تقييم وتشخيص التوحد

مقدمة

أولاً: قياس وتشخيص الأطفال التوحديين (المعايير والمؤشرات)
التشخيص السلوكي للتوحديين.
(1) أساليب تشخيصية أخرى للتوحديين.
التقييم الطبي.
tقييم النفسي.
tقييم التربوي (التعليمي).
tقييم التواصل.
tقييم الوظيفي.
ثانياً: قياس وتشخيص طيف التوحد.
مراجع الفصل الثاني عشر
تقييم وتشخيص التوحد

يعد "التوحد" من أكثر الاضطرابات العصبية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولوالديه، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وغريزة أنماط السلوك المصاحتة له، ويتفاعل بعض مظاهره السلوكيّة مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى، فضلا عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين.

وتعد كلمة "التوحد" إلى أصل إنجليزي هي كلمة "أوتوس" وتعني الذات، وتعبر في مجملها عن حال من الاضطراب العصبي الذي يصيب الأطفال. كما تم التعرف على هذا المفهوم قديما في مجتمعات مختلفة مثل روسيا و الهند، في أوقات مختلفة ولكن بداية تشخيصه الدقيق كان من صبح هذا التعبير لم يتم إلا على يد "ليو كانر" حيث يعد أول من أشار إلى "التوحد" كاضطراب يحدث في Autism الطفولة وأطلق عليه لفظ Autism وقصد به التوقع على الذات.


ووبوجه عام، يمكن للمن يُنير النظر في هذه التعريفات أن يخرج بنتيجة مفادها أنني يجب ألا يطلق على الأطفال الذين يُنجون التواصل مع الآخرين فقط نتيجة خلفهم منهم، لكنه يمكن أن يسبب الطفل العادي من أي مستوى من مساليات الذكاء، سواء من أصحاب الذكاء المرتفع، أم كان متخلفاً عقلياً أم كان من متوسطي الذكاء.
وأخيراً يمكن من خلال التعريفات السابقة، وإضافة إلى التطورات التي طرأت على
هذا المفهوم، النظر إليه على أنه من الاضطرابات التي تتحق بعملية النمو، سواء في
سرعتها خلال سنوات النمو، لاسيما في الطفولة المبكرة، وعلى يمكن تعريف الطفل
التوثدي بأنه "ذلك الطفل الذي يعانى من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر،
بيح يظهر على شكل انشغال دائم ورائد بذاته أكثر من الانشغال بمن حوله، واستغراق
في التفكير، مع ضعف في الانتباه، وضعف في التواصل، كما يتميز بنشاط حركي
زائد، نمو لغوي بطيء، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات الحسية الخارجية،
ويقام التغيير في بيئته، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره، والتعلق بهم.
وختاما، يمكن من خلال هذا التعريف، وعلاوة على التعريفات السابقة القول
بأنها تركز على العديد من المظاهر السلوكيّة التي ينفرد بها الأطفال التوحديين،
وتوفر في كافة الكتابات التي تناولت تعريفهم وتشخيصهم وهذه المظاهر السلوكيّة
هي:

أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل.
أنه اضطراب يتميز بمظاهر نمائية تميزه عن غيره من قبيل: الإنشغال الزائد
بالذات، وقلة الاهتمام بالآخرين، وضعف الاستجابة للمثيرات الحسية من حوله،
وأنه روتيني في أدائه للأعمال ويقام التغيير بشدة، ويوثر العزلة، وأنشطته
محدودة جدا، وأنه في احتجاج إلى الاعتماد على الآخرين وتعلق بهم، وأن
نشاطه الحركي قد يكون زائدا عن المعتاد و يتميز بأنه نشاط غير هادف.
أنه اضطراب ينظر إليه في الوقت الحاضر على أنه ينقسم إلى خمس أنواع
فرعية هي ما يسميه بعض الباحثين طيف التوحد:
أ- الاضطراب التوحدي التقليدي (أي كما أشار إليه ليوكانز)

CLASSIC AUTISTIC DISORDER
Rhet't's Disorder
Asperger's Disorder
CHILDHOOD DISINTEGRATIVE DISORDER
PERSISIVE DEVELOPMENTAL DISORDER
DISORDER NOT OTHERWISE SPECIFIED (PDD-NOS)
وهيمنا الآن الحديث عن تشخيص التوحد أولاً بشكل يغلب عليه العمومية، ثم الحديث عنه بشيء يغلب عليه التفصيل - بوجه خاص - في طيفه الذي يشتمل على الأنواع الفرعية الخمسة أنتها الذكر.

أولا: قياس وتشخيص الأطفال التوحديين (المعايير والمؤشرات): 

نبدأ في بذل بعض القول أن تشخيص التوحد يعد من المشكلات الصعبة التي تواجه الباحثين والمهندسين في ميدان التربة الخاصة. وقد يعود ذلك إلى أمرين:

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

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

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

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

1. اضطراب عملية الكلام، أو عدم الكلام مطلقًا: فالطفل الذي يعاني من التوحد قد لا يتكلم، وإذا تكلم فإن كلامه يكون غريبًا وغير مفهوم أحيانًا، ولا يقلد الآخرين في كلامه كما يفعل الأطفال الآسيويين.

2. الابتعاد عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين، وعدم الرغبة في مصاحبته، أو تلقى الحب والعطف منهم حتى لو كان هذا الحب وذلك العطف من الوالدين، وخاصة الأم، كما يظل الطفل التوحدي ساكنا لا يطلب من أحد الاهتمام به، وإذا ابتسم فإنه يبتسم للأشياء دون الناس، ويرفض الملاحظة والمداعبة، ويعمل على تجنبهما.

3. ظهور الطفل التوحدي بمظهر الحزين، دون أن يعى ذلك.
أظهار الطفل التوحدي للسلوك النمطي الذي يتصف بالتكرار، وخاصة في
اللعب ببعض الأدوات، أو تحريك الجسم بشكل معين، وبدون توقف، وبدون
الشعور بالملل أو الإعى.

