



دراسة تحليلية للعلاجات النفسية فى اضطراب

التأتأة لدى المراهقين

اعداد

نرمين فهيم منير

إشراف

أ.د / إسماعيل إبراهيم بدر

استاذ الصحة النفسية والتربية

الخاصة

أ.د / صلاح الدين عراقي محمد

أستاذ الصحة النفسية والتربية الخاصة

كلية التربية – جامعة بنها

د/ حازم شوقي محمد

مدرس الصحة النفسية والتربية الخاصة

كلية التربية – جامعة بنها

المستخلص:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاجات النفسية التي تناولت اضطراب التأثأة لدى المراهقين، والكشف عن فاعلية العلاج الفردي المتعدد الأبعاد (MIST) في تخفيف اضطراب التأثأة لدى المراهقين، وتكونت عينة البحث من ١٠ مراهقين من مدرسة أم المؤمنين الثانوية، ومدرسة المنشية الثانوية العسكرية بينها من العام الدراسي (٢٠٢٢ - ٢٠٢٣) تتراوح أعمارهم من (١٦-١٨) عامًا وبلغ متوسط أعمارهم (١٦.٥٤)، وانحراف معياري قدرة (٠.٤١)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين مجموعة تجريبية قوامها (٥) طلاب، ومجموعة ضابطة قوامها (٥) طلاب، واستخدمت الباحثة استمارة جمع البيانات والمعلومات (اعداد الباحثة)، كما قامت الباحثة بتطبيق مقياس اضطراب التأثأة لـ (woolf,1967) تعريب وتقنين الباحثة، ومقياس خبرات التأثأة لـ (Yaruss,& Quesal,2006) تعريب محمد عماد الدين، لويس مليكة (١٩٩٦) وقامت الباحثة بتطبيق البرنامج العلاج الفردي المتعدد الأبعاد على طلاب المجموعة التجريبية، وأشارت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج الفردي المتعدد الأبعاد في تخفيف اضطراب التأثأة لدى المراهقين، وأيضًا استمرار فاعليته في التخفيف من اضطراب التأثأة لدى المراهقين إلى فترة ما بعد المتابعة.

الكلمات المفتاحية: المراهقة- اضطراب التأثأة- العلاج.

Abstract

The current research aims to explore psychological treatments that address stuttering disorders in teenagers and investigate the effectiveness of Multidimensional Individualized Stuttering Treatment (MIST) in alleviating stuttering disorders in teenagers. The research sample consisted of 10 teenagers from Um Al-Mu'minin High School and Al-Monshaa Military Secondary School in Benha during the academic year 2022-2023. Their ages ranged from 16 to 18 years, with an average age of 16.54 and a standard deviation of 0.41. They were divided into two groups: an experimental group consisting of 5 students and a control group consisting of 5 students.

The researcher used a data and information collection form prepared by herself. Additionally, the researcher applied the Arabic version of the Stuttering Severity Instrument (SSI) by Woolf (1967), and the Arabic version of the Overall Assessment of the Speaker's Experience of Stuttering (OASES) by Yaruss and Quesal (2006). Furthermore, the researcher used the Wechsler-Bellevue Intelligence Scale for Adults and Adolescents (Arabic version by Mohammed Emad El-Din and Louis Malika, 1996). The researcher implemented the Multidimensional Individualized Stuttering Treatment program on the experimental group students.

The study's results indicated the effectiveness of Multidimensional Individualized Stuttering Treatment in reducing stuttering disorders in teenagers. Furthermore, the treatment's effectiveness persisted even after the follow-up period, indicating its long-term impact on reducing stuttering disorders in teenagers.

Keywords: adolescence, stuttering disorder, therapy.

مقدمة:

تعد مرحلة المراهقة من أهم الفترات العمرية في حياة الفرد، فهي مرحلة الطفرة الكمية والكيفية حيث يحدث بها العديد من التغيرات الهامة، وهذه التغيرات قادرة على رسم وتحديد مسار الحياة المستقبلية للمراهق ففيها يضطد نمو القدرات العقلية الخاصة والعامة، وكذلك يضطد نمو الانفعالات وأيضًا تتحدد التفاعلات الاجتماعية والقيم الخاصة بالمراهق، وفي نفس الوقت فإن المراهقة هي فترة مليئة بالمشكلات كالمشكلات التي تتعلق بالشكل العام للجسم، فقلما تمر هذه المرحلة دون تعرض أفرادها لبعض المشكلات والتي قد تؤثر بدورها في توافقهم النفسي ومن بين هذه المشكلات اضطراب التأناة.

وتعد التأناة (اضطراب الطلاقة) أكثر اضطرابات الكلام انتشارًا وشيوعًا فهي ظاهرة منتشرة في كل انحاء العالم، وهي عبارة عن إعاقة في انسيابية الكلام وأهم ما يميزها تكرارات وإطالات للأصوات والمقاطع الصوتية إلى جانب التوقفات التي تتخلل الكلام والجمل وذلك نتيجة لمعاناة المتأئين من صعوبة التنسيق بين عمليتي النطق والتنفس أثناء الكلام. (محمد حمودة، ١٩٩١، ٢٦٠؛ عبد العزيز السرطاوي، وائل موسى، ٢٠٠٠، ٤٠٧)

وتجدر الإشارة إلى أن استمرار التأناة حتى فترة المراهقة أو الرشد تكون التأناة إهتمامهم الرئيسي ومحور حياتهم فهم يعانون من السلوكيات الأساسية والثانوية للتأناة، وعليه يرفضون الكثير من فرص العمل ويتجنبون الأنشطة الاجتماعية. (Guitar,2013,242) وأشارت دراسة كل من (Blood et al (2004,69)؛ Gabel et al (2008,146-147)؛ Chu,Sakai(2020,2) أن المراهقين المتأئين يعانون من الكثير من المشكلات النفسية والتي تنعكس سلبيًا على حياتهم بشكل عام، فقد وجد ان نسبة ٢٢٪ من المتأئين يعانون من القلق الاجتماعي، ونسبة ١٥-٤١٪ من المتأئين أبلغوا عن مخاوف عالية من التواصل وتدني تقدير الذات.

وعلى ضوء ما سبق فإن المراهقين المتأئين يتوقعون الفشل والإخفاق في التحدث والتكلم، ودائمًا يقارنون أنفسهم بزملائهم المتحدثين بطلاقة مما يؤثر بالسلب على نفسياتهم ويزيد من مشكلاتهم النفسية والتخاطبية مما ينعكس بالسلب على حياتهم عمومًا.

أولاً مشكلة الدراسة:

يعد اضطراب التأتأة أحد المشكلات التي تواجه المراهقين والتي تتمثل مظاهره في المظاهر المعرفية (كالتفكير المستمر في التأتأة، تداخل الأفكار وتضاربها، التصورات السلبية عن التأتأة وعن المستمع لهذه التأتأة) والإنفعالات السلبية التي تؤثر عليهم في المواقف الإجتماعية) كالخوف والقلق وتدنى تقدير الذات) والسلوكيات الفسيولوجية والسلوكية غير التوافقية مثل (إحمرار الوجة، وتجنب التواصل بالعين أو حول مؤقت بالعين والنظرات الجانبية، خفض الرأس إلى جانب المظاهر الأساسية للتأتأة كالتكرارات والإطالات والتوقفات).

ومن خلال عمل الباحثة كأخصائية تخاطب بمستشفى الراعى الصالح بينها تبين أن ثمة مجموعة من المراهقين يعانون من المظاهر المختلفة لاضطراب التأتأة، ويترددون على المستشفى للتخفيف من حدة اضطرابهم، واتفقت دراسة (Blood et Phillips(1968,39-40) على وجود مستوى مرتفع من اضطراب التأتأة لدى المراهقين، الأمر الذى أدى إلى وجود الكثير من المشكلات مثل الخوف والتوتر وتدنى تقدير الذات، انخفاض الثقة بالنفس واتباع العديد من استراتيجيات التجنب كالهروب من حضور التجمعات والمناسبات.

لذا فإن البحث الحالى يستعرض بالتحليل العلاجات التي تناولت اضطراب التأتأة للتخفيف من أثارها المعرفية والانفعالية والكلامية والاجتماعية، وتبين فاعلية العلاج الفردى المتعدد الأبعاد فى تحسين تلك الأعراض لدى المراهقين المتأثئين.

وعلى ضوء ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة فى الأسئلة التالية:

- ما العلاجات النفسية التي تناولت اضطراب التأتأة لدى المراهقين؟
- وما فاعلية العلاج الفردى المتعدد الأبعاد فى تخفيف اضطراب التأتأة لدى المراهقين؟

ثانياً أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى استعراض العلاجات النفسية التي تناولت اضطراب التأتأة، وفاعلية العلاج الفردى المتعدد الأبعاد فى تخفيف المظاهر النفسية والتخاطبية لدى المراهقين المتأثئين.

ثالثاً أهمية الدراسة:

تتضح أهمية هذه الدراسة فيما يلى:

- ١- الأهمية النظرية:
- تتبع أهمية الدراسة الحالية من استعراضها للعلاجات النفسية مع اضطراب التأتأة.

- الإفادة مما قد تُسفر عنه نتائج الدراسة فى تحديد أفضل العلاجات النفسية التى تناسب المراهقين ذوى اضطراب التأتأة.

٢- الأهمية التطبيقية:

- تخفيف حدة اضطراب التأتأة لدى المراهقين من خلال العلاج الفردى المتعدد الأبعاد.

رابعاً: مصطلحات الدراسة:

(١) اضطراب التأتأة: *stuttering disorder*:

يرى Woolf أن التأتأة هى رد فعل استباقي فالتأتأة غالباً ما يتوقع الأسوأ ويؤمن بصعوبة الكلام فيحاول دائماً أن يتحدث بشكل جيد مما يجعله يتحدث بمزيد من التوتر والضغط ويظهر ذلك واضحاً خلال الحركات الغريبة التى تظهر على جسمه لذا يبدأ المتأتمى باتباع أنماط التجنب كالانسحاب من المواقف الكلامية واستخدام الإيماءات بدلاً من التحدث. (Woolf, 1967, 168-171)

ويتحدد إجرائياً بالدرجة التى يحصل عليها المراهق على مقياس اضطراب اضطراب التأتأة.

