

الفصل الخامس

التشخيص

- المقدمة:
- الشروط التي يجب أن تتوافر في القائمين على تشخيص طفل التوحد:
- المؤشرات العامة لإضطراب الأوتيزم:
- تشخيص حالات واضطرابات التوحد (الأوتيزم):
- المحكات التشخيصية لإضطراب طفل التوحد (الأوتيزم):
- معايير التشخيص:
- التشخيص الفارق:
- أسباب عدم الإهتمام بفضة الأطفال التوحديين (الذاتويين):
- صعوبات تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم):



▪ المقدمة:

قال تعالى: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [رَبِّ هَبْ لِي حُكْمًا وَأَلْحِقْنِي بِالصَّالِحِينَ (٨٣) وَاجْعَلْ لِي لِسَانَ صِدْقٍ فِي الْآخِرِينَ]. سور الشعراء: الآية (٨٣: ٨٤).

وكما أمرنا عز وجل في كتابه الكريم: بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ [فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللّٰهِ إِنَّ اللّٰهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ]. سورة آل عمران: الآية (١٥٩)

يعد تشخيص اضطرابات التوحد (الأوتيزم) وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً، ويتطلب أولاً الملاحظة الدقيقة لوالدي الطفل أو القائمين على رعايته، وعلى ما يصدر منه من سلوكيات قد تختلف عن سلوكيات الطفل العادي في نفس المرحلة العمرية، وبالتالي التوجه إلى المختصين والذين لديهم القدرة العلمية والعملية على إكتشاف وتشخيص اضطراب التوحد ومستوياته من بسيط ومتوسط أو حتى حاد، والمختصين هم فريق متعاون من الأطباء، والإختصاصيين النفسيين، والإجتماعيين، وإختصاصيي التخاطب والأوتيزم والتحاليل الطبية ومختصوا أشعة المخ والأعصاب من الأمور المهمة والصعبة في التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا المرض من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى . لذا أصبحت عملية التشخيص مسألة صعبة ومعقدة ويجب أن يكون التشخيص من قِبَل فريق متخصص متكامل يتكون من (طبيب أطفال، طبيب اختصاصي نفسي، اختصاصي في علم النفس للطفل التوحد، اختصاصي اختبارات، اختصاصي سمع وتخاطب) وقد يحتاج إلى بعض الإختصاصات مثل طبيب أعصاب أو محلل نفسي أو طبيب أطفال تطوري.

ولعل هذا الأمر يعد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيداً، وخاصة في الدول العربية، حيث يقل عدد الأشخاص المهيين بطريقة علمية لتشخيص التوحد، مما يؤدي إلى وجود خطأ في التشخيص، أو إلى تجاهل التوحد 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 التوحدي يوجد 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 نفسي - طبيب أطفال متخصص في النمو - اختصاصي نفسي - اختصاصي علاج لغة وأمراض نطق - اختصاصي علاج مهني - اختصاصي تعليمي)، كما يمكن أن يشمل الفريق مختصين آخرين ممن لديهم معرفة جيدة بالتوحد.

وغالباً ما تكون الفروق بين سلوكيات الأطفال التوحديين ضئيلة للغاية ، إلا أن تشخيص حالات التوحد يعتمد على متابعة الحالة من قبل المختص ، أما إطلاق التسمية على الحالة فيعتمد على مدى إلمام المختص بمجال التوحد والمفردات المختلفة المستخدمة فيه ، ويعتقد الكثير من المختصين أن الفروق بين التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة ليست ذات دلالة ويعتقد البعض الآخر من المختصين أنهم من باب مساندة الآباء يقومون بتشخيص أبنائهم على أنهم بدلاً من (PDD-NOS) يعانون من اضطرابات أخرى كالإعاقات النمائية غير المحددة التوحد. ويختلف المختصون فيما بينهم حول ما إذا كانت متلازمة أسبيرجر (Asperger's Syndrome) على سبيل المثال اضطراباً توحدياً .

▪ الشروط التي يجب أن تتوافر في القائمين على تشخيص طفل التوحد:

يتفق كل من يعمل في مجال تشخيص وتحديد فئة ذوي اضطراب التوحد على ضرورة الالتزام بأصول علمية معينة ومحددة حتى يكون المعالج على أعلى درجة من اليقين بصحة التشخيص. ومن أهم هذه الأصول: شمولية التقييم وتكامله، وأن تتوافر فيمن يقدم على التشخيص الشروط الآتية:

١. أن يقوم بالتشخيص والتحديد مختصون «فريق عمل.. في هذا المجال»، وعلى أعلى درجة من التدريب والمران.

٢. أن تكون أدوات التشخيص معدة إعداداً دقيقاً؛ وفق الخطوات العلمية المحددة في هذا المجال مع التأكيد من ملاءمة الأداة لخصائص واحتياجات الطفل.
٣. أن يشترك في عملة التشخيص كل من له صلة وثيقة بالحالة كوالدين والمربين على جانب المتخصصين.
٤. أن يكتب التقرير النهائي بلغة علمية محددة وبسيطة، على أساس من التدقيق في عملية ربط المعلومات ببعضها ربطاً صحيحاً، وأن يراعي في هذا آراء كل فرد من أفراد فريق التشخيص.
٥. ألا يغفل فريق التشخيص أي مجال من مجالات النمو لدى الطفل ووظائفه المختلفة المتعددة.
٦. ضرورة تواصل أعضاء فريق التشخيص واستمرارية الإلتقاء لتقييم الحالة، والحكم عليها بإتفاق الجميع.

وقد وضع الخبراء المختصون هذه الأصول الثابتة في عملية التقييم لإدراكهم إشكالية الإضطراب النفسي بشكل عام وتعدد المظاهر والأعراض للإضطراب التوحدي وتداخلها مع غيرها من الإضطرابات الأخرى لدى الأطفال. وفيما يلي عرض وبيان لأشكال هذا التداخل:

١. يرى كثير من الباحثين أن أعراض التوحد تتداخل مع غيرها من حالات الإعاقة، كالإعاقة العقلية، والإنفعالية، والإجتماعية، والفصام إلى الحد الذي جعل بعض الباحثين يقعون في خطأ التشخيص ويعتبروها حالة فصام.
٢. عدم ظهور الأعراض التي تشير على حالة التوحد إلا بعد مرور العام الأول من عمره الزمني تقريباً نتيجة لتداخل بعض مظاهر نمو الطفل العادي في هذه الفترة الزمنية مع مظاهر هذه الحالة.
٣. عدم توافر الجانب الثقائي في هذا المجال لدى أفراد الأسرة؛ فكثير من الوالدين يجهلون معدلات النمو للطفل العادي، فما بالننا بمعدلات النمو بهذه النوعية من الأطفال.

٤. كما أنه في صعوبات التشخيص لحالة التوحد ندرة انتشار هذه الحالة، مما لا يمكن المشخص من حصر مختلف الأعراض على الطبيعة التي تمكنه من التشخيص الدقيق لحالة التوحد.
٥. حداثة البحوث التي هدفت إلى دراسة حالة التوحد، والتي كانت تعتمد على معايير غير دقيقة لإشترك أعراض هذه الحالة مع حالات أخرى في مجال علم النفس.
٦. التوقف الواضح في عملية الإتصال لديهم والذي يتمثل في عدم التقدم في النمو اللغوي، والتحصيل المعرفي، وبالتالي ظهور الضعف في القدرات العقلية، ومدى الفاعلية الإجتماعية، وعدم التجاوب لعملية التنشئة الإجتماعية.
٧. كما تتمثل صعوبة التشخيص لحالة التوحد في كثرة عدد أعراضها وتنوعها خلال عملية النمو في كل من الإدراك السمعي، والبصري، واللغوي، وفي كل ما يشير إلى مدى التفاعل بينه وبين غيره من الناس (نبيه ابراهيم اسماعيل، ٢٠٠٩، ٦٧: ٦٩).

▪ المؤشرات العامة لإضطراب الأوتيزم:

تتنوع الأعراض الدالة على اضطراب الأوتيزم، ومع ذلك يمكن اكتشاف هذه الأعراض فيما بين الشهر (٣٠، و٣٦) الثلاثين والسادس والثلاثين من عمر الأطفال ويمكن أن يقوم بتشخيص الأوتيزم أطباء الأطفال، إختصاصي علم النفس، أو متخصص مهني في مجال الأوتيزم والسؤال الهام في هذا الصدد كيف يمكن اكتشاف الطفل التوحدي؟ أو ما العلامات / الأعراض التي تتبدى على الطفل؟

١. ضحك أو فقهة غير مناسبة.

٢. عدم الخوف من الخطر.

٣. عدم حساسية للألم.

- ٤ . مقاومة (رفض) احتضان أو تدليل الآخرين له .
 - ٥ . لعب تكراري روتيني غير عادي؛ مهارات بدنية أو لفظية غير عادية .
 - ٦ . تجنب التواصل البصري .
 - ٧ . تفضيل الوحدة والإنفراد بالذات .
 - ٨ . صعوبة في التعبير عن الاحتياجات؛ وربما استخدام الإيماءات (الإشارة) .
 - ٩ . تعلق (مرضِي) غير مناسب بالأشياء .
 - ١٠ . استجابة غير مناسبة للأصوات، وربما عدم استجابة على الإطلاق .
 - ١١ . تدور الأشياء؛ أو الدوران السريع حول الذات .
 - ١٢ . صعوبة في التفاعل مع الآخرين .
 - ١٣ . رفض التغيير والإصرار على الروتين .
 - ١٤ . ترديد الكلام أو الأصوات (المصاداه) (يحيى الرخاوي، ٢٠٠٩) .
- وأبرز المؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل التوحدي قبل إتمامه الثلاثين شهراً (٣٠) من عمره، تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال التوحديين وهذه المؤشرات هي:
- ١ . أن الأطفال التوحديين لا يحبون أن يحتضنهم أحداً .
 - ٢ . أنهم في بعض الأحيان يبدون كأنهم لا يسمعون .
 - ٣ . أن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالباً بمن حولهم .
 - ٤ . أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا .
 - ٥ . أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطاً غير طبيعي .
 - ٦ . أن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات .

٧. أن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
 ٨. أنهم يحبون العزلة عن الغرباء و المعارف.
 ٩. أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.
 ١٠. أن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة مكن قبيل الرسم، والسباحة والعزف على الآلات الموسيقية.
 ١١. أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها.
 ١٢. أنهم لا يحبون التجديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
 ١٣. أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
 ١٤. أن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراهم لوظائفها.
 ١٥. أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
 ١٦. أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب.
 ١٧. أنهم يظهرون تفاعلا من جانب واحد.
 ١٨. أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
 ١٩. أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصاداه.
- (عبد الرحمن سليمان، إيهاب الببلاوي وأشرف عبد الحميد، ٢٠٠٦).

▪ **تشخيص حالات واضطرابات التوحد (الأوتيزم)؛**

نظراً لأن مرض التوحد يتراوح بين درجات عديدة جداً من خطورة المرض وحدة أعراضه فقد يكون تشخيص التوحد (الذاتوية) مهمة معقدة ومركبة إذ ليس ثمة فحص طبي محدد للكشف عن حالة قائمة من التوحد، ويشمل التقسيم الرسمي لهذا المرض معاينة الطبيب المختص للطفل ومحادثة مع الأهل عن مهارات الطفل الإجتماعية، قدراته اللغوية، سلوكية وكيفية ومدى تغير هذه العوامل وتطورها مع الوقت.

وقد يطلب الطبيب بغية تشخيص أعراض التوحد إخضاع الطفل لعدة فحوصات وإختبارات ترمي الى تقييم قدراته الكلامية واللغوية وفحص بعض الجوانب النفسية، وبالرغم من أن أعراض التوحد الأولية تظهر غالباً ما قبل سن(١٨) شهراً أي سنة ونصف إلا أن التشخيص النهائي يكون في بعض الأحيان لدى بلوغ الطفل سن السنتين أو الثلاث سنوات فقط عندما يظهر خلل في التطور وتأخير في اكتساب المهارات اللغوية أو خلل في العلاقات الإجتماعية المتبادلة والتي تكون واضحة في هذه المرحلة من العمر.

وللتشخيص المبكر أهمية بالغة جداً لان التدخل المبكر قدر الإمكان وخصوصاً قبل بلوغ الطفل سن الثلاث سنوات يشكل عنصراً هاماً في تحقيق أفضل الاحتمالات والفرص لتحسن الحالة (سعد رياض، ٢٠٠٨، ٦٣).

ويشمل فريق تشخيص وعلاج الطفل التوحدي:

١. طبيب أطفال متخصص في تطور الطفل.
٢. طبيب الأمراض النفسية عند الأطفال.
٣. طبيب متخصص في الكلام واللغة.
٤. مساعد إجتماعي متخصص في تدريب الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة.
٥. محلل نفسي (هناء صندقلي، ٢٠١٢، ٣٠).

كما يقصد بالتشخيص تحديد نوع المشكلة أو الإضطراب أو المرض أو الصعوبة التي يعاني منها الفرد ودرجة حدتها (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠١، ١٣).

وفي مجال التوحد لا يزال التشخيص من أكبر المشكلات التي تواجه العاملين في هذه المجال وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص أو صفات الإضطراب غالباً ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات اخرى مما يتوجب الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأعراض بدقة (عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٢، ٣٦).

وتتضح التشخيصات من خلال العمليات التالية:-

أولاً: العمليات المعرفية لدى الطفل:

ومن جانب آخر يشير اسبترز (Spitzer,1987) أنه من خلال ملاحظة الطفل وملاحظة بعض المظاهر الإكلينيكية المحددة عليه يمكن حصر زملة أعراض الأوتيزم في ثلاثة عناصر أساسية.

أ- اضطراب كفي في التفاعل الإجتماعي.

ب- اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

ج- إنغلاق على الذات وضعف في الإهتمام بالأحداث والمثيرات الخارجية، كما يشمل دليل التشخيص الأمريكي الإكلينيكي (DSM III) وصف مفصل لزملة الأعراض المدرجة تحت العناصر الثلاثة الرئيسية السابق الإشارة إليها.

ثانياً-ديناميات التفاعل السلوكي في الأسرة التي تظهر على أحد أطفالها أعراض الأوتيزم:

تشير لورنا (Lorna,1972) إلى أن الأسرة التي تظهر لدى أحد أطفالها أعراض الأوتيزم تتميز بنوع خاص من التفاعل حيث أن بعد الأوتيزم في مثل هذه الحالات أحد الإعاقات الأساسية التي تحول دون إتمام التواصل الإجتماعي المناسب للطفل ومن جهة أخرى تحول دون التكيف النفسي لدى أفراد الأسرة حيث أن الطفل ذو الأوتيزم يتسم سلوكه داخل الأسرة بالسلبية والإنعزال، ومن جانب آخر تظهر لديه تظهر لديه بعض المشكلات المتعلقة بالإنعزال مثل عدم الإستجابة للتعليمات العامة، بالإضافة إلى عد القدرة على الإستمرار في أي نشاط لمدة تناسب سنة وأما عن سلوك الأخوة والأخوات لهذا الطفل فهم تارة يحاولون التواصل معه وتارة يميلون لإهماله.

وقد يرجع ذلك إلى فشلهم في تحقيق التواصل اللفظي، وفي بعض الأحيان غير اللفظي أيضاً كما أن الأوتيزم مرض غير معدي أي أنه ليس له عليهم أي أثر سلبي. كما أنهم في أغلب الأحيان لا يتعلمون من سلوكياته وإنما تتكرر محاولاتهم في تعليم

الطفل ذو الأوتيزم شيئاً من سلوكياتهم الصحيحة مثلما يفعل معه والديه ولكن أيضاً غالباً ما تفشل تلك المحاولات أما عن الوالدين فغالباً لا يلاحظون السلوكيات الشاذة على طفلهم في البداية ثم بعد إكتشاف تلك السلوكيات لدى ابنهم غالباً ما يرجعونها إلى أن الطفل مازال صغيراً أو ما إلى ذلك ثم بعد ذلك يبدأ قلق الوالدين في التزايد إلى أن يتم تشخيص الطفل من قبل متخصص وفي أغلب الأحوال يبدأ الوالدين أيضاً في محاولاتهم الجاهدة في تعليم الطفل شيئاً بطرق عديدة قد يكون العقاب أو التدليل إلا أن هذه المحاولات غير المنظمة عادة ما تنتهي بالفشل نظراً لصعوبة التواصل مع الطفل وغالباً ما تزداد نسبة الإكتئاب والقلق لدى الطفل الذي تظهر عليه أعراض الأوتيزم إلى أن تنتهي محاولاتهم هذه بطلب المساعدة المتخصصة في هذا المجال.

