

واقع الصعوبات التشخيصية لاضطراب التوحد بين دقة الإختبارات وتنوعها (الكشف،
التشخيص، التقييم)

**The reality of the diagnostic difficulties of autism disorder between
the accuracy and diversity of tests (detection, diagnosis, evaluation)**

زغيش وردة¹، بوختاش نهى^{2*}

¹ مخبر بنك الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية جامعة باتنة 1، الجزائر،

zeghiche_ouarda@yahoo.fr

² مخبر بنك الاختبارات النفسية والمدرسية والمهنية جامعة باتنة 1، الجزائر،

nouha.boukhtache@univ-batna.dz

تاريخ الاستلام: 2021/12/29 تاريخ القبول: 2022/02/05 تاريخ النشر: 2022/03/04

ملخص:

من الأمور المهمة والصعبة في اضطراب التوحد هي عملية التشخيص، وذلك نظرا لما يحمله هذا الاضطراب من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى، حيث ترتبط عموما هذه الصعوبات بعدة عوامل، بداية بالفهم الحقيقي لطبيعة الاضطراب واستيعابه بمختلف أبعاده، مروراً باختيار الادوات المناسبة للتشخيص والمرتبطة بدورها بجوانب مختلفة خصوصا الفئة العمرية، بغية رسم بروتوكول تشخيصي يتميز بالدقة والموضوعية.

سوف نحاول من خلال هذا المقال تسليط الضوء على أبعاد عملية تشخيص اضطراب التوحد عبر التطرق للاختبارات الخاصة بالمستويات الثلاثة المتمثلة في أدوات الكشف المبكر ثم اختبارات التشخيص الدقيق وتحديد درجة الإصابة، وأخيرا وسائل تقييم الجوانب النمائية التي تسمح في النهاية ببناء البرامج العلاجية المناسبة.

كلمات مفتاحية: التشخيص، صعوبات، اختبارات، اضطرابات التوحد.

Abstract:

Among the most important and difficult things in autism disorder, the diagnostic process, due to the multiplicity of symptoms and the interferences with

other disorders, these diagnostic difficulties are generally associated with several factors, starting with the right understanding of the disorder and its various dimensions, as well as the selection of right tools according to the age group, to develop an accurate, objective diagnosis.

In this article, we will try to shed light on the dimensions of the process of diagnosing autism, through the three levels represented in early detection tools, diagnosis tests and tools of evaluating the developmental aspects that eventually allow building appropriate treatment programs.

Keywords: Diagnosis; difficulties; tests; autism disorders.

★ المؤلف المرسل

1. مقدمة :

غالبا ما ترتبط الإعاقة بفقدان عضو من أعضاء الجسم وينتج عن ذلك اختلال للوظيفة التي يؤديها ذلك العضو ، مثل ما هو الحال في الإعاقة الذهنية بما فيها متلازمة داون ، والتي يؤدي الخلل على مستوى كروموزوم واحد (21) إلى اضطراب على كل من المستوى العقلي والسلوك التكيفي ، أما بالنسبة للتوحد فهو نوع من الإعاقات التطورية التي تصيب الأطفال ومن أكثر الإعاقات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، ويظهر خلال السنوات الثلاثة من عمر الطفل، و يعوق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بقصور وتأخر في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي عند الطفل¹. كما يتميز اضطراب التوحد بالقصور في نمو قدرات الطفل، مع وجود اختلال كفي في تفاعلاته الاجتماعية المتبادلة ومخزون محدود أو نمطي ومتكرر في أنماط تواصله، حيث يتميزون بسلوك الانسحاب من الواقع والقصور أو الإخفاق في تطوير علاقات انفعالية وعاطفية مع الآخرين أو التردد الآلي للكلمات أو المقاطع التي ينطق بها الآخرون ومعارضة أي تغيير في الحياة الروتينية².

اذن فالتوحد اضطراب يجمع الكثير من جوانب الحرمان من استخدام الأعضاء المتوفرة لديه من بصر وسمع وعقل وغيرها، فالإصابة بالتوحد تجعل الطفل التوحدي في أغلب الأحيان انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم ولا يشعر بالأخطار الطبيعية والتي من المفترض أن يخاف منها وكأنه أعمى، يعجز عن فهم مشاعر الآخرين والإحساس بهم، أو أنه لا يستطيع التعبير عما يحسه هو سواء بوسائل لفظية أو غير لفظية.

