متطلبات الأداء المهنى للممارس العام فى الخدمة الاجتماعية لتحقيق التكامل الحسي للأطفال التوحديين

Requirements the professional performance for general practitioner of social work in achieving the sensory integration for the Autistic children

إعداد

د/ خالد عواد صابر على

دارس بقسم مجالات الخدمة الأجتماعية

جامعة أسيوط

المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية
العدد التاسع المجلد الأول يونيو ٢٠١٩م

متطلبات الأداء المهنى للممارس العام فى الخدمة الاجتماعية لتحقيق التكامل الحسي للأطفال التوحديين

Requirements the professional performance for general practitioner of social work in achieving the sensory integration for the Autistic children

د/ خالد عواد صابر على

دارس بقسم مجالات الخدمة الأجتماعية

ملخص البحث

يُعتبر اضطراب التوحد (الأوتيزم) خللاً فى النمو العام للطفل ، ويظهر خلال السنوات الأولى من عمره ، وينتج هذا الخلل من اضطراب فى الجهاز العصبى يؤثر على الأداء الوظيفى للمخ فيُلاحظ على الطفل قصور شديد فى التفاعل الاجتماعى والنمو الإدراكى ، والتواصل ، وفهم اللغة وتأخر شديد فى اكتسابها ، ونقص فى القدرة على التخيل والتصور وضعف الاهتمامات ، وتدهور شديد فى العلاقات الاجتماعية ، و يكون لديهم استجابات غريبة للإثارة الحسية مثل تجاهل بعض الأحاسيس مثل الإحساس بالألم أو الحرارة أو البرودة ، كما يُظهر الطفل التوحدى حساسية مفرطة لأحاسيس معينة (غلق الأُذُنين تجنباً لسماع صوت معين وتجنب أن يلمسه أحداً) ويمكن علاجه من خلال برنامج علاجى يعتمد على نظرية التكامل الحسى والعلاج الوظيفى يهف إلى تحسين أداء الطفل التوحدى ويتم ذلك من خلال غرف مجهزة لهذا الغرض تسمى " غرف التكامل الحسى".

وقد ساهمت الخدمة الاجتماعية في العديد من المجالات الأساسية والحيوية ومنها مجال رعاية الأطفال التوحديين حيث تحاول التخفيف من حدة المشكلات التي يعاني منها الأطفال التوحديين ، وهنا يتضح دور الأخصائي الاجتماعي في ذلك، وبالتالي يحتاج إلي تحسين أدائه المهني ليواكب تطور مشكلات وإحتياجات الأطفال التوحديين والمستجدات التي طرأت عليها .

الكلمات المفتاحية : التوحد ، التكامل الحسى ، الضعف الحسى ، الممارس العام .

Abstract

Autism disorder is an imbalance in the overall development of the child and appears during the first years of life. This disorder results from a disturbance in the nervous system that affects the functioning of the brain. The child has severe deficits in social interaction, cognitive development, communication, language comprehension, And lack of ability to imagine, perception and weakness of interests, and a deterioration in social relations, and have strange responses to sensual excitement such as ignoring some feelings such as pain or heat or cold, and shows the child defying excessive sensitivity to certain feelings (close the ears avoid To hear a certain voice and avoid touching someone) and can be treated through a program of treatment based on the theory of sensory integration and functional treatment to improve the performance of the child challenging and is done through rooms equipped for this purpose called "sensory integration rooms.

Social work has contributed to many basic and vital areas, including the field of caring for autistic children, as it attempts to alleviate the problems of autistic children. Here, the role of the social worker is evident, and thus needs to improve his professional performance to cope with the development of the problems and needs of autistic children and the developments that have taken place on her.

Keywords: autism, sensory integration, sensory weakness, general practitioner.

التوحـــد

يُعد اضطراب التوحد autism اضطراب نمائى عام حيث يتأثر الأداء الوظيفى العقلى للطفل سلباً من جرائه ، ويكون مستوى ذكائه فى حدود الإعاقة العقلية البسيطة أو المتوسطة ، وهناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين بهذا المجال على أن اضطراب التوحد يعتبر إعاقة عقلية معقدة ، وأنه من هذا المنطلق يُعد إعاقة عقلية واجتماعية فى ذات الوقت (محمد ، عادل عبدالله ٢٠١٣) .

أولاً : **تعريف التوحد** :

تضمنت عملية الوصول إلى تعريف متفق عليه لإضطراب طيف التوحد تسلسلاً تاريخياً تمثل فى توضيح ذلك الإضطراب وتوضيح المعايير التشخيصية التى يمكن من خلالها تشخيصه ، ولعل أفضل عرض تاريخى لتطور مفهوم هذه الفئة وأكثرها قبولاً ، هو ما شهده التغير المتعاقب المرتبط بهذه الفئة فى الدليل الإحصائى والتشخيصى (DSM) التابع لجمعية علماء النفس الأمريكية American Psychiatric Association APA)) منذ شموله فى الطبعة الثالثة (DSM-III) حتى الطبعة الخامسة (DSM V) من هذا الدليل Volkmar, F, & Klin, A , (2005) .

وفى هذا السياق ، فإن الطبعة الرابعة المعدلة عرفت التوحد " بأنه قصور نوعى يظهر فى ثلاثة مجالات نمائية هى: التفاعل الاجتماعى، والقدرة على التواصل(بنوعية اللفظى وغير اللفظى)، وجملة من الأنماط السلوكية والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية والتى يجب أن يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من العمر " American Psychiatric (Association,2000) .

يرى عادل عبدالله أن التوحد "" مصطلح يشير إلى الانغلاق على النفس ، والاستغراق فى التفكير ، وضعف القدرة على الأنتباه ، وضعف القدرة على التواصل وإقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، فضلاً عن وجود النشاط الحركى المفرط (محمد ، عادل عبدالله ،٢٠٠٢) .

يُعرف التوحد فى قاموس الخدمة الاجتماعية على أنه " ضعف القدرة على الاتصال بالآخرين أو بالأشياء والاستجابة للدوافع والرغبات الذاتيه ويظهر هذا الاضطراب غالباً بين الأطفال (الدسوقى ، محمد فوزى ، ٢٠١٢) .

