

اضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال ذوى اضطراب التلعثم

أ.د. / إيهاب عبدالعزيز الببلاوى

أستاذ التربية الخاصة

وكيل كلية علوم الإعاقة والتأهيل للدراسات العليا والبحوث

أ/ أسماء قنديل فتحى قنديل

باحثة ماجستير

ملخص البحث

يعد التلعثم مشكلة من المشكلات النفسية التي تؤثر على شخصية الطفل. وتهدف البحث الحالي إلى معرفة والكشف عن العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتلعثم. وتكونت عينة البحث الحالي من (52) طفلاً وطفلة مما تتراوح أعمارهم بين (6-9) عاماً. واستخدمت البحث الحالي المنهج الوصفي الإرتباطي المقارن. واستخدمت البحث الحالي الأدوات التالية؛ مقياس اضطراب ما بعد الصدمة واختبار شدة التلعثم. وتوصلت نتائج البحث الحالي إلى أنه يوجد ارتباط دال إحصائياً بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية لمقياس التلعثم، ولا توجد فروق ذات دلالة بين متوسطات درجات كل من الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس التلعثم.

الكلمات المفتاحية: اضطراب ما بعد الصدمة، التلعثم.

Post-traumatic stress disorder in children with stuttering disorder

Abstract

Stuttering is a psychological problem that affects a child's personality. The current study aims to know and reveal the relationship between PTSD and stuttering. The current study sample consisted of (52) male and female children, whose ages range between (6-9) years. The current study used the comparative correlational descriptive approach. The current study used the following tools: Scale of Post-traumatic stress disorder and stuttering severity test. The results of the current study concluded that there is a significant statistical correlation between the total score of the PTSD scale and the overall degree of the stuttering scale, and there are no significant differences between the mean scores of both males and females in the total degree of the PTSD scale, and there are no significant differences Statistical significance between the mean scores for both males and females in the total degree of stuttering scale.

Key words: PTSD Post-traumatic stress disorder, stuttering.

مقدمة البحث:

يرجع التلعثم إلى إصابات فجائية قاسية أشاعت في نفوسهم أحاسيس القلق وهذا القلق الذى يعترى الطفل يمكن وصفه بأنه صدمه نفسية مصحوبة بخوف استثارها عامل خارجي مفاجئ، وليس قلق نتيجة تفاعل تدريجي مطرد النمو يزمن على مر الأيام، ويتحول إلى منبه مستديم . ولذلك نقرر هنا أن الأسباب في هذه الحالات القليلة لم تكن نتيجة ما كابد الطفل من تجارب في مستهل طفولته، بل نتيجة لما حصل في حالته الراهنة. ويحدث التلعثم عندما يتعرض الفرد لصدمة نفسية وعندما يمر الفرد بتجارب مؤلمة في محيط بيئته و يتفاعل معها مع وجود الاستعداد الداخلي و يحدث التلعثم بعد تجربة مؤلمة مثل الحزن أو تفكك العلاقة، أو كرد فعل نفسى للصدمة النفسية، ويكون بشكل مفاجئ ويرتبط بحدث مهم (Ward, 2006).

وأشار الزراد (1990) التلعثم هو نوع من التعبير الرمزي عن الدوافع اللاشعورية المكبوتة حيث يترجمها الفم والأعضاء التنفسية والكلامية إلى تلعثم في الكلام، فعندما تمر النفس بأزمة نفسية شديدة تحاول لها منصرفاً فتحيل صورة هذه الشدائد إلى عوارض جسمانية نتيجة هجومها إلى مواطن النقص حيث يتاح لها مركز تنفيس (فهمى ، ب.ت).

وذكر الألمعى (2012، ص 12) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) Post-Traumatic Stress Disorder بسبب صدمة مادية أو نفسية أو كليهما، ومصادر تلك الصدمة قد تكون التعرض أو مشاهدة أحداث قاسية تهدد الحياة أو السلامة البدنية أو التوافق النفسى مثال ذلك مشاهدة المريض لموت أحد أو تهديد حياة المريض أو شخص آخر حوله أو التعرض لأذى بدنى بليغ أو اعتداء جنسى أو تهديد نفسى، بحيث تتجاوز تلك الأحداث قدرة الدفاعات النفسية للمريض على التحمل.

وأشار جولمان (2000، ص 49-50) أن استجابة الأطفال مختلفة للصدمة، أو الحوادث المؤلمة؛ لأن الخبرات الناتجة عن تلك الحوادث تصبح أمراً صعباً في استيعابها وكما أن عدم قدرة الأطفال في التعبير اللفظى عن معاناتهم يسبب لهم اضطرابات كثيرة في حياتهم، فتظهر لديهم مشكلات مثل التبول الليلي، وصعوبة في النوم، والكوابيس المزعجة، ويسيطر على تفكيرهم وسلوكهم ذكريات ما حدث، ويبدى الأطفال ضعفاً في التركيز،

ويصبحون متوترين ويعانون من أعراض جسدية مثل الصداع وآلام في المعدة دون سبب عضوى واضح، واضطرابات الكلام.

وذكر فهمى (ب . ت) عندما تمر النفس بأزمة نفسية شديدة تحاول لها منصرفا فتحيل صورة هذه الشدائد إلى عوارض جسمانية نتيجة هجومها إلى مواطن النقص حيث يتاح لها مركز تنفيس؛ ولأن التلعثم هو نوع من التعبير الرمزي عن الدوافع اللاشعورية المكبوتة حيث يترجمها الفم والأعضاء التنفسية والكلامية إلى تلعثم في الكلام (فصيل الزراد، 1990).

مشكلة البحث:

التلعثم من أكثر اضطرابات الكلام انتشارا في مرحلة الطفولة، ويعانى الذكور من التلعثم في الكلام بنسبة أعلى منها من الإناث إذا تقدر النسبة (3 : 1). وفي أثناء عمل الباحثان الميداني في معالجة اضطرابات النطق والكلام، وتحديدًا مع الأطفال المتلعثمين، وأيضًا ومن خلال إطلاع الباحثان على مجموعة من الدراسات السابقة لاحظت ازدياد أعداد الأطفال المتلعثمين نتيجة تعرضهم لصدمة نفسية؛ ومن هنا جاءت فكرت البحث الحالي في محاولة للكشف عن العلاقة بين التلعثم واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال. ولذلك تتحدد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي: هل توجد علاقة بين التلعثم واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال؟

أهداف البحث:

- (1) التعرف على العلاقة بين التلعثم واضطراب ما بعد الصدمة لدى الأطفال.
- (2) الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في اضطراب التلعثم.
- (3) الكشف عن الفروق بين الذكور والإناث في اضطراب ما بعد الصدمة.

