الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف بالمسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

رقم التسجيل: **201535091273**

تطبيق مقياس كارز CARS للكشف على درجة التوحد لدى الطفل التوحدي

دراسة ميدانية ب المركز البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد 108 مسكن بالمسيلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطلبة:

– أسماء بن جدو

– أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة الأساتذة:

– د/ نوال بوضياف	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المسيلة	رئيسا
– د/ مصباح جلاب	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المسيلة	مشرفا ومقررا
– د/ عبد الحميد شحام	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المسيلة	ممتحنا

السنة الجامعية: 1441-1442هـ 2019/2020م

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الحمد والشكر لله كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه الذي وفقني في انجاز هذا العمل، والشكر لمن أخرج البشرية من ظلمات الجهل إلى نور العلم سيدنا محمد صلى الله عليه وسلم .

انطلاقا من قوله عز وجل: ﴿قَالَ رَبِّ اشْرَحْ لِي صَدْرِي (25) وَيَسِّرْ لِي أَمْرِي (26) وَاحْلُلْ عُقْدَةً مِنْ لِسَانِي (27) يَفْقَهُوا قَوْلِي (28)﴾ [سورة طه، الآيات: من 25 إلى 28]

كلمة شكر لابد لنا منها ونحن نخطو خطواتنا الأخيرة في الحياة الجامعية، من وقفة نعود بها إلى أعوام قضيناها في رحاب الجامعة مع أساتذتنا الكرام، أتوجه بجزيل الشكر والتقدير وعظيم الامتنان إلى جميع أساتذة علم النفس، وخاصة الأستاذ المشرف الدكتور "جلاب مصباح" الذي لم يبخل علينا بجهده ووقته طيلة مراحل البحث.

كما أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير إلى أخصائيين المركز البيداغوجي لأطفال التوحد بالمسيلة الذين لم يبخلوا بأي معلومة ساعدوني بها والمديرة وعلى حسن استقبالهم و تفهمهم و كل المتواجدين فيه

أسماء بن جدو

الإهداء

إلى دماء الحياة التي لا تنضب . .

إلى عرق الأيام وسبائك الذهب . . . . **أبي الغالي** . .

إلى التي ترين روحي بدعاءها . .

إلى التي لا زالت طفلة بعينها . . **أمي حبيبتي** . .

إلى كل من أضافوا لحياتي معنى آخر . . إخوتي : دعاء ومحمد الإسلام

وإلى كل من تقاسم معي سعادتي وآلامي : نوال. إيناس

وإلى كل أصدقائي بدون استثناء

وإلى كل عائلتي من الأعمام و الأخوال

وإلى كل أسرة تشغل أيامها لتضيء لحظات طفلها التوحدي نورا . .

إلى كل معلم تربية خاصة استطاع بإيمانه وعلمه

وأخلاقه أن

يقدم أقصى ما يستطيع لطفله . .

إلى كل هؤلاء أهدي ثمرة جهدي هذا . . وأرجو

من الله

أن يجعل عملي هذا نفعا يستفاد منه غيري . .

شكرا . .

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة إلى تطبيق مقياس كارزcars لتقدير التوحد للكشف على درجة التوحد لدى الطفل.

الفئة من (6إلى17) سنة بالمركز البيداغوجي لأقسام التحضيري بحي 108 مسكن بالمسيلة، وذلك من أجل الكشف على درجة التوحد لدى هؤلاء الأطفال المشخصون على أنهم متوحدون بالمركز، حيث تكونت العينة من 20 فرد طبق عنهم المقياس وتم استثناء 5 أفراد لأن النتائج حسب المقياس كانت بليس توحد فأصبحت العينة 15 فرد.

تمت الإجابة على بنود المقياس من طرف معلمين الرعاية الخاصة حيث أن كل بند له درجة يقدر بها، تم جمع الدرجات والتحصل على المجموع النسبي لها ثم تحديدها في المقياس حسب الفئة من ليس توحد وتوحد بسيط إلى متوسط وتوحد شديد.

وفي الأخير تم التوصل إلى نتائج الدراسة وكانت أكثر نسبة انتشارا بين الأطفال هي نسبة التوحد البسيط إلى المتوسط حيث تتدرج بين 30إلى44درجة وفق مقياس كارز وهذا ما تم التوصل إليه في نتائج العينة المطبق عليها في المركز البيداغوجي بالمسيلة.

Abstract:

The study aims to apply Cars test to assess autism and the degree of autism among children.

It affects the category of (6 to 17) years old from the educational center for preparatory classes in the neighborhood of 108 housing in M'sila, in order to detect the degree of autism among these children diagnosed with autism at the center. The sample consists of 20 individuals who underwent the test, 5 of which people were excluded which are classified as non-autistic according to the results of the test, the sample therefore consists of 15 individuals.

Teachers specialized in the autistic children education responded to the test clauses, where each clause is assigned a degree, the degrees were subsequently collected, then the average calculated and compared to the test according to the category of impairment which varies between non-autism and simple, moderate and severe autism.

Once the results of the study were obtained, it turns out that the most common rate among children was the ratio of simple to moderate autism, which varied between 30 and 44 degrees according to the Cars test among the sample from the M'sila educational center

قائمة المحتويات

فهرس المحتويات	
الشكر والعرفان	
الإهداء	
ملخص الدراسة	
مقدمة	أ-ب
الجانب النظري الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	
تمهيد	05
1- إشكالية الدراسة	05
2- فرضيات الدراسة	07
3- أهمية الدراسة	08
4- أهداف الدراسة	08
5- تحديد المصطلحات	08
6- الدراسات السابقة	09
خلاصة	13
الفصل الثاني اضطراب التوحد	
تمهيد	15
1- لمحة تاريخية عن التوحد	15
2- معدل إنتشار التوحد	19
3- تعريف التوحد	20
4- أنواع التوحد	23

5- أسباب التوحد	27
6- أعراض التوحد	32
7- النظريات المفسرة للتوحد	35
8- خصائص الطفل التوحدي	39
9- تشخيص اضطراب التوحد	42
10- علاج اضطراب التوحد	48
خلاصة	57
الجانب الميداني الفصل الثالث : إجراءات الدراسة الميدانية	
تمهيد	60
1- الدراسة الاستطلاعية	60
2- منهج الدراسة	60
3- الحدود المكانية الزمانية	61
4- مجتمع الدراسة	62
5- عينة الدراسة	62
6- الأدوات المستخدمة	65
7- الأساليب الإحصائية	70
خلاصة	71
الفصل الرابع عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة	
تمهيد	73
1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى	73

2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية	75
3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة	76
خلاصة	78
الاقتراحات	79
خاتمة	81
قائمة المراجع	83
الملاحق	

مقـــدمـة

تعتبر ظاهرة الإعاقة مشكلة خطيرة في أي مجتمع من المجتمعات، وتشكل فئات الإعاقة في أي مجتمع ما نسبة **10** إلى **15%** من نسبة السكان، ويقاس مدى تقدم المجتمع بمقدرته على توفير أفضل الخدمات الطبية والتشخيصية والتربوية والتأهيلية وأيضا النمو الشامل لهم مما يعدهم للانخراط في المجتمع، وإلى جانب ذلك تعد رعاية المعاقين جانب إنساني نبيل يؤكد على حقوق المعاقين، وتعد فئة التوحدية في مقدمة الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة حيث تمثل مشكلة من المشكلات الاجتماعية الصعبة الخطيرة لأن أطفال هذه الفئة أقل قدرة على التكيف الاجتماعي وأقل قدرة على التصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة والتعامل مع الآخرين**(أحمد السيد سلمان، 2010، ص.11).**

فالتوحد اليوم يعد الشبح الذي يهدد الكثير من الأطفال في مختلف أنحاء العالم وفي كل الأسر من كل الخلفيات، ويصيب الأطفال في سن الطفولة، ويتميز هذا الاضطراب بضعف حاد في التواصل والمهارات الاجتماعية والسلوكات التكيفية وتظهر علاماتها في سن الثالثة من العمر.

وكان ينظر إلى التوحد في السابق على أنه جزء من الإعاقات المتنوعة التي يعاني منها الأفراد فيرى البعض أنه نوع من الانحراف أو التخلف العقلي، بينما إعتقد آخرون انه يجب أن يندرج ضمن الإعاقات الحركية والصحية، والبعض الأخر إعتقد انه يجب أن يكون من الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وفي عصرنا أصبح التوحد منفصلا في التربية الخاصة.

ومثل هذا النوع من الإعاقات تعد غريبة في مجتمعنا نوعا ما ولا يستطيع بعض الأفراد التعامل مع هذه الفئة، وهذا راجع لنقص الوعي لهذا الاضطراب وقلة توفر المراكز للعناية بهم.

وتعددت أساليب تشخيص هذا الاضطراب واختلفت لاختلاف تنوع أسبابه وأعراضه وأنواعه، وهذا الاختلاف أحدث مشكلة في عملية التشخيص، حيث تعود هذه المشكلات في طبيعة الأطفال الذين لديهم توحد فهم غير متجانسين في قدراهم وصفاتهم،

وبالتالي فإن تشخيص اضطراب التوحد يعتمد على تطبيق مقاييس وأدوات تعتمد على مظاهر سلوكية للحكم عليه إن كان لديه توحد أم لا، وكلما كان التشخيص مبكر لهذا الاضطراب كلما كانت نتائج أفضل لمستقبل الطفل.

ومن بين هذه المقاييس والأدوات نضع بين أيدينا في هذه الدراسة مقياس تقدير التوحد cars الذي يعتبر وسيلة تشخيصية فعالة لأنه يهدف إلى التعرف على أطفال التوحديين والتفريق بينهم وبين الأطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى، ويعمل أيضا على التفريق بين درجات التوحد المختلفة من بسيطة ومتوسطة وشديدة، ويطبق هذا المقياس مع المعلمين أو الأولياء الذين لديهم معلومات أكثر عن حالة الطفل.

فمن هنا انطلقت دراستنا الحالية والتي تنقسم إلى قسمين: القسم النظري والقسم التطبيقي "الميداني"، فالجانب النظري احتوى على فصلين الفصل الأول، الفصل التمهيدي: خصص فيه الإطار العام للدراسة وتضمن الإشكالية، وفرضيات الدراسة، وأهمية وأهداف الدراسة، وتحديد مصطلحات الدراسة كما تم عرض لبعض الدراسات السابقة، أما الجانب الثاني فتم التناول فيه لمحة تاريخية عن التوحد ومعدل انتشاره وتعريفه، أنواعه، أسبابه، أعراضه والنظريات المفسرة له، وخصائص الطفل المتوحد، التشخيص والعلاج.أما بخصوص القسم التطبيقي: فتضمن فصلين الفصل الأول خاص بـ الإجراءات المنهجية للدراسة الذي احتوى على الدراسة الاستطلاعية ومنهج الدراسة والحدود المكانية والزمانية، عينة الدراسة والأدوات المستخدمة في الدراسة، الأساليب الإحصائية، الفصل الثاني خاص بـ عرض ومناقشة النتائج.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للـدراسة

تمهيد

1- إشكالية الدراسة

2- فرضيات الدراسة

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- تحديد المصطلحات

6- الدراسات السابقة

خلاصة

تمهيد:

إن تحديد أبعاد البحث الرئيسية ضروري في البداية فهي تعتبر بمثابة الركيزة الرئيسية للبحث وعلى هذا الأساس سنحاول في هذا الفصل إلى تحديد أبعاد بحثنا من حيث الإشكالية وفرضياتها وأهمية الدراسة وأهدافها، كما سنتطرق إلى تحديد المفاهيم، والدراسات السابقة والتعليق عليها.

1- إشكالية الدراسة:

تعتبر الطفولة من أهم المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته ففيها تشتد قابلية الطفل لتأثر بالعوامل التي به، ومرحلة الطفولة أكثر من أي مرحلة عمرية أخرى يتعرض فيها الطفل للكثير من المثيرات التي تؤثر على جوانب الشخصية وتظهر في هذه المرحلة أشكال من السلوك السوي والسلوك الدال على نقص التوافق والتي قد يبقى أثرها طيلة حياته وقد أكد (**هيواردHiwared**) و(**اورلاتكسيOurlateqsi**) على أن الفترة من ثمانية شهور إلى ثلاث سنوات مرحلة هامة في نمو الطفل المعرفي والإنفعالي والإجتماعي للأطفال العاديين وغير العاديين وأنه لابد من الإهتمام بهذه الفترة لعدم حدوث إشكالات واضطرابات وإعاقات فيسوء توافقهم في مرحلة حياتهم المقبلة(**إسماعيل، 1997، ص727**).

وحظيت الإعاقات الجسدية والعقلية الظاهرة بحظ وفير من الاهتمام إذ تمثل قضية الإعاقات ورعاية المعاقين مبدأ إنساني وحضاري يؤكد على ضرورة مراعاة حقوق هذه الفئة وإتاحة فرصة متكاملة لهم للاندماج والغوص في المجتمع.

ومن بين هذه الإعاقات التوحد لأنه من أكثر الاضطرابات صعوبة وشدة كونه يوثر تأثيرا كبيرا على مظاهر نمو الطفل المختلفة حيث يؤدي به للانسحاب إلى الداخل والانغلاق في العالم المحيط به، ونتيجة لذلك فقد أولى الباحثون والمختصون اهتماما بدراسة هؤلاء الأفراد من خلال تطبيق مقاييس وبرامج تدريبية في تنمية المهارات الاجتماعية وكذالك مختلف أنشطة اللعب الجماعية في تنمية التواصل لدى هذه الفئة

المصابة بالتوحد، حيث أنه اضطراب منتشر في كل منطقة في العالم وفي كل الأسر من كل الخلفيات العرفية بمعنى أنه اضطراب لا يعرف حدود جغرافية أو اجتماعية معينة.

إذ أنه يصيب الأطفال بغض النظر عن ظروفهم الاجتماعية، وهذا الاضطراب يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة ويصنف من ضمن الإعاقات النمائية الناتجة عن خلل في مظاهر النمو النفسي، فيظهر في تأثيره على قابلية التعلم والاندماج مع الأقران والآخرين.

لهذا تعد أساليب الرعاية النفسية والإرشادية لهم كغيرهم من الفئات ذوي الاحتياجات الأخرى مهم من أجل تقديم حياة أفضل، وإنه من الضروري التعاون بين الوالدين والمعلمين ذو أهمية كبيرة في حياة الطفل المصاب بهذا الاضطراب وكون أن الوالدين يمتلكون أكبر مصدر للمعلومات عن حياة الطفل اليومية في خارج البيئة الصفية المدرسية، وأن المعلمون هم الأفضل في تحديد استراتيجيات داخل البيئة المدرسية، وبالتالي يساهم كل منها منظومة واسعة من المعلومات والمهارات أيضا توفير رعاية لهم وتدريبا أكثر انسجاما مع حاجات هذه الفئة وكل هذا يهدف إلى أن يصبح هؤلاء بإمكانهم تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي واكتساب طرائق السلوك المقبول اجتماعيا ومن ثم التفاعل مع المجتمع.

واضطراب التوحد حسب الخطيب والحديدي عام **(1998)** "أنه إعاقة في النمو تصنف بكونها مزمنة وشديدة وهي تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر وهي محصلة للاضطراب عصبي يؤثر سلبا على وظائف الدماغ**(الجلبي، 2015، ص.19)**.

وترى نادية أبو السعد **(2000)** اضطراب التوحد أنه "من أكثر الإعاقات التطورية صعوبة بالنسبة للطفل فهو ظاهرة معقدة التشابك وصفها الطبيب الأمريكي **ليوكانر Canner** عام **(1943)** حيث يصيب الأطفال حديثي العهد في سن مبكرة فيعجز الطفل التوحدي منذ السنوات الثلاث الأولى من حياته عن تطوير مهاراته الاجتماعية نتيجة الاضطرابات العصبية التي تصيبه مما يؤثر تواصله اللفظي والغير لفظي كما تقل قدرته

الإبداعية والتحليلية فينعكس ذلك سلبا على عدم القدرة على التصور، فينعزل على بيئته ومجتمعه وحتى أسرته لأنه فقد القدرة على التأقلم والاندماج مع الناس مما يؤثر على فاعلية أدائه الوظيفي".

ويعد التشخيص الدقيق للتوحد أمرا مهما بالنسبة للإكلينيكيين، حتى يتمكنوا من الوصول إلى أساليب علاجية مناسبة وتطبيقها، حيث أن الوصول إلى تشخيص مناسب للاضطراب، وتصنيف أعراضه يعد أمرا معقدا ونتجت هذه التعقيدات عن عدم تجانس أعراضه، إضافة على اشتراكه مع بعض الاضطرابات الأخرى في بعض الأعراض، وهذه العوامل المشتركة أدت إلى الإختلاف بين المختصين، غير أن هذه الإختلافات كانت لها في النهاية نتائج إيجابية في الوصول إلى تشخيص موضوعي، ومبني على أسس علمية للتوحد**(شريبمان، 2010، ص.60)**. حيث ظهرت مقاييس عديدة لتشخيص التوحد ركزت على الملاحظة السلوكية المباشرة للطفل ومن بينها نجد مقياس **كارز cars** لتقدير التوحد الطفولي**(الشامي، 2004، ص24)**، وبالرغم من أهمية تلك المقاييس إلا أن مقياس **كارز cars** ذو أهمية خاصة، كونه يهدف إلى تحديد درجة ومستويات التوحد من البسيط إلى المتوسط والشديد، ويتألف المقياس من **15** بند كل منها يعطي تقدير من **1** إلى **4** مع وجود تقديرات بينية: من **1, 2 , 3 , 4**. وعليه يتم طرح مشكلة دراستنا كالأتي:

ما هي درجات التوحد لدى الأطفال المصنفين على أنهم متوحدون على مقياس كارز cars؟

التساؤلات الفرعية:

- ما هي درجة التوحد لدى الأطفال عينة الدراسة على مقياس كارز **cars**؟
- ما هو نوع التوحد الأكثر انتشارا لدى الأطفال عينة الدراسة؟
- هل درجة الذكور على المقياس أكبر من الإناث؟

2- فرضيات الدراسة:

- درجة التوحد لدى الأطفال عينة الدراسة على مقياس كارز **cars** بسيطة.

- التوحد البسيط هو النوع الأكثر انتشارا لدى الأطفال عينة الدراسة.
- درجات الذكور أعلى من الإناث حسب مقياس كارز **cars**.

3- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية الموضوع فيما يلي:

- التعرف على الاضطراب كونه من أشد الاضطرابات المعيقة لنمو الطفل وهو التوحد.
- التعرف على درجة التوحد لدى أطفال عينة الدراسة من خلال مقياس cars.
- الكشف عن هذا الاضطراب من جميع جوانبه.
- التعرف على النوع الأكثر انتشارا بين الأطفال.
- معرفة درجات التوحد لدى الذكور الأكثر من الإناث.

4- أهداف الدراسة:

- التعرف على مقياس كارز للتوحد وتطبيقه على الفئة المصابة باضطراب التوحد.
- معرفه مستويات التوحد لدى الطفل هل بسيط أو متوسط أو شديد.
- الكشف على درجة الاضطراب وتحديد شدته بتطبيق مقياس كارز.
- توضيح درجة الاضطراب أو عدم وجوده للأولياء.

5- تحديد المصطلحات:

- المقياس: اختبار يحدد بواسطة كميه ما يوجد في الشيء من الخاصة أو السمة التي تقاس ويعبر عن هذه الكمية بالأرقام**(الخطيب، 2003، ص. 23)**.

- مقياس كارز: هو مقياس يقيم التوحد في مرحلة الطفولة يعمل على تشخيص الطفل بوصف سلوكه وتقدير درجته مقارنة مع الطفل الطبيعي فهو يساعد المختصين ومقدمي الرعاية الصحية من تشخيص الطفل على أنه يعاني من التوحد **أو** لا مع تحديد درجته حسب بنود المقياس.

- طفل التوحد إجرائيا: هو كل طفل متواجد في المركز، والذي تم تشخيصه على أنه يعاني من التوحد بالاعتماد على محكاة تشخيصية واختبارات اعتمدها أخصائي المركز.