إن تعدد الاعراض التي تظهر عند الطفل التوحيدي ، إضافة إلى وجود تباين كبير في ظروف ظهور واستقرار الاضطراب، وكذا تنوع المشكلات المصاحبة سواء العقلية ، الحسية ، الحركية، اللغوية وخاصة السلوكية جعل عملية التشخيص عملية معقدة تستلزم اتباع منهجية خاصة و اللجوء إلى العديد من الوسائل والاختبارات ، وعادة يلجأ الأخصائيون الإكلينيكيون إلى العديد من الطرق لتجميع البيانات المختلفة عن الطفل وذلك من أجل وضع تشخيص محدد لحالة الطفل الذي يعاني من مثل هذا الاضطراب، وفي هذا الإطار نتطرق إلى أهداف العملية التشخيصية ، مراحلها وأنواعها مع محاولة عرض الأدوات والوسائل المستعملة في كل حالة، وقبل هذا يجدر بنا التطرق إلى هذا الاضطراب و ما يميزه من خصائص ومظاهر عيادية.

2. المظاهر العيادية للتوحد:

عاده لا يمكن ملاحظه التوحد بشكل واضح حتى سن 24 - 30 شهرا حينما يلاحظ الوالدان تأخرا في اللغة أو اللعب أو التفاعل الاجتماعي وعاده ما تكون الأعراض واضحة في الجوانب التالية:

1.2 التواصل:

حيث يكون تطور اللغة بطيئا وقد لا يتطور بتاتا ويتم استخدام الكلمات بمعان غير معتادة لهذه الكلمات ويكون التواصل عن طريق الإشارات بدلا من الكلمات ويكون الانتباه والتركيز لمدته قصيرة، وأيضا الاستعمال الخطأ للضمائر حيث يستعمل الطفل ضمير أنت عندما يقول أنا، إضافة إلى عدم القدرة على تسميه الأشياء³.

2.2 التفاعل الاجتماعي:

ضعف في العلاقات الاجتماعية مع أمه وأبيه وأهله والغرباء، بمعنى أن الطفل لا يسلم على أحد ولا يفرح عندما يرى أمه أو أباه ولا ينظر للشخص الذي يكلمه ولا يستمتع بوجود الآخرين، ولا يشاركونهم الاهتمام ولا اللعب معهم ولا يحب أن يختلط بالأطفال الآخرين واللعب معهم.

3.2 المشكلات الحسية:

تكون استجابته غير معتادة للأحاسيس الجسدية مثل أن يكون حساسا أكثر من المعتاد للمس أو أن يكون أقل حساسية من المعتاد للألم أو النظر أو السمع أو الشم.

4.2 اللعب:

هناك نقص في اللعب التلقائي أو الابتكاري كما أنه لا يقلد حركات الآخرين ولا يحاول أن يبدأ في عمل ألعاب خيالية أو مبتكرة

5.2 السلوك:

قد يكون نشطا أكثر من المعتاد أو يكون حركته أقل من المعتاد مع وجود نوبات من السلوك غير السوي (كأن يضرب رأسه بالحائط) دون سبب واضح. وقد يصر على الاحتفاظ بشيء ما أو التفكير في فكره بعينها أو الارتباط بشخص واحد بعينه.

6.2 اضطراب الوجدان:

مثل التقلب الوجداني، أي الضحك والبكاء دون سبب واضح والغياب الظاهري للتفاعلات العاطفية ونقص الخوف من مخاطر حقيقية والخوف المفرط من الأشياء. ويقاوم التوحيديون التغيير في المكان أو العادات اليومية وقد يحدث عند التغيير هلع.

7.2 الأكل والشرب والنوم:

اضطراب في الأكل والشرب والنوم مثل قصر الطعام على أنواع قليلة أو شرب السوائل بكثرة والاستيقاظ ليلاً المصاحب بهذه الرأس وأرجحتها أو خبط الرأس. والجدير بالذكر أن أعراض هذا المرض يختلف من طفل لآخر فان بعض هؤلاء الأطفال قد يكونون خارقى الذكاء في إحدى جوانب الحياة⁴، وقد ذكر كانر بإحدى دراساته أن أفراد عينة دراسته كانوا يتميزون بطاقات عقلية جيدة وملامح تدل على اليقظة والوعي ومستوى ذكاء مرتفع. ورغم ذلك فقد حاول بعض الباحثين أحيانا التعامل مع كل من التوحد الطفولي والتخلف العقلي واعتبارهما متلازمان ويصعب التمييز بينهما في عملية التشخيص، بينما يرفض البعض الآخر من الباحثين ذلك خاصة المعاصرين منهم.

3. أنواع التوحد وخصائصه:

يتميز اضطراب التوحد حسب DSM4 بثلاثة أعراض أساسية تتمثل في:

- ضعف في العلاقات الاجتماعية.

- ضعف من ناحية التواصل اللفظي وغير اللفظي.

