

الدكتور
محمد قاسم عبد الله

الدكتور
السيد عبد الحميد سليمان



الدليل التشخيصي للتوحديين (العيادي)



الدليل التشخيصى للتوحدين (العيادى)

تأليف

الدكتور/ محمد قاسم عبد الله
أستاذ مساعد الصحة النفسية
وكيل كلية التربية- جامعة حلب

الدكتور/ السيد عبد الحميد سليمان السيد
مدرس علم نفس صعوبات التعلم
كلية التربية- جامعة حلوان

الطبعة الأولى
١٤٢٤هـ / ٢٠٠٣م

ملتزم الطبع والنشر

دار الفكر العربى

٩٤ شارع عباس العقاد - مدينة نصر - القاهرة

٢٧٥٢٧٣٥، فاكس، ٢٧٥٢٩٨٤، ت.

www.darelfikrelarabi.com

INFO@daralfikrelarabi.com

السيد عبد الحميد سليمان السيد.	١٣٦،٧
الدليل التشخيصى للتوحدين (العيادى) / تأليف السيد	سرى دل
عبد الحميد سليمان السيد ، محمد قاسم عبد الله . -القاهرة:	
دارالفكر العربى، ٢٠٠٣م.	
٦٠ ص ٢٤٠ سم .	
بليوجرافية : ص [٥٧] - ٦٠ .	
تدمك : - - ٩٧٧-١٠-	
١-الأطفال - علم النفس . ٢- اضطرابات السلوك .	
١-العنوان.	

جمع إلكترونى وطباعة

البردى



الإخراج الفنى / حسام حسين أنيس.

المراجعة اللغوية/ عبد العظيم إبراهيم.

رقم الإيداع/ ٧٧٧٧ / ٢٠٠٣

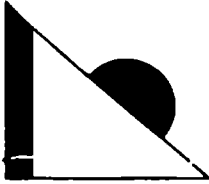
إهداء



• إلى أساتذتنا الذين ارتشفنا من بحر علمهم كل طيب وطاهر.

• إلى طلابنا الذين نتظرهم في المستقبل أساتذتنا.

• إلى والدينا وأبنائنا أصلنا وغرسنا.



بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

مقدمة:

شاءت إرادة الله سبحانه وتعالى أن يجتبي بعض خلقه بنعمه وآلائه فمنهم معافى ومنهم مجافى عن الصحة والعافية ليبلغوا شعاف رحمة الله .
ولعل من أهم الفئات التي اجتباها الله ببعض نعمه ، فئة الأطفال التوحديين ، الذين يتكفثون على ذاتهم وكأنهم شيوخ طُعن في العمر .
ومن هنا ، تساءلنا هل يمكن التعرف عليهم في بواكير أيامهم حتى نستطيع مداراتهم وعلاجهم ؟ ومن ثم كان مولفنا الحالى والذى اتخذ الصفة الإجرائية ، لنقدم من خلاله تأطيرا نظريا وتشخيصا عمليا لهؤلاء الأطفال . ومسعاانا فى ذلك هو إثراء المكتبة العربية ومساعدة الأهل والوالدين والمتخصصين .
والله نسال أن يهب امتنا العربية عزها ومجدها .
وأخر دعوانا أن الحمد لله رب العالمين .

المؤلفان

المحتويات

الصفحة	الموضوع
٥	مقدمة .
	الفصل الأول
	معنى التوحد وتاريخه
	مقدمة .
١١	التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية .
١٢	أصل المصطلح وتعريفه .
١٤	انتشار التوحد وحدوثه .
	الفصل الثاني
	عوامل التوحد
١٧	أولا - العوامل البيوكيميائية .
١٨	ثانيا - العوامل العضوية والعصبية .
١٩	ثالثا - المضاعفات العصبية للتوحد .
	الفصل الثالث
	التوحد في مراحل النمو
٢٣	التوحد في مرحلة الرضاعة أو المهد .
٢٤	الوصف الكليتيكي .
٢٥	مقارنات جماعية .
٢٦	التفاعل والتبادل الاجتماعي .
٢٧	بعض المظاهر السلوكية الخاصة بهذه المرحلة .
٢٩	التوحد في مرحلة المدرسة الابتدائية .
٣٠	مظاهر النمو لدى الأطفال التوحدين في مرحلة المدرسة .
٣٠	- المهارات الاجتماعية والتكيفية .
٣٢	- اللغة والتواصل .

الصفحة	الموضوع
٣٣	- السلوك الانفعالي .
٣٣	- التحصيل الاكاديمى أو الإنجاز المدرسى .
٣٥	- التوحد فى مرحلتى المراهقة والرشد .
٣٥	- فحص الاضطراب وتشخيصه وتقديره .
٣٧	- القياس والتقدير .
٣٨	- قضايا نمائية فى مرحلتى المراهقة والرشد .
٣٨	- المهارات المعرفية .
٣٨	- السلوك .
٣٩	- الحالة الصحية والنفسية .
٤٠	- اللغة والتواصل .
٤١	- المهارات الاجتماعية والبيشخصية (التبادلية) .

الفصل الرابع

أبعاد ومفردات الدليل التشخيصى الكلىنىكى

٤٧	الابعاد المقترحة للدليل التشخيصى الكلىنىكى للأوتيزم للأطفال من عمر شهر حتى ثلاثين شهرا .
٥٢	قائمة مفردات الدليل التشخيصى الكلىنىكى للأوتيزم للأطفال من عمر ٦ سنوات إلى ١١ سنة .
٥٧	المراجع .

الفصل الأول

معنى التوحيد وتاريخه

- مقدمة.

- التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية الشديدة.

- أصل المصطلح وتعريفه.

- انتشار التوحيد وحلونه.

مقدمة:

يعتبر التوحد ، « الأوتيزم Autism » أحد أشكال الاضطرابات النمائية المنتشرة الشديدة ، وقد اعتبره الكثيرون أحد أشكال الإعاقة الانفعالية ، وقد ظهر هذا المفهوم لأول مرة على يد الطبيب النفسى الأمريكى ليوكانر leokanner سنة ١٩٤٣ ، حين نشر ورقة بعنوان « اضطراب التوحد للتواصل العاطفى » وذلك نتيجة عمله مع (١١) طفلا يشتركون فى كثير من الخصائص أهمها : عدم القدرة على الارتباط بالناس أو المواقف بصورة عادية ، والافتقار التام للاستجابة الجسمية والانفعالية للآخرين عدا الامتعاض واليأس والخوف حين يحاول أى فرد اقتحام عالمه الخاص .

وقبل الحديث عن طبيعة الاضطراب وأعراضه ، لا بد لنا من ذكر التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية عامة واضطراب التوحد خاصة .

التوجهات التاريخية حول الاضطرابات النمائية الشديدة:

لقد نشر العالم الإيطالى دى سانكيستس Desanctis خلال الفترة (١٩٠٦ - ١٩٧١) ورقة مهمة تتعلق بفصام الطفولة محاولة الإجابة على عدد من التساؤلات ، مؤكدا أن فصام الطفولة هو أحد الاضطرابات النفسية الشديدة ، وسماها جنون البشر Dementia Praecocissima وتحدث قبل البلوغ وتختلف عن التخلف العقلى ، ولكنها تشبه فصام الطفولة بالصورة التى يحدث بها فى المراهقة والرشد .

أما الباحث الالمانى هيللر Heller فقد لاحظ عدة أعراض لدى الاطفال الذين درسهم مثل :

تغير المزاج ، والتمرد ، وتدهور القدرات العقلية مع فقد القدرة على الكلام ، وتدهور الأداء الحركى وتقلص عضلات الوجه بصورة لا إرادية ، وسمى الحالة باسم الجنون الطفولى Dementia Praecocissima وسميت كذلك زملة هيللر Hellers Syndrome ، مؤكدا أنها تختلف عن التخلف العقلى وتسمى فصام الطفولة .

أما لوريتا بندر Leoretta Bender، فقد اعتبرت فصام الطفولة اضطراباً نفسياً عضوياً يؤثر في كل أشكال الأداء ، وأن العوامل الوراثية والعضوية تلعب فيه دوراً كبيراً، وفي عام ١٩٤٣م نشر كانر ورقته « اضطراب التوحد للتواصل العاطفي » بعد ملاحظته للأطفال الذين درسهم ، وذكر الأعراض التي بدت عليهم ، وكان أهمها :

أنهم لا يقدمون على تعديل وضع أجسامهم بصورة تلقائية، ويتميزون بذاكرة صماء ، وترديد بيغايى للكلمات والخلط بين الضمائر ، وعدم الوعي بالناس ، وعدم اللعب بطريقة إبداعية خيالية عندما يلعبون مع الأطفال الآخرين ، هذا إلى جانب رغبتهم القهرية على ثبات البيئة والأشياء التي تحتويها .

إن الرأي السائد الآن هو أن هناك مجموعة من أنماط السلوك المتلازمة تؤلف معا أعراضاً طبية لمتلازمة توحد الطفولة .

ولقد أثبت التاريخ الطبي أن التسمية والتعريف للأعراض لها فوائد كثيرة ، حيث إنها وفرت اكتشاف الأسباب الأولى وطرق التأهيل الوقائية ، مبينة للأسباب العضوية والاجتماعية ، ويعتبر كانر أول من أشار إلى التوحد كاضطراب يحدث في الطفولة وسماه التوحد الطفولي وذلك عام ١٩٤٣ ، ومنذ ذلك التاريخ استخدمت تسميات مختلفة للاضطراب مثل: توحد الطفولة المبكرة Early Infantile Autisn ، وذهان الطفولة Childhood Psychosis ، ومن الناحية التاريخية استخدم مصطلح التوحد في البداية في ميدان الطب النفسى عندما عرف الفصام ، حيث استخدم التوحد كصفة للفصامى تشير إلى الانسحاب ، ثم أخذ المصطلح ليستخدم للإشارة إلى الاضطراب بكامله والمسمى : اضطراب التوحد .

أصل المصطلح وتعريفه:

مصطلح التوحد بالإنجليزية . . أوتيزم Autism ، وهو مشتق من Autonomy ، أى الاستقلالية والذاتية ، ومن المعروف أن الغرض الرئيسى للاضطراب هو : الانغلاق على الذات والأنطوائية الشديدة .

ويعتبر الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث للأمراض النفسية (DSM111) الصادر عن ١٩٨٠ أول دليل تشخيصى يدخل مصطلح التوحد إلى قائمة الأمراض العقلية تحت اسم التوحد الطفولى باعتباره أحد اضطرابات مرحلة الطفولة ، وبذلك

يكون هذا الدليل قد حل إشكالية الخلاف بين العلماء حول تحديد طبيعته ، ويذكر الدليل ستة معايير لتعريف الطفل التوحدي وتشخيصه تتمثل فى :

- ١- يبدأ قبل الشهر (٣٠) من العمر .
- ٢- تنقصه الاستجابة للناس (انطوائى على ذاته بشدة) .
- ٣- عجز واضح فى نمو اللغة .
- ٤- أنماط متميزة وغريبة فى الكلام - إذا وجدت - كالترديد البيجاوى للكلمات .
- ٥- استجابات شاذة وغريبة نحو بيئته مثل مقاومة التغيير ، والاهتمام الشديد بالأشياء والموضوعات الحسية أو الجمادة .
- ٦- لا توجد هلوسات أو هذيانات كما فى الفصام .

وبالرغم من الصدق والثبات الذى يتصف به هذا المعيار بما يتيح الاعتماد عليه فى القياس والتشخيص إلا أنه كان موضع تساؤل حول المعلومات التى يقدمها عن أسبابه .

ويعرف أورنتز Orntiz (١٩٨٩) التوحد بأنه :

« أحد اضطرابات النمو الشديدة عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبى ثابت ، أو تغيرات بيوكيميائية ، أو أيضية أو علامات جينية ، وقد افترض هذا العالم أن من العوامل المسببة للتوحد ما يكون بعضها قبل ولادية ، وبعضها ولادية ، وبعضها الآخر بعد ولادية ، وأنها تحدث خلافاً فى المخ ، والأرجح أن معظم الحالات تعود لمثل هذه العوامل على حد تعبيره .

