

DR. JAMAL KHALAF ALMAQABLAH

اضطرابات طيف التوحد

التشخيص والتدخلات العلاجية

Autism Spectrum Disorders
Diagnosis and the Remedial Interventions

الدكتور
جمال خلف المقابلة





**اضطرابات طيف التوحد
التشخيص والتدخلات العلاجية**

Autism Spectrum Disorders
Diagnosis and the Remedial Interventions

اضطرابات طيف التوحد

التشخيص والتدخلات العلاجية

الدكتور

جمال خلف المقابلة



2016

رقم الإيداع لدى دائرة المكتبة الوطنية
(2015/8/3815)

لخاتبة ، جمال خلف

اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية / جمال خلف الخاتبة

عمان: دار يافا العلمية 2015

(ص. ١٠٠)

رقم الإيداع: 2015/8/3815

الوصفات: / التربية الخاصة / الأمراض العقلية / الأطفال

يحتوي المؤلف كامل المسؤولية القانونية عن محتوى مصنفه ولا يعبر هذا المصنف عن

رأي دائرة المكتبة الوطنية أو أي جهة حكومية أخرى

الطبعة الأولى 2016

© Copyright

جميع الحقوق محفوظة، لا يسمح بإعادة إصدار هذا الكتاب أو أي جزء منه أو تخزينه في نطاق

استعادة المعلومات أو نقله بأي شكل من الأشكال، دون إذن خطي مسبق من الناشر.

All rights reserved. NO Part of this book may be reproduced, stored in retrieval system, or transmitted in any form or by any means, without prior permission in writing of the publisher.



دار يافا العلمية للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - لتفاصيل 00962 6 4778770

صرب 520651 عمان 11152 الأردن

E-mail: dar_yafa@yahoo.com

الإهداء

إلى روح والدي ووالدتي المتألمتين اللذين دعوا لي بالتوفيق والفلاح أثناء الليل
وأشراف النهار.

إلى الإنسنة التي مكان دعمها لي بلا حدود، وتمجز الكلمات عن وصفه... إلى زوجتي
ورقيقته ديري رمز الإيثار والتضحية والصبر والنجاح.

إلى وئدي الغائي جواد، وإلى اللؤسات الغاليات بثاني سارة ورفيف ويانا وجماء.

إلى كحل من مكان مثل في الأعوة الصابغة والتضحية.

إلى كحل من سألني في مهمتي هذه.

إلى كحل من أثار شجرة أمام أبنائنا ذوي الاحتياجات الخاصة.

إلى الأطفال ذوي اضطراب متيف التوحد وأسره.

مقدمة الطبعة الأولى

نحمد لله الذي شرف القلم فكان أول المخطوقات ، واصلي على خير الأنام محمد بن عبدالله عليه أتم اتصالاً والسلام ، أما بعد .

تعتبر اضطرابات طيف التوحّد من الاضطرابات التي تم التعرف حديثاً مقارنة ببقية فئات التريبة الخاصة . ونفسراً لما اتسمت به هذه الفئة من غموض في مسانها بالإصافة إلى تقاضها مع بعض الفئات الأخرى بالكثير من التسمات ، جعل من الصعوبة تحديد معايير دقيقة تساعد في تشخيص دقيق لهذه الفئة .

إن الزيادة في نسبة انتشار هذا الاضطراب بالإصافة إلى توفر مراكز الأبحاث النفسية والتربوية شكل حافزاً للكثير من المهتمين بهذه الفئة لإجراء الدراسات والأبحاث والتي ساهمت بالتقدم التدريجي في وضع معايير دقيقة لتشخيص هذا الاضطراب . وكانت البدايات من معايير (ليو كاتر) 1943 واستمرت جهود المهتمين والباحثين حيث صدر في عام 2013 الإصدار الخامس للدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض العقلية (ASM-V) من جمعية علم النفس الأمريكية (American Psychiological Association, APA) والذي جاء بمعايير حديثة لتشخيص هذا الاضطراب شكلت نقلة نوعية في مجال التشخيص وقياس هذا الاضطراب .

يتناول هذا الكتاب فئة مهمة من فئات التريبة الخاصة ، وهي فئة اضطرابات طيف التوحّد ، وقد ركز الباحث وبشكل رئيس على جانب قياس وتشخيص هذه الفئة نفسراً لما يشكله هذا الجانب من أهمية ، حيث يتعرض هذا الكتاب إلى البدايات الأولى لتعرف على هذا الاضطراب وكيف تطورت معايير تشخيصه في الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث والرابع والخامس والمراجعات التي أجريت لهذه الإصدارات كما أشار إلى أدوات القياس المستخدمة لتعرف عليه وتشخيصه والدراسات التي أجريت في مجال تشخيص اضطراب طيف التوحّد ، بالإصافة إلى تعريف الفارئ على مفهوم هذا الاضطراب وأسبابه وخصائص هذه الفئة ونسبة انتشارها .

وأيام المؤلف أن يجد القارئ لهذا الكتاب ما يفي حاجته من معلومات تعنى بولنا
لاضطراب من حيث تعريفه وأسبابه وتطور تشخيصه والدراسات العالمية والعربية التي
تناولت مجال تشخيص هذا الاضطراب وأدوات القياس العائبة والعربية التي صممت
لتعريف عاية ، وكذلك أساليب التدخلات العلاجية المختلفة لهذا الاضطراب.

وتنوع من التفصيل تناولت فصول هذا الكتاب الموضوعات التالية :

حيث يتناول الفصل الأول مفهوم التوحد وتعريفه ويشير إلى أهم التعريفات
العالمية والعربية له . كما ويتناول هذا الفصل الأسباب المختلفة التي قد تؤدي لهذا
الاضطراب ، بالإضافة إلى خصائص هذه الفئة ونسبة انتشارها.

أما الفصل الثاني فيلقي الضوء على مفاهيم القياس والتقويم والتشخيص
والشروط التي يجب أن تتمتع بها أداة القياس والفرق بين هذه المفاهيم وكذلك
لتصعوبات التي تواجه عمليات القياس والتقويم والتشخيص ، بالإضافة إلى العديد من
أنواع أدوات القياس وآخرها الاختلافات التي لا بد أن يتحلل بها من يتولى عملية
القياس والتشخيص .

ويتناول الفصل الثالث بدايات عملية تشخيص اضطرابات طيف التوحد ابتداء
من معايير كاتز عام 1943 مروراً بمعايير كريك 1961 واسبرجر ومعايير روتروم
1973م معايير (DSM - III) عام 1980 والمراجعة التي أجريت لها عام 1987
وكذلك معايير (DSM - VI) التي صدرت عام 1990 والمراجعة التي أجريت لها عام
2000، ويتطرق هذا الفصل أيضاً إلى معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد الصادرة
في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض العقلية الإصدار التاسع والعاشر .

أما الفصل الرابع فيلقي الضوء على معايير تشخيص التوحد الصادرة في الدليل
التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM - V) ، حيث يوضح الباحث فيه بالتفصيل
المعايير الحديثة والأسباب التي دفعت (American Psychological Association, APA)
إلى وضع مثل تلك المعايير وأهم الفروق بين هذه المعايير والمعايير التي صدرت في الدليل
الثالث والرابع ومبررات هذه التغييرات .

اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

ويُلقي الفصل الخامس الضوء على أهم أدوات القياس العالمية والمحلية والعربية التي استُخدمت في تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد منذ عام 1980 حيث صدر مقياس (Childhood Autism Rating Scale , CARs,1980) الذي استُمد الباحث في بناءه على معايير (DSM-III) وحتى مقياس جليام للتقدير للتوحد الطرءة الثالثة: (Gilliam Autism Rating Scale, GARS-III,2014) الذي استُمد الباحث في بناءه على معايير (DSM-V)، حيث تم تبسيط الضوء على عدد فقرات ومجالات كل مقياس وعلى الأسطر التي تُضري الذي انطلق منه كل باحث في بناء مقياسه ، وطرق تصحيح كل مقياس ، كما تضمن هذا الفصل فقرات بعض للقياس .

ويتطرق الفصل السادس من هذا الكتاب إلى أهم الدراسات العلمية والعربية والمحلية التي تناولت تشخيص اضطرابات طيف التوحد ، وتمت الإشارة في هذا الفصل إلى هذه الدراسات من حيث أهدافها والأسئلة التي نجيب عليها وحجم العينة وانتشار التي تشملها بالإضافة إلى نتائج هذه الدراسات .

ويتضمن الفصل السابع من هذا الكتاب التدخل المبكر والتدخلات العلاجية التي تستخدم لعلاج هذه الفئة أو تخفيف شدة الأعراض التي تعاني منها تلك الفئة، كما تم تناول البرنامج التربوي للاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بإسهاب .

ويعتوي هذا الكتاب أيضا عن ملحقان الأول على تعريف للمصطلحات الأكثر شيوعا في القياس والتقويم والثاني عن تعريف لمصطلحات المتداولة في التربية الخاصة وفي حقن واضطراب طيف التوحد .

وأخير فإني أرجو من القارئ جلست قدرته أن يلي هذا الكتاب حاجات الدارسين والباحثين في هذا المجال وكذلك العاملين مع هذه الفئة من فئات التربية الخاصة .

المؤلف

الفصل الأول

اضطرابات طيف التوحد

- مقدمة
- مفهوم اضطرابات طيف التوحد
- تصنيف اضطراب طيف التوحد
- نسبة الانتشار
- أسباب اضطرابات طيف التوحد
- خصائص الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد

مقدمة

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيداً نظراً لتنوع نماذج الأشخاص المتصابين بهذا الاضطراب وتفاوت قدراتهم ومهاراتهم . ورغم وجود خصائص أساسية مشتركة بينهم ، إلا أن الأعراض والخصائص التي تشير إلى التوحد تظهر على شكل أنماط كثيرة وتتداخله تنبج من البسيط إلى المتوسط إلى الشديد ، ويعد التوحد من الاضطرابات النمائية الشاملة التي اكتشفت حديثاً مقارنة مع باقي الإعاقات ، ويؤثر اضطراب التوحد في جوانب الاجتماعية والقوية والسلوكية للفرد .

منذ فرياة القرن ونصف القرن من الزمان كان هناك اهتمام واضح بالفصام *schizophrenia* ومن بين فئات المتصابين كانت هناك فئة يطلق عليها اسم فصام الطفولة *Hebeprenic* أو فصام المراهقة ، والدلالة الأساسية لسعات الفصام بصفة عامة هي عدم ترابط الأفكار واضطراب للتفكير (زديس 2000) 0

تعتبر أجذور التاريخية للاهتمام بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد موضوعاً جدلياً حيث تشير بعض التقارير العلمية إلى أن الاهتمام بهذه الفئة يعود إلى النهاية العلمية للتربية الخاصة وتحديدًا الطفل الذي وجدته إيتزه (Itzhak-1801-1807) في غايات لافيرون الفرنسية وسماه فيما بعد ليكتور حيث كان يعاني من التوحد إضافة إلى الإعاقة العقلية الشديدة.

وقدم الطبيب النفسي بلير (Bleuler-1911) أول وصف لتوحد وذلك عند حديثه عن الانسحاب الاجتماعي لدى الأشخاص القسامين وشبهه بما وصفه فرويد (Freud) بالإثارة الذاتية (*otto-ambieism*) والانسحاب من الواقع واللعب بأجزء الأسماء والتكيف المحكوم بالشاعر وهي من الصفات الرئيسية للتوحد (ذيب ، 2005) .

وقد تعددت المصطلحات التي تدل على موضوع التوحد في التخين العربية والإنجليزية، ففي اللغة العربية شاع مصطلح التوحد ، وقبلها شاع مصطلح فصام العقولة ، وفي اللغة الإنجليزية يستخدم مصطلح (Autism) تشير إلى حالات التوحد ، ومصطلح انقلل التوحدي (*Autistic Child*) (الروسان ، 2010).

تعريف التوحد

يصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية ، إلا أن معظم التعريفات تركز على وصف الأعراض وتصف كتوحد كمتلازمة وليس كمرض أو كاضطراب في السلوك أو اضطراب في التصرف أو كإهانة عقلية ، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفاً واضحاً لتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الآخرين وعلى اللغة ويميز بالروتين ومقاومة التغير (الشيخ ذيب، 2005) .

وسوف نعرض أولاً بعض التعريفات والمصطلحات التي تناولت مفهوم التوحد بسميات مختلفة .

تعريف كانر التشخيصي (Kanzer Diagnostic Definition (1943

بعد "كانر" (Kanzer) سنة 1943 أول من حاول تعريف التوحد ، وعرفه على أنه : اضطراب يظهر خلال الثلاثين شهراً الأولى من عمر الطفل، ويعاني الأطفال المصابون من انصفات التالية مركزاً على الصفتين الأولى والثانية كسعيار في تشخيص التوحد :

- نقص شديد في التواصل العاطفي مع الآخرين .
- انخفاض على الروتين ومقاومة للتغيير .
- تمسك غير مناسب بالأشياء .
- ضعف القدرة على التخيل .
- العزلة الشديدة (الزأرع ، 2003)

عرفت الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America , ASA , 2006) التوحد بأنه اضطراب نمائي مركب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل يؤدي إلى انحراف في النمو العادي للطفل يشمل الجونب الشمالية الثلاثة : الكفاءة الاجتماعية ، التواصل والتنظية المتكررة من أنسوكيات و الاهتمامات والشايطات .

ويعرف الرومان (2010) اضطراب التوحد على أنه اضطراب سلوكي ثنائي يتمثل في صعوبة التفاعل الاجتماعي ، وصعوبة التواصل اللغوي ، والسلوك النمطي المتكرر ، والتي تظهر قبل سن الثالثة من العمر .

أما القانون الأمريكي الفيدرالي (IDEA) فيعرف اضطراب طيف التوحد بأنه إعاقة تنموية تؤثر في التواصل اللغوي وغير اللغوي ، والتفاعل الاجتماعي عموماً يظهر قبل السنوات الثلاث الأولى من حياة الطفل، ويتعكس أكثر على أداء الطفل . والسماح الشخصية الأخرى المرتبطة بالتوحد هي تكرار الأنشطة والحركات النمطية ، مقاومة التغيير في بيئة أو الروتين اليومي، إظهار الاستجابات غير العادية لمخبرات أولية (Holahan , Kaufman , Pallen, 2012).

أما الدليل الطبي العالمي لتصنيف الأمراض (ICD-10) فقد عرف التوحد بأنه مجموعة من الاضطرابات تتميز بقصور نوعي في التفاعلات الاجتماعية التبادلية وفي نطاق التواصل ونحزون محدود ونمطي ومتكرر من الاهتمامات والنشاطات (ICD_10, 1992, 1996, 2007, 2010)

ويكمن من خلال التعريفات السابقة، وإضافة إلى التطورات التي طرأت على هذا المفهوم، ننظر إليه على أنه من الاضطرابات التي تنحى بعملية النمو، سواء في سرعتها خلال سنوات النمو ، لا سيما في الطفولة المبكرة، وعليه يمكن تعريف الطفل التوحدي بأنه ذلك الطفل الذي يعاني من اضطراب في النمو قبل سن الثالثة من العمر، بحيث يظهر على شكل انشغال دائم وزائد باله أكثر من الانشغال بمن حوله، واستغراق في التفكير ، مع ضعف في الانتباه . وضعف في التواصل ، كما يسمي بنشاط حركي زائد، ونمو نموي بطيء ، وتكون استجابة الطفل ضعيفة للمثيرات تحسية الخارجية، ويقاوم التغيير في بيئته، مما يجعله أكثر حاجة للاعتماد على غيره ، والمتعلق بهم.

وختاماً، يمكن من خلال هذا التعرف، القول: بأنها تركز على العنيد من المظاهر السلوكية التي يتردد بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتتوافر في كافة انكشافات التي تناولت تعريفهم وتشخيصهم وهذه المظاهر السلوكية هي:

- أنه اضطراب يظهر في سن الثالثة من عمر الطفل.
- إنه اضطراب يتميز بمظاهر آلية تميزه عن غيره من قبيل: الانشغال الزائد بالذات، وقلة الاهتمام بالآخرين، وضعف الاستجابة للمثيرات الحسية من حوله، وأنه ورتيبي في آدائه للأعمال و يقاوم التغير بشدة، ويؤثر العزلة، وأنشطته محدودة جداً، وأنه في احتياج إلى الاعتماد على الآخرين و التعلق بهم، وأن نشاطه الحركي قد يكون زائدا عن المعتاد و يتميز بأنه نشاط غير هادف. (الحسني، 2005)

تصنيف اضطراب طيف التوحد:

اعتمد الباحث في تعريفه لاضطراب التوحد على تصنيف DSM-IV والذي جاء تحت عنوان اضطرابات النمو المعممة (Pervasive Development Disorders)

1- الاضطراب التوحدي (Autistic disorder)

- أ- يشم هذا الاضطراب بتوافر خمسة بنود أو (أكثر) وذلك من انفردات (ا) (ب) (ج) شريطة أن يوجد بدان من الفقرة (1) وبنود من الفقرة (2) والفقرة (3).
- (ا) الإعاقة اتنوعية في التفاعلات الاجتماعية، وذلك في عرضين من الأعراض التالية :

1. الإعاقة انملاحظة الظاهرة في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل النظر إلى العين، التعبير الوجيه، الأرضاع والحركات البدنية، والوضعيات التوجيهية إلى تنظيم التفاعل الاجتماعي.
2. العجز عن إقامة علاقة مع الأصدقاء من العمر نفسه متناخمة و متوافقة تناسب مع السن والتطور في العمر.
3. عدم وجود نزوع تلقائي في التفتيش عن مشاركة في المسرة وفي الاهتمامات، أو الإنجازات مع الأفراد الآخرين (أي فقدان إظهار، أو جلب، أو الإشارة إلى الاهتمامات).
4. فقدان التبادل العائقي أو الاجتماعي.

ب- الإعاقات اتنوعية في الإيصال التي تظهر بواحد من السلوكيات التالية على أقل شيء :

1. تأخر، أو فقدان كامل في النمو الكلامي الطبيعي (غير مصحوب بمحاولة للتعبير من خلال إيماء بديلة من الاتصال اللفظي)
2. عند الأفراد ذوي النطق المقبول، فهناك إعاقة واضحة في القدرة على البدء بالمحادثة مع الآخرين أو الاستمرار فيها.
3. فقدان اللعب المختلف الصوروب التلقائي أو اللعب المقلد المناسب لمستوى اللعب.
4. اهتمام اللغة استعمالاً سطحياً وتكرارياً.

ج - أنماط سلوك ونشاطات واهتمامات على الشكل نفسه (مكررة)، وتكرارية محدودة، تظهر بواحد على الأقل من الأشكال الآتية:

1. الانشغال بنمط واحد أو أكثر من أنماط، تدرس بالوتيرة نفسها بالصورة ذاتها من الاهتمام يكون غير سوي في الشدة أو التركيز.
2. إطاح أو التزام غير مرن كما يبدو في الظاهر بأعمال روتينية غير وثيقة أو طقسية.
3. سلوكيات حركية متكررة على نمط واحد (مثل ليّ أصابع اليد، أو قذف اليد أو الإصبع بعنف، أو إجرام حركات معقدة في كامل الجسم) .
4. الانشغال الملح والإصرار بأجزاء الأشياء.

د - تأخر أو وظيفة شاذة غير سوية في واحد على الأقل من المجالات التالية تبدأ قبل بلوغ سن الثالثة.

- تفاعل الاجتماعي.

- اللغة المستخدمة في التواصل الاجتماعي.

- اللعب التخيلي أو الترميزي.

هـ - اضطراب لا يدخل في تصنيف مرض (ريت) Rett أو في اضطراب الصقولة (لاغزالي childhood Disintegrative disorder)

2. اضطراب ريتز Retts disorder

تم التعرف على عرض أو اضطراب ريت من قبل الدكتور (ندرسون ريت) عام 1966 باعتباره اضطراب عصبي يصيب الإناث بشكل رئيسي و قد اظهر تشريح أدمغة هؤلاء الأفراد وجود اعتلال بالنيورولوجي. مقارنة بحالات التوحد ومع ذلك يظهر الأطفال الصابون بعرض ريت بعض السلوكيات المشابهة للتوحد مثل حركات اليد التكرارية ، المشي على أطراف الأصابع ، أرجحة الجسم و مشاكل النوم ،

أ. اضطراب ريتا يكون في الأعراض التالية :

1. يبدو ظاهرياً سوي النمو ما قبل الولادة و حين الولادة .
2. يبدو ظاهرياً سوي النمو على المستوى الحركي - انفسى خلال الأشهر الحامسة الأولى بعد الولادة.
3. يبدو محبط وآسه سوياً عند الولادة .

ب. تظهر الأعراض التالية بعد فترة النمو السوي :

1. بدء نمو الرأس ما بين عمر 5- 48 شهراً
 2. فقدان مهارات اليد المكتسبة سابقاً ما بين عمر 5- 30 شهراً مع ظهور حركات يدوية نمطية (غسل اليد)
 3. فقدان الانخراط الاجتماعي باكراً
 4. ظهور عدم التناسق في المشية أو في حركات الجذع
 5. نمو بطيئاً في اللغة التعبيرية و الاستقبالية إضافة إلى تضرر نفسي - حركي
- 3- اضطراب الانحلال الطفولي (أو تفكك الشخصية وعدم تكاملها في مرحلة الطفولة

(Childhood Disintegrative Disorder)

و يتميز هذا الصنف من الاضطرابات بما يلي :

- نمو سوي ظاهراً لمدة كأنها سنتان بعد الولادة بانصاف غير لفظي ، أو لفظي مناسب للعمر ، أو في العلاقات الاجتماعية ، و في اللعب ، و السلوك التكيفي أيضاً

• فقدان هام للمهارات المكتسبة كما يظهر سريريا (قبل بلوغ سن العاشرة) و ذلك في مهارتين حلى الأقل من المهارات التالية :

- (1) اللغة انعشيرية أو الاستهزائية .
- (2) المهارات الاجتماعية أو السنوك التكيفي .
- (3) ضبط الغفوف أو التبول .
- (4) كاهارات الحركية .

شذوذة وظلغففي في وظلففئفئ على أفقر أففدرفرف في أففالفالف الفالففة :

- (1) عجز فرحفي في الففافل الأففامعي (أي فأف في السلوكفب ففر الفلففة ، و ففشل في فففة الفللافف مع الأففاف ، ففدان الففافل الأففلف أو الأففامعي)
- (2) عجز فوعبة في الأففالف (أي الففأفر أو فضعف في الفلغة الففطوقة ، العجز في الففء في الففلام ، أو الأففمرفر ففء ، أففمفءم ففكراري و ففلفي فلففة ، ففدان الففلب الففئوع)
- (3) أففاط عففءة من الففلك الففظمي و الففكراري ، و الأففامماف ، و الففشافف و من ففففها الففكففاف الففركفة و الففطفة .

د. اضطراب لا ففء ففمن اضطراب ففومفم أفرف أو ففمن الففطراب الففصافي .

4. اضطراب 'أسبرجر' (Asperger's Disorder)

فمرف مصفلفف أسبرجر إلى الفلفب الأففرفل فافن أسبرجر الفف ففم فففة 1944 بففففف ففمرفة الأففال الففن ففمفون من ففعبواف في الففافل الأففامعي و الأففالف فففة ففاصة و ففم فف فففففهم فففة إلىه ، و الفوم فف ففمفم مصفلفف أسبرجر من ففبل فففة الأففاف . لأمرفكففن و من ففبل أففففف من أففامفن في فففا الففدان ففرف ففظر إلى الأففال الففن ففمفون ففمن ففذا المصفلفف بالففامهم فففة ففاصة ففففف عن ففواف الففطراباف الأففرف (الفرفوف ، ففماف 1999) .

و ففظهر أفرفاض أسبرجر ففما ورفءف في أفففففف الففشمفمعي ففما ففلي :

- أ - إعاقة نوعية في التفاعل الاجتماعي تبدو في مجالين من المجالات التالية :
- (1) إعاقة واضحة في استعمال سلوكيات غير لغوية متعددة مثل النظر عيناً إلى عين ، التعبير الوجودي ، حركات الجسم والوضعية المنظمة للتفاعل الاجتماعي .
 - (2) الإعاقات في علاقات مع الأنداد متناسبة مع درجة النمو .
 - (3) فقدان اكتفيش الشغالي عن مشاركة السرة، والاهتمامات أو الإنجازات مع الأشخاص الآخرين.
 - (4) فقدان التبادل العاطفي أو الاجتماعي.
- ب - أنماط متكررة محددة منى الشاذة نفسها من السلوكيات، والاهتمامات والنشاطات تظهر بوحدة على الأقل من لظواهر التالية:
1. الاضطراب بالشغالات أو بواحد من الأنماط المحددة المنفصلة تنفيذاً خطياً وعلى الشاذة نفسها من الاهتمام اندي يكوم شاذاً إما في الشدة أو في التركيز
 2. الالتزام غير المرن كما يبدو ظاهرياً في أعمال روتينية غير هادفة نوعية ، أو في طقوسيات .
 3. سلوكيات تكلفية حركية متكررة وعلى نمط واحد (مثل نبي الذراع ، الذذب العنيف للهد أو الأصبع، أو التزام بحركات جسمية معقدة تكامل الجسم) .
- ج - بسبب لاضطراب إعاقة هامة سريرية في المجالات النهائية والاجتماعية أو الميادين الأخرى الهامة من الوظيفة .
- د - لا يوجد سريريا تأخر هام في اللغة (الكلمات المفردة المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثاني ، الجمل التواصلي المستخدمة من قبل الطفل في العمر الثالث) .
- هـ - لا يوجد سريريا تأخر هام في النمو المعرفي أو في نمو مهارت العون الذاتي المتوافقة مع السن ، وفي السلوك التكيفي (هنا التفاعل الاجتماعي) وفي سلوك الفضول والتعرف على المحيط في الطفولة .
- و - المعايير لا تتطابق مع اضطراب النمو المعمم النوعي الآخر ولا مع القصرم .

5- الاضطرابات التماثلية الشاملة غير المحددة

(Pervasive Developmental Disorders Not Otherwise Specified) (PDD-NOS)

يتميز استخدام هذا التصنيف حينما توجد إعاقة معمة حادة في نمو التفاعل الاجتماعي التبادلي أو المهارات التواصلية اللفظية وغير اللفظية ، أو عندما يوجد السلوك ، والاهتمام ، والنشاطات انتمضية، ولكنه في الوقت نفسه لا تتطابق المعايير مع اضطراب ذو معمم نموي ولا مع معايير الفصام ، أو معايير اضطراب الشخصية النرجسي، فمثلا إن هذا التصنيف يتضمن الاضطراب التوحدي غير النموذجي للأعراض في هذا التصنيف لا تتوافق مع معايير اضطراب التوحد ذلك لأنها ظهرت في سن متأخر ، كما وأنه غير نموذجي من ناحية المظهر، أو أن الأعراض دون العتبة أو أنها تجمع جميع الأمور (الحسائي، 2005).

وفيما يلي ذكر لأنواع من الاضطرابات غير مذكورة في التصنيف و تشابه في بعض أعراضها مع التوحد ويفضل اليوم الكثير من الباحثين أن تدرج تحت بند طيف التوحد :

متلازمة الكروموسوم الهش : Fragile X syndrome

اضطراب جيني في الكروموسوم الجنسي الأثري X ويظهر في 10 ٪ من أطفال التوحد وخاصة الذكور ، ومعظم الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط ، و لطفل صفات معينة مثل بروز الأذن ، وكبير مقاس محيط الرأس مرونة شديدة في المفاصل ، وغالبا ما تظهر استجابات حركية تكرارية وحساسية مفرطة للضوضاء ، و اضطراب الأداء اللفظي وغير اللفظي ، و اضطرابات معرفية .

متلازمة لاندو- كليفتنر : Landau-Kleffner Syndrome

في هذه الحالة يشعر الطفل بشكل طبيعي في أول ثلاث إلى سبع سنوات من العمر ولكنه يفقد المهارات اللفظية بسرعة بعد ذلك، وغالبا ما يشخص "تلفل خطئا" على أنه أصم ، فهناك حاجة لاستخدام التخصيط الكهربائي للدماغ لتشخيص هذه المتلازمة ، و من الأعراض المشابهة للتوحد قصور الانتباه ، عدم الشعور بالألم ، التكلام الشكراوي ، و قصور المهارات الحركية .

متلازمة موبياس Mobius syndrome

تسبب هذه مشكلات في الجهاز العصبي المركزي ربما فيها شلل عضلات الوجه مما يؤدي إلى صعوبات بصرية وكلامية ومشكلات سلوكية كذلك التي تنتج عن التوحد .

متلازمة كوف Kolf syndrome

تحدث لدى الإناث في معظم الحالات وأعراضها تتمثل في عدم المقدرة على الكلام وفقدان القدرة على استخدام اليدين إراديًا .

متلازمة سوتوس Soles syndrome

تسبب بسرعة كبيرة في التضخم وكبر حجم الجمجمة والتخلف العقلي وتعبيرات وجهه شاذة

اضطراب التصبغ الجلدي (Tuberous Sclerosis) Disorder

وهو عبارة عن اضطراب جيني وراثي في نحو (1-3%) من حالات التوحد ومن أعراضه : ثوبيات حركية، أورام في الغدة الدرقية، يقع جلدياً، أحياناً آفات عقلية مصاحبة، و(30%) من هذه الحالات مستوى الذكاء لديها عادي (Rutte,2005).

متلازمة وليام (Williams Syndrome)

وهو اضطراب جيني يحدث في (1/20000) حالة يظهر منذ الولادة ولكن لا يشخص إلا في مراحل متقدمة من العمر ومن أعراضه: التأخر في الوقوف والمشي، ضعف في التماسك الحركي، مشكلات في القلب، تظهر المشكلات التوحدية على شكل نقص في المهارات الاجتماعية، وحساسية للأصوات ، وضعف في الانتباه، وتأخر لغوي (الزوينات،2004).

متلازمة توريت: (Tourette Syndrome)

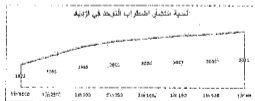
وهو اضطراب وراثي يصيب الجهاز العصبي المركزي تظهر أعراضه قبل (18) سنة، وتكون على شكل تقلصات حركية لا إرادية ومتكررة وتقلصات في القدرات اللغوية (قران،2007) .

نسبة الانتشار

تباينت نتائج الكثير من الدراسات التي أجريت بهدف تحديد نسبة انتشار التوحد وذلك لاختلافات في التعريفات والمعايير المستخدمة في تشخيص الاضطرابات (D'Arno, 1992) ، وتختلف نسبة الانتشار في المجتمع تبعاً لعدد من المتغيرات ، أهمها تصنيف حالات التوحد ، الحالة العقلية ، والجنس ؛ ومع ذلك تصل إلى حوالي (7.5%) لكل (10,000) طفل . وتظهر هذه النسبة لدى الذكور أكثر من الإناث في كل المجتمعات ، وتظهر لدى (80%) من حالات التوحد أعراضها من تدني القدرات العقلية ، الصرع ، صعوبات تعلم ، أو الاضطرابات الانفعالية والسلوكية ، وتشكل حالات إسبيرجر (6% من مجتمع الأطفال التوحديين . حيث تحدث إسبيرجر لدى حالة أو حالتين من كل (10,000) طفل (الروسان، 2010).

أما في أوروبا فقد أشار ميسيواف وشيا وادمز (Meschova, Shea, V Ardino, 2002) اعتماداً على دراسات مسحية في كل من بريطانيا و الدانمارك والسويد أن نسبة تتراوح ما بين (4 - 5) لكل (10,000) مولود.

وتشير أحدث الدراسات التي صدرت خلال شهر آذار للعام (2014) عن مركز السيطرة والوقاية من الأمراض (Center of Diseases Control and Prevention, 2014) أن نسبة انتشار التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية قد بلغت حالة واحدة لكل (68) طفل ، وأن هذه النسبة تظهر بين الذكور أكثر من الإناث بمعدل (3:1) .



الشكل (1) بين أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في ازدياد

أسباب الإصابة باضطراب التوحد

لكون اضطراب طيف التوحد اضطراب معقد ومظاهره السلوكية متشابكة مع كثير من الاضطرابات ، فقد كان ذلك مجالاً لكثير من الدراسات التي حاولت التعرف على سببه وقد تعددت العوامل التي ذكرت في كثير من الدراسات كأسباب للتوحد ، اعتماداً على اختلاف الاختصاصات و الاهتمامات بين الباحثين وتنوع خلفياتهم النظرية . ومع كثرة الأسباب وتنوعها إلا إنها ما زالت نظريات وكثير منها فرضيات لم يثبت مسؤولة أحدها بمعزل عن الأخرى ونتيجة للدراسات الحديثة ، والتجارب الإكلينيكية ، فإن الافتراضات السابقة حول التوحد لم تعد مقبولة ، إذ أن التأكيد قد انتقل من الوالدين كسبب لهذا الاضطراب إلى الجوانب العرفية والبيولوجية والاضطرابات النمائية للأغفال ذوي اضطراب طيف التوحد أنفسهم وهذا الانتقال جاء من قبل المجموعات المداعمة المؤلفة من آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والاختصاصيين (الخطيب ، الصمائي ، الروسان ، الحليدي ، يحيى ، الساطور ، الزويقات، العميرة ، السرو، 2011).

ومن النظريات والفرضيات الحديثة التي تفسر حدوث اضطراب طيف التوحد

1- الفرضيات الوراثية والبيئية (Hereditary & Genetic Hypothesis)

تشير الدراسات الحديثة التي أجريت في هذا المجال، كما أشار (قزاز، 2007) أن أجناس دور قوي، ويلزم في حدوث اضطراب التوحد ، حيث أشارت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة وغير المتطابقة أن نسبة إصابة الفرد باضطراب التوحد في التوائم المتطابقة أعلى منها في التوائم غير المتطابقة، حيث كانت النسبة في التوائم المتطابقة تتراوح ما بين (60% - 100%) أما في غير المتطابقة لم تتجاوز النسبة (50%)، وهذا يعني تفسير بأن للجينات دور رئيسي لظهور اضطراب التوحد ، بالإضافة إلى ذلك أشارت نتائج الدراسات العائلية أن ظهور طفل آخر مصاب بالتوحد لدى أسرة لديها طفل مصاب بالتوحد (20/1) وهي أعلى مقارنة مع الأمر التي ليس لديها طفل مصاب بهذا الاضطراب.

وأشارت (هارون، 2008) أن هناك عدد من الكروموسومات تشير حدوث اضطراب التوحد ومن هذه الكروموسومات هي: (2 : 7 ، 13 ، 15 ، 16 ، 17 ، X) والكروموسوم الأخير مشترك بين التوحد ومتلازمة ريت ومتلازمة الكروموسوم X المش.

وتم يتفق العلماء كما أشار (الظاهر، 2009) على خلق في كروموسوم معين وحالات التوحد، فهناك من ربط بين الكروموسوم رقم (2) وحالات التوحد، لاعتقادهم بوجود علاقة بين وبين اضطرابات النظر، وهناك من ربط بين الكروموسوم رقم (3) وحالات التوحد، حيث يعتقد بأن وجود جين يدعى (Gnl)، وهذا الجين يصنع البروتين والذي يعمل مع أحد النواقل العصبية (Gaba)، ويواصل لرسائل بين خلايا الدماغ، زيادة أو عدم أوزان (Gaba) ينشط خلايا الدماغ فوق أحد الطبيعي، مما يؤدي إلى ظهور أساليب التوحدية، والبعض الآخر ربط بين الكروموسوم رقم (7) وحالات التوحد حيث يحتوي هذا الكروموسوم على مجموعة من الجينات لها وظائف معينة ومحددة هي: (Fox 2)، وهذا مرتبط باضطرابات انطق وثلاثة وتمايز الوجه والانتعالات و(Var 2) مسئولة عن مصير وتنقل ووظائف الخلايا في جسم الجنين و (Reln) مسئولة عن تنظيم خلايا الدماغ خلال تطور الجنين.

2- النظرية العصبية: (Neurological Theories)

أظهرت بعض الاعتبارات التصويرية التي أجريت في دماغ الأطفال ذوي اضطراب التوحد، بأن هناك اختلافاً واضحاً في شكل الدماغ وتوجد فروق في المخيخ إذا ما قورنت بالأطفال العديين، وتبين بأن هناك ضمور في المخيخ نسبياً (13٪) عند التوحديين وخاصة في خلايا البركتنجي (Purkinje). (الراوي، حاد، 1999).

وفي كلية هارفارد الطبية قامت الدكتورة بايومان (Berman) بتشريح أدمعاج لطفة (30) من الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد تمت أعمارهم بين (5-74) عاماً. اكتشفت علامات غير طبيعية في تركيب الدماغ، ومع اختلاف واضح في المخيخ وحجم المش وحدد معين من خلايا البركتنجي (Purkinje Cells) (هارون، 2008).

وقد بينت دراسات أخرى بأن هنالك شذوذاً وخلل في النشاط الكهربائي أو قصور وظيفي؛ لأننا نجد الدماغ وهنالك من يعزو ذلك إلى الخلل في القشرة الدماغية ، والتي قد تكون مسؤولة عن السلوكيات التوحدية وخاصة المتعلقة باللغة. (انظامر،2009).

وتوصل كل من باومان وكامبر (Bauman & Kemper,1995) إن وزن الدماغ لدى الأطفال المصابين بالتوحد أكثر وزناً من أدمغة أقرانهم العاديين في مرحلة الطفولة؛ ويكون وزن أدمغتهم أقل في مرحلة البلوغ، وإن هنالك خلل في أسلاكها الموجودة في المخيخ إذ إن نموها غير طبيعي إما فرط أو نقصان في النمو الأمر الذي يؤثر على وظائف المخيخ .

3- الفرضيات البيوكيميائية (Biochemical Hypothesis) :

تقدّم هذه الفرضية حدوث خلل في الناقل العصبي كالسيروتونين (Serotonin) والدوبامين (Dopamine) والبيبتيدات العصبية (Neuropeptide)، حيث أن الخلل البيوكيميائي في إحدى هذه الناقلات العصبية له آثار سلبية على الفرد كإفراز هرمون وحرارة الجسم والشعور بالألم وفي المزاج والذاكرة . (الحظيبي، انصمادي، الروسان، الحنبلي، يحيى، الناظور، الزويتات، العمارة، السرور،2011).

وقد أشارت نتائج البحوث التي أجريت على الناقل العصبي السيروتونين (Serotonin)، حيث أن هذا الناقل العصبي مرتبط بدرجة عالية بالعمو حيث يكون بمستوى عالي في المراحل المبكرة من العمر، ويتناقص في مرحلة المراهقة كما إن يسطر في مرحلة الرشد، ولكن لدى ذوي اضطراب طيف التوحد من أفراد الدراسة وجد إن هذا الناقل يستمر مدى الحياة بنسبة (30 - 40 %). ومن وظائف السيروتونين التحكم بالنوم وتناول الطعام والشهية وحرارة الجسم والإحساس بالألم (Zager,2005).

ووجد بأن هنالك خلل في ناقل عصبي أخرى كارتفاع الناقل العصبي اندوبامين لدى بعض الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد وانخفاضه لدى البعض الأخرى بالمشاركة مع النسب الموجودة لدى الحالات العادية ، وتمت الإشارة إلى وجود خلل في نسب

اضطرابات طيف التوحد: تشخيص والتدخلات العلاجية
الأدوية (Epinephrine) في الدم والدماغ لدى الأفراد التوحديين (Gillberg & Coleman, 1992)

4- النظريات البيولوجية (Biological Theories)

تفسر هذه النظرية إصابة الفرد باضطراب التوحد نتيجة خلل أو تلف يصيب خلايا الدماغ أو عدم اكتمال نمو خلايا الدماغ لدى الفرد؛ وهذا يفسر حدوث إصابات أخرى مصاحبة لاضطراب التوحد كالصرع والإعاقة العقلية (الحطيط ولخرون، 2011) وتشير دراسات كسل من بارسيل (Parcell) وروتر (Rutter) ومايرغ (Maimberg) ورايث (Vach) كما أوردتها (العنوان، 2014) إلى مجموعة من الأمراض والعوامل المرتبطة بالأم الحماض، والتي بدورها تزيد من احتمالية إصابة الطفل باضطراب التوحد مثلت في: الحصبة والحصبة الألمانية ونقص نشاط الغدة الدرقية وفيروسات الحمل ومشكلات جهاز المناعة وتعاظم الكحول والأدوية المهلثة وعسر الأم الذي يزيد عن (35) عام، ويضيف (خطاب، 2009) أن علاقة السائل الشائلي المحيط بالجنين وتغيرات عالية في مرحلة ما قبل الولادة -على الرغم أن بعضها قد يكون عرضياً- وولادة طفل توحدي.

5- الفرضيات الأيضية (Metabolism Hypothesis)

أشارت هذه النظرية أن سبب اضطراب التوحد يعود إلى عدم قدرة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد عن هضم البروتينات، وخاصة بروتين الجلوتين (Gluten) الموجودة في القمح والشعير ومشتقاتهما، بالإضافة إلى بروتين الكازين (Casein) الموجود في الحليب، وهذا مما يفسر استقرار الطفل لمادة الحليب والأرز. لوجود خلل وظيفي في الإنسك والإسهال واضطرابات التنفس لدى الطفل، ومن مظاهر اضطرابات هضم لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: حساسية الجسم الزائدة لبعض الحشرات، والبكتيريا الموجودة في المعدة والأمعاء، وزيادة الأفيون في الجسم؛ وصعوبة هضم الأطعمة النافذة للكثير، ونقص بعض الأحماض والبروتينات في الجسم. (أخرون، 2008)

6- فرضية التلوث البيئي (Environmental Contamination Hypothesis)

يرى ادلسون (Edelson,2004) أن الأسباب الشائعة لحدوث اضطراب

التوحد هي :

- العوامل الكيميائية والمواد الثقيلة في البيئة مثل الزئبق الحديد، والزنك

- تسمم الكبد، حيث لا يستطيع الكبد القيام بوظائفه

ويشير (الخطيب وآخرون، 2011) أن تعرض الطفل في مراحل النمو الحرجة إلى

تلوث بيئي قد يؤدي إلى تلف في الخلايا الدماغية والتسمم في الدم، وبالتالي ظهور

أعراض التوحد، ومن أهم هذه التلوثات : التلوث: والمواد الحافظة للمطاعم،

والرصاص، وأول أكسيد الكربون.



لشكل رقم (2) يبين أهم النظريات المفسرة لأسباب اضطرابات طيف التوحد

خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

Characteristics of Autistic Children

يتصف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الأساسية، وازماً يلي وصف لهذه الخصائص .

أولاً: الخصائص السلوكية Behavioral Characteristics

يقهر الطفل ذي اضطراب طيف التوحد نوبات انفعالية حادة ويكون مصدر إزعاج للآخرين ومن أهم التلامح وخصائص السلوكية ، عدم الاستجابة للآخرين مما يؤدي إلى عدم القدرة على استخدام وفهم اللغة بشكل صحيح ، الاحتفاظ بروتين معين و ضعف التواصل مع الآخرين ، الخوف من تغيرات بسيطة في البيئة ، وكذلك القيام بحركات جسدية غريبة ، انشراط الزائد أو الجمول ، في حين يصاب البعض بالصرع ، ويلجأ الآخرون إلى إيذاء الذات (النشامي، 2004)

ثانياً: الخصائص اللغوية Language Characteristics

ويمتاز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص اللغوية ومنها : عدم القدرة على استخدام اللغة والتواصل مع الآخرين: يتحدث بمعدل أقل من الأطفال العادي ، وضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة : الاستخدام غير العادي للغة مثل تكرار الأمثلة، وكذلك الكلام بنفس النغمة لكافة الموضوعات ويواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف صعوبات في فهم وإدراك المفردات غير اللفظية مثل الإشارات ، الحركات وتعابير الوجه وصعوبة الانتباه إلى الصوت الإنساني رغم سلامة حاسة السمع لديه ، وعدم القدرة على تكوين جمل تامة وعكس استخدام الضمائر وحروف الجر (الروسان ، 2010) .

ثالثاً: الخصائص الحركية Motor Characteristics

لا توجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشكلات حركية دقيقة (شريطة أن لا تكون لديهم إعاقة عقلية ولا مصاعب خاصة) . إلا أنه يمكن القول أن مراحل تطوّرهم الحركي يتحقق بغير ترتيب بالمقارنة مع العديدين أمثالا يتعلمون المشي

ثم الخبر ، كما عمل بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على المشي على أصابع أقدامهم (الثامني ، 2004).

بينما تشير الجمعية الأمريكية للتوحد إلى دراسة أجراها جيم آدمز وجدت أن (30٪) من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم ضعف عضلي وتراوح من متوسط إلى شديد يؤثر في مهاراتهم الحركية ، العامة والمهارات الدقيقة ، حيث وجدت تلك الدراسة إن هؤلاء الأطفال يميلون إلى امتلاك مستويات منخفضة من البوتاسيوم وأن تناولهم للفاكهة قد يساعد في رفع نسبة البوتاسيوم ، وتحسين المهارات الحركية لديهم (Autism Society of America , 2006) .

وفي دراسة أجراها منغ و ويرماكامبا (2007 ، Ming , Brimacamba , Wager) مدلت إلى معرفة نسبة انتشار المشكلات الحركية لدى (154) طفلاً من ذوي اضطرابات طيف التوحد (ASD) وقد أشارت نتائج الدراسة من خلال الملاحظات السريرية إلى ظهور مشاكل حركية لدى هؤلاء الأطفال مثل : تأخر الحركي ، وانفسي على أطراف الأصابع ، وظهور مشكلات في التنسيق الحركي العام ، وصعوبة في حركة كاحل القدمين ، كما أظهرت النتائج إلى أن (51٪) من الأطفال أظهروا تحسناً في هذه المشكلات الحركية بمرور الوقت ، بينما استمرت مشاكل في التنسيق الحركي العام لدى (34٪) من الأطفال ، وأشارت النتائج إلى أن (19٪) منهم لديهم مشكلة المشي على أطراف الأصابع، بينما المشكلات مثل صعوبة الحركة في كاحل القدمين كانت نادرة الحدوث ، وأظهر (9٪) من أطفال الدراسة تأخراً حركياً.

رابعاً : الخصائص الاجتماعية Social characteristics

يمتاز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعدد من الخصائص الاجتماعية نذكر منها ما يلي :

1. صعوبات واضحة في السنوك غير اللفظي اللازم للتفاعل الاجتماعي .
2. صعوبات في إقامة علاقات مع الآخرين .
3. صعوبات في المشاركة في أوقات اللعبة والتفرح .
4. صعوبات في مشاركة الآخرين وحياد كامل للمشاعر (هارون ، 2008) .

خاصاً : الخصائص المعرفية / العقلية Cognitive characteristics

شارت الدراسات والأبحاث إلى أن اضطراب اتنواحي المعرفية تعد أكثر اتنواحي المميزة لاضطراب التوحد وذلك مما يترتب عليه من نقص في اتنواحي الاتجماعي . وما يجدر ذكره أن (0,70) من الأطفال يظهرون قدرات عقلية متدنية تصل أحياناً إلى حدود الإعاقات العقلية ، وتصل في أحيان أخرى إلى مستوى الإعاقة العقلية المتوسطة و الشديدة ، وان ما نسبة (3610) منهم يظهرون قدرات عقلية مرتفعة في جوانب محددة مثل الذاكرة والموسيقى والحساب ، والفن ، أو قدرات قريبة لئية دون استيعاب (الخفيف ، وآخرون ، 2011) .

أما مزاج ومشاعر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فيمكن وصفها بأنها سطحية غير متفاعلة مع الأشخاص أو الأحداث ، فقد يوصف ذي الطفل اضطراب طيف التوحد بالسعادة دائماً لبيت احتياجاته فوراً ولكنه بشكل عام يمين لأن سرعة الغضب وعدم السعادة وليكاه لفترات طويلة وتورث الغضب الي عادة ما تكون بسبب تغيير الروتين (Wing,1993) .

ساساً : الخصائص الحسية Sensory characteristics

يظهر لدى أطفال اضطراب طيف التوحد استجابات غير عادية للخبرات الحسية، فمثلاً قد لا يظهر استجابة للأصوات العانية والتي تكون خلفه مباشرة ؛ لكنه قد يستدير لسماعه صوت من جهة أخرى قد يثير اهتمامه بعض الأصوات مثل قرع الأجراس ، ويجب التنويه في مصادر الضوء سواء كان النور أو الشمس ، ويظهر أكثره ذي اضطراب طيف التوحد في الغالب بأنه مشغول بالمعلومات الحسية ، كما أن عتبة الألم لديه عالية مما يجعل الآخرين يعتقدون بأنه لا يشعر بالألم وفائد الإحساس (Reiland ,Lee,1999).

ويلاحظ الآباء والموسون أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يستخدمون حواس اللمس والتذوق والشم في اكتشاف البيئة من حولهم لفترة طويلة بعد انتهاء مرحلة الرضاعة والحبو الأولى ، ويستخدمون ذلك لتعرف هي الأشخاص الآخرين

فهم يكون شاملاً ولديهم مثلاً ، و برغم الرغبة في التعرف على البيئة من خلال التحدث إلى أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يجدون صعوبة في تعلم مضمغ الطعام لعادي ، ويستجوب الأمر إطعامهم الغذاء المهروس والمطحون لفترة أطول بكثير من الوقت الطبيعي لاجتياز ذلك . ومن الشائع أيضاً أن تجد صعوبات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في تقليد ومحاكاة الحركات التي يقوم بها الآخرون (Wing 1993) .

وقد يبدو الخلل في الاستجابة للمثيرات الحسية إما بالزيادة أو النقصان فمثلاً قد يظهر الطفل ذو اضطراب طيف التوحد الانزعاج الشديد للضجيج والأصوات العالية ، أو قد يظهر على الطفل عدم استجابة للمثيرات الحسية من حوله ويبدو ذلك جلياً في عدم الإحساس بالألم (Reid and Lee,1999) .

ويجد عدد من المختصين بأن لحروف الزائد تجاه الأصوات يرجع إلى عطب بعض الخلايا في منطقة قرن آمون في الدماغ المستولة مباشرة عن وظائف إدراكية عديدة منها الانفعالات والحلوف (حمدان ، 2002) .

كما تبيّن التعبيرات الانفعالية لدى طفل اضطراب طيف التوحد بين الصمت التام ، ونوبات من انصرخ أو البكاء دون سبب واضح أو نوبات انضحك دون سبب واضح ، أي أنّ هناك تقلبات مزاجية شديدة دون سبب واضح ، وأعلى أبرز السمات الانفعالية هو نقص المخاوف من الأخطار الحقيقية مثل الرقعات ، بينما يشعر بالذعر من أشياء عادية مثل صوت جرس الباب أو صوت المكينة الكهربائية (العيادي ، 2006) .

سابعاً- مشكلات ثانوية

هناك بعض الخصائص الشائعة تظهر لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد لكنها ليست ضرورية لتشخيص التوحد وتمثل في :

مشكلات النوم: حيث القلق والنوم المنقطع وغير المتواصل.

مشكلات في الأكل والشرب : حيث يتناول الأفراد الطعام بشراهة دون الشعور بالشبع ، تناول أطعمة محددة وعدم تنوعها، تناول مشروبات معينة بكأس ثابت.

مشكلات إدراكية : حيث تظهر لدى الأفراد مشكلات في عمليات التفكير والتعرف والإدراك والتقليد

مشكلات في التعميم : عدم قدرة الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد على تعميم ما تم تعلمه من بيئة لأخرى (شقيرة، 2002).

الفصل الثاني

مفاهيم أساسية في القياس والتقويم والتشخيص النفسي

- المقدمة
- تعريف القياس النفسي
- مستويات القياس
- تعريف الاختبارات النفسية
- تصنيف الاختبارات النفسية
- عيوب القياس النفسي
- مفهوم التقويم
- مراحل عملية التقويم
- مفهوم التشخيص النفسي
- الشروط الواجب توافرها بأدوات التشخيص
- قضايا ومشكلات التشخيص والتقويم

مفاهيم أساسية

في القياس والتقييم والتشخيص النفسي

مقدمة

اختلف علماء القياس النفسي في تحديد بدايات انفلاق حركة القياس النفسي . وتعد الدراسات التي أجراها الفلكيون نهاية القرن الثامن عشر خاصة بكشف الفروق الفردية في زمن الاستجابة والتي نسميها بدراسات (المعادلة الشخصية) وهي دراسات أجريت خارج نطاق علم النفس مهددة في ظهور تأثير حركة القياس النفسي .

ويجمع الباحثون على أن القياس النفسي بوصفه نهجا جديدا يركز على دراسة الظاهرة النفسية من متعلق علمي تجريبي بعيدا عن المنهج الاستنباطي التقليدي نقطة تحول في تاريخ تطور علم النفس بل يعد العامل الأهم في جعله علما بمعنى الكلمة .

يحتل القياس والتشخيص النفسي مكانا هاما في التربية الخاصة ويعتبر من أهم موضوعاتها ، إذ إن الكشف والتعرف على الطلاب ذوي الاحتياجات الخاصة يعد الخطوة الأولى في التشخيص وبالتالي تحديد البرامج العلاجية والتربوية المناسبة للحالات التي تم تشخيصها ومن ثم تقييم مدى فاعلية البرامج التربوية وكذلك تقييم أسباب التدريس المستخدمة من خلال تحديد مدى تقدم هذه الفئات التي تخضع لهذه البرامج .

تعريف القياس النفسي

تستخدم كلمة قياس بكافة أنواع العلوم وفي كافة مجالات الحياة ، وفي حياتنا اليومية تستخدم كلمة قياس بمعنى العملية أو العمليات التي يتم خلالها تقدير قيم الأشياء المختلفة والفروق بينهما بصورة كمية (ميخائيل ، 2006) ويعرف كامبل (Campbell , 1952) القياس على أنه تبيين للخصائص أو السمات التي يترافق . وبعد التعريف الذي يقدمه ستيفنز (Stevens , 1951) من أكثر التعريفات شيوعا وانتشارا ، حيث ينص : التعريف على أن القياس هو (العملية التي يتم من خلالها التعبير عن الأشياء والحوادث برموز وأعداد استنادا إلى قواعد) ويرى نطلي (Nunnally , 1970) أن القياس يتكون من قواعد استخدام الأشياء بطريقة تشير إلى كميات من الخاصية . في

حين يعرف القياس على أنه «عملية تعيين أعداد أو أحداث استناداً إلى قاعدة ما < (Martens, 1977) . وفي التربية الخاصة أمثلة كثيرة تعبر عن مفهوم عملية القياس وتقبلها للصفات أو الظواهر موضوع القياس بمعلومات كمية أو رقمية فمثلاً يعبر عن الإصابة باضطراب طيف التوحد بدرجة مرتفعة جداً بالدرجات التالية (70 – 85) وذلك في مقياس (ASRA) Autism Spectrum Disorders scales (Saeen , Goldstein, Nagalirie , 2009)

مستويات القياس

تستخدم أشكال مختلفة من القياس تبعاً لاختلاف السمات والخصائص التي تخضع لعملية القياس من حيث طبيعة هذه السمات ، وتفاوت أشكال القياس من حيث دقتها .

1- المستوى الاسمي (Nominal level)

وهو ادنى وأبسط مستويات القياس . ويتم في هذا المستوى تسعياً أو تصنيفاً لفراد المجموعة إلى زهر أو قفاز ومثال ذلك تسمية فئات التدريس أو تصنيف الطلاب إلى ذكور و إناث أو ناجحون أو راسبون (ميخائيل ، 2006) وفي التربية الخاصة يستخدم هذا المستوى، فمثلاً يعطى رقم معين لكل فئة من فئات التربية الخاصة مثل فئة الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد أو الصم أو فئة الأطفال المضطربين سلوكياً وانفعالياً . ولا تستخدم في هذا المستوى العمليات الحسابية الأربع باستثناء عملية الجمع فقط .

2- المستوى الترتيبي (Ordinal Level)

في هذا المستوى تصنف البيانات كما هو حال في المستوى السابق لكن تصيب لها خاصية الترتيب، بحيث أنه يمكن وضع التصنيفات في ترتيب واضح متسلسل ، انطلاقاً من وجود تجانس بين أفراد الفئة الواحدة من خلال تميزهم بالسمة أو الخاصية عن غيرهم من الفئات دون أن يعكس ذلك الفروق بين أفراد كل فئة . وفي التربية الخاصة مثلاً يصنف أطفال موهوبون ، عاديون ، بطيئون التعلم ، ذوي صعوبات التعلم ، معوقون عقلياً ويصنف الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى ذوي

الاضطراب المرتفع جدا ، اضطراب مرتفع ، اضطراب مرتفع قليلا ، اضطراب منخفض . يتطلب المستوى الترتيبي للقياس متابعة التدرج وبالتالي يمتلك ميزة الترتيب بالإضافة إلى ميزة التصنيف الأفراد أو الأشياء التي تشترك في خاصية واحدة .
لا يمكن في هذا المستوى القيام بالعمليات الحسابية الأربع لأن الفروق بين الترتيب غير متساوية .

3 - المستوى الفتوي (Interval Level)

يعتبر هذا المستوى أكثر دقة نظرا لأنه يعتمد على وحدات قياس منتظمة للتعبير عن الفروق بين انسمة موضوع القياس مما يساعد في تقدير الفروق بين عنصرين بدقة وسهولة . في هذا المستوى من القياس يكون للأرقام معنى وتكون قابلة لعملية الجمع والطرح . لا يوجد في هذا المستوى صفر حقيقي أو مطلق يشير إلى انعدام النسمة وغايتها بصورة كلية . فالصفر هنا افتراضي وليس حقيقيا ، فإذا كانت علامة طالب في اختبار مبحث الكيمياء صفرا فهذا لا يعني أن معرفة الطالب معدومة تماما بل لابد أن يعرف شيئا ثم تنطرق له أسئلة الاختبار .

ويمكن وصف لتقاييس النسمة والتربوية إنها بمستوى القياس الفتوي وبخاصة إذا ما رأينا التقدم الذي حدث باتجاه إيجاد وحدات تنصف بالنيات والتساوي كالدرجات المعيارية (ميخائيل : 2006) .

4 - مستوى النسبة (Ratio Level)

يتميز هذا المستوى من القياس بوجود الصفر الحقيقي ويستخدم في العلوم التطبيقية فيما يندر استخدامه في العلوم التربوية والنفسية وذلك لأنها تقفز إلى وجود الصفر الحقيقي الذي يعني غياب النسمة غيابا كليا . إذ لا يمكن الجزم بغياب نسمة ألقلق من شخص ما غيابا تاما .

ومن الجدير بالذكر هنا إن المقاييس النسبية والتربوية لا تشكو فقط من عدم وجود نقطة صفر حقيقية تمكنه من الوصول إلى نقطة إلى المستوى الأعلى من القياس ، بل تشكو أيضا من صعوبة الحصول على وحدات أو فئات متساوية تتبعها مستوى القياس الفتوي بصورة مطلقة ومن هنا فإن المقاييس النسبية لا تحقق الشروط التي

اضطرابات شديدة التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

تطلبها المستوى الفئوي من القياس بصورة كاملة . إلا أن ذلك لا يمنع العاملين في القياس النفسي من استخدام المعالجات والتعميمات الإحصائية التي يسمح بها هذا المستوى كتحويل العلامات الخام إلى علامات معيارية . (عودة ، 1985)

جدول رقم (1) يوضح ويمكن المقارنة بين الأنواع الأربعة من مستويات القياس

أداة	الخصائص القياسية	تعميمات إحصائية	المستوى
أنتها الجنس الجنسية إثنية الاجتماعية	- عدد يدل على كم أو مقدار (أعداد متصلة) - الأرقام تحمل عزو الأسماء - الأرقام تثل فئات - وضع الأشخاص في فئات - لا تثل الأرقام كميات من شخص - تميز الأرقام بين الفصول - لا يمكن إجراء التعميمات الإحصائية على الأرقام	العدد	الأسمي Nominal
درجات الغلاب أو تقديراتهم	- كم لا يشار إليه بعدد (رقم متصلة) - الأرقام مرتبة ترتيباً تنازلياً أو تصاعدياً - المسافات بين الرتب غير متساوية - يتم ترتيب الأفراد في الخاسية	الترتيب	الترتيبي Ordinal
الدرجات في الاجتهادات والقياس النفسية	- عدد يدل على كم أو مقدار (رقم متصلة) - وضع الأشخاص في مقياس متصل يتكون من مسافات متساوية وله صفر اعتيادي - يمكن مقارنة المسافات بين الدرجات	الجمع الترتيب الطرح	الفئوي Interval
زمن العمل الطول الوزن	- عدد يدل على كم أو مقدار (رقم متصلة) - وضع الأشخاص في مقياس متصل يتكون من مسافات متساوية وله صفر مطلق - يمكن استخدام النسب المئوية للأرقام	جمع العمليات الرياضية	النسبي Ratio

تعريف الاختبارات النفسية

يعرف الاختبار النفسي بأنه مقياس موضوعي ومقنن لقياس من السلوك (Anastasi,1982)، ويعني ذلك إن الاختبار النفسي يجب أن يلقي اثر العوامل الذاتية أو الشخصية في الحكم على أداء الملموحس أي لابد من تتم عملية وضع الدرجات بصورة موضوعية . ويؤكد تعريف استازي على أهمية التقنين والذي يعني توفير نفس الشروط والشروط لجميع الخاضعين للاختبار مما يستوجب توحيد التعليمات و الأمثلة التمهيدية والحدود الزمنية .

ويعرف كرونباخ (Cronbach ,1960) بأنه طريقة منظمة لمقارنة سلوك شخصين أو أكثر ولا يعارض هذا التعريف مع تأكيد تعريف السابق على أهمية التقنين إذ لا بد من التقنين حتى تتمكن من مقارنة أداء شخصين أو أكثر. ويعرف مهورنر (Mehrens,1975) أداة القياس على أنها أداة منظمة لقياس ظاهرة ما والتعبير عنها بلغة الأرقام .

تصنيف الاختبارات النفسية

يمكن تصنيف الاختبارات النفسية انطلاقا من السمات أو الموضعات التي تصدى لها ومن ذلك تصنيف كرونباخ الذي يضعها في فئتين

1. اختبارات أقصى أداء : وتتطلب هذا الاختبارات من الملموحس تقديم أقصى ما عنده للحصول أعلى درجة ومن الأمثلة على هذه الاختبارات اختبارات الذكاء والتقدرات العقلية العامة .
 2. اختبارات الأداء العادي : وتستخدم للكشف عن تصرف الأفراد في الموقف الطبيعية وهي بذلك لا تهدف للكشف عن أعلى مستوى من الأداء يمكن أن يميل إليه الملموحس ، فهي تهتم برصد السلوك كما هو عليه .
- ويمكن تصنيف الاختبارات وفقا لشروط إجرائها حيث تصنف الاختبارات الجمعية وهي التي تطبق على مجموعة من الأفراد في نفس الوقت والاختبارات الفردية التي تعطي فرصة للتواصل الحي بين المفاحص والملموحس مما يثير دافعية الملموحس ، خير أن الاختبارات الجمعية تتميز عن الفردية بأنها أقل كلفة . كما يمكن تصنيفها بناءا

على طريقة تفسير النتائج إلى نوعين فهناك الاختبارات محكية المرجع (Criterion - Referenced Tests) وفي هذا النوع من الاختبارات يتم تحديد معيار مسبقاً من قبل الفاحص بحيث يعبر الفحوص ناجحاً إذا اجتاز هذا المعيار والنوع الثاني هو الاختبارات المعيارية المرجع (Norm Referenced Tests) وفي هذا النوع يقارن أداء الفرد بأداء المجموعة اعمومية التي ينتمي إليها .

عيوب القياس النفسي

بالرغم من المكانة الهامة التي يحتلها القياس النفسي في عصرنا الحاضر وما حققه من تقدم هائل في المجالات كافة إلا إنه يصعب القول إن القياس تجاوز كل العيوب ووصل لدرجة الكمال ومن حدود القياس إن بعض السمات التي تتصل بالأفراد قد لا تظهر بوضوح وتتفاوت على درجة من التعقيد مما يجعل من الصعوبة بمكان تحديد هذه السمات بهدف إخضاعها للقياس لاسيما أن معظم السمات التي تخضع للقياس النفسي لا تظهر بصورة مباشرة وواضحة وإنما يتم قياس السلوك الذي يشير نسبة ما كالتالي مثلا .

أخطاء القياس

نفساً لما تتطلبه عملية القياس النفسي من خطوات وإجراءات معقدة وشروط باقعة التقيد وما تزود إليه من نتائج تحتاج لتفسير أخصائي القياس والوقوف على دلالاتها فن هذه العملية لا بد وأن تنطوي على العديد من احتمالات الخطاء ، ويمكن إجمال مصادر الخطاء في القياس هذه فيما يلي .

1. تعتد السمات موضع القياس وصعوبة عزل هذه السمات عن غيرها من السمات التي يمكن إن تؤثر بها وطريقة القياس غير المباشرة هذه السمات تعد المصدر الأكبر من مصادر الخطاء.
2. أما المصدر الثاني من مصادر الخطاء في القياس فيتعلق بمدى صلاحية أداة القياس وحساسيتها للفروق الطفيفة في السمة موضوع القياس لدى الأفراد فبعض الأدوات تعجز عن الكشف عن الفروق الدقيقة بين الأفراد .

3. يعتبر الشخص الذي يقوم بعملية القياس المصدر الثالث من مصادر الخطأ لاسيما إذا كان غير مشرب بلوحة كفاية أو تحيزه أو عدم اتباعه أو عدم قدرة على تسير النتائج .

مفهوم التقويم

هناك الكثير من التعريفات وتفسيرات المفهوم التقويم ولكنها تتفق على أن الخلف من عملية التقويم هو إصدار حكم على ظاهرة ما بعد قياسها وفقاً لمعيار معين . ومن المعاني الهامة لكلمة التقويم التي وردت في معجم الرائد هي (تقرير قيمة شيء أو أحكام على ذمته) يعرف داوتي (Dowdle , 1976) التقويم على أنه إعطاء قيمة لشيء وفقاً لمستويات تم تحديدها مسبقاً ويؤكد هذا التعريف على إعطاء حكم قيمة وضروورة توافر أسس معينة يستند إليها هذا الحكم. ويعرف بولسون التقويم (Poulson , 1970) بأنه عملية فحص أحداث وموضوعات معينة في ضوء معايير محددة بغرض اتخاذ قرارات في حين يعرف ستافلييم التقويم (Staffleam , 1971) على أنه عملية وصف وحصول على معلومات مفيدة وتقدمها للحكم على بدائل أقرار.

ويستخدم مصطلح التقويم في ميدان التربية الخاصة للحكم على سلوك الأفراد ومن ذلك تصنيف الأفراد إلى موهوبين أو عاديين أو معوقين عقلياً وفقاً لمستوى قدراتهم العقلية (ذكائهم) وصنف الأفراد إلى عاقلين أو معوقين سمعياً بناءً على عدد وحدات الديسبل القيسية لديهم (الروسان ، 2012).

مراحل عملية التقويم

التمحوص السميعة : تحري هذه التمحوص بشكل خاص على الأطفال المتخطين بالمدرسة للكشف عن احتمالية لإعاقة لديهم ، وقد تكون تمحوصات ضيقة أو واسعة أو تربية للكشف عن انقطرات البصرية والسمعية والاستعداد لتعلم .

مرحلة الإحالة : يمكن أن يترتب على نتائج التمحوص السميعة عمليات إحالة لعدد من الأطفال لإجراء المزيد من التمحوصات لدى ذوي الاختصاص بهدف تصنيف أكثر دقة للحالة

مرحلة الخطة العلاجية : وتوضع بناء على الحاجات أو جوانب النقص لدى الطفل وتسمى الخطة التربوية الفردية

مرحلة تقويم تقدم الطفل : حيث يتم تقويم تقدم الطفل أثناء وبعد محضوحه للبرنامج التربوي .

مرحلة تقويم البرنامج التربوي : يتم الحكم على مدى فاعلية البرنامج العلاجي من خلال التعرف على مدى تقدم الطفل وبالتالي إجراء التعديل المناسب للبرنامج في ضوء المعلومات الواردة عن تقدم الطفل (العزة ، 2002) .

الفرق بين القياس والتقويم

يختلف التقويم عن القياس فيما يلي:

1. التقويم عملية شاملة فتقويم التلميذ مثلاً : يمتد إلى جميع جوانب النمو وكذلك إلى شخصيته. وتقويم المنهج يمتد إلى البرامج والسررات وطرق التدريس والوسائل والأنشطة وأما القياس فهو جزئي أي ينصب على شيء واحد.
2. يهتم التقويم بالحكم العام والتنوعية بينما يركز القياس على الحكم.
3. يهدف التقويم إلى التشخيص والعلاج ومن ثم يساهم في التحسين والتطوير بينما يكتفي القياس بإعطاء بعض المعلومات المحددة عن الشيء أو الموضوع المراد قياسه فقط.
4. يركز التقويم على مجموعة من الأمور التي لا غنى عنها مثل الشمول - الاستمرارية- التنوع .
5. وسائل التقويم تعمن على مقارنة الفرد بنفسه أو بغيره ، بينما يعطينا القياس نتائج وصفية للشيء دون ربط بالأشياء الأخرى كما هو الحال في التقويم أي أن التقويم يمتد إلى العلاقات المتعددة بين الموضوعات أو الأفراد وبذلك فهو أشمل وأفضل من القياس (ميخائيل ، 2006).

مفهوم التشخيص النفسي

بدأت عملية التشخيص النفسي بالتطور والازدهار يتقدم حلم الأمراض في الطب الذي امتد ليشمل الإنسان جسداً ونفساً ، ومع بدايات القرن التاسع الهه العلماء نحو وصف وتصنيف الأمراض العقلية والنفسية ذات البعد الوظيفي التي لا يوجد لها بعد عضوي .

يرى هاول وزملاءه (Howell et al. 1971) إن التشخيص مصطلح مستعار من العلوم الطبية . ويشير مصطلح التشخيص النفسي إلى الجهد الذي يبذل الأخصائي من أجل تحديد الخصائص الثابتة وأعمدة نسيباً لشخصية الإنسان . ويمكن تعريف التشخيص على أنه > تلك العملية التي يقوم بها الأخصائي النفسي من جمع المعلومات ونبائات عن الفرد لمعالجتها معالجة خاصة يمكنه من أن يرسم صورة متكاملة لشخصية هذا الفرد تتضمن رسفاً دقيقاً لقدراته وإمكاناته ، ومشكلاته وأسبابها وذلك بهدف وضع خطة عمل ملائمة تنفذ مع هذا الفرد (سعيد ، 1998) .

ويقصد بتشخيص اضطراب التوحد ضرورة أعراضه وتحديد درجة شدته ضمن المعايير الملائمة له ولعمر الطفل من خلال تطبيق مقياس أو أكثر خاص بهذا الاضطراب (جودان، 2002) .

وقد عرفه تيدمانس وزملاؤه (Tidmarsh , et . al ,2003) التشخيص بأنه تحديد مدى ودرجة الفصور في التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك النمطي والمقاومة للتغيير والتأخر في اللعب التمثيلي والرمزي على طفل ما من خلال تطبيق مقياس خاص بهذا الاضطراب يشمل المعايير المحددة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية، وأشاروا إلى ضرورة شمولية وتكاملية عملية التشخيص وذلك بدراسة ظروف الحمل وتولادة ومراحل التطور الأولى والتاريخ الطبي للأسرة والطفل وعمل تقرير شامل خاص بجميع ما يتعلق بصحة وسلوك وعادات واهتمامات ومهارات الطفل

أما (نشامي، 2004) فقد عرفته بأنه عملية شاملة ومنظمة تهدف إلى مدى انطباق معايير التشخيص الخاصة باضطراب التوحد على طفل ما خاصة وأنه لا يوجد دلالات بيولوجية مؤكدة تظهر على جميع الأطفال المصابين بالتوحد وقد ركزت النشامي على أهمية قياس المظاهر السلوكية وفق التعريف العائنية لهذا الاضطراب النسائي دون إغفال أهمية جمع المعلومات المتعلقة بمراحل الحمل والولادة ونمو الطفل منذ الولادة إلى مرحلة التشخيص وكذلك التاريخ الطبي للأسرة والمراقبة الذاتية لإستدقاء إلى تطبيق مجموعة من الاختبارات النفسية والاختبارات الخاصة بالسلوك الكيفي ودرجة إتساقه

وعلم الاعتماد على مقياسين واحد فقط ، وهي تؤكد بذلك أن التشخيص يعني الاعتماد على مقياس خاص باضطراب التوحد وفق لمعايير محددة مسمى الاضطراب ودرجته وشدته وتصنيفه ضمن هذه الفئة . أما التقويم فهو يعطينا معلومات أوسع بكثير عن جميع الجوانب المتعلقة بالطفل من حيث سلوكياته ومستوى أدائه وتعلوه واستدانت بذلك على تعريف التقويم اندي ذكره مكلوجلين ولويس بأنه العملية المنظمة لجميع المعلومات من أجل اتخاذ الإجراءات القانونية والتعليمية ، ولذلك فالتشخيص والتقويم صلبتان مترابطتان تعتمدان على بعضهما بشكل مباشر .

ويرى (فزاز ، 2007) إن تشخيص اضطراب طيف التوحد بشكل دقيق وشمولي له أهدافه ومبرراته سواء على مستوى الاختصاصيين والباحثين أم المجتمع والأسرة والأهل نفسه والتي تخلص في

1. المساعدة في دراسة أعراض ودرجة التوحد .
2. التصنيف الدقيق لهذه الحالات خوفاً من الخلط بين اضطراب التوحد والاضطرابات النمائية المشابهة أو المتداخلة معه في بعض المعايير وكذلك حالات الإعاقة العقلية التي تتصف بتشكلات تكيف سلوكي يكثر فيها الخلط بينهم وبين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء المنخفض ، كذلك فإن تحديد درجة الذكاء ليست من معايير تشخيص التوحد إنما يفضل قياسها لأسباب تربوية وتعليمية ولأغراض التسع مستقبلًا .
3. اتخاذ قرارات الإحالة اللازمة
4. تحديد الفرق العلاجية والتربوية المناسبة (خطط تربوية فردية ، خطط تعليمية فردية ، برامج حسية ، برامج موسيقية ، برامج تعديل سلوكي ... وغيرها) حسب الحالة نفسها .
5. اتخاذ الإجراءات والتدابير التعليمية والإرشادية المناسبة للأسرة بأكملها .
6. أهمية التدخل المبكر لهذه الفئات والاضطراب التوحد بشكل خاص نظراً لما يشوبه من تعقيدات سلوكية عقلية تؤثر على تكيفه وتعلمه وتطو حياة أسرته والأسرة والطفل نفسه .

مستويات التشخيص

1- التشخيص الإكلينيكي

يبحث الأخصائي الإكلينيكي في بداية معالجة التشخيصية عن الخصائص المميزة للحالة موضوع الدراسة ، حيث يحاول الأخصائي هنا الكشف عن الفئة التي تنتمي إليها خصائص انعمول . فالتشخيص الإكلينيكي هو بمثابة تصنيف يرتبط بفئات تم تحديدها مسبقا ، حيث يقوم الأخصائي بمقارنة الأعراض التي يعاني منها الفرد بأعراض الاضطرابات النفسية أو الإعاقات المعروفة ندية .

ب - التشخيص الديقامي

وفي هذا المستوى من التشخيص لا يكتفى بالوصف والتصنيف وإنما يتعدى ذلك للبحث عن العلل والأسباب ، فالتشخيص الديقامي هو بمثابة بحث متعمق للحالة الفردية الذي يبرز أهم خصائصها التي ترتبط بتفريدها وتميزها وتتوارك أكثر الأسباب عمقا وتأثيرا . وذلك من خلال بحث تاريخ حياة الفرد وأهم الأحداث التي أثرت في الفرد على مدى مراحل نموه و تطور شخصيته ويهدف التشخيص الديقامي إلى تحقيق أفضل فهم للتعديل بحيث يمكن وضع أكثر خطط العلاجية نجاحا وإحكاما .

وخلصة القول إن المستوى الإكلينيكي يبحث عن كل ما عام مشترك بين الحالات موضوع الدراسة ، وله معايير حاضرة في نفس الأخصائي ، أما المستوى الديقامي فينصب على ما هو خاص لكل عمول ويميز له وخصائصه القريدة بحيث يجد الأخصائي نفسه عند دراسة الحالة في مواجهه دائمة مع ما هو جديد ومتفرد ويندر تكراره (سعيد : 1998) .

الشروط الواجب توفرها بأدوات القياس والتقويم

تتطلب عمليات القياس والتقويم والتشخيص على أصعب اللغة في التربية الخاصة إذ لا يمكن للأخصائيين تقديم أي نوع من البرامج العلاجية والتربوية للحالات الخاصة قبل انتشخيص الدقيق لهذه الحالات ومعرفة ما تحتاجه بالضبط من خطط تربوية وعلاجية . ونضرا لما يتوقف عنى عملية القياس من خطوات لاحقة مهمة فلا بد من توفر خصائص أساسية في هذه الأدوات حتى تضمن دقة النتائج ومن هذه الشروط .

1 - الصدق

تشير جميع أدبيات القياس النفسي على أن مصطلح الصدق يشير أساساً إلى إذا ما كان الاختبار يقيس فعلاً ما أعد تقايسه بالقبض ، أو ما أردنا نحن أن نقيسه به (سيمانييل ، 2006). ومن التعريفات المهمة للصدق إنه الدرجة التي يقيس بها الاختبار ما نريد تقايسه (فرج ، 1980).

أشكال الصدق

في عام 1974 وضعت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychiatric Association , APA) تصنيفاً متعدد لأشكال الصدق ضمن ثلاث فئات وهي : صدق المحتوى والصدق الحكي والصدق البنوي أو الافتراضي ، وتختلف أهمية هذه الأنواع من الصدق باختلاف نوع أداة القياس ففي اختبارات التحصيل يمثل صدق المحتوى الدرجة الأولى من حيث الأهمية أما الصدق الحكي فإن له الأهمية الأولى في اختبارات الاستعداد والقدرة .

أولاً : صدق المحتوى

ويقصد بذلك مدى تمثيل فقرات القياس محتوى الموضوع أو مجال السلوك الذي يراد قياسه (Rong , Guil , 1971) أي إن الاختبار يهدف أساساً إلى قياس عينة من السلوك لذا فإن الفقرات التي يتكون منها الاختبار يفترض أن تكون عينة ممثلة من الفقرات التي كان يمكن أن يتضمنها الاختبار ، وتعتبر عملية تمثيل فقرات الاختبار للمحتوى الذي نقيسه من المشكلات الأساسية التي تواجه عملية بناء الاختبارات بوجه عام والاختبارات النفسية بوجه خاص وذلك لصعوبة حصر جميع السلوكيات الدالة على سمة ما . ويعد الصدق التمثيلي أو صدق المحتوى الشرط الأول عند بناء اختبار معين .

