الفصل الثاني

التلعثم في ضوء النظريات المفسرة له

- مقدمة.
- انتشار التلعثم.
- التلعثم والقشرة المخية.
- خصائص وأعراض التلعثم في الكلام.
- مراحل تطور التلعثم في الكلام.
- شدة التلعثم.
- النظريات المفسرة للتلعثم في الكلام.

مقدمة:

تتزايد بمرور الوقت موضوعات البحث العلمي، وينطبق هذا على علم النفس الذي يعتبر سيكولوجية اللغة من أحدث مباحثه، فقد فرض السلوك اللغوي *Language Behavior* نفسه على الساحة السيكولوجية منذ فترة طويلة، ولا يقتصر الأمر على مجرد فحص السلوك اللغوي في شكله السوي؛ بل يمتد إلى دراسة أشكال الاضطراب أو الانحراف في هذا السلوك (فوس، ١٩٧٢، ١٧٢)، (جمعة سيد يوسف – فيصل عبد القادر يونس، ١٩٨٩، ٢٤).

ومن ثم فموضوع اللغة والكلام من الموضوعات الهامة التي شغلت علماء اللغة والكلام والطب والنفس والتربية والاجتماع وغيرهم من العلماء في مجالات متعددة من التخصصات الأخرى، وقد أكد هؤلاء جميعاً على أهمية اللغة والكلام في القدرة على الاتصال *Communacation* والتوافق ودورهما في النمو العقلي والاجتماعي والنفسي (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٠ – ١١).

وعندما يحدث اضطراب في اللغة أو الكلام يفقد كل منهما قيمته كوسيلة للتفاهم والاتصال بالآخرين؛ ويتفق الباحث مع آراء كثير من العلماء والباحثين حول تأثير التلعثم في الكلام على الفرد من حيث التوافق النفسي والاجتماعي، كما تنعكس آثار هذا الاضطراب على الآباء، حيث يغلب عليهم الشعور بالضيق والقلق نتيجة تلعثم طفلهم في كلامه.

مما سبق يتضح لنا أن اضطرابات الكلام تعد من مشاكل الطفولة التي تثير اهتمام الطبيب والمعلم والأسرة وخاصة الوالدين، وتنقسم هذه الاضطرابات إلى نوعين: اضطرابات الكلام ذات المنشأ النفسي واضطرابات الكلام ذات المنشأ العضوي ويختلفان في أسبابهما

وطبيعتهما وتطورهما؛ وبالتالي يختلفان في نتائج العلاج (إبراهيم العظماوي، ١٩٩٩، ١٢٨ – ١٢٩).

وفي ضوء ما سبق يمكن استخلاص عدة مؤشرات هامة نوجزها فيما يلي:

١- أن اللغة من أهم جوانب الحياة النفسية والاجتماعية للفرد، فهي أداة التخاطب والتفاهم التي تمكن الفرد من التواصل الاجتماعي مع بيئته الاجتماعية.

٢- عند دراسة السلوك اللغوي فإن الأمر لا يقتصر على مجرد دراسة هذا السلوك في شكله السوي، بل يمتد إلى دراسة أشكال الاضطراب في هذا السلوك لدى فئات عمرية مختلفة.

٣- اهتمت عدة تخصصات متمثلة في [علم اللغة – علم النفس – علم الاجتماع – الطب النفسي – وعلم أمراض الكلام] بدراسة اضطرابات اللغة والكلام والبحث في أسبابها وتقديم الأساليب العلاجية المناسبة لها.

٤- هناك العديد من اضطرابات الكلام، ويعتبر التلعثم من أبرز عيوب النطق والكلام وخاصة فيما يتعلق بالطلاقة اللفظية.

٥- نشأ فرع جديد من فروع العلم يربط بين علم النفس من ناحية وعلم اللغة من ناحية أخرى يطلق عليه علم النفس اللغوي *Psycholinguistics*.

٦- عند دراسة التلعثم لابد من فحص الجوانب العضوية أولا ثم النفسية والاجتماعية لها للتعرف على أسبابها وطرق علاجها.

انتشار التلعثم *Prevelence of stuttering*

تعتبر عملية حصر نسبة انتشار وحدوث التلعثم من الأمور الصعبة إلى حد ما لذلك يصعب تحديد السن الفعلي لحدوث التلعثم لدى الأطفال، وعلى الرغم من ذلك فقد أشارت

بعض الدراسات إلى أن الغالبية العظمى من الأطفال يتلعثمون في كلامهم في بداية ذهابهم للمدرسة، وقد يحدث التلعثم في سن مبكرة وخاصة عند بداية تكوين الأطفال للجمل (نوران العسال، ١٩٩٠، ٩)، (*Mahmoud Youssef, 1986, 10*).

وغالباً ما يبدأ التلعثم فيما بين [٢ - ٧] سنوات. وما يقرب من (٩٨٪) من حالات التلعثم تبدأ في سن (١٠) سنوات، وأحياناً تتحسن هذه المشكلة وتظهر مرة أخرى.

(National Assocation for Speech Fluency, WWW).

كما تؤكد معظم النظريات على انتشار التلعثم لدى الأطفال وحدوثه بدرجات ضئيلة في مرحلة المراهقة، وينتشر هذا الاضطراب في أعمار مختلفة، ويحدث بنسبة [٣- ٥٪] في مرحلة ما قبل المدرسة، وبنسبة [٧- ١٠٪] في المراحل التالية من مجموع السكان العام *(Michael and David, 1998, WWW)*.

ولقد حاول الكثير من الباحثين دراسة أصل مشكلة التلعثم ومعرفة جذورها التاريخية وفي نهاية الأمر أجمعوا على صعوبة تحديد أصل ونشأة هذا الاضطراب بدقة، فالتلعثم مشكلة قديمة من أيام الفراعنة، وكتب عنها باللغة الهيروغليفية، وقد وردت في التراث والأخبار والأسفار، وهناك قصة شهيرة عن الأمير اليوناني "ستاتو" *Stutto* – الذي قيل أنه يتلعثم في كلامه، وعندما انتشر هذا الاضطراب بين الناس سميت حالة التلعثم في الكلام باسمه *Stuttering*- وتعني مرض الأمير "ستاتو" وظلت هذه التسمية سائدة ومعتمدة في عالم الطب واللغة، ومن أبرز شخصيات التاريخ التي عرفت بالتلعثم في الكلام [النبي موسى عليه السلام – شارلز الأول وإدوارد السادس – الملك جورج الخامس – تشارلز دارون – ونستن تشرشل - أرسطو] فالتلعثم يحدث على مستوى اللسان والتعبير والطلاقة اللفظية ولم يؤثر على تفكيرهم ونتاجهم ومعالم شخصياتهم (إبراهيم العظماوي، ١٩٨٨، ١٣٣ – ١٣٦)، (نوران العسال، ١٩٩٠، ٥)، (عباس عوض، ١٩٩٥، ١٠٩).