وتتضمن المتلازمة السلوكية للتوحد فئات الأمراض التالية :

- ١- اضطراب فى العلاقات مع الآخرين .
- ٢- اضطراب فى التواصل واللغة .
- ٣- اضطراب فى الاستجابة للأشياء والموضوعات .
- ٤- اضطراب فى السلوك الحسى .
- ٥- اضطراب فى السلوك الحركى .

انتشار التوحد وحدوده:

يعتبر التوحد اضطرابا نمائيا نادر الحدوث نسيبا مقارنة بالاضطرابات النمائية الأخرى ، ويقدر معدل انتشاره بحوالى ٢ : ٥ ولادات من كل عشرة آلاف ولادة (Lord and Paol 1988) .

وبسبب الاختلافات حول تعريفه فإن البحوث السابقة حول انتشاره غالبا ما تتضمن دراسة أطفال يتصفون بصفات مختلفة ، وقد وجد جلبرج (Gillberg, 1984) أن معدل حدوث التوحد يتراوح ما بين ٢ : ٥ حالات من بين كل عشرة آلاف طفل ، فى حين بينت دراسات أخرى أن نسبة انتشاره تتراوح بين ٤ : ٥ لكل عشرة آلاف طفل مولود ، وفى اليابان بينت إحدى الدراسات أن معدل حدوث الاضطراب بلغ ١٦ حالة لكل عشرة آلاف طفل ، وأن ١٣٩ طفلا من المفحوصين كانت أعمارهم دون ستة وثلاثين شهرا ، وأن ٢٠ طفلا من هؤلاء المفحوصين قد تمّت متابعتهم حتى سن ٦ سنوات (Ishii and Takahashi 1983) .

الفصل الثاني

عوامل التوحد

أولاً: العوامل البيوكيميائية.

ثانياً: العوامل العضوية والعصبية.

ثالثاً: المضاعفات العصبية للتوحد.

سوف نستعرض هنا أهم وأحدث النتائج العلمية حول عوامل التوحد :

أولاً: العوامل البيوكيميائية

يعتبر السيروتين من النواقل العصبية الهامة فى الجهاز العصبى المركزى ، ويتحكم فى العديد من العمليات والوظائف الحيوية والسلوكية بما فيها النوم ، وتناول الطعام ، وحرارة الجسم ، والشهية .

ولقد أجريت العديد من البحوث العصبية والكيميائية فى اضطراب التوحد وقد ركزت على دور السيروتين فيه .

وينشأ السيروتين فى الدم فى عمرات الاحشاء والقناة الهضمية والأمعاء ، ويخزن على شكل صفيحات أثناء الدوران ، حيث يتم هدمه (الأيض الهدمى) ويتحول إلى الهيدروكيندريستيل 5 بواسطة إنزيمات خاصة بعد امتصاصها فى الكبد والرئة .

وقد تبين أن نسبة عالية من السيروتين عند الأطفال التوحدين تعبر عن وجود فروق فى صفيحات الهيدروكستير بتامين التى يتم امتصاصها وفى عدد هذه الصفيحات (عبد الله : ٢٠٠١) كما تبين أن السيروتين قد زاد عن معدله الطبيعى لدى الأطفال التوحدين .

الدوبامين:

تؤثر مادة الدوبامين فى حالة اليقظة ومظاهرها الحركية ، وقد ثبت أن الأعراض الرئيسة فى التوحد مثل الطقوسية أو النمطية والنشاط الزائد قد تم تحريضها لدى الحيوانات بعد إعطائها كمية زائدة من هذه المادة ، مما أدى إلى الافتراض بأن العصبونات الدوبامينية المركزية تكون مرتفعة النشاط عند التوحدين (عبد الله : ٢٠٠١) .

النورإينفرين:

تعد هذه المادة من الناحية العصبية مهمة إلى حد كبير حيث تموضع فى الدماغ المؤخرى ونواة اللوك سيريلوس Locus Carlus وتنتشر فى المناطق الدماغية والنخاع الشوكى حيث تلعب دورها فى اليقظة وفى القلق والذاكرة .

والادوية التي تستعمل فى خفض النورابنفرين تستعمل لمعالجة أعراض الانسحاب والادوية التي تستعمل لتنشيطه تستخدم فى معالجة الاكتئاب .

ويتم فحص العصبونات النورادرينالية المركزية بواسطة تحديد مستوى النورابنفرين فى السائل المخى الشوكى مما يكشف لنا كميته ونشاطه فى الحبل الشوكى والدماغ ، وبالرغم من أن عدة دراسات لم تجد فروقا فى مستوى هذا السائل العصبى بين التوحدين والأسوياء ، إلا أن دراسة حديثة هدفت إلى فحص مستواه عند النساء وفى منتصف الليل لدى التوحدين بينت أن هناك انخفاضا ضئيلا فى إنتاجها لدى المفحصين (Mindera , 1989) .

باختصار نقول إن مسحا شاملا للدراسات وبحوث البيوكيمياوية العصبية التي أجريت على التوحدين ، أظهرت فروقا ضئيلة فى التيبه للناقلات العصبية بين التوحدين والأسوياء ، مما دفع الباحثين لمزيد من البحث والدراسة التي لا تزال مستمرة ، وقد ثبت أن هناك زيادة فى السيروتين [5HT] فى الدم لدى التوحدين وكذلك وجود خلل فى البيبتيدات العصبية وهرمونات الغدد الصماء ، وزيادة فى الدوبامين [DA]

ثانياً: العوامل العضوية والعصبية

لقد اعتبر التوحد إضرابا فى نمو الدماغ وأن مشأه عصبى ، وأن هناك خللا عصبيا وخاصة فى تشعبات المحاور العصبية وفى المشابك Synaptic وما تزال البحوث مستمرة لكشف نواحي الشذوذ العصبية

- الجهاز العصبى المركزى:

إن التكامل الفسيولوجى العصبى للمسارات العصبية فى الدماغ يمكن بحثه من خلال الطريقة المعروفة باسم الجهد المحرض أو المستثار Evoked Potential الذى يعتبر بمثابة تسجيل الاستجابة العصبية للمثيرات الحسية والمهمات العقلية والتي تتحدى قدرات الشخص للاستجابة ، وتسجيل التغيرات العصبية التي تحصل على طريق مسارين يستخدمان لهذا الغرض ، فالمثيرات الحسية تستدعى نشاطا كهربائيا فى الوقت النظامى فى مناطق مختلفة من الدماغ ، وهذا الجهد يعكس النشاط العصبى ويبين عدد الأجهزة العصبية التي ساهمت فى الفعل ، فالجهد المحضر فى جذع المخ بواسطة المثيرات

السمعية والبصرية ينشأ فى جزء من الملى ثانية ويعكس النشاط العصبى الاولى للمسارات الحسية ، وقد أظهرت دراسة حديثة أجريت على الأطفال التوحديين أن هناك خللا وشذوذا فى مستويات بسيطة وشديدة ظهرت فى اختفاء بعض الموجات وتأخر زمن النقل فى منطقة جذع المخ (McClelland , 1992) .

ولقد تجمعت دلائل كثيرة فى البحوث الفسيولوجية ومن خلال الملاحظات الكلينية على الأساس العصبى والعضوى للتوحد ، ومن الافتراضات ما بين أن الخلل يكمن فى العقد القاعدية Basal Ganglia ، وفى المنظومة الدهليزية ، والفص الصدغى ، أما الدراسات الأحدث فى التسمينيات من القرن العشرين فقد بينت أن العطب يكمن فى النسيج العصبى للفص الجبهى ، وقد استنتج كولمان (١٩٩٠) أن العوامل المستولة عن الاضطراب تحدث فى مرحلة لاحقة من النمو خلال اكتمال وتعدد العمليات العصبونية، وأن هناك اتخفاضا فى عدد خلايا بوركنج لدى التوحديين الذين تم دراستهم (Ritro , 1985) .

ثالثا، المضاعفات العصبية للتوحد،

يعد الصرع من المضاعفات العصبية للتوحد ، حيث إن تطور الصرع لدى المصابين بالتوحد قد أثبتته العديد من الدراسات التى بينت أن هذا التطور يحدث ما بين ٢٠-٣٥٪ وأن نوبات الصرع كانت أكثر انتشارا فى الحالات الحادة ، كما بينت أن بعض حالات التوحد واضطرابات النمو الشديدة فى الطفولة والمراهقة ترافقت بانحدار وضعف فى اللغة تمثل بما يعرف بمتلازمة ليندو كليفنر (Landao - Kleffner) أو ما يعرف بأفيزيا الصرع (Epileptic Aphasia) .

الفصل الثالث

التوجه في مراحل النمو

- التوجه في مرحلة الرضاعة أو المهد.

- الوصف الكلينيكي.

- التوجه في مرحلة المراهقة والرشد.

- القياس والتقدير.

إن الفكرة القائلة بأن التوحد ينشأ من مراحل النمو المبكرة ، فكرة ليست جديدة ، فقد أكد (كانر) منذ عام ١٩٤٣ أن الاضطراب يظهر منذ المهد ، وأن الأطفال المصابين به يحملون عجزا فطريا عن تكوين العلاقات الاجتماعية ، وقد أكدت تقارير الوالدين أن بداية الأعراض تكون منذ مراحل النمو المبكرة ، وقد أثبتت العديد من الدراسات أن متوسط العمر الذى يبدأ فيه الاضطراب بالظهور هو ١٦-٢٠ شهرا من حياة الطفل .

التوحد في مرحلة الرضاعة أو المهد :

إن أحد أسباب قلة المعلومات المتوافرة عن الأطفال الذين يعانون من التوحد يكمن فى أن التشخيص الدقيق للحالة لا يتم حتى يبلغ سن الرابعة أو الرابعة والنصف من العمر ، من جهة أخرى فإن التشخيص الرسمى قبل سن الثانية من العمر يكون صعبا لأن معيار التشخيص يتطلب مستوى معيناً من النمو اللغوى والمعرفى قبل ظهور العجز الخاص (مشكلات العلاقات مع الأقران ، واضطرابات اللغة) إن شكل الخلل والاضطراب الاجتماعى والتواصلى يمكن ملاحظته خلال السنتين الأوليين من الحياة ، حتى لو لم يتم التشخيص الإكلينيكى الرسمى .

وهناك عدد من الاتجاهات والمقاربات التى تحاول الإحاطة بمشكلة دراسة الاطفال الذين لم يتم تشخيصهم بعد ، إن أكثر هذه الإستراتيجيات شيوعا وانتشارا هى التى تعتمد الحصول على تقارير من الوالدين عن المراحل السابقة باستخدام الاستبيانات والمقابلات ، وبالرغم من أن هذه الطريقة تمثل نافذة نطل من خلالها على سلوكيات المولود أو الطفل، إلا أنها تعاني من صعوبات وعدم دقة ، لقد تركز الانتباه فى السنوات الأخيرة على دراسة الأفلام والصور المأخوذة لهؤلاء الاطفال فى مراحل حياتهم الأولى ، وكثيرا ما اعتمد عليها فى تكوين مقاييس وقوائم فحص تستخدم فى التشخيص ، ولكنها مع ذلك تعاني من عدم ثبات يمكننا من الوثوق بها (Stone , 1998) .

ومن الاتجاهات والطرق المستعملة فى دراسة مظاهر التوحد منذ مراحل النمو الأولى ، الدراسات التتبعية التى تمكن من جمع معلومات كثيرة عن الطفل خلال نموه مما يتيح لنا تتبع نمو أعراض الاضطراب ، وبالرغم من قلة حالات التوحد فإن هذه الطريقة عملية وملائمة فقط للأطفال والمواليد الذين يعانون من خطر التعرض للاضطراب بدرجة عالية والذين يظهرون أعراض التوحد الرئسية مبكرا .

الوصف الكلينيكي:

لقد قدم (كانر) أولى الدراسات الوصفية لحالات التوحد ، وقد بين أن هناك نوعين من أنماط السلوك التي ميزت أحد عشر طفلا كان قد درسهم .

