

الفصل الأول

التعرف على طبيعة الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم

الفصل الأول

التعرف على طبيعة الأطفال ذوي اضطراب الأوتيزم

أولاً : آراء العلماء حول اضطراب الأوتيزم

يعد الأوتيزم "اضطراب التوحد" من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولوالديه، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له، وبتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى؛ فضلاً عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين.



وتعود كلمة "الأوتيزم" إلى أصل

إغريقي هي كلمة "أوتوس" Autos وتعني الذات، وتعبر في مجملها عن حال من الاضطراب النمائي الذي يصيب الأطفال. كما تم التعرف على هذا المفهوم قديماً في مجتمعات مختلفة مثل روسيا و الهند، في أوقات مختلفة ولكن بداية تشخيصه الدقيق إن صح هذا التعبير لم تتم إلا على يد "ليو كانر" Leo Kanner, 1943 حيث يعد أول من أشار إلى "الأوتيزم" كاضطراب يحدث في الطفولة وقصد به التوقع على الذات.

فالأوتيزم من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل، وقد بدأ التعرف عليه منذ حوالي ٦٠ سنة، ويعرف بصعوبة التواصل والعلاقات الاجتماعية وباهتمامات ضيقة قليلة، وقد حاول الأطباء معرفة أسباب هذا المرض ورجح الكثير منهم الإصابة به إلى أسباب عضوية وليست نفسية رغم

أنها مازالت غير محددة تماما ، وبالتالي لم يعرف له دواء محدد ، ورغم أن ذلك غير واضح حتى المستقبل القريب ... إلا أن استعمال بعض المداخل الطبية والسلوكية والتعليمية أظهرت الكثير من التقدم مع هؤلاء الأطفال ، وأفضل البرامج تحث على إشراك هؤلاء الأطفال مع أسرهم ومجتمعهم وعدم عزلهم لأن ذلك سوف يزيد من تفوقهم على أنفسهم وعدم استفادتهم من تقليد خبرات أقرانهم (السعد ١٩٩٢ ، ٩).

وتقدر نسبة شيوع الأوتيزم تقريبا ٤ - ٥ حالات أوتيزم كامل في كل ١٠.٠٠٠ مولود ومن ١٤ - ٢٠ حالة (أسيرجر) أوتيزم ذا كفاءة أعلى كما أنه أكثر شيوعا في الأولاد عن البنات أي بنسبة ٤:١ . وللاوتيزميين دورة حياة طبيعية كما أن بعض أنواع السلوك المرتبطة بالمصابين قد تتغير أو تختفي بمرور الزمن ويوجد الأوتيزم في جميع أنحاء العالم وفي جميع الطبقات العرقية والاجتماعية في العائلات .

يصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب الأوتيزم وذلك لتعدد القائمين على رعاية طفل الأوتيزم الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية ، إلا أن معظم التعاريف تركز على وصف الأعراض وتصف الأوتيزم كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو اضطراب في التصرف أو كإعاقة عقلية ، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفاً واضحاً للأوتيزم باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير (الشيخ ذيب ٢٠٠٥ ، ١).

وسوف نعرض أولاً بعض التعاريف والمصطلحات التي تناولت مفهوم الأوتيزم بتسميات مختلفة منذ وقت ليس بالطويل ومنها مصطلح الإجترايون ويطلق عبد المنعم حنفي على مصطلح الإجتراية مصطلح الانشغال بالذات (سليمان ١٩٩٨ ، ١١٠). ونجده عند د . زكريا الشريبي بأنه اضطراب

التعلق التفاعلي ويظهر هذا الاضطراب بصورة فشل الطفل بإقامة علاقة مع الأم أو الاستجابة لها بأي شكل من الأشكال مثل الابتسام أو المحاكاة (الشربيني ٢٠٠١، ١٦٠) ويعرف كذلك بالانطواء على الذات الطفولي ويشبه هذا التعريف الأوتيزم ويقربه جداً من الفصام (بصل ١٩٩٨، ١٢) وبقي أن نشير إلى أن الكثير من التعاريف القديمة والقليل من الحديثة تشير بشكل أو بآخر إلى الأوتيزم على أنه فصام طفولي .

وأطلقت عليهم بعد ذلك العديد من التسميات المختلفة مثل أوتيزم الطفولة المبكر أو فصام الطفولة، النمو غير العادي، وقد وصف كانر مجموعة أطفال الدراسة المشار إليها سابقاً بأنهم غريبي الأطوار ومنعزلون، وقد عرف البعض الأوتيزم على أنه إعاقة نمائية تظهر عادة في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وهي نتيجة لاضطرابات عصبية تؤثر في الدماغ (الراوي، حماد ١٩٩٩، ١٣). ومهما تعددت المصطلحات التي تدل على وجود الأوتيزم في سلوك الأطفال إلا أنه يمثل شكلاً من أشكال الاضطرابات الانفعالية غير العادية ونوع من أنواع الإعاقة للنمو الانفعالي للأطفال غالباً ما يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتتمثل في بعض صور القصور والتصرفات غير الطبيعية وفي النمو الاجتماعي والعاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة .

وبوجه عام، يمكن لمن يمعن النظر في هذه التعريفات أن يخرج بنتيجة مفادها أنه يجب ألا يطلق على الأطفال الذين يتجنبون التواصل مع الآخرين فقط نتيجة خوفهم منهم، لكنه يمكن أن يصيب الطفل العادي من أي مستوى من مستويات الذكاء، سواء من أصحاب الذكاء المرتفع، أم كان متخلفاً عقلياً أم كان من متوسطي الذكاء.

وأيضاً يمكن من خلال التعريفات السابقة، وإضافة إلى التطورات التي طرأت على هذا المفهوم، النظر إليه على أنه من الاضطرابات التي تلحق بعملية النمو، سواء في سرعتها خلال سنوات النمو، لاسيما في الطفولة المبكرة،



وعليه يمكن تعريف الطفل الأوتيزمي بأنه "ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد بذاته أكثر من الانشغال بمن

حوله، واستغراق في التفكير، مع ضعف في الانتباه، وضعف في التواصل، كما يتميز بنشاط حركي زائد، ونمو لغوي بطيء، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية، ويقاوم التغيير في بيئته، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره، والتعلق بهم".

وختاماً، يمكن من خلال هذا التعريف، وعلاوة على التعريفات السابقة القول بأنها تركز على العديد من المظاهر السلوكية التي ينفرد بها الأطفال الأوتيزميين، وتتوافق في كافة الكتابات التي تناولت تعريفهم وتشخيصهم وهذه المظاهر السلوكية هي:

- (١) أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل.
- (٢) أنه اضطراب يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره من قبيل: الانشغال الزائد بالذات، وقلة الاهتمام بالآخرين، وضعف الاستجابة للمثيرات الحسية من حوله، وأنه روتيني في أدائه للأعمال ويقاوم التغيير بشدة، ويؤثر العزلة، وأنشطته محدودة جداً، وأنه في احتياج إلى الاعتماد على الآخرين و التعلق بهم، وأن نشاطه الحركي قد يكون زائداً عن المعتاد و يتميز بأنه نشاط غير هادف.

(٣) أنه اضطراب ينظر إليه في الوقت الحاضر على أنه ينقسم إلى خمسة أنواع فرعية هي ما يسميه بعض القائمين على رعاية طفل الأوتيزم طيف الأوتيزم:

أ- الاضطراب الأوتيزمي التقليدي (أي كما أشار إليه ليوكانر "Classic Autistic Disorder"

ب- اضطراب ريت Rhett's Disorder

ت- اضطراب اسبيرجر Asperger's Disorder

ث- اضطراب التحطم الطفولي (أو تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة). Childhood Disintegrative Disorder.

ج- اضطراب نمائي عام غير محدد Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified (PDD-NOS)

ثانياً : الافتراضيات المسببة لاضطراب الأوتيزم :

يفسر العلماء غموض الأوتيزم عن طريق الدراسات ووضع نظريات افتراضية لأسباب الإعاقة النمائية التي سميت بالغمز . والاكتشافات الحديثة توضح بأن هناك تطورات تحصل لعقول الحيوانات قبل وبعد ميلادها . يطور العلماء نظريات حديثة ومثيرة لتوضيح الأوتيزم والشذوذ الغامض والاضطرابات العقلية التي تمنع الأطفال الرضع من تطوير المهارات الاجتماعية والمعرفة الإدراكية ، يحاول العلماء بطريقة دراسة التركيبية الداخلية لمخ الأوتيزميين معرفة متى وأين تحدث التفاعلات الجينية والبيئية التي تسبب الشذوذ (التصرفات الأوتيزمية) في المخ . ويمرور الزمن يتعلم العلماء أكثر عن مجموعة الدوائر الكهربائية في المخ التي تزود وتنشئ خلاصة الطبائع الإنسانية مثل : اللغة ، والعاطفة ، والإدراك ، ومعرفة أن

الأشخاص الآخرين لهم متطلبات و معتقدات مختلفة تماما عما يعتقد ويريده الأوتيزميون .

فالأوتيزم يشوه حقائق عديدة من السلوك الإنساني بما في ذلك الحركة ، والانتباه ، و التعلم ، والذاكرة ، و اللغة ، و المجاز ، و التفاعل الاجتماعي . ويمكن أن تكتشف الحقائق التي تشوه السلوك الإنساني في حركة الأطفال الذين ينقلبون ويجلسون ويحبون ويمشون بخطوات غير متناسقة . فالطفل الأوتيزمي ذو الثمانية عشر شهرا الذي يخطو بخطوات غير متناسقة لن يستطيع التأشير و مشاركة الآخرين و لفت الانتباه أو متابعة تعبيرات الآخرين .

ويستعرض أطفال الأوتيزم التي تتراوح أعمارهم ما بين سنتين أو ثلاث نقصا يصعب فهمه في الاستجابة للآخرين . فالعديد من الأوتيزميين لا



يتكلمون و عوضا عن ذلك ينخرطون في طقوس تتمثل في رفرفة اليدين والإستشارة الذاتية . أشارت الدكتور ماريا بريستول بور منسقة أبحاث الأوتيزم في المعهد الوطني لتطوير صحة الأطفال والإنسان إلى أن الأوتيزميين يكرهون ويقاومون التغيير بكل وسائله وطرقه

كما أن تفاوت درجات أعراض الأوتيزم من الخفيف إلى الشديد تجعل حقيقة الاضطراب صعبة التقويم ، فالأوتيزم الكلاسيكي ونماذجه الشديدة والتي ينتج عنها التخلف العقلي تحدث لواحد في ١٠٠٠ مولود . و أوضحت أيضا بأن الأوتيزم الخفيف يحدث لكل واحد في ٥٠٠ مولود والصفة المشتركة بين الأوتيزميين هي ضعف التواصل والتفاعل الاجتماعي .

وقبل خمسين عاما كان القائمون على رعاية طفل الأوتيزم موقنون بأن الأوتيزم يحدث بسبب (الأم الثلجة) الباردة عاطفيا والأب الضعيف الغائب عن منزله أما اليوم فيركز العلماء والقائمون على رعاية طفل الأوتيزم على الجينات، ففي التوائم المتطابقين إذا كان أحدهما أوتيزمي ٩٠٪ سيكون الآخر لديه نفس نسبة الأوتيزم .

وعلى الأقل خمس أو ست جينات تسهم في الإصابة بالأوتيزم وحتى الآن دراسة أخوان وأقارب الأوتيزميين تقترح أن هذه الجينات في منطقة الكروموسوم ٧ و١٣ و١٥. و ما تفعله هذه الجينات ما زال تخميننا من قبل الجميع. كما أشارت دراسات نماء و تطور عقول الحيوانات إلى نمو عدد من العوامل المؤثرة والبروتينيات التي ترشد خلايا المخ على عمل الاتصالات الملائمة . الجينات الأخرى تصنع عوامل تعمل كمفاتيح رئيسة تفتح وتغلق الجينات الأخرى في نقاط معينة في النمو. وتقمع بعض الجينات النشاط الخلوي بينما تثير الأخرى وضع الموازنة الصحيحة للكيميائيات المعنية في نقل إشارات المخ . تبدأ الجينات المختلفة بعد الولادة برعاية الاتصالات بينما الأخرى تسبب موت الخلايا بطريقة النمو والتقليم . لكن النمو والتوسع في نظام الأعصاب هو عملية متواصلة وإذا حصل خطأ ما سيئا مبكرا فستعوق كل التطورات اللاحقة.

فالخلل المخي في الأوتيزم يحدث ما بين ٢٠ و ٢٤ يوم من الولادة كما أن لديها براهين بأن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ تسمى هوكس (HOX GENES) هي متغيرة في الأوتيزم . وربما يكون الخلل يحدث قبل منتصف الثلاث الأشهر الأولى من الحمل حيث استتدت في هذه النظرية إلى معرفتها المكثفة عن متى وكيف تسلك الدارات المعنية، فإذا

حصل الخلل في منتصف الطريق في فترة نمو الجنين ستفقد بعض الخلايا فقط فالمشكلة تحدث بسهولة بعد الولادة حيث أن المخ يستمر في النمو.

هذا وقد حدد الأطباء في شهر أكتوبر ١٩٩٩م تحديدا قاطعا الجينات المعطلة في إعاقة متلازمة ريت (RETT SYNDROME) حيث كان شائعا تشخيصها بالأوتيزم نتيجة لعدم دقة التشخيص . يولد الطفل وينمو طبيعيا من عمر ٦ - ٢٤ شهرا حتى يسترجع الجين جينات أخرى تخفق أن تقفل مثلما يجب و نتيجة لذلك لا تتأرجح الجينات الأخرى وتعمل ويقف نمو الطفل ويصبح متخلف عقليا . وأوضح ذلك القائمون على رعاية طفل الأوتيزم الذين يؤمنون بأن هناك عملية مشابهة ربما تنفذ في الأوتيزم . وقد دهش القائمون على رعاية طفل الأوتيزم في مجال المخ والعلماء الذين يدرسون الأوتيزم بالاكتشافات الحديثة التي تقول بأن المخ البشري مستمر في عمل خلايا جديدة ليس فقط ارتباطات جديدة كما كان يعتقد في السابق ولكن حتى سن الرشد . أشار أحد العلماء بأن لديه برهانا على أن عددا من الأعصاب في المخ البشري تتضاعف بين الولادة وحتى سن ست سنوات .

وأظهرت تجارب استخدام الأطفال الأوتيزمين للمخيش لنقل الانتباه عندما لا يكونون منتبهين إلى مهمة ما ، أما عندما يطلب منهم تغيير الانتباه وهي المهمة التي تنشط الفصيصات الأمامية فإنهم لا يستطيعون أداء المهمة ويعزي القائمون على رعاية طفل الأوتيزم ذلك إلى انشغال دائرة كهربية أكبر . وسلطت دراسات الحيوانات الضوء على بيولوجية السلوك الاجتماعي المتعلق بالأوتيزم على سبيل المثال أشارت الدراسات إلى أن القرود لديهم خلايا في المخ تستجيب إلى تحريك اليدين والوجه ولكن لا تحرك شيئا آخر ، كما أن لديهم خلايا (Mirror) Neuros تنور ليس فقط عندما يقوم

القرد بأداء حركة مثل التقاط مقبض حديد ولكن تثور أيضا عندما يرى قردا آخر يعمل نفس العمل والحركة .

