الفصل الرابع
الأساليب التشخيصية لاضطرابات النطق

obeikandl.com

obeikandl.com

الفصل الرابع
الأساليب التشخيصية لاضطرابات النطق

عندما يوجد شك في أن طفلاً ما يعاني من اضطراب في اللغة، فإن التقييم التشخيصي للحالة يتضمن استخدام اختبارات موضوعية وأخرى ذاتية لتقييم مهارات الطفل في استيعاب الألفاظ واستخدامها ن والتركيبات اللغوية، وقواعد التشكيل والصرف، بالإضافة الى الاستخدام الكلي للغة في مواقف النطق والكلام الشخصي ومواقف حل المشكلات. لما كان لا يوجد اختيار واحد يمكن أن يوفر جميع البيانات المطلوبة، يصبح من الضروري في هذه الحالة استخدام بطاريات من الاختبارات التي تضم عدداً من الاختبارات المتنوعة لتقدير جميع مظاهر الأداء الوظيفي اللغوي عند الطفل .

تقييم وتشخيص اضطرابات النطق:

سبقت الأشارة إلى أن اضطرابات النطق تنتشر بين الصغار والكبار، وإن كان إنتشارها لدى الصغار يفوق كثيراً نسبته بين الكبار – كما أن أى إنسان قد يعانى من هذه الاضطرابات – بدرجة أو بأخرى - فى فترة ما من حياته . الأمر الذى يوضح أهمية توفير أساليب مناسبة لتقييم قدرتهم على النطق وما يعانوه من اضطرابات، ومن ثم إعداد البرامج المناسبة لعلاجها.

وسوف نستعرض فيما يلى بعض هذه الوسائل والأساليب:

١) المسح المبدئى لعملية النطق:

تستخدم وسائل الفرز – غالباً – فى المدارس العامة للتعرف على الأطفال ممن لديهم اضطرابات نطق خلال مرحلة رياض الأطفال، والسنوات الأولى

من المرحلة الأبتدائية، ومن ثم يمكن تحديد أسبابها فى وقت مبكر، فتقدم برامج التدريب المناسبة لتلافى تطورها أو ثباتها مع الأطفال، وتحويل الحالات الشديدة إلى أختصاصى علاج اضطرابات النطق والكلام لتلقى العلاج المناسب.

وتتضمن هذه العملية فحص الأطفال من قبل المتخصصين قبل إلتحاقهم بالمدرسة، حيث يلاحظ كلام الطفل أثناء الحديث العادى، مع التركيز على عملية النطق، والكلام بصورة عامة، وكفاءة الصوت، وطلاقة الكلام وغيرها. ونظراً لأن كثيراً من الصغار يحجمون عن الكلام بحرية أمام الغرباء، لذلك يتحتم على أختصاصى إعداد الظروف الملائمة التى تشجع الطفل على الكلام، مع قصر مدة المقابلة، وربما يستعين بجهاز تسجيل صوتى فى هذا الصدد .

ويلزم اثناء الفرز التركيز على أصوات الكلام التى يشيع اضطراب نطقها لدى الصغار، مثال ذلك أصوات ل، ر، س، ش، ذ، ز، ق، ك لتى يشيع فيها ابدال الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق دون التركيز على أسبابها أو كيفية علاجها. ومن الضرورى هنا تمييز الأطفال ممكن يعانون من اضطرابات مؤقتة يمكن أن تعالج مع نموهم، وأولئك الذين يعانون من اضطرابات تحتاج إلى علاج متخصص. وهنا يلزم إشتراك أولياء الأمور فى عملية الفرز، مع إقناعهم بضرورة تحويل أطفالهم للعلاج إذا لزم الأمر . كما يمكن إعداد وسيلة تتضمن بعض الكلمات والجمل التى يطلب من الطفل نطقها، أو يتم تحليل كلامه للتركيز عليها أثناء عملية الفرز.

ويشتبه بوجود مشكلة إذا كان حديث الشخص أو لغته مختلفين عمن هم في مثل سنه وجنسه وبيئته، من حيث مشاكل في السمع أو الصوت

أو النطق أو الكلام وتعد الاستراتيجية التعليمية المعروفة بالطريقة الملفوظة التي تؤكد على المظاهر اللفظية في البيئة، وتتخذ من الكلام وقراءة الشفاه المسالك الأساسية لعملية النطق. وتلقى هذه المسالك تعضيداً ومساندة من خلال تنمية مهارات القراءة والكتابة، وتنمية الجزء المتبقي من السمع من خلال المعينات السمعية والتدريب السمعي . إن العدد الكبير من المربين ممن يؤيدون هذا الاتجاه يلخصون فلسفتهم ويعبرون عن أهدافهم في العبارة التالية التي قالها "ميلر": إننا نعتقد في وجوب إتاحة كل الفرص الممكنة أمام كل طفل معوق لتنمية هذه القدرة بمساعدة المنزل والمدرسة والمجتمع حتى يستطيع أن يحتل مكانه الصحيح في العالم الذي يعيش فيه .

في كثير من الحالات يكون من الصعب – ان لم يكن من المستحيل تحديد السبب او الاسباب المعنية لاضطرابات النطق بعض الظروف العضوية والجسمية المعينة مثل فقدان السمع وانحرافات التركيب الفمي (كعوب الاسنان وشق الحلق) والعيوب العضلية والنيرولوجية في أجهزة الكلام (كالتلف العضلي أو الشلل المخي) والتخلف العقلي غالبا ما تكون ذات اثر واضح على الكلام . في الغالبية العظمى من الحالات لا يكون لدى الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق مثل هذه الانحرافات العضوية الواضحة وتبدو عيوب النطق عند هؤلاء الأطفال مرتبطة بشكل ما من اشكال التعلم الخاطئ للكلام أثناء السنوات النمائية المبكرة يطلق على هذا النوع من الاضطرابات عادة اضطراب النطق الوظيفي (أي الاضطراب الذي لا يرجع الي سبب او اساس عضوي).

وتضمنت محاولات تحديد الاسباب الرئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية دراسة متغيرات مختلفة على مدى سنوات عديدة يوضح العرض

الذي قدمه (باورز) للدراسات التي اجريت في هذا المجال أن العوامل التالية لا ترتبط ارتباطا واضحا باضطرابات النطق وأنها لا تصلح عوامل فارقة بين الأطفال الذين يعانون من اضطرابات النطق والأطفال الذين بين كلامهم بأنه عادي، وهذه العوامل هي المهارات الحركية العامة والتركيب الفمي (شكل سقف الحلق وحجم اللسان) والشخصية والتوافق والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والذكاء والاشارة الي الذكاء منا تتعلق بالاضافة الذي يقعون في المدى العادي (المتوسط) وليس بالأطفال المتخلفين عقلياً الذين يظهرون تخلفاً في جميع مظاهر النمو التي يعتبر مجال النطق واحداً منها . وبالنسبة للعلاقة بين عدم انتظام الاسنان بين النطق تبدو نتائج البحوث غير ثابتة وغير منسقة إلا أن العلاقة يبدو أنها علاقة ضعيفة من الملاحظ ان عدداً كبيراً من الافراد ممن لديهم انحرافات واضحة في انتظام الاسنان يتمتعون بمهارات عادية في النطق.

٢) تقييم النطق :

نظراً لأن نطق الأصوات بصورة صحيحة وما يقترن بها من ممارسة عملية الكلام بصورة سليمة كل ذلك ييسر إتمام عملية النطق، فإن أى تقييم رسمى للنطق لابد وأن يبدأ بمحادثة فعلية مع الطفل. وقد تجرى المحادثة بين الأطفال وبعضهم البعض أو بين الطفل والوالدين، أو بين الطفل والإختصاصى وتتضمن معظم عيادات الكلام غرفة خاصة بها لعب ومرآة أحادة الإتجاه تتيح إمكانية ملاحظة الطفل فى موقف تفاعل طبيعى قدر الأمكان.

