

مشكلة تشخيص التوحد من كانر إلى DSM-V

موضوع مقترح للمشاركة في اليوم الدراسي حول التوحد

المنظم من طرف: LEPS. جامعة: محمد خيضر بسكرة

إعداد: د. يوسف عدوان

جامعة: باتنة

مقدمة:

منذ تعرّف (ليو كانر) (Leo Kanner) عام (1943) على إعاقة التوحد وتصنيفها كإعاقة مختلفة عن التخلف العقلي أو الفصام وغيرها وحتى وقت قريب لم يحصل المصابين بها على خدمات متكاملة تحقق لهم الاندماج الطبيعي في مجتمعاتهم أسوة بأقرانهم من أصحاب ذوي الاحتياجات الخاصة، وخاصة في الجزائر، وهو الباعث الأساسي وراء تناول هذا الموضوع. ويعتمد التعرّف على هذه الاحتياجات على ضرورة التعريف العلمي الدقيق لهذا الاضطراب والفهم السليم لأفراد هذه الفئة، و لذلك سوف نعرض في هذا البحث موجز للصفات والتعريفات والتي يمكن الرجوع إليها بداية من وصف (كانر) ومرورا بالدليل الأمريكي وطبعاته المنقحة DSM-IU و التصنيف العاشر للمنظمة العالمية للصحة ICD أو غيرها من التعاريف التي قدمتها جمعيات التوحد العالمية المعنية. و لكن المتخصص يجد نفسه في أحيان كثيرة تائها عندما يحاول أن يفهم ذهانات الطفولة المبكرة على مستوى المتلازمات؛ أي على مستوى دراسة تجميعات مظاهر السلوك في إطار فئات تتمتع بقدر من الثبات أو التناسق، و إلى هذا الحد يجب ملاحظة كثرة و تنوع المصطلحات و المفاهيم التي غالبا ما تطمس على الحقائق السريرية المتطابقة (4: 272). و تعود صعوبة دراسة متلازمات ذهانات الطفولة بالأساس إلى تباينها الشديد، تماما كما تعود و بدرجة أكبر إلى الالتباس في مرجعيات وصف و تجميع الأعراض التي يتبناها كل مختص (4: 272). و اضطراب التوحد ليس بمعزل عن مثل تلك الصعوبة و الارتباك في التشخيص و التوصيف، و الجدول الموالي يتضمّن مقارنة بين مجموعة من ذهانات الطفولة المبكرة حسب مختلف الباحثين (4: 273).

مالار Malher	توستين Tustin	دوشي ستورك Duche- Stork	دياتكين Diatkine	ميزس Mises	لانج Lang
-----------------	------------------	-------------------------------	---------------------	---------------	-----------

	توحّد طفولي مرضي	توحّد أولي غير طبيعي	توحّد طفولي مبكّر	توحّد كانر	ذهانات توحّدية
اضطرابات التناغم التطوّر شبه الذهانات	ذهانات تعايشية	توحّد ثانوي متوقع	الذهان النمائي	الذهانات المبكرة	ذهانات ذات تجليات عوزية
	توحّد ثانوي نكوصي	ما قبل الذهانات		اضطرابات التناغم التطورية ذات البنية الذهانية	

الإشكالية:

منذ عام (1943) التاريخ الذي نشر فيه (ليو كانر) (LEO KANNER) دراسته التي و صف فيها (11) طفلا يتميّزون بأنواع من السلوك لا تتشابه مع أيّ اضطرابات عرفت آنذاك، والتي اقترح لها وصفا تشخيصيا جديدا و منفصلا سمّاه: التوحّد الطفولي، ابتداءً تاريخ التوحّد. و مع أنّ (كانر) أورد مجموعة من الأعراض التي تنضوي تحت هذه الفئة التشخيصية، و التي تميّزها عن غيرها من الفئات التشخيصية الأخرى، إلا أنّ الاعتراف بها كفئة تشخيصية مستقلة لم يتمّ إلا في فترة الستينيات من القرن الماضي؛ حيث كانت توصف قبل ذلك على أنّها نوع من الفصام الطفولي. و لقد أخذ الباحثون على (كانر) أنّ الوصف الذي قدّمه يختلط في الواقع مع بعض حالات فصام الشخصية و غيره من الأمراض النفسية الأخرى، و ذلك ما حدا بالدراسات المنجزة خلال النصف الثاني من عقد الخمسينيات من نفس القرن إلى التركيز على حالات ذهان الطفولة المبكرة، و كان الهدف من ذلك إيجاد وصف تفصيلي لسلوك حالات التوحّد، غير أنّ النتائج التي تمّ التوصل إليها لم تأت إلا بالقليل.

و بعد ذلك في أوائل الستينيات جاء تقرير الجماعة البريطانية العاملة الذي اقترحت فيه قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة Creak's Nine Points كان الهدف منها أن تستخدم في تشخيص الأطفال الفصاميين. ثمّ توالى بعد ذلك محاولات و صف و تحديد مفهوم التوحّد هذا منها تلك التي قدّمها قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين IDEA، ومنها ذلك الذي قدّمته الجمعية البريطانية للأطفال التوحّديين National Society For Autistic Children (NSAC) (1978).

و لقد عبّر بعض المختصّين عن حالة من الإرباك حين يجدون أنفسهم أمام بعض الأطفال الذي تمّ تشخيصهم على أنّهم مصابون بالتوحّد، و لكن مع ذلك لا يمكن ملاحظة أيّ من السمات المشتركة بين هؤلاء الأطفال. و لعلّ ذلك هو ما مهّد لظهور مفهوم ثلاث الإعاقات The Triad Of Impairments الذي جاء نتيجة

الدراسات التي أجراها كلٌّ من (جودي جولد) (Judy Gould) و (لورنا وينج) (Lorna Wing). هذا و لقد استخدم مثلث الاعاقة الذي يمثل قاعدة لمعيار التشخيص من قبل منظمة الصحة العالمية في ICD-10، ورابطة الطبّ النفسي الامريكية في DSM-IV (1: 4)، ثم استمرّ الأمر على هذا الحال حتى ظهر أخيرا DSM-V.