أهمية البحث:

تكمن أهمية البحث الحالي فيما يلي:

- (1) تتجلى أهمية البحث في الوقوف وراء الأسباب التي تؤدي إلى حدوث التلعثم حيث يعتبر التلعثم أكبر عنصر محير من اضطرابات الكلام، لذلك أرادت الباحثة أن توضح أسباب الوقوف وراء الأسباب التي تؤدي إلى حدوث التلعثم ومنها اضطراب ما بعد الصدمة.
- (2) تأتي أهمية هذا البحث في ندرة الدراسات العربية - في حدود علم الباحثان - التي تتناول موضوع اضطراب ما بعد الصدمة كمنبئ بالتلعثم لدى الأطفال لما له من أهمية في فهم طبيعة اضطراب ما بعد الصدمة وارتباطه بظهور اضطراب التلعثم لدى الأطفال.
- (3) تم هذا البحث أخصائي التربية الخاصة، والأخصائي النفسي، وأخصائي التخاطب والمعلمين وأولياء الأمور بمعلومات عن الاضطرابات النفسية وخاصة اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال بهدف مساعدتهم على تخطي المشاكل الناتجة عن هذا الاضطراب.
- (4) تنفيذ هذا البحث في عمل برامج تدخل مبكر في حالات الصدمة النفسية عند الأطفال حتى لا تتفاقم المشكلة وتؤدي إلى مشاكل أخرى مثل التلعثم.

مفاهيم البحث

- 1 **اضطراب ما بعد الصدمة: Post-Traumatic Stress Disorder** "هو أحد اضطرابات الصدمة الناجمة عن التعرض لحادث صدمي فجائي، ولا يحدث بسبب المواقف الاعتيادية أو الضغوط النفسية المعتدلة، وإنما يحدث عند تعرض الفرد إلى موقف صدمي؛ والموقف الصدمي يكون أكبر من طاقة الإنسان على الاحتمال وينتج عنها ردود فعل عنيفة لدى أي فرد، مثل الانفعال والخوف الزائد، والعجز، واضطرابات في النوم، وإعادة معايشة الحدث الصادم لا إرادياً".
- 2 **التلعثم: Stuttering**: أشار ريلي (1986) Riley إلى أن التلعثم هو اضطراب كلامي تشنجي شائع بين الأطفال والكبار على السواء، وله مظاهر سلوكية تتمثل في التكرارات الصوتية وإطالة النطق والإحتباسات الصوتية التي غالباً ما تكون في بداية نطق

المقاطع أو الكلمات أو الجمل بالإضافة إلى المصاحبات الجسمية كأنفعالات الوجه، وحركات الفم، والرأس، والرقبة، واليدين، والرجلين (Riley, 1986, p. 308)

محددات البحث

يتحدد مجال البحث الحالي بالمحددات الآتية:

- (1) **محددات منهجية:** استخدم الباحثان المنهج الوصفي الإرتباطي لتحقيق هدف الدراسة.
- (2) **محددات بشرية:** تكونت من (52) طفلا ذكور وإناث، من مركز معوقات الطفولة بجامعة الأزهر محافظة القاهرة، ومركز بسمة أمل بمركز أبو حماد محافظة الشرقية، تتراوح أعمارهم ما بين (6-9) عاما.
- (3) **محددات مكانية:** تم الحصول على العينة من مركز معوقات الطفولة بجامعة الأزهر محافظة القاهرة، ومركز بسمة أمل بمركز أبو حماد محافظة الشرقية.
- (4) **محددات زمنية:** نفذ البحث خلال الفترة الزمنية 2020م.

أدبيات البحث

المحور الأول: التلعثم

1) تعريف التلعثم (البدء الطفلى لاضطراب الطلاقة):

Childhood- Onset Fluency Disorder (Stuttering) (F80.81)

وجاء تعريف التلعثم في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (2013) DSM-5 الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى بأنه " اضطراب في السلاسة الطبيعية وتوقيت الكلام مما يعتبر غير مناسب لعمر الفرد والمهارات اللغوية، ويتميز التلعثم بواحد أو أكثر من الأعراض الآتية؛ بالتكرار الصوتى واللفظى، والإطالات، والوقفات، والألفاظ المقتحمة أثناء اسناد الكلام، وإبدالات للكلمة لتفادى التقطع والانسداد والسكوت".

عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization

التلعثم اضطراب يصيب تدفق الكلام مع علم الفرد التام بما سيقوله، ولكنه لا يكون قادرا

على قوله، بسبب التكرار اللاإرادي أو الإطلاات أو التوقف أو التوقف اللاإرادي (مع عدم القدرة على إخراج الكلام).

2) مراحل تطور التلعثم:

يقسم بلودشتين مراحل حدوث التلعثم إلى أربعة مراحل من المنظور النشئوي التكويني كما يلي:

(أ) المرحلة الأولى: من سن الثانية إلى سن السادسة من العمر، ويكون التلعثم في هذه المرحلة عرضية، وتظهر في صورة تكرار في المقاطع الأولية للكلمة وأحيانا في كل كلمة، كما تحدث في بداية الجملة، ويحدث التلعثم في هذه المرحلة عندما يثار الطفل أو يغضب أو حين يتعرض إلى ضغط نفسى (محمد محمود النحاس، 2006، ص 106).

وتتصف هذه المرحلة بما يلي:

- يختفي التلعثم ثم يعود.
- يكثر عند الإنفعال.
- يكون التلعثم في أول الجملة.
- يكون التلعثم على الكلمات القواعدية وذات الدلالة.
- عدم اهتمام الطفل للمشكلة بالرغم من وعيه لها (سعيد حسنى العزة، 2001، ص 152).

(ب) المرحلة الثانية: من سن السادسة إلى سن الثامنة من العمر، وتظهر عدم القدرة على النطق بوضوح في بداية الكلام خصوصا، حيث يلاحظ صعوبة في نطق الكلمة الأولى، ويصاحب ذلك إعادة أجزاء الكلام مع وجود جهد واضح واستجابات انفعالية وتغير في قسماات الوجه، ومحاولات الضغط على الشفتين، وعلى عضلات الحنجرة، وبذلك تجنب طلاقة الكلام مع حدوث نوع من التوتر الذى يظهر بشكل حركات إرتعاشية، أو اهتزازية متكرة، يعقبها تشنجات لا إرادية مع تردد كلمات

أو أحرف من القدرة على الانتقال إلى الكلمة أو الفقرة التالية (شقيير، 2006، ص108).

