



جامعة وهران 2

محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم

في علم النفس العيادي

التشخيص الفارق لاضطراب التوحد والتخلف العقلي
مؤشرات التشخيص الفارق
في ظل بعض المحكات التشخيصية الحديثة

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

الطالب: عبدون العربي

أمام لجنة المناقشة:

المؤسسة الأصلية	الصفة	الرتبة	اللقب والاسم
جامعة محمد بن أحمد 2	رئيسا.	أستاذ	مزيان محمد
جامعة محمد بن أحمد 2	مشرفا ومقررا.	أستاذ	بن شهيدة أحمد
جامعة مستغانم	مناقشا.	أستاذ	بن أحمد قويدر
جامعة محمد بن أحمد 2	مناقشا.	أستاذ محاضر. أ.	بلعابد عبد القادر
جامعة الطاهري محمد بشار	مناقشا.	أستاذ محاضر. أ.	شرفاوي الحاج عبو
جامعة الطاهري محمد بشار	مناقشا.	أستاذ محاضر. أ.	سعودي عبد الكريم

السنة: 2018-2019

التشخيص الفارق لاضطراب التوحد والتخلف العقلي "

مؤشرات التشخيص الفارق في ظل بعض المحكات التشخيصية الحديثة

الملخص:

تهدف هذه الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي للبحث وهو: هل توجد مؤشرات أدائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات التشخيصية للمقاييس النفسية للدراسة؟ وقد عمدنا لاستعمال المنهج الوصفي التحليلي، والأدوات الإجرائية التالية:

- مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطفولي. (GARS).
- الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي للتوحد (DMS 4-5).
- دليل التشخيص الدولي للتوحد (CIM10).

وجاءت النتائج كالتالي: * - توجد مؤشرات أدائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات التشخيصية للمقاييس النفسية للدراسة.

الكلمات المفتاحية للدراسة:

طيف التوحد، التوحد، التخلف العقلي، التشخيص، التشخيص الفارق، مؤشرات التشخيص.

Abstract:

"differential diagnosis of autism disorder and mental retardation"

Differential diagnostic indicators according to recent diagnostic tests

The objectives of the study is to answer the main question of the research: Is there a significant statistical performance indicators between autism and mental retardation on the diagnostic scales of psychological measures of the study?

We have used the analytical descriptive approach and the following procedural tools:

Gilliam scale for the diagnosis of autism amongst children. (GARS)

Autism Manual Diagnosis of the APA. (DMS 4-5)

International Autism Manual Diagnosis of the OMS. (ICD10)

Study Results: * - There are differential diagnostic indicators between autism and mental retardation on the diagnostic scales used in the study.

Keywords : Autism Spectrum, Autism, Mental Retardation, Diagnosis, Differential Diagnosis, Diagnostic Indicators.

Résumé :

"diagnostic différentiel de trouble de l'autisme et retard mental"

Les indicateurs de diagnostic différentiel selon les tests récents de diagnostic

L'objectif de cette étude est de répondre à la question principale qui présente la problématique de la recherche : existe-t-il un indicateur statistique significatif de performance entre l'autisme et le retard mental sur les échelles diagnostiques des mesures psychologiques de l'étude ?

Nous avons utilisé l'approche descriptive analytique et les outils procéduraux suivants:

Échelle Gilliam pour le diagnostic de l'autisme chez les enfants. (GARS)

Manuel de diagnostic de l'autisme de L'APA. (DMS 4-5)

Manuel international de diagnostic de l'autisme de l'OMS. (CIM10)

Résultats de l'étude : * - Il existe des indicateurs de diagnostic différentiels entre l'autisme et le retard mental sur les échelles de diagnostiques utilisées de l'étude.

Mots clés : Spectre de l'autisme, Autisme, Retard mental, Diagnostic, Diagnostic différentiel, Indicateurs de diagnostique

الإهداء

*A ma femme Dalila et à ma fille
Hadile et aux habitants de La
Forteresse vide*

كلمة شكر

كامل الشكر والامتنان إلى أستاذي المؤطر

الأستاذ الدكتور بن شهيدة أحمد على سعة صبره وتفهمه وعلى
المساعدة التي قدمها لي خلال مشوار البحث والدراسة
والشكر موصول لكل من مدّ يد العون لهذا العمل كي يكتمل

العربي عبدون

الملخص:

"التشخيص الفارق لاضطراب التوحد والتخلف العقلي " **"مؤشرات التشخيص الفارق في ظل بعض المحكات التشخيصية الحديثة"**

أهداف الدراسة:

أ- أهداف نظرية:

- 1- التعرف على الأطر النظرية، والنماذج التي حاولت تفسير نشأة وتطوير مفهوم التوحد.
- 2- التعرف على جهود الباحثين في مجال التشخيص الفارق للتوحد والتخلف العقلي.
- 3- التعرف على الطرق والوسائل (الأدوات) التشخيصية المتاحة لحالات التوحد بالمراكز البيداغوجية.

ب- أهداف علمية:

- 1- الكشف عن إمكانية تشخيص التوحد، من خلال الأداء على المقاييس النفسية المستعملة في الدراسة.
 - 2- الكشف مدى قدرة المقاييس المستعملة في الدراسة في التمييز في الأداء بين التوحد والتخلف العقلي.
- عينة الدراسة: تكون مجتمع الدراسة من 80 طفلاً تم تشخيصهم والتكفل بهم على أنهم حالات تخلف عقلي، هم أطفال المركز النفسي البيداغوجي غراسة ولاية بشار، واختيرت عينة تعدادها 20 طفلاً من هذا المجتمع بالطريقة القصدية بعد الاستطلاع.

أدوات الدراسة:

- مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطفولي (GARS)
- الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي للتوحد (DMS 4-5) .
- دليل التشخيص الدولي للتوحد (CIM10) .

نتائج الدراسة:

- توجد مؤشرات أدائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات التشخيصية للمقاييس النفسية للدراسة.
- توجد مؤشرات ادائية فارقة ذات بين التوحد والتخلف العقلي على محك السلوكيات النمطية والاهتمامات والأنشطة الأدائية لمقاييس الدراسة.
- توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك التواصل لمقاييس الدراسة.
- توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك التفاعل الاجتماعي لمقاييس الدراسة.

الكلمات المفتاحية للدراسة:

طيف التوحد، التوحد، التخلف العقلي، التشخيص، التشخيص الفارق، مؤشرات التشخيص..

Abstract:

**"differential diagnosis of autism disorder and mental retardation"
Differential diagnostic indicators according to recent diagnostic tests**

The objectives of the study:

A - Theoretical objectives:

1. Identify theoretical frameworks and models that have attempted to explain the emergence and development of the concept of autism.
2. Identify researchers' efforts in the differential diagnosis of autism and mental retardation.
3. Identify the methods and tools available for the diagnosis of autism in psychopedagogical centers.

B - Scientific objectives

1. Detection of the possibility of diagnosis of autism, through the psychological tests used in the study.
2. Explore the ability of the tests used in the study to differentiate autism from mental retardation. Study sample: The study population consisted of 80 children diagnosed as mentally retarded, children of the Psychopedagogical Center of Gharassa, city of Bechar. An intentional sample of 20 children from the studied population was selected after the exploration of the field of research.

Study tools:

- Gilliam scale for the diagnosis of autism amongst children. (GARS)
- Autism Manual Diagnosis of the APA. (DMS 4-5)
- International Autism Manual Diagnosis of the OMS. (ICD10)

Study Results:

- There are differential diagnostic indicators between autism and mental retardation on the diagnostic scales used in the study.
- There are differential diagnostic indicators between autism and mental retardation in the area of stereotyped behaviors, interests, and performance activities on the diagnostic scales used in the study.
- There are differential diagnostic indicators between autism and mental retardation in the area of communication on diagnostic scales used in the study
- There are differential diagnostic indicators between autism and mental retardation in the field of social interaction on the diagnostic scales used in the study

Keywords:

Autism Spectrum , Autism, Mental Retardation, Diagnosis, Differential Diagnosis, Diagnostic Indicators.

Résumé :

"diagnostic différentiel de trouble de l'autisme et retard mental" Les indicateurs de diagnostic différentiel selon les tests récents de diagnostic

Les objectifs de l'étude :

A - objectifs théoriques :

1. identifier les cadres théoriques et les modèles qui ont tenté d'expliquer l'émergence et le développement du concept d'autisme.
2. Identifier les efforts des chercheurs dans le diagnostic différentiel de l'autisme et du retard mental.
3. Identifier les méthodes et les outils disponibles pour le diagnostic de l'autisme dans les centres psychopédagogiques.

B - Objectifs scientifiques

1. Détection de la possibilité de diagnostic de l'autisme, à travers les tests psychologiques utilisées dans l'étude.
2. Explorer la capacité des tests utilisées dans l'étude de différencier l'autisme du retard mental. Échantillon de l'étude : La population étudiée était composée de 80 enfants diagnostiqués comme arriérés mentaux, enfants du Centre Psychopédagogique de Gharassa wilaya de Béchar. Un échantillon intentionnel de 20 enfants de la population étudiée a été sélectionné après exploration du terrain de la recherche.

Outils d'étude:

- Échelle Gilliam pour le diagnostic de l'autisme chez les enfants. (GARS)
- Manuel de diagnostic de l'autisme de L'APA. (DMS 4-5)
- Manuel international de diagnostic de l'autisme de l'OMS. (CIM10)

Résultats de l'étude :

- Il existe des indicateurs de diagnostic différentiels statistiquement significatifs entre l'autisme et le retard mental sur les échelles de diagnostics utilisés de l'étude.

- Il existe des indicateurs de diagnostic différentiels, entre l'autisme et le retard mental dans le domaine des comportements stéréotypés, des intérêts et des activités de performance sur les échelles de diagnostics utilisés de l'étude.
- Il existe des indicateurs de diagnostic différentiels, entre l'autisme et le retard mental dans le domaine de la communication sur les échelles de diagnostics utilisés de l'étude
- Il existe des indicateurs de diagnostic différentiels, entre l'autisme et le retard mental dans le domaine de l'interaction sociale sur les échelles de diagnostics utilisés de l'étude.

Mots clés :

Spectre de l'autisme, Autisme, Retard mental, Diagnostic, Diagnostic différentiel, Indicateurs de diagnostics.

قائمة المحتويات

الصفحة	الموضوع
أ	الاهداء
ب	كلمة شكر
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
هـ	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
و	- أولاً: فهرس المحتويات
ك	- ثانياً: فهرس الجداول
ي	- ثالثاً: فهرس الأشكال
	الفصل الأول: مدخل الدراسة
03	المقدمة
07	مشكلة الدراسة
09	فرضيات الدراسة
10	أهداف الدراسة
11	أهمية الدراسة
12	مصطلحات الدراسة
16	حدود الدراسة
17	الدراسات السابقة
24	الفصل الثاني: التوحد
26	مقدمة
27	طبيعة التوحد
28	تعريف التوحد
28	أصول مصطلح التوحد أو اثنولوجيا التوحد
29	التوحد، تاريخ المفهوم
30	التوحد والتصنيفات المرضية المعاصرة
31	تصنيف التوحد من خلال مختلف طبعات DSM

35	تطور تصنيف التوحد حسب دليل CIM ودليل DSM.
5	تشخيص التوحد وفق المعايير الجديدة للدليل الأمريكي الخامس DSM5
42	الأشكال العيادية للتوحد
52	نسبة انتشار التوحد
55	خصائص وأعراض التوحد
63	عوامل الإصابة بالتوحد
75	النظريات المفسرة للتوحد
85	ملخص
86	الفصل الثالث: التشخيص
88	تمهيد
89	مفهوم التشخيص
93	أهداف التشخيص
95	أدوات التشخيص
96	مضمون التشخيص
97	أهم نقاط التشخيص
97	خطوات التشخيص
100	مستويات التشخيص
101	أساليب التشخيص
112	التشخيص الفارق للتوحد
115	خلاصة
117	الفصل الرابع: التخلف العقلي
118	مقدمة
120	تعريف التخلف العقلي
121	تاريخ تطور مفهوم الإعاقة العقلية
138	نسبة انتشار التخلف العقلي
140	تصنيف الإعاقة العقلية
151	خصائص الأطفال المعاقين عقليا

160	تشخيص الإعاقة العقلية
164	أسباب الإعاقة العقلي
168	خلاصة
169	الفصل الخامس: منهج وإجراءات الدراسة
171	منهج الدراسة
171	إجراءات الدراسة
173	مجتمع البحث
175	عينة الدراسة
175	أدوات الدراسة
176	مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطفولي.(GARS)
178	الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي للتوحد(DMS 4-5) .
188	دليل التشخيص الدولي للتوحد(CIM10) .
190	الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها
192	تمهيد
194	نتائج الدراسة حسب الفروض
195	الفرض الأول بعد السلوكيات النمطية
196	الفرض الثاني بعد التواصل
197	الفرض الثالث بعد التفاعل الاجتماعي
209	تحليل النتائج
211	خلاصة النتائج
212	خاتمة الدراسة
215	قائمة المراجع
216	أولاً: - المراجع العربية
226	ثانياً: - المراجع الأجنبية
232	- الملاحق

قائمة الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
35	تطور تصنيف التوحد حسب CIM - DSM	01
41	محكات التصنيف الطبي	02
133	جدول يوضح أهم الفروق بين إعاقة التوحد والإعاقة العقلية.	03
158	الخصائص اللغوية للمتخلفين عقليا حسب درجة الإعاقة.	04
163	الإعاقة الذهنية حسب المراجع التشخيصية الدولية المعمول بها حاليا.	05
175	جدول توزيع أفراد العينة	06
195	جدول درجات الخام والمعيارية لبعء السلوكيات النمطية	07
198	جدول درجات الخام والمعيارية لبعء التواصل	08
197	جدول درجات الخام والمعيارية لبعء التفاعل الاجتماعي	09
198	تحويل الدرجات المعيارية لمقياس جيليام للإبعاد الثلاثة لمعامل التوحد	10
205	جداول ملخص الدرجات لعينة الدراسة	11

قائمة الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
54	تطور انتشار التوحد من 1992-2006	01
61	عوامل التوحد	02
75	مخطط تمثيلي لعوامل التوحد	03
81	نموذج تفسيري للتوحد	04
133	التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية	05
200	المخطط البياني لتشخيص حالات التوحد	06
201	منحنى الأداء على بعد النمطية السلوكية	07
202	منحنى الأداء على بعد التواصل	08
203	منحنى الأداء على بعد التفاعل الاجتماعي	09

الفصل الأول

مدخل الدراسة



الفصل الأول: مدخل الدراسة

المقدمة

مشكلة الدراسة

فرضيات الدراسة

أهداف الدراسة

أهمية الدراسة

مصطلحات الدراسة

حدود الدراسة

الدراسات السابقة

مقدمة:

لقد بدأ التوحد يشكل موضوع اهتمام متزايد في العشرين سنة الأخيرة وأصبح يمثل رهانا للصحة العمومية، وظهرت بوادر سياسة وطنية تعنى بالموضوع، حيث شكلت وزارة التضامن الوطني سنة 2008 لجنة وطنية من مختلف التخصصات للبحث والتقصي عن ظاهرة التوحد بالمجتمع الجزائري وذلك بهدف إرساء سياسة للتكفل بالاضطرابات النمائية.

وفي هذا الإطار تم إطلاق مشروع استراتيجي للتكفل بالأطفال المتوحدين بعنوان الخماسي 2010-2015 وذلك حسب تصريح السيد جمال ولد عباس وزير التضامن الوطني (وكالة الأنباء الجزائرية، 14-04-2010) وقد قدر الأمين العام لوزارة التضامن عدد المصابين بالتوحد في الجزائر بحوالي 40000 متوحد وأن هذه الاعاقة تصيب الذكور أربع مرات مقارنة بالبنات كما أنها تحتاج إلى تشخيص مبكر أي ما بين 18 شهر وثلاث 3 سنوات، وهو نفس الرقم الذي ورد في كتاب البروفيسور محمود ولد الطالب حيث صرح بأن " لا زال التوحد مجهولا بالجزائر، لأنه لا يدرس بالجامعات والمؤسسات الصحية الا نادرا. إنه إصابة طب عقلية منتشرة، فاذا أخذنا بمعدل الانتشار لمجمل طيف التوحد 01 لكل 1000، نستنتج بانه سيكون لدينا 40000 متوحد بين طفل، ومراهق وراشد يعيشون في الجزائر دون علاج، وهذا ما يشكل معضلة للصحة العمومية" (Ouled Taleb, 2009, P: 13).

ولهذا الغرض وقصد التكفل بحالات التوحد ثم إطلاق مشروع وطني ذو طابع استراتيجي يضمن التشخيص المبكر والتكفل وتكوين الأطر المتخصصة، كما تم الشروع في تحقيق وطني كمي ونوعي وتحليل للوضع الراهن بقصد تدقيق المعلومات حول إعاقة التوحد بالجزائر، وقد تم تحديد فرق التدخل المتخصصة في مجال التكفل من أطباء مختصين في الأمراض العقلية وأخصائيين نفسانيين وأطباء وممرضين، كما تم

تخصيص الهياكل الخاصة بالاستقبال مركز الأبيار للتكفل بالتوحد بالجزائر العاصمة وملحقتين تابعتين له بكل من مديني سعيدة وتلمسان.

إن المشاكل التي تواجهها الجزائر في مجال التكفل بهذه الفئة من المعاقاة بحسب ما صرح به الأمين العام لوزارة التضامن، هي بالدرجة الأولى نقص الكفاءات المختصة والهياكل المتخصصة كما أوضح أن العديد من الأطفال المتوحدين يتم التكفل بهم على مستوى المراكز الطبية التربوية للمتخلفين عقليا وأن حوالي 360 طفل متوحد يتم التكفل بهم على مستوى الوسط الطبي بالمؤسسات العمومية والخاصة وهذا من مجموع 12000 طفل متوحد في سن التمدرس. (وكالة الأنباء الجزائرية، 14-04-2010).

وقد تم تأكيد الأرقام السابقة الخاصة بالتوحد من طرف البرفسور محمود ولد الطالب رئيس مصلحة الطب العقلي للأطفال بالقبة الجزائر حيث بين أن هناك مليون شخص يعاني من الاعاقاة العقلية منهم 40000 حالة توحد وللتكفل بهم هناك ثلاثة هياكل فقط على المستوى الوطني . (Ouarabi, 2009). كما تم تسجيل حالة العجز في التكفل ذاتها في فعاليات الملتقى الدولي حول التوحد بالجزائر المنعقد بتاريخ الأحد 14 فبراير 2010 بجامعة أوبوكر بن بلقايد بتلمسان. (Belkaid, 2010)

ان خبرتنا الميدانية ومن خلال الممارسة والاضطلاع - حسب المتاح من الإمكانيات - على واقع التكفل بهذا النوع من الاضطرابات ببعض مناطق الوطن وحسب المعلومات المستمدة من مصادر رسمية وعلى رأسها وزارة التضامن الوطني وبعض مديريات النشاط الاجتماعي وكذا الاضطلاع على قائمة المؤسسات المتخصصة للتكفل بدوي الاحتياجات الخاصة والمعاقين (الدليل الوطني للمؤسسات المتخصصة)، تبين لنا أن هناك ثلاث مصالح فقط على المستوى الوطني للتكفل بالأطفال المتوحدين وهما

مصاحه دريد حسين للطب العقلي للأطفال بالقبة قاريدي2، ومصاحه التكفل بالتوحد بشراقة ومصاحه مستشفى جبل الوحش بقسنطينة وهذه المصالح تتعامل مع الأطفال المتوحدين من منطوق الأمراض العقلية.

إن حالات التوحد في مختلف الولايات يتم وضعها غالبا على مستوى مراكز الأطفال المتخلفين عقليا ودون الانتباه لاختلافها وخصوصيتها بالمقارنة بالأطفال المتخلفين عقليا، وقد ظهر ذلك جليا من خلال الزيارات الميدانية والنقاش الذي أجريناه مع أخصائيي المراكز النفسية الطبية للمتخلفين عقليا بالجنوب الغربي وذلك خلال شهر سبتمبر من سنة 2011. وكذا بالاضطلاع على الدراسة التي قام بها الطالب بن الساسي عبد القادر على مستوى الجزائر العاصمة في إطار بحث غير منشور حول دور الكفالة المبكرة في تعديل السلوك واكتساب الكلام لدى الطفل المتوحد جامعة الجزائر سنة 2007.

إن وضع الأطفال المتواجدين بمراكز المتخلفين عقليا ليس مرده برأينا إلى عدم وجود هياكل متخصصة للتكفل بهذه الحالات فقط، بل يرجع في أغلب الحالات إلى مشكل التشخيص، فإلى جانب ندرة مراكز التكفل هناك غياب تام حسب علمنا لمراكز فحص متخصصة ووحدات التشخيص والتقييم والوقاية الخاصة بالاضطرابات النمائية.

وهذا ما لاحظته كذلك قلاي GUELAI " هناك جهل كبير بالتوحد في الجزائر وذلك حتى في الأوساط الطبية، كما أن هناك سوء تشخيص بسبب الجهل بأدوات التشخيص من طرف الممارسين، خصوصا في ظل غياب الهياكل المتخصصة لهذه الفئة، لأن الجزائر لا تتوفر سوى على ثلاثة مراكز عبر الوطن وهكذا، أمام نقص هياكل الاستقبال الخاصة بالأطفال المتوحدين ومحدودية طاقة الاستقبال بالمراكز النفسية التربوية، فإن الأطفال المتوحدين يتم دمجهم مع المتخلفين عقليا" (2014, P.01). هذا إضافة الى أن أولياء الأطفال

المتوحدين لا يعلمون حقيقة حالة ابنهم فهم في الغالب لا يكتشفون نوعية اضطرابه الا في مراحل متأخرة من عمر الطفل.

يجهل المعلم في المدرسة ما يعانيه الطفل لذا يمكن ان يصنفه من المتخلفين عقليا، علما أن العديد من البحوث العلمية أثبتت أن هناك تلازما بين التوحد والتخلف العقلي. " يرتبط الضعف العقلي غالبا بالتوحد التوحد. حيث أن 75% من المصابين بالتوحد يعانون من ضعف عقلي وتتراوح نسبة الذكاء لديهم بين 35 إلى 50 % ولهذا يجب أخذ مسألة التخلف العقلي في الحسبان لأنه يمس غالبية الأشخاص المصابين بالتوحد" (Rogé, 2003, p. 67). وهذا ما يؤدي في كثير من الأحيان إلى لبس في التشخيص، وبالتالي لا يحصل هذا الطفل على الرعاية اللازمة في تلك المرحلة الحساسة من عمره. هذا إذا علمنا أن هناك نقص في تكوين الاطارات التقنية المتخصصة في الاضطرابات النمائية وهو ما أكدته الجهات المختصة أعلاه.

إن هذه الصورة لواقع التكفل بالأطفال المتوحدين، دفعتنا إلى محاولة الاقتراب من هذه الاعاقة بهدف تشخيصها وتميزها عن التخلف العقلي، وبالتالي المساهمة في توضيح البروفيل الخاص بها وجعله أكثر تحديدا خصوصا في مجتمع هذه الدراسة، أي تمكين الممارسين بالمركز مجال الدراسة من طريقة أكثر كفاءة في تشخيص التوحد.

الإشكالية

تتناول الدراسة الحالية مجموعة من الأطفال المتواجدين بالمركز النفسي البيداغوجي 2 غراسة بشار، الذين لوحظت عليهم علامات التوحد الأساسية، مثل الانسحاب الشديد، والانطواء، والسلوك الاجتراري، وعدم الدخول في علاقات مع أقرانهم، وتجنب النظر في وجه المخاطب، وإظهار حالة عدم السمع وصعوبة التواصل.

إن هذه الأعراض غالبا ما تتداخل وتتشابه لدى الكثير من الحالات المرضية خصوصا لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا، وعليه فإن مسألة التشخيص والتشخيص الفارق في معظم الحالات تحتاج الى ملاحظة دقيقة واستشارة أخصائيين متعددين في مجال الإعاقة عموما والطفولة على وجه الخصوص.

بالنظر لعدم وجود تحاليل مخبرية أو كشوف تصويرية بالأشعة تمكنا من تشخيص اضطراب التوحد، فإن الأمر في هذه الحالة يتطلب منا الاستعانة بأدوات ومعايير خارجية تعتمد الملاحظة والمقابلة كوسيلة رئيسية، وتستعين بوسائل القياس والتشخيص النفسي المتاحة لمقاربة التشخيص الموضوعي للتوحد، وعادة ما يستعمل في هذا الإطار المحكات التشخيصية الدولية كالدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية، ومعايير التشخيص الخاصة بجمعية أطباء الأمراض العقلية الأمريكية، وقوائم ومقاييس التشخيص المبنية في الغالب على أساس هذين المعيارين ومقاييس أخرى لملاحظة السلوك التوحدي، ومقاييس السلوك التكيفي وغيرها من أدوات الفحص.

إن الاستعانة بالوسائل التقنية من مقاييس للسلوك، وبالخبرة المتخصصة تمثل إجراءً ضرورياً من شأنه أن يبلور تشخيصاً أكثر موضوعية، ويحدد الفروقات بين الاضطرابات السلوكية المتداخلة مثل التوحد والتخلف العقلي، الشيء الذي يساعد في التكفل المبكر والفعال باضطراب طيف التوحد.

تسعى هذه الدراسة إلى فحص عينة من الأطفال الموضوعين بإحدى المراكز النفسية البيداغوجية بواسطة بعض المقاييس الأكثر صدقا وثباتا على المستوى العالمي في تشخيص التوحد، وذلك لمعرفة مدى قدرة هذه المقاييس على تمييز حالات التوحد من الأطفال الموضوعين بالمركز مجال الدراسة قصد التكفل وذلك تحت تشخيص التخلف العقلي.

إن هذه الدراسة لا تهدف إلى عقد مقارنة كلاسيكية بين التوحد والتخلف العقلي، بمعنى أنها لن تعتمد عينات منفصلة، واحدة للتوحد، وأخرى للتخلف العقلي، وثالثة من الأطفال الأسوياء للضبط. بل ستعمل على محاولة تمييز الأطفال المتوحدين من بين الأطفال الموضوعين بالمركز النفسي البيداغوجي تحت تشخيص التخلف العقلي وذلك باستعمال وسائل الدراسة، وبالنظر لهذا الاعتبار يمكننا وضع تساؤلات الدراسة على الشكل التالي:

تساؤلات الدراسة:

الاشكالية:

*- هل توجد مؤشرات أدائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات

التشخيصية للمقاييس النفسية للدراسة؟

1- هل توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك السلوكيات النمطية لمقاييس الدراسة؟

2- هل توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك التواصل لمقاييس الدراسة؟

3- هل توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك التفاعل الاجتماعي لمقاييس الدراسة؟

فرضيات الدراسة:

بناءا على نتائج الدراسات السابقة وعلى التراث النظري الكبير في مادة التخلف العقلي والتوحد وكذا الملاحظات الأولية الناتجة عن التجربة الميدانية بحكم طبيعة العمل كمارس نفساني عيادي الأكثر من عشرون سنة خبرة في مجال فئة ذوي الاحتياجات الخاصة ومن خلال الإشكالية يمكننا صياغة الاجابة عن تساؤلات الدراسة بالفروض التالية.

*- توجد مؤشرات أدائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات التشخيصية للمقاييس النفسية للدراسة.

1. توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك السلوكيات النمطية والاهتمامات والأنشطة الأدائية لمقاييس الدراسة.

2. توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك التواصل لمقاييس الدراسة.

3. توجد مؤشرات ادائية فارقة بين التوحد والتخلف العقلي على محك التفاعل الاجتماعي لمقاييس الدراسة.

أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية في الإطار النظري إلى عرض شامل لمفهوم التوحد وما أصبح يعرف اليوم باضطراب طيف التوحد، وعرض لأهم النظريات المفسرة له وعلاقة هذا الاضطراب باضطرابات طفولية أخرى وبالخصوص التخلف العقلي وترسيم المؤشرات الفارقة بينهما، وهكذا يمكن تصنيف الأهداف التالي:

أ- أهداف نظرية:

1. التعرف على الأطر النظرية، والنماذج التي حاولت تفسير نشأة وتطور مفهوم التوحد.
2. التعرف على جهود الباحثين المبذولة من اجل التعرف على التشخيص الفارق للتوحد والتخلف العقلي وهما الإعاقاتان المتداخلتان والمتلازمتان في أغلب الأحيان.
3. التعرف على خصائص الاضطرابات السلوكية للأطفال التوحيديين.
4. التعرف على الطرق والوسائل التشخيصية المتاحة لحالات التوحد.

ب- أهداف عملية:

1. الكشف عن إمكانية تشخيص التوحد، والتمييز بينها وبين حالات التخلف العقلي من خلال الأداء على المقاييس النفسية المستعملة في الدراسة.
2. الكشف عن الأداء الفارق للأطفال المتوحيدين والتمييز بينهم وبين المتخلفين عقليا والأطفال العاديين من حيث الأداء على المقاييس المستعملة في الدراسة.

أهمية الدراسة ونستطيع إجمالها بما يلي:

إن أهمية هذه الدراسة تعود بالدرجة الأولى إلى أهمية التشخيص الفارق بالنسبة لتحديد نوعية المؤسسة التي تتكفل بالمفحوص وكذا لجهات التكفل في اتخاذ القرار بتحديد نوعية الخدمات اللازمة للمفحوص علاوة على أهمية للوالدين.

- كما يمكن أن تمتد أهمية الدراسة إلى أهمية المعرفة السيكولوجية لكل حالة على حدا على اعتبار خصوصية قياس الظواهر النفسية والسمات والقدرات الذي يتم بشكل مباشر من خلال ملاحظة سلوك الشخص المفحوص.
- كما يمكن أن تستمد هذه الدراسة أهميتها من حداثة دراسة موضوع التوحد نسبياً.
- قلة الأبحاث والكتابات التي تناولت دراسة ظاهرة التوحد بالجزائر فكانت في الغالب ترجمة لنصوص وكتابات الآخرين ولم تتناول على حد علم الباحث موضوع التشخيص الفارقي بين التوحد والتخلف العقلي.
- محاولة البحث وتحديد المصطلحات المختلفة عن هذا الاضطراب.
- أما من الناحية العملية فإن الأهمية تتحدد بندرة الأخصائيين النفسيين والطبيين والاجتماعيين المتمكنين من ناحية الممارسة والتعامل مع هذا الاضطراب، مما يحرم هؤلاء الأطفال من نصيبهم من برامج التربية الخاصة.
- وكذا عدم وجود مراكز مختصة بالتكفل بالتوحد على مستوى الجنوب الغربي للجزائر على الأقل.
- أن هذه النقاط تبرز أهمية البحث في مسألة التوحد، والحاجة الملحة إلى مثل هذه الدراسات.

- الاستفادة من نتائج هذه الدراسة بتقديم مقترحات تسهم في إعداد برامج تتوجه إلى كل من الأسرة والمعنيين في هذا الميدان لمساعدتهم على تنمية مهارات الطفل التوحيدي بشكل عام.

مصطلحات الدراسة:

التوحد:

يعد "التوحد أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل وتكون أعراضه واضحة تماما في الثلاثين شهرا الأولى من عمر الطفل حيث يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات، ويتميز التوحد بالغموض وبغربة أنماط السلوك المصاحبة له، ويتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى فضلا عن أن هذا الاضطراب يحتاج إلى إشراف ومتابعة مستمرة من قبل الوالدين" (عبد الله محمد قاسم، 2000، ص: 13). كما يعتبر تشخيص التوحد من المشكلات الصعبة التي تواجه الباحثين والمهتمين به في ميدان التربية الخاصة. وقد يعود ذلك إلى أمرين:

الأول: أن التوحد ليس اضطرابا واحدا وإنما يبدو في عدة أشكال، مما أدى بالبعض إلى تسميته طيف التوحد.

الثاني: أن مفهوم "التوحد" قد يتداخل مع مفاهيم أخرى، كفصام الطفولة، والتخلف العقلي واضطرابات التواصل، واضطراب الحواس وغير ذلك من مفاهيم (أحمد أمين نصر، 2002).

ورد في تعريف دينيس Dennis "أن التوحد هو السلوك الصادر عن الطفل والمتمحور في ثلاث اضطرابات سلوكية، اضطراب في التفاعل لاجتماعي، في النشاط التخيلي، والقدرة على التواصل والانغلاق على الذات وضعف في الانتباه المتواصل للأحداث والموضوعات الخارجية" (محمد، ع. 2003، ص: 11).

يعرف التوحد على أساس أنه اضطراب معقد تصاحبه الإعاقة العقلية (جمعية الأطباء النفسانيين بالولايات المتحدة الأمريكية APA، 2000، كرايجر Kraijer، 2000) أنه إعاقة نمائية تظهر في السنوات الثلاثة الأولى من العمر وتؤثر في التواصل اللفظي، وغير اللفظي وكذلك التفاعل الاجتماعي.

طيف التوحد:

تسمية تشخيص طيف التوحد:

لقد وضعت تسمية موحدة للتشخيص: هي اضطراب طيف التوحد Trouble de spectre de l'autisme (T.S.A) ويدخل تحت قائمة هذه التسمية كما هو وارد بالقائمة التالية:

- اضطراب التوحد.
- متلازمة أسبرجر.
- إضرابات النمو الشاملة غير المحددة.
- إضرابات التفكك الطفولي، التي تم جمعها في فئة واحدة بعنوان هذه الطبعة.

والملاحظ في هذه القائمة الجديدة جميع اضطرابات التفكك الطفولي في فئة واحدة على اعتبار أن الاختلاف بينها هو في شدة الاعراض ودرجة الذكاء وكذا مستوى اللغة وليس في معايير التشخيص.

كما يلاحظ اختفاء متلازمة ريث من قائمة طيف التوحد لتصنيفها ضمن الاضطرابات ذات الأصل الجيني وذلك لتحديد العلماء للجينة المسؤولة عن هذا الاضطراب.

التوحد:

بالنسبة لهذه الدراسة، التوحد: هو إعاقة نمائية تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وتتجلى بالأساس في اضطراب التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوكيات النمطية، وهو ما تشخصه أدوات الدراسة الحالية.

التخلف العقلي:

إن تاريخ الإعاقة العقلية وما شهدته تعريفها من تعدد وتطورات حسب التخصصات العلمية ذات العلاقة سواء أكانت، طبية، أو سيكو مترية، أو اجتماعية، أو تربوية، على إثر الانتقادات التي وجهت لهذه التعاريف، ظهر تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، والذي مر بمراحل من التنقيح والتطوير وهو الأكثر قبولا في الأوساط العلمية ويشير إلى أن مصطلح التخلف العقلي هو مستوى من الاداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحرافين معياريين ويكون مصحوبا بخلل واضح في السلوك التكيفي، و يظهر في مراحل العمر النمائية من الميلاد وحتى سن الثامنة عشر. (عبيد، 2000، ص: 28).

وقد جرى آخر تعديل لهذا التعريف من طرف الجمعية ذاتها سنة 2002م حيث عرفت التخلف العقلي بأنه قصور جوهري وواضح في كل من الأداء الوظيفي والسلوك التكيفي، كما يعبر عنها في المهارات التكيفية المفاهيمية والاجتماعية والعملية، ويظهر هذا القصور قبل سن الثامنة عشرة (الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي، (AAMR، 2002).

والباحث بعنوان هذه الدراسة يقصد بالتخلف العقلي من الناحية النظرية ما ذهبت اليه الجمعية الأمريكية من ضعف وقصور في مستوى الأداء العقلي الوظيفي والسلوك التكيفي في المهارات في المجال المفاهيمي والاجتماعي والعملية للأطفال.

التخلف العقلي: يقصد الباحث بالتخلف العقلي على المستوى العملي تلك الفئة من الأطفال المحصورة من ستة سنوات وثمانية عشر سنة والتي تم تشخيصها على هذا الأساس ووضعت بالمركز مجال الدراسة قصد التتبع والتكفل النفسي البيداغوجي.

التشخيص:

يعرف "نوربار سيلامي" عملية التشخيص على أنها: استقصاء أصلي عن نوع المرض والبحث عن أسبابه وملاحظة أعراضه والتعرف على ديناميكية الشخصية" (الظاهر قحطان أحمد، 2009، ص: 111).

التشخيص:

هو عملية تحديد نمط الاضطراب الذي يعاني منه الشخص على أساس الأعراض والعلامات والاختبارات والفحوص. وكذلك تصنيف الأفراد على أساس زملة الأعراض أو الخصائص (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي، 1990، ص: 95).

التشخيص الفارق:

هو العملية التي تحدد فيها أي من مرضيين أو أكثر لهما أعراض متداخلة هي التي تنطبق على حالة مريض معين. كذلك تشمل عملية التشخيص الفارق التمييز بين مرضيين اثنين متشابهين بتحديد الاعراض الحاسمة التي تظهر مع أحدهما ولا تظهر مع الآخر.

(جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاقي، 1990، ص: 196).

التشخيص الفارقي: بالنسبة للدراسة هو عملية التمييز بين التوحد والتخلف العقلي بتحديد الأعراض الحاسمة التي تميز التوحد عن التخلف العقلي، لاسيما على مستوى مؤشرات، اضطراب التفاعل الاجتماعي، والتواصل، والسلوكيات النمطية.

مقاييس التشخيص، يقصد بمقاييس التشخيص في هذه الدراسة:

- الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية OMS وهو CIM بطبعته العاشرة.
- الدليل التشخيصي لجمعية الأطباء النفسيين الأمريكية APA وهو DSM بمختلف طبعاته.
- ومقياس جليام لتشخيص التوحدية. Gilliam Autism Rating Scale (GARS-2).

حدود الدراسة:

تتقيد الدراسة الحالية بالمتغيرات المتضمنة بموضوعها، وبالعينة التي أجريت عليها الدراسة والتي بلغت عشرون حالة من أصل ثمانون مفردة هي مجتمع الدراسة وهم يمثلون الأطفال المشخصين تحت إعاقة التخلف العقلي والمتكفل بهم بالمركز الطبي البيداغوجي رقم 02 غراسه بشار. كما تتقيد الدراسة بأدواتها والمتمثلة في:

- الدليل التشخيصي لمنظمة الصحة العالمية OMS وهو CIM بطبعته العاشرة.
- الدليل التشخيصي لجمعية الأطباء النفسيين الأمريكية APA وهو DSM بمختلف طبعاته.
- مقياس جليام لتشخيص التوحدية. GARS.

كما تتحدد الدراسة بمكان وزمان إجرائها وهو يمتد من تاريخ جانفي 2012 إلى غاية جوان 2017 بالمركز النفسي البيداغوجي رقم 02 غراسه بشار.

الدراسات السابقة:

كثيرة هي الدراسات التي تناولت بالبحث موضوع التوحد والتخلف العقلي، وأن الأدبيات في هذا المجال لا يمكن حصرها ومن كثرتها أصبحت تشكل تشويشا على اختيارات الباحث الذي يريد دراسة التوحد والتخلف العقلي، وعليه سنكتفي ببعض الدراسات التي تناولت المقارنة بين التوحد والتخلف العقلي من مختلف الأوجه، ومن بين هذه الدراسات نأخذ على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

✓ دراسة عادل عبد الله محمد (2000)

1. عنوان الدراسة "بعض انماط الأداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحديين وقرانهم

المعاقين عقليا

2. أدوات الدراسة: مقياس جودار للذكاء، مقياس الطفل التوحدي (إعداد الباحث)، مقياس

المستوى الاجتماعي الاقتصادي الثقافي المطور للأسرة (إعداد محمد بيومي خليل 2000)

مقياس التفاعلات الاجتماعية للأطفال خارج المنزل (إعداد الباحث)، مقياس السلوك

الانسحابي للأطفال (إعداد الباحث)

3. عينة الدراسة: تكونت من 24 طفلا مقسمة الى مجموعتين مختلفتين في الكيف ومتساوية

في الكم (ن=12).

4. نتائج الدراسة: وجود فروق بين الاطفال التوحديين وقرانهم المعاقين عقليا في مستوى

التفاعلات الاجتماعية لصالح الاطفال المعاقين عقليا.

- وجود فروق بين الاطفال التوحديين وقرانهم المعاقين عقليا في الانسحاب الاجتماعي لحساب

الاطفال التوحديين حيث كانوا هم أكثر انسحابا

- وجود علاقة ارتباطية سالبة بين كل من الاطفال التوحديين وقرانهم المعاقين عقليا في التفاعلات الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي كل على حدة وان العلاقة بين الظاهرتين قوية وان ارتباط الظاهرتين معا لكل مجموعة يعد أكثر من استقلالها

✓ دراسة الين واخرون (Allen et al) 2001

1. عنوان الدراسة: الاضطراب التوحدي واضطرابات النمو الاخرى لدى الاطفال: التشابه والاختلاف.

2. الهدف من الدراسة: دراسة مدى الاختلاف او التشابه بين الاضطراب التوحدي مع الاضطرابات النمائية الاخرى في كل من السلوكيات التكيفية واللاتكيفية واللفظية لدى الاطفال الصغار.

3. عينة الدراسة: تكونت من 18 طفل قبل المدرسة يعانون من اضطرابات نمائية معقدة و176 طفلا يعانون من اضطراب توحدي و311 طفلا غير توحدين ولكن ذوي اضطرابات في اللغة وضعف في الذكاء العام وقد تم تقسيم كل الاطفال الى مجموعات معرفية فرعية عالية وامتدنية حسب مستوى الذكاء الغير لفظي.

4. نتائج الدراسة: اتضح انه داخل المجموعات المعرفية لم يختلف 18 طفلا من ذوي الاضطرابات اللغوية المعقدة، ولم يوجد اختلاف بينهم في المهارات التكيفية واللفظية. ولم يختلف الاطفال ذوي الاضطرابات النمائية المعقدة عن الاطفال التوحديين في السلوكيات اللاتكيفية.

- وقد اظهر الاطفال ذوي السلوكيات اللاتكيفية وذلك بالنسبة للمجموعة الغير توحدية.

- ولقد اختلف الاطفال التوحديين في معظم المقاييس وذلك في كل من المجموعات المعرفية العالية والمتدنية وذلك بالنسبة الاطفال ذوي المعدلات المعرفية المتدنية وخصوصا المعاقين في كل المقاييس.

- كما اشارت الى السؤال الذي طرحته الدراسة وهو مدى الاختلاف او التشابه بين الاضطرابات التوحدي والاضطرابات النمائية المعقدة هو انه لا يوجد بينهم اختلاف او تشابه كبير ولكن الاطفال ذوي الاضطرابات النمائية المعقدة يقعون في مرتبة وسط بين المجموعة التوحدية والغير توحدية.

✓ دراسة: (Barthelemy, et Etal 1992).

قامت هذه الدراسة بمحاولة اختبار إمكانية استخدام الاختبارات النفسية لتشخيص التوحد وتميزه عن حالات التخلف العقلي، واستخدمت في ذلك مقياس التقييم المختصر للسلوك والذي يتضمن تمانيه أبعاد تتعلق بأعراض التوحد.

وتكونت عينة الدراسة من 116 حالة من بنهم 58 طفلا تم تشخيصهم على أنهم من أصحاب التخلف العقلي، و58 حالة تم تشخيصهم على أنهم مصابون بالتوحد.

وكانت نتائج الدراسة أنه يمكن استخدام هذا المقياس أو مقاييس أخرى مشابهة له في التعرف على حالات التوحد والتفريق بينها وبين التخلف العقلي، حيث توصلت الدراسة أن هناك فروقا دالة احصائيا بين المجموعتين التوحد والتخلف العقلي لصالح التوحد في الأبعاد التالية:

1- الانسحاب الاجتماعي.

2- ضعف الانتباه.

3- القدرة على المحاكات.

4- التعبير اللفظي وغير اللفظي.

5- الاستجابات الذهنية.

كما بينت الدراسة وجود فروق أخرى لكنها غير دالة بوضوح وذلك فيما يخص الحركات الزائدة، التوتر والخوف. وأخيرا توصلت الدراسة إلى أنه يمكن الاستعانة ببعض المقاييس النفسية للتشخيص الفارقي بين التوحد والتخلف العقلي.

✓ دراسة: (Wadden, N.P et Etal 1991).

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في إمكانية استخدام قائمة ملاحظة السلوك التوحيدي Autism Behavior Checklist والذي وضعها كروج (Krug, 1990) في إمكانية التعرف على أطفال التوحد وتمييزهم عن الأطفال المتخلفين عقليا، وذوي صعوبات التعلم، ويتكون المقياس من 57 بند خاص بأعراض التوحد، يتم ملاحظة ورصد سلوك الأطفال من خلالها، وقد إجراء الدراسة على عينة من 132 طفلا منهم 76 من ذوي التوحد و65 طفلا من المتخلفين عقليا وذوي صعوبات التعلم تراوحت أعمار أفراد العينة من (06 سنوات إلى 15 سنة).

توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

لقد تمكن البحث من تمييز 91 % من الأطفال ذوي التوحد و96% من الأطفال التخلف العقلي مع صعوبات التعلم، وأظهرت فروقا دالة احصائيا بين المجموعتين على الدرجات للقائمة المستخدمة،. وأمكن تمييز التوحد ومظاهره السلوكية منها الخلل في القدرة على التعبير اللفظي.

الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على التواصل الاجتماعي.

وأخيرا توصلت الدراسة إلى أنه يمكن استعمال قوائم الملاحظة السلوكية للتعرف على التوحد والاستعانة بالفحص والمقابلة العيادية.

التعليق على الدراسات السابقة:-

إن الدراسات التي تناولت التشخيص النفسي والتشخيص الفارقي بين التوحد والتخلف العقلي تظهر بوضوح إمكانية استخدام الاختبارات النفسية في تشخيص حالات التوحد والتعرف عليها وتمييزها عن التخلف العقلي أحيانا بنسب كبيرة مثل ما هو الحال في دراسة (Barthelemy, et Etal 1992). التي استخدمت في ذلك مقياس التقييم المختصر للسلوك، ودراسة (Wadden, N.P et Etal1991). وأثبتت أنه يمكن التعرف على حالات التوحد وتمييزهم عن التخلف العقلي، لاسيما في مجال الاتصال والتفاعل الاجتماعي وهذا ما تريد دراستنا الحالية فحصه والتعرف عليه لكن بواسطة مقياس جيليام للتوحدية.

كما أظهرت دراسة (دراسة عادل عبد الله محمد 2000) التي بحثت في موضوع بعض انماط الاداء السلوكي الاجتماعي للأطفال التوحديين وقرانهم المعاقين عقليا، وجود فروق بين الاطفال التوحديين وقرانهم المعاقين عقليا في مستوى التفاعلات الاجتماعية لصالح الاطفال المعاقين عقليا.

وجود فروق بين الاطفال التوحديين وقرانهم المعاقين عقليا في الانسحاب الاجتماعي لحساب الاطفال التوحديين حيث كانوا هم أكثر انسحابا. وجود علاقة ارتباطية سالبة بين كل من الاطفال التوحديين وقرانهم المعاقين عقليا في التفاعلات الاجتماعية والانسحاب الاجتماعي كل على حدة وان العلاقة بين الظاهرتين قوية وان ارتباط الظاهرتين معا لكل مجموعة يعد أكثر من استقلالها.

وهذه العناصر هي نفس المحكات السلوكية التي تجعل منها دراستنا الحالية موضوعا لبحثها الهادف لمعرفة مدى قدرة أدوات الدراسة على التمييز بين أداء الأطفال التوحديين وأقرانهم المتخلفين عقليا لكن ليس على سبيل المقارنة بين عينتين منفصلتين وإنما في نفس العينة المختلطة والمشخصة مسبقا بحالات تخلف عقلي.

أما دراسة الين واخرون (Allen et al) 2001 التي تناولت الاضطراب التوحدي واضطرابات النمو الاخرى لدى الاطفال: التشابه والاختلاف.

وكان الهدف منها هو دراسة مدى الاختلاف او التشابه بين الاضطراب التوحدي مع الاضطرابات النمائية الاخرى في كل من السلوكيات التكيفية واللاتكيفية واللفظية لدى الاطفال الصغار.

فقد أظهرت نتائجها انه داخل المجموعات المعرفية لم يختلف 18 طفلا من ذوي الاضطرابات اللغوية المعقدة، ولم يوجد اختلاف بينهم في المهارات التكيفية واللفظية.

ولم يختلف الاطفال ذوي الاضطرابات النمائية المعقدة عن الاطفال التوحديين في السلوكيات اللاتكيفية.

ولقد اختلف الاطفال التوحديين في معظم المقاييس وذلك في كل من المجموعات المعرفية العالية والمتدنية وذلك بالنسبة الاطفال ذوي المعدلات المعرفية المتدنية وخصوصا المعاقين في كل المقاييس.

كما اشارت الى السؤال الذي طرحته الدراسة وهو مدى الاختلاف او التشابه بين الاضطرابات التوحدي والاضطرابات النمائية المعقدة هو انه لا يوجد بينهم اختلاف او تشابه كبير ولكن الاطفال ذوي الاضطرابات

النمائية المعقدة يقعون في مرتبة وسط بين المجموعة التوحدية والغير توحدية.

وهكذا ظهر بوضوح أن الأطفال التوحديين لم يختلفوا كثيرا عن الاعاقات النمائية بينما اختلف الاطفال التوحديين في معظم المقاييس وذلك في كل من المجموعات المعرفية العالية والمنتدنية وذلك بالنسبة الاطفال ذوي المعدلات المعرفية المتدنية وخصوصا المعاقين في كل المقاييس، وهذا ما تهدف دراستنا لإثباته وهو الاختلاف في الأداء على مقياس جليام خصوصا في أبعاد الاتصال والتفاعل الاجتماعي والنمطية السلوكية.

الفصل الثاني:
التوحيد



الفصل الثاني: الإطار النظري التوحد

مقدمة

طبيعة التوحد

تعريف التوحد

أصول مصطلح التوحد أو اثنولوجيا التوحد

التوحد، حدود الممارسة

التوحد والتصنيفات المرضية المعاصرة

تشخيص التوحد وفق المعايير الجديدة للدليل الأمريكي الخامس DSM5

الأشكال العيادية للتوحد

نسبة انتشار التوحد

خصائص وأعراض التوحد

عوامل الإصابة بالتوحد

النظريات المفسرة للتوحد

ملخص

مقدمة:

إن قراءة متعددة المصادر لتاريخ الأفكار المؤطرة لمفهوم التوحد، وتتبع المسار الاثمولوجي للمصطلح، من شأنها أن تمكننا من فهم أكثر وضوحاً لمتلازمة طيف التوحد، وأن تحجّم من مساحة الاختلافات الراهنة حول المفهوم، وتمنحنا الفرصة لإعادة تثمين التراث الفكري والتراكم العلمي، الذي سيتوج بتحديد أكثر دقة وأكثر جدوى من الناحية العلمية والعملية، في مجال اضطرابات السلوك، كما أن هذه القراءة ستساهم إيجابياً، في رسم المراحل الكبرى التي ساعدت وسمحت بوضع التشخيص الراهن، وتوضيح المشاكل المرتبطة به.

فالنمو المتصاعد لحركة البحث والنشر العلمي والإعلامي وكذا تنامي انتشار هذا الاضطراب لدى مختلف شرائح الطفولة أصبحت تشكل هاجساً ملحا للصحة العمومية، وحولت ظاهرة التوحد إلى شأن عام مما قد يحفز ويساهم في إيجاد إطار مشترك لتعريف اضطراب التوحد، وهو ضروري لوضع تشخيص أكثر وضوحاً، وأكثر دقة وملائمة، وبالتالي إيجاد عملية تكفل مناسبة وفعالة.

منذ ظهور المصطلح ورصد العلامات الأولى للاضطراب، إلى تبلور المفهوم ووضع التشخيص في صيغته الأولى، والتطورات المتلاحقة التي شملت الوضع البنائي وكذا معايير ومحكات التشخيص، إلى غاية ظهور التشخيص المتعدد المستويات، وترسيم مفهوم طيف التوحد، سنحاول في هذا الفصل تتبع مسار اضطراب التوحد خلال هذه المحطات، وتحديد خصوصية كل مرحلة وكذا تتبع مسار ومستوى التطور الحاصل في مجال المفاهيم والأشكال العيادية وخصائص وعوامل الإصابة ونسبة الانتشار الخاصة بطيف التوحد.

طبيعة التوحد:

إن عدم توفر معايير ومحكات تشخيصية موضوعية منفصلة عن سلوك الفرد المصاب بالتوحد وكذا اتساع مجال الاضطراب، وتداخل الاعراض الخاصة به مع اعراض الحالات المصاحبة أو المقاربة له، كل هذا جعل من الإضرابات النمائية الشاملة ذات طبيعة هلامية ومتداخلة، وينطبق هذا التوصيف بالخصوص على اضطراب التوحد، مما دفع بالأسرة العلمية الى وضعه تحت إطار الطيف وترسيمه في الإصدار الخامس للجمعية الامريكية للطب العقلي سنة 2013 DSM5 تحت مصطلح طيف التوحد (Spectre de l'autisme).

تعريف التوحد.

