

الجزء الأول

نظرة عامة على التوحدية

واختبار جيليام لتشخيص التوحدية

مقدمة:

التوحدية Autism طبقاً لتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (١٩٩٤) هي اضطراب نمائي يتميز بتلف واضح وواسع النطاق في القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي، وقصور واضح في النشاط والاهتمامات. ومنذ أن وصف كانر Kanner التوحد لأول مرة عام ١٩٤٣ كان هناك اختلاف واضح وخط شديد حول تعريفه، حيث اعتقد في البداية أن التوحد ما هو إلا اضطراب ذهائسي أو شكل أولى لفصام الطفولة. ولكن تم حسم هذا الخلاف عام (١٩٧٨) بواسطة روتر Rutter، كما أن العلاقة بين التوحد والتخلف العقلي هي الأخرى تدعو للإرباك، لأن معظم الأشخاص المصابين بالتوحد متخلفين عقلياً وكلاهما يبدي قوالب سلوكية نمطية Behavioral Stereotypies (Baroff, 1991). وفي مجال النمو اللغوي، تشيع مشكلات التواصل التي من قبيل الحسبات الصوتية (الأفيزيا) أي فقد القدرة على الكلام نتيجة لأذى أصاب الدماغ (Wing, 1985)، ومنذ أوائل السبعينات ظهرت دراسات كثيرة عن التوحد، كشفت نتائجها كثير من الأمور التي تحيط باستفاضة بطبيعة التوحد وخصائصه كاضطراب (Coleman, 1992)، ومع ذلك فإن دراسة التوحد تظل تعاني من نقص الأدوات المناسبة التي تعطي طريقة دقيقة وصادقة وقابلة للاستخدام في تحديد الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التوحدية، وقد تم تطوير مقياس جيليام لتقدير التوحدية (Gilliam Autism Rating Scale (GARS) لسد هذا الفراغ وحل هذه المشكلة..

ويستخدم مقياس جيليام لتقييم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث سنوات وإثنا وعشرون عاماً الذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة، والغرض منه مساعدة المتخصصين على تشخيص التوحدية، ويمكن لأي شخص أن يقوم بتطبيق هذه الأداة على أن يكون لديه اتصال مباشر وسهل مع الشخص المحدد

أو المقصود بالتشخيص (مثل المعلمين والوالدين والأقران)، ولبنود الأبعاد الفرعية في المقياس صدق ظاهري واضح وقوي لأنها بُنيت على تعريف التوحدية الذي أعده مجتمع التوحديين في أمريكا (Autism Society Of America (ASA) عام (١٩٩٤)، وعلى المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد التي قدمتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الرابع. *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders*, 1994, (DSM.IV). ولمقياس جيليام لتقدير التوحدية خصائص سيكومترية ممتازة، واثبت فاعليته في التعرف على الأشخاص الذين يعانون التوحدية.

ويقدم هذا الدليل معلومات أساسية عن التوحدية، وتعليمات تطبيق وتقدير درجة الاختبار، وإجراءات تفسير النتائج، كما يقدم معلومات فنية عن الأداة، ففي الجزء الأول توجد معلومات عامة عن التوحد، كما يتضمن تعريفاته ومعاييره التشخيصية، ويناقش مقترحات لتحديد التوحدية وينتهي هذا الجزء بتقديم وصف ومناقشة لاستخدامات هذا المقياس.

معلومات عن التوحدية.

التوحد هو حالة من العجز الشديد تظهر خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر، وطبقاً لرأي الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) فإن الملامح الأساسية للتوحد هي حدوث تطور غير طبيعي في القدرة على التفاعل الاجتماعي والتواصل، وقصور واضح في النشاط والاهتمامات، ويتفق أغلب الباحثين في هذا المجال مثل جمعية التوحديين في أمريكا (ASA)، باروف (١٩٩١)، ريتفو وآخرون Ritvo et al, 1989 على أن الاضطراب يحدث بمعدل تقريبي من ٥-١٥ طفل في كل عشرة آلاف مولود (Ritvo et al, 1989; Baroff, 1991; ASA, 1994) ومع ذلك تذكر الرابطة الأمريكية للطب النفسي (APA, 1994) أن الدراسات الميدانية تقترح أن معدل انتشار الاضطراب تتراوح بين حالتين وخمس حالات لكل عشرة آلاف، كما يتراوح معدل الاضطراب بين الذكور ٤-٥ أضعاف معدله بين الإناث، لكن الإناث اللاتي يُصبن بهذا الاضطراب يُظهرن درجة أكبر من التخلف العقلي، وطبقاً لرأي وينج (Wing, 1985) يوجد التوحد في جميع المناطق الجغرافية وفي جميع الجماعات والأجناس والجماعات العرقية وفي

مختلف الطبقات الاقتصادية الاجتماعية ، ومع أن أسباب الاضطراب غير معروفة بدقة إلا أن الخبراء عموماً يعتقدون أن التوحد يحدث نتيجة بعض الاختلافات العضوية في المخ (Ornitz,1985)، وطبقاً لرأي روزنبرج وآخرون Rosenberg et al, 1992 فإن للتوحد أسباب بيولوجية واضحة ولكن بدون سبب وحيد ومحدد، ويقترحون أنه قد ينتج عن أي واحد من الأسباب العديدة والمتنوعة من أوجه اللاسواء أو القصور العضوي خاصة.