(ج) المرحلة الثالثة: من سن الثامنة إلى سن العاشرة ، لم يعد الطفل في هذه المرحلة كما كان، لا يدرك ولا يقلق لكلامه، بل أنه يبدأ في النظر إلى تعثره الكلامي على أنه مشكلة، وقد يبدأ الطفل بتكوين ردود أفعال سلبية نحو تعثره الكلامي (مثل مشاعر الإحراج أو الانزعاج الشديد)؛ فإدراكه هذا قد يجلب معه محاولات لإخفاء أو تجنب التلعثم (نيكسون، 2000، ص 65).

(د) المرحلة الرابعة: من نهاية المرحلة المتأخرة إلى بداية المراهقة، ويخاف الطفل في هذه المرحلة من توقع حدوث التلعثم، حيث يخاف من الحروف والكلمات والمواقف الكلامية، ويشعر بالخوف والارتباك وبالحاجة إلى المساعدة (البلاوى، وعبد المعطى 2007، ص 181).

3) النظريات النفسية لتفسير التلعثم:

نظرية التحليل النفسي:

يذكر Travis (1971) أن التلعثم هو عرض خارجي للحاجات المكبوتة التي تتضمن محاولة الفرد إخفاء مشاعر الكراهية تجاه الآخرين حيث أن الرغبة تتعارض مع قيم وتقاليد المجتمع، وبالتالي يتعرض الطفل للصد والمنع فيلجأ إلى الكبت، ورغم ذلك تحاول هذه الرغبة التعبير عن نفسها كرد فعل للضوابط والموانع الاجتماعية كسلوك مقبول بدل من الدوافع الأولية غير المقبولة.

كما ترى شقيير (2006) أن التلعثم سببه نفسى حين يعجز الفرد عن النطق بأية كلمة بسبب توتر عضلات الصوت وجمودها؛ كما أن تعرض بعض الأطفال لممارسات وأساليب والدية سلبية مثل الإهمال والقسوة وإثارة الألم النفسى والعقاب وتوقعات وطموح الوالدين الزائدة عن إمكانيات الطفل الواقعية وسوء المعاملة والتفريق بين الطفل وأخواته، كل هذه الأشكال يترتب عليها جعل الطفل يخاف المواقف الاجتماعية ويخشى التواصل مع

الآخرين ويفضل الانسحاب من الموقف الكلامي إما بالصمت أو التلعثم في نطقه (النحاس، 2006، ص 116).

وهذا ما أكدته نتائج دراسة زينب أبو حذيفة (1992) أن التلعثم يرجع إلى عوامل نفسية عميقة متمثلة في الصراع بين الرغبات الشعورية واللاشعورية. وقد توصلت نتائج دراسة خليل (2000) إلى أن الأطفال المتلعثمين يتعرضون لأساليب تربوية خاطئة (كالقسوة، بث القلق، الشعور بالذنب، الحماية الزائدة) أكثر من الأطفال الأسوياء. كما توصلت نتائج دراسة Markham, van Laar, Gibbard, and Dean (2009) ونتائج دراسة Brinton, and Fujiki (1999) إلى وجود ارتباط بين التلعثم والتعرض للإساءة النفسية والجسدية في مرحلة الطفولة وأن الأمهات الآتى يملن إلى صفع أولادهن ويستخدموا العقاب الجسدى تظهر لديهم مشكلات اللغة.

4) النظريات المفسرة للتلعثم تبعا للعوامل الاجتماعية:

ويشير Morly (1972) العوامل البيئية والشخصية من الممكن أن تؤدي إلى تلعثم مثل الصدمات المفاجئة فلقد وجد في سجلات بعض المتلعثمين أن هناك ارتباط بين ظاهرة حدوث صدمة شديدة أو خبرة مخيفة في مرحلة الطفولة وبين ظاهرة التلعثم لدى هؤلاء الأطفال. وتتعدد العوامل البيئية المسببة للتلعثم حيث يذكر مثلا: أن التلعثم هي خلل تشخيصي، أى أن تشخيص هذه الظاهرة في الطفل هو أحد أسباب المشكلة، أو استبدال مربية بأخرى أو قلق الأمهات وتوترهم أو تبدل انتباه الأبوين إلى طلاقة الكلام عند الطفل فكثيرا ما ذكر الآباء في العيادات أن أولادهم يحسنون الكلام لفترة من الوقت ويسيعونه في فترة أخرى. وقد درست هذه الظاهرة وتبين أن ما يعده البعض تلعثم أو كلاما معاقا في بعض الأحيان يعتبرونه سويا في بعض الأحيان الأخرى (محمد محمود النحاس، 2006، ص 112).

ويرى إبراهيم زريقات (2005) أن الحالات الشديدة للتلعثم تظهر عند الأطفال الذين تتسم علاقتهم الأسرية بالتوترات الانفعالية؛ فالنمو اللغوي يتأثر بمدى اختلاط الطفل بأعضاء أسرته من خلال التفاعل الأسرى الصحيح وذلك لاعتماد النمو اللغوي على تقليد لغة الكبار والتي من خلالها يكتسب الطفل مهاراته اللغوية. وهذا ما أثبتته نتائج دراسة

(Guven & sar, 2003) أن الأمهات تستخدمن قدرا كبيرا من التساؤلات والمقاطعات والتفاعل اللفظي السلبي أثناء تحدثهن مع أطفالهن المتلعثمين مما يؤدي إلى جعل بيئة التواصل مثيرة للمشقة النفسية بالنسبة للطفل.

المحور الثاني: اضطراب ما بعد الصدمة

1) تعريف اضطراب ما بعد الصدمة: Post-Traumatic Stress Disorder

وقد عرفته الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية بأنه فئة من فئات اضطراب القلق الذى يصيب الفرد بعد تعرضه لحدث ضاغط نفسى أو جسمى غير عادى يتعرض له الفرد بصورة مباشرة في بعض الأحيان، وفي أحيان أخرى قبل ثلاثة أشهر أو أكثر بعد التعرض لتلك الضغوط؛ ومن أعراض الإصابة بهذا الاضطراب هو الإسترجاع المستمر لخبرة الحدث وتجنب المنبهات المرتبطة بالصدمة، أو تعذر الاستجابة العامة للفرد ومظاهر الاستثارة الزائدة؛ وتتضمن الصدمة تحديدا معايشة الفرد لخبرة حدث من الأحداث أو مشاهدته أو مواجهته وهذا يتضمن موتا أو أذى متيقنا أو مهددا أو تهديدا للتكامل الجسمى للفرد أو لأشخاص آخرين مع حدوث رد فعل مؤدى من الشعور بالخوف الشديد أو العجز أو الرعب, DSM- V-TR, 2013, (PP. 265- 275).