الأول: الفشل في تقدير الوضعية التنبؤية للطفل قبل أن يتم حمل هؤلاء الاطفال من قبل والديهم .

الثاني: الفشل في تعديل وتكيف الجسم ليتناسب مع وضع الوالدين وحركتهما ، ولذلك قرر البعض أن أهم مظاهر الاضطراب في مرحلة الرضاعة الأولى وخلال الأسابيع الأولى من الحياة هي : افتقارهم للاحتضان ، والكسل في عملية المص ، وغياب الابتسامة ، وعدم إظهار الاستجابة لأصوات الناس .

لقد درس كويسك (Kubicek , 1980) العلاقة بين الأم وأحد ابنيها التوائم ، فوجده يعاني من التوحد في مراحل لاحقة . وقد تم تحليل الأفلام التي صورت لهم في حين كانت أعمارهم أربعة أشهر ، وتبين وجود فروق في العديد من المظاهر السلوكية بينهم ، فالتوائم التوحديون يظهر عليهم عدم التواصل بالتحديق وعدم النظر بالعينين مع الأم ، وتعبيرات وجهية حيادية أو خالية من المعنى ، وكذلك وضعيات جسمية جامدة وغطية ، كما تبين من دراسات أخرى استخدمت فيها مقاييس تقدير وفحص ، أن علاقة الطفل التوحدي بوالديه يبدو عليها التأخر الواضح في التواصل بشكليه الاستقبالي والتعبيرى (الأخذ والرد) وتحمل الإحباط كما تبين أنهم محدودون جدا في استعمال العينين والتحديق في السنوات الثلاث الأولى من العمر .

يجب الانتباه إلى أنه ليس جميع الاطفال الذين يظهرون اضطرابا اجتماعيا أو تواصليا في مرحلة المهد ، يجب أن يكونوا توحدين فيما بعد ، إلا أن ما يميز هؤلاء في مراحل النمو الأولى هي الصفات التالية : ضعف الاستجابة الانفعالية والعاطفية لديهم ، عدم التواصل بالتحديق واستعمال العينين ، وعدم الابتسامة ، واحتراس وحذر مبالغ فيه ، ووجدان وانفعال صامت جامد ، والوضعية الجامدة ، لقد تبين أن أعراض الاضطراب ظهرت عند بعض الاطفال من الإناث بعد فترة من النمو السوى ، كما بينت تقارير دراسة الصور والأفلام الخاصة بهؤلاء الاطفال أن ظهورها كان في حوالى الشهر الثانى عشر من العمر .

فى دراسة تعتمد طريقة التقارير الوصفية ، قام أدرين ورفاقه ، (Adrin , et , al , 1991) بفحص الافلام المتزلية التى صورت قبل سن الثانية ، لدى اثنى عشر طفلا يعانون من اضطرابات النمو المتشيرة ، وقد اعتمدت مقاييس تقدير لفحص الأنماط السلوكية لديهم ، وتبين أن تسعة أطفال يعانون من التوحد قد ظهرت لديهم اضطرابات فى التفاعل الاجتماعى ، وفى التعبير عن الانفعالات وفهمها وفى السلوك السمعى والبصرى وذلك قبل أن يبلغوا الثانية من عمرهم ، إضافة لذلك فقد تبين أن ثمانية أطفال من الاطفال التسعة كانوا قد أظهروا اضطرابات فى السلوك الحركى وأشكالا أخرى من السلوك غير النمطى والشاذ (Adrin , et , al , 1991) .

أما دراسة جيلبرج ورفاقه ، فقد بينت أن الاطفال المصابين بالتوحد قد ظهرت لديهم الاعراض التالية خلال السنة الأولى من العمر (قبل بلوغهم الشهر الثانى عشر) : صعوبة فى تقليد الحركات ، والانعزال عن الأشخاص المحيطين بهم ، وتجنب المواجهة بالنظر أو التحديق ، وعدم القدرة على التعبير عن الرغبات ، والفشل فى فهم ما يقوله الآخرون . أما من حيث اللعب ، فقد بدا عليهم اللعب غير العادى ، واللعب بأشياء محددة أحيانا بالأشياء الصلبة والجامدة ، ومحدودية الانتباه إلى عناصر الأشياء ، والانتباه إلى الأشياء المتحركة كثيرا .

مقارنات جماعية :

لقد أجريت العديد من الدراسات التى قارنت بين عينات من الاطفال التوحدين والاطفال الاسوياء ، تبين أن أكثر أشكال السلوك التى يتصف بها الاطفال المصابون بالتوحد هى : صعوبة بلوغ الأشياء ، والتجاهل ، وتجنب النظر بالمواجهة أو التحديق ، وبلادة انفعالية ، وعدم وعى غياب الأم . وبالرغم من أنهم كانوا أقل استجابة للانفعالات والم عاطفة عن طريق الابتسام ، إلا أن هذه السلوكيات الاجتماعية المناسبة كانت قد ظهرت عند نصف أفراد عينة الدراسة التى قام بها (أورنيتز) ولم تظهر فروق بين التوحدين وغيرهم من حيث سلوك الاحتضان والحمل من قبل الوالدين أو الانشغال باللعب الاجتماعية البسيطة ، أما اضطراب التواصل بما فيها التردد البيجاوى للكلمات فقد كانت أكثر بين التوحدين ، من جهة أخرى فإن تجاهل الدمى ، والقيام بأنشطة وسلوكيات متكررة مع أشياء وموضوعات معينة ، والاضطراب فى الإدراك الحسى وخاصة السمعى مثل الفشل فى الاستجابة للأصوات ، كانت أكثر انتشارا بينهم من غيرهم (Pual , et , al , 1983) .

كذلك أجريت دراسات عديدة للمقارنة بين سلوكيات الأطفال التوحدين والأسوياء في نمومهم وذلك خلال الأشهر الأولى من الحياة ، ومع أن هذه الدراسات قد ركزت على الفروق السلوكية المتعلقة بالعمر الزمني ، فإن الأطفال التوحدين يظهرون تأخرا في النمو اللغوي والمعرفي أو العقلي بالمقارنة مع الأطفال الأسوياء ، ثم عن الكثير من الفروق التي تم كشفها ربما تعزى إلى تأخر النمو الذي يعانيه هؤلاء الأطفال بالمقارنة مع غيرهم أكثر مما يعزى إلى التوحد بحد ذاته ، وقد تم التوصل إلى العديد من النتائج الهامة من خلال الدراسات التي استخدمت مجموعات مقارنة لبحث مستويات النمو ، والجدول التالي يبين بعض هذه النتائج (Cohen , et , al , 1998) .

سلوكيات تميز التوحد عن تأخر النمو لدى أطفال دون السنتين والنصف من العمر:

التفاعل والتبادل الاجتماعي:

- فقر في التقليد .
- شذوذ في التحديق والنظر بالعينين .
- اضطراب في العلاقات والتفاعل .
- ضعف في الاستجابة ، وتجاهل الآخرين .
- اهتمام ضئيل جدا في الألعاب والدمى .
- تفضيل واضح للبقاء وحيدا .
- لا يكثر حمله أو احتضانه .
- قليل الابتسام ، وتعبيرات وجهية ضئيلة .

التواصل:

- تأخر في الكلام .
 - استعمال قليل للإيماءة والحركات المعبرة .
 - الفشل في الاحتفاظ بالانتباه إلى الأنشطة .
- سلوكيات واهتمامات محدودة ومتكررة أو طقوسية:**

- نمطية حركية ووضعيات غير عادية .
- استعمال غير طبيعي للأشياء ، ولعب غير معتاد .
- التعاطف نحو أشياء أو موضوعات غير عادية .
- اهتمامات بصرية غير عادية .
- استجابة غير عادية للأصوات ، يبدو وكأنه أصم .
- غير حساس للالم أو البرد أو الكراهية .

- التوحد في مرحلة ما قبل المدرسة .

سنلقى الضوء في هذا الجزء على الخصائص التي تميز المصابين بالتوحد من الأطفال في مرحلة ما قبل المدرسة حيث يكون قد تم تشخيص حالتهم بوضوح ، وبالرغم من أن أطفال هذه المرحلة ينطبق عليهم المعيار التشخيصي للاضطراب كما هو الحال عند الأعمار سنا تماما ، إلا أن هناك بعض الخصائص التي تميزهم ، ويحدث عندهم بعض التغير نتيجة التقدم في السن والنمو .

في دراسة مبكرة أجراها وينج وبنج ١٩٦٩ قارن فيها بين سلوكيات أطفال توحيدين تبلغ أعمارهم ٢- ٥ سنوات مع أطفال أسوياء ، وآخرين يعانون من تخلف عقلي ، ومن الحبسة الكلامية ومن اضطرابات حسية تبين من خلالها أن المصابين بالتوحد كانوا أكثر إظهارا للعلاقات الاجتماعية المضطربة ، والتعاطف مع الأشياء بالمقارنة مع أفراد المجموعة الضابطة الآخرين ، أما العالم (أوتا) في دراسته التي نشرها عام ١٩٨٧ ، والتي استخدم فيها استبياناً يضم السلوكيات التي يظهرها المصابون بالتوحد بين سنى الرابعة والسادسة ، فقد تبين أن أكثر أشكال العجز والاضطراب التي ظهرت لديهم كانت (بنسبة ٩٤٪) كانت تأخر الكلام ، واضطرابات أخرى في اللغة ، وكانت المشكلات الاجتماعية بنسبة ٦٠٪ حيث ضعف العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي، وقرر ٤٠٪ منهم وجود ضعف في العلاقات مع الأقران (Stone , 1998) .

إن النتائج التي تم التوصل إليها تؤكد على ظهور أشكال السلوك الشاذ والأعراض في مرحلة ما قبل المدرسة ، فقد أثبتت جميعها أن هناك عجزا وخللا في التفاعل الاجتماعي والتواصل ، وفي أشكال السلوك الحركي مثل السلوك النمطي والطقوس الجامد والتكرر ، إن التشخيص الدقيق للاضطراب في مرحلة ما قبل المدرسة قد يعوق بسبب بعض المظاهر الكليника التي تتداخل مع تلك التي تظهر عند الأطفال الذين يعانون أشكالا أخرى من الإعاقة .

بعض المظاهر السلوكية الخاصة بهذه المرحلة:

إن أحد أبرز المظاهر التي تظهر عند الأطفال التوحيدين في هذه المرحلة والمتعلقة بالعلاقات الاجتماعية- التحديق والنظر بالعينين، أو ما يسمى بمبادلة النظر وجها لوجه

حين التواصل Eye to - Eye Gaze ، فقد تبين أن أبرز مظاهر العجز هي الشذوذ في مبادلة النظر، كما تقرر ذلك من خلال ملاحظة الوالدين وتقاريرهم ومن خلال البحوث المتنوعة، وقد كشفت بعضها أن سلوك مبادلة النظر هذا مرتبط بعوامل موقفية وغمائية ، ففي المواقف الموجهة والتي يتدخل فيها الراشدون فإن كمية مبادلة النظر المتوجهة للراشد لدى المصابين بالتوحد تشبه تلك الموجودة لدى الأطفال الأسوياء (Stone , 1998) وفي مواقف محددة وخاصة أظهر الأطفال التوحديون تواملا بالعينين أكبر من أطفال المجموعة الضابطة مثل المواقف التالية : الراشدين غير النشيطين أو تجاه الراشدين الذين يتبعون ألعابا خفيفة وناعمة ، في حين ظهر العجز في سلوك المبادلة بالنظر في المواقف غير الموجهة مثل اللعب الحر .

أما بالنسبة لتركيز الانتباه ومشاركة الآخرين انتباههم فقد ثبت أنهم يعانون من عجز واضح في هذا السلوك، ومن المعروف أن هذا السلوك يرتبط بالتفاعل الاجتماعي أيضا لأنه يمثل وظيفة لعملية المشاركة الاجتماعية والتبادل مع الآخرين، والذي يختلف عن ذلك السلوك الانتباهي الذي يخدم كوظيفة للحصول على أشياء معينة ، وقد تبين أن أطفال هذه المرحلة من التوحدين يعانون من عجز في مشاركة الآخرين انتباههم مثل عرض الآخرين الأشياء لهم ، أو تبديل وتغيير النظر بين الشخص والشئ موضع الاهتمام ، وقد ثبت أن هذا العجز يظهر عند الأطفال التوحدين فقط (Lewy , and Dawson , 1992) .

