



جامعة مولود معمري
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس



تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال مقياس تقدير التوحد الطفلي CARS - دراسة عيادية لعشر حالات -

مذكرة لنيل شهادة ماستر، تخصص علم نفس العيادي

إشراف الأستاذة:
أ.د. عزيزو سعاد/شرناعي

إعداد الطالبتين:
لعجاج فتيحة
مراح هناء

السنة الجامعية 2023/2022

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿ قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ

الْعَلِیْمُ الْحَكِیْمُ ﴾

سورة البقرة: الآية 32

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله عز وجل على توفيقنا ومنحنا القوة لإتمام هذا العمل.
أتوجه بجزيل الشكر إلى كل من تعب وصبر معي من أجل إخراج هذا
العمل، استهلالاً بالأستاذة المشرفة القديرة

أ. د. عزيزو سعاد/شرناعي

التي كانت خير موجهة ومشرفة لإنجاز هذا البحث، فقد كرست كل ما
تملك من علم ووقت وجهد لمساعدتنا، فذلت في طريقنا الصعوبات
للوصول إلى الهدف.

شكر خاص للجنة المناقشة لجهودهم المبذولة في قراءة وتقويم هذا العمل.
كما نقدم شكرنا العميق إلى الفريق الطبي بمصلحة الأمراض العقلية
للأطفال والمراهقين "عبد الحفيظ بوسليمان"، بمستشفى الأمراض العقلية
"غرنان ضافي"، واد عيسي على مساندتنا في إنجاز هذا العمل.

✍️ لعجاج فتيحة ومراح هناء

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين

أهدي ثمرة جهدي هذا:

إلى أوليائي رحمهم الله.

وعائلي: زوجي وأولادي وأخوتي هم الذين شجعوني ورافقوني، سترهم الله.

إلى زملائي الأوفياء حفظهم الله.

وإلى أساتذتي الذين أناروا لي الدرب بالعلم، زادهم الله علما وتوفيقا.

فتيحة 

الإهداء

بسم الله الرحمن الرحيم

أهدي ثمرة عملي هذا:

إلى والديّ الغاليين

وإلى عائلتي وإخوتي مع محبتي.

إلى الزملاء والأصدقاء الأوفياء.

وإلى أساتذتي، جزاهم الله خير الجزاء على مجهوداتهم مع خالص

تقديري.

هنا 

المخلص باللغة العربية

تناولت دراستنا أحد المواضيع المهمة في علم النفس وفي مجال الاضطرابات النمائية والمتمثل في اضطراب طيف التوحد وتكمن أهمية هذه الدراسة في اثراء الدراسات المتعلقة بتشخيص اضطراب طيف التوحد وبالبرامج العلاجية للاضطراب المذكور لأدوات فعالة ميدانياً.

-الفرضية المطروحة:

يبقى مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) أداة فعالة في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

وفي ضوء هذه الفرضية اتبعنا المنهج العيادي وقد تم اختيار عينة الدراسة بشكل مقصود نظراً لتوفر هؤلاء الأطفال دون غيرهم على بعض الخصائص ذات الأهمية الكبرى في دراستنا.

ولتحقيق هدف دراستنا المتمثل في تشخيص اضطراب طيف التوحد لتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى، قمنا بإعداد الأدوات التالية:

-المقابلة العيادية نصف الموجهة والملاحظة ومقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) الذي قمنا بتطبيقه على عينة الدراسة.

بالاعتماد على ما سبق تم تحليل ومناقشة معطيات الدراسة منها توصلنا إلى النتائج التالية:

-يبقى مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) أداة فعالة في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

الملخص باللغة الفرنسية

Notre étude a porté l'un des sujets les plus importants en psychologie dans le domaine des troubles développementaux à savoir le TSA, et l'importance de cet étude se décrit dans l'enrichissement des recherches effectuées en rapport avec le diagnostic du TSA, des outils efficaces en pratique.

En effet cet étude visait à démontrer l'efficacité de l'échelle d'évaluation de l'autisme infantile (CARS) comme outil de diagnostic pour le TSA depuis son invention à ce jour.

Quand à la démarche méthodologique empruntée, nous avons opté pour une approche clinique (étude de cas) au vu de la nature du sujet et surtout ses différents variables, d'ou l'utilisation de 03 outils sont: la grille d'observation; l'entretien clinique semi directif, échelle (CARS).

Au terme de cette recherche nous avons obtenu les résultats suivants:

- L'adaptation de l'échelle (CARS) comme instrument efficace le plus utilisé dans le diagnostic fiable et sûr du TSA par l'équipe pluridisciplinaire à travers ces 15 items qui visent les symptômes essentiels du trouble.

- L'échelle (CARS) donne le degré du TSA:

Autisme léger ou moyen ou autisme sévère.

Mots clés: Trouble du spectre de l'autisme, le diagnostic.

فهرس المحتويات

.....	كلمة شكر
.....	إهداء
.....	ملخص باللغة العربية
.....	ملخص باللغة الفرنسية
.....	فهرس المحتويات
.....	فهرس الجداول
.....	فهرس الملاحق

1 مقدمة

5 الفصل التمهيدي

7	..... 1. إشكالية الدراسة
11	..... 2. الفرضية
12	..... 3. الدراسات السابقة
16	..... 4. تحديد المفاهيم إجرائيا

17 الجانب النظري

18 الفصل الأول

اضطراب طيف التوحد

19	..... تمهيد
19	..... 1. تعريف اضطراب طيف التوحد
19	..... 1. 1. لغة
19	..... 1. 2. اصطلاحا
23	..... 2. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد
25	..... 3. أسباب اضطراب طيف التوحد
26	..... 3. 1. الوراثة (Factor Genetie)
29	..... 3. 2. البيولوجية (Somatic Factor)
31	..... 3. 3. الكيمائية الحيوية

33	..... 3. 4. خلل في الجهاز العصبي المركزي.
35	..... 3. 5. أسباب ما قبل الولادة وأثناءها.
38	..... 4. أعراض اضطراب طيف التوحد.
44	..... 5. علاج اضطراب طيف التوحد.
44	..... 5. 1. العلاج النفسي.
45	..... 5. 2. العلاج الطبي (الدوائي).
45	..... 5. 3. العلاج السلوكي.
46	..... 5. 4. التعامل مع نوبات الهيجان والغضب.
47	..... 5. 5. العلاج الغذائي.
47	..... 5. 6. العلاج بالدمج الحسي.
48	..... 5. 7. العلاج بالدمج السمعي.
48	..... 5. 8. علاج التوحد بالتدريب البصري.
49	..... 5. 9. العلاج بالموسيقى.
50	..... 5. 10. العلاج باللعب.
50	..... 6. البرامج التربوية العلاجية.
50	..... 6. 1. برنامج تيتش Teach.
51	..... 6. 2. برنامج ليب Leap.
52	..... 6. 3. برنامج نظام تبادل الصور PECS.
52	..... 6. 4. برنامج لوفاس Lovas.
53	..... 6. 5. برنامج Fast for word.
54	..... خلاصة.

الفصل الثاني

التشخيص

55	..... تمهيد.
56	..... 1. تعريف التشخيص.
56	..... 2. العملية التشخيصية.
57	..... 3. أنواع التشخيص.
57	..... 3. 1. التشخيص المؤسساتي.

58	.....	3. 2. التشخيص الفردي
58	.....	3. 3. التشخيص النفسي
58	.....	3. 3. 1. تعريف التشخيص النفسي
59	.....	3. 3. 2. شروط التشخيص النفسي
59	.....	3. 3. 3. أهمية التشخيص النفسي وأهدافه
60	.....	3. 3. 4. أدوات التشخيص النفسي
63	.....	3. 3. 5. مراحل التشخيص النفسي
64	.....	3. 4. التشخيص الفارقي
64	.....	3. 4. 1. تعريف التشخيص الفارقي
64	.....	3. 4. 2. شروط التشخيص الفارقي الناجح
65	.....	3. 4. 3. طرق التشخيص الفارقي
66	.....	3. 4. 4. أهمية التشخيص الفارقي
67	.....	3. 4. 5. مراحل إجراء التشخيص الفارقي
74	.....	4. تشخيص اضطراب طيف التوحد
76	.....	4. 1. معايير تشخيص طيف التوحد كما نص عليها DSM-5-TR
78	.....	4. 2. التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD10)
81	.....	4. 3. مقياس تقدير التوحد الطفولي Childhood Autism Rating Scale (CARS)
85	.....	4. 4. التشخيص الفارقي بين طيف التوحد واضطرابات أخرى
89	.....	خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للبحث

92	.....	تمهيد
92	.....	1. الدراسة الاستطلاعية
96	.....	2. الدراسة الأساسية
96	.....	2. 1. منهج البحث

96	.....2. 2. مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية.
96	.....2. 2. 1. مكان إجراء الدراسة.
97	.....2. 2. 2. زمان إجراء الدراسة.
97	.....2. 3. عينة الدراسة.
97	.....2. 3. 1. طريقة اختيار عينة الدراسة.
98	.....2. 3. 2. خصائص عينة الدراسة.
98	.....2. 4. أدوات الدراسة.
99	.....2. 4. 1. الملاحظة.
99	.....2. 4. 2. المقابلة العيادية.
101	.....2. 4. 3. مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS).

الفصل الرابع

107

عرض الحالات ومناقشة النتائج

108	.....1. عرض وتحليل النتائج للحالات العشرة.
108	.....1. 1. عرض الحالات النموذجية.
108	.....1. 1. 1. الحالة الأولى: أنيس.
115	.....1. 1. 2. الحالة الثانية: مريم.
122	.....1. 1. 3. الحالة الثالثة: إلياس.
130	.....1. 1. 4. الحالة الرابعة: ديان.
138	.....1. 1. 5. الحالة الخامسة: آدم.
146	.....مناقشة نتائج الحالات العشرة للدراسة.
149	.....خاتمة.
151	.....قائمة المراجع.
	.....الملاحق.

فهرس الجداول

الصفحة	المحتوى	رقم الجدول
93	يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية	جدول رقم (1)
97	يمثل الفريق العلاجي للمصلحة (الطاقم الطبي)	جدول رقم (2)
98	يمثل عينة الدراسة (10 حالات)	جدول رقم (3)
105	يبين آراء الأساتذة المحكمين	جدول رقم (4)
112	يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 01 "أنيس"	جدول رقم (5)
119	يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 02 "مريم"	جدول رقم (6)
127	يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 03 "إلياس"	جدول رقم (7)
134	يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 04 "ديان"	جدول رقم (8)
142	يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 05 "آدم"	جدول رقم (9)
146	يمثل نتائج الحالات العشرة للدراسة بعد تطبيق مقياس (CARS)	جدول رقم (10)

فهرس الملحق

المحتوى	رقم الملحق
جدول يمثل شبكة الملاحظة	ملحق رقم (1)
جدول يمثل مجموعة لجنة المحكمين على جدول الملاحظة	ملحق رقم (2)
مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)	ملحق رقم (3)

حقبة

تعد إحدى مؤشرات تقدم وارتقاء الأمم مدى العناية التي توليها لرعاية أبنائها منذ بداية نشأتهم في أرحام أمهاتهم وحتى بلوغهم المقدر على مواجهة أعباء الحياة، فتعد مرحلة الطفولة أهم مرحلة من مراحل النمو عند الإنسان، إلا أنه قد تحدثت مشاكل وعراقيل تصعبها، إذ أنه قد يصاب الطفل بأمراض أو إعاقات بمختلف أنواعها تعود أسبابها إلى عوامل وراثية يولد بها أو إلى حوادث أثناء مراحل النمو، ويتمثل الاهتمام بالتربية أحد مظاهر التربية التي تقدمها الدولة لأبنائها، لاسيما رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة فلم يحق في الحياة مثل غيرهم من الأسوياء، والمظاهر التربوية التي تقدم لهم سواء كان ذلك من خلال البرامج التي توليها الدولة أو الجهود الأهلية القائم بها المختصين والمتعاملين مع هذه الفئات الخاصة المختلفة، وهذا الاهتمام الذي توليه الدول لأبنائها هو ما يساهم في ألا تكون هذه الفئة من المجتمع مصدا للإعاقة مسيرة التنمية والتقدم لهذه الدولة، بل قد يكون لبعضهم دورا منتجا في مجتمعهم وذلك بما تسمح به قدراتهم الفردية مع ما يتفق من احتياجات المجتمع.

ومن أهم هذه الفئات الخاصة هو الطفل التوحدي Autistic، حيث تعد مشكلة طيف التوحد مشكلة حديثة الاكتشاف نسبيا إلا أن بعض الدراسات تناولتها منذ فترة طويلة، وكانت أول مرة عندما تناولها العالم "ليو كانر"، ثم توالى العديد من الدراسات والأبحاث حول هذا الاضطراب.

فتعد مشكلة الأوتيزم Autism من المشكلات المحيرة بالفعل، ومن الاضطرابات السلوكية التي يحوطها الكثير من الغموض سواء في أسباب الإصابة بهذا الاضطراب أو أساليب تشخيصه أو طرق علاجه، وتعاني العيادات النفسية من قصور واضح في أساليب تشخيص هذا الاضطراب، فيتم الخلط بينه وبين بعض الحالات مثل فصام الطفولة أو ضعف العقلي.

ومنذ فترة طويلة أدى عدم الاتفاق على تعريف هذا الاضطراب وتحديد أسبابه، وعدم وجود معايير تشخيصية محددة وصريحة إلى جعل عملية التشخيص صعبة إلى حد كبير، حيث تم وصف هذه الحالة للمرة الأولى بواسطة الطبيب النفسي الإنجليزي "هنري مودزلي" Moudsley (1867).

إن تسمية الاضطرابات بالتوحد كانت من قبل الطبيب النفسي البارز "إيجون بلولر" "Eugen Bleuler"، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من الانشغال بالعالم الخارجي، ويرجع الفضل إلى "كانر" نشر عام (1943) دراسة وصف فيها 11 طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أية اضطرابات عرفت آنذاك، ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفلي وبهذه الدراسة، وهذا التشخيص ابتداء تاريخ التوحد.

وعلى الرغم من أن "كانر" قام برصد دقيق لخصائص هذه الفئة من الأطفال وقام بتصنيفهم على أنهم فئة خاصة في عقد الأربعينيات، فإن الاعتراف بها كفئة يطلق عليها مصطلح "الأوتيزم" أو "الإجتزاز" في اللغة العربية لم يتم إلا في عقد الستينيات، حيث كانت تشخص حالات هذه الفئة على أنها نوع من الفصام الطفولي، وفق ما ورد في الطبعة الثانية من القاموس الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية DSM 2، ولم يتم تصحيح هذا التصنيف إلى عام 1950 حينما نشرت الطبعة الثالثة المعدلة من DSM-3-TR وتم وضع شروط مستوجب مراعاتها في وضع تشخيص التوحد، والدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينيات من القرن الماضي كان الهدف منها إيجاد وصف تفصيلي لسلوك الأطفال التوحديين، وإن التطورات التي تحققت خلال العشرين سنة الأخيرة، قد زادت من فهمنا للاضطراب طيف التوحد، وقادت إلى مزيد من الاتفاق بين المختصين وهدأت من خوف الناس اتجاه عملية التشخيص.

يعد التشخيص الأداة الأساسية لتحديد أساليب التدخل المناسبة للطفل ذو اضطراب طيف التوحد، وكلما تم التشخيص في وقت مبكر من عمر الطفل كان لعملية التدخل تأثير فعال على سلوك الطفل وتفاعله مع الآخرين، ولا يزال تشخيص اضطراب طيف التوحد من أكبر المشكلات وأكثر العمليات صعوبة وتعقيدا التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال الطفولة، وقد يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص الاضطراب أو أعراضه غالبا ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى.

فإن تشخيص اضطراب طيف التوحد ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من شخص لآخر وكذا لعدم وجود اختبارات طبية التي تطبق لتشخيصه، حيث مر

تشخيص اضطراب طيف التوحد بعدة محاولات، أولها كانت لـ "كانر" الذي وضع معايير لتشخيصيه، كما جاء كل من العالمان "بولان" و"سبنسر" اللذان وضعوا مقياس اعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى، ومقياس كارز (CARS).

فإن التشخيص الصحيح للاضطراب طيف التوحد أمر على قدر كبير من الخطورة والأهمية لأنه يساعد على الاهتمام بقدرات كل طفل وتطوير بيئة مناسبة له وتحديد العلاج والتأهيل المناسب لحالة الطفل.

ولمعالجة هذا الموضوع والإجابة على تساؤلات الدراسة وضعنا خطة بحثية مقسمة كالتالي:

الفصل التمهيدي: الإطار العام للإشكالية الذي يمثل مدخل إلى الدراسة وهو بمثابة تقديم للبحث، حيث تم فيه عرض الإشكالية، أسباب اختيار موضوع البحث أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، تحديد المفاهيم والمصطلحات إجرائياً.

الفصل الأول: تم التركيز على اضطراب طيف التوحد ويتضمن ما يلي: تعريفه، أسبابه، أعراضه، علاجه بالإضافة إلى البرامج التربوية العلاجية للاضطراب طيف التوحد.

الفصل الثاني: خصص هذا الفصل للتشخيص، ويتضمن تعريف وأنواع التشخيص وتعريف التشخيص النفسي وشروطه وأدوات التشخيص النفسي ومراحله، بالإضافة إلى تعريف التشخيص الفارقي وشروطه وطرقه وأهميته ومراحل إجراء التشخيص الفارقي، وفي الأخير تشخيص التوحد.

الفصل الثالث: يمثل منهجية البحث وفيه الإجراءات المنهجية والخطوات التي اتبعناها في الجانب الميداني، ويتضمن الدراسة الاستطلاعية، وأهدافها وعينة ونتائج الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

الفصل الرابع: خصص لعرض الحالات وذلك من خلال أدوات البحث للتحقق من الفرضية.

وفي الأخير تم وضع استنتاج عام للبحث مع قائمة المراجع التي تم الاستعانة بها وكل الملاحق المرفقة لهذه الدراسة.

الفصل التمهيدى

الإطار العام لإشكالية البحث

- 1 - إشكالية الدراسة
- 2 - الفرضية
- 3 - الدراسات السابقة
- 4 - تحديد المفاهيم إجرائيا

1 - إشكالية الدراسة:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل النمو لدى الفرد باعتبارها الأساس في بناء الإنسان وتكوين شخصيته، وتحديد اتجاهاته المستقبلية، إلا أنه قد تحدث مشاكل وعراقيل تصعبها، قد يصاب الطفل بأمراض أو إعاقات أو اضطرابات بمختلف أنواعها، تعود أسبابها إلى عوامل وراثية يولد بها أو إلى حوادث أثناء مراحل النمو، وكما تهتم الدول بالطفولة السوية، فإنها تهتم أيضاً وبصورة مماثلة بالطفولة من ذوي الاحتياجات الخاصة ما جعل مشكلات الأطفال سواءً كانت مشكلات متعلقة بالقدرات المعرفية أو غير المعرفية تحظى بالكثير من الاهتمام في المجتمعات النامية أو المتحضرة على حد سواء لما لها من دلالات في تنشئة جيل من الأصحاء. (ماجد السيد علي عمارة، 2002، ص 08).

إن تربية الأطفال مسؤولية كبيرة وشاقة، وإن تربية طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة تعد أكثر صعوبة وأكثر مشقة، لما تواجهه الأسرة من مشكلات وتحديات خاصة، إضافة إلى تلك التي تواجهها الأسر جميعاً، فالإعاقة غالباً ما تنطوي على صعوبات نفسية ومادية وطبية واجتماعية وتربوية، ومع ذلك فإن آثار الإعاقة ليست متشابهة عند جميع الأسر، فكل أسرة لها خصائصها الفريدة وتتمتع بمواطن قوة محددة وقد تعاني من مواطن ضعف معينة، ولهذا السبب نجد أن الدراسات العلمية التي بحثت في هذا الموضوع انتهت إلى نتائج مختلفة، ففي حين أشارت بعض الدراسات أن إعاقة الطفل تقود إلى تقوية العلاقات الأسرية، أشارت دراسات أخرى إلى عكس ذلك. (تامر فرح سهيل، 2015، ص 15).

ومن أهم وأعقد الاضطرابات حالياً اضطراب طيف التوحد، حيث يعد التوحد Autism من أكثر الاضطرابات النمائية تعقيداً، ويتميز بالتداخل مع عدد كبير من الاضطرابات والإعاقات الأخرى المختلفة، ولعل المتتبع للتعريفات التي تتناول التوحد يلاحظ تنوعاً في التعاريف اعتماداً على اهتمامات الباحثين وتخصصاتهم، إلا أن هناك إجماع واضح بين المختصين على اختلاف تخصصاتهم، بأن التوحد اضطراب نمائي مصاحب يؤثر على قدرات الفرد التواصلية وتفاعله الاجتماعي واهتماماته، ويؤدي إلى عزله عن المجتمع المحيط به. (تامر فرح، 2015، ص 21).

يظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، وهو يعيق تطور

المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي لدى الذين يعانون منه (تامر فرح، 2015، ص 16).

يعتبر "ليوكانر LEO KANNER" أول من أشار إلى الذواتية "التوحد" كاضطراب يحدث في الطفولة سنة (1943)، حدث ذلك حين قام "كانر" بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليا فلفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لإحدى عشر طفلا كانوا مصنفين على أنهم متخلفين عقليا. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2001، ص 07).

وابتداء من هذه السنة استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة تعكس التطور التاريخي لمصطلح "التوحد" إلى غاية (1952) حيث عرف التوحد على أنه فصام الطفولة، مصطلح الذواتية، الانسحاب.

واستخدم كعرض لفصام الطفولة وذلك ما ورد في الدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في الطبعة الأولى (DSM- 1)، تحت اسم استجابات فصامية من النوع الطفلي، ولم يتم تصحيح خطأ هذا التصنيف بحيث استمر الخلط بين التوحد والفصام في هذه الفترة، حتى أن الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي التي صدرت سنة 1968، أدرجت الأعراض فئة فصام نوع طفلي، زيادة إلى وصفهم بذهان الطفولة، كما أدت هذه الاتجاهات إلى بروز التصنيف الخاطئ والذي مازال يقع فيه الكثير من المختصين والباحثين ما هو إلا المرحلة المبكرة من الفصام.

وفي سنة 1975 تم مراجعة التصنيفات السابقة من طرف الو.م.أ، أما في سنة (1968)، قام النظام الفيدرالي بالمراجعة مرة أخرى وبذلك أخرج التوحد من تصنيف الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وقد حسمت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي (DSM- 3) الصادر في نفس السنة، وبذلك أعتمد هذا التصنيف إلى غاية الإصدار الرابع للدليل الإحصائي لتشخيص الأمراض العقلية في سنة (1994)، حيث شمل اضطراب التوحد كفئة مستقلة ضمن ما يعرف بالاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders.PDD) إلى جانب أربعة اضطرابات أخرى تتقاطع معها في بعض الأعراض السلوكية، ولعل اهتمام العلماء المتزايد في آليات تشخيص التوحد وغيره من الاضطرابات تشخيصا دقيقا يهدف إلى إزالة الغموض والتقاطع بين هذه الاضطرابات. (عبد الرحمان سيد سليمان، 2001، ص 09).

وهذا ما دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها وبناءً على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي التشخيصي استخدمت مسمى اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder.ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا بالاضطرابات النمائية الشاملة ضمن مسمى واحد، كما أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مضلة الاضطرابات النمائية العصبية (Desorder Neurodevelopmental) وفي عام (2013) وتحديدا في شهر مايو، أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس المراجع (DSM-5-TR).

والذي احتوى على تغييرات طفيفة في الصياغة، حيث اشتمل التغيير الأول الصياغة في معيار التشخيص (أ) من "كما يتجلى فيما يلي" إلى "كما يتجلى في كل مما يلي"، وذلك لإزالة الغموض حول ما إذا كان التشخيص يتطلب كل جوانب العجز المذكورة أو جميعها، واشتمل التغيير الثاني "المحددات" التي يمكن أن تصاحب تشخيص التوحد حيث أصبحت هذه المحددات ليست قابلة للتشخيص بالضرورة، وذلك عن طريق استبدال كلمة "اضطراب" بـ"مشكلة"، هذا التغيير الثاني يجعل من الممكن للأطباء أن يثيروا إلى مشاكل متزامنة مع اضطراب طيف التوحد.

وتعددت أساليب تشخيص اضطراب طيف التوحد واختلفت لاختلاف تنوع أسبابه وأعراضه، وهذا الاختلاف أحدث مشكلة في عملية التشخيص، حيث تعود هذه المشكلات في طبيعة الأطفال الذين لديهم توحد فهم غير متجانسين في قدراتهم وصفاتهم، وبالتالي فإن تشخيص اضطراب طيف التوحد يعتمد على تطبيق مقاييس وأدوات تعتمد على مظاهر سلوكية للحكم عليه إن كان لديه توحد أم لا، وكلما كان التشخيص مبكرا لهذا الاضطراب كلما كانت النتائج أفضل لمستقبل الطفل.

ومن بين هذه المقاييس والأدوات مقياس تقدير التوحد الطفلي Childhood Autism Rating Scale (CARS) الذي يعتبر وسيلة تشخيصية فعالة لأنه يهدف إلى التعرف على أطفال التوحدين والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى، ويعمل أيضا على التفريق بين درجات التوحد المختلفة من بسيطة ومتوسطة وشديدة، ويعتبر هذا المقياس الأكثر استعمالا من طرف الأخصائيين لخصائصه السيكومترية، حيث يتمتع مقياس تقدير

التوحد الطفلي (CARS) بدلالات صدق تمثلت في الصدق المعياري، وذلك من خلال مقارنة المجموع الكلي للدرجات والتقديرات الإكلينيكية التي تم الحصول عليها من نفس جلسات التشخيص، حيث بلغت نتيجة الارتباط (0.48) وبمستوى دلالة عند 0.001.

حيث بين "تيل" و"ويب" Teal et Wiebe (1986) في دراستهما الموجهة لتقييم مصداقية مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) أن هذا المقياس يسمح بالتمييز الدقيق بين الأطفال التوحديين والأطفال الذين يعانون من الإعاقة الذهنية.

كذلك دراسة Kurita et Miyake (1988) بينت أن هذا المقياس هو أداة تميز اضطراب التوحد عن الاضطرابات النمائية الأخرى في مرحلة الطفولة (Chantal Hamel, 1997, p46).

كما تعد عملية تشخيص اضطراب التوحد من الخطوات المنهجية الصعبة والشائكة، إلا أنها وفي الوقت نفسه من الخطوات الهامة والضرورية التي يترتب عليها تصميم البرنامج التربوي العلاجي فعال للطفل، وتحديد المسار التعليمي المناسب الخاص به.

فبعض الآباء ينشدون التشخيص بشكل فعال لأنهم يرغبون في العثور على إجابات لسلوكيات أطفالهم غير العادية والغريبة بالنسبة لهم، والمثير لانفعالاتهم، وهنا تبدأ الحيرة بالبحث عن أخصائيين لديهم خبرة لتفسير مثل هذه السلوكيات، ويتصلون بهذا وذاك ويقطعون المسافات على أمل أن يجدوا الحل وقد تطول المدة دون الحصول على حلول تغير من سلوكيات أبنائهم، لكنها محاولات لا بد أن يقدموا عليها من منطلق غريزة الأبوة أحيانا، وأحيانا تجنبا لاتهامهم بالإهمال من المحيطون بهم.

وينظر بعض الآباء إلى التشخيص على أنه تأكيد لشكوكهم بأن هناك خطأ ما مع طفلهم، مما يؤدي إلى الشعور بالارتياح لمعرفتهم بالواقع الذي يمر طفلهم به، والبعض الآخر من الآباء يكون التشخيص بالنسبة لهم صدمة يجدون صعوبة في تحملها. (تامر فرح، 2015، ص 16).

عليه يشير التشخيص إلى تحديد طبيعة المرض أو السلوك غير السوي، وهو خطوة هامة وضرورية يترتب عليها تحديد التدخل المناسب للإعداد البرامج الضرورية والمناسبة، ويتم تشخيص التوحد في الوقت الحاضر من خلال ملاحظة السلوك ومقارنته بمعايير

التشخيص، ويعد التشخيص من أصعب المراحل لتعدد أشكال التوحد وتتنوعها، واختلاف سلوكيات التوحد من موقف للآخر. (تامر فرح، 2015، ص 16).

ونظرا لاهتمام علماء النفس بدراسة اضطراب التوحد باعتباره من أشد الاضطرابات وأكثرها خطورة لأنه يؤثر على كامل جوانب الشخصية، ومن خلال كل ما سبق نطرح تساؤلات الدراسة الحالية:

- ما مدى فعالية مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) في تشخيص اضطراب طيف التوحد؟

2 - الفرضية:

- يبقى مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) فعال كأداة لتشخيص اضطراب طيف التوحد إلى درجة كبيرة.

- أسباب اختيار الموضوع:

يعود اختيار الموضوع الى عدة أسباب وهي كالتالي:

- قلة الابحاث التي قامت بدراسة هذا الموضوع رغم أهميته.

- الاهتمام العلمي بتشخيص اضطراب طيف التوحد.

- أهداف الدراسة:

تهدف دراستنا إلى الكشف عن التشخيص لاضطراب طيف التوحد بالأدوات الفعالة ميدانيا.

- أهمية الدراسة:

إن اختيارنا لموضوع طيف التوحد لم يكن بصورة عشوائية، وإنما لكوننا لاحظنا أن هناك نسبة كبيرة من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد تزداد سنة عن أخرى، وتركيزنا أكثر على التشخيص قصد معرفة وجمع معلومات أكثر حول هذا الاضطراب، فتحديد سمات وخصائص الأطفال التوحديين يؤدي التشخيص الدقيق لاضطراب طيف

التوحد الذي يمهد لبرامج علاجية هادفة وفعالة، فتكمن أهمية دراسة اضطراب التوحد في أهمية الجانب الذي يتصدى له.

3 - الدراسات السابقة:

دراسة عبد الوهاب القيسي (2013):

- عنوان الدراسة: "تشخيص الأطفال التوحديين في رياض الأطفال بمدينة تكريت العراق".
- أهداف الدراسة: الوصول إلى تشخيص الأطفال التوحديين المتواجدين وفي رياض الأطفال.

- منهج الدراسة: المنهج شبه تجريبي.

- عينة الدراسة: شملت الدراسة 54 طفلاً تتراوح أعمارهم بين 4 و6 سنوات المتواجدين في رياض الأطفال.

- أدوات الدراسة: مقياس الطفل التوحدي للدكتور عادل عبد الله محمد.

- الأدوات الإحصائية: النسبة المئوية في تحليل البيانات، أما بالنسبة للأداة فقد تم حساب الصدق عن طريق الصدق الظاهري وحساب الثبات بواسطة معادلة بيرسون.

- نتائج الدراسة: توصلت النتائج إلى أن 26 طفلاً منهم 20 من الذكور و6 من الإناث تنطبق عليهم أكثر من 50 من فقرات المقياس، وبذلك شخص هؤلاء الأطفال بأنهم توحديون، تؤكد هذه النتائج على ظهور حالات التوحد الطفلي لدى أطفال عينة البحث (قيسي، 2013، ص 20 - 40).

دراسة غالم يمينة (2018):

- عنوان الدراسة: "الاتصال اللغوي وغير اللغوي لدى الطفل التوحدي اقتراح برنامج علاجي تكفلي دراسة حالة احالتين تعانين التوحد".

- أهداف الدراسة: التعرف على مميزات الاتصال اللغوي وغير اللغوي لدى أطفال التوحد، اقتراح برنامج نفسي تكفلي يركز على تنمية الاتصال اللغوي وغير اللغوي لدى الطفل المتوحد.

- منهج الدراسة: المنهج العيادي (دراسة حالة)
- عينة الدراسة: حالتين من أطفال طف التوحد، سنهم يتراوح بين (8 - 10) سنوات.
- أداة الدراسة: الملاحظة العيادية - المقابلة العيادية - لاختبارات النفسية (الإسقاطية) رسم الرجل - مقياس الاتصال اللغوي وغير اللغوي لدى الطفل التوحدي.
- نتائج الدراسة: يعاني أطفال طيف التوحد من ضعف في الاتصال اللغوي وغير اللغوي، ولكن بإمكان المتوحد اكتساب أكبر قدر من المعلومات والمهارات الاتصالية إذا تم الاستعانة.
- فعالية البرنامج الاتصالي المقترح من خلال اكتساب رصيد لغوي جيد مكنهما نوعا من الخروج من العزلة والانغلاق إلى الاتصال مع العالم الخارجي (غال، 2018، ص 09 - 28).

دراسة شرياف زهرة (2018):

- عنوان الدراسة: "واقع إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين (دراسة ميدانية في المراكز النفسية البيداغوجية وجمعيات التوحد سعيدة). الجزائر".
- أهداف الدراسة: التعرف على واقع الإجراءات والآليات المعتمدة في تشخيص الأطفال التوحديين، ومعرفة فعالية كل أداة من هذه الأدوات.
- منهج الدراسة: المنهج الوصفي.
- عينة الدراسة: 26 أخصائي باختلاف تخصصاتهم المتواجدين في المركز النفسي البيداغوجي (أخصائي نفسي، أخصائي أرطوفوني، أخصائي اجتماعي، أخصائي نفسي حركي، أخصائي تربية خاصة).
- أداة الدراسة: استبيان من إعداد الباحثة.

الإطار العام للإشكالية

- الأدوات الإحصائية: النسب المئوية والتكرارات، معادلة ألفا كرونباخ والتجزئة التصفية، المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، اختبار T Test لعينيتين مستقلتين، تحليل التباين أحادي الاتجاه.

- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدامات الإجراءات والآليات في تشخيص اضطراب التوحد في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة.

- لا توجد فروق بين كل من الجنسين وسنوات الخبرة والتخصص من حيث فعالية إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين.

- حيث تتم عملية التشخيص يتعاون فريق متكامل من الأخصائيين والأطباء وحتى الوالدين.

- يعتمد الأخصائيون في هذه الحالة على مجموعة من الأدوات والإجراءات تساعد في عملية التشخيص.

- في الوقت الحاضر يتم تشخيص التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية والجمعيات عن طريق ملاحظة سلوك الطفل من قبل أخصائيين معتمدين، عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك الأطفال وآراء الوالدين، بالإضافة إلى استعمال مقياس CARS من قبل بعض الأخصائيين وهو المقياس الأكثر استخداما ومشاركا بين جميع المراكز والجمعيات، لأنه وحسب رأيهم هو الأكثر فعالية من بين المقاييس (شريف، 2018، ص 191 - 213).

دراسة شيخي مبروك وبوظغان الطاهر (2019):

- عنوان الدراسة: "تقييم مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد".

- أهداف الدراسة: تقييم وتحليل أشكال ضعف التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد.

- منهج الدراسة: المنهج الوصفي.

- عينة الدراسة: 10 حالات مصابة بالتوحد لا تعاني من إعاقات مصاحبة تتراوح أعمارهم 4 و 6 سنوات.

- أدوات الدراسة: مقياس تقدير التوحد الطفلي CARS، قائمة تقدير التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد.

- الأداة الإحصائية: النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري.

- نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى أن أطفال التوحد يعانون من مشاكل في التواصل غير اللفظي والتي ظهر على مستوى أبعاد المقياس الخمسة.

- الانتباه المشترك، التواصل البصري، التقليد، الاستماع، لفهم الإشارة إلى ما هو مرغوب. (شيخي وبوطغان، 2019، ص 171 - 184).

- **التعقيب على الدراسات السابقة:**

من خلال عرضنا لأبرز الدراسات التي تناولت اضطراب طيف التوحد، اتضح زيادة اهتمام الباحثين، وذلك من خلال البحث في أسبابه والأعراض الجوهرية التي تميزه عن بقية الاضطرابات النمائية الأخرى، وتشخيصه وبرامج التكفل بأطفال طيف التوحد، ومن أهم الأهداف التي سعت إليها الدراسات السابقة حول اضطراب طيف التوحد هو تقييم مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد، والاتصال اللغوي وغير اللغوي لدى الطفل التوحد وكذلك التعرف على واقع الإجراءات والآليات المعتمدة في تشخيص الأطفال التوحد، ويتضح من خلال مراجعة الدراسات السابقة أن بعضها تناولت التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد والاتصال اللغوي وغير اللغوي لدى الطفل التوحد، بينما تناولت دراستنا تشخيص اضطراب طيف التوحد ولتميزه عن باقي الاضطرابات النمائية الأخرى.

فدراسة "شريف زهرة" ودراسة "عبد الوهاب القيسي" كانت قريبة إلى دراستنا لأن هدفهما كان مشابه إلى هدف دراستنا، وهو تشخيص اضطراب طيف التوحد وتميزه عن باقي الاضطرابات الأخرى، كما نجد أن معظم الدراسات السابقة طبقت مقاييس واختبارات نفسية وكذلك الاستبيانات، كاستبيان من إعداد الباحثة في دراسة "شريف زهرة"، واختبار رسم الرجل في دراسة "غانم يمينة".

هناك اختلاف في أهداف الدراسات السابقة عن هدفنا المتمثل في محاولة تسليط الضوء على التشخيص الدقيق للاضطراب طيف التوحد، لتمييزه عن باقي الاضطرابات الأخرى.

4 - تحديد المفاهيم إجرائيا:

4 - 1 - التشخيص: هو وصف الاضطراب وتصنيفه، أي معرفة الفئة المرضية التي ينتمي إليها أو التي يوضع فيها، ويتضمن التشخيص الإشارة إلى الإجراءات التي يستخدمها الباحث في تحديد الاضطراب النوعي أو الكمي الذي يعاني منه المريض، كما يشير التشخيص إلى الأعراض الموجودة لدى المريض معرفة مصدرها أو مبعثها ومسارها.

4 - 2 - تشخيص طيف التوحد: هو العملية التي يقوم بها الأخصائي النفسي أو الأطفوني أو الطبيب المختص في الأمراض العقلية للأطفال والمراهقين من أجل التعرف على اضطراب طيف التوحد، مما يساعد تحديد الأطفال الذين يعانون من علامات اضطراب طيف التوحد حتى يتمكنوا من استعادة قدراتهم التي يحتاجونها في حياتهم اليومية والاستفادة من البرامج العلاجية.

4 - 3 - مقياس كارز (CARS): هو اختبار يقيم التوحد في مرحلة الطفولة يعمل على تشخيص الطفل بوصف سلوكه وتقدير درجته مقارنة مع الطفل الطبيعي فهو يساعد المختصين ومقدمي الرعاية الصحية من تشخيص الطفل على أنه يعاني من التوحد أولاً مع تحديد درجته حسب بنود المقياس.

4 - 4 - اضطراب طيف التوحد: هو اضطراب نمائي يظهر لدى الطفل في الثلاثين شهر الأولى من حياته، تظهر أعراضه على الطفل مباشرة منها عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي كما يعاني الطفل من خلل عميق في وظائف اللغة والإدراك الحسي، مع ظهور سلوكيات نمطية تتباين من طفل إلى آخر، في دراستنا هذه اضطراب طيف التوحد يكون مشخص طبيًا، وبمقياس كارز CARS.

الجانب النظري

الفصل الأول

اضطراب طيف التوحد

تمهيد

- 1 - تعريف اضطراب طيف التوحد
- 2 - نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد
- 3 - أسباب اضطراب طيف التوحد
- 4 - أعراض اضطراب طيف التوحد
- 5 - علاج اضطراب طيف التوحد
- 6 - البرامج التربوية العلاجية

خلاصة

تمهيد:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أشد الاضطرابات النمائية المعقدة وأكثرها خطورة لأنه يصيب الأطفال ويعيق تواصلهم الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي، كما يعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة، ويظهر هذا الاضطراب خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون أعراضه واضحة في الثلاثين شهرا من عمر الطفل، الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات، ويتميز التوحديين بالغموض وبغربة السلوك المصاحب له، فضلا عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من الوالدين والأخصائيين، وللتمكن من فهم أكثر لهذا الاضطراب سنحاول في هذا الفصل تسليط الضوء على مفهوم طيف التوحد وكذا التعرف على الأسباب التي قد تؤدي إليه والأعراض التي تظهر عليها للتمكن من تشخيصه، والتعرف على جملة البرامج العلاجية المقترحة لعلاج هذا الاضطراب ولو بدرجة ضئيلة.