كما وتعرفه منظمة الصحة العالمية (WHO) World Health Organization في التصنيف الدولى العاشر (ICD-10) اضطراب ما بعد الخبرة الصادمة على أنه استجابة ممتدة لحدث أو موقف ضاغط مستمرة لفترة طويلة أو قصيرة، ويتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، يحدث أن يتسبب في حدوث ضيق وأسى شديدين غالبا لدى أى فرد يتعرض له (World Health Organization, 1992).

2) المراحل التى يمر فيها الفرد باضطراب ما بعد الصدمة :

مرحلة الرفض: وتتميز بالانفعال الشديد والصراخ.

مرحلة الإنكار: وتختلط فيها مشاعر النعمة والخوف.

التجنب: يحاول الأشخاص المصابون باضطراب ما بعد الصدمة الإبتعاد عما يذكرهم بالتفاصيل.

محاولة الانسحاب والسيطرة على القلق: ربما تترافق هذه المرحلة عند البعض بتعاطى الكحول، أو المخدرات، أو الإفراط في التدخين، وتناول المهدئات.

محاولة التآرجح بين النكران والتبلد.

التقبل والإحتواء: وهى المرحلة الأخيرة، وفيها يحدث التحسن في الاستجابة، مع اضطراب المزاج، وكثيرون يبدون تكيفا مع الحالة، وتحسن أحوالهم مع تطور العلاج ووفقا لدراسات عديدة حول الصدمة تبين أنه لا يوجد هناك نموذج واحد يصلح لتفسير جميع أشكال الصدمة ومراحل عيشها عند البشر ، وذلك تبعا لتنوع مسببات عيش الصدمات النفسية، كما أن هناك بعض الأشخاص تكون استجابتهم للصدمة النفسية بصورة إيجابية ، ويتم تكيفهم مع آثارها المختلفة باستخدام العوامل الثقافية والاجتماعية للفرد ، ولكن تبقى الآثار النفسية الخطيرة والمختلفة تلك التى تحدث لدى الأطفال، إذا لم يتم التعامل معهم بصورة واعية، وهنا تأكد " فرويد " على أن الأمراض النفسية ما هى إلا بقايا خبرات صادمة في الطفولة (حسن، 2013، ص 13).

3) النظريات المفسرة لاضطراب ما بعد الصدمة

العوامل النفسية: Psychodynamic Approach

ذكرت أبو عيشة، وعبدالله (2012، ص 49 - 50) أن نظرية التحليل النفسى تهتم هذه بالخبرات المؤلمة وبالذكريات المحزنة السابقة التى تعرض لها الفرد في طفولته على اعتبارها دافعا قويا لمعاناته عندما يكبر ويتعرض لخبرات أو ذكريات مماثلة وشبيهة بما كان يعاني منه في طفولته ، وهذا يجعله يعاني من أعراض ضغوط ما بعد الصدمة النفسية. كما يؤكدوا أصحاب نظرية التحليل النفسى عن وجود تفاعل كبير وقوى بين خبرات الطفولة السلبية المبكرة والأحداث والمواقف الحالية التى يمر بها الفرد والتى تحمل خبرات سلبية مشابهة لأنه يسترجع الماضى ويربطه بالحاضر ويعيش في المأساة المتشابهة ، وهذه تعتبر أهم أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة؛ واهتمت هذه النظرية بالخبرات المؤلمة وبالذكريات المحزنة السابقة التى تعرض لها الفرد في طفولته على اعتبارها دافعا قويا لمعاناته عندما يكبر ويتعرض

لخبرات أو ذكريات مماثلة وشبيهه بما يعاني منه في طفولته ، وتظهر بداية اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد للحادث الصدمي ، لأن فرويد كان قد عد الولادة وما يصاحبها من إحساس الوليد بالإختناق بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الإنسان (العماري ، 2016 ، ص 27).

العوامل الاجتماعية: Social Factors

يرى هذا النموذج الاجتماعي أن البيئة تساعد على التعامل مع الصدمة واستيعابها، وأن أحد العوامل التي تساعد في تحديد ما إذا كان فرد ما تعرض إلى حادث صادم سيتطور لديه اضطراب ما بعد الصدمة هو مدى حصول الفرد من دعم وإسناد اجتماعي. فلقد توصل نتائج دراسة (King et al., 1998) إلى أن الأفراد الذين حصلوا على مستويات عالية من الدعم الاجتماعي، كانت لديهم أعراض قليلة من اضطراب ما بعد الصدمة (PSTD). كما أظهرت نتائج دراسة عبد الهادي (2004) أنه توجد فروق دالة إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا مساندة أسرية قليلة بالنسبة للصحة النفسية لصالح الذين تلقوا مساندة أسرية كبيرة.

فروض البحث

- (1) توجد علاقة دالة إحصائية بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية لمقياس التلثم.
- (2) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.
- (3) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمقياس التلثم.

منهجية البحث

أولاً: منهج البحث: اتبع الباحثان المنهجين (الوصفي والإرتباطي).
ثانياً: عينة الدراسة:

أ) عينة حساب الخصائص السيكومترية:

تكونت العينة الاستطلاعية من (50) طفلاً ذكراً وأنثى تتراوح أعمارهم ما بين (6 - 9) عاماً بمتوسط عمري (7,5200)، وانحراف معياري (1,1471) من غير أعضاء العينة النهائية.

ب) العينة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من (52) طفلاً ذكراً وإناث من المرحلة الابتدائية من مركز معوقات الطفولة بجامعة الأزهر محافظة القاهرة، ومركز بسمة أمل محافظة الشرقية؛ تتراوح أعمارهم ما بين (6 - 9) عاماً بمتوسط عمري (7,4808) وانحراف معياري (1,14601).

ج) خصائص اختيار العينة:

تم اختيار العينة من أطفال تتراوح أعمارهم من (6 - 9) عاماً وذلك للأسباب التالية:

- (1) في هذه المرحلة قد اكتمل عند الطفل النمو اللغوي، واستمرارية اضطرابات الكلام لديه، وتكون متأصلة وليست عرضية.
- (2) الطفل لا يعاني من أى إعاقات أخرى قد تكون مسببات إصابة بالتلعثم.
- (3) العينة من الذكور والإناث؛ حيث لا توجد خصوصية لإصابة نوع محدد من الجنسين باضطراب التلعثم.