ولتحقيق صدق المحتوى في المقاييس النفسية لا بد من إتباع أسلوب مراجعة المحكمين حيث يعرض المقاييس في صورة الأولية على عدد لا يقل عن عشرة من المحكمين المتخصصين من ذوي الخبرة والكفاءة ، حيث يتم مراجعة فقرات الاختبار لتحقق من مدى مطابقتها لفقرات المقاييس لمكونات المحتوى أو السلوك أو السمة التي يهدف

لقياسها ، ويعبر المحكمون عن آرائهم ولكن التعبير عن نتائج التحكيم بعبارة أو أرقام.

ثانياً: الصدق المحكي

ويمكن تعريف هذا النوع من الصدق على أنه التي يربط حينها المقياس على الأداء مع الأداء عن مقياس آخر أمداً محكاً للمقياس الأول وأساساً في الحكم على صلاحية (مبخايل ، 2006) ولنتحقق من الاتفاق أو الترابط بين المقياسين في قياس سمة ما لا بد من حساب معامل الارتباط بين الدرجات التي يحصل عليها المقومون في الاختبار المراد التحقق من صدقه ودرجات نفس الطلاب على الاختبار الثاني الذي أمداً محكاً .

يتم تخصيص القياس النفسي بين نوعين من الصدق المحكي وهما الصدق التنبؤي (Predictive Validity) والصدق التلازمي أو الصاحب (Concurrent Validity) وكلا النوعين يتطلب إيجاد معك وحساب معامل الارتباط بين درجات الاختبار المبني و الاختبار المحك . ففي الصدق التنبؤي يتم التركيز عما إذا كانت درجات المقياس تنبئ عن أداء الطلاب في المستقبل على اختبار لاحق يتخذ كمحك للمقياس الأول ، أما في الصدق التلازمي يتم تطبيق المقياس و المقياس المحك على نفس العينة وبفس الوقت ومن ثم حساب معامل الارتباط بين درجات المقومين على اختبارين .

الخصائص الواجب توفرها في المحك

1. الصلة الوثيقة بالموضوع أي يكون المقياس المبد والمقياس المحك يقاسان نفس السمة .
2. الثبات إذ لا بد أن يتمتع المقياس المحك بثبات عالية من الثبات
3. أن يكون المقياس المحك متوفر أو متيسر للمبحث (Available) .

ثالثاً: الصدق البنوي (Construct Validity)

يعبر الصدق البنوي مفهومًا شاملاً يتضمن جميع أنواع الصدق الأخرى ، والسؤال الأساس في هذا النوع من الصدق (ما الذي يقاسه المقياس بالقياس ؟) ما هي دلالات الدرجات التي تعبر عن أداء المقومين على المقياس ؟ هل تشير هذه الدرجات إلى سمة معينة ؟ ويوضح هذا النوع من الصدق العلاقة بين الأساس النظري أو العقلية

النظرية التي انطلق منها واضح الاختبار وقررات الاختبار أو بكلمة أخرى إلى أي مدى يقيس الاختبار الفرضيات النظرية التي بُني عليها الاختبار. ويطلق على هذا النوع من الصدق صدق التكوين الفرضي (Hypothetical Construct Validity) (الروسان ، 2012).

ويطلب التحقق من هذا النوع من الصدق استخدام عدد من الوسائل والأساليب منها :

1. التحليل المنطقي للقررات المقياس لكشف جوانب الضعف في أداة القياس الجديدة من قبل عدد من الحكمين من ذوي الخبرة والكفاءة لي تحكيم اتفاقيس ؟
2. الصدق التميزي وتعني به قدرة الاختبار على التمييز بين الأفراد الذين لديهم سمة ما والذين ليس لديهم ومثال ذلك يفترض أن تكون المتوسطات الحسية لدرجات مجموعة من الطلبة ذوي اضطراب طيف التوحّد على مقياس اضطراب طيف التوحّد أعلى من متوسطات الطلبة العاديين .
3. انترابط مع اختبارات أخرى تقيس نفس السمة ترابطاً موجباً وهو ما يسمى بالصدق الظاهري للاختبار وترابطاً سلبياً أو منخفضاً مع درجات اختبارات تقيس سمات أخرى ويطلق على الصدق التبايني ويمكن دراسة هذا النوع من الصدق باستخدام أسلوب ما يسمى السمات المتعددة والصفات المتعددة (Multi traits - Multi methods) (Campbell , 1950) .
4. التحليل العاملي ويهدف إلى تحديد عدد المتغيرات أو العوامل التي يقيسها الاختبار بدلاً من وصف أداء الفرد على الـ 71 فقرة التي يتكون منها مقياس تقدير طيف التوحّد ، يوصف أداء الفرد على ثلاث مجالات وهي: التفاعل الاجتماعي والسلوكيات النمطية و التواضع والتي تشكل في مجملها المقياس الكلي. تتكون من 71 فقرة وللموصل هذه المجالات الثلاث لا بد من إجراء التحليل العاملي لمعرفة الفئات التي ترابط مع بعضها ترابطاً عالياً ومن ثم الكشف عن السمة التي تقيسها وبالتالي تسمية هذه المجموعة من الفقرات باسم تلك السمة . فالهدف الرئيس من التحليل العاملي تبسيط صنية وصف السمات عن طريق خفض عدد المتغيرات التي تقيسها الاختبارات، إلى عدد ضئيل من المتغيرات أو العوامل المشتركة .

العوامل المؤثرة في الصدق

ثمة عوامل عديدة تؤثر في صدق الاختبار نذكر منها

1- عوامل تتعلق بالاختبار نفسه

- أن تكون تعليمات الاختبار غير واضحة
- المفردات والمفاهيم غير الواضحة
- فقرات الاختبار قد تكون سهلة جداً أو صعبة جداً
- فقرات توحى بالاجابة الصحيحة .
- ترتيب فقرات الاختبار بصورة غير ملائمة مثال ذلك أن نضع الفقرات الصعبة في البداية مما يدفع الطالب إلى تخصيص جل وقت للإجابة عن تلك الفقرات

2- عوامل تتعلق بشروط إجراء الاختبار

- الظروف البيئية مثل البرودة الشديدة الضوضاء
- الزمن المخصص للإجابة كأن يكون غير كافياً أو مبالغاً فيها
- أخطاء في تصحيح الإجابات .
- الغش في الاختبار

3- العوامل المتصلة بأداء المفحوصين على الاختبار مثل أن يتعرض الطلاب إلى فنن الاختبار أو انعدام اندفاعية لديهم لا سيما في الاختبارات التي تجري لأغراض البحث العلمي .

ثانياً: الثبات

بعد مفهوم الثبات من أهم خصائص الاختبارات و المقاييس النفسية بعد الصدق. لأن الصدق أكثر شمولية من الثبات ، بناء على ما يقال بأن كل اختبار صادق هو ثابت والعكس غير صحيح بالضرورة. إلا أن هـ.ا القول لا يعني الاستغناء عن الثبات إذا ما تحقق صدق القياس. وذلك لأننا لا نملك أدلة قاطعة على صدق الاختبار. لذا ينبغي تقدير الثبات فضلاً عن تقدير الصدق.

والثبات يعني التعرف على العلاقة بين الاستجابة الحقيقية للفرد التي ينبغي الوصول إليها وبين استجابة الفرد على القياس. كما يعني أيضاً الاتساق في النتائج و

الاستقرار؛ أي لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئاً من الاستقرار. كما يعني الموضوعية ؛ بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة كأننا من كان الأخصائي الذي يطبق عليه الاختبار أو يصححه .

ويوفر معامل الثبات المؤشرات الإحصائية للظاهرة موضوعية للبحث. و التي من خلالها يحكم على دقة المقياس . فضلاً عن ما يزوده الباحث من معلومات أسنسية للحكم على نوعية أسلوب استعمال الاختبار ومدى دقته واتساقه ، مع ما يقدمه من نتائج وبيانات عن الظاهرة . ولاتصل هذه الدقة إلى إن يكون معامل الثبات تاماً أي يصل إلى درجة التامة بسبب عدم إمكانية تجنب كل الأخطاء في عمليات القياس(ميخائيل ،2006)

وقد عرف بعض الباحثون الثبات بطرق مختلفة منها :مدى الاتساق بين البيانات التي تجمع عن طريق إعادة تطبيق نفس المقياس على نفس الأفراد أو الظواهر، وتحت نفس الظروف أو تحت ظروف متشابهة إلى أكبر قدر ممكن (Gay,1990) والثبات قد يعني -لاستقرار: Stability بمعنى أنه لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت شيئاً من الاستقرار.

والثبات قد يعني الموضوعية: Objectivity بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة كأننا من كان الأخصائي الذي يقيم الاختبار. (ملحم ،2005)

ويعرف إحصائياً بأنه: نسبة الثبات الحقيقي إلى الثبات الكلي، أو مربع معامل الارتباط بين العلامات الحقيقية والعلامات الظاهرية، وبما أننا لا نعرف مطلقاً العلامات الخفية، فلا يمكن حساب الثبات بهذه الطريقة، وكل ما يتوفر لدينا هو العلامات الظاهرية، وبالتالي لا بد من الاستعانة منها بطريقة ما لتقدير الثبات أي الحصول على مؤشر إحصائي تحكم من خلاله على دقة القياس ويسمى هذا المؤشر بمعامل الثبات (Reliability Coefficient)(عودة ، 2005)

طرق حساب الثبات

تختلف طرق حساب معامل الثبات للقياس وذلك بناء على نوع القياس والغرض منه ومدى الخطأ المعياري لكل قياس وقد ظهرت عدة طرق لحساب معامل الثبات ومن هذه الطرق

1- إعادة الاختبار نفسه (Test-Retest)

تقدير الثبات بهذه الطريقة، يعطى الاختبار مرتين للمجموعة نفسها من الطلاب مع فترة زمنية معينة بين المرتين، ثم يحسب معامل الارتباط بين علامتي الاختبار للمجموعة في المرتين، ومعامل الارتباط هذا هو مقياس للثبات، إذ يبين لنا كم كانت النتائج مستقرة خلال فترة زمنية معينة، فإذا كانت النتائج ثابتة ومستقرة بشكل عال فإن الطلاب الذين سجلوا علامات عالية في الإجراء الأول، من الاختبار، يميلون إلى أن يسجلوا علامة عالية في الإجراء الثاني، أما بقية الطلاب فيكون في مواقعهم النسبية في الإجراءين.

أما عيوب هذه الطريقة فهي:

- عند إعادة تطبيق الاختبار سيذكر الطلبة إجابات بعض الأسئلة وهذا يزيد من ثبات النتائج.
- إذا كانت الفترة قصيرة بين الاختبار وإعادة الاختبار، فإن التآكل تلعب دورها وهذا أيضاً يرفع من معامل الثبات .
- يأنف التلاميذ الاختبار، وتصبح لديهم خبرة فيه وتذكره، مما يرفع علامتهم عند الاختبار فيقل معامل الثبات. (ملحم، 2005)

طريقة الاختبار إعادة الاختبار بعد مضي فترة من الزمن وتعتمد هنا الفترة الزمنية المطلوبة بين الاختبارات على الاستعداد الذي نريده من هذه النتائج، التنبؤ بعلامات طالب في الجامعة بناء على علامات اختبار في الصف السابع.

طريقة الصور المتكافئة تعتبر الصور المتكافئة للاختبار نماذج بنيت طبقاً لخواص صفات وحدة، ولكنها تألفت من عينات مستقلة، من منظمة سلوك محددة. وعلى هذا فإن اختبارين متكافئين للفرقة، يجب أن يتضمنا أسئلة لها الصعوبة نفسها، ويسأل فيها نفس

التبرع نفسه من الأسئلة. إذا كان لدينا صورتان من الاختبار، فيمكننا أن نطبق إحدى الصورتين ثم نتبعها بالأخرى. وحساب الارتباط بين الصورتين، نحصل على معامل مناسب للثبات.

وعلى الرغم من أن هذه الطريقة تقدم أساساً سلبياً جداً لتقدير الدقة في اختبار نفسي أو تربوي، إلا أنها تثير عدداً من المشكلات العلمية، أهمها:

- تتطلب توافر صورتين متكافئتين تماماً للاختبار.
 - تحتاج إلى توافر وقت يسمح باختبار كل فرد مرتين.
- والطريقة التي تعتمد على استخراج الارتباط بين صورتين متكافئتين تطبيقاً في المادة بغاصل زمني يمتد إلى عدة أيام أو عدة أسابيع، فإن الطريقة المتصلة في تقدير الثبات.

طريقة الصور المتكافئة وتستخدم هذه الطريقة بعد مرور فترة من الزمن بين إجراء شكلي الاختبار في هذه الظروف يعطينا معامل الثبات مقياساً للاستقرار (Stability & Equivalence) ويعتبر هذا القياس من أفضل مقياس للثبات لأنه يشمل

- جميع مصادر التباين في علامات الاختبار
- ثبات خاصية التعبد المراد قياسها

طريقة الثبات النصفية (Split-Half Method) قد يكون من الصعب على الباحث أن يطبق اختبارين متكافئين على التلاميذ، أو قد يتعذر عليه فحص انطباق مرتين في الاختبار نفسه. لذلك يتم اللجوء إلى تقسيم الاختبار إلى نصفين، يفترض أنهما متكافئان. ومن الممكن تجميع نصفي الاختبار على أساس فحص دقيق للمحتوى والصعوبة لكل فترة، وبذلك جهد منظم لموازنة المحتوى ومستوى الصعوبة في النصفين. ولكن الطريقة الأبسط، والتي يكبر استخدامها، هي وضع الأسئلة ذات الأرقام الفردية في النصف الأول والزوجية في النصف الثاني. وحساب الارتباطات بين النصفين، هو معامل الثبات في هذا الاختبار، ويلاحظ أن التجزئة مرتبطة فقط بتصحيح الاختبار، أما تطبيقه فيتم مرة واحدة.

ويقدر معامل ثبات الاختبار بهذه الطريقة بتطبيق معادلة سيرمان .

العلاقة بين الثبات والصدق :

تعتبر العلاقة وثيقة بين الثبات والصدق ، فكلاهما وجهان لشيء واحد وهو مدى صلاحية أداة القياس في أن يقيس ما صمم لقياسه في إعطاء نتائج متماثلة ، ويفترض بالاختيار الجيد أن يكون صادقاً وثابتاً (ترومان ، 2012). يعتمد الصدق جزئياً على الثبات ، وبمثل الثبات شرطاً ضرورياً وغير كافٍ للصدق . ومن الواضح إن المقياس الذي يعطي نتائج غير متسقة لا يمكن إن يعطي نتائج صادقة وفي المقابل فإن المقياس الذي يعطي نتائج صادقة لا بد أن يعطي متسقة ويتسنع بصفة الثبات . وبطبيعة الحال فإن الزيادة في معامل الثبات قد تؤدي إلى الزيادة في معامل الصدق ولكنها لا تحتم هذه الزيادة . فقد تتسبب الزيادة في معامل الثبات عن زيادة الثبات للنتائج عن الثبات الخطأ المنتظم (ميخائيل ، 2006)

العوامل المؤثرة في ثبات الاختبار

1. ثبات الملاحظين : يزداد الثبات بزيادة الثبات بين الملاحظين أي زيادة اشتراك الدرجات وتضائل الأثر الذي تحدث أخطاء القياس على مرقع الفرد بين المجموعة.
2. عدد فقرات الاختبار : يزداد ثبات الاختبار بزيادة عدد الفقرات التي يتكون منها ، إذ أن طول الاختبار يقدم أن الاختبار أكثر تمثيلاً لمحتوى أو السلوك موضع القياس ويعكس الفروق الحقيقية في هذا السلوك بين الملاحظين بصورة أفضل . ويتبادل أثر التضمين هنا.
3. صعوبة الفقرات : الفقرات الصعبة جداً أو سهلة جداً تعطي انتشاراً عكساً للدرجات وتظهر فروقاً طفيفة بين الأفراد مما يؤثر على ثبات الاختبار .
4. الموضوعية في التصحيح : فكلما يعطي القياس نتائج ثابتة يجب أن تكون الدرجات متطابقة من مصصح لأخر.

أدوات جمع المعلومات في التشخيص النفسي

حتى يحقق الأخصائي النفسي أهداف من التشخيص وهو الكشف عن شخصية الملاحظين والنوصل إلى تشخيص دقيق للحالة والتالي تصنيف هذه الحالة ضمن فئة ما من فئات الترية الخاصة ومن ثم الانتقال لمستوى الثاني من مستويات التشخيص وهو الوصول أو الكشف عما يميز هذه الحالة عن غيرها من الحالات ضمن نفس الفئة لا بد

من استخدام أداة التشخيص الأكثر ملائمة والتي تساعد الأخصائي على الوصول لهذا الهدف .

وقد قدم علماء النفس تصنيفات عديدة للأدوات التي يستخدمها الأخصائي في جمع المعلومات في مجال التربية الخاصة وخاصة وعلم النفس عامة ، نعرض منها لبعض الأدوات التي يمكن أن تكون ذات فائدة علمية للتشخيص النفسي

أولاً: الملاحظة

تعاد الملاحظة واحدة من أقدم الأدوات التي استخدمت في جمع المعلومات، لقد استخدم الفلكيون الملاحظة في مراقبة ظاهرة خسوف القمر وكسوف الشمس ، كما تستخدم الملاحظة لمراقبة علاني شهر شعبان ورمضان وشوال وذو الحجة ، وبعد ظهور حركة القياس النفسي طور الأخصائيون النفسيون هذه الأداة لمراقبة السلوك الإنساني بهدف الوصول لفهم أكثر عمقا وبالتالي تحديد الخطط العلاجية الملائمة والملاحظة هي : 'مشاهدة موضوع معين على نحو هادف ، وبموجب إجراءات منظمة يقوم بها أبحاث لتتبع فهم أفضل لهذا الموضوع' (الرشدي ، 2000) .

ومن مزايا الملاحظة أننا نلاحظ السلوك الإنساني على طبيعته خالي من التعريف والتصنع ، كما إنها تسمح بتسجيل السلوك عند حدوثه وهي من أكثر الوسائل المباشرة في دراسة مدى واسعاً من الظواهر وهي لا تعتمد على الحوادث الماضية ، ويمكن استخدامها في مواقف مختلفة وتوفر الملاحظة بيانات كمية ونوعية .

أما عن عيوب فتكمن في أننا لا يمكن ملاحظة السلوك الإنساني في كل مكان وزمان وفي كل الظواهر والحالات ، وقد يلجأ الباحث إلى إظهار سلوكيات مصطنعة إذا ما عرف أنه تحت الملاحظة ، ولا يمكن السيطرة على العوامل الأخرى التي يمكن أن تؤثر في السلوك الإنساني مثل البرودة الشديدة أو الحر أو الحرق والازلزل . وقد تتأثر الملاحظة بالمعرفة السابقة للملاحظ عن السلوك الذي يلاحظه وقد يشعر المقومون بأن هناك من يتدخل في خصوصياته .

ويمكن زيادة فاعلية الملاحظة من خلال استخدام التصوير أو التسجيل وتهيئة مواقف مصطنعة بحيث تحصر البحوث في السلوك الذي نرغب بتلاحظته ولا بد للباحث من منا من التخطيط والإعداد الجيد وتحديد ما يجب أن يلاحظه من سلوكيات مسبقاً .

أنواع الملاحظة

تقسم الملاحظة إلى عدة أنواع نذكر منها

الملاحظة البسيطة : وتقوم على الحواس البجردة ، ولا تستخدم بها أدوات ، وقد تكون معرضة للخطأ لأنها غير مضبوطة وتسمى أحيانا بالملاحظة العابرة حيث يقوم الباحث بملاحظة الأحداث التي تحدث بشكل تلقائي وفي ظروف طبيعية دون إخضاعها للضبط العلمي .

الملاحظة المنظمة : وهي الملاحظة التي تخضع لدرجة عالية من الضبط العلمي ، ويتم تحديد زمتها ومكانها وكذلك تحديد الأدوات ،تلازم استخدامها من الأدوات التصوير والتسجيل ، كما يتم تحديد الأسوك المقصود بالملاحظة مسبقا (الخرابشة ، 2012).

الملاحظة المرحلية : وهنا يقوم الأخصائي بملاحظة السلوك في فترة زمنية ثم يعاود ملاحظته في فترة تالية ثم في فترة تالية .ويقيد هذا الأسلوب في تتبع تطور السلوك على مدى طويل من حياة الفرد .

ويمكن أن نقتصد بالملاحظة إلى ملاحظة فردية أو جماعية وفقا لعدد الأفراد الذين يقوم الأخصائي بمراقبتهم .

الملاحظة بالمشاركة : ويتم حين يعيش الملاحظ المتفرصون في ظروف ضيعة وإثناء ممارستهم لحياة انبوية ، حيث يشاركونهم أنشطتهم بصورة طبيعية قدر الإمكان حتى يتمكن من ملاحظة سلوكهم الذي يسلكونه دون تصنع أو تكلف (سعيد ، 1998).

ثانيا : المقابلة

الإنسان بطبيعة يميل للحديث أكثر من الكتابة ولذا السبب تعد المقابلة من أفضل أدوات جمع البيانات . وتستخدم المقابلة في ميادين أخرى غير علم النفس فقد يستخدمها الأخصائ مع مرضاهم وتستخدمها أصحاب العمل مع المتقدمين للتوظيف ، ولا بد أن يصاغ الطابع الودي على المقابلة إذا ما استخدمت في علم النفس وذلك حتى يحظى الباحث بثقة الباحث .

ويمكن تعريف المقابلة بأنها : معادلة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين هدفها الوصول لأشكال محددة من المعلومات واستغلالها في البحث العلمي أو الاستعانة بها لأغراض التوجيه والتشخيص والعلاج (حسن ، 1985).

ومن مزايا المقابلات أنه يمكن استخدامها مع الأميين والصغار ، وتوفر المقابلة عمقا في المعلومات حيث يستطيع الأخصائي إعادة طرح الأسئلة ، يستطيع الباحث الاستدانة من المؤشرات غير اللفظية مثل ملامح الوجه وحركات اليدين والرأس للمبحوث لتمييز الإجابات .

وأما عن عيوب المقابلة فنكمن في إنها مكلفة بحيث لا نستطيع مقابلة عدد كبير نسبيا من الأفراد ، وتحتاج المقابلة لأفراد مدربين حتى يتمكنوا من إجرائها ، ويصعب في المقابلة التقدير الكمي للإجابات لا سيما في المقابلات المفتوحة ويصعب أيضا تسجيل الإجابات (عودة ، الملاكوي ، 1992) .

أنواع المقابلة

المقابلة المفتوحة : ويتكلم بها المستجيب بما يشاء وكيفما يشاء دون حدود لزمين أو الأسلوب .

المقابلة شبه المفتوحة : ويعطى الأخصائي فيها أسئلة يعاد توجيه السؤال حتى يحصل على المزيد من المعلومات .

المقابلة المغلقة : ولا يعطى فيها المقحوص الفرصة للإسهاب بل يطرح السؤال ويتجاب عنه باختصار وتسجيل الاستجابة .

ثالثا : الاستبانة

وهي مجموعة من الأسئلة أو الجمل الخيرية والتي يطلب من المقحوص الإجابة عليها بالطريقة التي يحددها الباحث ، حسب أهداف البحث . ولا بد أن تكون أسئلة الاستبانة ذات علاقة مباشرة بمشكلة البحث وعلى الباحث الابتعاد عن الأسئلة التي تحتاج لوقت طويل وتفكير عميق من الباحث للإجابة عليها .

تكمن مزايا الاستبانة في إنها ذات جدوى اقتصادية بحيث تمكن الباحث من جمع معلومات عن عينة كبيرة بوقت قصير ولا تعطي الاستبانة الفرصة للباحث للتدخل في إجابات الأفراد وهي لا تلزم المقحوص بوقت معين للإجابة على فقرات الاستبانة . في

المقابل، تنظر الامتثانية إلى الخصائص السلوكية من صدق وثبات بسبب صعوبة الوصول لهذه الخصائص ، تتأثر صدق المعلومات بمستوى وهي المتحوص بالظاهرة موضوع للدراسة . وقد يجد المتجيب نفسه غير ملائم بالامتثانية على جميع فقرات الامتثانية .

أنواع الامتثانات

(1) الامتثانية المغلقة :

يطلب من المتحوص اختيار الإجابة من بين عدة بنائيل في هذا النوع من الامتثانات ، وتسهل في هذا النوع عملية تصنيف الامتثانات، كما إنها توفر الوقت والجهد ، كما إنها تثير دافعية المتحوص لتفاهل مع فقرات الامتثانية (غرابية وآخرون ، 2011).

(2) الامتثانية المفتوحة

وهي التي يعبر فيها المتحوص عن آرائه بالطريقة التي يشاء وكيفما يشاء مما يساعد الباحث على التفهم العميق للحالة موضوع للدراسة . ويعاب على هذا النوع من الامتثانات إنها تعطي الباحث الحرية المطلقة في تفسير الإجابات ، وقد يجد المتحوص نفسه عاجزاً عن فهم هدف السؤال وبالتالي تنخفض مستوى الموضوعية في الإجابة مما يجعل من الصعوبة بمكان على الباحث تصنيف الإجابات وتحليلها ، كما إنها لا تثير دافعية المتحوص للإجابة .

(3) الامتثانية المغلقة المفتوحة

وهي تجمع بين النوعين السابقين وهي تجمع بين مزايها النوعين السابقين كما أنه تعتمد بها مميزات النوعين السابقين (سحرأهنة ، 2012).

(4) الامتثانية غير اللفظية

وتكون فقراتها على شكل رسومات أو صور أو رسومات للتعرف على رأي المتحوص ، وعنى فهمة للموضوع ويستخدم هذا النوع مع الأطفال والأهين وقد يجاب على فقراتها شفهاً ومن ثم يقوم الباحث بتسجيله ، ومن سلياتها إنها لا تستخدم إلا في المواقف التي تقوم على التميز البصري وفهها (محجرب ، 2005).

رابعاً : الاختبارات والمقاييس

وهي من أفضل الأدوات المستخدمة في جمع البيانات وذلك لأنها أعدت لتحقيق أهدافاً محددة ، وتميز نتائجها بالموضوعية لا سيما إذا كانت اختبارات مقننة وأستخدامها باحث ذو خبرة ودراية في القياس النفسي . ولا بد للباحث من مراعاة استخدام الأداة المناسبة من الاختبارات والمقاييس (سعيد، 198).

أما عن أنواعها فقد سبق ذكرها في بداية هذا الفصل

خامساً : الوسائل الإسقاطية

وتعتبر نوحاً من أنواع الاختبارات والمقاييس النفسية ، إلا إنها تعاني من نقص شروط الصدق والياف التي تمتاز بها الاختبارات والمقاييس .

وتعتبر الأدوات الإسقاطية بمثابة المرآة التي تعكس ما يعاني منه المنحوص من الإلام ومشاكل نفسية . حيث يستجيب الفرد للمثيرات الغامضة التي لا تظوي على معنى واضح استجابة تكشف أعماقه وخبيا شخصيته . وينبئك تعد هذه من أفضل الأدوات التي تستخدم للكشف عن المضمون النفسي المكبوت والذي يكمن في اللاشعور والذي لا يستطيع العميل التعبير عنه مباشرة مهما بذل من جهد .

ومن الوسائل الإسقاطية المستخدمة : الوسائل المصورة حيث يطلب من المنحوص التعليق على الصورة ومثال ذلك اختبار (رورشاخ) لبقع الحبر ومن هذه الأدوات أيضا مجموعة الكائنات والألغاز التي يطلب من المنحوص مرادف للكلمة أو يعطى صفة ويطلب منه ذكر اسم بعدها أو إن يكمل قصة بعد تذكر إمامة ودياتها .

قضايا ومشكلات خاصة ببعض مقاييس مجالات التقييم :

أولاً : المشكلات الخاصة بمقاييس القدرة العقلية :

تم تطوير مجموعة من مقاييس القدرة العقلية وقد أعدت صورة معربة ومعدلة من بعض هذه المقاييس في الدولة العربية، ويمكن تقسيم هذه المقاييس حسب طريقة تطبيقها إلى مجموعتين : مقاييس الذكاء الفردية (وأهمها مقياس ستانفورد بينيه للذكاء بمستوياته الثلاث، ومقياس مكاري لقدرات الأطفال)، ومقاييس الذكاء الجمعية (وأهمها مقياس

كأثال للذكاء المنحصر ثقافياً، واختبار القدرة المعرفية لثورشايفك وهيجن)، ومقياس ذكاء فردي جمعي هو مقياس جيد أنفك وهاريس لرسم أرجل، ومصنوفة رالفن، وقد تعرضت هذه المقاييس لتلفد والتخويم من عدد من الباحثين مثل الكلياني والرومان ومن أوجه النقد للموجهة لها :

- عدم الاتفاق على مفهوم واحد تقسه اختبارات انذكاه المختلفة، فقد تعددت التعريفات بطرق مختلفة؛ والمتبع تطور حركة القياس العقلي يلاحظ التباين في نظريات التكوين العقلي، ابتداء من نظرية العاملين لسيرمان، مروراً بمعنىة العوامل المتعددة لتورندايفك، والعوامل العاطفية لثيرستون، ونظرية جيلفرده حول بيئة العقل المتعددة العوامل؛ وغيرها من النظريات أني تعرف كل منها الذاكاه بطريقة مختلفة .
- التحيز في فقرات اختبارات الذاكاه؛ والسبب أن هذه الاختبارات تم تطويرها في إطار ثقافات متباينة .
- تأثر قياس الذاكاه بالتحصيل الدراسي، فقد وصفت اختبارات الذاكاه بأنها مجرد اختبارات استناد مدرسي حيث تعتمد كثير من إجاباتها على المعلومات المدرسية.
- عدم توفر دلالات صادق لاختبارات الذاكاه في بعض فئات التربية الخاصة؛ فمعظم اختبارات الذاكاه تركز على انعميات التعرفية مثلاً وهي عمليات يفترض إليها المعروفون عقلياً وندى المرهوبين فاقصاً منها .
- مدى توفر متطلبات تطبيق اختبارات الذاكاه وبخاصة الفردية منها من تعليمات التقنين وشروطه، فبعض الاختبارات تتطلب فاحصاً مؤهلاً بمستوى جامعي متخصص في مجال نفسي تربوي ومدرباً على تطبيق الاختبار وتمسيحه وتقدير درجات الأداء عليه وتفسير نتائج .
- محدودات استخدام اختبارات الذاكاه المعروفة مع فئات التربية الخاصة. وكثير منها مثل بالعامل اللفظي الذي يفترض إليه جنة من ذوي الإعاقات، كما لا يمكن لبعضهم أن يتحكم في الاستجابة بسبب الانتظار إلى النميط العصبي والحركي .

ثانياً ، مشكلات خاصة بأما لقياس وتشخيص السلوك التكيفي :

يشير السلوك التكيفي إلى الدرجة التي يتكيف بها الفرد مع توقعات البيئة والمجتمع ويعتمد تقويم السلوك التكيفي لدى الأطفال والمراهقين على تطور أنماط من السلوك لدى هؤلاء فكلّهم من تشبيل أدوات الكيار . ويوجد أكثر من سبب لقياس السلوك التكيفي لدى ذوي الإعاقات التطورية والتفكيرية حيث لديها إعاقة عقلية والتي تعرف جزئياً باعتبارها قصوراً في السلوك التكيفي ، أما السبب الآخر لتفهوم السلوك التكيفي فهو التوصل إلى بيانات تساعد في تقطع التبرمج التربوية والعلاجية . وأهم هذه المتليس هو مقياس فينلاندا للتضج الاجتماعي ، ومقياس السلوك التكيفي للأطفال والكبار الصادر عن الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ، ومقياس كين ليفن للكفاية كما جاء في الكيلاتي والنروسان (2006) .

يمكن سردها عنى النحو التالي :

عدم الاتساق على مكونات السلوك التكيفي ، ومدى تشبيلها للوظائف الاستقلالية والكفايات الاجتماعية .

عدم الاتساق في تعليقات تطبيق هذه المقاييس ، فالخاص عادة ما يعتمد على أشخاص آخرين مألوفين أو غير مألوفين - مسأرة الوضع - بالنسبة للمفحوص .

التدريج نستخدم في قياس السلوك التكيفي غير ملائم إذ لا يوجد أساس موضوعي لتقدير الكمي للأداء عندما يدر عن المفحوص مباشرة أو عندما يعطي شخص ثالث تقديراً عنه .

هناك افتراض ضمني بوجود علاقة موجبة بين السلوك التكيفي والذكاء باستخدام مقاييس السلوك التكيفي نظراً للصعوبات التي تكتنف تطبيق مقاييس الذكاء على ذوي الإعاقات الذهنية .

التباين الكبير في حالات مهارات التعلم وإمكانية تصنيف هذه الحالات في ذات فرقة .

حالات الإعاقة التي تختلط مع صعوبات التعلم ، والتي تحتاج إلى تطبيق لمسايب
تقوم يتم التأكد من الحالات التي يشك في أنها ليست من حالات إعاقة عقلية أو حسية
أو أي تصنيف آخر .

متعلبات التقييم متعدد الجوانب قد تتضمن فحوصات متعددة لجوانب حركية
وحسية وعصبية و قدرات عقلية وتأخر وتذوات لغوية وحسية ، وربما يتعاج الأمر إلى
مقابلات مع الأهل والمعلمين والاختصين .

تعد الطرق المتبعة في التعرف على الحالات المتباينة من صعوبات التعلم
وتعرفاتها

ثالثاً : مشكلات خاصة بتسايب قياس الإعاقات الحسية

في محاولة استقصاء القضايا والمشكلات الخاصة بتقويم الإعاقات البصرية
والسمعية يمكن القول بأن استخدام الطرق والأجهزة العظيمة قد اقترن بمعايير قياسية
متعارف عليه ومعترف بها وبمجال الخطأ في التقويم على أساسها محدود جداً . أما
بالنسبة للاختبارات التريوية فلا يمكن اعتمادها في تقويم حدة البصر أو حدة السمع أو
جوانب أخرى في الإعاقة الحسية . إذاً : الاستجابة لهذه الاختبارات لا تقتصر على
الكفاية الحسية ولكنها إلى جانب ذلك تعتمد على الفترات الإفراكية وعلى مدى
الذاكرة البصرية والسمعية ، وعلى عوامل التأخر الحركي الحسي ، لذا فإن مستوى
القدرات الحسية ليس وحده المستول عن الاستجابة للاختبارات التريوية .

شروط التقويم الجيد في التربية الخاصة :

إن عملية تحليل الترتيب مع اتعلمي تطوي على القيام بجهود استقرائي وتحليلي
كفي ونوعي بالإضافة إلى ضرورة اعتماد عملية التحليل على معيار واضحة ومحددة كما
يجب تحقيقه لدى المتعلمين من مهارات ومعارف ، وبذلك تنبع عمليات تحليل البرنامج
لحو اكتشاف مدى التطابق بين محتويات البرامج المتنوعة والمعايير المنصحة للبرنامج .

ومن سمات التقويم الجيد في التربية الخاصة ما يلي :

الاتساق مع الأهداف : من الضروري أن تسير عملية التقييم في المجال الأكاديمي مع مفهوم البرنامج وفلسفته وأهدافه ، فإذا كان البرنامج يهدف إلى مساعدة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة في كل جانب من جوانب النمو ، وإذا كان يهدف إلى تدريب الأطفال ذوي الحاجات الخاصة على التفكير وحل المشكلات وجب أن يتجه إلى قياس هذه النواحي ، أما إذا كان مجال التقييم نفسياً أو اجتماعياً فهذا ينبغي تحديد الهدف من انقياس ، وما يترتب عليه من نتائج تلعب دوراً في تشخيص حالة الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وإعداد البرامج بناء على ما توصلنا إليه من نتائج .

الاستمرارية : ينبغي أن يسير التقييم جنباً إلى جنب مع عمليات التعلم من بدايته إلى نهايته فبدأً من تحديد الأهداف و وضع الخطط ويستمر مع التنفيذ ممتداً إلى جميع لوجه النشاط المختلفة في البيئة التعليمية وإلى أعمال الأخصائيين والمعلمين حتى يمكن تحديد نواحي الاحتياج ونواحي القوة في الجوانب المراد تنميتها ، وبالتالي يكون هناك متسع من الوقت لعمل على تلبية الاحتياج والتغلب على الصعوبات .

التكامل : نظراً إلى أن الوسائل المختلفة والمتنوعة للتقييم تعتمد إلى تحقيقه غرض فإن التكامل فيما بينها يعطينا صورة واضحة ودقيقة عن الموضوع أو الطفل المراد تقييمه وهذا عكس ما كان يتم في الماضي إذ كانت النظرة إلى الموضوعات أو المشكلات نظرة جزئية أحادية أي من جانب واحد ، وعندما يحدث تكامل وتنسيق بين وسائل التقييم فإنها تعطينا في النهاية صورة واضحة عن مدى نمو الطفل ذي الحاجات الخاصة من جميع النواحي .

الشمول : يجب أن يكون التقييم شاملاً للأطفال ذوي الحاجات الخاصة أو المارسوخ الذي تقوم به ، فإذا أردنا أن نقوم أثر برنامج في النمو على الطفل الكفيف فعلى ذلك أن نقوم بمدى نمو الطفل في كافة الجوانب العقلية ، والاجتماعية ، واللغوية وإذا أردنا أن نقوم ببرنامج نفسه فيجب أن يشمل التقييم أهدافه الخاصة ، والاستراتيجيات والوسائل التعليمية والأنشطة والتقنيات المتاحة وإذا أردنا أن نقوم بالأخصائي أو المعلم فإن تقييمه يتضمن إصابته وتدريبه ومادته العلمية وطريقة تدريسه

وسلوكه الاجتماعي وعلاقتك بإدارة بيئة التعلم ولأخصائين والمعلمين وأولياء الأمور ، أي أن التقويم ينصب على جميع الجوانب في أي مجال يتناوله .

التقويم عمل جماعي تعاوني : يجب ألا يفرد بالتقويم شخص واحد ، فالتقويم الطفل ذي الحاجات ليس وفقاً على انعم وحده بل يجب أن يشترك عليه فيه الطفل والأخصائي والآباء من أفراد المجتمع المحيط بالمدرسة ، وأما عن تقويم البرنامج من الضروري أيضاً أن يشترك في عملية التقويم الأطفال والمعلمين وأشرافهم وأولياء الأمور ورجال التربية وعلم النفس ذوي الخبرة والدراية .

أن يبني التقويم على أساس علمي : يجب تكون الأدوات التي تستخدم في التقويم صادقة وثابتة وموضوعية قدر الإمكان ، لأن الفرض منها هو إعطاء بيانات دقيقة ومعلومات صادقة عن الحالة أو الموضوع المراد قياسه أو تقويمه ، وأن تكون متنوعة وهذا يستلزم أكبر عدد ممكن من الوسائل مثل الاختبارات والمقاييس الاجتماعية ودراسة الحالات ... الخ . فعند استخدام الاختبارات مثلاً يتطلب استخدام كافة الاختبارات التحريرية والشفهية والموضوعية والمقدرات ، وبالنسبة لاستخدام طريقة الملاحظة فإن يعين القيام بها في أوقات مختلفة وفي مجالات مختلفة ويعدّ أفراد حتى لا تكون على ثقة من المعلومات التي تحصل عليها .

أن يكون التقويم اقتصادياً : بمعنى أن يكون اقتصادياً في الوقت والجهد والتكاليف فالنسبة لوقت يجب ألا يضيع إحصائي القياس جزءاً من وقته في إعداد وإجراء وتصحيح ورصد نتائج الاختبارات لأن ذلك سيصرف عن الأعمال الرئيسية المطلوبة وبالنسبة للجهد فلا يرهق إحصائي القياس الأطفال ذوي الحاجات الخاصة بالاختبارات الطويلة أو الغامضة التي تبعده عن الهدف الذي يسعى إليه فيصاحب الأطفال بالملل ، وبالنسبة للتكاليف فمن أتراجب ألا يكون مغالاة في الإنفاق على عملية التقويم حتى لا تكون عبئاً في ميزانية المؤسسة للتعليم .

أن تكون أدواته مناسبة : بمعنى أن التقويم الصحيح يتوقف على مناسبة أدوات التقويم لذوي الحاجات الخاصة ، وأن تقيس ما يقصد منها بمعنى أن لا تقيس النشاط الزائد إذا وضعناها لتقيس السلوك العدواني لدى انعم عن سبيل المثال ، وأن تقيس

كل ناحية على حدة حتى يسهل التواحي وتفسيرها بعد ذلك، وأن تغطي كل ما يراد قياسه.

اخلاقيات أخصائي القياس النفسي ومسئولياته

نقد وضع صلاح مراد ، ومين سليمان (2002) أن مسؤوليات مستخدم الاختبارات النفسية تتمحور فيما يلي:

(1) التدرّب السبق على إعطاء الاختبارات ، فمما لا شك فيه أن بعض الاختبارات يسهل تطبيقها على الأفراد، كما أن هناك اختبارات تحتاج من أخصائي القياس إلى تدريب مسبق قبل تنفيذها للمشارك، وغير مثال على ذلك: الاختبارات القردية التي تطبق على الأطفال المتخلفين عقلياً أو الأميين من ذوي الاحتياجات الخاصة والتي تحتاج تدريب أكثر من الاختبارات الجماعية، وكذلك الاختبارات الإسقاطية تحتاج إلى تدريب خاص و مكثف أكثر مما تحتاجه بعض وسائل التفرير الذاتي أو الامتحانات

(2) ألغة أخصائي القياس بالاختبار الذي مسبقه على ذوي الاحتياجات الخاصة، ولذا لا بد أن يقرأ كراسة التعليمات التي لصاحب الاختبار بعناية قبل أن يقوم بتطبيق الاختبار ويتزم بما جاء فيها من تعليمات من : امتثارة الشروط والتجهيز، وإقامة علاقة اجتماعية بين أخصائي القياس و ذوو الاحتياجات الخاصة؛ ولذلك فإن التدريب المسبق يعطي أخصائي القياس نوعاً من الألفة في فن إعطاء واستخدام الاختبارات.

(3) الالتزام بالانقياد العلمي أخايد أثناء عملية إجراء الاختبار، ويظهر ذلك في عدم مساعدة ذوي الاحتياجات الخاصة على إصدار الاستجابة المرغوب فيها سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من خلال التلميحات أو عمليات الاستحسان، وتعبيرات الوجه والإيماءات أو إشارات وما إلى ذلك من طرق ووسائل

(4) اخنافة على العلاقة الإنسانية بين أخصائي القياس و ذوو الاحتياجات الخاصة التي تنم بانثقة والاطمئنان والتبول المتبادل وحسن تعامله طوال فترة أداء الاختبار.

ويظهر ذلك من خلال إلقاء تعليمات الاختبار، وعدم الاتزاعاج من استفسارات المشاركين قبل أداء الاختبار.

(5) اختيار الاختبار الملائم لقدرات واستعدادات المشاركين وكذلك صياغتهم ومثال ذلك: لا يجب استخدام اختبار يقيس ذكاء الأطفال، تصميم مع الأطفال الكفيفين ، أو استخدام اختبار المتابعة مع أفراد يعانون من نقص في التحكم في حركات اليد.

(6) تهيئة الظروف المناسبة لتطبيق الاختبارات ، سواء كانت ظروف فيزيقية مثل: جودة الإضاءة ، والتهوية والبعد عن المشتتات، أو ظروف نفسية مثل: خفض الضجيج والتوتر الناتج عن أداء الامتحان، كذلك الإدارة الجيدة في أثناء أداء الاختبار والتي تستل في : الوقوف في مكان ضامر يراه و يسمعه الجميع، وإعطاء الفرصة للمشاركين للاستفسار و الرد على أسئلتهم، وزيادة دافعية المشاركين للإجابة وإعطاء التعليمات بشكل بسيط وواضح. ومن الجدير بالذكر أن هذه الأمور و غيرها يصعب تعلمها عن طريق الكتب وإنما تكسب بالخبرة و المرافقة إشراف المختصين

الفصل الثالث

البدائيات الأولى لتشخيص اضطراب طيف التوحد إلى ما قبل صدور الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض العقلية

- لوحة تاريخية
- تطور عملية تصنيف اضطراب طيف التوحد
- التبعيات التي تواجه عملية تشخيص التوحد
- أهداف التفخيص في اضطرابات طيف التوحد
- التعرف المبكر على المؤشرات الدالة على اضطرابات طيف التوحد
- خطوات التفخيص التشخيصي لاضطراب التوحد
- محركات تشخيص التوحد
- فريق برامج التدخل المبكر

لمحة تاريخية

شغلت حالة التوحد وتفسيراتها الأطباء منذ ما يقارب المائة عام ، وشهد التوحد تغيرات جذرية خلال السنوات الأخيرة . ويبدو أن أول من استعمل تلك العبارة الطبيب النفسي السويسري يوجين بلولر (Eugen Bleuler) عام 1911 مستنبطاً من التعبير اليوناني (Autism) أي الذات.

وقد استخدم يوجين تعبير "الانطواء إلى الداخل (turning inward)" والانتواء الذاتي على المرهس الانفصامين البلغين⁽¹⁾ وقد عرف التوحد قبل 1943م بأنه مرحلة انتقالية لانفصام الشخصية اللاحق⁽²⁾ واعتبر توحد الأطفال حينها صنف من انفصام الشخصية الطفولي أو حالة اضطراب في التفكير . أما في العام 1943 عرف العالم الأمريكي ليو كانر (Leo Kanner) التوحد الطفولي (Early Infantile Autism) وسرد مواصفاته العادية التي من شأنها تميزه عن الانفصامين، فقد قدم كانر عام حالات 11 طفلاً جرت متابعتها منذ 1938 عبر مقال (الاضطراب التوحدي في التواصل الانفعالي (Autistic Disturbances of Affective Contact)والذين كانت قد جرت المداخلة بمواقبتهم عام 1938 والذي 'وحرأ بأدائهم ، ما اعتبره كانر متلازمة جديدة وهي التوحد طفولي⁽³⁾ Infantile Autism للتميز بعدد من الحاصلين .

- حالة توحد شديدة Extreme Autism
- الولع الشديد Obsessiveness
- النمطية العشوائية Stereotypy
- التقليد الكلامي المتكرر Echolalia

وبالنسبة لكانر(Kanner) فإن التارق الجوهري بين التوحد والانفصام هو مرور المصابين بالانفصام بمرحلة تطور طبيعية قبل ظهور أعراض الانفصام عليهم بينما لا يشهد المصابون بالتوحد الطفولي سوى العزلة والتوحد الشديدين منذ أياهم الأولى . وقد اعتقد أن التوحد ينتج عن خلل في عمليات التطور والنمو وليس علة نفسية مكتسبة والفتة التشخيصية التي تعرف بـ"توحد كانر" تتميز بظهور مستدام في التفاعل والتواصل الاجتماعي. كما يبدل عن المصابين سلوكيات حصرية ومتكررة، وعشوائية، ونمطية،

اضطرابات طيف التوحده، التشخيص والتدخلات العلاجية
ولمصابين اهتمامات ونشاطات خاصة وعشبة. أما حدة هذه المظاهر فهي تختلف
بشكل كبير من مصاب إلى آخر <http://www.guizhida.com>

ومن الجدير ذكره إنه في عام 1944 وفي الوقت الذي نشر فيه 'كانر' دراسته ،
كان هنالك طبيب إسباني يدعى 'هانز أسبرجر' نشر دراسته باللغة الألمانية والتي تناولت
4 أطفال وصفهم بأن لديهم أطوار غريبة ومشتركة ، وأطلق على تشخيصه اسم
متلازمة أسبرجر Asperger Syndrome بالرغم من عدم معرفته بدراسة 'كانر' وتعتبر
هانان الورتشان مما أول المحاولات العلمية لتشرح هذا الاضطراب المعقد (ويمكن تحديد
اختلاف أمثال كانر عن أطفال أسبرجر بالجوانب الأساسية التالية

- أطفال أسبرجر يتمتع بتوجه ذكاء متوسطة (أي في المستوى الطبيعي) بينما كانت
كذلك الأقل لدى أطفال كانر .
- أطفال أسبرجر قادرين على الكلام ، بينما كان البعض من أطفال كانر قادرين على
الكلام والبعض الآخر لا يتكلمون
- المهارات الحركية لدى أطفال أسبرجر أسوأ بكثير مما عليه لدى أطفال كانر . (غانم ،
2013)

وفي عام 1964 اكتشف الدكتور برنارد ريملاند أدلة تؤكد إن التوحده هو حالة
بيولوجية biological condition

أما في عام 1966 فقد اكتشف الدكتور أندرياس ريت (Andreas Reit) دليلا
آخر يؤكد إن التوحده هو حالة بيولوجية .

وقد عثر كل من الدكتورة سوزان فلورستين والدكتور ميكل روتر عام 1977 على
توأمن مصابين بالتوحده مما أوى لها بأن هذا دليل على احتمالية وجود عامل جيني
يقف خلف الإصابة بالتوحده (شبيب ، 2008)

تطور صنيعة تصنيف اضطراب طيف التوحده :

لم تكن عملية الوصول إلى تعريف متفق عليه بين المهتمين بهذا الاضطراب أمراً
سهلاً ، وقد تعاقبت جهود المهتمين والباحثين بهدف الوصول إلى توضيح شامل لمفهوم
هذا الاضطراب وتوضيح المعايير التشخيصية له (فقد انعكس غموض هذا الاضطراب

وتداخل أعراضه مع أعراض بعض الإعاقات الأخرى على تصنيف هذا الاضطراب 0 فقد اعتبرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) من عام 1951 وحتى عام 1968 التوحّد شكلاً من أشكال فصم الطفولة وذلك في الطبعة الثانية من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية، وظل الحال على ذلك النحو إلى عام 1977 عندما أصدرت منظمة الصحة العالمية (WHO) الدليل التاسع لتصنيف الأمراض (ICD-9) حيث فرقت بين التوحّد وفصم الطفولة ، وقسمت التوحّد إلى أربع فئات هي: توحّد الطفولة ، والاضطراب الذهني لتفككي ، والاضطراب العقلي الحقلولي النمطي. (لغتم ، 2013) .

وفي عام 1980 صنفت الجمعية الأمريكية لطب النفسي (APA) اضطراب التوحّد كأحد الاضطرابات النمائية الشاملة من خلال الدليل الإحصائي والتشخيصي الإصدار الثالث (3 - DSM) ووصفه اضطراب التوحّد على أنه إعاقة صحية من قبل الجمعيات والمنظمات المتهمة بالتوحّد . وفي عام 1987 وفي النسخة المعدلة من - DSM (3) ونتيجة لوجود مجموعة من الأطفال التي لا تلتزم عليهم جميع المعايير الخاصة باضطراب طيف التوحّد تم إضافة فئة جديدة سميت بقية الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder - Not otherwise Specified) . وفي عام 2000 نرّمع مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders) في النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع بحيث أصبح يضم فئات وهي اضطراب التوحّد (Autism Disorder) ، واضطراب ريت (Rett's Disorder) ، واضطراب أسبرجر (Asperger Disorder) ، واضطراب تفكك الطفولة (Childhood Disintegrative Disorder, CDD) والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Developmental Disorder - Not otherwise Specified) . (الحفطوب وآخرون ، 2011) وفي عام 2013 ومن خلال النسخة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي جرى تعديل آخر على الفئات التي تشترج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة حيث تم الاتفاق بين المهتمين والباحثين على إن ملازمة ريت (Rett Syndrome) تعد اضطراباً معرفياً منوكيا كغيرها من باقي الفئات ، وإنما أصبحت اضطراباً معرفياً جنبياً نظراً لتواصل العلماء لتلجين الذي يسبب حدوثها (McCP2)

وبذلك استثيت هذه الفلزامة كواحدة من اضطرابات طيف التوحد ، كما تم تغير تسعية هذه الفلزامة ليصبح اضطرابات طيف التوحد وهذا المسمى يجمع بين جميع الفلزات السابقة التي كانت تندرج تحت مفضلة ما يسمى بالاضطرابات التعمالية الشاملة لوقد أورد الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس هذا المسمى إجابيد تحت مظلة الاضطرابات التعمالية التعمسية (Neurodevelopmental Disorders) إلى جانب الاضطرابات العقلية ، واضطرابات التواصل ، واضطرابات ضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وصعوبات التعلم والاضطرابات أحركية (الجابري ، 2014)

الصعوبات التي تواجه عملية تشخيص التوحد

لا يزال تشخيص التوحد يواجه أنعديد من الإشكلات والصعوبات من أجل الوصول إلى تشخيص دقيق لفة الأطلاق التوحسين ؛ ويمكن عرض هذه الصعوبات التقاط التالية

- (1) التباين الواسع في لأعراض من حالة لأخرى من حالات التوحد.
- (2) اختلاف الآراء وعدم الاتفاق على العوامل المسببة للإعاقة .
- (3) تشابه أعراض التوحد مع أعراض إعاقات أخرى .
- (4) عدم وجود اختبارات مقننة للقياس و التشخيص على درجة عالية من الصديق والثبات .

أهداف التشخيص في اضطرابات طيف التوحد

لقد عرف حدان (2001) التشخيص بأنه تحيد شدة الاضطراب وأعراضه من خلال تطبيق أداة قياس أو أكثر خاصة بهذه الاضطراب، ويمكن للناحص إصدار حكم وفق المعايير المتفق عليها من الأخصائيين في هذا المجال ونازسات والجمعيات العالمية، بعد تطبيق أداة قياس مناسبة ، وبناء على ما تقدم يمكن القول بأن تشخيص اضطراب التوحد بشكل دقيق وشعولي له أهداف تتلخص بما يلي :

- (1) وضع الخطط العلاجية.
- (2) تحديد مدى تحقيق الأهداف قصيرة المدى والبعيدة منها.
- (3) يوفر للأسرة معلومات حول استجابة الطفل للعلاج.

- (4) يوفر للأسرة معلومات حول التغيرات المتوقعة التي سوف تظهر على الطفل .
- (5) يساعد في إظهار مدى التقدم في العلاج .
- (6) عدم الحفظ بين التوحد والإعاقات الأخرى .
- (7) الإحالة المناسبة .

التعرف المبكر على المؤثرات السالبة على اضطرابات طيف التوحد

يولد الطفل سليماً معافياً وغالباً لا يكون هناك مشاكل خلال الحمل أو عند الولادة وعادة ما يكون الطفل وسيماً وذو نقاط جذب ، يشمو الطفل جسمياً وفكرياً بصورة طبيعية حتى يبلغه سن ثلاثة أو ثلاثة من العمر ، ثم تبدأ الأعراض بالظهور فجأة كالتغيرات السلوكية (كالتصريح الدائم أو الصمت الدائم) ونادراً ما تظهر هذه الأعراض من الولادة أو بعد سن الخامسة من العمر . وتظهر هذه الأعراض الفجائية يتركز على اضطراب المهارات اللغوية والعرفية ونقص التواصل مع المجتمع بالإضافة إلى عدم القدرة على الإبداع والتخيل (الصبي ، 2003) .

وفي الوقت الحاضر يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال الملاحظة المباشرة لمنوك الطفل بواسطة اختصاصي معتمد وخاصة ما يكون اختصاصي في نو الأطفال أو طبيب ومادة ما يتم ذلك قبل عمر ثلاث سنوات أو (36) شهراً . وفي نفس الوقت فإن تدريخ نو الطفل تتم دراسة بحثية عن طريق جمع المعلومات الدقيقة من الوالدين والأشخاص المقربين الذين لهم علاقة مباشرة بحياة الطفل مباشرة (O انهد ، 2001)

وعلى الرغم من إن الافتراض القائل إن اضطراب التوحد موجود مع الولادة ؛ إلا إنه قد لا يشخص بصورة رسمية إلا عند وصول الطفل من ثلاثة إلى الخامسة حيث تبدأ الاضطرابات في المجال الاجتماعي واللغة بالظهور بصورة واضحة . حتى في هذه المرحلة فإن التشخيص لا يبدو سهلاً . وهناك انقيل من المتخصصين ذوي التدريب الجيد والخبرة القوية في هذا المجال . إن إحدى صعوبات التشخيص قد تنشأ في إن الطفل التوحدي قد يظهر معظم أعراض الاضطراب ولكن ليس جميعها . هذا

العامل قد يفسر نسبياً تلمي نسبة إثبات للتدني بين التخصيصين في تشخيص نفس الطفل .

إن التباين الكبير بين الأطفال الذين يعانون من اضطراب التوحد دفع بعض الباحثين في المجال إلى التساؤل حول قيمة المعايير التقليدية في تشخيص هذا الاضطراب . إن مفهوم "التوحد" لا يساهم كثيراً في فهم الخصائص والقدرات الخاصة للطفل . كما إن القهوم لا يوضح اتجاه التدخل العلاجي باعتبار إن كل طفل قد يحتاج إلى برنامج علاجي خاص . فالطفل التوحدي الذي يعاني من سلوك إيذاء الذات يتطلب علاجاً مختلفاً عن ذلك الذي يعاني من الصدهاء (التردد اللاإرادي للألفاظ) (echolalia) . ومن المهم الإشارة إلى أن مفهوم "التوحد" العام لا يوضح اتجاه المرض للطفل . مجرد معرفتنا بأن الطفل يعاني من اتوحد لا تعين كثيراً في فهم مدى التحسن الذي سيطرأ على الحالة (Koenig, Rincover , Egel , 1982) .

تظهر سمات الطيف ذو اضطراب طيف التوحد قبل إتمامه العام الثالث. وإذا لوحظ أي منها يجب الاعتماد بتابعة الطفل وعرضه على أخصائي، ومن هذه السمات:

- (1) عدم محاولة الطفل تحريك جسمه أو أخذ الوضع الذي يبدل على رغبته في أن يعمل.
- (2) تصدب الطفل عتداً بعمل ومحاولة الإفلات.
- (3) يبدو كما لو أنه أصم لا يسمع، فهو لا يستجيب لذكر اسمه أو لأي من الأصوات حوله.
- (4) قسطن الطفل في التقليد كإثني الأطفال في المرحلة العمرية نفسها.
- (5) فصور أو توقف في عز القنارة على الاتصاك اللغوي وغير اللغوي.(حدان 2013).

في حين أن روبرت (Roryors, 1995) يذكر أنه لا بد من اللجوء لتشخيص في حال ملاحظة المؤشرات التالية، بعضها أو جميعها ، وهذه الأعراض هي:

- مقاومة التغيير.
- الهوسه أثناء النوم.

- الإصرار على الروتين.
- الصعوبة في فهم الانفعالات.
- فقدان الاستجابة للأصوات.
- ضعف القدرة العقلية العامة.
- ترديد الكلمات دون فهم معناها.
- قصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي.
- معاناة الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد من صعوبات في النمو اللفظي.

والخلاصة أن استعراض أعراض اضطراب التوحد وأبرز المؤشرات غير الملمحة التي تبدو على الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد قبل إتمامه الثلاثين شهرا من عمره تدفع إلى التوصل إلى عدد من المؤشرات التي يتفرد بها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وهذه المؤشرات هي:

- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يجيبون أن يجتنبهم أحد.
- أنهم في بعض الأحيان يشون كأنهم لا يسمعون.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يهتمون غالباً بمن حولهم.
- أنهم قد لا يتكلمون بل إنهم إذا تكلموا.
- أنهم يرتبطون بالأشياء ارتباطاً غير طبيعي.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يجيبون اللعب بالكرة في حين يمكن أن نجد لديهم مهارة عالية في ترتيب المكعبات أو غيرها من المهارات.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتألمون الأساليب التقليدية في التعلم.
- أنهم يجيبون العزلة عن الغراء والمعارف.
- أنهم قد ينضمون إلى الآخرين تحت الإقناع فقط.
- أن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد يكون قدرات معينة مكن قبيل الرسم، والنساجحة والعزف على الآلات الموسيقية.

- أن بعضهم قد يكتسب بعض الكلمات بيد أنهم سرعان ما ينسوها.
- أنهم لا يجيبون المتحدث، بل يجيبون أن تبنى الأشياء في مكانها.
- أنهم لا ينظرون في عيون الآخرين أثناء التحدث معهم.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يستخدمون الأشياء دون إدراكهم لوظائفها.
- أنهم يتكروون ويتكلمون باستمرار عن شيء واحد فقط.
- أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قد يضحكون لو يهتفون دون سبب.
- أنهم يظهرون تفاعلاً من جانب واحد.
- أنهم لا يدركون الأخطار بشكل عام.
- أنهم يرددون الكلام دون فهم لمعناه فيما يسمى المصادم.

خطوات تشخيص اضطراب طيف التوحد

لا يمكن النظر لعملية التشخيص على أنها عملية منفصلة عن المراحل التي سبقتها، بل هي عملية متكاملة، تهدف بالنهاية للوصول لتشخيص دقيق وواف من الخاتمة بما يساعد على تحديد نوع التدخل الأنسب للحالة، ولابد من وجود فريق متكامل لتنفيذ عملية التقييم التشخيصي، حيث يقوم الفريق برسم صورة شاملة عن الحالة ومن ثم التنسيق فيما بينهم للخروج ببرنامج متكامل حول التدخلات التي يجب أن تقدم للطفل ذي اضطراب طيف التوحد (قواز، 2007).

إن عملية تشخيص اضطراب التوحد تمر بثلاث خطوات رئيسية وفق التالي:

أولاً: المسح المبكر؛

وهي أول خطوة من خطوات عملية تشخيص اضطراب التوحد، والمقصود بها التعرف على الأطفال الذين يفتقرون عدد من المؤشرات الخاصة باضطراب التوحد وذلك لإحالتهم لعملية تشخيص متكامل، بمعنى أن المسح يعتبر إنذاراً هاماً يشير إلى إمكانية أن يكون لدى الطفل اضطراب التوحد بينما التشخيص يؤكد أو ينفي اضطراب التوحد لدى الطفل بشكل رسمي.

وقد حدد العلماء أربع سلوكيات إذا اجتمعت لدى طفل عمره 18 شهر أو أكثر،
فإن ذلك على احتمال كبير لأن يكون لديه التوحد ، وهذه السلوكيات هي:

1. عدم استجابة الطفل لاسمه
2. عجز الطفل عن الإشارة إلى الأشياء ومتابعة نظرات الآخرين
3. عدم القدرة على التقليد
4. عدم القدرة على اللعب التمثيلي

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

- اختبار الكشف عن الاضطرابات النمائية الشاملة PDDST-1: Developmental Disorders Screening Test-Stage (II)
 - قائمة تقدير الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للصغار البريطانية CCHAT: The Checklist for Autism in Toddlers
 - قائمة التقدير المعدلة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للصغار الأمريكية MCHAT: The Modified Checklist for Autism in Toddlers: CHAT
 - أداة للكشف عن ذوي اضطراب طيف التوحد في عمر سنتين STAT: The Screening Tool for Autism in Two-Year-Olds
 - استبيان للكشف عن طيف التوحد ASSQ: The Autism Spectrum Screening Questionnaire
 - استبيان للكشف عن اضطراب التوحد ASQ: Autism Screening Questionnaire
- ثانياً - التشخيص المتكامل :

وهي مثل الخطوة الثانية في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد ، حيث سيتم هنا إجراء تقييم شامل متعدد التخصصات لكل طفل، ذلك نتائج الكشف المبكر

بأن لديه احتمالية عالية لوجود اضطراب التوحد لديه ، فهذه الخطوة هناها التأكيد من وجود اضطراب رب التوحد لدى العُقل أو عدمه ، هي 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.

وتم تنفيذ هذه الخطوة من قبل فريق التشخيص الشامل ، وتتضمن هذه الخطوة ما يلي:

(التقييم الطبي) : (Medical Evaluation)

ليس الهدف هنا العمل على تشخيص التوحد بصورة طبية ، وإنما الهدف هو فهم حالة الطفل بصورة أوضح والعمل على استثناء الاضطرابات الأخرى والتي قد تشبهه مع اضطراب التوحد ، وبالتالي فإن الهدف من التقييم الطبي هو تأكيد إعطاء تشخيص اضطراب التوحد للطفل ، ويعتبر الفحص الطبي العام وفحص السمع من أهم الفحوصات في هذا الشأن ، يلي ذلك في درجة الأهمية التخطيط الكهربائي للدماغ ، أما بالنسبة لباقي الفحوصات الطبية فيقوم الطبيب بتحديد مدى حاجة الطفل إليها بشكل فردي بناءً على الأعراض التي يظهرها .

وقد أشارت تاسي (Tasi, 2003) إلى إن يمثل الهدف من التقييم الطبي في تحديد أسباب الاضطراب لدى الطفل ، وتحديد المشكلات الصحية المرافقة لهذا الاضطراب والتي يمكن أن تزيد من حدة مشكلات الحالة ، تقديم خدمات الإرشاد الجيني للعائلة ومساعدتها على فهم أسباب الاضطراب لدى طفلها ، وتوضيح إمكانية الوقاية الأولية والثانوية .

ويتكون الفحص الطبي من الفحوصات التالية :

(1) الفحص العصبي التكاملي

ويهدف إلى تحديد ما إذا كان هناك أدلة على وجود مشكلات عصبية نمائية ومشاركتها مع الأداء العصبي للأطفال من نفس العمر الزمني ، وتركز هذه الفحوص على الأمور التالية ، محيط الرأس ، داء للعصب الفقفي ، أداء المشيخ ، الاستجابات

إعقالية ، الفحوص الحركية ، واختبارات التناسق الحركي التوحد (California Department of Developmental Services, 2002).

(2) الفحوص المخبرية

ويتم تحديدها اعتمادا على التاريخ الإكلينيكي والفحوص الجسمية للحالة ، ومنها تاريخ العائلة المرتبط ببعض المشكلات ، كما في حالة اضطراب تناول الطعام غير الصالح للأكل ، والذي يمكن أن يتود ظهوره إلى اختلال القرار بعمل يكشف الحاسر به (قرزق ، 2007) .

(3) الفحوص الجينية والاستشارات الجينية

حيث تهدف هذه الفحوص إلى تحديد بعض الاضطرابات الجينية مثل متلازمة الكرموسوم أمش (Fragile X syndrome) وانصباب الخليوي واضطراب ريت الذي يرتبط بجين (MECP - 2) . وتحديد الاختلال الذي يصيب بعض الكرموسومات مثل الكرموسوم رقم (7) و (5) لدى بعض حالات التوحد (Taxi, 2003) .

(4) التقييم المخبري العصبي

يتم استخدام أجهزة كشف دماغي مثل : جهاز التخلط إنكهربائي الدماغية والذي يستخدم في حال ظهور ثوبات صرغية لدى الحالة ، وكذلك يفيد في حال ظهور حركات طفلية غير طبيعية ، وأيضا في الحالات التي يحدث لديها فقدان للمهارات اللغوية المكتسبة. كما يستخدم جهاز الرنين المغنطيسي وجهاز المسح الدماغي حيث يستخدمان في حالات صغر حجم الدماغ وحالات النمو المتزايد شحيط الرأس ، بالإضافة إلى فحوص الحامض ،عضوي للبول في حال الشك بوجود اضطراب عصبي (قرزق ، 2007) .

(5) تقييم الحواس

أولا : الفحوص بصرية : تنتشر حالات قصر وطول النظر بين الأطفال ذوي الإعاقات السمائية، وتقييم القدرات البصرية وهو جزء من التقييم الشطي ، ويتم إجراء فحوص للعين وللحشفة وسجاية العين للمثيرات ونية العين فإذا شك الأهل أو

المشخصون بوجود مشكلات لدى الحالة في البصر ويجب تحويلها إلى أخصائي الفحص البصري. (California Department of Developmental Services, 2002)

ثانياً: الفحص السمعي :

يفضل تحويل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى الفحص السمعي . حيث يتم فحص بعض تلك الحالات منذ الولادة . ويصاب بعض الأطفال التوحدين بصمم السمع في مرحلة الطفولة المبكرة نتيجة إصابات أو أمراض كما في التهاب الأذن (Tasi , 2003) .

التقييم الشمالي :

يتم بهذا التقييم جمع البيانات الأساسية حول نمو الطفل لتحديد مدى وجود التأخر الشمالي لدى الطفل أو لا ، وهذا التقييم مهم لأنه يقدم لنا أهدافاً مزدوجة لكل من عملية التشخيص ووضع الأهداف التربوية فيما بعد ، ثم هذه العملية مرحلتين أساسيتين هما :

المرحلة الأولى : الملاحظة الشمالية (Developmental Surveillance)

ويشير هذا المفهوم إلى عملية جمع المعلومات والبيانات عن الحالة من خلال ملاحظات الأهل لمراحل تطور طفلهم وآراء الأخصائيين وعرفتهم المرتبطة بهذه الحالة، فالملاحظة الشمالية تهدف إلى التقصي والتعرف على مراحل تطور الطفل ونموه في النواحي الانفعالية والاجتماعية والمهارات الحركية الدقيقة والكبيرة ، وتستخدم المعلومات التي يتم الحصول عليها بهذه الطريقة لمقارنة نمو الطفل بالنمو الطبيعي . وتعتبر الملاحظة الشمالية الخطوة الأولى التي يمكن أن توصل إلى الكشف وتتم الملاحظة الشمالية في مرحلتين هما:

1. الحصول على معلومات أولية عن حالة الطفل . ويرى ستروك Stock , 2004 (إن المعلومات تكون إما مكتوبة أو أشرطة فيديو مسجلة توثق فترات سابقة من حياته ، مثل مناسبات أعياد الميلاد أو صور واليوميات تساعد الأهل في تذكر سلوكيات قام بها طفلهم . تساعد هذه المعلومات في عملية التشخيص وتحتيد محتوى وطبيعة المقابلات القادمة مع الأهل ومقدمي الخدمة 0

2. مقابلة الأهل ومقدمي الرعاية : يعتبر كوينينج (Kocning, 2001) الأهل هم الخبراء في أوضاعهم ، وهم مصدر المعلومات الأساسي حولهم ، وكذلك مقدمو الرعاية . وتساعد المعلومات التي يقدمونها فريق التدخّل بالحصول على معلومات مهمة عن جوانب نمو الطفل المختلفة، ولا بد هنا من فتح فريق مقابلة الأهل ومقدمي الرعاية بمهارة عالية تمكنهم من الحصول على ما يلزمهم من المعلومات .

وتركز مقابلة الأهل ومقدمو الرعاية على الجوانب التالية :

- التاريخ الصحي للطفل .
- التاريخ السلوكي والتنمائي للطفل.
- تاريخ العائلة الصحي والعقلي.

والإحالة ومن ثم التشخيص والتشخيص (قزاز، 2007) .

ثالثاً : الكشف (Screening)

وتشير إلى عملية تحديد عوامل الخطر للاضطراب من خلال أساليب واختبارات خاصة ، وهم فيه أيضاً تحديد مقدار الخطر الذي يمكن أن يحدث ، وكذلك قابلية الحالات لتضخيم اضطراب توحد أو تأخر نمائي (Developmental delay) وهذه العملية لا تهدف إلى تشخيص حالة وإنما تعطي فكرة عن حاجتها إلى تشخيص وتدخل برامجي (Programmatic Intervention) ، وفي الآونة الأخيرة بدأ الباحثون في هذا المجال بالتركيز على النواحي النمائية المرتبطة بالتواصل اللغوي والاجتماعي في السنتين الأولى من حياة الطفل حيث إن الأطفال يظهرُونَ ضعفاً في النواحي الاجتماعية والتعرفية والتواصلية في وقت مبكر وهذا يمكن أن يتضمن أعراض متعددة منها صعوبة توجيه انتباههم، ضعف التواصل ما قبل اللغوي، وضعف القدرة على التقليد (imitation) و ضعف القدرة على التفهم الانفعالي لمشاعر الآخرين . ولا شك أن الكشف المبكر من شأنه أن يؤدي إلى التدخل المبكر مع الطفل ، وبالتالي المحاولة دون تطور المشكلات والأعراض السلوكية لديه بشكل يعيق تكيفه مع البيئة المحيطة ، كذلك فإن الكشف المبكر يجنب أسرة الطفل الكثير من الضغوط النفسية التي تنشأ نتيجة عدم

معرفة طبيعتها حادة مثلهم ، وأيضا يسهل إيصال الدعم لها، الأسرة ، مما يساعدها على فهم الحياة وتقبلها والتعايش معها. (Stork, 2004)

وقد تم تطوير اعتياد من أدوات الكشف الخاصة باضطراب التوحد مثل :

1. اختيار الكشف عن الاضطرابات الثنائية الشاملة 0
2. قائمة تقدير الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الصغير
3. مقياس تقييم الاضطرابات الثنائية
4. قائمة التقدير المعدلة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الصغير (الأمريكية) .
5. استبيان الكشف عن اضطراب التوحد (قرانز ، 2007).

التقييم المعرفي

تشير الدراسات الحديثة إلى تمتع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمدى واسع من القدرات المعرفية ، على الرغم من وجود تقديرات تشير إلى أن نسبة (70 - 80%) منهم يقعون ضمن فئات الإعاقة العقلية، ويظهر بعضهم مستوى عادي أو فوق العادي في القدرات غير اللفظية مع إظهار مشكلات في جوانب المهارات اللفظية أو المهارات التكيفية. (California Department of Developmental Services, 2002)

ويتم الاعتماد على التقييم المعرفي لتمييز اضطراب التوحد عن غير من الاضطرابات الأخرى وتحديد المشكلات المصاحبة له ، وتبدو أهمية التقييم المعرفي في الجوانب التالية

1. تشير الكثير من الدراسات والأبحاث إلى أن استجابة حالات اضطراب طيف التوحد إلى التدخل العلاجي ترتبط بشكل كبير بالأداء المعرفي ، فقد لوحظ على سبيل أمثال إن التدخلات العلاجية مع الأطفال ذوي القدرات العقلية المتدنية الذين لم يتطوروا لغة نطقية كانت أقل نجاحا مقارنة بغيرهم من ذوي القدرات العقلية العليا نسبيا
2. يساعد التقييم المعرفي في عملية التشخيص التفريقي لاضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات الأخرى ، كما أن له دورا مهما في عملية التخطيط التربوي (

ومن الأمثلة على أدوات للقياس المعرفي:

- مقياس وكسلر للذكاء للأطفال Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)
- مقياس وكسلر للذكاء البالغين Wechsler Adult Scale for Intelligence (WAIS)
- مقياس ستانفورد بينيه للذكاء (النسخة الرابعة) Stanford-Binet Scale for Intelligence, 4th edition
- مقياس وكسلر للذكاء في مرحلة ما قبل المدرسة - المنتح Wechsler Preschool and Primary Scales of Intelligence- Revised (WPPSI-R)
- (California Department of Developmental Services, 2002)

تقييم السلوك التكيفي: (Adaptive Behavior Evaluation)

يشير هذا المفهوم إلى القدرة على حل المشكلات في الحياة اليومية، ويزود هذا التقييم الأخصائي بمعلومات عن أداء الطفل في البيت والمدرسة، ويتم الاستفادة منها في التعرف على المؤشرات المثالة على قدرة الطفل على التكيف مع البيئة، ويتكون التلوك التكيفي من عدة مجالات: المهارات التواصلية؛ المهارات الاجتماعية، والنمو الحركي الكسبر والدقيق؛ مهارات الحياة اليومية، العناية بالسلات، والأداء الانفعالي والاجتماعي. (فواز، 2007)

ويهدف هذا التقييم أيضا لتعرف إلى مستوى القدرات العقلية ومظاهر السلوك التكيفي لدى الطفل الذي لديه اضطراب التوحد، وذلك بهدف الحكم على مدى قدرة الطفل على فهم البيئة المحيطة والتعامل معها بفاعلية وبصورة تناسب مع عمره الزمني الاختبارات والتقييم المستخدمة لتقييم السلوك التكيفي لحالات التوحد تمثل في:

- مقياس فانلند للسلوك التكيفي Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS)
- مقياس فانلند الانفعالية الاجتماعية في الطفولة المبكرة Vineland Social Emotional Early Childhood Scales (VSEECSS)
- مقياس السلوك الاستقلالي - المنتح Scales of Independent Behavior- Revised (SIB-R) (فواز، 2007).

التقييم السلوكي :

ولي سبيل الوصول إلى تشخيص سلوكي دقيق للسلوكيات التوحدية يحدد كل من " روبرت كوجل (Kogler 2003) خمسة محاور يتعين أن يشملها هذا التشخيص. وهذه المحاور الخمسة يمكن الإشارة إليها على النحو التالي :

الأول، وصف السلوكيات التوحدية،

لقد ناقش الباحثون و الممارسون أهمية تعريف السلوكيات التوحدية بأسلوب يتصف بالموضوعية والإجرائية، والقنوية على الملاحظة مما يؤدي إلى فهمها من قبل الآخرين. وعلى سبيل المثال، فإن وصف العنقل على أنه عدواني، يقدم قليلا من الفائدة؛ وفي المقابل، فإن وصفنا مثل "إن انطلق يفرص الكبار في باطن سواعدهم بين الرميح والكوع، يقدم صورة واضحة للمعدوأة التي يظهرها الطفل.

الثاني، درجة كل سلوك ومقداره

ذلك لأن القوة أو التدرج التي يظهر فيها السلوك، من الممكن أن توصف بأكثر المقدار . ويتم ذلك بتحديد تكرار السلوك أو مقداره، وعلى سبيل المثال، هل يظهر سلوك لسع الأطفال الآخرين ولرصهم بمعدك عشر مرات في اليوم، أم مرة واحدة كل أسبوع؟ أما بالنسبة لسلوكيات أخرى مثل استثارة الذات و نوبات الغضب ، فقد يتم قياسها بتحديد عدد، كان محدد فترة نوبة الغضب و/ أو عدم ظهورها . وذلك بأن نذكر عدد الثواني التي انقضت بين ظهور السلوك من جانب الطفل أو تركه لهذا السلوك.

الثالث، البيئات التي يظهر فيها السلوك المستهدف

من غير المنطقي انتظار إلى السلوكيات بشكل منفصل، بل يجب النظر إليها على أنها جزء من البيئة التي تظهر فيها. ونلتظر إلى السلوك ، وللمساعدة في فهمه و توقعه ، فلابد من تحليل البيئة التي يظهر فيها. من هنا يتحتم تقييم البيئة التي يظهر فيها السلوك وهو ما يطلق عليه سابقا السلوك Antecedents، وكذلك الفعل، الذي عادة ما يلي السلوك في البيئة، وهو ما يطلق عليه توابيع السلوك Consequences. وهذا التحليل يعود إلى النموذج المعرفي A.B.C وهذه الحروف ما هي إلا اختصارات للكلمات الإنجليزية Antecedents- Behavior- Consequences

وعما يجدر ذكره ، أن كل التشخيصات السلوكية الشاملة، يجب أن تحتوي على مكونات تركز على نماذج معقدة من السنوك، مما يؤدي إلى الرصد إلى اتجاه فعال في التدخل العلاجي. فعلى سبيل المثال: لتأخذ مثلاً الطفل الذي ينجأ إلى سلوك اللسع أو القرض ، حيث يسبق السلوك الوصف التالي ' يظهر السلوك عادة خلال ثلاث ثوانٍ، ويتبعه عادة مهمة تعويمة' أما النتائج فقد وصفت كالتالي ' يؤخذ الطفل إلى مكتب المسؤول، ويتم استدعاء الوالدين لأخذ الطفل إلى البيت' . من هنا فإننا سوف نحصل على فكرة محددة بالنسبة للظروف المحيطة بسلوك غير المقبول أو العدوانى أو القسوى.

