قائمة تقدير السلوك التوحدي

Autistic Behavior Checklist (ABC)

مقياس خاص بفئة التوحد مطور على بيئة عربية

اعداد وبناء

نايف بن عابد بن ابراهيم الزارع

عضو هيئة تدريس - قسم التربية الخاصة

كلية المعلمين بجدة

الطبعة الاولى

1425-2004

دار الفكر

ناشرون ومُوزعون

الإهداء...

لك والدي رحمك الله -قدوتي- تحت الثرى أهديك جزءاً مما كنت تتمناه وعلى الطريق أسير إن شاء الله.

لك أمي - روحي وقلبي - نبع الحنان الذي لا ينضب أهديك جزءاً مما سعيتِ لوصولي إليه ... دمتي لنا ذخراً بعد الله .

لكم أخوتي - سندي بعد الله - أم عبد الرحمن.... خالد (ابوعابد) ..... عبدالعزيز (ابوعمر) .... مهند .... أحمد .... ، أهديكم ثمرة جهدي المتواضع ... الكبير في عيني وأعينكم.

لكم أقربائي أهدي هذا الجهد المتواضع .

لكم أصدقائي .. واخوتي في غربتي من ساندوني دوماً... أهديكم هذا الجهد المتواضع.

لكل من ساهم في قطف هذه الثمرة.

نايف بن عابد الزارع

المحتويات

الفصل الخامس

فهرس الجداول

المقدمة

الحمد الله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف الانبياء والمرسلين سيدنا محمد عليه افضل الصلاة وأتم التسليم.

بفضل الله سبحانه وتعالى ثم بفضل كل من سعى في إنجاح هذا الكتاب (البحث) تم إعداد هذا المقياس (القائمة) ليلبّي حاجة الميدان الماسّة لمقاييس خاصة بفئة التوحد تعمل على كشف وتشخيص ذوي اضطراب التوحد، حيث أتى هذا المقياس ليسدّ ثغرة في ميدان فئة التوحد وذلك لندرة المقاييس العربية الخاصة بهذه الفئة. متمنياً من الله أن يلبّي هذا المقياس (القائمة) الهدف المنشود منه إن شاء الله وفي حال وجود ملاحظات بناءة تساعد في زيادة فاعلية هذا المقياس فإني ارحب بها وبكل صدر رحب إن شاء الله. مع كل الشكر والتقدير لكل من ساهم في إنجاح هذا البحث ومن سيساهم في زيادة فاعليته وتحقيق الهدف المنشود منه.

نايف بن عابد الزارع

AIZAREA3@Yahoo- Com

الفصل الاول

(المقدمة- البدايات التاريخية - التعاريف

الخصائص- الاسباب - نسبة الانتشار)

مقدمة:

من نعم الله سبحانه وتعالى على البشر أنه خلق الإنسان اجتماعياً بالفطرة، محباً للتواصل مع الآخرين، وسخر له الحواس الخمس، كما سخر العقل الذي يفكر به لمساعدته على التعبير عن أفكاره وما يجول بخاطره من خلال القول والفعل فقد قال الله تعالى في كتابه الكريم: بسم الله الرحمن الرحيم ﴿ **ألم نجعل له عينين❖ولساناً وشفتين ❖ وهديناه النجدين**﴾ البلد آية ٨/٩/١٠، ولكن قد نرى في بعض الأحيان أن هناك مشاكل وعقبات تعيق بعض البشر عن التعبير والتواصل مع الآخرين، سواء بسبب فقد بعض الحواس أو ما إلى ذلك، والنفس البشرية معجزة من معجزات الخالق عز وجل ذكرها في كتابه الكريم، ولكن البشر لم يستطيعوا الكشف عنها وعن أسرارها، وأسموا بعض الاضطرابات التي تحدث لها بالأمراض النفسية غير العضوية، وتلك الأمراض مجال واسع متغير متعدد الأسماء والصفات، يطلق عليه الأطباء مسميات عديدة لكي يتمكنوا من التفاهم حول الأعراض بلغة موحدة، ومن أعقد المشاكل الحديثة التي تواجه المجتمعات وعلماء النفس والتربية في العالم أغلبه هي مشكلة اضطراب التوحد . وهي نوعاً ما حديثة الاكتشاف علماً بأنها ليست مرضاً نفسياً بل اضطراب نمائي يؤثر على جوانب النمو المختلفة.

التوحد كاضطراب أثار العديد من التساؤلات والاستفسارات منذ اكتشافه منذ خمسين عاماً حيث أن أول من اكتشف اضطراب التوحد هو الطبيب الامريكي ليوكانر(Leo Kanner) من جامعة هوبكنز بالولايات المتحدة الأمريكية عام 1943 ويعتبر اضطراب التوحد (Autism) من الاضطرابات أو الإعاقات حديثة الاكتشاف نسبياً مقارنه بالاضطراب والإعاقات الأخرى المعروفة كالتخلف العقلي والإعاقة السمعية والبصرية وغيرها، ولا تزال المجتمعات حتى الآن تبحث في سبب أو أسباب الإصابة به ومظاهره وطرق التعامل معه، وعلاجه. ولقد بدأ المجتمع العربي عموماً والخليجي خصوصاً بالاهتمام به من خلال المقالات الصحفية والندوات التعريفية، وقد شارك فيها العديد من المهتمين في هذا المجال وخصوصاً عائلات هؤلاء الأطفال المصابين به. هذه الجهود افتقدت الكثير من الركائز الأساسية للنجاح لاعتمادها على الجهود الفردية وغياب المؤسسات الرسمية، ولكنها نجحت – نسبياً – في تنوير المجتمع بوجود مشكلة أسمها التوحد، وتلك نقطة البداية للمساعدة على تشخيصه ومساعدة ذويه وذوي المصابين به والبدء في إنشاء المراكز المتخصصة له حيث لاقى هذا الميدان مؤخراً اهتماماً متزايداً على جميع الأصعِدَة فقد انشئت جمعيات ورابطات متخصصة واهتمت المراكز والمؤسسات الحكومية والأهلية بهذه الفئة وافتتحوا البرامج العديدة الخاصة بهذه الفئة، ولكن مازال لدى الكثير من الناس

علامات استفهام كثيرة عنه للنقص الكبير في الكتاب والمعلومة باللغة العربية، وإن كان هناك العديد من المنشورات المؤلفة والمترجمة التي تبشر بالخير، ولكن العائلة العربية وخصوصاً عائلة الطفل المصاب باضطراب التوحد التي لا تستطيع الرجوع للمراجع الأجنبية منها تواجه صعوبات شتى، ومن ثم فإنها تحتاج إلى الكثير باللغة العربية.

عندما نعرف مشكلة الطفل التوحدي وكيفية تأثير الاضطرابات السلوكية على حياته، ومعرفتنا بالاضطراب وأنماطه، فإن ذلك يسهل علينا التعامل معه ووضع الخطط العلاجية والتدريبية، مما يجعله فرداً فاعلاً في مجتمعه، ومن أهم الأسس التي تساهم في التعامل مع الطفل التوحدي هو تكوين علاقة حميمة ودية معه تساعد على كسر حاجز العزلة الذي بناه حول نفسه، كما العمل كفريق واحد من المتخصصين مع العائلة من خلال برنامج خاص للطفل.

البدايات التاريخية لدراسة اضطراب التوحد:

يعتبر كانر (Kanner,1943) أول من أشار إلى اضطراب التوحد كإضطراب يحدث في الطفولة، وقد كان ذلك عام 1943، حدث ذلك حيث كان يقوم بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقلياً، بجامعة هوبكنز بالولايات المتحدة الأمريكية ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً كانوا مصنفين على انهم متخلفين عقلياً فقد كان سلوكهم يتميز بعدم الوعي بوجود الناس وعدم استخدام اللغة اللفظية في التواصل حيث أطلق عليه بعد ذلك مصطلح التوحد الطفولي المبكر. (Early Infantile Autism) حيث لاحظ استغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير المتميز الذي تحكمه الذات أو حاجات النفس، وتبعدهم عن الواقعية بل وعن كل ما حولهم من ظواهر أو أحداث أو أفراد، حتى لو كانوا أبوية أو اخوته فهم غالباً دائمو الانطواء والعزلة ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي في المحيط الذي يعيشون فيه كما لو كانت حواسهم الخمس قد توقفت عن تحويل أي من المثيرات الخارجية إلى داخلهم التي أصبحت في حاله انغلاق تام وبحيث يصبح هنالك استحالة لتكوين علاقة مع أي ممن حولهم، ومنذ عام 1943 استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة-كما سنشير إلى ذلك في محاولات تعريف هذا الاضطراب- ومن هذه التسميات على سبيل المثال لا الحصر:

- التوحد الطفولي المبكر(Early Infantile Autism)
- ذهان الطفولة (A Typical Psychosis)
- فصام الطفولة (Childhood Schizophrenia)

هذا ويمكن الإشارة إلى تاريخ اضطراب التوحد من زاوية المراحل التي مرت بها الدراسات التي تناولته منذ أن اكتشفه كانر (Kanner,1943) من القرن الماضي وذلك على النحو التالي: (www.meca.autism.com, 2003)

المرحلة الأولى:

و يطلق على هذه المرحلة مرحلة الدراسات الوصفية الأولى، وهي تلك الدراسات التي أجريت في الفترة ما بين أواسط وأواخر الخمسينيات من القرن الماضي وكان الهدف الذي تسعى إلى الوصول إليه هو أن يتضح من خلال التقارير وصف سلوك الأطفال التوحديين، وأثر هذا الاضطراب على السلوك بصفة عامة حيث اهتمت تلك الدراسات بالأطفال ذوي "التوحد الطفولي المبكر" Early Infantile Autism حيث كان يشخص اضطراب التوحد على انه أحد ذهانات الطفولة، بالإضافة إلى الأنماط الأخرى من اضطرابات الطفولة، وقد سعى تحلل نتائج هذه الدراسات التي اشتملت على الكثير من المعلومات إلى الكشف عن كثير من خصائص التوحد، غير انه لوحظ أن عدم التجانس بين المجموعات أو أفراد المجموعات الموصوفة في هذه الدراسات سواء بالنسبة للعمر الزمني أو المستوى العقلي أو أساليب التشخيص أو تفسير الأسباب قد أدى إلى الحصول على القليل من الاستنتاجات التي يمكن أن توضع في الاعتبار عند دراسة هذا الاضطراب على المدى الطويل.

ويمكن أن نذكر بعض الأسماء كما يشير إليها سليمان (2001) التي ساهمت في هذه المرحلة المبكرة بجهودها سواء في القيام بالدراسات أو كتابة التقارير مثل ايزنبرج (Eisbenberg, 1956) وكانر (Kanner, 1953)، واسبرجر (HansEisperge.1953).

المرحلة الثانية:

كانت المرحلة الثانية امتداداً واستمراراً للمرحلة الأولى، وفي هذا يقرر أحد الباحثين وهو"فيكتور لوتر (Victor Lotter,1978) في سليمان (2001) "إن الدراسات التي أجريت في هذه المرحلة وكانت منذ أواخر الخمسينات إلى أواخر السبعينات لا تزال في طور التقارير المبدئية للآثار الناجمة عن التوحد".

كما أنها لا تزال تركز على التطورات المحتملة في القدرات والمهارات لدى الأطفال التوحديين نتيجة للتدريب، ومن بين الأسماء التي شاركت في دراسات هذه المرحلة "مايكل روتر"(Michael ,Rutter ,1960)، "وميتلر (Mittler, 1968) ودراسات هذه المرحلة بشكل

عام يمكن أن نستخلص منها ثلاث ملاحظات أساسية ساعدت بشكل جوهري على التكهن فيما بعد بوضع معايير تشخيصية لحالات اضطراب التوحد وهذه الملاحظات هي كما يشير إليها سليمان (2001) :

أ. التأكيد على أهمية التطور المبكر للغة في سن مبكرة، حيث ان الاستخدام الجيد او الواضح للغة لدى الاطفال يعد أحد المؤشرات المهمة لتحديد حالات التوحد.

ب. النظر الى مقدار انخفاض القدرات العقلية كأحد العوامل التي يمكن ان تستخدم كمؤشر يعتمد عليه حيث ان الاطفال التوحديون غير القادرين على الاستجابة لمقاييس الذكاء او الذين كانت درجاتهم منخفضة على مقاييس الذكاء ممن تقل نسبته ذكائهم عن IQ 55 كان معظمهم يستمرون في الاعتماد على الآخرين بشدة.

ج. القابلية للتعلم تعد هي الأخرى من المؤشرات المهمة في تشخيص حالات اضطراب التوحد.

المرحلة الثالثة:

ويشار إليها في أدبيات البحث العلمي في ميداني علم النفس والتربية الخاصة وبالتحديد في مجال اضطراب التوحد بأنها شهدت تياراً ثابتاً من التقارير المتتابعة والكثيرة في مجال دراسات اضطراب التوحد واستغرقت هذه الفترة عقد الثمانينات وبداية التسعينات ومن الأسماء التي برزت في هذه المرحلة شنق و لي (Chung and Lee 1990) وكوباشي (Kobayshi., 1992) كامل (1998).

ويشير كامل (1998) في سياق هذه المرحلة والتي يمكن القول عنها لا تزال مستمرة حتى الآن، وان الدراسات خاصة في الفترات الأخيرة قد ركزت على ما يلي:

1. أهمية تطور اللغة بالنسبة للأطفال التوحديين وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة الممتدة من سن سنة إلى 6 سنوات.

2. أهمية التدخل المتخصص فمجرد تمتع الأطفال التوحديين ببعض المهارات أو القدرات الادراكية و اللغوية الكبيرة نسبياً لا يضمن لهم بالضرورة أن تتطور حالة هؤلاء بشكل جيد دون التدخل المتخصص من اجل التدريب في بعض المجالات المعينة مثل العمليات الحسابية او الموسيقى على سبيل المثال.

3. إن المعلومات المتضمنة في تقارير دراسات المرحلة الثالثة اكثر تنظيماً وموضوعية من دراسات المرحلتين السابقتين .

4. وسائل التشخيص ومن ثم نتائج التصميم التي كانت مستخدمة في الدراسات الباكرة تختلف بعض الشيء عن تلك المستخدمة في الدراسات اللاحقة، ومن ثم فإن تقييم أي تطور في أداء عينات الدراسات سوف تختلف نتيجته النهائية وكذلك النتائج المترتبة علية وفقاً لاختلاف الأدوات المستخدمة، والخلفية الثقافية، والاجتماعية لأفراد عينه كل دراسة على حدة.

تعريف التوحد:

لقد تعددت تعاريف التوحد بتعدد الاتجاهات العلمية والنظرية التي تحاول تفسير هذا الاضطراب ومن اهم التعريفات المستخدمة في مجال التوحد ما يلي:

1) **تعريف كانر التشخيصي** Kanner Diagnostic Definition (1943)

ويعتبر تعريف كانر عام 1943 كما يذكر ولف وكيك (Wolf & Chick, 1980) أول أسلوب استخدم لتشخيص التوحد ويوضح كانر النقاط التالية في تعريف التوحد مركزا على الصفة الأولى والثانية، حيث حدد كانر ان هاتين الصفتين هما معيار لتشخيص حالات التوحد:

1. النقص الشديد في التواصل العاطفي مع الآخرين.
2. حب الروتين (الكره الشديد لأي تغير في برامج حياته اليومية).
3. التمسك الشديد غير المناسب بالأشياء .
4. الظهور على هيئة طفل أصم ابكم .
5. الإظهار أو الاحتفاظ ببعض القدرات المعرفية الجيدة .

2) **تعريف كريك** (Creak's Detinition, 1961)

ويتضمن تعريف كريك تسعة نقاط هي كما يذكرها سكوبلر: (schopler ,1988)

1. اضطراب في العلاقات الانفعالية.
2. اضطراب في الهوية الذاتية .
3. ارتباط غير عادي مع موضوعات محددة.
4. المحافظة على روتين معين ومقاومة التجديد.
5. تجارب وخبرات ادراكية غير سوية.

6. قلق زائد ومتكرر وغير طبيعي دون سبب.

7. فقدان القدرة على التحدث.

8. انماط حركية مضطربة وشاذة.

9. نقص واضح في بعض الجوانب الادراكية أو وجود وظائف عقلية غير عادية.

3) **تعريف الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال التوحديين:**

(National Society for Autistic Children NSAC,1978)

لقد كان الهدف من تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين في المملكة المتحدة (NSAC ,1978) هو رسم سياسة اجتماعية وقانونية بخصوص اضطراب التوحد وكذلك توعية الرأي العام بهذا الاضطراب . وحسب هذا التعريف يشتمل اضطراب التوحد على المظاهر التالية:

1. اضطراب في معدل النمو وسرعته.

2. اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات.

3. اضطراب التعلق بالاشياء والموضوعات والاشخاص.

4. اضطراب في التحدث والكلام واللغة والمعرفة.

4) **تعريف اورنتز:** (Orntiz,1989)

يعرف أورنتز (Orntiz,1989) التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة او خلل عصبي ثابت او تغيرات بيوكيماوية او ايضية او علامات جينية.

5) **تعريف جيلبيرج وكوليمان** :(Gillber & Coleman ,1992)

يعرف جيلبيرج وكوليمان (Gillberg & Coleman ,1992) التوحد أنه ازمة سلوكية تنتج عن اسباب متعددة ومصحوبة في الغالب بنسبة ذكاء منخفض وتتسم بشذوذ في التفاعل الاجتماعي واتصال شاذ.

6) **تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد** (TheAmerica Sociaty of Autism ,1999)

وتعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد كما يذكر مايكل (Micheal,1999) على أنه نوع من

الاضرابات التطورية (النمائية) والذي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل حيث ينتج هذا الاضطراب عن خلل في الجهاز العصبي يؤثر بدوره على وظائف المخ وبالتالي يؤثر على مختلف نواحي النمو فيؤدي الى قصور في التفاعل الاجتماعي وقصورا في الاتصال سواء كان لفظياً أم غير لفظي وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائماً إلى الأشياء اكثر من استجابتهم إلى الأشخاص ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكررون حركات جسمانية او مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة، والمهم هو البحث عن أهم الطرق التي تعمل على رفع مستوى هؤلاء الأطفال التوحديين.

7) **تعريف مؤتمر التوحد الذي عقد في إنجلترا (1999) :**

وقد عرفه المؤتمر على انه اضطراب نمو طويل المدى يؤثر على الافراد طيلة حياتهم وتتمركز الخسائر التي تأتي من الاضطرابات في الآتي:

- فقدان في العلاقات الاجتماعية.
- فقدان في سائر انواع الاتصالات اللفظية او غير اللفظية.
- فقدان في رؤية الطفل للعالم من حوله ومشكلات تعلمه من خبراته.
- مشكلات في التخيل والإدراك واللعب وبعض القدرات والإدارات الأخرى. (Aut-ism99,1999)

8) **تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية حسب الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (الاصدار الرابع المنقح، 2000)**

وتبعا لدليل الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص الاضطرابات العقلية (DSM-4,- TR, 2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edTR) فان التوحد هو أحد الأشكال "الاضطرابات النمائية العامة " حيث ان الدليل يشتمل على عدد من النقاط في تشخيص التوحد :

(أ) توفر ست مظاهر أو خصائص على الأقل من الفقرات الواردة في المجالات

(1.2.3.) على أن يكون منها إثنين على الاقل في الفئة (أ) وواحد من كل من المجالين (3.2)

الفئة (أ) :

قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي ويعبر عنه كما يلي:

□ خلل واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل (تعبيرات الوجه، الوضع الجسماني التواصل البصري، الايماءات).

□ عدم القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية المناسبة نمائيا مع الأقران.

□ الافتقار الى التلقائية في مشاركة الآخرين افراحهم وأحزانهم واهتماماتهم.

□ عدم المقدرة على تبادل المشاعر الانفعالية والاجتماعية مع الآخرين.

الفئة (ب) :

قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي:

□ تأخر نمو اللغة المنطوقة أو انعدامها كليا وعدم الاستعاضة عن هذا التأخر أو الفقدان بأي وسائل تواصل أخرى.

□ عدم المقدرة على المبادرة في الكلام والمحادثة أو المحافظة على الاستمرارية فيها لمن يتمتع منهم بالقدرة على الحديث.

□ استخدام نمطي أو تكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة غير مفهومة.

□ عدم القدرة على اللعب الايهامي العفوي أو اللعب التخيلي الملائم للمستوى النمائي.

الفئة (ج)

ذخيرة محدودة جدا من النشاطات والاهتمامات وسلوك نمطي ومتكرر.

□ الانشغال الزائد والمستمر بواحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية المحدودة .

□ الالتزام الجامد وغير الوظيفي ببعض الحركات الروتينية والطقوسية التي لا معنى لها .

□ حركات يدوية وتكرارية ونمطية مثل هز الجسم، رفرفة اليدين وغيرها .

□ الانبهار أو الانشغال الشديد بأجزاء الاشياء .

(ب) أداء وظيفي غير سوي في مجال واحد على الاقل من المجالات التالية ويكون حدوثها قبل سن ثلاثة سنوات:

1- التفاعل الاجتماعي .

2- استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي.

3- اللعب الرمزي أو التخيلي .

(ج) لا يرجع الاضطراب الى اضراب حالة رت أو اضطراب الانتكاس الطفولي.

9) تعريف الباحث (الزارع، 2003)

يعرف الباحث التوحد على أنه عبارة عن خلل في الجهاز العصبي غير معروف المنشأ والسبب يؤثر على عدد من جوانب النمو الممثلة غالباً في الأبعاد النمائية التالية (بعد العناية بالذات و البعد اللغوي والتواصلي و البعد المعرفي و البعد السلوكي و البعد البدني (الجسمي) و الصحي و البعد المعرفي والأكاديمي و البعد الاجتماعي والانفعالي و البعد الحسي)، ويظهر اضطراب التوحد منذ الولادة وحتى سن الثالثة، ولا يوجد سبب رئيسي ومحدد للتوحد كما انه لا يوجد علاج شافي من اضطراب التوحد، وقد يكون لدى التوحديين قدرات خاصة في بعض الجوانب، وقد يكون التدخل المبكر من أفضل طرق تحسين حالة الطفل التوحدي.

خصائص الأطفال التوحديين:

يتصف الاطفال التوحديين بعدد من الخصائص الاساسية ذات العلاقة بجوانب النمو اللغوي والتواصلي و السلوكي والاجتماعي والانفعالي والبدني والصحي والحسي والمعرفي وفيما يلي وصف لهذه الخصائص: بشكل موجز نوعاً ما:

الخصائص السلوكية

يعتبر سلوك الطفل التوحدي محدوداً، وضيق المدى، كما انه يشيع في سلوك الطفل التوحدي نوبات انفعالية حادة وسلوكه هذا يعيق النمو ويكون في معظم الاحيان مصدر ازعاج للآخرين المحيطين بالطفل.

ويرى هولين (Howlin ,1989) أنه من الممكن في الوقت الحالي أن نقدم وصفاً سلوكياً لحالات التوحد، وان الملامح الرئيسية للتوحد يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

- الوحدة الشديدة وعدم الاستجابة للناس للآخرين الذي ينتج عن عدم القدرة على فهم واستخدام اللغة بشكل سليم.
- الاحتفاظ بروتين معين.

و تبقى هذه الملامح طول حياة الافراد التوحديين ولكن – غالباً – مع تنظيم برامج تدريبية وتعليمية معينة معدة – إعداداً جيداً – تصبح هذه الملامح اقل شدة.

ويضيف هولين أن الأفراد التوحديين يتميزون بمجموعة من السلوكيات تشمل بعض أو كل السلوكيات الآتية، وهذه السلوكيات تختلف من فرد لآخر من حيث الشدة وأسلوب التصرف.

1. القصور الشديد في الارتباط والتواصل مع الآخرين.
2. القصور الشديد في الكلام او فقدان القدرة على الكلام، حيث أن بعض الأفراد التوحديين يهمسون عندما يريدون الكلام ويستمر ذلك لفترة من حياتهم، والبعض لديهم سرعة غير معتادة في الكلام، والبعض يتكلم بنغمة ثابتة دون تغيير، وبعضهم لا يستطيع اكمال حديثه على الاطلاق.
3. الخوف الشديد الذي لا يمكن ادراك سببة لاي تغيرات بسيطة في البيئة.
4. التأخر في قدرات ومجالات معينة، واحيانا يصاحب التوحد مهارات عادية أو عالية، في بعض القدرات الأخرى مثل الرياضيات، أو الموسيقى أو الذاكرة.
5. الحركات البدنية الغريبة من مثل الهز المستمر للجسم، أو الرفرفة بالذراعين.
6. تجنب النظر في عيون الآخرين .
7. النشاط الزائد أو الخمول.
8. الإصابة بالصرع عند بعضهم (حوالي 25% تقريبا) عند البلوغ.
9. الايذاء الذاتي لدى البعض منهم.
10. الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء.
11. اللعب بشكل متكرر وغير معتاد.

الخصائص اللغوية والتواصلية

يتصف الطفل التوحدي بعدد من الخصائص اللغوية التي تميزه عن الطفل غير التوحدي المضطرب لغويا كما يشير جاردان (Jardan ,1995) وهي:

- عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعياً.
- التحدث بمعدل أقل بكثير من الطفل العادي.
- الضعف في القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في إعادة نفس الكلمات.
- الاستخدام غيرالسوي للغة حيث نجد أن معظمهم يرددون أسئلة بشكل متكرر زائد متعلق بما يشغل بالهم.

- الاستخدام غير السوي للغة حيث أن الطفل التوحدي يتكلم بنغمة واحدة بغض النظر عن موضوع الحديث أو أهميته.
- الصعوبة في فهم وإدراك المثيرات التميزية غير اللغوية (الإشارات والحركات اليدوية و تعابير الوجه).