هذا وقد أجريت دراسات في أمريكا وإنجلترا وبلجيكا وقبائل الهنود الحمر – وذلك لتحديد نسبة حدوث وانتشار التلعثم لدى تلاميذ المدارس، وقد أشار "بوم" *Boome* – وكذلك "رتشاردسون" *Richardson* – إلى أن نسبة التلعثم بين تلاميذ المدارس تختلف من بلد إلى آخر، كما وجد أن التلعثم غير معروف وغير موجود لدى قبائل الهنود الحمر، كما قام "مصطفى فهمي" بدراسة على عينة من تلاميذ المدارس من الأطفال الذكور والإناث، وذلك للتعرف على مدى انتشار التلعثم، فوجد انتشاره عند الذكور بنسبة (٠,٧٤) وعند الإناث بنسبة (٠,٧١) وهي نسبة ضئيلة بالنسبة للمجتمعات الأخرى ذات التعقيدات الحضارية. وأظهرت هذه الدراسة زيادة حدوث التلعثم في الفئة العمرية [٨- ١١] سنة – لأن سنوات العمر التي تسبق سن الثامنة تكون فيها حياة الطفل خالية من المسئوليات وتبدأ اهتمامات الطفل ومسئولياته خاصة المدرسية بعد هذا السن. كما ترى "باربارا" *Barbara* – أن التلعثم يظهر أحياناً في مراحل متأخرة وله علاقة بالخبرات الصدمية والنفسية (خليل ميخائيل معوض، ١٩٨٣، ٢٥٧)، (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٤٤ – ١٦٤).

وفي ضوء ما سبق نلاحظ أن مشكلة التلعثم في الكلام غير مرتبطة بالحدوث أو الانتشار في مجتمع معين أو سن محدد، إلا أننا نلاحظ أن هذه المشكلة يغلب حدوثها وانتشارها خلال مراحل الطفولة، وتزداد في الفئة العمرية من [٦- ٨] سنوات نظرا لبداية الانفصال عن الأسرة ودخول الطفل إلى المدرسة.

التلعثم والفروق بين الذكور والإناث *Sex Ratio in stuttering*

لقد اتفق الباحثون على حدوث وانتشار التلعثم لدى الذكور بنسبة أعلى من انتشاره لدى الإناث، وقد يرجع ذلك إلى أسباب تكوينية، كما أن تأثير الظروف التربوية والاجتماعية يتطلب معاملة خاصة للذكور خلافاً للإناث. فالطفل الذكر مطالب بالشجاعة والبراعة والاختلاط مما يجعله في صراع دائم، وبالتالي يتعرض لضغوط نفسية مستمرة تؤدي إلى توتر نفسي شديد يظهر في صورة تلعثم وتردد في الكلام (إبراهيم العظماوي، ١٩٨٨، ١٣٢ – ١٣٧)، (نوران العسال، ١٩٩٠، ٩ – ١٠)، (*David and Martin, 1989, 535*).

وتتراوح نسبة انتشار التلعثم لدى الجنسين من [٣ أو ٤ إلى ١] لصالح الذكور، وهذا الفرق قد يرجع إلى فروق طبيعية في أجهزة النطق وسرعة نضجها، علماً بأنه لا توجد هناك فروق في المظاهر الإكلينيكية للتلعثم بين الذكور والإناث، ويقدم "دانلوب" *Dunlop* – شرحاً لهذا الفرق – حيث يرى أن التلعثم يرجع إلى خوف الطفل من أن يقول شيئا رديئاً *Something* – أو أن يستخدم بعض التعبيرات السيئة والتي تجلب له العقاب، فالأطفال الذكور بحكم لعبهم في الشارع يلتقطون مثل هذه التعبيرات أثر من الإناث، والخوف يكون واضحا لدى الذكور فيحدث التلعثم (عباس عوض، ب ت، ١٢٩)، (عبد الرحمن العيسوي ١٩٩٠، ٢٩٧ – ٣٠٨)، (*St. Patrick's Day - Medical Article on Stuttering, WWW*).

انتشار التلعثم بين أفراد العائلة *Incidence of stuttering in famillies*

من الأمور الملحوظة زيادة فرص انتشار وحدوث التلعثم بين أفراد العائلة التي يوجد بها تاريخ لأحد الأشخاص المتلعثمين أكثر من العائلة التي لا يوجد بها حالات تلعثم بين أفرادها، وقد أشار "ويست وآخرون" *west et al* إلى أن نسبة حدوث التلعثم في العائلات

التي يوجد بها تاريخ مرضى سابق للتلعثم حوالي (٣٪) بالمقارنة بالمتلعثمين الذين لا يوجد تاريخ سابق للتلعثم في عائلاتهم، كما وجد "اندروز وهاريس" (١٩٦٤) *Andrews and Harris* أن (٣٠٪) من المتلعثمين لهم أقارب في العائلة يعانون من مشكلة التلعثم في الكلام.

(*Mahmoud Yousef, 1986, 18 - 19*)، (نوران العسال، ١٩٩٠، ١٢).

وإذا كان أحد الوالدين أو قريب ما يعاني من التلعثم فإن نسبة الإصابة في الأجيال القادمة تكون أكثر وجودا، فقد أوضحت بعض الدراسات أن الرجال الذين أصيبوا بالتلعثم حوالي (٩٪) من بناتهم يكن قابلات للإصابة بهذا الاضطراب، في حين أن (٢٢٪) من الذكور يصابوا بالاضطراب نفسه (*Shirley, N- Sparks, Ms, 1984, 84 - 86*).

يتضح مما سبق إجماع العلماء على حدوث التلعثم في الكلام لدى الجنسين معا ولكن بنسب متفاوتة، حيث أشارت الدراسات إلى ارتفاع نسبة الإصابة لدى الذكور عن الإناث لظروف وأسباب متعددة سبق تناولها.

التلعثم والقشرة المخية:

يرى بعض الأطباء وعلماء التشريح واللغة أن الوظائف اللغوية توجد في أحد نصفي كرتي المخ السائدة. والواقع أنه ما تزال مشكلة تفضيل استخدام يد على أخرى مثار جدل وخلاف بين العلماء، فهناك دلائل تشير إلى وجود عامل استعداد وراثي قوي، ولكن نمط الوراثة فيه ليس مؤكدا، كما أن هناك من يعتبر عامل الممارسة والتدريب من العوامل المساهمة في ذلك، فكثير من الأطفال يجبرون في صغرهم على التحول من استخدام اليد اليسرى إلى اليد اليمنى، وذلك لأن العرف يعتبرهم شاذين في عالم يستخدم فيه الآخرون اليد اليمنى في تناول الأشياء (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٢٣ – ١٢٤).

