

# نظرة عامة على اضطرابات طيف التوحد

## Overview of Autism Spectrum Disorders

Ketty Gonzalez, Ph.D.

Tricia Cassel, Ph.D.

اختصاصي علم النفس

Jennifer S. Durocher, Ph.D.

مركز التوحد والإعاقات ذات العلاقة

في جامعة (University of Miami)

Allyson lee, M.Ed., BCBA

عيادة التوحد. والبحوث. والتقييم. والدعم

في جامعة (Texas State University)

دراسة حالة (CASE STUDY) أمثلة (Examples)



### حالة "روبرت" (CASE OF ROBERT)

كان "روبرت" في عامه السابع، ولم يكن لدى والديه أي فكرة عن الكيفية التي يستطيعان من خلالها مساعدته على عبور (11) عاماً أخرى من الحياة المدرسية. وعلى الرغم من أن "روبرت" كان دائماً مزاجياً إلى حد ما في معرفة ما يريد، إلا أن والديه لم يكن لديهما مشكلة حقيقية في رعايته إلى أن دخل برنامج ما قبل المدرسة (الحضانة) في عمر (3) سنوات.

ومنذ الوقت الذي دخل فيه الحضانة، كان "روبرت" عرضة للنبت من زملائه بسبب افتقاره للقدرات الاجتماعية ومستوى النشاط الزائد الذي يظهره. وفي واقع الحال، فلقد تم وصف "روبرت" على أنه من ذوي النشاط الزائد منذ اللحظة التي وضع فيها أقدامه في المدرسة. لم يكن يستطيع أن يجلس خلال «وقت الدائرة Circle Time»، كما أنه كان يرفض أن يُشارك ألعابه، وكان يختبئ بشكل مستمر تحت الطاولة. قامت أم "روبرت" بأخذه إلى طبيب الأطفال الذي يتابع حالته، وعلى الرغم

### أهداف الفصل Chapter Objectives

- بعد أن يقرأ الدارسون هذا الفصل، يفترض بهم أن يكونوا قادرين على:
  1. وصف خصائص الأفراد من ذوي اضطرابات طيف التوحد.
  2. شرح الكيفية التي يتم فيها التعرف على اضطرابات طيف التوحد وتشخيصها.
  3. التعرف على التغييرات التي طرأت على تعريف اضطرابات طيف التوحد.
  4. مناقشة النظريات السببية المرتبطة بالتوحد.
  5. وصف كيفية التخطيط لتدريس الطلبة من ذوي التوحد.

من أنه قال إن «روبرت» يتصرف بشكل زائد قليلاً، إلا أنه يعتقد بأنه سوف ينمو ويحسن التصرف. ولسوء الحظ، فإن الأمور استمرت نحو الأسوأ في المدرسة. كان يبدو على «روبرت» الاستياء بشأن أمر ما، وكان من المعتاد أن يعض أو يتورط في عراك جسدي مع أقرانه. لم يكن للعزل أي تأثير، وتم طرده من اثنتين من الحضانات. وتم إطلاق مسمى «ذي البذور السيئة bad seeds» على «روبرت». لم يفهم والدا «روبرت» سبب تصرفه على هذا النحو في المدرسة، في حين أنه قد يقضي ساعات في اللعب بقطاره في المنزل. لقد بدأ الوالدان بتصديق ما يقوله المعلمون بأنهم يقومون بشيء ما خاطئ في المنزل.

ولسوء الحظ، لم تكن حاله في الروضة بأفضل مما كانت عليه في الحضانة، واعتقد معلموه بأنه يظهر أعراض اضطراب ضعف الانتباه/النشاط الزائد (ADHD). كما أكد اختصاصي علم النفس في المدرسة هذه الشكوك. ولاحقاً - بالإضافة إلى سلوكه العدواني - بدأ «روبرت» بالتأخر عن أقرانه في الصف في مهارات الاستعداد الأكاديمي (penmanship) والتلوين. أضف إلى ذلك أنه كان سيئاً للغاية في الألعاب الرياضية ودائماً ما يتم اختياره كآخر شخص في الفريق. بدأ «روبرت» يشكو من آلام المعدة كل صباح قبل الذهاب إلى المدرسة.