5) اضطراب النمو العقلي للطفل التوحدي في بعض المجالات، وظهور تفوق
ملحوظ لديه أحياناً في مجالات أخرى. كما يبدو لدى بعض الأطفال التوحديين
في بعض الأحيان أنهم يملكون مهارات ميكانيكية عالية، مثل معرفة طرق
الإبادة، وتشفيف الألفاح، وإعداد عمليات فك الأجهزة وتركيبها بسرعة و
مهارة.

6) كثرة الحركة، أو الميل للجودو، وعدم الحركة، والعزالة عن حوله حسياً
и وحركياً.

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

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

9) الاستجابة بشكل غير طبيعي لبعض المثيرات من قبل الطفل التوحدي، وكانه
مصاب بالصمم، في حين قد يستجيب لبعض الأصوات بشكل مبالغ فيه.
أما "جوزيف ريزو" و "روبرت زايل" (1999: 389-393) فذكران عدا
من المؤشرات، والأعراض التي تدل على أن الطفل توحديا. ومن هذه المؤشرات ما
يلي:

(1) أن الأطفال التوحديين لا يظهرون استعدادا للاستجابة للمستهلكين عن رعايتهم;
فهم لا يميلون إلى معاناة الأم، أو الابتضاع استجابة لحضورها، ولا يرغبون في
أن يمسكهم أحد.

(2) أن الأطفال التوحديين لديهم قدرة على ممارسة الكلام، أو قد لا توجد لديهم هذه
القدرة، وفي حالة الأطفال الذين يستخدمون الكلام، فإنهم يستخدمونه بطريقة
غير مألوفة، حيث نجدهم يعانون من اضطرابات عند ممارسة المحادثة،
واستخدام اللغة بصورة متلائمة وتكاريرية، كما يبدو أن خمسين بالمئة من
الأطفال التوحديين تقريبا لم ينتمون القدرة على ممارسة الكلام بصورة مفيدة
أن الأطفال التوحديين يرغبون في الحفاظ على ثبات البيئة، وعدم إجراء أي
تغيرات لأوضاع الأشياء من حولهم.
أن بعض الأطفال التوحديين يبدون رغبة قوية في الاتصال ببعض الأشياء التائية غير ذات القيمة، مثل إطار سيارة، لعبة مكسورة، أو بطارية قديمة، أو قطعة قماش؛ وذلك بطريقة سلبية قليلة الفائدة.

أن معظم الأطفال التوحديين يعانون من تدن في مستوى الأداء العقلي بوجه عام، أو تدن شديد؛ وذلك استنادًا إلى اختبارات الذكاء المقننة التي طبخت عليهم.

في حين أن "رويرز" (Roeyers, 1995, 161-162) بنكر أن التشخيص يكون ممكنًا من خلال التعرف على زملة الأعراض التالية، بعضها أو جميعها، وهذه الأعراض هي:

- مقاومة التغيير.
- الهلوسة أثناء النوم.
- الإصرار على الروتين.
- الصعوبة في فهم الأفعال.
- فقدان الاستجابة للآخرين.
- ضعف القدرة العقلية العامة.
- تردد الكلمات دون فهم معناها.
- قصور في التواصل اللغوي وغير اللفظي.
- معاناة الطفل التوحيدي من صعوبات في النمو اللغوي.

والخلاصة أن استعراض أعراض اضطراب التوحد وأبرز المؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل التوحدي قبل إتمامه الثلاثين شهراً من عمره، تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال التوحديين وهذه المؤشرات هي:

1. أن الأطفال التوحديين لا يحبون أن يحتضنهم أبداً.
2. أنهم في بعض الأحيان يبدون كأنهم لا يسمعون.
3. أن الأطفال التوحديين لا يهتمون غالبًا بمن حولهم.
4. أنهم قد لا يظهرون ألمهم وإذا أصيبوا.
5. أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطًا غير طبيعي.
6. أن الأطفال التوحديين لا يحبون اللعب بالكرة؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
7. أن الأطفال التوحديين يقاومون الأساليب التقليدية في التعلم.
8. أنهم يحبون العزلة عن الغرباء والمعارف.
أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإلحاح فقط.
(9) أن بعض الأطفال التوحديين قد يملكون قدرات معينة مكن قبول الرسوم، والسياحة
والعزف على الآلات الموسيقية.
(10) أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسواها.
(11) أنهم لا يحبون التجديد، بل يحبون أن تبقى الأشياء في مكانها.
(12) أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
(13) أن الأطفال التوحديين يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
(14) أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
(15) أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهرون دونما سبب.
(16) أنهم يظهرون تفاعلاً من جانب واحد.
(17) أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
(18) أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصادا.
(19) ويجدون بانا في ختم تناولنا للمعايير والمؤشرات الدالة على اضطراب التوحد
لدى الأطفال أن نشير إلى بعض الملاحظات التي أوردها "مأجد عربية" (2005: 56) فيما يتعلق بتشخيص هذا النوع من الاضطراب:
(20) أن معظم معالمات الذكاء لدى الأطفال التوحديين تقع في نطاق درجات التخلف
العقلي.
(21) أن مستويات الإدراك لدى الأطفال التوحديين تتسم بالانخفاض على بعض
الاختبارات والمقاييس وتصل إلى المستوى العادي بل وتفوق المستوى العادي
في بعض الاختبارات والمقاييس الأخرى وذلك إذا تلقى الأطفال تدريباً مشابحاً
على مستوى تلك الاختبارات.
(22) أن هناك اضطرابا في القوة على الانتباه لدى معظم الأطفال التوحديين.
(23) شدة الاضطراب اللغوي، حيث تتميز اللغة لدى الأطفال التوحديين بالمصاداة
أي النكرار الفوري لما يقوله الآخرون.
(24) أن هناك قصوراً واضحاً في النضج الاجتماعي.
(25) الانسحابية الشديدة، حيث يتميز سلوك الطفل التوحدي بالانعزالية الشديدة
والانسحاب من المجتمع.
(26) السلوك النمطي والتصورات الشاذة، حيث يتضح في سلوك الطفل التوحدي
النمطي والروتينية وعدم الرغبة في التغيير.
(27) ظهور العادات العربية وغير المقبوله.
(9) إبذا الذات، حيث يقوم الطفل التوحدي بسلوكيات مختلفة من إبداؤه نفسه مثل
عض رشغ اليد، شد الشعر، القرض، ضرب الرأس في الحائط.
(10) أن بعض الأطفال التوحديين يتسمون بالنشاط العادي، والبعض الآخر يتسم
بفرط النشاط.

