برنامج علاجي سلوكي فردي للتخفيف من حدة المصاداه الكلامية (الإكوليليا) لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد (الاوتيزم)

د. محمد شوقي عبدالمنعم عبد السلام*

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى قياس مدى أثر واستمرار فاعلية برنامج علاجي سلوكي تم تطبيقه بشكل فردي في التخفيف من حدة المصاده الكلامية (الإكوليليا) لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد (الأوتيزم).وتكونت عينة الدراسة من (٨) أطفال من ذوي اضطراب التوحد ممن تتراوح أعمارهم الزمنية بين (٨ - ١٢ سنة) ، ويتراوح معامل الذكاء بين (٦٩ - ٧٤) درجة على اختبار جودارد للذكاء ، ومستوى ذاتوية متوسط على مقياس جيليام لتشخيص الطفل التوحدي. واستعان الباحث بالادوات التالية : [(مقياس جيليام **Gilliam** لتشخيص التوحد اعداد / محمد السيد عبدالرحمن ، منى خليفة ، ٢٠٠٤)،- اختبار جودارد للذكاء (د. ت) ، - مقياس المصاداه الكلامية للأطفال التوحديين (إعداد الباحث)] بالاضافة إلى البرنامج العلاجي السلوكي الفردي للأطفال ذوي اضطراب التوحد (إعداد الباحث) وأسفرت أهم نتائج البحث عن فاعلية واستمرار فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي الفردي في التخفيف من حدة المصاداه الكلامية (الإكوليليا) لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد.

Abstract

The present study aimed at measuring the effect and continuous effectiveness of a behavioral therapy program that has been applied individually in reducing the severity of (Echolalia) in autistic children.The study sample consisted of (8) children with autism disorder who ranged in age between (8-12 years). IQ ranges from 69 to 74 on the Goddard intelligence test, and an average level of intimacy on the Gilliam scale for autistic child diagnosis.The researcher used the following tools: [Gilliam Scale for Diagnosis of Autism (Prepared by Mohamed El Sayed Abdel Rahman, Mona Khalifa, 2004), Juddard's IQ test (Researcher preparation)] in addition to the individual behavioral therapy program for children with autism disorder (researcher preparation)The most important results of the research resulted in the effectiveness and continued effectiveness of the individual behavioral therapy program in Speech Recognition (Echolalia) in children with autism disorder.

◆ مدرس بقسم التوحد- كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة- جامعة بني سويف

المقدمة

يعتبر ترديد الكلام لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد من أكثر المشكلات انتشارا وغالبا ماتظهر تلك الاضطرابات عندما يكون الأفراد ذوي اضطراب التوحد تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض وفي بعض الأحيان يعد ترديد الكلام دليلا ينبئ علي أن الفرد ذو اضطراب التوحد يحاول استخدام لغة أكثر إبداعا ومحكمة المفردات وقد يظهر الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة نتيجة لعدة أسباب فقد يكون هذا الإسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد ذو اضطراب التوحد للاتصال بالآخرين باعتباره طلب معتمد لاستحواذ انتباه الآخرين أو بسبب عدم إحساسه بالأمان في موقف معين وهذا الإسلوب في جميع الأسباب يؤدي إلي إعاقة التواصل الاجتماعي العادي لأنه يسبب الضيق للأفراد الآخرين الذين يتعاملون مع الأفراد ذو اضطراب التوحد

كما يُعد اضطراب الكلام لدى الأطفال التوحديين من أهم الأعراض التشخيصية الفارقة والملامح الأساسية التى تميز هؤلاء الأطفال عن غيرهم ، حيث الأنماط الكلامية الشاذة وغير المفهومة وتكرار الكلمات والجمل والكلام على وتيره واحدة بدون فهم للمعنى .
(أمال عبد السميع باظة ، ٢٠٠٣)

كما أشارت العديد من الدراسات إلى أن الاضطراب في الكلام يُعد من السمات الجوهرية المميزة في كلام الأطفال التوحديين ، فأكثر من نصف الأطفال التوحديين لا يتكلمون على الإطلاق وبعضهم يغلب عليهم الاستخدام المضطرب للكلمات وكثير منهم يتحدثون بأسلوب يمكن وصفه بأنه كوميدى والبعض الأخر حديثهم يتصف بالدكتاتورية أو الصوت المرتفع وبعضهم يتصف حديثهم بأنه متطاول على الآخرين ، كما أشارت معظم الدراسات الى أن بعض الاطفال التوحديين لديهم حصيلة لغوية جيدة ولكن هذه الحصيلة تزيد من المشكلة صعوبة عند تواجدهم فى وسط أطفال عاديين لأنهم لا يستطيعوا استخدام تلك المفردات اللغوية بشكل مناسب فى الوقت المناسب مما يؤدى إلى تعقد الموقف الاجتماعى ومن ثم صعوبة التفاعل مع الآخرين ، ومن أمثلة الدراسات التي أشارت إلى ذلك :- دراسة (Sullivan , Michelle: 2002) ودراسة (Karmali , Irfa Amirali: 2002) ودراسة (Willemsem's:1997) ودراسة (Lawrence. D. Er al:2001) .

كما أشارت دراسة (ستورات Stwart 2002:) إلى أن الأطفال التوحديين لديهم أسباب مرضية مختلفة ، وبالتالى فإن اضطرابات الكلام لديهم تكون مختلفة تماما أو تكون ذات طابع خاص عن تلك التي تكون موجودة لدى الأطفال العاديين .فهي تمثل لهم مشكلة في التواصل ، وبالتالي تعوق عملية التفاعل مع الآخرين .

وقد اختار الباحث سمة الترديد الألي للكلام (الإكوليليا) على أنها من أكثر السمات التي تميز كلام الطفل التوحدي ، وتعوق عملية التواصل لديه ، مما يصعب عليه التعبير عن احتياجاته ورغباته الخاصة ، ولذلك سوف يسعى الباحث في هذا البحث الى تقديم برنامج علاجي سلوكي بشكل فردي متخصص للتخفيف من حدة هذا الاضطراب (الإكوليليا) أو المصاداه الكلامية من أجل تحسين قدرة الطفل التوحدي على التواصل مع الأخرين .

أما عن العلاج السلوكي فقد ركزت دراسة سوليفان ميخائيل:- (Sullivan , Michelle (2002 على ضرورة اختزال أو استبعاد الترديد الألى للكلام لدى الأطفال التوحديين وإحلاله بسلوك اتصالي ملائم يخدم نفس الوظيفة الاتصالية ، وذلك من خلال طريقة علاجية تعتمد على استخدام اجراءات التحليل الوظيفي للسلوك الترديدي ، وتوصلت إلى أن هناك فروقا فردية فى طريقة كلام الأطفال التوحديين مما يدعو إلى الحاجة للتحليل الوظيفى لهذا السلوك كوسيلة للاتصال لكل طفل.، كما توصلت دراسة (سيفين. إ. ودرانفينلج (2003). Seven , E & Drnnvelng) إلى أهمية التدخل السلوكي المصحوب بالتدريب على تقليد الأصوات لأنه قد حسن من بعض إضطرابات النطق كما تحسن كلام الأطفال إلى كلام طبيعي.

وقد أثبتت العديد من الدراسات فعالية النمذجة والتقليد في اكتساب وتنمية المهارات اللغوية لدى الأطفال ومنها دراسة ماتسون (1982) Matson ، ودراسة هوشيار(1986) Hooshyar, n ،

ودراسة سميث وآخرون (1986) Smith. etal ، ودراسة فلدمان وآخرون (1993) Feldman , etal ، ودراسة توماس (1994) Tomas، ودراسة كارمن فيفر مونتير وآخرون (2004) Carmen Vives Montero, etal.

وقد استخدمت بعض الدراسات فنية "النمذجة" في تعليم أطفال التوحد (الأوتيزم) مهارات المحادثة عن طريق الأداء المباشر ، واستطاعت استخدامها مع المراهقين المصابين بنفس الإضطراب ، وحققت نتائج إيجابية مع معظم هؤلاء المراهقين وذلك عن طريق أفلام الفيديو. كما توصلت النتائج إلى إمكانية استخدام هذه الفنية في تعليم هؤلاء المراهقين مهارات الشراء والبيع إلى جانب مهارات المحادثة والتفاعل مع الأخرين وإجراء حوارات معهم.

مشكلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في أنها تتناول أحد الإضطرابات الكلامية لدى الاطفال التوحديين وهي المصاداه الكلامية (الإكوليليا) والتي تعوق عملية التواصل لديهم .

