التوحد
بين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته

أحمد إبراهيم*

اضطراب التوحد من الاضطرابات التى ظهرت وما زالت مبهمة وغامضة، لذلك حاولنا إلقاء الضوء على النقاط الآتية البدايات التاريخية للتوحد، مفهوم اضطراب التوحد، نسبة انتشار التوحـــد، خصائص الأطفـال التوحديين، العوامـــل المسببة لاضطراب التوحـــد، تشخيص اضطراب التوحد ومعرفة خطوات تشخيص اضطراب طيف التوحد، والتشخيص الفارق للتوحد وأهم المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد، كمحاولة منا إلى تحديد أهم العوامل والأسباب وطرق التشخيص وكيفية تحديد أكثر البرامج التأهيلية والعلاجية المناسبة، مع مراعاة الفردية فى التخطيط والتنفيذ لتلك البرامج والاستعانة بالمعايير والمقاييس التشخيصية العالمية الصادرة عن جهات علمية متخصصة.

مقدمة

اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات التى ظهرت ومازالت مبهمة إلى يومنا الحاضر، حيث التداخل فى تحديد العوامل والأسباب وكيفية العلاج، فهو من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة بالنسبة للطفل نفسه، ولوالديه، ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه، ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له، وبتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى، فالتوحد يصيب الأطفال دون سن الثلاث سنوات، عمر اللعب الجماعى التفاعلى والبدء بتكوين بيئة ثانية وهى

* باحث ملحق بقسم بحوث المجتمعات الريفية والصحراوية، المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

بيئة الأصدقاء والشارع، ولكن وبدون سابق إنذار يلاحظ على الطفل التوحدى البدء بالانعزال وعدم التواصل واللعب مع الأقران، وعدم القدرة على التواصل اللفظى، والبكاء واللعب أو الضحك بدون سبب، وغيرها من الأعراض التى تجعل الاهتمام بهذه الشريحة أمرًا مهمًا، من أجل تخفيف تلك الأعراض وإمكانية جعلهم يتكيفون مع الإعاقة والمجتمع، وتحاول هذه الورقة إلقاء الضوء على المفاهيم الأساسية لاضطراب التوحد، والتعرف على الجوانب المحيطة بهذا الاضطراب، من خلال تناول التطـــور التاريخـــى لاضطراب التوحـــد، والخصائص التى يتصف بها الأطفال المتوحدون، والعوامل المؤدية له، يلى هذا الجـــوانب التشخيصية وفق المعايير العالمية التى قد تساعد الباحثين والمهتمين بهذا النوع من الاضطرابات على التمييز بين اضطراب التوحد والاضطرابات الأخرى، وتسهيل عملية التشخيص للوصول إلى تشخيص سليم ودقيق يساعد على تحديد العلاج والتأهيل المناسب للحالات.

أولاً : البدايات التاريخية للتوحد

أول من تحدث عن التوحد هو العالم "هيلر Heller "١٩٠٦"، وسماه "الخرف الطفولى" ثم جاء العالم "بوتر Potter" ١٩٣٣" وتحدث عن الشيزوفرينا الطفولية. ثم "ليو كانر Kenner ١٩٤٣" والذى قام بفحص مجموعات من الأطفال المتخلفين عقليًا بجامعة هارفارد فى الولايات المتحدة الأمريكية، ولفت اهتمامه وجود أنماط سلوكية غير عادية لأحد عشر طفلاً، كانوا مصنفين على أنهم متخلفون عقليًا، إلا إنه لاحظ أن سلوكياتهم لا تتشابه مع أى اضطرابات عرفت آنذاك، حيث أطلق على هذه الفئـــة من الأطفـال مصطلح "التوحد الطفولى"، حيث وجد "كانر" أن هذه الفئة من الأطفال تعانى من مشكلات عديدة منذ الطفولة المبكرة، تتمثل فى قصور واضح فى التواصل اللفظى كظهور الصدى الصوتى وعكس الضمائر، وردود فعل غير عادية للبيئة،

تشمل الإصرار على التشابه ومقاومة التغيير الذى يحدث فى بيئتهم، إضافة إلى ظهور حركات نمطية[١].

وفى عام "١٩٤٤" قدم الطبيب "هانز إسبرجر Hans Asperger" دراسة علمية باللغة الألمانية عن الأطفـال الذين راقبهـم واتصفـوا بأطوار غريبة ومشتركة، وهى: التمسك الاستبدادى بالأشياء، انحراف اجتماعى شديد وواضح، تواصل بصرى غير طبيعى، السلوكيات الروتينية، واستخدامهم للغة بشكل غير صحيح، فأطلق على هذه المجموعة من الأطفال مصطلح "التوحد الطفولى"[٢].

وفى عام١٩٦٠ طرح "برونو بتليهم " Bruno Bettelheim نظريته الخاصة عن طبيعة اضطراب التوحد، والتى ارجعت التوحد إلى أن مشاعر الآباء الباردة هى السبب الرئيس لهذا الاضطراب، وتم استخدام مصطلح (الأم الثلاجة) لوصف ضعف واستسلام وتبلد مشاعر الأم، الذى ينعكس على الطفل ويتسبب فى انسحابه من الواقع[٣].

إلا أن "بيرنارد ريملاند" Bernard Rimlland عام١٩٦٤، وضع كتاب بعنوان التوحد الطفولى، ودحض فيه الفكرة القائلة أن التوحد ينتج عن أنماط سيئة من الآباء والأمهات، وأكد على التعامل مع التوحد بوصفه اضطرابا عصبيا وبيولوجيا. وفى أواخر السبعينيات طرحت "لورنا وينج" إطارا جديدا ووصفت النظرية المعروفة (بثلاثية وينج)، التى تسلط الضوء على ثلاثة أبعاد جوهرية هى: الاضطراب الاجتماعى، وضعف التواصل الكلامى، والاضطراب السلوكى[٤].

كما أشار"كريك" Creak عام١٩٦١،إلى ضرورة توافر تسع خصائص مجتمعة فى الطفل ليصنف على أن لديه اضطراب التوحد، وهى: اضطراب فى العلاقات الانفعالية، واضطراب فى الهوية الذاتية بشكل غير مناسب

للعمر، والمحافظة على روتين معين ورفض أى تغيير فى البيئة التى اعتاد عليها، وانشغال غير طبيعى بأشياء محددة، وقلق وتوتر غير طبيعيين وبشكل متكرر، عدم القدرة على النطق أو عدم اكتساب طبيعى للغة، وأنماط حركية مضطربة وشاذة، وردود فعل غير طبيعية تجاه المثيرات البيئية الحسية، مع تباين شديد فى نمو القدرات الذهنية بين تأخر شديد أو قدرات عقلية غير متوقعة [٥].

وقد أصدرت منظمة الصحة العالمية عام ١٩٧٥ الدليل التاسع لتصنيف الأمـراض (ICD-9)، حيث فرقت بين التوحـد وفصـام الطفولـة، وقسمت التوحد إلى أربع فئات هى: توحد الطفولة، والاضطراب الذهنى التفككى، واضطراب عقلى طفولى نمطى، واضطراب غير محدد.

ومنذ الوقت الذى وصفت فيه الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين اللوحة التشخيصية الإكلينيكية للاضطراب فى الدليل التشخيصى والإحصائى الثالث والثالث المعدل للاضطرابات العقلية (DSM-III , DSM-III R) فى عامى١٩٨٠ و١٩٨٧على التوالى، مُعتبرة ان اضطراب التوحد هو اضطراب نمائى، لم يعد ينظر إلى الاضطراب على أنه ذهان طفولى كما كان سائدًا بتلك الفترة [٦] .

