الفصل الأول

تقييم وتشخيص التوحد

يعد "التوحد" Autism 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 ؛ فضلا عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين.

وتعود كلمة "التوحد" 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 قديما 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 " التوحد" كاضطراب يحدث في الطفولة وأطلق عليه لفظ Autism وقصد به التقوقع على الذات.

ومما يجدر ذكره أن هناك تعريفات للتوحد يصعب على المرء حصرها، ويتبين لمن يستعرض هذه التعريفات أن تعريف المفهوم من الصعوبة بمكان ، وأن صعوبة تحديده تلقي بظلالها الكثيفة على تشخيصه و تقويمه.

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 متخلفا عقليا أم كان من متوسطي الذكاء.

وأيضا 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 التوحدي 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 التوحديين، **وتتوافر في كافة الكتابات التي تناولت تعريفهم وتشخيصهم وهذه المظاهر السلوكية هي:**

(1) أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل.

(2) 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 و يقاوم التغيير بشدة،

ويؤثر العزلة، وأنشطته محدودة جداً، وأنه في احتياج إلـــى الاعتمـــاد على الآخرين و التعلق بهم، وأن نشاطه الحركي قد يكون زائدا عـــن المعتاد و يتميز بأنه نشاط غير هادف.

(3) أنه اضطراب ينظر إليه في الوقت الحاضر على أنه ينقسم إلى خمسة **أنواع فرعية هي ما يسميه بعض الباحثين طيف التوحد:**

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

ب- اضطراب ريت Rhett's Disorder

ت- اضطراب اسبيرجر Asperser's Disorder

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

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

ويهمنا الآن الحديث عن تشخيص التوحد أولاً بشـــكل يغلـــب عليـــه العمومية، ثم الحديث عنه بشيء يغلب عليه التفصيل – بوجه خاص- فـــي طيفه الذي يشتمل على الأنواع الفرعية الخمسة آنفة الذكر.

أولا: قياس وتشخيص الأطفال التوحديين (المعايير والمؤشرات) :

بادئ ذي بدء يتعين القول أن تشخيص التوحد يعـــد مـــن المشـــكلات الصعبة التي تواجه الباحثين و المهتمين به في ميـــدان التربيـــة الخاصـــة . وقد يعود ذلك إلى أمرين:

أولهما: أن التوحد ليس اضطرابا واحدا وإنما يبدو في عدة أشكال ، مما حدا بالبعض إلى تسميته طيف التوحد كما سبقت الإشارة عند تعريف "التوحد"

ثانيهما: أن مفهوم " التوحد" قد يتداخل مع مفاهيم أخرى ؛ كفصام الطفولة، والتخلف العقلي، واضطرابات التواصل ، وتمركز الطفل حول ذاته، واضطرابات الحواس وغير ذلك من مفاهيم.

ومن هنا يمكن القول أن التشخيص الصحيح للتوحد أمر على قدر كبير من الخطورة و الأهمية لأنه يساعد على الاهتمام بقدرات كل طفل وتطوير بيئة مناسبة له، مع وضع برنامج تعليمي فردي له ضمن الإطار العام للمنهج التربوي السائد في المجتمع(سميرة السعد، 1997: 38).

وقد ذكر " ريتفو وفريمان" (Ritvo& Freeman, 1987) أن حوالي 60% من الأطفال التوحديين يكون أداؤهم أقل من 50% على اختبارات الذكاء. أما " رمضان القذافي" (1994: 160) فقد ذكر أن تشخيص " التوحد" كاضطراب نمائي ، يبدأ بالتعرف على أعراض الاضطراب حسب كل حالة على انفراد . **وأن هذه الأعراض هي:**

(1) اضطراب عملية الكلام، أو عدم الكلام مطلقا: فالطفل الذي يعاني من التوحد قد لا يتكلم، وإذا تكلم فإن كلامه يكون غريبا وغير مفهوم أحيانا، ولا يقلد الآخرين في كلامه كما يفعل الأطفال الأسوياء.

(2) الابتعاد عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين ، وعدم الرغبة في مصاحبتهم، أو تلقي الحب و العطف منهم حتى لو كان هذا الحب وذلك العطف من الوالدين، وخاصة الأم، كما يظل الطفل التوحدي ساكنا

لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ابتسم فإنه يبتسم للأشياء دون الناس، ويرفض الملاطفة والمداعبة ، ويعمل على تجنبهما.

(3) ظهور الطفل التوحدي بمظهر الحزين، دون أن يعي ذلك.

(4) إظهار الطفل التوحدي للسلوك النمطي الذي يتصف بالتكرار، وخاصة في اللعب ببعض الأدوات ، أو تحريك الجسم بشكل معين، وبدون توقف، وبدون الشعور بالملل أو الإعياء.