- الاهتمامات والنشاطات المتكررة مع غياب اللعب التخيلي.

كما قد تظهر لديه اضطرابات في السلوك مثل نشاط زائد أو قلة التركيز أو نوبات

غضب شديدة وسلوك عدواني اتجاه نفسه أو غيره، كما قد يصاحبه في بعض الحالات

انخفاض في نسبة الذكاء ويشترط أن تظهر الأعراض الأساسية للاضطراب قبل سن الثالثة.

نشير إلى أن هذه الأعراض تختلف من نوع إلى آخر ويمكن تلخيص ذلك فيما يلي:

1.3 متلازمة أسبرجر:

- أول من اكتشفها الطبيب الألماني هانز اسبرجر عام (1944)، وقد بين خصائصها وهي:
- تتصف اللغة لدى الطفل "الأسبرجر" بحديث طبيعي قبل سن الرابعة، حيث يستخدم قواعد اللغة والمفردات بصورة جيدة، بالإضافة إلى أن حديثه يتصف بال تكرارية، حيث يميل إلى أن يكون حادا غير عاطفي، محادثته تدور حول ذاته.
 - الأسبرجر يتصف بذكاء عادي، وأعلى من التوحدي، ولا يعاني من أي تخلف عقلي، ولكن مستوى أدائه في المهارات اللفظية أعلى بكثير من المهارات الأدائية مقارنة بالطفل التوحدي.
 - لديه بعض السلوكيات الشاذة التي تتمثل في حركات جسدية تميل إلى اضطراب وعدم الرشاقة، ويفتقر إلى السلوكيات التي تعبر عن ذاته، ويعاني من مشكلات حسية مثلما يعاني منها الطفل التوحدي، ولديه وعي اجتماعي لكن يفترق إلى التبادلية والملائمة الاجتماعية مع الآخرين.

2.3 متلازمة ريت:

- وهو اضطراب يصيب البنات فقط، حيث يكون تطور الحالة طبيعي ما بين (6-18) شهرا ثم يلاحظ الوالدين تغيرا في سلوكيات ابنتهم مع تراجع التطور وفقدان بعض القدرات المكتسبة كالمشي، ويتبع ذلك نقص ملحوظ في القدرات مثل الكلام، التفكير والاستخدام الغرضي لليدين، ويحدث بدلا منه حركات متكررة لليدين (هز - ررفة) إضافة إلى أعراض أخرى نذكر منها:
- تباطؤ نمو محيط الرأس ما بين (5-24) شهرا.
 - فقد الترابط الاجتماعي المكتسب.
 - ظهور مشية غير متزنة، أو ظهور حركات جسدية غير طبيعية.

- نقص شديد في تطور اللغة والاستقلالية التعبيرية.
 - إعاقة عقلية عميقة.
 - طحن الأسنان ببعضها وصعوبة المضغ.
 - إضافة إلى وجود صعوبات في التنفس وحالات صرع وإغماء
- نشير أن هذا الاضطراب قد أصبح يصنف ضمن الاضطرابات الجينية في دليل التصنيف الجديد DSM5

3.3 اضطراب الطفولة التفككي:

- يعتبر هذا الاضطراب نادر الحدوث ويتم تشخيصه إذا ظهرت الأعراض بعد تطور ونمو طبيعيين في السنتين الأوليين من العمر وبعدها يفقد المهارات التي اكتسبها من بينها:
- ضعف نوعي وكيفي في التفاعل الاجتماعي.
 - ضعف في التواصل الاجتماعي.
 - ضعف في المهارات الحركية.
 - سلوكيات نمطية مكررة في نطاق ضيق من الاهتمامات.
 - عدم التحكم في البول.

وتظهر هذه الأعراض بعد نمو سليم وطبيعي خلال العامين الأوليين أو قبل سن العاشرة.

4.3 الاضطراب الإجتياحي للنمو غير المحدد:

- يتم تشخيص الطفل في هذه المجموعة عندما لا تنطبق عليه المقاييس الطبية لتشخيص أي من الأنواع السابقة، فحسب تشخيص الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM4 فإن هذه المجموعة تستخدم في حالات معينة عندما يكون هناك اضطراب شديد في التفاعل الاجتماعي أو مهارات التواصل اللغوي أو سلوكيات واهتمامات ونشاطات نمطية متكررة⁵

مهما كان نوع التوحد فهناك معايير مشتركة نعتد عليها لتشخيص اضطراب التوحد وفق مقاييس عالمية سنعرضها لاحقا وقبل ذلك يجب تحديد اهداف التشخيص بدقة.