ومع دخول «روبرت» إلى الصف الأول، كان قد طور شعوراً بالكره للمدرسة، كما بدأ بالتساؤل عن سبب عدم وجود أي أصدقاء له في المدرسة. وبدأ والداه بالتفكير بأن يتلقى تعليمه في المنزل. أما في المنزل، فقد كان والدا «روبرت» في حيرة من أمره أحياناً كثيرة. لم تكن تعبيرات وجهه تتطابق دائماً مع حالته المزاجية، وفي أحيان أخرى كان يُظهر انفجارات عاطفية مما جعل والديه يعتقدان أنه قنبلة من الممكن لها أن تنفجر في أي لحظة. كما لاحظ والداه أنه لا يفهم النكات وأنه يظهر صعوبة في تتبع قصة فيلم ما يشاهده. لقد بدأ تفكير الوالدين يتجه نحو أن ابنهم ليس من ذوي الذكاء. وبالإضافة إلى تشخيص «روبرت» باضطراب (ADHD)، اقترح الأطباء إمكانية أن يُظهر علامة حدوث مبكرة من اضطراب ثنائي القطب (Bipolar Disorder)، وهو ما يمكن أن يفسر سلوكه الانفجاري. كما تمت الإشارة إلى شيء يسمى اضطراب السلوك العصياني (Oppositional Defiant Disorder). وفي الإجازة الصيفية بين الصف الأول والثاني، انتسب «روبرت» إلى مخيم صيفي. وفي المخيم، اقترح أحد المشرفين على والدي «روبرت» أن يُخضعه إلى مقياس تشخيصي لمتلازمة «أسبرجر» (AS) (Asperger Syndrome)، وهو شكل من أشكال التوحد، وهو يعتقد أنه يجب أن يُخضع لهذا الاختبار. قام والدا «روبرت» بأخذه إلى عيادة تابعة لإحدى الجامعات، حيث تم إخبارهم فوراً أنه على الرغم من أن «روبرت» يظهر العديد من الأعراض التي تترافق مع اضطراب (ADHD)، إلا أن عدداً معتبراً من مشكلاته لا يمكن أن يتم تفسيرها باضطراب (ADHD). وبعد قياس متأن، تم تشخيص «روبرت» باضطراب طيف التوحد. وتضمنت التوصيات أن يتم التدخل حول أعراض (ADHD) المرافقة من خلال تركيبة من العقاقير الطبية والاستراتيجيات السلوكية، وتم تقديم

توصيات سلوكية محددة، واقتراح تعديلات مدرسية معينة، بالإضافة إلى اقتراح تدخلات للتعامل مع جوانب ضعف محددة. وعلى الرغم من أن والدي "روبرت" شعرا بالقلق، إلا أنهما شعرا أيضاً بالارتياح مع وضوح التشخيص. وفي وقتنا الحالي، يستعد "روبرت" من أجل بدء الدراسة في المرحلة المتوسطة. وعلى الرغم من أن الأمور ليست مثالية له ومازال يصارع العديد من الصعاب، إلا أنه أحرز كثيراً من التقدم في الجانب الاجتماعي وأصبح لديه صديق واحد مقرب مما جعل "روبرت" نفسه يصف الأمر بالغيريب. وعلى الرغم من ذلك، فإن الاقتران بين كليهما قد صنع المعجزات في مفهوم الذات عند "روبرت" إلى الدرجة التي جعلته يستمتع بالذهاب إلى المدرسة مرة أخرى.

### حالة "جايكوب" (CASE OF JACOB)

بدأ قلق والدي «جايكوب» أول ما بدأ حول نموه عندما كان في عمر (18) شهراً؛ فقد لاحظوا أنه لم يتكلم بعد، أو حتى يناغي كما هو حال الأطفال في مثل عمره. وعندما تقدم به العمر، أظهر اهتماماً محدوداً باللعب بألعابه، حيث كان ينزع إلى القيام بصفهن أو تفحصهن أثناء التلويح بهن أمام وجهه. كان يقوم أحياناً بالمنغاة، إلا أن المنغاة لم تبد كمحاولة منه للتواصل. وفي الحقيقة، فإن «جايكوب» نادراً ما كان يقوم بالتواصل مع أفراد أسرته إلا إذا أراد شيئاً ما. وحتى عندما يكون هذا الشيء مهماً، فنادرًا ما يقوم بالتواصل البصري مع أمه أو يتبسم لها. ومن المتكرر أن يقوم «جايكوب» برفرفة يديه، أو الدوران في دائرة، أو الشد على جسده عندما يكون مبتئساً أو مستثاراً. أخضع والدا «جايكوب» ابنهما للتقييم عندما كان في عمر (3) سنوات تقريباً. وأشارت نتائج التقييم إلى أن «جايكوب» يُظهر ضعفاً شديداً في جوانب عديدة أساسية تترافق مع اضطراب طيف التوحد. يبلغ «جايكوب» من العمر (5) سنوات الآن، وحتى الآن، ما زال يرفرف بيديه ويمرّح جسده جيئةً وذهاباً. لا يملك «جايكوب» أي صديق حالياً، كما أنه لا يُظهر أي اهتمام بأي من الأطفال الآخرين. وعلى الرغم من أنه يمكن أن يكون عطوفاً مع أسرته، إلا أن الأمر مرهون برغبته. وعلى الرغم من أن «جايكوب» قادر على قول العديد من الكلمات، إلى أنه غالباً ما يستخدم الصور للتواصل مع أسرته. «جايكوب» مهووس بشخصية الكرتون (توماس محرك القطار) ويحمل قطاره معه أينما ذهب.