وتضيف اهلرز وجونسون (Ehleres & Ajohonson ,1996) بعضاً من الخصائص اللغوية للاطفال التوحديين كما يلي:

- صعوبة الإنتباه إلى الصوت الإنساني رغم أن لدى الطفل التوحدي حاسة سمع عادية ويكون إنتباهه للأصوات التي تثير اهتمامه مثل صوت لعبة محببة لدية.
- صعوبة المحاولة لجذب اهتمام من حوله عن طريق المشاركة بأي وسيله مع العلم أن الطفل العادي يحاول جذب الانتباه والاهتمام قبل إتمامه العام الأول.
- صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.
- صعوبة في قدرة بعضهم على التكلم.
- صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر مثل/ أنا/ على ...إلخ.

الخصائص البدنية والحركية

يذكر قنديل (2000) أن الطفل التوحدي يصل إلى مستوى النمو الحركي الذي يكاد يماثل الطفل العادي من نفس العمر مع وجود تأخر بسيط في معدل النمو إلا أن هناك بعض جوانب النمو الحركي تبدو غير عادية ومن هذه الخصائص:

- طريقة الوقوف الخاصة فهم في معظم الأحيان يقفون ورؤوسهم منحنية، وأذرعهم ملتفة حول بعضها حتى الكوع.
- تكرار لحركات معينه مرات عدة، فقد يحرك بعضهم أيديهم وأرجلهم في شكل حركة الطائر أو ما شابه من حركات غريبة.
- الاستغراق لوقت طويل في بعض الخبرات الحسية، مثل مشاهدة مصدر للضوء يضاء ويطفأ.
- فرط في الحركة وخاصة لدى التوحديين الصغار في حين أن نقص الحركة أقل تكراراً.

ويضيف كامل (1998):

- ضعف في التآزر الحركي بشكل عام.
- وضع اليد بشكل غريب .
- الجلوس بانحناء .
- الاصطدام بالأشياء والآخرين أثناء المشي .
- الارتخاء والتصلب في حال حمله أحد .

الخصائص الاجتماعية والانفعالية

يتصف الأطفال التوحديين كما يشير قنديل (2000) بتأخر النمو الاجتماعي والانفعالي لديهم ومنذ الصغر يلاحظ أن الطفل التوحدي لا ينمي علاقة ارتباط مع والديه وخاصة أمه ومن الخصائص الاجتماعية للطفل التوحدي:

- الانسحاب من المواقف الإجتماعية والإنفعالية .
- صعوبة إظهار أدنى قدرة من الاهتمام بوجود الآخرين كما أنه لا ينظر أبداً في وجه أحد.
- صعوبة في القدرة على تفسير مشاعر الآخرين من خلال التواصل غير اللفظي فقد لا يدرك الطفل التوحدي أن الشخص الذي يتكلم إليه يبدو ضجراً أو متململاً من حديثه على الرغم من أن وجه هذا الشخص وتصرفاته تعبر عن ذلك.
- صعوبة في النمو العاطفي بشكل عام.
- صعوبة في إظهار الإبتسامة الإجتماعية.
- صعوبة في التخيل والتقليد ومشاركة الاخرين، فإن الطفل التوحدي يفقد القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى لو كان النمو اللغوي والمعرفي لديه في المستويات المرتفعة.
- الرغبة في اللعب وحيداً .
- الإلتصاق بأحد أفراد الأسرة بشكل غير عادي .

وقد ورد في التصنيف العالمي للأمراض النفسية الصادر عام 1993م كما يذكر فولكمار(Volkmar, 1998) أنه يجب أن يتضمن تشخيص ضعف الأداء الإجتماعي المرتبط بالتوحد إثنين على الأقل من المظاهر الأربعة التالية :

1- صعوبة واضحة في السلوك غير اللفظي الضروري للتفاعل الاجتماعي مثل عدم القدرة على المواجهة بالنظر حين يتواصل مع الآخرين .

2- صعوبة في العلاقات مع الأقران وفقا لمستوى النمو الذي يمر به الطفل .

3- صعوبة في المشاركة في أوقات المتعة والفرح .

4- صعوبة في مشاركة الآخرين ومبادلتهم المشاعر .

الخصائص المعرفية

أشارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب النواحي المعرفية تعد أكثر الملامح المميزة لاضطراب التوحد، وذلك لما يترتب علية نقص في التواصل الاجتماعي في الإستجابة الإنفعالية للمحيط، وسنستعرض مجموعة من نتائج هذه الدراسات في هذا المجال وهي:

- يعاني حوالي ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين من التخلف العقلي والبعض الآخر منهم يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة.
- يعاني الأطفال التوحديين كما أشارت إلى ذلك دراسة اليزابيث وديكيمز وفولكمار (Elisabth & Dykems & Volkmar ,1991) من اضطرابات واضحة في التفكير وتشتت واضح في الخصائص المعرفية وتكون درجات إرتقاء لغتهم سواءًا لفظية أو غير لفظية في أقل المستويات. وأشارت إلى أن طبيعة أنماط التفكير لدى الطفل التوحدي تتسم بعدم القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية أو بصرية لحلها.
- يعاني الأطفال التوحديين من صعوبة في الإنتباه والتركيز كما أشارت دراسة سيرز (Sears,1994) وأوضحت أيضا أن هؤلاء الأطفال يعانون من اضطرابات في وظائف الانتباه من حيث التعرف البصري المكاني على الأشياء وأيضاً دراسة جيم وقرايك (Jame & Graik ,1994)التي أوضحت أن هؤلاء الأطفال لديهم صعوبة معرفية في كل من التفكير - والإنتباه - والتركيز واستخدام اللغة بجانب القصور في القدرة على التخيل .
- يعاني الأطفال التوحديين كما أشارت دراسة مارقوري (Marjori,1994) من مشكلات تتعلق بالقدرة على الإستمرارية في نشاط معرفي كالإنتباه والتذكر فترة طويلة، وان قدراتهم على التصنيف أكثر جموداً إن لم يكن موجوداً بالفعل عند بعض

التوحديين، كما يعاني بعضهم من مشكلات في القدرات البصرية والذهنية وإدراك العلاقات واستخدام الرموز وحل المشكلات .

- يعاني الأطفال التوحديين من تدني في الذكاء الاجتماعي حيث ذكر ستون (Stone,1998) أن اكثر أنواع الذكاء تأثرا في التوحد هي تلك المرتبطة إرتباطاً وثيقاً بالمؤثرات الإجتماعية التي تتطلب تمثلاً عقلياً .

ويبدو انهم يعانون من خلل في قدرتهم على التعلم من الناس الآخرين وعن الناس الآخرين.

أما بالنسبة للتفاعل الاجتماعي فيذكر ستون (Stone,1998) أن التوحديين يعانون من عجز فيه لأنه يتطلب معرفة بالناس الآخرين وهم يعانون من عجز في هذا الجانب وإذا ظهر بعض التبادل الاجتماعي لديهم فربما لا يكون العجز عندهم خطراً أو معيقاً وخاصة أن التبادل الاجتماعي يتطلب معرفة اجتماعية من مراحل النمو الممارس في الحياة

ويذكر روتر(Ruter, 1993) أن هناك تفسيرين محتملين للأداء المنخفض على اختبارات الذكاء بالنسبة لهؤلاء الأطفال:

الأول : أن الطفل التوحدي ربما يعرف الإجابة، ولكنه يتعمد تجنب إعطائها .

الثاني: أن أداء الطفل يكون عادة محكوما بطبيعة موقف الاختبار وليس بصعوبة المهمة المطلوبة منه.

ويضيف الزارع (2002) سببا ثالثا له دور رئيسي في تدني أداء الأطفال التوحديين على مقاييس الذكاء وهو :

إن ذوي التوحد كما نعرف يعانون من قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي وهذا بدوره يؤدي إلى ضعف القدرة على الأداء على الاختبارات بشكل عام (أنت تسأل وهو لايجيب)، كما أن الشخص المطبق للمقياس يصعب عليه تطبيق المقياس من أول لقاء فيفترض به أن يكون شخص ذو ألفة مع المفحوص و خبرة في التعامل مع التوحديين أو يحاول تكوين علاقة تواصلية حتى يستطيع التواصل مع الطفل وجعله يجيب على أسئلة المقياس، أضف الى ذلك كون غالبية أختبارات ومقاييس الذكاء لفظية أكثر من كونها أدائية وهذا قد يعيق إمكانية تطبيق المقياس بشكل أكبر .

وقد أورد هوارد و اورلانكي (Heward & Orlanaky,1980)وسيجمان, (Sigman 1998)ست خصائص تتواجد لدى الأطفال التوحديين وهي:

1- العجز الجسمي:

ويتمثل ذلك بتجاهل الطفل لمن حوله فقد تتحرك أمام الطفل مباشرة وتبتسم له، وتتكلم معه، ومع ذلك فانه يتصرف كما لو لم يكن هناك أحد وغالباً ما تشك الام أن طفلها أصم أو كفيف .

2- البرود العاطفي :

ويتمثل ذلك بعدم الاستجابة لمحاولة الحب أو إظهار مشاعر العطف، ويذهب الأهل الى أن طفلهم لا يعرف أحداً ولا يهتم بأن يكون وحيداً أو في صحبة الآخرين.

3- الإثارة الذاتية :

ويتمثل ذلك بتكرار الأفعال أو القيام بأعمال نمطية كسلوك هز الجسم أو التلويح بالذراعين.

4- سلوك إيذاء الذات ونوبات الغضب :

ويتمثل ذلك بعض الطفل لنفسه وفي بعض الأحيان بشد أو لطم الوجه أو بتوجيه عدوانه نحو الآخرين من عض أورفس أو خربشه.... الخ وعادة ما يكون الأهل عاجزين أمام هذه الأنماط السلوكية والتعامل معها .

5- الكلام النمطي :

ويتمثل ذلك بإعادة السؤال الذي طرح عليه أو تكرار كلمة سمعها في الصباح أو من شخص آخر أو بإعادة الإعلانات التي سمعها من التلفاز.

6- قصور السلوك :

ويتمثل ذلك بافتقاره لمهارات العناية بالذات أو ارتداء الملابس أو إطعام نفسه مقارنه مع الأطفال من نفس الفئة العمرية التي ينتمي لها ولكن من فئة العاديين.

هل ذكاء الأطفال التوحديين عادي؟

كثيرا ما يتردد أن الأطفال التوحديين تكون قدراتهم العقلية – مستوى ذكائهم- عادية، إلا أنهم لا يتركون هذا الانطباع لدى الغير بسبب ما يعانونه من صعوبات في قدرتهم على التواصل والتفاعل الاجتماعي. وفي الحقيقة فإنه يصعب تعميم وجهة النظر هذه على أرض الواقع، حيث تشير الدراسات إلى أن ثلثي الأطفال التوحديين تقريبا عندما يخضعون لاختبارات الذكاء تكون درجاتهم دون المتوسط، أي أنهم يعانون من إعاقة عقلية بالإضافة إلى التوحد، أما الثلث الأخير فتكون درجاتهم ضمن المتوسط أي أن قدراتهم العقلية عادية. (الحمدان، 2000).

ويضيف الزارع (2002) أن قدرات ذكاء الطفل التوحدي تتنوع وتختلف من طفل إلى طفل آخر في عمليات اللعب ومستوى الألعاب، وهناك مجموعة من القدرات النوعية التي قد تظهر في جوانب عند بعضهم وقد لا تظهر لدى بعضهم الآخر من التوحديين مثل التجريد فعندما نقول له " هل يمكنك التركيز على شكل المنزل؟ أو أن نقول له المنزل قوامه الغرف والحمامات والمطبخ، جميع هذه الأمور لا يتخيلها إذا لم يذهب لها ويتحسسها ونقول له هذا منزل ونشرح معنى المنزل وهذا مطبخ ونشرح له معنى المطبخ» وهذا حمام ...إلخ. وكذلك الأمر أيضا في المسائل الحسابية والتنظيم الإدراكي في المكعبات والقدرات اللفظية الكامنة.

ويذكر جوهر (2001) أن ذكاء التوحديين لا يقف عند حد معين من معرفة المفردات وعدم التجانس واتساع التباين في المضمون المعرفي فحسب بل يمتد إلى حجم إسهام كل مكون من هذه المكونات العقلية في الدرجة الكلية للذكاء وذلك حسب مستوى الذكاء الخاص بهذا التوحدي، إن عدم التجانس في مكونات الذكاء لا يقتصر فقط على نوعية القدرات التي يفهمها التوحدي، بل يمتد إلى عوامل أخرى قد تكون وراثية أو قد تكون ذات عامل بيئي.

ويذكر سليمان (2001) أن حوالي 40% من الأطفال المصابين بالتوحد نسب ذكائهم أدنى من 50-55 (تخلف عقلي متوسط، شديد أو شديد جدا). 30% نسبة ذكائهم من 55 إلى حوالي 70 (تخلف عقلي بسيط).30% نسبة ذكائهم 70 أو أكثر، وتظهر الدراسات الإكلينيكية أن الخطورة بالنسبة لاضطراب التوحد تزداد بتناقص نسب الذكاء. وحوالي (5/1) خمس الأطفال التوحديين لديهم ذكاء غير لفظي عادي إذ تميل درجات أو معاملات الذكاء لدى الأطفال التوحديين إلى أن تعكس مشكلات في مهارات التسلسل اللفظي (Verbal Sequencing) أكثر من المهارات البصرية المكانية (Visiospotial) التصور المكاني) أو مهارات الاستظهار من الذاكرة (Memory Rote)وهذه النتائج تؤكد أهمية الخلل المرتبط بالوظائف اللغوية.

وأظهرت الدراسات أن حوالي ثلاثة أرباع الأطفال التوحديين لديهم درجة من التخلف العقلي وأظهرت دراسات أخرى أن بعض من الأطفال التوحديين يتمتعون بدرجة ذكاء متوسطة، ولذا ذكر (مليكة، 1998) أن الأطفال التوحديين تتراوح مستوياتهم المعرفية ما بين 25% منهم يعانون من توحد وتخلف عقلي شديد و 50% يعانون من توحد ومستوى تخلف عقلي متوسط، و 25% يعانون من توحد نسبة ذكاء حوالي70 فأكثر. (نصر، 2002).

أود أن أشدد هنا على أن التوحد ليس تخلفاً عقلياً، ولكن من المحتمل أن يكون

مصحوبا بتخلف عقلي والتصنيف التالي يبين ذلك، حيث يمكن تقسيم حاصل ذكاء الأطفال التوحديين حسب الترتيب التالي:

1-30% من الأطفال يبلغ حاصل ذكائهم 70 وما فوق.

2- 30% يتراوح حاصل ذكائهم ما بين 50-69 (تخلف عقلي بسيط).

3- 40% يبلغ حاصل ذكائهم تحت 50 (تخلف عقلي متوسط وشديد) (الزارع، 2002)

نسبة انتشار التوحد:

اشارت الدراسات الحديثة التي اجريت في الولايات المتحدة التي يذكرها مايكل (Micheal,1999) انه يوجد على الاقل 630.000 فرد مصاب باضطراب التوحد، ثلثهم من الأطفال وأوضحت الدراسات ان اضطراب التوحد يعد الإعاقة الرابعة الاكثر شيوعا بالنسبة للاعاقات المتخلفة والتي تتمثل في التخلف العقلي-الصرع- الشلل الدماغي ويحدث اضطراب التوحد في حوالي 4:5 اطفال لكل عشرة آلاف مولود.

واشارت الدراسات والابحاث الحديثة ان اضطراب التوحد يحدث فيما يقرب الان من:

15:10من بين 1000 طفل بلد مثل حجم الولايات المتحدة، أما حول مدى انتشار اضطراب التوحد بين البنين والبنات فهو يحدث بمعدل 4:1 في الذكور عن الاناث ولا يذكر سبب مفهوم لذلك في ظهور اضطراب التوحد عند البنين اكثر من البنات.

ولكن اثبتت الابحاث انه في حاله اصابة البنات تكون اعاقتهم اكثر صعوبة وخطراً او تكون درجة ذكائهم منخفضة جدا عن غيرهم من البنين الذين في مثل حالتهم.

حيث انه لا علاقة لهذا الاضطراب بالطبقات الاجتماعية أو الخلفيات الثقافية والعرقية لأنه ينتشر بين كافة الطبقات وكافة الخليات الثقافية والعرقية .(NSAC,1999)

أسباب التوحد

تعددت الدراسات التي حاولت معرفة الأسباب المؤدية للتوحد ولكن إلى الآن لا توجد أسباب واضحة ومتفق عليها يمكن أن يعزى إليها اضطراب التوحد، وسنستعرض فيما يلي مجموعة من هذه الأسباب دون اسهاب لأن محور اهتمام هذا الكتاب هو قياس وتشخيص اضطراب التوحد وفيما يلي ما ذكر من أسباب قد تكون هي سبب الاصابة

بالتوحد حيث أن بعض وليس كل الأسباب التالية مجرد فرضيات ليس لها صحة ولكن حرصت على ذكرها للعلم فقط:

1- عوامل وراثية جينية :

أثبت بعض الدراسات الحديثة و كما تذكر ليدا (Lida,1993) أن هناك ارتباطا بين التوحد وخلل الكروموسومات و أوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط وهذا الكروموسوم الذي يسمى (Fragile X)ويعتبر هذا الكروموسوم شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وصعوبات التعلم وله دور في حدوث مشكلات سلوكية من مثل النشاط الزائد، وهذا الكروموسوم يكون شائعاً بين الذكور أكثر من الاناث، ويؤثر هذا الكرموسوم في حوالي 7:10% من حالات التوحد

2- عوامل بيولوجية :

تنحصر هذه العوامل كما تذكر ليدا (Lida ,1993) في الحالات التي تسبب إصابة في الدماغ قبل الولاده أو أثنائها أو بعدها، ونعني بذلك إصابة الام بأحد الأمراض المعدية أثناء الحمل أو تعرضها أثناء الولادة لمشكلات مثل نقص الأكسجين، استخدام الآلات في الولادة، أو عوامل بيئية أخرى مثل تعرض الام للنزف قبل الولادة أو تعرضها لحادثة أو كبر سن الام، كل هذه العوامل قد تكون أسباب متداخلة سببت حالة التوحد.

3- عوامل عقلية :

يرى أصحاب وجهة النظر هذه كما يرى فرث (Frith,1993) أن التوحد سببه الإصابة بمرض الفصام، الذي يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة وانه مع زيادة العمر يتطور هذا المرض، لكي تظهر أعراضه كاملة في مرحلة المراهقة ومن الذين يتبنون هذه النظرة "سينجر ووينمي" . ولكن غالباً ما يتم رفض هذه النظرية كون الفصام مرض نفسي والتوحد اضطراب نمائي.

4- عوامل عائدة لتكوين الدماغ:

لقد ربطت الدراسات والأبحاث الحالية في مجال البحث في اضطراب التوحد الربط بين حالة التوحد والاختلالات البيولوجية والعصبية في الدماغ .

فقد أظهرت بعض الاختبارات التصويرية للدماغ كما يذكر فرث(Frith,1993) اختلافات غير عادية في تشكيل الدماغ مع وجود فروق واضحة بالمخيخ، فقد وجد بعض العلماء مثل بدمان وكامبر (1985)وغيرهم ضمور في حجم المخيخ خصوصا في

الفصيصات الدورية رقم ستة وسبعة وقد يصل هذا الضمور الى13% من حجم المخيخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد من وجود أو عدم وجود تخلف عقلي مصاحب لحالة التوحد.

5- عوامل عصبية:

وجد أن فحص الرسم الكهربائي للدماغ في حالات التوحد كما يذكر فرث (Frith,1993) يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي 20-65% في حالات التوحد، وكذلك زيادة في نوبات الصرع (Eplipsy) في حوالي30% من حالات التوحد خصوصا عندما يتقدمون في العمر وبالتحديد قرب مرحلة المراهقة وخاصة في حالات الأطفال الذين لديهم مستوى اقل من الذكاء أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلي والتصلب الدرني والحصبة والألمانية .

6- عوامل كيميائية :

أكدت عدة بحوث أخرى يذكرها كامبل وشاي (Campbel&Shay,1995)وجود عوامل كيمائية عصبية تلعب دوراً كبيراً في حدوث التوحد وإن كان العلماء غير متأكدين من كيفية حدوثه، مع أهمية ودور الأسباب الأخرى، فالكيمياء الحيوية تلعب دوراً مهماً في عمل الجسم البشري وخصوصا في حالات التوحد، ومن بينها بحث آجري في السويد (Piv-en,1990)وتبين أن درجة تركيز حمض الهوموفانيلك (Homovanillic Acid) اكثر إرتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي (Cerebral-Fluid) في حالات التوحد منه بين الأطفال العاديين كما لوحظت في دراسات أخرى، زيادة تركيز إحدى الناقلات العصبية وهوالسيرتونين (Serotonin) في دم 40% من الأطفال التوحديين، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلارمين (Fenflaramine) لوحظ تحسن وانخفاض في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال كما لوحظ تحس في الأداء اللغوي.

7-عوامل عائدة للتنشئة الأسرية :

وتعد هذه الاسباب كما يذكرها كامبل وشاي (Campbel&Shay,1995) هي الفرضية الأولى التي وضعت لتفسير التوحد في بدايات التوحد وهي الآن فرضية قديمة جدا وتؤكد هذه النقطة على دور الأبوين في التسبب في هذا الاضطراب وإعاقة تطور نمو الطفل وتشير النظريات النفسية إلى أن والدي الطفل التوحدي يكونان اكثر ذكاءاً وأكثر قلقاً، ولديهما ضعف في دفء العلاقات الأبوية .

هذه النظرية ترجح أن سبب التوحد هو ظروف العائلة وتصورها كالتي:

- ضعف علاقة التواصل بالأم.
- إثارة غير كافية لعواطف الطفل.
- رفض لهذه العلاقة.

إلاّ أنه لا يوجد ما يؤيد تلك النظرية، فعند القيام بنقل هؤلاء الأطفال التوحديين للعيش مع عائلات بديلة كعلاج لم يكن هناك تحسن لحالتهم، كما أننا نجد أطفال أصحاء لدى نفس العائلة، كما نرى بعض الحالات تبدأ من الولادة حيث لا يكون لتعاملهم مع الطفل أي دور.فشل هذه النظرية أراح الكثير من العائلات التي كانت تلقي اللوم على نفسها كسبب لحدوث الحالة.

8-عوامل أيضية :

في هذه النظرية كما يذكر كامبل وشاي (Campbel&Shay,1995) وفي الفهد (2003) إفتراض أن يكون التوحد نتيجة وجود بيبتايد Peptide خارجي المنشأ (من الغذاء) يؤثر على النقل العصبي داخل الجهاز العصبي المركزي، وهذا التأثير قد يكون بشكل مباشر أو من خلال التأثير على تلك الموجودة و الفاعلة في الجهاز العصبي، مما يؤدي أن تكون العمليات داخله مضطربة، وهذه المواد Peptides تتكون عند حدوث التحلل غير الكامل لبعض الأغذية المحتوية على الغلوتين كالقمح، و الشعير، و الشوفان، ايضا الكازين الموجود فيالحليب والمنتجات الألبان، ولكن في هذه النظرية نقاط ضعف، فهذه المواد لا تتحلل بالكامل في الكثير من الأشخاص، ومع ذلك لم يصابوا بالتوحد، لذلك تخرج لنا نظرية أخرى تقول بأن الطفل التوحدي لديه مشاكل في الجهاز العصبي تسمح بمرور تلك المواد إلى المخ ومن ثم تأثيرها على الدماغ وحدوث أعراض التوحد.

الفصل الثاني

(التشخيص - التقييم - التشخيص الفارقي)

تشخيص التوحد

بعد التشخيص هو العملية الاساسية وحجر الزاوية الأساسي في عملية تقديم خدمات التربية الخاصة فبدون التشخيص لا تستطيع تقديم خدمات التربية الخاصة (الروسان، 2001).

يذكر (Margan,1988) أن التشخيص هي العملية الأساسية لمعرفة التوحد ومن ثم يمكن إجراء التدخل العلاجي المبكر، وأدوات التشخيص ما زالت قاصرة وغير قادرة على التشخيص الكامل وخصوصاً في الوقت المبكر، وهنا لا بد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني من مشكلة التواصل أو أن الطفل ديه صعوبات في التعامل الاجتماعي، فهناك أسباب متعددة لذلك، ولكن لا بد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة.

ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعليمهم، فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة، كما أن الثقافة العلمية والعملية عن التوحد لدى الأطباء غير المتخصصين قاصرة، لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال التوحد أن الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة، وكانت هناك أختلافات قبل الوصول إلى التشخيص، وهنا لابد من التركيز على أن التشخيص مسألة صعبة وخصوصاً في المراحل الأولى ولوجود أختلافات في الأعراض، ويجب أخذ ذلك التشخيص فقط من متخصصين لديهم الخبرة والدراية التامة عن تلك النوعية من الحالات من خلال فريق عمل متكامل.

ولا يزال تشخيص اضطراب التوحد من اكبر المشكلات التي تواجه الباحثين والعاملين في مجال مشكلات الطفولة. وربما يرجع السبب في ذلك إلى أن خصائص أو صفات الاضطراب غالبا ما تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى ولذلك يتعين الحصول على معلومات دقيقة حتى يتم تشخيص الأضطراب بدقة ولا يتم ذلك إلا عن طريق فريق تشخيص متكامل مكون من طبيب أطفال وطبيب أعصاب وأخصائي نفسي وأخصائي إجتماعي و أخصائي نطق ولغة وأخصائي تربية خاصة بالإضافة الى الوالدين وبالتالي تمييز الأشخاص التوحديين عن غيرهم من الأفراد المصابين بإضطرابات أخرى .

