فعالية برنامج علاجي لغوي في الحد من الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد

إعداد

نبيلة صلاح عبدالرازق محمد

دكتوراه في التربية الخاصة

كلية التربية النوعية جامعة بنها

2020م

ملخص البحث

هـدفت الدراسـة الحاليـة إلى معرفـة فعاليـة برنـامج علاجـي لغـوي للحـد مـن مشـكلة الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وشملت عينة الدراسة على (2) أطفـال من ذوي اضـطراب التوحد، وتتراوح أعمارهم ما بين (5- 6) سنوات، وذوي درجة ذكـاء تـتراوح مـا بـين (50 - 70)، وذوي اضـطراب توحـد متوسـط تـتراوح مـا بـين (90 – 105)، وتم اختيار العينة من المرضى المترددين على عيادة علاج النطق واللغة في مستشفى خولة بوزارة الصحة بسلطنة. واشتملت الدراسة على عدد من الأدوات، وهي مقياس جيليام التقـديري لتشـخيص اضـطراب التوحـد. ترجمـة محمـد (2006)، واختبـار جـودارد للـذكاء، ومقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى التوحد. إعداد سهى أحمد نصر (2002)، والبرنامج العلاجـي اللغـوي (البرنـامج العلاجـي) إعـداد الباحثـة. وتوصـلت نتـائج الدراسـة إلى فعاليـة البرنـامج العلاجـي اللغـوي في الحـد مـن الترديـد المرضـي للكـلام مـن جانـب الأطفـال ذوي اضطراب التوحد باستخدام علاج النطق واللغة.

الكلمات الافتتاحية: اضطراب التوحد – العلاج اللغوي– الترديد المرضي للكلام.

Abstract

Effectiveness of Language Therapy program for Reducing Echolalia in Children with Autism

This study aims to examine the effectiveness of Language Therapy program reducing on echolalia in Children with autism. sample participants were two children with Autism .ranging in age from (5-6) years, with intelligence degree ranging between (50-70), and with mild Autism disorders degree ranging between (90-105). the sample were selected from the Speech & Language Therapy Clinic at khawla hospital , Ministry of health at Sultanate of Oman .The study included a number of instruments that have been selected and are as follows: Gilliam Autism Rating Scale (GARS) Translated by /Adill Abdullah Mohamed (2006) , Measure of linguistic Language for Autism Preparation of / Souha Ahmed Nasr (2002), IQ test for Goddard & language Therapy program prepared by the researcher (Treatment program). the results showed significant reducing in echolalia in children with autism with using language therapy program.

Key words: Autism Disorder - Language therapy – Echolalia.

مقدمة البحث

تعتبر إجادة الكلام من أهم مستلزمات الشخصية الكاملة. فالفرد الذي لديه القدرة على الفهم و التعبير الفصيح في حياته العملية و أنشطتها من مظاهر قوة الشخصية. فالفرد الواثق من نفسه يتكلم بطلاقة ووضوح، ولذلك نال موضوع النطق واللغة والكلام اهتمام القدماء و المحدثين من علماء اللغة والطب وعلم النفس وعلم الاجتماع والتربية وغيرها (فكرى لطيف متولى، 2015، 14).

ولذلك شهدت دراسة اضطرابات النطق واللغة عند الأطفال تطورات كبيرة مؤخراً تتعلق بأساليب وفرضيات دراسة ومعالجة هذه الاضطرابات حيث بدأ الاهتمام الكبير لدى الباحثة في هذا المجال باللجوء إلى التحليل الوصفي، وفرضيات النظرية الفونولوجية، لدراسة مشكلة الاضطراب اللغوي ومعرفة أسبابها، واتخاذ الإجراءات اللازمة لمعالجتها. وتعتبر اضطرابات النطق واللغة من أحدث ميادين التربية الخاصة وأسرعها تطوراً وذلك بسبب الاهتمام الزائد من قبل الوالدين والمهتمين بمشكلة الأطفال الذين يظهرون مشكلات لغوية وكلامية. ويتفق معظم علماء النفس على أن مجال اضطرابات اللغة والكلام من المجالات التي كان ايقاع التطور فيها مطرداً ومتعاظماً خلال أواخر القرن الماضي حيث أن اضطرابات اللغة والكلام تعد من الاضطرابات التي تؤثر في مجالات الحياة المختلفة وتلازم الطفل في مواقف حياتية مختلفة (الجرواني، صديق، 2013، 25).

ويعد الأطفال ذوي اضطراب التوحد من أكثر الأطفال الذين يعانون من اضطرابات في التواصل عامة وفي التواصل اللفظي خاصة، متمثلاً في اضطراب في النطق واللغة مما يحد من تواصلهم مع من حولهم. فهم أطفال يعانون من القصور الاجتماعي، وخاصة الشذوذ الكلامي و نمطية سلوكياتهم، وتتفاوت قدراتهم من طفل لآخر ما بين غير اللفظيه، والإعاقة الفكرية، ذوي القدرات العالية. (Christina , de rivera , 2008; Jamb., et. all ,2006,2)

ولذلك بذلت الكثير من المحاولات البحثية والعلمية لمعرفة أسباب هذا الاضطراب والوصول إلى أفضل البرامج العلاجية المناسبة لمحاولة التقليل من آثره على طبيعة شخصية الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وهدفت تلك المحاولات إلى تحسين قدراتهم على التواصل بأشكاله المختلفة عامة مع المجتمع من حوله، والتدريب النطقي واللغوي لتحسين التواصل

اللفظي خاصة. تمهيدا لإكسابهم المهارات والمعرفة الضرورية لممارسة نشاطاتهم اليومية و تسهيلا لاندماجهم في المجتمع بصورة تكاد تكون طبيعية.

وتعد الدراسة الحالية محاولة من الباحثة للحد من تأثير اضطراب التوحد على هؤلاء الأطفال من خلال علاج مشكلة الترديد المرضي للكلام لديهم. تأملاً لتفاعلهم ولاندماجهم في المجتمع بصورة طبيعية. وأيضاً اهتماماً منها لمعرفة دور علاج النطق واللغة مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد كنوع جديد من أنواع العلاج الحديثة التي تستخدم مع هذه الفئة.

مشكلة **البحث**:

إن غالبية الأطفال ذوي اضطراب التوحد القادرون على التكلم يقولون أشياء ولا يدركون معانيها أو تظهر كأنها خارجة عن مضمون وسياق المحادثات (الحوار) مع الآخرين. مثل طفل يعد الأرقام من 1: 5 عدة مرات أو طفل يكرر الكلمات التي سمعها أكثر وأكثر، وهو ما يعرف بالترديد المرضي للكلام .Echolalia (National Institute of , Deafness & other Communication Disorders ,2017,2)

مما ينعكس بالسلب على تواصله مع المجتمع الخارجي ؛ ولذلك بذلت الكثير من المحاولات لإيجاد علاجا لها. ويعد علاج النطق واللغة من العلوم الحديثة التي تقوم على أساس تشخيص وعلاج حالات اضطرابات النطق والكلام و اللغة في جميع الأعمار بصورة جماعية وفردية، ومن هذه الحالات الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

وتعد الدراسة الحالية محاولة من الباحثة لمعرفة دور علاج النطق واللغة واستراتيجياته المتعددة في علاج مشكلة الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد لإعدادهم للتفاعل والاندماج مع المحيطين بهم في المجتمع، وممارسة أنشطتهم اليومية بصورة طبيعية.

ومما سبق تتبلور مشكلة الدراسة وتنحصر في السؤال التالي: ما أثر البرنامج العلاجي اللغوي في الحد من ترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد؟

أهداف البحث:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1) استخدام علاج النطق واللغة في علاج مشكلة الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
2) معرفة دور البرنامج العلاجي اللغوي في الحد من الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

أهمية البحث :

1) مما لا شك فيه أن التغلب على عائق اللغة الذي تتسبب فيه الإصابة باضطراب التوحد يمكن أن يكون مساهما في تنمية جوانب أخرى تتأثر بتأخر النمو اللغوي .
2) إفادة العاملين بمجال اضطراب التوحد في كيفية الحد من الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد .
3) مساعدة الأطفال ذوي اضطراب التوحد على الاندماج في المجتمع باستخدام اللغة اللفظية.
4) تفتح الدراسة باب الأمل لأسر الأطفال ذوي اضطراب التوحد في امكانية اندماج أطفالهم بشكل طبيعي في المجتمع من حولهم .