## مقدمة (INTRODUCTION)

في الولايات المتحدة، يتم تشخيص فرد من بين كل 68 شخص بما يعرف باسم اضطراب طيف التوحد *Autism Spectrum Disorder (ASD)* ، وذلك بحسب مركز منع الأمراض والوقاية منها (Center for Disease Control and Prevention) (CDC), 2014. ويمثل هذا الرقم زيادة كبيرة في نسبة الانتشار (prevalence) بشكل عام خلال العقدين الماضيين. ففي عام (1990)، كانت الأرقام تشير إلى أن نسبة الانتشار كانت (5-10) من بين كل (10,000) فرد. وفي الحقيقة، يمثل التوحد اضطراب الطفولة الأسرع نمواً إلى الدرجة التي جعلته أكثر شيوعاً من نسبة انتشار حالات سرطان الطفولة، والتليف الكيسي، والتصلب المتعدد مجتمعة (Autism Society of America, 2008). ومن شبه المؤكد أن معلمي التربية العادية في يومنا هذا سوف يصادفون طالباً من ذوي (ASD). وبالنسبة لأولئك الذين يدخلون ميدان التربية الخاصة، تتعاضد هذه الاحتمالية إلى درجة تجعل التعامل مع طفل من ذوي (ASD) خلال مسيرة المعلم المهنية أكبر من احتمالية ربح (اليانصيب) ولو لمرة في حياتك. يُعد التوحد من الاضطرابات التي تم التعرف إليها مؤخراً، حيث إن أول حالة توحد تم التعرف إليها تعود إلى أربعينات القرن الماضي. لذلك، فإن ما نعرفه ونفهمه عن التوحد مازال في مرحلة مبكرة جداً. هناك كثير من المعلومات غير المعروفة إلى الآن، كما أن هناك أخرى كثيرة يُساء فهمها حول هذا الاضطراب. يهدف هذا الفصل إلى تقديم نظرة عامة أساسية للقارئ من أجل مساعدته على فهم التعقيدات التي تحيط باضطراب التوحد، وإلى فهم التغييرات الحاصلة في تشخيصه. إن هذا الكتاب موضوع ليستفيد منه المعلمون المستجدون وأولئك الذين درّسوا طلبة من ذوي التوحد لسنوات خلت. كما أن نية المؤلفين هي توفير معلومات في هذا الكتاب تمكن المعلم من صنع القدر الأكبر من الخبرات الأكثر نجاحاً في تعليم الطلبة من ذوي (ASD). إن ميدان التوحد في تغير مستمر؛ فما نفهمه اليوم عن التوحد بعيد كل البعد عما عرفناه أمس، ومن المرجح أنه سيكون مختلفاً عما سنعرفه في الغد. ويجب تشجيع المعلمين على أن يبقوا متابعين حثيثين لكل المستجدات في البحث العلمي، والاتجاهات، والقضايا ذات العلاقة بتعليم الطلبة من ذوي (ASD) كون هذه المعلومات تتغير وتتبدل بشكل مستمر. وبقدر فهم المعلمين الطلبة الذين يُدرّسون، تزداد قدراتهم على تعليمهم بشكل أفضل.

## اضطرابات طيف التوحد (AUTISM SPECTRUM DISORDERS)

حتى وقت قريب، كان هناك خمسة أنواع من الاضطرابات النمائية المستمرة (Pervasive Developmental Disorders PDD) موجودة في دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*، في طبعته الرابعة، وفي الطبعة الرابعة المراجعة (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association [APA], 2000). يمثل دليل التشخيص (DSM) دليلاً منشوراً يستخدمه الأطباء النفسيون واختصاصيو علم النفس من أجل تشخيص الاضطرابات العقلية، والمشكلات النفسية، والصعوبات التعليمية، وغيرها من الاضطرابات. إلا أن معايير التشخيص قد تغيرت بعد إصدار الطبعة الخامسة من (DSM). فعوضاً عن وجود ثلاثة اضطرابات كانت سابقاً تقع تحت ما كان يعرف بالاضطرابات النمائية المستمرة [PDD]، أصبح هناك مسمى واحد هو اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) يتم تحته تصنيف كل هؤلاء الأطفال، وذلك بحسب دليل التشخيص الإحصائي للاضطرابات العقلية، النسخة الخامسة [DSM-5].