يمكن تعريف التوحد على الشكل التالي:

"التوحد هو عبارة عن عملية استقطاب للحياة العقلية للفرد حول عالمه الداخلي وفقدان التواصل مع العالم الخارجي. وفيه يعيش المريض في عالمه المألوف والخاص برغباته وقلقه وحساسيته وخيالاته: وهي وحدها المعطيات التي تشكل لديه واقعه الوحيد.

العالم الخارجي ليس سوى مظهر أو هو على الأكثر عالم دون إمكانية أي تبادل مع عالمه الخاص. وفي هذه الأشكال المحدودة المواصفات، تظل إمكانية التواصل بين عالم داخلي وعالم خارجي. غير أن المريض سيعاني من عدم القدرة على استخراج حساسيته على شكل تعابير ملائمة، ومن جهة أخرى فإن العالم الخارجي يجرحه باستمرار ويرغمه على التحصن في برجه العاجي". (Pelicier, Y et all ,1996, P. 30)

" هو اضطراب نمائي شامل يظهر قبل 36 شهر ويعطل النمو العادي للوظائف العقلية، والانفعالية، والحس حركية المرتبطة بتطور الطفولة". (Roge.B,2004, P.39)

أصول مصطلح التوحد أو إتمولوجية كلمة أوتيزم.

إن مصطلح توحد Autisme هو ترجمة لكلمة Autismus المستعملة من طرف طبيب الأمراض العقلية Eugen Bleuler سنة 1911 في كتاب له بالألمانية والمترجم للفرنسية بعنوان (العتة المبكر ومجموعة الفصامات) وقد اشتق الكلمة من الجذر اليوناني للكلمة Autos التي تعني الشخص نفسه (Bloche, H et al, 1999, P. 109) وقد بين بلولر أن التوحد هو تقريبا نفس الشيء الذي أسماه فرويد الغلمية الذاتية -Auto- érotisme و أنه بالتخلي على الجذر éros فإنه انفصل عن مرجعية فرويد وتبنى تصور واسع يتجاوز كلمة الجنس الذي قد يؤدي إلى إمكانية الاستهجان. (Bleuler, Paul Eugen, 1993, P.112)

وقد تحدث عن ذلك فرويد قبل ظهور المقال المؤسس في رسالة لكارل يونغ Carl-young وذلك بتاريخ 13 ماي 1907 حيث طالب بالملائمة مع مفهومه الغلمية الذاتية ويشهد أن بلولر قد عارض بشدة هذه التسمية " لا زال ينقص بلولر تعريف واضح للغلمية الذاتية وأثارها النفسية الخاصة". بينما قبل بالمفهوم في تقديمه للعتة المبكر، وذلك في كتابه D'Asch affenburg. ولم يذكر كلمة غلمية ذاتية لا سباب معروفة بل ذكر كلمة توحد Autisme، بالنسبة لي لست معتادا على كلمة غلمية ذاتية فكلمة Ispisme المستوحاة من اللاتينية Ipse التي تعني كذلك الشخص ذاته تصادق على المرجع الاتمولوجي. (Gailis, Janis, 2010, P 07)

التوحد، تاريخ المفهوم

يرتبط مفهوم التوحد بمصطلح التوحد، الذي طالما أستعمل بشكل متمايز خلال التاريخ لتحديد وتعريف مجموعة من الملاحظات المتجددة، وقد استعمل مفهوم التوحد على مرحلتين أساسيتين، الأولى كانت عند

استعمال المصطلح لأول مرة من طرف بلولر سنة 1911 كما سبق وأن أشرنا وذلك لتمييز سلوك فردي لدى الراشد، وقد أستعمل في المرحلة الثانية لتحديد اضطراب طفولي من طرف Leo Kanner سنة 1943.

لقد تم تمييز اضطرابين لدى الطفل سنة 1943 في نفس الفترة، إحداهما من طرف Kanner والآخر من طرف هانس اسبرجر Hans Asperger، وقد سقط الاضطراب الثاني في النسيان لمدة معينة، وتم استعمال مصطلح التوحد للدلالة على الاضطراب الموصوف من طرف كانر إلى اليوم الذي تم فيه إعادة اكتشاف الاضطراب الموصوف من طرف هانس اسبرجر وذلك من طرف Lorna Wing وقد شكل الثلاثي Bleuler-Kanner-Asperger مرجع تشخيصيا للتوحد وتعريفه، إلا أن حدود التوحد وإطاره المضبوط وكذا مفهومه ظل محل اختلاف.

التوحد، حدود الممارسة والمصطلح

لقد استعمل جاك هوشمان Jacques Hochman استثناء في كتابه تاريخ التوحد: "من الطفل المتوحش إلى الاضطرابات النمائية الشاملة" تجاوز فيه الحدود المعتادة لكلمة توحد غير أنه من الناحية التاريخية فإن تعريف التوحد لسنة 1911 هو من أعطى مفهوما للمصطلح وهو تعريف لم يعد مناسباً للاستعمال الحالي للمفهوم.

إن المعاني اللاحقة لذلك هي التي حددت المعاني الحالية لاضطراب الطفولة المبكر، وقد تكلم كانر عن اضطراب التوحد المتعلق بالاتصال الوجداني تم التوحد الطفولي المبكر وتكلم هانس اسبرجر عن سيكوباتيا التوحد وتكلمت Lorna Wing لورنا وينغ عن متلازمة التوحد المسماة طيف التوحد، وهكذا فالأمر

يتعلق دوما بالتوحد حتى فيما يتعلق بعلم الوبائيات، وكذا بعملية التكفل وتوصيات الممارسة المهنية الخاصة بتشخيص التوحد.

لقد أدمج هذا المجموع بالاضطرابات النمائية الشاملة للتصنيف الدولي للأمراض للمنظمة العالمية للصحة (CIM-10 F84) وقد اتجه هذا إلى أن يصبح تحت مفهوم اضطراب طيف التوحد في التصنيف الأمريكي لجمعية أطباء الأمراض العقلية APA (DSM 2013) الذي أصبح يستعمل كسند ل (CIM) غير أن الموضوع ظل محل نقاش. وهكذا نلاحظ أن هناك تمييز بين ما هو توحد ما هو ليس كذلك داخل مجموعة الاضطرابات المتغلطة في النمو.

الوحدات الفرعية F 84.0 التوحد الطفولي F 84.5 متلازمة أسبرجر F 84.1 التوحد اللانمطي هي التي تدخل عادة في المجال الوبائي الذي يعطي عموما نسبة مئوية للتوحدين بينما أن الوحدات الفرعية 3 و4 لهذه الوحدة F84 هي عادة مستثناة، ونجد هذا التمايز بين التوحد والاضطرابات المتغلطة في النمو عندما يتعلق الأمر بعرض حال المعارف حول الموضوع.

التوحد والتصنيفات المرضية المعاصرة

لقد حاول العديد من الباحثين بعد توصيف كانر للتوحد أن يحددوا مفهوم التوحد وضبط خصوصيته وكذا سلم أعراضه، وفي غياب محكات موضوعية أخرى بقيت تلك التعاريف تعتمد على ملاحظة السلوك أساسا وبدرجة أقل على مسار النمو، وفي ظل الاختلاف بين الحالات لم يتمكن هؤلاء الباحثين من وضع أية صيغة مقنعة.

وهكذا إن كانت الأعراض السلوكية المسماة بالتوحد قد ظهرت في بادئ الأمر منسجمة إلا أن التعمق في البحث العيادي قد كشف تنوعا كبيرا في الأشكال.

لقد شهدت السنوات العشرة الأخيرة تطورا معتبرا في تصنيف التوحد، وهذا ناتج عن توافق متزايد فيما يخص ثبات التوصيفات الخاصة بأنواع التشخيص وضرورة إيجاد مقاربة متعددة المحاور. وهكذا تم إدماج معطيات بحثية عديدة في التصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM-III) وكذا التصنيف الدولي (ICD10, 1992).

تصنيف التوحد في مختلف طبقات الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية DSM. الأمريكي.

لقد صنفت الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي لجمعية أطباء الأمراض العقلية الأمريكية (DSM-III, APA, 1980) التوحد ضمن قائمة اضطرابات النمو الشاملة، ووضعت محكات لتوجيه التشخيص. فالتقويم كان متعدد المحاور بحيث يسمح لكل فرد بتسجيل معلومات مختلفة على المحاور الخمس:

المحور الأول: زملة الأعراض العيادية ومنها اضطرابات النمو الشاملة.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية والاضطرابات الخاصة بالنمو.

المحور الثالث: الإصابات الجسدية.

المحور الرابع: عوامل الضغط Stress النفسي.

المحور الخامس: مستوى التكيف.

لقد صنف المحور الأول اضطرابات النمو الشاملة حيث وضع ثلاثة إمكانات رئيسية للتشخيص و تم

وصفها كالتالي:

1- التوحد الطفولي.

2- اضطراب النمو الشامل الذي يبدأ في الطفولة (بعد 30 شهرا).

3- اضطرابات النمو اللانمطية.

المحكات المحتفظ بها الخاصة بالتوحد ستة هي:

- البداية المبكرة قبل سن الثلاثون شهر.
- ألا يكون للطفل عموما أي رد فعل اتجاه الآخرين.
- العجز الشامل في النمو اللغوي.
- إذا تكلم الطفل يكون هناك أشكال خاصة من اللغة مثل التردد المباشر أو المتأخر، لغة مجازية، قلب الضمائر.
- استجابات غريبة لمظاهر مختلفة من البيئة.
- غياب الأفكار الهذيانية، الهالوس، عدم انسجام كما نلاحظ لدى الفصام.

لقد أبتت الطبعة الثالثة المراجعة لدليل التشخيص الأمريكي (DSM.IIIR) لسنة 1987 على نفس

المقاربة المتعددة المحاور، كما حملت بعض التعديلات بالنسبة للتوحد، وهكذا أصبحت اضطرابات النمو

المتغلغلة TED تقع ضمن المحور الثاني، ولا تضم سوى وحدتين عياديتين هما:

- اضطراب التوحد.
- اضطرابات النمو المتغلغلة الغير مميزة (TED ns).

عندما لا تكون اللوحة العيادية مشغولة بالكامل، فإن الانتماء إلى هذا الصنف أو ذاك يتعلق بتواجد أو غياب ثمان عناصر على الأقل من أصل 16 عشر موزعة على ثلاثة أقسام:

- اضطراب نوعي في التفاعلات الاجتماعية.
- اضطراب نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وفي نشاط التخيل.
- تسجيل محدودية وتقلص في مجال النشاطات والاهتمامات.

وقد تم التخلي على معيار السن الموجود بالطبعة السابقة، أي البداية قبل 30 شهر. كما أولى الاهتمام أكثر للغة، التواصل الغير اللفظي والتواصل الانفعالي.

لقد اعتمدت الطبعة الرابعة (DSM4) والطبعة الرابعة مراجعة (DSM4 TR) نفس المفاهيم الخاصة بالاضطرابات العقلية التي جاءت في الطبعات السابقة مع بعض التعديلات (ADA 1994). Americans with Disabilities Act

ثم وضع الاضطرابات المتغلغلة في النمو على مستوى المحور الأول، وهو بمثابة اعتراف بإمكانية تحسين أو تطور الأعراض خلال التدخل العلاجي، وقد ظهرت أنواع تشخيصية أخرى:

- متلازمة ريث.
- متلازمة أسبرجر.
- اضطرابات تحلل الطفولة.

وفيما يخص اضطراب التوحد فان معايير التشخيص قد تطورت وانخفض عددها من 16 عشر إلى 12 عشر مصنفة تحت ثلاثة أقسام هي:

- اضطراب نوعي في التفاعل الاجتماعي.
- اضطراب نوعي في الاتصال.
- السلوكيات التكرارية والنمطية.

لقد تم تحديد وجوب ظهور الأعراض قبل سن الثلاثة سنوات.

إن التعديلات في معايير التشخيص لاضطراب التوحد بدليل التشخيص الرابع DSM4 جعلت هذا القسم

أكثر انسجام.

إن مسار تطور مفهوم وتصنيفات التوحد من خلال الدليل التشخيصي لجمعية أطباء الأمراض النفسية

(APA) الأمريكية ودليل التصنيف العالمي لمنظمة الصحة العالمية (CIM) يمكن تمثيله ورسم مساره من

خلال الجدول التالي:

جدول رقم: (01) تطور تصنيف التوحد في دليل منظمة الصحة العالمية CIM ومنظمة أطباء الأمراض العقلية الأمريكية DSM.

DSM-5 (2013)	DSM-IV (1994) ET DSM-IV-TR (2000)	CIM-10 (1992)	DSM-III-R (1987)	DSM-III (1980)
اضطراب طيف التوحد (في 2013)	الاضطراب المتغلغل في فيالنمو (في 1996)	الاضطراب المتغلغل في النمو (في 1993)	الاضطراب المتغلغل في النمو (في 1992)	الاضطراب الشامل للنمو (في 1983)
اضطراب طيف التوحد (بما في ذلك اضطراب التوحد، اضطرابات تفكك الطفولة، متلازمة أسبرجر، متلازمة أسبرجر، والاضطراب المتغلغل في النمو (الغير محدد) متلازمة ريث. اضطراب التواصل الاجتماعي (واقعي)	اضطراب التوحد متلازمة ريث اضطرابات تفكك الطفولة متلازمة أسبرجر اضطراب متغلغل في النمو بما في ذلك التوحد اللانمطي.	التوحد الطفولي التوحد اللانمطي متلازمة ريث اضطرابات تفكك أخرى اضطرابات فرط الحركة مع تخلف عقلي ونمطية متلازمة اسبرجر اضطراب متغلغل في النمو غير محدد	اضطراب التوحد الاضطراب المتغلغل في النمو الغير محدد TED ns	توحد الطفولة متلازمة كاملة متلازمة متبقية اضطرابات النمو الشامل المبتدئ خلال الطفولة زملة كاملة زملة متبقية اضطراب النمو الشامل اللانمطي

تشخيص اضطراب التوحد وفق المعايير الجديدة للدليل الأمريكي الخامس DSM5.

لجمعية أطباء الأمراض النفسية (APA).

باعتباره الأحدث من حيث التسلسل الزمني، فان دليل التشخيص الأمريكي لخامس DSM5 قد وضع

محكات جديدة لتشخيص اضطراب التوحد أهمها:

1- تسمية التشخيص:

لقد وضعت تسمية موحدة للتشخيص: هي اضطراب طيف التوحد Trouble de spectre de l'autisme

(T.S.A) ويدخل تحت قائمة هذه التسمية كما هو وارد بالجدول أعلاه:

- اضطراب التوحد.
- متلازمة أسبرجر.
- إضرابات النمو الشاملة غير المحددة.
- إضرابات التفكك الطفولي، التي تم جمعها في فئة واحدة بعنوان هذه الطبعة.

والملاحظ في هذه القائمة الجديدة تجميع اضطرابات التفكك الطفولي في فئة واحدة على اعتبار

أن الاختلاف بينها هو في شدة الاعراض ودرجة الذكاء وكذا مستوى اللغة وليس في معايير التشخيص.

كما يلاحظ اختفاء متلازمة ريث من قائمة طيف التوحد لتصنيفها ضمن الاضطرابات ذات الأصل

الجيني وذلك لتحديد العلماء للجنة المسؤولة عن هذا الاضطراب.

وقد أصبح بموجب مقتضبات الدليل الخامس الزاما على القائم بالتشخيص أن مستوى شدة الاضطراب

لتحديد مستوى الدعم والتأهيل الذي سيقدم للمفحوص بناءا على ذلك.

2- معايير التشخيص:

لقد أصبح التشخيص في الإصدار الخامس DSM5 يعتمد على معيارين بدل ثلاثة التي كان معمولا بها بالإصدار الرابع والرابع معدل من نفس الدليل حيث تم التخلي عن معيار اضطراب اللغة أو القصور في التواصل الذي كان يمثل المعيار الثالث سابقا واحتفظ بمعيارين هما:

- قصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي.
- النمطية في السلوك، ومحدودية الاهتمام والنشاط.

3- قائمة أعراض التشخيص:

لقد تضمنت قائمة الأعراض التي يشخص على أساسها التوحد في الطبعة الرابعة المعدلة اثنا عشر 12 عرض موزعة بمعدل أربعة 04 اعراض لكل معيار من المعايير الثلاثة السابقة، بينما اختزلت في الطبعة الخامسة إلى سبعة أعراض وزعت كالتالي:

ثلاثة 03 أعراض في المعيار الأول. وأربعة 04 أعراض بالمعيار الثاني وذلك لأن الطبعة الخامسة لدليل التشخيص الأمريكي تتضمن معيارين للتشخيص فقط كما أوضحنا سابقا.

4- مستوى شدة الأعراض:

لقد كان التصنيف الرابع والتصنيف والرابع مراجع لسنة 2000 يضع من معايير التشخيص بند خاص بمستوى شدة الأعراض حيث أن هناك خمس اضطرابات متميزة تمثل اختلافا في شدة الأعراض، بينما نجد أن الطبعة الخامسة لسنة 2013 حددت مستوى الشدة بثلاثة مستويات في الفئة الواحدة.

5- الإعاقات المصاحبة لاضطراب التوحد:

في الطبعة الرابعة والرابعة مراجعة ليس هناك أي تحديد للإعاقات التي قد تصاحب التوحد، بينما في

الطبعة الخامسة هنا تحديد للإعاقات التالية التي قد تصاحب اضطراب التوحد وهي:

- الإعاقات العقلية.
- اضطرابات اللغة.
- الحالات الطبية والجينية.
- اضطرابات السلوك.
- اضطراب التخشب أو الكتاتونيا.

6- الفترة العمرية لظهور الأعراض:

كانت الطبعة الرابعة والرابعة معدلة تحدد الفترة العمرية لظهور الأعراض بثلاثة 03 سنوات، بينما نجد

أن الطبعة الخامسة جعلت فترة ظهور الأعراض خلال الطفولة المبكرة أي إلى حدود 08 سنوات.

عملية تشخيص اضطراب التوحد وفقا لمستلزمات الإصدار الخامس DSM5

بعد ان كانت عملية التشخيص في الطبعة الرابعة والرابعة معدلة لدليل التشخيص الأمريكي DSM

تعتمد على نظام الأصناف وقد بينت الممارسة العيادية أن هذا النظام ليس ملائماً بالشكل الكافي لحالة التنوع

الكبيرة للتمظهرات العيادية للمفحوصين، علاوة على محدودية المعلومات العيادية الضرورية التي يوفرها

بغرض تخطيط العلاج ووضع التندر الخاص بالحالة وكذا ضعف القدرة على تتبع التطورات الخاصة

بالمفحوصين.

كما لوحظ أن نظام الأصناف جامد ولا يتماشى مع التجربة العيادية، فالكثير من الحالات أثناء التشخيص تدخل في صنف الغير محدد.

الحدود بين الأصناف في الواقع أكثر مرونة على ما هي عليه في نظام الأصناف الموجود بديل التشخيص الطبعة الرابعة.

إن المظاهر المرضية لدى المفحوصين والاصابات النرولوجية، والعوامل الجينية، وعوامل الخطر يمكن ان تكون مشتركة بأشكال مختلفة بدرجة أكبر مما يتحه نظام التشخيص حسب الأصناف المتعددة. نتيجة للعوائق السابقة جاء البديل في شكل مقارنة تشخيصية متعددة المستويات مكمل لمقاربة الأصناف الشخصية السابقة.

التشخيص المتعدد المستويات بالإصدار الخامس DSM5.

- تبدو عملية التشخيص المتعدد المستويات أكثر ملائمة للواقع العيادي للمفحوصين.
- أدمجت الأعراض المرضية:
 - الأمراض التي تمت ملاحظتها عادة في المجال العيادي.
 - التي يمكن أن تعقد الاضطراب وكذا العلاج والتندر.
 - التي يمكن أن تشكل في حد ذاتها حاجة علاجية.
 - التي هي في حاجة الى توثيق وبحث.
- أدخلت مستوى او درجات شدة الاضطرابات إضافة الى تصنيف طبيعة الاضرار أو الاضطرابات.

وهكذا تم ادماج المظاهر المتعددة المستويات في نظام الأصناف (الأصناف الخاصة):

- مستوى الشدة: نجد بداخل كل صنف تشخيصي خاص (تردد، طبيعة، مدة وشدة الأعراض)
- تعددية الأعراض (كل المعلومات المبحوث عنها، والمحصل عنها، والملاحظة) خارج وداخل الأصناف.
- إثارة انتباه الممارسين العيادين فيما يخص الأعراض ذات الوضع الاشكالي:
 - فيما يخص التشخيص الأولي.
 - فيما يخص المشكلات الثانوية مثل الاعراض الخارجة عن محكات التشخيص.
 - المشكلات التي تحتاج الى توثيق وبحث.
- تقدم الواقع العيادي للمفحوصين بشكل أفضل.
- تهدف الى تحديد مجموع الاعراض ذات الدلالة.
- ترمي الى تحديد شدة الاعراض (أهميته بالنسبة للتندر، تخطيط العلاج، تتبع تطور حالة المفحوص.
- الواقع العيادي على أساس الحكم العيادي للممارسين.

وبهذا يكون التشخيص وفقا لمستويات ثلاثة كما وردت تفصيلا في الإصدار الخامس DSM5 وذلك

تحت العناوين التالية:

1. محكات التشخيص.
2. محكات التحديد.
3. محكات مستوى الشدة.

لا توجد خصائص واحدة تجمع بين للأطفال التوحديين لا من حيث النوع ولا الشدة لهذا قد تم اللجوء إلى تصنيف الأعراض ضمن أشكال عياديه مختلفة بناءا على السن أثناء الإصابة ومستوى الذكاء وشدة الأعراض وعددها، ويندرج ذلك تحت بند الاضطرابات النمائية الشاملة.

ويمكن اجمال الفروق الأساسية الحاصلة على مسار التطور الخاص بالدليل التشخيصي لجمعية أطباء الأمراض العقلية الأمريكية (APA) في الاصدارين الأخيرين لسنة 2000 و2013 في هذا الجدول التوضيحي الإجمالي الوارد في العديد من الدراسات والذي سنقدمه بالاعتماد على ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة بجامعة تبوك بالمملكة العربية السعودية (الجابري، محمد، 2014).

الجدول رقم (02)

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية ل (DSM IV-TR 2000 و DSMV 2013)

معيار المقارنة	DSM IV-TR 2000	DSMV 2013
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض.	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض.
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي: التوحد، اسبرجر، ريث، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي.	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف ب: التوحد، واسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط.
محكات التشخيص	ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية.	محكين: التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية.
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الاعراض.	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة.
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة: الإعاقة العقلية- اضطراب اللغة، الحالات الطبية والجينية، اضطراب السلوك، الكاتونيا.
المدى العمري لظهور الأعراض	03 سنوات	الطفولة المبكرة (08 سنوات)

الاشكال العيادية للتوحد.

الاضطراب التوحدي التقليدي "أي كما أشار إليه ليو كانر" Classique Trouble Autistique

«Autisme de Kanner» لقد نشر ليو كانر Leo Kanner عام 1943 تقريراً عن التوحد تحت عنوان

«اضطراب التوحد في مجال التواصل الانفعالي» وذلك على أثر فحصه لمجموعة من الأطفال بوحدة الطب

النفسي بمستشفى جونز هوبكنز ببالتمور Johns Hopkins-Baltimor بالولايات المتحدة الأمريكية، تكونت

مجموعة الفحص من 11 عشر طفلاً منهم 09 ذكور و02 إناث.

بنت نتائج الفحص أن هؤلاء الأطفال يتميزون بمجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية وهي

أعراض ظهرت عليهم في سن مبكر من الطفولة، أطلق عليها التوحد الطفولي أو التوحد المبكر وجاءت تلك

الأعراض على الشكل التالي:

الانزوائية المفرطة: وتتمثل في العجز عن التواصل مع بيئة المحيط، تجنب الالتقاء البصري مع الأفراد

المحيطين به، عد الاستجابة لمحاولات التفاعل الاجتماعي، الارتباط بالأشياء أي الجمادات أكثر من الارتباط

بالأشخاص.

قصور في اللغة: تأخر لدى الغالبية في استخدام اللغة لدى غالبية الحالات.

المصاداة Echolalie: التكرار الممل للأصوات والألفاظ، والاستعمال العكسي للضمائر. الذاكرة القوية والقدرة

على الحفظ: القدرة على حفظ المعلومات وإن كانت دون معنى.

الحساسية المفرطة: حساسية مفرطة اتجاه بعض المثيرات الحسية، الخوف الشديد من بعض الأصوات أو

الأشياء المتحركة وبعض الأضواء والأجسام المختلفة.

الرفض الشديد للتغيير، القلق من التغيير (التمسك الشديد بالروتين)، وتنوع محدود للأنشطة وعدم الاهتمام بالأنشطة اليومية.

قدرات ادراكية عالية: بعض هؤلاء الأطفال يمتازون بقدرات عقلية عالية، وذكاء وذاكرة جيدين.

مظهر جسماني طبيعي: يتمتع هؤلاء الأطفال بمظاهر نمو جسدي طبيعية.

مستوى الذكاء الجيد لأسر المفحوصين: يمتاز أسر هؤلاء الأطفال المفحوصين بمستوى ذكاء جيد.

اضطراب اسبيرجر Syndrome d'Asperger

قام طبيب الأطفال النمساوي هانز أسبيرجر Hans Asperger سنة 1944 بدراسة خصائص 04 أطفال أعمارهم بين (06-11) سنة في إطار أطروحته لمتطلبات الدكتوراه ونشرها نتائج دراسته في بحث بين من خلاله عددا من خصائص عينه التي أطلق عليها مصطلح التوحد الطفولي Autisme Infantile في بحث نشره بالألمانية تحت عنوان السيكيوباتين المصابين بالتوحد خلال الطفولة Les psychopathes Autistiques pendant l'enfance وقد ظل هذا العمل طي النسيان لأنه حرر بالألمانية اللغة الغير متاحة بشكل واسع لمجامع البحوث العلمية، كما أن البحث تصادف نشره مع أحداث الحرب العالمية الثانية، وقد تم نشره سنة 1981 من طرف Lona Wing و برزت أهمية متلازمة أسبرجر Le Syndrome d'Asperger عندما تم نشر الترجمة الإنجليزية للنسخة الأصلية للبحث من طرف أيطا فريث Uta Frith سنة 1991.

(Bernadette.R, 2003, P.09)

وقد تمثلت خصائص متلازمة اسبرجر في العناصر التالية:

- القصور الشديد في المهارات الاجتماعية.

- نماذج من التفاعل الاجتماعي غير السوي.
- القصور في التواصل البصري غير اللفظي، والمهارات اللغوية الجيدة الغير مستعملة بالشكل الصحيح.
- المهارات الادراكية العالية.
- قوة الذاكرة.
- التمسك الاستبدادي بالأشياء والأعمال، والارتباط الشديد بالأعمال الروتينية.
- القصور في اتقان المهارات الحركية، والمشي غير الطبيعي.

اضطراب ريت Syndrome de Rett

لقد تم وصف متلازمة ريت أول مرة سنة 1966 من طرف طبيب الأطفال النمساوي أندرياس ريت Andréas Rett ويمثل هذا الاضطراب نسبة من 2% إلى 3% من مجموع حالات التخلف العقلي الحاد و10% من حالات التخلف العقلي العميق لدى الاناث.

وبالرغم من هذه الأرقام الهامة فإن الأليات الفيزيولوجية المسببة لهذا المرض تبقى غامضة، وهو لا يصيب سوى الاناث لأن الأمر يتعلق بمرض جيني مرتبط بالكروموزوم X الذي يصيب الأطفال.

من وجهة النظر الاكلينيكية فان المصابين بهذا الاضطراب يكون نموهم طبيعي في المرحلة الجنينية وخلال الفترة من 6 إلى 18 شهر بعد الولادة، وثم يبدأ النمو في التباطؤ ثم يتوقف. تلي ذلك حالة من التراجع السريع يتم خلالها فقدان المكتسبات السابقة (اللغة -المشي)، في هذه المرحلة يحدث اضطراب عصبي على مستوى الدماغ يتجلى بوضوح في انحصار محيط الغلاف العظمي للرأس يتوج بتوقف مفاجئ في نمو الدماغ،

وتظهر مشاكل عديدة مصاحبة لهذا الاضطراب مثل (اعوجاج العمود الفقري، الشلل التشنجي، اضطرابات الإيقاع التنفسي، الصرع، ومشاكل بالدورة الدموية).

وقد تم تحديد الجينة المسؤولة على متلازمة ريث سنة 1999 من طرف (Amir et al.,1999) ويتعلق الأمر ب الجينة MECP2 وقد اكتشفت تحولات بهذه الجينة لدى حوالي 90% من المرضى بمتلازمة ريث النمطية. وهي تحدث بمعدل حالة واحدة من كل 10000 ولادة حية، وفي الواقع قد تكون أكثر من ذلك انتشارا لأن الكثير من الحالات يتم تشخيصها بالخطأ على أنها حالات توحد أو شلل دماغي IMC.

ومع التقدم العلمي وزيادة المعلومات المتوفرة عن هذه الإعاقة خلال عقد التسعينيات بدأت تحد من أخطاء تشخيصها وتبين أنها أكثر انتشارا، ولو أنه نظرا لحدثة المعرفة العلمية بها لا توجد حتى الآن إحصاءات أكثر دقة عن مدى انتشارها.

أعراض متلازمة ريث

فيما يلي عدد من الأعراض التي سجلها واتفق عليها معظم الأطباء والأطباء النفسيين وأسر الأطفال المصابين بهذه الإعاقة وتشمل: -

- 1- بعد مرحلة نمو طبيعي جسميا ووظيفيا لمدة 6 - 12 شهر أو أكثر بعد الميلاد، يبدأ توقف وتدهور ملحوظ في النمو مع قصور في المهارات التي كانت الفتاة قد اكتسبتها خلالها، ويبدأ ظهور تلك الأعراض في الرأس بشكل واضح فيصبح غير مناسب مع عمر الفتاة مما يترتب عليه نقصان حجم المخ لأكثر من 30% من حجمه الطبيعي في تلك السن.

- 2- زيادة سرعة التدهور مع حركات غير هادفة لإرادية وأوضاع غير طبيعية لليدين وحدث طرق وتصفيق غير إرادي بالأيدي عند سن 24-30 شهر، وترنح وخلع حركي ملحوظ في المشي والحركات الإرادية ونوبات بكاء وصراخ مفاجئة أو ضحك دون سبب يذكر .
- 3- طحن شديد مسموع في الأسنان والضرروس يزداد أثناء النوم مع عدم ظهور أي شعور بالألم نتيجة لذلك.
- 4- تتميز الفتاة بقصر الطول وصغر حجم الجسم بالنسبة لعمرها الزمني، وذلك بسبب قصور أو توقف النمو الجسمي.
- 5- اضطرابات واختلال التآزر الحركي، وخاصة في الأرجل والنصف الأسفل للجسم، وفي استعمال الأذرع وأصابع اليد مع ضعف عام أو قصور في كثافة عضلات الجسم كما لو كانت الفتاة مصابة بشلل بطني ينتهي بالحاجة إلى كرسي متحرك، وفي بعض الحالات لا تتعلم الفتاه المشي أصلا.
- 6- حركات لا إرادية أو اهتزازية قسرية تظهر فجأة دون توقع لأجزاء مختلفة من الجسم وخاصة في البطن والشفنتين وأحيانا بالأطراف.
- 7- تذبذب سريع ملحوظ في مقلة العين وفي بعض الأحيان تصلب في عضلات الرقبة مما يجعل الرأس واتجاه النظر إلى أعلى.
- 8- اضطراب وتهتهة في الكلام وعدم القدرة على تكوين جمل سليمة ذات معنى.
- 9- تعاني معظم حالات ريت من صعوبة في المضغ والبلع والتنفس مع اضطراب وظيفي في التنفس يتمثل في التذبذب بين تنفس سريع، ثم يليه نقص شديد في سرعة التنفس وينتظم غالبا أثناء النوم.
- 10- إن أشد الأعراض تأثيراً على إعاقة الفتاة المصابة بلريت، هو عدم قدرة الفتاه على الحركة نتيجة القصور الذي يبدوا أنه يصيب معظم أو كل عضلات أعضاء الحركة، أو ما يعرف باسم

الأبراكسيا Apraxia ، حيث ترغب الفتاة في التحرك أو أداء أي نشاط حركي وتحاول ذلك فعلا ولكنها تعجز عن أدائها أو تحقيق أهدافها ، فجميع حالات اليريت تحتاج إلى مساعدة في أداء كافة الأنشطة الحركية التي تتطلبها الحياة اليومية العادية ، بما في ذلك تناول الطعام وارتداء أو خلع الملابس أو قضاء الحاجة في الحمام أو النظافة وغسل الأيدي أو الاستحمام .

-وقد وجد أن 25% من حالات اليريت لا يكتسبون مهارات المشي أصلا وأن نصف ممن يتعلمون المشي مبكرا في حياتهم يعانون من فقدان تلك القدرة لاحقا، وأن نسبة عالية للغاية منهم تصاب بانحناء في العمود الفقري قد تصل إلى 45 درجة وتحتاج علاجاً جراحياً لإعادته إلى الوضع الطبيعي المعتدل.

11-استمرار التدهور في القدرات والوظائف الذهنية قد يزداد في بعض الحالات إلى ما يشبه الخبل العقلي أو الجنون التفسخي، وتتدهور العمليات العقلية والحكم السليم والانفعالات كتلك التي تحدث في الشيخوخة مع فقدان الذاكرة كلياً أو جزئياً.

12- نوبات صرع تخشبي متكررة تصيب ما بين 50:70 % من حالات ريت تظهر بوضوح في رسم المخ EEG مع صداع ونوبات إغماء أو حالات اكتئاب وزيادة في إفرازات الفم مع حدوث هلوسة.

13-يعتقد معظم الباحثين في طبيعة وتشخيص تلك الإعاقة أن هذا التدهور الشامل يصيب الذكاء أيضاً، ولو أن تلك المعلومة لم تأكدها أو تنفيها البحوث العلمية بسبب أن حالة التدهور التي تحدث على كافة محاور النمو والمهارات الحركية واللغوية والانفعالية التي تصيب الفتاة تجعل من المتعذر - أو ربما من المستحيل - القيام بعمليات قياس الذكاء. وكل ما هو معروف أو ثابت نتيجة الدراسات المسحية لعشرات أو مئات حالاتها في المراحل الأولى للإصابة، أنها تصيب فتيات على درجات عالية أو متوسطة أو منخفضة من الذكاء على السواء.

اضطراب الطفولة التفككي (أو تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة). Trouble désintégratif de l'enfance

اضطراب التفكك الطفولي هو أحد الاضطرابات الخمسة الواردة في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي للجمعية الأمريكية (APA) وقد تم دمجها في الطبعة الخامسة 2013 لنفس الدليل تحت مظلة، طيف التوحد، ويدعى هذا الاضطراب أحيانا بمتلازمة هيلر (SYNDROME DE HELLER) وقد تم اكتشافه، في بدايات القرن الماضي عام 1908، من طرف ثيودور هيلر Theodor Heller حيث أعلن عن نتائج مراقبته لستة أطفال تعرضوا لتراجع شديد بعد نمو طبيعي لعدة سنوات. مع تسجيل حالة تدهور حاد لديهم أكثر مما هو معهود عليه مع اضطراب ريت.

لقد أخذ هذا الاكتشاف في بداية الأمر عدة مسميات منها، الخرف الطفولي، متلازمة هيلر، تم الذهان التفككي، وأخيرا أصبح يحمل الاسم الحالي، اضطراب الطفولة التفككي، وهو اضطراب يتميز بتطور طبيعي إلى حدود عامين من العمر، ثم يحدث تدهور كبير في التفاعلات الاجتماعية ومهارات التواصل، مصحوبا بتطور السلوكيات التكرارية والمحدودة وذلك قبل سن العاشرة.

يرتبط هذا الاضطراب عادة بتخلف عقلي شديد وأعراض إضرابات عصبية متنوعة مثل (التشنجات العصبية). وهو أكثر ندرة من التوحد ويبدو أكثر شيوعا بين الذكور، يحدث بمعدل حالة واحدة لكل 10000 ولادة تقريبا. وبهذا فهو الأقل انتشارا من باقي اضطرابات التوحد. ومن المرجح أن ظهور هذا الاضطراب يعود لسبب حادث في نمو الجهاز العصبي المركزي، غير أنه لم يتم عزل أي آلية محددة مسؤولة عن ذلك.

غالبا ما تكون بداية هذا الاضطراب في حوالي 03 إلى 04 سنوات من العمر، مع أن إشارات الإنذار المبكرة بحدوث المرض قد تتمثل في النشاط المفرط، التهيج والقلق، يليها فقدان اللغة والمهارات

الأخرى، عموماً يبلغ مستوى فقدان المهارات مرحلة يصبح التطور معها ضئيلاً أو متعذراً، وفي حالات أخرى يكون فقدان المهارات في مستوى أكثر تقدماً ويعم الاضطراب ويشمل جميع مجالات الحياة الخاصة بالطفل. علماً أن الطفل المصاب بهذا الاضطراب يمر بمرحلة نمو عادية إلى حدود السنتين على الأقل، ثم فجأة تظهر عليه حالة من التراجع والنكوص في مسار النمو، يميزها فقدان المكتسبات السابقة خلال بضعة أشهر وذلك في كل الميادين أو في ميدانيين على الأقل، ميدان اللغة، الكفاءات الاجتماعية والسلوك التكيفي، ميدان المهارات الحركية والنشاطات المختلفة كاللعب، سلوكات حركية تكرارية واستحواذيه. التحكم في وظيفة الإخراج، اختلال نوعي في العلاقات الاجتماعية والاتصال فقدان الاهتمام بالمحيط، يرافق هذا الاضطراب غالباً تأخرًا عقلياً شديداً.

معايير التشخيص

أ. التطور الطبيعي الظاهر خلال السنتين الأوليين من العمر على الأقل، كما يتضح من وجود عمليات الاكتساب المرتبطة بالعمر في مجال التواصل اللفظي وغير اللفظي والعلاقات الاجتماعية واللعب والسلوك التكيفي.

ب. الخسارة الكبيرة، قبل بلوغ سن العاشرة، للمكتسبات السابقة في مجالين على الأقل من المجالات التالية:

- لغة التعبيرية والاستقلالية.
- المهارات الاجتماعية أو السلوك التكيفي
- السيطرة وضبط المصبرات، المثانة أو الشرج.
- اللعب
- المهارات الحركية

ج. أداء غير طبيعي في اثنين على الأقل من المجالات التالية:

الخلل النوعي في التفاعلات الاجتماعية (على سبيل المثال، اضطراب السلوكيات غير اللفظية، عدم القدرة على التواصل مع الأقران، عدم وجود علاقة اجتماعية أو عاطفية بالمثل)

اختلال نوعي في الاتصال (على سبيل المثال، التأخر أو نقص اللغة المحكية، عدم القدرة على الانخراط أو دعم المحادثة، استخدام اللغة بطريقة نمطية ومتكررة، عدم وجود تنوع في اللعب أو حتى التظاهر باللعب).

الطابع المقيد والمتكرر والقوالب النمطية للسلوكيات والاهتمامات والأنشطة، مع الصور النمطية الحركية والسلوكيات.

د. لا يمكن تفسير الاضطراب بإرجاعه إلى اضطراب انتشاري معين آخر أو مرض انفصام الشخصية.
(DSM-IV, Traduction française, 1996, P.1056)

اضطراب نمائي شامل غير محدد (PDD-NOS) Trouble Envahissant du Développement non Spécifié

يستخدم تشخيص اضطراب النمو الشامل غير المحدد (ICD-10: F84.9) عندما يكون لدى الشخص تغير متغلغل في التفاعلات الاجتماعية أو مهارات الاتصال، أو السلوكيات النمطية، والاهتمامات والأنشطة ومع ذلك، لا يتم استيفاء معايير لاضطراب النمو الشامل غير أن تلك الأعراض تشمل هذه الفئة، فعل سبيل المثال، اللوحات الإكلينيكية التي تختلف عن اضطراب التوحد، في الأعراض المتأخرة أو غير النمطية (APA، DSM-IV-TR، 2000). ويشار أحيانا إلى هذا الاضطراب باختصار PDD-NOS (لاضطراب النمو المنتشر غير المحدد).

يشارك هذا الاضطراب في الخصائص مع أحد الاضطرابات السابقة لكن دون توفر عدد كاف من الأعراض تمكننا من تصنيفه في أي من التشخيصات السابقة. ويشمل هذا التصنيف على اضطراب التوحد اللانمطي أو الشاذ. Autisme Atypique.

اضطرابات طيف التوحد Les Troubles de spectre de l'Autisme

إن مصطلح توحد يحيل إلى صنف من اضطرابات النمو العصبية التي تغطي حالات متنوعة تتطلب حلولاً مختلفة ومتمايزة تتماشى والميزات الخاصة بكل وضعية، كما تشير كلمة طيف إلى وجود تباين واسع في سلوك التوحد ينتشر على شكل طيف ويمتد من المستوى المعتدل إلى المستوى الحاد لحالات الاضطراب، وعادة ما يتم توصيفه على أنه اضطراب نمائي منتشر أو متغلغل بشكل واسع في مختلف مستويات حياة الطفل اليومية من الاتصال إلى التفاعلات الاجتماعية إلى السلوك والاهتمامات.

إن طبيعة مرض التوحد وما يميزه من غموض من حيث البنية، وحالة اللاتجانس في فئة المصابين به، وما يتعلق بعدم معرفة وتحديد سببته، كلها أسباب ضاعفت من حجم التحديات التي ما فتئ يطرحها هذا الاضطراب على الساحة العيادية وعلى جميع المستويات التشخيصية والتصنيفية، وكذا على مستوى المآل والتكفل، وعلى الرغم من الغموض الذي رافق اضطراب التوحد منذ بداية ظهور المفهوم إلى وقتنا الراهن، وبالرغم من أن عملية التشخيص الخاصة به لازالت تعتمد الملاحظة، ولا توجد اختبارات خاصة أو فحوص بيولوجية أو بيوكمائية من شأنها المساعدة بشكل حاسم في التشخيص والعلاج، إلا أن تطور طرق التقصي وصرامة المنهج العلمي جعلت من التشخيص الموضوعي أمر ممكن، ومن طرق التكفل التربوي والعلاجي وسيلة ذات نجاعة وجدوى أكيدة، كما أن التطورات الحاصلة على مستوى التشخيص، من توحد كانر إلى

طيف التوحد، كلها جاءت نتيجة للحاجة العلمية والعملية التي أفرزتها الممارسة العيادية، والتي انعكست بدورها على عملية التكفل التربوي والعلاجي لفئة المتوحدين.

نسبة انتشار التوحد:

التوحد هو واحدة أكثر الاضطرابات انتشاراً عنا هو معتقد لمعظم الناس باختلاف الجنسيات والخلفيات الثقافية والدينية والاجتماعية، على الرغم من أنه يبدو بأنه يؤثر على الرجال أكثر من النساء.

يعتبر التوحد أكثر الإعاقات النمائية المتداخلة انتشاراً ، فتقدر نسبة المصابين به اعتماداً على إحصائيات مركز التحكم بالأمراض في الولايات المتحدة الأمريكية ب 2- 6 بين كل 1000 طفل، بمعنى بين إصابة لكل 500 حالة إلى إصابة لكل 166 حالة ويلاحظ أن هذا العدد في ازدياد مضطرب حيث أن معدل زيادة نمو إعاقة التوحد من 10 - 17 % سنوياً، يزيد بمعدل أربع مرات لدى الذكور عن الإناث، ولا يتأثر بالخصائص الثقافية أو العرقية أو الاجتماعية، كما أن مستوى الدخل الأسري، ونمط المعيشة، والمستوى التعليم لا تؤثر على نسبة حدوث الإعاقة.

كما انه من الملاحظ عند مرجعتنا للدراسات الحديثة في نسب انتشار اضطراب التوحد نجد أنها قد تصل في بعض الولايات الأمريكية إلى إصابة في 110 حالات، بمعدل زيادة قدره 634%، ولعل أحدث الدراسات المتعلقة بنسب انتشار التوحد تشير إلى أن هناك إصابة بين كل 148 حالة، وبمراجعتنا لبعض الدراسات الحديثة نجد أن نسبة الانتشار ثابتة في معظم دول العالم، ففي اليابان مثلاً تتراوح نسب الإصابة ما بين إصابة لكل 110 حالات، وفي المملكة المتحدة والتي قدرت الجمعية الوطنية للتوحد فيها نسبة الإصابة من إجمالي السكان بإصابة لكل 110 حالات، وقدر مجلس البحث الطبي في بريطانيا نسبة الإصابة بحالة لكل 166 حالة في الأطفال تحت سن ثمان سنوات، وفي كاليفورنيا التي تعتبر من أكثر الولايات دقة فيما

يتعلق بدراسات نسب انتشار التوحد تضاعفت النسب خلال عامين لتصل من 10360 إلى 20377 حالة، كما أوضح التقرير أن الزيادة في عدد حالات التوحد الكلاسيكي كانت بواقع 634%.

وعند مقرنتنا لنسب انتشار اضطراب التوحد مع الإعاقات الأخرى نلاحظ أن هناك فارق واضح، يدل على أن التوحد هو أحد الإعاقات النمائية الأكثر والأسرع انتشاراً بين مختلف الإعاقات الأخرى، فنسبة انتشار سكري الأطفال تصل إلى إصابة لكل 500 حالة، ومتلازمة داون إصابة لكل 800 حالة، كما أن اضطراب التوحد أكثر شيوعاً من سرطان الطفولة والذي يمثل إصابة لكل 300 إصابة وأكثر من الشلل الدماغي (إصابة لكل 275 حالة)، وأكثر من الإعاقة السمعية (إصابة لكل 999 حالة)، وأكثر من حالات الإعاقة البصرية (إصابة لكل 1111 حالة).

كما أن هناك بعض الاضطرابات المصاحبة للتوحد من مثل الحالة الطيبة والتي تمثل ما نسبته 6% وتتضمن الشلل الدماغي، ومتلازمة داون، والسل، كما أن ما نسبته 35% من الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من الصرع. (مركز دبي للتوحد). <http://www.dubaiautismcenter.ae/ar>.

وقد كشفت منظمة الصحة العالمية OMS في موقعها (<https://www.who.int/fr>) عن نسبة انتشار كبيرة حيث أن التقديرات قد أشارت إلى إصابة طفل واحد لكل 160 طفلاً في العالم من اضطراب طيف التوحد. وتمثل هذه التقديرات رقماً متوسطاً ويتفاوت معدل الانتشار المبلغ عنه تفاوتاً واسعاً بين الدراسات. ومع ذلك، أفادت بعض الدراسات المضبوطة جيداً بمعدلات أعلى بكثير. وما زال معدل انتشار اضطرابات طيف التوحد غير معروف في عدة بلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط.

ووفقاً للدراسات الوبائية التي أجريت على مدى الخمسين سنة الأخيرة، يبدو أن معدل انتشار اضطرابات طيف التوحد يزداد على المستوى العالمي. ويمكن تفسير هذه الزيادة الجلية في معدل الانتشار

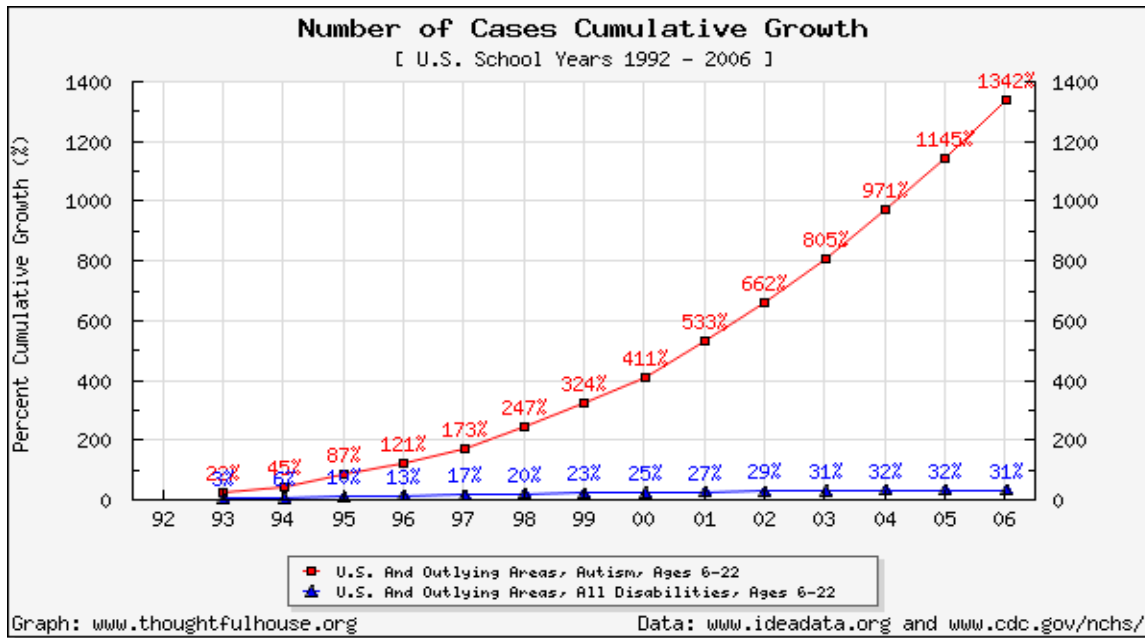
بعده طرق ولا سيما من خلال تعزيز الوعي وتوسيع نطاق معايير التشخيص والارتقاء بأدوات التشخيص وتحسين التبليغ. (موقع OMS بتاريخ 2017/05/20 على الساعة 15.20)

لقد بلغ ارتفاع نسبة التوحد 110 % في السنة مقارنة باضطرابات الأخرى مثل التخلف العقلي ارتفع بنسبة 17.5 %، الصرع ارتفع بنسبة 12.6 %، والشلل الرعاشي بنسبة 12.4% إذا أن الأعداد في ازدياد مستمر ولكن للأسف لا يوجد لدينا الآن إحصائيات رسمية على حد علم الباحث في الجزائر.

مصدر الرسم البياني (<http://www.fightingautism.org/idea/autism.php>) وهو يوضح الارتفاع المتزايد لنسبة مرض التوحد :

الشكل يوضح المستوى المتصاعد لانتشار التوحد خلال فترة ممتدة من 1992 إلى 2006 فقط.

اللون الأحمر يرمز للتوحد واللون الأزرق يرمز إلى الإعاقات الأخرى وهنا نرى الفرق واضح جدا بين تطور انتشار التوحد مقارنة بالإعاقات الأخرى (<http://autismarabia.com>)



شكل (01) تطور انتشار التوحد من 1992-2006

وبحسب أرقام الأمم المتحدة، فإن حوالي 1 بالمئة من سكان العالم مصابون بمرض التوحد، أي حوالي 70 مليون شخص، مع العلم أن رقعة المرض آخذة في الاتساع.

وتكشف الأرقام أن الذكور معرضون للإصابة بالتوحد أكثر من الإناث بمعدل 4 أضعاف. ولا يزال 80 بالمئة من كبار السن ممن يعانون المرض عاطلون عن العمل، وفق الأمم المتحدة.

خصائص وأعراض التوحد:

إن تحديد خصائص أي اضطراب يعني تحديد الأعراض الأساسية الكافية التي تميز حالات هذا الاضطراب وتمكن من وضع تشخيص له، وعليه فإن أهم خصائص وأعراض التوحد يمكن اجمالها في التالي:

إن دراسة Wing et Gould (1979) أوضحت أن الإصابة أو الاضطراب في حالات التوحد يمس ثلاث قطاعات خاصة بالنمو. لقد شملت هذه الدراسة عينة من 132 طفل من سن 2 إلى 18 سنة يعانون من صعوبات حادة في التعلم وتظهر عليهم هذه الأعراض أو بعضها:

- قصور في الوظيفة الاجتماعية.

- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- نشاطات نمطية وتكرارية.

لقد تم تشكيل مجموعتين انطلاقاً من تحليل السلوكيات الاجتماعية لكل طفل. المجموعة (أ) تتشكل من

58 طفل كانت لهم تفاعلات اجتماعية ملائمة.

المجموعة (ب) تتكون من 74 طفل كانوا يعانون من قصور في مجال التفاعل الاجتماعي.

وقد تم تسجيل اختلافات عديدة في على مستوى التواصل وعلى مستوى اللعب. أغلب أطفال المجموعة ب حوالي 90 % كانوا يعانون من الخرس أو تريد الصدى على العكس من المجموعة أ التي لم تسجل أكثر من 50 % . إضافة إلى أن أغلب الأطفال من المجموعة ب 97 % لم يسجل لديهم أي نوع من اللعب الرمزي وهذا مقابل 24 % من المجموعة ب قاموا باللعب الرمزي وأن الأطفال ذوو الأعمار الأقل من 20 شهر في هذه المجموعة لم يسجل لديهم أي نوع من اللعب الرمزي، وهذا طبقا لمقتضيات النمو النموذجي أين لا تظهر هذه الخاصية الا خلال العام الثاني من النمو. وعلى العكس من ذلك فإن الأطفال من تجاوزوا عمر 20 شهر من المجموعة ب أظهروا مشاكل في التواصل وفقر في اللعب الرمزي.