الرابع: الوظيفة المتصورة،

إن كثيراً من السلوكيات التي يمارسها الطفل إنما تستخدم كشكل من أشكال التواصل. ومن هنا فإن السلوك القسوى من الممكن أن يكون وسيلة فعالة للتواصل . إن إتياع تقييم سوابق السلوك، والسلوك، وتوابعه A.B.C يعتبر محاولة لتحديد الوظيفة المتكررة للسلوك، وهو أمر ضروري لتطوير سلوك مكافئ وظيفياً.

ومن الممكن ملاحظة كثير من السلوكيات للمحافظة عليها في وظائف محددة، ولعل أكثر الوظائف أو الأسباب شيوعاً و المرتبطة بظهور سلوك معين تتضمن الحاجة إلى ما يلي:

- الحصول على الانتباه أو على شيء مرغوب.
- الهروب من مطلب محدد وتجنبه و الهروب من طلب أو نشاط أو من شخص.
- تجنب نشاط محدد مثل تجنب مهمة صعبة ، أو الانتقال، أو الاحتراض على نشاط معين.

الخامس: الاستثارة الذاتية Self Stimulation

إن سلوك الاستثارة الذاتية، أو ما يدعى السلوك النمطي، يعود إلى السلوكيات المتكررة مثل ضرب اليد، وتحريك الأشياء أمام العينين، وهززة الجسم، والتي قد تمتد لفترة طويلة من الوقت، كما يبدو أنها تزود الأطفال المتوحدين بشكله راحة حسية حركية. ومن الممكن التعبير عن سلوكيات الاستثارة الذاتية بطرق مختلفة، فقد تكون

هذه السلوكيات أحياناً دقيقة من قبيل حركات العينين عند تعرضها للضوء، أو عند القيام بتعبيرات الوجه غير المناسبة أو عند الحزن. وتكون عند البعض الآخر أكثر وضوحاً مثل هززة الجسم، أو إخراج أصوات عالية متكررة. وكذلك فإن معظم سلوكيات الاستئثار الذاتية تظهر وكأنها تحمل القليل من العنصر الاجتماعية الواضحة للآخرين، ومن الممكن ألا تمثل هذه العنصر أبداً. كما أنها قد تؤثر في العلاقات الاجتماعية وفي التعلم وفي النمو العصبي، مما يكسب هذه السلوكيات علاقات عكسية مع كثير من السلوكيات المناسبة. وعندما يتم كبح هذه السلوكيات فإن ذلك يؤدي إلى زيادة تلقائية في الاستجابات الأكاديمية، ويكون اللعب واضحاً وبذلك في الوقت الذي تكون فيها الخاط من اللعب والتعلم قد ازدادت وتطورت.

كما ينبغي أن يوضح في الاعتبار نموذج A.B.C. أي سبب السلوك - السلوك - تواربع السلوك. فعندما تقدم للطفل مهمة أكاديمية، فإن الطفل يمارس عدوانيته، وكتيجة لذلك فقد يتجرب في إبعاد المهمة عن نفسه. ومن الممكن هنا افتراض أن الوظيفة من هذا السلوك تكمن في تجنب المهمة الأكاديمية؛ فالطفل يجازر تجنب هذه المهمة، مما يؤدي إلى ظهور السلوك القوضوي. وعندما تتم مكافأة هذا السلوك فإنه يتم المحافظة عليه من خلال التواربع، ومن هنا، فإن فهم وظيفة سلوك محدد يساعد في تطوير سلوكيات تواصلية مناسبة تقابل الحاجة نفسها من السلوك القوضوي.

وقد يلجأ الكثير من الباحثين إلى تطبيق أساليب تقويم السلوك للقياس والتعلاج. ويقدم (Koenig Rincover, Egel, 1982) أسلوب القياس أو التشخيص السلوكي (behavioral assessment) والذي يهدف إلى الملاحظة والتحديد وتعديل السلوك غير القبول. ويهتم هذا المنهج بأسباب سلوك الطفل أكثر من الأسباب المرضية لتوحد. والمراحل التي يتشتملها هذا الأسلوب هي كالتالي:

أولاً: تبدأ المرحلة الأولى بعملية فرز وتقييم المزاج العام أو المزعة العامة، ثم من هذه المرحلة استخدام أساليب معينة كما هو الحال مع القابلية، والملاحظة المباشرة، وتطبيق قوائم السلوك لتحديد المشاكل العامة كعدم الاستجابة الاجتماعية، والمشكلات الأخرى كالتوبات تعصبية الحادة.

ثانياً : المرحلة الثانية تتضمن تقريباً أكثر دقة لمجالات المرحلة الأولى . هنا نقوم بتحديد المشكلة ، وتعريفها (Definition of the problem) . تتطلب هذه المرحلة تحديد المشكلة بصورة تسمح بقياس مستثن وثابت يمكن الاعتماد عليه . فعلى سبيل المثال يمكن قياس الاستجابة الاجتماعية بصورة دقيقة من خلال تحديد هذه المرات التي يقوم بها العقل لذي اضطراب طيف التوحّد التوحدي يتبادل انظار مع المانح عندما يقوم الأخير بمناذاة الطفل باسمه .

العنصر الآخر في هذه المرحلة هو تكوين الفروض . إن على المعالج أن يحدد العوامل البيئية التي يمكن من خلالها السيطرة أو التأثير على هذه العوامل لتغيير أنواع معينة من السلوك

ثالثاً : المرحلة الثالثة تتمثل في تحديد وتصميم البرامج العلاجية . مفهوم لمعالج بانتخاب أهداف أو هدف معين يحاول اختبار الفرضية التي وضعها في المرحلة الثانية فيما يتعلق بالعوامل البيئية . بعد تحديد واختيار السلوك المستهدف وبيان البرنامج العلاجي ، يقوم المعالج بتحديد المستوى الإجرائي أو مستوى خط الأساس للاستجابات قبل بدء البرنامج .

رابعاً : تتطلب المرحلة الرابعة من القياس مراقبة تطور العلاج مقارنة بسلوك الطفل في مرحلة ما قبل العلاج . وكلما تحقق علاج سلوك معين يقوم المعالج بإدخال سلوك جديد ليضعه قيد المراقبة . إذا لم يطرأ أي تحسن في السلوك المعالج فإن على المعالج فرضية المتعلقة بنتائج البيئة . وقد يتوجب عليه تصميم برنامج علاجي جديد .

خامساً : تتضمن المرحلة الخامسة عملية تفويده للبرنامج العلاجي . ويتم قياس السلوك الذي تم تنوته والتأثير عليه في بيئات مختلفة ، ومع حالات أخرى ، وكذلك من خلال فترات زمنية مختلفة . ويمكن قياس تأثير العلاج على العقل من خلال إدراك الآخرين كالكوالدين ، والمدرسين ، أو الجيران وذلك لتأسيس مدى صدق التصبن الذي طرأ على الطفل ضمن محيطه الاجتماعي

التقييم التربوي (التعليمي)

يمكن القيام بالتقييم التربوي من خلال استخدام التقييم الرسمي Formal assessment باستخدام أدوات قياسية ، والتقييم غير الرسمي Informal assessment باستخدام الملاحظة الإثارة ومناقشة الوالدين. و الغرض من هذا التقييم هو تقدير مهارات الطفل في التلاط التالية :

1. مهارات قبل الدراسة.
2. مهارات دراسية: القراءة والحساب .
3. مهارات الحياة اليومية: الأكل والنس ودخول الحمام.
4. أساليب التعلم ومشكلاتها وطرق حل هذه المشكلات.

تقييم التواصل : communication assessment

التجارب المهنية، و الملاحظة التقريبية ومناقشة الوالدين، كلها أدوات تستخدم للوصول إلى تقييم لمهارات التواصلية، ومن المهم تقييم مدى مهارات التواصل ومنها رغبة العقل في التواصل، وكيفية أدائه فذا التواصل (التعبير بحركات على الوجه أو بحركات جسدية، أو بالإشارة)، كيفية معرفة الطفل لتواصل الآخرين معه. ونتائج هذا التقييم يجب استخدامها عند وضع البرنامج التدريبي لزيادة التواصل معه كاستخدام لغة الإشارة، أو الإشارة إلى الصورة وغير ذلك.

التقييم الوظيفي: occupational assessment

المعالج الوظيفي occupational therapist يقوم بتقييم الطفل لمعرفة طبيعة تكامل الوظائف الحسية sensory integrative Functions ، وكيفية عمل الحواس الخمس (السمع والبصر والشلوق والشم واللمس) ، كما أن هناك أدوات قياسية تستخدم لتقييم مهارات الحركة الصغرى (استخدام الأصابع لإحضار لعبة أو شيء صغير)، مهارات الحركة الكبرى (المشي و الجري و القفز)، ومن المهم معرفة هل يفضل الطفل استخدام يده اليمنى أم اليسرى (جزء الدماغ المسيطر)، وللمهارات البصرية، وعمق الإدراك. (عمارة، 2005)

معكيات تشخيص التوحد

بالرغم من الصعوبات التي واجهت عملية تشخيص حالات التوحد فإن العلماء والباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير والمحكيات الأساسية التي تشخص حالات التوحد على أساسها. معايير تشخيص اضطراب التوحد:

تطورت معايير تشخيص اضطراب التوحد منذ اكتشافه على يد كاتر Kanner عام (1943)، ووصولاً إلى الدليل التشخيصي الإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-V-2013 ومن هذه المعايير:

1 : محكيات كاتر 1943

ولا بد أن تتعلق أية محاولة للتعرف وتشخيص من جهود كاتر (Kanner) الواردة في مقالة الأساسية عن التوحد والتي ركز فيها على عدد من المحكيات أهمها:

- الضعف الشديد في التواصل مع الآخرين .
- الإصرار على إتباع الروتين .
- الاهتمام بالأشياء التي يتم مسكها باستخدام العضلات الدقيقة .
- ظهور نمط لغوي غير مفيد في التواصل الاجتماعي .
- ذاكرة جيدة وقادرة جيدة في الأداء في الجانب الأدائي في الاختبارات الذكاء .

2 -- محكيات اسبرجر (Asperger)

كما وردت في دراسات ايهنيز و جيلبرغ (Gillberg & Gillberg 1993) والتي حددها بسبع خصائص هي: التصور في التفاعل الاجتماعي ، تمسك شديد بعض الأشياء أو انهماك ، السلوك النمطي المتكرر ، تجنب التواصل البصري ، تصور في استخدام اللغة المنطقية ، تفوق إدراكي محدد بمهارات محددة ، تصور حركي بسيط . وتكن بعد ذلك تم الفصل بين اضطراب التوحد واضطراب اسبرجر ووضعت معايير خاصة بكل منهما .

3. معايير كرينك (Crenk 1961)

والتي حندها بتسع خصائص مجتمعة كشرط في تشخيص اضطراب التوحد وهي:
التصور الذاتي في التفاعل الاجتماعي العاطفي - ضعف انقلدة على إدراك الهوية الذاتية
- تعلق غير طبيعي بأشياء معينة أو أجزاء منها أو سلوكيات أو مهامات - مقاومة التغيير
- تفني الإشارات وردود فعل غير طبيعية نحو الليرات أو العنومات الحسية - مجموعة
مظاهر اتعالية محددة - تصور أو انعدام في النمو اللغوي - نمط حركية غير طبيعية -
تدن واضح في نمو القدرات العامة . وقد ذكرتها أيضا (شامي، 2004) .

4. معايير روتنر (Rutter 1978)

حيث تثلت في التصور الواضح في النمو والتفاعل الاجتماعي والتواصل
اللغوي والسلوك النمطي المتكرر المحسوب بالقامة الشديدة للتغير إضافة إلى ضرورة
ظهور هذه الخصائص قبل عمر (30) شهرا .

معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي لتصنيف الأمراض العقلي

The Diagnostic and Statistical Manual Criteria - DSM

وفي ما يلي عرضها للمعايير التشخيصية التي وردت في الدليل الإحصائي
والتشخيصي الثالث والرابع والخامس (DSM - III - IV) للأمراض العقلية الصادر
عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) والدليل العثني لتصنيف الأمراض (ICD)
الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO).

وقدم الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث (DSM , III, APA : 1980) المعايير
التشخيصية الثانية لاضطراب التوحد : ضعف الاستجابة ، ضعف أو غياب اللغة ،
رفض التغير وليل للارتباط بالأشياء ، غياب أعراض النصاب ، ظهور الأعراض قبل
سن (30) شهرا .

معايير النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث لتصنيف الأمراض العقلي

(DSM , IV , TR, APA, 1987)

في عام 1987 ظهرت نسخة معدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الثالث
(DSM , IV , TR, APA, 1980) حيث قدمت .معايير إضافية لتشخيص اضطراب التوحد

المحكمة الأولى :

قصور توحي في مجال التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير اللفظي ،
ومحدودية الأنشطة والاهتمامات

ويشمل المحك الأول (16) اضطراباً سلوكياً تقع ضمن الفئات الثلاثة . ولكي يتم تشخيص الطفل بأنه يعاني من التوحد فإن التليل يشترط توفر ثمانية معايير على الأقل من المعايير الستة عشر بحيث تشمل مظهرين على الأقل من الفئة الأولى ، ومظهر واحد من الفئة الثانية ؛ ومظهر واحد من الفئة الثالثة . ويشترط تحقيق المعيار أن يكون السلوك شاذاً بالنسبة للمسرى النمائي للطفل . وهي :

الفئة الأولى؛ القصور التوحي في التفاعلات الاجتماعية المتبادلة وتظهر بالصور
التالية ،

ملاحظة : الأمثلة الواردة بين الأقواس مرتبة بحيث إن ما يرد أولاً يطبق على الأرجح على حالات الأطفال الأصغر سناً أو ذوي إعاقات التوحد الأكثر حدة في حين يشير ما يرد تالياً للأطفال الأكبر سناً أو حالات التوحد الأقل حدة .

1. افتقار واضح إلى الوهي بوجود الآخرين أو مشاعرهم (على سبيل المثال يعامل الأشخاص كقطع الأثاث ؛ لا يشارك مشاعر الضيق لدى الآخرين؛ يبدو إنه لا يفهم حاجة الآخرين للتصومية) .
2. عدم الإحساس بالحاجة إلى مساعدة الآخرين له في الظروف الصعبة أو التعبير عن ذلك بطرق شاذة (لا يلجأ إلى الراحة حتى عند المرض أو التعرض لثآليل أو التعب ؛ أو إنه يطلب الراحة بأسلوب تعلمي شاذ كترديد كلمة معينة) .
3. الافتقار إلى التقليد أو قصور فيه (لا يلوح بديه كإشارة للتوديع ؛ لا يفهم لأيم في أنشطتها المنزلية ؛ قد يفقد الآخرين بصورة آلية ؛ يستجيب خارج إطار الموضوع) .
4. الافتقار إلى اللعب الاجتماعي أو اللعب بصورة شاذة (عدم المشاركة الفعالة في الأنشطة البسيطة ؛ يفقد التعب منفرداً ؛ يتخذ الأطفال الآخرين كأدوات معينة فقط في اللعب) .

5. تصور كبير في القدرة على بناء صداقات من الأقران (لا يبدى اهتماماً بتكوين الصداقة مع أقرانه ؛ بصرف النظر عن اهتمامه بخلق الأصدقاء ، فإنه يفتقر إلى فهم أصول التفاعل الاجتماعي كأن يقرأ دليل التفتونات لأحد أقرانه غير المهتمين بالأمر) .

الذلة الثالثة: قصور نوعي في التواصل اللفظي وغير اللفظي وتتضمن النشاط التخيلي وتظهر بالعبور التالية :

1. لا يمتلك أسلوباً للتواصل ، كما هو الحال مع الأصوات غير المقهورة ، تعبيرات الوجه ، الإشارات والإيماءات ، والحركات الجسدية ، واللغة المتطورة.
2. تواصل غير لفظي شاذ بصورة واضحة كما هو الحال مع الخملقة في عيون الآخرين ، تعبيرات الوجه ، الإيماءات الجسدية ، أو الإشارات التي يقصد بها المبادأة التفاعل الاجتماعي (لا يتوقع من الآخرين إمساكه ، أي ملامسته ، بتشجيع عندما يجاور الآخرون ذلك ، لا ينظر إلى الشخص الذي يتفاعل معه أو لا يتسم له ، لا يرحب بالوالدين أو الزوار ، يميل في صورة ثابتة بالمواقف الاجتماعية) .
3. الافتقار إلى النشاط التخيلي ، كما هو الحال مع تمثيل أدوار الراشدين ، الشخصيات الخيالية ، أو الحيوانات ، والافتقار إلى الاهتمام بالتفاصيل الخيالية .
4. شذوذ واضح في إخراج الكلام سواء في حدة الصوت ، علوه ، أو التبر ، معدل إخراج الأصوات ، إيقاع الصوت ، أو الترتيم (أي انخفاض وارتفاع الصوت) كما هو الحال مع رتابة الصوت ، واللحن الذي يشبه التساؤل ، والصوت ذو الدرجة العالية) .
5. اضطرابات واضحة في شكل الكلام أو محتواه بما في ذلك الكلام النمطي والتكرار (التكرار الميكانيكي لأعبارات أو إعلانات التلفزيون ، استخدام كلمة "أنت" بدلاً من "أنا" كما هو الحال في قول الطفل .
6. "أنت تريد كعكاً" بدلاً من "أنا أريد كعكاً" استخدام خاص في الكلمات أو الجمل كما هو الحال مع "أذهب إلى تلعبه الحفصاء" ليعني "أنا أريد أن أعب في الأرجوحة" ، أو استخدام ملاحظات غير وثيقة الصلة بالموضوع كإثارة بالتحديث عن مواعيد القطار أثناء الحديث عن موضوع حول الرياضة).

7. قصور واضح في القدرة على المبادرة في الحديث مع الآخرين أو المحافظة على المحادثة رغم امتلاك الطفل لقدرة على الكلام (الانتماس في حديث طويل في موضوع معين بصرف النظر من إبداء الآخرين استغرابهم للأمر).

التممة الثالثة : ذهيرة محسنة جداً من الأنشطة والاهتمامات تظهر بالمسور التالية:

1. حركات جسمية ثعلبية كما هو الحال مع ررفة اليدين ، تحريكها بصورة دائرية ، ضرب الرأس ، حركات جسمية معقدة .
2. إشغال متواصل بأجزاء الأشياء (شم الأشياء ، تمسك الأشياء بصورة متكررة تدوير (لف) عجلات سيارات الألعاب) ، أو التعلق بأشياء غير هائوية (الإصرار على حمل قطعة خيط) .
3. انزعاج (ضيق) ملحوظ لأي تغيير في أمتاصر البسطة في بيته كتقل الزهرية (المزهرة) من مكانها الأصلي .
4. إصرار غير حادي على إتباع نظام معين (الروتين) بتفصيلاته الدقيقة كالإصرار على إتباع نفس الطريق عند الذهاب للتسوق .
5. مدى محدود جداً من الاهتمام والانشغال بشيء معين كما هو الحال بالاهتمام بوضع الأشياء في صف ، تكديس الحقائق حول الأرصاد الجوية ، أو التظاهر بأنه شخصية خيالية .

المحك الثاني :

يجب أن يظهر الاضطراب في مرحلة الطفولة (بعد سن 36 شهر).

محكات المسئلة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع لتسليف الأمتائر العقلي

(DSM , V , TR , APA , 2000)

وقد ظهرت نسخة معدلة الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع (DSM , IV , TR , APA , 1994) عام 2000 الذي قدم محكات تشخيصية لاضطراب اتوجه وهي أكثر دقة وشمولية من سابقتها . ويمكن إجائها فيما يلي :

المحك الأول :

توافر ستة أعراض على الأقل من المجموعات الثلاثة التالية على أن تتكون ستة الأعراض من اثنين من المجموعة الأولى وواحد من كل من المجموعتين الثانية والثالثة .

المجموعة الأولى : العجز النوعي في التفاعل الاجتماعي ولابد من ظهور اثنين على الأقل من الأمراض التالية :

1. الافتقار للسلوك الاجتماعي والانعالي المتبادل
2. فقدان الرغبة في مشاركة الآخرين الاهتمامات وضعف الاستماع وعدم القدرة على التحصيل .
3. الفشل في إقامة علاقات اجتماعية مناسبة مع الأقران من العمر الزمني نفسه .
4. العجز في استخدام السلوكيات غير اللفظية مثل : الإيماءات ، تحديق العينين والأوضاع الجسمية والتغيرات الوجهية .

المجموعة الثانية : العجز النوعي في التواصل

1. تأخر في اللغة المطروقة مع عدم مصاحبها للتعويض من خلال وسائل اتواصل الأخرى مثل الإشارة والإيماءات
2. الصعوبات في التلكنة والاستمرار في الحديث مع الآخرين في حالة وجود اللغة .
3. النمطية والتكرار في استخدام اللغة .
4. العجز في اللعب ويمثل في عدم التنخيل والتنوع أو الافتقار لنعب الاجتماعي مع الآخرين كما هو متوقع من هم في عمره الزمني نفسه .

المجموعة الثالثة : النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات ويجب أن تظهر على الأقل واحدة من الأعراض التالية ،

1. الانشغال بواحدة أو أكثر من مظاهر السلوك النمطي والاهتمامات غير العادية الالتزام بطقوس روتينية معينة وغير وظيفية .
2. حركات جسمية نمطية مثل (رفرفة اليدين وحركات مفصلة لكامل الجسم) .
3. الانشغال المستمر بأجزاء الموضوعات .

المحكمة الثاني ، والتأخر (قبل سن الثالثة) في :

1. التفاعل الاجتماعي
2. استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي .
3. اللعب التقليدي أو اللعب الرمزي .

المحكمة الثالث

أن لا تكون هذه الأعراض دالة على اضطراب ريت أو اضطراب تفكك. وإحلال الطفولة (CUD) (الخطيب ، الصمدي ، الروسان ، الحديدي ، يحيى ، الناظور ، الزويقات ، الحمانيه ، السرور 2011).

ولكن ما مدى تساق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في إصداره الرابع (DSM-IV) مع الإصدار السابق / الثالث (DSM-III) في مجال تشخيص التوحد ؟

إن مقارنة معايير التشخيص لاضطراب التوحد الواردة في الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM IV ، 1954) مع الطبعة السابقة تشير إلى أن الوصول إلى معيار دقيقة ومحددة لتشخيص اضطراب التوحد لا زال أمراً بعيد المنال . صحيح إن الدليل الجديد قد استقى المعايير الأساسية للتوحد وانتمتة في توافر إحلال أو فصول في ثلاثة مجالات رئيسة وهي التفاعل الاجتماعي ، التواصل ، والاهتمامات والأنشطة . إلا إن الدليل الجديد دمج مجموعة من العناصر ليصل بمجموع من المعايير إلى (12) عنصراً بدلاً من (16) ويحتاج تشخيص التوحد إلى توافر (6) معايير فقط .

يشي التمييز بين اضطراب التوحد (autistic disorder AD) والاضطرابات النمائية الأخرى كما يشير الدليل الإحصائي والتشخيصي في طبعة الرابعة . فاضطراب (ريتز) (Rett's) يختلف عن اضطراب التوحد في نسبة الإصابة بين الجنسين ونمط انقصور أو الاضطراب (Pattern of deficits) . لقد تم تشخيص المصابون (ريتز) في الإناث فقط ، بينما يحدث اضطراب التوحد بنسبة أعلى في الجنين مقارنة بالإناث (4 : 1) . من ناحية أخرى يتميز اضطراب (ريتز) بتأخر في نمو الرأس ، ولقدان للشهيرات

البدوية الكتنسية في مرحلة سابقة ، وكذلك تأخر ضعيف في الجلدج وحركات المشي . قد يظهر الأطفال الذين يعانون من اضطراب (ريتز) ، وخاصة في مرحلة ما قبل المدرسة ، صعوبات في التفاعل الاجتماعي شبيهة التي تظهر عند التوحدين ، إلا إنها تميل إلى أن تكون حابرة وقصيرة الأجل.

من ناحية أخرى يرتبط (اضطراب ريت) بمالات التخلف العقلي الشديد (Severe) أو الحاد (العميق) (Profound) . أما نسبة انتشار فهي غير محددة إلا إنه يبدو إن الاضطراب أقل شيوعاً من اضطراب التوحيد . ويظهر اضطراب التوحيد قبل سن الرابعة ، عادة في السنة الأولى أو الثانية من العمر . كما إن العلاج يبدو محدوداً .

يختلف اضطراب (ريت) عن اضطراب الحلال الطفولة (CDD) واضطراب (أسبرجر) (AD) في وقت حدوث الاضطراب ونسبة الشروع بين الجنسين وكذلك نمط الاضطراب أو القصور . فكما تمت الإشارة فإن اضطراب (ريت) يصيب الإناث فقط ، في حين إن اضطراب الحلال الطفولة وأسبرجر أكثر شيوعاً بين الذكور . كما إن الاضطراب (ريت) يحدث في فترة مبكرة (الأشهر الخمسة الأولى من العمر) في حين إن النمو الطبيعي للطفل في اضطراب الحلال الطفولة قد يمتد لفترة أطول حيث قد تصل إلى سنتين على الأقل .

من ناحية أخرى يختلف اضطراب التوحيد عن اضطراب الحلال الطفولة (developmental) والذي يتميز بنمط شو تكوسي (Childhood disintegrative disorder) (regression) إنه يحدث بعد سنتين على الأقل من النمو الطبيعي . في حالة اضطراب التوحيد تكون الاضطرابات النمائية واضحة خلال السنة الأولى .

يمكن تشخيص اضطراب (أسبرجر) (Asperger's Disorder) وتمييزه عن التوحيد من خلال تأخر الطفل في النمو اللغوي . لا يمكن تشخيص الطفل بأنه يعاني من (اضطراب أسبرجر) عندما تتوافق معايير التوحيد . أما لاضراب (Schizophrenia) الطفولة فإنه يتطور عادة بعد سنوات من النمو الطبيعي ، أو شبه الطبيعي . ويمكن تشخيص انفصام أيضاً عندما يظهر الفرد الذي يعاني من التوحيد مظاهر الانفصام كما هو الحال مع التوهم أو الهلوسات الواضحة ولذلك يجب أن يشمر شهر واحد على الأقل .

معايير النسخة المعدلة من أدبديل الإحصائي والتشخيصي: التراجع لتعليق الأزمات العقلية ()

DSM-IV-TR, APA, 2000 لتشخيص اضطراب أسبيرجر

معايير تشخيص الأدبديل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة

الرابعة المعدلة (DSM-IV-TR) Diagnostic and Statistical manual of mental disorders

(2000) وقد حدد هنا المعايير التشخيصية التالية:

أ- اختلال كينفي في التفاعل الاجتماعي كما يتجلى في اثنين على الأقل من المظاهر التالية:

1. اختلال واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المحدودة مثل التلحيق بعين في عين، تعبير الوجه، الإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.
2. الانخفاق في إقامة علاقات مع الأقران مناسبة للمستوى التطوري.
3. انعدام السعي القوي للمشاركة في اللعبة أو الاهتمامات أو الإجازات مع الناس الآخرين (مثل عدم البحث عن الظهور أو عدم الإشارة إلى الموضوعات التي يهتم بها للآخرين).
4. انعدام التبادل الاتقائي أو الاجتماعي.

ب- نماذج من السلوك والاهتمامات والأنشطة مقيدة وتكرارية ونمطية، كما تبدي في إحدى المظاهرات التالية على الأقل:

1. انشغال كلي في واحد أو أكثر من نماذج الاهتمام المقيدة والنمطية، وهو انشغال شاذ إما في الشدة أو في التركيز.
2. التمسك الصلوم بطقوس محددة وغير وظيفية.
3. أنماط حركية نمطية وتكرارية (مثل المضرب باليد أو بالإصبع أو بإبهما أو حركات معقدة للجسم كله).
4. الانشغال المستمر بأجزاء الأشياء.

ج- يسبب الاضطراب اختلالاً مهماً سريرياً في الأداء الاجتماعي أو اللغوي أو حقول هامة أخرى من الأداء الوظيفي.

د- لا يوجد تأخر عام سريرياً في اللغة (مثلاً، استخدام كلمات مفردة بعمر سنتين، كما تستخدم عبارات تواصلية بعمر 3 سنوات).

هـ- لا يوجد تأخر عام سريرياً في التطور المعرفي أو في تطور مهارات إحاطة الذات بما يتناسب مع العمر أو في السنوك التكيفي (ما عدا التفاعل الاجتماعي) أو في الفضول نحو المحيط أثناء الطفولة.

و- لا تتحقق معايير اضطراب ثنائي نوعي آخر أو معايير القسام (الزيفقات، 2004).

معايير النسخة العديدة من الدليل الإحصائي والتشخيصي لأربع لتصنيف الأمراض العقلية (

DSM , IV ,TR, APA, 2000 لتشخيص اضطراب ريت (Ret's Disorders)

معايير تشخيص الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الطبعة

الرابعة المعدنة -DSM-IV- (Diagnostic and Statistical manual of mental disorders-

TR, 2000) لاضطرابات ريت

أولاً: توفر الخصائص التالية جميعها

- نمواً طبيعياً أثناء الحمل (قبل الولادة) وبعدها.
 - نمواً نفس حركياً طبيعياً خلال الأشهر الخمسة الأولى بعد الميلاد.
 - عيظاً للرأس طبيعياً عند الميلاد.
- ثانياً: بدء ظهور جميع الأعراض التالية بعد مرحلة النمو الطبيعي السابقة :
- نقص في سرعة نمو الرأس بين عمر 5 ، 48 شهراً بعد الميلاد.
 - فقد مهارات استخدام الأيدي التي سبق وكائت قد اكتسبت مثل الكتابة بالأيدي أو خيطيهما.
 - فقد مهارات التواصل أو التفاعل الاجتماعي .
 - ظهور تدور في تانسق الجملح .
 - تصور شديد في نمو كدرات التعبير اللغوي أو فهم كلام الآخرين مع تحلف واضمح في نمو الجاتب السيكوحركي .

معايير مستحدثة لتشخيص إعاقة اليرت

- في غياب أعراض إعاقات أخرى، يجب وجود جميع الأعراض التسعة الآتية للحكم على الحالة بأنها حالة يرث وهي
 - مرور فترة من 6 -- 18 شهراً من النمو الطبيعي بعد ميلاد الطفل ولادة طبيعية وفترة حمل طبيعية
 - أن يكون محيط رأس الطفل عند الميلاد مساوياً للمعايير المعروفة-
 - بقاء ملحوظ بعد ذلك في سرعة نمو الرأس ابتداء من الشهر السادس حتى عشر سنوات
 - فقدان أو قصور شديد فيما يكون الطفل قد اكتسب من القدرة اللغوية على التعبير والاتصال والتخاطب وفقدان الرغبة في التفاعل مع الآخرين إلى حد لا يظن على الذات مع هبوط في معدل نمو الذكاء
 - فقدان تام لمهارات الاستخدام الخادف للأيدي بدءاً من أشهر الخامس حتى عامين ونصف مما يعرقل محاولات قياس الذكاء أو القدرة على الفهم اللغوي والأداء العملي.
 - اندماج الفناء في حركات قلبية للأيدي قد تتمثل في واحدة أو أكثر مما يلي (مص الأصابع أو انزرفة والعلقة بها أو انصفيق بالأيدي والتخاذ وضع ليدنين يشبه حركة غسل الأيدي بالصابون أو حركة العزف على العود أو الجيتار أو استعراض ضغط الأصابع والتي تحدث بشكل مستمر تقريباً ولا تتوقف إلا عند النوم)
 - في حالة استطاعته المشي يكون مشوباً بالترنح وصعوبة حفظ التوازن مع خطوات واسعة نوعاً بحركات تشنجية تسم بالجمود في الأرجل وربما يتميز بالمشي على أطراف أصابع القدم
 - اهتزاز أو رعشة في الجذع أو رما في الأطراف وخاصة في حالات الغضب أو الضيق
 - التشخيص المتكامل لا يقرر إلا بين أعمار 3 - 5 سنوات من العمر

أعراض يلزم استبعادها عند تشخيص اضطراب يرت

- وحتى نتجنب خطأ في التشخيص نورد هنا بعض أعراض غير واردة في التشخيص ويلزم استبعادها تماماً فهي ليست من الأعراض الثلاثة على إعاقة يرت وهي:

اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

- ظهور أحد أعراض توتف أو تصور النمو في مرحلة ما قبل الولادة.
- النمو الزائد في أحد الأعضاء.
- نقص حجم محيط الرأس عند الميلاد.
- أي تلف في المخ يحدث أثناء الولادة.
- ظهور أورام أو مرض عصبي متقدم.
- إصابة الجهاز العصبي بمرض معد شديد مثل الالتهاب انسجاني أو إصابة في الرأس (متندى أطفال الخليج لذوى الاحتياجات الخاص).

حركات التسخة للعدنة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع لتصنيف الأمراض العقلي ()
DSM , V ,TR, APA, 2000 لتشخيص اضطراب الطفولة التفككي (Childhood
Disintegrative Disorder) :

لقد لورد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية الذي
نصده جمعية الطب النفسي الأمريكية (DSM-4) أربعة حركات لتشخيص هذه الفئة
رغم:

الحركة الأولى

نمو طبيعي فيما بينو ثمة سنتين على الأقل بعد الولادة يدل عليه وجود تواصل
لفظي وغير لفظي مناسب للمرحلة العمرية ، علاقات اجتماعية ، لعب وسلوك سوي.

الحركة الثانية

القدان واضح بالكتشف الطبي للمهارات التي تم اكتسابها سابقاً (قبل سن العاشرة) ،
في ناحيتين على الأقل مما يلي:

- لغة التواصل تعبيراً أو فهماً
- المهارات الاجتماعية أو السلوك السوي
- التحكم في التبول أو التبرز
- اللعب
- المهارات الحركية

المسك الثالث

اضطراب وتقليبي في تاحيئين على الأقل معا يترى:

خشل نوحى فى التفاعلى الاجتماعى (مثل: خشل فى السلوك غير اللفظى ، الفضل فى تكوين علاقات مع الأقران ، قشان التبادل العاطفى أو الاجتماعى).

خشل نوحى فى التراسل: (مثل: فأخر لمر اللغة المتطورة أو غيابها) ، عدم القدرة على البادرة الحديث أو الاستمرار فىه ، قنبة وتكرار فى استخدام اللغة ، غياب القدرة على التعب الخبلى.

اشكان معدودة ، ومتكررة ، وقطبة من السلوك ، والرغبات ، والأنشطة.

المسك الرابع

يجب ان لا يمكن تفسير الأعراض بشكل أفضل من خلال اضطراب شلى مسك آخر أو اضطراب الفصام.

معايير تشخيص الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة

Pervasive Developmental Disorder- Not Otherwise specified (PDD> Not)

وهذه اتفاقية من الأطفال التوحشيين لكي يتم تشخيص أفرادها بعين أن يتوفر فيهم شرطان:

الأول: ألا تطبق عليهم أي من البنود السابقة في انقياس الشخصية الي عرضاتها في الطوائف الأربع السابقة.

الثاني: ألا توجد أي درجة من درجات الاضطراب لنوضوعة لأي طفل يتتمي إلى الطوائف الأربع السابقة.

وفي سره ما ورد في الدليل التشخيصي للرابطة الأمريكية لطلب النفسى -DSM-IV فإن هذه الطائفة الخامسة من طوائف التوحش يتم البحث عن البنود التي تشر أمراضاً لها في حالات معينة، عندما يكون هناك اضطراب شديد في تطور التفاعل الاجتماعي ، أو في مهارات التواصل اللغوي أو غير اللغوي تعني اللفظي أو غير اللفظي، أو في سلوكيات واعتمادات وأنشطة قنبة متكررة، على ألا تكون بنود القياس المستخدم

تطبق على اضطرابات نمائية معينة مما سبق ذكرها، أو ذات علاقة بانقسام الشخصية في مرحلة الطفولة.

جدول رقم (2) الفرق بين اضطراب التوحّد واضطرابات طيف التوحّد الأخرى

الفترة / الاضطراب	المعيار الأول : العمر عند ظهور الاضطراب
التوحّد الكلاسيكي	قبل عمر الثالثة
أسبرجر	بعد عمر الثالثة
التنكّد الطفولي	بعد عمر سنتين وقبل سن العاشرة
الاضطراب النمائي غير المحدّد	غير محدد
الفترة / الاضطراب	المعيار الثاني : الأداء العملي
التوحّد الكلاسيكي	تزاوج درجة ذكائهم من فوق المتوسط إلى التخلف الذهني الشديد
أسبرجر	درجة ذكاء فوق المتوسط أو أعلى
التنكّد الطفولي	تخلف ذهني شديد
الاضطراب النمائي غير المحدّد	من تخلف ذهني بسيط إلى درجة ذكاء فوق المتوسط
الفترة / الاضطراب	المعيار الثالث : النموّ الأولي
التوحّد الكلاسيكي	75% من الحالات تعاني من تأخر واضح في نموّ
أسبرجر	لا يتأخر الطفل في تعلم الكلام والمهارات الإدراكية
التنكّد الطفولي	تطور طبيعي حتى سن 3-5 سنوات وأحياناً حتى العاشرة يتبعه تراجع وفقدان للمهارات
الاضطراب النمائي غير المحدّد	غير محدد
الفترة / الاضطراب	المعيار الرابع : الخصائص الجوهرية
التوحّد الكلاسيكي	تصور نرجسي في مجال التفاعل والتواصل الاجتماعي والسلوكيات والأهتمامات

اضطرابات شيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

اضطراب شيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية	<p>أسيرجر</p> <p>تصور نوعي في مجال التفاعل الاجتماعي والسلوكيات لا يوجد تأخر بالتقدرات المعرفية.</p> <p>محدودية الاهتمامات</p>
التفكك الطفولي	<p>اضطراب في التفاعل الاجتماعي واللغة واللعب والتفكير على الحركة</p> <p>مشكلات شديدة في اللغة الاجتماعية والتعبيرية</p>
الاضطراب النمائي غير المحدد	<p>تصور نوعي في مجال التفاعل الاجتماعي</p> <p>تصور نوعي في مجال إما التواصل أو السلوك وليس الاثنين معا.</p> <p>الاضطراب في المجالات الثلاثة تمثل حدة مما هو عليه في الفئات السابقة</p>
الفئة / الاضطراب	المعيار الخامس : الظاهر الطيبة
التوحد الكلامي	حدوث نوبات الصرع بصورة شائعة
أسيرجر	حدوث نوبات الصرع بصورة غير شائعة
التفكك الطفولي	حدوث نوبات الصرع بصورة شائعة
الاضطراب النمائي غير المحدد	حدوث نوبات الصرع بصورة شائعة
الفئة / الاضطراب	المعيار السادس : نتائج التحسن
التوحد الكلامي	يتراوح من الضعيف إلى الجيد
أسيرجر	يتراوح من المقبول إلى أسيء
التفكك الطفولي	ضعيف جدا
الاضطراب النمائي غير المحدد	يتراوح من المقبول إلى الجيد

معايير تشخيص التوحد الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض Intentional
Classification Of Diseases, ICD 10, 1992)

لقد طورت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, WHO) من
خلال الدليل العالمي العاشر لتصنيف الأمراض (International Classification Of
Diseases, ICD 10, 2010) ، معايير للكشف عن التوحد في الطبعة العاشرة الذي صدر
عام 1992 :

أما معايير الدليل الدولي للأمراض التصنيف (ICD-10) فهي:

1. حاداً ، لا يوجد مرحلة سابقة من النمو يوجد شك فيها ، ولكن إن وجدت فهي
تبدأ بالظهور قبل الثلاث سنوات
2. يلاحظ دائماً وجود ضعف في التفاعل الاجتماعي مثل عدم الاستجابة
للمثيرات الاجتماعية والعاطفية وعدم القدرة على فهم مشاعر الأشخاص و
أو عدم تعديل السلوك وفق المواقف الاجتماعية ، ضعف استخدام الإشارات
الاجتماعية ونقص في السلوكيات الاجتماعية ، العاطفية، والتواصلية ، و نقص
في التبادل العاطفي الاجتماعي .
3. التقليد ونقص الوعي في التواصل بشكل عام مثل ضعف استخدام المهارات
اللغوية الموجودة في التواصل الاجتماعي ، اختلال في اللعب التخيلي
والاجتماعي ، ونقص في التبادل اللغوي ، عدم القدرة على التعبير ، ضعف في
الإبداع والخيال ، عدم وجود رد فعل عاطفي لمبادرات الآخرين اللفظية وغير
اللفظية ، ضعف التنوع في طبقات الصوت أو التشديد أثناء التواصل ، ضعف
تمثيل في التعابير الجسدية التي تؤكد أو تساعد في التواصل اللفظي .
4. يتميز هذا الاضطراب أيضاً بالتنوع من السلوك والأنشطة والاهتمامات النمطية
والتكررة والمغدة ، مثل الميل إلى فرض الجمود والروتين على فئة واسعة من
النشاطات اليومية ، وهذا ينطبق عادةً على النشاطات الجسدية كما هو الحال في
العادات ليومية وأماليب اللعب ، وفي مرحلة الطفولة المبكرة تحديداً ، قد يتعلق
بأشياء غير حائفة ، عادةً تكون قاسية ، فقد يصر الأطفال على أداء روتين معين
في أعمال ذات طابع غير وظيفي ، مثل الاهتمام النمطي بأنواع أو الطرق أو

يحدثون القزمية ، ومن الشائع الامتناع بأجزاء غير وظيفية من الأشياء (كراحتها أو ملمسها) ، وقد تظهر مقاومة للتغيير في الروتين أو تفاصيل البيئة الشخصية (إعادة الأثاث إلى شكله القديم بعد قيام الأسرة بتغييره)

5. -بالإضافة إلى هذه الخواص الشخصية لتعبئة ، يتكرر لدى الأطفال الذين لديهم اضطراب التوحد ظهور مجموعة من المشاكل الانلاوميه الأخرى مثل: الحوف / الرهاب ، اضطرابات في النوم والأكل ، ونوبات من الغضب ، و العدائية ، وإيذاء الذات (مثل عضر اليدين) خاصة عندما يترافق مع إعاقة ذهنية شديدة ؛ ومعظمهم غير عفويين أو مبالغين أو مبدعين في تنظيم أوقات فراغهم ، ويعانون من صعوبة في تلبية تفضيلاتهم أثناء اتخاذ قرارات في العمل (حتى عندما تكون المهام نفسها في حدود قدراتهم)

6. إن إظهار سمعة انعزالي في التوحد تتغير مع نمو الأطفال ، ولكن العجز يستمر في خلال حياة الراشد مع وجود نقط مماثل من المشاكل على نطاق واسع كالانتماع في المجتمع ، والتواصل ، والاهتمامات .

7. يجب أن تظهر الاضطرابات الشتمالية في السنين الثلاثة الأولى حتى يتم التشخيص ، ولكن هذه الاضطرابات يمكن تشخيصها في جميع الفئات العمرية ، ويمكن أن ترافق جميع مستويات القياس .

معايير تشخيص التوحد الواردة في الدليل العالمي لتصنيف الأمراض العقلية المراجعة العاشرة
International Classification Of Diseases , ICD 10, 2000

لقد طورت منظمة الصحة العالمية (World Health Organization, WHO) من خلال الدليل العالمي العاشر لتصنيف الأمراض (International Classification Of Diseases, ICD 10, 2010) معايير تكتشف عن التوحد في الطبعة العاشرة الذي صدر عام 1992 و يلاحظ الدليل في مراجعته العاشرة ليس هناك عادة فترة قبيلة تنمو عادي لا لبس فيه ، ولا يند قبل السنوات الثلاث الأولى من ظهور ما يلي :

أولا : قصور نوعي واضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل من خلال :-

- التندة في التواصل الاجتماعي والانفعالي المتبادل .

- التظاهر غير الملائم للإيماءات الاجتماعية التفاعلية مثل القدرة في الاستجابة لشاعر الآخرين أو نمذجة سلوكيات مناسبة للموقف الاجتماعي .
- الاستخدام القليل للإشارات الاجتماعية و مواجهة المصاحب في الانتعاج الاجتماعي .
- عدم طلب الأمان والحنان في أوقات الخطر ، وعدم تقديم ذلك للآخرين عند الحاجة إليها

ثانياً : شعور واضح في التواصل من خلال :

- نبرة نهارات اللغوية في المواقف الاجتماعية .
- عدم القدرة على الحوار أو النقاش مع الآخرين .
- انعدام المرونة في التعبير اللفظي والإبداع والتخيل في عمليات التفكير .

ثالثاً : اهتمامات محدودة ونشاطات متكررة وتظهر من خلال

- الاهتمام الجالغ بنشاطات محددة .
- التعلق غير العادي بأشياء غير محددة .
- سلوكيات روتينية محددة وغير مألوفة .
- حركات نمطية بالأيدي والأصابع أو حركات جسمية معقدة .
- ميل إلى فيه بأجزاء الأشياء أو بمكونات غير وظيفية للأشياء مثل راحة أو حبات الشيء
- الزعاج كبير لتفاصيل بسيطة صغيرة وغير مهمة .

رابعاً: يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مشاكل أخرى غير محددة مثل الخوف الفجائية واضطرابات النوم والأكل وإيقام الذات .

التشخيص التفريقي

على الرغم من وجود محكات دقيقة لتشخيص التوحد وعلامات مميزة لهذا الاضطراب من خلال مراحل مبكرة من العمر، إلا أن ما زالت هناك صعوبة في

الوصول لتشخيص دقيق لاضطراب التوحد، والسبب يعود إلى انشابه بين أعراض اضطراب التوحد وإعاقات أخرى عديدة ، وللوصول إلى تشخيص دقيق لاضطراب التوحد لابد من إضاح الفروق الجوهرية بين اضطراب التوحد وغيره من الإعاقات ، من هذه الإعاقات (التمش، 2011)

وتعمل تشخيص اضطراب التوحد بعد من أكبر المشكلات التي تواجه الوالدين ، وسبب ذلك هو أن خصائص التوحد غالباً ما تشابه مع الاضطرابات الأخرى ، ولذلك يجب الحصول على معلومات دقيقة لكي يتم تشخيص الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد وتمييزهم عن الأفراد ذوي الاضطرابات الأخرى . ويشير معظم الباحثين المهتمين بتشخيص اضطراب التوحد إلى قضية نشأة السلوك المرتبط باضطرابات التوحد باضطرابات أخرى ، وهذه الاضطرابات هي الإعاقات العقلية ، نضام العنقولة والإعاقات السمعية ، واضطرابات التواصل واضطرابات أخرى (الخطيب وآخرون ، 2011) .

أولاً : التوحد والاضطرابات النمائية الفكرية (العقلية)

كثيراً ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالإعاقات العقلية ، كما تشابه أو تختلط بعض أعراضها ولاسيما إذا كان العمر العقلي للطفل اقل من (20) شهراً و يشابه التوحد مع التخلف العقلي في السمكيات انشطية والتفكيرية ، صعوبات في الكلام والتخاطب (التمش ، 2014)

لما القروني بينهما فهي كثيرة، ويمكن إيضاحها على النحو التالي :

1. الأطفال المعوقون عقلياً يتلقون بالآخرين ، وهم نسبياً لديهم وعي اجتماعي، ولكن لا يوجد لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعلق بالآخرين حتى ذوي الذكاء متوسط لديهم .
2. القدرة على المهام غير اللفظية وخاصة الإدراك الحركي ، والبصري ومهارات التعامل موجودة لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ولكنها غير موجودة لدى الأطفال المعوقين عقلياً .
3. اللغة والقدرة على التواصل مختلفة بين المجموعتين . فكمية واستخدام اللغة للتواصل تكون مناسبة لمستوى ذكاء الأطفال المعوقين عقلياً ، ولكن لدى المعوقين

عقليا التوحديين يمكن أن تكون اللغة غير موجودة وإن وجدت فأنها تكون غير عادية .

4. نسبة وجود العيوب الجسمية في التوحد أقل بكثير من العيوب الجسمية لدى الأفراد العوقين عقليا ، وهذا يدعم ما أشار إليه كانر (Kanner, 1973) من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يمكن أن يكونوا جذابين من الناحية الجسمية .

ثانيا - التوحد وهام الطفولة

إن اضطراب التوحد كمفهوم كان قد تم التعرف عليه في عروضا الطب النفسي ، وفي ذلك الوقت كان التوحد يستخدم لوصف أحد الأعراض الرئيسة للقصر وهي الانسحاب أو الوحدة ، وبناء عليه فإن افتراض التشابه بين الاضطرابين كان منطقيا لدرجة أن بعض الباحثين كانوا يسمون ذوي اضطراب طيف التوحد بالقصامين (الفسح ، 2011) .

وفي ما يلي أهم الفروق :

1. الأطفال القصاميون قادرون على استخدام الرموز ، تكن التوحديين غير قادرين على ذلك
2. لا تطور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد علاقات اجتماعية مع الآخرين ويفرضون الاستجابة للاستحسان والبيئة ، بينما الأطفال القصاميون يمكن أن يطوروا علاقات مع الآخرين ويمكن أن يكونوا قلقين ومشوشين حول بيتهم (الخطيب ، 2011) .
3. حالات التوحد لا تنتشر أو تتركز في انعاشة الواحدة ، بينما حالات القصر تكرر بصورة واضحة ، فالطفل القصامي تنتشر في أسرته الإصابة بالقصر أو أحد الأمراض العقلية الأخرى.
4. التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4 : 1) بينما يصيب القصر الذكور والإناث على حد سواء .
5. اضطراب طيف التوحد يصاحبه غالبا تخلف عقلي ، بينما لا يحدث ذلك مع القصر

6. لا تظهر أعراض الجلوس و المذم في التوحد بينما ظهورها في حالات الغصام مؤكدا (القمش، 2011).

ثالثاً: التوحد ومتلازمة الكروموسوم X الهش Fragile X Syndrome

يعود السبب في الإصابة بمتلازمة كروموسوم X الهش أو القابل للكسر إلى خلل في التركيب الكروموسومي للخلية التي يترتب عليه الإصابة بالتخلف العقلي الناتج من وراثة الكروموسوم X الهش (Bailey, Bolton, Butler, Leocoutur, Murphy (1993). السمات الجسمية تتمثل في كبر عظام الوجه ،أمان ضعيفة : مفاصل مرتفعة و أصابع يد ممثلة ، أذن كبير ومنبسطة ، حول في العين ، وجه طويل رقيق ، أقدام مفلطحة ، خلل في الناقلات العصبية ، مما يترتب عليه بطء الاستجابة للمثيرات الحسية (القمش، 2011).

السمات السلوكية :

1. حركات يدوية تعقيد متكررة .
2. قصور الإدراك الحسي للمثيرات انبصرية والسمعية .
3. النشاط الحركي الزائد المصحوب بالعدوانية أو انعصية للموجهة لذات أو للآخرين .
4. صعوبات في التركيز والانتباه .
5. تجنب التواصل البصري .
6. 6 -إصدار أصوات غريبة وغير مفهومة (العبادي ، 2006).

وبالرغم من اشتباه في الأعراض الظاهرة بين الإعاقتين ، فإنه يمكن التمييز بينهما بالفحص الكروموسومي الدقيق الذي يكشف عن وجود كروموسوم X الهش وبالتالي تستبعد أن تكون الحالة مصابة بالتوحد؛ ورغم تكون الحالة مصابة بالإعاقتين معاً، وهذا نادراً ما يحدث (القمش، 2011).

رابعاً - التوحد - اضطراب التواصل

حيث إن اضطرابات اللغة والكلام مظاهر أساسية في التوحد فإنه من المتوقع إن يكون هناك تشابه بين التوحد والاضطرابات اللغوية، وبسبب هذا التشابه فإنه يتم الخلط أحياناً بين التوحد وهذه الاضطرابات (Siegel, 1994).

فقد وجد أن اضطراب اللغة الاستقبالية يتشابه مع اضطراب اللغة التي يظهرها الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد . وتشير نتائج دراسات في هذا إلى أنه مع وجود تشابه بين التوحد واضطرابات اللغة الاستقبالية فإنه يمكن التمييز بينهما (الخطيب وآخرون، 2011).

فالأطفال ذوو الاضطرابات اللغوية الاستقبالية يحاولون التواصل بالإيماءات و بصيغرات الوجه للتعبير عن مشكلة الكلام ، بينما لا يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تعبيرات انفعالية مناسبة أو رسائل لفظية مصاحبة، وقد تظهر المجموعتان إعادة الكلام ولكن ذوي اضطراب التوحد يظهرون إعادة الكلام وخاصة إعادة الكلام المتأخر أكثر (Siegel, 1994).

ويشغل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في استخدام اللغة كوسيلة اتصال، ولكن لأطفال ذوي اضطرابات اللغة يتعلمون فهم مفاهيم اللغة الأساسية والرموز غير الحكيمة ويحاولون التواصل مع الآخرين ، وثامساً على ما تقدم فإن القدرة على التعلم والتعامل مع الرموز تعتبر الفارق الرئيس بين المجموعتين (الخطيب وآخرون، 2011)

خامساً - التوحد والإعاقة السمعية

إن بعض الأطفال المصابين بالصمم الذي قد يؤدي إلى أتيكم نتيجة لعوامل في أثناء الحمل أو بعد الولادة قد يظهرون بعض سمات انطلق ذوي اضطراب طيف التوحد ، ومن هنا حدث الخلط في تشخيص التوحد بأنه إعاقة سمعية .

وتتمثل جوانب التشابه بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فيما يلي .

1. الانسحاب الاجتماعي وغياب القدرة على التواصل البصري ..
2. الاندماج في حركات تعليه .

3. ضمن القدرة على التخاطب والتواصل البصري (التشمس ، 2011).

لما عن جوانب الاختلاف بين أعراض التوحد والإعاقات السمعية فهي :

1. معدلات الذكاء في حالات الإصابة بإصابة سمعية أعلى من نظيراتها في حالات التوحد .
2. تسم حالات الإعاقة السمعية بالقدرة على تكوين علاقات اجتماعية وتفاعل اجتماعي مع الآخرين بعكس حالات التوحد فهي تعاني من عجز رئيس في هذه الجوانب .
3. تستطيع حالات الإعاقة السمعية تحقيق تواصل غير لفظي أفضل من حالات التوحد .

سهولة تشخيص حالات الصمم والكم بالفحص الطبي ، يقابها صعوبة في تشخيص التوحد لعدم توافر أدوات مقنة لهذا الغرض (جير ، 2007).

سادسا : التوحد - ومتلازمة آسبرجر (Asperger Syndrome)

أشار (تراز ، 2007) أن أعراض هذه المتلازمة شبيهة بالأعراض التي تظهر في التوحد الكلاسيكي وخاصة فيما يتعلق بالبعد السلوكي والبعد الاجتماعي، إلا أنها تظهر تطوراً في المجال اللغوي والمعرفي وإن تحديد هذه المتلازمة يمكن أن يتأخر حتى سن المراهقة .

أما ناسي (Tasi, 2009) أشارت إلى أن أهم ما يميز هذه المتلازمة عن اضطراب التوحد هو وقت ظهورها؛ حيث تظهر في وقت متأخر من العمر بالإضافة إلى قدرات لغوية متطورة ؛ ورغم وجود التطور اللغوي لدى متلازمة آسبرجر، إلا أنهم يعانون من مشكلات تتعلق بالمحادثة الكلامية الدقيقة ، وكذلك يميزون عن اضطراب التوحد بأنهم يمتلكون قدرات معرفية وذكاء عادية أو فوق العادية في حين أن غالبية المتوحدين يعانون من إعاقة عقلية مصاحبة.

وأشارت (عويس ، 2006) أن متلازمة آسبرجر تشترك مع اضطراب التوحد في معايير أساسية وهذه المعايير: انقصور في التفاعل الاجتماعي والتسوك النمطي والتكراري وعدم القدرة على التخيل، ولكن تظهر هذه المعايير بدرجة وشدة أقل

بالمقارنة مع اضطراب التوحد ويواجهون صعوبات في التأخر الحركي البصري والتناسق الأذني.

سابعاً: التوحد - ومتلازمة ريت (Rett Syndrome)

متلازمة ريت (Rett) هي اضطراب نمائي يؤثر في الإناث فقط ويظهر بعد فترة من النمو الطبيعي، وتظهر الأعراض ما بين الشهر السادس والشهر الثامن عشر من عمر الطفل، حيث تبدأ انقذرات العقلة والاجتماعية واللغوية وأخرية بالتراجع، حيث يعاني المصاب بهذه المتلازمة من قصور في التواصل البصري، وعدم القدرة على التحكم بالأقدام أثناء المشي، وحركات تكرارية وتمعنية في اليدين (جير، 2007).

وتظهر لدى هذه المتلازمة نوبات سريعة بنسبة (80٪) من الحالات، وتظهر لديهم مشكلات في التنفس وقدرات عقلية متدنية بدرجة شديدة ومشكلات جسدية مثل: النقص في محيط الرأس، وأثار عدد من الباحثين إلى وجود علاقة بين ظهور أمراض هذه المتلازمة وجين يسمى (MeCPs) المحمول على الكروموسوم (Xq28) بنسبة 30٪ من الحالات للدراسة وتمييز حالات ريت (Rett) عن حالات التوحد في عدة خصائص وهي: ظهور المشكلات الحركية الكبيرة كالمشي والتنقل، وتناقص محيط الرأس، وشذوذ في حركات اليدين. (قزاق، 2007).

ثامناً - اضطراب التفكك الطفولي، Childhood Disintegrative Disorder, CDD

أشار (زريقات، 2010) أن هذا الاضطراب يعود إلى بداية القرن الماضي، عام 1908، حيث لاحظت نيوتور هيلر Theodore Heller نتائج مراقبة (6) أطفال تعرضوا إلى تدهور شديد بعد مراحل نمو طبيعية، وفي وقت متأخر من كان مع متلازمة ريت (Rett) وكان له أسماء متعددة مثل: متلازمة هيلر و الدهن الفصكي و التحلل أو تفكك الطفولة وهو نادر الحدوث ويشير التوقعات بأن نسب انتشاره (1/10000) ولادة تقريباً ويحدث عند الذكور أكثر من الإناث.

وأضاف تيدمارش - فونكار (Tidmarsh - Volkmar, 2003) أن المصابين بهذا الاضطراب يمرون بفترة نمو طبيعي تمتد من سنتين إلى أربع سنوات على الأقل في مجال المهارات التواصلية والعلاقات الاجتماعية واللغوية والحركية والتكيفية، ثم يبدأ

التدهور الشديد في الجوانب اللغوية والاستقبالية، والتعبيرية والاجتماعية والتكيفية وانعكاسية وكذلك المهارات المكتسبة المتعلقة بالنمب وبعض المهارات الحركية، وكما يعاني المصاب بعدم القدرة على التحكم بعمليات الإخراج وألم ما يبؤد عن اضطراب التوحد هو التدهور في المجالات النمائية، وتدني القدرات العقلية بشكل شديد ومشكلات حسية مصاحبة، ويتميز عن متلازمة ريت (Rett's) في فترة النمو الطبيعي الضوئية نسبياً .

فريق برامج التدخل المبكر

- إن نجاح التدخل المبكر يعتمد على الخدمات التي يقدمها أخصائيو فكر منهم:
 - اختصاصي النسائية والتوليد: أن اختصاصي النسائية والتوليد يلعب دوراً وقائياً، فعن خلال دراسة السيرة المرضية للأسرة و متابعة أية مشكلات صحية تعاني منها الأم الحامل والإرشاد الجنيني وغير ذلك.
 - اختصاصي طب الأطفال: إن الدور الذي يلعبه اختصاصي طب الأطفال هو التعرف على الأطفال الأكثر عرضة للتشعر و في الوقاية من الإعاقة.
 - الممرضات: تستطيع الممرضة إن تقوم بالعديد من الأدوار في المدرسة و مراكز التدخل المبكر و تقديم المساعدة للأطفال و أسرهم و مريضهم.
 - طبيب العيون: يقوم اختصاصي طبيب العيون بتشخيص و معالجة أعراض العيون و بتشخيص الضعف البصري و وصف العلامات التصحيحية اللازمة.
 - اختصاصي القياس السمعي: يستطيع اختصاصيو القياس السمعي تقييم السمع لدى الأطفال ليتم تزويدهم بالمعينات السمعية إذا كانت بحاجة لتسدي ذلك.
 - اختصاصي علم النفس: يعمل على تقييم النمو المعرفي و مهارات الاجتماعية الانفعالية من جهة و المشاركة في تصميم و تنفيذ البرنامج التربوي الفردي للطفل ذي الاحتياجات الخاصة من جهة أخرى.
 - الاختصاصي الاجتماعي: يقوم بمساعدة الطفل ذي الاحتياجات الخاصة و أسرته في الحصول على الخدمات الاجتماعية اللازمة و في تقييم و تحليل الظروف الأسرية

و الاقتصادية و تحديد الأطفال المعرضين للخطر و المشاركة في تقييم فعالية الخدمات المقدمة.

- اختصاصي اضطرابات الكلام واللغة: يمكن أن تطور البرامج التربوية و العلاجية لنوعية من الاعاقة والكشف المبكر عنها ومعالجتها ذلك إن اللغة تنعس دوراً حاسماً في النمو الكلي لجميع الأطفال.
- اختصاصي العلاج الطبيعي: يسهم هذا الاختصاصي في معالجة وتأهيل الأطفال ذوي الإعاقات الجسمية بوجه خاص والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بوجه عام ، ويهتم بتقويم المشوهات ومنع التدهور في العضلات والأوضاع الجسم وتنمية المهارات الحركية الكبيرة .
- اختصاصي العلاج الوظيفي : يركز على تطوير المهارات الحركية الدقيقة للأطفال ويشربهم في مجالات العناية بالذات والحركة واستخدام الأدوات المساعدة .
- المعلومات والمعلمون : هم أول من يشبه بوجود مشكلة ثابتة لدى الطفل.
- معلمات ومعلمو التربية الخاصة : يقوم بتصميم وتنفيذ خدمات التدخل المبكر سواء بالراكز أو البيوت ، ويدور منسقي أعمالاً اثنين، وتقع عليهم مسؤولية تطوير البرامج التدريبية الفردية الملائمة
- أولياء الأمور : لمشاركة في عضوية الفريق متعدد التخصصات .

<https://www.researchgate.net/publication/33245.html>

الفصل الرابع

التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد

- تباين من الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض النفسية
- أهم ملامح الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس
- اضطرابات طيف التوحد والطبعة الخامسة
- التشخيص متعدد المستويات
- المحكات التشخيصية
- محكات التحديد
- محكات تحديد مستوى الشدة
- تحديات عملية التشخيص

مقدمة

في عام 1969 ، تقدم دافيد روزينهان إلى مصلحة الاستقبال في مستشفى للأمراض العقلية بولاية بنسلفانيا . كان يشتكي من سماع كلمات وأصوات غريبة تتردد في رأسه: "فأرغ صوت أصم" و أجرداً. تم إدخاله على وجه السرعة للاستشفاء على أنه مصاب بالفصام الشخصي ، على الرغم من كونه لم يظهر إلا هذا العرض الوحيد لم يكن دافيد روزينهان هذا إلا أستاذ علم النفس بمعهد سوارتزر ، والذي واصل للعبه مع المستشفيات النفسية ، قدم قُبُولَ سبعة من طابِت و "مصدقاه" في أحد المستشفيات على اعتبار أنهم يسمعون أيضا أصوات غريبة. وكانت شكواهم الوحيدة. فكان تشخيص الأطباء النفسيين الفصام الشخصي أو الاضطراب الثنائي القطب. ووصفت لهم الأدوية المضادة للذهان بالطبع لم يأخذ هؤلاء الأشخاص الدواء ، ولم يكتفوا يسمعون الأصوات ، ولم يتحقق أحد أنهم كانوا أصحاء ، وذلك منذ البداية- لم تكن الأصوات إلا حيلة . (الدكتور روزينهان. المتوفى في فبراير- 2012).

حتى إثر حالات المرض الوهميين هذا ، كُتِبَ الذك الشهير في مجلة العلوم العام 1973 SCIENCE شخص سليم في أماكن ليست كذلك. الخلاصة أن الأطباء النفسيين لم يكونوا يستندون على وسائل موثوقة لتشخيص المرض العقلي .

أدت تجربة الدكتور روزينهان إلى تحويل جذري لتدليل الترجعي للأطباء النفسيين، الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية (DSM) الذي تصدره الجمعية الأمريكية لطب النفسي (APA) تمت مراجعة وإلزام التدقيق، سمي بالدين الثالث (DSMIII) وصدر عام 1980 ، وكان يربط كل مرض بلائحة من الأعراض، التي يتوجب وجود الكثير منها ليكون التشخيص سليماً. في الطبقات السابقة، كانت الأوصاف تترك المجال للكثير من التأويل الشخصي، هذا الدليل يمتن دائما المرجع في الطب النفسي .

<http://www.hayrafais.com/specialtopic/dms-dic-big-changes.htm>

تعريف بالدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للأمراض النفسية

نشرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الخامس من (DSM) في شهر مايو من العام 2013. ففي حين كان الدليل الثالث (DSMIII) كان مشابهاً للدليل الرابع (DSMIV). على العكس من ذلك، يمثل الدليل الخامس التغيير الهام الأول منذ 30 سنة (تخلت الجمعية في هذه الطبعة عن الأرقام الرومانية. وعملت على فرض تشخيصات أكثر دقة وتشبع تطور المرض، وادخلت أدلة توصيات تتعلق بظهور الأعراض. وحذف مرور الدليل نهائياً بعض الأعراض، مثل مثلاًزمة اسبرجر، وأضاف أمراضاً جديدة، منها: فرط الأكل الشرهي وإدمان الألعاب (شقيب، 2013).

ومن الواضح أن الجهود الكبيرة العلمية التي ارتبطت بإنتاج هذا الدليل تفرض تأثيرها الدلالي والعملي على ممارسة الطب النفسي والعلاج النفسي في مختلف بقاع الأرض.. وبالتالي هناك فوائد عديدة لهذا التصنيف من النواحي النظرية والعلمية والبحثية.. ولكن لا بد من التأكيد على نسبة المعلومات المقدمة في هذا التصنيف وعلى أهمية الاطلاع على وجهات نظر نقدية متنوعة له.. ولا يمكن استيراد هذا التصنيف حرفياً وبشكل جامد في ثقافات وبيئات مختلفة.. كإدراج شعيرى ويحت وقد ومزيد من الدراسات.. ويبنى قضايا الممارسة النفسية في العالم الثالث والاختلافات المتنوعة في نوعية الأعراض وتطورها موضوعاً أساسياً لا بد من دراسته بشكل علمي مما يمكن أن يضيف إلى معلوماتنا الحالية عن الاضطرابات النفسية. د. حسان المالح <http://www.luzyatusa.com/specialtopics/dsm5-the-big-changes.htm>

ويبقى الدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض النفسية محاولة طموحة للإحاطة بعلم في تطور دائم، وضامض في غالب الأحيان، وحوار الطريقة الأفضل لراجعة مرجع الأمراض الطبغفسية هذا، أفرحت عشرات التوصيات. ففي أبريل 2006، أركنت الجمعية الأمريكية للطب النفسي مهمة تحليل الأدبيات العلمية واقتراح مراجعات الإصدار السابق إلى الأخصائي النفسي السوري دانيال كجفير و الطيب انفسى داريل ريجير وعما بالتوالي رئيس و نائب رئيس فريق علمي مكون من 27 عالماً. وقد سجل هؤلاء الباحثون نقائص كبرى كثيرة في الدليل الرابع. أولاهم، إن الكثير من الأعراض

كانت متشابهة إلى درجة أن العديد من المرضى يترجون من الكشف الطبي النفسي بتشخيصات عدة بدل تشخيص واحد، واحتمال ضئيل أن يشتكي العديد من المرضى من أعراض عديدة متزامنة. في رأي ستيف هيمان، عضو مجموعة العمل هذه، العملية الإدراكية نفسها، مثل طريقة التفكير غير متكيف أو نمو دماغي خاص، قد تتجلى على شكل أعراض مشتركة لأمراض عديدة. ومن أجل متكيف أو نمو دماغي خاص، قد تتجلى على شكل أعراض مشتركة لأمراض عديدة. ومن أجل تجنب هذه العقبة، قام مسترلو المؤلف الجديد بدمج بعض الأعراض المتقاربة جدا في أصناف أكثر اتساعا، مثل طيف الاضطرابات التوحدية.

كما أن المرضى وطبيهم النفسي يواجهون في أحيان كثيرة الصعوبة العاكسة: قد تكون أعراض المريض أقل عددا أو أكثر اعتدالا من تلك التي يصفها الدليل، أو لا تطابق بناتا أي من الأمراض المصنفة. في هذه الحالات، يتحدث الأبناء النفسيون عن اضطراب غير محدد "كثير من مرضاهم. والاضطراب الغنائي الأكثر تشخيصا هو" الاضطراب الغنائي غير المحدد، أو أيضا، في مجال التوحد؛ ما هو الاضطراب أساقد في الطيف التوحدي؟ حسب "غلب" التقديرات، إنه "الاضطراب الغنائي الشامل غير المحدد" والاضطراب الثالث للشخصية الأكثر شيوعا هو "اضطراب الشخصية غير المحدد". وإذا كان مهيبير الصحة يرجعون إلى تشخيصات واسعة جدا، ففي التليل الحالي الآن لغرات هامة، لكن في نفس الوقت، مداخل مهمة عديدة. وهكذا، يشجع الأطباء النفسيين على استقصاء معلومات أكثر تفصيلا حول أعراض الدليل الخامس (DSM5) المرضى. نظريا مع اعتبار عدد أكبر من المعطيات وتوصيفات أكثر احتمالا في الدليل، من افتراض أن يعطي الأطباء تشخيصات أكثر موثوقية.

<http://shiftportal.com/index.php-mental-health>

أهم ملامح الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس

مستويات متدرجة من الشدة للاضطرابات

من أجل تحسين عملية التشخيص، يدعو الدليل الخامس الأطباء إلى التقييم لتدقيق مخطوطة أعراض مرضاهم. مثلا، يجب أن يتضمن تقرير عن اكتئاب خطير تقيما

دقيقا لكل عرض - مثلا الأرق أو الأفكار الانتحارية. أو أيضا قدرة طفل مشكوك في إصابته باضطراب فرط النشاط مع نقص الانتباه يجب أن يقاس على سلم يربط بين ضعف إلى ممتاز. ويرمز هذا التغيير إلى رفض المفهوم التبسيطي الذي تُعرف وفقه الأمراض النفسية على أنها حالات خفيفة متميزة تماما عن الحالات النفسية السليمة. على العكس، تعكس النسخة الجديدة الفكرة التي مفادها أن الكل يوضع على قائمة متصلة من سلوك نوعي إلى سلوكيات تطابق درجات مختلفة من الاختلال. وتحدد الدرجة على هذا السلم ما إذا كان يجب علاج المرض أم لا. ويمكن هذا الإجراء من مساعدة الأطباء النفسيين على تقييم صعوبات الانتباه لدى المريض، صعوبات تبدو تقريبا مهيبة لدى الطفل الصغير.

إن مقارنة فرد مع آخرين قد تساعد على كشف حالات تتطلب المساعدة. بالطبع، إن الأطباء النفسيين خلال ممارستهم اليومية يستعملون سلم حديدية و استقصاءات مختلفة. الأدليل الخاطى يعمل على تثمين هذه السلم بحيث يستخدمها الأطباء جميعا لتقييم اضطراب معين، وبالتالي تزيد احتمالية الوصول إلى نتائج مشابهة حول مرضى آخرين للمقارنة.

وبهذا قد تمكن هذه التقييمات من توحيد أفضل للعلاجات، تغيير أسلوب الحياة مثلا له فرصة أقوى ليكون مفعوله أكثر من أدوية مضادة للاكتئاب، حيث تشير دراسات حديثة أنها أكثر فعالية لدى أشخاص يعانون الاكتئاب الحاد. ويمكن للأطباء النفسيين والمرضى أيضا التمتع الجيد لتطور المرض. فالانتقال من 'خطير' إلى 'معتدل' على سلم الاكتئاب قد ييسر في حد ذاته مزاج المريض، حفزاً إليه على مواصلة التغييرات التي سمحت له بالتقدم.

لحوتقييم كمي أكثر

في نظر بعض الأطباء، عملية القياس الكمي للأمراض قد تكون لها آثار سلبية. وهكذا فإن تجميع اضطرابات كثيرة مختلفة في البنية تحت خالة التوحيد، مثلا، يثير مخاوفهم من أنه قد لا يتم تشخيص الأشخاص التوحديين ذوي الأعراض الخفيفة أو

اضطرابات طيفه التوحش التشخيص والتدخلات العلاجية
العناية بهم. وأثيرت مسائل أخرى مثل: هل هذه السلام قاهرة على التأثير على سياستهم
التسعرية ؟

وتفرض الإجراءات الجديدة أن يخضع المريض المقترض لتقييمات واستقصاءات
أكبر عددا عما ذي قبل؛ مودية إلى زيادة وقت الممارسين لوضع التشخيص. ويشغل
بعض الأطباء النفسانيين من كون هذا العمل الإضافي قد يحبط بعضا من زملائهم من
الاستخدام السليم للدليل. - وبعضهم اقترح صراحة التخلي الواضح و الصريح عن
تقييم الخطورة. ويشكل أكثر صموما ، أهدي الأطباء نفسيون شكوكا حول إضافة بعض
الاضطرابات حيث لا تبدو طبيعتها المرضية مثبتة (M.McClellan,2014).

تصنيف الأمراض استنادا للمعيار الزمني

تغير هام آخر في الدليل يمثل في طريقة لجميع الاضطرابات . كان الدليل
الراعي منتظما حول ثلاثة أصناف من الأمراض. كانت المجموعة الأولى تضم مجموع
الاضطرابات السريرية الرئيسية ، كالإكتئاب ، الاضطراب الثنائي القطب و الفصام
الشخصي، والثانية ، اضطرابات الشخصية والنمر والثالثة الاضطرابات. تعضوية المرتبطة
بالمرض النفسي (أمراض السكري ومرض الغدة الدرقية مثلا قد تقاوم الإكتئاب)
الدليل الخامس لا يعود إلى هذه التصنيفات العشوائية نسبيا. بل يتبنى بذلك تصنيفا
متدرجا زمنيا للأمراض ، مبتدئا بالأمراض التي يشخصها الأطباء النفسيون طعيا خلال
الطفولة المبكرة أو الطفولة - كاضطرابات النمر العصبي - ومعالجا تلك التي تجدها كثيرا
لدى الراشد ، كالاضطرابات الجنسية. وهكذا ، من أجل تقييم طفل يبلغ من العمر
ثلاث إلى خمس سنوات ، قد يأخذ الطبيب النفسي في الحسبان بداية الدليل الخامس أو
الفصل المخصص بإسهاب للاضطرابات لدى الطفل .

الاستفادة من التطورات في علم البيولوجيا

اخيرا ، سعى الباحثون إلى أن تطور الدليل مستندين إلى الاكتشافات المنجزه في
مجال البيولوجيا العصبية. أمليين يوما ما إيجاد ' معلمات بيولوجية' للمرض النفسي -
جينات ، بروتينات، أو إعدادات للنشاط الدماغي كغلبة بنمطيل توقعات خاصة

اضطرابات طيف التوحد للتشخيص والتهذيبات العلاجية
بالاضطرابات النفسية . ومن شأن اختيارات مختبره مينة على هذا ، اتخذت أن تجعل
تشخيص الأمراض النفسية سهلا ، وسريما ودقيقا .

لقد كان الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض النفسية دائما دليلا ميدانيا
أوليا لأن الكيمياء الصاحبة للأعراض النفسية تبقى غير مفهومة بشكل جيد . وإذا
كانت التوصيفات منذ العام 1950 قد تحسنت ، فلا أحد يدعي أن الدليل لتشخيصي
دليل كامل للمرض النفسي ، لكن كل إصدار يأتي بمعلومات أكثر دقة و أكثر موثوقية ،
وبهذا ، يتم تحسين فهم الناس لأنفسهم

www.arabpsychology.com/Documents/DocCcaujibf1edcfbMerdl1ness

اضطرابات طيف التوحد والطبعة الخامسة (DSM V , 2013)

أول التطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن
مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة والتي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بأن
الأثر في أحداث تغيير جوهرية في هذه الفئة . ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق
بأن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معروفا سلوكيا (كغيرها من باقي الفئات) وإنما قد
أصبحت اضطرابا معروفا جينيا نظرا لتوصل العلماء لنجين اندي يسبب حدوثها
(McCP2)، لذا فإن الطبعة الخامسة قد استتقت هذه المتلازمة كواحدة من فئات
اضطراب طيف التوحد .

ولعل اعتمام العلماء آنذاك في آليات تشخيص اضطراب التوحد وغيره من
الاضطرابات تشخيصها دقيقا يهدف إلى إزاحة الغموض والتناقض بين هذه الاضطرابات،
دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير
تشخيصها . وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى
جديد هو اضطراب طيف التوحد (ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب
التوحد(AD)، ومتلازمة اسبرجر، واضطراب انفكك الطفولي (PDD NOS) ،
والاضطراب النمائي الشامل (غير المحدد ضمن مسمى واحد حتى شكل متصلة تختلف
مكوناتها باختلاف حدة وشدة الأعراض . كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت
اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات التنمائية العصبية والتي تتضمن الفئات

التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد : الاضطرابات انعطية، واضطرابات التواصل ، وضعف الانتباه والنشاط الزائد ، وصعوبات التعلم المحددة ، والاضطرابات الحركية أهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب التوحد وفقا للمعايير الجينية :

3. استخدام تسمية تشخيصية موحدة تضمنت المعايير الجديدة توليفا لاسمى موحد هو 'اضطراب طيف التوحد حيث يتضمن هذا المسمى كلا من اضطراب التوحد ، ومتلازمة أسبرجر ، والاضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها . كما تضمنت المعايير الجديدة إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد . ولعل التعديل الذي تم تقديمه من قِبل لجنة إهداء هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وإنما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية ، ومستوى اللغة ودرجة الذكاء ندى أفرادها . لذا ، فإن الدليل قد صمد إلى جمعها في فئة واحدة لا تختلف في آلية تشخيصها . كما وإن اللجنة تبرر إسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف أجنون المسبب لها . كما أن الدليل قد فرض على الملتصقين تحديدا ما يعرف بمستوى الشدة الذي يجب العمل على تقديمه لتحتوي أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية .

2. التشخيص استنادا على معيارين اثنين بدلا من ثلاثة معايير : تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين اثنين في عملية التشخيص بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة . حيث تضمنت المعايير الجديدة التشخيص وفقا لعياري الفصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي ، والصعوبات في الأنماط السلوكية والاعتمادات و الأنشطة المحدودة والتكرارية والانعطية . ويكمن لفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة : في إن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معيارا ثالثا وهو الفصور النوعي في التواصل .

3. عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعه 7 أعراض سلوكية موزعه كما يلي : 3 أعراض في المعيار الأول و 4 أعراض في

- المعيار الثاني . وعلى العكس من ذلك ، فقد استخدمت المعايير القديمة 12 عرضاً سلوكياً موزعة على شكل 4 أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي .
4. تحديد مستوى شدة الأعراض : تشترط المعايير الجديدة على المُشخصين تحديد مستوى شدة أعراض تحديد مستوى ونوع الدعم التعليمي والتأهيل الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات تشخيصي (الجدول رقم 2) . وعلى العكس من ذلك ، فلم توظف المعايير القديمة مثل هذا الإجراء في تحديد مستوى الشدة . ولعل السبب من وراء إضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لتتفي متلازمة أسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة والتي كانت تعتبر منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة .
5. المدى العمري : تضمنت المعايير الجديدة توسيعاً للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة (والمتد حتى عمر 8 سنوات) بدلا من المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة وهو عمر 3 سنوات .
6. الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية : تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية إن وجدت لدى طفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه ، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية وإنما جرت العادة في البلدان إن يكون من الأعراض المساندة .
7. الاضطرابات المصاحبة اشترطت المعايير الجديدة على المُشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي وإنما أوصى به البلدان حتى الحاجة إليه .
8. اقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي : أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم التواصل الاجتماعي والتي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن البعد (المعيار) الأول لفئة اضطراب طيف التوحد ولا تتواجد

تديه الإعراض السلوكية في أبعاد (المعيار) الثاني . وبذلك ، فإن انطباق الإعراض في كلا البعدين بسبب التشخيص باضطراب طيف التوحّد ، في حين أن انطباق الإعراض في المعيار الأول فقط بسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي (حيث من المتوقع إن الأطفال المُشخصين بالاضطرابات الإنمائية الشاملة غير المحددة يكمن إن يشخصوا ضمن هذه الفئة .

9. عدم الحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحّد : حيث إن التغييرات التي طرأت على المفهوم البياني لفئة قد قدمت مفهوم متصلة التوحّد بين استنتاجها لتنتهي متلازمة ريت واضطراب التنكك العنقولي ودمجها لتنتج اضطراب التوحّد ومتلازمة اسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة هي اضطرابات طيف التوحّد . لذا ، فإن المُشخصين العامنين في الميدان يُسوّ معنيين بقضية تفرّق اضطراب التوحّد عن غيره من الاضطرابات التي كانت قد تمّت تشاركه بنفس المعايير التشخيصية ، وإذنا يتوجب عليهم تقييد مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه وفق لمستوى شدة الإعراض .

كما أن المعايير الجديدة قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل على تأكيد وجود الاضطرابات النصاحية لاضطرابات طيف التوحّد وليس تفريقها عنه . فالمعايير الجديدة تؤكد إمكانية النصاحية لا عاقبات أخرى ويتوجب على المُشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معيارها التشخيصية ومصاحبتها للتوحّد .

10. التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها . يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجا جديداً نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة . ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيا فقط (اجباري،2014).

الجدول رقم (3)

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية انقلية والمعايير التشخيصية الجديدة

معايير مقارنة	DSM-IV-TR(2000)	DSM(2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات التماثلية الشاملة	اضطراب طيف التوحد
بنية الفئة	مظلة خمسة اضطرابات تماثلية متناظرة في الأمراض	متصلة لثلاثة فئات متعددة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمس اضطرابات هي : التوحد ، أسبرجر ، ريت ، الاضطرابات التماثلية الشاملة غير محددة ، اضطراب التفكك العقولي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يصنف بـ التوحد ، أسبرجر ، و الاضطرابات التماثلية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة
معايير التشخيص	ثلاث محكات : التفاضل الاجتماعي ، التواصل ، السلوكيات النمطية	محكون : التفاضل والتواصل الاجتماعي ، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمس اضطرابات متصلة تفل اختلافيا في شدة الأعراض	تعدد مستوي الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة
الشمولية لإصابات أخرى	غير محددة	معدة : الإعاقة العقلية - اضطرابات اللغة ، إصابات الطيبة والجنينة ، اضطرابات السلوك ، الكتاتونيا
النسبة العمرية لظهور الأعراض	3 سنوات	أطفال المبكرة (8 سنوات)

التشخيص متعدد المستويات :

تعتبر عملية التشخيص التوحد أمرا ضروريا وصعبا في ذات الوقت حيث ينشأ عليها عدد متتابع من الخطوات التي تروم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة. تهدف هذه العملية إلى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى الموضوع وذلك بالتطبيق للمعايير التشخيصية ونتائج الأدوات المختلفة . يعرف القياس (Assessment) بأنه تلك العملية التي تهدف إلى جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرارات

اضطرابات طيف التوحّد التشخيص والتدخلات العلاجية

مستقبلية متعلقة بالفرد قيد العمية^٢. ويقوم على تطبيق عملية القياس والتشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بمجموع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة . وبالتحديد ، فإن الطليعة الخاصة من الدليل الإحصائي (DSM V) قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية تشخيص شخصياً دقيقاً ومتعدد المستويات وذلك وفقاً للمعايير الثلاثة التالية :

المستوى الأول : المحكات التشخيصية :

يتضمن المستوى الأول من عملية التشخيص التأكد من مدى انطباق معايير (محكات) التشخيص والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة على بعدين (بدلا من ثلاثة أبعاد) أساسيين هما : (1) بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي و (2) بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة (الجدول رقم ٢) . بحيث تشترط المعايير الجديدة انطباق الأعراض تشخيصية الثلاثة ضمن بعد أعراض اجتماعي انطباق اثنين على الأقل من الأعراض التشخيصية ضمن بعد السلوكيات النمطية ، ليكون بذلك مجموع الأعراض التي تؤدي بانطباقها إلى تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحّد هو خمسة أعراض من أصل سبعة منضمّة في المعايير التشخيصية وبوضوحها الجدول رقم (3) .

كما إن المعايير التشخيصية في هذا المستوى لا تشترط مدى عمريا محددا تظهر الأعراض التشخيصية ، وإنما تشترط ظهور هذه الأعراض أو اكتمال ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة (عمر 8 سنوات) . كما وان هذه المعايير تشترط احتساب الأعراض السلوكية التي ظهرت سابقاً ومن ثم اخضعت لاحقاً ولا تظهر لدى الطفل قيد التشخيص حالياً ضمن محكات تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحّد . وبالإضافة لما سبق ، فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثير أداء الفرد الوظيفي اليومي بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل . كما إنها لا تنفي مصاحبة الاضطراب للإعاقة العقلية إلا إنها تشترط إن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها . (٢١ وجودهما معا ضمن الفرد)

وتتمثل هذه المحركات والتي توضح طبيعة الإحراض ونوع المشكلات وشروط التضمن والامتثال في ما يلي :

المحرك الأول : عجز نوصي دائم في شكل من التواصل والتفاعل الاجتماعيين ويظهر من خلال عدد من البيئات والمواقف التي يتفاعل فيها الطفل. سواء كان ذلك التصوير معبر عنه حاليا أم اشير إليه في التاريخ النمائي للفرد. (بعض الأمثلة التوضيحية وليست الحصرية).

1. عجز في التفاعل الاجتماعي - الانغمالي المتبادل، ويتراوح ذلك على سبيل المثال من النهج الاجتماعي غير العادي والفشل في إجراء حوار عادي مع الآخرين، إلى البرود العاطفي وعدم الاهتمام بالمشاعر أو الفشل بمشاركة الآخرين الاهتمامات ، إلى الفشل في المبادرة للتفاعل الاجتماعي مع الآخرين أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية .

2. عجز أو قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية أثناء التفاعلات الاجتماعية ، وعند ذلك على سبيل المثال من القفر في توظيف السلوكيات التواصل اللفظية وغير اللفظية في التفاعل الاجتماعي ، إلى مشكلات في التواصل البصري وتوظيف لغة الجسد أو القصور في فهم واستخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي ، إلى الانعدام الكلي في فهم تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي .

3. عجز في بناء العلاقات الاجتماعية أو المحافظة على ديمومتها وفهم معنى هذه العلاقات ، ويتشرح ذلك على سبيل المثال ، من صعوبات في تكيف نشاط السنوك لتناسب أواقف الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في القدرة على اللعب الخيالي أو إقامة الصداقات، إلى غياب الاهتمام بالأقران .

يجب تحديد مستوى شدة الاعتلال أو العجز امتدادا لمستويات القصور في التفاعل الاجتماعي

المحرك الثاني :- انعدام من السلوكيات والاهتمامات والأنشطة المحدودة والمتكررة، والتي يعبر عنها على الأقل في اثنتين من المجالات التالية سواء كانت هذه

السلوكيات واضحة للعيان حالياً أو تشير إليها في التاريخ التطوري لشخص (بعض الأمثلة التوضيحية وليست الحصرية).

- سلوك نمطي أو متكرر لتحركات الجسدية، أو لاستخدام الأشياء والكلام، (ومن الأمثلة على ذلك: حركات نمطية بسيطة كالرفرفة باليدين، رص الألعاب في صفوف أو تدوير الأشياء، تكرار الكلمات والجمل ذات المعاني الخاصة).
- الإصرار على الرتبة (التشابه) الالتزام القوي غير المرن بالروتين أو بالأنماط المقنونة أو السلوكيات النمطية وغير التنظية، (ومن الأمثلة على ذلك: الانزعاج الشديد للتغيرات البسيطة بمبعوثات في الانتقال من مكان لآخر، الهامط بتكرير صلبة، السير في ذات الطريق أو أكل ذات الطعام كل يوم).
- انتمتق غير الطبيعي أو التركيز المبالغ فيه على بعض الأشياء غير العادية، (على سبيل المثال الاحتفاظ بالتمسك بأشياء غير اعتيادية أو لا معنى لها كغطاء الأرجوحة أو رباط الخذاء).
- فرط أو انخفاض في استجابة المدخولات الحسية أو استجابات غير عادية لجوانب أو مظاهر البيئة الحسية، (على سبيل المثال، عدم الإكثار الواضح للألم أو درجات الحرارة، أو استجابات متناقضة لأصوات محددة، الإفراط في لمس أو شم الأشياء، الاقتران البصري بالأضواء أو الحركات).
- يربى تحليد مستوى الشدة لمستوى التصور في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوكيات التكرارية

المحتمك الثالث - يجب أن تظهر هذه الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (وتمكن قد لا تظهر هذه الأمراض بشكل واضح ومكتمل حتى تتجاوز الحاجات الاجتماعية للطفل قدراته المحددة، أو قد تختفي هذه الأعراض في وقت لاحق من حياة الطفل بسبب الاستراتيجيات التي يتبناها الطفل من استراتيجيات التعلم والتدريب.

المحتمك الرابع - أن تؤدي هذه الأعراض إلى اعتلالا (عجزاً) ذو دلالة سريرية واضحة في الأداء الحالي للطفل في جوانب التفاعل الاجتماعي أو المهني أو أي مجالات أخرى هامة.

المحدد الخامس - أن لا تكون هذه الأعراض ناشئة عن الإعاقة الذهنية (الاضطراب النمائي الذهني) أو التأخر النمائي العام . إن الصعوبات العقلية الذهنية (الإعاقة العقلية) والاضطراب طيف التوحد كثيراً ما تتصاحب مع بعضها البعض وحتى يشخص الفرد باضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية لا بد أن يكون مستوى أداء الطفل في جانب التواصل الاجتماعي أدنى من المتوقع مقارنةً بمستوى النمائي للطفل (المتقابلة ، 2014).

ولا بد هنا من أتوضيح إن المعايير التشخيصية توضح التطبيق الأعراض السلوكية في الجدول الأول لفظ دون نظائرها في البعد الثاني يجعل العقل قيد عملية التشخيص موزعاً لأن يتم تشخيصه بفتة جديدة هي فتة اضطراب التواصل الاجتماعي (الجدول رقم 4)

الجدول رقم (4):

الحككات التشخيصية الخاصة بفتة اضطراب التواصل الاجتماعي كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي

أ. صعوبات دائمة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي والذي يعبر عنه بالتطبيق كل مما يلي :

1. العجز (القصور) في استخدام التواصل بغية تحقيق أهداف اجتماعية ، مثل تحية الآخرين ومشاركهم المعلومات وبصورة تناسب مع السياق الاجتماعي .
2. الاعتلال في القدرة على تغيير التواصل ليلائم محتوى السياق الاجتماعي أو احتياجات السمع ، مثل التحدث بصورة مختلفة في المرفة العميقة مقارنةً بساحة الألعاب ، التحدث بصورة مختلفة لطفل مقارنه بشخص بالغ ، وتجنب الاستخدام التبادل عن اللزوم للغة الرسمية .
3. صعوبة إتباع القواعد الخاصة بالحادثات (الحوارات) وإلقاء القصص ، مثل تبادل الأدوار أثناء الحديث ، وإعادة صياغة الكلام بطرق مختلفة عند عدم فهم الطرف الأخر لما يتم قوله ، ومعرفة كئيبة الإشارات اللفظية وغير اللفظية بهدف تنظيم التفاعل الاجتماعي .

4. صعوبات في فهم المعاني الضمنية (غير المعلنة) ، ما يتم توله أو فهم المعاني غير الحرفية أو الغامضة لمعاني اللغة (مثل الأمثال ، والمثلجات ، والامتعارات) .

ب. ضرورة أن تؤدي هذا الاعتلال إلى محدودات وظيفية في القدرة على التواصل الفعال ، والمشاركة الاجتماعية ، والعلاقات الاجتماعية ، والتحصيل الأكاديمي ، أو الأداء الوظيفي ، سواء كان ذلك منفرداً أو مجتمعاً .

ج. وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي مستوى القدرات ، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة) .

د. إن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها كنتيجة لاضطراب طبية أو عصبية أخرى أو في انخفاض القدرة في بناء الكلمات أو قواعدها ، كما أن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها أيضاً نسبة إلى اضطراب طيف التوحد أو الصعوبات العقلية لذاتية (الإعاقة العقلية) ، أو التأخر النمائي ، أو أية اضطرابات عقلية أخرى .

المستوى الثاني : محكات التعقيد :

وتهدفه إلى تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة لاضطراب طيف التوحد من عدم وجودها ، بشرط أن لا تكون هذه الاضطرابات المصاحبة هي النسبة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص الاضطراب طيف التوحد . ولا بد من دراية الأخصائي النفسي أو من يتولى عملية التشخيص منا بالأعراض السلوكية النوردة في الطبيعة الخامة من التداخل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات المصاحبة لاضطراب طيف التوحد وتمثل هذه المحكات في ما يلي :

الجدول رقم (5):

معايير التصنيف الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي

للمشخصين حدد:
1. وجود أو عدم وجود إعتلالات (اضطرابات) عقلية مرافقة لاضطراب طيف التوحد .
2. وجود أو عدم وجود إعتلالات (اضطرابات) لغوية مرافقة لاضطراب طيف التوحد .
3. الترابط مع حالة طبية أو جينية أو عوامل بيئية معروفة (يرجى ترميز أو تحديد الحالات الطبية أو الجينية المرافقة) .
4. مصاحبة الاضطراب لأية اضطرابات عصبية - حسية ، أو عقلية أو سلوكية (يرجى تحديد أو ترميز تلك الاضطرابات .
6. مصاحبة الاضطرابات للكاثونيا (يرجى الرجوع الى المعايير التشخيصية للكاثونيا عند مصاحبتهما للاضطرابات العقلية .

المستوى الثالث : معايير تحديد مستوى الشدة :

تهتم المعايير التشخيصية الواردة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للفرد المشخص باضطراب طيف التوحد. وفقا لمستوى الشدة إلى ثلاثة مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجياً بانخفاض مستوى شدة الأعراض الجدول رقم (6) .

الجدول رقم (6)

محكات تحديد مستوى شدة الخفاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في العليمة
أخامة لتدلل الإحصائي والتشخيصي

مستوى الشدة	محك التواصل الاجتماعي	محك السلوكيات التعلبية والتكرارية و الاهتمامات الضيقة
المستوى رقم (3): يتطلب توفير دعم جوهرى كبير	قصور (عجز) شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية التي تسبب اعتلالا (عسرا) شديدا في الأداء الوظيفي فترة محدودة على إنشاء التفاعل الاجتماعي ؛ وحدود دنيا في القدرة على الاستجابة لبادرات الأخرين الاجتماعية . ومثال ذلك :	عدم مرونة السلوك ؛ وصعوبة شديدة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو سلوكيات تكرارية / محدودة تؤثر وبشكل واضح في أداء القرء الوظيفي وعلى كافة الأصعدة .
المستوى رقم (2): يتطلب توفير دعم جوهرى	فرد لديه عدد قليل من الكلمات التي يمكن استخدامها في الحديث ولكن نادرا ما يبدأ بالتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين ؛ وفي حالة مبادرته في التفاعل والتواصل الاجتماعي ، فإن تفاعله يكون موجهاً وبصورة غير عادية لتعاقب حاجاته فقط ؛ كما أنه يستجيب للتفاعلات الاجتماعية المباشرة فقط .	صعوبة بالغة في القدرة على تغير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته) .
المستوى رقم (2): يتطلب توفير دعم جوهرى	قصور (عجز) واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية أو غير اللفظية . إعلال (قصور) ظاهري في التفاعل الاجتماعي حتى بوجود الدعم وأنساعفة في الموقف الاجتماعي . فترة محدودة في إنشاء التفاعل الاجتماعي ؛ تأخر أو استجابات غير عادية و تلتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين .	عدم مرونة السلوك ؛ وصعوبة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو سلوكيات تكرارية / عساة نسبيا كثيرة بصورة كافية لأن تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو لها

<p>تؤثر في أداء الفرد الوظيفي في المواقف (السياقات الاجتماعية) المختلفة . صعوبة في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته)</p>	<p>ومثال ذلك : فرد لديه عده قليل من الجمل يمكن إن يستخدمها في حديثه . كما أن تفاعله الاجتماعي محدود مقصر على مواضيع مثل اهتمامات خاصة به ، ويسدو تواصله غير اللفظي شاذاً (خريباً) بشكل ملحوظ</p>	
<p>عدم المرونة في السلوك والتي ينتج عنها تأثير واضح ذو دلالة في أداء الفرد الوظيفي في واحد أو أكثر من المواقف (السياقات الاجتماعية) . صعوبة في الانتقال (التحول) بين الأنشطة المختلفة . مشاكل في القدرة على التنظيم أو التخطيط الأمر الذي من شأنه إعاقة (كبح) القدرة على الاستقلالية .</p>	<p>لصور (عجز) واضح في التفاعل الاجتماعي والذي ينتج عنه اعتلال واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي في ظل غياب الدعم المناسب في الموقف الاجتماعي . صعوبة في القدرة على إنشاء التفاضل الاجتماعي مع الآخرين ووجود أمثلة واضحة على استجاباته غير العادية أو الفاتحة للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين . قد يبدو أن لديه تناقضا في رغبته أو اهتمامه في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين . ومثال ذلك : فرد لديه القدرة على الحديث باستخدام جمل واضحة وكاملة ولديه القدرة على الانخراط (الاندماج) في التواصل مع الآخرين ولكنه يسدي فشلا في ذلك ، كما وأن قدرته على تكوين تصادقات مع الرفاق تبدو شاذة (غير عادية) وغير ناجحة تماما.</p>	<p>المستوى رقم (1) : 'يطلب توفير الدعم'</p>

وعليه فإن جمعية أطباء النفس انجيايين الأمريكية وهي الجهة المسؤولة عن إصدار الدليل التشخيصي قد أعدت مقياس لتحديد مستوى تأثير شدة الأعراض على 'دوم' لفنقل اليومي ومستوى الدم المراد تقديره (الملحق رقم 1) والذي يجب على القاصدين تعقبته مباشرة أثناء جلسة التشخيص . كما إن هذا المقياس يمكن استخدامه

لاحقاً لتحديد مدى التقدم الحاصل لدى الطفل في مستوى شدة الأعراض كنتيجة لتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية .

تعديات عملية لتشخيص :

تتضمن عملية التقييم والتشخيص اشمالة للتوحّد عدداً كبيراً من التعديات التي تصعب من عملية التقييم وتترك أثراً بالغاً في دقة النتائج استخلصة منه . لتعدد الأسباب والمصادر التي يمكن أن تتسبب إليها هذه التعديات ، إلا أنها في جوهرها ترتبط ارتباطاً وثيقاً بالبنية العاطفية و الفريدة لاضطراب التوحّد والتي تجعل من فئة الأطفال المصابين به فئة غير متجانسة . وعادة ما تتمحور عمليات التقييم والتشخيص حول ثلاثة محاور أساسية هي :

1. محور اللغة غير المتجانسة (تعددية الأعراض اختلاف مدى شدتها للفروق الفردية بين المفحوصين ، مقدار القدرة العقلية ، تعاون المفحوص ، ائتمار الزماني للمفحوص ، التاريخ التربوي والتدريبي له) .
2. محور الفاحص (خبرته ونوع تأهيله وذاتية أو موضوعيته واللغة مع المفحوص) وبسبب الفحص (سواء كانت مأتلفة كالنزل أو غير مأتلفة كعبادة متخصصة ، الفحص الفيزيائية كحدا الفحص ، ووجود أشخاص مأتوفين كأوالدين أو عدمه) .
3. محور الأدوات ومدى تناسبها مع الأهداف (نوع الأدوات ومدى وضوح آلية تطبيقها و تفسير نتائجها ، مدى ثقة الفاحص بها ومستوى التدريب والتأهيل الذي تتطلبه ، الوقت الذي تستغرقه وكيفية الإجابة عليها) .

وبشكل عام فقد أشار كل من ساركوس وفلاجلر و رويتسن أن على الفاحصين المهتمين بتشخيص الأطفال ذوي الاضطراب التوحّد مراعاة ما يلي :

1. المرونة عند تنفيذ الإجراءات تطبيق الأدوات المراد استعمالها وذلك من خلال التناوب في طرح المفردات المراد الإجابة عليها من قبل الطفل (مثل التناوب بين تطبيق المفردات الملقطة وغير الملقطة) ، تعديل تعليمات تطبيق فقرات الأبناء لتلائم مستوى العقل أو مستوى الطفل أو مستوى تعليم الوالدين (مثل توظيف

لبسط الكلمات والاعتماد عن المصطلحات العلمية) ، توظيف فترات استراحة مصاحبة للطفل أثناء عملية الفحص ، الحرص على تعزيز نجاح الطفل في الأداء على فقرات الاختبار .

2. توظيف بيئة فحص مناسبة ومنظمة و ذلك بتأسيس روتين واضح و متنبأ به من قبل الطفل (كترتيب الصور التي توضح المظروب منه نأديته) ، ترتيب المظهر الفيزيائي (للنادي) غرفة الفحص (مثل ترتيب الأثاث والأدوات ، والتقليل من المشتتات ، تنظيم آلية عرض أدوات الاختبار) .

3. مراعاة الدقة والصدقية في المعلومات التي يتم الحصول عليها من قبل الوالدين أو فريهم . مستند الكثير من الأدوات المطبقة على طرحد أسئلة ترتبط بالكية نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الأولى من عمره . ونعمل مثل هذه المعلومات قد تكون عرضة لأخطاء الاستدعاء من الذاكرة (مثل الحذف والتشويه والتعديل والإضافة) من قبل الوالدين وخاصة للأطفال الأكبر عمرا .

4. التأكد من وضوح الهدف من الأدوات المطبقة والفقرات المضممة للوالدين أو من ينوب عنهم . فقد تتأثر إجابة الوالدين بعدم الفهم الدقيق للمظهر السلوكي المراد قياسه في فقرات الأدوات المطبقة (مثل المقصود باللعب الإيهامي أو التخييلي ، التواصل البصري ، مشاركة متعة الأداء) .

5. التعامل بذكاء مع الوالدين ذوي الاطلاع والدارية بضطرب التوحد . قد ينسم بعض لمرايم الأمور بالقدرة الجيدة على تصفح الانترنت وقراءة الكتب والمقالات وحضور العرابع والنووات التي تتناول الحديث عن التوحد . ولعل مثل هذا الاطلاع قد يكون سلاحا ذو حدين . ومن جهة ، قد يسببها ذلك من التعاون مع الوالدين في الإجابة عن فقرات الأداة أو الاختبار مما يسهم في دعم مصداقية الإجابات ، ومن جهة أخرى ، قد يعيق ذلك أية جمع المعلومات وذلك إما بمحاولة الأهل تجنب إعطاء إجابات قد تدعم من تشخيص التوحد لدى طفلهم أو بإعفاء إجابات مضللة تدفع بالفاحص لتحويل نحو تشخيص آخر أقل أثر كيدول عن التوحد . ومدى الحاجة إلى مستوى النهم المراد تقديمه . ولعل هذه المحكمات لا زالت قيد البحث في الميدان رغم إقرارها من قبل جمعية أطباء النفس العياديين

الأمريكية (APA) حيث لا زالت هذه المحركات قيد الجدل بين العلماء في الميدان بغية الوصول إلى اتفاق مستقبلي حول مدى فاعليتها العملية في عملية التشخيص (الجابري ، 2014)

مقياس تحديد مستوى شدة الأعراض الخاص باضطراب طيف التوحّد (ASD) و اضطرابات التواصل الاجتماعي (SCD) نسخة الفاحص (APA/2013)

الاسم :
العمر :
الجنس : ذكر / أنثى
التاريخ :

التعليقات :

يستخدم مقياس تحديد مستوى شدة الأعراض من قبل الفاحصين لتحديد مستوى تأثير الأعراض السلوكية على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم الواجب تقديمه كنتيجة ل :

أية مشكلة في التواصل الاجتماعي وأية مظاهر نمطية واهتمامات ضيقة المنى للفرد المشتخص ب (حدد بوضع إشارة (X) أمام الاضطراب الذي ينطبق على الفرد والمراد تقديم الدعم له) :

○ اضطراب طيف التوحّد

○ اضطراب التواصل الاجتماعي

وفقا لجميع المعلومات المتوفرة لديك حول الفرد المراد تقديم الدعم له باستخدام حكمك الأكليتيكي ، تم بتقدير كل من مشكلات التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية و الاهتمامات لقبيفة والتي تظهر لدى الفرد خلال الأيام السبعة الماضية :

الوحدة	المستوى (1)	المستوى (2)	المستوى (3)
التواصل الاجتماعي : تقدير المستوى التأثير على أداء المسرد اليومي ومستوى الدعم المسترد تقديمه كنتيجة للمعجز نتائج في التواصل الاجتماعي	مستوى بسيط من الدعم	مستوى متوسط من الدعم	المستوى (3) مستوى شديد من الدعم
..... ..	قصود (معجز) ، واضح في التفاعل الاجتماعي و الذي ينتج عنه احتلال واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي في ظل غياب الدعم الناسب في الوقت الاجتماعي . معمرة في القدرة على إنشاء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ووجود امثلة واضحة على استجاباته في الماوية أو التناقلة لذات الممارات الاجتماعية من قبل	قصود (معجز) واضح في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية . احتلال (قصور) ظاهر في التفاعل الاجتماعي حتى وجود الدعم و المساعدة في الوقت الاجتماعي . قدرة معنونة في إنشاء التفاعل الاجتماعي ، الاجتماعي ، وحدود إنشاء التفاعل الاجتماعي ، وحدود تبا في القدرة على الاستجابة لممارات الآخرين الاجتماعية .	قصود (معجز) شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية والتي تسبب احتلالا (قصورا) شديدا في الأداء الوظيفي الاجتماعي . قدرة معنونة على إنشاء التفاعل الاجتماعي ، وحدود إنشاء التفاعل الاجتماعي ، وحدود تبا في القدرة على الاستجابة لممارات الآخرين الاجتماعية .

المرتبة	المستوى (9) لا يوجد	المستوى (3) مستوى بسيط من الدعم	المستوى (2) مستوى متوسط من الدعم	المستوى (3) مستوى شديد من الدعم
السلوكيات المنطقية : والاعتماديات الضيقة : قدر مستوى التفاني على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه كترجمة للعجز النتائج في التواصل الاجتماعي		عدم مرونة الملوك والتي ينتج عنها التأثير واضح في دلالة في أداء الفرد الوظيفي في واحد أو أكثر من المجالات الاجتماعية صعوبة في الانتقال (التحول) بين الأنشطة المختلفة . مشاكل في القدرة على التنظيم أو التخطيط لأمر من شأن إعادة (كبح) القدرة على الاستقلالية .	عدم مرونة الملوك ، وصعوبة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو سلوكيات تكرارية / محدودة تبدو كثيرة بصورة كافية لأن تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها تؤثر في الفرد الوظيفي في المجالات الاجتماعية . صعوبة المخاطبة . صعوبة في القدرة على تغير اعتمادات أو العائد (تصرفاته)	عدم مرونة الملوك وصعوبة شديدة في القدرة على التكيف مع التغيير ، أو السلوكيات تفرعية / محدودة تؤثر وبشكل واضح في أداء الفرد الوظيفي وعلى كفاءة الأصعدة من حصة الخلف في القدرة على تفسير اعتماداته أو العائد (تصرفاته)

الفصل الخامس

أدوات القياس المستخدمة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد

مقدمة

لقد تم بناء عدد كبير من المقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد. بعض هذه المقاييس كانت ذات مصداقية عالية بيد إنه تم تطوير صور منها في دول أخرى ، وبعض من هذه المقاييس تم تقيمتها وشتقاق معاييرها وأخرى تم التحقق من خصائصها السيكومترية دون الوصول بها لمرحلة التقييم.

ورغم الكم الهائل من هذه المقاييس والتي أسندت خلالها إلى سمكات التشخيص العالمية فإن عملية تشخيص هذا الاضطراب لا زالت تواجه صعوبات وتعتبر عملية معقدة لما يشوب هذا الاضطراب من غموض وتداعيات أعمق مع بعض الإعاقات الأخرى وحتى مع سلوكيات الأطفال العاديين .

وقد اهتم كثير من الباحثين في مجال التوحد بتصوير عدد من الاختبارات على شكل قوائم ملاحظة وتقديرات سلوكية معتمدة في المظاهر السلوكية للعنقل ذوي اضطراب طيف التوحد ومنها :

أولا : المقاييس الأجنبية

مقياس تقدير التوحد الطفولي

(Childhood Autism Rating Scale , CARS,1980)

تم وضعه من قبل لعاملين في برنامج علاج وتربية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للأطفال التوحديين وغيرهم ممن يعانون من إعاقات تواصل أخرى في ولاية نورت كارولينا المعروف باسم :

(Treatment and Education Of Autistic And related Communication Handicapped Children. TEACCH)

سُورت العسرة الأصلية منه في عام (1980) حيث يتكون المقياس من (15) فقرة موزعة على المجالات التالية :

الالتصاف للناس - التقليد والمحاكاة -الاستجابة انعاطفية -استخدام الجسم -استخدام الأشياء-التكيف مع التغيير-الاستجابة البصرية-الاستجابة السمعية-استخدام والاستجابة للذوق والشم واللمس (الاستجابات الحسية) -الحروف والتوتر العصبي-

الواصن اللفظي-الكواصل غير اللفظي - مستوى انشغال-القدرات انعكاسية-
الانطباعات العامة، ويتم تقدير الفقرات حسب شدتها من (1-4) درجات :

حيث تمثل الدرجة (4) السلوكيات غير العادية بدرجة شديدة .

وتمثل الدرجة (3) السلوكيات غير العادية بدرجة متوسطة.

في حين مثل الدرجة (2) السلوكيات غير العادية بدرجة منخفضة .

أما للدرجة (1) تمثل السلوك بدرجة عادية.

ونشير الدرجة الأعلى من (36) إن حالة توحد بدرجة شديدة، أما الدرجة من

(30-36) فتشير إلى حالة توحد بدرجة بسيطة إلى متوسطة وللدرجة التي هي أقل من

(30) فتعني عدم الإصابة بالتوحد (عروس ، 2006) .

مقياس تقدير التوحد الطفولي الإصدار الثاني

Childhood Autism Rating Scale , CARS-2,1980)

وقد صنف العدد الثاني من المقياس في عام 2010

قائمة السلوك التوحدي

(Autism Behavioral Checklist ,ABC)

تم تصميم الصورة الأمثلة لهذه القائمة من قبل (Krug , Arick & Almond

, 1980) لتتصرف على الأفراد ذوي اضطراب طيف من عمر (5) (إلى 35) سنة

وتضم (57) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة هي :

الإحساس والعلاقات، واستخدام الجسم والأشياء ، والنقطة وانهايات

الاجتماعية، والمساعدة الذاتية ، وهي تميز بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

والعاقلين عقليا بدرجة شديدة وبالتالي فإن هذه القائمة لا تستخدم كأداة لتشخيص

ولكنها تعتبر جيدة في توثيق تقدم الطفل واستجابته للمعالجة والحطة التعليمية ولتقدير

المردود التوحدي على منه القائمة فإن الإجابة على كل فقرة تكون (نعم أو لا) وتكفل

صفة في حالة وجودها وزن محدد مسبقا يتراوح بين (1-4) وعندئذ ترتبط الصفة

بالسلوك التوحدي بأعلى درجة يكون التقدير(4) وفي حال ارتباط الفقرة بدرجة قليلة

يكون التفسير (1) وللقائمة معايير : حيث تشير الدرجة النهائية (67) إلى الإصابة بالتوحّد والدرجة من (53-66) إلى احتمال الإصابة بالتوحّد بينما تشير الدرجة أقل من (53) لعدم وجود صفة التوحّد لدى الأفراد وقد توفرت دلالات صدق وثبات لهذه القائمة في صورتها الأصلية كما ظهرت صورة أردنية من هذه القائمة قام بتطويرها الصمادي عام (1985) توفرت فيها دلالات صدق وثبات عنى عينة أردنية.

الأداة المسجعة لتشخيص التوحّد لغايات التخطيط التربوي- الطبعة الثالثة

Autism Screening Instrument For Educational Planning-Third Edition
(ASIEP-3)(2008)

تتكون (ASIEP-3) من خمسة مقاييس فردية وهي :

- قائمة انسلوك التوحدي Autism Behavior Checklist
- عينات من السلوك الصوتي Sample of Vocal Behavior
- التقييم التفاعلي Interaction Assessment
- التقييم التربوي Educational Assessment
- مستوى تقدم التعلم Progress of Learning Rate

وتستخدم هذه المكونات الخمسة لغايات التشخيص والتقييم لمستوى الأداء العامي والتخطيط للبرامج التربوية وتحليل مستوى التقدم عند الأفراد الذين يعانون من التوحّد ويعتبر المكون الأول (قائمة السلوك التوحدي) كأساس للبحث في هذه الأداة، والمكونات الأربعة الباقية تستخدم بشكل فرعي، وأختار الباحث المكون الأول لغايات هذه الدراسة.

قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (Autism Behavior Checklist(ABC-3)

تتكون هذه الأداة بدراسة من (47) بقرة تصف سلوكيات محددة جدا ومطابقة للأفراد التوحدين للفئة العمرية من (2 - 13:11)؛ حيث أن تحنين أداء الأفراد على فقرات 'تقياس يزودنا بصور؛ عامة حول كيف يبدو الطفل بالمقارنة بالأفراد العاديين، حيث يتم مقارنة أداء الطفل التوحدي المقيم على هذه الأداة مع أداء عينة التقيين البالغ عددها (386) فرعا مما يزودنا بمؤشر أكثر دقة لدرجة التوحّد عند الطفل؛ وقد تمّ تصميم

هذه الأداة لاستخدامها في المواقف التربوية، حيث تهيئت كأداة مقننة في مساعدة المعلمين في اتخاذ قرار تشخيصي دقيق، وتستخدم هذه الأداة بشكل مستمر كأداة كشف أولية مع الأطفال الذين يعتقد بأنهم لديهم اضطراب طيف التوحد، وتستخدم كذلك هذه الأداة من قبل المعلم أو مقدم الخدمة للطفل، بحيث توضع إشارة أمام السلوك الذي يتعلق على الطفل المراد تشخيصه.

استخدامات الأداة بصورتها الأصلية :

تستخدم الأداة في المواقف التالية :

- الكشف عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- توفير المعلومات اللازمة لإعداد الخطط التربوية المناسبة.
- تستخدم كأداة للبحث.

مكونات الأداة بصورتها الأصلية :

تكون المقياس قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (ABC?) من خمسة أجزاء رئيسية وهي :

الجزء الأول : ويتضمن هذا الجزء معلومات حول شخصية الطفل مثل : عمر الطفل عند تطبيق المقياس، واسم المدرسة التي يقيم بها الطفل، وجنس الطفل، واسم الفاحص، والبرامج العلاجية التي تلتحقها الطفل.

الجزء الثاني: يرصد به علامات الطالب الختام التي حصل عليها بعد تطبيق المقياس عليه، والترتيب المنبئية، والعلامة المعيارية بومدى احتمالية الإصابة بالتوحد.

الجزء الثالث : يتضمن تفسير الدرجات، حيث تشير الدرجة من (84 فما دون) عدم احتمالية الإصابة بالتوحد ، ومن (85 – 89) تشير إلى احتمالية الإصابة بالتوحد : وتشير الدرجة من (90 فما فوق) احتمالية عالية جدا بالإصابة بالتوحد.

الجزء الرابع : يتضمن هذا الجزء توصيات للتخصص مثل :

- فحص الطفل مرة أخرى من خلال مفايس أخرى.
- مقترحات للتدخل اللازم وشطط علاجية.

- البدائل التربوية المناسبة.
- تشخيص عملية التشخيص التي قام بها الفاحص.

الجزء الخامس : فقرات المقياس. (Krug, Arick, Almond, 2008).

مقياس جيليام لتقدير للتوحد : (William Autism Rating Scale, GARS & GARS,2)

يهدف هذا المقياس إلى تشخيص حالات الترحد من عمر (3-22) سنة، وتم بناء فقرات المقياس بناء على التعابير التي وردت في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الطبعة الثالثة، والتي صدرت عام 1980 ، ويشتمل المقياس على (4) اختبارات فرعية هي: السلوك التعمضي المتكرر، والتواصل اللغوي، والتفاعل الاجتماعي، والاضطرابات التطورية، ويقوم بصحة الاختبارات المعلمين المؤهلين أو أولياء الأمور. وتولفت له دلالات صدق وثبات عالية وتولفت له درجات معينة ومبتنية، وتكون الإجابة ب (نعم ، لا) كما يشتمل المقياس على معلومات عن التطور النمائي للطفل. (الروسان ، 2013).

مقياس جيليام لتقدير للتوحد ، الطبعة الثالثة ،

(William Autism Rating Scale, GARS & GARS,1)

وقد طور كل من جيليام وجيمس (William & James , 2014) العدد الثالث من مقياس جيليام (William Autism Rating Scale , Edition .2 GARS-3) وقد بلغت هيئة التقنين التي طبقت شملتها الترامة 1859 طفلاً ضمن المدى العمري (2 - 25) عاماً اختبرت بعناية كممثل المجتمع الأمريكي يأخذ بعين الاعتبار اثنين العربي والنبتي والبلغالي . وقد تكون المقياس من 56 فقرة تنطبق عليها تماماً على سلوكيات الأطفال التي حددها الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5 ، 2013) وقد وزعت الفقرات على ستة مقاييس فرعية وهي السلوكيات المحددة والمتكررة ، التفاعل الاجتماعي ، التواصل الاجتماعي ، الاستجابات الانفعالية ، انتمط العربي .

القائمة التشخيصية للسلوكيات المتضطرين سلوكياً : نموذج إي (1) :

(The Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children, form E-1)

طورها ويلاند (Gilliland) عام 1964 لأغراض التبول في البرامج التربوية والتأهيلية، وهدفت إلى التمييز بين التوحد الطفولي وذهان الطفولة وأعدت في بنائها

على معايير كانر (Kanner) وتضمن القائمة (76) سوّالا تشمل ميلاد الطفل، والتاريخ الأسري، والبيولوجي للطفل، والخصائص الكلامية، والعمر عند الإصابة وروجعت هذه القائمة، بسبب التقارير التي وردت من الآباء. (القماش، 2011).

مقياس تقدير الحياة الواقعية : (The Real Life Rating Scale, RLRS)

قام بتطوير هذه الأداة فريمان (Freeman, 1978) كأداة مسحية لقياس (47) سلوكاً ضمن خمسة أبعاد هي : التفاعل الاجتماعي، ودود الفعل الانفعالية، التطور اللغوي، المجال الحسي، والسلوك الحركي الحسي يقوم الفاحص بالملاحظة الدقيقة لاحتمالية وجود خصائص تدل على وجود اضطرابات نمائية، ويمتاز القياس بسهولة التطبيق ومر القياس بمراحل تطويرية، أولها تنبيهه في هدايات الأطفال الرضع للتعرف على الإحراض المبكرة واختبرت هذه المرحلة مرحلة مسح عبادي، ثم التأكد من الأطفال الذين ثبتت احتمالية معاناتهم من اضطراب التوحد أو اسيرجر.

القائمة التشخيصية للأطفال المضطرين سلوكياً :

(The Diagnostic Checklist for Behavior Disturbed Children, form B-2)

تم وضع النسوراة الأصلية عام 1964 : ثم تم تطويرها ثانية عام 1978 وهي قائمة مؤلفة من (109) فقرة تعبر عن خصائص النمو المبكر للأطفال في السنوات الأولى من العمر وعن التفاعل الاجتماعي ونقط الكلام والاستجابة لنتيبه والتكاه وخصائص الأسرة والتطور النفسي. تميزيولوجي وتطور أمراض التوحد حيث تتراوح الدرجات بين (-45 إلى +45) لدرجات الأطفال الترحنين عبر العالم ويتم تقسيم الأطفال، ذوي اضطراب طيف التوحد إلى ثلاث فئات هي :

- التوحد التقليدي (الكلاسيكي) : وتتراوح درجات أداء هذه الفئة على القائمة (29+) درجة فما فوق .
- التوحد : تتراوح درجات هذه الفئة على القائمة ما بين (-5 إلى +19)

- الصفات التوحدية : تشمل الأطفال الذين لا ينطبق عليهم صفات التوحد ولكن لديهم خصائص توحديه ودرجاتهم على القائمة اقل من (16) (هارون ،2008).

مقياس تقدير توحد الطفولة (The Childhood Autism Rating Scale-CARS)

يتكون هذا المقياس الذي تم بناؤه من قبل سكولر وريشر وديفلس وداني(Schopler, Reichler , DeVellis, & Daly, 1980) العاملين في برنامج نيش (TEACHS) في ولاية نورث كارولاينا عام (1971) من خمسة عشر بعدا واحتمد في بناءه على معايير كاتر (Kantor,1943) وكريك(1961)Creak، ومجموعة أخرى من المعايير لتشخيص التوحد دون سن المدرسة وتكون المقياس من مجموعة من الأبعاد وهي : التفاعل مع الأقران ، التقليد، الاستجابة للأنشطة، الاستخدام الجسدي، استخدام الأشياء، مقاومة التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استجابة واستخدام حواس السمع والشم واللمس ، والحروف والأصوات، التواصل اللفظي، التوافق غير اللفظي، مستوى النشاط، ومحتوى الاستجابة الإدراكية، والانتباهات العامة ولدى المقياس دلالات صلبة وثبات عالية، وقدرة تمييزية بين مستويات التوحد من البسيطة إلى المتوسطة إلى الشديدة (العنوان ، 2014).

قائمة التوحد للأطفال الصغار (The Checklist for Autism in Toddlers, CHAT)

صممت هذه القائمة من قبل بارون كوهين وايزن وجليج (Baron-Cohen, Gillberg, 1992) للأطفال من (1.8 - 3.6) شهرا، لمراقبة سلوكيات الأطفال الذين يتمتع بإصابتهم بالاضطراب التوحد، ويمكن استخدامها من قبل نوالدين أو الاختصاصيين النفسيين وتنفرد مدة تطبيقها من (10-15) دقيقة وتتكون من (10) أسئلة إجابتها ب (نعم ، لا) ويشمل المقياس الأبعاد التالية : التفاعل الاجتماعي مع الآخرين، اللعب الاجتماعي، اللعب التظاهري، أو التخيلي، الانتباه المشترك، القدرة على الإشارة إلى الأشياء، اللعب غير الطبيعي، التنوع الحركي، اللعب الوظيفي وتشهدل

على ملاحظة دقيقة لحمة سلوكيات في التفاعل والتبادل الاجتماعي بين الطفل والفاحص، لإتاحة الفرصة للفاحص للمقارنة اللازمة لسلوك الطفل مع أقرابه .

قائمة تقييم السلوك التوحدي

(Autism Treatment Evaluation Checklist ,ATEC)

تتكون قائمة السلوك التوحدي من (77) فقرة، وقد طورها ريملاندي وإيدلسون (Rimland & Edelson) ، وقد توفرنا للأداة دلالات صدق وثبات في صورتها الأصلية وتغطي القائمة الأبعاد التالية

- المهارات اللغوية
- المهارات الحسية والمعرفية
- المهارات الصحية والسلوكية
- المهارات الاجتماعية

فقرات القائمة التقييمية للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحيد

1119

Autism Treatment Evaluation Checklist (STEC)

Bernard Rimland, Ph.D. and Stephen M. Edelson, Ph.D.

Autism Research Institute

4101 Ariana Avenue, San Diego, CA 92116

E-mail: (619) 462-0840, www.autism.com/ari

This checklist is provided to measure the effects of treatment. Free printing of this form is available for limited use: www.autism.com/ari

Reviewed by _____ Date of CA 12 _____
 Reviewed by _____ Date of CA 12 _____
 Reviewed by _____ Date of CA 12 _____

Please check the letters to indicate how often each behavior is:

[N] Not at all [S] Sometimes [V] Very often

1 V 1. Focuses on one item	N S V	6. Can use 2 words at a time (often incorrectly)	N S V	11. Speaks clearly at an age-appropriate level	N S V
2 V 2. Responds to "No" or "Stop"	K S V	7. Focuses on one name only	N S V	12. Often does several consecutive items in a row	N S V
3 V 3. Can follow basic commands (No, Up, Down, etc.)	F S V	8. Can use several words in one sentence	N S V	13. Carries out very good instructions	N S V
4 V 4. Can use 7 words in a line (Don't walk, Go home)	H S V	9. Responds to letters in order	N S V	14. Has mental ability to accommodate for brother's age	N S V

Social Ability:

[N] Not descriptive [S] Sometimes descriptive [V] Very descriptive

1 V 1. Seems to like to be held - not necessarily often	N S V	7. Shows no affect	N S V	14. Obeying without complaint	N S V
2 V 2. Ignores other people	N S V	8. Plays and playing	N S V	15. Seemingly afraid	N S V
3 V 3. Does not look at or touch a face (child's)	N S V	9. Avoids eye contact	N S V	16. Looks directly at speaker	N S V
4 V 4. Does not know what to do	N S V	10. Does not imitate	N S V	17. Stands on line	N S V
5 V 5. Does not know what to do	N S V	11. Makes long "echo" words	N S V	18. Imitates a child's behavior	N S V
6 V 6. Plays with one toy only	N S V	12. Does not share or share	N S V	19. Responds to being told	N S V
7 V 7. Does not play with one toy only	N S V	13. Does not share toys	N S V	20. Responds to "no" or "stop"	N S V

Sensory/Cognitive Awareness:

[N] Not descriptive [S] Sometimes descriptive [V] Very descriptive

1 V 1. Responds to any noise	N S V	1. Approaches child's requests	N S V	10. Initiates or initiates	N S V
2 V 2. Responds to touch	N S V	2. Understands location T, R, L	N S V	11. Shows self	N S V
3 V 3. Looks at people and objects	N S V	3. Understands requests	N S V	12. Carries out requests	N S V
4 V 4. Looks at pictures and T, V's	N S V	4. Asks questions	N S V	13. Imitates - copy	N S V
5 V 5. Does drawing, coloring, etc.	N S V	5. Asks "What's it?" - 100 objects	N S V	14. Looks at one object at a time	N S V
6 V 6. Plays with one object only	N S V	6. Shows language	N S V	15. Looks at one object at a time	N S V

Medical/Physical/Relevant:

[N] No problem [S] Minor Problem

[M] Moderate Problem

[S] Serious Problem

1 N/S 1. 1. Self-feeding	N M S	2. 2. Hygiene	N M S	3. 3. Obeying speech	N M S
2 N/S 2. 2. Dressing/undressing	N M S	3. 3. Self-care	N M S	4. 4. Right vs. left	N M S
3 N/S 3. 3. Self-pulling/shoes	N M S	4. 4. Self-care	N M S	5. 5. Self-care	N M S
4 N/S 4. 4. Hygiene	N M S	5. 5. Self-care	N M S	6. 6. Self-care	N M S

المقابلة التشخيصية للتوحد - (الراجعة -

(The Autism Diagnostic Interview Revisé, ADI-R)

قام بيثالا لورد وروثر (Lord & Rutter, 1994) في العامين (1988 ، 1989)

وهي أداة استقصائية شبه ممتدة عنفت هذه الأداة للاستقصاء عن مظاهر اضطراب التوحد، أو عن يشبهه في أنهم يعانون من مظاهر اضطراب التوحد وتم بنائها، وإعادة تطويرها بناءً على المعايير التي وردت في التصنيف الدولي العاشر للأمراض والتدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (الطبعة الرابعة في مجالات التفاعل الاجتماعي واللغوي، واللعب والسلوكيات النمطية والاهتمامات، والنشاطات المحددة، وأعد تطويرها لتلائم الأعمار من (18) شهراً فما فوق وتتمتع بدلالات صدق وثبات عالية. في تشخيص التوحد لمرحلة ما قبل المدرسة، وقدرتها على التمييز بين حالات التوحد والإعاقة العقلية .

جنون الملاحظة التشخيصية للتوحد :

(The Autism Diagnostic Observation Schedule, ADOS)

هي أداة مراقبة تشخيصية للسلوك الاجتماعي والتواصلي ، طورها لورد (Lord,1988) ، لتمييز حالات التوحد عن الإعاقة العقلية والعادين للتعلم (6 - 18) سنة والقادرين على الكلام، ويتم مراقبة المخصوص من قبل الفاحص ضمن سلوكيات محددة يسلكها الفاحص أثناء تطبيق المهام، وعددها (8) مهمات، لاستشارة السلوك المستهدف مثل: الحاجة للمساعدة، والبحث عنها واللعب التعاوني أو الرمزي، والمحادثة، ورواية القصة بشكل متسلسل والتواصل المتبادل والتعبيرات الاجتماعية وغيرها ومدى الملاحظة (20-30) دقيقة.

مقاييس تقييم طيف التوحد (Autism Spectrum Rating Scales (ASRS)

تتكون مقاييس تقدير طيف التوحد من مقياسين اثنين الأول للفترة العمرية (2 - 5) سنوات ويوجد منه نموذجين الأول يستخدم من قبل الآباء والثاني من قبل المعلمين. أما المقياس الثاني فهو للفترة العمرية (6 - 18) ، وأيضا يوجد منه نموذج يستخدم من قبل الآباء، وآخر من قبل المعلم .

وقد تم تقنين المقياس في صورتها الأصلية في الولايات المتحدة الأمريكية عام (2009) حيث تكونت عينة الدراسة من (2560) طفلاً ، ويشملون كافة الأعمار مثل الأسويين والأفارقة والبيض والهنود وقد توزعت عينة الدراسة على أرجاء الولايات المتحدة .

يتكون مقياس تقدير طيف التوحد في صورته الأصلية

الجزء الأول مقياس تقدير طيف التوحد والذي يقاس التصور لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ثلاث مجالات وهي :

مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي : 19 فقرة

مجال استراتيجيات غير العادية : 24 فقرة

مجال التنظيم الذاتي : 17 فقرة

الجزء الثاني وهو المقياس المستند إلى محركات تشخيص اضطراب طيف التوحد الواردة في الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع ويتكون من 34 فقرة.

الجزء الثالث وهو المقياس المستند إلى تحديد الدعم العلاجي ويتكون من ثمانية

مجالات يوضحها الجدول التالي

6 فقرات	- مجال التفاعل الاجتماعي مع الكبار
13 فقرة	- مجال التفاعل الاجتماعي والاشغالي
6 فقرات	- مجال اللغة غير العادية
5 فقرات	- مجال النمطية
8 فقرات	- مجال التصيب في السلوك (الرتابة)
6 فقرات	- مجال المحسومية الحسية
11 فقرات	- مجال الانتباه

ولما كانت غالبية فقرات المقياس تكرر في المجالات الفرعية للأجزاء الثلاثة التي يتضمنها المقياس وعلى سبيل المثال فإن الفقرة رقم (34) من المقياس والتي تقاس

اللاعب مع الآخرين في مجال التواصل و التفاعل الاجتماعي ، فلذا أيضا يتكرر في الجزء الثاني وفي الجزء الثالث ضمن مجال التفاعل الاجتماعي مع الرفاق ، لذا فان تعدد التعليل للفقرات هو 71 فقرة .

مقياس تقدير طيف التوحد للغة العمرية (2-5) سنوات نموذج تقديرات الوالدين

Autism Spectrum Rating Scale ASRS (2-5 years) parent Rating
 Sam Goldstein, Ph.D. & Jack A. Naglieri, Ph.D.
 Translation by : Khawla A. Qadoumi , Ph.D & Jamal Al Maqablah ,PhD
 Arabic

Day month
 Year

Student's Name: Gender : P M
 Today's Date:
 Parent's Name: Grade :
 Birth Date :

Did your child acquire language before age 3? Yes no
 If yes, did your child speak in 3 word sentences? yes no
 Age :

Evaluate your student's behavior in the last month ?

	Never	Rarely	occasionally	Frequently	v. 'requestly
1- Seize in appropriate manner ?	0	1	2	3	4
2- Get upset by some fabrics or tags in clothes?	0	1	2	3	4
3- understand the point of view of others?	0	1	2	3	4
4- play with others ?	0	1	2	3	4
5- look at others when interacting with them ?	0	1	2	3	4
6- Ask about unrelated things	0	1	2	3	4
7- Point to things when talk about ?	0	1	2	3	4
8- insist on doing things in one way each time?	0	1	2	3	4

أعطى درجات طيف التوحد التشخيصي والتدخلات العلاجية

9.	need things happen just as he expected?	0	1	2	3	4
10-	Makes strong reactions to any change in routine?	0	1	2	3	4
11-	line up objects in a row?	0	1	2	3	4
12-	overreact to sounds; smells?	0	1	2	3	4
13-	look at others when angry with them?	0	1	2	3	4
14-	understand the point of view of others?	0	1	2	3	4
15-	Have problems to talk with other kids?	0	1	2	3	4
16-	involve in free activities with other?	0	1	2	3	4
17-	Seem disorganized?	0	1	2	3	4
18-	Use imagination play?	0	1	2	3	4
19-	Pay attention people's thinking or feeling?	0	1	2	3	4
20-	Becomes angry of routine changing?	0	1	2	3	4
21-	Respond when adults spoken to him?	0	1	2	3	4
22-	Use language that was inappropriate to his age?	0	1	2	3	4
23-	avoid looking to adults if there is a problem?	0	1	2	3	4
24-	Prefer playing alone?	0	1	2	3	4
25-	Listen to people who spoken to him?	0	1	2	3	4
26-	talk too much about things that other children don't care about?	0	1	2	3	4
27-	focus very much about details?	0	1	2	3	4
28-	start covers than with others?	0	1	2	3	4
29-	maintain a conversation going?	0	1	2	3	4
30-	Play near, not with other children?	0	1	2	3	4
31-	get into trouble with adults?	0	1	2	3	4

32-	fail to complete tasks ?	0	1	2	3	4
66-	have a social problems with adults ?	0	1	2	3	4
54-	have problems waiting his/her turn?	0	1	2	3	4
35-	plays with toys passively ?	0	1	2	3	4
36-	show little reaction?	0	1	2	3	4
37-	learn simple tasks but then he forget them immediately ?	0	1	2	3	4
38-	notice social cues?	0	1	2	3	4
39-	become very interested with part of objects ?	0	1	2	3	4
40-	Respond when spoken to by other children?	0	1	2	3	4
41-	talk too much about things that adults don't interested in ?	0	1	2	3	4
42-	use an odd manner of speaking?	0	1	2	3	4
43-	Avoid looking at people who spoken to him?	0	1	2	3	4
44-	have trouble talking with adults?	0	1	2	3	4
45-	Refuse being touched or held ?	0	1	2	3	4
46-	Overreact to loud noises ?	0	1	2	3	4
47-	focus on one object for long time ?	0	1	2	3	4
48-	Insist on keeping certain objects with his/her at a time ?	0	1	2	3	4
49-	Look for the company of other children ?	0	1	2	3	4
50-	show an interest in the ideas of others ?	0	1	2	3	4

اشطرايات شيف التوحيد والتفويض والتطابق المعاجزية

51-	Have social problems with children in the same age?	0	1	2	3	4
52-	uncertain age - appropriate humor or jokes?	0	1	2	3	4
53-	repeat a certain words or phrases out of context?	0	1	2	3	4
54-	share his/her enjoyment with others?	0	1	2	3	4
55-	Fail in paying attention to fine tasks?	0	1	2	3	4
56-	insist on certain routines?	0	1	2	3	4
57-	follow instructions that he/she understood?	0	1	2	3	4
58-	Interrupt or intrude on others?	0	1	2	3	4
59-	reverse procedure e.g. you for me?	0	1	2	3	4
60-	become obsessed with details?	0	1	2	3	4
61-	Show good peer interaction?	0	1	2	3	4
62-	Appear fidgety when asked to sit still?	0	1	2	3	4
63-	Become distracted?	0	1	2	3	4
64-	Drop his/her hand when asked?	0	1	2	3	4
65-	touch, spin or bang objects?	0	1	2	3	4
66-	smell, taste or eat inedible objects?	0	1	2	3	4
67-	Fail to express what he want?	0	1	2	3	4
68-	Roar his/herself? (e.g. injure a head) when angry?	0	1	2	3	4
69-	overreact to touch?	0	1	2	3	4
70-	Repeat or echo what others said?	0	1	2	3	4

ثانياً : المقاييس العربية المطورة عن مقاييس أجنبية

I- الصورة العربية من قائمة تقدير السلوك التوحدي، الطبعة الثالثة (The Arabic Developed Version of Autism Behavior Checklist, ABC, 3) والتي اشتق لها العنوان (2014) معيار تدين على عبة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في الأردن وقد استخدم الباحث في دراسته العديد من العلاجات الإحصائية والمنطقية والتي أكدت فاعلية هذه النسخة العربية من مقياس ABC في تشخيص اضطراب طيف التوحد في الأردن الأداة المسحية لتشخيص التوحد لغايات التخطيط التربوي - الطبعة الثالثة ASEIP-3

نموذج قائمة السلوك التوحدي

David A.Krug Joel R.Arick Patricia J.Arnold

القسم الأول: معلومات شخصية

الاسم: ذكر أنثى أنصف

اليوم الشهر السنة

تاريخ الفحص: تاريخ الميلاد:

العمر:

التشخيص نخالي: عنوان المقاحص

المقاحص: للمعلم التوالدين اسم الشخص

القسم الثاني: سجل العلامات

الدرجة الخام الرتبة المئينية الدرجة المعيارية احتمالية الإصابة بالتوحد

مجموع الدرجات:

القسم الثالث : دليل تفسير الدرجات

التوصيات

المهرس التوحد	احتمالية الإصابة بالتوحد
أكبر أو تساوي 90	كبيرة جدا
85 - 89	متوسط
أقل من 84	لا

القسم الخامس : استجابات الفرد على الفقرات

التعليمات : ضع إشارة (√) بجانب الفقرة التي تنطبق على الطفل بدقة

الرقم	الشرح	الفقرة
1		يدور حول نفسه لفترة زمنية طويلة
2		يتعلم مهارات بسيطة ولكن يتساها بسرعة
3		في كثير من الأحيان لا يتبه للتعليمات الاجتماعية المرسله من قبل
4		لا يستجيب للأوامر البسيطة التي تعلى له مرة واحدة مثل (اجلس
5		لا يلعب بالألعاب بالشكل المناسب مثل (تدوير عجلات لعبة
6		يظهر ضعفا في مهارات التمييز البصري عند التعلم مثل التثبيت عند
7		لا يتسم للآخرين
8		يعكس الضمائر مثال (يستخدم أنت بدلا من أنا)
9		يصر على الاحتفاظ بأشياء عدده معدا معها مثل (لعبة بلاستيكية او
10		في بعض الأوقات يبدو إليك أنه لا يسمع لذلك تتوقع بأنه أصم
11		كلامه يبدو على وثيرة واحدة خالية من التنغيم أو أن معدل سرعته
12		يهز الطفل نفسه إلى الأمام والخلف بشكل مستمر اذترة طويلة من

13	لا يستجيب الطفل حركيا منذ ذراعية للبالغين الذين يريدون حمله
14	يبدى ردود فعل شديدة اتجاه تغير في الروتين أو في البيئة المحيطة
15	لا يستجيب عندما ينادى اسمه ضمن مجموعة أسماء مثال (احمد ،
16	يتلفع في الجري مسرعا في الغرفة ، يمشي على رؤوس أصابعه، يلبور
17	لا يستجيب لتعابير وجه الآخرين أو مشاعرهم
18	لا يستجيب للأوامر البسيطة للتضمنة حروف الجر مثال (ضع الكرة
19	لا يظهر أي ردة فعل للقراء الأصوات أو الفرجيح العالي (بصرف
20	يرفرف يديه
21	أذنه نوبات غضب شديدة أو طفوفة لكنها متكررة
22	يتجنب أن يتواصل مع الآخرين بالعين
23	يقاوم الآخرين عند لمسهم له (لا يرضى بأن يلمسه احد أو يمسكه)
24	لا يشعر أحيانا بألم عند تعرضه (للكدمات ، الجروح ، عندما يحقن
25	يلبو متصليا بما يصعب حمله من قبل الآخرين
26	يتشبث بالكبار عندما يتم حمله من قبلهم
27	يمشي على أصابع قدميه
28	يزاوي الآخرين من خلال (العض، الضرب، التوكيل ..)
29	يكور العبارات مرات ومرات
30	لا يقلد الأطفال الذين يلعبون من حوله
31	لا يرش بعينه عندما يكون هناك ضوء ساطع موجه نحو عينيه
32	يزاوي نفسه (بضرب رأسه ، بعض يديه)

33	يتزعج (يقضب) إذا لم تلب حاجته فوراً
34	لم يكون علاقات صداقة مع الآخرين
35	يغطي الإذنين كرد فعل عنى العديد من الأصوات
36	عادة ما يرم أو يثير أو يضرب الأشياء
37	يكون لديها صعوبة في تعلم استخدام الحمام
38	يرده أصوات أو كلمات مرات ومرات
39	يحدق النظر بالآخرين
40	يصادق (يكرو) أسئلة أو عبارات طرحت عليه من قبل الآخرين
41	عادة لا يدرك ما يدور من حوله من مخاطر
42	يفضل أن يلعب بالأشياء ويلعب بأجزائها
43	يلمس أو يشم أو يتذوق أشياء متعددة في البيئة
44	لا يكون لديه أية ردة فعل في حضور شخص غريب
45	الانخراط في طقوس معقدة (مثل ترتيب الأشياء في صفوف)
46	يخرّب (تكسير الألعاب أو أدوات المنزل)
47	يخاف في الغفاه مدة طويلة من الوقت

2- الصورة المعربة من مقياس تقدير طيف التوحد

(The Arabic Developed Version of Autism Spectrum Rating Scale, ASRS)

حيث تمّ تقنين صورة أردنية من مقياس تقدير طيف التوحد على عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بلغت 385 طفلاً بالإضافة إلى 65 طفلاً من الأطفال العاديين و 65 طفلاً من الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية. وبعد التحقق من الخصائص السيكومترية للصورة المعربة تم اشتقاق معايير تقنين مبنية بالدرجات ثنائية الرتب المبنية .

الصورة الكاملة للقياس

مقياس تقدير طيف التوحّد (6 - 18 عام) تقديرات المعلمين

Autism Spectrum Rating Scale (6 - 18) Teacher Ratings ASRS

Sam Goldstein, Ph.D. & Jack A. Naglieri, Ph.D.

اسم الطالب :	الجنس	التاريخ : / /
.....		
اسم المعلم :	تاريخ الميلاد : / /	
.....		
مادة المعرفة العاقل : شهر	المسور : / /	
() سنة		

Arabic Translation by : Jamal Al Maqableh ,Ph.d

بالنظر إلى الأسابيع الأربعة الأخيرة كيف يبدو الطالب بشكل عام

رقم الفترة	التقوية	نعم	نعمًا	أحيانًا	كثيرًا	كثير جدا
1	يبدو غير منظم؟	0	1	2	3	4
2	يتزجج من بعض اللابس وما عليها من مطبات؟	0	1	2	3	4
3	يرحّب من التفاعل مع أطفال آخرين؟	0	1	2	3	4
4	ييدي التثليل من المواقف والانتقالات؟	0	1	2	3	4
5	يتبع التعليمات التي يطلبها؟	0	1	2	3	4
6	يحادل أو يتشاجر مع أطفال آخرين؟	0	1	2	3	4

اضطرابات ما قبل التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

4	3	2	1	0	لديه مشاكل في انظاف دوره ؟	7
4	3	2	1	0	يشارك بتفاعلات حميمة مع الآخرين ؟	8
4	3	2	1	0	ينظر إلى الآخرين عندما يتحدث معهم ؟	9
4	3	2	1	0	يتدبر في انهام التي تتطلب جهد مستمرا؟	10
4	3	2	1	0	يتجنب النظر للأشخاص الذين يتحدثون إليه لو إلهما؟	11
4	3	2	1	0	يلعب بالعبه على بطريقة مناسبة ؟	12-
4	3	2	1	0	انه ردة فعل قوية على تغير الروتين ؟	13
4	3	2	1	0	لديه مشكلة في الحديث، مع الأطفال الآخرين ؟	14
4	3	2	1	0	يفهم وجهة نظر الآخرين ؟	15
4	3	2	1	0	يتعلم مدهماً بسرعة ثم يتساها بسرعة ؟	16
4	3	2	1	0	يتحدث بلغة من يفهمه صمرا ؟	17
4	3	2	1	0	يذهب أو مشاكل مع الكبار؟	18
4	3	2	1	0	لديه مشاكل اجتماعية مع أقرانه ؟	19
4	3	2	1	0	يتكلم بطريقة شاذة ؟	20

اضطرابات طيف التوحد: التقييم والتدخلات العلاجية

4	3	2	1	0	يردد عبارات أو كلمات لا علاقة لها بسياقه الحديث ؟	21
4	3	2	1	0	يتفوه عرسا بالتفاصيل ؟	22
4	3	2	1	0	يستمر بالحديث ؟	23
4	3	2	1	0	يصدر حلى تادية الأفعال بنفس الطريقة في كل مرة ؟	24
4	3	2	1	0	يتحسس من الشمس ؟	25
4	3	2	1	0	يعيد أو يردد ما قاله الآخرون ؟	26
4	3	2	1	0	يشم ، يلمس ، أو يأكل أشياء غير صالحة للأكل ؟	27
4	3	2	1	0	يتفهم شعور الآخرين ؟	28
4	3	2	1	0	يتحسس من الروائح ؟	29
4	3	2	1	0	يصيح مشتتاً ؟	30
4	3	2	1	0	يلعب مع الآخرين ؟	31
4	3	2	1	0	يلاحظ ويفهم الإشارات والتلميحات الاجتماعية ؟	32
4	3	2	1	0	يستجيب عندما يتحدث إليه الكبار ؟	33-
4	3	2	1	0	يستجيب النظر إلى الكبار عندما تكلموا هناك مشكلة ما ؟	34-

4	3	2	1	0	لديه مشكلة في الاتكاء أثناء قيامه بواجباته ؟	-35
4	3	2	1	0	يركب إعطاه بواجبه المدرسي ؟	-36
4	3	2	1	0	يتحدث كثيراً عن أشياء لا تهم الآخرين ؟	-37
4	3	2	1	0	يقاوم لمس أو لململ من قبل الآخرين ؟	-38
4	3	2	1	0	يستم بشعور وتفكير الآخرين ؟	-39
4	3	2	1	0	يركز كثيراً على التفاصيل ؟	-40
4	3	2	1	0	لا يهتم عدم عية الآخرين له ؟	-41
4	3	2	1	0	يشارك اللعبة مع الآخرين ؟	-42
4	3	2	1	0	يبدى اهتمام بالآثار الآخرين ؟	-43
4	3	2	1	0	لا يكمل واجباته المنزلية ؟	-44
4	3	2	1	0	يقوم بالكلام والضحكات المناسبة لعمرة الزمني ؟	-45
4	3	2	1	0	يرفرف بكأبيه عندما يفعل ؟	-46
4	3	2	1	0	يستمتع حينما يتم التحدث إليه ؟	-47
4	3	2	1	0	يركز كثيراً على موضوع واحد لوقت طويل ؟	-48

اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

4	3	2	1	0	يريد أن تكون الأمور كما يترجمها ؟	-49
4	3	2	1	0	يتحدث كثير عن الأشياء التي لا تهتم الأطفال ؟	-50
4	3	2	1	0	يسر على لفظ "ووتون معين" ؟	-51
4	3	2	1	0	لدية مشكلة بالاعتماد بالنشاطات الروتينية ؟	-52
4	3	2	1	0	مفتوناً بأجزاء الأشياء ؟	-53
4	3	2	1	0	يضع الأشياء في صف واحد ؟	-54
4	3	2	1	0	يضم بشكل لائق ؟	-55
4	3	2	1	0	يتأخر باختلاف مع الآخرين ؟	-56
4	3	2	1	0	يتأمل بالأعمال الهندسة ؟	-57
4	3	2	1	0	يسأل عن أشياء خارج الموضوع ؟	-58
4	3	2	1	0	يراجه صعوبة في التحدث مع الكبار ؟	-59
4	3	2	1	0	يتأخر الأقران أو يتأخر عليهم ؟	-60
4	3	2	1	0	يتأخر للآخرين عندما يتفاعل معهم ؟	-61
4	3	2	1	0	يراجع في ردة الفعل على التصحيح المرتفع ؟	- 62

الاضطرابات طيف التوحد: التشخيص والتدخلات العلاجية

4	3	2	1	0	يصبح مزعجاً عند حدوث تغير مروتن المتداد ؟	-63
4	3	2	1	0	يفقد اللعب وحيداً ؟	-64
4	3	2	1	0	يصر على الاحتفاظ ببعض الأشياء منه ويشكل ذلكم ؟	-65
4	3	2	1	0	لديه مشاكل اجتماعية مع الأقران ؟	-66
4	3	2	1	0	يقوم بدم أو تدوير أو فرقة لأشياء ؟	-67
4	3	2	1	0	يمكن اقتسامه (مثلا يستخدم أمت بدلاً من (أنا) ؟	-68
4	3	2	1	0	يظهر تقاعس جيد مع الأقران ؟	-69
4	3	2	1	0	يستجيب عندما يتحدث إليه الأقران الآخرون ؟	-70
4	3	2	1	0	يلعب متعمدا عندما يطلب منه أن يمشي بجانبه ؟	-71

3 - الصورة المعربة من قائمة تقييم السلوك التوحدي

The Arabic Developed Version of Autism Treatment Evaluation Checklist (ATTC)

وقد طورت هارون (2008) صورة أردنية توولت بها دلالات صدق وثبات تبرز استخدامها في البيئة الأردنية لأغراض قياس وتشخيص حالات التوحد للغة العموية (5-13) عام ودراسة فاعلية البرامج حيث يمكن استخدام هذه الأداة كأختيار قبلي وبعدي وتغطي الأداة الأبعاد التالية :

1. المهارات اللغوية ، وعدد فقراتها(34) فقرة ، ومن الفقرات التي تقيس هذا البعد

دائما احيانا قليلا

- يستخدم جعل تتكون من أربع فقرات
- يعبر عما يريد بأي وسيلة تعبيرية
- يعرف عشر كلمات أو أكثر (بالإشارة أو بالكلام)

دائما أحيانا قليلا

1 المهارات الاجتماعية وعدد فقراتها(20) فقرة

- يدخل في لعبة ، لأخرين
- نادرا ما يتسم
- يبدو غير مكترثا عندما يتركه الوالدين

2 المهارات الحسية والمعرفية وعدد فقراتها(18) فقرة

- يرسم ويلون
- يفهم ما يقصر له
- يشارك الأخرين اهتماماتهم

3 المهارات العصبية والسلوكية وعدد فقراتها(25) فقرة

- يتبع نظام غذائي معين
- تلبية نوبات صرع
- يصرخ دون سبب

4 العسيرة المعوية من مقياس جليام

The Arabic Developed Version of Gilliam Autism Rating Scale,GARS-2

وقد طورها الجابري عام (2008) وتوفرت للأداة دلالات صدق وثبات تؤكد نفع هذه الأداة باخصائص السيكمترية التي تبرز استخدامها في تشخيص الأطفال المشتبه بإصابتهم باضطرابات طيف التوحد ، كما تستخدم كأداة للحكم على فاعلية البرامج التي يخضع لها الأطفال للمصابين باضطراب طيف التوحد ، وكأداة للبحث العلمي .

وتتكون الأداة من خمسة أقسام :

القسم الأول : وينظم المعلومات الشخصية للمفحوص .

القسم الثاني : ملخص درجات المفحوص على كل بعد من أبعاد المقياس.

والقسم الثالث هو دليل تفسير النتائج .

القسم الرابع يمثل الصفحة النسبية (البروفيل) للمفحوص وهو عبارة عن رسم

بياني يستلعب الفاحص من خلاله معرفة نقاط القوة ونقاط الضعف لدى المفحوص .

القسم الخامس: ويتوي على المقياس التي تليس درجة اضطراب التوحد لدى

الطفل وتغطي هذه المقاييس الأبعاد التالية :

2. المقياس الفرعي : السلوكيات النمطية (التكرارية) : ويتكون من (14) فقرة وتتمثل

الإجابة من البدائل التالية

غير ملاحظ	ملاحظ بندرة	ملاحظ أحيانا	ملاحظ دائما
0	1	2	3

ومن الفقرات التي تقيس هذا البعد

• يمشي على رؤوس أصابعه

• يلعب أو يلصق في دوائر حول نفسه

3. المقياس الفرعي الثاني : التواصل ويتكون من (14) فقرة ومن الفقرات التي تقيس

هذا البعد:

• يعيد أو يصادي الكلمات لفضيا أو مع إشارات

• لا يمدال عن الأشياء التي يريد

4. المقياس الثالث : التفاعل الاجتماعي : ويتكون أيضا من (14) فقرة و فقرة ومن

الفقرات التي تقيس هذا البعد:

• يهض أشياء ممددة بشكل متكرر وطقوسي

• يتضايق أو يبدو متزعجا إذا حدث تغيير في روتينه

القسم السادس : المعادلة الوالدية وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة يجاب عليها

من قبل أحد الوالدين بنعم أو لا وتغطي المجالات التالية :

1. التفاعل الاجتماعي : ويتكون من (5) أسئلة ومنها

• من يكر أو تضايق الطفل عندما تم حملة أو رفعة ؟

2. استخدام اللغة والتواصل الاجتماعي: وتتكون من (5) أسئلة ومنها

- هل استخدم الطفل كلمات مفردة وهو بعمر 16 شهرا

التصرف غير الطبيعي في التفاعل الاجتماعي

خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر، ومن الأسئلة التي تقيس هذا البعد

هل يتسم الطفل لوانديه أو لاختوة إذا ما تم الانضمام له نوا اللعب معه ؟

استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي ومن الأسئلة التي تقيس هذا البعد

خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر

هل استجاب الطفل لاسمه عند متدائه (لفت نحو الشخص)

هل يبدى على الطفل فهم ما يجب فعله عندما يطلب منه القيام بعمل ما

اللعب التخيلي أو الرمزي

هل تظهر الطفل بأن لديه صديقا أو حيوانا خياليا

هل لعب الطفل بالدمى متظاهر بأنها أشخاص غير حقيقيين

ثالثا: المقاييس العربية

مقياس تشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي

ظهر مقياس تشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي في دراسة

أجرتها عويس عام (2006) هدفت إلى بناء أداة قياس لتشخيص حالات التوحد في

الخليج العربي، وقد توفرت ثلاثة دلالات صدق وثبات ذات دلالة إحصائية وبالتالي

انشقت لها معايير لتفسير درجات الحالات المشخصة من خلال مقنونة أداء هذه الحالات

مع درجات المجموعة انعبارة التي جرى تقنين المقياس عليها .

وقد تكون المقياس من (116) تغطي المجالات التالية

1- مجال التصور في التفاعل الاجتماعي

ربطفي هذا المجال (27) فقرة نذكر منها :

دائما غالبا أحيانا أبدا

0 1 2 3

2- يتجنب النظر مباشرة لعيون الآخرين

- لا يهتم بالترحيب بالضيوف كأن يصلحهم
- لا يبادر لمساعدة الآخرين عند حاجتهم لذلك

3- مجال القصور في التواصل اللفظي وغير اللفظي

وينبغي هذا المجال (27) فقرة تذكر منها :

- يلفظ اسمه بشكل غير واضح
- يردد الكلمات التي يسمعوها دون إدراك معناها
- يردد آخر كلمة في الجملة التي يسمعوها

4- مجال السلوك التمتطي والاهتمامات والأنشطة المحددة

وينبغي هذا المجال (27) فقرة تذكر منها :

- يضحك فجأة دون سبب
- يصرخ فجأة دون سبب
- ينعب بلعبة وأحذية بنفس الطريقة

5- مجال القصور في اللعب التمثيلي والتخيلي

وينبغي هذا المجال (8) فقرة تذكر منها :

- لا يقلد أدوار الآخرين إنشاء النعب (مثل دور طبيب يكشف عن مريض)

6 مجال القصور المعرفي

وينبغي هذا المجال (27) فقرة تذكر منها :

- يصعب عليه تركيز انتباهه نحو شيء محدد
- يصعب عليه تحويل انتباهه من شيء لآخر
- لا يفهم معاني الكلمات المجردة مثل (الحزين، الشر، الحلال، الحرام) .

مقياس تشخيص السلوك التوحدي للفئة العمرية (6 - 17) عام

طور هذا المقياس قزاق (2006) على عينة أردنية حيث ($n = 250$) طفلاً وقد توفرت للأداة دلالات صدق وثبات ثور استخدامها لأغراض تشخيص حالات التوحد في الأردن ، وقد تألف المقياس من (60) فقرة تغطي الأبعاد التالية

1. بعد التفاعل الاجتماعي

ويغطي هذا المجال (14) فقرة ، ويتم الإجابة عليها باختيار واحدة من البدائل التالية التي تمثل على مدى تكرار السلوك من قبل الطفل والبدائل هي :

غالباً أحياناً نادراً أبداً

- يتعزل ويتجنب الأقران والآخرين من حوله .
- لا يملك الطفل صداقات مع لقرانه أو مع الأفراد من حوله
- لا يبادر الطفل مشاركة من حوله الألعاب

2. بعد الاتصال

ويغطي هذا المجال (14) فقرة ، تذكر منها :

لا يبادر في الكلام أو يبتدئ في الحديث

- بعد السلوكيات والاهتمامات النمطية والمتكررة (8) فقرات .
- بعد الاضطرابات النمائية في السنوات الثلاث الأولى (10) فقرات
- بعد الاستجابات الحسية والمعرفية (14) فقرة

وتشير معايير المقياس المشتقة بدلالة أداء عينة الدراسة على فقرات المقياس إلى أن العلامة الخام التي تقابل الرتب الثنائية (16 -43) تعني إن ان طفل عادي ، والعلامة التي تقابل الرتب الثنائية (44 - 66) إلى أن الطفل يعاني من الإعاقة العقلية ، فيما تشير العلامة الخام التي تقابل الرتب الثنائية (67 - 100) إلى حالات اضطراب طيف التوحد.

