقدون في أن اللجلجة هي إشارة إلى الاضطراب الانفعالي. وعلى الرغم من أن هناك الكثير من المشاعر والسلوكيات والاتجاهات التي يمكننا تحديد أنها شائعة بين ذوي اللجلجة، فإن الشعور بفقدان الضبط والتحكم أثناء اللجلجة والتهتهة تعتبر أمثلة لمكونات بسيطة يمكن ملاحظتها بشكل عام بين ذوي اللجلجة، هذه المكونات تجعل المشكلة



تزداد سوءاً وفي بعض الأمثلة من ذوى اللجلجة لم تظهر. وبالتالي فإن أى علاقة مساعدة مع الأفراد الذين أصيبوا بمتلازمة اللجلجة لا بد وأن تحتوى على القياس المستمر لصفة الطلاقة عند هؤلاء الأفراد والتي ترتبط بالمشاعر والسلوكيات والاتجاهات.

### العلاقات المساعدة والإرشاد:

لكى ينجح الإرشاد النفسى مع ذوى اللجلجة لا بد أن يتم بناء علاقة تبادلية بين المرشد والمتلجلج أو المفحوص ويمكن تصوير العلاقات المساعدة على أنها توجد فى علاقة تعليمية مباشرة تناسب الفرد حسب التوافق وأداء العمل. فهى توجد فى علاقات العلاج النفسى المعقدة والتي تناسب الخلل الوظيفى لمرضى الذهان (Cooper 1982; Cooper & Cooper, 1985). فى مثل هذه المفاهيم يمكن وصف المتغير الأساسى كدرجة من تعقيد العلاقات الاجتماعية بين الأفراد المساعدين أو المرشدين والمرضى.

ويمكن تصوير علاقة الإرشاد كمركز للتبادل الاجتماعى المعقد. مثل هذا الوضع يوضح أن العلاقة أكثر تعقيداً من العلاقة التعليمية بين الطالب والمعلم. ولكنها أقل تعقيداً من علاقة العلاج النفسى بين المريض والمعالج. ويبدو أن علاقة الإرشاد هى أنسب الطرق لأغلب علاقات علاج اللجلجة. إن الغاية التعليمية لهذه العلاقة تأتى من كون التبادل بين التلميذ والمعلم مقصوداً على المواد المراد تعلمها؛ لأن أغلب التلاميذ حسنى التوافق والأداء قادرون على التركيز على الموضوع الذى بين أيديهم بصورة عامة. إن الغاية المقصودة من تعلم التلاميذ حسنى التوافق لا تضعفه إعاقة المشاعر، أو السلوكيات، أو الاتجاهات التى نتجت بسبب الإدراكات المشوهة للذات أو البيئة. ومن الواضح أن الموقف المثالى الذى وصفناه توفراً نادراً ما يظهر.



ويدرك المعلمون المحنكون الحاجة إلى التعامل مع هذه العوامل الفردية التي تعوق عملية التعلم حتى التي تحدث بين التلاميذ بعضهم البعض.

من ناحية أخرى فإن شكل العلاقة التعليمية يتسم بتركيز المعلم الأساسي على نقل المفاهيم بدلاً من التركيز على مشاعر واتجاهات التلاميذ.

إن ما تتطلبه علاقة الإرشاد النفسى فى الطرف الآخر لهذا الموضوع من الضرورى أن تكون أكثر تعقيداً. وحتى نساعد المريض على تحقيق أهداف العلاقة التي تختلف عن الأهداف التعليمية التي لا يستطيع المريض فهمها عند بداية العلاج فإن المعالج يتعامل مع إدراكات المنحوص التي تؤدي إلى الإدراك والشعور بالمشاعر، أو السلوكيات، أو الاتجاهات التي تستلزم الحاجة إلى علاقة المساعدة.

وعلى العكس من المعلم فى العلاقة التعليمية فإن المعالج النفسى الذى يشترك فى علم النفس الديناميكي الذى يتطلب أن تركز العلاقة بصورة أساسية على اتجاهات ومشاعر المنحوص بدلاً من نقل المعلومات المقررة مسبقاً. فحينما ندرس بهذه الطريقة فإن شكل العلاقة الأكثر ملاءمة لمساعدة الفرد تعتمد على مدى استجابات الفرد المعرفية والوجدانية سواء أدرك الفرد تلك الاستجابات التي تعوض تحقيق الأهداف التي بدأت من أجلها علاقة المساعدة أو لم يدركها.

إن العوامل المعرفية (التفكير) والوجدانية (الشعور) التي تحدد شكل أو نوع علاقة المساعدة التي قد يحتاجها الفرد يمكن وصفها أنها تحتوى أساساً على ثلاثة متغيرات:

(1) مدى سوء الإدراك. (2) مدى الغطاء أو الغشاء الوجدانى.

(3) مدى الاختلاف الوجدانى المعرفى.



## مدى سوء الإدراك Extent of misperceptions

إن سوء إدراك الفرد يظهر فى الإدراك المشوه بطريقة بسيطة للموضوع الخارجى أو السطحى لمفهوم الذات عند الفرد الذى يمكن تغييره بسهولة بتعليمه سوء إدراك الذات المتعدد والمعقد والذى يمكن تغييره من خلال دراسة مكثفة ومطولة حول الذات فى محيط العلاج النفسى .

### مدى الغشاء أو الغطاء الوجدانى؛

إن الإدراكات التى تتعلق بمفهوم الذات عند الفرد تصبغ بالدلالة الوجدانية أكثر من إدراكات الأحداث، أو الأشخاص، أو الموضوعات السطحية لمفهوم الذات عند الفرد. وكلما اقترب إدراك الفرد لمفهوم الذات كلما ازدادت المشاعر التى تصاحب هذا الإدراك. إن الدلالة الوجدانية المرتبطة بالإدراك وبالتالي بالسلوك الذى يقوم على الإدراك قد تكون عاملاً عائناً أو عاملاً ميسراً فى تعديل كل من الإدراك والسلوك الناتج عن الإدراك.

إن سوء الإدراك المصحوب بدلالة انفعالية قليلة أو بدونها يمكن تعديله من خلال التعليم. من ناحية أخرى إن تعديل سوء الإدراك الملىء بالوجدان دائماً ما يتطلب إنشاء علاقات مساعدة تتميز بتبادل الدلالة الانفعالية مثل الدلالات الموجودة فى علاقات الإرشاد وعلاقات العلاج النفسى .

### مدى التباين الوجدانى المعرفى؛

إن عدم الانسجام بين الطرق التى يفكر ويشعر بها الفرد تشير إلى نوع العلاقة المساعدة التى يحتاجها الفرد. فالمفحوص قد يعرف أنه ذكى أو سعيد فى حين أنه لا يشعر بذلك. فالمفحوصون قد يلتزمون عقلياً بتعديل كلامهم ولكن لا يلتزمون انفعالياً لتعديله. إن المفحوصين الذين جربوا النقص الواضح فى الانسجام أو التماسك الوجدانى المعرفى وخصوصاً فى النواحي



التي تتعلق بالمسائل التي يجب أن تعمل فيها علاقة المساعدة هم أفضل من يعملون في علاقة الإرشاد، أو إذا كان التناقض كبيراً في علاقة العلاج النفسي . .

إن الأفراد الذين يحتلون مكانة عالية في أى من العوامل الثلاثة (سوء الإدراك، والغشاء الوجداني، والتباين الوجداني المعرفي) أكثر فعالية في علاقة المساعدة التي تتعلق بالعلاج النفسي أكثر من تعلقها بالتوجيه التعليمي. وعلى العكس فإن الأفراد الذين يحتلون مكانة دنيا في أى من الثلاثة عوامل السابقة مرشحون من الطراز الأول للعلاقة التعليمية . . وبالتالي الشيء الذي يفوق العلاقة التعليمية يبدو مناسباً عندما (1) يحمل المفحوص سوء الإدراك في المشكلة ذاتها بالإضافة إلى سوء إدراكه لتسببها. (2) يحمل المفحوص المشاعر التي تتعلق بالمشكلة أو تتعلق بذات المفحوص والتي بوضوح تعوق الاستخدام الناجح لإجراءات تعديل اللغة والكلام. (3) خبرة المفحوص التي تظهر التباين بين طريقة تفكيره وطريقة إحساسه بمشكلته وبذاته.

#### **دور الإرشاد في علاج متلازمة خبرات اللجاجة عند المراهقين والراشدين،**

بالفعل كما برهن الباحثون أن الأفراد ذوي اللجاجة لا يملكون أى أنماط شخصية مميزة، برهنوا أيضاً على أن ذوي اللجاجة لا نستطيع الحكم عليهم بأنهم في حاجة زائدة إلى العلاج النفسي أكثر من غيرهم. وقد أثبت الباحثون أن ذوي اللجاجة والذين يريدون تغيير المكون الوجداني والسلوكي والمعرفي في لجلجتهم يسوغون أو يبررون أفضل علاقة مساعدة ويصفونها أنها علاقة أحد أشكال الإرشاد أو نوع من أنواع الإرشاد

. (Cooper & Cooper 1985)

إن تغيير مشاعر واتجاهات الفرد التي تخص شيئاً ما بحيث تكون قريبة من الإحساس الشخصي بالتوافق الانفعالي والبدني مثل اضطراب الطلاقة قد



يكون أمراً صعباً، إن لم يكن مستحيلاً، من خلال علاقة المساعدة التعليمية . مثل هذه الاتجاهات والمشاعر دائماً ما تنمو في سنوات الفرد الأولى من عمره من خلال تكرار التبادلات المليئة بالانفعالات مع الوالدين . . ثم ومن خلال تفاعل المتلجج مع المواقف المختلفة يمكنه تعديل إدراكات الذات من خلال التفاعل مع الأفراد الذين يؤثرون فيه ويرتبط معهم الفرد انفعالياً . . وقد يتبنى الفرد اتجاهات الأفراد الآخرين مثل الحب، والاحترام، والإعجاب باستعداد أكبر من اتجاهات الذين لا يشتركون انفعالياً أو تظهر عليهم مشاعر سلبية . .

كما يعلم الأخصائيون الإكلينيكيون أيضاً أن التغييرات المفاجئة أو الواضحة في مفهوم الذات عند الفرد قد تتصل بالاستجابات الانفعالية التي تؤدي إلى القلق مصحوبة بتفاعل فردي أو سلسلة من التفاعلات مع الآخرين المؤثرين . . وهذا ما تمت مناقشته من خلال علاقات المساعدة التي يتم داخلها نمو الهدف وتحديده، أو تعديل المشاعر والاتجاهات بطريقة مشابهة . .

إن مهمة الأخصائيين هي زيادة العلاقات التي تتميز بالتبادل الوجداني بطريقة لفظية (التلفظ مصحوباً بالمشاعر) بالإضافة إلى التفاعل المعرفي بطريقة لفظية (التلفظ بطبيعة عقلية معرفية) . فمن خلال التبادل الهام للمشاعر والاتجاهات مع الأخصائيين فإنهم يعطونه الفرصة لتحديد وتقييم وتبني طريقة علاجية لتيسير المشاعر والاتجاهات .

وللأسف فإن المصطلحات مثل الدفء، شخصي، تدعيمي، تنشئة، الود . كلها تستخدم غالباً لوصف نوع علاقة المساعدة التي تسهل التغييرات التي تحدث في مشاعر واتجاهات المفحوص . وتوضح دراسات العملية العيادية أنه على الرغم من أن هذه المصطلحات هامة كصفة عامة للعلاقة التي صممت لتغيير المشاعر والاتجاهات إلا أنها غير مفيدة في وصف كيف توجه التبادلات الوجدانية الهامة بين الأخصائي والمفحوص . ولو استخدمت مصطلحات مثل



الدفء والتنشئة لوصف العلاقة العيادية فإن الدور الهام الذى تلعبه التبادلات الوجدانية (إيجابية أو سلبية) فى تغيير الاتجاهات والمشاعر فى علاقة العلاج قد يتم إهماله. بالإضافة إلى ذلك فإن مثل هذه المصطلحات تفشل فى تذكير الأخصائى بأن العلاقة العيادية المثالية هى عملية علاجية وليست حالة.

وأثناء دورة العلاقات المساعدة فإن مشاعر المفحوص نحو الأخصائى تتبع نمطاً متطابقاً من التغير مستقلاً عن نوع العلاج الذى يتم تطبيقه.

**(Cooper, 1966; Cooper & Cooper 1966; Manning & Cooper 1969)**

فيصبح المفحوصون أقل إيجابية بصورة واضحة مع الأخصائين بعد بداية العلاج بفترة قريبة، وبالتالي ومن ناحية أخرى فإنهم فى العلاقات العلاجية الناجحة يصبحون أكثر إيجابية منها عندما كانوا فى بداية العلاج. وكلما اتجهنا نحو نهاية العلاج فإن مشاعر المفحوص على الرغم من أنها تصبح أكثر إيجابية فإنها تستقر مقارنة بالتغيرات التى حدثت فى مراحل بداية العلاج. مثل هذا النمط فى المفحوص أمر لا يدعو إلى الدهشة. فالمفحوصون عادة ما يدخلون علاقات المساعدة بمشاعر إيجابية عن العملية العيادية. هذه المشاعر الإيجابية تقوم أساساً على توقعات المفحوص من تخفيف الأعراض وإيمانه بقدرة الأخصائين على تخفيف هذه الأعراض، ويصبح المفحوصون أقل إيجابية حينما يتعلمون أن الأخصائين ليس لديهم علاج فوري، وأن التحسن يأتى فقط بعد بذل الطاقات. إن زيادة المشاعر الإيجابية بعد حدوث الانخفاض الأول تساهم فى إحساس المفحوص بالتوافق حينما يجربون النجاح فى تحقيق الأهداف، كما أن استقرار مشاعر المفحوص يتوقع العلماء ملاحظته عندما تقترب عملية العلاج من النهاية. وفى هذا التوقيت من عملية العلاج يتوافق المفحوص مع الأخصائى ويقل عدد التغيرات الوجدانية، والسلوكية، والمعرفية.



إن إدراك هذه التغييرات في مشاعر المفحوص والأخصائي بصرف النظر عن توجيههم العلاجي قد تساعد في تجنب فشل عملية العلاج وقد تسهل وتعجل العملية.

### أهداف الإرشاد Counseling Goals

إن الهدف النهائي لبرنامج العلاج الموصوف هنا هو إنشاء واستمرار الشعور بالتحكم في الطلاق بدلاً من تحقيق مستوى اعتباطي من الطلاق. . . وكما هو ملاحظ بالتركيز على اللجلجة فإن الأخصائيين قد يهملون مطالب الاضطراب الوجدانية والمعرفية البعيدة. إن معنى سمات اللجلجة التي تتعلق بنشأتها واستمرارها لاحظته الدراسات الحديثة في نظم عملية اللجلجة العصبية المركزية. وكما هو موضح على الرغم من أن العوامل العصبية المركزية قد تؤثر على متلازمة اللجلجة، فإنها معقدة ومتنوعة في ما يتعلق بتغير حالة الفرد المعرفية والوجدانية.

إن الشعور بالتحكم يبدو أنه المتغير الأساسي في تحديد ما إذا كان الفرد الذي جرب الطلاق سوف يحتفظ بمستوى مقبول من الطلاق بعد نهاية العلاج. نحن لا نطلب من الأفراد تقييم نجاحهم في حدود كيف صارت الطلاق عندهم في المواقف المختلفة. ولكن نسألهم إذا ما كانوا شعروا بالتحكم في الطلاق أم لا نتيجة تطبيق أحد أساليب التلاؤم الوجدانية، والسلوكية، والمعرفية.

فإذا أبلغ المفحوص بقدرته على تعديل الكلام أثناء موقف الكلام فإن الأخصائيين يحكمون على خبرة التحدث بأنها ناجحة على الرغم من أن المفحوص يتلجلج. فما زال التركيز على الشعور بالتحكم لا على اللجلجة.

إن التركيز على زيادة الشعور بالتحكم بدلاً من التركيز على المحددات الاعباطية السابقة ومعدلات الطلاق الغامضة بصورة عامة تساعد المفحوص،



والوالدين، والأخصائيين على الاحتفاظ بالإدراك الضروري للمعنى النسبي  
مكونات الاضطراب الوجدانية والسلوكية والمعرفية.

فمنذ بداية العلاج ينبغي أن يكون التركيز على نمو المشاعر،  
الاتجاهات، والمهارات الحركية التي تدعم الشعور بالتحكم. إن تركيز برامج  
الطلاق سلوكياً والذي لا يخاطب السمات الوجدانية والمعرفية لضبط طلاق  
اللغة الفموية قد يكون عاملاً أساسياً وحيداً يؤدي إلى الخجل وشعور الأفراد  
انصابين بمتلازمة اللجلجة المزمنة والمستمرة بالذنب وليس هناك حاجة تدعو  
لذلك، هؤلاء الأفراد غير قادرين على تحقيق أو الحفاظ على الطلاق  
الطبيعية. وبالتركيز على زيادة الشعور بالتحكم في الطلاق وبعض المسائل  
مثل إذا كان ينبغي على المفحوص أن يتعلم أن يقبل اضطراب الطلاق بدلاً من  
مسايرتها بصورة أكاديمية (نظرية) إذا لم تكن متعلقة بالموضوع.

إن أهداف نمط علاقة المساعدة بالإرشاد لأفراد متلازمة اللجلجة تتلاقى  
مع الهدف النهائي لإنشاء واستمرار الشعور بالتحكم في الطلاق وهي:

1 - خلق علاقة بين المفحوص والأخصائي لمساعدة المفحوص في تحديد  
واستكشاف المشاعر، السلوكيات، الاتجاهات التي تتعلق بهم  
أنفسهم وجلجتهم..

2 - مساعدة المفحوص في تحديد المشاعر، السلوكيات، الاتجاهات التي  
تشكل مشكلة اللجلجة.

3 - مساعدة المفحوص في زيادة المنظور الواقعي لمعنى اضطراب  
اللجلجة عندهم وأهميته لأنه يرتبط بإحساسهم بالتوافق وأهدافهم  
الشخصية والمهنية.



4 - مساعدة المفحوص في تحديد الأنماط التلاؤمية للنموذج الوجداني، السلوكي، الانفعالي عندهم بالإضافة إلى النجاح النسبي في هذه الأنماط التلاؤمية.

5 - مساعدة المفحوصين في تطبيق نجاحهم في الأنماط التلاؤمية الوجدانية والسلوكية والمعرفية في متلازمة اللجلجة عندهم.

6 - مساعدة المفحوص في أن يصبح أكثر فعالية في تدعيم الذات.

7 - مساعدة المفحوص في تعريف، ونمو، وزيادة، واستخدام إيماءات مبادأة الطلاقة.

8 - مساعدة المفحوص في تحقيق والحفاظ على الهدف النهائي لبرامج علاج متلازمة اللجلجة وهو الشعور بالتحكم في الطلاقة.

(Thomas. A., 1997)

\*\*\*





**الفصل السابع**  
**دراسة تطبيقية لخفض القلق**  
**لدى عينة من الأطفال**  
**المتلججين وتحسين مفهوم الذات**  
**لديهم**



إن القدرة على الكلام من أبرز الخصائص التي يتميز بها الإنسان عن سائر المخلوقات، ويتطلب الكلام تناغماً بين الفم، الأحبال الصوتية، والمخ. حيث تعتمد عملية النطق على تآزر المناطق العصبية ومركز الكلام في المخ، الذي يسيطر على الأعصاب التي تحرك العضلات اللازمة لإخراج الصوت. وتشارك في هذه العملية الرئتان، والحجاب الحاجز، والأوتار الصوتية، والحنجرة، ومزمار الحلق، والفم، والتجويف الأنفي، والفكين، واللسان، والشفتين، والأسنان. ولكن في بعض الأحيان قد يحدث خلل في منطقة ما، أو يتدخل عامل من العوامل الوراثية أو البيئية، يؤدي إلى حدوث إعاقة في اللغة أو نوع من الاضطرابات الكلامية (جيفان، سار Guven & Sar، 2003).

وتمثل اضطرابات النطق والكلام مجالاً واسعاً من مجالات الإعاقة، إذ تضم نسبة عالية من الأطفال تقدر بحوالي (5 - 10%) من الأطفال في سن المدرسة (حسن مصطفى 2001، 370) ويمكن اعتبار الطفل مصاباً باضطرابات في النطق أو الكلام إذا كان كلامه غير واضح ولا مفهوم للسامع، أو يكون غير مقبول لصعوبة إخراجه (هماجيوشي Hamaguchi، 2001: 267).

ويقسم العلماء اضطرابات القلق والكلام إلى:

\* اضطرابات النطق Articulation Disorders مثل الحذف، الإبدال، التشويه.

\* اضطرابات الصوت Voice Disorders وتشمل طبقة الصوت، شدته، نوعيته، رنين الصوت.

\* اضطرابات اللغة Language Disorders مثل تأخر ظهور اللغة، اضطرابات اللغة التعبيرية، الأفيزيا، اضطرابات اللغة الحسية.



\* اضطرابات الطلاقة Fluency Disorders أو ما يسمى بالعيوب الإيقاعية، ويقصد بها إيقاع وسرعة الكلام من سرعة أو ببطء وتوقف، أو مد وإطالة وتكرار للمقاطع والأصوات، وتظهر اضطرابات الطلاقة في الكلام في صورتين:

أ - السرعة في الكلام Cluttering .

ب - اللجلجة في الكلام stuttering .

ويقصد بالطلاقة اندفاع الكلام بدون جهد يذكر، فيظهر الكلام كسلوك بالنسبة للمتكلم لا يدعو للخوف، أو الإعداد المسبق له، كما أن الكلام ينساب كالسيل دون ظهور عوائق أو حواجز (عبد العزيز السرطاوي، وائل جودة 2001 : 347).

ولقد حظى اضطراب الطلاقة باهتمام من الباحثين على الصعيدين النفسي والطبي، وقد يرجع هذا الاهتمام إلى أن هذا الاضطراب ما زال يكتنفه الغموض، رغم الكم الهائل من الدراسات والبحوث التي أجريت؛ للتعرف على أسبابه وخصائصه، وسبل علاجه ودرجة تأثير هذا الاضطراب على الفرد نفسه.

ويتميز الطفل المتلجلج بما يعرف بسلوكيات اللجلجة وهي تضمن:

تكرار الصوت الأول من الكلمة، تكرار جزء من الكلمات، تطويل الصوت الأول في الكلمة، التردد قبل الكلام على الرغم أنه يبدو وكأنه جاهز ليقول شيئاً، التصاق أول كلمة في العبارة، اندفاع باقى الجملة بمجرد خروج الكلمة المتصلة، أن يفتح الطفل فمه بدون خروج صوت حينما يحاول الكلام، التكشير حينما يفشل في الكلام، إظهار علامات إغلاق العينين، الضرب بالأرجل في الأرض، العض على قبضة اليد. (هماجيوشي Hamaguchi، 2001 : 63).



وتؤثر اللجلجة على الطفل تأثيرا سلبيا، حيث تؤدي إلى شعوره بالإحباط والضغط النفسي المتراكم، مما يدفعه إلى التغلب على هذه المشاعر بتجنب مواقف الكلام ويصبح خجولا، والبعض الآخر يعاني من مشاعر الخوف والقلق والاكتئاب، وهذه الضغوط النفسية قد تؤدي إلى تفاقم مشكلة اللجلجة، ويؤدي خوف الطفل من الفشل في نطق الكلمات إلى سلسلة من لجلجات النطق مما يجعله يتجنب المواقف والكلمات التي تؤدي لذلك. كما ينعكس أيضا على الطفل عند تقييمه لذاته، حيث ينظر إليها نظرة متدنية، ويكون مفهوما سلبيا عن هذه الذات ويزداد هذا المفهوم سوءا، كلما مر الطفل بخبرات الفشل والإحباط.

ويلعب الوالدان دورا في الإرشاد النفسي لهؤلاء الأطفال، وبصفة خاصة إذا كانا يتميزان بالهدوء والثقة في الطفل، وغير قلقين بشأنه، ولديهما القدرة على تحمله، ففي بعض الأحيان يكون الوالدان أنفسهما خجولين من كلام الطفل، حيث لا يملكان القدرة على التعامل مع الطفل ولا مواجهة الآخرين بمشاكلته، مما ينقل هذا الشعور إلى الطفل ويزيد من شعوره بالقلق.

وتتجه الأساليب الحديثة في علاج اضطراب اللجلجة إلى إشراك الوالدين، أو أحدهما في البرامج العلاجية سواء أكانت برامج طبية، أو سلوكية، حيث أظهرت نتائج الدراسات أن البرامج التي يتم إشراك الوالدين فيها تؤدي ثمارها بنجاح أسرع، وتصبح أكثر استمرارا في علاج الطفل من اللجلجة (هيجد Hegde، 1991؛ ريان Ryan 2000).

### مشكلة الدراسة:

ينظر بعض علماء التشخيص إلى اللجلجة على أنها أحد أنواع الخلل في التحدث الناتج عن عدم تنظيم آلية الصوت، ويرون أن العلاج يأتي من خلال تنظيم هذه الآلية.



بينما يؤكد البعض الآخر على أن اضطرابات اللجلجة، تأتي من الاضطراب الانفعالي والنفسي للفرد، وبالتالي فإن المشاعر المضطربة هي أساس اللجلجة، ويرتبط بهذه المشاعر المضطربة رد الفعل العكسي من قبل المحيطين بالفرد المتلجلج، والتي ينتج عنها فشل وإحباط في العلاقات الشخصية والاجتماعية للمتجلج مما يزيد من اضطراب المشاعر والانفعالات.

وعلى الرغم من أن كثيرا من الباحثين يؤكدون على السبب العصبي الفسيولوجي للجلجة فإنهم يؤكدون على وجود الاضطراب النفسي الانفعالي في كل أو معظم حالات اللجلجة. كما تؤكد توجيهات أخرى على أن اللجلجة ترجع أساسا إلى قلق المتلجلج وتعامله مع البيئة التي يعيش فيها.

إن مشكلة المتلجلج الحقيقية في الاتصال والتواصل مع البيئة من حوله، فحيثما يعيش الإنسان في المجتمع فإن القدرة على التواصل هي القيمة الحقيقية، وإذا كان المتلجلج يتفاعل بكل حواسه المفرطة الحساسية مع المجتمع فإنه يعتقد بأنه إذا تفاعل وتواصل بدون لجلجة فسيصبح جيدا وأكثر نجاحا في تأدية وظائفه، وأكثر قبولا لذاته وللآخرين.

مما سبق يتضح أن المتلجلج في حاجة إلى التدخل الإرشادي الذي يقوم على إعادة البناء النفسي للفرد، من خلال خفض المشاعر والأفكار السلبية عن ذاته، وجعلها أكثر إيجابية، كما يمكن خفض مشاعر الإحباط والقلق لديه من خلال إكسابه بعض السلوكيات والفنيات التي تساعد على خفض القلق والتحكم وضبط استجاباته، وهذا ما سوف تحاول الدراسة الحالية تحقيقه من خلال الإجابة عن مجموعة من التساؤلات هي:

هل يمكن أن يؤدي برنامج إرشادي إلى خفض مشاعر القلق عند الطفل المتلجلج؟ وهل يمكن أن يعمل على تحسين الذات لديه؟ ويتفرع من هذا التساؤل عدد من التساؤلات الفرعية:



1 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المتلجلجين على مقياس مظاهر القلق قبل تطبيق البرنامج وبعده؟

2 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من المتلجلجين على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج؟

3 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المتلجلجين على مقياس مفهوم الذات قبل البرنامج وبعده؟

4 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والضابطة من المتلجلجين على مقياس مفهوم الذات بعد تطبيق البرنامج؟

5 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، وبعد شهرين من المتابعة على مقياس القلق؟

6 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، وبعد شهرين من المتابعة على مقياس مفهوم الذات؟

### **الهدف من الدراسة، وأهميتها:**

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على فعالية برنامج إرشادى قائم على استخدام بعض فنيات الإرشاد السلوكى فى خفض حدة مشاعر القلق لدى الفرد المتلجلج، وانعكاس هذا على تحسين مفهوم الذات لديه وجعله أكثر إيجابية، وبيان مدى استمرار هذا التحسن بعد فترة من المتابعة.



وترجع أهمية الدراسة إلى أهمية الموضوع الذي تناوله، وهو اضطراب اللجلجة، حيث تنشر اللجلجة بنسبة 1٪ تقريبا بين أفراد مجتمع، وتنتشر بين الذكور والإناث بنسبة (3 إلى 1) (حسن عبد المعطى، 2001: 174)، وتأثيره السلبي على البناء النفسى للفرد خاصة مشاعر القلق التى تسيطر على الفرد، وتزيد مع المواقف المحيطة التى يمر بها الفرد خلال تفاعله مع الآخرين، والتى تزيد من القلق لديه، كما تنعكس على مفهوم الفرد عن ذاته فتجعله أكثر سلبية. ورغم أن اضطراب اللجلجة لاقى الكثير من الاهتمام من حيث أسبابه ومظاهره وأثر الاضطراب على شخصية الفرد وطرق علاجه، فإن الاهتمام بعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة له أو خفضها لم تلق الاهتمام الكافى، رغم ما أظهرته الدراسات من أن هذه الاضطرابات قد تكون سببا مباشرا فى ظهور اللجلجة، أو فى فشل الأساليب العلاجية التى تقوم على تنظيم آلية الكلام فقط دون الاهتمام بهذه الاضطرابات المصاحبة. وهذا ما دعى المؤلفة إلى الاهتمام بهذا الجانب وتناوله بالدراسة.

### الإطار النظرى ومصطلحات البحث:

#### اضطراب اللجلجة Stuttering Disorders:

وردت اللجلجة فى اللغة العربية بمعنى التردد، واللجلج من كان ثقيلا اللسان وتردد فى كلامه، واللثمة هى التوقف عن الكلام (إبراهيم أنيس وآخرون: 1973: 451).

أما فى اللغة الإنجليزية فيوجد لفظان يشيران إلى لفظ اللجلجة، Stuttering وتقابل بالعربية الرثة وهى التردد فى نطق مقطع الكلمة، أو أن الكلمة لا تكاد تخرج من الفم. أو لفظ Stammering ويقابل فى العربية العقلة وهى تعنى اعتقال اللسان بحيث يعجز الفرد عن تلفظ المقطع إلا بعد جهد كبير. وفى بعض الأحيان يستخدم اللفظان كمترادفين، ولكن من الناحية العملية



يتميز لفظ stuttering بتكرار الحروف أو المقاطع أو الكلمات. بينما يتميز لفظ stammering بالتوقف عن الكلام، وإطالة ومد الحروف (عبد المطلب القريبطى، 1998 : 343).

ويقسم فيصل الزراد اللجلجة إلى نوعين: الأول وهو اللجلجة الاختلاجية أو الاهتزازية Clonic Stuttering وهي تظهر فى تكرار أو إعادة بعض الحروف أو الكلمات والمقاطع الصوتية، هذا التكرار جليبا فى بداية الكلام أو عند أول حرف من الكلمة. أما النوع الثانى فهو اللجلجة التشنجية أو الانقباضية Tonic-stammering وهي أكثر شدة من النوع الأول حيث يتوقف الكلام فى فم الفرد وبشكل مفاجئ مما يؤدي إلى توقف أو (عقلة) فى الكلام قد تطول أو تقصر مدتها، وتظهر على الفرد بعض الحركات العشوائية فى الوجه والأطراف مع تشنجات فى النطق (فيصل الزراد، 1990 : 161 - 162).

أما التعريف الطبى للجلجة فقد ورد فى التصنيف الدولى للأمراض (منظمة الصحة العالمية، 1992، 303 - 304) بأنها كلام يتميز بتكرار سريع أو تطويل فى الأصوات أو المقاطع اللفظية أو الكلمات أو بترددات وانقطاعات كثيرة تقطع الانسياب الإيقاعى للكلام، وتصنف الحالة كاضطراب فقط إذا كانت على درجة من الشدة بحيث تعوق طلاقة الكلام، وقد تكون هناك حركات مصاحبة فى الوجه أو أى جزء من الجسم أو كليهما، مترامنة مع التكرارات أو إطالات الكلام.

بينما جاء تعريف اللجلجة فى الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى بأنها اضطرابات فى الطلاقة العادية للكلام والتشكيل الزمنى له، وتطويله بطريقة غير مناسبة لعمر المريض. وتتألف اللجلجة من واحد أو أكثر من الأعراض



الآتية: تكرارات الصوت، التطويلات، الألفاظ المقتحمة أثناء انسداد الكلام، سككات فى الكلام، إبدالات ملحوظة بالكلمة لتفادى التقطع والانسداد والسكوت. كما يتداخل الاضطراب مع الأداء الوظيفى الأكاديمى والمهنى والاجتماعى للفرد. ولو صاحب ذلك عجز حسى أو حركى أو كلامى فإن الصعوبات تفوق تلك الصعوبات المعتادة للمشكلة ويختلف مدى اللجلجة فتكون أسوأ فى المواقف الضاغطة من الحياة العادية. وتظهر اللجلجة قبل عمر الثانية عشرة وتظهر فى معظم الحالات بين الشهر الثامن عشر، والسنة التاسعة من العمر. مع وجود حالتى ذروة وهى من عمر 2 - 3.5 سنة، 5 - 7 سنوات (D.S.M.IV، 1994).