1 - تعريف اضطراب طيف التوحد

1 - 1 - لغة:

التوحد Autism مشتق من الكلمة اليونانية "AUTOS" والتي تعني نفسه (soimême). (Blochetal, 1999, p 109).

أصل كلمة التوحد Autism هي من كلمة إغريقية وهي تنقسم إلى نصفين الأولى Aut وتعني النفس أو الذات، أما الكلمة الثانية فهي ism وتعني الانغلاق بالتالي Autism تعني الانغلاق على الذات (باحثون، 2017، ص 387).

1 - 2 - اصطلاحا:

لقد تعددت تعاريف التوحد ويعود ذلك إلى الاتجاهات النظرية المتعددة وتطور الدراسات التي تبحث في أسباب وخصائص ومعايير التشخيص التوحد.

وقدم طبيب النفسي "بلوير" أول وصف للتوحد وذلك عند حديثه عن الانسحاب فقد استخدم "بلوير" (1911) مصطلح التوحد لوصف العجز في التواصل الاجتماعي لدى الأشخاص الفصاميين، فقد استخدم "بلوير" مصطلح التوحد لوصف العجز في التواصل

الاجتماعي والتركيز الفردي على الاهتمامات الشخصية للأشخاص الذين يعانون من الفصام.

إلى أن "ليوكانر" كان أول من استخدم هذا المصطلح لوصف مجموعة من الأطفال الذين أظهروا بشكل واضح نفس السلوكيات.

حيث عرّف "ليوكانر" Leo Kanner (1943) اضطراب التوحد على أنه: حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم. (Norbert sillan, 1999, p 31).

وقد عرّفه "جارفي" Garvey (1977) التوحد على أنه ضعف شديد في إقامة علاقات مع الآخرين بمن فيهم الأبوين والفشل في تطوير اللغة، وعرّف كذلك على أنه ضعف شديد وعجز نمائي واضح، حيث يظهر هذا الاضطراب في السنوات الأولى من عمر الطفل وكذلك فالتوحد مرادف الانسحاب والانعزال. (تامر فرح سهيل، 2015، ص 27).

أما المختص في طب النفسي للأطفال "Leo Kanner" الذي اعتبر أول عالم اهتم بدراسة مظاهر التوحد عند الأطفال وأطلق عليه التوحد الطفلي المبكر وقد عرّفه على أنه أولئك الأطفال الذين يظهرون اضطرابا في أكثر من مظهر، كصعوبة تكوين العلاقات مع الآخرين والعزلة وانخفاض مستوى الذكاء والنمطية وتكرار الأنشطة الحركية والكلمات إضافة إلى اضطرابات في الاستجابة المظاهر الحسية. (الجبلي، 2015، ص 15).

والتوحد عند جمال متقال هو: "اضطراب يظهر منذ الولادة ويعاني المصابون به بعدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين إلى ضعف أو انعدام اللغة لديهم خاصة في مراحل العمر الأولى (جمال متقال، 2000، ص 128).

وتعرف "ماريكال" Marical 1990 التوحد بأنه زملة أعراض سلوكية ونمائية تعبر عن الانغلاق على النفس والاستغراق في التفكير وضعف القدرة على الانتباه وضعف القدرة على إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين (عادل عبد الله محمد، 2002، ص 32).

كما يطلق عبد العزيز الشخص وعبد الغفار الدماطي على التوحد مصطلح اجترار الذات، ويقصد به اضطراب شديد في عملية التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة

الطفولة المبكرة، ما بين 30-40 شهر من العمر يؤثر في سلوكهم حيث نجد معظم هؤلاء الأطفال يفتقرون إلى الكلام المفهوم ذي المعنى الواضح، كما يصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين، وتبلد المشاعر وقد ينصرف اهتمامهم أحيانا إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسانية ويتصفون بها (عبد العزيز الشخص، وعبد الغفار الدماطي، 1992، ص 25).

وتعرّف منظمة الصحة العالمية التوحد على أنه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز التحصيل اللغوي والاجتماعي (باسي، 2016، ص 25).

وتعرّفه الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين في أمريكا National Society of Autistic Children NSAC على أنه الحالة التي تكون فيها مظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل إلى 30 شهرا.

ويتضمن عدة مظاهر كاضطراب سرعة النمو واضطراب في الاستجابات الحسية المثبرات، وكذا اضطراب في الكلام واللغة واضطراب في التعلق والانتماء للناس (الشمري، 2007).

ويشير تعريف جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية APA إلى أن التوحد اضطراب تطوري متعدد الجوانب يتضمن ثلاث خصائص وهي قصور في التواصل قصور في التواصل الاجتماعي وقصور في الاتصال واللغة السلوكيات النمطية المتكررة، على أن تظهر هذه الخصائص قبل السنة الثالثة من العمر (نفس المرجع السابق).

أما القاموس الفرنسي الأرطفوني فيعرّف التوحد على أنه اضطراب في النمو العصبي يمس بصفة حادة ولا سيما الجانب التواصل والسلوكي للفرد وتعدد مصطلحات التوحد كالذواتية، ذهان الطفولة والاجترارية. (قالي فوزية، 2015، ص 32).

ويرى القانون الأمريكي لتعليم الأفراد المعوقين IDEA: التوحد على أنه إعاقة تطويرية تؤثر بشكل ملحوظ قبل سنة الثالثة من العمر، وتؤثر سلبيا على أداء الطفل التربوي وتؤدي كذلك بالانشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته لتغيير البيئي أو

التغيير في الروتين اليومي. (غزار، 2007).

وقد تم تعريف التوحد في المؤتمر الدولي الذي عقد في إنجلترا سنة 1999 أنه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الأفراد طيلة حياتهم، تتمركز أعراض هذا الاضطراب في العجز في العلاقات العامة وفي جميع أنواع الاتصالات سواء كانت لفضية أو غير لفظية، إضافة إلى مشاكل في التعلم والتخيل واللعب وإدراك الطفل لمحيطه (طراد نفيسة، 2013، ص 13).

إضافة إلى التعريف السابقة تعرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي التوحد على أنه: إعاقة في النمو التي تكون مزمنة وشديدة حيث تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل وهي نتائج اضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ، وينتشر بين الذكور أكثر من الإناث كما أنه قليل الانتشار بين الأطفال ويحدث بين كافة الشرائح الاجتماعية والعرقية. (سعيد حساب، 2002، ص 34).

أما الدليل الإحصائي الخامس المراجع لتشخيص الاضطرابات العقلية والنفسية -DSM-V- RT (2013) فعرفه على أنه عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة وتشمل كل من الانتباه، الإدراك الجنسي، والنمو الحركي، وتبدأ الأعراض في فترة مبكرة من العمر. (Amerucan psychiatrie Association 2013, p 28).

من خلال التعاريف السابقة نجد أن التوحد اضطراب متعدد الأسباب والأعراض، يعاني المصابون به بعدم القدرة على الاتصال بأي شكل من الأشكال مع الآخرين وقد تظهر أعراض متعددة أو متداخلة مع اضطرابات أخرى.

من خلال كل ما سبق ذكره نقول أن اضطراب التوحد اضطراب في النمو يظهر من خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، يؤثر هذا النوع من الاضطرابات على التواصل سواء كان توصلا لفظيا أم توصلا غير لفظي، وأيضا على العلاقات الاجتماعية وعلى أغلب القدرات العقلية لهؤلاء، الأطفال المصابين بالتوحد.

ويزداد انتشار التوحد عالميا وتختلف نسبة انتشاره اضطراب التوحد من بلد إلى آخر، ويرجع ذلك إلى اختلاف التقنيات المستخدمة في تشخيص التوحد وإلى الصعوبات التي

تواجه الباحثين في تشخيص التوحد.

2 - نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

أشار مركز مقاومة الأمراض والوقاية منها بالولايات المتحدة Center for Disease Control and prevention عام 1990 إلى أن التوحدية لا ترتبط بأي تاريخ أسرى مرضى أو أي ممارسات أسرية أو ثقافية، وقد أصدر المركز احصائيات تشير إلى أن هناك حوالي خمسمائة ألف شخص بالولايات المتحدة يعانون من التوحدية، مما يجعل هذا الاضطراب ثالث أكثر الاضطرابات النمائية شيوعا متخطيا بذلك زملة أعراض دوان وأن عدد الأفراد التوحيديين ينمو بشكل سريع للغاية وذلك قياسا بأقرانهم من ذوي الاضطرابات النمائية المختلفة. (عادل عبد الله محمد، 2003، ص 30 - 31).

وتذكر "لويس كامل مليكة" (1998) أن نسبة انتشار التوحد تتراوح ما بين (2 - 4) أطفال لكل عشرة آلاف طفلا تحت سن 12 سنة وحتى 15 سنة، وذلك على أساس دراسات أجريت في إفريقيا وأستراليا والولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا والسويد والدانمارك ونسبته بين الذكور والإناث (3:4) لصالح الذكور. (لويس كامل مليكة، 1998، ص 260).

وفقا للإحصاءات التي نشدها الاتحاد القومي لدراسات وبحوث اضطرابات التوحد بالولايات المتحدة الأمريكية في يناير 2003، فإن نسبة انتشار التوحد قد اختلفت تماما عن ذي قبل حيث ارتفعت بدرجة كبيرة للغاية بحيث أصبح متوسط التوحد واحد لكل 250 حالة ولادة، وبذلك أصبح اضطراب التوحد هو ثاني أكثر الإعاقات العقلية انتشارا. (عادل عبد الله محمد، 2004، ص 20).

وفي مصر أشار المؤتمر العربي السادس للطب النفسي عام 1994 إلى أن 2% تقريبا من السكان يصنفون كمعاقين عقليا أو لديهم اضطرابات سلوكية أو انفعالية يكونون مصابين بالتوحد Autistic. (محمد أحمد خطاب، 2005). ويتراوح عدد الأفراد المصابين بالتوحد وأطياف التوحد في جمهورية مصر العربية ما بين (100 ألف : 200 ألف) فردا تقريبا. (عثمان لبيل فراج، 1997، ص 11).

ويتضح مما سبق أن نسبة انتشار اضطراب التوحد تختلف من بلد إلى آخر، وقد يرجع ذلك إلى اختلاف المحاكاة المستخدمة في تشخيص التوحد، وإلى الصعوبات التي تواجه الباحثين في تشخيص التوحد، وتداخل أعراض التوحد مع أعراض اضطرابات النمو الشاملة الأخرى، ورغم ذلك يتضح لنا حقيقة هامة وهي أن عدد الأفراد المصابين بالتوحد يزداد يوماً بعد يوم، مما يجعلنا نحتاج إلى مزيد من الدراسات التي تهدف إلى زيادة فهم هذا الاضطراب، وتقديم البرامج لتنمية المهارات المختلفة للتوحيدين التي تجعلهم أفراد متكيفين اجتماعياً.

ويزداد انتشار التوحد عالمياً دون معرفة الأسباب المؤدية إلى ذلك بشكل قطعي، حيث أشارت إحدى الدراسات القديمة في السبعينات من القرن الماضي إلى انتشار التوحد بنسبة 3.5 - 4.5 طفلاً من بين كل 10000 طفلاً، أما الدراسات الأحدث فتشير إحداهما والتي أعدها المعهد الوطني لصحة الطفل والتنمية البشرية في الولايات المتحدة عام 2001، إلى انتشار التوحد بنسبة طفل إلى طفلين من بين كل طفل، وبعد ذلك بأربع سنوات صدرت دراسة أخرى قام بها باحثون من مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها في الولايات المتحدة تشير إلى انتشار التوحد بنسبة طفل من بين كل 166 طفلاً، وجاءت آخر الدراسات عام 2008، والتي قام بها باحثون المراكز الأخيرة والتي أشارت إلى انتشار التوحد بنسبة طفل من بين كل 150 طفلاً.

ويعتقد أن سبب ارتفاع معدلات الإصابة بالتوحد يعود إلى تقدم أساليب الكشف عن هذا الاضطراب (توحد نتيجة التربية الخاطئة التي انتهجها الأبوين (بالأخص الأم)) خلال مرحلة النمو الأولى من عمر الطفل، وهذا ما يؤدي إلى اضطرابات ذهنية عديدة، ومن بين هؤلاء العلماء العالم النفسي "بينتلهميم" "Breno Bettlhem" الذي أرجع إصابة الطفل باضطراب التوحد سببه خلل التربوي الصادر عن الأم، وأطلق "برونو" مصطلح الأم الثلجة، أي الأم الباردة عاطفياً Refring Mother، ولاشك في ذلك الوصف كان وصفاً غير منصف، وأضاف المزيد من العيب والشعور بالذنب على ما يواجهه أولياء الأمور وتحديداً الأمهات من صعوبات في التعامل مع أطفالهن المصابين بالتوحد. (تامر فرح سهيل، 2015، ص 91).

3 - أسباب اضطراب طيف التوحد:

قد أشارت "ميرلا كيارند" في دراستها التي أجريت في سنة 1992 إلى أن العوامل النفسية تساهم في إبرازها أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل، أما الطبيب الأمريكي "Kanner" فقد فسّر الإصابة بالتوحد لدى الأطفال إلى عدم النضج وتطوير الأنا، وهذا يحدث في حالتين أولاً نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال ثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل، وثانياً نتيجة المناخ النفسي الذي يعيش فيه الطفل وأساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وشخصية الأبوين وصحتهم النفسية غير السوية. (أحمد علي، 2014، ص 17).

ويركز "ليوكانر" على أن اضطراب في التوحد ناتج عن اضطراب في عملية التواصل الاجتماعي أثناء فترة الطفولة، فالمهارات اللغوية والإدراكية للطفل تكون طبيعية عند الولادة ولكن نتيجة الظروف التنشئة الاجتماعية السيئة ينسحب الطفل من البيئة المحيطة به، ويحدث انغلاق على ذاته وذلك لشعوره بعدم التكيف مع بيئته، حيث يذكر "كانر" أنه توجد عدة عوامل تؤثر سلباً على هؤلاء الأبناء مثل ميول الآباء والأمهات نحو أبنائهم، والتنشئة الاجتماعية التي تتسم بالعواطف الخالية من الحب والحنان، ونقص التواصل اللفظي بين الآباء والأبناء، كل هذه العوامل لها دور رئيسي في إعاقة التواصل لدى هؤلاء الأبناء وتسبب انسحابهم من العالم المحيط بهم وانغلاقهم على ذاتهم، وهو ما يؤدي في النهاية إلى اضطراب التوحد. (إلهامي عبد العزيز، 2001، ص 40).

أيضاً الدراسات التي أظهرت دور العوامل النفسية في الذواتية Burd and Kerbesham (1988) وهي حالة لطفلة تعاني من التوحد يشير تاريخ الحالة إلى قيام الوالدين برحلة تركت فيها الابنة مع الجدة، فأخذت تبكي لمدة (8 - 9) ساعات وتردد كلمات "ماما ذهبت"، حتى نامت وعندما استيقظت في الصباح، ذهبت إلى النافذة وكررت "أمي ذهبت"، وبعدها أصبحت هادئة وتتجنب التفاعل مع أعضاء العائلة وفي الأيام الأخرى كالحملقة واللعب بشكل غير مميز. (إلهامي عبد العزيز، 2001، ص 40).

ومنه نستنتج أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لعوامل النفسية، ولكن هناك دراسات أخرى تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود للأسباب جينية ووراثية.

3 - 1 - الوراثة (Factor Genetie):

هناك فريق من الباحثين يؤكدون دور تأثير الجانب الوراثي الجيني على إصابة الطفل باضطراب التوحد حيث تبدأ حياة الجنين باتحاد الخلية الذكرية والأنثوية، ونتيجة لهذه تتكون خلية مخصبة يطلق عليها الزيجون، وهذه الخلية تمثل أولى مراحل تكوين الجنين، ويحوي الجسم البشري على ما يقرب 100 تريليون (مليون مليون) من الخلايا معظمها يقل عرضه من عشر ملمترات. (مات ريدلي، 2001، ص 21).

ونصف هذه الكروموسومات مأخوذة عن الأب والنصف الآخر مأخوذ عن الأم، وتُوجد منظمة في ثلاثة وعشرين زوجًا، كل زوج من أحد الوالدين، وبهذا يشترك الأبوان بالمناصفة في نقل الصفات الوراثية (سعد جلال، 1985، ص 194).

ولكل كروموسوم نظير له يمثلان معًا زوجًا، أما الزوج الثالث والعشرون، فإنه يختص بتحديد النوع، فيكون عند الأنثى XX وعند الذكر XY.

وتتوقف العوامل الوراثية على هذه الكروموسومات، لأنها تنقل العوامل الوراثية عن طريق ما يسمى بالجينات المورثات وهي عبارة عن أكياس كيميائية في منتهى الدقة تنتظم على الكروموسومات (زيدان حواشين، مفيد حواشين، 1996، ص 12).

أثبتت بعض الدراسات وكما تذكر "ليدا" (Lida 1993) هناك ارتباطًا بين التوحد وخلل الكروموسومات، وأوضحت هذه الدراسات بأن التوحد له علاقة بالكروموسوم رقم (15)، ثم أن هناك سببًا آخر للتوحد وهو التصلب الدرني (Sclerosis Tuberosus) الذي يؤدي إلى تصلب في بعض الخلايا الداخلية، والتي تتحول إلى الجين المسيطر على الناحية العقلية، وربما يؤدي إلى حدوث 5% من حالات التوحد (سليمان، 2007).

ويخمن بعض الباحثين أن ما بين (3 - 20) جين قد ترتبط بالتوحد، وهناك فرضية أخرى تقول أن ما يكون وراثيًا هو جزءًا غير سوي من الشيفرة الوراثية، أو مجموعة صغيرة من الجينات غير المستقرة (من 3 - 6) ومن المحتمل أن تكون الجينات التي لها علاقة بالتوحد موجودة في الكروموسومات 2، 6، 7، 16، 18، 22 وكروموسوم X.

وهناك بعض الأدلة أيضا على إمكانية التأثير الجيني في التوحد على شكل ضعف في جهاز المناعة، بالإضافة لذلك، يرتبط التوحد أيضا باضطرابات جينية وراثية أخرى - متلازمة X الهش - (Fragile X Syndrome) تصلب الأنسجة، اضطراب الأنسجة العصبية الليمفاوية، متلازمة ريت، ... الخ

حيث ان هذه الاضطرابات تظهر بشكل متكرر لدى الأطفال ذوي حالات التوحد وعائلاتهم، حيث يشير "سيجل" Sigel (2003) إلى أن الوراثة تساهم بما نسبته (30 - 50%) من حالات التوحد والاضطرابات النمائية العامة إلا أن الاستعداد الوراثي ليس مطلقاً، ويصعب تحديد كيفية انتقال الجينات وما هو الموروث منها، ومن الشواهد التي قد تشير إلى الأسباب الوراثية ما يلي:

- زيادة احتمالية الإصابة بالتوحد عند التوائم المتطابقة.

- زيادة احتمالية إصابة أشقاء الطفل التوحدي بنفس الاضطرابات أو باضطرابات متشابهة.

ويرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) أكثر من التوائم الأخوية (من بويضتين مختلفتين) (رائد خليل، 2006، ص 28).

فالتوحد ينتشر بنسبة 96% بالنسبة للتوائم المتطابقة وبنسبة 27% بين أزواج التوائم الأخوية، وقد وجدت أن ما نسبته 15% من بين الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد يعانون من حالات الريت أو من حالات فراجيل إكس Fragile X، وهما إعاقتان تبين أن لهما أساساً وراثياً (عثمان فراج، 2002، ص 60 - 61).

وانتهت نتائج دراسة "بايلي" وآخرون... Bailey et al. (1995) إلى أن الإصابة من بويضة واحدة تبلغ 73% وقدر "روزين" وآخرون... Rosen et al. (2002) أن الوراثة تساهم بنسبة 85%.

وقد أجريت دراسة قام بها كل من "رويتز" و"فلوشين" عام 1971 على التوائم المتجانسة وغير المتجانسة وقد أجريت الدراسة على (11) حالة توائم، وقد وجد اتفاق في (4) حالات منها على الإصابة بالذواتية Autism، وكانت التوائم متجانسة - أحادية الزيجون - أي بنسبة 80% من مجموع الحالات، بينما لم يجد أي اتفاق في الإصابة عند التوائم غير المتجانسة.

إن أكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني والمعروف أن التوائم المتطابقين يشتركان في نفس التركيبة الجينية، بحيث يعتبر الكثير من الباحثين أن العامل الجيني هو المرشح الرئيسي لأن يكون السبب المباشر للتوحد، بحيث توصل بعض الباحثين أن الذواتية مرض جيني له علاقة بالكروموزوم رقم (7) والكروموزوم رقم (15)، ويعد الجين (7) المسئول عن نمو اللغة وتطورها في الأطفال وما يتعلق بها من فهم القواعد النحوية، أما الجين (15) فيعد مسئولاً عن نمو الحصين واللوزة والمنطقة أمام الفص البصري، وهذه المناطق تؤلف جزءاً من الجهاز الطرفي (Limbic System) وهي المسئولة عن التحكم في الانفعالات، كما أن هذا الجين يقوي القدرة على التكيف الاجتماعي، والقدرة على فهم مشاعر الآخرين، وقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن العديد من جينات الكروموسوم (15) تتفاعل لتنتج الأعراض التي تتمثل في عدم القدرة على إقامة روابط وعلاقات عاطفية مع الآخرين وضعف مهارات اللغة، والسلوك النمطي المتكرر مثل هز الجسم للأمام والخلف وأوضحت نتائج العديد من الدراسات والأبحاث إلى الأسباب الجينية والوراثية في التوحد، حيث ينتشر التوحد بنسبة 36 إلى 91% بين التوائم المتطابقة Monozygotic من بويضة واحدة، بينما لم توجد دلائل على انتشاره بين التوائم المتأخية Dizygotic من بويضتين.

بالإضافة تدخل العوامل المناعية التي تكون غير ملائمة بين الأم والجنين، مما يساهم في حدوث اضطراب التوحد كما أن الكريات اللمفاوية تتأثر بالأجسام المضادة لدى الأمهات في المرحلة الجنينية، وهي حقيقة تشير أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل. (حسين عبد المعطي، 2001، ص 560 - 561).

وإذا افترضنا أن الوراثة قد تسبب اضطراب التوحد، فإن ذلك لا يمنع من وجود عوامل بيولوجية مسببة له ولهذا اتجه العلماء إلى إجراء البحوث المستفيضة للبحث عن تلك العوامل.

3 - 2 - البيولوجية: (Somatic Factor)

يرى أنصار هذه النظرية أن العوامل البيولوجية التي تنتج عنها الإصابة بالتوحد تتمثل في إصابة المخ أو الخلل الوظيفي في أحد أجزاء المخ أو عدوى الفيروسات أو إصابة جهاز المناعة بالجسم.

يرى "كوبلر" أن الحالات التي تسبب تلفاً للدماغ قبل الولادة وأثناءها تهيء الفرصة لحدوث الأوتيزم مثل الحالات التي لم تعالج من "الفينيل كيتونيوريا phenyl ketonuria"، "التصلب الحدب Sclerosis Tubrous"، الاختناق في أثناء الولادة والتهاب الدماغ، تشنجات الرضع Infantile Spasms الالتهاب السحائي Meningitis. (مصطفى نوري القمش، 2010، ص 31).

أكدت "سميرة السعد" (1998) في دراستها أسباب اضطراب التوحد وترجع إلى مشكلة بيولوجية، فقد تكون الحصبة الألمانية، وارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود غير طبيعي للكروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفاً بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأوكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ. (سميرة السعد، 1998، ص 135).

دراسة Joub Deborah (2003) لا تستبعد الأسباب البيولوجية، وفي بحث أجري في جامعة سياتل على عينة من 192 طفلاً ذواتياً، حيث تبين من فحص الأشعة المقطعية على المخ وجود تلف في الفص في 29 حالة من تلك الحالات، فإذا علمنا أن هذا الفص توجد عليه مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعي، فإننا نستطيع الربط بين هذا التلف العضوي، وإعاقة الذواتية التي يعتبر القصور الاجتماعي من أهم أعراضها. (هدى راضي عثمان صقر، 2008، ص 50).

ويشير (توماس أولماز، 2003، ص 44) إلى أن هناك العديد من الاعتبارات التي تجعل تفسيرات البيولوجية للاضطراب التوحد مقبولة، ومن أهمها:

- أن عمر بداية الاضطراب التوحد مبكر جداً.

- هناك زملة أعراض مماثلة للتوحدية تمامًا تنشأ في عقب أمراض المخ مثل التهاب الدماغ Encephalitis.

- أن الضعف العقلي يرتبط في الغالب بنوع من اضطراب وظيفة المخ، فإن حوالي 80% من الأطفال المصابين بالتوحد لديهم مستويات منخفضة من الذكاء.

- وجود أنماط شاذة من موصلات المخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد من خلال رسام المخ الكهربائي (EEG).

وبناءً على الحقيقة التي مفادها أن النوبات المرتبطة بالتوحد وأن الاحتمالات غير الطبيعية المثارة قد لوحظت لدى التوحديين استجابة للمهام التي تتطلب الانتباه، فقد افترض الكثيرون أن التوحد سببه خلل أو عدم التوازن بين الإثارة والكتب في النظم العصبية الرئيسية بما في ذلك القشرة المخية. (فهدين حمد المعلون، 2006، ص 67).

فهناك أبحاث أشارت إلى أن التفاعلات الكيميائية المعينة الشاذة تؤدي إلى فشل فطري في إنتاج الأنزيمات، كما أن وجود علة أو أمراض معينة في الدم أثناء فترة الحمل أو تعرضها أثناء الولادة إلى نقص الأكسجين، أو تعرضها لحادث يؤدي إلى إصابتها بنزيف ما، يحدث تلف أثناء نمو الجنين أو أثناء الولادة. (رفعت محمد بهجت، 2007، ص 17).

توصل الباحثون إلى مجموعة من الأدلة المؤكدة أن التوحد يعود للأسباب البيولوجية وأرجعوا مشكلات اللغة والخلل في التآزر الحركي الحسي إلى وجود خلل في الدماغ حيث أن معظم هؤلاء الأطفال لديهم نشاط غير طبيعي في موجات الدماغ. (R. Jordon et al, 1997, p 3)

ولتقديم توضيح أكثر عن الأسباب البيولوجية نجد الباحث "كوندون" (Condon) جمع أدلة كثيرة عن وجود أسباب بيولوجية الاضطراب التوحد في السنوات الماضية من أبحاثه، واستخدام تحليل الاضطراب اللغوي في السلوك الإنساني بما في ذلك أطفال التوحد وصعوبات التعلم، وقد وجد أن كل هؤلاء الأطفال يبدون استجابتهم لصوت معطى لديهم أكثر من مرة عندما يعطى لهم للمرة الثانية بعد جزء من ثانية أو حتى ثانية كاملة، بينما يأخذ الأطفال لا التوحديين وقتاً أطول للاستجابة. (لاسمي دهية، لباني علفية، 2017، ص 65).

كما أشارت الدراسات للارتفاع غير عادي في الإصابة بهذا الاضطراب في عمليات الولادة العسيرة، وأرجع آخرون حدوثه لتطعيم الأمهات الأطفال ضد الحصبة الألمانية أثناء الحمل، ويعتقد أن أسباب التوحد تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل. (سعيد حسين عزة، 2002، ص 23).

في هذا الاتجاه يؤكد بدراستهم أن اضطراب التوحد قد يعود للأسباب بيولوجية تعود لخلل في النظام البيولوجي للطفل، لكن توجد أيضاً دراسات تؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب كيميائية وحيوية.

3 - 3 - الكيميائية الحيوية:

أشارت البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية، وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية Neurotransmitters التي تنقل الإشارات العصبية من الحواس الخمس إلى المخ أو الأعضاء المختلفة للجسم والجلد. (عثمان فراج، 2002، ص 64).

والعديد من الدراسات بينت ارتفاعاً في مادة الهومو فانيليك Homovanilicacid في السائل النخاعي، وهذه المادة هي الناتج الرئيسي للأبيض الدوبامين، مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين، وكذلك أيضاً ارتفاعاً لمستوى السيروتونين في دم ثلث الأطفال التوحديين، ولكن هذا الارتفاع ليس مقصوراً عليهم، إذا أنه يوجد أيضاً في الأطفال المتخلفين عقلياً بدون اضطراب الذواتية وعلى العكس من ارتفاع السيروتونين في الدم نجد انخفاضاً في مستوى السيروتونين في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الأطفال التوحديين. (محمد المهدي، 2007، ص 58).

ومما يشير إلى ارتفاع نسبة السيروتونين فعالية استخدام عقار فينفلرومين في خفض نسبة السيروتونين من خلال استخدامه مع خمسة من التوحديين، فقد وجد أن اثنين من هؤلاء الأطفال تحسناً على الاختبارات المعرفية والأكاديمية. (Stubbs et al.1986)

كما أثبتت نتائج الدراسات وجود خلل واضطراب في البيبتيدات والهرمونات الغددية الصماء. (محمد قاسم، 2000، ص 47).

وأوضحت نتائج الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من التوحد تظهر لديهم مستويات غير عادية من الكيمائية الدماغية، كما أثبتت دراسات أخرى أن مادة كيميائية مرتبطة بالدماغ تسمى النيورترونين في دماء قد تكون هي السبب للتوحد. (كوثر عسيلة، 2006، ص 272).

ويشير "بالتين وآخرون" "Balottin et al" (1989) إلى أن المرضى باضطراب التوحد لديهم حدوث عال من الهيرسروتونيم (Hyperserotonemia)، ولدى بعض الأطفال التوحديين توجد زيادة في السائل النخاعي Cerebrospinal. (محمد خطاب، 2009، ص 46).

تلعب الاضطرابات الكيميائية الحيوية دورا كبيرا في حدوث اضطراب التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دورا مهما في عمل الجسم البشري، وإن كنا لا نعرف إلا البعض منها ويتكون المخ والأعصاب من مجموعة من الخلايا المتخصصة التي لا تستطيع إن تنقل الإشارات العصبية من الأعضاء إلى الدماغ وبالعكس، من خلال ما يسمى بالمواصلات العصبية (Neuro Transmetteur) وهي مواد كيميائية بتركيز مختلفة من وقت لآخر حسب عملها في الحالة الطبيعية، ولتوضيح الصورة نذكر منها:

إن العلماء وجدو نسبة من بعض المواد في المناطق التي تتحكم في العواطف والانفعالات مثل السيروتونين التي ترتفع في بعض أطفال التوحد بنسبة تصل إلى (100%) ولكن العلاقة بينهما غير واضحة. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص 598).

كما يتزايد وجود الدوبامين (Dopamine) في نسبتها يؤدي إلى تحسين الحركة لدى الأطفال الذين لديهم حركات متكررة ويشير "سيمون" و"جيليس" (Simond And Gillies) (1964) إلى احتمال نقص الجلوكوز والأنسولين عند الأطفال التوحديين، كما أن نسبة من هؤلاء الأطفال يعانون من زيادة تركيز عنصر الرصاص في بلازما الدم، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة "مانكريف" (Mancrief) (1964) ودراسة "أوليفر" و"أوجرمان" (Olivermam And Croman) (1966). (السيد علي عمارة، 2005، ص 29).

وإن كانت هذه العوامل المبنية على دراسات علمية تؤكد أن التوحد يعود إلى اضطرابات كيميائية حيوية، فإنه توجد دراسات أخرى تؤكد بدورها أن اضطراب التوحد يمكن أن يعود لخلل في الجهاز العصبي المركزي، وهذا ما سنتعرض إليه فيما يلي:

3 - 4 - خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد وجه نحو هذا المجال اهتمام كبير، وهذا يعود لظهور التوحد خلال الأشهر الأولى من حياة الطفل، ولتأثيره المنتشر في كل مظاهر التطور واستمراره طول الحياة بوجود قصور وظيفي في الجهاز العصبي المركزي.

وترجع إعاقة التوحد إلى خلل في بعض وظائف الجهاز العصبي المركزي فقد يكون هناك قصورا معينا في الوظائف الفسيولوجية والكهربائية، ويعتقد رمضان محمد (1994) أن الاضطراب العضوي الذي يصيب بعض مراكز المخ قد يؤدي إلى إحداث خلل في الوظائف، وخاصة في مجالات الإدراك والتوافق الحركي، (رمضان محمد، 1994، ص 215). وأوضحت دراسة "إيمان أبو العلا" (1995) أن تصوير المخ بالأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي يشير إلى احتمال وجود دور لجذع المخ في حالات التوحد، كما انه توجد اضطرابات في أسفل المخ والجهد المستشار لهؤلاء الأطفال بنسبة كبيرة، ولكنها اضطرابات عديمة الخصوصية وغير ثابتة في كافة الأبحاث. (إيمان أبو العلا، 1995، ص 135).

كما تشير دراسات "Treavarten et al." (1996) إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطرابات في وظيفة الخلايا العصبية المنتشرة في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم، وقد أشارت دراسات "Balottin et al." (1998) أن صورة الرنين المغناطيسي التي تقارن الأشخاص التوحديين والمجموعة الضابطة من الأشخاص العاديين، وجدت بأن الحجم الكلي للمخ يتزايد لدى المصابين بالتوحدية والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من:

-الفص القذالي Occipital Lobe

-الفص الجداري Parietal Lobe

-الفص الصدغي Temporal Lobe

ولم توجد فروق في الفصوص الأمامية، ووصفت حالات شذوذ حجم الدماغ وبشكل خاص نقصه في الحصين:

-قرن أمون Hippocampus

-منطقة اللوزة Amygdale

-منطقة فارونيجا Purkinje

-المناطق الخلفية للمخيخ

وأشارت العديد من الأبحاث بأن الحجم الكلي للمخ متزايد بشكل واضح لدى المصابين بالتوحد والنسب الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص الصدغي والفص الجداري (Bailey; Pihlipsis and Rutter, 1996, 890).

ذكر "إبراهيم عبد الله" (2004) العديد من الدراسات التي أشارت إلى وجود شذوذ في (50 - 80%) من الأطفال التوحديين في تخطيط الكهربيائي (EEG)، وأن التوحد ناتج عن عوامل عضوية تسبب خلل في الجهاز العصبي المركزي. Central Nervous System ولقد دعمت الأدلة هذا الافتراض في الآتي: أن معظم الإشارات التمييزية للتوحد إعاقة تطور اللغة والتخلف العقلي والسلوك الحركي الشاذ، ويظهر معظم الأطفال التوحديين اضطرابات معروفة بارتباطها الوثيق بالجهاز العصبي، ويظهر ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين شذوذات (سيال اللعاب، نشاط زائد). (إبراهيم عبد الله، 2004، ص 114 - 115). وأظهرت العديد من الدراسات التي اعتمدت على التشريح والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) أن العديد من تراكيب المخ الرئيسية كانت وطيدة الصلة بالإصابة بالتوحد ويتضمن ذلك المخيخ Cerebellum، والقشرة الدماغية Cerebrul Cortex، والجهاز الطرفي الحوفي Limbic System، والجسم التنفي Corpuscallosum، والعقد القاعدية Basal Ganglia، وساق الدماغ Brain Stem. (The National Institute of Mental Health, 2007, p 28).

ويؤكد بعض الباحثين على دور العامل العصبية في حدوث الذواتية حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي وحدث الذواتية وأوضحت النتائج

وجود اختلاف وفروق في البناء الوظيفي للجهاز العصبي المركزي بين الأطفال الذواتيين وغير الذواتيين. (إيهاب محمد، 2003، ص 75).

وتجدر الإشارة إلى أن تلك الأسباب لم يتم تأكيد أي منها بشكل علمي قاطع حتى هذا اليوم ليعتبرها سببا أساسيا في حدوث اضطراب التوحد، وعليه فالخلل الذي يكون في الجهاز العصبي المركزي قد يكون سببا في حالة التوحد ولكن هناك اتجاه آخر يؤكد أن اضطراب التوحد قد يعود لأسباب ما قبل الولادة أو أثناءها.

3 - 5 - أسباب ما قبل الولادة وأثناءها:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون إحدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد.

ذكر "محمد حسن" (1998) بعض العوامل الولادية وقبل الولادية عن الطفولة في دراسته عن "التوحد في الأطفال التوحديين والتقييمات والمصاحبات الإكلينيكية"، (محمد حسن، 1998، ص 95). وأيضا ذكر "محمد أحمد" (2005) أن هناك حالات حدوث غالبية للتعقيدات في مرحلة ما قبل الولادة لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد، رغم أن بعضها قد يكون عرضا، وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهر الثلاثة الأولى على الجنين، وأيضا المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل الداخلي المحيط بالجنين كما تشير بعض الأدلة إلى حدوث عالي التأثير للعقاقير التي تتعاطاها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة، والنتيجة هي ميلاد الطفل التوحدي، (محمد أحمد، 2005، ص 425). وأشار "محمد عبد الرحمن" (1991) إلى أن هناك مضاعفات عديدة تحدث أثناء الولادة وتكثر في ولادة الأطفال التوحديين عن غيرهم مثل الولادة المبكرة وتأخر الولادة، (محمد عبد الرحمن، 1991، ص 106). وذكر "لورنا وينج" (1994) في دراسته أنه من الصعوبات الشديدة التي تحدث خلال الولادة نقص الأوكسجين، والذي يؤدي إلى إصابة المولود بصعوبات بصرية حادة وبتلف دماغي و باضطراب توحدي. (لورنا وينج، 1994، ص 651).

وحسب "أسامة محمد البطانية" وآخرون فإن العوامل الولادية تساهم في الإصابة بالتوحد هي:

- **الالتهابات الفيروسية:**

- الحصبة الألمانية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- تضخم الخلايا الفيروسية: وهو التهاب يصيب الجنين داخل رحم الأم.
- الالتهاب الدماغي الفيروسي: وهو التهاب دماغي فيروسي يتلف مناطق الدماغ المسؤولة عن الذاكرة.

- **اضطرابات عملية الأيض (Metabolism) تتمثل في:**

- حالات شذوذ أيض اليورين: وهو خلل في الإنزيمات يؤدي إلى إعاقات في النمو مصحوبة بمظاهر سلوكية توحدية.
- حالات شذوذ أيض الكربوهيدرات: هو خلل في قدرة الجسم على امتصاص العناصر النشوية الموجودة في الطعام.

- نظرية الحامض الأميني بيتايد: في هذه النظرية افترض أن يكون التوحد نتيجة وجود الحامض الأميني بيتايد الخارجي المنشأ (من الغذاء) الذي يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة والفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي إلى أن تكون العمليات داخله مضطربة، لكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص ومع ذلك لم يصب بالتوحد لذلك تأتي نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ، والمؤثر على الدماغ مما يؤدي بحدوث اعراض التوحد. (خولة يحي، 2003، ص 59).

- **متلازمة التشوهات الولادية:**

- التشوهات الولادية غير الطبيعية للوجه وصغر اليدين والرجلين المصحوبة بإعاقة عقلية وأحيانا بالصرع.
- التشوهات الجسمية المتعددة في القلب والصدر المصحوبة بإعاقة عقلية.
- تأخذ النمو وصغر حجم الرأس وغزارة شعر الجسم وليونة المفاصل.