مفاهيم البحث:

– برنامج علاجي لغوي :language therapy program

هو برنامج يقوم على استراتيجيات علاج النطق واللغة الذي يضطلع بمهمة تشخيص اضطرابات النطق والكلام واضطرابات النمو وعلاجها، والذي يستلزم تشخيص الحالات وعلاجها وتعليمها بصورة فردية، بالإضافة إلى العمل مع الجماعات الصغيرة (**الشخص والدماطي، 1992**).

– **اضطراب التوحد** : هو إعاقة نمائية تؤثر بدرجة ملحوظة على التواصل اللفظي وغير اللفظي، و التفاعل الاجتماعي قبل سن الثالثة من العمر، ويؤثر سلبا على الأداء التربوي، ويشتمل خصائص التوحد على إعاقات في التواصل، و انشغال في أنشطة ترديدية، وحركات نمطية، ومقاومة التغيير في البيئة، أو مقاومة التغيير في الروتين اليومي، واستجابة غير مألوفة للخبرات الحسية (Kuder , 2003 , 124).

الإطار النظري:

قد يتعرض الفرد لبعض الاضطرابات أو الأمراض التي تؤثر علي طريقة تواصله مع الآخرين وتحد من قدراته على تعلم النطق و الكلام واكتساب اللغة. مما تستدعي الضرورة محاولة مساعدتهم بتحسين وزيادة فرص تواصلهم مع المجتمع من حولهم والتقليل من آثار هذه الاضطرابات على شخصية الفرد. ومن هؤلاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد وهم أطفال يعانون من القصور الاجتماعي، وخاصة الشذوذ الكلامي و نمطية سلوكياتهم، وتتفاوت قدراتهم من طفل لآخر ما بين غير اللفظيه، و التخلف العقلي، ذوي القدرات العالية. (Christina , de rivera , 2008 ,1 ; Jamb S. et al.,2006, 2)

ولذلك يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية الشاملة إزعاجا وإرباكا، وذلك لأنه يصيب الطفل بعد مروره بفترة نمو عادية قد تصل إلى ثلاث سنوات.ثم يحدث له انحرافا عاما في جميع مجالات النمو، ومستوى الأداء في جميع المهارات بما في ذلك اللغة، والمهارات الحركية،ومهارات التواصل الاجتماعي (H.K Seung ,& G. Valcante , 2006,139 ; American psychiatric Association, 2013 ,187; **الشخص والدماطي 1992**).

ويشمل اضطراب التواصل عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد اضطراب التواصل اللفظي متمثلا في الكلام المباشر في المحادثات. فالنصف تقريبا يفتقدون اللغة اللفظية (**الشخص والدماطي، 1992**).

ولذلك بذلت الكثير من المحاولات البحثية والعلمية لمعرفة أسباب هذا الاضطراب والوصول إلى أفضل البرامج العلاجية المناسبة لمحاولة التقليل من آثره على طبيعة شخصية

الطفل التوحد. وهدفت تلك المحاولات إلى تحسين قدرات الأطفال ذوي اضطراب التوحد على التواصل بأشكاله المختلفة عامة مع المجتمع من حوله، والتدريب النطقي واللغوي لتحسين التواصل اللفظي خاصة. تمهيدا لإكسابهم المهارات والمعرفة الضرورية لممارسة نشاطاتهم اليومية و تسهيلا لاندماجهم في المجتمع بصورة تكاد تكون طبيعية. وفيما يلي عرض مفسر لاضطراب التوحد كمحاولة من الباحثة لمعرفة طبيعته، وخصائصه وتشخيصه والطرق العلاجية المناسبة كمايلى:

المحور الأول: الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

أولاً: تعريف اضطراب التوحد: يعد اضطراب التوحد من وجهة نظر عادل عبدالله محمد (2004 - 2008) بمثابة اضطراب معقد يمكن النظر إليه على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلبا على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التقوقع حول ذاته. كما يتم النظر إليه على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف اضطراب التوحد ASD يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي، فضلا عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية، وترديديه ومقيدة (**عادل عبدالله محمد، 2011، 114**).

فهو إعاقة نمائية مستمرة ودائمة طول الحياة، وتبدأ في سن مبكرة في 36 شهرا، وتتسم بإعاقات محددة (مشروطة) في التفاعل الاجتماعي، و التواصل، والاهتمامات المحدودة، والسلوك الترديدي (Lord, , ؛ Iffat Battol & Aysha Ljaz ,2015,15 .& Volkmar , 2002,1134 ; Ana Carina et al. 2015 , 552).

ويتضح مما سبق أن عدم وجود تعريف محدد لاضطراب التوحد، ويرجع ذلك بسبب اختلاف الاتجاهات، والنظريات التي حاولت تفسير هذا الاضطراب.

ومما سبق يمكن للباحثة تعريف مصطلح اضطراب التوحد بأنه: أحد اضطرابات النمو الشاملة التي تظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، ويصيب الذكور بنسبة أكبر من الإناث بنسبة 4 -1، ويُحِد هذا الاضطراب من قدرة الطفل في ثلاثة محاور أساسية أولها قصور في التواصل سواء التواصل اللفظي فيسبب(اضطراب اللغة، تأخر اللغة، ترديد

كلمات أو عبارات بطريقة رتيبة وبدون هدف لمجرد سماعها، أو مفردات لغوية مضطربة ومشوهه) أو التواصل غير اللفظي مثل (الإشارات،الإيماءات، وضعف التواصل اللفظي) وثانيها قصور في التفاعل الاجتماعي (الانطواء، الانسحاب من الحوار، اللعب الفردي،ومشاهدة الآخرين من على بعد، والعدوانية)، و ثالثها السلوكيات النمطية الترديدية و الروتينية، وعدم القدرة على اللعب التخيلي، والارتباط بالأشياء والحيوانات أكثر من البشر، و ميل بعضهم أحيانا لترتيب الأشياء بطرية منظمة وخاصة.

وفيما يلي عرضًا لخصائص اضطراب التوحد :

– الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics:يتسم سلوك طفل التوحد بالمحدودية وضيق المدى، كما أنه يشيع في سلوكه نوبات انفعالية، وهذا السلوك لا يؤدي إلى نمو الذات، و يكون في معظم الأحيان مصدر إزعاج للجميع. وأبرز هذه السلوكيات لدى اضطراب التوحد أن يظهر الطفل سلوكيات لا إرادية مثل رفرفة اليدين، وهز الجسم ذهاباً وإياباً. أويظهر الطفل قصوراً واضحاً في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة به... والسلوك النمطي سلوك شاذ يظهر على شكل استجابات مختلفة من الناحية الشكلية، وهو سلوك ليس له وظيفة ؛ أي أن لا غاية له يؤديها، هو سلوك شائع لدى الأطفال المعوقين وهو سلوك غير مؤذٍ إلا أنه يعيق الانتباه.(**سعيد حسني العزة، 2002، 71**).

– الخصائص الاجتماعية Social Characteristics :يعتبر القصور في التواصل الاجتماعي من المحاور الأساسية المعروفة عن اضطراب التوحد، والتي ترتبط ارتباطاً وثيقاً باللغة. فلا يطور الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد مهارات سلوكية واجتماعية مناسبة لعمرهم الزمني. .(Heflin & Alaimo , 2007,6)

– الخصائص اللغوية Language Characteristics: قد يتصف هؤلاء الأطفال بأنهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة، وإن تكلموا فغالباً ما يرددون ما يقال دون فهم، وهذا ما يسمى بالببغائية، كما يتأخر النمو اللغوي لهؤلاء الأطفال في سن الثالثة(**قحطان أحمد الظاهر**،2008، **52**) .