أما (كليكيلو وآخرين; Klykylo; et al، 1998 : 232) فقد حددوا المحكات التشخيصية للجلجة فى: تكرار الصوت أو المقطع، إطالة الصوت، الاعتراضات أو التوقف أثناء الكلام، الانقطاع المسموع أو غير المسموع، الكلام أثناء نوبة التوتر العصبى، تكرار الكلمات ذات المقطع الواحد مثل (my; my; my Book).

ويطلق (عبد العزيز السرطاوى، وائل جودة، 2001 : 348) على الأعراض السابقة السلوكيات الرئيسية للجلجة، ويضيفان بعض الأعراض المصاحبة والتي أطلقا عليها السلوكيات الثانوية للجلجة وهى:

\* الهروب (Escape Behaviors) حيث يلجأ المتلجلج إلى بعض الحركات مثل رمش العين المتتابع، حركات غير اعتيادية للرأس، إدخالات للأصوات الزائدة على الكلام.

\* التجنب (Avoidance Behaviors) مثل تغيير الكلمات كمحاولة للالتفاف حول كلمة يشعر المتلجلج أنها سبب فى حدوث اللجلجة،



ولحظات الصمت لتجميع الأفكار، وأيضا ظهور علامات الخوف والقلق والارتباك.

### نظريات تفسير اضطراب اللجلجة:

هناك بعض العلماء الذين أرجعوا اللجلجة إلى عوامل عضوية وراثية حيث فسروا اضطراب اللجلجة بأنه شكل من أشكال الخلل فى التوافق الزمنى، ينتج عن تأثير التغذية السمعية الرجعية، مما يجعل هناك تقطعا فى تتابع العمليات الحركية اللازمة للكلام. ومن أمثلة هذه النظريات النظرية النيوروفسيولوجية Neuro Physio Logical Theory حيث أظهرت أن المتلجلج لديه قصور فى نظام السمع، نتيجة للتداخل مع عمليات ضبط الصوت أثناء الكلام (هيجد Hegde، 1991 : 201). والنظرية البيوكيميائية Biochemical Theory وترجع أسباب اللجلجة إلى حدوث اضطراب فى عملية الأيض (الهدم والبناء) وهى مجموعة من العمليات المتصلة ببناء البروتوبلازم (هيجد Hegde، 1991 : 203). ونظرية السيطرة المخية وهى من أكثر النظريات انتشارا لأنها ترجع اللجلجة لعوامل فسيولوجية. وما أظهره رسم موجات المخ من أن هناك انسجاما فى نشاط المخ (فى كلا النصفين) أثناء اللجلجة، ويحدث عكس ذلك أثناء الكلام الطبيعى، وأن هناك زيادة كهربية فى طاقات المخ الكامنة تظهر أثناء اللجلجة ومعنى ذلك أن الفرد عندما يتلجلج فإن موجات المخ فى كلا النصفين تبدو متشابهة، وإذا تكلم بطريقة طبيعية (بدون لجلجة) فالموجات تبدو مختلفة. (سهير عبد الله، 2000 : 32).

أيضا هناك من ربط بين حركات الحنجرة والأحبال الصوتية واللجلجة. ومن خلال رسم تخطيطى كهربائى لعضلات اللسان والحنجرة، ظهر أنه أثناء الكلام الطبيعى تهتز الأحبال الصوتية بصورة منتظمة ومتكررة. ولكن فى حالة اللجلجة نجدها تهتز بصورة غير منتظمة وغير متكررة. كما أن ذوى



اللجلجة يميلون لإغلاق الأحبال الصوتية بشدة وإحكام، مما يؤدي إلى إعاقة الصوت والكلام (توماس Thomas، 1997).

وهناك البعض الذي فسر اللجلجة تبعا للعوامل النفسية والبيئية، مثل نظرية التحليل النفسي التي تفسر اللجلجة كاضطراب عصابي، يرجع إلى تثبيت الليبدو على مراحل من التكوين قبل التناسلي أى السادى الشرجى أو الفمى، وأن اللجلجة إظهار خارجى لل رغبات اللاشعورية بهدف إشباع حاجات فمية أو شرجية، أو أن اللجلجة مثلها مثل التدخين أو مص الأصابع هى شكل من أشكال التدليل الفمى، أو سرعة الانفعال التى تلى المعوقات التى يظهرها المتلجلج تشير إلى التثبيت الشرجى، كما أن السلوك العدوانى من المؤكد أنه جزء من المرحلة الشرجية، لذلك فإن اللجلجة قد تكون تعبيرا عن عدوان السادية الشرجية *Anal-Sadisticagg Ression* وإذا كان المتلجلج ينثر لعبه على مستمعيه، فقد يتم تفسيره على أنه حالة عدوانية متأخرة. كما ربطت النظرية بين اللجلجة والقلق، فاللجلجة تعبير عن ميول عدوانية، ورغبات مكبوتة تتسم بالعدوانية. واللجلجة وفقا لهذا العدوان، وما يصاحبه من مشاعر القلق إخراج يعقبه إيقاف أو خوف من الكلام ثم إخراج يعقبه خوف آخر من إخراج العدوان وهكذا (محمود حموده، 1991 : 264).

وهناك من نظر إلى اللجلجة كنتاج لسوء توافق الشخصية، حيث اعتبرت اللجلجة صورة من صور ميكانزم الانسحاب الراجع إلى الإحساس بالدونية، فالمرء إذا شعر أنه دون غيره، فقد يحجم أو يتردد فى الكلام، كما لو كان متوقعا من المستمعين أن يردوه فى الكلام، ومن هنا يشأ الكف الذى يتسرب إلى عملية النطق، فاللجلجة إذاً هى علامة على فقدان الثقة بالنفس، وشعور بالدونية، واضطراب فى التوافق الاجتماعى (توماس Thomas، 1997).



بينما نظر وشنر Wischner إلى اللججة على أنها سلوك تجنبى ألى -Avoi-  
dine Act/Instrument الهدف منه الحد من أحاسيس القلق المرتبطة بمواقف  
عدم الطلاقة، هذا القلق يؤدي بالفرد إلى بذل المزيد من الجهد لتجنب عدم  
طلاقته. ويرى وشنر أن الوالدين يلعبان دورا فى زيادة الإحساس بالقلق.  
(هيجد Hegde، 1995 : 175).

بينما يؤكد شيهان Sheehan أن اللججة ما هى إلا صراع نتيجة الحيرة  
بين دوافع متعارضة ما بين التحدث وعدم التحدث، ويفسر ذلك بأن اللججة  
تبدأ عند الفرد عندما يصل ميله إلى الكلام (موضوع الصراع) وميله إلى  
الإحجام عن الكلام إلى مستوى متوازٍ ثم بظهور اللججة يقل الإحجام  
الدافعى للخوف ويتحرر المتلجج من العائق الذى يؤثر على عملية الكلام  
(سهير عبد الله، 2000 : 35).

كما فسر بعض العلماء اللججة على أنها سلوك إجرائى OperantBe-  
havior متخدين من نظرية سكر أساسا لهذا التفسير، واللججة تبعا لذلك  
نتاج طبيعى لعدم الطلاقة اللفظية عند الأطفال، وتستمر مادام التعزيز  
الإيجابى من المستمع والممثل فى تعبيرات الوجه والتلميحات مستمرة، أو  
التعزيز السلبى والذى يؤدي إلى أن يغير الطفل من اللججة كعدم طلاقة  
عفوية إلى صراع أو صمت (هماجيوشى Hamaguchi، 2001، 149 -  
151).

وهناك من فسر اللججة كاستجابة شرطية Conditional Response  
وأكدوا على أنها تحدث نتيجة اقتران حالة انفعالية ببعض المواقف الكلامية،  
ونتيجة لهذا يصبح الكلام عملية صعبة، إذ يتوقع المتلجج دائما أنه سيعاقب  
على محاولاته الكلامية، وهذا العقاب يبدو فى صورة عدم طلاقة طبيعية  
وصعوبة فى تدفق الكلام (هيجد Hegde، 1991 : 205).



وأرجعت النظرية التشخيصية والتي نادى بها جونسون Jonnson اللجلجة إلى خطأ التشخيص الوالدى لعدم الطلاقة للأبناء، حيث يطلق الآباء على التكرارات الطبيعية للطفل وتردداته (جلجة) ويظهرون القلق والخوف والاهتمام الزائد بكلام الطفل، مما يجعله يشعر بالتوتر والقلق والخوف فيستعجل إخراج الكلام قبل أن يتعرض للتوبيخ من والديه فيقع فى اللجلجة وهكذا تستمر دائرة الخوف والقلق وعسر النطق (سيلفر مان Silverman، 1994 : 193).

كما سبق يتضح أن هناك العديد من النظريات المفسرة لاضطراب اللجلجة بعضها أخذ بالمنحى الوراثى، والآخر أخذ بالمنحى البيئى والشخصى. إلا أنه لم يتفق المفسرون للاضطراب على نظرية واحدة أو تفسير واحد للجلجة، كما ظهر الارتباط الواضح بين اللجلجة ومشاعر القلق والخوف وفقدان الاحترام للذات، حيث تؤدي اللجلجة وما يصاحبها من إحباطات إلى تكوين مفهوم سلبى عن الذات، كما أظهرت النظريات الدور الوالدى لتنمية اضطراب اللجلجة عند الأبناء.

ويؤكد ياروس Yaruss (1999) على أن اضطراب اللجلجة يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية معينة مثل الانسحاب الاجتماعى، التجنب للتفاعل اللفظى، وأيضا ضعف الوجدان، والذي يظهر مع زيادة القلق لدى المتلجلج، كما يؤدي إلى عجز الفرد عن أداء الأنشطة والإعاقة الوظيفية والتكافل الاجتماعى مثل (كبح) المشاركة، حيث إن وجود الشعور بالعجز يسبب عائقا يكبح ولا يمنع المشاركة بصورة كبيرة فى الأنشطة المألوفة، ويشمل على الشعور بالارتباك والحياء وأخيرا إعاقة الكفاءة الذاتية للفرد.

ويفترض (تريون Teron، 1995) وجود قطبين متفاعلين، يؤديان إلى حدوث اضطراب اللجلجة، حيث تحدث فى مراحلها الأولى بسبب الصدمات



النفسية العاطفية التي تنتج عن الحرمان أو التشويش أو الصراع أو سوء الأداء، وبمعنى آخر يظهر الاضطراب من خلال التجارب التي يتفاعل معها الفرد في محيط بيئته والتي تتفاعل بدورها مع الاستعدادات الداخلية المهيئة للاضطراب.

ويؤكد (ويبسر Webster، 1998) على تفاعل عاملين مهمين لإنجاح علاج اللجلجة وهما:

\* تعديل الكلام أو تعديل سلوكيات اللجلجة.

\* تعديل الاتجاهات والاستجابات المتعلقة بالفهم وتجنب المواقف الاجتماعية والمواقف التي تتطلب الكلام

كما يؤكد (كريج Craig، 2000) على وجود تفاعل معقد للأحداث تنتج عنه اللجلجة مع وجود مشكلات فيولوجية بالاشتراك مع عوامل بيئية والتي تختلف من فرد لآخر، وقد يؤدي العيش في ظل اللجلجة إلى وجود مشكلات نفسية مثل التوتر والقلق، وتؤكد الدراسة على أن أفضل الأعمار لعلاج اللجلجة هي من (8 - 14) عاما.

وحاول (فان بورسيل، تايلو VanBorseL & Taillieu 2001) معرفة الفروق في القدرة الكلامية بين المتلجلجين لأسباب جينية عصبية أو بيئية اجتماعية ولم تتوصل الدراسة إلى فروق بينهما.

وناقش (انجهام Ingham، 1993) الاتجاه السائد في بحوث تعديل السلوك لعلاج اللجلجة، وقد تم حصر هذه الاتجاهات في: العلاج بالتغذية الراجعة السمعية، تنظيم التنفس، علاج تدفق الهواء، والتغذية الراجعة الحيوية لضبط الإيقاع الصوتي، الاستعانة بالوالدين كمكون علاجي يزيد من أثر العلاج في البيئة الطبيعية للمتلعجلج.



كما يكّد (مارتين Martin، 1993) على ضرورة أن ينحو علاج اللجلجة إلى تعديل المثيرات البيئية التي تتحكم في الأنشطة اليومية لذوى اللجلجة وبالتالي لابد من خروج علاج اللجلجة من العيادات إلى المشاركة الفعالة في البيئة.

### الخصائص النفسية والسلوكية للمتجلجج:

أظهرت نتائج العديد من الدراسات والبحوث بعض الخصائص النفسية والسلوكية التي يتميز بها الفرد المتجلجج عن غيره من الأفراد العاديين ومنها:

1 - الفرد المتجلجج يشعر معظم الوقت أنه جزء منفصل عن مجتمعه وعن الآخرين.

2 - يشعر المتجلجج بالعجز أكثر من غيره، وذلك لأنه لا يستطيع إخفاء أو إضمار صعوبات الكلام؛ ولذلك فهو الهدف الدائم للسخرية والاستهزاء من الآخرين.

3 - يتميز المتجلجج بالحساسية الشديدة تجاه الآخرين، وتجاه مواقف التفاعل الاجتماعي لخوفه وشعوره بالتهديد الذاتي، والحساسية لأي نوع من النقد أو الشك أو الاستفزاز له.

4 - يعتقد المتجلجج أن من حقه على المحيطين به أن يمنحوه قدراً من التميز والخدمات الخاصة، كأن يقوموا بالمهام الكلامية نيابة عنه وإن كان في نفس الوقت لا يرضى أن يظهر بمنظر العاجز عن الكلام. وهناك أوقات ومواقف معينة مثل بداية الإجازة الصيفية، وأعياد الميلاد والحفلات، وبداية العام الدراسي، والكلام عبر الهاتف أو أمام الحاضرين كلها تعد أوقاتاً عصيبة عند الفرد المتجلجج.

5 - يزيد خوف الطفل المتجلجج كلما أظهر الآباء القلق والضيق والارتباك والتجمل من لجلجة طفلهم، وهذه المشاعر تنتقل بالتبعية إلى الطفل.



6 - لا يحب المتلجلج الأسئلة التي تحتاج إلى حوار طويل، بل يجب أن تكون الأسئلة مباشرة وواضحة وتكون بقدر الضرورة، ولا تحتاج إلى أكثر من كلمة أو اثنتين ليجيب عنها.

7 - يشعر المتلجلج بالخرج الشديد عندما يقاطعه الآخرون أثناء كلامه، فهو في أمس الحاجة إلى انتقاء كلماته بعناية فائقة قبل التفوه بها. أيضا عندما يحاول الآخرون مساعدته في نطق الكلمات، أو عندما يتأففوا من كلامه.

8 - لا يحب المتلجلج أن يوضع في مواقف كلامية صعبة كأن يطلب منه المعلم أن يقرأ في الفصل، أو أن يشترك في مواقف تفاعل اجتماعي، أو يرد على التليفون.

9 - دائما ما يشعر المتلجلج بأنه عبء على الآخرين ويحتاج إلى الاعتذار إليهم حتى لا يملوا منه.

10 - لا يحب المتلجلج أن يوضع في مواقف تنافس، حيث يشعر بالتهديد لذاته، ويميل المتلجلج إلى الاستكانة والتأخر، ويطلب من الآخرين المبادأة.

11 - قد يعتقد المتلجلج أنه أكثر ذكاء وتفوقا وتحملا من الآخرين، وأن المشكلة هي في المواقف نفسها. أما هو فعمله أكثر تميزا وإتقانا من الآخرين.

12 - يؤكد المتلجلج لنفسه أولا، وللآخرين ثانيا على الأهمية القليلة للكلام، مما يدفعه إلى التنصل من المسؤوليات، وتجنب مواقف الصراع ولا يتمسك بها، ولا يشكو من سلب حقوقه. ومن ثم



تضييق نشاطاته وواجباته لأقل درجة ويشعر بالرضا عن قلة العمل،  
وأنه قد نُحَى، وعليه أن يعمل في أحقر الأعمال.

13 - يعتقد المتلجلج أن على الآخرين التساهل معه في أخطائه سواء  
الكلامية أو غيرها. فالمتلجلج قد يشعر بأنه يثقل بالقواعد والقوانين  
دون أى اعتبار لمدى ملاءمتها له. فهو دائما يشعر بالرغبة في التمرد  
على القواعد ويرفض أن يكون تحت السيادة من قبل الآخرين.  
ولكنه لا يستطيع إظهار هذا التمرد بصورة صريحة ويحاول تجنب  
إظهار هذه المشاعر السلبية، مما يزيد من قلقه وإحباطه وتحقيره لذاته  
(هيجد Hegde، 1991، 1995؛ فان ريبير Van Riper، 1992؛  
توماس Thomas، 1997؛ Hamaguchi، 2001).

وهناك العديد من العوامل التى تؤثر فى البناء النفسى للمتجلج، منها  
العوامل المعرفية (التفكير والإدراك) والوجدانية (المشاعر والانفعالات) والتى  
تحدد شكل أو نوع المساعدة التى قد يحتاجها الفرد. ويمكن وصف هذه  
العوامل بأنها:

- \* سوء إدراك من المتلجلج للمواقف من حوله (جانب معرفى).
- \* تفسير لهذا الإدراك من خلال الجانب الوجدانى (الغشاء أو الغطاء  
الوجدانى) ويترتب عليه توقع قدر معين من المساعدة من الآخرين.
- \* سوء إدراك الفرد يظهر فى الإدراك المشوه لمفهوم الذات عند الفرد،  
والذى لا يمكن تغييره بسهولة.

كما أن الإدراكات التى تتعلق بمفهوم الذات عند الفرد تصبغ بدلالة  
وجدانية أكثر من إدراكات الأحداث أو الأشخاص والموضوعات، وكلما  
اقترب إدراك الفرد لمفهوم الذات كلما ازدادت المشاعر التى تصاحب هذا



الإدراك. إن الدلالة الوجدانية المرتبطة بالإدراك وبالتالي بالسلوك الذى يقوم على الإدراك قد تكون عائقا أو عاملا ميسرا فى تعديل كل من الإدراك والسلوك الناتج عن الإدراك. إن سوء الإدراك المصحوب بدلالة انفعالية قليلة أو بدونها يمكن من خلال تعديل الأفكار والسلوك، ومن ناحية أخرى فإن تعديل سوء الإدراك الملئ بالوجدان دائما ما يتطلب إنشاء علاقات مساعدة تتميز بتبادل الدلالة الانفعالية مثل الدلالات الموجودة فى علاقات العلاج النفسى. (سيلفرمان Silverman 1994 : 175).

إن عدم الانسجام بين الطرق التى يفكر ويشعر بها تشير إلى نوع العلاقة المساعدة التى يحتاجها الفرد. فالمتلجلج أثناء العلاج قد يلتزم عقليا بتعديل كلامه، ولكن لا يلتزم انفعاليا لتعديله، وبالتالي فإن هذا يؤدي إلى فشل العلاج أو الانتكاسة مرة أخرى. وعلى ذلك فإنه لكي ينجح العلاج لابد من مرور المتلجلج بمراحل وهى:

\* مناقشته فى سوء إدراكه للمشكلة ذاتها، بالإضافة إلى سوء إدراكه لمدى تشعبها مع مشاكل أخرى يعانى منها.

\* تشجيع إظهار المشاعر التى تتعلق بالمشكلة ذاتها، أو تتعلق بمفهومه عن ذاته، والتى تعوق النجاح فى أساليب تعديل طلاقة الكلام، ثم تعديل مواقف الخبرة التى تظهر التباين بين طريقة تفكير المتلجلج وطريقة إحساسه بمشكلته وذاته.

\* إن تغيير مشاعر واتجاهات الفرد التى تختص بمشكلة معينة مسألة صعبة، خاصة وأن المشاعر والاتجاهات هذه تنمو غالبا فى السنوات الأولى من عمر الفرد من خلال تكرار التبادلات المليئة بالانفعالات مع الوالدين، ويمكن تعديل إدراكات الذات من خلال التفاعل مع الأفراد الذين يرتبط بهم المتلجلج انفعاليا أكثر من الأفراد الذين تظهر



عليهم مشاعر سلبية نحوه. كما يؤكد المعالجون على أن التغييرات المفاجئة في مفهوم الذات عند الفرد تناسب الاستجابات الانفعالية التي تؤدي إلى القلق مصحوبة بتفاعل فردي أو سلسلة من التفاعلات مع الآخرين المؤثرين. وتقوم فلسفة العلاج على تنمية العلاقات التي تتميز بالتبادل الوجداني بطريقة لفظية (التلفظ مصحوب بالمشاعر) بالإضافة إلى التفاعل المعرفي بطريقة لفظية، فمن خلال التبادل المهم للمشاعر والاتجاهات مع الأخصائيين فإنهم يعطون المتلعجج الفرصة لتحديد وتقييم وتبني طريقة علاجية لتيسير المشاعر والاتجاهات (سيلفرمان Silverman، 1994: 174 - 180؛ كارين، وكسلر Karin & Wexler، 1996).

### علاج اللجلجة: Stuttering Therapy

تعددت أساليب وطرق علاج اللجلجة تبعاً لتعدد النظريات التي تفسر أسباب الاضطرابات، ومن أهم هذه الأساليب:

- \* العلاج الطبي بالجراحة، أو العقاقير.
- \* العلاج النفسي للكشف عن الصراعات الانفعالية التي يعيشها المتلعجج، أو عن أسباب فشله وعدم إحساسه بالأمن والطمأنينة، وتهدف هذه العلاجات إلى إعادة الطمأنينة النفسية للطفل وزيادة إحساسه بالأمن والثقة. وتعتمد هذه البرامج على تعاون الوالدين وتفهمها للهدف منه. ومن طرق العلاج النفسي العلاج باللعب الحر وهو يتيح للطفل التعبير عن العواطف والاتجاهات والمشاعر والقلق، ويمكنه من الكشف عن ذاته الحقيقية والتنفيس عن رغباته المكبوتة أو التي حرم منها، ومن خلال اللعب يتعلم الطفل كيفية الشعور بالثقة فيما يتعلق بالآخرين. وتفيد جميع الأنشطة التفاعلية مثل الغناء



الجماعى، الألعاب الجماعية، ألعاب الحكايات والقصص فى علاج اللجلجة. (فصل الزراد، 1990 : 192 - 193).

\* كما أن هناك العلاج بطريقة التحليل بالصور Picture discussion therapy، والعلاج بالإيحاء والإقناع Suggestion and persuasion therapy والعلاج بالاسترخاء Relaxation therapy. ويفيد فى علاج اللجلجة حيث إن انفعالات الخوف والقلق والتجمل والشعور بالدونية لا تظهر أثناء الاسترخاء، ويجب أن يتم تدريب المتلجلج على الاسترخاء قبل أو مع مواقف اللجلجة حتى تزيد من ثقته فى نفسه وبقدرته على الكلام دون خوف أو قلق.

والعلاج بالسيكودراما Psychodrama therapy وتأتى كشكل من أشكال العلاج النفسى الجماعى، ويستخدم التمثيل كوسيلة أدائية، والتلقائية هى الصفة المميزة لهذا الأداء، وتجمع بين الإسقاط والتنفيس الانفعالى، وهى أسلوب يتعدى اللغة ويصلح فى علاج العديد من الاضطرابات النفسية، وقد عرفها (حامد زهران، 1997 : 315) باسم التمثيلية النفسية أو تمثيل المشكلات النفسية أو العلاج بالمسرحيات النفسية، وهى عبارة عن تصوير مسرحى وتعبير لفظى حر وتنفيس انفعالى تلقائى، وتفيد فى مساعدة الفرد لتقبل ذاته وتقبله للآخرين، مما يساعد فى التخلص من التوتر النفسى والقلق.

وهناك العلاج الكلامى Speech therapy ويهتم بتدريب المتلجلج على الطلاقة الكلامية والتخلص من سلوكيات اللجلجة، وإن كانت نتائج بعض الدراسات تؤكد على أن العلاج الكلامى فقط للجلجة لا يكتمل إلا بالعلاج النفسى، للأسباب الانفعالية والنفسية المسببة للجلجة، حيث هناك ما يعرف بظاهرة (انتكاسة اللجلجة) أى العودة إلى اللجلجة مرة أخرى بعد العلاج الكلامى والتخلص منها. وذلك يرجع فى الغالب إلى هذا النوع من العلاج



الذى يتم داخل العيادات ولا يتيح للمتلعجل التفاعل مع المواقف البيئية التى تؤدى إلى اللجلجة . (فان ريبير Van Riper ، 1992 : 173)

ومن أساليب العلاج الكلامى الاسترخاء الكلامى Speech relaxation ويهدف إلى إيجاد ارتباط بين الشعور بالراحة والسهولة وبين القراءة أو الكلام، حيث يبدأ المعالج بالقراءة أولاً ثم يطلب من المتلعجل تقليده، ويلى ذلك تمرينات بسيطة على شكل أسئلة تؤدى بأسلوب هادئ ويصاحبها التدريب على الاسترخاء العضلى والتدريبات لتنظيم التنفس . وكذلك التدريب على الكلام الإيقاعى، والنطق بالمضغ، والممارسة السلبية، والتغذية السمعية المرتدة المتأخرة (فتحى عبد الرحيم، حليم بشاى، 1980: 672؛ عبد الرحمن العيسوى، 1993: 160؛ حسن عبد المعطى، 2001: 184 - 188).

وهناك العلاج البيئى Environmental therapy ويقصد به إدماج الطفل فى نشاطات جماعية اجتماعية تدريجياً، حتى تتاح له فرصة الاندماج الاجتماعى وتنمو شخصيته ويعالج من خجله وانسحابه الاجتماعى، كما يتضمن العلاج البيئى إرشاد الآباء القلقين إلى أسلوب التفاعل مع الطفل وتجنب إجباره على الكلام تحت ضغوط انفعالية أو فى مواقف تثير عنده مشاعر القلق مما يؤدى إلى توتره وظهور اللجلجة، وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أهمية مشاركة الأسرة خاصة الأم فى علاج اللجلجة عند الأبناء، أو فى الوقاية من عدم نمو الطلاقة الطبيعية مثل الدراسات التى قام بتنفيذها وتلخيصها (هيجد Hegde، 1995) ودراسة (جيفن، سار Sar & Güven، 2003) عن أساليب التواصل المختلفة عند أمهات الأطفال المتلعجلجة وغير المتلعجلجة.

وتؤكد الاتجاهات الحديثة على أهمية ربط العلاج بالوالدين، وقد أوصت الجمعية الأمريكية للكلام واللغة والسمع ASHA فى تقريرها لعام



2000 الآباء بأن يتكلموا ببطء مع أطفالهم، وأن يحددوا عدداً من الأسئلة، وأن يتجنبوا المقاطعة والانتقادات الموجهة للطفل (جيفن، سار، Güven & Sar، 2003).

### ثانياً، مفهوم القلق:

عرفه (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي، 1988: 219) بأنه شعور عام بالفزع أو الخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث.

بينما تعرفه (فيولا البيلاوي، 1987: 5 - 6) بأنه استعداد ثابت نسبياً كامن في الفرد نتيجة خبرة متعلمة في مواقف مؤلمة سابقة، ويثار هذا الاستعداد بمثيرات من داخل الفرد أو خارجه.

ويعرفه (محمود حمودة، 1991: 166) بأنه الخوف والشعور بالانقباض وترقب شر سوف يقع مستقبلاً، فإذا كان الخوف من شيء معلوم فهذا هو القلق الثانوي، أما إذا كان الخوف لسبب غير معروف فهذا هو القلق الأولي.

ويعرفه (أحمد عبد الخالق، 1994: 14) بأنه شعور عام بالخشية أو أن هناك مصيبة وشيكة الوقوع، أو تهديد غير معلوم المصدر، مع شعور بالتوتر والشدة وخوف لا مسوغ له من الناحية الموضوعية.

ويعرفه (بتروفسكى، ياروشفسكى، 1996: 22) بأنه حالة انفعالية تنشأ في مواقف الخطر الوشيك، وعادة ما يرتبط القلق عند الإنسان بتوقع الفشل في مواقف التفاعل الاجتماعي، وقد يفصح القلق عن نفسه في شكل شعور بالعجز، وعدم الثقة بالنفس.

ويتضح التعدد ليس فقط في التعريفات، وإنما أيضاً في النظريات المفسرة للقلق. فالقلق عند (فرويد) هو التنبيه الزائد. ومشير القلق عند (مورار) هو الألم، على حين هو استجابة الخوف الفطرية عند (ميللر) وصدمة الميلاد عند



(رانك) وبالنسبة للوجوديين فإنها الحقيقة المجردة لكون الفرد آدميا يعيش (أحمد عبد الخالق، 1994 : 23).

وقد أشار (فرويد) إلى القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية، فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعنى أن الدوافع (الإلهية) والأفكار غير المقبولة والتي عملت (الأننا الأعلى) على كبتها تجاهد لتظهر مرة أخرى في مجال الشعور، وتوشك أن تنجح في اختراق الدفاعات. وعلى هذا تقوم مشاعر القلق بوظيفة الإنذار للقوى الكابتة ممثلة (بالأننا الأعلى) لتحشد مزيدا من القوى الدفاعية لتحول دون المكبوتات والنجاح في الإفلات من أسر اللاشعور (علاء الدين كفاي، 1999 : 236).

وقد ربطت نظريات أخرى بين القلق والعلاقة بين الطفل ووالديه، ويؤكد (إيرك فروم) على أهمية العلاقات الاجتماعية التي ينشأ بها الطفل. فإذا اتسمت هذه العلاقات بالتسلطية أو التباعد، فإن الفرد يشعر بمشاعر الاغتراب والعزلة، والطفل في هذا الموقف يتنازعه دافعان أحدهما يدفعه إلى أحضان الوالدين حيث الأمن والدفع، والآخر يدفعه بعيدا عنهما طلبا للاستقلال (علاء الدين كفاي، 1990 : 349).

بينما ركز (سوليفان) على مفهوم العلاقات البينشخصية: فالذات عند الطفل تتكون في البداية من الاستحسانات المنعكسة، فمشاعره واتجاهاته نحو ذاته انعكاس لمشاعر واتجاهات الآخرين نحوه، ويفسر سوليفان انعكاس قلق الوالدين على الطفل في ضوء مفهوم الإدراك الوجداني الذي يعتبره وسيط الاتصال الأساسي بين الطفل ووالديه، والذي من خلاله ينتقل قلق الوالدين أو أحدهما إلى الطفل (فيولا البيلاوي 1987 : 8 - 9).

وقد نظر السلوكيون مثل (فوليه، إيزنك) إلى القلق على أنه لا يختلف عن الخوف (الفوبيا) وكل ما في الأمر أن القلق أصبح هائما أو منتشرًا نتيجة



لتعميم الخوف على مشيرات ظهرت على التوالي مع المثير الأصلي الذي يسبب الخوف (عزيز حنا، محمد عبد الظاهر الطيب، 1991 : 286) واهتم أصحاب النظرية المعرفية مثل (إليس، بيك) بمعتقدات الفرد وأفكاره الخاطئة كسبب رئيسى فى تولد القلق لدى الفرد. وقد فرق (إليس Ellis، 1980 : 30) بين شكلين من أشكال القلق:

\* قلق عدم الارتياح: ويعرفه بأنه ضغط انفعالى ينتج عندما يشعر الناس أن راحتهم أو حياتهم مهددة، وأنهم لابد أن يحصلوا على ما يريدون، وأنه لفظيح ألا يحصلوا على ما يفترض أن يحصلوا عليه.

\* قلق الأنا: ويعرفه بأنه ضغط انفعالى ينتج عندما يشعر الناس بأن قيمتهم الذاتية أو الشخصية مهددة، أو أنهم يجب أن يقوموا بالأداء الجيد وأن يستحسنهم كل من حولهم، أو أنه لفظيح ومأساوى عندما لا يقومون بالأداء الجيد أو يستحسنهم الآخرون كما كانوا يتوقعون.

