



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر - بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس



عنوان المذكرة:

أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر
المختصين في الطب العقلي للأطفال
(دراسة استكشافية)

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

تحت إشراف الدكتورة :

مريامة حنصالي

إعداد الطالبة :

أمينة أقرين

السنة الجامعية: 2016/2015

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

شكر و تقدير

الحمد لله الذي هدانا و ما كنا لنهتدي لولا أن هدانا الله و الصلاة و السلام على معلم البشرية محمد حبيبنا و رسولنا الكريم.

أتقدم بأسمى عبارات الشكر و التقدير لأستاذتي المشرفة الدكتورة : مريامة حنصالي على دعمها وتشجيعها لي ، و على ملاحظاتها و توجيهاتها القيمة خلال إشرافها على هذه الدراسة .

كما أشكر كل أساتذة شعبة علم النفس العيادي بدون استثناء على مجهوداتهم القيمة طوال سنوات دراستنا بالجامعة.

أهدي ثمرة عملي هذا إلى الشمعة التي أنارت دربي وفتحت لي أبواب العلم والمعرفة إلى أعز إنسان في الوجود " أمي " أطال الله في عمرها.

إلى من سعى جاهدا في رعايتي وتربيتي وتعليمي وتوجيهي إلى من كان رمزا للقوة والنقاء ، إلى من كان قدوتي في التربية والأخلاق إلى " أبي " حفظه الله .

إلى من شاركوني تفاصيل الحياة وأمضيت معهم أسعد الأوقات أفراد أسرتي، أخواتي و إخوتي ، طاقم الروضة، و بالأخص خديجة، صديقاتي، هناء، فتيحة، فطيمة، و بالأخص سامية بن حودة.

و إلي كل من ساهم بالكلمة الطيبة و الدعاء على مساندتنا خلال مسارنا الدراسي .

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الى الكشف عن ابرز أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة

نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال، و ذلك من أجل الاجابة على التساؤلين التاليين:

• ما أبرز أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال؟

• ما درجة صعوبة تشخيص اضطراب التوحد لدى المختصين في الطب العقلي للأطفال؟

أجريت هذه الدراسة باتباع المنهج الوصفي الاستكشافي الذي يناسب موضوع الدراسة و قد تم

اختيار ثلاثون حالة من المختصين في الطب العقلي للأطفال.

و قد تم استخدام اداة واحدة لجمع البيانات حول الحالات تمثلت في :

• استبيان أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد ، من اعداد و تقنين الباحثة، و قد اعتمدنا

في تحليل نتائج الدراسة على الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية و ذلك باستخدام:

✓ معامل الارتباط بيرسون لحساب صدق الاستبيان بطريقة التجزئة النصفية.

✓ اختبار "ت" لدلالة الفروق لحساب الصدق التمييزي.

✓ معامل ثبات ألفا كرنباخ

كما اعتمدنا في حساب صدق الاستبيان:

✓ صدق المحكمين

✓ الصدق التمييزي

و قد أسفرت النتائج فيما يلي:

إن أبرز أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي

للأطفال تكمن في ما يلي:

1. الفئة غير المتجانسة.

2. دور الفاحص.

3. دور الأدوات.

4. الجانب البيوعصبي.

5. الجانب الوراثي.

فهرس المحتويات

| الصفحة | الموضوع |
|---|------------------------------------|
| | كلمة شكر |
| | ملخص الدراسة |
| الجانب النظري | |
| الفصل الاول : طرح اشكال الدراسة | |
| 2 | 1- مقدمة اشكالية |
| 4 | 2- دوافع الدراسة |
| 4 | 3- أهداف الدراسة |
| 5 | 4- أهمية الدراسة |
| 5 | 5- تحديد مصطلحات الدراسة |
| 6 | 6- الدراسات السابقة |
| الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي لمتغيرات الدراسة | |
| أولاً: التوحد | |
| 8 | تمهيد |
| 8 | 1- تعريف التوحد |
| 11 | 2- أسباب التوحد |
| 11 | 1.2. العوامل الوراثية |
| 13 | 2.2. العوامل البيئية |
| 13 | 1.2.2. ظروف الحمل و الولادة |
| 14 | 2.2.2. اللقاح |
| 14 | 3.2.2. الفيروسات و الامراض المعدية |
| 15 | 4.2.2. المواد الكيميائية السامة |
| 15 | 5.2.2. اضطراب التمثيل الايضي |
| 16 | 3.2. العوامل السيكولوجية |

| | |
|---------------------|---|
| 16 | 4.2. العوامل البيولوجية |
| 17 | 1.4.2. المخ |
| 17 | 2.4.2. الفص الجبهي |
| 17 | 3.4.2. الفص الجداري |
| 18 | 4.4.2. الفص الصدغي |
| 18 | 5.4.2. المخيخ |
| 18 | 6.4.2. جذع الدماغ |
| 19 | 7.4.2. الخلايا العصبية |
| 19 | 5.2. العوامل البيوكيميائية |
| 20 | 3. خصائص التوحد |
| 20 | 1.3. الخصائص السلوكية |
| 22 | 2.3. الخصائص الاجتماعية |
| 23 | 3.3. الخصائص اللغوية |
| 24 | 4.3. الخصائص المعرفية و الاكاديمية |
| 25 | 4. تشخيص التوحد |
| 25 | 1.4. معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM IV TR |
| 27 | 2.4. التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10) |
| 28 | 3.4. التشخيص الفارقي بين التوحد و اضطرابات أخرى |
| 28 | 1.3.4. التوحد و اضطراب ريت "RETT" |
| 29 | 2.3.4. التوحد و اضطراب اسبرجر |
| 30 | 3.3.4. التوحد و الاعاقة العقلية |
| ثانيا : الطب العقلي | |
| 31 | 1. تاريخية مفهوم الطب العقلي للأطفال |
| 32 | 2. الاضطرابات التي يختص بها الطبيب العقلي للأطفال |
| 32 | 1.2. اضطرابات القلق العصابية |

| | |
|--|--------------------------------|
| 32 | 1.1.2. اضطرابات الوسواس القهري |
| 32 | 2.1.2. الاكتئاب |
| 33 | 3.1.2. فرط النشاط |
| 33 | 2.2. الذهان |
| 33 | 1.2.2. ذهان الطفل و المراهق |
| 33 | 2.2.2. التوحد (الذهان المبكر) |
| 34 | 3.2.2. ذهان المراهقة |
| 35 | 3. صعوبات تشخيص اضطراب التوحد |
| 37 | خلاصة الفصل |
| الجانب التطبيقي | |
| الفصل الثالث: الاجراءات المنهجية للدراسة | |
| 40 | تمهيد |
| 40 | 1- منهج الدراسة |
| 41 | 2- عينة الدراسة |
| 41 | 1.2. عينة الدراسة الاستطلاعية |
| 41 | 2.2. عينة الدراسة الاستطلاعية |
| 42 | 3. أدوات جمع البيانات |
| 47 | 4. اجراءات تطبيق الدراسة |
| 48 | 5. عرض و مناقشة النتائج |
| 57 | خاتمة |
| 59 | قائمة المراجع |
| الملاحق | |

فهرس الجداول:

| الصفحة | العنوان | الجدول |
|--------|--|----------|
| 42 | يوضح توزيع افراد العينة على مختلف المصلحات وكذلك النسب المئوية | الجدول 1 |
| 45 | يمثل الخصائص السيكومترية للاستبيان | الجدول 2 |
| 46 | يوضح المعاملات المستخدمة في حساب ثبات الاستبيان | الجدول 3 |
| 48 | يوضح المتوسطات الحسابية للأبعاد | الجدول 4 |
| 49 | يوضح درجة صعوبة تشخيص اضطراب التوحد | الجدول 5 |

الجانِب النظري

الفصل الأول : طرح إشكال الدراسة

1. مقدمة إشكالية
2. دوافع الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. تحديد مصطلحات الدراسة
6. الدراسات السابقة

مقدمة إشكالية:

للإنسان دورة حياتية تتخللها مراحل تشكل سلسلة مهمة من التطورات و التغيرات التي على أساسها تتشكل شخصيته و يتطور و ينمو جسمه و من ابرز هذه المراحل التطورية مرحلة الطفولة و التي تبدأ من لحظة الوضع و تستمر حتى سن البلوغ، وهي مرحلة حتمية يمر بها كل إنسان و فيها يتطور الجسم فيزيولوجيا و حسيا وحركيا و ذهنيا و نفسيا و اجتماعيا، و يبدأ في التفاعل مع محيطه الصغير الأسري، و انطلاقا من حتمية هذه التغيرات التي تشمل الطفل في جميع مكوناته أكد المختصون في علم النفس إن الطفولة مرحلة أساسية و لها الدور البارز في تكوين و بلورة الشخصية الإنسانية للطفل . ولكن قد يحدث إن يصادف سير هذا النمو معوقات عضوية تعود إلى خلل في جسد الطفل تجعله عاجزا عن النمو كإصابته بالاضطرابات النمائية مثل التوحد الذي يوصف بالقصور في العلاقات الاجتماعية والسلوكيات التكرارية القسرية.

ظل اضطراب التوحد يحير العلماء طول ما يزيد عن نصف قرن، بما ينطوي عليه من خلل سلوكي مركب ينجم عنه تنوع كبير في الأعراض التي تظهر معظمها عادة قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من العمر. كما أن الأطفال المصابون بالتوحد يعجزون عن تفهم مشاعر الآخرين، فيفشلون في التعرف على انفعالات الغضب أو الحزن أو الفرح.

ومنذ عام 1943، قام Kanner بوصف هذا المرض بعدما لاحظ أنماطا سلوكية غير عادية لأطفال كانوا مصنفيين على أنهم متخلفين عقليا، فقد كان سلوكهم يتميز باستغراقهم المستمر في انغلاق كامل على الذات والتفكير بالاجترار الذي تحكمه الذات. ولا يتجاوبون مع أي مثير بيئي كما لو أن حواسهم الخمسة قد توقفت عن توصيل أي من المثيرات الخارجية بحيث يصبح هناك استحالة لتكوين علاقة مع الأفراد المحيطين.

يعد التوحد من الاضطرابات الحديثة التي شهدها هذا العصر وبالذات الانتشار بين مجتمع الأطفال حيث تدلي بعض الإحصاءات إلى أن من "4 إلى 5" حالات توحد في كل "10000" مولود و"14 إلى 15" حالة اسبرجر ويوجد هذا الاضطراب في جميع أنحاء العالم وفي كل الطبقات العرقية والاجتماعية. (محمد عليوات، 2007، ص 51)

و بما إن الطفل يعد بمثابة امتداد لذات الوالدين ومشروعهم المستقبلي فإنهما يوليان له اهتماما كبيرا و يبدآن في ملاحظته بشكل دقيق وعندما يتأخر الطفل في استعمال الكلمات وتكراره لسلوكيات معينة، و قصوره في التواصل الاجتماعي، وتظهر عليه إفراط في الحركة أكثر من أقرانه وبطريقة معقدة، هناك تظهر الأسئلة في ماهية الخل، و يواجه الإباء في مثل هذه الحالات تساؤل من يستطيع إن يشرح لهم ماذا يحدث لطفلهم، فالإدراك المجتمعي لخصوصية الطفولة و مراحل تطورها أسهم في ظهور تخصص طب عقل الأطفال حيث كان أول استخدام لهذا المصطلح " طب نفس أطفال" في اللغة الانجليزية عندما نشر " ليوكانر" (كتابه عام 1935)، ثم بدأ بالتطور والازدهار إلى العديد من الإسهامات في مجال الاضطرابات النفسية (Tony Attwood , 2013 , p 3)، و يلعب هذا التخصص دور هام في إزالة الغموض و محاولة الوصول إلى تشخيص دقيق للاضطرابات النفسية و العقلية للأطفال خاصة " التوحد"، هذا الأخير وضعت له العديد من التفسيرات التي أحيانا لا تستند إلى أرضية علمية، و يمكن أن تصعب في الوصول إلى تشخيص دقيق، فأتى هذا الاختصاص ليصل إلى وضع تشخيص يستند إلى تفسيرات طبية تساعد في استقرار نوعي لمثل هذه الحالات.

ولكن على الرغم من الدراسات الجارية في ميدان طب الأطفال العقلي، إلا انه مازال يكتنف هذا الاضطراب بعض الغموض ولحد الساعة لم يتوصل الباحثين والدارسين إلى الاتفاق على السبب الرئيسي وراء الإصابة بهذا الاضطراب، إضافة إلى تشابك وتداخل الأعراض الإكلينيكية لهذا الاضطراب مع بعض الاضطرابات العقلية الأخرى. دون أن ننسى أن

لاضطراب التوحد أشكال متعددة، و الفصل بينها سريريا جد صعب، و لعل هذه المعوقات في الوصول إلى تشخيص دقيق ، و كذلك المعاناة التي شهدتها الباحثة من خلال إدارتها للروضة، حيث استقبلت العديد من الحالات التي تعاني من اضطراب التوحد و لكن قد تم تشخيصها في وقت متأخر، أو لم يتم تشخيصها لحد الآن و هذا ما حرصها للبحث عن ابرز أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال، و كذلك درجة صعوبة تشخيص هذا الاضطراب لدى المختصون في الطب العقلي للأطفال بهدف الوصول إلى جملة من التفسيرات التي ربما توضح الرؤيا، و تزيد من التأكيد على ضرورة تكوين مختصين حقيقيين في تشخيص هذا الاضطراب.

2. دوافع الدراسة:

تم اختيار موضوع البحث لعدة دوافع:

1. اختلاف وجهات نظر المختصين في الطب العقلي لمرض التوحد.
2. التحديات التي تواجه عملية التشخيص والتي يترتب عنها أخطاء طبية علاجية أحيانا لبعض الحالات التي تشخص بالخطأ على أنها توحد.
3. كثرة المترددين على الروضة والطالبين المساعدة ومع ذلك يبقى تشخيص هذه الحالات وتصنيفها الدقيق هو العائق إمام عدم قدرتنا على التعامل مع هؤلاء الأطفال.

3. أهداف الدراسة:

يهدف البحث إلى محاولة التعرف على أبرز الأسباب التي تصعب من عملية التشخيص على المختصين، وكذا الكشف عن درجة صعوبة عملية التشخيص الدقيق من وجهة نظرهم.

4. أهمية الدراسة:

تكمُن أهمية الدراسة في تسليط الضوء على موضوع حساس يشغل المهتمين في مجال الطب العقلي للأطفال، وكذا المختصين في الطب العصبي، و علماء النفس نظراً لتعقيد هذا الاضطراب الذي أخذ في السنوات الأخيرة منحى خطير في مجتمعنا، فبعد انتشار حالات التوحد المكتسب، و طيف التوحد وغيرها من المتلازمات ذات الأعراض المتداخلة، و التي يتعامل معها المختصين النفسانيين دون خبرة سابقة و كثيرا ما يقف الأولياء حائرين أمام عدم تحسن حالات أطفالهم لجهلهم بالنواحي المعقدة لهؤلاء المرضى، كان من الضروري الوقوف على مجموعة من العوامل المتداخلة مع بعضها البعض لتشكل معيقات تشخيصية هامة على ذوي الاختصاص ليصل فيما بعد التدخل قصد التكفل النفسي.

5. تحديد مصطلحات الدراسة:

1. التوحد:

اضطراب انفعالي يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى يتسم بالعجز في تكوين علاقات اجتماعية وعدم القدرة على فهم التغييرات الانفعالية حيث يؤثر ذلك بشكل ملحوظ في شبكة التفاعلات الاجتماعية، إضافة إلى السلوك النمطي ومحدودية استخدام اللغة المنطوقة.