هل هناك اختبارات أو تجارب؟

حتى الآن لا يوجد تحاليل مخبرية أو أشعة يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات، فالتشخيص صعب للغاية، وللوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة فإن الطفل

يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوي الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال وطبيب أعصاب وأخصائي نفسي وأخصائي إجتماعي و أخصائي نطق ولغة وأخصائي سمع وأخصائي تربية خاصة بالاضافة الى الوالدين والطفل نفسه وأي شخص يمكن أن يقدم معلومات مفيدة) كلاً في مجاله بتقييم الطفل من نواحي معينة، وبطرق متنوعة، ومن ثم تجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها، لتقرير وجود اضطراب توحد ودرجته، وأساليب علاجه (الفهد ، 2003)

التقييم :

بذكر كل من ماكلوفلين ولويس (McLoughlin & Lewis, 1994) في الشامي (2004) أن التقييم الجيد يتكون من العناصر الاساليب التالية:

1- يجب أن يكون التقييم شاملاً.

2- يجب أن يصدر التقييم عن أشخاص متعددي التخصصات.

3- يجب أن تكون أدوات التقييم أو الإختبارات مناسبة.

4- يجب أن تكون الطرق المستخدمة في إجراء الاختبارات مناسبة.

5- يجب إشراك والدي الطفل في عملية التقييم.

6- يجب كتابة تقرير بشكل مبسّط وشامل.

هناك عدة طرق لتقييم نمو الطفل في جوانب متعددة، ومعرفة المشاكل التي يعاني منها، ومهما اختلفت تلك المراكز من بلد لآخر فإن المبادئ الأساسية واحدة، والهدف من التقييم هو:

- جمع وربط المعلومات للحصول على التشخيص الدقيق
- تقديم هذه المعلومات للطاقم العلاجي لتكون قاعدة لوضع الخطة العلاجية وأسلوب تطبيقها.

لماذا لا يتم التقييم قبل الثانية من العمر؟

هناك نقاط أساسية تجعل التقييم و التشخيص قبل سن الثانية من العمر صعباً، ومن أهمها:

- في هذا العمر لا تكون الأنماط السلوكية قد أتضحت وتشكلت بشكل يسمح بإجراء التقييم .

- المظاهر اللغوية ركن مهم للتقييم والتشخيص، وفي هذا العمر لا تكون قد تشكلت ونضجت.
- في بعض الأطفال التوحديين يكون نمو الطفل طبيعياً لفترة من الزمن ثم يبدأ التدهور في الحدوث.
- عدم قدرة الوالدين على ملاحظة تطور النمو في طفلهم في تلك المرحلة المبكرة.

وتذكر الشامي (2004) ثلاثة من العلامات أو السلوكيات التي قد تكون مؤشراً جيداً للتنبؤ بوجود حالة توحد لدى طفل رضيع وهي:

1- عدم الاستجابة للاسم: ان الأطفال الرضع المصابين بالتوحد نادراً ما يستجيبون لمناداتهم باسمهم.

2- فقدان الالتقاء البصري: يتفادى الاطفال التوحديون الرضع الالتقاء البصري بالآخرين.

3- فقدان القدرة على الإشارة أو مشاركة الآخرين الأشياء: يفقد الاطفال الرضع المصابين بالتوحد القدرة على مشاركة الآخرين انفعالاتهم ويفقدرون القدرة على الاشارة للأشياء وما إلى ذلك.

ما هي نقاط التقييم؟

تقييم الحالة عادة ما يشمل النقاط التالية:

- التقييم الطبي.
- التقييم السلوكي.
- التقييم النفسي.
- التقييم التربوي.
- التقييم الاجتماعي.
- التقييم اللغوي.
- فحص السمع.
- تقييم التواصل.
- التقييم الوظيفي. (الفهد، 2003)

ويعزو فراج (1994) صعوبة تشخيص اضطراب التوحد الى ثلاثة اسباب رئيسية وهي:

أولا:

اشتراك وتشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، والاعاقات الانفعالية بل ومع حالات الفصام (Schizophrenia)، ولدرجة أن كثير من علماء النفس يعتبرونها حالة فصام مبكرة يبدأ ظهورها في مرحلة الطفولة .

ثانيا:

حداثة البحوث التي تجري على اضطراب التوحد نسبيا، وذلك أن معرفتنا بها بدأت بدرجة محدودة في الخمسينيات، وبدرجة أكثر تحديدا في السبعينيات.

ثالثا :

التوقف الملحوظ لنمو قدرات الاتصال بين الطفل الذي يعاني من اضطراب التوحد والبيئة المحيطة كما لو أن عائقا أوقف الجهاز العصبي عن العمل.

وبالتالي ما يترتب على ذلك من توقف القدرة على تعلم اللغة أو النمو المعرفي ونمو القدرات العقلية، وفاعلية التنشئة الاجتماعية .

معايير تشخيص اضطراب التوحد

كما وردت في الدليل التشخيص والإحصائي للاضطرابات العقلية – الإصدار الرابع – المنقّح...؟ (DSM-4- TR/2000)

أ- تتضمن معايير التشخيص 6 نقاط من (1) و (2) و (3) منها نقطتان على الأقل من القسم "1":

1. قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي يتمثل على الأقل في اثنين من العناصر التالية:

- قصور واضح في استخدام عدد من السلوكيات غير اللفظية مثل التواصل البصري وتعبيرات الوجه ووضع الجسد والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
- فشل في تكوين علاقات صداقة مع الأنداد تتناسب مع المستوى التطوري.
- فقدان المقدرة التلقائية على محاولة مشاركة الآخرين في المتع أو الاهتمامات أو الانجازات (مما يتمثل في عدم إظهاره لأشياء تهمه أو الإشارة اليها).
- فقدان المقدرة على التبادل العاطفي أو الاجتماعي.

2- قصور نوعي في التواصل يتمثل على الأقل في أحد العناصر التالية:

- تأخر في تطور الكلام أو فقدانه كلياً(مع عدم وجود دلالة على محاولة التعويض عن هذا العجز بأي وسيلة أخرى غير لفظية مثل التواصل بالإيماء أو الاشارة).
- بالنسبة للفئة التي تتمتع بقدرة على الكلام يظهر لديها عجز واضح في القدرة على المبادرة الى الحديث أو على الاستمرار في تبادل حديث مع الغير.
- استخدام متكرر وثابت للغة وطريقة خاصة في استخدامها.
- فقدان القدرة على ممارسة اللعب التمثيلي التلقائي والمتنوع واللعب من خلال التقليد الاجتماعي مما يتناسب مع مستوى تطوره.

3- سلوك نمطي ومتكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والنشاطات مما يتمثل على الأقل في احدى العاصر التالية:

- إنشغال متواصل باهتمام نمطي واحد أو أكثر يكون غير طبيعي من حيث شدته أو مدى التركيز عليه.
- تعلق غير طبيعي ببعض العادات أو الامور الروتينية التي لا معنى لها.
- حركات جسدية نمطية ومتكررة (مثل رفرفة الاصابع أو لي اليدين أو حركات جسدية معقدة.
- الانشغال المفرط بأجزاء الاشياء.

ب- تأخر أو سلوك غير طبيعي في أحد الجوانب التالية على أقل تقدير، يبدأ قبل بلوغ الطفل 3 سنوات.

- التفاعل الاجتماعي.
- استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي.
- اللعب الرمزي أو التخيلي.

ج - لا يتمثل الاضطراب بشكل أفضل بمتلازمة ريت أو باضطراب الانتكاس الطفولي.

أهم أدوات قياس وتشخيص التوحد:

أن هذا الاضطراب كما يشير اليه فولكمار (Volkmar, 1996) يتضمن العديد من الأعراض بدرجات متفاوتة ومهارات تواصل مختلفة ومستويات متباينة للكفاية الذاتية ومستويات عقلية مختلفة وقدرات مختلفة ومستويات نمائية مختلف .

وفيما يلي عرض لأهم أدوات لتشخيص التوحد كما يذكرها فولكمار (Volkmar, 1996):

1. قائمة تشخيص للأطفال المضطربين سلوكيا (استمارة اي-2)

Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children (Form E-2) by Rimland ,1971

2. أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وغير الاسوياء

Behavior Rating Instrument for Autistic & Atypical Children (BRIAAC) by Ruttenberg,Kalish Wenar and Wolf,1977.

3. قائمة تقدير السلوك التوحدي

Autistic Behavior Checklist (ABC) by Krug, Arick and Almond, 1980

4. مقياس ملاحظة السلوك

Behavior Observation Scale (BOS) by Freeman, Aitvo, Guthier, Scorth and Ball, 1978

5. جدول الملاحظات التشخيصية للتوحد

Autism Diagnostic Observation Schedule, (ADOS) by Lord, Rutter, Goo-do, Heemsbergen, Jardan, Mawhood and Schopler,1989.

6. قائمة أوصاف التوحد

Autism Descriptors Checklist,(ADC) by Fridman,Wolf and Cohen, 1983.

7. مقابلة تشخيص التوحد - المراجع

The Autism Diagnostic Interview, -Revised, (ADI-R) by LeCou-teur,Rutter,Lord,Rios and McLennan , 1989

8. مقياس تقدير التوحد الطفولي

Childhood Autism Rating Scale, (CARS) by Schopler, Recheler and Runner, 1988.

9. الأداة المسحية لحالات التوحد للتخطيط التربوي - الطبعة الثانية

Autism Screening Instrument For Eduactional Planing.

10. جدول المراقبة التشخيصية للتوحد ما قبل تطور اللغة

Pre-Linguistic Autism Diagnostic Observation Schedule (PL- ADOS)

11. قائمة التوحد للأطفال دون السنتين

Checklist for Autism in Toddlers (CHAT)

12. مقياس جيليام للتوحد

Gilliam Autism Rating Scales (GARS)

13. أداة مسح التوحد للأطفال في عمر السنتين

Screening Test for Autism in Two- Years Olds (STAT)

14. أداة مسح للاضطرابات النمائية الشاملة

Pervasive Developmental Disorders Screening Test (PDDST) .

15. مقياس الحياة الواقعية

Real - Life Rating Scales - (PLRS)

16. التقويم المختصر لسلوك الرضيع

Infant Behavior Summarized Evaluation (IBSE)

17. مقياس تقدير السلوك التوحدي - لمارفي وأندريان وسوفاج

18. قائمة تقدير لأعراض توحد الطفولة المبكرة

Checkkst of Symptoms of Early Infantile Autism

وسنتعرض فيما يلي بعضا منها:

(1- مقياس تقدير التوحد الطفولي:, (The childhood Autism Rating Scale) (CARS)

يعتبر هذا المقياس من أكثر المقاييس استخداماً وانتشاراً في مجال التوحد وهو من أعداد سكوبلر ورسلر ورنر (Schopler,Recheler and Runner,1988) ولقد صمم هذا المقياس بهدف التعرف على الأطفال التوحديين والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى خاصة ذوي التخلف العقلي (Morgan ,1988)

ويتمتع مقياس تقدير التوحد بدلالات صدق تمثلت في الصدق المعياري وذلك من خلال مقارنة المجموع الكلي للدرجات والتقديرات الإكلينيكية التي تم الحصول عليها من نفس جلسات التشخيص حيث كانت نتيجة الارتباط (48,0 عند مستوى دلالة 1000.0).

ويشمل المقياس على خمسة عشر بعدا بحيث يستلزم تطبيقه ما بين 30، 45 دقيقة هي:

- الانتماء والتفاعل مع الآخرين.
- التقليد المحاكاة.
- الاستجابة الانفعالية.
- استخدام الأشياء.
- استخدام الجسم.
- التكيف مع التغيير.
- الاستجابة البصرية.
- الاستجابة السمعية.
- استجابة واستخدام حواس التذوق واللمس والشم.
- الخوف والقلق.
- التواصل اللفظي.
- التواصل غير اللفظي.
- مستوى النشاط.
- مستوى وثبات الاستجابة العقلية.
- الانطباعات العامة.

وكل بند من البنود السابقة يعطي تقديرا من (1–4) حيث أن رقم (1) يعني أن السلوك في المجال العادي بينما الرقم (4) يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة. بحيث يعطى المفحوص الدرجة المناسبة. وعلى ذلك وفي جميع المقاييس يجب أن يكون الفاحص علي ألفة بالمقياس أو الاختبار الذي سيطبقه.

(2- قائمة تشخيص الأطفال المضطربين سلوكيا " استمارة إي- 2" (Form ,E,2) طور هذا المقياس عام 1968 على يد رملاند (Rimland,1968) وشكل هذا المقياس الأول نظام تشخيص يركز بحذر على أعراض محددة بدلا من الاعتماد على المفاهيم غير المعرفة وغير المحسوسة مثل مفهوم الأنطواء والانسحاب الانفعالي.

ولقد كان الهدف الأساسي لهذا المقياس هو استخدامه كأداة مسحية لمساعدة الباحثين على تحديد أطفال التوحد لأغراض بحثية بحتة كما يهدف إلى المساعدة في التعرف على أنواع التوحد الفرعية ودرجاتها المختلفة التي يتضمنها مجال أو نطاق التوحد

ويشمل نموذج رملاند (E-2) على(80) سؤالا متعددة الخيارات وهي مقسمة الى الابعاد التالية :

أ) التفاعل الاجتماعي.

ب) خصائص أو نمط الكلام.

ج) نمو وتطور العرض .

ويتراوح مجموعة النقاط التي يشمل عليها المقياس ما بين -54 (الاقل) الى +45 (الأعلى).وهي مقسمة كالتالي.

أ- التوحد التقليدي ودرجاته تتراوح من (+20) فما فوق.

ب- التوحد من (-15) الى (+19).

ج- شبة التوحد من (-16) فما دون.

3- مقياس تقدير السلوك التوحدي:

وهو من إعداد مارفي وأندريان وسوفاج (Marvy & Andrian & Sauvage 1997)، وقد قام الباحثون بملاحظة سلوك مجموعة من الأطفال التوحديين عن طريق 24 فلما التقطت لهؤلاء الأطفال بين أسرهم، ثم قاموا بتحديد سلوك الطفل التوحديين على بطاقات أعدت لذلك، وقد وجد الباحثون عدد 33 عبارة تجمعت في شكل 4 أبعاد وهي:

1- مشكلات الاتصال الاجتماعي.

2- المشكلات الانفعالية.

3- مشكلات سمعية وبصرية.

4- مشكلات في النشاط الحركي المفرط للطفل.

وقد قام غزال (1997) بتقنين هذا المقياس على مجموعة من الأطفال التوحديين في جمهورية مصر حيث اشتمل المقياس على أربعة مجالات متضمنة العناصر الأساسية التي تندرج تحتها السلوكيات المختلفة التي تساعد في التعرف على الطفل التوحدي، ثم قام بتحديد طريقة للإجابة على هذا المقياس ووضع طريقة لتصحيحه وحدد درجات تبدأ من

صفر إلى 4 لكل سؤال من أسئلة المقياس والدرجة العالية تمثل وجود التوحد لدى الطفل بدرجة عالية .

(4- قائمة تقدير السلوك التوحدي (Autism Behavior Checklist ,ABC)والتي طورها كل من كروك واريك وألموند (Krug,Arick and Almond,1980). وتشمل هذه القائمة على (57) فقرة، حيث تصف هذه الفقرات أنماط السلوك التي يظهرها الأطفال التوحديون وقد تم توزيع هذه الفقرات في القائمة على خمسة أبعاد وهي كما يذكرها شورت: (Short,1986)

1- الجانب الاجتماعي والاعتماد على الذات.

2- الجانب اللغوي .

3- الجسمي و استعمال الأشياء.

4- الاجتماعي.

5- الجانب الحسي.

ويتوفر عنها صورة اردنية قام باعدادها الاستاذ الدكتور جميل الصمادي في قسم الارشاد والتربية الخاصة بالجامعة الاردنية .

(5- أداة تقدير السلوك للاطفال التوحديين وغير الأسوياء:

Behavior Ratig Instrument for Autistic & A Typical Children, BRIAAC)

ولقد طورها روتنبيرغ و ويرنر و ولف (Ruttenbrg & Wernar & Wolf ,1977)، وتحتوي القائمة كما يشير الى ذلك شورت (Short,1986) على ثمانية أبعاد فرعية منها العلاقات مع الآخرين، و مهارات التواصل، وحركات الجسم، والاستجابات الاجتماعية، والنطق واللغة التعبيرية، وللقائمة سلم متدرج من (10) درجات لتسجيل استجابة الطفل، حيث يقوم الملاحظ بمراقبة سلوك الطفل داخل الأسرة مباشرة، ويتم تسجيل الدرجة التي يحصل عليها الطفل في كل فقرة .

(6- قائمة تقدير لأعراض توحد الطفولة المبكرة :

(Checklist of Symptoms of Early Infantile Autism)

قام بتطوير هذه القائمة بالون وسبنسر (Palon & Spencer ,1959) وتشتمل القائمة على (30) فقرة موزعة على (5) أبعاد وهي تحريف اللغة " تشويه اللغة " والانسحاب الاجتماعي، والنشاطات المفتقرة الى الدمج، وعدم العصبية والأنانية، خصائص العائلة.

مبررات استخدام قوائم التقدير كما يذكرها ويليام: (William,1983)

1-السهولة والشمولية في قوائم التقدير وطريقة استخدامها، فعملية القياس والتشخيص في التربية عموما والتربية الخاصة خصوصا تتطلب تواجد فريق متعدد التخصصات وحيث انه يوجد صعوبة بالغة في تشخيص الاطفال التوحديين تأتي قوائم الشطب لتسهل هذه المهمة من حيث توفر جوانب متعدده ضمن اطار القوائم .

2-منح الفرصة الكبير للاهل والمعلم والاخصائي في التعرف على السمات السلوكية بشكل مباشر وفي مواقف متعدده من دون استخدام ادوات او مواد وماشابه وفي فترة زمنية قصيرة .

3-الوصف العام لجوانب القوة والضعف في الطفل التوحدي وتحديدها تبعا للابعاد .

4-التغطية لجوانب الحياة اليومية للطفل التوحدي فبعض قوائم التقدير يمكن ان تمثل برنامجا يوميا، حيث تغطي جوانب متعدده من حياة الطفل اليومية مما يساعد في اعداد برنامج يومي مقترح للعمل مع الطفل التوحدي .

(7 – مقابلة تشخيص التوحد – المراجع

The Autism Diagnostic Interview - Revised(ADI- R)

يتم الحصول على معلومات هذه المقابلة من خلال أسر ذوي الأطفال المشتبه بأنه لديهم اضطراب توحد، وتعتمد هذه المقابلة في داخلها على معايير الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية – الطبعة الثالثة – المراجعة ، حيث يعتبر المختصون في هذا المجال أن المقابلة التشخيصه هذه دقيقة إلى حد كبير، حيث يستغرق تطبيقها على الأقل ساعة ونصف لمن هو متمرس في هذا المجال وعلى دراية بهذه الاداة.

(8 – قائمة التوحد للأطفال دون سنتين

Checklist for Autis in Toddlers (CHAT)

صممت هذه الأداة لملاحظة السلوكيات المبكرة لاضطراب التوحد للأطفال ابتداءاً من سن 18 شهراً، وتعتبر هذه القائمة كأداة كشف أو مسح وليست أداة تشخيص على حد قول المختصين، حيث أن السلوكيات التي غالباً ما تظهر لدى ذوي التوحد في سن مبكرة والتي تعتبر مؤشر لوجود اضطراب توحد هي:

1- فشل في القدرة على اللعب التمثيلي أو التخيلي.

2- عدم الاهتمام بالآخرين.

3- قصور في المشاركة في اللعب الجماعي.

4- قصور في الانتباه المشترك.

(9 - مقياس جيليام للتوحد

Gilliam Autism Rating Scales (GARS)

يخدم هذا المقياس حالات التوحد ممن تتراوح أعمارهم ما بين 3-22 سنة فقد يستخدم هذا المقياس من قبل الأهل أو المختصين ويقيس هذا المقياس الجوانب التالية:

1- التواصل والتفاعل الاجتماعي.

2- السلوك النمطي المتكرر.

3- الاضطرابات التطورية.

(10 - أداة مسح التوحد للأطفال في عمر سنتين

Screening Test for Autism in Two - Years - Olds (STAT)

تخدم هذه الأداة الأطفال المصابين بالتوحد ممن تتراوح أعمارهم بين 24-35 شهراً حيث تستطيع هذه الأداة التمييز بين التوحد والاضطرابات النمائية الاخرى.

حيث يقوم المختص بتقويم الجوانب التالية من خلال فترة لعب مدتها 20 دقيقة.

1- اللعب التمثيلي والاجتماعي.

2- المحاكاة الحركية.

3- تطور التواصل غير اللفظي (الشامي، 2004).

التشخيص الفارقي

إن التوحد ليس ببعيد عن العديد من الحالات الاكلينيكية الأخرى فهو يتشابه إلى حد بعيد مع بعض الحالات ولذلك وجد التشخيص الفارقي والذي يعمل على ايجاد المعايير التي نستطيع من خلالها التفريق مابين الاضطرابات المتشابهه عموما والتفريق مابين التوحد والاضطرابات المشابهه له في الخصائص، حيث أن التوحد كثيرا ما يحدث متلازما مع التخلف العقلي أو يحدث التخلف العقلي ملازما له .

يتضمن أيضا التشخيص الفارقي سلوك الطفل موضع التشخيص مع سلوك الطفل

الذي يعاني من اضطرابات أخرى تحمل نفس الأعراض، كما هو الحال في حالات التخلف العقلي ومشكلات اللغة والكلام كما يتضمن الأمر المقارنة مع المشكلات الطبية المرتبطة بالتوحد كما هو الحال مع "PKU" PhenylKetonuria". هذا وسنستعرض فيما يلي بعض الاضطرابات التي تشترك في التوحد في بعض خصائصها العامة وهي:

1- متلازمة اسبر جر(Asperger Syndrome)

يشير ارونس (Arons,1992) الى ان هذه هي أحد اضطرابات التطور، والتي عادة ما تظهر في وقت متأخر عن التوحديين أو على الأقل يتم اكتشافها متأخرة، وتتميز بالتالي:

- نقص المهارات الاجتماعية.
- صعوبة في التعامل الاجتماعي.
- ضعف التركيز والتحكم .
- محدودية الاهتمامات.
- وجود ذكاء طبيعي: الكثير من أطفال التوحد لديهم نقص في القدرات الفكرية، ولكن مستوى الذكاء في هذا النوع من الأطفال يكون عادياً أو فوق العادي، لذلك فإن البعض يطلقون على هذا النوع مسمى التوحد عالي القدراتHigh Functioning "Autism".
- لغة جيدة في التخاطب والقواعد: في هذا النوع لا يكون هناك تأخر في المهارات اللغوية ولكن قد يكون هناك صعوبة في فهم الأمور الدقيقة في المحادثة والتي تحتاج إلى تركيز وفهم دقيق، كالدعابة والسخرية .

مقياس التشخيص حسب : (DSM-4 -TR/ 2000)

أ. قصور نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (بندين على الأقل).

- قصور شديد في استخدام السلوكيات غير اللفظية (التواصل البصري، تعبيرات الوجه، حركة الجسم، الإيماء والإشارة).
- قصور في القدرة على تكوين الصداقات مع أقرانه في نفس المستوى العمري.
- قلة الاهتمام ومحاولة المشاركة في اللعب (عدم القدرة على طلب لعبة ما أو إحضارها أو الإشارة عليها).
- فقدان القدرة على تبادل الأحاسيس والانفعالات والعلاقات العاطفية والاجتماعية مع المجتمع حوله.

ب. سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيّق من الاهتمامات والنشاطات (بند واحد على الأقل):

- الانهماك الكامل أو التعلق غير الطبيعي في واحدة أو أكثر من الاهتمامات النمطية غير الطبيعية في حدتها أو تركيزها .
- الحرص على الرتابة ورفض تغيير الروتين.
- تكرار الحركات الجسمية بطريقة مميزة (رفرفة الأصابع أو اليدين، التواء الذراعين أو الجسم، حركة معقدة للجسم).
- الانهماك الكامل والمستمر والانشغال المفرط بأجزاء الأشياء.

ج. يؤدي الاضطراب إلى ضعف محسوس إكلينيكية في مهام وظيفية مهمة كالعلاقات الاجتماعية أو العمل.

د. عدم وجود قصور ذو أهمية إكلينيكياً في القدرات اللغوية (كلمة واحدة (مفردات) في عمر السنتين، التواصل اللغوي (الجمل) في عمر الثلاث سنوات).

هـ. عدم وجود قصور عام ملاحظ إكلينيكياً في القدرات الإدراكية والمعرفية، قدرات مساعدة النفس، السلوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي)، الفضول حول البيئة المحيطة به مقارنة بمن هم في عمره.

و. عدم انطباق المعايير على أي اضطراب آخر من الاضطرابات النمائية الشاملة أو الفصام.

(أ) الفروق بين متلازمة أسبيرجر واضطراب التوحد:

م	التوحد	أسبيرجر
1	يعاني نحو 75-77% من الأفراد المصابين بالتوحد من تخلف عقلي (إعاقة عقلية).	يتمتع الافراد المصابين بأسبيرجر بقدرات ذكاء طبيعية أو ما يفوق ذلك
2	يعاني الافراد المصابين بالتوحد من قصور في النمو اللغوي	يتمتع الافراد المصابين بأسبيرجر بقدرات لغوية عادية.
3	الاهداف المتوقع تحقيقها مع الأفراد التوحديين من خلال البرامج العلاجية لا تتمع بإيجابية كبيرة	الاهداف المتوقع تحقيقها مع الافراد المصابين بأسبيرجر من خلال البرامج العلاجية تتمع بايجابية كبيرة.

