

العنوان:	التطور التاريخي لمفهوم اضطراب طيف التوحد : المسببات والتشخيص
المصدر:	مجلة البحث العلمي في التربية
المؤلف الرئيسي:	الخالدي، بيان بنت صويلح بن جنيدب
المجلد/العدد:	ع19, ج8
محكمة:	نعم
التاريخ الميلادي:	2018
الناشر:	جامعة عين شمس - كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
الصفحات:	125 - 142
رقم MD:	929204
نوع المحتوى:	بحوث ومقالات
قواعد المعلومات:	EduSearch
مواضيع:	الاضطرابات السلوكية
رابط:	https://search.mandumah.com/Record/929204

**"التطور التاريخى لمفهوم اضطراب طيف التوحد"
(المسببات والتشخيص)**

إعداد:

أ/ بيان بنت صويلح بن جنيدب الخالدي

معيدة بقسم التربية الخاصة بجامعة أم القرى
تخصص اضطرابات سلوكية وتوحد

المخلص:

تناولت السطور توضيحاً للمحكات والمعايير التشخيصية الجديدة التي أوردتها الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM, V) والتي اشترطت أن تكون عملية التشخيص عملية متعددة المستويات وتتضمن التأكد أولاً من انطباق جملة الأعراض السلوكية المميزة للاضطراب في بعد التواصل الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي و بعد السلوكيات النمطية و الاهتمامات الضيقة، ومن ثم تحديد مدى وجود اضطرابات متقاطعة مع الاضطراب بالرجوع إلى معايير تشخيص كل اضطراب متقاطع وفقاً لما تم تحديده في الدليل ، وأخيراً تحديد مدى شدة الأعراض وتأثيرها على أداء الطفل ومدى الحاجة إلى مستوى الدعم المراد تقديمه .

ولعل هذه المحكات لازالت قيد البحث في الميدان رغم إقرارها من قبل جمعية أطباء النفس العياديين الأمريكية (APA) حيث لازالت هذه المحكات قيد جدل بين العلماء في الميدان بغية الوصول إلى اتفاق مستقبلي حول مدى فاعليتها العملية في عملية التشخيص.

مقدمة:

تعتبر عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد عملية بالغة الصعوبة والتعقيد؛ ويرجع ذلك إلى التشابه بين أعراض هذا الاضطراب وأعراض عدد من الاضطرابات الأخرى مثل: (التخلف العقلي، وفصام الطفولة، واضطرابات التواصل، والإعاقة السمعية، والاضطرابات الانفعالية) كما أن تباين الأعراض من حالة إلى أخرى، وعدم وجود أدوات أو اختبارات مقننة عالية الصدق والثبات يمكن الاعتماد عليها يزيد من احتمالات الخطأ في التشخيص.

لذلك شهدت العقود الأخيرة تقدماً كبيراً في ميدان فهمنا لإضطرابات طيف التوحد مقارنة بما كانت عليه النتائج العلمية في الحقبة الزمنية التي وصف فيها ليو كانر (١٩٤٣) هذا الإضطراب.

ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدماً شاملاً تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالتوحد مثل فهمنا لطبيعة الأسباب المسببة له، و آلية تشخيصه، و أعراضه، و كيفية التعامل معه من خلال انجح البرامج التربوية و العلاجية.

ولعل التقدم الأحدث في الميدان تمثل حديثاً في تغيير البنية التي تتضمنها هذه الفئة و معايير تشخيصها وفقاً لما تم اعتماده في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي (DSM.V)

نتناول هذه الورقة العلمية الحديث عن التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد (ASD) في ظل المحكات التشخيصية الجديدة.

كما نتناول الورقة البحثية عرضاً تفصيلياً لمفهوم اضطراب طيف التوحد وأشكاله ضمن المحكات التشخيصية الجديدة وأخيراً تستعرض الورقة أهم التحديات التي تواجه عملية التشخيص و الطريقة العلمية للتغلب على هذه التحديات.

تعريف اضطراب طيف التوحد:

تعددت تعريفات اضطراب طيف التوحد تبعاً لتعدد الاخصائيين والوجهات العلمية التي سعت لتفسيره، وأغلب هذه التعاريف ركزت على الاعراض السلوكية لهذا الاضطراب ، ومن أهم هذه التعاريف ما يلي:

–تعريف كانر: اضطراب يظهر منذ الولادة، ويعاني الأطفال المصابون به من عدم القدرة على التواصل بأي شكل من الأشكال مع الآخرين ، وكذلك ضعف أو انعدام في اللغة لديهم ، وخصوصاً في المراحل العمرية الأولى ، وان وجدت فهي غالباً ما تتصف بالمصاداة ، كما أنهم يتميزون بالسلوك النمطي ومقاومة التغيير في البيئة من حولهم ، وضعف في القدرة على التخيل ،

ويتصفون بنمو جسمي طبيعي مقارنة مع اطفال في نفس المرحلة العمرية(صلاح الدين ، نبيل ، ٢٠٠٤)

- تعريف منظمة الصحة العالمية:(WHO) اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الاولى من عمر الطفل ، ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي ، وعجز في اللعب ، وفي التواصل الاجتماعي(نصر ، ٢٠٠١).

- تعريف الخطيب: إعاقة نمائية شديدة تظهر في السنوات اولى من العمر وتنتج عن خلل عصبي يؤثر على وظائف الدماغ (قزاز ، ٢٠٠٤) .

-تعريف الشامي: اضطراب في النمو العصبي يؤثر على التطور في ثلاثة مجالات أساسية: التواصل والمهارات الاجتماعية والتخيل (النجار ، ٢٠١٠).