وغالباً توضح المحادثة التلقائية بين الأطفال طريقة كلامهم وخصائصه وبالنسبة للكبار يمكن أن يطلب منهم التحدث فى موضوع ما بحيث تتاح للإختصاصى فرضية معرفة خصائص النطق لديهم من حيث الصوت،

واللغة، والطلاقة ويمكن للإختصاصى المتمرس الإستفادة من هذه المحادثات لإستخلاص نتائج هامة حول نطق الطفل وكلامه، وطبيعة الأضطراب الذى يعانيه، وعدد الأخطاء، والأصوات التى يكثر فيها الأضطراب.

ورغم ذلك فقد لا يستطيع معرفة كل شىء عن اضرابات النطق لدى الطفل، وبالتالى يلزم إتخاذ إجراءات أخرى لمزيد من التقييم والتشخيص لحالته

٣) **إختبار السمع والإستماع:**

يعد قياس السمع وتخطيطه جزءاً أساسياً من عملية تقييم اضطرابات النطق حتى لو إستخدم كمقياس فرز عادى. كما أن دراسة تاريخ حالة الطفل توضح مشكلات السمع التى مر بها خلال نموه، وقد سبقت مناقشة الإعاقة السمعية كمسبب لاضطرابات النطق والكلام، وذكرنا أن درجة فقد السمع ترتبط بدرجة الإضطراب الذى يعانيه الطفل.

وهنا يجب التركيز على قدرة الطفل التمييز بين الأصوات، ويمكن الإستعانة فى ذلك بوسيلة تتضمن صور يشير إليها الطفل عند سماع الكلمات، أو كلمات ينطقها تتضمن أصوات متشابهة) س، ص، ذ، ز (وكلمات تتشابه فى بعض الحروف وتختلف فى البعض الآخر مثل جمل، حمل، أمل، عمل.

- **نموذج إختبار :**

صوت، توت، بوت، فوت، قوت، موت

ر = راح، برز، صبر، رجل، مريم، كبير، صغير

ل = لمح، ملح، جمل، جمل

ق = قال، مقلة، خلق، فلق

ك = كبير، أكبر، أراك، كبسة، أكل، ملك

ز = زائر، أزير، أرز

ذ = ذئب، ذنب، يذوب، كذب

س = سار، يسار، مارس

ش = شجر، أشرق، يرش

خ = خروف، مختلف، طوخ، خرج، بخار، كوخ

ج = جمل، يجرى، خرج، جميل، يجرح، فرج

ث = ثأر، آثار، إرث

ف = فأر، فراش، يفوز، منوف، أنف، فاز، فرن، يفر، يفرم

ح = حرف، حار، أحمر، دحرج، جرح، مرح، فرج

٤) فحص إجزاء جهاز النطق:

سبق مناقشة عملية الكلام، وإتضح فى المرحلة الثالثة أن ممارسة الكلام تتضمن أجزاء جهاز النطق، وتتطلب ضرورة سلامتها كى يتم نطق الأصوات من مخارجها الصحيحة. لذلك يجب فحص أجزاء جهاز النطق جيداً لمعرفة مدى كفاءة أجزائه فى القيام بوظائفها المختلفة وخاصة فى عملية النطق. ويفضل إستخدام بطاقة فحص أو قائمة لتسجيل نتائج لفحص، كى يتم الأحتفاظ بها فى ملف الطفل والرجوع إليها عند الحاجة، والأعتماد عليها إثناء العلاج، وربما تحويل الطفل لعلاج أى جزء يتضح من الفحص أن به خلل عضوى.

٥) مقياس النطق :

عبارة عن وسيلة أو أداة تساعد الإختصاصى فى التعرف على أخطاء عملية تشكيل أصوات الكلام، وكذلك موضع الصوت الخطأ فى الكلمة

obeikandl.com

البداية، الوسط، النهاية) ونوع الاضطراب) حذف، إبدال، تحريف، إضافة. وهنا يمكن أخذ فكرة وصفية عن اضطرابات النطق لدى الطفل، كما يمكن تحويلها إلى تقديرات كمية توضح مقدار الإضطراب ومعدله.

٦) اختبار القابلية للإستثارة :

خطوة هامة فى تقييم اضطرابات النطق، وتتضمن تحديد قدرة الطفل على نطق الصوت المضطرب بصورة صحيحة أمام الإختصاصى، عندما يتكرر عرضه عليه سمعيا، وبصرياً، ولمسياً) بصور مختلفة) ، وقد وجد أن تكرار عرض الصوت على الطفل فى صور مختلفة يعمل على استثارته ودفعه إلى نطقه بصورة صحيحة. كما أتضح أن الأطفال القابلين للاستثارة أكثر قابلية للعلاج من أقرانهم غير القابلين لها، وهكذا فبعد الانتهاء من تطبيق مقياس اضطرابات النطق على الطفل، يتم اختيار بعض الأصوات لاختبار قابلية الطفل للاستثارة أى قدرته على نطق تلك الأصوات بصورة صحيحة.

ويمكن اختبار القابلية للاستثارة على عدة مستويات، يمثل أعلاها قدرة الطفل على تصحيح نفسه ونطق الصوت بصورة صحيحة تلقائياً، أما أدناها فيتضمن قيام المعالج بتصحيح الصوت للطفل. وفى المستوى الأول يطلب المعالج من الطفل محاولة نطق الصوت مرة أخرى مع حثه على تصحيحه ذاتياً، وإذا لم يستطيع يقوم المعالج بنطق الصوت صحيحاً ويطلب من الطفل تكراره بعده.

وإذا أخفق الطفل فى ذلك يقدم له المعالج بعض التنبيهات البصرية)التركيز على الشفاة) كى يتعلم النطق الصحيح. وإذا أخفق الطفل هنا أيضاً يطلب منه المعالج نطق الصوت) المضطرب) منفصلاً أو متصلاً بحرف متحرك (أ(مثلاً) را، را، را (ويمكن إضافة تنبيهات لمسية هنا

أيضاً. وكل ذلك بغرض تحديد قدرة الطفل على تشكيل الصوت، ومقدار المساعدة التى يحتاج إليها فى هذا الصدد.

٧) الإختبار المتعمق:

قد يصعب تحديد قدرة الطفل على نطق الصوت صحيحاً من خلال القابلية للاستثارة، وحينئذ يلزم إختباره بصوره متعمقه لمزيد من التحديد. ويعتمد الأختبار المتعمق على عدة نظريات حركية لإنتاج الكلام، وقد ذكر عام أن الصوت المفرد يوجد فقط في قائمة تقدير درجات إختبار النطق، حيث يتم فحصه سواء كان ساكناً أو متحركاً دائماً فى إتصاله) مركب) مع صوت آخر وذلك لتكوين مقطع صوتى، أى أنه لا يمكن عزل الصوت الواحد بمفرده أبداً أثناء الأختبار. وتنص نظرية النطق المشترك على أن الصوت الواحد لا يمكن أن ينطق مستقلاً أو يختص بحركات مستقلة ولكنه يتأثر بالأصوات السابقة عليه واللاحقة له.

فعلى سبيل المثال عند نطق أصوات كلمة " مشروب " نجد أن الشفتين مغلقتين لنطق صوت (م)، ثم تفتح لنطق الشين واللسان مستوى، ثم يرتفع اللسان لنطق (ر) وتضم الشفتان لنطق (و)، ثم تغلق مرة أخرى لنطق (ب) واللسان متجه إلى قاع الفم ..... إلخ. وحيث أن الأصوات تنطق بسرعة فإنها تتداخل مع بعضها فى سياق معين، ولذلك نجد بعض المقاييس مثل مقياس مكدونالد يستند إلى قاعدة مؤداها أن كل صوت ينطق يتأثر ويتداخل مع الأصوات الأخرى، ومن ثم يتضمن الاختبار أزواجاً من الصور، ويهدف الاختبار إلى تحديد الظروف المهيئة كى يقوم جهاز النطق بالحركات اللازمة لنطق الأصوات بطريقة غير صحيحة.

ويعتمد كثير من الاختصاصين إلى تطبيق مقياس النطق، ثم تحديد الأصوات المضطربة ويتم إخضاعها لعملية القابلية للإستثارة، وإذا أخفق ذلك فى جعل الطفل ينطق الصوت بصورة صحيحة يتم إخضاعه للقياس المتعمق.