4	قد يعاني الأفراد المصابين بالتوحد من انتكاسات	ليس هناك أي حالات موثوقة عن الأسبيرجر تبين حدوث انتكاس
5	تظهر الاضطرابات العصبية لدى الأفراد المصابين بالتوحد.	تظهر الاضطرابات العصبية لدى الأفراد المصابين باسبيرجر بشكل أقل من ذوي التوحد

2- متلازمة فراجيل إكس (Fragile X-Syndrome)

يشير ارونس (Arons,1992) الى ان هذه المتلازمة عبارة عن اضطراب جيني في الكرومسوم الجيني الأنثوي (X) وهؤلاء الأطفال لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط، ولديهم استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للصوت وضعف في الاتصال البصري بالآخرين والحركات الاشارية والجسمية الغريبة وعض اليدين والمشاكل سلوكية أخرى وتأخر في النمو اللغوي، وللتمييز بين التوحد ومتلازمة الكرموسوم(X) نلاحظ الفروق لدى ذوي هذه المتلازمة تكمن في المواصفات الجسمية غالبا فهم ذوي جبهة عريضة وعالية وعيون ساكنة واذنين كبيرتين ووجه طويل وقدمان مسطحتان وأحيانا صمامات قلب غير عادية نسبيا،

3- متلازمة لانداو- كليفنر (Landau- Kleffner Syndrome/ LKS)

يشير ارونس (Arons, 1992) والفهد (2003) إلى أن هذه المتلازمة تظهر متلازمة كشكل من أشكال فقدان القدرة على الكلام تدريجياً أو ما يعرف بـ (Aphasia) والتي عادة ما تتطور بين ثلاث وسبع سنوات كما أنها شائعة بين الذكر ضعف ما هو موجود بين النساء. و مبدئيا فإن هؤلاء الأفراد لديهم تطور ونمو صحي خالي من المشاكل ونطقهم وجملهم طبيعية، ويفقد هؤلاء الأفراد مقدرتهم على الاستيعاب أولاً (أي اللغة الإستقبالية) ومن ثم مقدرتهم على اللغة (أي اللغة التعبيرية). و تحدث هذه التغيرات إما تدرجيا أو فجأة.

إن الأفراد الذين يعانون من متلازمة لانداو كليفنر لديهم نماذج شاذة وغير طبيعية تظهر في تخطيط الدماغ (EEG) مثال: (موجات الدماغ) في الفص الصدغي (يقع على جوانب الدماغ) وفي المناطق الصدغية الجدارية القفوية Tempro-Parieto-Occipital خلال النوم. و تشخيص هذه المتلازمة عادة ما يتطلب فحص نماذج تخطيط الدماغ EEG للشخص أثناء النوم. يقدر أن 70% منهم تقريباً يعانون من نوبات صرع

وهذه النوبات عادة ما تكون غير متكررة بشكل رئيسي وتكون إما مع أو بدون التشنجات، وهناك خاصية واحدة شائعة لمتلازمة لانداو كليفنر والتي عادة ما يتم تشخيصها على الأغلب بالارتباط مع التوحّد ألا وهي الفشل في الاستجابة للأصوات. حيث يعتقد الآباء أن ابنهم ربما يكون فاقد السمع. وتشتمل الصفات التوحدية التي تشاهد لدى المصابين بمتلازمة لانداو كليفنر عدم الحساسية للألم والعدوانية وضعف التواصل البصري والإصرار على الرتابة Sameness ومشاكل النوم.

و أسباب متلازمة لانداو كليفنر غير معروفة. و يقترح بعض العلماء أن الأسباب ربما تكون خلل في وظيفة نظام المناعة، والتعرض إلى الفيروس و الصدمة الدماغية. وعادة ما تكون التكهنات أفضل عندما تكون البداية بعد سن السادسة وعندما يبدأ علاج النطق مبكراً. وقد أظهرت أيضاً عدة علاجات أخرى فاعليتها لهؤلاء الأفراد مثل: مضادات التشنجات Anticonvulsant وكورتكوستيرويد Corticosteroids. وهناك أيضاً تقنية جراحية للتصريف عندما يصل نشاط الدماغ الكهربائي المضطرب إلى مرحلة الخطر.

4- متلازمة موبياس (Moebelius Syndrome)

يشير ارونس (Arons,1992) الى ان هذه المتلازمة تسبب مشكلات في الجهاز العصبي المركزي مثل شلل عضلات الوجه ,الأمر الذي يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية سلوكية .

5- متلازمة رت (Rett Syndrome)

يشير سكوبلر (Schopler,1988) أن هذه الحالة تحدث للبنات فقط، وفي هذه الحالة يكون هناك تطور طبيعي حتى عمر 6-8 أشهر، ثم يلاحظ الوالدين تغيراً في سلوكيات طفلتهم مع تراجع التطور أو فقد بعض القدرات المكتسبة خصوصاً مهارات الحركة الكبرى مثل الحركة والمشي، ويتبع ذلك نقص ملاحظ في القدرات مثل الكلام، التفكير، إستخدام اليدين، كما أن الطفلة تقوم بتكرار حركات وإشارات غير ذات معنى وهذه تعتبر مفتاح التشخيص، وتتكون من هز اليدين ورفرفتها، أو حركات مميزة لليدين، ويصيب هذا والاضراب مولوداً واحداً من كل 15.000 مولود.

مقياس التشخيص حسب (DSM-4- TR/2000)

1. كل البنود التالية:

- حمل وولادة ونمو طبيعي .

- تطور ونمو حركي نفسي حركي طبيعي خلال الخمسة أشهر الأولى من الحياة .
- محيط الرأس طبيعي بعد الولادة .

2. ظهور المعايير التالية بعد مدة من التطور الطبيعي:

- تباطؤ نمو محيط الرأس في العمر بين 5-48 شهراً.
- فقد القدرات المكتسبة لحركة اليدين الهادفة في العمر بين5-30 شهراً، مع حدوث حركات نمطية متكررة مثل رفرفة اليدين.
- فقد الترابط الاجتماعي المكتسب في مدة سابقة خلال المراحل الاولى (خاصة التفاعل الاجتماعي تتطور في مراحل لاحقة) .
- ظهور مشية غير متّزنة، أو ظهور حركات جسمية غير طبيعية - ضعف في التناسق الحركي.
- القصور الشديد في تطور اللغة الاستقبالية والتعبيرية، مع وجود قصور في النمو النفسي الحركي.

6- متلازمة سوتوس (Sotos Syndrome)

يشير سكوبلر (Schopler, 1988) أن متلازمة سوتوس تسبب سرعة كبيرة في النضج وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتتشابه مع التوحد في قصر المهارات الاجتماعية وسلوك الدوران في نفس المكان. (Schopler,1988)

7- متلازمة وليامز (Williams Syndrome)

ويذكر العزة (2002) ان هذه المتلازمة هي عبارة عن اضطراب جيني نادر الحدوث سببها فقدان جزء من مادة الصبغة الوراثية DNA على كرموسوم رقم (7) ويقدر نسبة شيوعها بين المواليد تقريباً 7 مواليد لكل 10.000 مولود، تشمل التأخر اللغوي والحركي لدى الطفل والحساسية المفرطة للصوت وهز الجسم والتعلق بأشياء بطريقة غير طبيعة، ويقدر نسبة شيوعها بين الناس تقريباً (1) من بين كل 20.000 إلى50.000 .

و يختلف هؤلاء عن الأفراد الذين يعانون من التوحد حيث انهم يعانون أيضاً من خلل في الأوعية الدموية في القلبية، و ارتفاع في ضغط الدم، و ارتفاع في نسبة الكالسيوم، وهم اجتماعيون جداً، كما أنهم مرحون جداً بطبعهم ويتسمون بصفات جميلة، وعيون لوزية، وأذنان بيضاويتان، وشفاة عريضة، وذقن صغيرة، وجه ضيق، وفم واسع.

8- الفصام (Schizophrenia)

هناك من يرى أن التوحد والفصام نفس الاضطراب ولكن أكدت غالبية الدراسات التي تناولت هذا الموضوع أكدت على الاختلاف الشديد بين هذين الاضطرابين حيث أن التوحد هو اضطراب نمائي شديد والفصام اضطراب ذهاني، ولعل أهم ما يميز بين التوحد والفصام هو العمر الذي يحدث فيه كل منهما فالتوحد يظهر خلال الثلاثة سنوات الاولى من عمر الطفل أم الفصام فيظهر غالباً في سن الرشد، أيضاً ذوي الفصام يعانون من ذهانات وتطاير للافكار وانتكاسات مابين الحين والآخر وهذه الخصائص لا تتوافر لدى التوحديين. (Ornitz, 1989) (Micheal,1999).

(ب) الفروق بين الفصام والتوحد (انظر الجدول)

م	التوحد	أسبيرجر
1	يظهر التوحد خلال الثلاثة سنوات الاولى من عمر الفرد	يظهر الفصام بعد سن الثالثة من العمر وغالباً في سن الرشد.
2	يقترن التخلف العقلي (الإعاقة العقلية) بالتوحد بنسبة 70-77% من الأفراد المصابين بالتوحد.	لا يقترن التخلف العقلي بالفصام
3	لا يعاني الأفراد المصابين بالتوحد من هلاوس ولكن السلوكيات التي تظهر لديهم والمتمثلة في الضحك من دون سبب وغيرها عائدة الى المشاكل الحسية التي يعانون منها (غالبا).	يعاني الأفراد المصابين بالفصام من هلاوس واوهام واضطرابات في التفكير.
4	يعاني الأفراد المصابين بالتوحد من قصور شديد في التفاعل الاجتماعي.	يستطيع الأفراد المصابين بالفصام تطوير علاقات اجتماعية.
5	نسبة حدوث التوحد 1:4 ذكور مقابل إناث.	نسبة حدوث الفصام متساوية بين الذكور والإناث.

9- اضطراب الانتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder)

ورد في الدليل التشخيصي الاحصائي للأضطرابات العقلية (DSM-4-TR/2000) ان هذه الحالة نادرة فهو يحدث لمولود واحد من كل 10.000 مولود، و يمكن تشخيصها إذا

ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيان في السنتين الأولين من العمر وأحياناً بين الثالثة والخامسة من العمر، وتبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر حيث يلاحظ تراجع الكثير من الوظائف (كالقدرة على الحركة، التحكم في التبول والتبرز، المهارات اللغوية والاجتماعية).

وتبدأ صفات وخصائص الفرد المصاب باضطراب الانتكاس الطفولي بالتشابه مع خصائص وصفات الأفراد المصابين بالتوحد وقد يقف الفرد عن التحدث أي أنه يفقد اللغة التعبيرية.

مقياس التشخيص حسب (DSM-4- TR/2000):

أ. تطور ونمو طبيعيان في السنتين الأوليين من العمر مع وجود نمو طبيعي يتوافق مع عمر الطفل:

- التواصل اللفظي وغير اللفظي .
- العلاقات الاجتماعية.
- اللعب.
- سلوكيات ومهارات مناسبة للعمر الزمني.

ب. فقد المهارات المكتسبة التالية قبل سن العاشرة من العمر(على الأقل بندين مما يلي).

- اللغة الاستقبالية والتعبيرية.
- المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي.
- التحكم في البول أو البراز.
- اللعب.
- المهارات الحركية.

ت. أداء وظيفي غير طبيعي (على الأقل بندين مما يلي):

1. ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي (فقدان القدرة على بناء علاقات اجتماعية – فقدان القدرة على التفاعل الانفعالي).

- سلوك نمطي متكرر وذخيرة محدودة من الاهتمامات والأنشطة وحركات جسدية نمطية ومتكررة.
- قصور نوعي وكيفي في التواصل (فقدان القدرة على التحدث، ترديد نمطي للغة، فقدان القدرة على استخدام الخيال).

د- لا يتمثل الاضطراب بشكل أفضل في أي من الاضطرابات النمائية الشاملة الاخرى أو في الفصام.

(ج) الفروق بين اضطراب الانتكاس الطفولي والتوحد

التوحد	الانتكاس الطفولي
يظهر قبل بلوغ الثالثة	يظهر في سن متأخرة من 3-5 أو حتى بعدما يبلغ العاشرة.
يمكن تحقيق نتائج مع الافراد المصابين بالتوحد من خلال البرامج العلاجية افضل وأكثر ايجابية من الافراد المصابين باضطراب الانتكاس الطفولي.	النتائج المتوقع تحقيقها مع الافراد المصابين باضطراب الانتكاس الطفولي من خلال البرامج العلاجية أقل من النتائج مع الافراد المصابين بالتوحد.
نسبة انتشاره 5-15 بين كل 10.000 مولود.	نسبة انتشارة واحد بين كل 100.000 مولود.

10- الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد

(Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise Specified:PDD- NOS)

يعد هذا الاضطراب من الاضطرابات النمائية الغامضة وصعبة التشخيص، حيث لم تتمكن الدراسات العديدة من توفير معلومات ثابتة محددة عن مدى انتشار هذا الاضطراب (الشامي، 2004).

يواجه المصابون بالاضطراب النمائي الشامل غير المحدد صعوبات على مستوى التفاعل الاجتماعي وقصوراً في النمو اللغوي والتواصل واللعب ولكن تكون هذه الصعوبات في شدتها أقل من المصابين بالتوحد، حيث أن تشخيص المصابين بالاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد يتم عند وجود بعض ملامح التوحد في الفرد المصاب وليس جميع معايير تشخيص التوحد. وتذكر الشامي (2004) ان الاصدار الرابع المنقح من الدليل التشخيصي (DSM- 4-TR) لا يحتوي على معايير تشخيص الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد ولا يذكر سوى أن هذا التصنيف يجب استخدامه عند وجود قصور شديد وشامل في نمو القدرة على التواصل والتفاعل الاجتماعي واقترانه بوجود قصور في مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي أو مع وجود أنماط سلوكية واهتمامات ونشاطات نمطية ثابتة ومتكررة، ولكن معايير التشخيص لا تلتقي مع نوع محدد من الاضطرابات النمائية الشاملة.

(ء) للتفريق بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب قصور الانتباه والنشاط المفرد هنالك معايير مهمة هي:

	الاضطراب النمائي الشامل - غير المحدد PDD- NOS	اضطراب قصورالانتباه والنشاط المفرط AD/HD
النشاط المفرط	وجود نشاط مفرد ويصبح زائداً بشكل واضح ما بين الثالثة والرابعة.	وجود النشاط المفرط والزائد منذ الأشهر الاولى
الحركات النمطية	65% من الافراد الذين يعانون من الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد لديهم حركات نمطية متكررة.	لا تظهر الحركات النمطية على الاطفال الذين يعانون من قصور الانتباه والنشاط المفرط.

11. متلازمة برادر-ويلي ومتلازمة انجلمان

(Prader- Willi Syndrome & Angelman Syndrome)

تذكر الشامي (2004) أن هاتين المتلازمتين مختلفتين، إلا أن آليتهما مشتركة. ويكون كلا الوالدين سليمين، ولكن يحدث تغير مفاجئ في الكروموسومات في منطقة معينة من الكروموسوم 15 واذا كان هذا التغير ناتجاً عن كروموسومات الأب، فان الطفل سيصاب بمتلازمة برادر ويللي، أما إذا كان هذا التغير ناتجاً عن كروموسومات الأم كانت الإصابة بمتلازمة ابغلمان.

(هـ) خصائص المصابين بمتلازمة أنجلمات وبرادروبلي.

متلازمة أنجلمان	متلازمة برادر ويلي
1- تخلف عقلي بدرجة شديدة 2- ضمور عقلي 3- التعرض لنوبات تشنجية 4 - الظهور بمظهر الضحك والابتسام غالباً. 5- وجه شاحب 6- عيون غائرة. 7- شفاه عليا رفيعة 8- بعض السلوكيات التوحدية مثل (رفرفة اليدين - تأخر شديد في النمو اللغوي- قصور في الانتباه).	صغر حجم اليدين والقدمين مشكلات مرتبطة بالأكل سمنة مفرطة. ضعف في الغدة التناسلية ملامح وجه مميزة ظهور أعراض الوسواس القهري تخلف عقلي بدرجة بسيطة بعض السلوكيات التوحدية والسلوكيات الخاصة بمتلازمة رت مثل (قرض الجلد - مشاكل في ممارسة الأكل والشرب - صعوبات في النوم).

12. التخلف العقلي (الإعاقة العقلية) (Mental Retardation)

تعريف التخلف العقلي الإعاقة العقلية

تمثل الإعاقة العقلية عدداً من جوانب القصور في أداء الفرد والتي تظهر دون سن 18 سنة وتتمثل في التدني الواضح في القدرة العقلية عن متوسط الذكاء (75 +5) يصاحبها قصور واضح في أثنين أو أكثر من مظاهر السلوك التكيفي من مثل:

1- مهارات الحياة اليومية.

2- المهارات الاجتماعية.

3- المهارات اللغوية.

4- المهارات الأكاديمية الأساسية كالقراءة والكتابة والحساب.

5- مهارات التعامل بالنقود.

6- مهارات السلامة. (الروسان، 2003).

الفرق بين التخلف العقلي (الإعاقة العقلية) والتوحد

تذكر الشامي (2004) ان هنالك خمسة فروق نستطيع من خلالها التفريق بين التخلف العقلي والتوحد هي:-

1- تدرج مراحل النمو:

يمر الاطفال المصابون بإعاقة عقلية (دون التوحد) بنفس مراحل التطور في مهاراتهم الاجتماعية واللغوية والاعتماد على النفس والادراك والسلوك التكيفي كغيرهم من الاطفال الاسوياء، ولكن بمعدل أبطأ. أما الاطفال المصابون بالتوحد (سواء كان مقترنا أم غير مقترن بإعاقة عقلية)، فيمرون بأشكال مختلفة من التطور. فقد يتجاوز الاطفال التوحديون بعض مراحل التطور، فيكتسبون مهارة أصعب أو أكثر تقدماً قبل اكتسابهم المهارة الأسهل التي تسبقها. هذا بالاضافة الى أن بعض المراحل، لاسيما في النواحي الاجتماعية والعاطفية، قد لا تتطور إطلاقا. هذا الانحراف من أهم الخصائص التي تميز بين الشخص المصاب بالتوحد والشخص المصاب بالتأخر الذهني.

2- قدرات متفرقة:

عند فحص نسبة ذكاء أشخاص يعانون إعاقة عقلية فقط، يكون أداؤهم في جميع الاختبارات الفرعية متقاربا. أما الطفل التوحدي، فسوف يكون أداؤه في الاختبارات الفرعية متفاوتا بدرجة كبيرة.

3- ثالوث الاعراض:

لا يظهر ثالوث الاعراض، وهو التأخر الشديد في التواصل اللغوي والتفاعل الاجتماعي وعدم القدرة على التخيل، على من يعاني إعاقة عقلية، بل تكون مهاراتهم اللغوية والاجتماعية والتخيلية مساوية لعمرهم الذهني.

4- بداية ظهور نوبات التشنج:

ترتفع نسبة نوبات التشنج على المصابين بالإعاقة العقلية والمصابين بالتوحد. إلا ان نوبات التشنج تظهر عادة في مرحلة مبكرة من العمر على من يعاني الإعاقة العقلية، بينما يغلب ظهورها على من يعاني التوحد في سن المراهقة أو الشباب .

5- اختلافات بدنية:

تظهر على العديد ممن يعانون إعاقة عقلية بعض التشوهات البدنية كثل كبر حجم الاذنين او قصر وعرض الكفين والقدمين. وعلى خلاف ذلك، يكون مظهر الطفل التوحدي طبيعياً جداً ولا يمكن الاستدلال على وجود إعاقة من خلال المظهر الخارجي للطفل.

كما ذكر فراج (1994) عدداً من الاختلافات والفروق تذكر منها:

1- يتميز طفل التخلف العقلي بنزعته الى التقرب والارتباط بوالديه، والتواصل معهما ومع الكبار وغيره من الاطفال الاقران، وهي سمة اجتماعية غائبة تماما في حالة طفل التوحد.

2- طفل التخلف العقلي من الممكن ان يبني حصيلة لغوية وأن يكتسب نموا في اللغة، ولو انه قد يتأخر في بنائها الى حد ما، ولكنه يستخدم حتى القليل منها مبكراً في التواصل مع افراد اسرته واقرانه.

3- طفل التخلف العقلي لا يعاني من قصور في استعمال الضمائر كما يفعل طفل التوحد الذي يخلط مثلا بين «أنا» «وأنت» ، فيستعمل كلا منهما مكان الأخرى، وكذلك بالنسبة الى غيرها من الضمائر.

4- طفل التخلف العقلي أسهل مراسا في التعامل معه وتدريبه وفي تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج الى جهود فائقة وصبر وجلد في التعامل معه أو تدريبه.

5- طفل التوحد غالباً نموه اللغوي متوقف او محدود للغاية، وحتى إذا وجدت لديه حصيلة قليلة من المفردات، فمن النادر ان يستخدمها في التواصل... ومن هنا يأتي قصور قدرات التعبير اللغوي أو استقباله، واذا حدث وتكلم فان كلامه يكون

مضطربا وخاليا من النغمات الصوتية التعبيرية التي تضفي على الكلمات معاني اضافية بعكس طفل التخلف العقلي.

6- طفل التوحد غالبا ما يحتاج الى الرعاية مدى الحياة تقريبا. أما طفل التخلف العقلي (البسيط) فانه قد يحقق استقلالا ذاتيا بمساعدة برامج التأهيل، ويعتمد على ذاته ويحميها من الاخطار ويعمل في حرفة مناسبة.

7- طفل التوحد يتجنب التواصل البصري بالتقاء العيون بينه وبين المتحدثين إليه وهي سمة نادراً ما تحدث مع طفل التخلف العقلي.

8- في الحالات القليلة التي يمكن فيها تطبيق اختبار ذكاء فردي (مثل WISC) نجد ان هناك تفاوتاً كبيراً بين مستوى الذكاء اللفظي (الذي يكون أكثر انخفاضاً) ومستوى الذكاء غير اللفظي (الذي غالباً ما يكون أكثر ارتفاعاً) لدى اطفال التوحد، بينما مستوى كل من الذكاء اللفظي وغير اللفظي يكاد يكون متساوياً لدى أطفال التخلف العقلي.

9- طفل التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلاً بدون سبب ظاهر، بينما لا يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

10- طفل التوحد قد ينبغ أو يتفوق أو يبدى مهارة فائقة في أحد المجالات كالرياضيات أو الفن (كالموسيقى أو الرسم) أو الشعر أو النشاط الرياضي.

أهم الاعتبارات التشخيصية التي يتوجب على المهنيين مراعاتها عند تشخيص حالات التوحد كما يذكرها كوهين وفولكمار (Cohen, & Volkmar, 1997)

أ) تبني القائمين على عملية التشخيص مبدأ التشخيص من خلال فريق تشخيص متعدد التخصصات .

ب) اشتمال إجراءات التشخيص والقياس للأطفال التوحديين على مجالات نمائية ووظيفية متعددة.

ج) استخدام افضل الوسائل للقياس والتشخيص للطفل التوحدي بناءً على المعرفة العلمية والخبرة والحكم الإكلينيكي للمهني المختص مع التأكيد على ملائمتها الخصائص واحتياجات الطفل .

د) إشتراك أسرة الطفل في إجراءات قياس وتشخيص طفلها مع مراعاة دعمها وتشجيعها لملاحظة الطفل وتقيميه جنبا لجنب مع المهنيين المختصين .

هـ) اشتراك جميع اعضاء الفريق في التقرير النهائي للنتائج التي توصل إليها كل عضو من أعضاء فريق القياس و التشخيص المتعدد وصياغة التقرير النهائي بأسلوب يسهل فهمه وتوصيات يمكن تطبيقها وتغطيتها مرتبطة بتكيفه مع متطلبات الحياة اليومية .

و) إبقاء التواصل المباشر والمستمر بين أعضاء فريق القياس والتشخيص وهذا أمر تحتمه طبيعة إعاقة التوحد المعقدة والمتداخلة .

وان هذه الفلسفة لا تقف عند زيادة فاعلية برامج التدخل المستخدمة مع الطفل، بل تتعداه إلى بناء علاقة مشتركة بين جميع من لهم علاقة بتحديد أهداف التدخل والمساعدة في مشاكل محددة، ومتابعة تطور الطفل وتقدمه .

وفيما يخص دور المعلم في عملية التقييم والتشخيص فقد ذكر (Mercer,1997) ان المعلم له دور كبير بالغ الاهمية حيث انه يقوم بإعداد اختبارات ذات أهمية بالغة في عملية تكييف التدريس لصالح هذه الفئة ووفقا لحاجتها، حيث ان مثل هذه الاختبارت تمكن المعلم من تحديد المشكلات وتحديد مستوى الفهم ومراقبة مستوى التقدم، ايضا للمعلم دور كبير في التحسي من حالة الطفل التوحدي حيث انه الشخص الثاني بعد الاسرة المرتبط بالطفل فهو على علاقة لا تقل شأنا عن الاسر من حيث الارتباط بالطفل والتواصل معه وتدرية وتعليمه فهو غالبا ما يحتك بالطفل وأو يحاول الاقتراب منه بشكل مقصود أو غير مقصود تبعا للهدف التعليمي الذي يسعى له المعلم وهو بذلك يحسن من الخلل الواضح في عملية التواصل، وإذا نظرنا الى المعلم كمشخص فهو يدعم العملية التشخيصية بكثير من الملاحظات عن طريق الملاحظة الصفية والاختبارات التي تحدثنا عنها سابقا .

الفصل الثالث

الدراســات السابقــة

(عربية - أجنبية)

الدراسات السابقة:

- الدراسات العربية.
- الدراسات الاجنبية.