و لعلّ المقارنة بين كلّ من معايير تشخيص التوحّد كما جاءت في DSM-IV و المعايير التي أوردها DSM-V توضّح مدى التخبّط الذي لا يزال قائما في مجال تشخيص هذا الاضطراب. فقد جاء DSM-IV بالتصنيف الذي أطلق عليه: الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders (PDD)، و ضمّتها الاضطرابات التالية: اضطرابات التوحّد، ومتلازمة إسبرجر، و التوحّد اللانمطي (الاضطراب النمائي الشامل غير المحدّد) (PDD-Nos) Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified و زملة ريت Rett Syndrome، و الاضطراب التحلّي أو التفكّكي. بينما جاء DSM-V بمفهوم تصنيفي جديد أطلق عليه: Autistic Spectrum Disorders (ASD)، و الذي أدمج فيه كلّ من: اضطرابات التوحّد، ومتلازمة إسبرجر، و التوحّد اللانمطي، و الاضطراب التحلّي لتصبح كلّها ذات مسمّى واحد هو: اضطرابات طيف التوحّد، في حين تمّ التخلّي نهائيا زملة ريت.

إنّ ما سبق يوضّح بشكل قاطع صعوبة الخروج بقرار تشخيصي يمكن الاطمئنان إليه بخصوص هذا الاضطراب من جهة، كما يضع كلّ المختصّين في الميدان السريري أمام أزمة أخلاقية خطيرة بهذا الشأن؛ تتعلّق بما يناط بهم من مسؤولية كبيرة يجب عليهم أن يستشعروها قبل الإقدام على مثل ذلك القرار التشخيصي، كما تتعلّق بضرورة التزام هؤلاء الممارسين السريريين بضرورة التحريّ الدقيق في الأمر بدل الانغماس في استهلاك الوارد الجاهز دون تمحيص. و أخيرا و ليس آخرا، يوضّح ما سبق من جهة أخرى الأمانة التي يجب أن يقوم بها كلّ باحث أكاديمي متخصص من أجل إثراء المعرفة العلمية الأساسية في هذا الخصوص.

و عليه فالسؤال الذي يطرح بالباح هو هل فعلا من الممكن الخروج بتشخيص حاسم و سليم لهذا الاضطراب الذي يطلق عليه اسم التوحّد؟

تعريف التوحّد:

تشتق كلمة التوحّد من الكلمة الاغريقية AUT وتعني الذات او النفس وكلمة ISM وتعني انغلاق والمصطلح ككل يمكن ترجمته على انه الانغلاق على الذات وتقتصر هذه الكلمة ان هؤلاء الاطفال غالبا يندمجون او يتوحدون مع انفسهم ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي. ويتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن اقامة علاقات اجتماعية ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الاخرين ولديه رغبة ملحة في الاستمرارية في القيام بنفس السلوك ومغرم بالأشياء ولديه امكانية معرفية جيدة كما ان الافراد التوحديين يبديون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة (3: 26). و التوحّد

عموما إعاقة نمائية تنتج عن اضطراب عصبي يؤثر سلباً على وظائف الدماغ وتظهر هذه الإعاقة عادة في السنوات الثلاث الأولى من الحياة، وترتبط بمظاهر عجز شديد في الأداء العقلي، والاجتماعي، والتواصل.

الانتشار:

تشير الإحصاءات العالمية إلى ظهور (4-5) حالات توحد في كل (10) آلاف مولود ، وقد ترتفع إلى حالة توحد لكل 1000 مولود حسب التوسع في الصفات أثناء التشخيص ويظهر في كل الأطفال بغض النظر عن الجنس أو اللون أو المستوى الاجتماعي والتعليمي والثقافي للأسرة ويظهر في الإناث أقل من الذكور بنسبة (4:1) وتظهر أعراض التوحد واضحة بعد (30) شهراً تقريباً.

دواعي الاشتباه في وجود التوحد:

قد لا يحبّ الطفل التوحدي الحضان ولا الحمل وهو صغير ولا يتجاوب مع أغاني الأطفال التي تصدرها الأم أو الابتسامات أو المناغاة. و بعض هؤلاء الأطفال لديهم حركات استثارة داخلية كرفرفة اليد أو التحديق في الأصابع وهي تتحرك لساعات طويلة. وكلّ حالة تختلف عن الأخرى فليس هناك قاعدة للجميع ولكن أغلبهم يشتركون في القصور في ثلاث مناطق تطورية بالنسبة للطفل وهي:

1- القدرة على التواصل.

2- تكوين العلاقات الاجتماعية.

3- التعلم من خلال اكتشاف البيئة من حوله كالطفل الطبيعي ، ولهذا تكون شخصية الطفل مختلفة ، ومتأخرة وبالتالي توجد حوافز وعوائق للنمو الطبيعي وللذكاء والقدرة الاجتماعية والعاطفية.

وخلال السنة الأولى تحديداً، فإنّ الدراسة الاسترجاعية غالباً ما تكشف عن مظاهر سلوكية يستدعي وجودها، في وقتنا الراهن، وجوب انتباه المختصّ الإكلينيكي؛ فغالبا ما يوصف الرضع التوحديون من طرف أمهاتهم بأنهم هادئين بشكل ملفت للنظر، بل أسهل ما يكونون، لا يطلبون شيئاً من أحد، قليلي الاعتراض، يبديون سعادة عندما يكونون بمفردهم، و هم غير مباليين في حضرة أحد الراشدين، كما يلاحظ عليهم غياب السلوك الاستجابي: لا يديرون رؤوسهم اتجاه الأمّ التي تدخل الحجرة، لا ينشطون حينما يريد أحد ما أن يأخذهم بين ذراعيه، القوّة الحيوية عندهم متغيّرة، التواصل القويّ غير موجود بالمرة: فهم كالكتلة الهامدة أو ككيس من الدقيق عند حملهم. ومن جهة أخرى يفقد لديهم المظاهر الجوهريّة لبداية النموّ الحسيّ الحركي (التبسّم خلال الشهر الثالث، و قلق الشهر الثامن أمام الغرباء)(4:266).

التطور التاريخي لمفهوم التوحد:

تمّ وصف هذه الحالة للمرة الاولى بواسطة الطبيب النفسي الانجليزي(هنري مودزلي)(1867). أمّا تسمية الاضطراب بالتوحد فقد كانت من قبل الطبيب النفسي البارز (ايجون بلولر) والذي وصف به احدى السمات الاولية للفصام والانشغال بالذات اكثر من الانشغال بالعالم الخارجي والانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركة العلمية المعرفية في اتجاه اشباع الحاجة فيفكر الجائع في الطعام. وعلى هذا اعتبرت اعاقا التوحد من الاضطرابات الذهانية التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة على اعاقا التوحد ويمكن تسميته الذهان الذاتوي وأيضا بالذاتوية الطفلية المبكرة.

