



האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת  
The Israeli Speech Hearing and Language Association  
www.ishla.org.il      ishla@017.net.il

פברואר 13

אבחון וטיפול קלינאי תקשורת בילדים על הספקטרום האוטיסטי  
(ASD – Autistic Spectrum Disorder)

### נייר עמדה

הפרעה על הרצף האוטיסטי ASD – Autistic Spectrum Disorder היא הפרעה נירוביולוגית התפתחותית, המאופיינת בפגיעה ביכולת לפתח יחסים בינאישיים, ביכולת ליצור תקשורת מילולית ובלתי-מילולית, ובקיום תחומי עניין והתנהגות חזרתית (1). בשנים האחרונות, חלה עליה משמעותית בשכיחות של אבחון הרצף האוטיסטי, והיא עומדת כיום על 1:100-150 (2,3).

העלייה בשכיחות ההפרעה צפויה לגרום לכך שבשנים הבאות יותר ילדים ומבוגרים על הספקטרום האוטיסטי ידרשו לשירותי מערכת הבריאות.

עבודות רבות שעקבו אחר ילדים על רצף האוטיזם שעברו טיפול מתארים שחל שיפור משמעותי בתפקודם (4,5). בעבודות רבות מודגש שהתערבות טיפולית אינטנסיבית ומוקדמת היא היעילה ביותר מכיוון שהיא מאפשרת ניצול של הפלסטיות של המח ויכולה לגרום לשינויים במערכת העצבים המרכזית (6,7,8). הליקוי התקשורתי-שפתי מהווה תסמין מרכזי בהפרעה האוטיסטית ומשפיע על תחומי תפקוד רבים. כבר בגיל הינקות ניתן לראות איחור בפיתוח מיומנויות תקשורתיות בסיסיות כמו יצירת קשר עין, יצירת קשב משותף, הבנה והבעה של הבעות פנים והעדר שימוש במחוות. בשלב מאוחר יותר עלול להופיע איחור בהתפתחות הבנה והבעת שפה המתבטאים באיחור או העדר של הופעת מילים ראשונות וצירופי מילים על פי הרצף ההתפתחותי. גם בקרב ילדים המפתחים שפה אופייניים חסר במיומנויות תקשורתיות (פרגמטיקה) כמו שאלת שאלות, הצהרת הצהרות לצורך שיתוף, ניהול דו-שיח הדדי, יזימה של שיח, ואחרים. לצד האיחור/ חסר במיומנויות תקשורתיות ושפתיות עלולים להופיע מאפיינים לקויים של שפה חזרתית, סטראוטיפית, שימוש במילים עצמיות אדיוסינקרטיות, ציטוטים ומאפיינים פרזודיים לקויים (9).

לקלינאי התקשורת מומחיות ייחודית ובקיאיות בתהליכי התפתחות תקשורתיים ושפתיים אופייניים ושאינם אופייניים להתפתחות הטיפוסית (התקינה). לפיכך, לקלינאי התקשורת תפקיד מרכזי באבחון וטיפול בפעוטות, ילדים, מתבגרים ומבוגרים בספקטרום האוטיסטי. קלינאי התקשורת מעורב בתהליך האבחון של אנשים על רצף האוטיזם ובבניית תכניות טיפוליות מגוונות הכוללות: קביעת מטרות הטיפול, עריכת סדרי עדיפויות, ובחירת אסטרטגיות ההתערבות. המומחיות של קלינאי התקשורת באה לידי ביטוי בטיפול במגוון תחומים:

א) בתחום התקשורתי – בקרב ילדים צעירים שאינם מדברים תפקידו של קלינאי התקשורת הוא לפתח יכולות תקשורתיות קדם מילוליות כ"קשב משותף", שימוש במחוות, פעילות משותפת עם מבוגר ואחרות. עבור ילדים שרכשו שפה קלינאי התקשורת מעודד הרחבת השימוש בכוונות תקשורתיות מילוליות ושאינן מילוליות, ופיתוח היכולת להבין ולהשתמש בשפה מילולית ובלתי-מילולית בהקשרים חברתיים. עבור ילדים, בוגרים ומבוגרים שאינם מצליחים לרכוש שפה מילולית קלינאי התקשורת משתמש בטכניקות מגוונות של תקשורת חליפית תומכת (תת"ח) כמו שימוש מכשירי פלט קולי, איפדים ואביזרים אחרים. שימוש בתת"ח מאפשר תקשורת עם הסביבה גם בהעדר יכולת דיבור.

ב) בתחום השפתי – קלינאי התקשורת אחראי לשיפור יכולות הבנת השפה והבעת השפה, פיתוח היכולת הסמנטית (רכישת המשמעות ואוצר-מילים), היכולת הדקדוקית והיכולת התחבירית. הרחבת היכולת לנהל שיחה עם מגוון אנשים ובמגוון מצבים חברתיים, היכולת להשתמש בשפה ותקשורת בחיי היום יום להשגת מטרות חברתיות ולימודיות בהתאם לרמתו השפתית של המטופל.

ג) בתחום הדיבור – תפקידו של קלינאי התקשורת הוא בשיפור של הפקת הדיבור, יכולות ההגייה, הפרוזודיה כולל עוצמת הקול, איכותו ושטף הדיבור להשגת דיבור מובן.

עדויות קליניות מראות שילדים ומבוגרים על הרצף האוטיסטי מפיקים תועלת רבה מתהליכי אבחון וטיפול הניתנים על-ידי קלינאי תקשורת (10). קלינאי התקשורת משתמש במגוון שיטות ואסטרטגיות טיפוליות על מנת להשיג את המטרות הטיפוליות. דרכי הטיפול הן ייחודיות למקצוע זה ודורשות הכשרה ומיומנות.