وحاول بعض العلماء تفسير القلق من الناحية الفسيولوجية حيث أظهرت بعض الدراسات أن هناك ثلاثة مواقع فى المخ هى المسئولة عن تنظيم القلق عند الإنسان، وهى المنطقة قبل الجبهية (الأمامية)، والغدة اللوزية، وأخيرا منطقة ما تحت المهاد Hypothalamus فى منطقة تحت القشرة المخية. فعند تعرض الإنسان لانفعال ما يبدأ المخ فى التعامل مع هذا الانفعال بواسطة القشرة قبل الجبهة (الأمامية) التى تقوم بالتقييم المعرفى لهذا الضغط، ثم ينتقل العمل إلى الغدة اللوزية التى تعمل على توليد استجابة الخوف، بعد ذلك يحدث تنبيه لغدة ما تحت المهاد أو الهيبوثالامس والتى تعمل على تنظيم الانفعالات والوظائف الأساسية للأحشاء، فهى المسئولة عن الاستجابات الانفعالية والسلوكيات المتكاملة (كالين Kalin، 1993 : 94).



وللقلق أعراض جسمية مثل نقص الطاقة والمثابرة والضعف العام وتوتر العضلات والنشاط الحركى الزائد والصداع وتصيب الرق، واضطراب النفس والشعور بضيق الصدر والغثيان وعسر الهضم وفقدان الشهية. وأعراض نفسية مثل العصبية والتوتر العام والحساسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج، والشك والارتباب، والشعور بالاكتئاب والتشاؤم وضعف التركيز وضعف القدرة على إنجاز الأعمال وسوء التوافق الاجتماعى، أما الأعراض النفسجسمية والتي يسببها القلق أو يلعب دورا مهما فى نشأتها فمثل الذبحة الصدرية، وأمراض القلب والبول السكرى، وقرحة المعدة والاثنى عشر، والقولون العصبى والصداع النصفى (أحمد عكاشة، 1998 : 537 - 542؛ كابلوى، هنلون Keably & O'hlanon، 1997 : 15 - 17).

\* العلاقة بين القلق واللجلجة: يعد القلق من أكثر العوامل النفسية ارتباطا باللجلجة. وقد تناول العديد من الباحثين العلاقة بينهما، ففى حين اعتبر البعض أن القلق سبب للجلجلة، أكد البعض الآخر على أن القلق نتيجة وليست سببا.

ويعد وشنر Wischner (1952) أول من ربط بين القلق واللجلجة، حيث اعتبر أن اللجلجة مظهر من مظاهر القلق. فاللجلجة فعل تجنبى الهدف منه الحد من أحاسيس القلق المرتبطة بمواقف نقص الطلاقة اللفظية، وقد ميز وشنر بين نوعين من أنواع القلق وهما القلق الموقفى Situation anxiety والذى ينشأ عن الخوف من الكلام فى مواقف كلامية، ومشيراته غير لفظية تتمثل فى نوع المستمع من حيث السن والجنس وعلاقة المستمع باللجلجة. وقلق الكلمة Word anxiety وينشأ عن الخوف من النطق بكلمات معينة من حيث خصائصها الشكلية أو وجود حروف فى الكلمة تؤدى إلى لجلجة المتحدث وأنه حاول نطقها فى مواقف سابقة وفشل (كريبج Craig، 2000 : 180).



وتشير نتائج بعض الدراسات إلى أن المتلجلج يعاني من الحساسية المفرطة والقلق، كما يعاني من مشاعر النقص وعدم الطمأنينة، وهو فرد منطو، ميال إلى كبت المشاعر وقمع الأفكار، كما يعاني من مشاعر الحرمان العاطفي ويعرضه عن طريق العدوان. ومما يزيد من مشاعر القلق لدى المتلجلج أن الوالدين دائما لديهما توقعات حول قدرات أطفالهما اللغوية لا تتناسب مع قدراتهم الحقيقية. في حين نظر البعض الآخر إلى القلق ومشاعر الخوف وانعدام الأمن وتدني الذات كنتيجة للاضطراب أكثر مما هي سبب مباشر له (راتنر، سيلفرمان Ratner & Silverman، 2000).

ويرى (فيصل الزراد، 1990: 173) أن العوامل المساهمة في ظهور اللجلجة هي القلق والخوف المرتبطان بخبرة مؤلمة عاشها الطفل المتلجلج وهي خبرة في إطار اللغة والكلام.

بينما يشير (فان ريبير Van Riper، 1990) إلى أن التكرارات والإطالات تحدث عندما يكون المتلجلج قلقا، وهذا القلق بمثابة الاشتراط الكلاسيكي مع اللجلجة، حيث يعترى غالبية المتلجلجين القلق أثناء المواقف الكلامية، ومن ثم تتكون دائرة مفرغة مؤداها أن القلق يتسبب في حدوث اللجلجة وتتسبب اللجلجة في حدوث القلق وهكذا.

ويستعرض عبد العزيز الشخص (1997) بعض طرق وأساليب علاج اللجلجة وما يصاحبها من قلق تتلخص في:

1 - التعرف على المشكلة: حيث يتم مساعدة الفرد على الوعي بمشكلته، وإدراكها بواقعية.

2 - التحصين التدريجي (Desensitization) أي محاولة خفض القلق تدريجيا، حيث يتم تعليم الفرد عدم الربط بين اللجلجة ومشاعر



التوتر والقلق بصورة تدريجية، ويتم تقديم المثير المسبب لقلق الفرد تدريجياً في سياق متتابع. وبالتالي يتم استبدال السلوك اللغوى والمتصف بالتوتر والانفعال أو اللجلجة بسلوك آخر طليق يخرج بسهولة ويسر.

3 - تعديل اللجلجة Modification حيث يتم تعديل اتجاهات الفرد نحو نفسه، ونحو لجلجلته أثناء العلاج وهنا يتم مساعدة الفرد لتغيير مفهومه عن ذاته، وطريقة كلامه، وأيضاً التدريب على ممارسة اللجلجة بطريقة أسهل وأيسر.

4 - الترشيح أو التدعيم Stabilization وهى تمثل الخطوة النهائية حيث تحصن الفرد من الانتكاس أى اللجلجة مرة أخرى بعد توقف العلاج. وتقوم على تقبل الفرد لإمكانية أنه قد يحدث بطلاقة أحياناً بينما يتعثر أحياناً أخرى: (عبد العزيز الشخص، 1997: 308 - 309).

بينما يؤكد (وبستر Webster، 1998) على أن هناك عاملين مهمين يؤثران في اللجلجة وهما: عدم فعالية المجال الحركى التكميلى العصبى، والنظام المتغير لنشاط نصف المخ. كما أن تفاعل هذين العاملين هو الذى يحدد اتجاه أغلب برامج علاج اللجلجة، وذلك من خلال تعديل الكلام، وتعديل السلوكيات المصاحبة للجلجة، وتعديل الاتجاهات والاستجابات المتعلقة بالفهم، والتجنب للمواقف الاجتماعية التى تتطلب الكلام. كما أن هذا النموذج يقدم طرقاً عملية معاصرة لعلاج اللجلجة، حيث يوجه المتلجلج إلى استخدام واكتساب مهارات الطلاقة، والمهارات المعرفية، والمهارات السلوكية. وذلك للتعامل بها أثناء كلامهم.



### ثالثاً: مفهوم الذات Self concept:

يعرف (روجرز، 1959) الذات بأنها جشطلت تصوري منظم ومتناغم تم تشكيله من إدراكات الشخص لنفسه، وإدراكاته لعلاقاته بالعالم الخارجي والآخرين (محمد السيد، 1998: 382) والذات مفهوم فرضي يشير إلى منظومة معقدة من العمليات الجسدية والنفسية المميزة للفرد. وللذات خمسة جوانب هي الذات الجسدية، والذات كعملية تتضمن الأفكار والمشاعر، والذات الاجتماعية، ومفهوم الذات أي الصورة التي لدى المرء عن ذاته، والذات المثالية أو ما تطمح أن تكون عليه (موسى جبريل، 1993: 197).

ويذكر (عبد الرحمن سليمان، 1999: 6)، أن هناك العديد من العلماء فرقوا بين مصطلحي الذات ومفهوم الذات. وأن كلا منهما يمثل جزءاً من شخصية الفرد الكلية، فالذات هي ذلك الجانب الذي نعيه عن أنفسنا في المستوى الشعوري، أما مفهوم الذات فإنه يشير إلى تلك المجموعة الخاصة من الأفكار والاتجاهات التي تتكون لدينا حول وعينا بأنفسنا، ومن الوعي بأنفسنا تنمو أفكارنا أو مفاهيمنا عن نوع الشخص الذي نجده في أنفسنا.

بينما ينظر (سويبر وآخرون Sauber et al، 1993: 353-354) إلى أن مفهوم الذات تصور كلي متناغم يتشكل من إدراكات وخصائص الفرد وعلاقاته مع الآخرين، ومع مختلف جوانب الحياة، والقيم المحددة لهذه الإدراكات، وهو بذلك عملية متغيرة مرنة. وتعد خبرات الذات المادة الخام التي يتشكل منها مفهوم الذات.

ويعرف بتروفسكى ياروشفسكى (1996: 276) مفهوم الذات بأنه (صورة متكاملة عن ذات المرء، يتم معاشتها انفعاليا كنظام فريد لأفكار الفرد عن نفسه)، واستناداً إليها يتفاعل مع الآخرين، ويكون موقفا تجاه نفسه.



ويعرف (حامد زهران، 1997: 69) مفهوم الذات بأنه (تكوين معرفي منظم للمدركات الشعورية والتصورات والتقييمات الخاصة بالذات، يبلوره الفرد، ويعتبره تعريفا نفسيا لذاته. ويتكون مفهوم الذات من أفكار الفرد الذاتية المنسقة المحددة الأبعاد. وينقسم مفهوم الذات إلى مفهوم الذات المدرك ويحدد وصف الفرد لذاته كما يتصورها هو، ومفهوم الذات الاجتماعي وهي الصور التي يعتقد الفرد أن الآخرين يتصورونها والتي يتمثلها الفرد من خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ومفهوم الذات المثالي وهي المدركات والتصورات التي تحدد الصورة المثالية للشخص التي يود أن يكون عليها، وهناك مفهوم الذات الخاص والذي يختص بالذات الخاصة أي الجزء الشعوري السري جدا أو «العورى» من خبرات الذات، والتي يخجل الفرد منها، ولا يستطيع البوح بها. لذا تنشط الذات تماما للحيلولة دون خروج محتوياته.

ويتأثر مفهوم الذات بالعديد من العوامل مثل العوامل الذاتية والتي تتعلق بالفرد نفسه كالخصائص الجسمية للفرد، والقدرة العقلية العامة، وعوامل اجتماعية تتعلق بالبيئة التي يعيش بها الطفل مثل الأسرة ودور الوالدين في تكوين الطفل لمفهوم ذات إيجابي، المدرسة وجماعة الأقران حيث يتأثر مفهوم الذات بنظرة الآخرين للفرد وتقبلهم أو رفضهم له.

وبناء على تفاعل الفرد مع العوامل الذاتية والعوامل الاجتماعية المؤثرة في تكوين مفهوم الذات يتكون لدى الفرد مفهوم ذات إيجابي أو سلبي. ويعتقد (روجرز) أن نمو مفهوم الذات الموجب يعتمد على تلقي الطفل التقدير الموجب غير المشروط Unconditional positive regard والذي يعنى إظهار التقبل للطفل بغض النظر عن سلوكه، بينما ينمو مفهوم الذات السلبي لدى الطفل إذا أظهر الوالدان التقبل الموجب المشروط، أي يظهر الوالدان التقبل



للطفل وفقا لسلوكيات معينة يسلكها، فالتقبل والتقدير هنا مشروط بنجاح الطفل في تحقيق رغبات الوالدين (بلوتيك Plotnik، 1993 : 45).

ويؤكد (كيلى Killy، 1995) على أن مفهوم الذات الإيجابي ينمو عند الطفل، نتيجة المعاملة الدافئة التي يتلقاها من والديه، ويتعاضد تقدير الطفل لذاته عندما يدرك أن الآخرين ينظرون إليه نظرة إيجابية. بينما تتولد مشاعر عدم الرضا والإحباط وينمو مفهوم الذات السلبى عند الطفل عندما يعيش الطفل فى مناخ أسرى مضطرب رافض له، غير مهتم بمشاعره أو رغباته.

ويتفق كل من (عبد الحليم محمود وآخرون، 1990 : 522، وعلاء الدين كفافى، 1997 : 275) فى تحديد خصائص الذات، ومن أهمها:

- 1 - أن الذات تنمو من تفاعل الكائن مع بيئته.
- 2 - أن الذات قد تمتص قيم الآخرين، وتدرکها بطريقة مشوهة.
- 3 - أن الذات تنزع إلى الاتساق.
- 4 - الفرد يسلك بطريقة تتفق مع الذات.
- 5 - الخبرات التي لا تتسق مع الذات تدرك بوصفها تهديدات.
- 6 - قد تتغير الذات نتيجة للنضج والتعلم.

كما يؤكد كوبر سميث (1976) على الطريقة التي يعامل بها الوالدان الطفل، وأثرها فى تكوين مفهومه عن ذاته، حيث وجد أن آباء الأطفال ذوى المفهوم الإيجابي عن ذواتهم يعاملون أطفالهم بطريقة أكثر ديمقراطية وأكثر اهتماما بالطفل، وأقل استخداما للعقاب، ونادرا ما يستخدمون أسلوب الحرمان من الحب كنوع من العقاب، أما آباء الأطفال ذوى تقدير الذات المنخفض فهم أقل رغبة فى مدح الطفل، وأقل ديمقراطية، وأقل اهتماما



بالطفل ويتسمون بالتذبذب في معاملة الطفل، والإسراف في استخدام العقاب أو التسامح (ليلي عبد الحافظ 1984 : 3).

ومما سبق يتضح أن مفهوم الذات يتكون لدى الفرد نتيجة تفاعل العديد من العوامل الذاتية داخل الفرد والاجتماعية والبيئية، والتي تلعب دورا حيويا في بناء مفهوم ذات إيجابي أو سلبي. كما تؤثر العلاقة الأسرية بين الطفل ووالديه تأثيرا واضحا في تكوين هذا المفهوم. وكلما شعر الطفل بالتقبل والنجاح في مواقف تفاعله مع الآخرين تحسن مفهومه عن ذاته وأصبح أكثر إيجابية، والعكس صحيح، فإذا مر الطفل بمواقف إحباط وفشل وشعر بمشاعر الرفض والاستهزاء من الآخرين ساعد هذا في نمو مفهوم الذات السلبي.

ولما كان الطفل المتلجلج يتعرض لمواقف الفشل والإحباط دائما - كلما أراد الكلام ولاحظ نظريات الاستهزاء من المحيطين - فإن مفهوم الذات السلبي ينمو لديه بصورة كبيرة، ويزيد ذلك من قلقه على ذاته، ولكنه يفشل مرة أخرى ويزداد شعوره بالقلق والامتهان للذات.

ولقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن القلق من المتغيرات التي لها تأثير كبير على تكوين مفهوم الذات السلبي أو الإيجابي عند الفرد. فالتهديد للذات أو سوء التوافق يحدث عندما يتعرض الإنسان للقلق، فالقلق هو استجابة انفعالية للتهديد تنذر بأن بنیان الذات المنظم قد أصبح في خطر. أما إذا كان الفرد سويا لا يعاني من أى قلق زائد فإن هذا يؤدي إلى إحداث التوافق الشخصي وبالتالي إلى تقدير ذات مرتفع. كما يؤكد (كريبج Craig، 2000) على وجود تفاعل معقد للأحداث ينتج عنه اللجلجة مع وجود مشكلات فسيولوجية أخرى. فاللجلجة تنتقل عن طريق الجينات الوراثية التي تشترك مع عوامل بيئية، والتي تختلف من فرد إلى آخر، وقد يؤدي العيش



فى ظل اللجلجة إلى وجود مشكلات نفسية مثل التوتر والقلق. إلا أنها تظل لدينا دائما نافذة تطل منها فرصة للعلاج الفعال.

### الدراسات السابقة:

قامت المؤلفة بتقسيم الدراسات السابقة التي أمكنها الحصول عليها إلى محورين وهما:

المحور الأول: دراسات اهتمت بإظهار العلاقة بين اللجلجة والقلق ومفهوم الذات.

المحور الثانى: دراسات اهتمت بفاعلية البرامج الإرشادية فى علاج اللجلجة. وفيما يلي عرض لهذه الدراسات:

دراسات المحور الأول: دراسة (كريبج Craig، 1990) للتعرف على مستويات القلق عند المتلجلج وغير المتلجلج، وتكونت العينة من (102) متلجلج أحقوا ببرنامج مكثف لعلاج اللجلجة. وقد أظهرت النتائج انخفاض مستوى القلق لدى أفراد المجموعة بعد انتهاء البرنامج وأظهرت الدراسة أن الإناث كن أكثر قلقا من الذكور.

وفى عام (1994) قام بدراسة مماثلة، وأظهرت النتائج وجود فروق بين العاديين والمتلجلجين فى مشاعر القلق والاكتئاب.

بينما هدفت دراسة (ناصر قطب وآخرين ktbi et al 1992) إلى المقارنة بين المتلجلجين والعاديين فى كل من الذكاء، القلق، مفهوم الذات، الاكتئاب وتكونت العينة من (29) ذكرا متلجلجا ومثلهم من العاديين. وتوصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المجموعتين فى مفهوم الذات المثالية، الجسمية، الأسرية، الاجتماعية، بينما ظهرت فروق فى الاكتئاب والقلق لصالح المتلجلجين ولم تظهر فروق فى الذكاء.



واهتمت دراسة (فيتز جردل Fitzgerald، 1992) بتقييم تأثير الضغط النفسى الداخلى على المتلجلجين، وذلك على عينة من الذكور. وقد أظهرت نتائج التحليل العاملى للعوامل المؤثرة عن ثلاث عوامل هى: العزلة الاجتماعية، الحساسية الاجتماعية، والثقة الاجتماعية، وتوصلت الدراسة إلى تأييد الرأى القائل بأن الحساسية الزائدة الناتجة من الضغط النفسى الداخلى تظهر لدى الأفراد المتلجلجين فى صورة قلق عام.

واهتمت دراسة (وودس Woods، 1996) بحركات وعضلات الوجه والجسد وعلاقتها بحالة القلق العام والجلججة، وذلك على عينة من الطلاب (ن = 256) ومن خلال استجابات الطلاب على مقاييس وتقارير ذاتية عن القلق العام ومدى الوعى بالحركات العصبية والجسدية، أظهرت النتائج وجود علاقة بين الحركات العصبية والجلججة، مما يزيد من حالة القلق العام.

وحاول (شينكر Schenker، 1997) معرفة العلاقة بين زيادة اللجلجة والقلق وأيضاً الكشف عن المرات اللفظية وغير اللفظية على زيادة اللجلجة، وذلك من خلال عينة قوامها (112) طالبا جامعيا تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات، وتكليف كل مجموعة بمهمة لفظية مع قياس الطلاقة فى الحديث والسلوكيات التى يقوم بها الفرد لتجنب اللجلجة، وأوضحت نتائج الدراسة أن التركيز على اللجلجة ومراقبة الفرد أثناء اللجلجة تؤدي إلى زيادة اللجلجة نتيجة لمشاعر القلق والخوف. وتؤكد الدراسة على أن الوعى الذاتى بالكلام والمطالب البيئية التى تقع على عاتق الأفراد المتلجلجين قد لا تكون عوامل كافية وحدها لتطور اضطراب اللجلجة. وأن هناك حاجة شديدة إلى الاستحسان الاجتماعى والذى قد يؤثر سلبيا على استجابة بعض الأفراد.

ولتعرف تأثير اللجلجة على تكوين العلاقات الاجتماعية قامت دراسة (كارسو، لينين Caruso & Linn، 1998) على فرض أن المرشد النفسى يركز



على القصور الوظيفى فقط، وأن تقييم التفاعل الاجتماعى للمتجلجج ذو أهمية كبرى، وذلك بسبب التأثير القوى المحتمل للسلوكيات الاجتماعية السلبية خاصة سلوكيات التجنب، وأن تأثير السلوكيات على العلاقات الشخصية للفرد وعلى نشاطه الاجتماعى يمكن أن يكون ذا طبيعة مدمرة للذات بمعنى أن حياة الفرد الاجتماعية والشخصية لا تتأثر وحدها، بل إن علاقاته فى العمل ومع أقرانه تتأثر بصورة مباشرة. وتوصى الدراسة بضرورة مساعدة الأفراد المتجلجين على أن يسيطروا على مشكلة التجنب الاجتماعى وضرورة دمجهم فى عدد من الأنشطة الاجتماعية لمساعدتهم على زيادة تقديرهم لذواتهم.

أما دراسة (بينت، باتيك Bennett & Batik، 1998) فقد هدفت إلى معرفة أثر اللجلجة على الطفل مع احتمال زيادة القلق لديه، وقد طبقت الدراسة على عينة من (50) طفلاً متجلججا. وأوضحت النتائج أن أخطر عمر لظهور اللجلجة هى من (2 - 5) سنوات، كما أن شخصية الآباء لها دور كبير فى ظهور اللجلجة عند الطفل حيث إن الآباء الذين لديهم أطفال متجلججة تكون نسبة قلقهم أعلى. وهذا القلق يؤثر بشكل سلبى على شخصية الطفل. كما أظهرت الدراسة أن التقليد ليس سببا كافيا لظهور اللجلجة.

ومن خلال دراسة (باتراك Patrakea، 1998) والتي ناقش فيها مدى تأثير عوامل الخجل والوعى الذاتى ومركز التحكم على الفرد المتجلجج. حيث أظهرت إجابات (119) فردا متجلججا أن هذه العوامل تعد عوامل تنبؤية مهمة للمظاهر السلوكية للجلجة ما عدا عامل مركز التحكم، كما أظهرت النتائج أن الوعى الذاتى وما يصاحبه من قلق اجتماعى يعد عاملا مهما فى التنبؤ بالسلوكيات الخاصة بالجلجة، وأيضا فإن الاندماج مع الآخرين من ذوى اللجلجة عامل ذو أهمية.



بينما ظهر من نتائج دراسة (هانكوك، كرايج Hancock & Craig، 1998) عن أسباب انتكاسة اللجلجة عند الأطفال بعد علاجهم وعودتهم إلى اللجلجة مرة أخرى، أن سمة القلق قد تؤدي إلى عودة اللجلجة مرة أخرى، حيث دلت النتائج على أن المتلجلجين شديدي القلق قبل العلاج سريعو التأثير، وأكثر عرضة لعودة اللجلجة مرة أخرى بعد توقف العلاج.

بينما اهتم (مورفي Murphy، 1999) بدراسة تأثير اللجلجة على شعور المتلجلج بالسعادة العاطفية والنفسية مع أسرته، بدلا من اهتمامه بأسباب وأعراض اللجلجة، وقد أوضحت الدراسة أن الشعور بالخزي والذنب قد يؤثران بالسلب على نجاح العلاج إذا لم يتم التعرف عليهما وعلاجهما، ويشير الباحث إلى أن التركيز على تعليم المتلجلج كيفية التحدث بطلاقة بصورة مبالغ فيها قد تزيد بالفعل من إحساس الفرد بالذنب والخزي.

وهدفت دراسة (جينسبرج Ginsberg، 2000) عن الخجل والوعي بالذات ووجهة الضبط لدى المتلجلجين حيث تتعامل الدراسة مع اضطراب اللجلجة على أنها إحدى الاضطرابات متعددة الأبعاد وتشمل على مكونات نفسية وفسولوجية من خلال التعرف على الجوانب النفسية عند المتلجلج وخاصة الشعور بالخجل والوعي بالذات ووجهة الضبط وعلاقتها بالصراع النفسى عند المتلجلج، وقد ظهر أن هناك علاقة بين الخجل والوعي بالذات واللجلجة بينما لم تظهر علاقة دالة لوجهة الضبط مع اللجلجة.

ودراسة (راتنر، سيلفرمان Ratner & Silverman، 2000) عن الإدراكات الوالدية لنمو تواصل الأطفال عند بداية اللجلجة. حيث هناك رؤية إكلينيكية بأن لدى آباء الأطفال المتلجلجين توقعات تتعلق بقدرات أطفالهم على التواصل، وأن تلك القدرات لا تماثل المهارات الفعلية للأطفال. وهدفت الدراسة إلى تقدير القدرات اللغوية لـ (15) طفلا عند بداية ظهور أعراض



اللجلجة، و(15) طفلا من العاديين مماثلين لهم فى الذكاء والعمر الزمنى والجنس والحالة الاقتصادية والاجتماعية، وقام الوالدان باستكمال تقارير عن النمو التوصلى للطفل. وقد أشارت النتائج إلى انخفاض الأطفال المتلجلجين فى جميع مقاييس اللغة والكلام وكانت التقارير الوالدية تتوافق مع أداء الأطفال المتلجلجين وكان والدو الأطفال العاديين أقل دقة فى تنبؤهم الخاص بقدرة أطفالهم على التوصل.

وأشارت دراسة (كلاسين Klassen، 2001) إلى أن البحوث والدراسات السابقة تؤكد على أن المتلجلج أكثر حذرا وقلقا ووعيا بالذات وتوترا وحساسية وترددا وانطواء وأقل إحساسا بالأمن من غير المتلجلجين.

واهتمت دراسة (مورفى، كوسال Murphy & Quesal، 2002) بشغب المتلجلجين من أطفال المدرسة الابتدائية. فالشغب من الممكن أن يؤثر على الأداء المدرسى للطفل وإحساسه باستحقاق الذات، كما يؤدي إلى الاكتئاب والشعور بالعزلة النفسية واليأس، كما أن الشغب من الممكن أن يزيد من سلوك اللجلجة ويزيد من الانفعالات والأفكار السلبية، ويؤدي كذلك إلى تأخير العلاج. ويمكن علاج الشغب عند الطفل المتلجلج من خلال مساعدته لتعلم الاستجابة الاجتماعية الملائمة للشغب وخفض أو منع الانفعالات السلبية التى تنشأ بسبب اللجلجة وزيادة الشعور بالراحة عند تطبيق مهارات إدارة الكلام المكتسب فى العلاج.

كذلك دراسة (ديفيز وآخرين Davis et al، 2002) عن العلاقات الاجتماعية والتفاعلية بين الأطفال المتلجلجين وغير المتلجلجين. وتحاول الدراسة مناقشة الدراسات التى تؤكد على أن الأطفال المتلجلجين أكثر شغبا ويحتلون مكانة اجتماعية أقل من أقرانهم غير المتلجلجين. واستخدمت الدراسة القياس السوسيومترى فى فصول الدراسة لقياس المكانة الاجتماعية



للمتلجلجين بالنسبة لأقرانهم العاديين، واشتملت العينة على (16) طفلا متلججا و (100) طفل من العاديين. وأشارت النتائج أن الأطفال المتلجلجين كانوا منبوذين بشكل ذى دلالة أكثر من أقرانهم وكانوا أقل اجتماعية أيضا. كما أظهرت مناقشة النتائج أن المتلجلجين أقل ترشيحا لدور القيادة وأكثر ترشيحا للشغب وأنها فئة تبحث عن المساعدة.

كما هدفت (دراسة جيفان، سار Guven & Sar، 2003) إلى معرفة أساليب التواصل المستخدمة بين عينة من الأمهات الأتراك وأطفالهن المتلجلجين، واشتملت الدراسة على (20) زوجا من الأمهات وأطفالهن المتلجلجين، ومثلهن من غير المتلجلجين. وقامت المشاركات جميعهن بإجراء إحدى الألعاب المنظمة لتسهيل الكلام بتلقائية، واهتمت الدراسة بقياس التعليقات، التساؤلات، العبارات الناقدة، عدم الاستجابة، مقاطعة الكلام واعتبرتها مظاهر تواصل سلبى. أما المدح اللفظى والشكر فتم اعتبارها كتواصل إيجابى. وأظهرت النتائج أن هناك فروقا دالة بين مجموعتى الدراسة فى المقدار الكلى للكلمات. كما ظهر أن الأمهات تستخدم قدرا كبيرا من التساؤلات والمقاطعات والتفاعل اللفظى السلبى أثناء تحدثهن مع أطفالهن المتلجلجين مما يؤدي إلى جعل بيئة التواصل مثيرة للمشقة النفسية بالنسبة للطفل. وتوصى الدراسة بأنه لا بد من تعليم الوالدين كيف يكونان أكثر إيجابية ونزيد من ثقتهما بأنفسهما مما يساعد الأطفال. كما يجب أن ينتقل الاهتمام من دراسة أساليب التواصل إلى اشتراكهما بفاعلية فى علاج اللجلجة.

وهدف دراسة (كرايمات وآخرين Kraaimaat et al 2004) إلى دراسة القلق الاجتماعى لدى الراشدين المتلجلجين. وتم تحقيق ذلك من خلال إجراء استبيان المواقف البينشخصية واستبيان القلق الاجتماعى على عينة تبلغ (89) من المتلجلجين، و(131) من غير المتلجلجين. وتم قياس مدى إدراك التوتر



الانفعالي في المواقف الاجتماعية وتكرار رد الفعل الاجتماعي، وكان المتلجلجون أعلى بشكل دال في مستويات التوتر الانفعالي وعدم الشعور بالراحة في المواقف الاجتماعية. كما أشاروا إلى انخفاض تكرار رد الفعل الاجتماعي مقارنة بأقرانهم العاديين كما أظهرت عينة المتلجلجين مستوى أعلى في القلق الاجتماعي من أقرانهم العاديين.

ودراسة (إذرائي، ليفين Ezrati & Levin 2004) عن العلاقة بين القلق والجلجة من المنظور العلاجي والتطبيقي. من خلال دراسة العلاقة بين نموذج التفاعل متعدد الأبعاد للقلق والذي يشمل على منهج للقلق العام في المواقف المحددة وشملت العينة (94) ذكرا راشدا نصفهم من المتلجلجين، والنصف الآخر من العاديين. وقد قام جميع المشاركين باستكمال استبيان قلق السمة، وقائمة المواقف الكلامية. وبعد أداء المهام الكلامية وغير الكلامية قام المشاركون بتقييم مستويات القلق لديهم. وأشارت النتائج إلى أن قلق السمة هو سمة شخصية عند المتلجلج، وكانت حالة القلق الاجتماعي أعلى بين ذوي الجلجة الشديدة عند مقارنتهم ببسطى الجلجة والمتحدثين بطلاقة. وهكذا فإن هناك ارتباطا دالا بين القلق وشدة الجلجة.

ثانيا: دراسات اهتمت بفاعلية البرامج الإرشادية والعلاجية في علاج اضطراب الجلجة:

قامت دراسة (واجمان Wagaman، 1993) لتقديم برنامج مبسط لعلاج الجلجة عند ثمانية أطفال تتراوح أعمارهم بين (6 - 10) سنوات. ويشتمل البرنامج على تدريب الوعي بالكلام. والتدريب على الإجابة غير المتوافقة مع الجلجة، والمساندة الاجتماعية. وأظهرت النتائج أن برنامج العلاج داخل المنزل كان فعالا في علاج الجلجة إلى أقل من (30%) من كلام جميع

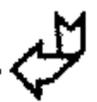


المشاركين . وظل أثر البرنامج مستمرا لمدة تصل إلى عشرة شهور بعد توقف البرنامج .

كما قام ( واجمان Wagaman ، 1995 ) بدراسة تتبعية لمدة ثلاث سنوات لمعرفة فاعلية العلاج السلوكي للجلجة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (9- 14) عاما والتي اشتملت على تدريب الوعى الذاتى واستخدام الإجابة التنافسية وإشعال روح المنافسة والمساندة والتشجيع الاجتماعى . وقد استمر ستة من السبعة أطفال المشاركين فى البرنامج عند مستوى 30% للكلمات (وهو معيار الحكم على وجود لجلجة) .

ولما كان هناك افتراض يؤكد على أهمية علاج أى اضطراب نفسى أو سلوكى داخل إطار ديناميات الأسرة وأهمية تفاعل أفرادها مع الشخص المضطرب ، فقد حاولت بعض دراسات علاج اللجلجة التأكد من صحته مثل دراسة (بدد وآخرين Budd et al ، 1990) والتي اعتبرت الوالدين والمعالجين حلفاء فى العلاج السلوكى للطفل المتلجلج والذين تتراوح أعمارهم بين (7- 15) عاما . حيث تم تدريب أفراد العينة لمدة أسبوع داخل العيادة ، تلاه برنامج علاجى داخل الأسرة يقوم به الوالدان . وقد أوضحت النتائج أنه عند حدوث تفاعل بين الطفل والوالدين يحدث انخفاض دال فى سلوكيات اللجلجة وقلت فترات اللجلجة إلى (2.6) مرة فى الدقيقة أثناء التفاعل بين المعالج والطفل وحدث تحسن فى طلاقة الكلام عند الطفل .

وتؤكد نتائج دراسات (أونسلو Onslow ، 1990 ، 1994) على أهمية اشتراك الوالدين فى البرنامج العلاجى للطفل وتفاعلها مع الطفل لتعديل الاستجابة الكلامية للجلجة الطفل ، وتعديل الوالدين للحركات السلوكية المصاحبة للجلجة ، والذي تم تطبيقه على عينة من الأطفال المتلجلجين . كما



تؤكد النتائج على أن حالات اللجلجة المبكرة يجب تداركها وتوجيهها بصورة أكثر فعالية ومؤثرة من قبل الوالدين بالتعاون مع المعالج الإكلينيكي .