خصائص التوحد عند(كانر)

أشار(كانر) إلى أنّ الاطفال التوحديين لا يبدون كأطفال طبيعيين فحسب بل إنّهم عادة ما يكونون جذابين أيضا لذا ليس من المدهش ان يكون هذا الامر قد شجعه على افتراض ان هؤلاء الاطفال اذكيا أيضا خاصة بعد ظهور مجموعة من المهارات النوعية في نواح معينة لديهم. وبالنسبة لتفسير السبب وراء انطواء الطفل التوحد وعزلته الاجتماعية فقد اعتقد(كانر) أنّ السبب وراء هذه الحالة يرجع الى الوالدين فهو يلوم الأمّ على كون الطفل منطويا أو متوحدا وبمعنى آخر يقر بذنب الأمّ عديمة الاحساس والمشاعر. أمّا الخصائص التي أوردها للطفل التوحد فهي كالتالي:

- 1- عجز الطفل عن اقامة علاقات مع الاخرين.
- 2- قررت الامهات ان الطفل لا يظهر في طريقة جلسته او في حال وقوفه ثباتا وذلك قبل ان تأخذه امه.
- 3- التأخر في اكتساب اللغة حيث يبدأ(8) من(11) طفلا الكلام اما في الوقت المناسب او بعد ذلك
- 4- يتمتع الاطفال التوحديون بذاكرة استظهارية جيدة.
- 5- المصاداة(تكرار اصوات محددة).
- 6- يلتزم الطفل بالمعنى الحرفي للكلمات.
- 7- تستخدم الضمائر الشخصية على نحو غير دقيق(عكس الضمائر).
- 8- يبدي الطفل التوحد ردود فعل غير عادية شاذة للمثيرات الحسية.
- 9- يبدي الطفل التوحد رغبة جارفة في رؤية العالم من حوله على انه ثابت.
- 10- الانزعاج من التغيير.

11- اللعب بطريقة تكرارية.

12- ينحدر كل الاطفال التوحّدين من أسر ذكية(3: 22-23).

وعلى الرغم من أنّ(كانر) قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الاطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة من حيث نوعية الاعاقة و أعراضها التي تميزها عن غيرها من الاعاقات في عقد الاربعينيات فان الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح الاوتيزم او التوحد او الاجترار في اللغة العربية لم يتم الا في عقد الستينيات حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على انها نوع من الفصام الطفولي.

ويذكر كثير من العلماء أنّ هناك قواسم مشتركة للتوحد مثل(لافير . جير)(1969) و(روتر)(1978) حيث يجمعون على القول أنّ الصفة التي أعطاها(كانر) للتوحد لم تكن صالحة وصحيحة مئة بالمائة ويبررون ذلك بأنه اشتبهت عليه بعض حالات انفصام الشخصية والأمراض النفسية الاخرى. والدراسات التي اجريت في الفترة ما بين اواسط وأواخر الخمسينيات من القرن الماضي كان الهدف منها ايجاد وصف تفصيلي لسلوك الاطفال التوحّدين وأثار هذا الاضطراب على سلوك الطفل فقد اهتمت الدراسات بالأطفال ذوي ذهان الطفولة المبكرة وقد افرزت هذه الدراسات وأماطت اللثام عن كثير من سمات التوحّدين غير انه لوحظ عدم التجانس بين هذه المجموعات او افراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني او المستوى العقلي او اساليب التشخيص او تفسير الاسباب قد ادى الى الحصول على القلي من الاستنتاجات التي يمكن ان توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل(3: 23-24).

قائمة نقاط كريك التسعة

في اوائل الستينيات(1960) صدر تقرير عن الجمعية البريطانية العاملة اقترحت فيه قائمة من تسع نقاط عرفت باسم نقاط كريك التسعة لكي تستخدم في تشخيص الاطفال الفصاميين وهذه القائمة قد تضمنت ما يلي: اضطراب في العلاقات الانفعالية مع الاخرين. وعدم الوعي بالهوية الشخصية لدرجة لا تتناسب مع العمر وانخراط مرضي بموضوعات محددة ومقاومة التغيير في البيئة والمحافظة على الروتين وخبرات ادراكية شاذة وقلق حاد ومتكرر وغير منطقي وفقدان الكلام او عدم اكتسابه او الفشل في تطويره الى مستوى مناسب للعمر واضطراب في الانماط الحركية وتخلف واضح في بعض الجوانب أو وظائف عقلية غير عادية(3: 24).

وهناك ثلاث ملاحظات مهمة منذ اواخر الخمسينيات الى اواخر السبعينيات هي على النحو التالي:

1- التأكيد على اهمية التطور المبكر للغة لدى الطفل في سن الخامسة.

ب- النظر الى انخفاض القدرة العقلية كأحد اهم العوامل التي يمكن ان تستخدم كمؤشر يعتمد عليه حيث ان الاطفال التوحديين غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء او الذين كانت درجاتهم منخفضة على مقاييس الذكاء(ممن تتراوح نسب ذكائهم بين(55-60) كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الاخرين بشدة.

ج- القابلية للتعلم ومحاولات التدريب من اجل التعلم تعد هي الاخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص التوحد.

وقد استمر التطور من السبعينيات حتى الالونة الحالية وتم التركيز على:

1- اهمية تطور اللغة بالنسبة للطفل التوحدي خاصة في مرحلة ما قبل الدراسة حيث تبرز اهمية هذه المرحلة في ارتفاع اللغة في بعض المهارات والقدرات لدى الاطفال في المراحل اللاحقة من العمر

2- ان مجرد تطور اللغة بالنسبة للطفل التوحدي مع التمتع ببعض المهارات الجيدة نسبيا لا يضمن له بالضرورة ان تتطور حالته على نحو جيد فلابد من التدريب المكثف والمتواصل في مجالات شتى سواء اكانت اكااديمية او ادراكية او غير ذلك بحيث تتيح الفرصة امام هؤلاء الاطفال لمزيد من النضج الاجتماعي والانفعالي والتعليمي...الخ.