### التوحد التقليدي (Classic Autism)

عندما يحاول شخص عادي أن يفكر بما يمثله طفل من ذوي التوحد، فإنه على الأرجح يتصور ما يسميه الممارسون العياديون التوحد التقليدي (*classic autism*). وعلى الرغم من أن التوحد لم يعد تصنيفاً منفصلاً بذاته في أيامنا هذه، إلا أننا سنستخدم مصطلح التوحد التقليدي من أجل تسهيل فهم القارئ للنقاش فيما تبقى من هذا الفصل. أول وصف للتوحد كان في دراسة (Kanner) عام (1943)، إلا أنه لم يتم تضمينه في (DSM-III) (الطبعة الثالثة) حتى العام (1980). وحتى الآن، تمت مراجعة تعريف (DSM) أربع مرات. قد لا يمتلك الأطفال من ذوي التوحد التقليدي أي لغة (nonverbal)، وفي المقابل، قد تكون لديهم صعوبات لغوية حقيقية بحيث تكون لغتهم عبارة عن مُصاداة (echolalia) (الإعادة المباشرة لما يسمعون) أو المصاداة المتأخرة (إعادة ما سمعوه سابقاً من الآخرين قبل ثلاثة أدوار من دور الحديث الحالي) وغالباً ما تكون المصاداة عبارة عن حوارات معادة سمعها الطفل من التلفاز. ويُظهر ما لا يقل عن (25%) من هؤلاء الأطفال تطوراً لغوياً طبيعياً في أعمارهم الصغرى، إلا أنهم عادةً ما ينتكسون ويفقدون مهاراتهم اللغوية لاحقاً (Volkmar & Klin, 2005). ومن الشائع ألا يُظهر الأطفال من ذوي التوحد التقليدي أي اهتمام بالأطفال الآخرين، وهؤلاء قد لا يظهرون قلة الاهتمام هذه بطرائق عادية. أيضاً، قد يُظهر هؤلاء الأطفال سلوكيات يتم التعرف إليها في مجموعة تالفة من الأعراض. ومن الأمثلة عليها هز الجسم إلى الأمام وإلى الخلف، أو رفرقة اليدين، أو إبداء اهتمامات خاصة بأشياء أو مواضيع غير اعتيادية. إلا أن هذه الأعراض قد لا

تظهر إلا عند عمر (3) سنوات تقريباً (APA, 2000). وهذا يعني أن طفلاً ما تم تشخيصه رسمياً في عمر عامين قد لا تنطبق عليه معايير التشخيص بشكل كامل.

يُظهر العديد من الطلبة من ذوي التوحد التقليدي ذكاء أقل من المتوسط، حيث تشير بعض التقديرات إلى أن ما نسبته (75%) تقريباً من الأطفال التوحديين يتم تشخيصهم بالإعاقة المعرفية (Edelson, 2006). يتم تشخيص الأطفال من ذوي التوحد التقليدي أحياناً بناءً على معامل الذكاء الذي يمتلكونه (Intelligence Quotient IQs): فئة معامل الذكاء المرتفع (مثلاً، أولئك الذين يكون معامل الذكاء فوق 70) وعادة ما يُشار إليهم على أنهم التوحديون من ذوي الأداء المرتفع (high function autism HFA)، وأولئك الذين يسجلون (IQs) أقل من (70) (العلامة القطعية للإعاقة العقلية) يُشار إليهم على أنهم التوحديون من ذوي الأداء المنخفض Low-Function Autism.

من الثابت لدينا أن احتمالية تشخيص الأطفال الذكور بالتوحد هي أكبر منها للإناث. وتشير التقديرات الصادرة عن (CDC) إلى أن (5 إلى 1) نسبة الذكور إلى الإناث المُشخصين بالتوحد. إلا أن بعض البحوث تقترح أن الإناث اللواتي يتم تشخيصهن بالتوحد التقليدي تكون الإعاقة لديهن أكثر شدة (Brwon, 2004; Roberts, 2003)، لذلك، تكون نسبة الذكور إلى الإناث في فئة التوحديين من ذوي الأداء المرتفع وأولئك من ذوي متلازمة «أسبرجر» (AS) أعلى بكثير. وعلى الرغم من الاختلافات بين الجنسين، إلا أنه لا يوجد أي اختلافات معروفة تعزى للعرق أو الثقافة فيما يختص باضطرابات طيف التوحد (الصندوق 1.1). ولكن، في الولايات المتحدة وجدت الدراسات أن الأطفال من العرقية اللاتينية أو الهنود الحمر أقل احتمالاً لأن يتم تشخيصهم بالتوحد وتلقي خدمات التربية الخاصة من أقرانهم البيض، أو الآسيويين الأمريكيين، أو الأفارقة الأمريكيين (Tincani, Travers, & Boutot, 2010).

وعبدياً، يُظهر الأطفال من ذوي (ASD) تعابير وجهية معدومة، أو محدودة، أو حتى تعابير كئيبة. وفي أوقات أخرى، يمكن أن يُظهر هؤلاء الأطفال تعبيرات تنم عن توتر عالٍ ومن الأخطاء الشائعة لدى المهنيين أنهم يعتقدون أن الطفل الذي يبدو أنه متعلق بوالديه من غير الممكن أن يكون توحدياً. ولكن، في حقيقة الأمر، العديد من الأطفال ذوي (ASD) متعلقون جداً بوالديهم (Rutgers, VanJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2007).