بالنسبة لفهم الانفعالات والعواطف والتعبير عنها ، فقد ثبت وجود عجز متنوع في التعرف على الانفعالات واستعمالها أو التعبير عنها لدى الأطفال التوحدين في هذه المرحلة من النمو، فالتعبيرات الوجهية عن الانفعالات نادرا ما تعبر لديهم عن الانفعالات الإيجابية والمشاعر السارة، وكثيرا ما تكون تعبيراً عن حالات حيادية أو جمود انفعالي ، أما تفهم الانفعالات ، فالبرغم من صعوبة تقويمه وفحصه بسبب التأخر اللغوي والمعرفي الذي يعانيه هؤلاء الأطفال ، إلا أن أكثر الدراسات في هذا المجال قد ركزت على استجابات الأطفال السلوكية للانفعالات الإيجابية والسلبية التي يظهرها الراشدون ، وقد تبين أن الأطفال التوحدين أقل ابتساما من الأطفال في المجموعات الضابطة ، وأقل ابتساما لامهاتهم أيضا ، كما أنهم أكثر إظهارا لإشاحة

وجوهم بعيدا عن الراشدين ، وأقل نظرا تجاه الراشدين الذين يعانون الخوف أو الضيق ، بالمقارنة مع الأسوياء (Choen et al , 1998) .

أما التقليد الحركي ، فمن المعروف أنه يرتبط بالمعجز المعرفي أو العقلي الذي يعانيه هؤلاء الأطفال وبالرغم من قلة الدراسات التي بحثت هذا الجانب لدى الأطفال التوحدين في مرحلة ما قبل المدرسة ، إلا أنها قد أثبتت ، أن هؤلاء الأطفال يبدون فقرا وضحالة في أشكال السلوك الحركي مقارنة بأطفال المجموعات الضابطة المتنوعة ، ترتبط مهارات التقليد لديهم بالسلوك التواصلى والاجتماعى ، والأطفال التوحدين الذين يظهرون درجة عالية من التقليد مقارنة بأقرانهم ، يميلون إلى أن يكونوا أكثر تفاعلا وتواصلًا اجتماعيا وأكثر امتلاكًا لمهارات اللغة الاستقبالية .

التوحد في مرحلة المدرسة الابتدائية:

تحمل المدرسة الابتدائية عددا من التحديات التي تواجه الأطفال التوحدين نتيجة للتوقعات المتغيرة التي ترافق النضج الجسمي والسلوكي ، فبين السادسة والثانية عشرة من العمر يواجه الأطفال المصابون بالاضطراب انتقالا إلى البيئة الجديدة ، بيئة التعلم ، والتواصل مع أقران جدد ، والانطلاق من بيئة معهودة ومألوفة إلى بيئة جديدة ذات أنظمة خاصة ، تؤثر هذه التغيرات في الكثير من السلوكيات فعلى الطفل أن يعدل سلوكه ليتكيف مع المطالب البيئية الجديدة ، وأن يتعلم مهارات جديدة ومعقدة ، وأن يكون تواصله من مستوى أعلى من ذى قبل وأن يكتسب المزيد من المعلومات وأن يستعملها ويعالجها ، إن مثل هذه التوقعات والمطالب أو الخبرات عامة وشائعة بالنسبة لأطفال المرحلة الابتدائية ، إلا أنها تمثل تحديا خاصا بالنسبة للأطفال التوحدين .

إن أكثر الأطفال المصابين بالتوحد يتقدمون وتحسن حالتهم خلال مرحلة الدراسة كما يكتسبون مهارات جديدة ويتعلمون التعامل مع أناس جدد وأمكنة جديدة، وبالرغم من أن مسار النمو الذى يحصل خلال هذه المرحلة يصعب التنبؤ به ، إلا أن العلماء توصلوا إلى نتائج هامة عن هذه المرحلة لدى الأطفال المصابين بالاضطراب (Omitz 1989) .

مظاهر النمو لدى الأطفال التوحديين في مرحلة المدرسة : المهارات الاجتماعية والتكيفية:

يعتبر العجز والضعف في السلوك الاجتماعي والفهم الاجتماعي Social Behavior and Social Understanding من أهم الخصائص التي تميز الأطفال التوحديين في هذه المرحلة وقد اعتبر هذا المظهر السلوكي من الأعراض الجوهرية للتوحد منذ أن وصفه العالم (كانر) ويظهر هذا الضعف بوضوح في شكله منذ مرحلة ما قبل المدرسة ، حيث يفشل الطفل في تكوين العلاقات الاجتماعية وتنقصه القدرة على تكوين العلاقة مع الناس المألوفين والمعروفين لديه ، كما يفضل البقاء وحيدا ، ويتجنب المواجهة بالنظر والتحديد بعيني الشخص إضافة إلى ضعف التواصل ، وربما تنقص أشكال الضعف هذه خلال المرحلة المدرسية حتى يبدأ الطفل بالإفادة من المداخلات التربوية والعلاجية ويتعلم التعامل مع الناس ومع المواقف الجديدة ومع الناس المعروفين والمألوفين في بيته ، وقد شدد بعض العلماء على أن هذا الضعف يبدو واضحا وشديدا منذ مرحلة ما قبل المدرسة وأنه قد لا ينقص بل يستمر إلا أن مظهره قد تتغير (Rutter, 1983) وقد توصل بعض العلماء إلى وجود ثلاثة أنماط فرعية من السلوك الاجتماعي لهؤلاء الأطفال في هذه المرحلة هي :

١- الأطفال التوحديون الانعزاليون .

٢- السليون .

٣- النشيطون أو الفعالون ولكنهم شاذون غريبو الأطوار .

فمجموعة الأطفال التوحديين الانعزالين aloof group يمثلون النسبة العظمى ، ويعتبر سلوكهم الانعزالي هذا هو المظهر الرئيس المميز لهم ، فما يميزهم هو أنهم لا يقدمون على التواصل مع الآخرين بل يتجنبون ذلك دوما ، ويتعرضون للضيق والتوتر حين يتم دفعهم إلى ذلك ، إنهم لا يبادرون بالتواصل (بالرغم من أن بعضهم يقدر على الكلام) كما يقضون أغلب أوقاتهم بأنماط سلوكية جامدة وطقوسية ، وقد نظر إلى هؤلاء الأطفال على أنهم لاستجابيون ويفشلون في تكوين العلاقات مع أقرانهم ومع

الراشدين فى بيئتهم ، كما أنهم غالباً لا يلعبون مع الأطفال الآخرين ولا يهتمون بالصدقات ، إن ضعف قدرتهم فى المواجهة بالنظر واستعمال الوضعيات والإيماءات الحركية تجعلهم غير قادرين على البدء بالتواصل ، إن توجيه انتباههم والاحتفاظ به أو تركيزه أمر صعب عندهم ، وفى الكثير من الأحيان ينظر إليهم وكأنهم صم إذا لم يكونوا فعلاً كذلك ، إن عدم قدرتهم على المشاركة فى الأنشطة والاهتمامات الاجتماعية العادية واليومية ، تجعلهم معوقين فى المواقف الاجتماعية .

أما المجموعة الثانية وهى مجموعة الأطفال التوحدين السلبيين *Passive Group* فهم أولئك الذين يتجنبون التواصل الاجتماعى مع الآخرين بشدة كما فى الفئة السابقة، ولكن تنقصهم البداهة والفهم البسيط المطلوب للتفاعل الاجتماعى الذى يبدو لدى الأطفال الأسوياء ، ونلاحظ عليهم تقبلهم لمبادرات الآخرين الاجتماعية، ولكنهم لا يملكون المهارات اللازمة لذلك ، عن تواصلهم ولعبهم يبدو جامداً صلباً *Rigid* وأحياناً نمطياً *Stereotyped* ومع امتلاكهم لبعض اللغة وانخفاض السلوكيات النمطية، يستطيع هؤلاء أن ينجزوا ويبلغوا مستوى أعلى من النمو مقارنة بأفراد المجموعة السابقة ، كما أنهم أكثر مطاوعة للمداخلة العلاجية والتربوية (Pual and Cohen , 1983) .

تشمل المجموعة الثالثة النشيطين الفعالين ولكنهم شاذون وغريبو الأطوار ، والتوحدين الذين تبدو عليهم أعلى درجات الاضطراب وفى حالات أخرى متلازمة أسبرجر (*Asperger Syndrome*) ، إنهم ييحثون بقوة عن التفاعل مع الآخرين ويطلبون ذلك ، إلا أن طريقتهم فى ذلك غير اجتماعية ولا مناسبة ؛ لذلك نلاحظ أنهم غير قادرين على تكوين العلاقات الاجتماعية مع أقرانهم أو مع الراشدين حتى لو كانوا يملكون مستوى من اللغة والاهتمام بتكوين التواصل ، ومن الخصائص التى تميز أفراد هذه المجموعة تكرار السؤال ، والاتصاق غير العادى بالآخرين ، وتركيز المحادثة على اهتمامات محدودة وضيقة ، ووضعيات جسمية وتعبيرات وجهيه شاذة ، ويعكس سلوكهم وتواصلهم الاجتماعى التفاعل الحسى العيانى وعدم فهم المشاعر أو الأفكار أو الدوافع التى تظهر لدى من يتواصل معهم .

وبغض النظر عن جوانب الضعف التي تظهر عند أطفال هذه المرحلة ، فهناك عدد من جوانب القوة التي تمكنهم من التحسن خلال مرحلة المدرسة ، مثلا يبدى هؤلاء الاطفال فى هذه المرحلة التعاطف والمشاركة الوجدانية تجاه الام أو من يقدم لهم العناية والدعم ، كما يظهر عليهم الضيق عندما يستعدون عنهم ، وقد بين البعض أن التعاطف والمشاركة الوجدانية لدى التوحدين فى مرحلة المدرسة لا تختلف عن تلك التي تظهر عند الاطفال الذين يعانون من تأخر قليل فى النمو أو غير المعاقين من الاطفال (Loveland , 1998) ، من جهة أخرى فإنهم يستجيبون استجابات مختلفة للأشخاص المختلفين وللمواقف المختلفة ، وهذه ناحية هامة وإيجابية جدا تساعد فى تطوير تكيفهم، إنهم ليسوا مختلفين عن الآخرين ، إلا أنهم على وعى وفهم بأن الآخرين يختلفون وأنهم ذوو أهمية ودلالة بالنسبة لهم .

اللغة والتواصل:

يعتبر ضعف اللغة والتواصل من الخصائص التي تميز الاطفال التوحدين فى مرحلة المدرسة ، إن العديد منهم يملكون القليل من اللغة فى الخامسة والسادسة من العمر، ويظهر عندهم ضعف فى التواصل غير اللفظى ، ويتميز ذوو الأداء السلوكى المنخفض منهم بضعف الانتباه ومشاركة الآخرين انتباههم مما يعيق عملية التواصل لديهم، ويعتبر وجود الكلام قبل سن الخامسة لديهم مؤشرا هاما على التحسن اللاحق، كما يعتبر من صفات الذين يكون أدائهم الوظيفى مرتفعا ، وعند الذين بلغوا مستوى من نمو اللغة خلال مرحلة المدرسة ، يبدو عندهم الكلام غير مناسب عمليا ولا يؤدي وظيفته، ومن الخصائص التي تميز هؤلاء الاطفال أيضا التردد الببغاوى ، وقلب الضمائر، والترتيل غير العادى والكلام الغريب والنمطى .