ثانياً: **نسبة انتشار اضطراب التوحد** :

إستناداً إلى أحدث الإحصاءات التى قدمتها الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال عن دراسة استقصائية عام ٢٠٠٧ كشفت هذه الدراسة أن نسبة انتشار اضطراب التوحد هى ما يقرب (من ١ لكل ٩١) طفل يتراوح أعمارهم بين ٣ إلى ١٧ سنة أو (١%) من سكان الولايات المتحدة الأمريكية وأكدت أنه لا خلاف على أن نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الذكور أعلى من الإناث بنسبة (١:٤) . (الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ، ٢٠٠٩) .

أما فى البلاد العربية حتى الآن لا يوجد إحصائيات و دراسات تدل على مدى إنتشار ذوى اضطراب التوحد فى العالم العربى ، بالرغم أننا فى حاجة إلى كثير من الدراسات المسحية التى توفر لنا معلومات أساسية تفيد فى وضع استراتيجيات العمل وبرامج الرعاية والتأهيل لهذه الفئة من الأطفال ، إلا أن عثمان فراج (١٩٩٦) أشار إلى أن نسبة انتشار التوحد فى مصر يعانى منه ما بين (١٠٠-٢٠٠) ألف طفل (فراج ، عثمان لبيب ، ٢٠٠٣) .

ثالثاً : **أسباب التوحد** :

ظهرت خلال العقود الماضية زيادة واضحة فى عدد الحالات المكتشفة التى تعانى من اضطراب التوحد فى مختلف دول العالم ، بسبب تحسن القدرة على التشخيص باستخدام أدوات ووسائل قياس وتشخيص

أكثر دقة وفعالية فى التشخيص ، وهو ما أدى إلى زيادة الاهتمام بدراسة أسباب الإصابة بهذا الاضطراب ، وبالرغم من أن البحوث لم تحدد الأسباب المؤدية إلى حدوث التوحد ، إلا أن هنالك مجموعة من الأسباب التى يمكن أن يُعزى إليها اضطراب التوحد ومن هذه العوامل ما يلى : (عبدالعظيم ، عبدالعظيم صبرى . حامد ، أسامة عبدالرحمن ، ٢٠١٦).

أ . العوامل البيولوجية :

هناك العديد من المؤشرات الدالة على أن التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدى إلى خلل فى واحد أو بعض أجزاء المخ ، ومن تلك المؤشرات أن الإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية ، كما أن انتشار التوحد فى جميع المجتمعات ينفى تأثير العوامل النفسية والاجتماعية ، وذلك يقودنا إلى الاستنتاج بأن هناك أسباب طبية مستترة وراء كل حالات التوحد لم يتم التعرف سوى على القليل منها ومن الأسباب البيولوجية المعروفة (الأمراض الوراثية – الالتهابات الفيروسية – الأسباب الطبية) (كامل ، محمد على ، ١٩٩٨) .

ب. العوامل الوراثية :

حين تحدث كانر عن التوحد وأعتبر أن هذا الإضطراب يحدث بسبب عوامل قبل ولادية ، و بدأ الاهتمام يتجه نحو العوامل الوراثية للإضطراب بسبب أن حدوثه بين أفراد من نفس العائلة نادر وليس دائم الحدوث ، ومن جهة أخرى فإن الدراسات الوراثية المبكرة فشلت فى إظهار شذوذ وخلل وراثى عند المصابين بالاضطراب إلا أن هناك تطورات غيرت هذه النظرية جذرياً :

التطور الأول : بين أن حدوث الاضطراب بنسبة ٢% عند الأقارب يعنى زيادة فى معدل حدوث الخطر فى العائلة والأقارب مقارنة بغير الأقارب ، وقد أثبتت (فولستون وروتر) فى دراستهما النظامية على عينات من المرضى والأسوياء أن معدل حدوث الاضطراب يزداد بسبب العوامل الوراثية .

التطور الثانى : هو اكتشاف شذوذ فى الكروموسوم (X) الموجود عند الأفراد المصابين بالتوحد هو الذى يحدث الاضطراب ، وقد تبين أن هذا الشذوذ أكثر إرتباطاً بالتوحد منه بالتخلف العقلى ، وهذا ما دفع العلماء لبحث الشذوذ الكروموزومى المرتبط بالتوحد . (عبدالله ، محمد قاسم ، ٢٠٠١) .

بعض العلماء أشاروا إلى دور الوراثة فى زيادة احتمالية إصابة التوائم المتطابقة ، وانخفاض احتمالية إصابة التوائم غير المتطابقة بالتوحد ، وأن إحتمالية إنجاب الأم لطفل ثان مصاب بالتوحد ولديه أخ توحدى تقع ما بين (٣-٦%) وهذه النسبة قليلة من أجل القول بأن التوحد ينتقل عن طريق الوراثة (عبدالله ، مجدى أحمد ، ٢٠١٦) .

ج . العوامل النفسية :

ترى نظرية التحليل النفسى أن أسباب ظهور التوحد يكمن فى عنصرين أساسيين هما (الخبرات المكبوتة فى اللاشعور ، شخصية آباء الأطفال التوحديين) فأما الخبرات المكبوتة فى اللاشعور فهى تعود إلى مرحلة الطفولة المبكرة وبالتالى فالوالدان هما المؤثران الأساسيان فى الخبرات الاجتماعية وبالتحديد الأم ، أما العنصر الثانى فقد وصف Leo Kanner هؤلاء الآباء بأنهم متحفظون ويعانون من الجمود العاطفى مفرطون فى النظام والروتين ، وأذكياء جداً وعقلانيون ، فهم جادون لا يعرفون المزاح ، يعانون من العزلة الاجتماعية ، منظمون جيداً فى تربيتهم لأبنائهم لدرجة الميكانيكية (ابو السعود ، نادية ابراهيم ، ٢٠٠٠) .

د . العوامل العقلية :

لقد أجريت الأبحاث المكثفة من أجل اكتشاف الكيفية التى يختلف فيها دماغ الفرد الذى يعانى من التوحد عن دماغ نظيرة الفرد العادى ، وكانت النتائج واسعة النطاق ، ولقد تم تحديد شذوذ لدى أفراد مختلفين يعانون من التوحد فى أقسام مختلفة من الدماغ ، وعلى الرغم من إجراء كثير من الدراسات فإنه لم يتم العثور على شذوذ محدد يتعلق بالتوحد حتى الآن ، ويرى أصحاب وجهة النظر هذه أن التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام الذى يصيب الأطفال فى

مرحلة الطفولة وأنه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض لكى تظهر أعراضه كاملة فى مرحلة المراهقة (عبدالله ، محمد قاسم ، ٢٠٠١) .