ثالثاً: أدوات البحث:

1) الأدوات السيكومترية وتمثل فى:

- أ) مقياس اضطراب ما بعد الصدمة (إعداد إيهاب الببلاوى، وأسماء قنديل).
 - ب) مقياس شدة التلعثم (إعداد/ الدكتورة نحلة عبد العزيز الرفاعى، 2001).
- أعد الباحثان هذا المقياس بهدف قياس اضطراب ما بعد الصدمة عند الأطفال وقد اتبع الباحثان الخطوات التالية:

1. الإطلاع على بعض الدراسات والمقاييس العربية والأجنبية الخاصة باضطراب ما بعد الصدمة.
 2. إعداد المقياس في صورته المبدئية.
 3. العرض على المحكمين.
 4. قياس كفاءة المقياس (ثبات و صدق).
 5. إعداد المقياس في صورته النهائية.
 6. حساب المعايير الخاصة بالمقياس.
- (2) إعداد المقياس في صورته المبدئية.

في ضوء ما سبق من إطار نظري ودراسات سابقة، والاطلاع على بعض المقاييس الأخرى؛ قام الباحثان بإعداد الصورة المبدئية للمقياس والتي اشتملت على (5) أبعاد.

1. **البعد الأول: البعد الصدمي والخدر العاطفي يعرفه الباحثان إجرائيا**
بأنه: تعرض الطفل لحادث صادم ومفاجئ وهذا الحادث يواجه فيه الطفل تهديدا لحياته ويكون الحادث الصدمي أكبر من طاقة الإنسان على الاحتمال ويجعله يستشعر بعدم الأمان والشعور بالخوف الشديد والذعر والعجز وقد يصاب بتبيلد الشعور والهدوء الزائد ويفقد قدرته على العطاء.
2. **البعد الثاني: إعادة الأحداث الصادمة وتكرارها يعرفه الباحثان إجرائيا**
بأنها: مجموعة من الأفكار والمشاعر والصور الذهنية والأحلام والكوابيس المتكررة أثناء النوم، وإعادة اللعب الذي يدور حول الحدث الصدمي.
3. **البعد الثالث: الإستشارة يعرفه الباحثان إجرائيا بأنه: استشارة زائدة لم**
تكن موجودة قبل تعرض الطفل للحدث الصادم ويستدل عليها من خلال نوبات غضب سريعة ومتكررة.
4. **البعد الرابع: السلوك التجنبي يعرفه الباحثان إجرائيا بأنه: محاولات**
الطفل المستمرة لتجنب الأفكار والمشاعر المصاحبة للحدث، مع رغبة في الإبتعاد على الآخرين والأشخاص والأنشطة.

5. **البعد الخامس: مشكلات فسيولوجية يعرفه الباحثان إجرائيا بأنها:**
مجموعة من التغيرات الجسمانية والفسولوجية المصاحبة عندما يتعرض الطفل لصدمة، وتستمر معه لفترة طويلة وتسبب له العديد من المشكلات.

(3) العرض على المحكمين.

تم عرض الصورة الأولية والتي اشتملت على (31) عبارة موزعة على أبعاد المقياس، وعلى مجموعة من المحكمين وعددهم (6) محكمين (ملحق1).

وقد اشتملت الصورة الأولية للمقياس على التعريف الإجرائي، وتعريف لكل بعد من أبعاد المقياس، وما يقيسه البعد، وطلب من المحكمين تحكيم المقياس في ضوء ما يلي:

(أ) مدى ملائمته وارتباط بنود وكل بعد بالمقياس.

(ب) مدى انتماء البنود لكل بعد من أبعاد المقياس.

(ج) مدى ملائمة البنود لعينة الدراسة.

(د) إضافة أى ملاحظات تساعد على جودة المقياس.

(4) كفاءة المقياس (الثبات والصدق).

قام الباحثان بتطبيق المقياس على عينة من الأطفال قوامها (50) طفلا وطفلة من محافظة القاهرة ومحافظة الشرقية، وتراوحت أعمارهم ما بين (6 9) سنوات.

تم حساب ثبات وصدق المقياس بالطرق الآتية:

(1) صدق المقياس:

الصدق الظاهري (صدق المحكمين).

وفي سبيل تحقيق هذا النوع من الصدق اعتمدت الباحثان على رأى (6) محكمين بكلية علوم الإعاقاة والتأهيل (ملحق1)؛ وذلك للتأكد من ملائمة الأبعاد لموضوع المقياس ومدى انتماء كل عبارة للبعد الذى تنتمى إليه.

التقدير الكيفي.

قام الباحثان بعمل التقدير الكيفي لمفردات المقياس، وذلك عن طريق تعديل صياغة بعض المفردات والعبارات بناء على آراء المحكمين، سواء بحذف أو استبدال بعض الكلمات

كى تتلائم مع فهم عينة الدراسة. وسوف يذكر الباحثان العبارات التى تم حذفها فى جدول التقدير الكيفى كما هو موضح فى جدول (1).

أ) الاتساق الداخلى:

تم حساب الاتساق الداخلى لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة كمؤشر للصدق عن طريق معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (1) يوضح ذلك:

جدول (1): الاتساق الداخلى لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

اضطراب ما بعد الصدمة					
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
0,444 **	2 3	0,481 **	1 4	0,75 **6	2
0,340 *	2 4	0,578 **	1 5	0,68 **0	4
0,476 **	2 5	0,593 *	1 6	0,69 **5	5
0,474 **	2 6	0,634 **	1 7	0,42 **6	6
0,460 **	2 7	0,826 **	1 8	0,74 **4	7
0,380 **	2 8	0,684 **	1 9	0,78 **8	8
0,488 **	3 0	0,566 **	2 0	0,33 *9	9
0,533 **	3 1	0,676 **	2 1	0,78 **7	10
		0,547 **	2 2	0,37 **2	11

** دال عند مستوى (0,01)

* دال عند مستوى (0,05)

يتضح من الجدول (1): أن معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه المفردة دالة إحصائيًا، مما يدل على الاتساق الداخلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

(ب) حساب الثبات:

تم حساب معامل الثبات لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة باستخدام معامل ألفا ل "كرونباخ" Cronbach's Alpha لمفردات المقياس وذلك (في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس)؛ والجدول (2) يوضح ذلك:

جدول (2): معاملات ألفا لثبات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

