العلاج الوظيفي كمدخل لتحسين مهارات التواصل (اللفظي-غير اللفظي) لدى الاطفال ذوي اضطراب التوحد

Occupational therapy as an approach to improving communication skills (verbal-non-verbal) in children with autism disorder

إعداد

الباحثة / غـادة محمـد أحمـد طـه

إشراف

أ.د/ جـمـال عطيـة فايـــد

أستاذ الصحة النفسية (التربية الخاصة)
كلية التربية للطفولة المبكرة -
جامعة المنصورة

د/ الشيماء فتحي احمد

مدرس علم نفس الطفل
كلية التربية للطفولة المبكرة -
جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة

المجلد العاشر - العدد الثانى

أكتوبر ٢٠٢٣

العلاج الوظيفي كمدخل لتحسين مهارات التواصل (اللفظي-غير اللفظي) لدى الاطفال ذوي اضطراب التوحد

Occupational therapy as an approach to improving communication skills (verbal-non-verbal) in children with autism disorder

غـادة محمـد أحمـد طـه *

مستخلص الدراسة

تركز الورقة البحثية على موضوع العلاج الوظيفي واهميته وتعريفه وتاريخه وخصائصه والفرق بينه وبين العلاج الطبيعي ودوره مع الاطفال ذوي اضطراب التوحد ،وكذلك تصنيف وتشخيص واساليب التدخل لاضطراب طيف التوحد، وكذلك توصي الورقة البحثية ببعض المقترحات والتوصيات التي تساعد على الاستفادة من العلاج الوظيفي في تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

الكلمات المفتاحية:

العلاج الوظيفي – مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظـــي – أطفـــال اضطراب طيف التوحد.

* باحثة

Abstract

The research paper focuses on the topic of occupational therapy, its importance, definition, history, characteristics, the difference between it and physical therapy, and its role with children with autism spectrum disorder, as well as the classification, diagnosis, and intervention methods for autism spectrum disorder. The research paper also recommends some suggestions and recommendations that help benefit from occupational therapy in improving communication skills. Verbal and non-verbal

Keywords: Occupational therapy - verbal and nonverbal communication skills - children with autism spectrum disorder

العلاج الوظيفي كمدخل لتحسين مهارات التواصل (اللفظي-غير اللفظي) لدى الاطفال ذوي اضطراب التوحد

Occupational therapy as an approach to improving communication skills (verbal-non-verbal) in children with autism disorder

غـادة محمـد أحمـد طـه *

مقدمة:

ويشكل عدم تطابق الرسالة اللفظية مع غيـر اللفظيـة أحـد معوقـات الاتصال، وعلى الرغم من أهمية الاتصال اللفظي إلا أن التعبيرات غير اللفظيـة أكثر قدرة على توصيل الاتجاهات والمشاعر؛ لأنها أكثر ثباتًا في الذاكرة لأنهـا ترى بالعين أو الحواس الأخرى حيث تستخدم فيها أعضاء الجسم، العين، الأيدي، حركة الأرجل، تعبير الوجه، وقد تقوم الرسالة غير اللفظية بما تعجز الكلمة عـن القيام به (سيمون كوهين، باتريك بولتن، ٢٠٠٠، ٢٥٤).

اهتمت الباحثة بالعلاج الوظيفي وسيلةً علاجية تركز على مساعدة ذوى اضطراب التوحد بتطوير مهارات التواصل اللفظى وغيـر اللفظـى، مهـارات التواصل البصري والتتبع البصري التي تهدف إلى زيادة مـدة التركيـز لديـه، ومهارات معرفية وإدراكية، للوصول إلى أعلى درجات الاستقلالية وبالتالي الدمج المجتمعي الصحيح.

(Larkin, W., Hawkins, R. O., & Collins, T, 2016)

* باحثة

يحقق العلاج الوظيفي زيادة فى معدل الانتباه والتركيز لدى هؤلاء الأطفال وينجح وفى إدراك تعبير ات الآخرين وإشاراتهم فيقوي التواصل والترابط وينمو التفاعل الاجتماعي الذى يعد حجر الزاوية في تحقيق النضج الاجتماعي والمعرفي. (أسامة فاروق مصطفى، ٢٠١٧،٢١١-٢١٢)

ويعتبر التوحد من أشد وأعقد الإعاقات التي تصيب الأطفال قبل عمر ثلاث سنوات، وتعيق تواصلهم وتفاعلهم الاجتماعي (Solarsh, 2016, 8)، وتشخيص التوحد لا يزال من أكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال التربية الخاصة؛ لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد، فهو حالة تتسم بمجموعة أعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وتمركزه حول ذاته وانسحابه من أي تفاعلات اجتماعية، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية، وقصور تواصله اللفظي والاجتماعي مما يحول بينه وبين المحيطين (عادل عبد الله محمد، ٢٠٠٤، ٢٠٠).

ويشير جمال فايد (٢٠٢٠، ٣٨٢) إلى أن التوحد هو: " اضطراب عصبي معقد (أوتزم) في النمو يدوم مدى الحياه، يعاني الاشخاص المصابون بالتوحد من مشكلات في التفاعل الاجتماعي والتواصل وبالتالي يواجهون مشكله في إجراء محادثة معكَ ولا ينظرون إليك مباشرةً، ولديهم في بعض الأحيان سلوكيات يتعين عليهم القيام بها يفعلونها مراراً وتكراراً، ولديهم عدم القدرة على الاستماع ويقولون نفس الجمل مراراً وتكراراً، وربما يرفرفون بأذرعهم ليخبروك أنهم سعداء أو قد يؤذون أنفسهم ليقولوا أنهم ليسوا سعداء ".

ويشير الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-V, 2013, 11- 12) Diagnostic and Statistical

Manual of Mental Disorders الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية (American Psychiatric Association) إلى أن اضطراب طيف التوحّد يتضمن ثلاث خصائص أساسية هي: القصور في التواصل الاجتماعي، والقصور في اللغة والمحادثة، ووجود أنماط متكررة وثابتة من السلوك.

ويعد العلاج الوظيفي أحد العلاجات المهمة للأطفال ذوي الإعاقة من أجل مساعدتهم على تخطي إعاقاتهم والانشغال بأعمال يحبونها ويقدرون على تحقيق النجاح فيها، ومن ثم تتحقق لهم الثقة بالنفس فيقبلون على برامج التدريب والعلاج المعدة من أجلهم، ويقل انشغالهم بإعاقاتهم وعجزهم (أسامة فاروق مصطفى، ٢٠١٧، ٢٠٦).

المحور الأول: اضطراب طيف التوحد:

أولا- مفهوم اضطراب طيف التوحد:

يرجع الفضل في وضع أول تعريف لاضطراب طيف التوحد للعالم leo Kanner في عام ١٩٤٣، فقد عرفه كانر وفرق بينه وبين الاضطرابات الأخرى ووصفهم قديمًا بالانحساب من المواقف الاجتماعية، وأوضح كانر العديد من الخصائص والصفات المرتبطة بالاضطراب، حيث لاحظ الاطباء القدماء في العصور الوسطى أن هناك أطفالاً لا يتكلمون واتصالهم وتفاعلهم مع أبويهم والمحيطين بهم ضعيف، ويظهرون أنماطًا عديدة من السلوك غير السوي، لكن بعد القرن التاسع عشر وبدايات تحول النظرة إلى العلوم النفسية ظهر اهتمام واضح بالتوحد. (Lindsay& Vilayanur ,2017,56).

ويُعد تشخيص اضطراب التوحد أحد المهام الصعبة من بين الفئات الخاصة جميعًا، ولذا يعتبر التشخيص التمييزي التحدي الأكبر في عملية التشخيص، ويرجع ذلك إلى التداخل الواضح في أعراض التوحد مع أعراض الاضطرابات النمائية الأخرى، وتزداد الصعوبة – أيضًا – لأن أعراض التوحد لا تظهر مجتمعة في كل الأطفال الذين يتم تشخيصهم من بين فئة التوحد (جمال عطية فايد، ٢٠٢٠، ١١).

ووفقًا للقانون الأمريكي لتعليم المعاقين Individual With Disabilities Education Act فهو اضطراب تطوري يؤثر بشكل ملحوظ في التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي وغير اللفظي ويظهر قبل سن الثالثة من العمر، ويؤثر سلبًا على أداء الطفل تربويًا ، Halahan (2002) kaufman,etal؛ سري رشدي، ٢٠١٠؛ سمية جميل، ٢٠١١)، وتؤكد wing (1996) أن اضطراب طيف التوحد يؤثر في قدرة الطفل على التواصل واللغة، والتفاعل مع الآخرين، ولا يعد الاضطراب مرض، كما أنه ليس معديًّا، ولا يكتسب من خلال الاتصال بالبيئة.

ويشير جمال عطية فايد (٢٠٢١، ٣٨٢) إلى أن اضطراب التوحد: هو اضطراب عصبي معقد (أوتيزم) في النمو يدوم مدى الحياة، يعاني الأشخاص المصابون بالتوحد من مشكلات في التفاعل الاجتماعي والتواصل، وبالتالي يواجهون مشكلة في إجراء محادثة معك ولا ينظرون إليك مباشرة، لديهم في بعض الأحيان سلوكيات يتعين عليهم القيام بها، ويفعلونها مرارًا وتكرارًا، ولديهم عدم القدرة على الاستماع، ويقولون نفس الجمل مرارًا وتكرارًا، وربما

يرفرفون بأذرعهم ليخبروك أنهم سعداء، أو قد يؤذون أنفسهم ليقولوا أنهم ليسوا سعداء.