ومن ثم تضمنت عملية الوصول إلى تعريف متفق عليه لإضطراب طيف التوحد تسلسلا تاريخيا متعاقبا تمثل في توضيح ذلك الاضطراب و توضيح المعايير التشخيصية التي يمكن من خلالها تشخيصه. ولعل أفضل عرض تاريخي لتطور مفهوم هذه الفئة وأكثرها قبولا في الميدان، هو ما شهدته التغير المتعاقب المرتبط بهذه الفئة في الدليل الإحصائي و التشخيصي (DSM) التابع لجمعية علماء النفس الأمريكية(American Psychiatric Association-APA)منذ شموله في الطبعة الثالثة (DSM-III) و حتى الطبعة الخامسة (DSM. V) من هذا الدليل (Volkmar & Klin, ٢٠٠٥)

نشأة اضطراب طيف التوحد وتطور دراسته:

ان مصطلح اضطراب طيف التوحد حديث نسبياً، تردد ذكره في بداية الأمر بين علماء النفس والأطباء النفسانيين، ويعتقد ان أول من قدمه هو الطبيب النفسي السويسري ايجن بلولر (Eugen Bleuler) عام ١٩١١ حيث استخدمه ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية (العدل، ٢٠١٠: ٢١) ، غير ان الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به يرجع للطبيب النفساني الأمريكي ليوكانتر (Leo Kaner) الذي قام بإجراء دراسة على ١١ طفلاً ، ومن خلال ملاحظته قدم وصفاً لسلوكهم في دراسته التي نشرت عام (١٩٤٣) ، وأطلق عليهم التوحد الطفولي، حيث يتصف الأطفال بالعزلة الاجتماعية ، وعجز في التواصل، وسلوك نمطي واهتمامات مقيدة (Gernsbacher, 2005:55)؛(غزال، ٢٠٠٧: ١- ١٨) وفي الوقت نفسه اعد اسبرجر (Asperger) من عيادة الأطفال الجامعية في فيينا ، وبشكل مستقل تماماً رسالة دكتوراه حول هذا النوع من الأطفال وقد استخدم هو أيضاً مصطلح (الذاتويه) للإشارة إلى جوهر هذا المرض (فريث، ١٩٩٩: ٣) ، وفي ستينيات القرن الماضي تم تشخيص هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي (Infantile Schizophrenia) وذلك وفق ما ورد في الطبعة الثانية من الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية (Diagnostic Statistical Manual.2R) ولم يتم الاعتراف بخطأ هذا التصنيف إلى عام ١٩٨٠ حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من الدليل نفسه حيث تم التعرف من خلالها على التمايز بين الفصام والتوحد كإعاقة وليس مجرد حالة مبكرة من الانفصام. (سليمان، ٢٠٠٠: ٩)

وأصبح ينظر إليه -التوحد- كإعاقة منفصلة في التربية الخاصة ويظهر ذلك واضحاً من خلال القانون الأمريكي للتربية وتعليم الأفراد المعاقين والذي يرى ان الطفل المعاق هو الطفل المصاب بالتخلف العقلي أو الإعاقات السمعية أو الإعاقات النطقية واللغوية أو الإعاقات البصرية أو الاضطراب الانفعالي الشديد أو الإعاقات المركبة أو التوحد (Autism) (غزال، ٢٠٠٧: ١- ٢٥).

خصائص وأعراض اضطراب طيف التوحد:

الأطفال الذين لديهم اضطراب طيف التوحد يتميزون بثلاث خصائص أساسية هي: صعوبة في التفاعل الاجتماعي ، وصعوبة في التواصل ، وصعوبة في تنمية الخيال واللعب ، بالإضافة إلى هذه الثلاثة يعتبر نمط التصرف المتكرر ومقاومة أي تغيير من الروتين اليومي في أغلب الأحيان خصائص مميزة لهذا الاضطراب ، إلا أن هذه الخصائص ليست واحدة عند الجميع، فقد يختلف طفلان توحيديان لهما التشخيص نفسه ، إذ يشكل أطفال التوحد فئات غير متجانسة فيما يتعلق بالخصائص والصفات .. وهنا سرد لبعض خصائصهم كما جاءت بمراجع متعددة:

- ١- ضعف التفاعل الاجتماعي.
 - ٢- البرود العاطفي الشديد.
 - ٣- ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية.
 - ٤- ضعف استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين.
 - ٥- إيذاء الذات.
 - ٦- فقدان الإحساس بالشخصية.
 - ٧- الانشغال المرضي بموضوعات معينة.
 - ٨- الشعور بالقلق الحاد.
 - ٩- القصور في أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية.
 - ١٠- انخفاض في مستوى الوظائف العقلية. (الجلبي، ٢٠٠٧: ٢٥-٣١).
- والخلاصة أن استعراض أعراض اضطراب طيف التوحد وأبرز المؤشرات غير المطمئنة التي تبدو على الطفل التوحيدي قبل إتمامه الثلاثين شهرا من عمره، تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي ينفرد بها الأطفال التوحيديين وهذه المؤشرات هي :
١. أن الأطفال التوحيديين لا يحبون أن يحتضنهم أحداً.
 ٢. أنهم في بعض الأحيان يبدون أنهم لا يسمعون.
 ٣. أن الأطفال التوحيديين لا يهتمون غالباً بمن حولهم.
 ٤. أنهم قد لا يظهرون تألمهم إذا أصيبوا.
 ٥. أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطاً غير طبيعي.
 ٦. أن الأطفال التوحيديين لا يحبون اللعب بالكرة؛ في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
 ٧. أن الأطفال التوحيديين 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 التوحيديين قد يملكون قدرات معينة مثل 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 إدراكهم لوظائفها.
 ١٥. أنهم يفكرون و يتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
 ١٦. أن الأطفال التوحديين قد يضحكون أو يقهقهون دونما سبب.
 ١٧. أنهم يظهرن تفاعلا من جانب واحد.
 ١٨. أنهم لا يدرأون الأخطار بشكل عام.
 ١٩. أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصادة.
- (سليمان، البيلوي و أشرف عبد الحميد، ٢٠٠٦ ص ٥١٧-٥٥٠)

النظريات المفسرة لأسباب اضطراب طيف التوحد:

من النظريات المفسرة لأسباب اضطراب طيف التوحد ما يأتي:

- ١- نظرية التحليل النفسي: فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على انه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده، وفسر العالم النفسي برونو بيتلهيم (Bruno Bettelheim) إن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين و وضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقاً لقب الأم الثلجة (غزال، ٢٠٠٧: ٢٥-١)
- ٢- نظرية البرود العاطفي: من أصحاب هذه النظرية ليو كارنر (Leo Karner) مكتشف التوحد ، ترى هذه النظرية ان العلاقات المرضية داخل الأسرة ومواقف الوالدين المتشددة تجاه الطفل ورفضه وضعف الاستجابة لمطالبه عوامل تؤدي إلى عدم تكوينه لنماذج الانفعالات التي يبيدها الآخرون ، كما لا تتكون لديه أي قاعدة لنمو اللغة والمهارات الحركية وينتج عن ذلك ان ينسحب داخل عالم من الخيالات ومن ثم حدوث التوحد (صادق والخميسي ، ٢٠٠٤: ٦)
- ٣-نظرية العقل (Theory of Mind) تشير نظرية العقل إلى الكيفية التي يتعامل بها الفرد مع أفكار ومعتقدات ومشاعر الآخرين من فهم وإدراك وتنبؤ من خلال الإشارة إلى صعوبة قدرة الأطفال التوحديين على الاستنتاج وتقدير الحالات العقلية، ومثال ذلك إنهم يجدون صعوبة في تصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين أو ما قد يدور في ذهن الآخرين من تفكير، وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي وصعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرون، والأطفال التوحديون قد يعتقدون بأنك تعرف تماما ما يعرفونه هم ويفكرون فيه، وعلى الرغم من معرفة الأطفال التوحديين لما ينظر اليه الآخرون إلا أنهم يعانون من صعوبة كبيرة في القدرة على إدراك ما يدور في عقول الآخرين من أفكار (فريث، ١٩٩٩: ١٤-١٤).
- ٤- نظرية الاضطراب الايضي : تفترض هذه النظرية ان يكون التوحد نتيجة وجود بيتايد (Peptide) خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك البيبتايدات الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي مما قد يؤدي ان تكون العمليات داخله مضطربة ، هذه البيبتايدات (Peptides) تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على

الجلاتين (Glutines) مثل القمح، الشعير، الشوفان، والكازين الموجود في الحليب ومنتجات الألبان (العدل، ٢٠١٠: ٢٦)

٥- نظرية التسمم بالمعادن: تستند هذه النظرية بالأساس إلى الملاحظة الثابتة والحقيقة ان التسمم بالمعادن الثقيلة مثل الرصاص والزنك يسبب ضررا بالدماع وبالأخص الأدمغة التي في مرحلة النمو كما عند الأطفال (الدوسري وآخرون، ٢٠٠٩: ٢).

٦- نظرية اللقاحات: اللقاحات إحدى النظريات التي وجدت قبولاً كبيراً في بداية الأمر هي نظرية علاقة اضطراب التوحد باللقاحات التي تعطى للأطفال وبخاصة اللقاح الثلاثي الفيروسي (MMP)، والسبب الرئيس في هذا الربط مع هذا اللقاح بالذات هو توقيت إعطاء اللقاح الذي يكون مع بلوغ العام الأول من العمر وهو يوافق بداية التقدم في القدرات الكلامية (يفقد بعض أطفال التوحد قدراتهم الكلامية بين ١٨ و ٢٠ شهراً) (الدوسري وآخرون، ٢٠٠٩: ٢٠-٢١).

ورغم هذه التفسيرات الاجتماعية والنفسية والإدراكية – العقلية والبيو كيميائية إلا أنه لا يوجد سبب رئيس يتفق عليه الجميع ليكون المسبب للإصابة بالتوحد، وخلاصة القول ان سبب الإصابة به لا يزال رهن البحث والدراسة ولم يحدد تحديداً دقيقاً (Hill & Frith, ٢٠٠٢: ٢٨١).

تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يعد تشخيص اضطراب طيف التوحد من الأمور الصعبة التي يواجهها المختصون والأهل لأن تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليهم، لأنه لا توجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير إلى إصابة الطفل بالتوحد لذلك من المهم ان يكون هناك دقة في تقييم وتشخيص الطفل على انه مصاب بالتوحد .

• اضطراب طيف التوحد و الطبعة الخامسة (DSM V, 2013) :

لعل للتطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) و التي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهرى في هذه الفئة. ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة ريت لم تعد اضطراباً معرفياً سلوكياً (كغيرها من باقي الفئات) وإنما قد أصبحت اضطراباً معرفياً جينياً نظراً لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها (MeCP2) لذا فإن الطبعة الخامسة قد استتنتت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد (Machado, Caye, Frick, & Rohde, ٢٠١٣).

ولعل اهتمام العلماء الزائد في آليات تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات تشخيصاً دقيقاً يهدف إلى إزالة الغموض و التقاطع بين هذه الاضطرابات، دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها. وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو **اضطراب طيف التوحد (ASD)** والذي يجمع ما كان يعرف سابقاً باضطراب التوحد (AD) ومتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome) و اضطراب التفكك الطفولي (CDD) و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS) ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد و شدة الأعراض (www.autismspeaks.org).

كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmental Disorders) و التي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد: الاضطرابات العقلية (Intellectual

(Disabilities)، واضطرابات التواصل (Communication Disorders)، وضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD) وصعوبات التعلم المحددة (Specific LD) والاضطرابات الحركية (Motor Disorders). (Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2013).
أهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب طيف التوحد وفقا للمعايير الجديدة:

١. استخدام تسمية تشخيصية موحدة (Single Diagnosis)

تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو "اضطراب طيف التوحد Autism - Spectrum Disorder (ASD)

حيث يتضمن هذا المسمى كلا من " اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و اضطراب التفكك الطفولي (والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من DSM) حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها. كما تضمنت المعايير الجديدة اسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد. ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وانما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، و درجة الذكاء لدى أفرادها. لذا، فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لاختلاف في آلية تشخيصها. كما وأن اللجنة تبرر اسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها. كما أن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة (Level of Severity) والتي يتم بناء عليها تحدد مستوى ونوع الدعم الخدمي و التأهيلي الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية .

٢. التشخيص استنادا على معيارين اثنين بدلا من ثلاثة معايير : تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين اثنين في عملية التشخيص بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة. حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقا لمعيارى القصور في التواصل (Social Communication) و التفاعل الاجتماعي (Social Interaction) ، و الصعوبات في الأنماط السلوكية و الإهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية . ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معيارا ثالثا وهو القصور النوعي في التواصل .

٣. عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها (Number of Diagnostic Symptoms):

تضمنت المعايير الجديدة مجموعه ٧ أعراض سلوكية موزعة كما يلي: ٣ أعراض في المعيار الأول و ٤ أعراض في المعيار الثاني. وعلى العكس من ذلك، فقد استخدمت المعايير القديمة ١٢ عرضا سلوكيا موزعة على شكل ٤ أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

٤. تحديد مستوى شدة الأعراض (Identification of Severity Levels): تشترط المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الأعراض لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي والتأهيلي الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

وتوظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لهذه الشدة لكل معيار تشخيصي. وعلى العكس من ذلك، فلم توظف المعايير القديمة مثل هذا الاجراء في تحديد مستوى الشدة. ولعل السبب من وراء اضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبرجر و

الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و التي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة.

٥. المدى العمري (Age of Onset): تضمنت المعايير الجديدة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة (والممتد حتى عمر ٨ سنوات) بدلا عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة و هو عمر ٣ سنوات.

٦. الاستجابات غير الإعتيادية للمدخلات الحسية (Hyper/Hypo-reactivity to Sensory Inputs):

تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الإعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية التي إن وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية وإنما جرت العادة في الميدان أن يكون من الأعراض المساندة.

٧. الاضطرابات المصاحبة: (Accompanying Disorders)

اشتطت المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه.

٨. إقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الإجتماعي Social (Communication Disorder):

أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم اضطراب التواصل الإجتماعي و التي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن البعد (المعيار) الأول لفئة اضطراب طيف التوحد ولاتتواجد لديه الأعراض السلوكية في البعد (المعيار) الثاني . وبذلك ، فإن انطباق الأعراض في كلا البعدين يسبب التشخيص باضطراب طيف التوحد، في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الإجتماعي (حيث من المتوقع أن الأطفال المشخصين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة PDD NOS يمكن أن يشخصوا ضمن هذه الفئة).

٩. عدم الحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد : حيث أن التغييرات التي طرأت على المفهوم البنائي للفئة قد قدمت مفهوماً متصللة التوحد بعد استثنائها لفئتي متلازمة ريت و اضطراب التفكك الطفولي ودمجها لفئات اضطراب التوحد و متلازمة اسبرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة هي اضطرابات طيف التوحد. لذا، فإ، المشخصين العاملين في الميدان ليسوا معنيين بقضية تفريق اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات التي كانت قديما تشاركه بنفس المعايير التشخيصية، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه وفقا لمستوى شدة الأعراض. كما أن المعايير الجديدة قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل على تأكيد وجود الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد وليس تفريقها عنه. فالمعايير الجديدة تؤكد امكانية المصاحبة لاعاقات أخرى ويتوجب على المشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معاييرها التشخيصية ومصاحبتها للتوحد.

١٠. التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها: يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجا جديدا نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة. ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيا فقط.

(Lai, M., C., Lombardo, M., V., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S., 2013).

التّوحد حسب التصنيف DSM-V :

الغاية من هذا التصنيف وما سبقه هو أن يكون مرجعية تشخيصية لكثير من مهنيي الصّحة، كما يشكل أيضا أداة للبحث و الإحصاء تعتمد عليها مؤسسات الصّحية العمومية.

و الجديد في هذه الطبعة من التصنيف هو استبعاد معايير في تشخيص التّوحد و الحالات المرتبطة به كانت تستخدم منذ عقود عديدة.

فقد استخدمت أول طبعة من هذا الدليل سنة (١٩٥٢) مصطلح فصام الطفولة للدلالة على التّوحد، ثم أصبح مفهوم تشخيص التّوحد بعد ذلك يتغير مع ظهور كل طبعة جديدة من هذا الدليل، وكل تحديث يظهر لمفهوم التّوحد يجلب معه جدل و مناقشات و تناقضات مختلفة، و هو الأمر الذي لم تكن التغييرات الحديثة في معايير تشخيص التّوحد التي ظهرت مع هذه الطبعة الأخيرة في (٢٠١٣) لتكون بمعزل عنه .

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة و المعايير التشخيصية الجديدة:

DSM V (2013)	DSM IV-TR (2000)	معيار المقارنة
اضطراب طيف التوحد (ASD)	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	مسمى الفئة
متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	بنية الفئة
فئة واحدة متصلة تتضمن ماكان يعرف ب: التوحد ، واسبرجر ، و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط	خمسة اضطرابات هي : التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	مكونات الفئة
محكين : التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية	ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكات التشخيص
تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	مستوى الشدة

محددة : الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة، الحالات الطبية و الحينية، اضطرابات السلوك، الكتاتونيا	غير محددة	المصاحبة لإعاقات أخرى
الطفولة المبكرة (٨ سنوات)	٣ سنوات	المدى العمري لظهور الأعراض

(Lai, M., C., Lombardo, M., V., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S., 2013).

التشخيص متعدد المستويات (Multi-level Diagnostic Proce) :

تعتبر عملية تشخيص التوحد أمرا ضروريا و صعبا في ذات الوقت حيث يبنى عليها عدد متتابع من الخطوات التي ترسم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة.

تهدف هذه العملية الى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص و ذلك بانطباق المعايير التشخيصية ونتائج الأدوات المختلفة. يعرف القياس (Assessment) بأنه "تلك العملية التي تهدف الى جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرارات مستقبلية متعلقة بالفرد قيد العملية"

(Mclean,2004).