إذ إنه من المعروف أن الجهاز العصبي المركزي خاصة الدماغ يقوم بتنظيم وظائف عديدة ومنها القدرة على الكلام، ومن المعروف خلال جملة الدراسات العصبية أنه يوجد في مخ الإنسان مناطق وأجزاء متخصصة في وظائف الكلام وخاصة منطقة "بروكا" في الفص الأمامي من الدماغ والتي تقوم بتنظيم الجانب التعبيري من الكلام، وهناك منطقة يطلق عليها "فرنكا" في الفص الصدغي من الدماغ - وهي مرتبطة بمنطقة الكلام، ويقوم هذان المركزان بوظيفة سماع واستيعاب وفهم الكلام، ومن ثم فإن مركزي التعبير والفهم يقعان في النصف الأيسر من الدماغ وهو الجانب المسيطر إذا كان الطفل يتجه لاستخدام اليد اليمنى، وهذا هو الغالب لدى معظم الأطفال، أما الأطفال الذين يستخدمون اليد اليسرى فيكون الجانب الأيمن هو المسيطر من الناحية الوظيفية طبقاً للمراكز العصبية الموجودة بالدماغ (إبراهيم العظماوي، ١٩٨٨، ١٢٠)

ولقد تحدث علماء النفس قديماً عن وجود ملكات عند الإنسان ومنها الكلام، وتوصلوا إلى أن الخلايا العصبية مسئولة عن الكلام في النصف الأيسر للمخ، وفي حالة إصابة هذه الخلايا بالأمراض أو الحوادث فإن المصاب يعجز عن التعبير عن نفسه بالكلام المناسب كما نجد المريض لا يعاني العجز عن الكلام فقط ولكنه لا يفهم معاني الكلمات التي يسمعها من الآخرين (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٠، ٢٩٨).

وقد وجد أن هناك نسبة عالية لحدوث التلعثم من بين المصابين بإصابة دماغية وخاصة مرضى الشلل المخي *Cerbral Palsy* - وقد رأى العلماء أن التلعثم في هذه الحالة يعتبر شكلاً من أشكال الصرع، كما أرجع بعض الباحثين نسبة حدوث التلعثم بين مرضى الإصابة الدماغية إلى أنهم دائماً مضطربو الانفعالات والعواطف مما ينعكس على طريقة كلامهم (نوران العسال، ١٩٩٠، ١٣).

وفي عام (١٩٣١) وجد العالم الأمريكي "ترافيس" *Travis* – وهو من المتخصصين في اضطرابات الكلام – أن الطفل الأعسر إذا أجبر بشدة على أن يستخدم يده اليمنى فإنه يعاني من التلعثم في الكلام – وتفسير ذلك أن عملية الإجبار والإرغام هذه تؤدي إلى تنشيط نصف الكرة الأيسر، وتحريض هذا الجزء من الدماغ وخلق بؤرة عصبية نشطة، وهذا يؤدي إلى نوع من التعادل الوظيفي بين نصفي كرتي المخ عوضاً عن سيطرة أحد النصفين على النصف الآخر، وهذا ما يؤدي إلى اضطراب الطفل في كلامه وحدوث التلعثم له (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٢٣ – ١٦٦).

وفي ضوء ما سبق نجد أن مشكلة التلعثم في الكلام نالت حظاً موفوراً من الاهتمام من جانب علماء التشريح وأمراض الكلام وعلم النفس والاجتماع.

خصائص وأعراض مشكلة التلعثم في الكلام:

لاشك أن اضطراب الطفل المتلعثم في الكلام يسبب له حرجاً شديداً وشعوراً مؤلماً بالضيق وإحساسا بالنقص، وهذا يعرضه إلى سخرية واستهزاء الآخرين، مما يدفعه إلى الانطواء والعزلة خوفاً من ردود أفعال المستمعين، ولكي يتجنب المتلعثم التردد في كلامه فإنه يتكلم ببطء أو بسرعة وأحياناً يختصر في الإجابة على الأشياء بنعم أو بلا فقط، وكذلك قد يستخدم أعضاء جسده في التنفيس عما يريد مثل تحريك اليد أو الرأس وأحيانا إخراج اللسان، ويستطيع الأطفال المتلعثمون الغناء والخطابة بطلاقة واضحة وبدون تلعثم في بعض الأوقات التي لا تشتمل على ضغوط وصراعات ومواقف انفعالية (إبراهيم العظماوي ١٩٨٨، ١٣٤ – ١٣٧).

وتتعدد خصائص وأعراض التلعثم لدى الأطفال، وتظهر في صورة تكرار للكلمات أو جزء منها أو تكرار للأصوات *Repetition of words, part- words or sounds* وكذلك

تظهر في صورة إطالة للأصوات *Prolongation of sounds* أو التوقف في الكلمات *Blocking of words* – كما يصاحب هذا الاضطراب بعض الحركات في الوجه والشفاه *Movemements of the faceand jaw* ويبدأ المتلعثم في تجنب بعض المواقف والكلمات التي تسبب له التوتر والمجاهدة الجسمية من وجهة نظره.

(Stuttering- Medical- Articleon stuttering, WWW).

ويجب أن تأخذ في الاعتبار كمية التكرار أو المعاناة في كلام المتلعثم، والتركيز على الأعراض التي تظهر في عضلات الوجه *Facial muscles* وحركات الجسم واضطراب التنفس (اللهث) *gasping for breath* – والرمش الشديد للعينين *Hard blinking of the eyes*- واستخدام الصوت المرتفع *(Stark wather etal, 1997, WWW)*.

وفي ضوء ما سبق نجد أن هناك أعراضا تميز مشكلة التلعثم في الكلام عن غيرها من الاضطرابات الكلامية الأخرى تتراوح فيما بين الأعراض الحركية والنفسية.

وتتمثل أعراض التلعثم الشديد في تكرار أكثر من مقطعين من المقاطع اللفظية *More than 2 repetitions of syllables* – وكذلك تكرار أكثر من كلمتين ورفع أو تأرجح شدة الصوت مع التكرارات *raise in pitch or loudness of voice with repetitions* والوقفات والاعتراضات والإطالة في الأصوات في حرف أو أكثر ودرجة وعي الطفل المتلعثم بعدم طلاقته في الكلام، وهذه الأعراض قد تظهر وتختفي، وإذا لوحظ التلعثم على أي فرد في الأسرة، فأنه من الضروري الاتصال بأخصائي أمراض اللغة والكلام أو طبيب الأسرة *Speech- Language Pathologist or family physician* – لكي يتدخل بأية طريقة علاجية لخفض حدة التلعثم في الكلام *(Anthony Wray, 1996, WWW)* وعلى هذا الأساس يجب أن تؤخذ في الاعتبار الأعراض والخصائص التالية عند تشخيص مشكلة التلعثم في الكلام:

١- التكرارات المتعددة لجزء من الكلمة *Multiple part - word repetitions*.

٢- الإطالة ومد الصوت أو الحرف - *Stretching out a sound Prolongation*.

٣- التوتر والمجاهدة *Tension and Struggle*.

٤- الارتعاشات *Tremors*.

٥- التجنب "التفادي" واستبدال الكلمات *Avoidance and substitutions of word*.

٦- الخوف والصعوبة من بداية الكلام *Fear and Difficulty in starting*.

(Pcter. R. Ramig, 1993, 226 – 236, WWW).