تشخيص اضطراب التوحد:

اضطراب طيف التوحد يعد من أكثر الاضطرابات السلوكية صعوبة، نتيجة انعكاسه سلبا على معظم جوانب الأداء والشخصية، ويتفق محمد كامل (٢٠٠٥) مع كثير من الباحثين حول ارتفاع نسبة الإصابة بالاضطراب التي أشارت إلى أن الاضطراب بدأ ينتشر بصورة كبيرة مؤخرًا، وحيث إن اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder يصيب فئة من الأطفال في مرحلة من أهم مراحل النمو، وهي مرحلة الطفولة المبكرة (اقل من ٣ سنوات) فكان لابد من الاهتمام بالكشف المبكر عن الاضطراب في تلك المرحلة معللين ذلك بالزيادة من فرصة تحسين وعلاج الأطفال المصابين به في الوقت المناسب، لكي يستطيع مثل هؤلاء الأطفال التوافق مع أنفسهم ومع الآخرين ومع المجتمع، بينما تأخر الاكتشاف والتشخيص والعلاج يجعل من الصعوبة تحسين مثل هذه الحالات وعلاجها. (هشام الخولى، ٢٠٠٨، ٤٤)

والتشخيص السليم والدقيق في سن مبكرة مطلب مهم للمصابين باضطراب طيف التوحد سواء مرتفعي أو منخفضي الأداء الوظيفي، لأن فرص تحسن حالة هؤلاء المصابين تتوقف على مقدار التدخل المبكر الذي يتعرضون له في مرحلة عمرية مبكرة (Wong, C., Odom, S., Cox, A.,,2015,87).

وتشير دراسة Rebecca etal (2017) إلى أن ثالوث الأعراض الذي يميز اضطراب طيف التوحد ليس مجرد سلوكيات تحدث بالصدفة ولكنها ناتجة

عن اضطراب جوهرى تسبب في ظهور هذه الأعراض وبشكل مترابط، ومن ثم فإن وجود اضطراب في جانب واحد فقط من المثلث لا يعني على الإطلاق اضطراب طيف التوحد، ويجب أن يسمي باسم هذا الجانب الذي يوجد به قصور فقط دون تشخيصه باضطراب طيف التوحد، فالطفل قد يكون لديه اضطراب في التفاعل الإجتماعي فقط، أو في التواصل فقط أو في التخيل فقط، فجوهر الاضطراب هنا يختلف باختلاف نوع المجال الذي تظهر فيه الأعراض وهو بالضرورة مختلف عن جوهر اضطراب طيف التوحد.

المحكات الاساسية للتشخيص:

شهدت العقود الأخيرة تقدمًا كبيرًا في تشخيص اضطراب طيف التوحد مقارنة بما كانت عليه في السابق، ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدمًا شاملًا تناول جميع المفاهيم المرتبطة باضطراب طيف التوحد منها فهم طبيعة الأسباب، وآليات التشخيص والأعراض، وكيفية التعامل معه خلال البرامج التربوية والتأهيلية والعلاجية ولعل الأحدث في الميدان ما تم اعتماده في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيص الأمريكي (APA، 2013)؛ مما أدى إلى تغيير فئة اضطراب الذاتوية ومعايير تشخيصها، وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي التشخيصي تَسْتَخْدِّم الآن مسمىً جديدًا هو " اضطراب طيف التوحد " Autism Spectrum Disorder (ASD)، والذي يجمع ما كان يعرف سابقًا باضطراب التوحد، ومتلازمة اسبرجر، واضطراب التفكك الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ضمن مسمىً واحد على شكل متصل تختلف مكوناتها باختلاف عدد الأعراض السلوكية وشدتها.

معايير تشخيص التوحد:

يجب أن ينطبق (٦) من ضمن (١٢) من الأعراض بما في ذلك وجود (٢) على الأقل من المهارات الاجتماعية البسيطة ومجموعة الأعراض مكونة في (٣) مراحل:

المرحلة الأولى: قصور كيفي في التفاعل الاجتماعي حيث يعبر عن ذاته بواسطة (٢) على الأقل من الأعراض التالية:

قصور واضح في استخدام صور متعددة من التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظى كالتواصل البصري، وتعبيرات الوجه أو حركات الجسم في المواقف الاجتماعية، والتواصل مع الآخرين.

الفشل في تكوين علاقات مع الآخرين.

غياب المشاركة الوجدانية .

المرحلة الثانية: قصور كيفي في القدرة على التواصل كما يكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل اللفظي وحده بدون مساندة للتواصل غير اللفظي للتعويض عن قصور اللغة.

بالنسبة للأطفال القادرين على الكلام يوجد قصور في البدء في الحديث مع الشخص الآخر، وكذلك على مواصلة الحديث.

التكرار والنمطية في استخدام اللغة.

غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإبهامي الذي يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

المرحلة الثالثة: افتقار أنشطة الطفل إلى عدد محدود من السلوكيات النمطية ويكشف ذلك في واحد على الأقل.

اندماج كلى في واحد أو أكثر من الأنشطة والاهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدها.

ممارسة الحركات النمطية على نحو متكرر بغير هدف مثل رفرفة الأصابع، وثني الجذع للأمام.

انشغال طويل المدى بأجزاء أدوات أو أجسام مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة، ولذلك لا يتم تشخيص الذاتوية إلا إذا كانت منظومة الأنماط السلوكية الثلاثة واضحة على الطفل:

خلل في العلاقات الاجتماعية.

قصور مهارات التواصل.

اهتمامات ونشاطات الطفل محدودة. (جمال عطية فايد، ٢٠٢١، ٣٩٠-٣٩١)

وصدر مؤخرًا الدليل الإحصائي الخامس DSM-5 ليشير إلى أن التسمية الدقيقة هي اضطراب طيف التوحد، وفيه يتم تشخيص الاضطراب وفقًا للمعايير الآتية:

قصور ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ المرضي .

قصور في التبادل العاطفي، يتراوح على سبيل المثال من الأسلوب الاجتماعي الغريب مع فشل الأخذ والرد في المحادثة إلى تدين في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية .

قصور في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي يتراوح من ضعف تام في التواصل اللفظي وغير اللفظي إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى إنعدام تام للتعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

القصور في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، ويتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك ليتلاءم مع السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو تكوين صداقات، إلى انعدام الإهتمام بالأقران.

ويوضح الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس في الجدول التالي مستويات شدة الاضطراب مستندة لمستوى الدعم الذي يحتاجه ذوو اضطراب طيف التوحد.

المعالم التشخيصية لاضطراب طيف التوحد (الذاتوية).

عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة)

عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية، العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم و استخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعابير الوجهية و التواصل غير اللفظي.

العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

أنماط متكررة ومحددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة

نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلا: أنماط حركية بسيطة صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثل: أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط جامدة للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلا: الضيق الشديد عند التغييرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى

سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم) (عبد الرقيب أحمد البحيرى، محمود محمد إمام، ٢٠١٩، ٤٠- ٤١) .

تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة العقلية (اضطراب النمو الذهني أو الفكري)، أو تأخر النمو الشامل، حيث إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد (الذاتوية) يحدثان معا في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد (الذاتوية)، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام (محمد رضا السيد محمد، ٢٠١٨، ١٩-٢٠).

التدخلات العلاجية:

يرى العديد من الباحثين أن علاج اضطراب طيف التوحد أمر صعب للغاية، ويرجع ذلك إلى صعوبة فهم سبب إصابة الطفل بهذا الاضطراب، ويشير مصطفى نوري القمش (٢٠١١) أن المعالج أو الإخصائى المدرب مع الطفل التوحدي، والطرق التي يستخدمها في علاجه، يجب أن تكون قائمة على إدراكه لطبيعة هذا الطفل، كما أن فشل الطفل غير قابل للعلاج، وبالتالي فعلى المعالج أن يكون مثالية واعية، فيتقبل الطفل ويزيد من إصراره وتصميمه على الاستمرار في علاجه.

وقد أكدت نتائج معظم الدراسات على أن برامج التعلم المُعَالِجَة والتي تنفذ مع المصابين باضطراب طيف التوحد في مرحلة نمائية مبكرة أثناء فترة النمو تسهم بشكل فعال في تحقيق فرص نجاح أفضل لهم في الحياه، وأن تلك

البرامج لا يقصد بها تلك الإجراءات التي تنفذ مع المصابين بالتوحد لفترات طويلة متقطعة، بل هي البرامج الجيدة التي تساعد على تحسن حالتهم هي تلك التي تقدم لهم بشكل دائم ومستمر وبصفة يومية ولمدة قصيرة لا تصيبهم بالملل (Rebecca etal , 2017, 57).

فتلك البرامج تساعد على تنمية مجموعة المهارات في عدة مجالات رئيسية، مثل: المهارات الأكاديمية كالقراءة والكلام والاستماع، والتفكير المنطقي، والقدرة على استخدام الحاسب الآلي واستخدام الأرقام الحسابية بصورة جيدة، والمهارات الشخصية كالقيادة والثقة بالنفس وتحدي ذي الصعوبات والابتكار، والمهارات العملية كالعمل الجماعي والقدرة على حل المشكلات وصنع القرار والتخطيط والتفاوض، ومهارات الاعتماد على الذات كالوعي بالذات والقدرة على التكيف والترويج الذاتي فكل تلك المهارات وغيرها تعد البداية الحقيقية لتدريب الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد (Dela ،2015 etal) فأطفال طيف التوحد – عمومًا – يعانون من ضعف في مهارة الوعي بالذات وتنظيم العواطف والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين بهم الأمر الذي يؤدي بهم إلى الانغلاق حول ذواتهم، ويعيق قدراتهم على التواصل مع الآخرين كما أنه يعيق قدراتهم على استخدام إمكانياتهم التي يتمتعون بها (Samson etal, 2016; Milagros etal,2015)

وفيما يلي عرض لبعض البرامج العلاجية المستخدمة مع الأطفـــال ذوي اضطراب طيف التوحد:

مدخل تحليل السلوك التطبيقي:

يعتمد هذا المدخل على الفنيات السلوكية كمـــا أشـــار إلـــى ذلـــك 1987, Lovaas حيث التدريب يجب أن يبدأ التدريب في مرحلة مبكـــرة قبـــل أربـــع