ورغم أن هذا الاضطراب نادر الحدوث إلا أنه مدمر ويظهر أحياناً في صورة إكلينيكية غامضة، وبعض الناس الذين يعانون من التوحدية يتأثرون به بشدة ويظهرون سلوكيات متنوعة تدل على وجود الاضطراب، في حين تكون درجة التأثير لدى البعض الآخر أقل ولا يبدون الكثير من السلوكيات المميزة للتوحدية، ومنذ فترة طويلة أدى عدم الاتفاق على تعريف الاضطراب، وتحديد أسبابه، وعدم وجود معايير تشخيصية محددة وصريحة إلى جعل عملية التشخيص صعبة إلى حد كبير، مع ذلك فإن التطورات التي تحققت خلال العشرين سنة الأخيرة، قد زادت من فهمنا للتوحد، وقادت إلى مزيد من الاتفاق بين المتخصصين، وهدأت من خوف الناس إزاء عملية التشخيص، ومع أن أسباب الاضطراب مازالت غير معروفة بالتحديد إلا أن معظم المتخصصين يتفقون على أن اضطراب التوحد يتضمن مجموعة من الاضطرابات السلوكية المحددة بوضوح.

يتم وصف التوحد من خلال وجود سلوكيات معينة تشكل مجموعة متزامنة أو زملة أعراض Syndrome، وتتجمع هذه السلوكيات في ثلاث مجموعات هي: التفاعل الاجتماعي، التواصل، والسلوكيات النمطية المقولبة فيما يتعلق بالاهتمامات والأنشطة. ولكي يتم تشخيص أي فرد على أنه توحد يجب أن يبدي قصوراً حاداً ومتسع النطاق في المجموعات الثلاثة سابقة الذكر وليس بعض منها، وهذا القصور يجب أن يكون ذات تأثير واضح على مستوى نمو الفرد وعلى مستوى ذكاؤه، وتتنوع وتتباين أعراض التوحد من حيث العدد والشدة بين فرد وآخر، فبعض الناس لديهم قصور حاد للغاية في كل الأعراض الثلاثة (وغالباً ما يوصفون بأنهم ذات أداء وظيفي منخفض، في حين أن البعض الآخر لديهم قصور متوسط (يوصفون غالباً بأنهم ذات أداء وظيفي مرتفع)، في حين يكون البعض لديهم قصور حاد في مجموعة واحدة وقصور متوسط في المجموعتين الأخريتين.

تظهر الأعراض السلوكية للتوحدية قبل سن الثالثة، مع أن تفسير الأعراض في مرحلة المهد قد تكون خادعة ومن الصعب تحديدها، ولكن مع بلوغ الطفل سن الثالثة، خصوصاً عند ملاحظة الطفل مع الأطفال الآخرين، فإن السلوكيات التوحدية يمكن التعرف عليها فوراً لكونها غير مناسبة لسلوكه في هذه المرحلة العمرية. ومع أن الوالدين قد يدركون أن لدى أبنهم مشكلة إلا أنهم قد لا يعرفون ما هي المشكلة على وجه التحديد، وماذا يفعلون لعلاجها، وللبحث عن إجابات يتصل الآباء غالباً بمجموعة من التخصصيين في مجالات متنوعة ومتباينة أملين أن يتعرفوا على مشكلة طفلهم.

ومع أن معظم الأطفال الصغار الذين يعانون من التوحدية يظهرون الأعراض السلوكية للتوحد في سن مبكر إلا أن العديد منهم قد لا يظهرها، فالآباء الذين لديهم طفل وحيد على سبيل المثال قد لا يدركون عدم سوية سلوك طفلهم حتى بعد التحاقه بالمدرسة، ويذكر بعض الآباء أن أبنهم كان ينمو بشكل طبيعي ثم بدأ يعاني من انحدار واضح في مظاهر النمو وظهور الأعراض المميزة للتوحد، وعموماً يبدأ هذا الانحدار في الثالثة من العمر.

التوحد حالة دائمة وتستمر مع الفرد مدى الحياة (Krug et al, 1993) وقد تتغير الأعراض إلى حد ما كاستجابة لبرامج التدريب الفعالة، وقد يظهر الأشخاص الذين يعانون من التوحدية تحسناً واضحاً وغير مسبوق في بعض السلوكيات، ومع ذلك فإن معظم المتخصصين يتفقون على أن الاضطراب لا يختفي ولا تزول الأعراض تماماً مع التقدم في السن (ASA,1994;Coleman,1989)، وسوف يبدي الأشخاص الذين يعانون من التوحد أي شكل من أشكال السلوك التوحدية خلال حياتهم، ونظراً لأن الأعراض قد تتغير فإن التقييم الدوري عادة ما يكون ضروري كاستجابة للاحتياجات المتغيرة للأشخاص الذين يعانون من التوحدية.

وقد يحدث التوحد مقترناً باضطرابات أخرى، وطبقاً لرأي رابطة التوحديين في أمريكا "قد يحدث التوحد منفرداً أو مقترناً باضطرابات أخرى وخاصة تلك التي تؤثر على وظائف المخ كالعدوى الفيروسيّة، واضطرابات الأيض (اختلال عملية التمثيل الغذائي)، والصرع". ومن المهم التمييز بين التوحد وكل من التخلف

العقلي والمرض العقلي، حيث أن الخلل الذي قد يحدث في عملية التشخيص قد يؤدي إلى أساليب علاج غير فعالة وغير مؤثرة، وقد تتضمن الأشكال الحادة من الأعراض تكرر سلوك إيذاء الذات، وسلوك عدواني بصورة غير طبيعية.

تعريف التوحد ومعايير تشخيصية:

يعتمد الناس عند تعريفهم للتوحدية على مصدرين هما تعريف جمعية التوحديين الأمريكية (ASA, 1994)، وتعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 1994) في كتابها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM.IV) ويحتاج الأفراد الذين يعانون من التوحد لأن يكونوا على علم بهذه التوجهات، وفي هذا القسم سوف نقوم بعرض التعريفات ومعايير التشخيص لكلا من المصدرين، علاوة على ذلك سوف يتم مناقشة الملامح والأعراض المصاحبة للتوحد، كما سيتم مناقشة التشخيص الفارق للاضطراب.