ولديهم أيضا خلايا تنشط بالأضواء والأصوات التي يصدرها الآخرون ولكن ليس مثل الأضواء والأصوات التي يصدرونها بأنفسهم . ويعتقد العلماء بأن التشابه الإنساني في هذه الخلايا المتخصصة لا يعمل كما ينبغي في الأوتيزم . يخزن الناس معلومات جديدة كل ٣٠ ثانية في التعليم العادي والذاكرة وذلك بعد الحصول على ذروة الاستثارة ولكن ماذا لو لديك ستة أضعاف الذروة؟! ربما تخزن عددا من المعلومات التي لا دخل لها وتركز على معلومات لا تخصك . وتقترح التجارب التي أجريت على الأطفال الأوتيزميين بأن العناصر المحددة للسلوك الاجتماعي غير طبيعية، فعلى سبيل المثال يستعمل الأطفال الأوتيزميين التخريب لمنع شخص آخر من التركيز على الهدف و لكن ليس بالحلية والخدعة.

كما يستطيع الأطفال الأوتيزميين استخدام الإيماءات للتواصل مثل:(تعال إلى هنا) للتأثير على سلوك الشخص الآخر، ولكن ليست إيماءات تعبيرية مثل:(أحسنت صنعا) للتأثير مزاجيا على الشخص الآخر. ويستطيع الأطفال الأوتيزميين الشعور بالاستمتاع الأساسي في البراعة في مهمة ما ، ويتفق القائمون على رعاية طفل الأوتيزم في مجال الأوتيزم بأنهم سيستغرقون سنين عديدة قبل فهم الإعاقة من الناحية الجينية والكيمياء عصبية وفي الوقت الحالي ينجح المعالج بطريقة فرد إلى فرد من ٣٠ - ٥٠% في تعليم الأطفال الأوتيزميين كيفية التحكم في حركاتهم والتفاعل الاجتماعي شريطة أن يبدأ في سن مبكرة والأرجح من عمر سنتين أو ثلاث سنوات والهدف هو رصد الشبكة الكهربائية الغير مسلكة في مخ

الأوتيزميين، وكلما ينمو المخ يساعد على نمو الاتصالات التي يحتاجها، وما زالت الإعاقة لدى العديد من الأطفال الأوتيزميين غير مشخصة حتى سن الخامسة أو حتى سن السادسة عندما يبدأون في الذهاب إلى المدرسة. و ما زال معظم أطباء الأطفال والأسر يعتقدون بأن الأوتيزم يعتبر إعاقة نادرة. فكل طفل لا يتكلم أو يتفوه بعبارة قصيرة في سن الثانية يجب أن يقوم. فعقول الأطفال الديناميكية والمرنة هو ما نتمناه كما أن جوهر الإنسان هو التفاعل مع البيئة وإن لم يتم ذلك بطريقة صحيحة من أول مرة يمكن أن نعملها بطريقة العلاج الاسترجاعي والإنتاجي للمخ.

بعض الفرضيات العلمية العضوية التي تسبب الأوتيزم:

- الفرضيات البيولوجية :



أظهرت بعض صور الأشعة الحديثة مثل تصوير التردد المغناطيسي MRI و PET وجود بعض العلامات غير الطبيعية في تركيبه المخ، مع وجود اختلافات واضحة في المخيخ، بما في ذلك في حجم المخ وفي عدد نوع معين من الخلايا المسمى خلايا بيركنجي، ونظراً لأن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للأوتيزم، فإنه تجرى في

الولايات المتحدة بحوثاً عدة للتوصل إلى الجين المسبب لهذا الاضطراب (أبو العزائم ٢٠٠٣).

ويعتقد بعض القائمين على رعاية طفل الأوتيزم أن جميع الأفراد الأوتيزميين لديهم تلف دماغي سواء كان معروفاً أو فرضياً حيث لم يكتشف إلا

جزء بسيط من هذا التلف نتيجة القصور في الأجهزة والأدوات الطبية الحالية ومن الشواهد الدالة على وجود تلف دماغي مايلي:

١- مرافقة الأوتيزم للعديد من الأمراض العصبية والصحية والإعاقات المختلفة مثل الإعاقة العقلية والصرع والصعوبات والمشاكل أثناء الحمل والولادة .

٢- وجود نسبة انتشار واحد تقريباً في كل الثقافات والمجتمعات مما ينافي الأسباب الاجتماعية والنفسية للأوتيزم .

٣- إظهار بعض الاختبارات التصويرية للدماغ اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد الأوتيزمين .

٤- إظهار الرسم الكهربائي للدماغ تغيرات في الموجات الكهربائية عند بعض الأفراد الأوتيزمين (الشيخ ذيب، ٢٠٠٥، ٨) .

إن الدراسات العلمية التي قامت في بداية السبعينات ركزت على الجانب العضوي ودرست الاضطرابات الفسيولوجية، فالأوتيزم كما أثبتت هذه الدراسات ناتج عن خلل عصبي وليس ناتج عن أسباب نفسية أو نفسية اجتماعية، حيث تلخصت النتائج التي وصلت إليها الأبحاث العلمية في ثلاث نظريات تتمحور حول إثبات وجود خلل ما في الجهاز العصبي على النحو التالي:

• نظرية الشق الدماغي الوسطي :

وترى هذه النظرية أن تراكم عدد كبير من الخلايا الصغيرة في الشق الدماغي الوسطي وذلك إلى أسباب معينة أدت إلى تأخر تطوري عند الطفل من المراحل الجنينية حتى بعد الولادة مما يؤدي إلى بعض الاضطرابات السلوكية، وهناك دراسات تستخدم التصوير العصبي إشارات انخفاض

مستوى الدم الذي يغذي الدماغ أي سوء نقص تروية الدماغ وتحديدًا في منطقة الشق الوسطي من الدماغ عند الأوتيزميين (مرهج ٢٠٠١، ١٣)، وهذه الأبحاث كانت قد أرجعت الفشل في إقامة تواصل اجتماعي إلى وجود عطب في الشق الدماغى الوسطى كذلك ظهور أنماط من السلوك الاجترارية .

• نظرية المخيخ :

أثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال نقص في عدد خلايا المخيخ كما أشارت دراسة (هاشيموتو) التي أجراها على (١٠٢) شخص مصاب بالأوتيزم وذلك بمقارنتهم بعدد من الأفراد الأسوياء حيث كان قد توصل إلى أن المخيخ لدى المصابين حجمه أصغر من الحجم الطبيعي وكذلك في أجزاء أخرى من الدماغ وأثبتت أن الفرق في حجم المخ بين الأوتيزميين والأشخاص الطبيعيين يزول مع ازدياد العمر.

لكن الدراسات دلت أن هناك فروق في حجم الدماغ الأوسط بين الأطفال الأوتيزميين وبين الأسوياء والتي لا تزول مع تقدم العمر، مما جعل القائمين على رعاية طفل الأوتيزم يعتقدون أن الخلل العصبى التطوري أصاب الجنين قبل الولادة وليس بعدها .

أما الخلل الموجود في العرق الدماغى فقد أثبتت الدراسات أنه يؤدي إلى تحولات في القدرة السمعية والإدراك الحسى والجسدى وكذلك يؤدي إلى تحولات في أجهزة الإرسال العصبى الكيماوية المسؤولة عن الضعف في الانتباه والإثارة عند الأشخاص الأوتيزميين، وبذلك فإن الخلل في المخيخ كذلك في العرق الدماغى قد يكون مقرونًا بالتخلف العقلى الموجود في حالات الأوتيزم فقد ربط (كورشين) نقص الانتباه بخلل في المخيخ (مرهج ٢٠٠١، ١٤).

• نظرية الدماغ الجبهى أو الكورتكس الأمامى :

أشارت بعض الدراسات إلى وجود ضعف وظيفي في القشرة الدماغية للدماغ الجبهي الذي يؤدي إلى حركات تكرارية وسلوك اجتراري عند الأوتيزميين .

ومما لا بد أن الأوتيزم ينتج عن خلل في وظيفة الدماغ أو أثناء الحمل وذلك بسبب عامل ما يؤثر على دماغ الجنين أو بسبب عامل وراثي يؤثر على عملية نمو الدماغ (مرهج ٢٠٠١ ، ١٥)، ونظرية أخرى أكثر حداثة للأوتيزم تقترح بأنه شبيه بفقد الذاكرة، وذلك بسبب الضعف أو الأذى الحادث في جزء من أطراف المخ، إلا أن هذه النظرية أم تؤكد نتائجها بعد لعدم وضوح الأدلة (السعد ١٩٩٢ ، ١٩).

- الفرضيات الوراثية :

يشير القائمون على رعاية طفل الأوتيزم إلى مساهمة الوراثة في الإصابة بالأوتيزم فقد ذكر سجل (Siegel, 1996) أن الوراثة تلعب دوراً في (٣٠ - ٥٠%) من حالات الأوتيزم والاضطرابات النمائية الشاملة، إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقاً ويصعب تحديد كيفية انتقال الجينات، وما هو الموروث تحديداً ، حيث يتفاعل أكثر من (٢٠) جين مختلف، ومن الشواهد على الأسباب الوراثية ما يلي :

١. معاناة نسبة لا بأس بها من أقارب الأطفال الأوتيزميين من الإعاقات النمائية المختلفة واضطرابات الكلام وصعوبات التعلم .
٢. زيادة احتمالية إصابة أشقاء الطفل الأوتيزمي بنفس الاضطراب أو اضطرابات مشابهة .
٣. زيادة احتمالية الإصابة بالأوتيزم عند الأوتيزم المطابقة (الشيخ ذيب، ٢٠٠٥ ، ٨).

وأظهرت دراسات أخرى أن العائلات التي فيها شخص أوتيزمي توجد لديها مشاكل متعلقة بالكلام أو مشكلات تطورية أخرى (مركز دبي ٢٠٠١، ٧)، والعوامل الوراثية تتمثل بوجود خصائص الأوتيزم والتي تكون ظاهرة لدى واحد من الأقرباء أو ضمن الخصائص الشخصية غير الاجتماعية في الأسرة. أما العوامل البيئية فقد دلت الدراسات وجود حالات من الانقسام و الاكتئاب في عائلات الأوتيزميين ولكن هناك بعض الدراسات دلت أن بعض حالات الأوتيزم تعود إلى أسباب غير معروفة ودراسات أخرى دلت على أنه ناتج عن تحولات جينية غير معروفة أو محددة أو بسبب التهابات تصيب الجنين وليس الأم الحامل وذلك خلال فترة الحمل (مرهج، ٢٠٠١، ١٥ - ١٦).

- الفرضيات الجينية :

لم تتوصل البحوث العلمية التي أجريت حول الأوتيزم إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للأوتيزم، رغم أن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المطابقين (من بيضة واحدة) أكثر من التوائم الغير متطابقين (من بيضتين مختلفتين)، ومن المعروف أن التوأمين المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية (أبو العزائم ٢٠٠٣).

ويفترض القائمون على رعاية طفل الأوتيزم أن الخلل في الكروموسومات والجينات في مرحلة مبكرة من عمر الجنين قد يؤدي للإصابة بالأوتيزم ويستشهدون على ذلك بمرافقة الأوتيزم للعديد من الاضطرابات الجينية والتي أهمها : متلازمة انجلمان (Angelman Syndrome) ومتلازمة الكروموسوم الهش (Fragile x) ومتلازمة كورينلاي لانج (Corneliade Lange Syndrome) ومتلازمة داون (Down Syndrome) ومتلازمة كلينفتر

(Klinefelter Syndrome) ومتلازمة ريت (Rett Syndrome) ومتلازمة وليم (Williams Syndrome) والتصلب الدرني.(الحدبي) (Tuberous Sclerosis) و الأمراض العصبية الليفية، ومن الكروموسومات ذات العلاقة : كروموسوم ٢-٣-٧-٥-٥ و X (الشيخ ذيب، ٢٠٠٥، ٩).

وترجع أسباب الأوتيزم إلى عوامل جينية وراثية حيث يكون لدى الطفل من خلال جيناته قابلية للإصابة بالأوتيزم، ومازالت الأبحاث قائمة في مجال الجينات بشكل مكثف، ومن أحدث الأبحاث التي لها علاقة بالجينات وذكرت في دراسة أبحاث الأوتيزم في أمريكا هو عدم فعالية بروتين معين وهو الميتالوثيونين المسؤول عن نسبة الزنك والنحاس في الجسم (الحكيم ٢٠٠٤، ٢٥).

- الفرضيات البيوكيميائية :

يعتقد أن بعض العوامل التي تسبب تلفا بالمخ قبل الولادة أو أثنائها أو بعدها تهيئ لحدوث هذا المرض مثل إصابة الأم بالحصبة الألمانية والحالات التي لم تعالج من مرض الفينيل كيتونوريا والتصلب الحدبي واضطراب رت ونقص الأكسجين أثناء الولادة والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع فقد أكدت الدراسات أن مضاعفات ما قبل الولادة أكثر لدى الأطفال الذاتويين من غيرهم من الأسوياء (أبو العزائم ٢٠٠٣). وتشير الدراسات لوجود عزل في خلايا المخ عند بعض الأفراد الأوتيزميين أكثر من الشكل الطبيعي إضافة لوجود الخلل في توازن بعض النواقل العصبية التالية في الدماغ :

• السيروتونين (Serotonin)

وهو ناقل عصبي هام تأثيره معقد وشامل حيث يؤثر في المزاج والذاكرة والتطور العصبي وإفراز الهرمونات وتناول الطعام وتنظيم حرارة الجسم والذاكرة والنوم والألم والقلق وظهور السلوك العدواني والسلوك النمطي، وفي حالة وجود مشكلات في عملية الأيض (الهضم) يزداد تركيز السيروتونين في الدم والدماغ الأوسط والبول وبالتالي خلل في وظائفه وظهور بعض صفات الأوتيزم. ويشير جليبرزون وزملائه إلى أن أكثر من ٣٠٪ من الأطفال الأوتيزميين لديهم زيادة في كمية السيروتونين في الصفائح الدموية.

• الدوبامين :

ناقل عصبي معقد يلعب دوراً حيوياً في النشاطات الحركية والذاكرة واستقرار المزاج والإرادة والسلوك النمطي .

• البيبتيدات العصبية :

تلعب دور هام في عملية النقل العصبي ومسئولة عن الانفعال والإدراك وضبط السلوك الجنسي، وتشير الدراسات إلى عدم توازن البيبتيدات العصبية عند الأطفال الأوتيزميين (الشيخ ذيب، ٢٠٠٥، ١٠).