الدراسات العربية:

أجرى غزال (1987) دراسة هدفت لتقنين مقياس تقدير السلوك التوحدي على البيئة المصرية. ويهدف هذا المقياس إلى التعرف على السلوكات غير الملائمة عند الطفل التوحدي حيث اشتمل المقياس على أربعة مجالات متضمنة العناصر الأساسية التي تندرج تحتها أنماط السلوك المختلفة والتي تساعد في الكشف عن الطفل التوحدي والتعرف عليه وهذه المشكلات هي:

مشكلات الاتصال الاجتماعي – والانفعالية – والسمعية والبصرية – والنشاط الحركي. حيث طبق المقياس على (20) طفل من الأطفال التوحديين، ثم قام الباحث بوضع طريقة للتصحيح وحدد درجات تبدأ من صفر إلى أربعة لكل سؤال من أسئلة المقياس وقد تم التوصل إلى دلالات صدق باستخدام طريقتي صدق المحكمين حيث عرض الاختبار على مجموعة من المحكمين وقد أجمعوا على مناسبة الاختبار لقياس المشكلات الأربع السابقة الذكر. كما توفرت دلالات على الصدق العاملي حيث أظهرت نتائج التحليل العاملي أن هذا المقياس يتفرع إلى أربعة أبعاد رئيسة وهي نفسها المكونة للمقياس.. هذا كما وتوفرت دلالات عن ثبات الاختبار تمثلت في حساب الثبات بطريقة الإعادة. حيث طبق المقياس على (20) طفل وطفلة ثم أعيد تطبيق الاختبار مرة ثانية عليهم وتم حساب معامل الاستقرار ما بين مرتي التطبيق حيث كان (0.49) وقد تم حساب ثبات الاختبار بطريقة أخرى وهي طريقة ثبات المحكمين حيث قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة الأطفال ثم أعيد التطبيق من قبل باحث آخر وتوفرت دلالات ثبات بهذه الطريقة (0.89) .

كما أجرى كل من الشمري والسرطاوي (2002) دراسة هدفت إلى التحقق من صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي والصورة المختصرة التي طورها الباحث من خلال تقديرات المعلمين ومساعدي المعلمين العاملين في أكاديمية التربية الخاصة وبرامج التوحد الملحقة بمعاهد التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية. وذلك في عينة بلغت (105) تلاميذ، منهم (54) تلميذاً من التوحديين الصغار والكبار، (25) من المتخلفين عقلياً، و (26) من العاديين، وقد مر تطبيق المقياس في ثلاثة مراحل، تمثلت

المرحلة الأولى في تطبيق الصورة المختصرة التي طورها الباحثان، فيما تمثلت المرحلتين الثانية والثالثة في تطبيق المقياس قبل التدريب وبعد التدريب على التوالي، وقد أوضحت الإجراءات التي لجأ لها الباحثان تمتع الصورة العربية للمقياس والصورة المختصرة كذلك بدلالات صدق وثبات مقبولة تمثلت دلالات الصدق في الصدق التمييزي الذي تمثل في التفريق بين التلاميذ التوحديين والمتخلفين عقلياً القابلين للتعلم. كما توفر دلالات عند صدق المحكمين تمثلت في عرض المقياس على مجموعة من المحكمين للتحقق من صدق الترجمة وفي ضوء ملاحظات المحكمين ثم اعتماد الصورة النهائية للمقياس. كما توفرت دلالات عن الصدق العاملي تمثلت في الكشف عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبعت به جمع فقرات المقياس وتبين أن هذا العامل مسؤول عن تفسير ما نسبته 78.8 من الثبات. أما عن دلالات ثبات المقياس فقد استخر بطرق عدة منها: توفر دلالات عن ثبات المقياس بطرية الاتساق الداخلي من خلال ارتباط الدرجة بالدرجة الكلية على المقياس حيث تبين أن جميع الفقرات ارتبطت بالدرجة الكلية بدرجة دالة عند (α=0.01). إذا تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.79 – 0.96) كما وتوفرت دلالات عن ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية بلغت قيم معامل الارتباط وفق هذه الطريقة (0.933).

هذا وقد أوضحت نتائج هذه الدراسة ما يلي:

- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحديين على الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي، والصورة المختصرة.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحديين على الصورة العربية للمقياس تقدير التوحد الطفولي، قبل وبعد التدريب.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين تقديرات المعلمين للتلاميذ التوحديين على الصورة العربية للمقياس تقدير التوحد الطفولي، بين التلاميذ الصغار والكبار.

كما قامت نصر (2002) بإجراء تصميم لمقياس تقدير الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين ويهدف هذا المقياس إلى التعرف على مظاهر ومستوى الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين ويظهر في صورة مؤشرات ملموسة أو سلوك بصوره الطفل يظهر قدرته على الاتصال اللغوي، ويشتمل الاتصال اللغوي على 5 أبعاد أساسية يكون الاتصال اللغوي عند الطفل وهي كالآتي: (التقليد – الانتباه – التعرف والفهم – التعبير، والتسمية) ويتكون المقياس من50 فقرة كل فقرة تليها 4 فقرات يطلب اختيار الإجابة المناسبة من بين

الاختيارات وهذه الاختيارات متدرجة من (أ) إلى (د) حيث تعطى (أ)(3) درجات وهي تمثل أعلى سلوك من الاتصال أما (د) تعطى (صفر) أي لا توجد مقومات الاتصال اللغوي وتوفرت دلالات صدق عن هذا المقياس متمثلة في صدق المحكمين حيث عرض المقياس على مجموعة المحكمين المختصين في مجال علم النفس حيث قرروا مناسبة 95% من فقرات المقياس و10% غير مناسبة وبعد التعديل هذا اجمع المحكمين على ملائمة هذا المقياس وصلاحيته لقياس درجة الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين.

كما توفرت دلالات عن الصدق التمييزي للمقياس حيث ميز هذا المقياس ما بين أفراد عينة البحث من ذوي الدرجات العالية في الاتصال اللغوي وذوي الدرجات المنخفض في الاتصال اللغوي وتوفرت دلالات عن ثبات الاختبار تمثلت في حساب الثبات بطريقة الإعادة، حيث طبق الاختبار على عينة قوامها 29 طفل ليسوا من أفراد عينة البحث الأصلية ثم أعيد تطبيق الاختبار على نفس العينة السابقة بعد 15 يوم وقد وجد أن معامل الارتباط ما بين مرتي التطبيق يساوي. (0.594)

هذا وتم حساب الثبات بطريقة كرونباخ ألفا حيث حسبت الدرجات النهائية باستخدام هذه المعادلة وكان مقداره (0.92) .

كما أجرى الصمادي (Smadi,1985) دراسة هدفت إلى إعداد صورة أردنية من قائمة تقدير السلوك التوحدي تتوفر فيها دلالات صدق وثبات في البيئة الأردنية. كما هدفت إلى مقارنة أداء الأطفال الأردنيين والأطفال الأمريكيين على تلك القائمة، كما تم التوصل إلى دلالات صدق لهذا المقياس متمثلة في الصدق التمييزي لهذا المقياس بقدرته على التمييز بين مجموعات الدراسة والممثلة لفئات فصام الطفولة، وذوي الإعاقة العقلية الشديدة، والعاديين عند مستوى دلالة (α=0.05) على كل بعد من أبعاد القائمة الخمسة وهي: البعد الحسي، والاجتماعي، والجسمي واستعمال الأشياء، والبعد اللغوي، والاجتماعي والمساعدة الذاتية، وذلك باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي وشيفية. كما توفرت دلالات عن صدق المحتوى للصورة الأردنية من قائمة تقدير السلوك الفصامي الطفولي تمثلت في إجراءات تطوير وإعداد الصورة الأردنية من القائمة. كما توفرت دلالات عن ثبات الصورة الأردنية من قائمة تقدير السلوك الفصامي الطفولي، حيث توفرت دلالات عن ثبات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا (ن=80) كما توفرت دلالات عن ثبات الصورة الأردنية من القائمة باستخدام أسلوب اتفاق المقيمين وقد تراوحت معاملات الاتفاق ما بين (0.96-0.95).

الدراسات الاجنبية :

قام كل من سكوبلر ورسلر ورنر (Schopler,Recheler and Runner,1988) بإعداد مقياس تقدير التوحد الطفولي (The Childhood Autism Rating Scale ,1988) (CARS)ولقد صمم هذا المقياس كما يذكر مارقان (Margan,1988)بهدف التعرف على الأطفال التوحديين والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية خاصة ذوي التخلف العقلي والقابلين للتدريب ويعمل المقياس أيضاً على التفريق بين درجات التوحد المختلفة من ضعيفة ومتوسطة وشديدة ويتألف المقياس من 15 بنداً وكل بند يعطي تقدير من (1-4) بحيث يعني التقدير (1) أن السلوك في المجال العادي بينما التقدير (4) يشير إلى أن السلوك الملاحظ غير عادي بدرجة شديدة. وبحسب هذا المقياس فإن الأطفال الذين:

أ. الذين تتراوح درجاتهم ما بين (30-36) درجة يصنفون على أن لديهم توحد بدرجة بسيطة إلى متوسط.

ب. الذين تتراوح درجاتهم ما بين (37-60) درجة يصفون على أن لديهم توحد بدرجة شديدة.

هذا وتوفرت دلالات عن صدق هذا المقياس تمثلت في الصدق المعياري من خلال مقارنة المجموع الكلي للدرجات والتقديرات الإكلينيكية التي تم الحصول عليها من نفس جلسات التشخيص حيث بلغت نتيجة الارتباط (0.83) .

كما قام رملاند (Rimland,1968) بتطوير قائمة تشخيص الأطفال المضطربين سلوكياً، وقد ظهر هذا المقياس عام 1968ولقد استخدم بكثرة ويهدف هذا المقياس إلى التعرف إلى اضطرابات التوحد ودرجاته المختلفة التي يتضمنها مجال التوحد ويشمل نموذج (E-2) لهذا المقياس على (80) سؤالاً من نوع الاختيار مالمتعدد ويغطي ثلاث مجالات هي:

أ) التفاعل الاجتماعي.

ب) خصائص أو نمط الكلام.

ج) نمو وتطور العرض.

ويتراوح مجموع النقاط التي يشملها المقياس ما بين (-45) إلى (+45) ويقسم الأطفال التوحديين إلى ثلاث فئات وهي:

1. التوحد التقليدي (عرض آخر): ويكون مجموعة نقاط المفحوص (+2) أو أكثر.

2. التوحد: ويكون مجموعة نقاط المفحوص ما بين (-15) إلى (+19).

3. شبه التوحد: ويكون مجموعة نقاط المفحوص من (-16) فما دون.

قام كل من كريق واريك وألموند (krug, Arick & Almond, 1980) بإعداد قائمة تقدير لسلوك التوحدي سنة 1979 وروجعت عام 1980 وتهدف هذه القائمة إلى التعرف على مظاهر السلوك التوحدي في مرحلة الطفولة وتتألف هذه القائمة من 57 فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهي:

البعد الحسي، والاجتماعي، والجسمي واستعمال الأشياء، واللغوي،والاجتماعي والمساعدة الذاتية، وتوفر لهذه القائمة دلالات صدق حيث توفر دلالات عن صدق المحتوى، حيث أشارت نتائج مراجعة المحكمين وباستخدام أسلوب كاي تربيع إلى أن 55 فقرة من 57 فقرة كانت ذات دلالة إحصائية في التميز بين الأطفال ذوي السلوك التوحدي، ومجموعات الأطفال الأخرى التي شملتها عينة التضمين.

كما توفرت دلالات عن الصدق التلازمي للقائمة، تمثلت في قدرة الأداة على التمييز بين الفئات التالية، فصام الطفولة، والإعاقة العقلية الشديدة والاضطرابات الانفعالية، والصم المكفوفين والعاديين. كما توفرت دلالات عن ثبات القائمة حيث حسب الثبات بطريقة اتفاق المقيمين وكان معامل الثبات مرتفع بينهم في تقييمهم لسلوك الأطفال بلغ 0.95 كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس باستخدام أسلوب الطريقة النصفية وبلغ معامل الثبات المحسوب 0.94 .وتتمثل طريقة تطبيق وتصحيح المقياس بأن يضع الفاحص دائرة حول الرقم الذي يصف سلوك الطفل ثم يحدد الفاحص الدرجة الكلية لكافة أبعاد القائمة ثم يجمعها لكل بعد ثم يستخرج الدرجة الكلية أو تجمع الدرجات الفرعية لجميع الأبعاد المكونة للمقياس حيث تمثل الدرجة العالية على المقياس الكلي وجود السلوك الفصامي الطفولي والعكس صحيح.

كما قام كل من روتنبيرغ و ويرنر و ولف(Ruttenberg & Wernar & Wolf ,1986) بتطوير اداة تقدير السلوك للاطفال التوحديين وغير الأسوياء The Behavior Rating In strument for Autistic & Atypical Children (BRIAAC) وتكون هذه القائمة من ثمانية أبعاد فرعية منها: العلاقات مع الآخرين ومهارات التواصل، ومهارات الجسم، والاستجابات الاجتماعية، والنطق واللغة والتعبيرية، ويقوم الملاحظ بمراقبة سلوك الطفل داخل الأسرة وفي الوضع الأسري في المنزل، ولهذه القائمة سلم متدرج لكل بعد مكون من (10) درجات لتسجيل درجة قيام الطفل بالسلوك الوارد في القائمة.

كما أجرى يرميا (Yirmiya , sigman & Betty, 1994)دراسة هدفت الى المقارنة بين بعض أدوات تشخيص اضطراب التوحد لمجموعة من الأطفال التوحديين ذوي الأداء العالي تمت مقارنة أداتين لتشخيص الأطفال الذين يعانون اضطراب التوحد والذين يتميزون بقدرات عقلية عادية.

تتألف أدوات التشخيص من:

قائمة تقدير السلوك التوحدي (Autism Behavior Cheaklist ABC) وكذلك المقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Insterview - Revised ADI-R) وتألف عينة الدراسة ممن 18 طفلاً والذين تم تشخيصهم جميعاً بأنهم يعانون إما من توحد الطفولة، أو توحد الطفولة ذو الآثار المتبقية. أشارت النتائج إلى أن أربعة أطفال فقط توافقت مظاهر السلوك لديهم مع معايير التوحد على "قائمة مراجعة السلوك التوحدي" إذ أن جميع أفراد العينة توافقت مظاهر السلوك لديهم مع معايير "قائمة مراجعة السلوك التوحدي" عندما تمت الاستعانة بما قدمه الآباء حول المظاهر السلوكية لأطفالهم عندما كانوا في سن 3-5 سنوات، هذا وتخلص الدراسة إلى استنتاج فؤاده إلى أن "قائمة مراجعة السلوك التوحدي" المبنية على المعلومات السابقة عن الحالة، يمكن استخدامها للحصول على معلومات صادقة حول وجود أعراض التوحد في الطفولة المبكرة حيث تم تشخيص جميع الحالات من خلالها.

كما قام كل من ويليام و وفوريهاند (Furey& Forehand ,1983)

(William & Forehand, 1983) بتطوير قائمة لتقدير سلوك الطفل اليومية (Dily Child Behaviar Chechlst) وتشمل قائمة تقدير سلوك الطفل اليومية على (64) فقرة وهي عبارة عن سلوكات يقوم بها الطفل التوحدي في المنزل، حيث يتم إعطاء هذه القائمة لوالدي الطفل لتسجيل السلوكات التي يقوم بها خلال 24 ساعة أي في خلال يوم كامل من وجود الطفل في البيت حيث يتم تسجيل الإجابة مقابل كل فقرة على سلم متدرج من (مرضي، غير مرضي، ليس متأكداً). وتتعلق فقرات هذه القائمة بمهارات الحياة اليومية.

كما قام كل من مارفي وأندريان وسوفاج (Marvy & Andrian & Sauvage 1997)، بإعداد مقياس تقدير السلوك التوحدي للطفل، حيث قام الباحثون بملاحظة سلوك الأطفال التوحديين عن طريق 24 فيلماً إلتقطت لهؤلاء الأطفال بين اسرهم في مناسبات كأعياد الميلاد وغيرها ... وتم عرض الأفلام على مجموعة من المعلمين عدة مرات فطلب منهم تحديد سلوك الطفل التوحدي على بطاقات أعدت لذلك، وقد صنف الباحثون مشكلات السلوك التوحدي في أربع مجموعات هي:

مشكلات الاتصال الاجتماعي، المشكلات الانفعالية، المشكلات السمعية والبصرية، مشكلات النشاط الحركي، واصبح بعد ذلك هذا المقياس معداً للتطبيق على الأطفال التوحديين.

* * *

و بعد الاطلاع على الدراسات السابقة يبقى هنا تحديد موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة، حيث تتميز هذه الدراسة بكونها الاولى من نوعها في المملكة العربية السعودية من حيث بناء المقاييس الخاصة بفئة التوحد وهي ايضا تعد الثانية من نوعها في المملكة العربية السعودية من حيث الاهتمام بأدوات قياس وتشخيص ذوي التوحد، أما بالنسبة للوطن العربي فتعد هذه الدراسة الثانية من نوعها في الوطن العربي من حيث بناء المقاييس كما تعد الخامسة من حيث الاهتمام بأدوات قياس وتشخيص ذوي التوحد، أما بالنسبة للميدان التربوي العالمي فحسب المعلومات المتوفرة للباحث عن طريق احصاء ما تم ذكره في هذه الدراسة فهي الدراسة السادسة عشر من حيث الاهتمام بأدوات قياس وتشخيص التوحد .

و تتميز الدراسة الحالية بنوع من الشمولية مقارنة مع الدراسات السابقة في بناء الأداة حيث اشتملت القائمة على سبعة أبعاد، علما بأن بعض الأبعاد جمعت فعليا في بعدين مثل البعد الاجتماعي والانفعالي والبعد اللغوي والتواصلي، وعلى ذلك فقد غطت هذه الدراسة فراغا في ميدان قياس وتشخيص فئة التوحد كمبرر أساسي لظهور هذه الدراسة في البيئة السعودية .

ماذا يستنتج من عرض الدراسات السابقة ؟

- أهمية استخدام قوائم التقدير وفاعليتها في التعرف على حالات التوحد وتشخيصها.
- أهمية قوائم التقدير في التعرف والوقوف على نقاط القوة والضعف لموجودة لدى الطفل التوحدي.
- أهمية قوائم التقدير في وضع برامج تربوية وسلوكية وتعليمية للأطفال التوحديين.
- أهمية قوائم التقدير في شمولها لجوانب وجوانب نمو متعددة والتي تندرج تحتها أنماط سلوك مختلفة والتي تساعد في الكشف عن الطفل التوحدي والتعرف عليه.
- التطور في حركة القياس والتشخيص في مجال التربية الخاصة وخاصة في مجال التوحد الأمر الذي دفع الكثير من البلدان إلى تطوير وتقنين اختبارات خاصة بهذه الفئة.
- أهمية قوائم التقدير في تقييم قضايا تتعلق بالحياة المنزلية وطبيعة استجاباته وعلاقاته مع الأفراد المحيطين به لم تستطع الأدوات الأخرى من اكتشافها.

الفصل الرابع

(مشكلة وأهمية وهدف وأسئلة ومجتمع وعينة ومتغيرات وأداة وإجراءات ونتائج وتوصيات الدراسة)

مشكلة الدراسة وأهميتها:

يلاحظ المطلع والمشاهد لميدان التربية الخاصة الاهتمام المتزايد والمتسارع بفئة التوحد، إذ أن هذه الفئة هي فئة ذات اضطراب غامض نوعاً ما وغموضه يكمن في الأسباب المؤدية له وفي كيفية الكشف عن الأفراد (غالباً الأطفال) الذين يعانون من اضطراب التوحد وذلك بسبب الخلط بينه وبين بعض الاضطرابات الأخرى وهي كثيرة ولا يخفى على ذوي الاختصاص قلة أدوات الكشف عن هذا الاضطراب على الصعيد العالمي وندرتها على الصعيد العربي حيث يوجد في العالم بشكل عام مقاييس عديدة للكشف عن ذوي التوحد ولكن هذه المقاييس مختلفة عن بعضها نوعا ما، فبعض هذه المقاييس يهتم بجوانب معينة قد لا يهتم تهتم بها مقاييس اخرى أي ان هناك اختلاف في مضمون تلك المقاييس واتفاق في الهدف، وبالنسبة لوطننا العربي بالتحديد نلاحظ الاهتمام المتسارع بهذه الفئة ومن شتى الجوانب، ففي الوطن العربي يوجد مقياس واحد مبني وهي دراسة قامت بهى نصر عام (2002) وهي الوحيدة من نوعها كتصميم مقياس وعلى عينة عربية ولكن هذه الدراسة اقتصرت على جانب الاتصال اللغوي لدى فئة التوحد، أما بقية الدراسات العربية فهي لا تقل شأنا بالاهمية عن دراسة نصر (2002) فهي دراسات لتعريب وتقنين مقاييس أجنبية تخص فئة التوحد وهي من المقاييس الفعالة، وبالنسبة للدراسة الحالية التي قام الباحث باعدادها فهي دراسة شملت (7) ابعاد اشتملت على غالبية الجوانب النمائية ولم تقتصر على جوانب محددة، فقد حرص الباحث على التنويع في الابعاد بهدف الشمولية وهذا الهدف لم يتوفر في بعض المقاييس .

وهنا تكمن المشكلة في عدم توفر أدوات كافية للكشف عن هذه الفئة وتشخيصها خصوصاً في وطننا العربي ومن هنا تنبع الحاجة إلى تطوير أداة قياس تتصف بالشمولية تخدم هذه الفئة والعاملين مع هذه الفئة لكي تسهل عملية القياس التقويم والتشخيص ويتم توفير البرامج اللازمة لها ومن هنا تبرز أهمية هذه الدراسة في المملكة العربية السعودية والتي تسعى إلى تطوير قائمة لتقدير السلوك التوحدي حيث الحاجة الماسة لمثل هذه الأدوات، وعلى حسب معلومات الباحث فإنها الدراسة الأولى من نوعها في المملكة العربية السعودية من حيث البناء وايضا هي الثانية من نوعها من حيث توفير ادوات قياس

وتشخيص لفئة التوحد، فالدراسة الاولى قام بها كل من الشمري والسرطاوي(2002) هدفت للتوصل الى دلالات صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي .

وتكمن مشكلة الدراسة في السؤال التالي:

ما دلالات صدق وثبات الصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي؟

أسئلة الدراسة:

1- ما دلالات صدق الصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي؟

2- ما دلالات ثبات الصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي؟

هدف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى إعداد أداة للكشف عن الطلبة ذوي التوحد بحيث تتوفر فيها دلالات صدق وثبات مقبولة تبرر استخدامها في الكشف عن حالات التوحد في البيئة السعودية.

مجتمع الدراسة:

اشتمل مجتمع الدراسة على:

الطلبة التوحديين الملتحقين ببرنامج التوحد التابع للأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة المعارف في معهدي التربية الفكرية شرق وغرب الرياض، والطلبة ذوي التخلف العقلي الملتحقين ببرنامج التربية الفكرية التابع للأمانة العامة للتربية الخاصة بوزارة المعارف في معهدي التربية الفكرية شرق وغرب الرياض، والطلبة التوحديين الملتحقين ببرنامج أكاديمية التربية الخاصة في الرياض، والطلبة العاديون الملتحقين في مدارس التعلم العام ضمن المرحلة الابتدائية والمرحلةالمتوسطةوعددهم، حيث اختيرت مدرستين فقط لأغراض الدراسة.

عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (180) حالة اختيرت بطريقة قصدية ومتيسرة موزعة حسب متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية وفقاً للتوزيع التالي:

جدول رقم (1)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية

العمر / الحال العقلية	9-7	12-10	15-13	المجموع
توحد	20	20	20	60
تخلف عقلي	20	20	20	60
عاديون	20	20	20	60
المجموع	60	60	60	180

متغيرات الدراسة:

الحالة العقلية متمثلة في المستويات الثلاثة (توحديون، متخلفون عقليا، عاديون).

الفئة العمرية متمثلة في المستويات الثلاثة (7-9، 10-12، 13-15)

أداة الدراسة:

لقد تم بناء أداة الدراسة وفق الأساس النظري المتمثل في الخصائص السلوكية واللغوية والتواصلية والاجتماعية والانفعالية والحسية والمعرفية والأكاديمية والجسمية والصحية لحالات التوحد اعتمادا على عدد من المصادر وأدوات القياس والتشخيص (انظر الملحق رقم (4)) وبعد ذلك:

1- تم إعداد صورة أولية لأداة القياس تضمنت (216) فقرة موزعة على الأبعاد كالتالي:

جدول رقم (2)

بيانات الصورة الاولية من القائمة

البعد	عدد الفقرات
أ- العناية بالذات	(7) فقرات
ب- اللغوي	(40) فقرة
ج- العقلي	(9) فقرات
د- السلوكي	(63) فقرة
هـ- البعد الانفعالي	(6) فقرات
ز- البدني (الجسمي)	(17) فقرة
ح- الاكاديمي	(10) فقرات
ط- الاجتماعي	(27) فقرة
ق- الصحي	(11) فقرة
ك- التواصلي	(7) فقرات
ل- الحسي	(19) فقرة
	(216) فقرة

2- عرضت الأداة على مجموعة من المحكمين ووضع نموذج للتحكيم (الملحق رقم (1)) تضمن:

(I) تحكيم الأداة من حيث الصياغة اللغوي إذا كانت مناسبة أم تعدل أم تحذف.

(II) تحكيم الأداة من حيث مدى ارتباط الفقرة بالبعد إذا كانت مرتبطة أم لا أم تنقل.

عرضت الأداة على (17) سبعة عشر محكماً م ذوي الاختصاص الدقيق والاختصاص العام من أعضاء هيئة تدريس قسم الإرشاد والتربية الخاصة في الجامعة الأردنية وأعضاء هيئة التدريس في قسم التربية الخاصة في جامعة الملك سعود أيضاً تمت الاستعانة ببعض العاملين مع فئة التوحد بحكم قربهم من محيط الأطفال التوحديين .