١- تعريف جمعية التوحديين الأمريكية (ASA)

تقدم جمعية التوحديين الأمريكيين التعريف التالي للتوحدية عام (١٩٩٤):

التوحد هو عجز أو إعاقة نمائية تستمر مدى الحياة تظهر بشكل متزامن خلال السنوات الثلاثة الأولى من العمر نتيجة الاضطرابات العصبية التي تؤثر على وظائف المخ، ويحدث التوحد وأعراضه السلوكية بمعدل (١٥) حالة لكل عشر آلاف مولود تقريباً، ومعدل التوحد عند الأولاد أربعة أضعاف معدل التوحد عند البنات، وقد وجد في كل أنحاء العالم في عائلات من جميع الجنسيات والأعراق والمستويات الاقتصادية والاجتماعية، ولا توجد عوامل معروفة في البيئة السيكولوجية للطفل يبدو أنها تسبب التوحد.

بعض الأعراض السلوكية للتوحد مثل:

- (أ) اختلال في معدل ظهور المهارات الجسمية والاجتماعية واللغوية.
- (ب) استجابات غير عادية للاحاساسات، فأى إحساس أو مجموعة من الاحساسات أو الاستجابات تتأثر بكل من: الإبصار، السمع، اللمس، التوازن، التذوق، الشم، رد الفعل على الألم، وطريقة تحكم الطفل في جسمه.

(ج) غياب أو تأخر اللغة والكلام، في الوقت الذي تتوفر فيه قدرات التفكير الخاصة.

(د) طرق شاذة للارتباط بالناس والأشياء والأحداث.

٢- تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM.IV)

قدمت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM. IV, 1994)، وعرفت التوحد من خلاله على أنه نمط حاد من الاضطرابات النمائية الشاملة أو المتغلغلة، يبدأ في مرحلة المهد أو الطفولة، ومع أنه لم يعطى تعريفاً محدداً وقاطعاً، إلا أنه ذكر أن هذا الاضطراب النمائي الشامل والحاد يتميز بقصور شديد وعام في عدد من مجالات النمو أهمها: مهارات التفاعل الاجتماعي المتبادل، مهارات التواصل، أو وجود سلوكيات نمطية مقولبة، وفي الميول، والأنشطة، وتحدد نوعية القصور الذي يحدث في هذه الظروف مستوى النمو لدى الفرد أو عمره العقلي. وفيما يلي أهم المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد كما عرضها الدليل التشخيصي والإحصائي لاضطرابات العقلية :-

أولاً: تتكون المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد من ستة (أو أكثر) من المجموعات: ١، ٢، ٣ التالية على أن يشتمل على بندين على الأقل من محكات المجموعة الأولى، وبند على الأقل من محكات كل من المجموعة الثانية والثالثة:-

المجموعة الأولى: قصور نوعي في القدرة على التفاعل الاجتماعي كما

يتضح باثنين على الأقل مما يلي:

(أ) قصور واضح في استخدام سلوكيات التواصل غير اللفظي على اختلاف أنواعها مثل : التلاحم البصري، التعبيرات الوجهية، والأوضاع الجسدية، والإيماءات المستخدمة لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

(ب) الفشل في تطوير أو تكوين علاقات مع الرفاق مناسبة للمرحلة العمرية أو مرحلة النمو.

(ج) الافتقار إلى السعي المتواصل لمشاركة الآخرين في مباحثهم واهتماماتهم وإنجازاتهم (مثلاً: افتقار القدرة على إظهار، الكشف عن، والإشارة إلى الأشياء ذات الأهمية).

(د) نقص التبادلية الاجتماعية أو العاطفية.

المجموعة الثانية: قصور نوعي في القدرة على التواصل كما يتضح

بوحدة على الأقل مما يلي:

(أ) تأخر أو افتقار كلي في نمو اللغة المنطوقة (غير مصحوب بأية محاولة للتعويض أو الموازنة عن طريق أساليب بديلة للتواصل مثل الإشارة أو التقليد).

(ب) في الأفراد ذوي القدرة على الحديث (التخاطب)، يوجد قصور واضح في القدرة على المبادأة بالحديث، أو مواصلة الحديث مع الآخرين.

(ج) التكرار والنمطية في استخدام اللغة، أو اعتماد لغة خاصة به.

(د) غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو ألعاب التقليد الاجتماعي المناسبة للمستوى العمري أو مرحلة النمو.

المجموعة الثالثة: التقيد بأنماط ثابتة ومكررة من السلوك والاهتمامات

والأنشطة كما يتضح بوحدة على الأقل مما يلي:

(أ) الاشتغاق أو الاندماج الكلي في واحدة أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات المقيدة والنمطية بشكل غير عادي من حيث طبيعتها أو شدتها.

(ب) الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والارتباط بأنشطة أو شعائر وطقوس روتينية لا جدوى منها.

(ج) ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر وغير هادف مثل رفرفة الأصابع أو اليد أو لفهما بشكل دائري، أو ثني الجذع للأمام والخلف، أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو القفز بالقدمين.....الخ).

(د) الانشغال الزائد بأجزاء من الأدوات أو الأشياء مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة (مثل سلسلة المفاتيح، أو أجزاء من الورود الصناعية أو ساعة.....الخ).

ثانياً: تأخر أو قصور وظيفي يبدأ قبل سن الثالثة في واحدة من المجالات الآتية:

١- التفاعل الاجتماعي.

٢- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

٣- اللعب الرمزي أو التخيلي.

ثالثاً: هذه الاختلالات لا يمكن تفسيرها بشكل أفضل بواسطة اضطراب ريت أو

اضطراب الطفولة اللاتكاملي (APA, 1994).