ومن النادر أن نجد طفلاً يعانى من اضطرابات نطق) سواء وظيفية أو عضوية) لا يستطيع نطق الأصوات بصورة صحيحة، ولو بنسبة بسيطة أثناء الأختبار المتعمق.

ومن نتائج البحوث العديدة التي اهتمت بدراسة علاقة التركيب الفمي بالنطق يتضح ان المهارات الحركية للفم وتلك المتعلقة بالوجه التي يتضمنها اخراج الاصوات اللازمة للكلام بشكل مباشر، يبدو أنها ترتبط بالنطق، الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق يختلفون عن الأطفال العاديين في هذه المهارات الحركية، غير أن هناك ما يدعو الى المزيد من الدراسات لتوضيح طبيعة هذه العلاقة . وكان أثر الانماط المنحرفة من الابتلاع على النطق والكلام موضع اهتمام كبير على مدى العقدين السابقين، أطلق الباحثون على هذه الانماط مسميات مختلفة من بينها (دفع اللسان) و(الابتلاع العكسي) لتمييز انماط الابتلاع التي تتصف بدفعة امامية للسانتجد الاسنان الامامية او من بينها يعتبر عدد من الاخصائيين في مجال علاج عيوب النطق وتقويم الاسنان ان دفع اللسان من العوامل المحددة للتطابق العادي للأسنان واخراج اصوات الكلام يعتقد هؤلاء الاخصائيون أن الأطفال الذين يعانون من هذا العيب يجب تعليمهم الانماط العادية للابتلاع حتى يمكن تصحيح اضطرابات النطق يمثل هذه المجموعة من الاخصائيون

ويعترض بعض الاخصائيين الاخرين على الراي السابق ويقدمون دراسات تشير نتائجها الى ان الأطفال ممن لديهم انماط ابتلاع تتسم بدفع اللسان لايعانون من عيوب النطق بأكثر مما يعاني غيرهم من الأطفال فإن دفع اللسان يؤدي بشكل نمطي الي صعوبات في النطق الي ان دفع اللسان ظاهرة نمائية عادية عند الأطفال حتى سن البلوغ وان ما يقرب من ٨٠٪ من الأطفال الذين يظل دفع اللسان لديهم حتى سن الثامنة يظهرون تحسناً في النطق بدور علاج عندما يبلغون سن الثانية عشرة، لذلك فإن اساليب العلاج التي تضع التركيز على انماط الابتلاع لا تناسب الأطفال قبل سن البلوغ حتى مع وجود عدم تطابق في الاسنان اذا كان دفع اللسان والتعثم في النطق موجودين عند طفل ما فإن هذا الطفل يحتاج الي برنامج علاجي منتظم لعيوب النطق بالنسبة للاطفال الاكبر سناً الذين يستمر معهم دفع اللسان وعدم انتظام الاسنان واضطرابات النطق تعتبر الجهود العلاجية المنسقة بين الاخصائيين في تقويم الاسنان وعلاج الابتلاع وعلاج النطق ذات فائدة كبرى.

وقد اهتمت بعض الدراسات الاخرى بالمهارات الادراكية – السمعية كأسباب رئيسية لإضطرابات النطق الوظيفية، يبدو من نتائج الدراسات من هذا النوع ان مدى الذاكرة السمعية ليس عاملاً ذو دلالة في عيوب النطق، لكن يبدو أن التميز السمعي من ناحية أخرى – يرتبط بوضوح بالنطق وخاصة عندما يكون الواجب المطلوب أداؤه يتضمن احكاماً تمييزية للأصوات أو يتضمن تمييزاً لعيوب النطق عند الطفل نفسه وتعرفه عليها على الرغم من أن نتائج البحوث في هذا المجال جاءت متضاربة إلى حد ما، يمكن القول في ضوء المعرفة الحالية أن الأطفال الذين يعانون من

اضطرابات النطق الوظيفية يميلون لأن تكون مهاراتهم في تمييز الأصوات منخفضة.

ومن بين العوامل البيئية الهامة التي يحتمل أن تؤثر على النطق عاملين أساسيين هما :

١- أنماط كلام الآخرين التي يتعرض لها الطفل أثناء تعلم الكلام

٢- كمية الاستثارة والدافعية التي يحصل عليها الطفل خلال نمو الكلام، لو أن كلام الاشخاص المهمين في عالم الطفل – كالوالدين والأخوة والرفاق – يتضمن أخطاء في النطق، ففي هذه الحالة من المتوقع أن تنمو لدى الطفل أنماط خاطئة مشابهة، فالأنماط الرديئة من النطق تؤدي عادة إلى مهارات غير ملائمة للكلام عند الأطفال خاصة وهم في طور النمو بالمثل، إذا كانت تنقص الطفل الاستثارة المناسبة والدافعية الكافية لتطوير طريقة جيدة للنطق، فإن أنماط النطق عند الطفل تظل أنماطاً طفلية.

باختصار، يمكن القول أن أياً من الأسباب الرئيسية لاضطرابات النطق الوظيفية – التي سبقت مناقشتها – يمكن أن يكون ذا أثر سلبي على نمو النطق والكلام عند طفل معين، إلا أنه يجب ألا يغيب عن الذهن أن مثل هذه العوامل لا تعوق بالضرورة النمو العادي للكلام عند الأطفال.

استراتيجيات التشخيص:

لما كانت الأختبارات التشخيصية للكشف عن حالات التلعثم تعتبر محدودة للغاية فإن قدراً كبيراً من المسؤلية يقع على عاتق الأخصائى النفسى الإكلينيكى فى تصميم وسائله الخاصة لتقييم ووصف المظاهر الخاصة لسلوك التلعثم. وبوجه عام، فهو يحتاج أن يحدد ما إذا كانت هناك حالة

حقيقية من التلعثم ام أن ما يظهر على الطفل مثلاً لا يتعدى مجرد كونه نوعاً من عدم الطلاقة يعتبر نمطياً بالنسبة لعمره الزمنى.

هذا ويفضل إجراء الفحوص الطبية لجهاز النطق والتأكد من أن الحالة لا تعانى من أى اضطراب عضوى فى وظائف المخ، ويمكن للأخصائى بداية أن يستخدم اختبار بندر جشطلت للتعرف على وجود اضطراب عضوى لدى الحالة. فإذا كان الطفل يعانى من حالة تلعثم حقيقية يجب البحث عن الكيفية التى بدأ بها ظهور مشكلة التلعثم لديه والطريقة التى تطورت بها ويتم ذلك من خلال الدراسة المفصلة للتاريخ التطورى للحالة.

كذلك التعرف على مستوى القدرة العقلية العامة بالأستعانة بالمقاييس والأختبارات العقلية المناسبة للمستوى العمرى والتعليمى، علاوة على تطبيق بعض الأختبارات الشخصية التى تمكن الأخصائى من الوقوف على سمات شخصية التلعثم ومستوى التوافق النفسى الأجتماعى لديه والكشف عن المشكلات التى قد يعانى منها المتلعثم بشكل عام. هذا وهناك عدة أختبارات قد تصلح للأطفال الصغار وأخرى للكبار نذكرمنها:

* اختبار بينية للذكاء الصورة الرابعة.
* اختبار رسم الرجل ل جود انف.
* اختبار الشخصية للأطفال.
* K.F.D .اختبار رسم الأسرة المتحركة
* C.A.T .اختبار تفهم الموضوع للصغار
* T.A.T .اختبار تفهم الموضوع للكبار
* اختبار الرسم الحر.

وكدلالات إضافية فإنه يجب على الأخصائى النفسى الإكلينيكى أن يحدد أشكال عدم طلاقة النطق من ناحية واللزمات الثانوية المرتبطة بها من ناحية أخرى وذلك باستخدام أنواع مختلفة من مواد القراء، أو مواقف مختلفة تتطلب الكلام . الأمر الذى يساعد على تحديد درجة حدة التلعثم وكذلك ثبات التلعثم (أى ميله للحدوث فى نفس الكلمات (وإمكانية تقليل حالة التلعثم) أى تناقص حالة المتلعثم. وتستخدم هذه المعلومات بالإضافة إلى نتائج الأختبارات التشخيصية العامة فى تقدير حدة الاضطراب لدى المتلعثم والطريقة التى تطورت بها الحالة وتحديد البرنامج العلاجى الذى يناسب كل هذه الظروف.