3. مقياس تشخيص اضطراب التوحد لدى الأطفال دون عمر السادسة في اللدقية

وطرطوس

وقد تم بناء هذا المقياس في دراسة قام بها حمدان (2013) ، وقد تم التحقق من فاعلية المقياس من خلال تقدير ثبات المقياس وصدق باستخدام أكثر من أسلوب إحصائي ومتمثلي ويشكون المقياس من (219) تغلي (7) مجالات وهي : الاجتماعي ، والتواصل ، والسلوكي ، والانفعالي ، وأخسي والانفعالي ، والتأخر النمائي .

ومن الفقرات التي تليها هذا المجالات :

- يتواصل بصرياً لمدة لا تتجاوز 3 ثانياً
- ينظر للأشخاص من زاوية عينه ، زاوية حادة
- في حال واجه موقف شغل لا يهتم بالنظر للآخرين
- يتجاهل وجود الآخرين تماماً
- يتعامل مع الأشخاص المحيطين به وكأنهم مهمتهم تحقيق طلباته
- لا يتبادل المشاعر العاطفية مع الآخرين
- لا يهتم بمشاركته بما لديه من مواقف بكاء أو حزن
- يتبادل المشاعر والعواطف مع الآخرين بطريقة غير مناسبة
- يفضل اللعب وحيداً
- يميل للألعاب التي تنسم بالحشونة والجري عند اللعب مع الآخرين
- يميل للألعاب التي تنسم بالروتين والتكرار
- ينظر للعب الاجتماعي مع أقرانه
- يفتقر للعب الرمزي والخيالي
- لا تجا به الألعاب التي يعب بها أقرانه
- يفتقر إلى اللعب الوظيفي بالألعاب
- يميل لصف الألعاب كالتشابهة في صفوف ويفضل في حال تغير ترتيبها
- يركز على جزء من اللعبة (كعجلة السيارة)
- قصر مدة اللعب بالألعاب مقارنةً بأقرانه
- لا يستجيب عند مناداته باسمه داخل المنزل
- لا يستجيب عند مناداته باسمه خارج المنزل
- يستجيب لاسمه عندما تربط الاسم بشيء محب له مثل: محمد

وتتدرج بدائل الإجابة على فقرات تقييمات من التبدل: غير موجود أبداً والتي تعنى القيمة صفر، إلى موجود نادراً ، موجود أحياناً ، موجود غالباً إلى موجود دائماً والتي تعنى القيمة (4).

ويمكن تفسير أداء الموضوع على فترات الاختبار ومن ثم تحديد فيما إذا كان يعاني من اضطراب طيف التوحد ، وشدة هذا الاضطراب من خلال مقارنة الدرجات الخام للطفل مع الدرجات الثابتة للمجموعة المعيارية التي تم تقنين المقياس عليها ومن ثم تشخيص الحالة وتثير الرتب الثابتة من (68 - 70) إلى توحد بسيط والرتب (71--94) إلى توحد متوسط والرتب 95 فما فوق إلى توحد شديد .

مقياس التشخيص الفارقي لحالات التوحد والإعاقة العقلية على عينة سورية

ظهر مقياس لتشخيص الفارقي لحالات التوحد والإعاقة العقلية في دراسة قامت جبر (2007) على عينة سورية (ن = 210) ، توفرت فيها دلالات صدق وثبات تبرر استخدامها لقياس وتشخيص حالات التوحد في سوريا ، وقد تألف المقياس من (76) فقرة تغطي الأبعاد التالية :

- التفاعل الاجتماعي
- اللغة والتواصل
- السلوكيات النمطية والاهتمامات غير العادية

(الرومان، 2010)

مقياس تشخيص حالات التوحد

تم بناء هذا المقياس وتحقق من فاعليته في دراسة قامت بها جبر (2007) بهدف الوصول لأداة قياس لتشخيص الأطفال المشبه بإصابتهم باضطراب طيف التوحد وقد تكون المقياس من (99) فقرة غطت الأبعاد التالية :

- بعد التفاعل الاجتماعي
- بعد لسلوك النمطية والاهتمامات والأنشطة المحددة
- بعد التواصل اللفظي وغير اللفظي
- بعد الاستجابة الحسية
- بعد الاستجابة الانفعالية

الفصل السادس

الدراسات التي اهتمت بتشخيص اضطرابات طيف التوحد

- الدراسات العربية
- الدراسات الأجنبية

الدراسات السابقة

في هذا الفصل سيتم عرض الدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت بإعداد مقاييس واختبارات ووثائق تهدف للكشف عن اضطرابات طيف التوحد ، بالإضافة إلى الدراسات التي اهتمت بتطوير وتقنين صور من المقاييس الأصلية الخاصة بتشخيص اضطرابات طيف التوحد ، كما سيتم ذكر النقاط المستفادة من هذه الدراسات .

أولاً : الدراسات العربية :

دراسة جعين السامي (1985) : المملكة الأردنية الهاشمية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تطوير صورة أردنية من قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) تتوفر فيها دلالات صلاحية وموثوقية ملائمة للبيئة الأردنية، وهدفت أيضاً إلى مقارنة أداء الأطفال الأردنيين لتحسين والإطلاق الأمريكيين المتحولين حلة تلك القائمة.

نتائج الدراسة: تم التوصل إلى دلالات صلاحية لهذه القائمة مثلة بالصلاحية التمييزية من خلال قدرتها على التمييز بين مجموعة الدراسة المشتملة بفئات (التوحد والاعاقة العقلية) عند مستوى دلالة $(p < 0.05)$ ، على كل بعد من أبعاد المقياس الخمسة: البعد الحسي ، البعد الاجتماعي ، البعد الجسمي واستعمال الأشياء ، البعد اللغوي ، البعد الاجتماعي والمساعدة الذاتية ، وذلك باستخدام أسلوب تحليل التباين الأحادي وشيفيه ، كما توفر دلالات عن صلاحية المحتوى للصورة الأردنية تمثلت في إجراءات تطوير وإعداد الصورة الأردنية من القائمة ، وتوفرت أيضاً دلالات عن الموثوقية (الثبات) للصورة الأردنية من خلال استخدام معادنة كرونباخ ألفا $(\alpha = 0.81)$ وتراوحت معاملات الارتباط ما بين $(0.780 - 0.83)$ وأيضاً باستخدام أسلوب اتفاق المقيمين وقد تراوحت معاملات الثبات ما بين $(0.95-0.96)$ ويعتبر العنقل لديه توحد إذا حصل على درجة تزيد عن 4 على هذه القائمة

دراسة عبد الفتاح شزال (1997) ، جمهورية مصر العربية

هدف الدراسة : هدفت الدراسة إلى تقنين مقياس تقدير السلوك التوحدي على البيئة المصرية ويتكون المقياس من أربعة أبعاد تمثل المشكلات المرتبطة بالأطفال

التوحدون وهي: مشكلات الاتصال الاجتماعي ، لمشكلات الانفعالية ، المشكلات السمعية والبصرية ، مشكلات النشاط الحركي. تم تطبيق القياس على 20 طفل لديه توحد ، وقام الباحث بوضع طريقة للتصحيح وتم تحديد درجات تتراوح ما بين 0 إلى 4 لكل سؤال من الأسئلة في القياس .

نتائج الدراسة: تم التوصل إلى دلالات صلاحية للمقياس تمثلت في صلاحية المحتوى بعد عرضه على مجموعة من المحكمين ، وصلاحية البناء العاملي الذي أشار إلى أن المقياس يتوزع على أربعة عوامل رئيسية تمثل نفس الأبعاد التي يقوم عليها ، كما توفرت دلالات موثوقية للمقياس تمثلت في موثوقية الإعادة والذي بلغ (.83) ، كما توفرت دلالات موثوقية بطريقة اتفاق المقيمين وبلغت (.86) .

دراسة ضى أمين عيد العزيمز (1999) ، جمهورية مصر العربية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى دراسة التاريخ الارتقائي للأطفال الذين لديهم توحد للوصول إلى الظاهر الأوتية للاضطراب ، ومشاركة الوالدين في عملية تشخيص العلقن ، بالإضافة إلى دراسة الخصائص التي يتصف بها الأطفال الذين لديهم توحد ومعرفة المتغيرات التي لها دلالة في تشخيص التوحد ، وتكونت عينة الدراسة من (34) طفل وطفلة من الأطفال الذين لديهم توحد وأمهاتهم وكذلك 34 طفل وطفلة من العاديين وأمهاتهم ، وقد تم مراعاة تكافؤ المجموعتين في العمر الزمني والجنس وترتيب الطفل داخل الأسرة ودرجة قرابة الوالدين ومستواهم التعليمي ووظائفهم والمتعلقة السكنية ، وتم استخدام في هذه الدراسة المعيار التشخيصي الإحصائي الرابع DSM-IV ، واستمارة بيانات أولية من إعداد الباحثة ، ومقياس السلوك التكيفي من إعداد فاروق محمد صادق (1985) ، وقائمة تشخيص اضطراب طيف التوحد من إعداد ألباحثة ، وقائمة فحص المجال الإدراكي لبرنامج بورتيج لتربية انبكرة أ الصورة العربية (1993)، (خام ، 2013)

نتائج الدراسة: أشارت الدراسة لوجود مظاهر أولية للتوحد تظهر من خلال الشهور الأولى من الحياة يمكن للأسرة ملاحظتها ومن ثم التسارعة في عرض الطفل على المختصين للحصول على التشخيص المبكر ومن ثم التدخل المبكر ، وجود فروق بين مجموعتي الأطفال العاديين والأطفال الذين لديهم توحد في النواحي التنمائية المختلفة

لقياس السلوك التكيفي لصالح مجموعة الأطفال العاديين على جميع الأبعاد ، ما عدا بعدي السلوك الشاذ جنسياً وسنوك لا يوثق به حيث لم تظهر فروق بين مجموعتي البحث على هذين البعدين ، ووجد فروق بين مجموعتي الأمتال العاديين والأطفال الذين لديهم توحد على أبعاد قائمة بتشخيص التوحد لصالح مجموعة الأطفال الذين لديهم توحد على جميع الأبعاد ، ووجد فروق بين مجموعتي الأطفال العاديين والأطفال الذين لديهم توحد على أبعاد قائمة فحس المجال الإدراكي لبرنامج يورثج لصالح الأطفال العاديين على جميع الأبعاد .

دراسة مهن نصر ، جمهورية مصر العربية

أجرت نصر (2001) دراسة قامت فيها بإعداد قائمة لتقدير الاتصال اللغوي لدى الأطفال التوحدين ، وهدفت هذه القائمة إلى التعرف على مظاهر ومستويات الاتصال اللغوي لدى الأطفال اثنو حثيين، ويظهر ذلك في صورة مؤشرات ملموسة أو سلوكيات للأطفال تظهر قدرته على الاتصال اللغوي . وتضمن الاتصال اللغوي خمسة أبعاد أساسية هي : التقليد الانتباه التعرف والفهم التعبير والتسمية وتكونت القائمة من (50) فقرة ، تكمل منها أربعة خيارات ، مستوحاة من (1-د) حيث تعطى (1) ثلاث درجات وتمثل أعلى سلوك اتصالي ، وتعطى (د) صفر وتعني عدم وجود مشيرات الاتصال اللغوي . وقد توفرت دلالات صدق لهذه القائمة مثلة في صنف المحكمين ،والذين أشاروا إلى ان (0,95) من فقرات القائمة تعبر مناسبة وتصبح لقياس درجة الاتصال اللغوي لدى الأطفال . كما توفر ذوي اضطراب طيف التوحد دلالات صدق تميزي للقائمة ، من خلال قدرتها على التمييز بين الأفراد ذوي الفرجات العالية والأفراد ذوي الفرجات المتخفضة عن قائمة الاتصال لغوي . كما توفرت دلالات ثبات لتقائمة من خلال حساب الثبات بطريقة الإعادة وقد وجد أن معامل الارتباط يساوي (0,59) . وتم أيضا حساب الثبات باستخدام معادلة كرونباخ ألفا ، وكان معامل الثبات يساوي (0,92) .

دراسة عادل محمد ، جمهورية مصر العربية

فقد أجرى (محمد،2002) دراسة هدفت إلى إعداد مقياس الطفل التوحدي لأغراض تشخيصية فقط في البيئة المصرية، وتآلف المقياس من (28) فقرة يجاب عليها (بنعم أو لا) من جانب الأخصائي أو أحد الوالدين وتم صياغة فقرات المقياس استنادا

لدى المعايير الواردة في اندليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الطبيعية الرابعة (DSM-IV-1994) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) بالإضافة إلى مراجعة التراث السيكولوجي حول ما كتب عن التوحّد وقد توفرت في هذا للقياس دلالات عن الصدق ثملت في صدق المحكمين حيث تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص وأخرجه بصورته النهائية، وكذلك توفرت دلالات عن الصدق التلازمي سيث، تم تطبيقه على عينة من الأطفال، التوحدين (ن=13)، وإعطاء درجة واحدة للاستجابة بـ (نعم) وصفر للاستجابة بـ (لا) واستخدّم المقياس المعامل الذي أعلنه عبدالرحيم بحيث (1999) لحساب معامل الارتباط، وبلغ معامل الصدق التلازمي (0,86) كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس باستخدام طريقة الإعادة بفاصل زمني مقداره شهر واحد، وبلغت قيمة الثبات (0,91)، وكذلك تم حساب الثبات للتناسق الداخلي للمقياس بدلالة الأداء على الفقرة باستخدام معادلة كيودر ويتشارسون رقم (21) وقد بلغت قيمة الثبات (0,84)، وتم حساب الثبات بطريقة اتفاق المقيمين وقد بلغت قيمة الثبات (0,93).

دراسة طيارش الشمري وزيدان السرطاوي (2002) المملكة العربية السعودية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى التحقق من صدق وثبات الصورة العربية من مقياس تقدير التوحّد الطفولي (CARS) والصورة المختصرة التي طورها الباحثان من خلالاً تقديرات المعلمين ومساعدي المعلمين العاملين في أكاديمية التربية الخاصة وبرامج التوحّد الملحقّة بمعهد التربية الفكرية بالمملكة العربية السعودية، وبلغت قيمة الدراسة (105) تلاميذ من النضار أقل من 12 سنة، كان منهم 24 طالباً من التوحدين، و 22 طالباً من 44 المتخلفين ذهنياً، و 26 طالباً من العاديين، وقد مر تطبيق المقياس بثلاث مراحل: تمثلت المرحلة الأولى في تطبيق الصورة المختصرة التي طورها الباحثان، فيما تمثلت الثانية والثالثة في تطبيق المقياس قبل التدريب وبعد التدريب على التوالي.

تتائج الدراسة:

أوضحت الإجراءات المتعددة التي تجت إليها الباحثان فتح الصورة العربية والصورة المختصرة للمقياس بدلالات صلاحية مناسبة ثملت في صدق المحتوى (اتفاق المحكمين) والصدق التمييزي الذي ثمت في التفريق بين التلاميذ التوحدين

والمتخلفين ذهنياً القايين للتعلم (والصدق العنلي) مثل دلالات الصدق العاملي بالكشف عن وجود عامل واحد للصورة العربية للمقياس تشبهت به جميع فقرات المقياس وتبين أن هذا العامل مسؤول عن تفسر ما نسبته (78.8%) من التباين، أما عن دلالات الثبات فقد توفرت دلالات ثبات للمقياس بطريقة الاتساق الداخلي من خلال ارتباط جميع الفقرات بالبعد الكلي للمقياس إذ تراوحت قيم معامل الارتباط ما بين (0.79 - 0.96) كما توفرت دلالات عن ثبات المقياس بطريقة التجزئة التصفية بلغت قيم معامل الارتباط وفق هذه الطريقة (0.93).

دراسة عيدا الحميد سليمان ومحمد عبدالله (2003): الملقاة العربية السعودية

تعد أجزاً دراسة هدفت إلى إعداد دليل تشخيصي إكلينيكي في السعودية، للتعرف المبكر على الأطفال ذوي اضطراب حيز التوحد الذين تتراوح أعمارهم من (شهر - 30 شهر)، وكذلك الأفعال التوحديين في مرحلة المدرسة الابتدائية من عمر (6-11) سنة تقريبا، حيث قاما الباحثان بتحليل عينة من الآثار النظري التخصصي، والدراسات السابقة في مجال التوحد، وتوصلا من خلالها إلى الأبعاد الرئيسة للدليل التشخيصي بقسميه، والتي شملت أربعة أبعاد رئيسة للقسم الأول من المقياس من عمر (شهر - 30 شهر) وهي اضطراب الحركة، والسلوك الحسي، والاستجابة للأشياء والموضوعات والتواصل مع الآخرين، أما القسم الثاني من الدليل فقد تكون من خمسة أبعاد للأعمار (6 - 11) وثالث في: اضطراب الحركة، والاستجابة للأشياء والموضوعات واللغة، والاضطراب الانفعالي والعجز الاجتماعي ومن ثم قاما الباحثان بصياغة العبارات التي تنتمي إلى كل بعد من الأبعاد، وكان عند العبارات للقسم الأول من المقياس (49) عبارة، وللقسم الثاني (81) عبارة، وقد توفرت في هذه الدراسة دلالات عن الصدق تثبتت في صدق المحكمين من خلال عرضه على مجموعة من المحكمين لتأكيد من سلامة الصياغة. لتغوية وارتباط الفقرة بالأبعاد، ولم تتوفر دلالات صدق أو ثبات أخرى للمقياس.

دراسة نايف الزارع (2003) المملكة العربية السعودية

تقد هدفت الدراسة بناء قائمة تقدير السلوك التوحدي في البيئة السعودية تتوافر بها دلالات الصدق والثبات ، حيث قام ببناء القائمة التي تألفت من (216) فقرة موزعة على (11) بعدا وقد توفرت في هذه الدراسة دلالات عن صدق المحتوى حيث تم عرضها على مجموعة من المحكمين، تكونت القائمة النهائية من (201) فقرة موزعة على (7) ابعاد وبسة وهي : العناية الذاتية واللغوي والتواصلي والاكاديمي والسلوكي والجسمي والصحي وأخسي والاجتماعي والانفعالي، ثم طبقت القائمة على عينة مكونة من (180) طفلا في المملكة العربية السعودية - الرياض- واشتملت العينة على (ن=60) من المعاقين عقليا و (ن=60)توحيديين و (ن=60) عاقلين ضمن الفئات العمرية من (7-15) وقد تم تحليل انبيئات الناتجة عن عملية التقييم باستخدام تحليل ثنائي الاحادي والثنائي، لدرجة الفروق في الأداء عنى كل بعد من الابعاد السبعة لتكوة القائمة مجتمعة بما ينبغي الحالة العقلية والقدرة العمرية، وقد تم التوصل الى دلالات الصدق التمييزي للمقياس من خلال قدرة المقياس على التمييز بين العاقلين والتوحيديين والمعاقين، عقليا وكذلك قدرة المقياس على التمييز بين الخصائص الخاصة للتوحد بما للمستويات العمرية، وقد توفرت دلالات ثبات للمقياس باستخدام طريقة الانساق الداخلي من خلال استخدام معادلة كرونباخ الفا وقد بلغت قيمة معامل الثبات للمقياس الكلي (0,99) كما توفرت دلالات ثبات للمقياس عن طريق الاعادة من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس في مرتين التطبيق بفارق زمني مقداره اسبوعين لكل بعد على حده وللمقياس ككل وقد بلغت قيمة معامل الثبات الكلي (0,98).

دراسة لبناء عويس (2006) في الخليج العربي

هدفت هذه الدراسة إلى بناء وتقسيم مقياس لتشخيص حالات التوحد على مستوى منطقة الخليج العربي وقد تألف المقياس من (116) فقرة موزعة على خمسة ابعاد هي : لتفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي ، وغير اللفظي الجانب المعرفي المنحجب ، التمثيلي والتخييلي والسلوك النمطي والاهتمامات والأنشطة المحددة .

تكونت هيئة الدراسة من (1080) مفعوصاً يتسمون لقضايا التوحد والإعاقة العقلية ولعائدين وقد تم التوصل إلى دلالات صدق للقياس تثلث في صدق المحتوى من خلال مراجعة مجموعة من المحكمين للقياس وزمراجه بصورته النهائية، كما تم التوصل إلى دلالات للصدق ائتلازمي (ن=85) من خلال حساب معاملات الارتباط ما بين الأداء على القياس والأداء على قائمة تقدير السنوك التوحدي التي قام بإنشائها نزارح (2003) في الهيئة السعودية وقد بلغ معامل الارتباط (0,66) كما تم التوصل إلى دلالات صدق البناء من خلال طريقة التحليل العاملي (ن=1080) حيث وجد أن هناك (13) فسترت (72,1) من التبين على فقرات القياس كما توقرت دلالات عن الصدق التمييزي حسب احوالة العقلية والتمة العمرية والنفاض بينهما عن طريق تحليل التباين الثنائي عند مستوى دلالة (α = 0,05) كما توقرت دلالات لثبات القياس من خلال طريقة الإعادة (ن=35) حيث بلغ معامل الثبات (0,96) وبامستخدام كروتباخ ألفا بلغت بالاتساق الداخلي (29,9) وبلغ معامل الثبات أيضاً باستخدام طريقة التجزئة النصفية (0,79) كما تم التوصل لعايير للأداء على القياس (ن=1080) ملائمة لبيئة الخليج العربي .

دراسة إمام القزازه (2007) في المملكة الأردنية الهاشمية

التي هدفت إلى التحقق من فاعلية مقياس صمم، لتشخيص حالات اضطراب التوحد، وتمييزها عن حالات الإعاقة العقلية المتوسطة والشديدة، والحالات العادية في عينة أردنية، وذلك من خلال التوصل إلى دلالات صدق وثبات ووصف لمستويات أداء هيئة الدراسة على القياس التشخيصي للسلوك التوحدي في البيئة الأردنية، ولتحقق ذلك تم بناء القياس في صورته الأولى ثم عرضه على مجموعة من المحكمين من ذوي الاختصاص (ن=10) وتم التوصل إلى الصدرة النهائية والتي تألفت من (60) فقرة موزعة على خمسة أبعاد رئيسة هي: بعد التفاعل الاجتماعي، وبعد التوصل، وبعد السلوكيات والاهتمامات والنشاطات المتكررة والنمطية والمحدودة، وبعد الاضطرابات النمائية في السنوات الثلاث من عمر الطفل، وبعد الاستجابات الحسية والمعرفية، وتكونت هيئة الدراسة من (350) مفعوصاً موزعين حسب الحالة العقلية والنفاة العمرية كما يلي: (150) عاديون، (82) معاقين عقلياً بدرجة متوسطة وشديدة،

(118) توحدين، وقد تم اختيارهم بطريقة قصصية وتراوحت أعمارهم ما بين (6-17) سنة ضمن ثلاث فئات عمرية هي: (6-9) ، (10-13) ، (14-17) وقد تم التوصل إلى دلالات عن صدق المقياس، وذلك من خلال حساب صدق المحتوى كما تم التوصل إلى دلالات عن الصدق التلازمي وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات الأداء على مقياس الدراسة والحيورة الأردنية من قائمة تقدير السلوك التوحدي التي طورها الصادي (1985) حيث بلغ معامل الارتباط الكلي بينها (0,886) عند مستوى دلالة ألفا (0,01) كما تم التوصل إلى دلالات عن صدق البناء للمقياس من خلال أسلوب التحليل العاملي على عينة الدراسة (ن=350) حيث وجد أن هناك (3) عوامل تفسر (56,666%) من التباين في فقرات المقياس كما توفرت دلالات عن انصدق التمييزي للمقياس حسب الحالة العقلية، حيث أشارت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية على كل بعد من أبعاد المقياس وعلى الدرجة الكلية تعزى لمُخر الحالة العقلية بينما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى دلالة ألفا (0,05) بين كل حائزين من الحالات العقلية الثلاث كما توفرت دلالات ثبات لمقياس الدراسة بطريقة اتفاق المقيمين، حيث بلغت قيمة الثبات (0,939) عند مستوى دلالة ألفا (0,01) كذلك توفرت دلالات ثبات بطريقة الانساق الداخلي باستخدام معادلة ألفا كرونباخ حيث، بلغت قيمة الثبات على المقياس ككل (0,975) وعلى الأبعاد الرئيسة ما بين (0,880-0,946)، كما فوصل الباحث إلى وصف مستويات أداء عينة الدراسة من خلال تحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية ورتب مثبته ورسم الصفحة البيانية الخاصة بمناطق الأداء.

دراسة بحوثية جبر: 2007: الجمهورية العربية السورية

تقد هدفت الباحثة في دراستها إلى بناء مقياس تشخيصي للتوحّد على عينة سورية، حيث تألف المقياس من (99) فقرة موزعة على خمسة أبعاد وهي: بعد التفاعل الاجتماعي، وبعد التواصل العقلي وغير اللفظي، وبعد السلوك النهطي والاهتمامات والتشائعات، وبعد الاستجابة الانفعالية وبعد الاستجابة الحسية وتكوّنت العينة من (215) مبحوصاً موزعين على الحالات العقلية التالية: توحّد(ن=68) ، توحّد مع إعاقة عقلية (ن=47) و عاديون (ن=100) موزعين على الفئات العمرية التالية: (أقل من

5 سنوات، (أكثر من 12) سنة توفرت للمقياس دلالات من صدق اختري، حيث بلغت نسبة اتفاق المحكمين على فقرات المقياس (79,9%) كما توفرت دلالات عن الصدق التلازمي بإيجاد معامل الارتباط بين الأداء على المقياس، والأداء على قائمة السلوك التوحدي السعودية، وكان معامل الارتباط (0,96)، كما استطاع المقياس التمييز بين الحالات العقلية عند مستوى دلالة ($p < 0,05$) كما توفرت دلالات عن الصدق العائلي للمقياس، بحيث أشارت النتائج إلى وجود عامل يفسر معظم الأداء على المقياس كما توفرت دلالات لثبات المقياس بطريقة اتفاق القيمتين ($n = 29$) بنف معامل الارتباط (0,77)، أما الثبات باستخدام معادلة الفا كرونباخ ($n = 215$) كان معمل الارتباط (0,95) كما تم التوصل لدلالات عن فعالية الفقرات بحساب معامل الارتباط بين الفقرات، والبعد الذي ينتمي اليه وأشارت نتائج الدراسة أن معاملات الارتباط جميعها دالة احصائياً عند مستوى ($p < 0,05$).

دراسة شيبيل صلاح حميدان (2007)، المملكة العربية السعودية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة والتي تمت بإشراف ورعاية مركز وثلة الأمير فيصل بن فهد للتوحد بالرياض إلى التعرف على دلالات صدق وثبات الصورة السعودية من مقياس الملته النفس تربيوي لتقييم الأطفال الذين لديهم توحد من عمر سنتين ونصف وحتى سن 4 سنوات ، وهو مقياس أدائي يهدف لتحديد مستوى الأداء الحالي للطفل ، تكوئت الدراسة من 143 طفلاً لديهم اضطراب التوحد و 20 طفلاً عادياً.

نتائج الدراسة: تم التوصل إلى دلالات صدق للمقياس تثبتت في الصلاحية التمييزي من خلال وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات حية التوحد ومتوسطات تقديرات حية العاديين على جميع الاختبارات الفرعية والمركبات وكانت جميع الفروق لصالح العاديين ، وهذا يدل على قدرة الاختبار على التمييز بين المجموعتين بشكل واضح ، ولعما يتعلق بالصدق العامي فقد أظهر التحليل العاملي للمقياس وجود (2) عاملاً تتدرج تحت الفقرات يمكن اختراقاً إلى 10 عوامل أساسية تتعلل في الاختبارات الفرعية للمقياس ، وقد وجد أن مجموعة نسب الثبات، لصدق

العالمي يساوي 24.03% أي أن العشرة حواس تقسم 24% من الظاهرة المراد قياسها ، ونسباً تتعلق بصدق المحكمين تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين من ذوي الخبرة والاختصاص في مجال التوحيد في المملكة وقد تم إجراء التعديلات المناسبة التي أوصى بها المحكمون على الفقرات ذات العلاقة بالبعد الثقافي للبيئة السعودية. أما دلالات ثبات المقياس فلم إيجاد معاملات ثبات كرونباخ ألفا للاختبارات الفرعية والمركبات وقد تبين أن معاملات الثبات للاختبارات الفرعية تراوحت بين (91 _ .96) ومعاملات الثبات للمركبات تراوحت (82- .89) (غام، 2013).

دراسة لانا هارون: (2008) المملكة الأردنية الهاشمية

حيث أجرت الباحثة دراسة هدفت إلى تطوير صورة أردنية من قائمة تقييم السلوك التوحيدي (ATEC)، والتوصل إلى دلالات صدق وثبات القائمة في صورتها الأردنية، وتكونت القائمة من (77) فقرة موزعة على أربعة أبعاد وهي: المهارات اللغوية، المهارات الاجتماعية، المهارات الحسية والمعرفية، المهارات السلوكية والصحية، وتم تطبيق القائمة على عينة الدراسة المكونة من (190) مقحوصاً اختيرت بشكل عشوائي من مراكز التوحيد ومراكز التربية الخاصة، وتم توزيعهم حسب متغير الحالة العقلية والفئة العمرية كما يلي: حاديين (60) مقحوصاً، معاقين عقلياً (60) مقحوصاً و توحديين (70) مقحوصاً ضمن الفئات العمرية التالية: (5-7 : 8-10 ، 11-13) وتوفرت للمقياس دلالات صدق المحتوى، حيث بلغت نسبة اتفاق المحكمين (85%) فيما يتعلق بانصيافة اللغوية وبلغت (98%) فيما يتعلق بمدى ارتباط الفقرة بالبعد، كما توفرت دلالات عن الصدق التمييزي للقائمة بقدرتها على التمييز بين فئات الحالة العقلية، وذلك من خلال تحليل أليات النتائج عن تطبيق المقياس (n=180) باستخدام أسلوب تحليل التباين الثنائي (3x3) متغيري الحالة العقلية والفئة العمرية، وبحساب لفستويات الثلاث ضمن كل متغير وإشارات النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (n=0.05) في الأداء على كل بعد من الأبعاد الأربعة للمقياس ككل، والتي تعزى إلى متغير الحالة العقلية بمستوياتها الثلاث، ولم تشر النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً معزى لمتغير الفئة العمرية، كما توفرت دلالات عن الصدق التلازمي (n=40) وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين الأداء على الصورة الأردنية من قائمة

تقييم السلوك التوحدي (ATEC) وبين الأداء على الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي (ABC)، حيث بلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية (0,74) كما توفرت دلالات عن ثبات القائمة بحساب الثبات بالطريقة انصافية (ن=180) وبلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية (0,91) وتراوحت معاملات الارتباط على الأبعاد الأربعة ما بين (0,88 - 0,94) كما توفرت دلالات ثبات بطريقة الاتساق الداخلي من خلال معادلة اتفاق كرونباخ (ن=180) إذ بلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية (0,98) بينما تراوحت معاملات الارتباط على الأبعاد ما بين (0,88 - 0,96) كما تم حساب الثبات بطريقة اتفاق القيمين (ن=30) حيث بلغ معامل الارتباط على الدرجة الكلية (0,96) وتراوحت معاملات الارتباط على الأبعاد ما بين (0,89-0,94) وجميعها ذات عند مستوى (α=0.05) .

دراسة لوقتي شاتو (2013) الجمهورية العربية السورية

حيث هدفت الدراسة إلى بناء وتقيّم مقياس لتشخيص الأفعال ذوي طيف التوحد للفترة العمرية من (3-6) في مدينتي اللاذقية وطرطوس، تكون المقياس من 219 فقرة ليما تكونت عينة الدراسة من (180) طفلاً (60) مرزعين على فئات ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية والتعاقين بالتساوي .

للتحقق من فاعلية المقياس تم إجراء العديد من التحليلات للتطبيق والاحصائية، فقد تم عرض المقياس على (14) همكماً بهدف الوصول للتحليل النظري كما تم التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس (الصدق والثبات) . فقد قدر ثبات المقياس باستخدام طريقة الاختيار وإعادة الاختبار حيث بلغ معامل الثبات (0,94) ، فيما بلغ معامل الثبات بطريقة التجزئة التصفية (0,70) . كما تم حساب الثبات وفق معادلة سيرمان - براون وقد بلغ ثبات المقياس (0,91) . وفيما يتعلق بالخاصية السيكومترية الثانية للمقياس (الصدق) فقد كانت نسبة الاتفاق بين المحكمين لا تقل عن (0,80) . كما توفرت للمقياس دلالات الصدق التمييزي من خلال قدرة فقرات المقياس على التمييز بين الفئات الثلاث، حيث دلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α=0,05) .

ووصف مستويات أداء عينة الدراسة على المقياس تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياري للدرجات احكام لأفراد عينة الدراسة (180) على الدرجة الكلية للمقياس وتحويل الدرجات الخام للمقياس ككل الى رتبة مئوية ودرجة ثانية تبعاً لتغير لفظة العمرية ، ومن ثم رسم انصفحة وقد تم تحديد منطقة أداء التوحد بثلاث مستويات متخلفين متوسط ومرتفع

دراسة جمال المقابلة (2014) : المملكة الأردنية الهاشمية

حيث هدفت الدراسة إلى التحقق من دلالات صدق وثبات ، وبالتالي اشتقاق معايير لتفنين الصورة المعربة من مقياس تقدير مزية ، التوحد (Autism Spectrum Rating Scale, ASRS) لفئة العمرية (6 - 18) عاماً نموذج تقديرات المعلمين، ومقارنتها بالصورة الأصلية للمقياس .

وقد تكونت عينة الدراسة من (488) طفلاً، منهم (358) طفلاً من الأطفال للمشخصين بالإصابة باضطراب طيف التوحد، و (65) طفلاً من ذوي الإعاقة العقلية ، و(65) طفلاً من الأطفال لعاديين ضمن الفئة العمرية (6-18) عاماً ، تم اختيارهم باستخدام الطريقة العشوائية .

تم التحقق من صدق المقياس بعدة طرق، فقد تم حساب صدق الاخترى للمقياس من خلال تقدير نسبة اتفاق المحكمين على سلامة الترجمة و الصياغة اللغوية للفقرات حيث بلغت (95٪) . وقد تم التوصل إلى دلالات الصدق التلازمي بعد تطبيق الصورة الأردنية (مقياس تقدير طيف التوحد) والصورة المعربة من (8)مئة تقدير السنوك التوحدي) على (30) طفلاً من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومن ثم حساب معامل الارتباط بين الأداء على المقياسين حيث بلغ معامل الارتباط بينهما (0,645). وكذلك حساب معامل الارتباط بين الأداء على (مقياس تقدير طيف التوحد) والصورة المعربة من (مقياس جليام لتقدير التوحد ،) اني طورها (AL-Jabery) عام (2008) على (30) طفلاً حيث بلغ معامل الارتباط بين أداء الأطفال على المقياسين (0,60) .

كما تم التوصل إلى دلالات صدق البناء للمقياس بإتباع أسلوب التحليل العاملي على عينة الدراسة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ($n = 358$)

حيث وجد أن هناك ثلاثة عوامل تفسر ما نسبة (35,231 %) من التباين بين فقرات المقياس . وتوفر للمقياس أيضا دلالات الصدق التمييزي حسب متغير الحالة التصنيفية (الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، والأطفال ذوي الإعاقات العقلية ، ولأطفال العاديين) وذلك عن طريق استخدام تحليل التباين الأحادي بدلالات اختلاف المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام عند مستوى الدلالة (0.01=). حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على كل مجال من مجالات المقياس وعلى الدرجة الكلية تعزى لمتغير الحالة التصنيفية. كما أشارت نتائج اختبار شيفيه للمقارنات البعثة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01=) بين كل حالتين من الحالات التصنيفية لثلاث.

وقد استخدمت العديد من الأساليب الإحصائية بهدف التوصل إلى دلالات ثبات مقبولة للمقياس ، فقد تم حساب ثبات المقياس بطريقة اتفاق القسرين وثبات الإعادة والاتساق الداخلي، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بيرسون ثبات المقياس على تشخيص الطفل الواحد (0,99) على الدرجة الكلية للمقياس . وبلغ ثبات المقياس بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار بفواصل زمني مدة 14 يوما (0,85)، وتم أيضا حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0,72)، وتوفر للمقياس دلالات ثبات بطريقة كرونباخ ألفا ، حيث بلغت قيمة معامل الثبات (0,89) .

وللتوصل إلى معيار لقياس ثبات الأداء على المقياس تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام للفترة العمرية (6 - 11) حيث (ن = 205) و للفترة العمرية (12 - 18) حيث (ن = 153) على الأبعاد المختلفة والدرجة الكلية لكل مقياس ثم حساب الترتيب الثبوتية والدرجات التائية المتأخرة للدرجات الخام .

ولدى مقارنة الصورة المعربة من مقياس تقدير طيف التوحد مع الصورة الأصلية للمقياس ، وجد أن كلا من عدد الفقرات ، وعدد المجالات ، بقي متساويا بينهما ، وبقيت أيضا الترتيب الثبوتية التي تصنف شدة اضطراب طيف التوحد لدى الطفل للصاب وهي (98 - 99 وتعني درجة مرتفعة جدا من اضطراب التوحد) ، و (93 - 97

والعني مرتفع)، و(84 - 92 وتعني مرتفع قليلاً)، و(14 - 83 وتعني متوسط). فيما كان هناك اختلاف بين الدرجات الخام انقابلة للدرجات المقطع للترتيب المتينية، ويعزى هذا للاختلاف إلى الفرق في حجم العينتين الأردنية والأمريكية حيث كان عدد أفراد العينة الأمريكية (960) طغلاً، فيما كانت عدد أفراد العينة الأردنية (358) طغلاً من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

دراسة علي العنوان (2014) المملكة الأردنية الهاشمية

حيث هدفت الدراسة إلى اشتقاق معايير ثنتين أداء على الصورة الأردنية من قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (ABC-3) لفتة العمرية من (2-13) سنة ومقارنتها بالمعايير الأمريكية للمقياس، وذلك من خلال التوصل إلى دلالات صدق وثبات ووصف لمستويات أداء عينة الدراسة على المقياس في البيئة الأردنية على مستوى الأقاليم الثلاث (شمال، وسط، جنوب)، وتكررت عينة الدراسة من (385) مفحوصاً ضمن فة التوحد والفتة العمرية من (2-13) سنة ضمن فتين عمريتين (2-6) سنة و (7-13) سنة، و(60) طغلاً من ذوي الإعاقة العقلية، و (60) طغلاً من الأفراد العاديين، ضمن الفتة العمرية (2 - 13) سنة، وتم اختيارهم باستخدام طريقة العينة المتاحفة وتم التوصل إلى دلالات صدق المقياس، وذلك من خلال حساب صدق المحتوى، حيث بلغت نسبة اتفاق المحكمين على سلامة البناء اللغوي (70% - 100%)، كما تم التوصل إلى دلالات الصدق التلازمي، وذلك من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجات الأداء على مقياس الدراسة (قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة) والصورة الأردنية من مقياس جيليام (GARS-2) التي طورها (Aljabry, 2008) لتلام بيئة الأردنية، حيث بلغ معامل ارتباط (0,73) عند مستوى دلالة (0,05).

كما تم التوصل إلى دلالات عن صدق البناء للمقياس من خلال استخدام التحليل العاملي على عينة الدراسة (385)، حيث كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود عامل واحد تشبعت به جميع الفئات تبيين إن هذا العامل مشمول عن تفسير ما نسبته (76%) من التباين، كما توفرت دلالات عن الصدق التمييزي للمقياس حسب

الحالة العقلية، وذلك من خلال حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام تبعاً للحالة العقلية، وتم التحقق من وجود فروق في الأداء على تدرج الكلية للمقياس، تبعاً لتغير الحالة العقلية من خلال تحليل التباين الاحدي (ANOVA)، وأشارت نتائج اختبار (شيفيه) للمقارنات البعدية إلى وجود فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha=0.05$) بين كل حاليتين من الحالات العقلية الثلاث (التوحد، الإعاقة العقلية، اضعاف).

كما توفرت دلالات ثبات لمقياس الدراسة بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار، حيث بلغت قيمة أنتاج (0,817) حد مستوى دلالة ($\alpha=0.01$)، وتوفرت كذلك دلالات بطريقة الاتساق الداخلي باستخدام معادلة كرونباخ ألفا، حيث بلغت قيمة الثبات للفتين العمرين (0,84) و (0,82) على التوالي، وبلغت قيمة الثبات للفتين العمرين من خلال التجزئة النصفية (0,715) و (0,752) على التوالي، وتوفرت كذلك دلالات ثبات بطريقة اتفاق القيمين حيث بلغت قيمة الثبات (0,838) عند مستوى دلالة ($\alpha=0.01$)

ولوصف مستويات أداء عينة الدراسة على المقياس تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام لأفراد عينة الدراسة (385) على الدرجة الكلية للمقياس وتحويل الدرجات الخام للمقياس ككل إلى رتبة مئوية ودرجة ثانية تبعاً لتغير فئة العمرية، وعن ثم رسم الصفحة البيانية الخاصة بمناطق الأداء المتوقعة للفتين العمرين

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

دراسة روتينبرغ Rittenberg و كاليش Kalish و ويرنر WERNER و وولف Wolf (1977) بالولايات المتحدة الأمريكية.

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى تطوير أداة تقدير سلوك الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وغير الأسوياء، وتتألف هذه الأداة من ثمانية أبعاد هي: العلاقات مع الآخرين، التواصل مع الأقران والكبار، النمو النفسي البيولوجي، الاستجابة الاجتماعية، الحركات الجسمية، استقبال الكلام والأصوات، اللغة اللفظية

التعبيرية ، إتقان المهارات العمادية ، حيث يقوم الفاحص بمراقبة الطفل ضمن بيئة مسوية طبيعية حيث يتوفر لكل بعد من أبعاد الأداة سلم تقديري متدرج من 10 درجات .

نتائج الدراسة: توفرت للأداة دلالات صلاحية تمتثل في صلاحية البناء من خلال التحليل العاملي حيث كان عدد العوامل التي أعطت قيمة تمييزية تشخيصية هو عامل واحد تمثل في ضعف التفاعل الاجتماعي التبادلي ، بالإضافة إلى فشل عامل واحد في التمييز بين

المجموعات المتباينة التي أجريت عليها الدراسة وهي: التوحد ، فصام الطفولة ، نحسة الكلامية ، الإعاقة الذهنية. وقد ت ا روحت معاملات الارتباط بين درجات الأداة على الأبعاد الفرعية ما بين الأبعاد التي يتكون منه المقياس ما بين (.86 - .54) .

دراسة فريمان Freeman و ريتفو Ritvo و كاثوي Guthrie و سكروث Schroth و بول (1978) الولايات المتحدة الأمريكية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى بناء مقياس للملاحظة السلوكية لاضطراب طيف التوحد (BOS) بهدف التمييز بين الأطفال الذين لديهم توحد والمعوقين ذهنياً والعادين ، وتحديد مستويات اضطراب طيف التوحد. وتكونت عينة الدراسة من (88) طفلاً تتراوح أعمارهم ما بين (23 - 73) شهر.

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

دراسة كروج Krug وإريك Arick وألوند Almond (1980) الولايات المتحدة الأمريكية

هدف الدراسة: هدفت الدراسة إلى إعداد قائمة تقدير لسلوك التوحدي (ABC) ، وتهدف هذه القائمة إلى التعرف على مظاهر السلوك التوحدي ، وتتألف من 24 فقرة موزعة على الأبعاد الخمسة التالية: البعد الحسي ، البعد الاجتماعي ، البعد الجسمي واستعمال الأشياء ، البعد اللغوي ، البعد الاجتماعي والمساعدة الذاتية .

نتائج الدراسة: توفرت لهذه القائمة دلالات صلاحية تمثلت في صلاحية المحتوى من خلال مراجعة الحكمين للقائمة وإخراجها بالصورة النهائية ، كما توفرت دلالات الصلاحية التمييزي: من خلال قدرة القائمة على التمييز بين الفئات المشمولة في العينة وهي التوحد ، الإعاقة الذهنية الشديدة ، الاضطرابات الانفعالية ، القسم ، الكنتونون ، العاديون. كما توفرت دلالات ثبات لفقائمة من خلال طريقة انفاق المقيمين حيث بلغ معامل ثباتها (.95) ، وتوفرت دلالات ثبات باستخدام الطريقة التصفية حيث بلغ معامل الثبات (.94) .

دراسة سكويرا (Schopler) و ريشلر Rechler و روفر Rorer (1988) : الولايات المتحدة الأمريكية:

والتي هدفت لتطوير نسخة معدلة من مقياس تقدير التوحد الطفولي (Childhood Autism Rating Scale, (CARS) الذي صمم عام 1980 في الولايات المتحدة الأمريكية . ويهدف 'تقدير زئي التعرف على الأطفال التوحدين ، والتفرقة بينهم وبين الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة والمعوقين عقليا. كما يهدف إلى تحديد درجة إصابة الطفل بالتوحد . بسيط ، متوسط أو شديد . ويتألف المقياس من (15) فقرة تتدرج الإجابة عليه من (1-4) مع وجود درجات بينية (3,5 - 2,5 - 1,5) ونشير التقديرات تسلسليا للمستويات التالية : (حادي - بسيط - متوسط - شديد) ، توفرت دلالات صدق لهذا المقياس تمثلت بالصدق التلازمي مع التقديرات الإكلينيكية ، وكان معامل الارتباط (.84) وصدق تلازمي مع تقديرات الوالدين والعلمونات (بالـ: % من منق الطالب والمقنبلات غير المنظمة مع لأطفال حيث كان معامل الارتباط (.80) كما توفر صدق تلازمي مع تقديرات الوالدين أثناء تشخيص بمعامل ارتباط (.82) . وقد تم تقدير ثبات الاختبار بعدة طرق منها الانساق الداخلي وكان معامل الارتباط (.94) ، وأيضا طريقة اتفاق المقيمين وكان معامل الارتباط (.7) أما درجات التي تحدد تشخيص الحالة كانت على النحو التالي : (1,5 - 29,5) غير توحدي ، (30 - 36,5) توحدي بدرجة بسيطة إلى متوسطة (37-60) توحدي بدرجة شديدة .

دراسة كوهين ، ألين وجيلبرغ (Cohen, Allen & Gillberg, 1992) في المملكة المتحدة

الذين أجروا دراسة هدفت إلى بناء أداة كشفية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحّد الصغار بعمر (18) شهراً (CITAT) ، (The Checklist for Autism in Toddlers) ، تركز على المؤشرات المبكرة للدالة على وجود التوحّد لدى الأطفال في ذلك العمر . وتكونت هذه الأداة من (9) أسئلة تتم الإجابة عليها بـ (نعم ، لا) ، و(5) فقرات تمثل مواقف يضع الفاحص الطفل فيها . وقد اشتملت عينة الدراسة على (41) طفلاً ، لديهم اعتماد وراثي عائلي لتطور اضطراب توحّد ، و(50) طفلاً توحديين تم اختيارهم بشكل عشوائي . وتوزعت فقرات وأسئلة الأداة على عدة أبعاد هي : ضعف الانتباه على اللعب الاجتماعي مع الأقران ، ضعف القدرة على الإشارة إلى الأشياء ، ضعف القدرة على اللعب التخيلي ، وضعف الاهتمام أثناء التفاعل الاجتماعي . حيث أشارت نتائج الدراسة إلى أنه يمكن ملاحظة الدلالات المبكرة التي تعطي إشارة باحتمالية ظهور التوحّد مستقبلاً من خلال ملاحظة خاصيتين أو أكثر في عمر (18) شهر . كما أظهرت الأداة قدرة على الصدق التنبؤي من خلال بعض الحالات التي شخصت على عمر (30) شهراً بأنها حالات توحّد ، وكانت قد أظهرت سابقاً في عمر (18) شهراً مؤشرات توحّد مبكرة على هذا القياس .

دراسة إيوانز وميلنر (Evans & Milner, 1993) في الولايات المتحدة الأمريكية

وذلك بهدف فحص طبيعة العلاقة ما بين أداتين واسعتي الاستخدام هما (ABC) و (CARS) ، وإيجاد معامل الصدق التلازمي بينهما، وقد اشتملت عينة الدراسة على (77) فرداً، شخص (48) منهم على أنهم توحديون بناء على السجلات الخاصة بهم، بينما المنحوصين الآخرين أوضحت سجلاتهم بأنهم من المشبهين أن لديهم اضطراب توحّد وتراوحت درجات الارتباط بين هاتين الأداتين (0,16 - 0,73) ، وبلغ معامل الصدق التلازمي ما بين الدرجات الكلية على الأداتين (0,67) ، وأشارت النتائج إلى أن مقياس (CARS) يمكن من التعرف على (9%) من الحالات التي شخصت على أنها توحّد، بينما استطاع أن يحدد (69%) من الحالات التي تشبه أن لديها توحّد، بينما استطاعت قائمة (ABC) التعرف على (88%) من الحالات التي شخصت على أنها

توحد، بينما نُجمت في تحديد (48%) من الحالات التي يشبه بأنها توحد مما يدل على فعالية الأداة في تشخيص حالات التوحد. وشبه التوحد.

دراسة جليام (Gilliam, 1995) في الولايات المتحدة الأمريكية

فقد أجرى جليام دراسة هدفت إلى تطوير مقياس لتشخيص التوحد والاضطرابات السلوكية الخاصة به وقد سمي بمقياس جليام لتقدير اضطراب التوحد (Gilliam Autism Rating Scale, GARS). وقد اعتمد الأساس النظري في بناء هذا المقياس من معكبات التشخيص الواردة في (DSM-IV)، حيث جرى تطبيق المقياس على عينة مكونة من (1092) طفلاً توحدوا بتراوح أعمارهم من (3 - 22) سنة. وزالف المقياس من (4) أبعاد وهي التفاعل الاجتماعي وعدد فقراته (14)، التواصل وعدد فقراته (14)، السلوك النمطي وعدد فقراته (14)، الاضطرابات خلال الثلاث سنوات الأولى وعدد فقراته (14). وتوفرت دلالات صدق وثبات للمقياس من خلال صدق البناء من خلال التحليل العاملي؛ كما توفرت دلالات صدق تلازمي. فله الأداة مع قائمة تقدير لسلوك التوحدي (ABC) وكان معامل الارتباط بينهما (92). كما توفرت دلالات ثبات للمقياس بطريقة انقا ترونيخا لحساب الاتساق الداخلي حيث بلغ معامل الثبات (90) لبعد أنسلوك النمطي و (89) لبعد التواصل، و (85) لبعد الاضطرابات، و (93) لبعد التفاعلات الاجتماعية. كما تم اشتقاق معايير لأداء عينة التفرئين حيث تقسم درجات المقوم على النحو التالي (131) درجة فما فوق توحد شديد جداً؛ (130 - 121) درجة توحد شديد، (120 - 111) درجة توحد فوق المتوسط. (110 - 90) درجة توحد متوسط. أما الدرجات (89 - 80) فتشير إلى توحد دون المتوسط، و الدرجات (79 - 70) تشير إلى توحد بسيط. وأخيراً فإن الدرجات إذا كانت (69) فما دون فتشير إلى توحد بسيط جداً.

دراسة ديلافور، ثوري وروثر (Dialavor, Lord & Ritter, 1995) في الولايات المتحدة الأمريكية

فقد كانت هذه الدراسة تهدف إلى فحص دلالات ثبات أداة جنول الملاحظة التشخيصية للتوحد ما قبل اللغوي (The Pre-Linguistic Autism Diagnostic

(Observational Schedule, FL-ADOS) والتي طورها دبالانور ونورد وروتر كأداة ملاحظة شبه منظمة، لتشخيص التوحد لدى الأطفال الذين لا يستخدمون الجمل اللفوية والمشمول إصابتهم بالتوحد على نفس معايير أداة (ADOS) الأصلية ، والتي تعمل على تشخيص التوحد لدى الأطفال ، وقد عملت الدراسة على استخراج اثبات للأداة باستخدام طريقة اتفاق المقيمين ، حيث كانت معاملات الارتباط عالية ، كذلك توفرت دلالات صدق تمييزي للمقياس (0.63) . وتم تصوير جميع الحالات باستخدام الفيديو ، وكانت درجات التقدير كافية للتمييز بين فئات عينة الدراسة . كما كان الحساب الرمزي التشخيصي مرتبطا بشكل كاف للدلالة على معايير التشخيص ، والتي تم بناء الأساس النظري عليها وهي : الدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) الصادر عام (1994) ، والتصنيف العالمي العاشر للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية عام (1992) ، مما يدل على صدق عشوى الأداة .

دراسة بولت وبوستكا (Bolte & Postka, 2004) في جمهورية ألمانيا الاتحادية

لقد أجريت هذه الدراسة للتحقق من الخصائص السيكومترية، لمقياس جدول الملاحظة الشخصية للتوحد (ADOS) ليلائم البيئة الألمانية ، وقد أشارت النتائج إلى توفر دلالات صدق للمقياس تمثلت في دلالات الصدق التلازمي مع مقياس المقابلة التشخيصية لاضطراب التوحد - المنقح (ADI-R) حيث بلغ معامل الارتباط (0.79) ، وتراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية للمقياس ما بين (0.31-0.45) ، ودرجة التجانس ما بين أداتي التطبيق كانت (0.77) وكانت درجة دقة المقياس (ADOS) تبلغ (0.490) ، والقدرة التمييزية (0.481) ما بين التوحد الكلامي واضطرابات طيف التوحد الأخرى . وتوفرت كذلك دلالات ثبات للمقياس تمثلت في ثبات الاتساق الداخلي على بعدي التواصل والتفاعل الاجتماعي التي تراوحت ما بين (0.78-0.89).

دراسة ونغ ، هيو ، لي، تيونغ، فنغ، جونغ (Wong, Hui, Lee, Leung, Lau, Fong, & Chung, 2004) في الصين

ففي الصين فقد أجرت هذه الدراسة بهدف تطوير قائمة التوحدين الصغار (لدرجة) (CHAT-23) وتقنينها على عينة صينية ، وهذه الصورة مبنية على النسخة

الأمريكية لهذه الأداة والتي تسمى (M-CIAT) وتهدف الصورة الصينية الممدلة إلى تحديد وتشخيص الأطفال التوحدين ضمن الفئة العمرية من (18 شهر - 24 شهر) وقد تكونت عينة الدراسة من (212) طفلاً تم تقسيمهم إلى مجموعتين ، المجموعة الأولى (ن=86) وتكونت من أطفال توحدين وأطفال لديهم اضطرابات نمائية ، أما المجموعة الثانية فقد تكونت من (ن=125) طفل غير توحدي . وقد تكونت الأداة من قسمين ، القسم الأول تكون من (23) سؤالا ، يقوم الأهل أو المقربون من الطفل بالإجابة عليه ، أما القسم الثاني فيتكون من (5) أسئلة تمثل مواقف ملاحظة مباشرة للطفل من قبل الفاحص . وقد تم عمل تحليل عنلي تمييزي لتحديد الأسئلة التي تميز اضطراب التوحد بالشكل الأفضل ، وقد توصنت الدراسة إلى تحديد (7) أسئلة في القائمة اعتبرت الأكثر قدرة على تمييز هذا الاضطراب ، وركزت هذه الأسئلة على الأمور التالية : القدرة على جذب انتباه الطفل ، اللعب التخيبي ، العلاقات الاجتماعية . وقد أشارت النتائج إلى أن فشل التفاعل على فترتين من الفترات السبعة المفتاحية أو فشلة على أي (6) فقرات من الفقرات الثلاث والعشرون أو أي فشل على أي فترتين من فقرات الملاحظة المباشرة يمكن أن يشير إلى إمكانية عالية لدى الطفل لتطور اضطراب التوحد . وقد أشارت الدراسة إلى ضرورة إجراء المزيد من الدراسات على هذه القائمة

دراسة الجابري (Aljabery,2008) في التوليات المتعددة الأمريكية

حيث أجرى الجابري (Aljabery,2008) دراسة هدفت إلى تطوير صورة أردنية من مقياس (Gilliam Autism Rating Scale, GARS-2) وقد تكونت عينة الدراسة من (100) طفل للفئة العمرية (2 - 13) مسميين إلى (50) طفل توحيد و (50) طفل من ذوي الإعاقة العقلية ، وقد تم التحقق من الخصائص السيكومترية للصورة أمرة من المياس بطرق متنوعة مثل التحقق من مدى تطابقه بين الصورة المترجمة والمقياس بصورته الأصلية من خلال قيام أكثر من مترجم بترجمة المقياس حيث بلغت نسبة الاتفاق بين المترجمين 100٪ مما يعني أن الصورة المترجمة تتطابق تماما الصورة الأصلية وكذلك صدق المحتوى وصدق البناء كما تم التحقق من ثبات الاختبار بثلاث جلسات الاتساق الداخلي وقد تم التحقق من الصدق التلازمي للمقياس من خلال حساب قيمة معامل الارتباط بين مقياس (ABC) و (GARS-2) حيث كان الارتباط ذو دلالة

إحصائياً ، وقد تم التحقق من صدق البناء من خلال استخدام اختبار T-TEST المعروفة دلالة الاختلاف في متوسطات أداء الأطفال التوحديين و ذوي الإعاقة العقلية على فقرات المقياس حيث أظهرت نتائج الاختبار إلى وجود فرق ذو دلالة إحصائية في ما يعني قدرته على التمييز بين الأطفال التوحديين وذوي الإعاقة العقلية ، وقد تم التحقق من ثبات الاختبار باستخدام طريقة الاتساق الداخلي بمثلة بطريقة كرونباخ ألفا والتجزئة التصفية وقد أظهرت النتائج تمتع المقياس بدلالات ثبات عالية، مما يعني قابلية استخدام الصورة المعربة من مقياس جليام في تشخيص اضطرابات التوحد في الأردن .

دراسة كروج ، اريك والموند (Krug, Arick, Almond, 2008) في الولايات المتحدة الأمريكية . حيث هدفت هذه الدراسة إلى تفتين قائمة السلوك التوحدي الطبعة الثالثة (ABC-3) وتكررت الأداة من (47) فترة، والفترة العمرية من (2 - 13:11) سنة تكون الإجابة عليها بـ (نعم، لا)، وتكونت عينة الدراسة من (386) فرداً من الأطفال للشخصين باضطراب التوحد، واعتمد الأساس النظري في بناء المقياس على المعايير الواردة في (DSM-IV-TR-2000) ومعايير كل من (Kanner (1958)، (Creak(1964)، (Rimland(1964)، (Lerner(1974)، (Levaaz(1973)، (Rutterberg, Woven(1965) والدراسات التي أجريت على فئة التوحد من (40) سنة وحتى تاريخ إجراء، وتوفرت للمقياس دلالات عن الصدق التلازمي من خلال إيجاد معامل الارتباط بين الأداء عنى المقياس والأداء على مقياس (GARS-2)، وكان معامل الارتباط (0,64) وعلى مقياس (PEP-3) كان معامل الارتباط يتراوح من (0,41 - 0,67)، وكما تولدت للمقياس دلالات ثبات بطريق ألفا كرونباخ وكان معامل الثبات (0,88) وبطريقة الإعادة وكان معامل ثبات (0,99) وتم حساب الرتب المثبتة والدرجات المعيارية للعلامات الخام ولتفتين العمر بين (2 - 6:11) سنة، و(7 - 13:11) سنة.

دراسة جولدمستين وليجليري (Goldstein and Naglieri , 2009) في الولايات المتحدة الأمريكية .

وفي الولايات المتحدة الأمريكية أجرى دراسة هدفت إلى بناء وتفتين مقياس تقدير طيف التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية . وتعتبر هذه المقياس من المقياس

للحديث والشهادة لأمازيغ التوحّد. وكأني تغطي المدى العمري من (18 - 2) ويكتسب أهمية أيضا من كبر حجم عينة التثمين: أباغ عندما 2056 طفلا وقد راعى الباحث في اختيار العينة التوزيع الجغرافي، والتباين العرقي والثقوي والعمرى والجنس مجتمع التوحّد في الولايات المتحدة الأمريكية، تقسم مقياس تقدير طيف التوحّد تبعاً للمتغير العمري قسمين: الأول يغطي الفئة العمرية (5-2) سنوات والثاني للفئة العمرية من (18 >) وقسم كل واحد منهما إلى قسمين، الأول مقياس تقدير طيف التوحّد تقديرات المعلمين والثاني مقياس تقدير طيف التوحّد تقديرات الآباء، بالإضافة إلى صورة مختصرة عن كل نموذج.

تمّ تقدير ثبات الاختبار بعدة طرق منها الاتساق الداخلي حيث حسب الثبات بطريقة كرونباخ ألفا وتراوحت درجات تقديرات المعلمين لتراوح المقياس ما بين (.77) - (.97) وتمّ حساب الثبات عن طريق الاختبار وإعادة الاختبار وكانت درجة الثبات للمقياس الفرعية من (.78 - .92)، كما تمّ تقدير ثبات المقياس لأبعاد المقياس المختلفة وأشارت نتائج التحليل الإحصائي إلى أن فروع المقياس المختلفة تتضح بدرجات ثبات ذات دلالة إحصائية جيدة تراوحت ما بين (.73 - .92) لقد تمّ التحقق من صدق مقياس تقدير طيف التوحّد ASRS من خلال تقدير صدق اختبري وصدق البناء والصدق المرتبط بمعك فقد تمّ حساب الصدق المنطقي من خلال تقدير معامل الارتباط بين مقياس جليام (GARR) ومقياس تقدير طيف التوحّد ASRS تراوحت معاملات الارتباط ما بين (.83 - .70)، لنتائج للمقياس الأربعة. كما تمّ حساب معامل الارتباط بين مقياس جليام لتقدير اضطراب أسبيرجر (GADS) و تمّ حساب الصدق المنطقي ما بين مقياس ASRS و CARS وتراوحت قيم معامل الارتباط للقدرة ما بين (.60 - .40) . كما توّجرت للمقياس صدق أبتاد باستخدام التحليل تعاملي من خلال تقدير الارتباط بين كل فقرة والمجال الذي وضعت به. وكذلك حساب القدرة التمييزية لكل فقرة.

كما تمّ التحقق من صدق اختبري للمقياس من خلال اعتماد الباحثين في إعداد فقرات، مقياس على صيغ تشخيص التوحّد الواردة في (DSM-IV, V and ICD 10)

إذ أن بناء الفقرات مشتق من مجالات أضعف التي يعاني منها الطفل التوحدي مثل التفاعل الاجتماعي والسلوك التمثلي والتواصل .

دراسة جيليام وجيمس (Gilliam & Jones , 2014) في الولايات المتحدة الأمريكية

فقد هدفت هذه إلى تقييم العدد الثالث من مقياس جيليام (Gilliam Autism Rating Scale , 3rd Edition) وقد بلغت عينة التقييم التي طبقت شملتها الدراسة 1859 طفلاً ضمن المدى العمري (2 - 23) عاماً اختبرت بعناية لتمثل المجتمع الأمريكي بأحد بعين الاعتبار التباين العرقي والديني والجغرافي . وقد تكون المقياس من 56 فقرة تنطبق أنطانياً تاماً على سلوكيات الأطفال التي حددها الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس (DSM-5 , 2013) وقد وزعت الفقرات على ست مقياس فرعية وهي السلوكيات المحددة والمتكررة ، التفاعل الاجتماعي ، التواصل الاجتماعي ، الاستجابات الانفعالية ، النمط المعرفي . وقد توفر للمقياس دلالات صدق وثبات مقبولة تم التحقق منها بأكثر من أسلوب إحصائي كما تم اشتقاق معايير تقييم بدلالة أداء عينة التقييم على فقرات المقياس وتملت هذه المعايير بالترجمات الثانية والرتب الثنائية . فقد تم تقدير ثبات المقياس باستخدام طريقة الانساق الداخلي حيث بلغ معامل الثبات (0,85) كما تم حساب الثبات بطريقة ثبات الإعادة وكانت درجة الثبات القادرة (0,80) لمقاييس الفرعية و (0,90) للمقياس الكلي. وتوفر للمقياس دلالات صدق حيث تم حساب الصدق التمييزي وقد أظهرت فقرات المقياس قدرة عالية على تمييز الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد عن غيرهم من الأطفال العاديين أو ذات ذوي الاحتياجات الخاصة الأخرى، وتوفر للمقياس أيضاً دلالات الصدق البتائي فقد تم اختبار فقرات المقياس انطلاقاً من عكسات الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس وكذلك الصدق العاملي .

ويلاحظ أيضاً اعتماد الدراسات السابقة على المحكات الواردة في المراجعات المتتالية للدليل الإحصائي والتشخيصي للأمراض العقلية (DSM) والمحكات الواردة أيضاً في المراجعات المتتالية للدليل العالمي لتصنيف الأمراض (ICD) كان واضحاً في بناء مقياس تشخيص اضطراب التوحد ومن ذلك دراسة محمد (2002) ، ودراسة

عويس (2006)، ودراسة تراز (2007)، ودراسة جليام (1995، Gilliam) دراسة (Lord et al, 2001).

وقد استخدمت بعض الدراسات على مقياس قائمة تقدير السلوك التوحدي (ABC) كمحك في اجتهاد الصديق التلازمي مثل مقياس (CARS) في دراسة جليام (Gilliam, 1995)؛ والصورة الأردنية من مقياس Autism Treatment Evaluation Checklist (ATTC) في دراسة (هارون، 2008)، ودراسة الجابري (Al Jabery, 2008) مقياس (Autism Spectrum Rating Scale, ASRS)، وفي دراسة جولدمستين وجيليري (Goldstein and Naglieri, 2009)، أما في الدراسة الحالية فقد اعتمدت الباحثة على مقياسين للتوصل للصديق التلازمي وهما مقياس تقدير السلوك التوحدي (ABC) والذي طوره الصمائي عام 1985، ومقياس جليام لتقدير التوحد (CARS-2) الذي طوره (A. Jabery, 2008).

اتفقت معظم الدراسات في نتائجها للمقاييس التشخيصية لاضطرابات طيف التوحد على أبعاد أساسية عديدة؛ كانت بمثابة القاسم المشترك لهذه المقاييس وتثلت هذه الأبعاد في مجالات التفاعل الاجتماعي، التواصل، والسلوكيات غير العادية (المنطوية) كما في دراسة الزارع (2003) ودراسة جليام (1995، GILLIAM).

وقد استخدمت بعض الدراسات ترتيب الترتيب والعلامة الثانية لتحديد علامات القطع الدالة على درجة التوحد لدى الأطفال مثل مقياس (ASRS) وبعضها استخدم (Z-SCORE) والترتيب الترتيبية مثل دراسة (تراز، 2007).

أما بعض الدراسات استخدمت العلامات المعيارية والترتيب الترتيبية للدلالة على احتمالية التوحد لدى الطفل مثل مقياس (ABC,3) ومقياس (GARS) في حين استخدمت دراسات أخرى هذه العلامات لتحديد درجة التوحد لدى الطفل حيث تدرج التصنيف من منخفض إلى مرتفع جداً مثل مقياس (ASRS).

بعض الدراسات صنفت الأطفال المصنفين باضطرابات طيف التوحد إلى فئتين وهما: الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ذوي الأداء المرتفع (High Function Autism) والأطفال ذوي الأداء المنخفض (Low Function Autism) في المقابل أشارت

بعض الدراسات إلى أن اضطرابات طيف التوحد تأخذ مستويات عدة تبدأ بانخفاض فالمتوسط ثم المرتفع فالمرتفع جدا .

أعتمد بعض الباحثين على المعايير الواردة في الالةة لتشخيصية الإحصائية الأمريكية للأمراض العقلية في إجراء دراساتهم وبناء الاختبارات والمقاييس لتشخيص اضطراب التوحد كما في الدراسات العربية مثل دراسة (محمد،2002) ، ودراسة (هويس،2006) وبعض الدراسة الأجنبية مثل دراسة جليام (Gilliam,1995) والتي طور من خلالها مقياس (GARS-2) ودراسة ديالافور ،لورد وروتر (Dialavore, Lord & Rutter, 1995) والتي طور من خلالها مقياس (PL-ADOS) ودراسة كروج، أريك والموند (Krug, Arick, Almond,2008) والتي طور من خلالها مقياس (ABC-3) .

وقدمت جميع الدراسات السابقة دلالات صدق وثبات للمقاييس التي تم بناؤها أو تطويرها، وقدمت بعض هذه الدراسات معايير مقبولة تعكس أداء الأطفال التوحدين على المقاييس التي تم بناؤها أو تطويرها مثل دراسة ودراسة كروج، أريك والموند (Krug, Arick, Almond,2008) والتي طور من خلالها مقياس (ABC-3) دراسة جليام (Gilliam,1995) ودراسة (Schopler, Reichler & Rutter,1988)

واتفقت معظم الدراسات السابقة على إبعاد أساسية في بناء المقاييس لتشخيص اضطراب التوحد وهذه الأبعاد هي : التفاعل الاجتماعي، السلوكيات التنبؤية، مهارات التواصل، الاستجابات الحسية والمعرفية وظهر ذلك من خلال دراسة (الزراع،2003) ودراسة جليام(Gilliam,1995) .

بالإضافة إلى ذلك ركزت بعض الدراسات العربية والأجنبية على تطوير صور من مقاييس حالية على بيئات مختلفة مثل دراسة الصمادي (Smadi,1985) على البيئة الأردنية ودراسة (الشعري،السرطاري،2002) على البيئة السعودية ودراسة (فزال،1997) على البيئة المصرية ودراسة بولت وپوستكا (Bolte & Poustka,2004) على البيئة الألمانية ودراسة (الغابرة،2014) على البيئة الأردنية .

الفصل السابع

التدخل العلاجي للأطفال

ذوي اضطراب طيف التوحد

- مقدمة
- تعريف التدخل المبكر
- أهمية التدخل المبكر
- أنواع التدخلات
 - أساليب التدخل النفسي
 - أساليب التدخل السلوكي
 - أساليب التدخل التعليمي
 - أساليب التدخل الطبي
 - أساليب العلاج بالفييتامينات
 - أساليب تدخل أخرى
- البرنامج التربوي الفردي
- مقومات البرنامج التربوي الفعال للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

التدخل المبكر

مقدمة

كانت للنسبة المتزايدة من الأطفال الذين تعرضوا للإعاقة قبل مرحلة المدرسة أكبر الأثر في ارتفاع الأصوات التي تنادي بم حاجتهم إلى خدمات خاصة تسمى التربية الخاصة المبكرة أو برامج التدخل المبكر Early Intervention وهذه البرامج ما زالت قاصرة في معظم الدول العربية، ويمكننا أن نلعب دوراً فعالاً في حالة عدم نجاح برامج الوقاية أو تتطلب إيجاد الكشف المبكر لتقديم تلك الخدمات.

ومع تعاظم الاهتمام بتطوير برامج الأطفال في السنوات الثلاث الأولى من العمر الأمر الذي دفع الكثير من مؤسسات الرعاية في العالم كله إلى إعادة النظر في برامجها المتعلقة ومحاولة تعديلها للعاق بركب التقدم في مجالات جهات برامج مكافحة الإعاقة ساعداً في ذلك التقدم العلمي التوهم في أساليب الكشف المبكر والوقاية من مسببات الإعاقة والتطور في مجالات الرعاية الصحية الأولية وارتفاع أعداد هؤلاء الأطفال ذوي الحالات الخاصة في الآونة الأخيرة ومع ارتفاع معدلات الفقر والتعوز والحرمان والتشرد خاصة بالدول النامية المختلفة وبالتحديد في مواقع بؤر التوتر والغليان التي تتفق معظم دعوها الوطنية رغم تدافعها في شراء السلاح وامتهاد وسائل القتل السريع، وقد نجم عن هذا كله قصور في الخدمات، وقصور في وسائل الوقاية من الإعاقة خاصة غياب التخصصات ضد الأمراض المعدية وتواضع الخدمات المتقدمة للأمومة والطفولة .. وذلك عبر خدمات علاجية وتربوية صممت ببرامج تخص الأطفال في مرحلة السنت سنوات الأولى من العمر يتميزون بحالات خاصة تتطلب التدخل سواء كانوا معاقين أو متاخرين نمائياً أو معرضين لخطر الإعاقة أو التأخر (Autism).

هذه الخدمات تقدم إما من خلال مراكز متخصصة يعمل بها اختصاصيون في مجالات مكافحة الإعاقة والتربية الخاصة مثل العلاج الطبيعي، والعلاج التطقي، والعلاج الوظيفي والإرشاد الأسري والبرامج التربوية الفرعية والتنظيم التربوي، ونفسى تحت خطة إشراف طبي مستمر من أجل تطوير مهارات الطفل أو تقديم تلك الخدمات في منزل الأطفال بهدف تدريب الأمهات على وسائل العناية بالعقل المعوق من خلال

مخصصات في الإرشاد الأسري مؤهلات لهذا الغرض تزيّن التنازل أسبوعياً. وقبل أن يحقق البرنامج سمته الإعلامية الملمومة كانت حالات التدخل المبكر يتم إحالتها أساساً من قبل طبيب مختص في فروع الطب وتجري اختبارات كثنائية سريعة عليهم لتحديد أوجه الإعاقة العقلية أو الحركية أو السلوكية من خلال الاختبارات والقياسات المتوفرة بالمركز بعدها يتم اتخاذ قرار العلاج والتدخل المناسب، وبعد ما تحقق للبرنامج الاستجابة لدى الأسر صارت تلك الأسر التي تعاني من ولادة طفل معوق هي الأسرع مبادرة لاستشارة خدمات المركز.

تعريف خدمات التدخل المبكر

تعرف خدمات التدخل المبكر بأنها (خدمات تربية وصحية واجتماعية تتركز أولاً على الأطفال وأسرعهم في وقت الأزمات التي تحيط بميلاد أو اكتشاف طفل مختلف قليلاً أو كثيراً وسواء تضمن الاختلاف الضعيف الطبيعي أو حالة إعاقة معروفة أو الانتماء إلى مجموعة عرضة للخطر مثل الأطفال الخدج (Remature Babies).

والتدخل المبكر وجد من أجل رعاية هذه الفئات المتنوعة من الأطفال الذين هم في السنوات الست الأولى من أعمارهم. ويومج التدخل المبكر تقديم خدمات لا توفرها الحضانات ورياض الأطفال العادية. وغالباً ما تشمل هذه الخدمات :

- التقييم الطبي والتربوي - النفسي الشامل.
- تصميم برامج تربية فردية خاصة.
- تقديم خدمات العلاج الطبيعي والوظيفي والتنطقي.
- إرشاد أسرة الطفل والعمل معها بشكل متواصل.
- تمهين الأساليب والأدوات التعليمية لتصبح ملائمة لحصائص الطفل وقدراته وغير ذلك من الاختبارات التربوية والعلاجية والتدخل المبكر يوصف عادة بأنه (تربية خاصة مبكرة) وفي السنوات الخمس الأولى من العمر يتعلم ان الطفل معظم المهارات اللغوية والإدراكية والاجتماعية التي تعد أساس وضع النمو في المستقبل.

وفي الآونة الأخيرة أصبح مفهوم التدخل المبكر أكثر شمولية وأوسع نطاقاً حيث أنه لم يعد يقتصر على الأطفال الرضع الذين يعانون إعاقات واضحة ولكنه أصبح يستهدف جميع فئات الأطفال المعرضة للخطر لأسباب بيولوجية أو بيئية.

فالتعريف المتداول حالياً للتدخل المبكر هو (أنه توفير الخدمات التربوية والخدمات المساندة للأطفال المعوقين أو المعرضين لخطر الإعاقة اللذين هم دون الثالثة من أعمارهم وأسرههم أيضاً).

والتدخل المبكر يشير إلى جملة من العمليات والأنشطة المعقدة والديناميكية متعددة الأوجه وتبعاً لذلك يتصف ميدان التدخل المبكر بكونه ميداناً متعدد التخصصات كذلك فهو ميدان يتركز حول الأسرة حيث أنه يزودها بالإرشاد والتدريب ويوكل إليها دوراً رئيساً في تنفيذ الإجراءات العلاجية. فبرامج التدخل الناجحة لا تعالج الأطفال كأفراد معزولين ولكنها تؤكد على إن الطفل لا يمكن فهمه جيداً بمعزل عن الظروف الأسرية والاجتماعية التي يعيش فيها.

أهمية التدخل المبكر

تكمن أهمية التدخل المبكر في الطفولة الأولى ما قبل سن المدرسة في أن تنمية المهارات المركبة لتوجيه الجسم والجملوس والوقوف والشئ والجري والتوازن إلى جانب نمو المهارات اللفظية والكلام والتحكم بالبول وعادات الطعام المقبولة تعتبر ذات أهمية قصوى في مساندة الطفل على التكيف مع البيئة بالإضافة إلى تطوير قدراته العقلية واللغوية والاجتماعية.

وقد أثبتت الأبحاث العلمية بما لا يدع مجالاً للشك أن برامج التدخل المبكر تغير سلوك الأطفال وهذا التغيير في السلوك قد يمتد بزيادة مستوى استقلالية الطفل وتحسن قدرته على العناية بذاته، واكتساب أنماط سلوكية جديدة لم يكن قادراً على تأديتها، وتطور معدلات النمو لديه سواء من الناحية انفعالية أو اللغوية أو الحركية أو الاجتماعية الانفعالية.

وهذه الحقيقة جعلت بعض الرواد في ميدان التربية الخاصة يؤكّدون على أن التدخل المبكر يحسن السلوك ويعتقدون أن معظم حالات الإعاقة ما كان لها أن تحدث

لو أن الأطفال لم يتعرضوا لظروف بيئية سيئة. فالدراسات تبين أن سلوك الأطفال الذين يعيشون في بيئة هرومة أو مشهورة بتحسن بشكل ملحوظ عندما يوضعون في ظروف بيئية أفضل.

كما ترتبط أهمية التدخل المبكر بمفاتيح هامة هي :

- إن التدخل المبكر هو وقاية من تطور الإعاقات عن طريق تطوير وتدعيم النمو.
- إن التدخل المبكر يتم في مرحلة نمو حرجة وحساسة يكون التعلم فيها أسرع وأسهل من أية مرحلة عمرية سابقة.
- أن التدخل المبكر يضمن جندوى اقتصادية لدى أسر المتوقفين توفر أعباء مادية جسيمة كانت لتمثل في الإقامة الدائمة بمؤسسات الرعاية .