ويقوم على تطبيق عملية القياس و التشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة.

وبالتحديد ، فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي (DSM V) قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية تشخيص تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات وذلك وفقا للمستويات الثلاثة التالية:

١. محكات التشخيص : والتي توضح طبيعة الأعراض و نوع المشكلات و شروط التضمنين و الاستثناء .

٢. محكات التحديد: (Specifiers) وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة.

٣. محكات تحديد مستوى الشدة: (Severity Levels) وهي المحكات التي تحدد بناء عليها شدة الاضطراب وفقا لجملة الأعراض السلوكية في بعدي (محكي) التواصل الاجتماعي و السلوكيات النمطي..(DSM V,2013)

المستوى الأول: المحكات التشخيصية:

يتضمن المستوى الأول من عملية التشخيص التأكد من مدى انطباق معايير (محكات) التشخيص والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة على بعدين (بدلا من ثلاثة أبعاد) أساسيين هما :

(١) بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي.

(٢) بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة .(DSM V,2013).

حيث تشترط المعايير الجديدة انطباق الأعراض التشخيصية الثلاثة ضمن بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي وانطباق اثنين على الأقل من الأعراض التشخيصية ضمن بعد السلوكيات

المنمطية ، ليكون بذلك مجموع الأعراض التي تؤدي بانطباقها إلى تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد هو خمسة أعراض من أصل سبعة متضمنة في المعايير التشخيصية .

كما أن المعايير التشخيصية في هذا المستوى لا تشترط مدى عمريا محددًا لظهور الأعراض التشخيصية ، وإنما تشترط ظهور هذه الأعراض أو اكتمال ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة (عمر ٨ سنوات).

كما وأن هذه المعايير تشترط احتساب الأعراض السلوكية التي ظهرت سابقا ومن ثم اختفت لاحقا ولا تظهر لدى الطفل قيد التشخيص حاليا ضمن محكات تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد .

وبالإضافة لما سبق، فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثر أداء الفرد الوظيفي اليومي بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل.

كما أنها لا تنفي مصاحبة الاضطراب للإعاقة العقلية إلا أنها تشترط أن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها (أي وجودهما معا ضمن الفرد).

المستوى الثاني: محكات التحديد:

توجب المعايير التشخيصية للطبعة الخامسة من الدليل في مستواها الثاني على الفاحصين ضرورة تحديد ما إذا كان الاضطراب مصحوبا باضطرابات أخرى مصاحبة له دون أن تكون هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص اضطراب طيف التوحد ، كما أن المعايير الجديدة تشترط في المشخص المعرفة التامة بالمحكات والمعايير التشخيصية الخاصة بهذه الفئات المتقاطعة كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي .

المستوى الثالث: محكات تحديد مستوى الشدة:

تهتم المعايير التشخيصية الواردة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد وفقا لمستوى شدة الأعراض السلوكية لديه.

وتقسم المعايير التشخيصية مستوى الشدة إلى ثلاث مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجيا بانخفاض مستوى شدة الأعراض .

تحديات عملية التشخيص :

تتضمن عملية التقييم والتشخيص الشاملة للتوحد عددا كبيرا من التحديات التي تصعب من عملية التقييم و تترك أثرا بالغا في دقة النتائج المستخلصة منه. تتعدد الأسباب والمصادر التي يمكن أن تنتسب إليها هذه التحديات، إلا أنها في جوهرها ترتبط ارتباطا وثيقا بالبنية الغامضة و الفريدة لاضطراب التوحد و التي تجعل من فئة الاطفال المصابين به فئة غير متجانسة. وعادة ما تتمحور

تحديات التقييم و التشخيص حول ثلاثة محاور أساسية هي :

١. محور الفئة غير المتجانسة (تعددية الاعراض و اختلاف مدى شدتها، الفروق الفردية بين المفحوصين، مقدار القدرة العقلية، تعاون المفحوص، العمر الزمني للمفحوص، التاريخ التربوي و التدريبي له).

٢. محور الفاحص (خبرته ونوع تأهيله و ذاتيته أو موضوعيته وأفته مع المفحوص) وبيئة الفحص) سواء كانت مألوفة كالمنزل أو غير مألوفة كعيادة متخصصة، الخصائص الفيزيائية لمكان الفحص، ووجود أشخاص مألوفين كالوالدين أو عدمه) .

٣. محور الأدوات و مدى تناسبها مع الأهداف (نوع الأدوات و مدى وضوح آلية تطبيقها و تفسير نتائجها، مدى ألفة الفاحص بها و مستوى التدريب و التأهيل الذي تتطلبه، الوقت الذي تستغرقه و كيفية الاجابة عليها).

و بشكل عام فقد أشار كل من ماركوس و فلاجلر و روبنسن و (Marcus, Flagler, & Robinson 2001) أن على الفاحصين المهتمين بتشخيص الاطفال ذوي اضطراب التوحد مراعاة مايلي :

١. المرونة عند تنفيذ اجراءات تطبيق الأدوات المراد استخدامها و ذلك من خلال التناوب في طرح الفقرات المراد الاجابة عليها من قبل الطفل مثل التناوب بين تطبيق الفقرات اللفظية و غير اللفظية، تعديل تعليمات تطبيق فقرات الأداة لتلائم مستوى الطفل أو مستوى تعليم الوالدين (مثل توظيف أبسط الكلمات و الابتعاد عن المصطلحات العلمية)، توظيف فترات استراحة متعاقبة للطفل أثناء عملية الفحص، الحرص على تعزيز نجاح الطفل في الاداء على فقرات الاختبار .

٢. توظيف بيئة فحص مناسبة و منظمة و ذلك بتأسيس روتين واضح و متنبأ به من قبل الطفل (كتوظيف الصور التي توضح المطلوب منه تأديته)، ترتيب المظهر الفيزيائي (المادي) لغرفة الفحص (مثل ترتيب الأثاث و الأدوات، التقليل من المشتتات، تنظيم آلية عرض أدوات الاختبار).