- السمنة واصطباغ شبكية العين وزيادة عدد أصابع اليدين المصحوبة بإعاقة عقلية.
- الخلل الولادي في الأعصاب الدقيقة المسؤولة عن عضلات العين ومجموعة عضلات الوجه الذي يؤدي إلى شكل في عضلات الوجه.
- كما توجد عدة عوامل أخرى مرتبطة بالتوحد هي:
 - التعرض للأمراض وبائية قبل أو بعد الولادة مثل السفلس والحصبة الألمانية.
 - التعرض للكحول والمخدرات والتعرض للكيمياء البيئية مثل الرصاص والزئبق وغيرها من السموم.
 - نقص الأوكسجين وزيادة التعرض له أثناء وبعد الولادة بقليل مثل حالات الولادة المبكرة.
 - إصابة الدماغ بصدمات بسبب الحوادث وحالات السقوط من الأعلى. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص 596).
- فالأُم قبل الولادة أو أثناءها تتعرض لمجموعة من الأمراض التي تؤثر على جنينها وبالتالي وجود إمكانية إصابته باضطراب التوحد. (R. jardon. et al M, 1997, p 3).
- كما قد وجد العالمان "دايكن" و"ماكلمان" Dyken and Maclaman أن أمهات الأطفال المصابين بالتوحد قد تتعرضن لتعقيدات الحمل أكثر من أمهات الأطفال الطبيعيين مثل حالات النزيف التي كانت تصيبهم خصوصا بعد الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل وكذلك الحصبة الألمانية والتكسويلازما أثناء الحمل.
- وعليه فإن كل تلك الدراسات السابقة وغيرها لم يتم إيجاد عامل مشترك واحد يمكن أن يعود إليه حدوث اضطراب طيف التوحد.
- فأسباب ما قبل الولادة أو أثناءها قد تؤدي لحدوث اضطراب التوحد لدى الطفل، سواء كانت مختلف الأمراض أو الإصابات التي تتعرض لها الأم أو الالتهابات الفيروسية إضافة إلى مختلف التشوهات بأنواعها المتعددة.

ورغم الغموض الذي يسود الأسباب المؤدية للاضطراب طيف التوحد وعدم معرفة السبب الرئيسي له، إلا أنه نقول أن اضطراب طيف التوحد يعود لجملة من العوامل المختلفة والمتنوعة التي سبق ذكرها من أسباب نفسية عضوية، وراثية جينية التي اجتمعت وأدت لوجود اضطراب طيف التوحد لدى الطفل الذي يظهر لديه فيشكل مجموعة من الأعراض، وقد يعود بالنسبة أكبر لأحد هذه العوامل ولكنه غير معروف لحد اليوم.

4 - أعراض اضطراب طيف التوحد:

إنّ أعراض اضطراب طيف التوحد تختلف في شدتها وعددها من طفل لآخر، حيث تمس الجانب اللغوي، العلاقات الاجتماعية، الاتصال والسلوك، وإذ ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك، ويختلف ظهور وحدة هذه الأعراض من طفل لآخر رغم أنه تم تشخيص كليهما على أنهما مصابان بالتوحد، وللتعرف على الأعراض الحقيقية لهذا الاضطراب، فإنّه من الضروري الإلمام بتفاصيل هذه الأعراض آخذين بعين الاعتبار ما يلي:

- أنه ليس من الضروري أن تظهر جميع هذه الأعراض في كل حالة من الحالات التي تعاني من اضطراب التوحد، بل قد يظهر بعضها في حالة معينة، ويظهر البعض في حالة أخرى.

- أنه قد يتباين ظهور هذه الأعراض من حيث الشدة والاستمرارية أو السن الذي يبدأ فيه العرض في الظهور، فيبدأ التوحد في بعض الحالات خلال الشهرين الأولين من عمر الطفل (عبد الرحمان سليمان، 2001، ص 28).

وهي على النحو التالي:

- **ضعف التفاعل الاجتماعي:** يتمثل في عدم القدرة على تطوير العلاقات مع الأشخاص وغياب التفاعل مع الآخرين أو الاهتمام بهم.

فالطفل يظهر كأنه يتجنب أو يرفض التواصل، وذلك من خلال:

- غياب الاتصال البصري (النظر المنحرف (Regard périphérique)).

- غياب الاستجابة بالابتسامة والإيماء.

- غياب الارتباط النوعي بالأشخاص (لا يميز الأشخاص المهمين في حياته مثل والديه وإخوته).

- **غياب وضعية الإقبال (Tendre les bras vers la mère):**

- لا يشارك الآخرين في نشاطاته واهتماماته وعدم القدرة على تطوير الصداقات مع الأقران.

- لا يبحث عن العطف والحنان ولا يجب أن يتقرب إليه أحد (النجار أحمد سلوم، 2006، ص 59).

- **الاتصال اللفظي وغير اللفظي:**

- أن المصاب بالتوحد يعاني من تأخر في الكلام واللغة.

- شذوذ ملحوظ في طريقة الكلام.

- إعادة الكلمات أو الجمل على شكل نمطي مصادات أو البغاوية (Echolalie).

- لديه خلط في استعمال الضمائر (أنت، أنا) والتي بدورها توحى إلى مشاكل في اكتساب المخط الجسدي (الاستخدام العكسي للضمائر).

- لا ينطق الألفاظ بشكل مفهوم كما تصدر عنه ألفاظا غريبة.

- لغته نمطية مكررة وغير اتصالية مع غياب النبرة الصوتية التوكدية ومحدودية الفهم.

- لا يتواصل بالإيماءات والحركات ليعبر عن الفرح، أو الخوف، التغييرات الوجهية.

- فقيرة الابتسامة نادرة، ويشار لهذه السمة بالوجه الجامد (Visage de gloce).

- **السلوكات والنشاطات والاهتمامات:**

يشمل السلوكيات النمطية المتكررة والنشاطات الاهتمامات المحدودة مثل:

- مقاومة أي تغيير في المحيط الذي تعود عليه الطفل مثل نقل أثاث في غرفته وتغيير عادة متكررة لديه.

- ألعاب متكررة وخالية من أي خيال أو إبداع مثل اللعب المزكوم كتطعيم الدب أو لعب العروسة (Faire semblant).

- المبالغة في التعلق ببعض الأشياء تبدو لا قيمة لها بالنسبة للطفل السوي، مثل (ورقة، خيط، كلبة) حيث يحتفظ بها في كل الأوقات.

- حركات طقوسية غريبة ومتكررة (Stéréotypes) مثل تدوير اليدين وضربها مع بعض وكأنها أشياء لا تنتسب إلى جسمه.

- اضطراب في مجالات النمو الأخرى:

تظهر هذه السلوكيات على شكل إفراط أو تدني للاستجابة للمثيرات، حيث يبدو كأنه يعاني من قصور حسي مما يستدعي الكشف عن حالة صمم أو عمي، كما نلاحظ غياب الاستجابة للمنبهات الضوئية الشديدة، وبالمقابل يمكن أن يستوقف اهتمامه تحريك ورقة أو صوت المروحية، الانحرافات نفسها نجدها في التعامل مع المثيرات البصرية، فالتوحد قد لا يستجيب لرؤية أشخاص أو الأشياء العائلية المعتادة، لكن يجلب انتباهه ضوء لامع أو تحريك نواصة، قد يستعمل سيارة صغيرة لسماع تدوير عجلاتها أمام أذنيه بدلا من جرها على الأرض كما يفعل أقرانه (فراج، 1996، ص 59).

في أول دراسات "ليو كانر" عن أعراض للتوحد (1943 - 1949) هناك نقاط اعتبرها أساسيات مهمة في وضع التشخيص وهي:

- 1 - ضعف شديد في التواصل الفعال مع الأشخاص.
- 2 - رغبة مفرطة للمحافظة على الروتين والرتابة.
- 3 - الإعجاب بالأشياء التي تمسك بالعضلات الدقيقة.
- 4 - نوع من اللغة لا يبدو أنه يستخدم الاتصال الشخصي الداخلي.
- 5 - مستوى كامل الذكاء وقدرة معرفية جيدة معتمدة على الذاكرة، وتظهر من مهارتهم على الاختبارات الأدائية (أحمد يحي خولة، 2000، ص 202).

وبالإضافة إلى هذا تتميز هذه الحالات بأنماط محدودة ومتكررة ونمطية في السلوك والنشاطات، وميول نحو عادات مألوفة وأنماط لعب وأداء الأعمال الروتينية ومقاومة التغيير، كما أن أغلب الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون نطاقا من المشكلات مثل الفزع والخوف واضطراب النوم والأكل ونوبات المزاج العصبي والعدوان وإيذاء النفس (مثل عض اليدين).

كما أن أغلبهم يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم، وصعوبة في تطبيق القوانين النظرية واتخاذ القرار في العمل حتى لو كانت المهام في إطار إمكاناتهم (سليمان، 2000، ص 28).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبلغ من العمر عامين إلى عامين ونصف يلاحظ الولدان بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب، بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي.

والأطفال التوحديين ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات، فالتوحد قد يكون بعلامات بسيطة، وقد يكون شديدا باضطراب في كل مجالات التطور عامة. (خالد نيسان، 2000، ص 122).

وأن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

- يتصرف الطفل وكأنه لا يسمع ولا يهتم بمن حوله.
- لا يجب أن يحضنه أحد.
- يقاوم الطرق التقليدية في التعليم.
- لا يخاف من الخطر.
- يكرر كلام الآخرين.
- نشاط زائد ملحوظ أو خمول مبالغ فيه.
- لا يلعب مع الأطفال الآخرين.
- ضحك واستشارة في أوقات غير مناسبة.
- بكاء ونوبات غضب شديدة لأسباب غير معروفة.

- يقاوم تغيير الروتين.
- لا ينظر في عين من يكلمه.
- يستمتع بلف الأشياء.
- تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
- فقدان الخيال والإبداع في طريقة لعبه.
- وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل هز الرأس أو الجسم أو اليدين.
- قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال. (محمد علي كامل، 2003، ص 10).
- لا يتجاوب الطفل التوحدي مع أي محاولة لإبداء العطف أو الحب له وكثيرا ما يشتكى والديه من عدم استجابته لمحاولتهما ضمه أو تقبيله أو مداعبته.
- لا يهتم التوحدي بتواجد الآخرين، ومن النادر أن يبدي عاطفة نحو الآخرين، بل تنقصه في كلامه النعمة الانفعالية والقدرة التعبيرية.
- يتميز التوحديين بالسلوك العدواني كالعض والخدش، ضرب الرأس على الحائط.
- الشعور بالألم أو الأسى أو الحزن دون أي معن أو سبب لذلك.
- أما "سميث" "Smith" (2001) فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي:
 - إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:
 - لا يطور مودة ولا صداقة للآباء وأعضاء الأسرة.
 - نادرا ما يلاحظ انفعالات مثل العطف والغضب.
 - الميل إلى استعمال الإشارات غير لفظية مثل: (الابتسام، الإيماءات، التواصل الجسمي).
 - لا يوجد تواصل بالعين.
 - اللعب التخيلي نشاط نادرا ما يلاحظ.

- يظهر نقص الإيماءات الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

قدرات تواصل ضعيفة:

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل أو غير متقنة.

- محتوى اللغة غالبا غير مرتبط بالأحداث الفورية.

- سلوك نمطي وتكراري.

- لا يحافظ على المحادثة.

- المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأها.

- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري.

- عكس الضمائر.

الإصرار على التماثل:

- التضاييق الواضح عند تغيير البيئة مظاهر الروتين اليومي يصبح طقوسيا.

- ظهور سلوك تكراري.

- سلوكات نمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد) صعب إيقافها.

أنماط سلوك غير اعتيادية:

- اعتداء على الآخرين خصوصا في حالة الشكوى.

- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب.

- ظهور مخاوف اجتماعية تجاه الغرباء والمواقف غير اعتيادية والبيئات الجديدة.

- تؤدي الازعاجات العالية إلى ردود فعل الخوف. (إبراهيم فرج عبد الله الزريقان،

2004، ص 44).

فإن أعراض التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد لأن هذا الاضطراب يمس كل جوانب نمو الشخصية للطفل، ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي، وكذا الاجتماعية من

حيث الاتصال والسلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

5 - علاج اضطراب طيف التوحد:

إنّ كون التوحد اضطراب ذو أعراض تختلف من طفل لآخر، كما تختلف في الشدة والحدة، فإنّه ليس هناك علاج أو طريقة علاجية يمكن تطبيقها على جميع الأطفال المتوحدين، ولا يمكن التخلص من هذا الاضطراب بطريقة كلية.

فالعديد من الدراسات أشارت إلى طيف التوحد ليس اضطراباً ذو علاج شافٍ مادام سببه الرئيسي غير معروف، ورغم ذلك وجد العديد من البرامج العلاجية التي تحاول مساندة الطفل وأسرته للوصول إلى أحسن وضع ممكن للطفل، والتقليل من أعراضه، وكذلك التعديل من سلوكه وعلاج مشكلات اللغة والاتصال.

وسنعرض فيما يلي مختلف الأساليب العلاجية والبرامج العلاجية التي قد تساعد الطفل التوحدي على عيش حياة عادية، وذلك من خلال علاج نفسي سلوكي دوائي... الخ.

5 - 1 - العلاج النفسي: حسب "محمد أحمد الخطاب"

التحليل النفسي كأحد الأساليب العلاجية السائدة في السبعينات من القرن السابق، وكان أحد الأهداف الأساسية للتحليل النفسي هو إقامة علاقة ودية وإخراج الطفل من قوقعته الذاتية، وذلك باستخدام فنيات علاجية تتضمن أنشطة إيقاعية مثل الموسيقى، وكذلك استخدام أنشطة لإثارة الذات.

ويشمل مرحلتين؛ الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأكبر قدر ممكن من التدعيم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والثبات الانفعالي من قبل المعالج.

الثانية: يركز المعالج النفسي على تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل الإشباع والإرضاء.

وبطبيعة الحال فإننا ندرك أن أي طفل يعاني من تأخر لغوي اجتماعي عاطفي يحتاج إلى العلاج النفسي. (محمد علي كامل، 2003، ص 11).

يؤكد العديد من الباحثين على أهمية العلاج النفسي في مساعدة الطفل التوحد وكذلك أسرته، إلا أنه ليس العلاج الوحيد، كما أنه غير كافٍ، ولهذا فإن حالة الطفل التوحد يمكن أن تتضمن أكثر وذلك من خلال العلاج الطبي.

5 - 2 - العلاج الطبي (الدوائي):

الهدف الأساسي من العلاج الطبي للأطفال المصابين بطيف التوحد هو ضمان الحد الأدنى من الصحة الجسمية والنفسية، كما أن العلاج الصحي الجيد يبدأ بتقديم الحالة العامة للطفل لاكتشاف وجود أي مشاكل أخرى.

ويرى "لطفى الشرييني" (2000) أن العلاج المستخدم لحالات التوحد محصور في استخدام بعض الأدوية النفسية، ولقد استخدمت أدوية وفيتامينات وغيرها من المواد الفاعلة البيولوجية كمحاولة لضبط وعلاج حالة الدماغ لدى الأطفال التوحديين بشكل مباشر استعمال الليثيوم Lithium في علاج الاضطرابات الانفعالية (الهوس - الاكتئاب)، وقد أظهر فائدة قليلة لدى الأطفال التوحديين، ومع الاضطراب الانفعالي الهوسي الاكتئابي، وعقار النالتركسون Nalterxonon لا زال قيد الدراسة، ويعمل هذا العقار على الحد من إثارة الدماغ، وخفض السلوكات النمطية ويزيد من مقدار العلاقات مع الآخرين. (لطفى الشرييني، 2000، ص 13).

5 - 3 - العلاج السلوكي:

اقترح بعض الباحثين استخدام أساليب علاجية سلوكية كطرائق لتعديل السلوك في علاج اضطراب طيف التوحد، سواء تم ذلك في البيت بواسطة الآباء أو في فصول دراسة خاصة، ونقوم هذه الفكرة في علاج الأطفال التوحديين على مكافأة السلوك المطلوب بشكل منتظم، وتجاهل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة والتقليل من الأفعال التكرارية النمطية، ولقد ثبت نجاح العلاج السلوكي مع هؤلاء الأطفال في تشجيع اكتساب المهارات الاجتماعية، ومهارات التواصل، ورعاية الذات، والمهارات المعرفية. (الخطاب، 1991، ص 333).

كما تسير دراسة "لويس كامل" (1998) أن العلاج السلوكي يهدف إلى إنقاص الأعراض السلوكية والارتقاء بالوظائف المختلفة أو الضعيفة أو غير الموجودة، مثل اللغة ومهارات رعاية الذات، يتطلب التدخل العلاجي في معظم الحالات على الأقل في البداية. (لويس كامل، 1998، ص 286).

وتشير دراسة "إيمان الأمين" (2011) إلى فاعلية برنامج سلوكي لخفض اضطراب التواصل البصري لدى الأطفال التوحديين.

وتعتمد طريقة "لوفاس" في تعديل السلوك على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبني بشكل منظم ومنطقي ومكثف، إنها طريقة مبنية إلى التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الاشرافية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من طرف واطسون في بداية القرن الماضي المطور من خلال "سكينر" لاحقاً، محاولاً ضبط الطفل التوحدي من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة لطفل ومكافأة منتظمة لسلوكيات الطفل المرغوبة، وقدم تشجيع للسلوكات غير المرغوبة، لقد أشار "لوفاس" بأن الطفل التوحدي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل مكثف ومنتظم، إن طريقة "لوفاس" تطبق اليوم بشكل واسع في مختلف البلدان تمكن الآباء والمعلمين لأن يكون لديهم تأثير واضح على سلوك الأطفال التوحديين. (إبراهيم فرج عبد الله الزريقات، 2004، ص 307).

إن محاولة تعديل سلوك الطفل التوحدي تجعله يصاب بنوبات غضب وهيجان خاصة، وأن من خصائصه رفض التغيير في البيئة ومن أجل هذا أوردنا عنصر وهو يتحدث عن كيفية التعامل مع هذه النوبات.

5 - 4 - التعامل مع نوبات الهيجان والغضب:

إن كل نوبات الغضب والهيجان أو تحطيم الطفل لما لديه من ممتلكات تحدث عن مواجهته لمواقف لا يستطيع القيام به بالمطلوب فيه، والاستجابة الفورية لها بتوفير الدعم التعزيزي النفسي والسلوكي والمادي الذي يمكن الطفل من إدراك نواقص سلوكه وآليات انتقاله للتعلم من موقف آخر، وحضن الطفل بهدوء، والتحدث معه ببطء ووضوح عن مواقف التعلم الحالية (محمد زياد حمدان، 2002، ص 119).

5 - 5 - العلاج الغذائي:

يشير "ياسر بن محمود" (2000) إلى أن آخر ما توصل إليه العلماء، والأطباء والكيميائيين من أن استخدام النظام الغذائي الخالي من الجلوتين والكازين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحد خاصة السلوكية، وبعد الجلوتين هو البروتين الموجود في المواد النشوية (القمح والشوفان والشعير).

والكازين هو البروتين الأساسي في الحليب ومشتقاته، وذلك لأن العديد من الأطفال لديهم أمعاء ومعدة بها خل أو تلف، وهذه الأمعاء المرشحة تسمح لبعض الأطعمة المهضومة جزئياً بالمرور من خلال مجرى الدم، وهذه البروتينات المهضومة جزئياً تكون مادة البيثيدات التي تكون لها تأثيرات تخديرية وتحدث أثر مثل أي مخدر عادي، وهذه المخدرات تستطيع أن تسبب التوحد. (ياسر بن محمود، 2000، ص 66).

ويستعمل في علاج التوحد النظام الغذائي الذي يخفف من مضاعفات الاضطرابات النفسية السلوكية، التي قد تحدثها الحساسية لدى الطفل التوحد، وذلك باتباع ما يلي:

- تناول وجبات غذائية متوازنة.

- إضافة لتناول الأطعمة الطبيعية وبعض الزيوت كزيت كبد الحوت.

- كما ينصح بأخذ الفتيامينات المركبة، وحقن ببعض المواد الحيوية.

يعتبر العلاج الغذائي من بين العلاجات التي تكاد تحقق أعراض التوحد، كما تحقق الحساسية لدى الطفل التوحد، بالإضافة إليه يركز في علاج هذا الاضطراب على حواس الطفل لإدماجه، وكذا إدماج حواسه كالتمرين على الدمج الحسي.

5 - 6 - العلاج بالدمج الحسي:

المعالجة بالتكامل الحسي هي علاج حسي حركي للأطفال المتوحدين، وقد طورتها "جين آيرز" (1979)، والتي تؤكد فيها على العلاقة بين الخبرات الحسية والأداء السلوكي الحركي والتدخل واستراتيجيات التدخل، ويكون الهدف من البيئة التي تزود باستجابات تكيفية وتعلم على نحو جيد.

وتشمل الأدوات اللازمة للعلاج من خلال الدمج الحسي ما يلي، على سبيل المثال:

- أرجوحات، زلاجات، فواشي ووسائد، أنفاق مصنوعة من مواد بلاستيكية.

- صلصال، مواد لنشاطات حركية دقيقة.

- دمي حسية ككرات من قماش، أنابيب قابلة للطي وللمط.

- أحواض مليئة بكرات اسفنجية.

فأساليب المعالج بالضغط الشديد، وجعل الطفل يلعب بها كالقفز والأرجحة ودحرجة

الكرات وغيرها. (الشامي، 2004، ص 298).

إضافة إلى العلاج بالدمج الحسي للطفل التوحدي نجد علاجات أخرى منها العلاج

بالدمج السمعي.

5 - 7 - العلاج بالدمج السمعي:

لقد لاقى هذا النمط العلاجي الكثير من المبالغات، ونسبة نجاحه تتجاوز 80% لقد

ظهر أولاً في فرنسا، ويتضمن استخدام آلة ويستمر التدريب أسبوعين، ويتألف من ساعتين

ونصف للاستماع مرتين في اليوم، والهدف إعادة تدريب السمع من خلال الموسيقى

المبرمجة، إنّ الأطفال الحساسين قد يستفيدون من هذه الطريقة بانخفاض الحساسية للصوت

وزيادة قدرتهم على الكلام. (خالدة نيسان، 2009، ص 132).

وفيه قد يستمع الطفل إلى أصوات متنوعة بهدف تحسين فهمه اللغوي، ويفيد المدافعون

عن هذه الطريقة أنها تساعد ذوي إعاقة التوحد على تلقي مدخلات حسية. (محمد السعيد

أبو حلاوة، 1997، ص 39).

فدريب الطفل التوحدي على الدمج السمعي ضروري كضرورة تدريبه على التدريب

البصري.

5 - 8 - علاج التوحد بالتدريب البصري:

بعض الأطفال التوحديين يعانون من رؤية الألوان التي تتدفق مع بعضها البعض،

وكذلك أشار بعض الأطفال التوحديين إلى أن عيونهم تؤلمهم عندما يرون بعض الألوان.

ومعظم الآباء يجدون أن المشكلات البصرية للأطفال المتوحدين يمكن ضبطها من خلال تبسيط البيئة وإزالة الاختلافات المؤلمة وإثارة ملفنة للنظر. (إبراهيم عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص 303).

كما أن معظم السلوكيات المرتبطة بالتوحد ومشاكل أو صعوبات الكلام تتجم في الواقع عن عجز في النظام البصري والأنظمة الحسية الأخرى عن توفير ملومات صحيحة ومفهومة لأصولها البيئة التي تمثلها، ولذلك يجب أن نتبع مراحل التطور البصري لدى الفرد ما يجعل التدريب على الإبصار مفيد للتغلب على الضعف والتشويش الي قد يحدث، هذا إضافة لضرورة عرض المريض على أطباء عيون للكشف عن الخلل وزرع العدسات وتركيب النظارات الصحية لحل مشاكل القرب أو البعد البصري. (محمد زياد حمدان، 2002، ص 121).

فعلاج الطفل التوحدي من خلال التدريب على الحواس، وكذا السمع والبصر مهم جدا، لأنه يساعد ويسهل العلاجات الكثيرة الأخرى التي تعتمد على هذه الحواس كالعلاج بالموسيقى.

5 - 9 - العلاج بالموسيقى:

يرى كل من "عبد الغفار السيد" و"عبد الغفار الدماطي" (1992) أن العلاج بالموسيقى يستخدم لتحقيق أهداف علاجية، حيث يقوم الأخصائي باستخدام الموسيقى لإحداث تغييرات مرغوبة في سلوك الفرد (عبد الغفار السيد وعبد الغفار الدماطي، 1992، ص 303).

ويذكر "Myra" (1999) في دراسته فائدة العلاج بالموسيقى للأطفال التوحدين التعليمية بالموسيقى ينمي ويطور والمهارات الاجتماعية الانفعالية الإدراكية التعليمية والإدراك الحسي، ألعاب الغناء والتصفيق تشجع الاتصال بالعين بين الطفل التوحدي والآخرين، واللعب بالموسيقى بجوار الطفل التوحدي ينمي الانتباه لديه، ويساعد على تعديل السلوك والالتزام بالوجود مع مجموعة أطفال آخرين في دائرته مثلا، ويساعد العلاج بالموسيقى الطفل التوحدي على الشعور والإحساس بنفسه، والشعور بقيمته وسط المجموعة، وذلك من خلال مشاركته مع الآخرين في النشاط الموسيقي.

كما تعتبر الموسيقى لغة عالمية يفهمها الجميع وكذلك الطفل التوحيدي، حيث يستجيب لها شعوريا وسلوكيا، وذلك بالاسترخاء والهدوء والرغبة في الاستجابة للآخرين والتفاعل معهم. (زياد حمدان، 2002، ص 121).

وإن كان للموسيقى أهمية في علاج الطفل التوحيدي وتحسين سلوكه، وكذا جعله يتفاعل مع الآخرين، فهناك أيضا العلاج باللعب يساعد الطفل على التواصل.

5 - 10 - العلاج باللعب:

ترى West (1997) أن اللعب هو اللغة التي تشكل عالم الطفل، وأنه أفضل أداة لعمليات النمو والتعلم معا، يساهم اللعب في بناء الجانب الحسي، حيث يخرج الطفل انفعالاته حركيا كالجري، القفز وأيضا لإخراج انفعالاته النفسية كالخوف، القلق، التوتر من خلال الألعاب المتنوعة، فيصبح الطفل هادئا ومستعدا لتلقي أي مداخلات تنمي مهاراته اللغوية.

ويتعلم أيضا من خلال اللعب مع الآخرين ومشاركتهم في أداء الأدوار والالتزام بقواعد الألعاب وقوانينها وإقامة علاقة بينه وبين المعالج، ومن خلال أنشطة اللعب بأشكالها المختلفة يتفاعل الطفل مع مواد اللعب والأشخاص المحيطة به (رياض، 2000، ص 97).

6 - البرامج التربوية العلاجية:

6 - 1 - برنامج تيتش Teach:

هو برنامج أسسه Eric Schopler في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وهو يهدف إلى مساعدة الطفل التوحيدي أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم، حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحيدين معلمات بصرية واضحة، ويعتمد Teach مقياس مقياس (CARS) كأساس للتقييم في البرنامج.

إنّ جزءا مهما من برنامج Teach موجه لتطوير مهارات الاتصال ومتابعة الاهتمامات الاجتماعية وأوقات الفراغ، وكذلك يتضمن البرنامج تعليم وتدريب لآباء الأطفال التوحيدين، بحيث يتضمن روتينا وإشارات في المنزل تكون متوافقة مع تلك المقدمة في الصفوف

الدراسية للبرنامج، وذلك حتى تعمم المهارات على المواقف المختلفة. (يحي القبالي، 2004، ص 246).

ومن المجالات التي يتضمنها البرنامج نذكر:

- الإقلال من المشاكل السلوكية.
- التحكم البيئي المناسب للأطفال في المراحل العمرية.
- تنمية السلوك الاتصالي والاجتماعي.
- تدريس الجوانب المعرفية والأكاديمية.
- تنمية مهارات الحركات الدقيقة والتنظيمية.
- تنمية الاتصال اللغوي التعبيري والاستقبالي.
- تنمية مهارة الرعاية الذاتية.

بالإضافة إلى برنامج Teach هناك برنامج Leap.

6 - 2 - برنامج ليب Leap:

بدأ برنامج Leap (1981) في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحيدين من عمر (3 - 5) سنوات، وتدريب الآباء على المهارات السلوكية، بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

التركيز الأولي لبرنامج Leap يشمل تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة والعامة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والأجوبة على الأسئلة، وإقامة ورش تدريبية وتقديم استشارات حسب الحالة، ويشمل التدريب على:

- أ - تنظيم الصف.
- ب - ضبط الصف.
- ج - منهاج إشراق.
- د - متابعة لما وراء عمل المعلمين.
- هـ - تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية.
- و - مشاركة الأسرة.

وفي برنامج Leap يتم تحديد أهداف خاصة لكل طفل توحدي، ووضع استراتيجيات لإشباع حاجاتهم، ولا بدّ من مشاركة الأسرة ضمن برامج تدخل مستندة إلى المنزل والمجتمع (يحي القبالي، 2004، ص 247).

6 - 3 - برنامج نظام تبادل الصور PECS:

هو النظام الذي يستخدم من قبل المعالج لتنمية مهارات التواصل لدى أطفال التوحد من خلال فنيات وآليات هذا البرنامج، وهو أيضا نظام تبادل الاتصال عن طريق تبادل الصور مكون من ست مراحل:

- المرحلة الأولى: بناء التواصل؛ يتم في هذه المرحلة تدريب الطفل على المبادرة من خلال تبادل صور بمعزز عالي.

- المرحلة الثانية: التنقل؛ تشمل هذه المرحلة تعليم الطفل على الاستمرارية في التواصل من خلال البحث عن الصور والذهاب بها إلى الشخص شريك التواصل لطلب المعزز.

- المرحلة الثالثة: تمييز الصورة؛ يقوم المدرب بتعليم الطفل تمييز الصور واختيار الصورة التي تمثل المعزز الذي يريده.

- المرحلة الرابعة: بناء الجملة؛ يقوم المدرب بتدريب الطفل على تكوين جمل لإجراء الطلب من خلال نموذج للجملة "أريد...".

- المرحلة الخامسة: الاستجابة للطلب؛ حيث يتم تعليم الطفل المتدرب على الإجابة عن سؤال "ماذا تريد...".

- المرحلة السادسة: التعليق والتلقائية؛ يتم من خلال هذه المرحلة تدريب طفل التوحد على التعليق على الأشياء الموجودة في محيطه أو بيئته، إما وحده أو بطريقة عفوية. (ابنسام بوشلاغم، 2015، ص 45).

6 - 4 - برنامج لوفاس Lovas:

برنامج Lovas هو برنامج مطول للتدريب على المهارات المكتفة المختلفة مبني بشكل منظم ومنطقي، ومعتمد بشكل كبير على التحليل السلوكي لعادات الطفل واستجاباته للمثيرات، يبدأ البرنامج بتحديد المثيرات السابقة والمثيرات اللاحقة بعد التعرف على استجابة

الطفل، ثم تحدد سلوكيات الطفل القوية والضعيفة، ثم نقوم بتشكيل المهارات الجديدة من خلال تنظيم المثيرات وتقديم التعزيز الفوري، وهو ما يعرف بنموذج A. B. C وهو كما يلي:

A يصف الأحداث.

B السلوك.

C النواتج.

فكل محاولة تدريبية تتألف من مثير تمييزي لفظي لاستجابة الطفل ومن المعزز، وقد يكون إيجابيا مثل الطعام أو ألعاب.

- مهارات الحضور والانتباه:

1 - أن يجلس بمفرده بطريقة مستقلة.

2 - أن يتواصل ببصره استجابة لسماع اسمه.

3 - أن ينظر ويتصل ببصره عند سماع أمر انظر إلي.

4 - أن يستجيب للأمر ارفع يدك.

- مهارات التقليد:

1 - أن يقلد حركات الجسم الكبرى.

2 - أن يقلد الحركات الدقيقة.

3 - أن يقلد حركات الفم والشفاه.

- مهارات اللغة التعبيرية.

1 - أن يشير بأصبعه إلى ما يريد.

2 - أن يقلد الأصوات والكلمات.

3 - يعبر حركيا بنعم أو لا (باستعمال اليد أو الرأس).

4 - تسمية الأشخاص المألوفين.

6 - 5 - برنامج Fast for word:

وهو برنامج إلكتروني يعمل (بالابتكار، كمبيوتر) ويعمل على تحسين المستوى اللغوي للطفل المصاب بالتوحد، وقد تم تصميم هذا البرنامج عام (1996) بناءً على البحوث

العلمية التي قامت بها عالمة اللغة Paula Tallal.

حيث بينت في بحثها المنشور في مجلة العلم أن الأطفال التوحديين الذين استخدموا هذا البرنامج قد اكتسبوا ما يعادل سنتين من المهارات اللغوية خلال فترة قصيرة، وتقوم فكرته على وضع سماعات في أذني الطفل بينما هو جالس أمام شاشة الحاسوب يلعب يستمع للأصوات الصادرة عن هذه اللعبة، وهذا البرنامج يركز على جانب واحد هو جانب اللغة والاستماع والانتباه، وبالتالي يفترض أن الطفل قادرا على الجلوس مقابل الحاسوب دون وجود عوائق سلوكية، وقد تم تطوير برامج أخرى متشابهة تركز على تطوير المهارات اللغوية لدى الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النمو اللغوي. (يحي القبالي، 2004، ص 248).

إنّ الاهتمام بالطفل التوحد سواء كان ذلك بالعلاج أو البرامج التربوية يساعد كثيرا الأسرة على التوافق مع طفلهم المضطرب.

خلاصة الفصل:

يعتبر طيف التوحد من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة وتعقيدا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى الارتقائي، اللغوي والاجتماعي والحركي وفي عمليات الانتباه والإدراك واختبار الوقائع، كما أنه اضطراب غامض لم يتوصل العلماء والباحثين إلى تحديد سبب معين له حيث أن أسبابه قد تكون نفسية أو وراثية أو بيولوجية أو كيميائية والذي تتميز أعراضه بقصر في العلاقات الاجتماعية والاتصال والفعال القهرية، وما جعل هذا الاضطراب خطير هو صعوبة تشخيصه لأن الكثير من أعراضه تتشابه مع اضطرابات أخرى، فالتشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في علاجه ووضع برامج علاجية وتربوية من أجل مساعدة هذا الطفل التوحدي سواء كان العلاج نفسي، طبي، سلوكي أو غيره.

الفصل الثاني

التشخيص

تمهيد

1 - تعريف التشخيص

2 - العملية التشخيصية

3 - أنواع التشخيص

4 - تشخيص اضطراب طيف التوحد

خلاصة

تمهيد:

تعتبر عملية التشخيص نقطة البدء في تحديد أساليب العلاج الفعال للطفل، واختبار أسلوب التدخل المناسب، حيث يمدنا التشخيص بالمعلومات الأساسية والخلقية النمائية للحالة، من الأمور المهمة والصعبة في اضطراب طيف التوحد هي عملية التشخيص بسبب ما يحمله هذا الاضطراب من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى، لذا أصبحت عملية التشخيص عملية صعبة ومعقدة ويجب أن يكون التشخيص من قبل فريق متكامل يتكون من الأخصائيين النفسانيين والاجتماعيين والأطباء، ومعتمدا على المراقبة والملاحظة لسلوك المصاب لكي يكون التشخيص شامل ودقيق من أجل معرفة درجة الإصابة ونوع العلاج والتدريب الذي يحتاجه المصاب، وسنتناول في هذا الفصل مفهوم التشخيص وأنواعه وكذا مفهوم التشخيص النفسي، شروطه، أهميته وأدوات التشخيص النفسي ومراحله والتعرف على مفهوم التشخيص الفارقي وشروطه، طرقه وأهمية التشخيص الفارقي ومراحله وكذا تشخيص طيف التوحد.

1 - تعريف التشخيص:

كلمة تشخيص مأخوذة في الأصل عن الطب، والتشخيص هو الفن والسبيل الذي يتسنى به التعرف على أصل ونوع المرض، ويهدف التشخيص إلى تزويد الأخصائيين والأسر بتسهيلات واضحة في التواصل فيما بينهم واتخاذ الإجراءات المناسبة للوقاية بأشكالها المختلفة.

التشخيص في الطب هو عبارة عن معرفة "كم وكيف" المرض الذي يعاني منه المريض، وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها في فئة معينة. (فتحي وعيسى، 2021، ص 250).

2 - العملية التشخيصية:

تعد عملية تجميع المعلومات كلها والتي يحتاجها المرء من أجل تشخيص اضطراب نفسي أو مشكلة أسرية أو غيرها عملية صعبة، تتطلب الخبرة المهنية وتستخدم الملاحظة والمقابلة على شكل أسئلة وإجابات والمقاييس والاختبارات، وقد يطرح المعالج في البداية تشخيصا أوليا مؤقتا، ويستمر فيما بعد بالتحقق منه أو تخصيصه، وقد يعود ثانية لإجراء

تشخيص جديد، والتشخيص أمر ضروري للعلاج ومن أجل هذا الغرض يقوم المشخص ببناء صورة من خلال المعطيات التي استخلصها من الفحص والجلسة التشخيصية والاختبارات. (Frey, 2005).

إنها عملية تهدف إلى الحصول على المعلومات الهادفة حول الخصائص النفسية للشخص الواقع تحت التشخيص باستخدام أساليب مختلفة. (Kubinger, 2009, p 3).

العملية التشخيصية تنطلق من مسألة (سؤال) وتنتهي في العادة بالإجابة عن السؤال المطروح في التشخيص، ولا بد دائما من النظر إلى العمل التشخيصي النفسي على أنه حادث اجتماعي توافقي، يحصل بين عدد من المشاركين وفق مستويات متعددة، وهي لا تبدأ عند الفحص التشخيصي، وإنما من الاتصال الأول بين المشخص والمراجع أو صاحب التكليف. (سامر جميل رضوان، 2014، ص 188 - 187).

3 - أنواع التشخيص:

توجد أنواع مختلفة من التشخيص ترتبط بمجال الاستخدام داخل علم النفس:

3 - 1 - التشخيص المؤسسي:

ويشمل التشخيص المؤسسي على:

• **علم نفس العمل وعلم النفس التنظيمي:** يستخدم علم النفس العمل وعلم النفس التنظيمي إجراءات تشخيصية في الانتقال للتأهيل والتدريب والتوظيف والانتقاء المهني، وتمتد المسائل التشخيصية من انتقاء المرشحين الملائمين للتدريب المستمر أو للتأهيل وانتهاء بتشخيص عمليات العمل ووحدات التنظيم أو المنظمات الكاملة أو المؤسسات، ومن هنا تطلق على هذا النوع من التشخيص تسمية التشخيص المؤسسي أيضا.

• **التشخيص التربوي:** يستخدم علم النفس التربوي التشخيص بالطريقة نفسها في إطار استنتاج الكفاءة المدرسية بالنسبة لمدارس معينة أو لأنواع معينة من الدراسة وفي تحديد القصور الخاص في الإنجاز أو الموهبة وانتهاء بتحديد المشكلات في التربية ضمن الأسرة والمدرسة.

3 - 2 - التشخيص الفردي:

• علم النفس الإكلينيكي: على عكس التشخيص المؤسساتي فإن التشخيص النفسي في ميدان علم النفس الإكلينيكي يتحرك ضمن مجال التشخيص الفردي، وذلك عندما يسأل على سبيل المثال عن ظروف وأسباب الأضرار أو الاضطرابات النفسية من أجل الحصول منها على مؤشرات (دلائل) للإجراءات التدخلية والعلاجية المناسبة.

• علم النفس العصبي الإكلينيكي: تشبه الإجراءات التشخيصية في علم النفس العصبي الإجراءات التشخيصية في علم النفس الإكلينيكي، فعلى أساس النتائج العصبية والنفسية العصبية يتم استخلاص إجراءات لإعادة التأهيل وإجراءات تدريبية وتنفيذها (سامر جميل رضوان، 2000، ص 52).