2. المختص في الطب العقلي للأطفال:

هو الطبيب المتحصل على شهادة الدكتوراه في الطب العام إضافة إلى تخصص في الطب العقلي للأطفال لمدة أربع سنوات.

3. أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد:

هي مجموعة من الأسباب التي تعيق عملية التشخيص والتي يتم الحصول عليها من خلال الدرجة المتحصل عليها بتطبيق استبيان أسباب صعوبات تشخيص اضطراب التوحد الذي تم تصميمه من طرف الباحثة.

6. الدراسات السابقة:

نظرا لكون الدراسة التي أقيمت عليها الباحثة من نوع الدراسات الاستكشافية، وبعد القيام بعملية البحث لم تتحصل على دراسات خاصة بمتغير الصعوبات التي يواجهها المختص في الطب العقلي للأطفال في تشخيص اضطراب التوحد. أما فيما يخص الدراسات الخاصة بالتوحد، فهناك أسباب، لكون هذا الأخير من اضطرابات العصر ولكن من الناحية العلمية لا تستطيع الباحثة توظيفها لكونها ترتبط بمتغيرات بعيدة عن موضوع الدراسة ولا يمكن الاستفادة من نتائجها.

الفصل الثاني: مدخل مفاهيمي لمتغيرات الدراسة

أولاً : التوحد

- تمهيد

1. تعريف التوحد.

2. أسباب التوحد.

3. خصائص التوحد.

4. تشخيص اضطراب التوحد.

ثانياً : الطب العقلي

1. تاريخية مفهوم الطب العقلي للأطفال .

2. الاضطراب التي يختص بها الطبيب العقلي للأطفال.

3. صعوبات تشخيص اضطراب التوحد.

أولاً: التوحد

تمهيد:

يعتبر التوحد من الفئات الخاصة التي بدأ الاهتمام و العناية بها بشكل ملحوظ في الآونة الأخيرة، و ذلك لما يعانيه الأطفال في هذه الفئة من إعاقات نمائية تؤثر على مظاهر النمو المتعددة للطفل و تؤدي إلى انسحابه، و انغلاقه على نفسه... كما يعتبر التوحد من أشد الفئات النمائية تأثيراً، و صعوبة في التشخيص. (مجدي فتحي غزال، 2007، ص18)

1. تعريف التوحد:

لقد ظهرت تعاريف كثيرة للتوحد منذ بدأ العمل الجاد مع هذه الفئة وهذا راجع لصعوبة حصر أعراضه و تحديد ملامحه، و هذه الأخيرة تلقي بضلالها الكثيفة على تشخيصه و تقويمه.

و يرجع الفضل للعالم ليو كانر (LEO KANNER) في وضع أول تعريف للتوحد و ذلك عام 1943 حيث عرفه و ميز بينه و بين الاضطرابات الأخرى. فهو مصطلح عام يستعمل لوصف مجموعة من الاضطرابات العصبية النمائية المعقدة، كما يعرف أنه اضطراب نمائي شامل، أو اضطراب طيف التوحد (ASD) و هذه الاضطرابات تتميز بدرجات مختلفة مرتبطة بالتواصل و التفاعل الاجتماعي، الاهتمامات و السلوكيات التكرارية. (سليمان عبد الواحد يوسف، 2010، ص16)

و أطلق رمضان القذافي على اضطراب التوحد كلمة الفصام الذاتي (ذاتي التركيب) و يرى أن الكلمة الأجنبية AUTISM تعود إلى أصل كلمة إغريقية تعني " اوتوس" و هي الذات، أو النفس وإنها حالة من اضطراب عقلي يصيب الأطفال و يرى أنه على الرغم من مظهر الأطفال الطبيعي إلا انه يلاحظ عليهم عدم الميل إلى غيرهم من الأطفال بشكل طبيعي، و تميزهم بالاضطراب السلوكي الاجتماعي و الانفعالي و الذهني كما لديهم عدم القدرة على الانتماء

لآخرين حسياً أو لغوياً و اضطراب في الإدراك مما يؤدي إلى عدم الفهم أو عدم القدرة على التواصل أو التعلم أو المشاركة في النشاطات التعليمية. (رمضان محمد القذافي، 1994، ص 159)

ولقد عرف عثمان فراج التوحد بأنه مصطلح يستخدم لوصف إعاقة من إعاقات النمو، و يتميز بقصور في الإدراك، و تأخر أو توقف النمو، ونوع من الانطوائية و الإنسحابية تعزل الطفل الذي يعاني منها عن الوسط المحيط بحيث يعيش مغلقاً عن نفسه، أو لا يكاد يحس بمن حوله أو من يحيط به من أفراد أو أحداث أو ظواهر. (في: رمضان محمد القذافي، 1994، ص3).

و يذكر الهامي عبد العزيز أمام أن التوحد يعد أحد الاضطرابات المتعلقة بتطور المخ مع وجود بعض الملامح المميزة و الخاصة بالإعاقة التواصلية، و بعض الاهتمامات الطقوسية غير قابلة للتغيير، و يعتبر التوحد المصنف الرئيسي لمجموعة من الاضطرابات التي يطلق عليها مجتمعة مصطلح الاضطرابات التطورية المنتشرة. (الهامي عبد العزيز امام، 2001، ص 18)

و تشير أميرة طه بخش إلى أن التوحد هو مصطلح يستخدم للتعبير عن الخصائص الشائعة عند الكثير من الأطفال المضطربين سلوكياً خاصة ممن لديهم اضطرابات سلوكية حادة، تمثل الاجترارية بالانطواء الشديد، و التمرکز حول الذات، و الانشغال بالعالم الخارجي. (أميرة طه بخش، 2002، ص 48).

و تذكر أمال عبد السميع باظة، أن التوحد مرض عصبي نفسي يبدأ مع ولادة الطفل و لكن بصورة خفيفة غير ملحوظة في كثير من الحالات و في معظم الحالات تظهر الأعراض قبل سن الثالثة. (أمال عبد السميع باظة، 2003، ص 172)

و يرى زكريا الشربيني أن التوحد هو اضطراب نمائي يعزل الطفل المصاب به عن المجتمع دون شعور المصاب بما يحدث حوله من أحداث في محيط البيئة الاجتماعية فينخرط في مشاعر

وأحاسيس و سلوكيات ذات مظاهر تعتبر غير عادية أو شاذة بالنسبة لمن يتعاملون مع الطفل بينما يعايشها الطفل بصفة دائمة مستمرة لأنها الوسيلة الوحيدة التي يعبر بها عن أحاسيسه و مشاعره و بطريقته الخاصة. (زكريا أحمد الشرييني، 2004، ص 103)

في حين ينظر ربيع شكري إلى التوحد باعتباره حالة تصيب بعض الأطفال عند الولادة أو خلال مرحلة الطفولة المبكرة تجعلهم غير قادرين على تطوير مهارات التواصل و يصبح الفرد منعزلا عن محيطه الاجتماعي و يتوقع في عالم مغلق يتصف بتكرار الحركات و النشاطات. (ربيع شكري سلامة، 2005، ص 15)

كما يعرف الطب العقلي التوحد على أنه اضطراب نمائي يتميز بثلاثية الأعراض المتمثلة في اضطرابات التفاعل الاجتماعي ، اضطراب السلوك ، و اضطراب اللغة، كما طور الطب العقلي الحديث مصطلح التوحد إلى مصطلح " اضطراب طيف التوحد" أو بالأحرى " الاضطرابات النمائية الشاملة" لكن هذه التصنيفات تبقى غامضة لأنها تشمل العديد من الاشكال التي لم يستطع المختصون تحديدها.

(O. CHATILLON – F .GALVAO , 2011 ,p 395)

و بوجه عام، يمكن لمن يمعن النظر في هذه التعريفات أن يخرج بنتيجة مفادها أنه يجب ألا يطلق على الأطفال الذين يتجنبون التواصل مع الآخرين فقط نتيجة خوفهم منهم، لكنه يمكن إن يصيب الطفل العادي من أي مستوى من مستويات الذكاء، سواء كان من أصحاب الذكاء المرتفع، و بالتالي يتحول الأمر إلى عبقرية، و هو ما يضع التشخيص أمام صعوبات أخرى تتعلق بالموهبة و التميز، أم كان متخلفا عقليا أم كان من متوسطي الذكاء.

وأيضا يمكن من خلال التعريفات السابقة، و إضافة إلى التطورات التي طرأت على هذا المفهوم ، النظر إليه على أنه من الاضطرابات التي تلحق بعملية النمو سواء في سرعتها خلال سنوات النمو لا سيما في الطفولة المبكرة.

و عليه يمكن للباحثة إعطاء تعريف لاضطراب التوحد على أنه أحد الاضطرابات العقلية، الانفعالية، النمائية، السلوكية، التي يمكنها الظهور في الطفولة المبكرة بحيث يتسم بتأخر لغوي، قصور بالتواصل الاجتماعي، و مجموعة من السلوكيات النمطية كما أنه يستمر مدى الحياة.

2. أسباب التوحد:

لازلنا نسمع و نقرأ عن نقد البحوث في مجال التربية الخاصة و خاصة الوقت الراهن لم يستطع الباحثين تحديد سبب واحد أو أسباب متفق عليها على أنها السبب وراء إعاقة التوحد على الرغم أن هناك شبه قناعة للعاملين في هذا المجال بان حدوث التوحد يرجع الى أسباب وراثية، بيولوجية، عصبية، و بيئية.(سليمان عبد الواحد يوسف، 2010، ص 533)

1.2. العوامل الوراثية:

لقد حظيت العوامل الوراثية لاضطراب التوحد ببحوث كثيرة في الآونة الأخيرة (Cook, 2000, E.H), و لعل أهم الأبحاث الوراثية تلك التي تتعلق بمتلازمة "ريت" ، هذه الأخيرة هي اضطراب تطوري (نمائي) يرتبط بتخلف عقلي، فقدان التواصل، و علامات توحد تختلف في الشدة و في المستوى، أما السبب الرئيسي في متلازمة ريت يتمثل في انخفاض إرسال الـ (MECP2) الذي يؤدي إلى قمع الجينات التي ينظمها الميثيل، كما عند بعض المرضى الذين يعانون من اضطراب التوحد، لديهم ضمور في جين "X" فراجيل ، حيث معظم التحليلات فيما يخص هذا الجين الوحيد تساهم في فهم الميكانيزم الذي يدل على إنتاج (FMR1) يؤدي إلى تخلف عقلي، و أعراض قصور التواصل الاجتماعي الذي نجدها في التوحد. (Amir et Al, 1999,p 185)

كما تشير رابية الحكيم ، إلى أن (Szatmarl) سنة (1993) وجد أن 53 % من إخوان

الطفل التوحدي من الممكن أن يصابوا بطيف التوحد.(رابية إبراهيم الحكيم، 2005، ص 32)

أما وفاء الشامي، فتذكر أن (باتريك بولتن) قد قام بدراسة سنة 1995 على أبناء و أمهات أطفال التوحديين و 137 من إخوان و أخوات الأطفال التوحديين ووجد أن 6 % من إخوان هؤلاء الأطفال التوحديين شخصوا بمرض التوحد. و هذه النسبة الضئيلة لاحتمال تكرار الإصابة بالتوحد ضمن الإخوة ثم التوصل إليها نتيجة لفحص جميع الإخوة و الأخوات في الأسرة ممن ولدوا قبل أو بعد الطفل التوحدي، و تشير الدراسات أنه إذا كان الطفل ذكرا فاحتمال الإصابة يصل إلى 7% بينما إذا كانت أنثى فقد ترتفع إلى 14,5 % فيصبح متوسط الحالتين 8,6% بالإضافة إلى أنهم وجدوا أن الأسرة التي لديها طفلان توحيديان ترتفع فرصة تكرار التوحد فيها للمرة الثالثة إلى 35% و على الرغم من ذلك تظل نسبة الأسر التي لا تتعرض لإنجاب طفل توحدي آخر نحو 91% و قد يتبادر إلى الذهن أنه يمكن القول على هذا الأساس أنه لا يوجد سند قوي لوجود عوامل جينية و لكن الحقيقة ليست كذلك حيث إن نسبة انتشار التوحد هي تقريبا من 5-15 من كل 1000 مولود بين الناس عامة بينما تصل من 6-8 في 1000 مولود لديه أخ توحدي و بالتالي تتضاعف فرصة إنجاب إخوة الأشخاص التوحديين 100 مرة أو أكثر عن عامة الناس، إذ هذه الزيادات الكبيرة تدل على أنه لاشك في وجود عوامل جينية مسببة للإصابة بالتوحد و حتى تكرار ظهور التوحد لأقارب من الدرجة الثانية أو الثالثة بما في ذلك الأجداد و العمات أو الخالات ، وأولاد العم أو الخالة تتراوح بين 0 إلى 0,4% . (وفاء علي الشامي، 2004، ص 13)

وأخيرا تشير رابية الحكيم، إلى أن من أهم الأدلة على أن التوحد وراثي وجود عدد من الأمراض الوراثية تكون مصاحبة له مثل:

1. اكس فراجيل له علاقة بالتوحد ووجد بنسبة 2,5% في حالات التوحد و عادة ما يكون الطفل له صفات معينة مثل بروز الأذن، كبر مقاس محيط الرأس، مرونة شديدة في المفاصل، و أيضا تخلف عقلي.

2. التصلب الدرني، و هو أيضا مرض وراثي سائد يوصف بوجود مشاكل في الجلد و الكلية و الجهاز العصبي، و تصاحبه بنسبة 50% صرع و تخلف عقلي.

3. مرض فينيل كيتون يوريا و هو أيضا وراثي متنحي و سببه أن الحمض الأميني المسمى " فينيل النين" الموجود في الطعام لا يتم له أيض أو هضم في الجسم و ذلك بسبب نقص أو عدم نشاط أنزيم معين خاص بهذه العملية في الكبد فيؤدي ذلك إلى تراكم هذا الحمض في الدم و المخ مما يؤدي غالى مشاكل وأضرار، و قد أصبح هذا الفحص روتين لكل طفل يولد في الخارج حيث أن التشخيص المبكر يحمي الطفل من التخلف العقلي و ذلك بإرشاد الأهل إلى الابتعاد عن الأطعمة التي تحتوي على حمض الفينيلالنين. (رابية إبراهيم الحكيم، 2005، ص 37)

2.2 . العوامل البيئية:

إن نسبة الوراثة بين التوائم المتطابقين لا تصل إلى نسبة 100 % و هذا يوحي بوجود عوامل بيئية ينتج عنها بعض حالات التوحد حيث تتسبب في اضطراب المخ أو طائفة ومن هذه العوامل:

1.2.2 . ظروف الحمل والولادة:

هناك مشكلات حمل تحصل للأجنة التوحديين تزيد نسبة حدوثها مما عليه لدى الناس عامة و منها:

- التعسر أثناء الولادة.
- سحب الجنين بالكلاب نظرا لكون الجنين في وضع غير طبيعي عند الولادة.
- اختناق الجنين بالحبل السري "الانوركسيا" نقص الأكسجين.
- نزيف الأم بعد ثلاثة أشهر من الحمل الأولى

- استخدام الأم العقاقير الطبية.
- كبر سن الأم وقت الحمل فوق 35 سنة
- خروج العقي مبكر، تسرب المادة السوداء من بطن المولود إلى السائل المحيط بالجنين وقت الولادة.
- دور الطفل في الترتيب، أول طفل أو رابع طفل أو بعد ذلك.
- زيادة فترة الحمل عن 42 أسبوع.