3- ان المعلومات المتضمنة في تقارير الدراسات اللاحقة اكثر تنظيما وموضوعية مقارنة بسابقتها مما ادى الى التوصل الى نتائج على درجة بالغة الاهمية في الكشف عن اسباب او في التوصل الى علاجات جيدة للطفل التوحدي.

4- ان عددا من الدراسات اللاحقة قد ركزت على الطفل التوحدي للقدرة العقلية المرتفعة نسبيا وبالتالي من المتوقع ان تكون اكثر هذه الدراسات تأثيرا مقارنة بالدراسات السابقة.

5- وسائل التشخيص والتقييم التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكورة تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة وذلك لاستحداث ادوات تقييمية جديدة(3: 25-26).

مفهوم التوحد في قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين:

يعتبر قانون التربية الخاصة للأفراد المعوقين IDEA التوحد على أنه إعاقة نمائية تؤثر تأثيرا بالغا على التواصل اللفظي وغير اللفظي وعلى التفاعل الاجتماعي وتظهر قبل سن ثلاث سنوات مما يؤثر على انجاز الطفل التعليمي ومن الخصائص الاخرى وجود سلوكيات نمطية متكررة بشكل واضح والطفل هنا لا يقبل التغير خصوصا في الروتين اليومي كما ان ردود افعاله غير عادية بالنسبة للخبرات الحسية ومصطلح التوحد هنا لا ينطبق على الطفل اذ كان ادائه التعليمي قد تدنى بسبب معاناته من اضطرابات انفعالية شديدة.

مفهوم التوحد حسب الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين:

لقد كان الهدف من المفهوم الذي قدّمته الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب وحسب هذا التعريف يشتمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

- 1- اضطراب في معدل النمو وسرعته.
- 2- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.
- 3- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص.
- 4- اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة (3: 26-27).

التوحد حسب التصنيف DSM-IV-TR

- 1- يبدي الطفل عجزا نوعيا في تفاعله الاجتماعي الذي يتضمن عجزا عن الاستخدام المناسب للسلوكيات غير اللفظية ليوجه انفعالاته والفشل في نمو او تطوير علاقات مع الاقران.
- 2- العجز عن التواصل يرى غالبا في الاطفال التوحديين وهذا العجز يتضح في نمو اللغة المنطوقة والعجز عن المبادأة او في تعزيز المحادثة والسلوك النمطي والاستخدام المتكرر للغة وقصور في مهارات اللعب التلقائي المناسب للمرحلة النمائية
- 3- ظهور انماط من السلوك النمطي في الانشطة التي يؤديها وفي اهتماماته وهذه الانماط تشمل الانشغال بوحدة او اكثر من الانماط المقيدة للسلوك النمطي وتمسكه غير المرن بأعمال محددة او طقوس او الانشغال بأجزاء من الموضوعات (7: 81-86).

مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) Pervasive Developmental Disorders

هي حالات اضطراب ذاتي بيولوجي عصبي يتمثل في توقّف النموّ على المحاور اللغوية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية، أو فقدانها بعد تكوينها بما يؤثر سلبا مستقبلا على بناء الشخصية. و تطلق بعض الدوائر العلمية على هذه المجموعة اصطلاح طيف التوحد Autistic Spectrum.

و تتميز الاضطرابات النمائية الشاملة باختلالات كيفية في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، و في أنماط التواصل، و مخزون محدود و نمطي متكرّر من الاهتمامات و النشاطات، و تمثّل هذه الغرائب الكيفية سمة شائعة في أداء الفرد في كلّ المواقف، و تنتشر بنسبة (10-15) طفلا في كلّ عشرة آلاف.

و يتخذ مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة أساسا للتشخيص الرسمي للأفراد الذين يشاركون التوحديين في عدّة من الخصائص، لكنهم يعجزون عن الوفاء بكافة المحكّات لهذا التشخيص. ويتضمن مصطلح(PDD): التوحد، ومتلازمة إسبرجر، و التوحد اللانمطي(الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد(PDD-Nos) Not Otherwise Specified Pervasive Developmental Disorders Specified و زملة ريت، و الاضطراب التحلّي أو التفكّكي(3: 21).

المعايير التشخيصية Diagnostic Criteria

اعتمدت عملية فهم وشرح التوحد في الماضي على قوائم من النقاط التي تستخدم في تشخيص هذا العرض(التوحد) والذي كان يطلق عليه في تلك الفترة «شيزوفرينيا الطفولة». و لقد نظر إلى هذه النقاط(النقاط التي تشير إلى جانب النمو غير العادي أو السلوك غير العادي) على أنها نقاط وصفية تصف الملامح الأساسية الظاهرة في التوحد. لذا فإنه لا يوجد وصف واضح يحدّد الملامح التي تستخدم في تشخيص التوحد و السمات الأخرى التي تصاحب التوحد، ولكنها معايير غير أساسية. و بعيدا عن الشكوك التي تحوم حول طبيعة هذه النقاط نفسها، فإنّ هذا يؤدي إلى موقف مربك وغير معقول عندما يوجد طفلان من أصحاب التوحد يتمّ تشخيصهما كأصحاب توحد و لا توجد سمة مشتركة بين هذين الشخصين(1: 01).

مثث الإعاقات The Triad Of Impairments

هناك صعوبات في تعريف التوحد كأعراض مترامنة بسبب العديد من مشكلات النمو المصاحبة. ولقد افترض(كانر)(Kanner) أنّ كلّ أطفال التوحد يتمتعون بالذكاء، ولكن هناك مظاهر للتأخر الواضح في النمو جاء نتيجة لإصابتهم بالتوحد، ومن المؤسف أن نقول إنّ هذه واحدة فقط من الحقائق المختلفة المرتبطة بالتوحد والتي أخطأ فيها(كانر)؛ فالأفراد أصحاب التوحد يشبهون "Rainman" في الفيلم المشهور؛ فعملية التأخر في النمو عملية نادرة جدًا لدى أطفال التوحد. ويرجع التأخر في النمو لدى نسبة كبيرة من أطفال التوحد إلى صعوبات تعلم إضافية أغلبها شديدة. وفي الحقيقة كلّما كانت صعوبات التعلم شديدة كلّما كانت الإصابة بالتوحد أشدّ. و بالإضافة إلى ذلك فإنه من الصعب عزل أو فصل التأثيرات الناجمة من التوحد عن التأثيرات الناجمة من صعوبات التعلم الحادة.