3 - 3 - التشخيص النفسي:

3 - 3 - 1 - تعريف التشخيص النفسي:

"هيرمان روشاخ" أول من أدخل مفهوم التشخيص النفسي psychodiagnostic في علم النفس في كتابه الصادر في عام 1921 الذي يحمل العنوان نفسه وعرضه في استخدامه لاختبار روشاخ المشهور، وظل هذا المفهوم مقتصرًا على هذا النوع من التشخيص روشاخ، غير أنه توسع اليوم ليشتمل كل الطرق والإجراءات في هذا المجال (سامر جميل رضوان، 2000، ص 33).

التشخيص النفسي هو "التعرف المعمق" على السمات النفسية لشخص ما بواسطة الطرق والإجراءات العلمية المناسبة وذلك بمعنى الحصول الواسع على المعرفة، بغرض تدعيم القرارات التشخيصية بالحجج في المجالات المختلفة من الممارسات النفسية، كالتعليم والتدريب المهني واتخاذ القرارات المتعلقة بالاختيار المهني والانتقاء والفرز في مجال الموارد من أجل انتقاء العلاج المناسب وتحديد الاستعدادات، وتقديم النصائح الخاصة فيما يتعلق بإمكانات التنمية الهادفة والمفيدة فرديًا وغيرها.

عرّف كل من "شميدت" "أتسيرت" و"أميلانغ" (2012) التشخيص النفسي هو فروع علم النفس، يساعد في الإجابة عن المسائل التي تستند إلى وصف أو تصنيف أو تفسير السلوك

والخبرة لشخص أو عدة أشخاص والظروف ذات الصلة المرتبطة بالسلوك والخبرة، ويتم تفسير المعلومات التي يتم الحصول عليها من أجل الإجابة عن المسائل التشخيصية، والإجراء التشخيصي توجهه المعرفة النفسية العلمية، ومن أجل الحصول على المعلومات يتم استخدام طرق تستوفي معايير علمية معينة. (سامر جميل رضوان، 2000، ص 34 - 44).

3 - 3 - 2 - شروط التشخيص النفسي:

تتمثل شروط التشخيص حسب "الروسان" (1999) في النقاط التالية:

- يجب أن تتم عملية التشخيص من قبل متخصصين مؤهلين علمياً ومرخصين للعمل في هذا الميدان.
- يجب أن يتم جمع المعلومات التشخيصية من مصادر متنوعة مثل الأسرة، والأقران، والمعلمين، وأرباب العمل.
- يجب الحصول على موافقة ولي الأمر على إجراءات التشخيص.
- يجب الحفاظ على سرية معلومات القياس والتشخيص.
- يجب استعمال أدوات وأساليب متنوعة وأن تكون الاختبارات والمقاييس المستخدمة مقننة.
- عدم الاكتفاء بنتائج مقياس واحد عند تحديد أهلية الفرد لخدمات العلاج النفسي.
- يجب أن يوضع المشخص تحت الملاحظة - عند الحاجة - بغرض التحقق من صحة نتائج القياس والتشخيص.

3 - 3 - 3 - أهمية التشخيص النفسي وأهدافه:

للتشخيص النفسي أهمية كبيرة في ميدان علم النفس المرضي، فعن طريقه يمكن تحديد نوع ومشكلة الفرد واضطرابه ومدى خطورته عند التعرف على زملة الأعراض التي يعاني منها، وكلما كان التشخيص مبكراً، تصبح فرصة العلاج أفضل (زهران، 2005).

يوجز "الفخراني" (2015) أهداف التشخيص في النقاط التالية:

- يتم من خلال التشخيص تحديد الاحتياجات الفريدة للعملاء والتي لا توجد عند غيرهم بهدف إشباع تلك الحاجات.
- يمكن من خلال التشخيص الربط بين الجزيئات المتفرقة للمشكلة بطريقة توضح العلاقة بين هذه الجزيئات لتكوين نظرة عامة ومتكاملة عن مشكلة المريض.
- يؤدي التشخيص إلى التعرف على العوامل والأسباب التي أدت لوقوع المشكلة.
- يقدم التشخيص تفسيراً للمشكلات النفسية والاجتماعية بما يتضمنه ذلك من عواطف وانفعالات وظروف شخصية يصعب الوصول إليها أساساً عن طريق آخر.
- يوفر التشخيص أساساً منطقياً موثقاً به للعلاج.

3 - 3 - 4 - أدوات التشخيص النفسي:

تعتمد عملية التشخيص على عدد من الإجراءات، والأساليب، والأدوات حتى تكون عملية التشخيص دقيقة ومحكمة، ومن هذه الأدوات والأساليب:

- المقابلة العيادية:

تعرف المقابلة على أنها تواصل لفظي هادف بين الطرفين يحتل جمع المعلومات حول السلوك والخبرة عند الشخص مركز الصدارة، ويجري الحوار بشكل رسمي وفق محكات محددة للحوار، ويمكن النظر إلى المقابلة من أربع زوايا:

- الحصول على المعلومات من خلال تبادل الحديث بين الفاحص والمفحوص.
- يسير اتجاه المعلومات بشكل أساسي في اتجاه من المفحوص إلى الفاحص.
- تجري بين المسؤول والسائل تفاعلات على مستويات مختلفة: على أساس مستوى نفسي عام، مستوى نفسي اجتماعي، نفسي تعليمي، نفسي أعماقي.
- يتم تصميم الحوار من السائل بحيث يمكن من خلاله الحصول على بيانات ومعلومات تمكن المشخص من إجراء تقييم منطقي. (رضوان، 2014، ص 149).

تبرز أهمية المقابلة في كونها تسمح للمختص من ملاحظة الكثير من التعبيرات والحركات والانفعالات أثناء حديث العميل، ويتعرف عن طريقها على قدرات والظروف

البيئية والاجتماعية للعميل، كما يمكن تطبيق كافة الاختبارات والمقاييس خلالها، من جهة أخرى يتم فيها تقييم جميع جوانب الشخصية والنفسية والعقلية بغية الوصول إلى تشخيص مشكلة العميل بشكل أدق.

- خطوات المقابلة:

تمر المقابلة العيادية عبر خطوات متسلسلة، وهي:

أ - **مرحلة الافتتاح:** وهي مرحلة البدء وتقرير الحالة وفيها يحاول المختص أن يوفر جوا من الدفء والمودة من أجل بناء علاقة إيجابية وكسب ثقة المريض.

ب - **مرحلة الوعي الفكري:** فيها يبدأ المختص بالدخول في مضمون المقابلة والتي تشمل توضيح سبب طلب المريض وفهم أولي لمشكلته، ويتم فيها تجميع المعلومات وتطبيق الاختبارات وتفسير نتائجها لكي يتم التعرف أكثر على الحالة المرضية للمفحوص.

ج - **مرحلة البناء:** لا تتم هذه المرحلة إلا بعد المرور بالمرحلتين السابقتين ومناقشة المفحوص وعائلته وأقرانه بجميع التفاصيل عن مرضه، كما يسعى فيها المختص للتوصل إلى الأسباب والدوافع التي أدت بالمفحوص إلى حالته، من أجل تحقيق علاجاً فعالاً.

د - **مرحلة الإقفال:** يصل فيها الطرفان المختص والعميل إلى قرار مشترك بإنهاء المقابلة بناء على طلب المختص الذي رأى أن العميل أصبح قادراً على التوافق السليم أو بناء على طلب العميل الذي وجد نفسه معافى أو لم ينفعه العلاج. (صالح، 2014).

- الملاحظة العيادية:

هي طريقة من منظمة يحاول فيها المختص أن يجمع معلومات عن سلوك معين على النحو الذي يحدث فيه الموقف وتسجيل هذا السلوك، لذا تقوم الملاحظة العيادية على ملاحظة الوضع الحالي للعميل في جانب محدد من جوانب سلوكه، وتشمل ملاحظة السلوك في مواقف الحياة الطبيعية، ومواقف التفاعل الاجتماعي بكل أنواعها، بذلك تكمن فائدة هذه الأداة لكونها أداة تشخيصية لها درجة عالية من الثقة والثبات ويمكن الاعتماد عليها وفي الوصول لحقائق واقعية وصادقة في رصد سلوكيات الأفراد، وبتحديد موضوعات دقيقة ومحددة مرتبطة بالموقف أو الحالة أو الموضوع الذي تتم ملاحظته، لجمع معلومات وحقائق

في إطار تلك الموضوعات. (صالح، 2014، ص 160).

- أنواع الملاحظة العيادية:

من أنواع الملاحظة:

- الملاحظة المباشرة: وجها لوجه مع المفحوص.
- الملاحظة غير المباشرة: دون اتصال مباشر مع المفحوص.
- الملاحظة المنظمة الخارجية: يقوم بها المختص ومساعدوه.
- الملاحظة المنظمة الداخلية: من الشخص نفسه لنفسه.
- الملاحظة الدورية: على فترات زمنية محدودة.
- الملاحظة المقيدة: بمجال أو موقف وفترات معينة (زهرا، 2005، ص 160).

- الاختبارات والمقاييس النفسية:

إنّ الاختبار النفسي ما هو إلا أداة للحصول على عينة من سلوك الفرد في موقف مقنن وبهذا الشكل يمكننا تقييم الملاحظات المضبوطة للسلوك تقييما موحدا، لذا كان للاختبار النفسي مزايا لا توجد أصلا في المقابلة أو الملاحظة أو في إجراءات دراسة الحالة، والاختبارات دون شك هي وسائل ذات قيمة كبيرة في عمليات التشخيص والتوجيه الإرشاد النفسي والعلاج، وهي كأى وسيلة يمكن الاستفادة منها إذا أحسن استخدامها ووضعت حولها الضوابط، وامكن معرفة معايير ثباتها وصدقها ودلالاتها الإكلينيكية وحدودها التي لا تستطيع تجاوزها بحكم طبيعتها، أو طبيعة القدرات التي تقيسها. (فتحي وعيسى، 2021، ص 256).

- التقرير النفسي:

التقرير النفسي جزء مهم وأساسي من التشخيص النفسي، وفيه تتجلى العملية التشخيصية بخطواتها، أي تلك الإجراءات التي قام بها الفاحص بدءا من طرح الأسئلة وانتهاء بالإجابات التشخيصية واقتراح الإجراءات أو التدخلات.

كما يمكن تعريف التقرير النفسي بأنه التوثيق المنهجي لنتائج الفحص النفسي بمجمله، وهو يوصفه كذلك جزء من العملية التشخيصية. (فتحي وادة، 2021، ص 258).

3 - 3 - 5 - مراحل التشخيص النفسي:

حدد كل من "ساندبيرغ وتيلر" نقلا عن "الفخراي" (2015) مراحل التشخيص في الخطوات الأربع التالية:

- **مرحلة الإعداد Preparation Stage:** وتشتمل بدورها على أربع خطوات فرعية:

- الاتصال بين الأخصائي وكافة المؤسسات لتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض وتجمع كافة التقارير.

- المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي في المقابلة المبدئية.

- القرارات الأولية في قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.

- اختيار أدوات التشخيص، من اختبارات ووسائل قياس وزيارات وغيرها.

- مرحلة التزويد بالمعلومات Input Stage:

وتتضمن خطوتين فرعيتين:

- المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والمريض، والتي قد تستلزم تعديلات في أهداف التشخيص ووسائله، كما تشتمل كذلك على استخدام الاختبارات التي يراها الأخصائي تناسب الحالة.

- تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضا مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

- مرحلة معالجة المعلومات Processing Stage:

يقوم فيها الأخصائي بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعاني المتضمنة لها وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات وتفسيرها تمهيدا للاستفادة منها.

- مرحلة اتخاذ القرارات Output Stage:

وتتضمن كتابة التقارير واجتماعات مناقشة الحالة، ثم اتخاذ قرارات نهائية ترتبط بشأن العلاج وأسلوب العمل (فتحي وعيسى، 2021، ص 251 - 252).

3 - 4 - التشخيص الفارقي:

3 - 4 - 1 - تعريف التشخيص الفارقي:

تم تعريفه حسب القاموس الطبي أنه طريقة لتحليل التاريخ الطبي، والفحص السريري للمريض، للوصول إلى التشخيص الصحيح والنهائي للمرض، ويشمل تمييز مرض أو حالة معينة عن غيرها من الحالات التي تشترك معها بصفات سريرية مشابهة، يستخدم الأطباء التشخيص التفريقي لتشخيص مرض معين لدى المريض، أو لتحديد أي حالات قد تشكل تهديدا وشيكا للحياة، وفي كثير من الحالات يطلق على كل احتمال فردي لمرض معين التشخيص التفريقي. (<https://www.merriam-webster.com>).

كما عرّفه "حامد عبد السلام زهران" أنه مصطلح مستعار من الطب، وهو يقوم على التفرقة المنهجية بين أعراض مرضين أو أكثر لتقدير أي منهما هو الذي يعاني منه المريض، ويحتم التشخيص الفارقي على المعالج سواء كان معالجا نفسيا أو طبيا نفسيا أن يحيط علما بالطرق والأساليب المنهجية في الفحص والتشخيص والعلاج وأن تزال الحدود المصطنعة بين الاثنين حيث أن هدفهما واحد وهو علاج الحالة.

ومن أهم دواعي الاهتمام بالتشخيص الفارق حالات الأمراض النفسية المنشأ والأمراض عضوية المنشأ وحالات الاضطرابات النفسية والاضطرابات الجسمية وحالات الأمراض الجسمية التي يصاحبها اضطرابات نفسية والأمراض النفسية الجسمية، لأنه في ضوء هذا التفريق تتحدد طريقة وإجراءات العلاج. (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص 163 - 164).

3 - 4 - 2 - شروط التشخيص الفارقي الناجح:

من شروط التشخيص الفارقي الناجح ما يلي:

- التعرف الواضح على أسباب المرض.

- التفريق بين الاضطرابات العضوية والاضطرابات الوظيفية.
- تقييم درجة الاضطراب العضوي والاضطراب الوظيفي.
- اكتشاف رد فعل الشخص تجاه اضطرابه.
- تقدير شدة الأعراض لأن الفرق بين الشخصية المريضة والشخصية السوية من حيث الأعراض هو الفرق في الدرجة وليس في النوع.
- إتباع الأساس العلمي والإحصائي في تصنيف وتحليل المعلومات.
- تحديد فرض تشخيص دينامي بخصوص طبيعة المرض.
- تحدد مآل المرض.
- تحديد نوع وأسلوب العلاج الذي يجب أن يتبع. (حامد عبد السلام زهران، 2005، ص 164).

3 - 4 - 3 - طرق التشخيص الفارقي:

بعد إجراء التشخيص التفريقي طريقة تشخيصية منهجية تستخدم لتحديد المرض في الحالات التي توجد فيها بدائل واحتمالات متعددة ممكنة، ويمكن استخدام طرق التشخيص التفريقي بالتزامن أو بالتناوب مع بروتوكولات معيارية خاصة أو استخدام الخوارزميات الطبية من خلال وضع قائمة بجميع التفسيرات المحتملة لأعراض الشخص ويتخلصون منها واحدة تلو الأخرى من خلال مجموعة طويلة من أسئلة يطرحها الأطباء على المرضى، ومن خلال الإجابة يضيقون نطاق قائمة التفسيرات المحتملة ثم يوجه التشخيص التفريقي بغية تقييم المريض.

إذ يمكن ربط تشخيصين مختلفين بمريض تظهر عليه أعراض يمكن أن تتناسب مع كلا التشخيصين، فمثلا يمكن وضع تشخيص تفريقي لاضطراب الشخصية الحدية عند مريض شخصت إصابته بالاضطراب ثنائي القطب نظرا للتشابه في أعراض كلتا الحالتين مما يعني أنهم يضعون قائمة بجميع التفسيرات المحتملة للأعراض الشخص ويتخلصون منها واحدة تلو الأخرى، وقد تستخدم بعض الطرق للحصول على المعلومات التي تقلص احتمالات الحالات المرشحة، باستخدام أدلة مثل الأعراض المرضية، القصة المرضية،

والفحص السريري، فمثلا في حالة الصراع يلزم التفريق بين ما إذا كان صرعا هستيريا أم صرعا عضويا، ولكل منهما أعراض فارقة، ففي الصرع الهستيرى يصاب المريض بالنوبة في وسط الناس ويقع في مكان آمن ونادرا ما نجد فيه إصابة ولا يعرض لسانه ولا يتبول أثناء النوبة، ولا تختفي الانعكاسات لديه، ويكون رسم موجات المخ الكهربائية سليمة، أما في الصرع العضوي فإن النوبة تباغت المريض في أي مكان، ودائما نجد فيه إصابات وكسورا وجروحا وقد يعرض لسانه وقد يتبول أثناء النوبة، وتختفي الانعكاسات، ويكون رسم موجات المخ الكهربائية مضطربا.

تختلف الاستراتيجيات التي تستخدم في وضع قائمة التشخيص التفريقي باختلاف خبرة الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية، إذ قد يعمل مقدمو الرعاية الصحية المبتدئون بشكل منهجي لتقييم جميع التفسيرات المحتملة لمخاوف المريض، كما يمكن تبسيط إجراءات التشخيص التفريقي إذا عثر المعالج على علامة أو عرض يرتبط بالمرض بشكل وثيق أو حالة عدم وجود علامة أو أعراض يعتبر وجودها ضروريا لتشخيص مرض معين (العكس).
لكن أولئك الذين لديهم خبرة أكبر غالبا ما يعتمدون على الخبرة السريرية والفحوص والاستقصاءات المساعدة. (Wilson ;MC2012).

3 - 4 - 4 - أهمية التشخيص الفارقي:

تعتبر التشخيصات الفارقية (التفاضلية) أكثر أهمية لما تلعبه من دور في تحديد العلاج والتنبؤ بالنتيجة، وأهم التشخيصات الفارقية هي تلك التي تنطوي على اضطراب يتطلب علاجا عاجلا ومحددا، يدرك جميع الأطباء النفسيين تماما أهمية تشخيص أورام المخ وأمراض الدماغ الأخرى، مثل التهاب الدماغ الفيروسي والورم الدموي تحت الجافية، أو على الأقل الشك فيها، والتي قد تظهر أيضا مع أعراض نفسية، في أسرع وقت ممكن، نظرا لأن هذه الحالات قد تظهر جميعها بأعراض اكتئابية، أو مع اللامبالاة أو تغيرات سلوكية أخرى، أو حتى مع أعراض ذهانية، ولأنها تتطلب علاجا عاجلا، لذلك يدخل في تشخيصها الفارقي مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية، تستند للعديد من سمة الفطنة التشخيصية.

كما أن الكثير من اضطرابات التمثيل الغذائي مثل التسمم الدرقي ومتلازمة كوشينغ، تكمن وراء بعض حالات القلق والاكتئاب، كما انه من المهم أيضا الكشف عن أمراض

الدماغ مثل مرض كروتزفيلد جاكوب، والذي يظهر أحيانا مع أعراض نفسية على الرغم من عدم وجود أي علاج قادر على تغيير مسار المرض، بسبب الآثار المترتبة على التشخيص، إذا كان شخص ما يعاني من مرض سيؤدي حتما إلى إعاقة دائمة أو وفاة، فكلما تم إثبات ذلك مبكرا كان ذلك أفضل، لكل من المريض والأسرة.

هناك ظروف أخرى يكون فيها التشخيص الحاسم في التشخيص التفريقي بين أمراض الدماغ والاضطراب النفسي هو الأخير وليس الأول، فمثلا يعد الخرف شائعا عند كبار السن ويرتبط معظمه بالتقدم في العمر الذي تتلف خلاله الكثير من الخلايا الدماغية، ولكن في بعض الأحيان، تظهر أمراض الاكتئاب مرتبطة بضعف عقلي لدرجة أنها تشبه إلى حد بعيد الخرف.

نظرا لأنه يمكن علاج الاكتئاب بشكل بارز، فمن الضروري التعرف على "الخرف الاكتئابي الكاذب"، وعلاجه بسرعة، وبالتالي فإن الاكتئاب جزء مهم من التشخيص التفريقي للخرف، تنطبق اعتبارات مماثلة على حالات الخرف النادرة القابلة للشفاء، مثل تلك المرتبطة بنقص هرمون الغدة الدرقية أو فيتامين ب 12. (Richardson, WS Mar, 1999, pp. 1214 - 1215).

3 - 4 - 5 - مراحل إجراء التشخيص الفارقي:

يقول أورلاندو - غالبا ما يأتي المرضى للعلاج مع عرض أو عدة أعراض للاكتئاب، ولكن المسار من الأعراض إلى التشخيص ليس مباشرا كما قد يبدو، لأنه يمكن للعديد من اضطرابات الموصوفة بـ(DSM5) أن تفسر أعراض الاكتئاب.

ويضيف "مايكل فيرست"، أستاذ الطب النفسي السريري في جامعة كولومبيا، بنيويورك ومؤلف دليل التشخيص التفريقي DSM-5 "في عرضه التقديمي في المؤتمر السابع والعشرون الأمريكي السنوي للأمراض النفسية والعقلية، يأتي المرضى إلى المكتب بحثا عن الراحة من الأعراض العامة مثل المزاج المكتئب أو التعب، "قائلين لدي اضطراب اكتئابي كبير، أعطني دواء دولوكستين" هنا فقط يظهر التشخيص التفريقي الذي يعتبر كفصل الزبدة من اللبن لمهمتنا كمعالجين، الذين يجب عليهم أن يفكروا ماهي الاضطرابات النفسية؟"

فعملية التشخيص التفريقي (التفاضلي) المكونة من ست خطوات والموصوفة أدناه مأخوذة من دليل DSM-5 للتشخيص التفاضلي للدكتور "مايكل فيرست" الذي يوضح في كتابه "كيفية تشكيل تشخيص تفريقي لاضطراب الصحة العقلية باستخدام إطار من ست خطوات" اعتماداً على التشخيص التفريقي لـ DSM-5.

(DMS-5: الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، الإصدار الخامس) هو الدليل المقبول دولياً لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية، يحتوي على قوائم مفصلة بمعايير التشخيص والأعراض والشروط لكل اضطراب نفسي مقبول. (<https://www.therecoveryvillage.com>) (Jonathan Strum, 2020)

الخطوة 1: استبعاد الاضطراب التمارضي والتمارض الافتراضي

لتشخيص الاضطراب بالشكل الصحيح من خلال التشخيص التفريقي، يتطلب للطبيب تعاوناً وصدقا من طرف المريض فقد يكون من الصعب للغاية معرفة ما إذا كان المريض يبالي أو حتى يخلق الأعراض، فعندما يحدث هذا الخداع، فعادة ما يكون بسبب اضطراب تمارض أو اضطراب مصطنع، وقال "فيرست" "إن هذا التعاون ضروري لأن عملنا يعتمد على الجهود التعاونية بحسن نية بين الطبيب والمريض إذا لم يكن المريض صادقا في الإبلاغ عن الأعراض، فمن المستحيل إجراء تشخيص دقيق بناء على أعراض وهمية وينقسم الخداع إلى قسمين:

التمارض الافتراضي: ويكون عندما يحاول الأفراد عن عمد خداع الطبيب ويكون الدافع وراء التمارض هو محاولة تحقيق أهداف يمكن التعرف عليها بوضوح كالحصول على تعويض التأمين أو تجنب المسؤوليات، وهو ليس اضطراباً عقلياً.

الاضطراب المفتعل (التمارضي): هو اضطراب في الصحة العقلية، على عكس التمارض يقوم الأشخاص المصابون به بتركيب الأعراض عن قصد من خلال محاولة خداع أطبائهم، لكن الفارق هو أن هؤلاء الناس يفعلون ذلك مع عدم وجود مكافأة خارجية واضحة لتحقيق مكاسب خاصة، فيرغب الشخص المصاب بالاضطراب المفتعل في تولي دور المرض لأسباب نفسية، كجلب الاهتمام والتعاطف من الغير، حتى أنهم قد يخضعون لعمليات جراحية خطيرة كجزء من خداعهم.

ومع ذلك، يحذر الدكتور "فيرست" من معاملة المرضى كشاهد معاد في قاعة المحكمة، إذ لا ينبغي إثارة الشك في هذه الاضطرابات إلا في ظروف ومواقف معينة، لذلك يجب النظر في المرض المزيف واستبعاده بأفضل ما يمكن من طرف الطبيب قبل إجراء التشخيص.

الخطوة 2: استبعاد مسببات المادة

ينص كل تشخيص في DSM-5 على أن المريض يجب ألا "يعزى إلى التأثيرات الفسيولوجية لمادة ما". وذلك لأن تعاطي المخدرات أو الانسحاب من تعاطيها يمكن أن يحاكي العديد من اضطرابات الصحة العقلية. قال الدكتور "فيرست": "عمليا أي عرض نفسي يمكن أن يكون سببه تعاطي المخدرات".

تتشرك اضطرابات الصحة النفسية واضطرابات تعاطي المخدرات في العديد من القواسم المشتركة منها:

- اضطرابات تعاطي المواد المخدرة هي اضطرابات الصحة العقلية.
- تحدث بشكل متكرر وهذا ما يعرف (بالاعتلال المشترك) .
- يشتركون في العديد من نفس الأسباب الجينية الوراثية.
- تشترك في العديد من الأعراض.
- يشتركون في العديد من نفس عوامل الخطر.
- يشتركون في العديد من نفس الاختلالات الكيميائية (النوافل العصبية) في الدماغ.
- يشتركون في العديد من نفس مسارات الدماغ المختلفة.
- غالبا ما يتسببون في بعضهم البعض.

بسبب أوجه التشابه هذه، من المهم استبعاد تعاطي المخدرات والأعراض التي تسببها المواد قبل تشخيص اضطراب الصحة العقلية، قد يكون هذا صعبا لأن الأشخاص الذين يسيئون استخدام المواد غالبا ما يحجمون عن الاعتراف بها حتى لطبيبيهم، خوفا من الاعتقال أو عواقب أخرى.

إن التكتّم والكذب بشأن تعاطي المخدرات هو أحد عوائق التشخيص الفارقي، ولاتخاذ القرار، يمكن للأطباء إجراء مقابلات مع المرضى، والتحقق مع أفراد أسرة المريض، والبحث عن علامات تعاطي المخدرات مثل التسمم النشط، وطلب الاختبارات المعملية التي تفحص الاستخدام الحديث.

وأشار "فيرست" إلى أنه ينبغي أيضا مراعاة الآثار الجانبية للأدوية.

لحسن الحظ، تساعد الاختبارات المعملية في ذلك، إذ يمكن أن يكشف اختبار عقاقير البول عن معظم المواد لعدة أيام بعد آخر استخدام للدواء:

- الكحول: من أربعة إلى ستة أيام.
- القنب: حتى 30 يوما.
- الكوكايين والمنشطات الأخرى: ثلاثة إلى ستة أيام.
- المواد الأفيونية: ما يصل إلى خمسة أيام.
- البنزوديازيبينات: تصل إلى سبعة أيام.

إذا ظهرت علامات تعاطي المخدرات، فيجب مراعاة العلاقة المسببة بين المادة والأعراض النفسية قد تتجم الأعراض النفسية عن التأثير المباشر للمادة على الجهاز العصبي المركزي، وقد يكون تعاطي المخدرات نتيجة أو سمة من سمات اضطراب نفسي أولي، أو قد يكون تعاطي المخدرات والأعراض النفسية مستقلة تماما ومرضية حقا.

قال الدكتور "فيرست": "حتى ولو كان العرض مستقلا، فمن المعروف أن الأعراض والمواد النفسية يمكن أن تجعل بعضها البعض أسوأ".

الخطوة 3: استبعاد الاضطراب الناتج عن حالة طبية عامة

هناك العديد من الحالات الطبية العامة التي يمكن أن تسبب أعراض الصحة العقلية يشير كل تشخيص تقريبا في DSM-5 إلى أنه يجب استبعاد الحالات الطبية العامة المسببة قبل تشخيص اضطراب الصحة العقلية.

الأطباء النفسيون ليسوا خبراء في تقييم الحالات الطبية للمرضى، غالبا ما يعتمدون على أطباء آخرين "لتصفية المرضى طبييا" قبل أن يقوموا بتقييم اضطرابات الصحة العقلية، مثل الاكتئاب الناتج عن ضعف الغدة الدرقية.

قال الدكتور "فيرست" "الآثار المترتبة على العلاج هنا قد تكون عميقة، إذا كانت هناك حالة طبية عامة (GMC) قد تكون مسؤولة عن الأعراض النفسية، فإن الأطباء يواجهون العديد من العلاقات المسببة المحتملة قد تكون الأدوية مسؤولة عن الأعراض النفسية، أو قد تسبب الأعراض النفسية أو تؤثر سلبا على (GMC)، أو قد تكون الأعراض و (GMC) مصادفة.

قائمة الأمراض التي يمكن أن تسبب أعراضا للصحة العقلية طويلة، لذا يمكن أن تكون عملية صعبة للغاية لاستبعاد حالة طبية عامة.

ومما يزيد الطين بلة أن الأدوية المستخدمة في علاج الحالات الطبية العامة يمكن أن تسبب أعراضا نفسية أيضا قد يسبب (GMC) أعراضا للصحة العقلية من خلال تأثير فسيولوجي مباشر على الدماغ، مثل الإصابة بسكتة دماغية، أو من خلال آلية نفسية، تشاهد عادة عندما يعاني المرضى من أعراض الاكتئاب استجابة لتشخيص السرطان في حالة الاكتئاب الناجم عن تشخيص السرطان، يتم تشخيص المرضى اضطراب اكتئابي كبير أو اضطراب في التكيف، بما في ذلك:

- بعض المضادات الحيوية.
- المنشطات.
- أفيونيات المفعول.
- القنب.
- أدوية مرض باركنسون.
- الستيرويدات القشرية.
- الأدوية المضادة للتشنج.

• بعض أدوية القلب وضغط الدم.

• أدوية السعال.

يجب على الأطباء تحديد ما إذا كانت هناك حالة طبية أو دواء يسبب أعراضاً للصحة العقلية أو يكشف عن اضطراب في الصحة العقلية موجود مسبقاً بشكل عام، إذا ظهرت الحالة الطبية قبل ظهور أعراض الصحة العقلية، فعادة ما تكون الحالة الطبية هي الجاني، للحصول على أدلة لتحديد ما إذا كان (GMC) عاملاً أم لا، يمكن للأطباء تقييم العلاقة الزمنية، مثل ما إذا كانت الأعراض النفسية قد بدأت بعد ظهور (GMC)، وإذا كانت تختلف في شدتها مع شدة (GMC).

الخطوة 4: تحديد الاضطراب الأساسي المحدد

في هذه المرحلة، يجب على الطبيب تحديد اضطراب الصحة العقلية المسؤول عن أعراض المريض، قد يكون هذا أكثر صعوبة مما يبدو لأن العديد من اضطرابات الصحة العقلية تتداخل بشكل كبير وفي هذا يقول الدكتور "فيرست": "يتم تنظيم العديد من مجموعات التشخيص في (DSM-5) حول أعراض التقديم الشائعة، وأصناف أن أشجار القرار في كتابه يمكن أن توفر إرشادات حول الاختيار من بين الاضطرابات الأولية، وأن جدول التشخيص التفريقي يمكن أن يساعد في ضمان مراعاة المرشحين المحتملين الآخرين الذين يشرحون سلوك المريض واستبعادهم.

أحد العوامل التي تساهم في معظم أعراض الصحة العقلية هو اضطراب كيمياء الدماغ، على وجه الخصوص، يمكن أن تحدث الأعراض بسبب عدم توازن الناقلات العصبية، وهي مواد كيميائية تستخدمها خلايا الدماغ للتواصل مع بعضها البعض، مما يحدث قدر كبير من التداخل في الأعراض، هذا يجعل العثور على التشخيص الصحيح صعباً.

يوفر (DSM-5) 66 جدولاً تشخيصياً و29 مخططاً لتدقيق الأعراض يشار إليها باسم أشجار القرار. "تساعد الأطباء على التفريق بين الأعراض والاضطرابات المختلفة مما يسمح إلى التوصل لتشخيص قاطع بالنسبة للاضطرابات الأكثر تعقيداً، قد يستغرق التشخيص بعض الوقت لضبطه".

الخطوة 5: التفريق بين اضطرابات التكيف وبين الاضطرابات المتبقية الأخرى أو غير

المحددة

إذا كان المريض يعاني من أعراض العتبة الفرعية التي لا تزال شديدة بما يكفي للتسبب في ضائقة أو ضعف سريري كبير، يحتاج الأطباء إلى التفكير في استخدام اضطراب التكيف مقابل استخدام اضطراب آخر محدد / غير محدد، وفي هذه الخطوة، يقترح الدكتور "فيرست" طرقاً للتعامل مع الأعراض التي لا تتناسب مع أي فئة تشخيصية معينة، قال الدكتور "فيرست": "إذا كانت الأعراض عبارة عن استجابة غير قادرة على التكيف مع ضغوط نفسية اجتماعية، فاستخدام اضطراب التكيف". "وإلا فإننا نعطي الفئة المتبقية المناسبة".

يتضمن هذا تحديد ما إذا كانت الأعراض غير المشخصة تشكل اضطراباً في التكيف، وهي استجابة نفسية مبالغ فيها ومستمرة لنوع ما من أحداث الحياة، بدلاً من ذلك، يجب أن يقرر الأطباء ما إذا كان ينبغي تصنيف الأعراض على أنها "غير محددة" إذا كانت لا تتناسب مع التشخيصات الأخرى، على سبيل المثال، قد يستخدم الطبيب " Other Specified" لإعطاء سبب عدم استيفاء المعايير أو استخدام "غير محدد" لاختيار حجب الإشارة عن السبب أو إذا كان السبب غير معروف.

الخطوة 6: إنشاء حدود خالية من الاضطرابات العقلية

أخيراً، يجب على الأطباء تقييم ما إذا كانت أعراض المريض تسبب ضغوطاً أو ضغطاً سريرياً كبيراً في المجالات الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من مجالات الأداء المهمة.

بشكل عام، إذا كانت الأعراض مزعجة بما يكفي لدفع الفرد لطلب المساعدة، فهي شديدة بما يكفي لتكون جزءاً من اضطراب الصحة العقلية، ومع ذلك هناك بعض الاستثناءات، على سبيل المثال، قد يعاني الشخص الذي يشعر بالحزن على فقدان أحد والديه مؤخراً من صعوبة في النوم والعمل، قد يذهب إلى الطبيب للحصول على مهدئ خفيف وبعض الوقت كإجازة من العمل، ولكن هذا مجرد فجيعة طبيعية وليس بالضرورة اضطراباً في الصحة العقلية.

حيث قال الدكتور "فيرست" "هذا يطرح السؤال عما يعنيه أن تكون معالجا مهما من الناحية السريرية، وهذه دعوة للحكم، عادة إذا جاء شخص ما إليك لطلب مساعدة، فهذه علامة على أنه يمكن أن يكون مهما من الناحية السريرية، أو يمكن أن تكون المشكلة قد تم تحديدها في بيئة الرعاية الأولية".

وأضاف "أن الأعراض يجب أن تمثل أيضا خلايا بيولوجيا أو نفسيا داخليا لدى المريض، على سبيل المثال، قد يعاني المريض الذي يحزن على فقدان أحد أفراد أسرته المقربين من الفجعة غير المعقدة، والتي تسبب قدرا كبيرا من الضيق ولكن لا يمكن اعتبارها اضطرابا عقليا لأن الضيق ليس خلايا وظيفيا نفسيا". (Mckee, Brahm, Nancy, 2019).

4 - تشخيص اضطراب طيف التوحد:

تعد عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد من العمليات الصعبة والغامضة، إلا أنها وفي الوقت نفسه من العمليات الهامة والضرورية، التي يترتب عليها تصميم البرنامج التربوي العلاجي للطفل، وتحديد المسار التعليمي الخاص به. (يحي، 2003).

حيث يتم تشخيص طيف التوحد في الوقت الحاضر من خلال الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل بواسطة مختص معتمد، وعادة ما يكون اختصاصي في نمو الطفل، وذلك قبل عمر ثلاثة سنوات، وفي الوقت نفه فإن تاريخ نمو الطفل تتم دراسته بعناية عن طريق جميع المعلومات الدقيقة من الوالدين، ويمر تشخيص التوحد على عدد من المختصين منهم طبيب الأطفال (مختص في أعصاب المخ) طبيب نفسي، طبيب عام، مختص بقياس تربوي، مختص اجتماعي، حيث يتم عمل تخطيط للمخ، والأشعة المقطعية وبعض الفحوصات اللازمة، وذلك للاستبعاد الإصابة بمرض عضوي.

وتشخيص اضطراب طيف التوحد مر بعدة محاولات، أولها كانت لـ "كانر" "Kanner" (1943) الذي وضع معايير لتشخيصه، كما أعد العالمان "بولان" و"سبنسر" (1959) مقياسا، وقد وضع العالمان "سيلين" و"يانيت" (1960) ثلاث معايير للتشخيص نتيجة بحوثهما المسحية، لعدد كبير من حالات التوحد. وقامت باحثة أخرى وهي " Margrete Greak" بإعداد مقياس تقدير آخر لتشخيص حالات التوحد للأطفال دون سن الخامسة هو مقياس تقدير التوحد الطفلي (The Childhood Autisme Rating (CARS). ويتكون

المقياس من خمسة عشر قائمة بنتها الباحثة على أساس قائمة لتسعة محكات قياس كانت قد وضعتها لتشخيص التوحد عام (1964)، وفي نطاق كل محور يمكن تقدير سلوك الطفل إما في إطار الطبيعي أو البعد عن الطبيعي بدرجاته المختلفة وفق عمر الطفل، وتحدد الدرجة على المقياس عن طريق ملاحظة سلوك الطفل، بالإضافة إلى قدرته على أداء أعمال معينة، وفيما يلي عرضاً لجوانب السلوك أو الأعراض الخمسة عشر التي بني عليها المقياس، والتي يمكن استخدامها كخطوط عريضة لتعريف وتشخيص حالات طيف التوحد (الأوتيزم)، والتي شاع استخدامها بواسطة المتخصصين والآباء للتشخيص المبدئي:

- 1 - قصور في العلاقات الإنسانية.
- 2 - غياب القدرة على التقليد.
- 3 - قصور انفعالي عاطفي وجداني.
- 4 - سلوكيات شاذة في حركات الجسم والإصرار بالتمسك بأداء حركات نمطية.
- 5 - التصاق غير عادي بأشياء أو أدوات غير آدمية.
- 6 - مقاومة محاولات إحداث أي تغيير.
- 7 - استجابات بصرية شاذة.
- 8 - استجابات سمعية.
- 9 - انطباعات حسية دقيقة.
- 10 - القلق Anxiety.
- 11 - قصور الاتصال اللغوي.
- 12 - قصور مستوى النشاط.
- 13 - قصور الوظائف العقلية.
- 14 - انطباعات عامة.

كما نجد المعايير التي وضعتها الجمعية الوطنية لرعاية أطفال التوحد، وكذا الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض (ICD10) وكذا الدليل الإحصائي الخامس، المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM-5-TR).

4 - 1 - معايير تشخيص طيف التوحد كما نص عليها DSM-5-TR:

A - عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة في الفترة الراهنة، أو كما ثبت عن طريق التاريخ، وذلك من خلال (أمثلة توضيحية وليست شاملة):

1 - عجز عن التعامل العاطفي بالمثل يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل في الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2 - العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

3 - العجز عن تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبة في مشاركة اللعب التخيلي أو تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

- تحديد الشدة العالية:

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.

B - أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة، أو كما ثبت عن طريق التاريخ (أمثلة توضيحية وليست شاملة):

1 - نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلا أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).