– **الخصائص المعرفية و الأكاديمية**:حدد أسامة فاروق سالم و كمال السيد الشربيني (2011) الخصائص المعرفية للتوحد كما يلي:

– **الإدراك**:ردود فعل اضطراب التوحد لخبراته الحسية يكون غالباً شاذاً فهو يدرك الضوضاء أو المناظر المحيط به أو يشم ما حولة، و من الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة، ويحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء.

– **الانتباه**: انتهت الدراسات إلى أن أطفال التوحد لا ينتبهون إلى المهارات التعليمية، كما يكونون أكثر إعاقة في وجود مشتتات.

– **التذكر**: قد يتذكر اضطراب التوحد بعض المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعها، وقد يعاني من صعوبات في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عال من المعالجة كرواية قصص، وتذكر المشاهد البصرية.

– **التفكير**: حيث يتميز تفكيره ببعده عن الواقع، فهو يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، ولا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته. حيث ينصب تفكيره بانشغاله بذاته.

– **الذكاء**: حيث تشير الدراسات إلى قصور اضطراب التوحد في عمليات معالجة المعلومات و المرونة المعرفية، كذلك في القدرة على تحويل الانتباه من مثير لآخر، وهناك تقديرات تشير إلى أن غالبية أطفال اضطراب التوحد لديهم تأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد إلا أنه هناك قلة ممن يمتلكون قدرات عالية من الأداء (**سالم والشربيني، 2011، 91-95**).

– **الخصائص النفسية**: وتتسم شخصية اضطراب التوحد باضطرابات النفسية المقررة مثل: الاكتئاب، والحركة الزائدة، والمخاوف وعدم الانتباه، والعدوان، اضطراب الوسواس القهري، و المخاوف، و القلق المعمم، واضطراب الهلع و القلق الاجتماعي Lacavalier,et al. 2006,1102) ; (Green et al ,2000,281; Bellini,2003,138

– **الخصائص الجسمية والحركية والحسية**: اعتبر العديد من المختصين أن الملامح البدنية و البنية الجسدية للأطفال اضطراب التوحد في أغلب الأحيان لا تختلف عن أقرانهم من الأطفال العاديين، وربما يذهب البعض إلى اعتبار أنهم يتميزون بالوسامة Whitman, (2004, 221)

والصفات الحسية لطفل اضطراب التوحد عادة ما تكون ردود فعله غير عادية للإحساسات المادية حيث أنه دائماً ما يكون مفرط الحساسية للألم أو يكون لديه قصور في ذلك، وردود فعله للمثيرات المختلفة تكون أقل أو أكثر من غيره (إفراط – قصور).ويبدو و كأنه أصم. و يلجأ إلى الضوضاء الشديدة عندما يضايقه أحد...وقد يستمتع ببعض الألعاب التي تتضمن التلامس الجسدي. وينجذب إلى الموسيقى خاصة الخفيفة منها. ولا يحب في الغالب أن يلمسه أحد. ولا يقدر الخطر أو يهابه (**محمد، 2011، 150**).

خلاصة وتعقيب: مما سبق يتضح تعدد البرامج و الأساليب العلاجية و التعليمية المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب التوحد كمحاولات جاهدة للتعديل و التحسين من الاضطرابات المختلفة المترتبة على اضطراب التوحد لدى الأطفال في مرحلة عمرية مختلفة بهدف الوصول بالفرد ذوي اضطراب التوحد إلى مرحلة تكيفه وتواصله (**فراج، 2002، 48**).

ونظراً للإحتياج الشديد لهذه الفئة للتواصل مع من حولهم وخاصة التواصل اللفظي (الوسيلة المفضلة للعنصر البشري) ولفعالية فنيات العلاج السلوكي في جلسات علاج النطق واللغة هدفت الباحثة الجمع بينهما بهدف تحسين القدرات التواصلية اللفظية للأطفال اضطراب التوحد عينة الدراسة. ولذلك اعتمد الباحثة في اعدادها للبرنامج العلاجي على بعض أساليب العلاج السلوكي، ومنها أسلوب التعليم الفردى، وأسلوب التعليم المبني على طرق تعديل السلوك عن طريق التدعيم، والتعزيز، والنمذجة، ولعب الدور.

– المحور الثاني: دور علاج النطق واللغة في علاج مشكلة الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد:

– ويقصد بعلاج النطق واللغة Speech &Language Therapy العلم الذي يهتم بدراسة المعرفة النظرية و التطبيقية للتواصل الإنساني فهو يشتمل على دراسة الأسس الفيزيائية والسلوكية لعمليات التواصل واضطرابات العمليات الكلامية واللغوية، والوصف الدقيق للتواصل الطبيعي والعوامل المؤثرة فيه (**ابراهيم عبدالله الزريقات، 2004، 36**).

ولقد أطلق عليه الشخص والدماطي (1992) اسم علم أمراض الكلام Speech Pathology وعرفاه بأنه فرع من فروع العلم يضطلع بمهمة تشخيص اضطرابات النطق والكلام واضطرابات النمو وعلاجها، والذي يستلزم تشخيص الحالات وعلاجها وتعليمها بصورة فردية، بالإضافة إلى العمل مع الجماعات الصغير.

ومما سبق يمكن للباحثة القول بأن علاج النطق واللغة: هو فرع من العلوم الحديثة يهتم بتشخيص اضطرابات النطق والكلام واللغة وعلاجها لدى مختلف الأعمار سواء بصورة فردية أو جماعية.

– مشكلة الترديد المرضي للكلام Echolalia:

ويقصد بها قيام الطفل بترديد بعض الأصوات أو الكلمات المفردة أو الجمل أو الموقف أو أحداث بسيطة وبنفس التنغيم الذي يقوله أشخاص آخرون. (Buman & Kemper, 2005,61 ؛ Prizant ,et ,al. 2006,81 ؛ **حازم رضوان اسماعيل، 2011، 47**) وذهب كل من Karmali et al. 2005 , Stribling et al.(2007) Valentino et al.(2012) , أن ترديد الكلام المرضي عادة مايتم تعريفه على أنه ترديد اجتماعي محرج أو غير مناسب حرفياً لجزء أو لكل الكلام المنطوق مسبقاً.(Neely et al.,2016, 1)

ولقد اعتبر كامل (1997) أن الترديد المرضي للكلام هو أحد العلامات المميزة للغة التوحد وتظهر هذه الصفة مع بدء الكلام عند الأطفال ذوي اضطراب التوحد الآخرين، وتظهر أكثر عند الأطفال التوحد ذوي الكفاءة و القدرات اللغوية المنخفضة، وتظهر أيضاً في المواقف التي يشعرون فيها بعدم الأمان و الإثارة وأيضاً في المواقف التي يشعرون فيها بعدم الأمان و الإثارة، وأيضاً لتعرض هؤلاء إلى تغيرات مفاجئة أو مواقف لا يحسبونها... وذكر Rydell & Prizan 1995 أن الأطفال الأكبر سناً و الأقل في الاضطرابات الإدراكية يستخدمون هذه الطريقة لتوضيح متطلباتهم أو التعبير عن أنفسهم في وقت معين (**نصر، 84، 2002**).

وقد يؤدي الترديد المرضي للكلام إلى انقطاع التواصل الذي يؤدي إلي زيادة احتمالية الفشل الاجتماعي، وزيادة وصمة اضطراب التوحد لدى الأفراد المصابين (Neely et al.,2016, 1)

ولذلك يعد ترديد الكلام لدى أطفال التوحد من أكثر المشكلات انتشاراً...فقد يكون هذا الأسلوب هو الطريقة الوحيدة المفضلة للفرد ذوي التوحد للتواصل مع الآخرين باعتباره طلب معتمد لاستحواذ انتباه الآخرين أو سبب عدم احساسه بالأمان في موقف معين. وهذا الأسلوب في جميع الأسباب يؤدي إلى إقامة التواصل الاجتماعي العادي لأنه يسبب الضيق للأفراد الآخرين الذين يتعاملون مع الأفراد التوحد.(Aline & Esther,2016,358 ؛ **الشرقاوي، 2018 أ، 271**).