3- فرغت المعلومات التي أشار اليها المحكمين في نموذج (انظر المحلق رقم (2)):

4- حذفت جميع الفقرات التي أشار إليها المحكمين .

5- اجريت التعديلات المناسبة وتم نقل بعض الفقرات لأبعاد أخرى ودمج بعض الأبعاد مع بعضها، وقد تم اعتماد معامل الاتفاق 75%.

6- بعد ذلك اصبحت الاداة بالصورة النهائية - انظر الملحق رقم (3) - والتي تكونت من:

جدول رقم (3)

بيانات الصورة النهائية من القائمة

	البعد	عدد الفقرات
أ	العناية بالذات	7
ب	اللغوي والتواصلي	43
ج	الاكاديمي	26
د	السلوكي	39
هـ	الجسمي والصحي	25
و	الحسي	21
ز	الاجتماعي والانفعالي	40
		201

إجراءات تطبيق أداة الدراسة:

1- تم الحصول على إذن من الأمانة للتربية الخاصة لتطبيق أداة الدراسة على عينة البحث.

2- تم توزيع الصورة النهائية لأداة الدراسة على عينة الدراسة (ن=180).

3- جمعت أداة الدراسة بعد توزيعها و تطبيقها على عينة الدراسة .

4- أعيد توزيع و تطبيق أداة الدراسة بعد أسبوعين من التطبيق الأول على30 حالة توحد من نفس العينة وذلك لغايات إيجاد ثبات الأداة .

5- جمع الباحث أداة الدراسة الموزعة على عينة البحث المعاد تطبيقها على (30) حالة توحد .

تصميم الدراسة و المعالجة الإحصائية:

تم استخدام المعالجات الإحصائية التالية للإجابة عن أسئلة الدراسة:

1- استخدام طريقة تحليل التباين الأحادي والثنائي للتوصل إلى دلالات صدق تمييزي للمقياس.

2- تم استخدام معادلة كرونباخ ألفا(α) لإيجاد دلالات ثبات الاتساق الداخلي للمقياس.

3- تم استخدام طريقة إعادة اختبار Test re-Test من اجل حساب ثبات الأداة (الاستقرار).

نتائج الدراسة

ملخص النتائج

هدفت هذه الدراسة إلى التوصل إلى دلالات عن صدق وثبات صورة سعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء قائمة تقدير السلوك التوحدي والمؤلفة من (216) فقرة موزعة على (11) بعد، وتم التول الى دلالات عن صدق المحتوى (Content Validity)وذلك بعرضها على مجموعة من المحكمين حيث تم حذف (15) فقرة ودمج بعض الأبعاد وتكونت القائمة النهائية من (201) فقرة موزعة على (7) أبعاد. ثم طبقت الأداة على عينة مكونة من 180 طفلا وق اشتملت العينة على :

مجموعة الأطفال العاديين (ن=60) ومجموعة الأطفال التوحديين (ن=60) ومجموعة الأطفال المعاقين عقليا (ن=60) ضمن الفئات العمرية (7-9)(10-12)(13-15) .

وحللت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق باستخدام الأساليب الإحصائية التالية تحليل التباين الأحادي والثنائيOne -Tow- Ways (Way ANOVA) وباستخدام معادلة كرونباخ ألفا وباستخدام طريقة الاعادة (Test re-Test) حيث أشارت النتائج المتعلقة بدلالات الصدق للأداة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على كل بعد من الأبعاد السبعة المكونة للمقياس وهي : (العناية بالذات، اللغوي والتواصلي، الأكاديمي، السلوكي، الجسمي والصحي، الحسي، الاجتماعي والانفعالي) وللمقياس ككل والتي تعزى إلى متغير الحالات العقلية الثلاثة (العاديون، التوحديون، المعاقون عقليا).

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الفئة العمرية (7-9، 10-12، 13-15) على بعد واحد من الأبعاد السبعة المكونة للمقياس وهو بعد العناية بالذات، بينما لم تشر النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد الستة المتبقية المكونة للمقياس أو على المقياس الكلي.

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية على ستة أبعاد وللمقياس الكلي، أما بالنسبة للبعد السابع.

(بعد العناية بالذات) فلم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية فيه تعزى لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية .

أما فيما يتعلق بدلالات ثبات الأداة فقد أشارت النتائج الى أن معامل الاتساق الداخلي للمقياس يساوي (0.99) ومعامل الاستقرار يساوي (0.98).

أولاً: دلالات الصدق للصورة السعودية لقائمة تقدير السلوك التوحدي.

للإجابة على السؤال الأول والذي نصه "ما دلالات صدق الصورة السعودية لقائمة تقدير السلوك التوحدي؟". تم استخدام تحليل التباين الأحادي وتحليل (Two-Ways & One-Way ANOVA) لمعرفة الفروق في الأداء على كل بعد من الأبعاد السبعة المكونة للقائمة والأبعاد السلوكية مجتمعة تبعاً لمتغيري الحالات العقلية والفئات العمرية، وفيما يلي عرض لأبرز نتائج التحليل.

1. متغير الحالات العقلية.

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد على حده، وللأبعاد السلوكية مجتمعة لمتغير الحالات العقلية، ويوضح الجدول رقم (4) ذلك:

جدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد على حده، وللأبعاد السلوكية مجمعة تبعاً لمتغير الحالة العقلية

الحالة العقلية / البعد	توحد		توحد		توحد	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العناية بالذات	1.33	3.11	3.07	5.19	9.97	8.44
اللغوي والتواصلي	32.70	26.97	39.80	35.75	113.50	38.44
الاكاديمي	22.5	15.91	31.97	17.36	53.18	12.86
السلوكي	27.92	20.99	25.07	22.89	67.00	25.33
الجسمي والصحي	130.62	12.68	130.98	15.73	145.95	15.63
الحسي	14.92	11.05	13.82	13.57	30.50	13.63
الاجتماعي والانفعالي	29.50	26.44	30.45	29.91	85.20	24.81
الابعاد مجتمعة	144.22	100.45	159.73	126.05	391.22	101.36

ولمعرفة دلالة الفروق فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي(One-Way ANOVA) لمعرفة دلالة الفروق في الأداء على كل بعد على حده وللأبعاد السلوكية مجتمعة تبعاً لمتغير الحالات العقلية (العاديون، المتخلفون عقلياً، التوحديون) ويوضح الجدول رقم (5) ذلك.

جدول رقم (5)

نتائج تحليل التباين الأحدي لمعرفة دلالة الفروق في الأداء على كل بعد من الأبعاد السبعةوللقائمة ككل تبعاً لمتغير الحالة العقلية

البعد	مصادر التباين	مجموعة المربعات	درجة الحرية	متوسطات المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العناية بالذات	بين المجموعات	2502.978	2	1251.489	34.791	0.000*
	داخل المجموعات	6367	177	35.972		
	الكلي	8869.978	179			
اللغوي والتواصلي	بين المجموعات	240214.80	2	120107.40	103.44	0.000*
	داخل المجموعات	205517.2	177	1161.1142		
	الكلي	445732	179			
الاكاديمي	بين المجموعات	29544.433	2	14772.217	61.583	0.000*
	داخل المجموعات	45457.76	177	239.8742		
	الكلي	72002.20	179			
السلوكي	بين المجموعات	65856.533	2	32928.267	61.514	0.000*
	داخل المجموعات	9474.467	177	535.296		
	الكلي	16064				
الجسمي والصحي	بين المجموعات	9184.3933	2	4592.467	21.116	0.000*
	داخل المجموعات	38496.017	177	217.4922		
	الكلي	47680.95	179			
الحسي	بين المجموعات	10447.678	2	5223.839	31.848	0.000*
	داخل المجموعات	29032.567	177	164.026		
	الكلي	39480.244	179			
الاجتماعي والانفعالي	بين المجموعات	122019.10	2	61009.55	82.851	0.000*
	داخل المجموعات	130339.045	177	736.381		
	الكلي	252358.55	179			
الابعاد مجتمعة	بين المجموعات	2296686	2	1148343.006	95.024	0.000*
	داخل المجموعات	2138994.1	177	1284.7122		
	الكلي	443580.1	179			

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند $\alpha = 0.5$

نلاحظ من الجدول أعلاه أنه وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى α= 0.5 على كل بعد من الأبعاد السبعة على حده وعلى الأبعاد مجتمعة تعزى لمتغير الحالات العقلية.

وللكشف عن مصادر الفروق تم إجراء عملية المقارنات البعدية حسب اختبار شفيه لكل بعد من الأبعاد السبعة للأبعاد السلوكية ومجتمعة على متغير الحالات العقلية والجدول رقم(6) يوضح هذه المقارنات.

جدول (6)

جدول المقارنات الثنائية بين متوسطات الحالة العقلية في الأداء على كل بعد على حده وفي الأبعاد مجتمعة

البعد		عاديون (1.33)	تخلف عقلي (3.06)	توحد (9.96)
العناية بالذات	عاديون **(1.33) تخلف عقلي **(3.06) توحد **(9.96)	-	1.73 -	8.63* 6.90* -
		عاديون(32.70)	تخلف عقلي (39.80)	توحد (113.50)
اللغوي والتواصلي	عاديون (32.70) تخلف عقلي(39.80) توحد (113.50)	-	7.10 -	80.80 * 73 * -
		عاديون(22.555)	تخلف عقلي (31.96)	توحد (53.18)
الاكاديمي	عاديون (22.55) تخلف عقلي (39.96) توحد (53.18)	-	9.42* -	30.63 * 21.22 * -
		عاديون(27.93)	تخلف عقلي (25.06)	توحد (67)
السلوكي	عاديون (27.93) تخلف عقلي (25.06) توحد (67.00)	-	2.86 -	39.06 * 41.93 * -
		عاديون(130.6)	تخلف عقلي (13.9)	توحد (145.9)
الجسمي والصحي	عاديون (130.6) تخلف عقلي (130.9) توحد (145.9)	-	0.36 -	15.33 * 14.96 * -
	عاديون (14.92)	عاديون(14.92)	تخلف عقلي (13.82)	توحد (30.50)
الحسي	تخلف عقلي (13.82) توحد (30.50)	-	1.10 -	15.58 * 16.68 * -

		عاديون(29.50)	تخلف عقلي (30.45)	توحد (85.2)
الاجتماعي والانفعالي	عاديون (29.50) تخلف عقلي (30.45) توحد (85.2)	-	0.95 -	55.70 * 54.75 * -
		عاديون(144.22)	تخلف عقلي (159.72)	توحد (391.22)
الابعاد مجتمعة	عاديون (144.22) تخلف عقلي (159.73) توحد (39.1.22)	-	15.52 -	247 * 231.48* * -

*دال حسب اختبار شيفيه.

** القيم داخل الأقواس هي متوسطات الحالات العقلية.

يتضح من الجدول (6) إنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات العناية بالذات تعزى لنوع الحالات العقلية. حيث كانت هذه الفروق دالة إحصائياً بين كل من الأفراد العاديين بوسط حسابي مقداره (1.33) وبين الأشخاص التوحديين ذي الوسط الحسابي (9.96). مما يدل على أن الأفراد العاديين لديهم ارتفاعاً في بعد العناية بالذات عن الأشخاص التوحيديين ويفسر ذلك أن متوسط الأفراد التوحديين أعلى من متوسط الأفراد العاديين. كذلك كانت فروق دالة بين الأفراد المتخلفين عقلياً وبين الأفراد التوحديين حيث كان متوسط الأفراد المتخلفين عقلياً (3.06) مما يدل على أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في بعد العناية بالذات مقارنة بالأشخاص المتخلفين عقلياً.

أما فيما يتعلق بالبعد اللغوي والتواصلي فنلاحظ وجود فروق دالة إحصائياً بين كل من الأفراد العاديين والأفراد التوحديين، حيث بلغ متوسط الأفراد العاديين (32.70) وهو أدنى من متوسط الأفراد التوحديين (113.50) مما يدل على أن الأشخاص العاديين لديهم ارتفاعاً في البعد اللغوي والتواصلي عن الأفراد التوحديين. وكذلك وجدت فروق بين الأفراد المتخلفين عقلياً والأفراد التوحديين، حيث كان متوسط الأفراد المتخلفين عقلياً (39.80) مما يعني أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في البعد اللغوي والتواصلي عن الأفراد المتخلفين عقلياً.

وفيما يتعلق بالبعد الأكاديمي فقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين كل من الأفراد العاديين والأفراد التوحديين، حيث بلغ متوسط الأفراد العاديين (22.55) وهو أدنى من متوسط الأفراد التوحديين (53.18) مما يدل على أن الأفراد العاديين لديهم ارتفاعاً في

البعد الأكاديمي عن الأشخاص التوحديين. كما وجدت فروق بين الأفراد المتخلفين عقلياً والأفراد التوحديين، حيث كان متوسط الأفراد المتخلفين عقلياً (31.96) مما يعني أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في البعد الأكاديمي عن الأفراد المتخلفين عقلياً. كذلك وجدت فروق بين الأفراد العاديين وبين الأفراد العاديين وبين المتخلفين عقلياً حيث تبين أن الأفراد العاديين لديهم ارتفاعاً في البعد الأكاديمي عن الأفراد التوحديين.

أما فيما يتعلق بالبعد السلوكي فقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين كل من الأفراد العاديين والأفراد التوحديين، حيث بلغ متوسط الأفراد العاديين (27.93) وهو أدنى من متوسط الأفراد التوحديين (67) مما يدل على أن الأفراد العاديين ديهم ارتفاعاً في البعد المتخلفين عقلياً والأفراد التوحديين. وكذلك وجدت فروق بين الأفراد المتخلفين عقلياً والأفراد التوحديين، حيث كان متوسط الأفراد المتخلفين عقلياً (25.06) مما يعني أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في البعد السلوكي عن الأفراد المتخلفين عقلياً.

وفيما يتعلق بالبعد الجسمي والصحي فقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين كل من الأفراد العاديين والأفراد التوحديين، حيث بلغ متوسط الأفراد العاديين (13.06) وهو أدنى من متوسط الأفراد التوحديين (145.9) مما يدل على أن الأفراد العاديين لديهم ارتفاعاً في البعد الجسمي والصحي عن الأفراد التوحديين. وكذلك وجدت فروق بين الأفراد المختلفين عقلياً والأفراد التوحديين، حيث كان متوسط الأفراد المتخلفين عقلياً (130.9) مما يعني أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في البعد الجسمي والصحي عن الأفراد المتخلفين عقلياً.

أما البعد الحسي فقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين من الأفراد العاديين والأفراد التوحديين، حيث بلغ متوسط الأفراد العاديين (14.92) وهو أدنى من متوسط الأفراد التوحديين (30.50) مما يدل على أن الأفراد العاديين لديهم ارتفاعاً في البعد الحسي عن الأفراد التوحديين. حث كان متوسط الأفراد المتخلفين عقلياً (13.82) مما يعني أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في البعد الحسي عند الأفراد المتخلفين عقلياً.

أما فيما يتعلق بالبعد الاجتماعي والانفعالي فقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين كل من الأفراد التوحديين، حيث بلغ متوسط الأفراد العاديين (29.50) وهو أدنى من متوسط الأفراد التوحديين (85.2) مما يدّل على أن الأفراد العاديين لديهم ارتفاعاً في البعد الاجتماعي والانفعالي عن الأفراد التوحديين. وكذلك وجدت فروق بين الأفراد المتخلفين عقلياً والأفراد التوحدييم حيث كان متوسط الأفراد المتخلفين عقلياً (30.45) مما يعني أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في البعد الاجتماعي والانفعالي عن الأفراد المتخلفين عقلياً.

أما فيما يتعلق بالأبعاد السلوكية ككل فقد وجدت مفروق دالة إحصائياً بين كل من

الأفراد العاديين والأفراد التوحديين، حيث بلغ متوسط الأفراد العاديين (144.22) وهو أدنى من متوسط الأفراد التوحديين (391.22) مما يدل على أن الأفراد العاديين لديهم ارتفاعاً في الأبعاد السلوكية عن الأفراد التوحديين. وكذلك بين الأفراد المتخلفين عقلياً (159.73) مما يعني أن الأفراد التوحديين لديهم تدنياً في البعد الأبعاد السلوكية مقارنة بالأفراد المتخلفين عقلياً.

2. متغير الفئة العمرية:

لمعرفة دلالة الفروق على في الأداء كل بعد على حده وللأبعاد السلوكية مجتمعة والتي تعزى لمتغير الفئة العمرية فقد تم أولاً حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد على حده، وللأبعاد السلوكية مجتمعة تبعاً لمتغير الفئة العمرية ويوضح الجدول رقم(7) ذلك.

جدول (7)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد على حده، وللأبعاد السلوكية مجتمعة تبعاً لمتغير الفئة العمرية

الحالة العقلية / البعد	(9-7)		(12-10)		(15-13)	
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
العناية بالذات	6.23	6.99	2.67	5.47	5.47	8.02
اللغوي والتواصلي	61.45	51.72	58.57	49.88	65.98	48.62
الاكاديمي	34.05	17.86	34.10	19.15	39.55	22.68
السلوكي	36.88	25.91	36.37	27.71	46.75	34.83
الجسمي والصحي	132.90	13.10	134.90	130.68	139.75	20.65
الحسي	17.40	11.39	19.40	14.24	22.43	17.98
الاجتماعي والانفعالي	44.48	33.75	43.83	36.17	56.83	41.48
الابعاد مجتمعة	218.32	140.87	214.85	149.99	262.00	177.29

يبين الجدول رقم (7) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية كانت لصالح فئة التوحد، ولمعرفة دلالة الفروق على كل بعد كل حده وللأبعاد السلوكية مجتمعة تبعاً لمتغير الفئة العمرية. فقد تم استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ويوضح الجدول رقم s(8) نتائج هذا التحليل.

جدول (8)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق على كل بعد من الأبعاد السبعة والأبعاد السلوكية مجتمعة والتي تعزى لمتغير الفئة العمرية

البعد	مصادر التباين	مجموعة المربعات	درجة الحرية	متوسطات المربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة
العناية بالذات	بين المجموعات	422.978	2	211.489	4.432	0.013*
	داخل المجموعات	8447	177	47.7232		
	الكلي	8869.97	179			
اللغوي والتواصلي	بين المجموعات	1677.433	2	838.717	0.334	0.716
	داخل المجموعات	444054.05	177	2508.783		
	الكلي	445732.0	179			
الاكاديمي	بين المجموعات	1199.10	2	599.55	1.499	0.226
	داخل المجموعات	7080.310	177	400.018		
	الكلي	72002.0	179			
السلوكي	بين المجموعات	4108.633	2	2054.317	2.323	0.101
	داخل المجموعات	156495.37	177	400.018		
	الكلي	16060.400				
الجسمي والصحي	بين المجموعات	1488.90	2	744.45	2.853	0.06
	داخل المجموعات	46192.05	177	260.972		
	الكلي	47680.95	179			
الحسي	بين المجموعات	770.711	2	385.356	1.762	0.175
	داخل المجموعات	38709.533	177	218.698		
	الكلي	39480.244	179			
الاجتماعي والانفعالي	بين المجموعات	770.711	2	385.356	1.762	0.175
	داخل المجموعات	38709.533	177	218.698		
	الكلي	39480.244	179			
الابعاد مجتمعة	بين المجموعات	82867.4782	2	41433.739	1.685	0.188
	داخل المجموعات	4352812.6	177	24592.16		
	الكلي	443580.1	179			

* توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند $\alpha=0.5$

نلاحظ من الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى α = 50.0 في الأداء على بعد العناية بالذات فقد حيث بلغت قيمة ف (4.432)بمستوى دلالة (0.013). بينما لم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد الستة المتبقية وهي (اللغوي والتواصلي، الأكاديمي، السلوكي، الجسمي والصحي، والحسي، الاجتماعي والانفعالي) وكذلك لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد السلوكي مجتمعة تعزى لمتغير الفئة العمرية.

وللكشف عن مصادر الفروق في بعد العناية بالذات والتي تعزى لمتغير الفئة العمرية تم إجراء عملية المقارنات البعدية حسب اختبار شيفيه والجدول رقم (9) يوضح هذه المقارنات.

جدول (9)

جدول المقارنات الثنائية بين متوسطات الفئة العمرية على بعد العناية بالذات

الفئة العمرية	(6.23)9-7	(2.67)12-10	(5.47)15-13
(6.23) 9-7	-	3.56*	0.766
(2.67)12-10		-	2.80
(5.47)15-13			-

* دال إحصائياً عند مستوى α = 50.0

نلاحظ من الجدول وجود فروق دالة إحصائياً في بعد العناية بالذات بين كل من الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (7–9) سنوات وبين الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (10-12) سنة حيث بلغ متوسط الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (7-9) سنوات (6.23)، بينما بلغ متوسط الأفراد الذين تتراوح أعمارهم (10-12) سنة (2.67)، مما يدل على أن الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (10-12) لديهم ارتفاع في بعد العناية بالذات مقارنة بالأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين (7-9)سنوات.

3- تفاعل الحالة العقلية والفئة العمرية:

لمعرفة الفروق في الأداء تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد على حده وللأبعاد السلوكية مجتمعة تبعاً لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية ويوضح الجدول رقم (10) ذلك.

جدول (10)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لكل بعد على حده وللأبعاد السلوكية مجتمعة تبعاً لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية

البعد	الفئة العمرية / الحالة العقلية	الفئة العمرية (9-7) المتوسط الحسابي	(9-7) الانحراف المعياري	(12-10) المتوسط الحسابي	(12-10) الانحراف المعياري	(15-13) المتوسط الحسابي	(15-13) الانحراف المعياري
العناية بالذات	عاديون	3.05	4.54	0.60	1.85	0.35	1.18
	تخلف عقلي	3.95	5.33	0.80	1.64	4.45	6.65
	توحد	11.70	7.42	6.6	7.90	11.60	9.26
اللغوي والتواصلي	عاديون	27.95	19.07	47.58	28.98	22.30	26.01
	تخلف عقلي	36.00	33.86	19.85	22.99	63.50	35.58
	توحد	120.40	35.69	108.00	45.67	112.10	33.83
الاكاديمي	عاديون	20.10	11.09	28.65	17.55	18.90	17.18
	تخلف عقلي	29.45	14.13	24.20	15.26	42.25	17.93
	توحد	52.60	8.85	49.45	14.66	57.50	13.61
السلوكي	عاديون	31.75	21.49	34.65	24.78	17.40	10.72
	تخلف عقلي	17.95	13.98	16.65	19.35	40.60	25.98
	توحد	60.95	20.33	57.80	22.38	82.35	26.55
الجسمي والصحي	عاديون	132.90	13.18	134.40	13.89	124.55	8.56
	تخلف عقلي	124.40	8.44	126.05	6.14	142.50	20.06
	توحد	141.40	11.34	144.25	11.39	152.20	20.84
الحسي	عاديون	16.75	9.79	18.80	13.77	9.20	6.30
	تخلف عقلي	10.20	10.27	9.30	8.42	21.95	17.06
	توحد	25.25	9.04	30.10	11.87	36.15	17.06
الاجتماعي والانفعالي	عاديون	28.25	22.98	38.55	31.48	21.70	22.34
	تخلف عقلي	24.35	17.46	14.90	19.27	52.10	36.25
	توحد	80.85	26.65	78.05	23.59	96.70	23.11
الابعاد مجتمعة	عاديون	145.55	87.09	188.05	119.39	99.05	72.94
	تخلف عقلي	130.60	87.98	69.10	85.57	252.5	141.65
	توحد	378.80	74.25	360.40	101.93	434.45	113.46

يلاحظ من الجدول رقم (10) وجود فروق ظاهرية في المتوسطات الحسابية لصالح فئة التوحد، ولمعرفة دلالة الفروق في الأداء على كل بعد من الأبعاد السبعة والمقياس ككل تبعاً لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية تم استخدام تحليل التباين الثنائي (الحالة العقلية × الفئة العمرية) ويوضح الجدول رقم (11) نتائج هذا التحليل.

جدول (11)

نتائج تحليل التباين الأحادي لمعرفة دلالة الفروق في الأداء على كل بعد على حده وعلى الأبعاد السلوكية ككل تبعاً لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية

البعد	مصادر التباين	مجموعة المربعات	درجة الحرية	متوسطات المربعات	ف	مستوى الدلالة
العناية بالذات	الحالة العقلية العمرية	162.822	4	40.706	1.204	0.311*
اللغوي والتواصلي	الحالة العقلية × الفئة العمرية	26653.967	4	6663.492	6.431	0.000*
الاكاديمي	الحالة العقلية × الفئة العمرية	4037.867	4	1009.467	4.638	0.000*
السلوكي	الحالة العقلية × الفئة العمرية	13635.533	4	340.8.88	7.570	0.000*
الجسمي والصحي	الحالة العقلية × الفئة العمرية	4897.067	4	1224.267	6.520	0.000*
الحسي	الحالة العقلية × الفئة العمرية	3437.256	4	859.314	5.919	0.000*
الاجتماعي والانفعالي	الحالة العقلية × الفئة العمرية	15447.800	4	3861.950	6.089	0.000*
الكلي	الحالة العقلية × الفئة العمرية	325927.22	4	81481.406	8.053	0.000*

* دال احصائيا عند مستوى $\alpha=0.5$

يلاحظ من الجدول (9) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى α = 50.0 في الأداء على بعد العناية تعزى لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية.

بينما دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى α = 50.0 في الأداء على كل من الأبعاد (اللغوي والتواصلي، الأكاديمي، السلوكي، الجسمي والصحي، الحسي، الاجتماعي والانفعالي) من جهة، وعلى الأبعاد السلوكية ككل من جهة أخرى تعزى لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية.

ثانياً: دلالات الثبات للصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي.