2 - الإصرار على التشابه، أو الالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلا، الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك الطريق نفسه أو تناول الطعام نفسه كل يوم).

3 - فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلا عدم الاكتراث الواضح للألم/درجة الحرارة، والاستجابة السلبية للأصوات أو الأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

- تحديد الشدة الحالية:

تستند الشدة إلى ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.

C - تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحددة، أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).

D - تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.

E - لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل، إنّ الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص المرضي لمشارك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب التوحد، الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلبى معايير اضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم الاضطراب التواصل الاجتماعي (العلمي)، (American Psychiatrie, 2013, p 28 - 29)، حدد ما إذا كان:

- مع أو دون ضعف فكري مرافق.

- مع أو دون ضعف لغوي مرافق.
- مترافق مع حالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي.
- مترافق مع اضطراب آخر في النمو العصبي، أو العقلي، أو السلوكي.

4 - 2 - التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD10):

الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) والشكل النهائي لـ (ICD10) ظهر في عام (1443) حيث يتم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية، وسيتم ذكر الجوانب الأساسية وهي:

- أ - ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.
- ب - قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.
- ج - قصور نوعي في التبادل الاجتماعي.
- د - سلوكيات واهتمامات تتصف بالانطوائية والرتابة.
- هـ - أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية إعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية وسلوكية أو متلازمة (RETT)، أو انفصام الشخصية مبكر. (يحي القبالي، 2001، ص 258).

ومن خلال هذا الدليل يتأكد لنا أن اضطراب طيف التوحد يمس كل جوانب النمو والتفاعل الاجتماعي للطفل الذي يعيقه عن التكيف والعيش السوي، ومن أجل التعرف على اضطراب طيف التوحد وتشخيصه عند الطفل نعرض محاولة لتحديد العلامات المبكرة لطيف التوحد.

- العلامات المبكرة لطيف التوحد: رغم أن تشخيص اضطراب طيف التوحد لا يكون قبل 3 سنوات، إلا أن معالمه تظهر في الأشهر الأولى من حياة الطفل.
- من صفر إلى ستة أشهر: يمكن أن تجد اضطرابات متكررة في التفاعل:
- طفل هادئ لا يبكي أبدا ولا يشتكي.

- اضطراب في النشاط في شكل ضعف النشاط.
- انعدام الحوار ابتداءً من 2 - 3 - أشهر.
- انقطاع واضح في النظر الذي يمكن أن يحمل بصفة متكررة هيئة تجنب متكرر للنظر.
- اضطراب في النوم والأرق.
- وعامة طفل هادئ (جامد).
- اضطرابات في الأكل (انعدام المص، فقدان الشهية).
- انعدام الابتسامة التلقائية ابتداءً من الشهر الثالث. (Dcmiel Marcell, 2006, p) .(297).
- من 06 أشهر إلى سنة:
- غير حنون، وغير مبالٍ بالألعاب الاجتماعية.
- متصلب، وغير مبالي بما يؤخذ من بين الأيدي.
- انعدام التواصل الشفوي، وغير الشفوي.
- نفور واشمئزاز من المأكولات الصلبة.
- عدم انتظام مرحلة التطور الحركي.
- السنة الثانية والثالثة:
- غير مبالٍ بالاتصال الخارجي أو الاجتماعي.
- يتصل بتحريك يد البالغ.
- اهتمامه الوحيد بالألعاب يكمن في تصنيفها.
- متعصب.
- يقوم بصرف الإنسان بالإضافة إلى الحك والمسح.

- السنة الرابعة والخامسة:
- غياب التواصل البصري.
- اللعب، غياب الابتكار والتخيل ولعب الأدوار.
- اللغة محددة ومنعدمة.
- يقاوم التغيير الذي يحدث في البيئة المحيطة به. (Maeion Leboyr, 1985, p 21). وعليه حسب هذا الباحث فإنّ أعراض اضطراب طيف التوحد تشمل مراحل العمر بدءا من الميلاد إلى غاية سن الخامسة.
- حيث تستمر الأعراض في مراحل حياته كما تنقص أو تزيد في الشدة، ويمكن أن تساعد القائمة التالية في الكشف عن وجود التوحد، في حالة أن طفلا ما أظهر 07 أو أكثر من هذه السمات، فإن تشخيص طيف التوحد يجب أن يؤخذ بعين الاعتبار هذه السمات وهي:
- 1 - صعوبة الاختلاف والتفاعل مع الآخرين.
- 2 - يتصرف الطفل وكأنه أصم.
- 3 - يقاوم التعلم.
- 4 - الضحكة والقهقهة في أوقات غير مناسبة.
- 5 - لا يبدي خوفا من المخاطر.
- 6 - يشير بالإيماءات.
- 7 - لا يحب العناق.
- 8 - فرط الحركة.
- 9 - انعدام التواصل البشري.
- 10 - تدوير الجسام واللعب معها.
- 11 - ارتباط غير مناسب بالأجسام أو الأشياء.

12 - يطيل البقاء في اللعب الانفرادي.

13 - أسلوب متحفظ وفاتر المشاعر. (خالدة نيسان، 2009، ص 128).

4 - 3 - مقياس تقدير التوحد الطفلي Childhood Autism Rating Scale

:(CARS)

يعد مقياس التوحد الطفلي (CARS) من أكثر المقاييس استخداماً وانتشاراً في مجال الوحد، إذ يستخدم من قبل الاختصاصيين المهتمين بمجال التوحد منذ أربعين عاماً مضت، وهو من إعداد "سكولر" و"ريتشلر" و"رينر"، (Schopler, Reichler & Renner, 1988)، وصدرت آخر طبعة مطورة ومعدلة لمقياس التوحد الطفلي عام (1988) وقد كانت نتيجة لاستخدام وتقييم استمر ما يقارب خمس عشر سنة، وطبق على أكثر من 1500 حالة، ولقد قام بتطوير مقياس التوحد الطفلي في الأصل مشروع أبحاث الطفل في جامعة شمال كارولينا في الولايات المتحدة الأمريكية، ولقد تم تطوير هذا المقياس وتعديله وتقييمه بناء على معلومات تم جمعها من مشروع علاج وتربية الأطفال ذوي اضطراب التوحد وإعاقة التواصل (TEACH) في الجامعة نفسها.

ويمكن استخدام المقياس في طبعته الأخيرة بثبات من قبل المختصين مثل الاختصاصيين النفسيين ومعلمي التربية الخاصة بالاعتماد على بنود المقياس الخمسة عشر والملفات الطبية ذات العلاقة بالحالة، ومن خلال الملاحظة داخل غرفة الصف أو من خلال تقرير والدي الطفل.

ولقد صمم مقياس التوحد الطفلي بهدف التعرف على الأطفال ذوي اضطراب التوحد والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى، ويعمل المقياس أيضاً على التفريق بين درجات التوحد المختلفة، من بسيطة، ومتوسطة وشديدة، ويركز على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلاً من الاعتماد الكلي على الحكم الإكلينيكي، ومن أهم ما يميز هذا المقياس ما يلي:

-تضمينه بنوداً مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة مثل معايير كانر، ونقاط كريك، وتعريف روتلر، وتعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين، وما ذكر في الأبحاث الخاصة بتشخيص اضطراب التوحد عيادياً.

- إمكانية استخدامه مع الأفراد من ذوي الفئات العمرية المختلفة.
- اعتماده على الأحكام الموضوعية المعتمدة على الملاحظة السلوكية بدلا من الأحكام الإكلينيكية البحتة وغير الموضوعية.
- تعريف كل بند من بنود المقياس ووصف السلوك المستهدف بالملاحظة وكيفية وضع التقديرات المناسبة.
- وضع التقديرات على بنود مقياس تقدير التوحد الطفلي المختلفة من مصادر معلومات ومواقف مختلفة وعدم الاكتفاء بموقف واحد لوضع تلك التقديرات.
- تطوير المقياس وتعديله وتقويمه على أساس استخدم مع أكثر من 1500 حالة لمدة تجاوزت العشر سنوات. (أمانى علي الضامن، 2013، ص 34 - 35).
- ويشمل المقياس على خمسة عشر بندا هي على النحو التالي:
- 1) **العلاقات الاجتماعية:** يقيس هذا البند سلوك الطفل وتفاعلاته مع الناس (الراشدين والأخوات والأقران) عبر المواقف المختلفة.
 - 2) **التقليد:** يعتمد هذا البند على تقليد الطفل للمهم اللفظية وغير اللفظية، ولكي يتم التقليد يجب أن يكون واضحا بما يتناسب مع قدرات تذكر، هذا البند يقيس تقليد الطفل للمهارة ولا يقيس درجة إجادته لها، وتقوم هذه المهارة على الطلب من الطفل أن يقلد فيؤدي المطلوب به تلقائيا.
 - 3) **الاستجابات العاطفية:** يقيم هذا البند استجابة الطفل للمواقف الممتعة وغير الممتعة، ويتضمن هذا البند مدى مناسبة الاستجابة لنوع الموقف الاجتماعي وشدته.
 - 4) **استخدام الجسم:** يهتم هذا البند بكل من التأزر الحركي كالأنشطة الحركية مثل: استخدام المقص والرسم والاستخدام المناسب لحركات الجسم مثل: وضع الجسم والدوران والمشي على أطراف الأصابع والعدوان الذاتي.
 - 5) **استعمال الأدوات:** يتضمن هذا البند كل من الاهتمام باللعب والأشياء واستخدامها، ويجب أن يكون التقييم مرتبط بمهارات الطفل واهتماماته.
 - 6) **التكيف مع التغيرات:** يرتبط هذا البند بالصعوبات مع تغيير الروتين أو الانتقال من نشاط لآخر.

- (7) **الاستجابات البصرية:** يقيس هذا البند أنماط الانتباه البصري غير العادي الذي يظهر لدى التوحديين ويتضمن هذا البند استجابة الطفل عند النظر للأشياء أو الأدوات.
- (8) **الاستجابات السمعية:** يرتبط هذا البند بالسلوك السمعي غير العادي، والاستجابة غير العادية الأصوات، بما في ذلك رد فعل الطفل لأصوات الناس والأصوات الأخرى، كما يتضمن اهتمام الطفل بالأصوات المختلفة.
- (9) **التذوق والشم واللمس والاستجابات وطريقة اكتشافها:** يتضمن هذا البند الاستجابة لمنبهات التذوق والشم واللمس بما فيها الألم، كما تشمل الاستخدام المناسب لهذه الحواس.
- (10) **الخوف والقلق:** يهتم هذا البند بالمخاوف غير المعتادة أو التي ليس لها تفسير، كما يتضمن غياب المخاوف في الظروف التي تحير الطفل العادي على إظهار الخوف والعصبية.
- (11) **التواصل اللفظي:** يهتم هذا البند بكل جوانب اللغة والكلام من مفردات وجمل وغيرها من مكوناتها وليس لمجرد وجود أو عدم وجود الكلام، ويتضمن أيضا مدى مناسبته للعمر والمواقف، ومدى غرابته.
- (12) **التواصل غير اللفظي:** يتضمن هذا البند استخدام التعبيرات الوجهية والإشارات والإيماءات ولغة الجسد والحركات الجسمية، وأيضا الاستجابة لها حينما تصدر من الآخرين.
- (13) **مستوى النشاط:** يشير هذا البند إلى مقدار الحركات التي يصدرها الطفل في المواقف المنظمة وغير المنظمة، كما يتضمن كل من فرط الحركة والكسل.
- (14) **المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:** يهتم هذا البند بكل من المستوى العام للوظيفة العقلية وثبات واتساق الوظائف والمهارات فيما بينهما، وفي هذه النقطة فهو يهتم بالفروق الكبيرة وليس مجرد الاختلاف البسيط بين المهارات.
- (15) **الانطباع العام:** هذا البند يقيس انطباعك الموضوعي عن سلوك الطفل فهو يمثل الدرجة الكلية للأربعة عشرة درجة السابقة ولا يعني ذلك جمع الدرجات، وعند وضع الدرجة على هذا البند يجب أن يؤخذ في الاعتبار كل المعلومات التي لديك بما فيها التي تحصلت عليها من مصادر أخرى كتقارير الوالدين أو مقابلات المهتمين أو تاريخ الحالة (قالي فوزية، 2015، ص 95 - 100).

لقد أشار الدكتور "طارش الشمري" إلى مقياس تقدير التوحد الطفلي خلال ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي التربوي لذوي الاحتياجات الخاصة (فئة الإعاقة)، التي نظمتها جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة، بالتعاون مع جمعية الأطفال المعاقين بالمنطقة الشرقية بالدمام 2001 حيث قال:

منذ ما يقارب الثلاثين عاما، ومقياس التوحد الطفلي يستخدم من قبل الأخصائيين المهتمين بمجال التوحد، وهو من إعداد (Eric, chopler, R-Reicher and Remmer) وآخر طبعة مطورة ومعدلة لهذا المقياس صدرت عام 1988، ولقد كانت الطبعة السابقة لهذا المقياس قد صممت للاستخدام من قبل مختصين ومدربين للقيام بتشخيص التوحد في مواقف إكلينيكية خلال جلسات نفسية محددة كالعيادات مثلا، أما الطبعة الجديدة منه 2010 والتي تعتبر نسخة طبق الأصل للنسخة (1988)، والجديد فيها يكمن في استخبار الوالدين ونسختين من cars2، الأولى هي المعياري والتي تستخدم مع عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 2-12 سنة أما النسخة الثانية، فهي لمرتفعي الوظيفة من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 13 سنة فما فوق أما بالنسبة لاستخبار الوالدين فهو يستعمل مع العينتين. (قالي فوزية، 2015، ص 93 - 94).

بالرغم من سهولة تطبيق المقياس وتصحيحه، إلا أن تطبيقه من قبل المهنيين الذين لديهم التدريب والخبرة في العمل مع الأفراد المصابين بالتوحد مثل: الاختصاصي النفسي المدرسي، اختصاصي التشخيص التربوي واختصاصي التوحد، وكذلك يتم تطبيقه من قبل الوالدين، وكل من لديهم معرفة جيدة بالطفل، ويجب معرفة الفرق بين كلمة مختبر أو فاحص وكلمة المقدر، فالمختبر هو الشخص المسؤول على إدارة وتفسير الاختبار، أما المقدر فهو الشخص الذي يجيب عن بنود الاختبار.

أ - **مؤهلات الفاحص أو المختبر:** الفاحص هو الذي يختار المقدر والمشرف المؤول عن تطبيق المقياس، وتقدير درجاته وتفسير نتائجه وتعد هذه المسؤوليات مهمة جدا، لأن اختيار المقدر من أصعب المهمات فالفاحص مسؤول عن اختيار أكثر شخص مؤهل وذو خبرة ويعرف المفحوص الذي سيقوم بشكل جيد جدا، يجب أن يكون الفاحص اختصاصيا في

علم النفس أو التشخيص التربوي أو التوحد أو مدربا يعرف كيف يفسر المعلومات الكمية والكيفية ويستخدمها في تشخيص التوحد.

ب - مؤهلات المقدر: من السهل تطبيق وتصحيحه ويعد المطلوب الأساسي هو إعطائه لشخص يعرف المفحوص معرفة جيدة والذي يمكن أن يكون الوالدين أو معلم الصف أو القائمين على رعاية الطفل الذين لديهم اتصال قوي ومتكرر مع المفحوص لمدة أسبوعين على الأقل، ويجب أن يكون المقدر مدرب على استخدام الاختبار، لأنه حتى المقدر الذي يعرف الفرد المفحوص جيدا ولديه مهارات الملاحظة الجيدة قد يجد أحيانا بعض الصعوبة في تقييم الفرد بشكل صحيح. (أسماء بن جدو، 2019، ص 68 - 69).

رغم كل هذه المعايير التشخيصية إلا أن يصعب تشخيص اضطراب طيف التوحد، وذلك لاختلاف أعراضه واختلاف شدتها، كما قد يحدث خلط بين اضطراب التوحد واضطرابات أخرى.

4 - 4 - التشخيص الفارقي بين طيف التوحد واضطرابات أخرى:

إنّ كل من اضطراب طيف التوحد ومجموعة الاضطرابات الأخرى يشتركون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة والمبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب طيف التوحد واضطراب آخر، ولأجل تشخيص دقيق لا بدّ من تشخيص خارجي الذي من خلاله يدرك المختص اضطراب طيف التوحد عن باقي الاضطرابات.

- طيف التوحد واضطراب ريت "Rett":

ينتشر اضطراب ريت "Rett" أكثر بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد، كما أن اضطراب "ريت" يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة وحركات غسل اليدين النمطية، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي. (ماجد علي عمار، 2005، ص 78).

يتميز اضطراب "ريت" عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6 - 8 أشهر، وبعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو، وهو اضطراب عصبي معقد

يبدأ من الأشهر الأولى، ويتضح ظهوره خلال العام الثاني، وأهم سماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة وظهور حركات نمطية تشمل ثني وطرق اليد، ويصاحبها إعاقة عقلية شديدة. (إيهاب محمد خليل، 2009، ص 21 - 22).

فالأضطرابات صعب جدا التمييز بينها، ما يؤدي إلى صعوبة التشخيص الذي يحتاج لمختص متمرن وذو خبرة تؤهله للقيام بالتشخيص الفارقي لهما مثله مثل اضطراب اسبرجر .Asperger

- طيف التوحد واضطراب اسبرجر Asperger:

تشتمل أعراض اضطراب "اسبرجر" قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم هؤلاء الأطفال لديهم نسبة ذكاء عالية. (جمال منقال قاسم، 2000، ص 14).

اضطراب أسبرجر لا يظهر إلا في عمر المدرسة، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة، كما أن الطفل المصاب باضطراب اسبرجر كثير الكلام بحماس، بينما الطفل التوحدي لا يردي الكلام، وذلك لتجنب الاتصال بالآخرين. (ماجد علي عمار، 2005، ص 80).

فيظهر في أولى خطوات التشخيص كأنهما اضطراب واحد، ولكن المختص النفسي المتمكن الذي يقوم بتشخيص فارقي دقيق يدرك أنهما مختلفان.

- طيف التوحد والإعاقة العقلية:

قد يصاحب اضطراب طيف التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثلا الإعاقة العقلية، وهناك باحثون أمثال "فريمان" و"رينفو" أكدوا بأن حوالي 57% منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي ورغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين والمتخلفين عقليا، إلا أنه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهام تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أدائهم أقل في المهمات اللفظية، بينما يكون أداء المتخلفين عقليا منخفضا أو متساويا في جوانب الأداء.

والطفل المعاق عقليا نادرا ما تظهر لديه بعض المهارات الخاصة، بينما قد تظهر بعض هذه المهارات لدى الطفل التوحدي في أحد المجالات كالرياضة والموسيقى أو الرسم... الخ. (إيهاب محمد خليلي، 2009، ص 8).

المعوقين عقليا يتعلقون بالغير ولديهم بعض الوعي الاجتماعي، بينما التوحديين ليس لهم تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.

رغم أن اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية يكونان مصاحبان بنسبة (80 - 90) وتكون الأعراض المتشابهة، إلا أنهما اضطرابان منفصلان مثل انفصال اضطراب التخلف العقلي عن اضطراب طيف التوحد.

- طيف التوحد والتخلف العقلي:

كثيرا ما تتداخل أعراض طيف التوحد مع أعراض التخلف العقلي، إلا أنه إذا أردنا عقد مقارنة بين هذين الاضطرابين فإنها تكون كما يلي:

1 - السلوك النمطي: إنّ السلوكات النمطية لدى الطف التوحدي أكبر مما هي عليه عند الطفل المتخلف عقليا.

2 - سلوك العدوان والتخريب: منتشر أكثر لدى الطفل التوحدي مقارنة بالطفل ذو الإعاقة العقلية الشديدة.

3 - النشاط الزائد: فالأطفال التوحديين لهم مستوى عالٍ من النشاط الزائد مقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا.

4 - وعن المهارات الانتقائية والعناية بالذات فإنّ المتخلفين عقليا يتفوقون على التوحديين لتوفر لديهم القدرة الأكبر للتدريب على النظافة والاعتماد على النفس. (سعيد حسني العزة، 2002، ص 6).

وعلى غرار الاختلاف والتشابه بين اضطراب التوحد واضطراب التخلف العقلي نجد كذلك أن اضطراب الفصام بدوره يتميز بأعراض تميزه عن اضطراب التوحد.

- طيف التوحد وفصام الطفولة:

إنّ اضطراب الفصام والتوحد يظهران كاضطراب واحد يصعب التمييز بينهما، ولهذا

فإنّ التشخيص الفارقي يمنع وجود أي لبس أو غموض يدور حول تشخيصهما، فالطفل الفصامي قادر على استخدام الرموز عكس الطفل التوحدي، والذي لا يطور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين ويرفض الاستجابة للأشخاص والبيئة، أما الفصامي فيمكن أن يطور علاقات اجتماعية ويمكن أن يكون قلقا حول بيئته.

إنّ بدء ظهور أعراض التوحد يكون قبل الشهر الثلاثين من العمر، ولا يحدث بعد ذلك، ولذلك هو أفضل عامل للتمييز بين التوحد والفصام الذي يظهر عادة في بداية المراهقة أو في سن متأخرة من الطفولة. (خولة أحمد يحي، 2000، ص 22).

وعلى المختص النفسي أن يحذر من تداخل هذه الأعراض ويقوم بتشخيص فارقي لكي يفرق بين اضطراب التوحد وأي اضطراب آخر مثل اضطراب الصمم.

- طيف التوحد والصمم:

كثيرا ما يبدو الطفل الذواتي أو التوحدي وكأنه أصم، وذلك لأنه يكون غير مبالي، كذلك نجد ما يسمى بالصمم الاختياري (الانتقائي) ومن مظاهره أن يرفض الطفل التحدث في مواقف معينة. (خالدة نيسان، 2009، ص 12).

وأهم ما يميز الطفل الأصم وجود عيوب عضوية في الجهاز السمعي، عكس الطفل التوحدي الذي لا يعاني منها وعادة الطفل الأصم خلقيا يبدي رغبة شديدة للتواصل عن طريق الإشارات والإيماءات وحركة الشفاه، لكن عدم القدرة على الكلام وعدم القدرة على التواصل بسبب الانعزال والاكنتاب ما يقربهم للتوحد، لكن ما أن يستطيعوا اكتشاف نمط التواصل الإيمائي الحركي استفادتهم من الأجهزة، يزول السلوك الذي يربطهم بالتوحد. (G. Lelord, 1991, p 23).

إنّ الانسحاب الاجتماعي أو الانزعاج من تغير الروتين وسلوكات أخرى التي يمكن أن تظهر لدى الطفل الأصم تشبه السلوك الذي يظهره الطفل التوحدي، وإذا بدأ الطفل وكأنه يعاني من التوحد فلا بدّ من فحصه لاستبعاد الصمم، ولذلك فإنّ اضطرابات السمع والبصر في الاستجابة للمثيرات يمكن أن تشير إلى طيف التوحد في أول انطباع. (خولة أحمد يحي، 2000، ص 229).

خلاصة:

نستنتج من خلال ما سبق أن التشخيص هو العملية الأساسية التي تساعد في إصدار الحكم على سلوك ما تبعاً لمعايير معينة مع تبيان جوانب القوة والضعف في ذلك السلوك ومن ثم إجراء التدخل العلاجي المبكر، ويعتبر التشخيص أحد أهم المراحل الرئيسية والأولية في عملية العلاج النفسي وهو الطريقة التي تسمح لنا بمعرفة أصل وطبيعة الاضطراب الذي يعانيه الفرد انطلاقاً من دلالات ومؤشرات إكلينيكية معينة يمكن الكشف عنها من خلال استخدام أدوات خاصة، فيعتبر التشخيص من الأمور الصعبة التي تواجه المختصين والباحثين في مجال اضطراب طيف التوحد، فإن تشخيص هذا الاضطراب ليس بالأمر السهل باعتباره اضطراب ذو أعراض مختلفة من فرد لآخر، ولتشخيص اضطراب طيف التوحد من بين الاضطرابات العديدة التي يعاني منها الطفل والتي تكاد تكون متشابهة جداً في الأعراض لابد من تشخيص فارق دقيق يميز بين اضطراب طيف التوحد وهذه الاضطرابات الأخرى، كاضطراب "ريت" و اضطراب "اسبرجر" و"اضطراب الإعاقة العقلية كذلك التخلف العقلي وفصام الطفولة والصمم أيضاً ومختلف الاضطرابات الأخرى لأن التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب يساعد في علاجه ووضع برامج علاجية وتربوية من أجل مساعدة الطفل التوحدي.

وبعد أن تعرضنا إلى فصل اضطراب طيف التوحد، وكذا التشخيص في الجانب النظري، سنحاول في الجانب التطبيقي الذي سنتعرض إليه في الفصل الموالي الإجابة على فرضيات الدراسة.

الجانب التطبيقي

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للجانب التطبيقي

تمهيد

- 1 - الدراسة الاستطلاعية
- 2 - الدراسة الأساسية
- 2 - 1 - منهج البحث
- 2 - 2 - مكان وزمان إجراء الدراسة الأساسية
- 2 - 3 - عينة الدراسة
- 2 - 3 - 1 - طريقة اختيار عينة الدراسة
- 2 - 3 - 2 - خصائص عينة الدراسة
- 2 - 4 - أدوات الدراسة
- 2 - 4 - 1 - الملاحظة
- 2 - 4 - 2 - المقابلة العيادية
- 2 - 4 - 3 - مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)

تمهيد:

الهدف من هذا الجزء هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا ها البحث فبعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية الفرعية، الهدف بالإضافة إلى الفصول التي هي: طيف التوحد والتشخيص.

سننظر في فصول الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا هاما في أي بحث حيث سنتناول فيه المنهج المستخدم، مكان الدراسة، مجموعة البحث، بالإضافة إلى الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة إذ تعتبر هذه الأخيرة خطوة ضرورية ومهمة في البحث العلمي، إلا أنها لا تصبح لها قيمة ومعنى دون تنظيم هذه البيانات وتفسيرها وبالتالي التأكد من صحة الفرضية، ولذا سنقوم في هذا الفصل بعرض وتحليل النتائج المتوصل إليها ثم تفسير ومناقشة الحالات، وتنتهي بتقديم استنتاج عام للبحث ثم نهي الفصل بتقديم بعض الاقتراحات والتوصيات.

1 - الدراسة الاستطلاعية

قبل القيام بأي بحث علمي ولتحديد المنهج المتبع في الدراسة لابدّ على الباحث من إجراء دراسة استطلاعية التي تساعده على تحديد أبعاد بحثه والهدف المراد الوصول إليه، وتعد أول خطوة يقوم بها الباحث للتعرف على الظروف والإمكانيات المتوفرة، وهي مرحلة هامة نظرا لارتباطها المباشر بالميدان.

فحسب عبد المجيد إبراهيم (2000) "الدراسة الاستطلاعية هي تلك الدراسة التي تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يمكن وضعها وإخضاعها للبحث العلم" (مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص 38).

لذا قبل الشروع في الدراسة الأساسية قامت الباحثتان بالدراسة الاستطلاعية، وبحكم طبيعة عمل إحدى الباحثتين كأخصائية نفسانية دائمة في مكان إجراء البحث، قامت بالاتصال بالزملاء النفسيين والأطباء المختصين بالأمراض العقلية للأطفال والمراهقين العاملين بالمصلحة بهدف استطلاع أحدث أدوات تشخيص اضطراب طيف التوحد المتمثلة في (Autisme Diagnostic Observation Shedule (ADOS) (Childhood

(Autisme Rating Scale (CARS)، وهذا الأخير نتيجة الدراسة الاستطلاعية هو المقياس الذي اخترناه، حيث أنه يعطي في نتائجه وجود أو عدم وجود الاضطراب وشدته، كما يستعمل للتقييم (فيما قبلي وبعدي).

وقمنا بتطبيقها على مجموعة من الأطفال الذين وجهوا إلى المصلحة، حيث أنهم يتميزون بأعراض متشابهة لاضطراب طيف التوحد.

فتم الحصول على نتائج على شكل درجات مختلفة لكل طفل، وذلك ساعد بوضع تشخيص من قبل الفريق العلاجي.

1 - 1 - عينة الدراسة الاستطلاعية:

جدول رقم (1) يمثل عينة الدراسة الاستطلاعية

الجنس	العمر	عدد الإخوة	سوابق مرضية	سوابق عائلية
هدى	5 سنوات	02	/	الأخ يتابع في مصلحة لاضطراب طيف التوحد
أيوب	3 سنوات	05	صرع	الأخ يتابع في مصلحة تأخر اللغة

عرض الحالات

تقديم الحالة الأولى: هدى

من مواليد 2018 من منطقة تيزي وزو، عمرها 5 سنوات، الرتبة الثانية بين 2 إخوة (1 ذكر، 1 أنثى)، أخوها يعاني أيضا من اضطراب طيف التوحد، من زواج غير أقارب والحمل كان مرغوب فيه، نشأت في عائلة ذات مستوى معيشي اقتصادي متوسط، الأب يعمل كمقنصد، الأم مائكة بالمنزل، لم تستفد من روضة حتى من 04 سنوات من العمر.

وجهت هدى إلى مصلحة الأمراض العقلية للأطفال والمراهقين من طرف طبيب عام، حيث تعاني من تأخر شديد في اللغة واضطرابات في السلوك (اشتباه في أعراض اضطراب طيف التوحد) من أجل التكفل النفسي بالحالة.

عرض مضمون المقابلة:

أثناء المقابلة مع الأم قدمت أعراض بمثابة أعراض اضطراب طيف التوحد، فقالت أنها:

- منذ صغرها عُرضت لمختلف الشاشات، وعدم تحفيزها، والأب برفض كل علاقة مع الجيران والأقارب وكل العائلة. فلا يخرجون للعب ولا لأماكن التسلية رغم توفر الإمكانيات.
- تأخر شديد في اللغة.
- لعبها غير منتظم (ترتيب الألعاب على استقامة واحدة أو وضعها في الفم أو الكسر)، كما تفضل اللعب لوحدها (الانعزال).
- تجنب النظر وعدم الاستجابة عند مناداتها، عدم استعمال الإشارة.
- القيام بحركات نمطية (الدوران، القفز، وبعض الحركات الشاذة)، فهي كثيرة الحركة لا تتعب.

ومن خلال أقوال الأم يتضح أنها تعاني نفسياً (مكتئبة) بسبب سلطة الزوج عليها وعدم احترامها وإهانتها، حيث فترة حملها كلها معاناة.

وفي المكتب كل الأعراض المقدمة من طرف الأم لاحظناها على الطفلة، قدم لها قلم ملون فلم تستعمله على الورقة، تارة تضعه في الفم وتارة تكتب على الجدران، السلوك نفسه في البيت (هكذا قالت الأم). الأعراض كلها موجودة في الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM.

نتائج المقياس:

وعند تطبيق سلم قياس التوحد (CARS) على الطفلة مع الأم تحصلت على درجة 45، الذي يدل على وجود حالة توحد شديد.

تقديم الحالة الثانية: أيوب

من مواليد 2020، يبلغ من العمر 3 سنوات من منطقة تيزي وزو، الرتبة الرابعة بين 5 إخوة (3ذكور، 2إناث)، من زواج غير أقارب والحمل كان مرغوب فيه، نشأ في عائلة ذات مستوى اقتصادي متوسط، الأب يعمل في الميناء، الأم مائكة في البيت.

وجه أيوب إلى المصلحة من طرف طبيب الأطفال، وهو يعاني من تأخر شديد في اللغة.

عرض مضمون المقابلة:

مع الأب:

- منذ صغر الطفل شديد العرض للشاشات.
- تأخر شديد في اللغة، بصدر أصوات حادة.
- اضطرابات في الأكل (انتقاء).
- لا يلعب مع إخوته ولا يهتم بالألعاب، يفضل الانعزال.
- كثير الانفعال (بكاء طوال اليوم في أغلب الأحيان بلا سبب).
- كثير الحركة، كثير القفز.
- لا يشير عندما يريد شيئاً، فإنه يأخذ يدنا للشيء.
- لا ينظر إليه ولا ينتبه، لا يفهم التعليم.
- لديه حساسية للأصوات خاصة الأذان، فعند إصدار أي صوت يخاف، ينزع ويبكي، كما أنه لا يحب التغيير.
- في المكتب: الطفل يعاني من قلق الانفصال، كثير البكاء، يرفض كل اتصال في كل جلسة عندما يأتي مع أبيه.

نتائج المقياس:

وعند تطبيق سلم قياس شدة التوحد (CARS) مع الأم، يظهر الطفل نوعاً من الهدوء، تحصل على درجة 48 الذي يدل على وجود حالة توحد شديد.

نتائج الدراسة الاستطلاعية:

توصلنا إلى أن:

- المقياس (CARS) يلائم لكلا الجنسين (ذكر، أنثى).
- اختيار المقياس (CARS) كونه يعطي وجود أو عدم وجود اضطراب التوحد وكذا شدته، كما يستعمل في التقييم:

- تبين أن بنوده واضحة عند تطبيقه مع الأولياء.

يستعمل المقياس (CARS) من طرف المختصين النفسانيين والأرطوفونيين والأطباء المختصين في الطب العقلي للأطفال في تشخيص اضطراب طيف التوحد، فعليهم تلقي تكوين في ذلك.

2 - الدراسة الأساسية

2 - 1 - منهج البحث:

بما أن طبيعة المشكلة هي التي تحدد المنهج الواجب إتباعه والذي ينبغي أن يتلاءم مع طبيعة موضوع الدراسة وتبعاً لطبيعة بحثنا الذي يهتم بأحدث طرق تشخيص اضطراب طيف التوحد فإن المنهج المناسب للدراسة هو المنهج العيادي (الكلينيكي)، لأنه يتميز بالطرق التي تدرس الفرد كوحدة متكاملة ومتميزة عن غيرها.

ويعرف D. Lagache المنهج العيادي على أنه: "تأول السيرورة من منظورها الخاص، وكذلك التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولاً بذلك التعرف على بنيتها وتركيباتها". كما يكشف على الصراعات التي تحركها ومحالات حلها (Chahraoui et benony, 2000, p16).

ويقوم هذا المنهج على دراسة الحالة باعتبارها الطريقة الأنسب لفهم الشامل للحالة الفردية والحصول على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن الحالة.

2 - 2 - مكان وزمان إجراء الدراسة:

2 - 2 - 1 - مكان إجراء الدراسة:

أجريت الدراسة في مستشفى الأمراض العقلية "قرنان حناني" بواد عيسى، تيزي وزو، في مصلحة (وحدة) الطب العقلي للأطفال والمراهقين "حفيظ بوسلمان" باعتباره المكان الذي توجد فيه عينة البحث الخاصة بالدراسة الأساسية وشروطها.

فهذه الوحدة تستقبل حالات أطفال ومراهقين من كل الاضطرابات النفسية والعقلية، العلاج خارجي، منها اضطراب طيف التوحد.

الجدول رقم (2) يمثل الفريق العلاجي للمصلحة (الطاقم الطبي)

أخصائيين اجتماعيين	أخصائية التربية العلاجية	طبيب عام	مختصين أطفونيين	مختصين عياديين	أطباء مختصين في الطب العقلي
02	01	01	07 و 04 ومنهم رئيسي و 02 ممتاز	08 منهم 03 رتبة رئيسي	04

2 - 2 - 2 - زمان إجراء الدراسة:

بدأ البحث الميداني في بداية شهر ماي 2023 إلى غاية نهاية شهر جويلية 2023.

2 - 3 - عينة الدراسة:

تكونت مجموعة الدراسة الأساسية من 10 حالات من الأطفال يعانون من تأخر اللغة واضطراب السلوك (اشتباه لاضطراب طيف التوحد)، يختلفون في الجنس: 07 ذكور و 03 إناث. يتراوح عمرهم ما بين 02 إلى 05 سنوات، هو السن الملائم للتشخيص، يزاولون العلاج والمتابعة المستمرة من طرف الفريق الطبي بالمصلحة.

2 - 3 - 1 - طريقة اختيار عينة الدراسة:

فقد تم اختيار عينة قصدية من مجتمع البحث وهي: العينة المماثلة للمجتمع الأصلي تمثيلا سليما والتي تعطي نتائج أقرب ما تكون إلى النتائج التي يمكن أن يصل إليها الباحث من المجتمع البحث كله. (طلعت مهام، 1984، ص 103).

وعليه لا بد أن تتوفر في أفراد مجتمع الدراسة الخصائص التالية:

- أن تتراوح أعمار الأطفال من 02 إلى 05 سنوات، باعتبارها فترة ملائمة للتشخيص.

- يتميزون بأمراض اضطرابات تخص الطفولة، تشبه باضطراب طيف التوحد (suspicion).

- أن تكون حالات جديدة موجهة إلى المصلحة، لم يوضع لها تشخيص نهائي.

2 - 3 - 2 - خصائص عينة الدراسة:

الجدول رقم (3) يمثل عينة الدراسة (10 حالات)

الحالات	الجنس	السن	الرتبة بين الإخوة	سوابق شخصية	سوابق عائلية	تاريخ الاستشارة
1	ذكر	3سنوات ونصف	الطفل الثاني	لا شيء	أم تعاني من إعاقة ذهنية	2023/3/23
2	أنثى	5سنوات	الطفل الثاني	لا شيء	لا شيء	2023/2/23
3	ذكر	3سنوات	الطفل الثاني	لا شيء	أخت لديها توحد لم تتابع	2023/4/23
4	ذكر	5سنوات	الطفل الوحيد	حساسية للبرد	لا شيء	2023/4/23
5	ذكر	3سنوات	الطفل الثاني	لا شيء	لا شيء	2023/4/23
6	أنثى	3سنوات	الطفل الأول	لا شيء	لا شيء	2023/3/23
7	ذكر	4سنوات	الطفل الثاني	نوبات صرع	أخ بإعاقة ذهنية	2023/4/23
8	ذكر	3سنوات	الطفل الأول	لا شيء	لا شيء	2023/3/23
9	أنثى	2سنوات	الطفل الأول	لا شيء	لا شيء	2023/3/23
10	ذكر	سنتين ونصف	الطفل الثاني	نوبات صرع	أخوه التوأم يتابع المصلحة	2023/4/23

2 - 4 - أدوات الدراسة:

الدراسة الإكلينيكية تتميز بالطرق التي تدرس الفرد ككل فريد عن نوعه، أي كوحدة متميزة عن غيرها، وقد يدخل ملاحظة أساليب سلوكية معينة واستخلاص سمات شخصية

خاصة، وتستخدم الاختبارات، تسمى الاختبارات الإكلينيكية، ... وبعض الطرق المستعملة في التشخيص تكون مقننة، ومن خلال الاختبارات السيكلوجية المقننة. (حلمي المليحي، 1999، ص 29 - 30).

وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على تقنيتين أساسيتين تتمثل في:

2 - 4 - 1 - الملاحظة:

تعتبر الملاحظة أقدم أدوات الدراسة وأهمها التي يمكن للباحث الاعتماد عليها للحصول على البيانات التي يحتاج إليها في البحث العلمي الخاص به، وتعتمد على مشاهدة الظاهرة، ثم تسجيل البيانات التي يتم الحصول عليها من خلال الملاحظة في النموذج الذي قام الباحث بتصميمه، ويعتبر التصميم الجيد المفتاح الأساسية للحصول على البيانات.

ففي بحثنا اعتمدنا على شبكة الملاحظة التي قمنا بتصميمها بالاستعانة بالدليل التشخيصي (DSM5R) والتي اتفق عليها مجموعة من المحكمين الذين هم الفريق الطبي في مصلحة الطب العقلي للأطفال والمراهقين بواد عيسى. (انظر الملحق رقم 1 + 2). في جلساتنا استعنا بشبكة الملاحظة من أجل التحقق من وجود السلوك المراد ملاحظته لمدة ساعة واحدة كل جلسة. (انظر الملحق رقم 1).