تفاوت حدة عيوب النطق :

تتراوح عيوب النطق من عيوب خفيفة إلى حادة، في الحالات التي تكون فيها عيوب النطق من النوع الحاد يصعب فهم كلام الطفل من ناحية الأخرى، يعاني الطفل معاناة شديدة عندما يحاول التعبر عن أفكار أو حاجاته الخاصة في المحيط الأسرى أو المدرسي أو في علاقاته مع الزملاء، إلا أن مع الزملاء، إلا أن مدي الاعاقة في وضوح كلام الطفل ليست العامل الوحيد الذي يؤثر في الحكم على درجة حدة الاضطراب، فالعمر الزمني للطفل – بلاشك – يعتبر عاملاً هاماً وخاصة في ضوء الطبيعة النمائية للنطق والكلام التي سبقت الاشارة اليها عندما يخطئ الطفل البالغ السابعة من عمره في نطق أصوات الكلام النمائية المبكرة فإن يعاني من اضطراب أكثر حدة من طفل آخر من نفس سنة، لكنة لايخطئ إلا في نطق الأصوات النمائية المتأخرة فقط، كذلك فإن عيوب النطق الثابتة والراسخة عند الطفل الأكبر سناً، عادة ما تكون أكثر حدة صعوبة في العلاج منن

الأخطاء غير الراسخة عند طفل آخر أصغر سناً بوجبه عام، يمكن القول بأن الأخطاء الثابتة أقل قابلية للعلاج من الاخطاء الطارئة أو الوقتية.

من ناحية أخرى فإن عدد عيوب النطق وأنواع هذه العيوب عامل مؤثر أيضاً في تحديد درجة حدة الاضطراب مع مراعاة أن عيوب الحذف تعتبر على مستوى طفلي أكثر من عيوب الابدال او التحريف، كذلك فإن العيوب التي تتضمن أصواتاً تتكرر كثيراً في اللغة تكون ملحوظة بدرجة اكبر كما انها تنعكس على وضوح الكلام بدرجة اكبر من الاخطاء التي تتضمن الاصوات النادرة او قليلة التكرار في اللغة وعندما يكون الطفل قادراً على تصحيح عيوب النطق اذا ما توفرت الاستثارة السمعية والبصرية اللازمة ويعتبر ذلك عادة دلالة علاجية جيدة على ان الطفل سوف يكون قادراً على تعلم اصدار الاصوات الصحيحة اللازمة للكلام أما الاصوات الخاطئة التي لا تكون قابلة للاستشارة (أي عيوب النطق التي تستمر عند الطفل حتى مع توفير الاستثارة الاضافية والدلالات التي يقدمها المعالج) يصعب في العادة تدريب الطفل على تصحيحها.

وتجدر الإشارة الى أنه في كثير من النظم التعليمية في الدول المختلفة يبدأ تعليم الطفل الأصم بشكل تقليدي في فصول تعتمد على أساليب النطق الملفوظ، وبعد ئذ يسمح للطفل باستخدام الأساليب اليدوية . ربما يبدأ تدريب الأطفال على الطرق الملفوظة للتواصل بمجرد التعرف عل حالات فقدان السمع . قد يبدأ البرنامج بصفة مبدئية في المنزل، ولكن بمجرد أن يبلغ الطفل السنتين من العمر يستطيع أن يلتحق بالمدرسة جزءاً من اليوم على الأقل.

ويرى المؤيدون لأساليب النطق الملفوظ أن هذا النظام ينطوي على مجموعة من المزايا . يعتقد هؤلاء بأن كثيراً من التلاميذ الصم يتعلمون من خلال هذا الأسلوب ليس فقط الكلام الواضح، بل يستطيعون أيضاً عن طريق قراءة الشفاة إقامة جسور من النطق مع بقية أفراد المجتمع بمعنى آخر، فإن أساليب النطق الملفوظ تساعد الشخص الأصم على الدخول في عالم الأشخاص العاديين، في حين أن لغة الإشارة تقيد مجال تواصل هذا الشخص وتجعله قاصراً على الأفراد الذين يتقنون هذا الشكل المتخصص من أشكال التعبير. من ناحية أخرى، يوجد بين المربين في مجال المعوقين سمعياً من يرون أن من الأمور بالغة الصعوبة بالنسبة للأطفال الصم بدرجة حادة إصدار الكلام . نظراً لأن هؤلاء الأطفال لا يسمعون الآخرين وهم ينطقون بالكلام، فإنهم لا يستطيعون ضبط محاولاتهم الصوتية الذاتية لتقليد الكلام الصادر عن الآخرين . كذلك يرى هؤلاء المربون أن قراءة الشفاة هي افضل الأحوال نوع من التخمين نظراً لأن عدداً كبيراً من الكلمات في اللغة تشبه بعضها بعضاً عند النطق بها.

إن النجاح في قراءة الشفاة يفترض مقدماً وجود اساس لغوي مناسب، ومعرفة بقواعد اللغة ن وثروة لفظية واسعة . لقد أظهرت الدراسات أن أفضل القارئين عن طريق الشفاة عندما يوجدون في مواقف ثنائية . حوار بين الشخص الأصم والشخص العادي وجهاً لوجه، يفهمون ما بين ٢٦ ٪ الى ٣٦٪ مما يقال، وأن عدداً كبيراً من الصم لا يفهمون اكثر من ٥ ٪ من الكلام. إن الصم جميعاً، والأشخاص العاديين في السمع أيضاً، ليست لديهم مواهب لقراءة الشفاة، ويجد البعض أن هذه الطريقة غير فعالة على الإطلاق ومحبطة كوسيلة للتواصل المتبادل . ولكي يدرك القارىء مدى الصعوبة في

هذه الطريقة يكفي أن يوقف الصوت الصادر من جهاز التلفزيون الذي أمامه ويحاول أن يخمن حول الكلام الصادر عنه.

فالشخص المؤهل علمياً لمساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النطق والكلام (أخصائي التخاطب) هو الخبير في مجال علم الاتصال الإنساني من حيث تطوره وأنواع اضطراباته، فهو مؤهل علمياً لتقييم وعلاج جميع الاضطرابات الاتصالية فبإمكان أخصائي التخاطب تقديم العديد من الخدمات العلاجية المتخصصة كالآتى :

١- فحص أعضاء الكلام (اللسان - سقف الحلق - الشفتان - الأسنان) .

٣- أخذ عينة كلامية لمعرفة مدى استخدام المريض للكلام، بهدف تشخيص نوع الاضطراب .

إختبار نطق وعيوب الكلام :

الكلمة	حذف	إضافة	إبدال	تحريف	الكلمة	حذف	إضافة	إبدال	تحريف
أرنب					ضفدع				
بطة					طاووس				
تمساح					ظبى				
ثعلب					عقرب				
جمل					غراب				
حوت					فراشة				
خروف					ثقلم				
ديك					كتاب				
ذبابة					لمبة				
حمار					مفتاح				
زرافة					نسر				
سلحفاه					هدهد				
شمعة					ورده				
مصنع					يد				

قائمة تقدير مستوى النطق:

أولاً : النطق اللفظي				
م	العبارة	نعم	أحيانا	لا
١	ينطق بياناته الشخصية بطريقة صحيحة عند تقديم نفسه للآخرين مثل : أسمه – عنوانه – مدرسته			
٢	ينطق أسماء من يعرفهم (كأخواته – وزملائه)			
٣	يقلد بعض الأصوات المختلفة			
٤	يلقي التحية على الآخرين بألفاظ لائقة			
٥	يطلب المساعدة من الآخرين (كالأب والأم والمعلمين والأخوة والزملاء) بعبارات مناسبة			
٦	يقدم الشكر للآخرين على المساعدة بكلمات واضحة			
٧	يصدر أصواتاً مقبولة اجتماعيا في طلبة للأشياء			
٨	يعتذر للآخرين لفظيا عن صدور خطأ منه			
٩	لا يتلعثم أثناء الكلام مع الآخرين			
١٠	يمارس عملية الشراء بمفرده			
١١	يستطيع التعبير لفظيا عن رغبته في اللعب مع زملائه			
١٢	يستأذن من المعلم بألفاظ واضحة عن حاجته إلى الخروج من الفصل			
١٣	يعبر عن مشكلاته بألفاظ صحيحة			
١٤	يستطيع التلفظ بعبارات مفهومة عند التعامل مع الآخرين			
١٥	يستخدم ألفاظ واضحة أثناء الكلام مع الآخرين			
ثانياً : النطق غير اللفظي				
١٦	يسلم على الآخرين باليد اليمني عند مقابلتهم			
١٧	يبتسم في وجه الآخرين أثناء التحدث معهم			
١٨	يفهم معظم تعبيرات الوجه المختلفة التى تصدر عن الآخرين له			
١٩	يدرك معني معظم الإيماءات المختلفة التى تصدر عن الآخرين له			
٢٠	يرفع يده للاستئذان عند الخروج من الفصل			

٢١	ينصت إلى الآخرين عند التحدث معهم			
٢٢	يرفع يده لطلب التحدث داخل الفصل			
٢٣	يستخدم بعض الإشارات اليدوية في تواصله مع الآخرين			
٢٤	ينظر إلى وجه الشخص الذى يتحدث معه			
٢٥	يميل إلى استخدام الإشارة مع الألفاظ عند طلبه للأشياء			
٢٦	يستخدم الإيماءات عند تفاعله مع الآخرين (كالإيماءة بالرأس عند الموافقة أو الرفض)			
٢٧	يعبر عن انفعالاته بتعبيرات وجهية صحيحة			
٢٨	يفهم ما يلقيه عليه المعلم من تعليمات غير لفظية (كالإشارة إليه بالموقف أو الجلوس)			
٢٩	يستطيع تقليد حركة أو مشية أو ابتسامة شخص أخر			
٣٠	لا يظهر على وجه الخوف عند وجود زائرين للفصل من خارج المدرسة			

المحكات التشخيصية لاضطراب التهتهة :

لتشخيص التهتهة أيضاً أشار أشار (يوسف القريوني وآخرون، ١٩٩٥) إلى أن هناك عدة محكات يجب أن تتوافر حتى يمكن الحكم على وجود الاضطراب لدى الفرد، ومن هذه المحكات :

١- الدلالات الموضوعية : وهى تلك الخصائص والمظاهر غير الطبيعية في الكلام والتي يمكن أن يلاحظها الأشخاص الآخرون على الفرد الذي يبدي الاضطراب مثل الاضطراب الذي يحدث في إنتاج الكلام، وعادة تكون هذه الاضطرابات قابلة للقياس والتقدير لذلك سميت بالموضوعية.

٢- الدلالات الاجتماعية : وهي الآثار الناتجة عن الفشل في استخدام التواصل الطبيعي مع الآخرين، وتبدو هذه الآثار في ردود فعل الآخرين

السلبية نحو الشخص الذي يعاني من الاضطراب كإهمال صوت المتكلم والانسحاب عنه، مما ينتج عنه في النهاية فشل في العلاقات والتفاعل الاجتماعي الذي يعتبر الهدف النهائي لعملية التواصل.

٣- الدلالات الشخصية : وتتضمن ردود الفعل الشخصية للفرد الذي يعاني من الاضطراب وإدراكه بأنه يعاني من عجز في التواصل مع الآخرين مما ينعكس سلبيا على تقديره لذاته وبالتالي الانسحاب من المواقف التي تتطلب منه القيام بعملية التواصل

وبالإضافة إلى ذلك ؛ فقد أوردت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠٠٠) في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للأمراض النفسية DSM IV عدة محكات لتشخيص التهتهة هي :

أولاً : اضطراب في الطلاقة العادية وطول الكلام الذي يكون غير مناسب لعمر الفرد ويتسم الاضطراب بالحدوث المتكرر لواحد أو أكثر مما يلي :

١- داخل الكلمة الواحدة، وتشمل : تكرار الصوت أو المقطع، تطويلات الصوت، كلمات متكسرة (سكتات داخل الكلمة الواحدة) .

٢- بين الكلمات، وتشمل : كلمات مقحمة أثناء الكلام، السدة السمعية أو الصمت (السكتات الفارغة من الكلمات أو غير الفارغة في الكلام)، الدوران حول المعنى (إبدال الكلمات لتجنب الكلمات المشكلة)، كلمات تُنطق بزيادة في التوتر الجسمي، تكرارات لكلمة واحدة ذات مقطع واحد .

ثانيًا : يتداخل الاضطراب في الطلاقة الكلامية مع التحصيل الأكاديمي أو الإنجاز المهني أو مع التواصل الاجتماعي .

أنواع التهتهة :

يستلزم لتشخيص التهتهة بشكل صحيح التعرف على الأنواع المختلفة للتهتهة ثم مقارنتها بصعوبات الطلاقة العادية للكلام كمحك يميز بين صعوبات الطلاقة العادية (التهتهة العادية أو غير المرضية) وبين التهتهة المرضية بأنواعها المختلفة أو مقارنة أنواع التهتهة المختلفة ببعضها البعض للتمييز بين أعراضها المختلفة .

وقد استخدم جايتر (Guitar, 1998) مصطلحات لوصف التهتهة مثل التهتهة المبتدئة beginning stuttering، التهتهة الثانوية borderline stuttering وهي الفاصلة بين صعوبات الطلاقة العادية وبين التهتهة المرضية، التهتهة المتوسطة intermediate لتشخيص نوع التهتهة ودرجتها . وفيما يلي عرض لأنواع التهتهة والتمييز بينها وبين صعوبات الطلاقة العادية :

أ) التهتهة المبتدئة أو التهتهة النمائية :

تبدأ في سن ما قبل المدرسة، وفيها تميل الصعوبة إلى أن تكون عارضة وتظهر لمدة أسابيع أو شهور يليها فترة فاصلة طويلة من الكلام العادي، وفي هذه المرحلة يصعب على الطفل النطق أو التعبير بوضوح أو بطلاقة عادية مع بطء في الاستجابة الكلامية مع بذل الجهد والانفعال من أجل إخراج الكلمات وفي هذه المرحلة تكون التهتهة تواترية يلاحظ فيها بوادر الاهتزاز والتردد السريع ثم الاسترخاء في عضلات النطق دون وجود انفجارات صوتية أو تشنجات، وخلال هذه المرحلة تحدث التهتهة عندما يكون الأطفال مثارين أو متضايقين، وعندما يكون لديهم الكثير ليقولوه وتحت ظروف أخرى من ضغط التخاطب، غير أن هذه التهتهة العارضة يحدث الشفاء فيها بنسبة مرتفعة (Shapiro, 1999).

ب) التهتهة المتوسطة :

وتحدث عادة في سنوات المدرسة الابتدائية ويكون الاضطراب فيها مزمنًا مع قلة شديدة في فترات الكلام العادي ويصبح هؤلاء الأطفال على وعى بصعوباتهم الكلامية ويعتبرون أنفسهم متهتهين، وتكثر التهتهة في الأجزاء الرئيسة للكلام : الأسماء، الأفعال، الصفات، الظروف، بصورة يمكن أن تكون مزمنة، وتظهر عدم القدرة على النطق بوضوح خاصة صعوبة نطق الكلمة الأولى مع وجود جهد واضح واستجابات انفعالية وتغير في قسمات الوجه ومحاولات الضغط على الشفتين وعلى عضلات الحنجرة، وتحتبس طلاقة الكلام مع حدوث نوع من التوتر الذي يظهر بشكل حركات ارتعاشية أو اهتزازية متكررة يعقبها تشنجات لا إرادية مع ترديد كلمات أو حروف دون القدرة على الانتقال إلى الكلمة أو الفقرة التالية – لذا تسمى هذه المرحلة بالمرحلة التشنجية الاهتزازية (Zebrowski, 1997).