و تقدر نسبة ظهور هذه المشكلات بحوالي 25 % من المصابين بالتوحد و في التوأمن المتطابقين عندما يكون أحدهما مصابا بالتوحد دون الآخر، اتضح أن عملية الولادة كانت مختلفة فالطفل الذي أصيب بالتوحد غالبا ما يكون هو الذي تعرض لتعسر و مشكلات أثناء ولادته. و على الرغم من ذلك فإن الباحثون يتفقون على أن صعوبات الولادة تعود للتطور غير الطبيعي للجنين أثناء فترة الحمل و لا تعد سببا للإصابة بالتوحد.

2.2.2. اللقاح:

و المقصود به لقاح mmr و هو لقاح مركب للحماية من الإصابة بالحصبة و النكاف و الحصبة الألمانية و قد حظي هذا الأخير باهتمام بالغ لكونه احد الأسباب المحتملة للإصابة بالتوحد إلا أن الدليل العلمي يشير إلى عكس ذلك.

3.2.2. الفيروسات و الأمراض المعدية:

وجدت دراسات قديمة نسبيا علاقة بين الإصابات المرضية التي تسبب تلفا في الجهاز العصبي المركزي أثناء فترة الحمل و مرحلة الطفولة و بين التوحد و قد تضمنت القائمة فيروسات مثل الهربس و الحصبة الألمانية و الايدز عندما انتشر وباء الحصبة الألمانية عام 1964م

أشارت إحدى الدراسات إلى انه أصيب بالتوحد نحو 8% من الأطفال الذين أصيبت أمهاتهم بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل، و حيث أن الحصبة الألمانية أصبحت مرضا نادرا فهي تعد من الأسباب النادرة للتوحد، و تشير الدراسات الحديثة إلى أن الفيروسات و الأمراض المعدية لا يمكن اعتبارها سببا رئيسيا للتوحد بل يمكن إرجاع أقل من 4% من حالات التوحد إلى إصابة مرضية معدية.

4.2.2. المواد الكيميائية السامة:

قد يؤدي تعرض الآباء و الأمهات لمواد كيميائية سامة إلى زيادة مخاطر إنجاب أطفال مصابين بالتوحد، فقد بحث أحد الباحثين عن العلاقة بين الأمهات بين الأمهات اللاتي يتعرضن في عملهن لمواد كيميائية سامة فوجد أن هناك احتمالا اكبر لإنجابهن أطفالا توحيدين إما الآلية التي تؤدي إلى الإصابة بالتوحد من خلال التعرض لهذه المواد الكيميائية السامة فغير معروفة و لمحاولة المعرفة تناولت دراسة 14 طفلا مصابا بالتوحد تقطن امهاتهن بالقرب من مصانع البلاستيك و لم يتضح للباحثين أي تركيبات غير طبيعية داخل المخ و هكذا فالتعرض للمواد الكيميائية السامة قد يزيد من مخاطر الإصابة بالتوحد فان كيفية حصول ذلك و سببه لا يزالان مجهولين.

5.2.2. اضطراب التمثيل الأيضي:

قد تؤدي الاضطرابات الجينية الى حدوث اضطرابات ايضية مما يؤدي إلى تركيزات غير طبيعية في الجسم مثل الإصابة بفينيلكيتونيوريا (pku) إلا أن التمثيل الايضي في الأشخاص التوحيدين ليس واضحا كما هو الحال في الـ (pku) و لكن يبدو أن له دورا مازال مجهولا. (سليمان عبد الواحد يوسف، 2010، ص،ص 29-32)

3.2. العوامل السيكلوجية:

خلال فترة الخمسينات و حتى السبعينات من القرن العشرين كان أنصار مدرسة التحليل النفسي وأنصار التعلم بوجه خاص، يؤمنون بان التوحد يحدث بسبب عوامل نفسية بالدرجة الأولى. (فهد المغلوث، 2006، ص 54) كذلك على انه حالة الهرب و العزلة من الواقع المؤلم الذي يعيشه الطفل نتيجة الجمود و اللامبالاة في العلاقة بين الأم وطفلها و التي تكون كنتيجة للعلاقة بينها و بين زوجها، هذا ما أشار إليه كانر. (قحطان الظاهر، 2008، ص83) و يوافقه في ذلك " Bruno Bettelhiem " الذي يرى أن آباء الأطفال التوحديين قاسيون و باردون ولديهم عدائية لاشعورية اتجاه طفلهم التوحدي. (فهد المغلوث، 2006، ص 55)

على اية حال لاقت هذا الاتجاه معارضة من طرف المهتمين بهذا الشأن و أشهرهم " Rimland " الذي رد على "Bettelhiem" في عدة من النقاط أهمها:

- أنه من الواضح أن بعض الأطفال التوحديين مولودون لآباء لا تنطبق عليهم أنماط الشخصية المريضة الأبوية.
 - إن الأطفال التوحديين من الناحية السيكلوجية غير اعتياديين منذ لحظة الميلاد.
 - غالبا ما يكون أخوة التوحديين طبيعيين إلا في حالات نادرة.
- (قحطان الظاهر، 2008، ص 83)

4.2. العوامل البيولوجية:

في سنة (1964) قدم "Rimland" أدلة على ان التوحد يعتبر اضطرابا عضويا و ليس نفسيا، و منذ ذلك الحين أكدت عدة دراسات على أن هناك فروقا بين أدمغة الأطفال العاديين و الأطفال من ذوي اضطراب التوحد. و هذا يفسر الأمراض و المشكلات العصبية و الإعاقات

العقلية و الصرع ، المصاحبة للمصابين بالتوحد. و نستعرض فيما يلي على أهم ما توصل إليه من الأسباب العصبية:

1.4.2. المخ:

يعتبر المخ أكبر جزء في الدماغ الأمامي و هو المسؤول عن العمليات المعقدة.

2.4.2. الفص الجبهي:

بما انه يعتبر من أهم الفصوص فهو المسؤول على الوظائف التنفيذية هذا لدى الأسوياء، إلا أنه عند التوحديين يظهر هناك خلل من حيث الطريقة التي ترتبط بها الخلايا العصبية المخ بأجزاء أخرى من الجسم، بالإضافة إلى وجود نشاط كهربائي أقل من المستوى الطبيعي في هذا الفص أثناء قيامه بمهام يفترض أن ينشط من خلالها. و يرجع هذا الخلل في النشاط بسبب الخلل في الارتباط بين الفص و باقي أنحاء الجسم.

ناهيك عن نمو هذا الفص المتأخر و الذي يظهر بشكل ملحوظ عند التوحديين من خلال وجود مشاكل في التعلم من الأخطاء، و التخطيط و التذكر و معالجة المعلومات ... كما يكثر لديهم التوقف عن انجاز المهام قبل الانتهاء منها و السلوك التكراري، و تم التأكد من ذلك من خلال نتائج دراسة قام بها "Brior&Huffman" .

3.4.2. الفص الجداري:

إذ يعتمد على معالجة المعلومات الحسية و اللغة. و تشير " وفاء الشامي " 2004 إلى أن العديد من الأفراد التوحديين يعانون من خلل في استقبال المعلومات الحسية و عدم وجود اضطرابات في الفص الجداري، و يدل ذلك على أن حدوث الخلل يتم على مستوى استقبال المعلومة قبل أن تنتقل للمعالجة في الفص.

2.4.4.4. الفص الصدغي:

و هو المسؤول عن تفسير المعلومات الصوتية (السمعية) و التحكم في القدرة على الكلام و ترجمة اللغة، ومن مكوناته الجهاز الطرفي الذي يحوي كل من اللوزة التي تسيطر على العواطف و العدوانية و بعض جوانب السلوك، أما قرن آمون هو المسؤول عن التعلم و الذاكرة و بعض الجوانب الاجتماعية. و يرى الباحثون أن الافراد اللذين يعانون من التوحد قد تظهر لديهم سلوكيات عدوانية اتجاه انفسهم و قلة في الانفعال، سطحية و انسحاب اجتماعي، سلوك قهري، قصور في التعلم من المواقف الخطرة، صعوبة في الاستجابة للأضواء و الأصوات و الحرارة و المثيرات الانفعالية المتصلة بالخوف. كل ذلك مرتبط ارتباطا كبيرا باللوزة و قرن آمون. (نايف الزراع، 2010، ص 36)

2.5.4.2. المخيخ:

حيث يلعب دورا هاما في التناسق الحركي و نقل الانتباه من مثير لأخر و تعلم مهارات جديدة، بالإضافة إلى حل المشكلات. (نايف الزراع، 2010، ص 41) و توصل Courchesn& all, 1988 من خلال الفحص بالرنين المغناطيسي للمخ أن الاطفال المصابين بالتوحد لديهم أجزاء ضامرة في المخيخ. (قحطان الظاهر، 2008، ص 87)

2.6.4.2. جذع الدماغ:

حيث يعمل على تنظيم بعض المهام الرئيسية في الحياة مثل التنفس، و الهضم و التمثيل الأيضي، و تضيف " وفاء الشامي" 2004 أن جذع الدماغ يلعب دورا أساسيا في تنظيم ومعالجة المعلومات سواء كانت بصرية أو سمعية. و تشير بعض الدراسات التي تناولت جذع الدماغ لدى مجموعة من الأطفال ذوو اضطرابات نمائية أن الخلل الموجود في جذع الدماغ لديهم نتج عنه قصورا في الاستجابة للمعلومات السمعية هذا بالإضافة إلى تعرضهم لصعوبات في ترجمة وتحليل المعلومات السمعية.

7.4.2. الخلايا العصبية:

ظهر لدى العديد من المصابين باضطراب طيف التوحد وجود خلل في النشاط العصبي ، فمنهم من ظهر لديهم زيادة في النشاط العصبي و منهم من ظهر لديهم نقص في النشاط العصبي عن المستوى الطبيعي. كما يقل عدد و حجم الخلايا العصبية الموجودة في المخيخ بالإضافة الى قلة تفرعاتها مقارنة بالأسوياء، كما أن الخلايا العصبية في الجهاز الطرفي أصغر حجما و أقل كثافة.. و في ضوء ذلك يمكن وصف اضطراب التوحد بأنه عبارة عن خلل في التنظيم العصبي. (نايف الزراع، 2010، ص 41)

5.2.العوامل البيوكيميائية:

لم تقتصر العوامل العضوية التي تؤكدتها المدرسة البيولوجية على العوامل العصبية فقط، فقد أشارت البحوث و الدراسات الى علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية و بصفة خاصة الى اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في افرازات النواقل العصبية Neurotransmetteurs. (مصطفى، الشربيني، 2010، ص 45)

و يعد السيروتونين هاما حيث يتحكم في العديد من الوظائف و العمليات السلوكية بما فيها إفراز الهرمونات و النوم و حرارة الجسم و السلوك النمطي. (قحطان الظاهر، 2008، ص 84)
و قد تبين من خلال فحص دم مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب التوحد أن هناك نسب عالية من السيروتونين في دمهم (نايف الزراع، 2010، ص 45)، وفي دراسة أجراها " Bootzin, Acocella, Alloy, 1993 " إلى أن الأطفال التوحديين إذا تناولوا عقاقير تخفض من مستوى السيروتونين في الدم فان ذلك من شأنه أن يحسن القدرة على الكلام و السلوك الاجتماعي و درجة الذكاء. (قحطان الظاهر، 2008، ص 85)

أما الدوبامين و هو ناقل يؤثر في مختلف الأنشطة الهامة كالحركة و الانتباه و التعلم.. كما ينظم الحركة المفردة و السلوكيات النمطية ، تسبب قلته مرض باركنسون و الرعشة.. كما أن زيادته تسبب بعض السلوكيات التوحدية. (نايف الزراع، 2010، ص 44) مثل الطقوسية والنمطية و النشاط الزائد. و قد أشار "Campbell,1982" إلى أن الكثير من أعراض التوحد تقل مثل سلوك إيذاء الذات و الحركات النمطية عند تناول عقار يخفض من مستوى الدوبامين.

(قحطان الظاهر، 2008، ص 85)

الأحماض الأمينية: و التي تعمل بمثابة مخدر حيث يلاحظ عملها لدى الأفراد التوحديين في عدم الشعور بالألم و النشاط الحركي الزائد و الإصرار على تكرار السلوكيات و ضعف الترابط الاجتماعي. (نايف الزراع، 2010، ص 44).

3. خصائص التوحد:

إن الأفراد ذوي اضطراب التوحد فئة غير متجانسة من ناحيتي الخصائص و الصفات وربما يكون الاختلاف بين فرد و فرد من ذوي اضطراب التوحد أكبر من التشابه، و لكن هذا لا يعني عدم وجود خصائص عامة يتشابه فيها الأفراد اللذين تم تشخيصهم باضطراب التوحد.

1.3. الخصائص السلوكية:

بداية عند المقارنة بين سلوك التوحدي و غير التوحدي نجد أن المتوحد يتصف بمحدودية وسذاجتها و القصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية بشكل سليم و ناضج، فضلا عن أنها تبتعد عن التعقيد. (قحطان الظاهر، 2008، ص 45) و من أبرز سلوكيات المتوحدين:

- يظهر الطفل سلوكيات لا إرادية رغبة اليدين، هز الجسم ذهابا و إيابا.
- يظهر الطفل قصورا واضحا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة.

- يميل التوحديين إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.
- يفضل التوحديين أن تسيّر الأمور على نمط محدد دون تغيير، و يشعرون بقلق زائد إزاء أي تغيير.
- السلوك العدواني، و يظهر لدى التوحديين بطريقة تلحق الأذى و الضرر بأنفسهم.
- اضطرابات الأكل، و من أهمها pica كما يرفضون مضغ الطعام الصلب و لديهم حساسية زائدة للتكوين أو الطعم أو الرائحة.
- اضطرابات الإخراج، كالتبول اللاإرادي.
- اضطرابات النوم، من إشكالية الأرق و الإفراط في النوم و الكوابيس. كما أنهم حساسون للمثيرات البيئية للمس و الضوء و الصوت.
- السلوك النمطي و الطقوسي: من أشكاله هز الرأس، مص الإبهام، حركات الأصابع، هز الجسم، التلويح باليد، الصراخ و القهقهة و التصفيق و الحملقة في الفراغ، و الدوران في المكان نفسه.
- و يستغل التوحدي حواسه في تكرار السلوك النمطي، و من أمثلة ذلك:
 - حاسة الأبصار: مثل التحديق في شيء ورعشة العين المتكررة و تحريك الأصابع أمام العينين و النظر باستمرار و صمت في الفضاء.
 - حاسة السمع: طقطقة الأصابع، إحداث صوت معين باستمرار، سد الأذن بالإصبع.
 - حاسة اللمس: الحك، مسح الجسم باليد.

- حاسة التذوق: عض القلم أو ما شابه باستمرار، وضع الإصبع في الفم و لحس الأشياء.

- حاسة الشم: شم الأشياء، وشم الناس. (مصطفى الشربيني، 2011، ص،ص 73-83)

2.3. الخصائص الاجتماعية:

الاضطراب الأساسي الذي يعاني منه الطفل التوحدي يتركز في قصور علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، يمكن أن نوجز أهم النقاط فيما يلي:

- النمو الاجتماعي: من حيث التواصل البصري، كذلك العجز عن فهم الطبيعة التبادلية في مواقف التفاعل الاجتماعي، وعجزه عن فهم و تحليل مشاعر الآخرين من خلال السلوك غير اللفظي.

- التواصل الاجتماعي: مصحوب بقلة الانتباه و عدم التفاعل الاجتماعي داخل المحيط الأسري.

- الرغبة في تكوين صداقات : و تكون مبنية على المشاركة في نشاط معين يستحوذ على اهتمام التوحدي.

- العزلة الاجتماعية: يظهر في العجز عن تكوين علاقات مع المحيط و عدم الاستجابة الانفعالية مما نجدهم يتصرفون و كأنهم في عالم خاص في غياب التواصل البصري.

