



مجلة الإرشاد النفسي

Journal of psychological Counseling

مجلة علمية دورية محكمة
تصدر عن مركز التوجيه والإرشاد النفسي
بكلية التربية – جامعة المنيا

Issn Print 2682-4566

Issn on-line 2735 - 301X

[/https://sjsm.journals.ekb.eg](https://sjsm.journals.ekb.eg)

٢٠١٥

العدد الأول

المجلد الأول

أساليب التدخل العلاجي لذوي اضطرابات طيف الذاتوية في ظل الدليل

التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5

إعداد

د. مصطفى خليل محمود عطا الله⁽¹⁾

الملخص

تهدف هذه الورقة البحثية إلى إلقاء الضوء على اضطراب طيف الذاتوية من حيث: تعريف وسمات الأفراد ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، ومحاكات تشخيص اضطرابات طيف الذاتوية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية - DSM-5، وهذا ما عرضه الباحث في الجزء الأول من هذه الورقة البحثية، كما تناولت هذه الورقة بعض جوانب ونماذج وأساليب التدخلات العلاجية للأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، وانتهى الباحث إلى مجموعة من التوصيات التي يجب أخذها في الحسبان عند إجراء دراسات وبحوث نفسية لاضطرابات طيف الذاتوية.

الكلمات المفتاحية: أساليب التدخل العلاجي، اضطرابات طيف الذاتوية، الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

Remedial intervention techniques for Autism Spectrum Disorders in light of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)

By:

Mostafa Khalil Mahmoud Atallah

Abstract

The present study aimed to shed the light on the Autism Spectrum Disorders in light of the DSM-5. The second part of the study exposed the strategies and techniques of remediation intervention programs, the paper concluded some recommendations that should be put in consideration during preparing further studies in the field of Autism Spectrum Disorders.

Key Words: Remedial intervention techniques, Autism Spectrum Disorders, Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th Ed.).

⁽¹⁾ مدرس الصحة النفسية - كلية التربية - جامعة المنيا.

مقدمة:

يعد التوحد Autism من أكثر الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders (PDD) صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه؛ ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابية الأنماط السلوكية المصاحبة له، ووجود خلل شديد وشامل في العديد من مجالات النمو، ويتداخل بعض المظاهر السلوكية له مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى؛ مما ينتج عنه أن يتم تشخيص الأطفال الذاتويين على أنهم ذوي إعاقة فكرية، حيث يعتمد تحديد مثل هذه المشكلات، أو الاضطرابات على ملاحظة المظاهر السلوكية المختلفة، وهو الأمر الذي يترتب عليه الخلط بين اضطراب وآخر يختلف عنه تمامًا، وفضلاً عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين؛ حيث يظهرون الأطفال الذاتويين أوجه قصور شديدة في التفاعل الاجتماعي، وإقامة العلاقات مع الآخرين، وتمثل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الطفل في كل المواقف (Volkmars, 1996, p.49؛ Gadia, & Tuchman, 2004, p.584).

وتتكون كلمة الأوتيزم Autism من كلمتين يونانيتين الأولى Aut وتعني ذاتي أو ما يتعلق بالذات، وهي مشتقة من الكلمة اليونانية "أوتوس" Autos وتعني الذات self، وأما الجزء الثاني من المصطلح Ism فيشير إلى التوجه أو الحالة، وبذلك فإن مصطلح Autism يعني التوجه الذاتي، أو الحالة الذاتية، حيث تعد الذات هي مركز اهتمام الفرد، وتعتبر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال (Georgiades, Szatmari, Boyle, Hanna, & Zwaigenbaum, 2013, p.207)، كما تم التعرف على هذا المفهوم قديماً في مجتمعات مختلفة مثل روسيا والهند في أوقات مختلفة، ولكن بداية تشخيصه الدقيق كان على يد الطبيب النفسي الأمريكي "ليو كانر" Leo Kanner, 1943 حيث يعد أول من أشار إلى "الأوتيزم" كاضطراب يحدث في الطفولة، وأطلق عليه لفظ Autism وقصد به التوقع على الذات.

ولم يظهر الأوتيزم في الطبعة الأولى والثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٥٢، وظهر للمرة الأولى في الطبعة الثالثة لدليل التشخيصي والإحصائي الثالث DSM-III عام ١٩٨٠، وقد أبقى الصورة الرابعة لدليل التشخيصي والإحصائي DSM-IV عام ١٩٩٤

على مصطلح الاضطراب الذاتوي تحت فئة "اضطرابات ارتقائية" وتتميز هذه الاضطرابات بتأخر أو انحراف في التفاعل الاجتماعي وقصور في مهارات التواصل مع وجود السلوك النمطي، وقلة الأنشطة والاهتمامات (Boucher, 2012, p.219؛ Hartley & Sikora, 2006, p.85؛ Grzadzinski, Huerta, & Lord, 2013, p.1-2؛ Norris, 2012, p.1077؛ Worley & Matson, 2012, p.965).

ولعل اهتمام العلماء الزائد بآليات تشخيص اضطراب الذاتوية وغيره من الاضطرابات تشخيصياً دقيقاً، يهدف إلى إزالة الغموض والتقاطع بين هذه الاضطرابات، مما دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها، وبناءً على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 تستخدم الآن مسمى جديد هو اضطراب طيف الذاتوية Autism Spectrum Disorder (ASD)، والذي يجمع ما كان يعرف سابقاً بالتوحد Autism Disorder، ومتلازمة أسبرجر Asperger's Disorder، واضطراب التفكك الطفولي Childhood Disintegrative Disorder، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد PDD NOS ضمن مسمى واحد تختلف مكوناته باختلاف حدة وشدة الأعراض؛ وذلك لأن الأبحاث التي تناولها الإصدار الرابع لم توضح الفوارق بين هذه التصنيفات، حيث أن هذه الاضطرابات تتشابه وتشارك فيما بينها بالنسبة لما يتعلق بالسمات ومسبباتها، ولا تتجلي إلا من خلال درجة حدتها؛ لذا فإن الدليل التشخيصي في إصداره الخامس قد جمعها ضمن تصنيف واحد هو اضطراب طيف الذاتوية (American Psychiatric Association, 2013, p.50-51).

كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف الذاتوية ضمن مظلة اضطرابات الطفولة، والتي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطراب طيف الذاتوية: الإعاقة الذهنية، واضطرابات تعلم محددة، والاضطرابات الحركية، واضطرابات التواصل، واضطراب ضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD)، واضطرابات التغذية والطعام، واضطرابات التحكم في الدافعية واضطرابات السلوك، واضطراب القلق.

تعريف اضطرابات طيف الذاتوية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي

الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 :

يظهر اضطراب طيف الذاتوية (ASD) في مرحلة الطفولة المبكرة، ويقصد به مجموعة من الاضطرابات النمائية العصبية، والتي تسبب عدة مشكلات في المهارات الاجتماعية والتواصلية والعاطفية، وفي ظهور أنماط سلوك غريبة؛ بالإضافة إلى محدودية في الاهتمامات لدى المصابين، ومع مراعاة أن أعراض الذاتوية تختلف من طفل إلى آخر، وبالتالي تختلف تصنيفاته ما بين طيف الذاتوية الشديد حيث تظهر فيه جميع أعراض الذاتوية، ويوصف الطفل بأنه صاحب قدرات عقلية منخفضة إلى آخر تظهر عليه بعض الأعراض ويشار إليه بأنه صاحب قدرات عقلية جيدة أو مرتفعة، وهذا ما يعرف بطيف الذاتوية من النوع الخفيف، ويؤثر اضطراب طيف الذاتوية على السلوكيات الأساسية: كالتواصل الاجتماعي، والتعبير عن المشاعر والأفكار، وتطوير العلاقات مع الآخرين، ويتضمن اضطرابات طيف الذاتوية مجموعة من الأعراض تظهر على أغلب الأشخاص المصابين بهذا الاضطراب، وهي: قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، صعوبة في التواصل مع الآخرين والعالم الخارجي، خلل في معدل ظهور المهارات اللغوية والاجتماعية، استجابات غريبة عند التواصل مع الآخرين، رد فعل غير طبيعي للشعور بالألم، سلوك عدواني، أو إيذاء الذات في بعض الحالات، أساليب غير مألوفة عند التعامل مع الناس والأشياء (Andersson, Gillberg, & Bradley, & Mendelsohn, 2013, p.1-3؛ Miniscalco, 2013, p.414؛ Blumberg, S., Bramlett, M., Kogan, M., Schieve, L., Jones, J., & Lu, p.4).