4. أهداف التشخيص:

- التشخيص المبكر والصحيح يخفف من الضغوط النفسية لدى الاولياء ويسمح لهم بالتعرف على طبيعة مشكلة طفلهم
- التشخيص الصحيح لحالة التوحد يقلل احتمالات إساءة فهم المشكلات المتناقضة التي يعاني منها الطفل، وبالتالي تجنب كل أساليب المعاملة الخاطئة والتي من شأنها أن تزيد الأمور تعقيدا
- التشخيص الصحيح والمبكر يسمح بالإسراع في تقديم المساعدة المناسبة في المراكز المتخصصة، وبالتالي التخفيف من مستوى الشعور بالذنب لدى أولياء الأمور.
- التشخيص الصحيح يسمح بتوفير التدخل اللازم للاضطرابات المصاحبة
- التشخيص الصحيح والتقييم المناسب لجوانب القوة وجوانب الضعف لدى الطفل يزيد احتمالات وضع البرامج التربوية والعلاجية الفعالة والتخطيط المناسب للمستقبل، كما يمكن الاعتماد عليه كمعيار لتقييم مدى التحسن والتقدم في العلاج مع مرور الزمن.

5. أنواع التشخيص:

تتضمن العملية التشخيصية ثلاث جوانب رئيسية تتمثل في:

1.5 التشخيص التصنيفي *Diagnostique nosographique*:

تتمثل هذه العملية في تحديد اسم وصنف الاضطراب بدقة وذلك بالاعتماد على مجموعة معينة من العلامات والاعراض العقلية، اللغوية والسلوكية وفق معايير كمية

ونوعية، تحتاج هذه العملية إلى جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات والمعطيات حول الحالة ويتم ذلك وفق عدة مراحل كالتالي:

1.1.5 التاريخ التطوري للحالة:

إن أحد المكونات الرئيسية للقيام بتشخيص الطفل التوحدي هو الحصول على تاريخ تطور الطفل، نموه والتغيرات التي طرأت عليه في تلك الفترات مع توضيح مراحل نموه المختلفة في الوقت الحالي، وهل حدثت له أي حوادث أو تناول عقاقير معينة، أو أصيب بأي مرض وفي أي سن والحصول أيضا على التاريخ الوراثي للعائلة وعن تاريخ الحمل ومجرياته كل هذه المعلومات يتم جمعها من خلال المقابلات التي يجريها الاخصائي مع الاولياء والتي يحتاج في دراسة حالة الطفل.

2.1.5 التقييم السلوكي:

إن التقييم السلوكي جزء هام من تقييم الطفل التوحدي لكن هذا النوع من التقييم يحتاج إلى خبرة كبيرة من قبل الأخصائي الإكلينيكي ويوجد أسلوبان أساسيان لتجميع المعلومات السلوكية وهما: الملاحظة غير المقننة، الملاحظة المقننة، ويجب أن يستند على النوعين في أن واحد للتقييم السليم⁶ والذي يسمح لنا بمطابقة نتائج هذه الملاحظة مع بنود الدليل التصنيفي التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية (DSM4) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي سنة 1994 حيث يعتبر من المقاييس العالمية المتفق عليها في تشخيص التوحد. وقد وضع هذا الدليل اضطراب التوحد على أنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية العامة حيث وضع ستة عشرة معيارا لتشخيص التوحد وتقع هذه المعايير ضمن 3 فئات وهي:

الفئة الأولى: ويشترط فيها توفر على الأقل ستة معايير وتضم:

- خلل أو قصور كفي في التفاعل الاجتماعي.

- خلل أو قصور كفي في التواصل.
 - حدوث أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة.
 - ويشترط توفر على الأقل معيارين من (1) ومعيار من (2) ومعيار من (3).
 - الفئة الثانية: ويشترط فيها ظهور الاضطراب قبل سن الثالثة في إحدى المجالات التالية:
 - التفاعل الاجتماعي.
 - اللغة واستخدامها في التواصل الاجتماعي.
 - اللعب الرمزي أو التخيلي.
 - الفئة الثالثة: غياب أعراض متلازمة ريت⁷
- 3.1.5 أدوات الكشف أو المسح السريع:**

من أجل تأكيد النتائج المتحصل عليها سابقا بهدف التعرف الجيد على الحالة وتقييم سلوكها، تستعمل مجموعة من الاستبيانات والقوائم تعمل أساسا على كشف العلامات الأولية المبكرة لاضطراب التوحد ولا يمكن الاعتماد عليها كلية في التشخيص النهائي ومن أهمها:

- قائمة شطب سلوك المتوحدين **CHAT**، القائمة المعدلة **M-CHAT** التي تعتبر من أهم أدوات الكشف المبكر، أعدها Gillberg, Allen&Baron-Cohen (1992) على شكل قائمة تتكون من قسمين أ / ب، يتضمن الجزء الأول 09 أسئلة موجهة للأولياء أما الجزء الثاني فقد خصص للملاحظة من طرف الفاحص والمتضمنة 05 محاور، عدل هذا النموذج سنة 2001 على شكل قائمة تتكون من 23 بند موجه للأولياء يتضمن 06 محكات رئيسية للكشف عن أعراض التوحد تتمثل في:

- فشل في القدرة على اللعب التمثيلي أو التخيل.
- عدم الاهتمام بالآخرين.
- قصور في المشاركة في اللعب الجماعي.
- عدم القدرة على التقليد.

- قصور في الانتباه المشترك. - ضعف الاستجابة للاسم ولطلبات الآخر.

يمكن تطبيق هذه القائمة بداية من 18 شهر 30 شهر، النتيجة المتحصل عليها لا تعكس التشخيص النهائي، ينصح بإعادة التطبيق بعد مدة تقدر ب1-3 شهر للتأكد من مدى ثبات الاستجابات السلوكية.

- مقياس تقدير السلوكيات التوحدية (ECAR-T) الذي أعده الباحثان / G.LELORD C.BARTHELEMY وهو عبارة عن قائمة تتكون من 29 بند موزعة على 03 محاور تتمثل في النقص العلائقي، النقص الأدائي، السلوكي ب04 بدائل ، تساعد نتيجة هذا المقياس في تدعيم المعطيات التي نجمها من خلال المقابلة الأولية مع الأولياء والملاحظات التي يقوم بها الفاحص.

4.1.5 أدوات التشخيص الدقيق:

تتضمن هذه الفئة مجموعة الاختبارات والمقاييس التي تهدف إلى تحديد الإطار العيادي للاضطراب من خلال حصر مجموعة الأعراض التي تميزه عن باقي الاضطرابات، وتعتبر نتائج هذه المقاييس أكثر دقة، ثبات وموضوعية من أدوات الكشف، لأنه يمكن الاعتماد على نتائجها في تصنيف اضطراب التوحد معنى تحديد نوعه، وكذا درجته ومستواه. وفي هذا الإطار نجد مقياس مستويات التوحد لدى الأطفال (CARS) الذي يعتبر من أهم الأدوات التشخيصية في مرحلة الطفولة وضعه " إيريك شوبلر" (Schopler. E) و زملائه عام 1988 ويعتمد هذا المقياس على ملاحظة سلوك الطفل بمؤشر لدرجة ويقيم المتخصصون سلوك الطفل من خلال 15 : (العلاقات الاجتماعية/ التقليد / الاستجابة الانفعالية/ استعمال الجسد/ استعمال الأشياء / التكيف والتغيير / الاستجابات البصرية / الاستجابات السمعية/ استجابات التذوق، الشم واللمس / الخوف والقلق/ التواصل اللفظي / التواصل غير اللفظي /مستوى النشاط /مستوى تجانس التوظيف العقلي / التقييم العام ، وكل

مؤشر ينقط بدرجات حسب شدته من (1/1.5/2/2.5/3/3.5/4) وبعده يتم حساب كل النقاط التي تتراوح بين (15 إلى 60) ليتم تحديد تشخيص الطفل هل هو متوحد أم لا وإن كان مصابا بالتوحد فيعطينا شدة الإصابة⁸

5-2 التشخيص التصنيفي:

تأتي مرحلة مهمة في التشخيص هي التشخيص الفارقي الذي يعتبر ذو أهمية رغم صعوبته وذلك راجع إلى التداخل الموجود بين الأعراض والتشابه في بعض السلوكيات، وفي كثير من الأحيان نجد اضطرابات أو إعاقات قد تصاحب التوحد وتختلط بأعراضه فتعقد التشخيص، ومن بينها بطؤ النمو، الإعاقة العقلية، الإعاقة السمعية، اضطراب التواصل اللفظي كل هذه الاضطرابات تعتبر عادة التشخيص الأولي للطفل قبل التشخيص النهائي للتوحد ولهذا سوف يتم عرضها كما يلي:

5.2.1 التوحد والإعاقة العقلية:

- الطفل المعاق عقليا يتعلق بالآخرين ولديه وعى اجتماعي بينما الطفل التوحي لا يوجد لديه تعلق بالغير.
- الطفل التوحي له أداء أعلى في المهارات التي تتطلب ذاكرة قصيرة المدى ويكون الأداء أقل في المهمات اللفظية بينما المعاق عقليا يكون الأداء منخفضا ومتساويا في المهمات سواء لفظية أو غير لفظية.
- تتناسب لغة المعاق عقليا مع نسب ذكائه بينما التوحي يمكن أن يكون لغته غير متوفرة وإن وجدت فهي غير عادية.
- العيوب الجسمية لدى المعاق عقليا أكثر من العيوب الجسمية لدى الطفل التوحي

- للطفل التوحد إمكانية إبداء مهارات خاصة مثل الرسم والموسيقى وهذا لا يظهر لدى الطفل المعاق عقليا.