ومن ثم تتصدى الدراسة الحالية لهذه المشكلة بمحاولة الاجابة على التساؤل الرئيسي التالي :

- ما مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الفردي في التخفيف من حدة المصاداه الكلامية لدى الأطفال ذو اضطراب التوحد ؟ وتتفرع منه الاسئلة الاتية :

أ- هل تختلف درجات عينة الدراسة على مقياس المصاداه الكلامية باختلاف القياسات المتكررة للبرنامج العلاجي السلوكي الفردي ؟

ب- هل تستمر فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الفردي لدى عينة الدراسة بعد مرور شهر من التطبيق البعدي للبرنامج ؟

الهدف من الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الى قياس مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي الفردي في التخفيف من حدة المصاداه الكلامية (الإكوليليا) لدى الاطفال ذو اضطراب التوحد

أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة الحالية في أنها تتناول فئة من أهم فئات الإعاقة وأشدها خطوره على حياة الفرد والمجتمع وهي اعاقة التوحد ، وتحاول تقديم برنامج علاجي يخفف من وطأة هذا الاضطراب على حياة الأطفال التوحديين من خلال التغلب على سمة المصاداه الكلامية لديهم ، وجعلهم أكثر قدرة على التواصل مع الأخرين ، ويمكن تقسيم أهمية الدراسة الى قسمين :

أهمية نظرية

وتتمثل في تقديم اطار نظري متكامل عن اضطراب التوحد وعلاقته بالمصاداه الكلامية (الاكوليليا) .

أهمية تطبيقية

وتتمثل في تصميم برنامج علاجي سلوكي يُطبق بشكل فردي ، من شأنه التخفيف من حدة المصاداه الكلامية لدى الاطفال التوحديين ، ومن ثم تحسين عملية التواصل اللغوي لديهم .

مصطلحات الدراسة

١- **البرنامج العلاجي السلوكي :** – Behavioral Therapy

ويعرفه الباحث إجرائياً بأنه : خطة منظمة ومحددة تشمل مجموعة متنوعة من الفنيات والوسائل والأدوات التعليمية مبنية على أسس علمية دقيقة من أجل تقديم خدمات ارشادية قائمة على نظرية العلاج السلوكي ترتبط بها مجموعة من الأنشطة التدريبية والتعليمية والتربوية ، ويتم ذلك في إطار محدد من الجلسات العلاجية بما يساعد في اكتساب المهارات السلوكية المقبولة اجتماعيا.

٢- **المصاداه الكلامية** :- Echolalia

عبارة عن اضطراب في عملية التواصل، يظهر من حدوث تكرار الكلام مباشرة بعد سماعة أو بعد وقت قصير ،والتركيز على تكرار الجملة الأخيرة من الكلام لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد ويقاس اجرائيا من خلال استخدام مقياس المصاداه الكلامية.

٣- **الاضطراب التوحدى** :- Autism Disorder

هو عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي ،وغير اللفظي واللعب التخيلي والابداعي ، وهو اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد ، وعدم القدرة على اللعب ، واستخدام وقت الفراغ ،وعدم القدرة على التصور البناء ، والملائمة التخيلية (أحمد فهمي السحيمي ، ٢٠١١: ص ١٤ ، ٢٥) .

العينة

وتكونت من (٨) أطفال توحديين ممن يعانون من مشكلة الترديد الألي للكلام (الاكوليليا) تبعا لمقياس المصاداه الكلامية للأطفال التوحديين . تم اختيارهم من جمعية كيان لرعاية الاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظة بني سويف، وتم تقسيمهم إلى مجموتين كما يلي :

١- مجموعة ضابطة وعددها (٤) .
٢- مجموعة تجريبية وعددها (٤) .

أدوات الدراسة

(١) مقياس جيليام Gilliam لتشخيص التوحد
(إعداد / محمد السيد عبدالرحمن ، منى خليفه ، ٢٠٠٤)
(٢) مقياس المصاداه الكلامية للأطفال التوحديين (إعداد / الباحث)
(٣) برنامج العلاج السلوكي الفردي (إعداد / الباحث)

الأساليب الإحصائية

استخدمت الدراسة الأساليب التالية:

الإحصاء الوصفي المتمثل في المتوسط والانحراف المعياري.
اختبار "مان ويتني" للعينات غير المرتبطة.
اختبار "ويلكوكسون" للعينات المرتبطة.
وذلك من خلال حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية والمعروفة باسم SPSS

الإطار النظري للدراسة

الإضطراب التوحدي:

يبدو الطفل التوحدي قانعا وراضياً عن ذاته لا يبدي انفعالا واضحا أو تودد حين ملاطفته ولا ينتبه إلي أي شخص قادم أو خارج أمامه ولا تبدو علية علامات السعادة حين رؤيته لأحد والديه أو أقرانه في اللعب بهذه الكلمات بدأ عالما النفس مارك دوران وليوكانر (Mark Durand & Leocanner , 1988) بحثهما المنشور في كتاب " الإعاقات الجسمية والاضطرابات النمائية " وقد أثار موضوع التوحد أو الانطواء على الذات انتباه واهتمام المتخصصين والأطباء والمربين الذين تساءلوا كثيراً عن سلوك الطفل التوحدي والأسباب التي تجعل هذا الطفل يعاني صعوبات اجتماعية وفشلا في التواصل ، أحياناً سلوكه المخيف والمؤذي ومنذ أن وصف (ليوكانر) عام ١٩٤٣ متلازمة التوحد Autism Syndrome بدأت الدراسات والبحوث الجادة لكشف طبيعة الاضطراب وأسبابه من اجل الخطوة الثانية الأكثر صعوبة وهي تدبير الاضطراب ومعالجته .

وبالرغم من أن العديد من العلماء لا يوافقوا (ليوكانر) علي فهمة للاضطراب ولكنه أشار إلي أهم الصفات التي تميز الطفل التوحدي تبدأ انعزالية متطرفة مع تجاهل وانغلاق أمام كل

المثيرات والأصوات التي تأتيه من الخارج ، أن العزلة الاجتماعية التي يعانيها تظهر منذ الولادة و ترجع إلي عوامل بيولوجية أكثر منها اجتماعية أن وحدانية الطفل التوحدي منذ بدء حياته تجعل من الصعب تحديد الصورة الخاصة لنمط العلاقات الوالدية المبكرة لهؤلاء المرضي وعلينا أن نفترض أن هؤلاء الأطفال يعانون عجزا فطريا مدعوما بيولوجيا في تواصلهم مع الناس ، وحينما يأتون للعالم تظهر عليهم الإعاقات الجسمية والعقلية الفطرية . وقد حلل (ليوكانر) الصعوبات الاجتماعية للطفل التوحدي ، ولاحظ أن هؤلاء الأطفال يمكنهم التفاعل مع الموضوعات Objects ، ولكنهم يحجمون عن التفاعل مع الأشخاص . بحيث أن هذا العجز يتدخل بشكل أساسي في العلاقات البين شخصية أو التبادلية حيث قال " يقدر هؤلاء الأطفال علي تكوين علاقات مع الموضوعات ولكنهم منذ البداية و يبدوا عليهم الانزواء والابتعاد عن الناس حيث لا يملكون أي تواصل فعال. (Folstion & Rutter 1997, 321)

مفهوم اضطراب التوحد:

تعددت التعريفات واختلفت في تحديد مسمي للطفل التوحدي فمثلا سمي الطفل Autism (بالطفل التوحدي) وذلك لأنه منغلق علي ذاته ، آخرون سموه (الطفل الاجتراري) لأنه يحب أن يظل بمفردة طوال عمرة ولا يحب الاتحاد أو التوحد مع أحد غير نفسه .
(أحمد زكي بدوي ، ١٩٨٢ ، ٣٢)

والمسميات السابقة كلها تهدف إلي وصف فئة معينه تحمل نفس الصفات وهي فئة الاضطراب التوحدي وهي من أواخر المصطلحات التي نشرت عن الطفل التوحدي.

ويعرف الاضطراب التوحدي في الكثير من الدراسات ودوائر المعارف علي انه كآلاتي .

مصطلح يطلق علي أحد اضطرابات النمو الارتقائي الشامل التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك الحسي واللغة وبالتالي في نمو القدرة علي التواصل والتخاطب والتعلم والنمو المعرفي والاجتماعي ، ويصاحب ذلك نزعة إنسحابية انطوائية وانغلاق علي الذات مع جمود عاطفي وانفعالي ويصبح وكأن جهازه العصبي قد توقف تماما عن العمل كما لو كانت قد توقفت حواسه الخمس عن توصيل أو استقبال آية مثيرات خارجية أو التعبير عن عواطفه أو أحاسيسه وأصبح الطفل يعيش منغلقا علي ذاته في عالمة الخاص فيما عدا اندماجه في أعمال أو حركات نمطيه عشوائية غير هادفة لفترات طويلة أو في ثورات غضب عارمة كرد فعل لأي تغييرا أو ضغوط خارجية لإخراجه من عالمه الخاص . (Howlin .P. , 1995 p. 31)

ويعرف اورنتز (1989) Orrntiz التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديد في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة
Is Not Accompanied by Demonstrablneurologie Signs
أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية Biochemical Or Metabolic أو علامات جينية (Orrntiz E , 1989 , 15)

ويعرف بيرل (2001) Birll التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو ايضية أو علامات جينية ، وقد افترض أن العوامل المسببة للتوحد بعضها يكون قبل الولادة وبعضها الأخر يكون بعد الولادة وأنها قد تحدث خلل في المخ. والأرجح أن معظم الحالات تعود لمثل هذه العوامل.
(Birll , M.,:2001,p.3-5)

ويعرف فاروق صادق (٢٠٠٦) التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو والتطور وتظهر خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر وتؤثر على مختلف جوانب النمو بالسالب والتي قد تظهر في النواحي الاجتماعية التواصلية والعقلية والانفعالية والعاطفية ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطوري مدى الحياة (أى لا يحدث شفاء منه) ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل في سن مبكر. (فاروق محمد صادق ، ٢٠٠٦: ص٢٨)

ويعرف الباحث الاضطراب التوحدي إجرائياً بأنه : أحد اضطرابات النمو الشاملة الذي يتميز بقصور أو توقف في نمو الادراك الحسي واللغة وبالتالي قصور في القدره على التواصل والتخاطب والتعلم ، والاندماج في حركات نمطية عشوائية غير هادفه .