وفى عام ١٩٩٤ تم اعتبار اضطراب التوحد فى الدليل الإحصائى الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) أنه أحد أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة، والتى تضم إضافة للتوحد متلازمة ريت واضطراب الطفولة التفككي ومتلازمة إسبرجر، وفى العام نفسه تم تأسيس الاتحاد الدولى لأبحاث التوحد (NAAR) ليصبح أول منظمة فى الولايات المتحدة تختص بتمويل البحوث الطبية الخاصة باضطراب التوحد[٧].

وفى الطبعة الرابعة المنقحة من الدليل التشخيصى الإحصائى للاضطرابات العقلية (DSM-IV-TR)عام٢٠٠٠ وسعت مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة، لتشمل خمس فئات، هى: اضطراب التوحد، ومتلازمة إسبرجر، ومتلازمة ريت، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة [٨].

استمر هذا التصنيف إلى عام ٢٠١٢، إلى أن صدر الدليل الإحصائى الخامس للاضطرابات العقلية (DSM-V5) ٢٠١٣ الذى اعتبر اضطراب التوحد هو أحد أشكال اضطرابات طيف التوحد، وهو يتضمن أربعة تشخيصات سابقة، وهى (التوحد، واضطراب إسبرجر، واضطراب الطفولة الانحلالى، واضطراب النمو العام غير المحدد بشكل آخر)، ويتصف اضطراب التوحد بنقص فى التواصل الاجتماعى والتفاعل الاجتماعى، ومحدودية وتكرار السلوك والاهتمامات والنشاطات [٩].

ثانياً : مفهوم اضطراب التوحد :Autism

تأتى كلمة التوحد (Autism) من كلمتين يونانيتين هما "aut" وتعنى الذات و"ism" وتعنى الحالة، وتستخدم الكلمة لوصف الشخص المنطوى على نفسه بشكل غير عادى، ويعانى الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد بشكل أو بأخر من صعوبات فى تطوير العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو المحافظة عليها.

اختلفت الترجمات العربية لمصطلح Autism منذ التعرف على هذه الإعاقة فى البيئة العربية وحتى الآن، فيستخدم غالبية الباحثين هذا المصطلح أى اضطراب طيف التوحد، بينما يفضل البعض مسميات أخرى من قبيل الذات أو الأنانية وهناك من يسميها الاجترار، أو الاجترارية، أو اجترار الذات، والبعض الآخر أطلق عليها مصطلح الانغلاق الطفولى، أو الانغلاق

النفسى، وهناك من يطلق عليها الفصام الذاتووى، أيضا هناك من يسميها الأوتيزم أو الأوتيسية والبعض يسميها التوحد، وأحيانا تسمى التوحدية ولكن غالبية الباحثين والمتخصصين فى هذا الاضطراب يطلقون عليه اضطراب التوحد.

ويتفق الباحث مع تعريف هذا الاضطراب بمصطلح "التوحد"، **وفيما يلى عرض لبعض التعريفات التى تناولت هذا الاضطراب:**

عَرفته "الجمعية الأمريكية" بأنه اضطراب أو متلازمة تُعرف سلوكيًا، وأن المظاهر الأساسية لهذا الاضطراب، يجب أن تظهر قبل أن يصل الطفل إلى سن (٣٠) شهرًا من العمر، ويتضمن اضطرابا فى الكلام واللغة، والسعة المعرفية، واضطرابا فى التعلق والانتماء إلى الأشياء والموضوعات والناس والأحداث [١٠].

أما "كولمان" فيعرف التوحد بأنه اضطراب نمائى عام يتسم بقصور واضح فى القدرة على التفاعل الاجتماعى، والقدرة على التواصل، كما أنه يتسم بمجموعة من الأنشطة والاهتمامات والأنماط السلوكية النمطية المحددة، مع وجود اضطرابات فى اللغة والكلام وتبدأ قبل سن الثالثة من العمر [١١].

أيضًا هو حالة من حالات الاضطرابات الارتقائية الشاملة المختلطة، يغلب فيها على الطفل الانسحاب، والانطواء، وعدم الاهتمام بوجود الآخرين، أو الإحساس بهم أو بمشاعرهم، ويتجنب الطفل أى تواصل معهم وخاصة التواصل البصرى، وتتميز لغته بالاضطراب الشديد فيغلب عليه الترديد أو التكرار لما يقوله الآخرون، أو الاجترار، ولديه سلوك نمطى، وانشغال بأجزاء الأشياء وليس بالأشياء نفسها، ويتميز عن غيره من حالات الإعاقات الأخرى بمجموعة من الخصائص والمتغيرات المعرفية [١٢].

وعُرف التوحد بأنه نوع من اضطرابات النمو والتطور، وتظهر خلال السنوات الأولى من العمر، وتؤثر فى مختلف جوانب النمو بالسالب، التى قد تظهر فى النواحى الاجتماعية التواصلية، والعقلية، والانفعالية، والعاطفية، ويستمر هذا النوع من الاضطراب التطورى مدى الحياة؛ "أى شفاء منه" ولكن تتحسن الحالة من خلال التدريبات العلاجية المقدمة للطفل فى سن مبكر (١٣).

وعُرف أيضا على أنه خلل وظيفى فى المخ، لم يصل العلم بعد لتحديد أسبابه بدقة، ويظهر خلال السنوات الأولى من عمر الطفل، ويتسم بقصور وتأخر فى النمو الاجتماعى والإدراكى والتواصل مع الآخرين (١٤).

كما يُعد التوحد أحد الاضطرابات النمائية، وهى من أكثر الاضطرابات شدّة من حيث تأثيرها فى سلوك الفرد الذى يعانى منها، لأن تأثيرها لا يقتصر على جانب واحد فقط من شخصيته، وإنما يتسع ليشمل جوانب مختلفة منها الجانب المعرفى، والجانب الاجتماعى، والجانب اللغوى، والانفعالى، مما يؤدى بطبيعة الحال إلى حدوث تأخر عام فى العملية النمائية بأسرها(١٥).

أيضًا يُعرف التوحد بأنه إعاقة نمائية تظهر عادة خلال السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو اضطراب عصبى يؤثر فى نمو ووظيفة الدماغ، مما يسبب صعوبة لدى الطفل المتوحد فى التواصل، والتعلم والتفاعل الاجتماعى، ويُظهر العديد من السلوكيات النمطية المتكررة (١٦).

هو أيضًا أحد اضطرابات النمو الارتقائى الشاملة، تنتج عن اضطراب في الجهاز العصبى المركزى، ينتج عنه تلف للدماغ يؤدى إلى القصور فى التواصل اللفظى، وغير اللفظى، والتفاعل الاجتماعى، ويظهر ذلك فى السنوات الأولى من عمر الطفل (١٧).

كما عُرف التوحد كما جاء فى الدليل التشخيصى الإحصائى الخامس للاضطرابات العقلية، الصادر عن رابطة الطب النفسى الأمريكية DSM-5: بأنه قصور كيفى فى قدرات التفاعل الاجتماعى المتعلقة "بالتواصل اللفظى وغير اللفظى"، والفشل فى تكوين علاقات مع الأقران، وغياب المشاركة الوجدانية، وقصور فى القدرة على المشاركة مع الآخرين، كما أنه قصور كيفى فى القدرة على المشاركة فى اللعب التخيلى، أو التقليد الاجتماعى، وتأخير أو غياب تام فى نمو القدرة على التواصل بالكلام(١٨).

مما سبق نستنتج الآتى:

اتفقت معظم التعريفات على أن الطفل التوحدى لديه نزعات انسحابية انطوائية شديدة من الواقع المحيط به، وينشغل بذاته أكثر من العالم الخارجى، هناك ملامح أساسية لاضطراب التوحد منها:

١- صعوبة التواصل اللفظى أو غير اللفظى، وعدم القدرة على استخدام الضمائر.

٢- الإصرار على طقوس نمطية معينة، ويحدث هذا بنسبة كبيرة بين الأطفال المتوحدين.