دور التدخل المبكر في الحد أو التخفيف من الإعاقة

لقد بينت البحوث العلمية إن التدخل المبكر يساعد الأطفال فهو يخفف تأثيرات حالة الإعاقة وهو يحقق ذلك أسرع من التدخل المتأخر. ولكن مثل هذا الدور ومدى تأثيره يتوقف على عدة عوامل منها ما يلي :

- تاريخ الكشف المبكر للإعاقة.
- عمر الطفل المعوق وقت التحاقه بالمركز.
- طبيعة الإعاقة التي يعاني منها.
- الخدمات التي قدمت له وكفاءة القائمين على تنفيذها.
- مشاركة الوالدين والأسرة في تنفيذ البرنامج.

وقد وجد الباحثان بينيه وجورالنتك (1991) إن انخالية الساحة للأطفال الذين قدمت لهم خدمات التدخل المبكر في مرحله ما قبل المدرسة حققوا تحسنا دائما حال دون إعادتهم للمعروف الخاصة أو التمتعهم ببرامج التربية الخاصة مستقبلا وترك تأثيرات لم تبديد على تحصيلهم وأجتماعاتهم وقيمهم .

وفي تحليليهاا للنتائج التي توصلت إليها البحوث العلمية التي حاولت التحقق من فاعلية التدخل المبكر (Analysis of Effectiveness)، اوثايا تصنيف برامج التدخل إلى ثلاث فئات رئيسية وهي :

اضطرابات طيف التوحد للتخصيص والتدخلات العلاجية

- (أ) فئة البرامج الوقائية الموجهة نحو الأطفال الذين هم عرضة للخطر لأسباب بيئية.
- (ب) فئة البرامج الوقائية الموجهة نحو الأطفال الذين هم عرضة للخطر لأسباب بيولوجية.
- (ج) فئة البرامج العلاجية - التصحيحية للمرجحة نحو الأطفال المتأخرين ثانياً أو المعوقين.

مسير التدخل المبكر: الاحتمالات المرجحة

1. الالتحاق بمدرسة عادية : ونتيجته قد تكون مشجعة لو كانت الأسرة ملتزمة بالتعاون في البرنامج المعد للطفل ولو كانت إداعة الطفل أقل شدة والتدخل كان مبكراً فإن الفرصة مهيأة للطفل للائتحاق بمدرسة عادية.
2. الالتحاق بمدرسة خاصة للمعوقين : أما إذا كانت الإعاقة شديدة وكان التدخل متأخراً وليس مبكراً وجزئياً وليس كلياً فإن احتمالات إتحاق الطفل بمدرسة خاصة أو بمركز خاص للأطفال المعوقين واردة.

<http://www.aicruse.com/arc/showcontent-841.html>

أساليب التدخل العلاجية والتأهيلية التابعة في علاج أطفال طيف التوحد:

- أساليب التدخل انطسي
- أساليب التدخل السلوكي
- أساليب التدخل التعليمي
- أساليب التدخل الطبي
- أساليب العلاج بالفن والدرامايات
- أساليب تدخل لغوي

أولاً : أساليب التدخل النفسي

حاول ليوكاتز (Leo Kanner) وهو أول من اكتشف التوحد وتفسيره التوحد فرأى أن يرجع السبب إلى وجود قصور في العلاقة الانفعالية والتواصلية بين الوالدين (وبخاصة الأم) وانفصّل وبذلك نُظِرَ للأبناء خلال عقدين من الزمن على أنهم السبب في حدوث اضطراب التوحد لدى أطفالهم ، ولذلك ظهرت الطرق والأساليب

التفسي في علاج التوحد وقد امتدت هذه الطرق النفسية على فكرة أن النمو النفسي لدى الطفل يشترط ويتوقف عن التقدم في حالة ما إذا لم يعيش الطفل حالة من التواصل والاعمال الجيد السوي في علاقة مع الأم . ويركز العلاج النفسي على أهمية أن يجر العنقل لإقامة علاقات نفسية وفعالته جيدة ومشعبة مع الأم ، كما أنه لا ينبغي أن يحدث احتكاكا جسديا مع الطفل وذلك لأنه يصعب عليه تحمله في هذه الفترة كما أنه لا ينبغي دفعه بسرعة نحو التواصل الاجتماعي لأن أقل قدر من الإحباط قد يدفعه . (شيب ، 2008)

يعرف العلاج النفسي بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو أمراض ذات صفة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه ، وفيه يقوم المعالج 'متخصص بالعمل على إزالة الأعراض المرضية أو تعطيل أثرها ، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته واستغلال إمكانياته بحيث يكون أكثر . على التوافق النفسي . (العناني ، 1997)

وعلى الرغم من أن المعالجين النفسيين قد يتخصصون في أحد الأساليب العلاجية مثل التحليل النفسي ، أو العلاج السلوكي ، أو العلاج المعرفي إلا أن معظم المعالجين النفسيين يركنون إلى الأسلوب الانقائي في العلاج بمعنى أنهم يستعرضون مختلف الأساليب العلاجية ويختارون منها ما يتناسب وحالة المريض . (عبد المعطي ، 1998)

فهناك أساليب علاجية عديدة تستخدم في معالجة الأطفال ذوي الاضطراب طيف التوحد ويجب التأكيد من أنه ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأشخاص المصابين بالتوحد كما أنه يمكن استخدام اجزاء من طرق علاج مختلفة لعلاج العنقل الواحد وهي ما يأتي :

برونر بنلجم (Bruno Bettelheim) كان من أول من اقترح الطريقة النفسية في علاج التوحد مشيراً إلى والدتين باردين في صراطهما ورافضين العلاقة مع الطفل ، وأن هذا هو السبب الرئيسي للتوحد ، وهو شجع ويدافع على ضرورة نقل العنقل من منزل والديه وإدخاله إلى مصحات أو بيوت داخلية سواء داخل انشفي أو ملحقة بما (كما هو

في أمريكا) وطريقته متداخلة مع نقل الطفل من سيطرة الوالدين مع العلاج وتغيير البيئة السكنية بالنسبة للطفل. (السعد، 1992)

كان استخدام جلسات التحليل النفسي أحد الأساليب العلاجية السائدة حتى السبعينات من هذا القرن و كان أحد الأهداف الأساسية لتحليل نفسي هو إقامة علاقة ودية مع نموذج يمثل الأم المتساهلة المحبة وهي علاقة تنطلق من افتراض مؤداه أن الغفل الوحشي لم تستطع تزويده بما غير أن هناك تحفظ على هذا الافتراض هو أن هذه العلاقة تحتاج إلى سنوات عدة حتى تتطور خلال عملية التحليل النفسي وعلى لية حال هناك من يرى أن العلاج باستخدام التحليل النفسي يشتمل على مرحلتين:

الأولى: يقوم المعالج بتزويد الطفل بأثير قدر ممكن من التحميم وتقديم الإشباع وتجنب الإحباط مع التفهم والتبات الانفعالي من قبل المعالج.

الثانية: يركز المعالج النفسي تطوير المهارات الاجتماعية كما تتضمن هذه المرحلة التدريب على تأجيل وإرجاء الإشباع والإرضاء.

وما يذكر أن معظم برامج المتحليلين مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد كانت تأخذ شكل جلسات للطفل المضطرب الذي يجب أن يقيم في المستشفى وتقديم بيئة بنامة وصحية من الناحية العقلية. (الجلبي، 2005)

ثانياً: أساليب التدخل السلوكي :

هذا التدخل كان له أثر كبير في تحسن كثير من الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وهو مبني على نظرية التعلم وهذا التكنيك يؤثر تأثيراً قوياً في البرامج التي تؤسس عليه.

وبالرغم من أنه أساساً مقيد إلى نظام الثواب والعقاب إلا أنه اليوم هناك العديد من الأنظمة السلوكية للعمل مع أطفال التوحد، كالتعليم الإجرائي والتعليم المعرفي والتعليم الاجتماعي. (السعد، 1992)

يمكن تقديم برامج تعديل سلوك أطفال التوحد للأسباب الآتية:

1. أنها تقدم المنهج التثقيفي للبحوث التي تركز على الحاجات التربوية للأطفال التوحد .

2. تصمد على أساسيات التعلم و التي يمكن تعلمها بشكل سهل من قبل غير المهنيين

3. يمكن تعليم أطفال اضطراب طيف التوحد نماذج من انسلوك التكيفي و بوقت قصير ومن السلوكيات التي يمكن تعليمها لأطفال التوحد هي :

• مهارات تعلم اللغة و الكلام .

• السلوك الاجتماعي الملائم.

• مهارات متنوعة من العناية الذاتية .

• اللعب بالألعاب الملائمة .

• المزاجية و القراءة .

• المهارات المعقدة غير اللفظية من خلال التقيد العام .

و تقوم فكرة تعديل السلوك على مكافئة (تأبئة) السلوك الجيد أو لفظلوب بشكل منتظم مع مجامل مظاهر السلوك الأخرى غير المناسبة تماما وذلك في محاولة للسيطرة على السلوك النوضوي لدى الطفل .

وترجع أسباب اختيار العلاج السلوكي لتخفيف من حدة السلوك ذوي اضطراب طيف التوحد أو التخلف منها إلى عدة أسباب وهي:

4. انه أسلوب علاجي مبني على مبادئ يمكن أن يتعلمها الناس من غير المتخصصين المهنيين و أن يطبقوها بشكل سليم بعد تدريب و إحداد لا يستغرقان وقتا طويلا .

5. انه أسلوب يمكن قياس تأثيره بشكل عملي واضح دون عناء كبير أو تأثر بالحوامل الشخصية التي غالبا ما تتدخل مع نتائج القياس و انه لا يعبر اهتماما حدوث الاضطراب و إنما يهتم بالظاهرة ذاتها دون التعرض لخلافات العلماء حول أصلها و نشأتها.

6. انه أسنوب يضمن نظام ثابت لإثابة و مكافئة السلوك الذي يهدف الى تعليم وحدات استجابة صغيرة متتالية ومتابعة تدريجياً عن طريق استخدام معززات قوية .

7. انه ثبت من الخبرات العلمية السابقة نجاح هذا الأسلوب في تعديل السلوك بشرط مقابلة جميع طلباته و توفر الذقة في التطبيق .

وهناك من ناحية ثانية عدة خصوات يتعين الاهتمام بها و ذلك لضمان نجاح برنامج العلاج أو التدريب و هذه الخلفوات يمكن الإشارة إليها على النحو التالي:

- o تحديد الهدف .
- o سهولة التعليمات و تناسبها للطفل .
- o حث الطفل على الاستجابة .
- o مراعاة أن تتم عملية تشكيل السلوك .

برامج تعديل السلوك :

لعلاج السلوكي هو العلم الذي يقوم بتطبيق الأساليب التي اثبتت عن قوازين النظرية السلوكية بشكل منظم ، من اجل إحداث تغير جوهري وإيجابي في السلوك، بتقديم الأداة التجريبية التي تؤكد مسؤولية تلك الأساليب عن التغير الذي حدث في السلوك (الخطيب،2003)

حقق العلاج السلوكي نجاحا مع الكثير من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وكان الاهتمام الأساسي منصبا على الطرق والتقنيات السلوكية التي تؤدي إلى تحديد العوامل البيئية، والأحداث التي تؤدي إلى الحفاظ على السلوك غير المرغوب واستمراره، وتطبيق التقنيات السلوكية من اجل تحسين الاستقلال الشخصي والسلوك المشوول عن طريق التدويب على المهارات الأساسية، وزيادة عزون المتوحد الاجتماعي، والأنشطة الاجتماعية. (العنوان،2006)

وفي دراسة قام (معمر، 1997) بقياس فاعلية برنامج سلوكي تدريبي لمدة عام دراسي لدى (30) طفلا ترحدبا تراوح أعمارهم من (7-14) سنة، أظهرت نتائجها

اضطرابات طيف التوحد التقيص والتشوهات العلاجية
الغضاير مستوى القلق للسلوك العدواني والنشاط الزائد، وزيادة طول فترة الانتباه،
وتطور في المهارات الاجتماعية.

ويرجع اختيار العلاج السلوكي للتخفيف من حدة إعاقة التوحد إلى أسباب عدة :

1. كونه أسلوباً علاجياً يتم تعلمه بسهولة ولا يستغرق وقتاً طويلاً .
2. أنه أسلوب يمكن ملاحظة تأثيره بشكل واضح وسليم .
3. العلاج السلوكي لا يعطي أهمية لأسباب حدوث الإعاقة .
4. لأنه أسلوب ناجح في تعديل السلوك شرط الدقة في التطبيق .
5. لأنه أسلوب يضمن نظاماً ثابتاً لإثابة السلوك . (سليمان، 2001)

تعددت أساليب تعديل السلوك التي أثبتت فعاليتها في تعديل سلوك الأطفال،
ذوي اضطراب طيف التوحد من جهة وفي تدريبهم على تعلم بعض المهارات السلوكية
والمهارات الأخرى فيما يأتي بعض تكتيكات تعديل السلوك المتبعة في زيادة حدوث
السلوك المرغوب فيه لدى الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد :

التعزيز التفاضلي :

يعتبر من الأساليب الفعالة في خفض السلوكيات غير المرغوب بها ، وهو عبارة
عن مجموعة من الأساليب تعتمد على تعزيز غياب السلوك الشاذ، ومن هذه الأساليب:

1- التعزيز التفاضلي للسلوكيات الأخرى (تعزيز غياب السلوك):

يعرف على أنه تعزيز الفرد في حالة امتناعه عن القيام بالسلوك غير المقبول الذي
يراد تقليه لفترة زمنية معينة، ولقد أوضحت الخطوات العامة التي ينبغي إتباعها عند
استخدام هذا الإجراء وهي :

- تعريف السلوك غير المقبول اثراد تخفيفه.
- تحديد فترة زمنية معينة يفترض عدم حدوث السلوك غير المقبول خلالها.
- ملاحظة السلوك في أثناء تلك الفترة الزمنية بشكل متواصل.
- تعزيز الفرد بعد مرور تلك الفترة إذا لم يتم بالسلوك غير المرغوب أثناءها.
(العوان، 2003).

2- التعزيز التفاضلي للسلوك النقيض:

عرف ديتز وريبب Deitz&Repp,1983 كما أورده (رشيد، 2004) أنه تعزيز الفرد عند قيامه بسلوك نقيض للسلوك غير الرغوب الذي يراد تقليله والسلوك النقيض للسلوك المستهدف هو السلوك الذي لا يمكن أن يحدث في الوقت الذي يحدث فيه السلوك المستهدف.

3- التعزيز التفاضلي للتقصان الشرطي للسلوك :

1. أورد (مجراوي ، 2001)، مهن الخطوات عند استخدام هذا الإجراء :
 2. تعريف السلوك غير المتبول الذي يراد تقليله.
 3. تحديد طول الفترة الزمنية التي يفترض أن يصبح معدّل حدوث السلوك المستهدف فيها منخفضا.
 4. مراقبة السلوك يتواصل في أثناء تلك الفترة.
- 4- تعزيز الفرد مباشرة بعد مرور تلك الفترة إذا كانت قيمة السلوك في أثناءها أقل من القيمة التي تم تحديدها.

وفي دراسة أجراها (رشيد ، 2004) هدفت إلى فحص فاعلية تعزيز التفاضلي لخفض السلوك النمطي وسنوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، و أشارت نتائج الدراسة إلى أن هنالك فروقا في القياسات المتكررة لكل سلوك من السلوكيات النمطية، وسلوكيات إيذاء الذات لأفراد المجموعة التجريبية، وهذا يعني أن هنالك تحسنا واضحا في تكرار السلوكيات النمطية، وسلوكيات إيذاء الذات نتيجة لاستراتيجية التعزيز التفاضلي، في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات.

التشكيل :

يعتبر التشكيل أحد أساليب تعديل السلوك الذي تستخدم لتكوين عادات سلوكية جديدة ، وذلك لإحداث عملية التكيف الجيدة، وفي أغلب يكون عند الفرد أنماط سلوك مشابهة ، حيث تعتبر أنماط السلوك تلك بداية التشكيل التي ستوصلنا إلى التشكيل النهائي .

إن تشكيل سلوك معين يمكن تحقيقه بالتركيز على استجابة ما، بحيث يتم تطويرها، وترسيخها، والعمل على تعزيزها؛ لتقود في نهاية الأمر إلى استجابات أخرى، إذ يمكن لهذه الاستجابة أن تتطور شيئاً فشيئاً باستخدام التعزيز التفاضلي؛ أو أن تقود إلى استجابات أخرى تصبح في حال توجيهها قابلة لأن تقود إلى الهدف السلوكي المرجو (صديق، 2005)

ويتكون أسلوب التشكيل من التقريب التدريجي، أي إن التشكيل عملية تدعم الاستجابات القريبة، والمتابعة لسلوك النهائي، والانتقال باتجاه السلوك النهائي، مع تعزيز النجاح في كل خطوة باتجاه الاقتراب من السلوك المحدد. (عكاشة، 1992)

وحتى يكون التشكيل فعالاً لا بد من وجود ما يلي :

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف.
- تحديد وتعريف المعززات الفعالة.
- الاستمرار في تعزيز السلوك الداخلي إلى أن يصبح معدله مرتفعاً.
- الانتقال أو التدرج من مستوى إلى آخر (العلوآن ، 2006)

التلحين:

تشتمل هذه الإستراتيجية على تقديم مساعدة لفظية، أو جسمية، أو بصرية للطفل، لتشجعه على إظهار الاستجابة المطلوبة وتعلمها (الخطيب والحديدي، 2003) وهو نوع من المساعدة تعطى للطفل لكي يستجيب بشكل صحيح للمهارة المطلوبة؛ لزيادة نجاحه في تأديته للمهارة. والتلحين أنواع منه الجسدي، واللفظي، والبصري، والتلحين الجسدي، يتضمن مساعدة جديده يقدمها المعلم للطفل، أثناء تأديته للمهارة، إضافة إلى توجيهه لفظياً وذلك عن طريق تقديم بعض التعليمات اللفظية الخاصة بالمهارة التي تؤدي بها المهارة المطلوبة. بشكل سليم؛ أي أن التلحين اللفظي يستخدم عندما يكون الطفل قادر على أداء المهارة اللفظية دون مساعدة جسدية. (الشامي، 2004) أما التلحين البصري فهو يشمل أكتافاً مختلفة من اللغة غير المنطوقة كالإيماءات والإشارات واستخدام الصور. (الخطيب، الحديدي، 2003).

التسلسل :

هو إجراء شبيه بالتشكيل حيث إنهما يتبعان بتعزيز الفرد في خطوة مصفوفة إلى أن يتمكن من أداء السلوك النهائي بشكل كامل، لا أن الاختلاف بينهما يكمن في أن إجراء التسلسل يستخدم حينما يختري السلوك النهائي على العديد من السلوكيات والتي نسمي بالحلقات، ويعني ذلك إن إجراء التسلسل يتضمن تحليل المهارة المستهدفة إلى عدة حلقات معتمداً على مستوى صعوبة المهارة ومستوى الفرد العقلي (الحطيب ، الحليدي،2003)

إجراءات تطبيق التسلسل:

- تمهيد المهارة للراد تعلمها لتقليل وتعليلها إلى حلقات
- تعليم الفرد الحلقة الأولى
- تعزيز الفرد بعد أداء أول حلقة بالشكر الصحيح
- الانتقال إلى الحلقة التالية من السلسلة السلوكية وتقديم التعزيز عند تادية الحلقين معا(الشامي،2004)

التعليم من خلال المحاولات المنفصلة :

يعتبر التعليم من خلال المحاولات المنفصلة من أهم التطبيقات التعليمية في مجال تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ؛ بسبب نجاحها الكبير، ويتم التعليم بشكل فردي في بيئة تخلو من المثيرات التي قد تشتت انتباه الطفل، ومن خلال هذه الإستراتيجية يعرض كل هدف تعليمي بشكل متكرر ومتتال ولعدة مرات، يتراوح عددها من (5-9) مرات، وتعرف كل مرة يعرض فيها الهدف بمحاولة وتتضمن ثلاثة عناصر هي المثير والاستجابة وتوابع السلوك.(الشامي،2004)

النمذجة:

تتضمن تعليم الطفل المهارة المطلوبة عن طريق ملاحظة طفل آخر وهو يقوم بتأديتها بشكل صحيح ولكني يعتمد الطفل من النموذج بنوعي:

- جذب انتباه الطفل للمهارة المطلوبة.
- تزويد الطفل بالتوجيهات المناسبة.
- البدء بسلوك بسيط نسبياً.
- تعزيز الطفل عندما يقدّم السلوك الذي لاحظته بشكل مناسب. (الخضيب، الحديدي، 2003)

إضافة إلى النمذجة من خلال الفيديو والتي تتضمن تعليم الأطفال ذوي الاضطراب طيف التوحد من خلال الفيديو، حيث أن العديد من الأطفال ذوي الاضطراب طيف التوحد يجهون مشاهدة الفيديو، وبرامج التلفزيون، والتي تحتوي على موسيقى وأصوات، فإنه من المناسب استغلال ذلك في تعليم الأطفال مهارات مثل: تنظيف الأسنان، اللبس، والشراء من المحلات التجارية وغيرها. وتعتبر هذه الطريقة ناجحة مع الأطفال التوحديين الذين يستمتعون في المشاهدة أكثر من النماذج الحية. (الشامي، 2004)

ودراسة كريستوس، وتيكوبولس، وكينان (Christos, Nikepoulos, and Michac, 2004) أثار نمذجة الفيديو على المبادرات الاجتماعية لدى الطلبة التوحدين، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن فعالية نمذجة الفيديو على المبادرات الاجتماعية لدى الطلبة التوحدين. وتكونت عينة الدراسة من (3) أطفال توحدين، وقد تم كل طفل مشاهدة فيديو يصور مبادرة اجتماعية لأحد الأطفال العاديين، كما تم إشراك كل طفل توحدي من عينة الدراسة في لعبة يلعب فيها مع أطفال آخرين بعد مشاهدة شريط الفيديو للكشف عن أثر النمذجة على التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال التوحدين. قد أشارت نتائج الدراسة إلى أن النمذجة التي قام بها الباحث ساهمت في تعزيز وتطور المبادرات الاجتماعية، ومهارات اللعب المتبادلة لدى أفراد عينة الدراسة، لفترة امتدت إلى فترة ثلاثة أشهر بعد إجراء الدراسة.

أما إجراءات تعديل السلوك لخفض حدوث السلوك غير المرغوب فيه لدى الطفل التوحدي، فهي:

التصحيح الفوري:

هو عبارة عن إجراء سلوكي يتم من خلاله توبيخ الطفل حال قيامه بسلوك غير مرغوب، كأن يضع إصبعه في فمه، وعند قيام الطفل بذلك تقوم بزمه لفظياً (لا، لا

تعمل ذلك) وإذا تكرر السلوك نطلب من الطفل غسل أصابعه خمس مرات متتالياً (رشيد، 2004).

من ميزات هذا الأسلوب بمعنى نتائج سريعة لأن عملية التصحيح هنا تعني إزالة آثار الأفعال أو السلوكيات التي تصدر عن الطفل ، فحينما يقوم الطفل بأفعال مائة ومستقرة وبعيدة عن العدوانية يجب تدعيمه بصورة إيجابية وسحب هذا التعزيز إذا عاد الطفل إلى السلوك العدواني (رشيد، 2004)

أورد (الخطيب، 2003) الإجراءات التالية لزيادة فاعلية استخدام التصحيح

الزائد:

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف إجرائياً.
- حرمان الطفل من التعزيز.
- تزويد الطفل بتعليمات لفظية وتدريب واضحة.
- الطلب من الطفل القيام بمجهود مستمر وبسرعة من أجل تحقيق الغرض.
- الطلب من الطفل إعادة الوضع أفضل ما كان عليه.

وفي دراسة أجراها (رشيد ، 2004) دخلت إلى فحص فاعلية التصحيح الزائد خفض لسلوك انتمطي وسلوك إيذاء الذات لدى عينة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن هنالك فروقا في التقييمات المتكررة لكل سلوك من السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات لأفراد المجموعة التجريبية وهذا يعني أن هنالك نمطاً واضحاً في تكرار السلوكيات النمطية وسلوكيات إيذاء الذات نتيجة لاستراتيجية التصحيح الزائد في خفض السلوك النمطي وسلوك إيذاء الذات.

الإفشاء:

هو مصطلح يطلق على استراتيجية تعامل الطفل تماماً عندما يسيء التصرف، و يتضمن الإفشاء إزالة أو التخليل من المنعزات التي يحصل عليها الطفل بعد السلوك غير المرغوب، وهنا فعال في علاج العذراء، وعدم الطاعة، بالإضافة إلى ذلك يستخدم الإفشاء مع السلوكيات التي تهدف إلى جذب الانتباه، وإذا لم تعط السلوك أي اهتمام

فسوف تنخفض دافعيه العنقل لسلوك وعدم إظهاره في المستقبل. (السيد، خليله، مسافر، 2005).

العزل:

هو إجراء عقابي يشير إلى تبعاد الفرد عن فرص التعزيز المتزامن بعد ظهور السلوك المستهدف، فهو بذلك يعيد الفرد من بيئة معززة إلى بيئة غير معززة، وتبين فترة العزل إلا إن معظم الأبحاث تستخدم هذا الإجراء لفترة زمنية تتراوح من 5 - 20 دقيقة. وعند تطبيق هذا الإجراء يجب التأكد أن البيئة مكان العزل أقل تحفيز من البيئة خارج مكان العزل (زريقات، 2004) (وقسا، 2004) وفيما يلي إجراءات لزيادة فاعلية العزل:

1. تحديد وتعريف السلوك المستهدف إجرائياً
2. تحديد مكان العزل
3. التأكد من بيئة العزل بحيث تكون أقل تحفيز من البيئة العادية
4. تحديد وقت العزل
5. عزل العنقل في كل مرة يظهر السلوك المستهدف
6. الثبات والمدة أثناء التطبيق (الخطيب، 2003)

استخدم نورديكويزت وويلر (Nerduqvist & Wiler) كما أوردوها (زريقات، 2004) العزل في تعديل سلوك عدم الطاعة والصراخ لدى طفل توحدي وتمثل الإجراء قضاء الطفل فترة زمنية لمدة 15 دقيقة في غرفة غير معززة أشارت النتائج إلى تحسن في انخفاض سلوك الصراخ لدى العنقل.

التعزير:

يمكن خفض السلوكيات غير المرغوبة من خلال التعازير الجسدية متزامنة وغير المتزامنة، ويتضمن التعزير المتزامن ممارسة الشخص تمريناً جسدياً بعد ظهور السلوك غير المرغوب، والتعزير غير المتزامن هو إشغال الفرد بأنشطة وتمازير مكثفة قبل دخول الفرد المواقف التي يتوقع فيها ظهور بعض السلوكيات غير المرغوبة، وعند تنفيذ ذلك يجب مراعاة ما يلي:

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف.
 - تحديد نوع النشاط المحرك الذي سوف يقوم به الفرد.
 - تحديد المواقف التي سوف تستعمل فيه. (زريقات، 2004)
- أجرى اليسون وزملائه (Allison et .,) دراسة كما أوردنا (زريقات، 2004) باستعمال تمرين قبلي لحفض سلوك العدوان عند طفل توحدي وكان التمرين عبارة عن دفع شيئاً كل مساء لمدة 20 دقيقة وكان الأجراء فعال في خفض سلوك العدوان أكثر من الأدوية.

تكلفة الاستجابة :

يحصل الطفل على أشياء محبة عندما يقوم بسلوكيات مرغوبة، يفقد تلك الأشياء أو تسحب منه عندما يقوم بسلوكيات غير مرغوبة، وأثبت هذا الإجراء فاعلية في خفض سلوك العدوان وإيقاظ انذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحّد (السيد ، خليفة ، إبراهيم ، 2005)

قدم (الحطيط : 2003) مجموعة من الإجراءات لزيادة فاعلية هذا الإجراء:

- تحديد وتعريف السلوك المستهدف.
 - شرح طبيعة هذا الإجراء للفرد قبل القيام به.
 - الاتفاق على كمية التعزيز التي سيفقد.
 - توضيح سبب فقدان التعزيز بعد حدوث السلوك غير المرغوب.
 - سحب التعزيزات المتفق عليها عند ظهور السلوك غير المرغوب.
- به المكافئة . (الجنبي ، 2005).

ثالثاً : أصاليب التدخل التعليمي

وهو مثل اشكتيك الإجرائي يتبع نظرية التعليم ويؤكد على ملاحظة سلوك الطفل، ويعكس الإجرائي هذا التدخل لا يُلغى كل المتغيرات غير الملحوظة أو حتى غير المناسبة للتعليم وإنما يهتم بها . وبالرغم من أن الإدراك أو المعرفة غير الواضحة صعبة

القياس فإن الأفكار والظنون رئيسية لهذه النظرية ، والتي تؤمن بأن وجود هذه الأفكار يتبع نفس القوانين ونظمية التعليم والسلوك . (لسعد ، 1992)

وهو بدون أي مبنغة الطريق و الأمل الوحيد (مام أطفال التوحد حتى الآن و خاصة نتيجة للاهتمام و التركيز في دوائر البحث انعلمي لتحسين إعلاده و تدريبه و تنمية قدراته و مهاراته في مجال التواصل اللغوي و غير اللفظي و النمو الاجتماعي و الانفعالي و معالجة السلوكيات التمعنية و الشاذة و العدوانية و التدريب على رعاية لذات و التثريب لتفسر كمي و المهني حتى حقق آلاف أطفال التوحد نجاحا كبيرا في تحقيق قدر مناسب من انوية الاستقلالية و حيث بدأت برامج التدخل العلاجي التعليمي مبكرا في حياة الطفل و بالطرائق التالية :

طريقة البرنامج التعليمي الفردي : individual educational program

ويعرف على أنه برنامج تعليمي خاص مبني إعلاده على افتراض أن لكل طفل توحدي احتياجاته التعليمية الخاصة و مستويات نمو متباينة لقدراته المختلفة أو بالأحرى أن له صورة أو صفحة بيانية profile خاصة تحدد مشكلاته و احتياجاته و انعمه العقلي لمستويات نمو كل قدرة من قدراته بالنسبة لعمره الزمني هذا البروفائل يعد بناداً على قياس و تقييم دقيق لتلك القدرات يقوم بإجراء فريق من الأخصائيين النفسيين والتربويين ليكون أساسا لتخطيط برنامج التعنيم الفردي للطفل.

والفكرة في التربية الخاصة كما تعلم هي أن نعين الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد البيئة التعليمية الخاصة به و التي تسمح بتعليمه بسرعة أقل من سرعة تعلم الطفل العادي مع التركيز على أنشطة و موضوعات تعليمية و طرق تدريس و تكنولوجيا شامة به ليتمكن من تعويض القصور الذي يفرضه علوه إعاقاة التوحد و على نمو قدراته و يعتمد اختيار الفصل المناسب لمستواه و منى درجة تحلفه في كل قدرة من هذه القدرات عن العقل العادي عندما يلتحق بتندرسه أو المركز التعليمي و عما إذا كان يعاني من توحده فقط أو إعاقات أخرى مصاحبة للتوحد و تتطلب أساليب تعليمية و أنشطة فضلا عن تلك التي تتطلبها إعاقاة التوحد كذلك لا بد أن يتضمن برنامج التقييم حصرا توصيفا دقيقا للسلوكيات التمعنية التي يتدمج في القيام بها الطفل

التوحدني بشكل متكرر يستغل جزءاً كبيراً من وقته وتركيزه، كذلك تمديد السلوكيات المشافة والعنوانية التي تسبب إيذاء له أو لشعاطبه فالخصر والتقييم لها، السلوكيات تؤدي الى تصميم البرنامج التعليمي جانباً من وسائل وطرق العلاج تلك السلوكيات التي لو اعملت تحول دون فاعلية البرنامج التعليمي وتحقيق أهدافه . (الراوي ، حماد، 1999) وستتناول البرنامج الفردي مزيد من الإسهاب في نهاية هذا الفصل.

التواصل الميسر (Facilitated communications)

طور هذه الطريقة روزماري كروسلي (Rosemary crossley) ودخلت الولايات المتحدة عام 1989 على يد دوغلس بيلكلين(Douglas Bilkin) وتم تصميمها لكي تستخدمها الأطفال الذين يعانون من مشكلات حركية، ويعتبر التواصل اليسر طريقة لمساعدة الشخص العاجز عن الكلام على إيصال أفكاره من خلال إشارة أو بالكتابة على لوحة المفاتيح أو لوحة الطباعة أو أي وسيلة تواصلية أخرى، مع وجود شخص مساعده يعرف بالمسهل يقوم بمساعدة الشخص العاجز عن اتواصل من خلال مسك شراعه من أجل تسهيل الإشارة عليه، وإذا فوج هذا الشخص يستطيع الشخص العاجز عن الكلام أن يعبر عن أفكاره من خلال طباعة كلمات أو تهج حروفها . (Mcree,Westenbarger,&Witrock,1995)

برنامج علاج وتربية الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ومشكلات التواصل المشابهة
Treatment and education of autistic and related communication handicapped
(children : TEACCH

طوره أريك شوبلر (Eric Shopler) عام 1972 في جامعة كورولاينا في الولايات المتحدة الأمريكية، وهو أول برنامج تربوي مخصص بعلاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وأول برنامج يعتمد من قبل جمعية التوحد الأمريكية (autism society of America)، من ركائز البرنامج تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من خلال نقاط القوة في مجال الإدراك البصري، وتعويض الضعف لديهم والتي هي فهم

البيئة واللفظ. ولا يعنى برنامج تيتش (TEACCH) فقط بدوي اضطراب طيف التوحد وإنما يقدم تدريباً للأسرة والخصصين. (الشامي ، 2004)

تتم البيئة التعليمية لبرنامج تيتش بطابع مميز فهي مليئة بمعينات وصور وكنيمات مكتوبة من أجل دمج الطالب مع بيئته ويعتمد البرنامج على المثيرات البصرية ويركز على التعلم المنظم وأكد شوپلر (Schopler) كما أورده (زريقا، 2004) على عدد من المبادئ الرئيسية التي يعتمد عليها برنامج تيتش وهي على النحو التالي:

1. توفير بيئة مناسبة للطفل لزيادة تكيف الفرد من خلال تطوير مهاراته بالفضل الطرق.
2. تقييم الطفل باستخدام أفضل الاختبارات وأدوات التقييم الرسمية إضافة إلى إجراءات التقييم غير الرسمية من خلال الملاحظة التي يقوم بها المعلمون والآباء وتصميم برنامج فردي.
3. استغلال جوانب القوة لدى الطفل في معالجة المعلومات البصرية لتجاوز الصعوبات في المعالجات للمعلومات السمعية والتنظيم والذاكرة .
4. أفضل البرامج الفريدة في العلاج هي البرامج التي تعتمد على النظرية السلوكية والمعرفية.

ويضيف (الشيخ فرب، 2004) أن ذلك التدريب المكثف والمنظم والتركيز على الإرشاد الفردي والأسري وتقبل الصعوبات التي يظهرها الطفل والأسرة بشكل غير مشروط.

ويهتم البرنامج بدور الأسرة في تعليم الطفل حيث ينظر إلى الوالدين بوصفهما معينين بدرجة كبيرة في تنفيذ البرنامج واختيار الأهداف للطفل ويستطيع الفرد تعلم من خلال البرنامج مهارات وظيفية، ومهنية، وتواصلية، والعمل الجماعي، ومهارات أكاديمية (Schopler & O'Leary , 1982)

برنامج لوفاس (LOVAAS Program)

صمم هذا البرنامج لوفاس (Lovass) وهو دكتور نفسي في جامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس لمساعدة مجموعة من الأطفال لديهم إعاقات مختلفة، وبدأ تعميمه للأطفال التوحثيين في الخمسينيات و كانت كل تجاربه مبنية على نظرية تعديل السلوك.

والتي تقوم على أن سلوك الإنسان متعلم قابل للقياس؛ كما ويمكن التحكم بوضايف السلوك القبلية والبعيدة. وتؤكد النظرية على تعلم السلوك الجديد من خلال التشكيل. و شملت تجاربه الأولية أشخاصا يعانون من التوحد معينين في المشتقات وتكون النتائج كانت محدودة. (محمد، 2001) و معالجة التوحد المحدود قام بإضافة عدة عناصر لم تكن متوفرة في التجربة الأولى وتشمل:

1. عدد ساعات تدريب الأطفال إلى 40 ساعة أسبوعي.
2. تدريب أطفال تقل أعمارهم عن 5 سنوات وعدم قبول أكبر من ذلك.
3. عدم قبول من تقل درجة ذكائهم من 50-60 درجة.
4. تدريب الأطفال في البيت مع الأسرة.
5. إشراك الأسر في تدريب الأطفال.
6. منح تربيوي متسلسل من السهل إلى الصعب. (الشابي، 2004)

ونشر لوفاس نتائج برنامجه عام 1987 بعد التعديلات التي طرأت عليه، و أشار إن 47 ٪ من الأطفال ابدوا تحسنا وارتفعت درجة ذكائهم إلى المستوى الطبيعي ، ويعتبر من أكثر البرامج التربوية المستخدمة في علاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وخاصة في مرحلة التدخل المبكر من 5 - 6 سنوات (Schretbourn, 2000).

مبادئ وشرق التعليم لبرنامج لوفاس (Lovaas)

استخدام التقنيات السلوكية: من أكبر التقنيات السلوكية المستخدمة في برنامج لوفاس التعزيز والتعليم من خلال المحاولات المنفصلة، وتستخدم المعززات بشكل مكثف ضمن برنامج لوفاس (Lovaas) ؛ للتقليل من السلوكيات غير المرغوبة، وزيادة تعليم الطفل للمهارات المستخدمة في البرنامج .

أما التعليم من خلال المحاولات المنفصلة فيتكون من ثلاث عناصر أساسية التبر والاستجابة وتوزيع السلوك.

القياس المستمر: يعتبر القياس المستمر ركيزة أساسية في تطبيق إجراءات تعديل سلوك تلسوكيات استهدفة، لذلك يتوجب على القائمين بتطبيق برنامج لوفاس

قياس مدى تقدم التلاميذ في كل مهارة من خلال التسجيل المستمر لمحاولات الطفل الناجحة والفاشلة.

منهج متسلسل: يقوم المدرب بتعليم الطفل منهجاً يشمل أكثر من 500 هدف من خلال المحاولات المنفصلة يتم ترتيبها من السهل إلى الصعب، أما الأهداف التي يحتويها البرنامج:

- منهج للمبتدئين: يشمل الانتباه، التقليد، لغة استقبال، لغة تعبير، والاعتماد على النفس.
- منهج متوسط: يشمل الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التعبير، الاعتماد على النفس، ما قبل أكاديمي.
- المنهج المتقدم: يشمل الانتباه، التقليد، لغة الاستقبال، لغة التعبير، أكاديمي. (الشامي، 2004)

المنهج الثلاثي برنامج لوفاس تشمل التدريب على نفس المهارات باستثناء المنهج المتوسط يركز على مهارات ما قبل الأكاديمي والمنهج المتقدم يركز على مهارات أكاديمية.

كيفية إجراء الجلسات التعليمية في برنامج لوفاس

تتراوح مدة الجلسة ما بين (60 - 90) دقيقة وتخللها استراحة دقيقة أو دقيقتين بعد كل فترة من (10 - 15) دقيقة من التدريب حين الانتهاء من الجلسة. يشجع الطفل بالاستراحة لعب مدهتها من (10 - 15) دقيقة، وبعد ذلك يعود إلى جلسة أخرى بنفس المدة وتخللها استراحة ووجبة طعام وهكذا إلى أن ينتهي الدوام. أما طير المستجدين في البرنامج وتستمر جلساتهم (4) ساعات تتخللها فترات استراحة من (5 - 5) دقائق، وبعد الانتهاء من الجلسات هنالك استراحة لمدة (15) دقيقة تقريباً، وهكذا إلى أن تنتهي ساعات التدريب (مقدمة وهي (8) ساعات. (Metzger , 1999).

برنامج دوغلاس للاضطرابات النمائية

(The Douglas Developmental Disabilities Center : DDDC)

تأسس مركز دوغلاس عام 1972، ليخدم جميع الأفراد التوحديين من كل الأعمار حيث تهدف البرنامج إلى دمج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع العاديين في الروضة بعد أن يتلقوا التدريب الخاص، ويركز منهج دوغلاس على تسلسل المهارات من الأسهل إلى الأصعب، والمهدف منه تعليم الأطفال مهارات اجتماعية، لغة، والتواصل، والتعبير عن أنفسهم، بالإضافة إلى تعليم الأطفال مهارات إدراكية وحركية، ومهارات الاعتماد على النفس، ويتلقى الطفل في البداية مهارات أساسية تمكنه من تعلم المهارات المستهدفة في المنهج، مثل إتباع التعليمات البسيطة، والجلوس على الكرسي، وتلقي التدريب، والانتباه، ويتكون البرنامج من ثلاث مراحل للوصول إلى دمج الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد بشكل كامل في الصف العادي، وهذه المراحل هي :

1. فصل التحضير : تنبثق إجراءات هذه المرحلة من برنامج لوقامس حيث يتلقى الطفل 25 ساعة تدريب سلوكي في المركز، و15 ساعة في المنزل، ويكون التدريب بشكل فردي ،

2. فصل المجموعة الصغيرة : توضع نسبة المعلمين إلى التلاميذ ويتلقى في هذه المرحلة تدريب مكثف يمكنه من الاندماج في فصل رياض الأطفال مع أطفال عاديين ويضم الصف (6 طلاب والمدة التي يقضيها الطفل في الصف ما بين سنة إلى سنتين)

3. فصل الدمج: يلتحق الطفل ببرنامج رياض الأطفال مع الأطفال العاديين يتلقى الجميع منهج العادي إضافة إلى تعديلات بسيطة تلائم قدرات الطفل ذو اضطراب طيف التوحد واحتياجاته بالإضافة إلى جلسات تعليمية فردية يومية حيث يدمج 6 أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مع 8 أطفال عاديين (الشايخ ذويب، 2004؛ الشامي، 2004).

ويركز البرنامج على اللغة كمحور أساسي من خلال التدريب على مهارات التالفة: اللغة التصويرية، والاستجابية، والمهارات قبل الأكاديمية، والقدرة الحركية،

وتفاعل الاجتماعي ، أما أساليب التدريس المتبعة في برنامج التدريس: آخر فهي التدريس المبني على المواقف الطبيعية والتحايل الوظيفي للسلوك (محمد، 2001)

وتعتمد نسبة المعلمين الى التلاميذ في المرحلة الأولى لكل تعلم معلم، وفي المرحلة الثانية تراوح نسبة من معلم لكل طفلين إلى معلم ومعلم مساعد لكل ست أطفال، وفي الثالثة تكل ثمانية أطفال ثلاثة معلمين أو معلم ومساعدتين اثنين (Handelman&Harris, 1994) .

سرحة هيفاشي : علاج الحياتي اليومية (DLT) Higashi School :Daily Life Tcerapy

تتبع سياسة مدرسة هيفاشي من فلسفة علاج بالحياة اليومية، و طورتها الدكتورة كيويوكيتامارا في اليابان عام 1964، وتقوم على الافتتاح بان هؤلاء الأطفال يمكن مساعدتهم للوصول إلى أقصى إمكاناتهم وطاقاتهم بالقرب من أسرهم ومجتمعهم، واستخدام المجموعات في التعلم، والتقليل من الاعتماد على التعلم انفرادي (صديق ، 2005) وهناك ثلاثة مبادئ رئيسية للبرنامج:

1. العمل على توازن مشاعر الأطفال التوحدين، وتدريبهم على اكتساب مهارات الاعتماد على الذات؛ من اجل العيش دون مساعدة من الآخرين.
2. العمل على تنشيط العمليات الالهنية .
3. العمل على تطوير ما يسمى نعمة إيقاع الحياة من خلال التدريبات الرياضية. (خطاب، 2005)

إن أسلوب علاج الحياة اليومية يركز على طرق أساسية هي :

1. توجيه النشاطات التي تقدم للأطفال بواسطة نظام المجموعات، والتأكيد على التعلم الذي يتغل من طفل إلى آخر.
2. عدم الاهتمام بالتعلم الفردي.
3. الاهتمام بشكل ملحوظ بالنشاطات الجسدية في المجموعات كالجري (3) مرات في اليوم، وممارسة الأنشطة الرياضية كل يوم ولمدة ساعة، والشاركة بأي نشاط رياضي. (صديق،2005)

يرتكز أسلوب العلاج بالحياة اليومية على مجموعة من المبادئ:

- التركيز على التعلم من خلال التقليد.
- التعليم موجه للمجموعة.
- التعلم للأنشطة الترويقية.
- يركز المتوجع على الألعاب الرياضية، والموسيقى، والرسم. (بدر، 1997)

مبادئ وطرق التعليم:

- (1) الرياضة البدنية: هذا مبني على افتراض إن ممارسة الفرد لرياضة تختلف من نسبة التوتر والحركات النمطية التي غالباً تظهر عند الطفل التوحدي، وتختلف التمارين الرياضية ما بين 30 دقيقة إلى ساعتين موزعة على فترات يومية ولكل تلميذ، والرياضة مثل: السباحة وقيادة الدراجات، التوازن ورياضيات أخرى.
 - (2) الاعمال والتنظيم: الانتقال من نشاط إلى آخر مهمة صعبة على الأشخاص التوحدين، وبالتالي هنالك عدة طرق متبعة لمساعدة الأشخاص على الانتقال، ومن هذه الطرق تبديل الملابس الاعتيادية بالزى المدرسي مما يساعدهم على الانتقال من الأنشطة العادية إلى الأنشطة المدرسية، وكذلك الجداول اليومية، وتستخدم بكثرة وكل تلميذ جدول خاص يحتوي على صور وكلمات لكل ما يقوم به خلال اليوم الدراسي ويسمى الجدول الأساسي.
 - (3) الموضوعات الخاصة: تعتبر الموضوعات الخاصة من أهم ركائز برنامج هيكلي، وتشمل التربية الفنية والموسيقى مثل، الطبله والكمان.
 - (4) المهارات الاجتماعية: بناء على فلسفة البرنامج يفترض أن التوحدين قدرون على تكوين علاقات اجتماعية، يتعلمونها من خلال الممارسة والتكرار.
 - (5) التدريب المهني: يتم تدريب الأشخاص التوحدين من سن (12-23) سنة على مهارات تمكنهم من العمل خارج المركز. (الشامي، 2004)
- أجرى بدر (1997) دراسة للتعرف على مدى فعالية برنامج العلاج بالحياة اليومية في تحسن مجموعة من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تقارب أعمارهم بين (5 ، 6) - (7 ، 8) سنة وتكونت العينة من الذكور والإناث، وأستخدم مقياس

المظاهر السلوكية للأطفال ذوي التوحد والتي تتوزع على أربعة أبعاد أساسية هي الاضطرابات الانفعالية ، والاضطرابات الاجتماعية، واضطرابات اللغة، والأنماط السلوكية النمطية إلى جانب برنامج العلاج بأشياء يومية. أظهرت نتائج الدراسة حدوث تحسن في الأبعاد الخاص بالمهارات الاجتماعية، وزيادة درجات تحسن الأطفال على هذا البعد من المقياس.

رابعاً : أساليب التدخل الاجتماعي

هناك العديد من الطرق والأساليب العلاجية التي يتم من خلالها التعامل مع الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد لإكسابه المهارات والخبرات الاجتماعية والعرفية واللغوية والحركية وفيما يلي بعض هذه البرامج.

أولاً، البرامج الاجتماعية:

الانفعالات الاجتماعية الناتجة من أكثر التحديات صعوبة بالنسبة للأفراد الذين يعانون من التوحد، فالأطفال والراشدون ذوي اضطراب طيف التوحد، الذين يصنعون بمهارات وظيفية لدرجة كبيرة- غالباً ما يعانون من صعوبات في المهارات الاجتماعية.

أهمية التدريب على المهارات الاجتماعية

تعتبر المهارات الاجتماعية مهمة في حياتنا اليومية على كافة المستويات لتكيف النفسي والاجتماعي والانفعالي وتعتبر المهارات الاجتماعية من أكثر المجالات اهتماماً مع الأشخاص ذوي الإعاقات وخاصة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. الذين تظهر لديهم صعوبات واضحة في المهارات الاجتماعية وتزايد الاهتمام بتطوير برامج علاجية للتغلب على المشاكل الاجتماعية التي تواجه هذه الفئة وأكدت البحوث أن للمهارات الاجتماعية من أكثر المتغيرات أهمية في تحديد التكيف للأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد (زويقات ، 2004)

وأشار والتر (Walter, 1999) كما أوردتها (زويقات، 2004) إن التدريب على المهارات الاجتماعية يشتمل على المهارات التالية :

- المحافظة على تواصل بصري مناسب و تعليم تفسير تعبيرات توجه ولغة الجسم .
- تطوير التعاطف مع الآخرين .
- تجارب مثل : إلقاء التحية واستقبالها و المشاركة باهتمامات الآخرين.
- تحديد الموضوعات الأكثر أهمية للمناقشة وكيفية البدء بالمحادثة وإنهائها.
- فهم قواعد الأنشطة المجتمعية مثل ركوب الحافلة أو الذهاب إلى السوق والتعامل مع الجهات الرسمية .
- فهم المراعي و آداب المعاملة مع الآخرين من كلا الجنسين .
- تعليم أساليب الاستعداد والتهيؤات.
- استعمال الملاحظات لتحديد السلوك المناسب والملابس والتصرفات في المواقف الاجتماعية الجديدة .
- تعليم استراتيجيات تهدئة الذات .

نماذج لعلاج السلوك الاجتماعي :

برامج التدريب على المهارات الاجتماعية بشكل عام فعالة و أثبتت كبرامج الحدیة في لتدريب على المهارات الاجتماعية بالاهتمام بالضبط الذاتي والتأكيد على دور الآباء وأفراد الأسرة والأصدقاء في العلاج، وفيما يلي عرض لبعض الاستراتيجيات العلاجية المستخدمة في تدريب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على المهارات الاجتماعية:

1 : القصص الاجتماعية (Social Stories Programmes) :

التفاعلات الاجتماعية التي يتعرض لها الطفل ذو اضطراب طيف التوحد هي عملية معقدة لها قوانينها وأنظمتها ويصعب عليه فهمها ولذلك لا بد من إيجاد طريقة أو أسلوب علاجي للطفل التوحدي لتسهيل عليه عملية التفاعل الاجتماعي حيث قام كل من غراي (Gray) وشارنند (Oscarnd) بتصميم القصص الاجتماعية وهي قصة مكونة من ثلاث جمل أساسية تدل الشخص ذو اضطراب طيف التوحد على ماذا يفعل في الأوضاع الاجتماعية مختلفة وتحدد القصص الاجتماعية بناداً على احتياجات الشخص والأوضاع

التي يراجه فيها صعوبات اجتماعية مثل الذهاب إلى الطبيب والزيارات الاجتماعية أو اللعب. (Norris & Dattilo , 1999)

ويمكن تلخيص خطوات هذا البرنامج :

- تحديد و قياس السلوك المستهدف.
- تطوير نصص اجتماعية قصيرة : تتضمن الهدف الذي تم تحديده. (ذيب ، 2004)

ويتكون القصص الاجتماعية من ثلاثة أنواع :

- **جمل وصفية:** وهي تصف الأحداث وأسباب حدوثها.
- **جمل إرشادية:** وهي ترشد الشخص إلى السلوكيات المتأدية.
- **جمل متظروية:** وتصف مشاعر الآخرين وردود أفعالهم. (حمدان ، 2001)

وفي دراسة أجراها نوريس و داتيلو (Norris & Dattilo , 1999) هدفت لتعرف على فاعلية برنامج القصص الاجتماعية على التفاعلات الاجتماعية والسلوكية لطفلة في الثامنة من عمرها تعاني من التوحده، أظهرت نتائج الدراسة نقص ما يقارب (50%) من التفاعلات الاجتماعية غير الملائمة التي كانت تصدر عنها قبل البرنامج

2: التعلم من خلال الأنداد:

يعتبر التعليم من خلال الأنداد أحد أهم وانجح الطرق لتعليم الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد التفاعل الاجتماعي مع الأطفال العاديين ، فبهذا النوع من التدخّل يتدرب الأطفال ذوي صعوبات على كيفية التبادل الاجتماعي مع أطفال يعانون من توحّد، مثل مشاركتهم الآخرين، وأخذ الأدوار ومساعدة الآخرين، واللعب والمرح، وفي نفس الوقت يتدرب الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على الاستجابة لمبادرات الأطفال الطبيعيين. وقام كل من سترابن و أودوم (Odum & Strajn , 1984) بتصميم برنامج لتعلم من خلال الأنداد ولؤل خطوة في هذا النوع من التدخّل يتم تزويد الأنداد الطبيعيين بمعلومات عن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من حيث صفاتهم، وطرق التعامل معهم.

التحضير للتعليم من خلال الأنداد:

- تحديد الأنداد: يتم اختيار الأنداد بحيث يكثر تواجد أكبر سناً من الأفعال ذوي اضطراب طيف التوحد ويتمتعوا بمهارات اجتماعية عالية ولديهم اهتمام وحافز لذلك ، ويفضل اختيار طفل طبيعي لكل طفل توحدي.
- تحديد الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد: هناك بعض المهارات ويفضل أن تتوفر عند الطفل ذو اضطراب طيف التوحد مثل مهارة التقليد، يتقبل وجود الآخرين، عدم الإثارة بسهولة، عدم إبداء سلوكيات عدوانية.
- تحديد الألعاب: يفضل اختيار الألعاب المفضلة لدى الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد ويتم إعدادها لتدريب الأطفال الطبيعيين بعد إعطائهم معلومات أساسية عن التوحد، عدد الجلسات، أهمية البرنامج للطفل ذو اضطراب طيف التوحد وواجبهم نحو مساحته، وتشجيعهم على المشاركة وتلقي التمرين ثم يتلقوا تدريبات عميقة، عامة وخاصة.
- تحديد الأهداف التعليمية: تحدد الأهداف بناء على احتياجات الطفل مثل المبادرة والطلب من الآخرين واللعب معه، والاستجابة لمبادرة الآخرين أو الوقوف على مشرفة منهم.

ونجى آغام، وشلمان، وبومجر (Agam, Shulman, and Bommer, 2003) دراسة بعنوان 'التفاعل مع الأقران والتشعور بالوحدة لدى الطلبة التوحديين'، حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مستويات التفاعل مع الأقران وتفهم مشاعر الوحدة للأطفال التوحديين. وتكونت عينة الدراسة من (18) طفل توحدي. وقد تم جمع البيانات من خلال ملاحظة مبادرات الطيبة العفوية واستجاباتهم لأقرانهم. حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الأطفال التوحدين أظهروا فهماً ووعياً للتفاعل الاجتماعي، كما أظهرت مستوى مرتفع من التفاعل الاجتماعي مع الأقران، إلا أن الوقت الذي أمضوه في التفاعل مع أقرانهم كان نصف ما قضاه أقرانهم من الأطفال العاديين في التفاعل، وعلى الرغم من ذلك أظهر الأطفال التوحديون مستويات عالية من الشعور بالوحدة، مقارنة مع أقرانهم من نفس العمر.

3: التواصل من خلال تبادل الصور: PECS System: (Picture Exchange Communication)

طور البرناتج 'أندي بوندي' (Andy Bondy) و'لوري فروست' (Lori Frost) نظام التواصل من خلال تبادل الصور عام 1994 ويعتبر هذا النظام طريقة تواصل بديلة حيث إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يتواصلون مع الآخرين من خلال الصور (Bondy&Frost, 2002)

يعتقد البرناتج من خلال مراحل القائية:

المرحلة الأولى: الهدف الأساسي منها عند رؤية الطفل شيئاً عريباً يقوم برفع صورته ويقدم نحو المدرب ويضع الصورة في يده ويحصل على التعزيز ويتقلب في هذه المرحلة وجود مدرين اثنين في آن واحد أحدهما يلقى الصورة منه ويعطيه ما يريد والثاني يجلس وراء الطفل ويساعده من خلال اذنيين .

المرحلة الثانية: الهدف الأساسي في هذه المرحلة ذهاب الطفل إلى ملف اتواصل واخذ الصورة والتوجه نحو المدرب ووضع الصورة في يده وينتهي في هذه المرحلة زيادة المسافة بين المدرب والطفل والمسافة بين الطفل والصورة وعدد الأشياء التي يطلبها الطفل .

المرحلة الثالثة: الهدف الأساسي منها هو أن يطلب الطفل ما يريد من خلال التوجه إلى ملف التواصل واختيار الشيء الذي يريد بين عدد من الصور والتوجه بها إلى المدرب ، ويتعلم الطفل في هذه المرحلة الانتباه للصورة ومحتواها والتمييز بين محتوى الصورة وأخرى يرغب في الحصول عليه .

المرحلة الرابعة: الهدف الأساسي منها هو أن يطلب الطفل أشياء موجودة أمامه من خلال استخدام جنج ويتوجه الطفل نحو ملف التواصل ويأخذ رمز لفظ "أريد" ويضعه على شريط الجمل ثم رمز الشيء الذي يريد ويضعه على شريط الجمل ثم نزع شريط الجمل والتوجه به إلى المدرب .

المرحلة الخامسة: الهدف الأساسي أن يتمكن الطفل من طلب أشياء متعددة وان يتمكن الطفل من الإجابة على السؤال التالي 'ماذا تريد ؟'

المرحلة السادسة: الهدف الأساسي منها أن يجيب الطفل على أسئلة "ماذا تريد؟" "ماذا ترى؟" وأسئلة أخرى توجه إليه. (العلوان، 2006)

وفي دراسة أجرتها باتريشيا كراتش وساك كلانمان (Kraetz, S. 1998) للتعرف على مدى فعالية زيادة النشاطات الاجتماعية التي تتضمن إشارات موقفية في جدول النشاط المسور وذلك لثلاثة أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد تتراوح أعمارهم بين (4-5) سنوات. وبعد تعلم كيفية استخدام تلك الصور زاد التدقيق في اختيار الألفاظ من جانب هؤلاء الأطفال، وازدادت النشاطات التي لم يتضمنها الموقف وهو ما يعد نتيجة للتعميم. وبعد الاستبعاد التجريبي لتلك الصور استمرت النشاطات وتم تعميمها على الأنشطة الأخرى.

4: البرامج الترفيهية:

أثبتت العديد من الدراسات أن البرامج الترفيهية ضرورية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لما توفره من بهجة وسرور، وتوفير فرص التفاعل الاجتماعي من خلال الاختلاط مع الآخرين، وتشمل الرحلات، والأنشطة المختلفة، والمخيمات المشتركة مع الأطفال العاديين.

ومن البرامج الترفيهية:

1- العلاج باللعب:

العلاج باللعب الوسيلة الأولى التي يفهم بها الصغار العالم من حولهم، وهو أول أشكال التواصل لديهم، ويستخدمه المشردون لغايات التشخيص والعلاج، وتستخدم هذه البرامج لتخليص الأطفال من الانعزالات، والتوتر، كما يقود في تنمية المهارات المختلفة لدى العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة، ويستخدم العلاج باللعب مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لتنمية مهارات الاتصال مع الآخرين. (نصر، 2001).

استراتيجيات لتحسين سلوك اللعب:

وأورده (الحسائي، 2005) بعض الاستراتيجيات لترقية سلوك اللعب والتفاعل الاجتماعي عند أطفال التوحد وهي كالتالي:

1. إعطاء التعليمات المباشرة لأطفال التوحد في الألعاب، ومشاركة الطفل.
2. استخدام الأقران لترقية السلوك الاجتماعي.
3. استخدام الأيدي في وضع الجسم لتشمل المسافة والتفاعل.
4. يشارك الكبار أطفال التوحد باللعب.

وأكد (Atlas) كما أورده (نصر، 2001) على أهمية اللعب واستخدامه كوسيلة تعليمية تشخيصية وعلاجية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وركزت دراسته على أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أعمارهم ما بين 4 سنوات و 5 سنوات و 4 أشهر و 5 شهور إن أداء الأطفال في اللعب يرتبط ببعض الرمزيات اللغوية وذلك من خلال ذاتهم لبعض الرسوم وتكرر ذلك من خلال عدة جلسات علاجية باللعب.

2- الأنشطة الرياضية:

لأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غير قادرين على إنتاج اللعب بأنفسهم فمن الأفضل تشجيع الأنشطة الرياضية التي لا تحتاج إلى التحليل مثل: ركوب الحبل، والتأرجح ألياً، وبيدي الطفل مخاوف اتجاه الألعاب ورفض ممارستها؛ لذلك لا بد من اصطحاب الطفل إلى الأماكن التي تتواجد فيها الألعاب وفتح المجال للمشاهدة في البداية، ثم إعطاؤهم فرصة للمحاولة مع الحرس على عدم اندفاعية الأطفال نحو الألعاب. ومستوى النشاط الرياضي يعتمد بشكل رئيسي على جاهزية الفرد للنشاط ومدى التزامه بالبرنامج (Wing, 1980).

ولا يمكن تحديد الأنشطة الرياضية بمكان أو أسلوب معين، حيث من الممكن استخدام رياضة الرقص، وانشي لمسافات طويلة، والسياسة، والرحلات البحرية، وسباقات ألعاب الأطفال. وكذلك يمكن ممارسة أنشطة الرياضي في المنزل، حتى تعطي المتأخرين الرياضية ثمارها في تحسين حالة التوحد يجب أن تتكرر عدة مرات أسبوعياً وللفترات لا تقل الواحدة منها عن (20-30) دقيقة. (حمدان، 2001)

وعند تعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد الأنشطة الرياضية لا بد من الأخذ بعين الاعتبار الأمور التالية :

1. الهدف من تعليم انشغال الرياضي ليس فقط كانشغال وإنما لضبط سلوكيات غير مرغوبة.
2. تشمل الأنشطة الرياضية تنشيط عضلات الجسم كاملة.
3. زيادة مستوى النشاط الرياضي بناء على مستوى وقدرة الطفل. (زويقات ، 2004)

3- العلاج بالقفز :

يلعب الفن دوراً هاماً في علاج مهارات الاتصال سواء كانت لغوية أو اجتماعية ويعتبر الاتصال لغة في حد ذاته، سواء كان نلصغار أو المراهقين أو الكبار ويترجم لهم فرصة التعبير عن النفس ويعمل على إيجاد علاقة بين الطفل والقطعة الفنية التي يصنعها (نصر ، 2001)

ويعتبر الفن من أهم الأنشطة المحببة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فهي تساعدهم على تنمية الإدراك الحسي بتسمية مهارة التقليد والانتباه، والإدراك البصري عن طريق الإحساس باللون والمساحة والخط، والمسافة والتعدد، والحجم بالإضافة إلى تنمية الإدراك باللمس عن طريق ملامسة السطوح.

من فوائد استخدام الأنشطة الفنية :

1. تعطي الأنشطة الفنية للطفل ذو اضطراب طيف التوحد فرصة لتحقيق ذواته والتقليل من شعوره بالذونية والقصور.
2. تنمية استعداد الطفل ذو اضطراب طيف التوحد ومهاراته الجسمية اليدوية والوظائف الحركية.
3. يتيح للأطفال فرصة التعبير عن أنفسهم والاتصال بين حواسهم.

4. تمي استخدام الطفل ووظائفه العقلية كالإتيان والتمييز الإدراكي والحفظ والتذكر.
5. تتيح المواد المستخدمة فرص إمكانية التعبير عن ذاته، وإنتاج أعمال جديدة، وزيادة شعوره بالإحترام.
6. تنمية النواحي الاجتماعية والتعاون مع الآخرين.
7. إعداد الطفل لتعلم الكتابة وتنمية قدرته على التقليد. (. الجملي: 2005)

4- العلاج بالموسيقى؛

يستخدم العلاج للموسيقى في العديد من المواقف التعليمية المختلفة مع الأطفال التوحديين قد يستخدم في تعليم جوائز معرفية أو أثناء التدريب على مهارات الحياة الأساسية (الراوي ، 1999) ، من الفوائد المترتبة على هذا الترخ من العلاج زيادة مدة الجلوس على الكرسي وسهيل مشاركة الطفل في مجموعات اللعب، والعمل، وتطوير الكلام وزيادة التواصل البصري . (الشيخ فهد ، 2004)

خامسا، أساليب التدخل الطبي - الحيوبي :-

يمكن استخدام هذا التمرؤج البيونوجي اخاص بالتوحد لمعرفة فاعلية مختلف المعالجات الدوائية المستخدمة من عدنها . ولا يمكن هنا عرض دراسة تفصيلية لكل هذه المعالجات ولكن هناك عدد من العناصر البارزة . (أ) الأدوية : أولا ، ليس كل الأشخاص المصابين بالتوحد (مع الاضطرابات للمصاحبة) سواء . فلا يزال الطبيب يستند في توصياته على التجربة والخطأ . وإن الأسلوب المنطقي جدا في علاج زيادة المواد المخدرة في الجسم هو استخدام دواء فعال مضاد للمواد المخدرة يتم تناوله بالفم مثل (نالتريكسون) . مع أن التقدير من تكن إيجابية على مستوى العالم قد وضحبت بعض الدراسات (سيفو 1991 : ٧ SCIFO) وجود أثر مفيد ملحوظ عند استعمال الدواء بجرعة مناسبة ومنخفضة . وحيث أن وجود المواد المخدرة عامة (ولكن ليس بصورة حصرية بالطبع) يقلل السرمان في الأنظمة الرئيسية في الجهاز العصبي المركزي فإن الأدوية التي تقلل السرمان كثيرا (مثل الأدوية المهدئة التي تؤثر على الأنظمة الدوبامينية) يمكن تقوّن بأنها غير مفيدة . وإن أدوية مثل سنيبرد أو خالوبريدول

التي تزيد من السريان الدوباميني عند استعمالها بجرعات منخفضة مناسبة يمكن أن تكون مفيدة . وأن سيسبريدون ميعزز السريان السيروتونيني (من خلال الفعول المشترك 5- T2 ؟) ويعزز كذلك السريان الدوباميني (من خلال مفعول المقارمة D2) ولذلك يبدو واحدا . توجد العديد من الأدوية المشتركة الاستخدام التي يمكن التمكن بفعليتها باستخدام هذا النموذج . (شاتوك ، سيفري 2005)

صلاسا ، استايبيا قدخل اخوي

1 . التقدير على التكامل الحسي

وتقوم آراء اللاديين هذه الطريقة بان الأشخاص المصابين بالتوحد مصابين بحساسية في السمع فهم إما (مفرطين في الحساسية أو عندهم نقص في الحساسية السمية و لذلك فان طرق العلاج تقوم على تحسين قدرة السمع لدى هؤلاء عن طريق عمل فحص السمع أولا، ثم يتم وضع سماعات على آذان الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد بحيث يستمعون إلى موسيقى تم تركيبها بشكل رقمي (ديجيتال) و التي تؤدي إلى تثقيف الحساسية المفرطة أو زيادة الحساسية في حال نقصها

وهذا البرنامج يمكن تطبيقه مرتين في اليوم و بمعدل نصف ساعة و لمدة عشرة أيام متواصلة إن هذا البرنامج غير مؤذ و أنه ليس من الراضع فيما إذا كان الإصغاء لل الأصوات العشوائية هو أفضل من الإصغاء الى الموسيقى و ليس هناك إثباتات علمية بان العلاج كان ذات فائدة للطفل . (الجلبي، 2005)

2 . أسلوب العلاج بالتكامل الحسي sensory integration therapy

وهو مأخوذ من علم آخر هو العلاج المهني و يقوم على أساس أن أجهزة العصبي يقوم بربط و تكامل جميع الأحاسيس المتصادمة من الجسم ، و بالتالي فان أي خلل في ربط أو تجانس هذه الأحاسيس (مثل حواس الشم ، السمع ، البصر ،المس ،التوازن ،التذوق) قد يؤدي إلى أعراض توحدية و يقوم بعلاج هذه الأحاسيس و من ثم العمل على توازنها و لكن في الحقيقة ليس كل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يظهرين أعراضا تدل على خلل في التوازن الحسي كما أنه ليس هناك علاقة واضحة و مثبتة بين

نظرة التكامل الحسي و مشكلات اللغة عند الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حيث يجب مراعاة ذلك أثناء وضع برنامج العلاج الخاص بكل طفل .

إن هذا البرنامج يتضمن التنفس العميق للأطفال بالمسح ، للمس برفق و استخدام اللمس التي تعين الطفل على الاستجابات التكتيفية فضلا عن تدوير الدماغ انطلق لتكامل التدخل لمختلف الأحاسيس لقد جرب هذا البرنامج على (10) أطفال و تم إعطاهم (15) دقيقة من العميات المساجية قبل النوم ، و قرأ على (10) أطفال آخرين القصص قبل النوم و بعد مرور شهر على هذا البرنامج وجد تحسنا واضحا في السلوك الاجتماعي .

ورغم أن العلاج بالتكامل الحسي يعتبر أكثر عملية من التدريب السمعي و التواصل اليسر حيث يمكن بالتأكيد الاستفادة من بعض العُرق المستخدمة فيه

3. أسلوب العلاج بالصحة العقلية :

ظل آباء الأطفال الصابين بالتوحد والاضطرابات المصاحبة لسنين عديدة يستقصون في آثار الأطعمة المتروعة الغلوتين والكازيين ، وخصوصا فقد كان هناك شك في هذه الجهود أو عدم رضا من أغلبية المختصين ، وهناك أطباء وخصص تغذية ومدربون ومتخصصون آخرون في الرعاية مستعدون لبحث هذه الأفكار لأنفسهم ولكن الآباء يميلون إلى عدم الاندفاع لتابعة تلك التدخلات ، وتقدم الدراسات الترويجية دليلا موبنا تفاعلية تلك التدخلات ولكن حتى ترد إجابة أخرى فإن المختصين يجلبون صعوبة في تقديم موافقة خالصة على تلك الجهود .

وقد أكملت أخيرا المرحلة الإرشادية لدراسة تشمل إزالة الغلوتين من الغذاء (وايتلي -1997) ونقرا لأن العدد الكلي للأشخاص الذين يخضعون للاختبار منغير نسيبا لماته يجب أخذ الحذر في جعل أي نتائج عصبية ولكن كان هناك تناسق والتهام مدعش بشأن التغييرات التي ذكرها كل مدرسين وآباء الأطفال الخاضعين للاختبار ، وقد ظهرت أكثر حالات التحسن ،تسجاما في تطور اللغة والقشرة على التركيز . كما ظهر تحسن في أساليب النوم لدى معظم الأشخاص الذين خضعوا

للاختيار . وإذا كان هناك شيء انضمت فيه هذه التجارب أكثر فهو الأشخاص الحاضرين للاختبار والذين تألموا كثيرا

نحن مترددين في التوصية بهذه الأساليب ودائما نضغط على الأيون لبشاروا مع طبيهم العام وإذا تمكن مع تخصصي التفتتُ فبئس إجراء تلك التجربة . وعلى كل حال نحن دائما مستعدون للرد على طلبات المعلومات والنصيحة . وذكر العديد من الآباء حدوث ترد في السلوك في البداية في عدد من الظروف وهذه قد تقسو فيما يحصل بأثار السحب . وإن إزالة الأفضية التي قد تؤدي لإنتاج المواد المخدرة يمكن التيسر بها لإحداث أكثر ممانعة نطق التي شوهدت عند سحب الأفضية المخدرة من شخص مدمن للمخدرات ، كما ذكر الآباء حدوث قلق وانتظر في القضاء والأسراف القليلة والدوار وسوء المزاج بشكل عام ، ولكن هذا لا تدوم أكثر من أسبوعين أو نحوهما . ويتعرض ملاحظتنا أن هذه الآثار أكثر وضوحا في الأطفال الصغار ، وتشهور التجربة إلى أن ظهور هذه الآثار السالبة يتعلق فعلا بنتيجة أكثر إيجابية للتدخل . إن التقارير القصصية الواردة من الآباء مشجعة ونحن نشارك أن آلاف الآباء تم مقابلتهم بهذه الطريقة مع تأييد ألبائهم أو عدمه ؛ ونحن أيضا مدركون لعدد محدود من التقارير حيث أفاد آباء الأطفال المودون بأنفسهم بحدوث تحينات سريعة جدا ، ولدينا معرفة شخصية بعدد أو حالات أبدى فيها صغار الأطفال حالات تحسن سريعة جدا ولكن لا يمكن اعتبارها نهائية في هذه المرحلة ، وكما نعلم فإن أول حالة تم فيها إعداد طبيب لوصف المواد الخالية من الغلوتين في مركز خدمة الصحة الوطنية (في المملكة المتحدة) للتوحد كان عام 1995 . وعلى الرغم من عدم حصولنا على المعلومات المثابة فنستقدر ذلك بأكثر من 50٪ من الحالات التي تم إدخالها والنتائج الملحوظة لوصف له نتائج بهذه الطريقة . وقد حان الوقت بوضوح لبدء في تجارب الإكلينيكية حتى يتسنى قياس فعالية تلك التدخلات وإن دراستنا الإرشادية التي تناوشت استخدام أنواع مختلفة من أدوات التقدير السلوكي والنفسى إضافة إلى مراقبة صبور لبيبيدات (المواد أفضية) الجولية تفرقة ستة أشهر تعدد إلى بحث دقيق جدا نأمل أن يقدم معلومات عن فعالية هذا النوع من التدخل

4. أسلوب إزالة التركيبات الصيفية (الفينولات): من الأطعمة

وضحت الدراسات أن نشاط الإنزيمات الناقلة للكبريت يزول كثيرا بوجود المواد الكيميائية المحتوية على نسبة عالية من اتراتنج الفينول، وإن العديد من تلك المركبات مصبوغة ولهذا السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإذ بعض الآباء السبب أو لأنهم توصلوا لذلك بوسائل كبيرة فإن بعض الآباء والأطباء قد لزلوا كل المواد الملونة (الصيفية) من الطعام . ويحتر (ساره داهت) أحد تلك الألعمة الذي وجد قبولاً كبيراً في الولايات المتحدة . وقد طورت ذلك إحدى الأمهات وهي ساندرا جونسون التي قامت لأسباب عديدة بإزالة كل الأطعمة المحتوية على الإصباغ الجوزانية وإصباغ النكهة والسالييلات وبعض المركبات الأخرى .

5. أسلوب استبعاد الإنزيمات الإضافية :-

يلاحظ أن الآباء ولعمد من الزمن كانوا يستخدمون إضافات تغذية من (عجلات الأطعمة الصحية) في محاولة لتحسين فرط النشاط لدى الأطفال ، وقد احتوى الشج المنضج على (البيسين) (pepoin) وهو إنزيم يكسر البروتينات وبذلك يقلل مستويات السييدات (المواد المضمة) ، كما احتوى على (كلوريد بيتين) (هيدروكلوريد خلايسين الميثيل الثلاثي) الذي يقال أنه يجعل محتويات المعدة أكثر حمضية وبذلك تستطيع الإنزيمات أن تعمل بفعالية أكثر ، وهذا الدور الذي يصعب تفسيره يعطي هذه الأتراضات معنى حقيقياً .

البرنامج التربوي الفردي

مفهوم البرنامج التربوي الفردي

يشكل البرنامج التربوي الفردي متهاج الأفراد ذوي الاحتياجات الخاصة المتحقين بالمؤسسات التعليمية والتدريبية المختلفة من مدارس ومراكز تربية خاص ويشير البرنامج التربوي الفردي إلى مجمل أسطتين التربية الفردية والتعليمية الفردية المتبعة عنها وفيما يلي بيان تفصيلي عنهما من المفهوم إلى الأهداف فالمكونات والأهمية و ... الخ انتهاءً بأمادج توضيحية حولهما .

مفهوم الخطة التربوية الفردية

تشكل الخطة التربوية الفردية حجر الزاوية في بناء منهج ذوي الحاجات الخاصة إذا تعتبر بمثابة المنهج الفردي لكل طفل معوق، وتعد هذه الخطة بعد الحصول على نتائج تقييم الأداء الحالي للطفل المعوق على أبعاد الكهاج المختلفة لتكون مخططاً حادف لتعليم التلاميذ يشمل ما يتطلبه هذا التعليم من أدوات ومستلزمات محددة واستخدام النشاطات والحاجات الأربعة فهي تصمم بشكل خاص للطفل معين لكي تقابل حاجاته التربوية بحيث تشمل كل الأهداف المتوقع تحقيقها وفق معايير معينة وفي فترة محددة وانصف بذلك ما إذا توجب على المعلمين والأخصائيين الآخرين القيام به للإيفاء بالحاجات التعليمية الخاصة للأطفال المعوقين

أهداف الخطة التربوية الفردية

تسمى الخطة التربوية الفردية لتحقيق جملة من الأهداف العامة التي تشكل في مجملها ما يلي

- ضمان حق التلميذ في الخدمات التربوية والخدمات المساندة التي تلبي جميع احتياجات التلميذ الخاصة من خلال إتباع العملية المنصوص عليها في الخطة .
- ضمان حق الأمرة في تلقي الرعاية الشاملة لأبنائها
- تحديد نوعية وكمية الخدمة التربوية والمستندة المغلوبة لاحتياجات كل تلميذ على حده
- تحديد الإجراءات الضرورية لتقديم الخدمات التربوية المساندة لكن تلميذ على حده
- تحقيق التواصل بين الجهات المعنية لخدمة التلميذ و الأمرة لمناقشة وضع القرارات المناسبة والمتعلقة باحتياجات التلميذ.
- قياس مدى تقدم التلميذ في تحقيق الأهداف الموضوعه له في البرنامج

أهمية الخطة التربوية الفردية

- ترجمة فعالية لجميع الإجراءات التي يقوم بها فريق العمل متعدد التخصصات لقاط الضعيف والقوة لدى العاق

- وسيلة التواصل بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات
- وسيلة لتحديد الخدمات المساندة التي يحتاجها المعاق مثل:
- الخدمات النفسية والاجتماعية والصحية والإرشادية وشرقيات والنطق والإرشاد النفسي والعلاج الطبيعي..... الخ
- إتاحة الفرصة لتقريب وجهات النظر بين أعضاء الفريق متعدد التخصصات والجهات ذات العلاقة في المعهد أو البرنامج أو في المركز وبالتالي تعمل الخطة على تمكين الجميع من مراقبة المعاق وتحديد مواطن القوة والضعف لديه
- تحديد مستوى فاعلية الجهات ذات العلاقة في تقديم الخدمة الملائمة للمعاقين
- تحديد مسؤوليات كل عضو من أعضاء الفريق فيما يتعلق بتفيذ الخدمات التربوية الملائمة للمعاق
- أداة للتقييم أولى المستوى أداة كل طالب على حده في ضوء احتياجاته
- تعطي للمعلم الحق في متابعة وتنفيذ الخطة التربوية الفردية من قبل فريق العمل والجهات ذات العلاقة للمعاق
- تتيح الفرصة لتفريق العمل متعدد التخصصات لاختيار المنهج أو الطريقة أو الإستراتيجية المناسبة للاحتياجات التعليمية
- تؤدي إلى إشراك والدي الطالب في العناية التربوية ليس بوصفها مصدراً مفيداً للمعلومات فقط وإنما كأعضاء فاعلين في الفريق متعدد التخصصات
- تعمل بمثابة محرك للمساتمة عن مدى ملائمة وفعالية الخدمات المقدمة للطالب
- تسهم في إتاحة الفرص للمعلمين وأولياء الأمور للعمل معا من أجل تحديد حاجات الطالب والخدمات التي ستقدم له والنتائج المتوقعة
- تعمل بمثابة أداة إدارية وتنظيمية تضمن تقديم خدمات تربوية الخاصة والخدمات المساندة التي يحتاج إليها
- تعمل بمثابة أداة لتقييم مستوى التطور الذي يحرزه الطالب ومدى تحقيقه للأهداف المحددة له
- تشكل التزاما كتابيا واضحا بتقديم الخدمات التربوية الخاصة والخدمات المساندة اللازمة للطالب

مكونات الخطة التربوية

- تشمل الخطة التربوية عدة جوانب أهمها:
1. معلومات عامة عن الحالة : كاسم الطفل وعمره وجنسه وصفة وطبيعة المشكلة التي يعاني منها ودرجتها
 2. وصف مستوى الأداء الحالي : ويقصد بذلك أن تعرف واضح النهج على الجوانب السلبية والأيضاً في أداء الطفل المعوق عتلياً من خلال نتائج مقاييس المهارات المختلفة ويجب أن ينظر إلى مستويات الأداء الحالي على أنها عبارة عن تلخيص لجوانب القوة والضعف عند الفرد ويمكن أن توصف هذه المستويات إما باختيارات رسمية أو وصف السلوك لدى الطفل يدلاً من التركيز على جوانب السلبية فقط
 3. وصف تقرير عن الأهداف السنوية والأهداف قصيرة المدى : يعرف الهدف السنوي أو الهدف العام بأنه التحصيل المتوقع من الطفل خلال مدة زمنية معينة كسنة مثلاً بحيث يكون هذا الهدف قابلاً للقياس وذات اتجاه إيجابي وموجهة إلى الطفل وتعتبر هذه الأهداف القصيرة المدى نقطة انطلاق نحو الأهداف السنوية للطفل وكذلك يجب أن تكون الأهداف القصيرة محددة وقابلة للملاحظة والقياس وموجهة نحو الطفل إيجابياً.
 4. الخدمات التربوية العامة التي تقدم للطفل : يجب أن تتضمن الخطة التربوية الفردية جميع الخدمات التربوية الخاصة التي يحتاجها الطفل لتحقيق أهداف الخطة ومن هذه الخدمات التي تقدم للطفل خدمات التربية الجسمية وخدمات التربية اللمنية .
 5. بيان حول الفترة الزمنية التي يشارك فيها الطفل في برنامج التربية العادية (للصنف العادي) هذا في حالة تطبيق البرنامج
 6. بيان تاريخ البدء في تقديم الخدمات وثلاثة اشتروعة لاستمرار تلك الخدمات حيث يجب أنقدر المدة المناسبة لتقديم الخدمات التربوية الخاصة للطفل على مدار العام الدراسي وأن يبين ذلك في الخطة التربوية الفردية
 7. إجراءات التقييم لتحقيق الأهداف القصيرة المدى على أساس سنوي حيث تكون معايير التقييم مناسبة للفرد ونوع الإعاقة والسلوك المتوقع

8. تحديد الخدمات المناسبة الأخرى المرتبطة مثل العلاج الطبيعي و الموهبات الإرشادات الأخرى

- وقد أشار القانون الأمريكي العام (142/94) إلى أن الخطة التربوية الفردية تتكون مما يلي :
- مستوى أداء الطفل الحالي .
- الأهداف السنوية والأهداف القصيرة.
- الخدمات الخاصة التي تقدم للطفل .
- تحديد الحد الأعلى من الأداء الذي يتوقع أن يصل إليه الطفل .