ثالثاً-التفاعلات الإجتماعية الشاذة لدي الأوتيزم:

يشير شيشيل وبريسون (Churchill & Bryson,1972) إلى أنه يمكن تقسيم صورة التفاعلات الإجتماعية الشاذة لدى ذوي الأوتيزم إلى ثلاثة مجموعات كما يلي:

أ-المجموعة المنعزلة.

ب-المجموعة ذات التفاعل السلبي.

ج-المجموعة ذات التفاعل النشط.

أ- **المجموعة المنعزلة Aloof Group**: هذه المجموعة تضم الأطفال ذوي العزلة عن الإتصالات والتفاعلات الإجتماعية، وهي تمثل الصورة الكلاسيكية لذوي الأوتيزم والبالغين من أفراد هذه المجموعة ربما يصبحوا في حالة تهيج وإثارة عندما يقتربوا من الآخرين ، وعندما يبدأ الآخرون في التفاعل معهم، وعادة أفراد هذه المجموعة يرفضوا أي نوع من الإتصال والتفاعل الطبيعي الإجتماعي حتى البسيط منه. وفي نفس الوقت فإنهم ربما يستمتعون ولو لوقت قصير ببعض الألعاب غير الشائعة والعنيفة. والأطفال في هذه المجموعة قد يقتب بعضهم من الآخرين لكي يحصلوا على متطلباتهم مثل الطعام والشراب والرحلة الجسدية، ولكن بمجرد أن يشبعوا رغباتهم فإنهم غالباً ما يبتعدوا على نحو مفاجئ.

كما أن لفهم وإستخدام وسائل الإتصالات الشفوية غير الشفوية يغتريها الخلل بشدة، كما أنهم يكونوا مفتقرين إلى الإستجابة للكلام والحديث كثر (Kanner,1943) كما أن بعض أطفال هذه المجموعة قد يقوموا بمحاولات قليلة لكي يشاركوا في الإتصال بطريقتين: إما من خلال التحدث بتودد وحب، أو من خلال التحدث بطريقة الطفل المعتوه، أي أن الكلام ينقصه الوضوح والمعنى، أيضاً لديهم عجز في التواصل البصري وفهم التعبيرات الوجهية والإيماءات الإجتماعية كالإشارة باليد وحركة الرأس للإشارة بالموافقة. كما أن بعض هؤلاء الأطفال ربما يلجؤون إلى إستعمال بعض مخارج الأصوات التي تسبق عملية الكلام لكي تخص فرد معنى بالإنتباه ريكس (Ricks,1979).

وأيضاً الأطفال الصغار الذين يندرجون تحت المجموعة المنعزلة غالباً ما تظهر عليهم علامات النشاط المفرط (Hyperactivity) وربما يظهروا خوفاً من أشياء غير ضارة وأحياناً يتحول هذا الخوف إلى إعجاب بالشيء نفسه بعد فترة والعكس صحيح جوديل (Gould,1982) .

ب- المجموعة السلبية: الأطفال والبالغين في هذه المجموعة غالباً لا يقومون بمحاولات إتصال إجتماعية تلقائية للتقرب من الآخرين، فيما عدا فقط رغبتهم في الحصول على احتياجاتهم، ولكنهم يقبلوا محاولات الآخرين للإتصال بهم والتفاعل معهم ويستجيبوا لتلك المحاولات بدون إحتجاج كالذي يظهر لدى المجموعة المنعزلة، حتى أنهم يبدو عليهم مظهر المستمتعين، كما أن أفراد تلك المجموعة قادرين على تمثيل وتقليد أداء الآخرين ولكن بدون فهم كامل للدور الذين يقومون بتأديته. وبالنسبة للكلام فإنه يكون أحسن تطوراً من هؤلاء الأطفال في المجموعة المنعزلة، ولكن تظهر بعض مظاهر الشذوذ والإفتقار إلى التفاعل الشخصي في وسائل الإتصالات والتفاعلات الإجتماعية (Attwood,1984).

ومن حيث محتوى الحديث لدى هؤلاء أفراد هذه المجموعة السلبية فهو تكراري وذو نطاق صغير من الموضوعات، أما بالنسبة للألعاب التي تعتمد على التخيل، فهي

غير موجودة لدى أطفال هذه المجموعة كما يوجد لديهم تقليد للأطفال الآخرين في طريقة لعبهم، ولكن ينقصهم لعب هؤلاء الأطفال الإبتكارية والتلقائية. وتغلب عليهم صورة التكرارية كما أن أطفال هذه المجموعة يميلون إلى الروتين والتكرارية ولكنهم يستجيبوا إلى تدخلات الآخرين بأطفال المجموعة المنعزلة.

ج- المجموعات الإيجابية النشطة: تتضمن هذه المجموعة الأشخاص الذين يقوموا بمحاولات تلقائية للوصول والإقتراب من الآخرين كمحاولة للتفاعل والتواصل الإجتماعي ولكن يتم ذلك بمنطقية ساذجة وعلى وتيرة واحدة وغالباً ميل أفراد هذه المجموعة إلى التواصل مع الآخرين من أجل إشباع رغباتهم الخاصة من خلال التحدث إلة الآخرين ولكنهم لا يميلون إلى بدء التواصل مع أشخاص جدد بالنسبة لهم أو التعرف عليهم.

ويكون أسلوبهم في التواصل مع الآخرين فيه شيء من المثابرة وربما يصاحب نوعية من التشبث الجسدي، لذا فهم لا يتلقوا الترحيب لدرجة أنهم يصبحوا مصدر قلق لمستقبلهم والمتعاملية معهم. أما بالنسبة لمظاهر الإتصال اللفظي فهي تكون أفضل لدى أفراد هذه المجموعة مقارنة بأفراد المجموعتين السابقتين، إلا أنه مازالت تعثرها بعض مظاهر البطء والتأخر في الكلام، كما أن أفراد هذه المجموعة يمكنهم أن يستخدموا قواعد اللغة بطريقة صحيحة ويوظفون الكلمات بطريقة جيدة في شكل جمل، ومن السمات المميزة لأفراد هذه المجموعة التكرارية، المثابرة، التمهّل في أداء الشيء الإفتقار إلى سهولة اللغة العامية، حيث يمكن أن يحدث قلب لبعض العبارات ويحدث ذلك حتى مع أفضل المتكلمين في هذه المجموعة (Wing,1981).

كما أشار (Attwood,1984) إلى أنه عند فحص المحادثات والتواصل اللفظي وغير اللفظي لأطفال هذه المجموعة مع الأشخاص البالغين تلاحظ أن الإتصالات غير اللفظية يعثرها الخلل والشذوذ، كما أن الكلمات المنطوقة تكون رتيبة ومملة كما أنها تفتقر إلى التكم في عملية التنفس، وخروج الصوت وقوته، وربما يكون هناك غياب في الإشارات وبالأخص تلك التي تعطي دلالة على الشعور والتعبير الإنفعالي،

ولكن البعض من أطفال هذه المجموعة يبالغوا في الحركات الشاذة للوجه والأطراف عندما يتكلمون، كذلك الإتصال البصري، يتأرجح من وت لآخر، وخصوصاً في المواقف التي تضم أشخاص غرباء، كما أن كثيرين من أطفال هذه المجموعة لديهم سلوك نمطي قالب وتكراري كما تظهر لديهم بعض مشكلات التناسق الحركي وإنخفاض ونقص النضج في طريقة المشي إلا أنهم حذرين أثناء القفز والحركات التي تتطلب توازن دقيق وبالرغم من ذلك يعترها بعض مظاهر الشذوذ والإضطراب.

خامساً-التغيرات التي تطرأ على الأطفال ذوي الأوتيزم نتيجة للنضج:

يشير لورد (Lord,1984) إلى أنه يمكن ملاحظة سلوك ذوي الأوتيزم في صورته النموذجية بين سن (٢:٥) سنوات، إلا أن بعض مظاهر هذا السلوك قد يتم إكتشافه في سن المدرسة، وبمرور الزمن وكنتيجة لعملية النضج وكمحصلة لعمليات محاولات التعلم والنمذجة الإجتماعية لهؤلاء الأطفال ، فإنه يمكن للأطفال أن ينتقلوا من مجموعة إلى أخرى من المجموعات الثلاثة التي سبق الإشارة إليه، وهذه التغيرات عادة تكون بانتقال الطفل من السلوك المميز للمجموعة المنعزلة إلى سلوك المجموعة السلبية، أو من المجموعة المنعزلة إلى المجموعة النشطة كحصلة للنضج والتعليم ولكن نادراً ما يحدث نكوص كأن يسلك الطفل يشبه سلوكه المجموعة السلبية أو النشطة سلوك المجموعة المنعزلة إلا أن هذا أيضاً قابل للحدوث كنتيجة لوضع الطفل في ضغوط نفسية تحول دون تطور سلوكه عبر النمو أو كنتيجة لإهمال الطفل وعدم محاولة تعلمه وتعديل سلوكه (Lord,1984).

ودراسة (Barthelemy, et al ,1992) هدفت هذه الدراسة إلى اختبار إمكانية استخدام الإختبارات النفسية في تشخيص حالات الأوتيزم والتعرف عليها وتمييزها بدقة عن حالات التخلف العقلي، حيث تم استخدام مقياس التقييم المختصر للسلوك والذي يحتوي على ثمان (٨) أبعاد تتناول أعراض الأوتيزم من حيث:

١ . الإنسحاب الإجتماعي المميز لذوي الأوتيزم.

٢ . القدرة على المحاكاة والتواصل.

٣. الحركة الزائدة.
٤. ضعف الإنتباه.
٥. التعبير اللفظي.
٦. علامات الخوف والتوتر.
٧. التعبير غير اللفظي.
٨. الإستجابات الذهنية.

كما أشار «بارثلمي وآخرون (Barthelemy, et al, 1992) إلى إمكانية إستخدام الإختبارات النفسية القائمة على الملاحظة في تشخيص حالات الأوتيزم وتميزها عن حالات التخلف العقلي. وذلك من خلال فحص الإستجابات الآتية والتي تمثل بعض أعراض الأوتيزم:

- أ- الإنسحاب الإجتماعي.
- ب- اضطراب القدرة على المحاكاة والتواصل.
- ج- الحركات الزائدة.
- د- ضعف الإنتباه.
- هـ- اضطراب التعبير اللفظي.
- و- اضطراب التعبير غير اللفظي.
- ز- علامات الخوف والتوتر.
- ح- الإستجابات الذهنية (الإدراك والإنتباه).

كما يشير بورتير وآخرون (Porter&et al ,1992) إلى أنه يمكن ملاحظة تلك الأعراض الآتية لدى الأطفال والتي يمكن من خلالها تحديد وجود أو عدم وجود الأوتيزم، كتشخيص مبدئي والتي يتم ملاحظتها من خلال فحص ما يلي:

أ-صورة التفاعل الإجتماعي للطفل، وما إذا كان هذا التفاعل الإجتماعي مضطرب وما هي شكل تلك الإضطرابات فيه.

ب-النشاط الحركي الزائد لدى الطفل أثناء أدائه لبعض الأنشطة.

ج-الإضطرابات في الإنتباه.

كما يشير فيلسبيرج (Flusberg,H,T.1992) إلى أنه من خلال فحص لعمليات الآتية والمظاهر السلوكية الدالة عليها يمكن التعرف على ذوي الأوتيزم:

أ-التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.

ب-العمليات الإدراكية والتعبير عنها.

ج-الإنفعالية والتعبير عنها.

▪ المحكات التشخيصية لإضطراب طفل التوحد (الأوتيزم):

يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للأمراض النفسية (DSM111) الصادر عام (١٩٨٠) أول دليل تشخيصي يدخل مصطلح التوحد إلى قائمة الامراض العقلية تحت اسم التوحد الطفولي باعتباره أحد اضطرابات مرحلة الطفولة ويحدد الدليل ستة معايير لتعريف الطفل التوحدي وتشخيصه وهي:

١-يبدأ الاضطراب قبل الشهر الثلاثين (٥, ٢) سنة من العمر.

٢-تنقصه الإستجابة للناس فهو انطوائي على ذاته بشدة.

٣-عجز واضح في نمو اللغة.

٤-أنماط متميزة وغريبة في الكلام - إن وجدت - كالترديد الببغاوي للكلمات.

٥-استجابات شاذة وغريبة نحو بيئته مثل مقاومة التغيير والإهتمام الشديد بالأشياء والموضوعات الحسية أو الجامدة.

٦- لا توجد هلوسات أو هذيانات كما في الفصام (السيد سليمان، ومحمد عبد الله، ٢٠٠٣، ١٣).

وجاء الدليل الإحصائي الرابع المنقح: (DSM-IV-RT)

يتضمن الدليل الإحصائي الرابع المنقح ثلاث مجموعات رئيسية تدرج منها عدة عناصر:

أولاً: أن تتطابق على الأقل ستة أعراض من المجموعات الثلاثة التالية على أن توزع كالتالي: اثنين على الأقل في المجموعة الأولى، واحد من المجموعة الثانية، واحد من المجموعة الثالثة.

المجموعة الأولى: عجز واضح في التفاعل الاجتماعي يظهر في:

١. قصور واضح في استخدام وسائل التواصل غير اللفظي مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات.
٢. عدم القدرة على تكوين علاقات صداقة مع الآخرين.
٣. عدم القدرة على مشاركة الآخرين في اهتمامتهما وإنجازاتهم.
٤. عدم القدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

المجموعة الثانية: قصور نوعي في التواصل ويظهر في أحد هذه العناصر:

١. تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً.
٢. بالنسبة للقادرين على الكلام يظهر لديهم عجز واضح في القدرة على المبادرة إلى الحديث أو الإستمرار في الحديث مع الآخرين.
٣. استخدام متكرر وثابت للغة.
٤. عدم القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى النمو.

المجموعة الثالثة: محدودية الأنشطة والإهتمامات ويظهر في أحد هذه العناصر:

١. انشغال متواصل باهتمام نمطي غير طبيعي من حيث شدته ومدى التركيز عليه.
٢. تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الأمور الروتينية التي لا معنى لها.
٣. حركات جسدية نمطية ومتكررة مثل رفرفة الأيدي.
٤. الإنشغال المفرط بأجزاء الأشياء.

ثانياً: قبل سن الثالثة يظهر على الطفل تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية:

١. التفاعل الإجتماعي.
٢. استخدام اللغة للتواصل الإجتماعي.
٣. اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: لا ينطبق على هذا الإضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو اضطراب الإنتكاس الطفولي؛ (وفاء الشامي (أ)، ٢٠٠٤، ٧٦)

وبالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات الأوتيزم، إلا أن العلماء والباحثين حاولوا التغلب بوضع مجموعة من المعايير والمحكات الأساسية التي تشخص على أساسها حالات الأوتيزم ومن أقدم وأول هذه المعايير تلك وضعها «كانر» وكررها في كتاباته المتعددة من (١٩٤٣-١٩٧٠) ثم لخصها في كتابه الشهير ذهان الطفولة (١٩٧٣)، وهي التالي:-

١. سلوك انسحابي انطوائي شديد، وعزوف عن الإتصال بالآخرين.
٢. التمسك الشديد بمقاومة أي تغيير في البيئة الفيزيائية المحيطة به من حيث المأكل، والملبس، ترتيب الأثاث، روتين الحياة اليومية.