### اضطراب «أسبرجر» (Asperger Disorder)

كان طبيب الأطفال النمساوي (Hans Asperger) أول من نجح في توصيف اضطراب «أسبرجر» (Asperger Disorder) في العام (1944). وصف (Dr. Asperger) مجموعة من الأولاد الذكور الذين يظهرون صعوبة في الانخراط في التفاعلات الاجتماعية، ولاحظ أن العديد من أعضاء أسر هؤلاء الأولاد لديهم صعوبات مماثلة. إلا أن الولايات المتحدة لم تعرف بهذا الاضطراب إلا في

عام (1991) عندما تمت ترجمة مقالة (Dr. Asperger) الأصلية إلى اللغة الإنجليزية (Frith, 1991). ومع إصدار الطبعة الخامسة من (DSM)، نُقل هذا الاضطراب رسمياً ليصبح تشخيصاً رسمياً مستقلاً.

#### الصندوق (1.1) ملاحظات التنوع DIVERSITY NOTES

من الفرضيات المقبولة لدى كثيرين في يومنا هذا أن التوحد «لا يعرف حدوداً للأعراق، أو الثقافات، أو المجتمعات» بحسب جمعية مجتمع التوحد الأمريكي (Autism Society of America). ولسوء الحظ، فإن دقة هذه الفرضية هي موضع تساؤل، حيث إن الباحثين (والممارسين العياديين كذلك) ينزعون إلى إعطاء بعض الاهتمام للاختلافات العرقية وأو الثقافية لحالات التوحد. يقدم (Dyches) وزملاؤه ورقة استفسارية يرفعون فيها عدداً من الأسئلة يجب البحث عن إجابات لها من الميدان. وتتضمن الأسئلة التي طرحوها:

- هل هناك اختلافات في نسبة انشاز التوحد تُعزى للعرق أو الثقافة؟
- هل هناك عوامل يمكن لها أن تؤثر على الأطفال القادمين من خلفيات عرقية/ثقافية والذين تم تشخيصهم على أنهم من ذوي (ASD) (بما فيها الاختلافات الثقافية في كيفية النظر إلى الأعراض وتعريفها، الوصمة الاجتماعية للإعاقة، احتمالية التحيز في التشخيص من قبل الفاحص، وغيرها)؟
- هل هناك اختلافات في تكيف الأسر لتشخيص الأطفال باضطراب التوحد؟

يقترح (Dyches) وزملاؤه أن النقص نسبياً في البحوث بخصوص التحديات المحددة التي تواجهها الأسر القادمة من خلفيات مختلفة يجب أن تكون موضع اهتمام المهنيين العاملين مع هذه الأسر. وبسبب النقص في البحوث في هذا المجال، فإن ما نعرفه حول خصائص أفضل الممارسات في القياس والتدخل مع (ASD) قد لا ينطبق على هؤلاء الأفراد وأسرههم القادمين من خلفيات ثقافية و/أو عرقية مختلفة.

المصدر: معلومات من (Dyches, T. T., Wilder, I. K., Sudweeks, R. R., Obiakor, R. E., & Algozzine, B. (2004). Multicultural Issues in autism. Journal of Autism and developmental Disorders, 34, 211-222).

وبحسب (DSM-V) (الطبعة الخامسة)، فإن هناك مجالان يتأثران بكون الشخيص من ذوي (ASD): المجال الأول متعلق بالقصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي. وهذا القصور يُترجم بقصور في التبادلات الاجتماعية-الانفعالية، وقصور في سلوكيات التواصل غير اللفظي، وقصور في بناء والمحافظة على علاقات الصداقة. أما الجانب الثاني فإنه متعلق بأنماط السلوك والاهتمامات المحددة والمكررة. وتُعرّف جوانب القصور في الجانب الثاني على شكل سلوكيات نمطية أو إعادة الكلام أو الحركات المتكررة، والجمود المفرط أو التقيد بالروتينات أو مقاومة التغيير، وإبداء اهتمامات محددة، وردود أفعال مفرطة أو منخفضة للمثيرات الحسية. بالإضافة إلى ذلك، فإن هذه الأعراض يجب أن تظهر - ولو بعضها على الأقل - في مرحلة الطفولة، على الرغم من أن جوانب القصور تتعاظم بتقدم عمر الطفل وزيادة المتطلبات الاجتماعية عليه. ويجب أن تكون الأعراض في هذين الجانبين سبباً في عجز سير حياة الفرد اليومية.