التشخيص السلوكي للتوحديين:
قبل البدء في الحديث عن التشخيص السلوكي للتوحد يتعين تذكر أن هذا
الاضطراب لا يتم تعريفه أو تحديد حالته إلا سلوكياً. كما اتضح لنا في عرض
مؤشراته وعلاماته وأعراضه أنها من الكثرة بحيث اضطر الباحثون والمتمرون إلى
تقييمه إلى عدة أشكال كما سبق أن ذكرنا، وأنه ي الداخل من حيث كونه اضطراباً مع
اضطرابات أخرى أشرنا إليها أعلاه.
وحين نقول أن التوحد يعرف ويدرس السلوكي، فإن هذا يعني من بين ما يعنيه-
أنه ليست هناك اختبارات طبية يمكن تطبيقها لتشخيصه، مع أن الاختبارات يمكن لها
أن تؤكد أو تنفي وجود مشاكل أخرى؛ ولذلك فإن الأخصائيين يعتمدون في تشخيص
التوحد على ملاحظة الأعراض السلوكية لكل طفل. وعلى أي حال، يمكن القول أنه
كلما زادت المؤشرات والأعراض التي يبديها الطفل، زادت احتمالات تشخيص حالته
كطفل توحد.

ويؤكد "جمال الخطيب ومنى الحديدي" (1997: 286) ما سبق أن أدركه باحثون
عديدون من أن التشخيص الصحيح لاضطراب التوحد ليس أمرًا سهلاً، وأن معظم
الخبراء يجمعون على أن تشخيص التوحد يتطلب مشاركة فريق متعدد
الخصائص التعرضية. على أن يشمل الفريق المتعدد الخصائص اختصاصيين مختلفين يعملون
معاً لتشخيص الحالة. ولما ما يشمل الفريق: الأخصائي النفسي، طبيب أطفال يعرف
التوحد، أخصائي قياس تربوي، أخصائي علاج نطق، أخصائي قياس سمع، وربما
أخصائي إجتماعي.

ويلعب الوالدان دورًا حيويًا في عملية التشخيص، وذلك من خلال تقديم
المعلومات عن التاريخ التطوري النمائي للطفل وأنماطه السلوكية. ولأن اضطراب
التوحد يتم تعريفه سلوكياً، فإن من الصحيح القول بأنه كلما زاد عدد الأخصائيين
الذين يلاحظون سلوك الطفل في أوقات مختلفة ووفقًا متنوعة، زادت احتمالات
تشخيص التوحد بشكل صحيح. ويجيب من المؤكد - أو في حكم المؤكد - أن ذلك أفضل
من قيام أخصائي واحد بعملية التشخيص.
وتوجد الإشارة هنا إلى أنه لكي نحدد طبيعة اضطراب التوحد، يجب على الأطفال الذين يعانون من اضطرابات الاطفال التي تعيق المحاولات بين الأفراد والسلوكية للطفل الذي يعاني، من المهمتشخيص حالته بالانماط السلوكية التي تلاحظ عادة في الأفراد الآخرين بالتشخيص الفارق. و التخلف العقلي واضطرابات اللغة حالان يجب التأكد من عدم وجودهما قبل تشخيص الاضطراب على أنه توحد. كذلك، يرى بعض الباحثين أنه يجب فحص الطفل طبيا للتأكد من عدم وجود مشاكل جينية أو طبية مثل الفيبرل X (PKU) Phenylketoneuria حيث يصاحب هذا الاضطرابان أو هاتان

ال المشكلتان الطبيتان التوحد في بعض الحالات.

وبلاستيعن من بعض الأساليب التشخيصية في مجال التوحد أن يغطى الطرف

عمر ورد في دليل الرابطة الأمريكية للطب النفسي APA ضوء هذا الدليل التنظيمي يمكن القول أنه ينذر إلى التوحد على أنه "أحد أشكال الاضطرابات النفسية العامة". ويقدم الدليل ستة عشر معيارا لتشخيص التوحد، وهذه المعايير تقع ضمن ثلاث فئات:

الفئة الأولى(أ) : قصور التواصل اللفظي وغير اللفظي ونشاط التحلي.

الفئة الثانية (ب) : قصور نوحي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة.

الفئة الثالثة(ج) : إظهار مدى محدود جدا من الأنشطة أو الاهتمامات.

على أنه يجب أن تظهر هذه الأعراض منذ مرحلة الرضاعة أو الطفولة المبكرة، وينتظر توظيف المعايير عن النحو التالي:

1. يجب توفر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر الواردة في نص الدليل الذي سينعرضوا بعد قليل.
2. هذه المعايير يجب أن تشتمل فقرتين على الأقل من الفئة (أ)، وفقرة من الفئة(ب) وفقرة من الفئة (ج).
3. لا يعتبر المعيار متحققًا إذا كان السلوكي شاذًا بالنسبة للمستوى النمائي للطفل فيما يلي عرض لئنود الفئات الثلاث:

الفئة الأولى (أ) : قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي ونشاط التحلي.

الفضيلة على النحو التالي:

1. الطفل لا يتواصل مع الآخرين، وإنما يصدر أصواتًا غير مفهومة، ولا يظهر تعبيرات وجهية أو إيمانية مقبولة.
الطفل يواصل بطرق غير لطيفة شاذة (لا يتوقع من الآخرين أن يقتربوا منه، أو يشعرون عندما يقترب منه الآخرون، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه، ولا يستعرض، ولا يرغب بالآخرين أو بالزوار، بحمل بطريقة ثانية في المواقف الاجتماعية).

الطفل لا يمارس أية أنشطة تخيلية، كلب أدوار الراشدين مثلًا، أو تقليد حركات أصوات الحيوانات، ولا يهتم بالقصص التي تتورع حول أحداث متخصصة.

الطفل يتكلم بطرق شاذة تبدو في أسلوب إخراج للكلمات سواء من حيث حدة الصوت، أو أسلوبه، أو معادلاته.