(٢) العلاج: *therapy*

تعرض الباحثة العلاجات النفسية الأكثر استخداماً مع اضطراب التأتأة وجاءت على النحو التالى:

- طريقة التوافق مع المتأتمى، طريقة اللعب، العلاج المعرفى السلوكى، العلاج بالسيكودراما، العلاج من خلال الإطالة، العلاج بالاسترخاء الكلامى، طريقة الكلام الإيقاعى، طريقة النطق بالمضغ، طريقة التحكم فى التنفس، طريقة إدماج الأصوات، طريقة التظليل، العلاج بتشكيل الطلاقة، طريقة الكلام وفقاً لزمان محدد، العلاج بالتحصين التدريج، العلاج بالتعريض، العلاج الفردى المتعدد الأبعاد.

(٢) المراهقون *Adolescents*: يقصد بهم فى هذه الدراسة بأنهم مجموعة المراهقين الذين تم تشخيصهم على مقياس (اضطراب التأتأة)، (ومقياس خبرات التأتأة) بصورة دقيقة بأنهم يعانون من الأعراض المختلفة لاضطراب التأتأة وتتراوح أعمارهم من (١٦-١٨) عاماً.

الإطار النظرى

١- المراهقة: *Adolescent*:

تعد مرحلة المراهقة مرحلة هامة ودرجة في حياة كل فرد وذلك بسبب ما يواجهه المراهق من مشكلات خلال تلك المرحلة فقد سُميت هذه المرحلة بمرحلة الميلاد الفعلى والحقيقي للمشكلات فمن ضمن المشكلات التي تواجه المراهقين، اضطرابات الكلام ومنها اضطراب التأتأة.

ويتصف المراهقين المتأثنين بمجموعة من الخصائص المعرفية والانفعالية والسلوكية والجسمية والتي تميزهم عن غيرهم وفيما يلي توضيح لهذه الخصائص:

- **الخصائص المعرفية:** يتصف المراهقين المتأثنين بأنهم يفكرون دائماً في تأتأتهم مما يؤدي إلى تداخل الأفكار وتضاربها، فالأفراد المتأثنون هم أكثر الناس استنباطاً، لذلك يصبح عندهم التركيز على اضطرابهم والتفكير السلبي تجاه تأتأتهم أمر طبيعي، وذلك يؤدي إلى عناء في ترتيب أفكارهم، خوف قبل التحدث يؤدي إلى عدم التركيز. (Harison,2008,128-129;Hearne et al.,2008,82)

- **الخصائص الانفعالية:** يتصف المراهقون المتأثنين بقلّة الثقة بالنفس والخوف والقلق والتوتر والاكنتاب إلى جانب الإحساس بالدونية، مما يسبب لهم العديد من المشكلات النفسية والتي تجعلهم يشعرون بالخوف من التفاعلات الإجتماعية. (Beech,& Fransella,1971,4

; سهير أمين, ٢٠٠٠, ٢٦-٣٠)

- **الخصائص الجسمية:** يتصف المراهقون المتأثنين ببعض الخصائص الجسمية الناتجة عن تأتأتهم، وهذه الخصائص تختلف من فرد إلى آخر وتتمثل في إحمرار الوجه وتشنج عضلاته، الخوف من التواصل البصرى مع المتحدث إليهم، وإرتعاش في حركة العين رمش العين بشكل متكرر أثناء الحديث، رجفة وإرتعاش في الشفاه إلى جانب اضطرابات التنفس وزيادة ضربات القلب. (سهير أمين, ٢٠٠٠, ٢٦-٣٠; Ward,2006,5-6)

- **الخصائص السلوكية:** يتصف المراهقون المتأثنين بالخوف من المشاركة الإجتماعية ويظهر ذلك واضحاً من خلال اتباعهم لاستراتيجيات التجنب المختلفة مثل عدم الرغبة في التواصل والتفاعل مع الآخرين، تجنب حضور المناسبات وخاصة المزدحمة بالناس والخوف من تكوين

صداقات خوفاً من ظهور تأتأتهم أو أن يصفهم أحد بالمتأثنين. (Phillps,1968,39-40;

; Blood et ٣٠-٢٦, ٢٠٠٠, سهير أمين, Beech& Fransella,1971,4

Harison,2008,128- ; Hearne et al.,2008,82; Ward,2006,5-6 al.,2001,146;
(129)

وبناءً لما سبق ترى الباحثة ضرورة وضع هذه الخصائص في الإعتبار عند إعداد البرنامج العلاجي لتقديم خدمة علاجية مناسبة تساعدهم على الكلام بتدفق وإكتساب الثقة بأنفسهم وزيادة تفاعلاتهم الإجتماعية ودحض الأفكار السلبية بأفكار أخرى إيجابية إضافة إلى تنمية قدراتهم على مواجهة المواقف الصعبة مما يجعلهم أكثر إنخراطاً وتفاعلاً في المجتمع .

٢- اضطراب التأتأة: Stuttering disorder:

(أ) مفهوم اضطراب التأتأة:

تعرف الباحثة اضطراب التأتأة بأنه: اضطراب كلامي متعدد الأبعاد, يؤثر على الجوانب المختلفة في شخصية المتأثي كالجوانب المعرفية حيث يكون تفكير المتأثي متوقع حول تأتأته مما يؤدي إلى تداخل الأفكار وتضاربها وعدم القدرة على التركيز, بالإضافة إلى الافاعلات السلبية التي يسببها الاضطراب كالخوف والقلق وضعف تقدير الذات, كما يصاحبه إتباع أسلوب خاطئ في التنفس مما ينعكس على إنسيابية الكلام فتظهر التكرارات والإطالات والتوقفات مما يجعل المتأثي يتجنب التواصل والتفاعل مع الآخرين "

(ب) المحكات التشخيصية لإضطراب التأتأة The Diagnostic Criteria For Stuttering Disorder :

يعانى بعض الأفراد في المواقف المختلفة من بعض المشكلات في النطق والكلام كتكرار بعض الكلمات أو المقاطع الصوتية للكلمة, أو حدوث توقفات وإطالات للكلام أثناء الحديث وذلك يحدث عند التحدث بسرعة كبيرة أو عدم معرفة ما نريد قوله أو عندما يكون الشخص مشحوناً عاطفياً أو في حالة ضغط, ولكن لايمكن اعتبار هذه المظاهر تأتأة إلا إذا توافرت بعض الشروط أو بعض المحكات التشخيصية والتي يمكن من خلالها الاستدلال والتعرف على اضطراب التأتأة .

وفي هذا الصدد فقد أورد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية مجموعة

من المحكات التشخيصية والتي يجب أخذها في الأعتبار عند تشخيص اضطراب التأتأة وهي

:

- اضطراب فى طلاقة الكلام والزمن اللازم لإنتاج الكلام بحيث يكون الكلام غير مناسب لسن الفرد ومهاراتة اللغوية ويستمر الاضطراب مع مرور الزمن ويتميز بالتركرار لواحد أو أكثر مما يلي:
- ✓ تكرار لصوت أو مقطع .
- ✓ إطالة أصوات الحروف الساكنة وحروف العلة.
- ✓ الكلمات المتقطعة (على سبيل المثال التوقف المؤقت داخل الكلمة).
- ✓ الإطناب أو الإسهاب أى استبدال الكلمات الصعبة المتوقع التعثر بها بكلمات أخرى سهلة لا يتوقع التعثر بها.
- ✓ توقفات مملوءة بحرف أو غير مملوءة بحرف أثناء الحديث .
- ✓ إصدار الكلمات يحتاج لبذل جهد بدنى كبير .
- ✓ تكرار الكلمة أحادية المقطع مثل (ه ه هو , أ أنا , ه ه ه هى) .
- يسبب الاضطراب قلق حول التكلم أو التحدث مما يسبب محدودية فى التواصل والمشاركة
- الاجتماعية وكذلك محدودية فى الأداء الأكاديمى أو المهنى .
- تظهر الأعراض فى مرحلة مبكرة من العمر .
- لا يُعزى الاضطراب إلى عطب حركى فى الكلام أو عطب حسى أو عطب فى طلاقة الكلام

المرتبط بالمشكلات العقلية (مثل السكتة الدماغية , الورم بالمخ , أو أى أمراض أو اضطرابات عقلية أخرى) .(Beech,&Fransella,1971,4;APA,2013,45-47).
 مما سبق يتضح أنه لا يمكن تشخيص اضطراب التأتأة إلا إذا تم مراعاة هذه المحكات التشخيصية, فهذه المحكات تعكس لنا الصورة الواضحة والصريحة للشخص المصاب باضطراب التأتأة, وتميز بينه وبين الشخص المصاب بأى اضطرابات كلامية أخرى.

(ج) أعراض اضطراب التأتأة: Symptoms of stuttering disorder:

- المظاهر المعرفية للتأتأة Cognitive Manifestation of stuttering :

الأفراد ذوو التأتأة هم أكثر الناس استنباطاً, فدائماً يفكرون فى اضطرابهم وبالتالي يمتلكهم الخوف فى عالمهم الداخلى ومع مرور الوقت يصبح التركيز على ذلك العالم الداخلى بما فيه

من أفكار سلبية حول التأتأة أمر طبيعي ومستمر بالنسبة لهم, وعند التحدث والتكلم فإنهم يعيشون تجربة التأتأة مئات المرات في عقولهم محاولين السيطرة عليها وبالتالي فإن الخوف من التأتأة أدى إلى زخم وتضارب في الأفكار مما يجعلهم يتعثرون, وإذا تخلى الأفراد ذوو التأتأة عن عاداتهم العقلية من حيث توقع التعثر فيقل الخوف أو ربما ينتهي وعليه تختفي التأتأة أو تموت إذا جاز القول. (Harison ,2008 , 128- 129)

– المظاهر الانفعالية للتأتأة Emotional Manifestation of stuttering:

تؤثر المظاهر الانفعالية على الفرد المتأثر تأثيراً كبيراً ويمكن توضيح هذه المظاهر كالتالي: قلة الثقة بالنفس, الخوف والقلق, التوتر والإكتئاب, الخجل والإحساس بالدونية والإنحطاط. (حمدي الفرماوى, ٢٠٠٦, ١٦٧ ; Ramig,Pollard,2014, 184-190)

– المظاهر الفسيولوجية أو العضوية للتأتأة Physical Manifestation of stuttering:

يرافق التأتأة مجموعة من المظاهر الفسيولوجية أو العضوية وبعض السلوكيات اللاإرادية وقد تستمر مع الفرد المتأثر بحيث تصبح جزء لا يتجزء من تأتأته مثل: اضطرابات التنفس كالتنفس السريع ومحاولة التكلم خلال عملية الشهيق, رجفة وارتعاش في الشفاه والفك

زيادة ضربات القلب, حركة العين وإما أن تكون في حالة ارتعاش أو حول مؤقت وكذلك حركات سريعة أو بطيئة للعين, احمرار الوجه وتشنج عضلاته. (Morley,1972,432)
Conture,1988,165; Patel et al., 2011,173; حمدي الفرماوى, ٢٠١١, ١٦٧ ;
جعوت فتيحة, ٢٠١٧, ١٧٧)

– المظاهر السلوكية للتأتأة Behavioral Manifestation of stuttering:

التكرارات Repetitions

التطويل Prolongations :

هو الحالة التي يشعر فيها الفرد المتأثر بأنه لا يمكنه إنهاء الصوت والانتقال إلى الصوت الذي يليه (Conture,1988,164; سهير شاش, ٢٠٠٧, ١٤٥).