– أنواع الترديد المرضي للكلام Echolalia types:

ينقسم ترديد الكلام إلى أنواع هي:

(أ) **ترديد الكلام الفوري** Immidiate Echolalia: تظهر بعد سماع الكلمات تماماً في فترة زمنية لا تتجاوز عدة ثواني، كما يسمع الكلام بالضبط، وأحياناً بنفس نبرة المتكلم. (Prizant , et,al. 2006,81 , Neely et al.,2016, 1 ؛ (**اسماعيل، 2011، 47** ؛ Marina Margi & Cintia A. S. Azoni,2015, 2073)

حيث يكرر الطفل كلام شخص بعد سماعه منه مباشرة مثال: طفل يستجيب لسؤال ثم يقول نفس السؤال الذي سُئِل من قبل. (National Institute of Deafness & Communication Disorders ,2017,2)

(ب) **ترديد الكلام المتأخر** Delayed Echolalia: تحدث بعد سماع العبارة بفترة زمنية تتراوح بين دقائق وأيام ولكنها تتكرر كما سمعت. (Prizant , et,al. 2006,81 , Neely et al.,2016, 1 ؛ **اسماعيل، 2011، 47** ؛ Marina Margi & Cintia Azoni,2015, 2073) عندما يتكلم الأصدقاء أو الأسرة، وقد يكررون ما يسمعون في البرامج التليفزيونية، أو الإعلانات التجارية. (National Institute of Deafness Communication Disorders ,2017,2)

(ج) **ترديد الكلام المخفف** Mitigated Echolalia: وتكون على شكل عبارات معادة لكن الشخص التوحد غيّر بعض كلماتها أو نبرة صوتها، وهذا النوع يعدّ أكثر تقدماً لأن الطفل هذا يعرف أن للغة وظيفة، ويمكن استخدامها للتأثير على سلوك الشخص

الآخر بطريقة ما (Marina Margi & Cintia ؛ Prizant ,et,al. 2006,81) Azoni,2015, 2073

وبالرغم من الآثار السلبية المترتبة على مشكلة الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، إلا ان ظهورها له إيجابيات وفوائد يمكن الاستفادة منها في البرامج العلاجية، ومنها أن الأطفال قد وصلوا إلى مرحلة يمكن من خلالها أن يميزوا أصوات الكلام من بقية الأصوات، وتعد مؤشراً على أن الأطفال يمكن أن يتكلموا.ويمكن أن تساعدنا على إعطائهم معنى للكلمات التي يقولونها. وتشكل برهاناً على أن الطفل يستطيع أن يتعلم على سبيل المصادفة من بيئته (Stone , 2004, 22)

– استراتيجيات علاج مشكلة الترديد المرضي للكلام Echolalia :

ومن الاستراتيجيات التى يمكن استخدامها في علاج مشكلة الترديد المرضي للكلام التى تم تصنيفها بناءً على الموقف كما يلى:

1 – الطلب Requesting:إذا كان الطفل يريد قطعة من البسكويت مثلا، فعلينا أن نقول مثلاً: خالد يريد بسكويت، المتوقع أن يقوم الطفل بترديد الجملة وقد يتأخر نوعاً ما بترديدها، وبالتدريب يصبح ممكناً الوصول إلى الاستقلالية أى أن يقوم خالد بطلب البسكويت بنفس الطريقة. كما ينصح بتجنب التعزيز اللفظى المباشر مثل ممتاز أو بطل لكن لا يقوم الطفل بترديد التعزيز اللفظى دون وعى كما يمكن الوصول إلى الطريقة الطبيعية فى الطلب (أنا أريد بسكويت).

2– **الاختيار** Choosing: إذا أردت وضع الطفل أمام خيارين الكرة أم السيارة، لا تقل له: تريد الكرة أم السيارة، بالإمكان أن تقول له. سيارة أو كرة فإذا قام باختيار واحدة منها، فأعطه ما يريد. وقل خالد يريد السيارة (الكرة.... الخ) ونظراً لأن الطفل قد يقوم بترديد ما سمعه فيما بعد (ترديد كلامي متأخر) فمن المتوقع أأن يصبح قادراً على طلب ما يريده تلقائيا.

3– التحية Greeting: عندما تقوم بتحية الطفل لا تقل له: مرحباً خالد. قل له التحية فقط دون ذكر اسمه: مرحباً أو صباح الخير مثلاً. ليقوم بإعاداتها دون أن يذكر اسمه.

وإذا أردت أن تجذب انتباه الطفل، فبإمكانك أن تنادى عليه باسمه وبعد أن تحصل على انتباه بقول: مرحباً.

4– الرفض Rejecting:بالإمكان تعليم الطفل كيفية الرفض باستخدام بعض الطرق مثلاً. إذا لا يريد الطفل أن يأكل التفاح. فبالإمكان أن نقول له:لا أريد تفاح ليقوم بتقليدها. وفى بعض الأحيان، على المحيطين أن يتقبلوا الرفض من الطفل.(**حازم رضوان اسماعيل، 2011، 47 – 51** ؛ Suzie Hill,M.Ed,2008 , 169 ؛ Gary ,J. Heffner ,M.A.2000, 6-7)

خلاصة وتعقيب:

ومما سبق يتضح أن الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من اضطرابات في اللغة اللفظية سواء اضطرابات نطقية أو لغوية، ونخص بالذكرمشكلة الترديد المرضي للكلام، وهذا ما أكده الكثير من الدراسات و الباحثة، ومنهم (2004) Stone ؛ و Suzie Hill,M.Ed (2008)؛ Buman & Kemper (2005) ؛ Prizant ,et ,al. (2006) ؛ **حازم رضوان اسماعيل** (**2011**) مما يجعلهم في معزلة عن الآخرين، ويقلل من اندماجهم مع من حولهم ويعود بالسلب على جوانب شخصيتهم المختلفة سواء النفسية، أو الاجتماعية، أو الانفعالية، أو الأكاديمية. فمن خلال اللغة اللفظية نتواصل مع الآخرين بسهولة ويسر. ولذلك تعد الدراسة الحالية محاولة من قبل الباحثة في إعداد برنامج يهدف لعلاج مشكلة الترديد المرضي للكلام بقدر الإمكان لدى عينة من هذه الفئة، ويستند البرنامج العلاجي على فنيات تعديل السلوك واستخدام استراتيجيات (ABA) تحليل السلوك التطبيقي مع استخدام استراتيجيات علاج النطق من تدريب أعضاء النطق، وتمارين النفس، واستخدام الصور والقصيرة والعلاج باللعب بهدف تحسين التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد من خلال خفض معد ترديد الكلام المرضي وزيادة القدرة على معرفة مسميات الأشياء، وتسميتها والتمييز بينها والتواصل من خلال جمل مكونة من 3–4 كلمات بصورة صحيحة قدر الإمكان، وفي سبيل ذلك سوف تعمل الباحثة على زيادة تنمية مهارات استعدادية أخرى مفيدة للوصول إلى العلاج النطقي واللغوي وهي تنمية التواصل البصري، والتمييز البصري، والتدريب والتمييز السمعي، ومهارات الجلوس، ومهارات

اللغة الاستقبالية ؛ لما في ذلك من أهمية كبيرة في الوصول لقدرات مقبولة اجتماعياً في التواصل اللفظي للأطفال اضطراب التوحد تساعدهم على الاندماج مع الأسرة والأقران والمعلمين، ومن ثم المجتمع من حولهم.