- المصاداه الكلامية :- Echolalia

هي مشكلة في الحديث تظهر لدى الأطفال الذين يعانون من التوحد حيث يقوم الطفل بإعادة كلمات الآخرين وبشكل مرضي. وفي المصاداة اللغوية الفورية (Immediate Echolalia) يعيد الطفل كل ما سمعه أو بعضا منه بعد سماعه مباشرة. وفي المصادارة المتأخرة (Delayed Echolalia) فإن هذا الترديد أو الإعادة لكلمات الآخرين يظهر بعد ساعات أو أيام أو حتى أسابيع تلفظ الآخرين بها.

ويعتبر ترديد الكلام لدي الأطفال ذوي اضطراب التوحد من أكثر المشكلات انتشاراً وغالبا ماتظهر تلك الاضطرابات عندما يكون الأفراد ذو اضطراب التوحد تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض وفي بعض الأحيان يعد ترديد الكلام دليلا ينبئ علي أن الفرد ذو اضطراب التوحد يحاول استخدام لغة أكثر إبداعا ومحكمة المفردات وقد يظهر الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة نتيجة لعدة أسباب فقد يكون هذا الإسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد ذو اضطراب التوحد للاتصال بالآخرين باعتباره طلب معتمد لاستحواذ انتباه الآخرين أو بسبب عدم إحساسه بالأمان في موقف معين وهذا الأسلوب في جميع الأسباب يؤدي إلي إعاقة التواصل الاجتماعي العادي لأنه يسبب الضيق للأفراد الآخرين الذين يتعاملون مع الأفراد ذو اضطراب التوحد . (محمد علي كامل ، ٢٠٠٣ ، ٣٤ – ٤٤)

أسباب مشكلة المصاداه الكلامية عند أطفال التوحد

١- قد يرجع السبب في ذلك الى الفشل في فهم ما يسمعه الطفل من الأخرين .

٢- أو عدم قدرة الطفل على فهم كلمه واحده فقط مما يسمعه .

٣- أيضا الانشغال بالتركيز في شيء غير المطلوب منه (تزاحم المعالجة) مما يصعب عليه معالجة ما سمعه ، فيدفعه ذلك الى استخدام اللغة المتاحه لديه في الذاكرة القصيرة فلا يجد سوى ما سمعه من كلمات أخيرة فيلجأ الى ترديدها .

خصائص الكلام عند الطفل التوحدي

١- الطفل التوحدي لا ينتبه إلي الصوت الإنساني رغم أن لديه حاسة سمع طبيعية وقد يكون علي دراية بالأصوات التي تعير اهتمامه فمثلا ينتبه لصوت ورقة بسكويت يتم فتحها أو صوت علبة شيكولاتة .

٢- يكون الفهم عنده ضعيفاً أو منعدماً ، ويبدي هذا الطفل اهتماماً قليلاً في التواصل بالآخرين إلا في حالة أنة يريد شيئا ما فيحاول أن يجد طريقة مبسطة لسد احتياجاته التي يريدها .

٣- توجد عنده محاولات بسيطة لتوجيه بعض الرسائل باستخدام العين أو الإيماءات أو عن طريق الإشارات وهذه المعلومات القليلة يفعلها الطفل التوحدي لتلبية احتياج خاص به .

٤- تنمو عند الطفل التوحدي خاصية تسمي بالترديد المرضي لكل مايقال أو جزء منه .

٥- يجد صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وعنده مشكلة في حروف الجر مثل في ، علي ..... الخ ويستطيع فهمها من خلال التدريب في نطاق البيئة الضيق.

٦- مهارات الاتصال الداخلي تبدو ضعيفة وهي تعني أن الطفل التوحدي لا يستطيع المشاركة في الحوار مع الآخرين

٧- الطفل التوحدي يعاني من شذوذ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط علي المقاطع والإيقاع (مثل نبرة الصوت تكون مثلا علي وتيرة واحدة مثل الآله)

٨- يفشل في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به

٩- يستخدم طرق وأساليب (اللغة الوسيلية) وليست (التعبيرية)

١٠- قد لا يتكلم البعض من الأطفال التوحديين

(Aarons , M.& Gittens , T , 1992 pp. 59 - 68)

ويلخص محمد علي فتيحة (٢٠٠١) أهم الخصائص اللغوية التي تظهر عند الأطفال الناطقين المصابين بالتوحد علي النحو التالي :-

أولا : استخدام اللغة Pragmatic

١- صعوبة في البدء في المحادثة أو الاستمرار فيها .
٢- محادثة قصيرة جدا .
٣- استخدام مدي محدد من وسائل الاتصال حيث يركز علي وظائف لغوية محددة مثل الاحتجاج .
٤- صعوبة في الربط بين الشكل والمحتوي فعلي سبيل المثال استخدام كلمة في غير موضعها كاستخدام كلمة مرحبا عند الانصراف .
٥- التحدث في موضوعات خارجة عن السياق .
٦- إعادة كلام المتحدث أو ترديد الكلام Echolalia .
٧- جمل روتينية حيث يتبع الطفل روتينا معينا في كلامه عادة .
٨- صعوبة في تغيير أسلوب الحديث مع تغير الأشخاص فعلي سبيل المثال عندما يتحدث مع والده أو مع مدرسة يجد صعوبة في تغيير أسلوب حديثة.
٩- استخدام الأسئلة بكثرة .

ثانيا : المفردات Semantics

١- عدم القدرة علي استعادة الكلمات من الذاكرة
٢- الإجابة علي الأسئلة بطريقة غير مناسبة
٣- ضعف في العلاقة التي تربط بين المعاني (العلاقة بين الكلمة والكلمة – العلاقة بين الصوت والصوت)

ثالثا : النحو / الصرف Syntax / Morphology

١- صعوبة في التصريف خصوصا في استخدام الضمائر والأفعال .
٢- جمل سطحية وبدون معني واقل تعقيدا بالمقارنة بأقرانهم العاديين .
٣- التركيز علي ترتيب معين للجملة .

رابعا : التطور الصوتي Phonology

١- الإبدال في نفس الصوت بأخطاء لفظية .
٢- الترتيب التطوري في اكتساب الأصوات يشبه الأطفال الطبيعيين .
٣- التطور الصوتي عادة ما يكون الجزء الأقل تأثرا في اللغة.

خامسا : الاستيعاب Comprehension

- تأخر الاستيعاب بشكل عام خصوصا في الحديث المتصل مثل المحادثة .

(محمد علي فتيحة ، ٢٠٠١ ، ٢٣٢ - ٢٣٣)

مشكلات اللغة والتواصل لدي الأطفال ذو اضطراب التوحد .

تعتبر عيوب اللغة في التوحد مشكلة رئيسية حيث توضح بعض التقارير التي أجريت علي حالات الأوتيزم أن أفراد قليلون جدا هم الذين ينجحون في التحدث بلغة مفهومة في سن الخامسة والسادسة وبعض الحالات لم تبدأ في اكتساب اللغة والتحدث إلا في سن البلوغ

والمراهقة وحوالي ٣٠ ٪ تقريبا من الأفراد ذوي الأوتيزم يستخدمون اللغة بشكل مفيد حتي بين هؤلاء الذين تعلموا الكلام والتحدث ، وثمة معوقات واضحة قد تستمر لدي هؤلاء الأفراد فهم يفشلون في استخدام الألفاظ البحتة والكلام إن وجد فهو غير مناسب للموقف ويقاطعون الآخرين في الحديث وهناك بحوث عديدة أشارت إلي اضطرابات اللغة علي أنها السمة الجوهرية للتوحد فأكثر من نصف الأطفال التوحديين لا يتكلمون علي الإطلاق وتتدرج من الغياب الكامل للغة كأداة اتصال إلي القواعد اللغوية الفجة والبيغاوية (Echolalia).