ج) التهتهة المتقدمة أو الثابتة :

وتظهر عادة في الطفولة المتأخرة والمراهقة المبكرة وفيها تصبح التهتهة إلى حد كبير استجابة لمواقف محددة مثل : القراءة أمام الفصل، والتحدث مع الغرباء، وفى الشراء من المحلات، وعند التحدث في التليفون، ويعتبر الفرد بعض الكلمات والأصوات أصعب من الأخرى، وتعتبر هذه المرحلة من أشد مراحل التهتهة ومن أعراضها تعسر الكلام بحيث لا يمكن للمصاب أن يحدث أي صوت بالرغم من حركة أعضاء الكلام ويصاحب ذلك تشنج في عضلات الوجه وارتعاش في الأطراف والضغط على الشفاه مع اهتزازات لا إرادية شديدة وتباعد المسافة بين كل كلمة وأخرى أو بين مقطع وآخر وينتهي المقطع عادة بانفجار صوتي يدرك المصاب أثره

السيئ على نفسه وعلى السامعين ويؤدى إلى مشاعر القلق والإحباط والشعور بالنقص ومشاعر الذنب والعدوان والتخوف من الحديث وهذه الحالة هي التي يطلق عليها في العادة مصطلح اعتقال اللسان (حسن عبد المعطى، ٢٠٠٣) .

الفرق بين صعوبات الطلاقة الكلامية العادية وبين التهتهة المرضية :

ولتشخيص التهتهة يجب التمييز بين صعوبات الطلاقة العادية في الكلام (التهتهة الطبيعية أو النمائية) والتهتهة المرضية ؛ ففي التهتهة تزداد درجة اضطراب الطلاقة الكلامية أكثر مع تكرارات لأجزاء الكلمة وتطويلات الصوت أو تمزيق التدفق الهوائي الصوتي عبر مسار الصوت Vocal track ، ويلاحظ أن المتهتهين من الأطفال يكونوا متوترين وغير مرتاحين في أسلوب كلامهم مقارنة بالأطفال الصغار الذين لديهم صعوبات طلاقة عادية حيث يبدون في حالة ارتياح (Costa & Kroll, 2000).

وبصفة عامة تتضمن صعوبات الطلاقة العادية تكرار كل الكلمات أو العبارة بينما التهتهة تتضمن تكرارًا لأجزاء من الكلمة ومد الأصوات، فضلاً عن أن المتهتهين غالبًا ما يتكلمون بدرجات أسرع (Tempo) وكذلك وجود وقفات صامتة ولديهم وقفات لفظية غير ملائمة تزداد وتصبح أكثر صعوبة عند التعرض للضغوط وتسبب الإحباط بسهولة (Leung, et al., 1990)

ويضيف كونشر (Conture, 2001) أن الطفل يعتبر متهتهاً إذا كان يعاني من صراع وجهد (مسموع أو مرئي) في أكثر من ٣٪ من الكلمات المنطوقة، ولديه خصائص صوتية غير منتظمة تشمل (توتر الصوت، تقطع الصوت، انسداد الصوت، ثني الأصوات وعطفها على بعضها) . ويميز شارلز فان ريبر بين التهتهة وصعوبات الطلاقة العادية في جدول الآتي :

الفرق بين التهتهة وصعوبات الطلاقة العادية

إعداد (شارلز فان ريبر Van Riper)

السلوك المميز	صعوبات الطلاقة العادية	التهتهة
تكرار المقطع في الكلمة	واحد أو اقل	اثنان أو أكثر
تدفق الهواء airflow	نادرا ما يتقطع	غالبًا متقطع
سرعة الصوت tempo	عادية	أسرع من العادي
توتر الصوت	لا يظهر	يظهر غالبًا
تكرار مد أو تطويل الصوت في كل ١٠٠ كلمة	مرة أو لا يوجد	اثنان أو أكثر
مدة أو زمن مد الكلمة	ثانية أو اقل	ثانيتان أو أكثر
التوتر tension	لا يحدث	يحدث غالبًا
الوقفات الصامتة داخل الكلمة	لا تظهر	ممكن أن تظهر
الوقفات الصامتة قبل بداية محاولة الكلمة	غير محددة	طولها غير عادى
الوقفات الصامتة بعد صعوبة الكلام	لا تحدث	قد تحدث
الوقفات اللفظية (الأنماط اللفظية) articulating posture	ملائمة	قد تكون غير ملائمة
التفاعل مع الضغوط reaction to stress	لا يحدث تغير في الطلاقة	يؤدى إلى كسر الكلام
الإحباط	لا يظهر	قد يظهر
التواصل البصري	عادى	متذبذب (مرتعش)

وهناك أيضاً من يشخص التهتهة على أساس تحديد الاختلافات الكمية والكيفية بينها وبين صعوبات الطلاقة العادية موضحة في جدول الآتي:

تشخيص التهتهة على أساس تحديد الاختلافات الكمية والكيفية بينها وبين صعوبات الطلاقة العادية

صعوبات الطلاقة العادية Normal non Disfluency	التهتهة الأولية Incipient Stuttering
أولاً : من ناحية الكم :	
تحتوي ٩ كلمات أو اقل لكل ١٠٠ كلمة	تحتوي التهتهة على ١٠ كلمات مضطربة أو أكثر من بين كل ١٠٠ كلمة
لا تحتوي على اضطرابات (كالمد والتكرار والوقفات)	تحتوي ثلاث اضطرابات داخل الكلمات أو أكثر (كالمد والتكرار والوقفات)
تكرار جزء من الكلمة مرتين أو اقل	تحتوي على تكرار جزء من الكلمة ثلاث مرات أو أكثر
ثانيا : من ناحية الكيف :	
نمط الاضطراب	
مد وتكرار كل الكلمة أو العبارة	مد وتكرارات جزء من الكلمة
إقحام صوت حرف أل آه Insertion of Schwa	
لا تحتوي على اقحامات وأصوات اعتراضيه	تحتوي على اقحامات وأصوات اعتراضيه مثل أل آه، أم وأصوات حروف العلة
إيقاع وشد متفاوت و غير منتظم Uneven Stress & Rhythm	
غير موجود	موجود
صعوبة في استهلال الكلمات وقوة واستمرارية تدفق تيار الهواء أثناء التحدث Difficulty Initiating & Sustaining Airflow	
غير موجود ولا يوجد مشكلة	موجود
سلوكيات المجاهدة وتوتر الجسم Body Tension & Struggle Behaviors During Speech	
توجد بدرجة قليلة جدا	توجد بدرجة كبيرة في التهتهة

obeikandl.com

التهتهة الفاصلة أو الثانوية Borderline Stuttering:

التهتهة الثانوية هي الدرجة التي تفصل بين التهتهة الطبيعية (صعوبات الطلاقة العادية في الكلام) والتهتهة كاضطراب، حيث تعتبر الحد الفاصل بين النوعين، وتشخيص هذا النوع من التهتهة يعتبر صعبا حيث أن الطفل يتراوح في سلوكياته ما بين الطبيعي وغير طبيعي، وهذا النوع من التهتهة يعطي مؤشرا بان الطفل مهدد بخطر الإصابة بالتهتهة المرضية . وكذلك يفرق كونشر (Conture, 1997) بين التهتهة النمائية والتهتهة الثانوية والتهتهة الأولية (الثابتة) كما يوضحها جدول الآتي:

الفرق بين التهتهة النمائية في الكلام وبين التهتهة الثانوية والتهتهة الأولية

إعداد كونشر (Conture, 1997)

نوع الاضطراب الخصائص المميزة للاضطراب	التهتهة النمائية	التهتهة الثانوية	التهتهة الأولية
أشكال عدم الطلاقة	التعجب، الإقحام	وقفات، وتكرار كلمة متضمنة مقطع أحادي، تكرار عبارة	تكرار جزء من كلمة مشتملة على مقاطع أحادية، وتطويل الكلمات، سدة أو كتمه
حجم إصابة الوحدة من الكلام	الجمل والعبارات	الكلمات	المقاطع الكلامية والأصوات
النسبة المئوية لكل الكلمات المضطربة	٢% أو اقل	٣ % - ٥%	أكثر من ٥ %
النسبة المئوية للتكرارات	١%	٢-٤ %	٥% أو أكثر
النسبة المئوية للتطويلات	اقل من ١%	١%	أكثر من ١%
عدد تأكيد التكرار	مرة	من ٢-٣ مرات	أكثر من ٣ مرات