دراسات سابقة:

سوف نستعرض دراسات سابقة التي لها صلة بالدراسة الحالية، وذلك من خلال ما اطلع عليه الباحثة، وما أتسع لها في مجال متغيرات الدراسة للاستفادة منها في وضع الفروض، واختيار العينة والأدوات، والاستفادة من النتائج التي توصلت إليها الدراسات، وأيضاً الاستفادة من التوصيات والمقترحات، وسوف نستعرض الدراسات السابقة طبقاً للترتيب الزمني من الأقدم إلى الأحدث كما يلي:

– دراسة Neely et al.(2016) وهدفت إلى استعراض وتحليل دراسات سابقة ومشابهة وتحتوي على علاج الترديد المرضي للكلام لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد؛ للوصول إلى الممارسات العملية لتقليل أو خفض الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد. بإجمالي عدد(11) دراسة، وباستخدام معايير التضمين المحددة سابقاً، وقد تم تحديد الدراسات واستعراضها وفقاً: لخصائص المشتركين مثل (الأداء اللفظي والمعرفي) ، و نوع الترديد الكلامي مثل (متأخر، فوري) ، و إجراءات التدخل، وصيانة وتعميم النتائج، وتصميم البحوث وغيرها من مؤشرات الأدلة المؤكدة. وشملت عينة الدراسة على 25 مشتركاً، (17) ولداً، و (5) بنات، وتتراوح أعمارهم ما بين (3- 21) سنة ممن يعانون من اضطراب التوحد وذوي القدرات اللفظية المنخفضة، وذوي الأداء المتوسط وأقل من المتوسط في الأداء المعرفي. وجميع الدراسات اعتمد على استخدام مكونات التحليل السلوكي مثل التعزيزات المختلفة، والنمذجة، والحث. وتوصلت النتائج غلى أن (9) دراسات قد نجحت في تقليل الترديد المرضي للكلام لدى (17) مشاركاً، و(6) من هذه التسع حققت معايير التصنيف بتوفيرها أعلى مستويات الدقة بأدلة قاطعة، وعدد (2) دراسة توصلت لنتائج مختلطة، ويتضح من استعراض نتائج الدراسة أنه يمكن النظر في عدد من خيارات العلاج، وعدم وجود حزمة علاجية واحدة يمكن تصنيقها كممارسة ثابتة لعلاج ترديد

الكلام. ولكن نخص بالذكر دور استخدام الإشارة إلى نقطة التوقف و التفاضلية في تعزيز انحسار معدلات السلوك بالإضافة إلى الإشارات البصرية والنمذجة اللفظية والتعزيز الإيجابي للإجابات المناسبة. مما يقدم توجيها للبحث في المستقبل.

– **دراسة** Stiegler (2015) هدفت إلى تقديم كل المعلومات العملية لأخصائي علاج النطق واللغة والآخرين لعلاج مشكلة الترديد المرضي للكلام، وتقديم رؤية شاملة عن الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي التوحد. واعتمد الدراسة على مقارنة المعلومات من حيث: كيفية تعريف مصطلح الترديد المرضي للكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، والإجراءات المستخدمة لدراسة ترديد الكلام، والمعتقدات حول وظائف الترديد المرضي للكلام لدى ASD في التواصل، وكيف يمكن علاج الترديد المرضي للكلام بالتدخلات وأفراد الأسرة. وشملت الدراسة المرجعية على استعراض 7 دراسات. وشملت العينة على بنت و 5 أولاد تتراوح أعمارهم مابين (3–16) سنة،وتم الاعتماد على التدريب في المنزل والمدرسة وعيادات علاج النطق. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أهمية دور أخصائي علاج النطق واللغة في التحكم بزمام الأمور والتواصل مع كل المشاركين في التواصل مع الطفل ذوي التوحد بالقيام بدورالقيادة في تقديم قواعد كل موقف مستهدف، وتقديم خيارات التواصل خلال التجربة (أى ردود الفعل والاستجابات المناسبة لكل موقف مع الطفل)، و تقديم خيارات التنظيم الذاتي أثناء التجربة. مع التوصية باتباع الأسلوب الجشطلتي في تحليل المهام المعروف باسم NLA (اكتساب اللغة الطبيعية).

دراسة Aline & Ester P.(2016) وهدفت إلى توضيح كيف يستخدم الأطفال ذوي التوحد الكلام التخيلي(الوهمي) لإجراء اتصال عقلي مع تجارب تفاعلية سابقة،واستخدامه بفعالية كاستراتيجية تكيفية للتواصل. كما تناقش كيف يمكن استخدام النسخة الإيمائية للترديد المرضي للكلام كمصطلح مساوي لاستراتيجية التواصل. وشملت الدراسة على عينة عددها (4) أطفال من البرازيل وناطقين باللغة البرازيلية، وتتراوح أعمارهم مابين (4–12) سنة، متمثلة في بنت واحدة وترتيبها الثاني في العينة ولديها اضطراب توحد متوسط، و(3) أولاد لديهم اضطراب توحد شديد . وتم استخدام مقياس تقدير التوحد لطفولي CARS من قبل الأخصائي النفسي، وعدد من الأنشطة العفوية مثل قراءة كتب

الأطفال وألعاب الكمبيوتر، وحل الألغاز واللعب مع الدمى الصغرة، ونموذج لموافقة اللجنة الأخلاقية بالجامعة الاتحادية في جونز دي فورا لجمع البيانات، ونموذج موافقة الاباء والأمهات والمعالجين في العيادات في مركز الاهتمام للتنمية المتكاملة بالبرازيل. وتم تسجيل فيديو خلال جلسات الطفل العلاجية الأسبوعية مع أخصائي نفسي وعدد(2) معالجين للنطق لمدة شهر بمعدل إجمال (10) ساعات مابين (30- 40) دقيقة.وتوصلت الدراسة إلى أن أطفال التوحد يعوضون صعوبات الإدراك والتواصل الاجتماعي واللغة بشكل استراتيجي باستخدام التفاعل التخيلي في المحاثات وجها لوجه والمرتبطة بأحداث وحوارات فعلية حدثت مسبقاً.

تعقيب على الدراسات السابقة:

ويمكن القول بأن ما تم عرضه من دراسات سابقة أن الاهتمام بالجانب التواصلي لدى أطفال التوحد وخاصة التواصل اللفظي ومشاكله وقد نال اهتمام الباحثة وحرصهم على معرفة طبيعة لغتهم والصعوبات التي يواجهونها ومحاولة إيجاد حلول لها. وخاصة مشكلة الترديد المرضي للكلام لديهم. مما أوضح أهمية وفعالية علاج النطق واللغة وفنياته وطرقة المختلفة. ودور أخصائي علاج النطق واللغة في قيادة العاملين مع الطفل من معالجين آخرين ومعلمين وأفراد الأسرة في تحسين التواصل عامة لدى أطفال التوحد والتواصل اللفظي بعلاج مشكلة الترديد المرضي للكلام بصفة خاصة كما في دراسة Neely et al.(2016)، Stiegler (2015)، و Aline & Ester (2016) ، مما يؤثر بالايجاب على تنمية التفاعل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد مع عالمهم المحيط بهم، وتأثيره على جميع جوانب شخصيتهم من الناحية الأكاديمية والاجتماعية والنفسية والعاطفية. مما يؤدي إلى إلى التقليل من الأعراض السلوكية لاضطراب التوحد.

ويمكن القول بأنه يلاحظ في الدراسات السابقة أنها تكاد تجمع تلك الدراسات على أن أطفال التوحد لديهم استجابات إيجابية نحو تعلم التواصل **و**خاصة التواصل اللفظي. **و**على فعالية علاج النطق واللغة في تحسين التواصل اللفظي للتوحد. كما اعتمد الدراسات على طرق وأساليب مختلفة بهدف تحسين وتنمية التواصل اللفظي لدى أطفال التوحد فمنهم من استخدم فنيات علاج النطق واللغة والتحليل السلوكي ومن حيث البرنامج: أكدت

الدراسات على ضرورة استخدام فنيات علاج النطق واللغة مع أطفال التوحد لتحسين التواصل اللفظي لديهم.**و**من حيث العمر: لقد تناولت الدراسات مراحل عمرية مختلفة،تتراوح ما بين(3-21) سنه.**و**من حيث الأدوات: لقد اتفقت الدراسات في استخدام المقاييس اللغوية والنطقية والملاحظة الطبيعية المباشرة.