➤ التوقفات أو الإعاقة Blocking :

هو الحالة التي يشعر فيها الشخص المتأثر بأنه غير قادر على إنتاج الصوت فيحدث توقف تام عن الكلام. (Starkweather,1983,356; سهير شاش, ٢٠٠٧, ١٤٥)

➤ **السلوك التاجيلي Escaping behavior:**

هو إدخال أجزاء من الكلام فى الكلام العادى ليظهر وكأنه كلامًا طبيعيًا مثل إضافة بعض الكلام إلى حديثهم مثل (يعنى)، (مثلاً)، (آه)، (بس) لكى يخفى طبيعة كلامه المضطرب (Guitar, 2006, 4-6؛ نبيلة أمين، ٢٠١١، ٨٦)

➤ **السلوك التجنبى Avoidance behavior:**

يلجأ المتأثنين إلى اتباع أساليب لتجنب وتفادى حدوث التأثأة مثل رفض المشاركة فى المواقف الكلامية التى يتوقع أن يتعثر فيها كما أنهم يتجنبون النظر فى عين المستمع. (Ramig, & Pollard, 2014, 186-189؛ سعيد العزالى، ٢٠١٨، ٢١٦) وعلى ضوء ما سبق كان على الباحثة البحث عن العلاجات التى تناولت اضطرابا التأثأة من أجل التخفيف من المظاهر السابقة والتى تسبب عقبة فى حياة المتأثنين عمومًا والمراهقين الذين يعانون من التأثأة بشكل خاص، لذا تعرض الباحثة العلاجات التى تناولت اضطراب التأثأة فيما يلى:

د) **العلاجات التى تناولت اضطراب التأثأة:**

لقد تعددت الطرق والأساليب التى استخدمت فى علاج اضطراب التأثأة نظرًا لتعدد الأسباب و العوامل الكامنة والمتداخلة التى أدت لظهور هذا الاضطراب، لذا يمكن أن نستعرض الاتجاهات العلاجية السائدة لعلاج اضطراب التأثأة كما يلى:

أ) **العلاج النفسى Psychotherapy:**

اشتمل العلاج النفسى على عدة طرق واساليب لعلاج اضطراب التأثأة وهذه الأساليب تهدف إلى التعرف على مشكلات الفرد المتأثئ وتدريبه على التغلب على هذه المشكلات، ومن بين هذه الأساليب ما يأتى:

➤ **التوافق مع المتأثئ:**

استخدمت طريقة التوافق مع المتأثئ فى برنامج ميريل مورلى لعلاج المتأثنين، حيث رأى Morley (1972) أن الأشخاص المتأثنين يعانون من العديد من المشاعر السلبية كالشعور بالخزى والعار من تأثنتهم، لذلك فإنهم يشعرون بأن التأثأة شئ مزعج يعوق حياتهم ويتمنون التخلص منه، وعليه أشار "مورلى" بضرورة تشجيع الأفراد ذوى التأثأة على تقبل ذواتهم وإكسابهم المزيد من الثقة بأنفسهم من خلال تعديل اتجاهاتهم نحو التأثأة وزيادة وعيهم بالسلوكيات المصاحبة لها وما يرتبط بها من اتجاهات سلبية. (Morley, 1972, 457-463; De Nile et al., 1996, 61-67)

➤ طريقة اللعب play technique :

العلاج باللعب هو أحد فنيات العلاج النفسى وقد أسس هذه الفنية سولومون Solomon بحيث يتم تقديم مجموعة من الدُمى إلى الأطفال، وقام سولومون بتشجيع الأطفال على التعبير عن مشاعرهم نحو هذه الدُمى سواء كانت خوف أو قلق أو عدوان وهذا على أساس أن الطفل سيقبل خوفاً من انفعالاته ولن يكتبها بعد ذلك. (جابر عبد الحميد، ١٩٨٨) عن (سهير أمين ، ٢٠٠٠، ١١١)

وتعد فيرجينيا أكسلين Axline أول من طبقت طريقة العلاج باللعب المتمركز حول العميل أو العلاج باللعب غير الموجه وميزت بين العلاج باللعب المباشر وبين العلاج باللعب الغير موجه، فالعلاج باللعب المباشر يكون فيه المعالج هو المسئول عن التوجيه والإرشاد والتفسير للطفل، بينما العلاج باللعب الغير موجه فيكون التفسير والتوجيه هو مسئولية الطفل تجاه ذات. (Axline,1969,15-20)

كما أضافت أكسلين أن اللعب غير الموجه هو وسيلة يستطيع الطفل خلالها التعبير عن ذاته وخلالها يُخرج الطفل مشاعره المتراكمة كالخوف والتوتر وعدم الأمان، وعند خروج هذه المشاعر يستكشفها الطفل ويتعرف عليها ومن ثم يتحكم فيها ويواجهها ويهجرها وعليه يتحقق الأسترخاء ويبدأ الطفل يتعرف على ما يملكه من قوة داخلية ويحقق ذاته. (Axline,1969,15-20)

➤ العلاج بالسيكودراما Psychodrama therapy :

يعد العلاج بالسيكودراما أو العلاج بالتمثيل النفسى المسرحى من أشهر طرق وأساليب العلاج النفسى التى استخدمت لعلاج اضطراب التأثأة والتى تهدف إلى مساعدة الفرد على التعبير بشكل حر والتنفيس الانفعالى التلقائى وقد أسس هذا الأسلوب العلاجى مورينو (1956). (Moreno,1971,10-20)

والسيكودراما عبارة عن أسلوب علاجى يساعد المريض على التطهير النفسى من خلال تمثيل أدوار متنوعة تساعد على الكشف عن معانى مختلفة فى العلاقات الاجتماعية لدى المريض. (عبد الرحمن عيسوى، ١٩٧٩، ١٢٤؛ زينب شقير، ٢٠٠٢، ٣٠٤)

ويعد العلاج بالسيكودراما فعال فى تقليل شدة التأثأة وتقليل بعض الأعراض المصاحبة لها مثل التخلص من القلق وأيضًا تعديل نظرة الفرد لذاته وذلك لأن العلاج بالسيكودراما يساعد

المتأتى على إكتشاف صراعاته الداخلية والخارجية والتعامل معها. (Younis,Shatta,et al.,2021,2)

➤ العلاج المعرفى السلوكى Cognitive behavioral therapy :

يعد آرون بيك (Beck,1964) هو مؤسس العلاج المعرفى السلوكى, وكان الهدف من العلاج هو التعامل مع مشاكل المرضى وإعادة تشكيل أفكارهم السلبية والسلوكيات المترتبة عليها.

وافترض العلاج المعرفى أن الأفكار المشوشة والسلبية والتي تؤثر على سلوكيات ومشاعر المرضى وهذا هو الغالب فى الأمراض والاضطرابات النفسية, وأن تعديل وتحسين هذه الأفكار ينعكس بالإيجاب على المزاج والسلوك, واستمرار التحسن يؤدي فى النهاية إلى تعديل المعتقدات الراسخة لدى المرضى.(جوديث بيك,مترجم,٢٠٠٧, ١٧)

والعلاج المعرفى السلوكى أحد العلاجات النفسية والذي يتضمن مجموعة من الإجراءات التى تشمل مجموعة من الفنيات المعرفية السلوكية(مثل ضبط الذات- صرف الإنتباه- دحض الأفكار اللاعقلانية- إيقاف التفكير- التخيل الموجه- حديث الذات الإيجابى- إدارة الضغوط) من أجل تعديل الأفكار الغير منطقية إلى أفكار أخرى منطقية تساعد على تحقيق الأستقرار النفسى.(Beck,1995,14-15; Clark,&Beck,2010,31)

ب) العلاج الكلامى Speech Therapy:

هو العلاج المكمل للعلاج النفسى وينبغى أن يصاحب كل منهما الآخر فى أغلب الأحيان, ويساعد العلاج الكلامى الفرد المتأتى على مقاومة عيوب كلامه و يساعده على اكتساب طرق كلامية صحيحة, وفيما يلى أشهر طرق العلاج الكلامى:-

القراءة بصوت مرتفع, استخدام البدايات اللطيفة للكلام, التحدث بمعدل أبطئ عن المعدل الطبيعى.(Venkatagiri,2005,377-380)

- الإطالة (prolongation):

تعتمد هذه الطريقة على تدريب المتأتى على التحدث بمعدل بطئ مع إطالة نطق الأصوات والمقاطع الصوتية والفونيمات والكلمات مثل التطويل فى كلمة موسيقى تكون كالتالى:(موسيقى). (سهير أمين,٢٠٠٠, ٤٨؛ Venkatagiri,2005,380)

- الاسترخاء الكلامي **Verbal Relaxation** :