(5) اضطراب النمو العقلي للطفل التوحدي في بعض المجالات ، وظهور تفوق ملحوظ لديه أحيانا في مجالات أخرى. كما يبدو لدى بعض الأطفال التوحديين في بعض الأحيان أنهم يملكون مهارات ميكانيكية عالية، مثل معرفة طرق الإنارة، وتشغيل الأقفال، وإجادة عمليات فك الأجهزة و تركيبها بسرعة و مهارة.

(6) كثرة الحركة، أو الميل للجمود، وعدم الحركة، و العزلة عمن حوله حسيا وحركيا.

(7) عدم الإحساس الظاهر بالألم، وعدم تقدير الطفل التوحدي للمخاطر التي قد يتعرض لها، بالرغم مما قد يلحق به من أذى.

(8) ظهور الطفل التوحدي بمظهر يختلف عن الأطفال الآخرين ، مع سرعة الانفعال عندما يتدخل شخص ما في شؤونه،ويثور فجأة، خاصة عند الأطفال التوحديين الذين لا تتجاوز أعمارهم الخمس سنوات.

(9) الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات من قبل الطفل التوحدي، وكأنه مصاب بالصمم، في حين قد يستجيب لبعض الأصوات بشكل مبالغ فيه.

أما " جوزيف ريزو" و" روبرت زابل" (1999: 389- 393) فيذكران عددا من المؤشرات ، **و الأعراض التي تدل على أن الطفل توحديا. ومن هذه المؤشرات ما يلي:**

(1) أن الأطفال التوحديين لا يظهرون استعدادا للاستجابة للمسئولين عن رعايتهم؛ فهم لا يميلون إلى معانقة الأم، أو الابتسام استجابة لحضورها، ولا يرغبون في أن يمسكهم أحد.

(2) أن الأطفال التوحديين لديهم قدرة على ممارسة الكلام، أو قد لا توجد لديهم هذه القدرة، وفي حالة الأطفال الذين يستخدمون الكلام، فإنهم يستخدمونه بطريقة غير مألوفة؛حيث نجدهم يعانون من اضطرابات عند ممارسة المحادثة، واستخدام اللغة بصورة نمطية و تكرارية، كما يبدو أن خمسين بالمائة من الأطفال التوحديين تقريبا لم تنم عندهم القدرة على ممارسة الكلام بصورة مفيدة.

(3) أن الأطفال التوحديين يرغبون في الحفاظ على ثبات البيئة، وعدم إجراء أي تغييرات لأوضاع الأشياء من حولهم.

(4) أن بعض الأطفال التوحديين يبدي رغبة قوية في الالتصاق ببعض الأشياء التافهة غير ذات القيمة؛ مثل إطار سيارة ، لعبة مكسورة، أو بطارية قديمة، أو قطعة قماش؛ وذلك بطريقة سلبية قليلة الفائدة.

(5) أن معظم الأطفال التوحديين يعانون من تدن في مستوى الأداء العقلي بوجه عام ، أو تدن شديد؛ وذلك استنادا إلى اختبارات الذكاء المقننة التي طبقت عليهم.

في حـــين أن "رويـــرز" (Roeyers, 1995, 161-162) يـــذكر أن التشخيص يكون ممكنا من خلال التعرف على زملـــة الأعـــراض التاليـــة، بعضها أو جميعها ، **وهذه الأعراض هي:**

(1) مقاومة التغيير.
(2) الهلوسة أثناء النوم.
(3) الإصرار على الروتين.
(4) الصعوبة في فهم الانفعالات.
(5) فقدان الاستجابة للآخرين.
(6) ضعف القدرة العقلية العامة.
(7) ترديد الكلمات دون فهم لمعناها.
(8) قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
(9) معاناة الطفل التوحدي من صعوبات في النمو اللغوي.

والخلاصة أن استعراض أعراض اضطراب التوحد وأبرز المؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل التوحدي قبل إتمامه الثلاثين شهرا مـــن عمره، تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بهـــا الأطفـــال **التوحديين وهذه المؤشرات هي:**

(1) أن الأطفال التوحديين لا يحبون أن يحتضنهم أحداً.
(2) أنهم في بعض الأحيان يبدون كأنهم لا يسمعون.
(3) أن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالبا بمن حولهم.
(4) أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
(5) أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطا غير طبيعي.

(6) أن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.

(7) أن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.

(8) أنهم يحبون العزلة عن الغرباء و المعارف.

(9) أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.

(10) أن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة مكن قبيل الرسم، والسباحة والعزف على الآلات الموسيقية.

(11) أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها.

(12) أنهم لا يحبون التجديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.

(13) أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.

(14) أن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.

(15) أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.

(16) أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب.

(17) أنهم يظهرون تفاعلا من جانب واحد.

(18) أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.

(19) أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصاداه.