وعلى الرغم من عدم وجود نفس الخصائص عند جميع الأطفال المصابين باضطراب طيف الذاتوية؛ إلا أن بعض منها يظهر في أغلب الأطفال المصابين باضطراب طيف الذاتوية، ويمكن وضع الخصائص الرئيسية التي تظهر لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف الذاتوية تحت مجموعة من المجالات على النحو التالي : مجال التواصل / اللغة ويتضمن تطور اللغة ببطء أو لا تتطور على الإطلاق ، ويتلفظ الطفل بكلمات لا تتناسب مع الموقف، وقد يلجأ الطفل إلى الإيماءات بدلاً من الكلمات، ومجال السلوك الاجتماعي ويتضمن ضعف الاستجابة إلى الإشارات الاجتماعية كالتواصل البصري أو الابتسام، ويميل الطفل إلى أن يبقى منعزلاً بعيداً عن الآخرين، ومجال المشكلات السلوكية ويتضمن ظهور

نقص واضح في مهارات السلامة والحس العام لدى الطفل، وقد يدخل الطفل في نوبات غضب دون سبب، وقد يتعلق بشخص أو فكرة أو شئ ولا يغيره، وقد يظهر الطفل سلوك عدواني أو سلوك إيذاء الذات، ، ومجال المشكلات الحسية ويتضمن ظهور ردود أفعال غير عادية لدى الطفل للإحساسات الجسمية كأن يكون لديه حساسية مفرطة عندما يقوم شخص آخر بلمسه أو انخفاض عتبة الإحساس بالألم قد تتأثر القدرة علي الرؤية والسمع واللمس والإحساس بالألم والشم والتذوق، ومجال سلوك اللعب ويتضمن ظهور نقص في القدرة علي اللعب التلقائي أو التخيلي لدى الطفل، لا يقلد الطفل أفعال الآخرين (APA, Gotham, Bishop, Hus, Huerta, ؛ Fein et al ,2013,p.197؛ 2013,p.52 Young & ؛Lund, Buja,Krieger, & Lord,2013,p.35, .(Rodi,2014,p.759

تشخيص اضطرابات طيف الذاتوية وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5:

تضمنت المعايير الجديدة توظيفاً لمسمى موحد هو "اضطراب طيف الذاتوية " حيث تتضمن كلا من: اضطراب التوحد Autistic Disorder، اضطراب أسبرجر Asperger's Disorder ، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد PDD-NOS ، اضطراب الطفولة التفككي (التحلي) Childhood Disintegrative Disorder (التي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة DSM-TV-TR تحت عنوان الاضطرابات النمائية الشاملة Pervasive Developmental Disorders)، فقد تم دمج تلك الفئات الفرعية في فئة تشخيصية واحدة أوسع نطاقاً دون الفصل بينهما، وهي اضطرابات طيف الذاتوية Autism Spectrum Disorders، كما تضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطرابات طيف الذاتوية، ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية ومستوى اللغة ، ومعامل الذكاء لدى أفرادها؛ لذا فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها، كما تبرر اللجنة إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها.

محكات تشخيص اضطراب طيف الذاتوية طبقاً للدليل التشخيصي

والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية – DSM5:

أ- وجود ضعف في التواصل الاجتماعي والتفاعلات الاجتماعية، والذي يظهر في عدد من المواقف المختلفة التي يتفاعل عبرها الفرد، والمعبر عنه بما يلي سواءً كان ذلك القصور معبر عنه حالياً أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد:

١- قصور في التفاعل الاجتماعي - الانفعالي المتبادل، على سبيل المثال: وجود منحى اجتماعي غير عادي، وفشل في إنشاء محادثات تبادلية عادية مع الآخرين، ونقص في القدرة على المشاركة في الاهتمامات والمشاعر أو العواطف إلى الفشل في البدء بالتفاعل الاجتماعي أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية.

٢- قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، وتمتد على سبيل المثال: ضعف في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية المدمجة في التفاعل الاجتماعي إلى القصور في التواصل بالعين، وتوظيف لغة الجسد، وقصور في فهم واستخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي إلى النقص الكلي في القدرة على توظيف تعابير الوجه، والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي.

٣- قصور في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية، والمحافظة على استمرائتها وفهمها الممتد على سبيل المثال: وجود الصعوبات في تكيف انماط السلوك لتتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة، إلى الصعوبات في القدرة على مشاركة اللعب التخيلي، وتكوين الصداقات، إلى غياب الاهتمام بالأقران.

• يرجى تحديد مستوى الشدة: يحدد مستوى الشدة وفقاً لمستوى القصور في

التفاعل والتواصل الاجتماعي، وأنماط سلوكيات التقيد والتكرارية المحدودة

ب- أنماط سلوكية واهتمامات و أنشطة محدودة وتكرارية و نمطية (سلوكيات التقيد والتكرارية) ، كما تتضح في اثنين على الأقل مما يلي سواءً كانت السلوكيات معبر عنها حالياً أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد.

١- النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية، واستخدام الأشياء واللغة (أمثلة: الحركات النمطية البسيطة، صف الألعاب في صفوف أو تقليب الأشياء، العبارة ذات المعاني الخاصة).

٢- الإصرار على الرتابة (التشابابة)، والالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الانماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية أمثلة (الانزعاج عدم الراحة، الضيق) عند حدوث التغيرات البسيطة، وصعوبات فى الانتقال ، وأنماط تفكير جامدة، أنماط طقوسية فى تحية الآخرين، الحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

٣- اهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية، والتي تبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها أمثلة:(التعليق الزائد القوى أو الانهماك (الانشغال) الزائد القوى بأشياء غير عادية، اهتمامات ضيقة ومحدودة)

٤- فرط أو انخفاض فى الاستجابات للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير عادية لجوانب البيئة الحسية أمثلة:(عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة، استجابات متعكسة لأصوات محددة أو أنسجة (أقمشة) محددة ، الإفراط (المبالغة) فى شم أو لمس الأشياء، والافتنان البصرى بالاضواء أو الحركات)

•يرجى تحديد مستوى الشدة : يحدد مستوى الشدة وفقاً لمستوى القصور فى التفاعل والتواصل الاجتماعي، وأنماط سلوكيات التقيد والتكرارية المحدودة .

ج- يجب أن تظهر الأعراض فى مرحلة الطفولة المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تظهر ملاحظها بشكل كامل إلا إذا كانت متطلبات المجتمع أعلى من قدرات الفرد، أو ربما تختفى بعد ذلك من خلال تقديم استراتيجيات التعلم فى مراحل العمر المتأخرة).

د- ضرورة أن تسبب الأعراض عجزاً ذو دلالة واضحة فى قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعى والأداء الوظيفى أو أية جوانب مهمة أخرى من جوانب أداء الفرد الوظيفى .

هـ- إن الاضطرابات التى تحدث لدى الفرد بفعل الأعراض لا يمكن أن تفسر نتيجة وجود الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة الفكرية) أو التأخر النمائى العام، وأن الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد كثيراً ما تتصاحب مع بعضها البعض، ولعمل تشخيص فارقى لاضطراب طيف الذاتوية والإعاقة الفكرية، فلا بد أن يكون التواصل الاجتماعى أدنى من المتوقع وفقاً لمستوى الفرد النمائى (APA,2013,p.50-53).