- للطفل التوحد سلوكيات نمطية شائعة تختلف عن تلك الموجودة لدى الطفل المعاق عقليا.

2.2.5 التوحد والفصام:

إن زهان الطفولة يمكن تشخيصه في السنوات الخمس الأولى بحيث يمكن تفرقه عن التوحد وذلك من خلال غلبه الأعراض المرضية وانتشارها وخاصة اضطراب التفكير والهوسات والتي لا تحدث عند الأطفال التوحديين. من جهة ثانية، فإن أكثر الأطفال التوحديين لا تتطور حالتهم إلى الفصام أما بالنسبة للذين يكون أدائهم اللفظي مرتفعا فقد تتطور حالتهم إلى الفصام، وهي كالتالي:

- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز في حين أن التوحديين ليس بإمكانهم ذلك
- التوحيديون لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين بينما الفصاميون بإمكانهم إقامة علاقات مع الآخرين.

- الفصاميون يعانون من الهلوس وهذا غير موجود عند التوحديين.
- التوحد تبدأ أعراضه في الظهور قبل الشهر الثلاثين في حين تبدأ أعراض الفصام عادة في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة.

- نسبة الإصابة بين الذكور والإناث في التوحد هي تقريبا 4/1 بينما يتساوى الذكور والإناث في نسبة الإصابة بالفصام.

3.2.5 التوحد واضطراب التواصل:

يمكن التمييز بين الأطفال ذوي اضطرابات التواصل والتوحيدين حيث يبدي أطفال الفئة الأولى تواصلًا بالإيماءات وتعبيرات الوجه للتعويض عن مشكلات الكلام بينما الأطفال التوحيدين لا يظهرون تعبيرات انفعاليه مناسبة⁹ وتتمثل الفروق فيما يلي:

- العجز عن استخدام اللغة كأداة للتواصل لدى الطفل التوحد بينما يتعلم مضطرب التواصل معاني ومفاهيم اللغة الأساسية لمحاولة التواصل مع الآخرين
- يظهر الطفل التوحيدي بتعبيرات انفعالية مناسبة أو وسائل غير لفظية مصاحبة بالإيماءات وتعبيرات الوجه تعويضا عن مشكلة الكلام
- كلاهما يمكنهما إعادة الكلام إلا أن التوحيدي يظهر إعادة الكلام المتأخر من الجمل والعبارات بعكس الطفل المضطرب تواصليا.

4.2.5 التوحد والإعاقة السمعية:

نظرا لأن الطفل التوحيدي غالبا ما يكون صامتا أو قد يظهر عدم اهتمام باللغة المنطوقة في مرحلة مبكرة، فإنه قد يظن البعض أنه أصم ولكن الملامح التالية قد تكون فارقة بينهما:

- الطفل التوحيدي قد يتكلم كالأطفال أحيانا.
- الطفل المصاب بخلل شديد في السمع يستجيب فقط للأصوات المرتفعة.
- الطفل التوحيدي لا يستجيب لوالديه ولا يظهر استجابات لغيرهم.
- معدلات الذكاء في حالات الإصابة بالإعاقة السمعية أعلى من حالات التوحد

- حالات الإعاقة السمعية تستطيع تحقيق تواصل غير لفظي مع الآخرين عكس حالات التوحد.

5.2.5 التوحد والذهان:

يشير محمد عشيح (1993) إلى أن الذهان حاله تعيق الطفل عن فهم الواقع وعن

فهم واقع غيره وتمثل الفروق بين الذهان والتوحد في

- تدهور واضح واضطراب في الانتباه لدى التوحيدي بعكس الذهان
- نقص التواصل اللفظي وغير اللفظي لدى التوحيدي مقارنة بالذهاني.
- نشاط حركي مفرط لدى التوحيدي.
- نسبة الإعاقة بين الذكور أكثر من الإناث في التوحد بينما تتساوى لدى الجنسين في الذهان.

- وجود هلاوس وهذيان لدى الذهاني وعدم وجودها لدى التوحيدي.