ه . العوامل البيئية :

يشير الكثير من العلماء إلى وجود عوامل بيئية ينتج عنها بعض حالات التوحد ، حيث تتسبب فى حدوث تلف فى الدماغ أو وظائفها وبالنسبة للأسباب البيئية المحتملة لحدوث التوحد فهى :

١- صعوبات قبل الولادة وأثناءها وبعدها :

أ- عوامل ما قبل الولادة : تسمم الدم ، إصابة الأم بالحصبة الألمانية ، ، تناول الأم الأدوية خلال الحمل .

ب-عوامل أثناء الولادة : الصدمات ، تلوث الأدوات المستخدمة فى عملية الولادة ، عدوى فيروسية أثناء الولادة.

ج- عوامل ما بعد الولادة : سوء التغذية ،الارتفاع الشديد فى حرارة الطفل ، التهاب الدماغ ما بعد الولادة (الشامى ، وفاء على ، ٢٠٠٤).

٢- أسباب عائدة للتنشئة الأسرية :

تؤكد هذه الفرضية على دور الأبوين فى التسبب فى هذا الاضطراب ، وتشير النظريات النفسية إلى أن والدى الطفل التوحدى لديهما ضعف فى دفء العلاقات الأبوية ، إلا أنه لا يوجد ما يؤكد تلك النظرية ، فعند نقل هؤلاء الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالاتهم وبعض الحالات تبدأ من الولادة (عبدالعظيم ، عبدالعظيم صبرى . حامد ،أسامة عبدالرحمن ، ٢٠١٦)

٣- اضطراب التمثيل الأيضى :

الأطفال التوحديين يعانون من مشكلات فى النظام الأيضى (Metobolic System) والذى يتمثل فى اضطرابات فى عملية التمثيل الغذائى لبعض الأطعمة المحتوية على الكازيين كالحليب ومشتقاته والأطعمة المحتوية على الجلوتين كما فى حبوب القمح والشعير والشوفان ومنتجاتها (Page ,T 2000).

رابعاً : أنواع التوحد :

وفقاً لتقارير المعاهد الوطنية للصحة وجود زيادة فى معدلات الإصابة بالتوحد بشكل كبير وتنوع فئات التوحد (Clair T .Berube , 2007) .

١- التوحد الكلاسيكى : (Clissical Autism) :

تحدث الإصابة بحالات التوحد الكلاسيكى بمعدل (٨٠-١١٠) لكل (١٠,٠٠٠) مولود ، ويظهر على الطفل قبل بلوغه الثالثه من عمره ، ويعانى نحو (٧٧%) من حالات التوحد تأخراً عقلياً فضلاً عن أن جميعهم من دون استثناء يواجهون تأخراً ملحوظاً فى النمو اللغوى ويُصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (٤ : ١) .

٢- متلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome) :

تحدث بنسبة (٢٦-٣٦) مولود من كل (١٠,٠٠٠) مولود ، وهى مشابهة لإضطراب التوحد الكلاسيكى من حيث شيوعها بين الذكور أكثر من شيوعها بين الاناث بنسبة (٤ : ١) ، وتظهر الأعراض عند دخول الطفل الحضانة أو عند اختلاطه بمن هم فى عمره ، وتظهر الفروق جليه على الصعيد الاجتماعى ومن أعراضه قصور فى الاستخدام العملى والاجتماعى للغة وصعوبات على صعيد العلاقات الاجتماعية والالتزام بالعمل الروتينى وصعوبات فى المهارات الحركية .

الفرق الوحيد بين متلازمة أسبرجر واضطراب الذاتوية ذو الأداء المرتفع أن متلازمة أسبرجر تميل إلى الكلام الرسمى جداً أكثر من ذوى إضطراب الذاتوية بالرغم من أن ذوى إضطراب الذاتوية لديهم صعوبة أكثر فى القدرة على التواصل بالعين من متلازمة أسبرجر (جابر ، شريف عادل ، ٢٠١٤).

٣- متلازمة ريت (Rett Disorder) :

هو اضطراب عصبى لا يظهر إلا لدى الاناث ، وهو من الاضطرابات النادرة ويُصيب مولوداً واحداً من كل (١٥,٠٠٠) مولود ، وأن الطفلة تنمو بصورة طبيعية خلال ال(٦-٨) أشهر الأولى من عمرها وبعد هذه

المرحلة تبدأ حالتها فى التدهور أو أنها تتوقف عن الاستمرار فى التطور .

٤- اضطراب الانتكاس الطفولى Child Hood (Disintegrative Disorder) :

يُعد إضطراب الانتكاس الطفولى لدى الأطفال من أندر الحالات وأقل انتشاراً من حالات التوحد ، فهو يحدث لمولود واحد لكل (١٠٠,٠٠٠) مولود وهو يشبه اضطراب الاسبرجر والتوحد من حيث أنه يصيب الذكور أكثر مما يظهر لدى الإناث ، ينمو الطفل المتوحد باضطراب الانتكاس الطفولى بشكل طبيعى لمدة زمنية طويلة إلى أن يصل إلى العمر الواقع بين (٣ : ٥) سنوات إلى أن يبلغ العاشرة يبدأ الطفل بعدها فى التدهور بشكل ملحوظ ، ويأخذ سلوكه مظهراً شبيهاً بسلوك الطفل التوحدى .

٥- الإضطراب النمائى الشامل غير المحدد (Pervasive Developmental Disorder):

نظراً لغموض وصعوبة تشخيص هذه الحالة ، وبالرغم من الصعوبات التى يواجهها الأطفال على صعيد التفاعل الاجتماعى و اللغوى والتواصل غير اللفظى واللعب ، إلا أنها أعراضاً أقل شدة من أعراض التوحد ، وتظل قدرتهم على التفاعل بدرجة تحول دون تشخيصهم بالتوحد ، هذا فضلاً عن أن الأطفال المشخصين بالاضطراب النمائى الشامل غير المحدد هم فى معظم الأحيان من الفئات ذات الأداء العالى ، ولكن من أهم العوامل التى تميز بين الاضطرابين وجود النشاط المفرط فى اضطراب التوحد منذ الأشهر الأولى من الحياة بينما فى الاضطراب النمائى الشامل غير المحدد يُصبح نشاط الأطفال فائقاً فى سن ما بين الثالثة والرابعة (عيد ، خنساء عبدالرازق ، ٢٠١٧) .