- الفرضيات الأيضية :

يؤكد الكثير من القائمين على رعاية طفل الأوتيزم أن الجهاز الهضمي عند الأطفال الأوتيزميين غير قادر على الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجود في مادة القمح والشعير ومشتقاته وهو الذي يعطي القمح اللزوجة والمرونة أثناء العجين، وبروتين الكازين (Casien) الموجود في الحليب ويستدلون على ذلك من خلال استفراغ الطفل المستمر للحليب والاكزيما الموجودة خلف الركبتين في ثنية المرفق والأورام البيضاء الغريبة تحت الجلد وسيلان الأذن المبكر والإمساك والإسهال المزمن

واضطرابات التنفس الشبيهة بالأزمة الصدرية . ومن أسباب اضطراب الهضم عند الأفراد الأوتيزميين ما يلي :

- (١) حساسية الجسم الزائدة لبعض الخمائر والبكتريا الموجودة في المعدة .
- (٢) زيادة الأفيون في المخ .
- (٣) عدم هضم الأطعمة الناقلة للكبريت .
- (٤) النفاذية المعوية . فالتغيرات الطبية الحيوية التي تحدث نتيجة لذلك



(العوامل الأيضية) هي زيادة تكاثر الكانديدا (الفطريات) والبكتريا في الأمعاء، وزيادة نفاذية الأمعاء Leaky Gut Syndrome ونقص الفيتامينات والمعادن وضعف التغذية بشكل

عام، وضعف المناعة، ونقص مضادات الأكسدة، ونقص الأحماض الدهنية ونقص قدرة الجسم على التخلص من السموم (الحكيم ٢٠٠٤، ٢٥).

- (٥) نقص بعض الأحماض والأنزيمات في الجسم (الشيخ ذيب، ٢٠٠٥، ١٠).

- فرضيات الفيروسات (التطعيم) :

يرى القائمون على رعاية طفل الأوتيزم إمكانية مهاجمة الفيروسات لدماغ الطفل في مرحلة الحمل أو الطفولة المبكرة وإحداث تشوهات فيه مما يؤدي لظهور الأعراض الأوتيزمية ومما يؤكد وجهة نظرهم إصابة الطفل بالأوتيزم خلال مرحلة الحمل أو في مرحلة الطفولة المبكرة .

وربط بعض العلماء ما بين الإصابة بالأوتيزم والمطعموم الثلاثي (MMR):
 مطعموم الحصبة ومطعموم أبو دغيم (Mumps) ومطعموم الحصبة الألمانية
 (Rubella). ونظراً لمعاناة بعض الأطفال من وجود خلل ميكروبي في الجهاز
 المناعي لدى الطفل حيث لا تستطيع كريات الدم البيضاء المسؤولة عن
 المناعة مهاجمة الفيروسات والالتهابات. إنتاج المضادات الكافية للقضاء على
 فيروسات اللقاح وبذلك تبقى هذه الفيروسات وتتلفها (الشيخ ذيب، ٢٠٠٥،
 (١٠)

وكذلك فقد أجمع الخبراء أن إصابة الأم بالالتهابات الفيروسية
 خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من الحمل قد تكون من أبرز العوامل المؤدية
 للأوتيزم إضافة إلى أن نقص الأوكسجين أثناء الولادة كما ربط تعاطي
 الكوكايين أثناء الحمل بتواجد خصائص الأوتيزم لدى الأطفال
 (مرهج، ٢٠٠١، ١٥ - ١٦).

- فرضية التلوث البيئي :

ونقصد به العوامل الخارجية أي تلوث البيئة بسبب (المعادن السامة
 كالزئبق والرصاص واستعمال المضادات الحيوية بشكل مكثف أو تعرض
 للالتهابات أو الفيروسات وغيرها من الأسباب) (الحكيم ٢٠٠٤، ٣٣). وقد
 يتعرض الطفل للتلوث البيئي أثناء فترات حرجة من مراحل تطور الطفل مما
 يؤدي إلى ظهور العديد من المشكلات التي قد تؤثر على القدرات المختلفة
 للطفل مثل المشي والنطق وبعض أشكال السلوك الأوتيزمي، ومن هذه
 الملوثات:

(١) الزئبق (Mercury) : يشير البعض أن التسمم بالزئبق قد يؤدي إلى
 التخلف العقلي وعدم أتران عضلي وعصبي وظهور بعض أعراض
 الأوتيزم .

٢) مادة (Thiomersal) : وهي مادة حافظة للمطاعيم حيث يرى القائلين على رعاية طفل الأوتيزم أن الإصابة بالأوتيزم لا يعود للمطاعيم نفسها وإنما لهذه المادة.

٣) الرصاص (Lead) يؤدي التسمم بالرصاص إلى تأثيرات سلبية على النمو ويؤدي إلى ظهور مشكلات سلوكية عديدة .

٤) التسمم بأول أكسيد الكربون (Monoxide) تؤدي إلى تشوهات خلقية وتلف في خلايا الدماغ ووفاة الجنين واضطرابات في الحركة سواءً في مرحلة الحمل أو في المرحل النمائية الأولى من العمر (الشيخ زيب، ٢٠٠٥، ١١).

- فرضية الأدوية والعقاقير :

يعتبر تناول الأم للأدوية والعقاقير أمراً غير مرغوب فيه بشكل عام، حيث قد تؤدي إلى العديد من المخاطر مثل تلف خلايا الدماغ و الإصابة بالأوتيزم ولعل من أبرز الأدوية دواء (Thalidomise) (الشيخ زيب، ٢٠٠٥، ١٠).

ويظهر الأوتيزم بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، ويعرف الأوتيزم بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريقة التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق علاقات مع الأفراد، وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ، وعدم القدرة على التصور البناء والملائمة التخيلية .

أما مهارات التواصل فهي تكمن في عدم القدرة على التعبير عن الذات تلقائياً وبطريقة وظيفية ملائمة، و عدم القدرة على فهم ما يقوله الآخرون ، عدم القدرة على استخدام مهارات أخرى بجانب المهارات اللفظية لمساعدة الطفل في القدرة على التواصل .

أمّا مشاكل التأقلم مع البيئة فهي تكمن في عدم القدرة على القيام بعمل وأداء وظيفي بفاعلية في البيئة، وعدم القدرة على مسايرة وتحمل التغييرات في البيئة والتعامل معها بالإضافة الى عدم القدرة على تحمل تدخلات الأفراد الآخرين .

ثالثاً: الخصائص النفسية والعقلية لذوي اضطراب الأوتيزم :

تعرف المشكلات النفسية والعقلية بوجه عام بأنها صعوبات في علاقات الشخص بغيره أو في إدراكه عن العالم من حوله أو في اتجاهاته نحو ذاته، أو عندما يحكم عليه الآخرون في البيئة المحيطة بأنه غير فعال أو مدمر أو غير سعيد، وهذا ما يحدث مع الأطفال (الشناوي، ١٩٩٨، ١٣٩).

فالطفل المصاب بالأوتيزم هو طفل تصعب إدارته وذلك بسبب سلوكياته ذات التحدي وبالرغم من هذا فإن السلوكيات الصعبة التي يبديها الطفل الأوتيزمي هي عقبة ثانوية للأوتيزم، والأوتيزم ليس فقط مجموعة من السلوكيات العديمة الهدف والغريبة والشاذة والفوضوية ولكنه مجموعة من نواقص خطيرة تجعل الطفل قلقاً، غاضباً، محبطاً، مرتبكاً، خائفاً ومفرط الحساسية، وتحدث السلوكيات الصعبة لأنها هي الطريق الوحيدة التي يستجيب عبرها الطفل للأحاسيس الغير السارة وهي نفس النواقص التي تجعل تلك الأحاسيس تمنع الطفل أيضاً من التعبير والتعامل معها بطريقة مناسبة. وتحدث السلوكيات بسبب ان الطفل يحاول إيصال رسالة ما إلى الآخرين فيستخدم هذه السلوكيات الشاذة ليصل إلى

احتياجاته ورغباته أو بما يحسه وما يطلبه من تغيير فيما حوله أو كطريقة للمسايرة والتعامل مع الإحباط .

فالمشكلات والاضطرابات المتعلقة بسلوك الطفولة تتنوع وتختلف، ومن أحد الطرق للإلمام بهذه المشكلات وأنواعها ومدى انتشارها التركيز على معرفة ما يريد المتخصصين من الأطباء وخبراء العلاج النفسي في المستشفيات والعيادات العامة والمؤسسات الاجتماعية والتربوية من حالات لمعرفة أنواع الاضطرابات التي تصدر عنها (ابراهيم ١٩٩٤ ، ٣٨١).

وقد عرف الطب النفسي عند الطفل في العقدين الأخيرين تقدماً كبيراً في مجال المعرفة السريرية و البحث، و استطاع أن يتخلص نهائياً من نماذج الطب النفسي عند البالغين من حيث أعراض وتصنيف الأمراض ليكتسب هويته الخاصة في السريريات، و في الوقت ذاته وسع حقول تحرياته بشكل كبير .

فعلى المستوى السريري تم تحديد إصابات جديدة و تم إعادة وضعها في سياق نمو الطفل، في الوقت الذي درست فيه الطريقة التي تؤثر بها الآليات المرضية على نمو الطفل ذاته، و كمثل على ذلك تم عزل الذهانات مع الأطفال على أنها إصابات ذاتية للطفولة المبكرة التي تضم أيضاً الأوتيزم، و درس أثرها على قطاعات النمو المختلفة: اللغة، النمو الذهني، القدرة على التعلم خاصة في المجال الدراسي (فيراري ٢٠٠٠ ، ٣) .

رابعاً : أساليب تقييم وتشخيص ذوي اضطراب الأوتيزم



إن تشخيص الأوتيزم يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيئين بطريقة علمية لتشخيص الأوتيزم، مما

يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل الأوتيزم في المراحل المبكرة من حياة الطفل، مما يؤدي إلى صعوبة التدخل في أوقات لاحقة. حيث لا يمكن تشخيص الطفل دون وجود ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل، ولمهارات التواصل لديه، ومقارنة ذلك بالمستويات المعتادة من النمو والتطور. ولكن مما يزيد من صعوبة التشخيص أن كثيراً من السلوك الأوتيزمي يوجد كذلك في اضطرابات أخرى. ولذلك فإنه في الظروف المثالية يجب أن يتم تقييم حالة الطفل من قبل فريق كامل من تخصصات مختلفة، حيث يمكن أن يضم هذا الفريق:

- طبيب أعصاب .
- طبيب أطفال متخصص في النمو .
- طبيب نفسي .
- أخصائي متخصص في النمو .
- أخصائي علاج لغة وأمراض نطق .
- أخصائي نفسي .
- أخصائي علاج مهني .
- أخصائي تعليمي (أبو العزائم ٢٠٠٣).

مرحلة التعرف السريع على الطفل الأوتيزمي:

وتشتمل على مرحلتين :

أولاً: المرحلة التي يلاحظ بها الآباء و الأمهات أو ذوي العلاقة بالطفل بعض المظاهر السلوكية غير الاعتيادية و خاصة تلك المظاهر التي لا تتناسب مع طبيعة المرحلة العمرية التي يمر بها الطفل و تكرار تلك المظاهر و شدتها

ومن هذه المظاهر (ضعف النمو اللغوي ، ضعف التطور في المهارات الذكائية و ضعف الجانب الاجتماعي).

ثانياً : مرحلة التأكد من وجود مظاهر السلوك الأوتيزمي لدى الأطفال المشكوك بهم وذلك من خلال عرضهم على فريق متخصص من الأخصائيين و يشمل الفريق الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف بالأوتيزم، أخصائي القياس التربوي ، أخصائي علاج النطق، أخصائي قياس السمع ، أخصائي اجتماعي و يلعب الوالدان دورا حيويا هاما في عملية التشخيص و ذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري للطفل و أنماطه السلوكية.

ولأن الأوتيزم اضطراب يعرف سلوكيا فان من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة و أوضاع متنوعة زادت احتمالات التشخيص للأوتيزم بشكل صحيح ولتحديد طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه الطفل يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضا الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل و تعرف عملية مقارنة الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التي تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بعملية (التشخيص الفارقي) والتخلف العقلي و الاضطراب اللغوي حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على انه توحد ، كذلك يجب فحص الطفل للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طيبة مثل الفينيل كيتونوريا (PKU) ومتلازمة الكروموسوم الهش حيث يصاحب هذان الاضطرابان الأوتيزم في بعض الحالات ، و يمكن للمعلم أن يقوم بدور كبير في عملية التشخيص من خلال تدوين ملاحظاته حول السلوك العام للطفل لكونه يقضي معه ساعات عديدة في اليوم و بإمكانه أن يقيم سلوك الطفل و مقارنته مع الأطفال

الآخرين و يتلمس مستوى تقدمه و انجازه بالمقارنة مع الأطفال الآخرين في صفه ويمكن أن يستخدم القائم على رعاية طفل الأوتيزم العديد من أدوات الملاحظة والاختبارات لتقييم مستوى نمو الطفل و انحرافه عن مستويات النمو الطبيعية كما يمكن للأخصائي النفسي أن يقيم الوظائف العقلية و اللغوية و الحركية و المهارات الاجتماعية باستخدام الاختبارات الخاصة باختبارات الذكاء تستخدم في تقدير القدرات العقلية العامة والقدرة على التعلم فضلا عن قياسها و تحديدها مستوى ذكاء الطفل أما الاختبارات اللغوية فإنها تقيس الوظائف اللغوية و تستخدم لتوضيح الصعوبات الخاصة .
ويعاني أطفال الأوتيزم من صعوبات في الإجابة على بعض الاختبارات بسبب الاضطرابات السلوكية و الحساسية من الفشل، و انجازهم غالبا ما يكون غير صحيح و يكون سلوكهم إما الانسحاب أو العنف (الجلبي ٢٠٠٥، ٥٧ - ٥٨).

و استخدمت أدوات عديدة في تشخيص و تقويم الأطفال الأوتيزميين ومنها اختبارات لأعراض التشخيص، و لتقويم النمو، و التكيف، و التواصل، و اللغة و الإدراك و بإمكان المربين و القائمين على رعاية طفل الأوتيزم استخدامها إما للتعرف على جوانب النمو المختلفة و البيئة و العائلة و تقدير التغير في أبعاد السلوك و النمو و مدى الاستجابة للبرامج التربوية المختلفة و فيمل يلي تفصيل لأهم الاختبارات :

ويتم تشخيص الأوتيزم في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة اختصاصي معتمد وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل أو طبيب وذلك قبل عمر ثلاثة سنوات . في نفس الوقت، فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين والأشخاص المقربين الآخرين الذين لهم علاقة بحياة الطفل مباشرة . ويمر

تشخيص الأوتيزم على عدد من الاختصاصيين منهم طبيب أطفال - اختصاصي أعصاب المخ - طبيب نفسي حيث يتم عمل تخطيط المخ و الأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة و ذلك لاستبعاد وجود أي مرض عضوي من الأطباء المختصين ويتم تشخيص الأوتيزم مبنيًا على وجود الضعف الواضح والتجاوزات في الأبعاد السلوكية التي تم ذكرها سابقًا وإذا اجتمعت ثلاثة أنواع من السلوكيات سويًا لدى الطفل يتم تشخيصه بالأوتيزم، و هناك بعض المراكز العالمية طورت نماذج تحتوي على أسئلة تشخيصية للحصول على أكثر المعلومات وتاريخ الطفل وأسرتة منذ حدوث الحمل وحتى تاريخ المقابلة التشخيصية لكي يتسنى لهم التشخيص الصحيح.