٣. يفضل التعلق والإرتباط بالأشياء والتعاطف معها خلال الفترة من (١٤-١٨) شهراً من العمر أكثر من الإرتباط بالناس جميعاً بما فيهم أبوية وأخوية.
٤. عدم القدرة على الكلام ويظهر كأنه أصم وأبكم أو يتكلم بلغة مجازية أو همهمة غير مفهومة لا جدوى منها في تحقيق الإتصال بالآخرين.
٥. عدم ظهور الهلاوس والهذات في سلوكه، كما أنه يتمتع بصحة جيدة.

٦. رغم كل جوانب القصور التي تميز الطفل التوحدي (الذاتوي)، إلا أنه أحياناً يأتي ببعض الأعمال التي تتم عن قدرات غير عادية كأن يقوم بعملية حسابية معقدة أو يبدى مهارة في الرسم والموسيقي أو الغناء بشكل طفرات فجائية، أو يتذكر خبرة قديمة حتى ولو كانت بلغة أجنبية لا يتقنها (Kanner,1973).

بعد عرض «كانر» لهذه المحكات ظهرت محاولات علمية أخرى للتوصل إلى تشخيص أكثر دقة للأوتيزم على يد كل من سيلان، ياننيت Selsin,Yannet وتم نشرها في دورية بحوث الطفولة عام (١٩٦٠) وهي كالتالي:-

١. اضطراب واضح في الشخصية يتسم بالإنغلاق على الذات وعدم الإنتماء الإجتماعي للآخرين.
٢. غياب العجز أو القصور الحركي الذي يميز معظم حالات الأمراض الذهانية الشديدة.
٣. بدء ظهور أعراض الأوتيزم في خلال العامين الأول والثاني من العمر.

(عثمان فراج، ١٩٩٦، ٣)

ويمكن عرض محكات تشخيص الأوتيزم كما جاءت في (DSM-III) على النحو التالي:-

١. قصور في الإستجابة للمثيرات الإجتماعية، تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم والشعور بوجودهم والتعرف عليهم والتمييز بينهم

وتجنب النظر في عيوم الآخرين وعدم القدرة على فهم ما تعبر عنه عيون الآخرين من الإنفعالات.

٢. قصور لغوي تام أو اضطراب غير طبيعي في الكلام مثل التردد الآلي -Echo lalia، اللغة المجازية وعكس الضمائر « أنت » بدلاً من « أنا ».

٣. قلة الإهتمامات والأنشطة التي يمارسها ومقاومة التغيير، التعلق بأشياء تافهة.

٤. عدم وجود هذات أو هلاوس أو فقدان الترابط وعدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام.

٥. ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهراً. (American Psychiatric Association, 1980, 28)

وذكر كوجل وآخرون أن أهم الأعراض التي يتم على أساسها تشخيص حالات الاوتيزم هي:

١. قصور اجتماعي يتمثل في الإنسحاب الإجتماعي، الإنطواء على النفس وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.

٢. قصور لغوي يتمثل في وجود اضطرابات في القدرات المعرفية والإدراكية، ضعف وتشتت الإنتباه وعدم القدرة على فهم التعليمات اللفظية.

٣. عدم القدرة على التحكم في الحركات الدقيقة.

٤. النشاط الحركي المفرط. (Koegel, et al, 1982)

أما «سبيتزر» Spitzer فذكر أن أعراض الأوتيزم تنحصر في العناصر الثلاثة الرئيسية التالية:

١. اضطراب كفي في التفاعل الإجتماعي.

٢. اضطراب في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.

٣. الإنغلاق على النفس وعدم الإهتمام بالأحداث والمنبهات الخارجية (Spitzer,1987).

وأوضح التقرير الذي وضعه قسم الصحة النفسية والإضطرابات النمائية في ولاية ألينويز (١٩٨٧) وصفاً لخصائص الأوتيزم وهي ضعف أو قصور في جوانب النمو (اللغوي، الإجتماعي، الإنفعالي).

وفيما يلي عرضاً تفصيلياً لهذه المجموعات التي تمثل محكات تشخيص الأوتيزم كما جاءت في (DSM-III-R) :-
(أ)-عدم القدرة على التفاعل الإجتماعي المتبادل المتمثل في:

١. قصور واضح في فهم المشاعر وأحاسيس الآخرين والتعامل معهم كقطع أثاث.
٢. عدم البحث عن الراحة وقت التعب، عدم طلب المساعدة من الآخرين وقت الخطر.
٣. غياب القدرة على التقليد.
٤. عدم الرغبة في اللعب مع الآخرين وتفضيل اللعب منفرداً.
٥. عدم القدرة على تكوين صداقات مع الرفاق، وعدم الإهتمام بالعلاقات الإجتماعية.

(ب)-قصور نوعي في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي والنشاط التخيلي وتتمثل في:

١. عدم القدرة على التواصل لغوياً غير اللفظي تظهر في نظرات العين، فقدان الإبتسامة، تعبيرات الوجه، الإيماءات والحملقة الثابتة في المواقف الإجتماعية.
٢. قصور واضح في النشاط التخيلي يظهر في اللعب التمثيلي لأدوار الكبار والشخصيات الخيالية وعد الإهتمام بالروايات الخيالية.

٣. واضح واضح في الحصيلة اللغوية يتضح في الكم والإيقاع والأداء.
٤. شذوذ واضح في تركيب الجمل ومضمون التخاطب وترديد الكلمات المسموعة.
٥. شذوذ واضح في القدرة على بدء الحديث مع الآخرين أو استمراره، ٥٠٪ من الذاتويين لا يتكلمون.

ج-محدودية الأنشطة والميول والإهتمامات تتمثل في:

١. حركات الجسم نمطية قسرية زفرقة اليدين، الدوران في حركات دائرية، ضرب الرأس.
٢. الإدماج في التعامل مع أجزاء الأشياء أو الأدوات مثل سلسلة مفاتيح، شم الأشياء بدلاً من النظر إليه، حمل ورقة أو قطعة خيط أو شريط نيجاتيف أو زجاجة شامبو فارغة.
٣. استجابات سلوكية شديدة العنف تجاه أي تغيير في البيئة المحيطة مثل وضع فازه من مكان إلى آخر ، فتحدث ثورة غضب يترتب عليها إيذاء للنفس أو الغير.
٤. إصرار والتزام شديد بالتفاصيل الدقيقة في الروتين اليومي من حيث، المأكل، الملابس، اللعب، الحركة، الإصرار على الأساليب المعتادة عند الخروج في جولة للشراء.
٥. نقص ملحوظ في الإهتمامات والأنشطة التي يندمج فيها مع أقرانه مثل الإهتمام بترتيب الأشياء في صفوف وعاميد مما يمنع استخدامها في نشاطات هادفة.

د-بدء ظهور هذه المحكات مع ما جاء في الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) من محكات تشخيصية للأوتيزم تتمثل في الآتي:

١. قصور نوعي في التفاعل الإجتماعي المتبادل.
٢. نماذج محدودة ومكررة ونمطية من السلوكيات والإهتمامات والأنشطة.

٣. شذوذ واضح في النمويضح وجوده في الثلاث سنوات الأولى من العمر
(Campbell,et al ,1991,327;Schwartz,1992,19).

وقد حدد المنهج القومي البريطاني - Britains National Curricu- lum أعراض الأوتيزم في الجوانب التالية:

١. قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٢. افتقاد الإحساس الإجتماعي.
٣. مقاومة التغيير (Jardon Powell,1990).

كما توصل بارون-كوهين Baron-Cohen من خلال تسع دراسات قام بها حول موضوع الأوتيزم إلى وضع نحكات تشخيصية للأوتيزم هي:

١. قصور في التفاعل الإجتماعي.
٢. قصور في فهم الإنفعالات.
٣. قصور في النمو اللغوي.
٤. تكرار الأفعال بطريقة نمطية (Baron-Cohen,1991).

أما فلسبرج Flusberg فذكر أنه يمكن تشخيص الأوتيزم من خلال الأعراض التالية:

١. التعبير اللفظي واستخدام بعض الكلمات الشائعة.
٢. العمليات الإدراكية والتعبير عنها.
٣. الإنفعالات والتعبير عنها.
٤. العمليات المعرفية (Flusberg,1992).

وأوضح «بورتس» وآخرون أنه يمكن تشخيص الطفل بأنه ذاتوي إذا توافرت لديه الأعراض التالية:

١. اضطراب في التفاعل الإجتماعي والتواصل مع الآخرين.
 ٢. نشاط حركي مفرط.
 ٣. اضطراب في كل من الإنتباه واللغة والإدراك (Porter,et als,1992).
- لهذا الدليل (DSM-IV) عام (١٩٩٤)، وقد لخص رويارز (١٩٩٥) محكات تشخيص الأوتيزم الواردة في هذا الدليل كما يلي:**

١. افتقاد الإستجابة للآخرين.
٢. قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٣. قصور واضح في النمو اللغوي.
٤. مقاومة التغيير والإصرار على الروتين.
٥. ضعف في القدرة العقلية.
٦. قصور في فهم الإنفعالات.
٧. قصور شديد وملحوظ في الأنشطة والإهتمامات.
٨. عدم ظهور أعراض الرت Rett أو الإسبيرجر Asperger's.
٩. عدم ظهور الهلاوس والهذاءات وتكك التفكير وهي الأعراض المميزة للفصام.
١٠. بدء ظهور أعراض الأوتيزم قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Roey- 162:161,1995.ers).

وأخيرا فقد حدد شارون نيورث وآخرون محكات تشخيص الأوتيزم فيما يلي:

١. قصور محدد في العلاقات الإجتماعية.

- ٢ . نمو أولي (عدم الوصول لمستوي النمو الطبيعي) لمهارات التواصل .
- ٣ . سلوكيات نمطية تكرارية، اهتمامات وأنشطة محدودة .
- ٤ . ضرورة ظهور هذه الأعراض قبل اكتمال العام الثالث من العمر (Sharyn Neuwirth, et als,1999,10)

ورغم أن «كانر» يعتبر أول من حدد زملة أعراض الأوتيزم، إلا أن هذه الزملة قد استخدمت من قبل تحت مسميات عديدة، فقد استخدمها بلوير (Bleuler 1911) في اشارته لزملة أوسع بكثير للميكانزمات التي يستخدمها المرضى الفصاميين أو الأشخاص العاديين، بإعتبارها إحدى السمات الأولية للفصام .

وقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات العقلية الذي صدر عن الرابطة الامريكية للطب النفسي تصنيفين، أطلق على التصنيف: الأول اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض الكاملة وأطلق على التصنيف الثاني اسم: إعاقة التوحد الطفلية ذات الأعراض المتبقية، ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للإجتراية الطفلية ذات الأعراض الكاملة على النحو التالي:

- ١ . بدء الإضطرابات قبل سن(٣٠) شهراً أي (٢,٥) سنة .
- ٢ . العجز عن الإستجابة للآخرين .
- ٣ . اضطراب شديد في النمو اللغوي .
- ٤ . أنماط كلامية شاذة وغريبة مثل (تقليد الكلام المباشر، أو قلب الضمائر) .
- ٥ . استجابات بيئية غير سوية مثل (مقاومة التغيير، أو التعلق والإهتمام بموضوعات شاذة) .
- ٦ . غياب الأوهام والهلاوس وفقدان الترابط، والكلام المفكك (غير المترابط) كما يحدث عند الإصابة بالفصام .

ويمكن الإشارة إلى المحكات التشخيصية للاجترارية الطفلية ذات الأعراض المتبقية على النحو التالي:

١. الإصابة بالاضطراب سابقاً ثم الشفاء منه وعودة بعض الأعراض.
٢. الصورة الإكلينيكية الحالية لا تشير إلى وجود أعراض التصنيف الأول كاملة (A.P.A,1987).

ويرى عادل عبد الله (٢٠٠٢-ب) أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة (DSM-IV) الصادرة عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) A.P.A والتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD-10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن، وأنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب التوحد على وجه الخصوص وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسية هي:

١. **البداية:** تكون بداية الاضطراب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره، ويكون الأداء الوظيفي للطفل مختلاً في واحد على الأقل من عدد من الجوانب هي التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللغة للتواصل الاجتماعي، واللعب الرمزي أو الخيالي.

٢. **السلوك الاجتماعي Social Behavior:** يوجد لدى الطفل قصور كفي في التفاعلات الاجتماعية وذلك في اثنين على الأقل من أربعة محكات هي التواصل غير اللفظي، إقامة علاقات مع الأقران والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات وتبادلية العلاقات الاجتماعية معهم.

٣. **اللغة والتواصل Communication and Language:** يوجد قصور كفي في التواصل في واحد على الأقل من أربعة محكات هي تأخر أو نقص كلي في اللغة

المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، والإستخدام النمطي أو المتكرر للغة، إلى جانب قصور في اللعب التظاهري أو الخيالي.

٤. الأنشطة والإهتمامات Activities and Interests : توجد أنماط سلوك واهتمامات وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية في واحد على الأقل من أربعة محكات هي الإنشغال بإهتمام نمطي واحد غير عادي ، الرتابة والروتين، أساليب نمطية الأداء، والإنشغال بأجزاء من الأشياء.

ويرى عبد الرحمن سليمان(٢٠٠٢) مستنداً إلى ما جاء في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات النفسية(DSM-IV) إنه لكي يتم تشخيص التوحد فإننا نحتاج إلى أدلة على وجود مشكلات في ثلاث مجالات كبيرة تشمل التفاعل الإجتماعي، التواصل، والسلوكيات النمطية وهنا يتعين أن يعاني الفرد من ستة أعراض تنتشر في المجالات الثلاثة بحيث ينطوي اثنان منها على الأقل على اضطرابات في التفاعل الإجتماعي وعرض واحد في كل مجال من مجالات التواصل، والسلوك النمطي.

وتشمل الأعراض التي تندرج ضمن مجال التفاعل الإجتماعي ما يلي:

١. خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة أو الأكثر المعقدة Multiple وعدم القدرة على تكوين علاقات مناسبة مع الأقران.
٢. الإفتقار إلى التلقائية في مشاركة الآخرين اهتماماتهم وإنجازاتهم.
٣. عدم القدرة على تبادل المشاعر والعلاقات الإجتماعية مع الآخرين.

وتضم الأعراض المندرجة ضمن التواصل ما يلي:

(أ) - تأخر نمو اللغة الشفهية (المنطوقة) أو ضحالته (مع عدم تعويض ذلك النقص بأي أساليب تواصل أخرى).

ب)-بالنسبة لمن يستطيعون الكلام فأننا نجدهم يعانون من اضطرابات واضحة في مهارات المحادثة (التخاطب).

ت)-استخدام اللغة بصورة نمطية وتكرارية، والإفتقار إلى التلقائية في محاكاة المعتقدات (تعليم القيم Value والمعتقدات Beliefs) أو اللعب الإجتماعي.

ث)- وتشتمل الأعراض التي تتدرج ضمن مجال السلوكيات النمطية الإستغراق في عمل واحد محدد لمدة طويلة وبصورة غير عادية (التكرار) والتقليد الجامد بالعبادات Habits أو الطقوس غير النمطية وغير المهمة، واللزمات الحركية النمطية والمتكررة، والإنشغال بأجزاء من الأشياء وليس بالشي كله وبالإضافة إلى تلك الأعراض الستة يجب أن يعاني الطفل المصاب أيضا من تأخر في التفاعل الإجتماعي، التواصل الإجتماعي أو التفاعل بالرموز أو اللعب التخيلي، فضلا عن ضرورة حدوث هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل الثالثة من العمر.

ويري محمد محمود (١٩٩١) أن هذا الإضطراب يمكن تشخيصه إذا توافرت ثمان من المواصفات الست عشرة التالية علي أن تشمل على الأقل اثنان من المجموعة (أ) وواحدة من المجموعة (ب) وواحدة من المجموعة (ج).

أ-وجود إعاقة كيفية في التفاعل الإجتماعي المتبادل كما يظهر في واحدة مما يلي:-

١ . نقص ملحوظ في الوعي بوجود أو مشاعر الآخرين (يعامل الناس كأشياء ولا يلاحظ كربهم أو همومهم).