الملامح المصاحبة Associated Features

الملامح المصاحبة للتوحدية هي تلك الخصائص الموجودة غالباً - ولكن بشكل ثابت لا يقبل التغيير، وقد يشمل ذلك كلاً من الأعراض والاضطرابات المصاحبة، فغالباً ما توجد لدى الأشخاص الذين يعانون من التوحدية إعاقات أخرى، وعلى سبيل المثال يذكر الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (١٩٩٤) أن حوالي ٧٥٪ من الأطفال الذين يعانون من التوحدية يسلكون بطريقة متخلفة عن في مثل عمرهم، وطبقاً لرأى فريث Frith, 1993 يرتبط التوحد بحالات إكلينيكية ومرضية أخرى تتمثل في إصابة الأم بالحصبة الألمانية، والشذوذ الكروموسومي، والنوبات المرضية، كما يذكر كولمان (١٩٨٩) أن التخلف العقلي والصرع، والعمى، والصمم كلها إعاقات كبرى تحدث أحياناً مع التوحد، وعموماً كلما كان الطفل أصغر سناً والإعاقة لديه أكثر حدة كانت الملامح المصاحبة للاضطرابات المحتمل وجودها أكثر حدوثاً وانتشاراً، وقد تشمل هذه الملامح أعراضاً من قبيل:

١- عدم السوية في نمو المهارات المعرفية .

٢- مدى عريض من الأعراض السلوكية، تتضمن كل من النشاط الزائد، قصر فترة الانتباه، الاندفاعية، والعدوانية.

٣- الاستجابات الشاذة للمثيرات الحسية.

٤- اللاسوية في الأكل والشرب أو النوم.

٥- اللاسوية في المزاج أو التأثير.

٦- سلوك إيذاء الذات.

٧- الافتقار إلى الخوف كاستجابة للأخطار الحقيقية.

التشخيص التمايزي (الفارق):-

نظراً لأن التوحد يحدث دوماً مع اختلالات أخرى، فإن التشخيص التمايزي أو التشخيص الفارق يكون صعباً أحياناً، والاضطرابات الكبرى التي يجب تمييز التوحد عنها هي: الاضطرابات النمائية العامة (مثل اضطراب ريت، واضطراب اسبرجر، واضطراب الطفولة اللاتكاملية)، والتخلف العقلي، والفصام، وضعف السمع، والاضطراب النمائي في اللغة، والعمى، والحرمان الاجتماعي. والفقرات الآتية تقدم باختصار معلومات لمساعدة المتخصصين على التفريق والتمييز بين التوحد والحالات المرضية الأخرى: وللحصول على مزيد من التفاصيل حول التشخيص الفارق، يمكنكم الرجوع إلى كل من الرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤)، دي ماير وآخرون DeMeyer et al, 1981، بلوزني Poluszny, 1979، أو روتر Rutter, 1978، محمد السيد عبد الرحمن وآخرون ٢٠٠٤ .

١- اضطراب ريت: Rett's Disorder

طبقاً لرأي الرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) يختلف التوحد عن اضطراب ريت في معدل الإصابة لدي الجنسين (فالاضطراب لم يشخص إلا لدي الإناث فقط)، وفي نمط الاضطراب، فبعد نمو طبيعي قبل الولادة وخلال الشهور الأولى بعد الولادة مصحوبة بنمو نفسي حركي أثناء الشهور الخمس الأولى من العمر، يبدأ بين الشهرين الخامس والثامن والأربعين من العمر ظهور نموذج مميز من تباطؤ نمو الرأس، ونمط مميز من انحدار النمو مصحوب بحركات نمطية لليدين - أوضاعها لليدين أو الإفراط في غسل اليدين - مميزة للأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وكذلك فقدان مهارات يدوية هادفة تم اكتسابها من قبل، وسوء تأزر حركات الجذع ونقص القدرة على انتظام المشي وحركة الساقين، وقد يتشابه مرض اضطراب ريت مع مرض التوحد في صعوبات التفاعل الاجتماعي خلال سنوات ما قبل المدرسة لكنها تميل لأن تكون عابرة أو زائلة وغير مستدامة. وعلى عكس متلازمة اسبرجر يتميز مرض اضطراب ريت بضعف شديد في اللغة التعبيرية والاستقبالية.

٢- اضطراب اسبرجر: Asperger's Disorder

يتشابه اضطراب اسبرجر في الكثير من أعراضه مع التوحدية، وتشمل الملامح الأساسية لكليهما: قصور في التفاعل الاجتماعي، والأنماط السلوكية النمطية والمتكررة، والاهتمامات، والأنشطة: والاختلاف الجوهري بينهما هو في كل من القدرة على التواصل والنواحي المعرفية، فالأطفال ذوي متلازمة اسبرجر غالباً ما يكون لديهم قدرة معرفية تتراوح بين المتوسط وفوق المتوسط، وهم على العكس من الأطفال ذوي اضطراب التوحد لا يوجد لديهم تأخر إكلينيكي ملحوظ في اللغة، فعلى سبيل المثال يستخدم الأطفال الذين يبلغون عامين من العمر كلمات منفردة تعبر عن جملة، في حين يستخدم الأطفال ذوو السنوات الثلاث جملاً وعبارات كاملة للتواصل. ولا يوجد تأخر ملحوظ لاستخدام مهارات الاعتماد على الذات والسلوك التكيفي وكذلك السلوك المناسب المتعلق بالفضول وحب الاستطلاع لمكونات البيئة من حوله، ويمكن ملاحظة التأخر الحركي وعدم التوازن الحركي في فترة ما قبل المدرسة. وتحدد الجمعية الأمريكية للطب النفسي شرطاً جوهرياً هو ألا يتم تفسير هذه الاختلالات بشكل أفضل بواسطة اضطرابات نمائية أخرى أو كأعراض لمرض الفصام. (APA, 1994, P 75).