وفي محاولة لتأكيد أهمية المشاركة الوالدية الفعالة في علاج أطفالهم من اللجلجة قامت دراسة (روستن، كوك Rustin & Cook، 1995) حيث عرضت لعدد من أشكال هذه المشاركة الوالدية في أعمار مختلفة وكانت أكثر أشكال المشاركة الوالدية فعالية هي تبادل المهارات بين الآباء والأبناء وتفاعليهم الإيجابي مع أطفالهم، حيث أدت إلى تسهيل نمو مهارات الطلاقة عند الأطفال؛ لذلك توصى الدراسة باستخدام برامج العلاج المكثف لعلاج اللجلجة بطريقة جماعية، وأيضا بدرجات متفاوتة من المداخلات الوالدية حسب عمر الطفل .

وجاءت دراسة (مالارد Mallard، 1998) لاختبار فعالية أسلوب حل المشكلة، واستخدام المهارات الاجتماعية عند تعامل الأسرة مع اللجلجة وذلك من خلال برنامج علاجي لأسر أطفال المرحلة الابتدائية أعمارهم بين (5-12) عاما. واستمر البرنامج لمدة أسبوعين وتضمن علاج الكلام والمهارات الاجتماعية، وانتقال أثر الأنشطة من منظور حل المشكلات وقد شارك في البرنامج (28) أسرة لديها طفل متلجلج. وأشارت النتائج إلى أن 82% من الأطفال حدث لديهم تحسن كبير في سلوكيات اللجلجة. وتوصى الدراسة بضرورة الاهتمام بالتدريب على المهارات الاجتماعية في علاج اللجلجة حيث تقدم للأطفال الأساس المناسب لكي يحسنوا من كلامهم وطلاقتهم.

واتجهت دراسة (بلود Blood، 1998) إلى وصف مجموعة من الأساليب الوقائية مثل العلاج المعرفي السلوكي والتي تهدف إلى علاج الارتداد إلى اللجلجة خاصة من مرحلة المراهقة. وتتضمن هذه الأساليب الوقائية ألعابا مبنية على أساليب فنية مثل التدريب على المشكلات، مهارات



التواصل العامة، مهارات التواصل اللغوي، استجابات القدرة، التوقع الذاتي للفرد لحدوث اللجلجة أثناء الكلام، وتوقع الارتداد أيضا بعد العلاج. وقد أجريت الدراسة على عدد من الطلاب الذكور المراهقين الذين يعانون من اللجلجة، وظهر تحسن واضح في نسبة التكرارات حيث سجلوا أقل من (30%) وظهرت تغيرات إيجابية على مشاعرهم ومواقفهم خلال فترة المتابعة.

كما قام (شneider، 1998) بتقديم نموذج علاجي يعتمد على الأسلوب المنهجي والتفكير المنطقي العقلاني لعملية التوافق الذاتي ومفهوم الحساسية الذاتية كمدخل لعلاج ذوى اللجلجة ومن خلال تنفيذ النموذج عدة مرات دلت النتائج على أن الأطفال الذين يعانون من حدوث توقفات وتكرارات في طلاقة الكلام ولديهم سلوكيات الحياء أو التجنب أظهروا استجابة مرتفعة لمثل هذا الأسلوب العلاجي كما ظهر هذا في التخلص من سلوكيات التجنب والانسحاب.

أما دراسة (جابيل وآخرين Gabel et al، 2001) وهي عن الفروق في الطلاقة الكلامية والوعي الذاتي بين مجموعة من المتلجلجين الذين تم علاجهم من اللجلجة وأقرانهم من العاديين. واشتملت العينة على (10) من المتلجلجين بعد علاجهم و(10) من أقرانهم العاديين. وكان يتم تقييم الكلام من حيث (المكون والشكل) كما طلب من كل مشترك التوقف عند وقت محدد أثناء الجلسة وأثناء الكلام ووصف فكرته عن ذاته في هذه اللحظة هل هي إيجابية أو سلبية ومن خلال المقارنة بين الاستجابات لم تظهر فروق دالة بين أفكار المجموعتين في كل من المكون والشكل. وهذه النتائج تؤكد أن العلاج الجيد للجلجة من الممكن أن يؤدي لعودة المتلجلج إلى حياته الطبيعية مرة أخرى.



وقامت دراسة (جابل وآخرين Gabel et al، 2002) بالتعرف على مدى الشعور بالقلق عند المراهقين المتلجلجين وذلك من خلال عينة مكونة من (10) متلجلجين تم تعرضهم لبرنامج علاجي، و(10) من العاديين، وقام كل مشارك بتقييم كلامه مباشرة أثناء الجلسة وبعد حديثه مباشرة. وطلب من كل مشارك التوقف عند وقت محدد وتحديد معدله من القلق وذلك في أوقات محددة أثناء الجلسة ومن خلال مقارنة الشعور بالقلق لدى المجموعتين، وأشارت النتائج إلى وجود تقارب في معدل القلق عند المجموعتين. وأن الفروق بين مجموعة المتلجلجين وغير المتلجلجين غير دالة إحصائياً. وهذا يدل على فاعلية علاج اللجلجة في خفض الشعور بالقلق.

وحاول (ياروس، رياردون Yaruss & Reardon، 2002) ومن خلال استعراض العديد من الدراسات التي اهتمت بعلاقة اللجلجة بالاضطراب النفسي والبدني بإجراء دراسة تحليلية للتعرف على مدى هذه العلاقة، وأظهرت النتائج التحليلية أن اللجلجة بالنسبة للعديد من أطفال عمر المدرسة تعني أكثر من مجرد عدم طلاقة الكلام بل أيضا التوتر البدني والصراع النفسي. ومن هنا فإن العلاج الناجح للجلجة ينبغي أن يتعمق فيما وراء الصفات الظاهرة والملاحظة فيمكن مساعدة الطفل على خفض ردود الفعل السلبية للجلجة وزيادة تحملهم وتقبلهم لقدراتهم الكلامية ومن خلال معالجة اللجلجة بهذه الطريقة فإنه بالإمكان مساعدة الطفل لخفض القيود واحواجز لإنجاح التواصل وتحسين مهارات تواصلهم بوجه عام، وعندما يحقق الأطفال التوازن بين زيادة الطلاقة واتجاهات التواصل الصحي فإنه يتيح لهم فرصة عظيمة كي يصبحوا متواصلين ناجحين يمكنهم التحدث بحرية وثقة في أي موقف يواجهونه.



وعن فائدة المشاركة بين الأسرة والمعلمين في علاج اللجلجة عند الطفل، قامت دراسة (جوتيلد، هال Gottwald & Hall، 2003)، حيث تؤكد الدراسة على فاعلية هذه المشاركة بين الأسرة والمعلمين وتأثيرها الإيجابي في خفض المشاعر السلبية المصاحبة للجلجة عند الطفل وتؤكد الدراسة على نجاح هذه المشاركة إذا توافرت المساندة الإدارية الآمنة، والبرنامج الخلاق المنظم، وتعدد طرق توصيل المعلومات، وإتاحة الفرصة لمناقشة مشاعر أفراد الأسرة والمعلمين نحو أطفالهم المتلجلجين.

كما أكدت نتائج دراسة (لوجان، لاسال Logan & Lasalle، 2003) لعلاج مجموعة الأطفال المتلجلجين ويعانون من إعاقات أخرى على أهمية مشاركة الوالدين والمعلمين في برامج التدخل لعلاج اللجلجة خاصة مع الأطفال الذين يعانون من إعاقات أخرى مع اللجلجة.

أما دراسة (فين Finn، 2004) فتؤكد على أهمية تنظيم الذات للمساعدة في علاج اللجلجة حيث يؤكد على أن تنظيم الذات عملية يتعلم من خلالها الأشخاص توجيه سلوكهم وأفكارهم ومشاعرهم لمعالجة وإزالة اللجلجة وعند استعماله كمفهوم فإنه يكون محورا مهما لأغلب طرق معالجة اللجلجة المزمنة والمستمرة ويتم هذا التنظيم من خلال وضع هدف واضح لتوجيه الذات وتنظيمها، ومعرفة العوامل المرتبطة بفشل تنظيم الذات.

### **التعليق على الدراسات السابقة:** مما سبق يمكن استخلاص الآتي:

اهتمت الدراسات بالتعرف على الخصائص النفسية للمتجلجلج وأثرها على توافقه النفسي والاجتماعي وقد توصلت النتائج إلى أن القلق هو السمة الرئيسية للمتجلجلج وأن الإناث أكثر قلقا مثل دراسات (كريج Craig : 1990، 1994؛ ناصر قطب وآخرون Kotbi et al 1992؛ فيتزجرالد Fitzgerald : 1992؛ وودس Woods : 1996؛ بنيت، باتيك Beenett & Batik : 1998).



توصلت الدراسات إلى مجموعة من الخصائص التي تميز البناء النفسي للمتلعجل ومنها: الاكتئاب - التجنب - الحساسية الزائدة - الضغوط النفسية الداخلية والتي تظهر في صورة قلق عام، النمطية، الاعتمادية، عدم القدرة على الإنجاز أو التنافس، الحاجة إلى الاستحسان الاجتماعي، مفهوم الذات السلبي، التحفز الدائم نحو الآخرين، الوعي الذاتي باللجلة، الشعور بالخزي والذنب مثل دراسات (قطب وآخرون Kotbi et al : 1992؛ فيتز جردل Fitzgerald : 1992؛ كريج Craig : 1992، 1994؛ وودس Woods : 1996؛ شينكر Schenker : 1997؛ جينسبرج Ginsberg : 2000؛ كلاسين Klassen : 2001؛ إذارتى، ليفين Ezrati & Levin : 2004).

تؤثر اللجلة على التفاعل الاجتماعي للمتلعجل، وتقلل من العلاقات الاجتماعية التي يمكن أن يكونها المتلعجل مع الآخرين مما يؤثر على مفهومه عن ذاته ويجعله أكثر سلبية وأيضاً يؤثر على نشاطاته الاجتماعية وتزيد من عدوانه نحو الآخرين. كما في دراسة (كارسو، لينين Caruso & Linn : 1998؛ باتراك Patrakea : 1998؛ مورفي Murphy : 1999؛ مورفي، كوسال Murphy & Quesal : 2002؛ ديفيز وآخرون Davis et al : 2002؛ كرايمات وآخرون Kraaimaat et al : 2004).

دعت الدراسات إلى عدم الاهتمام بمستوى الطلاقة وسلوكيات اللجلة فقط دون اعتبار للعوامل النفسية والاجتماعية المؤثرة في بناء شخصية المتلعجل حيث تؤثر هذه العوامل على مفهومه عن ذاته ونظرة للآخرين ومدى قدرته على الاندماج والتواصل مع الآخرين كما في دراسة (شينكر Schenker : 1997؛ كارسو، لينين Caruso & Linin : 1998؛ مورفي Murphy : 1999؛ ياروس، ربادون Yaruss & Reardon : 2003).



أوضحت الدراسات أن للوالدين تأثيرا كبيرا على إكساب الطفل المتلجلج القلق والتوتر وإعطائه الإحساس بتقدير لقدراته الحقيقية. كما أن الإدراكات الوالدية السلبية ومراقبة الطفل أثناء لجلجته والقلق الزائد لديهم يؤدي إلى انتقال القلق والإدراكات السلبية إلى الطفل مما يجعل مواقف التواصل بين الطفل ووالديه مثيرة للمشقة النفسية عند الطفل كما في دراسات (بنت، باتيك Bennett & Batik : 1998؛ مورفي Murphy : 1999؛ راتزوسيلفرمان Ratner & Silverman : 2000؛ جيفان، سار Guven & Sar : 2003).

أظهرت نتائج الدراسات أن القلق الزائد والشعور بالخزي والذنب والخجل والوعي بالذات السلبى قد يؤدي إلى عودة اللجلجة مرة أخرى بعد توقف العلاج. كما في دراسات (هانكوك، كريج Hancoc & Graig : 1998؛ مورفي Murphy : 1999؛ جينسبرج Ginsberg : 2000).

تؤكد نتائج بعض الدراسات على أهمية تنظيم الذات وأهمية إشراك الوالدين فى برامج علاج اللجلجة حيث يزيد هذا من فعالية العلاج ويقلل من احتمالية حدوث ما يعرف بانتكاسة اللجلجة. كما تؤكد الدراسات على أهمية أن تكون البرامج العلاجية فى نفس البيئة الطبيعية التى يعيش فيها المتلجلج مثل دراسة (بدد وآخرون Budd et al : 1990؛ أونسلو Onslow : 1990، 1994؛ روستن، كوك Rustin & Cook : 1995؛ بلود Blood : 1998؛ فين Finn : 2003).

أمكن رصد عدد من الفنيات وأساليب العلاج لاضطراب اللجلجة مثل: التدريب على الوعي الذاتى، تنظيم الذات، المساندة والتشجيع الاجتماعى، التدريب على الوعي بعملية التنفس، تنظيم التنفس أثناء الكلام، أسلوب حل المشكلات، تنمية المهارات الاجتماعيه، إذكاء روح المنافسة والتشجيع على



التفاعل الاجتماعي، استخدام فنية الاسترخاء، استخدام الوالدين كمرشدين للطفل في المنزل. كما في دراسات: (Wagaman : 1993 ، 1995 ؛ Mallard : 1998 ؛ Blood : 1998 ؛ Schneider : 1998 ؛ جابل وآخرون Gabel et al : 2001 ، 2002 ؛ جوتيلد، هال Gottwald & Hall : 2003).

تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن العلاج الجيد للجلجلة من الممكن أن يؤدي إلى عودة المتلجلج إلى حياته الطبيعية مرة أخرى، وأن العلاج النفسي يؤدي إلى خفض المشاعر السلبية والقلق عند المتلجلج كما في دراسات (Schneider : 1998 ؛ جابل وآخرون Gabel et al : 2001 ، 2002 ؛ ياروس، رياردون Yaruss & Reardon : 2003).

تؤكد نتائج بعض الدراسات على أهمية إشراك المعلمين مع الوالدين والمعالج في علاج اللجلجة وتهيئة المواقف الأسرية والمدرسية التي تساعد المتلجلج على مواجهة لجلجته، وخفض المشاعر السلبية المصاحبة للجلجة خاصة إذا كان يعاني من إعاقات أخرى كما في دراسات (جوتيلد، هال Gottwald & Hall ، 2003 ؛ لوجان، لاسال Logan & Lasalle ، 2004).

### فروض الدراسة:

من استعراض الإطار النظري والدراسات السابقة يمكن صياغة فروض الدراسة كالتالي:

- 1 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المتلجلجين على مقياس القلق، قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي، وذلك لصالح القياس البعدي.



2 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من المتلجلجين على مقياس القلق، بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

3 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المتلجلجين على مقياس مفهوم الذات، قبل وبعد البرنامج الإرادى، لصالح القياس البعدى.

4 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من المتلجلجين على مقياس مفهوم الذات، بعد تطبيق البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

5 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب متوسطى درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق، بعد تطبيق البرنامج، وبعد شهرين من المتابعة.

6 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس مفهوم الذات، بعد تطبيق البرنامج، وبعد شهرين من المتابعة.

### إجراءات الدراسة:

وتتضمن عرض لعينة الدراسة، وأدواتها، والبرنامج الإرشادى.

### أولاً: عينة الدراسة:

- تشير الدراسات إلى أن أفضل الأعمار لعلاج اضطراب اللجلجة هو من عمر 8 - 14 عاماً (كرايج Graig، 2000) وعلى ذلك فقد تم اختبار أعمار أفراد العينة التى ستطبق عليها الدراسة ممن تتراوح أعمارهم بين (11 - 14) عاماً. وهى تمثل نهاية مرحلة الطفولة



وبداية مرحلة المراهقة حيث يزداد إدراك الفرد لذاته وتبدأ التطلعات المستقبلية والاهتمام بصورة الذات والمكانة الاجتماعية أمام الآخرين .

- وقد تكونت عينة الدراسة الكلية من (45) تلميذا وتلميذة متلجلجة (32 ذكرا، 13 أنثى) وذلك لتطبيق وحساب الصدق والثبات لمقاييس الدراسة، ثم تم اختبار أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة من بين العينة الكلية وبلغ عدد أفرادها (20) تلميذا ذكرا، وقد تم اختيار هؤلاء الأفراد تبعا لبعض الاعتبارات والشروط وهى :

\* أن يكون تشخيص اضطراب اللجلجة قد تم من خلال معهد السمع والكلام بإمبابة، أو من خلال أطباء السمعيات والتخاطب .

\* أن يكون أفراد العينة خالين من أية إعاقات حسية أو عقلية، وذلك من خلال الاطلاع على البطاقة الصحية لكل طالب فى المدرسة، كذلك من خلال تطبيق مقياس الذكاء المصور (أحمد زكى صالح، 1974).

\* أن يكون أفراد العينة خالين من أية اضطرابات لغوية أخرى غير اللجلجة وتم التأكد من ذلك من خلال تطبيق نموذج فحص حالة التلعثم (إعداد معهد إمبابة للسمع والكلام) وأيضا من خلال تطبيق استمارة دراسة الحالة للطفل المتلجلج (إعداد المؤلفة).

\* أن يكون أفراد العينة ممن سجلوا درجات مرتفعة على مقياس القلق، وأيضا سجلوا درجات منخفضة على مقياس مفهوم الذات .



\* أن يكونوا ممن يزيد معدل اللجلجة لديهم عن (30%) وهو المعدل العالمى لاعتبار الفرد متلجلجا. وقد تم التأكد من ذلك باستخدام استمارة قياس معدل اللجلجة (إعداد: هماجيوشى Hamaguchi, 2001).

قامت المؤلفة بتقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين هما:

أ - المجموعة التجريبية: وهى التى تتعرض للبرنامج الإرشادى وبلغ عدد أفرادها (10) تلاميذ.

ب - المجموعة الضابطة: وتتكون من (10) تلاميذ. ثم قامت المؤلفة بالمجانسة بين أفراد المجموعتين من حيث المستوى الاقتصادى والاجتماعى، والعمر الزمنى، والذكاء. ويوضح الجدول رقم (1) نتائج تلك المجانسة.

#### جدول (1)

تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث العمر الزمنى، الذكاء، المستوى الاقتصادى والاجتماعى

المستوى الاقتصادى والاجتماعى			الذكاء			العمر الزمنى			مجموعة المقارنة
قيمة ت ودالاتها	ع	م	قيمة ت ودالاتها	ع	م	قيمة ت ودالاتها	ع	م	
0.64	4.16	42.12	1.03	7.45	99.80	0.06	0.95	12.65	المجموعة التجريبية
	3.26	43.17		7.24	100.3		1.05	13.1	المجموعة الضابطة

- من الجدول رقم (1) يتضح تجانس أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى العمر الزمنى والذكاء والمستوى الاقتصادى والاجتماعى.



- كما تمت مجانسة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث معدل اللجلجة لديهم تبعا لمعادلة قياس معدل اللجلجة وتراوح معدل اللجلجة بين أفراد المجموعتين بين 40 - 45%.

- تمت المجانسة بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة فى كل من مستوى القلق لديهم، ومفهوم الذات. والجدول رقم (2) يوضح ذلك.

### جدول (2)

تجانس أفراد المجموعة التجريبية والضابطة فى مقياس القلق ومفهوم الذات

قيمة ت ودالاتها	مقياس مفهوم الذات		قيمة ت ودالاتها	مقياس القلق		مجموعة المقارنة
	ع	م		ع	م	
0.548	2.11	45.0	0.072	3.31	87.5	المجموعة التجريبية
	2.67	45.0		2.04	86.2	المجموعة الضابطة

بالنظر إلى الجدول رقم (2) يتضح عدم وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية والضابطة سواء فى مقياس القلق أو مفهوم الذات. وهذا يدل على تجانس أفراد العينة حيث راعت المؤلفة أن يكون جميع أفراد العينة ممن سجلوا درجات مرتفعة على مقياس القلق، ودرجات منخفضة على مقياس مفهوم الذات.

### ثانياً: أدوات الدراسة:

وتنقسم إلى (1) أدوات ضبط العينة وهى:

أ - اختبار الذكاء المصور: (إعداد أحمد زكى صالح، 1974)

ويهدف إلى تقدير القدرة العقلية العامة للأفراد ممن تتراوح أعمارهم بين (8 - 17) عاماً وما بعدها. وهو من الاختبارات غير اللفظية ويتكون من



ستين سؤالاً، وهو اختبار مقنن يتم تطبيقه بطريقة جماعية أو فردية. وقد تم استخدامه في العديد من الدراسات العربية وهو يتمتع بنسبة صدق وثبات عالية.

**ب - مقياس المستوى الاقتصادي والاجتماعي: (إعداد محمد بيومي خليل، 2000)**

ويتضمن خمسة مستويات وهي: المستوى الاجتماعي، المستوى التعليمي للوالدين، المستوى المهني للوالدين، مستوى المعيشة، الجو الأسري. ويسمح المقياس باستخراج سبعة مستويات للمستوى الاقتصادي الاجتماعي للأسرة يتراوح بين مرتفع جداً ومنخفض جداً. وهو مقياس تم حساب صدقه وثباته في دراسات كثيرة، وقد قام الباحث بتطوير المقياس بما يتناسب مع التغيرات الاقتصادية والاجتماعية.

**ج - نموذج فحص حالة اللجاجة: (إعداد معهد السمع والكلام بامبابة)**

ويهدف إلى تشخيص الحالات التي تتردد على قسم التخاطب بمعهد السمع والكلام وذلك للتأكد من أن حالات اللجاجة التي تم التعرف عليها ترجع لأسباب غير عضوية المنشأ، وكذلك استبعاد الحالات الناشئة عن عيوب خلقية وراثية ويشتمل النموذج على: بيانات أولية عن الحالة، مدى التلعثم وشدته، التاريخ التشخيصي للحالة، التاريخ الشخصي للحالة، تقييم مستوى الكلام مثل الكلام الثقافي والحركات المصاحبة. وأخيراً النصيحة أو أسلوب العلاج المقترح.

**د - استمارة قياس معدل اللجاجة: (إعداد هماجيوشي Hamaguchi، 2001)**

يذكر (فان ريبير Van Riper، 1998؛ وهيجد؛ Hegde، 2000) أن تشخيص اللجاجة يتم من خلال ملاحظة كلام الطفل، فإذا كانت حالة عدم الطلاقة في كلام الطفل أكثر من (30%) من الكلمات التي ينطقها فهو متلجلج



كما يعد الطفل متلجلجا عندما نعرض على المتكلم جزءا من كلمات معينة ويكررها ويطيها بشكل لا يوجد لدى الطفل العادى .

ويتم القياس من خلال ملاحظة تكرار اللجلجة، ومن خلال تدوين السلوكيات الحركية المصاحبة، واستجابات التجنب، والاستجابات الانفعالية التى يصدرها المتلجلج، ويتم قياس معدل اللجلجة إذا كان الطفل كبيرا لدرجة تجعله قادرا على كلام المحادثة، والقراءة الجهرية، ولقد قام الباحث بتصميم استمارة لقياس اللجلجة تتضمن:

### 1 - معدل التكرار:

جزء من الكلمة - تكرار الكلمة كلها - تكرار شبه العبارة - تطويل الصمت بين أجزاء الكلمة - تطويل الأصوات - إقحام الأصوات/ المقاطع - إقحام الكلمات - إقحام شبه العبارة - تكسير الكلمات - فترات الصمت أو التوقف .

### 2 - السلوكيات الحركية المصاحبة وتشمل:

الغمز بالعينين - تقطيب الحاجبين - فرك الأرض وضربها بالقدم - عدم الاتصال بالعينين - تعبيرات قلق على الوجه - رعشة فى عضلات الوجه .

### 3 - استجابات التجنب وتشمل:

عدم التواصل مع الآخرين أو التفاعل معهم خاصة الغرباء - تجنب الرد على التليفون - تجنب الإجابة عن الأسئلة من المعلم - تجنب المشاركة فى أية أنشطة أو ألعاب داخل المنزل أو فى المدرسة، ممارسة الألعاب الفردية .



#### 4 - حساب معدل اللجلجة:

يتم تحديد قطعة قراءة للطفل، ثم يتم حساب عدد الكلمات الموجودة في القطعة، ثم يتم حساب الطفل على العدد الكلى للكلمات خلال فترة زمنية معينة يتم تحديدها من قبل المعالج وتراوح بين (5 - 7 دقائق)، ثم يتم ضرب الناتج في (100) ويعد الطفل متلجلجا إذا بلغت النسبة أكثر من (30%) من كلام المتلجلج. ولقد تم استخدام الاستمارة لمجانسة أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في معدل اللجلجة.

#### هـ - استمارة دراسة حالة الطفل المتلجلج: (إعداد المؤلفة)

وذلك للتعرف على تاريخ الحالة الأسرى والنفسى والظروف الأسرية التى تحيط بالفرد المتلجلج، وقد تمت الاستعانة بالأم للإجابة عن الاستمارة، وتتضمن الاستمارة بيانات عن:

- معلومات أولية عن الطفل والأسرة.
- اللجلجة التى يعانى منها الطفل، وبداية ظهورها، والظروف التى أحاطت ببداية لجلجة الطفل.
- أشكال اللجلجة مثل: التطويل فى حرف معين، التطويل فى الكلمة، التكرار للمقاطع، التكرار للجمل، استخدام أساليب تعجب أو استفهام.
- السلوكيات الحركية المصاحبة للجلجة مثل: الرمش - العبوس - تحريك اليدين والقدمين - الضرب بالقدم فى الأرض - صعوبة فى التنفس - الإشاحة بالوجه - انطباق الشفاه بشدة.
- الأسباب النفسية أو البيئية المحتملة لحدوث اللجلجة مثل (الخبرات النفسية السيئة، القسوة من الوالدين، التعرض للسخرية والاستهزاء،



الخوف الشديد، استخدام التخويف كأسلوب تربية للطفل، الإهمال أو الرفض للجلجة الطفل).

- الأعراض والمظاهر المصاحبة مثل (الارتعاش بشدة، حب العزلة، رفض الغرباء، القسوة والعدوانية نحو الآخرين، الهروب من المواقف الاجتماعية، رفض الانصياع للأوامر، الشعور بالتوتر والقلق دائما، الخجل والانطواء، الإهمال وعدم المبالاة، إثارة المشاكل فى المدرسة).

## (2) أدوات قياس متغيرات الدراسة:

وتتضمن مقياس مظاهر عند المتلجلج، ومقياس مفهوم الذات.

### 1 - مقياس مظاهر القلق: إعداد المؤلفة

يعد اضطراب القلق من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا فى العصر الحالى، وتصنف اضطرابات القلق تبعا للدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات النفسية (DSM IV، 1994) إلى اضطرابات الهلع، المخاوف المرضية النوعية، الخواف الاجتماعى، الوسواس القهرى، انضغاط ما بعد الصدمة، القلق المعمم، فوبيا الأماكن العامة، القلق الناتج عن حالة مرضية أو اضطراب نفسى، أو إساءة استخدام عقار. ويتضح من هذا التصنيف أن الخوف هو العامل المشترك للعديد من هذه الاضطرابات التى تصب كلها فى قالب واحد فى النهاية وهو القلق، وبالنسبة للمتجلج فقد أشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن عنصر الخوف كخبرة غير سارة يلعب الدور الأساسى فى ظهور اللجلجة كالخوف من عقاب الوالدين، والخوف من الحيوانات بعد التعرض لخبرة سيئة معها، أو القسوة والشدة فى معاملة الطفل، أو بعد حدوث صدمة نفسية شديدة (دومنيك Dominick، 1999: 20) ولقد اختلف



العلماء فى اعتبار أيهما مسبب للآخر هل اللجلجة هى مظهر لفظى عن حالة القلق التى يعيشها الفرد، أم أن القلق هو نتيجة لاضطراب اللجلجة . وقد مر بناء مقياس القلق بالخطوات الآتية :

- الاطلاع على الإطار النظرى والدراسات السابقة التى تناولت العلاقة بين القلق واللجلجة .

- الاطلاع على بعض المقاييس الخاصة بالقلق مثل مقياس قلق الأطفال إعداد (فيولا البىلاوى، 1987) وقد أعدته الباحثة للبيئة المصرية ويتضمن 42 بنداً بالإضافة إلى مقياس للكذب ويتضمن المظاهر الفسيولوجية، الانفعالية، العقلية، الاجتماعية، السلوكية، التوقعات السالبة للقلق .

- مقياس القلق إعداد عادل عز الدين الأشول (1984) .

- مقياس القلق الاجتماعى إعداد ليرى Leary (1983) وترجمه للعربية (محمد السيد عبد الرحمن - ب، 1998)، ويتضمن بعدى القلق التفاعلى، وقلق المواجهة .

- لما كان الفرد المتلجلج يتميز بسمات وخصائص خاصة وجدت المؤلفة أنه لابد من تصميم مقياس خاص بقلق المتلجلج، وتعرف المؤلفة القلق عند المتلجلج بأنه (حالة نفسية تتأب الفرد المتلجلج فى مواقف معينة متكررة ترتبط بطلاقة الكلام لديه، يصاحبها أعراض فسيولوجية وعصبية وانفعالية تؤثر على كلامه، وتزيد نفوره من الآخرين مما يؤثر على تواصله وتفاعله الاجتماعى، كما يؤثر على توقعاته المستقبلية، ويعد الفرد مرتفع القلق إذا حصل على درجة عالية على مقياس القلق)، وقد تضمن المقياس فى صورته الأولية (40) عبارة مقسمة إلى ثلاثة أبعاد وهى :



البعد الأول: ويتضمن الأعراض الجسمية الظاهرة المرتبطة بمواقف اللجلجة مثل: الشعور بالدوار - التوتر وتصيب العرق - التقلص فى عضلات الوجه - الشعور بالآلام فى المعدة.

البعد الثانى: مثل المظاهر الاجتماعية والانفعالية للقلق: وهى ترتبط بمواقف اللجلجة التى يتعرض لها المتلجلج مثل المناسبات الاجتماعية، التكلم مع الغرباء، أو أفراد الجنس الآخر والتفاعل مع أفراد الأسرة، والتعرض لمواقف الاستهزاء والسخرية من الآخرين.

البعد الثالث: وهى مظاهر القلق المرتبط بمستقبل المتلجلج وشعور المتلجلج بالقلق على مستقبله المهنى والوظيفى والأسرى.

تصحيح المقياس: يجيب المتلجلج على عبارات المقياس من خلال ثلاثة اختبارات:

(تنطبق على تماماً) وتأخذ 3 درجات، (تنطبق أحياناً) وتأخذ درجتين، (لا تنطبق إطلاقاً) وتأخذ درجة واحدة إذا كانت العبارة إيجابية، والعكس إذا كانت العبارة سلبية.

صدق وثبات المقياس: تم حساب صدق المقياس باستخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

صدق المحتوى: وذلك من خلال عرض المقياس على عدد (10) من العلماء المتخصصين فى علم النفس والصحة النفسية وذلك للحكم على مدى مناسبة العبارات للبعد الذى تنتمى إليه، وتناسبها مع الغرض من المقياس.



وقد حصلت جميع العبارات على نسبة اتفاق أكثر من (90%) من آراء المحكمين .

الصدق التمييزي: تم حساب الصدق التمييزي للمقياس باستخدام المقارنة الطرفية بين الأرباعى الأعلى والأرباعى الأدنى للوسيط لعينة من الأطفال المتلجلجين (ن=45) وحساب قيمة (ت) ودالاتها . والجدول رقم (3) يوضح ذلك .

### جدول (3)

حساب صدق المقارنة الطرفية لأبعاد مقياس القلق

قيمة ت ودالاتها	الأرباعى الأعلى		الأرباعى الأدنى		أبعاد المقياس
	ع	م	ع	م	
**8.58	2.16	44.12	1.02	28.78	المظاهر الفسيولوجية للقلق
**14.85	3.01	45.0	2.50	31.12	المظاهر الانفعالية والاجتماعية للقلق
**11.16	2.95	43.01	2.53	31.09	القلق المستقبلى
**12.12	10.25	138.39	4.10	97.70	الدرجة الكلية

بالنظر إلى نتائج جدول رقم (3) يتضح أن قيمة (ت) كانت جميعها دالة عند مستوى 0.01 سواء للأبعاد أو الدرجة الكلية للمقياس . وهذا يدل على قدرة المقياس على التمييز مما يسهم فى صدق المقياس .