٣. مراعاة الدقة و المصادقية في المعلومات التي يتم الحصول عليها من قبل الوالدين أو غيرهم .

تستند الكثير من الأدوات المطبقة على طرح اسئلة ترتبط بآلية نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الاولى من عمره. و لعل مثل هذه المعلومات قد تكون عرضة لأخطاء الاستدعاء من الذاكرة (مثل الحذف و التشوية و التعديل و الإضافة) من قبل الوالدين و خاصة للاطفال الأكبر عمرا.

٤. التأكد من وضوح الهدف من الأدوات المطبقة و الفقرات المتضمنة للوالدين او من ينوب عنهم . فقد تتأثر اجابة الوالدين بعدم الفهم الدقيق للمظهر السلوكي المراد قياسه في فقرات الأدوات المطبقة (مثل المقصود باللعب الايهامي أو التخيلي، التواصل البصري، مشاركة متعة الاداء .)

٥. التعامل بذكاء مع الوالدين ذوي الاطلاع و الدراية باضطراب التوحد. قد يتسم بعض أولياء الامور بالقدرة الجيدة على تصفح الانترنت و قراءة الكتب والمقالات و حضور البرامج والندوات التي تتناول الحديث عن التوحد.

ولعل مثل هذا الاطلاع قد يكون سلاحا ذو حدين. فمن جهة، قد يسهل ذلك من التعاون مع الوالدين في الاجابة عن فقرات الاداة أو الاختبار مما يسهم في دعم مصداقية الاجابات، و من جهة أخرى، قد يعيق ذلك آلية جمع المعلومات و ذلك اما بمحاولة الأهل تجنب اعطاء اجابات قد تدعم من تشخيص التوحد لدى طفلهم أو باعطاء اجابات مضللة تدفع بالفاحص للتحويل نحو تشخيص آخر أقل أثرا كبديل عن التوحد .

الدراسات السابقة:

الدراسة الأولى:

• المؤلف: Don J. Siegel (١٩٩٨م)

" تقييم التوحدي ذوي الأداء المرتفع "

ويعتبر وجود اضطراب في النمو عندما تكون قدرات الفرد لا تتفق مع النمو الزمني أو العمر المتوقع.

في الواقع، قد يكون هناك انحراف كبير عن التطور الطبيعي في بداية تطور الكلام واللغة والمهارات الحركية والمعرفية والاجتماعية، أو قدرات المساعدة الذاتية. وهناك مجموعة واسعة من الشدة، وأنماط أعراض متنوعة، ومستويات الأداء تميز الأفراد الذين يعانون من اضطرابات النمو.

قد يتأخر مسار تطور هذه الوظائف بشكل كبير أو غير منظم مقارنة بالتغير الطبيعي في التنمية.

يجب تمييز الاضطرابات النمائية عن الاضطرابات المكتسبة التي ترتبط بشكل ثانوي بحالة طبية معروفة أو المرض أو الصدمة أو أي عامل مسبب آخر.

أسباب اضطرابات النمو متنوعة ويمكن أن تتوافق مع الكروموسومات، التمثيل الغذائي، فترة ما قبل الولادة، والحمل، أو عوامل ما بعد الولادة.

وعلى الرغم من أنه غالباً ما يتم تحديدها في فترة الطفولة والمراهقة، إلا أن الإعاقات عادة ما تكون مزمنة، وتستمر مدى الحياة، وتؤثر على جوانب الأداء التعليمي والاجتماعي والمهني.

الدراسة الثانية:

.. "دراسة مترجمة عن "التقييم السلوكي للتوحد" (٢٠٠٧م)

المؤلف: Michael D. Powers

التقييم السلوكي هو نهج متعدد الأساليب لجمع المعلومات عن السلوك باستخدام الإجراءات التي يتم التحقق منها تجريبياً وحساسية من الناحية التنموية

وعلى النقيض من أساليب التقييم التقليدية، يؤكد التقييم السلوكي على التحكم البيئي والكيميائي على السلوك، والاعتماد على الملاحظة المباشرة للسلوك وما يتبعه من التركيز على الاستدلال، والنظر في القواعد الزمنية والسياقية التي يتم فيها تضمين السلوك المستهدف، واستخدام طرق تقييم متعددة.

إن أعراض التقييم السلوكي ذات شقين: (١) للمساعدة في التخطيط العلاجي من خلال توفير معلومات تنبؤية فيما يتعلق بالفعالية المحتملة لتدخل واحد على آخر، و (٢) رصد وتقييم آثار التدخل، حالما يتم تنفيذها.

الدراسة الثالثة:

-(المؤشرات التشخيصية لذاكرة الطفل التوحدي ومقارنتها بالتخلف العقلي بمعهد التربية الفكرية بمحافظة جدة). (٢٠٠٩م)

هدفت الدراسة الى الكشف عن الفروق التشخيصية بين مجموعتي الدراسة (التوحد والتخلف العقلي) في اختبارات الذاكرة قصيرة المدى، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي المقارن، وتكونت

العينة الكلية للدراسة من (١٦) حالة، (٨) حالات توحد و (٨) حالات تخلف عقلي، تراوحت أعمارهم بين (٧-١٠) سنوات.

ونسب ذكائهم تراوحت بين (٣٦-٧٥)، وجرى فيها استخدام الأدوات الآتية:

١- الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية. (DSMIV)

٢- قائمة تشخيص الاوتيزم لهدي أمين (١٩٩٩).

٣- مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة للذكاء ملكية (١٩٩٨).

٤- لوحة اشكال جوردرد للذكاء.

٥- اختبارات الذاكرة قصيرة المدى مقياس ستانفورد بينيه الصورة الرابعة ملكية (١٩٩٨) وتم التحقق من صحة فروض الدراسة باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري (مان وتني) (Manwhitneu)، وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات مجموعتي الدراسة (التوحد والتخلف العقلي) في اختبارات الذاكرة قصيرة المدى، وفي الدرجة المجالية والمركبة للذاكرة قصيرة المدى (المعيدي، ٢٠٠٩: ١).