٣- اضطراب الطفولة اللاتكاملي:-

يشار إليه أحياناً بما يعرف بمتلازمة هيلر Heller's Syndrome والخبل الطفولي Demential Infantilis، أو الذهان اللاتكاملي Disintegrative Psychosis، بعد النكوص الملحوظ هو السمة الأساسية من سمات اضطراب الطفولة اللاتكاملي في العديد من المجالات الوظيفية للنمو قبل الوصول لسن العاشرة بعد عامين على الأقل من النمو الطبيعي الواضح، ويبدو أن الأطفال الذين يعانون من هذا المرض يطورون مهارات تواصل لفظي وغير لفظي تناسب سنهم ، وعلاقات اجتماعية عادية ومهارات طبيعية للعب، وسلوك تكيفي قبل حدوث الاضطراب. وأحياناً بعد عامين من العمر - وقبل سن العاشرة - يفقد هؤلاء الأطفال بصورة مرضية مهارات التواصل التي سبق اكتسابها، والمهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي، ويفقدون القدرة على التحكم في الأمعاء والمثانة، ومهارات اللعب

والمهارات الحركية مع بداية الاضطراب، كما يوجد قصور كفي في التفاعل الاجتماعي والتواصل وأنماط السلوك المقولبة والمتكررة والمحددة، ومن غير الممكن تفسير هذه الاختلالات من خلال اضطراب نمائي آخر أو باضطراب الفصام.

٤ - التخلف العقلي:

عادة ما يظهر الأشخاص ذوي التخلف العقلي تأخر نمائي في كل مجالات النمو، وليس فقط في اللغة أو العلاقات الاجتماعية، يظهر الأشخاص ذوي التخلف العقلي عموماً أنهم يريدون التفاهم مع الآخرين، ويستخدمون الإيماءات أو المحادثة وغيرها من الطرق للانخراط مع الآخرين في عملية التواصل، كما أنهم لا يعانون من قصور شديد في العلاقات الشخصية المتبادلة، ويبدو أن معظم الأشخاص الذين يعانون من التخلف العقلي يستمتعون بوجودهم مع الآخرين، ويرتبطون طواعية بالناس، ويتلاحمون معهم بصرياً ويبتسمون بسهولة كاستجابة للتفاعلات البيئيشخصية، ولكن الأشخاص الذين يعانون من تأخر عقلي حاد قد يبدو سلوكيات نمطية ومقولبة (مثل التلويح بالأيدي، وهز الجسم، وسلوكيات إثارة الذات)، واستجابات انفعالية (مثل سورات الغضب) تماثل تلك التي يبديها الأطفال التوحديين.

٥ - الفصام:

مرض الفصام نادر جداً عند الأطفال، ولا يظهر حتى يعد فترة من النمو الطبيعي، وعادة لا يتضح حتى سن المراهقة، وعلى خلاف ما يحدث في الفصام، فالأعراض السلوكية المواكبة لاضطراب التوحد يمكن ملاحظتها دائماً في مرحلة الطفولة المبكرة، كما يعاني مرضى الفصام من اختلال في الإدراك الحسي للبيئة من حولهم ويخلطون عادة بين ما هو حقيقي أو غير حقيقي. كما يعاني مرض الفصام من الهلوس وخاصة السمعية والبصرية من وقت لآخر، بينما تكون الهلوس السمعية والبصرية نادرة جداً لدى التوحديين، ويعبر مرضى الفصام عادة عن أفكار غريبة وشاذة ولكن مرضى الفصام الذين لا يعانون من الضعف العقلي لا يعانون من قصور معرفي مثلما يعاني مرضى التوحد.

٦- ضعف السمع Hearing Impairment

لا يستجيب الأشخاص الذين يعانون من ضعف السمع للأصوات التي لا يستطيعون سماعها، ولكنهم يستجيبون لما يسمعون من أصوات بالطبع، ويُشخص ضعف السمع عادة بواسطة متخصص في السمع، وعادة لا تتأثر العلاقات الشخصية بسبب ضعف السمع إلى حد كبير، حيث الأشخاص الذين يعانون من قصور في عملية السمع عن أشخاص يتفاعلون معهم ويمنحونهم أو يتلقون منهم المشاعر بشكل طبيعي، فضلاً عن أن تواصلهم قد يكون محدوداً بسبب ضعف السمع لأنهم لا يحاولون التواصل مع الآخرين من خلال الحركات والإشارات والمحاكاة. أما الأشخاص الذين يعانون من التوحد فهم يتميزون بعدم محاولة التفاهم مع الآخرين.

٧- الاضطرابات اللغوية النمائية Developmental Language Disorders

لدى الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات لغوية نمائية صعوبة في فهم الكلمات المنطوقة، والمفاهيم، والتحدث مع الآخرين. وعلى العكس من مرضى التوحد فهم يتلاحمون بصرياً مع الآخرين Eye Contact، ويبادون بالتفاعل الاجتماعي، أما السلوكيات المثيرة للذات، والتوحد المنفرد Autistic Aloneness وحفظ المتشابهات لا تظهر عادة بواسطة الأشخاص ذوي الاضطرابات اللغوية النمائية.

٨- ضعف الإبصار Visual Impairment

يُظهر الأشخاص الذين يعانون من ضعف الإبصار أو العمى الكلي أحياناً ما يعرف بلزمات العمى مثل هز الجسد، والضغط على مقلة العين، وسلوكيات الإثارة الذاتية الأخرى، ومع ذلك فهم يرتبطون بالناس والأشياء والأحداث في بيئتهم بشكل طبيعي ومناسب، ولا تتأثر القدرة اللغوية لديهم.

٩- الحرمان الاجتماعي Social Deprivation

يُبدى الأشخاص الذين يتعرضون لحرمان اجتماعي قاس لتأخر في مظاهر النمو عموماً، فهم يتأخرون عادة في الكلام، وغير ناضجين في القدرة على صياغة الجمل عادة، ويؤثر حرمانهم في مظهرهم الشخصي مثل اهتمامهم

بثيابهم ونظافتهم الشخصية، كما يؤثر على مهاراتهم الاجتماعية، ولكنهم إذا مُنحوا الوقت والبيئة السوية أو الصحية يجب أن يتحسن أداءهم في جميع المجالات.