- ظهور بعض أعراض التخلف العقلي لدى التوحيدي بينما لا توجد لدى الذهاني

- التوحد اضطراب نمائي وسلوكي وانفعالي بينما الذهان اضطراب عقلي¹⁰

3.5 التشخيص الوظيفي Diagnostique fonctionnel:

بعد الانتهاء من التشخيص التصنيفي الذي يقدم لنا معطيات واضحة ودقيقة حول

الاسم الدقيق للاضطراب، الصنف ومستوى أو درجة الإصابة، تأتي مرحلة التشخيص

الوظيفي والتي لا تقل أهمية عن الأولى، يكون الهدف منها هو القيام بتقييم دقيق لقدرات

الحالة بتحديد جوانب القوة والضعف والتي تعتبر ركيزة أساسية يعتمد عليها لاحقا في بناء

البرامج العلاجية المناسبة.

إن اختيار أداة التقييم المناسبة عملية معقدة وتعتمد على مستوى القدرات الوظيفية

للطفل والقدرة على الاستجابة للتعليمات المعقدة والتوقعات الاجتماعية والقدرة على العمل

بسرعة والقدرة على التعامل مع الانتقال في نشاطات الاختبار . ويظهر الأطفال التوحديين أداء أفضل على الاختبارات التي لا تتطلب المشاركة الاجتماعية أو تتطلب مستوى قليل منها ولا تعتمد كلياً على القدرات اللفظية¹¹

ونشير هنا أن التشخيص الوظيفي يجب أن يتضمن ثلاث جوانب نمائية أساسية هي كالتالي:

1.3.5 التقييم النفسي: Evaluation psychologique

يسمح لنا هذا المستوى من التقييم بتحديد البروفيل العقلي والاجتماعي التكيفي للحالة وغالباً ما يقوم به أخصائي نفسي بمساعدة مربّي مختص في بعض الحالات ومن أهم الوسائل المستعملة هنا:

- بطارية البروفيل النفسو تربوي الاصدار الثالث - **PEP -R 3 Profil Psycho-Éducatif**: عبارة عن اختبار موجه لتقييم القدرات النمائية للأطفال التوحديين أعدّه Schopler وفريقه (Schopler et al,1985) وفق البرنامج التأهيلي المعروف بـ TEATCH، تتميز هذه الأداة بالصدق والدقة كونها:

- غير مرتبطة بالقدرات اللفظية للطفل مع امكانية قياس اللغة بصفة مستقلة
 - سهولة التمرير وكون الأدوات المستعملة العاب بسيطة تجذب انتباه واهتمام الطفل
 - عدم ارتباط النتائج بمعيار زمني محدد
- يستعمل الاختبار للفئة العمرية بين 6 أشهر - 07 سنوات ويقيس المستويات النمائية للجوانب التالية:

التقليد / حركة العضلات الدقيقة / حركة العضلات الكبيرة / تآزر اليد والعين / الأداء المعرفي العملي / الأداء المعرفي اللفظي)، كما يضم سلم للسلوك يضم 43 بنداً ويقاس أربع مجالات سلوكية وهي (الارتباط الوجداني / اللعب / الاستجابات الحسية / اللغة).

تسمح لنا نتائج الاختبار برسم بروفييل دقيق للحالة، والذي لا يكتفي بإعطاء مستويات النجاح والفشل عند الطفل بل مكننا من استخراج القدرات الموجودة الكامنة والتي تسهل لنا عملية بناء البرنامج العلاجي بطريقة جد دقيقة ومنتكيفة مع القدرات الحقيقية للطفل

- مقياس فينلاند للنضج الاجتماعي Echelle Vineland d'adaptation sociale: عبارة عن مقابلة نصف موجهة تجرى مع الأولياء بهدف تقييم القدرات الطفل في 03 محاور رئيسية هي: التكيف الاجتماعي / التواصل / الاستقلالية في الحياة اليومية، يسمح هذا المقياس بإعطاء معدل العمر النمائي للطفل وعلى عكس الأدوات السالفة الذكر فإن هذا المقياس غير مخصص لفئة الأطفال التوحديين ويسمح بمقارنة النتائج بالطفل العادي.

2.3.5 التقييم النفس وحركي:

يسمح هذا التقييم باختبار القدرات الحركية العامة والدقيقة، التناسق والتآزر الحسي الحركي إلى جانب فحص القدرات الحسية ويقوم به أخصائي نفسو حركي.

3.3.5 التقييم الأطفوني:

يعتبر هذا الاختبار غاية في الأهمية حيث يسمح باختبار قدرات الاتصال اللفظية وغير اللفظية على المستويين الاستقبالي والانتاجي، يقوم به أخصائي أطفوني باستعمال عدة روائز تختلف حسب سن الطفل والمستوى اللغوي.