(سعيد حسني العزة ، ٢٠٠١ ، ١٢٤ ، ١٢٥)

ويمكن عرض مشكلات اللغة والتواصل لدى الأطفال ذو اضطراب التوحد على النحو التالي :

١- التعارض بين استخدام وفهم اللغة

نجد أن بعض الأفراد الأوتيزم يمتلكون لغة ظاهرية منطوقة تبدو أنها تتطور بشكل جيد إلا أنهم لديهم غالبا مشكلات إنشائية تعبيرية عميقة خاصة في المضمون الاجتماعي والتعبير عنه وتظهر تلك المشكلات بوضوح أثناء اختبارات اللغة

أيضا لديهم صعوبة في فك الشفرة في التراكيب اللغوية والمفاهيم المعقدة وبالتالي يصعب علي الأفراد الآخرين التعامل معهم بسبب فهمهم الضيق المحدود لمعني الكلمات والألفاظ المستخدمة في اللغة وقد يفهمهم البعض فهم خاطئ علي أنهم غير متعاونين أو يسلكون بأسلوب فظ وأغبياء وذلك بسبب الفشل في الاستجابة بشكل صحيح للتعليمات الموجهة إليهم

٢- **الحرفية** : هناك صعوبة أخري تظهر لدي الأطفال التوحديين مرتبطة بالإنشاء الضعيف والتعبير اللغوي المضطرب والتي تستمر في خلق العديد من المشاكل في فترة البلوغ وهو الميل لتفسير مايقال حرفيا ، تلك الاستجابات الناتجة عن الفهم والتفسير الحرفي للغة تجعل هؤلاء الأطفال في مشكلات اجتماعية عميقة عند تفاعلهم مع الآخرين ، مثال عندما سالت المدرسة الطفل " اريك " متي ولد ومتي يحتفل بعيد ميلاده فكانت استجابته أن نظر إليها باستنكار وأجاب بلوم شديد في كل عام بالطبع .

٣- الاضطراب في دلالات الألفاظ والكلمات

يعاني الأطفال التوحديين من قصور واضح في فهم كثير من المفاهيم أو معاني الكلمات التي يتلقونها من الآخرين كما يظهر لديهم أيضا قصورا في تعميم تلك المفاهيم وبالتالي انخفاض في قدراتهم التعبيرية فهم يعانون من صعوبة في إيجاد الشكل الصحيح من الكلمات من اجل التعبير عن أفكارهم الخاصة لدرجة تصل إلي انه يمكن وصف حديثهم بأنه في غير الموضع المحدد .

٤- طريقة استخدام الكلمات

حيث أن الأفراد ذوي الأوتيزم يغلب عليهم الاستخدام المضطرب للكلمات حيث أن كثير منهم يتحدثون بأسلوب يمكن وصفة علي انه كوميدي والبعض الأخر حديثهم يتصف بالدكتاتورية أو الصوت المرتفع وبعضهم حديثهم يتصف بأنه متطاول علي الآخرين

أيضا بعض الأفراد ذوي الأوتيزم قد يوصف علي أن لديه حصيلة جيدة من المفردات اللغوية إلا أن هذه الحصيلة تزيد من المشكلة لدي هؤلاء الأفراد خاصة عند اختلاطهم بأفراد المجتمع أو تواجد صم وسط مجموعة من الأفراد العاديين لأنة بسبب الاستخدام غير المناسب لتلك المفردات في الوقت المناسب لها فهذا يؤدي إلي تعقد الموقف الاجتماعي وزيادة صعوبة التفاعل الاجتماعي لدي هؤلاء الأفراد .

٥- ترديد الكلام (الحديث) Echolalia

يعتبر ترديد الكلام لدي الأطفال ذوي الأوتيزم من أكثر المشكلات انتشارا وغالبا ماتظهر تلك الاضطرابات عندما يكون الأفراد ذوي الأوتيزم تحت ضغط معين أو تشويق أو في مواقف عالية التناقض وفي بعض الأحيان يعد ترديد الكلام دليلا ينبئ علي أن الفرد ذو الأوتيزم يحاول استخدام لغة أكثر إبداعا ومحكمة المفردات وقد يظهر الاستخدام المتكرر للكلام أو اللغة نتيجة لعدة أسباب فقد يكون هذا الإسلوب هو الطريقة الوحيدة الفعالة للفرد ذو الأوتيزم للاتصال بالآخرين باعتباره طلب معتمد لاستحواذ انتباه الآخرين أو بسبب عدم إحساسه بالأمان في موقف معين وهذا الأسلوب في جميع الأسباب يؤدي إلي إعاقة التواصل الاجتماعي العادي لأنه يسبب

الضيق للأفراد الآخرين الذين يتعاملون مع الأفراد ذو الأوتيزم .
(محمد علي كامل ، ٢٠٠٣ ، ٣٤ – ٤٤)

الدراسات السابقة

١- دراسة هادين وبارون كوهين (1997) Haduion. t; Baron Cohen

وكانت بعنوان " هل النظرية التدريسية الذهنية ذات تأثير على قدرة أو تحسين أو تنمية المحادثة لدى الأطفال الذين يعانون من التوحدية"

وهدفت الدراسة الى اختبار أثر التدريس للأطفال ذو اضطراب التوحد في اختبار مهام تعتمد على تقييم الفهم للحالة الذهنية وتأثيرها على عملية التواصل ، والقدرة على التحدث ، والقدرة على تطوير نطاق المحادثة واستخدام مصطلحات الحالة الذهنية في الكلام ، **وتكونت عينة الدراسة** من ٥ أطفال ممن يعانون من اضطراب التوحد ، **وتوصلت نتائج الدراسة** إلى أنه لم يظهر تحسن ملحوظ فى أى قياس خاص بناحية أثر التدريس على الحالة الذهنية بينما حدث تغيير فى مهارات الاتصال الخاصة بمجال التحدث بعض الشئ بعد اتباع طرق متخصصة فى التدريس لهؤلاء الأطفال.

٢- دراسة اينيدولف (1999) Enidwolf

وكانت بعنوان " تعليم الأطفال التوحديين الكلام من خلال اسلوب SMILE "
(Structured Methods In Language Education)

هدفت الدراسة إلى ايجاد اسلوب مناسب متكامل لتعليم الأطفال التوحديين اللغة **وتكونت العينة** من عدد من الأطفال التوحديين وتم تعليمهم اللغة من خلال برنامج يسمى SMILE وهذا البرنامج يحتوى على ٥ وحدات أساسية لتنمية الاتصال اللغوى وهما (جذب الانتباه - التقليد - التحفيز للتعليم المنظم والذاكرة والأصوات ، قول وكتابة خمسين اسما عندما يرى صورة أو شيئا تشير إليه هذة الصورة، تعلم الأفعال والأرقام والألوان والجمع - الجمل البسيطة والأمثلة والضمائر و حروف الجر ، القصص الوصفية). **وأكدت نتائج الدراسة** على أهمية اشتراك الأباء فى التدريبات المقدمة لأولادهم لمساعدتهم على التحفيز وجذب الانتباه وقراءة القصص لهم.

٣- دراسة كوجيل ، كوجيل (1999) Koegel , Koegel

وكانت بعنوان " فعالية العلاج السلوكي في تعليم الأطفال التوحديين الضبط الذاتي ،التقليل من الأنماط السلوكية النمطية (التكرارية) "

وهدفت الدراسة إلى تعليم الأطفال التوحديين استراتيجيات للتفاعلات الإيجابية ،وتحسين فرص التعلم ، عن طريق تصميم مرشد مفاهيمي وعملي للتدريس للأطفال التوحديين ، بطريقة تزيد من تطوير إمكانياتهم ، **وتكونت عينة الدراسة** من (٤) من المصابين بالتوحدية ، وأربعة من الأطفال المصابين بالتخلف العقلي أعمارهم ما بين (٤-٨) سنوات ، **وتوصلت الدراسة** الى نقص معدل السلوك النمطي ، واستمرار هذا النقص في المواقف الجديدة بعد انتهاء البرنامج ، وتوصلت الدراسة إلى إخراج كتاب مرشد يحتوي على (١٠) فصول يتضمن التدخل المبكر لعلاج التوحدية ،وكيفية الاتصال والتدخلات اللغوية ، وتنمية استخدام اللغة التلقائية ، ووضع الاختبارات لتشخيص التوحدية ، والمهارات الاجتماعية وكيفية تعليم الطفل التوحدي وتنمية الدعم الاجتماعي لأسر التوحديين ، وتعليم الطفل التوحدي كيفية تكوين الصداقات مع الأطفال المصابين بالخلف العقلي والطبيعيين.