التشخيص على أساس سلوكي :

قبل البدء في الحديث عن التشخيص السلوكي للأوتيزم يتعين تقرير أن هذا الاضطراب لا يتم تعريفه أو تحديد معالمة إلا سلوكيا. وكما اتضح لنا في عرض مؤشرات وعلاماته وأعراضه أنها من الكثرة بحيث اضطر القائمون على رعاية طفل الأوتيزم والمهتمون إلى تقسيمه إلى عدة أشكال كما سبق أن ذكرنا، وأنه يتداخل-من حيث كونه اضطرابا-مع اضطرابات أخرى أشرنا إليها آنفا.

و حين نقول أن الأوتيزم يعرف ويحدد سلوكيا، فإن هذا يعني -من بين ما يعنيه- أنه ليست هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيصه، مع أن الاختبارات يمكن لها أن تؤكد أو تنفي وجود مشكلات أخرى؛ ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون- في تشخيص الأوتيزم- على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل. وعلى أية حال، يمكن القول أنه كلما زادت

المؤشرات و الأعراض التي يبديها الطفل، زادت احتمالات تشخيص حالته كطفل أوتيزمي.

ويؤكد "جمال الخطيب ومنى الحديدي" (١٩٩٧: ٢٨٦) ما سبق أن أكده باحثون عديدون من أن التشخيص الصحيح لاضطراب الأوتيزم ليس أمراً سهلاً، وأن معظم الخبراء يجمعون على أن تشخيص الأوتيزم يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات؛ على أن يشمل الفريق المتعدد التخصصات أخصائيين مختلفين يعملون معاً لتشخيص الحالة. وغالباً ما يشمل الفريق: الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف الأوتيزم، أخصائي قياس تربوي، أخصائي علاج نطق، أخصائي قياس سمع، وربما أخصائي اجتماعي.

ويلعب الوالدان دوراً حيوياً في عملية التشخيص، وذلك من خلال تقديم المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل وأنماطه السلوكية. ولأن اضطراب الأوتيزم يتم تعريفه سلوكياً، فإن من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف متنوعة، زادت احتمالات تشخيص الأوتيزم بشكل صحيح. ويصبح من المؤكد أو في حكم المؤكد أن ذلك أفضل من قيام أخصائي واحد بعملية التشخيص.

ولا يستطيع من يعرض للأساليب التشخيصية في مجال الأوتيزم أن يغض الطرف عما ورد في دليل الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA عن تشخيص الأوتيزم. وفي ضوء هذا الدليل التصنيفي يمكن القول أنه ينظر إلى الأوتيزم على أنه "أحد أشكال الاضطرابات النمائية العامة". ويقدم الدليل ستة عشر معياراً لتشخيص الأوتيزم، وهذه المعايير تقع ضمن ثلاث فئات:

الفئة الأولى : قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي على النحو التالي :

(١) الطفل لا يتواصل مع الآخرين، وإنما يصدر أصواتا غير مفهومة، ولا يظهر تعبيرات وجهيه أو إيمائية مقبولة.

(٢) الطفل يتواصل بطرق غير لفظية شاذة (لا يتوقع من الآخرين أن يقتربوا منه، أو يتشنج عندما يقترب منه الآخرون، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه، ولا يبتسم له، ولا يرحب بالوالدين أو بالزوار، يحملق بطريقة ثابتة في المواقف الاجتماعية).

(٣) الطفل لا يمارس أية أنشطة تخيلية؛ كلعب أدوار الراشدين مثلا، أو

تقليد حركات أو أصوات

الحيوانات، ولا يهتم بالقصص

التي تدور حول أحداث متخيلة.

(٤) الطفل يتكلم بطرق شاذة تبدو

في أسلوب إخراجها للكلمات

سواء من حيث حدة الصوت، أو

ارتفاعه، أو معدلاته.

(٥) الطفل يعاني من اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما

في ذلك الكلام النمطي من قبيل التكرار الآلي لإعلانات التلفاز، أو

استخدام ضمير المخاطب " أنت " بدلا من ضمير المتكلم " أنا ". أو

الكلام عن أشياء ليست ذات علاقة بموضوع الحوار أو الكلام.



(٦) الطفل يعاني من قصور واضح في القدرة على تقليد ومحاكاة الآخرين أو التحدث معهم، وذلك رغم امتلاكه القدرة على الكلام؛ من قبيل الاستمرار في نفس الموضوع على الرغم من عدم استجابة الآخرين.

الفئة الثانية: قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة (العلاقات البينية الشخصية) ويتضح هذا القصور في السلوكيات التالية :

(١) الطفل لا يأبه بوجود الآخرين ولا يبالي بمشاعرهم (يعامل الأشخاص كأنهم قطع أثاث، ولا يشعر أن الشخص الذي يحادثه يبدو عليه الضيق، ولا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

(٢) الطفل لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في المواقف و الظروف الصعبة، أو أنه حين يعبر عن حاجته لمعاونة الآخرين له، يعبر بأساليب ووسائل غير سوية. فهو لا يبحث عن الراحة حتى عندما يكون مريضاً، أو عندما يتعرض للأذى أو التعب، أو أنه يطلب العون بطريقة نمطية شاذة كأن يردد كلمة ما -بشكل متكرر- عندما يصيبه أي أذى.

(٣) الطفل لا يقلد أو يحاكي الآخرين، أو أن لديه قصورا واضحا في عملية التقليد و المحاكاة، ذلك أنه لا يلوح بيده مودعا، ولا يقلد أنشطة الأم في داخل البيت، وحين يقلد الآخرين يكون تقليده آليا.

(٤) الطفل لا يلعب لعبا اجتماعيا، وحين يلعب يكون لعبه شاذاً؛ فهو لا يشارك بنشاط في الألعاب الجماعية، ويفضل أن يلعب منفردا، ويستخدم الأطفال الآخرين في اللعب وكأنهم أدوات.

(٥) الطفل يعاني قصورا واضحا في القدرة على بناء علاقات صداقة، ولا يبدي أي اهتمام بالصداقة، ويبدي ويظهر عجزا في فهم أصول التفاعل الاجتماعي.

الفئة الثالثة: إظهار مدى محدود جدا من الأنشطة والاهتمامات ؛ يبدو ذلك واضحا في أن :

(١) حركات الطفل الجسمية تتضح فيها النمطية مثل ثنى اليدين، أو هز الرأس، وما إلى ذلك من حركات.

(٢) الطفل ينشغل بشكل متواصل بأجزاء الأشياء ؛ مثل شم الأشياء، أو تحسس ملمس الأشياء بشكل متكرر، أو ينشغل بالتعلق بأشياء غير اعتيادية، مثل الإصرار على حمل قطعة قماش أو خيط . . . الخ.

(٣) الطفل يصبر بطريقة غير معقولة على إتباع نفس النمط في الأنشطة مثل إصراره على أن يسير في نفس الطريق دائما عند التسوق.

(٤) الطفل ينفعل بشدة عند حدوث تغييرات بسيطة في بيئته المنزلية؛ مثل تغيير مكان أحد الكراسي في إحدى الغرف.

(٥) الطفل لديه مدى محدود جدا من الاهتمامات، أو أنه ينشغل بشيء معين على الدوام؛ مثل الاهتمام فقط بوضع الأشياء بعضها فوق بعض.

على أنه يجب أن تظهر هذه الأعراض منذ مرحلة الرضاعة أو الطفولة

المبكرة، ويتم توظيف المعايير الستة عشر على النحو التالي:

- يجب توفر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر الواردة في نص الدليل .

- هذه المعايير يجب أن تشمل فقرتين على الأقل من الفئات الثلاثة .

- لا يعتبر المعيار متحققا إلا إذا كان السلوك شاذا بالنسبة للمستوى النمائي للطفل .

وفي ضوء كل ما سبق، يمكن القول أن المظاهر السلوكية للأطفال

الأوتيزميين الذين ينظر إليهم على أنهم أوتيزميون، تتباين تباينا كبيرا،

ومن هنا ، فإنه من الضروري وجود تقييم مستمر يتصف بالقوة و الثبات فيما يتصل بالنمط السلوكي ومقداره ، وبيئته ، وكذلك الوظيفة أو الدور الذي يلعبه السلوك ، وذلك من أجل تطوير خطط علاجية فعالة.

وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوكي دقيق للسلوكيات الأوتيزمية يحدد كل من "روبرت كوجل ولن كوجل" (٢٠٠٣ : ٢٩-٣١) خمسة محاور يتعين أن يشملها هذا التشخيص. وهذه المحاور الخمسة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

الأول: وصف السلوكيات الأوتيزمية:

لقد ناقش القائمون على رعاية طفل الأوتيزم و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات الأوتيزمية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية ، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال ، فإن وصف الطفل على أنه عدواني ، يقدم قليلا من الفائدة؛ وفي المقابل ، فإن وصفا مثل " إن الطفل يقرص الكبار في باطن سواعدهم بين الرسغ والكوع ، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

الثاني: درجة كل سلوك ومقداره :

ذلك أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك ، من الممكن أن توصف بذكر المقدار . ويتم ذلك بتحديد تكرار السلوك أو مقداره. وعلى سبيل المثال ، هل يظهر سلوك لسع الأطفال الآخرين وقرصهم بمعدل عشر مرات في اليوم ، أم مرة واحدة كل أسبوع؟ أما بالنسبة لسلوكيات أخرى مثل استثارة الذات أو نوبات الغضب ، فقد يتم قياسها بتحديد المدة ، كأن نحدد فترة نوبة الغضب و / أو عدم ظهورها . وذلك بأن نذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك.

الثالث: البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:

ومما يجدر ذكره، أن كل التشخيصات السلوكية الشاملة، يجب أن تحتوى على مكونات تركز على نماذج معقدة من السلوك، مما يؤدي إلى الوصول إلى اتجاه فعال في التدخل العلاجي. فعلى سبيل المثال: لنأخذ مثلاً الطفل الذي يلجأ إلى سلوك اللسع أو القرص، حيث يسبق السلوك الوصف التالي " يظهر السلوك عادة خلال ثلاث ثوان، ويتبعه عادة مهمة تعليمية" أما النتائج فقد وصفت كالتالي " يؤخذ الطفل إلى مكتب المسؤول، ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى البيت". من هنا، فإننا سوف نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدوانى أو الفوضوي.

الرابع: الوظيفة المقصودة :

إن كثيراً من السلوكيات التي يمارسها الطفل إنما تستخدم كشكل من أشكال التواصل. ومن هنا فإن السلوك الفوضوي من الممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل . ان إتباع تقييم سوابق السلوك، و السلوك، وتوابعه A.B.C يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المدركة للسلوك، وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفياً.

ومن الممكن ملاحظة كثير من السلوكيات للمحافظة عليها في وظائف محددة، ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعاً و المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

- (١) الحصول على الانتباه أو على شيء مرغوب.
- (٢) الهروب من متطلب محدد وتجنبه و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.

(٣) تتجنب نشاط محدد مثل تجنب مهمة صعبة، أو الانتقال، أو الاعتراض على نشاط معين.

الخامس: الاستثارة الذاتية إن سلوك الاستثارة الذاتية:

أو ما يدعى السلوك النمطي، يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، وتحريك الأشياء أمام العينين، وهزهة الجسم، والتي قد تمتد لفترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال الأوتيزميين بتغذية راجعة حسية حركية. ومن الممكن التعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة، فقد تكون هذه السلوكيات أحيانا دقيقة من قبيل حركات العينين عند تعرضهما للضوء، أو عند القيام بتعبيرات الوجه غير



المناسبة أو عند الحزن. وتكون عند البعض الآخر أكثر وضوحا؛ مثل هزهة الجسم، أو إخراج أصوات عالية متكررة. وكذلك فإن معظم سلوكيات الاستثارة الذاتية تظهر وكأنها تحمل القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن ألا تمثل هذه المعاني أبدا. كما أنها قد تؤثر في العلاقات

الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي، مما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة. وعندما يتم كبح هذه السلوكيات؛ فإن ذلك يؤدي إلى زيادة تلقائية في الاستجابات الأكاديمية، ويكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيها أنماط من اللعب و التعلم قد ازدادت وتطورت.

كما ينبغي أن يوضع في الاعتبار نموذج A.B.C أعني سوابق السلوك - السلوك - توابع السلوك. فعندما تقدم للطفل مهمة أكاديمية، فإن الطفل

يمارس عدوانيته، وكنتيجة لذلك فقد ينجح في إبعاد المهمة عن نفسه. ومن الممكن هنا افتراض أن الوظيفة من هذا السلوك تكمن في تجنب المهمة الأكاديمية؛ فالطفل يحاول تجنب هذه المهمة، مما يؤدي إلى ظهور السلوك الفوضوي. وعندما تتم مكافأة هذا السلوك فإنه تتم المحافظة عليه من خلال التوابع، ومن هنا، فإن فهم وظيفة سلوك محدد يساعد في تطوير سلوكيات تواصلية مناسبة تقابل الحاجة نفسها من السلوك الفوضوي.

ويذكر " عبد الله الصبي " (٢٠٠٣ : ٧٠) أنه للوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة، فإن الطفل الأوتيزمي يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوي الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال، أخصائي نفسي، طبيب أطفال تطوري، طبيب أطفال في مجال الأعصاب، محلل نفسي وغيرهم). كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل من نواحي معينة، وبطرق متنوعة، ومن ثم تتجمع هذه المعلومات و النتائج لتحليلها، لتقرير وجود الأوتيزم، ودرجته وأساليب علاجه. ويرى أن تقييم حالة الطفل الأوتيزمي عادة ما تشتمل على جهود ستة من المهتمين بحالة الطفل يمكن القول عنها أنها أساليب تشخيصه تشخيصاً أقرب للصحة.