3 - الصدق العاملى: تم استخدام أسلوب التحليل العاملى الاستكشافى بطريقة المكونات الأساسية، وتم استبعاد العبارات ذات التشبع أقل من 0.3 بحسب محك جليفورد نظرا لأنه يتناسب مع حجم البنود الخاصة بالمقياس (العامل الجوهري ما كان له جذر كامن = 1) ثم تم تدوير العوامل تدويرا متعامدا بطريقة الفاريماكس والجدول رقم (4)، (5) يوضح نتائج التحليل العاملى قبل وبعد التدوير .



جدول (4)

يوضح توزيع البنود ودرجة تشبعاتها على العوامل قبل التدوير

رقم المفردة	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	رقم المفردة	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث
3	0.766			15	0.467		
16	0.746			36	0.444		
11	0.735			34	0.419		
13	0.613			25	0.388		
5	0.582			20	0.386		
29	0.517			1	0.369		
9	0.516			18	0.315		
10	0.428			30	-	-	-
31	0.398			8	-	-	-
21	0.387			38	-	-	-
7	0.347			35	0.610		
6	0.339			39	0.572		
2	-	-	-	24	0.496		
28	-	-	-	27	0.476		
40	-	-	-	12	0.433		
26	-	-	-	14	0.383		
17	-	-	-	23	0.381		
37	543			22	0.366		
32	0.539			4	0.352		
19	0.489			33	-	-	-

بالنظر إلى الجدول (4) يتضح الآتى:

- أن العبارات أرقام (2 - 28 - 40 - 26 - 17 - 30 - 8 - 38 - 33) لم يتم تشبعها قبل التدوير على أى من الأبعاد.
- أن العبارات أرقام (3 - 16 - 11 - 13 - 5 - 29 - 9 - 10 - 31 - 21 - 7 - 6) قد تم تشبعها على العامل الأول.
- أن العبارات أرقام (37 - 32 - 19 - 15 - 36 - 34 - 25 - 20 - 1 - 18) قد تشبعت على العامل الثانى.
- العبارات أرقام (35 - 39 - 24 - 27 - 12 - 23 - 22 - 4) قد تم تشبعها على العامل الثالث.



جدول (5)

يوضح توزيع البنود وتشبعاتها على العوامل بعد التدوير

تشبعات البعث الثالث	تشبعات البعث الثاني	تشبعات البعث الأول	رقم العبارة	مسلل	تشبعات البعث الثالث	تشبعات البعث الثاني	تشبعات البعث الأول	رقم العبارة	مسلل
	0.477		15	21			0.760	3	1
	0.376		36	22			0.728	16	2
	0.353		34	23			0.720	11	3
	0.349		25	24			0.618	13	4
	0.347		20	25			0.546	5	5
	0.325		1	26			0.543	29	6
	-	-	18	27			0.526	9	7
	-	-	30	28			0.451	10	8
0.701			8	29			0.412	31	9
0.597			38	30			0.346	21	10
0.530			35	31			0.323	7	11
0.505			39	32			0.309	6	12
0.477			24	33	-	-	-	2	13
0.447			27	34	-	-	-	28	14
0.446			12	35	-	-	-	40	15
0.446			14	36		0.636		26	16
0.405			23	37		0.567		17	17
0.356			22	38		0.560		37	18
-	-	-	4	39		0.510		32	19
-	-	-	33	40		0.490		19	20

## بالنظر إلى جدول رقم (5) يتضح الآتى:

- أن العبارات أرقام (2 - 28 - 40 - 18 - 30 - 4 - 33) لم يتم تشبعها على أى عامل من العوامل الثلاثة وعلى ذلك فقد تم حذفها نهائيا.

- العبارات أرقام (3 - 16 - 11 - 13 - 5 - 29 - 9 - 10 - 31 - 21 - 7 - 6) قد تشبعت على العامل الأول بعد التدوير وتراوحت التشبعات بين (0.309 - 0.760).

- العبارات أرقام (26 - 17 - 37 - 32 - 19 - 15 - 36 - 34 - 25 - 20 - 1) قد تشبعت على العامل الثانى بعد التدوير وتراوحت التشبعات بين (0.325 - 0.636).

- العبارات أرقام (8 - 38 - 35 - 39 - 24 - 27 - 12 - 14 - 23 - 22) قد تشبعت على العامل الثالث وتراوحت التشبعات بين (0.356 - 0.701).

وعلى ذلك أصبح المقياس يتكون فى صورته النهائية من (33) بندا موزعة على ثلاث عوامل. ومن خلال التحليل السيكولوجى للعبارات أمكن تسمية العامل الأول: القلق الاجتماعى ومكون من (12) عبارة، والعامل الثانى: القلق المستقبلى ومكون من (11) عبارة، والعامل الثالث: المظاهر الفسيولوجية للقلق ومكون من (10) عبارات.

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سييرمان، براون وطريقة جتمان، كما تم حساب الثبات بحساب معامل ألفا - كرونباخ، كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار بفواصل زمنى خمسة عشرة يوما. والجدول رقم (6) يوضح تلك النتائج.



## جدول (6)

معاملات ثبات مقياس القلق عند المتلجلج بطريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا -  
كرونباخ، وبطريقة إعادة الاختبار

أبعاد المقياس	بطريقة سبيرمان - براون	بطريقة وجنمان	معامل ألفا لكرونباخ	بطريقة إعادة الاختبار
القلق الاجتماعي	0.645	0.636	0.726	0.863
القلق المستقبلي	0.742	0.736	0.810	0.804
المظاهر الفسيولوجية للقلق	0.689	0.682	0.747	0.798
الدرجة الكلية	0.898	0.788	0.722	0.756

يتضح من الجدول رقم (6) أن جميع معاملات الثبات للأبعاد دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 وأيضاً معامل الثبات للدرجة الكلية .

وهكذا أصبح المقياس صالحاً للتطبيق في صورته النهائية، مكوناً من (33) عبارة مقسمة على ثلاثة أبعاد، وقد تم تدوير عبارات المقياس بحيث تكون العبارة الأولى من البعد الأول، والثانية من البعد الثاني . وهكذا .

### مقياس مفهوم الذات للمتجلج: إعداد المؤلف

من خلال الإطار النظري والدراسات السابقة، لم تعثر المؤلف - في حدود علمها - على مقياس تم إعداده خصيصاً لمقياس مفهوم الذات عند المتلجلج، ولما كانت نتائج بعض الدراسات قد أظهرت أن مفهوم الذات عند المتلجلج يتكون لديه من خلال خبرات التفاعل بينه وبين المحيطين به والتي غالباً ما تكون خبرات إحباط واستهزاء والتي تؤدي إلى تكوين مفهوم ذات متدن يتسم بدرجة منخفضة من الرغبة في التواصل مع الآخرين؛ لذلك كان



لابد من إعداد مقياس مفهوم ذات خاص بالمتلجلج . ولقد اتبعت المؤلفة الخطوات الآتية فى إعداد المقياس :

\* استعراض بعض المقاييس التى تم تصميمها لقياس مفهوم الذات مثل مقياس عادل عز الدين الأشول (1984) ويتضمن أربعة أبعاد (العقلى والأكاديمى، الجسمى، الاجتماعى، بعد القلق) ومقياس (صلاح الدين أبو ناهية، 1996).

\* من خلال استعراض الإطار النظرى والدراسات السابقة والمقاييس المعدة لقياس مفهوم الذات أمكن وضع تعريف لمفهوم الذات عند المتلجلج وهو (نظرة المتلجلج إلى نفسه تتكون خلال مراحل العمر الأولى من خلال التفاعل والتواصل الاجتماعى مع الآخرين المهمين فى حياة الفرد). وتتطور هذه النظرة لتصبح إيجابية أو سلبية تبعاً للخبرات والمواقف والإدراكات الاجتماعية والانفعالية التى يتعرض لها المتلجلج من علاقاته بالعالم الخارجى وأن مفهوم الذات يتكون من خلال ثلاثة مجالات رئيسية وهى :

(أ) مفهوم الذات الشخصى ويقصد به مفهوم المتلجلج عن ذاته كما يراها هو والتى أطلق عليها حامد زهران (مفهوم الذات المدرك).

(ب) مفهوم الذات الاجتماعى وهى تحدد الصورة التى يدركها الفرد عن ذاته عند الآخرين، وقد أطلق عليها حامد زهران (مفهوم الذات الاجتماعى).

(ج) مفهوم الذات الأسرى: وهى تحدد الصورة التى يدركها الفرد عن ذاته عند أفراد أسرته. حيث أظهرت نتائج بعض الدراسات أن الأسرة هى المؤثر والمكون الأول لمفهوم الذات عند المتلجلج.



\* قامت الباحثة بإعداد عدد من العبارات التي تعبر عن الأبعاد الثلاثة السابقة وبلغ عددها (50) عبارة، ثم قامت الباحثة بتطبيق المقياس فى صورته الأولية على عينة قوامها (45) متلججا وذلك لحساب معاملات الصدق والثبات.

**تصحيح المقياس:** يجب المتلجج على عبارات المقياس من خلال ثلاثة اختبارات وهى: (تنطبق تماما) وتحصل على ثلاث درجات، (تنطبق أحيانا) وتحصل على درجتين، (ولا تنطبق) وتحصل على درجة واحدة إذا كانت العبارة فى الاتجاه الإيجابى، والعكس إذا كانت العبارة سلبية. ويعد مفهوم الذات سلبيا إذا حصل على درجات متدنية على المقياس.

#### صدق وثبات المقياس:

- تم حساب صدق المحتوى من خلال عرضه على عدد (8) من علماء الصحة النفسية وعلم النفس وذلك للحكم على مدى تناسب العبارات للغرض من المقياس، وملاءمة العبارات لكل بعد تنمى إليه. وقد تم حذف (5) عبارات لم تحصل على نسبة اتفاق (80%).
- صدق المقارنة الطرفية: بالمقارنة بين الأرباعى الأدنى (27%) والأرباعى الأعلى (27%) لدرجات أفراد العينة على مقياس مفهوم الذات (ن=45) وحساب قيمة (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات ومستوى دلالتها. والجدول رقم (7) يوضح تلك النتائج.



### جدول (7)

حساب صدق المقارنة الطرفية لأبعاد مقياس الذات والدرجة الكلية

قيمة ت ودلائها	الأربعى الأعلى		الأربعى الأعلى		الأبعاد
	ع	م	ع	م	
**17.15	1.44	27.17	1.78	15.40	البعد الأول
**18.86	1.40	24.13	0.95	13.71	البعد الثانى
**11.66	1.65	23.18	1.93	14.69	البعد الثالث
**11.49	10.25	125.30	6.51	81.60	البعد الرابع

بالنظر إلى الجدول رقم (7) يتضح أن فروق قيمة (ت) كانت دالة عند 0.1 لجميع الأبعاد، وأيضا للدرجة الكلية، وهذا يدل على قدرة المقياس على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين مما يسهم فى قياس صدق القائمة.

- **الصدق العاملى:** تم استخدام أسلوب التحليل العاملى الاستكشافى وذلك للتأكد من تشبع العبارات على الأبعاد المنتمة إليها، ثم تم تدوير العوامل تدويرا متعامدا بطريقة الفاريماكس. وقد تم استخدام محك جيلفورد فى استبعاد العبارات التى يقل تشبعها عن تشبع (0.3) وذلك نظرا لأنه يتناسب مع حجم العينة وعدد البنود. والجدول رقم (8) يوضح نتائج التحليل العاملى قبل التدوير.



جدول (8)

حساب التحليل العائلي لعبارات مقياس مفهوم الذات بطريقة التدوير المتعامد بطريقة (ألفاريماكس) قبل التدوير

رقم المفردة	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث	رقم المفردة	البعد الأول	البعد الثاني	البعد الثالث
45	0.889			44	0.494		
37	0.761			12	0.484		
39	0.706			28	0.440		
38	0.677			29	0.376		
34	0.673			24	0.304		
33	0.664			3	-	-	-
32	0.650			15	-	-	-
35	0.618			18	-	-	-
11	0.529			43	0.554		
6	0.528			31	0.538		
40	0.512			5	0.500		
36	0.495			42	0.472		
41	0.470			8	0.436		
9	0.453			27	0.433		
26	0.375			20	0.376		
4	-	-	-	1	0.370		
18	-	-	-	21	0.354		
19	-	-	-	22	-	-	-
13	0.805			23	-	-	-
14	0.762			16	-	-	-
2	0.611			30	-	-	-
7	0.570			25	-	-	-
10	0.497						

بالنظر إلى الجدول رقم (8) يتضح ما ياتى:

- أن العبارات رقم (4 - 17 - 19 - 3 - 15 - 18 - 22 - 23 - 16 - 30 - 25) لم يتم تشبعها على أى من العوامل .
- العبارات رقم (11 - 35 - 32 - 33 - 34 - 38 - 39 - 37 - 45) قد تشبعت على العامل الأول .
- العبارات رقم (24 - 29 - 28 - 12 - 44 - 10 - 2 - 14 - 13) قد تشبعت على العامل الثانى .
- العبارات رقم (21 - 1 - 20 - 27 - 8 - 42 - 5 - 31 - 43) قد تشبعت على العامل الثالث .

ثم تم إجراء التدوير المتعامد للمفردات باستخدام طريقة الفاريماكس ، ويوضح الجدول رقم (9) المفردات الناتجة عن التدوير ، ودرجة تشبع كل مفردة .



جدول (9)

نتائج حساب التحليل العائلي لعبارات مقياس مفهوم الذات  
بطريقة التدوير المتعامد (فاريماكس) بعد التدوير

تسبغات البعء الثالث	تسبغات البعء الثاني	تسبغات البعء الأول	رقم العبارة	مسلسل	تسبغات البعء الثالث	تسبغات البعء الثاني	تسبغات البعء الأول	رقم العبارة	مسلسل
	0.490		12	23			0.898	45	1
	0.481		44	24			0.776	37	2
	0.425		28	25			0.704	34	3
	0.355		29	26			0.683	39	4
	0.313		24	27			0.652	38	5
-	-	-	3	28			0.635	36	6
-	-	-	15	29			0.626	33	7
-	-	-	18	30			0.573	40	8
0.655			5	31			0.536	35	9
0.63			31	32			0.513	32	10
0.614			43	33			0.511	41	11
0.485			27	34			0.510	11	12
0.453			9	35			0.346	4	13
0.443			42	36			0.315	20	14
0.431			6	37	-	-	-	21	15
0.399			1	38	-	-	-	19	16
0.374			8	39	-	-	-	25	17
0.353			17	40		0.805		13	18
0.333			23	41		0.753		14	19
0.332			26	42		0.632		2	20
-	-	-	22	43		0.592		7	21
-	-	-	30	44		0.499		10	22
-	-	-	16	45					

بالنظر إلى الجدول رقم (9) يتضح أن:

- العبارات أرقام (21 - 19 - 25 - 3 - 15 - 18 - 22 - 30 - 16) لم تشبع على أى من العوامل ولذلك فقد تم حذفها نهائياً.

- العبارات أرقام (45 - 37 - 34 - 39 - 38 - 36 - 33 - 40 - 35 - 32 - 41 - 11 - 4 - 20) قد تشبعت على العامل الأول وتراوحت التشبعات بين (0.315 - 0.898).

- العبارات أرقام (13 - 14 - 2 - 7 - 10 - 12 - 44 - 29 - 24) قد تشبعت على العامل الثانى وتراوحت التشبعات بين (0.805 - 0.314).

- العبارات أرقام (5 - 31 - 43 - 27 - 9 - 42 - 6 - 8 - 17 - 23 - 26) قد تشبعت على العامل الثالث. ومن خلال الإطار النظرى والدراسات السابقة أمكن تسمية العامل الأول: مفهوم الذات الأسرى ويضم (14) عبارة، والعامل الثانى مفهوم الذات الاجتماعى ويضم (10) عبارات، والعامل الثالث: مفهوم الذات الشخصى ويضم (12) عبارة. وعلى ذلك أصبح المقياس يتكون من (36) عبارة مقسمة على ثلاثة أبعاد.

### ثبات المقياس:

- تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية باستخدام معادلة سبيرمان - براون، وطريقة وجتمان، كما تم حساب الثبات بحساب معامل ألفا - كرونباخ. كما تم حساب الثبات بطريقة إعادة الاختبار بفواصل زمنى خمسة عشرة يوماً. والجدول رقم (10) يوضح النتائج.



### جدول (10)

معاملات ثبات مقياس مفهوم الذات بطريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا - كرونباخ  
وبطريقة إعادة الاختبار

أبعاد المقياس	بطريقة سيرمان	بطريقة براون - وجيمان	معامل ألفا	بطريقة إعادة الاختبار
مفهوم الذات الأسرى	0.746	0.726	0.755	0.663
مفهوم الذات الاجتماعي	0.756	0.740	0.820	0.721
مفهوم الذات الشخصي	0.687	0.657	0.721	0.752
الدرجة الكلية	0.898	0.801	0.888	0.852

يتضح من الجدول رقم (10) أن جميع معاملات الثبات دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 وكذلك الدرجة الكلية للمقياس؟

مما سبق يتضح أن المقياس في صورته الحالية يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات والتي تسمح باستخدامه في الدراسة الحالية.

### ثالثاً: البرنامج الإرشادي

#### 1 - الهدف العام للبرنامج:

يهدف البرنامج إلى خفض مشاعر القلق المصاحبة لاضطراب اللجلجة لدى عينة من المتلجلجين (ن=10) ممن تتراوح أعمارهم بين (11 - 14) سنة كما يهدف إلى تحسين مفهوم الذات لديهم.

#### 2 - الأسس التي روعيت عند بناء البرنامج:

- نظريات الإرشاد والعلاج النفسي خاصة النظرية السلوكية، ونظرية التعلم الاجتماعي والنظرية المعرفية، أو ما يعرف بالاتجاه المعرفي



السلوكي، والذي يقول إن تعديل السلوك يقوم على المداخل البيئية، حيث يتم إعادة تنظيم البيئة التي يعيش فيها الفرد والتخطيط لتنمية التفاعل القائم بين الفرد والبيئة.

- نظريات النمو وما تضمنه من خصائص نفسية واجتماعية للمرحلة العمرية للعينة وهي بداية مرحلة المراهقة.

- النظريات المفسرة للجلجة وما يرتبط بها من سلوكيات مصاحبة.

- استعراض بعض البرامج الخاصة بعلاج اللجلجة مثل برنامج (فان ريبير Van Riper، 1992) ويقوم برنامج التدريب المتلجلج على تقليل الشد العضلي والتحدث بدون تعبيرات وجهية شاذة، والتحكم في حركات اليدين والقدمين، كما يقوم على تعلم الاسترخاء والهدوء أثناء الكلام. كما تم استخدام بعض فنيات العلاج العقلاني الانفعالي لمساعدة المتلجلج على فهم مشكلته والتعامل معها كما هي ثم محاولة التعديل فيها، كما هدف إلى تعديل المشاعر والعواطف السلبية.

- برنامج هيجد Hegde (1991) حيث هدف إلى تعليم المتلجلج (التحدث بطلاقة) من خلال كيفية تدفق الكلام بسلاسة من خلال التدريب على بعض الفنيات مثل: تعديل تدفق الهواء، بداية رقيقة للصوت، معدل أقل للكلام، التناغم المتهاشم للأصوات، مهارة تعديل تدفق الهواء، والتدريب على استخدام الشهيق والزفير لكي يكون هناك تناغم في تدفق الكلام.



### 3 - الأهداف الإجرائية للبرنامج:

- 1 - مساعدة المتلجلج فى تحديد واستكشاف المشاعر والسلوكيات والاتجاهات التى تتعلق بهم وباللجلجة، وكيفية القدرة على مواجهة مواقف اللجلجة.
- 2 - مساعدته فى تحديد المشكلات والمواقف التى تسبب اللجلجة، وبالتالي تؤدي إلى الشعور بالقلق.
- 3 - المساعدة فى زيادة المنظور الواقعى لمعنى اضطراب اللجلجة، حيث يرتبط عندهم بإحساسهم بالتوافق مع أنفسهم ومع الآخرين.
- 4 - المساعدة فى تقبل المتلجلج لسلوكيات اللجلجة والتوافق معها من خلال تدريبه على بعض الفنيات المساعدة.
- 5 - إكساب المتلجلج بعض الفنيات التى تساعد على خفض مشاعر القلق.
- 6 - المساعدة فى نمو وزيادة المواقف التفاعلية والتواصلية بين المتلجلج وأقرانه.
- 7 - المساعدة فى نمو وزيادة المواقف التفاعلية بين المتلجلج وأسرته (من خلال إشراك الأمهات فى بعض الجلسات).
- 8 - المساعدة فى أن يصبح المتلجلج أكثر فعالية فى تدعيم ذاته من خلال تعديل المشاعر والعواطف السلبية.

### 4 - التخطيط العام للبرنامج:

- أ - عدد الجلسات: يتكون البرنامج من 15 جلسة، ويتم إشراك الأمهات فى بعض الجلسات.



ب - المدى الزمني : يطبق البرنامج بمعدل ثلاث جلسات أسبوعياً لمدة خمسة أسابيع ، بواقع 45 - 60 دقيقة للجلسة الواحدة .

ج - الفنيات المستخدمة : تمت الاستعانة ببعض الفنيات المناسبة لطبيعة البرنامج وهى :

1 - المحاضرة والمناقشة : وذلك لشرح بعض المعلومات والمفاهيم العلمية لأفراد العينة بأسلوب مبسط عن اضطراب اللجلجة وأسبابها ونسبة انتشارها كما تستخدم المناقشة الجماعية فى معظم الجلسات ، حيث تعد المشاركة الفعالة بين أفراد العينة ضرورية لإنجاح البرنامج ، كما أنها تساعد على كشف مفهوم الذات عند الفرد ، وتتيح للباحثة التعرف على الأفكار والمشاعر السلبية التى يحملها المتلجلج نحو ذاته ونحو الآخرين .

2 - الاسترخاء : وهى من أكثر فنيات العلاج السلوكى استخداماً خاصة فى علاج الاضطرابات النفسية مثل القلق . كما أنها مهمة للفرد المتلجلج حيث يعانى من الشد العصبى والنفسى والتوتر والقلق الشديد خاصة فى مواقف اللجلجة ، وعلى ذلك كان من الضرورى تدريب أفراد العينة على تمارين الاسترخاء وكيفية ممارستها عند بداية الكلام وعند الشعور بالتوتر الشديد .

3 - التدريب على التنظيم الذاتى : لملاحظة الفترات الزمنية بين لحظات اللجلجة ، ومن ثم يستطيع المتلجلج تدريب ذاته على التحكم فى الكلام .

4 - النمذجة : وتستخدم لتصحيح أنماط السلوك المضطرب ، وبالنسبة لأفراد العينة تم استخدام هذه الفنية من خلال نطق الباحثة لبعض الكلمات والمقاطع بطريقة متلجلجة ، ثم تطلب من أفراد العينة تصحيح النطق ، ثم فى مرحلة أخرى تقوم الباحثة بنطق بعض الكلمات أو الجمل بطريقة صحيحة ، ثم تطلب من أحد أفراد العينة نطقها ، وعندما تحدث اللجلجة ما يصاحبها من



توقفات أو رعشة أو تغير في تعبيرات الوجه تطلب منه التوقف، ثم يقوم أحد أفراد العينة الآخرين بتصحيح اللجلجة والتعليق على السلوكيات المصاحبة.

5 - التغذية الرجعية: سواء التغذية الرجعية السمعية أو البصرية، وذلك من خلال مراقبة المتلجلج لصوته المسجل وتكرار ما يسمعه، أو مراقبة نفسه أثناء الكلام في مواقف استرخاء ومحاولة تكرارها.

6 - استخدام بعض الأساليب الخاصة بعلاج اللجلجة مثل:

\* تنظيم تدفق الهواء عن طريق استنشاق كم إضافي من الهواء قبل النطق بأية كلمة ثم خروجه بطريقة محكمة من خلال الكلام. حيث من الملاحظ أن بعض الأفراد المتلجلجين ينسون أن يتنفسوا قبل الكلام. فالهواء يخرج قبل خروج الكلام، كما أن بعضهم الآخر يفقد ما لديه من هواء قبل أن يبدأ في قول أى شىء نتيجة اللجلجة.

\* التدريب على عمليتي الشهيق والزفير لتنظيم خروج الهواء لكى يكون هناك تناغم فى تدفق الكلام.

\* استخدام المرآة عند حدوث اللجلجة، حيث يرى المتلجلج نفسه فى المرآة وهو يتلجلج ويحاول أن يسيطر على الحركات المصاحبة للجلجة.

\* استخدام أسلوب القراءة الجهرية الهادئة (بصوت منخفض) حيث يقوم كل فرد من أفراد العينة بقراءة قطعة من قصة مشوقة بصوت هادئ مسموع، وهو فى حالة استرخاء، ثم تقوم الباحثة بتسجيل هذه القراءات لكل فرد على حدة. وبعد الانتهاء من القراءة يبدأ أفراد العينة فى الاستماع لما قرأه. وملاحظة قلة تكرارات اللجلجة.



حيث يؤدي هذا الأسلوب إلى خفض مشاعر القلق المصاحبة للقراءة الجهرية، وتنبيه المتلجلج إلى فائدة الاسترخاء في أثناء الكلام، إعطاء المتلجلج الثقة في نفسه وإشعاره بأنه يمكن التخلص من هذه اللججة بالتدريب الجاد، تحسين مفهومه عن ذاته وتنمية إدراكه بهذه الذات.

\* فنية الواجبات المنزلية: حيث يتم تكليف أفراد العينة بقراءة بعض النصوص المكتوبة بمفردهم ودون حضور أحد معهم. وتسجيلها على شرائط كاسيت. ثم يتم سماعها في الجلسة التالية مع أفراد العينة الآخرين وتقوم الباحثة بالتعليق عليها وإظهار مدى التقدم الذي أحرزه كل منهم. ثم في مرحلة أخرى يقوم المتلجلج بالقراءة في حضور أحد أفراد أسرته والذي يشعر معه المتلجلج بالارتياح، ثم في مرحلة ثالثة يقوم بالقراءة الجهرية أمام جميع أفراد أسرته، وفي كل مرة يتم التسجيل ثم مناقشة وتعليق من الباحثة وأفراد العينة الآخرين. كما يقارن كل فرد بين قراءته الأولى والقراءات التالية فإذا أدرك المتلجلج الفرق وأدرك التحسن الذي طرأ على كلامه كان ذلك حافزاً له، مما ينعكس على خفض مشاعر القلق والتوتر، ويزيد من تقبله لذاته ويجعل مفهومه عن ذاته أكثر إيجابية.

#### محتوى البرنامج:

فيما يلي استعراض لمحتوى الجلسات من خلال ثلاثة محاور:  
الهدف من الجلسة - الفنيات المستخدمة - النتائج المتوقع تحقيقها من الجلسات.



## الجلسة الأولى:

### الهدف منها:

التعريف بالهدف من البرنامج، وجذب أفراد العينة لتبادل الحديث والتفاعل فيما بينهم، وبينهم وبين الباحثة، توجيه الدعوة للأمهات لحضور الجلسات.

### الفنيات المستخدمة:

الحوار والمناقشة المفتوحة.

### النتائج المتوقع تحقيقها:

تعارف أفراد العينة، التشجيع على التواصل، إقناع الأمهات بحضور الجلسات.

## الجلسة من الثانية إلى الرابعة:

### الهدف منها:

التعرف على اضطراب اللجلجة وأسبابه المحتملة - أهم أشكاله - السلوكيات المصاحبة - بعض أساليب التنشئة الخاطئة التي قد تؤدي إلى ظهور اللجلجة.

### الفنيات المستخدمة:

المحاضرة والمناقشة الحرة.

### النتائج المتوقع تحقيقها:

فهم حقيقة الاضطراب، ملاحظة أن هناك الكثيرين يتلجلجون وليس أنا وحدي، خفض مشاعر الشعور بالذنب لدى أفراد العينة عندما يعرفون أن سبب الاضطراب شيء خارج عن إرادتهم، إدراك الأمهات أن الأسرة قد



تكون هي السبب في جلجلة طفلها مما يؤدي إلى تعديل نظرة اللوم للطفل .

الجلسات من الخامسة إلى السابعة:

الهدف منها:

تشجيع أفراد العينة للتعبير عن مشاعرهم السلبية نحو السلجلة،  
إعطاؤهم حرية التعبير عن أفكارهم نحو الآخرين، إشراك الأمهات في تفسير  
المواقف التي يذكرها المتلجلج عن مشاعر المهانة والاستهزاء داخل الأسرة.

الفيئات المستخدمة:

التداعى الحر للأفكار السلبية - المناقشة والحوار المفتوح - الاسترخاء  
أثناء التعبير عن المشاعر السلبية - التدعيم عند النجاح في التعبير عن هذه  
المشاعر.

النتائج المتوقع تحقيقها:

التخلص من الأفكار نحو الذات ونحو الآخرين، إحساس المتلجلج  
بالارتياح النفسى نتيجة التخلص من تلك المشاعر، إدراك المتلجلج الفرق بين  
كلامه أثناء الاسترخاء وأثناء الغضب والانفعال.

الجلسات من الثامنة إلى الحادية عشرة:

الهدف منها:

التدريب على فيئات الاسترخاء - تنظيم عملية التنفس والشهيق والزفير  
- التدريب على الكلام بدون قلق أو خوف - التدريب على مراقبة المتلجلج  
لنفسه أثناء الكلام فى المرأة.



## الفنيات المستخدمة:

فنية الاسترخاء - التدريبات الخاصة بتنظيم تدفق الهواء - فنية الواجبات المنزلية - فنية التغذية الرجعية السمعية من خلال تكرار الكلام - فنية التدعيم.

## النتائج المتوقعة تحقيقها:

اكتساب أفراد العينة لفنية الاسترخاء وممارستها في مواقف وأوقات مختلفة خاصة عندما يشعر بالتوتر أو الضيق، اكتساب أفراد العينة القدرة على تنظيم تدفق الهواء وتنظيم عملية الشهيق والزفير، إتاحة الفرصة لأفراد العينة للكلام بهدوء في مواضع استرخاء وتدعيم الاستجابة، مما يؤدي إلى تدعيم الاستجابة وتثبيتها.

## الجلسات من الثانية عشرة إلى الخامسة عشرة:

### الهدف منها:

التدريب على التخلص من السلوكيات المصاحبة للجلجة كحركات الوجه اللاإرادية، الضرب بالأرجل في الأرض، توقف الهواء في الحلق ثم اندفاعه فجأة، التخلص من مشاعر القلق والخوف أثناء الكلام، التدريب على مواجهة مواقف اللجلجة دون قلق أو خوف، تنمية مفهوم ذات إيجابي من خلال تغيير نظرة المتلجلج إلى نفسه وعدم التركيز على اللجلجة، التدريب على التركيز على شيء آخر أمام المتلجلج أثناء الكلام وعدم النظر إلى عيون مستمعيه حتى لا يشعر بالتوتر.

## الفنيات المستخدمة:

النمذجة ولعب الدور من خلال تبادل الأدوار بين الباحثة وأفراد العينة حيث تقوم هي بمواقف لجلجة وما يصاحبها من سلوكيات، ويقوم أفراد العينة



بنقدها. ثم جعل كل فرد يقوم بهذا على حدة أمام زملائه من أفراد العينة وأمام الأمهات الحاضرات الجلسة حتى يتعود المتلجلج على مواجهة الآخرين ويقوم باقى أفراد العينة بنقد حركات وتوقفات الكلام. كما وفرت الباحثة لأفراد العينة ممارسة بعض التمثيليات القصيرة لأدوار تمثل السلطة (الأب - الأم - المدرس - مدير المدرسة) للتدريب على مواجهة هذه الرموز بدون قلق أو خوف من اللجلجة.

### النتائج المتوقع تحقيقها:

التخلص أو الإقلال من السلوكيات المصاحبة للجلجة، خفض مشاعر القلق والتوتر عند المواقف الكلامية - تعلم مواجهة الآخرين بدون قلق أو خوف، نمو مفهوم ذات أكثر إيجابية، تقبل أفضل للمتجلجج من قبل الأم والأسرة ككل.

### 6 - تقييم البرنامج:

يتم تقييم البرنامج بعد الانتهاء من الجلسات من خلال تطبيق مقياس الدراسة (مظاهر القلق، مفهوم الذات) على أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة. واستخراج النتائج لتعرف أثر البرنامج على المجموعة التجريبية.

كما يتم إجراء تقييم آخر تتبعى لأفراد المجموعة التجريبية بعد شهرين من المتابعة حيث إن الاتصال مستمر بين الباحثة وأفراد العينة والأمهات؛ وذلك لتعرف مدى بقاء أثر البرنامج.

### نتائج الدراسة:

نتائج الفرض الأول: وينص على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المتلجلجين على مقياس



القلق، قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي وذلك لصالح المقياس البعدي. ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار وليكوكس Wilcoxon signed للمتغيرات المرتبطة، وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (11).