٤- دراسة كارمالى وأخرون(2000) Karmali , Et al

وكانت بعنوان " اختزال الترددية والنكسة المرضية بتدريس الحساسية الانفعالية للأطفال التوحديين"

وهدفت هذه الدراسة إلى اختبار أثر استخدام تدريس فعاليات الحساسية فى تخفيض الترددية والنكسة المرضية الشفوية لأربعة أطفال توحديين. وتم إجراء تجربتين إحداهما تجربة مرشدة تؤدى إلى الحاجة للحصول على بيانات أكثر عن المشاركين بالإضافة إلى تحديد ما إذا كانت النتيجة مكررة.وكان الغرض من كلى التجربتين هو إختبار تأثير تدريس عوامل الحساسية العارضة على إصدار نماذج الإنحراف للترددية وإحلال الترددية بالكلام المفيد وتم توجيه تعميم السلوك الشفهى الملائم لفئة أخرى. وفى التجربة الأولى شارك فيها طفل توحدى عمره أربع سنوات عبر عن ترددات عالية للنكسة المرضية وتكونت التجربة الثانية من ثلاث أطفال توحديين عبروا عن ترديد الكلام بطريقة غير ملائمة للموقف وتم تسجيل سلوك الأطفال بواسطة المعلم وتراوحت المدة فى كل جلسة تدريبية بين ١٠-٢٠ دقيقة ،وتم وضع السلوك الشفهى الملائم فى الاعتبار وإهماله النكسة المرضية من خلال الدورات التدريبية وأظهرت نتائج هذه الدراسة حدوث انخفاض فى السلوك المرضى وزيادة الترددية الملائمة و السلوك الشفهى الملائم.

٥- دراسة سوليفان ميخائيل:- (Sullivan , Michelle (2002

وكانت بعنوان " التكرار اللاإرادي للكلام (Echolalia) كوظيفة اتصالية فى الأطفال التوحديين. تقييم ومعالجة.

وهدفت هذه الدراسة إلى معالجة التكرار الألى للكلام فى الأطفال التوحديين وإحلاله بسلوك إتصالى ملائم. وأشارت الدراسة إلى أن ٧٥٪ من الأطفال التوحديين الشفويين يظهرون التكرار غير الملائم لكلام الآخرين. وتمثل لهم مشكلة لأنها تعوق التعليم وتمنع جذب سلوك الآخرين وقد ركزت هذه الدراسة على ضرورة اختزال أو استبعاد الترددية فى هؤلاء الأطفال من خلال طريقة علاجية تعتمد على استخدام إجراءات التحليل الوظيفى للسلوك الترديدى وإحلاله بسلوك إتصالى ملائم يخدم نفس الوظيفة الاتصالية. **وتكونت عينة الدراسة** من (٥) أطفال توحديين مما يعانون من التكرار الألى للكلام. **وأشارت نتائج الدراسة** إلى ما يلي : - أن هناك فروقا فردية فى طريقة كلام الأطفال التوحديين مما يدعو إلى الحاجة للتحليل الوظيفى لهذا السلوك كوسيلة للاتصال لكل طفل.

- قد تعلم هؤلاء الأطفال أن يسألوا تلقائيا عندما يتحدث الآخرين أمامهم.
- قد عممت بعض تحسينات اللغة لتفاعل الطفل مع الأب والبيئة والفصل الدراسى لكل المشاركين
- تم مناقشة استنتاجات أهمية الوظائف الاتصالية من وراء الترديد اللاإرادي لكلام الآخرين أو الإكوليليا.

٦- دراسة ليبست وأخرون (Lepist, et., al., (2003

وكانت بعنوان" التعرف على طبيعة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى الأطفال التوحديين"

وهدفت الدراسة الى معرفة طبيعة الكلام والصوت وضعف الاستماع الانتقائي لدى عينة من الأطفال التوحديين تكونت من (٩) أطفال توحديين تراوحت أعمارهم بين (٥- ٨) سنوات ، والذين يظهرون بعض أنماط السلوك الاجتماعي غير المناسبة وقصور عام في الانتباه واللغة المنطوقة ، **واستخدمت الدراسة** مجموعة من حوادث متعلقة بالجهد العقلي لفحص حساسية وتقدم الانتباه المبكر لأطفال التوحد للأصوات ، وكذلك فحص تقليدهم لنغمات سمعية بسيطةٍ ونغمات سمعية معقدة ، فقد تم عرض مجموعة من الأصوات المتتالية والمتكررة بدءاً بالنغمات البسيطة الى فالمعقدة على عينة الدراسة ، حيث طلب منهم تمييز التغييرات الطارئة في الصوت ومحاولة تقليدها

لفظياً ، وذلك بفهمهم للأوامر وتنفيذها ، إلا أن الدراسة أشارت الى عجز أطفال التوحد في تمييز نغمات الصوت وما حدث لها من تغيير ، وقد أرجع الباحثون هذا العجز الى الى القصور في مهارة الانتباه والاستماع لديهم ، بالاضافة الى عجزهم عن فهم الأوامر.

٧- دراسة رين وآخرون (Rein. R: et al (2005

وكانت بعنوان " الملاحظة ومدى مداومة الأطفال الأوتيستك على الترديد اللاإرادي للكلام"

وهدفت هذه الدراسة إلى تحديد ما إذا كان كلام الأوتيستك بهذه الصورة يهدف من ورائه الاتصال أم أنه بدون معنى وهدف ، التعرف على المتغيرات المرتبطة بهذا الترديد الواضح ، **وقد أجريت الدراسة على عينه قوامها** (١٥) فردا أوتيستك يتراوح عمرهم الزمنى بين (٩-١٦سنة) وكلهم أظهروا مستويات عالية من التكرار اللاإرادي للكلام فى المواقف التالية:[المدرسة - العمل اليومى - آداء العمل الروتينى **وأظهرت نتائج هذه الدراسة** ما يلي ١٨٪ من أفراد العينة كان كلامهم عبارة عن تكرار لا إرادي بدون معنى أو هدف ، كثير من كلام أفراد العينة تم تقييمه أثناء مواقف الاتصال الهادف ولوحظ ظهور التكرار اللاإرادي بكثرة فى مواقف التفاعل الاجتماعى ، التكرار اللاإرادي يعنى عدم حدوث الاستجابة المناسبة بينما الكلام العادى الذى يتضمن تكرار بدون معنى يكون أكثر ميلا للإستجابة المحايده ، يعتبر التكرار اللاإرادي سلوك سلبى تعبيرا عن عدم الرغبة فى تحقيق تواصل فعال أو تفاعل اجتماعى متبادل. ولذا فإن الأطفال الأوتيستك يظهرون التكرار اللاإرادي فى مواقف التواصل الهادف والمبادئة بالتفاعل الاجتماعى.

تعقيب على الدراسات السابقة :

- الاستفادة من الإطار النظري في مجال التوحد وعلاقته بالمصاداه الكلامية .
- تحديد خطوات البحث الإجرائي وفقاً لتلك الدراسات.
- إعداد أدوات البحث وتقنينها.
- تحليل وتفسير ومناقشة نتائج البحث الحالي.

العلاج السلوكي

يعد العلاج السلوكي من أفضل العلاجات النفسية التي ظهرت فاعليتها في علاج وتعديل سلوكيات الأطفال التوحديين ، ويوضع الطفل التوحدي وفقا لهذا النوع من العلاج في فصل منظم للتدريب على السلوكيات المقبولة ورعاية الذات واكتساب اللغة كما يلزم تدريب الوالدين على مساعدة الطفل على اكتساب مفاهيم لغوية ، وتنمية السلوك المقبول في المنزل حيث يعتمد العلاج السلوكي علي نظرية التعلم والثواب والعقاب ويستخدم للتخلص من السلوكيات المصاحبة للتوحد كالعنف ونوبات الغضب وإيذاء الذات وغيرها من المشاكل السلوكية التي تمثل ضغطا علي الوالدين والمتعاملين مع الطفل بهدف تحسين العلاقات والتفاعلات وانطلاقا من مفاهيم نظرية التعلم بان السلوك متعلم وان ماتم تعلمه يمكن أن يتم محوه و تغييره و يمكن تعلم سلوك جديد و يتبني هذا الاتجاه معالجة السلوكيات المشكلة ، وتدريب الطفل وإكسابه سلوكياته جديدة ، وقد تبين نجاح العلاج السلوكي مع الأطفال المصابين بالتوحد في تشجيع إكتساب المهارات الاجتماعية ومهارات التواصل ورعاية الذات والمهارات المعرفية ، وتتميز البرامج النمائية التي تقوم على طرق تعديل السلوك وإدارته بأنها غير قاصرة من حيث الإعداد لها والتدريب عليها وتطبيقها على المهنيين فقط ، وإنما يمكن تدريب الوالدين والمدرسين وغيرهم على استخدام هذا الاسلوب بشرط أن يكون الهدف من إستخدامه واضحاً. (إبراهيم بدر ، ٢٠٠٤ ، ص ٧٧ – ٧٨)

ويعتبر مفهوم العلاج السلوكي إشارة واضحة الى نوع من العلاج النفسي يستخدم فيه ويطبق قوانين وأفكار المدرسة السلوكية في العلاج النفسي للمظاهر السلوكية المضطربة ، وتنوعت فنيات العلاج السلوكي بتنوع توجهات علماء السلوكية التقليدية والمحدثين أي ابتداء

من الشرطيين الى الاجرائيين وبإسلوب أخر أصبح هناك مبدأيين في فنيات العلاج السلوكي وهما التشريط الكلاسيكي بمختلف تكنيكاته ، وتعديل السلوك بتكنيكاته أيضا. (أمال عبدالسميع باظة ، ٢٠٠٣: ٣٠٦)