يعد الاسترخاء الكلامي أحد المدخلات العلاجية لاضطرابات الكلام، وهو وسيلة للحد من التوتر وزيادة الطلاقة وذلك من خلال مساعدة المتأثر على أن يتخلص من الشعور بالقلق والتوتر الذي يشوبه أثناء التحدث، فالفرد المتأثر غالبًا ما يشعر بالخوف والقلق الزائد حينما يحاول التحدث. (Woods, et al., 2000, 548-549)

- الكلام الإيقاعي **Rhythmical speech** :

طريقة الكلام الإيقاعي من الطرق المعروفة منذ قرون عديدة وتُعرف أيضًا بأسم الكلام الموقوت للمقطع، والكلام الإيقاعي هو حالة تحفز الطلاقة لدى الأفراد المتأثرين حيث ينطق الفرد المتأثر المقاطع أو الكلمات في الوقت المناسب وعلى إيقاع منتظم مما يساعد على ترقية الطلاقة. (Law, Packman et al., 2018, 1-2)

- النطق بالمضغ **The chewing speaking** :

يرجع الفضل إلى Emil Froeschels في وضع هذه الطريقة، حيث أكد أن طريقة النطق بالمضغ تعمل على تحسين الإنتاج الصوتي، وتنظيم طبقة الصوت الأساسية، كما تساعد على التنسيق بين التنفس والنطق، وتهدف طريقة النطق بالمضغ بأن يتعلم المتأثر التحدث بطلاقة من خلال إقتران المضغ بالكلام حيث يطلب المعالج من المتأثر أن يقوم بحركات المضغ بهدوء ويتخيل أنه يمضغ طعامًا كاللحم أو يمضغ لبان ويتحدث بهدوء أثناء حركات المضغ، ويتم التقليل من استخدام هذه الطريقة تدريجيًا إلى أن يصل المتأثر للمرحلة التي يتخيل فيها أنه يمضغ، وتهدف هذه الطريقة إلى تحويل انتباه المتأثر عن تأتته وكلامه المتعثر كما تساعد هذه الطريقة على تدريب المتأثر على نطق الكلمات بهدوء وبطريقة تتناسب مع طريقة المضغ. (Weiss, Bebe, 1951, 293; Meerschman, Dhaeseleer et al., 2016, 574-580)

➤ طريقة إدماج الأصوات (التحضير) **Coarticulation therapy** :

أسس هذه الطريقة سترومستا Stromsta (١٩٨٦) والتي تعتمد على ظاهرة طبيعية تحدث أحيانًا أثناء الكلام وهي ظاهرة وصل الأصوات أو إدماج الأصوات أي الاعتماد على تحريك عضوين من الأعضاء المسئولة عن النطق في آن واحد لنطق أكثر من فونيم. واضطراب هذه الظاهرة يؤدي إلى حدوث السلوك الأساسي للتأتأة وهو (الإنشطار الداخلي للفونيم) ويكون لهذا الإنشطار رد فعل يظهر في صورة توقفات وإطالات وبعض

الحركات اللاإرادية بالإضافة إلى سلوكيات التقادى, وعلى المتأتى أن يميز بين السلوك الأساسى ورد الفعل وأن يتوقف عن التحدث عند حدوث إنشطار داخلى للفونيم. وتعتمد هذه الطريقة على تدريب المتأئين على دمج الأصوات بطريقة غير مباشرة أى تعتمد على طريقة اللعب وخاصة مع الأطفال. (Stromsta,1986,121)

➤ التظليل Shadowing :

وصف طريقة التظليل (Sayers(1956) وتعتمد هذه الطريقة على تقليد ومحاكاة الفرد المتأتى لكلام المعالج فيقوم بتكرار كلام المعالج بحيث يكون كلام المتأتى متزامن مع كلام المعالج, وعملية التظليل تكون كالتالى: بأن يقوم المعالج بالقراءة بصوت مرتفع وسرعة عادية ثم يعقبه فى الحال صوت المتأتى مردداً بصوت مرتفع ما قاله المعالج, لذلك سميت هذه الطريقة بالتظليل لأن المتأتى يكون فى ظل المعالج خلال ترديد ما يقوله المعالج. (Espir,Michael et al.,1983,95؛ شيرى, سايرز, مترجم, ١٩٨٥, ٣٧٦ - ٣٧٧)

➤ طريقة العلاج بتشكيل الطلاقة Fluency shaping treatment :

ترجع طريقة العلاج بتشكيل الطلاقة إلى صاحبها (Webster(1980 وهذه الطريقة تهدف إلى تعديل وتنسيق تدفق الهواء خلال التحدث ويحدث ذلك من خلال مجموعة من التدريبات كما يلي:

تدريب المتأتى بأن يمد فى طول المقاطع أثناء التحدث, تدريب المتأتى بأن يأخذ نفساً عميقاً وكاملاً قبل البدء بالتحدث, تدريب المتأتى على إنتاج ثوابت صوتية لتقليل التوتر والضغط أثناء التكلم.

فالهدف من العلاج بتشكيل الطلاقة هو تعليم المتأتى طرق مختلفة يستطيع من خلالها أن يزيد من الكلام المسترسل والطلق ومن ثم استبدال الكلام المتعثر بالكلام الطبيعى. (Story et al., 1996,994 ; Woods et al., 2000,563)

➤ طريقة الكلام وفقاً لزمان محدد Syllable timed speech :

تعتمد هذه الطريقة على تجزئة المقاطع الصوتية وفقاً لزمان محدد بحيث تخرج المقاطع الصوتية فى فترات زمنية متساوية, وبضغط متساوى على النبرات وقد استخدم هذا الأسلوب كلاً من (Andrws,Harris (1964 وأشار كليهما أن هذه الطريقة تساعد على التخلص من التأتأة لدى نسبة كبيرة من المتأئين. (Bloodstein,1969,239)

➤ العلاج بطريقة التحصين التدريجي Systematic Desensitization:

تعد هذه الطريقة تطبيق لنظريات التعلم كما أنها طريقة من طرق العلاج النفسي السلوكي، أسسها Wolp(1958) وتقوم الفكرة الرئيسية لهذه الطريقة على إزالة الإستجابة المرضية بشكل تدريجي عن طريق مساعدة المريض على مواجهة المواقف التي يخافها تدريجيًا إلى ان تتحدد مشاعرة وانفعالاته. (Boudrea, & Jeffrey, 1973, 255-256؛ زينب شقير، ٢٠٠٢، ٢٥٤)

بعض الأفراد المتأثنين لا يستطيعون تعميم الطلاقة التي تدربوا عليها في العيادة وأثناء فترة العلاج، حيث يجدون صعوبة في التحدث في بعض المواقف الكلامية خارج الجلسات العلاجية، وعلية فيتم تطبيق طريقة التحصين التدريجي عن طريق إعداد قائمة تشمل المواقف الكلامية التي تثير الخوف والقلق لدى المتأثني، على أن يتم ترتيب هذه المواقف بداية من أقل المواقف إثارة للخوف والقلق إلى أكثر المواقف إثارة للخوف والقلق. (Wolp, 1968, 233-239; Horton, Dorothy, 1999, 22-23)

➤ العلاج بالتعرض Exposure therapy :

تعد الفكرة الرئيسية التي يقوم عليها العلاج بالتعرض هي تعريض المتأثني أو المريض للمواقف المثيرة للخوف والقلق مما يؤدي إلى تنشيط الأحداث المثيرة للخوف في الذهن، ويؤدي تكرار مواجهة المواقف والمثيرات التي تسبب الخوف والقلق بطريقة تدريجية إلى كف الأستجابة لهذه المثيرات مما يؤدي إلى قلة التوتر والخوف ومن ثم قلة التأتأة. (Hembree et al., 2003, 556; Cahill et al., 2006, 598)

(هـ) العلاجات المتنوعة التي تناولت اضطراب التأتأة لدى المراهقين:

والجدول (١)

يوضح العلاجات التي تناولت اضطراب التأتأة:

النتائج	الفنيات والأساليب المستخدمة	أسم العلاج المستخدم	أسم الباحث
أشارت نتائج الدراسة بفاعلية العلاج بتشكيل الطلاقة على المتأثنين.	الكلام البطيء - الواجب المنزلي - الإسترخاء - التشكيل.	العلاج بتشكيل الطلاقة الدقيقة (PFSP)	Franken et al., (1992)

النتائج	الفنيات والأساليب المستخدمة	أسم العلاج المستخدم	أسم الباحث
أوضحت نتائج الدراسة أن علاج التأتأة باستخدام السيودراما والممارسة السلبية علاج تأثير فعال وواضح على المتأثرين.	لعب الدور - قلب الدور - السيودراما - الممارسة السلبية.	العلاج بالسيودراما	صفاء غازي (١٩٩٥)
أبانت نتائج هذه الدراسة أن العمليات العلاجية التي تنطوي على تعديل تدفق الهواء أثناء الكلام لابد من أخذها في الاعتبار عند التعامل مع اضطراب التأتأة.	الإسترخاء - الكلام البطئ - الإستجابة المتنافسة ^١ - التعزيز - التعميم - التنفس المنتظم.	العلاج بالتنفس المنتظم	Woods et al., (2000)
أشارت نتائج الدراسة بأن علاج التأتأة من خلال التنفس المنتظم له تأثير فعال على المتأثرين, كما أكدت الدراسة على أهمية الاسترخاء في مساعدة المتأثرين على التنفس المنتظم.	الإسترخاء - الإستجابة المتنافسة - التعزيز - التعميم - الكلام البطئ.	العلاج بالتنفس المنتظم (RB)	Conelea et al., (2006)
أكدت هذه الدراسة فعالية العلاج السلوكي بالإطالة الكلامية في خفض حدة التأتأة لدى المتأثرين.	الكلام المطول - الإسترخاء - التعميم - السلس - تشكيل الطلاقة.	العلاج السلوكي بطريقة كامبرداون القائم على الإطالة الكلامية	Hearne et al., (2008)
أبانت هذه الدراسة أن العلاج السلوكي بالإطالة الكلامية له تأثير كبير في خفض حدة التأتأة.	التحكم في التنفس - الإطالة الكلامية - الإسترخاء العضلي - الإسترخاء التنفسي.	العلاج المعرفي السلوكي	Reddy et al., (2010)