وتختلف أعراض التلعثم من موقف لآخر، وتشتد في مواقف الضغط النفسي مثل المقابلة لشغل وظيفة أو الحديث مع ذوي السلطة، وفي معظم الحالات غالباً ما يختفي التلعثم في مواقف معينة خاصة أثناء القراءة الشفوية مع الآخرين أو في بعض أوقات الغناء الجماعي وأحياناً يختفي أثناء نوبات الغضب *(Naser Kotby, etal, 1992, 337 - 349)*.

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد عدد الأعراض والخصائص المميزة لمشكلة التلعثم في الكلام نوجزها فيما يلي:

١- **التكرار** ***Repetition***.

٢- **الإطالة** ***Prolongation***.

٣- **الوقفات** ***Blocks***.

٤- **الملامح الثانوية** ***Secondary Features***.

٥- **الارتعاشات** ***Tremors***.

٦- **السلوك الإحجامي أو التفادي** ***Avoidance Behaviour***.

٧- **اضطرابات التنفس** ***Breathig disturbance***.

٨- **ردود الأفعال الانفعالية**.

ويمكن عرض هذه الأعراض والخصائص بإيجاز على النحو التالي:

١- التكرار *Repetition*

ويقصد به تكرار المقاطع أو الحروف أو الكلمات، حيث يقوم المتلعثم بتكرار كلمة بأكملها أو جملة، ويلاحظ وجود التكرار لدى جميع المتلعثمين بدون استثناء، ومعظم التكرارات تحدث بصورة لا إرادية، وقد أشار بعض العلماء إلى أنه من الأعراض الخطيرة للتلعثم عندما يكرر المتلعثم الجملة كاملة أو الكلمات كلها، ويصاحب ذلك جهد وتوتر.

(Stephen, B. Hood, WWW).

٢- الإطالة *Prolongation*

وهي محاولة من جانب المتلعثم لإطالة نطق المقاطع والكلمات، ويظهر ذلك بوضوح في إطالة الأصوات خاصة الحروف الساكنة، وهذا العرض من أهم ما يميز كلام المتلعثم وهو يظهر لدى غالبية المتلعثمين في صورة إطالة للصوت.

(Julie Mazzuca – Peter, 1989, WWW).

٣- الوقفات *Blocks*

ويقصد بالتوقف أو الامتناع عن الكلام عدم قدرة المتلعثم على إنتاج الصوت إطلاقاً رغم المجاهدة والمعاناة الكبيرة في إخراج الكلام؛ وذلك نتيجة انسداد في مكان ما بالحبليين الصوتين مع التوقف أثناء الكلام مثل التعبير بهزة مفاجئة للرأس أو الذراعين، ويطلق على هذه الأنماط "مصاحبات التوقف"، وفي حقيقة الأمر يعتبر المتلعثم هو المسئول الرئيسي عن حدوث هذه الوقفات ولكن بطريقة لا إرادية (نوران العسال، ١٩٩٠، ٣٤).

٤- الملامح الثانوية والتغيرات الفسيولوجية المصاحبة للتلعثم

Secondary Features

وتتلخص هذه الأعراض في صورة الضغط على الشفتين وفتح العينين وإغماضهما لا إرادياً، وإبراز اللسان، وتكشيرات الوجه، واضطراب التنفس وحدوث حركات باليدين والأطراف والرأس (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٦٢ – ١٧٨).

ويعتقد أن التغيرات الفسيولوجية المصاحبة للتلعثم تظهر نتيجة للقلق والتوتر والانفعال الزائد، وهذا ينعكس بدوره على عملية التنفس وحركات العين واضطرابات في الدورة الدموية (نوران العسال، ١٩٩٠، ٤١ – ٤٢).

٥- السلوك الإحجامي *Avoidance Behaviour*

ويعكس هذا السلوك رغبة المتلعثم في تجنب ما يترتب على تلعثمه من نتائج غير سارة، ومؤلمة، ويظهر هذا السلوك في صورة استبدال الكلمات وإقحام الأصوات والكلمات والجمل الخارجية وتجنب الحديث.

Substitutions of words, interjection of extraneous Sounds, Words, or phrases, avoidance of talking (Peter R. Ramig, 1995, WWW).

ويرفض المتلعثم الدخول في مواقف ومناقشات كلامية، كما يرفض نطق بعض الكلمات التي يخشاها ويتفادى الرد على التليفون – وكذلك عدم الرد على الأسئلة والرغبة في البعد عن الآخرين.

٦- ردود الأفعال الانفعالية،

ويتمثل ذلك في ظهور عدة أعراض على سلوك وشخصية المتلعثم متمثلا ذلك في القلق والحزن والخوف والعدوانية والإحباط والشعور بعدم القيمة، ومع تقدم السن واستمرار التلعثم تتغير المشكلة من حيث الخصائص والحدة، ومن ثم فالتلعثم يعتبر اضطراباً دينامياً

غير مستقر مما يجعل ملاحظته وقياسه أمراً صعباً (جمال محمد حسن، ١٩٨٧، ١٢) (صفاء غازي أحمد، ١٩٩٢، ٤١ – ٤٥).

ولعل من أبرز خصائص المتلعثمين الشعور بالخجل والشعور بالذنب، وهذه الأعراض تشكل مطالب وضغوطاً زائدة على جهاز الحركة والكلام مما يفاقم من حدة المشكلة *(Bill Murphy, 1996, WWW).*

وفي ضوء ما سبق وعلى الرغم من تعدد الأعراض والخصائص المصاحبة لمشكلة التلعثم، إلا أن هذه الأعراض تختلف من متلعثم لآخر، كما أن التلعثم لا يحدث بصفة عامة في كل الظروف والأوقات، ولكن أجمع العلماء على وجود أعراض ومصاحبات جسمية ونفسية ومعظمها يزيد من حدة التلعثم في الكلام، ومعظم الأعراض والخصائص الجسمية والنفسية السابقة قد لاحظها الكاتب أثناء إجراء المقابلات مع الأطفال المتلعثمين.

ويمكن عرض هذه الأعراض والخصائص من وجهة نظر الباحث على النحو التالي:

أعراض وخصائص مشكلة التلعثم في الكلام:

الأعراض والخصائص الحركية	الأعراض والخصائص النفسية
* اهتزاز رموش العين.	* القلق.
* اللوازم.	* عدم الثقة بالنفس.
* الرعشة في الشفتين.	* الخجل الاجتماعي.
* هز وتحريك الرأس.	* الانزواء والانطواء.
* اضطراب التنفس.	* العصابية.
* الإفراط في العرق.	* سوء التوافق المدرسي والمهني.
* شحوب واحمرار الوجه.	* التلهف الزائد.
* السعال والتثاؤب.	* الحساسية والخوف والانقباض.

* بلع اللعاب.
* اهتزاز اليدين.
* بالضغط بالقدم على الأرض.
* إخراج اللسان.
* انتفاخ الخدين.
* التنفس من الفم.
* تضخم اللوزتين.
* فتح الفم واتساع فتحة الأنف.
* اضطراب الشهيق والزفير.
* الميل بالجسم إلى الأمام أو الخلف أو إلى الجنب.
* أعراض سيكوسوماتية.
* الشعور بالنقص.
* سرعة الغضب والانفعال.
* التوتر النفسي.
* الشعور بالسخرية والاستهزاء من الآخرين.
* العدوان.
* الشعور بالإحباط والإحساس بالذنب.
* الحساسية الزائدة.
* اضطراب الانتباه وفرط الحركة.
* الشعور باليأس.
* الشعور بالاكتئاب والحزن.
* الرغبة في الانتحار.