خصائص العلاج السلوكي

يتصف العلاج السلوكي بمجموعه من الخصائص التي تميزه عن طرق العلاج الأخرى ، وهي كما يحددها ريم وماسترز (1980)Rimm , Masters باعتبارها افتراضات يقوم عليها العلاج السلوكي: -

- يميل العلاج السلوكي إلى التركيز على الأعراض أكثر من التركيز على أسباب فرضية ،حيث يهتم المعالجون السلوكيون بالسلوك موضوع المشكلة ويزداد هذا الاهتمام على تناول هذا السلوك بتغير أكثر من محاولة البحث وراء الأسباب
- يفترض العلاج السلوكي أن السلوكيات المضطربة تكون مكتسبة إلى حد بعيد عن طريق التعلم بنفس الطريقة التي يتعلم بها الفرد أي سلوك آخر
- يفترض العلاج السلوكي أن الأسس النفسية وبصفة خاصة قواعد التعلم يمكن أن تفيد كثيرا في تعديل السلوك غير المتوافق
- يتضمن العلاج السلوكي إعداد أهداف علاجية محددة وواضحة لكل فرد على حده ، وهذا يتناسب مع الطفل التوحدي
- يرفض العلاج السلوكي النظرية الكلاسيكية للسمات ، لأن سمة الفرد هي استعداد مسبق للقيام بسلوك معين في مواقف مختلفة عن بعضها البعض
- يقوم المعالج السلوكي بإعداد طريقة العلاج بما يناسب مشكلة الفرد
- يقوم العلاج السلوكي على مبدأ هنا والآن ، أي يركز على السلوك الموجود الآن وعلي البيئة أو الظروف التي يحدث فيها
- يهتم العلاج السلوكي بالجانب التجريبي ، أي يؤكد على أهمية المنهج العلمي كأسلوب للوصول إلى النتائج التي تساعد على تحقيق فنيات وأساليب العلاج ، وكذلك يهتم بتحديد خط البداية (السلوك المراد تغيره)ويهتم بوضع خط النهاية وتقويم نتائج العلاج وبذلك يتسنى له إجراء المقارنة مع غيره من أنواع العلاج الأخرى.

(محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن ، ١٩٩٨: ص٢٥-٢٩)

وقد لخص(حامد زهران ، ٢٠٠٤ ، ص ٢٦٧) خصائص أو مزايا العلاج السلوكي في النقاط التالية:

- يعتمد العلاج السلوكي على الدراسات والبحوث التجريبية المعملية المضبوطة القائمة في ضوء نظريات التعلم والتي يمكن قياس صدقها قياسا تجريبيا مباشرا
- ييسر للمعالجين استخدام أساليب مختلفة لعلاج الأنواع المختلفة من المشكلات النفسية
- يتناول تصحيح العادات السيئة لدى الأفراد العاديين وعلاج الأفراد غير العاديين ، مثل حالات ، التخلف العقلي ، والأطفال التوحديين
- أثبت نجاحاً ملحوظاً في علاج المشكلات السلوكية عند الأطفال ، وعلاج المشكلات النفسية وكذلك حالات الاضطراب السلوكي
- يركز على المشكلة أو العرض في الوقت الحاضر مما يسهل وجود محك نحكم به على نتيجة العلاج.

(حامد عبد السلام زهران ، ٢٠٠٤: ص٢٦٧)

فروض البحث

تتمثل فروض البحث في:

١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المصاداه الكلامية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس المصاداه الكلامية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.

٣- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس المصاداه الكلامية في القياسين البعدي والتتبعي.

المنهج والاجراءات

- **منهج البحث** : يفي البحث الحالي بمتطلبات المنهج التجريبي.

عينة البحث وشروطها

- تكونت عينة البحث من ٨ أطفال توحديين (٤) ذكور + (٤) إناث ، وقد قسمت الى مجموعتين هما :

أ- المجموعه التجريبية وتكونت من (٤) أطفال منهم (٢) ذكور + (٢) إناث .

ب- المجموعة الضابطة وتكونت من (٤) أطفال منهم (٢) ذكور + (٢) إناث .

وتراوحت أعمارهم جميعاً ما بين (٨ – ١٢ سنة) .

شروط عينة البحث

١- أن يكون الأطفال عينة الدراسة متوسطي الذكاء (٦٩ – ٧٤) وفقاً لمقياس جودارد للذكاء وذلك حتى يتسنى تقديم الأنشطة المختلفة لهم ولسهولة استيعابها.

٢- أن تكون درجة الاضطراب التوحدي لديهم متوسطة على مقياس جيليام لتشخيص التوحد المستخدم في الدراسة حتى يسهل التعامل معهم.

٣- أن تكون درجة العينة على مقياس المصادة الكلامية تتراوح بين (٧٠ – ٨٠) من المجموع الكلي لدرجات المقياس (٩٠) درجة .

٤- ألا يكون قد سبق تطبيق أي برنامج عليهم في حدود الدراسة.

٥- ألا يقعوا تحت تأثير أي عقاقير وأدوية مختلفة وفقاً للتاريخ الحالة المرضي.

وقد قام البحث بعمل مجانسة بين أفراد العينة وظهرت النتائج على النحو التالي :

- **المجانسة**

جدول (١) قيمة (ي) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية قبل تطبيق البرنامج .

المجموعة	م	ع	مج الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	"Z"	مستوي الدلالة
(الضابطة) ن = ٤	12.2500	2.06155	5.50	22.00	4.00	-1.214	غير دالة
(التجريبية) ن = ٤	10.7500	0.95743	3.50	14.00			

وفيما يلي عرض لأهم أدوات الدراسة

أدوات الدراسة

١- مقيـــــــاس جيليـــــــام Gilliam لتشـــــــخيص التوحـــــــد

اعداد / محمد السيد عبدالرحمن ، منى خليفة ، ٢٠٠٤

الهدف من المقياس

يهدف هذا المقياس إلى تحديد الأشخاص الذين يعانون من التوحد والتعرف على مستوى التوحد لديهم.

وصف المقياس

يتكون المقياس من أربعة مقاييس فرعية يتكون كل بعد منها من (١٤) بنداً ، ويصف كل بعد نمطا معينا من السلوكيات المميزة للتوحدية ، وهذه الأبعاد هي السلوكيات النمطية. التواصل. التفاعل الاجتماعي. الاضطرابات النمائية. ويناسب هذا المقياس الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم ما بين ثلاث سنوات واثنا وعشرين سنة.

تصحيح المقياس

تتدرج درجات المقياس للسؤال الواحد من (صفر) إلى (٣) ، وعدد عبارات المقياس (٥٦) عبارة ، فيكون المجموع الكلي للدرجات (١٦٨) درجة.

يتم تصحيح الأبعاد الفرعية للإختبار ، ويشمل ذلك تسجيل الدرجات الخام لكل بعد ، ويمكن تحويل الدرجات الخام في الأبعاد الفرعية للمقياس إلى نسب مئوية ودرجات معيارية بمتوسط عشر درجات وانحراف معياري (٣) درجات ، كما يمكن تحويل مجموع درجات المقياس المعيارية إلى معدل التوحد ونسبته المئوية ،ويلاحظ معدل حدة التوحد من درجة المفحوص بين منخفض ومتوسط ومرتفع ، ومن خلال مقارنة درجات المفحوص بدرجات العينة المعيارية التي تتضمن أشخاصا تم تشخيصهم على أنهم توحديين ، ويمكن للفاحص أن يقدر احتمالية أن يكون المفحوص توحدي ومدى شدة اضطرابه السلوكي.

صدق المقياس وثباته

تم تقنين المقياس في البيئة العربية وتم حساب الصدق والثبات له.

حيث استخدم لتعيين صدق المقياس عدة طرق وهي صدق المحتوى. الاتساق الداخلي للمقياس. صدق المحك الخارجي. الصدق التمييزي.

وللتحقق من صدق المقياس تم استخدام عدة طرق وهي: إعادة التطبيق – الفاكرونباخ – التجزئة – التصفية.

الكفاءة السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية

تم حساب الصدق من خلال : صدق المحك الخارجي : حيث قام الباحث الحالي بتطبيقه علي عينة من الأطفال التوحديين (ن = ١٠) مع مقياس عبد الرحيم بخيت (١٩٩٩) كمحك خارجي وخلص إلى معامل ارتباط قيمته ٠.٨١ وهي قيمة داله إحصائيا عند مستوي ٠.٠١

ثبات المقياس

وتم حساب الثبات من خلال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق ، تم تطبيق هذا المقياس علي أفراد العينة ثم أعيد تطبيق نفس المقياس عليهم مرة أخرى بعد مرور اسبوعين من التطبيق الأول وخلص الباحث الى معامل الثبات ٠.٧٣.