وهكذا استنتجا الباحثان، أن كل الأطفال الذين لهم مشاكل في التفاعل الاجتماعي يعانون من التكرار والنمطية في السلوك وغالبيتهم يعانون من غياب اللغة أو اضطراب على مستوى اللغة والنشاطات الرمزية. وهكذا فإن قصور في الفهم الاجتماعي، والتواصل، وكذا في التخيل تظهر متزامنة لدى نفس الشخص وهذا ما يفيد بترابطها لدى المصاب بالتوحد، وبهذا فإن هذه المشاكل على المستوى الاجتماعي وعلى مستوى التواصل والتخيل تعد كافية وأساسية لتحديد الطابع العام للسلوك التوحدي.

أن الأطفال المصابين بالتوحد عموما يعانون من اضطراب واضح في القدرات المعرفية وفي معدل النمو المعرفي، ومن قصور واضح في المجال الاجتماعي، وفي مجال التواصل، والاهتمام المشترك والميول والسلوكيات التكرارية والمقيدة ويمكن أن نعرض عموما مختلف أنواع القصور على النحو التالي:

1- ضعف التفاعل الاجتماعي:

إن ضعف التفاعل الاجتماعي يتجلى من خلال مشاكل اجتماعية متعددة وصعوبات سلوكية يعاني منها الأطفال المتوحدون وتشكل عائقاً في حياتهم الاجتماعية وهو المجال الأكثر دلالة على وجود إعاقة التوحد ويمكن إجمال أعراضه في العناصر التالية:

1- عدم قدرة الطفل المتوحد على التواصل البصري.

2- عدم القدرة على فهم تعبيرات الوجه.

3- القصور في الانتباه المشترك لدى الطفل المتوحد.

4- صعوبة إقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة مع الآخرين.

5- صعوبة فهم القواعد الاجتماعية من طرف الأطفال المتوحدين.

6- عجز الطفل المتوحد عن الارتباط بالآخرين.

7- عدم قدرة الطفل المصاب بالتوحد على التعاطف مع الآخرين.

وقد وصف Stephen من مركز دراسات التوحد، (سوسن شاكر مجيد، 2010، 43) أن القصور في

السلوك الاجتماعي أي ضعف التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد يمكن تحديده بثلاثة مجالات هي:

(أ) التجنب الاجتماعي

يتجنب أطفال التوحد كل أشكال التفاعل الاجتماعي حيث يقوم هؤلاء الأطفال بالهروب من الأشخاص

الذين يودون التفاعل معهم.

(ب) اللامبالاة الاجتماعية

وُصِفَ أطفال التوحد بأنهم غير مبالين، ولا يبحثون عن التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، ولا يشعرون بالسعادة حتى عند وجودهم مع الأشخاص الآخرين.

(ج) الإرباك الاجتماعي

يعاني أطفال التوحد من صعوبة في الحصول على الأصدقاء، ولعل من أبرز أسباب الفشل في جعل علاقاتهم مستمرة مع الآخرين هو الافتقار إلى التفاعل الاجتماعي.

وقد أوردت (سوسن الجلبي، 2005، 55) بعض الدراسات التي تؤكد على ما سبق ومنها:

" دراسة جيلسون (2000) Gillson التي هدفت إلى الكشف عن الفروق بين الأطفال التوحيديين، والأطفال المتخلفين عقليا في المواقف، والتفاعلات الاجتماعية، والسلوك الانسحابي من خلال برنامج تدريبي على تنمية بعض المهارات الاجتماعية، حيث أوضحت نتائجها أن الأطفال التوحيديين هم الأقل في تفاعلاتهم الاجتماعية، والأكثر انسحاباً من المواقف والتفاعلات الاجتماعية، وذلك قياساً بأقرانهم المتخلفين عقليا.

وكذلك دراسة كاربنتيوري ومرجان (1996) Carpenturi & Morgan التي استهدفت التعرف على السلوك الاجتماعي، والسلوك الموجه لدى الأطفال التوحيديين، والأطفال المتخلفون عقليا والتي بينت نتائجها أن الأطفال التوحيديين يعانون من قصور في التبادل، والتواصل البصري بالعين، والتواصل مع الآخرين بشكل حاد وذلك بمقارنتهم مع الأطفال المتخلفين عقليا.

وتتفق معهم دراسة جانزليا (1997) Ganzalea التي أشارت إلى أن الأطفال التوحيديين في حاجة ماسة للبرامج العلاجية لكونهم أكثر الأطفال من ذوي الاحتياجات الخاصة يعانون من حدة بعض الاضطرابات السلوكية ، وكونهم أيضا اقل تعلقا من أقرانهم المتخلفين عقليا ، حيث لم يفضلوا صوت الأم بل أنهم كانوا

يفضلون إما الضوضاء الناتجة عن أصوات مركبة، أو الانسحاب من المواقف الاجتماعية، بشكل دال قياساً بأقرانهم المتخلفين عقلياً الذين كانوا يفضلون صوت الأم."

2- قصور في استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين:

يعاني هؤلاء الأطفال التوحديين من قصور في التواصل مع الآخرين سواء لفظياً أو غير لفظي وضعف في استخدام اللغة، وبعضهم لا يستطيع الكلام أبداً حيث أن هناك 50 % منهم على الأقل لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وبالتالي يتعذر عليهم استخدام اللغة في التواصل والحديث مع الآخرين، أما النسبة البقية فإنها تعاني من تأخر واضح في نمو اللغة لديهم ولا يمكنهم استخدام الكلمات القليلة التي قد يكتسبونها في سياق لغوي صحيح تكون له دلالة ويؤدي المعنى المتعارف عليه. كما أنهم يعانون من اضطرابات حادة ومتعددة في النطق. ومن جهة أخرى فإن لغتهم التعبيرية تتميز بالتردد، والتكرار، والترديد المرضي للكلمات Echolalié، وكذا بالتمطية في النطق بالكلمات التي يعرفونها، وعدم القدرة على الحوار وإبدال الضمائر، كما يسجل عليهم اضطراب في إيقاع الصوت ونغمته، هذا علاوة على عدم القدرة لديهم في الفهم والاستيعاب، كما أنهم لديهم عجز واضح على فهم وإدراك المفاهيم المجردة.

3 - اهتمامات وميول وسلوكيات مقيدة وتكرارية:

أن أنماط لعب الأطفال المتوحدين عادة ما تكون تكرارية ونمطية، وأنهم يقومون بجمع الأشياء الغير مفيدة وعديمة القيمة والجدوى لهم ويقومون بترتيبها بشكل نمطي، كما أنهم يمتازون بسلوك التعلق والانجذاب للأشياء الغير عادية والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة، ومقاومة أي تغيير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة حتى وإن كان مثل هذا التغيير بسيطاً، والإصرار على التمسك بروتين صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة لفترات طويلة وبشكل مستمر وتكرار متصل كاهتزاز الجسم أو الرأس

أو الرجلين أو الضرب بإحدى يديه على اليد الأخرى ولف اليدين في حركة دائرية أو الدوران حول النفس وتكرار أصوات وقد يقصي وقتا طويلا في شيء أو اتجاه معين.

عوامل الإصابة بالتوحد:

لقد حافظ اضطراب التوحد منذ اكتشافه على الطبيعة والتاريخ الجدالي التي جعلت منه مصدر تباين وجهات نظر واختلاف على طول المسار حيث كانت بداية الاختلاف حول الاكتشاف ثم حول تحديد المفهوم و حول الأسباب المؤدية لحدوثه، حيث يؤكد بعض الباحثين انه لم يتم التوصل بعد إلى تحديد الأسباب والعوامل والأساسية لحدوث التوحد، إلا أن البحوث والدراسات التي تناولت هذا الجانب مثل (عمر بن الخطاب خليل: 1994؛ رشاد موسى: 2002؛ سوسن الحلبي: 2005؛ ماجد عمارة: 2005؛ محمد خطاب: 2005) أشارت إلى أنه ينشأ من مشكلات وعوامل عديدة منها الأسرية، والنفسية، والبيولوجية، والكيميائية، وأن ثلوث الإعاقات "ثالوث التوحد "

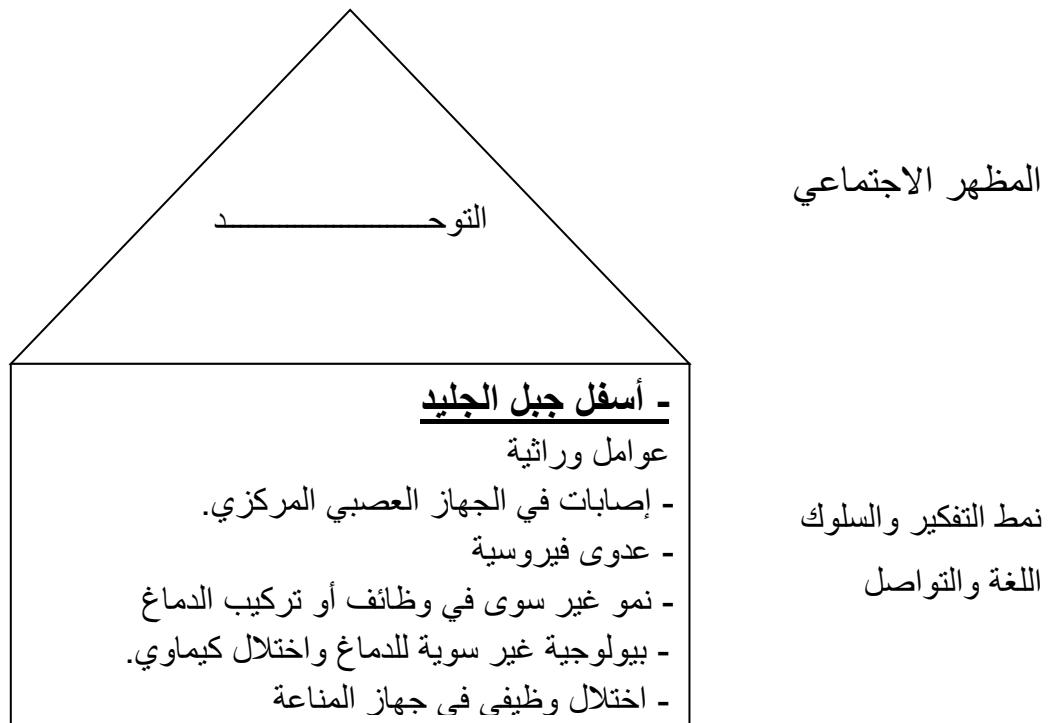
منذ أن حدده وينغ وجولد (1979) Wing et Gould شكل أساسا جيدا للتشخيص وكان الأمر يتعلق بثلاثة قطاعات للنمو هي التي تتأثر باضطراب التوحد وتعتبر اصابتها عنه وقد أطلقوا عليها (فريق الاضطراب) أو النواة الصلبة للتوحد وتمثلت في العناصر التالية:

- المظهر الاجتماعي: يتميز بحالة من الانحراف والتخلف في النمو الاجتماعي، لاسيما على مستوى العلاقات ما بين الأشخاص والتي تتنوع من العزلة الى البحث عن الغلاقة لكن بشكل غريب وغير مفهوم.
- اللغة والاتصال: تمتاز لغة المصاب بالتوحد بحالة من الانحراف سواء على مستوى الكلام أو على مستوى اللغة الغير لفظية ويكون الاضطراب دالا ووظيفيا.

- نمط التفكير والسلوك: وهنا نلاحظ جمودا في التفكير والسلوك وبقرا في المخيال الاجتماعي. والسلوك يتميز بالطابع الطقسي والروتيني، كما يلاحظ على الطفل المتوحد غياب أو فقر في اللعب الرمزي مستوى السلوك لا يتناسب مع العمر الزمني للطفل. (Bernadette R, 2003, P. 20).

إن مثلث التوحد يشكل أساسا في التعرف على الاضطراب، غير أنه لا ينبئ عن السبب وراء ظهور هذا الاضطراب، فالعناصر السلوكية للتشخيص قد تمثل رأس جبل الجليد، وأن ما يظهر لنا فوق الماء لا يكفي لتفسير الاضطراب الذي يفصح عنه فأغلب المعطيات ربما تقع في السفح، ويمكن تمثيل المشهد بالرسم التالية:

مقتبسة بتصريف عن. (الإمام صالح والحوالدة فؤاد، 2010، ص: 93)



الشكل رقم (02): عوامل التوحد

يمثل هذا الشكل أهم العوامل والأسباب التي تكمن وراء ظاهرة التوحد بما في ذلك السبب المجهول الذي ما فتئ العلم يجد له أجوبة متواصلة، وأخرها على سبيل المثال اكتشاف الجينة المسؤولة على اضطراب ريث (Rett) الذي تم سحبه من الطبعة الخامسة للدليل المعايير التشخيصية لجمعية أطباء الامراض النفسية الأمريكية (DSM5, APA 2013) ولم يعد تابعا لطيف التوحد وهكذا فإن العوامل المعروفة لا تفسر كل شيء عن التوحد لكن مع ذلك تبقى مصدرا ضروري لفهم أسباب التوحد ويمكن إجمالها فيما يلي:

1. عوامل نفسية وأسرية:

يرى البعض أن أسباب الإصابة بالتوحد إنما ترجع إلى أساليب التنشئة الوالدية الخاطئة وإلى شخصية الوالدين غير السوية وأن أسلوب التربية يسهم بشكل كبير في حدوث الاضطراب. ويؤكد ذلك ليوكانر (1943) LeoKanner أن أعراض الإصابة بالتوحد لدى الأطفال تعود إلى عدم نضج الأنا وتطورها وهذا يحدث في الحالتين التاليتين:

- نتيجة نمو الأنا بطريقة خاطئة خلال الثلاث السنوات الأولى من حياة الطفل.
- نتيجة المناخ النفسي الشيء الذي يعيش فيه الطفل.

كما وجد أن آباء الأطفال المصابين بالتوحد يتسمون بالبرود الانفعالي ، والابتعاد عن الأخرين، والميل إلى النمطية مع امتيازهم بالنكاه، ونتيجة لهذا الجمود العاطفي والانفعالي في شخصية الوالدين والمناخ الأسرى عامة، يؤدي إلى عدم تمتع الطفل بالاستثارة اللازمة La stimulation necessaire التي يوفرها المناخ الأسري وما يسود فيه من تقاعل، و من هنا يظهر الأساس المرضى الذي يكون نتيجة فشل (أنا) الخاصة بالطفل في تكوين صورة مدركة للأم التي تعد بمثابة المثل الأول لعالمه الخارجي، فالطفل التوحدي

لم تمنح له الفرصة لتوجيه أو تركيز طاقته النفسية نحو موضوع أو شخص آخر منفصل عنه. (لورنا وينج، 1994، ص: 63)

نظرية الأم الثلجة: ترى أن التوحد ناتج عن انسحاب نفسي لما يدركه الطفل على أنه بيئة باردة عاطفياً، أو ما يسمى انتشار الصقيع، وهي وجهة نظر سادت خلال الستينات (الإمام صالح والجوالدة فؤاد، 2010، ص: 94)، وقد فسّر بعض الأطباء النفسيين تحت تأثير نظرية التحليل النفسي لفرويد، التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو للطفل، وهذا يؤدي إلى اضطرابات كثيرة عنده وحسب العالم النفسي برينو بيتلهيم (Bruno Betlheim) أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من طرف الوالدين، وخصوصاً الأم، حيث كان يطلق عليها سابقاً لقب الأم الثلجة (الشامي وفاء، 2004).

"يؤكد أنصار وجهة النظر النفسية على الخبرات الأولى في حياة الطفل لما لها من تأثير على مراحل نموه التالية وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد تكون الأسباب القوية للاضطرابات خاصة الانفعالية مما يؤدي إلى انسحابه وعزله داخل أسواره الذاتية" (عمر بن الخطاب خليل، 1991، ص: 85).

ومن الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في الإصابة بالتوحد دراسة ميريلاكياراند (1992) على أن العوامل النفسية تساهم في إبراز أهمية التكوين الأولى لشخصية الطفل كما يبرر مدى احتياج الطفل لبيئة آمنة ومريحة يستطيع فيها أن يخوض تجربة إيجابية من خلال لقائه مع الأشخاص الذين يكفلون له الحماية، ويشبعون احتياجاته، كما يساعده على اتساع أفقه ويطلقون له العنان ليتحرك بحرية.

وعلى الجانب الآخر رفض البعض هذه الآراء وذهبوا إلى أن التوحد عامل مستقل عن الآباء ولا يرتبط بوجود الأم أو غيابها، وأن خبرات الطفل خلال مراحل حياته لا تسبب المرض وأنه ليس كل آباء الأطفال المصابين بالتوحد تنقصهم القدرة على حب أطفالهم.

وتتفق العديد من الدراسات على أنه ليس للوالدين دخل في إصابة طفلهم بالتوحد ومنهم دراسة (عمر بن الخطاب خليل ، 1994، ص: 105) حيث توصلت نتائجها إلى انه لا توجد فروق دالة إحصائية بين شخصيات آباء الأطفال المصابين بالتوحد وآباء الأطفال الأسوياء على اختبار إيزيك للشخصية، وأيضاً أكدت نتائج دراسة ديمير ومكادوا (1994) Demyer&Mcadoo على أن شخصية آباء الأطفال التوحديين لا تختلف عن شخصية سمات آباء الأطفال المضطربين باضطرابات أخرى ، وأن أمهات الأطفال التوحديين لديهم نفس المشكلات النفسية.

وهكذا يتضح أن معظم الدراسات الحديثة أكدت على عدم وجود مبرر يسمح للوالدين بأن يعتقدوا بأنهم تسببوا في إصابة طفلهم بالتوحد.

2 - العوامل الاجتماعية: يرى كل من بوتمان زيريك (BoutmanZurek, 1960) أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه، وعدم إحساسه بعاطفتها فضلاً عن وجود بعض المشكلات الأسرية، وهذا يؤدي إلى خوف الطفل وانسحابه من هذا الجو الأسري وانطوائه على نفسه، وأكد كانر (kanner) بأن العزلة الاجتماعية وعدم الاكتراث بالطفل التوحدي هما أساس ظهور كل التصرفات غير الطبيعية (الجلي سوسن 2004، ص: 49) ويقول برينو بيتلهام (Bruno Betlheim) في كتابه(الحصن الفارغ،1967) أعلن عبر هذا الكتاب "اعتقادي أن رغبة الآباء في ألا يوجد طفلهم أصلاً هي العامل المحفز لتوحد الطفولة" (لوراشريمان، ترجمة عياد فاطيمة، 2010، ص:89).

2- العوامل العصبية والبيولوجية:

لقد شاع أن النظريات النفسية لم تعد قادرة على تقديم التفسير العلمي الموضوعي لاضطراب التوحد ولأسباب والعوامل الكامنة وراءه، وبالنظر لحجم المعاناة التي ظهرت على الأطفال المصابين بالتوحد، في أنواع مختلفة من الإعاقات البيولوجية، نتيجة لذلك كله بدأ الاهتمام يتركز على دور العوامل البيولوجية في

اضطرابات التوحد، هذا ما أشارت وأكدتة العديد من الدراسات حيث بينت أن أسباب إعاقة التوحد ترجع بالدرجة الأولى إلى مشكلة بيولوجية، وليست نفسية فقد تكون الحصبة الألمانية أو ارتفاع الحرارة المؤثرة أثناء الحمل، أو وجود غير طبيعي لكروموسومات تحمل جينات معينة أو تلفا بالدماغ أثناء الحمل أو أثناء الولادة لأي سبب مثل نقص الأوكسجين مما يؤثر على الجسم والدماغ ، وهذا يؤدي الى ظهور أعراض التوحد (سميرة السعد، 1998 ، ص:135).

إن أي شيء يمكن أن يسبب تلفا أو أي ضرر على المستوى البنيوي أو الوظيفي في للجهاز العصبي المركزي، يمكن كذلك أن يكون له أيضا دورا في التسبب في اضطراب التوحد (عليوان محمد، 2007، ص: 09). ويذكر (نيب الشيخ، 2004) أن بعض الباحثين يعتقد أن جميع المصابين بهذا الاضطراب يعانون من تلف دماغي، ودليل ذلك أن التوحد مرافق للعديد من الأمراض العصبية الجسمية والإعاقات المختلفة، وكذلك الاختلاف الموجود في شكل أدمغة المصابين (العوالي فاطيمة ،2014، ص: 59) كما أظهرت الفحوصات العصبية على أن الأطفال التوحديين يتميزون بشذوذات، مثل تأزر ضعيف في الحركة، سيلان اللعاب، نشاط زائد وأشارت الدراسات أن (3) أرباع من هؤلاء الأطفال يظهرون إشارات عصبية مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي (عسيلة كوثر، 2006، ص: 269).

وقد ورد في بحث (العوالي فاطيمة ،2014، ص: 60) بأن فيجنندرا سينغ (Fijandra Sing) قد بين في المؤتمر الدولي سنة (2000) أن التجارب المخبرية التي قام بها، أوضحت بأن جرعات التطعيم ضد الحصبة الألمانية تسبب في ردود فعل مناعية، تؤدي إلى تلف البروتين في المخ، وبالتالي التوحد (سليمان عبدالرحمن، 2011، ص: 10).

3-العوامل الجينية: يمكن أن تكون الوراثة والعامل الجيني أحد أسباب اضطراب التوحد، حيث أثبتت

بعض الدراسات أنه يوجد ارتباط بين اضطراب التوحد وخلل الكروموزوم (le chromosome fragile) مثل

دراسة زوناللي وداجت (Zonalli&Degett 1998) والتي بينت نتائجها أن هناك ارتباط بين اضطراب التوحد وبين كرموسوم " أكس الهش "، المسؤول كذلك على التخلف العقلي ، وهو يوجد بنسبة 5 : 16 % في كل الحالات، وهذا الارتباط هو ما قد يفسر زيادة عدد نسبة الإصابات بالتوحد عند الذكور بدل الاناث، وذلك لأن الصبغي X يرتبط بالجنس ولأن الذكور ليس لديهم سوى صبغي X واحد لذلك تكون نسبة اصابتهم أعلى، بينما تمتلك الاناث صبغيين اثنيين X فيعوض أحد الصبغيين عن الآخر. كما وجد جيلبرغ (Gillberg 1998) أن 2.5 من ذوي اضطراب التوحد يعانون تشوهات في كروموسوم X وبين ظهور صفات توحدية لدى بعض الأطفال، فقد وجد الكروموزوم 7 يحمل جينا يدعى (Hoxai) يمكن أن يكون هو الجين الأقوى الذي يحتمل أنه سبب في ظهور أعراض التوحد. (نايف بن عابد الزارع، 2010، ص: 46).

وبالمقابل اعتبر آخرون أن متلازمة الكروموزوم S الهش ليست من أسباب التوحد، بل يتم التفريق بين الحالتين على أساس أن أعراض هذه المتلازمة مشابهة للتوحد، ولكن مازالت العديد من الدراسات تدرج الكروموزوم X الهش كسبب مهم ومسؤول عن الإصابة بهذا الاضطراب النمائي، وذلك بنسب تتراوح بين (2.5-16%) (العلي رسلان، 2009، 35).

ومن خلال البحوث التي ركزت على إمكانية وراثة التوحد، وبحثت من خلال تكرار الإصابة ضمن الاخوة ، قد ذكرت أن فرصة انجاب طفل آخر مصاب بالتوحد تتراوح بين (3 و 9%) (نايف بن عابد الزارع، 2010، ص: 47)، وقد توصلت الباحثة كامبل (Campbell et al,2006) في دراستها أن للوراثة دور سببي في حدوث الاضطراب، حيث تشير نتائج دراسة أسرية للتوحد شملت (1231) عينة أن الموقع على الكروموزوم (Vq 31) هو المنطقة المرشحة لوجود جين التوحد (اللهيبي نادية، 2009، ص: 41).

4-العوامل المناعية والبيوكيميائية: تشير بعض الأدلة أن الكريات اللمفاوية لبعض الأطفال المصابين باضطراب التوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تشير إلى احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل (عبد المعطي حسن، 2001، ص: 274)، أما العوامل الكيميائية تتمثل في زيادة التسرب في جدار الأمعاء زيادة نمو الكاندا الفطريات في الأمعاء، وعدم قدرة الجسم على التخلص من السموم، مثل: الزئبق ونقص مضادات الأكسدة، والأحماض الدهنية غير المشبعة، وكذلك الضعف المناعي(ابراهيم الحكيم، 2003، ص: 149).

وينكر لويس مليكه: (1998، ص: 185) أن معظم الدراسات اتفقت على أن مستوى السيروتونين

في الدم أعلى لدى الأطفال التوحديين مقارنة بالأطفال الأسوياء.

وقد قام جوردون(Gordon (1994, 73 بعلاج اضطراب التوحد عن طريق إعطاء عقاقير تخفض من

مستوى السيروتونين في الدم ، حيث أدى هذا العلاج إلى تحسين ملحوظ في طريقة الكلام والسلوك

الاجتماعي ، واستمرت هذه التحسينات لمدة ثلاث شهور بعد توقف إعطاء العقار ، وكذلك وجد أن تناول

الطفل التوحدي لأدوية تعمل على خفض مستوى الدوبامين أدى أيضا إلى خفض حدة أعراض التوحد مثل

سلوك إيذاء الذات والحركات النمطية المتكررة .

كما أكدت عدة بحوث أخرى على وجود عوامل كيميائية في حالات التوحد ومن بينها بحث أجرى في

السويد، وتبين منه أن درجة تركيز حمض الهرموفانيك أكثر ارتفاعا في السائل المخي المنتشر بين أنسجة

المخ والنخاع الشوكي في حالات التوحد مقارنة بالأطفال العاديين.

كما لوحظ في دراسات أخرى زيادة في تركيز إحدى الناقلات أو المواصلات العصبية وهو Serotonin في دم 40% من الأطفال التوحديين، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار Fenfulamine لوحظ تحسن في الأداء اللغوي. (Campbell & Guava, 1995 , P 262)

وفي دراسة قام بها كان وكاني إدوارد (Kane, p & Kane, E (1998) التعرف على شذوذ الأيض من خلال عينات دم وبول 50 طفل يعانون من التوحد، وكشفت النتائج أن هناك ارتفاع مميز في سلسلة طويلة من الأحماض الدهنية K وهو ما تم تفسيره بأن تراكم الأحماض الدهنية له تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة ، وكلها خصائص مميزة للاضطراب التوحدي، كما أن معدل البيتااندرومين Beta Endromine من المناعة التفاعلية في البلازما لدى التوحديين كانت ناقصة بدرجة دالة إحصائياً مقارنة بالأسوياء .

5-عوامل ما قبل الولادة: تشير بعض الدراسات أنه يوجد مضاعفات سلبية لاضطراب التوحد، ففي مرحلة الحمل قد يؤثر النزيف الدموي للأم على الجنين، وتأثير العقاقير التي تتعاطاها أثناء فترة الحمل، كما وجد أن السائل الداخلي المحيط بالجنين في تاريخ الأطفال التوحديين موجود بنسبة أكبر مقارنة بالفئة العادية، حيث قد يصاب الطفل بعد الولادة بمتاعب التنفس والأنيميا (عبد المعطي حسن، 2001، ص: 559).

كما أشار العديد من العلماء أن التدخين أثناء مرحلة الحمل له مخاطر كبيرة في ولادة طفل مصاب بالتوحد، وتعتبر دراسة أجراها مجموعة من الباحثين السويديين على (2000) طفل بأن الأمهات المدخنات أكثر عرضة لإنجاب أطفال توحديين بنسبة وصلت إلى (40%) مقارنة بالأمهات غير المدخنات (كامل محمد، 2005، ص: 19). يشير كلا من (عثمان فراج: 2002؛ سوسن الحلبي: 2005؛ ماجد عمارة: 2005؛ لورنا وينج: 1994) على أن الدراسات والتحليل الطبية تؤكد على معاناة طفل التوحد من حالات قصور عضوي أو حيوي منها ما يحدث أثناء فترة الحمل ، وبالتالي يؤثر على الجنين ، ومن أمثلتها إصابة

الأم بالحصبة الألمانية أو حالة من حالات قصور التمثيل، أو حالات التصلب الدرني ومنها حالات الريت Rett

وقد أشار ميهر (1993) Mehr إلى انه من العوامل التي تمثل خطر قبل الولادة الإصابة بالحصبة الألمانية ، والإصابة بفيروس سيتومجالو Cytomegalo Virus ، وفي تقارير بحوث بيرنارد (1995) Bernard تبين وجود خلل أو إصابة أو قطع في نسيج مركز ساق المخ Brain Stem ، والذي يعرف باسم جهاز التنبيه التشابهي، وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة، والانتباه ، والنوم فتضعف قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين على الاستجابة للمثيرات الخارجية ، وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به .

أيضا يذكر (محمد خطاب، 2005، ص: 425) أن هناك حالات حدوث لتعقيدات عالية في مرحلة ما قبل الولادة لدى الأطفال المصابين باضطراب التوحد، رغم أن بعضها قد يكون عرضاً. وفي مرحلة الحمل قد يؤثر نزيف الأم بعد الشهور الثلاثة الأولى على الجنين وأيضا المواد الموجودة في بطن الجنين، والسائل الداخلي المحيط بالجنين كما تشير بعض الأدلة الى حدوث عالي التأثير للعقاقير التي تتعاطها الأم أثناء فترة الحمل على الأجنة، والنتيجة هي ميلاد الطفل التوحيدي.

وبذلك أثبتت نتائج الأبحاث والدراسات الطبية في عدد من المعاهد الطبية في أمريكا وإنجلترا وكندا إلى أن مضاعفات ما قبل الولادة هي أكثر لدى أطفال التوحد منها في غيرهم من الأسوياء، أو حتى المصابين باضطرابات أخرى، كما يلاحظ وجود عيوب خلقية طفيفة لدى التوحيدين أكثر من أشقائهم ومن أقرانهم الأسوياء، وهذا يشير إلى وجود مضاعفات مهمة حدثت للحمل في الشهور الثلاثة الأولى.

ويذكر (محمود حمودة) أن هناك مضاعفات عديدة تحدث أثناء الولادة وتكثر في ولادة الأطفال التوحديين مثل الولادة المبكرة والأطفال المبتسرين وتأخر الولادة، وذكر (لورناوينج 1994، ص: 65) في دراسته أنه من الصعوبات الشديدة التي تحدث خلال الولادة نقص الأوكسجين، والذي يؤدي إلى إصابة المولود بصعوبات بصرية حادة وبتلف دماغ وباضطرابات توحدية. (لمياء عبد الحميد، 2008، ص: 38)

ويذكر (ماجد عماره: (2005 ، ص: 225) أن الاختناق والتهاب الدماغ وتشنجات الرضع تحدث أثناء الولادة ، وأكدت ذلك دراسة (محمد الدفراوى 1998) التي تناولت هذه العوامل الولادية وقبل الولادية عن "الطفولة التوحد في الأطفال التوحديين والتقييمات والمصاحبات الإكلينيكية " وذلك على عينة مكونة من 37 طفلاً تم تشخيصهم على أنهم توحديين، وقام الباحث بمعرفة المشاكل التي حدثت لهم أثناء فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة حتى يعرف إذا كانت هذه المشكلات مرتبطة بحدوث اضطرابات التوحديين أم لا ، كما قام بدراسة المشكلات أو الصعوبات التي واجهت الأم أثناء ولادة أخوه هؤلاء الأطفال التوحديين ، وقد وجد أن هناك زيادة في المشاكل أثناء ولادة الأطفال التوحديين ذات دلالة إحصائية عالية أكبر من التي رصدت لدى إخوة هؤلاء الأطفال . (لمياء عبد الحميد، 2008، ص: 38)

1- خلل في الجهاز العصبي المركزي:

لقد تم اعتبار أي خلل في وظائف الجهاز العصبي المركزي، سببا في قصور الوظائف الفيزيولوجية والكهربائية للدماغ وقد يكون سبب في حدوث اضطراب التوحد.

وتشير الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي (IRM) أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالتوحد، والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في الفص القفوي، الفص الجداري والفص الصدغي، ولم يوجد فروقا في الفصوص الأمامية، كما يعتبر الفص الصدغي منطقة حرجة من شذوذ المخ

بالنسبة للاضطراب، فعندما يحدث تلف لهذه المنطقة عند الحيوان فمن المتوقع أن يفقد السلوك الاجتماعي، ظهور القلق، الأرق، والسلوك الحركي المتكرر (خطاب أحمد، 2005، ص: 46).

وقد توصل كل من باومان وكامبرا (Bauman et Kamper,1995) إلى أن وزن الدماغ لدى الأطفال المصابين بالتوحد أكثر وزناً من أدمغة أقرانهم الآخرين في مرحلة الطفولة، ثم يكون أقل في مرحلة البلوغ، كما أن هناك خلل في الخلايا الموجودة في المخيخ إذ يكون نموها غير طبيعي فإما يكون نقص أو فرط في نموها الأمر الذي يؤثر في وظائف المخيخ، كما أكدت نتائج الدراسة ما توصل إليه كل من (دي ماير وبارتون ونورتون) (DeMyer, Barton et Norton, 1972)

في اختلاف حجم وعدد خلايا بوركنجي في المخيخ إذ هي أقل من الأطفال الغير مصابين بالتوحد. وتوصل كورشييسن وآخرون (Courchesme, et al,1988) من خلال الفحص بالرنين المغناطيسي للمخ أن الأطفال المصابين بالتوحد لديهم أجزاء، ضامرة في المخيخ. وخلل في وظيفة الجهاز العصبي المركزي لدى 14 طفلاً مصاباً بالتوحد من مجموع 18 طفلاً. (د. قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص: 86،87)

كما تشير دراسات تريفارتن وآخرون (1996) Treavarthen, et al., إلى وجود أدلة حديثة على وجود اضطراب في وظيفة الخلايا العصبية المنتشرة في مركز المخ وبصفة خاصة في مراكز الانتباه والتعلم . (لمياء عبد الحميد، 2008، ص: 40)

و في دراسة كاوسكى وآخرون (Kawasaki, et al. 1997, 20) بهدف التعرف على اختلال وظائف المخ لدى 158 مريضاً بالتوحد من خلال فحص تغيرات غير طبيعية في رسم المخ الكهربى والتعرف على نشوء مرض الصرع فى المراهقين المصابين بالتوحد ، وكشفت النتائج أن 47.5 من المرضى لديهم هذه التغيرات الغير طبيعية فى المنطقة الجبهية فى المخ.

2. تأثير الفيروس في حدوث التوحد:

تعيش الفيروسات مع الانسان، كما توجد دائماً مع المصابين بالتوحد، حيث بينت لاختبارات التهابات فيروسية مزمنة وبالنظر لضعف الجهاز المناعي ونقص تطوره لدى الأطفال المصابين بالتوحد هذه الفيروسات تبقى في كثير من الأحيان في الدماغ، وفي غمد المايلين. (غمد المايلين هو العازل الذي يحمي أعصابنا من النبضات الكهربائية بينما في الوقت نفسه تجعل هذه السوائل تنتقل أسرع). عندما يصاب المايلين بالفيروسات يحدث أمران:

1- أعصاب متضررة بسبب الفيروسات

2- مزيد من الضرر يلحق بغمد المايلين بسبب ردة فعل المناعة الذاتية عندما يحاول جهاز المناعة مهاجمة الفيروسات.

نتيجة لذلك يحدث:

اختلال وظيفي، ألم بالأعصاب بسبب كشف غمد المايلين المعرض لهجمات التهابية من قبل جهاز المناعة، الدوران، ضرب الرأس، الحركة المتكررة. جميعها لا يمكن للطفل السيطرة عليها بسبب الحساسية المفرطة لذلك ينبغي وقف ذلك الألم المذهل الذي يعانون منه.

لقد أظهرت الأبحاث أن الفيروسات بوصفها عوامل بيئية، يمكن أن تلعب أيضاً دوراً في التسبب في التوحد. تشمل الإصابات التي يبدو أنها مرتبطة سببياً بتطور التوحد، التهاب الدماغ الناجم عن الحصبة والحصبة الألمانية، وفيروس الهربس البسيط، والنكاف، وجذري الماء، والفيروس المضخم للخلايا وفيروس الشبح وغيرها.

وقد كان فيروس الروبيلا هو أول سبب معروف للتوحد. ووجد في وقت لاحق أن فيروسات الحصبة والنكاف قد تسبب التهاب الدماغ الذي يمكن أن يؤدي إلى مرض التوحد في وقت لاحق. كما يمكن أن تؤثر العدوى عادة على الجنين أثناء وجوده في رحم الأم. (Ananya Mandal, MD)

وهناك يتضح أن الفيروسات قد تنتقل على شكل عدوى إلى الطفل وهو لا يزال في الرحم، ومن ثم يولد الطفل ويبدو أنه طبيعياً سويًا عند الولادة، ثم ينشط الاضطراب عن طريق ضغوط الحياة الطبيعية. وهذه النظرية تزودنا على أقل تقدير - بتفسير ممكن، وشرح مقبول لكثير من الأسباب والأعراض التي وردت في تقارير الكثير من الآباء والأمهات من أن طفلهم العادي أو السوي يصبح توحدياً نتيجة أو بعد هذه الإصابة، ومن هذه الدراسات التي أكدت على ذلك دراسة ريم لاند وبaker Rimland & Baker (1996) حيث توصلوا إلى أن الفيروس يمكن أن يصيب الجنين وهو في بطن أمه إصابة بسيطة وعند الميلاد يظهر الطفل طبيعي، إلا أن هذا الفيروس يكون كامن في الطفل ثم ينشط بسبب ضغوط الحياة. (لمياء عبد الحميد، 2008، ص: 41).

3. تأثير التلوث البيئي:

إن مفهوم البيئة عند تناوله من منظور العوامل المسببة لحدوث التوحد، يتجاوز المفهوم المادي الفيزيقي ويمتد إلى شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالطفل.

حيث يرى أنصار العوامل البيئية أن الخبرات الأولى من حياة الطفل تؤثر في نموه في المراحل التالية، وأن الفشل في إقامة علاقات مع الطفل قد يكون أحد الأسباب القوية للاضطراب، وخاصة المشكلات الانفعالية التي ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالعلاقة بين الطفل ووالديه في مرحلة الطفولة المبكرة، مما

يؤدي الى انسحاب الأطفال من البيئة الاجتماعية وعزلتهم داخل أسوارهم الذاتية المغلقة في أثناء وجود أشخاص آخرين. (أبو شعيب والبطاينة، 2011، ص: 506).

أما في مجال الجانب المادي للبيئة فنقدم لمحة عن دراسة اديلسون التي لا ترى أي برهان علمي على تأثير البيئة كعامل مسبب للتوحد.

يرى أديلسون (1998) Edelson في دراسته انه لا يوجد برهان علمي حتى هذا الوقت عن التأثير البيئي على التوحد، رغم أن انتشار السموم في البيئة يمكن أيضا أن يؤدي إلى حدوث التوحد، حيث وجد معدل عالي للسموم في بلدة صغيرة تسمى ليومينستر Leomenster تابعة لولاية ماساتشوستس حيث يوجد مصنع نظارات شمسية، ووجد أن أعلى نسبة لحالات اضطراب التوحد كانت في البيوت التي يهب بها رياح دخان هذا المصنع. (لمياء عبد الحميد، 2008، ص: 41)

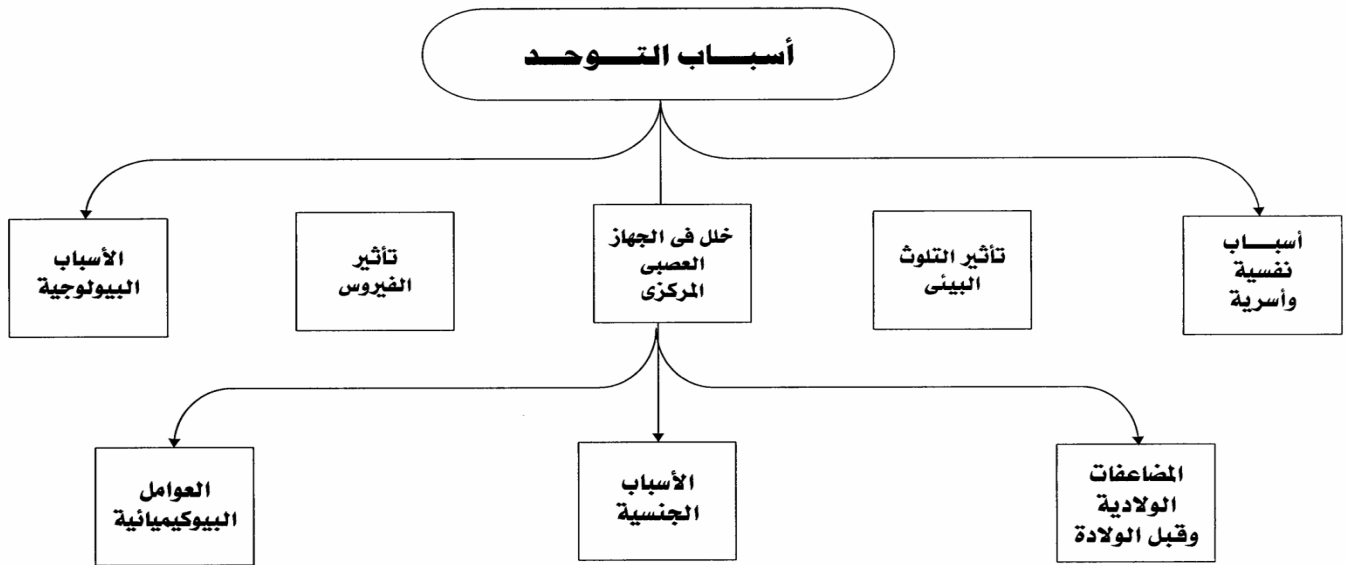
ومع ذلك، فإن دراسة حديثة نشرت في مجلة الجمعية الطبية الأمريكية (JAMA)، والتي أجريت على عينة كبيرة جدا (2 مليون شخص في السويد ولدوا بين عامي 1982 و2006 و14,000 منهم كانوا يعانون من التوحد)، وقد جاءت نتائجها مفاجئة وقلبت الحقائق السابقة لاسيما ما تعلق منها بالفرضيات الجينية لأسباب التوحد. ووفقًا لاستنتاجات هذه الدراسة، فإن البيئة لا تقل أهمية عن جينات تفسير التوحد.

إنها الدراسة الأولى التي قدمت مثل هذا التحليل الشامل للوراثة وبنيت أن خطر التوحد يصل إلى مستوى أبناء العمومة. إذا حددت نتائج هذه الدراسة المخاطر الجينية على أساس تاريخ العائلة، فإنها ترجع أيضًا نسبة 50% من حصة المسؤولية إلى العوامل البيئية.

وقد صرح ابراهام ريشنبرغ Abraham Reichenberg راند الدراسة اننا لم نكن نتوقع هذا المستوى من الأهمية

للعوامل البيئية. (<https://www.sciencesetavenir.fr/19075>)

وهكذا فإن العوامل المسبب للتوحد، والأسباب الكامنة وراء حدوث الاضطراب عديدة ومتنوعة إلى الحد الذي جعل منها شبكة معقدة ومتنامية من الآراء التي تسعى إلى تفسير أسباب الظاهرة، ولأزال إلى اليوم هناك الكثير من الغموض يلف الموقف ويؤثر على فهمنا لهذا الاضطراب ويظل الحال أشبه بجبل الجليد ما خفي أكبر بكثير مما يظهر لنا على السطح. وإذا أن نلخص الأسباب بصورة اجمالية ليس هناك أفضل من تقديمها على شكل مخطط، يتضمن معظم العناصر التي تناولناها ومن شأنه إعطاء انطباع عام عن الصورة الكلية للمشهد ويمكن أن نطلق عليه تسمية شجرة الأسباب.



شكل رقم (03) مخطط تمثيلي لعوامل التوحد.

النظريات المفسرة لاضطراب التوحد:

إن العوامل والأسباب التي ذكرناها في الصفحات السابقة يمكن عرضها اجمالاً وتأطيرها نظرياً من خلال النظريات المفسرة للتوحد، التي سنقدمها هنا بشكل موجز حيث أنه من العلوم أن السبب الأساسي لاضطراب التوحد لأزال غير معروف وغير واضح، فبعض الدراسات أرجعته لأسباب نفسية

واجتماعية والعلاقة بين الوالدين والطفل وما بينهما من تفاعل، وهناك من أكد على الاسباب والاحتمالات المتعلقة بالأعصاب، كما أشارت دراسات الى وجود أسباب تتعلق بالجينات وظروف الحمل والولادة. ولكن كل تلك البحوث لم تقدم الى يومنا هذا الا القليل من النتائج، التوحد هو احجية، وبالتالي ألا نندهش عندما نجد هذا الكم الهائل من النظريات التي تحاول تقديم تفسير لسبب حدوث السلوكيات التوحدية (عبد الله فرج الزريقات، 2004، ص: 109)

وعليه يعد التوحد من الاضطرابات الأكثر غموضا، نظرا لتباين خصائصه لذا فقد ظهرت تفسيرات عديدة في محاولة منها لفهم هذا الاضطراب، ولقد اجريت الكثير من الابحاث على اسباب التوحد ولكنها لم تقدم حتى يومنا هذا الا القليل من النتائج ويوجد العديد من النظريات التي تفسر سبب حدوث سلوكيات التوحد لتشمل مختلف التوجهات فمنهم من يتمسك بالنظريات البيئية وآخرون يركزون على العوامل الوراثية والتكوينية وتوجد وجهات نظر أخرى تتخذ موقفا وسطا. ومن النظريات ايضا التي حاولت تفسير اسباب حدوث التوحد فمنها نظريات نفسية وأخرى اجتماعية وثالثة بيولوجية، ويرجع هذا التعدد الى عدم التوصل حتى الآن الى سبب وحيد أو أكيد للإصابة بهذا الاضطراب وسوف نستعرض هنا باختصار أهم هذه النظريات.

أولا: النظريات النفسية:

أقدم محاولة لتفسير التوحد كانت، النظريات السيكلوجية، وقد أكدت على دور الابوين في التسبب في هذه الاعاقة الشديدة، وعلى تصرفاتهم وما لها من أثر في تطور سلوك الطفل. النظريات النفسية تقول ان التوحد هو حالة من الهروب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة الجمود والفتور واللامبالاة في علاقة الأم بابنها والتي قد تكون نتيجة لعلاقتها مع زوجها (قحطان أحمد الظاهر، 2009، ص: 83). ان والدي

الطفل التوحدي يكونان أكثر ذكاء-أكثر قلقاً-ولديهم ضعف في دفاء العلاقات الابوية. هذه النظريات ترجح ان سبب التوحد هو ظروف العائلة وتصورها كالاتي: ضعف علاقة التواصل بالأم، واثاره غير كافية لعواطف الطفل، او نتيجة لرفض هذه العلاقة.

لقد تعددت النظريات النفسية التي حاولت تفسير التوحد من وجهة النظر النفسية أهمها نظرية كانر (1943) Leo Kanner، ونظرية الآباء المتبلدين أو الباردين، ونظرية فصام الطفولة.

1 - تفسير كانر:

تعد النظريات النفسية من أول النظريات التي حاولت تفسير حدوث التوحد ويعد ليو كانر Leo Kanner (1943) هو صاحب أول نظرية نفسية تفسر حدوث التوحد حيث تركز نظريته على العلاقة بين الآباء و الطفل ، وعدم الاكتراث بالطفل و العزلة التي يجد نفسه فيها بعد انفصام علاقته مع امه في مرحلة مبكرة من نموه هما السبب في وجود المشكلات السلوكية و الاجتماعية لدى الطفل و بالتالي فإن الخلل في هذه العلاقة يزود الطفل بمشاعر الغضب تجاه الأب أو الأم غير المستجيبة وجدانيا للطفل وهذا الانسحاب الاجتماعي للطفل ويصاب الطفل بالتوحد .

وقد حاول كانر تأكيد نظريته من خلال كتاباته التي اشار فيها الى أن جميع آباء الاطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم مصابين بالتوحد من قبله كانوا ذوي تحصيل عملي مرتفع ومع ذلك كانوا غريبي الأطوار، مفرطي الذكاء والإدراك الذهني، صارمين، منعزلين، جديين ويكرسون أوقاتهم لأعمالهم أكثر من عائلاتهم. وبناء على ذلك يرى كانر أن إصابة الطفل بالتوحد ترجع ايضا الى وراثة الطفل أو انعزال الآباء عن المجتمع بصورة مبالغ فيها أو ترجع للأساليب الغريبة التي يعتمد عليها هؤلاء الآباء أثناء تربية أطفالهم، كما قد تعود الى العاملين السابقين معا. (لورنا وينج، 1996، ص: 63) . في فترة كانت فرضية الفصام الطفولي هي السائدة على ساحة التفسير للاضطرابات السلوكية، قدم كانر سنة 1943 ورقة بحثية عنونها " الاضطراب التوحد والاتصال العاطفي" قدم من خلالها توصيفا ثريا ودقيقا للاضطراب، الذي أصبح يدعى توحد كانر أو التوحد

الطفولي المبكر من خلال تتبعه ل 11 طفل منهم 08 ذكور و 03 إناث، تتراوح أعمارهم ما بين 02 سنتين و 11 سنة. وقد حاول تفسير الاضطراب التوحدي على أساس الخصائص الأبوية الراضية وقال إن اتجاهات الأبوين اتجاه الطفل قد تكون سبب في التوحد. (Aude Doudard, 2013, P.15).

2 – نظرية الآباء المتبلدين أو الباردين Refrigerator Parents

لقد حاول برونو بتلهاهيم Bruno Betleheim تأكيد نظرية كانر من خلال طرح قدمه في خمسينيات القرن الماضي وكان له وقع وتأثير لعدة سنوات حيث أشارت نظريته الى ردود الأفعال التكيفية الأطفال الصغار عموما والأطفال لرضع على وجه الخصوص، وبأن هذه الردود ما هي سوى نتيجة للمشاعر السلبية والرفض من قبل الآباء، فالأطفال ينسحبون ويعزلون أنفسهم عن التفاعل الاجتماعي. (ابراهيم الزريقات، 2004، ص: 109)

وقد كان برنو بتلهاهيم ينتمي إلى المدرسة التحليلية، ومن أكثر المؤيدين لوجهة النظر للمرحلة التي وصفت بالنرجسية الأولية وهي التوحد مع الذات الى مرحلة العلاقات بين الأنا والآخر، يعتقد أنها تحدث من خلال سلوك الأم ورعايتها لأبنائها. ومن خلال الانحراف والشدود في أسلوب رعاية الأم لطفلها وبتلهاهيم هو الذي أوصل نظرية مسؤولية الآباء عن توحيد أبنائهم إلى قمة أهدافها، وذلك بالتركيز وبشكل كلي على الآباء كسبب للتوحد، لقد استخدم يتلهاهيم تعبير كانر الأم الثلجة ليعبر عن البرود العاطفي والعزلة الاجتماعية وقد بين برينو بتلهاهيم من خلال نظريته، أن الرسائل الوجدانية التي تصل الى الطفل من الآباء أو القائمين على رعايته هي رسائل تتسم بعدم الحب، أو رسائل متناقضة مرة تتسم بالحب ومرة أخرى بعدم الود، ولذلك قد أصبح الدور الذي يلعبه الوالدين أو القائمين برعاية الطفل من خلال ما يتسمون به من عدم الحب أو برود انفعالي أو تبلد، كان سببا قيما سماه المرض التوحدي المزمن لأن ذلك أدى الى تعميق انسحاب الطفل. (لورا شريمان، د.فاطمة عياد، 2010، ص: 92، 93).