2 - المقابلة العيادية نصف موجهة: التي تسعى من خلالها لمعرفة ظروف التشخيص، والموجهة بدليل المقابلة.

3 - وتقنية أخرى هي مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، وذلك تلاؤماً مع المنهج العيادي التي اتبعناه وللتحقق من فرضية الدراسة.

2 - 4 - 2 - المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة من الأدوات الضرورية لفهم الفرد عن قرب، وإدراك مشاعره واتجاهاته في المواقف التي يواجهها، واتجاه العالم المحيط به، الهدف من المقابلة هو الحصول على المؤشرات التي تساعد المختص في فهم المفحوص، وإذا استخدمت المقابلة بطريقة إيجابية، فإن تقدم للفاحص معطيات هامة وعميقة الدلالة.

وقد اتخذت المقابلة شكلا غير موجه، فلا تتدخل المختص أثناء إلا عند الضرورة، كما يمكن أن تتخذ شكل موجه يتدخل فيها العيادي بأسئلة وتبادل المعلومات (فيصل عباس، 1995، ص 30).

وفي هذا الصدد استعملنا المقابلة نصف موجهة لما تكتسيه من أهمية في الموضوع في مناسبتها في الدراسة، وخاصة أنه يدرس اضطراب في اللغة بالكامل مع الطفل التوحدي، لذا لابد من تقديم أسئلة عديدة لأولياء الأطفال من أجل التشخيص الدقيق، وذلك من أجل جمع المعلومات والبيانات.

- تعريف المقابلة نصف الموجهة:

"هي نوع من أنواع المقابلة التي تستعمل في البحث بكثرة، وهي تابعة لفرضية البحث، تحتوي على محاور، وفيها يستعين الأخصائي بطرح الأسئلة، قصد تقديم الحالة أو تشخيصها". (بشرى إسماعيل، 2004، ص 57).

وفي المقابلة نصف الموجهة تكون تدخلات الباحث وفق محاور التي تهدف إلى الحصول على المعلومات التي تخدم متغيرات الدراسة حيث تعتبر مقابلة خاصة بالبحث، وتصيبوا (تميل) المقابلة نصف الموجهة نحو هدف أساسي هو ضبط الأسئلة الموجهة حسب محاور محددة مسبقا من طرف الباحث، تمكنه من الحصول على هذه المعلومات موجهة في نفس الوقت مع المقابلة، وهذا لتجنب الخروج عن الموضوع، وذلك قمنا ببناء في بحثنا المقابلة النصف موجهة على أساس فرضيات الدراسة وتخدم عملية البحث وفق محورين وهما:

- المحور الأول: يهدف إلى معرفة تاريخ حالة الطفل قبل الولادة وبعدها.

- المحور الثاني: يهدف إلى التعرف على أعراض التوحد وذلك بالاستعانة بـ (DSM-5).

- سيرورة المقابلة

لقد أنت كل مقابلة على الشكل التالي:

قبل إلقاء الأسئلة الخاصة بكل محور، كان هناك حديث تمهيدي لإعادة التعري5ف بالموضوع والهدف من الدراسة، من أجل فتح المجال للبحث من خلال خلق جو من الثقة

مع أولياء الحالات والتحدث عن موضوع اضطراب التوحد، وكذا تقديم توضيح وتفسير عن كيفية إجراء المقابلة.

وبعدما فتح باب إلقاء الأسئلة الخاصة بكل محور بشكل متسلسل، والتي تسمح للأولياء بالدخول مباشرة في الموضوع وأثناء المقابلة قد يتم التدخل من حين لآخر، وذلك لتوجيه المقابلة لمسارها بأسئلة فرعية عندما يبدأ الأولياء بالخروج عن المحاور الأساسية، وذلك بذكر أشياء لا تخدم بشكل مباشر الموضوع أو عندما نجد أنفسنا أمام توضيح أو تفسير أكثر.

وهكذا هو الحال لجميع المحاور بحيث نعمل في كل مرة على إلقاء التعليلة الخاصة بكل محور، وكانت التدخلات كذلك في كل مرة لخدمة وإثراء وتوجيه المقابلة بما يساعد على الإجابة على الفرضية.

وبعدها خصصت جلستين من أجل ملاحظة الطفل في المكتب، وذلك بالاستعانة بشبكة الملاحظة الهدف من ذلك تسجيل البيانات حول الحالة.

وفي الأخير موعد آخر من أجل تطبيق المقياس (CARS).

2 - 4 - 3 - مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS):

- تعريف المقياس: من طرف (Eric Shopler) وزملائه سنة (1988)، في جامعة Caroline du Nord، في مدينة Chapel Hill (أمريكا).

ويعتبر مقياس (CARS) من الأكثر استعمالاً في البلدان العربية والأوروبية وغيرها إلى يومنا هذا.

يعد مقياس (CARS) أنه من الأدوات المقننة الأكثر استعمالاً في حالة التقويم المبكر المربوط بالتشخيص التوحد الطفلي، ويمكن استعماله منذ 24 شهر، ويهدف إلى إعطاء درجة وقيمة لحالة التوحد من خلال الملاحظة الإكلينيكية لسلوكيات الطفل والبحث عن الأعراض التوحدية، وإعطاء تقييم عددي لشدة الأعراض (Nadia boularkas, 2011, p50).

تقوم الأداة بتقييم 15 محور الخاصة التالية: العلاقات الاجتماعية، التقليد، الاستجابة العاطفية، استخدام الجسم، استعمال الأدوات، التكيف مع التغيرات، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استجابات الحواس (التفوق، الشم، اللمس)، الخوف والقلق، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية، الانطباع العام.

- الهدف من المقياس:

إن الغاية من استعمال مقياس (CARS) هو تقدير التوحد الطفلي وهو كأداة تشخيص درجة التوحد، هدف بحثنا. كما يستعمل لتقييم للبرنامج العلاجي الخاص "تش" (Teach) لـ"شوبلر" للتعرف على جوانب التطور والقصور (قياس قبلي وبعدي).

- تفسير نتائج المقياس:

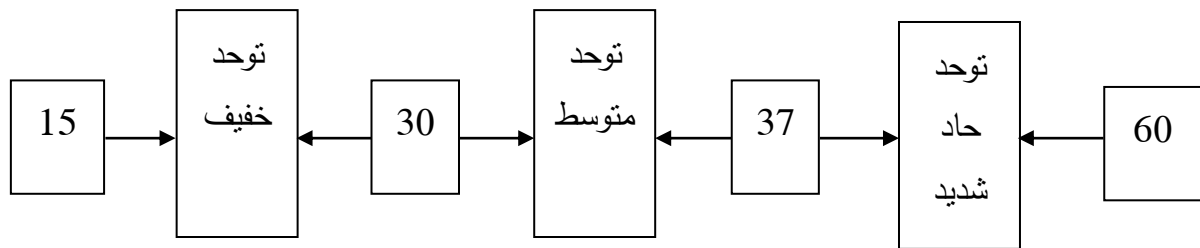
يتم تغير النتائج المتحصل عليه من المقياس من خلال القيمة الإجمالية من مجموع النقاط التي تتراوح من 15 إلى 60 على وجود اضطراب التوحد:

- من 15 إلى 29,5: توحد خفيف.

- 30 إلى 36,5: درجة التوحد متوسط.

- 37 إلى 60: درجة التوحد شديد أو حاد.

والشكل التالي يوضح ذلك:



يشمل المقياس الأنماط السلوكية التالية وهي 15 محورا.

1 - العلاقات الاجتماعية: وذلك بإقامة العلاقات بالناس وذلك بسهولة وتبادل الورد

والألفة في المواقف المختلفة.

- 2 - **التقليد:** وتعني القدرة على التقليد ومحاكاة الأطفال بما في ذلك تقليد الحركات والحديث في حدود الفئة العمرية.
- 3 - **الاستجابة العاطفية:** وتعني ما يلاحظ من تفاعل الطفل في المواقف السارة وغير السارة.
- 4 - **استخدام الجسم:** وهي استخدام الأشياء وكيفية استخدام الألعاب ومدى اختلافه في التكيف معها عن السلوك الطبيعي.
- 6 - **التكيف مع التغيرات:** ويعني مدى تقبل التغير أو مقاومته والاستجابة لأي تغير يدل على بيئته المألوفة أو عامله الخاص.
- 7 - **الاستجابة البصرية:** يقصد بها الالتفات البصري الطبيعي أو غير الطبيعي نحو مثيرات الانتباه.
- 8 - **الاستجابة السمعية:** يقصد بها الالتفات السمعي الطبيعي أو غير الطبيعي نحو مؤثرات صوتية طبيعية أو وهمية.
- 9 - **استجابة الحواس:** تعني طريقة استجابة الحواس: التذوق، الشم واللمس للمثيرات المختلفة، وهل هي طبيعية أم بها قدر من الشذوذ؟
- 10 - **الخوف والقلق:** وهي علامات الخوف والتوتر وكيفية الاستجابة للعوامل التي تثير الخوف والتوتر، وهل هي طبيعية أم شاذة أو إبداء الخوف والتوتر دون سبب ظاهر.
- 11 - **التواصل اللفظي:** يعني كيفية التعبير اللفظي، وما قد يصاحبه من التردد أو الشذوذ، أو الخروج عن المألوف.
- 12 - **التواصل غير اللفظي:** يتمثل في طريقة التفاعل أو التعبير بغير الألفاظ مثل حركات الوجه أو الجسم أو اليدين أو الحواس.
- 13 - **مستوى النشاط:** يقصد به طبيعة النشاط ومقداره، وذلك من خلال الملاحظة في أماكن ومواقف مختلفة، ومدى ملائمتها للوضع الطبيعي والحد الأعلى لها المستوى.

14 - المستوى العقلي وتجانس الوظائف العقلية: ويعني مستوى الاستجابات الذهنية واتساقها وتقييم الأداء المعرفي العام واتساقه عبر المهارات والمواقف لمختلفة، والحد الأعلى لهذا المستوى.

15 - الانطباعات العامة: ويشمل هذا التقييم الانطباع العام للدرجة التي يمكن أن يوصف بها الطفل بأنه توحدي ويستخدم فيه كل المعلومات المتاحة عن الطفل سواء كانت من الأسرة أو عن طريق الاطلاع على ملفات البنود السابقة في التقييم. (علي الرفاعي، 1999، ص. 221 - 225).

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

الاختبار الجيد يجب أن يكون صادقاً وثابتاً، يقصد بالصدق أن يقيس الاختبار فعلاً القدرة أو سمة الاتجاه أو الاستعداد الذي وضع الاختبار لقياسه، أي أن يقيس فعلاً ما قصد أن يقيسه، فالمقياس الذي أعد لقياس سمة سيكولوجية معينة يكون مقياساً صادقاً بمدى ما يقيس هذه السمة التي صمم المقياس من أجل قياسها... والثبات يتناول مدى تطابق درجات أفراد مجموعة معينة على اختبار معين في كل مرة يعيد اختبارهم بنفس الاختبار. فالثبات يشير إلى الاستقرار في الدرجة الفرد الواحد على نفس الاختبار.

- صدق المقياس:

لقد قام الطالب درمشي أحسن (2014 - 2015) تحت إشراف الأستاذة لعوامز حبيبة بتقديم مذكر بعنوان: "فعالية برنامج "ثبت" في درجة التوحد"، بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وللتحقيق من صدق الاختبار استعنت بالصدق الظاهري هو: "الصدق الذي يستخدم للإشارة إلى مدى ما يبدو أن الاختبار يقيسه، أي أن الاختبار يتضمن بنوداً التي تبدو على صلة بالمتغير الذي يقاس، وأن مضمون الاختبار متفق مع الغرض منه، ومن المرغوب فيه، بصفة عامة أن يكون الاختبار ذا صدق مظهري إذ يلعب الصدق المظهري دوراً واضحاً في تنمية تعاون المفحوص وتوجيه انتباهه إلى نوع الإجابة المطلوبة، المطلوبة منه".

ومن أنواع الصدق الظاهري نجد صدق المحكمين، وذلك بعرض البنود على مجموعة من الأساتذة المحكمين، وقد عرضنا الصورة المترجمة للمقياس (CARS) على جماعة من المحكمين تتكون من 6 دكاترة وأساتذة محاضرين.

وبعد الاطلاع على موضوع الدراسة وفرضيته أجابوا على الأسئلة التي طرحها عليهم، وقد كانت نتائج الصدق في الجدول الذي يبين آراء الأساتذة المحكمين، كما توضح النسبة المئوية، بحيث أجمع أغلب المحكمين أن ترجمة الأداة مناسبة وواضحة ولها علاقة مباشرة بموضوع الدراسة.

جدول رقم (4) يبين آراء الأساتذة المحكمين

النسبة المئوية	لا	نعم	الأسئلة
100%		×	هل هي مناسبة لموضوع الدراسة؟
93%		×	هل هي مصاغة بصيغة جيدة؟
93%		×	هل هي واضحة؟
100%		×	هل الأعراض كافية؟
93%		×	هل التعليمات واضحة؟

- ثبات المقياس:

ويعتبر ثبات عن الاتساق والتجانس بين درجات التطبيق الأول والثاني للمقياس، وذلك عند تطبيقه على نفس الأفراد في نفس الظروف حيث تكون النتائج مستقرة في كل مرة يتم تطبيقها على نفس المجموعة، وعليه فقد تم التأكد من معامل الثبات المقياس التوحد الطفلي (CARS) باستخدام معامل الارتباط بيرسون "ر"، وذلك بعد عرض المقياس على مجموعة البحث التي تتكون من 06 أطفال، ثم إعادة تطبيقه على نفس العينة بعج مرور أسبوعين من التطبيق الأول، وبعد حساب الثبات توصلنا أن المقياس ثابت بدرجة 0,99 (تم حساب خصائصه السيكمترية على البيئة الجزائرية (2015) من طرف الباحث (درميش حسين) تحت إشراف الأستاذة لعوامز حبيبة بعنوان: فعالية برنامج "تش" في خفض درجة التوحد من خلال إجراء قياس بعدي باستعمال مقياس (CARS).

- تطبيق المقياس:

يتم تطبيق المقياس مقياس (CARS) من طرف مختص نفساني أو أطفوني أو طبيب أطفال مختص في الطب العقلي للأطفال، شرط أن يكون تلقى تكوين في ذلك، لا بدّ من حضور الوالدين عند تطبيقه، فيعطي لهم موعد خاص بعملية التقييم التي يتم فيها تطبيق المقياس، ويتم ذلك في الصباحة، في حالة ما إذا كان الطفل مريضاً يؤجل الموعد.

فيعتبر حضور الوالدين إجباري وخاصة الأم، كونها الأكثر قرباً من أطفالها بإمكانها ملاحظة السلوك العادي والمنحرف.

وتستغرق مدة تطبيق المقياس بين 30 إلى 45 دقيقة، وخلالها يتم تقديم ووصف الأنماط السلوكية التي تحتويها المحاور الخمسة عشر، كما سبق ذكرها، حيث أن كل محور مقيم من درجة 01 إلى 04:

01: يدل على سلوك طبيعي ومتناسب مع العمر.

02: ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة بسيطة.

03: ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة متوسطة.

04: ينحرف عن السلوك الطبيعي بدرجة شديدة.

- تصحيح الاختبار:

يرجع المجموع الكلي للدرجات إلى السلم الذي يتراوح ما بين 15 و60، حيث تترجم النقطة من 15 - 29.5 درجة: توحد خفيف، 30 - 36.5 درجة: توحد متوسطة، 37 - 60 درجة: توحد شديد (حاد).

الفصل الرابع

معرض الحالات ومناقشة النتائج

تمهيد

1 - عرض وتحليل النتائج

الاستنتاج العام

تمهيد:

1 - عرض وتحليل النتائج للحالات العشرة:

1 - 1 - عرض الحالات النموذجية:

1 - 1 - 1 - الحالة الأولى "أنيس"

- تقديم الحالة: البيانات الشخصية

- الاسم: أنيس

- الجنس: ذكر

- السن: 3 سنوات ونصف.

- رتبة الحالة: الطفل الثاني

- الأولياء: أحياء

- المستوى التعليمي للأب: ابتدائي

- المستوى التعليمي للأب: 7AF

- المستوى الاقتصادي: ضعيف

- السوابق الشخصية: لا شيء

- السوابق العائلية: الأم تعاني من إعاقة ذهنية

- فترة الحمل: عادية

- فترة الولادة: عادية بلا مشاكل

- النمو الحسي الحركي:

الضحك: موجود

وضعية الجلوس: في الوقت (حوالي 6 - 7 أشهر)

المشي: في الوقت (حوالي 13 شهرا)

الكلام: غير مكتسب حالياً

النظافة: غير مكتسبة

النمو العاطفي: لا يوجد مشكل التعلق

الأكل: لا يوجد مشكل في الأكل

النوم: لا يوجد مشكل في النوم

- عرض ملخص المقابلة:

"أنيس" بلغ من العمر 3 سنوات ونصف، يسكن بضواحي تيزي وزو، ينتمي إلى عائلة ضعيفة الظروف الاقتصادي والاجتماعية، التي تتكون من الأب 52 سنة يعمل مساعد في البناء (Manœuvre)، زواج غير أقارب والحمل مرغوب، يتعاطى الكحول، أم 39 سنة مأكثة في البيت، وهو الطفل الثاني بين ثلاثة أخوة، بينت التحاليل الطبية والكشوف أنه لا يعاني من أي مرض أو إصابة، أما بالنسبة للسوابق العائلية، تعاني أم الطفل من إعاقة ذهنية تقدم الوالد مع العم إلى المصلحة وعمر الطفل 03 سنوات، في شهر مارس 2023. وجه من طرف طبيب عام حيث أنه يعاني من تأخر شديد في اللغة واضطراب في السلوك من أجل التكفل بالحالة.

- تحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:

من خلال المقابلة نصف الموجهة مع الأب وعم الطفل في مكتب المختصة النفسانية تحصلنا على بعض المعلومات حول حالة الطفل أثناء مرحلة النمو، ويقول الأب أن فترة الحمل كانت عادية بلا مشاكل كذلك بالنسبة للولادة، وبعده الطفل يكبر وينمو بشكل عادي، حيث قال: "الطفل يأكل، يشرب، ينام، يلعب يكبر، بالصح ما يهدرش"، حتى جاء أخوه الذي يعيش بعيداً في زيارة عندهم، ولاحظ بعض السلوكيات غير العادي عند الطفل الذي يبلغ من العمر سنتين ونصف، بالإضافة للتأخر في اللغة.

كما صرح أن أم الطفل تعاني من إعاقة ذهنية والأب مدمن على الكحول، فلا تسمح لأولادها بالخروج للعب مع أقاربهم، حيث يسكنون نفس البناية خوفا من الحسد والعين...، الشيء الذي أدهش العم، حيث قالت له: "إغاروا مني اللوسات".

فالوالدان لم ينتبها (أو ليسا واعيين) لما يعاني منه الطفل، فالعم هو الذي قام بتحسيس الأب من أجل المجيء إلى المصلحة عن طريق توجيه الطبيب العام.

فبعد طرح الأسئلة على الأب، ومن خلال إجاباته بدأ يفهم أن ابنه يعاني من نمو غير عادي.

فصرح الأب أنه معرض للشاشات منذ صغره، وذلك على أولاده، حيث أنهم لا يخرجون للعب في الخارج لأنه يجب حراستهم كل الوقت، "أنيس" لا يعرف الخطر.

فيبقى في البيت مع إخوته لا يتكلم مع أحد ولا يضحك مع أحد، ويفضل الانعزال عنهم، ونادرا ما يشاركهم في اللعب لا يفهم بقواعد اللعب، فأخوانه يغضبون منه، حيث يخسر لهم اللعبة، فلعبه عشوائي فوضوي ونادرا ما يهتم بالألعاب في بعض الأحيان، ذهاب وإياب أو جري ودوران، وفي بعض الأحيان عديم الحركة مستلقيا، لا يزعج أحد، نناديه فلا يرد علينا كأنه أصم، كما أنهلا يفهم التعليمات فلا يستجيب للأوامر.

فعندما يريد شيء ما فلا يطلب منا ولا يشير إلى الشيء، بل يأخذ بيدنا إليه، فلاحظنا أنه يتجنب النظر إليها، معظم نظراته في الفراغ ولا يهتم بنا، في بعض الأحيان نراه يضحك بلا سبب أو يبكي ولا نفهم ما يبكيه، لكن عندما يؤلمه شيء يعبر بالبكاء. فيما يخص الأصوات، فقال الأب أنه لا يبدي أي تأثير أو إزعاج للأصوات: "لو تجيب DJ للدار ما يتحرواش".

الشيء نفسه بالنسبة للأكل فهو يتذوق كل المأكولات لا يبدي رفضا، لكن ما يرفضه ويزعجه بشدة هو التغيير خاصة ملابس في هذه الحالة يُظهر غضب وبكاء شديد.

كما أن أنيس لا يتصرف بطريقة عادية اتجاه المواقف فهو لا يعرف الخطر.

وفي الأخير صرح الأب أنه في حالات نادرة يأكل فضلاته عندما يحاول نزع حفاظته.

وملامح وجه الأب تبين الحزن والقلق حيث خلال هذه المقابلة اكتشف أن ابنه يعاني حقا من اضطراب في النمو، وبعدها شكرنا الأب على الإجابة على الأسئلة وخصص معه

موعد آخر بعد أسبوع من أجل استقبال الطفل لملاحظته بالاعتماد على شبكة الملاحظة في المكتب، وبعدها تطبيق مقياس (CARS).

- النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة الملاحظة للحالة (1) "أنيس":

تم تسجيل البيانات حول الحالة أثناء ملاحظتها لوحدها في مكتب الأخصائية النفسانية في موعد آخر بعد المقابلة نصف الموجهة مع الأب في جلستين من أجل التأكد من البيانات المسجلة، حيث قبل الطفل بسهولة البقاء بدون أبيه، فهو هادئ، غير مهتم بأي شيء موجود في المكتب، ذهاب وإياب.

- التعبير اللغوي: منعدم، لا يتلفظ بأي كلمة.
- التفاعل الاجتماعي: منعدم، لا يبحث عن الاتصال.
- الفهم والاستجابة للأوامر: منعدم، لا يفهم التعليمات.
- الاستجابة للنداء باسمه: منعدم، لا يدور.
- التواصل البصري: منعدم، يتجنب النظرة.
- الإشارة والإيماءات: منعدمة، لا يشير ويفهم معنى الإيماءات.
- الانتباه المزدوج: منعدم، لا ينتبه إلى الشيء نفسه.
- التقليد: منعدم، لا يقلد الحركات ولا الأصوات.
- اللعب بطريقة مناسبة: نادرا، لعب عشوائي.
- فرط أو تدني في الحواس، منعدم.
- النشاط والحركة: موجود غالبا، ذهاب وإياب.
- القلق والخوف: منعدم.
- إيذاء الذات: منعدم.
- التكيف مع التغيير: موجود غالبا.
- الاهتمامات الخاصة: منعدمة.
- الحركات النمطية: موجودة أحيانا، حركة اليدين والأصابع الغريبة.

الفصل الرابع: عرض الحالات ومناقشة النتائج

عند دخول الأب المكتب "أنيس" لم يهتم ولم يظهر أي تصرف، فشكر الأب لمجيئه وحده معه في موعد آخر في أسبوع لتطبيق مقياس (CARS).

- عرض نتائج تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)

الجدول رقم (05) يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 01 "أنيس"

رقم	بنود مقياس (CARS)	النقطة	الملاحظة
01	العلاقات الاجتماعية	04	لا يبحث عن أحد
02	التقليد	04	لا يقلد ولو بالمساعدة
03	الاستجابات الانفعالية	03	ضحك وبكاء لا يتناسب مع الموقف
04	استخدام الجسم	03	دوران حركات الأصابع
05	استخدام الأدوات	03	قليل الاهتمام بالأشياء، الألعاب
06	التكيف مع التغيرات	04	لا يتقبل التغيير ردة فعل شديدة تجاه التغيير
07	الاستجابة البصرية	03	يتجنب النظر إلى الآخرين
08	الاستجابة السمعية	04	ردة الفعل ضعيفة جدا للأصوات
09	التذوق، الشم، اللمس، طريقة الاستجابات	01	استجابات عادية في الذوق، الشم، الألم
10	الخوف والقلق	04	لا يتصرف في المواقف الخطيرة
11	التواصل اللفظي	04	لغة غير مكتسبة لا يتلفظ بأي كلمة
12	التواصل غير اللفظي	03	إشارات وإيماءات منعدمة
13	مستوى النشاط	2.5	في بعض الأحيان كثير الحركة وبعض الأحيان بطيء
14	مستوى القدرات العقلية	3.5	لا يمتلك قدرات عقلية لطفل في مثل سنه
15	الانطباع العام	04	توحد حاد
	المجموع القراءة	50 توحد حاد	

- تحليل نتائج المقياس (CARS) لحالة "أنيس":

يظهر من خلال الجدول رقم (05) أن الحالة تحصلت على درجة كلية قرت بـ50 درجة، وعلى سلم المقياس منحصرة في المجال (37 - 60) الذي يدل على توحّد حاد، بحيث أنه تحصل في معظم المحاور (في 07 محاور) على درجة (04) التي تشير إلى أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، وهي: (العلاقات الاجتماعية، التقليد، التكيف مع التغيرات، الاستجابة السمعية، الخوف والقلق، التواصل اللفظي، الانطباع العام).

وبعدها (06 محاور) نقتط بـ 03 درجة، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، وهي (الاستجابات الانفعالية، استخدام الجسم، استخدام الأدوات، الاستجابة البصرية، التواصل غير اللفظي، مستوى القدرات العقلية)، وفي الأخير محور واحد تحصل فيه على درجة (02)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، وهو محور مستوى النشاط. ومحور واحد أيضا تحصل فيه على درجة (01)، أي أن السلوك طبيعي، وهو محور (التدوق - الشم - اللمس).

ونتائج المحاور مفسرة فيما يلي:

1 - العلاقات الاجتماعية: تحصل "أنيس" على النقطة (04) في هذا المحور لأنه غير طبيعي بدرجة شديدة في العلاقات مع الآخرين، حيث أنه في غالب الأحيان في حالة انعزال لا يهتم بما يقوم به الآخرين، لا يجيب ولا يبحث عن التواصل إلا بعد جهد طويل.

2 - التقليد: غير طبيعي بدرجة شديدة النقطة هي (04)، الطفل لا يقلد أبداً الأصوات، الحركات حتى بوجود مساعدة.

3 - الاستجابات الانفعالية: غير طبيعية بدرجة متوسطة، فتحصل في هذا المحور على النقطة (03) الضحك بلا معنى، وكذا البكاء في مواقف لا تتطلب ذلك.

4 - استخدام الجسم: غير طبيعي بدرجة متوسطة، النقطة (03)، له سلوكات غريبة مثل حركات الأصابع، الدوران.

5 - استخدام الأشياء: اهتمام غير طبيعي بدرجة متوسطة، النقطة (03)، يُظهر اهتمام قليل جداً للألعاب والأشياء واستخدام غير مناسب.

- 6 - التكيف مع التغيير: غير طبيعي بدرجة شديدة النقطة هي (04)، حيث يصر على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير، وعند حدوث التغيير فردة فعله عصبية شديدة.
- 7 - الاستجابة البصرية: غير طبيعي بدرجة متوسطة فتحصل على النقطة (03)، النظر في الفراغ، وتجنب النظر إلى الآخرين، لا يظهر أي استجابة بصرية.
- 8 - الاستجابات السمعية: غير طبيعي بدرجة شديدة، النقطة هي (04)، مبالغ التجاهل للأصوات.
- 9 - التذوق - الشم - اللمس: طبيعي يستجيب الطفل لمثيرات الحواس: الشم - الذوق - الآلام، النقطة (01)، فليس لديه مشكل في الأكل، ويشعر بالآلام بدون مبالغة فيه.
- 10 - الخوف والقلق: غير طبيعي بدرجة شديدة، النقطة هي (04)، حيث ليس لديه إدراك للمواقف الخطرة وغير الخطرة.
- 11 - التواصل اللفظي: غير طبيعي بدرجة شديدة والنقطة هي (04)، حيث أنه لا يستخدم اللغة، فقط أصوات غريبة ومزعجة أشبه بأصوات الحيوانات.
- 12 - التواصل غير اللفظي: غير طبيعي بدرجة شديدة، النقطة هي (03)، الطفل غير قادر على التعبير عن رغباته بالإشارة، ولا يشير إلى شيء يطلبه أو يريده.
- 13 - مستوى النشاط: غير طبيعي بدرجة خفيفة، والنقطة (02.5)، في بعض الأحيان يظهر نشاط زائد أو كسل وبطء.
- 14 - مستوى القدرات العقلية: غير طبيعي بدرجة متوسطة، النقطة (03.5)، في غالب الأحيان لديه تأخر في أداء المهارات، أي نكاه غير متطور مثل الأطفال من السن نفسه.
- 15 - الانطباع العام: بالنسبة للانطباع العام لحالة "أنيس"، فالتوحد لديه حاد، وذلك من خلال أقوال الأب والملاحظة والنقاط المتحصل عليها في محاور المقياس.

- خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الأب، وكذا الاستعانة بجدول الملاحظة (شبكة الملاحظة)، تبين أن الحالة تُعاني من أغلب أعراض اضطراب طيف التوحد، كما وضحته النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق مقياس تقدير

التوحد الطفلي (CARS) أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ 50 درجة الذي يدل على توحد حاد، فمعظم المحاور (07) نقطت بدرجة (04)، أي أن السلوك غير الطبيعي بدرجة شديدة وبعدها (06) بمحاور بدرجة (03)، أي أن السلوك غير الطبيعي بدرجة شديدة، وبعدها (06) بمحاور بدرجة (03)، أي أن السلوك غير الطبيعي بدرجة متوسطة، ومحور واحدة بالدرجة (02)، أي أن السلوك غير الطبيعي بدرجة خفيفة ومحور آخر بالدرجة (01) أي أن السلوك طبيعي.

إنّ الدرجة الكلية التي تدل على توحد حاد ذلك انطبق مع أقوال الأم في المقابلة العيادية نصف الموجهة، كما انطبق مع الملاحظة العيادية.

ومنه النتيجة المتوصل إليها اتفق عليها الفريق الطبي الذي يتابع الحالة (الأخصائي النفسي والأرطفوني والطبيب العقلي الخاص بالأطفال والمراهقين).

فوضع تشخيص الحالة ضمن طيف التوحد الحاد.

1 - 1 - 2 - الحالة الثانية "مريم"

- تقديم الحالة: البيانات الشخصية

- الاسم: مريم

- الجنس: أنثى

- السن: 05 سنوات

- رتبة الحالة: الطفل الثاني

- الأولياء: أحياء

- المستوى التعليمي للأم: متوسط

- المستوى التعليمي للأب: ثانوي

- المستوى الاقتصادي: متوسط

- السوابق الشخصية: تتابع عند أرطفونية "خاص" منذ 02 سنة من عمرها

- السوابق العائلية: لا شيء

- فترة الحمل: عادية

- فترة الولادة: عادية

- النمو الحسي الحركي:

الضحك: موجود

وضعية الجلوس: حوالي 7 أشهر

المشي: حوالي 13 شهرا

الكلام: الكلمات الأولى حوالي 8 - 9 أشهر، بعد 18 شهرا تراجع

النظافة: مكتسبة في 3 سنوات ونصف

النمو العاطفي: ليس لديها مشكل التعلق

الأكل: ليس لديها مشكل في الأكل

النوم: ليس لديها مشكل في النوم

- عرض ملخص المقابلة:

"مريم" بلغ من العمر 05 سنوات، تسكن بضواحي تيزي وزو في قرية، تنتمي إلى عائلة متوسطة من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي، تتكون من الأب يبلغ من العمر 44 سنة تاجر، والأم 38 سنة مائكة في البيت، زواج غير أقارب والحمل مرغوب فيه، هي الثانية بين 3 إخوة، أخ كبير عمره 11 سنة وأخت أصغر منها عمرها 03 سنوات، ليس لديها أي مرض كما بين الكشف الطبي، ولا توجد سوابق عائلية.

تقدم الوالدين إلى مصلحة الطب العقلي للأطفال والمراهقين وعمر الطفلة 4 سنوات ونصف في شهر فيفري 2023، وجهت من طرف الطبيب الخاص بالأطفال، حيث لاحظ سلوكيات مضطربة من أجل رأي متخصص، والتكفل بالحالة.

- عرض وتحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:

على ضوء ما جاء في المقابلة نصف الموجهة تحصلنا من خلالها على توضيحات هامة من طرف الأم، حيث قالت أن مرحلة حملها كانت عادية وكذا ولادتها، وبعدها كانت الطفلة

تنمو بشكل عادي: ابتسامة، إشارة، نظرة، كلمات أولى، تقليد، مشي، وبعد 18 شهرا قالت أنهم لاحظوا تراجع خفيف في الكلمات، في بعض السلوكيات، وذلك يزداد شيئا فشيئا حتى وصلت عامين من عمرها، قد راح كل شيء، لا تشير، لا تطلب، تردد كلمتين على الأكثر. فظنوا أنها تستطيع أن تكون الغيرة، حيث جاءت أختها الصغيرة (مولودة جديدة)، كما تتجنب النظرة لا تبتمس لا تدور عندما نناديها، تفضل الانعزال، تلعب وحدها مع دميتها، في بعض الأحيان تفهم وتستجيب للأوامر، وفي بعض الأحيان لا تفهم ولا تهتم، لا تتكلم مع أحد، فعند سؤالها، فلا تجيب بل تعيد السؤال نفسه، وإذا تريد شيء فلا تشير إليه بل تأخذ بيدهم للشيء.

كما قالت أنها في بعض الأحيان تلاحظ أنها نشيطة، وتعيد بعض الحركات غير الطبيعية مثل الطيران والتصفيق باليدين، الدوران، وحركات غريبة بالأصابع، كثيرة البكاء وبسهولة، وعند إحداث صوت ما تنزعج، كما أنها تنزعج عند إحداث تغير في روتين، تختفي أشياء وتظهر أشياء جديدة، فقالت أن كل ذلك دفعهم لاستشارة مختصة أطفونية تعمل في عيادة خاصة بها، فنصحتهم بإدخالها الروضة وعمرها عامين، بالإضافة إلى متابعتها، وفعلا ذلك ساعدها في تقديم تحسن ملحوظ.

تكيفت في الروضة اندمجت مع الأطفال بعد مدة قصيرة، أصبحت تلعب معهم وتشارك في النشاطات، كما أنها تتواصل قليلا معهم ومع الكبار باللغة القبائلية، بعد عام أي في عمر 3 سنوات، كذلك أختها الصغيرة التي تصفها أمها بـ"شاطرة" ساعدتها كثيرا في تحسين مهاراتها في المنزل، حيث تجذبها فلها دور كبير في تطورها في أغلب الميادين، خاصة اللعب، وبذلك التطور قرر الأب أن يتوقف عن المتابعة عند الأخصائية الأطفونية. حيث يقول للأم: "ذاين ثحلا"، كما أنه الأطفونية وجهتهم لأخصائيين آخرين من أجل التكفل، لكن استهزؤوا بالأخصائية بما أنها في تحسن، ولم يواصلوا لكي يعرفوا ما بها، ولكن الأم تبحث في الانترنت حاليا الطفل عمرها 05 سنوات وفهمت نوعا ما المشكل، لأنها لغة واضحة وتتواصل وتتفاعل مع الكبار والصغار حتى في المكتسبات المدرسية، تعرف الألوان، الأشكال، الأرقام، الحروف ذلك باللغتين العربية والفرنسية، ولكن بقيت بعض السلوكيات غير الطبيعية النمطية، مثل حركات اليدين والرجلين الشيء الذي لاحظته طبيب الأطفال، لذا وجهها إلى المصلحة، كما أنها تنزعج من التغير خاصة عندما يأتي الضيوف إلى البيت، فلا تتحمل ذلك، فيظهر عليها القلق والتوتر، وتنزعج من الأصوات كذلك خوف

غير طبيعي عند فتح حنفية الماء، فتخاف من ماء الحنفية، أو صوته، كما صرحت الأم أن لديها اهتمامات خاصة، فهي تحب رسم فتيات بالفساتين (الأميرات)، وكل رسوماتها فتيات فقط، وفي الأخير ذكرت اضطراب طيف التوحد بقي فقط التأكيد من طرف مختصي المصلحة، فمضت أيام صعبة بينته من أقوالها وزد على ذلك أن زوجها لم تتفاهم معه يتبين أنه متسلط، وبذلنا مجهودات من أجل إقناعه بالمجيء للمصلحة.

وبعدها شكرت الأم على الإجابة على الأسئلة واهتمامها الشديد، وخصص معها موعد في أسبوع من أجل استقبال الطفلة لملاحظتها بالاعتماد على شبكة الملاحظة في المكتب وبعدها تطبيق مقياس (CARS).

- النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة الملاحظة للحالة (2) "مريم":

تم تسجيل البيانات حول الحالة أثناء ملاحظتها لوحدها في مكتب الأخصائية النفسانية في موعد آخر بعد المقابلة مع الأم في جلستها من أجل التأكد من البيانات المسجلة، حيث بسهولة البقاء بدون أمها مدة ساعة، فهي متعاونة، هادئة، مهتمة بالألعاب وأدوات الرسم.

- التعبير اللغوي: واضح في غالب الأحيان، لكن فقير ومعين، تتكلم اللغة القبائلية والتسمية موجودة بالقبائلية، العربية، الفرنسية. الإيكلوليا وتبديل الضمائر موجود أحيانا، تعيد السؤال نفسها، وخط في الضمائر.

- التفاعل الاجتماعي: موجود غالبا، تقبل المشاركة، الضحكة الاجتماعية.

- الفهم والاستجابة للأوامر: موجود غالبا، تفهم التعليمات.

- الاستجابة للنداء: موجودة غالبا، تدور أو تقول "نعم".

- التواصل البصري: موجود غالبا، أحيانا تتجنب النظرة.

- الإشارة والإيماءات: موجودة غالبا، تشير إلى الأشياء التي تريدها، تفهم معنى

إيماءات الآخرين مثلا "لا".

- الانتباه إلى الشيء نفسه: موجود غالبا.

- تقليد الحركات: موجود غالبا.

- اللعب بطريقة مناسبة: موجود غالبا، مثل لعب الدور في الطبخ.

- فرط أو تدني في الحواس: منعدما.
- النشاط والحركة: نادرا ما تتحرك من مكانها.
- القلق والخوف: أحيانا تقلق وتطلب الأم.
- إيذاء الذات: منعدما.
- التكيف مع التغيير: نادرا، تنزع قليلا عند تبديل اللعبة.
- الاهتمامات الخاصة: موجودة غالبا رسم الفتيات.
- الحركات النمطية: موجودة أحيانا.
- عند دخول الأم للمكتب أظهرت "مريم" نوعا من الفرح، وذهبت لأمها لتعانقها.
- شكر الأم وحدد معها موعد آخر في أسبوع من أجل تطبيق مقياس (CARS).