- **التوحد:** من أشهر التعاريف تعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين عام **(1978)** "حيث يشير بأن التوحد هو اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكيا، وتظهر مظاهر أساسية قبل أن يصل الطفل إلى **30** شهرا ويتضمن الاضطراب في المجالات التالية: سرعة وتتابع النمو، الاستجابة الحسية للمثيرات، الكلام واللغة، التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات.

6- الدراسات السابقة:

لقد أجريت العديد من الدراسات العربية والأجنبية من أجل تطوير أدوات تشخيص اضطراب التوحد، حيث قام العديد من الباحثين العرب بترجمة بعض المقاييس الأجنبية، والدراسات السابقة تعد مرجعا مهما لكل باحث فالهدف هو الاستفادة منها.

الدراسات العربية:

1- دراسة الجابري (2008).

عنوان الدراسة: "مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد "الطبعة الثانية "

هدف الدراسة: مدى الاتفاق بين النسخة الأصلية والنسخة العربية المترجمة.

عينة الدراسة: تألفت عينة الدراسة من **100** طفل تراوحت أعمارهم بين **3-13** سنة.

نتائج الدراسة: وبلغت النسبة المئوية للاتفاق بين النسخة الأصلية والعربية المترجمة **100%** وبينت نتائج العينتين مستقلتين وجود اختلاف في المتوسط بين المجموعتين، مجموعة الأطفال المصابين بالإعاقة العقلية والمصابين باضطراب طيف التوحد ويشير ذالك إلى دلالات صدق لبناء المقياس.

أما نتائج إعادة الاختبار، ومعامل كرونباخ ألفا، ومعاملات الثبات بالتجزئة النصفية فأشارت جميعها إلى دلالات الثبات مرتفعة للنسخة المعربة.

2- دراسة قالي فوزية (2015).

عنوان الدراسة: تقييم الخصائص السلوكية عند الطفل التوحدي بتطبيق مقياس cars- 2 ST المعياري.

هدف الدراسة: تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي المعياري CARS -2 ST.

عينة الدراسة: تألفت عينة البحث من **4** حالات.

نتائج الدراسة: من خلال ملاحظات الباحثة أن الطفل الذي لم يتلقى تكفل مبكر كالتدريب على تعديل سلوكاته من الصعب جدا أن يستجيب للمواقف المنظمة كالاختبارات بأنواعها وهذا ما أجبر الباحثة على التخلي عن البند رقم **14** والذي يمثل الاستجابة العقلية، لذا تقترح الباحثة أن تكون عملية التقييم في شكل ألعاب ونشاطات تستهدف السلوك الذي يرغب الفاحص تقييمه باستعمال الملاحظة التشخيصية كمعيار موضوعي مهم بالإضافة للمعلومات المتحصل عليها من المقابلة واستخبار الوالدين مع مراعاة توفير الظروف المناسبة لهذه العملية، وعليه توصي الباحثة بأن تسطر برامج التكفل فرديا لأطفال التوحد مع مراعاة مستوى الأداء الحالي للمفحوص.

3- دراسة أميرة بخش 2002:

عنوان الدراسة: فعالية برنامج سلوكي تدريبي على عينة من أطفال توحديين.

هدف الدراسة: تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي وخفض سلوكهم العدواني.

عينة الدراسة: تألفت عينة البحث من **24** طفلا تتراوح أعمارهم ما بين **7-14** سنة.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج إلى خفض السلوك العدواني لدى عينة الدراسة، حيث وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي للسلوك العدواني، ووجدت فروق في القياس البعدي للسلوك العدواني، ووجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للسلوك العدواني.

- الدراسات الأجنبية:

1- دراسة فريمان **freeman** وريتفو **Ritvo** وكاثري **Guthrie** وسكروث **schroth** وبول **ball 1978** الولايات المتحدة الأمريكية.

هدف الدراسة: بناء مقياس الملاحظة السلوكية لاضطراب التوحد BOS بهدف التمييز بين الأطفال الذين لديهم توحد والمعوقين ذهنيا والعاديين، وتحديد مستويات اضطراب التوحد.

عينة الدراسة: تكونت من **88** طفلا.

نتائج الدراسة: توفرت للمقياس دلالات صلاحية بناء من خلال أسلوب التحليل العاملي لكل مجموعة على حدة، كما أشارت النتائج إلى أن هذا المقياس قادر بشكل فاعل على التمييز بين مجموعات الدراسة .

2- دراسة سكوبلروريشلر وروتر 1988:

عنوان الدراسة: تطبيق مقياس تقدير التوحد الطفولي cars.

هدف الدراسة: تطوير نسخة معدلة من مقياس تقدير التوحد الطفولي cars.

نتائج الدراسة: توفرت دلالات صلاحية لهذا المقياس تمثلت في صلاحية تلازمية مع تقديرات الوالدين والمعلومات المستفادة من ملف الطالب بالإضافة إلى مقابلات غير منظمة مع الأطفال وكان معامل الارتباط يبلغ **0.8**، وكذالك مع تقديرات المعالجين أثناء التشخيص لمعامل الارتباط فيها **0.94** وأيضا بطريقة اتفاقية المقيمين وكان معامل الارتباط **0.71**، وبطريقة الإعادة حيث كان معامل الارتباط **0,88**، أما بالنسبة للدرجات الكلية التي تحدد طبيعة تشخيص الحالة فقد كانت على النحو التالي: من **15** إلى **29.5** ليس توحد ومن **30** إلى **36.5** توحد بدرجة بسيطة إلى متوسطة ومن **37** الى **60** توحد بدرجة شديدة .

التعليق على الدراسات السابقة:

يعتبر مقياس cars لتقدير التوحد من المقاييس المهمة المشهورة عالميا والبحث في مثل هذه المقاييس تلقى إهتماما واسعا من حيث دراسته وتطبيقه على الأطفال المصابين بالتوحد ومن ضمن الدراسات التي تناولت متغيرات تشابه نوعا ما دراستنا الحالية نجد:

- بعض الدراسات التي تناولت مقياس كارزcars لتقدير اضطراب التوحد نجد دراسة الجابري **(2008)**، ودراسة تناولت الخصائص السلوكية عند طفل التوحد بتطبيق مقياس cars نجد دراسة قالي فوزية **(2015)**، وأيضا دراسة تهدف إلى بناء مقياس الملاحظة

السلوكية لاضطراب التوحد وتحديد مستوياته قام بها كل من فريمان freeman وريتفو Ritvo وكاثري Guthrie وسكروث schroth وبول ball، ودراسة في تطوير مقياس cars لتقدير درجة التوحد نجد دراسة أجنبية قام بها كل من سكوبلر وريشلر وروتر عام **(1988).**

أما بعض دراسات استخدمت برامج تدريبية سلوكية مثل دراسة أميرة بخش **2002.**

وهذه الدراسات اتفقت مع دراستنا من حيث:

استخدام لمقياس cars لتقدير التوحد كأداة، والمنهج المعتمد هو المنهج الوصفي، والعينة المطبق عليها هي فئة أطفال التوحد.

أما من حيث الاختلاف، فكانت دراستنا مختلفة عنهم حيث أنها تهدف إلى الكشف على درجة التوحد لدى الطفل من خلال تطبيق مقياس cars لعينة الدراسة.

خلاصة:

من خلال ما سبق التطرق إليه في الفصل نرى أنه تم طرحنا للإشكال والتساؤل وفرضيات تجيب على هذا التساؤل، وأهداف الموضوع وأهميته، وتعريف بمصطلحات الموضوع وعرض بعض الدراسات السابقة، سوف نتطرق في الفصل الموالي لتعريف شامل للاضطراب التوحد.

الفصل الثاني

اضطراب التـــوحـــد

تمهيد

1- لمحة تاريخية عن التوحد

2- معدل انتشار التوحد

3- تعريف التوحد

4- أنواع التوحد

5- أسباب التوحد

6- أعراض التوحد

7- النظريات المفسرة للتوحد

8- خصائص الطفل التوحدي

9- تشخيص اضطراب التوحد

10- علاج اضطراب التوحد

خلاصة

تمهيد:

يعد اضطراب التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية تأثيرا على المعالم النمائية الرئيسية حيث جذب اهتمام الأخصائيين والباحثين ولا يزال مثيرا للجدل من حيث تشخيصه وأسبابه وعلاج، وقد أصبح حاليا تصنيف مستقلا في التربية الخاصة، وعلى الرغم من أن التوحد يعد جزءا من الحالات الإنسانية إلا أن ظهور هذا النوع من الحالات يعد حديثا نوعا ما. ومن هذا المنطلق سوف نعرض في هذا الفصل لدراستنا: لمحة تاريخية لهذا الاضطراب ونسبة انتشاره، وتعريفه وأنواعه، وأسبابه وأعراضه، أيضا بعض النظريات المفسرة لهذا الاضطراب وكذلك التعرف على كيفية تشخيصه وطرائق علاجه.

1- لمحة تاريخية عن التوحد:

وردت قصص كثيرة في الآداب القديمة عن أفراد كان يبدو لديهم التوحد، وأهم هذه الروايات ما ورد عن الطبيب الفرنسي "**جون ماركجاس بار إيتارد**" والذي كتب عن طفل يسمى فيكتور وجد في غابات أفيرون الفرنسية بين عامي (**1801-1807**)، وقد حاول تعليمه بعض المهارات الاجتماعية ومهارات العناية الذاتية من خلال برنامج خاص بالطفل، وتتطابق أوصاف فكتور مع ما نعرفه اليوم بالتوحد(**الشامي، 2004، ص.14**).

أما مصطلح التوحد فقد اشتق من اللغة الإغريقية القديم، ويعني الحالة غير سوية أو شاذة (**دلشات، 2012، ص.15**). حيث منذ أمد طويل، وكان ينظر إليه على أنه مرض عقلي مصنف ضمن الذهانات لكن بمجهود الدراسات والبحوث التي أسهمت في تطوير هذا الاضطراب النمائي، وإبراز أعراضه ضمن التصنيفات العالمية للأمراض النفسية والعقلية (**Messersehmitt 1991 p ,12**).

ففي **1867** كان **هنري مندسلي Henry mondisley** أول أخصائي اهتم جديا بالاضطرابات العقلية لدى الأطفال الصغار، والتي تضمنت الانحراف الملحوظ والتأخر

في العمليات النمائية وفي البداية كان يعتبر اضطراب ذهاني(**عبد المعطي، 2001، ص.566)**.

وفي عام **1907** جاء **كومبي Combi** المختص في طب الأطفال بفكرة أن الاضطرابات الملاحظة قد تكون مؤشرات لهذيانات الراشد، ومن جهة أخرى يرى **جاليفي jalivy** أنها مؤشرات للجنون المبكر، ولكن أزيلت هذه الفكرة بانعقاد مؤتمر علم النفس.

كما قام **أنباي Anbay** في عام **1910** بوضع أفكار تخص الهذيان الطفولي على شكل جنون مبكر من خلال ملاحظة الأطفال المصابين، ووفق هذه الدراسة قام **بلوبر Plouper** بإصدار نص بعنوان "الجنون المبكر"، حيث كانت أعراض هؤلاء الأطفال انقطاع الصلة بالواقع، وإنسحابية مع انطواء على الذات، كما يعتبر هذا الطبيب النفسي من الذين اهتموا بالاضطراب، والذي وصف به إحدى السمات الأولية للفصام والانشغال بالذات أكثر من العالم الخارجي، فالانشغال بالذات من وجهة نظره هو حركه العلمية المعرفية في اتجاه إشباع الحاجات(**فاروق وآخرون، 2011، ص.22)**.

وفي **1943** يرجع الفضل الأكبر في التعرف على التوحد والاهتمام به إلى الطبيب النفسي **ليوكانر Kanner** حيث نشر دراسة وصف فيها 11 طفلا اشتركوا في سلوكيات لا تتشابه مع أي اضطرابات عرفت آنذاك، ولذا اقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي وبهذه الدراسة وهذا التشخيص ابتدأ تاريخ التوحد **(فاروق، 2010، ص.22).** حيث وجد كانر بأن هذه الفئة من الأطفال تعاني من مشكلات عديدة منذ الطفولة المبكرة تتمثل في قصور واضح في التواصل اللفظي كظهور الصدى الصوتي وعكس الضمائر وردود فعل غير عادية للبيئة تشمل الإصرار على التشابه ومقاومة التغير الذي حدث في بيئتهم إضافة إلى ظهور حركات نمطية **(الزريقات 2004، ص.93).**

وفي عام **1944** قدم الطبيب **هانس اسبرجر Hans Asperger** دراسة باللغة الألمانية عن أربعة أطفال لديهم سلوكيات تتمثل بالإنعزالية وضعف العواطف وكذالك

التواصل الاجتماعي، كما أطلق على هذه المجموعة من الأطفال مصطلح "التوحد الطفولي" ويمكن تحديد اختلاف أطفال **كانر** عن أطفال **اسبرجر** بالجوانب الأساسية التالية:

- أطفال **اسبرجر** تتمتع بدرجه ذكاء متوسط (أي في مستوى طبيعي) بينما كانت القلة كذلك لدى أطفال **كانر**.

- أطفال **اسبر جر** قادرين على الكلام بينما كان البعض من أطفال كانر قادرين على الكلام والبعض الأخر لا يتكلمون.

- المهارات الحركية لدى أطفال أسبرجر أسوء بكثير مما هي عليه لدى أطفال كانر.

كان التركيز في الفترات المبكرة للعمل مع التوحد في الستينات من القرن الماضي على توحيد الأعراض التي تحدد اضطراب التوحد على أنه متلازمة محددة وإمتازت هذه المرحلة بالسؤال التالي: كيف نقارن اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات **(الزريقات، 2004، ص.23).**

حيث أشار **كريك 1967 kreec** على ضرورة توافر تسعة خصائص مجتمعة في الطفل ليصنف على أن لديه اضطراب التوحد وهي:

اضطراب في العلاقات الانفعالية، اضطراب في الهوية الذاتية بشكل غير مناسب للعمر، المحافظة على روتين معين ورفض أي تغير في البيئة التي اعتاد عليها، انشغال غير طبيعي بأشياء محددة، قلق وتوتر غير طبيعي وبشكل متكرر، عدم القدرة على النطق، أو عدم اكتساب طبيعي أساسي للغة، أنماط حركية مضطربة وشاذة، ردود فعل غير طبيعية تجاه مثيرات البيئة الحسية، تباين شديد في نمو القدرات الذهنية بين تأخر شديد أو قدرات عقلية غير متوقعة.

وقد أعدت الجمعية الأمريكية للطب النفسي **(APA)** عام **1951** التوحد شكلا من أشكال فصام الطفولة وذالك في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، وظل الحال على ذالك النحو إلى عام **1977** عندما أصدرت منظمة

الصحة العالمية **(WHO)** الدليل التاسع لتصنيف الأمراض **(ICD-9)** حيث فرقت بين التوحد وفصام الطفولة، وقسمت التوحد إلى أربع فئات هي:

توحد الطفولة، والاضطراب الذهني التفككي، واضطراب عقلي طفولي نمطي، واضطراب غير محدد **(دلشات، 2012، ص .20).**

ومنذ الوقت التي وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اللوحة التشخيصية الإكلينيكية للاضطراب في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث لمعدل الاضطرابات العقلية، وذالك في عامي 1980- 1987 على التوالي معتبرة على أن اضطراب التوحد هو اضطراب نمائي لم يعد ينظر للاضطراب على أنه ذهان طفولي كما كان سائد في تلك الفترة **(محمد قاسم، 2001، ص.21).**

وفي عام **1994** تم اعتبار التوحد اضطراب التوحد في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية **(DSM-4)** بأنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تضم للتوحد متلازمة ريت واضطراب الطفولة التفككي ومتلازمة اسبرجر.

وفي نفس العام تم تأسيس الاتحاد الدولي للأبحاث التوحد **(NAAR)** ليصبح أول منظمة في الولايات المتحدة تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة باضطراب التوحد **(البلشة، 1994، ص. 22).**

وفي عام **2000** في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي للاضطرابات العقلية **(DSM-4-TR)** وسعت مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة لتشمل خمس فئات هي: اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر ومتلازمة ريت واضطراب الطفولة التفككي والاضطرابات النمائية الشاملة غير محددة.

وفي عام **2013** تم اعتبار اضطراب التوحد في الدليل الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية **(DSM-5)** بأنه أحد أشكال اضطراب طيف التوحد، والذي يضم إضافة للتوحد اضطراب اسبرجر واضطراب الطفولة التفككي واضطراب نمائي شامل

غير محدد وتم اعتبار اضطراب التوحد على أنه اضطراب في النمو العصبي**(الراوي وآخرون، 1999، ص . 19).**

2- معدل انتشار التوحد:

تؤكد الدراسات الحديثة في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أصدرتها الجمعية الأمريكية للتوحد **(1999)** على أن معدل انتشار التوحد يتراوح ما بين **(45)** لكل عشرة ألاف حالة ولادة، وأشارت الإحصائيات التي وردت في الدليل الشخصي الرابع، أن التوحد يصيب **5** أطفال من كل **10** ألاف طفل وبنسبة أكبر بين الذكور عن الإناث تقدر بـ**4** مرات والصادر عام **1994 dsm** .

1,4 ونسبة التوحد النمطي هي **5-4** في كل **10000** طفل، أما اضطراب أسبرجر فهو **26** في **10000** طفل وقد لوحظ مؤخرا ازدياد نسبة التوحد بشكل كبير، كما أشارت تقارير بأن التقديرات المنتشرة للاضطراب التوحد في العديد من البلدان، في المملكة العربية المتحدة، أوربا وأسيا أن نسبة الإصابة بالتوحد تتراوح ما بين **2-6** أطفال من كل **10000** طفل، وتختلف نسبة حدوثه من دولة إلى أخرى، وذلك لعدم وضع الأسباب والأخطاء في التشخيص**(خليفة وآخرون، 2013، ص .17، 18).**

قدر رابن **(1997)** حدوث التوحد ما بين **(1-2)** لكل **1000** حالة، وقد لخص فومبون **(1988)** نتائج الكثير من الدراسات لعينة قوامها **4** ملايين طفل وقدر حدوث التوحد مابين **(4، 6 5، 5)** لكل **10000**، أما رابنوكاتوزمان، فقدر معدل انتشاره ما بين **1-2** شخص لكل **1000** **(فاروق أسامة وآخرون 2013 ص 29-30)**. وقد لوحظ أن حوالي **40%** من التوحد لديهم معدل ذكاء يقل عن **(50-55)** وحوالي **30%** يتراوح معامل ذكائهم ما بين **50-70**، كما يلاحظ أن حدوث هذا الاضطراب يتزايد مع نقص الذكاء، فحوالي **20%** لديهم ذكاء غير لفظي سوي وفي سجلات معدلات الذكاء لذاتويين تعكس مشكلتهم مع التسلسل اللغوي، ومهارات التفكير المجرد، مثيرة إلى أهمية القصور في الوظائف المرتبطة باللغة **(خطاب أحمد، 2009، ص.2122)**. ويتصدر اضطراب التوحد عند الأطفال قائمة الأمراض

العقلية في الجزائر حيث يحصى إصابة 80 ألف طفل توحدي بعضهم أسعفهم الخط في نيل فرصة المتابعة في المراكز الخاصة على، ندرتها ليحظوا بتكفل الطب النفسي العقلي، والأرطفوني مبكرا، وهو ما يسمح بتخفيف أعراض التوحد ومحاولة إدماجهم في المدارس، فيما لا يزال مئات الأولياء في رحلة البحث عن وصفات ناجعة على عتبات الرقات وحتى الدجالين**(جريدة الشروق، نوفمبر 2013، العدد192، ص.10).**

3- تعريف التوحد:

تشتق كلمة **(AUTISM)** من الكلمة الإغريقية **(aut)** وتعني النفس أو الذات وكلمة **(ism)** وتعني الإنغلاق والمصطلح ككل يمكن ترجمة على أنه الانغلاق على الذات، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ولا يهتمون بالعالم الخارجي، وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، كما أن الأفراد التوحديين يبدون سلوكات نمطية متكررة ومقيدة وتظهر هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل**(أسامة فاروق 2011، ص. 26).**

ويظهر التوحد بوضوح في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل ويعرف بأنه عجز يعيق تطوير المهارات الاجتماعية والتواصل اللفظي والغير اللفظي واللعب التخيلي والإبداعي وهو نتيجة اضطراب عصبي يؤثر على الطريق التي يتم من خلالها جمع المعلومات ومعالجتها بواسطة الدماغ مسببة مشكلات في المهارات الاجتماعية تتمثل في عدم القدرة على الارتباط وخلق العلاقات مع الأفراد وعدم القدرة على اللعب واستخدام وقت الفراغ وعدم القدرة على تصور البناء والملائمة التخيلية **(كوثر، 2006، ص.15).**

- تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد:

التوحد هو نوع من الاضطرابات التطورية والتي تظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، وتكون نتيجة للاضطرابات نيورولولوجية تؤثر على وظائف المخ وبالتالي تؤثر على مختلف نواحي النمو فيجعل الاتصال الاجتماعي صعب عند الهؤلاء

الأطفال ويجعل عندهم صعوبة في الاتصال سواء كان لفظيا أو غير لفظي وهؤلاء الأطفال يستجيبون دائما إلى الأشياء أكثر من الاستجابة إلى الأشخاص، ويضطرب هؤلاء الأطفال من أي تغيير يحدث في بيئتهم ودائما يكررون حركات جسمانية أو مقاطع من الكلمات بطريقة آلية متكررة**(السيد سليمان 2010، ص 18)**.