ويجدر بنا في ختام تناولنا للمعايير و المؤشرات الدالة على اضطراب التوحد لدى الأطفال أن نشير إلى بعض الملاحظات التي أوردها "ماجد عمارة" (2005: 56) **فيما يتعلق بتشخيص هذا النوع من الاضطراب :**

(1) أن معظم معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحديين تقع في نطاق درجات التخلف العقلي.

(2) أن مستويات الإدراك لدى الأطفال التوحديين تتسم بالانخفاض على بعض الاختبارات والمقاييس وتصل إلى المستوى العادي بل وتفوق المستوى العادي في بعض الاختبارات والمقاييس الأخرى وذلك إذا تلقى الأطفال تدريباً مسبقاً على محتوى تلك الاختبارات.

(3) أن هناك اضطراباً في القدرة على الانتباه لدى معظم الأطفال التوحديين.

(4) شدة الاضطراب اللغوي ؛ حيث تتميز اللغة لدى الأطفال التوحديين بالمصاداة أي التكرار الفوري لما يقوله الآخرون.

(5) أن هناك قصوراً واضحاً في النضج الاجتماعي.

(6) الانسحابية الشديدة ؛ حيث يتميز سلوك الطفل التوحدي بالانعزالية الشديدة والانسحاب من المجتمع.

(7) السلوك النمطي و التصرفات الشاذة ؛ حيث يتضح في سلوك الطفل التوحدي النمطية والروتينية وعدم الرغبة في التغيير.

(8) ظهور العادات الغريبة وغير المقبولة.

(9) إيذاء الذات ؛ حيث يقوم الطفل التوحدي بسلوكيات مختلفة من إيذاء نفسه مثل عض رسغ اليد، شد الشعر، القرص، ضرب الرأس في الحائط.

(10) أن بعض الأطفال التوحديين يتسمون بالنشاط العادي ، والبعض الآخر يتسم بفرط النشاط.

(1) التشخيص السلوكي للتوحديين :

قبل البدء في الحديث عن التشخيص السلوكي للتوحد يتعين تقرير أن هذا الاضطراب لا يتم تعريفه أو تحديد معالمه إلا سلوكيا. وكما اتضح لنا في عرض مؤشراته وعلاماته وأعراضه أنها من الكثرة بحيث اضطر الباحثون و المهتمون إلى تقسيمه إلى عدة أشكال كما سبق أن ذكرنا، وأنه يتداخل–من حيث كونه اضطرابا–مع اضطرابات أخرى أشرنا إليها آنفا.

وحين نقول أن التوحد 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 التوحد–على ملاحظة الخصائص السلوكية لكل طفل. وعلى أية حال ، يمكن القول أنه كلما زادت المؤشرات والأعراض التي يبديها الطفل، زادت احتمالات تشخيص حالته كطفل توحدي.

ويؤكد" جمال الخطيب ومنى الحديدي" (1997: 286) ما سبق أن أكده باحثون عديدون من أن التشخيص الصحيح لاضطراب التوحد ليس أمرا سهلا، وأن معظم الخبراء يجمعون على أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد التخصصات؛ على أن يشمل الفريق المتعدد التخصصات أخصائيين مختلفين يعملون معا لتشخيص الحالة. وغالبا ما يشمل الفريق: الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف التوحد، 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 التوحد يتم تعريفه سلوكيا ، فإن من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ومواقف متنوعة، زادت احتمالات تشخيص التوحد بشكل صحيح. ويصبح من المؤكد– أو في حكم المؤكد أن ذلك أفضل من قيام أخصائي واحد بعملية التشخيص.

وتجدر الإشارة هنا إلى أنه لكي نحدد طبيعة اضطراب التوحد، يجب على الأخصائيين أن يحددوا أيضا الاضطرابات التي لا يعاني منها الطفل. ومعروف في أدبيات التربية الخاصة أن عملية المقارنة بين الأنماط السلوكية للطفل الذي يراد تشخيص حالته بالأنماط السلوكية التى تلاحظ عادة في الاضطرابات الأخرى بالتشخيص الفارق. و التخلف العقلي واضطرابات اللغة ،حالتان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد. كذلك يرى بعض الباحثين أنه يجب فحص الطفل طبيا للتأكد من عدم وجود مشكلات جينية أو طبية مثل الفينيل كيتون يوريا (PKU) Phenylketoneuria ومتلازمة كروموسوم X الهش Fragile X-Chromosome حيث يصاحب هذان الاضطرابان أو هاتان المشكلتان الطبيتان التوحد في بعض الحالات.

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

- **الفئة الأولى(أ)** : قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي و النشاط التخيلي.
- **الفئة الثانية (ب)** : قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.
- **الفئة الثالثة(جـ)** : إظهار مدى محدود جدا من الأنشطة أو الاهتمامات.

على أنه يجب أن تظهر هذه الأعراض منذ مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، **ويتم توظيف المعايير الستة عشر على النحو التالي:**

(1) يجب توفر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر الواردة في نص الدليل و التي سنعرضها بعد قليل.