- العلاقة الوسيلية مقابل العلاقة التعبيرية: أي أن التوحدي يتخذ من الآخرين وسيلة لتنفيذ ما يريد في غياب اللغة الكلامية.

- اللعب: بحيث يظهر التوحدي اللعب التنظيمي كصف الأشياء في صفوف، كما يتسم بقصور في اللعب الخيالي. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص 85،89)

3.3. الخصائص اللغوية:

فقد يتصف هؤلاء الأطفال في أنهم لا يستخدمون اللغة المنطوقة و غير المنطوقة، و إن تكلموا فغالبا ما يرددون ما يقال دون فهم و هذا ما يسمى بالبيغائية Echolalia . كما يتأخر النمو اللغوي لهؤلاء الأطفال في سن الثالثة. (قحطان الظاهر، 2008، ص 52).

و فيما يلي نوجز أهم الخصائص اللغوية لدى التوحديين:

- في بداية تعلمه فإنه يتعلم لغة الأشياء و لكن ذلك يكون محدودا، باستثناء ذو الأداء العالي فيمكنهم تطوير مفردات كثيرة و استخدامها في الحديث.
- يعاني التوحدي من صعوبات في النطق ناتجة عن تأخر التطور الذهني لديهم.
- يلاحظ على أن لغة التوحدي تنمو ببطء و في أغلب الأحيان يستخدم إشارات بدل الكلمات.
- يستخدمون كلمات خاصة بهم، حيث يستخدمونها للدلالة على أشياء معينة.
- قلب الضمائر فيستخدم ضمير أنت بدلا من أنا و العكس.
- المصاداة و ترديد الكلام حيث تعتبر من أكثر السمات اللغوية شيوعا في التوحد.
- الاستخدام المتقطع للغة، حيث إنهم يمتلكون رصيذا كبيرا من الكلمات لكن لا يملكون القدرة على استخدامها في محادثات ذات معنى. (مصطفى، الشربيني، 2011، ص 98)

4.3. الخصائص المعرفية و الأكاديمية:

إن القدرات المعرفية لدى المصابين بالتوحد تكون متباينة، و يعتقد "قحطان 2008" أن للأطفال التوحديين طاقات كامنة غير مستغلة نتيجة للحالة التي يعيشونها، فكثير منهم يعيش في عالمهم الداخلي الذي ينفسون عنه من خلال الرسم و الفن و ما قد تميز به البعض في القدرات الحسابية و التذكر الأصم. (قحطان الظاهر، 2008، ص 58)

و يمكن تناول أهم الخصائص المعرفية على النحو التالي:

- الإدراك: ردود فعل التوحدي لخبراته الحسية يكون غالبا شاذا فهو لا يدرك الضوضاء أو المناظر المحيطة به أو ما شابه ما حوله، ومن الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة و يحملق باهتمام كبير في مصباح مضيء... و لا يدرك الاحساس بالألم.
- الانتباه: انتهت الدراسات إلى أن الأطفال التوحيديون لا ينتبهون إلى المهام التعليمية، كما يكونون أكثر إعاقة في وجود مشتتات.
- التذكر: قد يتذكر التوحدي بعض المقاطع الكاملة من المحادثات التي يسمعها ، وقد يعاني من صعوبات في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عاليا من المعالجة كرواية قصص، تذكر المشاهد البصرية.
- التفكير: حيث يتميز تفكيره ببعده عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به و لا يدرك العالم المحيط به لإشباع رغباته.. حيث ينصب تفكيره بانشغاله بذاته.
- الذكاء: حيث تشير الدراسات إلى قصور التوحيديين في عمليات معالجة المعلومات و المرونة المعرفية ، كذلك في القدرة على تحويل الانتباه من مثير إلى آخر، وهناك

تقديرات تشير إلى أن أغلبية التوحديين لديهم تأخر ذهني تتفاوت درجاته من خفيف إلى شديد إلا أنه هناك قلة ممن يمتلكون قدرات عالية من الأداء.

(مصطفى الشربيني، 2011، ص 91-95).

4. تشخيص اضطراب التوحد:

تشخيص اضطراب التوحد مر بعدة محاولات، أولها كانت لـ "كانر" (Kanner) (1943) الذي وضع معايير لتشخيصه، كما جاء أيضا كل من العالمان "بولان" و "سينسر" اللذان وضعوا مقياس أعراض التوحد في المراحل العمرية الأولى.

كما تجد المعايير التي وضعتها الجمعية الوطنية لرعاية أطفال التوحد، و كذا الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض (ICD 10) و كذا الدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR).

1.4. معايير تشخيص التوحد كما نص عليها DSM IV TR:

أشار الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DSM IV TR إلى أن أعراض التوحد تشمل ظهور (1) أعراض أو أكثر من المجموعات (1،2،3) التالية و اثنين من أعراض المجموعة (1) و عرض واحد لكل من المجموعتين (2،3). و تضم المجموعة (1):

- إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي: و يعبر عن ذاته بواسطة اثنين على الأقل من الأعراض التالية:

1. قصور و استعمال قليل للسلوكيات غير اللفظية مثل تلاقي العين بالعين و تعبيرات الوجه مثل (الابتسامة، العبوس) أو حركات في المواقف الاجتماعية و الاتصال مع الآخرين.

2. قصور في بناء علاقات صداقة مع الأقران تتناسب مع العمر و مرحلة النمو كما يفعل الأطفال الآخريين.

3. غياب المشاركة الوجدانية و الانفعالية أو التعبير عن المشاعر.

4. قصور القدرة على مشاركة الآخريين في الاهتمامات و الهوايات و التمتع والتحصيل أو انجاز أعمال مشتركة معهم.

و تضم المجموعة (2):

- قصور كفي في القدرات على التواصل: و يكشفها واحد على الأقل من الأعراض التالية:

1. تأخر أو غياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (اللغة المنطوقة)

2. لغة غير مألوفة تشتمل على التكرار و النمطية

3. بالنسبة للأطفال الذين يتكلمون لديهم قصور في الحديث و المبادرة فيه والمواصلة.

4. غياب و ضعف القدرة على المشاركة في اللعب أو تقليد الآخريين الذين يتناسب مع العمر و مرحلة النمو.

و تضم المجموعة (3)

- قصور نشاط العقل على سلوكيات نمطية و تكرارية: كما هي ظاهرة على الأقل في واحدة من التالية:

1. استغراق و انشغال بأنشطة و اهتمامات نمطية شاذة من حيث شدتها وطبيعتها.

2. حركات نمطية تكرارية غير هادفة مثل (فرقة الأصابع، و ضرب الرأس، و تحريك الجذع للأمام و الخلف)

3. انشغال طويل المدى بأجزاء من الأدوات و الأشياء مثل يد لعبة، سلسلة مفاتيح.

4. جهود و عدم مرونة في الالتزام بسلوكيات و أنشطة روتينية لا جدوى لها (يحي القبائلي، 2001، ص257)

و نفس الشيء تجده في تشخيص اضطراب التوحد وفقا للدليل الإحصائي الرابع المراجع للجمعية الأمريكية للطب العقلي (DSM IV TR) فحسبه و حسب الدليل العاشر (ICD 10) فان اضطراب التوحد يبدأ قبل سن الثالثة.

(Association Américaine de Psychiatrie, 2003 p 87).

2.4. التصنيف الدولي العاشر نظام (ICD 10): الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO) و الشكل النهائي لـ (ICD 10) ظهر في عام (1993) حيث يقسم هذا النظام إلى خمس فقرات أساسية حيث سيتم ذكر الجوانب الأساسية و هي:

1. ظهور أعراض القصور في النمو قبل سن الثالثة.

2. قصور نوعي وواضح في القدرة على التواصل.

3. سلوكيات و اهتمامات تتصف بالنمطية و الرتابة

4. أن يكون السبب وراء هذه السمات السلوكية أعاقات نمائية أخرى أو أثرت في القدرة

على التواصل اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية عاطفية أو تخلف عقلي

مصاحب له اضطرابات انفعالية و سلوكية أو اللفظي مصحوب بمشاكل اجتماعية

عاطفية أو تخلف عقلي مصاحب له اضطرابات انفعالية و سلوكية أو متلازمة ريت (RETT) أو انفصام الشخصية المبكر. (يحي القبائلي، 2001، ص258)

3.4. التشخيص الفارقي بين التوحد و اضطرابات أخرى:

إن كل من اضطراب التوحد و مجموعة الاضطرابات الأخرى يشتركون في مجموعة من الأعراض إلى درجة تصعب على المختص عامة و المبتدئ خاصة التمييز بين اضطراب التوحد و اضطراب آخر .

1.3.4. التوحد و اضطراب ريت "RETT":

ينتشر اضطراب "ريت" أكثر بين الفتيات، بينما التوحد يصيب الجنسين معا البنات والأولاد، كما ان اضطراب " ريت" يتميز بفقدان الحركات اليدوية الهادفة و حركات غسل اليدين النمطية، والذي لا يظهر لدى الطفل التوحدي. (ماجدة علي عمارة، 2005، ص78)

و عليه فان اضطراب " ريت" يحدث للإناث و الذي يظهر في أعراض تتمثل في: عدم القدرة على الكلام، فقدان القدرة على استخدام اليدين، إرادية اضطراب التواصل، قلة النشاط و تفاهته. (G . Le Lord , 1991,p 44).

يتميز اضطراب "ريت" عن اضطراب التوحد بأن المصاب به يظهر نموا طبيعيا بين 6- 8 أشهر و بعد ذلك يحدث توقف أو تدهور في عملية النمو و هو اضطراب عصبي معقد يبدأ من الأشهر الأولى، و يتضح ظهوره خلال العام الثاني، و أهم سماته المميزة هي فقدان حركات اليد الهادفة و ظهور حركات نمطية تشمل ثني و طرق اليد و يصاحبها إعاقة عقلية شديدة (إيهاب محمد خليل، 2009، ص، ص21-82)

فلاضطرابات صعب جدا التمييز بينهما، ما يؤدي لصعوبة التشخيص الذي يحتاج لمختص متمرن و ذو خبرة، تؤهله للقيام بالتشخيص الفارقي لهما مثله مثل اضطراب اسبرجر.

2.3.4. التوحد و اضطراب اسبيرجر:

تشمل أعراض اضطراب " اسبيرجر " قصور في مهارات التوازن الاكتئاب ، الكلام التكراري، إخراج الصوت بنفس الوتيرة، كراهية التغيير، حب الروتين، عدم القدرة على التفاعل مع الآخرين بشكل طبيعي، فمعظم الأطفال هؤلاء لديهم نسبة ذكاء عالية. (جمال مثقال قاسم، 2000، ص140).

هناك تشابه في نواحي القصور و المتمثل في التفاعل الاجتماعي و الاتصال و في محدودية الاهتمامات، لكن على الرغم من وجود هذا التشابه بين اضطراب اسبيرجر و اضطراب التوحد إلا انه هناك أوجه اختلاف تميز بين الاضطرابيين تتمثل فيما يلي:

- يعاني الطفل التوحدي من قصور شديد في النمو اللغوي بينما لا يبدي الطفل المصاب باضطراب اسبيرجر هذا القصور.
- يعاني الطفل التوحدي من قصور في القدرات المعرفية بينما تكون القدرات المعرفية عادية لدى طفل الاسبيرجر.
- لا يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يعاني الطفل المصاب بالاسبيرجر من صعوبات واضحة في المهارات الحركية.
- يعاني الطفل التوحدي من قصور في مهارات التواصل مع الآخرين، بينما يبدي الطفل المصاب بالاسبيرجر رغبة في التواصل مع الآخرين، و لكن من خلال اهتماماته و حاجاته الشخصية مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة معهم. (إيهاب محمد خليل، 2002، ص،ص82،83)

كما أن اضطراب اسبرجر لا يظهر إلا في سن المدرسة، بينما التوحد يظهر في مرحلة الطفولة المبكرة و الطفل المصاب يتجنب أي اتصال مع الآخرين (ماجد علي عمارة، 2005، ص،ص 78،79).

و يبدي ترديدا لما يقوله الغير عكس الطفل المصاب باضطراب الاسبرجر فهو كثير الكلام بكل حماس، أي لغته متطورة و غياب اضطرابات خاصة بالتطور الحسي الحركي. (G . Lelord, 1991,p 37).

و في مجال التفكير يتسم الأطفال المصابون باضطراب الاسبرجر بالتصلب و عدم المرونة في التفكير و السلوك و هذا يظهر في طرق عديدة و معقدة كما أنهم لديهم اهتمامات متضاربة، وتكمن الاختلافات بين أطفال الاسبرجر و أطفال التوحد في النمو الحركي فطفل اضطراب الاسبرجر يظهر نقصا في التناسق الحسي الحركي و لديه نقص و تأخر واضح في نمو المهارات الحركية. (جوردن ريتا، 2007، ص 8)

3.3.4. التوحد و الإعاقة العقلية:

قد يصاحب اضطراب التوحد إعاقة أخرى أو أكثر مثل الإعاقة العقلية و هناك باحثون أمثال " فريثمان و ريتفو" أكدوا بان حوالي 57% منهم لديهم قدرات عقلية في حدود التخلف العقلي و رغم تشابه الأداء الوظيفي لدى التوحديين و المتخلفين عقليا، إلا انه يوجد تفاوت يظهر عند أدائهم لمهام تتطلب ذاكرة قصيرة المدى، أو مهارات الإدراك الحركي في حين يظهر أدائهم أقل في المهام اللفظية، بينما يكون أداء المتخلفين عقليا منخفضا و متساويا في جوانب الأداء. إلا انه يبقى التوحد يتميز عن الإعاقة العقلية في بعض النقاط و هي:

- المعوقين عقليا يتعلقون بالغير، و لديهم بعض الوعي الاجتماعي، بينما التوحديين ليس لهم تعلق بالغير رغم اتصافهم بذكاء متوسط.

- للطفل المعاق عقليا قدرة على المهارات اللفظية كالإدراك الحركي و البصري.
- العيوب الجسمية لدى التوحديين أقل وجودا لديه مقارنة بالمعوقين عقليا .

رغم ان اضطراب التوحد يختلف عن التخلف العقلي إلا انه يصاحبه بنسبة (80 % - 90 %) و تكون الأعراض متشابهة . (إيهاب محمد خليل ، 2009 ، ص 86)

ثانيا: الطب العقلي:

1. تاريخية مفهوم الطب العقلي للأطفال:

هو فرع من الطب العقلي الذي يطبق على الأطفال و المراهقين و هو مجال احدث من الطب العقلي العام، حيث كانت بداياته في سنوات 1930 (أول مجلس للطب العقلي للأطفال عقد في باريس 1937) حيث يوجد اختلافات بين الطب العقلي الذي يوجه للراشدين و الطب العقلي للأطفال مع أنهم يجتمعون في العديد من النقاط.

في البداية تم تعريف الطب العقلي للأطفال باختلافه عن الطب العقلي العام، باعتبار الحدود في السن الذي يختص بالأطفال و المراهقين، لكن الآن أصبح يعني بعض الأمراض التي تمتد جذورها قبل الميلاد و ذلك في فترة الحمل .

كما يعرف الطب العقلي كمجال، أنه يتعلق بأشخاص في حالة ارتباط ، في مجال التطبيق الطب العقلي للأطفال، يتميز بطلب العلاج التي لا يستطيع الفرد القيام بها بمفرده و لكن بمساعدة الأولياء.