الطفل يعاني من اضطرابات ملحوظة في محتوى الكلام أو شكله بما في ذلك الكلام النمطي من قبل التكرار الآلي لإعلانات التلفظ، أو استخدام ضمير المخاطب "أنت" بدلاً من ضمير المتحول "أنا". أو الكلام عن أشياء ليست ذات علاقة بموضوع الحوار أو الكلام.

الطفل يعاني من قصور واضح في القدرة على تطبيق ومحاولة الأخرين أو التحدث معهم، وذلك رغم امتلاكه القدرة على الكلام ومن قبل الاستمرار في نفس الموضوع على الرغم من عدم استجابة الآخرين.

اللفة الثانية (ب): قصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة (العلاقات البيئية الشخصية) ويتضمن هذا القصور في السلوكيات التالية:

1. الطفل لا يقابل بوجود الآخرين ولا ينضاج باستراحتهم (يعامل الأشخاص كأنهم قطع أثاث، ولا يشعر أن الشخص الذي يحدثه يبدو عليه الضيق، ولا يفهم حاجة الآخرين إلى الخصوصية).

2. الطفل لا يشعر بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في المواضيع وظروف الصعوب، أو أنه حين يعبر عن حاجته لمعاونة الآخرين له، يعبر بأسلوب ووسائل غير سوية. فهو لا يبحث عن الراهة حتى عندما يكون مريضاً، أو عندما يتعثر للأذى أو العبث، أو أنه يطلب العون بطريقة نمطية شاذة كأني يريد كلمة ما -لكنه متكرر- عندما يصيبه أي أذي.

3. الطفل لا يقلد أو يحاكي الآخرين، أو أن لديه قصور واضحاً في عملية التقليد ومحاولة، ذلك أنه لا يلوح بهدوء مودعًا، ولا يقلد أنشطة الآخرين في داخل البيت، وحين يقلد الآخرين يكون تقاليد الآخاء.

4. الطفل لا يلعب لعباً اجتماعياً، وحين يلعب يكون لديه شاذة؛ فهو لا يشارك بطريق في الألعاب الاجتماعية، ويفضل أن يلعب منفردًا، ويعتبر الأطفال الآخرين في اللعب وكأنهم أدوات.
الطفل يعاني قصوراً واضحاً في القدرة على بناء علاقات صداقة، ولا يبدي أي اهتمام بالصداقة، ويبدي ويفسر عجزاً في فهم أصول التفاعل الاجتماعي.

الفئة الثالثة (جح): ظهور مدى محدود جداً من الأشعة والاهتمامات، يبدو ذلك واضحاً في أن:

1. حركات الطفل الجسدية تتضح فيها النمطية مثل ثني البدين، أو هز الرأس، وما إلى ذلك من حركات.

2. الطفل يشغله بشكل متواصل بأجزاء الأشياء، مثل شمل الأشياء، أو تحسس ملمس الأشياء بشكل متكرر، أو يشغله بالتعلق بإشياء غير اعتيادية، مثل الإصرار على حمل قطة قماش أو خيط...

3. الطفل يصر بطريقة غير معقولة على إتباع نفس النمط في الأنشطة مثل إصراره على أن يسير في نفس الطريق دائماً عند التنويم.

4. الطفل ينقل بشدة عند حدوث تغييرات بسيطة في بيئته المنزلية، مثل تغيير مكان أحد الكراسي في إحدى الغرف.

5. الطفل لديه مدى محدود جداً من الأشتعالات. أو أنه يشغله بشيء معين على الدوام، مثل الاهتمام فقط بوضع الأشياء بعضها فوق بعض.

وفي ضوء كل ما سبق، يمكن القول أن المظاهر السلوكية للأطفال التوحدين الذين ينظر إليهم على أنهم توحديون، تتبين تبانياً كبيراً، ومن هنا، فإنه من الضروري وجود تقييم مستمر يتصف بالقوة والثبات فيما يتعلق بالنمط السلوكي ومقداره، وبينته، وكذلك الظروفية أو الدور الذي يلعبه السالك، وذلك من أجل تطوير خطط علاجية فعالة.

وفي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوكية دقيق للسلوكية التوحدية يحدد كل من "روبرت كوجل ولن كوجل" (2003: 29-31) خمسة محاور يتعين أن يشملها هذا التشخيص. وهذه المحاور الخمسة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

الأول: وصف السلوكيات التوحدية:

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتضمن بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال، فإن وصف الطفل على أنه عدواني، يقدم قليلاً من الفائدة؛ وفي المجابه، فإن وصفًا مثل "إن الطفل يقصر الكبار في باطن سواهم بين الرسغ والكوع، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل."

الثاني: وصف السلوكات السلوكية التوحدية:

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتضمن بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال، فإن وصف الطفل على أنه عدواني، يقدم قليلاً من الفائدة؛ وفي المجابه، فإن وصفًا مثل "إن الطفل يقصر الكبار في باطن سواهم بين الرسغ والكوع، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

الثالث: وصف السلوكات السلوكية التوحدية:

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتضمن بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال، فإن وصف الطفل على أنه عدواني، يقدم قليلاً من الفائدة؛ وفي المجابه، فإن وصفًا مثل "إن الطفل يقصر الكبار في باطن سواهم بين الرسغ والكوع، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

الرابع: وصف السلوكات السلوكية التوحدية:

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتضمن بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال، فإن وصف الطفل على أنه عدواني، يقدم قليلاً من الفائدة؛ وفي المجابه، فإن وصفًا مثل "إن الطفل يقصر الكبار في باطن سواهم بين الرسغ والكوع، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.

الخامس: وصف السلوكات السلوكية التوحدية:

لقد ناقش الباحثون والممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتضمن بالموضوعية والإجرائية، والقدرة على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال، فإن وصف الطفل على أنه عدواني، يقدم قليلاً من الفائدة؛ وفي المجابه، فإن وصفًا مثل "إن الطفل يقصر الكبار في باطن سواهم بين الرسغ والكوع، يقدم صورة واضحة للعدوانية التي يظهرها الطفل.
الثاني: درجة كل سلوك ومقداره
ذلك أن القوة أو الدرجة التي يظهر فيها السلوك، من الممكن أن توصف بذكر المقدار. ويتصل بتحديد تكرار السلوك أو مقداره. وعلى سبيل المثال، هل يظهر سلوك لبعض الأطفال الآخرين وقصدهم بمعدل عشر مرات في اليوم، أم مرة واحدة كل أسبوع؟ أما بالنسبة لسلوكيات أخرى مثل استمراره الذات أو نوبات الغضب، فقد يتم قياسها بتحديد المدة، كأن عدد فترة نوبة الغضب و/أو عدم ظهورها. وذلك بأن نذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك.

