جامعة الجزائر 02
قسم علوم التربية
تخصص : التربية الخاصة

مقياس: التشخيص والتقويم في التربية الخاصة

المحاضرة الرابعة[1]: تشخيص التخلف العقلي

أهداف تعليمية خاصة بالمحاضرة:

1. معرفة أساليب تشخيص التخلف العقلي

تمهيد

هذه المحاضرة مخصصة لتقديم أساليب تشخيص التخلف العقلي.

أولا: التشخيص الطبي

يقوم به الطبيب لتحديد الحالة المرضية من وجهة نظر طبية وتحديد الاحتياجات الازمة لها من علاج أو تدخل جراحي أو غير ذلك من المتطلبات العلاجية .

ا) مراحل التشخيص الطبي:

1-**الفحص الطبي**:حيث يقوم الطبيب بفحص الحالة جسميا وحركيا ،فيقيس محيط الرأس ويقارنه بالعادي خاصة في الحالات التالية:

1.1)صغر الدماغ (microcphaly):حيث نجد لدى بعض الأطفال محيط رأس صغير بشكل واضح وهذا يجعل عظام الجمجمة تضغط على المخ ولا تسمح له بالنمو مما يؤدي الى حالات تشنج ونوبات الصرع مصحوبة بنشاط زائد، والسبب راجع إلى إصابة تعرض لها الجنين في الشهور الثلاثة الأولى من الحمل ،أو تعرض الأم للعدوى أثناء فترة الحمل.

2.1)كبر الدماغ: (macrocephaly): حيث نجد لدى أطفال آخرين كبر محيط الرأس وزيادة حجم الدماغ وزيادة ملحوظة في حجم المخ خاصة الخلايا الضامة والمادة البيضاء مصحوبة باضطراب في البصر وتشنجات طفيلية ، والسبب في ذلك عدم التئام عظام الرأس .

وتلاحظ هذه الحالة منذ العام الثاني من عمر الطفل حيث يمر عامان ونصف ولا تلتئم عظام الرأس مع أن المدة الطبيعية لالتئام العظام يكون بين تسعة شهور وثمانية عشر شهرا.

3.1)استسقاء الدماغ: حيث نلاحظ لدى بعض المتخلفين بروز الجبهة وتضخم الدماغ نتيجة امتلائه بالسائل الشوكي الذي يضغط باستمرار مما يؤدي إلى ضمور في أنسجة المخ والسبب في ذلك هو إصابة الأم الحامل

[1]) محاضرات في مقياس التشخيص والتقويم في التربية الخاصة، مقدمة لطلبة جامعة الجزائر 02،السنة الثالثة تربية خاصة،من تقديم الأستاذة المحاضرة جازولي نادية. مارس 2020.

بالزهري أو التهاب السحايا.وهذه هي الحالة الوحيدة في الإعاقة العقلية التي يمكن استخدام فيها الجراحة لخفض ضغط السائل.

4.1) القماءة أو القصاع (cretinism): حيث يقيس الطبيب الطول والوزن للحالة التي تتميز بقصر القامة بصفة ملحوظة حيث لا يصل طول الطفل إلى 90سم مهما كان عمره الزمني ويكون مصحوب بنقص حركي وجفاف الجلد وتضخم اللسان وخشونة الصوت وبروز البطن وسقوط الشعر . والسبب في ذلك هو نقص إفراز الغدة الدرقية الذي يؤدي إلى تلف أو ضمور في المخ تظهر اعراضه في الشهر السادس من الولادة .

إن التشخيص المبكر في هذه الحالة مهم جدا لأن الطفل إذا عولج خلال السنة الأولى يشفى من الأعراض وينمو عاديا، أما إذا تأخر العلاج إلى ما بعد هذه الفترة فإن الأعراض الجسمية تتحسن لكن القصور العقلي يبقى.

2) **جمع المعلومات:** جمع معلومات حول الحالة من حيث مصدر الإعاقة والترتيب الزمني لحدوثها باستعمال أدوات مختلفة كالأشعة وتحاليل دم :

1.2)المعلومات الخاصة بمصدر الإعاقة : حيث ترجع الإعاقة إلى عوامل داخلية وعوامل خارجية .أما الداخلية فهي العوامل الوراثية كما هو الحال في الشذوذ الكروموزومي، وأما الخارجية فالمقصود بها الأسباب البيئية مثل التعرض للحرمان البيئي الشديد أو الصدمات في الرأس خلال مرحلة الطفولة أو أثناء الولادة وقد تكون بسبب الإصابة بمرض الزهري أو السحايا .

2.2) المعلومات الخاصة بالترتيب الزمني للإعاقة: أي قبل الولادة وأثناء الولادة وبعد الولادة

1.2.2) قبل الولادة: وتتمثل في النقاط التالية:

- وجود عوامل وراثية جينية تترك آثارا على الجنين من خلال الموروثات أو الجينات التي تحملها كروموزومات الخلية التناسلية.
- تعرض الأم الحامل لأعراض الزهري او الجذري أو أمراض القلب أو الحصبة الألمانية أو السحايا أو ضمور بالمخ أو إصابتها بالتسمم العضوي خلال الشهور الثلاثة الأولى مما يسبب تلفا أو ضمورا في مخ الجنين.
- إدمان الأم على المخدرات أو الكحوليات أو تدخين السجائر أو تعاطيها للعقاقير والأدوية دون استشارة الطبيب .
- التعرض للأشعة
- اضطرابات إفراز الغدد الصماء
- اضطراب تكوين الخلايا

2.2.2) أثناء الولادة: وتتمثل في النقاط التالية:

- الولادات غير الطبيعية كما هو الحال في الولادات المتعسرة التي تستعمل فيها الملاقط .

- نقص الأكسوجين أثناء الولادة.

3.2.2) بعد الولادة: وتتمثل في النقاط التالية:

- التعرض إلى بعض الحوادث أو الصدمات الشديدة بالرأس .
- الإصابة ببعض الأمراض مثل الالتهاب السحائي والالتهاب الرئوي .
- اضطراب في إفراز الغدد (الغدة الدرقية والغدة النخامية).
- اضطراب التمثيل الغذائي(الأيض): ويحدث هذا بسبب اضطراب الأيض أي عمليتي البناء والهدم الناتج في هذه الجينات عن اختفاء نشاط أنزيمي معين أو اضطرابه فيما يتعلق بالعمليات المرتبطة بالبروتينات أو الدهون أو الكربوهيدرات ، ويظهر ذلك في لون البول ورائحته الكريهة حيث تزداد نسبة حامض الفينيل في الدم مما يسبب تسمم الدماغ .
- العامل الريزيسي (RH Factor):ونقصد به اختلاف دم الجنين عن دم الأم مما يؤدي إلى تكوين اجسام مضادة واضطراب في توزيع الأكسوجين وعدم نضج خلايا الدم لدى الجنين وتدميرات كرات الدم الحمراء لديه الأمر الذي يستلزم تغيير الدم بشكل مستمر.