اضطراب ما بعد الصدمة					
رقم المفردة	معامل ألفا	رقم المفردة	معامل ألفا	رقم المفردة	معامل ألفا
1	00,90	12	0,899	23	0,893
2	60,88	13	0,902	24	0,895
3	00,90	14	0,893	25	0,893
4	80,88	15	0,890	26	0,893
5	80,88	16	0,890	27	0,893
6	40,89	17	0,889	28	0,895
7	70,88	18	0,885	29	0,897
8	60,88	19	0,888	30	0,892
9	40,89	20	0,891	31	0,892
10	60,88	21	0,888		
11	40,89	22	0,891		
0,895					معامل ألفا العام

يتضح من الجدول (2): أن معامل ألفا للمقياس في حالة حذف درجة كل مفردة أقل من أو يساوي معامل ألفا العام, أي أن جميع المفردات ثابتة, حيث أن تدخل المفردة لا يؤدي إلى خفض معامل الثبات الكلي للمقياس, ومن ثم تم الإبقاء على معظم مفردات المقياس, وذلك فيما عدا المفردات أرقام (1,3,12,13,29), فقد وجد أن تدخل هذه المفردات يؤدي إلى خفض معامل الثبات للمقياس, ولذلك فقد تم حذفهم؛ مما يدل على ثبات مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

الثبات الكلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة:

تم حساب الثبات الكلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة, وذلك للمفردات التي تم الإبقاء عليها, بثلاث طرق الأولى: هي حساب معامل ألفا ل "كرونباخ", والثانية: هي حساب معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية ل "سبيرمان/ براون", والثالثة: طريقة جتمان, فكانت النتائج كما بالجدول (3) التالي:

جدول (3): معاملات الثبات الكلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

معامل الثبات			مقياس اضطراب ما بعد الصدمة
جتمان	التجزئة النصفية وتصحیح سبيرمان / براون	ألفا ل كرونباخ	
0,896	0,899	0,917	الثبات الكلي للمقياس

يتضح من الجدول (3): أن معاملات الثبات الكلي لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة بالثلاثة طرق مرتفعة.

ج) حساب الصدق:

تم حساب صدق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة عن طريق حساب معاملات الارتباط بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس (في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس), والجدول (4) يوضح ذلك:

جدول (4): معاملات الارتباط لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة (في حالة حذف درجة المفردة).

اضطراب ما بعد الصدمة					
معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة	معامل الارتباط	رقم المفردة
**0,384	23	0,030-	12	0,110-	1
*0,270	24	0,142-	13	**0,734	2
**0,415	25	**0,408	14	0,106-	3
**0,415	26	**0,563	15	**0,648	4
**0,381	27	**0,557	16	**0,654	5
*0,296	28	**0,605	17	**0,354	6
0,197	29	**0,776	18	**0,705	7
**0,466	30	**0,623	19	**0,731	8
**0,456	31	**0,514	20	*0,315	9
		**0,642	21	**0,768	10
		**0,514	22	*0,305	11

** دال عند مستوى (0,01) حيث إن الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط عند درجة الحرية (2-50) = 99 هي (0.354) تقريباً حيث (34) عدد العينة في التقنين.

* دال عند مستوى (0,05) حيث إن الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط عند درجة الحرية (2-50) = 95 هي (0.273) تقريباً.

واتضح من الجدول (4): أن جميع معاملات الارتباط بين كل مفردة من مفردات المقياس، والدرجة الكلية للبعد الفرعي الذي تنتمي إليه المفردة (في حالة حذف درجة المفردة من الدرجة الكلية للمقياس) دالة إحصائياً، مما يدل على صدق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة وذلك فيما عدا المفردات رقم (1،3،12،13،29) لذلك تم حذفهم لأن معاملات الارتباط لهم غير دالة إحصائياً.

طريقة تصحيح المقياس:

قام الباحثان بتحديد وتوضيح تعليمات المقياس بصورة واضحة، ونظرا لصغر سن أفراد العينة قام الباحثان بالاستعانة بالأمهات حتى يتم الإجابة على المقياس بدقة. ويطبق المقياس بشكل فردي على عينة الأطفال من عمر (6: 9) سنوات، ويحتوى المقياس على العبارات التي تعبر بشكل اجرائى مباشر عن أبعاد المقياس محل الدراسة، والمقياس عبارة عن (27) عبارة الإجابة عنها (نعم) أو (لا) وهذا ويتم تصحيح المقياس من خلال إعطاء الدرجات على النحو التالى: الإجابة (بنعم) تأخذ (درجتين) والإجابة (لا) تأخذ (درجة واحدة) ليصبح أعلى درجة بالمقياس الكلى (54) وأقل درجة (27)؛ والجدول (5) يوضح مدى الدرجات.

جدول (5): مدى الدرجات على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة.

الدرجة	الشدة
37 – 27	بسيطة
45 – 37	متوسطة
54 – 46	شديدة

نتائج البحث:

نتائج الفرض الأول وتفسيره:

ينص الفرض الثالث على: توجد علاقة دالة احصائيا بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة والدرجة الكلية لمقياس التلعثم.

لاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار (معامل الارتباط) (Correlation) بين مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس التلعثم لدى الاطفال، والجدول (8) يوضح ذلك تفصيلاً:

جدول (8): نتائج اختبار (معامل الارتباط) بين مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس التلعثم لدى الاطفال.

مقياس اضطراب ما بعد الصدمة	
**0,529	مقياس التلعثم

يتضح من الجدول (8): أنه توجد علاقة موجبة دالة احصائياً عند مستوى (0,01) بين الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومقياس التلعثم لدى الاطفال.

ويعزى الباحثان هذه النتيجة إلى: أن اضطراب ما بعد الصدمة من أكثر العوامل النفسية ارتباطاً بالتلعثم وقد تناول العديد من الباحثين العلاقة بينهما فقد اتفقت هذه النتيجة مع نتائج دراسة (Bijleveld 2014) إلى وجود علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتلعثم. وتتفق أيضاً مع نتائج دراسة (Norman, Jaramillo, Eapen, Amuan, & Pugh 2018) إلى وجود علاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والتلعثم. كما تؤكد دراسة حالة (case study) لطفلة في الثامنة من عمرها أصيبت بالتلعثم نتيجة لتعرضها لحادث مؤلم تم الاعتداء عليها؛ وتتفق أيضاً مع دراسة (Rozhdestvenskaya 1974) التي توصلت نتائجها إلى أن التلعثم حدث نتيجة لصدمة نفسية.