سنوات من عمر الطفل التوحدي، حيث يفترض تحليل السلوك التطبيقي حيث أن الأسباب التي تفسر حدوث أو عدم حدوث السلوك يمكن أن توجد بشكل أساسي في البيئة، ويرتكز هذا المدخل على حقيقة مفادها أن السلوك يكتسب من خلال التفاعل مع البيئة، وأن تغيير الأحداث البيئية يمكن أن يغير السلوك، ويتضمن تحليل السلوك التطبيقي تحليل أو تجزئة المهارة بشكل منظم لكى يتم تعلمها في خطوات صغيرة وبسيطة وتعزيز الطفل على كل خطوة عندما يؤديها على نحو صحيح، ويتم تعليم الأجزاء البسيطة في البداية ثم الانتقال إلى السلوكيات الأكثر اتساعًا والأكثر تعقيدًا بما يتناسب مع العمر (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٥) كما يعد تدريب المحاولة المنفصلة أحد الطرق التدريبية التي تتفق مع مبادئ تحليل السلوك التطبيقي، فهو طريقة فعالة في تحليل المعلومات مما يمكن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من تعلمها (Siegel،٢٠٠٧) ويؤكد ذلك فراس الأحمد (٢٠١٦) الذي أشار إلى فاعلية برنامج تدريبي مستند على طريقة التحليل السلوكي التطبيقي ABA في تنمية المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

برنامج (Son-Rise Program (S RP:

يعد برنامج (S RP) واحدًا من أستراتيجيات التعلم والتدريب وتعليم السلوك التي يتم استخدامها مع أطفال طيف التوحد، ويعتمد على تدريب الآباء كيفية التعامل مع أبنائهم، وصممه Kaufman، ١٩٧٠ على أسس علمية وقام بتطبيقه على أبنه، ويتم التدريب فيه بشكل فردي، ويتم إعداده وتخصيصه حسب الحاجات الفردية لطفل اضطراب طيف التوحد، مستخدمًا مبادئ يقوم عليها (وفاء الشامي،٢٠٠٩)، وتؤكد فاطمة أحمد (٢٠١٨) على فاعلية برنامج Son –

Rise في تحسين مهارات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال طيف التوحد حيث أجريت دراسة حديثة لمعرفة أثر تدريب الوالدين على sRP في تنمية التفاعل الاجتماعي لأطفالهم من اضطراب طيف التوحد.

برنامج SPELL مدخل جمعية التوحد الوطنية التوحد The National Autistic society:

يتناول برنامج SPELL احتياج الطفل المصاب باضطراب التوحد إلى الاستمرارية والنظام في حياته، كما يجب تكييف البيئة حوله من أجل تخفيض عناصر القلق، ويعد مصطلح SPELL اختصاراً لـــ Structure Positive Empathetic Low Arousal Links، حيث يساعد هذا الهيكل في التنظيم وتوفير الإيجابية والتوقع المعقول، ويهدف إلى تنمية شعور طفل طيف التوحد بالثقة في النفس من خلال برامج تعمل على تنمية نقاط القوة إلى أقصى درجة بالإضافة إلى التعاطف من جانب المعلم، ومن المهم توفر حد أدنى من التنبه عند الوالدين والوعي بالاضطراب من أجل تعظيم فرصة الطفل في الالتحاق بالتعليم العادي (عمر عبد اللطيف، ٢٠٠١، ٦٦)

برنامج (TEACC) :

يعتمد منهج التدريس المنظم تيتش TEACCH على ترتيب البيئة، بحيث يصرف الفرد وجهته وما يجب القيام به والمدة التي سيستغرقها وما الذي يحدث لاحقا. ويعتمد منهج TEACCH على تطوير فهم تلك التفاعلات بحيث تكون التفاعلات مع الناس ممتعة وهادفة وفعالة، وهناك أمر مهم آخر هو أن جلسات التدريس الفردية وأوقات اللعب المنظمة وغير المنظمة ووجبات الطعام هي من بين الاستعدادات التي يتعلم فيها الطفل أن مقدمي الرعاية يتفاعلون،

ومهتمون، ومستعدون لتقديم مسميات وألفاظ لعناصر أو أنشطة ذات اهتمام خاص لهم، كما أنهم مستعدون للرد على كل من يطلب التواصل الاجتماعي معهم (جمال عطية فايد، ٢٠٢١،١١٧).

جداول النشاط المصور Schedule Activity:

نظام تبادل الاتصالات (PECS) هو برنامج اتصال أصبح واسع الاستخدام، خاصة مع الأطفال المصابين بالتوحد، وعليه فإن الأبحاث المتوفرة توفر دليلا – أولا – على أن PECS قد تم تعلمها بسهولة من قبل معظم المشاركين، وتوفر وسيلة اتصال للأفراد الذين لديهم القليل من الكلام الوظيفي أو بدونه. وتشير البيانات إلى وجود بعض التأثير الإيجابي على السلوكيات التواصلية (Carter & Preston ،2019).

العلاج السلوكي:

هناك العديد من البرامج التدريبية التي تم تصميمها وتقديمها للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في سبيل تأهيل وتدريب هؤلاء الأطفال ورعايتهم، منها: برامج لتحسين استجابات التواصل، وبرامج لتحقيق الاستقلالية، والسلوك التكيفي، وبرامج للعناية بالذات منها (دراسة: محمود إمام ٢٠١٤؛ أسماء عبد اللطيف ٢٠١٥؛ رحاب الله السيد، ٢٠١٥؛ رضا عبد الستار، ٢٠٠٧؛ عزة جمال، ٢٠١٧)، وغيرها من مشكلات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتعد هذه الطرق أفضل الطرق التي أثبتت فعالية كبيرة في التعامل مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومحاولة تأهليهم وعلاجهم، على سبيل المثال لا الحصر دراسة أحمد الدوايدة (٢٠٠٩) الذي قام بالكشف عن فاعلية برنامج قائم على النظرية السلوكية في تنمية مهارات التواصل اللفظي وخفض

بعض المشكلات السلوكية لدى ذوي اضطراب التوحد والتي أشارت إلى فاعلية العلاج السلوكي وفنياته في تنمية التواصل وخفض المشكلات السلوكية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، وكذلك راندة المومني (٢٠١١) التي أشارت إلى فاعلية التعزيز كفنية من فنيات العلاج السلوكي في تحسين مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وأكد ذلك دراسة هديل الشوابكة (٢٠١٣) التي كان الهدف منها اختبار فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال طيف التوحد والتي أشارت نتائجها إلى فاعلية العلاج السلوكي في تنمية مهارات التواصل لديهم، واعتمد كل (مصطفي أبو المجد، وخالد سعد سيد) على فنيات العلاج السلوكي مثل: التعزيز، والنمذجة، والتشكيل في تنمية السلوك التكيفي لدى أطفال طيف التوحد، وأيضًا دراسة (٢٠١٣) Jodi etal التي كان هدفها التأكد من فاعلية برنامج تدريبي قائم على استخدام المهارات السلوكية في تعليم مهارات المحادثة اللفظية وغير اللفظية لدى ذوي اضطراب طيف التوحد، وأعتمدت الدراسة على فنيات التعزيز والنمذجة ولعب الدور والتغذية الراجعة) وأسفرت نتائجها عن تحسن ملحوظ في مستوى الإستجابة ومهارات المحادثة اللفظية وغير اللفظية في البيئة الطبيعية للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

العلاج بالموسيقى:

يستخدم العلاج بالموسيقى لتحقيق أهداف علاجية يقوم بها الأخصائي لإحداث تغييرات مرغوبة في سلوك الفرد، حيث إن الموسيقى هي الفن الذي يمكن أن يشعر به الأطفال ذوو الإعاقة بصفة عامة ومنهم ذوو اضطراب طيف التوحد، حيث ساعدت الموسيقى في زيادة النمو اللغوي وتنميته لديهم (عادل

عبدالله محمد، إيهاب عزت، ٢٠٠٨)، ويـذكر Danielle (2016) أن العـلاج بالموسيقى ينمي ويطور النطق وفهم الكلام، كما يساعد العزف على آلة معينـة على زيادة مدة وشدة التركيز، تحسين السلوكيات الاجتماعية، وزيـادة التركيـز والاهتمام، ويزيد محاولات التواصل (الألفاظ، والتعبيرات اللفظية، والإيمـاءات، والمفردات)، والحد من القلق، وتحسين الوعي والتنسيق الجـسدي مـن خـلال النتائج التي توصلت إليها خلال هذه العملية وجدت أن العلاج بالموسـيقى هـو علاج ناجع وفعال لأطفال اضطراب بالتوحد، ويشير عمر خطاب (٢٠٠١) إلى أن العلاج بالموسيقى له أهمية خاصة مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحـد بسبب طبيعة الموسيقى كمادة لغوية، والأنشطة الموسيقىة يتم تصميمها لمساندة أنشطة الطفل، في حين أشارت دراسة أماني حسن (٢٠١٣) إلى تأثير التعـرض للأغاني في تنمية بعض مهارات التواصل لدى الأطفال الذاتويين" إلـى فاعليـة البرنامج في تنمية التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. ويساعد كذلك العلاج بالموسيقى في تعديل السلوك الإجتماعي لدى الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، ويؤكد ذلك ما أشار إليه عادل عبد الله (٢٠٠٤) بـأن للموسـيقى دورًا في تنمية التواصل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد ممـا يعمـل علـى تحسين المهارات الاجتماعية لديهم.

العلاج باللعب:

تشير العديد من الكتابات إلى أن اللعب أحد أهم الاحتياجـات الحيويـة للطفل الجديرة بالاهتمام والرعاية، ذلك لأن اللعب هو الخاصية والسمة الأساسية للطفولة، وهو المحرك والدافع المساعد في كل عمليات النضج والتكوين، حيـث أوضحت دراسة هالة كمال الدين (٢٠٠١) تحسين السلوك الاجتماعي ومهارات

التواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام اللعب، وتساعد أنشطة اللعب الجماعية في تحسين وتنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وقد أشارت دراسة سامر الحساني (٢٠٠٥) إلى تنمية التواصل اللغوي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن طريق استخدام اللعب، وكانت نتائجه ذات فاعلية وتقدم ملحوظ، ويتسق ذلك مع ما أوضحه Danielle etal (2010) الذي أكد على فاعلية اللعب الجماعي لتحسين مهارات التواصل اللفظي لدى طفل طيف التوحد ذوي اضطراب طيف التوحد، وأظهرت نتائج Marjorie & Catherine (2014) تحسناً ملحوظاً في التواصل اللفظي، وزيادة الحصيلة الكلامية .