٢ . لا يبحث عن الراحة وقت التعب، أو يطلبها بطريقة شاذة (مثل عدم سعيه للراحة عندما يكون مريضاً أو مجهداً، يطلب الراحة بطريقة آلية مثل قوله: جنبه، جنبه، جنبه، عندما يكون مصاباً).

٣ . لا يحاكي الآخرين (لا يقلدهم) أو يحاكيهم بصورة مضطربة(مثل: لا يلوح مودعاً-Bye, Bye أو التقليد الآلي للآخرين دون علاقة بالموقف).

- ٤ . لا يشارك في اللعب الإجتماعي أو يكون شاذاً، ويفضل اللعب الفردي، وإذا شارك الأطفال الآخريين فإنه يعاملهم كآلات.
- ٥ . خلل بارز في قدرته على عمل صداقات مع الرفاق.

(ب)-خلل كفي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي النشاط التخيلي كما يظهر فيما يلي:-

- ١ . لا توجد وسيلة تواصل مثل محاولات التواصل اللفظي أو التعبير الوجهي أو الإيماء، أو التواصل الحركي.
- ٢ . التواصل الاللفظي غير الطبيعي الملحوظ، كما في استخدام الحملقة بالعينين والتعبير الوجهي والوضع الجسدي أو الإيماءات لبدء تفاعل اجتماعي (مثل:عدم الإبتسام أو النظر للآخرين عندما يقترب منهم اجتماعياً، لا يجلب أو يحترم والديه أو الزوار وله حملقة ثابتة في المواقف الإجتماعية).
- ٣ . غياب النشاط التخيلي مثل لعب أدوار Role Playing الكبار والشخصيات الخيالية أو الحيوانات ونقص الإهتمام بالروايات الخيالية.
- ٤ . شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام شاملاً ارتفاع الصوت ونغمته والضغط على المقاطع والمعدل والإيقاع مثل: الكلام بنبرة أو وتيرة واحدة أو بطريقة تشبه السؤال، أو بصوت مرتفع.
- ٥ . شذوذ ذات ملحوظ في شكل ومحتوى الكلام، وتشمل الكلام بصورة آلية متكررة (مثل التردد المباشر للكلام أو التكرار الآلي لإعلانات التلفزيون)، سوء استعمال الضمائر(مثل:قوله أنت عندما يود أن يقول أنا) بالإضافة لإستخدام كلمات أو جمل في غير موضعها.
- ٦ . خلل ملحوظ في قدرته على بدء محادثة مع آخر أو استمرارها برغم وجود ظروف مناسبة للحديث.

ج)-النقص الملحوظ في ذخيرة الأنشطة والإهتمامات كما يلاحظ بواسطة ما يلي:-

- ١ . الحركات الآلية للجسم (مثل:النقر باليد أو لف اليد في حركة دائرية أو الدوران حول النفس أو أرجحة الرأس).
- ٢ . الإنشغال الدائم بأجزاء الأشياء (مثل شم الأشياء) أو الإرتباط بموضوع غير معتاد (مثل الإصرار على حمل قطعة من الخيط طول الوقت).
- ٣ . الكرب الشديد عند حدوث تغير في البيئة مهما كان طفيفاً، (مثل تحريك فازه) من مكانها المعتاد .
- ٤ . الإصرار غير المناسب على إتباع نفس الروتين بكل التفاصيل مثل الإصرار على أن يسلك نفس الطريق عند شراء شيء ما .
- ٥ . ضيق ملحوظ في الإهتمامات والإنشغال بإهتمام واحد فقط .

د)-بداية الإضطراب خلل في الرضاعة أو الطفولة (وتحدد البداية إذا كانت بعد ثلاث سنوات أو قبلها).

أما محمد قاسم(٢٠٠١) فيري أنه يمكن تشخيص إعاقة التوحد من خلال:

- ١- التقييم والتشخيص الطبي **Medical Assessment**: ويضم هذا الفحص والتقييم كشف الخلل البيوكيماوي والعصبي والعضوي والإضطرابات المرافقة للتوحد الطفولي، وقد افترضت أكثر البحوث الطبية أن التوحد هو اضطراب ناتج عن سبب واحد إلا أن الدراسات الحديثة بينت أن هناك عدد محدد من العوامل المسببة للإضطراب منها الحصبة الألمانية الخلقية أو الفطرية، وارتفاع في النبض أو الضغط Hypertension وفيروس تضخم النسيج الخلوية ، وبشكل مشابه أيضاً فقد لوحظ أن هناك عدداً من ضروب الشذوذ البيوكيماوي عند هؤلاء الأطفال مثل السيروتونين ومع أن الإتفاق العام الذي تم التواصل إليه عن طريق هذه الفحوص الطبية، هو أن هناك اختلاف ذا دلالة بين الأطفال التوحديين في هذه المظاهر والتغيرات العضوية والكيمائية ولذلك لا يوجد مؤشراً واحداً يمكن الركون إليه في تمييز هؤلاء الأطفال عن أقرانهم الأسوياء ، إلا أن الفحص الطبي كان موضوع عدد كبير من البحوث.

٢- القياس والتقييم النفسي التقليدي Traditional Psychological Assessment

Assessment : إن التقييم والقياس النفسي للأطفال التوحديين باستخدام الإختبارات النفسية التقليدية لم يطبق منذ مدة طويلة، فقبل عقدين من الزمن كانت الفكرة السائدة بين المختصين أن الأطفال المصابين بالتوحد غير قابلين للقياس والتقدير النفسي ولا يمكن تطبيق الإختبارات عليهم ولكن مع التطور الذي حدث في تعديل الإختبارات النفسية التقليدية، ومع اتباع طرائق التقدير السلوكي، أصبح الأطفال التوحديين أكثر قابلية للقياس ومطواعون بحيث يمكن الحصول على نتائج هامة عنهم (Firth,1999).

٣- التقييم السلوكي Behavioral Assessment: يتضمن التقدير السلوكي

تحديد السلوكيات المستهدفة والمتغيرات الضابطة لها، ويتم إجراء ذلك باستخدام التقنيات السلوكية مثل الملاحظة، قوائم الفحص، وتحليل المهام **Analysis Tasks** ويضيف محمد قاسم إن إمكانية تطبيق التقدير السلوكي لإتخاذ قرارات هامة أمر مشجع ويعد بنتائج هامة فيما يتعلق بالتربية الخاصة كما أن الكثير من النتائج الإكلينيكية حول الأطفال التوحديين تستند إلى مثل هذه التقديرات (وخاصة الملاحظة السلوكية) ثم أن طرائق التقييم السلوكي ضرورية من أجل المراقبة المستمرة للبرامج التربوية التي تتطلبها خطة المعالجة حتى تحقق هذه البرامج غايتها المطلوبة.

يرى وولف (١٩٨٨) **Wolf** أنه يمكن تشخيص اضطراب التوحد من خلال ملاحظة الاطفال المصابين به حيث أنهم يعانون من:

١. عطب واضح في الإتصال التفاعلي بالآخرين.
٢. عطب واضح في الإرتقاء اللغوي: وغالباً ما يردد الطفل الإجتراي الكلمات، ويعاني غالباً من عدم القدرة على استخدام الضمائر كأن يلقب الأفراد أنا ويلقب نفسه أنت بالإضافة إلى عدم القدرة علي التخيل وتقليد الآخرين.

٣. ممارسة أنماط سلوكية نمطية: ويقرر أباء الأطفال التوحديين والعاملين معهم أنهم يرفضون كل ما يؤدي إلى التكامل بينهم وبين العالم المحيط بهم، وقيمون باستمرار الحواجز لهم، وقد لاحظ «كانر» أنه ليس لدى الطفل التوحدي بين الشهر الرابع والثامن من عمره أي حركة تدل علي أنه يستعد كي يحمله أحد بل على العكس فكل حركاته هدفها أن يعزل نفسه، ولديه خلاا في التواصل، والإندماج والتاقلم مع الآخرين ومع البيئة، واضطرابات في اللغة والأساليب المختلفة غير اللغوية (محمد الدفراوي، ١٩٩٣).

وقد لخص Roeyers (١٩٩٥) محكات التشخيص الواردة في (DSM-IV) كما

يلي:-

١. افتقاد الإستجابة للآخرين.
٢. قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٣. قصور واضح في النمو اللغوي.
٤. مقاومة التغيير والإصرار على الروتين.
٥. ضعف في القدرة العقلية.
٦. قصور في فهم الإنفعالات.
٧. قصور شديد وملحوظ في الأنشطة والإهتمامات.
٨. عدم ظهور أعراض الريت Rett أو الإسبرجر Asperger .
٩. بدء ظهور أعراض التوحد قبل اكتمال العام الثالث من العمر .

ضرورة الإكتشاف المبكر Early Identification :

يبدأ اضطراب الأوتيزم عادة قبل اكتمال العام الثالث من العمر، وقليلاً ما يبدأ بعد ذلك (Rutter,1978;A.P.A,1980) وفي الغلب يصعب تحديد السن الذي بدأ

فيه الإضطراب إذا لم يكن هؤلاء الذين يقومون برعاية الطفل قادرين على العطاء معلومات دقيقة عن مظاهر النمو اللغوي والاجتماعي لدى الطفل في شهوره وسنواته المبكرة. حيث يصعب رصد مظاهر الإضطراب في مرحلة الرضاعة فقد تفسرها الأم بأنها هدوء مبالغ فيه، ولا تنتبه إلى خطورتها وأنها تنذر بوجود حالة اضطراب لا بد من متابعتها، لذا فقد حاول كثير من العلماء التعرف على خصائص النمو المبكر للأطفال التوحيديين في الشهور الأولى من الحياة.

وتظهر سمات الطفل التوحيدي قبل إتمامه العام الثالث وإذا لوحظ أي منها يجب الإهتمام بمتابعة الطفل وعرضه على إختصاصي، ومن هذه السمات:

١. عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع الذي يدل على رغبته في أن يحمل.
٢. تصلُّب الطفل عندما يحمل ومحاولة الإفلات.
٣. يبدو كما لو أنه أصم لا يسمع، فهو لا يستجيب لذكر اسمه أو لأي من الأصوات حوله.
٤. فشل الطفل في التقليد كباقي الأطفال في المرحلة العمرية نفسها.
٥. قصور أو توقف في نمو القدرة على الإتصال اللغوي وغير اللغوي.

مقياس التشخيص لإضطراب التوحد: كل البنود التالية:

١. حمل وولادة طبيعيين .
٢. تطور ونمو حركي نفسي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة .
٣. محيط الرأس طبيعي عند الولادة .

حصول البنود التالية بعد مدة من التطور الطبيعي:

- أ)-تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين (٥ و ٢٤) شهراً.

ب)-فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين في العمر بين (٥ و ٣٠) شهراً مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل ررفة اليدين .

ت)-فقد الترابط الإجتماعي المكتسب في مدة سابقة (عادة التفاعل الإجتماعي تتكون بعد هذا العمر) .

ث)-ظهور مشية غير متزنة ، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية .

ج)-النقص الشديد في تطور اللغة الاستقلالية والتعبيرية ، مع وجود التخلف النفسي والحركي (عبد الله الصبي،٢٠٠٣) .

اضطراب أسبيرجر Asperger`s disorder :

هو أحد اضطرابات التطور، عادة ما يظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم اكتشافه متأخراً، ويتميز بالتالي:

١ . نقص المهارات الإجتماعية .

٢ . صعوبة في التعامل الإجتماعي .

٣ . ضعف التركيز والتحكم .

٤ . محدودية الإهتمامات .

٥ . وجود ذكاء طبيعي.

كما أن الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية ، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي ، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد عالي القدرات High Functioning Autism .

لغة جيدة في التخاطب والقواعد : في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في

المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق ، كالدعابة والسخرية.

مقياس التشخيص لاضطراب اسبيرجر:

(أ) - ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الإجتماعي (بندين على الأقل):

١. ضعف شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل النظري، تعبيرات الوجه، حركة الجسم ، الإيماء والإشارة).
٢. عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.
٣. قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها).
٤. نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والإنفعالات مع المجتمع حوله .

(ب) - سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق من الإهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل):

١. القيام بالإنهماك الكامل في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية غير الطبيعية في حدها أو تركيزها.
٢. الحرص على الرتابة ورفض تغيير الطقوس.
٣. تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الأصابع أو اليدين، التواء الذراعين أو الجسم، حركة معقدة للجسم) .
٤. الإنهماك الكامل والمستمر مع جزء من لعبة .
٥. الإضطرابات تؤدي إلى ضعف محسوس طبيياً في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الإجتماعية أو العمل.
٦. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنتين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات) .
٧. عدم وجود نقص عام ملاحظ طبيياً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات

مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الإجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

٨. مجموعة الاضطرابات غير مشخصة كإنقسام الشخصية أو أحد أسباب اضطرابات (التطور العامة الأخرى) (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

اضطراب التحطم الطفولي Childhood Disintegrative Disorder:

١. حالة نادرة .
٢. يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأولين من العمر.
٣. تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والإجتماعية) .

قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار كتيب تشخيصي Diagnostic and Statistical بعد مراجعته وتقييمه في طبعته الرابعة عام (١٩٩٤) ليكون دليلاً يستخدمه الأطباء والمختصين بالإعاقات، (Manual (DSM – IV) الفكرية والسلوكية، لتقييم الحالات المرضية التي يتعاملون معها، وقد قسمت اضطرابات التطور العامة إلى خمس مجموعات، لكل مجموعة مقاييسها الخاصة وشروطها، هذه الشروط يجب تقييمها وملاحظتها عن طريق مجموعة من المتخصصين في هذا المجال، للخروج بالتشخيص المناسب.

كما وضعت الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA عام (٢٠٠٠) معايير محددة لتشخيص اضطراب التوحد، و اشترطت وجود ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاث الواردة أدناه :

أ- اضطراب العلاقات الإجتماعية : ويشمل :

١. عدم الاحساس أو الإدراك بوجود الآخرين .
٢. عدم القدرة على بناء صلات قوية مع الأقران.
٣. انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة .
٤. عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة ، أو طلبها بصورة غير طبيعية.

ب- اضطراب التواصل و التخيل : ويشمل :

١. ضعف التواصل مع الآخرين .
٢. اضطراب شديد في القدرة اللغوية .
٣. عدم القدرة على بدء أو انتهاء حوار مع الآخرين .
٤. انعدم القدرات الابداعية .
٥. اضطراب في نوع و محتوى الكلام مثل ترديد ما تم قوله (ظاهرة الصدى) أو تعليقات غير ذات صلة بالموضوع .

ج- محدودية النشاط و المشاركة مع الآخرين : ويشمل :

١. نمطية حركة الجسم .
٢. مقاومة تغيير البيئة المحيطة به .
٣. الحرص على الرتابة بدون سبب .
٤. الإنهماك الكامل مع اللعبة .

(عادل شبيب ، ٢٠٠٨، ٢١)

نظراً لكثرة الأعراض المرضية في التوحد، ولتشابه بعض هذه الأعراض ووجودها في حالات مرضية أخرى، فقد قامت جمعية طب النفس الأمريكية بوضع قاعدة عامة للتشخيص (DSM-IV-TR,2000) Diagnostic and Statistical Manual IV .

وتعتبر محكات الجمعية من أفضل محكات التشخيص قبولاً في الأوساط العيادية والتربوية (ابن صديق، ٥، ٢٠٠٥) وتحتوي هذه القاعدة على (١٦) عرضاً مرضياً على ثلاث مجموعات ويشترط في التشخيص وجود ما لا يقل عن ستة أعراض على الأقل من المجاميع الثلاثة. وفي دراسات ومدارس أخرى هناك قواعد مختلفة للتشخيص، كما أن بعض الأعراض قد يكون عدم وجودها طبيعي وفيها:-

أولاً: اضطراب العلاقات الإجتماعية :

١. عدم الإحساس أو الإدراك بوجود الآخرين .
٢. عدم طلب المساعدة من الآخرين في وقت الشدة ، أو طلبها بطريقة غير طبيعية .
٣. انعدام أو نقص القدرة على المحاكاة .
٤. انعدام التواصل واللعب مع الآخرين، أو القيام بذلك بطريقة غير طبيعية .
٥. عدم القدرة على بناء صداقات مع أقرانه .