وكما هو الحال بالنسبة للمهارات الاجتماعية والتكيفية ، فإن مهارات التواصل لدى أطفال المرحلة الابتدائية تختلف وتنوع وفقا لدرجة الخلل وشدة الاضطراب ومستوى النمو، ومع أن العديد منهم يتحسن التواصل لديهم خلال سنوات الدراسة، إلا أن العديد من مظاهر الخلل الاجتماعى تبقى مشكلة هامة ، وقد افترضت الدراسات الحديثة أن الاطفال القادرين على التكلم منهم يملكون قدرة على النقاش باستعمال اللغة، وذلك خلاف ما كان يعتقد سابقا ، مما يؤكد إمكانية تحسين قدرتهم على التواصل باتباع طرق المداخلة العلاجية والتربوية المناسبة (Volkmar , 1987) .

السلوك الانفعالي:

يرتبط السلوك الانفعالي بشكل جوهري بالنمو الاجتماعي ويقدم الأساس من أجل التواصل وفهم الذات والآخرين ، والأطفال الأسوياء يكونون علاقات انفعالية وجدانية منذ الأشهر الأولى من حياتهم ، وقبل أن يصلوا مرحلة المدرسة ، لا يستطيعون فقط التعرف على التعبيرات الوجيهة الانفعالية بل بإمكانهم تحديد انفعالات الآخرين ، وخلال سنوات تزداد هذه المهارات حتى تصبح متشابهة لسلوك الراشد الانفعالي .

أما لدى الأطفال المصابين بالتوحد فإن النمو الانفعالي يختلف عن هذا الاتجاه ، فقد افترض أن هؤلاء الأطفال يفشلون في تكوين علاقات انفعالية مع الآخرين ، كما ركزت الكثير من الدراسات على بحث مدى معرفة هؤلاء الأطفال وقدرتهم على فهم التعبيرات الوجيهة الانفعالية ، وما يزال الجدل قائما حتى الآن ، ولكن المؤكد من هذه الدراسات أن الأطفال التوحدين تتصف استجاباتهم الانفعالية بأنها غير عادية وغير مناسبة مقارنة باستجابة الأطفال الآخرين مثل هذه المواقف (Loveland , 1998) كما تبين أنهم يسلكون بطريقة تعبر عن عدم اهتمامهم ، أو عدم فهمهم لمشاعر الآخرين ، إنهم يعانون من صعوبة في التعرف على التعبيرات الوجدانية الانفعالية للآخرين ومشاركتهم لها في المواقف التواصلية المختلفة .

نوجز القول بأن هناك الكثير من الدلائل التي أثبتت أن نمو السلوك الانفعالي لدى الأطفال التوحدين في مرحلة المدرسة يختلف بوضوح عن أقرانهم الأسوياء ، مع أن الدراسات المخبرية والتجريبية حول هذا الموضوع لم تتوصل إلى نتائج ثابتة تدعم وجود ضعف في هذا الجانب ، وفي مرحلة المدرسة يمكن للعجز الانفعالي أن يساهم في خلق صعوبات اجتماعية لدى هؤلاء الأطفال بحيث تعمق تكوين تفاعل مع أقرانهم (Choen 1998) .

التحصيل الأكاديمي أو الإنجاز المدرسي:

خلال سنوات الدراسة (المرحلة الابتدائية) يمر الأطفال المصابون بالتوحد بتغيرات جوهرية في نموهم الانفعالي والاجتماعي والتكفي ، وبالتالي فإن البرامج التربوية يجب أن تلائم هذه التغيرات ومتطلباتها ، ولأن هؤلاء الأطفال يملكون صحيفة نفسية تعبر عن

مهارات دراسية وعقلية غير طبيعية فإن حاجاتهم التربوية الخاصة تتنوع وتباين بشكل واضح فذوو الأداء المنخفض منهم يحتاجون إلى مساعدة موجهة ومستمدة أو خاصة في العديد من المجالات ، وقد يظهر هؤلاء وكذلك الذين تكون درجة إعاقتهم متوسطة - مستوى من القدرات أو مهارات اللغة تجعلهم يواجهون صعوبات كبيرة بالمقارنة مع الذين لا يملكون هذا المستوى من القدرات ، ولسوء الحظ فإن أكثر الفعاليات والأنشطة الصفية تتطلب قراءة ، واستماعا ، وتحدثا وحتى عمليات حسابية ، ونتيجة لذلك فإن الذين تكون مهاراتهم غير لفظية ينمون بشكل أفضل من أقرانهم الذين لا يملكون هذه المهارات (وخاصة اللغة) والذين قد ينظر إليهم على أنهم من مستوى أقل مما هم في الواقع ، أو يتم وضعهم في صفوف لا تتحدى قدراتهم وجوانب القوة لديهم بشكل كاف، من هنا يجب الاهتمام كثيرا حين تقويم قدرات هؤلاء الأطفال (Loveland , 1998)

أما الذين يكون أداؤهم من مستوى أعلى فلا يظهر لديهم تأخر جوهري في مهارات القراءة والتهجئة والحساب ، وقد درست حالات العجز القرائي أو الديسلكيا Dyslexia لدى الأطفال الذين يعانون من هذه الإعاقة (صعوبة في التعلم) وذلك من أجل فهم الفروق الأكاديمية الخاصة التي تظهر في سنوات الدراسة ، كما تمت مقارنة التوحدين مع الذين يعانون من هذه الإعاقة ، فبين أن الأطفال الآخرين يملكون مهارات أفضل في الفهم والاستيعاب ، وفي استعمال اللغة ، ولكنهم يعانون من صعوبات في استعمال الفويحات والمقاطع الصوتية ، أما الذين يعانون من التوحد فقد كانوا يعانون صعوبات في الفهم والاستيعاب وفي استعمال اللغة ، بالرغم من أن دراسات أخرى لم تؤيد هذه النتيجة ، والتي توصلت إلى أن الأطفال التوحدين الذين يكون أداؤهم مرتفعا (بالمقارنة مع أقرانهم من ذوي الأداء المنخفض) أظهروا مستوى جيدا من مهارات الذاكرة السمعية والمقاطع الصوتية بالمقارنة مع الذين يعانون من عجز قرائي شديد (Loveland , 1998)

خلال السنوات الأخيرة الماضية ، توصلت البحوث النفسية والتربوية إلى العديد من التوجيهات والإرشادات الهامة ، والتي يشدد بعضها على النهج الوظيفي والشامل وعلى تدريب المعلم ، على البيئة التربوية المثالية والنموذجية ، والتعليمات والدروس الصفية (مثل التضمينات Inclusion ، والتعلم من المواقف الطبيعية) والمداخلة العلاجية المستمرة أو المطولة بما يتناسب مع مستوى النمو ومظاهره ، وبغض النظر عن ذلك ،

فإن البرامج التربوية المناسبة والخدمات التي تلبى حاجاتهم المتزايدة ، والبحوث التي تركز على تحسين تعليمهم تبقى محدودة .

عموما ، نستطيع القول أنه بسبب الحاجات التربوية المتفردة والخاصة التي تتصف بتنوعها لدى هؤلاء الأطفال ، فإن تحقيق حاجاتهم في الصف يعتبر أمرا صعبا ، فكل المستويين من التوحدين (ذوى الأداء العالى والمنخفض) يصعب تعليمهم ؛ لأنهم لا يتعلمون ولا ينمون بنفس الطرق التي يتعلم فيها الأطفال الآخرون وينمون ، وما تزال بحوث علم النفس العصبى تبحث أساس عملية التعلم لدى هؤلاء الأطفال والتقنيات التي تسهل تعلمهم للمهارات الأكاديمية .

التوحد في مرحلتى المراهقة والرشد ،

لم يدرس التوحد في مرحلتى المراهقة والرشد إلا مؤخرا فقد كانت الدراسات الكلينيكية والتجريبية تركز على التوحد في مرحلة الطفولة ، كما أن تحديد الاضطراب وتشخيصه أسهل في هذه المرحلة منه في مراحل لاحقة ، وأن أكثر الباحثين في هذا المجال قد تخصصوا في بحث التوحد في مرحلة الطفولة وقلة قليلة جدا من تخصص بدراسته في مرحلتى المراهقة والرشد . وقد سماه الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث المعدل والرابع للأمراض النفسية (DSM III R, VI) باسم التوحد الطفولى Infantile Autism .

لقد نشأ الاهتمام بدراسة التوحد في المراهقة والرشد لعدد من الأسباب ، فالأطفال الذين يعانون من الاضطراب وتمت دراساتهم في السبعينيات من القرن العشرين قد مروا بمراحل من النمو حتى بلغوا المراهقة والرشد ، كما توجهت البحوث العلمية لهم بسبب عددهم المتزايد، والحاجة لتقديم الخدمات النفسية والتربوية لهم ، وهناك جهود كثيرة قد ركزت على هذه البرامج والخدمات النفسية المقدمة للأطفال بما يؤدي إلى تحسين حالتهم حين ينتقلون إلى مراحل النمو الأخرى (Durand and Carr, 1998) .

فحص الاضطراب وتشخيصه وتقديره:

التشخيص:

يعتبر تشخيص التوحد لدى المراهقين والراشدين من الأمور الصعبة والتي تتحدى الباحث المتخصص ، فالأطفال المصابون بالاضطراب يحملون صفات وخصائص عامة

ومشتركة ، أما فى مرحلة الرشد فلإننا لا نلاحظ ذلك إطلاقا ، أما الذين يسهل تشخيصهم منهم فهم أولئك الذين لهم أهل متفهمون ومربون على مستوى من المعرفة والفهم أيضا ، ومن أهم الأدوات التشخيصية المتاحة مقياس تقدير التوحد فى مرحلة الطفولة (Childhood Autism Rating Scale (CARS الذى وضعه سكوبلر ورفاقه عام ١٩٨٨ والذى يعتبر من الأدوات سهلة الاستعمال ، ويقاس هذا المقياس المفحوصين وفقا لخمس عشرة مقياسا هى :

- ١- العلاقة مع الآخرين .
- ٢- التقليد .
- ٣- استعمال الجسم .
- ٤- استعمال الأشياء .
- ٥- التكيف مع التغيرات .
- ٦- الاستجابة البصرية .
- ٧- الاستجابة السمعية .
- ٨- استجابات الطعم ، والشم ، والتذوق واستعمالها .
- ٩- الخوف والعصبية .
- ١٠- الاستجابة الانفعالية .
- ١١- التواصل اللفظى .
- ١٢- التواصل غير اللفظى .
- ١٣- مستوى النشاط والفعالية .
- ١٤- ثبات الاستجابة العقلية أو المعرفية .
- ١٥- الانطباعات العامة .

ولكل بند من البنود أربع درجات (من ١ - ٤) بحيث يعطى المقياس درجة تتراوح بين ١٥-٦٠ ويعطى المقياس الدرجات المختصرة التالية : إذا كانت درجة المفحوص أقل من ٣٠ يعتبر غير مصاب بالتوحد ، وإذا كانت درجته بين ٣٠ - ٣٦ فإنه يعانى من درجة متوسطة من التوحد ، أما إذا كانت درجته تزيد عن ٣٧ فإنه يعانى من توحد شديد .

وقد أجريت العديد من الدراسات التى بحثت استعمال هذا المقياس فى تشخيص التوحد لدى المراهقين والراشدين ، فالبرنامج المسمى برنامج معالجة وتربية الاطفال التوحدين والذين يعانون من إعاقات فى التواصل ذات الصلة بالتوحد Treatment and Education Of Autistic and Related Communication Handicapped Children (ورمزه اختصارا TEACCH) تمكن من تشخيص وتحديد ٨٩ مفحوصا

باستعمال مقياس (CARS) قبل سن العاشرة من العمر ومرة أخرى بعد الثالثة عشرة من العمر ، وقد أظهر أكثر المفحوصين انخفاضا في درجاتهم على المقياس مع مرور الوقت ، مما يشير إلى أن خصائص التوحد أقل تحديدا وتعرفا في مراحل العمر اللاحقة للطفولة .

هناك أدوات أخرى مستعملة لتشخيص الاضطراب منها المقابلة التشخيصية المعدلة للتوحد Revised - Autistic Diagnostic Interview التي وضعها لورد وروتر عام ١٩٩٤ ، وقائمة الملاحظة التشخيصية للتوحد (ADOS) التي وضعها لورد عام ١٩٩٨ (Lord and Paul , 1998) .