اعتبارات بناء الخطة التربوية الفردية

من الاعتبارات التي يجب أن تأخذ بالحسبان والتي يجب على الفريق متعدد التخصصات مراعاتها عند بناء الخطة التربوية الفردية وهي :

- معلومات عن السجلات المدرسية الحالية اختيار الاختبارات المقاييس التي تناسب مع ذوي الحاجات الخاصة بشكل يساهم في تحديد مستوى الأداء الحالي لذوي الاحتياجات الخاصة لتحديد الخدمات التي يحتاج إليها.
- مراعاة الفروق الفردية بين التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة .
- توفير البيئة التعليمية المناسبة لذوي الاحتياجات الخاصة
- فترات المهمات التعليمية المُرضِعة الأهداف ، المهارات ،... المتعلقة بالخطة التربوية الفردية
- مراعاة توافر فرص النجاح لذوي الاحتياجات الخاصة .
- مراعاة درجة الإعاقة أو التأخر النمائي (لابلون للتعليم ، قابنون للتدريب واعتماديون)
- التسلسل في المهمات التعليمية حسب الأهمية
- إدراك أهمية دور كل عضو من أعضاء فريق متعدد التخصصات وتضافر الجهود المبذولة لتكامل الخطة
- أن تكون صياغة الأهداف بصورة سلوكية حتى يمكن قياسها وملاحظتها .
- معلومات عن السجلات المدرسية الحالية لذوي الاحتياجات الخاصة
- وجود مشكلات سلوكية أو انفعالية

أسس بناء الخطة التربوية الفردية

- لضمان نجاح الخطة التربوية واستثمار جهود الفريق المتعدد التخصصات ، لابد من توافر عدة أسس أهمها :
- الاهتمام بالتشخيص المبكر مع الإشارة إلى أن البرنامج العلاجية المبكرة الجيدة لا تلبي الحاجة إلى برامج في المستويات العمرية المتقدمة
- مراعاة الفروق الفردية بين الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة ، حيث يمكن تفريع الخطة التربوية الفردية إلى العديد من الخطط التنفيذية وفقاً لعدد المتأخرين وعدد المواضيع الدراسية.
- الإدراك التام بحق الطلبة من ذوي الاحتياجات الخاصة في الحصول على الخدمات المتاحة لتعديين فضلاً عن الخدمات التي تليها الإعاقة
- إدراك أهمية الأدرار المناط بالتفريق : لتعدد التخصصات فضلاً عن إدراك أهمية التعاون والتضافر
- الوعي التام بأهمية الخطط التربوية الفردية و الإدراك التام أنها تمثل حجر الزاوية في بنا مناهج أنشطة ذوي الاحتياجات الخاصة
- مراعاة ظروف الفرد ذوي الاحتياجات الخاصة والآثار للترتية حتى الإعاقة
- ربط الخبرات التعليمية بواقع الحياة اليومية للطلبة ذوي الاحتياجات

معضلات بناء البرامج التربوية الفردية

- هناك بعض الصعوبات التي قد تواجه عملية تطبيق الخطة التربوية الفردية مثل :
- عدم توظيف نتائج التشخيص والتقييم في إعداد البرامج والخطط التربوية الفردية
- عدم وجود فريق متعدد التخصصات
- معظم الأهداف قصيرة المدى مفقودة وأن وجدت فهي غير ملائمة لتدرات الطالب
- عدم إشراك الأسرة في البرنامج التربوي الفردي

- عدم رضا المعلمات عن خبراتهن في إعداد البرامج التربوية الفردية وحاجتهن للتدريب

طريق الخطة التربوية الفردية

تتكون لجنة الخطة التربوية الفردية من مدير / مديرة مركز التربية الخاصة ومعلم النطق والتعلم العادي وولي أمر الطفل المعوق و الأخصائي النفسي في المركز وأي أشخاص آخرين لهم علاقة بوضع الخطة التربوية الفردية وتظهر مهمة هذه اللجنة في مسؤولية متابعة ما جاء في الخطة التربوية الفردية وتحقيقها وإعدادها مع بداية كل شهر أو فصل دراسي لتحديد أهداف الخطة التربوية الفردية هناك عدة خطوات لتحديد أهداف الخطة التربوية الفردية نستعرضها فيما يلي

أجمع المعلومات المتاحة عن الطالب

ينبغي أن تتم مراجعة التقارير السابقة للطالب ، بما في ذلك التقارير التربوية والنفسية والطبية وتقارير مقابلات تمت مع أحد الوالدين أو كليهما هذه المعلومات ستساعد على تحديد مستوى أداء الطالب ومواطن قوته وضعفه ومعرفة مستوياته للتربية والدراسية وبناء على هذه المعلومات يستطيع المهتمون أن يضعوا محتويات الخطة التربوية الفردية الأساسية ، كما ينبغي أن تكون الأهداف التربوية التي يضعها جمع المختصين القائمين على التعليم الطالب مرتبط بمعضها بالمعنى الأخر ، ويتم ذلك من خلال اجتماعات يتم فيها مناقشة الأهداف الجديدة للطالب أسأل نفسك الأسئلة التالية التي ستساعدك على تحديد احتياجات الطالب

ما هي المهارات التي يحتاج إليها الطالب لكي يكون مستقلاً في حياته ؟ وما أهم الأهداف للفترة الراهنة ؟

أن أهم الأهداف انلازمة للفترة الراهنة هي التي تنطوي على أكبر درجة من التأثير على حياة الطالب ، يتم تحديد هذه الأولويات من خلال مقابلة أسرة الطالب وتحبس عيظ الطالب والمهارات اللازمة للتعامل مع محيطه ، ويشمل ذلك تحديد أنشطة الطالب اليومية الأميوجية من وقت استيقاظه إلى وقت نومه وبعد ذلك يتم تحديد ما ينقص الطالب من مهارات والأولويات التي ينبغي تعليمها في الدرجة الأولى ويوجه

عام ،في بداية مراحل التدريب تعكس أهم الأهداف عادة تعليمية مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي والتسوك اللائق وإتباع روتين الفصل بما في ذلك الجدول اليومية كما ينبغي تعليم الطالب التعامل اللائق مع أقرانه وجميع أعضائه أسرته لا في ذلك من تأثير على نوعية حياة اليومية .

هل يستطيع الطالب ان يعبر عن أهم احتياجاته الأساسية ؟

هذا أهم من الأسئلة التي يمكن أن تطرحها . أن للقدرة على التواصل أهمية كبيرة في حياة الفرد لذلك نحرص السيناريو التالي لتفهم ما يعنيه التواصل . تصور نفسك في دولة أجنبية في عالم لا تفهمه بخلاف الناس فيه عنك أنك لا تفهم شيئا مما حدث حولك والناس لا يفهمون حتى إيماءاتك تريد أن تأكل ذلك الطعام الذي أحبه لكنتك لا تعرف اسمه وتريد أن تذهب إلى مكان أحبه لا كنتك لا تجد احد يسعك وما هو أهم من ذلك كله أنك تجد أناسا يريدونك أن تفعل أشياء لا تعرف ما هي ولا كيف تفعلها أو كنت لا تريد أن تفعلها ، وعندما أبدت مقاومة للدلالة على أنك لا تريد أن تفعل شيئا ضربوا وصرخوا في وجهك كيف سيكون شعورك ؟ ألا يحترق الغضب في مثل ذلك الوضع ؟ كيف ستعبر عن غضبك ؟ فكر الآن فيما سيحل مشكلتك . أنك في حاجة أولا وقبل كل شي أن تتعلم كيف تتواصل مع هؤلاء الناس وتعبّر لهم عن أهم احتياجاتك ، حاجتك إلى الطعام والتشرب أو العمل أي شيء تفضله أو أن تقول لا أو تطلب المزيد من شيء تريد الحصول عليه . وتريد أيضا أن تفهم البيئة من حولك وهذه الأوضاع مثل كيف يمس الطالب ذوي الاضطراب طيف التوحّد الذي لا يتمكن من التواصل مع الغير وبالتالي فإن ما يحتاج إليه هؤلاء الأطفال هو تخطيط دقيق يهيء لهم فرصا كثيرة لكي يتعلموا التعبير عن أنفسهم وفهم غيرهم من الناس من حولهم؛ أن لهم حقا كما هو لنا جميعا في أن نكونوا مسعفاء ومستقلين ولخوارج بالتفهم

هل يساعد تعلم المهارات على تحسين نوعية حياة الطالب وهل يجعله أكثر

استقلالا ؟

في كثير من الأحيان يتم تعليم الأطفال ذوي الحاجات الخاصة مهارات من منهج تطوري يحدد تسلسل التطور الطبيعي للأطفال في مجالات التطور المختلفة بما في ذلك

الإدراك والحركة و اللغة والمهارات الاجتماعية والعاطفية والاعتماد على النفس ويتم تعليم الاطفال بزئاج هذا التسلسل ونتيجة لذلك يكون هناك امثلة كثيرة يوضع فيها وقت الطالب وهو يتعلم مهارات لا يحتاج إليها في الحقيقة .

وهذا النوع من التدريب لا يتناسب مع الأشخاص ذوي اضطراب خفيف التوحد لأن تعلمهم لا يجري وفق التسلسل العادي لتطور المهارات وبالتالي ينبغي التركيز على تعديدهم المهارات التي مستاعدهم على أن يصبحوا أكثر استقلالاً ومن ثم تسهم في تحسين نوعية حياتهم

في أية أوضاع يمكن أن تطبق هذه المهارات هل يحتاج الطالب هذه المهارة حالياً وفي المستقبل ؟

بوجه عام ، ينبغي تعليم الطالب مهارات يمكن أن يستخدمها في معظم الأوضاع سواء كان ذلك في البيت أم في المدرسة أم في المجتمع وفي المقابل ينبغي تجنب تعليم تلك المهارات التي لن يستخدمها الطالب إلا في وضع محدد

هل يعاني الطالب مصاعب في المعالجة الحسية ؟

معظم الأطفال ذوي اضطراب خفيف التوحد لديهم مصاعب في المعالجة الحسية ويلزمنا بهذه الأمور عندما نخطط لوضع خطة تربوية فردية ولا سيما في كيفية تصميم البيئة المناسبة للطالب

هل يبدي الطالب اهتماماً بتعلم مهارات معينة ؟

إذا كان الطالب يريد أن يتعلم شيئاً فمن الأرجح أن يكون لديه حافز كبير لتعلمه وفي ضوء ذلك سيكون انتباه وسرعة تعلمه أفضل مما هما عليه فيما لو تعلم هدفاً مفروضاً عليه فرضاً ويمكن كذلك استخدام اهتمام الطالب في تعليمه أشياء أخرى فهذا كأن الطالب مهتماً بالسيارات على سبيل المثال فعلى المعلم أن يستخدم السيارات في تعليمه التواصل وكيفية اللعب وكيفية المشاركة الاجتماعية مع الكبار والأنداد والألوان والإعداد والنواصع والمهارات الجغرافية والمهارات اليكديتكية وغير ذلك بما يتناسب مع مستوى الطالب واحتياجاته .

ما الذي يمكن عمله لإضافة فسحة من المرح على عملية التعليم ؟

الحاجة إلى المرح والسعادة بالغة إلى أهمية و المشكلة في كثير من البرامج التي توضع للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مبنية على الاعتقاد بأن عمليو التعليم ينبغي أن تكون ممتعة وأن تعتمد على التكرار وهو شيء لا صحة له على الإطلاق . إذا كان الطالب يستمتع بما يفعل فمن المرجح أنه سيكون أكثر انتباها لك وأكثر فاعلية لتعلم منك ما تعلمه وأفضل إصغاء لما تقوله و أكثر استجابة لما تطلب منه أن يفعله ، والمرسي بدوره سيكون أكثر استمتاعا بما يفعل لأن المرح قد يكون علاجا للنفس المرهقة، سواء أكانت نفس المعلم أو الطالب . اسأل نفسك الأسئلة الخاصة التالية لاختيار كيفية عرض الأهداف التعنيمية وتعليمها

ما هي أفضل الطرق لتعليم مهارة جديدة ؟

- ما مدى انتباه الطالب ؟ في أية أوضاع يزيد احتمال انتباهه وفي أية أوضاع ينحل ؟
- ما أفضل طريقة لتعديد توجيه انتباهه ؟ ما أفضل طريقة لإيداعه انتباهها وجذب انتباهه ؟م الذي يعجز الطالب ؟ ما هي النشاطات التي يجيها فعلا ؟
- كيف تتعامل مع التعبير ؟ ما أفضل طريقة للتعامل مع التعبير وتشرح له أن التعبير قريب ؟
- ما الذي يجذب الطالب ؟
- ما هو أفضل وضع يتعلم فيه الطالب من حيث الأنوار ؟الصجيج ؟الحرارة ؟

المقايمة الأسرية الخاصة بالخطوة التربوية الفردية

كما أسلفنا ، لا يمكن كتابة خطة التربية الفردية من دون مرافقة أسرة الطالب ومشاركتها وهذا؛ طرفتان لمشاركة الأسرة في كتابة الخطة التربوية الفردية لأنها ولايتها أوجب . أن يتم الاجتماع مع الأسرة ويتم تحديد الأهداف التربوية جميعا ومن ثم كتابة الخطة وبعد ذلك تقوم الأسرة والمهتمون بتعليم الطالب بالإمضاء على الموافقة أما الطريقة الثانية فتتضمن أن يحدد الاختصاصيون القائمون على تعليم الطالب الأهداف التربوية بشكل مبني ويكتبوا الخطة التربوية الفردية للطالب بعد ذلك يتم

تحديد موعد مع الأسرة الطالب لمناقشة الخطة، وإضافة أو حذف أهداف تربوية بما يتناسب مع رغبتهم واحتياجاتهم وفي رأي المؤلف أن الطريقة الثانية هي الأفضل لأنها تساعد الأسرة بشكل أفضل على تحديد أولوياتهم واحتياجاتهم .
نناقش فيما يلي كيفية التحضير للاجتماع مع أسرة الطالب وتنفيذه .

الاجتماعات لتقار

- تنفق مع الوالدين على زمن للاجتماع
- تبذل بهم الأخذ موعد قبل اسبوعين من النقاه
- ارسلا إليهما الخطاب المتخصص لهما (والذي سنأتي عليه لاحقا)
- حدد من سيحضر الاجتماع .هل سيحضران معا أم أن احدهما سيحضر ؟ حضر نسمة من الخطة لكل منهما، ينبغي أيضا أن يحضر رئيس التعليم والمعلمون الذين سيعملون مع الطالب والمساعدون والاختصاصي الاجتماعي .ويتعين على اختصاصي الخدمات المسندة كالتوصيل والتدريب على الكمبيوتر أو التربية الفنية أو التربية البدنية
- لو المعدلة المهنية أن يحضروا ويحدثا أحيانا أن هؤلاء الأشخاص الذين يعملون مع عدد كبير من الأطفال يصعب عليهم أن يحددوا الوقت الكافي للحضور للاجتماع الكامل الخاص بكل ، وفي هذه الأحوال يمكن تخصيص جزء من وقت الاجتماع لحضور اختصاصي الخدمات عرضا عن حضور الاجتماع بأكمله .
- تم بإعداد البيئة للاجتماع .
- حاول أن توفر أسباب الراحة من كراسي وإضاءة كافية ودرجة حرارة ملائمة نأكد من وجود كراسي كافية لجميع الأشخاص الذين سيحضرون الاجتماع
- حدد من سيدون محضر الاجتماع
- اعد جدول أعمال وزعه على الحاضرين حالما يبدأ الاجتماع ويتطلب تحديد جدول أعمال الاجتماع بالوالدين ما يلي :
- عرف الأشخاص الحاضرين ووظائفهم

- اذكر الغرض من الاجتماع المخصص للخطة التربوية الفردية و هو مناقشة الخطة الفردية بالخاصة بالطلاب في العام الجاري . اخبر الوالدين بأن هذه المادة التي يشاركان فيها ليست البرنامج النهائي ولكنها تمثل توصيات التعامل في مركز أو المدرسة وذكرهم بأن اقتراحاتهم التي يقدمها حول الأهداف التعليمية لطفلهم مهمة جدا
- اخطأ كلا من الوالدين نسخة من الخطة التربوية للفردية غير النهائية
- استعرض جميع المعلومات الخاصة بالتنويم وتاريخ الملاحظة والخطة التربوية السابقة إن وجدت . وعند مناقشة الأداء السابق للعقل حاول أن تكون إيجابيا إلى أبعد حد ممكن ولا تحضر تركيزك فيما لا يستطيع الطالب أن يفعله لأن ذلك قد يضايق إحباط الوالدين بل اخبرهما أيضا بما يستطيع أن يفعل وإذا كانت إنجازاته محدودة اخبرهما عن السبب المحتمل لذلك .وعما تحاول أن يفعله لتتدخل في الأمر . اطلب من الوالدين
- أن يقدموا رأيهما وبعد ذلك لهذا بمناقشة الأهداف التربوية المقترحة للطلاب وشرح لها السبب في توصيتك بهذه الأهداف وكيف ستكون مفيدة له وبني أن نغطي مناقشة أهداف السنة الحادية جميع مناسي التطور
- عرفوا بماجرك أيضا إلى مساهمتها واقترح عليهما كيف يشاركان في عملية التنويم واطلب منهما كذلك أن يقترحا طرقا يشاركان فيها وهنا يمكن مناقشة كيفية التواصل بين المدرسة والمنزل من خلال دفتر التلميذ اليومي
- سجل أي اقتراحات أو معلومات تعطيها الأسرة
- إذا وافق الجميع على الخطة وجب عليهم التوقيع عليها من فوهم الوالدين وفي حال عدم الموافقة عليها ينبغي إجراء التعديلات المقترحة ومن ثم التوقيع على الخطة في وقت لاحق
- وفي نهاية الاجتماع قدم ملخصا للثناط الرئيسية التي ناقشها المجتمعون وفي الكلمة الختامية ذكر والدي الطالب بأهمية مساهمتهما لطفلها في تحقيق الأهداف التربوية الواردة

- في الخطة وبأن التعاون بين ائندرسه والبيت ينطوي على أهمية كبيرة عرفيها كيف يرأبعان المركز في حان استفسار ومن الذي يتصلان به في هذا الخصوص .

ملاحظات ينبغي أن تؤخذ في الحسبان بشأن مقابلة أسرة الطالب

- يظب أن يكون الوقت المخصص لاجتماع الخطة التربوية الفردية محدودا
- ولذلك تأكد من أنك لا تبعد عن الموضوع الرئيسي فإن الوالدين والمعلمين قد يتعدون عن الأمور ذات الصلة بموضوع الاجتماع ، وإذا شعرت بأن النقاش لا صلة له باشطة التربوية لنطالب فاعمل على إعادة النقاش على وجهته الخريفة وليكن ذلك بأدب واطف
- لا تناقش مع الوالدين أمور تتعلق في حياتك الشخصية
- أثناء مناقشة أمور الطالب لمجنب مقارنة مستوى الطالب بأخر من حيث تطوره أو برأجه أو ثقفه وعلى الرغم من أن الوالدين يطرحدن أسئلة كثيرة مثل : كيف ترى طفلنا بالقياس مع غيره ؟ حاول أن تؤكد لهذا أن كل طفل يختلف عن غيره في جوانب قوته وضعفه
- تحدث مع الوالدين دائما بطريقة احترامية سيطر على غضبك ولا ترفع صوتك بأي حال من الأحوال ولا تضحك بصوت عال واستخدم لغة مناسبة ولا تخضع للبهان واحضر إلى الاجتماع مستعدا له وأنظر إلى لغة جسدك (تعبير الوجهة والإشارات) ركز نظرك إلى من تحدثه أو نستمع إليه
- استخدم لغة بسيطة لا لغة فنية لا يفهمها الوالدين أن استخدام كلمات لا يفهمها الوالدين قد توصل إليهما الحديث بحرفة وبالتالي لمن يقيد الطالب لأن فهم الوالدين لأهداف التربية ولاحتياجات الطالب له تأثير مباشر على مدى تقدمه
- لا تنس أبدا الإحباط الذي قد يهيمن على الأسرة بسبب وجود طفل ذي احتياجات خاصة و تأثيره على الوضع النفسي وحاول أن تجعل توقعاتك فيما يخص مساعدة الوالدين في عملية التعليم متوائمة مع وضعهما الحالي قبل توقع منهما أكثر مما ينبغي واطلب منهما أن يفعلا الأشياء خطوة بخطوة . إذا طلبت الكثير فمن غير المحتمل أن يفعلا شي تطلبه منهما وحاول تبسيط الأشياء وزيادة توقعاتك شي فشيئا وإعطاهما التدريب اللازم لتقيام بما تطلبه منهما

اضطرابات طيفه التوحده التشخيص والتدخلات العلاجية

توقع أن يكون بعض الآباء محبطين من أداء أطفالهم ومستعدين لنوم شخص آخر على سليات الطالب. استمع لما يشكون منه وحاول أن تكون موضوعياً قد تكون شكاوهم في موضعها فكر أن كان هناك ما يمكن أن تفعله عمل في اعتبارك أن ملاحظات الوالدين مهمة جداً في تحسين البرامج التعليمية التي تقدم لى الطالب وعلى كل حال أن كانت شكاوهم غير واقعية حاول ألا تنقل إلى الأمور نظرة شخصية لأن من الصعب جداً أن تكون في الأسر طفل توحدي وهو ما يلقي على كاهلها أعباء كثيرة تؤثر على العلاقة الزوجية وعلى الوضع الأسري بشكل عام .

نموذج الخطة التعليمية الفردية

معلومات شخصية عن الطالب	
• اسم الملقب :.....
• الصف اشالي :..... العنوان :.....
• السنة الدراسية الجنس :.....
• تاريخ تنفيذ الخطة التاريخ المتوقع لانتهاء من الخطة :.....
• الطالب تاريخ الولادة :.....
ملخص الحالة	
فريق إعداد البرنامج التربوي	
الاسم :	الوظيفة :
1.	
2.	
3.	
4.	

اضطرابات طيف التوحد التخيص والتدخلات العلاجية

تلخيص عملية التقييم كاملة بنقاط القوة والضعف التالية:

نقاط القوة	نقاط الضعف
ملاحظات	
الأهداف طويلة المدى	الأهداف قصيرة المدى

الخطاب الذي يرسل إلى الوالدين لاجتماع الخطوة التربوية الفردية

تاريخ الخطاب: / /

سعادة والدي الطالب:

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته :

حسب التاريخ المبرمج لعقد اجتماع لناقشة وضع ابنكم بايتكم ، سيكون هذا الاجتماع

في / / من الساعة

إلى الساعة في قاعة اجتماعات مركز / اقدسة .

سيصبح لكم هذا الاجتماع مقابلة جميع الأشخاص الذين يعملون مع طفلكم ، اما غرض

الاجتماع فهو مناقشة البرنامج التربوي للطلاب للعام الدراسي إلى ويتم

ذلك من خلال تعريفكم على الأهداف التربوية المقترحة لهذا العام وتحديد ما لديكم

من أهداف تربوية مقترحة لابنكم - ايتكم .

نأمل أن ترونوا أمركم لهذا الاجتماع بأن تسألون أنفسكم عما تريدون لابنكم - لابنتكم

أن يتعلمه في هذا العام - ربما تسمون في هذا الاجتماع الكثير من الأشياء التي تريدون

قولها ، اكتبوا كل شي واحضروا الورقة معكم إلى الاجتماع .

في ما يلي قائمة بأشئلة قد تكون مفيدة لكم .

- ما هي الأمور التي تهكمكم أكثر من غيرها عن طفلكم في حياته اليومية

؟(التغذية، ارتداء الملابس ، قضاء الحاجة في الحمام ، الغسل)

- ما هي الجوانب السلوكية التي تقلقكم ؟

- ما الذي تريدون أن يتعلمه طفلكم في مهارات التواصل ؟

- ما هي الأهداف التربوية الأخرى ذات الأهمية لكم الآن ولطفلك مستقبلا ؟

ملاحظات عامة

- نرجو ألا تترددوا في طرح لسئلة أثناء الاجتماع ؟

- ضموا ترقعات معقولة ولا تتوقعون أن نحل جميع مشكلات الطلاب فوراً

- ابتوا أولوياتكم على ما ترونه الأهم

- تذكروا أن كلا منكم يعتبر مشاركا فعلا في عملية التحليل الخاصة بظفلكم .
- نتطلع للالتقاء بكم

مفهوم الخطة التعليمية الفردية individualized instruction plan

تبحث الخطة التعليمية الفردية عن البرنامج التربوي الفردي بهدف تطوير آلية عملية لتنفيذه ولذلك فهي تسمى أيضا بالخطة التفاضلية الفردية وتتضمن هذه الخطة :

1. الأهداف قصيرة المدى الجزئية بأسلوب تحليل المهمة
2. طرق التدريس

وكما أن الأهداف السنوية يفرع عنها أهداف قصيرة المدى في البرنامج التربوي الفردي فإن الأهداف قصيرة المدى يفرع عنها أهداف أدائية سلوكية في الخطة التعليمية الفردية فهذه الخطة تترجم البرنامج التربوي الفردي إلى خطط تدريسية يومية أو أسبوعية مما ينتج عنها حلقات من المهارات التي ستركز عليها الحصص التدريسية المتتالية.

الخطة التعليمية الفردية أكثر تفصيلا من البرنامج التربوي الفردي حيث أنها تتضمن معلومات لا يتضمنها البرنامج التربوي الفردي حول طرق التدريس و الأنشطة والوسائل التعليمية التي سيتم استخدامها لتحقيق الأهداف

مكونات الخطة التعليمية الفردية

تشمل الخطة التعليمية الفردية عدداً من الجوانب تمثل فيما يلي :

أولاً : معلومات عامة عن الطفل المحوق والمهدف التعليمي ،تصاغ بمبارات سلوكية محددة وأساليب التعزيز ورقم القسوة في المهام أو المقاييس الذي صيغ عنه المهدف التعليمي وأساليب إعلام المعوق بنتائج عمله

ثانياً : الأهداف التعليمية الفرعية والمقصودة بذلك هو تحليل الأهداف التعليمية وفق أسلوب تحليل المهام task analysis وهذا الأسلوب يمثل المهدف التعليمي إلى مهادت صغيرة بسيطة تساعد كثيراً في تعليم وتدريب الطفل المعوق هدفاً بشكل تدريجي وتتبعي من السهل إلى الصعب.

ثالثا: الأدوات اللازمة ويقصد بذلك أن المعلم والمعلمة الأدوات اللازمة لتحقيق الهدف التعليمي وقد تكون تلك المواد محددة مسبقا وقد يترك تحميلها للمعلم أو المعلمة
رابعا : الأسلوب التعليمي وفق طرق تعديل السلوك وتتضمن هذا الجانب عددا من الخطوات :

1. إعداد الطفل للمهمة التعليمية وجذب انتباهه لها
2. تقديم المهمة التعليمية للطفل المعوق كما هي ومربرات تقديم المهمة كما هي عادة العنقرن تمثل في تعلم الطفل المعوق للمهمة التعليمية في الفترة الواحدة ما بين عملية التقييم والتقييم الأولى ومابين فترة التعلم كذلك تتمس مربرات تقديم المهمة أيضا في التأكد من نتائج التقييم الأولى الواردة في لحظة الترتيب الفردية
3. مساعدة الطفل في أداء المهمة مع تقديم المساعدة الإيجابية واللفظية والجسدية وتقديم التعزيز له في كل مرة
4. مقابلة الطفل بأداء المهمة التعليمية أكثر من مرة من أجل تثبيت عملية تعلم المهارة
5. تمثيل تقدم الطفل المعوق على المهمة التعليمية برسم بياني يمش الخط العدودي فيه نسبة النجاح ويمثل الخط الأفقي عدد لمحاولات أو الفترة الزمنية التي تم تعليم الطفل إثنائها للمهارة المطلوبة

خامسا : تقويم أداء النهائي للأهداف التعليمية ويقصد بذلك أن يقوم مدى تقدم الطفل في أداء الهدف التعليمي والمعبّر عنه بسلوك وفق شروط ومواصفات محددة ووفق معيار معين مثلا يع إنجاز عدد من الأهداف المحددة تقرر المعلمة أن تعرف على مدى إنجاز الأطفال أو الطفل المعوق عقليا وذلك من خلال وصف التقدم من حيث مقداره ونوعيته وقد يكون من المناسب هنا اعتماد المعايير الذاتية لا المعايير الصفة في تقديم أداء الطفل المعوق عقليا ويقصد بالمعيار الذاتية تلك المعايير التي تستخدم لتقديم إنجاز الطفل المعوق عقليا على إعادة المنهاج المتخلفة وفي هذه المعايير تتم مقارنة أداء الطفل المعوق عقليا مع مقدار ما يتوقع منه حسب معيار الهدف التعليمي وليست مقارنة

أداء الطفل المعوق عقليا مع أداء المجموعة العمرية أو العقلية التي ينتمي إليها وتهدف مرحلة التقييم إلى ما يلي :

1. الحكم على مدى فعالية الأهداف التعليمية وفق الشروط والنواتج والمعايير المتضمنة في الأهداف التعليمية للخطة التربوية الفردية
2. الحكم على مدى فعالية الأسلوب التعليمي المستخدم في تدريس الأهداف التعليمية
3. التعرف على مدى التقدم الذي أحرزه الطالب في أثنائه على الأهداف التعليمية
4. التعرف على الصعوبات التي واجهت المعلم والطالب أثناء تدريس الأهداف التعليمية
5. نقل الأهداف التعليمية التي لم يتم تحقيقها إلى الخطة الشهرية اللاحقة .

الخطة التعليمية الفردية

الاسم: المدرسة: الصف: التاريخ:

معلم التربية الخاصة

الهدف التعليمي العام:

نتائج اختبار الطالب:

رقم	الأهداف التعليمية الفرعية	المواد اللازمة	الأسلوب التعليمي	التقييم
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

التربية الخاصة وأطفال التوحد :

إن أطفال التوحد كثيرهم ، هم أفراد قبل كل شيء لديهم نقاط قوة فريدة ولديهم نقاط ضعف ، وما يشارك فيه الأفراد التوحدون جميعا هو الإعاقة النمائية ، إعاقة في الاتصال والتي تختلف من فرد إلى آخر؛ فقد يكون ذلك بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد متوسطا أو فوق المتوسط ولذلك يجب أن تبنى الأهداف الأكاديمية على أساس القدرات الفردية للفرد المتوحد؛ فمقد يحتاج طفل توحدي إلى المساعدة في فهم الموقف الاجتماعي وتطوير الاستجابة المناسبة ، بينما قد يحتاج الآخر

لدى المساعدة في التخلص من السلوك التخريري وسلوك إيذاء الذات ، وبالتالي كما يوجد أفراد توحّد مختلفين عن بعضهم البعض فإنه توجد تبعاً لذلك برامج تربية علاجية خاصة ومختلفة ومن تلك البرامج التربوية ما يلي (الراوي ، حماد 1999 ، 58)

1. مراكز الإقامة الدائمة : Residential Schools

تعتبر مراكز الإقامة الدائمة من أقدم برامج التربية الخاصة ، فقد ظهرت هذه المراكز منذ بداية الحرب انعاشية الأولى وما بعدها ، وغالباً ما كانت هذه المراكز معزولة عن التجمعات السكانية ، وتقدم هذه المراكز خدمات إيوائية وصحية واجتماعية وتربوية، ويسمح فيها للأهالي بزيارة أبنائهم في المناسبات المختلفة ، وقد وجهت العديد من الانتقادات لهذا النوع من البرامج ، فقد وجه كروكشانك (Cruickshank ، 1958) عدداً من الانتقادات أهمها عزك الأطفال المعوقين عن المجتمع والحياة الطبيعية الاجتماعية ووصف الأطفال (Stigson) الملتصقين بهذا المركز على أنهم متروكين عن المجتمع ، إضافة إلى تدني مستوى الخدمات الصحية والتربوية في مثل هذا النوع من المراكز . (الروسان ، 1996)

وهذه البرامج التربوية مفيدة خصوصاً لاضطرابات التوحّد الشديدة ، بحيث يتم إلحاقهم بأقسام خاصة في مراكز ومؤسسات التربية الخاصة بحيث يحصلون على الخدمات اتلية والنفسية والتأهيلية والتربوية تكالٍ منهم حسب حاجتهم (الراوي ، حماد 1999)

2. مراكز التربية الخاصة النهارية : Special Day Care Schools

ظهرت مراكز التربية الخاصة النهارية كرد فعل للانتقادات التي وجهت إلى مراكز الإقامة الكاملة ، وفي هذا النوع من المركز يتلقى الأطفال خدمات تربية واجتماعية على مدى منا ونصف اليوم تقريبا وغالباً ما يكون عمل هذه المراكز صباحاً وحتى بعد الظهر حيث يمضي الأطفال ائقتره الصباحية في هذه المراكز ، أما بعد فترة بعد الظهر فيقتضونها في منازلهم مع ذويهم . وتبدو مزايا هذا النوع من البرامج في أنها توفر فرصاً تربوية لفترة معينة من الأطفال المعوقين ، وفي الوقت نفسه تحافظ على بقاء الطفل مع أسرته وفي نفس الجو الطبيعي للطفل بعد ذلك ، وتشتمل خدمات هذه المراكز على إيسال الطلبة من وإلى منازلهم هذا بالإضافة إلى الخدمات الصحية ، وبالرغم من

الاستحسان الذي تواجه مثل هذه المراكز إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات والتي من أهمها توفر المكان المناسب لإقامة المراكز النهارية ، وقلة عدد الأخصائيين في ميادين التربية الخاصة المختلفة وصعوبة التواصلات ، ونتيجة لذلك ، لاتخاذات فقد ظهرت عوارلات لإصلاح البرامج التعزيزية في هذه المراكز وذلك بوجود بما يسمى بالمدرس الزائر أو المتنقل ومهمة هذا الشخص الزائر أو المتنقل العمل على مساعدة معلمي التربية الخاصة في مراكز التربية الخاصة النهارية أو في المدرسة العادية في حل مشكلات الأطفال المعوقين الأكاديمية والاجتماعية . (الرومان ، 1996)

وتنفيذ هذه البرامج مع حالات التوحّد البسيطة والمتوسطة بحيث ينعى الطفل إلى المركز بشكل يومي ويتلقى الخدمات الملعدة له مسبقاً حسب وضعه ، ثم يعود الطفل إلى المنزل وهكذا ، ويعتبر هذا البرنامج من البرامج التربوية الجيدة وخصوصاً مع حالات التوحّد المتوسطة فهو يتيح الفرصة أمام الطفل لتلقي الخدمات النفسية والطبية المختلفة وفي نفس الوقت لا يعزله عن مجتمعه أو عن أسرته ، وبشرط لتجاح هذا البرنامج بل و أي برنامج آخر تعاون الأهل والاتصال المباشر المستمر بين أهل الطفل وإدارة للمدرسة المتصلة في مدرس التربية الخاصة الذي يتعامل مع طفليهم ، والأخصائي النفسي ، والأخصائي الاجتماعي الخ ، وذلك لاحتواء الطفل من كافة الجوانب ومتابعة ما يتعلمه الطفل في المدرسة من خلال البيت . (الرواي ، حام ، 1999) .

3 . برامج الصف الخاصة المتصلة بالمدرسة العادية : Special Classes Within Regular School

ظهرت الصفوف الخاصة المتصلة بالمدرسة العادية نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى مراكز التربية الخاصة النهارية ونتيجة لتغير الاتجاهات العامة نحو المعوقين من السلبية إلى الإيجابية ، ويقتضى في هذا النوع من البرامج صفوف خاصة للأطفال المعوقين عقلياً "ومسمياً" و"صرياً" أو حركياً متصلة بالمدرسة العادية ، وغالباً ما يكون عدد الأطفال المعوقين في الصف لا يتجاوز العشرة طلبة ، ويتلقى هؤلاء الأفراد برامج تعليمية مشتركة في الصفوف العادية وفي نفس المدرسة ومع زملائهم من الطلبة العاديين ، ويهدف هذا أتتبع من البرامج إلى زيادة فرص التفاعل الاجتماعي والتربوي للأطفال المعوقين ، والعادين وفي نفس الظروف الاجتماعية المدرسية ، كما تبدو ميزت هذه البرامج تربية

في جوها العام الأكاديمي والاجتماعي من المدارس العادية ، ومع ذلك فقد وجهت لها بعض الانتقادات تتمثل في مدى صعوبة الانتقال من الصفوف الخاصة إلى الصفوف العادية ، وتحديد المواد المشتركة بين المعوقين وغير المعوقين ، والمواد غير المشتركة . (المروسان ، 1996)

وبالنسبة للأطفال المتوحدين يتم دمجهم مع ذوي الاضطرابات البسيطة في صف خاص في المدرسة العادية ويتم تقديم الخدمات المختلفة المناسبة كل حسب حاجته . ويحتاج هذا البرنامج إلى الدعم المستمر من قبل إدارة التربية الخاصة والمتعاون المستبر بينها وبين المدرسة التي تطبق البرنامج ، فقد يكون هذا الدعم على شكل دورات تأهيلية للمدرسين الذين يعملون مع الطفل المتوحد أو على شكل حلقات دراسية . (الراوي ، الحمايد 1999)

أبراهيم النصح :

ظهر هذا الاتجاه في التربية الخاصة للمعوقين نتيجة الانتقادات التي وجهت لبرامج الصفوف الخاصة الملحق بالمدرسة العادية : وللאתجاهات الإيجابية نحو مشاركة الطلبة المعوقين للعاديين في الصف الدراسي ، ويعرف الدمج الأكاديمي بأنه يمثل ذلك النوع من البرامج التي تعمل على وضع الطفل غير العادي في الصف العادي مع الطلبة العاديين لبعض الوقت وفي بعض المواد شريطة أن يستفيد الطفل غير العادي من ذلك ، بحيث تهيئ الظروف المناسبة لإيجاد فكرة دمج الأطفال العاديين .

وتبدو مبررات هذا الاتجاه الجديد في توفير الفرص التربوية والاجتماعية المناسبة للطفل غير العادي في الصفوف العادية ، أو كما يشير كوفمان Kuffman، 1977 إلى وضع الطفل للمعوق في أقل البيئات التربوية تقييداً ويقصد بذلك وضعه في المدرسة العادية ويتضمن هذا الاتجاه الجديد في تعليم الأطفال المعوقين ثلاثة مراحل رئيسية هي :

1. مرحلة التجانس بين الطلبة العاديين والمعوقين .
2. مرحلة تخطيط البرامج التربوية وطرق تدريسها لكل من الطلبة العاديين والمعوقين .

3. مرحلة تمهيد للمسؤوليات الملقاة على عاتق أطراف العملية التعليمية من إدارة مدرسية ومعلمين وعشرون .

وقد وجهت بعض الاستعدادات إلى مفهوم الدمج وطريقة تطبيقه ومع ذلك فإنه يبقى مرحلة مهمة من مراحل تطور برامج التربية الخاصة . (الروسان ، 1996)

هذه البرامج من أقل البرامج شيوعاً وتطبيقاً مع حالات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذلك لطبيعة وخصائص الطفل التوحدي حتى في حالة التوحد البسيط .

كما أن وضع الطفل التوحد في الصف العادي من الأمور التي تتحدى قدرات العديد من العاملين في هذا المجال على مستوى أعضاء التدريس وعلى مستوى الإدارة ، فالكثير من المدرسين العاديين وحتى مبرسي التربية الخاصة غير مهتمين للعمل مع الأطفال التوحدين وهم من الصف العادي ، وهم يحتاجون إلى تأهيل وتدريب مكثف في التعامل مع حالات التوحد . (الراوي ، حماد 1999)

5. البرنامج الفردي :

بدأ الاهتمام بتعليم الأطفال ضعاف العقول والتشخيص السيكولوجي لحالتهم منذ القرن التاسع عشر في أوروبا ، حيث بدأت فكرة البرامج العلاجية في فرنسا على يد الطبيب المتخصص بتعليم الأسماء (إيتارد) الذي حاول وضع برنامج تعليمي لتدريب الطفل المتوحش الذي وجدته بعض الصيادين في إحدى غابات جنوبي فرنسا في منطقة (أفيريون) ولم يكن بمقدوره استخدام اللغة وكان عمره حين وجد عشر سنوات وكانت هارياً وبخشي على أربع أرجع وبفروج أصواتاً لا معنى لها ويأكل كالحيرانات وبعض النمل يقتربون منه ، وكان إيتارد يؤمن بتدريب الحواس كوسيلة لتنمية الذكاء ولا يؤمن بمفهوم الذكاء الثوروث ، اعتماداً على الفلسفة الحسية الناشئة في القرن التاسع عشر التي تبني على أساس نظرية (جون لوك) التي ترى أن الإنسان سواء أكان موهباً أم ضعيف العقول يكتسب معلوماته وخبراته ومظاهر شوه العقلي عن طريق الإدراك الحسي ، ولهذا قامت التربية الخاصة لضعاف العقول على تدريب الحواس وبواسطة وسائل حسية .

وبعد تدريب الطفل لمدة خمس سنوات من الجهد المكثف كان تقدم الطفل بسيطاً .

وعلى الرغم من أن النجاح الذي حققه إيتارد في تعليم هذا الطفل كان محدوداً إلا أنه وضع البنى الأولى في برامج التعليم العلاجي لضعاف العقول عن طريق تدريب الحواس .

ومكثدا بدأت حركة علمية انتهت اليوم بما يسمى بالعبادات النفسية التي تشخص قصور الأطفال ذوي الحاجات الخاصة وتعامل وضع وتصحيح التعليم العلاجي لعلاج هذا القصور .

لم تابع عطلى إيتارد علماء آخرون من أهمهم (إدوارد سيجان) الذي وضع طرائق لتدريب الأطفال الفاسرين عقلياً وطور أسلوباً تربوياً خاصاً بالأغصونيات الحسية الحركية وذلك بالاعتماد على الافتراضات النفسية والتعبيرية القائمة ، كما أضاف إلى هذا الميدان نظريته الفيزيولوجية في تعليم ضعاف العقول .

أما طبيبة الأختال الإيطالية ماريا مونتسوري اعتبرت أن مشكلة التخلف العقلي في الأساس مشكلة تربوية أكثر منها مشكلة طبية فأنشأت لهم مدرسة خاصة وصممت أدواتها التعليمية على أساس تدريب حواس المطفل وعضلاته ، و أن هذه الأدوات تمكن الطفل من أن يعمل نفسه بنفسه بينما تتحدد مهمة المدرس في الإشراف على هذا النشاط التعليمي و توصلت في النهاية إلى ما يسمى بطريقة ماريا مونتسوري .

قام الطبيب البلجيكي (ديكرولي) في عام 1940 بالاهتمام بالتربية الخاصة لضعاف العقول والذي يرجع الفضل له في إرساء بعض طرق التعليم في التربية الحديثة كالتربية الجماعية وطريقة الوحشات ومراكز الاهتمام .

ويعد عالم النفس والفيزيولوجي الفرنسي (ليفريد بينيه) رائداً للحركة العنصرية للقياس العقلي والتربية العلاجية للأطفال ، المتخلفين عقلياً حيث قام ببناء أول مقياس علمي منهجي في العالم لقياس ذكاء الأطفال كما قام بتطوير فصول خاصة بالطلاب المتخلفين عقلياً في باريس ، و هو على بناء منهاج لهم ووضع برامج علاجية من أجل تدريب الانتباه وسرعة الاستجابة الحركية والمهارات الحركية ، والتعبير اللفظي والذاكرة والتمييز وغيرها من الوظائف .

كما ساهمت (ديسلدرس) بوضع أنبرامج التعليمية العلاجية وكان أساس طريقتها اتعلم بالعمل والنشاط الطبيعي للطفل وطريقتها هذه شبيه بما يسمى طريقة المشروعات والرحلات من طرائق التربية الحديثة والمعروفة .

وتعتقد اليونسكو اليوم أن انتظام التربوي العام الذي يعمل وفقا لفلسفة (مدرسة الجميع) هي أكثر الأساليب فاعلية في تشكيل مجتمعات متفهمة ، وفلسفة مدرسة الجميع لا تعني إلغاء التربية الخاصة وإنما مركز معاهد التربية الخاصة التقليدية على ذوي الإعاقات الشديدة والمتعددة وبصحب التربية الخاصة جزءا من انتظام التربوي العام وليس جزءا منفصلا عنه ، وهذا الأمر سيقتودنا حتما إلى إعادة النظر في أساليب التدريس الخاصة والمعللة التي تراعي الفروق الفردية بين التلعلمين والتنوع الكبير في الفصل الدراسي فيعتمد إلى تفريد التعلوم والذي يعرف بإحاطة التربية الفردية، أو البرامج الفردية التربوية للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (الحاج ، 2004).

البيدات الأساسية في تصميم البرامج التربوية انفرادية :

من انشوري أن نضع برنامجا تربويا فرديا لكل فرد معاق سواء أكان في مؤسسة تعليمية أو في طريقه للائتحاق بها ، فيجب أن يكون هذا البرنامج معادا قبل أن تقدم للطفل التربية الخاصة أو الخدمات المتصلة بها .

فعدنا نلاحظ معلمة رياض الأطفال أن أحد الأطفال يعاني من بعض الصعوبات أو المشاكل أو الإعاقات التي تعيقه عن التحصيل والمشاركة الإيجابية في الأنشطة داخل المجموعة التي ينتمي إليها مما يستلزم ضروريا ضمن برنامج تربوي فردي له أو عندما يتقدم أحد أولياء الأمور بطلب إلحاق طفله في برامج التربية الخاصة في إحدى المؤسسات أو المدارس فإن الأمر يستلزم ، وقبل أنشروع في تقديم التربية الخاصة له ، ضرورة أن يشكل فريق عمل من المتخصصين لتقرير مدى حاجة الطفل إلى البرنامج التربوي الفردي ، وتحديد نوعية المتخصصين اللازمة لتطبيق ذلك ومدى توافر هذه الخدمات في المدرسة أو في المؤسسات الاجتماعية ، وذلك بهدف تصميم برنامج تربوي فردي خاص بالطفل ، (أحمد ، 1998)

إن أحد انظار المهمة للعلاج هو التفكير المسبق في تحديد ماذا ندرس وكيف ندرس ونعرض هنا عشرة مبادئ أساسية للتخطيط للتعليم العلاجي :

- اكتشاف الحاجات الخاصة للطفل .
- طور أهدافا متوية وأهنافا مرحلية .
- حلل المهمة التي سيتم تعلمها .
- صمم التعليم في مستوى لطفل .
- قرر كيف ندرس .
- اختر المكافآت المتلائمة للطفل .
- إعداد الطفل بشكل يجنب انغلق في الوقوع في الخطأ .
- توفير التعليم الزائد .
- توفير التغذية الراجعة .
- تحديد مدى تقدم الطفل . (الحجاج، 2004)

خطة التعليم الفردية لطفل التوحيد :

بشكل عام تشمل برامج ومناهج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحيد على الجوانب والخيارات الأساسية التالية :

أولاً: تعديل السلوك :

تشتمل العديد من البرامج -خاصة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحيد على أمسيات معدني السلوك وذلك للتعامل مع أشكال السلوك غير نسوية لديهم ، فقد تركز بعض تلك البرامج على تغير السلوك الغير المناسب إلى السلوك المناسب أو على الأقل التخفيف من حدة السلوك الغير مناسب ، وتلقيام بذلك تتبع أساليب سلوكية مختلفة وتبدأ كلها بتحديد ومعرفة أسباب تلك السلوكيات ومن ثم وضع البدائل العلاجية لتعديلها ، بالإضافة إلى تدريب على السلوك البديل أو السلوك السليم ، فقد لا يكفي أحيانا أن تعدل سلوك ما غير سوي أو نوقفه بل يجب أن يقدم انتروب السوي على السلوك المقابلي السوي .

هذا ويعتمد تعديس السلوك على عدد من الاستراتيجيات التي تساعد الفرد على تعلمه السلوك المرغوب فيه والتخلص من السلوك غير المرغوب فيه ، مثل التعزيز ، التشجيع ، مبدأ بوتنك ، تنفس الاستجابية ، التعزيز المبرمج ، التعزيز الذاتي ، الإغناء والتغذية الراجعة . (تراوي ، حمان ، 1999)

ثانياً ، المهارات الاجتماعية :

من الظاهر الأساسية للطفل ذو اضطراب طيف التوحد، هو عدم قدرته على إقامة أي نوع من العلاقات الاجتماعية حتى مع أقرب الناس إليه ، ولذلك يجب التركيز على هذا الجانب وتشجيع وتعزيز أي سلوك يقوم به الطفل في هذا المجال وذلك من خلال التفرات التالية :

1. استخدام برامج تعديل السلوك .
2. التركيز على النشاطات الاجتماعية التي توفر الجو للمشاركة الاجتماعية .
3. اتباع برنامج الرحلات المنظم .
4. القيام بعمل بعض الحفلات والمسابقات المختلفة .
5. تشجيع برنامج مشاركة الأهل في التدريس .
6. استخدام برامج الدمج المختلفة وخاصة مع حالات التوحد البسيطة والمتوسطة .

وهناك عدة طرق يمكن من خلالها تطوير وتشجيع المهارات الاجتماعية لدى الطفل ومنها :

- 1 توجيه تعليم المهارات
- 2 طرق وأساليب التمييز والتشجيع المتساقطة المتذكر .
- 3 استراتيجيات مبادأة القرين .
- 4 تلقن وإرشاد القرين .

ثالثاً ، المهارات اللغوية :

يعاني الأطفال التوحديين من ضعف شديد في اللغة سواء اللغة التصويرية (اللفظية، اللغة غير اللفظية) أم اللغة الاستقبالية، وبما أن اللغة تلعب دوراً هاماً في

العملية العلاجية والتربوية فلا بد من وضع الخطط والأهداف التربوية من أجل مساعدة الطفل إذ أقصى ما لديه من حقائق وقبضية في هذا المجال . وتشتمل المهارات اللغوية على مايلي:

1. تعليم الطفل كيف يطلب أي شيء يريد باستخدام الكلمات المفردة للإشارة بالأشياء.
2. تعليمه معنى كلمة نعم ومعنى كلمة لا ومعنى نستخدمها.
3. تعليم الطفل كيف يفسر بعض الإشارات مثل إشارة لا بالإصبع.
4. تعليمه التعبير عن حاجاته المختلفة .
5. تدريبه على الاستجابة للأوامر المختلفة مثل تعال.
6. تعليمه مصيحات بعض الأشياء من خلال الإشارة إليها.
7. تعليمه مفاهيم بعض الأسئلة مثل : أين متى..... الخ.
8. استخدام الموسيقى لتعليم بعض المفردات أو الجمل.
9. استخدام علاج التعلق في البرنامج .
10. تشجيع الطفل على التواصل البصري والنظر مباشرة في حين المتحدث .
(راوي، 1999)

رابعاً : المهارات الحركية :

تعتبر المهارات من الجوانب المهمة لدى الطفل لتمكينه من القيام بالأمور حياته اليومية المختلفة بالشكل السليم ، وإذا كان الطفل ذو اضطراب طيف التوحد يقوم ببعض أشكال السلوك الحركي الذي يعوق من قدرته التعليمية مثل سلوك الرنوفة أو الأرجحة باليدين والأصابع..... الخ

لذلك كان لابد من الاهتمام بهذا الجانب وتعديله بأساليب مختلفة مثل :

1. أساليب تعديل السلوك وما تحويه من استراتيجيات التحزيز .
2. العلاج الطبيعي .
3. البرنامج الريتشي .

خامسا : مهارات الاستقلالية الذاتية :

تعتبر المهارات الاستقلالية من أهم المهارات التي يجب التركيز عليها في تدريب وتعليم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، بل أنها أكثر أهمية من المهارات الأكاديمية ، لأنه في حالة تدني القدرات العقلية تصبح مهارات العناية بالذات لهم من غيرها خصوصا مع حالات التوحد الشديدة ، وذلك لمساعدة انطلق ذو اضطراب طيف التوحد مستقبلا على الاعتماد على نفسه وإيصاله إلى أقصى ما لديه من قدرات في مختلف الجوانب .

وتعتبر خطة التعليم الفردية الأداة الأساسية التي يستخدمها المدرس في وضع وتحديد الأهداف وتحديد الطرق والأساليب المناسبة المتبعة لتحقيقها ومعايير تنفيذها .

سادسا : المهارات الأكاديمية :

تعتبر المهارات الأكاديمية من المهارات الهامة بالنسبة لكثير الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة لتمكينهم من القيام بأمور حياتهم اليومية وبالشكل المناسب ، وبالنسبة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فإن المهارات الأكاديمية مهمة أيضا ولكنها ليست بنفس درجة الأهمية مقارنة مع المهارات الاستقلالية ، والسبب في ذلك يعود إلى اعتماد المهارات الأكاديمية على القدرة العقلية للطفل .

وتشمل المهارات الأكاديمية تعليم وتدريب الأطفال على مهارات القراءة والكتابة والحساب ، مثل التعرف على بعض الكلمات وأسماء الأشياء مثل أن يشير الطفل إلى اسمه من بين بطاقات موجودة أمامه أي أن المهارات الأكاديمية يجب أن تركز على تقديم المعلومات الأولية والعامية والتي يحتاج إليها الطفل المتوحد في حياته المستقبلية ولا يتصح بالتمسك في تعليم الطفل تفاصيل العمليات الحسابية أو القراءة أو الكتابة خصوصا مع حالات التوحد الشديدة . (تراوي ، حنا 1999)

سابعا : برنامج لتعليم الروتين :

من البرامج التي أثبتت فعاليتها مع الأطفال التوحيديين ، هو برنامج لتعليم الروتين الذي اعتمد في الأساس على الخصائص التي يتميز بها العديد من الأطفال المتوحيدين وهي حب الروتين ، ورفض التغييرات في البيئة ، فقد أشارت العديد من

متطلبات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

الدراسات أن الطفل التوحدي يتعلم ويتجاوب بشكل أفضل إذا حافظنا على نفس البرنامج ونفس النظام ونفس البيئة ، فالروتين هنا يساعد الطفل على الاستيعاب والفهم والاعتماد على النفس ، ويشمل برنامج تعليم الروتين الأمور التالية :

1. التنظيم اليومي .
2. الجدول اليومي .
3. نظام العمل الفردي .

ثامناً :مهارات العلامة والأمن :

ذوي اضطراب طيف التوحد لتعلمها للأطفال ، آخذين بعين الاعتبار طبيعة الطفل التوحد والعزلة النفسية التي يعيشها وعدم شعوره بمن حوله وعدم وعيه للأخطار المختلفة في بيئته .

وتشمل مهارات السلامة والأمن تعليم الطفل لأشارات الطريق وكيفية عبور الشارع وتوعيته لبعض المخاطر الأخرى حسب بيئته ، ويمكن للمعلم تعليم هذه المهارات من خلال استخدام الصور والبطاقات وغيرها من الأساليب التي توجس الطفل إلى تحقيق هدف توعيته بمهارات السلامة والأمن .

تاسعاً :المهارات الترفهية :

لقد أثبت العديد من الدراسات أن المهارات الترفهية ضرورية للأطفال التوحديين لما توفره من عناصر السرور والبهجة وتوفير خبرات حيائية جديدة، بالإضافة إلى ما توفره من فرص للتفاعل الاجتماعي وإقامة تواصل و علاقات اجتماعية من خلال الاختلاط بالأطفال الآخرين.

عشرة : المهارات اللفظية المختلفة :

وتعتبر الخدمات المهنية المرحلة الثالثة التي يمر بها الطفل ذوي الحاجات الخاصة في برامج اتربية خاصة والتي تبدأ بتقديم الخدمات التربوية المختلفة للتربية ومن ثم يتقل الطفل إلى المرحلة الثانية وهي مرحلة التهيئة المهنية التي يتم من خلالها الكشف عن ميول وقدرات الطالب على تعلم مهنة أو حرفة ما كل حسب طاقته من خلال تهيئته

اضطرابات طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية

لتدريب على تلك المهارة وإعطائه المبادئ الأساسية لتقييمها ومن ثم ينتقل الطالب إلى المرحلة الثالثة وهي مرحلة التأهيل المهني التي تتضمن مزاولة و التدريب العملي على تلك الحرفة أو المهارة وبالتالي تهيته لمزاوله ذلك المهنة لاحقاً .

ويضع نظام تحليل المهارة وتدريبها للطالب بشكل متسلسل واستخدام نفس مبدأ تحليل المهارة إلى عدة أجزاء وتقديم التعزيز المناسب في كل مرة يقوم فيها الطفل بأداء لتسوك المناسب وهكذا إلى أن يتمكن الطالب المهنة . (الراوي ، حامد 1999)

مقومات البرنامج التربوي الفعال للطفل ذي اضطراب طيف التوحد

إن أي برنامج تربوي للأطفال لا يعد فعالاً وذو فائدة إن لم يكن شاملاً ومستوعباً لكل العناصر الأساسية التي يجب أن تدرج في هذا البرنامج . وكثيراً ما يعتقد المعلمين بأن البرنامج التربوي الفعال هو الذي يشمل خطة تربوية متميزة . وقد يكون هذا احد العناصر الهامة بالتأكيد، ولكن لا بد من تواجد عناصر أخرى ترتبط بين وأين وكيف سيتم تنفيذ هذه الخطة ندرجها كالتالي:

العضوات الاسرية اللازمة لتقديم برنامج متكامل.

ولكي تكون البرامج التربوية للأطفال ذوي التوحد فعاله لابد ان تشمل حدد من العناصر:

الشمولية - التكثيف - التدخل المبكر - التخصصية في الطرق والأساليب -
الفردية في تقديم الخدمة

الجمال الأول «الكوادر البشرية اللازمة لتنفيذ البرنامج

لكي يكون تحقيق اليرمج التربوية فعالاً لأي طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة، فلا بد من وجود اخصائي مؤهل يقوم بتوصيل الخدمات لهذا الطفل، لذا فإن المعلم المتخصص انلدي يعرف كيف يعلم هذا الطفل من خلال معرفته السبقة بخصائص التوحد سيكون عاملاً مؤثراً وفعالاً في جعل البرنامج أكثر نجاحاً، لذا فإن هناك عدد من المتطلبات التي يجب ان تتوفر بهذا المنهم كما يلي:

1. أن يقوم على البرنامج التربوي أشخاص مؤهلين في التربية الخاصة في مجال الاضطرابات السلوكية أو مسار التوحد، أو أن يكون يعمل مؤهل تربوي جامعي بالإضافة لدبلوم في التربية الخاصة في مسار التوحد أو الاضطرابات السلوكية، لا تقل مدة عن سنة دراسية واحدة.
2. مساعد معلم: أن لا يقل مؤهله عن ثانوية عامة مع دبلوم أو دورة تدريبية لا تقل عن فصل دراسي كامل في التربية الخاصة في مسار التوحد أو الاضطرابات انفسوكيا.
3. ثوار اختصاصي الخدمات المساندة في البرنامج مثل اختصاصي التواصل أو النطق واختصاصي العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي والإرشاد النفسي والتدريب السلوكي والتشخيص والتقييم في تربية الخاصة.
4. العمل كفريق متعدد التخصصات مع تحمل مسؤوليه مشتركه.
5. تنظيم دورات تدريبية أثناء الخدمة.
6. إن يكون المشرف على برامج التوحد متخصصاً في هذا المجال.

المجال الثاني: الخدمات التربوية والمساندة

في هذا الجانب الهام والحيوي، وكسبة للأطباء ذوي التوحد قلة من أهم المتذكر لعند من العناصر الأساسية والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار عند تنفيذ الخدمات التربوية كالتالي:

3. البدء في عمر مبكر مع النقل لتعليمه وتربيته.
2. تحديد احتياجات الطفل الفردية من خلال أساليب التشخيص والتنظيم المناسبة هؤلاء الأطفال.
3. تقديم المهارات الأكثر إلحاحاً في عملية التعليم والتدريب، كالمبدأ بتدريب التواصل والمهارات الاستقلالية والاجتماعية، والاهتمام بالتخلص من العادات السلوكية الخاطئة، ثم في مرحلة لاحقة الانتقال إلى المهارات الأخرى كالأدائية والرياضية والتروحية والمهنية وغيرها.

4. مراعاة الفروق الفردية وعدم الإسراع بالطفل قبل التأكد من إتقان المهام.
5. التدريس الفردي في جلسات فردية مع عدم إهمال المشاركات الجماعية.
6. تنظيم أنشطة الصغية بشكل يتيح عملية الحركة والانتقال بسهولة في الفصل.
7. استخدام جداول عامة وجدول خاصة بالأشعة لكل طفل وحسب قدراته.
8. استخدام جداول ويطاقات لتواصل تناسب الأطلاق مع تعميمها في المدرسة والبيت.
9. الاعتماد على خطة العفل الفردية في تعليمه وإكسابه تلمهارات.
10. الاهتمام بالجانب الترفيهي والرحلات والزيارات لربط العفل بالجممع.
11. متابعة وضع الضغن الصحي وما يطرأ من تغيرات نتيجة تعاطي الأدوية أو الحمية الغذائية.
12. وسيم فيما يلي تفصيل لبعض الجوانب الهامة في مجالات الخدمات التربوية والخدمات المساندة.

الخدمات التربوية والمساندة:

1- التدخل المبكر للطفل

ما الذي يتج من إصابة الطفل بالتوحد؟

التوحد كما هو معروف، اضطراب غائي يصيب الطفل في السنة الثالثة من العمر ويظهر من خلال الأعراض التالية:

1. الإخفاق في تنمية القدرة على الكلام والتحدث، أو عدم القدرة على استخدام ما تعلمه من اللغة أو ما هو موجود لديه أصلاً للتواصل الطبيعي مع الآخرين.
2. استجابات غير طبيعية تجاه الأصوات.
3. صعوبات في فهم الأشياء المرئية.
4. صعوبات في فهم الإيماءات الجسدية.
5. استخدام حساسة للمس والحدوق والشم لاكتشاف البيئة.

6. العزلة والانسحاب الاجتماعي.

7. مقاومة التغيير.

8. حركات جسديه غير مألوفة.

9. مخاوف خاصة.

إن الخصائص السابقة التي تحمل الطفل التوحدي تجعلنا ندرسه أهمية أن يحدث تدخل مبكر في الخمس سنوات الأولى من عمر الطفل، حيث أن الطفل التوحدي يفتقر لمهارات أساسيه لا غنى عنها لجعل الحياة سهلة ومرحة. كما أن عدم الاستماع بالخصائص السابقة قد يؤدي إلى تفاقم المشكلة مع تقدم العمر ويجعل التعليم والتدريب لاحقاً عملية صعبة وشاقه لكل من المعلم والأسرة، لذا فإن التدخل المبكر عنصر هاماً في علاج مشكلات التوحد.

من أهداف التدخل المبكر:

ويهدف التدخل المبكر إلى تقوية العلاقة بين الطفل والديه من خلال تدريبهم على مهارات التالية:

- كذب يشعرون براحة مع أطفالهم
- تنظيم البيت ليصبح أكثر راحة للصغار وأقل عرضة للتعرض للمشاكل
- ممارسة متطلبات البرنامج الخاص بطفلهم في البيت
- تقبل طفلهم كجزء من أفراد العائلة والاستمتاع معه

ويتم تنفيذ برنامج التدخل المبكر في البيت أو في المدرسة مع التدبئة في البيت.

ويجب أن يركز البرنامج بشكل عام على:

1. العلاج من خلال اللعب
2. تقليل العزلة الموجودة لديه بإشراكه تدريجياً مع الآخرين
3. تشجيع المهارات و الأنشطة الاجتماعية
4. علاج النطق لتحسين التواصل

5. العلاج الوظيفي لتطوير المهارات الحسية لدى الطفل
6. مساندة الأهل
7. التركيز وإشراك الطفل في أنشطة اجتماعية صغيرة مع أطفال عاديين

فائدة التدخل المبكر:

إن البدء في سن مبكر كما ذكر سابقاً، يتيح فرص أفضل لمنع حدوث آثار سلبية على قدرات الطفل في المجالات المختلفة، فهو مفيد لكل من الأهل والطفل، حيث يتدرب كل منهما كيف يتعامل ويتعايش مع الآخر. كما أن التدخل المبكر مهم لمنع انتشار النموي ولتطوير القدرات العاطفية والاجتماعية لدى الطفل، وهي عناصر بلا شك يحتاجها كل من الطفل وأسرته.

2- تنظيم البيئة السفي

إن تنظيم وإعداد البيئة الصفي للطفل ذو التوحد يعتبر من العناصر أمارة والأساسية التي لا يمكن التغاضي عنها. فالطفل ذو التوحد يعاني أصلاً من عدم القدرة على التنظيم وضعف الذاكرة التابعيه أو القدرة على ترتيب الأحداث، كما أنه يجب الروتين ويكر: التغيير، لذا فهو يأمر الحاجة لبيئة منظمة وهدئة يجد بها كل شيء في مكانه. فالبيئة المريحة لا توفر جو من الطمأنينة وتؤدي إلى التعثر الدائم بالأشياء الملقاة. كما أن الفصول لدراسة التي تحيط بها عوامل تشبهه خارجية كالحركة والضوضاء وغيرها، تستهلك وقت المعلم والطفل، ولا نفعل أيضاً مستوى الأمان في البيئة الصفي فهل كل شيء لا يزيد أن يعبك به الطفل ثم وضعه في مكانه المناسب، وبهذا يني تحلرد لما يجب وما لا يجب تواجده في البيئة لدراسة المنظمة للطفل التوحدي والتي تعتمد فيها على أسلوب التعليم المنظم Structured Teaching المعروف عالمياً كأسلوب رائد في تنظيم البيئات الصفية للأطفال ذوي التوحد.

ما يجب تواجده في الفصل :

- أطفال متفرجين في أعمارهم وقدراتهم العنقبة والقوية والسلوكية والاجتماعية.

- معلم ومعلم مساعد لكل ثلاثة إلى خمسة تلاميذ، مع مراعاة الفروق الفردية في القدرات
- جدول حصص لا يقل عن 28 ساعة أسبوعياً
- أماكن للعمل الفردي أو الفردي الاستقلالي وأماكن للعمل الجماعي ويمكن للامتزاج ويمكن تلعب الحر
- حدود توضح المساحة المتاحة لكل ركن و الأماكن المخصصة للأنشطة داخل الفصل.
- أماكن لوضع أدوات وحجاب الأطفال
- جدول عام للفصل وجدول للأنشطة الخاصة بكل طفل حسب قدراته
- جداول للتواصل وبنائات مصورة توضح المهام المطلوبة
- بطاقات توضح الأنظمة الصفية
- رفوف على يمين ويسار الركن الفردي والأركان الاستقلالية توضع عليها الأنشطة الخاصة بكل طفل قبل البدء بها وبعد الانتهاء منها.
- رموز أو إشارات توضح على طاولة العمل الفردي والمسبق بشكل عمودي توضح طريقة الانتقال ولا نشأه من أيمن إلى اليسار.
- جداول تعزيز خاصة بالأطفال ومعززات مادية موزعة في علب خاصة واللعب هدية للأطفال.
- الأهداف الفردية الخاصة بكل طفل
- جداول المتابعة الخاصة بأخصائية نطق والأخصائية النفسية ومعونة التربية الفنية وغيرهم من ذوي العلاقة
- الكتب و المناهج الخاصة بالطلبة الذين يدرسون مناهج مدارس التعليم العام.

ما لا يجب تجاهه داخل الفصل:

1. مشتتات انتباه كالصور والأثاث والألعاب التي لا داعي لها.
2. أسلاك كهرباء مكشوفة وأدوات حادة وخطره على الأطفال.
3. أبواب متعددة ومتناقل يمكن الهروب من خلالها.

4. زجاج مكشوف ومرآة قريبه من أماكن العمل تشتت الانتباه

5. تهويه وإضاءة غير مناسبة

3- جداول الأنشطة والتواصل

تعتبر الجداول عنصرا أساسيا فاعلا لا غنى عنه في برنامج الطفل التوحدي، حيث تكف مشكلة عدم فهم اللغة حاللا بينهم وبين إمكانية إيصال أفكارهم للآخرين. فالطفل الذي يرغب في التعبير عن حاجاته وانفعالاته، ولا يملك طريقة يقوم من خلالها بتعريف هدفه، يلجأ عادة للصراخ والغضب بكافة أشكاله للتعبير عن يأسه من كسب فهم الآخرين له. لذا فإن استخدام الجداول لا يعد منتظما لهم فقط، بل هو أيضا وسيلة للتواصل إذا ما تم استخدامها بشكل فعال، أتاحت للطفل فرصة التعلم والتفاعل وتنظيم بقية حياتهم.

واجدوة المستخدمة مع الأطفال ذوي التوحّد أنواع:

• جداول للأنشطة

• جداول تواصل

وجداول الأنشطة هي تلك التي تستخدم داخل الفصل أو لمدرسة أو أماكن العمل الخاضع للطفل في التزل لتساعده على معرفة ما هو مطلوب منه، من خلال تقديمها مرتبة بخطوات حسب المهمة المطلوبة أولا ثم ثانيا وهكذا. فهي تخضع هؤلاء الأطفال بشكل كبير حيث يعاني معظمهم من ضعف في الانتباه المتتابع، وبالتالي لا يستطيعوا القيام بالمهام متسلسلة دون تذكرهم بذلك.

ويتم تدريب الأطفال على هذه الجداول بشكل متدرج من خلال التأكد من معرفة الطفل لما يلي:

1. التفريق بين الصورة والخطبة .
2. مطابقة الأشياء الخمسة المتشابهة
3. مطابقة الصور بماثلته من خموس ثم بماثلته من صور.

4. قبول التوجيه اليدوي، ويتم تدريب الطفل على ذلك بالتدرج من خلال معرفة التواصل الجسدي الذي يميل له ثم الانطلاق من ذلك إلى أشكال أخرى من التواصل اليدوي.
5. استخدام الطفل لأنشطة رموز في كتيبة لترتيبها أو اللعب بها يساعد في إجادة من خلال فهمها لتصبح جاذبة له، ولكن عدم توفر هذا الجانب لا يمنع البدء بالجدولة.

البدء بالجدولة:

- في بداية التعميم على الجدولة قد تستخدم الجسومات على الجدول لتعبر عن النشاط المطلوب ثم يتم الانتقال تدريجياً إلى صور حقيقية للنشاط ثم صور مرفقة بكلمات ثم كلمات لمن تعتم القراءة من الأطفال.
 - ابداً دائماً بمهام بسيطة ومعروفة لدى الطفل.
 - لا تكثر من الأنشطة والمهارات وراعي عمر وقدرات الطفل، فمثلاً أطلاق ما قبل المدرسة 5-6 أنشطة بعد كافياً.
 - استخدم كتاب جداول أو لوح جداول يكون في كل صفحة به أو جزء به ورقة رسم ألوانها جميعاً وأحدها.
 - اجعل صور الأشياء الموضوعة بالجدول واضحة وغير متداخلة مع خلفيات للصورة.
 - اجعل الشيء المستهدف تصويره بدلاً الصورة بأقصى حد ممكن.
 - اقلب النشاط الذي تم الانتهاء منه أو ضع في مغلف أو عبة خاصة بالأعمال المنتهية علم يشار بالجدول ودرب الطفل على ذلك.
 - إذا كان النشاط يحتاج أكثر من صورة لتتبعه (صور متسلسلة تمثل كيفية تنفيذ النشاط) تأكد من أن تكون الصور واضحة ومخطوات مرتبة.
- والجداول قد تكون في الفصل الدراسي عامة مشترك لجميع الأطفال في الفصل، أو خاصة بكل طفل.

مثال على الجدول العامة :

- الطاير الصباحي
- الحلقة
- النشاط الأول
- تطور
- النشاط الثاني
- ألعاب
- النشاط الثالث
- وجبة خفيفة
- النشاط الرابع
- فيديو
- انصراف

مثال على الجدول الخاص :

يوضع على الجدول صورة أو اسم الطفل حسب قدراته
ثم يحدد جدولته

- طاير - حلقة - فردي - فطور استلالي - ملعب - تعلق - وجبة خفيفة
- نشاط - حر - فيديو - ياص

جدول التواصل: وهي من الجداول العامة التي لا غنى عنها مع الطفل التوحدي خاصة غير المتكلم، حيث تستخدم كخيار للتعبير عن احتياجات الطفل، وتكون غالباً معلقة داخل المدرسة ويفضل أيضاً تعميمها في المنزل لكي لا يحدث إرباك لدى الأطفال. مثل الجداول الخاصة بالاحتياجات الأساسية للطفل ويفضل وضعها بشكل جسم أو صور أو كلمات حسب قدرات الأطفال وتوزع في المدرسة أو البيت حسب إمكانات المتاسب، فعلى أبواب دورات المياه مثلاً يوضع ورق زرك تواليت حقيقي أو صوراً

وكلمه حسب قدرات الأطفال؛ وعلى أبواب الأخصائيين ومعلمي ألفتة توضع رموز معيمة في كل الفصول وهكذا...

كذلك تعد جداول خاصة بالشهر والأحاسيس تساعد الطفل في التواصل والتعبير عما يدور في نفسه حين يكون فرحاً أو متعباً أو غاضباً... الخ.

كذلك يوجد بطاقات للتواصل في الطابور الصباحي والملاعب وداخل الأركان مع المعلمة لتحديد العلقن ما هو مطلوب من ويطاقت انتقال تحمل صورة أو اسم الطفل تساعد في العودة لتجدول سواء كان داخل الصف أو خارجه.

ولا تغفل التواصل اللغوي للأطفال الناطقين حيث يدرون من خلال جلسات منظمة على استخدام اللغة بشكل فعال، ويتم تعميم ذلك في الأنشطة الجماعية وفي التدريب الفردي مع المعلمات أو الأخصائيات.

4- منهاج الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد

إن تنظيم البيئة الصفية واستخدام جداول الأنشطة والتواصل لن يعلم الطفل الترحدي ما لم يكن هنالك معلم، ووجود معلم بلا منهاج يحدد ما سيتم تعليمه للطفل سيكون مضيقاً لوقت الطفل والتعلم معاً، لذا فإن الخدمات التربوية للطفل ذو التوحد لن تكتمل إلا بوجود خطة تربوية تحدد احتياجات الطفل طريقة وقصيرة المدى بعد إجراء التقييمات المناسبة. كما إنها تضمن حق الطفل وحق أسرته في أن تقدم له خدمات متكاملة تلمح جميعها الأسرة وتشارك في وضعها وتنفيذها. فمن لا يعرفه إلى أين يتجه الطريق قد يضل طريقه.

والتي تكون البداية صحيحة فلا بد من التخطيط ومعرفة الخطوات الأساسية التي يمر بها أمداد البرنامج التربوي الفردي:

1. دراسة حالة للطفل وجمع معلومات أولية عنه
2. وضع الطفل في المكان التربوي الموقت ومحاولة مساعدته للتكيف مع البيئة الجديدة.
3. ملاحظة الطفل أثناء وجوده في المكان الموقت في كافة المجالات التنمائية
4. كتابة تقرير حول المعلومات الأولية والملاحظة السلوكية للطفل

5. تطبيق اختبارات مكيفه ومعدله لحالة الطفل لتحديد قدراته المختلفة في الجوانب النمائية الأساسية.

6. إعداد تقرير أولي عن حالة الطفل من كل أعضاء الفريق المشارك في البرنامج التربوي الفردي.

7. اجتماع أعضاء الفريق بعد دعوة الأسرة للمشاركة في الاجتماع لتحديد جوانب القوة وجوانب الضعف وما يترتب عليها من أهداف طويلة المدى وأهداف قصيرة المدى خلال شهر من وجود الطفل في المدرسة. مع تحديد للخدمات المساندة وإمكانية دمج الطفل أو استعادته من مناهج العاديين.

8. كتابة الخطة النهائية والبدء بتنفيذها مباشرة.

9. مراجعة الخطة نهائياً وكلما دعت الحاجة.