وكما لاحظنا سابقاً، فإن جوانب معينة من ظروف وحالات الإعاقة قد تبدو مشابهة لمرضى التوحد، ولكن عندما يتم التقييم بدقة وحذر يكون من الممكن التمييز بينها وبين التوحد، ولذلك فإن التقييم الشامل الذي يتضمن الاعتماد على متخصصين من مجالات مختلفة يعد أمر مرغوب للوصول إلى تشخيص فارق أو تشخيص تمايزي دقيق.

كيف يمكن التعرف على الأفراد الذين يعانون من التوحد؟

قد يكون تشخيص التوحد صعباً لأن الخصائص المميزة لهذا الاضطراب تتمثل أحياناً في اضطرابات أخرى مثل التخلف العقلي، والاضطرابات الانفعالية الحادة، واضطرابات اللغة والكلام، واضطرابات السمع، وقد توجد متزامنة مع إعاقات أخرى، ولذلك فإنه يجب أن يقوم بعملية التقييم الشامل فريق متعدد التخصصات (Gilliam et al, 1980) ، وعلى أقل الاحتمالات يجب أن يشمل فريق التشخيص متعدد التخصصات كل من :

(أ) طبيب للأمراض النفسية أو العقلية مرخص له بممارسة هذا العمل.

(ب) طبيب أو معالج لاضطرابات النطق والكلام.

(ج) متخصص في التشخيص التربوي أو متخصص في التقويم يتمتع بالكفاءة والمهارة في تقييم الأشخاص ذوي الاضطرابات السلوكية الحادة.

(د) الوالدين أو القائمين على رعاية الشخص محل التشخيص.

كما يجب إشراك أي أشخاص آخرين في فريق التقييم أو التشخيص إذا كان لديهم معرفة واسعة بسلوك هذا الشخص.

ويجب إعداد تقرير والتوقيع عليه من جميع أفراد الفريق ويجب أن

يتضمن هذا التقرير - دون أن يكون محدداً بما سيرد ذكره - ما يلي:

- ١- وصف وتعريف مجموعة الاضطرابات أو الاختلالات التي يعاني منها، ووصف الأعراض السلوكية لديه، وتوضيح الكيفية التي تتداخل بها الأعراض مع قدرته على أداء وظائفه ومهامه العادية.
- ٢- وصف للأدوات أو الإجراءات المستخدمة في التقييم.
- ٣- تحديد التضمنات الوظيفية للاضطرابات في مواقف تتضمن إعطاء تعليمات، أو أداء عمل، أو أنشطة لشغل وقت الفراغ.
- ٤- توصيات بالاستراتيجيات التعليمية، وإدارة السلوك ، وإرشاد الوالدين، والخدمات الأخرى المرتبطة بها.

يعد الأباء مصدر مهم جداً للمعلومات عن الأبناء ، ونظراً لأن وصف النمو خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل يُعد أحد معايير تشخيص التوحد، فإنه من المحتمل أن يكون الفاحص في حاجة لمقابلة الوالدين ليسألهم عن مظاهر النمو لدى الطفل في هذه المرحلة المبكرة من عمره، بعض الأسئلة التي يجب أن نسألها هي:

- ١- متى حدث السلوك لأول مرة؟
- ٢- هل يحدث هذا السلوك في كل المواقف ؟
- ٣- هل من المحتمل أن يكون هذا السلوك نتيجة لإعاقة أخرى؟
- ٤- من الذي قيم الشخص (قام بتشخيص حالته)، وما هي النتائج؟
- ٥- ما التقييم أو التقدير الذي تم؟
- ٦- هل تلاحظ الاختلالات في المجالات الأربعة لتعريف التوحد؟
- ٧- ما هي مجالات الاضطراب الأكثر تأثراً، وما هي الأعراض؟
- ٨- ما مدى شدة الأعراض، وكيف تتداخل مع أداء المهام والوظائف العادية؟
- ٩- ما هي المعلومات المطلوب جمعها؟ ومن الذي يمكنه توفير هذه المعلومات؟
- ١٠- ما هي الموارد المتاحة لمزيد من التقييم؟

غالباً ما يكون الوالدين وغيرهم من المحيطين بالطفل على دراية ووعي بأن الطفل لديه مشكلات سلوكية خطيرة ، ولكنهم عادة ما يكونوا مرتبكين إزاء

ما يمكن أن يقدموه له من مساعدة، ونظراً لاشغالهم- وخاصة لوالدين- فهم عادة ما يتصلون بمجموعة من المتخصصين طلباً لمساعدة طفلهم، وغير أن هذا البحث عادة ما يكون مكلف ومُحبط للوالدين ، علاوة على ذلك فإنه يمكن أن يؤخر العلاج لأنه قد لا يسمح للشخص الذي يعاني من التوحد بالالتحاق ببرامج العلاج قبل تشخيص المشكلة .

ولهذه الأسباب، وأسباب أخرى يحتاج المتخصصين إلى أداة تساعدهم على تمييز الأشخاص الذين من المحتمل أن يكونوا توحديين عن غيرهم، ويجب أن تكون هذه الأداة سهلة الاستخدام، وأن تستغرق وقتاً محدداً لكي يتم تطبيقها، وتقدم معلومات صادقة وثابتة تُسهل التعرف على الأشخاص الذين يُعانون من التوحدية، وتحديد شدة الاضطراب، وقد تم تصميم مقياس جيليام لتشخيص التوحدية لتحقيق هذا الهدف.