^١ يتم استخدام هذه التقنية عندما تُدرك الحالة بوجود تأتأة, حيث تقوم الحالة بالتوقف عن الكلام وأخذ نفساً والتفكير فيما تريد قوله, ثم البدء بالكلام عند الزفير بعد إخراج كمية صغيرة من الهواء قبل البدء في الكلام. (woods et al., 2000, 549)

النتائج	الفنيات والأساليب المستخدمة	أسم العلاج المستخدم	أسم الباحث
أشارت نتائج الدراسة بفاعلية العلاج السلوكي بخفض شدة التأتأة .	تنظيم التنفس - الكلام المطول - التظليل - النطق بالمضغ - الإسترخاء	العلاج السلوكي	حمزة المومني (٢٠١٤)
أوضحت النتائج أن سلوك المضغ يساعد على تحسين الإنتاج الصوتي من خلال استرخاء المسالك الصوتية وتنظيم طبقة الصوت, لذا فإن النطق بالمضغ يكون مفيداً في علاج اضطرابات الكلام مثل التأتأة.	التسهيل الصوتي - المضغ - الإسترخاء - التنسيق بين التنفس والنطق.	العلاج بالنطق بالمضغ	Meerschman(2016)
أبانت نتائج الدراسة الحالية إنخفاض كبير في القلق الإجتماعي وتحسن واضح في الجوانب الإنفعالية, والمعرفية, والسلوكية المرتبطة بالتأتأة.	استرخاء العضلات التدريجي - التعريض - الإسترخاء - التنفس بعمق.	العلاج بالتعريض (EXP)	Scheurich et al.,(2019)
أشارت النتائج بفاعلية البرنامج العلاجي القائم على اليقظة العقلية بخفض شدة التلعثم وتحسين التنظيم الإنفعالي لدى الطلاب	الإسترخاء - تمارينات فحص الجسم - تمارين اليوجا - التركيز على الوعي	العلاج باليقظة العقلية ^١	محمود الطنطاوي (٢٠٢٠)

^١ يُعد جون كابات زين (Kabat- zinn) الرائد الأول في تطبيق العلاج باليقظة العقلية ويعرفها على أنها " الوعي الذي ينشأ من خلال الإنتباه عن قصد في اللحظة الحالية, ودون إصدار أحكام على انكشاف التجربة لحظة بلحظة". (Kabat- Zinn,2003,156) وتساعد اليقظة العقلية على تنمية اللطف والتعاطف مع الذات , كما تساعد على زيادة الإحساس بالهدوء والطمأنينة, وتساعد على الإنفتاح على التجارب الصعبة. (Siegel et al.,2009,17-35)

أسم الباحث	أسم العلاج المستخدم	الفنيات والأساليب المستخدمة	النتائج
		بالجسم - التأمل.	المتأثرين.
هانى عبد العال (٢٠٢٠)	علاج تكاملى بين العلاجات النفسية والكلامية	الإسترخاء - تنظيم التنفس - التشكيل - التواصل الشفهى.	أوضحت نتائج الدراسة فاعلية العلاج التكاملى بخفض شدة اللججة فى الكلام لدى المتأثرين.
ابراهيم الشافعى وآخرون (٢٠٢٠)	العلاج السلوكى	النمذجة - الإطالة - الكلامية - التعزيز - الإسترخاء - التعميم - التغذية الراجعة - ضبط الذات - التقسيم الذاتى - الواجب المنزلى.	أشارت نتائج الدراسة الحالية فاعلية العلاج السلوكى لخفض حدة التأتأة.
Sonsterud et al., (2020)	العلاج الفردى المتعدد الأبعاد (MIST)	القيمة - الوعى - الإسترخاء - الإنسحاب - الكلام المطول - البدايات اللطيفة للكلام - الكلام الإيقاعى - الحوار والمناقشة - التنفس المنظم - الكلام البطئ.	أشارت نتائج الدراسة بوجود إنخفاض كبير فى شدة التأتأة ووجود مستوى مرتفع من الرضا العام عن تجربة العلاج الفردى المتعدد الأبعاد ووجود تحسنات ملحوظة فى قدرات التحدث لدى المشاركين فى الدراسة.
Hart et al., (2021)	العلاج بالتقبل 'والإلتزام (ACT)	الإستعارات - التمارين التجريبية -	أشارت نتائج الدراسة بفاعلية العلاج بالتقبل والإلتزام فى تحسين

^١ قام بتأسيس هذا العلاج هايز Hayes وهو أحد العلاجات الحديثة التى ظهرت ضمن ما يعرف بعلاجات الموجة الثالثة من العلاج السلوكى المعرفى مثل العلاج القائم على التعقل، العلاج القائم على اليقظة العقلية، والعلاج الجدلى السلوكى، وغيرها من العلاجات الحديثة، والعلاج بالتقبل والإلتزام يركز على النقبل واليقظة العقلية بهدف تحقيق المرونة النفسية لدى الشخص من خلال تقليل الإندماج المعرفى والتجنب الخبراتى وبناء أنماط من القيم والإلتزام السلوكى والتصرف وفقاً لتلك القيم. (Hayes, 2004, 32)

النتائج	الفنيات والأساليب المستخدمة	أسم العلاج المستخدم	أسم الباحث
الطلاقة الكلامية إلى جانب وجود نتائج إيجابية في الجوانب النفسية والاجتماعية.	التقبل - الفعل الملتزم - الفصل المعرفي - اليقظة العقلية - الكلام السلس - إعادة هيكله الكلام - تشكيل الطلاقة - الإسترخاء - الإنسحاب - القيم - الذات كسياق - قبول الذات - الوعي بالذات.		

وفي ضوء ما سبق يتضح تعدد العلاجات التي تناولت اضطراب التأتأة, كما أثبت كل علاج فاعليته وأدى إلى ظهور تحسن ملحوظ على المراهقين المتأثرين, لذا رأت الباحثة أنه من الأفضل تطبيق برنامج علاجي يشتمل على نتائج أفضل البحوث والدراسات التي تناولت اضطراب التأتأة ويراعى تفضيلات الفرد وأهدافه, وكانت هذه الصفات تنطبق على العلاج الفردي المتعدد الأبعاد (MIST) لذا استخدمته الباحثة في دراستها الحالية, العلاج الفردي المتعدد الأبعاد (MIST) أحد المدخلات العلاجية التي تتناول اضطراب التأتأة من منظور تكاملي ومتعدد الأبعاد.

ويقوم العلاج الفردي المتعدد الأبعاد على الجمع بين فنيتي القيمة والوعي من العلاج بالنقل والإلتزام (ACT) والعناصر الخاصة بالتأتأة وتعديل الكلام وهم كالتالي :

التدريب على زيادة الوعي بأنماط التنفس العامة, التدريب على زيادة الوعي بأنماط التنفس أثناء إنتاج الكلام, التدريب على زيادة الوعي بالسلمات الصوتية في إنتاج الكلام, التدريب على زيادة الوعي بالقيم والإستراتيجيات القائمة على اليقظة, التدريب على زيادة الوعي بشأن التواصل الإجتماعي العام ومهارات العرض الفعال.

وعليه فإن العلاج الفردى المتعدد الأبعاد MIST يدمج العناصر الرئيسية السابقة في علاج التأتأة ويتناولها في إطار أكثر مرونة وبشكل فردى - إطار عمل مركزى, من أجل التأكيد على قيمة التفاعل بين القيم الشخصية والوعى والعمليات الجسمية في علاج التأتأة. (Sonsterud et al.,2020,2-4)

مما سبق فإن الباحثة تستهدف في هذا البحث مدى فاعلية العلاج الفردى المتعدد الأبعاد في تحسين مظاهر اضطراب التأتأة لدى المراهقين.

(و) فروض الدراسة:

من خلال الإطار النظرى والدراسات السابقة تمكنت الباحثة من صياغة فروض الدراسة على النحو التالى:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب التأتأة بعد تطبيق البرنامج العلاجى مباشرة وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس خبرات التأتأة بعد تطبيق البرنامج العلاجى مباشرة وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية.
- ٣- توجد فرق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين: القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التأتأة وذلك فى اتجاه القياس البعدى.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين: القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس خبرات التأتأة وذلك فى اتجاه القياس البعدى.
- ٥- لا توجد فرق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدى والتتبعى للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التأتأة وذلك فى اتجاه القياس البعدى.
- ٦- لا توجد فرق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدى والتتبعى للمجموعة التجريبية على مقياس خبرات التأتأة, وذلك فى اتجاه القياس البعدى.

ز) إجراءات الدراسة:

✓ **منهج الدراسة:** استخدمت الباحثة المنهج التجريبي الذي يتم فيه دراسة أثر عامل تجريبي أو أكثر على عامل آخر تابع أو أكثر، ولهذا تم استخدام أحد تصميمات المنهج التجريبي وعلى نحو أكثر تحديداً: تصميم مجموعتين احدهما تجريبية والأخرى ضابطة.

- **عينة البحث:** تكونت عينة البحث من ٢٠٠ طالبة من المراهين، تم تطبيق مقياس اضطراب التأناة عليهم وتم تحديد الطلاب الذين حصلوا على أعلى الدرجات وأختارت منهم الباحثة (١٠) مراهقين ليمثلوا عينة الدراسة وتراوحت أعمارهم من (١٦ - ١٨) عامًا، بمتوسط حسابي (١٦.٥٤)، وانحراف معياري (٠.٤١)، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية قوامها (٥) مراهقين، ومجموعة ضابطة قوامها (٥) مراهقين.