٣- أحد اضطرابات النمو الارتقائى الناتجة عن خلل أو اضطراب فى الجهاز العصبى المركزى للمخ .

٤- تكون الإصابة بالتوحد خلال السنوات الثلاثة الأولى من عمر الطفل.

٥- لم يتمكن العلم والباحثون حتى الوقت الراهن من اكتشاف علاج نهائى لاضطراب طيف التوحد.

٦- قد تتحسن لدى الطفل التوحدى مهارات التواصل الاجتماعى- ولكن ليس بشكل كامل- عن طريق البرامج التدريبية والتدريبات العلاجية.

٧- لا يقتصر تأثير اضطراب التوحد على جانب واحد فقط من شخصية الطفل التوحدى؛ وإنما يتسع ليشمل جوانب مختلفة منها الجانب المعرفى، والجانب الاجتماعى، والجانب اللغوى، والانفعالى.

ثالثاً : معدلات انتشار اضطراب التوحد

من الصعب تحديد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد، وذلك لاختلاف الدراسات، واختلاف معايير التشخيص وتعدد الأخصائيين الذين درسوا هذا الاضطراب، وفقًا لخلفياتهم الطبية والتربوية والنفسية والاجتماعية، حيث ينتشر هذا الاضطراب، بغض النظر عن الناحية العرقية أو الدينية أو الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية.

ونظرًا لعدم وجود إحصائيات صادرة عن مؤسسات رسمية حكومية سواء فى مصر أو الوطن العربى، "وهذا فى حدود علم الباحث"، مما يدعو إلى ضرورة وجود كيانات رسمية وجهات وترصد معدلاته فى مصر والوطن العربى، ولهذا استندت الورقة الحالية فى عرض نسب ومعدلات الانتشار وتطورها، إلى المواقع العالمية الرسمية التى تهتم بهذا الاضطراب ورصد التطور فى نسب الانتشار والزيادة .

تُشير تقارير معهد أبحاث التوحد، إلى أن هذا المرض بدأ ينتشر بصورة كبيرة مؤخرا؛ حيث أصبح ٦٠ حالة فى كل ١٠ آلاف طفل من عمر ٥-١١ سنة، وتعتبر هذه نسبة عالية عما كان معروفًا سابقا، وهو ٥ حالات فى كل ١٠ آلاف طفل، كما لاحظت دراسات عديدة التسارع فى عدد الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، ففى أمريكا كان معدل انتشار التوحد عام ١٩٧٠ حالة واحدة بين كل ٢٥٠٠ شخص، وفى عام ١٩٩٩ ارتفع الرقم إلى حالة واحدة لكل ٢٨٥، وفى عام ٢٠٠٧ كان حالة واحدة فى كل ١٥٠ طفلا، وفى عام ٢٠٠٩ حالة واحدة فى كل ٩١ طفلا، وفى عام

٢٠١٣ حالة فى كل ٨٨ طفلا، وفى عام ٢٠١٤ حالة واحدة لكل ٦٨ طفلا، وفى عام ٢٠١٨ حالة واحدة لكل ٥٩ طفلا [١٩].

وتُشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية إلى أن معدل المصابين بالتوحد حول العالم آخذ فى الازدياد المستمر، إذ تشير التقديرات الحديثة إلى أن متوسط معدل الانتشار العالمى يبلغ ١٠٠٠٠/٦٢، ويعنى ذلك أن طفلا واحدا من كل ١٦٠ طفلا مصاب باضطرابات طيف التوحد، وتشكل هذه التقديرات رقما متوسطا، إلا أن بعض الدراسات العلمية أعطت معدلات أعلى بكثير [٢٠].

يتضح من ذلك أن أغلب نسب انتشار اضطراب طيف التوحد نجدها فى البلدان المتطورة، التى لديها قواعد بيّانات واسعة وهى بلدان مرتفعة الدخل، ففى البلدان المتطورة تصدر الإحصائيات عن هيئات ومجالس ومراكز بحوث علمية، ذات صلة وثيقة باضطراب التوحد، ورغم اختلاف هذه النسب بين دولة وأخرى، إلا أنها تعكس مدى تقدم تلك الدول بمجال التشخيص والكشف عن اضطراب طيف التوحد، بالإضافة إلى أن بعض الدول تقدم مساعدات مالية لأسر الأطفال التوحديين مما ساهم بزيادة القدرة على تشخيص هذا الاضطراب، وبالتالى توثيق الحالات بدقة. إلا أن هذه الأمور هى غائبة فى وطننا العربى، حيث لا يوجد إحصائيات رسمية عن أطفال التوحد، إنما بأفضل الحالات هى تقديرات نظرية تعتمد على النسب العالمية، بحيث يتم إسقاط تلك النسب العالمية على البلدان العربية أو البلدان النامية، وهذا الأمر ينطبق على مصر، حيث لم تُجر أى إحصائية علمية موثقة حول نسب انتشار اضطراب طيف التوحد، إنما ما هو موجود فهو عدد الأطفال المسجلين بالمراكز والجمعيات الأهلية، وهذا الرقم لا يعكس واقع انتشار اضطراب التوحد فى المجتمع المصرى.

رابعاً: خصائص الأطفال التوحديين

هناك العديد من الخصائص التى تميز الطفل التوحدى عن غيره من الأطفال الأسوياء، ونذكر منها الخصائص الجسمية. الاجتماعية، واللغوية، والسلوكية، والعقلية المعرفية، وهى خصائص عامة تظهر على الأطفال التوحديين، إلا إنها متفاوتة من طفل لأخر كمًا وكيفًا، وأنه لا يوجد تشابه أو تطابق بين الحالات وسوف نتناول كل منها بشيء من التفصيل:

١- الخصائص الجسمية

إن غالبية الأطفال التوحديين يتسمون بمظهر عادى أو فوق العادى، بل إن الكثيرين منهم يكونون جذابين فى مظهرهم، كما أن المشاكل الجسمية فى الغالب نادرة عند التوحديين، خاصة إذا لم يصطحب أعراض التوحد أعراض اضطرابات أخرى.

وهذا لا ينفى وجود مجموعة من التوحديين تعانى من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات، أو التعرض لأضواء النيون، أو عند اللمس مما يُشير لوجود استجابات حسية غير طبيعية ناتجة عن خلل فى المعالجة الحسية، تعكس وجود مشكلة، بالإضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس فى آن واحد(٢١).

٢- الخصائص الاجتماعية

كثير من الأطفال التوحديين غالبًا ما يكونوا قليلى التفاعل الاجتماعى، وغالبا ما يوصفون بأنهم يعيشون عالمهم الخاص بهم، أى إنهم باختصار شديد منعزلون عن العالم الذى يعيشون فيه ومنفصلون عنه، وقلة التفاعل الاجتماعى هذه تمثل الصفة الغالبة والشائعة لدى هؤلاء الأطفال، حيث تعد من الخصائص الرئيسة التى يتصفون بها.

كما يُعانى الأطفال المتوحدون من صعوبات فى إقامة العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم، رغم احتمالية ارتباطهم بشكل أفضل مع والديهم، ومقدمى الرعاية وأشخاص آخرين ممن يستطيعون توفير احتياجاتهم وقراءة مشاعرهم، والطفل ذو اضطراب التوحد يحاول جاهدًا التفاعل مع أقرانه، ولا يمكن الحكم بأن الأطفال ذوى اضطراب التوحد لا يستطيعون تكوين صداقات، بل يعود السبب فى القصور لتكوين العلاقات الاجتماعية لأنهم لا يعرفون فى كثير من الأحيان كيف يفعلون ذلك (٢٢).

٣- الخصائص اللغوية

يعانى غالبية الأطفال التوحديين تقريبًا من مشكلات فى التعبير اللغوى ومشكلات فى التواصل اللفظى وغير اللفظى، وعدم القدرة على اتباع القواعد اللغوية مما يؤثر سلبًا فى عمليات التكيف الاجتماعى، وفى حالات معينة بإمكانهم أن يحققوا مستوى قريباً من مستوى الكلام العادى.