ولقد وجد(جودي جولد)(Judy Gould) و(لورنا وينج)(Lorna Wing) بعد دراسة عينات من الطلاب أصحاب التوحد أنّ هناك تجمّعات من الخصائص يمكن أن تروّنا بمعايير لتشخيص التوحد، و هذه الخصائص عرفت باسم الإعاقات الثلاثية للتوحد والتي حدّتها(لورنا وينج) في:

الإعاقة الاجتماعية

و تتلخّص في التأخر الشديد في النمو الاجتماعي و خاصّة في نموّ العلاقات الشخصية. و هذه الإعاقات حدّدت في متّصل يتراوح من أولئك الذين يمثلون المفهوم التقليدي في التوحد في عزلتهم وتوحدهم وانسحابهم إلى

أصحاب التوحد الذين يستجيبون بطريقة سلبية عند الاحتكاك بالآخرين ولا يستطيعون التفاعل مع الغير إلى (أصحاب التوحد ذوي النشاط السلبي) أو الذين يبحثون عن اهتمام الآخرين بهم ولكنهم لا يستطيعون التعامل مع الآخرين. فطفل التوحد عادة ما يبدأ من أحد أطراف هذا المتصل بالانسحاب التقليدي ويصل إلى مرحلة النشاط السلبي مع استمرار نموه أثناء التعامل معه في سنّ العاشرة.

الاتصال واللغة

يوجد لدى أصحاب التوحد نقص واضح في اللغة والاتصال اللفظي وغير اللفظي. ويتسع مدى مشكلات اللغة المنطوقة لدى الأطفال أصحاب التوحد اتساعا كبيرا. فهناك فئة تعاني من مشكلات لغوية / تعليمية حادة، الأمر الذي يترتب عليه عدم استخدام أصحاب هذه الفئة من أطفال التوحد للغة المنطوقة وعدم نمو اللغة المنطوقة لدى هذه الفئة من الأطفال وفي جانب آخر توجد فئة أخرى من الأطفال أصحاب التوحد تنمو لديها المهارات اللغوية، وتمكنهم مهارات النطق والقواعد من تعلم اللغة الأجنبية. و بغض النظر عن مستوى كفاءة طفل التوحد في اللغة المنطوقة توجد عدّة مشكلات في كلّ جوانب الاتصال لدى أصحاب التوحد؛ فهناك مشكلات ترتبط بفهم واستخدام تعبيرات الوجه والإيماءات التعبيرية، ولغة الجسم، وموضع الجسم، ومشكلات أخرى ترتبط بفهم الحالات المختلفة لاستخدام اللغة. هذا بالإضافة إلى مشكلات ترتبط بالمعنى (الجوانب الخاصة بدلالات الالفاظ) والجوانب العملية للمعنى. وترتبط الجوانب العملية للمعنى بالفهم الاجتماعي للغة. ونظرا لأنّ الجوانب العملية للمعنى تمثل عملية اتصال أكثر من كونها عملية لغوية لذا فهي تؤثر في التوحد.

التفكير والسلوك

صاحب التوحد صلب في التفكير والسلوك، ويفتقر إلى الخيال. يتميز بالسلوك المكرر الذي يعتمد على أنماط مكررة من السلوك، كما يتسم بنقص شديد في الابتكار، ويفتقد إلى اللعب الابتكاري، ويلعب بطريقة عفوية تلقائية. ولكن عندما يدرّب طفل التوحد على اللعب يصبح محدداً بأنماط اللعب التي شاهدها أثناء التدرّب فقط، ولا يستطيع الابتكار في اللعبة ولو بدرجة قليلة. ويستطيع طفل التوحد الأكثر قدرة أن يظهر نوعاً من التخيل ولكنّه خيال محدود، ولا يستطيع أن يميّز بين الخيال والواقع، ويتمثّل ذلك في عدم قدرته على التمييز بين الصورة العقلية الناجمة من التخيل والشئ الحسي الحقيقي .

ولتشخيص التوحد يجب ربط التشخيص ببداية أو مستهلّ الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل على الرغم من أنّ (لورنا وبنج) ترى أنّ هناك حالات توحد لها بداية متأخرة (1: 1-4).

التوحد حسب التصنيف العالمي العاشر للأمراض النفسية CIM-10

إنّ معايير تشخيص التوحّد في CIM-10 هي نفسها تقريبا معايير التشخيص في DSM-IV مع ملاحظة فقط أنّ التوحّد في CIM-10 أطلق عليه اسم التوحّد الطفولي(7: 86). و من جهة أخرى ، فإنّه رغم عدم الوضوح التصنيفي لمتلازمة رتّ و متلازمة أسبرجر إلا أنّ المعلومات المتوافرة في حينه، اعتبرت كافية لإدراج هاتين المتلازمتين ضمن فئة الاضطرابات النمائية الشاملة باعتبارهما اضطرابات معيّنة(2: 18).

التوحّد حسب التصنيف DSM-V

يعتبر هذا التصنيف هو التصنيف، و الغاية من هذا التصنيف وما سبقه هو أن يكون مرجعية تشخيصية لكثير من مهنيي الصحة، كما يشكّل أيضا أداة للبحث و الإحصاء تعتمد عليها مؤسّسا الصحّة العمومية. و الجديد في هذه الطبعة من التصنيف هو استبعاد معايير في تشخيص التوحّد و الحالات المرتبطة به كانت تستخدم منذ عقود عديدة. فقد استخدمت أول طبعة من هذا الدليل سنة(1952) مصطلح فصام الطفولة للدلالة على التوحّد، ثم أصبح مفهوم تشخيص التوحّد بعد ذلك يتغيّر مع ظهور كلّ طبعة جديدة من هذا الدليل، وكلّ تحديث يظهر لمفهوم التوحّد يجلب معه جدل و مناقشات و تناقضات مختلفة، و هو الأمر الذي لم تكن التغييرات الحديثة في معايير تشخيص التوحّد التي ظهرت مع هذه الطبعة الأخيرة في ماي(2013) لتكون بمعزل عنه. أمّا المعايير الأساسية التي تضمّنها هذا الدليل الأخير في تشخيص التوحّد فهي:

1- استمرار صعوبات التواصل و التفاعل الاجتماعي في مختلف السياقات، و التي تظهر أو يعبر عنها كالتالي:

- قصور في التعاطي الاجتماعي الانفعالي.