وللإجابة على السؤال الثاني والذي نصه "ما دلالات الثبات للصورة السعودية لقائمة تقدير السلوك التوحدي؟". تم حسابات معاملات الاتساق الداخلي لكل بعد على حده وللأبعاد مجتمعه وذلك باستخدام معادلة كرونباخ ألفا والجدول رقم (12) يوضح معاملات الاتساق الداخلي.

جدول رقم (12)

معاملات الاتساق الداخلي لكل بعد من الأبعاد السبعة وللمقياس الكلي

البعد	معامل الاتساق الداخلي
العناية بالذات	0.95
اللغوي والتواصل	0.98
الاكاديمي	0.92
السلوكي	0.92
الجسمي والصحي	0.92
الحسي	0.91
الاجتماعي والانفعالي	0.97
المقياس الكلي	0.99

يلاحظ من الجدول (12) أن أعلى معامل ثبات للأبعاد كان من نصيب البعد (اللغوي والتواصلي)، يليه البعد (الاجتماعي والانفعالي). ثم البعد العناية بالذات، وفي المقابل حصلت الأبعاد الثلاثة (الأكاديمي، السلوكي، الجسمي والصحي) على نفس القيمة من معامل الثبات وهي 19.0.

أما بالنسبة للمقياس ككل فقد بلغت قيمة معامل الثبات 0.99

كما توفرت دلالات ثبات للمقياس عن طريق إعادة الاختبار Test-reTest حيث تم حساب معاملات الارتباط بين الدرجات الكلية على المقياس في مرتي التطبيق بفارق زمني مقداره أسبوعين. لكل بعد على حده وللمقياس ككل. والجدول رقم (13) يوضح معاملات الاستقرار.

جدول (13)

معاملات الاستقرار لكل بعد على حده وللمقياس الكلي

البعد	عدد الفقرات	معامل الاستقرار
العناية بالذات	7	0.95
اللغوي والتواصل	43	0.95
الاكاديمي	26	0.82
السلوكي	39	0.92
الجسمي والصحي	25	0.82
الحسي	21	0.85
الاجتماعي والانفعالي	40	0.91
المقياس ككل	201	0.98

يلاحظ من الجدول رقم (31) ان معاملات الاستقرار تراوحت مابين (0.82) و (0.95).

أما المقياس ككل فقد حصل على معامل ثبات بلغ (0.98) وهذا تتفق مع النتيجة التي تم التوصل إليها عن طريق كرونباخ ألفا. مما يدعم من دلالات الثبات للصورة السعودية لقائمة تقدير السلوك التوحدي.

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت هذه الدراسة إلى التوصل إلى دلالات عن صدق وثبات صورة سعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي، ولتحقيق أهداف الدراسة تم بناء قائمة تقدير السلوك التوحدي والمؤلفة من (216) فقرة موزعة على(11) بعد، وتم التول الى دلالات عن صدق المحتوى (Content Validity).وذلك بعرضها على مجموعة من المحكمين حيث تم حذف (15) فقرة ودمج بعض الأبعاد وتكونت القائمة النهائية من(201) فقرة موزعة على(7) أبعاد . ثم طبقت الأداة على عينة مكونة من 180 طفلا وق اشتملت العينة على:

مجموعة الأطفال العاديين (ن=60) ومجموعة الأطفال التوحديين (ن=60) ومجموعة الأطفال المعاقين عقليا (ن=60) ضمن الفئات العمرية (7-9)(10-12)(13-15) .

وحللت البيانات الناتجة عن عملية التطبيق باستخدام الأساليب الإحصائية التالية تحليل التباين الأحادي والثنائي(Way ANOVA) -Ways & One-Tow وباستخدام معادلة كرونباخ ألفا وباستخدام طريقة الاعادة (Test re-Test) حيث أشارت النتائج المتعلقة بدلالات الصدق للأداة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الأداء على كل بعد من الأبعاد السبعة المكونة للمقياس وهي: (العناية بالذات، اللغوي والتواصلي، الأكاديمي، السلوكي، الجسمي والصحي، الحسي، الاجتماعي والانفعالي) وللمقياس ككل والتي تعزى إلى متغير الحالات العقلية الثلاثة (العاديون، التوحديون، المعاقون عقليا).

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الفئة العمرية (7-9، 10-12، 13-15) على بعد واحد من الأبعاد السبعة المكونة للمقياس وهو بعد العناية بالذات، بينما لم تشر النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على الأبعاد الستة المتبقية المكونة للمقياس أو على المقياس الكلي.

كما أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية على ستة أبعاد وللمقياس الكلي، أما بالنسبة للبعد السابع

(بعد العناية بالذات) فلم يكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية فيه تعزى لتفاعل متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية .

أما فيما يتعلق بدلالات ثبات الأداة فقد أشارت النتائج الى أن معامل الاتساق الداخلي للمقياس يساوي(0.99) معامل الاستقرار يساوي(0.98).

أولاً: مناقشة نتائج دلالات صدق الصورة السعودية لقائمة تقدير السلوك التوحدي :

أشارت النتائج الى التوصل الى دلالات عن صدق المقياس تمثلت بالصدق التمييزي والذي تمثل بقدرة المقياس على التمييز بين الاداء على أبعاد المقياس تبعا لاختلاف الحالة العقلية (عاديون، توحديون، معاقون عقليا) وذلك باستخدام تحليل التباين الأحادي والثنائي وشيفيه.

أما فيما يتعلق بمتغير الفئة العمرية (7-9، 10-12، 13-15) فقد تمثل الصدق التمييزي بقدرة المقياس على التمييز بين هذه الفئات على بعد العناية بالذات فقط، وهذه النتيجة تتفق مع كل من دراسة الصمادي (Smadi,1985) ودراسة نصر (2002) حيث

توصل الصمادي الى دلالات صدق للمقياس -والذي طور للصورة الاردنية- من خلال الصدق التمييزي والذي تمثل بقدرة المقياس على التمييز بين مجموعات الدراسة والتي كانت ممثلة لفئات فصام الطفولة، وذوي الإعاقة العقلية الشديدة، والعاديين .

ايضا تتفق الدراسة مع دراسة نصر (2002) والتي صممت المقياس للتعرف الى مظاهر ومستوى الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحديين حيث اشتمل الاتصال اللغوي على خمسة ابعاد، حيث تم التوصل الى دلالات صدق تمييزي للممقياس حيث ميز المقياس بين افراد عينة البحث من ذوي الدرجات العالية في الاتصال اللغوي وذوي الدرجات المنخفضة في الاتصال اللغوي .

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع الدراسة التي اجراها كل من كريق واريك والموند (krug, Arick & Almond,1980)حيث تم التوصل في دراستهم الى دلالات صدق تلازمي .

ومن جهة اخرى تختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة غزال (1997) والتي هدفت لتقنين مقياس تقدير السلوك التوحدي على البيئة المصرية حيث تم استخدام طريقتي التحكيم والتحليل العاملي للاستدلال على دلالات صدق، حيث اظهرت نتائج التحليل العاملي للمقياس الى تفرع المقياس الى اربعة ابعاد رئيسية وهي نفسها المكونة للمقياس .

ايضا تختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الشمري والسرطاوي (2002) حيث توصلت هذه الدراسة الى دلالات الصدق باستخدام التمييز بين حالتين وهما (التوحديون والمتخلفون عقليا) حيث استخدم في هذه الدراسة للتوصل لدلالات صدق الصدق التحليل العاملي وصدق المحكمين .

كما تختلف نتائج الدراسة الحالية مع الدراسة التي قام بها كل من سكوبلر ورسلر وريتر (Schopler,Recheler and Runner,1988) من حيث الطريقة التي استخدمت للتوصل لدلالات الصدق، حيث توصلوا الى دلالات الصدق باستخدام الصدق المعياري وذلك من خلال مقارنة المجموع الكلي للدرجا والتقديرات الاكلينيكية التي تم الحصول عليها من نفس جلسات التشخيص .

ثانياً: مناقشة نتائج دلالات ثبات الصورة السعودية لقائمة تقدير السلوك التوحدي:

أشارت النتائج الى التوصل الى دلالات عن ثبات المقياس تمثلت بثبات الاتساق الداخلي وذلك باستخدام معادلة كرونباخ ألفا حيث تم حساب معاملات الثبات وفق هذه الطريقة

لكل بعد من الأبعاد السبعة وللمقياس الكلي، كما تم التوصل الى دلالات عن ثبات الاستقرار للمقياس باستخدام طريقة الإعادة (ن=30) وذلك بحساب معاملات الارتباط بين الدرجات الكلية لكل بعد وللمقياس الكلي في مرتي التطبيق، وتم التوصل إلى قيم تراوحت بين (19.0-89.0) للأبعاد و 99.0للمقياس الكلي .

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة غزال (1997) ودراسة الصمادي (1985) ودراسة والشمري والسرطاوي (2002) ونصر(2002) حيث توصلت هذه الدراسات الى دلالات ثبات عن طريق حساب معاملات الارتباط وفق طرقتي التساق الداخلي والاعادة .

كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة كريق وإريك وألموند,(Kurg, Arik & Almond 1980). حيث تم التوصل الى دلالات ثبات عن طريق الاتساق الداخلي والاعادة

التوصيات

في ضوء ماتقدم من تنائج لهذه الدراسة فإن الباحث يوصي بما يلي:

7- استخدام الصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي في مجال تشخيص وتقويم حالات التوحد لدى الفئات العمرية التي تتراوح مابين (7-15)سنة كون هذا المقياس يتمتع بدلالات صدق وثبات مقبولة .

8- اجراء دراسات لاشتقاق معايير خاصة بالصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي .

9- اجراء دراسات حول صلاحية المقياس لمن هم دون سن السابعة وفوق سن الخامسة عشر .

10- اجراء دراسات للتوصل الى دلالات صدق وثبات أخرى للصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي .

11- اجراء دراسات لتقنين الصورة السعودية من قائمة تقدير السلوك التوحدي على المملكة العربية السعودية ودول أخرى .

12- تطوير مقاييس أخرى للكشف والتشخيص لفئة التوحد .

13- الاهتمام بوسائل القياس والتشخيص لهذه الفئة فهنالك ندرة على المستوى العربي.

المصـــادر

المصادر باللغة العربية

- القرآن الكريم.
- جوهر، أحمد، 2001، **التوحد العلاج باللعب**، دار النشر غير مذكوره.
- الزارع، نايف، 2002، **التوحد والقدرات الخاصة - قراءات من بعض ما ورد في أدبيات التربية الخاصة عن التوحديين ذوي القدرات الخاصة**، ورقة عمل مقدمة للمؤتمر الثالث للموهبة والابداع، عمان، الاردن.
- السعد، سميرة، 2000، **قضايا ومشكلات التعريف والتشخيص والتدخل المبكر مع أطفال التوحد**، ورقة عمل عن التوحد مقدمة لندوة الإعاقات النمائية قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- السعد، سميرة، 1997، **معاناتي والتوحد**، منشورات ذات السلاسل، الكويت.
- سليمان، عبدالرحمن، 2001، **إعاقة التوحد**، مكتبة زهراء الشرق، 116 شارع محمود فريد، القاهرة.
- السويدي، عائشة، 2000، **ورقة عمل عن التوحد مقدمة لندوة الإعاقات النمائية قضاياها النظرية ومشكلاتها العملية**، جامعة الخليج العربي، البحرين.
- الشربيني، لطفي، 2000، **أساليب جديدة لعلاج حالات الإعاقة أمل جديد لعلاج حالات الاوتيزم**"، مجلة علم النفس المطمئنة، السنة الخامسة عشر، العدد (12) الجمعية العالمية الإسلامية للصحة النفسية.
- الشمري، طارش بن مسلم ،2001، **تشخيص وقياس الأطفال التوحديين، ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة**، الدمام، السعودية، 29-صفر-1422هـ.
- الروسان، فاروق (2001) **سيكولوجية الاطفال غير العاديين، مقدمة في التربية الخاصة**، ط 5 ، دار الفكر، عمان - الأردن.
- عبد الحميد، جابر، 1995، كفافي ،علاء، **معجم علم النفس والطب النفسي**، الجزء السابع دار النهضة العربية القاهرة.
- عز الدين، محمد، 2001، **التوحد مرض محير يهدد أطفال الخليج**، في مجلة نصف الدنيا العدد (579) 18 مارس، القاهرة، مؤسسة الأهرام، ص18.
- العزة، سعيد، 2002، **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية**، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.

- غزال، عبد الفتاح، 1997، **دراسة إكلينيكية لمدى فاعلية برنامج المرفقة لانماء العلاقات الاجتماعية لدى بعض الأطفال التوحيديين بمؤسسات الإعاقة العقلية**، المجلة العلمية كلية الآداب، جامعة المنوفية، مجلد 2.
- فراج، عثمان لبيب، 1994، **إعاقة التوحد، خواصها وتشخيصها**، النشرة الدورية العدد (14)، السنة الثانية عشر، اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، .
- الفهد، ياسر، 2003، **التوحد**، منتدى الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة .
- القاسم، جمال وعبيد، ماجدة و الزعبي، عماد، 2000، **الاضطرابات السلوكية**، دار الصفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن .
- قنديل، شاكر، 2000، **إعاقة التوحد طبيعتها وخصائصها**، المؤتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة، مصر .
- كامل، محمد، 1998، **الأوتيزم**، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- كيفوركيان، جابي، 1999، **التوحد مرض نفسي يصيب اثنين من كل عشرة آلاف طفل**، مجلة يلسم العدد 284، شباط 1999.
- محمد، كامل، 1998، **من هم ذوي الاوتيزم؟ وكيف نعدهم للنضج**، القاهرة مكتبة النهضة المصرية.
- مصطفى، حسن، 2001، **الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة**، دار القاهرة، القاهرة، مصر.
- ملكية، لويس، 1990، **الإعاقات العلية والاضطرابات الارتقائية**، ط 1 ،النهضة العربية، القاهرة، مصر .
- نصر، سهى، 2002، **الاتصال اللغوي التوحدي التشخيصي البرامج العلاجية**، ط 1، دار الفكر العربي للنشر، عمان، الاردن .

المصادر باللغة الأجنبية:

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statical Manual of mental disorders (4 th ed). Text - Revised). Washington.DC: Author.
- Aarons, Manreen & Gittents, Tessa , 1992 .The Handbook of Autism A Guide for Parents and Professionals, British Library, London .
- Campbel, N .Shay .J.F.1995 .Psychopharmacology in Child and Adolsence Psyhiarty .Journal of the Ameirican Academy of child & Adolescent psychiatry .Vol (3)p.p .299:302

- Creak, M. (1961). Schizophvenia Syndrom in Childhood: Progress report of aworking Party. Cerebral Palsy Bulletin, 3.217- 250.
- Ehlers, Ramberg C .Ajohonson , M .1996 .Language and Pragmatic Functions in School age Children on the Autism Spectrun .
- Elisabth & Dykems & Volkmor , F , M .1991 .Thought Disorer in High Function Autistic Adults , J.of Autism and Developmental Disorders , Vol (7) p.p .291,402:404
- Frith, U(1993) Autism .Scientific American , Merrill Publishing Com
- Gillberg, G .and Coleman, N .1992 .The Biology of The Autistic Syndromes , Cambridge University Press.
- Gilleberg , C .1992 .The World Congress International Association for The Scientic Dignosis, wiley series on personality processes New York .
- Grak, M.(1961) Schizophrenia Syndrome in Chikldhood , progress Report of a working party , cerebralpalsy Bulletin .
- Heward,W & Orlanaky,M .1988 .Exceptional Children, (3rd-ed) ,Charles, E .Merrill Publishing Com
- Howlin , P (1989) Changing Approaches to Communication Training with Autistic Children .British Journal of Communication Disorders, Vol (24) p.p .151:168
- Jame, Summers, A .Graik , A .1994 .The Effects of Subject Performed Task of the Memory Performance of Verbal Autistic Children , J of A.D.D ,Vol (24) p.p.773:783
- Jardan, Rita ,1995 .Understanding and Teaching children with Autism, British Library, England .
- Jones, Ruth , 1998 .The Work of Ruth with Children with Autism has Also Been Cited in Tacobs ,Seeing and Being Seen in the Experience of the Client and Therapies, the European , J .of Psychotherapy , Counselling and Health , Vol (1) p.p .213: 230.
- Kanner,L .1943 .Autistic Distrubance of Effective Contact , Nervous Children , Vol (24) p.p .22:25
- Krug, D .Arick .J & Almond, P.1980 .Behavior Cheeklist for Identifying

Severely Handicapped Individuals with High Levels of Autistic Behavior, Journal of Child Psychology , Vol. (21), pp .221-229.

- Lida, Helene .P .1993 .Dysfanctionment Cognitive et Manifestations Psychiatriques Dans le Syndrome de l,(X) Fragile , J of Psychiatic Enfantil Autism V(3) p.p.5:26
- Margan, S.1988 .Diagnostic & Assessment of Autism : A Review of Objectives Scales, Journal of Sychoeducatinal Assessment ,Vol.(6) p.p. 139:151 .
- Marjorie , Bock , A .1994 .Acquisition, Maintenance and Generlization of a Categorization Strategy by Children with Autism , J of A.D.D , Vol (24)(1) p.p39:51
- Marvy , Joel & Team Andrian & Sauvag, Dominique ,1997 .Singnes precoses de I,Autism it Films Famliau X , J Dapsy Chiabie de I,enfant.
- Mcdugle, C .1998 .Psychopharmacology .In Cohen and Volkmar , Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders , Wily and Sons, New York.
- Mc Loughlin , J.A. & Lewis, R.B. (1994) Assessing Special Students (4 th ed). New York: Merrill Publishing.
- Mercer , C.D .1997 .Students with Learning Diabilities (5th ed) Columbus,Ohio , Merrill
- Micheal,W .1999 .Nicosft (r) Encarta (r) Encyclopedia.(99) .
- Mittler, P.J .1968 .Aspects of Autism, British Psycological Society.
- National Society for Autistic Children , 1978 , National Society for Autistic Children definition of The Syndrom of Autism , Jornal of Autism and Schizophrenia ,Vol (8) p.p .162:167
- Ornitz, E .1989 .Autism In Last, C .and Hersen , Handbook of Child Psychiatric Diagnosis,Wiley Series on Personality Processes, New York.
- Palon, C.G & Spencer,Betty,L .1959 .A Checklist of Symptoms of Autism of Early Life , The West Virginia Medical Journal Vol (55) p.p.198:203
- Park, Susaul, 1983 .Assessment of Autistic Children, A Selective Review of Available Instrument Grune and Strattion Inc.

- Rimland, B .1968 .On The Objective Diagnosis of Infantile Autism , Acta Paedopsychiatrica .
- Ruttenberg , B .Akalish , BI, Wernar , C & Wolf ,E.G .1980 .Behavior Instrument for Autistic and oter A Typical Children (Rev-ed) Philadelphia , Developmental Center for Autistic Children
- Rutten,saris,Marihke & Evans, Kathy ,1999 .Emerging Interactive Art therapy, paper in conference .on http:// www.Autism 99.org.
- Rutter, M .1993 .Classification of Pervasive Developmental Disorders , Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol (4) p.p .389:406
- Schopler,Recheler and Runner ,1988 .Diagnosis and Assesment in Autism , The Childhood Autism Rating Scale, New York: Plenumpress.
- Sears, L.L .Finn , R .1994 .Abnormal Charcol Eye Blink Conditioning in Autism , Journal of A.D.D Vols (24),(3) p.p .51:737
- Short, Andrew.B & Marcus, lee , 1986 .Psycho Educational Evaluation of Autism and &Adolescents with Low Incidence Medicos (Eds) Inc .
- Sigman, R , A .1998 .Cognitions and Emotion in Children and Adolescents with Autism , wiely and sons, New York .
- Smadi, Jamil , 1985 .A Validation Study of A Jordanian Version of The Autism Behavior Chicklist of The Autism Screening Instrument For Educational Planing , Doctoral Dissertation , Michigan State University , E.Lansing , Usa .
- Stone, W .1998 .Autism in Ifantil and Early Childhood In : Cohen, and Volumes , Newyourk
- Uzgiris , I .1981 .Early language Acquisition and Intervention Bultimore, Md , university .Punk .press
- Volkmar, F., Carter, A .Grossman ,S .1998 .Social Development in Autism .New York .Wiely and sons .
- Volkmar.F.R .1996 .Autism Pervasive Developmental Disorders , Diagnosis and Assessment (5 th-ed).
- William, Furey & Forehand , Rex ,1983 .The Daily Behavior Checklit. Journal of Behavior Assessment .Vol) .5) pp .83:95 .

- Wolf, S .and Chick, J .198 .Schizoid Personality in Childhood: a Controlled Follw-up Study .Psychology Medicine .
- Yirmiya, N .sigman, F & Betty, F .1994 .Caparison Between Diagnostic Instruments for Identifing High-functioning Children with Autism ., Journal of Autism and Developmental .Disorders Vol (24)p.p .281: 291.

مواقع على شبكة المعلومات

- Autism ,1999 .Studies Center, From the Net on November 1999, U.K. http//www.autism99.org/.p.p.13:26
- Edelson, Stephen, M .1997 .Social Behavior in Autism Center for the study of Autism salem, oregan http://www.Autism.org .
- Micheal,w.1999 .Nicosft(r) Encarta (r) Encyclopedia.(99)
- Rutten,saris-Marihke & Evans, Kathy , 1999 .Emerging Interactive Art therapy) paper in conference .on http:// www.Autism99.org.
- Meca .Autism Common Questions ,2003 .Retrieved from The web. March 2003 (http:www.meca.Autism.com)
- The Daily Apple, Children Health Caresoft, 2000.Retrieved from the Web March 2001 (http://thedailyapple.com/target/cs/article/cs/00258.hstm) .

الفصل الخامس

(المقيـــــاس)

قائمة تقدير السلوك التوحدي

Autistic Behavior Checklist

مقياس خاص بفئة التوحد مطور على بيئة عربية

إعداد الباحث: نايف بن عابد الزارع

إشراف الأستاذ الدكتور: فاروق الروسان

تتألف القائمة من (201) فقرة تغطي سبعة أبعاد هي:

بعد العناية بالذات

البعد اللغوي والتواصلي

البعد الأكاديمي

البعد السلوكي

البعد الجسمي والصحي

البعد الحسي

البعد الاجتماعي والانفعالي

بسم الله الرحمن الرحيم

تعليمات تطبيق قائمة تقدير السلوك التوحدي

1- يقوم الفاحص بتعبئة الجزء الخاص بالمعلومات الخاصة بالفاحص والمفحوص ومكان الاختبار وذلك لأغراض الدراسة في مرحلة ما بعد التطبيق .

2- يترك للفاحص حرية البدء بالبعد المناسب، ومن ثم تقييم أداء المفحوص على كل فقرة بوضع إشارة (√) أمام الاختيار المناسب .

3- يرجى تقييم كل فقرات قائمة تقدير السلوك التوحدي ما أمكن وفي حال عدم قدرة الفاحص على الإجابة على أي فقرة لسبب ما يرجى وضع الإجابة الأقرب للصحة أو سؤال من هو على علم بالمفحوص عن هذه الفقرة .