وصف المقياس:

مقياس جيليام لتقدير التوحد عبارة عن قائمة سلوكية تساعد على تحديد الأشخاص الذين يعانون من التوحدية، وسوف نعرض في هذا الجزء وصفاً لمقياس جيليام لتشخيص التوحد والأبعاد الفرعية له، والمكونات الأخرى للمقياس.

خصائص المقياس:

لمقياس جيليام لتقدير التوحدية عدة خصائص أهمها:

- يتكون المقياس من إثنا وأربعون بنداً تدرج تحت ثلاث أبعاد فرعية تصف سلوكيات محددة وملحوظة ويمكن قياسها.
- أربعة عشر بنداً إضافية يقدم الأباء من خلالها معلومات عن نمو أبنائهم خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل.
- تقوم بنوده على أكثر التعريفات حدائه لمفهوم التوحد.
- تم تطبيق الاختبار على ١٠٩٢ شخصاً يعانون من التوحد في ٤٦ ولاية أمريكية بالإضافة إلى بورتريكو وكولومبيا وكندا.
- يمكن الإجابة على المقياس بواسطة الوالدين والمتخصصين في المنزل والمدرسة.

- يدعن كل من صدق وثبات الأداة أغراضها المذكورة بشكل واضح.
- تم تحديد السلوكيات المقاسة بواسطة تكرارات موضوعية تعتمد على تقارير الفاحصين.
- يناسب مقياس جيليام لتقدير التوحدية الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاث سنوات، وإثنا وعشرون سنة.
- يمكن الإجابة على المقياس في زمن يتراوح بين ٥ - ١٠ دقائق.
- يمكن استكمال المقياس بسهولة بواسطة المعلمين والآباء والآخرين الذين لديهم معرفة جيدة بسلوك الطفل أو لديهم فرصة طيبة لملاحظته.
- تم توفير درجات معيارية ونسب مئوية لمعدلات الاستجابة.
- تم توفير جدول يتم من خلاله درجة التوحد لدى المفحوص وشدة الاضطراب.

أبعاد المقياس:

يتكون مقياس جيليام لتشخيص التوحدية من أربعة مقاييس فرعية، ويتكون كل بعد منها من (١٤) بنداً، ويصف كل بعد نمط معين من السلوكيات المميزة للتوحدية.

البعد الأول: السلوكيات النمطية Stereotyped Behaviors ويتكون من البنود (١-١٤) وتصف بنود هذا البعد السلوكيات النمطية أو المقولبة، والاضطرابات الحركية Motility Disorders، وغيرها من السلوكيات الغريبة والفريدة.

البعد الثاني: التواصل Communicatio ويتكون من البنود (١٥-٢٨) وتصف بنود هذا البعد السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تعد أعراض مميزة للتوحدية.

البعد الثالث: التفاعل الاجتماعي Social Interaction ويتكون من البنود (٢٩-٤٢) وتقيم بنود هذا البعد قدرة المفحوص على التفاعل الصحيح مع الناس والأحداث والأشياء.

السبع الرابع: الاضطرابات النمائية *Developmental Disturbances*، ويتكون من البنود (٤٣-٥٦) ، وتقدم بنود هذا البعد أسئلة أساسية عن نمو الفرد خلال مرحلة الطفولة المبكرة.

مكونات المقياس:

يتكون مقياس جيليام لتشخيص التوحيدة من كتيب التعليمات وكراسة الأسئلة، وفيما يلي وصف مختصر لكل منها:

(أ) كتيب التعليمات:

يحتوي الكتيب على المعلومات المطلوبة لإدارة وتطبيق وتفسير المقياس، ويجب على الأشخاص الذين يستخدمون مقياس جيليام لتشخيص التوحيدة أن يقرأوا هذا الكتيب جيداً ويتبعون جميع التعليمات التي وصفت في الكتيب عند تطبيق المقياس أو تفسير نتائجه، كما يحتوي الكتيب أيضاً على بيانات فنية تتعلق باختيار البنود وتحليلها، ومؤشرات الصدق والثبات والمعايير، وسوف يتم نشر جداول المعايير في ملحق المقياس.

(ب) كراسة الأسئلة:

تتكون كراسة الأسئلة من ثمانية أقسام، يحتوي القسم الأول منها على معلومات ديموجرافية وشخصية عن المفحوص، ويحتوي القسم الثاني على ملخص النتائج ، إذ يقدم مساحة لتسجيل نتائج التقدير، حيث تسجل الدرجة الخام والدرجة المعيارية والنسبة المئوية، أما القسم الثالث فيوفر دليل تفسير الدرجة من خلال جدول يحتوي على معلومات عن احتمالية الدرجات بالنسبة لتشخيص التوحد، أما القسم الرابع فيحتوي على بروفيل الدرجات التي يحصل عليها المفحوص، وهو عبارة عن رسم بياني يسجل الدرجات المعيارية للأبعاد المختلفة للمقياس لتكون ظاهرة للعيان، كما يتوفر فراغ في هذا البروفيل لتسجيل الدرجات المعيارية للمفحوص على اختبارات أخرى مثل اختبار ستانفورد لقياس الذكاء... أو غيره من المقاييس، في حين يحتوي القسم الخامس البنود التي يجيب عنها المفحوص وعددها ٥٦ بند، أما القسم السادس فيقدم أسئلة أولية، إذ يمد

الفاحص بمجموعة من الأسئلة التي يمكن استخدامها لإجراء مقابلة شخصية مع والد المفحوص أو القائمين على رعايته والأشخاص ذوي الأهمية بالنسبة له للحصول على معلومات هامة تتعلق بعملية التشخيص. أما القسم السابع فيستخدم للتفسير والتوصيات، حيث يقدم فراغاً للفاحص يقوم فيه بعمل وصف لمعنى الدرجات التي حصل عليها المفحوص في الاختبار والبيانات الأخرى التي تم جمعها، وتفسير هذه المعلومات وكتابة التوصيات، وأخيراً يقدم القسم الثامن خصائص مقياس جيليام لتقدير التوحدية، حيث يحتوي على ملخص عن خصائص المقياس التي قد يحتاجها الفاحص في التو والحال، وسوف نجد مزيد من التفاصيل حول الإجابة على أبعاد المقياس، وتفسير النتائج في الجزء الثالث من هذا الدليل.