ويمكن القول بأن أخصائي علاج النطق واللغة له دور فعال وأن علاج النطق واللغة وفنياته يعد من أفضل السبل لتحسين التواصل اللفظي وانحسار مشكلة الترديد المرضي للكلام، وأكثرها فعالية على التواصل الطبيعي والإيجابي مع الآخرين ؛مما يترتب عليه من تطورات في جميع نواحي الشخصية سواء العادية أو ذوي الاحتياجات الخاصة خلال المراحل العمرية المختلفة، مما يكسب أطفال التوحد شخصية متقبلة اجتماعياً.

فروض البحث:

في ضوء الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة، وفي محاولة الإجابة

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياس القبلي والقياس البعدي لصالح القياس البعدي في مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

2- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياس البعدي والقياس التتبعي في مقياس تقدير الاتصال اللغوي.

منهج البحث: اتبعت الباحثة المنهج التجريبي لمناسبته لطبيعة الدراسة وهدفها الرئيس، ويتضمن التطبيق على عينة واحدة مكونة من عدد (2) أطفال من ذوي اضطراب التوحد، وتم التطبيق عليهم في صورة تطبيق قبلي، وبعدي، وتتابعي بفارق شهر وبمعدل ثلاث جلسات أسبوعيا بإجمالي عدد الجلسات (36) جلسة مقسمة إلى (24) جلسات فردية، و(12) جلسات جماعية.

العينة: تم اختيار العينة وعددها (2) أطفال من ذوي اضطراب التوحد، وتتراوح أعمارهم مابين (5- 6) سنوات، وذوي درجة ذكاء متوسط تتراوح ما بين (50 - 70)، وذوي اضطراب توحد متوسط تتراوح ما بين (90 – 105)، وتم اختيار العينة من المرضى المترددين عيادة علاج النطق واللغة في مستشفى خولة بوزارة الصحة بسلطنة عمان.بعد أخذ

الموافقات اللازمة من الأسرة. وتم تثبيت مجموعة من المتغيرات بين أفراد العينة، وهذه المتغيرات هي: متغير درجة الذكاء، ومتغير العمر الزمني، ومتغير درجة اضطراب التوحد.

أدوات البحث:

اشتمل البحث على عدد من الأدوات وهي كالتالي:

1- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد.ترجمة / عادل عبدالله محمد (2006).

2- اختبار جودارد للذكاء.

3- مقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى التوحد. إعداد / سهى أحمد نصر (2002).

4- برنامج علاج النطق واللغة (البرنامج التدريبي) إعداد الباحثة.

- البرنامج التدريبي:

الهدف العام: إن الهدف العام للبرنامج الحالي هو تحسين اللغة لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من خلال استخدام برنامج علاج النطق واللغة ويشمل البرنامج العديد من الأنشطة التدريبية النطقية والفنية والثقافية والقصص والأناشيد والأغاني.

الاستراتيجيات التي يقوم عليها البرنامج:

- إشاعة جو من الحب والألفة والتعاون.
- مراعات الفروق الفردية بين الأطفال ذوي اضطراب التوحد.
- توفير الاحتياجات والاهتمامات لكل طفل على حدة.
- استخدام التعزيزات المعنوية والمادية.
- التركيز على استخدام اللغة المنطوقة فى الاتصالات، باستغلال الثروة اللغوية لدى الأطفال.
- التركيز على خبرات الحياة اليومية مع الأشخاص والأدوات المتاحة فى بيئة الطفل.

جلسات البرنامج العلاجي اللغوي

رقم الجلسة	الهدف الإجرائي	الأهداف الفرعية	المحتوى	الفنيات المستخدمة	الأدوات والوسائل
5-1	*أن يتدرب الطفل على الثبات والتواصل البصري	* أن يتعرف الطفل بالباحثة وأطفال العينة. * أن يتعرف الطفل على البرنامج وأهميته *أن تدرب الطفل على الثبات عن الحركة أو الرفرفة. * أن يتدرب الطفل على الانتباه البصري للأهداف الثابتة. *أن يتدرب الطفل على تتبع الأهداف المتحركة. * أن يتدرب الطفل على التواصل البصري مع الباحثة.	* استقبال الباحثة للأطفال ذوي اضطراب التوحد ووالديهم وتعريف نفسها لهم وسبب تواجدها وطبيعة البرنامج المراد تطبيقه وأهميته لهم * تعرفها على كل طفل وأخذ ومحاولة اكتشاف الأدوات والوسائل المفضلة لهم لاستخدامها في البرنامج *تدريب الأطفال على الثبات في الوقوف والجلوس. * تدريب الأطفال على التواصل البصري مع الباحثة. والانتباه وتتبع الأهداف المعروضة	التعزيز المادي (طعام محبب) والتعزيز المعنوي الملاحظة والمحاكاة والتقليد	*كرسي صغير *طاولة صغيرة *مرآه *فلاش ضوئي

رقم الجلسة	الهدف الإجرائي	الأهداف الفرعية	المحتوى	التقنيات المستخدمة	الأدوات والوسائل
14-6	* أ ن يميز الطفل سمعيا وبصريا الأصوات والصور المعروضة * أن ينطق الطفل بعض الأصوات المنفردة من مخارجها الصحيحة * أن يربط الطفل بين الصوت ومصدره *أن يربط الطفل بين الصوت ونوعه أن يتدرب الطفل على تمارين التنفس	* أن يتقن الطفل التواصل البصري * أن يتدرب الطفل على الإدراك السمعي * أن يتدرب الطفل على التمييز السمعي والبصري * أن يحسن الطفل قدرته على التذكر السمعي * أن يحدد الطفل مصدر الصوت وأتجاهه * أن يميزالطفل بين شدة وعلو الصوت * أن يتدرب الطفل على النطق الصحيح لبعض الأصوات من مخارجها الصحيحة *أن يتقن الطفل تدريبات عضلات النطق * أن يتعرف الأطفال على كيفية التنفس بصورة صحيحة	* إصدار أصوات وعلى الطفل تحديد مصدرها والتمييز بينها وربط الصوت بالصورة * نطق الباحثة مجموعة من أصوات الحروف منفردة وبكل حركاتها (الرفع، النصب، الكسر) أمام المرآة وتقليد الأطفال لها و التدريب على نطقها بطريقة صحيحة. * قيام الباحثة بأداء الإيقاع الحركي أمام الطفل الذي يقوم بملاحظته وتقليده وكذلك بعض تمارين التنفس * التدريب على أداء بعض التدريبات اللغوية *تدريب الأطفال على الانتباه المستمر خلال الجلسة *تدريب الأطفال على أداء تدريبات عضلات النطق *تدريب الأطفال على أداء تمارين النفس	* التعزيز المعنوي والمادي * الملاحظة والمحاكاة والتقليد * الممارسة * التدريب التوكيدي * والنمذجة	*كمبيوتر لوحي *كرسي *المرآة *فلاش ضوئي * ألعاب صوتية * صور ومجسمات