٢- مقياس تقدير المصاداه الكلامية لدى الأطفال التوحديين

(إعداد / الباحث)

الهدف من المقياس

قام الباحث باعداد مقياس تقدير المصاداه الكلامية وذلك لتحقيق الأهداف الأتيه :
التعرف على مدى فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الفردي في تخفيف من حدة المصاداه الكلامية لدى الأطفال التوحديين .

وصف المقياس

يتكون المقياس في صورته النهائية والتي تم تطبيقها على عينة البحث وعددها (٨) اطفال ، من ٣٠ عبارة ، وتصف كل عبارة سلوك الترددية (المصاداه الكلامية) عند الطفل التوحدي، وتندرج درجات المقياس لكل عباره من (صفر) الى (٣) فيكون المجموع الكلي للدرجات (٩٠) درجة ، وتمثل الدرجة المرتفعة على المقياس معاناة الطفل من مشكلة المصاداه الكلامية ، بينما تمثل الدرجة المنخفضة عدم وجود الترددية الكلامية لديهم .

صدق المقياس

وتم حساب صدق المقياس من خلال استخدام صدق المحك الخارجي باستخدام مقياس تقدير التواصل اللغوي لدى الاطفال التوحديين إعداد/ سهى أحمد أمين (٢٠٠١) وذلك كمحك خارجي للتأكد من صدق المقياس وصلاحيته كأداة تشخيصية وذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين درجات عينة قوامها (٣٠) طفل على المقياسين. وكان معامل الارتباط (٠.٦١١) وهو معامل ارتباط موجب دال، مما يشير إلي صدق المقياس.

ثبات المقياس

وقد تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق وذلك من خلال تطبيق المقياس مرتين بفارق زمني (١٥ يوما) على نفس عينة الصدق، وإيجاد معامل الارتباط باستخدام معامل ارتباط بيرسون بين التطبيقين وجد أنه مساو(٠.٨٣٦)، مما يدل على ثبات المقياس.

تصحيح المقياس

يتم حساب الدرجات للمقياس كالتالي :
عند الاجابة ب (لا يحدث) يأخذ درجة (صفر) ، وعند الاجابة ب (يحدث نادرا) يأخذ درجة (١) ، وعند الاجابة ب (يحدث غالبا) يأخذ درجة (٢) ، وعند الاجابة ب (يحدث باستمرار) يأخذ درجة (٣) ، وبذلك يصبح حصول الطفل على درجة عالية في المقياس يعني ذلك أنه يعاني من مشكلة المصاداه الكلامية بدرجة عالية ، فيكون مجموع النهائي لدرجات المقياس هو ٩٠ درجة .

٣- البرنامج العلاجي السلوكي الفردي (اعداد الباحث)

الاهداف العامة للبرنامج

يهدف البرنامج الحالي الى :
التخفيف من حدة المصاداه الكلامية لدى الاطفال التوحديين ومن ثم تحسين عملية التواصل الكلامي لديهم مما يزيد من قدرتهم على التواصل اللفظي مع الاخرين

الاهداف الاجرائية

١- التغلب على مشكلة الترديد الالي للكلام

٢- تحسين قدرة الطفل التوحدي على المبادرة في الحديث

٣-تنمية القدرة على التحدث بشكل ملائم للموقف

٤- زيادة القدرة على فهم التعليمات اللفظية الموجهة اليه

٥- تنمية القدرة على التمييز بين الالفاظ والاصوات المختلفة

٦- تحسين القدرة على استيعاب الاوامر الصوتية الصادرة من الاشخاص

٧-الربط بين شكل ومحتوى الكلام طبقا للموقف

٨-القدرة على تسمية الاشياء والاشخاص

٩- القدرة على تمييز المثيرات السمعية
١٠-القدرة على تمييز الضمائر التخاطبية المختلفة

خطوات اعداد وتنفيذ البرنامج

إعداد محتوى البرنامج :

اعتمد الباحث في اعداد محتوى البرنامج على الاطلاع على الاطار النظري والدراسات السابقة التي من شأنها معالجة وتخفيف المصاداه الكلامية لدى الاطفال التوحدين من خلال استخدام الفنيات والاستراتيجيات العلاجية المتعددة ومن هذه الدراسات : دراسة سوليفان ميخائيل:- (Sullivan , Michelle (2002 ودراسة دراسة كارمالى وأخرون(2000) Karmali , Et al ، ودراسة رين وآخرون(2005) Rein. R: et al ، ودراسة ليبست وأخرون (2003) Lepist, et., al.,

ويحتوي البرنامج العلاجي السلوكي على مجموعة من الانشطة التدريبية التي من شأنها تخفيف من حدة المصاده الكلامية لدى الاطفال التوحدين وذلك من خلال العمل على ابراز أهمية التواصل للطفل في ضوء استخدام بعض الالعاب فلابد أن التواصل يتم بين شخصين مرسل ومتلقي ، والكلام يجب أن يكون له معنى ، مع ضرورة التركيز على موضوع معين سهل وبسيط أثناء المحادثة ، وخلق رغبة في التعبير عما يدور بداخل الطفل وجعل له قيمه عندما يقوله ومن هذه الانشطة :

أنشطة مهارة الاستماع ، ومن خلالها يتم تدريب الطفل على الاستقبال السمعي الجيد لتحقيق ادراك كلي للمعالجة السمعية لاستقبال المعلومة وتحليلها مثل (نشاط مهارة التوقف المؤقت) وفيها نطلب من الطفل الانصات والتوقف ثم الاجابة ، واعطاءه فرصه للاستيعاب فهذا يجعله قادرا على تحليل المعلومة المرسلة ومن ثم اصدار الاستجابة المناسبة ، و نشاط (اختار) حيث يتم تدريب الطفل على الاختيار بين شيئين ثم ثلاث أشياء ثم من متعدد مما يجعل لديه استجابة مناسبة في رغبته في الحصول على الشيء المرغوب ،نشاط (تغيير نبرة الصوت) حيث يتم القاء السؤال على الطفل بنبرة الاستفهام وتدريبه على الاجابة بنبرة مختلفة ، نشاط (لعب الادوار اللغوية) وفيه يتم استخدام انشطة لغوية تعتمد على ارسال واستقبال معلومة بين شخصين أو اكثر ، أنشطة (أدوات الاستفهام) من خلال ادراج زوج من الصور حيث في الصورة الاولى يطرح عليها السؤال والثانية تكون للاجابة ، نشاط (التلقين والاطفاء) حيث نعطي الطفل الاجبة الصحيحة مباشرة بعد طرح السؤال ، مع اطفاء التلقين تدريجيا لانه يعزز الترديد الالي للكلام لو استمر ، نشاط (وصف الصور المعبرة) حيث يتم عرض مجموعة من الصور المعبرة أمام الطفل والتي يكون لها مدلول ثم نسأل الطفل عنها ، نسأل وننصت ننتظر المعالجة البصرية للصورة من قبل الطفل واصدار الاجابة ، نشاط (وصف وظيفة الاشياء) من خلال عرض صورتين أمام الطفل الاولى صورة الشيء والثانية وظيفته والفائدة منه ثم نعرض الاولى ونسأل عنها وننتظر الاجابة منه بعد نظره الى الصورة الثانية المعبرة على الاجابة للصورة الاولى .

الفنيات والأساليب المستخدمة

استخدم الباحث العديد من الفنيات والاستراتيجيات السلوكية التي تستخدم في التخفيف من حدة المصاداه الكلامية للأطفال التوحديين ، والتي يمكن من خلالها إكسابهم التواصل اللفظي بشكل سليم ، وأهم تلك الفنيات هي :

- التوجيه والحث (اليدوي واللفظي والإشاري)
- النمذجة
- التدعيم
- التشكيل
- التغذية الراجعة
- التكرار

نتائج الدراسة ومناقشتها

الفرض الأول

ينص على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس المصاداه الكلامية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية ".

اختبار صحة الفرض السابق استخدم الباحث اختبار " مان ويتني "وكانت النتائج كما يلي :

جدول (٢) لحساب قيمة (ي) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسط رتب درجات المجموعتين بعد تطبيق البرنامج

المجموعة	م	ع	مج الرتب	م الرتب	"ي" الصغري	"Z"	مستوي الدلالة
(الضابطة) ن = ٤	10.2500	1.70783	2.50	10.00	صفر	-2.309	دالة عند 0.05
(التجريبية) ن = ٤	29.2500	4.34933	6.50	26.00			

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال احصائيا بين متوسط رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي ، حيث كانت الفروق دالة عند مستوى (0.05) على مقياس المصاداه الكلامية في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية ، وبذلك تتحقق صحة الفرض الموجه .

الفرض الثاني

وينص على " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس المصاداه الكلامية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي ".

لاختبار صحة الفرض السابق قام الباحث باستخدام معامل ارتباط ويلكوكسون للتحقق من وجود فروق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي لنفس أفراد المجموعة وكانت النتائج مالتالي :

جدول (٣) دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات الأطفال لمجموعة التجريبية للقياسيين (القبلي – البعدي) علي مقياس المصاداة الكلامية .