ومن خلال محكات تشخيص اضطراب طيف الذاتوية طبقاً لـ DSM-5

يمكن ملاحظة التالي :

- التوقف عن استخدام المسميات التالية : اضطراب التوحد Autistic Disorder ، اضطراب أسبرجر Asperger's Disorder ، الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد PDD-NOS ، اضطراب الطفولة التفككي (التحلي) Childhood Disintegrative Disorder ، والتي كانت موجودة في الإصدار الرابع المعدل DSM-TV-TR تحت "الاضطرابات النمائية الشاملة" Pervasive Developmental Disorders (PDD) ، فقد تم دمج تلك الفئات الفرعية في فئة تشخيصية واحدة أوسع نطاقاً، وهي اضطراب طيف الذاتوية Autism Spectrum Disorder (ASD) ، ضمن مسمى واحد على شكل متصله تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأعراض.
- تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معياريين اثنين في عملية التشخيص بدلاً من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمه من قبل الإصدار الرابع المعدل DSM-TV-TR ، حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقاً لمعايير القصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي (الخلل في التفاعل والتواصل الاجتماعي المجال الأول)، والصعوبات في الأنماط السلوكية والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية (أنماط التقييد والتكرارية المجال الثاني)، ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة ، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معياراً ثالثاً وهو القصور النوعي في التواصل تم دمجها في المجال الأول.
- ظهور الأعراض منذ الطفولة المبكرة: يجب أن تظهر أعراض اضطراب طيف الذاتوية خلال الطفولة المبكرة، حتى لو لم تكن تلك الأعراض واضحة إلا في فترات لاحقة، هذا التغيير يشجع على التشخيص المبكر للذاتوية، ولكنه في نفس الوقت قد يؤدي إلى تشخيص أطفال باضطراب قبل أن تظهر الأعراض الواضحة عندما تتجاوز الحاجات الاجتماعية للطفل قدراته المتوفرة لديه، ولذلك تضمنت المعايير الجديدة توسيعاً للمدى التي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة (حتى عمر ٨ سنوات) بدلاً من المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة ، وهو عمر ٣ سنوات.

- تتطلب محكات تشخيص اضطراب طيف الذاتوية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية وجود ثلاث محكات الخاصة بمجال التواصل والتفاعل الإجتماعي ومحكّين على الأقل من الأربعة محكات المدرجة تحت سلوكيات التقيد والتكرارية (أي ما لا يقل عن خمسة محكات مُحتملة من أصل سبعة)، وفي المقابل كانت تتطلب النسخة السابقة DSM-TV-TR من الشخص مقابلة ستة محكات كاملة في ثلاث مجالات.
- تشترط المعايير الجديدة تحديد مستوى شدة الأعراض؛ لتحديد مستوى ونوع الدعم الخدمة والتأهيلي، الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية، وتوظف المعايير الجديدة ثلاث مستويات لهذه الشدة لكل كمعيار تشخيصي، وعلى العكس من ذلك فلم توظف المعايير القديمة مثل هذا الإجراء في تحديد مستوى الشدة، ولعل السبب من وراء إضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنه المعايير الجديدة لفئتين متلازمة أسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، والتي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة.
- تقلص عدد الصفات التشخيصية المطلوبة للتشخيص: حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الرابعة المعدلة والمستخدم سابقاً اثني عشر صفة تشخيصية لاضطراب التوحد، بينما حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الخامسة سبعة صفات تشخيصية فقط، لكن بعضها يصف مفاهيم عامة وأعراض سلوكية بشكل أكبر من سابقتها في الطبعة الرابعة، حيث تضمنت المعايير الجديدة سبع أعراض سلوكية موزعة كما يلي : ثلاث أعراض في المعيار الأول، أربعة أعراض في المعيار الثاني ، وعلى العكس من ذلك فقد استخدمت المعايير القديمة اثني عشر عرضاً سلوكياً موزعة على شكل أربعة أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي .
- الاعتماد على الأعراض السابقة لاضطراب: اعتمد الدليل التشخيصي الخامس على الأعراض السابقة لدى الشخص بالإضافة إلى الأعراض الحالية من أجل التشخيص.
- اشترطت المعايير الجديدة على الاخصائيين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف الذاتوية لدى الطفل عند التشخيص، وهو شرط لم تذكره

المعايير القديمة كشرط تشخيصي، وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه؛ فالمعايير الجديدة تؤكد إمكانية المصاحبة لإعاقات أخرى، ويتوجد على الإحصائيين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معاييرها التشخيصية ومصاحبها لطيف الذاتوية.

- تقييم درجة شدة الذاتوية: أن أعراض اضطراب طيف الذاتوية تقع ضمن طيف مستمر واحد، حيث يظهر بعض المرضى أعراضاً بسيطة بينما يظهر الآخر أعراضاً أكثر شدة، وتعتمد درجة شدة المرض على كمية المساندة المطلوبة للفرد بسبب التحديات السلوكية، لذلك فإن الشخص المصاب باضطراب طيف الذاتوية قد يكون بدرجة شدة: درجة ١ (بسيط)، أو درجة ٢، أو درجة ٣ (شديد).

- إن الأفراد الذين تم تشخيصهم طبقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - الإصدار الرابع (DSM-IV) الخاص باضطراب الذاتوية، اضطراب أسبرجر أو الاضطراب الإنمائي واسع الانتشار غير المحدد تشخيص اضطراب طيف الذاتوية، والأفراد الذين يعانون من قصور واضح في التواصل الاجتماعي، غير أن الأعراض التي يظهرونها لا تتوافق مع المعايير الخاصة باضطراب طيف الذاتوية يجب تقييمهم من خلال اضطراب التواصل الاجتماعي.

- أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم اضطراب التواصل الاجتماعي، والتي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن المعيار الأول لفئة اضطراب طيف الذاتوية، ولا تتواجد لديه الأعراض السلوكية في المعيار الثاني، وبذلك فإن انطباق الأعراض في كلا البعدين بسبب التشخيص باضطراب طيف الذاتوية في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي (حيث من المتوقع أن الأطفال المشخصين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة PDD NOS يمكن أن يشخصوا ضمن هذه الفئة).

- عدم الحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن اضطرابات طيف الذاتوية، حيث أن التغييرات التي طرأت على الإصدار الخامس للفئة قد قدمت مفهوم متصلة بالذاتوية بعد استثنائها لفنتي متلازمة ريت واضطرابات التفكك الطفولة ودمجها لفئات اضطراب الذاتوية ومتلازمة أسبرجر والاضطرابات الإنمائية الشاملة غير المحددة

ضمن فئة واحدة هي اضطرابات طيف الذاتوية؛ لذا فإن الأفراد القائمين بالتشخيص ليسوا معنيين بقضية تفريق اضطرابات الذاتوية عن غيره من الاضطرابات التي كانت قديماً تشاركه بنفس المعايير التشخيصية ، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه، وفقاً لمستوى شدة الأعراض .

- يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستويات الخدمات (الدعم) نهجاً جديداً نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة، ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حين كان توجه تلك الطبعة تشخيصاً فقط، وبالإضافة إلى ذلك فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثر أداء الفرد الوظيفة اليومية بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل، كما أنها لا تنفي مصاحبة الاضطرابات للإعاقة العقلية إلا أنها تشترط أن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها (أى وجودهما معاً في الفرد).