نموذج يوضح مدى تداخل وتفاعل الأعراض الحركية والنفسية لدى المتلعثمين

مراحل تطور مشكلة التلعثم في الكلام

تختلف الصورة الإكلينيكية للتلعثم في مراحله الأولية عنها في مراحله النهائية أو المكتملة سواء عند الأطفال أو المراهقين، وقد اختلفت الآراء حول تقسيم مراحل تطور التلعثم، فقد أطلق "بلوميل" *Blumel* (١٩٣٢) اسم التلعثم الابتدائي *Primary stuttering* – على المرحلة الأولية من الاضطراب، وتتميز أعراض هذه المرحلة بوجود تكرار في الكلمات أو المقاطع، ويمكن أن يختفي هذا التكرار ثم يعاود الظهور مرة أخرى، أما التلعثم الثانوي *Secondary stuttering* – فيتميز بالخوف من كلمات أو مواقف معينة.

(Blumel, C. S. 1932, 187 – 200).

وقد قسم "بلودشتين" *Bloodstein* (١٩٧٥) تطور التلعثم إلى أربع مراحل معتمداً على مميزات كلام المتلعثم بغض النظر عن عمره مع مراعاة بعض المشاكل التي تحدث كرد فعل لمشكلة التلعثم وتتميز كل مرحلة من هذه المراحل بعدد من الخصائص تميزها عن الأخرى *(Mahmoud youssef, 1986, 88 - 92)*، (نوران العسال، ١٩٩٠، ٤٤-٤٦).

وعلى هذا الأساس يمكن التمييز بين ثلاثة أنواع لمشكلة التلعثم في الكلام هي:

النوع الأول: التلعثم النمائي - ويحدث في مرحلة الانتقال إلى المخارج السهلة للكلمات من سن ٢ - ٤ سنوات، حيث يتغير نمو الكلمات من الإطالة إلى التوقف والتكرار أو التردد.

النوع الثاني: التلعثم المتحسن - ويظهر لدى بعض الأطفال من سن ٣ - ١١ سنة وأحيانا يزول تلقائيا في مدة تتراوح من ٦ أشهر إلى ٦ سنوات.

النوع الثالث: التلعثم الثابت - ويظهر لدى بعض الأطفال في سن ٣ - ٨ سنوات، ويحتاج هذا النوع إلى تدخل علاجي طويل المدة (محمود حمودة، ١٩٩١، ٢٦١).

وهناك اتجاه يميز بين أربع مراحل لتطور مشكلة التلعثم على النحو التالي:

المرحلة الأولى: وتظهر لدى أطفال الخامسة من العمر فأقل، وغالبا ما تكون عودة الطفل إلى حالته الطبيعية أكثر احتمالا.

المرحلة الثانية: وتظهر لدى الأطفال في سن ٦ - ١٢ سنة وقد تكون مزمنة وشديدة.

المرحلة الثالثة: وتظهر في بداية المراهقة نتيجة مواقف وظروف معينة.

المرحلة الرابعة: وتظهر في نهاية مرحلة المراهقة وفي المراحل العمرية التالية، وغالباً ما تكون نتيجة لمواقف محبطة وصدمات وإصابات دماغية (زكريا الشربيني، ١٩٩٤، ١٥٩ - ١٦١).

وفي ضوء ذلك توجد ثلاث مراحل لتطور مشكلة التلعثم هي:

١- أن التلعثم قد يبدأ عند بداية اكتساب الطفل لمفردات اللغة والكلام (وهذا النوع سائد لدى معظم الأطفال) ويعتبر تلعثماً طبيعياً بسبب نقص في المحصول اللغوي للطفل وعدم قدرته على التعبير عن أفكاره وآرائه بطلاقة.

٢- أن التلعثم قد يظهر عند دخول الطفل المدرسة والانفصال عن محيط الأسرة (وهذا النوع سائد لدى الطفل الاعتمادي).

٣- نادراً ما يظهر التلعثم في سن البلوغ والمراهقة، وخاصة عند الحديث مع الجنس الآخر، وأحياناً ما يكون مصدره نفسي المنشأ (عباس عوض، ١٩٩٥، ١١١).

وجدير بالذكر أن التلعثم لا يحدث بنفس الدرجة عند كل الأشخاص، فالنوع الأول من التلعثم يكون في معظم الأحوال ذا تأثير بسيط، في حين أن النمط الأخير من التلعثم تكون الإعاقة ملحوظة وواضحة وتكون التكرارات سريعة ونادراً ما يكون الحديث متواصلاً، مما يؤثر على سلوك وشخصية المتلعثم ويصبح أقل ثقة في نفسه

(james Hunt, 1967, 12 - 24).

كما يميز بعض علماء النفس الإكلينيكي بين حالات التلعثم الخفيفة والحالات الحادة، وأشاروا إلى أن التلعثم يظهر في صور عديدة منها:

١- التلعثم الاختلاجي أو الاهتزازي *Clonic Stuttering*

ويظهر هذا النوع في صورة تكرار أو إعادة لبعض الحروف والمقاطع الصوتية وذلك بصورة لا إرادية، ويظهر ذلك بوضوح عند بداية الكلام وعند نطق أول حرف من الكلمة وهذا النوع يسبب تشنجاً في عضلات الجسم، وتزداد حالة التلعثم الاختلاجي عند الانفعال أو عند الحديث مع الغرباء، وهو أبسط أنواع التلعثم وغالباً ما يظهر لدى الذكور عنه لدى الإناث.

٢- التلعثم التشنجي أو الانقباضي *Tonic Stuttering*

ويتصف هذا النوع بأنه أكثر شدة؛ حيث يتوقف المتلعثم عن الكلام فجأة وبدون مبرر وهذا ما دفع بعض الباحثين إلى تسمية هذا النوع "بالتلعثم الكفي" *Inhibitition stuttering* ويصاحب هذا النوع تشنج في عضلات الوجه وارتعاش في الأطراف، ومن الطبيعي أن يؤدي ذلك إلى مشاعر القلق والإحباط والعدوان والخوف من الكلام (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٥٩ – ١٦١).

ومن خلال ما سبق يمكن القول: بأن مشكلة التلعثم متعددة الأشكال والمستويات كما اتفق العلماء والباحثون على وجود أنواع متدرجة في الشدة للتلعثم، تبدأ بالتلعثم البسيط وتنتهي بالتلعثم الثابت، وعلى الرغم من ذلك فقد اختلفوا حول تحديد الفئة العمرية المناسبة لظهور التلعثم، ومما يلفت النظر أنه لكل مرحلة من مراحل تطور مشكلة التلعثم خصائص تميزها عن غيرها من المراحل الأخرى، وعلى الرغم من تقسيم الباحثين لمشكلة التلعثم إلى فئات وأنواع، إلا أنهم لم يتمكنوا من التحديد الدقيق لبداية كل نوع على حده وبذلك يظهر مدى التداخل بين مراحل وأنواع التلعثم.