ثانياً: اضطراب التواصل والتخيل :

١. عدم وجود وسيلة للتواصل مع الآخرين
٢. اضطراب في التواصل غير اللغوي.
٣. عدم وجود القدرات الإبداعية .
٤. اضطرابات شديدة في القدرة الكلامي.
٥. اضطراب في نوع ومحتوى الكلام مثل ترديد ما سبق قوله، أو تعليقات غير ذات صلة بالموضوع .

٦ . عدم القدرة على البدء أو إكمال الحوار مع الآخرين .

محدودية النشاط والمشاركة مع الآخرين :

- ١ . نمطية حركة الجسم .
- ٢ . الإنهماك الكامل مع اللعبة.
- ٣ . مقاومة تغيير البيئة المحيطة به .
- ٤ . الحرص على الرتبة بدون سبب .
- ٥ . محدودية النشاط والانهماك الكامل في نشاط ضيق محدود .

كما ذكر «فولكمار» أهم أدوات قياس تشخيص التوحد وهي كما يلي:

- ١ . مقياس تقدير التوحد الطفولي: (The childhood Autism Rating Scale CARS)
- ٢ . جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد: Autism Diagnostic Observation Schedule.(ADOS) by Lord. Rutter, Goo-do, Heemsbergen, Jordan, Mawhood and Schopler, 1989
- ٣ . قائمة أوصاف التوحد: -Frid Autism Descriptors Checklist (ADC) by man. Wolf and Cohen, 1983
- ٤ . مقابلة تشخيص التوحد -المراجع: Re- The Autism Diagnostic Interview , Rutter, lord, Rios and McLennan, 1989
- ٥ . جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة: (Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL-ADOS
- ٦ . قائمة التوحد للأطفال دون السنتين: -Checklist for Autism in Toddlers(CHAT
- ٧ . مقياس جيليام للتوحد: Gilliam Autism Rating Scales (GARS)

٨. أداة مسح التوحد للأطفال في عمر السنتين: Screening Test for Autism
(in Two- Years olds (STAT

٩. الأداة المسحية لحالات التوحد للتخطيط التربوي: Autism Screening In-
strument for Educational planing

١٠. قائمة تقدير لأعراض توحد الطفولة المبكرة: Checklist of Symptoms of
Early Infantile Autism. (نايف الزارع، ٢٠٠٥، ٣٩).

كما تعددت وكثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل التوحدي، ورغم ذلك مازال التشخيص معقداً و صعباً للغاية، ويكرر «عثمان فراج» في مقالاته (١٩٩٤-١٩٩٦) أن ذلك يرجع إلى الغموض الذي يحيط هذه الإعاقة في جوانبها المتعددة سواء في تشابه أعراضها مع كثير من الإعاقات الأخرى - كما سبق وتم عرضه أو أسبابها التي مازال العلم عاجزاً عن تحديدها تحديداً دقيقاً.

لذا فإن عملية التشخيص للطفل التوحدي رغم تحديد محكات و معايير للتشخيص الدقيق، إلا أنها تحتاج إلى المتخصص المدرب الواعي ذو الخبرة العملية العالية في ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، بالإضافة إلى إجراء الفحوص الطبية اللازمة على أجهزة السمع لإستبعاد حالة الصمم العضوي و على أجهزة الكلام لإستبعاد حالات البكم العضوي، و عدم إهمال الفحص الطبي العصبي و التقدير البيوكيميائي العصبي، وكذلك التقييم المعرفي باستخدام اختبارات الذكاء المناسبة.

▪ أدوات كثر استخدامها في الدراسات التشخيصية ما يلي:-

١- قائمة سلوك الذاتوي (A.B.C) Autistic Behavior Checklist: قام

ثلاثة من علماء النفس المهتمين بإعاقة الأوتيزم و هم «كرج، أريك، الموند» Krug، Arick، Almond (١٩٨٠) بإعداد هذه القائمة للتعرف على الأطفال التوحديين و اتسمت هذه القائمة بالبساطة و الدقة في التشخيص و إمكانية استخدامها في تصنيف الأطفال ذوي الإعاقات الخاصة، كما أنها تتمتع بدرجة عالية من الصدق

والثبات. وقد استخدمها مورجان Morgan (١٩٨٨) في مجال التعليم تحت اسم «استمارة فرز حالات الأوتيزم في مجال التخطيط التعليمي» (ASIEP Austin Instrument for educational planning Screening A. بروفيل المجموعات العمرية المختلفة (Campbell, et als, ١٩٩١, ٣٣١) وتكونت (B. C من (٥٧) سلوكاً موزعة على خمسة أبعاد سلوكية تتمثل في:-

١. تقييم التفاعل الإجتماعي مع الآخرين ورعاية الذات.
٢. تقييم الإستجابات على المثيرات الحسية والصوتية والمرئية.
٣. تقييم الإحتياجات التعليمية في المجال اللغوي.
٤. تقييم القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي.
٥. تقدير القدرات العقلية والقابلية للتعلم وسرعة اكتساب الخبرات.

وتهدف هذه الأبعاد السلوكية إلى تزويد المدرسين والقائمين بتخطيط البرامج التعليمية بالمعلومات اللازمة لوضع البرامج المناسبة لاحتياجات الأطفال الذاتويين. وتعتمد هذه القائمة التشخيصية على ملاحظة وتقدير المعلم لسلوك الأطفال ويمكنه تمييز الأطفال ذوي المستوى العالي من الأوتيزم - أي ذوي الإعاقة البسيطة والذي قد يكون السبب المباشر في الإصابة بالأوتيزم هو البيئة المدرسية (Campbell, et als, 1991, 331).

٢- نظام الملاحظة السلوكي: (Behavior Observation System) أعد

هذه الأداة فريمان ، ريتفو ، سكروز Freeman, Ritvo, Schroth (١٩٨٤) لتشخيص حالات الاوتيزم على أسس موضوعية، فيقوم الأخصائي بملاحظة (٢٤) سلوكا هادفا من أعراض الأوتيزم من خلال مشاهدة شريط فيديو السلوك اليومي للحالة ثم يقوم الإختصاصي بتسجيل معدل تكرار كل سلوك من هذه السلوكيات لفترة من الوقت تتيح التعرف على مدى ثبات السلوكيات التي تسم الحالة، وقد استطاع واضعي الأداة من خلال موضوعية لتشخيص الاوتيزم كما أنهم

أشاروا بأن الأداة لا يمكنها غالب التمييز بين الذاتوي ذوي المستوى الوظيفي المنخفض وذوي التخلف العقلي، وكذلك التمييز بين الذاتوي ذوي المستوى الوظيفي المرتفع والعاديين، ويرى المؤلفون أن التقدير الكمي لتفاعل الأطفال مع الملاحظ أو الإختصاصي هو أفضل السلوكيات المعبرة عن التفاعل الإجتماعي لديهم (Campbell, et als, 1991, 332) .

٢- مقياس ريتفو - فريمان لتقدير مواقف الحياة الواقعية:(RLRS)

قام ريتفو - فريمان بتعديل نظام الملاحظة (BOS) وإضافة بعض السلوكيات القابلة للملاحظة من خلال مواقف الحياة الواقعية بدلا من المواقف العملية المصطنعة، فأصبح هذا المقياس يتضمن (٤٧) سلوكاً مرتبطاً بأعراض الأوتيزم، و استخدمه ريتفو - فريمان في (١٩٨٦) في دراسات تقييميه للتعرف على أثر الفينفليرامين Finfluramine في تخفيف أعراض الأوتيزم(Campbell, et als, 1991,332) .

٤- مقياس ملاحظة الأوتيزم (AOS) Autism Observation Scale:

أعد هذا المقياس سيجل و آخرون Siegel, et als (١٩٨٦) لتشخيص حالات الأوتيزم ويعتبر من المقاييس موضوعية التقدير، يتكون من (٣٢) سلوكا رباعية التقدير، ويقوم بالتقدير ملاحظ مدرب جيداً على كيفية تفرغ جلسات اللعب شبه النظامية للأطفال والمسجلة على شرائط فيديو. وأن تطور المقياس ساعد في التعرف على المجموعات الفرعية المشتقة من الأوتيزم والتي يمكن ان تكون أكثر تجانسا من مجتمع الاوتيزم بصفة عامة، وهذه المجموعات الفرعية قد تكون ناشئة من الظروف الأسرية البيئية أو لها عالقة بمراحل النمو أو مصاحبة لأعراض سلوكية أخرى (Campbell, et als, 1991, 333) .

٥- مقياس الطب النفسي لتقييم الأطفال - Children's Psychiatric Rating Scale (C.P.R.S)

استخدم هذا المقياس لتقدير السلوك غير الفردي، وقد استخدمه الملاحظون لدراسات عديدة لتشخيص حالات الاوتيزم لأنه لا يتطلب

تفاعلا لفظي، كما استخدم في تجارب كينيكيه عديدة منذ عام (١٩٧٣). ويتكون هذا المقياس من (٦٣) عبارة تم بناؤها و خاصة (٢٨) عبارة الأولى على أساس ملاحظة سلوك الطفل، (١٤) عبارة الأولى منه مصممة لتلائم أطفال ما قبل المدرسة الذاتية وتشتمل هذه العبارات على السمات التالية:-

- ١ . قلة المحصول اللغوي.
- ٢ . التملل أو العصبية
- ٣ . فرط النشاط.
- ٤ . ضعف أو قلة النشاط.
- ٥ . علاقات شاذة بالأشياء والموضوعات.
- ٦ . الإنسحاب.
- ٧ . السلبية و عدم التعاون.
- ٨ . الغضب وحدة المزاج
- ٩ . علاقة غير طبيعية بالآخرين.
- ١٠ . عدم الثبات الإنفعالي
- ١١ . انخفاض الصوت بدرجة غير مناسبة.
- ١٢ . ارتفاع الصوت في صورة صياح أو ضحك بدون سبب.
- ١٣ . شذوذ واضح في النطق إن وجد (لأن معظم الأطفال الذاتويين لا يتكلمون).
- ١٤ . ممارسة سلوكيات نمطية شاذة كالاhtزاز أو الدوران أو ضرب الرأس بالحائط
(Campbell, et als, 1991, 333) .

و قد حسب «أوفيرال و كامبل» Overall, Campbell (١٩٨٨) صدق التكوين والحساسية والخصوصية لهذا المقياس عن طريق تحليل بيانات (١٨٠) حالة من الأطفال الذاتويين على أربعة عشر من عبارات المقياس، و باستخدام التحليل العملي متعدد المتغيرات ظهرت العوامل التالية: الأوتيزم - الغضب /عدم التعاون - فرط النشاط - الحديث غير الملائم.

وأوضحت العبارات الخاصة بعامل الأوتيزم كل خصائص الأطفال الذاتويين واستخدم هذا دراسات عديدة Campbell, et als, 1989, Campbell, et als, 1990 للتعرف على آثار العقاقير المستخدمة في تخفيف أعراض الأوتيزم ومنها هالوبيريدول Haloperidol المستخدم في التحكم في فرط النشاط و الغضب، نالتريكسون Naltrexone في تقليل الإنسحابية و زيادة الحصيلة اللغوية (Campbell, et als, 1991, 334).

١- قائمة «ريميلاند» التشخيصية للأطفال ذوى السلوك المضطرب - الطبعة الثانية (١٩٧١)
(Rimland's Diagnostic checklist for behavior disturbed children- E2. 1971):

٢- مقياس تقدير أوتيزم الطفولة (Children Autism Rating scale) (C.A.R.S)، (١٩٨٠):

٣- بالإضافة إلى الأدوات التي تم عرضها توجد أدوات أخرى تفيد في تشخيص المظاهر السلوكية لحالات الأوتيزم ولكنها أقل استخداماً في الدراسات ومنها على سبيل المثال:-

(أ) - **المقابلة التشخيصية للأوتيزم: (A.D.I) Autism Diagnostic Interview:**

صممها «ليوكوتر» وآخرون Leo cutter, et als (١٩٨٩) لتحديد السلوكيات التي تميز أصحاب اضطرابات النمو الشاملة، وتم التطابق بين العبارات المميزة لسلوكيات حالات الأوتيزم من خلال المقابلة الشخصية و الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض في طبعته العاشرة (ICD-10) و كان التقدير لهذه العبارات ثلاثي البعد أي يأخذ الطفل درجة (صفر) إذا كانت العبارة غير مطابقة لحالته، يأخذ درجة (١) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه ولكن لا تظهر باستمرار، يأخذ الدرجة (٢) إذا كانت الصفة التي تمثلها العبارة موجودة لديه بشدة، و حققت هذه الأداة

ثباتاً و صدقاً في التمييز بين حالات الأوتيزم و ذوي التخلف العقلي في عمر المدرسة ولكنها لا زالت تحتاج إلى الإضافة و التعديل لكي تستخدم مع حالات في عمر ما قبل المدرسة. (Campbell, et als, 1991, 330)

(ب)- أداة تقدير السلوك الذاتوي والنمطي لدى الأطفال (BRIAAC) :-
:havior Rating Instrument for Autistic and Atypical children

أعد هذه الأداة روتنبرج و آخرون (Ruttenberg, Dratman, Franki Wenar (1966) واستخدمت في دراسات عديدة (Wenar, et als (1989) ولكنها لا تصلح إلا للأطفال في عمر (4-5) سنوات ، تكونت الأداة من (8) مقاييس فرعية تصف سلوك حالات الأوتيزم من الدرجة الشديدة الإعاقة إلى المستوى العادي واستخدمت في تقييم فعالية العلاج العقاري المستخدم مع حالات الأوتيزم ومقارنة مظاهر النمو لدى الأطفال العاديين و الذاتويين. (Campbell, et als, 1991, 331)

(ت)- جدول الملاحظة لتشخيص الأوتيزم Autism diagnostic observation
:(schedule (ADOS

أعد هذه الأداة «لورد» و آخرون (Lord, et als,1989) لملاحظة سلوك التواصل الإجتماعي لدى الذاتوي المرتبط بأنواع أخرى من الإضطرابات، وهذه الأداة لا يمكن استخدامها منفردة في التشخيص، بل يجب استخدامها مع أدوات أخرى مثل المقابلة التشخيصية للأوتيزم (ADI) وتستخدم هذه الأداة مع الأفراد الذين يتراوح عمرهم العقلي بين 3 سنوات فأكثر (Campbell, et als, 1991, 333)

(ث)- مقياس تقدير السلوك الموقوت (Timed Behavior Rating Scale TBRS) :

أعد هذا المقياس «كوهين» و آخرون (Cohen , Anderson , Campbell (1978) لقياس مدى تكرار حدوث السلوكيات المصنفة في عشر مجموعات كل (30) ثانية لمدة عشرة دقائق ويهتم هذا المقياس برصد التغيرات الحسية والوجدانية الناشئة عن تناول عقار Haloperidol (Campbell , et als , 1991, 333) .

ج)-مقياس تقدير النمطية(TSRs) Timed stereotyped Rating Scale :

أعدّه كامبل (١٩٨٥) واستخدمه في دراسات أخرى منها (Campbell, et als, 1990, Campbell, et als, 1985) لفحص التغيرات الحادثة في السلوك النمطي لحالات الذاتوي التي تتناول عقار هالوبيردول (Campbell, et als, 1991, 333) .

لقد تم عرض أهم الأدوات التي استخدمت في تشخيص حالات الأوتيزم من الناحية السلوكية، وحيث أن مظاهر أو أعراض الأوتيزم ليست سلوكية فقط و لكن يكون التشخيص متكامل: لا بد من التشخيص للجانب المعرفي و العضوي للحالة فيتم تشخيص القدرات المعرفية لدى الذاتوي باستخدام اختبارات الذكاء، و كان أكثرها استخداماً هو اختبار وكسلر المعدل (WISC-R) .