ويعرف **(عادل الأشول، 1987، ص .112)** على أنه اضطراب سلوكي يتمثل في عدم القدرة على التواصل، ويبدأ في أثناء الطفولة المبكرة وفيها يتصف الطفل بالكلام عديم المعنى، وينسحب داخل ذاته وليس لديه اهتمام بالأفراد والآخرين**(أسامة فاروق مصطفى، 2010، ص27)**.

- **ويعرف أورنز 1989:** التوحد بأنه أحد اضطرابات النمو الشديدة في السلوك عند الأطفال دون وجود علامات عصبية واضحة أو خلل عصبي ثابت أو تغيرات بيوكميائية أو علامات جينية.

- **ويعرفه محمود حمودة 1993:** بأنه اضطراب ذاتوي يتميز بشذوذات سلوكية تشمل ثلاث نواح أساسية من النمو والسلوك، وهو خلل في التفاعل الاجتماعي وخلل في التواصل والنشاط التخيلي، وقلة ملحوظة لاهتمامات والأنشطة**(فاروق مصطفى، 2011، ص.28)**.

- **تعرف الجمعية البريطانية للأطفال التوحدين:**

إن هذا الاضطراب يظهر بمجموعة من المظاهر التالية التي تظهر في 3 أشهر من العمر وتمس كل من:

اضطراب في معدل النمو والسرعة .

اضطراب حسي عند الاستجابة لمثيرات الحسية .

اضطراب في التحدث والكلام والمعرفة **(أسامة فاروق، 2011، ص .26)**.

عرفه لورد 2003: أنه مصطلح يظم مجموعة من الاضطرابات تؤثر على التطور الاجتماعي للأطفال والقدرة على التواصل وتجعلهم ينفردون بخصائص سلوكية مثل الحركات النمطية**(الخطاف 2011، ص. 42)**.

- تعريف رتفو وفريمان: اضطراب يجب أن تكون موجودة أعراضه قبل الثلاثين شهر من عمر الطفل، وهذه الأعراض هي اضطراب في سرعة النمو أو في مراحله، اضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية، اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية، اضطراب في التعلق المناسب بالأشخاص والأحداث والموضوعات**(الخفش، سهام 2007، ص. 32)**.

- تعريف منظمة الصحة العالمية:

اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل، يؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي وعجز في اللعب، وفي التواصل الاجتماعي**(عيسى ناصح، 2009، ص.15)**.

- تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة المنقحة (2000): اضطراب التوحد يشتمل تعريفه على ثلاث محكاة رئيسية هي: قصور في التفاعل الاجتماعي وفي التواصل اللفظي والغير اللفظي ووجود سلوك نمطي متكرر مع ذخيرة محدودة من النشطات، ظهور الأعراض قبل سن الثالثة لدى الطفل، لا يرجع الاضطراب على متلازمة ريت أو الاضطراب الإنتكاسي الطفولي**(ججحاج، 2012، ص.20)**.

- تعريف القاموس الفرنسي الأرطفوني:

اضطراب في النمو العصبي يمس النمو بصفة حادة ولا سيما الجانب التواصلي والسلوكي للفرد وحسب الباحثين تنتشر نسبة الإصابة به ما بين حالتين إلى **4** حالات لكل طفل ويصيب الذكور بأربع أضعاف ما يصيب البنات.

ولعل التعريف الأكثر قبولا بالنسبة للتوحد هو أنه اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي وظيفي في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل في شكل فشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير السلوك وضعف في اللعب التخيلي**(القمش، 2010، ص. 237).**

4- أنواع التوحد:

إن اضطراب التوحد مصطلح مظلى يطوق فئات تشخيصية على الرغم من بعض التشابه في مجالات الاضطراب، إلا أن لكل فئة خصائصها الفريدة ومعاييرها التشخيصية الفريدة أيضا.

هذا ويستخدم المتخصصون مرجعا يسمى الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع **DSM4 -** الذي يصدره إتحاد علماء النفس الأمريكيين، للوصول إلى تشخيص علمي للاضطراب التوحد. ومن هنا نطرح بعض الأنواع للتوحد:

أ- اضطراب أسبرجر:

كان أول من اكتشف متلازمة اسبرجر هو **هانز اسبرجر HANS ASPERGER**، إذ يطلق البعض على متلازمة اسبرجر التوحد ذو الأداء العالي وتعد متلازمة اسبرجر أكثر شيوعا من اضطراب التوحد. وتتشابه مع اضطراب التوحد من ناحية شيوعها بين الذكور أكثر من الإناث**(فاروق، 2013، ص130).**

ولقد شخص الدكتور **HANS PERGER** من جامعة فينا قسم طب أطفال التوحد بأنه يشمل عدة أعراض سميت بمتلازمة اسبرجر وهي: قصور في مهارات التوازن، الاكتئاب، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة كراهية التغيير في كل شيء سواء في الأكل أو الملابس وعادة ما تكون لهم طقوس معينة في حياتهم، ويلعبون في أغلب الأوقات بشيء واحد**(الجلبي، 2008، ص22).**

وتتمثل معايير تشخيص متلازمة اسبرجر حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية:

- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي.
- سلوكيات نمطية متكررة في نطاق ضيق وذخيرة محدودة من الاهتمامات.

إن الاضطراب يسبب إعاقة سريرية ملحوظة في القدرات الوظيفية الاجتماعية والمهنية وغيرها من الميادين الوظيفية.

- لا يوجد تأخر لغوي سريري ملحوظ مثلا استعمال الكلمة بعمر السنتين والجمل التواصلية تستخدم بعمر الثلاث سنوات.
- لا يوجد تأخر لغوي سريري ملحوظ في التطور المعرفي أو في تطور المهارات المساعدة الذاتية المناسبة للعمر أو السلوك المتكيف.
- عدم انطباق المعايير على أي نوع آخر من الاضطرابات مثل الفصام أو أحد الاضطرابات النمائية الأخرى**(الزراع، 2010، ص106).**

ب - متلازمة ريت:

هو اضطراب نمائي عصبي لا يظهر إلا على الإناث حدده أندريا ريت **ANDERAI RIT**، يظهر أثناء الميلاد وتصبح أكثر في السنة الثانية من العمر، ويلاحظ فيها فقط حركات اليد الموجهة أو الهادفة وتحل محلها حركات رتيبة متكررة تشمل لوي اليد والتصفيق وأفراد ذوي متلازمة ريت يصابون بإعاقات متعددة عميقة ويتطلبون مساندة طوال حياتهم وتشخص هذه المتلازمة من خلال المسح الجيني**(فاروق، 2013، ص134).**

ولقد حددت الجمعية الأمريكية للطب النفسي للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعايير التشخيصية لاضطراب ريت على النحو التالي:

نمو طبيعي واضح قبل الولادة.

تطور نفسي حركي طبيعي وواضح خلال فترة الأشهر الخمسة الأولى بعد الولادة.

حجم طبيعي لمحيط الرأس بعد الولادة.

بداية ظهور البنود التالية بعد المرور بمراحل طبيعية من النمو:

- تباطؤ نمو الرأس.
- فقدان القدرة المكتسبة من قبل في الاستخدام الهادف لليدين.
- فقدان القدرة على التفاعل الاجتماعي المكتسب في المراحل الأولى.
- ضعف التناسق بين حركات الساقين والجذع.
- قصور شديد في تطور اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية مصحوبا بتأخر شديد في التطور النفسي الحركي.

ج- اضطراب الانتكاس الطفولي:

يعرف هذا الاضطراب بمتلازمة هيلر، وهي حالة نادرة يمكن تشخيصها إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيان في السنتين الأولين من العمر، تبدأ الأعراض قبل سن العاشرة من العمر**(عبد المعطي، 2008، ص31)**، يتميز بالنكوص في عدة مجالات وظيفية، وقد يفقد المصابون التحكم في الأمعاء والمثانة، قصور في التواصل وأنماط السلوك**(محمد سيد، 2004، ص16).**

ومعايير تشخيص اضطراب الانتكاس الطفولي حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية:

نمو وتطور طبيعيان في السنتين الأوليتين من عمر الطفل يتوافق مع عمره في المجالات التالية:

- التواصل اللفظي والغير لفظي.
- العلاقات الاجتماعية.
- اللعب.

أداء وظيفي غير طبيعي، بندين على الأقل:

- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي.
- قصور في القدرة على بناء الصداقات مع الأقران.
- قصور نوعي في التواصل.

- تأخر أو فقدان القدرة على الكلام.
- فقدان القدرة على استخدام الخيال أثناء اللعب.
- عدم القدرة على ابتداء الحديث أو مواصلته.

فقدان المهارة التالية قبل سن العاشرة من العمر، على الأقل بندين:

- اللغة الاستقبالية والتعبيرة.
- التحكم في التبول والتبرز.
- المهارة الحركية.
- المهارة الاجتماعية أو السلوك التكيفي **(الزراع، 2010، ص109)**.

واقترح كل من سيفن **Sevi** ومات سون **Matson** وكورفي **CoeFee** وسيفين **Seven** تصنيفا من أربع مجموعات كما يلي:

1- المجموعة الشاذة **Atypical group**: يظهر أفراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التو حدية والمستوى الأعلى من الذكاء.

2- المجموعة التوحدية البسيطة **Autistic grou Milaly**: يظهر أفراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية، وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية.

3- المجموعة التوحدية المتوسطة **Autistic group Moderately**: ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية:

- استجابات اجتماعية محددة.
- أنماط شديدة من السلوكيات النمطية مثل (التأرجح والتلويح باليد).
- لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي.

4- المجموعة التوحدية الشديدة **Autistic group Severely**: أفراد هذه المجموعة معزولون اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، وتخلف عقلي على مستوى ملحوظ **(فاروق، 2010، ص32)**.

5- أسباب التوحد:

لقد ضلت أسباب التوحد مجهولة إلى حد كبير منذ حقبة طويلة من الزمن، فلم تتوصل البحوث العالمية التي أجرت حول، التوحد إلى نتيجة قطعية حول، السبب المباشر للتوحد وفي الكثير من الحالات يكون سبب حدوث التوحد غير معلوم.

ومن هنا نتناول أهم أسباب التوحد:

- الأسباب الجينية:

يرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذو تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب**(أسامة فاروق، 2010، ص. 24)**، حيث أن للوراثة دور في التعرض لهذا الاضطراب، حسب ما توصلت إليه الدراسة **كامبل: kampel 2006** حيث تشير نتائج الدراسة أسرية للذاتوية شملت **1231** عينة أن موقع الكرومزوم **(31vk)** هو المنطقة المرشحة لوجود جين التوحد كما تنتشر بعض الأمراض المزمنة أسر المصابين بالتوحد **(اللهيبي، 2009، ص .41).**

ورغم أنه قد تم التحقيق من وجود علاقة بين اضطراب التوحد والجينات غير أن النمط الوراثي المحدد ما يزال مهما، ومع هذا فإن هناك نسبة إجماع على أن التوحد ناتج عن عدد من الجينات لجين واحد فقط، وقد يتم توارثها من أحد أو كلا الوالدين أو قد تظهر نتيجة لتغير مفاجئ طرأ أثناء عملية التزاوج الكروموسومات وهذه المجموعة من الجينات هي التي تؤدي إلى ظهور تفاوت في درجات، والشدة الأعراض التي يتمثل فيها التوحد في أشد أشكاله.

ويرى فإن إردويج **van erdewagh 1995** أن بعض الجينات تشترك مجتمعة كعامل مسبب لحالة التوحد تكون ما بين **35** جينات غالبا:موزعة على عدد من الكروموسومات وليست كلها واقعة على كروموسوم واحد.

وفي دراسة أخرى وجد أن التوحد منتشر بنسبة **96%** في أزواج التوائم المتطابقة (من بويضة واحدة) وينتشر بنسبة **27%** بين أزواج التوائم البويضتين.

ويمكن إجمال دور العوامل الوراثية في حدود التوحد فيما يلي:

تؤدي بعث حالات الشذوذ الكروموزومي إلى الاضطراب ويعد الشذوذ في الكروزوسوم رقم 13 من أكثر هذه الحالات شيوعا.

أن هناك عددا من الجينات يتراوح بين 35 جينات تشترك في حدوث التوحد، ويجب أن تتوفر كلها لدى نفس الشخص وتتوزع هذه الجينات على عدد من الكروموزومات المختلفة.

أن نتائج الدراسات الميكروسكوبية على الأطفال التوحديين تؤكد عدم وجود خلايا بيركنجي بالمخيخ لديهم إلى جانب تزايد عدد خلايا العصبية في مكونات الجهاز الطرفي **Limbic.**

نقص طول المخ **Brain stem** لديهم.

وجود نقص كبير في عدد الخلايا العصبية التي ترتبط بعضلات الوجه**(السيد سلمان، 2010، ص2526).**

- الأسباب الكيميائية:

أشارت البحوث إلى علاقة التوحد بالعوامل الكميائية العصبية وبصفة خاصة إلى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية، حيث لوحظ في بعض الدراسات ارتفاع معدل السيروتونين في الدم لدى ثلث أطفال التوحد، كما وجد علاقة ذات دلالة بين معدل السيروتونين في الدم ونقص في السائل النخاع الشوكي.

ففي دراسة قام بها **كوبرمان kuperman 1989** لبحث العلاقة بين السيروتونين لدى المصابين بالتوحد وأقارب الدرجة الأولى وبفحص مستوى السيروتونين للأطفال التوحديين وأبائهم. كشفت النتائج عن ارتفاع معدل السيروتونين لدى الأولاد عن البنات ولدى الأولاد الذاتويين عن أبائهم وتماثلها مع أشقائهم وبشكل عام لوحظ ارتفاع في معدل السيروتونين في الدم لدى التوحديين وعائلاتهم.

وفي دراسة قام بها **كل باتريشيا وادوارد kan patricia and edwared 1998** للتعرف على شذوذ الأيض من خلال عينات الدم على خمسون طفلا يعانون من التوحد كشفت النتائج أن هناك ارتفاع في الأحماض الدهنية وهو ما تم تفسيره بأن تراكم الأحماض الدهنية لها تأثيرات ضارة على المخ والغدد الصماء وأنظمة المناعة وكلها مميزة للاضطراب التوحد**(السيد سلمان، 2010، ص، 33).**

- الأسباب المناعية:

أشارت العديد من الدراسات إلى وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحديين فالعوامل الجينية وكذالك شذوذات في منظومة مقررة لدى التوحديين.

وتشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير ملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحد، كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون وهم الأجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل**(أسامة فاروق، 2010، ص. 24).**

وفي دراسة قام بها **وارين وآخرون wareen et all 1990** هدف منها حصر تحديد الأجسام المضادة في دم أم الطفل التوحدي وذلك على عينة مكونة من إحدى عشرة أما للأطفال توحديين تقل أعمار أطفالهم عن ست سنوات. كشفت النتائج أن ستة من الأمهات الست كان لديهن تاريخ للاضطراب أثناء الحمل مما يشير إلى شذوذا مناعيا لدى الأم قد ارتبط بحدوث حالات التوحد **(السيد سلمان، 2010، ص3435).**

- الأسباب العصبية:

إن البحث الحالي يشير إلى أن أي شيء يمكن أن يسبب ضررا أو تلفا بنيويا، أو وظيفيا في الجهاز العصبي المركزي، يمكن له أيضا أن يسبب متلازمة التوحد **(علي محمد، 2007، ص.9)**، ويعتقد الباحثون أن جميع المصابين بهذا الاضطراب يعانون من تلف، دماغي، ودليل ذالك أن التوحد مرافق للعديد من الأمراض العصبية الجسمية والإعاقات المختلفة، وكذلك الاختلاف الموجود في شكل أدمغة المصابين، كما أظهرت

الفحوصات العصبية على أن الأطفال التوحديين يتميزون بشذوذات، مثل تآزر ضعيف في الحركة، سيلان اللعاب، نشاط زائد، وأشارت الدراسات أن ثلاث أرباع من هؤلاء الأطفال يظهرون إشارات عصبية مرتبطة بوظيفة الجهاز العصبي**(عسيلة كوثر، 2006، ص.269).**
وتشير الدراسات الحديثة لصورة الرنين المغناطيسي **(IRM)** أن الحجم الكلي للمخ متزايد لدى المصابين بالأوتيزم، والنسبة الكبرى للزيادة في الحجم حدثت في الفص القفوي، الفص الجداري والفص الصدغي، ولم يوجد فرقا 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 قلق، الأرق، والسلوك الحركي المتكرر**(خطاب، 2005، ص269).**

ولقد أوضح فيجندرا سينغ **Fijandrasing** في المؤتمر الدولي سنة **(2000)** أن التجارب المخبرية التي قام بها، أوضحت بأن جرعات التطعيم ضد الحصبة الألمانية تسبب ردود فعل مناعية، تؤدي إلى تلف البروتين في المخ، وبالتالي التوحد**(سليمان، 2011، ص.10)**

- الأسباب الاجتماعية:

يرى كل من بوتمان زيريك **(Boutmanzurek 1960)** أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه، وعدم إحساسه بعاطفتها فضلا 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 الغير طبيعية**(الجلبي سوسن، 2004، ص49).**

ويقول برينو بيتلهايم Pitelhaym في كتابه (الحصن الفارغ 1967) أعلن عبر هذا الكتاب "إعتقادي أن رغبة الآباء في ألا يوجد طفلهم أصلا هي العامل المحفز لتوحد الطفولة**(شرسبيمان، ترجمة عياد فاطمة، 2010، ص89).**

- الأسباب النفسية:

نظرية الأم الثلاجة: أي أن التوحد ناتج عن انسحاب نفسي لما يدركه الطفل على أنه في بيئة باردة عاطفيا، والتي كانت سائدة في الخمسينات والستينات هي نظرية خاطئة تماما**(صالح وجوالدة، 2010، ص 94.).**

وقد فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو من عمر الطفل، وهذا يؤدي إلى اضطرابات كثيرة عنده، وحسب العالم النفسي بيرنوبتلهام **BurnoBetlheim** أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين، ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقا لقب الأم الثلاجة **(الشامي، 2004، ص62).**

- الأسباب الإدراكية والعقلية:

يرى أصحاب وجهة نظر هذه الإعاقة أن التوحد سببه اضطراب إدراكي نمائي حيث أشارت بعض الدراسات أن أطفال التوحد لديهم انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض في نشاط القدرات العقلية المختلفة والتي ترجع بدورها إلى انخفاض قدراتهم على الإدراك فضلا عن اضطراب النطق واللغة.

ووجدت الباحثة **1987** أن المشكلة الرئيسية للأطفال التوحد هو افتقارهم للقدرة على فهم الناس الآخرين وفهم أنفسهم ومعظم الأفراد الطبيعيين لديهم معلومات عن أنفسهم.

كما أن الطفل التوحدي لا يفهم كيف يؤثر سلوكه بأفكار ومعتقدات الناس الآخرين، وبموجب هذه النظرية فإن أطفال التوحد ليس لديهم عالم حسي فضلا عن افتقارهم للجانب الاجتماعي والتواصل مع الآخرين ولديهم مشاكل في الجانب المعرفي والاجتماعي**(الجلبي، 2004، ص50).**

- الأسباب البيئية:

تتعدد العوامل البيئية التي يمكن أن تسبب اضطراب التوحد ومن بين هذه العوامل:

1- التلوث البيئي الكيمائي مثل التلوث بالمعادن كالزئبق والرصاص.