ويتفق الباحث مع الآخرين حول خطورة اضطراب التلعثم في الكلام مهما كان وعيه ودرجته؛ فهو يعوق توافق الفرد مع البيئة المحيطة حتى لو كان هذا النوع بسيطاً.

شدة التلعثم *Severity of stuttering*

من أهم الجوانب الإكلينيكية التي يجب تقييمها أثناء الفحص المبدئي للمتلعثم هو معرفة مدى شدة ودرجة التلعثم؛ وذلك حتى يمكن وضع الخطط العلاجية المناسبة لكل مريض، ومن المقاييس التي تستخدم لتحديد شدة التلعثم مقياس "جونسون وزملاؤه"

Jhonson (١٩٦٣) والذي يمكن استخدامه للتشخيص الأولى ثم لتقييم التحسن بعد التدريب والعلاج وهو يتكون من سبع درجات هي:

١- تلعثم بسيط جداً *Very Mild stuttering*.

٢- تلعثم بسيط *Mild stuttering*.

٣- تلعثم بسيط إلى متوسط *Mild to Moderate stuttering*

٤- تلعثم بسيط *Moderate stuttering*.

٥- تلعثم متوسط إلى شديد *Moderate to severe stuttering*.

٦- تلعثم شديد *severe stuttering*.

٧- تلعثم شديد جداً *Very severe stuttering*.

(Mahmoud Youssef, 1986, 83 - 85)، *(Johnson, et al, 1963, 68 - 73)*، (نوران العسال، ١٩٩٠، ٤٧ - ٤٨).

وقد انتقد "فان رايبر" *Van Riper* (١٩٧١) هذا المقياس – ويرى أنه من أهم النقاط التي يمكن أن نعتمد عليها في تحديد شدة التلعثم هي حساب الفترة الزمنية للتلعثم، فهي تعطي انطباعا جيدا عن مدى تحسن المتلعثم، ويمكن أيضا تحديد شدة التلعثم عن طريق معرفة السلوك الاجتماعي للمتلعثم ومدى تأثير هذه المشكلة في تعامله مع الآخرين.

(نوران العسال، ١٩٩٠، ٤٧ – ٥٢)، *(Mahmoud Youssef, 1986, 79 - 82)*.

وعلى هذا الأساس نلاحظ أنه أجريت محاولات عديدة من جانب الباحثين لقياس وتحديد شدة التلعثم؛ وذلك للتعرف على حجم المشكلة وفاعلية الأساليب العلاجية المستخدمة، كما أن تحديد شدة التلعثم وقياسه يحتاج إلى دقة ومهارة من جانب المتخصصين لوضع الاعتبارات والمحكات اللازمة لهذا الغرض.

نيا أسباب مشكلة التلعثم في الكلام

ـ ـر الدراسات الطبية والنفسية والتربوية إلى أن أسباب التلعثم غير معروفة على وجـ ا ـحديد، وتختلف على حسب الحالات والفئات العمرية والبيئات، ومعظم هذه الأسبـ ـ ترجع إلى عوامل عضوية أو نفسية، وجميع هذه الأسباب متداخلة بعضها مع البعض الآخر، كما أن ثنائية اللغة أو تعدد اللغات لدى الطفل تساعد على حدوث التلعثم كما يشـ ـر بعض العلماء إلى وجود علاقة ارتباطية بين التأخر اللغوي وظهور التلعثم لدى الأطفال (عبد الحليم محمود وآخرون، ١٩٩٠، ٥٧٥ – ٥٧٧)، (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٠، ٣٠١ – ٣٠٦)، (حامد الفقي، ١٩٩٠، ٢٠٧)، (حلمي أحمد حامد، ١٩٩١، ٢٠٧ – ٢٠٨).

وهكذا يختلف الباحثون في تحديد الأسباب التي تؤدي إلى التلعثم، فمنهم من يرجعها إلى أسباب فسيولوجية، ومنهم من يرجعها إلى أسباب نيرولوجية، ومنهم من يرجعها إلى إصابة جزء من المخ أو إلى تغيرات كيميائية، وأساليب التنشئة الخاطئة.

(Lester, Crow and Alice crow, 1956, 274 - 275)، (بدرية كمال أحمد ١٩٨٥ ٢٦ – ٢٧)، (هدى برادة، فاروق محمد صادق، ١٩٩١/٩٠، ١٩٦).

ويتفق الباحثون في الآونة الأخيرة على دور المؤثرات الوالدية والعوامل البيئية والنفسية في إحداث التلعثم لدى الأطفال، وتأثر الطفل المتلعثم بالمعاملة التي يتلقاها من حوله، خاصة من جانب الآباء والأمهات، على أساس أنه ينقصهم المهارات المهنية والتربوية في معاملة أطفالهم سواء العاديين أو المضطربين كلاميا (عبد المنعم الحفني ١٩٩٢، ١٧٢)، *(Lena Rustin, 1995, 123 – 139)*.

وهكذا اعتبر الباحثون في مجال علم النفس وعلم أمراض الكلام مشكلة التلعثم لا تزال لغزا محيرا ومحورا للجدل والخلاف خاصة فيما يتعلق بالأسباب وبالتالي طرق وأساليب

العلاج (*Schulze, H - S - Johannsen, 1991, 135 - 143*)، (سرجيوسبيني، ١٩٩١، ٦٥)، (سهير كامل أحمد، ١٩٩٤، ١١٣ - ١١٤).

نظريات التلعثم

على الرغم من توافر كثير من المعلومات حول مشكلة التلعثم، إلا أن تقسيم التلعثم إلى نظريات لتفسيره يعد عملية صعبة نظراً للتداخل الكبير فيما بينها، وفيما يلي عرض موجز لأهم النظريات التي تفسر مشكلة التلعثم في الكلام.

أولاً: النظريات الوراثية

يفسر أصحاب الاتجاه الوراثي التلعثم على أساس أنه استعداد وراثي يجعل صاحبه معرضا للإصابة بالتلعثم، خاصة إذا واجه مواقف وصدمات نفسية حادة، إلا أن المحتمل حتى الآن أن الوراثة عامل ممهد وليست عاملا مسببا لإحداث التلعثم.

(*Paul, A- Clarke, 1968, 275 - 276*)، (انتصار يونس، ١٩٩١، ٣٣٥ - ٣٥٧).

وجدير بالذكر أنه لا يوجد دليل قاطع على أن سبب التلعثم وراثي بحت، وإنما تشير وتؤكد نتائج الدراسات والبحوث السابقة إلى التفاعل بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية كسبب من أسباب التلعثم في الكلام (*Yairi, E, et al,1996, 771 - 784*).