التدخل العلاجي للأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية :

تنطلق العملية العلاجية الإرشادية من المعرفة الدقيقة للأعراض المرضية، ومدى تأثير تلك الأعراض على الفرد والمحيطين به، ومن الأعراض التي يعاني منها الأطفال الذين يعانون من اضطرابات طيف الذاتوية نقص الكفاءة الاجتماعية، وتقدير الذات المنخفض، وقصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي، وصعوبة في التواصل مع الآخرين والعالم الخارجي، وخلل في معدل ظهور المهارات اللغوية والاجتماعية، واستجابات غريبة عند التواصل مع الآخرين، ورد فعل غير طبيعي للشعور بالألم، وسلوك عدواني أو إيذاء الذات في بعض الحالات، وأساليب غير مألوفة عند التعامل مع الناس والأشياء، وإن الأعراض سالفة الذكر قد تعوق الطفل ذوي اضطراب طيف الذاتوية عن القيام بمهارات العناية بالذات ومهارات الإدراكية كالانتباه والذاكرة، وبعض المهارات الاجتماعية، ومن هذا المنطلق فنحن في حاجة ماسة إلى أساليب علاجية وإرشادية غير تقليدية لتقديم المساندة لهؤلاء الأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، وتهدف الطرق المختلفة لعلاج اضطراب طيف الذاتوية عند الأطفال إلى تقليل سلوكهم غير العادي وتحسين مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية لديهم، وفي معظم

الحالات فكلما بدأت المعالجة مبكرة ، كانت النتائج أفضل، وفيما يلي بعض من هذه الأساليب:

أ- التدخل المبكر لذوي اضطرابات طيف الذاتوية :

يعد الاكتشاف والتدخل المبكر من أهم الإجراءات الهادفة المنتظمة المتخصصة التي يكفلها المجتمع، وتهدف إلى تشجيع أقصى نمو ممكن للأطفال دون عمر السادسة من ذوي الإعاقات والموهوبين، وتدعيم الكفاية الوظيفية Functional لهم ولأسرهم؛ لذلك فإن الهدف النهائي للتدخل المبكر يعتمد على تطبيق سياسات وقائية Prevention Strategeys، حيث أشارت نتائج الدراسات إلى أن برامج التدخل المبكر التي تصمم للأطفال الذين لديهم احتياجات نمائية، قبل أن يبلغوا العام السادس من اعمارهم، وتهدف إلى الوقاية والعلاج وتنمية المهارات، في المجال المعرفي، والمجال الاجتماعي والانفعالي، والمجال الحركي، والمجال اللغوي، وتقسّم إلى برامج متركزة حول الطفل، وأخرى يؤدي فيها الوالدين بالتعاون مع المختصين دورًا أساسيًا في دعم وخدمة هؤلاء الأطفال؛ بالإضافة إلى خدمات متنوعة (Chasson, Harris, & Neely, 2007؛ Samms- Vaughan, 2014؛ Werner, 2005)

كما يسهم التدخل المبكر إلى حد كبير، في تأهيل وتطوير حياة الطفل ذاتوي، حيث أثبتت نتائج الدراسات أن تطور الحالة وتحسنها يكونان أفضل بكثير، إذا كان الطفل يخضع لبرنامج تعليمي منظم، بدرجة عالية ومكثفة فيما بين عمر ٢-٣ سنوات ، ما يدع الفرصة أكبر لتطور ونمو المخ عنده، واكتساب الخبرات والتفاعل مع المحيط الذي حوله، ما يؤدي إلى تنمية القدرة المعرفية والاجتماعية لديه (Brignell, Morgan, Camarata , 2014؛ Woolfenden, & Williams, 2014؛ Corsello, 2005؛ Cras & Watson, 2014؛ Taylor et al , 2014).

كما أن التدخل المبكر يفيد ويثمر بشكل إيجابي مع أطفال طيف الذاتوية ، وعلى الرغم من الاختلاف بين برامج رياض الأطفال؛ إلا أنها تشترك جميعها في التركيز على أهمية التدخل التربوي الملائم والمكثف في سن مبكرة من حياة الطفل، ويستجيب أطفال الذاتوية لبرامج التربية الخاصة ذات التنظيم الجيد، والتي تصمم لتلبية الحاجات الفردية Individual Needs ، وتتضمن التدخل الذي يهتم بعلاج المشكلات التواصلية، وتنمية المهارات الاجتماعية وعلاج الضعف الحسي، وتعديل السلوك، وعلى أن يتم ذلك من خلال

متدربين ومعلمين من أصحاب الكفاءة والدراية (Brignell et al,2014؛ Camarata,2014b؛ Crais & Watson,2014).

كما يهدف التدخل المبكر مع الأطفال ذوي طيف الذاتوية إلى تدعيم نماء الأطفال الصغار عن طريق التدخل في الوقت المناسب، وتدريب أطفال التوحد على مهارات الحياة اليومية في سن مبكرة، مثل تعلم عبور الشارع، أو التسوق بدرجة بسيطة، قبل أن يؤدي العجز في ظروف الخطر النمائي، إلى تغيير أو العجز النمو، وتعرثر الاستفادة باستعداداتهم وقدراتهم في المستقبل؛ بل أن الهدف أيضًا منع أو الوقاية من ظهور القصور والعجز الثانوي، ومع تدعيم الأسرة لكي تقدم أفضل رعاية للأبناء من ذوي الإعاقات والموهوبين، أو من هم في نظر بيولوجي أو بيئي بسبب العجز والإصابة، ومن حيث المجتمع ومؤسساته الخاصة بالرعاية، فإن الجهود الفردية والجماعية عليها تحمل المسؤوليات لجعل الخدمات الخاصة، لهؤلاء الأطفال موضع الجهد الإيجابي الفاعل (Bishop & Norbury, 2002؛ Bruinsma, Koegel, & Koegel, 2004؛ Randolph, Hastings, Kovshoff, Espinosa, Jahr, ؛ Camarata, 2014b؛ Brown, & Ward, 2007).

ويتم من خلال التدخل المبكر مع الأطفال ذوي طيف الذاتوية تدريبهم من حيث ساعات العمل في المدرسة، لا تتعدى منتصف النهار، بينما يقضي الطفل باقي الوقت في المنزل ونهاية الأسبوع وفي المناسبات؛ مما يستدعي أن تلتزم الأسرة بحضور الدورات التدريبية التي تقيمها المؤسسات ذات الاختصاص، كالبرنامج التربوي للطفل، وتتعاون مع المعلمين باستمرار في برامج الطفل المنظم، وتهينة البيئة المناسبة في المنزل، حتى تساعده للوصول بنجاح بقدر الإمكان وتعمل على تعديل سلوكه، ومن حيث فاعلية دور الأسرة؛ فقد تخلت أغلب المؤسسات التعليمية الناجحة في عالم الغرب، عن وجود برامج السكن الداخلي، والتي تبعد الطفل عن أسرته طوال العام، واستعاضت بالبرامج النهارية العادية، ليعود الطفل لمنزله في نهاية اليوم الدراسي، والواقع أن رعاية الأسرة وحنان وعطف الأبوين، يمثلان الجهد الأساسي في فاعلية رعاية أطفال التوحد والمصابين بالعوق، كأساس للتدخل المبكر القائم على علاج الطفل وتعديل سلوكه (Brignell et al, 2014؛ Samms-Vaughan, 2014؛ Werner, 2005).

كما أن التدخل المبكر يزيد من فرصة الطفل في تعليمه وتطويره، ويحسن من وظيفة وتفاعل الأسرة مع الموقف بشكل عام، كما يخفف من العبء الملقى على عاتق

المجتمع تماماً، كما يفعل في حالة التدخل المبكر، للكشف عن القدرات الإبداعية لدى الأطفال الموهوبين والمبدعين، وكذلك فإن التدخل المبكر يزيد من فرصة تعليم وتأهيل الطفل لدخول المراحل الدراسية الأخيرة، وأحياناً يؤهله لإيجاد مهنة ما، مقارنة مع الأطفال الذين لم تتح لهم فرصة التدخل المبكر، وفي دراسات أخرى تبين أن الأطفال الذين حصلوا على خدمة التدخل المبكر، قد أظهروا أداءً أكاديمياً وغير أكاديمي أفضل، مقارنة مع الأطفال الذين لم يتلقوا خدمة التدخل المبكر (Brignell et al, 2014؛ Samms- Crais & Watson, 2014؛ Chasson, 2007؛ Camarata, 2014b؛ Vaughan, 2014؛ Werner, 2005؛ Trembath, & Vivanti, 2014).