استخدام المقياس:

يستخدم مقياس جيليام لتشخيص التوحدية بثقة في الأغراض الآتية:

- (١) تحديد الأشخاص الذين يعانون من التوحد.
- (٢) لتقييم حالة الأشخاص الذين يوصفون بأن لديهم مشكلات سلوكية خطيرة.
- (٣) لتقييم التقدم في مجال الاضطراب كنتيجة لبرامج التدخل الخاصة.
- (٤) لتحديد أهداف التغيير والتداخل من الخطة الفردية للتعليم

Individualized Education Plan (IEP)

(٥) لتقدير درجة التوحد في البرامج البحثية.

وفيما يلي مناقشة أكثر تفصيلاً لهذه الاستخدامات:

(١) التعرف على الأشخاص الذين يعانون من التوحدية:

أحد أهداف التشخيص هو التعرف على الأشخاص الذين يعانون اضطراباً ما. وطبقاً لرأي دي ماير وآخرون DeMeyer et al, 1981 فإن نظام التشخيص الجيد والمفيد يجب أن يحقق مطلبين أساسيين هما:

أ- أن يتوصل مختلف الفاحصين الذين يستخدمون نفس النظام إلى نفس التشخيص.

ب- أن يميز النظام بين الحالات المختلفة حتى ولو كان بينها ارتباط. فإذا استخدم اختبار ما، يجب أن يقدم بيانات على شكل درجات موضوعية لتحديد أي الأشخاص يعاني من التوحدية وأيهما ليس كذلك. وهو ما يحققه مقياس جيليام لتشخيص التوحد، حيث يقدم درجات تتمتع بالصدق والثبات في هذا المجال ولهذا الغرض، ويمكن استخدامه بواسطة عدد من الأفراد لجمع بيانات حول تحديد المشكلات السلوكية للشخص، حيث تقدم نتائج المقياس، ونتائج الاختبارات الأخرى، والملاحظة السلوكية، وتاريخ الحالة، ومقابلات الآباء معلومات لتشخيص التوحد.

(٢) تقييم المشكلات السلوكية الخطرة:

بغض النظر عن التشخيص، إذا كان الشخص يعاني من مشكلات سلوكية حادة، فإن نوعاً ما من التقييم يصبح ضروري لوصف طبيعة مشكلاته، ومن ثم يجب أن يحدد التقييم أو يشخص المشكلة وأن يساعد الفاحص على اتخاذ القرار المناسب حول العلاج الذي يجب أن ينخرط فيه الشخص، ويوفر مقياس جيليام لتشخيص التوحدية معلومات عن ثلاث مجموعات من الاضطرابات السلوكية (هي: السلوكيات النمطية، قصور التواصل، صعوبات التفاعل الاجتماعي) التي لها معنى واضح كاضطرابات سلوكية بغض النظر عن التشخيص، فحتى لو كان الشخص غير توحدي، يوفر مقياس جيليام معلومات مفيدة في تشخيص الاضطرابات السلوكية الأخرى وعلاجها.

(٣) تقييم التقدم السلوكي:

أهمية تقييم التقدم الناتج عن العلاج معروفة جداً، فهي مهمة لأغراض التفسير، وضرورية لتخطيط البرنامج، واتخاذ القرارات، النواحي التربوية، ويسمح المقياس الموضوعي المستخدم في اختبار جيليام لتشخيص التوحدية للناس بتقييم التقدم السلوكي الذي تحقق لأي فرد، ونظراً لأن المقياس تتم الإجابة عليه بواسطة القائمين بالرعاية فإنه يمكن استخدامه بصورة متكررة لتقييم أداء الفرد كلما كان ذلك ضرورياً، كما أن الاختبار مناسب لعملية التقييم السنوي

للطلاب في مجال التربية الخاصة، ومفيد خصوصاً لجمع البيانات المتعلقة باتخاذ القرارات المتعلقة بالدراسة في العام التالي.

(٤) وضع أهداف الخطة الفردية للتعليم:

يعد مقياس جيليام لتشخيص التوحدية مفيد في تحديد نقاط القوة والضعف في نواحي سلوكية معينة عند الطلاب، فباستخدامه مع أدوات تقييم أخرى يجب أن تساعد المعلومات المشتقة من الاختبار المعلمين وغيرهم في التعرف على المشكلات، وتحديد البدائل، ووضع الأهداف المختلفة لعملية التداخل، ويمكن استخدام التحسن في السلوك الذي تصفه بنود الاختبار وأبعاده الفرعية والدرجة الكلية له كأهداف للخطة الفردية للتعليم، إذ أن هناك بنود محددة من الاختبار يمكن استخدامها كأهداف سلوكية للتدخل.

(٥) جمع البيانات بغرض البحث والدراسة:

تحتاج الدراسات عموماً إلى أدوات تتمتع بالصدق والثبات معاً، وتتسم البيانات التي يتم الحصول عليها من هذه الأدوات بالموضوعية، وتصف بدقة السلوك موضوع الدراسة، ونظراً لأن مقياس جيليام لتشخيص التوحدية يقيس السلوكيات على أساس كم مرة يحدث هذا السلوك، فهو يوفر بيانات مفيدة لمعدل تكرار وحدة السلوك التوحدي، حيث يسمح بتصميم المقياس بقياس دقيق من المعلمين والوالدين، وآخرين داخل وخارج المدرسة، وفي بيئات أخرى، ونظراً لأن لمقياس جيليام درجة جيدة من الصدق والثبات فهو أداة واعدة للباحثين والبحث العلمي عموماً.