2- التلوث الغذائي عن طريق استخدام الكمياويات قد يؤدي إلى تسمم عضوي عصبي يسبب التوحد.

3- التلوث الإشعاعي أو التعرض للأشعة.

4- التعرض للأمراض المعدية وخاصة تعرض الأم الحامل لها، أو تعرض الطفل لها في بداية حياته.

5- تعاطي الأم الحامل للعقاقير بشكل منتظم أو تعاطي الكحوليات.

6- تعد البيئة الاجتماعية والاقتصادية أو الثقافية التي ينشأ فيها الطفل ذات دور كبير في حدوث أو منع أو تطور اضطراب التوحد.

7- ظروف الحمل والولادة**(السيد سلمان، 2010، ص.30).**

6- أعراض التوحد:

إن أعراض التوحد مختلفة في شدتها وعددها من طفل إلى أخر حيث تمس الجانب اللغوي والعلاقات الاجتماعية والسلوك إذا ما تحدثنا عامة فإنها تكون واضحة في الجوانب التالية: **التواصل، التفاعل الاجتماعي، المشكلات الحسية، اللعب والسلوك.**

وإن مجموعة الأعراض السلوكية للتوحد هي على النحو التالي:

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

- يقاوم تغيير الروتين.
- لا ينظر في عين من يكلمه.
- يستمتع بلف الأشياء.
- تعلق غير طبيعي بالأشياء الغريبة.
- فقدان الخيال والإبداع في طريق اللعب.

وجود حركات متكررة وغير طبيعية مثل: **هز الرأس أو الجسم واليدين.**

قصور أو غياب القدرة على التواصل والاتصال(**علي كامل، 2003، ص .10**).

فأعراض سلوك الطفل التوحدي تكون عادية نسبيا حتى يبالغ من العمر عاميين ونصف يلاحظ الوالدين بعد ذلك تأخر في النمو اللغوي ومهارات اللعب بالإضافة إلى التفاعل الاجتماعي.

والأطفال التوحديين ليس لديهم نفس الدرجة والشدة من الاضطرابات فالتوحد قد يكون لعلامات بسيطة وقد يكون شديد باضطراب في كل مجالات التطور عامة(**نسيان، 2009، ص. 12**).

وترى خالدة نيسان أن الأطفال التوحديين تظهر لديهم أعراض كصعوبة الاتصال وبطئ نمو اللغة أو توقفه تماما أو يستخدم لغة الإشارة فالرضع لا يستطيعون الوغوغة وعندما تظهر لغة الطفل فهي تظهر بشكل غير طبيعي مثلا فيها تزيد الكلمات والجمل غير ذات معنى وبعض الأطفال يكون لديهم عكس الضمائر أنت بد لا من أنا.

ولقد وصف أحد الآباء الأطفال الذين راقبهم كانر **kanner** قائلا "يبدو مقتنع بذاته لا يظهر انفعالات، لا يلاحظ حقيقة أن أي شخص يأتي أو يذهب، لا يبدو سعيدا برؤية والده أو أمه أو زميله باللعب يبدو أنه منسحب ومتقوقع على نفسه **(الزريقات 2011 ص 36)**

كما يشير **كوجال كوفرت** أن التوحد يشير إلى ظهور مؤشرات الانسحاب الاجتماعي وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية متكافئة بالإضافة إلى الاضطرابات

في اللغة والقدرات الإدراكية والمعرفية وانخفاض القدرة على فهم التعليمات اللفظية **(طارق، 2008، ص 17).**

أما سميث **2001** فإنه يلخص أعراض التوحد على النحو التالي:

- إعاقة في التفاعلات الاجتماعية التبادلية:

- لا يطور مودة وصداقة للآباء وأعضاء الأسرة.
- نادرا يلاحظ الانفعالات مثل العطف والغضب.
- الميل إلى استعمال الإشارات غير اللفظية مثل (الابتسامة، الإيماءات، التواصل الجسمي).
- لا يوجد تواصل بالعين.
- اللعب التخلي نشاط نادرا ما يلاحظ.
- يظهر نقص الإيماءات التواصلية الاجتماعية والنطق خلال الأشهر القليلة الأولى.

- قدرات تواصل ضعيفة:

- اللغة الوظيفية غير مكتسبة بشكل كامل.
- محتوى اللغة غلبا غير مرتبط بالأحداث الفورية.
- سلوك نطقي نمطي وتكراري.
- لا يحافظ على المحادثة.
- المحادثات التلقائية نادرا ما يبدأها.
- يمتاز الكلام بأنه لا معنى له وتكراري.
- عكس الضمائر.

- الإصرار على التماثل:

- التضايق الواضح عند تغيير البيئة.
- ظهور سلوك تكراري.
- سلوكات نمطية مثل: **التأرجح والتلويح باليد، صعب إيقافها.**

- أنماط سلوك غير اعتيادية.
- الاعتداء على الآخرين.
- سلوك إيذاء الذات مثل الضرب والغضب **(الزريقات 2004، ص 44).**

إن أعراض التوحد قد تتباين من البسيط إلى الشديد الآن هذا الاضطراب يمس كل الجوانب نمو الشخصية للطفل ومنها الجانب الجسمي والحركي والعقلي وكذا الاجتماعي من حيث الاتصال والسلوك عامة ما يعيقه عن الحياة الطبيعية والتكيف مع مختلف ظروف الحياة.

7- النظريات المفسرة للتوحد:

إن وجود الأنماط السلوكية لدى الطفل يعرقل في عملية تعلمهم، واكتسابهم الخبرات التربوية باختلاف السلوكات والدرجات والشدة ويتزامن هذا مع غموض الأسباب واختلاف الآراء جاءت النظريات المفسرة لاضطراب التوحد حيث كل نظرية لها وجهت نظر:

1- نظرية التحليل النفسي:

فسر بعض الأطباء النفسانيين المتأثرين بنظرية التحليل النفسي لفرويد التوحد على أنه ينتج من التربية الخاطئة خلال مراحل النمو الأولى من عمر الطفل وهذا يؤدي إلى اضطرابات ذهنية كثيرة عنده وفسره العالم النفسي "برونو بيتليهم" أن سبب التوحد ناتج عن خلل تربوي من الوالدين ووضع اللوم بشكل أساسي على الأم حيث كان يطلق عليها سابقا لقب الأم الثلاجة **(غزال، 2008، ص. 25).**

2- نظرية العقل:

ترى هذه النظرية بأن اضطراب التوحد يعود لعدم قدرة الطفل على إدراك المثيرات الخارجية وبالتالي الاستجابة لها بشكل صحيح، وفيما يلي شرح مختصر عن نظرية العقل:في عام **1985** قدم بوران كوهين **Bourankohin** نظرية العقل التي تقوم على مبدأ أن للأطفال الطبيعيين قدرة على تطوير أو تنمية أشكال التواصل بصورة سليمة

تحقق لهم التفاعل والتواصل مع بيئتهم بطريقة طبيعية وتساعدهم على اكتساب الكثير من المفاهيم الأساسية التي تنمي لديهم القدرة على تبادل الأفكار والمشاعر مع الآخرين **(tager, Helan, 2000)**

حيث تشير نظرية العقل أن الأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد يواجهون صعوبات في المقدرة على الاستنتاج، فهم يجدون صعوبة في التصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين أو ما قد يدور في ذهن الآخرين من التفكير وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي وصعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرين**(سليمان، 2012، ص55).**

وعلى رغم ما قدمته هذه النظرية من أدلة، إلا أنها من وجهة نظر الباحث لم تستطيع أن تجيب على السؤال التالي:

هل نظرية العقل هي سبب التوحد ؟ أم هي عرض من أعراضه ؟

3- النظرية السلوكية:

تفترض هذه النظرية أن المشكلات السلوكية التي يعاني منها الأطفال التوحديين هي مشكلات أولية تسبب مشكلات اجتماعية، حيث يرى فرث Ferth 2007 إلى أن التوحد ليس نتيجة مفردة لعيوب إدراكية وإنما نتيجة لعيوب إدراكية متعددة، وهذا البحث أدى إلى أنواع مهمة من العلاج التي تطوق العيوب المعرفية والسلوكية، وبعض المعالجين السلوكيين علموا الأطفال التوحديين بعض المتغيرات الانفعالية المختلفة ولغة الإشارة اعتماد على استغلالهم حساسيتهم للحس والحركة بواسطة معززات مكافآت العلاج السلوكي وحسب هذه النظرية الاضطراب هو سلوك يتم اكتسابه وتعلمه **(لويس مليكة، 1994، ص.14).**

4- نظرية الجينية الوراثية:

هذه ترى بأن العامل الوراثي والخلل الجيني خلال فترة الحمل هو السبب وراء اضطراب التوحد عند الطفل، وفيما يلي أدلة هذه النظرية على أن التوحد يعود لعوامل وراثية أو جينية:

ارتباط حالات من أطفال التوحد بتشوهات بالكروموسوم وخاصة رقم **(15-5-21-7)** **(Gillberg 1998, p415 -425)**، بالرغم من وجود مثل هذا الارتباط إلا أنها لا تظهر عند كل الأطفال إنما عند أعداد محدودة منهم**(الشامي، 2004، ص 43)**

مرافقة عدد من حالات التوحد بالاضطرابات جينية مثل:متلازمة أنجلمان، متلازمة كلينفنتر، التصلب الدرني، والأمراض العصبية الليفية، ومتلازمة الكروموسوم الهش، وبالرغم من وجود مثل هذه المرافقات بين اضطراب التوحد والمتلازمات السابقة، فإنها حالات فردية ففي دراسة رسلان **2008** توصلت إلى أن نسبة المصابين بمتلازمة الكروموسوم الهش بين أطفال التوحد هي 0%**(العلي، رسلان، 2008، ص40).**

نسبة إنجاب طفل أخر لديه توحد، عندما يكون لدى الأسرة طفل توحدي تتراوح بين **3** إلى **6%** وجود عند بعض الأطفال الذين لديهم توحد إصابة بالجلد تشبه حبات القهوة وهي نتيجة خلل جيني موروث **(لمفون، 2010، ص . 56).**

على الرغم مما قدم بهذه النظرية من شواهد وأدلة تم ذكرها هنا، إلا أن العلماء يفترضون بأنه حتى لو كان للتوحد أساس جيني، فإن صبغة الانتقال الجيني لا تزال غير معروفة **(كوهين، باتريك، 2000، ص . 45)**

كما أن كثيرا من الدراسات أشارت إلى أن قلة من المصابين باضطراب التوحد لديهم خلل جيني أو خلل الكروموسومات، كما أن الدراسات التي أجريت بهذا المجال استندت على حالات فردية وبالتالي لا يمكن تعميمها على جميع من يعاني من اضطراب التوحد.

5- النظرية البيولوجية:

تعتبر هذه النظرية من أكثر النظريات التي حظيت بالدراسات والأبحاث، إذ ترى هذه النظرية بأن الخلل الموجود بدماغ الطفل، مما يسبب لديه اضطراب التوحد، وتنطوي تحتها أيضا الأسباب البيوكميائية والعصبية، وفيما يلي شواهد هذه النظرية على أن التوحد يعود إلى الخلل في الدماغ:

نسبة انتشار اضطراب التوحد متساوية في كل الثقافات والأعراف والطبقات الاجتماعية، إضافة لمرافقة التوحد مع كثير من الإعاقات والاضطرابات العصبية مثل: التخلف الذهني والصرع **(wary , johan , p 354-360)** حيث أظهر التخطيط الكهربائي للدماغ **(EEG)** وجود بعض التغييرات في الموجات الكهربائية للدماغ لحوالي **20-65%** من حالات التوحد، وكذلك زيادة في نوبات الصرع في حوالي **30%** من الأشخاص الذين لديهم اضطراب التوحد.

وجود اضطراب في الفصي الدماغ الجانبين لدى تعريض الطفل الذي لديه توحد لتخطيط موجات الدماغ EEG أثناء قيامه بنشاط معين ومن المحتمل أن يكون عدم إمتلاك طفل التوحد للغة، عائد للاختلال التوازن بين فصي الدماغ**(يونس، وآخرون، 2009، ص.86).**

أشارت إحدى الدراسات بأن الخلايا العصبية في الفصين الجداريين لدى الأفراد الذين لديهم توحد تبدو أقل كفاءة في معالجة المعلومات عند مقارنتهم بالعاديين .

أشارت الدراسات إلى أن مقاس محيط الرأس المصابيين باضطراب التوحد أكبر من الطبيعي في نسبة كبيرة من حالات التوحد، ولا سيما في مرحلة الطفولة المبكرة فصاعدا.

وعلى الرغم مما قدمته هذه النظرية من أدلة ودراسات علمية معمقة، إلا أن من أكثر الانتقادات التي وجهت لها هي اختلاف النتائج في الدراسات، حيث لا يوجد نتائج موحدة في الدراسات المتشابهة واقتصار الدراسات على حالات فردية لا يمكن تعميمها،

ورغم أن العلماء والباحثين من أنصار هذه النظرية قد حددوا في دراساتهم بعض أماكن الخلل المتوقعة بالدماغ إلا أنهم لم يحددوا كيفية حدوث هذا الخلل وبالتالي تعتبر هذه النظرية غير مثبتة بعد حتى يتم تحديد أين الخلل وكيفية حدوثه **(نيوريث، شارين، 1997، ص.97).**

8- خصائص الطفل التوحدي:

توجد بعض الخصائص التي غالبا ما تلاحظ على الأفراد المصابين بالتوحد بعد النظر إلى المرحلة العمرية التي ينتمون إليها وتضم الخصائص الاجتماعية واللغوية والذهنية والسلوكية والمعرفية:

أ- الخصائص الاجتماعية:

يعاني الطفل التوحدي من اضطراب أساسي يتركز في قصور علاقته الاجتماعية مع الآخرين وشخصية الطفل التوحدي مرتبطة بهذا القصور وهذا السلوك الاجتماعي يكون علامة واضحة للاضطراب التوحد**(كوثر حسن، 2006، ص. 19).**

ويمكن الإشارة إلى ملامح الخصائص الاجتماعية للتوحد والتي تتمثل فيما يلي:

- صعوبة استخدام التواصل البصري في المواقف الاجتماعية:

في بداية مراحل نموهم قد يتجنب الأطفال ذوي اضطراب التوحد النظر في أعين الآخرين ولكن مع مرور الوقت تتلاشي هذه الصعوبة في معظم الحالات كما أنهم يجدون صعوبة في فهم مشاعر والتعبير عنها من خلال العين وجذب انتباه الآخرين والتنسيق بين النظر في أعين الآخرين والقيام بأفعال أخرى مثل التحدث أو إصدار إيماءات جسدية **(نايف، 2010، ص61).**

- العزلة العاطفية أو البرود الانفعالي:

حيث لا يتجاوز الطفل مع أي محاولة لإبداء العطف والحب له الكثير ما يشكو أبوه من عدم اكتراثه أو الاستجابة لمحاولاتهما تدليله أو ضمه أو تقبيله أو مداعبته بل ربما لا يجدان منه اهتماما بحضورهما أو غيابهما عنه وفي كثير من الحالات يبدو الطفل وكأنه

لا يعرفهما أو يتعرف عليهما وقد تمضي ساعات طويلة وهو في وحدته لا يهتم بالخروج من عزلته أو تواجد الآخرين معه(**البطانية، 2007، ص581**).

- صعوبة في تكوين علاقات اجتماعية والمحافظة عليها:

وجدت دراسات أن أفراد ذو اضطراب التوحد لديهم انسحاب اجتماعي ولديهم قصور في القدرة على فهم المثيرات الاجتماعية وكيفية الاستجابة لها ولعدم معرفتهم بالعادات والتقاليد فإنهم لا يستطيعون تكوين علاقات اجتماعية مناسبة.

ب- الخصائص التواصلية:

يعاني أغلب الأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد من صعوبات الكبيرة في التواصل كما يفتقد الكثير منهم استخدام اللغة بطرقة صحيحة للتواصل مع الأشخاص من حولهم وأيضا لا يستطيعون اكتساب الكثير من الأساسية التي تساعدهم على الاتصال والتعامل مع الآخرين حيث يفتقر هؤلاء الأطفال اللغة بكل أشكالها وأيضا قواعد اللغة وهذا بدوره يؤثر على سلوكهم الاتصالي تجاه، المجتمع المحيط بهم وتعتبر المشكلات المتعلقة بالتواصل لدى الأطفال ذوي اضطراب التوحد من الدلائل المعاملة التي تتميز ذوي اضطراب التوحد والتي تتمثل في:

- عدم تطور الكلام بشكل طبيعي (**البطانية، 2007، ص 581)**.

تطور اللغة بشكل غير طبيعي واقتصارها على بعض الكلمات النطقية مثل الترديد بعض الكليمات أو إصدار الكلام غير مفهوم أو معتبر أو ترديد الكلام سمعية من قبل.

تطور اللغة بشكل طبيعي مع حدوث مشكلات تتعلق بالاستخدامات العملية للغة توظيف بعض الأساليب اللغوية في التواصل اليومي مع الآخرين مثل لغة الوجه والجسم كالتعبيرات الوجهية والتواصل البصري والإيماءات والأوضاع الجسمية ومهرات الاستمتاع (**الزراع، 2010، ص 63)**.

ج- الخصائص المعرفية:

تعتبر مهارات التفكير والانتباه والفهم والإدراك والذاكرة وغيرها من المهارات وأهم الوظائف المعرفية التي يجب على الطفل اكتسابها وتعلمها لأنه إذا حدث أي مشكلة أثرت على أدائه وتعكسه في جميع المجالات الأخرى وتعتبر الخصائص المعرفية ميزة أساسية للاضطراب التوحد ومن أهم الخصائص المعرفية ما يلي:

نسبة **50%** من الأطفال الذين لديهم توحد يقع أدائهم العقلي ضمن المستوى الشديد و**30%** ضمن المستوى البسيط ونسبة **20%** ضمن المستوى العادي **(Ghaziuddin ,2000 ,p481-485)**

إلا أنه تبين بأن عددا من أطفال التوحد يمتلكون قدرات معرفية مبكرة متميزة كالذاكرة القوية للحس الموسيقي أو القدرة الحسابية الفائقة، وفي بعض الأحيان قد يمتلك الطفل التوحدي طلاقة لغوية عالية على الرغم من أنه لا يفهم ما يقرأ، أو يحفظ عدد كبير من التواريخ أو تركيب لوحة من أعداد كبيرة من قطع البزل من أول محاولة، وهم يشكلون حوالي **10%** من أطفال التوحد **(Matson ,Johani,2008).**

لديهم صعوبات متنوعة في الانتباه بدرجات مختلفة وأكثر صعوبات الانتباه تتمثل في: الانتباه المشترك توجيه انتباه نقل وتحويل الانتباه وإعادة التركيز، ومن أهم خصائص الانتباه لديهم الانتقائية الزائدة للمثير حيث يعاني الطفل من صعوبة في الاستجابة للخصائص المتعددة للأشياء في بيئته وهذا ما يفسر استجابته لجزء محدد من المثيرات فقط **(الرزيقات، 2004، ص 55).**

لديهم صعوبة في التقليد بجميع أنواعه مقارنة بالأطفال الطبيعيين من نفس عمرهم الزمني لا يوجد لديهم صعوبة في فرز وتصنيف الأشياء، وإن وجدت فهي تعود للتأخر الذهني المرافق للتوحد وليس للاضطراب التوحد**(الشامي، 2004، ص43).**

لديهم صعوبة في التصرفات الحركية التي تتطلب مستويات معاجلة عالية كالتخطيط والتنسيق وانتباه والتقليد وتنفيذ حركات حسب تسلسل ما **(kohan –raz 1992,p419-432)**

د - الخصائص السلوكية:

يعتبر سلوك الطفل الذي لديه توحد وأفعاله وتصرفاته المتكرر السمة البارزة والمميزة له بقية الأطفال وهذه الأفعال تعيق من عملية التعلم والتواصل لدى الطفل وهي مختلفة من ناحية النوع أو التكرار وتنتابه نوبات غضب عند سماعها مثل: رنين الهاتف، صوت الطفل يبكي، صوت دراجة نارية.