(2) هذه المعايير يجب أن تشمل فقرتين على الأقل من الفئة (أ) ، وفقرة من الفئة(ب) وفقرة من الفئة(جـ).

(3) لا يعتبر المعيار متحققا إلا إذا كان السلوك شاذا بالنسبة للمستوى النمائي للطفل **وفيما يلي عرض لبنود الفئات الثلاث:**

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

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

(2) 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).

(3) الطفل لا يمارس أية أنشطة تخيلية؛ كلعب أدوار الراشدين مثلا، أو تقليد حركات أو أصوات الحيوانات، ولا يهتم بالقصص التي تدور حول أحداث متخيلة.

(4) الطفل يتكلم بطرق شاذة تبدو في أسلوب إخراجه للكلمات سواء من حيث حدة الصوت، أو ارتفاعه، أو معدلاته.

(5) 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.

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

(1) 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).

(2) 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 مريضا، أو عندما يتعرض للأذى أو التعب، أو أنه يطلب العون بطريقة نمطية شاذة كأن يردد كلمة ما –بشكل متكرر–عندما يصيبه أي أذى.

(3) 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.

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

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

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

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

(2) 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.

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

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

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

وفي ضوء كل ما سبق، يمكن القول أن المظاهر السلوكية للأطفال التوحديين الذين ينظر إليهم على أنهم توحديون ، 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 التوحدية يحدد كل من " روبرت كوجل ولن كوجل" (2003: 29-31) خمسة محاور يتعين أن يشملها هذا التشخيص. **وهذه المحاور الخمسة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :**

الأول: وصف السلوكيات التوحدية:

لقد ناقش الباحثون و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدى 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:

من غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي تظهر فيها. وللنظر إلى السلوك ، وللمساعدة في فهمه و توقعه ، فلابد من تحليل البيئة التي يظهر فيها. من هنا يتحتم تقييم البيئة التي يظهر فيها السلوك وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك Antecedents، وكذلك الفعل الذي عادة ما يلي السلوك في البيئة، وهو ما يطلق عليه توابع السلوك Consequences. وهذا التحليل يعود إلى النموذج المعرفي A.B.C وهذه الحروف ما هي إلا اختصارات للكلمات الانجليزية Antecedents- Behavior- Consequences

ومما يجدر ذكره ، أن كل التشخيصات السلوكية الشاملة، يجب أن تحتوى على مكونات تركز على نماذج معقدة من السلوك، مما يؤدى إلى الوصول إلى اتجاه فعال في التدخل العلاجي.

فعلى سبيل المثال: لنأخذ مثلا 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 المسئول، ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى البيت" . من هنا، فإننا سوف نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدواني أو الفوضوي.

الرابع: الوظيفة المقصودة:

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

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

(1) الحصول على الانتباه أو على شيء مرغوب.

(2) الهروب من متطلب محدد وتجنبه و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.

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

الخامس: الاستثارة الذاتية Self-Stimulation

إن سلوك الاستثارة الذاتية، أو ما يدعى السلوك النمطي، يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، وتحريك الأشياء أمام العينين، وهزهزة الجسم، والتي قد تمتد لفترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال التوحديين 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 هزهزة 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 يؤدى إلى زيادة تلقائية في الاستجابات الأكاديمية، ويكون اللعب واضحا وذلك في الوقت الذي تكون فيها أنماط من اللعب والتعلم 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.

(2) **أساليب تشخيصية أخرى للتوحد**:

يذكر "عبد الله الصبي" (2003: 70) أنه للوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة، فإن الطفل التوحدي يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوى 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 منوعة،

ومن ثم تتجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها، لتقرير وجود التوحد، ودرجته وأساليب علاجه.

ويرى أن تقييم حالة الطفل التوحدي عادة ما تشتمل على جهود ستة من المهتمين بحالة الطفل يمكن القول عنها أنها أساليب تشخيصه تشخيصاً أقرب للصحة. **وهذه الأساليب الستة من التقييم يمكن إيجازها كالتالي:**

الأول : التقييم الطبي :

بادئ ذي بدء يتعين القول أنه حتى الآن لا توجد تحاليل مخبريه أو أشعة يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات فالتشخيص صعب للغاية؛ كمن يحاول فك رموز لعبة المتاهة، وهى لعبة بلا ألوان أو حدود ، ولذلك نستطيع القول أن تشخيص حالة التوحد يعكس احتمالات الطبيب المعالج.