إن استخدام الخطة التربوية لا يعني على الإطلاق أن الطفل سيكون أهدافه مختلفة تماماً عن مناهج التعليم العام، ولكن يراعى في هذا الانتهاء قدرات كل طفل على حدا، وفي حان كذا بإمكان الطفل الاستفادة من مناهج العاديين سواء بمشاركة في المدرسة العادية أو من خلال دراسة مناهجهم أثناء وجوده في مدرسة للتربية الخاصة، فلا يجب أن يجرم من ذلك كخطوة تساهم في دمج مستقبلاً.

إن أهداف الطفل التي تم تحديدها في عطته في كافة المجالات، هي التي سيتم تدريسه عليها في المدرسة داخل الفصل وخارجه. كما إن أسلوب تعديل السلوك هو الأسلوب الأكثر شيوعاً في عملية تعليمهم وإكسابهم السلوكيات الاجتماعية المقبولة. اتسندجة والتدعيم وأساليب خفض السلوك المتورقة وتحليل انهمة وأساليب التلقين، كلها تستخدم مع الطفل ذي اضطراب طيف التوحد حسب إمكانيات كل طفل. أما الأهداف التي تم تحديدها للطفل فتوزع بشكل أسبوعي على جدول تستخدمه المعلمة والأخصائيات في أماكن عملهن مع الأطفال، مع تعديل الأهداف حسب ما تحقق منها أو لم يتحقق. إن العمل غالباً مع أطفال التوحدي يميل إلى الفردية ولكن من يعمل مع الطفل التوحدي بمجموعه متكاملة من الاختصاصيين لا يمكن أن يغني احد منهم عن الآخر لهذا يجب أن تكون لديهم لقاءات عديدة لتحقيق تفادة القصوى من البرنامج التربوي الفردي.

المجال الثالث: المسكوزماتة المكافئة والتجوية

- سبق وان استعرضنا لتنظيم البيئة الصفية كجزء من الخدمات التربوية، ولكن ما يهنا في هذا المجال هو تقديم تفصيل أكبر يشمل احتياجات الطفل التوحدي ليس في البيئة الصفية فقط، بل في المدرسة ككل كهيئة تعنيمية يتعلم ويتدرب بها في عدة مواقع.
- فالمدرسة يجب أن تشمل على ما يلي :
- فاعات أو مساحات واسعة لتعلم المهارات الرياضية والفنية والحسية والتهنية المهنية في الأعمار الأكبر.
- فصول دراسية معدة للتدريس الفردي والجماعي ومتمسه على شكل أركان.
- اثاث مدرسي يساهم في تطبيق التعليم المنظم.
- رسائل تعليمية أو غرفة نلوسائل توفر احتياجات الفصول والأخصائيات.
- أجهزة تعنيمية: كالتلفزيون والفيديو والمسجلات وأجهزة انكمبيوتر وأجهزة العرض.
- غرف خاصة بالأخصائين للعمل مع الطفل بعيدة عن الفصول الدراسية.
- دورات مياه مهيأة للأطفال ذوي التوحذ.
- حديقة خارجية آمنة يتوفر بها الألعاب التي تحفز اللعب الجماعي .
- كافيتريا.
- زجاج عاكس على أبواب الفصول والغرف للاسئلة الأظنان من الخارج.
- مسبح
- صالة الطعام
- معززات سؤبه ورمزية
- ساحات لتوقيت
- باص لنمدرسة لنقل الطلاب
- عمالة للتنظيف والمتابعة

المجال الرابع: التدخلات الأسرية اللازمة لتقديم برنامج متكامل

إن دور المعلم والأخصائي مهم جداً في عملية التدخل المبكر مع الطفل ذو اضطراب طيف التوحد، فكل منهم يعمل على تذليل الصعوبات التي تواجه الطفل في محاولة يجعل حياته أسهل وأقل تعقيداً، إضافة إلى تسهيل فرص تواصل أسرته معه والاستمتاع بطفولتهم من خلال النظر على ما يستطيع القيام به وليس ما يعجز عن القيام به. ولكي يتم ذلك فلا بد من تعاون الأسرة مع المدرسة في كافة الأبعاد المرتبطة بطفولتهم بدءاً من تقييم الحالة وحتى تسلمهم التقرير النهائي مع نهاية العام الدراسي. لذا فإن على المدرسة فتح مسئولية ما يلي تجاه الأسرة:

- تزويد الأهل بمعلومات عن التوحد تساعد في زيادة خبرتهم في هذا المجال.
 - إشراك الأهل في جلسات التقييم العقلي.
 - إشراك الأهل في وضع أهداف الخطة التربوية الفردية ولي تنقلها.
 - توفير دروس تدريبية لأمو الأطفال.
 - إتاحة الفرصة للأهل لتابعة طفلهم أثناء وجوده في المدرسة.
 - إقامة لقاءات بين أولياء أمور الأطفال ذوي التوحد.
 - متابعة حالة الطفل باستمرار مع الأهل من خلال دفاتر المتابعة.
 - الاتصال بالأهل عند الضرورة للاستعلام عما يطرأ على الطفل.
 - تزويد الأهل بنسخ من بطاقات التواصل وجدول الأنشطة المنتبذة في المنزل.
- (الحشمري، 2013)

ملحق رقم (1)

مصطلحات في القياس والتقويم

- القياس: (measurement) هو العملية التي يمكن بواسطتها تعيين قيم عددية لصفات الأشياء أو خصائصها وفق شروط معينة
- التشخيص (Diagnosis) هو عملية منظمة تهدف إلى وصف وتحليل النتائج لتحديد أكلة ومصدرها
- التقويم (Assessment) هو مجموعة من الإجراءات المنظمة والتي تهدف إلى التعرف على جوانب القوة والضعف لدى الطفل المعاق ، وذلك من أجل تحديد احتياجاته التربوية الخاصة ، والتعرف على مدى ملائمة البرامج التربوية المقدمة له.
- التقويم متعدد القياسات (Evaluation Multiple Measures) وهو هذا النوع من التقويم الذي لا يعتمد على مؤشر واحد أو أسلوب قيس واحد في إصدار الحكم على المتعلم ؛ بل يعتمد على أكثر من أسلوب قياس ، وعلى أكثر من مؤشر لإصدار الحكم على مستوى حضور من مدخلات وعمليات ومخرجات النظام التعليمي
- التقويم (Evaluation) هو عملية منهجية منظمة لجمع البيانات ، وتفسير الأدلة ، مما يؤدي إلى إصدار أحكام تتعلق بالطلاب
- التدخل قبل الإحالة (Pre referral Intervention) يُستخدم مصطلح التدخل قبل الإحالة للإشارة إلى الإجراءات التي ينبغي تنفيذها في الفصل الدراسي لعادي لتحسين أداء متعالي الذي يشعر المعلمون أو أولياء الأمور بأن لديه حاجات خاصة تستلزم توفير دعم تعليمي خاص له.
- الإحالة (Referral) بعد أن تحقق إجراءات ما قبل الإحالة فإدانة إلى مساعدة الأطفال ودعمهم من يشبه بأن لديهم حاجات تعليمية خاصة ، تتم إحالتهم إلى الجهات المتخصصة ،مثل مراكز تشخيص الإعاقة ، العيادات الطبية ، أقسام التربية

الخاصة ، ومراكز القياس والإرشاد في الجامعات وغيرها) ، لتحكم على أهليتهم للقرية الخاصة.

- تاريخ الحالة (Case History) تلك البيانات والمعلومات التراكمية المتعلقة بفرد من الأفراد ، كالتاريخية الأسرية ، والتاريخ الشخصي والنمو الجسمي ، والتاريخ الطبي ، ونتائج الاختبارات ، والسجلات القصصية للسلوك . ويستخدم تاريخ الحالة غالباً في اتخاذ القرارات المتعلقة بالواجهات المعدة لطلاب ونى إعداد وتخطيط البرامج والخدمات اللازمة له
- التصنيف (Classification) هو تلك العملية التي يمكن بها وضع الفرد في فئة ما وفق خصائص أو سمات مشتركة . بهدف تحديد نوع الخدمات التربوية والاجتماعية والطبية ونهية اللائمة لكل فئة . وإعداد البرامج التي تناسب كل فئة على حدة بما يتناسب مع خصائصهم العقلية والجسمية والانفعالية والاجتماعية.
- الاختبار (Test) إجراء منظم لقياس حبة من السلوك ، أو هو إجراء منظم ملاحظة ووصف سمة أو أكثر من سمات الفرد بالامتعانة بمقياس أو نظام تصنيف معين.
- القدرة : (Ability) هي كفاية الفرد في مجال محدد ، وهي خاصة من خصائص الفرد ، وتوطين بالحالة القائمة للفرد
- السمة (Trait) مفهوم يستخدم في وصف سلوك الأفراد ، وهو جردة عن سلوك أو مجموعة من السلوكيات التي يميل الفرد إلى إظهارها . فالسمة ليست صفة مفردة ، وليست شيئاً ملموساً بل هي مفهوم مجرد
- التحصيل (Achievement) يقصد به المستوى الذي تعلمه الفرد تلقياً بالأداء على مهارة معينة ، وعادة ما يرتبط التحصيل بتجمل المعلومات والمهارات والتدارين والابتكار التي اكتسبها خلال صيف أو مرحلة دراسية
- الاختبار الرسمي - القنن (Forma Test) هو الاختبار الذي يتم بناؤه وتطويره من قبل فريق من المختصين والمصالح مؤسسة معينة ، كما يتم تطبيقه على حبة كبيرة نسبياً من الأفراد . ويتم تطوير دليل (Manual) له يتضمن تعليمات خاصة بالتطبيق والتصحيح ومعلومات عن مؤشرات الصدق والثبات وخصائص الفقرات ، وتفسير

النتائج عليه في ضوء معايير (Norms) خاصة يتم اشتقاقها . وتعرف الاختبارات المقتنة بالمشورة ، ومن أمثلتها اختبارات الذكاء.

- الاختبار غير الرسمي (Informal Test) وهو الاختبار الذي يتم بناق أو تطويره من قبل المعلم بفرض قياس تحصيل الطلبة
- المقتن (Standardization) الاختبار المقتن هو ذلك الاختبار الذي توحد فيه وتحدد بدقة طريقة تطبيقه ، ومواده ، وتعليمات وزمن إجابته ، وطريقة تصحيحه أو تسجيل درجاته ؛ بحيث يصبح الموقف الاختباري موحداً قدر الإمكان لجميع الأفراد . وهذا يجعل من الممكن المقارنة بين درجات الأفراد الذين طبق عليهم الاختبار
- البطارية (Battery) مجموعة مختارة بعناية من الاختبارات المترابطة التي تقاس سمة أو قدرة واحدة أو أكثر ، يتم عرضها على مجتمع معين من الأفراد.
- الفقرة (Item) هي السؤال ، أو العبارة ، أو التمرين ، أو المهمة ، أو المسألة التي يتضمنها الاختبار أو القياس أو أداة التقييم ، وتصاغ الفقرات بأكثر من نسط ، فمنها الفقرات الانتقائية والفقرات الإنشائية.
- الفقرات الانتقائية (Selective Items) هو ذلك النوع من الفقرات التي يطلب من المتحوص أن يختار الإجابة الصحيحة من بين عدد من البدائل والعبارات المعطاة.
- الفقرات الإنشائية (Supply Items) وهو ذلك النوع من الفقرات التي يطلب من المتحوص أن يكتب أو يصيغ الإجابة الصحيحة على السؤال ، ويعرف أحياناً بالفقرات الإنشائية.
- القائمة (Inventory) هي دليل أو قائمة من المفردات أو العبارات تهدف إلى تقييم مدى وجود سمات أو اهتمامات أو سلوكيات محددة لدى مجموعة من الأفراد
- أدوات إسقاطية (Projective Tools) هي مجموعة الأدوات التي لا يكون أي من الخبر أو الاستجابة محددة كاختبار البقع الحمرية (الرووشاخ) ، واختبار تفهم الموضوع (TAT) وبعض الاختبارات النفسية الأخرى . وتستخدم هنا عبارات معينة من أجل المساعدة في الوقوف على مستوى الطلبة في مجالات محددة كمستراهم

في التعبير والكتابة. كما قد تستخدم الأدوات الإيقاعية في استثناء نوعية وحجم المشكلات التي يواجهها الأفراد في دراستهم أو حياتهم الأسرية.

• أدوات محددة البناء (Structured Tools) هي مجموعة من الأدوات التي يكون فيها كل من المثير والاستجابة محددًا ، كما في اختبارات التحصيل والقدرات والاستعدادات ، أي أن لها أسئلة محددة وإجابات محددة.

• الاختبارات الفردية (Individualized Tests)

• هي مجموعة الاختبارات التي يمكن أن تطبق بصورة فردية (أي تطبيق على كل مضمون لوحده) . مثل اختبارات الذكاء متطورة بينه وركسنر ، ويشيع استخدام مثل تلك الأدوات لأغراض إكلينيكية

• الاختبارات الجماعية (Grouped Tests) هي مجموعة الاختبارات التي يتم تطبيقها على مجموعة من الأفراد ، كما في الاختبارات التحصيلية انصفية والاختبارات المقتنة واختبارات القدرات العقلية كما في اختبار كاليفورنيا للتفكير العقلي ، واختبار بينا للذكاء غير اللفظي.

• الاختبارات الموضوعية (Objective Tests) هي أدوات القياس التي لا تتأثر درجات المتحدين عليها بشخصية المصحح أو وجهة نظره ، أو خلفيته الاجتماعية والسياسية.

• الاختبارات الذاتية (Subjective Tests) هي الأدوات التي تتأثر درجات المتحدين عليها بشخصية المصحح أو وجهة نظره أو خلفيته الاجتماعية أو السياسية.

• مقاييس لفظية (Verbal Scales) هي تلك الأدوات التي يتم استخدام اللغة فيها بشكل رئيس في التعليمات والقرارات ذاتها.

• مقاييس غير لفظية (Non - Verbal Scales) وهي تلك الأدوات التي لا يتم استخدام اللغة فيها بشكل رئيس سواء في التعليمات أو محتوى الفقرات ومدلولها.

• الاختبار كمية (Sample Test) وهو الاختبار الذي يتم تكوين فقراته عشوائياً كمية مظة لجمال الفقرات التي تشكل مجال التسمية موضع الاهتمام.

• الاختبار كموشر (Sign Test) وهو الاختبار الذي يتم تكوين فقراته بطريقة لا يمكننا القول بأنها تمثل المجال موضع الاهتمام ؛ إذ إن المجال في هذه الحالة لا يمكن

تجديده لأمياً ، ويعرف هنا بأنه مفتوح النهاية . ويشمل ذلك مجال قياس القدرات العقلية كالذكاء وبعض السمات النفسية.

• **الذكاء (Intelligence)** هو القدرة على الفهم ، والاستيعاب ، والتكيف بسرعة للحالات والأوضاع الجديدة ، والتعلم من الخبرات والتجارب . وهو كذلك : درجة القدرة كما يتولد من خلال أداء الفرد في الاختبارات المعدة بهدف قياس مستوى النمو العقلي.

• **درجة الذكاء (The Intelligent Quotient)** هي مؤشر للذكاء يُعبر عنه بالنسبة بين العمر العقلي والعمر الزمني ، ويتم اشتقاقه من أداء الفرد على اختبار ذكاء مقارنة مع أداء آخرين من نفس العمر.

• **اختبار الذكاء (Intelligence Test)** هو اختبار يقيس قدرات مكتسبة تشير للذكاء والذكاء مقدرة حادة مستقنة عن التعلم السابق.

• **الاختبارات بحكية المرجع (Criterion – Referenced Tests)** في هذا النوع من الاختبارات يتم تحديد المعيار أو المعايير من قبل المعلم أو الأخصائي وتوضع بناءً على ما يتوقع من الطالب

• **الاختبارات معيارية المرجع (Norm – Referenced Tests)** وفي هذا النوع من الاختبارات يقارن أداء الفرد بأداء مجموعة مرجعية أو بأداء المجموعة العمرية التي ينتمي إليها.

• **الاختبارات الفردية (Individualized Test)** هي مجموعة الاختبارات التي يمكن أن تطبق بصورة فردية ، مثل اختبارات الذكاء متناظرة بينه : ووكلور.

• **الانحراف المعياري (Standard Deviation)** يعد الانحراف المعياري أكثر مقاييس التشتت استعمالاً ، حيث يعتمد في حسابه على إيجاد انحراف كل درجة من درجات توزيع معين عن متوسط التوزيع.

• **صديق الاختبار (Test Validity)** هو أن يقيس الاختبار الذي وضع من أجله ، أي مدى صلاحية الاختبار لقياس هدف أو جانب محدد.

• **الصديق التلازمي (Concurrent Validity)** مدى ارتباط نتائج نموذجين من اختبار طُبقتا في نفس الوقت.

- صدق البناء: (Construct Validity) مدى قياس اختبار للصفة أو السيكولوجية المصمم لقياسها . اختبارات الشخصية ، الندرة اللغوية ، التفكير الناقد هي أمثلة على اختبارات فيها صدق البناء.
- الصدق المحكي : (Criterion-related Validity) مدى ارتباط نتائج اختبار ما بنتائج محك خارجي (مثلاً اختبار آخر)
- المحك : (Criterion) مجموعة (مجال) من المعارف والمهارات المحددة تحديداً جيداً بحيث يمكن نتيجة مقارنة أداء الفرد في الاختبار بهذا المجال أن تعرف ما يستطيع الفرد أن يفعله وما لا يستطيع.
- المعيار : (Norm) توزيع للدرجات نتجت عن أداء مجموعة معيارية على أداة قياس معينة ، ويشكل أدق يُعرف بالمعيار بأنه النقطة الوسطية لمجموعة من درجات مجموعة من الطلبة.
- التقييم متعدد الأبعاد : (Multidimensional Assessment) هو التقسيم الذي يتم فيه جمع بيانات عن مدى وأوسع من القدرات والمهارات
- التقييم التربوي: (Educational Measurement) هو عملية تقدير كمي لما يوجد في منظومة ظاهرة أو فرد أو خاصية تربوية من سمات ، اعتماداً على معايير وأدوات تقويم تعطي معطيات كمية ؛ أي في صورة رقمية
- التقييم التربوي: (Educational Evaluation) هو عملية منظومة أي تتم في خطوات متسلسلة وكل خطوة تؤثر في الأخرى وتتأثر بها ؛ وتهدف إلى جمع بيانات أو معلومات كمية وكيفية لتعريفها وتحليلها في مجال تربوي معين.
- التقييم البنائي أو التكويني: (Formative Evaluation) عملية تشخيصية تصحيحية مستمرة ، تهدف إلى تقويم تحصيل أو أداء مجموعة من الأفراد وتحديد احتياجاتها ؛ وتشخيص جوانب القوة والضعف في أداء الفرد لتحصيله
- التقييم الختامي: (Summative Evaluation) عملية لتلخيص حولية تقوم على التقدم عبر الزمن وترمي إلى إبراز أهم النتائج المتسقة المتكاملة والمبينة على مجمل التقييم البنائي . كما تهدف إلى تقويم مستوى تمكن أو إمتنان مجموعة من الأفراد وتقويم مكانة الفرد من أجل تسكيته في برنامج معين أو تحديد المستوى الذي حققه

في مرحلة من مراحل تدريبه أو تعليمية متسلسلة من أجل اتخاذ قرار الانتقال إلى المرحلة التالية ، وكذلك تقويم الذمعية النسبية لبرامج أو مناهج معينة.

- للتقويم الكمي : (Quantitative Evaluation) هو التقويم الذي يعتمد على البيانات الكمية أو التي يمكن أن يعبر عنها بالأرقام . كاليانات التي نحصل عليها من الاختبارات أو الامتتحانات وبعض أدوات القياس الأخرى
- التقويم النوعي : (Qualitative Evaluation) هو التقويم الذي يعتمد على البيانات التي نجتمعها من الواقع الميداني من خلال الملاحظة والمقابلات ومجتمع الرفاق وأولياء الأمور
- اختبار قدرة : (Ability Test) أي اختبار مقطن يصمم لقياس الاستعداد أو الذكاء ، كما يتسحب للمصطلح أيضاً على الاختبارات التي تقيس التحصيل.
- الملاحظة : (Observation) هي أسلوب علمي في جمع المعلومات المتعلقة بسلوك عدد أو ظاهرة محددة ، ويعتمد أسلوب الملاحظة على استبعاد مشاعر حسية بصرية وسعوية ، لسلوك موضوع الملاحظة وتسجيل مظاهره وتصنيفها ووصفها بطريقة علمية
- المقابلة : (Interview) هي أسلوب علمي متعلم لجمع البيانات والمعلومات عن السلوك أو الظاهرة موضوع القياس.
- مقياس التقييم : (Rating Scales) هي عملية جمع المعلومات عن السلوك الملاحظ وفق تقدير من قبل الناحص لسلوك موضوع القياس
- التقييم التنمائي لشديدي الإعاقة (Developmental Assessment For The Severely Handicapped) هو مقياس صمم لتزويدنا بمعلومات عن أداء شديدي الإعاقة ، ومستوى مهاراتهم الاجتماعية والانفعالية واللغوية وأنشطة الحياة اليومية والمهارات الأكاديمية.
- أسلوب التصنيف التنمائي : (Developmental Labeling Approach) وهو أسلوب لتصنيف الأطفال الذين يعانون من بعض الإعاقات يعتمد على درجة الانحراف عن معدل النمو الطبيعي

- فترة النمو: (Developmental Period) استُخدمت الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي هذا المصطلح للدلالة على الفترة الزمنية التي يقع فيها التخلف العقلي ، وهي من الميلاد وحتى سن الثامنة عشر .
- نظام التقييم: (Assessment System) مزيج من أنواع التقييم متعدد الأبعاد تستخدم معاً بقصد استخراج تقرير يتضمن معلومات شاملة ، وموثوقة ، وثابتة يتم استناداً عليها صنع قرارات .
- التقييم عملي المرجع: (Criterion – Referenced Assessment) وهو التقييم الذي يتم من خلاله مقارنة مستوى أداء الطالب بهدف تعلمي أو أداء معياري محدد التقييم معياري المرجع : (Norm – Referenced Assessment) وهو الذي يتم من خلاله مقارنة مستوى أداء الطالب مع أداء مجموعة أكبر تدعى (مجموعة معيارية
- محكات الأداء : (Performance Criteria) هي المستويات التي يتم تقييم أداء الطالب في ضوءها . وتساعد هذه المعايير المقيمين على تحقيق الموضوعية من ناحية ، وتزويد التلميذ بمعلومات مهمة عن نتائجه التي تقود إلى الهدف أو العناية للشود لتحقيقها من ناحية أخرى
- الإجراءات: (Process) طريقة تعميمية تصنف إنجازاً يتضمن خطوات أو عمليات ، عادة ما تكون متداخلة أو مرتبة ، وهي جزء من عملية التقييم عامة .
- مستوى التمكن أو الإتقان: (Mastery Level) هو المستوى الذي يصله الطالب في أدائه الدراسي . ويرتفع الطالب إليه تدريجياً من جزء من المطلوب تعلمه إلى معظمه حتى يصل إلى كل المطلوب
- تحليل الفقرات : (Item Analysis) هي عملية فحص استجابات المقومين على فقرات الاختبار للحكم على مستوى نوعية كل فقرة
- معامل صعوبة الفقرة : (Item Difficulty Index) هي نسبة المقومين الذين أجابوا تلك الفقرة إجابة صحيحة . وتقدر قيم معامل الصعوبة بين الصفر والواحد ، وتزداد درجة صعوبة الفقرة كلما قل معامل صعوبتها معامل تمييز الفقرة (Item Discrimination Index) قدرة الفقرة على التمييز بين المقومين من فئة ذوي الأداء المنخفض وذوي الأداء المرتفع في إجاباتهم على الفقرة

- **صدق الفقرة :** (Item Validity) هو حاصل ضرب الانحراف المعياري لدرجات المتحدين حتى تلك الفقرة بمعامل ارتباط الدرجات على تلك الفقرة بالدرجات الكلية للمتحدين على الحكم الخارجي
- **ثبات الفقرة :** (Item Reliability) هو حاصل ضرب الانحراف المعياري لدرجات المتحدين على تلك الفقرة بمعامل ارتباط الدرجات على تلك الفقرة بالدرجات الكلية على الحكم الخارجي
- **حساسية الفقرة :** (Item Sensitivity) قدرة الفقرة في الاختيار بحكمي انرجح على التمييز بين المتحورين الذين تلقوا تدريباً أو تعليماً أو إرفداً معيناً وهؤلاء الذين لم يلقوا
- **للتغير :** (Variable) صفة أو خاصية من خواص شيء أو فرد ، قد تأخذ أكثر من قيمة أو مستوى في الظروف والأوقات والحالات المختلفة ، ومن الأمثلة على ذلك متغيرات : العمر والجنس واللون والوزن والطول ، وغيرها.
- **مستوى القياس الاسمي :** (Nominal Scale of Measurement) هو المستوى الأدنى للقياس ، ويستخدم مع المتغيرات النوعية ، حيث يعزل القياس الاسمي تصنيف الأفراد أو الأشياء في حدة مجموعات وفقاً لبعض الخصائص النوعية.
- **مستوى القياس الترتيبي :** (Ordinal Scale of Measurement) يُعتبر هذا النوع من القياس تالياً للمقاييس الاسمية فهو أعلى منها ، حيث يرتب الأفراد تصاعدياً أو تنازلياً في صفة أو خاصية معينة.
- **المتوسط الحسابي :** (Arithmetic Mean) نقطة توزيع من القيم الكمية ، يعرف أحياناً بالمعدل ، (Average) من ناحية أخرى ، يساوي مجموع العزائم كافة القيم عن المتوسط الحسابي صفراً . ويتم حسابه كميلاً بإيجاد حاصل قسمة مجموع القيم على عددها
- **الوسيط :** (Median) نقطة في توزيع القيم الكمية ، وهي النقطة التي يكون (50 %) من القيم مرتبة تصاعدياً أو تنازلياً و (50 %) بعدها . ويعرف الوسيط أيضاً بأنه تكين (50)

- **المودال (Mode)** : القيمة ذات التكرار الأكبر في توزيع البيانات ، وقد يجوي بعض التوزيعات أكثر من مودال . عند ذلك يدعى ذلك التوزيع بثلاثي أو ثلاثي أو حتى متعدد للمودالات . وقد يكون المودال مقداراً كمياً أو صفة نوعية.
- **التشتت: (Variation)** حالة تباعد البيانات عن بعضها بعضاً ، أو تباعدنا عن احد مؤشرات النزعة المركزية
- **الممدى: (Range)** احد مقاييس تشتت البيانات -كمية ، وهو الفرق بين أكبر قيمة وأصغر قيمة في التوزيع لذلك فهو كمية موجبة دائماً.
- **المئينات: (Percentiles)** هي القيمة التي تقسم عينة من البيانات الكمية إلى مائة قسم متساوية ، كل واحد يجوي حداً متساوياً (بدرجة كبيرة) من البيانات.
- **التباين: (Variance)** احد مقاييس تشتت البيانات الكمية ، وهو مجموع مربعات الحرفات النيم عن متوسطها مقسوماً على عدد التيم التي يتألف منها مجتمع البيانات ، أو مقسوماً على عدد التيم التي تتألف من عينة البيانات مطروحاً منها واحد.
- **معامل الارتباط: (Correlation Coefficient)** مؤشر كمي لقوة واتجاه العلاقة بين مجموعتين من التيم الكمية ، تتراوح قيمته بين $(- 1)$ و $(+ 1)$.
- **الدرجة الخام: (Raw Score)** هي الدرجة التي يحصل عليها المتحوص عن اختبار معين . كما أنها تعرف بمجموع الدرجات التي حصل عليها الطالب على اجزاء الاختبار نتيجة إنباع مفتح تصحيح معين ؛ لذلك الاختبار.
- **الدرجة الحقيقية: (True Score)** هي الدرجة التي لا تجوي جزءاً خطأ ، وإعادة ما تعرف بأنها معدل الدرجات التي يحصل عليها المتحوص إذا عرض عليه الاختبار عدداً لا نهائياً من المرات
- **الدرجة المعيارية: (Scaled Score)** الدرجة الناظرة للدرجة الخام على التوزيع الطبيعي ، من لأشدة على الدرجات انعيارية درجات الالكاء (IQ) ، والكلمات والدرجات اللغوية والدرجات الزائفة

- **الدرجة الثابتة (T - Scores)** هي درجة معيارية في توزيع متوسطه الحسابي يساوي (50) والحرفه المعبري يساوي (10) ، وتمتد قيم الدرجات الثابتة للتوزيع الواحد بين (صفر) و (100)
 - **الدرجة الزائفة (Z - Scores)** هي درجة معيارية في توزيع متوسطه الحسابي يساوي (صفرأ) والحرفه اعباري يساوي (1) . وبذلك يمكن مقارنة الدرجة مع غيرها من الدرجات التي تنتمي لنفس التوزيع ، وذلك بحساب الدرجة المعيارية الزائفة لكل منها ، ومن ثم يكون التفضيل في شوه مقدار قيمة الدرجة المعيارية (z)
- ثبات الاختبار: (Test Reliability)**
- **المدى الذي يقيس الاختبار ما يهدف إليه على مدى فترات زمنية ومناسبات مختلفة** ، ويشير الثبات إلى مدى دقة القياس واستقراره وخلوه من الأخطاء العشوائية .
 - **خطأ القياس: (Error of Measurement)** مقدار الفرق بين الدرجة التي يحصل عليها المفحوص (الدرجة الخام أو الملاحظة) والدرجة المفترضة (الحقيقية) .
ويقع خطأ القياس في نوعين : عشوائي ومنظم .
 - **الخطأ العشوائي (Random Error)** هو مجمل ما يؤثر على الدرجات الخام للمفحوصين من مصادر مختلفة يصعب ضبطها والمعد من تأثيرها .
 - **الخطأ المنظم (Systematic Error)** مقدار ما يؤثر على درجة المفحوص من مصادر يمكن معرفتها وبالتالي ضبطها .
 - **الخطأ المعياري للقياس (Standard Error of Measurement)** هو مقدار التذبذب المتوقع للدرجة الخام حول الدرجة الحقيقية .
 - **الخطأ المعياري في التقدير (Standard Error of Estimate)** هو الاحتراف المعياري تعتمد على الفروق بين الدرجات الملاحظة والدرجات التنبؤية من خلال معرفة معامل الارتباط بين الدرجات التنبؤية والدرجات على الحتم .
 - **مقاييس الاتساق الداخلي (Internal Consistency Measures)** هي مميزات تستخدم في تقدير درجة تجانس فقرات الاختبار ، أو أنها تعكس مدى ترابط استجابات المفحوصين على انقرة الواحدة مع درجاتهم على الاختبار ككل .

- **الصدق الشكلي:** (Face Validity) ويعرف أحياناً بالصدق الظاهري ، وهو مظهر مصطنع لصدق الاختبار ، ويعرف بمدى اعتقاد أو حكم المصنوعين على أن الاختبار مفيد وليس ما يبي من أجله.
- **الصدق التدريسي:** (Instructional Validity) مدى قياس فقرات الاختبار محتوى معين أو مهارة معينة كما تم تدريسها ، أو تدريسها ، أو عرضها . وهو أحد أشكال صدق المحتوى
- **الصدق المرتبط بمعيار:** (Criterion - Related Validity) هو صدق للقياس المعتمد على معامل الارتباط بين الدرجات على المقياس والدرجات على المعيار.
- **الصدق التزامني:** (Concurrent Validity) الصدق المرتبط بالمعيار عندما يتم حساب معامل الارتباط بين كل الدرجات على المقياس والدرجات على المعيار عندما يتم استخراجهما في نفس الوقت . ويعرف أحياناً بالصدق التلازمي.
- **صدق التنبؤ:** (Predictive Validity) الصدق المرتبط بالمعيار والذي يتم تنبؤه من خلال معامل الارتباط بين درجات مجموعة من الأفراد على الاختبار ودرجاتهم على اختبار آخر (المعيار) يتم تطبيقه مستقبلاً.
- **الصدق التقاربي:** (Convergent Validity) الارتباط بين الدرجات على مقياس سمة معينة والدرجات على اختبارات أخرى تقيس سمات متشابهة. ويعتبر معامل الارتباط الموجب والعالي مؤشراً على وجود الصدق التقاربي
- **الصدق التمايزي:** (Discriminative Validity) معامل الارتباط بين الدرجات على مقياس سمة معينة والدرجات على مقياس يقيس سمة مختلفة أو متعاكسة . ويعتبر معامل الارتباط السالب والعالي مؤشراً على وجود الصدق التمايزي.
- **التحليل العاملي:** (Factor Analysis) أسلوب رياضي يمثل عدداً كبيراً من المتغيرات والمعادلات الرياضية في تحليل الارتباطات بين المتغيرات (فقرات المقياس أو الاختبار) ، ومن ثم تفسير هذه الارتباطات واختزالها في عدد أقل من المتغيرات تدعى عوامل . ويساعد التحليل العاملي في التوصل إلى أن السمة المقاسة أساسية البعد أو متعددة الأبعاد

- ثبات النماذج المتكافئة: (Alternative – Form Reliability) الارتباط بين نتائج نموذجين متكافئين للاختبار . والثبات هنا يعني مدى ثبات نتائج النموذجين في قياس نفس السمات
- اختبار قدرات: (Aptitude Test) اختبار يُصمم لنتيجه بالتعلم أو الأداء المستقبلي إذا ما توفر التعليم أو التدريب المناسب.
- تقييم الفريق: (Arena Assessment) عملية تقييم يشارك فيها مجموعة من الأخصائيين في النمو والإعاقات من خلال مراقبة الطفل في أو أوضاع اللعب أو العمل الطبيعية ، ويتم عمل ملف لهذا الطفل من قبل الفريق ومقارنة ملاحظات أعضاء الفريق مع بعض المشاهدات من سلوك الطفل
- برمجية التقييم: (Assessment Software) برامج كمبيوتر يتم تطويرها لتقييم الأطفال باستخدام الكمبيوتر ، ويعمل ناشور للكتب في الطفولة المبكرة على توفير مثل هذه البرمجيات كاختبارات بديلة لأدوات التقييم التقليدية
- هدف سلوكي: (Behavioral Objective) عبارة تعليمية أو تدريسية تشتمل على السلوك المتوقع والشروط التي يتم فيها ذلك السلوك ومستوى التمكن أو الأداء المطلوب
- قائمة مراجعة: (Check List) تسلسل من المقاييم أو المهارات منظمة بطريقة تسمح بالتخطيط للتدريس وحفظ السجلات
- تقويم تشخيصي: (Diagnostic Evaluation) تقويم لتحليل جوانب القوة وجوانب الضعف لدى الطفل ، ولتحديد طبيعة جوانب الضعف ومبانيها.
- مقابلة تشخيصية: (Diagnostic Interview) مقابلة لتحديد حاجات التعلم عند الطفل ، أو تقويم جوانب الضعف لديه . ربما تكون جزءاً من تقويم تشخيصي.
- التقييم المبني على اللعب: (Play – Based Assessment) تقييم للأطفال يُطبق في بيئة اللعب . نشاطات الألعاب يمكن أن تكون تلقائية أو مخطط لها . والتقييم المبني على اللعب يمكن أن يطبقه فرد أو فريق تقييم
- تقييم قبلي: (Pre Assessment) وهو التقييم الذي يتم قبل بداية العام الدراسي أو قبل البدء بأي تدريس في بداية العام الدراسي.

- اختبار استعداد: (Readiness Test) اختبار يُحدد درجة امتلاك الطالب للمهارات المتوقعة الضرورية للنجاح في نشاط تعلم معين.
- معيار تصحيح : (Rubric) أداة تصحيح مُصممة لقياس الأداء الواقعي أو العملي تُعطي فيه أوصافاً لخصائص محددة على القياس.
- تقييم التحصيل: (Achievement Assessment) وهو من الإجراءات التي يستخدمها المعلم ليتعرف على أداء الطالب في المهارات الأكاديمية المتعلقة بالقرءة والكتابة والرياضيات . ويستخدم المعلم في هذا النوع من التقييم اختبارات التحصيل المختلفة والتي قد تجمع بين الاختبارات المفتحة أو الاختبارات غير المفتحة التي يقوم هو بإعدادها

التقرير النفسي : (The Psychological Report) هو وصف علمي خالصة المفحوص الراحة بهدف التعرف على جوانب انقوة أو الضعف في جانب من جوانب شخصية المفحوص أو قدرة من قدراته العقلية

التقييم البيئي : (Ecological Assessment) هو التقييم الذي يركز على 'تغيرات ذات العلاقة بالبيئة وليس الطالب نفسه' كالمهمة التعليمية ، البيئة تصفية ... إلخ.

إعادة التقييم : (Reevaluation) يُشير هذا المصطلح في ميدان التربية الخاصة إلى تقييم الطفل ذي الحاجات الخاصة مجدداً وذلك بعد التحاقه بأحد برامج التربية الخاصة ويمكن تنفيذ التقييم بناءً على طلب أسرة الطفل أو المعلم . وإذا لم يطلب أي طرف إعادة تقييم الطفل فإنه يجري بصورة دورية كل عامين أو ثلاثة (صلاح ، 2006)

ملحق رقم (2)

مصطلحات في التربية الخاصة

- **Special education** التربية الخاصة : أنها مجموع البرامج التربوية المتخصصة والتي تقدم لفئات من الأفراد غير العاديين وذلك من أجل مساعدتهم على تنمية قدراتهم إلى أقصى حد ممكن وتحقيق ذاتهم و مساعدتهم على التكيف.
- **Exceptional individuals** الأفراد غير العاديين هم الأفراد الذين يتعرفون المخرفا ملحوظا عن الأفراد عاديين في نهم العقلي و الحسي و الانفعالي و الحركي و اللغوي مما يستدعي اهتماماً خاصاً من قبل المربين بهؤلاء الأفراد من حيث طرائق تشخيصهم و وضع البرامج التربوية و اختيار طرائق التدريس و وسائل التعليمية الخاصة بهم .
- **Normal education** ,تربية العامة : هي التربية التي تهتم بالأفراد العاديين وتتبنى منهجاً موحداً في كل فئة عمرية أو صف دراسي بالإضافة إلى طرائق التدريس الجماعية في تدريس الأطفال العاديين في المراحل العمرية المختلفة وتستخدم وسائل تعليمية عامة في المواد المتروعة.
- **Children with special needs** الأطفال ذوو الحاجات الخاصة هم أولئك الأطفال الذين يختلفون على نحو أو آخر عن الأطفال الذين يعتبرهم المجتمع عاديين.
- **Impairment** الضعف هو مصطلح يشير إلى محدودية الوظيفة و بغاية الحالات التي تعزى للجزء الحسي كإضعاف السمع أو إضعاف البصر.
- **Disability** العجز هو مصطلح يشير إلى تشوه جسدي أو مشكلة خطيرة في التعلم أو التكيف الاجتماعي نتيجة وجود ضعف و غالباً ما يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى الصعوبات الجسمية
- **Handicap** : الإعاقة يشير هذا المصطلح إلى عدم القدرة على الاستجابة لبيئة أو التكيف معها نتيجة مشكلات سلوكية أو عقلية أو جسمية .
- **Disorder** : الاضطراب يستخدم هذا المصطلح عادة للإشارة إلى المشكلات في التعلم أو المسوك الاجتماعي

- **Exceptions:ties** : الحالات الخاصة وهذا المصطلح أوسع من المصطلحات السابقة حيث أنه لا يقتصر على الذين ينخفض أداءهم عن أداء الآخرين (التعوقين) وإنما يشمل على الذين يكون أدائهم أحسن من أداء الآخرين (أنوهيين) والقويين .
- **At risk children**: الأطفال تحت الخطر أو المعرضين للخطر : هذا المصطلح يعود إلى الأطفال الذين ليسوا حثياً معرفياً على أنهم معاقين أو عاجزين و لكن يعتبرون أن لديهم فرصة كبيرة وغير عادية لأن يتعرضوا للإعاقة، هذا المصطلح عادة يستخدم مع الرضع والأطفال ما قبل المدرسة وذلك بسبب الأوهام المحيطة بالولادة أو البيئة المنزلية لذلك يتوقع أن يتعرضوا إلى مشكلات غامضة في وقت لاحق.
- **Protection**: الوقاية عبارة عن مجموعة من الإجراءات والجلسات المقصودة و المنظمة التي تهدف إلى الحماية دون/ أو الإقلال من حدوث الخلل أو القصور اللغوي إلى عجز في الوظائف النفسية أو السيكولوجية و أخذ من الآثار السلبية المترتبة على حالات العجز، بهدف إثاحة الفرصة للفرد كي يحقق أقصى درجة ممكنة من التفاعل، يستمر مع البيئة بأقل درجة ممكنة من المهددات و توفير الفرصة له لأن يحقق حياة أقرب ما تكون إلى الحياة العادية.
- **Behavior**: السلوك هو كل ما يصدر عن الإنسان الحي من نشاط شخص يتصل بخصيته الإنسانية و الذي يستند به على حياته البشرية النشطة .
- **Disorder**: الاضطراب يعني سوء توافق الفرد مع ذاته و مع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه، أو الاضطراب يعني مجموعة من الأعراض تعكس سوء توافق الفرد و تكن هذه الأعراض لم تتطابق أو لم تتفق مع وصف معين و محدد لأحد الأمراض .
- **الآثار**: ان فعل إسعاجي معقد من التغيرات في الأنسجة العصبية و الحشوية و أنسجة المخيكل المعظمي كاستجابة للمثير أو الانفعال حالة تشير إلى الخبرات و الانفعال التي تظهر في مواقف من قيل الخوف و الغضب و سواهما من الانفعالات و تتميز الحالات الحادة من الانفعال بتعطيل الخبرات و الفعاليات اليومية العادية
- **Emotional disturbance**: الاضطراب الانفعالي حالة تكون فيها ردود الفعل الانفعالية غير متناسبة كثيرا بالزيادة أو النقصان.

- **Selfhood disorder** اضطرابات الشخصية إنها أنتاج السلوكي متأخر مسيرة النمو أو تعثرها أو تهمدها أو فرط حثتها أو انحرافها مما يؤدي إلى الاعتماد عن السواء بدرجة تزعج صاحبها أو من حوله .
- **Conduct** التصرف أو المسلط السلوك النفسي و البدني للفرد، مع إشارة خاصة للمعايير التي تضعها الجماعة الاجتماعية التي ينتمي إليها الفرد.
- **Conduct disorder** اضطرابات التصرف بأنها انتمط الثابت و المتكرر من السلوك و التصرفات العدوانية و غير العدوانية التي تنتهك فيها حقوق الآخرين و قيم المجتمع الأساسية أو فوائده المناسبة لمن الطفل في البيت و المدرسة و وسط الرفاق و في المجتمع على أن يكون هذا السلوك أكثر خطورة من مجرد الإزعاج المعتاد أو مزاحات
- **Behavior disorder** الاضطراب السلوكي يتمثل في اختلافة جوهرياً من حيث تكراره أو مدته أو شدته أو شكله و بشكل متكرر مما يعتبر سلوكاً طبيعياً في ضوء الموقف أو العمر الزمني للفرد أو جنسه أو مجموعته.
- **Normal** طبيعية : هي القدرة على توفيق الفرد مع نفسه و مع بيئته و الشعور بالسلامة و تحييد أهداف و فلسفة سليمة للحياة يسعى لتحقيقها .
- **Normal behavior** السلوك السوي هو السلوك العادي أي المتألف و الغائب على حياة غالبية الناس
- **Normal person** الشخص السوي هو الذي يتطابق سلوكه مع سلوك الشخص العادي في تفكيره و مشاعره و نشاطه و يكون سعيداً و متوافقاً شخصياً و انفعالياً و اجتماعياً.
- **Up normal** الالاموية فهي الانحراف عما هو عادي و الشذوة عما هو سوي .
- **Up normal behavior** السلوك الالاموي حالة مرضية فيها خطر على الفرد نفسه و على المجتمع أن يتدخل لحماية الفرد أو حمايته
- **Normal person** الشخص الالاموي هو الشخص الذي ينحرف سلوكه عن سلوك الشخص العادي في تفكيره و مشاعره و نشاطه و يكون غير سعيد و غير متوافق شخصياً و انفعالياً و اجتماعياً

- Normal personality: الشخصية السوية الشخصية التي يتميز سلوكها بأنه سنوي ينال إنشائي واقعي وليس سلوكاً هروبياً .
- Lip normal personality: الشخصية اللاسوية هي الشخصية التي تتأثر في خبرات سابقة في التعامل مع الناس
- Normal child: الطفل الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة هو طفل سعيد سوي، وهو طفل قادر على إقامة علاقات إيجابية تصنف بالاستمرارية مع الآخرين، ونوعية أدراك صحيح للواقع، وتنظيم أفكاره وأفعلاته، وبه من التطبيق أهدافه، ولديه قدرة جيدة على التحصيل الأكاديمي تتناسب مع قدراته ومفهومة عن ذاته، وعادة ما يكون جيداً على نحو ما يتوقع الآخرون منه وذلك في ضوء عمره . . . جنسه
- Reality adaption: تكيف مع الواقع : قدرة الفرد على أن يتعامل مع الواقع وأن يتوافق معه كما هو بدون اللجوء إلى الميكانيزمات الدفاعية خاصة التبرير والإسقاط.
- Repetition behavior: تكرار السلوك عدد المرات التي يحدث فيها السلوك في فترة زمنية معينة كصفة درامية في فصل مدرسي على سبيل المثال .
- Duration of behavior: مدة حدوث السلوك وجود أو غياب السلوك المستهدف، أي أن السلوك يعتبر شاذاً إذا زادت مدة حدوثه أو قلت كثيراً عن المألوف (العادي).
- Topography behavior: طوبوغرافية السلوك : هو الشكل الذي يأخذه السلوك
- Magnitude of behavior: شدة السلوك أي أن السلوك يعد شاذاً إذا كانت شدته غير عادية فالسلوك قد يكون قوياً جداً أو قد يكون ضعيفاً جداً
- Latency of behavior: كمون السلوك أو زمن الرجوع : هي الفترة الزمنية التي يمر بين التأثير وحدث السلوك.
- Psychocsts: الضمان هو أحد أشكال المرض العقلي ويدل على وجود اضطراب سلوكي شديد ناتج عن فقدان الترابط بين الفرد والدافع، ويظهر في أشكال كثيرة من بينها (الهذيان، والهلوس) والشخص الذهاني يكون عاجزاً عن العمل والتوافق مع الحياة .

- **Organic brain syndromes**: متلازمة الإصابة العضوية للمخ هي اضطرابات ناتجة عن قصور في أداء تسيج خلايا المخ يترتب عليه بعض الاضطرابات في السلوك مثل قصور التوجه و في الذاكرة و في الأداء العقلي و في إصدار الأحكام أو اتخاذ القرارات.
- **Neuroses** العصايب : هو أحد أصناف الاضطرابات النفسية و الشخص العصايب هو شخص تملكه أحاسيس الكآبة و الشعور بالقلق و تسيطر عليه للأخاوف المرضية .
- الاضطرابات نفس - فسيولوجية (psychophysiological disorder): هي مجموعة اضطرابات جسمية ناتجة من عوامل تعالية تظهر على الجلد و الجهاز التنفسي و الجهاز الهضمي و الجهاز العصبي .
- **aggressive behavior**: السلوك العدواني هو السلوك متعلم و يحدث نتيجة لإحباط الطفل سواء كان ذلك في الأسرة أو المدرسة.
- **Sociopathy**: السلوك اللئيم للمجتمع أو الموسيوية هو السلوك الذي يعامل الشخص خذرج عن النظام
- **Withdrawn behavior**: السلوك الإنسحابي يصنف تحت السلوك الموجه نحو الداخل أو الذات و يبدوا أعراضه في البعد جسدياً و انفعالياً عن الأشخاص و مواقف الاجتماعية، و يظهر هؤلاء الأفعال السلوك في المواقف الاجتماعية و العزلة و الاستغراق في أحلام اليقظة و الكسل و القموك و عدم إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين بسبب القصور في المهارات الاجتماعية .
- **Immature behavior**: السلوك الفج هو ذلك السلوك الذي يصدر عن الأطفال المراهقين سلوكياً في حال مقارنة مع ما يتوقع من يمثلونهم في العمر الزمني من الأطفال عاديون في نفس المواقف السلوكية.
- الطفل الفج ناضج هو الطفل الذي لم ينمو سلوكياً أو نفسياً أو معرفياً أو اجتماعياً تبعاً لبعض المعايير المتعارف عليها
- **Regression**: التكرس التصرف بطريقة طفولية أو ساليب طفولية كانت ناجحة فيما مضى من قبل الكبار و الاعتماد على الآخرين و الهروب عن تحمل المسؤولية وما إلى ذلك .

- ذهان الطفولة فصام العاقولة وهو نوع من الاضطرابات السلوكية وهو اضطراب نادر الحدوث ولكن يتطلب عناية شديدة عند حدوثه، ويبدأ في حدوث أوهام غريبة متمثلة في أن الأتكار يسيطر عليها رجال الشرارة وقد يبدأ على هيئة هلوسات متمثلة في صوت يطلب من الطفل الشكر في موضوعات معينة.
- **Conduct disorder:** اضطراب ذو اضطراب السلوك هو الطفل الذي يتحدى السلطة أو يعارضها ويكون عدوانياً نحو رموز السلطة ويكون قاسياً وحادثاً تهجمي و يكون شعوره بالذنب ضئيلاً
- **Problem child:** الطفل المشكل بأنه أي طفل يعاني من مشكلات سلوكية أو اجتماعية أو أكاديمية بحيث يكون سلوكه متحرراً متفاوتاً بأثره من لأطفال العاديين و تستدعي هذه المشكلات التي يعاني منها هذا الطفل تدخل مكثف و مستمر يتناول جوانب تشخيصي وخدمات الإرشاد أو علاج النفسي أو تطوير الحفظ و البرامج العلاجية التدرجية .
- **Attention Deficit Hyperactivity Disorder:** اضطراب ضعف الانتباه و النشاط الزائد النشاط الزائد (hyperactivity) هو الطفل الذي يبدي درجة من السلوك الحركي تفوق السلوك الحركي الأطفال في مثل سنه و هو طفل متقلب المزاج قليل الثبات لا يهدأ .
- **Attention deficit disorder (ADD):** اضطرابات ضعف الانتباه هي حالة يفقد فيها الفرد القدرة على الانتباه للأشياء التي يتم عرضها.
- **Fire setting children:** الأطفال مشعلو الحرائق هي حالة معقدة لها الكثير من الأسباب تصيب الذكور أكثر من الإناث، وهذا السلوك عبارة عن محاولة متعمدة لإتلاف أو تخريب أشياء أو الممتلكات.
- **Autism:** التوحد اضطراب شامل تطوري يؤثر في التواصل الشفهي وغير الشفهي و في العلاقات الاجتماعية، وغالباً ما يظهر قبل عمر ثلاث سنوات و يؤثر في تحصيل أنولد التربوي، و من الخصائص الأخرى المرتبطة بهالة التوحد حركات التسمية المتكررة، و التصور في الإدراك الحسي و الرقنض لأي تغير في المحيط أو في الترتيب (الروتين) .

المراجع

المراجع العربية

- بدر، اسماعيل (1997) . مدى فاعلية العلاج بالحقنة اليومية في تحسين حالاته لأطفال ذوي التوحّد ، المؤتمر الدولي الرابع لمرکز الإرشاد النفسي ، جامعة عين شمس ، جمهورية مصر العربية .
- الجابري، محمد (2014) التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحّد في ظل التغيرات التشخيصية الحديثة ، ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للدرية الخاصة : الرؤى والتطلعات . جامعة تبرك : المملكة العربية السعودية.
- جوي، عروة (2007) فاعلية بناء مقياس لتشخيص حالات التوحّد على عينة سورية 0 رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الأردنية، عمان: الأردن.
- الجليلي ، مومن شاكر (2005) : التوحّد الطفولي (أسباب ، خصائصه ، تشخيصه ، علاجه) ، ط 1 ، مؤسسة علماء الدين لنشر والتوزيع ، دمشق .
- الحساني ، سمر (2005) . مدى فاعلية برنامج تعليمي لتنمية الاتصال اللغوي لدى أطفال التوحّد في عمان ، رسالة ماجستير غير منشورة : جامعة الأردنية : عمان ، الأردن
- حسن ، احمد عبد . باسم (1996) أصول البحث العلمي ج 1 ، ط 1 ، الناصرة : المكتبة الأكاديمية.
- حسن ، عبد الراسط (1985) أصول البحث العلمي ، ط 9 ، ناصرة : مكتبة ودية
- حنان ، محمد (2002) التوحّد لدى الأطفال اضطراباته وتشخيصه وعلاجه 0 للكتوب : ذرية الخليلية .
- خطاب، محمد (2009) . ميكولوجية العقل التوحدي (تمهيداً - تشخيصاً - علاجياً) 0 تشخيصها- أسبابها- التدخل العلاجي ، عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع .
- الخطيب، جمال والسماوي: جمال والريسانة، أروى والحديدي، منى رئيسي، عروة والشاطر، ميادة والزريقات، إبراهيم والمباركة، موسى والسريور، ناهيا (2011)، مقدمة في تعليم الطلبة ذوي الحاجات الخاصة 0 عمان: دار التنوير للضيافة والنشر والتوزيع
- الخطيب ، جمال الحديدي منى (2003) ، مناهج وأساليب التدريس في التربية الخاصة ، دار التنوير . عمان.
- الخطيب، جمال، والحديدي ، منى (2003) . برنامج تدريبي للأطفال المعلمين . عمان : دار سنين .
- الراوي ، فغية توفيق ، حمد : أمال صالح (1992) : التوحّد الإحاثة ، مناطق ، اللوحة ، قطر .

- الراوي، نسيبة، وحيد، أمال (1999). التوحد: الاعاقة العاطفية . النجدة: مؤسسة حسن علي بن علي.
- الرشيد، بشر صالح (2000) نتائج البحث العلمي (رؤية تطبيقية مبسطة) ط 1. الكويت : دار للكتاب الحديث
- رشيد ، خالد (2004). فعالية التصحيح الواتد، والتميز الضافلي في خفض السلوك النمطي والإيذاء الذاتي لدى حبة من الأطفال التوحديين ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عمان العربية للدراسات العليا : عمان ، الأردن.
- الروسان ، فاروق الكيلاني ، عيادته (1996) القياس و التشخيص في التربية الخاصة ، ط 1. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع
- الروسان ،فاروق الكيلاني ، عيادته (2006) القياس و التشخيص في التربية الخاصة ط 2. عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .
- الروسان ،فاروق (2010) سيكولوجية الأطفال غير العاديين لعمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الروسان ،فاروق (2013) القياس و التشخيص في التربية الخاصة .عمان : دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.
- الزرع ، نايف (2003) بناء قائمة لتقدير السلوك التوحدي (رسالة ماجستير غير منشورة ، عمان : الجامعة الأردنية.
- الزريقات ، إبراهيم (2004)، التوحد : الخصائص والعلاج . عمان: دار وائل للطباعة والنشر .
- السعد ، سميرة عبد حنيف (1992) : معانتي و التوحد ، منشورات مركز الكويت لشوحيبة بالتوحد .
- سعيد ، ايمان فوزي (1998) التشخيص النفسي ، القاهرة : دار زهراء الشرق
- سليمان ، نسيت ، عيادته ، محمد (2003) الدليل التشخيصي للتوحدين 0 (ط 1) القاهرة: دار الفكر العربي .
- سليمان ، عبد الرحمن (2001). [علاقة التوحد . القاهرة : مكتبة زهراء الشرق.
- الشامي ، ولاء (2004)، شفافية التوحد (أشكاله وأسبابه وتشخيصه) جدة : مركز جدة للتوحد.
- شبيب ، حبيب (2008) ما الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المعانين باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الآباء ، رسالة ماجستير غير منشورة ، بيطانيا : الأكاديمية الانجليزية للتعليم المقترح .

- شقير، زهد (2002). عطاء من الأبن المعلق ، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية.
- لشيرع زهد ، رائد (2004). تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الثانية لدى الأمتثال ذوي الاضطراب طيفه وقياس فاعليته ، 'مطروحة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان ، الأردن.
- الشمرى ، طرش و السمرقاري ، زيدان (2002) هديك وثيات الصورة العربية لغتياس لتدريب التوحد الطفولي (CARs) الرياض : مجلة أكاديمية التربية الخاصة ، اعداد السادس
- الظاهر ، تحفان (2009). التوحد . عمان : دار وائل للطباعة والنشر.
- الصبي ، هيدانه (2003) التوحد وطيف التوحد (ط 4) ترميز : المملكة العربية السعودية ، مكتبة الملك نهد للطباعة والنشر.
- صليق ، ابتا حمر (2005) . فاعلية برنامج مقترح في تنمية مهارات التواصل غير اللفظي للأطفال التوحدين و اثر ذلك على سلوكهم الاجتماعي ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان ، الأردن .
- العبادي ، رائد (2006) التوحد 0 (ط 1) عمان : مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع
- العباسي ، عبد الحميد (2011) التحليل العاملي ، تطبيقات في العلوم الاجتماعية 0 القاهرة : دار الفكر العربي
- عبد المعطي ، حسن (1998) : علم النفس الإنشائي ، دار قباء ، القاهرة .
- عدس ، عبد الرحمن (2006) أساسيات البحث التربوي (عمان : دار الفرقان للطباعة والنشر والتوزيع
- سلام ، صلاح (2006) . الاختبارات و تقاييس التربية والنفسية . دار الفكر ، عمان - الأردن.
- سلام ، صلاح (2007) . التماس والتقييم التربوي في العملية التدريسية . دار انسورة : عمان - الأردن.
- انطوان ، صلي (2014) اشتقاق معايير تقيين 'داد حنى الصورة الأردنية من مقياس قسمة السلوك التربوي الطبعة الثالثة (ABC-3) للغة العمرية من (2-13) سنة وفعاليتها بالمعايير الأمريكية للمقياس رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة العلوم الإسلامية العالمية ، عمان: الأردن
- لندني ،حنان عبد الحميد (1997) : العنقمة النفسية للطفل : ط2 ، دار الفكر ، عمان .
- عوف ، احمد (2004) القياس والتقييم في العملية التدريسية ط3 الإصدار الأول ، أريد : دار الأمل للنشر والتوزيع .

- عويس ، لينا (2006)، بناء وتقييم مقياس لتشخيص حالات التوحد في منطقة الخليج العربي (رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان: الأردن.
- ظام ، شوقي (2013): تقييم مقياس لتشخيص الاضطرابات طيف التوحد لدى الاطفال ذوى حسر السادسة في اللاذقية وطرطوس : رسالة ماجستير منشورة ، الجامعة العربية الثانية للعلوم والتكنولوجيا - كولونيا - ألمانيا
- غرايبة ، فوزي ، نعيم والحسن ، يحيى وعبد الله ، محمد أمين ، واير جبارا ،عائلي (2011) اساليب البحث العلمي في العلوم الاجتماعية والإنسانية ط6 ، عمان : دار وائل للنشر.
- غزاله ، عبد الفتاح (1997) دراسة أكاديمية لدى فاعلية برنامج الترافقة لإنهاء العلاقات الاجتماعية لدى الأطفال التوحدين ، مصر : جامعة المنوفية مجلة العلمية ، كلية الآداب ، الجا. 2
- القهد ، ياسر (2001) استخدام حمية الغذاء الحالية من الجلووتين والكازين تساعد الأطفال ذوى اضطراب طيف التوحد ، المملكة العربية السعودية : مجلة عالم الإعاقة، عدد 15 السنة الثالثة
- لوزان، إمام (2007). بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحدي والتحقق من فاعليته في جنة أردنية من حالات التوحد والإحاطة العقلية والعاطفية (رسالة دكتوراه غير منشورة ، الجامعة الأردنية : عمان: الأردن .
- الفعش، مصطفى (2011)، الاضطرابات التوحد (دار المسيرة، عمان: الأردن .
- صجوب ، وجيه (2005) أصول البحث العلمي بين النظرية والتطبيق ، الإسكندرية : المكتبة المصرية.
- محمد ، عادل عبد الله (2002) مقياس الطفل التوحدي (ط 2)، دار الإرشاد للطباعة والنشر .
- محمد ، هالة (2001)، تقييم برنامج لتنمية السلوك الاجتماعي للأطفال لتصابين بأعراض التوحد، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين شمس ، مصر .
- مرسي ، كمال (، 1995)، التدخل المبكر في رعاية التخالف العقلي (مجلة لإرشاد النفسي ، العدد الرابع ، جامعة عين شمس، القاهرة ص (30 - 48) .
- المتقابلة، جمال (2014) اتفاق معايير تقييم للأداء على الصورة الأردنية لمقياس تقليدي طيف التوحد للغة العمرية (6 - 18 عاما)، نسخة تقييمات المعلمين و مقارنتها بالصورة الأصلية للمعيار ، أطروحة دكتوراه غير منشورة ، جامعة المنوم الإسلامية العالمية - عمان ، الأردن .
- محسوس ، عبد الفتاح ملا (1997)، فاعلية برنامج سلوكي لتدريب في تقليص حدة أعراض اضطراب الأمتثال التوحدين ، المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي : المجلد الأول ، القاهرة ، (2-4) ديسمبر ، (ص 497-458)

- ملحم ، سامي (2006) منابع البحث في التربية وعلم النفس ص 4 ، عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والنظيمة
- ميخائيل ، إيمانيلوس (2006) ، القياس النفسي 0 الجزء الأول ، منشورات جامعة دمشق دمشق : سورية
- نصر : سهى (2001) مدى فاعلية برنامج علاجي لتنمية الاتصال اللفظي لدى بعض الأطفال التوحديين 0 رسالة دكتوراه غير منشورة ،جامعة عين شمس ، القاهرة : جمهورية مصر العربية
- هارون ، علا (2008) تطوير صورة أردنية من قائمة تقييم السلوك التوحدي (ATSCN)، رسالة ماجستير غير منشورة ،الجامعة الأردنية، عمان .

المراجع الأجنبية:

- American Psychiatric Association, (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* . (11F) Washington DC
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM III (3E-R ed)* Washington DC .
- American Psychiatric Association . (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders -DSM IV- Text Revision* . Washington DC .
- American Psychiatric Association . (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –DSM V- Text Revision* . Washington DC .
- Autism Society of America .(2006), *Pima County Chapter: Autism Resource Guide for Pima County, USA*
- Bailey A , Bolton P , Butler I, Lennox J, Murphy . M. scotts (1991) Prevalence of Fragile Anomaly Amongst autistic Twins and Singletons , *Child Psychology ,Psychosomatic* , Vo. (34)No . (5) PP 673 - 683 .
- Barco-Coba, (1992). *Can Autism be detected at 18 months?*. *British Journal of psychology* ,161, pp (839-843)
- Berument , S K , Rutter M and C. Pickles (1999) Autism Screening The *British Journal of Psychiatry* , : 75, pp (444 - 451).
- Berg, WR (1976) Gall , M.D (1983) *Educational Research : An Introduction* (4th edition). New York : Longman .
- Bolt, S.& Pruska, F.(2004). *The German Form of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): First Results on Reliability and Validity*. *Zeitschrift Für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, (32),pp45-50.
- California Department of Developmental Services.(2002) *Autistic Spectrum Disorders : Best Practice Guidelines for Screening , Diagnosis and Assessment* .
- Campbell M., Kafetsios V., Malou R., kovak (1993) *Diagnostic and Assessment Issue Relation Pharmacology Therapy for children and*

- adolescent – Autism Behavior Modification - vol (15), no.(3) July pp . 326 – 354 .
- Center of Diseases Control's and Preventions .(2014) available on : <http://www.cdc.gov>.
 - Cohen , S ; Allen , J ; Gillberg , C (1992). Can Autism Be Detected 18 Months? The Needle, The Haystack, And the CHAT, *British Journal of Psychiatry* , 16 , p 839-843
 - Cronbach ,Lee J. (1977) *Educational Psychology* .3rd Edition . Harcourt Jovanovich , Inc. New York .
 - David A . Krug, Joel R. Arick , Patricia J. & Almond, p. (2008). *Autism Screening Instrument Examiner's Manual* . USA . Pro.ed , International publisher
 - Diane E, Berkeff (1992) *Autism Identification , Education and Treatment* , New jersey ; Hove and London.
 - Freeman , B.J ; Ritvo , E.R ; Guthrie , D ; Schroth , P ; Ball , J (1978). The Behavior Observation Scale for Autism: Initial methodology, data analysis, and preliminary findings on 89 children, *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* , 17 , p 576-588
 - Gay,L.R. *Educational Evaluation and Measurement* : Able and Howell Company, 1990
 - Gillberg , C. & Coleman , M .(1992). *The Biology of the Autistic Syndromes*, 2nd edn. London: Mac Keith Press.
 - Gilliam, J. E. (1995). *The Gilliam Autism Rating Scale(GARS)*. Autism, TX : PRO-ED .
 - Gilliam, J. E. (2014). *The Gilliam Autism Rating Scale 3rd edition(GARS)*. Autism, TX : PRO-ED .
 - Hallahan, Daniel, P. Kaufman, Jurner , M.& Pullen, Paig, c. (2012). *Exceptional Learners: Introduction to special education*. Boston, New York: Allyn & Bacon.
 - Al -Jabri , Mubareed (2008) *The Examination of Validity and Reliability Indications Of the Jordanian Translated Arabic Version of GARS – 1* . Doctoral Dissertation not published , Wayne State University,, Detroit, Michigan ,
 - Kanner, L. (1973) *Childhood Psychosis Initial Studies and New Insights*. Washington D.C, Wnaton, Son , Inc.
 - Koenig , Kathleen . (2001) *Assessment of Children With Pervasive Developmental Disorders* . A Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing , Available on
 - http://findarticles.com/p/articles/mfqa2892/is200110/ai_n9002883

- Krug, D., Arick, J. & Almond, p. (1980). Behavior Checklist for Identifying Severely Handicapped Individuals With High Levels of Autistic Behavior . *Journal of Child Psychology and Psychiatry* (21), pp221-229.
- Krug, D.A., Arick, J.R. & Almond, p.J. (2008). *Autism Screening Instrument for Educational Planning –Third Edition*. Manuz., USA, PRO.ED, International Publisher.
- Lord, C ; Rutter, M ; Goad, S ; Heemsbergen, J ; Jordan, H ; Mawhood, L ; Scopler, E (1989). Autism Diagnostic Observation Schedule: A standardized Observation of Communicative and Social Behavior , *Journal of Autism and Developmental Disorder* , 19 , p 185-221
- Lord, C, Rutter, M & Le Couteur, A (2000). Autism Diagnostic Interview-Revised. A revised Version of A diagnostic interview for Care-givers of Individuals with Possible Pervasive Developmental Disorders . *Journal of Autism Developmental Disorders*:(34), pp 667-684.
- Mehrens, W. A. & Lehmann . T. J (1973). *Measurement and Evaluation in Education and Psychology* , Holt , Rinehart & Winston , Inc. New York .
- Mesibov, G , Shea . v . Adams . L, (2002) *Understanding Asperger Syndrome and High Function Autism* . New York ,Boston, Dordrecht , London , Moscow : Kluwer Academic Publishers
- Metzger, B. (1999) . *Lovaas A paper presented at the Leo crogan conference* . december , (1999) raleigh : North Carolina USA.
- Ming, X, Behmarazba , M , Wager, G (2007) *Prevalence of Motor Impairment in ASD* , *Brain & development* , vol (29) PP 569 – 571.
- Nunnally, J.C & *Psychometric Theory* (2nd ed) .New York : McGraw- Hill
- Reid, S, and Lee . A (1999) *Autism in Children and Adolescent* . London ; Mind
- Rutter, M. (2005). *Aetiology of autism: findings and questions*. *Journal of Intellectual Disability Research* :V.(49), pp 231-238 London, UK.
- Saw, Goldstein, Jack ,Negalirie , (2009) *Autism Spectrum Disorders scales Manual - Malii – Health System , USA* .
- Schupler, E. & Olley, J. (1982). *Comprehensive educational services for autistic children : The teach model* . handbook for school psychology. New York : Wiley
- Schupler, E., Reichle, R., Romax, B. , (1988). *The Child Autism Rating Scale (CARS)* , Los Angeles , CA, Western Psychological Service .
- Schreibman, L. (2006). *Intensive behavioral / psycho educational treatments For autism : research Need and future direction*. *Journal of Autism and developmental Disorders*,30(1): 373-378 .
- Siegel ,Ann (1994) *Improving Teachers Attitude Toward Students With Disabilities* , Paper presented to the conference International Council of Education , Turkey , Istanbul ,Eric , 1992 .

- AL Smadi , Jamil ,(1985) **A Validation Study of A Jordanian Version Autism Behavior Checklist**, Doctoral Dissertation .Michigan State University, USA
- Smalley, S.I.(1991). Genetic Influences in autism. *psychiatric Clinics of North America* ,14,125-139
- Strock , Margaret . (2004) **Autism Spectrum Disorders (Pervasive Developmental Disorders** , NIH , National Institute Of Health , USA .
- Stufflebeam , D.L.(1985)*Systematic Provision*, Boston : Kluwer ,Nijhoff
- Tasi, Luke, Y.(2002). **Pervasive Developmental Disorders. Application of the National Dissemination Center for Children with Disabilities:FS20.**
- Tidmarsh, L. and Volkmar, F. R. (2003)**Diagnosis and epidemiology of autism spectrum . Journal of Psychiatry** 48(1) PP 115 - 129.
- Wing, Lorna . (1993) **The Definition and Prevalence of Autism A review . European Child and Adolescent Psychiatry Journal . vol (2) pp 117 - 128**
- Wong , V. Hui , S. ,Loo , C. ,Lung , J. , Lau ,C. ,Fung ,W. & Chung ,B. (2004). **A Modified Screening Tool for Autism (Checklist of Autism in Toddlers (CHAT-25) for Chinese Children . Pediatrics Journal . 114(2),pp166-176.**
- World Health Organization . (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and behavioral disorders : Clinical descriptors and diagnostic guidelines.** Geneva: Author.
- World Health Organization . (1996). **The ICD-10 Classification of Mental and behavioral disorders : Clinical descriptors and diagnostic guidelines.** Geneva: Author
- World Health Organization . (2007). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10th Revision** , Geneva: Author .
- Zager, D. (2005). **Autism Spectrum Disorder: Identification , Education and Treatment** London: Lawrence Erlbaum Associates.

المراجع الإلكترونية -

- www.mssar-ac.net
- www.gulfclick.com
- www.arbpaynet.com/Documents/Doc/ClassificationofMentalIllness
- <http://www.hayatnaifa.com/specialtopics/5na5-the-big-changes.htm>
- <http://www.alamusa.com/ato/newtopic-841.html>
- http://shilimcotd.com/index.php?option=com_content&view=article&id=12

المحتويات

7	مقدمة الطبعة الأولى.....
11	الفصل الأول: اضطرابات طيف التوحد.....
13	مقدمة.....
14	تعريف التوحد.....
14	تعريف كاتر التشخيصي.....
16	تصنيف اضطراب طيف التوحد:.....
18	اضطراب زيت.....
18	اضطراب الانحلال الطفولي.....
19	اضطراب 'اسبرجر'.....
21	الاضطرابات التماثلية الشاملة غير المحددة.....
22	اضطراب التصيب الحدي.....
24	أسباب الإصابة باضطراب التوحد.....
29	خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.....
29	أولاً: الخصائص السلوكية.....
29	ثانياً: الخصائص اللغوية.....

29	ثالثاً: الخصائص الحركية
30	رابعاً : الخصائص الاجتماعية
31	خامساً : الخصائص المعرفية / العقلية
31	سادساً : الخصائص الحسية
32	سابعاً- مشكلات ثانوية
35	الفصل الثاني: مفاهيم أساسية في القياس والتقييم والتشخيص النفسي
35	المتقدمة
35	تعريف القياس النفسي
35	مستويات القياس
35	تعريف الاختبارات النفسية
35	تعريف الاختبارات النفسية
35	عيوب انقياس النفسي
35	مفهوم التقييم
35	مراحل عملية التقييم
35	مفهوم التشخيص النفسي
35	اتشروط الراجب توافرها بأدوات التشخيص
35	قضايا ومشكلات التشخيص والتقييم

37	مفاهيم أساسية
37	في القياس والتقويم والتشخيص النفسي
37	مقدمة
37	تعريف القياس النفسي
38	مستويات القياس
41	تعريف الاختبارات النفسية
41	تصنيف الاختبارات النفسية
42	حيوب القياس النفسي
42	أخطاء القياس
43	مفهوم التقويم
43	مراحل عملية التقويم
44	الفرق بين القياس والتقويم
44	مفهوم التشخيص النفسي
47	مستويات التشخيص
47	الشروط الواجب توفرها بأدوات القياس والتقويم
48	شكال الصدق
49	الخصائص الواجب توفرها في الخلق

- 51.....العوامل المؤثرة في الصدق
- 55.....العلاقة بين اليأس والصدق :
- 55.....العوامل المؤثرة في ثبات الاختبار
- 55.....دورات جمع المعلومات في التشخيص النفسي
- 58.....أنواع المقابلة
- 58.....ثالثا : الإسقاطية
- 59.....أنواع الاسميانات
- 60.....رابعا : الاختبارات والمقاييس
- 60.....خامسا : انوسائل الإسقاطية
- 60.....قضايا ومشكلات خاصة ببعض مقياس مجالات التقييم :
- 60.....أولاً : المشكلات الخاصة بمقاييس الفترة العقلية :
- 62.....ثانياً : مشكلات خاصة بأساليب قياس وتشخيص السلوك التكيفي :
- 63.....ثالثاً : مشكلات خاصة بأساليب قياس الإهانات الحسية
- 63.....شروط التفويم الجيد في الترية الخاصة :
- 66.....أخلاقيات انصائي القياس النفسي ومسئولياته
- 69.....الفصل الثالث: البدايات الأولى لتشخيص اضطراب طيف التوحد
- 69.....خطوات التقييم التشخيصي لاضطراب التوحد

- 69 ● محركات تشخيص التوحد.....
- 71..... لغة تاريخية.....
- 74..... الصعوبات التي تواجه عملية تشخيص التوحد.....
- 74..... أهداف التشخيص في اضطرابات طيف التوحد.....
- 75..... التعرف المبكر على المؤشرات المبالة عنى اضطرابات طيف التوحد.....
- 78..... خطوات تشخيص اضطراب طيف التوحد.....
- 78..... أولاً : الملح المبكر :.....
- 80..... التقييم الطبي.....
- 80..... (1) الفحص العصبي التنموي.....
- 81..... (2) الفحوص المخبرية.....
- 81..... (3) انفحص من الجينية والاستشارات الجينية.....
- 81..... (4) التقييم المخبري العصبي.....
- 81..... (5) تقييم احترام.....
- 82..... ثانياً : الفحوص السعوية :.....
- 82..... التقييم التنموي :.....
- 83..... ثالثاً : الكشف :.....
- 84..... التقييم المعرفي.....

90	التقييم التريبي (العملي).....
91	حركات تشخيص التوحد.....
103	معايير تشخيص لاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة.....
108	التشخيص الفارقي.....
109	أولا : التوحد والاضطرابات النمائية الفكرية (العقلية).....
110	ثانيا - التوحد ولصام العفولة.....
111	إسمات السلوكية :
117	انتمل الرابع: التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد.....
119	مقدمة.....
121	أهم ملامح الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس.....
143	الفصل الخامس: أدوات القياس المستخدمة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد..
145	أولا : المقاييس الأجنبية.....
147	قائمة السلوك التوحدي الطيبة الثلاثة:.....
148	استخدامات الأداة بصورتها الأصلية:.....
148	مكونات الأداة بصورتها الأصلية :.....
160	ثانيا : المقاييس العربية المطورة عن مقاييس أجنبية.....
172	ثالثا : المقاييس العربية.....

- 177 الفصل السادس: الدراسات التي اهتمت بتشخيص اضطرابات طيف التوحد.....
- 179 الدراسات السابقة.....
- 179 أولا : الدراسات العربية:.....
- 193 ثانيا: الدراسات الأجنبية:.....
- 205 الفصل السابع: التدخل العلاجي للأطفال.....
- 205 ذوي اضطراب طيف التوحد.....
- 207 التدخل المبكر.....
- 208 تعريف مداخل التدخل المبكر.....
- 209 أهمية التدخل المبكر.....
- 210 دور التدخل: نيكو في الحد أو التخفيف من الإعاقة.....
- 211 أولا : أساليب التدخل النفسي.....
- 213 ثانيا: أساليب التدخل السلوكي.....
- 215 برامج تعديل السلوك.....
- 216 التعزيز المتأخر.....
- 223 ثالثا: أساليب التدخل التعليمي.....
- 224 طريقة البرنامج التعليمي الفردي.....
- 227 مبادئ وطرق التعليم لبرنامج لوفاس.....

- 228 كيفية إجراء الجلسات التعليمية في برنامج نوباس
- 229 برنامج دوغلاس للاضطرابات انمائية
- 230 مدرسة هيفاني : علاج نخياتي اليومية
- 232 أهمية التشريب على المهارات الاجتماعية
- 233 نماذج لعلاج السلوك الاجتماعي:
- 233 القصص الاجتماعية
- 234 التعلم من خلال الأنداد:
- 235 التحضير للتعلم من خلال الأنداد:
- 236 التواصل من خلال تبادل الصور:
- 236 يعلّق البرنامج من خلال مراحل التالية:
- 238 استراتيجيات لتحسين سلوك اللعب:
- 239 من فوائد استخدام الأنشطة الفنية :
- 240 خامسا - أساليب التدخل الضمي - نظري :-
- 241 سادسا : أساليب تدخل أخرى
- 244 البرنامج التربوي الفردي
- 244 مفهوم البرنامج التربوي الفردي
- 245 مفهوم الحطة التربوية الفردية

- 245 أهداف الخطوة التربوية الفردية.
- 247 مكونات الخطوة التربوية.
- 248 اختبارات بنا الخطوة التربوية الفردية.
- 249 أسس بناء الخطوة التربوي الفردية.
- 249 معوقات بناء البرامج التربوية الفردية.
- 250 طريق الخطوة التربوية الفردية.
- 253 تقابلية الأسرة الخاصة بالخطوة التربوية الفردية.
- 256 ملاحظات ينبغي أن تؤخذ في الحسبان بشأن متابعة أسرة الطالب.
- 275 مقومات البرنامج التربوي الفعال للطفل ذي اضطراب طيف التوحّد.
- 275 الخدمات الأساسية اللازمة لتقديم برنامج متكامل.
- 288 ملحق رقم (1) مصطلحات في القياس والتقييم.
- 302 ملحق رقم (2) مصطلحات في التربية الخاصة.
- 309 المراجع العربية.



اضرابات طيف التوحد

التشخيص والتدخلات العلاجية

Autism Spectrum Disorders
Diagnosis and the Remedial Interventions

الدكتور
د.خالد الحجاج

Bibliotheca Arabumirina



1503282



دار يافا العلمية للنشر والتوزيع

الأردن - عمان - الأشرفية

تلفاكس : 0096264778770

ص.ب 520651 - عمان 11152 الأردن

Email: dar_yafa@yahoo.com