الثالث: البيانات التي يظهر فيها السلوك المستهدف:
من غير المنطقي النظر إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي تظهر فيها. وللنظر إلى السلوك، والمساعدة في فهمه وتوهجه، فلا بد من تحليل البيئة التي يظهر فيها. من هنا يجب تقييم البيئة التي يظهر فيها السلوك وهو ما يطلق عليه سوابق السلوك Antecedents، وكذلك الفعل الذي عادة ما يلي وهذا التحليل Consequences السلوك في البيئة، وهو ما يطلق عليه توابع السلوك.

يعود إلى النموذج المعروفي A.B.C وهذه الحروف ما هي إلا اختصارات للكلمات Antecedents- Behavior- Consequences الانجليزية
ومما يجدر ذكره، أن كل التشخيصات السلوكيية الشاملة، يجب أن تحتوي على مكونات تركز على نماذج معقدة من السلوك، مما يؤدي إلى الوصول إلى اتجاه فعال في التدخل العلاجي. فعلى سبيل المثال: لتأخذ مثل الطفل الذي يلجأ إلى سلوك السع أو القرص، حيث يسبق السلوك الوصف التالي "يظهر السلوك عادة خلال ثلاث ثوان، ويتباهه عادة مهمة تعليمية" أما النتائج فقد وصفت كالتالي "يؤخذ الطفل إلى مكتب المسؤول، ويتصل استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى البيت". من هنا، فإننا سوف نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بالسلوك غير المقبول أو العدواني أو الفوضوي.

الرابع: الوظيفة المقصودة:
إن كثيرا من السلوك الذي يمارسها الطفل فإما تستخدم كشكل من أشكال التواصل. ومن هنا فإن السلوكي الفوضوي من الممكن أن يكون وسيلة فعالة لل التواصل. في إتباع تقييم سوابق السلوك، و السلوك، وتواجه A.B.C يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة الممكنة للسلوك، وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفيا.
وقت وتشخيص التوحد

ومن الممكن ملاحظة كثير من السلوكيات للمحافظة عليها في وظائف محددة، ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعًا ومرتبطة بظهور سلوك مماثل يتضمن الحاجة إلى ما يلي:

(1) الحصول على الانتباه أو على شيء مرغوب.
(2) الهروب من متطلب محدد وتجنبه، ولهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.
(3) تتجنب نشاط محدد مثل تجنب مهمة صعبة، أو الانتقال، أو الاعتراف على نشاط معين.

Self-Stimulation

الخامس: الاستجابة الذاتية

إن سلوك الاستجابة الذاتية، أو ما يدعى السلوك النمطي، يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، وتحريك الأشياء أمام العينين، وهزة الجسم، والتي قد تتم لفترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال المتواجدين بتغذية راجعة حسية حركية. ومن الممكن التعبير عن سلوك الاستجابة الذاتية بطرق مختلفة، فقد تكون هذه السلوكيات أحياناً دقيقة من قبل حركات العينين عند تعرضهما للضوء، أو عند القيام بتعابير الوجه غير المناسبة أو عند الحزن، وتكون عند البعض الآخر أكثر وضوحًا؛ مثل هزة الجسم، أو إخراج أصوات عالية متكررة. وكذلك فإن معظم سلوكات الاستجابة الذاتية تظهر وكأنها تتم على القليل من المعاني الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن أن تتمثل هذه المعاني أبداً. كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي، مما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة. وعندما يتم كبح هذه السلوكيات، فإن ذلك يؤدي إلى زيادة ثقافية في الاستجابات الأكاديمية، ويكون لعب واضحاً وذلك في الوقت الذي تكون فيها أنماط من اللعب والتعلم قد ازدادت وتطورت.

A.B.C - أعني سلوك - أبعدي سبل السلوك

(2) أساليب تشخيصية أخرى للتوحد:
يذكر "عبد الله الصبي" (2003: 70) أنه للوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة فإن الطفل التوحدي يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وغير الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال، أخصائي نفس، طبيب أطفال تطوري، طبيب أطفال في مجال الأعصاب، محلل نفسي وغيرهم). كل في مجاله يقوم بتقييم الطفل من نواحي معينة، وبطرق متنوعة، ومن ثم تجمع هذه المعلومات والنتائج لتلخيصها، تقرير وجود التوحد، ودراجه وأساليب علاجه.

ويجري أن تقييم حالة الطفل التوحدي عادةً ما تتم على جهود ستة من المهتمين بحالة الطفل يمكن القول أنها أساليب تشخيصية تشخيصًا تلقائيًا للصحة.

وعلى الأساس في التالي:

الأول: التشخيص المهني:

بادئ ذي بذة تقني القول أنه حتى الآن لا يوجد تحليل مخبري أو عصبي يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات بالتشخيص صعب للغاية، ومن ثم يكون من القياس بالكشف السريري وخصائص الجهاز العصبي، وإجراء بعض الفحوصات التي يقررها الطبيب عند الاحتياج لها ومنها:

Chromosomal

(أ) صورة صبغات الخلية (أو التحليل الكروموسومي)