وعادة يقتصر على الجزء العملي منه لضعف القدرات العقلية اللفظية لدى الذاتوي لأنه لا يستجيب على الجزء اللفظي من الإختبار، اختبار رسم الرجل، متاهة بورتيسوس، لوحة جودارد، اختبار ستانفورد بينيه اختبار الذكاء المصور لأحمد زكي صالح ويجب الإعتماد على أكثر من اختبار لمعرفة العمر العقلي للحالة، كما تعامل النتيجة بحذر و في ضوء نتائج الملاحظة واختبارات سلوكية أخرى كما يجب ألا نهمل الجانب العضوي في التشخيص، فإن أهمية الفحص الطبي للطفل لا تقل بل تزيد عن أهمية الجوانب السلوكية للظاهرة، حيث أن الجانب العضوي له دور كبير في هذه الإعاقاة، و منها الفحص الكروموزومي، فحص الجنين أثناء الثلث أشهر الأولى من الحمل، الرسام الكهربائي للمخ (Electro encephalogram EEG)، فحص الرنين المغناطيسي للمخ (Magnetic Resonance Imaging (MRI) (Campbell, et als, 1991, 337) .

ولما كانت الإضطرابات البيوكيميائية من العوامل المسببة للإصابة بالأوتيزم فكان من الضروري عند التشخيص الكامل للحالة فحص هذه الجوانب البيوكيميائية و منها جهاز الدوبامين Dopaminergic System، وكذلك جهاز السيروتونين En- (Campbell, et als, 1991, 339) dogenous Opiods ; Serotonergic System .

▪ معايير التشخيص:

معايير كانر Kanner (١٩٤٣) : عندما عرف «كانر» التوحد حدد النقاط التالية وجعل الصفتين الاولى والثانية معيارا لتشخيص حالات التوحد:

١. النقص الشديد في التواصل العاطفي في الآخرين
٢. حب الروتين (الكره الشديد لأي تغير في برامج حياته اليومية)
٣. التمسك الشديد غير المناسب بالأشياء.
٤. الظهور على هيئة طفل أصم أبكم.
٥. الإظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة (نايف الزارع، ٢٠٠٤، ١٦).

أولاً: معايير كريك Creak (١٩٦١):

١. عدم القدرة على إقامة علاقات انفعالية مع الآخرين.
٢. عدم الوعي بالهوية التشخيصية بشكل لا يتناسب مع العمر.
٣. انشغال مرضي بأشياء محددة في بعض الخصائص بدون الإهتمام بالوظائف.
٤. المقاومة الشديدة للتغير في البيئة والمحافظة على التماثل (الروتين).
٥. خبرات إدراكها شاذة (غير سوية)
٦. قلق غير منطقي وحاد ومتكرر.
٧. فقدان الكلام وعدم اكتسابه أو الفشل في تطويره.
٨. تشويها في نمط الحركة.
٩. يظهر تخلفاً شديداً وقدرات وظيفية ذهنية محدودة سواء كانت طبيعية أو غير طبيعية (إبراهيم الزريقات، ٢٠٠٥، ٣٢).

ثانياً: معايير روتر Rutter (١٩٧٨):

١. قصور في النمو العاطفي.
٢. قصور في التواصل مع الآخرين.
٣. سلوكيات متكررة وثابتة ومعارضة للتغير.
٤. بداية الحالة قبل بلوغ الـ ٣٠ شهراً من العمر (وفاء الشامي(أ)،،٢٠٠٤،٣).

ثالثاً: الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال ذوي اضطراب التوحد:

(National Society for Autistic Children NSA,1978)

ترى أن اضطراب التوحد يشمل على المظاهر التالية:

١. اضطراب في معدل النمو وسرعته .
٢. اضطراب حسي عند الإستجابة للمثىرات.
٣. اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
٤. اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة (نايف الزارع ، ٢٠٠٤، ١٧).

ويري كل من رتيفو وفريمان Ritvo&Freeman (١٩٨٧) أن مستوى ذكاء الطفل التوحدي يقل عن (٥٠) درجة إذا ما طبق عليه اختبارات الذكاء. وهما يوجهان نقداً لما توصل إليه «كانر» حيث يعترفان بالجهود التي بذلها في الوصول إلى وصف إكلينيكي للتوحيدين ، إلا أنه لم يحدد أسساً موضوعية للتشخيص.

وهما يضيفان لكثير مما تقدم من محددات تساعد على تشخيص دقيق لذوي الإضطراب التوحدي مستوى ذكاء الطفل التوحدي الذي يقل ذكائه عن (٥٠) درجة، ويتفقان مع غيرهما على عدم الإعتراف بمحددات «كانر» واعتبروها قاصرة للتشخيص الجيد لهذه الحالة من الأطفال.

ويفق كل من زيدان السرطاوي وكمال سالم (١٩٨٧) مع «ريتفو وفريمان» على اعتبار مستوى الذكاء محددًا لهذه الحالة عندما وضعا عدداً من الخصائص التي يمكن الإعتماد عليها لتشخيص الأطفال التوحديين هي : مستوى الذكاء ، والتحصيل الدراسي، والسلوك العدواني، والنشاط الزائد، وتشتت الإنتباه والإندفاع، والقلق، والإسحاب، وسوء التكيف الإجتماعي إلا أنهما يضيفان على ما سبق ذكر عدد من المحددات للتشخيص، كالنشاط الزائد، وتشتت الإنتباه والإندفاع.

وقد انتهى «وارد» Ward (١٩٩٠) إلى الإعتماد على أربعة محكات لتشخيص حالة التوحد عندهم، وفي مقدمة هذه المحكات: الإرتباط الشديد بالأشياء ، وضعف المستوى اللغوي واستخدامه، وضعف التواصل مع الآخرين، والإعتماد على استخدام الرقابة والروتين، وضعف في الوظائف العصبية بالإضافة إلى وجود كثير من المحددات التي تعين على عملية التشخيص التي سبق الإشارة إليها .

كما اعتمد عدد من الباحثين في تشخيص حالة التوحد على ما استطاعوا أن يحصوه من مظاهر اضطراب التوحيدي. ومن بين هؤلاء «جابر عبد الحميد وعلاء كفاي» (١٩٩١) اللذان اعتمدا على عدد من الأعراض تجمعت في ثلاث محددات هي:

١. نقص في الإستجابة للآخرين، ويتمثل في عدم الإهتمام، وال فشل لإستجابة لمحاولات التدليل، ونقص الإنتباه للآخرين، وعدم الإستجابة للمثيرات البصرية (استجابة العيون)، واللامبالاة، والنفور من العاطفة والمودة.
٢. قصور في عملية نمو التواصل، والذي يتدرج من غياب اللغة الكامل كأداة اتصال إلى القواعد اللغوية كالفشل في استخدام الضمائر، وترديد الأصوات الإيكولاليا (Ecolalia)، ويمكن أن نطلق عليها باللغة العربية الإضطراب الصدوي، أو المحاكاة الآلية، أو حديث المصاداة.. حيث أن الفرد بمقتضي هذا الإضطراب يميل إلى تكرار ألفاظ معينة أو جملاً محددة صادرة من شخص آخر أو فيلم أو أغنية في المواقف المختلفة دونما علاقة، وإما أنه بذلك يفسر

الموقف أو يتفاعل مع الآخر كذلك عدم القدرة على تسمية الأشياء لغوياً ،
وإستخدام لغة إستعارية خاصة بهم (إبراهيم عبد الجليل، ٢٠٠٦، ٩٨) .

٣ . أنماط سلوكية شاذة ، كالمقاومة لأي قدر من التغيير وإن كان قليلاً، والتعلق الشديد بأشياء معينة، كالدوبارة، وسير الجلد، والتصفيق، والحملقة في الأشياء الأسطوانية.على هذه المحددات أنها قد أدمجت في ثلاثة أبعاد كل بعد منها يضم عدداً من المظاهر والأعراض والتي اعتبرت محددات فرعية لحصر الأمر، ومحاولة تسهيل عملية كشف وتحديد الطفل ذوي الإضطراب التوحدي.

ويوسع رمضان القذايبي(١٩٩٤) في عدد من المحددات التي يعتمد عليها لتشخيص الإضطراب التوحدي عندما وضع تسعة محددات للحكم بأن الأطفال يعانون من الإضطراب التوحدي:

- ١ . اضطراب الكلام أو عدمه: وإذا تكلموا فإن كلامهم غريب، وغير مفهوم أحياناً، مع عدم محاكاة الآخرين في الكلام كغيرهم من الأطفال العاديين.
- ٢ . عدم القدرة على إقامة علاقات مع غيرهم؛ فهم يرفضون تلقي الحب والعطف، وصحبة الآخرين والإستجابة لتبادل المشاعر مع الوالدين، وغيرهم من الناس ، والإهتمام بهم، والملاطفة والملاعبة، بل والعمل على تجنبها .
- ٣ . إشاعة الحزن عليه دون وعي؛ حيث لا يظهر أي نوع من الإنفعالات مهما اختلفت المواقف.
- ٤ . اضطراب النمو العقلي، وإن ظهر تفوق ملحوظ في بعض المجالات، وظهور بعض المهارات الميكانيكية كتشغيل الإنارة، والأقفال ، وحل وتركيب بعض الادوات والأجهزة، وقد يبدو لدى بعضهم مهارة في العزف الموسيقى .
- ٥ . إظهار أنماط سلوكية متكررة؛ ويبدو هذا في اللعب بطريقة محددة بالأدوات، وتحريك الجسم بطريقة معينة دون ملل أو إعياء .

٦. كثرة الحركة أو انتقائها، والجمود التام، فهم إما في حالة سكون تام أو حركة كثيرة، والعزلة عن الناس حسياً وحركياً.
٧. عدم الإحساس الظاهر بالألم؛ ولهذا فهم لا يقدرّون المخاطر التي يتعرضون لها. وبالتالي يتعرضون لها مرة بعد الأخرى مع الاضرار التي قد تلحقهم أو الإيذاء الذي يصيبهم.

بينما يقصرها عثمان فرج (١٩٩٤) إلى ثمانية محددات يعتمد عليها لتشخيص حالة الإضطراب التوحدي لدى الطفل؛ وهي:

١. القصور الحسي: والتي يشير فيها إلى عجز الطفل عن الإستجابة للمثيرات الخارجية سواء كانت هذه المثيرات سمعية أو بصرية، وقصور في الإدراك الحسي وغيرها من العمليات العقلية، كالتخيل، والتذكر، ومعالجة المشكلات والإستيعاب.
٢. العزلة العاطفية أو البرود الإنفعالي: حيث عدم الإستجابة لأية محاولة حب أو عطف عليه من الوالدين، وعدم الإكتراث بتدليله أو ضمه وتقبيله، ومداعبته، وأن حضور الوالدين أو غيابهما لا يعني شيء وكأنه لا يعرفهما، ولا يهتم بتواجده مع الآخرين أو إبداء العاطفة نحوهم.
٣. الإندماج الطويل والسلوك النمطي المتكرر: حيث كثرة الحركات المحددة وتكرارها بشكل متصل ولفترة طويلة. ويبدو هذا في حركة رأسه أو جسمه أو قدميه، أو ضرب اليدين ببعض، أو إصدار أصوات معينة أو همهمة بشكل متكرر، والحملقة في اتجاه مصدر الضوء أو الصوت والبقاء طويلاً على هذه الحالة.
٤. نوبات الغضب وإزاء الذات: فالطفل التوحدي أحياناً ما يكون مصدراً سلوكياً عدوانياً نحو أفراد الأسرة أو من يتولون رعايته، ويبدو هذا في عضهم ومحاولة خدشهم أو الركل. أو إتلاف كل ما يكون أمامه من أشياء، وإحداث ضجة وصراخ مستمر لفترة طويلة، وقد يصل الحد إلى الإصابة البالغة.

٥. القصور اللغوي والعجز عن التواصل: إن الطفل التوحدي لا تثيره الأصوات العالية إلا أنه أرق الأصوات، وأقلها شدة، كحفيف الأوراق الرقيقة. وهذا لا يعني أنه مصاب بالصمم والبكم، واستجابة للأصوات ناتج عن عدم قدرته على الفهم، وإدراك المعاني. وعندئذ لا يستطيع أن يتقن الكلام للتعبير عن نفسه. كما أنه يصدر اصواتاً غير ذات معنة أو دلالة. ومن يعتني به في عملية تعليمه، فإنه لا يفهم ما يقال له، وإذا قال لا يعدو أن يكون ترديد للصوت بدرجته ونغمته، وفي الوقت نفسه قد يتأخر في الإجابة عن الأسئلة التي يسمعاها. ويحصر تحصيله اللغوي في عدد من الكلمات، لا يستطيع استخدامها استخداماً صحيحاً. كما أنه يعمم استخدام ما عرفه من الألفاظ على أي شكل يقاربه.

٦. تفكير الطفل التوحدي منصباً على الذات: وإن جاز إطلاق كلمة التفكير للطفل التوحدي فإننا نلاحظ انه ينبعث عن حاجاته ورغباته، وأهوائه. وهذا من شأنه أن يبعدة عن واقعه الاجتماعي الذي يعيش فيه لأن كل ما تقدم من دوافع مرتبط بذاته فقط دون أي اعتبار للآخرين. أي انه يعيش في عالمه الخاص به، وهو يفعل هذا مستغرقاً مع ذاته.

٧. قصور في السلوك التوافقي: ويبدو هذا الجانب في أن ما نلاحظه من سلوك نمطي تكراري يصدر عنه عاجز عن مثيله بالنسبة للأطفال العاديين ممن هم في مثل عمره الزمني، ومستواه الإقتصادي الاجتماعي. ولهذا فهو لا يستطيع إطعام نفسه، ورعايتها، وحمايتها، بل يحتاج لمن يرعاها في كل هذا، لأنه يعجز عن تقدير ما يتعرض له من أخطار.

٨. الأفعال القسرية، والطقوس النمطية: ويبدو هذا في ثورته عن حدوث أي تغيير في سلوكه اليومي أو الواقع الذي يعيش فيه. كأن يغير الكوب التي اعتاد ان يشرب منه، أو تغيير ترتيب نظام الأثاث في المنزل فهو في هذه الحالة يغضب، ويندفع في البكاء. لهذا فإن ما يأتي به من سلوكيات يعد طقوساً لا تتغير كما هي الحل في كل ما يأتي به من حركات جسمية اعتاد على الإتيان بها.

كما جاء في دليل تشخيص الإصدار الرابع المعدل عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM-IV-TR) إنَّ تشخيص اضطراب التوحُّد يتطلب (ستة) من المحكَّات الأساسية من الفئة (١ و ٢ و ٣) حسب ما سيرد لاحقاً، ولكن من الضروري توفر ما لا يقل عن (اثنين) من الفئة (١) و واحد من كل من الفئة (٢) و (٣) وذلك كما يأتي:-

(١)- إعاقات واضحة في التفاعلات الاجتماعية، وذلك كما يُعبَّر عنها على الأقل في) اثنين (مما يأتي):

أ- إعاقة واضحة في استخدام اللغة والسلوك الغير لفظي .

ب- ندرة في العلاقات البين شخصية والتي تُتمى بطريقة ملائمة لعمر الفرد .

ت- ندرة في الإشتراك في الإهتمامات مع الآخرين

ث- ندرة في التبادل والمشاركة الإجتماعية والعاطفية .

(٢)- إعاقة واضحة في التواصل كما يُعبَّر عنها على الأقل في واحدة مما يأتي :

أ- تأخر أو ندرة في اللغة المنطوقة .

ب- إعاقات واضحة في القدرة على تقليد أو متابعة التواصل مع الآخرين .

ت- تقليد أو إعادة نمطية في استخدام اللغة .

ث- ندرة أو قلة في صنع اللعب التخيلي الملائم للمرحلة العمرية .

(٣)- تكرار بصورة تقليدية لنماذج مشابهة ومكررة من السلوك بطريقة نمطية وذلك كما يُعبَّر عنها على الأقل في واحدة مما يأتي :

أ- الإنشغال بوحدة على الأقل من السلوكيات النمطية من الاهتمامات .

ب- التمسك الصلب بالأشياء الروتينية الغير وظيفية أو بطقوس معينة .

ت- سلوكيات نمطية وتكرارية بحركات معينة .

ث- الإنشغال بطريقة صعبة بأجزاء من الأجسام .