والتقييم الطبي عادة ما يبدأ بطرح العديد من الأسئلة عن الحمل والولادة، والنمو الجسمي و النمو الحركي للطفل؛حدوث أمراض سابقة ، السؤال عن الأسرة و الأمراض التي تشيع فيها ، ومن ثم القيام بالكشف السريري وخصوصا الجهاز العصبي، **وإجراء بعض الفحوص التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها ومنها:**

(أ) صورة صبغيات الخلية (أو التحليل الكروموسومي) Chromosomal analysis لاكتشاف الصبغي الذكري الهش Fragile –X syndrome

(ب) التخطيط الكهربائي للمخ EEG : يعتبر التخطيط الكهربائي للمخ Electro – Ensepho- Graph من أوائل الطرق المستخدمة في فحص المخ عند المصابين بالتوحد. وقد بينت البحوث والدراسات التي استخدمته أن هناك شذوذا وخللا في النشاط الكهربائي للمخ وكذلك

نوبات مرضية Seizure لدى التوحديين، وكانت من الدلائل الواضحة التي تعزز الأساس البيولوجي لنشوء أعراض الاضطراب. وقد بينت إحدى الدراسات الباكرة عام 1964 أن هناك شذوذا في النشاط الكهربائي للمخ عند 58%، ونوبات صرع عند 19% من عينة الدراسة المكونة من 58 من اليافعين التوحديين. وقد أظهرت الدراسات التالية شذوذا يتراوح بين 13% إلى 83% في النشاط الكهربائي للمخ لدى التوحديين وذلك في ضوء أسلوب البحث، و العينة، والمعايير التي تم الاعتماد عليها في تفسير هذا النشاط(قاسم عبد الله، 2001: 58). ولكن الدراسات الأحدث حول النشاط الكهربي للمخ لدى المصابين بالتوحد، توصلت إلى نسبة شذوذ وخلل في النشاط الكهربي للمخ تتراوح ما بين 32% إلى 45% لدى الأطفال التوحديين. بيد أن الدراسة الأكبر و الأحدث التى أجراها " تساي" Tsai, 1985 على عينة تكونت من مائة طفل توحدي ، أظهرت وجود شذوذ في النشاط الكهربائي للمخ لدى ثلاث وأربعين واحد منهم . وأن هذا الشذوذ يعبر عن وجود أعصاب ونتوءات منتشرة أو موجات بطيئة . وقد أثبتت هذه الدراسة أن هذا الخلل في النشاط الكهربي للمخ يصاحبه نوبات مرضية لدى المصابين بالتوحد.

(جـ) أشعة بالرنين المغناطيسي للمخ MRT .

(د) قد يسأل الطبيب الوالدين عن حالات لا تؤدي إلى التوحد، ولكن قد تكون مصاحبة له، مثل وجود التشنج وغيره.

الثاني : التقييم السلوكي : وقد سبقت الإشارة إليه بالتفصيل .

الثالث : التقييم النفسي :حيث يقوم الأخصائي النفسي باستخدام أدوات ونقاط قياسية لتقييم حالة الطفل. من حيث الوظائف المعرفية والإدراكية ، والاجتماعية، والانفعالية،والسلوكية،ومن حيث التكيف. ومن هذا التقييم تستطيع الأسرة والمدرسون معرفة جوانب القصور والتطور لدى الطفل.

الرابع : التقييم التربوي(التعليمي) يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي Formal assessment باستخدام أدوات قياسية، والتقييم غير الرسمي informal assessment باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة الوالدين. **والغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية :**

(أ) مهارات قبل الدراسة.

(ب) مهارات دراسية: القراءة و الحساب .

(ت) مهارات الحياة اليومية: الأكل و اللبس ودخول الحمام.

(ث) أساليب التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات.

الخامس : تقييم التواصل: communication assessment

التجارب المنهجية، و الملاحظة التقييمية ومناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسمية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه. ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة ، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك.

السادس : التقييم الوظيفي: occupational assessment

المعالج الوظيفي occupational therapist يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسيةsensory integrative Functions ، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع و البصر والتذوق والشم و اللمس) ، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى(استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير)، مهارات الحركة الكبرى (المشي والجري والقفز). ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، و المهارات البصرية، وعمق الإدراك.

ثانيا: قياس وتشخيص طيف التوحد:

(1) الأطفال التوحديون التقليديون.

الأطفال ذوو التوحد في صورته التقليدية لديهم درجة تتراوح بين المتوسطة و الشديدة من اضطراب التواصل،وإقامة العلاقات الاجتماعية بالإضافة إلى ما يعانون من درجات التخلف العقلي.

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقياس للتشخيص على النحو التالي:

(أ) على الأقل ستة بنود من المجموعات الأولى و الثانية و الثالثة، بحيث تتضمن الأعراض بندين على الأقل من المجموعة الأولى، وبنداً واحداً من كل من المجموعتين الثانية والثالثة، **كما يتضح فيما يلي:**

المجموعة الأولى:ضعف نوعي وكمي في التفاعل الاجتماعي(بندان على الأقل):

- **البند الأول:** الضعف الشديد لدى الطفل التوحدي في استخدام كثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية، كالتفاعل من خلال تبادل النظرات

والتقاء العينين ، وتعبيرات الوجه ، وأوضـــاع الجســـم ، والإيمـــاءات والإشارات.