وحول تفسير أسباب التلعثم كتب "جيميسن" *Jameson* – و "جونسون" *Johnson*- عن أهمية الوراثة في ظهور التلعثم، إلا أن كلا من "أندروزدهاريس" يؤكد على أن العوامل الوراثية لا تعدو عن كونها عوامل ممهدة للإصابة بالتلعثم، وتشير نتائج الدراسات الحديثة إلى أن التلعثم به جزء وراثي على الأقل، وأنه يصعب الفصل بين دور العوامل الوراثية والبيئية في إحداث التلعثم (محمد أحمد غالي – رجاء محمد أبو علام، ١٩٧٤، ٥٥٠ – ٥٥١)، *(Yairi, E, 1998, 29 – 32)*.

وهنا يتفق الباحث مع الباحثين في ضرورة الأخذ بالجانب الوراثي في الاعتبار عند تفسير مشكلة التلعثم في الكلام، خاصة إذا لوحظ انتشار هذه المشكلة داخل أفراد الأسرة الواحدة.

ثانيا، النظريات العضوية،

قد يتلعثم الطفل في الكلام نتيجة نقص أو خلل في الجهاز العصبي المركزي أو إصابة المراكز الكلامية في المخ، كما أن الشفة الشرماء والشق الحلقي وأي عيوب في الأسنان واللسان والتجويف الفمي من شأنها أن تساعد في حدوث التلعثم في الكلام.

(*James Hunt, 1967, 12 - 24*)، (حامد زهران، ١٩٩٠، ٤٨٧).

وعلى هذا الأساس يمكن تفسير مشكلة التلعثم في ضوء النظريات العضوية على النحو التالي:

التلعثم والتركيز على العيوب النيورفسيولوجية.

نظرية السيادة المخية *Cerebral Dominance theory*.

نظرية اضطراب التغذية السمعية المرتدة (نظرية رجع الصدى أو الأثر المرتد).

النظرية البيوكيميائية.

نظرية إخراج الصوت ***Vocalization theory***.

نظرية دورة ألفا المستثارة ***Alpha Excitability Cycle theory***.

(إيناس عبد الفتاح، ١٩٨٨، ٤٥)، (صفاء غازي أحمد، ١٩٩٢، ٤٧)، (أحمد محمد رشاد، ١٩٩٣، ٣٥)، (*Galaburda, and Geschwind, 1985, 429 - 459*)، (*Mahmoud N, Kotby et al, 1993, 1550 - 1554*)، (*Youssef, 1986, 26 - 28*).

ثالثا: النظريات النفسية:

يرى بعض الباحثين أن التلعثم حالة عصابية بسبب الصراع النفسي وعوامل الحرمان العاطفي، ويرى البعض أن التلعثم عرض سيكوسوماتي، وقد يرجع إلى كبت الميول العدوانية، وهناك تفسير يرى أن التلعثم حالة من حالات الاستدخال أو التوحد وشكل من أشكال التطابق الهستيري، ويرى آخرون أن التلعثم بمثابة عرض هستيري تحويلي، وهناك من يفسر التلعثم على أنه نكوص إلى مراحل الطفولة (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٧٢ – ١٧٥).

ويؤكد علماء التحليل النفسي أن التلعثم ما هو إلا عرض عصابي تكمن وراءه الرغبة الشعورية في الكلام والحاجة اللاشعورية إلى عدم الكلام (أوتوفينخل، ١٩٦٩، ٥٢٩ – ٥٣١) (محمود حمودة، ١٩٩١، ٢٦٤).

وعلى الرغم من أن الإكلينيكين وغيرهم قد اعتبروا أن القلق مرتبطاً بالتلعثم أو أنه سبب له أو أنه رد فعل انفعالي أثناء كلام المتلعثم، إلا أن العلاقة بين التلعثم والقلق لا تزال محل خلاف وجدل بين الباحثين *(Naser Kotby, et al, 1992, 343 - 347)*.

كما أشار كل من "ميلر وواطسون" *Miller and Watson* (١٩٩٢) إلى وجود أعراض القلق والاكتئاب لدى المتلعثمين بالمقارنة بغير المتلعثمين، ولكن هذا الاختلاف لا يظهر في حالات التلعثم الشديد *(Miller,s and Watson, 1992, 789 - 798)*.

وتمثل نظرية التعلم *Learning Theory* – مجموعة أخرى من النظريات التي وضعت لتفسير التلعثم، لأن العديد من أعراض وخصائص التلعثم توضح أثر التعلم مثل الخوف من الملام في مواقف معينة، أو الخوف من استخدام كلمات محددة، فالتلعثم طبقاً لهذا المنظور السلوكي عبارة عن سلوك مكتسب عن طريق محاكاة أو تقليد الآخرين، أو عن طريق تعزيز مواقف التلعثم لدى الأطفال من خلال الآباء [مواقف الضرب والقسوة والحرمان] مما يؤدي

إلى التلعثم في الكلام عند المواجهة كشكل من أشكال التوافق خوفاً من العقاب (فيصل الزراد، ١٩٩٠، ١٧٦).

وهكذا تؤكد معظم الدراسات على أن التلعثم استجابة متعلمة في بعض الأحيان نتيجة للضغوط الانفعالية والمؤثرات البيئية، وهنا يظهر العامل النفسي كدليل على سوء التوافق الاجتماعي والانفعالي، فالتكرار أو الإطالة في الكلام نتيجة للانفعالات السلبية؛ لذلك يحاول العلماء إضعاف وخفض الانفعالات عند تصميم برنامج علاجي لخفض التلعثم(*Mahmoud Youssef, 1986, 59*)، (صفاء غازي أحمد، ١٩٩٢، ٥٦).

وفي ضوء ما سبق نلاحظ مدى تعدد وتداخل الأسباب النفسية التي تكمن وراء مشكلة التلعثم في الكلام، خاصة فيما يتعلق بالإحباط والتوتر والخوف والعدوان والصدمات النفسية المفاجئة؛ لذلك تعددت التفسيرات النفسية لهذه المشكلة من جانب علماء التحليل النفسي ومن جانب أنصار نظريات التعلم والمنظور السلوكي، وفسر كل اتجاه التلعثم حسب مبادئه النظرية، ومن ثم نجد أن جميع الاتجاهات والنظريات تبحث في شيء واحد وهو الكشف عن أسباب ومصادر التلعثم في الكلام.

رابعاً: النظريات الاجتماعية والبيئية:

إن عملية النطق عبارة عن نشاط اجتماعي يصدر عن الفرد، ومن ثم فالكلام بمثابة أداة استقلال وتوسيع لدائرة التعامل مع الآخرين، ومن هنا تظهر ضرورة دراسة النظريات الاجتماعية والبيئية لمعرفة دورها في إحداث مشكلة التلعثم في الكلام، على أساس أن كثيراً من مظاهر التوافق والاضطراب ترجع إلى نوع العلاقات والتفاعلات الوالدية داخل المحيط الأسري.

ويرى "فرانسيس فريما" *Freema* (١٩٨٢) أن تعدد النظريات والأسباب التي تفسر سلوكا معينا قد يسبب نوعاً من الاضطراب والتداخل، ولكنها قابلة للفهم والتفسير. وهكذا نجد بعض الباحثين يركزون على دور العوامل الاجتماعية والبيئية والمحيط الأسري في إحداث التلعثم في الكلام *(Freema, Frances, 1982, 673, 686)*.