إن فحص الحالة وجمع المعلومات المتعلقة بالإعاقة بأدوات متنوعة يسمح للطبيب من تشخيصها وتصنيفها حسب الشكل الخارجي و تصنيفا حسب مصدر الإعاقة وتصنيفا حسب الترتيب الزمني لها.

ثانيا: التشخيص النفسي

يقوم به المختص النفسي باستعمال أدوات ووسائل قياس تتناسب مع تخصصه . ومن أهم مراحل هذا التشخيص ما يلي:

1. ملاحظة أولية للأعراض الظاهرة .
2. جمع المعلومات من الملف الطبي ومن الوالدين .
3. استعمال أدوات القياس : إن التخلف العقلي يتطلب حدوث أوجه قصور في جانبين أساسيين هما الأداء الوظيفي والأداء التكيفي للطفل وذلك قبل سن ثمانية عشر سنة.

وعلى هذا الأساس فإن الطفل يجب أن تتوفر فيه مجموعة من الشروط كي نعتبره متخلفا عقليا هي:

- أن يكون أداؤه الوظيفي العقلي دون المتوسط 70أوأقل .
- أن يكون في الوقت ذاته غير قادر على أن يعتني بنفسه أو يحيا حياة بشكل مستقل بمعنى أنه لا يعاني من قصور في سلوكه التكيفي .
- أن يحدث ذلك خلال سنوات النمو أي قبل بلوغ سن 18سنة.

ومن هذا المنطلق إذا انحدر مستوى الذكاء إلى دون المتوسط بعد سن الثامنة عشر و لم يستطيع أن يتكيف بشكل مستقل ، فلا يمكن اعتبار الحالة على أنها تخلفا عقليا لأن أحد الشروط الضرورية لم تتوفر وهو حدوث هذه الأعراض قبل سن الثامنة عشر.

ولذلك فإن تشخيص التخلف العقلي لا يتطلب مقياسا واحدا للتعرف عليه كأن يقوم المختص النفسي كما هو الحال في كثير من الأحيان بتطبيق مقاييس الذكاء على الطفل ، وإذا وجد نسبة ذكائه تحت المتوسط يشخص الحالة على أنها تخلفا عقليا ، وهذا خطأ لأن نسبة الذكاء المنخفضة في حد ذاتها ليست معيارا صادقا لهذه الإعاقة ، وإن كانت تمثل شرطا ضروريا للتشخيص .في مثل هذا الحال يجب على المختص أن يقوم بتطبيق أحد مقاييس السلوك التكيفي للتأكد من أن الحالة غير قادرة على الاعتناء بذاتها .

وفي هذا المجال ينصح بعض المختصين بان نبدأ بتطبيق مقياس السلوك التكيفي أولا وإذا ثبت وجود قصور في هذا الجانب قمنا بتطبيق أحد مقاييس الذكاء لنتأكد من نسبة الذكاء ،ويعرف هذا الاتجاه في التشخيص والقياس والتقييم بأنه الاتجاه التكاملي وهو الاتجاه الذي بدأ يسود في الآونة الأخيرة.

ويرى الباحث هاندن (Handen)أنه فيما يتعلق بقياس السلوك التكيفي يمكن للمختص أن يستخدم مقياسا صريحا يقيس هذا الجانب مثل مقياس السلوك التكيفي للجمعية الأمريكية للتخلف العقلي ومقياس ليفين للكفاية الاجتماعية،أو أن يلجأ على أحد البدائل التي تعمل على قياس الأداء الوظيفي المستقل أو النمو اللغوي أو القدرة على تحمل المسؤولية أو النشاط الاقتصادي أو المترلي أو الجسمي ،حيث يرى أن هناك العديد من الحالات التي يجب أن نقيس أداء الطفل فيها حتى تساعدنا في التشخيص ، ومن هذه المجالات ما يلي:

- الأداء الوظيفي المستقل .
- النمو الجسمي.
- النشاط الاقتصادي.
- النمو اللغوي.
- معرفة الأعداد والوقت.
- النشاط المترلي.
- القدرة المهنية.
- التوجيه الذاتي.
- تحمل المسؤولية.
- القدرات والمهارات الاجتماعية.

بعد قياس السلوك التكيفي ينتقل المختص إلى قياس الأداء الوظيفي العقلي فيستخدم أحد المقاييس المقننة وهي متوفرة وعديدة مثل وكسلر ومقياس جودانف– هاريس(رسم الرجل) ومقياس مكارثي للقدرة العقلية.

ويرى عبد العزيز الشخص أن تقسيم الأطفال المتخلفين عقليا حسب نسب ذكائهم ودرجة تكيفهم الاجتماعي او سلوكهم التكيفي يتم كالآتي كما يوضحه الجدول التالي:

الفئة في السلوك التكيفي	البعد عن المتوسط في الذكاء	مدى الدرجات المحددة لنسب التكيف
فئة المتفوقين	+ > 2ع	136 درجة أو أكثر
فئة العاديين	+ 2 ع	85 – 135
فئة التخلف العقلي البسيط	- 2 ع	71 - 84
فئة التخلف العقلي المتوسط	- 3ع	58 - 70
فئة التخلف العقلي الشديد	- 4 ع	45- 57
فئة التخلف العقلي الحاد	- 5 ع	44درجة فأكثر

يتضح من خلال الجدول أن نسب ذكاء الأطفال المتخلفين عقليا تقل عن المتوسط بنسب تتراوح بين انحرافين معياريين إلى خمسة انحرافات معيارية ، وأن الدرجات المحددة لنسب التكيف الخاصة بهم تقل عن 85 درجة ويتباين ذلك من فئة إلى أخرى من تلك الفئات التي يتضمنها التخلف العقلي.

وعلى هذا الأساس يستطيع المختص أن يصنف الحالة حسب درجة شدة الإعاقة : تخلف عقلي بسيط – متوسط – شديد– حاد كما هو واضح في الجدول .

ثالثا: التشخيص التربوي

يعتبر هذا التشخيص من مهام المختص التربوي والهدف منه هو تصنيف المتخلفين عقليا إلى مستويات ثلاثة وفقا للمواقف التربوية التالية:

1) المتخلفون عقليا القابلون للتعلم : وهم يقابلون فئة التخلف العقلي البسيط الذين تتراوح نسب ذكائهم بين 55 إلى أقل من 70 والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في الحادية عشرة من عمره في مقابل ثمانية عشر سنة كعمر زمني، الامر الذي يتطلب إحالتهم إلى الأقسام الخاصة لتنمية قدراتهم الاكاديمية التي توازي هذا العمر العقلي.وقمة مستواهم الدراسي لايتجاوز الصف السادس ابتدائي.

2) المتخلفون عقليا القابلون للتدريب: وهم يقابلون فئة التخلف العقلي المتوسط الذين تتراوح نسب ذكائهم بين 40 – 55 والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في السابعة أو التاسعة على أقصى حد في مقابل ثمانية عشر سنة كعمر زمني،لذلك أحسنهم لايتجاوز الصف الثاني ابتائي ، الأمر الذي يتطلب

إحالتهم إلى مراكز خاصة ليتم تدريبهم على بعض المهارات البسيطة وكذلك على بعض الحرف البسيطة التي تؤهلهم على إيجاد عمل بسيط يساعدهم على العيش.