كما جاء في الدليل التشخيصي طبقاً للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس (DSM5) في مايس عام ٢٠١٣ م أصدرت الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين (APA) الإصدار الخامس الجديد للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية بمختصر لمصطلحه (DSM5) ظهر فيه معايير التشخيص لإضطراب طيف التوحد (ASD) واضطراب التواصل الإجتماعي ذات الصلة بالتوحد (SCD) مما أدى إلى حدوث تغييرات جديدة في تشخيص بعض الأمراض النفسية ، هذه التغييرات الموجودة في الدليل (DSM5) تختلف عنها في الإصدار الرابع المعدل السابق من الدليل (DSM-IV –TR).

نص دليل (DSM5) على إن الطفل ذو اضطراب التوحد يتصف بما يأتي:

(١)- صعوبة مستمرة في استخدام التواصل والتفاعل الإجتماعي سواء التواصل اللفظي أو غير اللفظي مع المواقف المختلفة في المراحل الحالية أو ما قبلها ويتضح لنا في الظواهر التالية :

أ- صعوبة في التبادل الإجتماعي العاطفي : ويتراوح ما بين التعامل الإجتماعي غير الطبيعي وال فشل في تبادل حوار اعتيادي ، مثلاً : إلى الفشل في المشاركة في الإهتمامات والعواطف والمزاج إلى الفشل في بدء تفاعل إجتماعي أو استجابة له .

ب- صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الإجتماعي : ويتراوح ما بين ضعف في تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي ، مثلاً : إلى خلل في التواصل البصري ولغة الجسد ، أو صعوبة في فهم واستخدام التعبيرات الجسدية (الإيماءات) إلى الغياب الكامل لتعابير الوجه والتواصل غير اللفظي .

ج- صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها : ويتراوح من صعوبات في ضبط السلوك ليتلائم مع مختلف المواقف الاجتماعية ، مثلاً : إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي ، أو إنشاء الصداقات ، إلى فقدان الاهتمام بالأقران .

(٢)- سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار كما هو ظاهر في (اثنين) على الأقل مما يلي سواء في المراحل الحالية أو ما قبلها ومنها ما يأتي :-

أ- نمطية وتكرار في حركات الجسم أو في استخدام الأشياء أو في الكلام، مثلاً: نمطيات حركية بسيطة ، أو ترتيب الألعاب في طابور ، أو قلب الأشياء، أو إعادة ترديد الكلام المسموع (كصدى) أو ترديد عبارات خاصة غير ذي معنى.

ب- الإصرار على المثلية (تماثل الأفعال) وارتباط دائم بالأفعال الروتينية أو الطقوسية أو طبيعة التفكير أو السلوك اللفظي وغير اللفظي، مثلاً: اضطراب كبير عند حصول تغيير بسيط، أو صعوبات في التغيير، أو طبيعة تفكير جامدة أو طقوس ترحيب خاصة، أو الحاجة إلى أخذ نفس الطريق، أو تناول نفس الطعام يومياً .

ج- اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز، مثلاً: ألتعلق أو الإنشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية ، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو المواظبة على الإهتمام بشيء محدد .

د- فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط (عدم إحساس للألم والحرارة) ، مثلاً : استجابة سلبية للأصوات ، أو أحاسيس لمس معينة ، فرط في شم أو لمس الأغراض ، انبهار بصري بالأضواء والحركات .

٣)- يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل ، لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تظهر الحاجات الاجتماعية لدى القدرات المحدودة للطفل التوحيدي ، أو قد لا تظهر أبداً لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو .

٤)- يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة .

٥)- هذه الاضطرابات يجب أن لا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) أو بسبب تأخر النمو العام ، إن نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران متزامنان معاً عادةً ، ولعمل تشخيص ثنائي للإضطرابين في اضطرب

واحد ، يجب أن تكون القابلية للتواصل الإجتماعي أدنى مما هو متوقع للنمو الطبيعي .

▪ ملاحظات على تصنيف الإصدار الخامس :

- ١ . حسبما هو معمول في تشخيص التوحد فإن الطفل عليه تحقيق (١٢) محك ليتم تصنيفه ضمن العديد من الحالات ومنها : اضطراب التوحد الأعتيادي، اضطراب الطفولة التفككية التحليلية ، اضطرابات النمو الشاملة غير المحددة، اضطرابات أسبيرجر، إلا أن التوجهات الجديدة تقوم على تجميع الحالات سابقة الذكر تحت مسمى واحد وهو متلازمة اضطراب التوحد (ASD) مما يستوجب على الأطفال ممن يتم تشخيصهم توفر إجراءات أكثر صرامة .
- ٢ . تخفيض مجالات التشخيص (٣و٢) مع التركيز على التواصل الإجتماعي ، والعجز عن التفاعل، وأنماط من السلوكيات المتكررة والإهتمامات .
- ٣ . تم تغيير حتمية اكتشافه قبل (٣) سنوات من العمر إلى الإكتشاف في فترة نمو الطفل في وقت مبكر، بالإضافة لحدوث تشوهات حسية محتملة ، وبالتالي تم ادراج مقياس للتعرف على مدى شدة أو حدة الإضطراب في كل من المجالات الأساسية .
- ٤ . تشتمل التقارير التشخيصية الآن على المحددات التي قد تعزز التصنيف الفرعي لعينة ممثلة، بما في ذلك المحددات لوجود أو عدم وجود القصور الفكري وضعف اللغة وعوامل طبية أو وراثية أو بيئية معروفة .
- ٥ . المعايير الجديدة تتطلب التعرف على تاريخ حدوث الأعراض التي قد لا تكون موجودة في الوقت الراهن)وقت الكشف السريري (مع الإعتراف بأنه من خلال التدخل أو التطور الطبيعي فإن بعض الأطفال الذين يعانون من طيف التوحد لم تُعدّ تظهر لديهم بعض الأعراض في وقت لاحق من حياتهم .
- ٦ . كما أضاف التصنيف الخامس (DSM5) فئة جديدة تسمى اضطراب التواصل الإجتماعي (SCD) لتشخيص الأفراد الذين يعانون من مشاكل

الإتصال اللفظي وغير اللفظي ولكنها تفتقر لغيرها من الصفات المرتبطة بالتوحد كما إن بعض الحالات من ذوي اضطرابات (PDD -- NOS) طبقاً للتصنيف القديم سيتم وضعهم ضمن التصنيف الخامس على إنهم كأفراد من ذوي اضطراب التوحد (SCD) تحت (DSM5) .

٧. بعد تطبيق المحكات التشخيصية للإصدار الخامس (DSM5) تم ملاحظة الانخفاض الملحوظ إحصائياً في التشخيص لما يقترب من ٢٢٪ مقارنة بتطبيق المحكات الخاصة بتشخيص الدليل الرابع (DSM-IV).

٨. كما يلاحظ إن هناك انخفاض ملحوظ إحصائياً يقرب من (٧٠٪) عن تشخيص (PDD-NOS) عند إعادة التشخيص بدليل (DSM5) في حين إن تشخيص أسبيرجر رفض أن يتم وضعه تحت (DSM5) وكان لحد ذاته دلالة إحصائية.

وهناك أسئلة لتشخيص اضطراب الأوتيزم حسب مقياس DSM4 المعتمد عالمياً؛

لا توجد فحوصات طبية مثل التحاليل المخبرية أو الإشعاعية تثبت اضطراب الأوتيزم أو تعتمد تشخيص هذا الإضطراب وبشكل تقريبي تتألف الأسئلة التشخيصية حسب المقياس العالمي DSM4 كما يلي:

أولاً: ظهور مجموعة من الأعراض المرضية في مناطق التطور عند الطفل وهي:

(أ) - ضعف نوعي في التفاعل الإجتماعي؛

١. ضعف ملحوظ في استعمال المهارات الشفهية المتعددة مثل الحذقة بالعين ، التعبير بحركات الوجه، حركات جسمية، إيماءات لتنظيم التفاعل الإجتماعي.
٢. الفشل في تطوير علاقات مع أقرانه من نفس العمر وفتور في المشاعر.
٣. لا يستمتع في التفاعل مع الأهل مثل عرض شيء أو جلب شيء أو الإشارة إلى الأشياء لعرضها.
٤. لا يشارك في النشاطات مثل الألعاب الجماعية والمرح.

(ب) - عجز في التحصيل والتواصل اللغوي واستعمالاتها:

١. تأخر في التحصيل اللغوي وعدم استعمال البدائل الالفاظية مثل النظر بالعين أو حركات الجسم أو الإيماء.
٢. إن كان قادراً على استعمال اللغة لا يبدأ الحوار أو لا يكمله.
٣. الاستعمال النمطي والتكراري للكلام.
٤. اهتماماته اللغوية مقيدة وغير مرنة أو تخيلية.

(ج) - نمطية السلوك والإهتمامات:

١. مقاومة التغيير واعتماد سلوك مقيد.
٢. تمسك صلب بالروتين وبعض الطقوس.
٣. حركات نمطية وتكرارية مثل رفرفة الأيدي ، فرك الأجسام أو هزة الجسم للأمام والخلف.
٤. الإنشغال الدائم بأجزاء الأجسام (محمد عبد الفتاح، ٢٠١١، ١١١).

▪ التشخيص الفارق Differential Diagnose :

بالرغم من تحديد محكات دقيقة لتشخيص الأوتيزم، وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكرة لهؤلاء الأطفال، إلا أن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة الأوتيزم مازالت موجودة بالفعل، ويرى كثير من العلماء (O'gorman,1970;Wat-son,1973;Marchion,1982;Hagberg,et als 1983; Gillberg, 1990; Campbell, et als,1991; Barthelemy,et ajs 1992; Bailey,et als,1993) أن السبب الرئيسي في ذلك هو التشابه بين بعض أعراض الأوتيزم وأعراض إعاقات أخرى عديدة منها (التخلف العقلي- الذهان-زملة أعراض اسبيرجر، ريت-الإعاقة السمعية-إعاقات التخاطب-الشدوذ الكروموزومي) ، ويضاف إلى هذا التلازم الذي يحدث كثيراً بين حالات الأوتيزم وهذه الإعاقات.

الفرق بين التوحد وطيف التوحد :

(١)- الاضطراب التوحدي Autistic disorders:

الأطفال ذوي الإضطراب التوحدي لديهم درجة متوسطة إلى شديدة من اضطراب التواصل والاتصال الاجتماعي بالإضافة إلى المشاكل السلوكية، والكثير منهم لديهم درجة من درجات التخلف الفكري.

مقياس التشخيص:

أ- على الأقل ستة بنود من المجموعات (١،٢،٣) ويكون على الأقل بندين من (١) وبنود من كلاً من (٢،٣):

(١)- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (على الأقل بندين):

- الضعف الشديد في استخدام الكثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية كالتفاعل النظري، تعبيرات الوجه، وضع الجسم، الإيماء والإشارة.
- عدم القدرة على بناء الصداقات مع أقرانه .
- قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب(عدم القدرة على طلب لعبة ما ، أو إحضارها، أو الإشارة عليها)
- نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والإنفعالات مع المجتمع حوله .

(٢)- الضعف الكيفي والنوعي في التواصل (بنود واحد على الأقل):

- تأخر أو نقص المقدرات اللغوية (مع عدم تعويضها باستخدام طرق التواصل الأخرى كالإشارة مثلاً) .
- في حال المقدررة على الكلام، عدم القدرة على البدء في الحديث مع الآخرين واستمراره .
- الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، وقد يكون للطفل لغته الخاصة به .

- نقص القدرة على تنوع اللعب أو التظاهر بالقيام به، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم ، أو القيام بألعاب من هم في سنه .

(٣)- اهتمامات ونشاطات نمطية مكررة (بند واحد على الأقل):

- الإنهماك الكامل مع لعبة معينة ، واللعب بها بطريقة نمطية مكررة ، وفي نطاق ضيق محدود ، وبدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والشدة .

- مقاومة تغيير الرتابة . نمطية وتكرار الحركات الجسمية (رפרفة اليدين والأصابع ، حركة الجسم المتكررة) .

- الإصرار على الانهماك الكامل مع جزء صغير من اللعبة .

ب- تأخر أو أو نقص التفاعل غير الطبيعي ، (ويبدأ تحت سن الثالثة) على الأقل بند من هذه المجموعة:

١- التفاعل الاجتماعي .

٢- اللغة كوسيلة للتواصل الاجتماعي .

٣- اللعب المنطقي والتخيلي (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

اضطراب ريتز Rett` s disorder :

هذه الحالة تحدث للبنات فقط ، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر(٦ :١٨) شهراً، ثم يلاحظ الوالدين تغييراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، استخدام اليدين ، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورפרفتها ، أو حركات مميزة لليدين .

ويستخدم مصطلح التوحد في الوطن العربي تحت مسميات عديدة (الذهان=

التوحد-الذاتوية- الإجتراية) تتفق مع هذا الإتجاه بأن الأوتيزم يعتبر مرض عقلي

(ذهان أو فصام)يمكن عرضها على النحو التالي:-

(١)- ذهان الطفولة المبكرة Infantile Autism :

هو أحد أساليب السلوك الذهاني الذي يصنف كنموذج مستقل من نماذج الذهان كإحدى نماذج الشخصية الشاذة، يظهر لدى الأطفال تحت سن العاشرة، ومن خصائصه ضعف القدرة على الإتصال اللفظي بالآخرين والمحاولات القوية للإحتفاظ بكل شيء كما هو ، وعدم الرغبة في إجراء أية اتصالات بالآخرين، وغالباً ما يبدو الطفل الذهاني ذكياً، ولكنه لا يسلك سلوكاً سويماً في البيئة العادية.

(أرنوف ويتينج، ١٧٩١، ٢٨٨)

(٢)- الذهان الإجتراري Autistic Psychosis :

يعرفه «ما هالر Mahler» بأنه شكل من أشكال الذهان التطفلي فيه تكون بنية الأنا معيبة بنويماً ولا يستطيع الفرد أن يحافظ على العلاقة التكافلية مع أمه والطفل يتبنى الإجترارية كدفاع ضد المثيرات الخارجية والداخلية (جابر عبد الحميد وعلاء كفا، ١٩٨٨، ٣١٧).

(٣)-الإجترارية Autism :

هي انسحاب الفرد من الواقع الموضوعي إلى علام خاص من الخيالات والأفكار وفي الحالات المتطرفة توهمات وهلوسات. وقد اعتقد أن الإجترارية هي الخاصية الأولى للفصام، ولكنها تلاحظ الآن في اضطرابات أخرى مثل زملة كانر وبعض حالات الإكتئاب (جابر عبد الحميد وعلاء كفا، ١٩٨٨، ٣١٥).

(٤)-الإجترار الذاتي أو الإجترار العقلي Autism :

اصطلاح يستخدم في الطب النفسي وعلم النفس للإشارة إلى أنه « أسلوب من الخبرة والتفكير والحياة النفسية، يحل فيه الواقع النفسي محل الواقع المادي، وتقوم فيه المشاعر الوجدانية والحاجات الفردية الذاتية مقام الوقائع المادية والصلات الواقعية المنطقية» (إبراهيم مذكور، ١٩٧٥، ١٢).

وقد تم تحديد خمسة أنواع من اضطراب طيف التوحد وهي:

١. متلازمة اسبيرجر Asperger Syndrome: وهو اضطراب شبيه بالتوحد البسيط وغالباً ما يظهر مصحوباً بتأخر ملحوظ في المعرفة واللغة.

٢. اضطراب ريت Rett Disorder: وهو اضطراب يحدث في مراحل التطور الطبيعي من خمسة شهور إلى أربع سنوات مصحوباً بإعاقة عقلية.

٣. اضطراب الطفولة التفككي Childhood Disintegrative Disorder: وهو تطور طبيعي على الأقل من سنتين وحتى عشر سنوات متبوعاً بفقدان ملحوظ للمهارات.

٤. الإضطراب النمائي العام غير المحدد Pervasive Development Disorder NOT Otherwise Specified: وهو تأخر عام في النمو غير موجود في أي معيار تشخيصي.