جدول (٢)

جدول (٢) يوضح مصدر العينة الأساسية التي تم تقسيمهم إلى عينتين تجريبية وضابطة:

أسم المدرسة:	العدد		العمر		متوسط العمر		مستوى الذكاء		متوسط نسبة الذكاء	
	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث
المنشية الثانوية بنين	٧٥	-	(١٦)	-	١٦.٩	-	(١٢١)	-	١٢٣.٤	-
أم المؤمنين الثانوية بنات	-	٥٥	-	(١٦)	١٦.٩	-	(١٢١)	-	١٢٣.٣	-
الشيما الثانوية بنات	٧٠	-	(١٦)	-	١٦.٨	-	(١٢١)	-	١٢٣.٣	-
الإجمالي	٢٠٠									

✓ أدوات الدراسة:

استخدمت الباحثة الأدوات التالية:

- مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء الراشدين والمراهقين (تعريب وتطبيق محمد عماد الدين, لويس مليكة, ١٩٩٦).
- استمارة جمع البيانات والمعلومات (إعداد الباحثة).
- مقياس اضطراب التأتأة لـ (Woolf, 1967) (تعريب وتقنين الباحثة).
- مقياس خبرات التأتأة لـ (Yaruss, & Quesal, 2006) تعريب وتقنين الباحثة:
- برنامج العلاج الفردي المتعدد الأبعاد (اعداد الباحثة):

هو مجموعة من الخطوات والتدريبات المنظمة والمنبثقة من العلاج الفردي المتعدد الأبعاد, ويتضمن البرنامج العلاجي مجموعة من الجلسات الفردية (٣١) إلى جانب ٥ جلسات جماعية وإجمالي عدد الجلسات (٣٦) جلسة, ومجموعة من الفنيات المختلفة مثل الفصل المعرفي, القيم, النمذجة, الكلام البطئ والمطول, التحكم بتدفق الهواء, البدايات السهلة للكلام, الاسترخاء, التحصين التدريجي, التظليل, الممارسة السلبية, الحوار والمناقشة, التعزيز, والواجبات النزلية, من أجل التخفيف من حدة اضطراب التأتأة وعلاجها إلى جانب التخفيف من المشاعر والأحاسيس السلبية للمراهقات المتأثئات تجاه تأتئتهن وتقليل استراتيجيات التجنب, والعيش بطريقة أكثر توافقاً مع المجتمع" كانت معظم جلسات البرنامج العلاجي فردية إلى جانب ٥ جلسات جماعية, وكان إجمالي عدد الجلسات (٣٦) جلسة تراوحت مدة كل جلسة من (٤٥-٦٠) دقيقة, وتكون البرنامج من ثمانية مراحل وهم:

المرحلة الأولى: التقييم والتحديد, **المرحلة الثانية:** التدريب على تعزيز الوعي بالذات لدى الحالة, **المرحلة الثالثة:** التدريب على الوعي والإستبصار بالقيم والإتجاهات لدى الحالة, **المرحلة الرابعة:** التدريب على زيادة الوعي بأنماط التنفس العامة, **المرحلة الخامسة:** التدريب على زيادة الوعي بأنماط التنفس أثناء إنتاج الكلام, **المرحلة السادسة:** التدريب على الوعي بالسلمات الصوتية في إنتاج الكلام, **المرحلة السابعة:** التدريب على زيادة الوعي بمهارات التواصل الإجتماعي العام ومهارات العرض الفعال, **المرحلة الثامنة:** الإنهاء والمتابعة.

(ط) نتائج الدراسة:

عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الأول:

لاختبار صحة الفرض الأول للدراسة والذي ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس اضطراب التأتأة بعد تطبيق البرنامج العلاجي مباشرة وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية"، تم حساب اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق البعدى لمقياس اضطراب التأتأة بعد تطبيق البرنامج العلاجي، كما تم حساب معامل الارتباط الثنائي للرتب (rrb) Rank biserial correlation لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل فى تلك المهارات (أو قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع)، والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣)

" نتائج اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات طلاب المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق البعدى لمقياس اضطراب التأتأة بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (rrb)	مستوى التأثير
التوقع	التجريبية	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١	١	قوي جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠	٤٠.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١	١	قوي جداً
تكرار المحاولة	التجريبية	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١	١	قوي جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠	٤٠.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١	١	قوي جداً
التجنب	التجريبية	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١	١	قوي جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠	٤٠.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١	١	قوي جداً
المقياس ككل	التجريبية	٥	٣.٠٠	١٥.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦١٩	٠.٠٠١	١	قوي جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠	٤٠.٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦١٩	٠.٠٠١	١	قوي جداً

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق البعدى لمقياس اضطراب التأناة بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية، أى أن متوسط رتب درجات التلميذات فى المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التأناة فى التطبيق البعدى أقل بدلالة إحصائية عن درجات التلميذات فى المجموعة الضابطة.
- تشير قيم معامل الارتباط الثنائى لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوى جداً للمعالجة التجريبية فى خفض الأعراض اضطراب التأناة لدى تلميذات المجموعة التجريبية. عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الثانى:

لاختبار صحة الفرض الثانى للدراسة والذى ينص على أنه "توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات المجموعة التجريبية ورتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس خبرات التأناة بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية"، تم حساب اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق البعدى لمقياس خبرات التأناة بعد تطبيق البرنامج العلاجى، كما تم حساب معامل الارتباط الثنائى للرتب Rank (rrb) biserial correlation لمعرفة حجم تأثير المتغير المستقل فى تلك المهارات (أو قوة العلاقة بين المتغيرين المستقل والتابع)، والجدول (٥) يوضح ذلك.

جدول (٤)

" نتائج اختبار مان- ويتني Mann-Whitney Test لدلالة الفروق بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق البعدى لمقياس خبرات التأناة بعد تطبيق البرنامج العلاجى

البعد	المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (U)	قيمة (Z)	مستوى الدلالة	حجم التأثير (rrb)	مستوى التأثير
معلومات عامة	التجريبية	٥	٣.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠.٠٠٠٠	٢.٦٢٧	٠.٠٠١	١	قوى جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠٠	٤٠.٠٠٠					
ردود الفعل	التجريبية	٥	٣.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠.٠٠٠٠	٢.٦١١	٠.٠٠١	١	قوى جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠٠	٤٠.٠٠٠					
التواصل فى	التجريبية	٥	٣.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠.٠٠٠٠	٢.٦١١	٠.٠٠١	١	قوى

المواقف اليومية	الضابطة	٥	٨.٠٠٠	٤٠.٠٠٠				جداً
جودة الحياة	التجريبية	٥	٣.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦١٩	٠.٠٠١	قوي جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠٠	٤٠.٠٠٠				
المقياس ككل	التجريبية	٥	٣.٠٠٠	١٥.٠٠٠	٠.٠٠٠	٢.٦١٩	٠.٠٠١	قوي جداً
	الضابطة	٥	٨.٠٠٠	٤٠.٠٠٠				

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.01$) بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعتين التجريبية والضابطة فى التطبيق البعدى لمقياس خبرات التأتأة بعد تطبيق البرنامج العلاجى، وذلك فى اتجاه المجموعة التجريبية ، أى أن متوسط رتب درجات التلميذات فى المجموعة التجريبية على مقياس خبرات التأتأة فى التطبيق البعدى أقل بدلالة إحصائية عن درجات الطلاب فى المجموعة الضابطة.
 - تشير قيم معامل الارتباط الثنائى لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوى جداً للمعالجة التجريبية فى خبرات اضطراب التأتأة لدى طلاب المجموعة التجريبية.
- عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الثالث:

لاختبار صحة الفرض الثالث للدراسة والذى ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين القبلي والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التأتأة، وذلك فى اتجاه القياس البعدى" تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين التطبيقين القبلي والبعدى لدرجات طلاب المجموعة التجريبية على اضطراب التأتأة، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية فى خفض اضطراب التأتأة ؛ تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجدول الآتى يوضح ذلك:

جدول (٥)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلي والبعدى على مقياس اضطراب التأتأة

مستوى التأثير	حجم التأثير (rprb)	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (البعدي - القبلي)	البعد
قوي جدًا	١	٠.٠٥	٢.٠٣٢	١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	السالبة (*)	التوقع
				٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الموجبة (**)	
						٠	صفرية (***)	
قوي جدًا	١	٠.٠٥	٢.٠٢٣	١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	السالبة	تكرار المحاولة
				٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جدًا	١	٠.٠٥	٢.٠٣٢	١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	السالبة	التجنب
				٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جدًا	١	٠.٠٥	٢.٠٣٢	١٥.٠٠	٣.٠٠	٥	السالبة	المقياس ككل
				٠.٠٠	٠.٠٠	٠	الموجبة	
						٠	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس اضطراب التأتأة، وذلك في اتجاه القياس البعدي، أي أن متوسط رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التأتأة في التطبيق البعدي أقل بدلالة إحصائية عن نظائرها في القياس القبلي.
- تشير قيم معامل الارتباط الثنائي لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى وجود تأثير قوي جدًا للمعالجة التجريبية في خفض اضطراب التأتأة لدى تلميذات المجموعة التجريبية.

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدي > القبلي.
 (**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدي < القبلي.
 (***) الإشارة صفرية: عندما يكون: البعدي = القبلي.

عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الرابع:

لاختبار صحة الفرض الرابع للدراسة والذي ينص على أنه " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين القبلى والبعدى للمجموعة التجريبية على مقياس خبرات التأتأة، وذلك فى اتجاه القياس البعدى " تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين التطبيقين القبلى والبعدى لدرجات تلميذات المجموعة التجريبية على مقياس خبرات التأتأة، ولقياس حجم تأثير المعالجة التجريبية فى خبرات التأتأة ؛ تم حساب حجم التأثير أو قوة العلاقة، والجدول الآتى يوضح ذلك:

جدول (٦)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس خبرات التأتأة:

مستوى التأثير	حجم التأثير (r _{prb})	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (البعدى - القبلى)	البعد
قوي جداً	١	٠.٠٠٥	٢.٠٠٣٢	١٥.٠٠٠	٣.٠٠٠	٥	السالبة (*)	معلومات عامة
				٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠	الموجبة (**)	
						٠	صفريّة (***)	
قوي جداً	١	٠.٠٠٥	٢.٠٠٣٢	١٥.٠٠٠	٣.٠٠٠	٥	السالبة	ردود الفعل
				٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠	الموجبة	
						٠	صفريّة	
قوي جداً	١	٠.٠٠٥	٢.٠٠٢٣	١٥.٠٠٠	٣.٠٠٠	٥	السالبة	التواصل فى المواقف اليومية
				٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠	الموجبة	
						٠	صفريّة	

- (*) الإشارة السالبة: عندما يكون: البعدى > القبلى.
 (**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: البعدى < القبلى.
 (***) الإشارة صفريّة: عندما يكون: البعدى = القبلى.