3) المتخلفون عقليا غير القابلين للتعليم أو التدريب: وهم يقابلون فئتي التخلف العقلي الشديد والحاد، والذين تقل نسبة ذكائهم عن 40في الفئة الأولى و25في الفئة الثانية، والذين يصل عمرهم العقلي عند النضج إلى ما يوازي طفل في الثالثة من عمره في مقابل ثمانية عشر سنة كعمر زمني ، وبالرغم من أن بعض الحالات من الفئة الأولى يتم تدريبهم على القيام ببعض العادات المختلفة ،ولكنهم يظلون في حاجة إلى رعاية خاصة مثل اقرانهم في الفئة الثانية داخل مؤسسات خاصة أو مراكز علاجية أو في محيط أسرهم الطبيعي إذا توفرت لديهم ظروف الرعاية المناسبة.

كيف تتم عملية التصنيف التربوي ؟

ينطلق المختص التربوي من نتائج التشخيص النفسي ، فيحيل القابلين للتعلم إلى الصفوف الدراسية حيث يخضعهم إلى مراحل التقويم التربوي باستعمال أدوات قياس مختلفة تقيس المستوى التحصيلي في المواد الأكاديمية (القراءة –الكتابة الحساب) والمهارات المختلفة التي تعتمد عليها هذه المواد مثل مقياس المهارات اللغوية للمعوقين عقليا ومقياس المهارات العددية للمعوقين عقليا ومقياس مهارات القراءة والكتابة لنفس الفئة، ويستعين في عملية التقويم بملاحظات معلم الفئات إن لم يكن هو من يباشر عملية التدريس .

يستطيع المختص التربوي أن يطبق مقاييس السلوك التكيفي من أجل تقييم وتقويم الحالة كلما تطلب الامر ذلك،ويستطيع أيضا أن يطبق مقاييس الذكاء ليتأكد من صدق القياس .إن استعمال القياس يعتبر من المهام المشتركة لفريق العمل .

المحاضرة الخامسة: تشخيص اضطراب طيف التوحد

أهداف تعليمية خاصة بالمحاضرة:

1. معرفة مراحل تشخيص اضطراب طيف التوحد
2. معرفة معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد

تمهيد

تعتبر عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد آمرا ضروريا و صعبا في ذات الوقت حيث يبنى عليها عدد متتابع من الخطوات التي ترسم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة ، تهدف هذه العملية إلى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص و ذلك بانطباق المعايير التشخيصية و نتائج الأدوات المختلفة . يعرف القياس بأنه تلك العملية التي تهدف إلى جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرارات مستقبلية متعلقة بالفرد قيد العملية ، و يقوم على تطبيق القياس و التشخيص فريق متعددة التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة . و في الغالب يتم إجراء التشخيص بعمر 3 إلى 5 سنوات حيث تبدو الخصائص واضحة بالمقارنة مع خصائص الأطفال العاديين بنفس العمر الزمني ، و عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تمر بثلاث مراحل رئيسية و فق التالي :

- الكشف المبكر.
- التشخيص المتكامل .
- التشخيص الفارقي بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات المشابهة الأخرى.

أولا : الكشف والمسح المبكر :

و هي أول خطوة من خطوات التشخيص لاضطراب طيف التوحد ، و المقصود بها التعرف على الأطفال الذين يظهرون عددا من المؤشرات الخاصة باضطراب طيف التوحد و ذلك لإحالتهم لعملية تشخيص متكامل ، بمعنى أن المسح يعتبر إنذار هاما يشير إلى إمكانية أن يكون لدى الطفل بشكل رسمي ، و قد حدد العلماء أربعة سلوكيات إذا اجتمعت لدى الطفل عمره 18 شهر أو أكثر دل ذلك على احتمال كبير لان يكون لديه اضطراب طيف التوحد ، و هذه السلوكيات :

- عدم استجابة الطفل لاسمه.
- عجز الطفل عن الإشارة إلى الأشياء و متابعة نظرات الآخرين.
- عدم القدرة على التقليد.
- عدم القدرة على اللعب التمثيلي.

و تعتبر عملية المسح و الكشف المبكر في غاية الأهمية لما لها من علاقة بعملية تقديم الخدمات و خاصة خدمات التدخل المبكر و التي تؤدي إلى مخرجات تعليمية و تدريبية أفضل بكثير مما هي عملية في حالة تقديم الخدمات المتأخرة ، لذلك فقد عمدت العديد من الدراسات و الأبحاث إلى تحديد المؤشرات السلوكية التي يعتبر ظهورها ناقوس الخطر لدى الطفل ، و هذه المؤشرات تناولت مجالات : تطور اللغة ، النمو الاجتماعي و مظاهر السلوك النمطي و محدودية الاهتمامات و اللعب ، و بناء على هذه الدراسات تم تطوير العديد من أدوات الكشف الخاصة باضطراب طيف التوحد .

ثانيا : التشخيص المتكامل :

و هو يمثل الخطوة الثانية في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد ، حيث سيتم هنا إجراء تقييم شامل متعدد التخصصات لكل طفل دلت نتائج الكشف المبكر بان لديه احتمالية عالية لوجود اضطراب طيف التوحد ، فهذه الخطوة هدفها التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد أو عدمه ، هي تتضمن توظيف عدد من الأدوات المناسبة لتحقيق الأهداف المرجوة منها ، بحيث يتم فيها العمل على قياس و تشخيص اكبر قدر ممكن من المجالات النمائية الوظيفية لدى الطفل ، و يتم تنفيذ هذه الخطوة من قبل فريق التشخيص المتكامل أي المتعدد التخصصات. وتوجد معايير مختلفة لتشخيص هذا الاضطراب هي:

1- معايير تشخيص اضطراب طيف التوحد :

بالرغم من الصعوبات التي وجهت عملية التشخيص لحالات اضطراب التوحد ، فان العلماء أو الباحثين حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير أو المحكات الأساسية التي نشخص حالات التوحد على أساسها .

1.1- معايير تشخيص حسب DSM3:

- قصور في الاستجابة للمثيرات الاجتماعية ، و تجنب المبادأة أو التفاعل مع الآخرين وتقليد سلوكهم و الشعور بوجودهم و التعرف عليهم و التمييز بينهم و تجنب النظر في عيون الآخرين من انفعالات .
- قصور لغوي تام أو اضطراب غير طبيعي في الكلام مثل الترديد الآلي Echolalieاللغة المجازية و عكس الضمائر أنت بدلا من انأ .
- قلة الاهتمامات و الأنشطة التي يمارسها و مقاومة التعبير و التعلق بأشياء تافهة .
- عدم وجود هذاءات أو هلاوس أو فقدان الترابط و عدم التفكك في التفكير كما في حالات الفصام .
- ظهور هذه الأعراض قبل بلوغ الطفل ثلاثين شهرا .

2.1 - معايير التشخيص وفقا DSM4:

أولا : يجب توفر ستة أو أكثر من العناصر الواردة في البنود 1 ،2 ،3 على أن يتضمن على الأقل عنصرين من (1) و عنصرا على الأقل من البندين (2)و(3) و ألا تقل مجموعة العناصر عن ستة .

1- قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح في اثنين على الأقل من التالي :

- عجز مميز أو واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة مثل : حملقة العين ، تعبيرات الوجه ، إيماءات الجسم ، إيماءات لتنظيم أو توجيه التفاعل الاجتماعي.
- الفشل في نمو و تطوير علاقات مع الأقران تكوين مناسب للمستوى النمائي.
- نقص في السعي التلقائي أو الإرادي لمشاركة الآخرين الفرح ،و الاهتمامات ، أو الانجاز مع الآخرين (كالافتقار إلى إظهار الأشياء ذات الاهتمام أو إحضارها أو الإشارة)
- نقص في التبادل الاجتماعي أو الانفعالي.

2- قصور نوعي في التواصل الذي يتضح على الأقل في واحدة من التالي :

- التأخر أو القصور التام في نمو اللغة المنطوقة (لا تكون مصحوبة بمجالات التعويض من خلال وسائل التواصل البديلة مثل الإيماءات أو المحاكاة)
- قصور واضح في القدرة على المبادأة أو الاستمرار في المحادثة مع الآخرين.
- الاستخدام المتكرر و النمطي للغة ، أو لغة بدائية.
- نقص أو قصور إلى اللعب التلقائي أو التخلي ، و اللعب المبني على التقليد الاجتماعي المناسب للمستوى النمائي.

3 – أنماط سلوكية نمطية متكررة و اهتمامات و اهتمامات و أنشطة محدودة تتبدى على الأقل في واحدة من الأتي:

- الانشغال أو الانهماك في واحد أو أنماط من أنماط الاهتمامات النمطية المحدودة و الذي يكون سواء في الحد أو التركيز.
- التقليد بأفعال روتينية نمطية و غير وظيفية.
- اللازمات الحركية المتكررة و النمطية (مثل رفرفة اليدين او تدويرها او حركات بدنية مقعدة)
- الانهماك أو الانشغال المثابر أو المستمر بإجراء الأشياء.

ثانيا: الأداء الشاذ أو المتأخر في واحدة على الأقل من الحالات التالية بحيث تحدث الإصابة قبل سن الثالثة:

- التفاعل الاجتماعي.
- اللغة كما تستخدم في مجال التواصل الاجتماعي.
- اللعب التخيلي أو الرمزي.

ثالثا : الاضطراب لا يتحول إلى اضطراب ريت أو اضطراب الطفولة التفككي .

إن تشخيص التوحد يبنى على ملاحظة مجموعة من السلوكيات و مطابقتها مع التعابير المتفق عليها عملية لتشخيص اضطراب طيف التوحد ، و قد يتبادر للذهن أن العملية بسيطة إلا إن تشخيص اضطراب طيف التوحد قد يكون قد أمرا صعبا لاسيما لدى الأطفال ذوي المهارات الإدراكية العالية (ذوي الأداء العالي) .

ولا يمكن الاكتفاء بإلقاء نظرة سريعة على السجل للطفل ألتوحدي ، بل ينبغي التأكيد على ضرورة امتداد التشخيص فيما وراء الجلسات التي تعقد في العيادات المتخصصة بحيث يشتمل على تدوين ملاحظات حول تعاملات الطفل في مجتمعه و تصرفاته وردود أفعاله تجاه المواقف التي تقابله في حياته .

3.1 – معايير التشخيص اضطراب طيف التوحد وفقا ل : DSM5 2013

طرأت على هذه الطبعة تغييرات عديدة اختلفت عن سابقتها في عدة نقاط لابد من ذكرها :

تضمنت الطبعة الخامسة استخدام تسمية تشخيصية موحدة و هي اضطراب طيف التوحد وشمل هذا المسمى كل من : اضطراب التوحد ، متلازمة اسبر جر ،الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ، و اضطراب التفكك الطفولي ،والتي كانت اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة ،كما تضمنت المعايير الجديد إسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد كما أصبح التشخيص بالاعتماد على معيارين فقط بدلا من ثلاثة ،حيث تضمن المعايير الجديدة للتشخيص وفقا لمعياري القصور في التواصل الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي، والصعوبات في الأنماط السلوكية و الاهتمامات و الأنشطة المحدودة ،في حين كانت الطبعة الرابعة تستخدم معيارا ثالثا و هو القصور النوعي في التواصل .كما تضمنت المعايير في الطبعة الخامسة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة و الممتدة حتى عمر 8 سنوات ، بدلا من المدى العمري المستخدم في الطبعة الرابعة حتى عمر 3 سنوات .

و قد أصدر الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس خمسة معايير ، يجب أن تنطبق جميعها على الطفل التوحدي و هي كالتالي :

أ– صعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي يظهر في مجالات متعددة، سواء في الوقت الحاضر أو في الماضي و هي:

- صعوبات في تبادل المشاعر الاجتماعية، من خلال تصرفات اجتماعية شاذة، وعدم القدرة على بدء الحديث و الاستمرار فيه، وضعف القدرة عن مشاركة المشاعر والاهتمامات و الأفكار، وضعف في عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.
- ضعف في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي: من خلال الضعف في تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي ، خلل في التواصل البصري و لغة الجسد، أو صعوبة في فهم و استخدام الإشارات ، و قصور في استخدام التعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي .

- صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية و فهمها، والمحافظة عليها بالمقارنة مع أقرانها من خلال ضبط السلوك ليناسب المواقف الاجتماعية، وصعوبة في المشاركة في اللعب التخيلي وبناء الصداقات و عدم الاهتمام بالآخرين .

ب- السلوكيات النمطية المتكررة و الاهتمامات أو النشاطات المحدودة : لابد أن يظهر على الطفل معيارين على الأقل من المعايير التالية سواء في الوقت الحاضر في الماضي:

- حركات نمطية متكررة:تكرار الألفاظ والكلام و استخدام متكرر و غير ملائم للأشياء ، كصف الألعاب ، أو قلب الأشياء ، واستخدام طبقة صوت واحدة أثناء الحديث ، و تكرار عبارات مفهومة و غير مفهومة.
- الإصرار على التشابه و عدم التغيير : تمسك و إصرار على الروتين ، أنماط متكررة من السلوكيات اللفظية و غير اللفظية (حركات آلية ،الإصرار على نوع محدد من الطعام،أو على الذهاب في نفس الطريق ، تكرار نفس الأسئلة ، مقاومة شديدة للتغيرات البسيطة في البيئة)
- الانشغال باهتمامات معينة بصورة غير طبيعية: من ناحية الشدة والتركيز (تعلق بأشياء غريبة و اهتمامات قد تكون محدودة أو شديدة)
- خلل في استقبال المثيرات الحسية البيئية : أو اهتمام غير عادي في بعض الجوانب الحسية في البيئة مثل (لامبالاة لمقدار الألم،أو درجة الحرارة،حساسية زائدة لمواد معينة أو أصوات معينة،إفراط في شم الأشياء أو لمسها . الانبهار بالأضواء أو الأشياء التي تدور)

ج- أن تظهر الأعراض في المرحلة النمائية المبكرة : ولكن قد لا تظهر بشكل كامل حتى تتجاوز المتطلبات الاجتماعية المقدرات المحدودة للطفل،أو تكون هذه الأعراض مقنعة بالاستراتيجيات التي تعلمها لاحقا .