الدراسة الرابعة:

المؤلف:

• S. Orlandi, C. Manfredi, A. Guzzetta, V. Belmonti,
S. D. Barbagallo, M. L. Scattoni

"أدوات متقدمة للتشخيص السريري للاضطرابات طيف التوحد" (٢٠١٤م)

وتتسم اضطرابات طيف التوحد بالعاهات في التنمية الاجتماعية والاتصالية ولا يتم تشخيصها قبل السنة الثانية أو الثالثة من العمر.

ويعتبر التعرف المبكر علي الأطفال المصابين بالامراض المعدية جانبا حاسما لأداره هذه الحالة السريرية ومعالجتها.

وكان الهدف من هذه الدراسة هو وضع أداء لتحسين التشخيص المبكر.

وتصف هذه الورقة تصميم وتطوير هذا النظام الذي يتغلب على الفرز الذي يجري بطرق نوعية، ويدمج في برنامج واحد سجل بيانات المريض الأساسي، ونظام الحصول على البيانات السمعية والبصرية، ومحرر لإنشاء اختبارات مخصصة، ونظام للإبلاغ وبيئة لتجميع التجارب.

وأخيرا، يوفر النظام أيضا واجهات تسمح بتحليل الإشارات السمعية، مثل البكاء الرضع، والتحليل الإدراكي للحركات.

التوصيات والمقترحات:

يجب الإسراع من إجراءات التدخل المبكر وتقديم خدمات التشخيص للطفل إذا لوحظ عليه سمات التوحد وبعد ذلك نقوم بـ :

١- تقدير الحالة النفسية: الطفل التوحدى هو إنسان أولا وأخيرا وقبل أى شىء فهناك ما يفرحه ويجعله سعيدا وهناك ما يحزنه ويجعله مكتئبا، حتى وإن كنا نجهل السبب فشأنه شأن الطفل العادى قد يكون فى حالة نفسية وجسدية طيبة فيتعاون مع الآخرين وقد يكون فى أحيان أخرى فى حالة نفسية وجسدية سيئة لذلك لا يتجاوب مع من يتعامل معه ويرفض التعاون معه .

٢- التركيز على التواصل: الإنسان لا يكون إنسانا إلا بوجود الآخرين ولا يكتسب مدى إنسانيته إلا بمدى تواصله معهم ولذلك فمن المهم أن نركز فى تعاملنا مع الطفل التوحدى على تنمية التواصل البصرى واللفظى، فلا يكفى أن نعطى الطفل ما يريد أو يرغب بمجرد نجاحه فى مهمة ما طلبت منه، بل يجب ألا تعطيه هذا الشىء إلا عندما ينظر فى وجهك وكذلك تشجعه على النظر فى وجه من يتحدث معه وبالنسبة للأطفال الذين توجد لديهم القدرة على الكلام فيجب أن نشجعه على الكلام حتى يحصل على ما يريد .

٣- محاولة تقريب ودمج الطفل مع أقرانه: يميل الأطفال التوحدين إلى التعامل مع الكبار والاتصال بهم ويكون تعاملهم مع الكبار أسهل من تعاملهم مع الأطفال الصغار وقد يرجع هذا إلى تفهم الكبار للطفل التوحدى أو نتيجة لعوده عليهم أو ربما لأنهم يحاولون تطويع أنفسهم لخدمته ولذلك علينا تقريب الطفل التوحدى من الأطفال الآخرين ونعلمه كيف يلعب ويتفاعل معهم.

٤- شغل الطفل عن الحركات النمطية: إن أغلب الأطفال التوحدين لديهم حركات نمطية مبتكرة يفعلونها ليل ونهار وينزعجوا حينما تنهائم عن فعلها أو تحاول وقفها ولذلك علينا أن ننهائم عنها ليس بالكلام أو بأمرهم بالتوقف عنها أو محاولة وقفها عنوة أو معاقبتهم عند فعلها وإنما ننهائم عنها ونمنعها بأن نشغلهم دائما ولا نتركهم مع أنفسهم يكررون هذه الحركات والأفعال النمطية.

٥- تنمية الثقة بالنفس والاستقلالية: يعانى الطفل التوحدى من فقدان الثقة وغياب المبادأة، ولذلك ينبغي أن نشجعه على فعل كل شىء بنفسه.

وعلينا أن ننتبه إلى عدم زجره أو الصراخ فى وجهه حينما لا يفعل ما نطلبه منه بشكل صحيح أو حينما يفعل شيئا خاطئا من تلقاء نفسه لأن ذلك من شأنه أن يزيد من فقدان الثقة والاستقلالية لديه ، ويجب علينا ألا نعوده على الاعتماد على الآخرين بل نعوده على الاستقلالية والاعتماد على ذاته والذى سيتحقق من خلال عدم تلبية كل ما يطلبه الطفل دون أن يبذل أى جهد.

٦- تدريب الطفل على الدفاع عن نفسه: الطفل المصاب بالتوحد لا يستطيع فى الغالب الدفاع عن نفسه ولا يستطيع التعرف على مصدر الخطر حتى أنه لا يستطيع أن يسترد ما أخذ منه ولو كان طعامه وهذا الأمر يحزن الكثيرين من أسر الأطفال التوحدين، ولذلك فمن المهم أن ندربه على كيفية رد العدوان وكيفية الهروب من مصدر الخطر وكيف يدافع عن نفسه وكيف يتعامل مع ما يعترض طريقه.

٧- التدريب على اللعب: أثبتت الأبحاث والدراسات أن للعب دورا مهما فى النمو فهو أسلوب وطريقة لتفريغ الانفعالات وعلاج الاضطرابات الانفعالية. ولما كان للعب هذه الأهمية فى حياة الإنسان فكان من المهم أن ندرّب الطفل التوحدى على اللعب وكيفية الاستمتاع به

ومشاركة الآخرين فى اللعب، وبعض الأطفال التوحديين يفضلون الألعاب التركيبية والميكانيكية وتنظيم الألعاب فى صفوف وأشكال منظمة وعلينا استغلال هذا فى تدريبهم وتعلمهم لإحداث مزيد من التقدم.