خامساً : خصائص الأشخاص المصابين باضطراب التوحد :

أ . الخصائص الاجتماعية :

تتمثل بعض الخصائص الاجتماعية لدى اضطراب التوحد بعدم القدرة على التفاعل الاجتماعى ويُعد من أهم الخصائص السلوكية كمؤشر على الإصابة بالتوحد ، فالكثير من الأطفال ذوى اضطراب التوحد يميل إلى تجنب التواصل البصرى المباشر مع الآخرين وقليلاً ما يظهرون أى تعبيرات على الوجه (بهجت ، رفعت محمود ، ٢٠٠٧) .

ويعانى أغلب الأطفال التوحديين من الإنعزال الاجتماعى حيث يتصرفون وكأن ليس من حولهم أحد ، فلا يرد الطفل التوحدى على من يناديه ، ولا ينظر إليك فى وجهك ، ولا يقبل الحضن ، وكلما كبر الطفل تبدأ هذه العواطف فى التحول (بطرس ، حافظ بطرس ، ٢٠٠٧).

ب . الخصائص التواصلية :

تعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل من الدلائل الهامة التى تميز الأطفال ذوى اضطراب التوحد ومن أبرزها " عدم تطور الكلام بشكل كلى والاستعاضة عنه بالإشارات – تطور اللغة بشكل غير طبيعى واختصارها على بعض الكلمات النمطية – أو حدوث مشكلات تتعلق بعدم الاستخدام المناسب للغة كالانتقال من موضوع إلى آخر (الخطيب ، جمال وأخرون ٢٠١١) .

ولقد أشارت الدراسات إلى أن الأطفال ذوى اضطراب التوحد يفشلون فى تطوير اللغة التعبيرية فيكون البعض منهم عدداً محدوداً من المفردات اللغوية ويميلون إلى تكرار كلام الآخرين ، وذلك ما يُعرف بالمصاداة ، وقد يلجؤون إلى وسائل غير لفظية للتواصل (Lopez ,B & Susan , L . 2003).

ج . الخصائص السلوكية :

الملامح الأساسية التى تظهر على الطفل ذوى اضطراب التوحد هى الوحدة ، و العزلة ، والاحتفاظ بالروتين ، والقصور الشديد فى الارتباط والاتصال بالآخرين ،الحركات الجسمية الغريبة كهز الجسم والرفرفة ، بالإضافة الى وجود مجموعة خصائص سلوكية تميزهم عن غيرهم وهى (السلوك الروتينى ،

والسلوك النمطى) ، فمن المُلاحظ الحركات المتكررة والمتواصلة بدون هدف معين .
(الشامى ، وفاء على ، ٢٠٠٤) .

د . الخصائص الحسية :

يُظهر معظم الأطفال التوحديين أشكالاً غير متناسقة من الاستجابات الحسية على الرغم من سلامة أعضاء وأجهزة الحس لديهم ، وكثيراً ما يُلاحظ تباين فى هذه الاستجابات بين طفل وآخر ولدى الطفل ذاته بين فترة وأخرى واتجاه نفس المثير الحسى حيث أن الطفل التوحدى غالباً ما يتجنب النظر فى أعين الآخرين ، كما أنه لا يبدى رد فعل بصرى مناسب عند رؤية الشخص لأول مرة وعادة ما يثبت تمييزه البصرى عند صفة واحدة للأشياء كاللون أو الشكل أو الحجم وغيرها ، أو أنه يُحدق فى الفراغ لفترات طويلة أو يُغطى عينيه أو يغلقهما بشكل جزئى عندما يكون فى الضوء الطبيعى ، فى حين أنه قد لا يرمش جفناه إذا ما سُلط على عينيه ضوء ساطع Jordan, R. & Powell, S. 1995)) .

ه . الخصائص المعرفية :

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحى المعرفية تُعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد ، وذلك لما يترتب عليه من نقص فى التواصل الاجتماعى وفى الاستجابة الانفعالية للواقع المحيط ، ومن هذه المهارات المعرفية " التفكير والتذكر والانتباه والدافعية ومعرفة الأسباب وحل المشكلات " ، ومن الأشياء الصعبة التى يمكن تعليمها أماكن وجود الأشياء بعد اختفائها عن المدى البصرى ومفهوم السبب والنتيجة فالتدريب على هذه المهارات مهم لأطفال التوحد . (عبدالعظيم ، عبدالعظيم صبرى . حامد ، أسامة عبدالرحمن ، ٢٠١٦) .

سادساً : تشخيص التوحد وأدواته :

التشخيص هو عملية ينفذها متخصصون للتحقق من وجود التوحد وتحديد أسبابه واقتراح برنامج التدخل العلاجى المناسب ، وما زال تشخيص التوحد من أكبر المشكلات التى تواجه الباحثين والعاملين فى هذا المجال ، فخصائص هذا الاضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى وقد يتطلب التشخيص إجراء بعض الفحوصات والاختبارات الطبية للتأكد من عدم وجود إعاقات أو أمراض أخرى وذلك لتشابه الأعراض مع العديد من الإضطرابات الأخرى (بطرس حافظ بطرس ٢٠١٥).

وتوصل أوجرمان (Ogorman , 1967) إلى أن هناك محك واحد على الأخص (الإنسحاب من الناس) يمثل كل المحكات واعتبره أهم محكات تشخيص التوحد وبناءً على النتائج النهائية التى توصل إليها يقترح أوجرمان وجود ستة ملامح رئيسية لإضطراب التوحد وهى :

أ- إنسحاب أو فشل الطفل فى الاندماج مع الواقع .

ب- تأخر ذهنى، مع وجود جزء من الوظائف طبيعياً ، أو قريب من الطبيعى وربما توجد مهارات غير عادية .

جـ - صعوبة فى اكتساب اللغة .

د- استجابة غير طبيعية لنوع واحد أو أكثر من المنبهات الحسية (غالباً أصوات) .

ه- عرض واضح ومستمر لسلوكيات أو خصائص حركية معينة .

و- مقاومة مرضية للتغير بما فى ذلك الطقوس والتعلق بالأشياء والإنشغال الزائد بأشياء معينة و الغضب الشديد أو الرعب أو الأستثارة عندما يتم تهديد حالة الرتابة الموجودة فى البيئة المحيطة بواسطة الغرباء (عوده ، محمد محمد ٢٠١٦) .