القياس والتقدير:

إن هدف القياس والتقدير Assessment هو وضع البرنامج التربوي والسلوكي النوعي والمتفرد لكل حالة، ففي حين يبحث التشخيص عن الصفات والخصائص العامة والمشاركة لدى المصابين بالتوحد ، فإن التقدير والقياس يركز على الخصائص الفردية التي تجعل كل حالة ، خاصة ومتميزة وفردية. وتاريخيا كان تقدير التوحد وقياسه أمرا صعبا بسبب الفعالية والنشاط المرتفع الذي يظهر لديهم وبسبب التشويش وعدم الاهتمام في القياس، وبالرغم من أن تطورا جيدا قد حصل في مجال تقدير وقياس الأطفال التوحدين، فإن تقدير وقياس المراهقين والراشدين ما زال يواجه تحديات وصعوبات كثيرة.

إن الصحيفة النفسية - التربوية للمراهقين والراشدية Adolescent and Adult AAPEP (Psycho-educational Profile) التي وضعها (ميسوف) ورفاقه عام ١٩٨٨ (Mesivov ,1988) تمثل إحدى الأدوات الهامة المستعملة مع المراهقين والراشدين ، والتي تطورت من خلال البرنامج العلاجي والتربوي للتوحدين السابق ذكره (TEACH) وقد تستعمل هذه الأداة مع المقابلة التشخيصية (ADI-R) أو وحدها، وتقيس اللغة والكلام ، والاداء الوظيفي التكيفي ومظاهر التواصل أشكاله كافة ، ويتم قياس وتقدير الجوانب التالية لدى التوحدين بهذه الأدوات التشخيصية كافة : مهارات العمل أو المهارات المهنية ، والاستقلالية ، ومهارات قضاء وقت الفراغ والنشاط الاجتماعي، والسلوك المهني ، والتواصل ، والسلوك الاجتماعي والتفاعلي ، وقد ثبت

صدق وثبات هذه الأدوات التقديرية والتشخيصية على المراهقين والراشدين من خلال العديد من الدراسات والممارسات الكلينية

قضايا نمائية في مرحلتى المراهقة والرشد، المهارات المعرفية،

بالنسبة للمصابين بالتوحد ، يعتبر حاصل الذكاء والتغيرات الأكاديمية خلال المراهقة مشابهة لتلك التى نراها لدى المراهقين غير التوحدين ، فالأداء العام خلال هذه المرحلة يبقى ثابتا كما هو الحال فى مرحلة الطفولة المتوسطة ويبقى ثابتا نسبيا ، ولكن هناك بعض التغيرات الجوهرية وذات الدلالة التى تحدث لدى بعض الطلاب ولكنها ليست أكبر من تلك التى نشاهدها لدى غير المعوقين ، وقد لوحظ أن التقدم الدراسى الذى يحصل لدى التوحدين ذوى الأداء المرتفع (أى حاصل ذكائهم فوق ٧٠) أعلى من أقرانهم ذوى الأداء المنخفض . فقد أظهر الأولون مستوى أعلى فى القراءة والحساب والفهم أو الاستيعاب .

لقد ركزت بعض الدراسات على كشف العوامل الأساسية التى تقف خلف العجز المعرفى لدى المراهقين التوحدين والتى تحدث ضعفا فى تعلمهم ، تبين من خلالها أن هؤلاء يعانون من صعوبات فى معالجة المعلومات ، وفى الانتباه وتحويله ، وقد نظر إلى هذه النتيجة على أنها تقدم لنا تفسيراً للمشكلات التى يعانى منها هؤلاء فى تركيز انتباههم والاحتفاظ به ضمن الصف وفى مواجهة التغيرات والمطالب البيئية . (Cohen,1998) .

السلوك،

يعتبر سلوك المصابين بالتوحد من المظاهر الهامة فى الدراسة؛ وذلك لأنهم كثيرا ما يؤذون الآخرين ، ويجعلهم بمنأى عن مجتمعهم ، وتعتبر هذه من المشكلات الرئيسة لدى المراهقين والراشدين المصابين بهذا الاضطراب والذى يبلغ حجم سلوكهم التخريبى درجة عالية بحيث يجعلهم خطرين .

فبالنسبة للسلوك العدوانى وإيذاء الذات ، كان من السلوك التى تركزت عليها جهود الباحثين وخاصة أنها تمثل نسبة ١٠٪ - ٢٠٪ من الذين يعانون من الاضطراب

خلال مرحلة المراهقة ، وقد أكد جرينبرج وآخرون أن العدوان وإيذاء الذات يزداد لدى الذين يعانون من تدهور فى المهارات الأخرى ، وإنه يزداد فى مرحلة المراهقة بحيث يبلغ ٥٠% (Cohen 1998) .

أما بالنسبة للسلوك الجنسى ، فقد تبين أن التضج الجنسى يحدث العديد من المشكلات السلوكية لدى المراهقين التوحدين ، ومع أن بداية البلوغ تتطلب تكيفا وخاصة لدى الإناث ، إلا أن العالم وينج Wing قد قرر أن هذه التغيرات يمكن تقبلها بسهولة بعد إعطائهم دروسا تربوية فى هذا الجانب ، من جهة أخرى فإن ازدياد الدافع الجنسى لدى الذكور منهم يحدث قلقا وإرباكا لديهم وخاصة أنهم يعانون من عجز فى العديد من المهارات الاجتماعية التى تمكنهم من التكيف مع هذا الوضع .

أما بالنسبة لمستوى الفعالية والنشاط فإنه ينخفض مع مرحلة المراهقة وخاصة الذين كانوا أكثر فعالية ونشاطا خلال المرحلة السابقة من النمو ، ويعتبر هذا التغير طبيعيا ، مع العلم أن تأخرا فى السلوك النفسى - الحركى قد يحدث أحيانا وبدرجة متطرفة بحيث نلاحظ فقدان المبادرة لديهم (Gillberg and Coleman) .

الحالة الصحية والنفسية:

بالنسبة للنوبات المرضية Seizure ، وبالرغم من أن العديد من التوحدين الذين لم يعانون من هذه النوبات فى مرحلة الطفولة المتأخرة فإن نسبة منهم تتطور الحالة لديهم بحيث تظهر هذه النوبات فى مرحلة المراهقة وتصل إلى نسبة ٤٠% من النوبات الصرعية قبل بلوغهم الثلاثين من العمر ، ويعتبر التوحديون والمتخلفون عقليا أكثر عرضة لنوبات الصرع من أولئك الذين يكونون على الحد ، مع العلم أن مثل هذه النوبات تظهر عند ذوى الذكاء العادى وفوق المتوسط ، ولم تعرف حتى الآن طريقة نستطيع من خلالها أن نتنبأ بالأطفال الذين ستتطور لديهم مثل هذه الحالة فى المستقبل وتظهر لديهم نوبات الصرع فى مرحلة الرشد ، بالرغم من أن هناك دلائل تشير إلى أن نسبة حدوثها لدى الإناث أكثر منها لدى الذكور (Gillberg and Steffenberg , 1987) .

أما الاكتئاب فقد تبين أن انخفاضا فى النشاط يحصل لدى نسبة عالية من التوحدين فى المراهقة لدرجة اعتبرها البعض أنها فترة اكتئاب ، فمشاعر عدم السرور كثيرة الحدوث فى هذه المرحلة لدرجة أن الكثيرين منهم يعرفون أن حالتهم تختلف عن

غيرهم من الناس ، وقد فسرت حالة الاكتئاب هذه بأنها رد فعل لعدم تكوين العلاقات الاجتماعية والصدقة مع الأقران ، كما أن بعضهم تظهر لديهم حالة من الاكتئاب الذهاني أو الرئيسي خلال مرحلة المراهقة وبداية الرشد ، ويكثر حدوث ذلك لدى الذين تكون عائلاتهم ذات تاريخ مرضى وخاصة الذين عانوا من اضطرابات انفعالية (أو اكتئابية بشكل خاص) .

اللغة والتواصل:

تعتبر مشكلة اللغة والتواصل من الأغراض البارزة التي قادت (كانر) إلى تحديد التوحد كاضطراب يختلف عن الفصام الطفولي ، وقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية مهارات اللغة والتواصل للسلوك الإيجابي لدى الراشد ، كما أن الدراسات التبعية للمراهقين والراشدين التوحدين قد بينت أن صعوبات التواصل المستمرة مثل التردد البيجاوى وإبدال الكلمات وتكرارها من أكثر المشكلات اللغوية ظهورا ، وقد قرر (روتر) أن أكثر أشكال العجز الأساسية الخاصة بالتواصل لديهم هي تلك المتعلقة بالتفاعل الاجتماعي ، فالمرهقون والراشدون التوحديون يعانون من خلل واضطراب في فهم القواعد والمعايير الخاصة بالحوار وفي إنجازها ومن ضعف التمييز بين أدوار المستمع والمتحدث أثناء المحادثة ، وقد وضع بعض العلماء أشكال العجز هذه في فئتين :

- ١- لا يعرف كيف يأخذ دوره في التغيرات الاجتماعية .
- ٢- لا يفهم كيف يتم التواصل وكيف ينظم البيئة ويوجهها ، عن ضعف الفهم للعلاقة بين القواعد والتواصل تجعل الحوار الاجتماعي صعبا للغاية .

وهناك العديد من المحاولات التي أجريت لمعالجة ضعف التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحدين ، ومن الطرق التي استعملت بنجاح لتطوير التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى المراهقين : لغة الإشارة ، بطاقات الصور ، بطاقات الكلمات وغيرها، من جهة أخرى فقد ركزت الكثير من الاتجاهات في تدريب التواصل لديهم على قدرتهم على استعمال اللغة بهدف الاتصال أكثر من استعمالها بهدف تعليم اللفظ والنطق والنحو وتصحيح الجمل ، وقد ركزت بعضها على التدريب في البيئات الواقعية الطبيعية ، مثل تعليمهم كيفية التواصل في سياق الحياة اليومية لتنفيذ المتطلبات الحياتية والأنشطة اليومية المعتادة (Mesibov, 1998) .

المهارات الاجتماعية والبيشخصية (التبادلية) ،

لقد ركز (كانر) على ضعف المهارات الاجتماعية عند التوحدين وأدخلها ضمن برنامجه في هذا السياق ، ومن أكثر النتائج إثارة للاهتمام على المراهقين والراشدين التوحدين هي الملاحظة التي تبين أنهم خلال هذه الفترة تستمر مهاراتهم الاجتماعية بالتطور والتحسن . وقد وصف روتر التحسن الحاصل في بحوثه وقدره بنسبة ٥٠٪ من الحالات ، وقد ربط روتر بين اهتمامهم بالعلاقات الاجتماعية وزيادة مهاراتهم إلا أن الدراسات أكثر حداثة قد بينت وجود ثلاثة أشكال من الشذوذ والعجز الذى يميز المراهقين التوحدين هي :

- ١- حاجتهم للتبادلية أو المبادلة فى التفاعل الاجتماعى .
 - ٢- فشلهم فى بلوغ التواصل الجسمى أو إحداث الاتصال المادى .
 - ٣- عدم قدرتهم على فهم ما يفكر فيه الآخرون وما يشعرون به .
- يعانى هؤلاء أيضا من عدم القدرة على استنتاج المعايير والقواعد الهامة من المواقف الاجتماعية ، والذين يعانون من صعوبات فى فهم هذه القواعد وتحديد لها لن يستفيدوا من المواقف الاجتماعية، وستصبح هذه المواقف غير ذات فائدة بالنسبة لهم ، ويجب الانتباه إلى أن البرامج العلاجية لا تركز على معالجة هذا العجز بحد ذاته، إلا أن بعضهم قد وضع برامج تروحية وعلاجية تعمل على تدريب المهارات الاجتماعية ووقت الفراغ والنشاط لدى المراهقين والراشدين على السواء ، وقد ركزت هذه البرامج على ممارسة مهارات المحادثة والتدريب عليها ، والمشاركة بالأنشطة الاجتماعية وتفهم السلوك الاجتماعى (Mesibov , 1992) .

الفصل الرابع

أبعاد ومفردات الدليل التشخيصي الكلينيكي

- خطوات إعداد هذا الدليل .