كما توصلت نتائج دراسة (Al-jawadi & Abdul-rhman 2007) إلى أن أكثر الاضطرابات انتشاراً بين الأطفال الذين تم فحصهم اضطراب ما بعد الصدمة (10,5%)، واضطراب التلعثم (3,2%)؛ فيما تؤكد نتائج دراسة (Mattingly 2015) إلى أن أهم الاضطرابات الشائعة لدى الجنود الأميركيين من حرب العراق وأفغانستان هو اضطراب ما بعد الصدمة والتلعثم الناتج عن ذلك.

نتائج الفرض الثاني وتفسيره:

ينص الفرض الثاني على: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والاناث في الدرجة الكلية لمقياس التلعثم. لاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار (T-test) لدى عينتين مستقلتين، وذلك لحساب الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الذكور والاناث في الدرجة الكلية لمقياس التلعثم لدى الاطفال، والجدول (7) يوضح ذلك تفصيلاً:

جدول (7): نتائج اختبار(ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من الذكور والاناث الدرجة الكلية لمقياس التلعثم (ن=52).

المتغير	الذكور (ن=38)		الاناث (ن=14)	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
اضطراب ما بعد الصدمة	25,55	2,262	23,64	1,151
قيمة (ت)			53,00**	

يتضح من الجدول (7): أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والاناث في مقياس التلعثم لدى الاطفال لصالح الذكور ذات المتوسط الأكبر (25.55) ومن ثم فقد تم رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل. وفي ضوء النتائج التي تم التوصل إليها وجد الباحثان أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج بعض الدراسات مثل دراسة عبد الباسط (2007) بأن العلاقة بين درجة شدة التلعثم والجنس كانت لدى الذكور أكثر من الإناث؛ كما تتفق مع دراسة محمد (2016) انتشار التلعثم بين الذكور أكثر من الإناث. كما أكدت دراسة الغامدى (2009) أن انتشار التلعثم بين الذكور أكثر من الإناث؛ كما توصلت نتائج دراسة عبد العزيز الشخص (1997) الى انتشار التلعثم بين الذكور أكثر من الإناث.

نتائج الفرض الثالث وتفسيره :

ينص الفرض الثالث على: لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والاناث في الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة. لاختبار صحة الفرض تم استخدام اختبار(ت) (T-test) لدى عينتين مستقلتين، وذلك لحساب الدلالة الإحصائية للفروق بين متوسطات درجات الذكور والاناث في الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدى الاطفال، والجدول (6) يوضح ذلك تفصيلاً:

المتغير	الذكور (ن=38)	الاناث (ن=14)
---------	---------------	---------------

	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
1,030	3,9342	45,642	3,5325	46,815	اضطراب ما بعد الصدمة

جدول (6): نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات درجات كل من الذكور

والاناث الدرجة الكلية لمقياس اضطراب ما بعد الصدمة (ن=52).

يتضح من الجدول (6): أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات كل من الذكور والاناث في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة ومن ثم فقد تحقق الفرض.

تفسير نتائج الفرض الثالث:

ويمكن تفسير ذلك من خلال بعض الدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين؛ وقد وجد الباحثان أن هذه النتيجة تتفق مع نتائج هناك بعض الدراسات مثل دراسة أسامة عمر فزنية (2011) الى أنه لا يوجد فروق بين المتوسطات الحسابية للدرجات التي حصلت عليها مجموعة الأطفال الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة تعزى لعامل الجنس. كما أكدت نتائج دراسة صيدوم وثابت (2007) لا يوجد فروق دالة إحصائية في مستوى اضطراب ما بعد الصدمة تعزى للجنس؛ ولكن تختلف البحث الحالي مع نتائج بعض الدراسات مثل دراسة هاني محمود حجازي (2004) توصلت النتائج إلى توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث لدرجة اضطراب ما بعد الصدمة والفروق كانت لصالح الذكور.

التوصيات:

في ضوء ما توصلت إليه نتائج البحث ترى أنه من المناسب أن تختتم رسالتها مجموعة من التوصيات كي يتم الاستفادة منها لدى الأطفال اللذين يعانون من التلعثم وهي كالتالي:

- (1) تأهيل وتدريب المعلمين وأولياء الأمور لمعرفة كيفية التعامل مع الأطفال الذين تعرضوا لصدمة نفسية حتى لا تتفاقم المشكلة وتؤدي إلى ظهور أعراض واضطرابات أخرى مثل التلعثم.
- (2) وضع برامج علاجية تدخل مبكر للتلعثم الناتج عن الصدمات النفسية وبالأخص اضطراب ما بعد الصدمة، وتطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة أولاً على الطفل المتلعثم حتى يتم التشخيص مبكراً ويتم اتباع إجراءات العلاج بخطوات صحيحة.
- (3) أن يتسم أسلوب التربية والتنشئة الاجتماعية بالديمقراطية والاعتدال والبعد عن العقاب والعنف وتجنب المشاكل والاختلافات بين الوالدين حتى لا تؤثر على صحة الطفل النفسية.
- (4) خلق جو أسرى صحى ملىء بالأمن والطمأنينة وعلاقة طيبة بين الوالدين والأبناء ومعرفة مشاكلهم واحتياجاتهم النفسية والعاطفية.
- (5) اهتمام الأم بالأسرة وأولادها أولاً والتفرغ لهم، والاهتمام بهم عاطفياً وإعطائهم الحب والحنان وبالأخص في سن الرضاعة وحتى سن 6 سنوات.
- (6) الابتعاد عن النظرة السلبية للأطفال الذين يعانون من اضطراب التلعثم.

البحوث والدراسات المقترحة:

- من أهم ما تشير إليه الدراسات العلمية هو قدرتها على فتح الآفاق لبناء دراسات مستقبلية في العديد من المجالات، ويرى الباحثان أنه من الجيد أن يتم دراسة بعض المتغيرات المرتبطة بموضوع البحث الحالي وذلك على النحو التالي:
- (1) اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالاضطرابات السلوكية لدى ذوى اضطراب التلعثم.
 - (2) اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته باضطرابات النوم لدى ذوى اضطراب التلعثم.
 - (3) فاعلية برنامج إرشادي لتدريب الآباء على كيفية التعامل مع الأطفال لدى ذوى اضطراب التلعثم.
 - (4) فاعلية برنامج إرشادي أسرى لتنمية المهارات الاجتماعية للأطفال المتلعثمين من اضطراب ما بعد الصدمة.

(5) اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالتبول اللاإرادي لدى أطفال التلعثم.