- **البند الثاني:** العجز عن بناء الصداقات مع الأقران.
- **البند الثالث:** قلة الاهتمام فيما يتعلق بالمشاركة فـــي اللعـــب (فالطفـــل التوحدي في صورته التقليدية لا يكون بمقدوره أن يطلب لعبـــة مـــا ، أو إحضارها ، أو الإشارة إليها)
- **البند الرابع:** نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع أفـــراد المجتمع من حوله.

المجموعة الثانية: ضعف نوعي وكمي في القدرة على التواصل (بنداً واحداً على الأقل):

- **البند الأول:** تأخر أو نقص القدرات اللغوية (مع عدم تعويض هذا التأخر أو ذلك النقص باستخدام طرق أخرى للتواصل من قبيل الإشارة مثلا.
- **البند الثاني:** في حال القدرة على الكلام ، لا يكون بمقدور الطفل أن يبدأ الحديث مع الآخرين أو أن يستمر في الحديث معهم.
- **البند الثالث:** الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، وقد يكون للطفـــل لغته الخاصة به.
- **البند الرابع:** نقص قدرة الطفل على تنويع اللعب، أو ممارســـة اللعـــب التخيلي، وكذلك نقص القدرة على محاكاة و تقليد الآخرين في لعـــبهم، أو القيام بألعاب ممن هم في سنه.

المجموعة الثالثة :اهتمامات وأنشطة نمطية مكررة (بنداً واحداً على الأقل):

- **البند الأول:** الانهماك الكامل باللعب بلعبة معينة، و اللعب بها بطريقة نمطية مكررة، وفي نطاق ضيق محدود، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز و الشدة .
- **البند الثاني:** مقاومة تغيير الرتابة.
- **البند الثالث:** نمطية وتكرار الحركات الجسمية (مثل رفرفة اليدين والأصابع، وحركة الجسم المتكررة).
- **البند الرابع:** الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة.

(ب) تأخر أو نقص التفاعل غير السوي ، ويبدأ تحت سن الثالثة (بنداً واحداً على الأقل):

- **البند الأول:** التفاعل الاجتماعي.
- **البند الثاني:** اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي.
- **البند الثالث:** اللعب الواقعي و التخيلي.

(ت) الاضطراب غير المصنف من حيث تشخيصه مع اضطراب ريت Rhett's Disorder أو اضطراب التحطم الطفولى Childhood Disintegrative Disorder

(2) الأطفال ذوو زملة ريت : *Rhett's syndrome*

هذه الزملة–كطيف من أطياف التوحد–خاصة بالإناث من الأطفال فقط، فالطفلة تولد طبيعية، لكنها بعد حوالي خمسة أشهر من النمو الطبيعي تصاب بأنواع متعددة من القصور وترجع هذه الزملة إلى عوامل جينيبة وراثية. **ومن أبرز الأعراض التي تصيب الإناث من المصابات بزملة ريت ما يلي:**

(1) التوقف في نمو الجمجمة بعد أربعة أو خمسة أشهر من النمو الطبيعي.
(2) فقدان المهارات الحركية التي تم اكتسابها قبل ظهور الأعراض.
(3) فقدان الارتباط الاجتماعي.
(4) القصور في النمو اللغوي.
(5) القصور في النمو العقلي.

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين–أو بمعنى أصح– الطفلات التوحديات **من خلال تطبيق مقياس للتشخيص على النحو التالي:**

(أ) توفر كل البنود الثلاثة التالية:

- **البند الأول:** الحمل و الولادة تمت بشكل طبيعي.
- **البند الثاني:** التطور والنمو الحركي والنفسي يكون طبيعيا خلال الخمسة أشهر الأولى من حياة الطفلة.
- **البند الثالث:** محيط الرأس يكون طبيعيا عند الولادة.

(ب) توفر البنود الخمسة التالية بعد فترة من النمو الطبيعي:

- **البند الأول:** تباطؤ نمو محيط الرأس فيما بين سن خمسة أشهر وأربع وعشرين شهرا.
- **البند الثاني:** فقدان القدرات المكتسبة لحركة اليدين فيما بين سن خمسة أشهر وثلاثين شهراً مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.
- **البند الثالث:** فقدان الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة.
- **البند الرابع:** ظهور مشية غير متزنة، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.

- **البند الخامس:** النقص الشديد في تطور اللغة الاستقبالية و التعبيرية مع وجود تأخر في النموين النفسي و الحركي.