2. الاضطرابات التي يختص بها الطبيب العقلي للأطفال:

1.2. اضطرابات القلق العصابية:

1.1.2. اضطرابات الوسواس القهري

اضطرابات القلق يمكن أن نجدها في العديد من الحالات، كالقلق الحاد المتعلق بالنتائج الدراسية، اضطرابات النوم، الذاكرة، نوبات الذعر، الخوف الاجتماعي. بعض اضطرابات القلق تترجم كحالة قلق بعد الصدمة (Rapport IGAS). حيث صرحة بعثة تحسين الصحة عند الطفل و المراهق (Mission Sommelet) أن انتشار هذه الاضطرابات يعتبر من 2 إلى 7 % من مجموع السكان هذه الاضطرابات تبدأ بين 6 إلى 11 سنة، أما انتشارها فهو من 1% من 13 إلى 18 سنة و 0,15% من 8 إلى 12 سنة (حسب المسح الجماعي Inserm, 2001). حيث اكتشفت البعثة أن الوسائل المستخدمة من أجل تشخيص و علاج هذه الاضطرابات، ذات دقة متوسطة و يقتصر استعمالها على مختصين في الطب العقلي ذوي خبرة و تدريب جيد.

(M. Jean-René Buisson, 2010, p13)

2.1.2. الاكتئاب:

وصفت عدة جداول عيادية لاكتئاب الرضيع. و يمكن حصر أهم الظروف المولدة لاكتئاب

الرضيع في:

حالة حرمان أمومي شامل (الاكتئاب الاسنادي)

أشكال من الحرمان الأمومي الجزئي (غيابات قصيرة لكن متكررة...)

خلل في التفاعل "أم-رضيع"

اكتئاب امومي ظاهر أو اكتئاب أمومي مستتر يتطور في شبه صمت و لم تتم معالجته.

3.1.2. فرط النشاط:

يركز التشخيص على ثلاث مظاهر: فرط النشاط الحركي، اضطرابات الانتباه و الدافعية، حيث طالبت بعثة تحسين الصحة للطفل و المراهق من المختصين في الطب العقلي للأطفال بالحد من استعمال المصطلح قبل التشخيص المعمق للحالات.

2.2. الذهان:

1.2.2. ذهان الطفل و المراهق:

يعرف الذهان دوشي كتنظيم غير متوافق لنا، يتسبب في:

- تلف و تشوه في فهم و تكوين الواقع رغم سلامة وظائف الإدراك.
- تشوه معرفة الطفل لنفسه و للغير مما يولد اضطرابات سلوكية معتبرة.
- كما يضيف دأجور ياقيره بعض الأعراض الأساسية، هي :
- تلف في معرفة الجسم و صورته ووعيه رغم تقدم العمر.
- اهتمام شاد بالاستياء أو بعض خصائصها لا يتعلق بحقيقة استعمالها.

2.2.2. التوحد (الذهان المبكر):

صنفه كانر (1943) ضمن الذهانات، و فرقه عن التخلف العقلي و عن الاضطرابات الدماغية المبكرة و وصفه بالأعراض التالية:

- الانطواء على الذات.
- ضعف الانتماء إلى الآخر
- ميل قوي للمحافظة على رتبة الأشياء.

ثم قدمت الجمعية الأمريكية للطب العقلي (1973) الأعراض الأساسية للتوحد فيما يلي:

- ظهور الأعراض قبل 30 شهرا.
- غياب مستمر للاستجابة و الانتماء إلى الغير
- اضطراب خطير في نمو اللغة
- في حال نمو اللغة تظهر اضطرابات خاصة منها المضادات و تشوش استعمال الضمائر.
- رد فعل مضطرب اتجاه المحيط، مقاومة التغيير و التعلق.
- غياب الهلوسات و الخلط الموجودين في الفصام.

3.2.2. ذهان المراهقة:

يكتسي ذهان المراهقة أعراض ذهان الراشد و لا ننسى أن الفصام يعتبر ذهان السباب. يشير "بورو Porot" إلى ما يدعى شبه الذهان الذي يتطابق مع بعض خصائص مرحلة المراهقة حيث نجد الأعراض التالية:

- صعوبة الاتصال بصفة معقولة مع المحيط.
- تثبيط يختفي وراءه قلق.
- اضطرابات الأداء اللغوي
- اضطرابات نفسية حركية غالبا ما تتطور إلى فصام.

يحدث ذهان المراهقة بصفة مفاجئة أو تدريجية و بأعراض مختلفة منها مخاوف أو أفعال جانحة أو هوس... الخ. و يؤكد "دوشي" على أهمية تشخيص هذه الحالات على اعتبار أن تكون

سلوكياتها المضطربة مؤقتة مرتبطة بالمراهقة فحسب، و احتمال أن تكون سلوكيات ذهانية لا تزول بل يرافقها تغيرات تدريجية في الشخصية تعلن عن التفكك.

(خالد خياط، 2014، ص،ص 6، 7)

3. صعوبات تشخيص اضطراب التوحد:

خلال العشرين سنة الماضية، نجد أن مصطلح التوحد قد ارتبط بالعديد من الاضطرابات، حيث تضمن اضطراب اسبرجر، اضطراب التفكك الطفولي، و الاضطراب النمائي غير المحدد. حيث نجد أن العامل المشترك يتمثل في القصور في السلوك الاجتماعي، و التواصل.

لكن هذه الاضطرابات تتراوح في الشدة، و الشمول، وكذلك في نقطة البداية. المصطلح الشامل لهذه الاضطرابات يعرف ب: اضطرابات النمو الشاملة.

اضطراب ريت، ادخل في قائمة اضطراب طيف التوحد من خلال نظام طب عقلي بسبب تداخل الأعراض عند الأطفال، لكن بسبب مسارها المختلف، (فقدان الدافعية و النشاط) و الخصائص العصبية، فهو يعتبر مجموعة مختلفة بالنسبة للاضطرابات الاخرى، و بالتالي يدرس كاضطراب منفصل عن الآخرين.

هناك اختلافات واضحة بين الاضطرابات الأخرى داخل مجموعة طيف التوحد، ترجع بالدرجة الأولى إلى قصور اللغة المصاحب، أو التأخر المعرفي، أو يرجع إلى شدة الأعراض السلوكية و الاجتماعية.

اضطراب اسبرجر يضم الشدة في القصور الاجتماعي التوحدي، و السلوك التكراري، ولكن نجد أن اللغة عندهم سلسلة.

اهتم العلماء في هذا الاضطراب بالتناقض بين سلامة اللغة و السلوك المحدود، في هذه الحالة لا يمكن التفريق بين اضطراب اسبرجر و التوحد بدون تأخر عقلي و لغوي، إلا إذا رجعنا إلى الجانب العصبي النفسي.

من جهة أخرى يجب وضع تصنيف بين الفئات لأنه يوجد مجموعة من القصور في القدرات و المهارات و بين اضطراب طيف التوحد، وذلك لإمكانية وجود فئات فرعية متعلقة بالأسباب، أو الفيزيولوجيا المرضية بالإضافة إلى مجموعة الخدمات اللازمة لاضطراب التوحد خاصة عندما يصل الطفل إلى المرحلة المتوسطة أو الثانوية. على سبيل المثال: هناك أطفال يعانون من اضطراب التوحد أو اسبرجر، يمكنهم تحقيق نتائج مرضية في المواد العلمية في المرحلة الابتدائية لكن نجد أنه ضعيف في المواد التي تتطلب نشاط اجتماعي، هناك حالات نجد اللغة و الحوار عندهم يقتصر على بعض الكلمات و بعض الجمل المألوفة. إن قيمة التشخيص هنا هو التفريق بين هذه الاضطرابات و ذلك لإيجاد التكوين المناسب.

في السنوات العشر الأخيرة طور العلماء بعض المقاييس التي يمكنها قياس الحالة السابقة والحالية للطفل بعيدا عن اللغة، و التخلف الذهني. يمكن تطبيق اختبارات مثل التشخيص العام لاضطراب التوحد، اضطراب الطفولة التككي على مجموعة واسعة من الأشخاص باختلاف السن، مستوى اللغة، و المهارات غير لفظية، حيث يمكن تكميم الشدة و القصور في التواصل الاجتماعي. (Catherine Lord, Edwin H.Cook& al, 2000, pp355, 356)

لكن يبقى تشخيص التوحد يواجه بعض التحديات التي تتمحور حول ثلاثة محاور أساسية هي:

1. محور الفئة غير المتجانسة: تعددية الأعراض و اختلاف مدى شدتها، الفروق الفردية بين المفحوصين، مقدرا القدرة العقلية، تعاون المفحوص، العمر الزمني للمفحوص، التاريخ التربوي والتدريبي له.

2. محور الفاحص: و يتمثل في خبرته و نوع تأهيله و ذاتيته أو موضوعيته و ألفته مع المفحوص، و بيئة الفحص سواء كانت مألوفة كالمنزل أو غير مألوفة كعيادة متخصصة، الخصائص الفيزيائية لمكان الفحص، ووجود أشخاص مألوفين كالوالدين أو عدمه.

3. محور الأدوات و مدى تناسبها مع الأهداف: و يتمثل في نوع الأدوات و مدى وضوح آلية تطبيقها و تفسير نتائجها، مدى ألفة الفاحص بها و مستوى التدريب و التأهيل الذي تتطلبه، الوقت الذي تستغرقه و كيفية الإجابة عليها. (محمد عبد الفتاح الجابري، 2014، ص 18)

خلاصة الفصل:

ذلك هو الاضطراب الذي أشغل شغل كثير من العلماء، و بذلك كثير من الدول و الأموال، لكي تضع يدها على السبب الحقيقي و اليقيني للإصابة به. و لعل أهم مظاهره القصور في المهارات الاجتماعية و ذلك ما أكدته الأبحاث و الدراسات العلمية.

الجانب الميداني

الفصل الثالث :الإجراءات المنهجية للدراسة:

- تمهيد

1. منهج الدراسة.
2. عينة الدراسة.
3. أدوات جمع البيانات
4. اجراءات تطبيق الدراسة.
5. عرض و مناقشة النتائج.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل إجراءات الدراسة المنهجية، بدءاً من المنهج المعتمد و العينة المختارة و كذا الأدوات المستخدمة و التي تكشف في جملتها عن المراد من الدراسة ، ووصولاً إلى الأسلوب الإحصائي الذي يبرهن النتائج المتوصل إليها، و سنتعرض لهذه الإجراءات بشيء من التفصيل.

1. منهج الدراسة:

تختلف مناهج البحث باختلاف المواضيع المدروسة للوصول للحقيقة، و للكشف عنها لا بد من إتباع منهج علمي، و الذي يعرفه عبد الرحمان بدوي حسب عمار بوحوش بأنه: " فن التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة، إما من اجل الكشف عن الحقيقة عندما نكون بها جاهلين، وإما من اجل البرهنة عليها للآخرين حين نكون بها عارفين". (عمار بوحوش، محمد الذنبيات 1995، ص 89).

لما كانت الدراسة الحالية تبحث في أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد اعتمدت الباحثة المنهج الوصفي الاستكشافي ، الذي تفرضه طبيعة الموضوع من حيث أنه يقوم بوصف ما هو كائن و تفسيره، كما أنه يهتم بتحديد الظروف و العلاقات التي توجد بين الواقع و الحقائق، و لا يقتصر على جمع البيانات و تبويبها و لكنه يتضمن قدراً من التفسير لهذه البيانات فهو " عبارة عن وصف و تفسير ما هو كائن و الاهتمام بالظروف و العلاقات القائمة و المعتقدات ووجهات النظر و القيم و الاتجاهات عند الناس . . . و البحوث الوصفية هي التي تحدد الطريقة التي توجد بها الأشياء." (خير الدين عويس، 1999، ص 102)

كما يعتبر المنهج الاستكشافي من المناهج التي يلجأ لها الباحث لتذليل الصعوبات على مستوى استكشاف الظواهر، و تستعمل حين لا تتوفر مجالات العلوم على رصيد معرفي من

نظريات و قوانين، ما يجعل الباحث قادرا على تفسير الظواهر. (سيف الإسلام سعد عمر، 2009، ص 71)

2. عينة الدراسة:

1.2. عينة الدراسة الاستطلاعية:

قامت الباحثة باختيار عينة عشوائية استطلاعية قوامها (30) طبيب و طبيبة في الطب العام و الطب العقلي و طب الأطفال في مدينة بسكرة خارج العينة الأساسية بغرض التحقق من الخصائص السيكومترية للاستبيان المعتمد في الدراسة، و ذلك لحساب الصدق و الثبات وفق الطرق الإحصائية الملائمة.

2.2. عينة الدراسة الأساسية:

تكونت عينة الدراسة الأساسية من جميع المختصين الممارسين في كل من المصلحات الآتية:

- مصلحة الطب العقلي للأطفال بدريد حسين.
- مصلحة الطب العقلي بدالي براهيم
- مصلحة الطب العقلي بشراقة.
- مصلحة الطب العقلي (جوانفيل) بالبليدة.
- مصلحة الطب العقلي بورقلة.
- مصلحة الطب العقلي بباتنة.
- مصلحة الطب العقلي بالجلفة.

و البالغ عددهم 30 و قد اختيرت العينة بطريقة قصدية و ذلك لان المختص في الطب العقلي للأطفال هو الوحيد المسؤول عن تشخيص اضطراب التوحد .

و ما تجدر الإشارة إليه هو وقوفنا أثناء تطبيق الدراسة على كم من الصعوبات التي قد تعيق عملية البحث العلمي و هي عدم توفر العينة المطلوبة في مكان واحد و ذلك مما تطلب التنقل إلى عدة ولايات وإجراء بعض الاتصالات لمعرفة تواجد الأطباء في يوم الزيارة كما واجهت الباحثة صعوبة عدم استقبالها في بعض المراكز في بداية الأمر إلا بعد القيام بمجموعة من التدخلات ، و كذلك عدم استجابة الأطباء في البداية لطلب الباحثة.

• جدول رقم (1) يوضح توزيع أفراد العينة على مختلف المصالحات و كذلك النسب

المئوية:

| النسبة المئوية | عدد الأطباء | المصلحة |
|----------------|-------------|-------------------------------------|
| 30% | 09 | مصحة الطب العقلي للأطفال بدريد حسين |
| 07% | 02 | مصحة الطب العقلي بدالي براهيم |
| 26,6% | 08 | مصحة الطب العقلي بشراقة |
| 16,6% | 05 | مصحة الطب العقلي (جوانفيل) بالبليدة |
| 07% | 02 | مصحة الطب العقلي بورقلة. |
| 3,33% | 01 | مصحة الطب العقلي بباتنة |
| 10% | 03 | مصحة الطب العقلي بالجلفة |

3. أدوات جمع البيانات:

استخدمت الدراسة الحالية في جمع البيانات الخاصة بالمتغير "استبيان أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد" إعداد و تقنين الباحثة.

• وصف الاستبيان:

يهدف الاستبيان إلى التعرف على أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصون في الطب العقلي للأطفال، و قد اعتمدت الباحثة في تحديدها لأبعاد الاستبيان على "DSM V" الذي يتضمن كل من الأبعاد التالية:

• البعد الخاص بالفاحص: 1، 5، 6، 9، 11، 12، 16، 20، 21، 35

• البعد الخاص بالأدوات: 3، 8، 13، 15، 18، 22، 25، 26، 39

• بعد الفئة غير المتجانسة: 4، 31، 32، 33، 34، 36، 37، 38، 40

أما بقية الأبعاد فقد اعتمدت الباحثة على التراث النظري للتوحد و تمثلت في:

• البعد الخاص بالجانب البيوعصبي: 2، 7، 10، 14، 19، 23، 24

• البعد الخاص بالجانب الوراثي : 17، 27، 28، 29، 30

تكون الاستبيان في صورته الأولية من 40 فقرة موزعة على الأبعاد الخمسة، التي تم التفصيل فيها في الجانب النظري، بحيث توضع أمام كل فقرة الاختيارات التالية: غير موافق، موافق قليلا، موافق، موافق كثيرا، موافق بشدة.