3 - نظرية فسام الطفولة:

يرى أنصار هذه النظرية أن التوحد هو شكل من أشكال فسام الطفولة، ومن روادها، سينجر وويمن Singer&Wymmen عام 1963، وقد اعتبرت أن فسام الطفولة المبكر (التوحد) يمكن أن يتطور فيما بعد وفي مرحلة المراهقة تتجلى أعراض الفصام كاملة. ووفقا لهذه النظرية فإن عدم تواجد الطفل في بيئة أسرية غير سوية ومضطربة، يتعذر عليه التوافق والتكيف النفسي الانفعالي كما أنه يفشل في تحقيق التوازن النفسي الانفعالي بالرغم من المحاولات المتكررة والاختناقات المتتالية مما يؤدي به الى حالة من الإحباط العميق والاكنتاب النفسي، وعليه فإن حالة اليأس تؤدي به للانسحاب من عملية التفاعل المنفر هذا، ومن ثم يتمحور حول ذاته ويحاول تحقيق التكيف النفسي الانفعالي وينسحب عن الآخرين ويحول انتباهه الى عالمه الداخلي واحلامه الخاصة. ومع النمو يظل الطفل في حالة من الانغلاق والتوقع حول الذات، فتظهر وتتطور لديه أعراض شبيهة بأعراض الفصام (أعراض التوحد). وفي هذا الاطار أشارت دراسة بورد و كيريشان Burd&Kerbshan الى حالة طفلة تعاني من التوحد عمرها 22 شهرا و يشير تاريخ الحالة الى قيام الوالدين برحلة تركت فيها الابنة مع الجدة و أخذت تبكى لمدة 9 ساعات و تردد كلمات "ماما ذهبت " حتى نامت و عندما استيقظت صباحا ذهبت الى النافذة و كررت "ماما ذهبت " و بعدها أصبحت هادئة و تتجنب التفاعل مع أعضاء الأسرة وفي اليوم التالي توقفت عن الكلام و بدأت أعراض التوحد الأخرى كالحماقة و اللعب بشكل غير مميز. (الهامى عبد العزيز، 1999 ، ص: 39)

و بالرغم من ظهور هذه النظريات النفسية المفسرة للتوحد و بالرغم من الدراسات الكثيرة التي أشارت الى العامل النفسي الانفعالي في حدوث التوحد الا ان هذه النظريات تبقى دائما محل نقد ، حيث ترى لورنا وينج أن آراء الباحثين و النظريات المتعلقة بآباء الاطفال التوحديين كانت مرتكزة على الانطباعات الشخصية

لهؤلاء الباحثين و التي تكون محرفة أو منحازة ، وفي السنوات الأخيرة أُجريت العديد من الدراسات التي استخدمت أساليب أكثر موضوعية للمقارنة بين مجموعات من آباء الاطفال التوحديين و الاطفال المعاقين عقليا و آباء الاطفال الأسوياء. (لورنا وينج: 1996، 64)

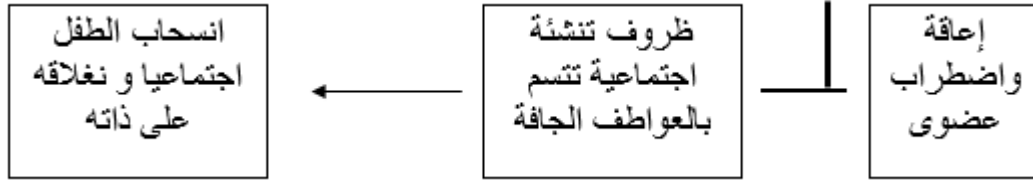
كما يرى ديفيز (Davis : 2002) أن التوحد يعد مشكلة نفسية في حد ذاتها فلا نستطيع أن نرجع اسباب التوحد الى التنشئة الوالدية أو الفقر البيئي ولكن هي مشكلة قد ترجع بشكل أساسي الى أسباب بيولوجية أو عصبية أخرى غير التنشئة و العوامل النفسية . (Davis,2002, P.14).

(http://gameautism.blogspot.com/2015/12/theories-of-causes-of-autism_3.html)

ثانيا: النظريات الاجتماعية:

لقد شكل البعد الاجتماعي جانبا هاما في التعرف على أطفال التوحد، وذلك منذ أن قدم ليو كانر مقاله حول التواصل العاطفي لدى المتوحد عام 1943. إن الأطفال المتوحدين يتميزون عادة بعدم مقدرتهم على التواصل، والتفاعل الاجتماعي وهذا ما بهم الى عدم القدر على التكيف والتوافق الاجتماعي، كما أن عدم قدرتهم على التواصل مع الآخرين تعيق تفاعلهم إيجابيا واندماجهم الاجتماعي وتؤدي إلى عزلتهم عن المجتمع. ويرى أصحاب الاتجاه الاجتماعي، أن التوحد باعتباره اضطراب في التواصل الاجتماعي فإنه يؤدي الى تعطيل المهارات اللغوية والادراكية التي قد تكون طبيعية في بداية النمو لدى الطفل المتوحد، ونتيجة لاضطراب التنشئة الاجتماعية ينسحب الطفل من فضاء التفاعلات الاجتماعية، ويتوقع على ذاته، وذلك لإحساسه بعدم القدرة على التكيف، كما بين انصار التيار الاجتماعي، أن مواقف وميول الأباء وأمهاات الأطفال المتوحدين بالخصوص تلعب دورا أساسيا في اعاقه الية التواصل مع هؤلاء الاطفال، كما أن جفاف العواطف الذي يطبع مناخ التنشئة الاجتماعية ونقص التواصل اللفظي بين الابوين والطفل تعد من العناصر

الاساسية المسببة للتوحد، في فترة الطفولة الأولى..، وهناك مخطط لنموذج اجتماعي يقدم لتفسير التوحد على الشكل التالي:



شكل رقم (04) يبين نموذج اجتماعي لتفسير التوحد.

و أشارت لورنا وينج L. Wing الى أن القصور الأساسي في التوحد هو قصور اجتماعي، وهذا القصور الاجتماعي يظهر في ثلاث مجالات مختلفة أطلقت عليها اسم أوجه القصور الثلاثية للتفاعل الاجتماعي (هدى أمين، 1999، ص: 65).

إن ما يمكن للباحث ملاحظته من خلال الاطلاع على النظريات والتوجهات الاجتماعية لتفسير التوحد، أن هناك تداخل واضح وتقارب كبير بين النظريات السيكلوجية والنظريات الاجتماعية لتفسير حدوث السلوك التوحيدي، فليو كانر عندما يتحدث عن مسؤولية الأباء عن التوحد هو يعني اضطراب في وهذا بدوره يؤدي اضطراب التفاعل الاجتماعي وبالتالي الى عدم القدر على التوافق والتكيف الاجتماعي لدى الطفل المتوحد وهذا هو صلب النظرية الاجتماعية.

أخير يجب الإشارة الى أن الانعزال الاجتماعي ليس من مؤشرات التشخيص ولا من محددات التعريف لاضطراب التوحد، وذلك أن الطريقة التي يستجيب بها الطفل المتوحد للأخرين مختلفة، وهي ما يميز الطفل المتوحد عن غيره من الأطفال، فهي تعتمد على حالة التطور الإدراكي واللغوي وبيئة التفاعل لهؤلاء الأطفال

الذين قلما يستجيبون خلال السنوات الأولى للتفاعل الاجتماعي مع غيرهم. (وفاء علي الشامي، 2004، ص: 46).

ثالثا: النظريات البيولوجية:

إن زيادة الاهتمام بالتوحد ودراسته أدى الى ظهور تفسيرات ونظريات تخالف ما له اتباع التحليل النفسي وما استقر عليه النقاش لفترة من الزمن بين مختلف توجهات التيار النفسي والاجتماعي، وظهرت على الساحة فرضيات جديدة منها:

التفسيرات البيولوجية، حيث يعتقد الباحثون أن جميع الأطفال المتوحدين يعانون من تلف دماغي ودليل ذلك أن التوحد مرافق للعديد من الأمراض العصبية والصحية والاعاقات المختلفة، وكذلك وجود اختلاف في تشكيل أدمغة بعض الأفراد التوحديين (الشيخ ذيب، 2004، ص: 47)

ويشير إبراهيم شكري: الى ان الابحاث لم تصل حتى الآن الى السبب المباشر للتوحد و لكن يعتقد انه نتيجة لاضطراب غير معروف في وظائف المخ، والبعض يفترض وجود اضطرابات في المواد الناقلة للنبضات الكهربائية، والموصلات العصبية مثل السيروتونين Serotonin أو وجود عيوب تشريحية في جزء من المخ، وقد أثبتت الأبحاث وجود عامل خطورة للإصابة بالتوحد منها مضاعفات ما حول الولادة، الاضطرابات الجينية و الوراثية، إصابة الأم بالحصبة الالمانية أثناء فترة الحمل ، عيوب التمثيل الغذائي والالتهابات الميكروبية (1999، ص: 68).

وتشير بعض الادلة العلمية لدراسات أجريت على أسر اطفال توحديين أو معاقين عقليا أن التوحد المرتبط فقط بإعاقة عقلية يزيد أو ربما يكون له أساس جيني. (ابراهيم الزريقات:2004، ص: 112) وتشير

لورنا وينج الى ان النظريات البيولوجية والبحث العلمي القائم حول العوامل العضوية أو البيولوجية يتم حاليا على ثلاث مستويات مختلفة ومتداخلة في نفس الوقت وهي:

المستوى الأول: يتعلق بالأسباب الرئيسية لأمراض المخ المحتملة.

المستوى الثاني: يهتم بكيف وأين تؤثر تلك المسببات الرئيسية على المخ فهل يؤثر العامل الوراثي، أو الإصابة قبل أو أثناء أو بعد الولادة أو المرض في المخ بصورة مباشرة أو غير مباشرة، ربما عبر نوع من الخلل في كيميائية الجسم، و أي جزء من الاجزاء المتعلقة بتركيبية أو بوظيفة المخ يفترض أن يصاب بالتلف أو بالإعاقة خلال عملية النمو ليتسنى المجال لظهور السلوك التوحيدي؟

المستوى الثالث: يتعلق بطبيعة الوظائف النفسية التي تعرضت للعطب أو للاضطراب نتيجة الخلل الوظيفي

للمخ. (لورنا وينج، 1996، ص: 65)

التعقيب على النظريات البيولوجية:

لا يمكن الجزم بما جاءت به النظريات البيولوجية في تفسيرها لأسباب حدوث التوحد حيث أن هناك العديد من الدراسات التي أشارت الى عكس ما جاءت به النظريات المرجحة للأسباب البيولوجية كسبب للإصابة بالتوحد. حيث تبين أنه لا توجد آثار واضحة للعوامل الوراثية في التوحد ومع ذلك قد توجد عوامل مؤثرة أو إصابة عن طريق الإشعاع أو حالات أخرى خلال المراحل الأولى للنمو أي بعد الولادة من الممكن أن يكون لها دور في حدوث التوحد.

رابعاً نظرية العقل:

تظهر نظرية العقل انعكاسها في اظهار الحالات الذهنية، ومنه يظهر القصور من عدمه في محتويات عقل الفرد، وبناء على هذا التصور تمت دراسة الحالات الذهنية بشكل مستفيض على التطور الطبيعي وغير الطبيعي، وتبين أن الصعوبة في فهم عقول الآخرين تعد النقطة الجوهرية لشروط التوحيد المتعددة، وبالخصوص العنصرين الأساسيين في عملية الادراك واللذان يعدان من الشروط الأساسية في عملية تشخيص الجوانب المعرفية لأفراد التوحيد وهما: اختلال الوظيفة التنفيذية، وضعف التناسق المركزي، وكما يبدو فإن صعوبات العقل تعد عالمية لدى أطفال التوحد، والخلل الذي يحدث في هذين البعدين السابقين يحتاج الى تعدد النظرة من نظرية العقل الى قراءة العقل، وفهم عقول الآخرين.(محمد صالح الامام، فؤاد عيد الجوالدة،

(2010، ص: 285)

ملخص

بعد العرض السابق للأسباب وللبحوث التي استهدفت التعرف على العوامل المسببة لإعاقة التوحد، تجدر الإشارة الى أن هناك مئات من البحوث التي أُجريت في محاولات المختصين للوصول الى معرفة العوامل المسببة ومع ذلك لا زال هناك الكثير الذي يتطلب الأمر معرفته للوصول الى تحديد أكثر دقة للعامل أو العوامل المسببة للتوحد ولذلك فحتى الآن لا يوجد جزم بما هو السبب الحقيقي أو الأسباب الحقيقية لحدوث التوحد.

فما زالت الأبحاث جارية حول ما إذا كان اضطراب التوحد يحدث أثناء فترة الحمل أو أثناء عملية الولادة أو العوامل الجينية أو لها علاقة بالعوامل البيئية مثل العدوى الفيروسية أو عدم توازن التمثيل الغذائي أو التعرض للمواد الكيميائية في البيئة، أو الابعاد النفسية العاطفية وما يحيط بالأسرة من صدمات وضغوط وعوامل احبط أو خلل في وظائف العقل، عموماً إن الأسباب المعروضة من خلال مختلف النظريات، تبقى احتمالات متوقعة للإصابة بالتوحد ولازالت الأبحاث كل يوم تأتي بالجديد

الفصل الثالث:
التشخيص



الفصل الثالث

أولاً: التشخيص.

- مفهوم التشخيص.
- خصائص التشخيص.
- أهداف التشخيص.
- شروط التشخيص.
- مراحل التشخيص.
- معوقات التشخيص.
- تشخيص التوحد.
- صعوبات تشخيص التوحد.
- أساليب التشخيص.
- التشخيص الطبي.
- التشخيص السيكولوجي.
- التشخيص الاجتماعي.
- التشخيص الفارقي.

تمهيد:

تعاني مؤسسات التكفل بالفئات الخاصة في الجزائر عموماً وفي منطقة الجنوب على وجه الخصوص من نقص واضح في مستلزمات التكفل بالأطفال المعاقين، بدءاً من عملية التشخيص إلى التكفل بأنواعه التربوية والعلاجية، والمشكل لا يطرح هنا بمنطق تحديد المسؤولية، أي ان الأمر لا يمكن حصره في القائمين بعملية التشخيص والتكفل فقط، فبالرغم من محدودية التكوين لا سيما العملي منه فإن هناك نقص في وسائل العمل والظروف المساعدة على تطوير المعارف التقنية والنظرية، إن هذه المعطيات كلها تشكل عوامل مباشرة في خلق الصورة الواقعية لمؤسسات التكفل، هذه المراكز التي غالباً ما تجمع بين فئات التخلف العقلي بأنواعه وحالات التوحد والكثير من الاضطرابات السلوكية في مؤسسة واحدة بل في قاعة واحدة أحياناً، ليس بغرض الادمج وإنما بخطأ في التشخيص وهو ما لاحظناه خلال تجربتنا الميدانية في هذا المجال، وبهدف تحسين الوضع وتوضيح المشهد نحن في أشد الحاجة إلى معارف نظرية علمية دقيقة حول ما يجب القيام به لضمان مستوى أفضل من القدرة على التشخيص ومن تم على التكفل الجيد بمختلف أنواعه، وعليه سنحاول خلال هذا الفصل تقديم وتوضيح أهم المفاهيم المتعلقة بالتشخيص كعملية مبدئية وذات أولية لأي فعل تربوي أو علاجي، كما أنها تشكل محورا أساسيا في بحثنا هذا.

إن الخلفية النظرية المبنية على المفاهيم العلمية لمفهوم التشخيص، نوردها في هذا الفصل لتوضيح الإجراءات الضرورية والخطوات العملية لعملية التشخيص، إن هذه المفاهيم هي الأساس تجريد لنشاطات ميدانية قام بها باحثون في مختلف الميادين الطبية السيكولوجية والتربوية الاجتماعية، وهي ضرورية لتوضيح وتسهيل مختلف عمليات التشخيص والتشخيص الفارقي كمتغير رئيسي في بحثنا هذا.

يعد جمع البيانات والمعلومات حول موضوع البحث مطلباً رئيسياً للقيام بهذه الدراسة، فالباحث يحتاج لكل معلومة تتعلق بالعوامل الذاتية والبيئية المحيطة بموضوع الدراسة حتى يتمكن من تحديد المشكل وعزل العوامل والأسباب المسؤولة عن حدوثه، وهنا نكون أمام المفهوم العام للتشخيص باعتباره صيرورة عقلية يتم من خلالها تفسير كيفية حدوث المشكلة بالاعتماد على ما توفر لدينا من معطيات حول الحالة المراد تشخيصها وذلك كله بغرض التوصل إلى خطة علاجية مناسبة ومفيدة. إن معنى الصيرورة العقلية في هذا الإطار هو مسار الخطوات المنتظمة والمنطقية الذي يتبعه أي أخصائي لتحديد المشكلة وطبيعي أن يختلف ذلك بحكم العوامل المتحكمة في العملية من طبيعة تكوين القائم بالتشخيص وقدراته الفكرية والوسائل المتاحة له للقيام بالعملية، وعليه سنحاول أن نقدم أهم المعارف العلمية بغرض تشكيل قاعدة مشتركة للانطلاق نحو إيجاد صيغة تقارب وجهات النظر من أجل تخريج طريقة مقبولة لتبني مسار تشخيصي أكثر فائدة ومردودية على عملية التكفل بالفئات الخاصة.

مفهوم التشخيص:

إذا اعتبرنا علم النفس الإكلينيكي بأنه الدراسة العلمية المعمقة للفرد، بغرض فهمه في فرادته ومساعدته على مواجهة مشاكله، فمن الواضح أن يكون البحث هنا على المعلومة التي تمكننا من وصفه وفهم مشاكله هو الخطوة الأولى والأساسية في عمل المختص الإكلينيكي، وعليه يكون الأمر من الأهمية بمكان أن نحلل هذا النشاط، مركزين على الوضع الأشكالي الذي يعترض النفساني ويتطلب حلاً.

يمكننا القول أن التشخيص أو التقييم الإكلينيكي، هو سيرورة معقدة يبحث من خلالها النفساني عن المعلومات الخاصة بالشخص المفحوص، وينظمها ويحللها بعرض فهم مشكلته وأسبابها، ويقرر ما إذا كان من المناسب أن يتدخل، وكيف يكون ذلك، وأن يقيم التدخل وأثاره.

إن المنظور الآخر يمكننا من القول أن التقويم العيادي يهدف إلى تقديم جواب أولي بسيط ودقيق حسب الظروف على أسئلة تطرحها وضعيات اكلينيكية: من مثل هل أن الطفل الذي تحصل على نتائج ضعيفة هل هو في حاجة إلى مدرس خاص أم إلى علاج، إذا الجواب بنعم كيف سيكون ذلك واي علاج يحتاجه أم يجب الاهتمام بأبويه؟ هل هناك من خطر انتحار يهدد هذا المفحوص؟ هل علينا إبداعه المستشفى؟ أي نوع من المساعدة يمكن أن نقدمه لهذا المفحوص الذي يعاني من هذا المشكل وله هذا النوع من الشخصية، ويعيش في هذا الإطار الاجتماعي وهذا المكان؟

وكما نلاحظ فإن التشخيص هو أكثر من عملية تقويم عيادي، إنه يتجاوز البعد التقني للفعل المحدد في الزمان، إنه سيرورة معقدة لحل المشكل، إنه نشاط أولي وأساسي لكل تدخل مسؤول. ففي الممارسة العيادية وفي مجال البحوث في علم النفس العيادي كما هو الحال كذلك في المجال الطب فإن عملية التشخيص لها وظائف عديدة منها: (Winfrid Huber, 1986, P.110)

1. وصف المفحوص ومشكلته.

2. تحليل تطورات الحالة وأسبابها.

3. تصنيف ووضع تشخيص فريقي للحالة.

4. تحديد تنذر أو مآل عيادي للحالة.

5. تقييم آثار التدخل العيادي.

ومن هذه الوظائف العامة تتفرع وظائف أخرى أكثر تفصيلا نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر

- التشخيص عملية مهنية تصبو إلى تحديد طبيعة المشكلة ونوعيتها العامة والخاصة، وتتوسط مسار سيرورة عمليتي الدراسة والعلاج.

- التشخيص عملية عقلية فهو يعتمد على قدرة العقل على الاستدلال والاستنتاج، وذلك عندما يلتزم الاخصائي بالأسلوب المنطقي السليم في ممارسة العمليات العقلية الرئيسية والتفكير والتذكر والترابط والتخيل والتحكم.
- التشخيص يعتمد على الدراسة بمستوياتها الرأسية والأفقية فالأخصائي يتعامل مع العميل على أساس أنه شخص في موقف، لذلك يحاول جاهدا في ابراز علاقة الشخص بالمواقف وفهمها وذلك بعد دراسة الماضي والحاضر الذي يؤثر بها كل منها في إيجاد المواقف.
- التشخيص رأي مهني للأخصائي (طبيب، نفساني، اخصائي اجتماعي).
- التشخيص عملية مشتركة هدفها التوصل إلى خطة علاج.
- التشخيص يرتبط بوظيفة المؤسسة حتى لا تأتي الخطط العلاجية طموحة لا تتناسب وامكانيات المؤسسة.
- تقدر درجة الاضراب أو الخلل في شخصية المفحوص وتحدد عمقه ومداه، وكذا درجته ما إن كانت بسيطة أم أنه اضراب يصل مستوى تفكك الشخصية، وتحديد أصوله هل هو اضطراب في الشخصية ذو منشأ نفسي أو عضوي أم نفسي جسدي.
- تحديد العوامل المباشرة المؤدية للاضطراب، بعرض تحديد خطة التدخل العلاجي.
- تحديد العوامل غير المباشرة المؤثرة في الاضطراب والمعززة له.
- تحديد دور المحيط العائلي والمهني المقرب وأثاره في حدوث الحالة ومعرفة كيفية الاستفادة منه في دعم خطة التكفل.
- تحديد الطابع البنيوي للشخصية والوقوف على دينامية النمو ومآزمه لدى شخصية العميل، وكذا مشاكله التكيفية، وحصص حاجياته النفسية للتعامل معها من خلال برنامج تكفل وساعدة.

- إن الوظيفة الأساسية لأي تشخيص هي التوصل على فهم شامل للحالة، يحدد من خلاله الخلل أو الاضطراب، ومداه، وعمقه، تحديد الإجراءات وطريقة التعامل معه أي الخطة العلاجية التي كلما كان التشخيص مبكر وواضحا، وكلما كانت خطة التكفل مضبوطة، كلما كان التكفل ناجحا.

إن اضلاع عملية التشخيص بهذه الوظائف تقتضي بالأساس تحديدا واضحا لمفهوم الشخص.

إن كلمة تشخيص تعود في أصولها إلى الفعل الاغريقي Diagignoskein الذي يعني المعرفة العميقة والقرار والرأي وهي تصف مظاهر مختلفة لعملية معرفية تبدأ من التعرف التفريق، الفصل، التمييز، الرأي وتنتهي بالاستنتاج أو القرار. (سامر جميل، 2014، ص: 21). والتشخيص هو عملية دينامية مستمرة تتجاوز جمع المعلومات والمعارف حول المفحوص إلى رسم صورة إجمالية تتكامل فيها الصورة عن شخصية المفحوص وواقعه بما فيه من نفاط القوة والضعف ووضع الخطة العلاجية وبرنامج العمل لمواجهة للمشكل المعروض.

يعرف "نوربارسيلامي" عملية التشخيص على أنها: استقصاء أصلي عن نوع المرض والبحث عن أسبابه وملاحظة أعراضه والتعرف على ديناميكية الشخصية. (الظاهر قحطان أحمد، 2009، ص: 111).

إن الاهتمامات الاجتماعية والفكرية والتاريخية الموصوفة للتشخيص الإكلينيكي، أدت ظهور أهداف ومهام وأشكال متنوعة منه، غير أن نقاط الاشتراك العديدة بينها تبشر بإمكانية إيجاد تعريف شامل، يتضمن الأهداف والخصائص والحدود بما فيها البعد الأخلاقي للممارسة، قد يكون هذا التعريف من النوع التالي على سبيل المثال.

" التشخيص النفسي الإكلينيكي هو الاستقصاء المؤسس علميا للظواهر النفسية ذات الاهتمام الإكلينيكي بمساعدة طرق صادقة وثابتة، تستخدم مستويات ومظاهر مختلفة لما ينبغي تشخيصه (منظومات، مواقف، استعارات، سلوك، مؤشرات بيونفسية. وكذا مصادر بيانات وتواريخ. وتفيد البيانات التي يتم الحصول عليها كمساعدة على الاستنتاجات واتخاذ القرارات التي ينبغي لها أن تكون لصاحب التكليف والمنفذ اقتصادية بمقدار ما هو لازم ومفيدة وسليمة أخلاقيا بقدر الإمكان". (سامر رضوان، 2016، ص: 25).

أخير يمكن القول "إن التشخيص هو احدى المقترضات المميزة للمنظور الطبي التي يستهدف من خلالها كشرط مسبق القيام بعملية علاجية. وهذا يعتمد في المقام الأول على جمع الاعراض والعلامات الفارقة.... إنه رهان معلومات يوجهه نشاط تفكير معرفي يعتمد على مرجعية لنظام توصيف الأمراض "Nosographie" (Catherine Cyssau, et all,1998, p ; 56).

أهداف التشخيص:

التشخيص النفسي ليس هدفا بحد ذاته، وإنما مطلب تتم الاستجابة له، وهو عملية نقوم بها بناء على طلب أو تكليف، على أثره يتم القيام بإجراءات محددة، من معاينة وفحص وتقصي، وهو ما نطلق عليه العملية التشخيصية. تتلخص أهداف عملية التشخيص في اتخاذ قرارات مناسبة تتعلق بتصنيف الاضطرابات التي يعاني منها المفحوص، وإعداد الخطط الفردية، للتكفل والعلاج.

وتبرز أهداف عملية التشخيص في النقاط التالية:

- 1- تزويد الاخصائيين والأسر بتسهيلات واضحة للتواصل فيما بينهم.
- 2- تساعد على التزود بأسباب لإجراء البحوث العلمية.
- 3- تمكن اتخاذ إجراءات مناسبة للوقاية بأشكالها المختلفة.

- 1- تزود المختص بإطار معلوماتي مرجعي يساعد على وصف الأسباب والمشكلات المرتبطة بها. (Ruble et Sears, 2001, P. 42).
- 5- تشخيص كل فئة من فئات التربية الخاصة، وتحديد درجة العجز أو الانحراف فيها، سلبى أو إيجابى، ويتم التشخيص فردياً.
- 6- قياس وتحديد درجة العجز للفئات السابقة كما وكيفاً.
- 7- تصنيف الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى فئات متجانسة.
- 8- أيجاد قاعدة بيانات ومعلومات تشخيصية عن الطفل التوحدي مثلاً وذلك للتعامل معه أكاديمياً واجتماعياً ونفسياً من قبل المعلم، والنفسانى، وولى الأمر
- 9- التشخيص السليم يمثل الإطار والمؤشر الجيد لإصدار الاحكام بشأن مشكلة العميل أى يقود الى عملية العلاج. (كامل الشربيني، 2011، ص: 109).
- 10- يساعد التشخيص الاخصائى على رسم خطة العلاج والتغلب على مشكلة المفحوص.
- 11- التشخيص يعمل على توضيح عوامل ومسببات المشكلة بهدف علاجها بالطرق المناسبة.
- 12- تحديد موقع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة على منحى التوزيع الطبيعى من حيث قدراتهم العقلية.
- 13- تحويل/ إحالة الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة إلى البيئات التربوية المناسبة لهم.
- 14- إعداد الخطط التربوية الفردية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والحكم على مدى فعاليتها وتحديد البرامج التربوية والتأهيلية المناسبة لكل فئة حسب قدراتها العقلية. (سعيد كمال، 2009، ص: 26)
- 15- التدخل المبكر وتحديد آمال الطفل وتتبعه.
- 16- تصميم وإعداد برامج تعديل السلوك المناسبة.

17- تحديد مدى نجاح البرامج التربوية والتأهيلية المقدمة لكل فئة من فئات التربية الخاصة وبشكل فردي لكل فرد من ذوي الإعاقة.

" فريق التشخيص لـ ذوي الاحتياجات الخاصة "

لابد من وجود فريق عمل متكامل يتكون من مجموعة من الأعضاء لكل منهم دور في عملية التشخيص وهم: (الطبيب، الأخصائي النفسي، الأخصائي الاجتماعي، معلم التربية الخاصة، الوالدان)، وقد ينضم إلى هذا الفريق بعض المتخصصين تبعا لنوع الإعاقة، مثل أخصائي العلاج الطبيعي في حالة الإعاقة الجسمية الحركية، أخصائي التخاطب وأخصائي التأهيل السمعي في حالة ذوي الإعاقة السمعية.

أدوات التشخيص:

إن عملية التشخيص كغيرها من المهام تتطلب وسائل وأدوات للعمل، ولهذا فإن المختص النفسي يلجأ من أجل أداء هذه المهمة إلى استعمال مجموعة من الأساليب والأدوات التشخيصية التي لا يمكن الاستغناء عنها وسنختصرها في النقاط التالية:

1- توفر إطار المكاني لعملية التشخيص، أي المؤسسة والمكان الذي تجرى فيه الفحص وتجمع فيه المعلومات الخاصة بدراسة الحالة.

2- نماذج المرجعية للسلوك الإنساني أي معايير السلوك للفئات المختلفة التي يتضمنها نطاق العمل، بمعنى أن السلوك الطبيعي الذي يقره مجتمع ما قد يرفضه آخر.

3- إطار نظري متفق عليه من جانب هيئات الصحة والرعاية بما فيها من أخصائيين نفسانيين واجتماعيين وذلك لتحديد التصنيفات التشخيصية.

4- مجموعة من المقاييس والاختبارات النفسية والاجتماعية مثل مقاييس الذكاء، الشخصية، الطبية الاجتماعية كمقاييس التوحد. وهذه الاختبارات والمقاييس لا تشكل الا مجموعة فرعية من الأساليب التشخيصية النفسية، فمن بين الأساليب والإجراءات التشخيصية نشير في هذا السياق إلى تاريخ المرض (ANAMENISE). إذا كان الهدف تشخيص الاضطراب والاستقصاء أو السبر الذي يهدف إلى استكشاف موضوعات محددة وفحص الحالة النفسية من طرف جهة مدربة ومن خلال الملاحظة. (سامر جميل، 2014، ص: 151).

5- نماذج البحث وفيه يقوم الاخصائي بالبحث عن أسباب المشكلة والبحث عن دوافع السلوك الإنساني وأوجه القصور، وهناك أيضا نماذج القرار وتتمثل في وضع وتحديد الفروض واختبارها للتوصل إلى قرار في كل جزئية من المشكلة واستنفاد المعلومات والنظر بشأن كفايتها للوصول الى قرار أم في حاجة الى معلومات أخرى.

6- الإطار المرجعي المفاهيمي والذي يتشكل بالأساس من النظريات التي تكون بمثابة الموجه للقائم بعملية الفحص أثناء ممارسة عمله المهني مثل المدرسة التحليلية أو النسقية أو المدرسة السلوكية المعرفة... الخ.

مضمون التشخيص:

لما كان التشخيص يسعى الى الكشف عن طبيعة المشكلة ومسبباتها من أجل رسم خطة للعلاج في حدود الإمكانيات والطاقات المؤثرة في البيئة، وفي شخصية العميل لذا وجب ابراز كل هذه المحتويات في عرض التشخيص وتكون مناطق الاهتمام في محتويات التشخيص هو العميل هو صاحب الرأي في التعبير عن شكواه طالما كان قادرا على ذلك وبالتالي فإن أولى مناطق الاهتمام في محتويات التشخيص رأي العميل

في المشكلة (التشخيص الذاتي) ويركز التشخيص أيضا على المشكلة ومدى تأثيرها على الفرد وأثر التفاعل بين الموقف والشخص.

أهم النقاط في التشخيص:

- 1- طبيعة المشكلة التي تقدم بها العميل والأهداف التي يرمي إليها وعلاقة ذلك بالمفحوص.
 - 2- موقف الشخص وأدائه الوظيفي الاجتماعي النفسي وعلاقة هذا بالشخص.
 - 3- طبيعة وأهداف المؤسسة ونوع المساعدة التي تقدمها وتتوفر هذه المعلومات في الواقع الخارجي والتي يتأثر به العميل وتفاعلات الشخص مع الموقف وطريقة استجابته لها.
- بعض التساؤلات التي تساعد الاخصائي مع تشخيص مشكلة العميل:-

1- ما هي المشكلة؟

2- ما هي العوامل التي تسهم في أحداث الصعوبة؟

3- ما الذي يمكن تعديله أو تغييره؟

خطوات التشخيص:-

يعتبر التشخيص عملية معقدة ومصيرية في نفس الوقت، معقدة بالنسبة للفاحص لأنها تتطلب اطارا نظريا وسائل فحص موضوعية أقصى ما هو ممكن وفي النهاية قرار قد يحدد مصير انسان. وهو عملية مصيرية بالنسبة للمفحوص لأنها قد ترهن حياته القادمة حيث تصنفه في فئة المرضى أو المعاقين مع ما يترتب على ذلك من نتائج سيكون لها اثارها إن إيجابا او سلبا على المفحوص. لهذه الأسباب وغيرها يجب الاعداد جيد لعملية التشخيص، وذلك بترتيب وسائل وخطوات الفحص العلمي الدقيق كمسألة فنية لها اطارها الفلسفي ووسائلها وخطواتها التقنية.

ان الفحص كخطوة مبدئية لأي عملية تشخيص هو حالات متفاوتة من الممارسة العيادية " ان غياب التعريف الدقيق المتفق عليه يشير بوضوح الى مدى تنوع الإجراءات والممارسات التي يطلق عليها أصحابها اسم الفحص النفسي. ومن المشكوك فيه ان يكون لتلك الممارسات نفس القيمة ونفس الموضوع ونفس الهدف ونفس الأسلوب" (مصطفى حجازي، 1983، ص: 10-11).

ولان عملية الفحص بهذه الأهمية فيجب أن تتجاوز عملية القياس والملاحظة المكثفة، وأن تكون عبارة عن فحص كامل للشخصية أي فحصاً له منطلقاته المنهجية التي يتم تحديدها حسب أنواع منطق الممارسة على الشكل التالية: (مصطفى حجازي، 1983).

- المنطق الفردي (الوصفي والدينامي).
- المنطق العلائقي.
- المنطق الاجتماعي.
- المنطق الجدلي.

يقوم الاخصائي بعملية التشخيص منذ التقائه بالمفحوص أول مرة، حينها تبدأ العلاقة المهنية، التي يهدف من خلالها الاخصائي الى الوصول الى تشخيص ما لحالة المفحوص، على شكل تحديد الاعراض من خلال المقابلة مع المفحوص وملاحظة حالته بشكل مباشر وكذا مقابلة أفراد عائلته ومحيطه المقربين.

كما يعتمد الفاحص على دراسة السوابق الفردية والعائلة للمفحوص والاستعانة بوسائل القياس من اختبارات وروايات نفسية. من خلال المعطيات المحصل عليها يتم رصد الإمكانيات العقلية والشخصية أو تحديد حالة التوازن لدى المفحوص باعتماد الالتماس العيادي واستناداً على وسائل الدراسة، وبهذا سيتمكن الفاحص من تجاوز منطق التشخيص الوصفي الفئوي المعتمد على أنماط الشخصية في حالات السواء والمرض الى

منطق التشخيص الدينامي المتجاوز الظواهر الخارجية بحثا عن القوى اللاواعية المحركة لها ودراسة تفاعلها من منطق علائقي اجتماعي.

وبهذا يمكن أن نلخص خطوات التشخيص على الشكل التالي:

1- : عملية الفحص :-

وتتم حسب الخطوات التي أوردناها سابقا، مع مراعات الشروط الخاصة بانجاحها، من تهيئة للاطار المادي لها، ومعرفة مسبقة بالمشكلة أي السبب الذي يطلب من اجله الفحص، التمهيد للالتماس العيادي والشروع فيه من خلال عملية التفاعل مع المفحوص ودراسة طرق التعبير لديه، والتواصل معه وذلك باللجوء الى التقنيات المساعدة كاللعب والرسم.

بعد هذه العملية يكون الفاحص قد جمع المعلومات الضرورية لاتخاذ القرار أي تحديد التشخيص وهنا تأتي مرحلة النتائج كتتويج لجهد الاخصائي ويظهر ذلك من خلال:

2- : التقرير :-

ويقصد به موازنة الحقائق وذلك بقصد التعرف على مكن المعاناة والصعوبة وتبدأ هذه العملية بمجرد أن يشرع الفاحص في الاصغاء للمفحوص.

أ- تنظيم الحقائق: وتعتبر عملية تنظيم الحقائق بمثابة إطار تصوري أو نسق يمكن أن يوفر إجابات لتساؤلات تتناول الضغوط أو التأثيرات الموافقة على المفحوص من بيئته، وأيضا العوامل الكامنة في شخصيته ويستمد هذا الإطار من الإطار النظري العام للطريقة، وتبدأ هذه العملية منذ أن يبدأ

الاتصال المهني بين الأخصائي والمفحوص

3- : التصنيف :-

ويقصد به وضع الحالة بأكملها تحت تصنيف معين وهي عملية مرتبطة بالفكر الإنساني لتقسيم الأشياء إلى طوائف بناء على الاشتراك في صفة أو صفات معينة.

والتصنيف من العمليات الهامة في التشخيص فكما أن كل حالة تعتبر حالة فريدة من نوعها إلا أن هناك بعض الخصائص المشتركة التي تسمح بتوزيع الحالات على فئات معينة.

- مزايا التصنيف:-

- 1- يفيد إعداد الإحصائي لتقويم العمل الذي يقوم به في مؤسسة ما.
- 2- التعرف على معدل تكرار المشكلة أو مشكلة ما.
- 3- يساعد على معرفة مدى نجاح العلاج في نوعية الحالات مقارنة بحالات أخرى.
- 4- محور الارتكاز عن جمع الحقائق لما يفيد به من تعريف المشكلة

مستويات التشخيص:-

يختلف تقرير عرض التشخيص وتختلف مستوياته المتعددة من بنود باختلاف الغرض الذي من أجله تم إعداد التشخيص وهناك أشكال مختلفة وأنواع متعددة من التشخيص نذكر منها:-

أولاً: الأفكار التشخيصية:-

وهي انطباعات ميدانية تكون لدى الإحصائي بمجرد اتصال المفحوص به وبدء الأعداد للمقابلة الأولى وتحمل هذه الأفكار بعض العوامل المؤثرة في الموقف وهي غير مؤكدة وإن ارتكزت على شواهد وقوانين معينة كما أن تلك الأفكار تتسم بالكلية والعمومية وتعتبر التوجيه المبدئي لمقابلات لاستقبال في توجيه الحالات أو تحويلها.

والأفكار التشخيصية ينتج عنها الفروض التشخيصية وهي مجموعة الأفكار والاتجاهات التشخيصية التي تميز مجموعة من الأسباب والعوامل سواء أكانت ذاتية أو بيئية والتي ترجع تشخيص معين كان يفترضه الاختصاصي بعد الملاحظة والأفكار التشخيصية المبدئية لانهما سبب تأخر حالة ما في الدراسة في مرحلة معينة وجود نقص في الذكاء وفي هذه الحالة تكون فرصة التشخيص متأكدة نتيجة لاختبار الذكاء بعد ذلك، والأفكار والانطباعات التشخيصية يجب تسجيلها عقب كل مقابلة أو خطوة مهنية حتى ترسم الطريق للخطوات التالية.

ثانياً: التشخيص الدينامي:

ومعناه التحرك من واقع وذلك لمحاولة تفهم العوامل التي تسهم في المشكلة مبتدئين من الجزء الذي يمثل بؤرة اهتمام المفحوص والسير تبعاً للتدريب النسبي إلى الماضي والوقوف على التفاعلات المختلفة التي أحدثت الموقف الإشكالي. ولما كانت المشكلات هي نتاج عوامل بيئية وذاتية عن التشخيص الدينامي والذي يهتم أساساً بالتفاعلات بين تلك العوامل والأسباب التي أدت إلى حدوث الموقف والأخصائي يسعى لإدراك بين العوامل الخارجية والداخلية وجدور الماضي في الحاضر والديناميات الداخلية في الشخصية وبين القوى البيئية كما أنه يحدد مدى الإمكانيات في التغلب على الموقف، إن التشخيص الدينامي هو نوع من وجهة النظر المعبرة عن قوى التفاعل في موقف.

أساليب التشخيص لذوي الإعاقة:

إن الغرض من التشخيص هو انتقاء الأطفال الذين يحتاجون إلى نوع معين من التربية الخاصة أو الخدمة أو تخطيط برنامج للعلاج أو للدراسة و ينبغي أن يتضمن التشخيص الأساليب أو العمليات الأربع التالية:

1- التشخيص الطبي

2- التشخيص النفسي

3- التشخيص الاجتماعي

4- التشخيص التربوي أو التعليمية

5- وفيما يلي إشارة إلى كل واحد منها

أولاً: التشخيص الطبي:

يقوم ب هذا التشخيص طبيب عام أو أخصائي، ل تحديد الحالة المرضية من وجهة نظر طبية وتحديد الحاجة الطبية من علاج أو التدخل الجراحي أو غير ذلك.

يساعد التشخيص الطبي في تحديد طبيعة الإعاقة ومدى تأثيرها على حياة الطفل ذوي الإعاقة وقد يحدث من حدوث الإعاقة إذا ما حدث مبكراً أو يقلل من أثارها أو درجتها، ويجب أن يكون شامل للفرد من ذوي الإعاقة يتضح فيه الحالة الصحية والأمراض والإصابات التي يعاني منها الفرد، كما يجب أن يوضح التقرير الطبي الإجراءات الطبية المتخذة.

ثانياً: التشخيص النفسي:

يعتبر التشخيص النفسي أمراً ضرورياً وحيوياً في أي برنامج لذوي الاحتياجات الخاصة حيث يجب أن يوفر لهم برنامج تعليمي معه على أساس إكلينيكي ويقوم على فهم دقيق لخصائص وحاجات الفرد ويحتاج إلى التشخيص الكامل لخصائص الفرد العقلية والانفعالية. و يقوم بهذا النوع من التشخيص الأخصائي النفسي

المدرّب على استخدام الاختبارات النفسية و يعتبر هذا النوع من التشخيص أعقد أنواع التشخيص للأسباب التالية:

- 2- عدم وجود اختبارات مناسبة مقننة في كثير من الحالات.
 - 3- عدم معرفة أو إلمام بعض الأخصائيين بتطبيق كثير من الاختبارات أو المقاييس.
 - 4- سوء تفسير النتائج أحيانا واستخدام أساليب التقييم المعدلة.
 - 5- عدم فهم التعليمات من قبل الطفل مما قد يظهر وجود إعاقة عنده، وهو غير ذلك، أو العكس.
 - 6- استخدام بعض الاختبارات الشائعة مما يؤدي إلى وصول الطفل من ذوي الإعاقة إلى مستوى أعلى من المتوقع، مما يضطر الفاحص إلى استخدام أكثر من اختبار للدقة.
- وثمة كثير من اختبارات الذكاء الفردية التي تعين على تقويم القدرة العقلية للفرد من ذوي الإعاقة سواء أكان مصابا بعجز بدني أو حسي أم لا، فحين لا يوجد عجز بدني أو حسي فإن اختبار "ستانفورد بينية" يعتبر مثلا جيدا لاختبارات الذكاء الفردية التي يمكن تطبيقها.
- وتعتبر اختبارات الذكاء بوجه عام أدوات هامة في توفير البيانات الضرورية لتخطيط البرامج لذوي الاحتياجات الخاصة، ويجب أن يتم الإرشاد مع الآباء والمدرسين ومع الفرد نفسه في مجال الذكاء كما يتم في مجالات القدرات ونواحي القصور البدني والحسي ويجب أن يتوفر لجميع المسؤولين عن تشخيص الطفل وتعليمه فهم واضح عن قدراته وقصوره لكي يجاهدوا في سبيل تحقيقه لنفس الأهداف وبنفس الأسلوب، ويجب أن يشترك كل من الآباء والمدرسون والأخصائيون في فهم وتقبل نواحي القصور. ومن أشهر الاختبارات المستخدمة حاليا: بور تيوس، لوحة سيجان، بينية، وكسلر، السلوك التكيفي، رسم الرجل، "فروستج خاص بالإعاقة البصرية" وأخرى كثيرة مع مراعاة التعديل حسب الإعاقة من حيث التقنين.

و هذا التشخيص الدقيق لشخصية الطفل من ذوي الإعاقة و تحديد مشكلاته و البيانات التي يحصل عليها الأخصائيون و المعلمون و الآباء و جميع من يعملون مع الطفل ذوي الإعاقة تمكنهم من توفير الخبرات التي تسهم في التخفيف من حدة المشكلات التي يعاني منها الطفل ذوي الإعاقة، كما يزيد من الفهم الموجة لنوع المشكلات التي يعاني منها فئة معينة من الأفراد ذوي الإعاقة. و من المفترض قبل التشخيص السيكو متري أن يكون الطفل من ذوي الإعاقة قد خضع للفحص الطبي و يجب أن يتمتع الأخصائي النفسي المؤهل ب الكفايات التالية:

1- الإعداد النظري في الاختبارات وطبيعتها وتطبيقها.

2- التدريب العملي المناسب على استخدام الاختبارات.

3- القدرة على العمل ضمن فريق التشخيص.

4- القدرة على تكوين علاقات طيبة مع الآخرين.

5- القدرة على تفسير نتائج الاختبارات.

6- معرفة التشريعات والقوانين الخاصة ب ذوي الإعاقة.

إتقان المهارات التشخيصية (النضرة التشخيصية، الاستماع التشخيصي، الأسئلة التشخيصية).

ثالثاً: التشخيص الاجتماعي:

توفر " دراسة الحالة " و تاريخ حالة الفرد و أسرته اجتماعيا البيانات الضرورية ل تحديد كيفية فهمه بيئته و مركزه فيها ، و درجة فاعليته في توافقه ب النسبة لبيئته ، و ما يسهم به غيره من الأشخاص الموجودين في البيئة نحو توافق كلي و هكذا يجب أن يقوم سلوك الطفل من ذوي الإعاقة و مستوى تنشئته الاجتماعية بالمنزل ، و المدرسة ، و يعتبر ذا قيمة كبرى في فهم سلوك الطفل ذوي الإعاقة و مختلف

المجالات التي يمكن أن تقدم له فيها الخبرات الإضافية التي تسهم في نموه انفعاليا بطريقة صحيحة وما يتبع ذلك من توافق اجتماعي

ولا شك أن مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي يعتبر أداة هامة بالإضافة إلى خبرة الأخصائي الاجتماعي في تقويم السلوك الاجتماعي للفرد وذلك بمقارنته بغيره من الأفراد المساوين له في السن ثم حساب نسبة معينة لتجنب معدل نموه الاجتماعي. التشخيص الاجتماعي و لتكفي يعتمد هذا التشخيص أساسا على استجابة الطفل ذوي الإعاقة للمنبهات الاجتماعية في البيئة التي يعيش فيها و من هذه الاستجابة المهارات الاستغلالية، و هذه الاختبارات تعتمد بشكل كبير على ولي أمر الطفل أكثر من الطفل و هي مناسبة لذوي الإعاقة الشديدة و المتوسطة و من أشهرها: مقياس السلوك التكيفي، مقياس كين و ليفن للكفاية الاجتماعية.

رابعاً: التشخيص التربوي " التعليمي ":

غالبا ما يتم التشخيص التعليمي بـ قياس مستوى الفرد من ذوي الإعاقة التحصيلي ، و ذلك بواسطة اختبارات التحصيل المقننة و بتطلب إرشاد الطفل ذوي الإعاقة داخل نطاق المدرسة تقويما تاما و دقيقا حتى يمكن استخدامه إلى جانب البيانات التشخيصية الأخرى ، و بهذه الطريقة وحدها نستطيع وضع الخطط و صياغة التوصيات التي تتفق مع قدرة الفرد من ذوي الإعاقة ومستواه التحصيلي و يقوم بهذا التشخيص معلم التربية الخاصة و بمساعدة الأخصائي النفسي و يعتمد هذا التشخيص على ما يلي : السجل الأكاديمي للطفل ذوي الإعاقة رأي المعلمين وتقارير المدرسة المستوى التحصيلي أو الأكاديمي للطالب في المهارات الأكاديمية المختلفة.

ولا شك أن الاختبارات التحصيلية المقننة يمكن تطبيقها وتصحيحها وتفسير نتائجها بدقة إذا قام بذلك المدرس أو المرشد النفسي، وتجري هذه الاختبارات لتحصيلية لقياس المستوى التحصيلي الراهن للفرد

ولقياس مقدار النمو الذي حققه خلال فترة زمنية محدودة وذلك لتعيين المشكلات التي يواجهها في اكتساب بعض المهارات الأكاديمية المعينة

" مشاكل عملية التشخيص وصعوبتها ل ذوي الإعاقة الفكرية ":

1- مشكلة ذوي الإعاقة الفكرية أنه متعدد الجوانب فهي مشكلة صحية وتربوية واجتماعية، فتشخيص

ذوي الإعاقة الشديدة أمرا صعبا حتى بالنسبة لأخصائي تشخيص ماهر.

2- الانتقادات الموجهة لمقاييس الذكاء من حيث صدقها وطريقة تطبيقها وتفسير نتائجها.

3- بعض الاختبارات تعتمد بشكل أساسي على لغة الطفل واستجابته المباشرة. إلا أن الأطفال ذوي

الإعاقة الفكرية قد يعاني من عيوب نطق مما يقلل من صدق الاختبار.

4- عدم فهم تعليمات الاختبار من قبل المفحوص

" لا نهدف من عملية التشخيص مجرد جمع البيانات عن الطفل ذوي الإعاقة، بما يمكننا من إصدار

حكم عليه، وإنما نهدف إلى جمع البيانات بما يساعدنا على وصف نوع الخدمات والبرامج العلاجية التي

ينبغي أن تقدم للطفل من ذوي الاحتياجات الخاصة "

الفرق بين التشخيص الطبي والتشخيص التربوي للإعاقة

إن مصطلح تشخيص هو كلمة تشترك فيها التربية الخاصة بفئات الإعاقة والمجال الطبي، وذلك على

غرار غيره من المصطلحات المشتركة الاستخدام بين الميدانيين، مثل التكفل والعلاج وغيرها، وبالرغم من ان

الكلمة تنتمي للحقلين الطبي والتربوي الا ان استعمالها يخلف في الدلالة من حيث المعنى والمضمون ونتيجة

للتطورات المتسارعة في مجال التربية الخاصة أصبح استعمال المصطلح مكثفا، وصارت قضية التشخيص

والتقييم أساسية لبناء أي مشروع للعلاج والتأهيل وكذا لإعداد البرامج التربوية ولتعليم المعاقين

التشخيص في مجال الإعاقة

إن عملية التشخيص سواء أكانت طبية أو تربوية في مجال الفئات الخاصة عموماً والمعاقين على وجه الخصوص، تعد الخطوة الأولى والأساسية من أجل مقارنة الحالة والتعامل معها بالشكل الصحيح الذي ضمان طريقة علمية ومفيدة لذوي الحاجات، وذلك للتعرف بشكل دقيق على الاضطراب الذي يعاني منه المفحوص، وينظر إليه على أنه عملية ثلاثية الأطراف تتضمن الفاحص والمفحوص ووسائل الفحص وأدواته الطفل والفاحص وأدوات أو وسائل الفحص والتشخيص.

أوجه الاختلاف بين التشخيص الطبي والتشخيص التربوي:

يختلف التشخيص الطبي عن التشخيص التربوي في مجال الإعاقة في مجالات عدة منها على وجه الخصوص:

التشخيص الطبي كما تحيل عليه التسمية هو من اختصاص الطبيب أو فريق متعدد الاختصاصات في المجال الطبي.

يتم التشخيص الطبي للإعاقة بناء على تقييم وملاحظة العلامات المرضية التي يتجلى من خلالها الاضطراب لدى المفحوص أي جملة الأعراض التي تظهر على المريض Symptoms وبناء على اختبارات تشخيصية طبية خاصة فحص بيولوجي أو إشعاعي، ومقاييس طبية معينة ومن الممكن أن يعتمد الطبيب على لوحات اكلينيكية نموذجية ارشادية، أو على دليل تشخيصي مثل الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorder) والذي تصدره

الجمعية الأميركية للطب النفسي والذي يعد من أكثر الأدوات التشخيصية التي تستخدم كمعيار في تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات النفسية والسلوكية.

التشخيص التربوي هو من المهام الأساسية للمختصين في مجالات علمية متنوعة مثل المختص التربوي، ومختص التربية العلاجية، والمختص الارطفوني، ومختص العلاج الوظيفي، والاختصاصي النفسي، والاختصاصي الاجتماعي، ويشترك في ذلك معلم التربية الخاصة وغيرهم من أخصائي العلوم الاجتماعية والتربية.

وفي المقابل يتم التشخيص التربوي اعتماداً على التقييم التربوي واعتماداً على ملاحظة جوانب وقدرات ومهارات معينة عند الطفل. فعلى سبيل المثال يحدد المختص باللغة والكلام مهارات الطفل اللغوية والكلامية وقدرته على التواصل ونوع التواصل الذي يقوم به ويستخدم في هذا الإطار اختبارات لغوية خاصة، والمختص بالعلاج الطبيعي يحدد ويشخص الجانب الحركي عند الطفل.

ويعتمد على الملاحظة والمقاييس الخاصة بالتطور الحركي وسائل أخرى في التشخيص بينما يقوم الأخصائي النفسي بتحديد قدرات الطفل العقلية والإدراكية ويستخدم في سبيل ذلك اختبارات الذكاء ومقاييس السلوك التكيفي والمقاييس النمائية، وهناك أدوات خاصة بالأخصائي الاجتماعي أهمها المقابلة الشخصية، وبذلك نرى التنوع في المقاييس وأدوات التشخيص في مجال التشخيص التربوي للإعاقة.

التشخيص التربوي هدفه الأول تحديد مدى حاجة الطفل لخدمات التربية الخاصة ونوع ومقدار هذه الخدمات والفترة الزمنية التي يجب أن تقدم بها هذه الخدمات وقد يكون هناك أهداف أخرى للتشخيص التربوي مثل الفرز والإحالة. بينما التشخيص الطبي يتم بهدف تحديد نوع ومسمى Label الاضطراب الذي يعاني

منه الطفل ويتم كذلك بهدف تحديد نوع الخدمات الطبية المختلفة التي يحتاجها الطفل المعاق مثل الأدوية أو التدخل الجراحي.