- مقياس جيليام لتصنيف التوحد The Gilliam Autistic Rating وهو يحتوى على(٥٦) سلوك مصنفه فى أربعة مجالات وهى " سلوكيات نمطية ، والأتصال ، والتفاعل الاجتماعى ، والاضطرابات النمائية (القمش ، مصطفى نورى ٢٠١١).

- المقاييس المستخدمة فى تشخيص التوحد :

- المقاييس التى تهتم بالجوانب الاجتماعية والتواصل لدى أطفال التوحد ومنها :

- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفى Vineland Adaptive Behavior Scales

- مقياس " PECS " أى التواصل بإستبدال الصور Picture Exchange Communication System (بريلى ، جاكى . ديفيز ، بيفرلى ، ٢٠٠٩) .

- الدليل التشخيصى والإحصائى للإضطرابات العقلية الإصدار الرابع (DSM- IV – TR)

قامت مجموعة من الأطباء النفسيين (٢٠٠٣) بتنقيح النسخه الرابعة من الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع للإضطرابات العقلية (DSM – IV- TR) الصادر عن جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية اشتمل على معايير محددة لتشخيص التوحد تعتبر من افضل المحكات التشخيصية قبولاً فى الأوساط العيادية والتربوية وطبقاً لهذه المعايير أن كل الأطفال المصابين بالتوحد لديهم إعاقات تواصل وإعاقات بالمهارات الاجتماعية وتصرفات متكررة ومحددة النمط أو اهتمامات ذات مدى محدد وأن مهارات الأطفال المشخصين بالتوحد كبيرة جداً فلديهم مستويات مختلفة من الأداء (ترجمة اسماعيل ، محمد حسن، ٢٠١٢) .

سابعاً : التدخل العلاجى للأطفال التوحديين :

منذ اكتشاف التوحد كحالة إنسانية من قبل كانر (١٩٤٣) وأسبرجر (١٩٤٤) فى أربعينيات القرن العشرين ، سعى الأفراد المسؤولون عن التعليم والرعاية للأطفال والشباب الذين يُعانون من إضطراب طيف التوحد (ASD) جاهدين لتقديم ممارسات وبرامج فعالة وهذه الجهود مستمرة حتى اليوم ، وقد أدى تزايد انتشار إضطراب (ASD) إلى زيادة الطلب على الخدمات التعليمية والعلاجية الفعالة وتقديم دليلاً حول الممارسات الفعالة وتدعيم الممارسات القائمة على الأدلة فى تشخيص وعلاج التوحد Connie. W, Samuel L. Odom and athars. 2014 . ()

المداخل العلاجية لأطفال التوحد :

تظهر فئتان عريضتان من التدخلات العلاجية فى الدراسات البحثية ، وقد تم تحديدها كنماذج علاجية شاملة وممارسات تدخل مركزة ، على الرغم من أن الغالبية تركز على الفئة الأخيرة من التدخلات العلاجية وأن وصف كلاهما من اجل التمييز بين المدخلين العلاجيين .

أ- نموذج العلاج الشامل :

وهو عبارة عن مجموعة من الممارسات المهنية المُصممة لتحقيق تأثير تعليمى أو تنموى واسع النطاق ، يتكون نموذج العلاج الشامل الأساسى من برنامج يهدف إلى إعادة تعليم الأطفال المصابين بالتوحد بأسلوب خاص وضعه Lovass وزملائة وسمى بأسمه " برنامج لوفاس " (آرونز ، مورين . ، جيتنس، تيسا ٢٠٠٥) .

ب- نموذج الممارسات المركزة :

يتم التركيز فى نموذج الممارسات المركزة على التدخلات التى لديها دليل على فعاليتها فى تعزيز النتائج الإيجابية للمتعلمين مع الأطفال المصابين بالتوحد كممارسات قائمة على الأدلة يستعين بها المعلمون ومقدمى الخدمات الأخرى عند تصميم برنامج تعليمى أو تدخلى فردى (Connie. W, Samuel. L , 2014) .

ج- علاج التوحد باستعمال الأدوية التالية :

١- مواد مانعة لأمتصاص السيروتونين مثل (Haloperidol , Resperidone , Fluoxetine)

٢- المواد المنبهة Stimulants مثل الريتالين ومشتقاته (Ritalin , Methyiphenydate)

٣- العلاج بالحمية الغذائية الخالية من الكازين والجلوتين : الجلوتين هو البروتين الموجود فى القمح والشعير ، والكازيين هو البروتين الموجود فى الحليب الحيوانى ومشتقات الألبان ، ولقد اثبتت الدراسات أن ٧٥% من أطفال التوحد لديهم مشاكل فى الغذاء وفى فحص أُجرى على ٥٠٠ طفل توحدى تبين أن لديهم

مواد مورفينية فى البول مثل بيبتيد الكازومورفين وهو بروتين غير مهضوم ناتج عن عدم هضم الجزيئات الموجودة فى الحليب (بطرس ، حافظ بطرس ، ٢٠١١) .

د- علاج أطفال التوحد باستخدام الأوكسجين :

ويتم ذلك بإخضاع الطفل المصاب بالتوحد للعلاج بالأوكسجين عالى الضغط حيث يُحسن ذلك من سلوكه الوظيفى فإرتفاع كمية الأوكسجين فى الجسم تُزيد من قدرة البلازما وسوائل الجسم المشبعة به على المرور داخل خلايا المخ بسهولة محملة بكميات عالية من الأوكسجين ويتم تغذية الخلايا التى تفتقر إليه لإعادة إحيائها وتحسن وظائفها ، ويُشير الخبراء إلى إخضاع الطفل التوحدى لهذا العلاج مرتين يومياً خلال أربعة أسابيع فقط يُسهم بشكل كبير فى التقليل من أعراض الإضطراب الذى بات من أكثر الاضطرابات تزايداً فى العالم (الجلامدة ، فوزية عبدالله ، ٢٠١٢) .

ه- البرامج التربوية العلاجية للأطفال المصابين بالتوحد :

ويوجد العديد من برامج التدخل العلاجى التربوى والسلوكى من أهمها :

١- برنامج معالجة أطفال التوحد وذوى إعاقات التواصل وتعليمهم (TEACCH).

١- نظام التواصل بتبادل الصور " بيكس " PECS) (.