### جدول (11)

نتائج اختبار وليكوكسون للمقارنة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لمقياس القلق لدى المجموعة التجريبية

المتغيرات المرتبطة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
البعد الأول	السالبة الموجبة	10 صفر	5.5 صفر	55 صفر	2.820	دالة عند 0.01
البعد الثاني	السالبة الموجبة	10 صفر	5.5 صفر	55 صفر	2.812	دالة عند 0.01
البعد الثالث	السالبة الموجبة	10 صفر	5.5 صفر	55 صفر	2.809	دالة عند 0.01
المجموع	السالبة الموجبة	10 صفر	5.5 صفر	55 صفر	2.805	دالة عند 0.01

بالنظر إلى الجدول رقم (11) يتضح أن قيمة (Z) دالة إحصائية عند مستوى 0.01 لجميع أبعاد مقياس القلق وكذلك للدرجة الكلية، وعلى ذلك يمكن القول إن هذا الفرض قد تحقق إحصائياً. وهذه النتائج الإحصائية تدل على فاعلية البرنامج وما تتضمنه من فنيات في خفض مستوى القلق لدى أفراد العينة. فاللجلجة كاضطراب نفسى معقد يتضمن ليس فقط اللجلجة أثناء الكلام بل ينطوي على تجارب نفسية واجتماعية مثيرة للتحدي يتعرض لها



من يعانون منها، وقد عبر أفراد العينة عن الصعوبات والمواقف السلبية التي يتعرضون لها. كما أظهر أفراد العينة ثلاثة جوانب نفسية أساسية يعانون منها وهي: الصراع أثناء الكلام، تجنب الإشارات الكلامية التي ترتبط بصعوبة الكلام، توقع مواجهة صعوبات أثناء الكلام. كما أدى حضور الأمهات بعض الجلسات إلى تعديل نظرة الأمهات إلى اضطرابات اللجلجة وبالتالي تفهم المشكلة التي يعاني منها أبنائهن كما أدركن أن التلميحات والأساليب السلبية التي تتبعها الأسرة مع الابن المتلجلج قد تؤدي إلى زيادة اللجلجة وما يصاحبها من اضطرابات نفسية مثل القلق. فالقلق هو السمة النفسية الرئيسية للمتلجلج كما أثبتت ذلك نتائج العديد من الدراسات. وأن الوالدين يمكن أن يصبحوا من العوامل المؤثرة والمؤدية إلى زيادة القلق عند المتلجلج؛ ولذا كان لإشراك الأمهات في البرنامج وتدريبهن على كيفية التفاعل والتواصل مع أبنائهن وأيضاً تكليفهن بمتابعة تدريبات الاسترخاء، وتنظيم تدفق الهواء مع أفراد العينة في المنزل الأثر الأكبر في نجاح البرنامج. وهذه النتائج تتفق مع نتائج بعض الدراسات مثل (دراسة كريج Craig : 1990، 1994؛ قطب وآخرون Kotbi et al : 1992؛ هانكوك، كريج Hancock & Craig : 1998؛ كارسو، لين Caruso & Linne : 1998؛ ديفيز وآخرون Davis et al : 2002؛ كرايمات Kraaimaat et al : 2004؛ اذراتي، ليفين Ezrati & Levin : 2004).

**نتائج الفرض الثاني:** وينص على: (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدى لقياس القلق، بعد البرنامج، وذلك لصالح المجموعة التجريبية).

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان ويتنى Mann-Whitney Test للمقارنة بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لدرجات مقياس القلق وكانت النتائج كما هو مبين بالجدول رقم (12).



جدول (12)

نتائج اختبار مان - ويتنى لدراسة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في درجات مقياس القلق بعد البرنامج

المتغيرات	المجموعتان	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	الدالة
البعد الأول	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.792	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				
البعد الثاني	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.811	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				
البعد الثالث	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.805	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				
الدرجة الكلية	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.972	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				

من استعراض النتائج السابقة يتضح أن هناك فروقا دالة إحصائيا عند مستوى 0.01 بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة بعد تطبيق البرنامج لكل أبعاد المقياس وكذلك للدرجة الكلية. وهذا يؤكد صحة الفرض إحصائيا.

وترجع الباحثة الانخفاض في مستوى القلق لدى أفراد المجموعة التجريبية دون الضابطة إلى فاعلية البرنامج حيث احتوى على معلومات وحقائق عن اضطراب اللجلجة وأسبابها وسلوكياتها المصاحبة وأشكالها. كما استخدم البرنامج فنيات متعددة منها فنية الاسترخاء والتي تؤكد نتائج الدراسات التي تناولت علاج القلق عامة أنها من أفضل الفنيات التي تصلح في خفض مستوى القلق عند الفرد. وإذا كان القلق سببا للجلجة أو نتيجة لها، فإنه من الثابت أن الإنسان عندما يتكلم وهو قلق يضطرب تفكيره



وينعكس ذلك على كلامه فيتلجلج. فإذا أمكن تدريب الفرد على خفض مشاعر القلق وتنظيمها من خلال الاسترخاء العضلي وفي نفس الوقت التحكم في الأفكار والمشاعر والتركيز في ما يريد أن يقوله وليس كيف يقوله، ويكون ذلك أيضا من خلال التدريب على تنظيم عمليتي الشهيق والزفير أثناء الكلام، فإن النجاح في الكلام بدون لجلجة سيخفض من مشاعر القلق بالتبعية، ومن خلال تكرار ذلك يصبح كلام الفرد أكثر طبيعة، وتزيد ثقته في نفسه وتقل السلوكيات المصاحبة لها وهذا ما حاول البرنامج الحالي التأكيد عليه. وهذه النتائج تتناسب مع بعض الدراسات مثل دراسة (بينت وباتيك : Bennett & Batik : 1998؛ شنايدر Schneid : 1998؛ مورفي Murphy : 1999؛ راتر وسيلفرمان Ratner & Silverman : 2000؛ جابل وآخرون Gabel et al : 2002؛ ياروس، رياردون Yaruss & Reardon : 2003).

**نتائج الفرض الثالث:** وينص على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية من المتلجلجين على مقياس الذات، قبل تطبيق البرنامج وبعده، وذلك لصالح القياس البعدي). ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ولكوكسون للمقارنة بين المتغيرات المرتبطة وكانت النتائج كما هو مبين بالجدول رقم (13).



جدول (13)

نتائج ولكوكسون للمقارنة بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لدرجات مقياس مفهوم الذات لدى المجموعة التجريبية

المتغيرات المرتبطة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
البعء الأول	السالبة الموجبة	صفر 10	صفر 5.5	صفر 55	2.814	دالة عند 0.01
البعء الثاني	السالبة الموجبة	صفر 10	صفر 5.5	صفر 55	2.823	دالة عند 0.01
البعء الثالث	السالبة الموجبة	صفر 10	صفر 5.5	صفر 55	2.821	دالة عند 0.01
المجموع	السالبة الموجبة	صفر 10	صفر 5.5	صفر 55	2.814	دالة عند 0.01

من خلال النتائج الإحصائية لجدول رقم (13) يتضح أن قيم Z كلها دالة عند مستوى 0.01 وذلك بالنسبة لجميع أبعاد ومقياس مفهوم الذات وأيضا الدرجة الكلية. وحيث إن الدرجة المنخفضة تدل على مفهوم ذات منخفض والعكس صحيح، وهذا يدل على تحقق الفرض إحصائيا.

وترجع الباحثة هذا التحسن إلى أن مفهوم الذات تكوين فرضى نفسى لا يظهر بصورة مباشرة، ولكنه يظهر خلال تفاعل وتواصل الفرد مع الآخرين أو عندما يتحدث عن نفسه. وقد ساهمت فنية النمذجة ولعب الدور، وفنية الواجبات المنزلية والتي كان ينفذها المتلجج مع أفراد أسرته، وأيضا حضور الأمهات لجلسات البرنامج إلى المصارحة والمصاحبة النفسية بين أفراد العينة وأمهاتهم، حيث أدى التنفيس الانفعالى عن الغضب المكبوت والذكريات المؤلمة التى عبر عنها أفراد العينة أثناء حديثهم عن موقف الأسرة من جلجتهم



إلى إدراك الأمهات إلى أى مدى تبلغ حساسية المتلجج وشعوره بالظلم والقهر والدونية. كما أدى إلى تعديل سلوك الأم مع طفلها وتقبلها له مما انعكس على سلوك الأسرة ككل وقد عبر أفراد العينة عن فرحتهم بهذا التغيير وإدراكهم له، خلال تنفيذ البرنامج وبعد توقف البرنامج، وهذا يتناسب مع نتائج بعض الدراسات التي تؤكد على أن للأسرة تأثيراً كبيراً على إكساب مفهوم الطفل ذات سلبى أو إيجابى من خلال إعطائه إحساساً بتقدير لقدراته الحقيقية مما ينعكس على ثقته ومفهومه عن ذاته. ومن هذه الدراسات دراسة (كيلى Kelly : 1995، 1998؛ بيتت وباتيك Bennett & Batik 1998؛ مالارد Mallard : 1998؛ كلاسين Klassen : 1999؛ مورفى Murphy : 1999؛ جيفين، سار Guven & Sar : 2003؛ فين Finn : 2004).

**نتائج الفرض الرابع:** والذي ينص على (توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس مفهوم الذات، بعد تطبيق البرنامج وذلك لصالح المجموعة التجريبية) ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار مان وتينى للمقارنة بين درجات المجموعتين الضابطة والتجريبية على مقياس مفهوم الذات، والنتائج موضحة فى الجدول رقم (14).



جدول (14)

نتائج مان - ويتنى للمقارنة بين الدرجات البعدية على مقياس مفهوم الذات  
للمجموعتين التجريبية والضابطة

المتغيرات	المجموعتان	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	U	W	Z	الدالة
البعد الأول	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.792	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				
البعد الثاني	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.811	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				
البعد الثالث	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.805	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				
الدرجة الكلية	التجريبية	10	15.50	155	صفر	55	3.792	دالة عند 0.01
	الضابطة	10	5.50	55				

بالنظر إلى الجدول رقم (14) يتضح أن النتائج كلها دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 وهذا يدل على تحقق الفرض إحصائياً.

مما سبق يمكن القول إن نتائج الفرض الرابع تؤكد على نتائج الفرض الثالث حيث ظهرت الفروق لصالح المجموعة التجريبية دون الضابطة. وهذا يرجع إلى إدراك المتلجلج للمشكلة التي يعاني منها ومساعدته في إعادة استكشاف المشاعر والسلوكيات واتجاهات الآخرين نحوه، وكيفية مواجهة هذه الاتجاهات إذا كانت سلبية، مما يؤدي إلى تنمية مفهوم المتلجلج عن ذاته وإعادة إدراكه لقدراته وإمكاناته، كما أكد البرنامج على أهمية أن يدرك أفراد العينة أنهم ليسوا الوحيدين المتلجلجين، أو الذين لديهم عيوب في الكلام وأن هناك الكثيرين ممن يعانون من نفس المشكلة. كما أن هناك من يعاني صعوبات أكبر بكثير مما يعانون منه. ولقد كان لفنية النمذجة ولعب الدور الأثر الكبير



فى تحسن مفهوم المتلجلج عن نفسه حيث أصبح يواجه لجلجته بالضحك والابتسام خاصة أثناء القيام ببعض الأدوار التمثيلية للمواقف التى يمكن أن يمر بها أثناء تفاعله وتواصله مع الآخرين. كما تم تدريب أفراد العينة على مواجهة مواقف معينة والتى عبر عنها أفراد العينة أنها أكثر المواقف صعوبة وإحراجا وإيلاما لهم عندما يواجهونها مثل: تجنب الرد على التليفون، تجنب الدخول على غرباء وتعريفهم بنفسه، تجنب الحديث مع الجنس الآخر، وإذا سأله أحدهم عن مشكلته وسببها، ومن خلال جلسات البرنامج أمكن التدريب على هذه المواقف بين أفراد العينة أولا ثم بينهم وبين الباحثة، ثم بحضور الأمهات. كما كان يتم تكليف أفراد العينة بممارسة هذه المواقف فى المنزل مع إخوتهم ثم مع الأصدقاء المقربين، وقد أدى هذا التدرج إلى زيادة ثقة المتلجلج بنفسه وشعوره بأنه من الممكن أن يتكلم مثل الآخرين، وإن لم يستطع فعلى الأقل يمكنه أن يكون أقل قلقا وأكثر ثقة فى النفس بما يمكنه من مواجهة هذه المواقف حتى تصبح مواقف عادية لا تسبب له قلقا أو توترا، وكل ذلك ينعكس على صورة الفرد عن نفسه ومفهومه عن ذاته، كما اهتم البرنامج بكيفية تنمية مفهوم الذات عند الطفل من خلال: تعلم الطفل مهارات الحياة الاجتماعية وإعطاؤه التغذية المرتدة الإيجابية، فما يقوله الآباء وكيفية حديثهم مع الطفل له شأن كبير فى الإحساس الداخلى للطفل بنفسه وتقديره لذاته، فالطفل خلال فترة الطفولة يتلقى التغذية المرتدة الإيجابية من الآخرين، وتأتى أهم صور التغذية المرتدة من الآباء، وإذا فاقت التغذية المرتدة الإيجابية على السلبية سيمى الطفل فكرة إيجابية عن نفسه. وهذه النتائج تؤكدتها دراسات (روستن، كوك Rustin & Cook : 1995؛ مالارد Mallard : 1998؛ شنايدر Schneider : 1998؛ جابل وآخرون Gabel et al : 2001، 2002).



نتائج الفرض الخامس: وينص على: (لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق، وذلك فى القياس البعدى والتبعى بعد شهرين من المتابعة). ولاختبار صحة هذا الفرض استخدمت الباحثة اختبار ولكوكسون للمقارنة بين المتغيرات المرتبطة، وكانت النتائج كما هو موضح بالجدول رقم (15).

#### جدول (15)

نتائج ولكوكسون للمقارنة بين التطبيقين البعدى والتبعى لدرجات مقياس القلق لدى المجموعة التجريبية

المتغيرات المرتبطة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
البعد الأول	السالبة	4	5.0	20.0	0.302	غير دالة
	الموجبة	4	4.0	16.0		
البعد الثانى	السالبة	4	4.75	19.0	0.879	غير دالة
	الموجبة	3	3.0	9.0		
البعد الثالث	السالبة	8	4.63	37.0	1.780	غير دالة
	الموجبة	1	8.0	8.0		
المجموع	السالبة	7	4.79	33.5	1.316	غير دالة
	الموجبة	2	5.75	11.5		

يتضح من نتائج الجدول (15) أن قيمة Z غير دالة إحصائياً وهذا يدل على تحقق صحة هذا الفرض إحصائياً.

وهذه النتائج تؤكد على عدم تعرض أفراد العينة إلى مشكلة الارتداد إلى اللجلجة مرة أخرى. فمهمة البرامج الإرشادية ليست فقط خفض الاضطراب أو علاجه وإنما التأكد من عدم العودة مرة أخرى إلى الاضطراب. واضطراب اللجلجة من أكثر الاضطرابات التى تؤكد نتائج الدراسات التى



تقوم على علاجها أن الاضطراب يعود مرة أخرى للفرد بعد فترة قصيرة من العلاج.

وقد تم التركيز في البرنامج الحالي على زيادة العلاقات التي تتميز بالتبادل الوجداني بطريقة لفظية (التلفظ مصحوبا بالمشاعر) بالإضافة إلى التفاعل المعرفي بطريقة (التلفظ بطبيعة عقلية معرفية) والتي يؤكد عليها (هماجيوشي Hamaguchi، 2001، 201) كعوامل نفسية معرفية وجدانية تؤدي إلى علاج اللجلجة. وعلى ذلك يمكن القول إن مصطلحات مثل الدفء، التدعيم، التنشئة السليمة، الود، التفهم، التعاطف، الإدراك هي المفتاح الذي يحدد نوع المساعدة التي يحتاج إليها المتلجلج من المحيطين به.

وهذه النتائج تؤكد نتائج دراسات (هانكوك، كريج & Hancoc Graig : 1998؛ وبستر Webster : 1998؛ كيل Kail : 1998، جينسبرج Gins-berg : مورفي، كوسال Murphy & Quesel : 2002).

نتائج الفرض السادس: وينص على: (لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مفهوم الذات في القياس البعدي والتبعي بعد شهرين من المتابعة). وللتحقق من صحة هذا الفرض تم حساب المتوسطات والانحرافات المعيارية للقياس البعدي والتبعي، كما تم حساب قيمة Z ودالاتها. والجدول رقم (16) يوضح تلك النتائج؟



### جدول (16)

المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مفهوم الذات في القياس البعدي والتبعي

المتغيرات المرتبطة	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Z	الدالة
البعء الأول	الموجبة	2.0	5.75	11.5	1.64	غير دالة
	السالبة	8.0	5.44	43.5		
البعء الثاني	الموجبة	7.0	6.0	42.0	1.503	غير دالة
	السالبة	3.0	4.33	13.0		
البعء الثالث	الموجبة	4.0	3.25	13.0	0.172	غير دالة
	السالبة	3.0	5.0	15.0		
المجموع	الموجبة	3.0	4.83	14.5	0.493	غير دالة
	السالبة	5.0	4.30	21.5		

يتضح من نتائج جدول (16) أن قيمة Z غير دالة إحصائياً وعلى ذلك يمكن القول إن الفرض قد تحقق إحصائياً.

يرجع بقاء البرنامج في رأى الباحثة إلى أن التركيز على زيادة الشعور بالتحكم والضبط الذاتى بدلا من التركيز على المحددات الخاصة بالطلاق الكلامية يساعد على استمرار أثر البرنامج. ولذلك فقد ركز البرنامج على نمو المشاعر والاتجاهات والمهارات السلوكية التي تدعم الشعور بالتحكم والضبط الذاتى عند المتلجلج، حيث تؤكد نتائج الدراسات التي قامت على البرامج العلاجية أن التركيز على ضبط الطلاق الكلامية فقط قد يكون عاملا أساسيا في زيادة الخجل وشعور المتلجلج المستمر بالذنب لعدم قدرته على الوصول إلى الطلاق الطبيعية مما يؤدي في الغالب إلى الارتداد إلى اللجلجة مع زيادة الاضطرابات النفسية مثل القلق. وهو ما يعرف بظاهرة انتكاسة اللجلجة.



وقد أرجعت الدراسات الارتداد أو انتكاسة اللجلجة إلى العلاج الذى يتم داخل العيادات من خلال التحكم فى المثيرات المحيطة، فإذا خرج المتلجلج إلى حياته الطبيعية، وتعرض للمثيرات البيئية الطبيعية عادت إليه اللجلجة مرة أخرى. وهذا ما حاول البرنامج الحالى تجنبه حيث كانت البيئة التى يتم فيها تنفيذ البرنامج أقرب إلى البيئة الطبيعية التى يعيش فيها الطفل، كما أن المواقف التى تم تدريب أفراد العينة عليها هى مواقف طبيعية يتعرض لها المتلجلج كثيرا. كما كان لاستمرار التفاعل والتواصل بين أفراد العينة وأسرههم بعد توقف البرنامج، واستمرار الاتصال بين الأمهات والباحثة الأثر الكبير فى عدم الارتداد. وهذه النتائج تؤكد نتائج دراسات (روستن، كوك Rustin & Cook : 1995؛ واجمان Wagaman : 1995؛ شنايدر Schneider : 1998؛ بلود Blood : 1998؛ مالارد Mallard : 1998؛ جابل وآخرون Gabel et al : 2001، 2002؛ جوتيلد، هال Gottwald & Hall : 2003؛ فين Finn : 2004).

### خاتمة وتوصيات:

من نتائج الدراسة الحالية يمكن القول إن التأثير النفسى السلبى للجلجة يؤثر على قدرات الفرد المتلجلج وفهمه السلبى لاتجاهات الآخرين نحوه. وهذه الاتجاهات من المحيطين تزيد من حالة اللجلجة لديه خاصة أمام الغرباء مما يؤثر على إدراكه لمفهومه عن ذاته. وهذا التأثير يأتى من خوف الفرد وقلقه من حدوث اللجلجة أثناء حديثه مما يؤدي إلى مزيد من الحذر والخوف. هذا الحذر يؤثر على تركيز الفرد فى حديثه وعلى مشاعره التى تشكل إدراكاته لتفاعلات الآخرين. مما يجعله متحفزا لردود فعل الآخرين، ويزيد من القلق والخوف والذى يؤثر على الجهاز العصبى لديه فيؤثر على الاستجابات الوجيهة والحركات العصبية للقم واللسان. وفى هذه الأثناء يتواصل المتلجلج مع محدثه فإذا قرأ من تعبيرات الوجه الاهتمام والتشجيع استمر فى حديثه. أما



إذا رأى الضيق وعدم الانتباه زادت لديه مشاعر القلق ويؤدي التكرار لهذه المواقف إلى تحولها إلى مشاعر اكتئابية ومزيد من العزلة والتجنب وبالتالي مزيد من اللجلجة .

مما سبق يتضح أن اتجاهات المحيطين بالمتلجلج تمثل أكثر العوامل تأثيراً في استمرار اللجلجة وظهور الاضطرابات النفسية والسلوكية المصاحبة لها. ولذلك توصى الدراسة بضرورة الاهتمام بتعديل اتجاهات المحيطين بالمتلجلج في البرامج العلاجية وجعلها أكثر إيجابية .

كما توصى الدراسة بضرورة تعليم الوالدين كيف يتكلمون مع طفلهم المتلجلج خاصة مع بداية ظهور اللجلجة . وأن يحاولوا:

- أ - الكلام مع طفلهم بصوت هادئ بطيء .
- ب - الاستقرار النفسى والعاطفى داخل الأسرة .
- ج - تجنب ملاحظة أو الانتباه للجلجة الطفل .
- د - عدم الإصرار على تصحيح كلام المتلجلج أو إجباره على اتباع القواعد الصحيحة للغة .
- هـ - عدم الإصرار على تصحيح أو إجبار الطفل على النطق ببعض الكلمات المعينة التى يتلجلج فيها .
- و - تجنب إحراج الطفل بأن يطلبوا منه الكلام خاصة أمام الغرباء .
- ز - عدم مقاطعة الطفل أثناء الكلام، بل إتاحة الفرصة له ليتكلم حتى ينتهى، بصرف النظر عن طول المدة .

كما توصى الدراسة بضرورة إعداد المعلم والأخصائى النفسى داخل المدارس للتعامل مع التلميذ المتلجلج . وكيفية تشجيعه على التواصل مع



زملائه داخل الفصل ، وألا يحاول المعلم وضع التلميذ المتلجلج في مواقف محرجة له كأن يطلب منه القراءة الجهرية أما زملائه داخل الفصل بحجة أنه يشجعه على الكلام؛ لأن هذا يؤدي إلى زيادة المشكلة عند التلميذ ويزيد من شعوره بالدونية والاستهزاء من زملاءه. مما ينعكس بالتالي على مفهومه عن ذاته ويجعله أكثر سلبية. وقد يحاول التلميذ إخراج هذه المشاعر السلبية في صورة عدوان نحو ذاته أو نحو الآخرين.

### **ولتنمية مفهوم ذات إيجابي عند الطفل يجب مراعاة:**

- \* تعليم الطفل مهارات الحياة الاجتماعية وكيفية التواصل مع الآخرين.
- \* التقارب والتواصل النفسى والعاطفى مع الطفل، فلكى يشعر الطفل بالتقبل لابد أن يشعر أن الآخرين يشاركونه أفكاره ومشاعره. ويأتى هذا من خلال التفاعل الإيجابى مع الطفل وتجنب أنواع معينة من التواصل مثل الأسئلة السلبية - اللوم - الاستخفاف والسخرية.
- \* الاستماع والإنصات الجيد للطفل: بمعنى ألا يشعر الطفل بأنك تتظاهر بالاستماع له دون أى تفاعل، ولكى ينجح التواصل لابد من إعطاء الطفل الفرصة الكافية ليتكلم، ولا نظهر له أننا متوترون أو قلقون.
- \* تقبل الطفل كما هو، فلا يجب التركيز على المشكلة بصورة كبيرة، ومحاولة التركيز على بعض الإيجابيات والقدرات الموجودة لدى الطفل وتدعيمها، حتى يتحسن مفهوم الطفل عن ذاته ويصبح أكثر إيجابية.

\* مساعدة الطفل ليعرف كيف يتعامل مع الأخطاء والفشل حيث ينهزم الطفل المتلجلج سريعا أمام المشاكل والصعوبات. فهم ليس لديهم



أصدقاء كثيرون وغالبا ما يتخذون قرارات اندفاعية، لذلك عندما تظهر المشكلة لا (تخرج) طفلك بالتركيز عليها، وحاول أن تقلل من حدة الفشل.

\* لا تعزو النجاح الذي يحرزه الطفل إلى الآخرين أو الظروف، وإنما أرجع النجاح إلى قدرة الطفل ورغبته في أن يصبح أكثر نجاحا وتفوقا.

\*\*\*



# ملاحق الدراسة

## ملاحق رقم (1)

استمارة دراسة حالة الطفل المتلجلج إعداد الباحثة

### 1 - البيانات الأولية:

اسم الطفل:

أعمار الزمنى:

النصف الدراسى:

مهنة الوالد:

مستوى تعليم الأم:

عدد الإخوة: ذكور إناث

ترتيب الطفل فى الأسرة:

مستوى الطفل الدراسى: ممتاز جيد جدا جيد مقبول ضعيف

نوع العلاقة بين الأم والأب: جيدة معقولة شجار دائم انفصال

تواجد الأب مع الأسرة: دائم متقطع يعمل خارج البلاد متوفى

الأمراض التى يعانى منها الطفل حاليا:

بداية الكلام عند الطفل: فى السنة الأولى:

فى السنة الثانية:

هل كانت هناك متاعب أثناء الحمل أو الولادة:



## 2 - أشكال اللججة التي يعانى منها الطفل:

- 1 - متى بدأت ملاحظة لججة الطفل؟
- 2 - كم كان عمر الطفل عندما بدأ اللججة؟
- 3 - هل تذكرين كيف بدأت اللججة عند الطفل؟
- 4 - هل تم عرضه على طبيب لعلاج اللججة؟
- 5 - ما رد فعل الوالدين عند بداية لججة الطفل؟
- 6 - هل تحدث زيادة للتكرارات فى كلام الطفل؟
- 7 - هل تشعرين بأن الطفل يعانى عندما يبدأ بالكلام (ضيق - اضطراب - رعشة - اختناق).
- 8 - هل تحدث اللججة بكثرة أثناء كلام الطفل العادى؟
- 9 - هل يحدث تطويل فى صوت حرف معين مثل (السين - الشين - اللام)؟ أخرى.
- 10 - هل يطول فى الكلمة مثل آنننا - ددعيني - أخرى؟
- 11 - هل يكرر الكلمة مثل أحمد أحمد أحمد تعالى؟
- 12 - هل يكرر الجملة مثل أنا أنا أنا ججججان؟
- 13 - هل يستخدم أساليب تعجب بكثرة مثل آآه - مماذا؟
- 14 - هل يعتذر بكثرة بعد كل جملة يتلجج فيها؟
- 15 - هل يستخدم كلمات مثل: هل تفهمين، آسف، ما أقول؟ بكثرة.

## 3 - السلوكيات الحركية المصاحبة للججة:

- 1 - يرمش بشدة عندما يتلجج؟



- 2 - يعبس بوجهه وينتطب حاجبيه عندما يلجلج؟
- 3 - تتحرك يدها ورجلاه بطريقة لا إرادية عندما يلجلج؟
- 4 - يشعر بأنه لا يستطيع أن يبلع ريقه أثناء الكلام؟
- 5 - ينحرف بوجهه بعيدا وتنطبق شفثاه؟
- 6 - يلجلج طول الوقت أم فى بعض الأحيان فقط؟
- 7 - لا ينظر فى عين المستمع عندما يتكلم؟
- 8 - يضرب الأرض برجليه بشدة أثناء اللجلجة؟

#### 4- الأسباب المحتملة للجلجة:

- 1 - هل تعرض لإجراء عمليات جراحية قبل ظهور اللجلجة؟
- 2 - هل يخاف الطفل من الحيوانات؟
- 3 - هل مر الطفل بصدمة نفسية شديدة؟
- 4 - هل يتعرض الطفل للضرب المبرح من أحد الوالدين دائما؟
- 5 - يعامل الطفل الأخوة الآخرين بقسوة وعنف؟
- 6 - هل يعانى الطفل من سخرية أطفال الجيران الذين فى نفس عمره؟
- 7 - هل كانت الأم تلجأ إلى تخويف الطفل حتى ينصاع للأوامر؟
- 8 - هل تعرض الطفل لتركه فترة طويلة وحيدا فى مكان مظلم؟
- 9 - هل تركه الوالدان أو أحدهما فترة طويلة فى مرحلة الطفولة المبكرة؟

#### 5- الأعراض الانفعالية والنفسية المصاحبة:

- 1 - يرتعش الطفل بشدة أثناء اللجلجة؟



- 2 - يفضل الطفل أن يجلس وحيدا معظم الأوقات؟
- 3 - يرفض مقابلة الغرباء أو التحدث معهم؟
- 4 - يعامل إخوته بقسوة شديدة؟
- 5 - يفضل اللعب بمفرده؟
- 6 - ليس لديه أصدقاء؟
- 7 - يهرب من المواقف والمناسبات الاجتماعية؟
- 8 - هل يشكو الآخرون دائما من عدوانيته؟
- 9 - هل يرفض الانصياع للأوامر ودائما متمرد على الآخرين؟
- 10 - هل يشعر بالخوف دائما؟
- 11 - هل يشعر بالقلق والتوتر دائما؟
- 12 - هل يسبب مشكلات مع زملائه في المدرسة؟
- 13 - هل يشكو المعلم منه دائما؟
- 14 - هل هو خجول منطو على نفسه؟
- 15 - هل يشير المشاكل مع إدارة المدرسة؟



## ملحق رقم (2)

### مقياس مظاهر القلق عند المتلجب

إعداد الباحثة

عزيزى الطالب

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أمامك عدد من العبارات التى قد تعبر فيها عن نفسك، وحى قد تنطبق عليك فى بعض الأحيان وقد لا تنطبق، الرجاء قراءة كل عبارة بعناية، ثم وضع علامة (✓) تحت خانة (تنطبق تماما)، أو خانة (لا تنطبق أحيانا) أو خانة (لا تنطبق) حسب شعورك بمدى العبارة عليك، لا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة. مع العلم بأن هذا المقياس لغرض البحث العلمى فقط ولن يطلع عليه أحد.

البيانات الأولية:

العمر الزمنى:

الاسم:

الصف الدراسى:

اسم المدرسة:

عدد الأخوة:

وظيفة الأب:

ترتيب الطالب بين الأخوة:

وظيفة الأم:



## مقياس مظاهر القلق عند المتلجج

م	العبارات	تنطبق تماماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق
1	يتتابنى شعور بعدم الراحة أمام من لا أعرفهم.			
2	لن أستطيع أن أحقق ما أحلم به.			
3	أشعر بالرعدة والبرودة فى جسدى أمام من لا أعرفهم.			
4	لا أشارك فى أى موقف اجتماعى			
5	عندما أفكر فى مستقبلى يتتابنى الخوف واليأس.			
6	أشعر بالدوار والدوخة إذا طلب منى المدرس أن أقرأ أمام زملائى.			
7	أكون عصيباً عندما يتحدث معى أحد لا أعرفه.			
8	لن أستطيع التخلص من مشكلتى أبداً.			
9	يتتابنى التوتر والضيق فى أى موقف كلامى.			
10	أكون متوتراً بشدة عندما أذهب إلى حفلة أو اجتماع.			
11	أعتقد أننى لن أستطيع تكوين علاقة مع الجنس الآخر فى المستقبل.			
12	أصيب عرقاً عندما أتحدث.			
13	أعتقد أن علاقاتى الأسرية فاشلة.			
14	لن أتزوج حتى لا يعانى أطفالى مما أعانيه.			
15	أشعر بالتعب والإرهاق بعد كل موقف يحدث.			
16	لا أستطيع تكوين علاقات جيدة مع زملائى.			
17	أعتقد أننى لن أجد عملاً يقبلنى فى المستقبل.			
18	دائماً ما أشعر بآلام فى المعدة.			
19	أعتقد أننى سأظل وحيداً معزولاً.			
20	لن أستطيع أن أحقق ما أريد فى المستقبل.			
21	أشعر أننى أريد أن أبكى بشدة.			

م	العبارات	تنطبق تماماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق
22	أعتقد أن الآخرين لا يبادلوننى الحب كما أحبهم.			
23	أعتقد أنني سأفشل فى حياتى المهنية.			
24	أعانى من الصراع باستمرار.			
25	أهرب من مواقف المواجهة مع الآخرين.			
26	أعتقد أنني لن أكون سعيداً فى أى وقت من الأوقات.			
27	تزداد دقائق قلبى فى مواقف الكلام.			
28	أتجنب الإجابة عن الأسئلة داخل الفصل.			
29	تضطرب أفكارى عندما أفكر فى المستقبل.			
30	أشعر بالارتباك عندما يتحدث معى شخص لا أعرفه.			
31	أعتقد أنني سأعيش هكذا وحيداً مهزوماً.			
32	نظرات الاستهزاء من الآخرين عندما أتحدث.			