- قصور في سلوكيات التواصل غير اللفظي المعتمدة في التفاعلات الاجتماعية

- قصور في النمو، و في الاحتفاظ بالعلاقات و فهمها.

2- مجال السلوكيات و الاهتمامات و النشاطات محدود جدّا و تكراري، و ذلك كما تتجلّى أو يعبر عنها في:

- أنشطة حركية، استخدام الأشياء، أو إصدار أصوات بشكل نمطي أو تكراري.

- الإصرار على التماثل، و استمساك جامد بالمألوف أو بمظاهر طقوسية في السلوكيات اللفظية و غير اللفظية.

- اهتمامات جدّ محدودة و مركّزة مع حدّ غير طبيعي من الشدّة و التركيز.

- ردود فعل غير طبيعية إزاء المثيرات الحسيّة أو اهتمامات غير اعتيادية بالمظاهر الحسيّة في المحيط.

3- الأعراض يجب أن تظهر خلال الفترة المبكرة من النمو(لكن لا تتجلّى بوضوح إلا عندما تصبح المهارات المحدودة غير قادرة على الاستجابة لمقتضيات المحيط أو عندما تصبح بعد ذلك مقنّعة بفعل الاستراتيجيات المكتسبة).

4- الأعراض تحدث أنواعا من القصور الكبير من وجهة النظر السريرية في المجال الاجتماعي، و المهني، أو أيضا في مجالات وظيفية أخرى.

5- الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو العقلي) أو تأخر عام قفي النمو لا يفسر جيّدا هذه الاضطرابات (6: 50-58).

و غيرها من الطبقات السابقة، واجهت هذه الطبعة انتقادات مختلفة أثّرت منطرف جامعيين و مجموعات البحث بخصوص التغييرات السابقة وانعكاساتها على الميدان الإكلينيكي. و الانتقاد الأكثر حدّة و هو فيما يتعلّق بمفهوم اضطراب طيف التوحّد؛ إذا أنّ محدودية المعايير الجديدة في تشخيصه يمكن أن تشكّل عائقا في تشخيص حالة بعض الأفراد على أنّهم مصابين بالتوحّد و بالتالي لا يصلون إلى الخدمات التي هم في حاجة إليها.

الاختلافات الجوهرية بين التصنيف DSM-IV و التصنيف DSM-V

1- اختلاف في التعريف

في التصنيف DSM-IV المنشور عام (1994) عرف التوحّد و الاضطرابات المصاحبة على أنّه اضطرابات شاملة في النمو بينما في هذا التصنيف تمّ استبدالها بمفهوم اضطرابات طيف التوحّد و التي تمّ تبويبها في فئة أوسع هي الاضطرابات العصبية النمائية.

2- الأنواع الفرعية للتوحّد

في التصنيف DSM-IV تتضمّن فئة الاضطرابات النمائية الشاملة خمسة أنواع فرعية للتوحّد: اضطرابات التوحّد، ومتلازمة إسبرجر، و التوحّد اللانمطي (الاضطراب النمائي الشامل غير المحدّد) و زملة ريت، و اضطراب الطفولة التحلّي أو التفكّكي، بينما تمّ في التصنيف الحالي دمج كلّ من: اضطرابات التوحّد، ومتلازمة إسبرجر، و التوحّد اللانمطي، و الاضطراب التحلّي لتصبح كلّها ذات مسمّى واحد هو: اضطرابات طيف التوحّد، في حين تمّ التخلّي نهائيا زملة ريت. و هذا التصنيف لا يميّز بين هذه الأنواع الفرعية و لكنّه يحدّد ثلاث مستويات من حدّة الأعراض و كذلك مستوى الدعم اللازم.

3- الأعراض السريرية

في التصنيف DSM-IV تميّز التشخيص بوجود ثلاثة أعراض أساسية (مثلث الأعراض):

- اضطراب التبادل الاجتماعي.
- اضطراب اللغة و التواصل
- مجال اهتمامات و نشاطات محدود و تكراري.

أما في هذا التصنيف فلم يبق إلا على فئتين من الأعراض:

- اضطرابات التواصل الاجتماعي (و فيها أدمجت المشكلات الاجتماعية ومشكلات التواصل مع بعض).
- سلوكيات محدودة وتكرارية.

و هاتان الفئتان من الأعراض تتضمنان نفس العناصر كما في في التصنيف DSM-IV باستثناء تغييرين مهمين:

- اضطرابات اللغة و تأخر اللغة لم تعد متضمنة في هذه الفئة من الأعراض في التصنيف DSM-V.
- العرض السريري: الحساسية غير الاعتيادية للمنبهات الحسية التي لم تظهر في التصنيف DSM-IV أصبحت في التصنيف DSM-V متضمنة في فئة السلوكيات التكرارية.

4- بداية التوحّد

التغيير الآخر الحاصل هو استبدال المعيار التشخيصي الوارد في التصنيف DSM-IV الذي ينصّ على أنّ أعراض التوحّد يجب أن تظهر قبل سنّ (36) شهرا بالتعريف الفصفاض الموالي: الأعراض يجب أن تكون موجودة منذ الطفولة الأولى لكن يمكن ألا تظهر بشكل كامل إلا عندما تعجز المهارات المحدودة عن الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية.

5- التشخيص الفارقي

أدرج التصنيف DSM-V معيارا تشخيصيا جديدا في فئة اضطرابات اللغة، و هو اضطراب التواصل الاجتماعي. و تستبقي المعايير التشخيصية لهذه الفئة الفرعية على بعض المعايير الموجودة في فئة الاضطرابات النمائية الشاملة التصنيف DSM-IV ومن ذلك أنّ الأطفال الذين تمّ تشخيص اضطراب التواصل الاجتماعي عندهم يوجد لديهم على مستوى اهتمامات العناية بالذات كما يوجد لديهم في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي و غير اللفظي. و بناء على زيادة وجود اهتمامات وسواسية و سلوكيات تكرارية يتمّ استبعاد احتمال تشخيص الاضطراب على أنّه اضطراب اجتماعي في التواصل. و عليه فقد أصبح الآن وجود السلوكيات التكرارية عاملا حاسما في بناء تشخيص فارقي للتوحّد.