-في التشخيص الطبي هناك كم كبير جدا من مسميات الاضطرابات المختلفة أو الإعاقات التي يعاني منها الطفل، فعلى سبيل المثال عند تشخيص المتلازمات الوراثية قد يجد الطبيب نفسه أمام أكثر من ثلاثة آلاف متلازمة وراثية وكل متلازمة لها صفات وسمات جسدية أو عقلية أو سلوكية خاصة بها، بينما في التشخيص التربوي هناك عدد محدد من المسميات التي يمكن إدراج فئات الإعاقة المختلفة، ونأخذ مثلا من إحدى الولايات المتحدة الأمريكية حيث أن هناك ثلاثة عشر من فئات الإعاقة والتي يمكن إدراج الطفل المعاق ضمنها وهذه الفئات هي:

التوحد - فقدان السمع والبصر - الاضطرابات الانفعالية - الإعاقة السمعية والصمم - الإعاقة العقلية - الإعاقات المتعددة - الإعاقات الجسدية - الإعاقات اللغوية والكلامية - إصابات الدماغ - الإعاقة البصرية - التأخر النمائي - واضطرابات أخرى.

وفي كثير من أنظمة التربية الخاصة في البلدان العربية هناك سبعة أو ثماني فئات يتم إدراج فئات الإعاقة المختلفة إليها وهي: الإعاقة العقلية - الإعاقة السمعية - الإعاقة البصرية - إعاقات اللغة والتواصل - الإعاقة الحركية والجسدية - متعدد الإعاقات - الإعاقات الانفعالية. (ناظم فوزي، مقالات عن الإعاقة العقلية) -

الإعاقة العقلية، <https://sites.google.com/site/ksuwebb/mqalat-n-alaaqte-alqlyte>

ولكي يتضح الفرق بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة نأخذ بعض الأمثلة :

مسمى "متلازمة اسبرجر Asperger Syndrom " إن التشخيص لهذه المتلازمة هو من التشخيصات الطبية بينما يكون التشخيص التربوي لهذه المتلازمة هو اضطراب التوحد، والتشخيص الطبي بوجود "متلازمة باتو Patau Syndrome " يقابله في التشخيص التربوي أعاقة عقلية.

هل من الممكن أن يحدث تعارض بين التشخيص الطبي والتربوي؟

من النادر جدا أن نجد اختلاف أو تعارض بين التشخيص الطبي والتربوي للإعاقة وذلك في حالة ما تم إتباع إجراءات التشخيص بدقة وبشكل كامل، إلا انه يحدث بأن يكون هناك تشخيص طبي لنوع محدد من الصعوبات أو الاضطرابات ولا يوجد تشخيص تربوي لهذه الحالة بمعنى صعوبة إدراجه ضمن فئة من الفئات سابقة الذكر. في هذه الحالة ينصب الاهتمام في المجال التربوي على تحديد مدى تأثير الصعوبات أو الاضطرابات التي يعاني منها الطفل وقدرته على التعلم.

ناظم فوزي - بكالوريوس في علم الإعاقة ماجستير في اضطرابات اللغة والكلام

أغراض التشخيص:

- الكشف عن الأفراد المعرضين لخطر الإعاقة
- التخطيط لعملية التدريس
- تحديد عملية التقدم الدراسي
- التصنيف والتسمية
- تحديد موقع الطلاب على منحنى التوزيع الطبيعي
- الإحالة إلى المكان التربوي المناسب

- إعداد الخطط الفردية

- إعداد برامج تعديل السلوك

كيف يتم تشخيص من يعانون التوحد؟

لا توجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع المصابين بالتوحد، فإنه بالتالي لا يوجد فحص طبي لتشخيص التوحد. بل ان المعايير لتشخيص التوحد تعتمد على الجانب السلوكي فقط. وبالتالي يتم تشخيص الأفراد الذين يعانون من التوحد عندما تظهر عليهم سلوكيات مطابقة لمعايير تشخيص التوحد. أي إذا كان الطفل يعاني تأخرًا شديدًا في اكتساب مهارة الكلام وقصورًا اجتماعيًا ملحوظًا وكان يفقد القدرة على التخيل واللعب التمثيلي، شُخصت حالته بالتوحد. والواقع أن الأمر ليس سهلاً حيث أن التوصل إلى التحقق من وجود هذه السمات السلوكية يتطلب البحث مع والدي الطفل في جميع تفاصيل مراحل نمو الطفل، وإجراء بعض الاختبارات للاستدلال على وجود اضطراب التوحد كمقياس درجة التوحد الطفولي أو الاختبارات النفسية العامة أو بملاحظة السلوك بشكل عام.

دور الطبيب في تشخيص التوحد

إن الطبيب هو غالباً أول من يلجأ إليه الأهل عندما يقلقون بشأن تطور الطفل. واستناداً إلى الأعراض السلوكية إلى جانب التقصي والاستماع بدقة إلى المعلومات التي يزوده بها والدا الطفل عن تاريخ تطوره ونموه وسلوكه، يقوم الطبيب بتحويل الطفل إلى اختصاصي السمع للكشف عن سمعه، ومن ثم تحويله إلى اختصاصي نفسي لإجراء الاختبارات المناسبة وتحديد التشخيص الرسمي للطفل.

التشخيص الفارق للتوحد:

يطرح التشخيص الفارق للتوحد كضرورة علمية وعملية، وذلك بالنظر للتداخل والتشابه الكبير بينه وبين حالات الإعاقة الأخرى، مما يؤدي غالبا إلى الحيرة والارتباك في تشخيص الحالة تشخيص دقيق. وبناء على ذلك أشار العديد من المختصين في الإعاقة إلى ضرورة اعتماد الفروق بين أعراض الإعاقات والاضطرابات المختلفة، للوقوف على التشخيص السليم وهو ما يسمى بالتشخيص الفارق. حيث أنه عند مقارنة اضطراب التوحد بأي اضطراب آخر تكون النتيجة ذات معنى. فإذا ظهر اختلاف في الأعراض والمظاهر السلوكية المختلفة للطفل التوحدي مع أعراض أي اضطراب آخر، فإنه يمكن الحكم بالتالي على وجود التوحد من عدمه. وهنا يمكن الإشارة العديد من الدراسات المقارنة بين الأطفال المتوحدين والأطفال المتخلفين عقليا المتقاربين في السن والمستوى الاجتماعي ومستوى الذكاء مثل دراسة (Lockyer et Rutter, 1969, 1970) توصلت الى بعض التباين في مستوى الذكاء لصالح التوحديين وأثبتت ظهور نوبات الصرع العامة بشكل متكرر خلال المراهقة لديهم، تأخر في الكلام بشكل ملح وإمكانية محدودة للدمج المهني لدى المتوحدين. (M. RUTTER-E. SCHOPLER, 1991, p:15). وبغرض جعل مسألة التشخيص الفارق أكثر وضوحا، يمكن تقديم أهم الفوارق بشكل موجز في نقاط تمثل علامات تمايز بين الأطفال المعاقين، عقليا وأطفال التوحد، وبعض هذه العلامات ينفرد بها المتوحدون عن غيرهم وقد قام كل من، عبد الرحمن سليمان (2001)، وماجد السيد علي عمارة (2005) بتبيانها، وقد وردت على شكل جدول للمقارنة بين الاضطرابين من حيث السلوكيات المميزة لأطفال التوحد وتلك الخاصة بالمعوقين عقليا، ونحن إذ نقدمها هنا ليس على سبيل الحصر للفوارق بين الاعاقين وانما لأنها قد تشكل أهم وأوضح الأعراض الخاصة بكل فئة (سناء، سليمان، 214 ص: 116-117).

جدول رقم: (03) يوضح أهم الفروق بين إعاقة التوحد والإعاقة العقلية.

الإعاقة العقلية	إعاقة الذاتوية (التوحد)
1-الأطفال المعاقون عقليا يكونون متعلقين بالآخرين ولديهم الى حد ما بعض الوعي الاجتماعي.	1-يختفي سلوك التعلق تماما لدى التوحديين. حتى مع وجود ذكاء متوسط لديهم.
2-لا يتمتع الأطفال المعاقين بالقدرة على أداء المهام غير اللفظية، وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي، البصري، كما أنهم لا يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين.	2- الأطفال التوحيديون لهم القدرة على أداء المهام غير اللفظية، وخاصة ما يتعلق منها بالإدراك الحركي، البصري، كما أنهم يتمتعون بمهارات التعامل مع الآخرين.
3-المعاقين عقليا لديهم قدرة لغوية واستخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم.	3-الأطفال المتوحدون المعاقين عقليا قد ينعدم وجود اللغة لديهم وحتى ولو وجدت فاستخدامها يكون شاذا أي غير عادية.
4-الأطفال المعاقين عقليا يعانون عيوب جسيمة بنسب أكثر بكثير من تلك التي يعاني منها الأطفال التوحيديين.	4-الأطفال التوحيديين يعانون من عيوب جسيمة بنسب أقل بكثير من تلك يعاني منها المعاقين عقليا.
5-لايتمتع الأطفال المعاقين عقليا بأية مهارات.	5-الأطفال التوحيديين قد يبدون بعض المهارات الخاصة، مثل التذكر، عزف الموسيقى، ممارسة بعض ألوان الفنون.
6-يختلف السلوك النمطي الذي يظهره الأطفال المعاقين عقليا عن نظيره لدى التوحيديين.	6-يتضمن سلوك الأطفال التوحيديين بعض السلوكيات النمطية الشائعة مثل حركات الدراع واليد أمام العينين، وكذلك الحركات الكبيرة مثل التأرجح.

عند تشخيص حالات التوحد يجب الأخذ بعين الاعتبار الاضطرابات المشابهة لحالات التوحد، وذلك لأن التشابه في الأعراض والخصائص السلوكية التي يمكن أن تظهر لدى الأطفال الذين لديهم إعاقات أخرى مثل فصام الطفولة، والإعاقة العقلية، والعصاب، والإعاقة الانفعالية الشديدة، قد تكون لها نفس الخصائص السلوكية والأعراض الموجودة لدى الطفل المتوحد، غير أن أطفال التوحد يتميزون بخصائص عديدة علاوة على النقاط المذكورة بالجدول أعلاه يمكن أن نسجل لديهم بوضوح الأعراض التالية:

- 1- محدودية الاهتمام والتركيز على مهمة واحدة أو هدف واحد فقط.
- 2- تفضيل النشاط الروتيني وحب الركود في الحالة الاجتماعية والظروف المحيطة.
- 3- التمسك بالثبات ورفض التغيير في البيئة المحيطة.
- 4- القيام بالسلوك المتكرر بما في ذلك ما يتعلق منه بحركات الجسم.
- 5- الوقوف والتحرك على أطراف الأرجل والاهتمام بالأشياء والأجسام دائرية الحركة.
- 6- تشغيل وتفكيك الأجهزة والأشياء.
- 7- القيام بردود فعل غريبة على المحفزات والاستجابة بشكل لا يتناسب وطبيعة المحفز.
- 8- حدة المزاج والصراخ واللجوء إلى السلوك العدواني المدمر وإيذاء النفس.

إن هذه القائمة من الأعراض تعتبر سمات عملية يمكن للأباء والمتعاملين مع الأطفال المتوحدين ملاحظتها بسهولة في نشاطاتهم اليومية كما يمكن تشكل مؤشرا دالا في عملية التشخيص.

خلاصة:

هكذا نلاحظ من خلال استعراض مفاهيم التشخيص العامة، وخطواته أن أهداف ومهام عملية التشخيص، تعدد، وتتنوع، بمقدار تنوع المرجعيات النظرية، والمبادئ الفلسفية لمساقات العمل العيادي، كل ذلك ينم من خلال سياق نوع الموضوع التشخيصي، والأهداف والإجراءات المرجوة من العملية التشخيصية، ونوع الاستنتاجات الناجمة عن العملية.

إن عملية التشخيص الدقيق في مجال الفئات الخاصة وفي ظل غياب التحاليل البيولوجية، والإجراءات المخبرية للكشف والتصنيف، تقتضي من القائم بعملية التشخيص مراعاة هذا التنوع ومسايرة التطورات العلمية التي تأتي كل يوم بالجديد.

إن مسألة التشخيص والمفاهيم المؤطرة لها في مجال إعاقة التوحد والتخلف العقلي لا زالت تشكل موضوع خلاف ولا زالت المعايير التشخيصية للتوحد ومشكلات التشخيص الفارق في بؤرة الجدل، حيث لا يوجد أساس واضح لأي حل أو اتفاق. فالدليل التشخيصي والإحصائي الرابع الذي قدمته جمعية الأطباء النفسيين الأمريكية (1994) يعد معياراً مساعداً في توضيح الغموض التشخيصي ومع ذلك تظل الحاجة ماسة للوصول إلى اتفاق حول تشخيص التوحد في المعيار التشخيصي DSM-IV و DSM-V الذي ظهر مؤخراً في شهر مارس 2013، ومعيار CIM-10 لمنظمة الصحة العالمية.

لقد وضع المعيار التشخيصي الأول DSM-IV التوحد ومتلازمة ريت واضطراب الطفولة التفككي ومتلازمة اسبيرجر والاضطرابات النمائية العامة غير المحددة وضعها كلها تحت تصنيف الاضطرابات النمائية العامة (الزريقات، 2004). بينما تم استبعاد متلازمة ريت من طيف التوحد والاصدار الخامس للدليل التشخيصي للجمعية أطباء الأمراض النفسية DSM-5 حيث تم اكتشاف الأساس الجيني لهذا للاضطراب،

وهكذا رغم نقاط الالتقاء بين هذه المراجع التشخيصية غير أن الوصول الى حالة من التفاهم والاتفاق لا زالت تشكل هدفاً ويبقى التشخيص العلمي الدقيق طموحاً يتم السعي والعمل على تحقيقه

الفصل الرابع
التخلف العقلي



الفصل الرابع: التخلف العقلي

مقدمة

تعريف التخلف العقلي

تاريخ تطور مفهوم الإعاقة الذهنية

معدل انتشار التخلف العقلي

تصنيف التخلف العقلي

خصائص التخلف العقلي

تشخيص التخلف العقلي

أسباب التخلف العقلي

خلاصة

مقدمة:

التخلف العقلي مشكلة اجتماعية نفسية لها تاريخ طويل، وهي ميدان تتقاطع فيه مختلف التخصصات من الطب وعلم النفس إلى علم الاجتماع والتربية الخاصة، التي يبدو أنها أصبحت تشكل بامتياز مجال التكفل بظاهرة التخلف العقلي، إن التطور الكبير في فهم الظاهرة نتيجة تقدم العلوم الطبية والنفسية الاجتماعية وتغير الاتجاهات إيجاباً نحو هذه الفئة الحاملة للإعاقة، قد أدى إلى تزايد الاهتمام بعملية التكفل ورسخ وظيفة التربية الخاصة وطور أداءها إزاء الأطفال المعاقين ومكن المجتمع من تجاوز تفسيرات المداخل التقليدية التي كانت تعتبر الإعاقة الذهنية مسألة طبية ينحصر التعامل معها من حيث السببية أو موقع الإعاقة وعلى أقصى الأحوال يتم التعامل مع المشاكل الصعوبات التي يعاني منها الفرد المعاق ذهنياً، إن وضعاً ادراكياً كهذا أدى إلى تهميش فئة الأطفال المتخلفين عقلياً وجعل من عملية تشخيص الإعاقة لديهم أحادية وقاصرة على حدود الإعاقة، أو جانب الإعاقة لدى الفرد المعاق، وهكذا ظل الوضع إلى أن أدرك المجتمع بصفة عامة والطبقة العلمية منه بصفة خاصة، أن فهم مشكلة التخلف العقلي يتجاوز الشخص الحامل للإعاقة ويقتضي تدخل ومشاركة تخصصات عديدة طبية واجتماعية من أجل التشخيص الدقيق، والتكفل الجاد، والارتقاء بمستوى الخدمات التي يتطلبها الأطفال المتخلفين عقلياً. علاوة أن التفاعل المشترك بين العوامل المتعددة المتعلقة بالجانب الوراثي للشخص المعاق والعوامل البيئية المتشابكة المحيطة به التي تستدعي لتفسير الحالة وهو ما عبر عنه بريان كيرمان بالقول " إن مفهوم التخلف الذهني هو نتاج لمدى قدرة المخ على العمل من ناحية، ومدى ملائمة المجتمع الذي يعيش فيه الفرد من ناحية أخرى". (رمضان محمد القدافي، 2001، ص: 12).

وبغرض توضيح المفاهيم الأساسية المؤطرة لظاهرة التخلف العقلي وأهم التصنيفات وخطوات التشخيص الخاصة بها، سنتناول في هذا الفصل تعريف التخلف العقلي والجانب التاريخي له، وتصنيفه وخصائصه، وتشخيصه والأسباب المؤدية إليه، ومعدل انتشاره.

تعريف التخلف العقلي: -

إن قصة الإعاقة العقلية عموماً، والتخلف العقلي على وجه الخصوص، ليست وليدة الزمن المعاصر بل إن لها جذوراً ممتدة في تاريخ مختلف الحضارات، فمن الحضارة الفرعونية، التي اهتم ملوكها بالفئات الخاصة، إلى اسبرطة التي تعاملت معهم بلا شفقة ولا رحمة إلى أن استاء رميليس ROMULUS وسولون Solon من تلك المعاملة وطالبا بتكوين جمعية أهلية لحمايتهم (أمل معوض الهجرسي، 2002، ص: 77). في حين كان أطلق الاغريق على المتخلفين عقلياً تسمية المعتوهين Idiots وكانوا يتخلصون منهم في الراحل الأولى للطفولة (ماجدة السيد عبيد، 2000، 13). أما في الزمن المسيحي فقد تغيرت المعاملة مع المتخلفين عقلياً وذلك على انتشار المبادئ الدينية مثل الاحسان ووفرت لهم الكنيسة من يتولى أمورهم وذلك على إثر تعاليم جوستينيان للمتخلفين عقلياً وباقي المعوقين مثل الصم والبكم. (محروس الشناوي، 1997، ص: 18). أما في العصر الإسلامي فقد تغير الوضع الاجتماعي لذوي الحاجات الخاصة والفئات المهمشة عموماً، فقد خصص نصيب من النفقة لرعايتهم على حساب بيت مال المسلمين، وانشئت أول المستشفيات لرعايتهم وكانت المستشفيات تُعرف بـ(البيمارستانات) منها الثابت والمتنقل (أ.د. راغب السرجاني، مقال: 23772).

أما في العصر الحديث فقد كان اكتشاف الطفل الماهل -" متوحش أفيرون"- بغابات افيرون بفرنسا سنة 1811 من طرف الطبيب الفرنسي جون إيطار Jean Itard علامة فارقة في التشخيص والتكفل، وكذا في تحديد المفهوم الدقيق لفئة المتخلفين عقلياً وقد عزز ذلك العمل بجهود إدوارد سوقان « Edouard Seguin »

الذي افتتح أول مؤسسة داخلية للتكفل بالمتخلفين عقليا سنة 1845م ثم هاجر الى الولايات المتحدة الامريكية سنة 1852، حيث تم تعيينه كأول رئيس لجمعية الوكلاء الطبيين للمؤسسات الأمريكية للأشخاص المعتهين والمتخلفين عقليا، وهي منظمة ستصبح فيما بعد الجمعية الأمريكية للتأخر العقلي(fr.wikipedia.or). وقد كان عمله مع الأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية مصدراً رئيسياً لإلهام المعلمة الإيطالية ماريا مونتيسوري Maria « Montessori التي أنشأت أول مدرسة للمتخلفين عقليا سنة 1879م. (محروس الشناوي، 1997، ص:20). وهكذا تزايد الاهتمام بالمعاقين عموما والمتخلفين بالخصوص بعد الحرب العالمية، وتطور الوعي الاجتماعي مما دفع بالمجتمع الدولي إلى وضع الإعلان العالمي لحقوق المعوقين الذي تبنته الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة 1981م، وخلال هذا المسار القصير نسبيا ظهرت العديد من المحاولات لتحديد مفهوم التخلف العقلي ولكل محاولة كان لها مصطلحاتها الخاصة للتعبير عن هذا المفهوم، ومنها على سبيل المثال مصطلحات بدون عقل، صغير العقل، ناقص العقل (عبيد، 2000، ص: 20، 21) وهناك مصطلحات حديثة مثل القصور العقلي، الضعف العقلي، الأداء العقلي دون العادي، وقد تعددت تعريفات التخلف العقلي وتنوعت حسب التخصص العلمي وعلاقتها باتجاه التخصص وهكذا نجد التعريف الطبي، والتعريف، السيكومتري، والتعريف التربوي، والتعريف الاجتماعي... الخ.

تاريخ تطور مفهوم الإعاقة الذهنية:

تعريف الإعاقة الفكرية والنمائية (Intellectual and Developmental Disabilities)

تقدم لنا الأدبيات الدولية تسميات مختلفة تتعلق بمصطلح " الإعاقة الذهنية"، وقد تطورت هذه التسميات على مر الزمن، ومن أكثرها شيوعا في الوقت الراهن " الإعاقة الذهنية" أو " التخلف العقلي". ووفقا

ل (Vaginay, D. 2005) فإن التفسير الأكثر انتشارا هو التخلف العقلي الذي جاءت به (الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي) (AAMR) الذي استلهمته من مختلف التعاريف.

ومن أمثلة هذه التعريفات نجد التالي:

تعريف سيجان:

“في القرن التاسع عشر، عرف ادوارد سيجان (Edouard seguin) الذي كان زميل لجان ايتارد (Jean Itard) المعتوه بأنه شخص لدية تشوه في جهازه العصبي (الدماغ والحبل الشوكي) وهذا التشوه ينتج عن سوء التغذية أثناء الحمل أو بعد الولادة مباشرة ، ويضعف هذا التشوه الوظائف الانعكاسية والغريزية وعمليات الوعي، وتبعاً لذلك فالمعتوه يتحرك ويشعر ويفهم ولكن بشكل غير كامل، وهو في الحالات الشديدة لا يفعل شيئاً ولا يفكر بشيء ولا يكثرث بشيء، وهو من الناحية القانونية غير مسؤول عن تصرفاته، ومعزول ولا علاقات له.(جمال الخطيب، 2009، ص: 99).

تعريف تريدي جولد 1937م:

“في عام 1937، استخدم أ. تريدي جولد (A.Tergold) مصطلح الضعف العقلي (Mental Deficiency) وعرفه على أنه حالة من عدم اكتمال النمو العقلي من نوع ودرجة تجعل الشخص غير قادر على التكيف مع البيئة الطبيعية مما يجعله بحاجة إلى إشراف ودعم خارجي متواصل . وكان تريدي جولد أحد أعضاء جمعية البريطانية لموروثية الذكاء (British Eugenics society) التي تدعو إلى منع تكاثر الأشخاص المتخلفين عقليا في المجتمع، وقد كان واضحا تماما في مواقفه هذه حيث أكد في مقال له بعنوان “ضعاف العقول: خطر اجتماعي” على ضرورة خفض أعداد الأشخاص المتخلفين عقليا من خلال العزل والتعقيم.(جمال الخطيب، 2009، ص: 101).

تعريف ترييد جولد 1952م:

“عرف ترييد جولد 1952 tred gold الإعاقة العقلية بأنها حالة يعجز فيها العقل عن الوصول إلى مستوى النمو السوي أو اكتمال النمو ونجد أن هذا التعريف لا يفسر كل حالات الإعاقة العقلية ، ولا يتيح الفرصة لمعرفة هذه الإعاقة أو ملاحظتها ، وبالتالي لا يمكن الاعتماد عليه من التشخيص أو العلاج ويرى أن الإعاقة العقلية تنشأ من عيب أو نقص في الجهاز العصبي المركزي نتيجة لإصابة عضوية في المخ بحيث تكون تلك الإصابة ذات أثر واضح على ذكاء الفرد.(طارق عامر، ربيع محمد، 2008، ص: 20)

تعريف جريفيس 1952م:

“عرف جريفيس 1952 Jervis الإعاقة العقلية بأنها حالة توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي نتيجة لمرض أو إصابة تحدث للفرد قبل سن المراهقة أو نتيجة لعوامل أثناء فترة التكون. (طارق عامر، ربيع محمد، 2008، ص: 21)

تعريف سارسون 1953م:

“عرف سارسون 1953 Sarason الإعاقة العقلية بأنها حالة يظهر فيها عدم التوافق الاجتماعي، وتصاحب بقصور في الجهاز العصبي المركزي ، كما عرّفه الإعاقة العقلية بأنها تأخر أو تخلف عقلي في النمو العقلي أو الذكاء عن الحد الذي يمكن أن يصل إليه الطفل العادي في مرحلة الطفولة المبكرة، كما تعرف أيضاً الإعاقة العقلية بأنها حالة من توقف أو عدم اكتمال النمو العقلي بشرط أن يولد قبل سن التاسعة عشر سواء كان ناتج عن أسباب وراثية أو مرض حادث. (طارق عامر، ربيع محمد، 2008، ص: 21)

تعريف بنو 1959م:

“عرف بنو 1959 benoit الإعاقة العقلية بأنها حالة قصور وظائف نتيجة عوامل داخلية في الفرد أو خارجية عنه ، تؤدي إلى ضعف في كفاءة الجهاز العصبي ، ونقص في القدرة العامة للنمو وقصور في القدرة على التكيف. (طارق عامر، ربيع محمد، 2008، ص: 21).

تعريف هيبير 1959 (heber) م:

عرف هيبير (heber) الإعاقة الفكرية “تمثل الإعاقة الفكرية مستوى الأداء الوظيفي العقلي الذي يقل عن متوسط الذكاء بانحراف معياري واحد، ويصاحبه خلل في السلوك التكيفي ويظهر في مراحل العمر النمائية منذ الميلاد وحتى (16) سنة. (عنان الحازمي، 2009، ص: 18).

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1961م):

“قدم هيبير (heber) تعريفا اعتمده الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام 1961، ووفقا لذلك التعريف، فان التخلف العقلي ” حالة تشير إلى أداء عقلي عام ينخفض عن المتوسط ويظهر في مرحلة النمو ويصاحبه عجز في السلوك التكيفي ” ، وفي هذا التعريف كان انخفاض الأداء العقلي العام بواقع انحراف معياري واحد يعني تخلفا عقليا ، وعليه فقد كان التخلف العقلي يعني معامل ذكاء أقل من 85 ، وكان معنى العجز في السلوك التكيفي عدم قدرة الشخص على التكيف مع متطلبات بيئته ، وأما مرحلة النمو فكانت من الولادة وحتى 16 عاما ، وجدير بالذكر أن هذا التعريف لاقى قبولا على نطاق واسع في مجال التخلف العقلي وفي ميدان التربية الخاصة بوجه عام ، ونستطيع القول بأن كل التعريفات اللاحقة للتخلف العقلي كانت بمثابة تنقيح وتعديل لتعريف هيبير. (جمال الخطيب، 2009، ص: 103).

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1973م):

(قام جروسمان 1973 Grossman) بتقديم تعريف معدل التخلف العقلي عام 1973 وقامت الجمعية الأمريكية للتخلف بتبني ذلك التعريف، وينص ذلك التعريف على أن التخلف هو "انخفاض ملحوظ في القدرة العقلية العامة ويصاحبه عجز في السلوك التكيفي ويظهر في مرحلة النمو". ويقصد بالانخفاض الملحوظ في الأداء العقلي العام أن يكون الذكاء دون المتوسط بواقع انحرافين معياريين على الأقل. فالإعاقة العقلية أربعة مستويات هي:

1. إعاقة عقلية بسيطة (عندما تتراوح نسبة الذكاء بين 55-69)
2. إعاقة عقلية متوسطة (عندما يتراوح نسبة الذكاء بين 40-54)
3. إعاقة عقلية شديدة (عندما نسبة الذكاء بين 25-39)
4. إعاقة عقلية شديدة جداً (تقل نسبة الذكاء عن 24) (جمال الخطيب، 2009، ص: 104).

تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1973، 1992م):

"في الطبعة الرابعة من دليلها التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) حاولت الجمعية الأمريكية لطب النفسي (American Psychiatric Association) دمج التعريفين الذين تبنتهما الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام 1973 وعام 1992. فقد تبنت تعريف عام 1992 ولكنها أبقت على التصنيف السيكومتري المعتمد على معامل الذكاء كما ورد في عام 1973، وبعبارة أخرى، نص التعريف على أن معامل الذكاء في الإعاقة العقلية يقل عن 70 درجة وأن الشخص يجب أن يكون لديه تأخر ملحوظ فيما لا يقل عن مجالين من المجالات العشرة التي أشير إليها في تعريف عام 1992، وأضافت الجمعية إلى ذلك ضرورة أن يتم تقييم القدرات العقلية والمهارات السلوكية التكيفية بشكل شامل ومعمق وليس أثناء زيارة قصيرة لعيادة أو مكتب للكشف التطوري (جمال الخطيب، 2009، ص: 110).

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (1992م):

“لقد طورت الجمعية الأمريكية لإعاقة الفكرية والنمائية تعريف الإعاقة الفكرية بحيث اشتمل على العديد من وجهات النظر والمفاهيم الحديثة. حيث قامت لجنة متفرعة عن الجمعية الأمريكية للإعاقات الفكرية والنمائية عرفت بلجنة المصطلحات والتصنيفات وفيما يلي نص لهذا التعريف:

تمثل الإعاقة الفكرية قصوراً واضحاً في الأداء العقلي الحالي يقع دون المتوسط ويظهر متلازماً مع قصور واضح في مهارتين أو أكثر من مهارات التكيف التالية:

•التواصل (Communication)

•العناية بالنفس (Self – Care)

•القيام بأعباء الحياة في المنزل (Home Living)

•المهارات الاجتماعية (Social Skills)

•التنقل بين المؤسسات ومراكز الخدمة في المجتمع والتعامل ومعها (Community Use)

•اتخاذ القرارات والتوجيه الذاتي (Self – Direction)

•الصحة والسلامة (Health and Safety)

•الترويح والترفيه عن النفس (Leisure)

•الحصول على عمل والاحتفاظ به (عدنان الحازمي، 2009، ص: 19).

تعريف منظمة الصحة العالمية (1993م):

“أصدرت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) في عام 1993 دليل التصنيف الدولي للأمراض (International Classification of Diseases) المعروف بالرمز (ICD-10) والذي تعتمده بعض دول العالم ، وفي ذلك الدليل تعرف المنظمة التخلف العقلي بوصفة حالة تنتج عن إخفاق الدماغ في

النمو بشكل كامل ، وخلافا لتعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ، يقترح تعريف منظمة الصحة العالمية اعتماد المهارات المعرفية واللغوية و التكيفية والاجتماعية والحركية لتحديد درجة الإعاقة العقلية ، ويدعم هذا الدليل أيضا فكرة التشخيص الثنائي للتأكيد على أن الإعاقة العقلية قد يرافقها اضطرابات جسمية أو نفسية (Biasini, Grupe, Huffmann, & Bary, 1998)، ويشير الدليل إلى أربعة مستويات من الإعاقة العقلية (بسيط و متوسط و شديد و شديد جدا) كما في دليل الجمعية الأمريكية، وهو لا يختلف عن تعريف هذه الجمعية من حيث السلوك التكيفي بل يضيف إليه لأعراض والمؤشرات العيادية، وأخيرا يضيف دليل منظمة الصحة العالمية فئتين جديدتين. الفئة الأولى هي الإعاقة العقلية الأخرى (Other Mental Retaration) ويقصد بها وجود إعاقات حسية أو جسمية تحول دون تحديد درجة الإعاقة العقلية ، والفئة الثانية هي الإعاقة العقلية غير المحددة عندما يكون هنالك مؤشرات على وجود إعاقة عقلية ولكن لا تتوفر معلومات كافية لتحديد مستوى الأداء (كما هو الحال بالنسبة للأطفال صغار السن الذين لا يمكن تطبيق اختبارات ذكاء عليه) (جمال الخطيب، 2009، ص: 111).

تعريف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (2002م):

“أحدث تعريف للتخلف العقلي هو التعريف الذي نشرته الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي عام 2002 في الطبعة العاشرة من دليلها حول التخلف العقلي وتصنيفاته (Luckasson,et al., 2002) ولعل أهم ما في هذا التعريف هو تأكيده وبشكل أكبر وأوضح من التعريف الذي كانت هذه الجمعية اعتمده في الطبعة التاسعة من دليلها عام 1992 على تعريف التخلف العقلي من زاوية مدى حاجة الشخص للدعم (Support Needs) وليس من زاوية مستويات الضعف (Deficit Levels) الموجودة لديه . فهذا التعريف ينظر للإعاقة العقلية بوصفها نتاجا للتفاعل بين الأداء المستقل للفرد وبيئته التي فيها يعيش ويتعلم ويعمل مما يبرز الحاجة إلى الاهتمام بأساليب مساعدة الطالب على الوصول إلى مناهج المدرسية العامة (Wehmeyer,2003) ولعل أهم

تغيير سيحدثه هذا التعريف الحديث للتخلف العقلي في الميدان هو إعادة النظر في عملية تشخيص الإعاقة العقلية بحيث تصبح هذه العملية معتمدة على نظام الدعم ولا تعود مقتصرة على مستويات الضعف التي كان يتم تحديدها من خلال أداء الفرد كما تقيسه اختبارات الذكاء (Polloway et al., 1999)، وكما يرى ويمير (Wehme,2003) فالتغير في تعريف التخلف العقلي إنما هو مرآة تعكس تغير واقع ميدان الإعاقة العقلية من ميدان يؤكد على تقديم برامج

للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية إلى ميدان يؤكد على تصميم وتنفيذ نظم دعم فردية لهؤلاء الأشخاص، ولعل ميدان التربية الخاصة كله قد تحول مؤخرًا إلى ميدان يركز على تقديم الدعم للأشخاص ذوي الإعاقة لتحقيق النجاح وزيادة الفرص المتاحة أمامهم للتعلم في سياق المنهج المدرسي العام.

وجدير بالذكر أن مصطلح الدعم (Support) مصطلح ذو مدلولات واسعة فهو يشمل كل المصادر والاستراتيجيات اللازمة لتشجيع وتيسير تطور وتعلم الشخص ذي الإعاقة العقلية ، وقد يقدم الدعم من قبل الأسرة ، أو الأقارب ، أو الأصدقاء ، أو الأخصائيين أو أي شخص آخر أو مؤسسة أخرى وقد انبثق هذا المفهوم للدعم منذ أن اعتمدت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي تعريفها المعدل للإعاقة العقلية في عام 1992 ، وتجمع المراجع الحديثة على أن هذا المفهوم أحدث نقلة نوعية في برامج التربية الخاصة والتأهيل لأشخاص ذوي الإعاقة العقلية ، ولعل أهم ممارسة تحديثية انطوى عليها مفهوم الدعم هو أنه طالب بدراسة وتحليل الحاجات الفردية للشخص ومن ثم تقديم الخدمات التي تراعي تلك الحاجات تحديداً، ويؤكد منحى الدعم على أن حاجات الشخص وظروفه تتغير مع الأيام وعليه فإن هذا المنحى يختلف عن النظام التقليدي الذي يركز على تصنيف الشخص ضمن فئة إعاقة معينة وتقديم الخدمات وفق الحاجات المتوقعة لتلك الفئة، هذا وتدعو الجمعية الأمريكية لإعاقات العقلية والتطورية إلى تحديد الحاجات الفردية للشخص ذي الإعاقة العقلية

في المجالات التسعة الأساسية التالية:

1. التربية والتعليم
2. العمل
3. الترويح
4. التطور الإنساني
5. الحياة الأسرية
6. الأنشطة السلوكية
7. الحماية والحقوق
8. الصحة والسلامة
9. الأنشطة الاجتماعية

واقترح ليشين وسيمون (Lishten & simon, 2007) استخدام معامل كلي (Total Quotient) لتشخيص الإعاقة العقلية بدلا من الاعتماد على معاملين مختلفين أحدهما للذكاء والثاني للسلوك التكيفي، وفي تعقيب له على تلك المقالة، أشار بيليني (Belleni, 2007) إلى أن اعتماد المعامل الكلي (TQ) سيقود إلى قرارات أقل دقة، والسبب الرئيس الذي يقدمه هذا الكتاب تبريرا لرأيه هو أن المعامل الكلي يعطي مزيدا من الوزن لدرجاتي الذكاء والسلوك التكيفي كخصائص داخلية في الفرد. (جمال الخطيب، 2009، ص: 113)

تعريف الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والتطورية (2008م):

“في عام 2007 غيرت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي اسمها إلى الجمعية الأمريكية للإعاقات العقلية والتطورية (American association on Intellectual and Developmental Disabilities) وقد كان وراء

استبدال الجمعية الأمريكية لمصطلح التخلف العقلي بالإعاقة العقلية مبررات من أهمها أن مصطلح الإعاقة العقلية:

- أقل وطأة للأشخاص ذوي هذه الإعاقة من مصطلح التخلف العقلي.
- أكثر انسجاماً مع المصطلحات المتداولة عالمياً.
- يؤكد على أن مصطلح التخلف العقلي يشير إلى حالة مطلقة وسمة غير قابلة للتغير.
- ينسجم مع معايير الممارسة المهنية الحالية التي تؤكد على أهمية توفير الدعم للأشخاص الذين لديهم هذه الإعاقة لتمكينهم من العيش بشكل أكثر فاعلية في بيئتهم.
- يشجع على احترام كرامة الإنسان ومراعاة حقوقه (Schalock, Luckasson, & Shogren, 2007)

وفي عام 2008، قدمت هذه الجمعية التعريف التالي للإعاقة العقلية: "الإعاقة العقلية هي إعاقة تتميز بانخفاض ملحوظ في كل من الأداء العقلي والسلوك التكيفي الذين تمثلهما المهارات المفاهيمية والاجتماعية و التكيفية العملية، وهذه الإعاقة تظهر قبل بلوغ الفرد الثامنة عشر من عمره (AAIDD,2008) "، وتتمثل المهارات المفاهيمية في: اللغة و القراءة والكتابة، الوقت الفلوس، الأعداد، والتوجيه الذاتي، وتشمل المهارات الاجتماعية: العلاقات الاجتماعية المسؤولية الاجتماعية، تقدير الذات، حل المشكلات الاجتماعية، و اتباع التعليمات، أما المهارات العلمية فهي: مهارات الحياة اليومية (العناية بالذات)، المهارات المهنية، الرعاية الصحية، السفر والتنقل، السلامة العامة، استخدام الفلوس، استخدام الهاتف، ويتضح أن هذا التعريف لا يختلف عن التعريفات السابقة إلا من حيث أن المصطلح الإعاقة العقلية وليس مصطلح التخلف العقلي هو الذي أصبح مقبولاً حالياً، وفي مقاله بعنوان "إعادة تسمية التخلف العقلي: فهم التحول إلى مصطلح الإعاقة العقلية"، أشار شالوك وزملاؤه (Schalock et al, 2007) إلى أن مصطلح الإعاقة العقلية يستخدم

للإشارة إلى نفس الأشخاص الذين كانوا يسمون سابقا الأشخاص ذوي التخلف العقلي على اختلاف درجات إعاقتهم وأن التحول لهذا المصطلح جاء لتفريق بين مفاهيم ومصطلحات كانت تستخدم دون مراعاة كافية للمعاني وللحدود ورغبة أيضا في استخدام مصطلح يتسق مع المصطلحات المستخدمة في الأدبيات العالمية (جمال الخطيب، 2009، ص: 115)

تعريف دول:

قدم ادجار دول تعريفا للتخلف أكد على أهمية توفر المحكات التالية لتشخيص التخلف العقلي:

- عدم الكفاءة الاجتماعية
 - انخفاض القدرات العقلية بسبب التوقف عن النمو والعائد لأسباب وراثية وغير قابلة للشفاء.
- ولعل أهم ما عرف به دول هو مقياس فاينلاند للنضج الاجتماعي الذي أصبح يعرف حاليا بمقياس فنلاند للسلوك التكيفي (جمال الخطيب، 2009، ص: 102)

التعريف الطبي: -

يعتبر التعريف الطبي للتخلف العقلي من أقدم التعريفات، التي حاولت تقديم مفهوم أكثر وضوح لحالة التخلف العقلي، كما أن الأطباء هم أول من أهتم بتشخيص وتعريف التخلف العقلي وتفسير الظاهرة حسب مبدأ السببية وإرجاعها إلى إصابة المراكز العصبية والقشرة المخية أثناء الحمل وأثناء وبعد مرحلة الولادة مما يؤدي إلى تعطيل الوظائف المرتبطة بالمراكز العصبية المعطوبة وقد ركز إيرلاند سنة 1900م على هذا التوجه. (عبيد، 2000، ص: 21). ومن أبرز التعاريف في هذا المجال تعريف ماكميلان 1971 Macmillan حيث يعرف التخلف العقلي على أنه عبارة عن حالة من النقص العقلي الناجمة عن سوء التغذية أو عن مرض ناشئ بالجهاز العصبي المركزي، وذلك قبل الولادة أو في مرحلة الطفولة. (البطوطي، 2004، ص: 26).

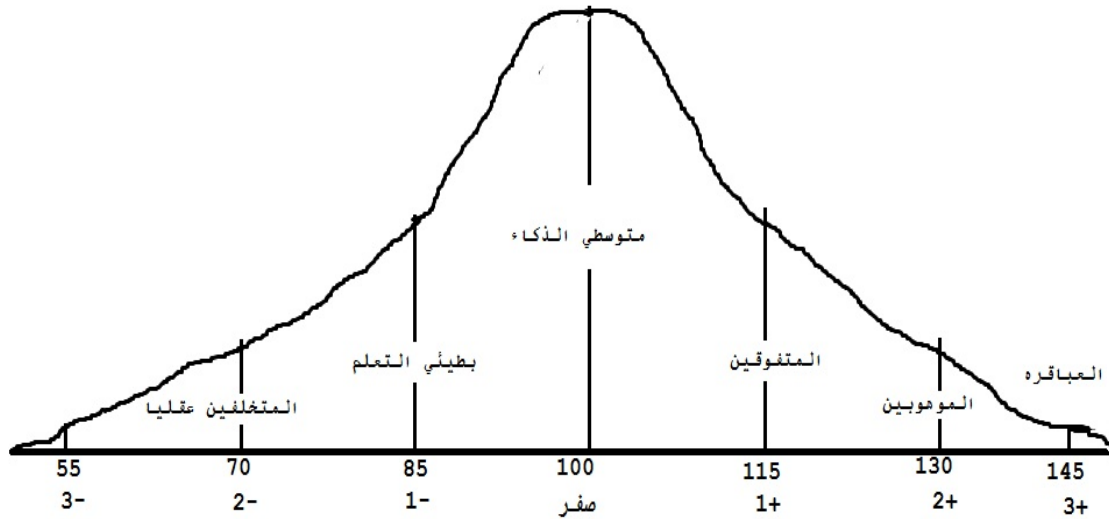
كما يعرف لوريا 1983 Lauria المتخلف العقلي على أنه " شخص يعاني من أمراض دماغية حادة في طفولته المبكرة، وتوثر هذه الأمراض على الارتقاء السوي للمخ" (سلامة شاش، 2001، 34). ومن مميزات التعريف الطبي أنه يصف الحالة وأعراضها وأسبابها غير أنه يعاني من صعوبة وصف ظاهرة التخلف العقلي.

التعريف السيكومتري: -

ظهر هذا النوع من التعريفات على إثر الانتقادات التي وجهت للتعريف الطبية، على أساس أنها تصف ولا تقدم تقديراً كمياً للظاهرة، وكذا نتيجة لتطور حركة القياس على يد بنيه Binet سنة 1905 وظهور مقاييس الذكاء ستانفورد بنيه ومقياس وكسلر Wechsler 1949 وغيرها من مقاييس القدرات العقلية وكذلك ظهور مقياس جودانف هاريس للرسم عام 1963، ثم ظهور مقاييس الذكاء المصورة مثل مقياس المفردات اللغوية المصورة عام 1970، وظهور مقياس مكارثي للقدرة العقلية للأطفال عام 1972. وقد استعملت هذه المقاييس لتحديد نسبة ذكاء الطفل المعاق عقلياً ومن ثم تحديد موقعة على منحنى التوزيع الطبيعي من أجل تصنيفه في الفئة المناسبة من فئات الإعاقة العقلية (الروسان، 1999، ص: 18). لقد تم اتخاذ هذه المقاييس كمحكات لتعريف التخلف العقلي، واعتبر الأفراد الذين تقل نسبة ذكائهم عن 75 متخلفين عقلياً على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرة العقلية. وقد استمر الحال على ذلك حتى أواخر الخمسينيات من القرن الماضي حين بدأ المختصون في الإعاقة الذهنية بتوجيه الانتقاد إلى مقاييس الذكاء، على أساس أنها غير كافية لتشخيص حالات الإعاقة الذهنية، إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة في مقياس الذكاء لا يعني أنه معاق ذهنياً، إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الاجتماعي، وقدرة على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بنجاح، ونتيجة لذلك ظهر بعد جديد في تشخيص حالات الإعاقة الذهنية ألا وهو بعد السلوك التوافقي أو التكيفي، ودخل هذا

البعد في عملية تعريف الإعاقة الذهنية، كما ظهرت المقاييس الخاصة بذلك، ومنها مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمسمى بمقياس السلوك التكيفي، وفي السبعينات من هذا القرن ظهرت مقاييس أخرى هي المقاييس التحصيلية Academic Achievement Tests والتي تهدف إلى قياس وتشخيص الجوانب الأكاديمية والتحصيلية لدى المعاقين ذهنياً (الروسان، 1998، ص: 46).

وهكذا لقد اعتمد الاتجاه السيكومتري على نسبة الذكاء واعتبر أن من تقل نسبة ذكائهم على 70% على منحنى التوزيع الطبيعي للقدرات المبين في الرسم أدناه بأنهم معاقين عقليا.



الشكل رقم (05) التوزيع الطبيعي للقدرات العقلية

التعريف الاجتماعي : Social Definition

وتركز هذه التعريفات على مدى قدرة الشخص على التكيف الاجتماعي ومن هذه التعريفات: يعرف عبد الرحمن سليمان (1998) الإعاقة العقلية من منظور اجتماعي على أنها افتقار المعاق إلى الكفاءة الاجتماعية والمعاناة من حالة عدم التكيف (عبد الرحمن سليمان 1998، ص: 40).. عرفته مايزرال وآخرون (1991 Maiseral, et al.) بأنه يتحدد وفقاً للفاصل الزمني في تشخيص الحالة على أنها إعاقة

عقلية وفقاً لشروط تتحدد بوقت بداية ظهور الحالة سواء منذ الولادة أو في سن مبكرة وتظل كذلك حتى بلوغ سن الرشد، وبعده حيث يظل الفرد المعاق عقلياً دون الأسوياء من حيث القدرة العقلية والكفاءة الاجتماعية والمهنية فلا يستطيع أن يُسَيِّرَ أموره بمفرده، ويرجع تخلفه في الأصل إلى عوامل تكوينية وراثية أو نتيجة للإصابة بمرض (رشا محمد أحمد، 1999، ص: 24).

التعريفات التربوية: Educational definition

وتعتمد هذه التعريفات على مدى القصور في القدرة التحصيلية وعلى اكتساب مهارات التعلم الجيد القائم على التذكر والتحليل والفهم والتركيب وذلك من خلال سنوات البحث التي يتلقون التعليم من خلالها. وتتناول قدرة الفرد المعاق عقلياً على التعلم والتحصيل ومن هذه التعريفات:

تعريف كيرك Kirk (1972) المراهق المعاق (المتخلف) عقلياً القابل للتعلم هو الذي بسبب بطء نموه العقلي يكون غير قادر على الاستفادة من برامج المدارس العادية ويتميز بسمات النمو التالية:

- 1- تعلم بسيط في القراءة والكتابة والتهجي والحساب وغيرها.
- 2- إمكانية التوافق الاجتماعي الذي يمكنه من أن يمضي في المجتمع معتمداً على نفسه.
- 3- ملائمة مهنية في الحدود الدينامية فيما بعد على أن يعول نفسه ولو بشكل جزئي (السيد عبد النبي، 2004، ص: 24).

وتشير التعريفات المستخدمة في الوقت الحاضر إلى اعتبار الفرد معاقاً عقلياً إذا بلغت نسبة ذكائه 70 على مقياس الذكاء أو أقل وإذا أظهر قصورا واضحا في القدرة على التكيف.

يعرف عبد الرقيب البحيري (2003) أنها إعاقة تظهر في سن مبكر وينتج عنها قصور في المهارات التكيفية اليومية ، ويقاس هذا التخلف في الأساس بالأداء بين (70- 75) درجة ، وما ينتج عنها يقاس بالأداء الوظيفي التكيفي، من خلال اختبارات سيكومترية مقننة في المهارات التكيفية، ويحتاج هذا (المعاق) إلى الدعم والمساندة من قبل مانحي الرعاية ، لتخفيف حدته على المستويين الذهني والاجتماعي ، ومن هنا تتحول النظرة من مجرد أن التخلف العقلي سمة موجودة في الفرد إلى عملية تغير في تفاعل الفرد مع البيئة والتأكيد على احتياجات الفرد بدلا من التركيز على عجزه (عبد الرقيب البحيري ، 2003 ، ص: 7- 8) .

ويتبنى البحث الحالي تعريف الإعاقة العقلية المقدم من الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والجمعية الأمريكية للطب النفسي والذي يشير إلى وجود قصور في الوظائف العقلية والتكيفية لدى الطفل، مما يؤثر على أدائه التعليمي والسلوكي.

كما يعرف التخلف العقلي من هذا المنظور بأنه حالة عدم اكتمال النمو العقلي بدرجة تجعل الفرد عاجزاً عن التكيف مع الآخرين مما يجعله دائماً بحاجة إلى رعاية وإشراف ودعم الآخرين (أحمدي وادي، 2008، 34).

التعريف السيكلوجي: psychological definition:

ركزت التعريفات السيكلوجية على نسبة الذكاء ومن هذه التعريفات:

1- تعريف التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض النفسية (I.C.D-10) International statistical

classification of Diseases and Related problem. التخلف العقلي عدم اكتمال العقل مصحوباً

بقصور في مستوى الذكاء والمهارات اللغوية والحركية والمعرفية والاجتماعية ويكون قصور السلوك التكيفي علامة بارزة لدى المصابين بالتخلف العقلي (عبد الله عسكر، 2005، ص: 17).

التعريف القانوني:

الشخص المعاق ذهنياً غير قادر على الاستقلالية في تدبير شؤونه بسبب حالة الإعاقة الدائمة أو توقف النمو العقلي في سن مبكرة

تعريف الإعاقة العقلية بالجزائر:

”ليس هناك بالجزائر على حد علم الباحث تعريف رسمي خاص للإعاقة العقلية فالباحثون والمختصون بالمراكز المتخصصة عادة ما يتبنون تعاريف متنوعة كتعريف منظمة الصحة العالمية وتعريف الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية والتطورية ، مع ما ينتج عن ذلك من إرباك على مستوى الممارسة الميدانية هو أن هذه التعريفات تلتزم بالدقة العلمية المطلوبة. فمن النادر أن تجد الأطفال المصنفين كعموقين عقليا بمراكزنا المتخصصة قد طبقت عليهم اختبارات ذكاء ومقاييس للسلوك التكيفي، ووجد أن هذه الأدوات التي تم تطبيقها لم تكن مناسبة أو أن الذين قاموا بتطبيقها ليسوا مؤهلين (جمال الخطيب، 2009، ص: 115).

المفاهيم التي اعتمدت على أكثر من معيار او محك او بعد في تحديد مفهوم الاعاقة العقلية.

لقد تنبه علماء النفس والتربية الى القصور الشديد في تعريف الاعاقة العقلية وعدم تحديده تحديدا دقيقا، فاتجهوا الى تناول مشكلة الاعاقة العقلية من جميع جوانبها الطبية والنفسية والاجتماعية والتربوية، واثمرت تلك الجهود عن ظهور تعريفات أكثر شمولاً وفيما يلي عرض لاهم هذه التعريفات

تعريف جروسمان: تم مراجعة تعريف هيبير من قبل جروسمان 1973، 1983 وظهر تعريف جديد للإعاقة العقلية والذي يشير الى انخفاض واضح في الاداء الوظيفي في العمليات العقلية، متلازما مع اشكال من القصور في السلوك التكيفي، ويظهر خلال الفترة النمائية من حياة الفرد .

تعريف الجمعية الامريكية للإعاقة العقلية : أعلنت الجمعية الامريكية للتخلف العقلي 1992 تعريفا ينص على ان الاعاقة العقلية تشير الى قصور جوهري في الوظائف العقلية ، و هذه الاعاقة تتميز بمعدلات ذات دلالة تظهر في الوظائف العقلية و نسبة الذكاء و يرتبط هذا القصور بالنشاط الذي يقوم به الفرد و يكون مؤثرا على اهم و وظيفتين وهما الاتصال العقلي والعناية الشخصية و كذلك الوظائف الاجتماعية والصحية، و في الغالب تظهر الاعاقة قبل سن 18 سنة ، اي ان الوظائف العقلية تقل عن المعدل العادي و هذا يعني ان الطفل بمقدوره ان يتخطى اختبار الذكاء بمعدل 70-75 او اقل، متلازما بقصور واحد او اكثر من مجالات التكيفية التالية: الاتصال، رعاية الذات المعيشة المنزلية ، المهارات الاجتماعية، استخدام امكانات المجتمع ، توجيه الذات، الصحة والسلامة، الأداء الأكاديمي الوظيفي، وقت الفراغ، العمل.