ويوضح المثال التالي ذلك:

الرقم	الفقـــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
1.	يصعب عليه استخدام حروف الجر				√	

بسم الله الرحمن الرحيم

بيانات الفاحص ومكان الفحص والمفحوص

معلومات عن الفاحص:

الاسم:

علاقة الفاحص بالمفحوص: ولي أمر المفحوص ☐ معلم تعليم عام ☐ معلم تربية خاصة ☐

المؤهل: مكان العمل:

معلومات عن مكان الفحص:

المنزل ☐

مكان آخر (حدد) ☐

تاريخ الفحص: تاريخ تحويل الحالة:

الجهة المحولة:

ملاحظات أخرى:

معلومات عن المفحوص:

الاسم : تاريخ الميلاد:

العمر : 7 ( ) 8( ) 9 ( ) 10 ( ) 11 ( ) 12 ( ) 13 ( ) 14 ( ) 15( )

7- 10 ☐ 9- 13 ☐ 12- 15 ☐

آخر حدد: ☐

الجنس: ذكر ☐ انثى ☐

تاريخ ملاحظة حدوث الاضطراب :

الصف : ابتدائي 1( ) 2( ) 3( ) 4( ) 5( ) 6( ) متوسط 1( ) 2 ( ) 3 ( )

الفصل : اسم معلم الفصل :

اسم وعنوان ولي أمر المفحوص:

إذا كان الطفل ذو احتياجات خاصة هل سبق وأن تم تشخيص الطفل أنه ذو احتياجات خاصة وضمن أي فئة ؟

إذا كانت الإجابة بنعم أرجو إكمال الآتي:

تخلف عقلي بسيط ( ) تخلف عقلي متوسط ( ) تخلف عقلي شديد ( ) تخلف عقلي شديد جدا ( )

توحد ( ) شبه توحد ( ) توحد ذو كفاءة ( ) اضطراب نمائي ( )

بعد العناية بالذات

الرقم	الفقـــــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
1.	يحتاج إلى المساعدة في تناول الطعام					
2.	يحتاج إلى المساعدة في شرب الماء					
3.	يحتاج إلى من يساعده على استخدام الحمام					
4.	يحتاج إلى المساعدة في ارتداء ملابسه					
5.	يحتاج إلى المساعدة في غسل يديه					
6.	يحتاج إلى المساعدة في غسل وجهه					
7.	يحتاج إلى المساعدة في لبس حذائه					

البعد اللغوي والتواصلي

الرقم	الفقـــــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
.1	يصعب عليه استخدام حروف الجر					
.2	يعكس الضمائر (استعمال خاطئ للضمائر قد يستعمل أنت بدلا من أنا)					
.3	يسيء استخدام حروف الجر					
.4	يستخدم ظروف المكان والزمان بطريقة غير صحيحة كأن يقول اللعبة داخل الخزانة (وهي خارج الخزانة)					
.5	يتكلم بشكل غير مفهوم					
.6	يحدث ضجة أثناء كلامه					
.7	يردد الكلام أو المقاطع ترديدا آليا كالببغاء					
.8	يتحدث بشكل غير مناسب					
.9	يخلط في ترتيب الكلمات					
.10	لديه قصور في تسمية الأشياء					
.11	يتكلم على وتيرة واحدة أي على نغمة واحدة بدرجة واحدة					
.12	يتكلم بصوت مرتفع					
.13	يتكلم بطريقة تشبه السؤال					
.14	لديه صعوبة في فهم اللغة المنطوقة أو الحديث الموجه إليه					
.15	يفشل في تكوين جملة كاملة مثل (أريد أن أذهب إلى السوق)					
.16	يبدو وكأنه لا يتكلم (يبدو وكأنه لا يستطيع الكلام)					

.17	يشير إلى الأشياء التي يريدها بدلا من طلبها لفظيا (يطلب الأشياء التي يريدها عن طريق الإشارة)					
.18	يطلب الأشياء التي يريدها عن طريق الكتابة					
.19	يتحدث بمعدل اقل من الطفل العادي (كماً وكيفاً)					
.20	لديه مظاهر تأخر في النمو اللغوي مثل تأخر نطقه للحروف					
.21	يتحدث بشكل طفولي					
.22	لديه صعوبة في استخدام كلمات جديدة بالنسبة لمحصوله اللغوي					
.23	يردد الأسئلة بشكل متكرر ممل					
.24	لديه صعوبة في فهم وإدراك المثيرات التمييزية					
.25	يفشل في فهم التعليمات					
.26	يصعب عليه الربط والتنسيق بين الحديث الصادر عنه وحديث وآراء الأشخاص الآخرين					
.27	قد لا يتوقف عن الحديث إذا تحدث					
.28	يستخدم اللغة المجازية (كأن يقول: أريد أن أركب الأخضر، وهو يقصد في قوله أنه يريد أن يركب الأرجوحة الخضراء)					
.29	يستخدم كلمة للتعبير عن كلمات أو عبارات مثل قوله (أكل) للتعبير عن الجوع					
.30	يخترع كلمات ومصطلحات جديدة					
.31	يبدأ بالكلام بشكل جيد ثم يتوقف لفترة أو تتغير طريقته في الكلام					

.32	كلامه خال من التنسيق والتناغم					
.33	نادرا ما يستعمل كلمتي (نعم) و (لا)					
.34	يميل لاستخدام حرفية الكلام والحديث فعندما تقول له ماذا ستفعل عندما تنتهي من الطعام؟ يقول: أقف					
.35	لديه صعوبة في النطق					
.36	يشوه الأحرف					
.37	حديثه جامد وآلي (أي انه يتحدث دون أن يضيف من التعبيرات الوجهية أو التغيير في نبرة الصوت أو ما إلى ذلك)					
.38	يصعب عليه التكلم بحيث يبدو وكأنه أبكم لا يستطيع الكلام					
.39	لديه قصور في التعبيرات الوجهية					
.40	لديه اهتمام محدود في الحوار والحديث					
.41	لديه صعوبة في بدء الحديث أو الحوار مع أحد					
.42	يصرخ للحصول على ما يريد					
.43	يرسل لمحات سريعة للشخص ثم يحول نظره إذا نظر إليه أحد					

البعد الأكاديمي

الرقم	الفقـــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
1.	يظهر تقدما بسيطا في الدراسة					
2.	لديه صعوبة في القراءة بالنسبة لمستوى صفه					
3.	لديه صعوبة في الكتابة بالنسبة لمستوى صفه					
4.	لديه صعوبة في الحساب بالنسبة لمستوى صفه					
5.	يفشل في الاستجابة لطرق التدريس التقليدية					
6.	يتشتت بسهولة عن المهمات التعليمية					
7.	يركز على جزء من النشاط أو المهمة ويهمل الباقي					
8.	يفشل في تقليب صفحات الكتاب					
9.	يتعلم مهمات ومهارات سهلة ولكنه ينساها بسرعة					
10.	يخلط بين الحروف والأرقام المتشابهة 2/6 و ك/ل					
11.	ينتبه للموسيقى اكثر من الأشياء الأخرى					
12.	يتعرف على والديه وكأنه لا يعرفهما					
13.	لديه ضعف في الانتباه					
14.	لديه ردود فعل بطيئة للأحداث والمثيرات					
15.	لديه صعوبة في ربط الأحداث معا					
16.	لديه قدرة عالية في حساب الأعداد					
17.	لديه قدرة عالية على الرسم					
18.	يعاني من ضعف في الذاكرة					

19.	لديه قدرة على تجميع الألغاز المصورة					
20.	لديه قدرة على تذكر أشياء دقيقة					
21.	يجيد حل وتركيب الأدوات والأجهزة والمكعبات بسرعة ومهارة فائقتين					
22.	يستعمل الألعاب والدمى لغير الغرض الذي صممت له					
23.	كأن يضع السيارات فوق بعضها لغرض بناء منزل					
24.	يصعب عليه تنفيذ الأوامر البسيطة المعطاة له لمرة واحد (كأن يقال له اقفل الباب ... فلا يفعل)					
25.	يدير مقابض الأبواب بالاتجاه المعاكس للفتح					
26.	لديه خلط في مفهومي اليمين والشمال					
27.	لديه صعوبة في تقليد الآخرين					

البعد السلوكي

الرقم	الفقـــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
1.	يكرر النشاط بصورة نمطية وملحوظة للآخرين مثل هز رأسه باستمرار					
2.	يقاوم التغير في جدول ونظام ساعات يومه					
3.	يرمي الألعاب المعطاة له أو يضعها في فمه مثل الأطفال الرضع					
4.	يردد حديثا سمعه في وقت سابق في أوقات لاحقة غير مناسبة لفترات طويلة نسبيا					
5.	يؤدي حركات كان قد شاهدها سابقا					
6.	يهز رأسه بشكل متكرر					
7.	يدور حول نفسه لفترات طويلة					
8.	يدور الأشياء التي تقع بين يديه (كأن يقوم بتدوير قلم وما إلى ذلك)					
9.	يصفق باستمرار دون سبب					
10.	يرفرف يديه أمام وجهه أو يحرك أصابعه أمام عينيه باستمرار					
11.	يهز جسمه ويتأرجح					
12.	يتحرك بشكل زائد					
13.	يبدو وكأنه خامل باستمرار					
14.	يتجول باستمرار في المكان الذي يتواجد فيه					
15.	يعض أصابعه أو يديه					
16.	يضرب رأسه بالجدار أو بيديه					
17.	ينهمك في مهمة أو موضوع معين لفترات طويلة					

18.	يظهر عليه الغضب والانزعاج عندما يشاهد أشخاصا جددا من حوله					
19.	يركز على جزء من كل عندما ينظر إلى أي شيء					
20.	يعتدي على الآخرين بالضرب أو الرفس					
21.	يظهر سلوكا طفولياً لا يتناسب مع عمره الزمني					
22.	ينظر ويحدق في الفضاء بصمت					
23.	يستعمل أيادي الآخرين في الأعمال والنشاطات والمهمات والطلبات التي تخصه (كان يمسك بيدي والده أو والدته لفتح باب ما)					
24.	يصرخ بصوت عالي في أي مكان دون سبب					
25.	يفرقع أصابعه					
26.	يثني أصابعه					
27.	يقفز بشكل متكرر					
28.	يتضايق عندما يتغير شيء في المكان المحيط به					
29.	لديه نوبات عصبية مفاجئة					
30.	يبقي مفتاح النور مغلقا إذا كان نور الغرفة مغلقا					
31.	يغضب وينزعج من الأماكن المزدحمة					
32.	يستعمل الأشياء أياً كانت لغير ما خصصت له أو بشكل غير طبيعي					
33.	يميل نحو الأنشطة المرتبطة بالحركة					
34.	يتصرف وكأن لديه إعاقة عقلية					
35.	يغضب بشكل سريع إذا تدخل أحد في شؤونه أو فيما يخصه					

36.	يقوم بأفعال ذات مخاطر حقيقية دون خوف					
37.	يصطدم بالأشياء والناس دون مبالاة					
38.	يضع يداه أو أصابعه في وضع غريب مثل وضع يداه خلف ظهره أو بين رجليه أو تشبيك أصابعه بشكل غريب					
39.	يرتبط بلعبة أو بخيط أو بمطاط أو ما شابه بشكل غريب فيظل ينقله معه أينما ذهب					

البعد الجسمي و الصحي

الرقم	الفقـــــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
1.	يقتصر في أكله على أنواع محدده أو قليلة من الطعام					
2.	يشرب السوائل بكثرة					
3.	يميل إلى أكل الطعام مهروسا					
4.	مولع بشكل زائد ببعض أنواع الطعام					
5.	يجد صعوبة في مضغ الطعام العادي					
6.	لديه حساسية من بعض أنواع الطعام					
7.	نومه مضطرب					
8.	لديه عسر هضم					
9.	يشعر بألم في بطنه					
10.	يشعر بضيق في التنفس					
11.	يستيقظ من نومه في منتصف الليل بشكل متكرر					
12.	يبدو وكأنه متعب أو مريض					
13.	لديه ضعف في التناسق الحركي للمهارات الحركية الكبيرة مثل المشي والقفز وما إلى ذلك					
14.	يتخذ أوضاع خاصة وغريبة في الوقوف والمشي والجلوس					
15.	يعاني من ضعف في التحكم الحركي مثل ضعف قدرته على ثني أرجله دون إرشاد					
16.	لديه حركات تكشيرية في الوجه					

17.	لديه طريقة خاصة وغريبة في الوقوف					
18.	يصطدم بالأشياء وبالآخرين أثناء مشيه وحركته					
19.	يجلس وهو حان لظهره					
20.	ماهر في المهارات الحركية الدقيقة (المتعلقة باستعمال الأصابع)					
21.	يمسك بذراعيه بطرقة غريبة أثناء الجري					
22.	يصعد الدرج والسلالم بالوقوف على كل درجة في كل مرة					
23.	يمشي على أصابع القدمين					
24.	غير قادر على القفز برجل واحدة					
25.	يرتخي أو يتصلب إذا حمله أحد					

البعد الحسي

الرقم	الفقـــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
1.	يتجاهل الإحساس بالألم أو الحرارة أو البرودة					
2.	يقفل أذنيه تجنبا لسماع صوت معين					
3.	يتعجب من شيء عادي جدا					
4.	يتفاعل بشكل مبالغ فيه للضوء الساطع أو الروائح العطرة					
5.	يثبت بصره على أشياء ومثيرات غير مهمة					
6.	يحملق بالأضواء الساطعة					
7.	يتجاهل الأصوات العالية					
8.	يستجيب للأصوات المنخفضة والمنخفضة جدا بشكل غريب					
9.	يتجاهل جميع الأصوات بحيث يبدو وكأنه أصم					
10.	يتجاهل المثيرات البصرية بحيث يبدو وكأنه كفيف					
11.	يسد أذنيه عند سماع الأصوات العالية					
12.	يستخدم الشم والتذوق للتعرف على الناس والأشياء					
13.	يحب لمس الأسطح الناعمة والمصقولة كالخشب المصقول أو الفرو الناعم					
14.	يحب شم الروائح العطرة					
15.	يستمتع باللعب الخشن المعتمد على الملامسة الجسدية					

.16	يشم الأشخاص بغرض التعرف عليهم					
.17	لديه خوف زائد ليس في محله أو خوف من أشياء لا تخيف					
.18	يحس أن هناك ألما في أطراف جسمه					
.19	يشعر بحكة في جسمه					
.20	يضع الأشياء الغريبة أو الجديدة بالنسبة له في فمه ويتذوقها					
.21	يقرب الأشياء الغريبة أو الجديدة بالنسبة له إلى عينيه ويركز فيها					

البعد الاجتماعي والانفعالي

الرقم	الفقـــــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
1.	ليس لديه رغبة في سماع الآخرين					
2.	لا يبالي بمن حوله أو بالآخرين عموما					
3.	يفضل الجلوس لوحده بمعزل عن الآخرين					
4.	يتحدث كثيرا ثم يصرف النظر عن استجابة المستمع أو المستمعين					
5.	لديه قصور في المشاركة في الأحاديث المتبادلة					
6.	يعبر عن الأشياء الضرورية بالنسبة له فقط (روابط محدودة)					
7.	يقيم اتصالات محدودة جدا					
8.	لديه علاقات محدودة مع الآخرين					
9.	يكره التلامس البدني (الجسمي) فهو لا يقبل العناق أو الضم أو الحمل					
10.	يرتبط بشخص معين فيكون هذا الشخص هو القادر على التواصل مع الطفل					
11.	يكره مساعدة الآخرين					
12.	يرغب باللعب لوحده					
13.	لديه قصور في مشاركة الآخرين اللعب					
14.	يخفق في استخدام الابتسامة في المواقف التي تتطلب الابتسام					
15.	يفشل في تكوين صداقات وعلاقات وروابط اجتماعية					
16.	لديه رغبة قليلة في التعرف على الآخرين					
17.	يهمل الاهتمام بوالديه إذا ابتعدا عنه					

18.	يرفض الاستجابة عندما يناديه أحد					
19.	يلتصق بالآخرين بشكل غير عادي					
20.	لديه قصور في البحث التلقائي عن الترفيه					
21.	يفشل في تغيير وضعه الجسمي و البصري عندما يقترب منه أحد					
22.	يحاول جذب اهتمام الآخرين					
23.	يتجاهلك إذا قدمت له شي					
24.	لديه صعوبة في التواصل مع الآخرين بصريا فهو لا يجعل عينيه تجاه عينيك إذا تحدثت إليه					
25.	لديه رغبة قليلة في الاتصال (التواصل) بالغير					
26.	لديه صعوبة في تبادل إشارات السلام والوداع (التلويح باليد للتوديع)					
27.	ينشغل بأي شيء عندما تتحدث إليه ولا ينصت إليك					
28.	يحملق ويحدق بعينيه عندما ينظر إليك					
29.	لديه نظرات مبهمة وغير مفهومه المغزى					
30.	لديه صعوبة في فهم مشاعر وعواطف الآخرين					
31.	لديه صعوبة في إظهار عواطفه ومشاعره					
32.	لديه مشاركة وجدانية/ انفعالية قليلة تجاه الآخرين					
33.	يرفض الملاطفة أو المداعبة					
34.	لديه صعوبة في المشاركة في المواقف الانفعالية					
35.	يتعاطف نحو أشياء أو موضوعات غير عادية					
36.	يضحك من غير سبب معروف					
37.	يبكي من غير سبب معروف					
38.	يتعلق بالأشياء غير الإنسانية (خيوط/ العاب) وقد يلتصق بالحيوانات (قط/ أرنب)					
39.	يبدو وكأنه حزين					
40.	لديه مظاهر القلق والتوتر					

توزيع الدرجات على الفقرات كالتالي:

الرقم	الفقـــــرة	لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث احيانا	يحدث غالبا	يحدث باستمرار
		0	1	2	3	4

نموذج تفريغ الدرجات

البعد	الدرجة
بعد العناية بالذات	
البعد اللغوي والتواصلي	
البعد الأكاديمي	
البعد السلوكي	
البعد الجسمي والصحي	
البعد الحسي	
البعد الاجتماعي والانفعالي	
الابعاد مجتمعة (الدرجة الكلية للأبعاد مجتمعة)	

قائمة بالمصادر التي اعتمدت في بناء أداة الدراسة

المصادر العربية:

- آل مطر، فايز، 2001 دراسة نمائية مقارنة أبعاد السلوك التكيفي لدى عينة من الأطفال التوحديين والأطفال المعوقين عقلياً في المملكة العربية السعودية، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- البلشة، أيمن، 1994، الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين الأطفال المتوحدين والأطفال المتخلفين عقلياً، رسالة ماجستير، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.
- توني اتوود، 2003، لماذا يتصرف طارق هكذا..؟، ترجمة الفهد، ياسر، الناشر (المترجم ياسر الفهد)، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الحمدان، عبد الله، 2000، حقائق عن التوحد، ط1، سلسلة إصدارات أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- حمدان، محمد، 2001، التوحد لدى الأطفال، اضطراباته وتشخيصه وعلاجه، دار التربية الحديثة، الكويت.
- الخطيب، جمال و آخرون، 2001، الدليل الموحد لمصطلحات الإعاقة والتربية الخاصة والتأهيل، ط1، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء العمل والشؤون الاجتماعية العرب.
- روبرت كوجل و لن كوجل، 2003، تدريس الأطفال المصابين بالتوحد، ترجمة السرطاوي،عبد العزيز و أبوجودة، وائل وحشّان، أيمن، ط1، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- الروسان، فاروق، 1996، سيكولوجية الأطفال غير العاديين مقدمة في التربية الخاصة، جمعية عمال المطابع التعاونية، عمان، الأردن.
- الروسان، فاروق، 2002، أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة، ط2، دار الفكر، عمان، الأردن.
- السرطاوي، زيدان و سيسالم، 1992، المعاقون أكاديمياً وسلوكياً، ط2، مكتبة الصفحات الذهبية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- السعد، سميرة، 1997، معاناتي والتوحد، ط1، منشورات ذات السلاسل، الكويت.
- سليمان، عبد الرحمن، 2001، إعاقة التوحد، ط2، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.

- سليمان، عبد الرحمن، 2001، **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (الخصائص والسمات)**، ط1، مكتبة الزهراء، القاهرة، مصر.
- سليمان، عبد الرحمن، 2001، **سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة**، ج2 **(أساليب التعرف والتشخيص)**، ط1، مكتبة الزهراء، القاهرة، مصر.
- شقير، زينب، 2002، **نداء من الابن المعاق (التوحدي)**، ط1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- الشمري، طارش، 1996، **المهارات الاجتماعية لدى التلاميذ الذين لديهم اضطراب التوحد**، مركز الكويت للتوحد، الكويت.
- الشمري، طارش، 2000، **الأطفال التوحديون**، ندوة الإعاقات الثمانية، جامعة الخليج العربي، المؤسسة العربية للطباعة والنشر، البحرين.
- الشمري، طارش، 2001، **جوانب النمو لدى الطفل التوحدي**، قسم التربية الخاصة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الشمري، طارش، 2002، **قياس وتشخيص الأطفال التوحديين**، قسم التربية الخاصة، جامعة الملك سعود، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الشمري، طارش و السرطاوي، زيدان، 2002، **صدق وثبات الصورة العربية لمقياس تقدير التوحد الطفولي**، مجلة أكاديمية التربية الخاصة، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- شيفر وملمان، 1999، **سيكولوجية الطفولة والمراهقة**، ترجمة وتعريب العزة، سعيد، دار الثقافة، عمان، الأردن.
- عبد الله، محمد، 2001، **الطفل التوحدي أو الذاتوي**، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- العزة، سعيد، 2002، **التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية**، ط2، دار الثقافة، عمان، الأردن.
- فراج، عثمان، 2002، **الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة**، ط1، المجلس العربي للطفولة والتنمية، القاهرة، مصر.
- الفهد، ياسر، 1999، **كل شيء عن التوحد**، مجلة عالم الإعاقة 56: 61 .
- الفهد، ياسر، 2002، **التوحد والنمو الجنسي عند البلوغ (المظاهر والمشكلات والعلاج)** مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

- الفوزان، محمد، 2000، **التوحد (المفهوم...التعليم...والتدريب)**، ط1، دار عالم الكتب، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- الفوزان، محمد، 2002، **طيف التوحد بين الحقيقة والغموض**، ط1، دار عالم الكت، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- القاسم، جمال وعبيد، ماجدة والزعبي، عماد، 2000، **الاضطرابات السلوكية**، ط1، دار الصفاء، عمان، الأردن.
- القريوتي، يوسف و السرطاوي، عبد العزيز و الصمادي، جميل، 1995، **المدخل إلى التربية الخاصة**، ط1، دار القلم، دبي، الإمارات العربية المتحدة.
- قطامي، يوسف وعدس، عبد الرحمن، 2002، **علم النفس العام**، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- قنديل، شاكر، 2000، **إعاقة التوحد طبيعتهاوخصائصها** " الموتمر السنوي لكلية التربية، جامعة المنصورة، ص "45-100".
- كامل، محمد، 1998، **الأوتيزم**، دار النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- لورثا وينج، 1986، **الأطفال التوحديون**، ط3، سانت أدفندزبري، بريطانيا.
- محمد، عادل، 2003، **الأطفال التوحديون**، ط1، دار الرشاد، القاهرة، مصر.
- المغلوث، فهد، 2000، **طبيعة وواقع الخدمات المقدمة للطفل التوحدي في المملكة العربية السعودية**، ندوة الإعاقات الثمانية، جامعة الخليج العربي، المؤسسة العربية للطباعة والنشر، البحرين.
- نصر، سهى، 2002، **الاتصال اللغوي للطفل التوحدي (التشخيص والبرامج العلاجية)**، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- هويدي، محمد، 2000، **اضطراب التوحد والاضطرابات المشابهة**، ندوة الإعاقات الثمانية، جامعة الخليج العربي، المؤسسة العربية للطباعة والنشر، البحرين.
- يحيى، خوله، 2000، **الاضطرابات السلوكية والانفعالية**، ط1، دار الفكر، عمان، الأردن.
- يوسف، جمعة، 2000، **الاضطرابات السلوكية وعلاجها**، ط1، دار غريب، القاهرة، مصر.

المصادر الاجنبية :

- American Psychiatric Association (2000) .Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed- Text Revised) Washington DC: Author.
- Ehlers, Ramberg C .Ajohonson , M .1996 .Language and Pragmatic Functions in School age Children on the Autism Spectrun .
- Elisabth & Dykems & Volkmor , F , M .1991 .Thought Disorder in High Function Autistic Adults , J.of Autism and Developmental Disorders , Vol (7) p.p .291,402:404
- Eric,Schopler & Gary ,Mesibov , 1994 , Behavioral Issues in Autism , Plenum press , New York .
- Gillberg, G .and Coleman, N .1992 .The Biology of The Autistic Syndromes , Cambridge University Press.
- Heward,W & Orlanaky,M .1988 .Exceptional Children, (3rd-ed) ,Charles, E .Merrill Publishing Com
- Howlin , P (1989) Changing Approaches to Communication Training with Autistic Children .British Journal of Communication Disorders , Vol (24) p.p .151:168
- Jame, Summers, A .Graik , A .1994 .The Effects of Subject Performed Task of the Memory Performance of Verbal Autistic Children , J of A.D.D ,Vol (24) p.p.773:783
- Jardan, Rita ,1995 .Understanding and Teaching children with Autism, British Library, England.
- Kanner, L .1943 .Autistic Distrubance of Effective Contact , Nervous Children , Vol (24) p.p .22:25
- Krug, D .Arick .J & Almond, P.1980 .Behavior Cheeklist for Identifying Severely Handicapped Individuals with High Levels of Autistic Behavior, Journal of Child Psychology , Vol (21), pp .221-229.

- Lida, Helene .P .1993 .Dysfanctionment Cognitive et Manifestations Psychiatriques Dans le Syndrome de l,(X) Fragile , J of Psychiatic Enfantil Autism V(3) p.p.5:26
- Marjorie , Bock , A .1994 .Acquisition, Maintenance and Generlization of a Categorization Strategy by Children with Autism , J of A.D.D , Vol (24)(1) p.p39:51
- Marvy , Joel & Team Andrian & Sauvag, Dominique ,1997 .Singnes precoses de I,Autism it Films Famliau X , J Dapsy Chiabie de I,enfant.
- Micheal,W .1999 .Nicosft(r) Encarta (r) Encyclopedia .(99)
- National Society for Autistic Children , 1978 , National Society for Autistic Children definition of The Syndrom of Autism , Jornal of Autism and Schizophrenia ,Vol (8) p.p .162:167
- Ornitz, E .1989 .Autism In Last, C .and Hersen , Handbook of Child Psychiatric Diagnosis,Wiley Series on Personality Processes, New York.
- Palon, C.G & Spencer,Betty,L .1959 .A Checklist of Symptoms of Autism of Early Life , The West Virginia Medical Journal Vol (55) p.p.198:203.
- Rimland, B .1968 .On The Objective Diagnosis of Infantile Autism , Acta Paedopsychiatrica .
- Ruttenberg , B .Akalish , BI, Wernar , C & Wolf ,E.G .1980 .Behavior Instrument for Autistic and oter A Typical Children (Rev-ed) Philadelphia , Developmental Center for Autistic Children
- Rutter, M .1993 .Classification of Pervasive Developmental Disorders , Journal of Autism and Developmental Disorders, Vol (4) p.p .389:406
- Schopler,Recheler and Runner ,1988 .Diagnosis and Assesment in Autism , The Childhood Autism Rating Scale, New York: Plenumpress.
- Sears, L.L .Finn , R .1994 .Abnormal Charcol Eye Blink Conditioning in Autism , Journal of A.D.D Vols (24),(3) p.p .51:737

- Short, Andrew.B & Marcus, lee , 1986 .Psycho Educational Evaluation of Autism and &Adolescents with Low Incidence Medicos (Eds) Inc .
- Sigman, R , A .1998 .Cognitions and Emotion in Children and Adolescents with Autism , wiely and sons, New York .
- Smadi, Jamil , 1985 .A Validation Study of A Jordanian Version of The Autism Behavior Chicklist of The Autism Screening Instrument For Educational Planing, Doctoral Dissertation , Michigan State University , E.Lansing , Usa .
- Stone, W .1998 .Autism in Ifantil and Early Childhood In : Cohen, and Volumes , Newyourk
- Volkmar.F.R .1996 .Autism Pervasive Developmental Disorders , Diagnosis and Assessment(5 th-ed)
- www.Autism-Society.org