ومن أهم الخصائص السلوكية ما يلي:

-السلوك النمطي: كل الأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد يظهرون سلوكا أو مجموعة من السلوكات النمطية المتكررة، وهذه السلوكات في معظم الأحيان منتظمة في تكرارها وهي تظهر في أشكال عديدة بعضها يرتبط بالحواس وبعضها الأخر يرتبط بحركة الأطراف ومنها ما يرتبط بحركة الجسم، ومنها ما يرتبط بالحركات، بل يرتبط بالتفكير أو بطقوس محددة **(الشامي، 2004، ص51).**

- السلوك الروتيني: أي الثبات على روتين معين ومقاومة أي تغيير يطرأ عليه حتى وإن كان ذالك التغيير طفيفا.

الاهتمام بأشياء معينة والتعلق بها.

- السلوك العدواني: وهو إما سلوك موجه نحو الآخرين أو سلوك موجه نحو الذات.

9- تشخيص اضطراب التوحد:

يعتبر تشخيص اضطراب التوحد من الأمور الصعبة التي يواجهها الأهل والمختصون، ذلك لأن تشخيص الطفل التوحدي يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التي تظهر عليه، لأنه لا توجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تشير إلى إصابة الأطفال

بالتوحد، لذلك من المهم أن يكون هناك دقة وشمولية في التقييم وتشخيص الطفل على أنه مصاب بهذا الاضطراب.

قادرة على التشخيص الكامل وخصوصا في الوقت المبكر.

هنا لابد من التأكيد على أن التشخيص لا يتم لمجرد شكوى الأهل من أن الطفل يعاني مشكلة التواصل أو أن الطفل لديه صعوبات في التعامل الاجتماعي أو عدم القدرة على الإبداع، فهناك أسباب متعددة لذلك ولكن لابد من وجود قصور في كل الجوانب الثلاثة بدرجة معينة.

ومهما كانت ثقافة الوالدين ودرجة تعاملهم، فإن ملاحظة التغيرات في الطفل تكون مختلفة ومتنوعة، كما أن الثقافة العلمية والعملية عن التوحد لدى الأطباء والغير المتخصصين قاصرة، لذلك فإنه من الملاحظ ومن تجارب عائلات أطفال التوحد في الوصول إلى التشخيص كانت رحلة قاسية صعبة ومؤلمة، وكانت هناك اختلافات قبل الوصول التشخيص، وهناك لابد من التركيز على أن التشخيص مسألة صعبة خصوصا في المراحل الأولى لوجود اختلافات في الأعراض ويجب أخذ ذلك التشخيص فقط من المتخصصين لديهم الخبرة ودراية التامة عن تلك النوعية من العائلة.

وحتى الآن لا يوجد تحاليل مخبرية أو أشعة يمكن أن تدلنا على الأسباب أو التشخيص لهذه الحالات فالتشخيص صعب للغاية، وللوصول إلى تشخيص أقرب للحقيقة فإن الطفل يحتاج إلى تقييم من قبل مجموعة من المتخصصين وذوي الخبرة في هذا المجال (طبيب أطفال، وطبيب أعصاب، أو أخصائي في النفس، أخصائي اجتماعي، وأخصائي نطق ولغة، أو أخصائي سمع، أو أخصائي تربية خاصة بالإضافة للوالدين وطفل نفسه وأي شخص يمكن أن يقدم معلومات مفيدة كلا في مجاله بتقييم الطفل من نواحي معينة، وبطرق متنوعة، ومن ثم تجمع هذه المعلومات والنتائج لتحليلها، لتقرير وجود اضطراب توحد ودرجته، وأساليب علاجه**(العبادي، 2006، ص45).**

- الكشف والمسح المبكر:

وهي أول خطوة من خطوات عملية تشخيص اضطراب التوحد والمقصود بها التعرف على الأطفال الذين يظهرون عدد من المؤشرات الخاصة باضطراب التوحد وذلك لإحالتهم لعملية التشخيص المتكامل، بمعنى أن المسح يعتبر إنذار هاما يشير إلى إمكانية أن يكون لدى الطفل اضطراب التوحد بينما التشخيص يؤكد أو ينفي اضطراب التوحد لدى الطفل بشكل رسمي**(الشامي، 2004، ص 20)**

وقد حدد العلماء أربع سلوكيات إذا اجتمعت لدى الطفل عمره **18** شهرا أو أكثر دل ذالك على احتمال كبير لأن يكون لديه اضطراب التوحد وهذه السلوكيات هي:

- عدم استجابة الطفل لاسمه.
- عجز الطفل عن الإشارة لأشياء ومتابعة نظرات الآخرين.
- عدم القدرة على التقليد.
- عدم القدرة على اللعب التمثيلي.

وتعتبر عملية المسح والكشف المبكر في غاية الأهمية لما لها من علاقة بعملية تقديم الخدمات وخاصة خدمات التدخل المبكر والتي تؤدي لنتائج تعليمية تدريبية أفضل بكثير مما هي عليه في حالة تقديم الخدمات المتأخرة، لذلك عمدت العديد من الدراسات والأبحاث على تحديد المؤشرات السلوكية التي يعتبر ظهورها ناقوس خطر لدى الطفل وهذه المؤشرات تناولت مجالات تطور اللغة والنمو الاجتماعي ومظاهر السلوك النمطي ومحدودية الاهتمامات واللعب وبناءا على هذه الدراسات تم تطوير العديد من أدوات الكشف المبكر الخاصة باضطراب التوحد ومن أهمها:

1- اختبار الكشف على الاضطرابات النمائية الشاملة:

Pervasive Developmental Disorders Screening Test (PDDST)

2- قائمة تقدير السلوك التوحدي:

Autistic Behavoir checklist (ABC) by krug, Erick and Almond 1971

3- أداة تقدير السلوك للأطفال التوحديين وغير الأسوياء

Behavior Rutting Instrument for Autistic & Atypical children (BRIAAC) by Ruttenberg ,Kalishwenar and wolf 1971

4- مقياس ملاحظة السلوك:

Behavior Observation Scale (BOS) by Freeman, Aitno, Guthier, and Baal, 1978

5- مقياس تقدير التوحد الطفولي:

Childhood Autism Rating Scal, (CARS) by Schedule (PL – ADOS)

6- أداة مسح التوحد للأطفال في عمر السنتين:

Screeng test for Autism in two – years olds (STAT)

7- قائمة تقدير الأطفال التوحديين الصغار البريطانية: CHAT

THE Modified Check list for Autism in Toddlers

- التشخيص المتكامل:

وهي تمثل الخطوة الثانية في عملية التشخيص للاضطراب التوحد حيث سيتم هذا إجراء تقييم شامل متعدد التخصصات لكل طفل دلت نتائج الكشف المبكر بأن لديه احتمالية عالية لوجود اضطراب التوحد لديه فهذه الخطوة هدفها التأكد من وجود اضطراب التوحد لدى الطفل أو عدمه وهي تتضمن توظيف عدد من الأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة منها بحيث يتم فيها العمل على قياس وتشخيص أكبر قدر ممكن من المجالات النمائية الوظيفية لدى الطفل**(غانم، 2013، ص 5655):**

أ- التقييم الطبي:

ليس الهدف هنا العمل على تشخيص التوحد بصورة طبية وإنما الهدف هو فهم حالة الطفل بصورة أوضح والعمل على استثناء الاضطرابات الأخرى والتي قد تتشابه مع اضطراب التوحد ويعتبر الفحص الطبي لأعصاب إلى أهميته في التخطيط الكهربائي لدماغ أما بالنسبة لما في الفحوصات الطبية فيقوم الطبيب بتحديد مدى حاجة الطفل إليها بشكل فردي بناءا على الأعراض التي يظهرها **(الشامي، 2004، ص64).**

ب التقييم النمائي:

يتم بها جمع المعلومات الأساسية حول نمو الطفل لتحديد مدى وجود التأخر النمائي لدى الطفل أو لا وهذا التقييم مهم لأنه يقدم لنا أهدافا مزدوجة لكل عملية تشخيص ووضع الأهداف التربوية فيما بعد ويتم ذلك وفق نوعين من الإجراءات:

الأول: يقوم على إجراء مقابلة مع والدي الطفل بهدف طرح مجموعة من الأسئلة تتمحور حول بعض الجوانب الهامة في اضطراب التوحد كاللعب والتفاعل الاجتماعي والتواصل والاستجابات الحسية والسلوك العام والتي تساعد في إجابتها على اتخاذ قرار التشخيصي النمائي.

الثاني: يقوم على تطبيق عدد من المقاييس والقوائم الرسمية وغير الرسمية النمائية لتحقيق من مدى انطباق معايير النمو الطبيعي النمو الطبيعي لدى الطفل في كل مجال نمائي لتأكد أو نفي وجود تأخر النمائي.

ج- التقييم السيكولوجي:

الهدف من هذا التقييم التعرف إلى مستوى القدرات العقلية ومظاهر السلوك التكيفي لدى الطفل الذي لديه اضطراب التوحد وذلك بهدف الحكم على مدى قدرة الطفل على فهم البيئة المحيطة والتعامل معها بفاعلية وبصورة تتناسب مع عمره الزمني**(حكيم، 2003، ص30).**

د- التقييم السلوكي:

ويمثل هذا التقييم الجزء الأخير من عملية التشخيص المتكامل للطفل ويهدف إلى تطبيق الأدوات والمعايير التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد وجدير ذكره هنا بأن هذا التقييم يختلف عن التقييمات السابقة بكونه يعطي تسمية نهائية يتم بناء عليها وصف الطفل بأن لديه اضطراب أم لا ولكثرة الأدوات المستخدمة تم تصنيفها إلى مستويين:

الأول: يعتمد على تطبيق معايير تشخيصية رسمية وعالمية على الطفل ويوجد معيارين عالميين هما:

1- المعايير التشخيصية الواردة في التصنيف الدليل الإحصائي والتشخيص الخاص (dsm-4).

الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام **2013** وهي طبعة جديدة تستخدم من قبل الأخصائيين النفسانيين.

2- المعايير التشخيصية الواردة في التصنيف الدولي للأمراض **(icd-10)** الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام **1993** وهي الأكثر استخداما من قبل الأطباء.

وفيما يلي معايير **A-B-c-D-E** التالية على الطفل وهي:

A- صعوبات في التواصل والتفاعل الاجتماعي لا تندرج ضمن التأخر الطبيعي لنمو الطفل وتظهر وفق انطباق جميع العوامل الثلاثة التالية:

صعوبات في تبادل المشاعر الاجتماعية من خلال تصرفات اجتماعية غير طبيعية وعدم القدرة على تبادل أطراف الحديث، مما يضعف قدرة التعبير عن الاهتمامات والمشاعر والأفكار وما يؤثر عموما على بدء عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

صعوبة استخدام التواصل الغير لفظي في التفاعل الاجتماعي من خلال ضعف في دمج مفاهيم التواصل اللفظي والغير لفظي.

صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها قياسا بالأقران من خلال صعوبة مشاركة اللعب التخيلي وبناء الصداقات وإلى غياب واضح الاهتمام بالآخرين.

B- محدودية وتكرار ونمطية في السلوك والاهتمامات تظهر في اثنين من التالي حاليا أو في الماضي:

حركات نمطية أو متكررة تكرار في الكلام آلية في التصرفات أو في استخدام الأشياء.

روتين زائد أنماط متكررة من السلوكيات اللفظية وغير اللفظية أو مقاومة شديدة لتغيير.

عزلة شديدة عن المحيط الانشغال بصورة غير طبيعية باهتمامات معينة من ناحية الشدة والتركيز، تعلق شديد بالأشياء غريبة، اهتمامات قد تكون محدودة.

خلل في استقبال المثيرات الحسية في البيئة أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية في البيئة.

C- يجب أن تظهر الأعراض خلال فترة الطفولة المبكرة ولكن ربما لا تظهر بشكل واضح حتى تتجاوز المتطلبات الاجتماعية حدودها الدنيا.

D- اجتماع الأعراض بسبب صعوبات هامة في الجوانب الاجتماعية والمهنية ويؤثر على مهارات الحياة اليومية.

E- هذه الاضطرابات لا تظهر بصورة واضحة كاضطرابات ذهنية أو ضمن التأخر النمائي الشامل وغالبا ما ترافق الإعاقة الذهنية مع اضطراب طيف التوحد كتشخيص مزمن للاضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية التواصل الاجتماعي يجب أن يكون دون الحد الطبيعي(**American psychiatric assouation , 2013. p222)**

10- علاج اضطراب التوحد:

يتضمن البرامج العلاجية على مجموعة من الإجراءات لها هدف معين بالنسبة لطفل الذي لديه اضطراب التوحد:

1- العلاج الطبي:

الهدف من العلاج الطبي هو التخفيف من بعض الأعراض والسلوكيات الفوضوية وتحسين الوظيفة النفسية والنمائية للطفل إذ يقوم على فرضية أن التغيرات الفسيولوجية التي يمكن أن يحدثها العلاج تؤدي إلى التقليل من أعراض التوحد وسلوكياته وعلى الرغم من نتائجه المتفاوتة بين الطفل لديه توحد وآخر، إلا عدد من العلماء يؤكد على أهميته في حال ترافق مع البرامج التربوية والسلوكية الأخرى المخصصة للطفل ومن أهم أنواع العلاج الطبي المقدم للأطفال الذين لديهم توحد ما يلي:

- العلاج الدوائي:

لا يوجد دواء مصمم لعلاج حالات التوحد إلا أن العلاج الدوائي يستخدم لتنظيم وتعديل المنظومة الكيميائية العصبية التي تقف وراء السلوك غير السوي**(الجلبي، شاكر، 2004، ص 11) .**

حيث أن العلاج الدوائي يركز على أعراض مثل العدوانية وسلوك إيذاء الذات في الطفولة المتوسطة والمتأخرة أما المراهقة والرشد فيكون الاكتئاب.

والأدوية المستخدمة مع الأطفال الذين لديهم توحد محصورة في بعض الأدوية النفسية مثل (هالوبيريدول، والليثيوم، وفنفلورامين وغيرها).

وتشير الدراسات بأن النتائج التحسن على هذه الأدوية عند الأفراد الذين لديهم توحد كانت متواضعة حيث لم تزد على 2% لتحسن الجزئي .

وتجدر الإشارة إلى نوع الدواء ومقدار الجرعة ومدة أخذ الدواء هو من اختصاص طبيب الطفل بالإضافة إلى أن الحذر من الأعراض الجانبية لبعض الأدوية يمكن أن تؤثر على عملية تعليم وتدريب الطفل.

- العلاج بالحمية الغذائية:

أشارت عدة دراسات إلى أن استخدام الحمية الغذائية الخالية من الكازيين والجلوتين لها فائدة في تخفيض أعراض التوحد السلوكية وخاصة لدى أطفال التوحد الذين لديهم خلل بالأمعاء والمعدة وهو ما يعرف بالأمعاء المرشحة حيث تسمح هذه الأمعاء لبعض الأطعمة الغير مهضومة بشكل كامل والتي تحتوي على الكازيين والجلوتين بالمرور إلى مجرى الدم ومنه إلى الدماغ هذه الأطعمة المهضومة جزئيا تحتوي على بيتيدات لها تأثير تخديرات وتحدث أضرارا مثل أي مخدر، هذه المخدرات من الممكن أن تسبب اضطراب التوحد**(الفهد، 2003، ص62).**

ويكون الحل وفق وجهة نظر أصحاب هذا العلاج بإخضاع الطفل بمادة السرنيد وهو إنزيم متعدد صمم لمساعدة الجسم على زيادة هضم البيتيدات المهضومة جزئيا الناتجة عن بروتيني الكازين والجلوتين(**الشامي، 2004، ص22).**

والجدير بالذكر هنا بأن ليس كل الأطفال الذين لديهم توحد يعانون من مشاكل بهضم الجلوتين والكازين وبالتالي فهذا النوع من العلاج لا يفيد إلا الأطفال الذين لديهم مشاكل فعلية بالمعدة والأمعاء.

- العلاج بهرمون السكرتين:

هو هرمون يفرزه الجهاز الهضمي يساعد على عملية الهضم وقد تم إستخدام جرعات من هذا الهرمون للمساعدة على علاج اضطراب التوحد.

حيث تبين من خلال الدراسات التي أجريت على أسر أطفال لديهم توحد تناول أطفالهم هذا الهرمون أن **10%** من الأسر شعروا ببعض التغيرات الجيدة على أطفالهم عند أخذ حقنة من الهرمون و**30%** بتحسنات ذات دلالة و**30%** كانوا غير متأكدين و**30%** أكدوا أنه ليس هناك أي تغير.

وأشارت عدة دراسات بأن هرمون السكريتين له أثار جانبية منها النشاط الزائد والعدائية ونوبات الصرع خفيف لبعض الأطفال يبدأ بأخذ الجرعة الرابعة منه(**المغلوث، 2004، ص192).**

- العلاج بالفيتامينات:

وهذا النوع من العلاج يقوم على أن عدد من الأطفال لديهم توحد لا يستفيدون من الفيتامينات والمعادن الموجودة بشكل طبيعي في الأغذية لأن لديهم مشاكل بالأمعاء لذلك يعتمد العلماء في إعطاء الطفل الذي لديه توحد كميات إضافية من الفيتامينات وخاصة فيتامين **B6** والمنغزيوم فهو معدن مساعد في تكوين الناقلات العصبية المضطربة لدى أطفال التوحديين عادة كما أنه مساعد في بناء العظام وحماية الخلايا العصبية والعضلات ويقوي دور الأنزيمات في الجسم.

وينصح الأطباء في حال لم يلاحظ أي تحسن على الطفل خلال 4 إلى 6 أسابيع بالتوقف عن العلاج بالفيتامينات.

- العلاج بالأكسيجين:

هذا النوع من العلاج لم يكن مصمم لأطفال الذين لديهم توحد إنما وجد بأن العلاج بالأوكسجين إلى الضغط يفيد في علاج التهاب الدماغ الفيروسي الذي يعتقد أنه أحد أسباب اضطراب التوحد وقد دلت نتائج بعض الدراسات على فعالية هذا النوع من العلاج على حالات التوحد**(البطانية والجراح، 2007، ص255).**

2- العلاج التربوي السلوكي:

الهدف من هذا العلاج تلبية كافة احتياجات الأطفال الذين لديهم توحد كمهارات العناية الذاتية والأكاديمية المعرفية والاجتماعية والتواصلية والسلوكية وهذا النوع من العلاج يقوم على تدريب وتعليم الأطفال من خلال إجراءات تربوية وخطوات سلوكية مخطط لها منذ البداية وتعتبر نتائجه هي الأفضل حاليا فيما يخص التوحد ولكثرة البرامج التي تدخل ضمن التصنيف التربوي والسلوكي سيقوم الباحث بشرح مبسط لأهم هذه البرامج بحيث سيتم البدء بالبرامج التي هدفت إلى تنمية مهارات التواصل ثم البرامج التي هدفت إلى تنمية المهارات الاجتماعية والحياتية وانتهاء بالبرامج التربوية كما يلي:

أ- نظام التواصل عن طريق تبادل الصور "بيكس" PECS:

الكثير من الأطفال التوحديين وخاصة الأطفال دون عمر الخامسة لا يتكلمون ويجدون صعوبة في تقليد الآخرين **(الشامي، 2004، ص 50).**

لذلك قام كل من أندي بوندي ولوري فوست**Endi Bondi And Louri Fost** عام **1994** في الولايات المتحدة على تطوير نظام يهدف لمساعدة الطفل على التواصل عن طريق تبادل الصور إذ يتم تدريبه على إعطاء الصورة المناسبة التي تعبر عن حاجته ورغبته**(حمدان، 2001، ص241).**

وينطلق من مبدأ استغلال جوانب القوة في الإدراك البصري لدى الأطفال الذين لديهم توحد **(عبد الله، 2001، ص94).**

ويعتمد هذا النظام على مبادئ التحليل السلوكي التطبيقي **ABA** للأطفال الذين لديهم قصور واضح في اللغة الشفهية ثم إنتقل هذا النظام في عام **1997** إلى بريطانيا ليعتبر أسلوب ناجح للأفراد الذين يعانون من مشاكل في التواصل**(الظاهر، 2009، ص73).**

ويتميز هذا النظام بأن الطفل لا يحتاج فيه إلى مهارات مسبقة لتعلم التواصل ولا يشترط بالطفل أن تتكون لديه مهارات التقليد ولا كلمات قبل البدء بهذا النظام وفق مراحل الست التالية:

- **التبادل الجسدي:** الهدف أن يعطي الطفل صورة الشيء الذي يحبه المعلم.
- **التنقل:** أن يتوجه الطفل من تلقاء نفسه للمعلم ويعطيه صورة الشيء الذي يحبه.
- **التمييز:** أن يعطي الطفل صورة الشيء الذي يريده ضمن شريط مكتوب قبله أنا أريد ومن ثم إعطاء هذا الشريط للمعلم.
- **الاستجابة لماذا يريد:** أن يقوم الطفل بإعطاء المعلم شريط الجمل بناء على أسئلة المعلم مثل ماذا تريد أن تأكل ؟
- **التعليق الإستجابي التلقائي:** أن يجيب الطفل على أسئلة المعلم من نوع: ماذا تفعل ؟ ماذا ترى ؟ ماذا تسمع؟

ب- برنامج لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي ABA:

تعتمد طريقة لوفاس في التحليل السلوكي التطبيقي على برنامج مطول للتدريب على المهارات مبنى بشكل منظم ومنطقي ومكثف، إنها طريقة مبنية على التحليلي السلوكي لعادات الطفل وإستجابة للمثيرات ومعتمدة على النظرية الإشراطية من خلال التعزيز المتزامن المقدمة من قبل واطسون **WATSON** في بداية القرن الماضي المطور من طرف **سكينرSkiner** لاحقا ومحاولة ضبط الطفل المتوحد من خلال ضبط المثيرات المرتبطة بأفعال محددة والمكافأة المنتظمة لسلوكيات المرغوبة وعدم تشجيع السلوكيات

الغير المرغوبة. ولقد أشار لوفاس إلى أن الطفل التوحدي يمكن أن يدمج في المدرسة بنجاح إذا طبق هذا المنهج بشكل منتظم مكثف وبرنامج طويل.