- عرض نتائج تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)

الجدول رقم (06) يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 02 "مريم"

رقم	بنود مقياس (CARS)	النقطة	الملاحظة
01	العلاقات الاجتماعية	02	شدوذ خفيف في العلاقات
02	التقليد	01	لا يقلد ولو بالمساعدة
03	الاستجابات الانفعالية	01	ضحك وبكاء لا يتناسب مع الموقف
04	استخدام الجسم	03	دوران حركات الأصابع
05	استخدام الأدوات	01	قليل الاهتمام بالأشياء، الألعاب
06	التكيف مع التغيرات	04	لا يتقبل التغيير ردة فعل شديدة تجاه التغيير
07	الاستجابة البصرية	01	يتجنب النظر إلى الآخرين
08	الاستجابة السمعية	03	ردة الفعل ضعيفة جدا للأصوات
09	التذوق، الشم، اللمس، طريقة الاستجابات	01	استجابات عادية في الذوق، الشم، الألم

الفصل الرابع: عرض الحالات ومناقشة النتائج

لا يتصرف في المواقف الخطيرة	03	الخوف والقلق	10
لغة غير مكتسبة لا يتلفظ بأي كلمة	02	التواصل اللفظي	11
إشارات وإيماءات منعدمة	01	التواصل غير اللفظي	12
في بعض الأحيان كثير الحركة وبعض الأحيان بطيء	02	مستوى النشاط	13
لا يمتلك قدرات عقلية لطفل في مثل سنه	01	مستوى القدرات العقلية	14
توحد خفيف	02	الانطباع العام	15
	28	المجموع	
توحد خفيف		القراءة	

- تحليل نتائج المقياس (CARS) لحالة "مريم":

يظهر من خلال الجدول رقم (06) أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ 28 درجة، وعلى سلم المقياس منحصرة في المجال (15 - 29.5) الذي يدل على توحد خفيف، بحيث أنه تحصل في معظم المحاور (في 07 محاور) على درجة (01) التي تشير إلى أن سلوك طبيعي، وهي: التقليد، الاستجابات الانفعالية، استخدام الأدوات، الاستجابة البصرية، التدوق - الشم - اللمس، التواصل غير اللفظي، مستوى القدرات العقلية).

وبعدها (04 محاور) نقطت بـ (02) درجة، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، وهي (استخدام الجسم، الاستجابة السمعية، الخوف والقلق)، وفي الأخير محور واحد تحصل فيه نقط بـ (04)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، وهو (التكيف مع التغيير).

وننتج المحاور مفسرة فيما يلي:

1 - العلاقات الاجتماعية: تحصلت "مريم" على النقطة (02) في هذا المحور، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة في العلاقات، في بعض الأحيان تتجنب النظر للآخرين أو خجل.

- 2 - التقليد: تحصلت على النقطة هي (01)، لوجود تقليد عادي للحركات وللأصوات.
- 3 - الاستجابات الانفعالية: تحصلت على النقطة (03) لوجود استجابات عادية مناسبة مع العمر والموقف.
- 4 - استخدام الجسم: غير طبيعي بدرجة متوسطة، لها سلوكيات غريبة لحركة اليدين.
- 5 - استخدام الأدوات: تحصلت على النقطة (01)، الاهتمام طبيعي، للألعاب والأشياء والاستعمال مناسب لها.
- 6 - التكيف مع التغيير: غير طبيعي بدرجة شديدة والنقطة هي (04)، تُظهر ازعاج وتوتر عند حدوث تغيير في الروتين.
- 7 - الاستجابة البصرية: الاستجابات عادية مناسبة للعمر تحصلت على النقطة (01) النظرة عادية ومناسبة لاكتشاف الأشياء الجديدة.
- 8 - الاستجابات السمعية: غير طبيعي بدرجة متوسطة، النقطة هي (03)، تنزعج لاستماع بعض الأصوات التي تستمتع لها عادة.
- 9 - التذوق - الشم - اللمس: استجابات عادية للمنبهات، واستعمال عادي للحواس الخمسة والنقطة هي (01).
- 10 - الخوف والقلق: غير طبيعي بدرجة متوسطة، النقطة هي (03)، تُظهر خوف شديد في مواقف عادية بالنسبة لطفل آخر.
- 11 - التواصل اللفظي: غير طبيعي بدرجة خفيفة، النقطة (02)، في بعض الأحيان وجود الإيكولاليا، وتبديل الضمائر.
- 12 - التواصل غير اللفظي: عادي النقطة (01) وجود إشارات، إيماءات في مختلف المواقف.
- 13 - مستوى النشاط: غير طبيعي بدرجة خفيفة، النقطة (02)، الطفلة في بعض الأحيان نشيطة أو بطيئة وعدم وجود تناسق.

14 - مستوى القدرات العقلية: تحصلت على النقطة (01)، لديها ذكاء عادي وتوظيف عقلي متجانس.

15 - الانطباع العام: تُظهر بعض الأعراض الخفيفة لاضطراب طيف التوحد، أو توحد خفيف، تبين من خلال أقوال الأم، والملاحظة، ومحاور القياس.

- خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الأم، وبلاستعانة بجدول الملاحظة (شبكة الملاحظة) تبين أن الحالة تعاني من أعراض خفيفة لاضطراب طيف التوحد كما وضحته النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ 28 درجة، الذي يدل على توحد خفيف، فمعظم المحاور (07) نُقطت بـ (01) أي أن السلوك طبيعي، وبعدها (04) محاور بالدرجة (02)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، و(03) محاور بالدرجة (03) أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، ومحور واحد بالدرجة (04)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة (التكيف مع التغيير). ومنه الدرجة الكلية تدل على توحد خفيف، ذلك انطبق مع أقوال الأم في المقابلة العيادية نصف الموجهة التي تتمثل في أنه يوجد تحسن في الحالة، كما انطبق مع الملاحظة العيادية المقننة.

ومنه النتيجة المتوصل إليها اتفق عليها الفريق الطبي الذي يتابع الحالة (الأخصائي النفسي والأرطفوني والطبيب العقلي الخاص بالأطفال والمراهقين)، فوضع تشخيص الحالة ضمن اضطراب طيف التوحد الخفيف.

1 - 1 - 3 - الحالة الثالثة "إلياس"

- تقديم الحالة: البيانات الشخصية

- الاسم: إلياس

- الجنس: ذكر

- السن: 03 سنوات

- رتبة الحالة: الطفل الثاني
- الأولياء: أحياء
- المستوى التعليمي للأم: متوسط
- المستوى التعليمي للأب: متوسط
- المستوى الاقتصادي: متوسط
- السوابق الشخصية: لا شيء
- السوابق العائلية: أخت تعاني من اضطراب طيف التوحد لا تتابع
- فترة الحمل: ارتفاع الضغط الدموي
- فترة الولادة: قيصرية
- النمو الحسي الحركي:
- الضحك: موجود أحيانا
- وضعية الجلوس: في الوقت في حوالي 7 أشهر
- المشي: في حوالي 12 شهرا
- الكلام: غير مكتسب
- النظافة: غير مكتسبة
- النمو العاطفي: ليس لديه مشكل التعلق
- الأكل: انتقاء في المأكولات
- النوم: ليس لديه مشكل في النوم
- عرض ملخص المقابلة:

"إلياس" يبلغ من العمر 03 سنوات، يسكن بضواحي تيزي وزو في مدينة، ينتمي إلى عائلة متوسطة من حيث المستوى الاقتصادي والاجتماعي، تتكون من الأب يبلغ من العمر

40 سنة يعمل كنجار في ورشته الخاصة، والأم 34 سنة مأكثة في البيت، زواج غير أقارب والحمل مرغوب فيه، هو الطفل الثاني بعد أخته الكبيرة التي تبلغ من العمر 05 سنوات، كما تعيش معهم أم الزوج وجدته، ليس لديه أي سوابق شخصية بعد القيام بمختلف الكشوف والتحليل الطبية، بينما في السوابق العائلية توجد أخته التي تعاني من أعراض اضطراب طيف التوحد بدون التكفل بها.

تقدم الوالدين إلى مصلحة الطب العقلي للأطفال والمراهقين وعمر الطفل 03 سنوات في شهر أبريل 2023، وجه من طرف المختصة الأطفونية التي تعمل في المستشفى الجواربي من مدن الولاية يعاني من أعراض تشبه اضطراب طيف التوحد من أجل التكفل بالحالة.

- عرض وتحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:

تمت المقابلة مع الأم في مكتب الأخصائية النفسانية التي تظهر ملامح الحزن، تحصلنا من خلالها على معلومات حيث بدأ قولها بمشاكلها، حيث أنها تعيش مع أم زوجها وجدته اللتان لا تتعبا من خلق المشاكل، فقالت أن فترة حملها لأولادها كلها توتر وقلق، فتعاني من ارتفاع الضغط الدموي، والولادة كانت قيصرية، وبعدها قالت أنها تهتم بشغل البيت والتنظيف، وتنويع الطبخ، فلا تهتم لا بنفسها ولا بأولادها، فطوال اليوم تتركهم في الغرفة معرضين لأنواع الشاشات، وإذا غفلت قليلا تنفجر عليها المشاكل من طرف العجوزتين.

هكذا ربت الطفل الأولى والشيء نفسه بالنسبة لـ"إلياس"، كبروا بدون تحفيز من طرف الوالدين، الأب في الخارج والأم مشغولة دائما في البيت، ولم يفكروا في إدخال الأولاد للروضة، فقالت أن الطفلة كانت تعاني من الأعراض نفسها التي يعاني منها "إلياس" حاليا ولكن ليس بتلك الشدة، كما أن عند بلوغها 03 سنوات بدأت بالتلفظ بالكلمات شيئا فشيئا حتى اكتسب لغتها (حاليا نتواصل باللغة الفرنسية)، أما ألياس لم يتمكن من ترديد أي كلمة، نادرا ما يقول "ماما" ولكن بدون هدف للتواصل، وعند مخاطبته لا يستجيب للأوامر، كما أنهم يفهم ما تقوله له أو لم يسمع، فلا يهتم بالآخرين وكثير الانعزال، عدواني اتجاه أخته عندما تحاول اللعب معه، فيفضل اللعب وحده خاصة يحب تنسيق الألعاب على

استقامة واحدة ولا يزال في المرحلة الفمية، حيث أن كل الأشياء إلى فمه، وإذا حاولت تصحيح طريقة اللعب فينزعج ويغضب وتظهر سلوكيات إيذاء الذات، وهي جذب شعره بقوة، كما أنه كثير الحركة، ويقوم بحركات نمطية غير طبيعية، كالمشي على أصابع قدميه عندما يريد شيئاً فلا يشير بأصبعه بل يأخذ يد الآخرين لذلك الشيء، فيما يخص النظرة يتجنبها تجاه الآخرين لكن الأشياء يقربها لعينيه، وعند محاولة القيام بحركات أو أصوات فلا يحاول تقليدها.

كما قالت أنه شديد الغضب وبسهولة، أحيانا يضحك أو يبكي بلا سبب ولا تتمكن الأم من إسكاته أو تهدئته خاصة البكاء.

كذلك ينزعج في بعض الأحيان من بعض الأصوات مثل صوت مجفف الشعر... فيجري مغطي أذنيه، كما أنه يحدث انزعاج شديد لألم صغير، وفي بعض الأحيان لا يتصرف رغم شدة الأم.

فيما يخص الأكل، قالت الأم أنه يظهر رفضا لبعض المأكولات من الخضر والفواكه واللحوم، ويحب الكسكس والحليب ومشتقاته والعجائن، كما يظهر رفضا للتغير خاصة ألعابه، الولد لديه اهتمامات خاصة يحب ويفضل اللعب بالأرقام والحروف البلاستيكية وصفها على استقامة واحدة، كما يحب سكب الماء، وبالنسبة للخوف والقلق لا يظهر أي تصرف.

شكرت الأم على إجابتها على الأسئلة ولاهتمامها الذي أظهرته من خلال إجاباتها وتصرفها، وحدد معها موعد آخر بعد أسبوع من أجل استقبال الطفل لملاحظته بالاعتماد على شبكة الملاحظة، وبعدها تطبيق مقياس (CARS).

- النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة الملاحظة للحالة (3) "إلياس":

في موعد آخر بعد المقابلة نصف الموجهة مع الأم تم تسجيل البيانات حول الحالة أثناء ملاحظة الولد لوحده في مكتب المختصة النفسانية في جلستنا لمدة ساعة من أجل التأكد من البيانات المسجلة، حيث أنه قبل بسهولة البقاء بدون أمه ، فبقي هادئ لم يبك

لذهابها، ولا يبالي بوجودنا معه، في بعض الأحيان يهتم بالألعاب، وفي بعض الأحيان ذهاب وإياب في المكتب، أو يصعد فوق الطاولة ومنها إلى النافذة.

- التعبير اللغوي: منعدما، أحيانا لغة مضطربة غير مفهومة (Jargon). التسمية: منعدمة، الإيكولاليا: منعدمة.

- التفاعل الاجتماعي: منعدم، لا يشارك في اللعب، غير مهتم.

- الفهم والاستجابة للأوامر: منعدم، لا يستجيب للأوامر، لا يفهم التعليمات.

- التواصل البصري: منعدما، لا ينظر للآخرين، يتجنب النظرة.

- الاستجابة للنداء: منعدما، لا يدور عند مناداته باسمه.

- الحركات النمطية: غالبا موجودة وتكرارات مهمة.

- الإشارة والإيماءات: منعدما، لا يشير بأصبعه.

- الانتباه إلى الشيء نفسه: منعدما، لا ينتبه.

- تقليد الحركات: منعدما، لا يقلد الأصوات ولا الحركات.

- اللعب بطريقة مناسبة: منعدما، وضع الألعاب على استقامة واحدة أو في الفم.

- فرط أو تدني في الحواس: أحيانا، عند ضرب القلم على الطاولة.

- النشاط والحركة: موجود غالبا، ذهاب وإياب، الصعود على الطاولة وإلى النافذة.

- القلق والخوف: أحيانا يُظهر القلق.

- إيذاء الذات: أحيانا، يشد شعره بقوة عند القلق.

- التكيف مع التغيير: منعدما، لا يحب أن ننزع له اللعبة ونبدلها بأخرى.

- الاهتمامات الخاصة: موجودة غالبا، الأرقام البلاستيكية.

عند دخول الأم للمكتب "إلياس" لم يهتم بذلك، ولم يُظهر أي تصرف.

شكرت الأم لمجيئها وحدد معها موعد آخر في أسبوع لتطبيق مقياس (CARS).

- عرض نتائج تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)

الجدول رقم (07) يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 03 "إلياس"

رقم	بنود مقياس (CARS)	النقطة	الملاحظة
01	العلاقات الاجتماعية	04	لا يهتم بالآخرين
02	التقليد	04	لا يقلد أبدا
03	الاستجابات الانفعالية	04	استجابات لا تتناسب مع المواقف
04	استخدام الجسم	04	حركات غريبة بشدة وتكرارات مهمة
05	استخدام الأشياء	04	استخدام غير مناسب دائما
06	التكيف مع التغيرات	04	انزعاج شديد للتغير
07	الاستجابة البصرية	03	تقريب الأشياء للعينين
08	الاستجابة السمعية	03	أحيانا انزعاج أحيانا إهمال
09	التذوق، الشم، اللمس، طريقة الاستجابات	03	تصرف غير مناسب للألم
10	الخوف والقلق	03	تصرف غير مناسب مع الموقف، لا يوجد خوف
11	التواصل اللفظي	03	غالبا غير موجود، أحيانا مضطرب
12	التواصل غير اللفظي	04	لا يستعمل الإشارة حركات غريبة ومعينة
13	مستوى النشاط	04	ينتقل من فرط الحركة إلى الخمول
14	مستوى القدرات العقلية	01	ذكاء عادي، قدرات عقلية متجانسة
15	الانطباع العام	04	توحد حاد، يُظهر أغلب اعراض التوحد
	المجموع	52	
	القراءة	توحد حاد	

- تحليل نتائج المقياس (CARS) لحالة "إلياس":

يظهر من خلال الجدول رقم (07) أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ52 درجة، وعلى سلم المقياس منحصرة في المجال (37 - 60) الذي يدل على توحّد حاد (شديد)، بحيث أنه تحصل في معظم المحاور (09 محاور) على درجة (04) التي تشير إلى أن سلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، وهي: (العلاقات الاجتماعية، التقليد، الاستجابات الانفعالية، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف مع التغيير، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، الانطباع العام).

وبعدها (05 محاور) تحصل فيها على درجة (03)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، وهي (الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، التذوق - الشم - اللمس، التواصل اللفظي).

وفي الأخير محور واحد نُقط بـ (01) درجة، الذي يدل على السلوك الطبيعي وهو محور القدرات العقلية.

ونتائج المحاور مفسرة فيما يلي:

1 - العلاقات الاجتماعية: تحصل على النقطة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، لأنه في انعزال دائم ويهتم بما يقوم به الكبار.

2 - التقليد: تحصل على النقطة (04)، التقليد غير طبيعي بدرجة شديدة، لا يقلد أبدا حتى بالمساعدة من طرف الآخرين.

3 - الاستجابات الانفعالية: تحصل على النقطة (04) لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، الاستجابات لا تتناسب مع المواقف، عندما يكون في حالة مزاج معين، الصعب تغيير مزاجه.

4 - استخدام الجسم: تحصل على درجة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، حركات غريبة بشدة وبتكرارات مهمة.

5 - استخدام الأشياء: تحصل على النقطة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة دائما في استخدام غير مناسب للألعاب والأشياء.

6 - التكيف مع التغيير: تحصل على النقطة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، يُظهر انزعاج شديد عند حدوث تغيير.

7 - الاستجابة البصرية: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، تقرب الأشياء للعينين.

8 - الاستجابة السمعية: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، أحيانا انزعاج من الأصوات وأحيانا إهمال.

9 - التذوق - الشم - اللمس: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، تصرف غير مناسب للألم.

10 - الخوف والقلق: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، تصرف غير مناسب مع المواقف انعدام الخوف.

11 - التواصل اللفظي: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، لا يستعمل اللغة، أحيانا لغة مضطربة غير مفهومة.

12 - التواصل غير اللفظي: تحصل على النقطة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، لا يستعمل الإشارة، حركات غريبة معينة ليس لها معنى.

13 - مستوى النشاط: تحصل على النقطة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، يظهر مستوى النشاط حاد، إما فرط الحركة أو خمول أو الانتقال بينهما.

14 - مستوى القدرات العقلية: تحصل على الدرجة (01)، لأن الذكاء عادي، توظيف عقلي متجانس.

15 - الانطباع العام: توحيد حاد، الطفل يظهر أغلب أعراض التوحد، ذلك تبين من أقوال الأم والملاحظة، ومحاور المقياس.

- خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الأم، وبلاستعانة بجدول الملاحظة (شبكة الملاحظة) تبين أن الحالة تعاني من أغلب أعراض

اضطراب طيف التوحد كما وضحته النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق مقياس تقدير التوحد (CARS)، أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ 52 درجة، الذي يدل على توحد حاد (شديد)، فمعظم المحاور (09) نُقطت بدرجة (04) أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، لا توجد محاور منقطة بدرجة (02)، التي على أن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، ومحور واحد فقط تحصل فيه على نقطة (01)، الذي يدل على أن السلوك طبيعي، وهو محور الذكاء.

ومنه الدرجة الكلية التي تدل على توحد حاد ذلك انطبق مع أقوال الأم في المقابلة نصف الموجهة، كما انطبق مع الملاحظة العيادية المقننة.

والنتيجة المتوصل إليها اتفق عليها الفريق الطبي الذي يتابع الحالة (الأخصائي النفساني والأرطفوني والطبيب العقلي الخاص الأطفال والمراهقين)، ووضع تشخيص الحالة ضمن اضطراب طيف التوحد الحاد.

1 - 1 - 4 - الحالة الرابعة "ديان"

- تقديم الحالة: البيانات الشخصية

- الاسم: ديان

- الجنس: ذكر

- السن: 05 سنوات

- رتبة الحالة: الطفل وحيد

- الأولياء: أحياء، مطلقين

- المستوى التعليمي للأم: ثانوي 3AS

- المستوى التعليمي للأب: ثانوي 3AS

- المستوى الاقتصادي: جيد

- السوابق الشخصية: عملية حرجية على مستوى الحصية، حساسية للبرد

- السوابق العائلية: العمة تعاني من اضطراب نفسي بدون تكفل

- فترة الحمل: ضغط، قلق وتوتر

- فترة الولادة: عادية بلا مشاكل

- النمو الحسي الحركي:

الضحك: موجود

وضعية الجلوس: في حوالي 7 أشهر

المشي: في حوالي 13 - 14 شهرا

الكلام: تأخر شديد في الكلام

النظافة: في حوالي عامين

النمو العاطفي: يتعلق كثيرا بالأم والجدة

الأكل: انتقاء في المأكولات

النوم: نوم مضطرب

- عرض ملخص المقابلة:

"ديان" يبلغ من العمر 05 سنوات، يسكن بضواحي تيزي وزو في المدينة، ينتمي إلى عائلة كبيرة ذات مستوى اقتصادي مرتفع، تتكون من الأجداد والأعمام والأب يبلغ من العمر 39 سنة يعمل في شركة خاصة، والأم 39 سنة تعمل كموظفة في شركة ENIEM، زواج غير أقارب والحمل كان مرغوب فيه، وهو الطفل الوحيد، من أهم سوابقه الشخصية تعرض لعملية جراحية على مستوى الخصية، ولديه حساسية للبرد.

أما السوابق العائلية عمدته تعاني من اضطراب نفسي دون تكفل.

تقدمت الأم إلى مصلحة الطب العقلي للأطفال والمراهقين وعمر الطفل 05 سنوات في شهر أبريل 2023، وجه من طرف المختصة طبيب عام، حيث يعاني من تأخر شديد في اللغة من أجل التكفل بالحالة.

- عرض وتحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:

تمت المقابلة مع الأم للحالة الرابعة "ديان" في مكتب المختصة النفسانية، كانت متعاونة وتبدي اهتماما ملحوظا، مكتئبة، جمعنا معلومات حول الحالة، لكن فتحت المقابلة بمعاناتها في دار زوجها القديم، حيث عانت من مشاكل ومعاملة سيئة من طرف كل واحد منهم، خاصة العجوزة لأنها المتسلطة على البيت، والكل يطيعها، وخاصة ابنها، فترة حملها كلها توتر وقلق، بعد ولادتها التي كانت عادية بـ04 أشهر خرجت من البيت، وبعد مدة نفذ الطلاق وكفالة الطفل لصالحها، يعيش معها في دار أهلها، ومنذ ذلك الحين لم يبحث الأب عن ابنه ولا يصرف عليه إلا مرة واحدة عندما وصل عمره 12 شهرا، أتى وأخذ بقوة لأنه يرفضه لا يعرفه ثم اختفى كليا، وهي لم تبحث عن أي شيء من طرفه. فقالت أنها تشتغل دائما في شركة ENIEM، فتركه لأمها، التي تعنتي به فهو طوال اليوم أمام الشاشات، إما اللوحة الإلكترونية أو الهاتف النقال، فلا يتواصل مع أحد، ولا يتلفظ بأي كلمة، كما أنه لا يحب اللعب مع الأطفال، ينعزل كثيرا، ويهتم بألعابه يستخدمهم بطريقة مناسبة، فلا يتفاعل مع الأطفال ولا الغرباء، يفضل البقاء في البيت مع جدته ولم يتكيف في الروضة، وتقول الأم أنه يفهم التعليمات ويستجيب للأوامر، كما يدور عند مناداته باسمه أو يأتي، فيما يخص الحركات النمطية لديه بعض الحركات الغريبة لليدين، قبلا كان لا يشير بأصبعه إلى الأشياء بل يأخذ بيدنا إليها، وحالبا بدأ يتلفظ بعض الكلمات باللغة الإنجليزية التي نقلها من الشاشات (أصوات غير طبيعية)، طفل غير محفز بالنسبة للنظرة فإنّه لا يتجنبها تجاه أهل البيت أو الأشياء، لكن مع الغرباء يتجنب النظرة إليهم، كما قالت أنه في بعض الأحيان نسمعه يضحك بلا سبب وكثير البكاء في الليل، وكثيرا ما يinzعج من كل الأصوات، خاصة أصوات الأطفال الصغار ويكأهم فيغطي أذنيه، فيما يخص الأم قالت أنه يستجيب حسب شدته بالنسبة للتغذية فيظهر انتقاء لبعض المأكولات، فهو يحب أكل الخضر الطازجة، ويرفضها في الأطباق أيضا برفض اللحوم. كما يحب أيضا الفواكه والحليب ومشتقاته. وقالت أنه غالبا لا يتكيف مع التغيرات فمجيء الغرباء يقلقه كثيرا، فحضور أبيه وأهله شيء يقلقه ويزعجه ويخاف ويهرب منهم، لا يؤذي نفسه ولا الآخرين، كما قالت أنها ستدخله الروضة التي تساعده كثيرا في التحسن.

وفي الأخير شكرت الأم على اهتمامها وإجابتها على الأسئلة، وحدد معها موعد آخر بعد أسبوع من أجل استقبال الطفل وملاحظته وبعدها تطبيق مقياس (CARS) لتقدير التوحد.

- النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة الملاحظة للحالة (4) "ديان":

في موعد آخر بعد المقابلة نصف الموجهة مع الأم، تم تسجيل البيانات حول الحالة أثناء ملاحظة الولد مع أمه في مكتب الأخصائية النفسانية في جلستين لمدة ساعة من أجل التأكد من البيانات المسجلة، حيث أنه لم يقبل بسهولة البقاء لوحده دون أمه، فأظهر نوعاً من القلق والانزعاج الشديد عندما حاولت الأم الخروج من المكتب ففضلنا بقائها من أجل تهدئة الطفل لكي يكون متعاوناً، فهو لا يبالي بالألعاب الموجودة في الجدول، بل أخذ ألعابه من محفظته وبدأ يقدمها لنا، في البداية كان متردداً وبعد مدة زال كل شيء وأصبح متعاوناً وهادئاً.

- التعبير اللغوي: نادراً، قليلاً ما يتلفظ كلمات بالإنجليزية. التسمية: غالباً بالإنجليزية أو الفرنسية أحياناً. الإيكولاليا: تبديل الضمائر:

- التفاعل الاجتماعي: موجود غالباً يشارك اللعب، يعطي قبلة، يضم.
- الفهم (الاستجابة للأوامر): غالباً يفهم التعليمات.
- التواصل البصري: أحياناً يتجنب النظرة لمدة طويلة.
- الاستجابة للنداء: غالباً يدور عند مناداته باسمه.
- الحركات النمطية: غالباً موجودة وتكرارات مهمة.
- الإشارة والإيماءات: موجودة حيث أن لغة التواصل أكثر بالإشارات ويفهم إيماءات الآخرين.

- الانتباه إلى الشيء نفسه: ينتبه غالباً.
- تقليد الحركات: غالباً يقلد الحركات، الأصوات.

الفصل الرابع: عرض الحالات ومناقشة النتائج

- فرط أو تدني في الحواس: غالبا ينزعج من الأصوات، أي صوت مرتفع حدث في المكتب يزعجه.
 - النشاط والحركة: نادرا، عند الحالة فقط.
 - اللعب بطريقة مناسبة: موجود غالبا، يستخدم الألعاب والأدوات بطريقة مناسبة.
 - القلق والخوف: أحيانا يُظهر القلق، ويطلب من أمه أن يذهبوا.
 - إيذاء الذات: منعدم، لا يؤذي نفسه ولا الآخرين.
 - الحركات النمطية: وجود بعض الحركات الغريبة النمطية.
 - التكيف مع التغيير: غالبا لا يتكيف مع التغيير عند تبديل لعبة أو نشاط.
 - الاهتمامات الخاصة: منعدمة، لا يظهر أي اهتمام لشيء أكثر.
- في الأخير شكرت الأم لمجيئها وحدد معها موعد آخر بعد أسبوع لتطبيق مقياس (CARS) لتقدير التوحد.

- عرض نتائج تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)

الجدول رقم (08) يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 04 "ديان"

رقم	بنود مقياس (CARS)	النقطة	الملاحظة
01	العلاقات الاجتماعية	02	يتجنب النظر للكبار ويظهر الخجل
02	التقليد	01	تقليد مناسب، يستطيع تقليد الأصوات والحركات
03	الاستجابات الانفعالية	04	كثير البكاء، وعدم القدرة على تغيير المزاج
04	استخدام الجسم	02	بعض الحركات الغريبة النمطية
05	استخدام الأشياء	01	إظهار اهتمام عادي للألعاب والأشياء
06	التكيف مع التغييرات	04	يظهر انزعاج شديد عند حدوث تغيير
07	الاستجابة البصرية	01	ينظر إلى الأشياء جيدا من أجل الاكتشاف

الفصل الرابع: عرض الحالات ومناقشة النتائج

لا يتحمل الأصوات حتى المعتاد لسماعها	03	الاستجابة السمعية	08
لا يأكل مباشرة حتى يتأكد منه بالتذوق أو الشم	04	التذوق، الشم، اللمس، طريقة الاستجابات	09
الخوف يستمر حتى بعد حدوث المواقف عدة مرات	04	الخوف والقلق	10
كلمات فقط، فهي معينة	02	التواصل اللفظي	11
عادي يستعمل الإشارات ويفهم إيماءات الآخرين	01	التواصل غير اللفظي	12
في بعض الأحيان كثير الحركة ولا ينام	03	مستوى النشاط	13
ذكاء عادي، توظيف عقلي متجانس	01	مستوى القدرات العقلية	14
توحد متوسط، يُظهر بعض أعراض معينة للتوحد	03	الانطباع العام	15
	36	المجموع	
	توحد متوسط	القراءة	

- تحليل نتائج المقياس (CARS) لحالة "ديان":

يظهر من خلال الجدول رقم (08) أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ36 درجة، وعلى سلم المقياس منحصرة في المجال (29.5 - 36.5) الذي يدل على توحد متوسط، بحيث أنه تحصل في (04 محاور) على درجة (04) التي تشير إلى أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، وهي: (الاستجابات الانفعالية، استخدام الجسم، التكيف مع التغيرات، التذوق - الشم - اللمس، الخوف والقلق).

وبعدها (03 محاور) تحصل فيها على درجة (03)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، وهي (الاستجابة السمعية، مستوى النشاط، الانطباع العام).

ثم (03 محاور) تحصل فيها على الدرجة (02)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة منخفضة، وهي (العلاقات الاجتماعية، استخدام الجسم، التواصل اللفظي).

وفي الأخير (04 محاور) تحصل فيها على درجة (01)، أي أن السلوك طبيعي وهي (التقليد، التواصل غير اللفظي، مستوى القدرات العقلية، الاستجابة البصرية) محور القدرات العقلية.

ونتائج المحاور مفسرة فيما يلي:

1 - العلاقات الاجتماعية: تحصل على النقطة (02)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة منخفضة، يتجنب النظر إلى الكبار ويظهر الخجل عند الإلحاح على التفاعل مع الآخرين.

2 - التقليد: تحصل على النقطة (01)، لأن السلوك طبيعي، تقليد مناسب، يستطيع تقليد الأصوات والحركات.

3 - الاستجابات الانفعالية: تحصل على درجة (04) لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، الاستجابة لا تتناسب مع الموقف، كثير البكاء وعدم القدرة على تغيير مزاجه.

4 - استخدام الجسم: تحصل على درجة (02)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، وجود بعض الحركات الغريبة النمطية.

5 - استخدام الأشياء: تحصل على الدرجة (01)، لأن السلوك طبيعي يُظهر اهتمام عادي للألعاب والأشياء وبطريقة مناسبة.

6 - التكيف مع التغيير: تحصل على الدرجة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، يُظهر انزعاج شديد عند حدوث تغيير.

7 - الاستجابة البصرية: تحصل على النقطة (01)، لأن السلوك طبيعي ينظر إلى الأشياء بطريقة جيدة من أجل الاكتشاف والدقة.

8 - الاستجابة السمعية: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، لا يتحمل كل الأصوات حتى التي هو معتاد لسماعها.

9 - التذوق - الشم - اللمس: تحصل على النقطة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، لا يأكل مباشرة إلا بعد التذوق أو الشم ليتأكد منه.

10 - الخوف والقلق: تحصل على درجة (04)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، الخوف مستمر حتى ولو أعيد الموقف عدة مرات.

11 - التواصل اللفظي: تحصل على النقطة (02)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة منخفضة، تعبيره عبارة عن كلمة تعبر عن ما يريده وهي معينة.

12 - التواصل غير اللفظي: تحصل على درجة (01)، لأن السلوك طبيعي، يستعمل الإشارات ويفهم إيماءات الآخرين.

13 - مستوى النشاط: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، في بعض الأحيان كثير الحركة ولا ينام حتى.

14 - مستوى القدرات العقلية: تحصل على الدرجة (01)، لأن الذكاء عادي، توظيف عقلي متجانس.

15 - الانطباع العام: تحصل على النقطة (03)، توحد متوسط، المحاور مقسمة بالتساوي على مختلف الدرجات، يظهر أعراض معتبرة للتوحد، اتضح من أقوال الأم والملاحظة، ومحاور المقياس.

- خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الأم، وبالإستعانة بجدول الملاحظة (شبكة الملاحظة) تبين أن الحالة تعاني من بعض أعراض معينة لاضطراب طيف التوحد، كما وضحته النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ 36 درجة، الذي يدل على توحد متوسط، فمحاور المقياس قسمت تقريبا بالتساوي على درجات المقياس، ف(04) محاور نُقطت بـ (04) درجة، التي تشير أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، و (03) محاور نُقطت بدرجة (03) الذي يدل على أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، ومحور واحد بدرجة (02)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، و(04) محاور بدرجة (01)، أي أن السلوك طبيعي، وهو الذكاء. ومنه الدرجة الكلية تدل على توحد متوسط وذلك انطبق مع أقوال الأم في المقابلة العيادية نصف الموجهة، كما انطبق مع الملاحظة العيادية.

ومنه النتيجة المتوصل إليها اتفق عليها الفريق الطبي الذي يتابع الحالة (الأخصائي النفسي والأرطفوني والطبيب العقلي الخاص الأطفال والمراهقين)، ووضع تشخيص الحالة ضمن اضطراب طيف التوحد المتوسط.

1 - 1 - 5 - الحالة الخامسة "آدم"

- تقديم الحالة: البيانات الشخصية

- الاسم: آدم

- الجنس: ذكر

- السن: 03 سنوات

- رتبة الحالة: الطفل الثاني

- الأولياء: أحياء

- المستوى التعليمي للأب: ثانوي

- المستوى التعليمي للأب: ثانوي

- المستوى الاقتصادي: جيد

- السوابق الشخصية: لا شيء

- السوابق العائلية: لا شيء

- فترة الحمل: عادية

- فترة الولادة: عادية

- النمو الحسي الحركي:

الضحك: موجود

وضعية الجلوس: في الوقت حوالي 7 أشهر

المشي: حوالي 13 شهرا

الكلام: تأخر في اللغة

النظافة: غير مكتسبة

النمو العاطفي: ليس لديه مشكل التعلق

الأكل: ليس لديه مشكل في الأكل

النوم: ليس لديه مشكل في النوم

- عرض ملخص المقابلة:

"آدم" يبلغ من العمر 03 سنوات، يسكن بضواحي مدينة تيزي وزو، وينتمي إلى عائلة ذات مستوى اقتصادي اجتماعي جيد، تتكون من الأب يبلغ من العمر 49 سنة يعمل كتاجر، والأم تبلغ من العمر 39 سنة مأكثة في البيت، زواج من غير أقارب والحمل كان مرغوبا فيه، وهو الطفل الثاني بعد أخته التي تبلغ من العمر 08 سنوات، لا يعاني من سوابق شخصية ولا عائلية، استفاد من الروضة منذ عامين من عمره.

تقدم الوالدين إلى مصلحة وعمر الطفل 3 سنوات في أبريل 2023، موجه من طرف طبيب خاص بالأطفال، حيث أنه يعاني من اضطراب في السلوك واللغة من أجل التكفل بالحالة.

- عرض وتحليل المقابلة العيادية نصف الموجهة:

تمت المقابلة مع الأم في مكتب المختصة النفسانية، كانت متعاونة، كما تبدي اهتماما ملحوظا، جمعنا معلومات حول الحالة، فقالت أن فترة الحمل عادية إلا الأشهر الأخيرة التي شهدت توترا بالنسبة للكوفيد، الولادة كانت عادية بلا مشاكل، وبعدها أمضوا شهرا بدون الخروج من البيت خوفا من الفيروس، فطوال اليوم نستعمل مختلف الشاشات حتى صار الولد مدمنا عليها، فأصبح كثير الانعزال لا يتفاعل معهم مثل أخته، ولا يتكلم ولا يستجيب للأوامر مثل "هات"، "أعطيني"، يفضل اللعب وحده ينعزل عن أخته ويقبل المجيء عند أمه في حالة جوعه فقط، فعندما ينادونه لا يرد عليهم، قالت الأم شككنا أنه أصم. خاصة عندما ينشغل بألعابه، حيث يهتم بهم كثيرا، خاصة السيارات، فطريقة لعبه بها مناسبة نوعا ما، لكن في بعض الأحيان يقوم بوضعها على استقامة واحدة، هو ليس كثير الحركة، أحيانا يظهر حركات نمطية لليدين والرأس.

وعندما يريد شيئا فلا يشير إليه، بل يأخذ بيدهم إلى ذلك الشيء، كما يتجنب النظر إليهم، ولا يقلد حركاتهم أو أصواتهم، وفي بعض الأحيان كثير البكاء ولا يفهموا السبب، فيما يخص الأصوات لا ينزعج من أي صوت، وعندما يتألم بطريقة مناسبة حسب شدة الألم.

بالنسبة للأكل قالت الأم أنه يأكل كل شيء لا يظهر رفضا لبعضها ووزنه يبين ذلك، لكن التغيير يرفضه فينزعج بشدة عند تغيير شيء اعتاد عليه، إلى درجة قد يؤدي نفسه، (صفعات على وجهه)، أو ضرب غيره، أما الخوف فلم تذكر الأم أي موقف يخاف منه ولم يستدع ذلك، السيارات يحبها كثيرا من أهم اهتماماته.

وعندما وصل عامين من عمره أعل الأم رأوه بتلك الحالة فقالوا لها أنه "ماشي نورمال"، أي أنه غير طبيعي في سلوكاته، فقرر الوالدين أخذه إلى الأخصائية النفسانية والأرطوفونية، قالت أنهم عملوا جولة على كل الأخصائيين بالولاية، فصرحت أن التكفل كان عشوائيا، لم يتمسكوا بتكفل واحد وبعدها فتحت الروضات فأدخلوه، وكان التكيف صعبا، ولكن تحسن شيئا فشيئا من خلالها أظهر تحسنا في بعض الميادين، أصبح حاليا يتفاعل مع الآخرين، كما لديه لغة يتواصل بها معهم وهي الفرنسية، وقالت الأم إنه في البيت كانت اللغة مزدوجة، حيث أن الأب قبائلي، وهي عربية، وهو يفضل الفرنسية، فأصبحوا كلموه بالفرنسية، يبحث عن أخته ويناديه باسمها كما ينادي أبويه، فقالت الأم إنها تعمل وتبذل مجهودات كبيرة فتحفزه بكل أنواع الوسائل: الكتب، الألعاب المختلفة... فأصبح يسمي كل أنواع الخضر، الفواكه، الأشكال، الألوان، أنواع وسائل النقل، الحيوانات... فهو يتسم بذاكرة قوية. وقالت الأم أن هذه المرة سيتكفلوا به جديا في المصلحة حيث كثيرا من الناس نصحوها بها.

شكرت الأم على اهتمامها وإجابتها على الأسئلة، وحدد معها موعد آخر في الأسبوع القادم من أجل استقبال الطفل في المكتب من أجل الملاحظة والعيادية وبعدها تطبيق مقياس تقدير التوحد (CARS).

- النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة الملاحظة للحالة (5) "آدم":

في موعد آخر بعد المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الأم، تم تسجيل البيانات حول الحالة أثناء ملاحظته لوحده في مكتب الأخصائية النفسانية في جلستين مدة ساعة من أجل التأكد من البيانات المسجلة، حيث قبل بصعوبة في الجلسة الأولى البقاء بدون أمه، أما الجلسة الثانية قبل بسهولة، حيث تركت لنا أمه كتابه، وفرح عندما وجد سيارة على طاولة المكتب للعبة التي اهتم بها فقط، دون النظر إلى باقي الألعاب، ويتلفظ "Voiture" عدة مرات.