د- تسبب الأعراض إعاقة هامة سريريا في المجالات الاجتماعية، الوظيفية ، وفي المجالات الهامة الأخرى من مهارات الحياة اليومية .

هـ - لا تظهر هذه الاضطرابات بشكل واضح كإعاقة عقلية،أو ضمن التأخر النمائي الشامل،وغالبا ما تترافق الإعاقة العقلية مع اضطراب طيف التوحد،كتشخيص مرضي مزمن، و يجب أن يكون اضطراب طيف التوحد و الإعاقة العقلية و التواصل الاجتماعي دون الحد الطبيعي للنمو .

المحاضرة السادسة: تابع تشخيص اضطراب طيف التوحد (02)

أهداف تعليمية خاصة بالمحاضرة:

- معرفة المشكلات التي تواجه المختصون في عملية التشخيص
- معرفة التشخيص المميز لاضطراب طيف التوحد من بين الاضطرابات المشابهة الأخرى

2 –المشكلات التي تعقد عملية التشخيص :

1.2– التغاير في الأعراض أو الصور الرئيسية :

يعتقد أن الأفراد المصابين باضطراب طيف التوحد يظهرون أنماطا عامة مشابهة للإعاقات النمائية ، و العرض الإكلينيكي يتباين بشكل ملحوظ بين الأفراد ، يعتبر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM4) من المعايير التشخيصية المهمة فيما حوالي 50 % من الأشخاص المتوحدين لا يقدرون على كلام وظيفي، فان العديد من الأشخاص المتوحدين يطورون أنماطا من كلام تواصلي والأنشطة المحددة، والإصرار على الروتين يظهر في خلال حركات الجسم النمطية ، وإصرار على الروتين وأيضا مقاومة التغير البيئي البسيط ، وارتباط بموضوعات غير اعتيادية و أيضا العيوب الاجتماعية فإنها تختلف بين الأفراد فمثلا بعض الأطفال المتوحدين يظهرون عدم الاهتمام الاجتماعي العام أو الشديد ، و لكن يظهرون تصرفات غريبة ، كما تتباين بداية الأعراض الاجتماعية و اللغة بشكل ملحوظ .

2.2– التغاير في الأعراض أو الخصائص المصاحبة :

- الذكاء: ربما تتباين معاملات الذكاء للأطفال من التخلف العقلي الشديد جدا الى التفوق ، حوالي 80 % من الأطفال المتوحدين لديهم تشخيص تخلف عقلي ، وحوالي 60 % لديهم معاملات ذكاء اقل من 50 % .
- الانتقائية الزائدة للمثير : يستجيب الأطفال المتوحدون إلى عنصر فقط من المعلومات الحسية المتوفرة ، و قد تفسر معالجة المعلومات الحسية لهذه الانتقائية الإصرار على التماثل و مشكلة تصميم المهارات و صعوبات المبادرة اللغوية كاستجابة للسياق الاجتماعي ، لقد نوقشت الانتقائية الزائدة للمثير بارتباطها مع طيف التوحد و لقد وجدت في أفراد آخرين غير متوحدين لديهم تخلف عقلي .
- سلوك إيذاء الذات : و يتألف سلوك إيذاء الذات من سلوك ينتج عن إيذاء مباشر للجسم الذي تظهره السلوكيات التكرارية و النمطية ربما واحدة من المشكلات الخطيرة المرتبطة باضطراب طيف التوحد ، و يتمثل سلوك إيذاء الذات بالضرب والعض ، و ضرب الرأس و تمزيق الشعر ، و الحكة و توجد فروق ملاحظة في سلوك إيذاء النفس من حيث النوع و الشدة و

التكرار ، و مدة هذه السلوكيات وتظهر هذه السلوكيات بحوالي 40 % من الأفراد المتوحدتين وهذا أكثر مما هو مقدر لسلوك إيذاء الذات في الأفراد المتخلفين ذهنيا و غير المتوحدين .

- المخاوف : إن العلاقة بين القلق و اضطراب طيف التوحد هي غير واضحة بدقة فالمخاوف و القلق موجودان بين الأفراد التو حديين منذ بداية التعرف على الاضطراب كما أن العديد من أدوات تقييم اضطراب طيف التوحد تشمل منذ بداية على فقرات لقياس القلق و الخوف لدى الأطفال التو حديين فقد أشار كل من ماتسون و لوف إلى إن مخاوف الطفولة متكررة و شديد لدى الأطفال المتوحدين أكثر من الأطفال العاديين.
- الاضطرابات العضوية ذات الصلة : توجد العديد من الاضطرابات العضوية المرتبطة بالأشخاص المتوحدين أكثر من غيرهم مثل متلازمة الكروموزوم الجنسي الهش X وغيرها من الأنواع العضوية شائعة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد مثل هذه الظروف البيولوجية تساعد في تباين الأعراض و تساهم في تعقيد عملية التشخيص،

3.2- التغاير السريري :

أن الفشل في تأسيس عوامل سببية لاضطراب طيف التوحد أدى إلى مزيد من الصعوبات في التقييم و التشخيص ، فقد كان التركيز في البداية على دور العوامل الجينية الوراثية للآباء و أثرها على العلاقات الأسرية أو الأعراض النفسية للإباء ، و منذ السبعينات من القرن الماضي زاد التركيز على الأسباب العضوية لاضطراب طيف التوحد ، فالعوامل الوراثية و العصبية والفسيولوجية إضافة إلى الدراسات البيولوجية ، قد أدت إلى نتائج متفاوتة ،فدراسات التوائم أدت إلى عنصر وراثي ملحوظ في تسبب اضطراب طيف التوحد ، كما أشارت الدراسات إلى شذوذ في الجهاز ألدهليزي و أعراض حسية و أنماط شاذة من الإثارة عند الأطفال التوحد ين .

ثالثا : التشخيص الفارقي بين اضطراب طيف التوحد والاضطرابات الأخرى المشابهة :

1- ضطراب طيف التوحد و الذهان :

يشير اوجرمان Ogorman إلى أن الشخص المصاب بالذهان لا يستطيع التفاعل مع ظروف البيئة المحيطية به ، ويرجع ذلك إلى طبيعة شخصيته و تكوينية الوراثي، وتكوينية الفسيولوجي، و ذكائه وخبرته ، فالطفل الذهاني بصفة عامة يصعب اختياره بالوسائل القياسية المقننة بسبب حالة التشوش الحادة المسيطرة عليه ، فينتقل من موضوع إلى آخر بسرعة شديدة و لا تجدي معه أية محاولات لجذب انتباهه أو إقامة علاقة معه بسهولة، كما أنه شديد الانسحاب مما يعطي انطباعا لدى الكثيرين بأنه متخلف ذهنيا .