- الأبعاد المقترحة للتشخيص الكلينيكي للأوتيزم في مرحلة

المهد (من شهر إلى ٣٠ شهرا).

- في مرحلة التعليم الابتدائي (من ٦ إلى ١١) سنة.

خطوات إعداد هذا الدليل:

- ١- قام المؤلفان بتحليل عينة من التراث النظرى التخصصى والدراسات السابقة فى موضوع التوحيد ، وتوصلا من خلالها إلى الأبعاد الرئيسة للدليل التشخصى بقرمه ، وكذلك الخصائص الرئيسة للأطفال التوحدين .
 - ٢- ثم قام المؤلفان بصياغة العبارات التى تنمى إلى كل بعد من الأبعاد .
 - ٣- تم توزيع الدليل المقترح على (١٥) عضوا من أعضاء هيئة التدريس بقسم علم النفس وقسم التربية الخاصة فى كلية التربية بجامعة الملك خالد فى المملكة العربية السعودية ، متمثلة بالعدد التالى : (٥) أساتذة ، و(٣) أساتذة مشاركين ، و(٧) أساتذة مساعدين ، وذلك لتحكيمها من حيث الصياغة اللغوية ، واتماء كل عبارة للبعد الموجودة فيه ، وفى ضوء هذا التقييم تم حذف بعض العبارات ، وتعديل صياغة بعضها الأخر ، وإضافة عبارات أخرى للدليل ، وقد كان محك الإثبات أو الحذف أو التغيير هو أن يحصل البعد أو العبار على نسبة اتفاق لا تقل عن ٧٥٪ من مجمل أفراد عينة المحكمين .
 - ٤- صيغت عبارات هذا الدليل بحيث يجب عنها أكثر الأفراد التصاقا بالطفل ، وأن تتمشى صياغة العبارات مع أسلوب الإجابة بكلمة : (نعم) ، أو (لا) .
 - ٥- للراغبين فى استخدام هذا الدليل عليهم الالتزام بأبعاده وعباراته ، على أن توضع أمام العبارات ما يجعل الإجابة أمام كل عبارة تتمثل فى الاختيار بين: (نعم) و(لا) . على أن يعطى الاختيار (نعم) درجة مقدارها (١) ، و(لا) درجة مقدارها (٠) مع مراعاة كون العبارة موجبة أم سالبة ، حيث تعكس الدرجة فى حالة السلب .
 - ٦- فى ضوء الخطوات والإجراءات السابقة قد انتهى المؤلفان إلى التأكد من الصدق الظاهرى وصدق المحكمين للدليل التشخيصى الإكلينيكى المثبت فى هذا المؤلف ، وبنا يصبح من الواجب على الباحثين الذين سيستخدمون هذا الدليل ، حساب ثبات المقياس ، والقدرة التمييزية له قبل التطبيق النهائى .
- ويأمل المؤلفان أن يكون هذا الدليل عوناً لزملائهم الاختصاصيين والعاملين فى هذا المجال ، والكمال لله وحده .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَلَا تَقْفُ مَا لَيْسَ لَكَ بِهِ عِلْمٌ إِنَّ السَّمْعَ وَالْبَصَرَ وَالْفُؤَادَ كُلُّ أُولَئِكَ كَانَ عَنْهُ

مَسْئُولًا ﴾ [الإسراء].

سعادة الأستاذ الدكتور/

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته .

يقوم الباحثان بإعداد دليل تشخيصى كينيكي للتعرف المبكر على الاطفال التوحيدين فى مرحلة الرضاعة وما بعدها بقليل (من شهر حتى ٣٠ شهرا) ، والاطفال التوحيدين فى مرحلة المدرسة الابتدائية من (٦ إلى ١١ سنة تقريبا) .

ونظرا لان الباحثين يثقان فى علمكم وخبرتكم ؛ لذا فقد رام لنا أن نعرض على سعادتكم هذا الدليل بما يتضمنه من أبعاد وعبارات راجين إفادتنا عما يلى :

- هل الأبعاد المقترحة فى الدليل تعد مناسبة ؟

نعم / لا نسبة الموافقة % .

- هل العبارات تنتمى إلى البعد ؟

نعم / لا نسبة الموافقة % .

- هل العبارات مناسبة من ناحية الصياغة اللغوية ؟

نعم / لا نسبة الموافقة % .

- ما هى العبارات التى فى حاجة إلى تعديل ؟

- ما هى العبارات التى ترون إضافتها ؟

علما بأنه تم تبنى التعريف التالى للأوتيزم :

« أحد اضطرابات النمو الشديدة فى السلوك عند الاطفال دون وجود علامات عصبية واضحة ، أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكيميائية أو أيضية أو علامات جينية » .

الباحثان

الأبعاد المقترحة للدليل التشخيصي الكلينيكي
للأوتيزم في مرحلة الرضاعة وما بعدها
(من شهر إلى ٣٠ شهرا)

نسبة الموافقة	مناسب		البعد	البعد
	لا	نعم		
			<ul style="list-style-type: none"> -١ اضطراب الحركة -٢ اضطراب السلوك الحسي -٣ اضطراب الاستجابة للأشياء والموضوعات -٤ اضطراب التواصل مع الآخرين 	
			<p>الأبعاد المقترحة للدليل التشخيصي الكلينيكي للأوتيزم في المرحلة الابتدائية من ٦ إلى ١١ سنة</p>	
			<ul style="list-style-type: none"> -١ الاضطراب الحركي . -٢ اضطراب الاستجابة للأشياء والموضوعات. -٣ اضطراب اللغة . -٤ الاضطراب الانفعالي . -٥ الاضطراب أو المعجز الاجتماعي 	
			المقترحات :	

الباحثان

الدليل التشخيصي الكلينيكي للتنبؤ بالأوتيزم في المرحلة العمرية

من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

البدء ، اضطراب الحركة

م	الملاحظة	الالتزام إلى المعدل		مناسبة لغويا	
		نعم	→	نعم	→
١-	غالبا ما يفشل في تغيير وضع جسمه ليتناسب مع من يجلس بجواره .	✓		✓	
٢-	غالبا ما يتخذ وضعا جسيما غير مناسب أثناء النوم أو الجلوس أو الحركة .	✓		✓	
٣-	عادة ما يتخذ أوضاعا جسمية جامدة وغطية.	✓		✓	
٤-	غالبا ما يكرر بعض الحركات بطريقة ثابتة أو بندولية.	✓		✓	
٥-	غالبا ما يبدى كسلا واضحا أثناء الرضاعة أو المص.	✓		✓	
٦-	غالبا ما يظل على وضع جسمى ثابت أثناء نومه أو جلوسه .	✓		✓	
٧-	غالبا ما يقوم بحركات عشوائية أثناء زحفه أو مشيه .	✓		✓	
٨-	غالبا ما يحرك بعض أعضاء جسمه بطريقة عشوائية أو غير مناسبة .	✓		✓	
٩-	غالبا ما يظهر حركات غير مناسبة أثناء تناوله لزجاجة الرضاعة.	✓		✓	
١٠-	أحيانا يظهر ثباتا حركيا وهو يتناول مشروبه.	✓		✓	

الدليل التشخيصي الكلينيكي للتنبؤ بالأوتيزم في المرحلة العمرية
من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

العدد		الاتجاه إلى		مناسبة لغويا		العبارة	م
نعم	→	نعم	→	نعم	→		
		✓				غالبا لا يظهر استجابة لأصوات الناس المحيطين.	١-
		✓				غالبا لا يتتبع للأشياء المتحركة من حوله.	٢-
		✓				غالبا لا يتتبع لأصوات الأشياء التي تصدر من حوله .	٣-
		✓				غالبا لا يتتبع للإضاءة المفاجئة في وجهه.	٤-
		✓				لا يعنى لفترات طويلة بغياب الأم عنه .	٥-
		✓				في كثير من الأحيان لا يتابع البقع الضوئية المتحركة من حوله.	٦-
		✓				غالبا ما يظهر اهتمامات بصرية شاذة وغريبة .	٧-
		✓				غالبا ما يظهر استجابات غير هادية للأصوات.	٨-
		✓				غير حساس بدرجة كبيرة للآلم أو البرد أو الحر .	٩-
						غالبا ما يفشل في الاحتفاظ بالانتباه على الأنشطة التي يمارسها أو تدور من حوله .	١٠-
		✓				في كثير من الأحيان لا يتتبع إلى أى شخص خارج أو قادم أمامه.	١١-
		✓				غالبا ما لا يسترعى انتباهه الأصوات المفاجئة.	١٢-
		✓				لا يثير انتباهه الأشخاص والأشياء الجديدة في بيئته.	١٣-
		✓				غالبا ما يقوم بصك أسنانه في بعضها البعض بطريقة ثابتة.	١٤-
		✓				غالبا ما يقوم بتحريك بعض أجزاء جسمه بطريقة نمطية ثابتة.	١٥-

الدليل التشخيصي الكلينيكي للتنبؤ بالأوتيزم في المرحلة العمرية

من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

البعد ، اضطراب التواصل مع الآخرين

م	الملاحظة	الالتقاء إلى البعد		مناسبة لفتريا	
		نعم	لا	نعم	لا
١-	غالبا لا ينظر إلى الأم أثناء الرضاعة.	✓		✓	
٢-	محدود جدا في استعمال العينين للتواصل مع المثيرات البيئية.	✓		✓	
٣-	غالبا ما تكون تعبيرات وجهه خالية من المعنى .	✓		✓	
٤-	غالبا لا يظهر ابتسامة للمداعبات الآخرين .	✓		✓	
٥-	غالبا لا يتواصل مع الآخرين من خلال تحديد النظر .	✓		✓	
٦-	لا يبدى في الغالب استجابة لندائه باسمه .	✓		✓	
٧-	غالبا لا يظهر أصوات مناغاة استجابة للملاطفة الآخرين حركيا أو لفظيا.	✓		✓	
٨-	لا يكثرث غالبا لحملة أو احتضانه من أمه .	✓		✓	
٩-	يتسم بالبلادة الانفعالية .	✓		✓	
١٠-	غالبا لا يستطيع أن يعبر عن رغباته .	✓		✓	
١١-	يعانى من صعوبة واضحة فى التواصل مع الآخرين بالتقليد.	✓		✓	
١٢-	استعماله قليل للإيماءات والإشارات والحركات المعبرة.	✓		✓	
١٣-	غالبا ما يتجاهل الآخرين .	✓		✓	
١٤-	نادرا ما يضحك إذا دأبه الآخرون .	✓		✓	

الدليل التشخيصي الكلينيكي للتنبؤ بالأوتيزم في المرحلة العمرية

من (شهر) إلى (٣٠) شهرا

البعد ، اضطراب الاستجابة للأشياء

م	العبارة	الالتزام إلى البعد		مناسبة لغويا	
		نعم	→	نعم	→
١-	يظهر اهتماما ضعيفا بالألعاب والدمى .	✓		✓	
٢-	إذا لعب بشيء فإنه يحركه حركات عشوائية .	✓		✓	
٣-	يقبض على الشيء أو اللعبة فترات طويلة دون تحريكه .	✓		✓	
٤-	لا يبدى انفعالا إذا أخذ الطفل منه لعبته .	✓		✓	
٥-	غالبا لا يمسك أو يحرك شيئا موجودا بجانبه .	✓		✓	
٦-	كثيرا ما يقوم بحركات ثابتة وهو يلعب بأشيائه .	✓		✓	
٧-	لا يهتم كثيرا إذا أحضرت له لعبة جديدة .	✓		✓	
٨-	غالبا ما يبدى تعاطفا أو تفاعلا نحو أشياء غير عادية .	✓		✓	
٩-	كثيرا ما ينظر إلى لعبه صامتا ودون أن يتحرك .	✓		✓	
١٠-	غالبا لا يهتم بالأطفال الذين يلعبون من حوله .	✓		✓	

الدليل التشخيصي الكلينيكي للأوتيزم في المرحلة العمرية

من (٦) إلى (١١) سنة

١- الاضطراب الحركي

م	العبارة	الالتزام إلى البعد		مناسبة لقونها	
		نعم	→ النسبة	نعم	→ النسبة
١-	عادة ما يتصف سلوكه الحركي بالطقوسية والتكرار الآلي .				
٢-	غالبا ما يبدى بعض الحركات اللا إرادية .				
٣-	في بعض الأحيان يستمر في مشيه دون هدف .				
٤-	غالبا ما يقوم بلف أصابعه أو يده بطريقة آلية .				
٥-	عادة ما يكون بطيئا وغير متزن في مشيته، يميل عادة إلى هز جسمه أو بعض أجزائه بصورة شبه مستمرة .				
٦-	غالبا ما يتمايل بجسمه ويحنه مع تموج وتمايل للرأس .				
٧-	غالبا ما يحول حركات جسمه فجائيا إلى حركات أخرى .				
٨-	لا يحافظ على اتزانه إذا ركب شيئا .				
٩-	لا يتحكم بشكل مقبول في ألعابه أثناء مسكها .				
١٠-	لا يستطيع أن يحافظ على اتزانه وثباته إذا وقف لفترة طويلة .				
١١-	غالبا ما ينسم بعدم الاتساق الحركي أثناء فك وتركيب شيء ما				
١٢-	يظهر صعوبة كبيرة في التقاط ما يقذف إليه .				
١٣-	إذا مشى نحو هدف بأنه يمشى في خط متموج .				
١٤-	لا يثبت على هيئة واحدة وهو يمسك القلم أثناء الكتابة .				