كما يظهر الأطفال المتوحدون سلوك المصاداة فى الكلام، وهو تكرار للأصوات التى يسمعوها من حولهم، وقد تكون المصاداة فورية، أى يكرر الطفل ما يسمعه مباشرة، أو قد تكون المصاداة متأخرة، أى يكرر الأصوات بعد مضى وقت من الزمن، كما يظهر الأطفال المتوحدون فهمًا حرفيًا للكلام، أو المعلومات اللفظية المسموعة (٢٣).

٤- الخصائص السلوكية

يتّصف أطفال التوحد بالسلوك النمطى المتكرر، وهو من المظاهر المميزة للتوحد، وأنّهم عادةً ما يعانون من حركات متكررة للجسم، وحركات غير طبيعية سواء بالأصابع أو اليدين، أو القرع على قطعة أو كتاب بأصابعه ويدوّر أشياء بيده، وكذلك بعضهم قد يقوم بقضم أظافره أو أحد أظافر

الآخرين، أو غير ذلك ممّا قد يؤدى إلى استثارة من حولهم ولا تكون هذه الأفعال أو الأنماط السلوكية استجابة لمثير معين، وإنّما هى فى واقع الأمر استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهى بشكل مفاجئ تلقائيا، ثم يعود إلى وحدته المفرطة أو انغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالى الخاصّ به [٢٤].

٥- الخصائص المعرفية والعقلية

يُعانى الأطفال المتوحدون قصورا ملحوظا فى وظائفهم، أو فى خصائصهم المعرفية، والعقلية؛ كما يواجهون صعوبات فى فهم وإدراك أبعاد المواقف، واستيعاب المثيرات والاستجابة لها، كما يظهرون خللاً واضحاً فى مجال الرؤية الشاملة للأشياء، إذ إنّهم ينظرون للشيء من جانب واحد دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية، فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط[٢٥]. إضافة إلى هذا كله، يواجه الأطفال المتوحدون صعوبات فى القدرة على حل المشكلات، وضعف القدرة على التعميم، كذلك يواجهون اضطرابات فى التفكير مثل: القصور فى إنتاج أفكار جديدة، وصعوبة فى القدرة على الرؤية الشاملة لحدود المشكلة سواء كانت تتطلب قدرة لفظية، أو بصرية لحلها، كما يعانون من مشكلات فى نقل الانتباه، والتشتت، وضعف فى الذاكرة، وعدم القدرة على التنبؤ بالأحداث، والوقائع، وضعف معدلات الذكاء.

ومن خلال العرض السابق يمكن تصنيف أهم أعراض التوحد فيما يلى:

أ- **مجموعة من الأعراض الأساسية**: هى التى تتواجد فى غالبية الأطفال التوحديين، وتتمثل فى: القصور اللغوى، وضعف التفاعل والتواصل الاجتماعى، والسلوك النمطى المتصف بالتكرار، وعدم القدرة على اللعب التخيلى، وقصور فى أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية، وقصور فى المهارات الاجتماعية، وضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية.

ب- **مجموعة من الأعراض الثانوية** التى قد لا تتواجـد فى كل الأطفـــال التوحديين وتتمثل فى انخفاض مستوى الوظائف العقلية، والبرود العاطفى الشديد، ونوبات الغضب وإيذاء الذات.

خامساً: العوامل المسببة لاضطراب التوحد

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الإعاقات النمائية، فى شدة درجة الغموض الذى يكتنفها من حيث المستوى التشخيصى، أو على مستوى فهم الأسرة لها وأسلوب تعاملها.

ولم يصل الباحثون إلى سبب أكيد وموحد حتى الآن، بل اختلفت أسباب الإصابة باضطراب طيف التوحد من شخص إلى أخر، فلا ينطبق سبب واحد على كل من يصاب باضطراب طيف التوحد، حيث إنه اضطراب معقد ومظاهرة السلوكية متشابكة مع كثير من الاضطرابات، ومازال حقلاً للعديد من الدراسات والأبحاث التي تحاول التعرف على أسبابه، وقد تعددت العوامل التى ذُكرت فى كثير من الدراسات كأسباب للتوحد، اعتمادا على اختلاف التخصصات والاهتمامات بين الباحثين وتنوع خلفياتهم النظرية، وتعد الأسباب التالية مجرد افتراضات تتمثل فى:

١- العوامل النفسية الاجتماعية

قد يكون أحد الأسباب البيئة الاجتماعية غير السوية، التى ينتج عنها إحساس الطفل بالرفض من قبل الوالدين، وفقدان النواحى العاطفية، مما يؤدى إلى انسحابه من التفاعل الاجتماعى مع الوسط المحيط به، وهذا على أساس أنه اضطراب فى التواصل الاجتماعى، فى حين يُفسَر من الناحية النفسية على أنه شكل من أشكال الفصام المبكر، الناتج عن وجود الطفل فى بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوى، مما يشعره بعدم التكيف أو التوافق النفسى[٢٦].

٢- العوامل الجينية والوراثية

قد يَرجع حدوث اضطراب طيف التوحد إلى وجود خلل وراثى، حيث أشارت البحوث والدراسات إلى وجود عامل جينى له تأثير مباشر فى الإصابة بهذا الاضطراب، وأن هناك من يرجع الإصابة باضطراب طيف التوحد إلى خلل فى بعض الجينات، حيث ربطوا بين اضطراب طيف التوحد وضعف معين من الكروموسومات.

كما تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة "من بويضة واحدة"، أكثر من التوائم الأخوية من "بويضتين مختلفتين"، فالتوحد ينتشر بنسبة ٩٦٪ بالنسبة للتوائم المتطابقة، وبنسبة ٢٧٪ بين أزواج التوائم الأخوية، ويتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملا ممهدا للإصابة، ويتوفر عاملان من أقوى العوامل التى تسبب حالات التوحد من الناحية الجينية:" تصلب الأنسجة الدرنية، وشذوذ الكروموسومات (x) [٢٧].

٣- العوامل العصبية

إن فحص الرسم الكهربائى للدماغ فى حالات التوحد، يُظهر بعض التغيرات فى الموجات الكهربائية بنسبة تتراوح ما بين ٢٠٪ إلى ٦٥٪ تقريبا فى حالات التوحد، وكذلك زيادة فى نوبات الصرع فى حوالى ٣٠٪ من حالات التوحد، خاصة عندما يتقدمون فى العمر وبالتحديد قرب مرحلة المراهقة، خاصة فى حالات الأطفال الذين لديهم مستوى أقل من الذكاء، أو يعانون من الأمراض المصاحبة للتوحد كالتخلف العقلى، والتصلب الدرنى[٢٨].

٤- العوامل البيولوجية

أرجع البعض السبب فى حدوث اضطراب طيف التوحد إلى وجود خلل فى النظام البيولوجى، يتمثل فى مجموعة من الأسباب التى قد تحدُث قبل أو أثناء الولادة أو بعدها: كالإصابة بالأمراض المعدية خاصة الحصبة الألمانية،

وتضخم الخلايا الفيروسى وهو التهاب يصيب الجنين داخل الرحم، أو التهابات دماغية فيروسية تتلف المناطق المسئولة عن الذاكرة فى دماغ الجنين، أو خلل فى الأنزيمات للجنين تُسبب إعاقات فى النمو، أو قصور فى وظائف الجهاز الهضمى يؤدى إلى عدم امتصاص العناصر النشوية الموجودة فى طعام الجنين، أو تناول الأم لأدوية وعقاقير طبية فى فترة الحمل، أو تعرض الأم لحالات نزيف أثناء الحمل[٢٩].