كما يشير اوجرمان Ogorman إلى أن البعض يقسم الذهان إلى فصام الطفولة أعراض الفصام،التوحد الطفولي ، أعراض النشاط الزائد .

و بهذا التصنيف يعتبر اضطراب طيف التوحد إحدى حالات الذهان و يؤيد محمد عشيش هذا الاتجاه ، فقد قسم الذهان إلى نوعين: الذهان المبكر (ويشمل على الذهان الانطوائي "التوحد"،الذهان التكافئي،الذهان التخلفي، أي المصحوب بالتخلف العقلي) والذهان المتأخر.

و لكن كريك و آخرون 1961رفضوا مصطلح ذهان الطفولة كمرادف للتوحد لأن أعراضه مشابهة لأعراض الاكتئاب و الاضطرابات الناتجة عن خلل في الرأس أو حالة تسمم أو عدوى.

2- اضطراب طيف التوحد - الفصام :

في الواقع هناك تشابه بين الفصام و اضطراب طيف التوحد من حيث الانغلاق على الذات، والاضطراب الانفعالي، و قصور واضح في المشاعر، وعجز في بناء الصداقات مع الآخرين. ويمكن الفريق بين التوحد و الفصام بالاعتماد على الآتي :

- تواجد هلاوس تشابه الأوهام في الفصام و لا توجد في اضطراب طيف التوحد.
- يتواجد الفصام بدون تخلف ذهني في حين يصاحب اضطراب طيف التوحد التخلف الذهني.
- اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي يصيب الطفل بينما الفصام مرض عقلي.
- اضطراب التوحد يظهر في الأعوام الأولى من العمر ، لكن الفصام فهو لا يحدث إلا في بداية المراهقة أو في وقت متأخر من الطفولة.
- الفصاميون ينسحبون من علاقاتهم الاجتماعية السابقة،أما التوحديون فإنهم يعجزون عن بناء علاقة اجتماعية.
- الفصاميون قادرون على استخدام الرموز ، ولكن التوحديون غير قادرين على ذلك.
- نتائج دراسات علم الأوبئة أشارت إلى أن نسبة الذكور إلى الإناث في اضطراب طيف التوحد هي تقريبا من 1 إلى 4 و في الفصام متساوي النسبة ، و الجينات الوراثية قد تفسر الفصام أكثر.
- يلاحظ على ألتوحدي التمتع بالصحة الجيدة على عكس الفصامي.
- لا تتكرر و لا تشيع حالات اضطراب طيف التوحد في العائلة الواحدة بينما الفصام يحدث في الأسرة الواحدة.
- يدرك الطفل ألتوحدي البيئة إدراكا انتقائيا بينما الفصامي يدرك البيئة إدراكا مشوها.
- النمو العقلي و اللغوي للطفل ألتوحدي يحدث له نوع من التوقف ، و لا يتمكن الطفل من التعبير عن خبراته ، و التي تشكل جزءا أساسيا من تشخيص الذهان.

3- اضطراب طيف التوحد والتخلف الذهني :

يعرف التخلف الذهني وفقا للتعريف الصادر من الجمعية الأمريكية للتخلف الذهني 2002 على أنه " إعاقة تميزت بقصور جوهري لكل من الأداء العقلي والسلوك ألتكيفي معبر عنها في المهارات التكيفية العملية ، العملية ،الاجتماعية ،وتنشأ قبل سن 18 سنة " .

و يمكن تناول أهم الفرو قات بين التخلف الذهني و اضطراب طيف التوحد على النحو التالي:

- طفل التخلف العقلي لا يعاني من مشكلة رجع الصدى Echolalie التي يعاني منها طفل التوحد الذي يعيد نطق أخر كلمة أو كلمتين من أي سؤال أو كلام يوجه إليه ، وطفل التخلف العقلي لا يستثيره التغير في عاداته اليومية ، على عكس الطفل التوحدي.
- طفل التخلف الذهني سهل التعامل معه و تدريبه و في تنفيذ برامج التأهيل من طفل التوحد الذي يحتاج إلى جهود فائقة ، كما أن طفل التوحد تنقصه الدافعية.
- طفل التخلف العقلي متفوق في المهارات الاجتماعية المتعلقة بتبادل العلاقات الشخصية مع الآخرين و في أداء الأعمال بالنسبة للطفل ألتوحدي.
- الأطفال المتخلفين ذهنيا يتفوقون على الأطفال التو حديين في مستوى النمو اللغوي عامة ،وفي مهارات الأداء الاجتماعي بشكل عام وفي الدرجة الكلية لسلوك ألتكيفي، و في التفاعل مع الآخرين ، أما الأطفال التو حديين فإنهم اقل عدوانية من المتخلفين عقليا ، و يتسمون بدرجة من النشاط الزائد تفوق أقرانهم المتخلفين ذهنيا.
- قدرة الطفل ألتوحدي على الاستجابة للآخرين لا تنمو خلال الثلاثين شهرا الأولى في بداية حياته ، و يعاني الطفل ألتوحدي من عجز كبير في مهارات التواصل ، كما يلاحظ عليه الاستجابات الشاذة في تفاعله مع البيئة المحيطة به ، وبناء علاقة تفاعلية معهم ، و عجز استمرارية التحديق بالعينين ، و يعجز عن معانقة الآخرين، وهؤلاء الأطفال من الممكن أن يفشلوا كليا في تطوير اللغة ، و إذا كانت اللغة مكتسبة فإنها تتميز بالمحاكاة الصوتية، ويستخدمون الضمائر بطريقة معكوسة،وكثير من هذه الخصائص لا تتواجد لدى المتخلفين ذهنيا.
- الطفل التوحدي يعاني من قصور في الانتباه يؤدي إلى وجود مشاكل محددة في قدرته على ضبط المثيرات ، وأنهم اقل يقظة من الأطفال المتخلفين عقليا ، كما أنهم ينشغلون بلعبهم و لا يلتفتون إلى الانفعالات السلبية التي يظهر الراشدون ،أما المتخلفين عقليا فكانوا أفضل من التو حديين في استجاباتهم للانفعالات السلبية مثل : الحزن و الخوف و الضيق و الانزعاج.
- التوحد لا يكون مرضا بل هو زملة syndrome ترجع إلى عدة أسباب و اضطراب طيف التوحد ينتشر بين الأطفال من ذوي متلازمة أعراض داون ، الأطفال الصم ، وأقرانهم المكفوفين فان هذا

صحيح إذ يعد الأصل في ذلك الأمر هو الإعاقة العقلية أو الحسية ثم يحدث اضطراب طيف التوحد كإعاقة إضافية ، إذن فالأصل في هذا متلازمة داون،إلا أن اضطراب طيف التوحد بعد ذلك .