المجموعة التجريبية	م	ع	مج الرتب	مج الرتب" – "	مج الرتب"+ "	"Z"	مستوي الدلالة
القبلي	10.7500	0.95743	10	صفر	10.00	1.826-	دالة عند 0.05
البعدي	29.2500	4.34933					

يتضح من الجدول السابق وجود فرق دال احصائيا بين متوسط رتب القياسين القبلي والبعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية ، حيث كان الفرق دال عند (0.05) على مقياس المصاداه الكلامية ، وذلك لصالح القياس البعدي ، وبذلك يمكن قبول الفرض الموجه .

الفرض الثالث

وينص على " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس المصاداه الكلامية في القياسين البعدي والتتبعي ".

ولاختبار صحة هذا الفرض قام الباحث بحساب متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية ، وقد تم استخدام اختبار ويلكوكسون للتحقق من وجود فرق بين متوسطي رتب القياسين البعدي والتتبعي لنفس أفراد المجموعة التجريبية ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي :

جدول (٤)دلالة الفروق بين متوسط رتب درجات الأطفال لمجموعة التجريبية للقياسيين (البعدي-التتبعي) علي مقياس المصاداه الكلامية .

المجموعة التجريبية	م	ع	مج الرتب	مج الرتب"-"	مج الرتب"+"	"Z"	مستوي الدلالة
البعدي	29.2500	4.34933	10	10.00	صفر	-1.890	غير دالة
التتبعي	27.5000	4.20317					

يتضح من الجدول السابق عدم وجود فرق دال احصائيا بين متوسط رتب القياسين البعدي والتتبعي لدى أفراد المجموعة التجريبية ، حيث كان الفرق غير دال على مقياس المصاداه الكلامية ، وبذلك يتم قبول الفرض الصفري .

مناقشة نتائج الدراسة

أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي الذي تم تطبيقه بشكل فردي على عينة البحث ، وذلك ما أكدته نتائج الفروض الاحصائية السابقة حيث أكدت نتائج الفرض الاحصائي الاول على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التطبيق القبلي والبعدي وذلك لصالح المجموعة التجريبية على مقياس المصاداه الكلامية ، وهذا يؤكد حدوث أثر للبرنامج العلاجي والذي بدوره تم تخفيف بعض الاضطرابات الكلامية (الترددية) لدى الاطفال التوحديين مما يشير الى حدوث تحسن في القدرات التواصلية الكلامية لديهم ، وكذلك أكدت نتائج الفرض الثاني على وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي مما يؤكد على دور الانشطة المتضمنة في البرنامج على تحسين المصاداه الكلامية لدى أفراد العينة التجريبية أثناء تقدير الدرجات بمقياس المصاداه الكلامية في القياس البعدي ، كما أكدت نتائج الفرض الثالث على استمرارية حدوث التحسن لأفراد العينة التجريبية وذلك من خلال القياس البعدي والقياس التتبعي باستخدام مقياس المصاداه الكلامية.

يتضح مما سبق أن نتائج الدراسة الحالية تتفق مع كثير من نتائج الدراسات السابقة التي استشهد بها الباحث في الدراسة وهذا يؤكد فعالية البرنامج العلاجي السلوكي في التخفيف من التردد الكلامي لدى الاطفال التوحديين وقد ركزت هذه الدراسة على ضرورة اختزال أو استبعاد الترددية فى هؤلاء الأطفال من خلال طريقة علاجية تعتمد على استخدام إجراءات التحليل الوظيفى للسلوك الترديدى وإحلاله بسلوك إتصالى ملائم يخدم نفس الوظيفة الاتصالية ، وجاء ذلك في حدوث ما يلي :

- أن هناك فروقا فردية فى طريقة كلام الأطفال التوحديين مما يدعو إلى الحاجة للتحليل الوظيفى لهذا السلوك كوسيلة للاتصال لكل طفل.

- قد تعلم هؤلاء الأطفال أن يسألوا تلقائيا عندما يتحدث الآخرين أمامهم وتم قياس ذلك باستخدام مقياس المصاداه الكلامية قبلي وبعدي.
- قد عممت بعض تحسينات اللغة لتفاعل الطفل مع الأب والبيئة والفصل الدراسى لكل المشاركين .
- تم مناقشة استنتاجات أهمية الوظائف الاتصالية من وراء الترديد اللاإرادي لكلام الآخرين أو الإكوليليا.

توصيات الدراسة

١. ضرورة الاهتمام بدراسة الاضطرابات اللغوية المختلفة لدى الاطفال التوحديين .

٢. إجراء المزيد من البحوث الاجرائية على الاضطرابات اللغوية والكلامية لدى الاطفال التوحديين .

٣. عمل برامج ارشادية للوالدين والاخصائيين المنوطين بالعمل مع هذه الفئة للتعرف على كيفية التغلب على الترديد الكلامي لدى الاطفال التوحديين .

٤. ضرورة إعداد البرامج بشكل فردي للتعامل مع مثل هذه الاضطرابات الكلامية لدى الاطفال التوحديين .

المراجع

أولاً : المراجع العربية

١- آمال عبدالسميع باظة (٢٠٠٣) . **اضطرابات التواصل وعلاجها**. القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية.

٢- أحمد فهمي السحيمي (٢٠١١) . **تشخيص وعلاج الطفل التوحدي والطفل العنيف** ، القاهرة ، دار السحاب للنشر والتوزيع .

٣-إبراهيم بدر (٢٠٠٤) . **الطفل التوحدي (تشخيص وعلاج)** الأردن، عمان ، دار الأوائل للطباعة والنشر.

٤- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٤) . **علم نفس (الطفولة والمراهقة)**، القاهرة ، عالم الكتب.

٥- فاروق محمد صادق (٢٠٠٦) . " **تنوع حالات التوحد في التشخيص** ، دورة تدريبية في كيفية التعامل مع الأطفال التوحديين " في الفترة من ١٠ / ٧ / ٢٠٠٦ الى ١٠ / ٨ / ٢٠٠٦ بمركز الارشاد النفسي ، جامعة عين شمس.

٦- سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠٢) . **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي ، التشخيص - البرامج العلاجية** ، عمان ، المملكة الأردنية الهاشمية ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع ،

٧-ماجد السيد عمارة (٢٠٠٥) . **إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق** ، القاهرة مكتبة زهراء الشرق .

٨-حامد علي كامل (٢٠٠٣). " **الأوتيزم (التوحد) الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج** " ، مركز الإسكندرية للكتاب ، الاسكندرية.

٩- محمد على فتيحه (٢٠٠١). " **معا نتواصل لحياة افضل** " حلقة نقاشيه حول التوحد ، مؤتمر ذوي الاحتياجات الخاصة ، الإمارات العربية المتحده ، الشارقة ، فى الفترة من ٥ – ٧ يونيو ٢٠٠١.

١٠-محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨) . **العلاج السلوكي الحديث ، أسسه وتطبيقاته** ، القاهرة دار قباء للطباعة والنشر.

ثانياً : المراجع الأجنبية

11-Anthony, Sigel (2005) . Short , Long Term Memory Recognition For Child With Autism, J,. Of Autism And DeveloPment Disorder vol (35) N(3) P.P2-8.

12- Birll M., (2001). keysto parnting the child with autism. Barron ,s educational Series. Lnc. , p. 31 – 32, new York **U.S.A**.

13-Gail W., Julie O., Anna Mary A., and Lonnie S., (2003). Autism and associated medical and familia factors: A case control study**. Journal of developmental and physical disabilities**. Dec., Vol. 15(4). Pp 335-349.

14- Haduon. d ; Bavon cohen , (1997 **). Does teaching theory of mind have on effect on the Ability to develop conversation in children Autism** ? J. Autism disorder V 27 (5). PP; 519 – 518. L 37

15-Karmali , Irfo Amirali L (2000) . **Reducing palilalia and echolalia by teaching the tactoperant to young children with autism. thesis** (Ed.D) – Columbia University Teachers College. 2000 108. P Vol : 61 – 06 , section : B Page : 3265

16-Leaf, J. ; Taubman, M. ; Bloomfield, S. ; Rafuse, L. ; Leaf, R. ; McEachin, J. & Oppenheim, M. (2009). **Increasing Social Skills and Pro-Social Behavior for Three Children Diagnosed with Autism Through the Use of a Teaching Package**. Research in Autism Spectrum Disorders, Vol. (3), No. (1), Pp. 275-289.

17 - Rein Raelyhnnep., (2005). **observation study of the use of verpal preservations person with autism** , D.A.L Vol. (48). NO. (7) , January , P. 1736. A.

18- Stewart , marilyn. (2002 **). Defferential language processing in children diagnosis with autism. A Veto spective investigation** : Thesis (Ph.D) Alliant International University , Fresno. 2002 55 P. Vol. 63 – 08 section : B, page : 3941.

19- Sullivan ,michelle. (2002). **Communicative functions of echolalia in children with autism : Assesment and treatment** : dissrtation abstract international. Volume : 63 ; IO , section : B , Page : 4948.