المحور الثاني: التواصل Communication:

يتعلم الطفل من خلال التواصل غير اللفظي في البداية ومن ثم التواصل اللفظي، فالطفل في سنته الثانية من العمر قادر على معرفة معنى رفع الصوت وأنهائه وتعبيرات الوجه وتاأشيرة الأصبع للنهي أوالوعيد، ويتعلم هذه الإشارات ومغزاها، وأسلوب التعامل معها، ويجب الإشارة إلى أن الطفل ذا اضطراب طيف التوحد لديه ضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي، كما قد لا يعرف معنى الإشارة لعدم وجود القدرة التخيلية، لذلك فمن الصعوبة عليه معرفة الأوامر والنواهي، وإذا كان الطفل قادرًا على الكلام فيمكن دمج الإشارة مع الكلام لتوضيحه وترسيخه (بطرس حافظ، ٢٠١١).

أولا- تعريف التواصل:

يشير التواصل إلى مختلف الطرق المستخدمة في تبادل الأفكار والآراء والمعتقدات بين الأفراد من خلال الأساليب الشائعة مثل: الكلام الشفهي، واللغة

المكتوبة، والإشارة، والإيماءات، وغيرها (عبد العزيز السيد، عبد الغفار الدماطي، ١٩٩٢).

التواصل هو: تبادل الأفكار، أو المعلومات بطريقة مكتوبة أو لفظية، أو غير لفظية، على أساس القيم المشتركة (Marume etal,2017,64).

تعرف فوزية عبدالله (٢٠١٢) اضطراب التواصل بأنه: اضطراب ملحوظ في النطق أو الصوت أو الطلاقة الكلامية، أو التأخر اللغوي، أو عدم تطور اللغة التعبيرية، أو اللغة الاستيعابية الأمر الذي يحتاج إلى برامج علاجية أو تربوية خاصة، ويري (2019) Scott أن التواصل غير اللفظي من قنوات التواصل التي تتضمن ملامح أو تعبيرات الوجه، والإيماءات، والتواصل البصري، واللمس، ولغة الجسد، ويجد الأطفال ذووو اضطراب طيف التوحد صعوبة كبيرة في فهم هذه القنوات واستخدامها.

والتواصل اللفظي عبارة عن مجموعة من المهارات التي يستخدمها الطفل في التعبير عن احتياجاته ورغباته عن طريق استخدام اللغة المنطوقة، هذا بالنسبة للمصدر، أما المتلقي فيدرك اللغة المنطوقة عن طريق حاسة السمع (فاروق صادق، ٢٠٠٣) ومنها الفقدان التام للغة، وقلب الضمائر وعكسها، عدم فهم اللغة المجازية، والفهم الحرفي، والنقص في القدرة على تبادل الحديث.

ثانياً- أنواع التواصل:

تم تقسيم أنواع التواصل إلى أشكال مختلفة كما يلي:

التواصل اللفظي Verbal communication:

يدخل ضمن هذا التقسيم كل أنواع التواصل التي يستخدم فيها اللفظ كوسيلة لنقل رسائل من المصدر إلى المتلقي، ويكون هذا اللفظي التواصل منطوقًا فيدركه المستقبل بحاسة السمع، ويعرفه فاروق صادق (٢٠٠٣) بأنه

عبارة عن مجموعة من المهارات التي يتسخدمها الفرد في التعبير عن احتياجاته ورغباته عن طريق استخدام اللغة المنطوقة، وهذا بالنسبة للغة التعبيرية، أما المتلقي فيدرك اللغة المنطوقة عن طريق حاسة السمع.

التواصل غير اللفظي Non-Verbal communication :

يعرفه Scott (2016) أنه: استخدام الانتباه المشترك، وملامح الوجه أو تعبيرات الوجه، والإيماءات، واللمس، والتواصل بالعين، ولغة الجسد، في إيصال رسالة ما إلى الآخر. ويدخل ضمن هذا التقسيم كل أنواع التواصل التي تعتمد على اللغة غير اللفظية ويطلق عليه – أحيانًا – اللغة الصامته، ويقسم بعض الباحثين التواصل غير اللفظي إلى أنواع منها:

لغة الاشارة: وتتكون من الإشارات البسيطة أو المعقدة التي يستخدمها الإنسان في التواصل بغيره لنقل رسالة، أو طلب مايريد.

بلغة الحركة والأفعال: وتتضمن الحركات التي يأتيها الإنسان لينقل ما يريد من معانٍ أو مشاعر أو انفعالات متضمنة رسالة معينة .

ثالثًا– التواصل لدى ذوي اضطراب طيف التوحد Communication Aspects of Autism

يظهر أطفال طيف التوحد صعوبات في كل من التواصل الاستقبالي والتعبيري، ويمثل هذا القصور الكيفي في كل من التواصل اللفظي وغير اللفظي عَرَضًا جوهريًا في تشخيص اضطراب طيف التوحد ويظهر هذا القصور في عديد من الطرق ابتداء من طفل ليس لديه تواصل على الإطلاق إلى آخر لديه ألفاظ كثيرة لكنه غير قادر على استخدامها أو تفسير لغة الجسد أو الإدراك التام للمظاهر الفعالة الأخرى للتواصل مع الآخرين، كما يمتد هذا القصور ليشمل

مهارات التواصل غير اللفظي والتي تتضمن الانتباه المشترك والتواصل البصري والوضع الجسدي والإيماءات، فالأشخاص الذين يعانون من اضطرابات طيف التوحد قد يكونون غير لفظيين كليًا، وقد يكون لديهم خطاب مفيد محدود، أو قد يكونون ثرثاريين جدًا في الواقع. بغض النظر عن قدراتهم اللفظية، على الرغم من كل الأشخاص تقريبا في اضطراب طيف التوحد لديهم صعوبة في استخدام الكلام في التفاعلات الاجتماعية. ذلك لأنهم يواجهون تحديًا مزدوجًا وهو صعوباتهم الخاصة في التعبير عن الأفكار بشكل مناسب، وصعوبات الآخرين في فهمهم وقبولهم (Lisa, 2018,56).

ويعد اضطراب طيف التوحد نوع من الاضطرابات الارتقائية المعقدة التي تظل متزامنة مع الطفل منذ ظهورها وإلي مدى حياته تؤثر على جميع نموه وتبعده عن النمو الطبيعي، ويؤثر هذا النوع من الاضطرابات الارتقائية على التواصل سواء كان تواصلاً لفظيًا أو تواصلاً غير لفظي وأيضًا على العلاقات الاجتماعية، وعلى أغلب القدرات العقلية لأطفال طيف التوحد، ويظهر في خلال السنوات الثلاث الأول من عمر الطفل، ويفقده الاتصال والإفادة بمن حوله سواء أشخاص أو خبرات، أو تجارب يمر بها وهذا النوع من الاضطراب لا شفاء منه، ولكن يمكن إن يتحسن بالتدخل العلاجي المبكر (سهى أمين، ٢٠٠١)، ويتصف أطفال اضطراب طيف التوحد بعجز في عملية التواصل (٣٣٪ – ٥٥%) منهم لايطورون التواصل لديهم لتلبية حاجاتهم اليومية البسيطة مما يستدعي تزويدهم بأدوات أو تقنيات تساعدهم في عملية التواصل (Joanne & Ann ,2019,69).

ويلاحظ على الطفل قصور شديد في اكتساب اللغة ونقص في القدرة على التخيل والقصور وضعف الاهتمامات، وتدهور شديد في العلاقات الاجتماعية،

ويبدي الطفل عزوفًا عن الاتصال بمن حوله حتى مع الوالدين والاخوة، وتصدر منه حركات متكررة، ويتضمن خللاً في جميع جوانب النمو، فيشمل الانتباه والإدراك والتعلم واللغة والمهارات الاجتماعية للاتصال بالواقع والمهارات الحركية والسلوكية (Kjellmer etal، 2012, 167).

ويصاحبه قصور في الإتيان بسلوك اجتماعى مناسب وهذا ما يعرف بالقدرة على أخذ الدور عقلية واجتماعية وإنفعالية، وبالنسبة لأطفال اضطراب طيف التوحد فليس بمقدورهم تكوين اعتقادات معينة أو إدراك ما يعتقده الآخرون أو إدراك نوايا الآخرين، وتقييم ما يصدر عنهم من سلوكيات في ضوء ذلك، كما لا يستطيعون التعبير عن انفعالاتهم بشكل مقبول ولا بإمكانهم التمييز بين الإنفعالات المختلفة كما أن سلوكياتهم الاجتماعية في أغلبها تكون غير مقبولة اجتماعيًا. (Scott ; Clarck ; & Brady,, 2019,166)

المحور الثالث: العلاج الوظيفي (**Occupational Therapy**)

مفهوم العلاج الوظيفي:

تعرفه المنظمة الكندية للمعالجين الوظيفيين (CAOT) بأنه: نوع من الرعاية الصحية التي تساعد على حل المشكلات التي تقلل وتعيق قدرة الشخص على القيام بالأشياء المهمة له كالرعاية الذاتية، وارتداء الملابس، وتناول الطعام والشراب، والتحرك في جميع أنحاء المنزل، والذهاب إلى العمل، أو المدرسة، والمشاركة في المجتمع، والأنشطة الترفيهية، والرياضية، والأنشطة الاجتماعية .