ب- التدخل العلاجي القائم على التكامل الحسي : Sensory Integration Therapy

يعد العلاج بالتكامل الحسي من الطرق العلاجية المستخدمة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية، فهو يساعد الأطفال على التقدم نحو توظيف أعلى للقدرات العقلية، وتتم عملية التكامل الحسي العصبي نتيجة استقبال الفرد للمعلومات من الحواس المختلفة، وإرسالها إلى الدماغ ثم معالجتها وإعطاء الإستجابات الملائمة لها (Case- Lang, et al, 2012؛ Smith, Weaver, & Fristad, 2014)، كما أنه يقوم على أساس أن الجهاز العصبي يقوم بربط وتكامل جميع الأحاسيس (مثل حواس الشم، السمع، البصر، اللمس، التوازن، التذوق) الصادرة من الجسم، ويقوم العلاج على تحليل هذه الأحاسيس ومن ثم العمل على توازنه.

كما تسهم البرامج العلاجية القائمة على التكامل الحسي في حماية الأطفال الذاتويين من الصعوبات التي قد تحدث لهم أثناء النمو، كما تساعد على التحكم في الذات عاطفياً وجسدياً على حد السواء، وبالتالي يتطور لديهم الثقة بالنفس، وتكوين علاقات مع الأقران، فالتربية الحسية هي إعادة التعلم في مجالات متعددة منها الصورة الجسمية والفراغ والجانبية والزمن والنغمة العضلية والتأزر، وهذه المجالات تهيئ للطفل الذاتي إدراك قيمة جسده واكتشاف ذاته ووعيه بنفسه؛ وبالتالي إكتشافه للبيئة المحيطة به، وتكوين علاقة مع الأشياء المحيطة والتفاعل معها، ويسهم ذلك في معرفته بالعالم والإتصال به (Watling, Lane, Young, Baker, & Angley, 2010, p. 115؛ Dietz, 2007, p. 578).

ويعتمد عمل المعالج الوظيفي المختص بالتكامل الحسي على حاسة اللمس بالدرجة الأولى فالسمع والبصر والنظام الدهليزي بالمخ المسؤول عن التوازن والحيز والفراغ وتحديد الاتجاه؛ فأحياناً تأتي حالات تضع كل شيء بفمها لتشعر فيه، وهو ما يسمى لديهم بالإحساس بالمفاصل وهنا يعمل على تقوية اللمس لديه بيديه ورجليه، أما أن كان لا يتحمل اصوات معينة فهو يدرجه على الأصوات التي يحدد حاجاته إليها للتقييم، وبالتالي فهو قد يعطي نبرة صوته أو يخفضها على حسب الحالة، وأن كانت بالبصر فهو يقوم بإعطائه تمارين تتابع بصري وتواصل بصري متنوعة، ويقوم أيضاً بالعمل على حاسة الذوق بإجبار الطفل على تناول الأطعمة التي لا يحبها حتى يتعود على ملمسها، أما حاسة الشم فلا تأخذ أولوية لديه لكنه قد يقدر أنه يجب العمل عليها في حالة كان الطفل يشتم روائح كريهة ويحبها أو يهيج بسبب روائح معينة، فيعمل على تعويده وإزالة عادة شم الروائح الكريهة لديه من خلال تدريبات معينة، وكذلك يعمل على زيادة التركيز بإعطاء الطفل اللبان أو المصاص (Bryan, & Gast, 2000, p.554; Bryan, & Gast, 2009, p.530, Goin-Kochel, Mackintosh, & Myers).

وهناك عدة اعتبارات أثناء تطبيق برامج العلاج بالتكامل الحسي يجب أن تراعى من قبل المعالج وهي: التوجيه اليدوي ويتمثل في تزويد الطفل بالدعم الجسدي من خلال مسك يده والإشارة خلال النشاط في حالة عدم استجابته إلى النماذج اللفظية، الجداول البصرية تتيح للطفل التعرف على الروتين والنشطة اليومية والتسلسل الزمني لها، التدعيم البصري ويتمثل في استخدام الصور والدلائل البصرية والعلامات المحددة لأماكن النشاط؛ فالأطفال الذاتويين لديهم صعوبة في معالجة اللغة، لذا يعد الدعم البصري جزء مهم في عملية التواصل، والشجيع على تنمية أنماط التواصل البديلة وتنمية أنماط التواصل اللفظي من خلال استخدام الكلمات والمدلولات البصرية لها (Pfeiffer, Koenig, Kinnealey, Reynolds, Lane, & Thacker, Sheppard, & Henderson, 2011, p.77; Reynolds, Lane, & Thacker, Sheppard, & Henderson, 2011, p.77; Reynolds, Lane, & Thacker, Sheppard, & Henderson, 2011, p.77; Reynolds, Lane, & Thacker, Sheppard, & Henderson, 2011, p.77).

وليس كل الأطفال الذاتويين يظهرون أعراضاً تدل على خلل في التوازن الحسي، كما أنه ليس هناك علاقة واضحة ومثبتة بين نظرية التكامل الحسي ومشكلات اللغة عند الأطفال الذاتويين. ولكن ذلك لا يعني تجاهل المشكلات الحسية التي يعاني منها بعض الأطفال الذاتويين، حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل. ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعد أكثر علمية من التدريب السمعي والتواصل الميسر

حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض الطرق المستخدمة فيه؛ إلا أنه يوجد مبالغة في التركيز على هذا النوع من العلاج على حساب عوامل أخرى أكثر أهمية.

ج- التدخل العلاجي القائم على جداول النشاط المصورة:

يعد جدول النشاط بمثابة مجموعة من الصور أو الكلمات التي تعطي الإشارة للطفل الذاتي بالانغماس في أنشطة متتابعة أو تتابع معين للأنشطة. ويمكن أن يتخذ جدول النشاط أكثر من شكل ولكنه مبدئياً وبصفة أساسية عادة ما يكون بمثابة غلاف ثلاثي الحلقات يتألف من عدد من الصفحات تتضمن إما صور أو كلمات بحيث تعمل ما تتضمنه كل صفحة على تحفيز الأطفال للقيام بواحد أو أكثر مما يلي: أداة المهام المتضمنة، والانغماس في الأنشطة المستهدفة، والتمتع بالمكافآت المخصصة (Bryan & Gast, 2002, p. 554؛ Cihak, 2011, p. 436)، وإذا ما كان جدول النشاط يعتمد على الصور فقط دون الكلمات فإنه يعرف بجدول النشاط المصور، أما إذا كان يعتمد على الكلمات فقط دون الصور فإنه يعرف في مثل هذه الحالة بجدول النشاط المكتوب.

فجداول النشاط تعد وسيلة تعليمية حديثة تهدف إلى تدريب الطفل الذاتي على اكتساب مهارة الاعتماد على النفس أو الاستقلالية من خلال إتباع بعض الخطوات المرتبة لتأدية بعض الأنشطة دون تدخل من الآخرين بعد تدريبه على كيفية استخدام هذه الجداول. وجدول النشاط المصورة تفيد الطفل الذاتي في تعلم الاستقلالية، والاعتماد على النفس والتفاعل الاجتماعي، وتعلم مهارة المبادأة، وأيضاً تفيده في زيادة الحصيلة اللغوية، وتعتبر علاج مساعد للسلوك النمطي التكراري لدى الطفل الذاتي، وتوفر على ولي الأمر دخول الطفل الذاتي في طلب الأشياء دون توقف، وأيضاً هي وسيلة لتعديل السلوك (Takanori 2011, p. 2237؛ Carson, Gast, & Ayres, 2008, p. 270). (& Hui-Ting,

كل جدول من جداول النشاط المصورة يأخذ شكل كتيب صغير يتضمن خمس أو ست صفحات تحتوي كل منها على صورة تعكس نشاطاً معيناً يتم تدريب الطفل على أدائه، ولكل نشاط مكونات خمس تتمثل في إمساك الطفل بالجدول وفتحه، ثم قلب الصفحة والوصول إلى الصورة المستهدفة والإشارة إليها، ويجب أيضاً على الطفل أن يضع إصبعه على تلك الصورة، ويسمى ما بها من أدوات إذا كان يعرفها أو ينتظر الوالد أو الباحث أو المعلم ليسمى له كلاً منها ثم يقوم هو بترديد تلك الكلمات وراءه، ويتمثل

المكون الثالث في إحضار الأدوات اللازمة لأداء النشاط الذي تعكس الصورة، ثم أداء هذا النشاط والإنتهاء منه والذي يمثل المكون الرابع، أما خامس هذه المكونات وآخرها يتمثل في إعادة تلك الأدوات إلى مكانها الأصلي الذي أخذها منه من قبل، وعند تعليم الطفل على استخدام مثل هذه الجداول وإتباعها يجب أن يتم تدريبيه على تلك المهارات اللازمة لذلك حتى يتمكن من استخدامها بسهولة (Cihak, 2011, p.436؛ Stromer, Kimball, Kinney, & Taylor, 2006, p.15).