وعلى الرغم من أن نسبة الانتشار غير معروفة بشكل دقيق، إلا أن التقديرات تشير إلى أن أقل من (5%) من الأطفال هم أطفال من ذوي (AS) (Baird et al., 2000; Chakrabarti & AS) من الثابت بشكل صحيح أن ما نسبته (4 من 5) أطفال يتم تشخيصهم بـ (AS) هم ذكور، على الرغم من أن وجود بعض التقديرات ترفع هذه النسبة إلى (8:1) ذكور أكثر من الإناث (Chakrabarti & AS). وتشير التقديرات التي نشرها مؤخراً مركز (CDC) (2014) إلى أن ما نسبته (5) ذكور يتم تشخيصهم بـ (AS) في مقابل كل أنثى.

وعادة ما يتم التعرف على الطلبة من ذوي (ASD) في المدارس بالاستناد إلى معايير قانون تعليم الأفراد من ذوي الإعاقة (IDEA) (انظر الصورة 1.1). ولا يتم تقديم خدمات التربية الخاصة لكل هؤلاء الطلبة تحت القانون (IDEA)؛ فبعض منهم يتم وضع خطة فردية لهم تحت البند (504) [قانون تأهيل الأشخاص من ذوي الإعاقة] ويحصلون على مواءمات وتعديلات تحت البند (504) من قانون التأهيل.

## تشخيص اضطرابات طيف التوحد

### (DIAGNOSING AUTISM SPECTRUM DISORDERS)

لقد كان لتشخيص (ASD) كثير من الاهتمام من الوالدين، والمهنيين، والباحثين في السنوات الأخيرة. فلقد أصبح تشخيص طفل بالتوحد التقليدي أكثر سهولة مع توفر أدوات تشخيص مجرّبة، والتي تم تطويرها في السنوات القليلة الماضية. إلا أن تشخيص طفل ما أو شخص بالغ على أنه من ذوي التوحد مرتفع الأداء- بغض النظر عن العمر- جزء منه علم، والجزء الآخر فن. لكن البحوث تشير إلى أن تشخيص (ASD) الذي يتم على أيدي مختصين عياديين هو تشخيص ثابت نسبياً (Chawarska, & Klin, Paul, & Volkmar, 2007; Turner, Stone, Pozdol, & Coonrod, 2006).

#### الصورة (1.1): تعريف التوحد في القانون (IDEA) IDEA Definition of Autism (IDEA)

التوحد: هو إعاقة نمائية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي في التفاعل الاجتماعي، وعادة ما تظهر هذه الإعاقة قبل عمر (3) سنوات، بحيث تؤثر سلباً على أداء الطفل التعليمي. ومن الخصائص الأخرى التي عادة ما تتوافق مع التوحد انخراط الطفل في النشاطات نفسها مراراً وتكراراً والحركات النمطية، ورفض أي تغيير في البيئة أو التغيير في الروتين اليومي، واستجابة غير عادية للخبرات الحسية. وهذا المصطلح لا ينطبق على الطفل في حال كان أداء الطفل التعليمي متأثر سلباً بشكل أساسي بسبب كون الطفل قد تم تشخيصه بالاضطرابات السلوكية الجدية كما هو موضح أدناه.

From <http://ericdigests.org/1999-4/ideas.htm>, Retrieved March 11, 2008.

وعند تشخيص (ASD)، يقوم المُشخص العيادي (مختص في علم النفس، أو طبيب نفسي، أو طبيب) بإجراء مقابلة مع الوالدين (أو أحدهما) والطفل. وهناك العديد من الأدوات التي يمكن أن تساعد في الوصول إلى تشخيص رسمي، إلا أنه لا توجد وسيلة قياس واحدة يمكن أن تكون هي الوسيلة الوحيدة للتشخيص. أضف إلى ذلك، يمكن ألا يتضمن التعريف أي إجراءات قياس محددة في المدارس العامة، على الرغم من أن هذه المدارس تستخدم بعض أدوات القياس الرسمية بشكل روتيني عند البحث فيما إذا كان الطفل أهل للحصول على خدمات التربية الخاصة. وتالياً نقدم وصفاً لبعض أدوات القياس التي يستخدمها العياديون و اختصاصيو علم النفس في المدارس في عملية تشخيص (ASD).