٥- العوامل الإدراكية والعقلية

يرى أصحاب وجهة النظر هذه، أن اضطراب طيف التوحد سببه اضطراب إدراكى نمائى، حيث أشارت بعض الدراسات إلى أن أطفال التوحد لديهم انخفاض فى نشاط القدرات العقلية المختلفة، والتى ينتُج عنها انخفاض قدرتهم على الإدراك، فضلًا عن اضطراب النطق واللغة، وافتقارهم للقدرة على فهم الآخرين وفهم أنفسهم[٣٠].

٦- العوامل البيو كيميائية

أكد العديد من الباحثين وجود خلل فى مستوى تركيز بعض النواقل العصبية فى الجهاز العصبى المركزى لدى أطفال التوحد.

أ- السيروتونين (Serotonin) وهو من النواقل العصبية المهمة، والذى ينشأ من جدران القناة الهضمية، ويتحكم فى العديد من الوظائف والعمليات السلوكية مثل النوم، أو إفراز الهرمونات، والمزاج، والذاكرة، ودرجة الحرارة.

ب- الدوبامين (Dopamine) وينشأ من الحامض الأمينى.

ج- الفينيلانين (Phynylanine) ويلعب دورا حيويا فى النشاطات الحركية، والذاكرة، واستقرار المزاج، والسلوك النمطى.

د- النوربنفرين (Norepinephrine) له دور فى الإثارة والتوتر ودرجة القلق.

هـ- البيتيدات العصبية: وهى مسئولة بشكل رئيسى عن الانفعالات، وإدراك الألم، وضبط السلوك الجنسى[٣١].

٧- العوامل البيئية الخارجية

هناك عدة عوامل بيئية ارتبطت بالتوحد، لاحتمال كونها سببًا من أسباب الإصابة بالتوحد، وتشمل العديد من الاحتمالات: منها التلوث البيئى، وتعرض البويضات أو الحيوانات المنوية قبل الحمل للمواد الكيميائية، والإشعاعات التلوث الغذائى عن طريق استخدام الكيمياويات التى قد تؤدى إلى تسمم عضوى، والعقاقير والأدوية خاصة إذا تم تناولها من قبل الأم فى فترة الحمل، واللقاحات والأمصال، والخَمر والمخدرات وتأثيرهما، والتدخين، وأخيراً إصابة الأم بالأمراض المعدية والتى قد تنتقل للأطفال وهم أجنة [٣٢].

سادساً: تشخيص اضطراب التوحد

تشخيص التوحد يُعد من المشكلات الصعبة التي تواجه الباحثين والمهتمين به على كافة التخصصات، وقد يعود ذلك إلى أن أعراض اضطراب التوحد تتشابه مع أعراض اضطرابات أخرى عديدة كفصام الطفولة، والتخلف العقلى، واضطرابات التواصل، وتمركز الطفل حول ذاته، ومن هنا يمكن القول إن التشخيص الصحيح للتوحد أمرا على قدر كبير من الخطورة والأهمية، لأنه يُساعد على الاهتمام بقدرات كل طفل وتطوير بيئة مناسبة له.

كما ترجع الصعوبة إلى أن التشخيص يعتمد بشكل كبير على السلوكيات التى تظهر على الطفل التوحدى، لأنه لا توجد علامات جسدية أو دلالات بيولوجية تُشير إلى إصابة الطفل بالتوحد[٣٣].

فاضطراب التوحد يتم تشخيصه على المستوى السلوكى بناءً على الصعوبـــات والمشكلات الواضحــة التى تَظهر على الطفل فى مجالات التواصل والمشاركة الاجتماعية والتخيل، وكلما كان الطفل صغيرًا فى العمر

كان التشخيص به صعوبة، ويتطلب جهودًا دقيقة ومتواصلة للتعرف على طبيعة الأعراض لديه وتكراريتها، وتحليل مهاراته الاجتماعية وأساليب تفاعله مع البيئة وقدراته الإدراكية والعاطفية.

١- خطوات تشخيص اضطراب طيف التوحد

أ- الكشف والمسح المبكر

هى أول خطوة من خطوات عملية تشخيص اضطرب التوحد، والمقصود بها التعرف على الأطفال الذين يُظهرون عدداً من المؤشرات الخاصة باضطراب التوحد، وذلك لإحالتهم لعملية تشخيص متكامل، بمعنى أن المسح يعد إنذارًا مهمًا يُشير إلى إمكانية أن يكون لدى الطفل اضطراب التوحد، بينما التشخيص يؤكد أو ينفى اضطراب التوحد لدى الطفل بشكل رسمى.

وتُعد عملية المسح والكشف المبكر فى غاية الأهمية، لما لها من علاقة بعملية تقديم الخدمات، خاصة خدمات التدخل المبكر، والتى تؤدى إلى مخرجات تعليمية وتدريبية أفضل بكثير مما هى عليه فى حالة تقديم الخدمات المتأخرة، وقد حدد العلماء أربعة سلوكيات إذا اجتمعت لدى طفل عمره ١٨ شهراً أو أكثر، دل ذلك على احتمال كبير لأن يكون لديه اضطراب التوحد ، وهذه السلوكيات هى:

١-عدم استجابة الطفل لاسمه.

٢- عدم القدرة على التقليد.

٣- عجز الطفل عن الإشارة إلى الأشياء، ومتابعة نظرات الآخرين.

٤-عدم القدرة على اللعب التمثيلى [٣٤].

ب- التشخيص المتكامل

وهى تمثل الخطوة الثانية فى عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث سيتم هنا إجراء تقييم شامل متعدد التخصصات، لكل طفل دلت نتائج الكشف

المبكر أن لديه احتمالية عالية لوجود اضطراب التوحد، فهذه الخطوة هدفها التأكد من وجود اضطراب التوحد لدى الطفل من عدمه، وهى تتضمن توظيف عدد من الأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة منها، بحيث يتم فيها العمل على قياس وتشخيص أكبر قدر ممكن من المجالات النمائية الوظيفية لدى الطفل(٣٥).

ويتم تنفيذ هذه الخطوة من قَبل فريق التشخيص المتكامل، وتتضمن هذه الخطوة ما يلى:

- **التقييم الطبى:** ليس الهدف هنا العمل على تشخيص التوحد بصورة طبية، وإنما الهدف هو فهم حالة الطفل بصورة أوضح، والعمل على استثناء الاضطرابات الأخرى، والتى قد تتشابه مع اضطراب التوحد، وبالتالى فإن الهدف من التقييم الطبى، هو تأكيد إعطاء تشخيص اضطراب التوحد للطفل، ويعتبر الفحص الطبى العام وفحص السمع من أهم الفحوصات فى هذا الشأن، يلى ذلك فى درجة الأهمية التخطيط الكهربائى للدماغ (٣٦).
- **التقييم النمائى:** يتم بهذا التقييم جمع البيانات الأساسية حول نمو الطفل، لتحديد مدى وجود التأخر النمائى لديه أولًا، وهذا التقييم مهم لأنه يقدم لنا أهدافًا مزدوجة، لكل من عملية التشخيص ووضع الأهداف التربوية، ومعرفة بعض الجوانب المهمة فى اضطراب التوحد، كاللعب والتفاعل الاجتماعى والتواصل والاستجابات الحسية والسلوك العام، التى تساعد إجاباتها فى اتخاذ القرار التشخيصى النهائى (٣٧).
- **التقييم السيكولوجى:** الهدف من هذا التقييم التعرف على مستوى القدرات العقلية، ومظاهر السلوك التكيفى لدى الطفل الذى لديه اضطراب التوحد، وذلك بهدف الحكم على مدى قدرة الطفل على فهم البيئة المحيطة، والتعامل معها بفاعلية وبصورة تتناسب مع عمره الزمنى(٣٨).