٢- برنامج لوفاس Young Autistic) ("YAP" Program . (عيسى ، خالد شريف . ٢٠١٥)

و- العلاج بالتكامل الحسى :

اضطراب التكامل الحسى هو خلل فى معالجة المدخلات الحسية أو تنظيم المخرجات الخاصة بالمعلومات الحسية ، حيث يستقبل المدخل الحسى المعلومات بصورة عالية جداً أو بصورة منخفضة جداً فعندما يكون استقبال المعلومات بصورة عالية جداً فإن المخ يكون واقعاً تحت تحمل زائد مما يتسبب فى أن يتجنب الفرد المثير الحسى ، وعندما يكون استقبال المعلومات الحسية بصورة منخفضة جداً فإن المخ يبحث عن مزيد من المثيرات الحسية ، وعدم التنظيم العصبى من الممكن أن يحدث فى ثلاثة أشكال مختلفة هى :

الشكل الأول : حيث لا يستقبل المخ الرسائل وذلك بسبب تفكك الخلية العصبية .

الشكل الثانى : حيث يستقبل المخ الرسائل الحسية بشكل متناقض .

الشكل الثالث : يستقبل المخ الرسائل الحسية على نحو متناسق لكنها لا تترابط مع الرسائل الحسية الأخرى (Sandra , N . 2004).

الكثيرون من الأشخاص ذوى إضطراب التوحد لديهم مشكلات حسية بمعنى أن حواسهم تكون أكثر حساسية بشكل خاص لبعض الأحاسيس خلاف العاديين ينتج عنها سلوكيات محيرة للآباء والأمهات وكذلك مقدمى الرعاية ، ، حيث توفر الحواس لنا فرص وتجارب فريدة والسماح لنا بالتفاعل والمشاركة مع بقية أفراد المجتمع ، فالحواس تساعدنا على فهم البيئة من حولنا والقيام بالدور المطلوب منا القيام بها والإجراءات اللازمة لها Kate Wilkes . N . D ().

مفهوم التكامل الحسى Sensory Integration :

ويُعرف التكامل الحسى على أنه "واحدة من طرق العلاج الحس حركية عند الأطفال المصابين باضطراب التوحد وهى عبارة عن المعالجة بالدمج الحسى ، وتعمل هذه الطريقة وفقاً لمبدأ استثارة جلد الطفل وجهازه الدهليزى " (الزريقات ، ابراهيم عبدالله . ٢٠١٠)

التكامل الحسى هو " علاقة إعتمادية متبادلة وميسرة تحدث بين معطيات عدد من الحواس ، بحيث يمكن أن تؤدى إلى معالجة حسية أكثر دقة وأشمل من تلك التى تقوم بها حاسة واحدة بمفردها " (الشخص ، عبدالعزيز السيد . ٢٠٠٦) .

عرفت جين إيريس Ayres,J التكامل الحسى بأنه " العملية التى فيها يُسجل ويُعدل ويُميز الأفراد الأحاسيس المستقبلة من خلال النظام الحسى ، والأنظمة لإنتاج سلوك تكيفى هادف رداً على البيئة الحسية (Ares ,J ; Robbins ,J . 2005) .

اضطراب المعالجه الحسية :

اضطراب المعالجة الحسية (SPD) هو اضطراب شائع بين الأطفال المصابين بالتوحد ، ويتمثل إضطراب المعالجة الحسية لديهم فى الصعوبة التى يواجهونها فى تنظيم الإستجابات الحسية المختلفة للمثيرات الحسية المتنوعة سواء السمعية منها والبصرية والشمية واللمسية والحركية وغيرها وتختلف درجة الإستجابة لديهم ما بين الضعف فى الاستجابة الحسية والإفراط فى تلك الاستجابات (Sandra , N . 2016) .

نظرية التكامل الحسى Sensory Integration Theory :

التكامل الحسى عبارة عن عملية عصبية بيولوجية داخلية "Neurobiological Innate Process " تتمثل فى التفاعل والتداخل بين المثيرات الحسية الواردة من البيئة إلى المخ ، وإذا لم يحدث هذا التداخل أو التنظيم السليم لتلك المثيرات فى المخ تكون النتيجة قصور التكامل الحسى ، وقد يترتب على ذلك مشكلات فى النمو وفى معالجة المعلومات فضلاً عن المشكلات السلوكية ، وقد تمكنت جين إيريس " Ayres Jean " من وضع نظرية التكامل الحسى على أساس من البحوث المتعددة فى مجالات العلوم العصبية وصلتها بالنمو الجسمى والوظائف العضلية العصبية (فراج ، عثمان لبيب ، ٢٠٠١) .

تم تصميم نموذج العلاج بأسلوب التكامل الحسى لتوجية التدخل مع الأطفال الذين لديهم صعوبة كبيرة فى معالجة المعلومات الحسية ، مما يفيد فى المشاركة فى أنشطة الحياة اليومية .

وضعت نظرية التكامل الحسى من قبل Jean Ayres ١٩٧٢ وهو المعالج المهنى و أخصائى العلاج الوظيفى الذى قام بوضع تفسير للعلاقات المحتملة بين العمليات العصبية لتلقى وتحوير ودمج المدخلات الحسية والمخرجات الناتجة عن السلوك التكيفى وهى أعراض ناتجة عن خلل وظيفى فى الجهاز العصبى وذلك بين المستقبلات الحسية والمخ والاستجابة الحركية ، وتفترض النظرية أن المعالجة المناسبة والتكامل بين الحواس والمعلومات الحسية هى ركيزة مهمة للسلوك التكيفى نظراً لتركيزها على السلوك التكيفى Adaptive Behavior والمهارات الوظيفية ، ويستخدم هذا المنهج بشكل متكرر من قبل المعالجين المهنيين كجزء من برنامج كامل للعلاج المهنى الهدف من التدخل خلاله هو تحسين القدرة على معالجة ودمج المعلومات الحسية وتوفير أساس لتحسين الأستقلالية والمشاركة فى أنشطة الحياة اليومية واللعب والمهام المدرسية (, Roseann , C 2005) .

أدوار الأخصائى الاجتماعى كممارس عام فى الخدمة الاجتماعية مع الأطفال التوحديين وأسرهم :

تعريف الأخصائى الاجتماعى كممارس العام :

الأخصائى الاجتماعى الممارس العام " هو المتخصص فى الخدمة الاجتماعية الذى يُعد بحيث تكون لديه المهارة والقدرة على العمل مع مختلف المواقف ومع مجموعات متنوعة من العملاء لمساعدتهم فى حل أو مواجهة مجموعة من المشكلات الفردية والاجتماعية باستخدام مهاراته للتدخل المهنى وعلى مستويات مختلفة تتراوح ما بين الفرد والمجتمع (على ، ماهر ابو المعاطى ، ٢٠٠٩) .