مستوى التأثير	حجم التأثير (r_{prb})	مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (البعدى - القبلى)	البعد
قوي جداً	١	٠.٠٠٥	٢.٠٠٣٢	١٥.٠٠٠	٣.٠٠٠	٥	السالبة	جودة الحياة
				٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠	الموجبة	
						٠	صفرية	
قوي جداً	١	٠.٠٠٥	٢.٠٠٢٣	١٥.٠٠٠	٣.٠٠٠	٥	السالبة	المقياس ككل
				٠.٠٠٠	٠.٠٠٠	٠	الموجبة	
						٠	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية فى القياسين القبلى والبعدى على مقياس خبرات التأثأة، وذلك فى اتجاه القياس البعدى، أى أن متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس خبرات التأثأة فى التطبيق البعدى أقل بدلالة إحصائية عن نظائرها فى القياس القبلى.
- تشير قيم معامل الارتباط الثنائى لرتب الأزواج المرتبطة (r_{prb}) إلى: وجود تأثير قوى جداً للمعالجة التجريبية فى خبرات التأثأة لدى تلميذات المجموعة التجريبية.

عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض الخامس:

لاختبار صحة الفرض الخامس للدراسة والذى ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطى رتب درجات القياسين البعدى والتتبعى للمجموعة التجريبية على مقياس اضطراب التأثأة " تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين التطبيقين البعدى والتتبعى لدرجات تلميذات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس اضطراب التأثأة، والجدول الآتى يوضح ذلك:

جدول (٧)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس اضطراب التأثأة

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعي - البعدي)	البعدي
٠.٥٦٤ لا يوجد	٠.٥٧٧	٢.٠٠	٢.٠٠	١	السالبة (*)	التوقع
		٤.٠٠	٢.٠٠	٢	الموجبة (**)	
				٢	صفرية (***)	
٠.٢٧٦ لا يوجد	١.٠٨٩	١.٠٠	١.٠٠	١	السالبة	تكرار المحاولة
		٥.٠٠	٢.٥٠	٢	الموجبة	
				٢	صفرية	
٠.٠٨٣ لا يوجد	١.٧٣٢	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	السالبة	التجنب
		٦.٠٠	٢.٠٠	٣	الموجبة	
				٢	صفرية	
٠.٢٢٣ لا يوجد	١.٢١٩	٣.٠٠	٣.٠٠	١	السالبة	المقياس ككل
		١٢.٠٠	٣.٠٠	٤	الموجبة	
				٠	صفرية	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطي رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس اضطراب التأتأة.

عرض ومناقشة النتائج الخاصة بالفرض السادس:

لاختبار صحة الفرض السادس للدراسة والذي ينص على أنه " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس خبرات التأتأة " تم حساب اختبار ويلكوكسون لإشارات رتب الدرجات المرتبطة بين التطبيقين البعدي والتتبعي لدرجات تلميذات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس خبرات التأتأة، والجدول الآتي يوضح ذلك

- (*) الإشارة السالبة: عندما يكون: التتبعي > البعدي.
 (***) الإشارة الموجبة: عندما يكون: التتبعي < البعدي.
 (***) الإشارة صفرية: عندما يكون: التتبعي = البعدي.

جدول (٨)

نتائج اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Signed Ranks Test عند دراسة الفرق بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس خبرات التأتأة

مستوى الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	الإشارات (التتبعى - البعدى)	البعد
٠.١٠٢ لا يوجد	١.٦٣٣	٠.٠٠	٠.٠٠	٠	السالبة (*)	معلومات عامة
		٦.٠٠	٢.٠٠	٣	الموجبة (**)	
				٢	صفريه (***)	
٠.٤١٤ لا يوجد	٠.٨١٦	١.٥٠	١.٥٠	١	السالبة	ردود الفعل
		٤.٥٠	٢.٢٥	٢	الموجبة	
				٢	صفريه	
٠.٤٦٥ لا يوجد	٠.٧٣٠	٣.٠٠	٣.٠٠	١	السالبة	التواصل فى المواقف اليومية
		٧.٠٠	٢.٣٣	٣	الموجبة	
				١	صفريه	
٠.٤٩٨ لا يوجد	٠.٦٧٧	١٠.٠٠	٢.٥٠	٤	السالبة	جودة الحياة
		٥.٠٠	٥.٠٠	١	الموجبة	
				٠	صفريه	
٠.٦٨٤ لا يوجد	٠.٤٠٦	٦.٠٠	٢.٠٠	٣	السالبة	المقياس ككل
		٩.٠٠	٤.٥٠	٢	الموجبة	
				٠	صفريه	

يتضح من الجدول السابق ما يلي:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) بين متوسطى رتب درجات تلميذات المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس خبرات التأتأة.

(*) الإشارة السالبة: عندما يكون: التتبعى > البعدى.
 (**) الإشارة الموجبة: عندما يكون: التتبعى < البعدى.
 (***) الإشارة صفريه: عندما يكون: التتبعى = البعدى.

والجدول الأتى يوضح المتوسطات والانحرافات المعيارية لدرجات طلاب المجموعة التجريبية فى القياسين البعدى والتتبعى على مقياس خبرات التأتأة:
مناقشة نتائج الدراسة:

أبانت نتائج الدراسة الحالية عن فاعلية العلاج الفردى المتعدد الأبعاد فى تخفيف اضطراب التأتأة لدى المراهقات, كما أشارت نتائج الدراسة إلى استمرارية فاعلية العلاج الفردى المتعدد الأبعاد فى تخفيف اضطراب التأتأة لدى المراهقين إلى ما بعد فترة المتابعة (شهرين).

وانفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة كل من (Damhoureyeh,2013;Freud et al.,2019;Ell,&Boyle,2020; Sonsterud et al.,2020;Heo,&Kim,2021;Hart et al.,2021), حيث أشارت نتائج هذه الدراسات أن العلاج الفردى المتعدد الأبعاد قد حقق تقدماً كبيراً فى تخفيف الكثير من الأعراض المصاحبة لاضطراب التأتأة لدى المراهقين.

وفسرت الباحثة ما أسفرت عنه نتائج الدراسة الحالية إلى الدور المهم الذى أسهم خلاله البرنامج العلاجى فى تخفيف الأعراض المصاحبة لإضطراب التأتأة لدى الحالات, وذلك من خلال المراحل والفنيات والأساليب التى اشتمل عليها البرنامج العلاجى, وقد ساهم البرنامج العلاجى فى مساعدة الحالات على تقليل مظاهر اضطراب التأتأة (المعرفية, الانفعالية, الجسمية, السلوكية) وكانت هذه المظاهر تؤثر تأثيراً سلبياً على التواصل الاجتماعى للحالات, لذا ساهم البرنامج العلاجى على مساعدتهم على التعرف على أفكارهم و مشاعرهم وأحاسيسهم المصاحبة لاضطراب التأتأة, وسعى البرنامج العلاجى لتغيير هذه المشاعر والأحاسيس ومساعدتهم على مواجهتها من خلال الفنيات التى تضمنها البرنامج, مما انعكس بالإيجاب على الحالات .

ك) توصيات الدراسة:

- التدخل المبكر لاضطراب التأناة من خلال عقد ندوات ومؤتمرات علمية للأباء والمعلمين حول أساليب التربية السليمة للأبناء, فقد يعاني الأبناء من تجارب ومواقف غير سارة داخل الأسرة أو المدرسة, وهذه المواقف قد يكون لها أثر كبير في ظهور اضطراب التأناة لدى الأبناء.
- عقد ندوات علمية حول الأساليب العلاجية الحديثة التي تساعد في التخفيف من اضطراب التأناة.

ل) بحوث مقترحة:

- دراسة مقارنة لفاعلية العلاج الفردي المتعدد الأبعاد والعلاج المعرفى السلوكى فى تخفيف الأعراض المصاحبة لاضطراب التأناة لدى المراهقات.
- اضطراب التأناة وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهقات دراسة سيكومترية كلنيكية.
- اضطراب التأناة لدى المراهقات فى ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية.

المراجع:

- إبراهيم الشافعي الشافعي , الحمزاوي , دعاء سمير يوسف , عمر , أحمد أحمد متولد. (٢٠٢٠). فعالية العلاج السلوكي في خفض حدة التلعثم لدي عينة من المراهقين مجلة كلية التربية جامعة كفر الشيخ , ٢٠ (٣) , ٤٦٣ - ٥٢٨ .
- جعوت فتيحة. (٢٠١٧). مظاهر التأتأة عند الراشد وأساليب التكفل بها مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية , ١٠ , ١٧١ - ١٨٣ .
- چوديث بيك, آرون بيك. (٢٠٠٧). العلاج المعرفى الأسس والأبعاد, (ترجمة): طلعت مطر , القاهرة: المركز القومي للترجمة.
- حمدى على الفرماوى. (٢٠١١). معالجة اللغة واضطرابات التخاطب (الأسس النفسية - العصبية), القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية .
- حمدى على الفرماوى. (٢٠٠٦). نيوروسيكولوجيا معالجة اللغة واضطرابات التخاطب , القاهرة : مكتبة الأنجلو.
- حمزة عبد الكريم المومنى. (٢٠١٤). فاعلية برنامج علاجي سلوكي لخفض شدة التأتأة لدى الطلبة الموهوبين فى عينة أردنية, رسالة دكتوراة غير منشورة, كلية الدراسات العليا بالأردن, جامعة العلوم الإسلامية العالمية.
- زينب محمد شقير. (٢٠٠٢). علم النفس العيادى (الإكلينيكى) ط٢ , القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- سعيد كمال العزالى. (٢٠١٨). اضطرابات النطق والكلام - التشخيص والعلاج , عمان: دار المسيرة.
- سهير محمد شاش. (٢٠٠٧). اضطرابات التواصل "التشخيص - الأسباب - العلاج", القاهرة, مكتبة زهراء الشرق .
- سهير محمود أمين. (٢٠٠٠). اللججة: المفهوم, الأسباب, العلاج, القاهرة : دار الفكر العربي .
- شيرى, سايرز. (١٩٨٥). تجارب على الكف الكلى لللججة عن طريق التحكم الخارجى فى علم النفس الإكلينيكى , (ترجمة): محمد على فراج , زين العابدين , القاهرة: دار المعارف.
- صفاء غازى أحمد. (١٩٩٥). فعالية العلاج الجماعى (السيكودراما) والممارسة السلبية فى علاج بعض حالات اللججة, مجلة الإرشاد النفسى بجامعة عين شمس, ٣ (٤), ٢١٦ - ٢٤٩ .
- عبد الرحمن عيسوى. (١٩٧٩). العلاج النفسى, الأسكندرية: دار الفكر العربى.
- عبد العزيز مصطفى السرطاوى, وائل موسى أبو جودة. (٢٠٠٠). اضطرابات اللغة والكلام , الرياض, مكتبة الملك فهد الوطنية.