ومع ذلك فإن فورية السلوكيات ومرونة التفكير لم تدعم من خلال هذا النظام العلاجي لتعديل السلوك**(الزريقات، 2004، ص95).**

إيفارلوفاس هو دكتور نفسي وبروفيسور في جامعة كاليفورنيا ابتداء رحلته من القرن الماضي وقد بنا كل تجاربه على نظرية تعديل السلوك وخاصة تحليل السلوك التطبيقي ويعتمد برنامج لوفاس على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف والتدريب في التعليم المنظم والفردي وتركز طريقته على تشكيل السلوك من خلال التعزيز ووفق هذا البرنامج فإن مدة العلاج يجب أن لا تقل عن **40** ساعة في الأسبوع**(عيسى وخليفة، 2007، ص211).**

حيث تتراوح مدة الجلسة الواحدة مابين **60** إلى **90** دقيقة تتخلل جلسة استراحة لمدة دقيقتين كل **10** إلى **15** دقيقة من التدريب وحين انتهاء الجلسة أي بعد **60** إلى **90** دقيقة يتمتع الطفل باستراحة أو لعب لمدة تتراوح بين **510** دقيقة يعود بعدها إلى جلسة أخرى وهكذا حتى تنتهي عدد الساعات المحددة للطفل يوميا والمقدرة ب**8** ساعات وقد تطول مدة الجلسات لبعض الأطفال إلى **4** ساعات تتخللها فترة استراحة مدتها **1-5** دقائق وتنتهي باستراحة مدتها **15** دقيقة.

وقد حدد لوفاس خصائص الأطفال من ذوي التوحد الذين يتم قبولهم في البرنامج وهذه الخصائص تناولت شرطين هامين هما العمر ودرجة الذكاء، فقد اعتبر لوفاس أن العمر المثالي للبدء بالبرنامج بين **3** و**5** سنوات في حال كان الطفل أكبر من ذلك فلا يقبل قي البرنامج إلا في حالات استثنائية كأن يكون عمر الطفل **6** سنوات إلا أنه لديه ترديد كلام أو تطورت لديه المقدرة على الكلام أما بالنسبة لدرجات الذكاء فلا يقبل البرنامج الأطفال ممن لديهم درجة ذكاء أقل من **40** درجة**(غانم، 2013، ص 55).**

يتضمن البرنامج منهج متسلسل من الأسهل إلى الأصعب ويحتوي كل منهج على مجموعة من الأهداف ومناهج البرامج هي الاستعداد للتعلم والمحاكاة والمطابقة وبداية اللغة ومهارات خدمة الذات الأساسية واللغة المتوسطة اللغة المتقدمة وتوسع التعليم ويحتاج الطفل إلى التعلم ضمن البرنامج من 2 إلى 3 سنوات حيث يتلقى الطفل في السنة الأولى من تدريبه في المنزل وفي السنة الثانية يدمج روضة عادية ويؤكد هذا البرنامج على دور الأسرة وتأخذ الأسرة جانبا أساسيا من مسؤولية يتعلم طفلها بعد تدريبها على فنيات البرنامج من قبل شخص مختص ببرنامج لوفاس **(لوفاس، 1981، ص88)**

ويعتبر برنامج لوفاس من برامج التدخل المبكر وقد أعطى نتائج مهمة من الأطفال الذين لديهم توحد.

جـ- برنامج تيتشTEACH:

وقد طوره **إيريك شوبلرErik Cheubler 1971** وطريقة البرنامج تعتبر طريقة تعليمية شاملة لا تتعامل مع جانب واحد كاللغة أو السلوك إنما تقدم تأهيلا متكاملا للطفل عبر مراكز تيتش وتمتاز طريقة العلاج بشكل فردي على حسب احتياجات كل طفل ويهدف البرنامج إلى تطوير التواصل والاستقلالية الشخصية والمهارات الإدراكية لدى الطفل بحيث يمكن الطفل التوحدي من استخدام قدراته استخداما وظيفيا له معنى وهو أول برنامج تربوي معتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية**(الشامي، 2004، ص23).**

يركز برنامج تيتشتيتش على جوانب القوة والاهتمامات لدى الطفل بدلا من التركيز على جوانب العنف والخلل لديه، والتعليم والتدريب ضمن البرنامج لا يقتصر على الطفل الذي لديه توحد وإنما يشمل أفراد أسرته ليتكامل العمل بين المركز والبيت ويركز على تنظيم البيئة وتطوير الأنشطة المناسبة كما يراعي البرنامج الفروق بين الأطفال ذوي التوحد من خلال اختلاف ساعات التعليم وفق احتياجات كل طفل منهم كذلك اختلاف نسبة المعلمين إلى الأطفال وفق حالة الطفل.

كما أن برنامج تيتش يدير البيئة الفردية من خلال التعليم الهيكلي والتأكيد على الواجبات ويهدف إلى موائمة البيئة التعليمية مع حاجات الطفل التوحدي وليس العكس، بحيث يشمل التعليم على خمسة عناصر أساسية هي: تكوين روتين محدد والتنظيم المادي والجداول البصرية ونظام العمل وتنظيم المهمة.

ويتصف البرنامج بالمرونة لأنه لا يقتصر فقط على الأطفال الذين لديهم توحد في سن ما قبل المدرسة وإنما يمتد ليستفيد من خدماته حتى البالغين البرنامج يقبل أي فرد تم تشخيصه بأحد أنواع الاضطراب بأنه توحد بين عمر 8 أشهر و55سنة بغض النظر عن درجة الذكاء **(Boidè ,2007 ,p88).**

د- برنامج العلاج باللعب:

الهدف منه التواصل بالمحيط وتنمية هذا التواصل عند الطفل التوحدي من خلال اللعب حيث يرى العلماء بأنه يمكن لطفل الذي لديه توحد تحسين مهاراته الاجتماعية والتخلص من بعض السلوكيات الغير مقبولة اجتماعيا والتخلص من سلوك إيذاء الذات وذالك من خلال الألعاب والأنشطة الحركية والفنية الاجتماعية**(خطاب، 2004، ص88).**

ه- العلاج السلوكي:

يقوم العلاج السلوكي على تدريب الطفل الذي لديه توحد على سلوكيات المقبولة في المجتمع وتخفيف السلوك الغير مناسب ذلك بإزالة العوامل التي تشبع عليه واستبدالها بمهارات أكثر إيجابية ومن أساليب تعديل السلوك الذي يمكن استخدامها مع الأطفال الذين لديهم توحد:

التعزيز بأنواعه والحث والإقتداء بالنماذج والتشكيل والتسلسل والتلقين والإخفاء والعقاب السلبي والإطفاء والغرامة والإتباع والتصحيح الزائد وتغير المنبه والعزيز التفاضلي بأنواعه**(حمدان، 2001، ص99).**

ويتم ذالك من خلال وضع حطة سلوكية تتألف من ستة خطوات هي:

- تحديد السلوك الذي نريد علاجه وتعديله.

- وضع طريقة لقياس تواتر السلوك ومقدار شيوعه.
- التحديد الدقيق لظروف السابقة أو المحيطة بالطفل عند ظهور السلوك المراد تعديله.
- تصميم الخطة العلاجية بناء على المعلومات السابقة للسلوك المراد علاجه.
- بناء توقعات علاجية من خلال تشجيع الاتجاه الإيجابي لدى الطفل وأسرته وإدماج أفراد الأسرة في خطة العلاج وإطلاعهم عليها باستمرار.
- تعميم السلوك على البيئة الطبيعية**(إبراهيم والدخيل، 1993، ص266)**

خلاصة:

نستنتج مما تم عرضه أن اضطراب التوحد، هو من الاضطرابات السلوكية صعبة التشخيص، ويحتاج إلى دقة كبيرة وعناية في ملاحظة أعراضه وتمييزها عن غيرها من الأعراض التي تظهر في الاضطرابات الأخرى، بالإضافة إلى عدم وجود علاج نهائي له وإنما تهدف أغلب أنواع العلاج إلى تخفيف حدة أعراضه فقط، وعلى ذلك يمكن القول إن تطوير مقياس لتشخيص التوحد يعد أمرا ضروريا.

الجانب الميداني

الفصل الثالث

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الاستطلاعية

2- منهج الدراسة

3- الحدود المكانية والزمانية

4- مجتمع الدراسة

5- عينة الدراسة

6- الأدوات المستخدمة في الدراسة

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة

تمهيد:

في هذا الجزء سوف نعرض الخطوات المنهجية التي اعتمدنا عليها في بحثنا، فبعد تغطية بالجانب النظري لمتغيرات الدراسة، سنعرض في الجانب التطبيقي الذي يعتبر الجانب المهم في أي دراسة، فقد تناولنا فيه الدراسة الاستطلاعية والمنهج المستخدم، ومجتمع الدراسة وعينة الدراسة وطريقة اختيارها، ومجال الدراسة والأدوات المستخدمة، وكذلك عرض بعض الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية خطوة أساسية في اكتشاف الميدان والتعرف عليه عن قرب، وكذلك تصميم أدوات الدراسة وحساب خصائصها السيكومترية من صدق وثبات، وتجريب الأداة على عينة استطلاعية لمعرفة مدى فهم المفحوصين لعبارات الأداة، والتأكد من ملائمة عباراتها للمستوى الثقافي والاجتماعي والتعليمي للعينة، من أجل تسهيل عملية التطبيق على العينة الأساسية.

وفي هذا الصدد قامت الطالبة بزيارات ميدانية للمراكز التي يتواجد بها الأطفال المتوحدين، ومن بينها "مدرسة الإخوة طيبي" خاصة لأطفال التوحد ببوسعادة و"مركز البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد بالمسيلة"، وإجراء حوارات ومقابلات مع المعلمين والمؤطرين للتعرف عن طبيعة الإعاقة من جهة وطرق التعامل معهم من جهة ثانية، وكذلك التعرف على طرق تشخيصهم ومستوى التوحد لدى كل طفل، وهي الأهداف التي سنحاول التحقق منها من خلال الجانب الميداني.

2- منهج الدراسة:

يعتبر المنهج الطريقة الموضوعية التي يتبعها الباحث في دراسة ظاهرة من الظواهر أو مشكلة من المشاكل، أو حالة من الحالات من أجل الوصول إلى نتائج عامة محددة يمكن تطبيقها أو تعميمها**(محمد وآخرون، 1992، ص.42).**

وقد تم الاعتماد في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي يعرف بأنه "عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه، وبالتالي فالمنهج ضروري للبحث إذ هو الذي ينير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد ومساعي وأسئلة وفروض الدراسة"**(زرواتي، 2002، ص.119).**

ويعرفه خاطر أحمد مصطفى **(2001)** بأنه "طريقة منتظمة لدراسة حقائق راهنة متعلقة بظاهرة أو موقف أو أفراد أو أحداث أو أوضاع معينة بهدف اكتشاف حقائق جديدة، أو التحقق من صحة حقائق قديمة وآثارها والعلاقة التي تتصل بها وتغيرها، وكشف الجوانب التي تحكمها"**(مصطفى، 2001، ص.278).**

3- الحدود المكانية والزمانية:

1- المجال البشري:

شملت عينة الدراسة على الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين **6** سنوات إلى **17** سنة، منهم الإناث والذكور، مشخصين باضطراب التوحد بدرجات مختلفة من المركز البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد حي **108** مسكن بالمسيلة.

2 - المجال المكاني:

- المركز البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد **108** مسكن بالمسيلة.
- نبذة عن ملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيري لأطفال التوحد.

❖ عنوان الملحقة: ملحقة المركز النفسي البيداغوجي لأقسام التحضيري لأطفال التوحد حي **108** مسكن بالمسيلة.

❖تاريخ فتح الملحقة: يوم **03** ديسمبر **2015** الموافق ل **21** صفر **1437** تم تدشينها من قبل السيد الوالي لولاية المسيلة.

❖عدد الأطفال المتواجدون بالملحقة: يفوق عددهم **60** طفل يتراوح عمرهم مابين **6** سنوات إلى **17** سنة من مختلف دوائر الولاية.

❖نظام التكفل بالملحقة: نصف يوم بدون وجبة داخلية.

3- المجال الزماني:

أجريت الدراسة في الفترة بين **2020/03/02** وعلى الساعة **(08:30)** صباحا إلى **2020/03/15** تمت الدراسة التي كانت عبارة عن تطبيق لمقياس الخاص بتشخيص اضطراب التوحد والبحث عن أماكن تواجد هؤلاء الأطفال المشخصين بهذا الإضطراب في هذه الملحقة.

4- مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة من **60** مفردة مكونة من ذكور وإناث بالمركز البيداغوجي أقسام التحضيري لأطفال التوحد حي **108** مسكن، تم تشخيصهم من قبل أخصائيين بالمركز بإضطراب التوحد لوجود قصور على مستوى التفاعل الإجتماعي وأيضا لوجود أعراض مختلفة لتوحد عليهم، وعليه أدمجو وبالموافقة من طرف الأولياء في الملحقة قصد كسبهم سلوكات جديدة وتعلمهم لطريقة تفاعلهم مع المجتمع.

5- عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة على **20** طفلا تم اختيارهم بطريقة قصدية من الملحقة يتراوح سنهم مابين (**6** سنوات إلى **17** سنة)، يعانون من اضطراب التوحد ومشخصين من قبل أخصائيين متواجدين في المركز، وتم تطبيق المقياس عليهم من طرف المعلمين المكلفين برعايتهم. وعند الاطلاع على الملف التشخيصي اتضح أن هناك **5** حالات لا تعاني من التوحد وهي المفردات التي تحمل الأرقام **1**، **2**، **3**، **4**، **5**. في الجدول أدناه:

جدول رقم1: يمثل خصائص العينة

رقم الحالة	رمز الحالة	الجنس	السن	نوع الاضطراب
1	ع.د	ذكر	7 سنوات	ليس توحد
2	م.ر	أنثى	8 سنوات	ليس توحد
3	و . أ	ذكر	7سنوات	ليس توحد
4	ع.ه	ذكر	7 سنوات	ليس توحد
5	م .ح	ذكر	10 سنوات	ليس توحد
6	ق. ص	ذكر	8 سنوات	توحد بسيط
7	ح. س	ذكر	10 سنوات	توحد بسيط
8	ي.س	ذكر	8 سنوات	توحد بسيط
9	ط .خ	أنثى	14 سنة	توحد بسيط
10	إ.س	ذكر	9 سنوات	توحد بسيط
11	م .ح	ذكر	7 سنوات	توحد بسيط
12	ل.ؤ	ذكر	7سنوات	توحد بسيط
13	ح	ذكر	8 سنوات	توحد بسيط
14	أ.ي	ذكر	8 سنوات	توحد بسيط
15	ص.ل	ذكر	9 سنوات	توحد بسيط
16	إ.س	ذكر	6 سنوات	توحد بسيط
17	ش.م	ذكر	9 سنوات	توحد شديد
18	أ . ر	أنثى	7 سنة	توحد شديد
19	ج.ت	أنثى	17 سنة	توحد شديد
20	ع .ل	ذكر	7 سنوات	توحد شديد

وعليه أصبحت عينة الدراسة مكونة من 15 طفلا فقط وذلك باستثناء الحالات التي أثبت التشخيص أنها ليست توحد. وفيما يلي توضيح لخصائص العينة حسب بعض المتغيرات:

جدول رقم2: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

	العدد	النسبة المئوية	العدد الإجمالي
الذكور	12	80%	15
الإناث	3	20%	

تعليق على الجدول نلاحظ من خلال الجدول رقم **2** أن نسبة الذكور قدرت بـ**80%**، بينما نسبة الإناث قدرت بـ**20%**، مما يعني أن إعاقة التوحد تنتشر عند الذكور الأكثر من الإناث.

جدول رقم3: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

	العدد	النسبة المئوية	العدد الإجمالي
من 6-9	8	%53.33	15
من 9-12	5	%33.33	
من 12-15	1	%5	
فوق 15	1	%5	

تعليق على الجدول: نلاحظ من خلال الجدول رقم **3** أن نسبة أعمار الأطفال الذين تتراوح من **6-9** سنوات قدرت بـ**53,33%** ، بينما نسبة أعمار الأطفال الذي تتراوح أعمارهم بين **9-12** سنة قدرت بـ**33,33%** ، ونسبة الأطفال الذي تتراوح أعمارهم بين **12-15** سنة قدر بـ**5%** ، ونسبة الأطفال الذين يفوق سنهم **15** سنة يقدر بـ**5%** .

جدول رقم 4: توزيع أفراد عينة الدراسة حسب نوع التوحد.

نوع التوحد	العدد	النسبة المئوية	العدد الإجمالي
توحد بسيط ومتوسط	11	73.33%	15
توحد عميق	4	26.66%	

تعليق على الجدول: نلاحظ من خلال الجدول رقم **4** أن نسبة انتشار التوحد البسيط بين أفراد عينة الدراسة قدر بـ**73.33%** ، أما للذين لديهم توحد شديد قدرت نسبتهم بـ**26.66** .

6- الأدوات المستخدمة:

تم استخدام مقياس كارز.

مقياس تقدير التوحد cars الطبعة الأولى:

لمحة عن المقياس:

بني المقياس من قبل **Schopler, Reicheir, devellis&daly**، وكانت آخر طبعة مطورة ومعدلة لهذا المقياس صدرت عام **1988**م، ولقد كانت الطبعة السابقة لهذا المقياس قد صممت لاستخدام من قبل مهنيين مختصين ومدربين للقيام بتشخيص التوحد في مواقف إكلينيكية خلال جلسات نفسية محددة كالعيادات مثلا.أما الطبعة الأخيرة لهذا المقياس فقد كانت نتيجة لاستخدام وتقويم استمر مايقارب خمسة عشرة سنة وطبق على أكثر من **1500** حالة. ولقد قام بتطوير هذا المقياس في الأصل المشروع أبحاث الطفل في جامعة شمال كارولينا بالولايات المتحدة الأمريكية، ولقد تم تطوير المقياس وتعديله وتقويمه بناء على معلومات تم جمعها من مشروع علاج وتربية الأطفال التوحديين وإعاقة التواصل **Teacch** في الجامعة نفسها.

ويمكن استخدام المقياس في طبعته الأخيرة بثبات من قبل المختصين آخرين مثل معلمي التربية الخاصة والاختصاصيين النفسيين وطلاب امتياز طب على بنود المقياس الخمسة عشر من الملفات الطبية ذات العلاقة بالحالة، ومن خلال الملاحظة داخل غرفة الصف أو من خلال تقارير والدي الطفل.