- يستطيع الطفل المتخلف ذهنيا تقليد الآخرين بينما يعجز الطفل التوحدي على القيام بذلك.
- يتمتع الطفل التوحدي بمهارات حركية دقيقة بعكس المتخلف ذهنيا.
- حوالي 20الى 30 %من ذوي الإعاقات العقلية لديهم اضطراب طيف التوحد أو اضطرابات نمائية شاملة.
- المتخلف ذهنيا لديه اضطراب واضح في الذاكرة، إذ لا يستطيع تخزين المعلومات التي يحتاجها في مواقف، بينما ألتوحدي يتمتع بذاكرة آلية جيدة للمكان و الزمان، ولكن لديه لاضطراب واضح في الإدراك فيستجيب لبعض المنبهات و لا يستجيب لمنبهات أخرى. طفل اضطراب طيف التوحد قد يبدأ فجأة في نوبات ضحك أو بكاء أو صراخ يستمر طويلا دون سبب ظاهر، بينما يحدث هذا في حالة التخلف العقلي.

المحاضرة السابعة: تابع تشخيص اضطراب طيف التوحد (03)

أهداف تعليمية خاصة بالمحاضرة:

- معرفة التشخيص المميز لاضطراب طيف التوحد من بين الاضطرابات المشابهة الأخرى

4- اضطراب طيف التوحد و متلازمة اسبيرجر:

يمكن تحديد التشابه و الاختلاف بين متلازمة اسبيرجر و طيف التوحد على النحو التالي :

1. أوجه التشابه: حدد " أحمد عكاشة " جوانب التوحد بين اضطراب طيف التوحد و متلازمة اسبيرجر في النقاط التالية :

- وجود نوع من الخلل التكيفي في التفاعل الاجتماعي، وتكون العلاقات الاجتماعية السليمة.
- غياب التواصل غير اللفظي.
- قصور في الحركات الدقيقة .

2. أوجه الاختلاف : وتتمثل في النقط التالية:

- التمييز الرئيسي بين اضطراب متلازمة "اسبيرجر" و طيف التوحد هي معايير خاصة بالتخلف اللغوي، وسوء التوظيف، والتأخر اللغوي هو مطلب عند اضطراب "اسبيرجر" . و لكن الإعاقة اللغوية هي مظهر رئيسي في اضطراب طيف التوحد ، و التأخر العام الدال في اللغة هو معيار نهائي في تشخيص اضطراب "اسبيرجر" إلا إن بعض أشكال التأخر في اكتساب اللغة شوهد لدى أكثر من ثلث العينات الإكلينيكية.
- الدراسات التي أجريت على العوامل الجينية لدى التوحديين إلى حد كبير مؤثرة وواضحة ، أما الدراسات التي أجريت على العوامل الجينية لدى الأسبرجر فهي اقل وضوحا كما أنها نادرة ، و بالرغم من ذلك تتوفر مؤشرات قوية تؤكد على دور الوراثة في حدوث كلا الإضطرابين.
- إن الأطفال في سن المدرسة الذين يعانون من اضطراب "اسبرجر" لا يتشابهون مع أولئك المصابين باضطراب طيف التوحد فهم في العادة لديهم القدرة على الأداء الجيد .
- يكون معدل الذكاء اللفظي لدى الطفل التوحدي اقل معدل غير اللفظي بكثير و يكون في الغالب كبيرا ، بينما في حالات "اسبر جر" يكون معدل الذكاء اللفظي مساويا أو مقاربا لمعدل الذكاء غير اللفظي .
- يحدث اضطراب طيف التوحد في خلال الثلاث سنوات الأولى من العمر ، بينما تظهر أعراض متلازمة الأسبرجر متأخرة بين 4-6 ، و أحيانا بعد ذلك ، و في حالات أخرى قد لا تظهر حتى يدخل الطفل في مرحلة المراهقة.

– الطفل التوحدي يمشي مبكرا ، و قدرته على الكلام تتأخر أو تكون غائبة ، بينما يمشي طفل متلازمة الأسبرجر في وقت متأخر ، و يتكلم مبكرا.

– لا يوجد تواصل بالعين بالآخرين لدى التوحدي ، بينما التواصل عن طريق العين بالاخرين يتهرب منه طفل متلازمة اسبرجر أو يتجنبه.

– الحركات النمطية تكون أكثر تكرارا لدى طفل التوحدي بينما تكون اقل تكرارا بدرجة دالة لدى طفل الاسبرجر.

و التمييز الواضح بين اضطراب طيف التوحد و الاسبرجر يبدو مستحيلا ، و يكون من غير المعقول أن نستعبد محاولة التفريق بين كلا الاضطرابين فقد أشار تاسي إلى أهم الملامح التالية الأكثر وضوحا و تميزا في متلازمة الاسبرجر عنه في متلازمة اضطراب طيف التوحد على النحو التالي :

– الحديث و القراءة و الرسم منصة في موضوعات العنف و الموت .
– المزاج يكون بسهولة محبطا مع نوبات غضب .
– حالة صحية متدنية .
– غير واعي بإعاقته.
– متحذلق في كلامه.
– يحب أخبار الناس عن معارفه .

5– اضطراب طيف التوحد – متلازمة الريت Rytt:

متلازمة ريت Rytt عبارة عن اضطراب عصبي معقد يصيب البنات و تظهر أثناء الميلاد و تصبح أكثر وضوحا في الستة الثانية من العمر ، و يلاحظ فيها فقدان حركات اليد الموجهة أو الهادفة ، و تحل محلها حركات رتيبة متكررة تشمل لدى اليد ، والتصفيق ، والأفراد ذو متلازمة ريت يصابون بإعاقات متعددة عميقة و يتطلبون مساندة طوال حياتهم ، و تتراوح معدلات انتشارها لدى بنت واحدة 10000 و تشخيص هذه المتلازمة من خلال المسح الجيني .

و فيما يلي أهم الفروقات المميزة بين الريت Rytt و اضطراب طيف التوحد :

– يحدث اضطراب ريت عند الإناث ،ويكون متضمنا في الاضطرابات النمائية الشاملة و يبنى على التشابه مع اضطراب طيف التوحد في العجز أو صعوبات في التفاعل الاجتماعي و اللغوي ، إلا أنها تميل إلى أن تكون عابرة و قصيرة الأجل .

– التشخيص الفار في اضطراب ريت يبنى على طبيعة الانحدار النمائي و الذي يتضمن التأخر في النضج .

- حدوث ضمور في العضلات الفقرية مع عجز حركي شديد و تشنج شديد يصيب الأطراف السفلية أكثر من الأطراف العلوية يؤدي إلى فقدان القدرة على الحركة و المشي للحالات المصابة بزلة ريت بعكس حالات اضطراب طيف التوحد فلا تظهر عليها هذه الأعراض.
- يرتبط ريت بحالات التخلف العقلي الشديد أو العميق أما نسبة الشيوع فهي غير محدودة ، إلا انه يبدو إن الاضطراب اقل شيوعا من اضطراب طيف التوحد .
- حدوث تشنجات للمصابين أثناء الطفولة المبكرة و المتوسطة ، و حدوث نوبات صرعيه في معظم الحالات قبل عمر ثمانية سنوات ، أما التوحد فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن حوالي 4 – 22 %من التوحديين سوف تحدث لهم نوبات صرعيه عظمى في وقت ما من حياتهم ، و خاصة في مرحلة البلوغ.