### ملحق رقم (3)

## مقياس مفهوم الذات عند المتلجلج

إعداد الباحثة

عزيزى الطالب

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته

أمامك عدد من العبارات التى قد تعبر فيها عن نفسك، وهى قد تنطبق عليك فى بعض الأحيان وقد لا تنطبق، الرجاء قراءة كل عبارة بعناية، ثم وضع علامة (✓) تحت خانة (تنطبق تماما)، أو خانة (لا تنطبق أحيانا) أو خانة (لا تنطبق) حسب شعورك بمدى العبارة عليك، لا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة. مع العلم بأن هذا المقياس لغرض البحث العلمى فقط ولن يطلع عليه أحد.

البيانات الأولية:

العمر الزمنى:

الاسم:

الصف الدراسى:

اسم المدرسة:

عدد الأخوة:

وظيفة الأب:

ترتيب الطالب بين الأخوة:

وظيفة الأم:



## مقياس مفهوم الذات عند المتلجج

م	العبارات	تنطبق تماماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق
1	أنا شكلي جذاب للآخرين .			
2	أنا عصبي أكثر من اللازم .			
3	أنا محبوب من الجميع .			
4	أشعر بعدم الرضا عن نفسي .			
5	أنا موضع نقد من الآخرين			
6	أعتقد أن شخصيتي قوية .			
7	أشعر بارتياح وأنا ألعب بمفردي بعيداً عن أخوتي .			
8	أحب الهدوء والعزلة .			
9	أحب المنافسة لأنني قادر عليها .			
10	أفراد أسرتي يحبونني .			
11	أفضل أن أكون في موضع القيادة .			
12	ينظر لي الجميع نظرة احترام وتقدير .			
13	أعرف أن أخوتي لا يحبون الحديث معي .			
14	أشعر أن الجميع ينظرون لي عندما أتحدث .			
15	ثقتي في نفسي ضعيفة .			
16	لا يسمح لي أخوتي باللعب معهم .			
17	أملك قدرات كبيرة ولكن لا يفهمني أحد .			
18	أعرف أنني متميز عن الآخرين بذكائي .			
19	أعتقد أنني أسوأ حظاً من أخوتي .			
20	أنا هدف للسخرية من الآخرين .			
21	لا يهتم أحد بوجودي .			
22	يتكلم معي أفراد أسرتي باستهزاء .			
23	لا أهاب الآخرين			

م	العبارات	تنطبق تماماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق
24	لا أستطيع التعبير عما يدور داخلي.			
25	أعتقد أن والدي يحبان أختي أكثر مني.			
26	ينظر الآخرون لي نظرة شفقة.			
27	قدراتي تجعلني أفضل من الآخرين.			
28	يعتقد والداي أنني أقل قدرة من أختي.			
29	أفضل عدم الاشتراك في أي نشاط اجتماعي.			
30	أفضل الكوت على أن أعبر عن رأيي.			
31	يتتقنني أفراد أسرتي عندما أتحدث.			
32	أشعر أنني وحيد وأنا أجس مع الآخرين.			
33	أفضل الجلوس بالمنزل على زيارة الأقارب.			
34	أتمنى لو أنني أكثر ثقة في نفسي.			
35	يتعامل معي والداي بقسوة أكثر من أختي.			
36	لا يطيق والداي سماعي وأنا أتحدث.			





## قائمة المراجع



## أولاً: المراجع العربية:

- إبراهيم أنيس، عبد الحلیم منتصر، عطية الصوالحي (1973): المعجم الوسيط، ج2، القاهرة: دار المعارف.
- أحمد زكى صالح (1974): اختبار الذكاء المصور، القاهرة، دار النهضة المصرية.
- أحمد عبد الخالق (1994): الدراسة التطورية للقلق، الكويت: حولية كلية الآداب، الحولية 14، جامعة الكويت.
- أحمد عكاشة (1998): الطب النفسى المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
- أحمد محمد رشاد (1993): استخدام برامج متنوعة لعلاج تلثم المراهقين دراسة تجريبية مقارنة، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- آمال إبراهيم الفقى (1997): الضغوط الوالدية وعلاقتها ببعض اضطرابات النطق لدى عينة من تلاميذ المرحلة الأولى من التعليم الأساسى. رسالة ماجستير، كلية التربية، فرع بنها، جامعة الزقازيق.
- بتروفسكى، ياروشفكسى (1996): معجم علم النفس المعاصر (ن) حمدى عبد الجواد، عبد السلام رضوان، القاهرة، دار العالم الجديد.
- جابر عبد الحميد جابر، علاء الدين كفافى (1995): معجم علم النفس والطب النفسى، الجزء السابع، القاهرة، دار النهضة العربية.



- جمعة سيد يوسف (1990): سيكولوجية اللغة والمرض العقلى، الكويت، مجلة عالم المعرفة، الكويت.
- حامد زهران (1997): الصحة النفسية والعلاج النفسى، ط3، القاهرة، عالم الكتب.
- حسن مصطفى عبد المعطى (2001): الاضطرابات النفسية فى الطفولة والمراهقة. القاهرة، دار القاهرة للطباعة والنشر.
- زكريا الشريينى (1994): المشكلات النفسية للأطفال، القاهرة، دار الفكر العربى.
- زينب محمد أبو حذيقة (1992): ديناميات الفزع الليلى - البوال - التهنئة لدى الأطفال، رسالة ماجستير، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.
- سعد عبد العزيز التويم (2001): مدخل لحقيقة الطفل المتأخر فكراً وكيفية التعامل معه، الرياض، مكتبة العبيكان.
- سهير أمين عبد الله (1995): دراسة لمدى فاعلية أسلوبى التظليل واللعب غير الموجه فى علاج حالات اللجلجة لدى أطفال المرحلة الابتدائية، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- سهير أمين عبد الله (2000): اللجلجة أسبابها وعلاجها، سلسلة الفكر العربى للتربية الخاصة، القاهرة، دار الفكر العربى.
- سيد أحمد البهاص (1993): فعالية أسلوبى السيكدراما والقراءة المتزامنة فى علاج حالات التلعثم، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة طنطا.



- صفاء غازى (1992): فاعلية أسلوب العلاج الجماعى والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة، رسالة دكتوراه، كلية التربية، جامعة عين شمس.
- صلاح الدين أبو ناهية (1996): مقياس مفهوم الذات للأطفال والمراهقين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عادل عز الدين الأشول (1984): مقياس مفهوم الذات للأطفال، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- عبد الحليم محمود، شاكر عبد الحميد، جمعة سيد يوسف وآخرون (1990): علم النفس العام، القاهرة، دار غريب للنشر.
- عبد الحميد الشاذلى (1999): الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، الإسكندرية، المكتب العلمى للنشر.
- عبد الرحمن سليمان (1999): بحوث ودراسات فى العلاج النفسى (الجزء الأول)، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.
- عبد العزيز السرطاوى، وائل موسى أبو جودة (2001): اضطرابات اللغة والكلام، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- عبد العزيز الشخص (1997): اضطرابات النطق والكلام (خلفيتها، تشخيصها)، الرياض، دار المريخ.
- عبد المطلب القريطى (1998): فى الصحة النفسية، القاهرة، دار الفكر العربى.
- عبد المنعم حفى (1994): موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، (ط4)، القاهرة، مكتبة مدبولى.



- عزيز حنا، محمد عبد الظاهر الطيب (1991): الشخصية بين السواء والمرضى، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
- عفراء سعيد خليل (2000): بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين فى الكلام، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- علاء الدين كفافى (1990): الصحة النفسية، القاهرة، دار هجر للطباعة والنشر.
- علاء الدين كفافى (1997): علم النفس الارتقائى، القاهرة، مؤسسة الأصالة للنشر.
- علاء الدين كفافى (1999): الإرشاد والعلاج النفسى الأسرى "المنظور النقى الاتصالى"، القاهرة، دار الفكر العربى.
- غانا ياسين حسن (2000): دراسة لبعض سمات شخصية أم الطفل المتلجلج، رسالة ماجستير، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.
- فؤاد البهى السيد (1988): الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة، (ط4)، القاهرة، دار الفكر العربى.
- فاروق الروسان (1989): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، كلية التربية، الجامعة الأردنية.
- فتحى عبد الرحيم، حلیم بشای (1980): سيكولوجية الأطفال غير العاديين، ج5، الكويت، دار القلم.



- فرج عبد القادر طه، محمود السيد أبو النيل، شاكر قنديل وآخرون (1993): معجم علم النفس، والتحليل النفسي، القاهرة، دار النهضة العربية.
- فيصل محمد الزراد (1990): اللغة واضطرابات الكلام، الرياض، دار المريخ للنشر.
- فيولا البلاوى: مقياس القلق للأطفال، القاهرة، مكتبة الأنجلو.
- كمال دسوقي (1990): ذخيرة علوم النفس، المجلد الثاني، القاهرة، مطابع الأهرام التجارية.
- ليلي عبد الحافظ (1984): مقياس تقدير الذات للصغار والكبار (كراسة التعليمات) القاهرة، دار النهضة المصرية.
- محمد السيد عبد الرحمن (1998 - أ): نظريات الشخصية، القاهرة، دار قباء للنشر.
- محمد السيد عبد الرحمن (1998 - ب): دراسات في الصحة النفسية، ج2، القاهرة: دار قباء للنشر.
- محمود عبد الرحمن حمودة (1991): الطب النفسى "النفس - أسرارها - أمراضها" (ط2)، القاهرة، المطبعة الفنية.
- منال على مقبل (1995): دراسة لبعض خصائص الشخصية لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات اللجاجة فى الكلام، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود.
- منظمة الصحة العالمية (ICD/10) (1992): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولى للأمراض: تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية،



- الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية،  
أشرف على ترجمته أحمد عكاشة، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط.  
- موسى جبريل (1993): تقدير الذات لدى الطلبة المتفوقين وغير  
المتفوقين دراسياً، مجلة العلوم الإنسانية، الكويت، العدد الثاني.  
- نوران العسال (1990): "التلعثم"، رسالة دكتوراه، كلية الطب،  
جامعة عين شمس.

### ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية:

- Ambrose, N.G. & Yairi, E. (1999). Normative Disfluency data for Early Childhood Stuttering. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 42, No. 4 P. 895 - 909.
- Ambrose, N.G. & Yairi, E. (2001). Perspectives on Stuttering : Response to Onslow & Packman (2001). J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 44, No. 3 P. 595 - 597.
- Ambrose, N.G. (1993) : Genetic Aspects of early Childhood Stuttering. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 36, No. 4 P. 701 - 706.
- Ambrose, N.G.; Cox, N.J. and Yairi, E. (1997) : The Genetic Basis of Persistence and Recovery in Stuttering. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 40, No. 3 P. 567 - 580.
- Anderson, J. M.; Hughes, J. D.; Rothi, L.J.; Crucian, G.P. and Heilman, K.M. (1999). Developmental Stuttering and Parkin-



- son's Disease : The Effects of Levodopa Treatment. *J. of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*; Vol. 66 , No. 6 P. 776-778.
- **Ardila, A. (1994).** An Epidemiologic Study of Stuttering . *J, of Communication Disorders*, Vol. 27, No. 1 P.37-48.
  - **Armson, J. & Stuart, A. (1998).** Effect of Extended Exposure to Frequency-Altered Feedback on Stuttering During Reading and Monologue. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 41, No. 3 P. 479-490.
  - **Arndt, J. & Healey, B.C. (2001).** Concomitant Disorders in School-Age Children who Stutter. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 32, No. 2 P. 68-78.
  - **Au - Yeung, J. ; Howell, P. and Pilgrim, L. (1998).** Phonological Words and Stuttering On Function Words. *J. of Speech, Language, and Hearing Res.*; Vol. 41, No. 5 P. 1019-30.
  - **Bakker, K. & Brutten, G.J. (1990).** Speech-Related Reaction Times of Stutterers and Nonstutterers : Diagnostic Implications. *J. of Speech and Hearing Disorders*; Vol. 55, No. 2 P. 295-99.
  - **Bellver C. V. (1999).** Treatment of Stuttering and Enuresis in the School Framework (Spanish) Analisis y Modificacion de Conducta; Vol. 25, No. 104 P. 955-969.
  - **Bennett, E & Batik, J. (1998).** A Perspective on Summer Camps for Children who Stutter. A Paper Presented for the International Stuttering Awareness Day Conference, October.



- **Blomgren, M.; Robb, M. ; and Chen, Y.(1998).** Anote On Vowel Centralization in Stuttering and Nonstuttering Individuls. J. of Speech, Language, and Hearing Res. ; Vol. 41,No. 5. P. 1042-51.
- **Blood, G. W. (1998).** Power-Sup-2 : Relapes Management with Adolescents who Stutter. Language, Speech & Hearing Services in the Schools; Vol. 26, No. 2 P. 169-179.
- **Blood, G.W. (1995).** A behavioral Cognitive Therapy Program for Adults who Stutter : Computers and Counseling. J. of Communication Disorders; Vol.28, No. 2 P. 165-180.
- **Blood, G.W.; Blood, I.M. & Tellis, G.A. (2004).** A preliminary study of self-esteem, stigma and disclosure in adolescents who stutter. J. Fluency Discord. Summer, V. 28, P ; 143 - 158.
- **Blood, L.; Weriz, C.; Bennett, S. and Simpson, K. (1997).** The Effects of Life Stressors and Daily Stressors on Stuttering. J. of Speech, Language and Hearing Res; Vol. 40, No. 1 P. 134-143.
- **Boberg, E. & Kully, D. (1994).** Long-Term Results of an Intensive Treatment Program for Adults and Adolescents who Stutter. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 37, No. 5 P. 1050-59.
- **Bosshardt, H & Fransen, H. (1996).** Online Sentence Processing in Adults who Stutter and Adults who Do Not Stutter. J. of Speech and Hearing Res; Vol.39, No. 4 P. 785-797.



- **Boutsen, F.R.; Brutten, G.J. and Watts, C.R. (2000).** Timing and Intensity Variability in the Metronomic Speech of Stuttering and Nonstuttering Speakers. *J. of Speech, Language & Hearing Res. ; Vol. 43, No.2 P. 513-520.*
- **Bray, M. A. & Kehle, T.J. (1998).** Self-Modeling as an Intervention for Stuttering. *School Psychology Review; Vol. 27, No. 4 P. 587-598.*
- **Bray, M.A. & Kehle, T. J. (1996).** Self-Modeling as an Intervention for Stuttering. *School Psychology Review; Vol. 25, No. 3 P. 358-369.*
- **Bray, M.A. (1997).** Addressing Behaviors that have been Historically Resistant to Remediation : Self-Modeling as an Intervention for Stuttering. *Ph.D Thesis, Univ. of Connecticut. Dissertation Abstracts Inter. Vol. 58-04, Section B, P. 2111.*
- **Brisk, D.J. (1997).** Clinicians Training and Confidence Associated with Treating School-Age Children who Stutter a National Survey. *Language, Speech and Hearing Services in Schools; Vol. 28, No. 2 P. 164-176.*
- **Budd, K.&Madison, L. S, Lyndas.; Itzkomtz, J.S. and George, C.H. .(1990).** Parents and Therapists as Allies in Behavioral Treatment of Children's Stuttering. *Behavior Therapy; Vol. 17, No. 5 P. 531-540.*



- **Caruso, A.J. & Linn, G.W. (1998).** Perspectives on the Effects of Stuttering on the Formation and Maintenance of Intimate Relationships. *J. of Rehabilitation*; Vol., 64, No. 3. P. 12-15.
- **Caruso, A.J.; Chodzko. Z.W. and Bidinger, D. (1994).** Adults who Stutter : Responses to Cognitive Stress. *J. of Speech & Hearing Res.*; Vol. 37, No. 4 P.746-754,
- **Conture, E.G. & Kelly, E.M. (1991).** Young Stutter Nonspeech Behaviors During Stuttering. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 34, No. 5 P. 1041-56.
- **Cooper, E. B. (1990).** Treatment of Disfluency : Future Trends. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 11, No.4 P.317-327.
- **Cordes, A.K. & Ingham, R.J. (1994).** The Reliability of Observational Data : II Issues in the Identification and Measurement of Stuttering Events. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 37, No. 2 P. 279-294.
- **Cordes, A.K. & Ingham, R.J. (1995).** Stuttering Includes Both Within-Word and Between-Word Disfluencies. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 38, No. 2 P. 382-386.
- **Cordes, A.K. & Ingham, R.J. (1996).** Time-Interval Measurement of Stuttering Establishing and Modifying Judgement Accuracy. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 39, No. 2 P. 298-310.



- **Cordes, A.K.& Ingham, R.J.(1999).** Effects of Time - interval Judgement Training on Real - time Measurement of Stuttering. *J. of Speech , Language and Hearing Res.;* Vol. 42, No. 4 P. 862-879.
- **Costa, D. & Kroll, R. (2000).** Stuttering ; an update for Physicians. *CMAJ;* VoL162,No. 13 P. 1849-55.
- **Craig, A. (1990).** An Investigation in to the Relationship between Anxiety and Stuttering. *J. of Speech and Hearing Disorders;* Vol. 55, No. 2 P. 290-94.
- **Craig, A. (1994).** Anxiety Levels in Persons who Stutter. Comments on the Research of Miller and Watson (1992). *J. of Speech and Hearing Res.;* Vol. 37, No. 1 P. 90-92.
- **Craig, A. (1996-b).** A Controlled Clinical Trial for Stuttering in Persons Aged 9 to 14 Years. *J. of Speech and Hearing Res.;* Vol. 39, No. 4 P. 808-826.
- **Craig, A. (1996- a).** Long-Term Effects of Intensive Treatment for a Client with both a Cluttering and Stuttering Disorder. *J. of Fluency Disorders;* Vol. 21, No. 3-4 P. 329-335.
- **Craig, A. (2000).** The Developmental Nature and Effective Treatment of Stuttering in Children and Adolescents. *J. of Developmental & Physical Disabilities;* Vol. 12, No. 3 P. 173-186.



- **Curlee, R. F. (1993).** The Early History of the Behavior Modification of Stuttering : From Laboratory to Clinic. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 18, No.1 P. 13-25.
- **Daly, D.A. (1995).** Helping Adolescents who Stutter Focus on Fluency. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 26 , No. 2 P. 162-68.
- **Davis, S.; Howell, P. & Cooke, F. (2002).** Sociodynamic relationships between children who stutter and their non stuttering classmates. *J. Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines.*
- **DeNil, L. F.; & Ling, F. (1996).** A Survey of Information on Stuttering Disseminated in Health-Related Publications between 1970 and 1994. *J. of Speech Language Pathology & Audiology*; Vol. 20 ,No. 1 P5-11.
- **DeNil; L.; Kroll, R.M.; Kapur S. and Houle, S. (2000).** A position Emission Tomography Study of Silent and Oral Single Word Reading in Stuttering and Nonstuttering Adults. *J. of Speech, Language & Hearing Res.*; Vol. 43, No.4 P. 1038-53.
- **Denny, M. & Smith, A. (2000).** Respiratory Control in Stuttering Speakers: Evidence From Respiratory High - Frequency Oscillations. *J. of Speech, Language & Hearing Res.*; Vol. 43, No. 4P. 1024-37.



- **Dominick, A.B. (1999).** The psychodynamics of stuttering Charles C. Thomas, Pub. Spring field, Illionion, USA.
- **DSMIV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Copyright: (1994).** American Psychiatric Association.
- **Eichstaedt, A.; Watt, N. and Girson, J. (1998).** Evaluation of the Efficacy of a Stutter Modification Program with Particular Reverence to Two New Measures of Secondary Behaviors and Control of Stuttering. J. of Fluency Disorders; Vol. 23, No. 4 P 231-246.
- **Elliot, A.J.; Miltenberger, R.G.; Rapp, J.; Long, E.S. and McDonald, R. (1998).** J. of Behavior-Therapy and Experimental- Psychiatry; Vol. 29, No. 4 P. 289-302.
- **Ellis, A. (1980).** Discomfort anxiety : A new cognitive behavioral construct. Rational living, V. 16(1) : Part, 2, P : 25 - 30.
- **Evesham, M. & . Fransella, F.(1990).** Stuttering Relapes : The Effect of a Combined Speech and Psychological Reconstruction Programme. British J. of Disorders of Communication. Vol.. 20 , No.3 P. 233-248.
- **Ezrati,V. I. R.; Platzky, R. and Yairi, E. (2001):** The Young Child's Awareness of Stuttering Like Disfluency. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol.44, No. 2 P. 368-80.



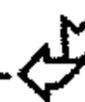
- **Feinberg, A.Y.; Griffin, B.P. and Levey, M. (2000).** Psychological Aspects of Chronic Tonic and Clonic Stuttering : Suggested Therapeutic Approaches. *Amer. J. of Orthopsychiatry*; Vol. 70, No. 4 P. 465-473.
- **Finn, P. & Ingham, R.J. (1994).** Stutterers Self Ratings of How Natural Speech Sounds and Feels. *J. of Speech and Hearing Res*; Vol. 37, No. 2 P. 326-40.
- **Finn, P. (1996).** Establishing the Validity of Recovery From Stuttering Without Formal Treatment. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 39, No. 6 P. 1171-81.
- **Finn, P.; Ingham, R.J.; Ambrose, N. and Yairi, E. (1997).** Children Recovered From Stuttering without Formal Treatment : Perceptual Assessment of Speech Normalcy. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 40, No.4P.867-876.
- **Fitzgerald, H.E. (1992).** Assessment of Sensitivity to Interpersonal Stress in Stutterers. *J. Communication Disorders*; Vol. 25, No. 1 P. 31-42.
- **Forster, D.C. (1996).** Speech-Motor Control and Interhemispheric Relations in Recovered and Persistent Stuttering. Ph.D. Thesis Carleton Univ. (Canada). *Dissertation Abstracts Inter.* Vol. 57-10, Section B, P. 6640.
- **Fosnot, S.M. (1995).** Some Contemporary Approaches in Treating Fluency Disorders in Preschool, School-Age and Adolescent



- Children. Language, Speech and Hearing Services in Schools;  
Vol. 26, No. 2 P. 115-16.
- **Fox, P. T.; Ingham, R. J. and Ingham, J. C. (1996).** APET Study of the neural Systems of Stuttering. Nature: Vol., 382 (6587), P. 158-162.
  - **Franken, M.C. (1995).** Perceptual Rating Instrument for Speech Evaluation of Stuttering Treatment. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 38 , No, 2 P.280-288.
  - **Franken, M.C. (1997).** Stuttering and Communicative Suitability of Speech. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 40, No. 1 P. 83-94.
  - **Gabel, R.M. (1999).** The attitudes of University Students toward Career Choices for People who Stutter. Ph.D. Thesis the Pennsylvania State Univ.; Dissertation Abstracts Inter.; Vol. 61-02, Section B, P. 818.
  - **Gabel, R.M.; Colcord, R.D. & Petrosino, L. (2001).** A study of the self-talk of adults who do and do not stutter. J. perceptual an motor skills, V. 92, Jun, P ; 835 - 842.
  - **Gabel, R.M.; Colcord, R.D. & Petrosino, L. (2002).** Self-reported anxiety of adults who do and do not stutter. J. Perceptual and motor skills, V. 94, Jun, P : 775 - 784.



- **Georgieva, D. & Miliev, D. (1996).** Differential Diagnosis of Cluttering and Stuttering in Bulgaria. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 21., No. (3-4) P.249-260.
- **Ginsberg, A.P. & Wexler, K.B. (2000).** Understanding Stuttering and Counseling Clients who Stutter. *J. of Mental Health Counseling*; Vol. 22, No.3 P. 228-239.
- **Gottwald, S.R. & Hall, N.E. (2003).** Stuttering treatment in schools : developing family and teacher partnerships *J. Speech and Language*, V. 24, Feb. P : 41 - 46.
- **Gregory, H.H. (1995).** Analysis and Commentary. *Language, Speech & Hearing Services in the Schools*. Vol. 26 , No. 2 P. 196-200.
- **Guitor, B. Schaefer, H. and Bond, L. (1992).** Parent Verabal Interactions and Speech Rate. *J. of Speech and Hearing Res.* Vol. 35, No. 2 P. 742-754.
- **Güven, A.G. & Sar, F.B. (2003).** Do the mothers of stutter use different communication styles than the mother of fluent children? *J. of psychosocial Rehabilaiton*; V. 8, P : 25 - 36.
- **Hall, K.D.; Amir, O. and Yairi, E. (1999)** . A Longitudinal Investigation of Speaking Rate in Pre School Children who Stutter. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 42, No. 6 P. 1367-77.



- **Hall, N. (1993).** Relationship between Language and Fluency in Children with Developmental Language Disorders. *J. of Speech and Hearing Res.*, Vol. 36, No. 3 P. 568-79.
- **Hamaguchi, P.M. (2001).** Childhood Speech, Language and Listening Problems: What Every Parent Should Know. 2nd (ed.) New York: John Wiley & Sons, Inc.
- **Hancock, K. & Craig, A. (1998).** Predictors of Stuttering relapse One Years Following Treatment for Children Aged 9 to 14 Years. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 23, No. 1 P. 31-48.
- **Hancock, K.; Craig, A.; McCready, C.; Costello, D., Gilmore, G. and Campbell, K. (1998).** Two-to Six-Year Controlled-Trial Stuttering Outcomes for Children and Adolescents. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol.41, No. 6 P. 1242-52.
- **Hanire, C. (1992).** Stuttering Prevention : 1. Primacy of Identification. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 17 ,No. 1-2 P. 3-23.
- **Healey, B.C. (1995).** Decision Making in the Treatment of School-Age Children who Stutter. *J. of Communication Disorders*; Vol. 28, No. 2 P. 107-124.
- **Healey., B.C. & Scott, L.A. (1995).** Strategies for Treating Elementary School-Age Children who Stutter. An Integrative Approach. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 26, No. 2 P. 151-61.



- **Hedge, M.N. (1995).** Introduction to communicative disorders (2nd ed.) Texas : Shoal Creek Boulevard.
- **Hegde , M.N. (1991).** Introduction to Communicative Disorders. Austin, Texas PRO- Ed.P. 185-224.
- **Hilly D. G. (1995).** Assessing the Language of Children who Stutter. Topics in Language Disorders; Vol. 15, No.3 P. 60-79.
- **Howell, P. (1990).** Changes in Voice Level Caused by Several Forms of Altered Feedback in Fluent Speakers and Stutterers. Language and Speech; Vol. 33, No. 4 P. 325-338.
- **Howell, P.; Au - Yeung, J. And Sackin, S. (1999).** Exchange of Stuttering From Function words to Content Words with Age. J. of speech , Language and Hearing Res.; Vol. 42, No. 2 P.345-354.
- **Hubbard, C.P. (1998-b).** Reliability of Judgments of Stuttering and Disfluency in Young Children's Speech. J. of Communication Disorders; Vol. 31, No. 3 P. 245-60.
- **Hubbard, C.P. (1998 -a).** Stuttering, Stressed Syllables and Word Onests. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 41, No. 4 P. 802-08.
- **Ingham, R.J . (1993 – c).** Current Status of Stuttering and Behavior Modification : I Recent trends in the Application of Behavior Modification in Children and Adults. J. of Fluency Disorders; Vol. 18 , No. 1 P. 27-55.



- **Ingham, R. J. & Riley, G. (1998).** Guidelines for Documentation of Treatment Efficacy for Young Children who Stutter. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 41, No. 4 P. 753-70.
- **Ingham, R. J. (1990).** Research on Stuttering Treatment for Adults and Adolescents : A Perspective on how to Overcome a Malaise. *Amer. Speech-Language-Hearing Association.* No. 18, P. 91-95.
- **Ingham, R. J. (1993-a).** Current Status of Stuttering and Behavior Modification. II Principal Issues and Practices in Stuttering Therapy. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 18, No. 1 P. 57-79.
- **Ingham, R.J. & Cordes, A .K. (1999).** On Watching a Discipline Shoot It self in the Foot: Some Observation on Current Trends in Stuttering Treatment Research. *Stuttering Res. and Practice* P. 211-230 U. California, Santa Barbara, CA, USA.
- **Ingham, R.J. & Onslow, M. (1990).** Measurement and Modification of Speech Naturalness During Stuttering Therapy. *J. of Speech & Hearing Disorders*; VoL55,No.P.261-281.
- **Ingham, R.J. (1993-b).** Time-Interval Measurement of Stuttering : Modifying Interjudge Agreement. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 36, No. 3 P.503-15.
- **Ingham, R.J. (1995).** Identifying the Onset and Offset of Stuttering Events. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 38 , No. 2 P. 315-326.



- **Ingham, R.J. (1996).** Functional Lesion Investigation of Developmental Stuttering with Positron Emission Tomography. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 39, No. 6 P. 1208-27.
- **Ingham, R.J. (1997).** Experimental Investigation of the Effects of Frequency Altered Auditory Feedback on the Speech of Adults who Stutter. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 40, No. 2 P. 361-372.
- **Ingham, R.J.; Sato, W.; Finn, P. and Belknap, H. (2001).** The Modification of Speech Naturalness During Rhythmic Stimulation Treatment of Stuttering. *J. of Speech, Language & Hearing Res.*; Vol.44 , No.4 P.841-852.
- **Ingham, R.J. & Cordes, A. K. (1997).** Identifying the Authoritative Judgments of Stuttering: Comparisons of Self-Judgments and Observer Judgments ." *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 40, No. 3 P.581-594 .
- **Jones, M; Gebski, V.; Onslow, M. and Packman, A. (2001).** Design of Randomized Controlled Trials : Principles and Methods Applied to a Treatment for Early Stuttering. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 26 , No. 4 P. 247-267.
- **Jones, M; Onslow, M; Harrison, E. and Packman, A. (2000).** Treating Stuttering in Young Children : Predicting Treatment time in the Lidcombe Program. *J. of Speech, Language & Hearing Res.*; Vol.43, No. 6 P. 1440-50.



- **Kail, R.A. (1998).** "Children and their Development". Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.
- **Kalin, N.H. (1993).** The new rabiology of fear. Scientific American. V. 268, (5), P : 94 - 101.
- **Kalinowski, J; Vikram ,N. and Dayalu, T. (2000).** Children Who Stutter and The Therapy Paradox. Inter. Stuttering Awareness Day Online Conference.
- **Karin, B. & Wexler, D. (1996).** Stuttering in children and adolescents. Part 11 Theapy, Emergency and office Pediarics, V. 10, (1) P : 14 - 19.
- **Keably, D. & O'hanlon, P. (1997).** The physiology of anxiety in the management of anxiety Aguide for therapists. New York : Churchill living stone.
- **Kent, R.D. (2000).** Research on Speech Motor Control and its Disorders : A Review and Prospective. J. of Communication Disorders; Vol.33, No. 5 P.391-428.
- **Kern, H. J. & Kern, M. (1991).** Behavioral Stuttering Therapy : Video Feedback and Intentional Stuttering. Zeitschrift Fuer Klinische Psychologic; Vol.20, No.4 P. 389-401.
- **Kern, M. C. (1992).** Behavior Therapy of Stuttering Children : A Treatment Package. Verhaltenstherapie: Vol 2 , No.4 P.328-333.