- محمد حمودة. (١٩٩١). *الطفولة والمرافقة: المشكلات النفسية والعلاج*, القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- محمد عماد الدين إسماعيل , لويس كامل مليكة.(١٩٩٦). *مقياس وكسلر – بلقيو لنكاء الراشدين والمرافقين*, دليل المقياس ط٦, القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- محمود محمد الطنطاوى . (٢٠٢٠). *فعالية برنامج قائم على اليقظة العقلية فى خفض شدة التلعثم وتحسين التنظيم الانفعالى لدى عينة من الطلاب المتعلمين*, مجلة البحث العلمى فى التربية, ٢١, ٢١٢ - ٢٧٤ .
- نبيلة أمين أبو زيد . (٢٠١١). *اضطرابات النطق والكلام: المفهوم – التشخيص – العلاج*, القاهرة: عالم الكتب .
- هانى أحمد عبد العال.(٢٠٢٠). *نموذج للتكامل بين العلاجات النفسية والكلامية فى علاج اللججة فى الكلام لدى عينة من المراهقين*, مجلة الإرشاد النفسى, ٦٤, ٤٢٩ - ٤٦٤ .

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM-5) Washington , DC:Author.

Axline,M.(1969). Play therapy, New York: Ballantine books.

Beck,J.(1995). Cognitive therapy : basics and beyond,New Yourk: the Guilford press.

Beech,H. & Fransella,F. (1971).Research and experiment in stuttering 2 ed , New Yourk: Pergamon press.

Blood,G. & Blood,I.(2004). Bulling in adolescents who stutter: communicative competence and self-esteem ,contemporary issues in communication science and disorders,3(10),69- 79 .

Blood,G., Blood,I., Tellis,G.& Gabel,R.(2001).communication apprehension and self-perceived communication competence in adolescents who stutter, journal of fluency disorder ,26(3),161-178.

Bloedestin,O.(1969). Stuttering national easter seal society for crippled children and adult, Chicago,IIIinois.

Boudreau,&Jeffrey.(1973). Stuttering treated by desensitization, journal of behavior therapy and experimental psychiatry,4(3),209- 212.

Cahill,S., Foa,E.,&Hembree,E.(2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder,journal of traumatic stress,19(5),597-610.

Chu,S., Sakai ,N., Lee , J., Harrison ,E., Tange , K. & Mori,K. (2020).Comparison of social anxiety between Japanese adults who stutter and non- stuttering controls , journal of fluency disorder ,65, 1-13 .

Clark,D.,&Beck,A.(2010). Cognitive therapy of anxiety disorders: science and practice ,New Yourk : Guilford press .

- Conelea,C., Rice, K., Woods,D.(2006). Regulated Breathing as a Treatment for Stuttering: A Review of the Empirical Evidence, *speech and language pathology*,2,94-102.
- Conture,& Edward,G.(1988).Youngsters who stutter. Diagnosis pereni counseling and referral , *journal of development of behavior pediatrics*,3(3),163-169.
- Damhoureyeh,M. (2013). The Effectiveness of the Integrated Approach in Eliminating the Stuttering Behaviors in Jordanian Adults who Stutter (A Case Study),*International Journal for Research in Education*,(34),1-11.
- De Nil,Luc,Kroll,&Robert.(1996). Successful stuttering management program(ssmp)review, *journal of fluency disorder*,21,61-67.
- Ell,C. & Boyle,M.(2020). School-Based Speech-Language Pathologists' Perceived Self- Efficacy in Conducting Multidimensional Treatment With Children Who Stutter ,*American journal of speech language* ,(51),1172-1186 .
- Espir,Micheal,L.,Gliford,Rose,F.(1983).*The basic neurology of speech and language* ,London: Blackwell scientific publications.
- Franken,M.,Boves,L.,Peters,H.F.M.,&Webster,R.L.(1992). Perceptual evaluation of the speech before and after fluency shaping stuttering therapy , *journal of fluency disorderers*,17(4), 223-241.
- Freud,D., Kardash , O., Glick ,H.&Vinacour,R.(2019).pilot program combining acceptance and commitment therapy with stuttering modification therapy for adults who stutter: a case report , *journal of folia phoniatr et logopaedica* , 1-12
- Gabel ,R., Hughes, S. &Daniels ,D.(2008).Effects of stuttering severity and therapy involvement on role entrapment of people who stutter ,*journal of fluency disorder*,41,146- 152.
- Guitar, B.(2013). *Stuttering an integrated approach to its nature and treatment* ,4th edition, the university of Vermont ,Burlington .
- Guitar,B. &Conture,E. (2006). *The child who stutters : to the pediatrician 4th ed*, America: stuttering foundation of America .
- Harison,J. (2008).*Redefining stuttering what the struggle to speak is really all about to recovery* . National stuttering association (12) edition ,Sanfrancisco : words that work.
- Hart ,K., Breen ,J.& Beilby,M.(2021). Evaluation of an integrated fluency and Acceptance and Commitment Therapy intervention for adolescents and adults who stutter: Participant perspectives, *Journalof Fluency Disorders*,69,1-19 .

- Hearne,A., Packman,A., Onslow,M.& Quine,S. (2008). Stuttering and its treatment in adolescence: the perception of people who stutter, *journal of fluency disorder*,33(2),81-98.
- Hembree,E.,Foa,E.,Dorfan,N.,Stress,G.,Kowalski,J.,&Tu,X.(2003).Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD? , *journal of traumatic stress* ,16(6),555-562.
- Heo,D.& Kim,W. (2021). A Case Study on the Development and Application of a Multidimensional Stuttering Intervention Program for Adults With Stuttering, *Journal of Speech-Language and Hearing Disorders*,30,(2),39-50.
- Horton& Dorothy. (1999).treating anxiety and stuttering stammering in an adults through systematic self-desensitization behavioral therapy: a case study, *unpublished doctoral dissertation*, United States international university, college of arts and science.
- Law,T.,Packman,A., Onslow,M., To,C.,Tong,M.,&Lee,K.(2018). Rhythmic speech and stuttering reduction in a syllable – timed language, *clinical linguistics & phonetics*,6,1-18.
- Meerschman, I.,Dhaeseleer, E., Cock,E., Neyens,H., Claeys,S.,& Van Lierde,K.(2016). Effectiveness of chewing technique on the phonation of female speech language pathology student: a pilot study, *journal of voice*,30(5),574-578.
- Moreno,J.(1971). Comments on Goethe and psychodrama , *journal of psychother psychodrama* ,24,14-16.
- Morly,&Muriel,E.(1972). *The development and disorders of speech in childhood*, London: Churchill livingstone.
- Patel,D.Graydanus,D.,Omar,H.,&Merric,J.(2011).Neurodevelopmental disabilities, *journal of clinical care for children*,6(11),165-176.
- Phillips,G.(1968). Reticence: pathology of the normal speaker , *journal of speech monographs* ,35(1),39- 49 .
- Ramig, R.,& Pollard,R.(2014). *Stuttering and other disorders of fluency in: Anderson, N.,& Shames,G.(ED), Human communication disorders an introduction(176-213)*,America: pearson education, INC.
- Reddy, R.P. , Sharma ,M.P. , Shivashankar, N. (2010). Cognitive behavior therapy for stuttering : A Case series , *Indian journal of psychological medicine* , 32 , (1), 49 – 53 .

- Scheurich, J., Beidel, D.C., & Vanryckeghem, M. (2019). Exposure therapy for social anxiety disorder in people who stutter: an exploratory multiple baseline design, *journal of fluency disorders*, 59, 21- 32.
- Sonterud, H., Halvorsen, M., Feragen, K., Kirmess, M., & Ward, D. (2020). What works for whom? multidimensional individualized stuttering therapy, *journal of communication disorders*, (88), 2-20.
- Starkweather, C. & Woodruff (1983). *Speech and language*, New Jersey: Prentice-Hall Englewood cliffs.
- Story, S., Alfonso, J., & Harris, S. (1996). Pre- and posttreatment comparison of the kinematics of the fluent speech of persons who stutter, *journal of speech and hearing research*, 39, 991-1005.
- Stromsta, C. (1986). *Elements of stuttering*, Assorted publishing, Oshtemo, MI, U.S.A.
- Venkatagiri, H.S. (2005). Recent advances in treatment of stuttering: A theoretical perspective, *journal of communication disorder*, 38, 375-393.
- Ward, D. (2006). *Stuttering and cluttering frameworks for understanding and treatment, USA and Canada*: psychology press.
- Weiss, A., Bebe, H. (1951). The chewing approach in speech and voice therapy, *journal of the American medical association*, 146, 293.
- Wolpe, J. (1968). Psychotherapy by reciprocal inhibition, *journal of research therapy*, 3(4), 234-240.
- Woods, D., Twohig, M., Fuqua, R., & Hanley, J. (2000). Treatment of stuttering with regulated breathing: strengths, limitations, and future directions, *behavior therapy*, 31, 547-568.
- Woolf, G. (1967). The Assessment of Stuttering as Struggle, Avoidance, and Expectancy, *International Journal of Language & Communication Disorders*, 2(2), 158-171.
- Yaruss, J., Quesal, R. (2006). Overall assessment of the speaker's experience of stuttering (OASES): Documenting multiple outcomes in stuttering treatment, *journal of fluency disorder*, 31, 90-115.
- Younis, J., Shatta, S., Abed, G., Abo Shereda, H., & Abo Elyzeed, S. (2021). Developmental psychodrama therapy: effect on social anxiety and self-esteem among children who stutter, *clinical schizophrenia & related psychoses*, 15(7), 1-11.