Canadian Association Of Occupational ، 2018,1)
(Therapists

وتعرفه الجمعية الأردنية بأنه: أحد المهن الصحية التي تعنى بتقييم ومعالجة الأشخاص من مختلف الفئات العمرية الذين يعانون من مشاكل في أداء وظائفهم (أنشطتهم اليومية والهادفة) سواء أكانت تلك المشاكل ناتجة عن أمراض أو إصابات أو إعاقات جسدية أو نفسية أو تطورية أو اضطرابات سلوكية أو نفسية واجتماعية. ويستخدم في العلاج سواء الفردي أو الجماعي والطرق والوسائل والأنشطة الهادفة والتمارين العلاجية والأدوات وأجهزة التكنولوجيا المساعدة وعمل الجبائر الطرية؛ وذلك لزيادة استقلالية المريض، وتمكينه من أداء وظائفه اليومية، وإعادة تأهيله في مجتمعه. كما تهدف هذه المهنة إلى الارتقاء بصحة الأفراد والجماعات الجمعية الأردنية للعلاج الوظيفي (٢٠١٨). فالعلاج الوظيفي هو إجراء معالجة متعددة المكونات مدفوع بالتقييم الوظيفي يهدف إلى تقليل السلوكيات السلبية واستبدالها بسلوكيات إيجابية بهدف تطوير استقلالية الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية (سعيد كمال عبد الحميد، ٢٠١٩، ٢٢٧)

فالعلاج الوظائفي هو وسيلة من وسائل العلاج التي تستخدم أنشطته لتحسين مهارات التواصل مع الآخرين، والتغلب على جوانب القصور أو العجز، وتحسين قدرته على أداء الواجبات والأعمال اليومية باستقلال بالحد من الاعتماد على الغير. (Wohlers،2020,10-12)

وقد قدم (The Merriaam-Websters Collegiate Dictionary) تعريفاً لست كلمات لفهم ماهية العلاج الوظائفي

مهنة: نشاط يرتبط به الفرد.

العلاج: علاج مرض أو إعاقة (عدم القدرة).

هدف: النهاية التي يوجه إليها الجهد.

النشاط الحالة أو الموضوع المشارك فيه.

الاستقلالية: الاعتماد على الذات.

وظيفة: الفعل الملائم لشخص على التحديد دون غيره O'Brien (O,2020,15) .

وسوف تتبنى الباحثة في هذه الدراسة تعريف الجمعية الكندية لأخصائي العلاج الوظيفي.

أهداف العلاج الوظيفي

يهدف العلاج إلى تطوير استقلالية الفرد في أداء الأعمال باستقلالية والحد من الاعتماد على الغير، وتحسين مهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى، وتحسين قدرات الفرد الشخصية والاجتماعية والمهنية، ودمج الطفل في مجتمعه، والتغلب على جوانب القصور أو العجز الناتج عن الإصابة Mason . (agatell،&2015, 33-34)

وتشير المنظمة الأمريكية للعلاج الوظيفي (AOTA) أن هدف العلاج الوظيفي يتمثل في أنه: تقييم فردي للشخص يتم من خلاله تحديد الأهداف العلاجية، وتدخلات مخصصة لتحسين قدرات الأفراد على أداء أنشطة الحياة اليومية، وتقييم النتائج للتأكد من تحقيق الأهداف المخطط لها وإجراء تعديلات على خطة العلاج إذا لزم الأمر، وتقييم شامل لمنزل الفرد المستفيد وبيئته كمكان العمل أو المدرسة، وتوصيات ضرورية لاستخدام الأدوات المساعدة والتدريب

علـــــى كيفيـــــة اســـــتخدامها (American Occupation Therapy Associatiation, 2018, 1)

ومن أهدافه التأهيلية التي تتمركز حول الإنسان، وتساهم فـــي وصـــول الفرد إلى أعلى درجة من خلال مشاركته بوظائفه اليومية (سمية حسين ملكاوي، ٢٠١٧ ٢٤) .

و أنه أحد العلاجات المهمة للأطفال ذوي التوحد من أجـــل مـــساعدتهم على تخطي إعاقتهم والانشغال بأعمال يحبونها ويقدرون على تحقيـــق النجـــاح فيها، ومن ثم تتحقق لهم الثقة فيقبلون على تحقيق الثقة لهم من برامج التـــدريب والتعليم المعدة لهم، ويقل انشغالهم بإعاقتهم (أسامه فـــاروق مـــصطفي، ٢٠١٩، ٢٠٩).

العلاج الوظيفي والتدخلات التعليمية والسلوكية:

تطوير استقلالية الفرد على أداء الواجبات والأعمال باستقلالية والحـــد من اعتماده على الغير وتحسين قدرات الشخصية والاجتماعية والمهنية ودمـــج الطفل في مجتمعة والتغلب علـــى جوانـــب القـــصور أو العجـــز النـــاتج عـــن الإصابة.(Bagatelle, &Mason ,2015,33 -34)

ويكمن دور العلاج الوظيفي كوسيلة علاجية تركز على مـــساعدة ذوي اضطراب التوحد، في تطوير مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومهـــارات التواصل والتتبع البصري، التي تهدف إلى زيادة التركيـــز لديـــه، والمهـــارات المعرفية، والإدراكية للوصول إلى أعلى درجات الاســـتقلالية وبالتـــالي الـــدمج المجتمعي الصحي (Larkin، 2016,524).

وتُعد البرامج القائمة على العلاج الوظيفي برامج وقائية تسهم في حماية أطفال التوحد من الصعوبات التي قد تحدث لهم أثناء النمو كما تساعد على التحكم في الذات عاطفيًا وجسديًا على حدٍ سواء، وبالتالي يتطور لديهم الثقه بالنفس وتكوين علاقات مع الأقران. ومن خلال الدراسات والأبحاث التي أجريت في مجال اضطراب طيف التوحد وجد أنه يتميز بالصعوبات المتعددة والخلل في الأداء الوظيفي لعمليات الانتباه والتركيز، والقصور الشديد في مهارات التآزر البصري الحركي لدى الطفل ذوى اضطراب التوحد. (قطب عبده خليل العطار حنور، ٢٠٢١، ٣٤٥)

العلاج الوظائفي عبر التكامل الحسي:

استخدام العلاج الوظائفي مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومعرفة تأثيره عليهم أكدت بعض الدراسات على أهميته، ومنها دراسة (Linet al , 2016) والتي تهدف إلى فاعلية المعالجة الحسية خلال العلاج الوظائفي في خفض حدة الاضطرابات الحس حركية المصاحبة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من (١٣) طفلاً متوسط أعمارهم (٤-٧) سنوات، وتم استخدام مقياس النتائج الحس حركي الطفولي واختبار مهام التأثر الحس حركي للأطفال، وأسفرت نتائج الدراسة عن أنه يجب الاهتمام بالعلاج الوظائفي والاهتمام بالاستثارة والمعالجة الحسية للمعلومات التي يتم استقبالها عن طريق الحواس للحصول على استجابات مناسبة، وبالتالي تنمو المهارات المختلفة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

لذا يجب الاهتمام بالتدخل العلاجي المبكر للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لدعم وزيادة اعتماد الطفل على الذات، وتحسين القدرات الوظيفية

عبر العديد من النماذج العلاجية وعلى رأسها العلاج الوظائفي. وتؤكد نتائج البحوث إلى أن العلاج الوظائفي يمثل علاجًا فعالاً في حالات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. فالآباء هؤلاء عادة يتخذون خيارات العلاج بدون معلومات كافية، كما يواجهون المشكلات في البناء والحفاظ على برامج العلاج. فبالرغم من عدم توافر المعلومات الكافية للآباء عن حالة أطفالهم إلا أنهم يقررون علاج أطفالهم معتمدين على المعالج الوظائفي حيث إنه يتمتع بمكانة متميزة لمساعدة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. فيستطيع تقديم المعلومات الحيوية حول العلاج القائم على الدليل، وتوفير المساعدة في تذليل العقبات التي تواجه العلاج المكثف ومن بينها اختيار أفراد فريق العمل، وتوفير الدعم المتواصل لأعضاء الأسرة

(Sunusi, C., Soetjiningsih, H., & Kristijanto, I ,2019,62)

الفئات التي يخدمها العلاج الوظيفي:

بالنسبة للحالات التي يقدم لها العلاج الوظيفي فيمكن أن تشمل:

الأطفال ممن يعانون من تأخر واضطرابات في النمو تعوق مهاراتهم الحركية والمعرفية والحسية.

الأطفال ممن لديهم صعوبات محددة تعوق قدراتهم الوظيفية والتنظيمية.

البالغون ممن تأثرت قدراتهم نتيجة لحوادث أو أمراض مزمنة.

المسنين ممن تضررت قدراتهم الوظيفية

الأطفال أو الكبار ممن لديهم إعاقات نفسية أثرت على وظائفهم اليومية.

الفئات والحالات التي يتناولها العلاج الوظيفي، ذكرت سمية حسين ملكاوي ثلاثة أنواع لحالات التي يستخدمها في العلاج الوظيفي وتندرج تحت ثلاثة عناوين رئيسية:

الحالات النفسية.

الحالات الجسدية العصبية.

الحالات النمائية.

التشابه والاختلاف بين العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي

العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي مجالان متكاملان، كل من المجالين يعمل فيهما مع فريق التأهيل ومع ذلك توجد بعض الفروق بينهما:

العلاج الوظيفي يركز على تحسين قدرة الفرد على أداء الأنشطة اليومية الحياتية، بينما العلاج الطبيعي يركز على تحسين القدرة الجسدية للفرد ليؤدي حركات جسدية.

يركز كل من العلاج الوظيفي والطبيعي على تحسين الصحة الجسدية والمهارات الحركية للفرد، بالإضافة إلى تركيز العلاج الوظيفي على المهارات المعرفية الإدراكية مثل: الوعي، الانتباه، التركيز، الذاكرة، المهارات المعرفية العليا، مثل: الوعي بالذات، التنظيم، إدارة الوقت، التخطيط، اتخاذ القرار ومهارات حل المشكلات.

كلاهما يعتمد على التقييم وتقديم خدمات علاجية لتحسين المهارات الحركية الحسية، مثل: التوازن، الوقوف، المشي، إدارة الألم المرتبط بالحالات

العصبية الجسدية، ويركز العلاج الوظيفي على تكامل المهارات الحسية الحركية (التكامل بين عمل الحواس الخمسة).