על פי כל האמור לעיל, ישנה חשיבות רבה לכך שהאבחון והטיפול בתחומי התקשורת, השפה והדיבור יעשו על ידי קלינאי תקשורת בוגרי תוכניות אקדמאיות. הכשרתם של קלינאי התקשורת בתכניות אלה כוללת ידע נרחב אודות, הבסיס הניורובילוגי והפסיכולוגי של התפתחות תקשורת שפה ודיבור, מהלך ההתפתחות התקין, ואודות הלקויות בתחומים אלה.

תוכניות הלימודים כוללות מידע מקיף אודות תהליכי אבחון ואסטרטגיות טיפוליות במצבים פתולוגיים מגוונים.

המלצות:

(א) שילוב קלינאי התקשורת בכל מערך טיפולי של פעוטות ילדים או מבוגרים על הרצף האוטיסטי. תכנית טיפולית, שאיננה כוללת התערבות טיפולית של קלינאי תקשורת לוקה בחסר ואינה עונה למכלול הצרכים הייחודיים של הילד בתחומי התקשורת, השפה והדיבור.

(ב) כפי שנמצא, ישנה משמעות לאינטנסיביות של הטיפול בילד על רצף האוטיזם. לפיכך, כל ילד המאובחן על הרצף האוטיסטי יקבל טיפול פרטני של קלינאי תקשורת בתדירות של לפחות פעמיים בשבוע. יש לאפשר לקלינאי התקשורת להיות בקשר רצוף עם משפחתו של הילד, עם המטפלים מתחומי הטיפול הנוספים ועם הצוות החינוכי במסגרת בה הילד לומד, על-מנת שתושג הכללה אופטימאלית של יכולותיו של הילד למגוון הקשרים. אנשי הצוות שעובדים עם הילד באופן רציף (גננות, סייעות, מתאמות שילוב ואחרים) יונחו על ידי קלינאי התקשורת לגבי מטרות הטיפול והדרכים להשגתם ויתרגלו עם הילד את המטלות במהלך השבוע.

(ג) יש להקפיד כי כל אוכלוסייה המאובחנת עם לקות על הרצף האוטיסטי תזכה להקצאת משאבי אבחון וטיפול של קלינאי תקשורת. הדבר נכון הן לאוכלוסיית הפעוטות והילדים מרגע הגילוי, והן לאוכלוסיית המתבגרים והמבוגרים.

(ד) מומלץ להרחיב את התקנים לקלינאיות תקשורת לעבודה עם ילדים, מתבגרים ומבוגרים. במיוחד בולט החוסר בקלינאיות לילדים על הרצף האוטיסטי בגיל בית הספר. קיימים מוסדות ייעודיים לאוכלוסיית ילדי בית ספר ומתבגרים עם אוטיזם אשר אין להם תקן לקלינאית או שיש להם תקן למספר שעות מצומצם שאינו מאפשר טיפול אפקטיבי. אשר למענה הטיפולי בבוגרים – הוא ניתן היום על ידי צוות מדריכים ללא שילוב של קלינאי תקשורת בצוות.

(ה) בשל העלייה בשכיחות ההפרעה, יש להתכונן כבר עתה לשנים הבאות בהן מספר המבוגרים על רצף האוטיזם יעלה. יש לשלב קלינאיות תקשורת בכל תכנית ומוסד המיועדים לטיפול במבוגרים אלה, כולל תכניות שילוב ותעסוקה בקהילה.

(ו) יש מקום לפתח תכנית הכשרה לקלינאיות תקשורת לתחום הרצף האוטיסטי של משרד הבריאות והחינוך ובשיתוף עם האגודה הישראלית של קלינאי התקשורת.

תכנית זו תבטיח שלכל קלינאי התקשורת יהיה את הידע הנדרש לעבודה בתחום.

(ז) יש מקום לשלב הדרכה של קלינאיות תקשורת בכירות לקלינאיות בשטח שתעזור להתמודד עם קשיים ובעיות מקצועיות העולות במהלך הטיפול.

אנחנו תקווה כי המלצותינו אלו תתקבלנה לטובת השירות לאוכלוסיה של פעוטות, ילדים ובוגרים עם הפרעה על הרצף האוטיסטי.

#### מקורות

1. Johnson, C.P., & Myers, S.M.(2007). American Academy of Pediatrics Council on Children with Disabilities. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120, 1183–1215.
2. CDC. (2012) Prevalence of autism spectrum disorders - autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008. *MMWR Surveill Summ* 61(3):1-19. PMID: 22456193.
3. Kogan, M.D., Blumberg, S.J., Schieve, L.A., Boyle, C.A., Perrin, J.M., Ghandour, R.M., et al.(2009).Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the US2007. *Pediatrics*, 124, 1395–1403.
4. Turner, L. M., & Stone, W. L. (2007). Variability in outcome for children with an ASD diagnosis at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 793–802.
5. Magiati, I., Charman, T., & Howlin, P. A. (2007). Two-year prospective follow-up of community-based early intensive behavioural intervention and specialist nursery provision for children with autism spectrum disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 4, 803–812.
6. Harris, S. L., & Handleman, J. S. (2000). Age and I.Q. at intake as predictors of placement for young children with autism: A four- to six-year follows up. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30, 137–142.
7. Lovaas, O. I. (1987). Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 3–9.
8. Ben Itzhak, E., Zachor, D.A. (2011). Who benefits from early intervention in autism spectrum disorders? *Research in Autism Spectrum Disorders*,5(1), 345-350.
9. Landa., R. (2007). Early communication development and intervention for children with autism. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*. 13: 16 – 25.
10. Goldstein, H. (2002). Communication intervention for children with Autism: a review of treatment efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32, 373-396.