• الخصائص السيكومترية للاستبيان:

أ. حساب صدق الاستبيان:

اعتمدت الباحثة في حسابها لصدق الأداة المصممة نوعين من الصدق و هي:

✓ **صدق المحكمين:** عرض الاستبيان في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة

المختصين في العلوم النفسية لإبداء آرائهم و ملاحظاتهم حول مناسبة الفقرات

للأبعاد التي تنتمي إليها و كذا وضوح صياغتها اللغوية، و الحكم على مدى

صلاحية كل مفردة لقياس ما وضعت لقياسه بالسلب أو الإيجاب، و بناء على توجيهاتهم تم الاحتفاظ بالعبارات التي أجمع عليها المحكم ونسبة 75% كما قامت الباحثة بتعديل بعض العبارات المؤشر عليها بعدم وضوحها، و بذلك بقي عدد فقرات الاستبيان (40) موزعة على الأبعاد الخمسة الآتية:

1. **البعد الخاص بالفاحص:** ويتمثل في مدى تأثير خبرة الفاحص و نوع تأهيله و ذاتيته أو موضوعيته و ألفته مع المفحوص، و بيئة الفحص على دقة التشخيص.
2. **البعد الخاص بالأدوات:** ويتمثل في مدى تناسب الأدوات مع الأهداف، و نوعها و كذلك مدى وضوح آلية تطبيقها و تفسير نتائجها و كذلك مدى ألفة الفاحص بها ومستوى التدريب و التأهيل الذي تتطلبه.
3. **البعد الخاص بعدم تجانس الفئة:** ونقصد بها عدم التجانس و هي عبارة عن اختلاف حالات التوحد من حالة إلى أخرى نتيجة لعدة عوامل منها، تعددية الأعراض و مدى شدتها، الفروق الفردية بين المفحوصين مقدار القدرة العقلية، تعاون المفحوص، العمر الزمني للمفحوص، التاريخ التربوي و التدريبي له.
4. **البعد الخاص بالجانب البيوعصبي:** ويتمثل في الأسباب البيولوجية و العصبية التي من شأنها أن تؤثر على النمو الطبيعي للجهاز العصبي المركزي و التي قد تؤدي إلى سلوك التوحد و التي تستند إلى أسباب علمية ثابتة و بعضها نظريات مقترحة لم يقرها المجتمع العلمي.
5. **البعد الخاص بالجانب الوراثي:** و يتمثل في دور الوراثة في تشخيص التوحد بناء على دراسات حول العوامل الجينية و مدى تطابقها في كل حالات التوحد، و التي لم تعتمد لحد الآن إلى سند قوي لإثباتها.

بـ0.836، بعدها تم تصحيح الطول بمعادلة " سبرمان براون "، فبلغ المعامل 0.91، و هذا ما يدل على أن المقياس يتمتع بثبات قوي .

✓ حساب الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

لقد تم حساب معامل الثبات ألفا كرونباخ حيث بلغت قيمة معامل الدرجة الكلية للمقياس 0.83

• جدول رقم (3): يوضح المعاملات المستخدمة في حساب ثبات الاستبيان.

| الاستبيان | عدد الفقرات | معامل بيرسون | معامل ألفا كرونباخ | معامل سبيرمان براون |
|-----------|-------------|--------------|--------------------|---------------------|
| | 40 | 0.836 | 0.83 | 0.91 |

وبناء على ما سبق اتضح للباحثة إن استبيان أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد يتسم بدرجة عالية من الصدق و الثبات تعزز النتائج التي سيتم جمعها للحصول على النتائج النهائية للدراسة.

ج. مفتاح تصحيح الاستبيان:

يتم تصحيح هذا الاستبيان وفقا لتدرج خماسي (غير موافق؛ موافق قليلا؛ موافق؛ موافق كثيرا؛ موافق بشدة)، تمنح لها الدرجات (1،2،3،4،5) على التوالي وفقا لاستجابة الطبيب المختص، ويتم حساب الدرجة الكلية بجمع درجاته على الأبعاد وتتراوح الدرجة الكلية بين (40- 200) وتدل الدرجة المرتفعة على وجود صعوبة مرتفعة لتشخيص التوحد.

4. إجراءات تطبيق الدراسة:

تم إجراء الدراسة الأساسية خلال الموسم الجامعي (2015-2016)، حيث تم توزيع الاستبيان على عينة الدراسة ، و جمعها و ذلك في شهر أفريل و شملت مجموعة من قطاعات الطب العقلي.

✓ الأساليب الإحصائية المعتمدة في الدراسة:

استخدمت الباحثة في الدراسة الحالية الأساليب الإحصائية التالية:

- اعتمدت الباحثة على التكرارات و النسب المئوية.
- معامل ارتباط بيرسون.
- معامل سبيرمان براون لتصحيح الثبات بالتجزئة النصفية للاستبيان.
- ألفا كرونباخ لحساب معاملات الثبات.
- اختبار "ت" لدلالة الفروق.
- المتوسطات الحسابية.

5. عرض و مناقشة النتائج:

✓ عرض و مناقشة التساؤل الأول:

- نص التساؤل على مايلي:

ما أبرز أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال؟

- لغرض فحص نتائج التساؤل الرئيسي قمنا بحساب المتوسطات الحسابية للأبعاد الخمس

و النتائج المتوصل إليها مبينة في الجدول الآتي:

• جدول رقم (4): يوضح المتوسطات الحسابية للأبعاد.

| الأبعاد | N | الأدنى | الأعلى | المتوسط | الانحراف |
|----------------------------------|----|--------|--------|---------|----------|
| البعد الخاص بالفاحص | 30 | 20 | 40 | 30,40 | 6,420 |
| البعد الخاص بالأدوات | 30 | 10 | 37 | 25,63 | 6,003 |
| البعد الخاص بالفئة غير المتجانسة | 30 | 23 | 38 | 30,77 | 4,345 |
| البعد الخاص بالجانب البيوعصبي | 30 | 11 | 27 | 17,40 | 4,082 |
| البعد الخاص بالجانب الوراثي | 30 | 6 | 19 | 11,83 | 3,677 |
| Valid N (listwise) | 30 | | | | |

يتضح من خلال الجدول السابق ما يلي:

- أظهرت النتائج أن البعد الثالث جاء بمتوسط حسابي مرتفع عن الأبعاد الأخرى و ذلك

ب:30,77 و هو ما يشير إلى أن السبب الأول الذي يجعل من تشخيص التوحد صعب هو

أن الفئة غير متجانسة، ما يجعل أعراض التوحد مختلفة من حالة إلى أخرى.

- كما أظهرت النتائج أن البعد الأول جاء بمتوسط حسابي 30,40، ما يدل أن السبب الثاني لصعوبة التشخيص من وجهة نظر الأطباء هو مدى خبرة الفاحص و تكوينه.
- أما البعد الثاني فقد جاء بمتوسط حسابي 25,63 و هو البعد الخاص بالأدوات و هذا ما يدل أن للأدوات دور أيضا في صعوبة تشخيص التوحد و ذلك من وجهة نظر الأطباء.
- كما أسفرت النتائج على أن البعدين الرابع و الخامس قد جاءا بمتوسطين حسابيين 17,40 و 11,83 و هما البعدين البيوعصبي و الوراثي على التوالي و هذا ما يدل على أن هذين البعدين لا يتم الاعتماد عليهما كأسباب رئيسية في التشخيص.

✓ عرض و مناقشة التساؤل الثاني:

- نص التساؤل على ما يلي:

ما درجة صعوبة تشخيص اضطراب التوحد لدى المختصين في الطب العقلي للأطفال؟

و للإجابة على التساؤل قامت الباحثة بحساب الدرجة الكلية للاستبيان ثم حساب علوي وإضافة نفس القيمة للحصول على ثلاث مستويات تعكس درجة صعوبة التشخيص و الجدول التالي يوضح ذلك:

• جدول رقم (5): يوضح درجة صعوبة تشخيص اضطراب التوحد.

| تقدير درجة صعوبة تشخيص التوحد. | درجة الصعوبة. |
|--------------------------------|--------------------------------|
| - 40 | - صعوبة منخفضة لتشخيص التوحد. |
| - 94 | - صعوبة متوسطة لتشخيص التوحد . |
| - 147 | - صعوبة كبيرة لتشخيص التوحد. |

و للإجابة على التساؤل تم استخدام التكرارات والنسب المئوية ، وحسب أفراد العينة والمتمثلة في 30 طبيب مختص في الطب العقلي للأطفال، نلاحظ أن درجة صعوبة تشخيص

اضطراب التوحد حسب رأيهم تمثلت في أن هناك 24 طبيب وهم بنسبة 80 بالمئة من أفراد العينة، يرون أن درجة صعوبة تشخيص التوحد تكمن في أنها متوسطة ، في حين أن 4 أطباء بنسبة 13.3 بالمئة يرون بأن تشخيص التوحد لا يحتاج صعوبة كبيرة وإنما تشخيصه سهل، في حين 2 أطباء يرون بأن تشخيص التوحد أمر في غاية الصعوبة.

✓ مناقشة نتائج الدراسة:

جاءت نتائج التساؤل الأول عن أن أبرز الأسباب في صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال، هو عدم تجانس الفئة و يمكن تفسير ذلك على تركيز المختصين على عدم تجانس الأعراض و على تعددها، حيث يواجه المختص مجموعة من الحالات الفردية للتوحد، فكل طفل توحي يعتبر حالة قائمة بذاتها، و لكي يصل المختص إلى تشخيص دقيق لابد له أن يتأكد من أنه يتعامل مع عينات تختلف اختلافا كبيرا فيما بينها و مع ذلك تعطي التشخيص نفسه " التوحد". كما يجد المختص نفسه أمام مجموعة من الأطفال الصامتين تارة و مجموعة أخرى من الأطفال القادرين على الكلام تارة أخرى، غير أن جميع الأطفال في المجموعتين يصنفون على أنهم توحيون مع أن المجموعتين مختلفتان.

كما إن بعض الأطفال، حتى غير المعوقين قد يجد المختص في سلوكياتهم بعض سمات التوحد التي تظهر في بعض الأحيان و الفترات محدودة، و بهذا فهم ليسوا أطفال توحيين، و من هنا تحدث أخطاء في تشخيص الاضطراب فيحكم على الطفل أنه توحي و هو ليس كذلك. كما يجد المختص أن أعراض التوحد تتشابه مع أعراض إعاقات أخرى مثل التخلف العقلي، الفصام، الذهان، الصرع، الصمم، و إعاقات التخاطب.... و غيرها.

من بين ابرز العوامل التي تضمنتها هذه الفئة، هو عامل المدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض، حيث نجد في المعيار التشخيصي الوارد في التصنيف DSMV أن أعراض التوحد يجب أن تظهر قبل سن (36) شهرا، بالتعريف الفضفاض الموالي: "الأعراض يجب أن تكون

موجودة منذ الطفولة الأولى لكن لا يمكن ألا تظهر بشكل كامل إلا عندما تعجز المهارات المحدودة عن الاستجابة للمتطلبات الاجتماعية." (يوسف عدوان، 2015، ص 13) و بالتالي يضع هذا التعريف المختصين في جدل حول بداية الاضطراب الفعلية، فقد تختلف من طفل إلى آخر، حيث تتدخل عوامل أخرى في بداية اكتساب الاضطراب و تختلف من أسرة إلى أخرى، حيث نجد أن الفرض الذي جاءت به مدرسة التحليل النفسي بشأن أسباب التوحد، و الذي ادعت فيه بوجود ارتباط بين السمات الديمغرافية للأسر و التوحد، فقد لاحظ " ليو كانر " أن أسر المجموعة الأولى من الأطفال التوحديين الذين أجرى عليهم الدراسة يتمتعون بمستوى اجتماعي ، و اقتصادي، و أكاديمي عال جدا. و قد فسر ذلك على أنه تأييد و إثبات الفرض النفسي الذي يرى أن طموح الآباء الشخصي و عقلاانيتهم المفرطة قد أثرا سلبا في تعاطفهم و دفتهم نحو أطفالهم (فاطمة عياد، 2010، ص 65). و بالتالي قد يجد المختص نفسه أمام إشكال كبير و هو صعوبة الحصول على تاريخ مفصل لمراحل نمو الطفل، و كذا تاريخه التربوي و هذا لانشغال الوالدين و ترك الأطفال في مؤسسات تربية غير مؤهلة لاستقبال الأطفال و التعامل معهم حسب متطلبات المرحلة العمرية، حيث نجد مؤخرا بعض المؤسسات التي تستقبل الأطفال لا تعتمد على طاقم مؤهل ، حيث يتم وضع الطفل مباشرة أمام التلفاز لساعات طويلة و بالتالي يحرمون من اللعب و التواصل الاجتماعي مع أقرانه.

كما نجد أن النتائج المتوصل إليها من طرف المختصين أكدت أن للمختص دور رئيسي في عملية التشخيص فهذا الأخير يعتمد على نوعية التكوين ، حيث نجد في الآونة الأخيرة أن اضطراب التوحد أصبح يتم تشخيصه من طرف مختصين في علم النفس الإكلينيكي، في حين أن هذا ما يختص به الطبيب العقلي للأطفال، و هذا ما أدى إلى أخطاء في التشخيص، فبعد عرض الطفل على مجموعة من المختصين في علم النفس الإكلينيكي، لا يصل الوالدين إلى تشخيص دقيق، و بالتالي يضطر إلى أخذه إلى المختص في الطب العقلي و ذلك بعد مرور وقت طويل ، و هذا ما يصعب على الطبيب عملية التشخيص لتداخله مع أعراض أخرى قد تكون مكتسبة،

و هذا مذاكرته المختصة في الطب العقلي للأطفال في مستشفى الشارقة للأمراض العقلية الدكتور
"بن عيفة".

كما تضمن البعد الثاني، خبرة الفاحص و هذا ما ركز عليه مجموعة من المختصين الجدد
في قطاع الطب العقلي لمستشفى دريد حسين للأمراض العقلية ، حيث أشاروا إلى أنهم يجدون
صعوبة كبيرة في تشخيص التوحد لانعدام الخبرة لديهم في المجال. كما ينبغي على المختص
القيام بعدة دورات تكوينية و متابعة كل ما هو جديد في مجال الاضطراب، ما يساعده على فهم
و تفسير سلوكيات الطفل و فصلها عن الاضطرابات الأخرى. لكن ما نجده في الواقع أن
المختص منذ تخرجه من الجامعة يكتفي بما اكتسبه من قبل و يعمل به لمدة طويلة من الوقت،
فقط هناك مجموعة بسيطة منهم من يحاول الاطلاع و التعرف على آخر المستجدات، و هذا ما
لاحظته الباحثة خلال قيامها بتكوين حول برنامج "ABA" الذي يتضمن كل ما هو جديد حول
الاضطراب من معلومات و أدوات فحص. لكن كان عدد المنضمين للتكوين اثنين فقط من
المختصين و هذا عدد قليل بالنسبة إلى حجم انتشار المرض. و من العوائق التي ركز عليها
المختصون أيضا هي افتقار المؤسسات العمومية إلى بيئة جيدة للفحص، فالمختص قد يشخص
الطفل في المكتب و ذلك من خلال حصة أو حصتين و هي غير كافية لعملية التشخيص، بحيث
لا يتشكل نوع من الألفة بين الفاحص و الطفل التوحدي، و بالتالي لا يمكن للمختص أن يلاحظ
معظم السلوكيات التي يقوم بها الطفل، هذا ما يؤدي به إلى الاعتماد على المعلومات المقدمة من
طرف الوالدين و التي لا تكون في غالب الأحيان دقيقة و هذا ما يشكل عائق أمام معرفة نوعية
الاضطراب.