٨- توحيد طرق التعامل: قد لا يحدث تقدم فى حالة الطفل التوحدى رغم إتباعنا لمعظم المبادئ والنصائح السابق ذكرها ويرجع عادة السبب فى كثير من الأحيان الي أن أسلوب التعامل فى البيت يختلف عن أسلوب التعامل فى المدرسة أو المركز أو المؤسسة التى يوجد بها، لذلك يجب أن يكون الأسلوب الذى نتعامل به مع الطفل التوحدى أسلوبا واحدا فى كل مكان يوجد به الطفل.

٩- التأكد من فهم الطفل لما نطلبه منه وقدرته علي النجاح فيه: عندما نطلب من الطفل مهمة ما أو فعل أى نشاط فعليا أو لا أن نتأكد من مدى فهم الطفل لنا ولما نطلبه منه لأنه أحيانا يكون رفض الطفل أو إبداءه للمقاومة عند التدريب لا يرجع إلى عدم رغبته فى التعاون مع معلمه أو والده أو لمجرد الرفض وإنما قد يرجع ذلك إلي عدم فهمه لما نطلبه منه.

١٠- تدريب الطفل علي تقبل التغيير: إذا أردنا أن نبعد الروتين فى التعامل مع الطفل التوحدى فينبغى علينا أن نؤهل الطفل للتعامل مع التغيير وتقبله فعليا أن نجعل الطفل يعرف أن عليه أن يتعامل مع الواقع كما هو وليس كما يجب أن يكون الواقع وعلينا أن نشرح ونوضح له ماذا سنفعل قبل قيامنا به ولذلك يجب أن نبدأ بالتغيرات البسيطة فى البداية ثم بعد ذلك بالتغيرات الكبيرة.

المراجع:

- الجلبى، سوسن شاكر (٢٠٠٧) التوحد الطفولي، الكتاب الالكتروني لشبكة العلوم النفسية، إصدارات شبكة العلوم النفسية العربية، العدد(٦)،

<http://dr-banderlotaibi.com/new/admin/uploads/4/b12520107.pdf>

- نصر ، سهى (٢٠٠١). مدى فعالية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللغوي لدى بعض الاطفال التوحيديين ، رسالة ماجستير غير منشورة ، مصر ، جامعة عين شمس.

- صلاح الدين ، نبيل (٢٠٠٤). ٣-PEP-الملف النفسربوي: اصدار الثالث – النسخة المعربة – دليل الفاحص ، الرياض ، مركز والدة الامير فيصل بن فهد للتوحد.

- قزاز ، إمام محمد (٢٠٠٤). بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحيدي والتحقق من فاعليته في عينة أردنية من حالات التوحد وا عاقبة العقلية والعاديين ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، الاردن ، الجامعة الأردنية.

- النجار ، نبيل (٢٠١٠). القياس والتقويم: منظور تطبيقي مع تطبيقات برمجية , spss الطبعة الأولى ، عمان ، دار الحامد .

-صادق، مصطفى احمد والخميسي، السيد سعد (٢٠٠٤) دور أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد، جامعة الملك عبد العزيز، كلية المعلمين بمحافظة جدة

http://www.kau.edu.sa/Files/372/Researches/2382_8_5.pdf

- سليمان، عبد الرحمن سيد (٢٠٠٠) الذاتية " إعاقة التوحد عند الأطفال " ط ١، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق.

- غزال، مجدي فتحي (٢٠٠٧) فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحيديين في مدينة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، كلية الدراسات العليا .

- العدل، عادل محمد (٢٠١٠) الموهوبون التوحيديون من الأطفال المراهقين استثمار الموهبة ودور مؤسسات التعليم (الواقع والظموحات)، المؤتمر العلمي الثامن، جامعة الزقازيق، كلية التربية.

- الدوسري، محمد وآخرون (٢٠٠٩) طيف التوحد من دائرة الحيرة والغموض إلى دائرة الضوء والأمل، الملف ..أطفالنا، ١٩، مركز والدة الأمير فيصل بن فهد للتوحد.

- سليمان، عبدالرحمن وآخرون (٢٠٠٦)، التقييم والتشخيص في التربية الخاصة، دار الزهراء، الرياض.

-Volkmar, F.R., & Klin, A. (2005). Issues in the Classification of autism And Related Conditions In F.R. Volkmar, R. Paul, A. klin, & D. J., Cohen (Eds.), *Handbook of Autism*

- Gernsbacher, M.A. et al. (2005) Three Reasons Not to Believe in an Autism Epidemic, In: American Psychological science, Vol. 14, N. 2, PP: 55-59,, <http://www.autcom.org/pdf/Epidemic.pdf>

- Hill, E.L. & Frith. U. (2002) Understanding. Autism: insights from mind and brain, In: The Royal Society, N. 8, PP: 281-289, http://conscience.risc.cnrs.fr/articles_pdf/frith_2003.pdf
- Machado, J., D., Caye A., Frick P., J., & Rohde L., A. (2013). DSM-5: Major changes for child and adolescent disorders. In J.M. Rey (ed), ***IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health***. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Lai, M., C., Lombardo, M., V., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the Autism ‘‘Spectrum’’: Reflections on DSM-5. ***PLoS Biol*** 11(4): e1001544.
- McLean, M. (2004). Assessment and Its Importance in Early Intervention/Early Childhood Special Education. In M. McLean, M. Wolery, & D.B. Bailey. (Eds.), ***Assessing Infants and Preschoolers with Special Needs*** (3rd edn, pp. 1–20). New Jersey: Person Education, Inc.
- Marcus, L. M., Flagler, S., & Robinson, S. (2001). Assessment of children with autism. In J.R. Simeonsson, & S. L., Rosenthal (Eds.), ***Psychological and Developmental Assessment*** (3rd edn, pp. 267–292). New York: The Guilford Press, Inc.