مبّرات التعديلات الواردة في التصنيف DSM-V

إنّ التعديلات التي أدخلت على تشخيص التوحّد في التصنيف DSM-V مدعومة بالبحوث العلمية. ففيما يتعلّق باستبعاد مختلف الفئات التشخيصية الفرعية في الاضطرابات النمائية الشاملة للتصنيف DSM-IV نجده يستند إلى دراسات تؤكّد على ما يلي:

- أنّ التمييز المعمول به بين الفئات الفرعية في التصنيف DSM-IV يتغيّر على مرّ الزمن.
- العمل بنظام الفئات الفرعية التشخيصية يمكن أن يتغيّر حسب البيئة الذي يتمّ فيها التشخيص (مثلا يمكن تماما تشخيص طفل ما على أنه مصاب بمتلازمة أسبرجر في بيئة و أنه مصاب باضطراب التوحّد في بيئة أخرى).
- الاختلافات في الكفاءات الاجتماعية و المعرفية بين الفئات الفرعية يتحدّد أفضل من خلال مفهوم الخطّ المستمرّ عنه بفئات فرعية متميزة.
- ندرة الأدلّة العلمية التي تدعم الاختلافات المسجّلة بين الأخطار الوراثية عند الأفراد المصابين باضطراب التوحّد و غيرهم من الأفراد المصابين بمتلازمة أسبرجر (مثلا، هناك دراسات أجريت على إخوة و أخوات الأطفال المصابين بالتوحّد بيّنت أنّ نسبة سيادة اضطراب التوحّد و متلازمة أسبرجر بين الإخوة كانت تقريبا هي نفسها). و بالمثل، جاءت البحوث البيولوجية (مثلا باستخدام المعلّات الحيوية، التصوير العصبي الوظيفي، واختبارات قياس الرؤية) تحمل أدلّة قليلة حول وجود فرق واضح في خطر الوراثة بين الأفراد الذين ينتمون إلى فئة أو أخرى من فئات التشخيص السابقة.
- و أمّا بخصوص ما أولاه التصنيف DSM-V من أهميّة خاصّة لوجود السلوكيات التكرارية وما أولاه من أهميّة لاستبعاد معايير اللغة، فإنّه يستند إلى دراسات حديثة تؤكّد ما يلي:
- السلوكيات التكرارية، و بما في ذلك، الاستجابات الحسيّة غير الاعتيادية، تحدث في مرحلة مبكّرة من مراحل نموّ الطفل التوحّدي.
- و على النقيض من صعوبات اللغة، فإنّ السلوكيات التكرارية تدخل فعلا ضمن المعايير التي تعتبر مميّزة للتوحّد.
- و أخيرا، هناك فئة تشخيصية جديدة خاصّة باضطراب التواصل الاجتماعي أضيفت إلى التصنيف DSM-V؛ بناء على أنّ بعض الأطفال يمكنأن يعانون من حالات قصور في التوظيف الاجتماعي للتواصل، دون أن تظهر عندهم، رغم ذلك، سلوكيات تكرارية و لو بصورة محدودة.

الفحص و التشخيص

يكون الفحص السريري والعصبي واجبا عند مواجهة أي اشتباه في وجود اضطراب التوحّد، و هذا بالإضافة إلى الفحوص التكميلية التي تتضمّن المسح المقطعي العصبي والتصوير بالرنين المغناطيسي والتخطيط الكهربى للدماغ، وفحوص الصبغيات مع البحث في هشاشة الصبغي X، و البحث عن أيّ شذوذات بيولوجية (استقلاب الفينيل ألانين ، استقلاب البورينات Purines، استقلاب الكالسيوم ، معايرة النواقل الكيميائية العصبية في البول...). و لعلّ ما يأتي يؤكّد على أنّ تشخيص التوحّد ليس إجراء هيّنا، وأنّه ليس إجراء من غير عواقب:

1- التشخيص الفارقي

يجب البحث حسب الحالات من أجل الكشف عن وجود محتمل لكل مما يلي:

- تأخر عقلي مصحوب بفرط النشاط و / أو اضطرابات في السلوك. و هنا تكون المهارات العلائقية عادية و اللغة سليمة وجيدة، كما أن مهارات التقليد واللعب والمحاكاة تكون طبيعية. أما الحركات النمطية فهي منعدمة او مختلفة جداً(الاهتزاز، حركات الرأس) كما لا يوجد انعزال توحدي حقيقي، وأخيراً يبقى التواصل العاطفي والاجتماعي في صورته الطبيعية. و يجب الانتباه أنّ هناك خطأ شائع ساد منذ مدة طويلة، و ذلك حين اعتبرت حالات التأخر العقلي المصحوبة باضطرابات في السلوك او باضطرابات قلق او بفرط نشاط حركي بمثابة ذهانات.

- حالة صمم ولادي عميق أو حالة حبسة من النوع الاستقبالي و التي تصيب خاصة اللغة، و لمن دون ان تمس في أساسا العلاقات غير اللفظية، العلاقات العاطفية و كمن القدرة العقلية الذي يمكن قياسه في مجال الأداء. و هنا يكشف جهاز قياس السمع، و الكمونات السمعة المستثارة عن وجود قصور حسي في حالة الصمم هذه. و أخيراً فإنه من الممكن أن يتزامن وجود الاضطرابين معا: الصمم و البكم. و بخصوص تشخيص الحبسة من النوع الاستقبالي فإنه من الممكن أن يكون صعباً، و لكن هذا النوع من الحبسة لا يؤثر على مهارات لغة الإشارة ، و لا على العلاقة من خلال النظر، و اللعب، و التقليد، و الألعاب الرمزية.

- الحبسة المكتسبة المترامنة مع الصرع، و التي تتطابق عادة مع الجدول الإكلينيكي الذي تمّ توصيفه من طرف(لانداو(Landau) و(كليفنر)(Kleffner)، و هي غالباً ما تصيب الأطفال الكبار الذين كان نموهم قبل ذلك طبيعياً، والذين يفقدون اللغة في مجالات الاستقبال و التعبير، وهؤلاء يكون مخطّط الدماغ الكهربي عندهم مضطرب جداً(يتميّز غالباً بشذوذات في المناطق الجدارية).