- **Killy, E. M.; Martin, J. S. ; Baker, K. E.; Rivera, N.I.; Bishop, J.E.; Krizike, C.B.; Stettler, D.S. and Stealy, J.M. (1997).** Academic and Clinical Preparation and Practices of School Speech Language Pathologists with People who Stutter. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 28, No. 3 P. 195-212.
- **Killy, E.M. (1995-b).** Parents as partners : Including Mothers and Fathers in the Treatment of Children who Stutter. *J. of Communication Disorders*; Vol.28, No. 2 P. 93-105.
- **Killy, EM. (1995 -a ).** Orofacial Muscle Activity of Children who Stutter. A Preliminary Study. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 38 , No. 5 P.1025-36.
- **Klassen, T.R. (2001).** Perceptions of people who stutter : re-assessing the negative stereotype. *J. Perceptual and motor skills*, V. 92, Apr, P : 551 - 559.
- **Kloth, S.A. & Kraimaat, F.W. (1995).** Communicative Behavior of Mothers of stuttering and Nonstuttering High - risk Children Prior to the Onset of Stuttering . *J. of Fluency Disorders.*; Vol. 20 ,No.4P.365-377.
- **Klykylo, W.; Kay, J. and Rube, D. (1998).** *Clinical Child Psychiatry.* W.B Saunders Com. London, Montreal, Sydney.
- **Kotbi, N; Farag, S.; Yousif, M.; Baraka, M. and El-Sady, S. (1992).** A Comparison between Stutterers and Nonstutterer in

- Intelligence, Self-Concept, Anxiety, and Depression. *J. of Psychological Studies*, B2, P2, P.337-349.
- **Kraaimaat, F.W.; Vanryckkeghem, M.; & Van Dam, B. (2004).** Stuttering and social anxiety. *J. Fluency Disord*, V. 27, Winter, P : 319 - 330.
  - **La Blance, G.R. (1994).** Stuttering : The Role of the Classroom Teacher. *Teaching Exceptional Children*; Vol. 26, No. 2 P. 10-12.
  - **La Salle, L.R. & Conture, E.G. (1995).** Disfluency Clusters of Children who Stutter. Relation of Stutterings to Self-Repairs. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 38, No. 5 P. 965-977.
  - **Langevin, M. & Boberg, E. (1996).** Results of Intensive Stuttering Therapy with Adults who clutter and Stutter. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 21, No. 3-4 P.315-327.
  - **Lass, N. J. (1992).** Teachers Perceptions of Stutterers. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 23 ,No. 1 P. 78-81.
  - **Lass, N. J. (1994).** School Administrators Perceptions of People who Stutter. *Language, Speech and Hearing Svices in Schools*; Vol. 25, No. 2 P. 90-93.
  - **Leder, S.B. (1996).** Adult Onset of Stuttering as A presenting Sign in a Parkinsonian-Like Syndrome : A Case Report. *J. of Communication Disorders*; Vol. 29, No. 6 P. 471-478.



- **Lewis, K. E. (1995).** Do SSI-3 Scores Adequately Reflect Observations of Stuttering Behaviors? *American J. of Speech-Language Pathology*; Vol. 4, No. 4 P. 46-59.
- **Lieshout, P.H. H. (1996).** From Planning to Articulation in Speech Production : What Differentiates a Person who Stutters from a Person who Does Not Stutter? *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 39 ,No.3 P. 546-564.
- **Logan, K.J. & Lasalle, L.R. (2003).** Developing intervention programs for children with stuttering and concomitant impairments. *J. Speech and Language*, V. 24, Feb, P : 13 - 20.
- **Louko, L. J. (1995).** Phonological Characteristics of Young Children who Stutter. *Topics in Language Disorders*; Vol. 15, No. 3 P. 48-59.
- **Mackey, L.S. (1997).** Effect of Speech Dialect on Speech Naturalness Ratings : A Systematic Replication of Martin, H. and Tridon (1984). *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 40 , No. 2 P. 349-60.
- **Mahr, G. & Leith, W. (1992).** Psychogenic Stuttering of Adult Onset. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 35, No. 2 P. 283-286.
- **Mallard, A.R. (1998).** Using Problem Solving Procedures in Family Management of Stuttering. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 23 No.2 P. 127-135.



- **Martin, R.R. (1993).** The Future of Behavior Modification of Stuttering : What Goes Around Comes Around. *J. of Fluency Disorders.* Vol. 18, No. 1 P.81-108.
- **Maske , C.W.S. & Curlee, R.F. (1995).** Effect of Utterance Length and Meaning Fulness on the Speech Initiation Times of Children who Stutter and Children who Do Not Stutter. *J. of Speech and Hearing Res.;* Vol. 38, No. 1 P. 18-25.
- **Max, L. & Caruso, A.J. (1998).** Adaptation of Stuttering Frequency During Repeated Readings. Associated Changes in Acoustic Parameters of Perceptually Fluent Speech. *J. of Speech, Language and Hearing Res.;* Vol.41, No. 6 P. 1265-81.
- **Mayberry, R.L; Jaues, J. and DeDe, G. (1998).** What Stuttering Reveals About the Development of the Gesture-Speech Relationship. *New Directions for Child Development;* No. 79, P. 77-87.
- **McClellan, M.D. & Runyan, C. M.(2000).** Variations in the Relative Speeds of Orofacial Structures With Stuttering Severity. *J. of Speech, Language and Meltzer, A. (1998).* Clinical Management of Stuttering in Adults. *J. of Speech, Language, Pathology and Audiology;* Vol. 22, No. 4 P. 244-260.
- **McClellan, M.D.; Kroll, R.M. and Loftus, N. (1990).** Kinematic Analysis of Lip Closure in Stutterer's Fluent Speech. *J. of Speech & Hearing Research;* Vol.33 ,No. 4 P. 755-760.



- **Meyers, S.C. (1990).** Verbal Behaviors of Preschool Stutterers and Conversational Partners : Observing Reciprocal Relationships. *J. of Speech and Hearing Disorders*; Vol. 55, No. 4 P. 706-12.
- **Miles, S. & Ratner, N.B. (2001).** Parental Language Output to Children at Stuttering Onset. *J. of Speech Language and Hearing, Res.*; Vol. 44, No. 5 P.1 116-30.
- **Mooney, S. & Smith, P.K. (1995).** Bullying and the Child who Stammers. *British J. of Special Education*; Vol. 22, No. 1 P. 24-27.
- **Murphy, B. (1999).** Apreliminary Look at Shame, Guilt and Stuttering. *Stuttering Research and Practice Bridging The Gap*; P. 131-143.
- **Murphy, W.P. & Quesal, R.W. (2002).** Strategies for addressing bullying with the school age child who stutters. *J. speech and Language*, V. 23, Aug, P : 205 - 212.
- **Murray, M.G. & Newman R.M. (1997).** Paroxetine for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder and Comorbid Stuttering. *Amer. J. of Psychiatry*; Vol. 154 ,No. 7 P. 1037.
- **Olsen, L.T.; Steelman, M.L.; Buffalo, M.D. and Montague, J. (1999).** Preliminary Information on Stuttering Characteristics Contrasted between African American and White Children. *J. of Communication Disorders*; Vol.32, No. 2 P. 97-108.



- **Onslow, M. & Packman, A. (1999).** The Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. U. Sydney, Austr. Stuttering Res. Ctr. Sydney, NSW, Austr. P. 193-209.
- **Onslow, M. & Packman, A. (2001).** Ambiguity and Algorithms in Diagnosing Early Stuttering. Comments on Ambrose and Yairi (1999). J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 44, No. 3 P. 593-94.
- **Onslow, M. (1990).** Direct Early Intervention with Stuttering Some Preliminary Data. J. of Speech and Hearing Disorders; Vol. 55 ,No. 3 P. 405-416.
- **Onslow, M. (1992).** Variability of Acoustic Segment Durations After Prolonged Treatment for Stuttering. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 35 ,No. 3 P.529-36.
- **Onslow, M. (1994).** A Control Experimental Trial of an Operant Treatment for Early Stuttering. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 37 ,No. 6 P. 1244-59.
- **Packman, Ann (1994).** Prolonged Speech and Modification of Stuttering. Perceptual, Acoustic, and Electrolottographic Data. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 37 No. 4, P. 724-37.
- **Paden, E.P. & Yairi, E. (1996).** Phonological Characteristics of Children Whose Stuttering Persisted or Recovered. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 39, No. 5 P. 981-990.



- **Paden, E.P.; and Yairi, E. Ambrose, N.G (1999).** Early Childhood Stuttering II : Initial Status of Phonological Abilities. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 42 No. 5 P. 1113-24.
- **Palenzuela, S.A. (1994).** Intervention Based on External Contingencies as Psychological Treatment in a Case of Stuttering in a Young Child [Spanish]. Analisis y Modificación De Conducta; Vol. 19, No. 64 P. 287-298.
- **Patraka, A.M. (1998).** Shame, Self Consciousness, Locus of Control and Perceptions of Stuttering Among People who Stutter. Ph.D. Thesis Columbia Univ. Dissertation Abstracts Inter.; Vol. 58-12, Section : B, P. 6820.
- **Perkins, W.H. (1991).** A Theory of Neuropsycholinguistic Function in Stuttering. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 34, No. 4 P. 734-52.
- **Pill, J. (1998).** Einer Boberg's Contribution to the Self-help Movement. J. of Speech, Language, Pathology and Audiology Vol. 22, No.4 P. 271-275.
- **Plotnik, R.N. (1993).** Introduction of Psychology (3 Ed) Brookcole Pub., California, U.S.A.
- **Poulos, M.G. & Webster, W.G. (1991).** Family History as a Basis for Subgrouping People who Stutter. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 34 No. IP. 5-iO.



- **Prins, D. (1997).** Lexicalization in Adults who Stutter. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 40, No. 2 P. 373-384.
- **Prins, D. (1999).** Describing the Consequences of Disorders : Comments on Yaruss (1998). *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 42, No. 6 P.1395-97.
- **Prizi, J., T. (1999)** Parent's Attituedes and Stuttering Intensity in Children [Serbo-Croatian], Faculty of Special Education and Rehabilitation, Croatia, Vol. 35, No. 2 P. 133-140.
- **Ranting, P. R. & Bennett, Ellen M. (1995).** Working with 7 to 12 Years-Old Children who Stutter. Ideas for Intervention in the Public Schools. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 26, No. 2 P. 138 – 150.
- **Ratcliff, B. (1997).** EEC Activation Patterns in the Frontal Lobes of Stutteres and Nonstutterers During Working Memory Tasks. *Diss. Abs.* Vol. 57 (11-B) P. 265.
- **Ratner, N. B. & Silverman, S. (2000).** Parental Perceptions of Children's Communicative Development. *J. of Speech, Language & Hearing Res.*; Vol. 43, No.5 P.1252-63.
- **Ratner, N.B. (1992).** Measurable Outcomes of Instructions to Modify Normal Parent Childrenbal Interactions : Implications for Indirect Stuttering Therapy. *J. of Speech & Hearing Res.*; Vol. 35, No. 1 P. 14-20.



- **Ratner, N.B. (1995-a).** Language Complexity and Stuttering in Children. *Topics in Language Disorders*; Vol. 15, No. 3 P. 32-47.
- **Ratner, N.B. (1995 - b).** Treating the Child who Stutters with Concomitant Language or Phonological Impairment. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 26 , No. 2 P. 180-86.
- **Robinson, T.L., Jr. and Crowe, T.A. (1998).** Culture-Based Considerations in Programming for Stuttering Intervention with African American Clients and Their Families. *Language, Speech and Hearing Services in Schools*; Vol. 29 No. 3 P. 172-79.
- **Runyan, C.M. (1990).** Speech Naturalness Ratings of Treated Stutterers. *J. of Speech and Hearing Disorders*; Vol. 55, No. 3 P. 434-438.
- **Rustin, L. & Cook, F. (1995).** Parental Involvement in the Treatment of Stuttering. *Language, Speech & Hearing Services in the Schools*. Vol. 26, No. 2 P. 127-137.
- **Ryan, B. P. (2001).** *Programmed Therapy Programmed Therapy for Stuttering in Children and adults (2nd ed.)*. Springfield, IL, Us. Charles C. Thomas, Publisher.
- **Ryan, B.P. & Ryan, B. Van Kirk (1995).** *Programmed Stuttering Treatment for Children : Comparison of Two Establishment*



- Programs Through Transfer, Maintenance, and Follow-up. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 38, No. 1 P. 61-75.
- **Ryan, B.P. (1992).** Articulation, Language, Rate and Fluency Characteristics of Stuttering and Nonstuttering Preschool Children. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 35, No. 2 P. 333-342.
  - **Sauber, R.; Abate, P. and Weeks, G. (1993).** The dictionary of family psychology and family therapy. (2 Ed) New Burg Park, London, New Delhi.
  - **Schenker, M.A. (1997).** The Role of Self-Consciousness and Personality in Stuttering. Ph.D. Thesis the Univ. of North Carolina at Greensboro. *Dissertation Abstracts Inter.* Vol. 58-12, Section : B, P. 6826 .
  - **Schiavetti, N. (1994).** Psychophysical Analysis of Audiovisual Judgments of Speech Naturalness of Nonstutterers and Stutterers. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 37, No. 1 P. 46-52.
  - **Schneider, P. (1998).** Self-Adjusting Fluency Therapy. *J. of Children's Communication Development*; Vol. 19, No. 2 P. 57-63.
  - **Siegel G. M.(1993).** Stuttering and Behavior Modification : Commentary. *J. of Fluency Disorders*, Vol. 18 . No. P.109-114.
  - **Silverman, F.H. (1992).** Stuttering and Other Fluency Disorders. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, P. 1-231.



- **Smith, A. & Kleinow, J. (2000).** Kinematic Correlates of Speaking Rate Changes, in Stuttering and Normally Fluent Adults. *J. of Speech, Language & Hearing Res.*, Vol. 43 ,No. 2 P.521-536.
- **Smolka, E. & Adamczyk, B. (1992).** Influence of Visual Echo and Visual Reverberation on Speech Fluency in Stutters. *Inter. J. of Rehabilitation Res.*; Vol. 15. No. 2 P. 134-139.
- **Starkweather, C.W. (1997).** Fluency and stuttering. Englewood cliffs : Prentice Hall.
- **Stewart. T. (1996).** Good Maintainers and Poor Maintainers : A Personal Construct Approach to an old Problem. *J. of Fluency Disorders*; Vol. 21 No. 1 P. 33-48.
- **Story, R.S. (1996).** Pre-and Post treatment Comparison of the Kinematics of the Fluent Speech of Persons who Stutter. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 39, No. 5 P. 991-1005.
- **Swan, Ann M. (1993).** Helping Children who Stutter What Teachers Need to Know. *Childhood Education*; Vol. 69 No. 3 P. 138-141.
- **Tellis, G.M. (1999).** Hispanic American College Students Perceptions About Stuttering. Ph.D Thesis the Pennsylvania State Univ. *Dissertation Abstracts Inter.* Vol. 60-08, Section : B, P. 3898.



- **Thomas, A. (1997).** Applications of counseling in speech. Language Pathology and audiology; Willams, & Wilkns, Pub. Com. New York, London.
- **Throneburg, R. N. (1994).** Relation between Phonologic Difficulty and the Occurrence of Disfluencies in the Early Stage of Stuttering. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 37, No. 3 P. 504-509.
- **Throneburg, R.N. & Yairi, E. (1994).** Temporal Dynamics of Repetitions During the Early Stage of Childhood Stuttering. An Acoustic Study. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 37 No. 5 P. 1067-57.
- **Trautman, L.S; Healey, B.C. and Norris, J.A. (2001).** The Effects of Contextualization on Fluency in Three Groups of Children. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 44 ,No. 3 P. 564-576.
- **Treon, M. (1995).** Abi-polar Etiologic Stuttering Threshold Hypothesis and Related Proposed Treatment Approach. J. of Human Behavior; Vol. 32 , No. 3-4 P. 35-51.
- **Van Borsel, J. & Tailliea, C. (2001).** Neurogenic Stuttering Versus Developmental Stuttering : As Obsrver Judgement Study. J. of Communication Disorders; Vol. 34 ,No. 5 P. 385-395.
- **Van Lieshout, P.H.M. (1995).** Effects of Linguistic Correlates of Stuttering on Emg Activity in Nonstuttering Speakers. J. of Speech and Hearing Res.; Vol.38, No. 2 P. 360-72.



- **Van Riper, J. (1990).** Final thoughts about stuttering. *J. of Fluency Disorders*, V. 15, (1), P : 317 - 319.
- **Van Riper, J. (1992).** *The nature of stuttering* (2nd ed). Englewood Cliffs, Pub. London, New Delhy.
- **Viswanath, N.S. & Rosenfield, D.B. (2000).** Preponderance of Lead Voice Onset Times in Stutterers under Varying Constraints. *Communication Disorders Quarterly*; Vol. 22. No. 1 P. 49-55.
- **Wagaman, J.R. (1993).** Analysis of a Simplified Treatment for Stuttering in Children. *J. of Applied Behavior Analysis*; Vol. 26, No. 1 P. 53-61.
- **Wagaman, J.R. (1995).** Long-Term Follow-up of A Behavioral Treatment for Stuttering in Children. *J. of Applied Behavior Analysis*; Vol. 28 , No. 2 P. 233 – 234.
- **Watkins, R.V. & Yairi, E. (1997).** Language Production Abilities of Children Whose Stuttering Persisted or Recovered. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 40, No. 2 P. 385-99.
- **Watkins, R.V.; Yairi, E. and Ambrose, N.G. (1999).** Early Childhood Stuttering III : Initial Status of Expressive Language Abilities. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 42, No. 5 P. 1125-35.



- **Watson, B.C. (1992).** Brain Blood Flow Related to Acoustic Laryngeal Reaction Time in Adult Developmental Stutterers. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 35, No. 3 P. 555-61.
- **Weber - Fox, C. (2001).** Neural Systems for Sentence Processing in Stuttering *J. of. Speech, Language & Hearing Res.*; Vol. 44 ,No. 4 P. 814- 825 .
- **Webster, W.G. (1998).** Brain models and the Clinical management of Stuttering. *J. of Speech, Language, Pathology and Audiology* Vol. 22, No. 4 P. 220-230.
- **Webster, W.G. (1998).** Brain models and the clinical management of stuttering *J. of speech, Language, Pathology and Audiology*; V. 22, (4) : P : 220 - 230.
- **Weiss, Amy L. (1995).** Conversational Demands and Their Effects on Fluency and Stuttering. *Topics in Language Disorders*; Vol. 15, No. 3 P. 18-31.
- **Whitmire, K. A. (1994).** The Mutual Regulation of Dyadic Interpretations (stuttering). Ph.D Thesis the Univ. of Rochester.; *Dissertation Abstracts Inter.* Vol. 55-11 Section A, P. 3353.
- **Wingate, M.E. (2002).** Foundations of Stuttering. Sydney Children's Hosp., Speech Pathology Dept., Sydney, Australia.
- **Wolk, L. (1998).** Intervention Strategies for Children Who Exhibit Coexisting Phonological and Fluencydisorders : Aclinical-



note.; Child Language Teaching & therapy; Vol. 14, No. 1 P.69-82.

- **Woods, D.W. (1996).** Habits, Tics, and Stuttering : Prevalence and Relation to Anxiety and Somatic Awareness. Behavior Modification; Vol. 20, No. 2 P. 216-225.
- **Woods, S; Shearsby, J.; Onslow, M. and Burnham, D. (2002).** Psychological Impact of the Lidcombe Program of Early Stuttering Intervention. J. of Language and Communication Disorders. Vol. 37 , No. 1 P. 31-40.
- **Yairi, E. & Ambrose, N.G. (1992).** Onset of Stuttering in Preschool Children : Selected Factors. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 35, No. 4 P. 782-88.
- **Yairi, E. & Ambrose, N.G. (1999).** Early Childhood Stuttering : Persistency and Recovery Rates. J. of Speech, Language and Hearing Res.; Vol. 42, No. 5 P.1097-1112.
- **Yairi, E. & Hall K. D. (1993).** Temporal Relations Within Repetitions of Preschool Children Near the Onset of Stuttering A Preliminary Report. J. of Communications Disorders; Vol. 26, No. 4 P. 231-244.
- **Yairi, E. (1993).** The Early Months of Stuttering. A Developmental Study. J. of Speech and Hearing Res.; Vol. 36 No. 3 P. 521-528.



- **Yairi, E. (1996-b).** Predictive Factors of Persistence and Recovery Pathways of Childhood Stuttering. *J. of Communication Disorders*; Vol. 29, No. 1 P.51-77.
- **Yairi, E. (1996 -a).** Genetics of Stuttering A Critical Review. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 39, No. 4 P. 771-784.
- **Yairi, E. (1999).** Epidemiologic Factors and Stuttering Research. *Stuttering Res. and Practice U. Illinois, IL, USA* P. 45-53.
- **Yairi, E.; Watkins, R.; Ambrose, N.G. and Paden, E. (2001).** Letters to the Editor : What is Stuttering? *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol.44, No. 4 P. 585-592.
- **Yaruss, J.S. & Conture, E.G. (1993).** F2 Transitions During Sound/Syllable Repetitions of Children who Stutter and Predictions of Stuttering Chronicity. *J. of Speech and Hearing Res.*; Vol. 36, No. 5 P. 883-96.
- **Yaruss, J.S. (1998).** Describing the Consequences of Disorders : Stuttering and the International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 41, No. 2 P. 249-57.
- **Yaruss, J.S. (1999 -b).** Impairment and Disability in Stuttering : A Response to Prins. *J. of Speech, Language and Hearing Res.*; Vol. 42, No. 6 P. 1397-1399.



- **Yaruss, J.S. (1999-a).** Utterance Length, Syntactic Complexity, and Childhood Stuttering, *J. of Speech , Language and Hearing Res.;* vol. 42,No. 2. P.329-344.
- **Yaruss, J.S. (2001).** Evaluating Treatment Outcomes for Adults who Stutter. *J. of Communication Disorders;* Vol. 34, No. 1-2 P. 163-82.
- **Zebrowski, P.M. (1991).** Duration of the Speech Disfluencies of Beginning Stutterers. *J. of Speech and Hearing Res.;* Vol. 34, No. 3 P. 483-91.
- **Zebrowski, P.M. (1995 - a ).** The Topography of Beginning Stuttering. *J. of Communication Disorders;* Vol. 28, No. 2 P. 75-91.
- **Zebrowski, P.M. (1995-b).** Temporal Aspects of the Conversations between Children Who Stutter and Their Parents. *Topics in Language Disorders;* Vol. 15 No. 3 P. 1-17 .



# فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
5	مقدمة
<b>الفصل الأول</b>	
9	تطوير اللغة عند الطفل
	بعض الأحداث الهامة فى تطور اللغة خلال الخمس سنوات
12	الأولى من عمر الطفل
19	الأسباب المتنوعة لصعوبات اللغة
<b>الفصل الثانى</b>	
25	فهم مشكلات الكلام (رسالة للوالدين)
27	أشكال اضطرابات الكلام
45	خصائص الأطفال الذين يعانون من مشكلات النطق
49	مشاكل الصوت الشائعة
55	كيف نساعد الأطفال على الكلام
<b>الفصل الثالث</b>	
71	تعريف اضطراب اللجاجة
73	أولاً: التعريف والمفهوم
84	ثانياً: المحكات التشخيصية (سلوكيات اللجاجة)
88	ثالثاً: أسباب حدوث اللجاجة (النظريات المفسرة)
114	رابعاً: جدوى علاج اللجاجة



## الفصل الرابع

- 129 الأسس الديناميكية لتطور اللجلجة (من الطفولة إلى الرشد)
- 136 بداية اللجلجة
- 145 التطور والنمو في شخصية البالغ المتلجلج
- 156 دراسات وبحوث في الخصائص النفسية والاجتماعية للمتجلج

## الفصل الخامس

- 173 التشخيص والسلوكيات المصاحبة لاضطراب اللجلجة
- 175 أولاً: تشخيص اضطراب اللجلجة
- 181 ثانياً: السلوكيات المصاحبة

## الفصل السادس

- 213 الأساليب العلاجية للجلجة
- أولاً: دراسات وبرامج هدفت إلى علاج اللجلجة من خلال  
برامج تدريبية صوتية ولفظية
- 219 ثانياً: برامج وأساليب علاجية تقوم على استخدام فنيات العلاج السلوكي
- 226 ثالثاً: أساليب علاجية وبرامج تقوم على التفاعل الأسري
- 230 رابعاً: برامج وأساليب علاجية متنوعة
- 236 الطرق النفسية لعلاج اللجلجة
- 248



## الفصل السابع

دراسة تطبيقية لخفض القلق لدى عينة من الأطفال المتلجلجين

261	وتحسين مفهوم الذات لديهم
271	نظريات تفسير اضطراب اللجلجة
276	الخصائص النفسية والسلوكية للمتجلج
280	علاج اللجلجة
283	مفهوم القلق
289	مفهوم الذات
293	الدراسات السابقة
323	مقياس مفهوم الذات للمتجلج
352	خاتمة وتوصيات
356	ملاحق الدراسة
367	قائمة المراجع
369	أولاً: المراجع العربية
374	ثانياً: المراجع باللغة الإنجليزية

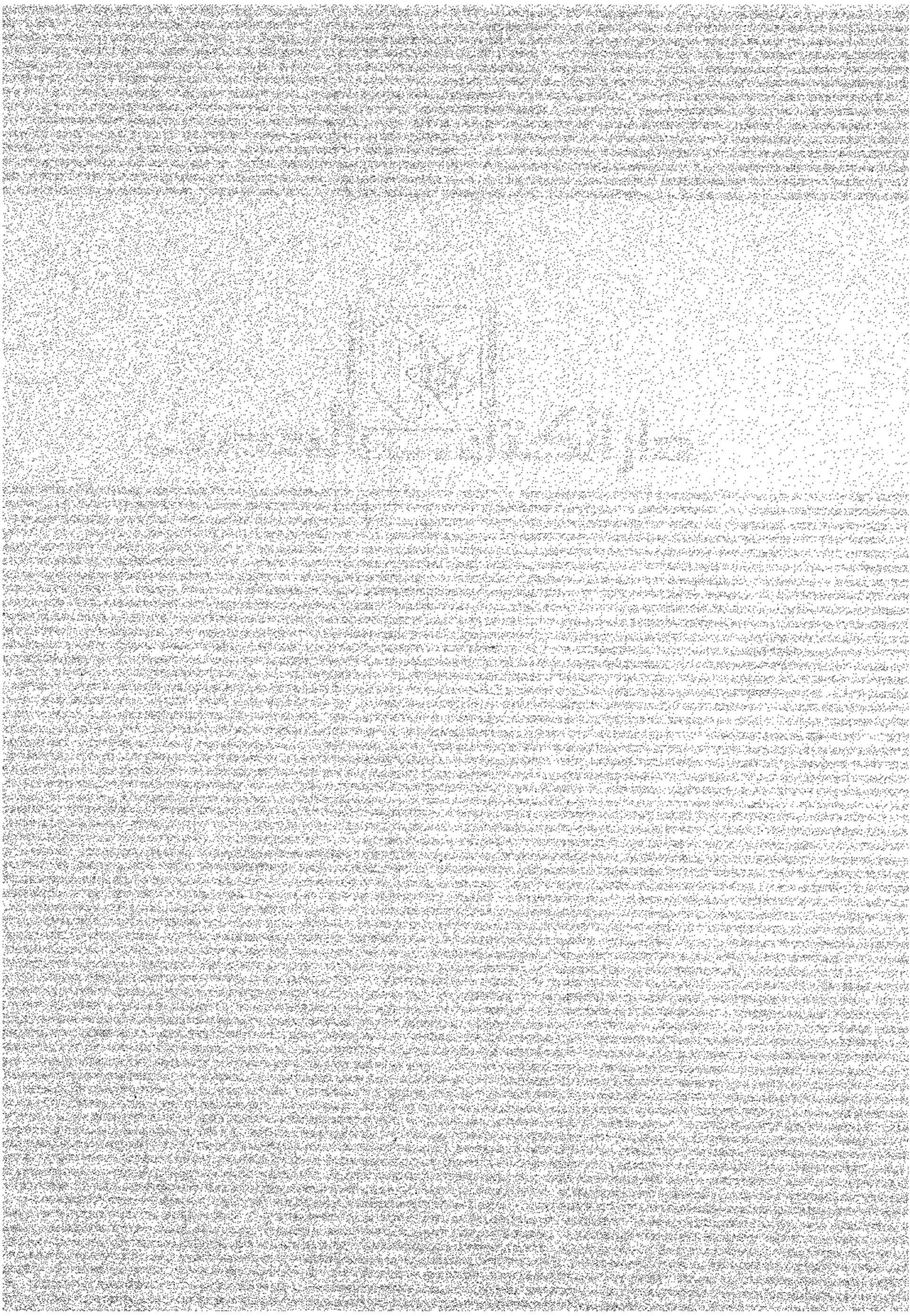


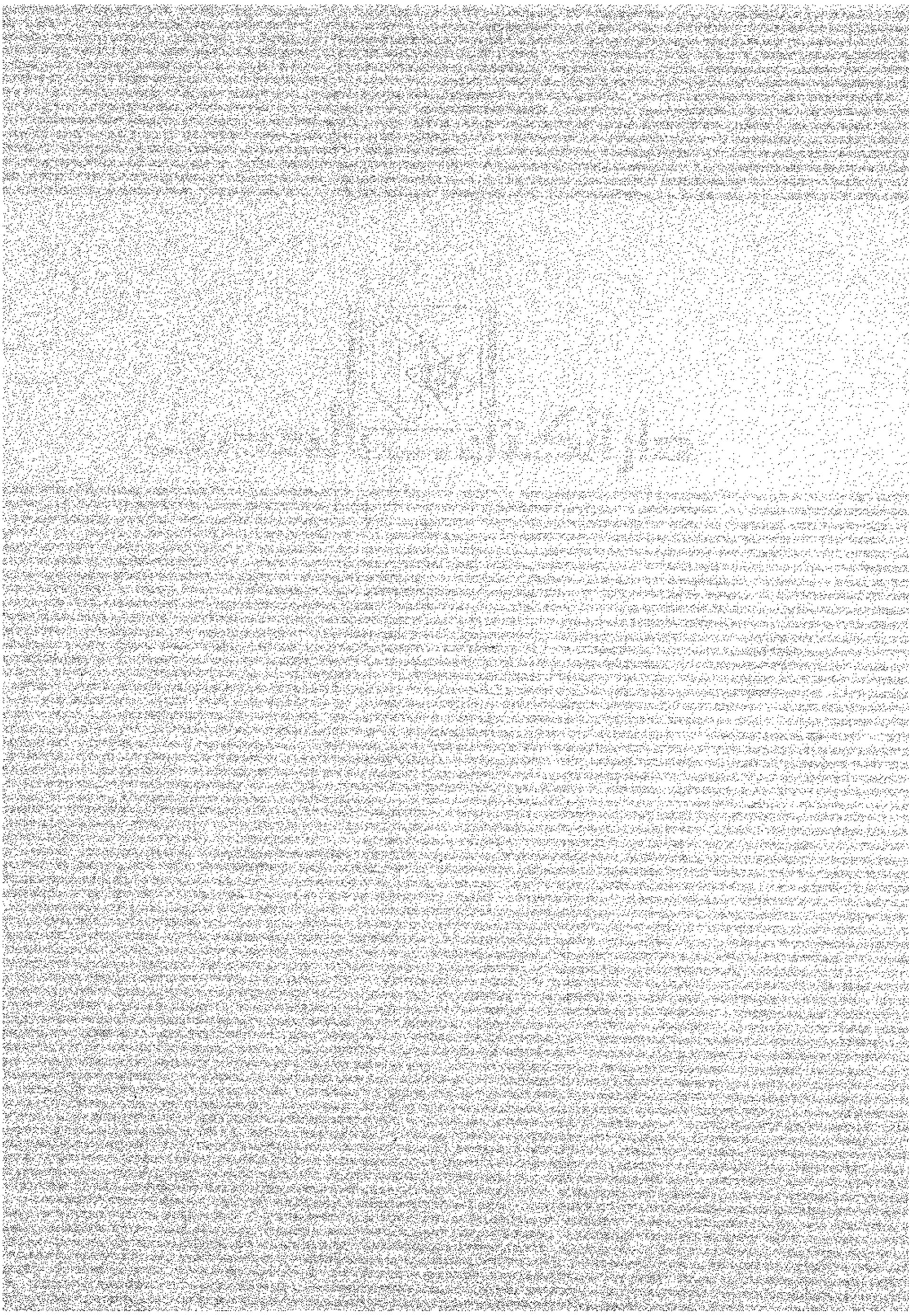












# هذا الكتاب

" اللجلجة ليست في فم المتلجلج وإنما هي في أذن المستمع "

وندل جونسون Johnsonw

هناك الكثير من المشكلات النفسية والسلوكية لا يدركها أصحابها وإنما يدركها المحيطون بهم من آباء ومعلمين وأصدقاء . وتعد مشكلات الكلام من أكثر المشكلات التي يعاني منها الإنسان في بداية حياته في مرحلة الطفولة والمراهقة . مما يؤثر على فاعلية الشخص الاجتماعية ودرجة اندماجه داخل الأسرة والمجتمع ويصبح شخصياً انزالياً وانطوائياً منسحباً من المواقف الاجتماعية . مما يؤثر على نمو الشخصية في المستقبل ويختار الآباء والمعلمون في كيفية مواجهة مشكلات الكلام مثل الإبدال ، الحذف ، الثأأة ، أو اللجلجة التي يعاني منها بعض الأطفال والمراهقين .

وهذا الكتاب محاولة لمساعدة الآباء والمهتمين بتربية الطفل للتعرف على أهم هذه

المشكلات ، وهل هي مشكلات قابلة للعلاج والتخلص منها ؟ أم هي

يحتاج التدخل من قبل المختصين ؟ وذلك من خلال استعراض أهم الأ

والسلوكيات المصاحبة ، ثم أكثر الأساليب العلاجية والإرشادية نج

المشكلات .

Bibliotheca Alexandrina



0940565

مكتبة