### المقابلة التشخيصية للتوحد للمراجعة

#### *The Autism Diagnostic Interview—Revised (ADI-R Lord, Rutter, Le Couteur, 1994)*

وهي مقابلة شاملة يتم إجراؤها مع الوالدين أو مقدم الرعاية للطفل موضع القياس. وهي مقابلة مصممة لقياس مدى تواجد أعراض التوحد لدى الشخص في مدى العمر العقلي (2) سنة فأكثر. تتكون المقابلة من (82) صفحة، يتوزع فيها (93) فقرة يستغرق تطبيقها وتصحيحها ما بين ساعة ونصف إلى ساعتين ونصف. وتتوزع الأسئلة في (ADI-R) على المحاور الآتية: معلومات عن خلفية الطفل، الأسئلة الابتدائية، التطور المبكر للطفل، فقدان المهارات اللغوية أو غيرها من المهارات، المهارات اللغوية والتواصلية، التطور الاجتماعي واللعب، الأنشطة والألعاب المفضلة، الاهتمامات والسلوك، السلوك بشكل عام. وعلى الرغم من طول هذه الأداة، إلا أنها مازالت قطعة واحدة من أحجية التشخيص، إذ لا يجب أن يتم اعتمادها كأداة تشخيص وحيدة أبداً. وهي تستخدم عادة من قبل الباحثين، كما أنها أداة مهمة للعياديين. ولكن، يمكن لهذه الأداة أن تكون مُرهقة وتأخذ كثيراً من الوقت.

### قائمة ملاحظة تشخيص التوحد- النسخة العامة

#### *The Autism Diagnostic Observational Schedule—Generic (ADOS-G)*

وهو قياس شبه منظم البناء مصمم لقياس جوانب العجز الثلاثة التي عادة ما تترافق مع التوحد، كما هو مُعرّف في الطبعة الرابعة للمراجعة من دليل التشخيص الإحصائي (DSM-IV-TR; Lord, Rutter, DiLavore, & Risi). ويستغرق تطبيق الأداة حوالي (30-45) دقيقة. يتألف (ADOS-G) من أربعة نماذج، يتم استخدامها بناء على المستويات المعرفية واللغوية للفرد موضع القياس. فمثلاً، النموذج (1) مصمم للاستخدام مع الأطفال الصغار أو الأطفال الذين لم يطوروا لغةً بعد، في حين يتم تطبيق النموذج (4) على البالغين الذين يمكنهم التحدث مستخدمين جملاً كاملة. النماذج (1) و (2) تركز بشكل واسع على اللعب وتقيس المفاهيم، مثل الانتباه المشترك (joint attention) (ويعرف بأنه عملية مشاركة الفرد لخبراته في ملاحظة شيء ما أو حدث ما، من خلال تتبع البصري، أو الإشارة بالإيماءات). كما أن هذين النموذجين يقيسان مفاهيم مثل اللعب التبادلي، والاهتمامات الاجتماعية،

والتواصل البصري. وتقيس النماذج (3 و 4) اللعب التخيلي، إلا أنها تستند في إجراءاتها إلى المقابلة بشكل كبير، خاصة النموذج (4). تركز أسئلة المقابلة على الضغوط الاجتماعية، وتوصيف المشاعر، والسلوك التكيفي، وأحداث الحياة اليومية. ويوفر هذان النموذجان فرصة لقياس المهارات اللغوية ومهارات المحادثة، والتواصل البصري المناسب، والتخيل. تسمح جميع نماذج (ADOS-G) بقياس الاهتمامات النمطية والمتكررة وسلوكيات الفرد، على الرغم من كونها لا تشكل جزءاً من جدول (لوغاريتمات) التشخيص (مثلاً، الطريقة التي يتم فيها تحويل نتائج القياس إلى معلومات كمية من أجل تحديد ما إذا كانت نتائج قياس شخص ما تحقق معايير التشخيص بـ (ASD).

#### استبانة التواصل الاجتماعي (SCQ) (*The Social Communication Questionnaire*)

(Berument, Rutter, Lord, Pickles, & Baily, 1999) هي استبانة مكونة من (40) فقرة تحتوي على فقرات لوغاريتمية (جدولية) من مقياس (ADI-R) على شكل نعم/لا. وهي أداة مصممة للمسح عن (ASD)، ومكونة من نموذجين: الأعراض على مر العمر (lifetime version) والسلوكيات الحالية (current version). يتحرى نموذج السلوكيات الحالية عن سلوك الطفل في آخر 3 أشهر قبل تطبيق الاستبانة. بينما يقيس نموذج الأعراض على مر العمر أعراض (ASD) خلال سنوات عمر الفرد السابقة، مع تركيز خاص على الفترة الممتدة من عمر (4-5) سنوات من عمر الطفل.

#### مقياس الاستجابة الاجتماعية—الطبعة الثانية (*The Social Responsiveness Scale—Second Edition*)

(Constantino & Gruber, 2012) : وهو مقياس مكون من (65) فقرة على شكل مقياس تقدير يقيس شدة أعراض اضطراب التوحد والتي تتضمن : العجز الاجتماعي، والوعي الاجتماعي، ومعالجة المعلومات الاجتماعية، والقدرة على التواصل الاجتماعي التبادلي، القلق الاجتماعي/التجنب، وصفات التوحد ومقدار الانشغال بالسلوكيات التوحدية كما تحدث في البيئات الاجتماعية الطبيعية. ويتم تعبئة المقياس من قبل الوالدين أو المعلمين في (15 إلى 20) دقيقة.