كلا المجالين يقدمان خدمات لذوي اضطراب التوحد، إلا أن العلاج الوظيفي يركز على أنواع أخرى من الإعاقات والإصابات مثل الإعاقات العقلية والسمعية والبصرية (Sarsak2020,7).

أهمية العلاج الوظيفي لذوي اضطراب طيف التوحد:

المرض العقلي يؤثر بشكل كبير على قدرة الفرد على المشاركة في أنشطة الحياة اليومية، ومن هنا يأتي دور العلاج الوظيفي في مساعدة ذوي التوحد البسيط لتطوير المهارات اللازمة للعيش بشكل مناسب (2013، AOTA) (Scheinholtz,2010, 12). وتقدم برامج العلاج الوظيفي المساعدة بالعديد من الأشكال، ومنها: تعزيز برنامج العناية الصحية بالمدارس، تسهيل تطور الكتابة في عمر المدرسة، تعزيز المهارات الوظيفية للأطفال ممن لديهم إعاقات تطورية، توفير العلاج الفردي لمن لديهم مشكلات معالجة حسية، وتلبية الاحتياجات النفسية والاجتماعية للطفل وتعليم استراتيجيات التعامل الفعالة وهذا ما أسفرت عنه دراسة (Andrea & Blackwell، 2018) والتي أكدت على دور العلاج الوظيفي في تحسين ممارسة الصحة العقلية في المدارس، والدور الفعال لإخصائي العلاج الوظيفي في تعزيز الصحة النفسية والعقلية والتدخل في المدارس.

إن الهدف الرئيسي للعلاج الوظيفي في الصحة النفسية هو دعم وتطوير مهارات الأطفال وتوفير الدعم المطلوب لهم كي يعيشوا باستقلالية و إنتاجية قدر الإمكان، (Uruma et al., 2019,611) (Ahn،2019,611)، وتحسين جودة

الحيـــاة بـــشكل عـــام (Yang et ،. 2 ١٥٠٣ Mcqueen, 2014:183) al,2020,1503) ويمكن أن يحدث ذلك من خلال تدخلات العلاج الوظيفي التي تؤدي إلى التكيف مع البيئة وتعديل المهام وتعلم المهارات وتوعية الفرد وأسرته من أجل زيادة المشاركة وأداء الأنشطة اليومية وخاصة الأنشطة ذات المعنى له (AOTA، ٢٠١٨). وهناك كثير من الأدلة على نجاح التدخل بالعلاج الوظيفي في تحسين مخرجات كثير من الأطفال ذوي التوحد. ويمكن أن يحـــدث التـــدخل في مجالات التعليم والعمل والتدريب على المهارات، والصحة والعناية بالـــذات، والتأهيل المعرفي والتكيف،AOTA 2020). ففي دراســـة (Schaaf, ,2019 Benevides & Hunt)، ودراســـة (Zaharescu & Osiceanu 2017)، ودراسة (Fabrizi ,2016) يظهر التأثير الايجابي للعلاج الوظيفي في تحسين السلوك التكيفي، وزيادة المشاركة في المنزل وأنشطة الأسرة، بالإضـــافة إلـــى تحسين احترام الذات وتقليل السلوك العدواني لدى التوحد. أما دراسة (Apetrei et al, 2018)، ودراســـة (Novak, I. &Haron, I، 2019)، ودراســـة (Mahoney et al.، 2016) فقد كشفت نتائجها عن فاعلية العلاج الوظيفي في تحسين مشاركة ذوي التوحد في أنشطة المجتمع، وتحسين مهـــاراتهم الحياتيـــة، وتحسين مستوى الاستقلالية وجودة الحياة.

ويساعد العلاج الوظيفي كل الأعمار – ومنهم الأطفال من ذوي التأخر النمائي أو من لديهم مشكلات عقلية أو جسدية تؤثر على نموهم – على تحسين حركتهم ومعالجتهم الحسية والتواصل، ومهارات اللعب. كما يحـــسن الحركـــات الدقيقة والكبيرة. ويساعد أيضًا الأطفال الذين يعانون من قصور فـــي مهـــاراتهم اليومية. وكل تدخل يصمم بما يتناسب مع احتياجات الطفـــل. (Sarsak 2019, Jasmin et al2017), (Sarsak, 2020a)

ويظهر دور العلاج الوظيفي جليا فيما يخص ذوي التوحد في تحسين مهارات التواصل اللفظى وغير اللفظى، وزيادة السلوك التكيفي الإيجابي، وتحسين التطور الأكاديمي والمدرسي بشكل عام، و أيضا في استخدام الموارد والمهارات والقيم المتاحة لإعداد التدخلات الفردية والجماعية. (AOTA, 2014)

وتساهم تدخلات العلاج الوظيفي في تعزيز الصحة العقلية للأفراد ويتمثل ذلك في:

حالة عاطفية إيجابية مثل: (الشعور بالرفاهية والسعادة).

حالة نفسية واجتماعية إيجابية مثل القبول الذاتي، العلاقات المرضية، ضبط النفس.

المرونة في مواجهة الشدائد والقدرة على مواجهة ضغوطات الحياة (Burson et al.،2017,711)، ويظهر ذلك التأثير للعلاج الوظيفي في دراسة (Ikiugu et al.، 2017)، ودراسة (Fabrizi، 2016) التي أوضحت تحسناً في الأداء الوظيفي و الصحة والرفاهية والمرح لدى الأطفال ذوي التوحد.

دور العلاج الوظيفي في تحسين التواصل لدى أطفال التوحد:

يؤدي العلاج الوظيفي دورًا فاعلاً في تطوير استقلالية أطفال التوحد من خلال تحسين قدراتهم على أداء المهام اليومية، والوصول بهم إلى الدمج المجتمعي المقبول (Mason & Bagatell ، 2015,33).

وتطبيق العلاج الوظيفي مع أطفال التوحد يهدف الى استبدال السلوكيات السلبية المعيقة للأداء المهام الحياتية إلى سلوكيات إيجابية تكيفيـــة، أي التركيـــز على ما يلي:

الحد من السلوكيات السلبية.

زيادة السلوكيات الإيجابية الكيفية.

النجاح الأكاديمي والمدرسي.

استغلال الإمكانات والمهارات المتوفرة لدى الطفل قدر المستطاع (Wohlers، 2020,18-19).

يساعد العلاج الوظيفي الطفل ذوي التوحد البسيط أن يـــتقن المهـــارات الوظيفية الدقيقة لكي يتمكن من الحياة بطريقة مستقلة مثـــل: الحركـــات الدقيقـــة اللازمة للكتابة والتأهيل المهني، وتنمية التآزر الحركـــي – البـــصري، وتنميـــة مهارات الحياة (فوزية عبد الله الجامدة، ٢٠١٣، ٢٩٨) .

العلاج الوظيفي يقدم أنشطة تحفز الأنظمـــة المـــسئولة عـــن اخـــتلال الوظائف وتحسين العجز الذي تم تحديده من خلال التقييم الأولي. يتضح ذلك في دراســـة Wuang, Ho، & , 2005). (Kottop Hallgern),(Su,2013 Kottorp & Fisher, 2003),(Hallgren & Bernspangهدفت إلى فاعليـــة العلاج الوظيفي لتحسن أنشطة الحياة اليومية لدى أطفال التوحد.

توصيات مقترحة تشمل كيفية الاستفادة من العلاج الوظيفي في تحسين مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي

توظيف هذا البرنامج ليكون صالحاً للاستخدام في العديد من المؤسسات المختلفة كعيادات الإرشاد النفسية ومراكز التأهيل والمؤسسات السلوكية المختلفة.

يجب أن تشارك الأسرة في تدريب الطفل لأن للأم الدور الأكبر في تطوير لغة الطفل، فالوقت الذي تمضيه مع الطفل هو الأطول والأفضل لتعليمه المفردات وإكسابه اللغة بالطريقة الطبيعية.

يجب التحدث بعبارات وجمل قصيرة بسيطة وتفادي استخدام كلمات مفردة بل ادراجها في جمل قصيرة وذلك يجعلها مفهومة أكثر بالنسبة للطفل.

(أ) توصيات خاصة بالعاملين فى مجال ذوى اضطراب طيف التوحد:

عمل دورات تدريبية لمعلمي الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد وأخصائي التخاطب العاملين معهم لتبصيرهم بالخصائص النفسية والاجتماعية واللغوية لهذه الفئة من الأطفال لأن ذلك شأنه من أن يساهم في تحديد البرامج التربوية والتأهيلية والارشادية المناسبة لاحتياجاتهم وقدراتهم وإمكانياتهم.

عقد دورات تدريبية للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين بمدارس ومراكز تأهيل ذوي الاحتياجات الخاصة من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد لتبصيرهم بضرورة الاستفادة من تقنيات التدريب على العلاج الوظيفى، ومدهم بكل جديد فى مجال الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد

لابد من تدريب الأخصائيين النفسيين وأخصائي التخاطب والمعلمين على كيفية إعداد برامج إرشادية وتدريبية تساعد الاطفال ذوى اضطراب طيف التوحد على التحسن والتعايش إلي حد كبير في المجتمع بدلاً من الانطوائية والعزلة عن العالم المحيط من خلال تأهيلهم بالطرق المختلفة.

عمل حقيبة ارشادية لأسر الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد تتضمن طرق التعامل مع هؤلاء الاطفال وسبل مواجهة المشكلات التي تطرأ على حياة الطفل و تقديم الطرق المثالية للتعامل مع هذه المشكلات.

ضرورة التدخل المبكر لحماية الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد لما يتعرضون له من مشكلات صحية وانفعالية ونفسية واجتماعية من منطلق إمكانية التخفيف من آثار الإعاقة إذا ما تم اكتشافها وعلاجها في وقت مبكر من حياته.

ضرورة التعاون بين الاخصائيين والمهنيين والأخذ بفريق العمل المتكامل سواء في التشخيص او العلاج.