يُعرف الممارس العام فى قاموس الخدمة الاجتماعية " هو الشخص المهنى الذى تكون مهاراته ومعلوماته العامة فى كل مجالات الممارسة العامة ويقوم بالتقدير العام للمشكلات وحلوله ووظيفته التنسيق بين جهود المتخصصين ويسهل الاتصال فيما بينهم ويتبنى استمرارية الرعاية حتى ينتهى علاج العميل أو حل المشكلة " (السكرى ، احمد شفيق ، ٢٠٠٠).

أدوار الأخصائى الاجتماعى الممارس العام مع الأطفال التوحديين وأسرهم :

١- دور الممارس العام كممكن :

يعنى دور الممكن مساعدة نسق العميل (الأطفال التوحديين وأسرهم) على أكتشاف مصادر القوة داخلهم وتدعيمها وذلك لإحداث التغيرات اللازمة والمنشودة ، وفى هذا الدور يمد الأخصائى نسق العميل أو أفراد أسرته بالدعم اللازم من أجل أتخاذ الأجراءات المطلوبة لتحقيق الأهداف (حمزة ، احمد ابراهيم ، ٢٠١٥) .

٢- دور الممارس العام كتربوى :

ويُعنى دور التربوى مساعدة نسق العميل على التزود بالمعارف والمعلومات التى يحتاجها لكى يتعامل مع مشكلاته أو المواقف التى يوجد فيها ومساعدة نسق العملاء على ممارسة سلوكيات وإكتساب مهارات جديدة قد تكون نماذج بديلة للسلوكيات والمهارات الحالية (حبيب ، جمال شحاته . حنا ، مريم ابراهيم ، ٢٠١١) .

٣- الممارس العام كجامع ومحلل بيانات :

يقصد بدور الممارس العام فى الخدمة الاجتماعية كجامع ومحلل بيانات " مجموعة المهام التى يقوم فيها بجمع البيانات اللازمة عن أنساق التعامل فى موقف الممارسة وموقف التدخل مستخدماً كافة الأدوات اللازمة لذلك ثم قيامه بتنظيم البيانات وتصنيفها وتحليلها بما يسهم فى تقدير الموقف كأساس لتحقيق أهداف عملية المساعدة "(على ، ماهر ابوالمعاطى ، ٢٠٠٩) .

٤- دور الممارس العام كمقدم للتسهيلات :

وهذا الدور يعنى مساعدة نسق العميل على تعبئة وحشد قدراته وطاقاته ومنحه الفرص ليقوم بعمل ناجح واتخاذ القرارت المناسبة وتعريفه مصدر الخدمات وكيفية الحصول عليها ، وفى هذا الدور يقوم الممارس العام بما يلى:

١- توضيح مصادر الخدمات المتاحة فى المجتمع والتى يمكن أن يستفيد منها نسق العميل .

٢- تحديد المؤسسات والأجهزة التى تقوم بخدمة نسق العميل وتوضيح كيفية الأستفادة منها .

٣- تسهيل إشراك العملاء فى الأنشطة والبرامج المتعددة المفيدة التى تشغل وقتهم بطريقة إيجابية (حبيب ، جمال شحاته . حنا ، مريم ابراهيم ، ٢٠١١) .

٥- دور الممارس العام كمعالج :

يُعنى دور المعالج مساعدة نسق العميل على إحداث تغيرات فى أنفسهم أو فى علاقتهم مع الجماعات أو الناس الذين يرتبطون معهم بعلاقات أولية هامة وفى هذا الدور يكون نسق العميل نفسه هو نسق الهدف المراد تغييره (حبيب، جمال شحاته، ٢٠٠٩) .

قائمة المراجع :

الكتب العربية :

١- ابوالسعود ، نادية ابراهيم (٢٠٠٠) : الطفل التوحدى ، القاهرة ، المكتب العلمى للنشر.

٢- الجلامدة ، فوزية عبدالله (٢٠١٢) : مصطلحات ونصوص بالأنجليزية فى التربية الخاصة ، الرياض ، دار الزهراء للنشر والتوزيع .

٣- الجلبى ، سوسن شاكر (٢٠٠٥) : التوحد الطفولى " أسبابه – خصائصه – تشخيصه – علاجه " ، دمشق ، مؤسسة علاء الدين .

٤- الخطيب ، جمال . الصمادى ، جميل وأخرون (٢٠١١) : مقدمة فى تعليم الطلبة ذوى الحاجات الخاصة ، ط٤ ، عمان ، دار الفكر للنشر والتوزيع .

٥- السكرى ، احمد شفيق (٢٠٠٠) : قاموس الخدمة الاجتماعية والخدمات الاجتماعية ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٦- الشخص ، عبدالعزيز السيد (٢٠٠٦) : قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوى الاحتياجات الخاصة ، ط٢ ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٧- آرونز ، مورين . جيتنس، تيسا (٢٠٠٥) : الأوتيزم " المشكلة والحل والعلاج الأمثل لمرض التوحد " ، ترجمة قسم الترجمة بدار الفاروق ، القاهرة ، دار الفاروق للنشر والتوزيع .

٨- القمش ، مصطفى نورى (٢٠١١) : اضطرابات التوحد ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع

٩- الدسوقى ، محمد فوزى (٢٠١٢) : القاموس الاجتماعى ، مركز تطوير الأداء والتنمية للنشر والتوزيع ، جامعة القاهرة ، فرع الفيوم .

١٠- الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال ، ٢٠٠٩.

١١- الشامى ، وفاء على (٢٠٠٤) : خفايا التوحد أشكاله وأساليب تشخيصه ، الرياض ، مكتبة الملك فهد الوطنية

١٢- الزريقات ، ابراهيم عبدالله (٢٠١٠):التوحد " السلوك والتشخيص والعلاج "،عمان، دار وائل للطباعة والنشر

١٣- بريلى ، جاكى . ديفيز، بيفرلى (٢٠٠٩) : كيف تساعد طفلك المصاب بالتوحد ، ترجمة قسم الترجمة بدار الفاروق ، القاهرة ، دار الفاروق للأستثمارات الثقافية .

١٤- بطرس، حافظ بطرس (٢٠١٥) : إعاقات النمو الشاملة ، عمان ، دار المسيرة للنشر والتوزيع .