تعريف جمعية الطب النفسي: و نتيجة لعدم رضا علماء النفس عما جاء بالدليل التشخيصي الصادر عن الجمعية الامريكية للتخلف العقلي 1992 نشرت صيغة جديدة لتعريف الاعاقة العقلية و هي: نواحي القصور دالة في الاداء الوظيفي العقلي العام: و يشير ذلك الى النشاط العقلي العام او ما نطلق عليه نكاء، و يتطلب ذلك تحديد الانخفاض في الاداء باستخدام مقاييس مختلفة للذكاء، و ان تكون هذه المقاييس مقننة على المجتمع الذي تستخدم فيه، و ان يكون لها صدق

وثبات مرتفع ففي حالة استخدام مقياس وكسلر فالانخفاض المقصود يعمي ان تقل الدرجة عن 70 وفي

اختبار ستانفورد بينيه فتقل عن 68 ونواحي قصور دالة في الاداء الوظيفي التكيفي

ويقصد به فعالية الفرد او درجة كفاءته في تحقيق المستوى المتوقع منه تبعا لعمره، وتبعا للثقافة التي

يعيش فيها وتظهر الاعاقة العقلية قبل سن 18 سنة.

وهذا التعريف الأخير المنشور في موقع الجمعية الأمريكية للإعاقة الفكرية والنمائية المنشور على

موقعهم لعام 2012. http://www.aaid.org/content_100.cfm?navID=21

فهو ينص على: الإعاقة الفكرية Intellectual disability هي حالة من العجز الكبيرة في الأداء الفكري

والسلوك التكيفي، والتي تغطي العديد من المهارات اليومية الاجتماعية والعملية، و هذا العجز ينشأ قبل سن

18 عاما.

الأداء الفكري: intellectual functioning هو القدرة العقلية العامة، مثل التعلم والتفكير، وحل

المشكلات، وهكذا.. (الجمعية الأمريكية للإعاقة النمائية والفكرية، 2012).

- نسبة انتشار الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي).

من الصعب أن نضع تقديرا دقيقا لمدى انتشار التأخر الذهني نظرا لأن المعايير التي تستخدم لتحديد

عدد المعاقين ذهنياً تختلف فيما بينها إلا أننا نستطيع أن نفهم -إلى حد ما -مدى انتشار مشكلة المعاقين

ذهنياً، إذا أشرنا إلى الإحصائيات المبينة في منظمة الصحة العالمية أو تقارير منظمة اليونسكو.

وتشكل ظاهرة الإعاقة الذهنية ما نسبته 2-3% من السكان، وهذه النسبة تتأثر بعوامل كثيرة منها المستوى الثقافي والاجتماعي والاقتصادي في، وأولوية الخدمات لفئات المواطنين، ونظرة المجتمع للمشكلة. تعتبر فئة الإعاقة الذهنية واحدة من فئات التربية الخاصة الأكثر شيوعاً مقارنة بالفئات الأخرى، كالسمعية والبصرية والحركية واللغوية، إذ تذكر ليرنر Lerner (2004) أن أكثر فئات الإعاقة شيوعاً في المجتمع الأمريكي هي فئة صعوبات التعلم تليها فئة الإعاقة الذهنية.

يشير فاروق الروسان (1998) إلى أن تباين نسبة انتشار الإعاقة الذهنية بين المجتمعات تبعاً لعدد من العوامل من أهمها:

1- معيار نسبة الذكاء المستخدم في تعريف الإعاقة الذهنية، فإذا استخدم على سبيل المثال المعيار الوارد في تعريف هيبير في عام (1959) للإعاقة الذهنية (أقل بانحراف معياري واحد عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة الذهنية في المجتمع هي (15.86%) في حين إذا استخدم المعيار الوارد في تعريف جروسمان (1973) للإعاقة الذهنية (أقل بانحرافين معياريين عن المتوسط) فإن نسبة الإعاقة الذهنية في المجتمع هي (2.27%).

2- معيار السلوك التكيفي المستخدم في تعريف الإعاقة الذهنية ويقصد بذلك أن الفرد المعاق ذهنياً هو الفرد الذي تقل نسبة ذكاؤه عن (75) درجة في الذكاء، وفي الوقت نفسه يعاني من خلل واضح على مقاييس السلوك التكيفي، ويعنى ذلك أنه إذا أضفنا الدرجة على مقياس السلوك التكيفي إلى المعايير التي تقرر نسبة المعاقين ذهنياً فإن ذلك سوف يؤدي إلى تقليل نسبة الإعاقة في المجتمع من (2.27% إلى 1%)

3- العوامل الصحية والثقافية والاجتماعية: تعمل العوامل المرتبطة بالوعي الصحي والثقافي والمستوى الاجتماعي على زيادة أو خفض نسبة الإعاقة الذهنية في المجتمع، وتؤكد الدراسات هذه العلاقة إلى العلاقة العكسية بين زيادة الوعي الصحي والثقافي والاجتماعي وقلّة نسبة المعاقين ذهنياً في المجتمع والعكس صحيح.

ولذا تزداد نسبة الإعاقة الذهنية، في الدول النامية مقارنة بالدول الصناعية المتقدمة. ففي دولة السويد تبلغ نسبة الإعاقة الذهنية (0.4 %) في حين تبلغ نسبة الإعاقة في دول أمريكا اللاتينية حوالي (11.3%) وتبلغ نسبة الإعاقة في الدول العربية (3.8%).

ومن العرض السابق نتفق مع أن أكثر الإعاقات انتشاراً في المجتمعات هي الإعاقة الذهنية بسبب تدنى الخدمات الصحية والثقافية.

تصنيف الإعاقة العقلية: Classifications:

تتنوع التصنيفات للإعاقة العقلية تنوعاً كبيراً نظراً للاختلاف الكبير في المستويات الخاصة بالمعاقين عقلياً ومنها مستوى في القدرات العقلية والقدرات النفسية والقدرات الاجتماعية، كما تختلف طبقاً للتصنيف الذي صنفت على أساسه، ومن هذه التصنيفات ما يلي:

أولاً - التصنيف الطبي: ويقوم على إحدى المحكات التالية وسوف نستعرضها بشيء من الإيجاز:

أ- مصدر الإصابة. ب- درجة الإصابة.

ج- توقيت حدوث الإصابة. د- المظهر الإكلينيكي.

ويمكن توضيح هذه المحكات في هذا العرض الموجز فيما يلي:

أ- التصنيف حسب مصدر الإعاقة:

- قسم تيريد جولد (GouL (1952) حالات التخلف العقلي إلى:
- ضعف عقلي أولى.
- ضعف عقلي يرجع إلى حدوث أخطاء في الجينات.
- ضعف عقلي يرجع إلى عوامل بيئية أثناء الحمل أو أثناء الولادة نفسها (نبيه إبراهيم إسماعيل، 2006، ص: 71-72).

من هذه التصنيفات التصنيف الذي اقترحه كل من ستراوس Strauss وليتينين Lehtinen وفيه تمييز بين الإعاقة العقلية الناشئة عن عوامل داخلية وتكون ناتجة عن انتقال صفات نفسية عضوية خاطئة أو غير تامة النمو. والإعاقة العقلية الناشئة عن عوامل خارجية وتكون ناتجة عن التغيرات المرضية التي تحدث للفرد مثل الإصابة التي تحدث تلقا في المخ (Heward, 1992 , P.375)

ب- التصنيف حسب درجة الإصابة:

اقترح كانر التصنيف التالي:

- تخلف عقلي مطلق (Absolute).
- تخلف عقلي نسبي (relative).
- تخلف عقلي ظاهر (Appearance) (زينب محمود شقير، 1999، ص: 108-109).

- ويذكر ليفورت Lefort (2006) أن الجمعية الامريكية للتخلف العقلي حددت أربع فئات طبقا لشدة الإعاقة البسيطة Mild، الإعاقة الحادة Profound وذلك على النحو التالي:

أ- الإعاقة البسيطة: Mild

هي تشير إلى الأفراد الذين يتعلمون ببطء في المدارس ويستطيعون إنجاز المهارات الأكاديمية حتى المستوى السادس تقريبا وقدراتهم المهنية والاجتماعية تسمح لهم بالعمل والحياة باستقلالية مع قدر بسيط من المساندة والمتابعة.

ب- الإعاقة المتوسطة: Moderate

هي تشير إلى الأفراد الذين ينخفض مستوى مهاراتهم الأكاديمية إلى الصف الثاني على الأكثر وهم قابلون للتدريب على المهارات الحياتية والتكيف الاجتماعي ويحتاجون لأشراف كامل في أعمالهم.

ج- الإعاقة الشديدة: Severe

هي تشير إلى الأفراد الذين لديهم قدرات تواصلية محدودة ويفهمون المعلومة الأساسية فقط فيما يتعلق بالحروف الأبجدية، وهم لديهم درجات من العجز البدني مثل صعوبة الحركة أو اضطرابات النطق والكلام، وتعتمد البرامج التربوية لديهم على اكسابهم المهارات الحياتية والتواصل، ويحتاجون إلى الإشراف والمتابعة الكاملة في أعمالهم.

د- الإعاقة الحادة: Profound

وهي تشير إلى الأفراد الذين يتسمون بدرجة ملحوظة من العجز وفي حاجة مستمرة للتدريب والمساندة والمتابعة والرعاية المركزة في حالة وجود نسب عجز متفاوتة مثل صعوبة الرؤية أو السمع أو الحركة، ومن ثم يلزمهم مجموعة من المؤهلين لرعايتهم. (Lefor,2006, P.11).

يشير عبد العزيز السيد الشخص (2007) إلى أن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي قدمت تصنيفاً لشرائح ومستويات الإعاقة العقلية حيث تقع فئات المعاقين عقلياً بمستوياتهم المختلفة ابتداء من معامل ذكاء أقل من (20-25) كحد أدنى إلى (68-70) كحد أقصى وذلك على مقاييس الذكاء المقننة (السيد الشخص، 2007، ص: 72).

هـ- التصنيف حسب توقيت الإصابة:

يقترح يانيت Yannet تقسيماً ثلاثياً لحالات التخلف العقلي بسبب توقيت حدوث الإصابة إلى فئات ثلاث وهي كالتالي:

- 1- تخلف عقلي يحدث في مرحلة قبل الولادة: تعرض الجنين للاختناق.
- 2- تخلف عقلي يحدث أثناء الولادة: يتمثل في حالات إصابات تعرض لها الجنين كالاختناق أو إصابة الدماغ من جراء استخدام أجهزة الولادة (الشفط).

- 1- تخلف عقلي يحدث بعد الولادة: كتعرض الفرد للأمراض كالالتهابات السحائية وإصابات المخ نتيجة التسمم بالرصاص (طارق عبد الرؤوف، ربيع عبد الرؤوف، 2006، ص: 150-151).

واقترح يانت Yannet هذا التصنيف، حيث رأى أنه يمكن تصنيف حالات الإعاقة العقلية تبعاً لتوقيت حدوث الإعاقة، وذلك على النحو التالي:

أ- إعاقة تحدث في مرحلة ما قبل الولادة: Per-Natal

وهي الحالات التي تحدث فيها الإعاقة لأسباب فسيولوجية ومرضية واضطرابات كيميائية تنتقل إلى الجنين من الوالدين أو أحدهما مثل العامل الريزيسي RHS، وعدم ضبط السكر في الدم، والضغط المرتفع الذي يمكن أن يؤثر على نمو الجهاز العصبي المركزي للجنين، وتعاطى الأم الكحوليات والعقاقير أثناء الحمل، أو إصابة الأم بالأمراض الفيروسية المعدية كالحصبة.

ب- إعاقة تحدث أثناء الولادة: Intra- Natal

وهي الحالات التي يتعرض فيها الجنين للإصابة أثناء الولادة كالاختناق، أو إصابة الدماغ جراء استخدام أجهزة سحب الجنين من رحم الأم، والمعروفة باسم الولادة الديناميكية.

ج- إعاقة تحدث بعد الولادة: Post-Natal

وهي الحالات التي تحدث الإصابة فيها خلال الفترة النمائية- كتعرض الفرد لبعض الأمراض كالاتهابات السحائية وإصابات المخ نتيجة التسمم بأملاح الرصاص، أو أول أكسيد الكربون، أو الإصابات المباشرة للدماغ والناجمة عن الحوادث (عبد العزيز، الشخص، 2007، ص: 74-75).

د- التصنيف حسب أسباب الإعاقة:

قدمت تصنيفات عديدة للإعاقة تبعا لأسباب الإعاقة، إلا أننا نقتصر على تصنيف الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي المكون من عشرة فئات، والذي عرضه (عبد العزيز السيد الشخص 2007، 73-74) على النحو التالي:

- إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض معدية Inflection Disease مثل الحصبة الألمانية، الزهري، وعلى وجه الخصوص إذا كانت الإصابة في الشهور الأولى من الحمل.
- إعاقة ناشئة عن التسمم Intoxia disease مثل إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أول اكسيد الكربون.
- إعاقة ناشئة عن أمراض ناتجة عن إصابات بدنية Physical Trauma مثل إصابة الدماغ أثناء الولادة أو بعدها لأي سبب من الأسباب.
- إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض اضطراب التمثيل الغذائي Matabolism Disease مثل حالات الفينيل كيتونيوريا Pkenylketonouria وغيرها .
- إعاقة عقلية ناشئة عن خلل الكروموسومات مثل متلازمة داون.
- إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض تنجم من أورام مثل الدرن.
- إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض غير معروفة السبب تحدث قبل الولادة.
- إعاقة ناشئة عن اضطرابات عقلية مثل التوحد.
- إعاقة عقلية ناشئة عن أمراض غير معروفة السبب تحدث بعد الولادة.

- إعاقة عقلية ناشئة عن أسباب غير عضوية مثل العوامل الأسرية والثقافية كالحرمان الثقافي أو البيئي.

2- التصنيف حسب الأنماط الإكلينيكية:

تشير (فيوليت فؤاد ابراهيم، 2005، ص: 46) إلى أهم تلك الأنماط الإكلينيكية في هذا التصنيف للمعاقين عقلياً، وذلك على النحو التالي:

- المنغولية Mongolism وتسمى أيضاً أعراض داون Dawn's Syndrome.

- استسقاء الدماغ Hydrocephaly

- صغر الجمجمة Microcephaly

- القماءة أو القصاع Cretinism

- حالات اضطراب التمثيل الغذائي (RKU)

- حالات العامل الرايزيسي في الدم (Rehesus (RH- Factor)

- حالات الصرع Epilepsy.

- حالات التصلب الحدبي الدوني Taberams S

- حالات الشلل السحائي Cerbral Palsy

- حالات الفيغيل كينو نيوريا (PKU).

▪

3-التصنيف السيكولوجي: Psychological classification

يصنف المعاقين عقلياً في ضوء نسبة الذكاء على النحو التالي:

1- المعتوه: Idiot يمثل المعتوه أشد درجات التخلف العقلي بحيث تقل نسبة ذكاء المعتوه عن (25) وتبلغ نسبتهم حوالي (5%) من مجموع ضعاف العقول ولا يتجاوز العمر العقلي بأي حال عن (3) سنوات، والمعتوهون لا يستطيعون القراءة والكتابة والمعتوه لا يستطيع حماية نفسه أو حياته من الأخطار، وقد لا يأكلون إن لم يوضع لهم الطعام في أفواههم. وبالتالي يحتاج المعتوه إلى رعاية كاملة من الآخرين لأن لديه نقصاً أو تأخرًا في التكوين الجسمي وتلفاً كبيراً في المخ ولذلك لا يعمرن طويلاً وأغلبهم يموتون صغاراً (عصام نور سريه، 2006، ص: 18).

2- الأبله: Imbecile وتتراوح نسبة ذكاء البلهاء بين (25-50) درجه أي لا يزيد مستواهم العقلي من ذكاء الطفل العادي في سن السابعة، ولا تستطيع فيه تعلم القراءة، ويفتقر البلهاء إلى القدرة على العناية بأنفسهم أو الانتفاع من التعليم المدرسي، ومن الممكن تعليمهم كيف يرتدون ملابسهم بأنفسهم من بعض المخاطر، وبالتمرين يمكن تأهيلهم لبعض الأعمال البسيطة مثل الكنس وتنظيف الأرض والأحذية وغسل الملابس، كما يمكن اكسابهم عادات النظافة والنظام وآداب السلوك (أشرف محمد، 2000، ص: 33).

3- المأفون أو المورون: moron تبلغ نسبتهم حوالي (75%) من ضعاف العقول وتتراوح نسبة ذكائهم بين (50-70) ويتراوح عمرهم العقلي في أقصاه من (7-10) سنوات ومن صفاته أنه يستطيع الاعتماد على ذاته في كسب عيشه، من خلال عمل وحرفه بسيطة تناسب وضعه وظروفه ويستطيع الحفاظ على حياته، ولديه نوع من الانسجام والتوافق الاجتماعي المعقول نسبياً، ولديه بعض النقائص الجسمية والفسولوجية الطفيفة، وتستطيع هذه الفئة تعلم القراءة والكتابة ولكنها لا تستطيع التحصيل الدراسي

في الفصول العادية بل تحتاج إلى فصول أو مدارس خاصة. وقد شاع استخدام هذا التصنيف حتى الخمسينات ولكن بعد إجراء الكثير من الدراسات العلمية في ميدان التخلف العقلي تغيرت بعض المفاهيم العلمية لتضمنها لمعاني غير مقبولة من الناحية الاجتماعية فتغيرت هذه المصطلحات السابقة (نجوى غراب، 1999، ص: 24).

4-التصنيف النفسي الاجتماعي: Social Classification

نظراً للانتقادات التي وجهت إلى بعض التصنيفات ومنها معامل الذكاء كأساس لتصنيف الإعاقة العقلية فقد أضاف بعض العلماء بعض الخصائص الاجتماعية والسلوكية الأخرى إلى معامل الذكاء.

5- التصنيف التربوي: Educational Classification

يقسم التربويون العاملون في مجال الصحة النفسية للمعاقين عقلياً إلى ثلاث مستويات طبقاً للموقف التربوي وقدرتهم على التعلم وذلك على النحو التالي:

أ- القابلين للتعلم: Educable

وهم من لديهم القدرة على الاستفادة من البرامج التعليمية العادية ولكن بصورة بطيئة، فيحتاجون إلى برامج خاصة موجهة لإحداث تغير في السلوك الاجتماعي ليصبح مقبولاً في تفاعلاتهم مع الآخرين، وأيضاً في تحسين العمليات المعرفية والمهنية لديهم، وتستطيع تلك الفئة الاعتماد على نفسها في مرحلة عمليات البيع والشراء والعمل اليدوي مع مبادئ بسيطة من الناحية الأكاديمية، أي المهارات الأولية للتعلم وتتراوح نسب ذكائهم ما بين 50-70 (امال باظة، 2003، ص: 15).

ب- فئة القابلين للتدريب: Trainable

وتتراوح نسبة ذكائهم ما بين (25-49) وهم يمثلون (4%) ويحتاج هذه الفئة إلى الإشراف والرعاية الخاصة طوال حياتهم (Iluda, H, 1998, 5-20). وتتميز هذه الفئة بأن تحصيلها الأكاديمي منخفض جداً ولا يستطيع أفرادها العمل إلا في ورشة محمية، وهم غير قادرين على العناية بأنفسهم بدون مساعدة الآخرين لهم، ويتراوح معامل ذكائهم بين 25-50 (أحلام عبد الغفار، 2003، ص: 12).

3- فئة الاعتماديون: Custodial

هي تلك الفئة من الأفراد التي تقل نسبة ذكائهم عن (25) وهم يمثلون (5%) تقريباً وتحتاج هذه الفئة إلى رعاية أبوية مستمرة طوال حياتهم. كما يشير حامد زهران (1978) إلى أنه يمكن إرجاع أسباب الإعاقة العقلية إلى أسباب وراثية داخلية المنشأ أو بيئية خارجية المنشأ قبل أو أثناء أو بعد الولادة (حامد زهران، 1978، ص: 437).

1- متلازمة الكحول الجيني:

يعد سبب هذه المتلازمة هو إدمان الأم على الكحول وهي تسبب إعاقة عقلية بسيطة

ومن أعراض هذه المتلازمة:

- صغر في حجم الدماغ

- نمو غير طبيعي لعظام الوجه

- مشاكل حركية

- مشاكل بالقلب والأوعية الدموية

2- متلازمة لويس بار:

ما يميز هذه المتلازمة هو عيوب في الشعيرات الدموية لجلد الوجه والعين وكذلك الموجودة في المخيخ، ونادراً ما يعيش المصاب بها

ومن اهم أعراض هذه المتلازمة:

- عدم الاتزان بالسير
- ظهور اللون القرمزي بالوجه وحول العينين
- الاضطراب في حركة الأطراف
- اهتزازات حركية وعصبية مع إعاقة عقلية

3- متلازمة لاوس:

مرض وراثي مرتبط بكموموزم اكس ويحدث عند الذكور ويصاحبه إعاقة عقلية

ومن اهم أعراض هذه المتلازمة:

- بروز الجبهة من العظام الأمامية
- ضيق حدقة العين
- ضمور وضعف في العضلات والأطراف

4- متلازمة مارفان:

تتصف بعيوب بالجهاز العظمي ومن ميزاته طول القامة

ومن اهم أعراض هذه المتلازمة:

- الأنف والفم غير طبيعيان وبهما شق

- تغيير شكل الذقن

5- متلازمة موبوس :

متلازمة نادرة جداً تؤثر على العصب السادس والسابع وهذه الأعصاب تؤثر على الوجه ووتر

العضلات الوجهية وتسبب شللاً وجهياً

خسئس لئلا رلب لمهم ز :

- ضعف القدرة على الإمتصاص
- ضعف في تتبع الأجسام بعينه
- ضعف التعبير الوجهي
- حول في العيون
- ضعف القابلية للابتسام

خصائص الأطفال المتخلفين عقلياً:

إن التعرف على خصائص وسمات الأطفال المتخلفين عقليا، يساهم إيجابيا في تقديم أفضل الخدمات

على المستويات، النفسي، والتربوي، والاجتماعي، ويضمن التكفل الفعال الذي يستجيب

للاحتياجات والمطالب الأساسية الخاصة بهذه الفئة، علماً أن حالات التخلف لا تمثل فئة واحدة متجانسة وإنما هي طيف متنوع، فهي تختلف من حيث أدائها العقلي وخصائصها تبعاً لحجم ودرجة الإعاقة، فالأطفال المتخلفون عقلياً يتمييزون فيما بينهم علاوة على تمايزهم عن الأطفال العاديين.

بناءً على هذا التصور سنتطرق بالتوضيح لأهم الخصائص والسمات الفارقة لمختلف فئات التخلف العقلي، وسنحاول التركيز على الجوانب النفسية والعقلية المعرفية باعتبارها سمات أساسية مميزة للطفل المتخلف عقلياً.

ومن هذه الخصائص التي سوف نتناولها بإيجاز:

- الخصائص الجسمية.
- الخصائص العقلية المعرفية.
- الخصائص اللغوية للمعاقين عقلياً.
- الخصائص الاجتماعية والانفعالية للمعاقين عقلياً.
- الخصائص التعليمية للمعاقين عقلياً.
- الخصائص النفسية والانفعالية.

الخصائص الجسمية:

يقصد بالخصائص الجسمية الصفات المتعلقة بالجسد من وزن وطول وبنية جسمانية، ويحددها الدكتور إبراهيم مرسي بأنها الصفات: " الطول والوزن والتوافق الحركي العام والنوعي والحالة الصحية العامة والبنيان الجسمي للفرد من قابلية للعدوى أو المرض ومقاومته" (1996، ص: 274).

إن المسؤول عن ظهور هذه الصفات لدى الطفل عاملين هما الوراثة والبيئة، إن بعض فئات المتخلفين عقليا تعاني من اضطرابات في النمو وتشوهات جسمانية، مثل حالة الأطفال الحاملين لمتلازمة داون، هذه الصفات تجعلهم متميزين مقارنة بالأشخاص العاديين، بينما حالات التخلف العقلي البسيط أو الخفيف عموما لا يمكن تمييزهم عن الأطفال العاديين خصوصا في المراحل الأولى من النمو، فهناك تشابه في الطول والوزن والحركة والصحة العامة، ولهذا فإن الخصائص الجسمية لا تشكل في هذا المستوى مؤشرا دالا يعتمد عليه في عملية تشخيص التخلف العقلي الخفيف. أما فئة التخلف العقلي المتوسط فإنها تقع في الوسط من حيث التماثل إذا قارنها بالأطفال العاديين خصوصا في المراحل الأولى للنمو. " بالنسبة للنمو الجسمي لأفراد هذه الفئة عموما يقعون دون الأسوياء من حيث الطول والوزن والصحة العامة، حيث تنتشر بينهم التشوهات الجسمية، من أهمها تشوه العظام والاسنان، كما أن صحتهم الجسمية أقل مقاومة للأمراض " (علاء عبد الباقي، 2000، ص: 92).

إن فئات التخلف المتوسط عموما، قد تعاني من بعض التأخر في التحكم في وضعيات الجسد واكتساب مهارات استعماله في المكان، فهي تتأخر في وضعية الجلوس، والحبو، والمشي، كما قد يلاحظ عليها التأخر في النطق والكلام والتأزر الحسي الحركي، وتنتشر لديها العيوب الخلقية كقصور السمع، والبصر واضطراب الاتزان علاوة على عدم اكتمال النمو الجسمي من حيث الطول والوزن والنمو العضلي والحركي والحسي وذلك مقارنة بأقرانهم من الأطفال العاديين. (إبراهيم، مرسى، 1996، ص: 274).

أما حالات التخلف العقلي الشديد فانهم يمتازون ببطء في النمو ومشاكل على مستوى الصحة العامة قد تصل الى حد الاعتماد على الآخر للقيام بوظائف الحياة اليومية. تعاني هذه الفئة من اضطرابات ملحوظة في النمو الجسمي والحركي مما يعطل لديها اكتساب المهارات الأساسية لأداء الوظائف الجسمية الضرورية

للحياة، ومن خصائصها أنها " تعاني من صعوبات كبيرة في النمو الجسمي والحركي وتتأخر معظمها في الجلوس والوقوف والمشي ومسك الأشياء ورفع الرأس ويصاحب تخلفها العقلي عادة تشوهات خلقية وضعف في الحواس خاصة حاستي السمع والابصار، كما ينتشر بينهم معوقات جسمية كالصرع بأنواعه" (إبراهيم، مرسى، 1996، ص: 275)

1- الخصائص العقلية المعرفية:

إن ما يميز المتخلفين عقليا عن الأشخاص العاديين هو عدم قدرتهم على الوصول الى المستوى الذب يصل له الأفراد العاديون في نموهم العقلي كما يمتازون بضعف تفكيرهم ومحدودية إدراكهم الحسي، وعدم قدرتهم على إدراك العلاقات والتصور وضعف العمليات العقلية العليا عموما بشكل كبير، مثل التصور والتخيل والتفكير، والادراك والتذكر، وذلك بالرغم من أن فئات التخلف العقلي البسيط عادة ما تكون قدرات بسيطة على التدريب والتعلم الأولي إن توفرت لهم الظروف المناسبة والوسائل الضرورية لذلك. وذلك لأن نسب الذكاء لديهم تقل عن (70) ولا يزيد العمر العقلي للمعاق عقلياً عن عشرة أو إحدى عشر سنة وهذا لا يؤهله للتحصيل الدراسي لأكثر من الصف الخامس مهما بلغ به العمر الزمني ومهما تعرض لبرامج ومثيرات تربوية (عبد السلام عبد الغفار، يوسف الشيخ، 1996، ص: 74-75)

إن أهم الخصائص العقلية المعرفية التي تميز المعاقين عقلياً يمكن عرضها كما يلي:

أ- البطيء في تطور النمو العقلي:

وهي خاصية أساسية تميز حالات التخلف العقلي، حيث يلاحظ أن هناك تأخر في المكتسبات المتعلقة بالنمو مقارنة بالأطفال لعاديين، حيث لا يوجد لدى الطفل المتخلف عقلياً تناسب في النمو بين العمر الزمني والعمر العقلي، فخلال 12 شهر من الزمن لا ينمو الطفل المتخلف عقلياً سوى بمعدل ثمانية أشهر أو أقل

وفي النهاية فإنه قد يبلغ مستوى نمو طفل في العشرة من العمر وذلك عند بلوغه سن 18 سنة من العمر الزمني.

ب- القصور في الانتباه:

إن أهم ما يميز عملية الانتباه لدى الأطفال المتخلفين عقليا هي محدوديته في المدى الزمني والمكاني، أي أن الطفل المتخلف لا ينتبه سوى لموضوع أو شيء واحد ولمدة زمنية محدودة، وبعدها يتشتت انتباهه لأن المثيرات الداخلية لديه ضعيفة، ويحتاج الى بيئة محفزة ومثيرة للانتباه. إن مشكلة الانتباه لدى الأطفال المتخلفين ذهنيا يمكن كذلك تفسيرها بالحاجة

إلى التغذية الراجعة الفردية فهم ينتبهون عادة إلى الآخرين أكثر من انتباههم إلى متطلبات المهمة، كما في حاجة إلى مدة أطول مقارنة بالعاديين لفهم المطلوب، وربما يرجع الأداء المنخفض للأطفال المعاقين عقلياً إلى الدور الذي تلعبه خبرات الفشل في مواقف تعلم سابقة والتي تجعله دائما يبحث عن التوجهات اللفظية وغير اللفظية ممن حوله كمؤثر لنجاحه أو فشله أكثر من انتباهه إلى المهمة المطلوبة منه.

(وليد خليفة، 2006، ص: 99).

لقد أظهرت نتائج الدراسات التي أجريت على كل من الأسوياء وضعاف العقول، والتي ثم استعراضها من طرف كل من " سن وكلاارك " «Sen et Clark, 1968» بأن ثمة عوامل كثيرة لها أهميتها في عملية التشتت أهمها:

1- طبيعة العمل.

2- مدة العمل.

3- حدة منبه التشتت.

4- علاقة المشتتات بالعمل.

5- القيمة في جذب الانتباه.

وقد بينت هذه الدراسات أن ضعاف العقول أكثر ميلا من الأسوياء إلى إظهار السلوك التشتتي.

(كلارك، أ.د.ب، ترجمة: محمود، السيد، 1983، ص: 89).

ت-التخلف الدراسي أو الأكاديمي العام:

كثيرا ما نجد أن ذوي الإعاقة العقلية البسيطة لديهم عادة نقص في التحصيل الدراسي أو الأكاديمي وليست لديهم قدرة على التعلم عندما تكون طريقة التدريس بنفس الأسلوب المستخدم مع أقرانهم العاديين.

ج-ضعف الإدراك وقصور الذاكرة:

ترتبط العمليات العقلية العليا فيما بينها فلكي يتذكر الإنسان شيئا يجب يدركه ويثبته في ذاكرته، والمتخلفون عقليا يعانون من قصور في مجال عملية الإدراك، خاصة فيما يتعلق بالتعرف على المثيرات وتمييزها، وذلك نتيجة لصعوبة الانتباه والتذكر فهم لا يدركون خصائص الأشياء وينسون بسرعة الخبرات السابقة. وتذكر سهير محمد سلامة: " لأن الأطفال المعاقين عقليا يعانون من مشكلة عدم التذكر سواء كان ذلك متعلقا بالأسماء أو الأشكال أو الأحداث " (2202، ص: 43).

كما يشير عبد المطلب، القريطى: إلى أن الطفل المعوق عقليا يعاني من قصور في عمليات الإدراك، فهو لا ينتبه إلى خصائص الأشياء فلا يدركها، وينسى خبراته السابقة فلا يتعرف عليها بسهولة، مما يجعل إدراكه غير دقيق (عبد المطلب القريطى، 1996، ص: 89).

هـ- قصور التفكير:

إن نمو عملية التفكير لدى الأطفال المتخلفين عقليا تتم بإيقاع بطيء مقارنة بالأطفال العاديين وذلك بسبب قصور ذاكرته وضعف قدراته على الاكتساب ومحدودية لغته. " ينمو تفكير المتخلف عقليا سنة بعد أخرى لكن بمعدلات قليلة بسبب قصور ذاكرته وضعف قدراته على اكتساب المفاهيم وتكوين الصور الذهنية والحركية وضآلة حصيلته اللغوية" (إبراهيم، مرسى، ص: 282).

إن عملية النمو البطيء في التفكير، وقصور الذاكرة، وضعف الاكتساب والادراك، وقصور اللغة كلها، عمليات متعاقبة، من شأنها ان تجعل نمو الطفل المتخلف عقليا يتوقف عند مستوى استخدام المفاهيم الحسية والصور الذهنية والحركية ولا يتطور الى مستوى التجريد لأن تفكيره بسيط يستخدم الصور الذهنية الحسية البسيطة ويظل تفكيرهم سطحيا ساذجا في مواقف كثيرة وتستمر حاجاتهم للمساعدة في تصريف لشؤونهم فلا يكتمل رشدهم العقلي. " (س.ي، روبنشتاين، 1989، ص: 229).

2- الخصائص اللغوية للمعاقين عقلياً:

يزداد على مر السنوات تأكيد وجهت النظر، التي ترى أن نمو اللغة لدى الأطفال المتخلفين عقليا يقع تحت مستوى القدرات الأخرى. "وقد أكد علماء النفس السوفييت سابقا - بوجه- على دور الكلام في تنظيم السلوك وتكامله في مراحل الأولى، كما أكدوا على وظيفته من حيث هو نوع من التفكير الخارجي لدى الطفل السوي" (كلارك، أ.د.ب، 1983، ص: 82).

إن حالة النقص العام في مجال النمو اللغوي الذي يعاني منه الأطفال المعاقين عقلياً والمشكلات المتعلقة باستخدام اللغة واضطرابات النطق وأمراض الكلام كلها مظاهر ترتبط بحالة التخلف العقلي فهي

نتيجة للحالة كما انها تعززها وتعمقها، وعلى ذلك تكون المهارات اللغوية من أكثر المشاكل التي تواجه المتخلفين عقليا في محاولاتهم للاندماج الاجتماعي.

إن المظاهر المميزة للخصائص اللغوية تتمثل في أن درجة شدة وانتشار الصعوبات اللغوية لدى المتخلفين عقليا ترتبط بدرجة التخلف العقلي كما أوضح ذلك ميلر (Miller 1982) وقد أكد (كوفمان 1982) أن هناك خصائص في النمو اللغوي للمتخلفين عقليا تشير الى ان المشكلات الكلامية واللغوية وشدة هذه المشكلات ترتبط بشدة التخلف العقلي. ويمكن تقديم مقارنة للمهارات اللغوية بين فئات الإعاقة العقلية المختلفة على شكل مختصر كما هو مبين في الجدول الذي قدمه د/ يوسف فريد القريوبي نقلا عن: (لعجال، عفيفة، 2005، ص:87).

جدول رقم: (03) يوضح الخصائص اللغوية للمتخلفين عقليا حسب درجة الإعاقة.

درجة الإعاقة العقلية			
إعاقة عميقة	إعاقة شديدة	إعاقة متوسطة	إعاقة بسيطة
- عجز شبه تام في الاتصال اللغوي المنطوق.	- تأخر واضح في اللغة والتعبير وصعوبات واضحة في النطق.	- لغة بدائية غير متطورة.	- صعوبة في فهم واستخدام لمفردات معنوية.
- صعوبات شديدة في النطق.	- عدم القدرة على المشاركة في محادثة لفظية تلقائية.	- تباطؤ في الكلام.	- صعوبة بسيطة في النطق.
- قد يستخدمون الأصوات لدلالة على الأشياء.	- مفردات محدودة جدا لا تستخدم بشكل مناسب في تركيب لغوية مما يؤدي الى عدم القدرة على التعبير عن النفس.	- مفردات محدودة وصعوبة في التعبير.	- أخطاء في اللفظ في بعض الأحيان.
- الحاجة الى وسائل غير لفضية.		- عدم الاتساق في نغمة الصوت.	- تأخر في النمو اللغوي.

وهكذا يمكن اعتبار الخصائص اللغوية والمشكلات المرتبطة بها، مظهرا مميزا للإعاقة العقلية لأنها تؤثر على القدرة التواصلية، وتقود إلى الضعف أو التأخر اللغوي والكلامي.

الخصائص الاجتماعية:

إن مشاكل التكيف الاجتماعي والعلاقات الاجتماعية، هي أساس الخصائص الاجتماعية لحالة التخلف العقلي، وما يرتبط بها من سلوك خاص للأطفال المتخلفين وعلاقتهم بالمجتمع، فالإعاقة في كثير من أبعادها هي مشكلة اجتماعية، فالطفل المعاق يعاني من صعوبات في التكيف الاجتماعي، في مختلف مواقع الحياة اليومية في البيت والشارع والمدرسة، كما يعاني من عجز في عملية التفاعل مع الآخرين، وهو أقل قدرة على التصرف إزاء المواقف الاجتماعية وفي تفاعله مع الناس. كما أنه يظهر أساليب غير توافقية في مختلف مواقف الحياة، والخصائص الشخصية والاجتماعية للأطفال ذوي الإعاقة العقلية تتأثر بعوامل متعددة لها تأثير حاسم على نمو شخصيته وسلوكه الاجتماعي، إن ضعف القدرة العقلية وضعف التوافق وقصور سلوكه التكيفي كلها عوامل تضع الطفل المتخلف عقليا في حالة ضعف ودونية إزاء الأطفال العاديين وتعزز هذه الحالة بفعل انخفاض التوقعات الاجتماعية منه، فالمحيط لا ينتظر منه أي أداء إيجابي أو تنافسية مع الآخرين.

- الخصائص الانفعالية:

إن ما يميز الأطفال المتخلفين عقليا عموما هو اتصافهم بالانسحاب والعدوانية، والنشاط الزائد والنمطية السلوكية، وعدم القدرة على التحكم في الانفعالات وضبطها، والميل الى مشاركة من هم أصغر منهم سنا، فهم يعيشون حياة مليئة بالفشل وبالإحباط ومشاعر الدونية والشعور بالعجز والضالة إزاء الاقران. وسلوك

المتخلف عقليا مطبوعا بسمات التبدل الانفعالي واللامبالاة بالمحيط، وحالة عدم التحكم في الانفعالات المصحوبة بالاندفاع، وعدم إدراك المعايير الاجتماعية والاكتراث بها، والنزعة العدوانية وسهولة الانقياد، هذا بالإضافة الى ضعف الثقة بالنفس والرتابة وسلوك المداومة والتردد وبطء الاستجابة والقلق والسرحان وقد يبدو المتخلف عقليا لطيفاً مبتسماً في مختلف المواقف. واخير يجدر القول انه ليس غريبا ابداء، أن نجد بعض الاضطرابات الانفعالية لدى المتخلفين عقليا، وهي تتراوح من الاثار الممتدة للظروف المبكرة غير الملائمة، الى إصابة الدماغ، او الى أنواع الإحباط التي تواجه الشخص منخفض الذكاء، في عالم يعتمد على المنافسة. (كلارك، أ.د.ب، 1983، ص: 43).

تشخيص الإعاقة العقلية: Diagnostique du Retard mental

هناك القليل من الكتابات في حدود اطلاع الباحث قد تناولت كيفية تنفيذ التشخيص أو ما يمكن أن نطلق مفهوم التقييم التشخيصي للإعاقة العقلية، فعملية تشخيص التخلف العقلي عملية غاية في التعقيد، فهي تراعي وتشمل الخصائص الطبية والعقلية، والاجتماعية، والتربوية.

لقد كانت بداية عملية التشخيص للإعاقة العقلية في أوائل القرن التاسع عشر حينها كانت عملية التشخيص تتم من منظور طبي، لكن مع ظهور مقاييس الذكاء على يد كل من بينيه (Binet 1857-1911) و وكسلر (Weschler 1886-1981) بعد عام 1905، أخذت عملية التشخيص مسارا اخر، وأصبح التركيز على قياس القدرات العقلية، وقد تمثل هذا الاتجاه في استخدام مصطلح نسبة الذكاء quotient intellectuel (IQ) كدلالة على استخدام المقاييس السيكومترية Psychometric Tests في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ، وبقي الحال على ذلك حتى أواخر الخمسينات من هذا القرن العشرين، حين بدأ متخصصون في الإعاقة العقلية والتربية الخاصة وعلم النفس بتوجيه انتقادات إلى مقاييس الذكاء على

اعتبار أنها غير كافية لتشخيص حالات الإعاقة العقلية، إذ أن حصول الفرد على درجة منخفضة على مقياس الذكاء لا يعنى بالضرورة أنه معاق عقلياً، إذا أظهر الفرد قدرة على التكيف الاجتماعي، وقدرة على الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية بنجاح، ونتيجة لذلك ظهر بعد جديد في تشخيص حالات الإعاقة العقلية ألا وهو بعد السلوك التوافقي أو التكيفي، ودخل هذا البعد في عملية تعريف الإعاقة العقلية، كما ظهرت المقاييس الخاصة بذلك، ومنها مقياس الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي والمسمى بمقياس السلوك التكيفي، وفي الواقع فإن هذه الجمعية (AAMD) التي هي في الأصل الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي (AAMR) وكذا الجمعية الأمريكية للاضطرابات العقلية النمائية (AAIDD) كان من اهتمامها على الدوام و منذ سنة 1876 تأسيس معايير تشخيصية موضوعية للإعاقة الذهنية وهذا بهدف تصنيف وتوجيه التقييم التشخيصي، ولقد خضعت أعمالهما على مر السنين للتقييم و المراجعة مستمرة وتطورت حيث كانت في الإعاقة الذهنية سنة 1959 تشير الى أداء ذهني تحت المتوسط مصحوبا بأنواع أخرى من العجز يحدث خلال فترة النمو ويمس واحد أو أكثر من المجالات التالية:

- 1- النضج.
- 2- القدرة على التعلم.
- 3- التكيف الاجتماعي.

وتطورت المعايير من 1961 حيث ظل معيار الأداء الذهني تحت المتوسط، إلى ظهرت المعايير التشخيصية المعروفة ب (غروسمان 1973) الذي يعتبر الإعاقة العقلية هي مستوى الذكاء اقل من المتوسط مصحوبا بعجز في الأداء التكيفي يحدث خلال فترة النمو. وفي سنة 1992 قدمت الجمعية الأمريكية للإعاقة العقلية (AAMD) تعريفا واضحا وحددت طرق تقييم الأداء الذهني والتكيفي، والحكم العيادي، والتقييم السريري.

وفي الآونة الأخيرة في سنة 2002 قام (Sahalock ,et al) بتعديل طفيف في معايير التشخيص من حيث محددات التكيف وإضافة عامل التصنيف حسب مستويات الدعم اللازمة للمعاق ذهنيا وذلك على حساب التصنيف الخاضع لمستويات الذكاء. اليوم لا يزال اصدار الطبعة الثالثة من تعريف الجمعية (AAIDD)، (Schalock,et al 2010) دون تغيير فقد كرر نفس المفاهيم الأساسية لتشخيص الإعاقة الذهنية، واقترح خطة عمل للتقييم التشخيصي ولتصنيف وتطوير نظام الدعم، من خلال تحديد معالم لقياس الأداء الفكري والتكيفي واستمرار الحكم العيادي، وبهذا يجب ان يعكس التقييم التشخيصي توافقا بين مدة التقييم والطريقة المستعملة وان يكون صادقا ومفيدا للشخص المعاق.

وبالتوازي واصلت الجمعية للأخصائيين النفسانيين (APA) متابعة تطوير معايير التشخيص الخاصة بالإعاقة الذهنية، وبفضل تلك الجهود، يوجد لدينا اليوم أربعة أعمال رئيسية تحدد تعريف الإعاقة الذهنية ومعايير تشخيصها وهو يمكن اجماله في الجدول:

الجدول رقم: (04) (ANICK BRISSON, 2014, P: 06)

الإعاقة الذهنية (التخلف العقلي) حسب المراجع التشخيصية الدولية المعمول بها حالياً.

DSM-5 (2013)	AAIDD 11th (2010)	DSM-IV-TR' (2000)	CIM10(1996)	المعايير (المتزامنة)
مستوى الذكاء في حدود 70 أو أقل	مستوى الذكاء بين 70-75 <math>QI < 70</math>	مستوى الذكاء يساوي أو أقل $QI \leq 70$	مستوى الأداء الذهني محدود نسبة الذكاء (<math>QI < 70</math>)	الأداء الذهني
التغير حسب سلم مصادق عليه	تغير دال في 3/1 في مجال قدرات الأداء التكيفي أو في النتيجة العامة (حسب المجموعة العمرية والثقافية)	تغير دال في 10/2 في مجال الأداء التكيفي (حسب المجموعة العمرية والثقافية)	انخفاض مهارات الأداء عن مستوى التكيف مع طلبات البيئة الاجتماعية العادية	الأداء التكيفي
بدء ظهور الإعاقة خلال فترة النمو	بدء الظهور قبل سن 18 سنة	بدء الظهور قبل سن 18 سنة	بدء ظهور الإعاقة خلال فترة النمو	بدء ظهور الإعاقة

إلى جانب مقاييس الذكاء التقليدية، وبناء على ظهور هذه المعايير وتطورها ظهرت العديد من المقاييس لتشخيص الإعاقة الذهنية أهمها مقاييس السلوك التكيفي، والمقاييس التحصيلية Academic Achievement Tests التي تهدف إلى قياس وتشخيص الجوانب الأكاديمية والتحصيلية لدى المعاقين عقلياً (فاروق الروسان، 199، ص:95).

وفي هذا الإطار يرى سهير كامل: "إن تشخيص الإعاقة العقلية ليس سهلاً، ويجب الحرص وتوخى الدقة لأن الخطأ في تشخيص حالة الطفل بأنه معاق عقلياً يعتبر أمراً يغير مستقبل حياته" (2002، ص: 92).

ومراعاة لمصلحة الطفل، وتوخياً للدقة، والموضوعية، أصبح المجتمع العلمي يميل إلى اعتماد الاتجاه التكاملي في تشخيص الإعاقة العقلية، وقد أصبح هذا الاتجاه الأكثر قبولا في أوساط التربية الخاصة، إذ يجمع ذلك بين التشخيص الطبي، والسيكومتري، الاجتماعي، التحصيلي (فاروق الروسان، 2003 ص: 42).

أخيراً يجب الإشارة إلى أن قضية تشخيص الإعاقة العقلية تعتبر مسألة معقدة ومتعدد الجوانب والأبعاد، ولأنها تتعلق بمسار حياة الفرد، ماضياً، وحاضراً، ومستقبلاً، يجب أن تكون العملية تكاملية وعبارة عن تقييم شامل لحياة المفحوص يمس مختلف مراحل ومستويات النمو ويقدم فحصاً مفصلاً من الجوانب الطبية والعقلية، والاجتماعية والتربوية، فالتشخيص التكاملي بهذا المعنى يجب أن يشكل تقييماً متكاملًا يشمل الوضع الصحي العام، بما فيه الحالة الجسمية، والعقلية النفسية، والحالة الاجتماعية والاقتصادية.

أسباب الإعاقة العقلية:

إن منظور السببية من المسارات التي لازمت مختلف العلوم منذ بداياتها الأولى، وهذا نجده رفيقاً لاضطراب الإعاقة العقلية على غرار غيرها من المباحث في مختلف العلوم. وهكذا تعددت البحوث منذ ظهور مفهوم التخلف العقلي إلى يومنا هذا، وكلها يحاول أن تجد تفسيراً لحدوث هذا النوع من الاضطرابات ولكيفيات عملها وذلك من خلال البحث عن الأسباب التي تكمن وراءها. ونتيجة لتراكم البحث عبر تاريخ الإعاقة العقلية قد أمكن عزل بعض الأسباب بطريقة ملحوظة خلال الفترة الماضية نتيجة للتطور في مجال البحوث العلمية من حيث المنهج والوسائل، " وقد بلغ عدد الأسباب المعروفة حتى الآن (250) سبباً، ومع

ذلك فإن حوالي 70% من أسباب حالات الإعاقة العقلية غير معروفة حتى الآن، و25% من الأسباب المعروفة للإعاقة العقلية فقط. (عوني معين شاهين، محمود سالم النووي، 2009، ص:110).

ويمكن تقديم مبحث الأسباب الخاص بالإعاقة العقلية على شكل أخطوطة مختصرة، تعكس هيكلية تنوع وتفرع الأسباب، وذلك بالنظر لكون هذا المبحث يتوفر على تراكم نظري متاح، كما أنه لا يشكل حسماً عملياً في مجال التمييز بين التوحد والتخلف العقلي، وعليه فإننا سنقدمه على النحو التالي:

تقسم أسباب الإعاقة الى صنفين:

1. من حيث زمن الحدوث:

وهذا يعتمد على وقت حدوث الإعاقة ويقسم الى ثلاثة أقسام

- ما قبل الولادة.
- أثناء الولادة.
- ما بعد الولادة.

2. من حيث طبيعة عوامل الإصابة:

وهذا يعتمد على أسباب حدوث الإعاقة وتنقسم الى قسمين وهما:

- أسباب الوراثية.
- أسباب المكتسبة.

أولاً: من حيث زمن الحدوث:

تصنف أسباب الإعاقة العقلية الى ثلاث مجموعات رئيسية هي:

1- مجموعة أسباب مرحلة ما قبل الولادة:

وهي تلك الأسباب التي تحدث أثناء فترة الحمل أي منذ لحظة الإخصاب وحتى قبيل مرحلة الولادة

وتقسم هذه المجموعة من الأسباب الى مجموعتين هما:

أ - **العوامل الجينية:** ويقصد بها تلك العوامل الوراثية وهي انتقال الصفات الوراثية من الآباء الى الأبناء عند عملية الإخصاب.

والجينات: وهي التي تحمل تلك الصفات الوراثية وتأخذ ثلاثة أشكال رئيسية هي:

1. الجينات السائدة.

2. الجينات الناقلة

3. الجينات المتنحية.

ومن العوامل الجينية حالات الإعاقة العقلية الناتجة بسبب اختلاف العامل الرايزسي.

ب - **العوامل غير الجينية:** ويقصد بها تلك العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين في هذه المرحلة ولا تقل هذه العوامل في أثرها عن العوامل الجينية.

ومن العوامل غير الجينية ما يلي:

1. الأمراض التي تصيب الأم الحامل: مثل مرض الحصبة الألمانية ومرض.

2. الزهري ومرض السكري.

3. سوء تغذية الأم الحامل.

4. الأشعة السينية

5. العقاقير والأدوية.

6. تلوث الماء والهواء.

2- مجموعة أسباب مرحلة أثناء الولادة:

وهي تلك الأسباب التي تحدث أثناء الولادة ومنها:

1. نقص الأكسجين أثناء مرحلة الولادة.

2. الصدمات الجسدية.

3. الالتهابات.

3- مجموعة أسباب ما بعد الولادة:

وهي الأسباب التي تحدث بعد عملية الولادة وتعتبر هذه الأسباب مسئولة عن معظم حالات الإعاقة

العقلية البسيطة ومن أهم هذه الأسباب ما يلي:

1- سوء التغذية.

2- الأمراض والالتهابات.

3- الحوادث والصدمات.

4- العقاقير والأدوية.

خلاصة:

من خلال المعطيات الواردة في هذا الفصل يتضح جليا أن الإعاقة الذهنية عامة والتخلف العقلي بصفة خاصة هي مجال متشابك من البيولوجيا وعلم الاعصاب والعلوم النفسية والاجتماعية وغيرها من التخصصات، كلها حاولت أن تحدد المفهوم، وتفسر العوامل والأسباب المؤدية للإعاقة، لكن كل تلك التخصصات كانت تصل الى مستوى تجد نفسها أما محدودية طرحها وعجز وسائلها، لهذا ظل التخلف رغم التراكم النظري مجالا غامضا في حاجة إلى مزيد من الجهد من أجل اكتشاف مجاهيله، فهو أي التخلف العقلي إعاقة متشعبة تشترك مع كثير الإضرابات العضوية والنفسية وعلى رأسها اضطراب التوحد فأكثر من 75 بالمئة من المتوحدين يعانون من التخلف العقلي كما بينا سابقا في الفصل الخاص بالتوحد، وهكذا فإن التراث النظري الذي قدما بعض معطياته في هذا الفصل، هو من التراكم والضخامة بحيث أن العمل عليه يشعر الباحث دوما بالرغبة في سبر المزيد من غوره، ويجعله يتبن مدى التداخل بين عناصر هذا الحقل فيما بينها وتداخلها مع حقول أخرى، فالإعاقة العقلية اضطراب يمس السلوك التكيفي للإنسان في حياته اليومية والتكفل بها بشكل فعال يقتضي فهما أعمق للميكانيزمات المتحكمة في الإعاقة وتحديد العوامل المسؤولة عنها والحدود الفاصلة بينها وبين الاضطرابات الأخرى أي تحديد تشخيص مفارق لاسيما بينها وبين التوحد باعتبار الحالة الأكثر تواجدا مع الإعاقة الذهنية، ولتحقيق هذا الهدف لازال أمامنا الكثير من البحث الميداني. والنظري في هذا المجال.