6. خاتمة:

بناء على العرض السابق والذي تضمن كل ما يتعلق بالعملية التشخيصية لاضطراب التوحد بداية بالأهداف المحققة، مروراً بتحديد المراحل والأنواع، ووصولاً إلى عرض أهم الوسائل والأدوات، يمكن أن نلاحظ مدى التعقد والتشعب في تناول التشخيصي لهذا الاضطراب والذي يتجسد في واقع ميداني مليء بالصعوبات والتي يمكن ان تمس 03 جوانب أساسية:

أولاً، صعوبات مرتبطة بالفحص تتمثل في الجانبين: **التكويني الأكاديمي** الذي يوفر كل المعطيات النظرية المتعلقة بطبيعة الاضطراب، أسبابه، اعراضه وأهم الاضطرابات المصاحبة له على اختلاف الأنواع والمستويات، **التطبيقي الاكلينيكي** والذي يسمح بالتعرف على تقنيات تناول العيادي للاضطراب سواء ما تعلق منها بالكشف والتشخيص أو التدخل العلاجي في مختلف الاوساط العيادية وباختلاف الجداول المرضية.

ثانياً، صعوبات مرتبطة بالمفحوص : والمتمثلة في خصوصيات اضطراب التوحد والذي يعتبر واحداً من أعقد الاضطرابات النمائية وذلك لتعدد الاعراض وتنوع النظريات المفسرة واختلاف الاضطرابات المصاحبة، فالتوحديون ليسوا فئة متجانسة في القدرات والخصائص كما أن التوحد يؤثر على الجوانب الاجتماعية والتواصلية والذاتية، ويصاحب بأمراض وإعاقات مختلفة، كذلك نجد أن التوحد يتشابه مع اضطرابات أخرى مثل أسبيرجر واضطرابات اللغة والنطق والإعاقة العقلية والسمع ومتلازمة ريت وانتكاسة النمو ومتلازمة لاندو - كليفرز ومتلازمة الكروموسوم الجنسي الهش ومتلازمة توريت ومتلازمة وليامز وصعوبات الفرط الحركي التكراري والفصام...

ثالثاً، صعوبات مرتبطة بأدوات الفحص والتشخيص:

- الكثرة والتباين الكبير في الأدوات المستعملة في مجال التوحد مع وجود غموض وعدم دقة في الخصائص السيكومترية
- نقص الاختبارات المكيفة على الوسط الجزائري والتي تراعي الاختلافات والخصوصيات الثقافية واللغوية خاصة.
- عدم وجود إطارات مؤهلة لتطبيق هذه الاختبارات وفق منهجيات مضبوطة ودقيقة تضمن نتائج صادقة
- كون تكاليف اقتناء هذه الادوات والوسائل جد مرتفعة وبالتالي عدم تمكن الأخصائيين من الحصول عليها واستعمالها.

7 قائمة المراجع:

¹النجار أحمد سليم، التوحد واضطراب السلوك، الأردن عمان، دار أسامة المشرق الثقافي، 2006، ص

60

²أبو السعود سيدة، مفهوم التوحد (الأوتيزم) وعلاجه البرامج العلاجية للطفل التوحد والبرامج الإرشادية

لأسرته، مصر، 2000، ص 07

³ Rogé B, L'autisme comprendre et agir, Paris, Dunod, 2003, P39

⁴الشامي وفاء، خفايا التوحد أشكاله وأسبابه وتشخيصه(ط1)، جدة، مركز جدة للتوحد 2006، ص 69

⁵المغلوث فهد محمد أحمد، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه (ط1)، السعودية، إصدارات الملك خالد الخيرية، 2006، ص47.

⁶سليمان عبد الرحمن سيد، محاولة لفهم الذاتوية - إعاقة التوحد عند الأطفال (ط1)، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، 2000، ص65.

⁷ American Psychiatric Association, Mini DSM4 Critères et diagnostique (traduction française par Guelli et Al), Paris, Masson, 1996, P60.

⁸ Schopler E & al, Profil psycho-éducatif (traduction Trehin.C) Bruxelles, Université Wesmael, 1994, P25-28

⁹البطاينة أسامة أحمد، الجراح عبد الناصر نياي و غوانمة، مأمون محمود، علم النفس الطفل غير العادي، الأردن عمان، دار المسيرة، 2007، ص223.

¹⁰المغلوث فهد محمد أحمد، التوحد كيف نفهمه ونتعامل معه (ط1)، السعودية، إصدارات الملك خالد الخيرية، 2006، ص 112.

¹¹ الزريقات ابراهيم عبد الله فرج، اضطرابات الكلام واللغة (التشخيص والعلاج) (ط1)، الأردن عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع، 2005، ص 141-142.