والقائمة التالية المختصرة يمكن أن تساعد في الكشف عن وجود الأوتيزم عند الأطفال، علماً أنه لا يوجد بند يمكن أن يكون حاسماً بشكل جوهري لوحده، وفي حالة أن طفلاً ما أظهر ٧ أو أكثر من هذه السمات، فإن تشخيصاً للأوتيزم يجب أن يؤخذ في الاعتبار بصورة جادة :

١. الصعوبة في الإختلاط والتفاعل مع الآخرين

٢. يتصرف الطفل كأنه أصم ٣. يقاوم التعليم

٤. يقاوم تغيير الروتين ٥. ضحك وقهقهة غير مناسبة

٦. لا يبدي خوفا من المخاطر
٧. يشير بالإيماءات
٨. لا يحب العناق
٩. فرط الحركة
١٠. انعدام التواصل البشري
١١. تدوير الأجسام واللعب بها
١٢. ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء
١٣. يطيل البقاء في اللعب الانفرادي
١٤. أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر

السلوكيات الأساسية للأوتيزم :

تظهر علاقات الطفل الاجتماعية ونموه الاجتماعي غيرسويه و يفشل الطفل في تنمية التواصل الطبيعي السوى و تكون اهتمامات الطفل ونشاطاته مقيدة وتكرارية أكثر من كونها مرنة وتخيلية . أضف إلى ذلك وفقا إلى منظمة الصحة العالمية في تصنيف الاضطرابات الصحية والذي يسمى التصنيف الدولي للاضطرابات فانه يتطلب وجود كل الأعراض في عمر ٣٦ شهرا كما أن النظام الأمريكي الذي يسمى الدليل التشخيصي (DSM) أيضا يتطلب أن يتم تسجيل العمر من نقطة البداية .

١. أطفال الأوتيزم لديهم ذكاء طبيعي:

إن الأطفال المصابين بالأوتيزم لديهم ذكاء طبيعي إلا أنهم ببساطة عاجزون عن توصيله للآخرين وذلك نتيجة للصعوبات الاجتماعية و صعوبات التواصل لديهم ، وعندما يتم اختبار الذكاء (IQ) لديهم وجد أن ثلثي الأوتيزميين يحصلون على درجات أدنى من المتوسط أو أن لديهم عدم قدرة أو عجز في الذكاء و هذا يعني أنه لديهم عائق أو إعاقة عقلية بجانب الأوتيزم حيث أن ٧٠ ٪ من الأوتيزميين لديهم تخلف عقلي أما الثلث المتبقي له نسبة ذكاء في المدى العادي والطبيعي وحقبة فان الأوتيزم يمكن أن يحدث عند

أية نقطة على طيف الذكاء (أي من عدم قدرة أو عجز حاد في الذكاء إلى الذكاء العادي والطبيعي).

٢. السلوك الاجتماعي في الأوتيزم:

إن أحد أبرز خصائص وأعراض الأوتيزم هو السلبية في السلوك الاجتماعي. وقد شرحت الكثير من التقارير التي كتبها الوالدان والبحوث هذه المشكلة ورأي الكثيرون أن ذلك هو مفتاح تحديد خاصية الأوتيزم. ويمكن تصنيف المشكلات الاجتماعية إلى ثلاث فئات : - المنعزل اجتماعيا، و غير المبالي اجتماعيا ، و الأخرق اجتماعيا .

٣. المنعزل اجتماعيا :



يتجنب هؤلاء الأفراد فعليا كل أنواع التفاعل الاجتماعي. والاستجابة الأكثر شيوعا هي الغضب أو الهروب بعيدا أو كلاهما معا، عندما يحاول أحد الناس التعامل معهم. و بعضهم مثل الأطفال يحنون ظهورهم ممن يقدم لهم المساعدة لتجنب

الاحتكاك ولسنين عديدة ظل الاعتقاد السائد بأن هذا النوع من رد الفعل لبيئتهم الاجتماعية يشير إلى أن الأفراد الأوتيزميين لا يحبون أو أنهم أناس مذعورون. وتتص نظرية أخرى تعتمد على المقابلات الشخصية مع البالغين الأوتيزميين أن المشكلة قد تكون بسبب فرط الحساسية لمؤثرات حسية معينة. فمثلاً يقول البعض أن صوت الأبوين يؤلم أذنيه، وبعضهم يصف رائحة عطر والديه أو الكولونيا التي يستعملونها بأنها كريهة و الآخرون يقولون بأنهم يتألمون عندما يلامسهم أحد أو يمسكهم .

٤. غير المبالي اجتماعيا :

إن الأفراد الذين يوصفون بأنهم وسط اجتماعي لا يسعون للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين (مالم يريدوا شيئاً) ولا يتجنبون المواقف الاجتماعية بفعالية . فلا يبدو أنهم يكرهون الاختلاط مع الناس ولكن في نفس الوقت لا يجدون بأساً في الخلو مع أنفسهم ويعتقد بأن هذا النوع من السلوك الاجتماعي شائع لدى أغلبية الأفراد الأوتيزميين . وتقول إحدى النظريات بأن الأفراد الأوتيزميين لا يجدون سعادة "كيميائية حيوية" في الاختلاط مع الناس . وقد أوضح البحث الذي أجراه البروفيسور جاك بانكسيب في جامعة بولنغ غرين بولاية أوهايو أن مادة بيتا - إندورفين "beta endorphins" وهي مادة في باطن الدماغ تشبه الأفيون تنتشر في الحيوان أثناء السلوك الاجتماعي إضافة لذلك ، هناك دليل على أن مستويات مادة بيتا - إندورفين عالية لدى الأفراد الأوتيزميين لذلك فهم لا يحتاجون للجوء إلى التفاعل والاختلاط الاجتماعي من أجل المتعة . وأوضح بحث أجري على دواء نالتريكسون (naltrexone) الذي يوقف عمل مادة بيتا - اندورفين بأنه يزيد من السلوك الاجتماعي .

٥. المتخاذل اجتماعيا :

هؤلاء الأفراد قد يحاولون بشدة الحصول على الأصدقاء ولكنهم لا يستطيعون الاحتفاظ بهم . وهذه المشكلة شائعة لدى الأفراد الذين لديهم متلازمة الأوتيزم (Asperger Syndrome) وأحد الأسباب في فشلهم في إقامة علاقات اجتماعية طويلة الأمد مع الآخرين قد يكون عدم وجود التبادلية في تعاملاتهم حيث أن أحاديثهم تدور غالباً حول أنفسهم وأنهم أنانيون . إضافة لذلك فهم لا يتعلمون المهارات الاجتماعية والمحظورات الاجتماعية بملاحظة الآخرين وأنهم عادة ما يفتقدون إلى الذوق العام عند اتخاذ القرارات

الاجتماعية . إضافة للأنواع الثلاثة أعلاه من القصور الاجتماعي فإن الإدراك الاجتماعي للأفراد الأوتيزميين قد لا يكون فعالاً . وأوضح بحث حديث أن العديد من الأفراد الأوتيزميين لا يدركون أن الناس الآخرين لديهم أفكارهم وخططهم ووجهات نظرهم الخاصة بهم . كما يبدو أنهم يجدون صعوبة في فهم معتقدات وأمزجة ومشاعر الآخرين . ونتيجة لذلك فقد لا يستطيعون أن يتصوروا ما سيقوله أو يفعله الآخرون في مختلف المواقف الاجتماعية . وقد فسر ذلك "بفقدان الحصانة".

٦. تقبل العلاج :

إذا كانت المشكلة تبدو أنها بسبب الحساسية المفرطة للمثيرات الحسية فإن التدخلات المرتكزة على الحس قد تكون مفيدة ، مثل تدريب الاندماج السمعي والاندماج الحسي والتدريب المرئي وعدسات إيرلين " Irlen Lences" وهناك إستراتيجية أخرى هي إبعاد هذه التدخلات الحسية من بيئة الشخص .

وفي العلاج الطبي - الحيوي لا يوصف النالتريكسون "Naltrexone" عادة لتحسين التفاعل الاجتماعي ، وعلى كل حال فقد أظهرت الدراسات البحثية والتقارير المأخوذة من الأبوين تحسن المهارات الاجتماعية عند تناول فيتامين B6 والمغنيزيوم أو الدايميثيل جلايسين (DMG) ، أو كلاهما معا .

٧. أطفال الأوتيزم ليسوا مختلفين عن غيرهم :

إن أطفال الأوتيزم لا يختلفون عن أي طفل آخر سوى أن سلوكياتهم الخاصة بهم تجعلهم يظهرون مختلفين عن غيرهم هذا إذا كانت سلوكيات الاستثارة الذاتية مثل الهزهزة ونقر الأصابع أمام أعينهم ورفرفة اليدين واضحة . ويتمتع معظم أطفال الأوتيزم بصحة جيدة كما أن لديهم

متوسط عمر متوقع عادي وبما أن الأوتيزم يمكن أن يرتبط بظروف أخرى بعض الأحيان فإن بعض أطفال الأوتيزم لديهم عجز في القدرات مع عجز جسماني .

٨. السلوك الاستحواذي والسلوك النمطي :

إن تقليل السلوك النمطي للأطفال الأوتيزميين ضروري ليس فقط للإزعاج الذي يسببونه للأسر بل أيضاً لأن استمرار هذا السلوك يتداخل مع تعلم الطفل لمهارات أخرى لذا فإن إيجاد وسائل فعالة لتقليل هذا السلوك مهم للأسرة ولتنمية المقدرات الأخرى للطفل. كان معظم العلاج الذي يستخدم في السابق يؤدي للنفور ورغم أن هناك تقليلاً بسيطاً في السلوك النمطي لفترة قصيرة الأجل إلا أن التحسن العام كان قليلاً نوعاً ما في بعض الحالات أو الظروف الطارئة يمكن تبرير استخدام الأسلوب التأديبي ، إلا أن لهذا الأسلوب مساوئه ولهذا أوجدت وسائل علاجية أخرى متنوعة.

وأحد الأهداف الأولية للعلاج هو زيادة قدرات الطفل في الاختلاط واللعب بطريقة تقلل من السلوك الاستحواذي، وفي كثير من الحالات يلاحظ أنه عندما تتحسن مهارات اللعب والكلام يقل السلوك النمطي تلقائياً . مثال لذلك: تعليم الطفل كيفية اللعب بألعابه بطريقة وظيفية ينتج عنه نقصان السلوك اليدوي النمطي مثل المغزل أو نشاطات نمطية مثل رفع الألعاب في خط مستقيم رغم أن البدائل التعليمية والوسائل المناسبة المتعلقة بالأدوات ينتج عنه تحسن ملحوظ إلا أنه ظلت الحاجة لوسائل مباشرة لتقليل السلوك النمطي لمستوى مقبول.

٩. التغيير التدريجي :

إن السلوك الاستحواذي لدى الأطفال الأوتيزميين يبدأ غالباً بمشكلات بسيطة في مهد الطفولة ولأن للأطفال مقدرات ونشاطات بسيطة أخرى فنجد

والوالدين لا يبذلون جهداً كبيراً لوقفها وعندما يكبر الأطفال يزداد النشاط ويصبح ملحوظاً وأكثر عنفاً ويصبح السلوك النمطي والمتكرر أكثر إزعاجاً وبطابع فوضوي ومن النادر جداً أن تكون المحاولات المباشرة لمنع أو كبت هذا السلوك ذو أثر فعال وبدلاً عن ذلك يفضل اتباع طريقة تدريجية حيث إن هذا السلوك قد تطور عند الطفل على مدار سنوات وفي بعض الحالات تقلل هذه الطريقة من فرص الطفل في الانغماس في السلوك النمطي وفي حالات أخرى تنظم السلوك نفسه.

١٠. النشاطات النمطية المتكررة :

هناك كثير من الأطفال يقضون جل يومهم في تكرار نشاطات نمطية ملزمة من نوع واحد . وتتضمن هذه النشاطات اللمس المتكرر لأشياء معينة أو وضعها في خط لانهائي . وهدفنا هو تقليل التأثير السلبي الذي يعكسه هذا السلوك على الأسرة وذلك بتقليل حدة وتكرار هذا السلوك على الأسرة تدريجياً مثال : طفل كان يقضي معظم وقته في وضع العملات المعدنية في صف واحد ، هنالك خطوط طويلة من العملات ملأت غرفة المعيشة والمطبخ وفي السلم ومدخل الحمام وغرف النوم وأية محاولة من الوالدين لإزالة هذه الصفوف أو تخريبها بالخطأ تؤدي لمضايقته الشديدة، في البداية حاول والداه حصر المساحة التي يمكنه أن يمارس نشاطه فيها ومن ثم سمحوا له بعمل صفوف العملات في جميع الغرف ما عدا غرفة واحدة وكان هذا المكان المعين الذي يختاره هو الحمام لأنه كان يحب الاستحمام كثيراً ولم يكن يسمح له بالاستحمام كثيراً إذا كانت هنالك صفوف عملات في الحمام ثم بدأ والديه في تقييد سلوكه تدريجياً وكان إذا سمح له بالجلوس بسرير والديه في الصباح لن يسمح له بوضع عملات وإذا أراد أن يتناول

طعاماً مفضلاً لديه يجب أن لا تكون هناك عملات في المطبخ وكذلك لا يسمح له بمشاهدة التلفاز إذا كانت عملات في غرفة المعيشة وبهذه الطريقة التدريجية تم الحد من حريته في وضع العملات المعدنية حتى انحصر المكان المسموح به فقط في ممر الصالة والسلالم التي عادة ما تكون باردة خاصة في الشتاء وفي غرفته الخاصة وحيث أنه يستمتع بمصاحبة والديه فإن الوقت الذي كان يقضيه بمفرده كان قصيراً. كما استخدمت طريقة مختلفة اختلافاً بسيطاً مع أطفال آخرين.

١١. الروتين اللفظي :

هناك كثير من الأطفال الكبار في سن أثناء التحدث يتبعون روتين لفظي محدد. كأن يكون لأحد الأطفال طريقة نمطية في طرح أسئلة معينة بشكل يومي وطريقة واحدة للإجابات وكانت والدته مضطرة للتجاوب معه ، كانت تقوم بسؤاله أسئلة مهنية وكان يجاوبها بطريقة محددة يومياً ، وإذا حدث تغيير بسيط جداً في طريقة طرحها للأسئلة سيحدث نوبة غضب حادة وطويلة وكان أيضاً عنيفاً في فرضه للقيود على طريقة تحدث الآخرين . ورغم أنه لا يلح أن يشاركه الغريب في حديثه إلا أنه يهيج إذا كان حديث الآخرين غير مطابق للنحو إذا أخطأ أي شخص مثلاً في استخدامه لضمير أو ترتيب نحوي أو ترتيب خاطئ سيظل يصيح ويصرخ حتى يتم تصحيح الخطأ وكان ذلك يزعج والديه ويجدون صعوبة في اصطحابه أمام الناس. لهذه الحالة تم وضع طريقة مكونة من جزئين للتدخل أولاً تواصل الأم بطريقة الأسئلة والإجابات فقط في حالة تقبله للأخطاء النحوية للآخرين دون صراخ وانفعال تدريجياً ستقوم الأم بالتمدد باستخدام لغة غير صحيحة تماماً وسيتحمل الطفل ذلك مادام حديثه الروتيني مستمراً .. وعندما يصبح أكثر تقبلاً لأخطاء الآخرين ستبدأ الأم بإدخال اختلافات بسيطة في طريقة الإلقاء

اليومي للأسئلة والأجوبة . وعند تقبل الطفل لهذه الاختلافات ستقوم الأم بتقليل تكرار جلسات إلقاء الأسئلة والإجابات وفي البدء كانت الجلسات تتراوح بين ١٠ - ١٥ جلسة يومياً وتكون هذه الجلسات في فترات غير منتظمة عندما يبدأ الطفل بفتح هذه الجلسات تصر الأم أن تكون هذه الجلسات في أوقات محددة من اليوم، في البدء كانت هنالك جلسة قبل وبعد الفطور ثم قبل وبعد الغداء ثم قبل وبعد العشاء وواحدة عند النوم.. وتدرجياً حذفت جلسات قبل الوجبات ولن تقدم الوجبات ما لم يقبل الطفل ذلك وتم تقليل جلسات بعد الوجبات حتى اقتصرت على جلسة النوم فقط، وكان الطفل سعيداً تماماً ما دام أن هناك فرصة واحدة لممارسة روتين الأسئلة والإجابات وكذلك وكان والداه سعيدين بالمشاركة في هذه الفترة القصيرة من اليوم .