حسب النتائج المتوصل إليها نجد أن للأدوات دور مهم في صعوبة التشخيص، حيث يعتمد
التشخيص الدقيق للتوحد على مدى وضوح آلية التطبيق و القدرة على تفسير النتائج المتحصل
عليها، و هنا نجد أن التدريب ضروري و مهم حيث نجد أن المختص يتقن تطبيق الأدوات

التقليدية، في حين أنه عندما تلقت الباحثة التدريب اطلعت على مجموعة من الأدوات الجديدة، على سبيل المثال اختبار "VBMAPP" و "ABLLS"، لكن يتطلب تطبيقها تكوين خاص و مكثف و هذا ما يعاني منه المختصون، فالتدريبات الخاصة تتطلب مصاريف كبيرة قد لا يستطيع المختص تغطيتها.

هناك اتفاق حالياً على أن التوحد يتميز بمجموعة من السمات السلوكية الخاصة به، و يرجع الوصول إلى اتفاق بشأن معايير تشخيص اضطراب التوحد إلى الاتفاق بين اثنين من أكثر النظم التشخيصية انتشاراً و قبولاً لدى المختصين و هذان النظامان التشخيصيان هما الطبعة الرابعة من الدليل الإحصائي و التشخيص لجمعية الطب النفس الأمريكية (DSM IV 1994) والطبعة العاشرة من التصنيف الدولي للأمراض الصادرة عن منظمة الصحة العالمية (ICD 10. 1993). (فاطمة عياد، 2010، ص، 63)، و لكن التصنيفات الحديثة المقترحة في (DSM V) و التي قام من خلالها الباحثين تعديل التصنيفات و دمجها ضمن مسمى جديد هو اضطراب طيف التوحد (ASD) و الذي يجمع ما كان يعرف سابقاً باضطراب التوحد (AD)، و متلازمة اسبرجر (Asperger Syndrome)، و اضطراب التفكك الطفولي (CDD)، و الاضطراب النمائي غير المحدد (PDD NOS) ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد و شدة الأعراض. كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية، و التي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد: الاضطرابات العقلية، و اضطرابات التواصل، و ضعف الانتباه والنشاط الزائد، و صعوبات التعلم المحددة، و الاضطرابات الحركية. (محمد عبد الفتاح الجابري، 2014، ص 6)، هذه التغيرات الحديثة زاد من صعوبة عملية التشخيص من وجهة نظر المختصين.

نجد أيضاً من خلال النتائج أن البعد المتعلق بالأدوات كان أيضاً من بين الأسباب الرئيسية لصعوبة التشخيص، حيث يعتمد التشخيص الدقيق للطفل التوحدي على مدى وضوح آلية تطبيق

الأدوات التي يستخدمها الفاحص، و القدرة على تفسير النتائج المتحصل عليها، وهذا يعتمد بالضرورة على مستوى التدريب الذي يتلقاه المختص . حيث يتوجب على المختصين تلقي تدريبات خاصة حول الأدوات التي يتم استخدامها، و هذا ما تقتصر إليه المؤسسات التي تستقبل أطفال التوحد.

إن أحد الأسباب المؤدية لصعوبة التشخيص أيضا من وجهة نظر المختصين هو أن التوحد كان ولا يزال تشخيصا ظاهريا، أي انه يعتمد على ملاحظة الظواهر السلوكية لا على التقييم النهائي للسمات البيولوجية . (فاطمة عياد، 2010، ص 62) فإذا أخذت الاختلافات و الفروق بين التوحديين وعدم تجانسهم في الاعتبار فإن الاختلاف بين المختصين أمر متوقع.

إن تشخيص متلازمة داون مثلا محدد و دقيق، حيث إن تحليل الجينات الوراثية سوف يظهر بسهولة " تثلاث الكروموسوم 21" و لذلك يكون التشخيص واضحا، و تكون الفروق الفردية في أعراض متلازمة داون محدودة نسبيا . أما التوحد فلم يحدد السبب البيولوجي له بشكل مؤكد فضلا على التباين الكبير في أعراضه و الصور التي نجده عليها، و مع ذلك تكون لها أسباب جينية مختلفة و يمكن إرجاعها أيضا إلى أكثر من عامل بيولوجي . لكن نجد النتائج المتحصل عليها من خلال الاستبيان المطبق أن الجانب البيولوجي و الوراثي لا يتم أخذه بعين الاعتبار من الرغم أننا في دراستنا حاولنا التركيز على الجوانب البيوعصبية و الوراثية و التي يؤكد الطب حاليا دورهما الهام في الإصابة بالاضطراب .

ما نجده حسب النتائج المتوصل إليها أن من الأسباب التي لها تأثير سلبي على دقة عملية التشخيص، هو أن الأطفال التوحديين يتمتعون بمستوى عادي أو طبيعي من الذكاء و القدرات العقلية، و هذا ما عبر عنه "كانر" بـ (قدرات معرفية جيدة)، و قد بنى "كانر" افتراضه على أساس أن الأطفال الذين درس حالتهم في البداية كانوا شديدي الجاذبية، و لم تظهر عليهم أي أعراض فيسيولوجية غير طبيعية، كالتالي نراها لدى المصابين بمتلازمة داون أو غيرهم من فئات التخلف

العقلي. و بالإضافة إلى ذلك فقد كان "كانر" متأثراً بحقيقة أن أداء الأطفال الذين بحث حالتهم على اختبارات الذكاء لم يكن ضعيفا بشكل عام. ففي مقابل المتخلفين عقليا و الذين يحصلون على درجات متدنية في جميع أفرع اختبارات الذكاء، نلاحظ أن هناك فروقا بين مستوى و أداء الأطفال التوحديين في تلك الاختبارات الفرعية . فقد يكون أدائهم جيدا في الاختبارات التي تقيس التناسق الحسي الحركي و القدرات البصرية و الذاكرة البعيدة المدى، في الوقت الذي يكون فيه ضعيفا في الاختبارات التي تقيس المهارات اللفظية و التفكير في المفاهيم المجردة.

كما نجد أنه لما قامت الباحثة بحساب درجة صعوبة تشخيص اضطراب التوحد وجدت أن نسبة قليلة من المختصين تقدر بـ 2% من أكدوا على أنهم يجدون صعوبة في التشخيص، في حين أن ما نراه في الواقع يعكس غير ذلك، فالتقارير الطبية الخاطئة، و التشخيصات المتأخرة وكذا نسبة الأولاد التي لم يتم تشخيصها لحد الآن تعبر عن مدى صعوبة تشخيص هذا الاضطراب.

تعددت و كثرت الأدوات المستخدمة في تشخيص الطفل التوحدي ، و رغم ذلك مازال التشخيص معقدا و صعبا للغاية ، و ذلك بسبب تشابه أعراض هذا الاضطراب مع اضطرابات أخرى، و كذلك الغموض الكبير الذي مازال يكتنف مسببات المرض.

و عليه فإن عملية التشخيص رغم المحكات و المعايير المتفق عليها، فهي تحتاج إلى المختص المدرب الواعي ذي الخبرة العالية في ملاحظة و تسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، بالإضافة إلى إجراء الفحوص الطبية اللازمة لاستبعاد بعض الإعاقات العضوية كحالات الصمم أو مشكلات الكلام و التخاطب، و عدم إهمال الجانب العصبي، هذا الأخير نجده مهماش في تشخيص الاضطراب من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال، مع أننا كنا نحاول في بحثنا تسليط الضوء عليه كسبب رئيسي، و ذلك لتركيز الأبحاث الحديثة على الجانب العصبي و البيولوجي. و في الأخير فإن عملية تشخيص التوحد الدقيق تسمح بتقديم أسلوب علاجي مناسب للطفل، سواء تعلق بالعلاج الدوائي أو كافة البرامج التربوية و التدريبية للتخفيف من أعراض هذا الاضطراب و تحسين كافة جوانب النمو للطفل التوحدي.

المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. أمال عبد السميع باظة (2003): اضطرابات التواصل و علاجها، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة.
2. أميرة طه بخش (2002): دراسة تشخيصية مقارنة في السلوك الانسحابي للأطفال التوحديين و أقرانهم المتخلفين عقليا، مجلة العلوم التربوية و النفسية، الكويت، المجلد 2، العدد 3، سبتمبر.
3. ايهاب محمد خليل، ممدوح محمد سلامة، محمد السيد أبو النيل (2009): اللاوتيزم " التوحد" و الإعاقة العقلية، مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع، القاهرة، مصر ، الطبعة الأولى.
4. بوحوش عمار و محمد الذنبيات (1999): مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية.
5. جمال مثقال القاسم، ماجدة السيد عبيد (2000) : الاضطرابات السلوكية، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، الاردن، الطبعة الأولى.
6. جوردن ريتا (2007) : الاطفال التوحديون، جوانب النمو و طرق التدريس، الشركة الدولية للطباعة و النشر القاهرة، الطبعة الثانية.
7. خير الدين علي أحمد عويس (1999): علم النفس الاجتماعي والنشاط الرياضي، ب د، دار الفكر العربي، القاهرة.
8. رابية ابراهيم الحكيم (2005): عيادة الطب النفسي و الارشاد للأطفال - طيف التوحد منتديات الحصن النفسي، الطفولة و تقنيات التربية الصحيحة.
9. ربيع شكري سلامة (2005) : التوحد - اللغز الذي حير العلماء و الاطباء، دار النهار، القاهرة.
10. رمضان محمد القذافي (1994): سيكولوجية الاعاقة، الجامعة المفتوحة، مطبعة الانتصار، ليبيا.
11. زكريا أحمد الشربيني (2004): طفل خاص بين الاعاقات و المتلازمات، تعريف و تشخيص، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
12. فهد بن حمد المغلوث (2006) ، التوحد كيف نفهمه و نتعامل معه، ط1 مؤسسة الملك خالد الخيرية، الرياض.
13. قحطان أحمد الظاهر (2009) : التوحد، دار وائل للنشر، عمان، الطبعة الأولى.
14. ماجد سيد علي عمارة (2005) : إعاقة التوحد بين التشخيص و التشخيص الفارقي ، مكتبة زهراء الشروق مصر ، بدون طبعة.

15. مجدي فتحي غزال (2007): فاعلية برنامج تدريبي في تنمية المهارات الاجتماعية لدى عينة من الأطفال التوحديين، مذكرة ماجستير، عمان
16. محمد عبد الفتاح جابري (2014): التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة، ورقة عمل مقدمة لـ: الملتقى الاول للتربية الخاصة... الرؤى و التطلعات المستقبلية، المنعقد في تبوك - المملكة العربية السعودية.
17. محمد عدنان عليوات (2007): الأطفال التوحديون، دار الباروزي العلمية للنشر و التوزيع، عمان، بدون الطبعة.
18. نايف بن عابد الزراع (2010) ، المدخل لاضطراب التوحد، ط 1، دار الفكر، عمان.
19. وفاء علي الشامي (2004): خفايا التوحد - أشكاله و أسبابه و تشخيصه، مكتبة الملك فهد الوطنية.
20. يحي قبائلي (2001) : الاضطرابات السلوكية و الانفعالية، الطريق للنشر و التوزيع، عمان ، الطبعة الأولى

المراجع باللغة الأجنبية:

21. Amir , R.E., Van den Veyver, I .B., Wan , M ., Tran, C.Q ., Francke, U., and Zoghbi, HY (1999) : Rettsyndrome is caused by mutation in X-linked MCP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2 . Nat Genet. 23.
22. Association American de psychiatrie (2003) : Manuel diagnostique et statistique des trouble mentaux, DSM 4 , Masson , Paris.
23. Catherine Lord, Edwin H Cook, Bennett L. Leventhal, and David G. Amaral (2000) : Autism spectrum disorder, Department of psychiatry, the University of Chicago 5841 South Maryland <avenue Chicago, Illinois 60637, Department of Psychiatry Center For Neuroscience and the M.I.N.D. Institute ,University of California Davis, California 95616.

24. Cook, E (2000). **Genetics of autism. Child Adolescent,**
PsychiatricClin.N. Am. , in press.
25. G.LelordSuava(1991) : **L'autisme de l'enfant**, Masson, Paris.
26. M .Jean-Réné Buisson (2010) : **La Pédopsychiatrie : prévention et prise en charge**, Paris.
27. O .Chatillo – F. Galvao (2011) : **Psychiatrie Pédopsychiatrie**, 2^eédition ,
Paris.
28. Tony Attwood (2013) : **Le syndrome D'asperger**, Association Asperger
Aide, 3^e édition, Belgique.

الملاحق

أسماء السادة المحكمين

| الاسم | الدرجة العلمية | التخصص |
|----------------------|----------------------|-------------------|
| أ. محمد بلوم | أستاذ التعليم العالي | علم النفس العيادي |
| أ. عبد الحميد عقاقبة | أستاذ مساعد ب | علم النفس العيادي |
| أ. زهرة ريحاني | أستاذ مساعد ب | علم النفس العيادي |
| د. لحسن العقون | أستاذ محاضر ب | علم النفس العيادي |

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

طلب تحكيم

إستمارة تحكيم إستبيان لتحديد أسباب صعوبات تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصون في الطب العقلي للأطفال .

أستاذي الفاضل، تحية طيبة... و بعد،

في إطار اعداد مذكرة تخرج للحصول على شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي ، أضع بين ايديكم أداة تحكيم لإستبيان يقيس صعوبات تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال راجية الاستفادة من ملاحظاتكم و توجيهاتكم القيمة بخصوص التعليم البدائل و الفقرات المتعلقة بأبعاد الاستبيان ، و جداول مرافقة لغرض التحكيم .

شكرا لكم لتعاونكم معنا.

الطالبة: أمينة أقرين

تصميم استبيان لقياس صعوبات تشخيص اضطراب التوحد

الموضوع : اسباب صعوبة تشخيص اضطراب من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال

يعتبر التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية الاكثر صعوبة بالنسبة للطفل نفسه ولوالديه، ولأفراد الاسرة الذين يعيشون معه، كما يعتبر من الاضطرابات التي يصعب على المختصين تحديد تشخيص مناسب لكل حالة تواجههم، و ذلك راجع لعدة أسباب و عوامل وهذا ما سنطرحه في التساؤل التالي:

تساؤل الدراسة:

ما أبرز أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد من وجهة نظر المختصين في الطب العقلي للأطفال؟

التعليمة:

سيدي الفاضل:

أمامك مجموعة من العبارات تصف وجهة نظرك حول أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد، الرجاء منك ان تقرأها بتمعن ثم تضع علامة (X) أمام الفقرة التي تناسبك مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و أن إجابتك سوف تحظى بالسرية التامة و لا تستغل إلا في البحث العلمي.

شكرا جزيلا على تعاونكم معنا.

الطالبة: أمينة أقرين

| التعليمية | غير واضحة | واضحة | التعديل |
|-----------|-----------|-------|---------|
| | | | |

| البدائل | غير مناسبة | مناسبة تقريبا | مناسبة جدا | التعديل |
|-------------|------------|---------------|------------|---------|
| غير موافق | | | | |
| موافق قليلا | | | | |
| موافق | | | | |
| موافق كثيرا | | | | |
| موافق بشدة | | | | |

| | غير كاف | كاف نسبيا | كاف جدا | التعديل |
|-------------|---------|-----------|---------|---------|
| عدد البدائل | | | | |

وصف الاستبيان: يتكون الاستبيان من خمسة ابعاد نعرضها كالآتي:

1. البعد الخاص بالفاحص:

ويتمثل في مدى تأثير خبرة الفاحص و نوع تأهيله و ذاتيته أو موضوعيته و ألفته مع المفحوص، و بيئة الفحص على دقة التشخيص.