(3) الأطفال ذوو زملة أسبيرجر *Asperser's Syndrome*

وهذه الزملة تنسب إلى مكتشفها الطبيب النمساوي "هانز " اسبيرجر Asperger, Hans (1844– 1954) وتظهر على شكل:

(1) تأخر في نمو السلوك غير اللفظي مثل تعبيرات الوجه ، والإشارة، واستخدام أعضاء الجسم للتعبير عن المفاهيم.

(2) قصور في تكوين علاقات مع الأقران.

(3) الانشغال بنمط معين من السلوك.

(4) التصلب وعدم المرونة في الحركة والالتصاق بالمقعد الذي يجلس عليه الطفل.

(5) حركات نمطية متكررة.

ويذكر بعض الباحثين أنها عادة ما تظهر في وقت متأخر عن ظهور الأعراض التوحدية التقليدية، أو على الأقل يتم اكتشاف أعراضها متأخرا ويمتاز أطفال هذه الزملة بوجود مستوى ذكاء عادى أو فوق المستوى العادي،لذلك فإن بعض المتخصصين في مجال التوحد يطلقون على هذه الزملة مسمى التوحد مرتفع التوظيف High Functioning Autism ، كما لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية، ولكن يكون هناك صعوبات في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة، تلك التي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيقين كالدعابة و السخرية.

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقاييس للتشخيص على النحو التالي:

(1) ضعف نوعي في التفاعل الاجتماعي(بندان على الأقل من البنود الأربعة التالية):

- **البند الأول:** ضعف واضح وشديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل(التواصل عن طريق التقاء العينين، وتعبيرات الوجه وحركة الجسم، والإيماء والإشارة وما إلى ذلك من أساليب التواصل غير اللفظي).
- **البند الثاني:** العجز عن إقامة وبناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.
- **البند الثالث:** ضعف الاهتمام وغياب محاولات المشاركة في اللعب (مثل عدم قدرة الطفل على طلب لعبة ما، أو إحضارها أو الإشارة **إليها**).
- **البند الرابع:** نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والمشاعر والانفعالات مع أفراد بيئته الأسرية أو بيئته المجتمعية من حوله.

(2) سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والأنشطة (بند واحد على الأقل من البنود الأربعة التالية):

- **البند الأول:** الطفل ينهمك انهماكا كاملا في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير السوية سواء في حدتها أو تركيزها.
- **البند الثاني:** الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس.

- **البند الثالث:** تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الأصابع أو اليدين، التواء الذراعين أو الجسم،القيام بحركات معقدة باستخدام الجسم.
- **البند الرابع:** الانهماك الكامل و المتواصل مع جزء من لعبة.

(3) وجود هذه النوعية من الاضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبيا في مهام وظيفية مهمة كإقامة علاقات اجتماعية، أو ممارسة مهام معينة.

(4) غياب النقص العام الذي يمكن ملاحظته طبيا في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين،التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات).

(5) عدم وجود نقص عام يمكن ملاحظته طبيا فيما يتعلق بالقدرات الإدراكية والمعرفية، ومهارات مساعدة الذات، بالإضافة إلى السلوك التكيفي (فيما عدا التفاعل الاجتماعي)،الفضول في التعرف على البيئة المحيطة بالطفل مقارنة بمن هم في مثل عمره الزمني.

(6) مجموعة الاضطرابات التي لا يمكن تشخيصها على أنها انفصام في الشخصية، أو على أنها أحد أسباب الاضطرابات النمائية الأخرى.

(4) الأطفال ذوو التفكك و التفسخ في شخصياتهم:

Childhood Disintegrative Disorder

وهذه الطائفة من الأطفال التوحديين حالاتهم نادرة، ويمكن تشخيصهم إذا ظهرت الأعراض بعد نمو وتطور طبيعيين في العامين الأولين من عمر الطفل.

وتذكر الكتابات المتخصصة أن أعراض هذه الفئة تبدأ في الظهور قبل بلوغ الطفل العاشرة من عمره؛حيث يلاحظ تراجع وتدهور الكثير من

الوظائف؛ كالقدرة على الحركة، التحكم في عمليتي الإخراج (التبول و التبرز)، و المهارات اللغوية، و المهارات الاجتماعية.

ويتم تشخيص هذه الطائفة من الأطفال التوحديين من خلال مقياس للتشخيص على النحو التالي:

(1) نمو طبيعي وتطور سوي في مظاهر النمو المختلفة في العامين الأولين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتفق مع طبيعة نمو الطفل في هذه **المرحلة النمائية في البنود الأربعة التالية :**

- **البند الأول:** التواصل سواء كان لفظيا أم غير لفظي.
- **البند الثاني:** التعلق و العلاقات الاجتماعية.
- **البند الثالث:** أنماط اللعب.
- **البند الرابع:** السلوكيات الدالة على تكيف الطفل.