6- اضطراب طيف التوحد و اضطراب الطفولة التحللي أو التفككي :

يتميز اضطراب الطفولة التفككي بفترة من النمو السري في السنتين أو الثلاث سنوات الأولى من العمر، وعندئذ يفقد الطفل المهارات المكتسبة سابقا في عمر عشر سنوات .و يبدأ التراجع أو التحلل بشكل واضح في المهارات التالية :

- فقدان القدرات اللغوية و القدرة على بدء او مواصلة الحديث.
- فقدان ما كان قد تم اكتسابه من مهارات اجتماعية ، و حدوث اضطرابات في السلوك التوافقي.
- فقدان العديد من القدرات الحركية.
- فقدان الاهتمام أو المشاركة في اللعب مع الآخرين.
- فقدان تدريجي لمهارات رعاية الذات ، و فقدان الاهتمام بالبيئة المحيطة .

7- اضطراب طيف التوحد و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد:

الاضطراب النمائي الشامل غير محدد يكون غالبا توحدا شاذا ، و تستخدم هذه اللغة حين يظهر الارتقاء غير الطبيعي لأول مرة بعد عمر الثلاث سنوات ، أو غياب ما يكفي من العلامات غير الطبيعية في واحدة أو اثنين من المناطق المرضية النفسية الثلاث الضرورية كلها لتشخيص اضطراب طيف التوحد ألا و هي التفاعلات الاجتماعية المتبادلة ، التواصل و السلوك المحدد النمطي المتكرر ، و ذلك على الرغم من وجود اختلالات مميزة أخرى في منطقة من مناطق أخرى ، و ينشأ التوحد اللانمطي غالبا في الأفراد ذوي التخلف العقلي الشديد.

8- اضطراب طيف التوحد و متلازمة الكروموزوم الهشX:

يشير اورنس Arous إلى أن هذه المتلازمة عبارة عن اضطراب جيني في الكروموزوم الجيني Xو هؤلاء الأطفال لديهم تخلف عقلي بسيط أو متوسط ، و لديهم استجابات حركية تكرارية و حساسية مفرطة للصوت المرتفع و ضعف في الاتصال البصري بالآخرين ، و الحركات الاشارية و الجسمية الغريبة و عض الأيدي ، و مشاكل سلوكية أخرى ، و تأخر في النمو اللغوي ، و للتمييز بين التوحد و متلازمة اكس X تكمن في المواصفات الجسمية غالبا فهم ذوي جبهة عريضة و عالية ، و عيون ساكنة و أذنين كبيرتين و وجه طويل و قدمين مسطحتين و أحيانا صمامات قلب غير عادية نسبيا .

9- اضطراب طيف التوحد و اضطرابات اللغة النمائية :

يقصد باضطرابات اللغة تلك الاضطرابات اللغوية المتعلقة باللغة نفسها من حيث زمن ظهورها ، أو تأخرها أو سوء تركيبها من حيث معناها و قواعدها ، أو صعوبة قراءتها أو كتابتها ، و تعرف الرابطة الأمريكية للكلام و اللغة و السمع اضطرابات اللغة كما يلي: " هو خلل في تطور أو فهم استخدام الرموز المحكية ز المكتوبة للغة و يشمل الاضطراب احد الجوانب اللغوية التالية أو جميعها :

- شكل اللغة (الأصوات ، التراكيب ، القواعد)
- محتوى اللغة (المعنى)
- وظيفة اللغة (الاستخدام الاجتماعي للغة)

و من أهم مظاهر اضطرابات اللغة النمائية :

- تأخر ظهور اللغة حيث لا تظهر الكلمة الأولى للطفل في العمر الطبيعي لظهورها.
- لا يستطيع الطفل أن يعبر نفسه لفظيا بطريقة مفهومة.

ولتمييز بين اضطراب اللغة ألنمائي واضطراب طيف التوحد، فإن التشخيص يجب أن يقدر السلوكيات الاجتماعية و الأنشطة التخيلية، ومهارات التواصل بشكل خاص قدرات التواصل الغير اللفظي مثل : الإيماءات وتعبيرات الوجه وجوانب التواصل الأخرى .

فالأطفال المصابون بالاضطرابات اللغوية عندما يفشلون في استخدام اللغة بوصفها وسيلة للتواصل مع الآخرين ، يلجأ ون إلى الإيماءات و تعبيرات و تعبيرات الوجه و مفاهيم و رموز أخرى ، فيما يعمد أطفال صيف التوحد إلى إعادة الكلام ، لاسيما المفردات الأخيرة منها ، و لهذا تعد القابلية على التعلم و التعامل مع الرموز الفارق الرئيسي بين المجموعتين.

ويمكن للمختصين تشخيص اضطرابات اللغة لان الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب فقط ليست لديهم مشكلة في الاستجابة للمثيرات الحسية كما هو الحال لدى الأطفال التوحديين.

10- اضطراب طيف التوحد و اضطرابات السمع و البصر :

تشمل الإعاقة السمعية على كل من الصمم و الضعف السمعي، و الأصم هو الشخص الذي يعاني من فقدان سمعي يزيد عن 90 db . أما الشخص ضعيف السمع هو الذي يتراوح مدى الفقدان السمعي لديه 25 – 90 db .

وتشمل الإعاقة البصرية على مجموعة المعوقين بصريا كليا ، ومجموعة المعوقين بصريا جزئيا و هي تلك المجموعة التي تستطيع أن تقر أ و تكتب الكلمات المكتوبة بحروف مكبرة أو باستخدام النظارة الطبية أو أية وسيلة تكبير، ويظهر الأطفال المعوق ون بصريا بعض السلوكيات الدالة على الاستثارة الذاتية و الحركات النمطية وهم في ذلك يشبهون ما يقوم به الأطفال التوحديون للمثيرات البصرية قد تشير إلى إصابتهم بالتوحد.

وفي ما يلي أهم الفروقات الموجودة بين اضطراب طيف التوحد و اضطرابات السمع و البصر:

التوحد	اضطرابات السمع والبصر
• السلوكيات مثل : الانسحاب الاجتماعي و الانزعاج من تغير الروتين تظهر على التوحديين ، و لكنها تعد أولية و أساسية .	• تعد ثانوية مع إمكانية ظهور تلك السلوكيات لدى الأطفال الصم .
• معظم الأطفال التوحديين ليسو مماء، و يظهرون استثارة ذاتية ، و حركات نمطية،كما أن اضطرابات طيف التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى توحد في أول انطباع.	• يمكن أن يظهر الأطفال المكفوفين أو ضعاف النظرمثل ذلك.
• معظم الأطفال التوحديين ليسو مماء، و يظهرون استثارة ذاتية ، و حركات نمطية،كما أن اضطرابات طيف التوحد في الاستجابة إلى المثيرات البصرية يمكن أن تشير إلى توحد في أول انطباع.	• يمكن أن يظهر الأطفال المكفوفين أو ضعاف النظرمثل ذلك.
• يبدي الطفل التوحدي قصورا واضحا في قدرته على التواصل غير اللفظي.	• الطفل الأصم أكثر قدرة على التواصل غير اللفظي مع الاخرين