وتعامل بعض الناس مع الروتين اللفظي بطرق مختلفة فبعضهم يسمح للطفل أن يطرح أسئلته الاستحواذية في أوقات معينة من اليوم ثم تقل تدريجياً وآخرون يتعاملون مع ذلك بتقليل عدد الأسئلة في كل مرة ويتفق البعض بالإجابة على خمسة أسئلة في المرة ولا يزيد على ذلك حتى ينقضي الوقت المحدد ثم يتناقص عدد الأسئلة تدريجياً مثال : كان الطفل يقوم باستمرار بطرح أسئلة حول مواضيع معينة باستمرار تتعلق بالاتجاهات وطرق السيارات . رغم أن والديه حاولوا تجاهل أسئلته إلا أن ذلك نتج عنه مستويات غير مقبولة من الضيق والقلق وبعدها استسلما وبدأ في التجاوب معه بالشكل الذي يرضيه وتم تحديد عدد الأسئلة المسموحة في المرة الواحدة ووضح له أن الأسئلة لن يجاوب عليها مرة أخرى لفترة معينة من الزمن وفي خلال هذه الفترة يتمتع الوالدان تماماً عن الإجابة على الأسئلة الاستحواذية وبدلاً عن

ذلك يشجع على الحديث عن مواضيع أخرى وتدرجياً تمتد فترة عدم الإجابة على الأسئلة الممنوعة وتقتصر إلى جلسة أو اثنين في اليوم وبهذه الطريقة يقل سخط الوالدين من الالتزام بالإجابة على الأسئلة المتكررة ويقل قلق الطفل عن عدم الإجابة على أسئلته.

١٢. مقاومة التغيير :

يمكن التعامل مع مقاومة التغيير في محيطهم باستخدام الطريقة التدريجية ، يصاب معظم الأطفال بسخط شديد عند حدوث تغيير بسيط في محيطهم مثل أن يترك الباب في وضع مختلف اختلافاً بسيطاً جداً أو تزاح الطاولة عن مكانها المعتاد أو أي تغيير بسيط في أي أثاث في البيت. مثال مطابق لذلك هو تضايق الطفل عندما قام والداه بإخراج خزانة كبيرة من المطبخ أثناء فترة غيابه بالمدرسة وعند عودته بدأ يصيح ويصرح لمدة يومين وفي الليلة الثالثة بدأ هادئاً وارتاح الوالدان ولكن عندما استيقظوا في اليوم التالي وجدوا أن الدهان الجديد بجدار المطبخ قد شوه تماماً برسم كبير شبيه الخزانة الأصلية!! في مثل هذه الحالات من المقاومة فإن إدراك التغيير لمكان الأشياء هو المرحلة الأولى في تعديل السلوك . عندما يتحمل الطفل التغيير البسيط عندها يمكن تشجيعه تدريجياً بقبول تغيرات أكبر وأوضح وبقدر الإمكان يفضل أن تكون التغيرات متوقعة أو متنبأ بها لدى الطفل ولدى الأطفال الأكبر سناً . وعند تقبلهم التغييرات البسيطة يمكن في الغالب أن يوضح لهم التغييرات المتوقع حدوثها في المستقبل إذا كان التغيير في السلوك الروتيني متوقع فإنه سيكون أكثر استعداداً لتحمل التغيرات التي تحدث وبالطبع فإن كثيراً من الأطفال يبدؤون بالاستمتاع بالاختلاف في حياتهم اليومية.

١٣. سلوك التجميع الاستحوادي :

نجد عدداً من الأطفال يقومون بتخزين عدد وافر من الأشياء بدلاً عن الانغماس في نشاطات معتادة ومتكررة بوضع الأشياء في صفوف لانهاية لها مثل : الطفل بالإضافة للكمية الهائلة من العملات أيضاً بجمع لعب السيارات بشكل علب الكبريت.

١٤. سوء التكيف عند الارتباط بالأشياء :

ينتشر الارتباط الوثيق بأدوات الأمان مثل البطانية عند الأطفال الطبيعيين ويكون الارتباط بأشياء معينة (ببطانية معينة وليست أية بطانية) ويشعرون بالراحة بها في حالة المرض أو التعب أو القلق أو عدم الاستقرار ومهم جداً للطفل أن يكون لديه أدوات الأمان في مثل هذه الحالات ويسخط إذا لم تتوفر هذه الأدوات ، إن هذه الظاهرة طبيعية وتكيفية وليست سبباً للتدخل ، ومن الطبيعي أن يقوم الطفل الصغير جداً بحمل الأشياء معه باستمرار ، لكن من غير الطبيعي أن يظل يحملها حتى سن ما قبل المدرسة أو أن الالتصاق بها يمنعه من أداء النشاطات الأخرى.

إن ارتباط الأطفال الأوتيزميين شبيه بسخطهم عند فقدان أية أداة من أدواتهم إلا أنه تختلف في نقاط هامة . أن الارتباط لا يبدأ في التناقص عندما يكبر الطفل ولا يستخدم الأدوات كمصدر للراحة في المقام الأول وعادة يكون الطفل كارهاً للتخلي عن أدواته لأداء نشاط آخر ، وطبيعة الشيء الذي يرتبط به الطفل أيضاً يكون غير عاد قد تستخدم البطانية كأداة إلا أن العنصر قد يكون مغطساً أو جذع لعبة أو غطاء علبة يتعامل بعض أولياء الأمور مع المشكلة بتأمين عدد كاف من الأدوات البديلة كمخزن في حالة فقدان أية أداة يقوم والد علي شراء أي مغطس أزرق يراه ليكون بديلاً في

حالة تمزق المغطس الأول هنالك بعض الأطفال لا يتقبلون استبدال القديم بآخر، وقد يتضايق ويسخط عند محاولة الاستبدال تكون هناك حاجة للتدخل لأن الطفل يصر على حمل أدواته طوال اليوم عند اللعب والعمل أو أداء أي نشاط . يمكن استخدام نظام التغيير التدريجي في حل هذه المشكلة وفقاً للزمن الذي يقضيه الطفل في حمل الأشياء معه وحجم الشيء نفسه وتأثيره في القيام بنشاطات أخرى.

١٥. الأغراض البديلة :

غالباً عندما يتعامل التعديل بنجاح لكل حالة ارتباط بأداة يحل محله أغراض بديلة أي أنه عندما يتم التخلي عن الشيء الأول نهائياً يحل محله شئ آخر يقوم الطفل بحمله في بعض الأحيان تحمل الأغراض البديلة مختلف الدلالات النظرية وغالباً ذات طبيعة تحليل نفسي، أما استخدام الأغراض البديلة يرجع ببساطة للتكيف مع سلوك جديد يحل محل السلوك القديم الذي تخلى عنه بعد العلاج ليست هنالك دلالة مهمة للاعتدال المتضمن أن أسباب الارتباط بالأشياء عند الأطفال الأوتيزميين غير معروفة . مثلاً نجد أنه غير واضح إذا كانت هذه الارتباطات بالأشياء تلعب نفس الدور عند الأطفال الطبيعيين .

وقد يحدث الارتباط الملحوظ والدائم بالأشياء لأن الطفل الأوتيزمي لا يستطيع تكوين ارتباطات اجتماعية طبيعية ربما أن يكون القلق هو السبب الرئيس لبعض الارتباطات بالأشياء . إن حقيقة الأعراض البديلة في شكل أداة بديلة توضح أيضاً أن الارتباط له هدف آخر بعيداً عن الأداة نفسها وقد تكون مجرد عادة لحمل أي شئ إلا أن هذا الافتراض غير كاف لتوضيح أن يكون الارتباط بشيء أو أداة معينة لا يمكن استبدالها بغيرها وعلى كل حال مهما كانت الدلالات النظرية للارتباط بالأشياء فإنه من وجهة النظر

العملية وجد أنه يمكن معالجة هذا الارتباط بشكل فاعل بوسائل التغيير التدريجي ومن المحتمل أن تحدث الأعراض البديلة إلا أنها تخضع للعلاج بسهولة، وبالطبع فإن الارتباطات المتعاقبة لا يمكن أن تكون أقوى عما سبقها وأكثر سهولة على الوالدين لتغييرها.

١٦. مشاكل الأكل والنوم :

رغم أنه ليس من العادة أن ينظر لها كمشاكل وسواسيه إلا أن صعوبات الأكل والنوم لدى عدد من الأطفال تكون مرتبطة بمقاومتهم للتغيير. كأن يعتمد الطفل على تناول الأكل ليس فقط في نفس الوقت من كل يوم بل أيضاً في نفس المكان والطاولة وبنفس السكاكين والأطباق. استخدام وسائل التغيير التدريجي تغيير بسيط جداً في أول الأمر مثل أوقات الوجبات أو وضع الطاولة، أثبت نتائج فاعلة وسريعة وفي وقت وجيز كان بالإمكان إجراء تغيير واضح في أوقات الوجبات. وكان لتعليمه كيفية الطبخ أثر جيد في إدراكه أن الطبخ ليس بعلم ثابت وأنه ليس من الضروري أن يكون الطعام جاهزاً في وقت محدد.

وقد أثبتت وسائل التغيير التدريجي فعاليتها في علاج أطفال أوتيزميين آخرين نتجت مشاكل الطعام لديهم من مقاومة التغيير. كمية قليلة من طعام جديد غير مقبول لدى الطفل يمكن خلطه ودسه داخل الوجبة المعتادة لدى الطفل فإذا تقبل هذا الطعام دون مشاكل يمكن زيادة كمية الطعام الجديد تدريجياً. أما في حالة عدم إمكانية خلط طعام جديد دون علم الطفل يمكن تقديم كمية قليلة جداً من الطعام الجديد (معلقة صغيرة) للطفل ويُشجع الطفل على تناوله مع طعامه المفضل. وعندما يتقبل الطفل هذه الكميات القليلة يتم زيادة الكمية من الطعام الجديد بشكل يومي

حتى يتم تحقيق نظام غذائي متنوع. استخدمت هذه الطريقة لعدد من الحالات وحققت نجاحاً سريعاً : في حالة عبد الله تم تقديم الطعام الجديد بحذر في أول الأمر وبعدها تقبل التغيير وبدأ يتناول نفس الوجبات التي يتناولها بقية أفراد الأسرة وتم إلغاء البرنامج السابق .

وفي حالة أكثر تعقيداً هي حالة لطفل يبلغ من العمر ٤ سنوات وما زال يأكل بأصابعه فقط ويشرب حليباً أو أطعمة الأطفال المذابة بالرضاعة . ورغم أنه اتخذت معه خطوات دقيقة لتعليمه استخدام الملعقة والشوكة في أكل الأطعمة الجافة إلا أنه ما زال رافضاً التخلي عن الرضاعة ورفض تماماً الشرب بوعاء آخر. ومرة أخرى اتبعت معه طريقة التغيير التدريجي ، وفي هذه المرة استخدمت معدات أخرى للتغيير حيث تم استبدال الرضاعة بأخرى أصغر بفتحة واسعة وحلمه واسعة . وتم استبدالها بكأس بلاستيكي بصنوبر (أنبوب) شبيه بحلمه الرضاعة وتدرجياً تم إجراء فتحة في أعلى صنوبر الكأس حتى تم عمل ثقب كبير واسع . وأخيراً تم إزالة أعلى الكأس وعند تقبله لذلك استبدل الكأس بإبريق بلاستيكي للتسهيل . وكذلك تم التعامل مع مشكلة النوم بطريقة التغيير التدريجي.

١٧. آلية تمثيل الدور:

وسيلة أخرى استخدمت لتقليل السلوك الوسواسي لدى الأشخاص الكبار الأوتيزميين، وهي آلية لعب الدور . يمكن أن تكون هذه الوسيلة فاعلة جداً في مساعدة الأشخاص في إيجاد طرق أخرى مناسبة للتعامل مع الوسواس.

فاستمرار وانحراف السلوك النمطي المتكرر لحالات متعددة توضح أنها ليست مشاكل ثانوية، لكنها في الحقيقة عيوب أساسية لدى الأشخاص الأوتيزميين فغالبا ما نجد أن معظم الأشخاص الأوتيزميين لديهم درجة من

العنف والروتين خلال فترة حياتهم ومن الواضح أن الوسائل السلوكية غير ناجحة في حل هذه المشاكل كلياً إلا أنه متى ما أدت لتقليلها لمستوى لا يجعلها تتداخل مع النشاطات الأخرى فهذا يوضح فائدتها .

أولاً : يمكن استخدام الاهتمامات الاستحواذية كدعم لنشاطات مناسبة أكثر وسيتم وصف هذه الطريقة بتفاصيل أكثر .

ثانياً: يمكن تبني هذه الاهتمامات بطريقة لتكوين سلوك أكثر قبولاً اجتماعياً ، كما لوحظ استخدام التعلق بالأشياء مثل سيارات اللعب والأتوبيسات أستخدم لتطوير طريقة اللعب العادي. أيضاً وجد عند مراقبة الأشخاص الأوتيزميين الأكبر سناً أن الاستحواذ قبل الانهماك والمعرفة التفصيلية للمواضيع مثل الموسيقى والرياضيات والتاريخ والنقل واللغات الأجنبية أدى لمشاركتهم النشاطات مع مجموعة من الأشخاص الطبيعيين الذين لديهم نفس الاهتمامات وقد تظل العلاقات الاجتماعية على مستوى سطحي جداً مع أن القدرة على مشاركة الهوايات والاهتمامات مع الآخرين بها أثر كبير في تقليل الشعور بالعزلة وبالطبع لوحظ أن وجود بعض الاهتمامات الاستحواذية من النوع المقبول اجتماعياً يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالتأقلم الاجتماعي الناجح، ولهذا فإن إزالة الاهتمامات الاستحواذية تماماً إذا كان ممكناً هي ليست مرغوبة كما أن مهارة إيجاد برنامج علاج ناجح نجدها في تحديد السلوك المحتمل الفائدة وكيفية تعديلها للوصول لأعظم وأفيد نتيجة أكثر من محاولة إزالتها تماماً.