(جدول يمثل النسب المئوية المعبرة عن مدى مطابقة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه)

| ملاحظة | اكثر من 75% | 50% | اقل من 25% | ال فقرات |
|--------|-------------|-----|------------|---|
| | | | | 1. نقص خبرة الفاحص وتدريبه بسبب صعوبة في تشخيص التوحد بدقة. |
| | | | | 2. ضعف التكوين الاكاديمي و متابعة الجديد بسبب صعوبة في تشخيص التوحد بدقة. |
| | | | | 3. يعتمد التشخيص الدقيق للتوحد على مدى ألفة الفاحص بالمفحوص |
| | | | | 4. تلعب بيئة الفحص دورا كبيرا في عملية تشخيص التوحد |
| | | | | 5. تتوقف دقة تشخيص التوحد على مصداقية المعلومات المقدمة من طرف الوالدين |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | 6. يتطلب التشخيص الدقيق للتوحد فريقا طبيا ذو تكوين متخصص. |
| | | | | 7. صعوبة التواصل مع الطفل التوحد تعطل عملية التشخيص. |
| | | | | 8. التصنيفات الحديثة المقترحة في DSM V تصعب من عملية التشخيص على الفاحص. |
| | | | | 9. اعتبار طيف التوحد من الاضطرابات العصبية قد يعقد المهمة على الفاحص |
| | | | | 10. عدم تعاون المتوحد مع الاخصائي يعيق عملية التشخيص الدقيق. |

| عدد الفقرات | غير كاف | كاف | اقترح |
|-------------|---------|-----|-------|
| | | | |

| وضوح الفقرات | غير واضحة | واضحة | واضحة نسبيا | واضحة تماما | اقتراح |
|--------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

| ترتيب الفقرات | غير مرتبة | مرتبة | مرتبة نسبيا | مرتبة تماما | اقتراح |
|---------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

| لغة الفقرات | غير مناسبة | مناسبة | التعليق |
|-------------|------------|--------|---------|
| | | | |

ملاحظات اخرى:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2. البعد الخاص بالأدوات:

ويتمثل في مدى تناسب الأدوات مع الاهداف، و نوعها و كذلك مدى وضوح الية تطبيقها و تفسير نتائجها و كذلك مدى الفة الفاحص بها ومستوى التدريب و التأهيل الذي تتطلبه.

(جدول يمثل النسب المئوية المعبرة عن مدى مطابقة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه)

| ملاحظة | اكثر من 75% | 50% | اقل من 25% | الفقرات |
|--------|-------------|-----|------------|---|
| | | | | 1. الادوات المتوفرة التي استخدمها تسبب صعوبة في التشخيص. |
| | | | | 2. كيفية تطبيق الادوات التي استخدمها تتسبب في صعوبة في التشخيص. |
| | | | | 3. تتوقف عملية تشخيص التوحد على مدى معرفة الفاحص لأنواع الفحوصات المستخدمة. |
| | | | | 4. تفسير النتائج المستخلصة من تطبيق الادوات يسبب صعوبة في التشخيص. |
| | | | | 5. التدريب الذي تلقته حول تطبيق الادوات يسبب في صعوبة في التشخيص. |
| | | | | 6. الوقت الذي اقضيه في استخدام الادوات يسبب في صعوبة التشخيص. |

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | 7. تتضمن ادوات التشخيص فقرات يصعب على الاولياء فهمها |
| | | | | 8. تقتصر الادوات المستخدمة في تشخيص التوحد على ملاحظة الاعراض السلوكية فقط. |
| | | | | 9. عدم توفر الادوات اللازمة لتشخيص اضراب التوحد عند المختص و هذا ما يصعب عملية التشخيص. |

| عدد الفقرات | غير كاف | كاف | اقتراح |
|-------------|---------|-----|--------|
| | | | |

| وضوح الفقرات | غير واضحة | واضحة | واضحة نسبيا | واضحة تماما | اقتراح |
|--------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

3. البعد الخاص بالفئة غير متجانسة:

ونقصد بها عدم التجانس و هي عبارة عن اختلاف حالات التوحد من حالة إلى أخرى نتيجة لعدة عوامل منها، تعددية الاعراض و مدى شدتها، الفروق الفردية بين المفحوصين مقدار القدرة العقلية، تعاون المفحوص، العمر الزمني للمفحوص، التاريخ التربوي و التدريبي له.

(جدول يمثل النسب المئوية المعبرة عن مدى مطابقة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه)

| ملاحظة | اكثر من 75% | 50% | اقل من 25% | الفقرات |
|--------|-------------|-----|------------|--|
| | | | | 1. أجد صعوبة في تشخيص التوحد بسبب تعدد الاعراض |
| | | | | 2. صعوبة التعرف على القدرات العقلية للمتوحد يخل عملية التشخيص الدقيق. |
| | | | | 3. تفاوت شدة الاعراض من حالة الى أخرى يسبب صعوبة في التشخيص. |
| | | | | 4. اختلاف الاعراض من حالة الى اخرى يسبب صعوبة في التشخيص. |
| | | | | 5. صعوبة الحصول على التاريخ التربوي التدريبي للطفل التوحد يعمق عملية التشخيص . |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | 6. صعوبة الحصول على تاريخ مفصل لمراحل النمو خلال السنوات الاولى للمتوحد يصعب المهمة. |
| | | | | 7. اختلاف المدى العمري الذي تظهر فيه الاعراض بسبب صعوبة في التشخيص |
| | | | | 8. وجود اضطرابات أخرى مصاحبة للتوحد بسبب صعوبة في التشخيص |
| | | | | 9. اختلاف المرحلة العمرية التي تظهر فيها الاعراض قد يظل عملية التشخيص. |

| عدد الفقرات | غير كاف | كاف | اقترح |
|-------------|---------|-----|-------|
| | | | |

| وضوح الفقرات | غير واضحة | واضحة | واضحة نسبيا | واضحة تماما | اقترح |
|--------------|-----------|-------|-------------|-------------|-------|
| | | | | | |

| ترتيب الفقرات | غير مرتبة | مرتبة | مرتبة نسبيا | مرتبة تماما | اقتراح |
|---------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

| لغة الفقرات | غير مناسبة | مناسبة | التعليل |
|-------------|------------|--------|---------|
| | | | |

ملاحظات اخرى:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. البعد الخاص بالجانب البيوعصبي:

ويتمثل في الاسباب البيولوجية و العصبية التي من شأنها ان تؤثر على النمو الطبيعي للجهاز العصبي المركزي و التي قد تؤدي الى سلوك التوحد و التي تستند الى اسباب علمية ثابتة و بعضها نظريات مقترحة لم يقرها المجتمع العلمي.

(جدول يمثل النسب المئوية المعبرة عن مدى مطابقة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه)

| ملاحظة | اكثر من 75% | 50% | اقل من 25% | الفقرات |
|--------|-------------|-----|------------|--|
| | | | | 1. يصعب تشخيص التوحد بسبب احتمالية سلامة مخ التوحدي. |
| | | | | 2. يصعب تشخيص التوحد بسبب تضارب النتائج المتعلقة بالجانب البيولوجي. |
| | | | | 3. يصعب تشخيص التوحد بسبب تفاعل العوامل الوراثية و البيئية و العصبية. |
| | | | | 4. يصعب تشخيص التوحد بسبب وجود حالات من التوحد تميل لإظهار سمات العبقرية في جانب معين. |
| | | | | 5. يصعب تشخيص التوحد بسبب تداخل اعراضه مع اعراض اخرى. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | 6. يصعب تشخيص التوحد متى كان مصحوبا بمستويات من التخلف العقلي. |
| | | | | 7. عدم القدرة على معرفة نوعية الخلل الكيميائي على مستوى دماغ التوحد يصعب من عملية التشخيص الدقيق. |

| عدد الفقرات | غير كاف | كاف | اقتراح |
|-------------|---------|-----|--------|
| | | | |

| وضوح الفقرات | غير واضحة | واضحة | واضحة نسبيا | واضحة تماما | اقتراح |
|--------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

| ترتيب الفقرات | غير مرتبة | مرتبة | مرتبة نسبيا | مرتبة تماما | اقتراح |
|---------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

5. البعد الخاص بالجانب الوراثي:

و يتمثل في دور الوراثة في تشخيص التوحد بناء على دراسات حول العوامل الجينية و مدى تطابقها في كل حالات التوحد، و التي لم تعتمد لحد الان الى سند قوي لإثباتها.

(جدول يمثل النسب المئوية المعبرة عن مدى مطابقة الفقرة للبعد الذي تنتمي اليه)

| ملاحظة | اكثر من 75% | 50% | اقل من 25% | الفقرات |
|--------|-------------|-----|------------|---|
| | | | | 1. الاعتماد على المعطيات النظرية الوراثةية يسبب لي صعوبة التشخيص. |
| | | | | 2. الاعتماد على تشوه الكروموسومات يسبب لي صعوبة في التشخيص. |
| | | | | 3. الاعتماد على إنجاب الأسرة لطفل اخر توحيدي يسبب لي صعوبة التشخيص. |
| | | | | 4. عدم وجود اجماع علمي حول دور الوراثة في تشخيص اضطراب التوحد. |
| | | | | 5. أجد صعوبة في تشخيص اضطراب التوحد بسبب الفروق الجنسية. |

| عدد الفقرات | غير كاف | كاف | اقتراح |
|-------------|---------|-----|--------|
| | | | |

| وضوح الفقرات | غير واضحة | واضحة | واضحة نسبيا | واضحة تماما | اقتراح |
|--------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

| ترتيب الفقرات | غير مرتبة | مرتبة | مرتبة نسبيا | مرتبة تماما | اقتراح |
|---------------|-----------|-------|-------------|-------------|--------|
| | | | | | |

| لغة الفقرات | غير مناسبة | مناسبة | التعليل |
|-------------|------------|--------|---------|
| | | | |

ملاحظات اخرى:

.....

.....

.....

.....

.....

استبيان اسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد

السن:

التخصص:

مدة الخدمة:

سيدي الفاضل:

أمامك مجموعة من العبارات تصف وجهة نظرك حول أبرز أسباب صعوبة تشخيص اضطراب التوحد، الرجاء منك ان تقرأها بتمعن ثم تضع علامة (X) أمام الفقرة التي تتناسب مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و إن إجابتك سوف تحظى بالسرية التامة و لا تستغل إلا في البحث العلمي.

شكرا جزيلا على

تعاونكم معنا

| العبارات | غير موافق | موافق قليلا | موافق كثيرا | موافق بشدة |
|---|-----------|-------------|-------------|------------|
| 1. نقص خبرة الفاحص و تدريبه يسبب صعوبة في تشخيص التوحد بدقة. | | | | |
| 2. يصعب تشخيص التوحد بسبب تفاعل العوامل الوراثية و البيئية و العصبية. | | | | |
| 3. كيفية تطبيق الادوات التي استخدمها تتسبب في صعوبة في التشخيص. | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | 4. أجد صعوبة في تشخيص اضطراب التوحد لوجود اضطرابات اخرى مصاحبة له. |
| | | | | | 5. تتوقف دقة تشخيص التوحد على مصداقية المعلومات المقدمة من طرف الوالدين |
| | | | | | 6. يتطلب التشخيص الدقيق للتوحد فريقا طبيا ذو تكوين متخصص. |
| | | | | | 7. يصعب تشخيص التوحد بسبب تضارب النتائج المتعلقة بالجانب البيولوجي. |
| | | | | | 8. تتضمن ادوات التشخيص فقرات يصعب على الاولياء فهمها |
| | | | | | 9. اعتبار طيف التوحد من الاضطرابات العصبية قد يعقد المهمة على الفاحص |
| | | | | | 10. يصعب تشخيص التوحد بسبب وجود حالات من التوحد تميل لإظهار سمات العبقرية في جانب معين. |
| | | | | | 11. يعتمد التشخيص الدقيق للتوحد على مدى ألفة الفاحص بالمفحوص |
| | | | | | 12. . تلعب بيئة الفحص دورا كبيرا في عملية تشخيص التوحد |
| | | | | | 13. تفسير النتائج المستخلصة من تطبيق الادوات يسبب صعوبة في التشخيص.. |
| | | | | | 14. عدم القدرة على معرفة نوعية الخلل الكيميائي على مستوى دماغ التوحدي يصعب من عملية التشخيص الدقيق. |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | 15. الوقت الذي اقضيه في استخدام الادوات يسبب في صعوبة التشخيص. |
| | | | | | 16. التصنيفات الحديثة المقترحة في DSM V تصعب من عملية التشخيص على الفاحص. |
| | | | | | 17. الاعتماد على المعطيات النظرية الوراثية يسبب لي صعوبة التشخيص |
| | | | | | 18. عدم توفر الادوات اللازمة لتشخيص اضراب التوحد عند المختص و هذا ما يصعب عملية التشخيص. |
| | | | | | 19. يصعب تشخيص التوحد بسبب احتمالية سلامة مخ التوحدي. |
| | | | | | 20. صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي تعطل عملية التشخيص. |
| | | | | | 21. ضعف التكوين الاكاديمي و متابعة الجديد بسبب صعوبة في تشخيص التوحد بدقة. |
| | | | | | 22. الادوات المتوفرة التي استخدمها تسبب صعوبة في التشخيص |
| | | | | | 23. يصعب تشخيص التوحد بسبب تداخل اعراضه مع اعراض اخرى |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | 24. يصعب تشخيص التوحد متى كان مصحوبا بمستويات من التخلف العقلي. |
| | | | | | 25. التدريب الذي تلقته حول تطبيق الادوات يسبب في صعوبة في التشخيص. |
| | | | | | 26. تقتصر الادوات المستخدمة في تشخيص التوحد على ملاحظة الاعراض السلوكية فقط. |
| | | | | | 27. الاعتماد على تشوه الكروموسومات يسبب لي صعوبة في التشخيص. |
| | | | | | 28. الاعتماد على انجاب الاسرة لطفل اخر توحد ييسبب في صعوبة التشخيص |
| | | | | | 29. عدم وجود اجماع علمي حول دور الوراثة في تشخيص اضطراب التوحد. |
| | | | | | 30. أجد صعوبة في تشخيص اضطراب التوحد بسبب الفروق الجنسية |
| | | | | | 31. أجد صعوبة في تشخيص التوحد بسبب تعدد الاعراض |
| | | | | | 32. صعوبة التعرف على القدرات العقلية للمتوحد يخل عملية التشخيص الدقيق. |
| | | | | | 33. تفاوت شدة الاعراض من حالة الى أخرى يسبب صعوبة في التشخيص |

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|
| | | | | | 34. اختلاف الاعراض من حالة الى اخرى يسبب صعوبة في التشخيص. |
| | | | | | 35. عدم تعاون المتوحد مع الاخصائي يعيق عملية التشخيص الدقيق. |
| | | | | | 36. صعوبة الحصول على التاريخ التربوي التدريبي للطفل التوحيدي يعيق عملية التشخيص . |
| | | | | | 37. صعوبة الحصول على تاريخ مفصل لمراحل النمو خلال السنوات الاولى للمتوحد يصعب المهمة. |
| | | | | | 38. المدى العمري الذي تظهر فيه الاعراض تختلف من حالة الى اخرى. |
| | | | | | 39. تتوقف عملية تشخيص التوحد على مدى معرفة الفاحص لأنواع الفحوصات المستخدمة. |
| | | | | | 40. اختلاف المرحلة العمرية التي تظهر فيها الاعراض قد يضلل عملية التشخيص. |