المراجع

إبراهيم زريقات (2005). اضطرابات الكلام واللغة: التشخيص والعلاج. عمان: دار الفكر.

أحمد محمد الأملعي (2012). الاضطرابات النفسية ما بعد الصدمة لدى الأطفال. الامارات: ورقة عمل مقدمة بمؤسسة التنمية الأسرية.

أسامة عمر فرنية (2011). القيمة التشخيصية لاختبار رسم الشخص في تمييز اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

إيهاب عبد العزيز الببلاوي، وحسن مصطفى عبد المعطى (2007). فسيولوجية الإعاقة. الرياض: مكتبة الرشد.

جين نيكسون (2000). مساعدة الأطفال في مواجهة التلثم. (ترجمة مركز التعريب والبرجمة). بيروت: دار العربية للعلوم.

خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-5). (ترجمة أنور الحمادي). الدار العربية للعلوم. (الكتاب الأصلي منشور 2013).

دانييل جولمان (2000). الذكاء العاطفي. (ترجمة ليلي الجبالي). الكويت: سلسلة عالم المعرفة. (الكتاب الأصلي منشور 1986).

رياض صيدوم، وعبدالعزیز ثابت (2007). الصدمات النفسية وأثرها على الصحة للطلبة. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، (13)، 5-11.

ريلي (2001). إختبار شدة التلثم. (ترجمة نهلة عبدالعزيز الرفاعي). القاهرة: جامعة عين شمس. (الكتاب الأصلي منشور 1986).

زاهدة أبو عيشة، وتيسير عبدالله (2012). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية. عمان: دار وائل للنشر.

زينب محمد أبو حذيفة (1992). ديناميات الفزع الليلي - البول - التهتهة لدى الأطفال. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات العليا للطفولة جامعة عين شمس.

زينب محمود شقير (2001). كيف نربي أبناءنا؟ (الجنين الطفل المراهق) (ط2). القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

زينب محمود شقير (2006). اضطرابات اللغة والتواصل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

سامي العماري (2016). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى المحاربين. رسالة دكتوراة غير منشورة، كلية الآداب جامعة عين شمس.

- سعيد حسنى العزة (2001). الإعاقة السمعية واضطرابات الكلام والنطق واللغة. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع ودار الثقافة للنشر والتوزيع.
- شرميط محمد مصطفى (2016). معدلات انتشار اضطراب اللججة بين تلاميذ الصف الخامس والسادس من مرحلة التعليم بمدينة مصراتة. المجلة العلمية لكلية التربية, جامعة مصراتة، ليبيا، 285 – 295.
- شلباية عبد الباسط (2007). دراسة مسحية لمدى شيوع السلوكيات المصاحبة للتأتأة لدى أطفال المرحلة الأساسية في عمان. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية.
- صالح بن يحيى الغامدى (2009). اضطرابات الكلام وعلاقتها بالثقة بالنفس وتقدير الذات لدى عينة من طلاب المرحلة المتوسطة. رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية.
- عائدة عبد الهادى حسنين (2004). الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- عبدالعزیز الشخص (1997). اضطرابات النطق والكلام (خلفتها، تشخيصها). الرياض: دار المريخ.
- عفرآء سعيد خليل (2000). بعض المتغيرات الأسرية والنفسية لدى عينة من الأطفال المضطربين في الكلام. رسالة ماجستير غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية جامعة القاهرة.
- فيصل محمد خير الزراد (1990). اللغة واضطرابات النطق والكلام. الرياض: دار المريخ للنشر.
- محمد محمود النحاس (2006). سيكولوجية التخاطب لذوى الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- مصطفى فهمى. (ب.ت). أمراض الكلام. القاهرة: دار مصر للطباعة.

مرسيلينا حسن شعبان (2013). *الدعم النفسي ضرورة مجتمعية*. الكتاب الإلكتروني لشبكة العلوم النفسية. العدد 31.

نحلة عبدالعزيز الرفاعي (2001). *إختبار شدة التلعثم*. القاهرة: جامعة عين شمس.
هاني محمد محمود حجازي (2004). *الخبرة الصادمة وعلاقتها بأعراض الاضطرابات وبعض سمات الشخصية لدى أطفال شهداء انتفاضة الأقصى*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.

Al-Gawadi, A., & Abdul-Rhman, S. (2007). Prevalence of childhood and early adolescence mental disorders among children attending primary health care centers in Mosul, Iraq: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 7, 274.

Bijleveld, H. (2014). Post-traumatic stress disorder and stuttering: A diagnostic challenge in a case study. *Paper presented at the 10th Oxford Dysfluency Conference*, Oxford: United Kingdom, 17-20/7.

Brinton, B., & Fujiki, M. (1999). Social Interactional Behaviors of Children with Specific Language Impairment. *Language Disorders*, 19, (2), 49-69.

Gaven, A., & Sar, F. (2003). Do the mothers of stutter use different communication styles than the mother of fluent children? *International Journal of psychosocial Rehabilitation*, 8, 25-36.

Markham, C., van laar, D., Gibbard, D., & Dean, T. (2009). Children with speech, language and communication needs: Their perceptions of their quality of life. *International Journal of Language & communication disorders*, 44(5), 748-768.

Mattingly, M. (2015). Dysfluency in a service member with comorbid diagnoses: A case study. *Military Medicine*, 180, 1-E157.

Minnesota State University. (1998). *Case study 8 - What i think caused my stuttering*. Mankato: Author. Retrieved from <https://www.mnsu.edu/comdis/kuster/casestudy/case8.html>

Morly, E. (1972). *The Development and Disorders of Speech in childhood*. London: Churchill living Stone.

- Norman, R., Jaramillo, C., Eapen, B., Amuan, M., & Pugh, M. (2018). Acquired stuttering in veterans of the wars in Iraq and Afghanistan: The role of traumatic brain injury, post-traumatic stress disorder, and medications. *Military Medicine*. England: Author.
- Rozhdestvenskaya, G. (1974). The role of psychic trauma in the development of stuttering and characteristics of the neurotic reactions during these states. (Russian). *Zhurnal Nevropatologii Psikiyatatri*, 74 (4), 569-574.
- Travis, E. (1971). *Handbook of speech Pathology an audiology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, Inc.
- Ward, D. (2006). Stuttering and Cluttering: frame works for understanding treatment. Hove and New York City. *Psychology press*. ISBN-13: 978-1-84169-334-7.
- World Health organization. (1992). *ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: Clinical description and diagnostic guidelines* .Geneva: Author.