- ظروف فقدان السند يمكن أن تتجلى في جداول سريرية تتشابه مع تناذر التوحد، والاكنتاب الطفولي. و من جهة أخرى ينبغي التفريق بين حالات الحرمان الامومي، والاستشفاء، و سوء المعاملة، و التوحد. فهذه الحالات تختلف عن التوحد من حيث مظاهر ردّ الفعل لظروف المحيط، كما أنّه في هذه الحالات هناك دائماً نوع من الاتصال المتبقي أفضل ممّا هو عليه في التوحد، و هناك خصوصاً قابلية التحسن السريع(من عدّة أيام إلى عدّة أسابيع) بمجرد أن يوضع الطفل في ظروف أفضل.

2- التشخيص السببي

لقد أصبح ينظر في الوقت الراهن الى تناذرات التوحد على اعتبار أنّها تمثل اضطراباً عميقاً في تكامل وبناء الادراكات ؛ حيث لا يصل الأفراد إلى حالة من الوعي المنسجم مع المعاني و الدلالات. ذلك أنّ نوعية نمط التوحد

تمثل اضطرابا معرفيا يعتبر هو المسؤول عن الاضطراب العام في النمو العقلي. و يعود ذلك الاضطراب المعرفي إلى عدة عوامل:

العوامل الوراثية

تأتي هنا الامراض الوراثية او الجينية المعروفة التي يمكن أن تؤدي الى اضطراب التوحد: الفينيل كيتونوريا Phénylcétonurie, متلازمة الصبغي س الهش X q Fra , و بعض اضطرابات تثلث الصبغي(21) Trésomie 21. ففيما يتعلّق باضطرابات التوحد الحقيقي أو النقيّ - غير متزامنة مع أعراض أخرى- من نوع توحد(كانر) تشير دراسات(روتر)(Rutter) في بريطانيا و دراسات(ريتفو)(Ritvo) في الولايات المتحدة الأمريكية إلى تطابق دالّ في التوحد عند التوائم المتشابهة Monozygotes مقارنة مع التوائم المتأخية Bizygotes، كما يلاحظ أيضا تواتر أكثر دلالة لوجود التوحد عندما نضمّ إلى ذلك طيف اضطرابات اللغة. و مع أنّه لم يكشف في أسر التوحديين عن وجود أيّ استعدادات للإصابة بالتوحد أو الفصام إلا أنّ خطر الإصابة بهذا الاضطراب يتضاعف بنسبة خمسين(50) مرّة إذا كان قد أصيب به أحد ذوي القرابة من الدرجة الأولى. و تتميز اضطرابات التوحد وراثيا عن ذهانات الطفولة التفكّكية(أو أمراض فصام الطفولة). و مع أنّه يوجد في الواقع تطابق أكثر دلالة بين التوائم المتشابهة في الإصابة بالذهان مقارنة مع التوائم المتأخية، إلا أنّنا نجد سوابق عائلية في عدد ذي دلالة من الحالات و هو ما لا يوجد في حالات التوحد. و أخيرا يجب أن يستبعد من مجموع صفات التوحد طيف من الاضطرابات الشائعة عند الفرد التوحدي، و على وجه الخصوص اضطرابات اللغة.

العوامل المرضية في مرحلة الجنين الصغير و الجنين الكبير

من الأمراض التي غالبا ما يتمّ العثور عليها في أصل الإصابة بتناذرات التوحد نجد: الحصبة الألمانية Rubéole، داء المقوسات Toxoplasmose، الفيروس المضخم للخلايا Cytomégalo virus، داء الأورام العدساء المنتشرة(التصلب الدرني لبورنفل، مرض ريكلينجهاوزن) Phacomatoses (Sclérose tubéreuse de)، تناذر(ويست) و(لينوكس - غاسطو) Syndrome de West (Maladie de Recklinghausen, Bourneville) et de Lennox-Gastaut. و أمّا بخصوص العوامل العاطفية و العلائقية، فقد أصبح من المعترف به حاليا أنّ اضطرابات التوحد ليست ذات منشأ نفسي. إنّها تظهر في مرحلة جدّ مبكّرة و غالبا في أسر تتميز بأنّها ذات سلوكيات طبيعية، كما أنّها لا يمكن أن تتبدّل نتيجة تغيير المحيط أو نتيجة العلاجات الطبيّة النفسية الاجتماعية. و أخيرا فهي تتمايز جيّدا عن الجداول السريرية لاكتئاب الأطفال الارتكاسي، و الحرمان العاطفي، و سوء المعاملة، عند الأفراد من نفس الأعمار؛ إذ أنّ هذه الأخيرة حسّاسة للتغييرات في المحيط و للعلاجات الطبيّة النفسية الاجتماعية. و من ناحية أخرى، فإنّ فئات آباء الأطفال التوحديين لا تظهر عليهم أيّ خصائص ثقافية اجتماعية مميزة، أو أيّ اضطرابات محدّدة. لكن في المقابل، يمكن أن يستشعر هؤلاء الآباء صعوبات ثانوية خلال مراحل نموّ الطفل: ندم، اكتئاب، أزمت أسرية، صعوبات تعلّم مع إخوة الطفل التوحدي... (5: 273 - 275).

المراجع:

- 1- جوردن(ريتا) و بيول(ستيوارت)(2007): الأطفال التوحّديّون-جوانب النموّ وطرق التدريس-، ترجمة، رفعت محمود بهجات، الطبعة الأولى، عالم الكتب، القاهرة، ج. م. ع.
- 2- عكاشة(أحمد)(إشراف)(1999): المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية- الإكلينيكية- و الدلائل الإرشادية التشخيصية، منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي للشرق المتوسط، الإسكندرية، ج. م. ع.
- 3- مصطفى(أسامة فاروق) و الشرييني(السيد كامل)(2011): التوحّد- الأسباب، التشخيص، العلاج-، الطبعة الأولى، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، عمّان، الأردن.
- 4- Ajuriaguerra (J.de.) et Marcelli(M.) (1984): Psychopathologie de l'enfant, 2^o édition, Masson, Paris.
- 5-Canoui(P.) Et Autres(1994): Révision accélérée en Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Maloine, Paris, France.
- 6-Dilip V. Jeste AND All(2013): DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, FIFTH EDITION, DSM- 5TM, American Psychiatric Association, New School Library, Washington, DC.
- 7- Julien Daniel GUELFY et Marc-Antoine CROCQ et All(2005): MANUEL DIAGNOSTIQUE ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX(DSM-IV-TR), Masson, Paris.