ضرورة تضافر الجهود التربوية والنفسية والصحية في سبيل تأهيل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

(ب) توصيات خاصة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

ضرورة مراعاة الفروق الفردية في البرامج المقدمة لهذه الفئة من الأطفال من حيث تخطيطها وتنفيذها لتحقيق الرعاية الفريدة لكل طفل على حده.

ضرورة الاهتمام والتركيز على مبدأ التعزيز والتحفيز فى تعليم هؤلاء الأطفال.

ضرورة الاهتمام بفئة الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد وإنشاء فصول خاصة بهم وعمل برامج خاصة لهم واستراتيجيات تعليمية وتربوية على أسس علمية وموضوعية تراعى هؤلاء الأطفال وسمات شخصيتهم، وتتيح لهم فرص نمو طبيعي.

توفير فريق عمل متكامل ليتولى هذه الفئة من طبيب أطفال، طبيب نفسي ، أخصائي نفسى إلى جانب المدرسة والأسرة .

الاعتماد على نقاط القوة لدى كل طفل كحالة فردية حتى يتم تقديم العلاج المؤثر لديه

(ج) توصيات خاصة بأسر الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد:

لابد من عقد دورات توعية لأسر الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد تهدف إلى تقبل الإعاقة، مما يؤدى إلى تقليل الضغوط النفسية التي يعانون منها نتيجة لوجود طفل من الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد في الأسرة .

ضرورة إشعار الطفل ذوى اضطراب طيف التوحد بالتقبل والحب ممن حوله في الأسرة والمدرسة والمجتمع لما للتقبل الاجتماعي من دور كبير في تحقيق نمو التوازن الانفعالي، وخاصة تقبل الوالدين.

يجب تقليل النقد واللوم الموجه للطفل ذوى اضطراب طيف التوحد وخاصة أمام الآخرين ، بل التماس التصرفات الإيجابية في سلوكه ومدحه والثناء عليه حتى ينتزع من نفسه أحاسيس الخوف والقلق.

ضرورة اشراك الوالدين و الأسرة في البرامج المقدمة لطفلهم من خلال المتابعة المستمرة للطفل و تقديم الحلول للمشكلات التى تطرأ على الطفل .

المراجع العربية

أحمد الدوايدة. (٢٠٠٩). برنامج تدريبي للأطفال التوحديين قائم على النظرية السلوكية وقياس أثره في تنمية مهارات السلوك اللفظي وخفض المشكلات السلوكية لديهم، **رسالة دكتوراة**، كلية التربية، جامعة عمان العربية، الأردن .

أسامة فاروق مصطفى (٢٠١٧). فعالية برنامج قائم على العلاج الوظيفي لتنمية الحركات العضلية الدقيقة في خفض السلوكيات النمطية التكرارية لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد، **مجلة التربية الخاصة**، مركز المعلومات التربوية والنفسية والبيئية، كلية علوم الإعاقة والتأهيل، جامعة الزقازيق، (١٧)، ٢٠٢- ٢٥٢.

أسامة فاروق مصطفى (٢٠١٩)أهمية تقنيات الواقع الافتراضي لمعلم التربية الخاصة في تنمية المهارات الحياتية لأطفال اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء الوظيفي العالي.مجلة علوم ذوي الاحتياجات الخاصة ، كلية علوم ذوي الاحتياجات الخاصة ، جامعة بني سويف ، ١(١)، ٦٨ – ٩٠

أسماء عبد اللطيف (٢٠١٥) تحسين انتباه استجابات التواصل لدى أطفال التوحد باستخدام برنامج معرفي إلكتروني، **رسالة ماجستير**، قسم الدراسات العربية، كلية الآداب والتربية، جامعة كامبريدج.

أماني حسن. (٢٠١٣). تأثير التعرض للأغاني في تنمية بعض مهارات التواصل لدى الأطفال الذاتويين، **رسالة ماجستير**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

بطرس حافظ .(٢٠١١) . **إعاقات النمو الشاملة**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

جمال عطية فايد (٢٠٢١). **أصول وتاريخ برنامج التتش**، القاهره:مكتبه الأنجلو المصريه ٣٩٠-٣٩١

جمال عطية فايد (٢٠٢١). **قضايا واتجاهات معاصره في سيكولوجيه ذوي الاحتياجات الخاصه**، القاهره: دار زهراء الشرق للنشر.

راندة المومنى (٢٠١١). بناء برنامج في التعزيز الرمزى وقياس أثره في تحسين مهارات التفاعل الرمزى والتواصل لدى عينة من أطفال التوحد في دولة الإمارات العربية المتحدة، **رسالة دكتوراه**، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، الأردن.

رحاب الله السيد (٢٠١٥). برنامج باستخدام الكمبيوتر لتنمية الانتباه والإدراك عند الطفل الذاتوي وأثره على بعض الوظائف المعرفية لديه، **رسالة دكتوراه**، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

رضا عبدالستار كشك (٢٠٠٧). فاعلية برنامج تدريبي بنظام تبادل الصور في تنمية مهارات التواصل للأطفال التوحديين. **رسالة دكتوراه غير منشورة**، كلية التربية جامعة الزقازيق.

سامر الحساني. (٢٠٠٥). فاعلية برنامج تعليمي باللعب لتنمية مهارات الاتصال اللغوي عند أطفال التوحد، **رسالة ماجستير**، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

سري رشدي (٢٠١٠). **التقييم والتشخيص في التربية الخاصة**، الرياض: دار الزهراء .

سعيد كمال عبد الحميد (٢٠١٩)فعالية برنامج قائم على الرسوم المتحركة في تنمية الانتباه البصري والفهم اللفظي لذوي اضطراب التوحد، **مجله كلية التربية جامعة أسيوط**، كلية التربية ١٦١ –٢١٣

سمية جميل (٢٠١١). **مشاكل الأطفال العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة وعلاجها**، القاهرة: عالم الكتب للنشر.

سمية حسين ملكاوي (٢٠١٧). **مقدمة في العلاج الوظيفي**، الأردن: المكتبة الوطنية.

سهى أحمد أمين نصر (٢٠٠١) مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة ، جامعة عين شمس

سيمون كوهين، باتريك بولتن (٢٠٠٠). **حقائق عن التوحد**، ترجمة عبد الله إبراهيم الحمدان، الرياض: أكاديمية التربية الخاصة.

عادل عبد الله محمد (٢٠٠٤). **الإعاقات العقلية**، القاهرة: دار الرشاد للطباعة والنشر والتوزيع.

عادل عبدالله، إيهاب عزت عاطف . (٢٠٠٨). فعالية العلاج بالموسيقي في تحسين مستوى نموهم اللغوي، **جمعية أولياء أمور المعاقين الملتقي الثامن للجمعية الخليجية للإعاقة**، ١٥٨-١٣٩.

عبد الرقيب أحمد البحيري، محمود محمد إمام(٢٠١٩). **اضراب طيف التوحد (الدليل التطبيقي للتشخيصي والتدخل العلاجي)**، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي (١٩٩٢). **قاموس التربية الخاصة وتأهيل غير العاديين**. القاهرة: الأنجلو المصرية.

عزة جمال (٢٠١٧) فاعلية برنامج HELP لتنمية مهارات التواصل الأجتماعي والعناية بالذات لدى الأطفال الذاتويين، **رسالة ماجستير**، كلية التربية الطفولة المبكرة، جامعة القاهرة.

عمر بن الخطاب خليل عبد اللطيف (٢٠٠١). الأساليب الفعالة في علاج التوحد، **مجلة معوقات الطفولة**، جامعة الأزهر، ١٧-٧٢.

فاروق صادق .(٢٠٠٣) . تنوع حالات التوحد في ضؤ التشخيص، دورة تدريبية، مركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس.

فاطمة أحمد. (٢٠١٨). أثر برنامج إرشادي للوالدين قائم على استراتيجية منح السيطرة والتحكم في تحسين مهارات التفاعل الأجتماعي لدي أطفالهم ذوي اضطراب طيف الذاتوي، **رسالة ماجستير**، كلية التربية، جامعة أسيوط.

فراس أحمد . (٢٠١٤). أثر برنامج تدريبي مستند على التحليل السلوكي التطبيقي في تنمية المهارات التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطرابات التوحد في مكة، مجلة كلية التربية، جامعة الأزهر، ٣، (١٠٨)، ٩٠-٥٥.

فوزية عبد الله الجلامدة (٢٠١٣). **اضطربات التوحد في ضوء النظريات (المفهوم، التعليم، المشكلات المصاحبة)**، الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

فوزية عبدالله .(٢٠١٢). **مصطلحات ونصوص بالإنجليزية في التربية الخاصة**، الرياض:دار الزهراء.

قطب عبده خليل (٢٠٢١).فعاليه برنامج قائم على العلاج الوظيفى لتحسين التآزر الحس حركى لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد، **مجله كليه التربيه**، جامعه كفر الشيخ، كليه التربية ٣٤١-٣٧٠

محمد رضا السيد محمد (٢٠١٨) . السلوك اللفظى لدى الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد – الذاتوية، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية .

محمد كامل. (٢٠٠٥). **من هم ذوو الأوتيزم وكيف نعدهم للنضج**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .

محمد محمود إمام .(٢٠١٦). فاعلية برنامج تدريبي قائم على نظام التواصل الزيادي – البديل في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى

الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، **مجلة كلية التربية**، جامعة أسوان (٢٨)، ٤٣٤ – ٤٨٠.

هالة كمال الدين .(٢٠٠١). تصميم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال المصابين بأعراض التوحدية، **رسالة دكتوراة**، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس

هديل الشوابكة. (٢٠١٣). فاعلية برنامج تدريبي سلوكي في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد في مراكز التربية الخاصة في عمان، **رسالة** ماجستير، جامعة عمان العربية، كلية العلوم التربوية النفسية.

هشام عبد الرحمن الخولى (٢٠٠٨).**الأوتيزم التوحد الإيجابية الصامتة استراتيجيات لتحسين أطفال الأوتيزم**، القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية.