إن الاهتمام أو معرفة مواضيع محددة أيضاً مفيد في تقليل الشعور بالعزلة عند الأشخاص الكبار المصابين بالأوتيزم . مثلاً نجد أن الكثير من المراهقين لديهم رغبات طاغية لتقليد زملائهم في أن يكون لديهم صداقات

كما أن لنقصهم في التقمص العاطفي والتجاوب الاجتماعي دليلاً على عدم استطاعتهم تكوين علاقات قوية ، إلا أن لتشجيعهم لمشاركة أشخاص آخرين في اهتماماتهم مثل الموسيقى أو التاريخ تمكّنهم من تكوين علاقات اجتماعية واسعة تكسيهم القدرة على التحدث مع أصدقاء في سنهم ويكون ذلك كافياً بأن يشعروهم أنهم مقبولين اجتماعياً وبهذه الطريقة تكون لديهم الرغبة في أن يكون لديهم صديق معين.

ورغم أن السلوك الاستحواذي والمتكرر يبدو من الصعب إزالته تماماً إلا أنه يمكن تعديله بنجاح حتى يصبح إزعاجه أقل بالنسبة لحياة الطفل ولحياة أسرته وبنوع من المهارة والبراعة يمكنهم التأقلم بأيّة طريقة لتحسين كيفية حياتهم والعنصر المهم في علاج السلوك الاستحواذي هو التأكد من أن هذا السلوك لا يسيطر سيطرة تامة على لوحة وظائفه الأخرى. وعموماً فإنه عندما يستمر السلوك الوسواسي لفترة أطول يحتاج أيضاً لفترة أطول لتعديله ولهذا فإنه بمجرد أن يتم تعديل المشاكل الأولية فإن على الوالدين أن ينتبها لأية نشاطات استحواذية أخرى قد تحل محل الأصلية ولحل مشاكل هذه النشاطات الاستحواذية بحزم فإنه لا بد أن تكون البداية صحيحة.

١٨. ردود الفعل العاطفية للوالدين :

الوالدان غالباً ما ينتابهم ردة فعل عاطفية عندما يعلمون أن طفلهم لديه الأوتيزم !! وتكمن ردة الفعل في اليأس والإحباط المقترن بقلقهم حول مستقبل طفلهم كون طفله قد يكون خائفاً ومرفوضاً ومحبطاً . ونصيحتي لأولياء الأمور أن يتأقلموا ويصبحوا قادرين على تكوين صورة حقيقية عن المشكلة ويبدأوا في التركيز على طرق عملية للتغلب على الصعاب والمشكلات والأهم من ذلك هو الإيمان بقضاء الله وقدره . ومن خصائص تشكل الضغط الأكبر وحرجا على الوالدين:

- ترديد الأوتيزمي لما يقوله الآخرون كالبيغاء

- استخدام الطفل الأوتيزمي للغة (ان وجدت) بطريقة غير صحيحة

- سلوك نوبات الغضب والقهقهة

دون أسباب

- فرط الحركة في بعض الحالات

- الحاجة إلى المساعدة في الإعداد

النفسي والصحة الشخصية

- ضعف المشاركة في التعلم وذلك

بسبب قصر فترة الانتباه



وفي ختامنا للحديث عن القياس والتشخيص في مجال الأوتيزم يمكن

أن نشير إلى تلك القائمة التي أعدها ماجد عمارة (٢٠٠٥: ٥٥) لتشخيص

اضطراب الأوتيزم بشكل عام :

قائمة تشخيص اضطراب الأوتيزم:

قصور حاد (٤)	قصور شديد (٣)	قصور متوسط (٢)	قصور بسيط (١)	لا يوجد (صفر)	عناصر التشخيص حسب درجة القصور
					أولاً: القصور النوعي في التواصل الاجتماعي
					قصور في استخدام السلوكيات غير الشفهية
					قصور في التواصل البصري
					قصور في التعبيرات الوجهية
					قصور في وضع الجسم التعبيري
					قصور في إيماءات التفاعل الاجتماعي
					قصور في نمو العلاقات الملائمة لمستوى النمو
					قصور في التلقائية في مشاركة الآخرين
					قصور في المشاركة والاستماع
					قصور في الرغبة في التفاعل الاجتماعي
					ثانياً: القصور اللغوي
					قصور في النمو اللغوي
					قصور في القدرة على المبادأة والمحادثة مع الآخرين
					الترديد اللغوي والاجترار
					قصور في اللعب الاجتماعي

قصور حاد (٤)	قصور شديد (٣)	قصور متوسط (٢)	قصور بسيط (١)	لا يوجد (صفر)	عناصر التشخيص حسب درجة القصور
					الملائم لمستوى النمو
					ثالثا: نماذج تكرارية في السلوك
					الاستغراق في أحد النماذج التكرارية
					التمسك الشديد بالروتين والطقوس
					الحركات التكرارية
					حركات اليدين
					حركات الجسم
					الاهتمام بأجزاء الأشياء
					رابعا: قصور في النمو
					قصور في التواصل الاجتماعي
					قصور في استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي
					قصور في اللعب الخيالي أو الرمزي

اختبارات التقييم الشخصي للأوتيزم:

التشخيص هو التقييم العلمي الشامل لحالة مرضية محددة، ويتضمن المعلومات والأعراض بنوعها (الكمي والكيفي) ويتم بوسائل متعددة منها الاختبارات المقننة وغير المقننة، والمقابلة ودراسة الحالة والملاحظة و السجل المدرسي، والظروف العائلية، والسجل الطبي والتقييم العصبي، ويشير بدقة الى أسباب العلة المباشرة وغير المباشرة (ياسين، ١٩٩٠، ١٠٥).

- قائمة تشخيص الأوتيزم **AUTISM DIAGNOSTIC INTERVIEW**

بنيت القائمة من قبل وتستخدم مع الأطفال و المراهقين الذين لديهم اضطرابات في النمو و أجريت أبحاث لاستخراج الخصائص السيكومترية للقائمة فاستخرج الثبات من خلال تطبيق القائمة على ١٠ أطفال للأوتيزم و بلغ متوسط أعمارهم ٤٩ شهرا و (١٠) أطفال معوقين عقليا و يعانون من الضعف في اللغة و بمتوسط عمري قدره (٥٠) شهرا ووجدوا أن الصدق الداخلي و معاملات الارتباط الداخلية كانت عالية و جيدة وأثبتت النتائج بان القائمة ثابتة و صادقة في تشخيص التحد لأطفال ما قبل المدرسة و بإمكان استخدام القائمة في البيت من خلال زيارة المعالج الذي يبدأ بزيارة العائلة و توفر الزيارة فرصة للقاء مع الطفل و التعرف على إحساسات العائلة و يستغرق التطبيق عدة ساعات.

- استمارة الملاحظة لتشخيص الأوتيزم قبل الكلام **PARALINGUISTIC**

:AUSTISM DIAGNOSTIC OBSEVATION SCHEDULE

بنيت الاستمارة من قبل وهي استمارة ملاحظة لتشخيص الأطفال الذين ليس بإمكانهم القدرة على الكلام و استخدام اللغة و ليس لديهم مظاهر الأوتيزم . و تطبق الاستمارة على الطفل و بمساعدة أهله وهذه الأداة تزودنا بالفرصة لملاحظة المظاهر الخاصة كالسلوك الاجتماعي و الانتباه و التخيل و التفاعل و المشاركة مع الاختبار و استخرجت القدرة التمييزية للاستمارة من خلال تطبيقها على اطفال الأوتيزم العاديين (الجلبي ٢٠٠٥ ، ٦٠).

- مقياس التقدير للأوتيزم الطفولي **CHILDHOOD AUSTISM RATING**

: SCALE

بني المقياس من قبل و استخدم في تحديد الأطفال المعوقين و الأوتيزميين الذين هم بحاجة الى البرنامج التعليمي (TEACH) و تتكون هذه القائمة من

١٥ فقرة و تغطي عدة جوانب منها: العلاقات مع الآخرين ، العاطفة ، التقليد ، التكيف مع البيئة ، الاستجابات البصرية ، التواصل اللفظي و غير اللفظي ، مستوى النشاط ، الانطباعات العامة . وعن طريق الملاحظة يتم الإجابة على مفردات القائمة عن طريق سلم تقديري يحتوي على سبع درجات تتدرج في شدة و درجة وجود السلوك لكم على درجة و شدة الحالة التي يعاني منها الطفل المتوحد و فيما إذا كان توحد بسيط أو شديد أو متوسط (الراوي، حماد ١٩٩٩ ، ٥٦).

- مقياس تقدير الأوتيزم rating scale Autism :

صمم المقياس من قبل Gilliam & janes 1995 ليستخدم من قبل القائمين على رعاية طفل الأوتيزم و المهنيين و العائلة في تحديد و تشخيص الأوتيزم و لمختلف الأعمار الزمنية اشتمت فقرات المقياس بالاعتماد على الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية و وضعت الفقرات في أربع مجاميع:

- السلوك النمطي
- التفاعل الاجتماعي
- التواصل
- الاضطرابات النمائية

وللمقياس ثلاث درجات التي تصف و تقيس السلوك ، أما الاختبار الرابع والذي يقيس الاضطرابات النمائية فهو يتضمن مجموعة من البيانات التي تشمل تطور نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى . استخرج الصدق و الثبات للأداة من خلال التعرف على الارتباطات الداخلية بين الفقرات و التي تراوحت بين ٠.٨-٠.٩ .

- أداة التخطيط التعليمي من اجل مسح الأوتيزم

autism screening instrument for educational planning:

بنيت الأداة من قبل kurg ,arick &almond وهي تعد من الأدوات الشائعة للتقويم و التخطيطي التعليمي لأطفال الأوتيزم تكونت القائمة من ٥ مكونات للتعرف على المظاهر السلوكية للأوتيزم من عمر ١٨ شهر فأكثر و المكونات هي الحواس ، العلاقات ، التعرف على أجزاء الجسم ، اللغة ، العناية الذاتية فضلا عن تقويمها للتفاعل و التواصل و التعلم و هي أداة يمكن أن يستخدمها المدرس في تقديره للمهارات و الاستعدادات الأكاديمية التي يلمسها في تفاعله مع الطفل في الفصل و تقديره لمستواه التحصيلي و سلوكياته في المواقف المختلفة و في تعاملها و موضوعياتها تثري عملية تخطيط البرنامج التعليمي الطفلي و في التخطيط اليومي للأنشطة التعليمية في الفصل و تزودنا الأداة بمخطط للقدرات و السلوك اللفظي و التفاعل الاجتماعي و المستوى التربوي و وجد أن هناك علاقات قوية ارتباطيه بين أجزاء الاختبار للتمييز بين المجموعات في مختلف المواضيع .

- أدوات قياس التقدير السلوكي لأطفال الأوتيزم و الشواذ behavioral

: rating instrument for autistic and typical children

وضعت القائمة من قبل rutten و تتضمن ثمانية مقاييس(العلاقات و الروابط مع الآخرين ، التواصل ، النطق ، التخاطب ، التجاوب الاجتماعي ، القدرة الحركية البدنية ، النمو النفسي العضوي)و لكن قدرة هذا المقياس على إنتاج أهداف علاجية محدودة للغاية .

- نظام ملاحظة السلوك behavior observing system :

وضع من قبل 1992 allen ,gillberg ,baron cohen و تستخدم للتعرف على طفل الأوتيزم و ليس للتشخيص و تبدأ بشكل مبكر من عمر ١٨ شهر و

يستغرق تطبيق القائمة ما بين ٥-١٠ دقائق، و بالإمكان تطبيقها من قبل عدة أشخاص و يتم العلاج و التدخل التربوي الفعال بعد عمر ٣ سنوات تحتوي القائمة على تسعة أسئلة يتم الإجابة عليها بنعم أو لا و يمكن للعائلة الإجابة عليها وهذه القائمة تقدم للمعالجين البرنامج التربوي الذي بالإمكان البدء به شهريا أو سنويا بعد وضوح جميع الأعراض و منها :

- الافتقار الى اللعب .
- لافتقار الى الانتباه .
- الافتقار الى اللعب الجماعي .
- الافتقار الى الاهتمامات الاجتماعية.
- الافتقار الى تطبيق الأوامر .
- الضعف في النمو الحركي .

وأثبتت دراسة عام ١٩٩٦ بان فشل الطفل في ثلاث فقرات من القائمة بعمر ١٨ شهر فانه يعد لديه مخاطر الأوتيزم وانه بحاجة الى التربية الخاصة مقارنة مع نماذج التأخر في النمو .

- قائمة التقييم السلوكي المختصر the behavioral summarized : evaluation

وتتكون من ٢٠ فقرة في استمارة واحدة و لكل فقرة مقياس تقديره من (٥) درجات هي صفر(لا يحدث أبدا ، ١: يحدث أحيانا ، ٢: كثيرا، ٣: كثيرا جدا ، ٤: دائما) ويمثل كل بند سلوكا من السلوكيات التي تمثل أعراض الأوتيزم و يقدر مجموع الدرجات بمقدار (٦٥) درجة وهي أداة تستخدم مع الأطفال الذين يعانون من الأوتيزم و التخلف العقلي معا من أعمار (٢-١٥) سنة و تملأ الاستمارة بواسطة أخصائي نفسي على أساس ملاحظة مقننة و يستخدم النتائج في عمل التشخيص المبدئي للحالة و في وضع الخطوط العريضة للتدخل العلاجي (الجلبي ٢٠٠٥ ، ٦٣).

- قائمة الأوتيزم السلوكي **Autism behavior checklist** :

تم تطوير هذه القائمة من قبل كل من روك و رايك و الموند crug aric,almound وتحتوي هذه القائمة على ٧٥ فقرة تغطي جوانب مختلفة لدى الطفل وهي عبارة عن عدد من أشكال السلوك و الاستجابات المختلفة التي يقوم بها الطفل المتوحد بالعادة و قد تم تقسيم تلك الفقرات على شكل خمس أبعاد وهي الإحساس ، التعلق ، الجسم و استخدام الاشياء المختلفة ، اللغة ، الجوانب الاجتماعية و العناية بالذات (الراوي ، حماد ١٩٩٩ ، ٥٦).

- المقابلة المنقحة لتشخيص الأوتيزم **revised autism diagnostic interview** :

وهي قائمة مقابلة لتشخيص اطفال الأوتيزم و تستخدم من قبل عوائل الأطفال بنيت القائمة من قبل lecoutour وتستخدم لتقييم السلوك للأطفال من عمر خمس سنوات و يستغرق تطبيقها ما بين ساعة و نصف الى ساعتين و تركز القائمة على التفاعل الاجتماعي و الاتصال و اللغة و السلوك النمطي و التكراري (الجلبي ٢٠٠٥ ، ٦٤).