لابد عند البدء في اختيار عناصر أو مجموعة الأنشطة المكونة للجدول أن نراعي اختيار هذه الأنشطة وفقا لقدرات الطفل بحيث تأتي هذه الأنشطة متوازية مع قدرات الطفل وما تدرب عليه ، ولا بد أن ندرك أن الهدف الأساسي من التدريب على جداول الأنشطة ليس تدريب الطفل الذاتي على أداة نشاط معين أو مهارة معينة فقط، ولكن الهدف الأساسي يجب أن يكون دائما العمل على تنمية مهارة الاستقلالية، والاعتماد على النفس، وتنمية التفاعل الاجتماعي؛ فيجب إذا تدريب الطفل على استخدام جداول النشاط من خلال أنشطة يألفها ويرغب في أدائها ، فمثلا لا نستطيع أن نقوم بتضمين نشاط مثل ارتداء الملابس (البنتلون مثلا) في الجدول ونحن على علم مسبق أن الطفل لا يستطيع بمفرده أن يؤدي هذه المهارة ، وأيضا لا نستطيع ولا يصح أن نضمن الجدول نشاط مثل تحضير وجبة خفيفة، ونحن لم نقم بتدريب الطفل على هذه المهارة، وما يلزمها من مهارات إدراكية وحركية ومعرفية.

عندما يعجز الطفل الذاتي عن التواصل مع الآخرين يصاب بالإحباط أو يصاب بحالة من الهياج العصبي أو أن ينغمس في أداء السلوك النمطي الاستحواذي ، ولذلك لابد أن نكون حريصين على اختيار الأنشطة بدقة حتى لا نعرض الطفل الذاتي لمواقف وخبرات فشل فنزيد من عزلته، ويختلف مستوى الجدول من حيث الصعوبة ونوع الأنشطة من طفل لآخر ، وتعتبر جداول النشاط المصور التطبيق العملي والممارسة المستمرة لما تدرب عليه الطفل من مهارات، وتساعد جداول النشاط الطفل الذاتي على تعميم ما تعلمه من مهارات في مواقف مختلفة ومع أفراد آخرين وفي ظروف تعليمية وبيئية أخرى (Bryan & Gast, 2002, p. 555؛ Dauphin et al, 2004, p. 239).

أما عن القاعدة الأساسية عند اختيار الأنشطة هي يجب أن نختار أنشطة مألوقة عند الطفل بحيث أن تتناسب مع قدراته ويجب أن يكون تدرب عليها قبل ذلك، ويتم التعرف على هذه الأنشطة من خلال الملاحظة الدقيقة لسلوكياتهم ، كما يجب مراعاة أن

يكون الجدول الأول مختصراً، ولا يتناول أكثر من خمسة أو ستة أنشطة على أقصى حد، ويجب أن تتضمن كل صفحة صورة واحدة فقط لنشاط واحد، وأن ينتهي الجدول بوجبة، أو صورة للمكافأة، أو لعبة يحبها الطفل تكون بمثابة المكافأة له لتأدية الأنشطة في الصفحات الأربعة السابقة للصفحة الأخيرة، وهنا قد نستغل صفحة نشاط المكافأة في تدريب الطفل على مهارة ما مثل مهارة الرعاية الذاتية (Miguel & Yang, 2009, p.705)، فمثلاً نقوم بوضع صورة لكوب عصير يفضله الطفل على طبق ورق على أن يقوم الطفل بعد تناوله العصير بالذهاب إلى سلة المهملات، ووضع الطبق الورق فيه، أو أن يذهب إلى المطبخ ويقوم بغسل الكوب الذي كان به العصير، كل هذه مهارات قد ندرب الطفل عليها بشكل ضمني أثناء تنفيذه للنشاط حتى ولو كان الحصول على المعزز وقد تتضمن بعض الأنشطة أكثر من مهارة أو تحتاج إلى مهارات مركبة تحتاج من الطفل إلى استخدام أكثر من قناة حسية (سمعية، وبصرية، وحركية) للقيام بهذا النشاط فينصح في بداية التدريب على جداول النشاط أن نختار أنشطة سهلة على الطفل لا تتطلب منه أداء عالي واستخدام مركب لقتوات حسية متنوعة.

كما يجب أن نقوم بتضمين الجدول نشاط ننمي به التفاعل الاجتماعي، فلا يكاد يخلو جدولاً من نشاط نقصد من ورائه تدريب الطفل على التفاعل والمشاركة الاجتماعية (Akmanoglu & Tekin-Iftar,2011) كنشاط اللعب مع الآخرين بالكرة أو حمل الطفل ورفع له لأعلى على حسب قدرات الطفل والمرحلة العمرية والعقلية التي يمر بها، ويجب إحضار وتجهيز الأدوات المستخدمة في الجدول، ووضعها بنفس الترتيب والتسلسل المعروف في الجدول على رف على مقربة من الطفل وفي متناول يد الطفل بحيث يسهل على الطفل الحصول على الأدوات قبل البدء، وأيضاً إعادتها بعد الانتهاء من النشاط، يجب أن ينتهي الجدول بحصول الطفل على المكافأة.

تختلف الأنشطة من جدول لآخر ومن طفل لآخر حسب قدرات كل طفل وحسب المرحلة العمرية والتعليمية التي يمر بها والأهداف التي تم تدريبه عليها وفقاً للخطة التربوية الفردية الخاصة بالطفل (Buggey, Hoomes, Sherberger, & Williams,2011؛ Reeve ,Reeve, Townsend, & Poulson,2007) ، فالطفل الذي في الثالثة من عمره قد يتضمن جدولته مجموعة من الألعاب المفضلة لديه والتي تناسب قدراته او مهارات وأنشطة رعاية الذات، أما طفل السادسة من العمر فقد ندخل

بعض الأنشطة الخاصة بتأدية الواجب المنزلي أو المدرسي، أو ترتيب حروف وأرقام، كل هذا يتحدد وفقاً للخطة التربوية الفردية للطفل، وفي هذا المستوى من الأنشطة الأكاديمية قد يصعب على الطفل أداء هذه الأنشطة، وهنا يجب تقديم المساعدة وبتكرار المحاولات سيتقن الطفل النشاط ثم بعد ذلك سيعتمد على نفسه في أداء النشاط بعد أن ننسحب بشكل تدريجي ومخطط له، وطفل العاشرة قد يتضمن جدولته على أنشطة ما بعد العودة من المدرسة للبيت مثل مهارة خلع الملابس، ووضعها على الشماعة أو في الدولاب، أو أنشطة استخدام دورة المياه، أو تفريغ حقيبته المدرسية من الطعام والماء الذي أخذه معه في الصباح قبل الذهاب إلى المدرسة، أو تناول وجبه خفيفة وتجهيزها بنفسه، أو تنظيف غرفته، أو المساعدة في اعداد المائدة وتنظيف أثاث المنزل بالمكنسة الكهربائية.