- **التقييم السلوكى:** ويمثل هذا التقييم الجزء الأخير من عملية التشخيص المتكامل للطفل، ويهدف هذا التقييـــم إلى تطبيق الأدوات والمعايير التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد، وهذا التقييم يختلف عن التقييمات السابقة، بكونه يعطى تسمية نهائية يتم بناءً عليها وصف الطفل بأن لديه اضطراب التوحد أم لا [٣٩].
- **التقييم الاجتماعى:** يقترح الباحث التقييم الاجتماعى الذى عن طريقه يتم التعرف على بعض الأنماط والخصائص الآتية: ضعف التفاعل والتواصل الاجتماعى، وعدم القدرة على إقامة علاقات اجتماعية، ورفض التعاون مع الآخرين، والإحجام عن المشاركة فى الأنشطة، قصور فى أداء بعض المهارات الاستقلالية والحياتية، قصور فى المهارات الاجتماعية، ضعف الاستجابة للمثيرات الخارجية.

٢- التشخيص الفارقى للتوحد [٤٠]

هـو العملية التى تحدد فيها أى من مريضين أو أكثر لهم أعراض متداخلة هى التى تنطبق على حالة مريض معين، كذلك تشمل عملية التشخيص الفارق بين مريضين اثنين متشابهين بتحديد الأعـراض الحاسمة التى تظهـر مع أحدهما ولا تظهر مع الآخر، والهدف من التشخيص الفارقى هو التوصل إلى تفسير طبّى أقرب إلى الصواب لحالة مرضية غريبة أو معقدة، كخطوة أولى تساعد على البحث عن العلاج المناسب، تعتمد فكرة التشخيص الفارقى على سرد جميع احتمالات الأمراض التى يمكن أن تسبب عَرَضًا ما أو أن تكون السبب فى تغييرات مرضية معينة (مثلًا نتائج فحوصات طبية)، بحيث توضع قائمة بالأمراض المحتملة.

بعد ذلك يتم الاقتراب إلى التشخيص الحقيقى (الأقرب إلى الحقيقة) عن طريق إجراء فحوصات تفريقية (أى هادفة للتفريق بين هذه الاحتمالات)

عن طريق توفير نتائج ومعلومات إضافية تدعم أو تنفى هذا الاحتمال أو ذاك.

بعدها يتم تصفية قائمة التشخيصات التفريقية حتى يتبقى تشخيص واحد يعتبر هو الأقرب للصواب فى وصف الحالة المرضية، بمعنى أن التوصل إلى التشخيص الصحيح يتم عن طريق استبعاد الاحتمالات غير الممكنة.

يعانى الكثير من الباحثين والمتخصصين من قضية تشابك السلوك المرتبط بالتوحد باضطرابات أخـــــرى كالإعاقة العقليـة، وفصـــام الطفولة، والإعاقة السمعية واضطرابات التواصل، واضطرابات أخرى، ويمكن تلخيص هذه الفروق فيما يلى:

أ- التوحد والإعاقة العقلية

عرض الكثير من الباحثين، الفروق التشخيصية بين التوحد والإعاقة العقلية، وقام الباحث بتلخيصها فى جدول رقم (١)، على النحو التالى

م	اضطراب التوحد	الإعاقة العقلية
١	الأفراد المتوحدون لا يوجد لديهم تعلق بالآخرين ويميلون للعزلة والانسحاب.	المعاقون عقليا يتعلقون بالآخرين ولديهم بعض الوعي الاجتماعي.
٢	لا يعتمد في تشخيص اضطراب التوحد بشكل أساسي على القدرات العقلية.	يعتمد في تشخيص الإعاقة العقلية بشكل أساسي عل اختبارات الذكاء.
٣	يكون الطفل التوحدي طبيعي من حيث المظهر ويتصف بالوسامة والجمال.	توجد أعراض خارجية وشكلية تدل على وجود إعاقة عقلية مثل المنغوليين، وكبر حجم الدماغ وغيرها.
٤	يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وان وجدت تكن غير عادية وغير وظيفية.	اللغة موجودة بشكل أفضل مقارنه بالطفل التوحدي.
٥	تركز أدوات التشخيص للأطفال المصابين بالتوحد على الجوانب السلوكية واللغوية والاجتماعية.	تركز الأدوات التي تستخدم لتشخيص الإعاقة العقلية على الجانب المعرفي والعقلي والسلوكي والتكيفي.
٦	يتجنب الأطفال المتوحدون التواصل البصري مع الآخرين..	تجنب التواصل البصري صفة نادرا ما تحدث لدى المعاقين عقليا.

ب- التوحد وفصام الطفولة

كانت الدراسات الأولية تعتبر التوحد عرضًا أوليًا لفصام الطفولة، وتداخل هذا الخلط فى تشخيص هؤلاء الأطفال الذى ظهر فى الطبعة الأولى من الدليل التشخيصى والإحصائى للاضطرابات العقلية. وأشار الكثير من الباحثين إلى الفروق التشخيصية بين التوحد وفصام الطفولة وقام الباحث بتلخيصها فى جدول رقم (٢) على النحو التالى:

م	اضطراب التوحد	فصام الطفولة
١	لا يوجد لدى التوحديين هلاوس وهذيان.	يكثر وجود الهلاوس والهذيان لدى الأفراد المصابين بفصام الطفولة.
٢	الأطفال المتوحدون لا يستطيعون استخدام الرموز.	الفصاميون قادرون على استخدام الرموز.
٣	المتوحدون لا يطورون علاقات اجتماعية مع الآخرين ويرفضون الاستجابة للأشخاص والبيئة.	الفصاميون ممكن أن يطوروا علاقات اجتماعية.
٤	حالات التوحد لا تنتشر ولا تتكرر في العائلة.	حالات الفصام تتكرر بصورة واضحة في العائلة.
٥	يبدأ اضطراب التوحد قبل (٣٠) شهرا من العمر.	يظهر الفصام في بداية المراهقة أو في عمر متأخر من الطفولة.
٦	يعاني المتوحدون من قصور أو غياب اللغة.	لا يعاني الفصاميون من قصور في اللغة أو غياب القدرة على التعبير.
٧	المتوحدون يتجنبون التواصل البصري مع الآخرين.	نادرا ما يتجنب الفصاميون التواصل البصري مع الآخرين.

ج - التوحد والإعاقة السمعية

تم تلخيص الفروق التشخيصية بين التوحد والإعاقة السمعية كما هو موضح بالجدول التالى رقم (٣):

م	اضطراب التوحد	الإعاقة السمعية
١	لا يستطيع الطفل التوحدي تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية.	يستطيع المعاق سمعيا تكوين صداقات وعلاقات اجتماعية.
٢	يعتبر الانسحاب الاجتماعي ومقاومة التغيير في الروتين من السلوكيات الأولية للطفل التوحدي.	يعتبر الانسحاب الاجتماعي ومقاومة التغيير من السلوكيات الثانوية للطفل الأصم.
٣	الطفل التوحدي لا يستجيب لمشاعر الآخرين ولا يفهم هذه المشاعر.	الطفل الأصم يستطيع أن يتعرف على تعبيرات الوجه.
٤	توجد صعوبة في تشخيص حالات التوحد لعدم توفر أدوات مقننة.	يسهل تشخيص حالات الصم والبكم بالفحص الطبي من خلال أجهزة السمع والكلام.
٥	الأطفال المتوحدون نادرا ما يمرون بمرحلة المناغاة بصورة واضحة	الأطفال الصم يكون لديهم تاريخ من المناغاة والأصوات العادية والتي تتوقف بعد ٦ شهور من العمر.
٦	الطفل التوحدي يقوم بسلوكيات متكررة كالهز والدوران والتأرجح والتصفيق وتشبيك الأيدي.	الطفل الأصم لا يقوم بمثل هذه السلوكيات إلا عندما يتم تجاهل حاجاته لفترة طويلة.
٧	نسبة الذكاء لدى التوحديين اقل من المعاقين سمعيا.	نسبة الذكاء لدى المعاقين سمعيا اعلي من التوحديين.