نوع الاضطراب الخصائص المميزة للاضطراب	التهتهة النمائية	التهتهة الثانوية	التهتهة الأولية
سرعة التكرارات	بطئ أو عادي	سرعة طفيفة أو غير منتظمة	غالبا سريع وغير منتظم (شاذ)
وجود التشديد على حروف العلة في التكرار	لا يوجد	نادرًا	غالبًا
مدة(فترة) التطويل	تزول بسرعة	ثانية	أكثر من ثانية
ارتفاع حدة الصوت أثناء التطويل	لا يوجد	نادرًا	غالباً
وجود وقفات متوترة (مشدودة)	لا يوجد	نادرًا جدًا	أحيانًا أو غالبًا
وجود كلمات مكسورة	لا يوجد	نادرًا جدًا	أحيانًا أو غالبًا
إظهار كل من:- -الوعي والإدراك -عدم التماسك -الإحباط - التواصل البصري - التوقف بغرض كسب الوقت	غياب الإدراك لا يظهر لا يظهر عادي لا يحدث	الحد الأدني للإدراك الحد الأدني للظهور مؤقت (عرضي) متذبذب أحيانا	مدرك بدرجة مرتفعة تظهر بوضوح معتاد ومنتظم متذبذب يحدث بانتظام
الجهد المرئي والمسموع أثناء الاضطراب	لا يوجد	نادرًا	غالبًا

ولقد تناول العلماء كل من الفرق بين السلوكيات الأساسية والثانوية والمشاعر والمواقف المصاحبة للتهتهة لكل من التهتهة الثانوية والمبتدئة والمتوسطة والمتقدمة يوضح ذلك جدول الآتي :

الفرق بين السلوكيات الأساسية والثانوية والمشاعر والمواقف المصاحبة للتهتهة لكل من التهتهة الفاصلة والمبتدئة والمتوسطة والمتقدمة

نوع التهتهة	السلوكيات الأساسية	السلوكيات الثانوية	المشاعر والمواقف
الفاصلة (الثانوية)	١- يظهر من ٣-٥ تهتهات في التركيب اللغوي الواحد ٢- تسيطر التكرارات والتطويلات على الكلام أكثر من التعديلات	قد لا تظهر سلوكيات جانبية وإنْ ظهرت فهي قليلة جدا مثل: ١- إظهار مقدار من الشد أكثر مما هو في التهتهة الطبيعية ٢- عدم إظهار الطفل حركات إضافية قبل أو خلال أو بعد التهتهة ولا يظهر أي إشارة انه مدرك للتهتهة	١- لا يظهر الطفل أي اهتمام بأنه متهته ولا يظهر الإحباط نتيجة للتهتهة ٢- قد يظهر الطفل ضيقا في بعض الأحيان لأنه لم يستطع إكمال الكلمة
المبتدئة من٢-٨ سنوات	١- الإعادة لجزء من كلمة أو لكلمة مكونة من مقطع واحد ٢- تطويل لحروف العلة وقد يصاحب ذلك بعض الشد والضغط النفسي ٣- قد يظهر المتهته بعض التوقفات بعدد بسيط جدا	قد تظهر لديهم بعض السلوكيات الثانوية مثل سلوكيات الهرب	قد يتطور لديه مفهوم ذات بأنه شخص لديه مشكلة في الكلام وقد يبدي اهتماما بسيطا بهذا الأمر، وبالتالي قد يعاني من الإحباط كنتيجة للتهتهة

نوع التهتهة	السلوكيات الأساسية	السلوكيات الثانوية	المشاعر والمواقف
المتوسطة من ٦-١٣ سنة	١- تكرار جزء من كلمة أو تكرار كلمة أحادية المقطع ٢- تطويل لأصوات العلة ٣- توقفات في الكلام وغالبا ما تكون هذه السلوكيات مصحوبة بالشد والضغط النفسي	١- تظهر سلوكيات الهرب والبدء من جديد في الكلام ٢- تظهر سلوكيات التجنب مثل تبديل الكلمات، الالتفاف حول الكلمة الصعبة، تجنب بعض المواقف التي تمثل لهم صعوبة في التواصل	يعانى من الإحباط والارتباك، ويبدأ بالمعاناة من الخوف، وبتكوين تصور لنفسه بأنه متهته وبالتالي بناء الاعتقادات السلبية حول نفسه وكلامه ورد فعل المستمعين له .
المتقدمة تصيب البالغين وطلاب المدارس الثانوية والجامعات	تظهر عادة بعض السلوكيات التالية أو كلها : ١- إعادة جزء من الكلمة أو إعادة كلمة أحادية المقطع وتتضمن الإعادة شدا أثناء التهتهة . ٢- تطويل في حروف العلة مع إظهار شد واضح . ٣- إظهار تقطعات في الكلام على شكل توقفات .	١- سلوكيات الهرب . ٢- سلوكيات البدء في الكلام . ٣- سلوكيات التأجيل . ٤- استبدال الكلمات . ٥- الالتفاف حول الكلمات ٦- سلوكيات التجنب .	يظهر الإحباط والخجل والخوف بشكل يتناسب مع تهتهته نظراً لإدراكه الكامل ووعيه بمشكلته .

obeikandl.com

فيما ميز البعض الآخر بين ثلاث أنواع من التهتهة كالتالي:

١. التهتهة النمائية : وتحدث في مرحلة الانتقال إلى المخارج السهلة للكلمات بين (٢-٤) سنوات ؛ حيث يتغير نمو الكلام من الإطالة إلى التوقف والتكرار أو التردد .
٢. التهتهة المتحسنة : وتظهر لدى بعض الأطفال من فئة العمر (٣ - ١١) سنة وتزول تلقائيًا في مدة تتراوح بين (٦ شهور إلى ٦ سنوات).
٣. التهتهة الثابتة : تظهر لدى بعض الأطفال في الفئة العمرية (٣ - ٨) سنوات وتحتاج إلى علاج لفترة زمنية طويلة (زكريا الشربينى : ٢٠٠١ ؛ حسن عبد المعطى : ٢٠٠٣)

الفرق بين التهتهة نفسية المنشأ والتهتهة عصبية المنشأ :

ويمكن تشخيص التهتهة أيضاً على أساس التمييز بين أنواعها المختلفة كالتهتهة نفسية المنشأ ، والتهتهة عصبية المنشأ حيث يذكر بعض الباحثين في هذا المجال الفرق بين التهتهة نفسية المنشأ والتهتهة عصبية المنشأ على النحو التالي:

أن التهتهة نفسية المنشأ Psychogenic Stuttering هي تهتهة تعزى بوضوح إلى إصابة نفسية وهي شكل من أشكال الإصابات النفسية المؤكدة مثل الاضطرابات العصبية وتظهر بعد حدث معين بسبب ضغط نفسي حاد وتتصف هذه التهتهة بتكرار المقاطع الأولى والمقاطع المشددة من الكلام، كذلك تتصف بنقص في تعبيرات الطلاقة ، وقلة التواصل البصري، والاتجاه السلبي ناحية الكلام، وقد يحدث ذلك النوع من التهتهة في أي سن .