د- التدخل العلاجي القائم على المهارات الاجتماعية:

يشتمل التدريب على المهارات الاجتماعية على عدد واسع من الإجراءات والأساليب التي تهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية على التفاعل الاجتماعي، ويرى أنصار هذا النوع من العلاج أنه بالرغم من أن التدريب على المهارات الاجتماعية يعتبر أمراً شاقاً على المعلمين والمعالجين السلوكيين إلا أن ذلك لا يقلل من أهمية وضورة التدريب على المهارات الاجتماعية باعتبار أن المشاكل التي يواجهها الأطفال الذاتويين في هذا الجانب واضحة وتفوق في شدتها الجوانب السلوكية الأخرى، وبالتالي فإن محاولة معالجتها لا بد وأن تمثل جزءاً أساسياً من البرامج الإرشادية والتدريبية، وهذا النوع من التدخلات العلاجية مبني على عدد من الافتراضات، وهي:

- أن المهارات الاجتماعية يمكن التدريب عليها في مواقف تدريبية مضبوطة وتعمم بعد ذلك في الحياة الاجتماعية من خلال انتقال أثر التدريب.

- إن المهارات اللازمة لمستويات النمو المختلفة يمكن التعرف عليها، ويمكن أن تُعلم مثل: تعليم مهارة كاللغة أو المهارات الاجتماعية واللعب الرمزي من خلال التدريب وكأن الطفل في مسرحية درامية.

- إن القصور الاجتماعي ينتج من نقص المعرفة السلوكية المناسبة ومن الوسائل التي يمكن استخدامها في التدريب على المهارات الاجتماعية: القصص، تمثيل الأدوار، كاميرا الفيديو لتصوير المواقف وعرضها على الطفل مرة أخرى بالإضافة إلى التدريب العملي في المواقف الحقيقية.

- وبشكل عام يمكن القول بأن التدريب على المهارات الاجتماعية أمرًا ممكنًا على الرغم مما يلاحظه بعض المعلمين أو المدربين من صعوبة لدى بعض الذاتويين تحول بينهم وبين القدرة على تعميم المهارات الاجتماعية التي تدربوا عليها في مواقف أخرى مماثلة أو نسيانها، وفي بعض الأحيان يبدو السلوك الاجتماعي للطفل التوحدي متكلف وغريب من وجهة نظر المحيطين به لأنه تم تعليمه بطريقة نمطية ولم يكتسب بطريقة تلقائية طبيعية.

Charlop, Dennis, Carpenter, & Greenberg, 2010, p.375
Kroeger, Schultz, & Newsom ؛ Nikopoulos & Keenan, 2004, p.94
(؛, 2007, p.810

دعوة للباحثين :

نحن في حاجة ملحة إلى موجه ضخمة من البحوث في مجال التربية الخاصة، والتي تسمو بحياة الفرد ذوي الاحتياجات الخاصة وتجعلها أكثر جودة وسعادة وأمل، وتساعد على حل مشكلته في شتى المجالات، وفيما يلي مجموعة من التوصيات . من وجهة نظر الباحث . التي يجب أخذها في الحسبان عند التعامل مع الأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، وكذلك عند إجراء دراسات وبحوث نفسية لهم :

- نحتاج إلى إعداد معايير ومؤشرات للتنبؤ بحدوث اضطراب الطيف الذاتوي لدى الأطفال، وإعداد أدوات قياس نفسي تصلح للتشخيص المبكر لدى الأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، ونشر ثقافة قبول ذوي الإعاقات والموهوبين بصفة عامة، وذوي اضطراب طيف الذاتوية خاصة، وكذلك وضع مناهج مناسبة لذوي اضطراب طيف الذاتوية لجميع المراحل المختلفة.

- نحتاج إلى وضع برامج تدريبية لأولياء الأمور لتوعيتهم بكيفية الكشف عن الأطفال ذوي اضطراب طيف الذاتوية، والتوسع في إنشاء جمعيات أهلية متخصصة في مجالات رعاية ذوي الإعاقات والموهوبين.

- ضرورة التدخل المبكر في تشخيص وعلاج الأطفال الذاتويين في السنوات الأولى من أعمارهم، حيث أن عدم الكشف عن المشكلة في مرحلة مبكرة يؤثر سلبًا في مظاهر النمو الأخرى، كما إن التحسن الناتج عن علاجهم يكون أسرع في السنوات الأولى من عمرهم.

- حث الباحثين على تقديم دراسات وبحوث كثيرة في هذا المجال، وتصميم برامج للتدخل المبكر لعلاج اضطراب طيف الذاتوية، وكذلك تصميم برامج تربوية لرعايتهم.
- أهمية دمج ذوي اضطراب طيف الذاتوية مع أقرانهم العاديين بمدارس التعليم العام، بدءاً من مرحلة الروضة، من خلال وسائل الإعلام، ووضع مناهج مناسبة لذوي اضطراب طيف الذاتوية لجميع المراحل المختلفة، وإعداد المعلم القادر على التعامل مع المستويات المختلفة من الأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية.
- أن تشمل البرامج العلاجية جميع جوانب نمو شخصية الأطفال الذاتويين، وبوجه خاص النمو الحسي واللغوي وتنمية مهاراتهم التواصلية؛ وذلك لتكون كأداة لكسر حاجز العزلة وإلى تنمية مهاراتهم المختلفة، حتى يمكن إعادة الطفل ليأخذ دوره في المجتمع، ويقوم بالمشاركة في جميع الأنشطة الحياتية المختلفة.
- توفير الاستقرار والرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية التي تساعد ذوي الاحتياجات التربوية الخاصة على التكيف في المجتمع الذي يعيشون فيه تكيفاً يشعرهم بما لهم من حقوق وما عليهم من واجبات تجاه هذا المجتمع.
- توعية المجتمع المصرى بأهمية دمج ذوي اضطراب طيف الذاتوية مع اقرانهم العاديين بالمدرسة العادية بدءاً من مرحلة الروضة من خلال وسائل الاعلام.
- تعديل الاتجاهات التربوية الخاطئة لأسر هؤلاء الأطفال عن طريق توجيه وتوعية الأسرة وإيجاد مناخ ملائم للتعاون الدائم بين المنزل والمدرسة؛ مما يؤدي إلى تكيف اجتماعي ينسجم مع قواعد السلوك الاجتماعية والمواقف المختلفة على أساس من الإيجابية والثقة بالنفس.
- نحتاج إلى بحوث لدراسة العلاقة بين الأسرة والأبناء ذوي اضطرابات طيف الذاتوية والمتمثلة بالدعم الاجتماعي والدفء العاطفي والاستقلالية، وزيادة الثقة بالنفس، وفتح الحوار معهم لتنمية الصلابة النفسية لديهم، حتى يصبح لديهم القدرة على مواجهة الأزمات والضغوط النفسية .
- نحتاج إلى وضع حلول مناسبة لمشكلات التقييم والتشخيص للأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، إضافة إلى معرفة مدى فاعلية العلاج باللعب في تنمية اللغة التعبيرية لدى الأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية ، والمهارات الضرورية لنجاح دمج الأطفال

في المدارس العادية، واستراتيجيات التدخل المبكر للأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية، والعلاج الطبي له والتكنولوجيا الحسية في دعم ذوي القدرات الخاصة.

- نحتاج إلى توفير وإعداد فريق عمل متكامل مؤهل يتخصص في تقديم الخدمات والبرامج العلاجية للأطفال ذوي اضطرابات طيف الذاتوية يضم طيب الأطفال، وطبيب المخ والأعصاب، والطبيب النفسي، وأخصائي العلاج المهني والحركي، وأخصائي التخاطب، والأخصائي النفسي والاجتماعي ، والمعلمين ، والمدرسين.