وفاء على الشامي (٢٠٠٤ – أ) خفايا التوحد أشكاله، أسبابه، وتشخيصه، الكتاب الأول الرياض: مركز جدة للتوحد، .

وفاء على الشامي (٢٠٠٤ب): **علاج التوحد، الطرق التربوية والنفسية والطبية**. الكتاب الثالث، الرياض:مركز جدة للتوحد .

المراجع الأجنبية

Ahn, S. (2019). Effectiveness of occupation-based interventions on performance's quality for hemi paretic stroke in community-dwelling: A randomized clinical trial study. Neuro Rehabilitation, 44, 275– 282.

American Occupational Therapy Association (2018). Board and specialty certifications. Retrieved

American Occupational Therapy Association (AOTA)(2014). Occupational Therapy practice framework: Domain and process (3.). American Journalo of Occupational Therapy, 68(1),1-48.

American Occupational Therapy Association(AOTA). (2020). About Occupational Therapy. Retrieved 6/3/2019 from https://www.aota.org/About-Occupational-Therapy.aspx

American Occupational Therapy Association. (2013). Occupational therapy's role in community mental health. Bethesda, MD: AOTA Press.

American Psychiatric Association (2004).Diagnostic and Statisical Manual For Mental Disorders .(4th ed) Washington, DSM IV: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (APA). (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5thed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Apetrei,L.A.,Irsay,L.,Boda,M., Ungur,R.,Onac, I. &Ciortea, V.(2018). The role of occupational therapy in children with Dow's syndrome. Palestrina of the third millennium- civilization and sport, 19,(2),81-85.

Bagatell, N. & Mason, A.(2015). Looking Backward, thinking forward: Occupathonal Therapy and Autism spectrum Disorders. OTJR,35(1),3441.

Blackwell P. Andrea , M. A. (2018). Sensory processing in children with autism spectrum disorders and impact on functioning. Pediatric Clinics, 59(1), 203-214.

Burson, K., Fette, C., Orentlicher, M, M., Precins, P. J., Roush, S. N. & Kannenberg, K. (2017). Mental health Promotion, prevention and intervention in occupational practice. American Journal of Occupational Therapy. 64(6), 711-719.

Catherine, A & Marjorie, H. (2014). Increasing the Athletic Group Play of Children with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44, (1), 41

Danielle ,C ; Susan, V ; Batista, M;Jacqueline, N; Kristin, V; &Cheryl, A:(2010). Communication, interventions, and scientific advances in autism, A commentary. Physiology & Behavior100,(3),268,276.

Danielle, M.(2016). Music Therapy as a Treatment for Children with Autistic Spectrum Disorder. Master of Science in Art Administration, Drexel University.

Dela , W; Noens, 1; Kuppens, S;Spilt, J, Boets, B& Steyaert, J.(2015). Measuring quantitative autism traits in families: informant effect or intergenerational transmission?, Eur Child Adolesc Psychiatry.24,(4),385-395.

Fabrizi, S.,Ilto, M.A.&Winton, K.(2016). Effect of occupational therapyLed playgroups in eary intervention on child playfulness and caregiver responsiveness: A repeated- measures design. A**merivan Janral of occupational therapy**.7(2),1-9.

Halahan, D ; Kauffman, J& Paige, P. (2002). Exceptional Learner, An Introduction to Special Education. (8th ed), Boston.

Hällgren M, & Kottorp A. (2005). Effects of occupational therapy intervention on activities of daily living and awareness of disability in persons with intellectual disabilities. Australian Occupational Therapy Journal, 52(4), 350–359.

Ikiugu, M. N., Nissen, R. M., Bellar, C., Maassen, A. & Peurssem, K. V. (2017). Centennial topics-clinical effectiveness of occupational therapy in mental health: A meta-analysis. American Journal of Occupational Therapy,71(5), 710510020.

Jasmine, E., Gaythier, A., Julien, M. & Hui, C. (2017). Occupational therapy in preschools: Asynthesis of current knowledge. Early Childhood Educed J, 46, 73-82.

Joanne M & Ann, M. (2019).Your Child with Autism: When is Augmentative and Alternative Communication (AAC) an Appropriate Option? Exceptional Parent, 38,(4),28–30.

Jodi,E ; Joel, E; Kristina,K; Anna, c& Karl ,F:(2013).Using a behavioral skills training package to teach conversation skills to young adults with autism spectrum disorders . Research in Autism Spectrum Disorder ,7,(2),411-417.

Kattorp A, Hallgren M, Bernspang B, & Fisher AG. (2003). Clientcentred of an intervention Programme in

ativites of daily living tasks. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 10(2),51-60.

Kjellmer,L; Hedvall, A; Fernell, E & Gillberg,C.(2012). Language and communication skills in preschool children with autism spectrum disorders: Contribution of cognition, severity of autism symptoms, and adaptive functioning to the variability, Research in Developmental Disabilities, 33,(1), 172–180.

Larkin, W., Hawkins, R. O., & Collins, T. (2016). Using trial-based functional analysis to design effective interventions for students diagnosed with autism spectrum disorder. School Psychology Quarterly, 31(4), 534.

Lin, T & Rogers, S. (2016). Non-verbal communication skills in young children with autism. Journal Autism Developmental Disorders ,38,(10), 1898–1906.

Lindsay, M & Vilayanur ,S.(2017). The Simulating Social Mind: The Role of the Mirror Neuron System and Simulation in the Social and Communicative Deficits of Autism Spectrum Disorders. the American Psychological Association, 133,(2), 310 – 327.

Lisa, J.(2018). In Autism, Speech and Communication Are Not the Same thing Communication is Much More Than Speech.very well health.

Mahoney, W., Roberts, E., Bryze, K. & Kent, J. (2016). Occupational Engagement and Adults with.

Inetellectual Disabilities. The Amerian Journal of occupational Therapy , 70 (1), 1-6.

Marume F, Bronwyn G, Hilary W. (2017). Social orienting and joint attention in preschoolers with autism spectrum disorders: PLoS One. 2017; 12(6). e0178859.

McQueen, J.(2014). Creek's occupational therapy and mental health.British Journal of Occupational Therapy, 77(12) 634-647.

Milagros, F; Carmen, P; & Omar,C. (2015). Lead Excretion in Spanish Children with Autism Spectrum Disorder. Brain Sciense,5,(1),58–68.

Novak, I. &Haron, I. (2019). Effectiveness of pediatric occupational therapy for children with disabilities: A systematic review. Occupational Therapy Jouranal, 66, 258- 273.

O'Brien, J.(2020). Introduction to Occupational Therapy. 4th Edition United States Of Americe. USA: El Sever Mosby.

Osiceanu, M& Zaharesu,.(2017). Occupational Therabilities. Clin Exp Psychol, 3:3.

Preston ,D & Carter, M. (2019). A Review of the Efficacy of the Picture Exchange Communication System Intervention, Journal of Autism and Developmental Disorders, 10,(39), 1471-1486.

Rebecca ,J; Elizabeth ,A; Alden ,L; & Faherty ,A.(2017). Developmental Trajectories in Children with and Without Autism Spectrum Disorders: The First 3 Years. Child Development , 84,(2), 429–442.

Samson, A ; Dougherty, R. ; Lee, 1 ; Phillips, J ; Gross, J & Hardan, A. (2016). White Matter Structure in the Uncinate Fasciculus: Implications for Socio-Affective Deficits in Autism Spectrum Disorder. Psychiatry Research: Neuroimaging, 30,(255),66–74.

Sarsak, H. (2019). Occupational therapy: From A to Z. HSOA Journal of Community Med Public Health Care, 6(4), 6-59.

Sarsak, H. (2020). Applied occupational therapy for major depressive disorder: clinical case report. MOJ Clinical& Medical Case Reports, 10(2),31-34.

Schaaf,R., Hunt, J.& Benevides, T.(2019). Occupational therapy using sensory integration to improve participation of a child with autism: A case report Occupational therapy, 66(5),1-9.

Scheinholtz, M. (2010). Occupational therapy in mental health: Considerations for advanced practice. Bethesda, MD: AOTA Press.

Scott, J ; Clarck, C ; & Brady, M. (2019). Student with autism Characteristics and instructional programming, Wads worth.

Scott, J., (2016). Students with autism characteristics and instructional programming for special educators. Singular publishing group, Inc

Siegel, B. (2007). Helping Children with Autism Learn Treatment approaches for parents and professionals, university of California

Sunusi, C., Soetjiningsih, H., & Kristijanto, I. (2019). Communication Ability and Verbal Communication Apprehension of Senior High School Adolescents with Intellectual Disability. Research Based on Picture Exchange Communication System (PECS) and Measure of Elementary Communication Apprehension (MECA). ANIMA Indonesian Psychological Journal, 34(3), 163-174.

Uruma, M., Momosaki, R., Chono, M., Fukumoto, M., Watanabe, T., Nakamura, M., & Abo, M. (2019). Effectiveness of acute in-hospital occupational therapy for older patients with hip fracture. Geriatrics and Gerontology International, 19, 611-615.

Wing, L. (1996). Autistic spectrum disorders. B M J, 312 ,(7027),327– 328.

Wohlers, N. & Stephenson, B. (2020). What Is The Most Effective Occupational Therapy Intervention to Use Whith Children Who Have Spectrum Disorder and Sensory Under- Responsivity In An Inclusive Classroom? Master, The College If St. Schoastica Duiuth.

Wong, C., Odom, S., Cox, A., (2015). Evidence-based practices for children, youth, and young adults with autism spectrum disorder: A comprehensive review, Journal of Autism and Developmental Disorders, 45: 7, pp. 1951-1966.

Wuang YP,HO GS,&Su CY.(2013). Occupational therapy hom program for children with intellectual

disabililties:a randomized, controlled taial. Research in Developmental Disabililties, 34(1), 528-537.

Yang, S. Y., Wang, J. D., & Chang, J. H. (2020). Occupational therapy to improve quality of life for colorectal cancer survivors: A randomized clinical trial. Supportive Care in Cancer,28,1503–1511