Fragile –X syndrome

لاكتشاف الصبغي الذي يهدد المش

(ب) التخطيط الكهربائي للمخ EEG: يعتبر التخطيط الكهربائي للمخ من أداة مفيدة لدراسة فحص المخ عند Electro – Ensepho- Graph المصابين بالتوحد. وقد بينت البحوث، والدراسات التي استخدمت لدي التحدي، وخلايا في النشاط الكهربائي للمخ وكذلك نوبات مرضية Seizure وكانت من الدلائل الواضحة التي تعزز الأساس البيولوجي لنشوء أعراض الاضطراب. وقد بينت إحدى الدراسات الباكر عام 1964 أن هناك شذوذًا في النشاط الكهربائي للمخ عند 58%، ونوبات ضع ونوع 19% من إصابة الدراسة المكيدة من 58 من البالغين. وقد أظهرت الدراسات التالية شذوذًا يتوارح بين بين 13% إلى 83% في النشاط الكهربائي للمخ لدى التحدي، وذلك في ضوء أسلوب البحث، والعينة، والمعايير التي تم الاعتماد عليها في تفسير هذا النشاط.
2001: 58). ولكن الدراسات الأخيرة حول النشاط الكهربائي للمخ لدى المصابين بالتوحد، توصلت إلى نسبة شذوذ وخلل في النشاط الكهربائي للمخ تتراوح ما بين 32% إلى 45% لدى الأطفال التوحديين. بيد أن الدراسة الأكبر والأحدث التي أجريها "تسي" 1985 على عينة تكوّنت من مائة طفل توحدي، أظهرت وجود شذوذ في النشاط الكهربائي للمخ لدى ثلاث وأربعين واحد منهم. وأن هذا الشذوذ يعبر عن وجود أعراض ونوبات متكررة أو موجات بطيئة. وقد أثبتت هذه الدراسة أن هذا الخلل في النشاط الكهربائي للمخ يصاحب نوبات مرضية لدى المصابين بالتوحد.

MRT (د) أشعة بالرنين المغنطيسي للمخ

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

الثاني: التقييم السلوكي: وقد سبقت الإشارة إليه بالتفصيل.

الثالث: التقييم النفسي

حierarchy يقوم الأخصائي النفسي باستخدام أدوات ونقاط قياسية لتقييم حالة الطفل. من حيث الوظائف المعرفية والإدراكية، الاجتماعية، والانفعالية، والسلوكية، ومن حيث التكيف. ومن هذا التقييم تستطيع الأسرة والمدرسون معرفة جوانب القصور و التطور لدى الطفل.

الرابع: التقييم التربوي (التعليمي)

يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي o inspection) والتقييم غير الرسمي (assessment باستخدام الملاحظة المباشرة ومناقشة والد الطفل. والغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في النقاط التالية:

(أ) مهارات قبل الدراسة.

(ب) مهارات دراسية: القراءة و الحساب.

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

(ث) أساليب التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات.

communication assessment: تقييم التواصل: التجارب المنهجية، والملاحظة التقييمية ومناقشة والد الطفل، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم المهارات التواصلية، ومن المهم تقيييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة الطفل في التواصل، وكيفية أدائه لهذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو

القيم والشذوذ في النزهة الخفية
بتحركات جسمية، أو بالإضافة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه. ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك.

السدس: التقييم الوظيفي: 

المعالج الوظيفي: 

يدرس التقييم الوظيفي يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع والبصر والتذوق والشم واللمس)، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير)، مهارات الحركة الكبرى (المشي والجري والقفز)، ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، ومهارات البصرية، وعمق الإدراك.

ثانياً: قياس وتشخيص طيف التوحد:

(1) الأطفال التوحد التنقل: 

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

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

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

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

البند الأول: الضعف الشديد لدى الطفل في استخدام كثير من سلوكيات التواصل غير اللفظية، كالتفاعل من خلال تبادل النظرة والتفاهم العينين، وتعبيرات الوجه، وأوضاع الجسم، والإيماءات والإشارات. 

البند الثاني: العجز عن بناء الصداقات مع الأقران.

البند الثالث: قلة الاهتمام فيما يتعلق بالمشاركة في اللعب (بالطفل التحدي في صورته التقليدية لا يكون ملزمًا أن يطلب لعبة ما، أو إحضارها، أو الإشارة إليها)
البند الرابع: نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات مع أفراد المجتمع من حوله.

المجموعة الثانية: ضعف نواعي وكمي في القدرة على التواصل (بُنداً واحداً على الأقل):

البند الأول: تأخر أو نقص القدرات اللغوية (مع عدم تعويض هذا التأخر أو ذلك النقص باستخدام طرق أخرى للتواصل من قبيل الإشارة مثلاً.

البند الثاني: في حال القدرة على الكلام، لا يكون مقدور الطفل أن يبدأ الحديث مع الآخرين أو أن يستمر في الحديث معهم.

البند الثالث: الحديث بطريقة نمطية مع تكرار الكلام، وقد يكون للطفل لغته الخاصة.

البند الرابع: نقص قدرة الطفل على تنوع اللعبة، أو ممارسة اللعبة التخيلية، وكذلك نقص القدرة على محاكاة وتقليد الآخرين في لعبهم، أو القيام بالألعاب.

ممن هم في سنهم.

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

البند الأول: الانهمام الكامل بجهاز معين، و أنشطة نمطية مكررة، وفي نطاق ضيق محدود، و بدرجة غير طبيعية من حيث التركيز والثدي.

البند الثاني: مقاومة تغيير الرتبة.

البند الثالث: نمطية و تكرار الحركات الجسمية (مثل رفرفة اليدين والأصابع، وحركة الجسم المكررة).

البند الرابع: الإصرار على الانهمام الكامل مع جزء صغير من اللعبة.

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

البند الأول: التفاعل الاجتماعي.

البند الثاني: اللغة: كوسيلة للتواصل الاجتماعي.

البند الثالث: اللعبة الواقعيّة و التخيلية.

Rhett's syndrome: طيف وتشخيص الوحد

الأطفال ذوو زملة ريت:  (2)
هذه الزملة كطيف من أطياف التوحد خاصة بالإناث من الأطفال فقط. فالطفلة تولد طبيعية، لكنها بعد حوالي خمسة أشهر من النمو الطبيعي تصاب بأنواع متعددة من القصور وترجع هذه الزملة إلى عوامل جينية ووراثية. ومن أبرز الأعراض التي تصيب الإناث من المصابات بزمرة ريت ما يلي:

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

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

(أ) توفر كل البنود الثلاثة التالية:
- البنود الأول: الحمل والولادة تمت بشكل طبيعي.
- البنود الثاني: التطور والنمو الحركى والفسيكو بطيطيا خلال الخمسة أشهر الأولى من حياة الطفل.
- البنود الثالث: محيط الرأس يكون طبيعي عند الولادة.