رقم الجلسة	الهدف الإجرائي	الأهداف الفرعية	المحتوى	الفنيات المستخدمة	الأدوات والوسائل
	* أن يتقن الطفل تمارين التنفس *أن يتقن الطفل تمارين عضلات النطق *أن ينطق الطفل مقاطع و كلمات بصورة صحيحة * أن يربط الطفل بين الصورة واسمها *أن ينتبه الطفل بصريا بصورة مستمرة	* أن يتدرب الأطفال على تماريب التنفس * أن يتدرب الأطفال على تمارين عضلات النطق * أن يتدرب الأطفال الأطفال على نطق مقاطع و كلمات بصورة صحيحة * أن يتدرب الأطفال الأطفال الربط بين المسميات والصور * أن يتدرب الأطفال الأطفال على الانتباه المستمر خلال الجلسة	* قيام الأطفال بأداء تمارين التنفس تقليداً للباحثة *قيام الأطفال بأداء تمارين عضلات النطق أمام المرآه * نطق مسميات الصورالمعروضة * عرض صور على الطفل وتحديد الصورة المسماه ونطقها *استمراية الانتباه البصري مع الباحثة طوال الجلسة	* الملاحظة والمحاكاة والتقليد * التعزيز المعنوي والمادي * التدريب التوكيدي * لعب الدور * الممارسة	* أدوات نفخ وشفط (شفاطات، بالونات، صابون، ورق ملون) *مرآة * صور *كمبيوتر لوحي. * مجسمات

رقم الجلسة	الهدف الإجرائي	الأهداف الفرعية	المحتوى	الفنيات المستخدمة	الأدوات والوسائل
30-21	* أن يفهم وينطق الطفل الجمل قصيرة. *أن يتقن الطفل تمارين النفس *أن يتقن الطفل تمارين عضلات النطق * أأن يزيد الطفل من مدة انتباهه البصري	* أن يفهم الأطفال معنى الجمل المعروضة علهم * أن ينطق الأطفال الجمل بطريقة صحيحة * أن ينطق الأطفال الجمل في نفس الزمن الموسيقي.	*عرض جمل قصيرة عن عناصر تتضمنها الصورونطقها من قبل الباحثة والأطفال. * قيام الباحثة بأداء الجمل المصاحبة بالموسيقى نطقاً وحركياً وتقليد الأطفال وتعديل الباحثة	* التعزيز المعنوي والمادي * الممارسة * لعب الدور	*كمبيوتر لوحي * قصص * بازل *مرآة *بالونات

رقم الجلسة	الهدف الإجرائي	الأهداف الفرعية	المحتوى	التقنيات المستخدمة	الأدوات والوسائل
36-31	* أن يستقن الطفل تمارين التنفس * أن يستقن الطفل تمارين عضلات النطق * أن ينطق الطفل (قصة –نشيد) * أن يستقن الطفل الأداء الحركي والإيقاع الموسيقي للكلمات والجمل	*أن يؤدي الأطفال تمارين التنفس *أن يؤدي الأطفال تمارين عضلات النطق * أن ينطق الأطفال القصة بصورة صحيحة * أن يغني الأطفال النشيد بشكل جيد * أن يتقن الأطفال التآزرالنطقي و الحركي بين الإيقاع والموسيقى	* عرض قصة قصيرة على الكمبيوتر والتعليق عليها في صورة جمل من قبل الباحثة ونطقها من قبل الأطفال بالتبادل * غناء الأطفال بعض الأناشيد البسيطة و المصاحبة بالموسيقى وأداء الإيقاع الحركي	* التعزيز المعنوي والمادي * لعب الدور * الممارسة	*مرآه * بالونات *كمبيوتر لوحي *بازل لقصة

نتائج البحث ومناقشتها

نتائج لفرض الأول ومناقشته:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد العينة في القياس القبلي و البعدي لصالح القياس البعدي عند مستوى دلالة **0.05**، وهذا دليل على تحسن التواصل اللفظي وانحسار معدل الترديد المرضي للكلام لدي أفراد العينة بعد تطبيق البرنامج العلاجي اللغوي . **كما يوضحه الجدول التالي:**

جدول (2)

المتوسطات والانحراف المعياري ودلالة الفروق بين القياس القبلي و البعدي

في الترديد المرضي للكلام

نوع الاختبار	مجال التحسن	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	الدلالة
القياس القبلي	الترديد المرضي للكلام	الأطفال ذوي اضطراب التوحد	2	52	1.00	0.73	دالة عند مستوى الدلالة 0.05
القياس البعدي				105.4	1.22		

مما يؤكد على فعالية البرنامج العلاجي اللغوي في الحد من الترديد المرضي للكلام لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد. وبذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة Neely et al.(2016)، Stiegler (2015)، و(2016) Aline & Ester بوجود فروق في القياس القبلي والبعدي لدى الأطفال عينة الدراسة لصالح القياس البعدي ولقد ازداد بشكل كبير انتاجهم اللفظي قبل الاختبار البعدي. ويرى الباحثون أن من أهم الأسباب التي ساهمت في تحسن التواصل اللفظي و انحسار معدل الترديد المرضي للكلام لدى أفراد العينة إلى ما اشتمل عليه برنامج العلاجي اللغوي من فنيات واستراتيجيات متعددة تساعد في تحسن التواصل البصري وزيادة الانتباه المشترك بالإضافة إلى استغلال كل حواس الأطفال وقدراتهم من خلال التدريب والتمييز السمعي وتدريب عضلات النطق الضعيفة لديهم ، واستخدام الأدوات والأساليب والأنشطة المختلفة التي تزيد من فعالية الطفل وتعاونه خلال الجلسات العلاجية .كما أن تنوع التواصل اللفظي خاصة جلسات علاج النطق واللغة بين فردية وجماعية تزيد من فعالية العلاج واستمراريته ، وتعزيز الترديد يساعد على استخدام اللغة بصورة طبيعية في المواقف كما أكدته نتائج دراسة Neely et al.(2016)، بالإضافة إلى تنوع الأنشطة التي تعتمد عليها جلسات العلاج النطقي واللغوي من أنشطة مرحه وحرة مما يزيد من تطور اللغة وتحسن التواصل اللفظي في ظل متعة استخدام علاج النطق واللغة على أنشطة اللعب الذي أكدت فعاليته في دراسة Aline & Ester (2016) . وكذلك استخدام الفيديوهات والصور وما لها من دور في تحفيز

الأطفـال ذوي اضـطراب التوحـد وزيـادة تفـاعلهم وتحسـن اللغـة وتواصـلهم اللفظـي الـتي استخدمتها Neely et al.(2016)، و Stiegler (2015)

نتائج لفرض الثاني ومناقشته:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في التواصل اللفظي عند مستوى دلالة 0.05 بين القياس البعدي والقياس التتبعي لصالح القياس التتبعي ، مما يدحض الفرض الثاني الذي يشير بعـدم وجـود فـروق ذات دلالـة احصـائية بـين القياسـين البعـدي و التتبعـي ،كمـا يوضـحه الجدوال التالي:

جدول (3)

المتوسطات والانحراف المعياري ودلالة الفروق بين القياس البعدي والتتبعي في الترديد المرضي للكلام

نوع الاختبار	مجال التحسن	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة F	الدلالة
القياس البعدي	**الترديد المرضي للكلام**	**الأطفال ذوي اضطراب التوحد**	**2**	**105.4**	1.22	**0.17**	**دالة عند مستوى الدلالة 0.05**
القياس التتبعي				115	6.00		

مما يعني استمرار التحسن في التواصل اللفظي والحد من الترديد المرضي للكلام ، والذي يثبت الأثر الإيجابي لبرنامج العلاجي اللغوي ، و كفاءته حتى بعد انتهاء فترة العلاج ، فلم يحدث تأخر أو ثبوت في مستوي التواصل اللفظي لدى أفراد العينة ، بل استمر التواصل اللفظي لديهم في تقدم بتأثره بتدريبات برنامج علاج ونتيجة الفرض الحالي تتفق مع نتيجة دراسة Stiegler (2015) بأن البرنامج العلاجي اللغوي حد من الترديد المرضي للكلام وتحسن النطق وتصحيح الأخطاء النطقية ، وزيادة الحصيلة اللغوية، وتحسن التواصل

اللفظي لدى الأفراد ذوي اضطراب التوحد مما يقلل من أعراض هذا الاضطراب وتأثيره على تواصلهم وتفاعلهم مع الآخرين .