ولقد أجمع معظم الباحثين على أن عدم التعاطف مع حاجات الطفل والإلحاح الشديد من جانب الآباء في أمور الحياة اليومية يساعد على ظهور التلعثم لدى الأطفال كما أظهرت نتائج بعض الدراسات أن السيطرة الوالدية هي أحد المصادر البيئية المتسببة في ظهور التلعثم، وتتمثل السيطرة الوالدية في صور متعددة مثل العقاب والتهديد والمضايقة والتدليل الزائد والنقد المستمر، كل هذه عوامل بيئية تهيئ الطفل للتلعثم في كلامه مع المحيطين (بدرية كمال أحمد، ١٩٨٥، ٤٣ – ٤٥).

ويرى "كونتر" *Conture,E* (١٩٨٨) أن البيئة التي ينشأ فيها الأطفال تؤثر بصورة واضحة على قدراتهم اللغوية، وقد تساهم البيئة المحيطة بالطفل في ظهور اضطراب التلعثم، خاصة عندما يبدأ الآباء في تصحيح كلام أطفالهم وعقابهم بدون استشارة المتخصصين في مجال أمراض التخاطب وعلم النفس *(Conture,E, 1988, 163 - 169)*.

وحديثاً ظهرت عدة نظريات تميل إلى دراسة التلعثم في ضوء بعض العوامل الاجتماعية والبيئية والتي يكون لها دور بارز في ظهور التلعثم لدى الأطفال، خاصة فيما يتعلق بطريقة كلام الآباء مع أطفالهم، فالكلام السريع والمفاجئ يحدث نوعاً من القلق والتوتر والخوف لدى الطفل؛ فينعكس ذلك على طريقة كلامه ويتلعثم فيعاقبه الآباء ويسخرون من سلوكه ومن كلامه المتقطع *(Rachel, Karniol, 1995, 104 - 118)*.

ويتفق "بلودشتين" *Bloodatein* (١٩٨٦) مع الآراء السابقة حول خطورة التدخل الوالدي في تعديل وتصحيح كلام الطفل، لذلك يرى "بلودشتين" ضرورة وضع برامج تدريبية وإرشادية للوالدين لمساعدتهم في كيفية التعامل مع طفلهم المتلعثم

(Bloodatein,o, 1986, 573)

ويؤكد "مورلي" *Morley, M* (١٩٧٢) على أهمية الأسباب والنظريات الاجتماعية والبيئية في تفسير مشكلة التلعثم في الكلام، ويركز على دور الضغوط المنزلية التي يتعرض لها الطفل خاصة فيما يتعلق باستخدام اليد اليمنى بدلاً من اليد اليسرى، ويرى "مورلي" أن الصدمات الانفعالية المفاجئة والخبرات المؤلمة التي يتعرض لها الأطفال والضغط عليهم للحديث مع الغرباء وتصحيح أخطائهم النحوية والتعبيرية من شأنه أن يحدث التلعثم في الكلام *(Chollar,S, 1988, 12 - 13)*، *(Morley, M, 1972, 444, 445)*.

ويظهر دور الأسباب البيئية في إحداث التلعثم من خلال ملاحظة مدى التفاوت بين البيئات المختلفة في ظهور نسبة التلعثم بها، حيث نجد أن التلعثم ينتشر في المجتمعات الغربية أكثر من الشرقية ويكاد يختفي في المجتمعات البدائية، وتفسير ذلك أن الحياة في المجتمعات الغربية أكثر تعقيداً من المجتمعات الشرقية، وقد أدى التفاوت بين الثقافات ببعض العلماء والباحثين إلى تقديم تفسيرات لمشكلة التلعثم في الكلام اتخذت من العوامل الاجتماعية والبيئية إطاراً مرجعياً لها.

ولعل من أهم النظريات التي اعتمد أصحابها على العوامل الاجتماعية والبيئية نظرية "جونسون" *Johnson* – وتسمى هذه النظرية بنظرية الخطأ التشخيصي *Diagnosogenic Errors theory* – ومضمونها أن التلعثم يبدأ عند تشخيصه من قبل الوالدين وخاصة الأم بمعنى أن معظم الأطفال غالباً ما يعانون من عدم الطلاقة خلال مراحل النمو المبكرة؛ فيشخص الوالدان عدم الطلاقة على أنها تلعثم في الكلام، وينعكس قلق الوالدين على الطفل

ويبدأ في الانتباه إلى طريقة كلامه ويتجنب الحديث خوفاً من السخرية والعقاب وهنا يصبح عدم الطلاقة الطبيعية في هذه المرحلة تلعثما مرضيا بسبب استعجال الآباء في التشخيص الخاطئ (Johnson, W, 1956, 211 - 233)، (Mahmoud Youssef, 1986, 65 - 64)، (سهير محمود أمين، ١٩٩٥، ٦٩ - ٧٠). وهنا يمكن القول إن التلعثم يولد ويظهر في أذن الأم وليس في فم الطفل.

وفي ضوء ما سبق يتفق الباحث مع وجهات النظر السابقة للباحثين حول تأكيدهم على دور الأسباب الاجتماعية والبيئية في إحداث التلعثم لدى الأطفال، وأن الوسط الاجتماعي يساعد في أحيان كثيرة على تثبيت التلعثم وعلى خفضه في أحيان أخرى إذا تم التعامل معه بأسلوب سليم، وهذا الأمر يتطلب ضرورة إعداد برامج تدريبية وإرشادية للوالدين لمساعدة أطفالهم المتلعثمين في تخطي هذه المشكلة.

خامسا: النظرية المركبة Compound theory

لا توجد نظرية واحدة لاقت إجماعا وقبولا من جانب الباحثين لتفسير التلعثم في الكلام، ويقترح بعض المتخصصين أن اضطراب التلعثم مشكلة مركبة نتيجة التفاعل بين العديد من العوامل والنظريات النفسية ونظريات التعلم (Schultz and Johansen, 1991, 133 - 143).

في حين أن هناك اتجاهاً يرى أن التلعثم نتيجة التفاعل بين النظريات النفسية والنظريات الاجتماعية/البيئية (Adams, 1990, 135 - 141).

وفي ضوء النظرية المركبة نجد أن التلعثم هو حاصل مجموع وتفاعل النظريات العضوية والنفسية والاجتماعية/البيئية، وتؤكد هذه النظرية على عدم وجود نظرية محددة بعينها لتفسر مشكلة التلعثم في الكلام، وذلك على أساس أن هذه المشكلة تمثل وحدة

دينامية نتيجة عوامل متعددة ومتداخلة، وأن الاعتماد على نظرية بمفردها في تفسير التلعثم يضع الباحثين في دائرة التحيز وعدم الإلمام بالجوانب المختلفة لهذه المشكلة، وهكذا تظل مشكلة التلعثم مثار جدل وخلاف بين أنصار النظريات المختلفة مما يؤكد أنها لا تزال لغزاً محيراً في المجال الطبي والنفسي والتربوي.