(ب) توفر البنود الخمسة التالية بعد فترة من النمو الطبيعي:
- البنود الأول: تباطؤ نمو محيط الرأس فيما بين سن خمسة أشهر وأربع وعشرين شهرًا.
- البنود الثاني: فقدان القدرات المكتسبة لحركة اليدان فيما بين سن خمسة أشهر وثلاثين شهرا مع حدوث حركات نمطية متفقة مثل رفرفة اليد.
- البنود الثالث: فقدان الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة.
- البنود الرابع: ظهور مشاكل غير متزنة، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية.
- البنود الخامس: النقص الشديد في تطور اللغة الاستقبالية والتعبيرية مع وجود تأخر في النموين النفسي والتحدي.

Asperser's Syndrome (3)

(3) الأطفال ذوو زملة أسبيرجر

وهذه الزملة تنسب إلى مكتشفها الطبيب النمساوي "هانز " أسبيرجر (1844-1954) وتظهر على شكل: تأخر في نمو السلوكي غير اللذاني مثل تعبيرات الوجه، والإشارة، واستخدام أعضاء الجسم للتعبير عن المفاهيم.
(2) قصور في تكوين علاقات مع الأفراد.
(3) الانتشار بنمط معين من السلوك.
(4) التصلب وعدم المرونة في الحركة والاتصال بالمقعد الذي يجلس عليه الطفل.
(5) حركات نمطية مترددة.

ويذكر بعض الباحثين أنها عادة ما تظهر في وقت متأخر عن ظهور الأعراض التشخيصية التقليدية، أو على الأقل يتم اكتشاف أعراضها متأخرًا ويمتاز أطفال هذه الزملة بوجود مستوى ذكي عادي أو فوق المستوى العادي، لذلك فإن بعض المتخصصين في مجال التوحد يطلقون على هذه الزملة اسمي التوحد مرتفع التوطيذ، كما لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية، ولكن يكون هناك صعوبات في فهم الأمور الدقيقة في الحالة، تلك التي تحتاج إلى تركز وفهم فائقين كالدعاية والسرية.

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

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

البنود الأول: ضعف واضح وشديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل عن طريق التقاء العينين، وتعبيرات الوجه وحركة الجسم والإيماء والإشارة وما إلى ذلك من أساليب التواصل غير اللفظي.

البنود الثاني: العجز عن إقامة وبناء الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.

البنود الثالث: ضعف الاهتمام وغياب محاولات المشاركة في اللعب (مثل عدم قدرة الطفل على طلب لعبة ما، أو إحضارها أو الإشارة إليها).

البنود الرابع: نقص القدرة على تبادل الأحاسيس والمشاعر والانفعالات مع أفراد بيئته الأسرية أو بيئته المجتمعية من حوله.

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

البنود الأول: الطفل ينهمك بهما كاملاً في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية، غير السوية سواء في حديثها أو تركزها.

البنود الثاني: الحرص على الرتبة ورفض تغيير الطقوس.

البنود الثالث: تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رففة الأصابع أو اليدين، النموذج الرازيين أو الجسم، القيام بحركات معقدة باستخدام الجسم.

High Functioning Autism، شاهد على الأقل من الأسس الاجتماعي (بندًا على الأقل من البنود التي تشمل نوعية وجود العجز في الفهم، أو عبور في الرسوم، أو بناء صداقة، أو استخدام السلوكيات غير اللفظية، أو فهم السوية، أو استخدام الرتبة، أو السلوكيات النمطية في نطاق ضيق من الاهتمامات وأنشطة).
البند الرابع: الانهيار الكامل والتواصل مع جزء من لعبة.

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

(4) غياب النقص العام الذي يمكن ملاحظته طبيبا في القردات اللغوية (كلمة واحدة في عمر السنين، التواصل اللغوي في عمر الثلاث سنوات).

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

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

الأطفال ذو التفكك والتفخس في شخصيتهم:

Childhood Disintegrative Disorder

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

وتذكر الكتابات المتخصصة أن أعراض هذه الفئة تبدأ في الظهور قبلاً عند الطفل العاشر من عمره، حيث يلاحظ تراجع وتدهور الكثير من الوظائف، فالقدرة على الحركة، التحكم في عمليتي الإخراج (التبول والنتيرز)، والمهارات اللغوية، والمهارات الاجتماعية.

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

(1) نمو طبيعي وتطور سوي في مظاهر النمو المختلفة في العامين الأولين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتفق مع طبيعة نمو الطفل في هذه المرحلة النمائية.

في البنود الأربعة التالية:

البنود الأول: التواصل سواء كان لفظيا أم غير لفظي.

البنود الثاني: التعلق والعلاقات الاجتماعية.

البنود الثالث: أنماط اللعب.

البنود الرابع: السلوكيات الدالة على تكيف الطفل.
فقدان المهارات المكتسبة التالية قبل بلوغ الطفل سن العاشرة من العمر (بندان)
على الأقل من البنود الخمسة التالية:

البند الأول: تدهور في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية.

البند الثاني: فقدان المهارات الاجتماعية وفقدان السلوكيات الدالة على التكيف.

البند الثالث: فقدان التحكم في عمليتي الإخراج: التبول والتبرز.

البند الرابع: فقدان مهارات اللعب.

البند الخامس: فقدان المهارات الحركية.

(3) أداء غير سوي في بندين على الأقل من كل مجموعة من المجموعتين الآتيتين: المجموعة الأولى: ضعف نوعي (كيفي) في التفاعل الاجتماعي:

البند الأول: ضعف في السلوكيات التواصلية لأسما في التواصل غير اللفظي.

البند الثاني: عدم القدرة على إقامة صداقات مع أقرانه.

البند الثالث: ضعف في المشاركات الافعالية والاجتماعية.

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

البند الأول: تأخر وترفع في اللغة والكلام.

البند الثاني: العجز عن بدء حوار والاستمرار فيه.

البند الثالث: نمطية وتكرار الحديث.

البند الرابع: نقص القدرة أو العجز عن تنوع اللعب.