التوصيات:

1) ضرورة تعميم علاج النطق واللغة كعلاج تأهيلي لأطفال اضطراب التوحد في سن مبكر.
2) تزويد جميع المستشفيات ومدارس الدمج والمراكز التأهيلية بأخصائيين علاج النطق واللغة لمساعدة الأطفال ذوي اضطراب التوحد وتنمية تواصلهم عامة واللغة خاصة.
3) تقديم الدورات التدريبية للقائمين على تعليم هذه الفئة والاطلاع على أحدث النظريات التعليمية المناسبة لهم.
4) ضرورة وضع برامج للتأهيل النفسي للأطفال ذوي اصطراب التوحد وأسرهم.

البحوث المقترحة:

بناء على ما أسفرت عنه البحث الحالي من نتائج، يمكن للباحثة اقتراح بعض البحوث التي يمكن إجراؤها في مجال اضطراب التوحد، وهي:

1) فعالية تدخلات أخصائي علاج التطق واللغة في تعديل بعض السلوكيات غيرالتكيفية لدى الأطفال ذوي اصطراب التوحد مثل (الخجل، الوحدة النفسية، العزلة الاجتماعية، العدوانية).
2) فعالية برنامج علاجي لغوي في تطوير القدرات التعليمية لدى أطفال اضطراب التوحد.
3) فعالية البرامج التخاطبية في تحسين التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

المراجع

الجرواني، هالة ابراهيم، وصديق، رحاب محمود (2013).اضطراب التأتأة "رؤية تشخيصية علاجية "، الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

الزريقات، إبراهيم عبدالله فرج (2004). التوحد: الخصائص والعلاج، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

سالم، أسامة فاروق مصطفى (2014). اضطرابات التواصل بين النظرية والتطبيق، ط1، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

سالم، أسامة فاروق مصطفى، و الشربيني، السيد كمال (2011). التوحد. الأسباب. التشخيص. العلاج. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

الشخص، عبد العزيز السيد، والدماطي، عبد الغفار (1992) قاموس التربية الخاصة، القاهرة : مكتبة الانجلوالمصرية.

الشرقاوي، محمود عبدالرحمن عيسى (2018). مشكلات الطفل التوحدي، اط1،القاهرة: دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع.

الظاهر، قحطان أحمد (2008). التوحد، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

العزة، سعيد حسني (2002).المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. عمان: الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع.

عسلية، كوثر حسن (2006). التوحد، عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

فراج، عثمان لبيب (2002).الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة (تعريقها – تصنيفها تشخيصها – أسبابها – التدخل العلاجي)، ط1، مصر، المجلس العربي لطفولة و التنمية.

متولي، فكري لطيف (2015).اضطراب النطق وعيوب الكلام، ط1: دار الرشاد.

محمد، عادل عبدالله (2006). مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد، القاهرة: دار الرشاد للنشر و التوزيع.

محمد، عادل عبدالله (2011). مقدمة في التربية الخاصة، سلسلة غير العاديين . القاهرة : دار الرشاد للنشر والتوزيع.

نصر، سهى أحمد أمين (2002). الاتصال اللغوي للطفل التوحدي. التشخيص - البرامج العلاجية. القاهرة: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

Aline D. & Esther ,P. (2016): Echolalia As communicative strategy: Fictive interaction in speech of children with autism. the conversation farme: forms functions of fictive interaction. Amsterdam &Philadelphia john Benjamin: 343-361.

American psychiatric Association (2013). Diagnostic & Statistical Manuel of Mental Disorders 5 th, Washington University , DC: Author , 2013 , 178.

Ana Carina ,T. , Brasilia ,M. chiari & Jacy ,P.(2015).The Efficacy of the speech & language therapy in autism spectrum disorder, Department of speech –language pathology , Universidad federal de Sao Paulo- UNIFESP-Sao Paulo(SP) Brazill , Mar-Abr 2015; 17(2): 552-558.

-Bellini , J. (2003). Mental retardation: A definition , Classification & Systems of Supports , Mental Retardation , 41 , (2) ,135-140.

Buman, M., & Kemper,T. (2005).The neurobiology of Autism.(2Ed) Library of Congress. The john Hopkins University press.

-Christina de Rivera, (2008). The use Intensive Behavioral intervention for children with Autism , journal on developmental Dis -abilities , V.14 , N2 , CanCog Technologies ,Inc. Toronto ,Ontario :1-15.

Disabilities , V.14 , N2.

Disabilities. Boston: Allyn & Bacon.

Gary ,J. Heffner ,M.A. (2000). Echolalia &Autism ,Centre for autism training at GSSH. www.autism.my bravenet.com.(1-8)

-Green , J. ; Gilchrist , A. ; Burton , D. ; & Cox , A. (2000). Social & Psychiatric Functioning in A adolescents with Asperger syndrome Compared with Conduct disorder. Journal of autism and developmental disorders , Vol. 30, 279-293.

H.K Seung. S. Ashwell, J.H.Elder & G.Valcante (2006). Verbal Communication out comes in children with Autism in.

home father Training, journal of Intellectual Disability Research, V.50. Part 2.

Heflin, L. J. , & Alaimo , DF.(2007). Student with Autism Spectrum Disorders: Effective instructional practices: upper Saddle River , NJ. Pearson Education.

Iffat Batool & Ayesha Ljaz (2015). Effectiveness of Speech & Language Therapy for Autism Spectrum Disorders. Journal of Pakistan psychiatric society, Jan. March 2015. V.12(1).

Jamb- Schwartz , Chadnye (2006). The Use Intensive Behavioral intervention for children with Autism. Journal on developmental

Kuder,S.(2003). Teaching Students with Language & Communication

Lecavalier , L. (2006). Behavioral & Emotional problems in young people with pervasive developmental disorders of Subject Characteristics , & Empirical Classification. Journal of Autism & Developmental disorders , Vol.36, 1101-1114.

Lillian N. Stiegler (2015): Examining the echolalia literature: where Do speech – language pathologist stand ? , American journal of speech language pathologist. Vol.24: 750-762.

Lord , C. & Volkmar , F. (2002). Genetics of childhood disorders: XLII. Autism , part 1: Diagnosis & Assessment in Autistic Spectrum Disorders. Journal of the American Academy of child & Adolescent psychiatry , 41 , Pp. 1134 – 1136.

Marina Margi & Cintia A. S. Azoni (2015). Echolalia types in children with autism spectrum disorder , Nov- Dez, 17(6): 2072 - 2080

Natalia , P., & Alison , P., in collaboration with Judith , J. (2008).Social Impairment in Children with Autism Spectrum Disorders , Canadian Council on Learning 's Early Childhood Learning Knowledge Centre. P.50-51, Spring 2008.

National Institute of Deafness & Other Communication Disorders (2017). Autism Spectrum Disorders: Communication Problems in Children. 31Center Drive , MSC2320, Bethesda , MD USA 20892 -320, NIH Pub. No. 97-4315 , March 6 , 2017.

Neely , L., Gerow , S., Rispoli , M. ., Lang R, & Pullen N. (2016). Treatment of echolalia in individuals with autism spectrum disorder: a Systematic Review. journal of autism Dev. Disord920160 , Vol.3: 82-91.

Prizant ,Barry ,M.; Wetherby ,A.M. ; Rubin E. ; Laurent ,A. C. ;& Rydell ,P.(2006). The Scerts Model: A Comprehensive Educational Approach for Children with Autism Spectrum Disorders.

Stone, F.(2004). Autism-The eight Color of the rainbow. London & Philadelphia: Learn to Speak Autistic Jessica Kingsley publisher.

Suzie Hill , M.Ed (2008). Understanding echolalia. Super Duper publications. N. 169.www.superduper,com.

Washington State Development of Health (2009).Information summery & Recommendation Treatment of Autism Spectrum Disorders Mandated benefit sunrise. January 2009, Review. publication No.631-002.

Whitman , T., L., (2004). The development of Autism: A Self – Regulatory Perspective. London , UK: Jessica Kingsley Publishers , p221.

Whitman , T., L., (2004). The development of Autism: A Self – Regulatory Perspective. London , UK: Jessica Kingsley Publishers ,p221.