د- التوحد ومتلازمة إسبرجر

أوضح الكثير من الباحثين الفروق التشخيصية بين التوحد ومتلازمة اسبرجر، كما هو موضح فى الجدول التالى رقم (٤):

م	اضطراب التوحد	متلازمة اسبرجر
١	يعاني الأطفال التوحديون تأخر ملحوظ في التطور اللغوي.	لا يوجد تأخر عام في اللغة ولا يوجد لديهم صعوبات في استخدام الضمائر.
٢	تظهر الأعراض التوحدية في مرحلة الطفولة المبكرة.	تظهر أعراض متلازمة إسبرجر في مرحلة الطفولة المتأخرة.
٣	الخلل في التفاعل الاجتماعي أكثر شده.	الخلل في التفاعل الاجتماعي أقل شده.
٤	تظهر المشكلات الكلامية مثل المصاداة وعكس الضمائر لدى الأطفال المصابين بالتوحد.	لا تظهر المشكلات الكلامية مثل المصاداه وعكس الضمائر لدى المصابين بمتلازمة اسبرجر.
٥	لا تظهر سمات القلق والاكتئاب والعدوانية بشكل أساسي لدى المصابين بالتوحد.	يتصف المصابون بمتلازمة اسبرجر بالقلق والاكتئاب والعدوانية.
٦	الأطفال التوحديون يعانون من العزلة الاجتماعية إذ أنهم غير مدركين وواعين بوجود الآخرين.	الأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر يعانون العزلة الاجتماعية ولكنهم مدركين جيداً بوجود الآخرين ولكن لا يحاولون التواصل معهم.
٧	تعتبر السلوكيات النمطية والتكرارية أعراض أساسية.	تظهر السلوكيات النمطية والتكرارية بدرجه اقل من الأطفال التوحديين.
٨	أعراض حالات التوحد أكثر شدة .	أعراض حالات اسبرجر اقل شدة.

هـ - التوحد ومتلازمة ريت

أشار الكثير من الباحثين إلى الفروق التشخيصية بين التوحد ومتلازمة ريت كما هو موضح فى الجدول التالى رقم (٥):

م	اضطراب التوحد	متلازمة ريت
١	فقدان تام للوظائف اللغوية.	قد لا يوجد اضطراب في استخدام اللغة ولا تفقد حصيلتها.
٢	يحدث اضطراب التوحد عند الذكور والإناث ولكن بنسبة أكثر عند الذكور.	اضطراب ريت يظهر فقط عند الإناث.
٣	أشارت الدراسات بأن٤-٣٢٪ من التوحديين سوف يحدث لهم نوبات صرعيه عظمى.	تحدث تشنجات للمصابين بمتلازمة ريت أثناء الطفولة المبكرة أو المتوسطة أو حدوث نوبات صرع قبل ثمان سنوات.
٤	العوامل المسببة للإصابة باضطراب التوحد غير محدودة فقد تكون وراثية أو عضوية أو نفسية.	العوامل المسببة للإصابة بمتلازمة ريت تختصر في تلف المخ أو النخاع الشوكي أو المخيخ أو الجهاز العصبي المركزي.
٥	لا تظهر أعراض واضحة على حالات اضطراب التوحد.	يحدث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد وتشنج في الأطراف السفلية مع غياب في التناسق الجزئي.

٣- المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد

يوجد العديد من المعايير التى يمكن الاعتماد عليها فى تشخيص اضطراب التوحد، بدءً من المعايير التى تم وضعها على يد العالم "ليو كانر" Leo-Kanner عام ١٩٤٣، مرورًا بالعديد من المعايير التى تم وضعها من قبل العلماء والمتخصصين والمراكز والمنظمات العالمية، نهاية إلى المعايير التشخيصية الواردة فى الدليل الإحصائى والتشخيصى الخامس، (DSM-V5) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى عام ٢٠١٣، والتى يمكن الإشارة إليها فيما يلى لأنها تتميز بكونها أكثرها دقة وأكثرها استخداما وقبولا فى الأوساط العيادية والتربوية.

المعايير التشخيصية الواردة فى الدليل الإحصائى والتشخيصي الخامس الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسى٢٠١٣[٤١]

وفيما يلى معايير الدليل الإحصائى والتشخيصى الخامس DSM-V5 : حيث يوجد الآن تشخيص واحد وتسمية واحدة لاضطرابات كانت منفصلة فى الدليل الإحصائى الرابع والرابع المعدل (DSM.IV-DSM.IV.R) :

وهى "اضطـراب التوحـد، واضطراب إسبرجـــر، واضطراب الطفولة الانحلالى، واضطراب النمو المتعمم غير المحدد بشكل آخر"، فأصبح الآن المسمى التشخيصى لهذه الاضطرابات هو"اضطرابات طيف التوحد"، وأصبح اضطراب التوحد نوعًا من أنواع اضطرابات طيف التوحد، طبقا للتشخيص النهائـــى للدليـل الإحصائـــى والتشخيصى الخامس، وذلك لأن جميع هذه الاضطرابات تشترك بأعراض أساسية واحدة ولكن بدرجة متفاوتة من الشدة، وبناءً على ذلك ارتأت الجمعية الأمريكية للطب النفسى اعتبارها اضطرابًا واحدًا بطيف واسع تحدده مستويات الشدة، كما اشتملت التغيرات على إلغاء مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة أو المتداخلة وتضمين المصطلح الجديـــد وهـــو (الاضطرابات النمائية العصبية)، وجميعها تحمـــل مسمى تشخيصى واحـــد وهو اضطـــراب طيف التوحـــد Autism Spectrum Disorder، كما تم دمج معايير تشخيص اضطرابات طيف التوحد والاكتفاء بمعيارين جديدين فقط هما:

أ- **المعيار الأول:** معيار التواصل الاجتماعى والتفاعل، المتمثل فى عجز واضح فى التواصل والتفاعل الاجتماعى فى سياقات متعددة.

ب-**المعيار الثانى:** هـــو معيار محدوديـــة الأنشطة والسلوكيات النمطية، المتمثلة فى سلوك نمطى ومتكرر ومحدود الاهتمامات والنشاطات.

الخاتمـــة

يعد اضطراب التوحد من أكثر الإعاقات النمائية غموضا لعدم الوصول إلى أسبابه الحقيقية على وجه التحديد من ناحية، وكذلك شدة غرابة أنماط سلوكه غير التكيفى من ناحية أخرى، فهو حالة تتميز بمجموعة أعراض، يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابـــه الشديـــد، إضافة إلى عجز مهاراته الاجتماعية، وقصور تواصله اللفظى، وغير اللفظى، الذى يحول بينه وبين التفاعل الاجتماعى مع المحيطين به، لذلك يحتاج إلى تكاتف الجميع بدءًا من الأسرة وكافة أعضاء فريق العمل والمتخصصين حتى نصل إلى تشخيص دقيق للحالات يؤهلنا إلى تحديد أكثر البرامج التأهيلية والعلاجية المناسبة، مع مراعاة الفردية فى التخطيط والتنفيذ لتلك البرامج والاستعانة بالمعاييـــر والمقاييـــس التشخيصية العالمية الصـــادرة عن جهات علمية متخصصة كالدليل الإحصائى التشخيصى الخامس الصادر من الجمعية الأمريكية للطب النفسى (DSM-V5).

المراجـــع

١- سوسن شاكر الجلبى، التوحد "أسبابه،خصائصه، تشخيصه، علاجه"، عمان، دار ديبونو للنشر والتوزيع ،٢٠١٠، ص١٩.

٢- وفاء الشامى، خفايا التوحد، أشكاله وأسبابه وتشخيصه، جدة، مركز جدة للتوحد، ٢٠٠٤، ص٣١.