الدليل التشخيصى الكلينىكى للأوتيزم فى المرحلة العمرية

من (٦) ، (١١) سنة

٢- اضطراب الاستجابة للأشياء والموضوعات.

م	الملاحظة	الالتقاء الى البعد		مناسبة لفيها	
		نعم	→ النسبة	نعم	→ النسبة
١-	لديه نزعة لتنظيم الأشياء وترتيبها بشكل ثابت .				
٢-	غالبا ما يستعمل الأشياء بشكل نمطى وثابت.				
٣-	إذا نقر على شيء أو ضغط عليه فإنه يستمر فى هذا السلوك لفترة طويلة وبطريقة آلية .				
٤-	غالبا ما يقضى فترات طويلة فى اللعب بلعبة واحدة .				
٥-	يتسم بالجمود وعدم المرونة فى استعمال مواد اللعب .				
٦-	يكرر النشاط الواحد مدة طويلة .				
٧-	يتعامل مع لعبه بصورة شاذة وغريبة .				
٨-	لا يبدي اهتماما إذا أحضرت له لعبة جديدة.				
٩-	لا يهتم كثيرا إذا انكسرت لعبته .				
١٠-	لا يهتم كثيرا إذا أخذ أى فرد لعبته .				
١١-	يعانى من عجز شديد فى القيام بالألعاب الخيالية .				

الدليل التشخيصي الكليتيكي للأوتيزم في المرحلة العمرية

من (٦) إلى (١١) سنة

٣- اضطراب اللغة (الاضطراب اللغوي).

م	الملاحظة	الالتزام إلى البعد		مناسبة تفويها	
		نعم	لا	نعم	لا
١-	غالبا ما يستعمل كلاما غير مناسب عمليا ووظيفيا.				
٢-	غالبا ما يردد بعض الكلمات والأصوات والتغيمات ترداد بيغاوى .				
٣-	عادة ما يستعمل كلمات غريبة وشاذة أثناء حديثه.				
٤-	عادة ما يرتل ترتيبا غير عادي للكلمات والعبارات .				
٥-	يعانى من صعوبة واضحة فى فهم التعليمات الشفهية الطويلة.				
٦-	لا يجيد ترتيب الكلمات بصورة مناسبة فى الجمل التى يتحدث بها.				
٧-	لا ينطق الجمل والعبارات بصورة صحيحة .				
٨-	يعانى من صعوبة واضحة فى التعبير عن الأشياء والموضوعات.				
٩-	لا يبنى باهتمام كبير لأحداث الآخرين من حوله .				
١٠-	يعانى من صعوبة واضحة فى فهم كلام الآخرين .				
١١-	لا يستطيع التفاعل مع الآخرين أثناء المناقشة الجماعية.				
١٢-	غالبا لا يستطيع الكبار والوالدان والأقران فهم ما يتحدث به الطفل .				
١٣-	يعانى من صعوبة كبيرة فى تسمية الأشياء.				

الدليل التشخيصي الكلينيكي للأوتيزم في المرحلة العمرية

من (٦) إلى (١١) سنة

٤- الاضطراب الانفعالي والنفسي

م	المبارة	الالتزام إلى البعد		مناسبة لفتورها	
		نعم	لا	نعم	لا
١-	غالبا لا يظهر انفعالا واضحا حين تتم مداعبته.				
٢-	غالبا لا يظهر توددا أثناء ملاحظته.				
٣-	في كثير من الأحيان لا يبدى علامات السعادة والفرح حين يلاطفه أو يداعبه أحد والديه .				
٤-	لا تبدو عليه علامات السعادة حين يشاركه أقرانه في اللعب.				
٥-	غالبا ما يكون منطويا على ذاته بشدة .				
٦-	يميل إلى الجلوس وحده صامتا.				
٧-	عادة ما يبدو قانعا وراضيا عن حاله .				
٨-	لا يشعر بالخوف عندما يستمع لقصص خرافية أو مخيفة.				
٩-	غالبا لا يظهر علامات الغضب من المواقف المفضية .				
١٠-	لا يهتم كثيرا بالغرباء ولا يثرونه .				
١١-	عاجز عن تكوين علاقات تعاطف ومشاركة وجدانية مع الذين يعتنون به .				
١٢-	يظهر مفهوما بدائيا ومتخلفا عن ذاته .				
١٣-	لا يغير ولا يهتم بمدح أقرانه ومكافأاتهم له .				
١٤-	لا يهتم كثيرا إذا شتمه أو ضربه أحد .				
١٥-	نادرا ما يطلب أشياء أو ألعابا .				
١٦-	قد لا يتعرف على ذاته إذا نظر في المرآة.				
١٧-	غالبا ما لا يبدى أية احتجاجات على الأشياء والمواقف التي لا تعجبه.				
١٨-	غالبا ما يبدو خانعا وقانعا ومستكينا.				

الدليل التشخيصي الكلينيكي للأوتيزم في المرحلة العمرية

من (٦) إلى (١١) سنة

٥- الاضطراب والمجزأ الاجتماعي

م	العبارة	الالتزام إلى البعد		مناسبة لقويا	
		نعم	نعم	نعم	نعم
١-	لا يبتبه في كثير من الأحيان لأى شخص قادم أو خارج أمامه.				
٢-	غالباً ما لا يهتم لغياب أمه عنه .				
٣-	غير قادر على تكوين علاقات اجتماعية .				
٤-	يتسم بعدم النظر إلى الغير .				
٥-	لا يبادل الآخر انتباهه الاجتماعية إذا نظر إليه .				
٦-	لا يتبادل الحديث مع الآخرين .				
٧-	غالباً ما ينزع للاستجابة ليد الشخص الآخر أو أنه أو أى جزء بدلا من الشخص نفسه .				
٨-	عادة لا يشارك الآخرين لعبهم ونشاطهم .				
٩-	يقضى معظم وقته فى عزلة ووحدة .				
١٠-	علاقاته المتبادلة مع الآخرين غير منضبطة .				
١١-	غالباً ما يبدى نفورا من التفاعل مع الآخرين .				
١٢-	لا يستعمل تعبيرات الوجه بما يتناسب الموقف .				
١٣-	نادرا ما يسلم على الآخرين حين يلقاهم .				
١٤-	نادرا ما يقلد سلوك الآخرين .				
١٥-	يفضل اللعب بمنزلا عن الآخرين .				
١٦-	غير محبوب من زملائه إلى حد كبير .				
١٧-	غالباً لا يهتم بالتعليقات التى يتلقاها من الكبير .				
١٨-	لا يشكر من يقضى له حاجته .				
١٩-	لا يستجيب لحمله واحتضانه قبل النوم .				
٢٠-	لا يبادر بالتفاعل الاجتماعي مع الغير .				
٢١-	يقضى وقتاً طويلاً منشغلاً بانشغله الفردية .				
٢٢-	لا يمكنه أن ينادى بنادى بعض الأشخاص المعروفين .				
٢٣-	لا يستطيع أن يحدد دوره فى العمل الجماعى .				
٢٤-	يفقد اهتماماً بالبيئة الاجتماعية .				
٢٥-	لا يقلد جمل وعبارات الآخرين .				

المراجع

المراجع

- ١- محمد قاسم عبد الله (٢٠٠١): الطفل التوحدي أو الذاتوي. عمان: دار الفكر.
- ٢- خولة أحمد يحيى (٢٠٠٠): الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الفكر.
3. Adrein, J., Faure, M., Perrot A., Hameury, L., Garreau, B., Barthelemy, C. and Sauvage (1991) Autism and family home movies. *Journal of Autism and developmental disorders*, 21, 43-49.
4. American Psychiatric Association (1994): *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington.
5. Cohen, D. (1997) Thyroid hormone in autistic children. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 10, 455-450.
6. Cohen, D., Payl, R. (1968) Issues in classification of pervasive and other developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child Pediatrics*, 19, 213-220.
7. Gillberg, C. and Steffenburg, S. (1987): Outcome and prognostic factors in infantile autism and similar conditions. *Journal of Autism and developmental disorders*, 17, 273-287.
8. Gillberg, G. and Coleman, M. (1992) *The biology of the autistic syndrome*, Cambridge University Press.
9. Goldberg, T. (1987) On hermetic reading abilities. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 17, 29-44.
10. Gorden J. and Cautella, J. (1988) Procedures to increase social interaction among adolescents with autism. *Journal of Behavior Therapy and experimental Psychiatry*, 19, 87-94.
11. Koegel, R. (1983) The personality and family Interaction characteristics of parents of autistic children, *Journal of counseling and clinical psychology*, 51, 683-692.
12. Kubicek, L. (1980) Organisation in two mother - infant interactions involving a normal infant and his fraternal twins brother who was later diagnosis. In: *Academy Press*.
13. Lewy, C. (1991) Follow-ups of Two-years-olds referred and joint attention in young autistic children, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 555-566.

14. Loveland, K. and Tunali-Kotoski, B. (1998) The school-age child with autism. In: Cohen D. and Volkmar, F.: handbook of autism and pervasive developmental disorders. Wiley and Sons. New York.
15. Lovass, O. (1987) Parents as therapists. In Autism, By Rutter M., New York, Plenum.
16. McClelland, R., Eyre, D., Watson, D., Calvert, G. and Sherrard, E. (1992) General conduction time in Childhood autism. British Journal of Psychiatry, 160, 659-665.
17. Mesibov, G. and Handland, S. (1998) Adolescent and adult with autism. In: Cohen and Volkmar, F. Handbook of autism and pervasive developmental disorders, Wiley and Sons, New York.
18. Minderaa, R. (1989) Neurochemical study of dopamine functioning in autistic and normal subjects. Journal if the American Academy Of Child and Adolescent Psychiatry, 28, 200-206.
19. Ornitz, E. (1989) Autism. In Last, C. and Hersen, M.: Handbook of Child Psychiartric Diagnosis. Wiley Series on Personality Processes. New York.
20. Pual, R. Cohen, D. and Caprulo, B. (1983) A longitudinal study of patient with severe developmental disorders of language learning. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22, 225-234.
21. Ritvo, E. (1985) Evidence for autosomal recessive inheritance in 46 families with multiple incidence of autism. American Journal of Psychiatry, 142, 187-192.
22. Stone, W. (1998) Autism in infantile and early childhood. In: Cohen, D. and Volkmar, F.: handbook of autism and pervasive development disorders, Wily and Sons. New York.
23. Wolff, S. and Chick, J. (1980) Schizoid personality in childhood: a Controlled follow-up study, Psychological medicine, 10, 85-100.
24. Volkmar, F. (1987) Social development. In Cohen, D. and Donnellan, A.: Handbook of autism and pervasive developmental disorders, New York. Wiley and sons.