الفصل الخامس:
منهج وإجراءات
الدراسة



الفصل الخامس: منهج وإجراءات الدراسة

منهج الدراسة

إجراءات الدراسة

مجتمع الدراسة

عينة الدراسة

أدوات الدراسة

مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطفولي.(GARS)

الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي للتوحد(4-5 DMS) .

دليل التشخيص الدولي للتوحد(CIM10) .

منهج الدراسة:

إن طبيعة الموضوع وخصوصية المشكلة هي الأساس لتحديد المنهج وهو حسب تعريف عبد الرحمان العيسوي " المنهج هو عدة خطوات تبدأ بملاحظة الظواهر واجراء التجارب، ثم وضع الفروض التي تحدد نوع الحقائق التي ينبغي أن يبحث عنها، وتنتهي بمحاولة التحقق من صدق الفروض، أو بطلانها توصلا إلى قوانين عامة تربط بين الظواهر وتوجد العلاقات بينها" (عبد الرحمان العيسوي، 2002، ص:14).

وفي هذا الإطار قدرنا أن يكون المنهج اللازم للدراسة هو المنهج الوصفي.

ولتحقيق اهداف البحث اعتمدنا العينة القصدية نظرا لتماشيها مع أغراض البحث الذي يهدف لفحص إمكانية التمييز بين اضطرابين في نفس الفئة، التوحد والتخلف العقلي.

إجراءات الدراسة:

هي الأسلوب المنهجي المنظم الذي يستخدمه الباحث لدراسة إشكالية معينة، هادفاً بذلك الوصول إلى نتائج واضحة وفقاً لبراهين علمية تساعد في إيجاد حلول لتلك المشكلة، أو بمعنى آخر هي التصورات المتعلقة بتنفيذ البحث المقدم من خلال مجموعة من القواعد المتفق عليها من جانب خبراء البحث.

وفي هذا البحث بعد التصورات الأولية عن المشكلة والتي جاءت من خلال التجربة الميدانية والممارسة العملية مع الفئات الخاصة وبغرض إيضاح التصورات قمنا بدراسة استطلاعية.

الدراسة الاستطلاعية: تعد الدراسة الاستطلاعية اجراء هاما واساسيا لتحديد الموضوع وتأطيره من خلال مقارنة الميدان مما يمكن الباحث من اتخاذ الإجراءات الملائمة لمعالجة الاشكال المطروح، حيث تعتبر هذه المرحلة أساسية لاختبار أدوات البحث ولتأكد من مدى صلاحيتها، وهي أي الدراسة الاستطلاعية بمثابة

نموذج مصغر عن البحث وهي اكتشاف للطريق أو لنقل وضع خارطة طريق أمام الباحث قيل ان يبدأ في تطبيق الخطوات التنفيذية لبحثه (محمد خليفة بركات، 1984، ص: 73).

وقد شملت الدراسة الاستطلاعية لبحثنا مرحلتين:

1- **المرحلة الأولى:** مرحلة تحديد أفراد العينة حيث قمنا خلالها بالتأكد من المعطيات الأولية التي تشكلت لنا من جراء ممارستنا المهنية السابقة، وملاحظتنا لظاهرة عدم التمييز التشخيصي بين المتخلفين عقليا والأطفال المصابين باضطراب التوحد في مراكز التكفل النفسي البيداغوجي، وفي هذه المرحلة التي تمت خلال شهر نوفمبر سنة 2012 عن طريق زيارات متعددة قمنا خلالها بإجراء مقابلات مع المعلمين المتخصصين والمربين بالمركز النفسي البيداغوجي رقم 02 غراسة بشار للتأكد من كيفية وضع الأطفال بالمركز، والإجراءات المتخذة في هذا الإطار، وطرق التعامل مع هؤلاء الأطفال الذين يعتبرون في مفهوم المركز والطاقم البيداغوجي التابع له وفي مفهوم الوضع القانوني للمؤسسة، أي الوظيفة الرسمية للمركز، أطفال متخلفون عقليا، وبعد الاطلاع على ملفات الأطفال والتقرب منهم من خلال ملاحظتهم في الأقسام وفي الساحة أثناء اللعب، مما سمح لنا بافتراض إصابة بعضهم بالتوحد، كما سمحت لنا الدراسة الاستطلاعية بالتحدث مع المختصين النفسانيين بالمركز للتأكد من الحالات وتحديد شروط العينة من حيث السن وكذا بعض المواصفات القدية.

2- **المرحلة الثانية:** شملت المرحلة الثانية من الدراسة الاستطلاعية اعتماد أدوات البحث وعلى رأسها

- مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطفولي.(GARS)
- الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي للتوحد(DMS 4-5) .

- دليل التشخيص الدولي للتوحد (CIM10).

وذلك لأن هذا المقياس مترجم إلى العربية علاوة على كونه يمتاز بخصائص سيكومترية عالية من حيث الصدق والثبات، كما لأنه يعتمد في بنوده على مضامين الدليل التشخيصي الاحصائي الأمريكي وكذا دليل التشخيص الدولي لمنظمة الصحة العالمية، هنا تجدر الإشارة إلى أن عملنا هذا أننا لا يهدف لتشخيص التخلف العقلي على اعتبار أن الأطفال الموضوعين بالمركز قد تم تشخيصهم وتصنيفهم على هذا الأساس، ونحن نريد تمييز حالات التوحد الموضوعية بالمركز على أساس عدم التمييز التشخيصي بينها وبين التخلف العقلي، لذا فإننا نحتاج لهذه الغاية مقياس لتشخيص التوحد وتمييزه عن التخلف العقلي.

مجتمع البحث:

تضمن مجتمع الدراسة جميع الأطفال المتخلفين الموضوعين بالمركز النفسي البيداغوجي 2 غراسة بشار والبالغ عددهم 80 طفل مشخصين على أساس الإصابة بالتخلف العقلي بمختلف درجاته، وقد تم اختيار هذا المركز بمدينة بشار كميدان للدراسة، نتيجة للملاحظات السابقة للباحث، وكذا لتوجهه بمقربة من مجال سكن وعمل الباحث، علاوة على توفره على معايير اختيار العينة.

عينة الدراسة:

لقد مكنتنا الخبرة المهنية في مجال الفئات الخاصة والتعامل المسبق مع هذا النوع من الحالات على مستوى المراكز النفسية البيداغوجية، وكذا الدراسة الاستطلاعية من التعرف على خصائص مجتمع الدراسة والأفراد الذين شملتهم الدراسة، حيث تم تحديد الشروط لواجب توفرها في وحدات عينة البحث والحجم المناسب لتحقيق اهداف الدراسة، لذلك اعتمدنا ما يعرف بالعينة القصدية، "التي تعتمد على تقرير الباحث في

اختيار الحالات التي تكون عينة البحث، وتحقق الهدف من الدراسة، أي انها عينة يتعمد الباحث أن تتكون من وحدات معينة، محددة المواصفات". (عدلي أبو الطاحون، 1998، ص: 217).

تتشكل عينة الدراسة من 20 عشرون طفل تابعين للمركز الطبي البيداغوجي 2 بمدينة بشار تتراوح أعمارهم بين 08 إلى 17 سنة تم تشخيصهم على أساس التخلف العقلي، وتم وضعهم بالمركز الطبي البيداغوجي رقم 2 غراسة ولاية بشار قصد التكفل بهم وتتبعهم بأقسام الإعاقة العقلية.

وقد تم اختيار العينة بطريقة قصدية وفق المعايير التالية:

1- معيار السن (08-17). وهي الشريحة التي تتماشى مع الوضع القانوني للمؤسسة وشروط الوضع لهذه الفئة.

2- تشخيص الحالة باعتبارها تخلف عقلي.

3- استبعاد حالات داون أو الصبغي 21 لأن تشخيصها كإعاقة خفيفة يستند في جزء كبير منه على أساس الخصائص الجسدية.

4- أن يظهر على الحالة ضعف التواصل مع استبعاد حالات عدم التواصل التام.

5- تأخر في اللغة.

6- ضعف التواصل البصري.

7- أن تكون للحالة القدرة على التقليد للسلوكات المطلوبة منها، أي لها حد أدنى من التفاعل.

وبعد حصر أفراد العينة بالاتصال مع المعلمين والمربين والنفسانيين العاملين بالمركز جاء توزيع

أفراد العينة على الشكل التالي.

الجدول رقم(05): يبين توزيع أفراد عينة الدراسة:

الجنس		العدد	الفئة العمرية
إناث	ذكور		
02	02	04	09 - 6 سنة
01	03	04	13 - 10 سنة
03	09	12	17 - 14 سنة
06	14	20	المجموع

أدوات الدراسة:

1- مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية-GARS-2.

2- قائمتي المعايير الاكلينيكية في دليل التشخيص الاحصائي لجمعية أطباء الأمراض النفسية

الأمريكية (APA) وهما (DSM IV_TR (2000)-DSMV2013

3- دليل التصنيف والتصنيف الدولي العاشر للأمراض CIM10. لمنظمة الصحة العالمية التابعة

للأمم المتحدة OMS

مقياس جيليام لتشخيص التوحدية

Gilliam Autism Rating Scale

يستخدم المقياس لتقييم الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 3- 22 عاماً، والذين يعانون من مشكلات سلوكية حادة، والغرض منه مساعدة المتخصصين على تشخيص التوحدية.

يساعد في تحقيق أهداف عدة أهمها التوصل إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد بين مختلف الأفراد والذي يمثل الهدف الأساسي للمقياس. كذلك على درجة كبيرة من المعيارية وهو الأمر الذي ينعكس من خلال تقنيته، وكذلك يزودنا بمعلومات مرجعية المعيار أو المحك يمكن أن تسهم في تشخيص اضطراب التوحد بين مختلف الأطفال. فقد يستخدم هذا المقياس من قبل الأهل أو المختصين .

ولبنود المقياس الفرعية صدق ظاهري واضح وقوي لأنها بنيت على تعريف التوحدية الذي أعدته الجمعية الأمريكية للتوحد، وكذلك على المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد التي قدمتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الإصدار الرابع. ولمقياس جيليام لتقدير التوحدية خصائص سيكومترية ممتازة، وأثبت فاعليته في التعرف على الأشخاص الذين يعانون الذاتية. ويتكون المقياس من أربعة أبعاد فرعية تصف سلوكيات محددة وملحوظة ويمكن قياسها كل بعد من الأبعاد يصفها يتألف كل منها من 14 عبارة ليصل الإجمالي 56... والأبعاد الأربعة هي:

السلوكيات النمطية. 🚩

التواصل. 🚩

التفاعل الاجتماعي. 🚩

الاضطرابات النمائية. 🚩

ويتم الحصول على الدرجات الخام وتحويلها إلى درجات معيارية ونسب مئوية كما يمكن تحويل مجموع الدرجات المعيارية للمقياس إلى معامل التوحديّة Autism quotient وكذلك استخراج الخطأ المعياري للمقياس. ومن الملاحظ أن كل مقياس فرعي من هذه المقاييس الأربعة يمثل اختباراً مستقلاً في ذاته، ويمكن بالتالي أن يتم تطبيقه بمفرده أو دون سواه في البحوث المختلفة. المقياس تم تعريبه بمصر وتم استخراج معاملات ثبات وصدق له ولكن لم يتم استخراج معايير له حتى الآن، الاختبار نشر في مصر عام 2004 وقام بإعداده كل من الدكتور محمد السيد عبد الرحمن والدكتورة منى خليفة على حسن بجامعة الزقازيق.

الخصائص السيكومترية لمقياس جليام لتشخيص اضطراب التوحد:

لقد أجريت العديد من الدراسات على مقياس جليام بقصد التعرف على الخصائص السيكومترية للمقياس، وهنا سنعمد نتائج دراستين من أهم الدراسات أجريت أحدهما بالبيئة السورية:

1- أجريت هذه الدراسة من طرف رايد الشيخ ذيب ونشرت بمجلة دراسات العلوم التربوية سنة 2013 وطبقت الدراسة على عينة من 240 مفردة موزعين على الشكل التالي 176 ذوو اضطراب التوحد 31 ذوو إعاقة عقلية، 33 طالب عادي بالجمهورية العربية سوريا العربية، وأشارت نتائج الدراسة الى تمتع المقياس بدلالات صدق المحتوى، وصدق تمييزي من خلال قدرته على التمييز بين فئة اضطراب التوحد وكل من المعاقين عقلياً والعاديين، كما حسبت دلالات صدق البناء بين المقاييس الفرعية الثلاثة المكونة للمقياس الكلي باستخدام معامل ارتباط بارسون (0.886-0.757)، وتراوح معامل الثبات للمقياس باستخدام اتفاق المقيمين (ن=95) ما بين (0.906-0.829) وطريقة الاتساق الداخلي بين (0.891-0.934). (رائد ذيب، 213، 429).

2- دراسة أجريت مؤخراً في إطار التخرج لنيل شهادة الماستر تخصص القياس النفسي بجامعة محمد بوضياف المسيلة من طرف زليخة عباس بالموسم الدراسي 2018/2017 كمحاولة لتكييف مقياس جليام لتشخيص اضطراب التوحد على عينة من الأطفال المشخصين باضطراب التوحد والذين بلغت أعمارهم ما بين (03 سنوات-15 سنة) وقد اعتمدت على الدراسة الأردنية كمرجع مقارنة وتم استخراج الخصائص السيكومترية للمقياس وجاءت الدرجة الكلية لثبات المقياس حسب معامل الفا كرومباخ (0.68) وهذا يعني ثبات جيد وصالح للاستعمال على البيئة المحلية، وقد استنتجت الدراسة أن المقياس عموماً يمتاز بصدق وثبات جدين. (زليخة عباس، 2018/2017، 92).

الدليل الإحصائي DSM5 وأهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب التوحد وفقاً للمعايير الجديدة:

صدر رسمياً الدليل الأمريكي التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (2013/5/18) وهو نتيجة جهود علمية كبيرة خلال أكثر من عشر سنوات مضت، وهو يعتبر دليلاً رئيسياً للممارسين العياديين في ميدان الاضطرابات النفسية.

ويتضمن الدليل ثلاثة أقسام:

- مقدمة ومعلومات واضحة عن كيفية استعمال الدليل.
- معلومات عن تشخيص الاضطرابات النفسية وتصنيفها.
- أدوات للتقييم الذاتي، إضافة للتصنيفات التي تحتاج لدراسة أكثر.

وقد نظمت فصول الدليل بشكل يعكس علاقة الاضطرابات فيما بينها. وخلال كل الدليل قدمت

معلومات عن كل الاضطرابات بالنسبة للعمر والجنس والخصائص التطورية. وقد تم إلغاء التصنيف متعدد

المحاور مما يلغي الفروق المصطنعة بين الاضطرابات الطبية والنفسية.

ويحتوي الدليل على عدد من الحالات مقارب للحالات المرضية في الدليل الرابع.

وتتضمن التغييرات الكبيرة في عدد من الحالات المحددة مثل:

التوحد: لدين الآن تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد. وهو يتضمن أربع تشخيصات سابقة -وهي التوحد، اضطراب أسبرجر، اضطراب الطفولة الانحلالي، اضطراب النمو المنتشر غير المحدد بشكل آخر.

ويتصف اضطراب طيف التوحد

أولاً: بنقص في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي.

ثانياً: بمحدودية وتكرار السلوك والاهتمامات والنشاطات.

إذا لم يتوفر وجود الصفات السلوكية المذكورة في البند الثاني فإن التشخيص هو اضطراب في

التواصل الاجتماعي وليس طيف التوحد.

من الواضح أن الجهود الكبيرة العلمية التي ارتبطت بإنتاج هذا الدليل تفرض تأثيرها الدعائي والمعنوي

والعملي على ممارسة الطب النفسي والعلاج النفسي في مختلف بقاع الأرض. وبالتأكيد هناك فوائد عديدة

لهذا التصنيف من النواحي النظرية والعلمية والبحثية...ولكن لا بد من التأكيد على نسبية المعلومات المقدمة

في هذا التصنيف وعلى أهمية الاطلاع على وجهات نظر نقدية متنوعة له.. ولا يمكن استيراد هذا التصنيف

حرفياً وبشكل جامد في ثقافات وبيئات مختلفة. أو دون تمحيص وبحث ونقد ومزيد من الدراسات.. وتبقى

قضايا الممارسة النفسية في العالم الثالث والاختلافات المتنوعة في نوعية الأعراض وتطورها موضوعاً

أساسياً لا بد من دراسته بشكل علمي مما يمكن أن يضيف إلى معلوماتنا الحالية عن الاضطرابات النفسية.

أهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب التوحد وفقا للمعايير الجديدة بالدليل الإحصائي DSM5

1- استخدام تسمية تشخيصية موحدة: (Single Diagnosis)

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

2-التشخيص استنادا على معيارين اثنين بدلا من ثلاثة معايير:

تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين اثنين في عملية التشخيص بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة. حيث تتضمن المعايير الجديدة للتشخيص وفقا لمعاري القصور في التواصل الاجتماعي(Social Communication) والتفاعل الاجتماعي

(Social Interaction)، والصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والتكرارية والنمطية. ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معيارا ثالثا وهو القصور النوعي في التواصل.

3- عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها: (Number of Diagnostic Symptoms)

تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعه 7 أعراض سلوكية موزعة كما يلي: 3 أعراض في المعيار الأول و 4 أعراض في المعيار الثاني. وعلى العكس من ذلك، فقد استخدمت المعايير القديمة 12 عرضا سلوكيا موزعة على شكل 4 أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

معايير تشخيص التوحد DSM-5 الطبعة الخامس من الدليل التشخيصي

معايير التشخيص لاضطراب طيف التوحد (ASD) والتشخيص ذات الصلة من اضطراب التواصل الاجتماعي (SCD)، كما تظهر في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) اعتبارا من مايو عام 2013، قام علماء النفس والأطباء النفسيين بمراجعة المعايير عند تقييم الأفراد لهذه الاضطرابات التنموية.

الاجتماعية (الواقعية) اضطراب الاتصالات (F80.89)315.39

معايير التشخيص A.

الصعوبات المستمرة في استخدام النشاط الاجتماعي من التواصل اللفظي وغير اللفظي كما يتضح من

كل ما يلي:

1. -العجز في استخدام الاتصالات لأغراض اجتماعية، مثل التحية وتبادل المعلومات، وبطريقة غير مناسبة للسياق الاجتماعي.

2. -ضعف القدرة على تغيير الاتصالات لمطابقة السياق أو احتياجات المستمع، مثل التحدث بشكل مختلف في أحد الفصول من في الملعب، والحديث بشكل مختلف لطفل من لشخص بالغ، وتجنب استخدام لغة رسمية أكثر من اللازم.

3. -الصعوبات التالية قواعد للمحادثة ورواية القصص، مثل يتناوبون في المحادثة، إعادة صياغة عندما يساء فهمه، ومعرفة كيفية استخدام الإشارات اللفظية وغير اللفظية لتنظيم التفاعل.

4. -صعوبات في فهم ما لم ينص صراحة (على سبيل المثال، مما يجعل الاستدلالات) والمعاني أو غامضة من لغة (على سبيل المثال، والتعابير، والنكتة، الاستعارات والمعاني المتعددة التي تعتمد على السياق لتفسير). بآء نتيجة العجز في القيود الوظيفية في التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية، التحصيل الدراسي، أو الأداء المهني، منفردة أو مجتمعة. ظهور الأعراض في فترة النمو المبكر (ولكن قد لا تصبح العجز واضح تماما حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي قدرات محدودة). الأعراض لا تعزى إلى حالة طبية أو عصبية أو إلى قدرات منخفضة في نطاقات أو بنية الكلمة والنحو، ولا يتم شرحها بشكل أفضل من خلال اضطراب طيف التوحد، والإعاقة الفكرية (اضطراب النمو الفكري)، تأخر في النمو، أو اضطراب عقلي.

اضطراب طيف التوحد (F84.0)299.00

معايير التشخيص A.

العجز المستمر في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي عبر سياقات متعددة وذلك من خلال:

1. في المعاملة بالمثل الاجتماعية والعاطفية، التي تتراوح، على سبيل المثال، من نهج اجتماعي غير طبيعي وفشل محادثة عادية ذهاباً وإياباً؛ إلى انخفاض تقاسم المصالح، والعواطف، أو تؤثر؛ إلى الفشل في بدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.
2. العجز في السلوكيات غير اللفظية الاتصالية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، تتراوح، على سبيل المثال، من التواصل اللفظي وغير اللفظي مندمج بفعالية؛ إلى تشوهات في العين الاتصال ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات؛ إلى انعدام تام من تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي.
3. العجز في تطوير وصيانة وعلاقات التقاهم، تتراوح، على سبيل المثال، من صعوبات في التكيف السلوك لتتناسب السياقات الاجتماعية المختلفة؛ إلى صعوبات في تقاسم شاحب الخيال أو في تكوين صداقات؛ لعدم وجود مصلحة في أقرانه.

تحديد شدة الحالي:

ويستند شدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط متكررة محدود من السلوك

بمحدودية الأنماط السلوكية وتكرارها، والمصالح، أو الأنشطة، كما تجلى من قبل اثنين على الأقل من

العناصر التالية، حالياً أو من قبل التاريخ (أمثلة توضيحية وليست شاملة، وانظر النص):

1. -حركات نمطية متكررة أو الحركية، واستخدام الكائنات، أو خطاب (على سبيل المثال، النمطية بسيطة موتور، يصطفون اللعب أو التقليل الكائنات، لفظ صدوي، والعبارات الفقهي).

2. -الإصرار على التماثل، والالتزام غير مرنة إلى إجراءات، أو أنماط السلوك غير اللفظي شكلية

أو اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد في التغييرات الصغيرة، صعوبات مع التحولات، وأنماط التفكير

الجامدة والطقوس المعايمة، وتحتاج إلى اتخاذ نفس الطريق، أو يأكل من الطعام كل يوم).

3. -محدود للغاية، تركيز اهتمامها المصالح التي هي غير طبيعية في كثافة أو التركيز (على سبيل

المثال، ارتباط قوي في أو الانشغال مع كائنات غير عادية، مقيدة بشكل مفرط أو مصلحة

مواظب).

4. -فرط أو hyporeactivity إلى المدخلات الحسية أو مصالح غير عادي في الجوانب الحسية

من البيئة (على سبيل المثال، لا مبالاة واضحة للألم / درجة الحرارة، والاستجابة السلبية

للأصوات، والإفراط في شم أو لمس الأجسام، سحر البصرية مع أضواء أو حركة).

جديد التوحد في الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس

الاكتفاء بفئة اضطراب طيف التوحد وإلغاء التصنيفات السابقة

تحديد المعايير التشخيصية بمعياريين فقط

يمثل الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات الذهنية Diagnostic and Statistical Manual of

Mental Disorders(DSM (والذي تصدره جمعية الطب النفسي الأمريكية American Psychiatric

Association لمرجع الأول في العالم في تصنيف الأمراض الذهنية والنفسية والتواصلية، حيث يتم استخدامه

في جميع أنحاء العالم من قبل الاطباء والباحثين، فضلاً عن شركات التأمين وشركات الادوية وصانعي

السياسات، والذي تم نشره لأول مرة في عام 1952، ويتم تعديله أو تنقيحه أو اصدار نسخة جديدة منه كل

عشرة سنوات تقريباً اعتماداً على ما يستجد من دراسات وابحاث.

ولقد حظي اضطراب التوحد كغيره من الاضطرابات بنصيب كبير في هذا الدليل على مدى سنوات اصداره من التعديل والتنقيح والاضافة، وفي عام 1977 أقرت منظمة الصحة العالمية ولأول مرة اعتبار اضطراب التوحد فئة تشخيصية، وفي عام 1980 صنف التوحد ضمن الاضطرابات الانفعالية الشديدة، وفي نفس العام قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بإصدار الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث للاضطرابات الذهنية حيث تبنت فيه الأعراض الثلاثة الرئيسية المميزة لاضطراب التوحد التي ذكرها روتر في عام 1978 وهي إعاقة في العلاقات الاجتماعية، وتأخر في النمو اللغوي، وسلوك استحواذي أو إصرار على التماثل، ومنذ تلك السنوات قطع الباحثون شوطاً كبيراً في مجال البحث والدراسات والتعرف على الأسباب التي لازال يعترها الغموض والبحث عن سبل التشخيص الدقيق، لما لذلك من أهمية في تحديد البرنامج العلاجي المناسب للطفل والاسرة.

وفي عام 1994 اصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع والذي تم اجراء بعض التعديلات عليه بإصدار جديد ومنقح عام 2000 اطلقت عليه الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع المعدل والذي لم تكن فيه اختلافات جوهرية فيما يخص اضطراب التوحد عدا فيما يخص الاعاقة النمائية غير المحددة. وقد أشارت رابطة الطب النفسي الأمريكية في الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث والرابع والرابع المعدل إلى أن التوحد يصنف تحت مسمى الاضطرابات النمائية المعقدة، هذا الاتجاه له الكثير من المؤيدين من العلماء والباحثين.

وفي عام 2013 وتحديداً في شهر مايو اصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس DSM5 والذي احتوى على تعديلات جوهرية في تشخيص التوحد قد تسهم الى حد ما في توضيح ابعاد هذا الاضطراب من ناحية وقد تخلق صعوبات تشخيصية للمختصين وأولياء الامور من

ناحية أخرى، وقد شملت هذه التغييرات أولاً على الاكتفاء بمصطلح اضطراب طيف التوحد وإلغاء التصنيفات السابقة والمذكورة في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع والرابع المعدل وهي (اضطراب التوحد، ومتلازمة اسبرجر، ومتلازمة رت، واضطراب الطفولة التراجعي، والاعاقة النمائية غير المحددة)، وذلك لأن جميع هذه الاضطرابات تشترك بأعراض اساسية واحدة ولكن بدرجة متفاوتة من الشدة، وبناءً على ذلك ارتأت الجمعية الأمريكية للطب النفسي اعتبارها اضطراب واحد بطيف واسع تحدده مستويات الشدة.

كما اشتملت التغييرات على إلغاء مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة أو المتداخلة السابقة الذكر وتضمين المصطلح الجديد في الاضطرابات النمائية العصبية، وجميعها تحمل مسمى تشخيصي واحد وهو اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder باستثناء متلازمة رت والتي تم فصلها عن الاضطرابات النمائية العصبية باعتبارها اضطراب جيني، فضمت القائمة الجديدة للاضطرابات النمائية العصبية الاعاقات التالية: الاعاقات الذهنية (اضطراب نمائي ذهني) واضطرابات تواصل (اضطرابات لغة، اضطرابات كلام، اضطرابات طلاقة، واضطراب التواصل الاجتماعي واضطراب فرط الحركة وقلة التركيز واضطراب التعلم المحدد واضطراب طيف التوحد والاضطرابات الحركية (مثل اضطراب التآزر الحركي واضطراب العرات).

تم فصل متلازمة رت عن اضطراب طيف التوحد على اعتبار ان سلوكيات اضطراب طيف التوحد ليست بارزة بشكل خاص في المرضى الذين يعانون من متلازمة رت باستثناء فترة وجيزة أثناء التطوير، وعادة ما يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال المظاهر السلوكية وليس المسببات لذا كان من الطبيعي فصل متلازمة رت، والمرضى الذين يعانون من متلازمة رت والذين لديهم بعض أعراض التوحد يمكن وصفهم بأنهم يعانون من اضطراب طيف التوحد، وهنا ينبغي على الأطباء والاختصاصيين النفسيين استخدام محدد وراثيا وطبي للإشارة للأعراض المرتبطة بمتلازمة رت.

كما تم دمج معايير تشخيص اضطرابات طيف التوحد والاكتفاء بمعيارين جديدين فقط هما المعيار الأول معيار التواصل الاجتماعي والتفاعل والمتمثل بعجز واضح في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، يظهر في الفترة الحالية للتشخيص او فترات سابقة في مراحل تطويرية سابقة، والمعيار الثاني هو معيار محدودية الأنشطة والسلوكيات النمطية والمتمثلة بسلوك نمطي ومتكرر ومحدودية في الاهتمامات والنشاطات.

وعوضاً عن التصنيفات سابقة الذكر في الاعاقات النمائية الشاملة او المتداخلة تم اضافة شدة الاعاقة بثلاث مستويات المستوى الاول والمستوى الثاني والمستوى الثالث متدرجة من البسيط الى المتوسطة ومن ثم الشديد.

يلاحظ على الدليل الاحصائي التشخيصي الخامس عدم تطرقه لبعض الخصائص التي تطرقت اليها معظم ادوات التشخيص كاللعب التخيلي واللعب الرمزي والتقليد والصعوبات السلوكية، كما ان دمج الاضطرابات النمائية في اضطراب طيف التوحد والاكتفاء بمستوى شدة الاعاقة قد يخلق مشكلة لدى المختصين.

وفي معرض شرحها للمبررات أكدت جمعية الطب النفسية الامريكية ومن خلال مراجعتها للأبحاث والدراسات على عدم مصداقية تشخيص الاعاقات النمائية الشاملة السابق ووجود ثبات في تشخيص اضطراب التوحد عالي القدرات ومتلازمة اسبرجر، والتداخل الحاصل بين متلازمة اسبرجر والاعاقة النمائية غير المحددة، اضافة إلى مناسبة استخدام بعض التشخيصات عن غيرها كاعتبار تشخيص الاعاقة النمائية المحددة اضطراب عصبي نمائي متوسط او بسيط، كما لاحظت عدم المصداقية في تشخيص بعض الاضطرابات المتضمنة في الاعاقات النمائية الشاملة كاضطراب الطفولة التراجعي.

وفي النهاية، سواء اتقنا أو اختلفنا كمختصين وأولياء أمور ومهتمين في مجال الإعاقة على تلك التعديلات والإضافات التي تمت في هذه النسخة، ستبقى هذه التعديلات رهن البحث والدراسة وسيبقى الدليل الإحصائي التشخيصي من المحكات الهامة في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية والذهنية والتواصلية في الجانب الاكلينيكي، كما إن وجود أدوات تشخيصية متنوعة كمقياس ملاحظة تشخيص التوحد 2 ومقياس تقدير التوحد الطفولي وغيرها من الأدوات يسهم في تأكيد التشخيص للوقوف على وضع الطفل وبالتالي توفير خدمات متخصصة للطفل والأسرة على حد سواء.

تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية، بحسب التنقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض

التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة واختصاره العالمي ICD هو تصنيف تقوم [منظمة الصحة العالمية](#) بنشره. يتم تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل شفرات تتكون من 6 أرقام.

- وصف تفصيلي للأمراض والإصابات المعروفة. - كل مرض (أو مجموعة الأمراض ذات العلاقة) موصوف بكود (رمز) فريد. - يستعمل حول العالم لإحصاءات الوفيات والمرض. - ينشر من قبل منظمة الصحة العالمية. - تراجع بشكل دوري كل 10 سنوات. - وحالياً في طبعته العاشرة، المعروفة بالتصنيف الدولي للأمراض - ICD-10.. مترجم إلى 42 لغة. - يوجد إصدارات معدلة حسب احتياجات الدول. مثل ICD-10CA :كندا ICD-10AM استراليا, Ireland, New Zealand, Slovenia, ICD-10PHI Samoa, Fiji, Romania الفلبين.

إن التتقيح العاشر للتصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل الصحية ذات الصلة (ICD-10) يشتمل في الفصل الخامس على تصنيف مفصل لأكثر من 300 اضطرابات نفسي وسلوكي. وقد تم نشره بعد إجراء اختبارات ميدانية واسعة من قِبَل أكثر من 100 مركز سريري وبحثي في 40 بلداً.

ويتوفر منه إصداران رئيسيان:

• الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية،

• المعايير التشخيصية للبحوث.

الإصدار السابق يقدم أوصافاً سريرية تبين بالتفصيل العلامات والأعراض الرئيسية لكل اضطراب، مع ما يرافقها من ملامح أخرى مهمة لكنها أقل نوعية، فضلاً عن دلائل إرشادية شاملة تتعلق بتشخيص تلك الاضطرابات.

والإصدار الأخير يهدف إلى مساعدة أولئك الذين يجرون بحثاً تتعلق باضطرابات محددة، لتحقيق أقصى قدر من التجانس بين المجموعات الدراسية. وتحقيقاً لهذه الغاية قام بوضع معايير تسمح باختيار أشخاص مصابين بأعراض ومميزات أخرى متشابهة بشكل واضح.

• الأوصاف السريرية والدلائل الإرشادية التشخيصية، بحسب التتقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض -

بالإنكليزية موجودة على الموقع التالي:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ClinicalDiagnosis.pdf?ua=1

• تحتوي هذه الوثيقة على قائمة التتقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض حول الأوصاف السريرية

والدلائل الإرشادية التشخيصية المعنية بالاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن استعمال مواد

نفسية التأثير. (F10 - F19)

- المعايير التشخيصية للبحوث، بحسب التتقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض -

بالإنكليزية وهي موجودة على الموقع التالي:

http://www.who.int/substance_abuse/terminology/ICD10ResearchDiagnosis.pdf?ua=1

تحتوي هذه الوثيقة على قائمة التتقيح العاشر للتصنيف الدولي للأمراض حول المعايير التشخيصية

لإجراء بحوث عن الاضطرابات النفسية والسلوكية الناجمة عن استعمال مواد نفسية التأثير. (F10 - F19)

على أساس المعطيات السابقة تم تحديد منهج وإجراءات الدراسة وشرع في تنفيذها مع مراعاة خصوصي

مكان الدراسة وعينتها، حيث اقتضت منا مستلزمات البحث ومتغيراته ان نكتفي بثلاثة محاور من مقياس

جويليام لتماشيها مع فرضيات الدراسة، كما أنها كافية للإجابة على تساؤلات البحث، علما أن الاضطرابات

النمائية غالبا ما تشكل عاملا مشتركا بين بعض حالات التخلف العقلي والتوحد، أي أنها لا التشخيص

الفارقي.

الفصل السادس:
عرض نتائج الدراسة
ومناقشتها



الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

تمهيد

الفرض الأول

الفرض الثاني

الفرض الثالث

خلاصة النتائج

خاتمة الدراسة

قائمة المراجع

أولاً: - المراجع العربية

ثانياً: - المراجع الأجنبية

- الملاحق

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها:

تمهيد:

إن فئتا التوحد والتخلف العقلي تشكلان محورا لفئات ذوي الاحتياجات الخاصة، بما تعاني منه هذه الشريحة من مشاكل في التكيف والتفاعل الاجتماعي والتواصل مع الآخرين، إن هذه الخصوصية تقتضي من المجتمع ألا يوفر فقط المراكز لإيواء حاملي هذه الاضطرابات بل يتطلب الأمر منه توفير شروط التكفل وبرامج الرعاية والعلاج المناسبة لطبيعة كل اضطراب على حدا لكي يتمكن من تحقيق أقصى إمكاناته التكيفية وأعلى قدراته في الاستقلالية من الاعتماد على الآخرين.

ولهذا الغرض فإن هذه الدراسة تطمح في أن تشكل اسهاما عمليا في هذا الاتجاه.

يتناول هذا الفصل نتائج الدراسة الميدانية للتشخيص الفارقي بين التوحد والتخلف العقلي في عدد من

المتغيرات هي:

- السلوكيات النمطية.
- التفاعل الاجتماعي.
- التواصل.

وذلك باستعمال مقياس جيليام لتشخيص التوحدية GARS2 من إعداد:

أ.د/ محمد السيد عبد الرحمان. د./منى خليفة حسن.

قسم الصحة النفسية جامعة الزقازيق جمهورية مصر العربية

وقد لجأنا الى هذه الوسيلة والاجراءات البحثية نظرا لما لمسناه في الميدان من قصور في الوسائل والمعارف العلمية، وتضارب التشخيص الفارقي بين حالات التوحد والتخلف العقلي، حيث تمكنا من تعزيز الفرض بأنه يتم تشخيص التوحد على أساس أنه حالات تخلف عقلي وإلحاق الأطفال المتوحدين بالمراكز النفسية البيداغوجية، وأن ما يترتب على ذلك من علمية تكفل ستؤدي إلى ضياع للوقت والجهد وقد تؤدي الى تفاقم الحالة وتأخير أو اهدار فرصة التكفل الصحيح للحالة.

إن النتائج التي توصلت لها الكثير البحوث التي مفادها بأن أكثر من 75% من أطفال التوحد يقع نكاؤهم في حدود التخلف العقلي وهو ما أوضحناه في الفصل النظري الخاص بالتخلف العقلي، إن هذه النتائج لا تعني عدم وجود فروق واضحة بين التخلف العقلي والتوحد وهو ما نسعى لتوضيحه من خلال الدراسة الميدانية.

من خلال أدوات واجراءات الدراسة، علما أن هناك تشخيصا مستقلا لفئة التوحد على دليل التشخيص الدولي CIM10 لمنظمة الصحة العالمية وكذا في دليل التصنيف التشخيصي والاحصائي للأمراض العقلية والنفسية لجمعية أطباء الأمراض النفسية APA وذلك في مختلف اصداراتها وبالخصوص في الإصدار الرابع 4 مراجع والاصدار الخامس الصادر في سنة 2013.

وعليه ارتأينا أنه من الضروري اختبار إمكانية التقريب بين التوحد والتخلف العقلي والتميز بينهما، من حيث الأداء على بنود مقياس جيليام المعتمدة على الأداتين الخاصة بالتصنيف والتشخيص، وبذلك يمكن توجيه الحالات الى المكان الصحيح الخاص بالتكفل المعتمد على البرامج المعدة خصيصا للحالة، واستفادتها من خدمات مكيفة وخصوصية الاضطراب الذي تعاني منه.

نتائج الدراسة حسب الفروض:

ينص الفرض الرئيسي للدراسة على أنه: توجد مؤشرات أدائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات التشخيصية للمقاييس النفسية للدراسة.

ويتناول كل فرض من الفروض الفرعية بعدا فرعيا من أبعاد مقياس جيليام لتشخيص التوحدية كمحا تشخيصيا لفحص مؤشرات الأداء الفارقي بين التوحد والتخلف العقلي. والأبعاد الفرعية للمقياس التي تناولتها فروض البحث الفرعية هي:

- السلوكيات النمطية.
- التواصل.
- التفاعل الاجتماعي.

ولاختبار صحة الفرض الرئيسي والفروض الفرعية الثلاثة لجأ الباحث إلى حجز المعطيات في برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS Ver24 النسخة الرابعة والعشرون، لأن مقياس جيليام يعتمد الإجابات المقترحة بطريقة سلم ليكرث وبعد حجز المعلومات والقيام بالتحليل الإحصائي واجهتنا بعض المشاكل المتعلقة بالقيم المغفلة، مما اضطرانا الى الاستعانة ببرنامج اكسل، وبما أن البرنامجين يتضمنان إمكانية التبادل قمنا باعتماد البرنامجين معا، وبعد تفريغ المخرجات حصلنا على النتائج التالية التي نقدمها رقميا في جداول مصحوبة بالرسوم التوضيحية وسنقوم بتحليلها والتعليق عليها تباعا

جدول رقم (06) جدول الدرجات الخام والدرجات المعيارية لبعث السلوكيات النمطية

الجنس	السن	الفئات	الإجابات المتعلقة بالفئة المبحوثة كما قدمها المربون والآباء مرمزة ببرنامج SPSS 21													السلوكيات النمطية		
			المعطيات الديمغرافية														الدرجة الخام للنمطية	الدرجة المعيارية
1	8	1	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	2	0	0	1	8	6
1	11	2	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	37	17
1	11	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
1	12	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	38	17
2	13	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
2	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	2
1	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
1	12	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
1	15	3	1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	21	10
1	14	3	0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	2	0	0	1	8	6
1	11	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	38	17
1	7	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
1	17	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	15	9
1	15	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	38	17
2	14	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
1	14	3	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	14	8
1	16	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
2	16	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	8
1	14	3	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	4	4

يمثل هذا لجدول الدرجات الخام المحصلة على بعد السلوكيات النمطية لمقياس جيليام وقد تم تحويلها إلى درجات معيارية طبقاً لمواقع الترتيب في الجداول الموجودة بكراسة تطبيق المقياس وبواسطة هذه الدرجات

المعيارية يمكننا تقدير احتمال الإصابة بالتوحد ونلاحظ المواقع 02 و04 و12 و15 بين مجموع مرتفع مما يعطي مؤشر على هذا البعد أن هذه الحالات تتجه نحو احتمال

جدول رقم (07) جدول الدرجات الخام والدرجات المعيارية لبعد التواصل

المعطيات الخاصة لاختبار جيليام بعد التواصل	بعد التواصل	
	الدرجة الخام للتواصل	الدرجة المعيارية
1 1 0 2 1 0 0 2 0 2 1 1 2 1	14	8
2 2 3 3 3 3 2 3 3 3 3 3 3 2	38	16
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	14	8
2 2 3 3 3 3 2 3 3 3 3 3 3 2	38	16
3 1 1 1 1 1 1 1 1 3 1 1 1 1	18	10
3 2 2 1 1 1 2 1 1 3 1 1 1 2	22	10
0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 1 1 0 0	2	3
3 1 1 1 1 1 1 1 1 3 1 1 1 1	18	10
2 1 1 1 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1	16	9
2 1 1 2 1 2 1 1 2 2 2 1 2 1	21	10
1 1 0 2 1 0 0 2 0 2 1 2 2 2	16	9
2 2 3 3 3 3 2 3 3 3 3 3 3 2	38	16
2 3 3 1 1 1 3 1 1 2 1 1 1 3	24	11
2 1 1 2 1 1 1 1 1 2 2 1 1 1	18	10
2 2 3 3 3 3 2 3 3 3 3 3 3 2	38	16
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	14	8
1 1 1 2 1 1 1 1 1 1 2 1 1 1	16	9
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	14	8
2 1 1 1 1 1 1 1 1 2 1 1 1 1	16	9
1 1 0 1 1 0 0 1 0 2 1 1 1 1	11	7

يظهر جليا من خلال النظر لمجموع أرقام الجدول أي الدرجات الخام والدرجات المعيارية لبع التواصل لدى

الفئة المدروسة أن هناك ارتفاع للدرجات بالنسبة للحالات 02 و04 و12 و15 وهي نفس الحالان التي

لاحظنا لديها سابق ارتفاع في مستو الدرجات مما يؤكد أكثر احتمالية اصابتها بالتوحد. مع ملاحظة ارتفاع طفيف للحالة 10 والحالة 13 وهو ارتفاع له دلالة لاسيما إذا صاحبه ارتفاع في المقياسين الآخرين.

جدول رقم (08) جدول الدرجات الخام والدرجات المعيارية لبعء التفاعل الاجتماعي.

معطيات المبحوثين لمقياس جيليام بعء التفاعل الاجتماعي	لتفاعل الاجتماعي	
	الدرجة الخام للتفاعل	الدرجة المعيارية
0 2 3 2 0 1 0 0 2 0 2 1 2 0	15	7
3 1 3 1 3 3 3 2 3 2 3 3 2 3	35	14
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	14	6
3 1 3 2 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	39	16
1 1 3 1 1 1 1 3 1 1 1 3 1 1	20	8
1 1 3 2 2 1 1 3 2 1 1 3 2 1	24	9
0 0 0 0 0 1 0 0 0 1 0 0 0 0	2	2
1 1 3 1 1 1 1 3 1 1 1 3 1 1	20	8
1 1 2 1 1 1 1 2 1 1 1 2 1 1	17	7
1 2 2 1 1 1 2 2 1 1 2 2 1 2	21	8
0 2 3 2 0 1 0 0 2 0 2 1 2 0	15	7
3 1 3 1 3 3 3 2 3 3 3 3 3 3	37	14
1 1 2 3 3 1 1 2 3 1 1 2 3 1	25	10
1 1 2 1 1 1 1 2 1 1 1 2 1 2	18	7
3 1 3 1 3 3 3 3 3 3 3 3 3 3	38	15
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	14	6
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 2	15	7
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	14	6
1 1 2 1 1 1 1 2 1 1 1 2 1 1	17	7
0 2 3 2 0 1 0 0 2 0 2 1 2 0	15	7

يلاحظ من خلال الجدول الخاص بالتفاعل الاجتماعي أن هناك ارتفاع كبير لدى الحالات 02 و04 و12 و15 وهو ما يعطي مشرا قويا بارتفاع احتمالية التوحد لدى هذه الحالات، كما نلاحظ كذلك ارتفاع لدى

الحالات 5، 6، 8، 10، 13. وهو مؤشر واضح له دلالة باتجاه التوحيدية غير أن تأكيد ذلك يستلزم التأكد من نتائج الأبعاد الأخرى.

جدول رقم (09) تحويل الدرجات المعيارية لمقياس جيليام للأبعاد الثلاثة إلى معامل توحيد.

المعطيات الديمغرافية			تحويل الدرجات المعيارية لمقياس جيليام إلى معامل توحيد		
الجنس	السن	الفئات	الدرجة المعيارية		احتمالية التوحيد
			معامل التوحيد	للأبعاد الثلاثة	
1	8	1	21	<u>81</u>	دون المتوسط
1	11	2	47	<u>136</u>	مرتفع جدا
1	11	2	22	<u>83</u>	دون المتوسط
1	12	2	49	<u>141</u>	مرتفع جدا
2	13	3	26	<u>91</u>	متوسط
1	8	1	27	<u>94</u>	متوسط
2	9	1	7	<u>51</u>	منخفض جدا
1	9	1	26	<u>91</u>	متوسط
1	12	2	24	<u>87</u>	دون المتوسط
1	15	3	28	<u>96</u>	متوسط
1	14	3	22	<u>83</u>	دون المتوسط
1	11	3	47	<u>136</u>	مرتفع جدا
1	7	3	29	<u>98</u>	متوسط
1	17	3	26	<u>91</u>	متوسط
1	15	3	48	<u>160</u>	مرتفع جدا
2	14	3	22	<u>83</u>	دون المتوسط
1	14	3	24	<u>87</u>	دون المتوسط
1	16	3	22	<u>83</u>	دون المتوسط
2	16	3	24	<u>87</u>	دون المتوسط
1	14	3	18	<u>74</u>	منخفض

من خلال النتائج الموضحة على الجدول العام لتحويل الدرجات المعيارية للأبعاد الثلاثة لمقياس

جيليام إلى معاملات توحيد ومقابلتها باتجاه سهم احتمالية التوحيد يظهر جليا أن المعاملات المرتفعة كانت

لصالح الحالات الأربعة المشار إليها سابقا في نتائج الأبعاد الثلاثة للمقياس في الجداول السابقة وهي الحالات الثانية 02 والرابعة 04 والثانية عشر 12 والخامسة عشر 15 وهي التي سجلت احتمالية مرتفع جدا مما يعني أنها حالات توحد وتتواجد ضمن مجموعة الأطفال المتخلفين عقليا.

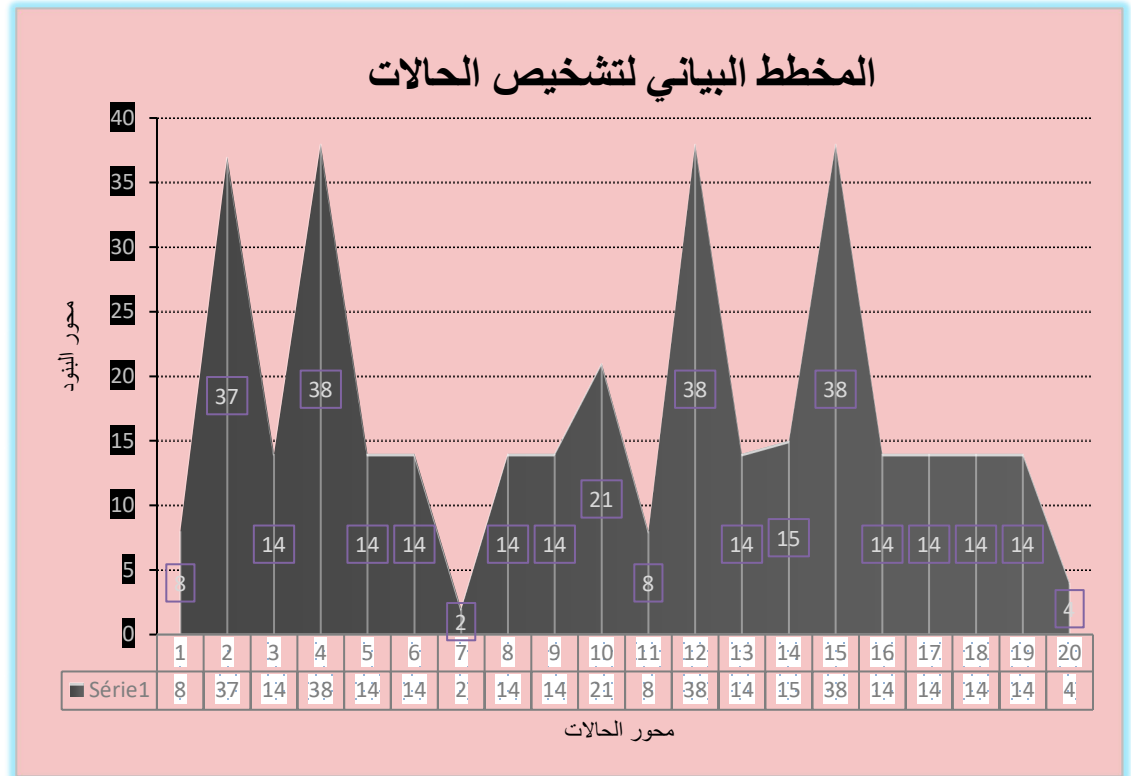
بينما نسجل خمس حالات لها احتمالية متوسطة للإصابة مما يعني أنها تحتاج الى فحوص إضافية بواسطة اختبارات ومقاييس أخرى وقد تحتاج الى استشارات متخصصة للتأكد من تشخيص حالاتها خصوصا إذا علمنا أن التوحد والتخلف العقلي غالبا ما يتواجدان لدى نفس الحالة إذ أثبتت الدراسات كما أشرنا سابقا إلى أن 75% من حالات التوحد تعاني من تخلف عقلي.

أن هذه النتائج لا تمنحنا مشروعية التكفل بالأطفال المتوحدين باستعمال برامج التكفل الخاصة بالتخلف العقلي.

إن الحالات الأربعة التي سجلت مستوى مرتفع جدا من التوحدية على الأبعاد الأربعة لمقياس جيليام كلهم ذكور، ثلاثة منهم يقعون في الفئة الثانية من العمر بين 11 و12 سنة وواحد في عمر الخامسة عشر. وهذا يفسر ربما بما ذهب إليه الدراسات الخاصة بانتشار التوحد لدى الذكور أكثر من الإناث، أما بالنسبة لعامل السن فهذا يعود الى الشرائح العمرية التي يتكفل بها المركز إذ أنه يستقبل الأطفال من سن السادسة إلى الثامنة عشر فقط.

0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	2	0	0	1	8	0.6
3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	37	2.6
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	38	2.7
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0.1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
1	2	1	2	1	2	1	2	1	1	2	1	2	2	21	1.5
0	0	0	0	0	1	1	1	2	0	2	0	0	1	8	0.6
3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	3	1	38	2.7
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	15	1.1
3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	38	2.7
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	14	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	14	1
0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	4	0.3

الرسم رقم (06) يمثل المخطط البياني لتشخيص الحالات



يعكس هذا الرسم بوضوح النتائج السابقة، حيث نلاحظ ارتفاع مؤشر الحالات الأربعة، مما يؤكد مؤشر التوحيد لديهم.