- اختبارات تقويم النمو **developmental assessment** :

من الاختبارات الشائعة الاستخدام في التشخيص اضطراب الأوتيزم ما يسمى بمقياس النمو الذي يصف عدة جوانب تتعلق بالنمو لدى الطفل و مقارنة تلك الجوانب مع ما يفترض أن يقوم به الطفل في الوضع الطبيعي و تتكون تلك المقاييس من عدة جوانب بحيث يغطي كل جانب عدة فقرات بحيث تصف كل فقرة مجموعة من السلوكيات أو الاستجابات المختلفة (الراوي ، حماد ١٩٩٩ ، ٥٧) وتشتمل الأدوات التالية :

١ - المخطط النفسي التعليمي **psycho educational profile** :

صمم من قبل schopler ,reichles & marcus ويقوم بتقييم مظاهر النمو للأطفال الذين لديهم توحد أو اضطراب في النمو و يستخدم المخطط مع

الأطفال الذين هم بعمر ما قبل المدرسة أو في عمر زمني يمتد ما بين ٦ أشهر و لغاية ١٢ سنة و توجد صورة منه للمراهقين و الكبار و يحتوي المخطط على (١٣١) فقرة، للنمو و (٤٣) فقرة للسلوك و يتراوح الوقت لتطبيق القائمة ما بين ٤٥ دقيقة - ساعة و نصف، و يقيس المخطط سبعة مجالات وظيفية و هي (التقليد، الإدراك الحسي، التوافق الحركي الكبير، تآزر اليد مع العين، الجانب المعرفي العملي) كما يقيس أربعة مجالات سلوكية هي : العلاقات الاجتماعية، الحسية، اللعب، اللغة فضلا عن قياس المهارات الوظيفية و السلوكيات و تستخدم نتائج تطبيقه في تبني الاستراتيجيات العمل مع الأطفال و أنشطة المدرس في الفصل و الأوبن في المنزل .

٢ - المقاييس الرئيسية للنمو لجنوب كاليفورنيا :

بنيت المقاييس من قبل مركز جنوب كاليفورنيا قسم التربية و التشخيص عام ١٩٨٥ و تقيس هذه المقاييس النمو المعرفي، التواصل، السلوك الاجتماعي القدرات العملية و الجانب الحركي، القدرات الحركية الدقيقة معتمدة في ذلك على مبدئين أساسيين .

(١) نظريات النمو و خاصة نظرية بياجيه و مراحل النمو الإنساني التي وضعها بياجيه .

(٢) التقنيات التقييمية و التي تهدف الى اختبار القدرات التقليدية و المعيارية و من الضروري التشجيع على ملاحظة الطفل في البيئة الطبيعية من اجل الوصول الى التقييم النهائي للطفل و التعرف على قدراته في حدود مقاييس النمو.

٣- قائمة النمو المبكر لبرانكس

brigrance inventory of early development

بنيت من قبل brigrance عام ١٩٧٨ و هي محكمة المرجع و هي مفيدة لأغراض التقييم و لتحديد الأهداف التعليمية و للإرشاد التربوي، و يمكن للقائمة أن تقيس عدة مظاهر للنمو من الولادة و حتى عمر سبع سنوات و من أهم المجالات التي تقيسها : المعلومات العامة ، الاستيعاب ، النطق و اللغة ، التحصيل الأكاديمي، مساعدة الذات ، المهارات الحركية النفسية، و بالإمكان استخدام القائمة المكونة من (٩٨) اختبارا فرعيا من قبل المشخصين و الملاحظين و من اجل الوصول الى المعلومات المطلوبة ينبغي تشجيع الطفل على التكيف و الاستجابة لكل ما هو موجود في البيئة (الجلبي ٢٠٠٥ ، ٦٦).

٤- مقاييس فاينلاند للتكيف السلوكي vinland adaptive behavior scale :

بني من قبل عام ١٩٤٨ sparrow balla & cicchetti يعتبر هذا المقياس من المقاييس الشائعة الاستخدام وخصوصاً مع حالات الإعاقة العقلية بمختلف درجاتها وهو صالح للاستخدام من عمر شهر إلى عمر ٢٥ سنة ويتألف من ٨ أبعاد رئيسية وهي : الكفاية الذاتية ، ارتداء الملابس ، تناول الطعام التنشئة الاجتماعية، توجيه الذات، المهنة ، الاتصال ، التنقل .

ويمكن أن يساعد هذا المقياس على توضيح بعض الجوانب والأبعاد لدى الطفل الأوتيزمي ولكن يجب عدم اعتماده بشكل منفصل في الحكم على الطفل الأوتيزمي لاعتماده على أخذ المعلومات من شخص آخر صاحب العلاقة مع الطفل الأوتيزمي الأمر الذي يترك مجالاً لعدم الدقة والصدق في المقياس (الراوي، حماد ١٩٩٩ ، ٦٢).

٥- قائمة تطور التواصل

development sequenced inventory of communication:

بنيت القائمة من قبل Hedrick ,prather & robin و تقيس مهارات التواصل المختلفة و بشكل مبكر و تقيس مظاهر اللغة الاستقبالية و التعبيرية و تتضمن فقرات التقرير العائلي مع فقرات تقدير السلوك .

٦- مقياس اللغة لما قبل المدرسة preschool language scale :

بني من قبل pond & Zimmerman يتكون المقياس من اختبارين معياريين و هما اختبار الاستيعاب السمعي و اختبار التواصل التعبيري و يهدف الاختبارين الى تقويم قابلية الطفل على اللغة التعبيرية و الاستقبالية .

٧- مقاييس رينيل للتطور اللغوي reynell developmental language scales :

بني المقياس من قبل reynell 1987 وهو اختبار للغة و يطبق على الأطفال من عمر سنة الى سبع سنوات و يقيس المقياس اللغة الاستيعابية و التعبيرية و يستخدم بشكل واسع مع الأطفال الذين يعانون من التأخر اللغوي، و مواد الاختبار تشمل مجموعات من الاشياء كلعب الأطفال ، قطع الأثاث، الملابس، الحيوانات ، صور من الحياة . يتكون المقياس من جزئين هما (أ) الذي يقيس الاستيعاب اللفظي للأطفال الاعتياديين.

و الجزء (ب) الذي صمم للأطفال المعاقين .

استخدم المقياس مع اطفال الأوتيزم القادرين على تسمية الاشياء و لكنهم غير قادرين على ربط الأفكار مع بعضها و كان الأطفال الأوتيزميون يعانون من صعوبات في الاستجابة للاختبار الخاص بالاتصال الشخصي و خاصة في فهم أجزاء الكلام المتعلقة بالاشياء و الأفعال (الجلبي ٢٠٠٥ ، ٦٥).

٨- اختبار بيبوي للمفردات المصورة Peabody picture vocabulary test :

بني من قبل dunn & dunn 1981 وهو يقيس المفردات اللغوية للطفل و يقيس الذكاء العام و يستخدم لأغراض التشخيص .

٩- التقويم الإكلينيكي لأساسيات اللغة ما قبل المدرسة:

clinical evaluation of language fundamentals

بني من قبل second r. semel 1992 ، وهي أداة لتحديد و التشخيص و التقويم اللغوي للأطفال ما قبل المدرسة و تقيس القدرة اللغوية التعبيرية و الاستقبالية و التركيبية و التذكر السمعي و يطبق على الأطفال من عمر ٣-٧ سنوات (الشيخ ذيب ٢٠٠٥ ، ١٦).

١٠- اختبار النويس للقدرات اللغوية : the Illinois test of psycholinguistic

يمكن تطبيق الاختبار على الأطفال من عمر ٢.٣-٩.٣ سنة و يقسم الاختبار اللغة الى جانب مهارات متعددة و بالإمكان قياس كل مهارة على حدا ، مثل فهم الكلمة أو الصورة و الربط ما بين الصورة و الكلمة و الأفكار التعبيرية بالكلمات أو الإيماءات . و استخدم الاختبار من قبل tubs 1966 مع الأطفال الأوتيزميين و تم مقارنتهم مع الأطفال الأسوياء و المتخلفين عقليا ، و وجد أن أطفال الأوتيزم يظهرون ضعفا في التعبير الكلامي و الإيماءات (الجلبي ٢٠٠٥ ، ٦٧).

١١- مقاييس بايلتي للتطور الطفولي

bayley scales of infant development:

بني من قبل bayley و يستخدم لأغراض التقويم التشخيصي في الأعمار المبكرة و لتحديد الأطفال الذين لديهم تأخر في النمو المعرفي و الحركي و طبق المقياس على ١٧٠٠ طفل منهم ٨٥٠ ذكر و ٨٥٠ أنثى من عمر (شهر واحد -٤٢ شهرا) ووزعوا على شكل مجاميع عمرية و كل مجموعة تمثل

ثلاثة أشهر. و في المقياس عدد من المقاييس الفرعية منها لتقدير السلوك و الأخرى لقياس النمو العقلي و تقويم مختلف أنواع القدرات مثل القدرات الإدراكية - الحسية و التمييز ، الاستجابات للأشياء ، التعلم ، حل المشكلات ، اللفظ ، المفاهيم الرياضية.

والمقياس الحركي يقيس درجة ضبط الجسم و التأزر للعضلات الكبيرة و العضلات الدقيقة و كفاءة الحركات و التقليد وهناك ٣٠ فقرة تقيس السلوك و الانتباه و الاتجاهات و التدابير و الانفعالات .

١٢- مقاييس ملن للتعلم المبكر mullen scales early learning :

بني المقياس عام ١٩٩٧ لتقويم القدرة على التعلم المبكر و النمو الحركي و تقيس المقاييس الاستيعاب اللغوي الحركي و القدرات الإدراكية للأطفال في كافة المستويات و يستخدم الاختبار مع الأطفال من الولادة و لغاية ست سنوات و هناك خمس مقاييس إضافية تتضمن الجانب الحركي الإدراك البصري الحركات الدقيقة اللغة التعبيرية اللغة الاستقبالية نتائج الاختبار تزودنا بتقويم القدرات اللغوية و البصرية و مستويات اللغة الاستقبالية و التعبيرية للطفل و يمكن بموجب ذلك تحديد طرائق التعليم الملائمة و تحديد الأطفال الذين هم بحاجة الى الدعم سواء كان سمعياً أو بصرياً و تحديد المشكلات التي يعانيها الطفل وخاصة ما يتعلق بالإدراك و الحواس .

و تسهل نتائج المقياس تحديد التفاعل الاجتماعي مع الأطفال و يساعد في تحديد مستويات التعليم و يستغرق تطبيق الاختبار ١٥ دقيقة لعمر سنة واحدة و ما بين (٤٠-٦٠) دقيقة لعمر خمس سنوات (الراوي، حماد ١٩٩٩ ، ٣٥) .

١٣- قائمة النسخ المبكر early copying inventory :

بنيت القائمة من قبل zeitlin & williamsan 1988 وهي أداة ملاحظة لتقويم سلوك النسخ الذي يستخدم من قبل الأطفال الصغار و القائمة تزودنا بجوانب الضعف و القوة للنسخ عند الأطفال .

و تتكون القائمة من (٤٨) فقرة قسمت الى ثلاث مجالات : التنظيم الحسي - الحركي السلوك الرجعي ، سلوك إدارة الذات و صممت لتستخدم مع الأطفال ما بين (٤ أشهر -٣٦ شهرا) .

١٤- البروفایل النفس تربوي لأطفال الأوتيزم psycho educational profile :

وهو مقسم الى ست مساحات للمهارات الوظيفية عند أطفال الأوتيزم و له ثلاث درجات حيث يقيم و يشخص حالة الطفل من حيث: السلوك - الإدراك و التفكير - الاستجابة.

ويكمن في ضوء نتيجة هذا التقييم تصميم برنامج تطوري للطفل مع الأسرة سواء في البيت أو المدرسة ويهدف الاختبار الى قياس الجوانب التربوية التكيف الاجتماعي تعليم الأطفال مهارات جديدة التكيف مع البيئة تصنيف التقييم و التشخيص تقييم الاختلاف الطفلي لكل حالة و يعتمد الاختبار على الملاحظة المباشرة لسلوك كل طفل و تقييم قدراته بدون تدخل المدرب أو الشخص الملاحظ و على أساسه يمكن عمل برنامج تطوري لكل طفل حسب قدراته و إمكاناته الإدراكية و الفكرية و السلوكية (الجلبي ٢٠٠٥، ٦٨).

١٥- قائمة سلوك الطفل child behavior checklist :

بنيت من قبل Achenbach للأطفال من عمر (٤-١٨) سنة و تقيس مجالين رئيسيين هما : السلوك الداخلي و السلوك الخارجي و لكل مجال أربعة

اختبارات فرعية و تستخدم في القياس التتبعي و هناك نسختان تطبق إحداهما من قبل الأهل و الأخرى من قبل القائم على رعاية طفل الأوتيزم .

١٦- قائمة التحليل السلوكي للحواس

analysis of sensory behavior inventory:

بنيت من قبل mortom & wolford 1994 و صممت لجمع المعلومات حول سلوكيات الأفراد و التي تتعلق بالمشيرات الحسية و هناك ستة مشيرات حسية يمكن قياسها و هي : المشيرات الحسية الملموسة و الذاتية ، و السمعية و البصرية و الشمية و الاشياء المجردة المعلومات المحصلة من الاختبار تساعد في استكمال التحديد الوظيفي للسلوك و في عمل و تصميم استراتيجيات التدخل المؤثر و تتضمن الملائمة و التعزيز للأفراد و تظهر عملية الاختلافات الحسية و تكرارها لدى الأفراد الذين يعانون من الإعاقة و المشاكل السلوكية.

١٧- قائمة الشخصية للأطفال the personality inventory for children :

بني من قبل writ ,lachar ,klinedinst & seat 1977 و هو استبيان يتكون من (١٣) مقياسا فرعيا للتشخيص و (٣) مقاييس للصدق و يطبق على الأطفال من عمر (٣-١٦) سنة و يمكن تطبيقه من قبل العائلة و يقيس المقياس الاضطرابات الانفعالية التالية (القلق، الانسحاب، الكآبة ، تشويه الواقع).

١٨- البروفایل النفسربوي للمراهقين الكبار

adolescent and adults psycho educational profile:

- الملاحظة المباشرة .
- الاختبار في المدرسة.
- الاختبار في المنزل.
- السلوك المميز لكل حالة .

- المهارات الوظيفية (المهارات المهنية - المهارات الاستقلالية - مهارات وقت الفراغ - السلوك المهني - مهارات التواصل الوظيفي - السلوك الشخصي للمصاب). والاختبار يمكن الاستفادة منه وتطبيقه على حالات الأوتيزم من أجل وضع البرامج العلاجية الملائمة (الجلبي ٢٠٠٥ ، ٧٠).