(2) فقدان المهارات المكتسبة التالية قبل بلوغ الطفل سن العاشرة من العمر **(بندان على الأقل من البنود الخمسة التالية):**

- **البند الأول:** تدهور في اللغة الاستقبالية و اللغة التعبيرية.
- **البند الثاني:** فقدان المهارات الاجتماعية وفقدان السلوكيات الدالة على التكيف.
- **البند الثالث:** فقدان التحكم في عمليتي الإخراج : التبول و التبرز.
- **البند الرابع :** فقدان مهارات اللعب.
- **البند الخامس:** فقدان المهارات الحركية.

(3) أداء غير سوى في بندين –على الأقل– من كل مجموعة من المجموعتين الآتيتين:

المجموعة الأولى: ضعف نوعي (كيفي) في التفاعل الاجتماعي:

- **البند الأول:** ضعف في السلوكيات التواصلية لاسيما في التواصل غير اللفظي.
- **البند الثاني:** عدم القدرة على إقامة صداقات مع أقرانه.
- **البند الثالث:** ضعف في المشاركات الانفعالية والاجتماعية.

المجموعة الثانية:ضعف نوعي (كيفي)في المشاركات الاجتماعية والانخراط في أنشطة ذات طابع اجتماعي أو جماعي:

- **البند الأول:** تأخر وتراجع في اللغة و الكلام.
- **البند الثاني:** العجز عن بدء حوار والاستمرار فيه.
- **البند الثالث:** نمطية وتكرار الحديث.
- **البند الرابع :** نقص القدرة أو العجز عن تنويع اللعب.
- **البند الخامس:** السلوكيات النمطية المتكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والأنشطة، ويدخل ضمن سلوكيات هذا البند نمطية الحركات الجسمية المتكررة.

(4) مجموعة من الاضطرابات الأخرى التي لا تشخص على أنها أعراض لانفصام الشخصية، أو أنها أحد أسباب الاضطرابات النمائية المنتشرة.

(5) **الأطفال والاضطراب النمائي الشامل غير المصنف في أماكن أخرى**

Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise specified (PDD- Nos)

وهذه الطائفة من الأطفال التوحديين لكي يتم تشخيص أفرادها يتعين أن يتوفر فيهم شرطان:

- **الأول:** ألا تنطبق عليهم أي من البنود السابقة في المقاييس التشخيصية التي عرضناها في الطوائف الأربع السابقة.

- **الثاني:** ألا توجد أي درجة من درجات الاضطراب الموضـــوعة لأي طفل ينتمي إلى الطوائف الأربع السابقة.

وفي ضوء ما ورد في الدليل التشخيصي للرابطة الأمريكيـــة للطـــب النفسي DSM-IV فإن هذه الطائفة الخامسة من طوائف التوحد يتم البحـــث عن البنود التي تمثل أعراضاً لها في حـــالات معينة،عنـــدما يكـــون هنـــاك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو في مهـــارات التواصـــل اللغوي أو غير اللغوي نعني اللفظي أو غيـــر اللفظـــي، أو فـــي ســـلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية متكررة، على ألا تكون بنود المقياس المســـتخدم تنطبق على اضطرابات نمائية معينة مما سبق ذكرها، أو ذات علاقة بانفصام الشخصية في مرحلة الطفولة.

وفي ختامنا للحديث عن القياس و التشخيص في مجال التوحد يمكن أن نشير إلى تلك القائمة التي أعدها ماجـــد عمـــارة (2005: 55) لتشـــخيص **اضطراب التوحد بشكل عام** :

قائمة تشخيص اضطراب التوحد

عناصر التشخيص درجة القصور	لا يوجد (صفر)	قصور بسيط (1)	قصور متوسط (2)	قصور شديد (3)	قصور حاد (4)
أولا: القصور النوعي في التواصل الاجتماعي (1) قصور في استخدام السلوكيات غير الشفهية (أ) قصور في التواصل البصري (ب) قصور في التعبيرات الوجهية (جـ) قصور في وضع الجسم التعبيري (د) قصور في إيماءات التفاعل الاجتماعي (2) قصور في نمو العلاقات الملائمة لمستوى النمو. (3) قصور في التلقائية في مشاركة الآخرين. (أ) قصور في المشاركة والاستماع. (ب) قصور في الرغبة في التفاعل الاجتماعي.					
ثانيا: القصور اللغوي (1) قصور في النمو اللغوي (2) قصور في القدرة على المبادأة والمحادثة مع الآخرين. (3) الترديد اللغوي والاجترار. (4) قصور في اللعب الاجتماعي الملائم لمستوى النمو.					
ثالثا: نماذج تكرارية في السلوك: الاستغراق في أحد النماذج التكرارية. التمسك الشديد بالروتين و الطقوس. الحركات التكرارية: (أ) حركات اليدين. (ب)حركات الجسم. (4)الاهتمام بأجزاء الأشياء.					
رابعا: قصور في النمو: قصور في التواصل الاجتماعي. قصور في استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي. قصور في اللعب الخيالي أو الرمزي.					