ولقد صمم هذا المقياس بهدف التعرف على الأطفال التوحديين والتفريق بينهم وبين أطفال ذوي الإعاقات النمائية الأخرى خاصة التخلف العقلي والقابلين للتدريب، ويعمل هذا المقياس أيضا على التفريق بين درجات التوحد المختلفة من بسيطة ومتوسطة وشديدة.

ويركز مقياس تقدير التوحد الطفولي على المعلومات السلوكية والتجريبية بدلا من الاعتماد الكلي على الحكم الإكلينيكي، ومن أهم ما يميز هذا المقياس ما يلي:

1- تضمين المقياس بنود مستمدة من معايير تشخيصية مختلفة.

2- إمكانية استخدامه مع الأفراد من ذوي الفئات العمرية المختلفة (أطفالا وكبارا).

3- تطوير المقياس وتعديله وتقويمه على أساس استخدام مع أكثر من **1500** حالة لمدة تجاوزت العشر سنوات.

4- اعتماده على الأحكام الموضوعية المعتمدة على الملاحظة السلوكية بدلا من الأحكام الإكلينيكية البحتة وغير الموضوعية.

5- تعريف كل بند من بنود المقياس ووصف السلوك المستهدف بالملاحظة وكيفية وضع التقديرات المناسبة.

6- وضع التقديرات على بنود المقياس المختلفة من مصادر معلومات ومواقف مختلفة وعدم الاكتفاء بموقف واحد لوضع تلك التقديرات.

ويتمتع مقياس تقدير التوحد الطفولي بدلالات صدق تمثلت في الصدق المعياري وذلك من خلال مقارنة المجموع الكلي للدرجات والتقديرات الإكلينيكية التي تم الحصول عليها من نفس جلسات التشخيص حيث بلغت نتيجة الارتباط **(0.84)** وبمستوى دلالة عند **0.001**

ويشمل المقياس على خمسة عشر بندا هي عل النحو التالي:

1- الإنتماء للناس.

2- التقليد والمحاكاة.

3- الاستجابة الانفعالية.

4- استخدام الأشياء.

5- استخدام الجسم.

6- التكيف المتغير.

7- الاستجابة البصرية.

8- استجابة الاستماع.

9- استجابة واستخدام التذوق والشم واللمس.

10- الخوف والقلق.

11- التواصل اللفظي.

12- التواصل الغير اللفظي.

13- مستوى النشاط.

14- مستوى وثبات الاستجابة العقلية.

15- الانطباعات العامة.

تعتبر هذه البنود الخمسة عشر محصلة استخدام أنظمة تشخيصية مهمة مثل: معايير كانر **1943**م ونقاط كريك **1961**م وتعريف روتر **1978**م وتعريف الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين **1978**م والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الرابع **DSM-4 ,1994.**

كيفية العمل:

يعمل المقياس على تصنيف سلوك طفل وخصائصه وقدرته مقرنتا مع "طفل نموذجي" ويتم تقييم خصائص المقياس.

ويتم ذلك من قبل مقدمي الرعاية الصحية الأولية، المعلم أو أحد الوالدين وذلك بتصنيف سلوكات الطفل من **1** إلى**4.**

1 يعني تصرف عادي في عمر الطفل، **2** الأقل ما يقال أنه تصرف غير طبيعي، و**3** لغير طبيعي لكنه معتدل، و**4** غير طبيعي للغاية.

1: السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل.

2: السلوك الغير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة.

3: السلوك الغير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة.

4: السلوك الغير طبيعي وغير مناسب وبدرجة شديدة.

بعد الإجابة بكل دقة عن جميع الأسئلة نقوم بجمع كل العلامات.

تطبيق المقياس وتصحيحه:

بالرغم من سهولة تطبيق المقياس وتصحيحه، إلا أن تطبيقه من قبل المهنيين الذين لديهم التدريب والخبرة في العمل مع الأفراد المصابين بالتوحد مثل:الاختصاصي النفسي المدرسي، اختصاصي التشخيص التربوي، واختصاصي التوحد، وكذلك يتم تطبيقه من قبل الوالدين، وكل من لديهم معرفة جيدة بالطفل، وسيتم مناقشة الإجراءات العامة لتطبيق والتي تصف المؤهلات المطلوبة في الأشخاص القائمين على تطبيق، والذين يستجيبون له **(Wilkinson .2011).**

ويجب معرفة الفرق هنا بين كلمة مختبر أو فاحص وكلمة المقدَر، فالمختبر هو الشخص المسؤول على إدارة وتفسير الاختبار، أما المقدَر فهو الشخص الذي يجيب عن بنود الاختبار.

أ- مؤهلات الفاحص أو المختبر:

الفاحص هو الذي يختار المقدَر والمشرف المسؤول عن تطبيق المقياس، وتقدير درجاته وتفسير نتائجه وتعد هذه المسؤوليات مهمة جدا، لأن اختيار المقدَر من أصعب المهمات فالفاحص مسؤول عن اختيار أكثر شخص مؤهل وذي خبرة ويعرف المفحوص الذي سيقيم بشكل جيد جدا.

غالبا ما يتم استكمال مقياس جيليام لتقدير التوحد من قبل المعلم أو العيادي ثم يحول إلى الفاحص، ولأن الفاحص يجمع معلومات التشخيص من مصادر عديدة ويسجل البيانات ويساعد في تقديم الخدمات للفرد المفحوص، فإنه يعد العضو الذي لا غنى عنه في فريق التشخيص.

ويجب أن يكون مدربا ولديه خبرة في العمل مع الأفراد المصابين بالتوحد، لأن هؤلاء الأفراد يظهرون في بعض الأحيان سلوكيات معقدة وغير واضحة، ويتطلب العمل معهم إختصاصي مؤهل وحساس يفهم الفروق الدقيقة لمشاكلهم وإحتياجاتهم، الفاحص

يجب أن يكون ختصاصيا في علم النفس أو التشخيص التربوي أو التوحد، أو مدربا يعرف كيف يفسر المعلومات الكمية والكيفية ويستخدمها في تشخيص التوحد.

ب- مؤهلات المقدَر:

من السهل تطبيق المقياس وتصحيحه ويعد المطلوب الأساسي، هو إعطاءه لشخص يعرف المفحوص معرفة جيدة والذي يمكن أن معلم الصف أو الوالدين، أو القائمين على رعاية الطفل الذين لديهم اتصال قوي ومتكرر مع المفحوص لمدة أسبوعين على الأقل، ويجب أن يكون المقدَر مدرب على استخدام الاختبار، لأنه حتى المقدَر الذي يعرف الفرد المفحوص جيدا ولديه مهارات الملاحظة الجيدة قد يجد أحيانا بعض الصعوبة في تقييم الفرد بشكل صحيح .

لذلك يجب أخذ النقاط التالية بعين الاعتبار:

1- يجب أن يفهم المقدَر بشكل واضح كيف يساعد المقياس في تشخيص التوحد.

2- يجب أن يكون المقدَر على دراية جيدة بالبنود وكيف يتم تقييمها.

3- يحتاج المقياس إلى أكثر من شخص لتطبيقه، على سبيل المثال فإن معلم الصف قد يقيم مقياس السلوكيات النمطية والتفاعل الاجتماعي، في حين يقيم اختصاصي النطق مقياس التواصل.

4- في بعض الأحيان قد يمتلك العديد من الأشخاص، الذين يعرفون المفحوص أراء مختلفة حول كيفية تقييمه على بعض البنود، فيكون على الفاحص أن يحل مشكلة اختلاف الآراء، وأن يتوصل إلى نتيجة لتقييم.

5- على المقدرين قراءة البنود في كراسة الإجابة على الأقل مرتين، ليتأكدوا من مدى فهمهم للسلوك الذي يقيم ويجب أن يكون الفاحص حاضرا ليحدد ويشرح السلوكيات التي تقيم في حال عدم تأكد المقدّر من فهمها.

6- يجب أن يكون الفاحص حذرا فيما يتعلق باختبار المقدّرين الذين يفترض أنهم يعرفون المفحوص جيدا.

7- والنقاط التالية مهمة جدا: على المقدّر أن لا يأخذ العمر بعين الاعتبار عند تطبيق المقياس، وأن لا يقارن المفحوص مع من هم في مثل سنه.

التنقيط:

نسجل مختلف الصفات التي تنطبق على سلوكيات الطفل بوضع علامة على التقدير المناسب ثم تجمع وتدون على ورقة تسجيل النتائج الخاصة بكل حالة والتي تحمل المعلومات التالية:

اسم الطفل، الجنس، تاريخ ميلاده، عمره، تاريخ الفحص، مكان الفحص، المجموع النسبي للفئات، حاصل جمع المقياس.

وتفسر النتائج كالآتي:

من **15** إلى **27**: فهو اضطراب توحد ضئيل جدا أو منعدم.

من **30** إلى **43**: اضطراب توحد بسيط أو معتدل.

من **45** إلى **60**: اضطراب توحد شديد.

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

- **التكرارات:** هي عبارة عن تلخيص لبيانات المتغير.
- **النسبة المئوية:** هي النسبة التي يعبر عنها بالرمز **(%)**.

خلاصة:

بعدما تم التطرق في هذا الفصل إلى المنهج ومجال الدراسة وأهم الوسائل المستخدمة فيه من مقابلة وملاحظة والمقياس المطبق ألا وهو مقياس تقدير التوحد **cars**، وأيضا العينة التي تم دراستها، سوف نلمس في فصلنا الموالي الحالات والنتائج المتحصل عليها بعد تطبيق المقياس.

الفصل الرابع

عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

تمهيد

1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى

2- عرض ومناقشة الفرضية الثانية

3- عرض ومناقشة الفرضية الثالثة

خلاصة

تمهيد:

في هذا الفصل سوف يتم التطرق إلى النتائج التي تم التوصل إليها، وذلك من خلال عرض ومناقشة كل فرضية على حدا، وسوف نتناول فيه أيضا الاقتراحات والتوصيات الخاصة بأطفال التوحد ثم الخلاصة.

1- عرض ومناقشة الفرضية الأولى:

ونصها: درجة التوحد لدى أطفال عينة الدراسة على مقياس تقدير التوحد كارز**cars** بسيطة.

من خلال تطبيق مقياس تقدير التوحد **cars** على أطفال العينة المختارة من المركز، تمت الإجابة على بنود الإختبار وفق الصفات التي تنطبق على الطفل المصاب من قبل أحد معلمي الرعاية الخاصة به، ومن هذا المنطلق تم جمع العلامات المتحصل عليها من كل بند ومن ثم تم استخراج درجات كل حالة، كما في الجدول:

جدول 5: يوضح لنا درجات التوحد لكل حالة .

رقم الحالة	درجة الاضطراب	مستوى الاضطراب
1	38	توحد بسيط إلى متوسط
2	43	توحد بسيط إلى متوسط
3	42	توحد بسيط إلى متوسط
4	43	توحد بسيط إلى متوسط
5	44	توحد بسيط إلى متوسط
6	39	توحد بسيط إلى متوسط
7	35	توحد بسيط إلى متوسط
8	32	توحد بسيط إلى متوسط
9	30	توحد بسيط إلى متوسط
01	40	توحد بسيط إلى متوسط
11	39	توحد بسيط إلى متوسط
21	47	توحد شديد
31	50	توحد شديد

41	52	توحد شديد
15	57	توحد شديد

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول نرى أن **11** فردا يقعون في مجال التوحد البسيط، وعليه فالدرجة الأكثر تكرارا هي من **30-44** درجة وتتدرج في التوحد البسيط، أما الدرجة الأقل انتشارا هي التي تتراوح بين **47-57** وتقع في مجال التوحد الشديد على مقياس كارز.

وعليه في الجدول الحالات **(1-11)** تتراوح درجاتها من **30-44** درجة، وتم التوصل إلى هذه النتائج وفقا لتقديرات معلمين الرعايتهم الخاصة أي بمعدل الإجابة على **15** بند حسب مقياس تقدير التوحد **cars**، وإستنادا لدراسة سابقة لسكوبلروريشلر وروتر **1988**، حيث قامو بتطوير هذا المقياس بهدف تحديد مستويات التوحد من ليس توحد وتوحد بسيط إلى متوسط وتوحد شديد، أما بالنسبة لدرجات الكلية التي تحدد طبيعة تشخيص الإضطراب فتكون على النحو التالي: من **15** إلى **29.5** ليس توحد، ومن **30** إلى **43** توحد بسيط إلى متوسط، ومن **37** إلى **60** توحد بدرجة شديدة، ومن هنا نرى أن دراستنا إنطبقت نوعا ما مع دراستهم في تحديد درجة الإضطراب لدى الأطفال المصابين بالتوحد.

وبالتالي فإن الدرجة المتحصل عليها في المقياس لعينة الدراسة هي **30** إلى **44** درجة، وتتدرج في التوحد البسيط إلى متوسط حسب تنقيط المقياس وهي تتفق مع نتائج دراسة سكوبلر وريشلر وروتر عام **1988**.

- **الإجابة على الفرضية الأولى:**

يمكننا الإجابة على الفرضية الأولى بأنه توجد درجة بسيطة إلى متوسطة لدى أطفال عينة الدراسة على المقياس.

لأنه كانت أكبر نسبة بين الحالات **15** هي التي تحمل درجة بين **30** إلى **44** درجة وهي في المستوى من البسيط إلى المتوسط حسب التقديرات **15** بند الموجودة في المقياس.

2- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

ونصها: التوحد البسيط هو النوع الأكثر إنتشارا لدى أطفال عينة الدراسة.

تم التوصل لدرجة التوحد الأكثر إنتشارا من خلال مقياس **cars** لتقدير التوحد وذلك من خلال تطبيق عدة إجراءات والتي هي:

- إختيار العينة من مركز التوحد والتي كانت **15** طفلا باستثناء **5** أطفال لأن تبين أنهم في مستوى ليس توحد، ويتراوح سن العينة من **6** إلى **17** سنة من كلا الجنسين.
- تم تجميع علامات بنود المقياس التي تم الإجابة عنها من طرف معلمين الأطفال، وجمعها للحصول على درجة التوحد لكل حالة.
- ثم تم تصنيف الدرجة المتحصل عليها وفق مستوى الاضطراب الموجودة حسب المقياس.
- تم إعداد جدول لتكرارات درجة التوحد الأكثر انتشارا ونسبتها المؤية التي تقابلها وهذا ما يوضح لنا في الجدول أناه:

جدول7: يوضح نوع التوحد الأكثر إنتشارا.

المستوى	توحد بسيط إلى متوسط	توحد شديد	المجموع
التكرار	11	4	15
النسبة المؤية	%73.33	%26,66	

التعليق على الجدول:

من خلال نتائج الجدول تبين لنا أن أعلى تكرار هو **11** تكرار ويتمثل في توحد بسيط إلى متوسط حيث يمثل أكبر نسبة بـ **73.33%**، أما التوحد الشديد يمثل أدنى تكرار بـ**4** تكرارات أي يمثل نسبة **26,66%** .

استنادا لنتائج المتحصل عليها في الجدول نرى أن عينة الدراسة اشتملت على **15** حالة، وعندما طبق المقياس الذي يعد واحد من أساليب تشخيص حالات التوحد وعليه، تبين لنا أن **5** حالات صنفت في مستوى ليس توحد أي كان حاصل مجموع البنود أقل من

30 وهذا يكون ضمن مستوى التوحد البسيط إلى المتوسط، بينما الدرجة الأكثر من **30** إلى **44** تتدرج في التوحد البسيط إلى المتوسط، ومنه فإن هذه الدرجة الأكثر إنتشارا بين أفراد عينة البحث حيث كانت نسبة تكرارها يقدر بـ**11** تكرار وهو التكرار الأكبر من بين التكرارات في الجدول، والحالات المتحصلة على هذه الدرجة هي التي تحمل رقم **1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11 .**

الإجابة على الفرضية الثانية:

ومن هنا الإجابة على فرضيتنا تكون بـ يوجد نوع أكثر إنتشارا بين أطفال العينة وهو التوحد البسيط.

3- عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

ونصها: درجات الذكور أعلى من الإناث في الإصابة حسب مقياس كارز **cars**.

جدول 8: يوضح لنا توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الجنس

	ذكور	إناث	العدد الإجمالي
العدد	12	3	15
النسبة المئوية	80%	20%	

التعليق على الجدول:

من خلال الجدول نلاحظ أن توزيع الذكور أكثر من الإناث من حيث الإصابة حيث أن عددهم **12** ذكرا بنسبة **80%**، والإناث **3** بنات بنسبة **20%.**

وبالتالي فإن النسبة الأكبر بين الجنسين هي نسبة الذكو، وهذه النتائج تم التوصل إليها من خلال مقياس **cars** لتشخيص إضطراب التوحد في المركز على عينة الدراسة.

الإجابة على الفرضية الثالثة:

توجد أعلى درجة بين الذكور على الإناث حسب مقياس كارز **cars** لتقدير التوحد لأن هذا ما توضح لنا في المركز حيث كان أكبر عدد للذكور تواجد، غير ذلك النتائج تبينت لنا من خلال مقياس **cars** لتقدير التوحد.

حسب بعض الدراسات التي أجريت من طرف الأخصائيين والباحثين في مجال علم النفس، حيث ذكر "محمد خطاب" **2004** ودليل التشخيص الإحصائي الرابع **DSM4**، أن التوحد يحدث بمعدل **4** مرات في الذكور عن الإناث، وفي هذا الصدد نجد أيضا دراسة قام بها باحثون، حيث أنهم توصلوا لنتائج تقول بأن طفرات الكروموزوم X هي المسؤولة عن انتشار التوحد بين الذكور أكثر من الإناث، بينما دراسة جديدة في علم الوراثة البشرية وكان صاحبها "ايفان ايشلر" أستاذ بعلوم الجينيوم في جامعة واشنطن للطب حيث قال بأن هذا ليس السبب الرئيسي وراء الإصابة بل الطفرات الوراثية المسؤولة عن هذه الاضطرابات، واستخلص ايشلر دراسته في أن الإناث هم الأفضل في التعامل مع هذه الطفرات والذكور هم الأكثر عرضة لخطر الإصابة باضطراب التوحد.

خلاصة:

نستنتج مما سبق أن عملية تشخيص الطفل التوحدي من خلال تطبيق مقياس تقدير التوحد **cars** يوضح لنا درجة التوحد لديه إن كان ليس توحد أو توحد بسيط إلى متوسط أو توحد شديد الدرجة، وهذا ما تم التوصل إليه في دراستنا للعينة المدروسة، حيث كانت النتائج المتحصل عنها أن التوحد البسيط إلى المتوسط هو الأكثر نسبة انتشارا بين أطفال العينة، وأن الذكور أكثر عرضة وإصابة من الإناث.

الاقتراحات:

- ضرورة توفر مثل هذه المقاييس النفسية التي تخص ذوي الاحتياجات الخاصة في مجتمعنا.
- ضرورة الاهتمام بهذه الفئة المصابة باضطراب التوحد وتوفير لها بيئة ملائمة للعب وقضاء مختلف الأنشطة والمهارات.
- استخدام المقياس لتشخيص اضطراب التوحد للفئة العمرية من **3** سنوات إلى **22** سنة، ولا يمكن استخدامه مع فئة عمرية أقل، إلا أن يجب الانتباه أنه مقياس خاص بتشخيص حالات التوحد فقط ولا يجب الخلط .
- توفير رعاية خاصة لهذه الفئة المصابة باضطراب التوحد لأنها فئة حساسة.
- ضرورة دعم هذه الفئة نفسيا.
- توفير مراكز متخصصة لهذه الفئة وهذه المراكز يجب أن تحتوي على أفراد ذو خبرة مسبقة في كيفية رعاية أطفال التوحد، ويجب احتواء هذه المراكز أيضا على عدد كبير من أخصائيين لهم خبرة عالية وذو كفاءة في تطبيق المقاييس وأدوات التشخيص المناسبة.
- على المراكز أن توفر قاعات لمختلف نشاطات اللعب ومختلف الألعاب التي تحتوي على مهارات مختلفة، لأن هذا يساعد طفل التوحد من تغير بعض السلوكيات لديه.
- تصنيف درجات التوحد لدى الأطفال وفصل كل مستوى من مستويات التوحد البسيطة والمتوسطة والشديدة مع بعض لكي لا يحدث خلط في طريقة العلاج والرعاية.