كما تتوفر العديد من أدوات الكشف عن أعراض التوحد، ومنها قائمة الشطب المعدلة للتوحد لدى الأطفال (*M-CHAT Modified-Checklist for Autism in Toddlers*) Robins, (Fein, Barton, & Green, 2001)، ومقياس تشخيص متلازمة «أسبرجر» (*Asperger Syndrome Diagnostic Scale*) (Myles, Bock, & Simpson, 2000)، ومقياس تقدير التوحد في الطفولة (*Childhood Autism Rating Scale*) (Schopler, Reichler, & Renner, 1980). إلا أن بعض هذه الأدوات تعاني من محدودية في معايير تقنيها، وقد تكون غير مناسبة للاستخدام مع الأطفال في مختلف الأعمار أو مع مختلف المجموعات الثقافية. لذلك، بينما يمكنك أن تحصل على انطباع عن أعراض الطفل من خلال استخدام واحدة أو أكثر من هذه المقاييس، تلعب خبرة العيادي (الفاحص) ومعرفته دوراً لا يتجزأ من عملية التشخيص. فعلى سبيل المثال، قد يتعين على العيادي الفاحص أن

يقوم بشيء غير تقليدي، مثل أن يصطحب الشخص البالغ إلى الغداء ليرى الكيفية التي سيتصرف بها في مثل هذه المواقف الاجتماعية. وبالنسبة للأطفال، فإن ملاحظة الأطفال في المدرسة تمكن الفاحص من معرفة كيف يتفاعل الطفل مع أقرانه خلال وقت الاستراحة (الفرصة) في مقابل كيفية تصرفه في مكتب الشخص البالغ (الفاحص). إن مثل هذه الملاحظات حاسمة، خاصة عند التعامل مع أطفال نعتبرهم من ذوي المهارات المرتفعة.

وبالإضافة إلى الحصول على تقدير صادق لمستوى أعراض (ASD) لطفل ما، يجب أن يحصل العياديون أو أي من طاقم المدرسة على تقدير صادق لمستوى أداء الطفل في جوانب أخرى، بما في ذلك السلوك التكيفي (*Adaptive behavior*) والأداء المعرفي. الأداء التكيفي يشير إلى قدرة الطفل على العناية بذاته. مثلاً، يفترض بالأطفال الصغار أن يكونوا قادرين على إخبار والديهم إذا كانوا يتألمون أو إذا كانوا يشعرون بأنهم على غير ما يرام. كما يفترض بالمرهقين أنهم قادرون على تحضير وجبة خفيفة لأنفسهم وأن يكونوا قادرين على العناية بنظافتهم الشخصية باستقلالية. لسوء الحظ، تبين البحوث وخبرات العياديين وجود تأخر في الأداء التكيفي حتى لدى الأطفال التوحديين من ذوي الذكاء المرتفع (Barnhill et al., 2000; Lee & Park, 2007; Myler et al., 2007). وهناك العديد من الاستبانات المصممة لقياس أداء الأطفال التكيفي. أما أشهر أداتين في هذا المضمار فهما: نظام قياس السلوك التكيفي *Adaptive Behavior Assessment System* (Harrison & Oakland, 2003) ومقياس «فينلاندي» للسلوك التكيفي *Vineland Adaptive Behavior Scale* (Sparrow, Balla, & Cicchetti, 2005). وكلا الأداتين تحويان نموذجين: واحد للوالدين أو مقدم الرعاية، والآخر للمعلمين.

بالإضافة إلى السلوك التكيفي، من المهم الحصول على تقدير صادق لقدرات الطفل المعرفية. ومن أكثر الأدوات شيوعاً في قياس قدرات الأطفال المعرفية مقياس «وكسلر» (Wechsler Scales) المختلفة (مثل مقياس «وكسلر» لذكاء أطفال سن ما قبل المدرسة والمدرسة الابتدائية—الطبعة الثالثة *The Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence—Third Edition* [WPPSI-III] ومقياس «وكسلر» لذكاء الأطفال—الطبعة الرابعة *Wechsler Intelligence Scale* [WISC-IV] for Children—Fourth Edition؛ Wechsler, 2004). وهناك مقياس آخر يمكن استخدامها—أيضاً—مع الأطفال الصغار أو أولئك الأفراد من ذوي القدرات اللفظية المحدودة. ومن هذه المقاييس *Mullen Scales of Early Learning* مقياس «مولن» للتعليم المبكر (Mullen, 1995)، ومقياس «ستنافورد»-بينييه للذكاء-الطبعة الرابعة (Stanford Binet—Fifth Edition (Roid, 2004) ومقياس تفاضل القدرات *Differential Abilities Scale—Second Edition* (Elliott, 2007) وبطارية «كوفمان» لقياس قدرات الأطفال *Kauffman Assessment Battery for Children—Second Edition* (Kauffman & Kauffman, 1983).