٣- عبد اللطيف خليل، الأساليب الفعالة فى علاج التوحد، مصر، بحث منشور، مجلة معوقات الطفولة، جامعة الأزهر، العدد التاسع، ٢٠٠١، ص١٨.

٤- رقية السيد الطيب العباسى بدر، الزبير طه بشير، تأهيل ذوى الحاجات الخاصة داخل المجتمع، السودان، دار الحكمة للنشر،٢٠٠٣، ص٢٢.

٥- Mick ,K .A: Diagnosing Autism : Comparison of the Childhood Autism Rating Scale (CARS) and the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS), Unpublished Doctoral Dissertation, USA, University Wichita State, 2005, p52.

٦- محمد قاسم عبد الله، الطفل التوحدى أو الذاتوى حول الذات ومعالجته (اتجاهات حديثة)، الأردن ، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠٠١، ص٢٦.

٧- عادل شبيب، الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، بريطانيا، بحث غير منشور، رسالة ماجستير، جامعة الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، ٢٠٠٨، ص٥٢.

٨- Hadwin, J., Baron- Cohen, S., Howline, P. And Hill, K. :Does Teaching Theory of Mind have an Effect on the Ability to Develop Conversation in Children with Autism? USA,. Journal Of Autism Disorders, 25(5),2006. p25.

٩- Donald W. Black& Jon E. Grant :DSM-5TM Diagnostic Criteria Reprinted from American Psychiatric Association: Diagnostic *and Statistical Manual Of Mental Disorders,* 5th Edition. Arlington. VA, American Psychiatric Association. 2014. p40-42.

١٠- Autism Society of America. Papers about Autism. Available at Http://Ww Autism Society .2003.

١١- Colman, A .M. :A Dictionary of Psychology. New York Oxford University . 2003. p24.

١٢- ماجد السيد عمارة، إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق للنشر، ٢٠٠٥، ص١٨.

١٣- فاروق محمد صادق، تنوع حالات التوحد فى التشخيص، القاهرة، مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ٢٠٠٦، ص٢٨.

١٤-عصام النمر، القياس والتقويم فى التربية الخاصة، الأردن، دار اليازودى العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٨، ص٢٠١.

١٥- إيهاب محمد خليل، الأوتيزم التوحدى والإعاقة العقلية، القاهرة، المؤسسة الطبية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩، ص٤١.

١٦- أحمد محمد عواد، حقائق وإحصائيات حديثة عن التوحد، عمان، ورقة عمل مقدمة فى ندوة" نحو مستقبل أفضل للطفل العربى ذى الإعاقة"، والتى نظمتها جامعة عمان العربية فى الاحتفال باليوم العالمى للطفل، ٢٤ نيسان ٢٠١٠، ص ٢٥.

١٧- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني، التوحد "الأسباب والتشخيص والعلاج"، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، الطبعة الثانية،٢٠١١، ص ٨.

١٨- Donald W. Black& Jon E. Grant op.cit .pp40-42.

١٩- https://www.autism.com/index.php/is_it_autism January 2020.

٢٠- http://www.who.int/mediacentre/factsheets/autism-spectrum-disorders/en: January 2019

٢١- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربينى: مرجع سابق، ص٦٥.

٢٢- Marshall, V. :Living with Autism London: A Sheldon Press Book, 2004.p52.

٢٣- Heward, W.:Exceptional Children:An Introduction to special Education.USA, Upper Sanddle River: Memill & Prentice Hall, 2006.p32.

٢٤- ماجد السيد عمارة ، مرجع سبق ذكره ، ص١٨.

٢٥- إبراهيم الزريقات، التوحد الخصائص والعـــلاج، الأردن، دار وائل للطباعة والنشر، ٢٠٠٤، ص٥٧.

٢٦- محمد سيد محمد موسى، فعالية برنامج إرشادى تدريبى لأمهات الأطفال التوحديين لتنمية بعض مهارات السلوك الاستقلالى لهؤلاء الأطفال باستخدام جداول النشاط المصورة، القاهرة، بحث منشور، المؤتمر العلمى الحادى عشر- التربية وحقوق الإنسان، مصر، مجلد (٢)، ٢٠٠٧، ص٥٤.

٢٧- محمد قاسم عبد الله، مرجع سبق ذكره، ص٦٥.

٢٨- نايف إبراهيم الزارع، المدخل إلى اضطراب التوحد المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر، ٢٠١٠ ، ص٣٠.

٢٩- عبد الفتاح عبد المجيد الشريف، التربية الخاصة وبرامجها العلاجية، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية ، ٢٠١١، ص ص ٢٢١-٢٢٢.

٣٠- سوسن شاكر الجلبى، التوحد الطفولى – أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه، سوريا، مؤسسة علاء الدين، ٢٠٠٥، ص٦٥.

٣١- زياد كامل الدلال وآخرون، أساسيات التربية الخاصة، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع،٢٠١١، ص٤٠١.

٣٢- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربينى، ٢٠١٠، مرجع سبق ذكره، ص ص ٤٦-٥٠.

٣٣- هالة إبراهيم الجروانى، رحاب محمود صديق، المهارات الحياتية للأطفال التوحديين، القاهرة ، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، ٢٠١١، ص١٩.

٣٤- Stone, L., Ousley, O.Yoder, J. Hogan, L. and Hepburn, L.: Nonverbal Communication in Two and Three –Year- Children with Autism. USA, Journal of Autism and Developmental Disorders, 27(6), 677-696, 2005.

٣٥- Klin, A; Chawarska, K ; Rubin , E ; Volkmar , F : Clinical Assessment of Toddlers Risk of Autism , Handbook of Infant and Toddler Mental Health Assessment , New York . 2004.p311.

٣٦- وفاء الشامى، سمات التوحد، تطورها وكيفية التعامل معها، جدة، مركز جدة للتوحد، ٢٠٠٤، ص ص٢٢٢-٢٢٨.

٣٧- Maston , J Nebel-Schwalm, M : Differential Diagnosis, Clinical Assessment and Intervention for Autism Spectrum Disorders, USA, Research in Autism Spectrum Disorders, 1, 38–54, 2008.p29.

٣٨- رابية حكيم، دليلك للتعامل مع التوحد، جدة، مكتبة الملك فهد الوطنية، ط١،٢٠٠٣، ص٥٦.

٣٩- شوقى أحمد غانم، تقنين مقياس لتشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون سن السادسة، سوريا، بحث غير منشور، رسالة ماجستير، كلية الدراسات العليا، الجامعة العربية الألمانية للعلوم والتكنولوجيا،٢٠١٣، ص٥٥.

٤٠- انظر كل من:

- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربينى، مرجع سابق .
- ربيع شكرى سلامة، التوحد اللغز الذى حير العلماء والأطباء، القاهرة، دار النهار، ٢٠٠٥ .
- فاروق محمد صادق، تنوع حالات التوحد فى التشخيص، القاهرة: مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس، ٢٠٠٦.
- ماجد السيد عمارة ، مرجع سبق ذكره .
- محمد خطاب، فاعلية برنامج علاجى باللعب لخفض درجة بعض الاضطرابات السلوكية لدى عينة من الأطفال التوحديين، مصر، بحث غير منشور، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس، ٢٠٠٤.
- محمد سيد موسى، اضطراب التوحد، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٧.

٤١- Donald &Jon op cit.pp:40- 42.

Abstract

AUTISM BETWEEN THE NECESSITY OF EARLY DIAGNOSIS AND ITS DIFFICULTIES

Ahmed Ibrahim

Summary

Autism disorder is one of the disorders that have appeared and are still vague and mysterious, as the interference in determining factors, causes and how to treat autism affects children without warning. in order to alleviate these symptoms and the possibility of making them adapt to disability and society, that is why we should cooperate to reach an accurate diagnosis of cases that helps us to identify the most appropriate rehabilitation and treatment program.