الخاتمة

من خلال ما سبق طرحه في بحثنا نرى أن اضطراب التوحد أحد الإعاقات النمائية المتداخلة والمعقدة التي تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل نتيجة لاضطراب عصبي يؤثر في عمل الدماغ، والتوحد غالبا ما يعرف على أنه اضطراب متشعب يحدث ضمن نطاق بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف و الحاد.

ونرى أن مقياس **cars** لتقدير التوحد يعتبر من أهم المقاييس التي تكشف لنا هذا الاضطراب وتحديد مستوياته، وهذا ما تم التوصل إليه في دراستنا الحالية حيث كانت النتائج المتحصل عليها متوافقة مع فرضيات الدراسة أي أن الدرجة الأكثر انتشارا هي **30-44** درجة وتتدرج في التوحد البسيط إلى المتوسط لدى أطفال العينة المدروسة بنسبة الذكور أكثر من الإناث من حيث الإصابة.

وبشكل عام يمكن القول أن أطفال التوحد فئة تحتاج إلى رعاية واهتمام خاص من قبل الوالدين أولا ومعلميهم ثانيا وثالثا من طرف المجتمع، حيث تتحسن حالتهم إذا تلقوا هذه العناية والدعم من طرفهم.

قائمة

المصادر والمراجع

المراجع بالعربية :

1.أحمد السيد سلمان **(2010)**، تعديل سلوك الأطفال التوحديين النظرية والتطبيق، ط**1**، دار الكتاب الجامعي، الإمارات .

2.أسامة فاروق **(2011)**، سمات التوحد، دار المسيرة، **ط1**، عمان .

3.أسامة فاروق مصطفى، السيد كمال الشربيني **(2011)**، التوحد الأسباب، التشخيص، العلاج، ط**1**، دار المسيرة، عمان .

4.أسامة فاروق، ومنصور السيد كامل الشربيني **(2013)**، علاج التوحد، ط**1**، دار المسيرة، الأردن .

5.الإمام محمد صالح والجوالدة فؤاد عيد **(2010)**، التوحد ونظرية العقل، ط**1**، دار الثقافة، عمان .

6.البطانية، أسامة والجراح، عبدالناصر وغوائمة، مأمون**(2007)**، علم النفس الطفل الغير العادي، ط**1**، دار المسيرة، الأردن.

7.الجلبي سوسن شاكر **(2008)**، التوحد الطفولي أسبابه، تشخيصه، علاجه، ط**1**، دار الشروق للنشر، عمان .

8.حكيم درابية **(2003)**، دليلك للتعامل مع التوحد، ط**1**، فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية، جدة .

9.حمدان محمد زكرياء **(2001)**، التوحد لدى الأطفال: اضطراباته وتشخيصه، علاجه، دار التربية، مصر .

10. خالدة نيسان **(2009)**، سلوكيات الأطفال بين الإعتدال والإفراط، ط**1**، دار الأسامة للنشر، الأردن .

11. خطاب أحمد محمد **(2009)**، سيكولوجية الطفل التوحدي: تعريفها وتصنيفها، أعراضها، تشخيصها، أسبابها، التدخل العلاجي، ط**1**، دار الثقافة، عمان .

12. الخفش، سهام **(1999)**، دليل إرشادي للوالدين والمعلمين، ط**1**، قطر.

13. خليفة وليد، الغصاونة يزيد، الشرمان وائل **(2013)** .

14. الراوي فضيلة، توفيق، عماد، أمال صالح**(1999)**، التوحد الإعاقة الغامظة، ط**1**، قطر.

15. زرواتي رشيد **(2002)**، تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الإجتماعية، ط1، دار هومة، الجزائر .

16. الزريقات إبراهيم **(2011)**، التوحد الخصائص والعلاج، ط**1**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.

17. سليمان السيد عبد الحميد وعبدالله محمد**(2003)**، الدليل العيادي لتشخيص التوحديين، ط**1**، دارالفكر العربي، القاهرة.

18. سليمان، ثناء **(2007)**، إضطراب التوحد: نظرة شاملة، ط**1**، دار الكيوان للطباعة والنشر، سوريا .

19. السيد عبد الرحمن محمد وخليفة حسن مي **(2004)**، دليل الأباء والمختصين في العلاج السلوكي المكثف والمبكر للطفل التوحدي، ط**1**، دار الفكر العربي، مصر .

20. الشامي، وفاء **(2004)** . خفايا التوحد: أشكاله ,أسبابه وتشخيصه، ط**1**، الجدة .

21. عامر طارق **(2008)**، الطفل التوحدي، ط**1**، دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان .

22. العبادي رائد **(2006)**، الطفل التوحدي، ط**1**، دارالبازوردي، عمان .

23. عبد الله محمد قاسم**(2001)**، الطفل التوحدي أو الذاتوية: الإنطواء حول الذات ومعالجته، إتجاهات حديثة، الطبعة الأولى، دار الفكر للطباعة والنشر، سوريا.

24. عيسى ناصح **(2007)**، التوحد عند الأطفال: الأعراض، الأسباب العلاج، ط1، دار الأوائل للنشر، عمان .

25. غانم شوقي أحمد **(2003)**، تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد، لدىالأطفال دون عمر السادسة في اللاذقية وطرطوس، سوريا .

26. الفهد ياسر **(2003)**، الحمية الغذائية والتوحد، المؤتمر الثاني للإعاقة، الممكلكة العربي السعودية.

27. كوثر حسن عسلية **(2006)**، التوحد، ط**1**، دار الصفاء للنشر، عمان .

28. كوهين سايمون وبولتون، باتريك **(2000)**، حقائق عن التوحد، ترجمة عبد الله الحمدان، الطبعة الأولى، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض .

29. لورا شريمان **(2010)**، التوحد بين العلم والخيال، ترجمة عياد فاطمة، الكويت .

30. لويس مليكة كامل **(1998)**، الإعاقات العقلية والإضطرابات الإرتعاشية، ط**1**، مصر.

31. محمد علي كامل **(2003)**، الأوتيزم الإعاقة الغامظة بين المفهوم والعلاج، ط**1**، مركز الإسكندرية، مصر .

32. مصطفى خاطر أحمد **(2001)**، البحث الاجتماعي في محيط الخدمة الاجتماعية، المكتبة الجامعية، مصر .

33. مصطفى، نوري القمش **(2010)**، الإعاقات المتعددة، ط**1**، دار الثقافة للنشر، عمان .

34. المغلوث فهد **(2004)**، كل ما يهمك معرفته عن إضطراب التوحد، مطابع دار التغذية، الرياض .

35. نايف بن عبد الزراع **(2010)**، مدخل إلى اضطراب التوحد، ط**1**، دار الفكر، عمان.

36. يونس جانيت ونصار، كرستين**(2009)**، التوحد، ط**1**، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر، بيروت.

الرسائل الجامعية :

37. البلشة، ايمن **(1994)**، الفروق في الخصائص السلوكية والتربوية بين أطفال التوحديين والمتخلفين عقليا، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأردن، عمان.

38. جحجاح روز **(2012)**، تقييم مراكز التوحد في تلبية احتياجات الأطفال التوحديين من وجهة نظر المعلمين والمشرفين في هذه المراكز، رسالة ماجستير، جامعة دمشق، سوريا.

39. شوقي أحمد غانم **(2013)**، تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة، رسالة ماجستير، جامعة اللاذقية طرطوس، سوريا .

40. علي دلشات**(2012)**، فاعلية برنامج تدريبي لتطوير مهارات التواصل الإجتماعي لدى عينة من أطفال التوحد، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا.

41. العلي رسلان **(2008)**، تحري انتشار الصبغي X الهش بين المرضى المعاقين عقليا و المتوحدين، رسالة ماجيستير غير منشورة، جامعة دمشق، سوريا .

42. غزال مجدي فتحي **(2008)**، فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الإجتماعية لدى أطفال عينة التوحديين في مدينة عمان، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الأردن .

43. قالي فوزية **(2015)**، تقييم الخصائص السلوكية للطفل التوحدي بتطبيق مقياس كارزST-CARS- المعياري دراسة ميدانية في المركز النفسي البيداغوجي لأطفال المتخلفين ذهنيا، رسالة ماستر، جامعة أم البواقي، الجزائر .

44. اللهيبي نادية بنت عبد الرحمن بن صويلح **(2009)**، فاعلية برنامج إرشاد لتنمية الوعي الغذائي لأمهات ومشرفات أطفال التوحد، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير في الاقتصاد المنزلي، قسم التغذية وعلوم الأطعمة، جامعة أم القرى، السعودية.

45. المفون وفاء **(2010)**، تنمية التواصل اللغوي عن طريق اللعب لعينة من المراهقين ذوي اضطراب التوحد، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية .

الصحف و المجلات والمؤتمرات :

46. إبراهيم عبد الستار، الدخيل**(1993)** العلاج السلوكي للطفل وأساليبه، نماذج من حالاته، مجلة عالم المعرفة العدد**180**، الكويت.

47. جريدة الشروق **(2013)**، أطفال التوحد في الجزائر، موتى على قيد الحياة، العدد **4192**.

48. الفهد ياسر**(2003)**، الحمية الغذائية والتوحد، المؤتمر الذاتي للإعاقة، السعودية.

49. لوفاس، ايفار**(1981)**، كتاب ذاتي، تعليم الأطفال المعاقين عقليا، ترجمةحسن الشيبي، ط1، مطبعة كونغرس الأمريكية، اوستن.

50. نيوريث شارين**(1997)**، المرجع في إضطراب التوحد، الخصائص والعلاج، ترجمة: محمد السعيد أبو حلاوة، إصدارات المعهد الوطني للصحة النفسية رقم **97-4023**، الولايات المتحدة الأمريكية.

مراجع بالغة الإنجليزية :

51. *American psychaitric assoution (2013), Desk reference to the daignostic criteria from DSM-5 Arlington .*

52. *Boidé A (2007) ,proposition d'une protocole d'evalution de la communication prévebele d'enfants avec autisme ,mémoire d'orthophonie,nante .*

53. *Ghaziuddin (2000) , Autismin mental Retardation , current opinion in psychiatry .*

54. *Gillberg (1998) ,chromosomal disorder and autism , Journal of autism and developmental disorders .*

55. *Matson, Johnny (2008) , clinical Assessment and Interevention for autism spectrum disorders Elsevier in publishers united states of amrica .*

56. *Messersehmitt (1991),clinique des syndromes autistique , edition malouine , france .*

57. *Tager , Flusberg ,Helen (2007) ,Evaluating the theory of mind Hypothes of autism current direction in psychological scence v01 ,16,n6 .*

الملاحق

مقيـــــاس تقدير التوحد في الطفولة

(C . A . R . S)

الاسم : _____ السن : _____

تاريخ الميلاد _____ التاريخ : _____

الفاحص : _____ المكان : _____

كيفية التقيـــــيم و التسجيل :

يقدر كل بند على كمي متصل بين قطبين من السواء ، أو الطبيعية والاضطراب الشديد ، وتوضع علامة في المربع المناسب .

1 = السلوك العادي أو الطبيعي ومناسب مع سن الطفل . = صفر

2 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة طفيفة . = 1.5

3 = السلوك غير طبيعي وغير سوي بدرجة متوسطة . = 2.5

4 = السلوك غير طبيعي وغير مناسب ومعوق بدرجة شديدة . =3.5

حاصل المجموع النسبي للفئات

رقم المستوى	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	المجموع
الدرجة																

حاصل جمع المقياس

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

ملاحظات الفاحص وتوصياته :

التوقيع

1. إقامة العلاقة مع الناس .

☐ طبيعي لا يوجد أي اختلاف بإقامة العلاقة بالناس وتصرفاته بمثل عمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يمتنع من التواصل بالبصر ، يتجنب عندما يجبر على التواصل ، الخجل بصورة مبالغ بها ، لا يتجاوب ، ملتصق بالوالدين أكثر من الطفل الذي بنفس عمره.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة ، انطوائي ، يحب العزلة ، لا يوجد اهتمام بالتفاعل مع المحيطين ، مقفول على نفسه ، تستطيع الحصول منه على القليل من التواصل .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة عزلة تامة افتقاد القدرة على الاستجابة .

2. القدرة على التقليد والمحاكاة.

☐ طبيعي يقلد الطفل الأصوات ، الكلمات ، الحركات بحيث تكون بحدود قدراته .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيف يقوم الطفل بتقليد بعض السلوكيات البسيطة مثال يصفق ، بعض الكلمات المفردة ويحتاج وقت لترديد الكلمة عند سماعها

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقلد الطفل بعض السلوكيات البسيطة ولكن يحتاج إلى وقت كبير ومساعدة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة نادرا ما يقوم الطفل بالتقليد او لا يقلد نهائيا الأصوات أو الكلمات ، أو الحركات حتى بوجود مساعدة .

ملاحظات

3 الاستجابة العاطفية .

☐ طبيعي يتفاعل الطفل للمواقف السارة والغير سارة .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تظهر عليه احيانا تصرفات غير مرغوب فيها كاستجابة منفصلة عن الواقع .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة مثال الضحك الشديد بدون مغزى أو بدون سبب وليس له علاقة مع الواقع .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة إستجابة منفصلة نهائيا عن الواقع وأن كان مزاجه في شيء معين من الصعب جدا أن يتغير .

ملاحظات .

4 استخدام الجسم .

☐ طبيعي تشمل التناسق والتوازن لطفل بمثل عمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة له بعض السلوك النمطي المكرر مثال التكرار في اللعب اوالانشطة .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة له سلوكيات غير مرغوب فيها واضحة لطفل في عمره مثال حركات لف الاصابع ، الاهتزاز ، الدوران ، الحملقة ، ايذاء النفس ، المشي على الاطراف ، خبط الدماغ ، الاستمناء ، تحريك اليدين ورفرفتها .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة ، فهو يستمر في الحركات المكرره المذكورة في الاعلى حتى لو شارك في نشاط اخر .

ملاحظات .

5. استخدام الاشياء

☐ طبيعي يهتم بالالعاب والاشياء من حوله والتعامل معها واستخدامها بالطريقة الصحيحة .
(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يهتم بلعبة واحدة فقط ويتعامل معها بطريقة غريبة كأن يطرقها بالارض .
(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يظهرعدم اهتمامه بالاشياء وان اظهر تكون بطريقة غريبة مثال يلف اللعبة طول الوقت وينظر لها من زاوية واحدة فقط .(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة تكرار ماسبق ولكن بطريقة مكثفة ومن المستحيل أن ينفصل عنها إذا كان مشغولا بها .

ملاحظات.

6. التكيف والتأقلم

☐ طبيعي يتكيف مع الموقف والتغير للروتين .
(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه.
(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يقاوم التغير والتكيف للموقف بعد تغير النشاط الذي تعود عليه .
(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة الاصرار على ثبات الظروف والروتين وعدم التغيير.

ملاحظات.

7. الاستجابة البصرية

☐ طبيعي يستخدم التواصل البصري مع الحواس لاكتشاف الشيء الجديد أمامه.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يحتاج للتذكير لكي يتواصل وينظر الى الشيء ، يهتم في النظر بالمرآة الضوء ، النظر الى اعلى ، أو الفضاء ويتحاشى النظر في الاشخاص .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يحتاج للتذكير المستمر للتواصل البصري للشيء الذي يفعله وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة الامتناع عن التواصل البصري مع الاشخاص وبعض الاشياء وتظهر نفس السلوكيات السابقة .

ملاحظات

8. استجابة الاصات(الاستماع)

☐ طبيعي ويستمع باهتمام مع عدم وجود أي مؤثرات صوتيه مستخدما حواسه.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة رد فعل متاخر للاصوات يحتاج تكرار الاصوات لشد انتباهه يبالغ قليلا في رد فعل لبعض الاصوات

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة متنوع في رد الفعل مثال يتجاهل الصوت مرارا، يقفل أذنيه لبعض الاصوات منها الاصوات الانسانية المكررة يوميا .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة مبالغ في رد الفعل للاصوات والتجاهل تهائيا للاصوات بصورة واضحة

ملاحظات

9. استجابات استخدام التذوق والشم واللمس

☐ طبيعي يستجيب الطفل لمثيرات الحواس كالألم وغيرها

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يضع اشياء في فمه يشم ويتذوق أشياء لا تؤكل يتجاهل الألم أو يبالغ به.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يبالغ باستخدام الشم والتذوق واللمس ويتجاهل الألم .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة فهو يبالغ كثيرا أو يتجاهل نهائيا ولا تظهر أي نوع من الشعور بالألم أو المبالغة الشديدة لحدث بسيط جدا.

ملاحظات

10 الخوف والعصبية

☐ طبيعي يتصرف الطفل مع الموقف مناسب لعمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يتصرف الطفل بصورة مبالغة أو يتجاهل الحدث قليلا بالنسبة لطفل في مثل عمره .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة يتصرف بصورة مبالغة واضحة أوتجاهل واضح بالنسبة لطفل في مثل عمره.

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة خوف مستمر حتى عند إعادة المواقف غير الخطرة ومن الصعب جدا تهدئته وليس له ادراك للمواقف الخطرة والمواقف الغير خطرة.

ملاحظات

11. التواصل اللفظي

☐ طبيعي يظهر الطفل كل مظاهر النطق والكلام واللغة لعمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تأخر في الكلام ظهور بعض الكلام المبهم ، ترديد كلام ، لا يستخدم الضمائر أنا أنت و ، المهمهة ، الخروج عن الحديث المألوف ، عكس المقاطع أو الكلمات .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة صمت ، وعند وجود نطق هناك ترديد كلام واضح ، همهمة .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة لا يستخدم اللغة في التواصل فقط همهمة واصوات غريبة أشبه بصوت الحيوان واظهار اصوات مزعجة.

ملاحظات

12 . التواصل الغير اللفظي

☐ طبيعي يستخدم تعبير الوجه أو تغير الملامح والاوضاع وحركات الجسم والراس .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة تواصل غير لفظي ناقص مثل يمسك اليد من الخلف لطلب المساعدة والوصول للشيء بطريقة تختلف عن الطرق التي يستعملها الطفل في مثل عمره.

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة لا يستطيع ان يعبر عن احتياجه بالتواصل غير اللفظي ولا يستطيع فهم لغة التواصل غير اللفظي .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة يستخدم سلوكيات غريبة غير مفهومة للتعبير عن احتياجاته مع عدم الاهتمام بالايماءات وتعابير وجوه الاخرين .

ملاحظات.

13. مستوى النشاط

☐ طبيعي نشاطه عادي مناسب لعمره .

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر نشاط زائد أو كسل زائد ويكون خاص بذاته .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة نشاط زائد لا يهدء يصعب التحكم به هائم لا ينام الا قليلا فوضوي غير منتظم ، أو خامل لا يتحرك من مكانه ويحتاج الى جهد كبير ليتفاعل مع نشاط معين .

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة هائم ، نوبات غضب حركة مستمرة لا يجلس ساكنا فوضوي يرمي كل شيء على الارض ، يفتح ويقلب الاشياء .

ملاحظات.

14.مستوى وثبات الاستجابات الذهنية

☐ طبيعي في اداء المهارات في المواقف المختلفة المناسبة لعمره.

(1.5)

☐ غير طبيعي بدرجة طفيفة يظهر تأخر في أداء المهارات المختلفة .

(2.5)

☐ غير طبيعي بدرجة متوسطة تأخر في أداء المهارات ولكن من الممكن ان يتفاعل لنفس عمره في احدى المهارات وتأخر في باقي المهارات.

(3.5)

☐ غير طبيعي بدرجة شديدة يكون أفضل من الطفل الطبيعي في مهارتين وتكون مبالغ فيها ولكن يتأخر بباقي المهارات .

ملاحظات .

15. الانطباعات العامة

☐ ليس توحد لا تظهر فيه صفات التوحد

☐ توحد بسيط لديه بعض الصفات .

☐ توحد متوسط لديه صفات واضحة من التوحد .

☐ توحد شديد لديه معظم الصفات التوحدية .

*تدون من الاسره او الملفات او البنود السابقة في التقيم .

ملاحظات.

تم بحمد الله