٥. اضطراب التوحد Autistic Disorder: وهو إعاقة نوعية في التفاعل الإجتماعي والتواصل، كما يمتاز بأنماط سلوكية نمطية وتكرارية محددة (وفاء الشامي، ٢٠٠٤).

التوحد وطيف التوحد (الإضطرابات النمائية الشاملة) Disorders Pervasive Developmental: ستخدم مصطلح "اضطرابات التطور العامة" ابتداءً من عام (١٩٨٠) ليكون مظلة لوصف مجموعة من الحالات تجمعها عوامل مشتركة، وليس وصفاً تشخيصياً وإن كان بينها اختلافات وهي اضطرابات عصبية تؤثر على مجموعة من مناطق النمو الفكري والحسي، وعادة ما تظهر حوالي السنة الثالثة من العمر، ويجمع بينها العوامل المشتركة التالية:

١. نقص في التفاعل والتواصل الاجتماعي

٢. نقص المقدرات الإبداعية

٣. نقص في التواصل اللغوي وغير اللغوي

٤ . وجود نسبة ضئيلة من النشاطات والاهتمامات التي عادة ما تكون نشاطات نمطية (مكررة) (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣).

بمعنى أن طيف التوحد غالباً ما يعرف بأنه اضطراب متشعب يحدث ضمن نطاق أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد، ومع أنه يتم التعرف على التوحد من خلال مجموعة محددة من السلوكيات فإن المصابين من الأطفال والبالغين يظهران مزيجاً من السلوكيات وفقاً لأي درجة من الحدة ، فقد يوجد طفلان مصابان بالتوحد إلا أنهما مختلفان تماماً في السلوك لذلك يجمع غالبية المختصين على عدم وجود نمط واحد للطفل التوحدي وبالتالي فإن الآباء قد يصدمون بسماعهم أكثر من تسمية ووصف لحالة ابنهم، مثل شبه توحدي أو صعوبة تعلم مع قابلية للسلوك التوحدي، ولا تتم هذه المسميات عن الفروق بين الأطفال بقدر ما تشير إلى الفروق بين المختصين، وخلفيات تدريبهم، والمفردات اللغوية التي يستخدمونها لوصف حالات التوحد .

غالباً ما تكون الفروق بين سلوكيات الأطفال التوحدين ضئيلة للغاية، إلا أن تشخيص حالات التوحد يعتمد على متابعة الحالة من قبل المختص، أما إطلاق التسمية على الحالة فيعتمد على مدى إلمام المختص بمجال التوحد والمفردات المختلفة المستخدمة فيه، ويعتقد الكثير من المختصين أن الفروق بين التوحد وغيره من الاضطرابات المتشابهة ليست ذات دلالة ويعتقد البعض الآخر من المختصين أنهم من باب مساندة الآباء يقومون بتشخيص أبنائهم على أنهم بدلاً من (PDD-NOS) يعانون من اضطرابات أخرى كالإعاقات النمائية غير المحددة التوحد.

▪ أسباب عدم الإهتمام بفئة الأطفال التوحدين (الذاتويين)؛

قد يرجع عدم الإهتمام بفئة التوحديّة إلى صعوبة تشخيص هذه الفئة نظراً لتشابهها مع فئات عديدة، وعدم ظهور تشخيص مستقل لتلك الفئة إلا في الطبعة الثالثة المعدلة من دليل تشخيص الاضطرابات النفسية وإحصائها DSM-III-R الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٨٧) ثم في الطبعة الرابعة من ذات الدليل DSM-IV التي

صدرت عام (١٩٩٤)، إلى جانب أن السبب الرئيسي لهذا الاضطراب لا يزال غير معروف للآن. ففي الوقت الذي يردده جيلسون (٢٠٠٠) Gilson إلى أسباب بيوكيميائية تتمثل في اضطراب في بعض الإفرازات المخية يؤثر على الأداء الوظيفي للمخ، يذهب دونالد وبيرس (١٩٩٩) Dunlap & Pierce إلى أنه من الأكثر احتمالاً أن تكون هناك أسباب متعددة تكمن خلف التوحدية، وبين هذا وذاك لا يزال السبب الرئيسي غير معروف. كما لا يزال التشخيص من وجهة نظرهما يقوم به إما أطباء الأطفال أو الإختصاصيين النفسيين المدرسين، أو أطباء نفس الأطفال، أو أطباء الأعصاب.

وإن كان دورمان وليفيفر (١٩٩٩) Dorman & Lefever يريان أنه ليست هناك فحوص طبية معينة لتشخيص هذا الاضطراب لأنه ليس مرضاً معدياً بالمعنى المتعارف عليه ولكن تشخيصه الدقيق يعتمد على ملاحظة تواصل هؤلاء الأفراد، وسلوكهم، ومستوياتهم النمائية. وهذا يعني أن التوحدية تعد بمثابة زملة أعراض مرضية سلوكية يعتمد تعريفها على الأنماط السلوكية التي تصدر عن الطفل والتي تتمحور في ثلاثة اضطرابات سلوكية يحددها دينيس وآخرون (١٩٩٩) Denis et al باضطرابات عامة في التفاعل الإجتماعي، واضطرابات في النشاط التخيلي والقدرة على التواصل، وانغلاق على الذات وضعف في الإنتباه المتواصل للأحداث الخارجية.

وتحدد الجمعية الأمريكية للتوحدية (١٩٩٩) Autism Society of America مجالات خمسة لأوجه القصور التي يعاني منها الأطفال التوحيديون تتمثل في مجالات التواصل، والعلاقات الإجتماعية واللعب، والعمليات الحسية والإدراكية، والسلوك حيث يكون سلوكهم نمطياً يسوده التكرار والترديد. ومن هذا المنطلق ينسحب الطفل التوحيدي من التفاعلات بشكل ملفت حيث يظل يلعب لساعات في أصابعه أو بقصاصات ورق أو قطعة من رباط حذاء أو شابه ذلك فيبدو منصرفاً عن هذا العالم إلى عالم خاص به من صنع خياله.

كذلك فهو شخصية منغلقة يلتفت دائماً إلى داخله وينشغل انشغالاً كاملاً بجاراته ورغباته التي يتم إشباعها كلية أو إلى كبير في الخيال، وهو ما يجعله ينسحب بشكل

شبه تام من أي تفاعلات اجتماعية مع الآخرين. ومن ثم يصبح كما يرى عمر خليل (١٩٩٤) شديد الإنطوائية وكثير التوتر بل هو الأكثر توتراً قياساً بأقرانه من ذوى الإضطرابات النمائية الأخرى. ويرى محمد كامل (١٩٩٨) أن اضطراب المهارات الإجتماعية لدى هؤلاء الأطفال يزيد من تلك العقبات التي تصادفهم في سبيل تكوين علاقات اجتماعية مع الآخرين ويجعلهم غير قادرين على الإندماج في اللعب الجماعي معهم أو مشاركتهم في الأنشطة الجماعية أو تكوين صداقات حميمة معهم وهو الأمر الذى يدفع بهم إلى تجنب الاتصال بهم وبالتالي الإنسحاب بعيداً عنهم.

▪ صعوبات تشخيص اضطراب التوحد (الأوتيزم) :

لا بد أن نتذكر، أنه مهما كان التشخيص لأي نوع من أنواع مجموعات التوحد فإن العلاج متشابه، كما أنه ليس هناك مقاييس واضحة لتقدير درجة الأعراض المرضية وحدتها، فإن التفريق بين أحد المجموعات والأخرى صعباً جداً.

لا زال تشخيص الأوتيزم يواجه العديد من الصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفئة الأطفال الذاتويين وذلك من خلال العرض السابق لتفسير مفهوم المصطلح والإتجاهات المختلفة في التفسير ويمكن عرضها في النقاط التالية:-

١. التباين الواضح في الأعراض من حالة لأخرى من حالات الأوتيزم، كما أن بعض الأطفال حتى غير المعوقين قد نجد في سلوكياتهم بعضاً من سمات الأوتيزم والتي تظهر في بعض الأحيان ولفترات محدودة وبهذا فهم قطعاً ليسوا ذاتويين، ومن هنا تحدث أخطاء جسيمة في التشخيص فيحكم على الطفل أنه ذاتوي وهو ليس كذلك.

٢. اختلاف الآراء وعدم الإتفاق على العوامل المسببة لهذه الإعاقة فهل هي وراثية جينية أم نفسية أم بيوكيميائية أم إجتماعية أم نتيجة لتفاعل هذه العوامل أم نتيجة لعوامل أخرى لازلنا نجهلها تماماً.

٣. تشابه أعراض الأوتيزم مع أعراض إعاقة أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام، الذهان، الصرع، الصمم، إعاقات التخاطب.

٤ . عدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات (عثمان فراج، ١٩٩٥).

٥ . ندرة انتشار حالات الأوتيزم التي يكشف الفحص الدقيق عنها.

٦ . حداثة البحوث التي تجري على هذه الفئة فتعتبر البحوث التي اهتمت بدراسة الأوتيزم حديثة نسبياً بالمقارنة بغيرها من الإعاقات الأخرى، كما أن معرفتنا بهذه الإعاقة في مصر بدأت بدرجة محدودة في أواخر السبعينات وبدرجة أكثر تحديداً منذ عشر سنوات فقط (محمد الدفراوي، ١٩٩٣).

٧ . عدم قدرة الطفل الذاتوي على الإستجابة على الإختبارات المقننة لقياس قدراته العقلية، وذلك بسبب العجز الشديد لنمو قدرات اتصاله بالبيئة المحيطة كما لو أن عائقاً أوقف جهازه العصبي عن العمل (عثمان فراج، ١٩٩٥).

كما يرى بعض الباحثين أنه يصعب كشف هذه الحالة؛ حيث يبدأ ظهورها في العامين الأولين من الولادة، وتكاد تتفق الغالبية العظمى منهم على أن أعراض هذه الحالة تبدأ قبل العام الثالث من العمر، وأن بعضهم يرى أنها قد تظهر فيما بعد هذه المرحلة من العمر. أي في حوالي العام الخامس أو السادس. وأنه ليس من السهل تحديد الأعراض أو المظاهر مرة واحدة في فترة محددة. حيث يبدي الهدوء الشامل على حالة الطفل التوحدي في الشهور الأولى من العام الأول، وكأنه طفل عادي فيما يصدر عنه من أنماط سلوكية، فيبدو أنه مطمئن إذا ما ترك وحده دون رفيق، وأنه لا يخشى غيره من الناس؛ وخاصة الغرباء، كما لا يبدي أي شكل من أشكال الارتباط بهم.

ومع هذه الصعوبة في كشف وتحديد حالة الطفل التوحدي، فإن الوالدين، وخاصة الأم تستطيع أن تتبع حالة طفلها إذا ما عرفت علامات ومظاهر نمو الطفل العادي في الشهور الأولى من نصف العام الأول، وخاصة أمه، أو بيان فرحه عندما تقبل عليه لحمله (نبيه ابراهيم اسماعيل، ٢٠٠٩، ٦٩:٧٠).

ويعتبر تشخيص إعاقة التوحد وغيرها من اضطرابات النمو الشاملة من أكثر العمليات صعوبة وتعقيداً ، ويتطلب تعاون فريق من الأطباء والإختصاصيين النفسيين

والإجتماعيين وأخصائي التخاطب والتحليل الطبية وغيرهم، وترجع تلك الصعوبات إلى عوامل متعددة نستعرض فيما يلي بعضها:-

١. التوحد إعاقة سلوكية Behavioral Impairment : تحدث في مرحلة النمو فتصيب الغالبية العظمى من محاور النمو اللغوي Linguistic والمعرفي Cog-nition والإجتماعي Social والإنفعال العاطفي Emotional وبالتالي تعوق عمليات التواصل والتخاطب والتعلم، أو بإختصار تصيب عمليات تكوين الشخصية في الصميم، فتتعدر أو تستحيل عمليات التعامل مع الطفل لتشخيص حالته والقياس والتقييم وغيرها.

٢. تتعدد وتتوعد أعراض Multi Symptoms: التوحد فتختلف من فرد إلى آخر ومن النادر أن نجد طفلين متشابهين تماماً في الأعراض، ويرجع هذا التعدد والإختلاف في الأعراض من طفل إلى آخر إلى تعدد وتوعد العوامل المسببة لإعاقة التوحد، سواء منها العوامل الجينية الوراثية Genetic أو العوامل العصبية والبيولوجية والكيميائية البيئية المختلفة.

٣. إن أكثر العوامل المسببة للتوحد واضطرابات النمو الشاملة الأخرى، تحدث في المخ والجهاز العصبي الذي يسيطر على الوظائف الجسمية والعقلية والنفسية والسلوكية كافة للإنسان، وحيث تصيب المراكز العصبية المنشرة على لحاء(قشرة) المخ، والتي تتحكم في تلك الوظائف كافة، والمخ بصفة خاصة والجهاز العصبي بصفة عامة من أكثر أجهزة الجسم تعقيداً ، وما يترتب على ذلك من تعدد صور الخل الوظيفي ونتائج السلوكية، وبالتالي تعدد واختلاف أو تشابه الأمراض المترتبة عليها ونوعية الإعاقات التي تسببها.

٤. كذلك تعدد أنواع الإصابات التي تؤثر على المخ والجهاز العصبي فقد تحدث الإصابة نتيجة تلوث كيميائي (مثل الرصاص والمعادن الثقيلة) أو التلوث الإشعاعي الطبيعي أو الصناعي أو نتيجة للتدخين أو إدمان المخدرات أو الكحليات أو المبيدات الحشرية، أو نتيجة الإصابة بالأمراض البكتيرية أو الفيروسية كالحصبة الألمانية أو الأمراض التناسلية أو الحمى الشوكية أو

نتيجة إلتهاب الغدد الصماء (الغدة الدرقية) أو التصلب الدرني أو سرطان المخ أو الدم وغير ذلك من عشرات الأمراض المسببة لإصابة المخ أثناء فترة الحمل أو بعد الولادة وبالتالي تتعدد وتتووع أشكال الخلل الوظيفي والسلوكي المترتبة على الإصابة ، فقد تؤدي الإصابة إلى تلف جزء معين من المخ وبالتالي ظهور أعراض التوحد كلها أو جزء منها كما تؤدي إصابة جزء آخر من المخ إلى ظهور مجموعة أخرى من أعراض تشخص أنها إعاقة اسبرجر Asperger أو ريت Retts أو إعاقة تخاطب أو تعلم Learning Disability أو تخلف عقلي أو غير ذلك من الإعاقات التي تتشابه مع أعراض التوحد .

٥. قد يحدث الخلل أو الإصابة بطريق غير مباشر لمخ الجنين نتيجة حدوث العامل المسبب قبل عملية الإخصاب لبويضة الأم التي تكون موجودة بمبيضها طوال مرحلة الطفولة بسبب عامل إشعاعي أو تلوث بيئي كيميائي أو غير ذلك .

٦. قد يصاحب إعاقة التوحد إعاقة أو أكثر من الإعاقات الذهنية كالتخلف العقلي (الشديد أو المتوسط، أو البسيط) أو الصرع أو الإسبرجر أو الريت أو فصام الطفولة أو إحدى إعاقات التعلم كالنشاط الحركي الزائ أو قصور القدرة على الإنتباه والتركيز أو الدسلكيا أو الأفيزيا أو غيرها، فتتشابك وتتعدد الأعراض وتصبح عملية التشخيص أكثر صعوبة وتعقيداً، خاصة وإن بعض أعراض تلك الإعاقات تتشابه مع بعض أعراض التوحد .

٧. بالإضافة إلى كل تلك الصعوبات كلها، فإنه لا يوجد حتى الآن من الإختبارات والمقاييس السيكولوجية المقننة، وخاصة في العالم العربي ما يمكن استخدامه للكشف عن إعاقة التوحد...حتى اختبارات الذكاء المعروفة من الصعب إن لم يكن من المستحيل أحياناً تطبيقها على حالات التوحد، أو نشاط حركي زائد، أو عدم توفر القدرة على الإنتباه والتركيز أو غير ذلك من العوامل التي تعرقل عمليات القياس والتشخيص (Schopler,et. al,1980).