المراجع

- Akmanoglu, N., & Tekin-Iftar, E. (2011). Teaching children with autism how to respond to the lures of strangers. *Autism, 15*(2), 205-222.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Andersson, G., Gillberg, C., & Miniscalco, C. (2013). Pre-school children with suspected autism spectrum disorders: Do girls and boys have the same profiles? *Research in Developmental Disabilities, 34*, 413-422.
- Bishop, D., & Norbury, C. (2002). Exploring the borderlands of autistic disorder and specific language impairment: A study using standardised diagnostic instruments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 917 – 929.
- Blumberg, S., Bramlett, M., Kogan, M., Schieve, L., Jones, J., & Lu, M. (2013). Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged us children: 2007 to 2011–2012. *National Health Statistics Reports, 65*, 1–11.
- Boucher, J., (2012). Research review: Structural language in autistic spectrum disorder—characteristics and causes. *Journal Child Psychology Psychiatry, 53*, 219–233.
- Bradley, G. & Mendelsohn, N. (2013). Clinical genetics evaluation in identifying the etiology of autism spectrum disorders: 2013 guideline revisions. *American College of Medical Genetics and Genomics, 1-9*.
- Brignell, A., Morgan, A., Woolfenden, S., & Williams, K. (2014). How relevant is the framework being used with autism spectrum disorder today? *International Journal of Speech-Language Pathology, 16*, 43 – 49.
- Bruinsma, Y., Koegel, R., & Koegel, L. (2004). Joint attention and children with autism: A review of the literature. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews, 10*, 169 – 175.

- Bryan, L., & Gast, D. (2000). Teaching on-task and on-schedule behaviors to high-functioning children with autism via picture activity schedules. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 553–567.
- Buggey, T., Hoomes, G., Sherberger, M. E., & Williams, S. (2011). Facilitating social initiations of preschoolers with autism spectrum disorders using video self-modeling. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 26(1), 25-36.
- Camarata, S (2014a). Validity of early identification and early intervention in autism spectrum disorders: Future directions. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 61–68.
- Camarata, S. (2014b). Early identification and early intervention in autism spectrum disorders: Accurate and effective? *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16, 1 – 10.
- Carson, K., Gast, D., & Ayres, K. (2008). Effects of a photo activity schedule book on independent task changes by students with intellectual disabilities in community and school job sites. *European Journal of Special Needs Education*, 23(3), 269–279.
- Case-Smith, J., & Bryan, T. (1999). The effects of occupational therapy with sensory integration emphasis on preschool-age children with autism. *American Journal of Occupational Therapy*, 53, 489–497.
- Case-Smith, J., Weaver, L. & Fristad, M. (2014). A systematic review of sensory processing interventions for children with autism spectrum disorders. *Autism published online*, 1-16.
- Charlop, M., Dennis, B., Carpenter, M., & Greenberg, A. (2010). Teaching socially expressive behaviors to children with autism through video modeling. *Education and Treatment of Children*, 33(3), 371-393.
- Chasson, G., Harris, G., & Neely, W. (2007). Cost comparison of early intensive behavioral intervention and special education for children with autism. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 401 – 413.

- Cihak, D. (2011). Comparing pictorial and video modeling activity schedules during transitions for students with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5(1), 433–441.
- Corsello, C. (2005). Early Intervention in Autism. *Infants & Young Children*, 18(2), 74-85.
- Crais, E., & Watson, L. (2014). Challenges and opportunities in early identification and intervention for children at-risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech Language Pathology*, 16, 23 – 29.
- Dauphin, M., Kinney, E., & Stromer, R. (2004). Using video-enhanced activity schedules and matrix training to teach sociodramatic play to a child with autism. *Journal of Positive Behavior Interventions*, 6, 238–250.
- Fein D, Barton M., & Eigsti, I. (2013). Optimal outcome in individuals with a history of autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 195-205.
- Gadia, C., & Tuchman, R. (2004). Autism and Pervasive Developmental Disorders. *Journal de pediatria*, 16, 583-594.
- Georgiades, S., Szatmari, P., Boyle, M., Hanna S., & Zwaigenbaum, L. (2013). Investigating phenotypic heterogeneity in children with autism spectrum disorder: a factor mixture modeling approach. *Journal Child Psychology Psychiatry*, 54, 206–215.
- Goin-Kochel, R., Mackintosh, V., & Myers, B. (2009). Parental reports on the efficacy of treatments and therapies for their children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(2), 528–537.
- Gotham, K., Bishop, S., Hus, V., Huerta, M., Lund, S., Buja, A., Krieger, A., & Lord, C. (2013). Exploring the relationship between anxiety and insistence on sameness in autism spectrum disorders. *Journal of the International Society for Autism Research*, 6, 33–41.
- Grzadzinski, R., Huerta, M., & Lord, C. (2013). DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*, 14, 1-6.
- Hartley, S., & Sikora, D. (2006) Detecting autism spectrum disorder in child with intellectual disability: Which

- DSM-IV-TR criteria are most useful? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 6, 25, 85–97.
- Kroeger, K., Schultz, J., & Newsom, C. (2007). A comparison of two group-delivered social skills programs for young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(5), 808-817.
- Lane, A., Young, R., Baker, A., & Angley, M. (2010). Sensory processing subtypes in autism: Association with adaptive behavior. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 112– 122.
- Lang, R., O'Reilly, M., Healy, O., Rispoli, M., Lydon, H., Streusand, W., Davis, T., Kang, S., Sigafos, J., Lancioni, G., Didden, R. & Giesbers, S. (2012). Sensory integration therapy for autism spectrum disorders: A systematic review. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6(3), 1004–1018.
- Maljaars, J., Noens, I., Scholte, E., & Van Berckelaer-Onnes, I. (2012). Language in low-functioning children with autistic disorder: Differences between receptive and expressive skills and concurrent predictors of language. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 2181–2191.
- Miguel, C., & Yang, H. (2009). Establishing derived textual control in activity schedules with children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 42(3), 703–709.
- Nikopoulos, C., & Keenan, M. (2004). Effects of video modeling on social initiations by children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 37(1), 93-96.
- Norris, M., Lecavalier, L., & Edwards, M. (2012). The structure of autism symptoms as measured by the autism diagnostic observation schedule. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, 1075–1086.
- Pfeiffer, B., Koenig, K., Kinnealey, M., Sheppard, M., & Henderson, L. (2011). Effectiveness of sensory integration interventions in children with autism spectrum disorders: A pilot study. *American Journal of Occupational Therapy*, 65, 76–85.
- Randolph, M., Hastings, R., Kovshoff, H., Espinosa, F., Jahr, E., Brown, T., & Ward, N. (2007). Early intensive

- behavioral intervention: Outcomes for children with autism and their parents after two years. *American Journal on Mental Retardation*, 112, 418 – 438.
- Reeve, S., Reeve, K., Townsend, D., & Poulson, C. (2007). Establishing a generalized repertoire of helping behavior in children with autism. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(1), 123-136.
- Reynolds, S. Lane, S., & Thacker, L. (2012) Sensory processing, physiological stress, and sleep behaviors in children with and without autism spectrum disorders. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 32: 246–257.
- Stromer, R., Kimball, J., Kinney, E., & Taylor, B. (2006). Activity schedules, computer technology, and teaching children with autism spectrum disorders. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(1), 14–24.
- Takanori, K., & Hui-Ting, W., (2011). Use of activity schedule to promote independent performance of individuals with autism and other intellectual disabilities: A review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2235–2242.
- Taylor, L., Mayberry, M., & Whitehouse, A. (2014). Moving beyond behavior-only assessment: Incorporating biomarkers to improve the early detection and diagnosis of autism spectrum disorders. *International Journal of speech Language Pathology*, 16, 19 – 22.
- Volkmar, F. (1996). *Autism and the pervasive developmental disorders*. In Lewis M, ed., *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* (2nd ed) (Pp.489–497). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Watling, R., & Dietz, J. (2007). Immediate effect of Ayres' sensory integration-based occupational therapy intervention on children with autism spectrum disorders. *American Journal of Occupational Therapy*, 61, 574–583.
- Werner, E., Dawson, G., Munson, J., & Osterling, J. (2005). Variation in early developmental course in autism and its relation with behavioral outcome at 3-4 years of age. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 337-350.

- Worley, J. & Matson, J. (2012). Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IVTR diagnostic criteria and the proposed DSM-5 diagnostic criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6, 965 – 970.**
- Young, R. & Rodi, M. (2014). Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44(4), 758-765.**