البند الخامس: السلوكيات النمطية المتكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات والأنشطة، ويدخل ضمن سلوكيات هذا البند نمطية الحركات الجسمية المتكررة.

(4) مجموعة من الأضطرابات الأخرى التي لا تشخيص على أنها أعراض لانفصام الشخصية، أو أنها أحد أسباب الأضطرابات النمطية المنتشرة.

(5) الأطفال والاضطراب النمطي الشامل غير المصنف في أماكن أخرى Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise specified (PDD- Nos)

هذه الطائفة من الأطفال التوحديين لكي يتم تشخيص أفرادها يتمتع أن يتوقف فيهم شرطان:

الأول: لا تنطبق عليهم أي من البنود السابقة في المعايير التشخيصية التي عرضناها في الطوانف الأربع السابقة.

الثاني: في نمط التوحد غير المصنف في النموذج الجيني.
الثاني: ألا يوجد أي درجة من درجات الاضطراب الموضوعة لأي طفل ينتمي إلى الطوائف الأربع السابقة.

وفي ضوء ما ورد في الدليل التشخيصي للرابطة الأمريكية للطب النفسي DSM-IV فإن هذه الطائفة الخمسة من طوائف الامتداد يتم البحث عن البنود التي تمثل أعراضًا لها في حالات معينة، عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعلات الاجتماعية، أو في مهارات التواصل اللغوي أو غير اللغوي نعمي اللفظي أو غير اللفظي، أو في سلوكيات اهتمامات وأنشطة نمطية متكررة، على ألا تكون بنود المقياس المستخدم تنطبق على اضطرابات نمائية معينة مما سبق ذكرها، أو ذات علاقة بالنفس الصماحة في مرحلة الطفولة.

وفي ختامنا للحديث عن القياس والتشخيص في مجال التوحد يمكن أن نشير إلى تلك القائمة التي أعدها ماجد عمارة (2005: 55) لتشخيص اضطراب التوحد بشكل عام:

**قائمة تشخيص اضطراب التوحد**

<table>
<thead>
<tr>
<th>عنصراً التشخيص</th>
<th>درجة</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Q1: قد يكون التوحد الاسمي في التواصل الاجتماعي.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q2: قد يكون استخدام السلوكيات غير الشفية.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q3: قد يكون التواصل البصري</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q4: قد يكون التعبيرات الوجهية</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q5: قد يكون في وضع الجسم التعبيري</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q6: قد يكون في إيماءات التواصل الاجتماعي</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q7: قد يكون في نمو العلاقات الملائمة</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q8: قد يكون في التفاعل في مشاركة الآخرين.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q9: قد يكون في المشاركة والاستماع.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Q10: قد يكون في الرغبة في التواصل الاجتماعي.</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>قصور حاد</td>
<td>قصور شديد</td>
</tr>
<tr>
<td>----------</td>
<td>---------</td>
</tr>
<tr>
<td>(4)</td>
<td>(3)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

ثانياً: القصور اللغوي
(1) قصور في النمو اللغوي
(2) قصور في القدرة على المبادأة والمحاصلة مع الآخرين.
(3) الترديد اللغوي والاجترار.
(4) قصور في اللعب الاجتماعي الملائم لمستوى النمو.

ثالثاً: نماذج تكرارية في السلوك:
الاستغرق في أحد النماذج التكرارية.
التمسك الشديد بالروتين و الطقوس.
الحركات التكرارية:
(أ) حركات اليد.
(ب) حركات الجسم.
(4) الاهتمام بأجزاء الأشياء.

رابعاً: قصور في النمو:
قصور في التواصل الاجتماعي.
قصور في استخدام اللغة ل التواصل الاجتماعي.
قصور في اللعب الخيالي أو الرمزي.

مراجع الفصل الثاني عشر
(1) أحمد محمد الزبري (2000). التربية الخاصة للموهوبين و المعوقين و سبيل رعايتهم. عمان: دار زهران للنشر
(2) جمال الخطيب ومنى الحديدي (1997) : المدخل إلى التربية الخاصة، الكويت:
مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
(3) جوزيف ريزو وروبرت زابل (1999) : تربية الأطفال المضطربين سلوكياً
(النظرية والتطبيق) ، الجزء الأول ، ترجمة عبد العزيز الشخص ،
وزيدان السرطاوي ، العين ، دار الكتاب الجامعي.
(4) رمضان محمد القذافي (1994) : سيكولوجية الإعاقية ، طرابلس: الجامعة
المفتوحة.
(5) روبرت كوجل ورن كوجل (2003). تدريس الأطفال المصابين بالتوحد
"استراتيجيات التفاعل الإيجابية وتحسين فرص التعلم" ، ترجمة
عبد العزيز السرطاوي ووالد أبو جودة، وأيمن خشنان، دبي: دار الفلم
للنشر والتوزيع.
(6) سميرة عبد الله السعد (1997) : دراسة حول تقدير والدي الأطفال المصابين
بالتوحد للاحتياجات التربوية والتعليمية لأطفالهم في دولة الكويت و
المملكة العربية السعودية. المجلة التربوية، العدد الخامس و
الأربعون، المجلد الثاني عشر. ص 33-70.
(7) عبد الرحمن سيد سليمان (2001) : اضطراب التوحد ، الطبعة الثانية ، القاهرة:
مكتبة زهراء الشرق.
(8) عبد الرحمن سيد سليمان (1999) : سيكولوجية ذوى الحاجات الخاصة "أساليب
التعرف والتشخيص" ، الجزء الثاني ، القاهرة: مكتبة زهراء
الشرق.
كيفية التعامل معه ، سلسلة التوعية الصحية (3) . الرياض: المؤلف.
(10) ماجد السيد عمارة (2005) : إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص
الفارق ، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
(11) محمد قاسم عبد الله (2001). الطفل التوحدي أو الذاتي (الانطواء حول
الذات ومعالجته: اتجاهات حديثة). عمان: دار الفكر للطباعة و النشر
والتوزيع.
(12) نادية إبراهيم أبو السعود (2000). الطفل التوحدي في الأسرة .. الإسكندرية:
المكتبة العلمي للكمبيوتر والنشر و التوزيع.