- التعبير اللغوي: لغة فرنسية واضحة في أغلب الأحيان، لكن فقيرة ومعينة. التسمية:

موجودة باللغة الفرنسية، كل محتوى كتابه يعرفه. الإيكولوجي وتبديل الضمائر: موجود أحيانا، يعيد السؤال نفسه وخط في الضمائر.

- التفاعل الاجتماعي: موجود غالبا، يقبل المشاركة، يعطي قبلة، لكن يظهر نوعا من البرودة.

- الفهم، الاستجابة للأوامر: موجود غالبا، يفهم التعليم.

- الاستجابة للنداء باسمه: موجود غالبا يدور رأسه.

- الإشارة والإيماءات: موجودة غالبا، ولكن غير واضحة وليس من أجل التفاعل.

- الانتباه إلى الشيء نفسه: موجود غالبا.

- تقليد الحركات: نادرة، لا يقلد الحركات، ولا الأصوات.

- اللعب بطريقة مناسبة: موجود غالبا.

- فرط أو تدني في الحواس: منعدم.

- النشاط والحركة: نادرا ما يتحرك من مكانه.

- القلق والخوف: أحيانا يقلق ويطلب الأم يبكي ويهدأ بسهولة.

- التواصل البصري: موجود غالبا.

- الحركات النمطية: منعدمة.

- إيذاء الذات: موجود أحيانا.

- التكيف مع التغيير: موجود غالبا ينزعج عند تبديل اللعبة.

- الاهتمامات الخاصة: يهتم بالسيارات.

وعند دخول الأم للمكتب أظهر نوعا من الفرح وذهب إليها ليطلب منها أخذ السيارة معه، وبعدها شرع في البكاء.

شكرت الأم ثم وحدد معها موعد آخر بعد أسبوع من أجل تطبيق مقياس تقدير التوحد

الطفلي (CARS).

- عرض نتائج تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)

الجدول رقم (09) يمثل نتائج مقياس (CARS) الحالة 05 "آدم"

رقم	بنود مقياس (CARS)	النقطة	الملاحظة
01	العلاقات الاجتماعية	01.5	يتفاعل مع الآخرين في بعض الأحيان ببرودة في التواصل
02	التقليد	03	تقليد نادرا، بالمساعدة
03	الاستجابات الانفعالية	02	أحيانا يبكي بلا سبب
04	استخدام الجسم	01	استخدام الجسم عادي
05	استخدام الأدوات	01	اهتمام عادي للألعاب وبطريقة مناسبة
06	التكيف مع التغيرات	04	يظهر انزعاج شديد
07	الاستجابة البصرية	03	يمسك الأشياء بقرب العينين أو ينظر في الفراغ
08	الاستجابة السمعية	02	لا يهتم بالأصوات
09	التذوق، الشم، اللمس، طريقة الاستجابات	01	استخدام عادي
10	الخوف والقلق	01	مناسب للموقف
11	التواصل اللفظي	02	في بعض الأحيان أكوالي، تبديل الضمائر
12	التواصل غير اللفظي	02	غير ناضح، إمارة غير واضحة، حركات معينة ليس ما يريد
13	مستوى النشاط	01	عادي في نشاطه
14	مستوى القدرات العقلية	01	ذكاء عادي
15	الانطباع العام	02	توحد خفيف
	المجموع	27.5	
	القراءة	توحد خفيف	

- تحليل نتائج المقياس (CARS) لحالة "آدم":

يظهر من خلال الجدول رقم (09) أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ 27.5 درجة، وعلى سلم المقياس منحصرة في المجال (15 - 29.5)، الذي يدل على توحّد خفيف، بحيث أنها في معظم المحاور (07) تحصلت فيهم على درجة (01) التي تشير إلى أن السلوك طبيعي، وهي: (العلاقات الاجتماعية، استخدام الجسم، استخدام الأدوات، التذوق - الشم - اللمس، الخوف والقلق، مستوى النشاط، مستوى القدرات العقلية).

وبعدها (05) محاور نُقطت بدرجة (02)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، وهي (الاستجابة السمعية، مستوى النشاط، الانطباع العام).

ثم (03 محاور) تحصل فيها على الدرجة (02)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة منخفضة، وهي (الاستجابات الانفعالية، الاستجابة السمعية التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، الانطباع العام).

و(02) محاور نُقطت بدرجة (03) أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، وهي (التقليد، الاستجابة البصرية).

وفي الأخير محور واحد بالدرجة (04) الذي يدل على أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة، وهو (التكيف مع التغيير).

ونتائج المحاور مفسرة فيما يلي:

1 - العلاقات الاجتماعية: تحصل فيها على النقطة (01.5)، السلوك طبيعي بدرجة خفيفة، يتفاعل مع الآخرين، ولكن وجود برودة.

2 - التقليد: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، فالتقليد نادرا حتى بالمساعدة.

3 - الاستجابات الانفعالية: تحصل على النقطة (02) لأن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، في بعض الأحيان لديه استجابة انفعالية ليس لها علاقة بموقف (البكاء).

4 - استخدام الجسم: تحصل على النقطة (01)، السلوك طبيعي، استخدام الجسم بطريقة عادية.

5 - استخدام الأدوات: تحصل على الدرجة (01)، السلوك طبيعي، الاهتمام طبيعي للألعاب، الأشياء... والاستعمال مناسبة.

6 - التكيف مع التغيير: غير طبيعي بدرجة شديدة والنقطة هي (04)، يُظهر انزعاج شديد وتوتر عند حدوث تغير.

7 - الاستجابة البصرية: تحصل على النقطة (03)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة، في بعض الأحيان ينظر في الفراغ أو يقرب الأشياء للعينين.

8 - الاستجابة السمعية: تحصل على النقطة (02)، السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، لا يهتم بالأصوات.

9 - التذوق - الشم - اللمس: تحصل على النقطة (01)، استخدام طبيعي للحواس.

10 - الخوف والقلق: تحصل على النقطة (01)، السلوك طبيعي، مناسب مع المواقف.

11 - التواصل اللفظي: النقطة هي (02)، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة منخفضة، في بعض الأحيان الإيكولالي، تبديل الضمائر.

12 - التواصل غير اللفظي: تحصل على (02) درجة، لأن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، غير ناضج، إشارة غير واضحة، حركات معينة ليبيين ما يريد.

13 - مستوى النشاط: الدرجة (01)، لأن السلوك طبيعي، عادي في نشاطه.

14 - مستوى القدرات العقلية: الدرجة (01)، الذكاء عادي.

15 - الانطباع العام: تحصل على النقطة (02)، يظهر بعض الأعراض الخفيفة لاضطراب طيف التوحد أو توحد خفيف تبين من خلال أقوال الأم، والملاحظة ومحاور المقياس.

- خلاصة الحالة:

من خلال عرض وتحليل معطيات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع الأم، وبالإستعانة بجدول الملاحظة (شبكة الملاحظة)، تبين أن الحالة تعاني من بعض الأعراض الخفيفة لاضطراب طيف التوحد، كما وضحته النتائج المتوصل إليها من خلال تطبيق

مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS)، أن الحالة تحصلت على درجة كلية قدرت بـ27.5، الذي يدل على توحد خفيف.

فمعظم المحاور (07) نطقت بالدرجة (01) أي أن السلوك طبيعي، و(05) محاور نُطقت بدرجة (02) أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة خفيفة، محورين بالدرجة (03)، أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة متوسطة ومحور واحد بالدرجة (04) أي أن السلوك غير طبيعي بدرجة شديدة.

ومنه الدرجة الكلية التي تدل على توحد خفيف، ذلك انطبق مع أقوال الأم في المقابلة العيادية نصف الموجهة عند توضيحها إظهار تحسن ملحوظ عند الحالة، كما انطبق مع الملاحظة العيادية المقننة.

ومنه النتيجة المتوصل إليها اتفق عليها الفريق الطبي الذي يتابع الحالة (الأخصائي النفسي والأرطفوني والطبيب العقلي الخاص الأطفال والمراهقين).
فوضع تشخيص الحالة ضمن اضطراب طيف التوحد الخفيف.

مناقشة نتائج الحالات العشرة للدراسة

جدول رقم (10) يمثل نتائج الحالات العشرة للدراسة بعد تطبيق مقياس (CARS)

القراءة	الشدة على مقياس (CARS)	تاريخ الاستشارة	سوابق عائلية	سوابق شخصية	الرتبة بين الإخوة	السن	الجنس	الحالات	
توحد حاد	50	2023/3/23	أم تعاني من إعاقة ذهنية	لا شيء	الطفل الثاني	3سنوات ونصف	ذكر	أنيس	1
توحد خفيف	28	2023/2/23	لا شيء	لا شيء	الطفل الثاني	5سنوات	أنثى	مريم	2
توحد حاد	52	2023/4/23	أخت لديها توحد لم تتابع	لا شيء	الطفل الثاني	3سنوات	ذكر	إلياس	3
توحد متوسط	36	2023/4/23	لا شيء	حساسية للبرد	الطفل الوحيد	5سنوات	ذكر	ديانا	4
توحد خفيف	27.5	2023/4/23	لا شيء	لا شيء	الطفل الثاني	3سنوات	ذكر	آدم	5
توحد حاد	45	2023/3/23	لا شيء	لا شيء	الطفل الأول	3سنوات	أنثى	فاطمة الزهراء	6
توحد حاد	42	2023/4/23	أخ بإعاقة ذهنية	نوبات صرع	الطفل الثاني	4سنوات	ذكر	أمين	7
توحد خفيف	26	2023/3/23	لا شيء	لا شيء	الطفل الأول	3سنوات	ذكر	براهيم	8
توحد حاد	48	2023/3/23	لا شيء	لا شيء	الطفل الأول	2سنوات	أنثى	أميرة	9

الفصل الرابع: عرض الحالات ومناقشة النتائج

10	حسام	ذكر	سنتين ونصف	الطفل الثاني	نوبات صرع	أخوه التوأم يتابع المصلحة	2023/4/23	39	توحد حاد
----	------	-----	------------	--------------	-----------	---------------------------	-----------	----	----------

على ضوء المعطيات المتحصل عليها في الدراسة الأساسية (الميدانية) بعد عرض نتائج المقابلة العيادية نصف الموجهة، والملاحظة العيادية المقننة (شبكة الملاحظة) المسجلة، كذا نتائج تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) على عينة مكونة من 10 حالات (07 ذكور و03 إناث) تم التوصل إلى أن فرضية الدراسة التي تنص على "يبقى مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) أداة فعالة في تشخيص اضطراب طيف التوحد" قد تحققت مع جميع الحالات باعتباره يقوم بتقديم جميع الأعراض التي يعاني منها الطفل التوحدي، حيث يعتبره البروفيسور محمود ولد طالب طبيب مختص في الطب العقلي للأطفال، أنه من أدوات التقييم الهامة الموجهة بالخصوص للطفل التوحدي (Mahmoud Ould Taleb, 2012, p 15)، وذلك من خلال محاوره الخمسة عشر التي تعطي تقديرات عن شدة أعراض التوحد كقوية وكمية وشدة الاضطراب الكلية، إضافة إلى ذلك فإنه ينطبق مع كل دليل تشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية، بكل التغيرات التي تطرأ عليه حتى الوصول إلى DSMR الذي نشر سنة (2015)، وذلك يدل على نجاعته واستعماله من قبل المختصين.

ومنه تشخيص اضطراب طيف التوحد يوضع من طرف المختصين أي الفريق العلاجي المتكون من المختص النفسي والأرطفوني والطبيب العقلي الخاص بالأمراض العقلية للطفل والمراهق، وليس من قبل آخرون حيث أن ذلك يحتاج مراح وأدوات خاصة بذلك منها مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) الذي يبقى فعال في تشخيص اضطراب طيف التوحد للمرحلة العمرية (02 - 05)، ذلك بينته دراسة "شريف زهرة" (2018) في الجزائر حول واقع إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين من بين النتائج المتوصل إليها: في الوقت الحاضر يتم تشخيص التوحد في المراكز النفسية البيداغوجية والجمعيات عن طريق ملاحظة

سلوك الطفل من قبل أخصائيين معتمدين عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك الأطفال وآراء الوالدين، بالإضافة إلى استعمال مقياس (CARS) من قبل المختصين، وهو المقياس الأكثر استخداماً ومشاركاً بين جميع المراكز والجمعيات، لأنه وحسب رأيهم هو الأكثر فعالية من بين المقاييس.

ومن خلال التشخيص المقدم من طرفنا تم مباشرة اعتماده من طرف الفريق العلاجي لبداية العلاج لكل هذه الحالات.

تعد اضطرابات الطفولة من أهم المشكلات التي لا بدّ أن تواجه بشتى الطرق، ويكون ذلك من خلال كل ما نملك من وقت وعلم ووسائل التي تساهم في مد يد العون لهذه الفئة، ففي السنوات الأخيرة أصبح هناك انتشار مخيف لظاهرة اضطراب طيف التوحد، الذي يمس الأطفال الصغار في مرحلة مبكرة من العمر، ويميز في ذلك أي ظروف اجتماعية واقتصادية أو مستوى ثقافي للأولياء وبدون سابق إنذار، حيث تعدى الحدود وأصبح منتشرًا في كل أنحاء العالم، ويعيق عملية نمو الطفل، وبالتالي تكوين أسرة مضطربة لأن ذلك ليس من السهل معاشته من قبل الأولياء والأخوة خاصة والمجتمع عامة غير المؤهل لمثل هذه الحالات، كما أن التدخل في هذه الظاهرة لا يتوقف فقط عند القطاع الصحي، بل يلزم تدخل قطاعات أخرى، وهي: قطاع الأسرة، والضمان الاجتماعي، وقطاع التربية والتعليم... لضمان الكفالة ذات النوعية لمثل هذه الفئة.

وانطلاقًا من النتائج التي توصلنا إليها في دراستنا لموضوع تشخيص اضطراب طيف التوحد، يتضح لنا أن مقياس تقدير التوحد الطفلي، يبقى فعال في عملية التشخيص وذلك من خلال محاوره الخمسة عشر التي تعطي درجة شدة الأعراض كما وكيفا، وبعده شدة التوحد: خفيف أم متوسط أم حاد.

وبالتالي توصل البحث الحالي إلى تحقيق الفرضية التي مفادها: يبقى مقياس تقدير التوحد الطفلي (CARS) فعال في تشخيصه اضطراب طيف التوحد من المقاييس الحديثة، فهي فعالة وناجعة في تشخيص مثل هذه الاضطرابات.

توصيات ومقترحات:

في ضوء ما توصلنا إليه في الدراسة الحالية من نتائج، ومن خلال التعامل مع هذه الفئة أثناء المقابلة والملاحظة وتطبيق المقياس والاطلاع على نوعية الخدمات المقدمة لهذه الفئة، يمكن الخروج ببعض التوصيات والمقترحات:

- ضرورة التوعية بفضل الحملات التحسيسية من أجل التعرف على أعراض اضطراب طيف التوحد.

- أهمية التشخيص المبكر، فكلما كان مبكرا كان التنبؤ إيجابيا في عملية التكفل، يمكن الابتداء من 18 شهرا.
 - ضرورة وجود فريق عمل متكامل عندما يتم تشخيص أطفال طيف التوحد من أجل الحصول على التشخيص الدقيق والصحيح أولا ولمتابعة خطوات علاجية فعالة.
 - إنشاء مراكز خاصة باضطراب طيف التوحد تتوفر فيها كل أدوات ووسائل التشخيص والتكفل اللازمة، التي تمكن من الاستفادة من خدمات التدخل المبكر.
 - التكوين المستمر للأخصائيين في ذلك المجال.
 - أهمية الإرشاد الأسري، التربية العلاجية والدعم المتبادل (Groupes de paroles) مع الأولياء خاصة مع الأمهات للحد من تأنيب الضمير، بالتركيز على أن هذه الفئة من الاضطرابات الفطرية وغير المكتسبة، وغير قابلة للشفاء بل يمكن الوصول إلى تحسن ملحوظ بالكفالة المستمرة للحالة لتفادي التثبيتات.
 - الدعوة إلى استمرار البحث عن سبب اضطراب طيف التوحد.
- يبقى اضطراب طيف التوحد مجرد اختلاف عصبي نمائي وتقبل هذه الحقيقة العلمية هو أهم عامل للتكفل الأمثل بهذه الفئة.

قائمة المراجع

أولا - المراجع باللغة العربية:

أ - الكتب:

- (1) السيد عبد الحميد سليمان، محمد قاسم عبد الله (2003): الدليل التشخيصي للتوحيدين (العيادي)، دار الفكر العربي للطبع والنشر، القاهرة، الطبعة الأولى.
- (2) أسامة فاروق محمد البطانية وآخرون (2007): علم النفس الطفل غير العادي، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن، الطبعة الثانية.
- (3) أسامة مصطفى فاروق، السيد كمال الشريفي (2014): التوحد الأسباب التشخيص العلاج، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الثانية.
- (4) إيهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل (2002): "الأوتيزم" "التوحد" والإعاقة العقلية، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، الطبعة الأولى.
- (5) تامر فرح سهيل (2015): التوحد التعريف الأسباب التشخيص والعلاج، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- (6) جمال مثقال القاسم، ماجدة السيد عبيد (2002): الإضطرابات السلوكية، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- (7) حامد عبد السلام زهران (2005): الصحة النفسية والعلاج النفسي ن دار عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، الطبعة الرابعة.
- (8) خالد نيسان (2009): سلوكيات الأطفال بين الإعتدال والإفراط، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن، عمان، الطبعة الأولى.
- (9) خولة أحمد يحي (2000): الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى.
- (10) سعيد حسن العزة (2000): الإرشاد الأسري، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى.

- (11) سوسن شاكر الجليبي (2015): التوحد الطفولي أسبابه خصائصه تشخيصه علاجه، دار ومؤسسة رسلان لطباعة والنشر والتوزيع، دمشق سوريا، بدون طبعة.
- (12) عبد الرحمان سيد سليمان (2000): الذاتية، إعاقة التوحد لدى الأطفال، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، الطبعة الأولى.
- (13) عبد الله فرج الزريقان (2004): التوحد الخصائص والعلاج، دار وائل للطباعة والنشر، عمان، الأردن، بدون طبعة.
- (14) ماجد السيد علي عمارة (2005): إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، مصر، الطبعة الأولى.
- (15) مركز دبيونو لتعليم التفكير (2017): مقاييس تشخيص التوحد، مركز دبيونو للطباعة والنشر، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.
- (16) يحيى القبائلي (2001): الإضطرابات السلوكية والإنفعالية، الطريق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة الأولى.

ب - الرسائل الجامعية والمذكرات:

- (17) أسماء بن جدو (2020): تطبيق مقياس كارز للكشف على درجة التوحد لدى الطفل التوحد، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- (18) أماني علي الضامن (2013): تطوير صورة أردنية من مقياس تقدير التوحد الطفولي، رسالة ماجستير في تربية خاصة، كلية العلوم التربوية والنفسية جامعة عمان العربية.
- (19) إبتسام بوشلاغم (2016): واقع التكفل الأطفوني بالطفل المتوحد، مذكرة لنيل شهادة الماستر في الأطفونيا، جامعة العربي بن مهدي، أم البواقي.

- (20) باسي هناء (2018): أساليب المعاملة الوالدية للأطفال ذوي اضطراب التوحد، مذكرة لنيل شهادة الماستر، منشورة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر.
- (21) بن حشفة سمية (2017): تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لدى أطفال ذوي اضطراب التوحد، اقتراح برنامج. مذكرة لنيل شهادة الماستر في أرطفونيا، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- (22) بن ذيب فتيحة (2014): دور الوسائط التعليمية في تنمية مستوى التواصل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين، مذكرة لنيل شهادة ليسانس في علم النفس تخصص علم النفس العيادي، جامعة المسيلة.
- (23) حسام محمد أحمد علي (2014): فاعلية برنامج معرفي إلكتروني قائم على توظيف الإنتباه الإنتقائي في تحسين إستجابات التواصل لدى أطفال التوحد، رسالة ماجستير منشورة، جامعة جنوب الوادي.
- (24) درميثي أحسن (2015): فعالية برنامج "تشت" في ضمن درجة التوصف، مذكرة لنيل شهادة ماستر.
- (25) عادل جماسي شيب (2000): ما الخصائص النفسية والإجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في علم النفس العام، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح بريطانيا.
- (26) فرطاسة كريمة (2022): تشخيص اضطراب التواصل لدى أطفال طيف التوحد، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه.
- (27) قالي فوزية (2015): تقييم الخصائص السلوكية عند الطفل التوحدي بتطبيق مقياس ST CARS2 المعياري، مذكرة لنيل شهادة ماستر، منشورة، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي، الجزائر.

(28) مجدي فتحي غزال (2007): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين في مدينة عمان، رسالة ماجستير منشورة، الجامعة الأردنية.

(29) لمياء عبد الحميد بيومي (2008): فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين، رسالة مقدمة للحصول على درجة الدكتوراة الفلسفة في التربية تخصص صحة نفسية (تربية خاصة)، جامعة قناة السويس.

ج - المجالات:

(30) حسام الدين جابر السيد أحمد (2018): تحسين التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحديين باستخدام برنامج تدريبي للتواصل على غير اللفظي، كلية البنات جامعة عين الشمس، العدد التاسع عشر.

(31) جيهان مصطفى (2015): التوحد، مجلة السلسلة الطبية، الصادرة شهر يونيو، دار اخبار اليوم، القاهرة، العدد 280.

(32) شريف زهرة (2019): واقع إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين ومدى فاعليتها منوجهة نظر الأخصائيين لدراسة ميدانية في مراكز النفسية البيداغوجية وجمعيات التوحد (السعيدة)، الصادرة يوم 1 أبريل 2019، مجلة مون، جامعة الدكتور مولاي الطاهر سعيدة، المجلد الحادي عشر، العدد الأول.

(33) شرين البدرابي عبد التواب السعيد (2017): التوحد لدى الأطفال، المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال، جامعة المنصورة، العدد 2، المجلد 4.

(34) شيخي مبروك بوطغان محمد الطاهر (2019): تقديم مهارات التواصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد ن الصادرة يوم 28 جوان 2020، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة لونييسي علي، البليدة، المجلد 10، العدد 01.

- 35) فراج، عثمان لبيب (1996): إعاقة التوحد مشكلة التشخيص والكشف المبكر، النشرة الدورية لاتحاد رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، القاهرة، العدد 40.
- 36) عبد الوهاب القيسي (2013): تشخيص الأطفال التوحديين في رياض الأطفال، مجلة البحوث التربوية والنفسية ن العدد 37.
- 37) غانم يمينة (2018): الاتصال اللغوي لدى الطفل التوحدي اقتراح برنامج اتصالي علاجي تكفلي دراسة حالة لحالتين تعانين من التوحد، المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، جامعة مستغانم.
- 38) لطفى زكريا الشريبي (2000): أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة، أمل جديد لعلاج حالات الأوتيزم "أطفال التوحد"، مجلة النفس المطمئنة، السنة الخامسة عشر، القاهرة.
- 39) محمد السعيد عبد الجواد أبو حلاوة (2013): المرونة النفسية ماهيتها ومحددتها وقيمتها الوقائية، إصدارات شبكة.

ثانيا - المراجع باللغة الأجنبية:

- 40) Chantal Hamel (1997): Le Potentiel D'apprentissage Des Enfant Autistiques, Mémoire présenté a L'université du québec à trois-riviere comme exigence partielle de la maitrise en psychologie.
- 41) Richardson, WS. (Mar1999), "Users' Guides to the Medical Literature: XV. How to use an article about disease probability for differential diagnosis", JAMA.
- 42) Wilson, MC (2012). The patient History: Evidence-Based Approach To Differential Diagnosi. New York, NY: McGraw Hill.
- 43) Mckee; Jerry; Brahm, Nancy, (2019), "Medical mimics: Differential diagnostic considerations for psychiatric symtms." Mental Health Clinican.

- 44) Lenhard K., 1995 Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology, wien: Springer.
- 45) Reeves RR, Parker JD; Loveless P, Burke RS, Hart RS. 2010. Unrecognized physical illness prompting psychiatric admission. Ann Clin psychiatry.
- 46) Marneros A, Deister A, Rohd A, et al (1989) Long-term outcome of schizoaffective and schizophrenic disorders: a comparative study, I, Definitions, methods, psychopathological and social outcome, Eur Arch psychiatry Neurol Sci.
- 47) William H. Hsu and Majed Alsadhan (2021) Predictive analytics and machine learning for medical informatics: A survey of tasks and techniques Lamba.
- 48) M, Hernandez and Dan G, Blazer Genes; (2006), Behavior; and the social Environment: Moving Beyond the Nature /Nurture Debate Committee on Assessing Interactions Among Social, Behavioral, and Genetic Factors in Health, Lyla, Editors ISBN:0-309-66045-9, 384.
- 49) [https://www.merriam-webster.com/dictionary/differential+diagnosis? show=0&t=1419934834](https://www.merriam-webster.com/dictionary/differential+diagnosis?show=0&t=1419934834)
- 50) [https://www.therecoveryvillage-com.translate.goog/mental-health/ related/differential-diagnosis](https://www.therecoveryvillage-com.translate.goog/mental-health/related/differential-diagnosis) Jonathan Strum 2020 Differential Diagnosis of Mental Health Disorders.

The six-step differential diagnosis tool is an approach to properly diagnosing mental health disorders.

الملاحق

الملحق رقم 01

جدول يمثل شبكة الملاحظة (وضع علامة "x" في الخانة المناسبة)

موجود				السلوك الملاحظ
منعدما	نادرا	أحيانا	غالبا	
				التعبير اللغوي واضح. - التسمية - الإيكولاليا - تبديل الضمائر - أصوات حيوانية
				التفاعل الاجتماعي
				الفهم (الاستجابة للأوامر)
				الاستجابة للنداء بالاسم
				التواصل البصري
				الإشارة، الإيماءات
				الانتباه المزدوج
				تقليد الحركات
				اللعبة بطريقة مناسبة
				فرط أو تدني في الحواس
				النشاط/الحركة
				القلق والخوف
				إيذاء الذات
				التكيف مع التغير
				الاهتمامات الخاصة
				الحركات النمطية

الملحق رقم 02

جدول يمثل مجموعة لجنة المحكمين على جدول الملاحظة

اسم المعالج	التخصص	مكان النشاط
1 الدكتورة سياسي	طبيبة مختصة في الأمراض العقلية للأطفال والمراهقين (رئيسة المصلحة)	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
2 الدكتورة مقواش	طبيبة مختصة في الأمراض العقلية للأطفال والمراهقين	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
3 السيد حمادي	منسق المختصين النفسانيين، مختص أرطفوني، رتبة ممتاز	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
4 السيدة تراف	مختصة عيادية رتبة رئيسي	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
5 السيدة أوشاعو	مختصة عيادية رتبة ممتاز	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
6 السيدة سلام	مختصة أرطفونية رتبة ممتاز	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
7 السيدة لباني	مختصة أرطفونية رتبة رئيسي	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
8 السيدة لعنابي	مختصة أرطفونية رتبة رئيسي	مصلحة الطب العقلي للأطفال، واد عيسي
9 الدكتورة عزيزو	أستاذة محاضرات في علم النفس	جامعة مولود معمري، تامدة، تيزي وزو

الملحق رقم 03

- دليل المقابلة

المحور الأول: البيانات الشخصية

- الاسم:

- الجنس:

- السن:

- الأولياء: أحياء

متوفيين:

مطلقين:

أحد الأولياء ميت:

- رتبة الحالة:

- السوابق المرضية:

- السوابق العائلية:

- فترة الحمل:

- فترة الولادة:

- النمو الحسي الحركي:

- الضحك:

- وضعية الجلوس:

- المشي:

- الكلام: المناغاة، الكلمات الأولى، اكتساب اللغة.

- النظافة: متى تعلم النظافة، الليل والنهار؟
- النمو العاطفي: التعلق بالأب والأم
- الأكل: هل لديه انتقاء للمأكولات؟
- النوم: هل ينام جيدا؟

المحور الثاني: التعرف على أعراض التوحد

- هل الطفل معرض للشاشات منذ صغره؟
- هل يتفاعل مع الآخرين؟
- هل يفهم ويستجيب للأوامر؟
- هل يشارك اللعب مع أقرانه / إخوانه؟
- هل يهتم بالألعاب ويلعب بهم بطريقة مناسبة؟
- ما هي لغة التواصل التي يستعملها مع أقرانه / إخوانه؟
- هل يفضل الانعزال؟
- هل يرد عند مناداته باسمه؟
- حب هو كثير الحركة؟
- هل لديه حركات نمطية، غير طبيعية؟
- هل يمشي على أصابع أقدامه؟
- هل يشير بأصبعه عندما يريد شيئاً ما؟
- هل يفقد الحركات أو الأصوات؟
- هل يتجنب النظر إلى الناس أو الأشياء؟
- هل يضحك أو يبكي بلا سبب، أو يغضب بسهولة؟

- هل يتحمل الأصوات أم تزعجه عند استماعه لبعض الأصوات؟ الضوء؟ الألم؟
- هل يُظهر رفضاً لبعض المأكولات؟
- هل يُظهر رفضاً للتغيرات؟
- هل لديه اهتمامات خاصة أكثر من أخرى؟
- هل يُظهر قلق أو خوف من مواقف لا يخاف منها أو يقلق منها طفل عادي في السن نفسه؟
- هل يؤذي نفسه أو غيره؟

المحور رقم : 01

ECHELLE D'EVALUATION DE L'AUTIDME INFANTILE

• سجل المعلومات

الأسم:.....

رقم الملف:.....

تاريخ التشخيص:اليوم.....الشهر.....السنة.....

تاريخ الولادة: اليوم.....الشهر.....السنة.....

العمر الزمني: السنة.....الشهر.....

الفاحص:.....

• النتائج في مختلف المحاور:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

مجموع النتائج 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15

• نقاط المقياس:

- توحيد خفيف نحو عدم وجود توحيد = 15 - 29,5

- درجة توحيد وسطى = 30 - 36,5

- درجة توحيد حاد = 37 - 60

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15 18 21 24 27 30 33 36 39 42 45 48 51 54 57 60

• التعليمات:

تستخدم المعطيات التالية لوضع ملاحظات عن السلوكيات المذكورة والمتناسبة مع كل درجة

من درجات التقويم الكمي.

• سلم الدرجات

بعد مراجعة الملاحظات المسجلة على ورقة العمل يجب وضع درجات حسب التقويم شاملة

لكل حقل، بحيث يمكن إعطاء قيمة التي تقع بين الحقلين كالتالي: (1,5-2,5-3,5)

- 1 = عدم وجود إنحراف

- 2 = إنحراف بسيط.

- 3 = إنحراف متوسط.

- 4 = إنحراف شديد.

2- العلاقات الإجتماعية:

- 1 = عدم وجود صعوبة في العلاقات مع الآخرين: سلوكيات الطفل تتزامن مع سنه
- 2 = شذوذ قليلة في العلاقات: تجنب الإتصال البصري لتجنب التواصل ومشاركة ضئيلة ومجبرة=
- 3 = شذوذ متوسط: إظهار سلوكيات التجنب أحيانا وحساسية مع إثارة إنتباهه صعبا نادرا
- 4 = شذوذ حاد في العلاقة: الطفل لا يهتم ولا يدرك بما يفعل الراشد ولا يستجيب إطلاق

ملاحظة:

2- التقليد:

- 1= تقليد مناسب: الطفل يستطيع تقليد الأصوات والكلمات والحركات التي في نفس سنه
- 2= تقليد غيرعادي خفيف: تقليد سلوكيات بسيطة كتصفيق أو صنع أصوات بعد زمن
- 3= تقليد غيرعادي متوسط:تقليد بإلحاح وإعانة من طرف الراشد لإنجازه مع مرور وقت
- 4= عدم تقليد حاد:لا يقلد الطفل أبدا الأصوات والحركات بوجود دفع من طرف الراشد

ملاحظة:

3- الإستجابات العاطفية:

- 1= إستجابات عاطفية ملائمة ومناسبة للسن: الطفل يظهر أستجابة عادية بتعبيرات الوجه
- 2= استجابات عاطفية خفيفة: يظهر أستجابات عاطفية خفيفة،علاقات مع الاشياء والأحداث
- 3= استجابات عاطفية متوسطة:إظهار استجابات عاطفية لا تمت بعلاقة مع الحدث كالضحك
- 4= عدم وجود أستجابات عاطفية: نادرة،لا يتبادل الحب والعطف،وجودعواطف مختلفة للوضع

ملاحظة:

4- إستخدام الجسم:

- 1= إستخدام الجسم عادي لسنه:الطفل يتحرك ويتبادل بنفس الوتيرة والمستوى طفل بنفس سنه
- 2= أستخدام الجسم غيرعادي خفيف: وجود حركات تكرارية وفقر التناسق،حركات غير موجه
- 3= استخدام الجسم غيرعادي متوسط: غريبة وغير إعتيادية ،حركات للأصبع وأوضاع الجسم
- 4= أستخدام الجسم غير عادي حاد: أستعمال للجسم غير عادي شديد و ملفقة تبعث للوضع

ملاحظة:

6- إستعمال الأدوات:

- 1 = اهتمام عادي للألعاب والأدوات: يستعمل الأدوات والألعاب بطريقة عادية بنفس سنه
- 2 = اهتمام غيرعادي خفيف للأدوات والألعاب: مع إظهار تعلق غير مصنف للمنفعة الشيء
- 3 = اهتمام غيرعادي متوسط الأشياء: يهتم لجزء من الأشياء، أو يستعمل بطريقة غريبة
- 4 = اهتمام غير عادي حاد للأشياء: استعمالات للأشياء غير نافعة، بحدة و متكررة

ملاحظة:

6- التكيف مع التغيرات:

- 1 = تجاوب مع التغيير نافع و مناسب للعمر: الطفل يستطيع ملاحظة التغيير و يعلق بلا قلق
- 2 = تجاوب غيرعادي خفيف للتغيير: عندما الراشد يغير الأشياء يبقى الطفل مع نفس النشاط
- 3 = تجاوب غيرعادي متوسط: الطفل يقاوم التغيير ويكمل النشاط السابق ويصعب ترك العمل
- 4 = تجاوب حاد وغير عادي للتغيير: الطفل يظهر استجابات حادة للتغيير مع رفض المشاركة

ملاحظة :

7- الإستجابات البصرية:

- 1 = استجابة بصرية نافعة و مناسبة للسن: الطفل يتواصل بالبصر من لإكتشاف شيء جديد
- 2 = استجابة بصرية غير عادية خفيفة: الطفل أحيانا ينظر للأشياء بتذكيره ويهتم للمرأة والضوء
- 3 = استجابة بصرية غيرعادية متوسطة: لا بد من تذكيره مرارا ليما يفعل ويمكنه أن ينظر في الفراغ
- 4 = استجابة بصرية غير عادية حادة: يتجنب النظر إلى الأشخاص والأشياء بإغلاق العين مثلا

ملاحظة :

8- الإستجابات السمعية

- 1 = استجابة سمعية عادية مناسبة للسن: تجاوب سمعي عادي ومناسب للسن و لباقي الأصوات
- 2 = استجابة سمعية غريبة خفيفة: نقص للتجاوب أو مغاير، لا بد إصدار أصوات للفت انتباهه
- 3 = استجابة سمعية غريبة متوسطة: بإستجابات للضحج متنوعة، بإهمال الضجيج أوغلق الأذن
- 4 = استجابة سمعية غريبة حادة: الطفل يستجيب قليلا جدا للضحج بتناقص مهما كان نوع المنبه

ملاحظة:

9- التذوق الشم واللمس الإستجابات وطريقة إكتشافها:

- 1 = -استجابة عادية لمنبه اللمسي والشمي والذوقي: إستعمالات عادية للحواس وإكتشاف الأشياء
- 2 = -استجابة غريبة خفيفة لمنبه الشمي والشمي والذوقي: الطفل يضع الأشياء في الفم لتذوقها
- استجابة غريبة متوسطة لمنبه الشم والذوق واللمس: إستجابات غريبة لحواسه، الطفل لا ينتبه عند لمسه، بدون إحساس، يتذوق الأشياء والأشخاص، يستجيب ببودة، مع عدم احساس بالألم
- 3 = -استجابة حادة غريبة لمنبه الذوق الشم اللمس: إهمال كامل للذوق اللمس والأشياء المحسوسة
- 4 =

ملاحظة :

11-الخوف والقلق:

- 1 = - خوف وقلق عاديين: سلوكيات الطفل مناسبة للظروف الملائمة لمحتوى السن
- خوف وقلق غيرعادي خفيف:الطفل يظهر أحيانا خوف وقلق جد ضعيفة ومهمة مقارنة بالطفل العادي المواقف المخيفة والغريبة
- 2 =
- خوف وقلق غيرعادي متوسط:الطفل يظهر خوف جد ضعيف لأوضاع ملفتة مقارنة بالعادي
- 3 =
- خوف وقلق غيرعادي حاد:عدم الخوف للموقف المخيف وتجاوب غريب رغم إعادة الموقف
- 4 =

ملاحظة :

11-التواصل لفظي:

- 1 = - تواصل لفظي عادي مناسب للسن و للموقف
- تواصل لفظي غير عادي خفيف: تأخر في اللغة، وأساسيات التخاطب والتعبير، قلب الضمائر، وجود كلمات ضئيلة مستعملة في بعض المناسبات
- 2 =
- تواصل لفظي غيرعادي متوسط:غياب اللغة،وجود الإكولاليا، قلب الضمائر،أسئلة معادة
- 3 =
- تواصل لفظي غير عادي حاد:الطفل لا يستعمل اللغة، يقوم بضجيج مركب يقترب من اللغة، قلق حيواني، أصوات غريبة، يظهر بعض الكلمات أو الجمل
- 4 =

ملاحظة :

12- تواصل الغير لفظي

- 1= -تواصل غير لفظي عادي بالنسبة للسن والموقف.
- 2= -تواصل غير لفظي غيرعادي خفيف: قليلة،الطفل يشير بالأصبع، ويلمس ويظهر ما يريده
- 3= -تواصل غيرلفظي غيرعادي متوسط: غالبا لا يستطيع التعبيرعن رغباته بالإشارة، والإماءات
- 4= -تواصل غير لفظي غيرعادي حاد: يستعمل إشارات غريبة وغير معبرة، لا ينتبه للإماءات

ملاحظة :

13 - مستوى النشاط :

- 1= -مستوى نشاط عادي بالنسبة للسن: الطفل غير نشط ولا هاديء أكثر من سنه للموقف العادي
- 2= -مستوى نشاط غيرعادي خفيف:الطفل مرة مبعثر ومرة هاديء،نشاط خفيف وقلة في الإتقان
- 3= -مستوى نشاط غيرعادي متوسط: الطفل كثير الحركة وصعب التحكم، شح الطاقة والتقليد
- 4= -مستوى نشاط غيرعادي حاد: الطفل يظهر مستوى نشاط حركي حاد، والانتقال لهدوء حاد

ملاحظة:

15-المستوى العقلي والتجانس في مجال الوظائف العقلية:

- 1= -ذكاء عادي وتوظيف عقلي متجانس:الطفل ذكي مثل سنه،لا يظهر أي تأهيل وأي مشاكل
- 2= -توظيف عقلي غيرعادي خفيف: ليس ذكي ولا متطور، وليس له قدراته في كل المجالات
- 3= -توظيف عقلي غيرعادي متوسط:ليس للطفل أي ذكاء، أي تطور، قد يظهر إتقان في حالات
- 4= -توظيف عقلي غيرعادي حاد:ليس للطفل أي ذكاء، أي تطور،ولا يظهر أي قدرة على الإتقان

ملاحظة :

15 - الإنطباع العام:

- 1 = - عدم وجود توحده
- 2= - توحده خفيف
- 3 = - توحده متوسط
- 4 = - توحده حاد

ملاحظة :