أما التهتهة عصبية المنشأ Neurogenic Stuttering ؛ فهي تحدث كنتيجة لإصابة عصبية معروفة، وغالبا ما تلي حدوث الإصابة وتستمر معها، وعامةً يمكن ملاحظة هذا النوع من التهتهة بعد التعرض لتلف مؤكد في خلايا المخ أو عطب في الجهاز العصبي المركزي، وهي اضطراب غير متكرر الحدوث، وقد تم تصنيف هذه الإعاقة على أنها إعاقة مكتسبة وتتميز بتكرار المقاطع والأصوات الأولية أكثر من منتصف أو نهاية الكلمة، ومد الصوت مع أو بدون وجود شد عضلي . أما مانينج (Manning, 1996) ؛ فيوضح الفرق بين التهتهة نفسية المنشأ وعصبية المنشأ كما يوضحها جدول الآتي :

الفرق بين التهتهة نفسية المنشأ والتهتهة عصبية المنشأ

إعداد/ مانينج (Manning, 1996)

	التهتهة النفسية المنشأ	التهتهة العصبية المنشأ
التعريف	هي اضطراب في الطلاقة يحدث للشخص المرتبك عاطفيا أو المريض وجدانيا وغالبا ما تظهر فجأة بعد المرور بصدمة نفسية أو خبرة عاطفية مؤلمة	تعرف بالتهتهة المكتسبة، وهي ذات بداية مفاجئة، وتنتج عن خلل في الجهاز العصبي المركزي أو صدمة الرأس أو استخدام المخدرات أو الجلطات الدماغية أو نقص الأكسجين في المخ، وهي تتطور وتنمو ببطء كما في النسيان أو عته الشيخوخة أو أمراض الأوعية الدموية أو الالتهاب السحائي الفيروسي

	التهتهة النفسية المنشأ	التهتهة العصبية المنشأ
الخصائص الكلامية المميزة والمصاحبة لكل نوع	١- عندما تلاحظ التهتهة لأول مرة فإنها تكون واضحة ثم تتطور ٢- تظل أو تبقى التهتهة كما هي بغض النظر عن الموقف ٣- تختفي التهتهة في قليل من المناسبات ٤- تحدث نتيجة خبرة عاطفية مؤلمة أو نتيجة لتاريخ طويل من المشكلات الانفعالية ٥- قد يظهر الخوف والقلق والمجاهدة أثناء الكلام ٦- تكون معدلات الكلام بطيئة	١- تكون التهتهة في نسبة عالية من المقاطع، وتكون السلوكيات الجانبية قليلة ٢- يحدث تكسير في الكلام في منتصف الكلمة وفي نهايتها. ٣- يتهته الفرد بالتساوي في محتوى ووظيفة الكلمات ٤- لا يظهر عادة الخوف أو القلق عند التحدث ٥- يظل الفرد يتهته حتى عند استخدام عوامل تحسين أو تدعيم الطلاقة (كالغناء أو الهمس)

ويمكن أيضا تشخيص التهتهة عن طريق قياس معدل حدوثها وليس فقط بعدد الكلمات في الدقيقة ولكن أيضا بعدد المقاطع في الدقيقة حيث أوضحت بعض الدراسات أن معدل الكلام الطبيعي يتراوح من ١١٧.٣ : ١٤٠.٣ كلمة في الدقيقة، أو من ٢١٨.٨ : ٢٥٦.٥ مقطع في الدقيقة، وقد قام مارك أونسلو ومعاونوه (Onslow, et al., 2003) بتشخيص وقياس درجة التهتهة كالتالي:

أولاً : قياس نسبة حدوث التهتهة في عدد من المقاطع بالنسبة للمجموع الكلى من عدد الكلمات المنطوقة حيث :

$$\text{نسبة حدوث التهتهة} = \frac{\text{عدد المقاطع التي يتهته فيها الطفل}}{\text{عدد المقاطع الكلية المتكلم بها}} \times ١٠٠$$

أي أن نسبة حدوث التهتهة تساوي عدد المقاطع المتهته بها مقسومًا على العدد الكلي للمقاطع المتكلم بها . وقد استخدام مقياس مكون من عشرة نقاط كما يوضحه جدول الآتي :

تشخيص وتحديد درجة التهتهة عند مارك أونسلو

(Onslow, et al., 2003)

(١)	(٢)	(٣)	(٤ - ٦)	(٧)	(٨)	(٩ - ١٠)
لا يتهته	**خفيف جدًا**	**خفيف**	**متوسط**	**خفيف الحدة**	**حاد**	**حاد جدًا**
No stuttering	Very mild	mild	average	moderate	sever	Extremely sever

حيث يتم إعطاء الطفل قطعة قراءة مكونة من ١٠ كلمات فإذا تهتهة الطفل في كلمة واحدة يعتبر غير متهته، وإذا تعثر في كلمتين يعتبر خفيف جدًا، أما إذا تعثر في ثلاث كلمات يعتبر خفيف، وأما إذا تعثر في ٤-٦ كلمات يعتبر متوسط التهتهة وإذا زاد عدد الكلمات إلى سبع كلمات يعتبر خفيف الحدة، وفي ثماني كلمات تعتبر درجة التهتهة حادة ولو وصلت إلى تسع أو عشر كلمات تعتبر الحالة حادة جداً .

كما تقاس التهتهة أيضاً باستخدام عداد لعد المقاطع التي يتهته فيها الطفل وذلك بإعطائه قطعة مكونة من ٣٠٠ كلمة لقراءتها قراءة تلقائية ويتم التشخيص كما يتضح من جدول الآتي:

تشخيص وتحديد درجة التهتهة باستخدام عداد لعد المقاطع المصابة

٢٪ من الكلام	خفيف جداً
٢ - ٥ ٪	خفيف
٥ - ٨ ٪	متوسط
٨ - ١٢ ٪	خفيف الحدة
١٢-٢٥ ٪	حاد
٢٥ ٪ فأكثر	حاد جداً

ويذكر البعض أنه قد يتم تشخيص التهتهة باستخدام مسجل صوتي أو مسجل فيديو لجمع عينة كلامية من الطفل والوالدين وتحليلها ويتم ذلك في ثلاث جلسات كالتالي :

الأولى : من ٢٠ -٣٠ دقيقة محادثة وتفاعل بين الطفل ووالديه .

الثانية : من ٦٠ -٩٠ دقيقة تقييم اللغة والكلام عند الطفل مع ملاحظة السلوكيات المصاحبة

الثالثة : من ٤٥ -٦٠ دقيقة مقابلة مع والدي الطفل لتحديد سلوكيات الكلام لدي الطفل ومعرفة التطور اللغوي للطفل وتاريخ الاضطراب.

ويعتمد البعض الآخر في التشخيص على ملاحظة الأعراض الظاهرة للتهتهة مثل : التكرار، والنمط، والمدة المستغرقة (الاستمرارية) (Zebrowski, 1991 ; 1994)، ويضيف يارس (Yaruss, 1997) أنه يمكن ملاحظة أنماط التهتهة بجمع ٣٠٠ كلمة من محادثة بين طفل ووالديه وبعد تسجيلها يتم تحليلها وفقاً لما يلي :

- يتم تحديد نوع الاضطراب داخل الكلمة مثل (إعادة كلمة أحادية المقطع، تكرار كل الكلمة، تطويل مسموع أو غير مسموع للصوت أو وقفات صامتة) .
- تحديد نوع الاضطراب بين الكلمات مثل (إعادة كلمة ثنائية المقطع، إعادة جملة، التعديل، الإقحام)

ويستخدم بعض أخصائي النطق والتخاطب مصطلحات مثل خفيف ومتوسط وشديد وذلك لتقدير حدة التهتهة والمحاولات المبذولة للكلام والسلوك الحركي المصاحب كما يتضح من جدول الآتي :

المصطلحات المستخدمة لتقدير شدة التهتهة السلوكيات الحركية المصاحبة

التقدير	الجهد	السلوكيات الحركية المصاحبة
خفيف جدًا	لا يوجد توتر ملحوظ	لا يوجد
خفيف	يوجد توتر ملحوظ لكن يمكن التغلب عليه	الغمز بالعين، التحديق، حركة الوجه لكن بدرجة طفيفة جدا
معتدل	يظهر توتر عضلات الوجه بوضوح ومجاهدة قد تستغرق حوالي ثانيتين	شد وتوتر ملحوظ في عضلات الوجه
حاد	محاولات متعددة لتكرار الكلام مصحوب بجهد وتوتر واضح وتستغرق المحاولة حوالي من ٢-٤ ثواني	شد وتوتر جلي وظاهر بوضوح في عضلات الوجه أو غيره من عضلات الكلام الأخرى
حاد جدًا	محاولات مستميتة لتكرار الكلام تستغرق عدة ثواني أو أكثر وتكون مصحوبة بصراع ومجاهدة	شد وتوتر قوي في عضلات الوجه والرقبة والعضلات الأخرى

(Linn & Caruso, 1998 ; Shipley & McAfee, 1998)