١٥- بطرس، حافظ بطرس (٢٠٠٧) : إرشاد ذوى الحاجات الخاصة وأسرهم ، عمان ، دار المسيرة للنشر .

١٦- بهجت ، رفعت محمود(٢٠٠٧) : الأطفال التوحديون " جوانب النمو وطرق التدريس"، القاهرة ،عالم الكتب .

١٧- ترجمة محمد ، حسن اسماعيل (٢٠١٢) : تعليم الطلبة ذوى الاحتياجات الخاصة فى صفوف الدمج ، عمان ، دار الفكر للنشر والتوزيع .

١٨- جابر ، شريف عادل (٢٠١٤) : متلازمة أسبرجر " الأسباب – الخصائص – التشخيص – أساليب التدخل ، القاهرة ، عالم الكتب .

١٩- حبيب ، جمال شحاته . حنا ، مريم ابراهيم (٢٠١١) : الخدمة الاجتماعية المعاصرة ، الاسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث .

٢٠- حمزة ، أحمد ابراهيم ، (٢٠١٥) : المدخل إلى الخدمة الاجتماعية ، عمان ، دار المسيرة .

٢١- عبدالله ، محمد قاسم (٢٠٠١) : الطفل التوحدى أو الذاتوى ، عمان ، دار الفكر للطباعة.

٢٢- عبدالله ، مجدى أحمد (٢٠١٦): طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص والعلاج ، الاسكندرية ، دار المعرفة الجامعية .

٢٣- عبدالعظيم ، عبدالعظيم صبرى . حامد ، أسامة عبدالرحمن (٢٠١٦) : اضطرابات ضعف الانتباه والإدراك " التشخيص والعلاج " ، القاهرة ، المجموعة العربية للتدريب والنشر .

٢٤- عوده ، محمد محمد (٢٠١٦) : تشخيص وتنمية مهارات الطفل الذاتوى ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .

٢٥- على ، ماهر ابو المعاطى (٢٠٠٩) : الاتجاهات الحديثة فى مجالات الخدمة الاجتماعية (الأسرة والطفولة – المعاقين – الطبى – المدرسى) ، مكتبة زهراء الرياض .

٢٦- عيد ، خنساء عبدالرازق (٢٠١٧) : المشكلات التى تعانى منها أمهات أطفال التوحد ، الكتاب السنوى لمركز أبحاث الطفولة والأمومة ، جامعة ديالى ، بعقوبة ، مج ٢١.

٢٧- فراج ، عثمان لبيب (٢٠٠١) : توحديين ولكن موهوبون ، النشرة الدورية ، العدد ٦٧ ، السنة الثالثة عشر ،القاهرة ، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين .

٢٨- فراج ، عثمان لبيب (٢٠٠٣) : العوامل المسببه لعوامل اضطراب التوحد ، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، العدد (٧٣) ، القاهرة .

٢٩- كامل ، محمد على (١٩٩٨) : من هم ذوى الأوتيزم ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية .

٣٠- محمد ، عادل عبدالله (٢٠٠٢) : الأطفال التوحديين " دراسات تشخيصية وبرامجية " ، القاهرة ، دار الرشاد.

٣١- محمد ، عادل عبدالله (٢٠١٣) : مدخل إلى اضطراب التوحد " النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية " ، القاهرة ، الدار المصرية اللبنانية .

٣٢- ميقاتى ، محمد . الكردى ، رنا (٢٠٠٦) : أنا وفريق التأهيل " التأهيل الشامل للطفل المتوحد ، اطفال الخليج ، مركز دراسات وبحوث المعوقين .

الكتب الأجنبية :

1- Ares ,J ; Robbins ,J ;(2005) : Sensory Integration And the Child , 25th Anniversary Eadition , Los Angeles ,CA, Western Psychological Services.

2- American Psychiatric Association. (2000): Diagnostic and statistical manual of Mental disorders,(4th ed. Rev), Washington, DC: American Psychiatric Association .

3- Bundy, A. C., Lane, S. J & Murray, E. A (2002): Sensory integration" Theory and practice", 2nd ed, Philadelphia : F. A , Davis .

4- Clair T .Berube (2007) : Autism and the Artistic Imagination The Link Between Visual Thinking and Intelligence, An Article Published in TEACHING Exceptional Children Plus , Volume 3, Issue 5, May 2007.

5- Connie. W, Samuel L. Odom and athars (2014) : Evidence-Based Practices for Children, Youth, and Young Adults with Autism Spectrum Disorder , Autism Evidence-Based Practice Review Group, Frank Porter

Graham Child Development Institute , University of North Carolina at Chapel Hill .
http://autismpdc.fpg.unc.edu/sites/autismpdc.fpg.unc.edu/files/2014-EBP-Report.pdf , 26-6-2018/ 05:26pm-

6- Jordan, R. & Powell, S. (1995) : Understanding and teaching children with autism. New York, John Wiley and Sons .

7- Kate Wilkes (N . D): The Sensory World of The Autistic Spectrum , A greater Understanding , The National Autistic Society ,The DG Murray Trust, Investing In South Africa"s Potentiall.

8- Lopez ,B & Susan , L (2003) : Do Children With Autism Fail to Process in Formation in Context, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines , 44(2).

9- Page ,T (2000) : Metabolic Approaches to the Treatment of Autism Spectrum Disorders , Journa of Autism and Developmental Disorders , (30).

10- Roseann C , and ather (2005) : Occupational Therapy Using A Sensory Integrative Approach for Children With Developmental Disabilities 1Department of Occupational Therapy, Thomas Jefferson University, Philadelphia, Pennsylvania , Mental Retardation And Developmental Disabilities Research Reviews 11: 143.

11- Sandra ,N (2004) : Sensory Integration Dyfunction , The Misunderstood , Misdiagnosed and Unseen Disability , Journal of The National Academy of Child Development , N4,WWW.Comcaset .Net .

12- Sandra , N (2016) : Sensory Integration Dysfunction"The Misunderstood, Misdiagnosed and Unseen Disability" , See/Hear. Fall97. (Reprinted with permission from AAHBEI News Exchange, Vol. 2, No. 1, 17 Apr. 2016 . <http://www.tsbvi.edu/Outreach/seehear/fall97/sensory.htm/ 18- 5- 2018 / 09:57pm.

13- Volkmar, F.R., & Klin, A. (2005): Issues in the Classification of autism And Related Conditions In F.R. Volkmar, R. Paul, A. klin, & D. J., Cohen (Eds.), Handbook of Autism.