النمطية

6

17

8

17

8

8

2

8

8

10

6

17

8

9

17

8

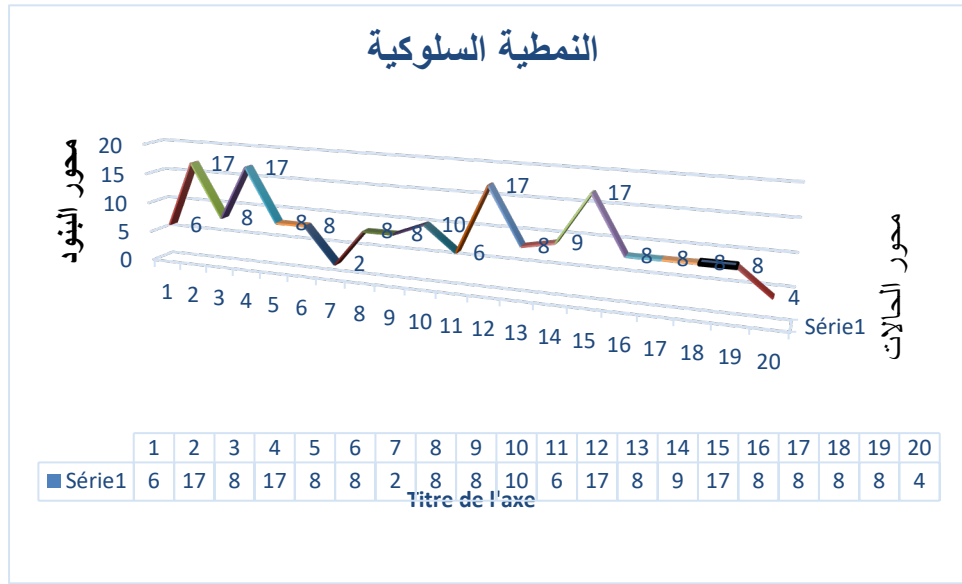
8

8

8

8

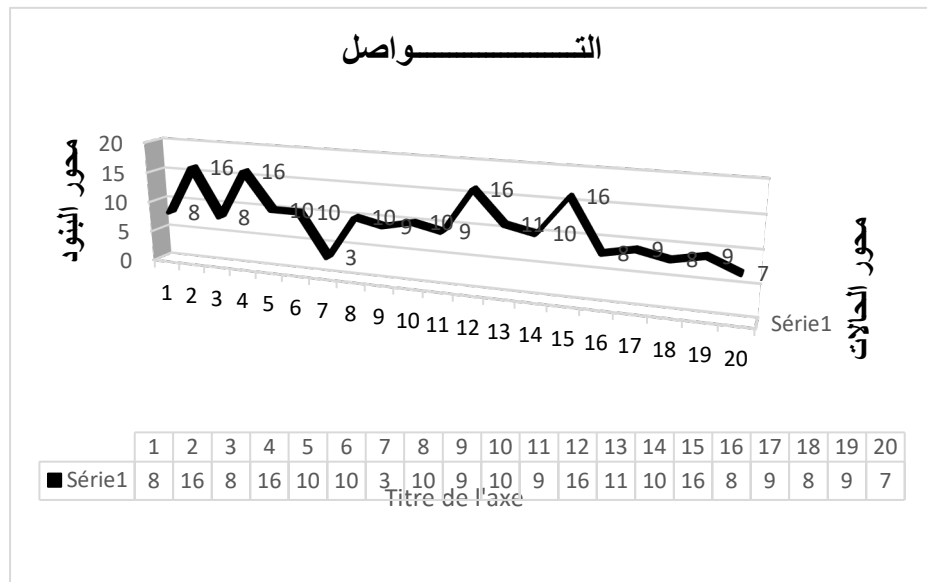
4



شكل رقم (06) الأداء على بعد النمطية السلوكية

التواصل

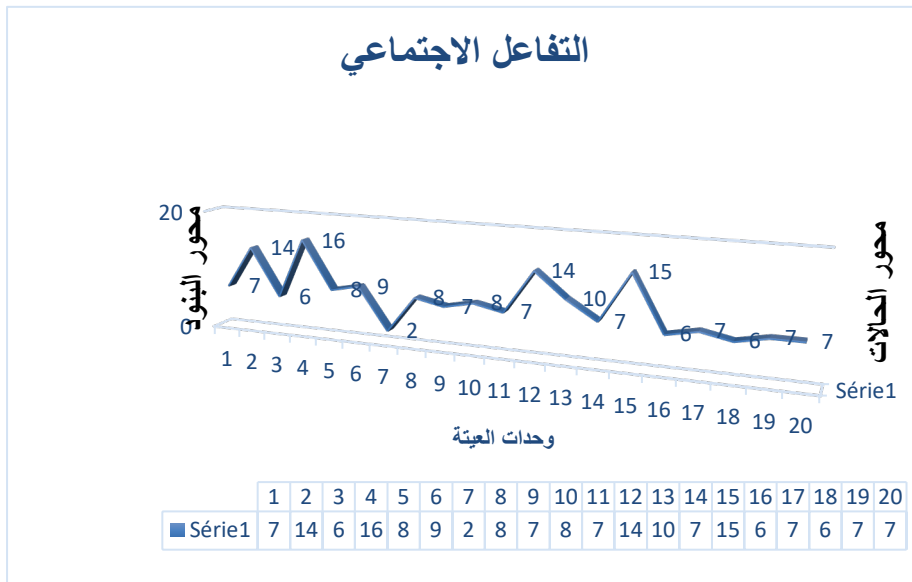
- 8
- 16
- 8
- 16
- 10
- 10
- 3
- 10
- 9
- 10
- 9
- 16
- 11
- 10
- 16
- 8
- 9
- 8
- 9
- 7



شكل رقم (07) الأداء على بعد التواصل

التفاعل الاجتماعي

- 7
- 14
- 6
- 16
- 8
- 9
- 2
- 8
- 7
- 8
- 7
- 14
- 10
- 7
- 15
- 6
- 7
- 6
- 7
- 7



شكل رقم (09) الأداء على بعد التفاعل الاجتماعي

تعليق على المنحنيات البيانية

يوضح التمثيل البياني لأداء الحالات العشرة على الأبعاد الثلاثة لمقياس جيليام أن مستوى التوحيدية مرتفع لدى أربع حالات حسب القيم الرقمية في الدول وهي: الحالة الثانية، والرابعة، الثانية عشر، والخامسة عشر، و التمثيل بياني مقام على أساس مجموع النقاط الخام لأداء أطفال العينة على الأبعاد الثلاثة لمقياس جيليام، والمنحنيات هي تمثيل بياني للأرقام المحصل عليها، وهي تغني عن القراءة وتتبع الأرقام الواردة في الجداول، فبمجرد القاء نظرة على الرسم نلاحظ الاتجاهات المرتفعة حسب ترتيب الأبعاد المقاسة الواردة في الدراسة: بعد النمطية، بعد التواصل، وبعد التفاعل الاجتماعي وهي تمثل الحالات التي تحدثنا عنها.

جدول رقم (10) ملخص لدرجات العينة

رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
01	السلوكيات النمطية	8	0.75	21.62%	1
	التواصل	14	0.60	37.38%	1
	التفاعل الاجتماعي	15	1	40.54%	1
	مجموع درجات الأبعاد	37		100%	1
	معامل التوحيد	81			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
02	السلوكيات النمطية	37	0.63	33.63	1
	التواصل	38	2.7	34.54	1
	التفاعل الاجتماعي	35	1	31.81	1
	مجموع درجات الأبعاد	110		100	1
	معامل التوحيد	136			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
03	السلوكيات النمطية	14	00	33.33	1
	التواصل	14		33.33	1
	التفاعل الاجتماعي	14		33.33	1
	مجموع درجات الأبعاد	42		100	1
	معامل التوحيد	83			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
04	السلوكيات النمطية	38	0.61	30.04	1
	التواصل	38		30.04	1
	التفاعل الاجتماعي	39		33.91	1
	مجموع درجات الأبعاد	115		100	1
	معامل التوحيد	141			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
05	السلوكيات النمطية	14	00	26.92	1
	التواصل	18		34.61	1
	التفاعل الاجتماعي	20		46.92	1
	مجموع درجات الأبعاد	52		100	1
	معامل التوحيد	91			1

رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
06	السلوكيات النمطية	14	00	23.33	1
	التواصل	22		36.66	1
	التفاعل الاجتماعي	24		40	1
	مجموع درجات الأبعاد		60	100	1
	معامل التوحيد		94		1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
07	السلوكيات النمطية	2	0.51	33.33	1
	التواصل	2		33.33	1
	التفاعل الاجتماعي	2		33.33	1
	مجموع درجات الأبعاد		6	100	1
	معامل التوحيد		51		1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
08	السلوكيات النمطية	14	0.75	26.92	1
	التواصل	18		34.61	1
	التفاعل الاجتماعي	20		38.46	1
	مجموع درجات الأبعاد		52	100	1
	معامل التوحيد		91		1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
09	السلوكيات النمطية	14		29.78	1
	التواصل	16		34.04	1
	التفاعل الاجتماعي	17		36.17	1
	مجموع درجات الأبعاد		47	100	1
	معامل التوحيد		87		1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
10	السلوكيات النمطية	21		33.33	1
	التواصل	21		33.33	1
	التفاعل الاجتماعي	21		33.33	1
	مجموع درجات الأبعاد		63	100	1

رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
11	معامل التوحيد	96			1
	السلوكيات النمطية	8		20.51	1
	التواصل	16		40.02	1
	التفاعل الاجتماعي	15		38.46	1
	مجموع درجات الأبعاد	39		100	1
	معامل التوحيد	83			1
12	السلوكيات النمطية	38		33.62	1
	التواصل	38		33.62	1
	التفاعل الاجتماعي	37		32.74	1
	مجموع درجات الأبعاد	113		100	1
	معامل التوحيد	136			1
	السلوكيات النمطية	14		22.22	1
13	التواصل	24		38.09	1
	التفاعل الاجتماعي	25		39.68	1
	مجموع درجات الأبعاد	63		100	1
	معامل التوحيد	98			1
	السلوكيات النمطية	15		29.41	1
	التواصل	18		35.29	1
14	التفاعل الاجتماعي	18		35.29	1
	مجموع درجات الأبعاد	51		100	1
	معامل التوحيد	91			1
	السلوكيات النمطية	38		33.33	1
	التواصل	38		33.33	1
	التفاعل الاجتماعي	38		33.33	1
15	مجموع درجات الأبعاد	114		100	1
	معامل التوحيد	160			1

رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
16	السلوكيات النمطية	14		33.33	1
	التواصل	14		33.33	1
	التفاعل الاجتماعي	14		33.33	1
	مجموع درجات الأبعاد	42		100	1
	معامل التوحيد	83			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
17	السلوكيات النمطية	14		31.11	1
	التواصل	16		35.55	1
	التفاعل الاجتماعي	15		33.33	1
	مجموع درجات الأبعاد	45		100	1
	معامل التوحيد	87			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
18	السلوكيات النمطية	14		33.33	1
	التواصل	14		33.33	1
	التفاعل الاجتماعي	14		33.33	1
	مجموع درجات الأبعاد	42		100	1
	معامل التوحيد	83			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
19	السلوكيات النمطية	14		29.78	1
	التواصل	16		34.04	1
	التفاعل الاجتماعي	17		36.17	1
	مجموع درجات الأبعاد	47		100	1
	معامل التوحيد	87			1
رقم الحالة	الأبعاد الفرعية	درجة البعد	الانحراف المعياري	النسبة المئوية	الخطأ المعياري
20	السلوكيات النمطية	4		13.33	1
	التواصل	11		36.66	1
	التفاعل الاجتماعي	15		50	1
	مجموع درجات الأبعاد	30		100	1
	معامل التوحيد	74			1

تعليق حول جداول ملخص الدرجات:

إن هذه الجداول تمثل ملخص الدرجات لكل حالة على حدة، أي العشرون حالة وهي حسب النموذج الوارد في كراسة تطبيق مقياس جيليام للتوحيدية، فكل جدول يمثل درجات البروفایل الخاص بالحالة فهو يتضمن الأبعاد الفرعية الثلاثة للمقياس والدرجة المحصل عليها في كل بعد والانحراف المعياري الخاص بكل بعد والنسبة المئوية لكل بعد مقابل الأبعاد الأخرى للمقياس، ثم الخطأ المعياري وهو ثابت في المقياس.

ان الجدول يمثل الجزء الثاني للمقياس فملخص الدرجات مصحوبا بمعامل التوحيدية هو النتيجة النهائية التي تقدم بعد إجراء المقياس.

تحليل النتائج:

إن النتائج المتحصل عليها بعنوان الدراسة الحالية تظهر بوضوح أنه الى جانب فئة المتخلفين عقليا المتكفل بها في المركز النفسي البيذاغوجي² غراسة ولاية بشار تتواجد حالات لا تنتمي لنفس التشخيص وقد تمكن مقياس جيليام بأبعاده الثلاثة فقط أن يكتشف عنها بوضوح، حيث بين وعلى الأبعاد الثلاثة أن هناك أربع حالات كان أداءها مختلف تماما عن باق الحالات وسجلت نقاط معيارية مرتفعة مما صنفها في درجة المستوى المرتفع جدا للتوحيدية، وهو ما ذهبت اليه الفرضية الأساسية للدراسة وكذا الفرضيات الجزئية المتعلقة بالأبعاد الفرعية للمقياس.

وهكذا فإن النتيجة العامة للدراسة هي:

*- توجد مؤشرات أدائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات

التشخيصية للمقاييس النفسية للدراسة.

ولأن مقياس جيليام مبني ومستتبط من الدليل التشخيصي الاحصائي للجمعية الامريكية لأطباء الأمراض النفسية، لا سيما الطبعة الرابعة وكذا الدليل التصنيفي والتشخيصي لمنظمة الصحة العالمية ولأن المعيارين يضعان في أولوية محكات التشخيص التواصل، والتفاعل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية وهو بني عليه مقياس الدراسة فإن نتائج هذه الدراسة جاءت في صالح اثبات فرضياتها

توجد مؤشرات ادائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على محك السلوكيات النمطية والاهتمامات والأنشطة الأدائية لمقاييس الدراسة. بالفعل هذا بيته الأرقام والرسومات المترجمة لنتائج الأداء الفارق بين حالات التوحد والتخلف العقلي.

توجد مؤشرات ادائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على محك التواصل لمقاييس الدراسة. إن بعد التواصل هو الأكثر اثبات للتمييز بين التوحد والتخلف العقلي، حيث سجلنا أن العديد من الحالات فيما عدا الحالات الأربعة، قد أظهرت على هذا المستوى أداء مختلف مما قدم مؤشرات تحتاج الى مزيد الدراسة للتحقق من دلالتها التشخيصية بالرغم من الدلالة الإحصائية الواضحة.

توجد مؤشرات ادائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على محك التفاعل الاجتماعي لمقاييس الدراسة. التفاعل الاجتماعي هو المظهر السلوكي المميز لحالات التوحد حيث أن الكثير من الدراسات مثل التي وردت في بحثنا هذا قد أثبتت ان التوحد يعاني من مشاكل في التفاعل الاجتماعي فهو يمتاز بالانسحاب والقصور في التعاطي مع الآخرين وفي هذا البعد من مقياس جيليام ثم تسجيل معامل توحيدية مرتفع جدا لدى أربع حالات ومتوسط لدى خمس حالات أخرى، وهو ما يؤكد فرضيتنا الفرعية على محك التفاعل.

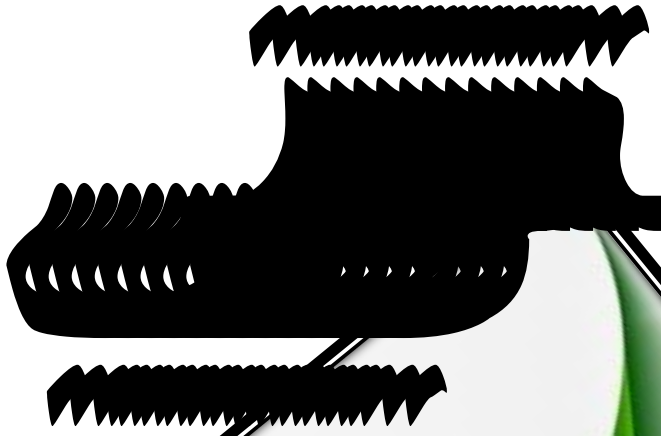
إن هذه النتيجة تتقاطع مع ما جاءت به الدراسات السابقة المقدمة في هذا البحث التي بينت مستوى الاضطراب في المظاهر السلوكية للطفل المتوحد وبأ أساس في الاتصال والتفاعل الاجتماعي وهو ما يدعم فرضياتنا، وبالرغم من أن هذه لم تكن تهدف إلى إثبات الاضطراب على مستوى التواصل

والتفاعل الاجتماعي للتوحد بل كانت تبحث عن الأداء المغاير الفارقي للتوحد مقابل أداء الطفل المتخلف عقليا، وهو ما توصلت اليه.

خلاصة النتائج:

إن النتائج التي توصلت اليها الدراسة الحالية التي أجريت على عينة من عشرون حالة مشخصة على أساس التخلف العقلي وموضوعة بالمركز النفسي البيداغوجي² بغرسة بشار أثبتت ما ذهبت اليه فرضيات الدراسة التي تم بناءها على أساس تجربة ميدانية ومعرفة بمجال البحث، وقد تمكن مقياس جيليام لتشخيص التوحدية من التمييز بين حالات التوحد والتخلف العقلي في العينة الوحيدة، فمن أصل عشرون حالة أستطاع أن يفرق تشخيصيا أربع حالات بوضوح تام، وخمس حالات لازالت في مجال الافتراض، وهي في حاجة لمزيد من الدرس والتحقق، وقد كان التشخيص الفارقي واضح على المقاييس الثلاثة النمطية السلوكية، والتواصل، والتفاعل الاجتماعي، وهي أبعاد المقياس الفرعية وهي في نفس الوقت متغيرات فرضياتنا الفرعية.

إن التحقق من فروض البحث جاء مسنودا بثرات نظري ضخم فالدراسات في موضوع التوحد كثيرة ومتنوعة، حتى أن أي دراسة جديدة صارت بمثابة تبني للدراسات المنتشرة هنا وهناك.



تي

تي

تي

الخاتمة

خاتمة:

بناء على ما سبق من تراث نظري شكل الخلفية لهذه الدراسة وعلى ما توصلت اليه من نتائج، تمحورت حول تصديق الفرض بأن حالات التوحد يتم التكفل بها بالمراكز النفسية البيداغوجية نتيجة لخطأ في التشخيص وتطبق على هؤلاء الأطفال المتوحدين برامج التكفل والعلاج الخاصة بحالات التخلف العقلي، الشيء يفوت الفرصة على الطفل المتوحد من أن يستفيد برامج تكفل مناسبة لحالته، قد تساعده في تطوير إمكاناته في الاستقلالية والنمو بشكل أفضل، كما تؤدي هذه الوضعية إلى القاء عبء إضافي على الأسرة التربوية وقد تولد لديها حالة من الإحباط الناجم عن عدم استجابة الأطفال المتوحدون لبرامج التكفل المخصصة للمتخلفين عقليا، وهكذا يكون التشخيص عملية معقدة تنطوي على التركيز على الخصائص الطبية، والعقلية، والاجتماعية، والتربوية وأخذها بعين الاعتبار، فالتشخيص السليم هو مفتاح النجاح في عملية التكفل الناجح، وهو يحتاج إلى أكثر من المعرفة العلمية، يحتاج إلى الوسيلة المؤيدة بالصدق والثبات، وفي هذا الإطار نسجل فقر مجتمعنا على مستوى الهيئات الصحية والمؤسسات البحثية إلى وسائل التشخيص المدروسة والمكيفة مع خصوصيات البيئة الجزائرية، إن ما ينقصنا ليس البنى والهيكل الخاصة وإنما ضعف الجانب الوظيفي لهذه الهياكل.

فالتوحد باعتباره الاضطراب الأكثر الانتشار ونموا في عالم الطفولة يحتاج إلى وحدات كشف مبكر وتشخيص قائمة بذاتها، تتوفر على وسائل مادية وبشرية مؤهلة للتعامل مع مستوى تعقيد الظاهرة، التي صارت تشكل قضية ذات أولوية في مجال الصحة العمومية.

ومن المعلوم أنه لا يوجد اختبار طبي لتشخيص اضطراب التوحد، لذلك فإن عملية التشخيص تعتبر من العمليات المعقدة كونها قائمة على الملاحظة المباشرة لسلوكيات الطفل وتقييم لقدراته اللغوية ومراقبة مراحل نموه وتفاعله الاجتماعي. وبما أن السلوكيات التي يظهرها الطفل التوحدي يمكن أن

يظهرها الطفل الذي يعاني من اضطرابات أخرى مشابهة، وبالخصوص الطفل المتخلف عقليا والمصاب باضطراب اللغة وعليه لا بد من اللجوء الى الاختيارات وتطبيقها في عدة جلسات تشخيصية للتأكد من حدوث هذا الاضطراب ولتفريقه عن الاضطرابات المشابهة والمتداخلة.

لقد جاءت هذه الدراسة لتقي الضوء على هذه الفئة من الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وذلك عن بيان بعض مظاهرهم السلوكية وأعراض حالاتهم وخصائص سلوكهم التي تميزهم عن اقرانهم من المتخلفين عقليا، مما يساعد على سهولة التعرف عليهم وبالتالي تشخيصهم قصد التكفل بهم في أحسن الظروف والأحوال.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

Consulté 23 mai 2017, à l'adresse

http://gameautism.blogspot.com/2015/12/theories-of-causes-of-autism_3.html

. دليل للتعامل مع أطفال التوحد (ط1). المملكة العربية السعودية: شركة المدينة المنورة للنشر والطباعة. (2003). ابراهيم الحكيم رابية

أبو شعيب منى محمد والبطاينة أسامة محمد، (2011)، أثر برنامج تدريسي في تعديل اتجاهات والدي الأطفال التوحديين نحو أطفالهم، مجلة دراسات العلوم التربوية، المجلد، (38) ملحق رقم (2)، ص: 504-525.

أحلام، عبد الغفار، (2003)، تربية المتخلفين عقليا، القاهرة: دار الفجر.

أشرف محمد، عبد الغنى (2000). مخاوف الأطفال المعاقين عقليا، الإسكندرية: المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

إلهامى عبد العزيز إمام (1999)، سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتوية. (ط1)، القاهرة، دار الكتب.

امال عبد السميع أباظة (2003). اضطرابات التواصل وعلاجها، القاهرة: دار الأنجلو المصرية ط1.

مركز جدة للتوحد، جدة المملكة العربية السعودية.

أمل معوض الهجرسي، (2002)، تربية الاطفال المعاقين عقليا، مصر، دار الفكر العربي.

برنامج تدخل مبكر للأطفال ذوي التخلف العقلي الطفيف في سن ما قبل المدرسة وأسرههم (رسالة دكتوراه). (2004). البطوطي، هالة محمد
جامعة عين الشمس، القاهرة.

جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفاقي- معجم علم النفس و ا لطب النفسي ج 3. دار النهضة العربية، سنة: 1990.

جمال، الخطيب، (2009)، مقدمة في الإعاقة العقلية عمان: دار وائل للنشر والتوزيع، 2009.

الحازمي، عدنان. (2009). التدريس لذوي الإعاقة الفكرية، ط1، عمان: دار الميسرة لنشر والتوزيع.

حامد عبد السلام زهران (1978). الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة: عالم المعرفة، للنشر والتوزيع.

حسن مصطفى عبد المعطى (2001): الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة " الأسباب - التشخيص - العلاج " . ط4، القاهرة: مكتبة
القاهرة.

الفحص النفساني مبادئ الممارسة النفسانية تقنياتها، خطواتها، واشكالاتها .(1982). مصطفى حجازي

. (ط1). بيروت لبنان: دار الطليعة

رأغب، السرجاني، قصة الإسلام | المستشفيات في التاريخ الإسلامي

(s. d.). Consulté 30 décembre 2017, à l'adresse <http://books.islamstory.com/ar/artical/23772/>

رشاد محمد، أحمد. (1999)، مدى فاعلية برنامج إرشادي لخفض حدة بعض الاضطرابات السلوكية لدى

الأطفال المعاقين عقليا القابلين للتعلم عقليا القابلين للتعلم. رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين

الشمس، مصر.

رشاد على عبد العزيز موسى (2002). علم نفس الإعاقة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

رمزية الغريب (1982). البناء النفسي للمعوق وتوافقه النفسي والاجتماعي "ندوة الطفل المعوق"، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

رمضان، محمد القذافي، (2001)، رعاية المتخلفين ذهنياً، بيروت، المكتب الجامعي الحديث.

الزراع، نايف بن عابد، المدخل الى اضطراب التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، (2010)،

دار الفكر، دمشق سوريا.

التوحد الخصائص والعلاج، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر. الزريقات، إبراهيم، (2004)،

.التوحد - الخصائص والعلاج (ط1). عمان: دار وائل للطباعة والنشر. (2004). الزريقات، عبد الله فرح

زينب محمود شقير (1999). سيكولوجية الفئات الخاصة والمعوقين، الخصائص، صعوبات التعلم، التعليم، البرامج، التأهيل. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

س.ي، روبنشتاين. (1989). علم نفس الطفل المتخلف عقلياً، ترجمة: د/بدرالدين عامود، مكتبة الإسكندرية، مشورات وراقة الثقافة. دمشق، سورية.

سامر جميل رضوان، (2014)، التشخيص النفسي، جامعة دمشق.

سامر جميل رضوان، (2016)، التشخيص النفسي الاكلينيكي، الأسس العامة والتوجهات النظرية (مترجم)، دار الكتاب الجامعي، لبنان- الامارات العربية المتحدة.

.التقييم والتشخيص لذوي الاحتياجات الخاصة. (ط2)، الاسكندرية: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر. (2009). سعيد كمال، عبد الحميد

سميرة عبد اللطيف السعد (1998): برنامج متكامل لخدمة إعاقة التوحد في الوطن العربي. المؤتمر الدولي السابع لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، الشويخ، القاهرة: ديسمبر .

الطفل الذاتوي (التوحد) بين (الغموض والشفقة، الفهم والرعاية) (ط1). القاهرة: عالم الكتب. (2014). سناء أحمد سليمان

سهى أحمد أمين نصر، (2002)، الاتصال اللغوي للطفل التوحد (التشخيص والبرامج العلاجية)، دار الفكر للطباعة والنشر، عمان.

سهير كامل، أحمد. (2002)، سيكولوجية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. (ط2)، مركز الإسكندرية للكتاب، مصر.

اللعب وتنمية اللغة لدى الاطفال ذوي الاعاقة العقلية (ط1). مصر: دار القاهرة للكتاب. (2001). سهير محمد سلامة شاش

سهير محمد، سلامة شاش. (2002). التربية الخاصة للمعاق عقليا بين العزل والدمج، مكتبة زهراء الشرق: القاهرة.

سوسن شاكر الجلبى (2005): التوحد الطفولي " أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه". (ط1)، دمشق ، سوريا: مؤسسة علاء الدين.

السيد عبد النبي السيد (2004). الأنشطة التربوية للمراهقين ذوي الاحتياجات الخاصة، (ط1)، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

الشامي، وفاء علي (2004)، خفايا التوحد - أشكاله - وأسبابه - وتشخيصه، سلسلة " التوحد" الكتاب الأول، مركز جدة للتوحد، جدة المملكة العربية السعودية.

الشامي، وفاء، (2004)، خفايا التوحد، السعودية، مركز جدة.

شبكة تحدي التوحد بالعالم العربي (s. d.). Consulté 29 décembre 2017, à l'adresse <http://autismarabia.com/>

الشيخ ذيب، رائد، (2004)، تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته، رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية، عمان الأردن.

الشيخ ذيب، رائد، (2013)، الخصائص السيكومترية للصورة السورية من مقياس جليام لتشخيص اضطراب التوحد، مجلة، الدراسات التربوية، المجلد 40، ملحق 1، أدار، الأردن.

طارق عبد الرؤوف، ربيع عبد الرؤوف (2006). رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة (المعاقين ذهنياً) القاهرة: الدار العالمية للنشر والتوزيع.

طارق، عامر وربيح، محمد، (2008)، الإعاقة العقلية القاهرة: مؤسسة طيبة لشر والتوزيع.

الظاهر قحطان أحمد، (2009): التوحد، ط1، دار وائل للنشر، عمان.

عادل عبد الله محمود، (2003)، تعديل السلوك للأطفال المتخلفين عقليا باستخدام جدول النشاطات المصورة، دراسة تطبيقية، دار الرشاد القاهرة.

عبد الرحمن سيد سليمان (1998). معجم التخلف العقلي، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

معجم التخلف العقلي (ط2). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق. (2011). عبد الرحمن سيد سليمان

عبد الرحمن محمد، العيسوي، (2002)، مناهج البحث في علم النفس: أساليب تصميم البحوث وطرق

جمع المعلومات، المعرفة الجامعية، الإسكندرية مصر.

عبد الرقيب أحمد البحيري (2003)، برامج التدخل العلاجي للمتخلفين عقلياً في ضوء نموذج الدعم ILE ص- (28)، المؤتمر السنوي التاسع عشر لعلم النفس في مصر والمؤتمر العربي الحادي عشر لعلم النفس، برنامج المؤتمر وملخصات الأبحاث، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، 27-29 يناير، ص34.

عبد السلام عبد الغفار ويوسف الشيخ (1996). سيكولوجية الطفل غير العادي والتربية الخاصة، القاهرة: دار النهضة العربية.

عبد العزيز السيد الشخص (2007). الأطفال ذوو الاحتياجات الخاصة وأساليب رعايتهم، القاهرة: مكتبة الطبري.

عبد الله عسكر (2005). الاضطرابات النفسية لمراهقين، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبد المطلب أمين القريطى (1996). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، القاهرة: دار الفكر العربي.

عبد المطلب، القريطى، (1996)، سيكولوجيا ذوي الاحتياجات الخاصة وتربيتهم، (ط1)، القاهرة: دار الفكر.

عثمان محمد لبيب (2002). الإعاقة الذهنية في مرحلة الطفولة (تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي) (ط1)، القاهرة: المجلس المصري للطفولة والتنمية.

عدلي علي، أبو الطاحون، (1998)، مناهج وإجراءات البحث الاجتماعي، أدوات البحث الاجتماعي -

العربي القاهرة.

التنوع (ط1). الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع. (2006). عسيلة كوثر

عصام نور سريه (2006). سيكولوجية الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية، الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

علاء عبد الباقي، إبراهيم. (2000). الإعاقة العقلية، التعرف عليها وعلاجها باستخدام برامج التدريب للأطفال المتخلفين عقليا. (ط1)، عالم الكتب: القاهرة.

علي، أ العلاج ، (2015)، العلاج باللعب لا طفل التوحد: النظريات المفسرة لأسباب حدوث التوحد،

Consulté le 14/10/2016, à L'adresse :

http://gameautism.blogspot.com/2015/12/theories-of-causes-of-autism_3.html

عليوات، عدنان محمد، (2007)، الأطفال ذوي اضطرابات التوحد، دار اليازوري العلمية للنشر، عمان الأردن.

عمر بن الخطاب خليل (1994): خصائص أداء الأطفال المصابين بالتوحدية على اختبار أيزنك لشخصية الأطفال. مجلة الحياة الطبيعية حق للمعوق، العدد (49)، السنة الرابعة عشر، القاهرة: اتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.

عمر بن الخطاب خليل (1991): التشخيص الفارق بين التخلف العقلي واضطرابات الانتباه التوحدية. دراسات نفسية، رابطة الاخصائيين النفسيين، المجلد 3 ، القاهرة: دار النهضة العربية.

عوني، معين شاهين ومحمود، سالم النوي. (2009)، مبادئ التأهيل المرتكز على مجتمع ، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن

فاروق الروسان (1998). قضايا ومشكلات في التربية الخاصة، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

(ط1)، دار الفكر: الأردن..فاروق، الروسان. (1999). أساليب القياس والتشخيص في التربية الخاصة

فيولت فؤاد إبراهيم (2005). مدخل إلى التربية الخاصة، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

كلارك، أ.د.ب. (1983). الاتجاهات الحديثة في دراسة الضعف العقلي، ترجمة: د/ عبد الحليم محمود السيد، دار الثقافة للنشر والتوزيع: القاهرة.

كمال إبراهيم، مرسى. (1996). مرجع في علم التخلف العقلي. (ط1)، دار القلم: الكويت، دار النشر للجامعات المصرية: القاهرة.

لعجال عفيفة. (2005)، دور الخدمة الاجتماعية في التأهيل الاجتماعي والمهني للمتخلفين عقليا، جامعة محمد بوضياف، رسالة ماجستير غير منشورة، المسيلة، الجزائر.

العوالي فاطيمة. (2014). التناول النسقي للارجاعية لدى إخوة الطفل التوحدي

Consulté 13 décembre 2017, à l'adresse <http://www.univoran2.dz/index.php/fr/2017-02-02-10-56-17/173-2017-01-22-10-42-54>

لمياء عبد الحميد، بيومي، (2008)، فاعلية برنامج تدريبي لتنمية بعض مهارات العناية بالذات لدى الأطفال التوحديين. رسالة دكتوراه، الصحة النفسية، جامعة قناة السويس، مصر.

اللهيبي نادية بنت عبد الرحمن بن صويلح، (2009)، فاعلية برنامج إرشاد لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد، (ماجستير في الاقتصاد). جامعة أم القرى، مكة المكرمة.

لوراشريمان ترجمة د. فاطمة عياد، (2010)، التوحد بين العلم والخيال (ط1). الكويت: عالم المعرفة

لورنا وينج (1994): الأطفال التوحديين "مرشد للآباء" (ترجمة هناء مسلم). الكويت: الجمعية الكويتية لرعاية المعاقين.

لويس كامل مليكه (1998): الإعاقات العقلية والاضطرابات الارتقائية. ط1، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.

ماجد السيد عمارة (2005): إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق. ط1، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

ماجدة عبيد (2000): مقدمة في تأهيل المعاقين. دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان: الاردن.

محمد أحمد خطاب (2005): سيكولوجية الطفل التوحدي، تعريفها - تصنيفها - أعراضها - تشخيصها - أسبابها - التدخل العلاجي. ط1، عمان: دار الثقافة.

محمد حبيب، الدفراوي، (1998)، الطفولة الذاتية في الأطفال المصريين، التقييمات والمصاحبات الإكلينيكية، المجلة المصرية للطب النفسي، العدد (21)، ص: 85-93.

محمد خليفة، بركات، (1984)، مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس. دار العلم الكويت.

محمد صالح الامام، فؤاد عبد الجوالدة، (2010)، التوحد ونظرية العقل، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.

محمد علي كام، (2005)، الاوتيزم، الاعاقة الغامضة بين المفهوم والعلاج (ط2). مصر: مركز الاسكندرية

محمود عبد الرحمن حمودة (1998). الطفولة والمراهقة والمشكلات النفسية والعلاج، القاهرة: المطبعة الفنية.

تاريخ الزيارة 2017/05/20 الساعة 14.30 مركز دبي للتوحد

http://www.dubaiautismcenter.ae/ar_articles/ar_article10.html

الصحة النفسية للعاديين وذوي الاحتياجات الخاصة (ط1). مصر: دار العلم والايمان. (2011). منصور كامل الشربيني

(s. d.). مقالات عن الاعاقة العقلية - الاعاقة العقلية - Consulté 16 décembre 2017, à l'adresse

<https://sites.google.com/site/ksuwebb/mqalat-n-alaaqte-alqlyte>

نبيه إبراهيم إسماعيل (2006). سيكولوجية ذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

نجوى غراب (1999). مدى فاعلية برنامج قصوى تربوي على السلوك التكيفي للأطفال المعاقين عقليا، الإسكندرية: منشأ المعارف.

هدى أمين أحمد، (1999)، الدلائل التشخيصية للأطفال المصابين بالأوتيزم (الداتوية)، كلية الآداب جامعة عين الشمس، القاهرة.

وادي، أحمد. (2008). الإعاقة العقلية: أسباب - تشخيص - تأهيل، ط1، عمان: دار أسامة للنشر.

وكالة الأنباء الجزائرية بتاريخ 14-04-2010.

وليد السيد أحمد خليفه (2006). الكمبيوتر والتخلف العقلي في ضوء تجهيز المعلومات، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

زليخة عباس، (2018)، مذكرة ماسنر بعنوان، محاولة تكيف مقياس جليام لتشخيص اضطراب التوحد على عينة من أطفال التوحد، - دراسة ميدانية بالمسيلة-. غير منشورة.

المراجع الأجنبية:

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, Definition of Intellectual Disability (AAID) , Washington , 2013
http://www.aidd.org/content_100.cfm?navID=2 .

American Psychiatric Association (1994). DSM-IV Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed). Washington, DC: Auteurs.

American Psychiatric association(1996). DSM-IV, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française, Paris, Masson..

American Psychiatric Association(1997). *DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson.

American Psychiatric Association. (2000). DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (4éd.), Texte révisé. Washington, DC : Auteur.
Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Paris : Masson, 2003. e

American Psychiatric Association APA. (2003), *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR*. Paris : Masson.

American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (2010).

Intellectual Disability. Definition, Classification, and Systems of Supports.

The 11th edition of the AAIDD definition manual Washington, DC: Auteurs.

American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), DSM-5. Arlington, VA: Auteurs En ligne : Le 12 Avril 2016.

Autisme : l'environnement aussi important que la génétique. (s. d.). Consulté 13 août 2016, à l'adresse https://www.sciencesetavenir.fr/sante/autisme-l-environnement-aussi-important-que-la-genetique_19075

B. ROGE, « La fin des querelles ? » in revue la recherche, Mars 2004 n 373.

Bernadette Rogé. (2003) *Autisme comprendre et agir*, dunod, paris.

Bloche, H et all (1999): Grand dictionnaire de psychologie, Larousse, Paris.

Brisson, A. (2014). *L'évaluation diagnostique de la déficience intellectuelle dans le contexte de diagnostics différentiels chez l'adulte* (phd). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières. Consulté à l'adresse <http://depot-e.uqtr.ca/7290/>

Cyssau, C. (1999). *L'entretien en clinique*. Paris: In Press.

Definition of Intellectual Disability. (s. d.). Consulté 29 décembre 2017, à

L'adresse <http://aaidd.org/intellectual-disability/definition>

Ferrari,P.(1999) *L'autisme infantile*, Ed.PUF,coll., que sais-je ?

Gailis,Janis, (2010) *Concept de l'autisme Bleulerien dans la logique Freudienne de*

l'aliénation à la séparation. Thèse de doctorat en psychologie, université Rennes2 .
France

Guelai, T. A. (2015). *Critères de différenciation et d'indifférenciation dans les*

représentations sociales de l'autisme chez les éducateurs (PhD Thésis).

Montpellier 3, France. Consulté à l'adresse <http://www.theses.fr/2015MON30050>

—
Handicap mental. (2017). In *Wikipédia*. Consulté à l'adresse

https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Handicap_mental&oldid=155058659

HAS. Autisme et autres troubles envahissants du développement. *Etat des connaissances*

hors Mécanismes physiopathologiques, psychopathologiques et recherche

fondamentale. Disponible sur : <http://www.has-sante.fr> (page consultée le

10/12/2012).

Hochmann, J. (2012) « *Le devenir des idées en pédopsychiatrie, à travers l'histoire de*

l'autisme », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, Volume 60, Issue 3.

pages 207-215 (mai 2012)

IBM Downloading IBM SPSS Statistics 24 - France. (s. d.). Consulté 10 janvier 2018, à l'adresse <https://www-01.ibm.com/support/docview.wss?uid=swg24041224>

Itard JMG. *Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron* (1801 et 1806). Edition numérique : Pierre Hidalgo. La Gaya Scienza ; © décembre 2011. En ligne : Le 20 octobre 2013. 23h.38mn à http://www.ac-grenoble.fr/PhiloSophie/fi le/jean itard_memoire. Pdf .

Jacques, Hocmann,(2009) *Histoire de l'autisme : de l'enfant sauvage aux troubles envahissants du développement*, Paris, Odile Jacob.

Jean Itard, (1894) [Mémoire et Rapport sur Victor de l'Aveyron \(1801 et 1806\)](#) [archive] (BNF-Gallica) En ligne : Le 12 Avril 2016. 17h 30mn

Lepoutre, T. (2011) « *Remarques sur l'autisme de la schizophrénie* », l'Evolution Psychiatrique, Volume 76, Issue 4.

M. RUTTER-E. SCHOPLER. (1991). *L'autisme Une réévaluation des concepts et du traitement*. France : Imprimerie des Presse Universitaire de France.

Mahmoud ould Taleb (2009) « *Le spectre de l'autisme* » Office des publications universitaire, Algérie.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV-TR, Ed: Masson 2005.

Natacha, Greant. *Le douloureux secret des enfants sauvages*, La compagnie littéraire, 2007.

En ligne : Le 12 juin 2015. 22h.30mn à <http://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2011-5-page-393.htm>

Organisation mondiale de la santé. *CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. 10e révision. Genève : OMS; 1999.

Organisation mondiale de la Santé (2014). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes* (11 e révision à venir). Repérer en ligne le 16 janvier 2014, 13h.50mn à <http://www.who.int/classifications/icd/en/#>.

Organisation mondiale de la santé. *CIM-10. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*. 10e révision. Genève : OMS; 1999.

Pelicier, Y et all (1996): *Manuel alphabétique de psychiatrie clinique et thérapeutique*, Editions Puf, Paris.

Picoche.J.(2002). *Dictionnaire Etymologique du français* .2ed. Paris : Dictionnaire Le Robbert/VUEF.

Rogé, B (2003) : *Autisme, Comprendre et agir*, Dunod, Paris.

Sauvage, D. (2012) «*Autisme, une brève histoire de la nosographie avec une archive de E. Seguin*», Annales Médico-Psychologiques, revue Psychiatrique, Volume170, Issue7.

Sylvie Tordjman, «*Évolution du concept d'autisme : nouvelles perspectives à partir des données génétiques* », *L'information psychiatrique* 2011/5 (Volume 87), p. 393-402.

Vaginay, D. (2005). *Découvrir les déficiences intellectuelles*. Toulouse: Erès.France.

Winfred, H (1986); *La psychologie clinique aujourd'hui*, Pierre Mardaga, Bruxelles.

Zotero | *Your personal research assistant*. (s. d.). Consulté 12 janvier 2018, à l'adresse

<https://www.zotero.org/>

الملاحق :



الملاحق:

الملاحق:

مقياس جليام لتشخيص التوحدية

كراسة الاسئلة

الجزء الأول: معلومات عامة

إسم الحالة:

عنوان الحالة:

اسم الوالد:

المدرسة:

اسم الفاحص:

عنوان الفاحص:

تاريخ تطبيق المقياس: شهر سنة

تاريخ ميلاد الحالة: شهر سنة

عمر الحالة: شهر سنة

الجزء الثاني: ملخص الدرجات

الأبعاد الفرعية	درجة	الانحراف	النسبة	الخطأ
	البعد	المعياري	المئوية	المعياري
السلوكيات النمطية	-----	-----	-----	-----
1				
التواصل	-----	-----	-----	-----
1				

التفاعل الاجتماعي

1

النمو

1

• مجموع درجات الأبعاد

معامل التوحد

3

الجزء الثالث: دليل تفسير الدرجات

الدرجات المعيارية للأبعاد الفرعية	معدل التوحيدية	درجة الشدة	احتمال وجود التوحد
19-17	131 +	مرتفع	مرتفع جدا
16-15	130-121		مرتفع
14-13	120-111		فوق المتوسط
12-8	110-90		متوسط
7-6	89-80		دون المتوسط
5-4	79-70		منخفض
3-1	أصغر من 69	منخفض	منخفض جدا

الجزء الرابع: بروفيل النتائج

مقاييس أخرى للذكاء والتحصيل والسلوك التوافقي				معامل التوحيدية	أبعاد مقياس جيليان للتوحيدية				الدرجات المعيارية
اختبار	اختبار	اختبار	معاملات أخرى		النمو	التفاعل الاجتماعي	التواصل	السلوكيات النمطية	
			190						
			155						20
			150						19
			145						18
			140						17
			135						16
			130						15
			125						14
			120						13
			115						12
			110						11
			105						10
			100						9
			95						8
			90						7
			85						6
			80						5
			75						4
			70						3
			65						2
			60						1
			55						

الجزء الخامس: ورقة الأسئلة/الاجابة

توجيهات:

قدر كل بند من البنود الآتية طبقا لمعدل حدوثه، مستخدما الخطوط الارشادية الآتية لتحقيق أفضل مستوى للتقدير:

(صفر) لا يلاحظ إطلاقاً: لم تلاحظ إطلاقاً أن هذا الشخص بهذه الطريقة.

1- يلاحظ بصورة نادرة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة مرة أو مرتين كل ست ساعات.

2- يلاحظ أحياناً: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة 3-4 مرات كل ست ساعات.

3- يلاحظ بصورة متكررة: يتصرف هذا الشخص بهذه الطريقة 5-6 مرات كل ست ساعات.

ضع دائرة حول الرقم الذي يصف ملاحظتك لتصرفات الحالة في الظروف الطبيعية (مثلاً: في معظم الأماكن، مع الأشخاص المألوفين له، في الأنشطة اليومية (العادية))، لا تتسبب الإجابة على كل البنود، وإذا كنت غير واثق من إجابتك على بند معين أجل إجابتك ولاحظ هذا الشخص لمدة ست ساعات حتى تحدد تقديرك للبنود المؤجلة.

ملحوظة:

- هذه التعليمات تطبق على الأبعاد الثلاثة الأولى.
- تعليمات البعد الرابع (خاص بالآباء) فوق البعد مباشرة.

السلوكيات النمطية:

م	الأسئلة	لا يلاحظ	نابرا يلاحظ	أحيانا يلاحظ	دائما يلاحظ
1	يتجنب دائما التقاء الأعين (أي أنه يشيح وجهه بعيدا عندما يحاول أحد أن ينظر إليه).				
2	يحدق (بمعن النظر) في الأيدي، الأشياء والمواد الموجودة في البيئة لفترة لا تقل عن خمس ثوان.				
3	ينقر بسرعة بأصابعه أو بيديه أمام عينيه لفترات مدتها خمس ثوان أو أكثر.				
4	يأكل طعام معين ويرفض أن يأكل ما يأكله أغلب الناس - عادة -				
5	يلعق أشياء لا تأكل (مثل: يد شخص، العاب، كتب... الخ).				
6	يشم أو يتشمم أشياء (مثل: العاب يد شخص، شعر... الخ).				
7	يدور ويتحرك في دوائر.				
8	يدير أشياء غير مصممة للتدوير (مثل: أطباق الفناجين، الأكواب الخ)				
9	يهتز للأمام وللخلف أثناء الجلوس أو الوقوف.				
10	يقوم بحركات خاطفة، مندفعة، وسريعة عندما ينتقل من مكان إلى آخر.				
11	يتبختر في مشيته (يمشي على أطراف أصابعه) عند الحركة أو عند الوقوف في مكان.				
12	يخبط أ، يخفق بيديه أو أصابعه أمام وجهه أو على جنبه.				
13	يصدر أصوات حادة (مثل: أي أي أي) أو أصوات أخرى شبيهه كدافع أو حافز نفسي له.				
14	يصفع، يضرب، أو يعض نفسه، أو يحاول إيذاء نفسه بأي طريقة أخرى.				

كيف يتواصل هذا الشخص بالآخرين، بالكلام () بالارشاد () لا يتكلم أو يصدر إشارات (). إذا كان الشخص لا يتكلم أو لا يستخدم أي طريقة أخرى للتواصل تجاهل هذا البعد الفرعي.					
م	الأسئلة	لا يلاحظ	نابرا يلاحظ	أحيانا يلاحظ	دائما يلاحظ
15	يعيد الكلمات لفظيا أو بإيماءات (إشارات).				
16	يعيد كلمات خارج سياق الحديث (أي يعيد كلمات سمعها في وقت سابق، على سبيل المثال يعيد كلمات سمعها من دقيقة أو قبل ذلك).				
17	يعيد الكلمات والعبارات مرات ومرات.				
18	يتكلم أو يصدر إيماءات أو إشارات بتأثيرات ثابت رتبية أو إيقاع غير جيد.				
19	يستجيب بطريقة غير ملائمة للأوامر البسيطة (مثل: اجلس، قف..الخ).				
20	يشيح وجهه ويتجنب النظر للمتكلم اذا نادى عليه باسمه.				
21	يتجنب طلب الأشياء التي يريدونها.				
22	يفشل في المبادرة محادثات مع أقرانه أو مع الراشدين.				
23	يستخدم "نعم" و "لا" بطريقة غير ملائمة، فيقول "نعم" إذا سئل عما إذا كان يريد شيء يكرهه، أو يقول "لا" إذا سئل عما إذا كان يريد لعبته المفضلة أو شيء يبعث فيه البهجة.				
24	يستخدم الضمائر بصورة غير ملائمة (يشير الى نفسه بالضمير هو، أنت، هي..الخ).				
25	يستخدم الضمير "أنا" بطريقة غير ملائمة (لا يقول "أنا" عندما يشير إلى نفسه).				
26	يردد أصوت غير واضحة (بقية) مرات ومرات.				
27	يستخدم الإيماءات (أو الإشارات) بدلا من الحديث لكي يحصل على الأشياء.				
28	يجيب بصورة غير ملائمة على أسئلة عن قصص موجزة أو جمل إخبارية.				

م	الأسئلة	لا يلاحظ	نابرا يلاحظ	أحيانا يلاحظ	دائما يلاحظ
29	يتجنب التقاء الأعين (أي أنه يشيح وجهه بعيدا عندما يحاول أحد أن ينظر إليه).				
30	يحدق (يعمن النظر) أو يبدو غير سعيد أو مضجر عندما يثنى عليه، أو يداعب أو يروح أحد عنه.				
31	يقاوم الاتصال الجسدي مع الآخرين (يبدو أنه لا يحب العناق، أو أن يحمله أحد، أو أن يقترب منه أحد).				
32	لا يقلد الآخرين حينما يلعب.				
33	ينسحب من المواقف الجماعية أو يبقى غير مهتم بها أو يبدو متحفظ عليها.				
34	يتصرف بخوف غير مفهوم السبب أو يسلك بطريقة يبدو عليه منها الفزع.				
35	غير عاطفي أو ودود، أي أنه لا يعطي استجابات ودودة (مثل: الأحضان والقبلات).				
36	ينظر بين الأشخاص (أي يبدي عدم إدراكه بوجود الأشخاص من حوله).				
37	يضحك ويكي بطريقة غير ملائمة.				
38	يستخدم الألعاب والأشياء بصورة غير ملائمة (مثل: يدير السيارات في دوائر، يفكك الألعاب إلى أجزاء).				
39	يفعل أشياء معينة بشكل تكراري، أو كما لو كانت طقوس.				
40	يتكدر (يشعر بالحزن) عندما يتغير النظام (الروتين) الذي اعتاد عليه.				
41	يستجيب سلبيا أو بمزاج عكر عندما تعطى له الأوامر أو الارشادات أو يطلب منه شيء.				
42	يرتب الأشياء بدقة وعناية ونظام، ويشعر بالضيق إذا اختل هذا				

اضطرابات النمو:

ملحوظة (1) هذا الجزء يتم ملؤه عن طريق الآباء أو أحد القائمين على رعاية الطفل ممن لهم اتصال ودعم مباشر معه خلال الستة عشر شهرا الأولى من عمر الطفل. ويفضل مقابلة الآباء.

ملحوظة (2) أجب على كل سؤال بوضع دائرة حول أحد الاجابيتين (تعم) أ (لا)، وأجب على كل الأسئلة من فضلك.

م	الأسئلة	نعم	لا
43	هل جلس الطفل ثم وقف ومشى بنفس الترتيب؟		
44	هل مشى الطفل خلال الخمسة عشر شهرا الأولى من حياته؟		
45	هل نمت للطفل مهارة (كالمشي) ثم حدث له ارتداد أو نكوص فيها (أي يتوقف عن المشي ويعود للحبو مرة أخرى)؟		
46	هل يمضي الطفل وقت طويل في الاهتزاز قبل أن يستيقظ (على سبيل المثال، هل يهتز الطفل في نومه عدة مرات لفترة تزيد عن خمس دقائق)؟		
47	هل أظهر الطفل أو تم تشخيصه على أن لديه تأخر في النمو قبل الستة وثلاثون شهرا الأولى من عمره؟		
48	هل يظهر الطفل أي رغبة أو يجهز نفسه لرفعه أو التقاطه عندما يحاول أحد الآباء حمله؟		
49	هل يبتسم الطفل لأبويه أو أقرانه أثناء اللعب؟		
50	هل يبكي الطفل عندما يحاول شخص غير مألوف بالنسبة له الاقتراب منه؟		
51	هل قلد الطفل شخص آخر قبل سن الثالثة (مثل تقليد الأصوات، أو اللعب بالعرانس)؟		
52	هل أظهر الطفل سعادته خلال الستة الأولى وثلاثون شهرا الأولى من عمره عندما كان يعانق، يحمل، أو يداعب؟		
53	هل استخدم الطفل التخاطب للتواصل مع الآخرين خلال الستة وثلاثون شهرا الأولى من عمره؟		
54	هل يبدو الطفل وكأنه أصم تجاه بعض الأصوات في حين أنه يستجيب الى أصوات أخرى (يظهر أنه سمعها)؟		
55	هل يطيع الطفل الأوامر البسيطة (مثل: قف، أجلس، تعال هنا.. الخ)؟		
56	هل يتذكر الطفل الأشياء (مثل: أين توجد لعبته المفضلة؟ أو ما حدث في مكان معين مثل زيارة الطبيب)؟		
عد العلامات (+) في الجدول وسجل الدرجة الكلية للبعد		الدرجة الكلية لاضطرابات النمو	

1- كم كان عمر الطفل عندما حدث هذا السلوك لأول مرة؟

.....
.....

2- هل يحدث هذا السلوك في كل الظروف؟

.....

3- هل يمكن أن يكون هذا السلوك نتيجة لظروف معوقة أخرى؟

.....

ما هي هذه الظروف؟

.....

هل تم تقييم هذه الظروف؟

وماذا كانت وسيلة التقييم؟

4- من قام بالتقييم وماذا كانت النتائج؟

5- ما نوع التقييم الذي تم؟

.....

6- هل لوحظ الاضطراب في المجالات الأربعة لتشخيص التوحدية؟

7- ما هي دلالات هذا الاضطراب؟

.....

8- ما مدى حدة هذه الاعراض؟

.....

وكيف تتفاعل هذه الاعراض مع الأداء الطبيعي؟

.....

9- ما هي المعلومات التي نحتاج إلى جمعها؟

.....

..... من الذي يمكن أن يزودنا بهذه المعلومات؟

10- ما المصادر المتاحة لمزيد من التقييم مستقبلا؟

.....