

07- موازنة الفحص النفسي الإكلينيكي و الفحوصات المتخصصة في تشخيص

اضطراب التوحد " تقديم حالة ".

أ. بومعزة فتيحة / جامعة سطيف 2

د. حافري زهية غنية / جامعة سطيف 2

ملخص:

يحتاج تشخيص مرض التوحد إلى تضافر مجهود العديد من المتدخلين المتخصصين، حيث يأخذ بعين الاعتبار جميع التوجهات العلمية بغية الإحاطة بجوانب الاضطراب. كما أن جميع المهنيين في مجال التوحد يدركون أهمية التقييم الشامل، أو حتى عملية التقييم المستمر طوال حياة الطفل. وبالتالي فإن الممارسات المتعددة التخصصات ضرورية أكثر من أي وقت مضى لنجاح دمج التدخلات التي تركز على احتياجات الطفل وأسرته .

على هذا الأساس يشكل الفحص النفسي الإكلينيكي جزءاً مكملًا، يوازي من حيث الأهمية باقي أجزاء الفحص المتداخلة في عملية التشخيص (الفحص الطبي المتخصص، الفحص الارطفوني، الفحص العصبي...). وهو ما نحاول إبرازه في هذا الموضوع من خلال التطرق إلى الخطوات التي يمر بها الفحص الإكلينيكي، بما في ذلك الإشارة إلى الوسائل والاختبارات النفسية المساعدة (Le CARS, L'ADI, L'ADOS-G) التي تم تطبيقها مع الحالة.

مقدمة:

إن الإصابة بالتوحد ليس بالأمر الهين، وإعلام الوالدين بطبيعة الاضطراب ومدى خطورته من حيث التكفل والعلاج في ظل السياسات المطبقة في المجتمع المحلي أمر أكثر صعوبة بالنسبة للمختص الذي يتكفل بالعملية، لذا فإن تكامل أوجه التدخل العامة المتوفرة في المؤسسات ولدى المختصين الممارسين تتطلب مهارات بالغة وإمكانيات علمية معمقة، حتى نتجنب الصدمات التي يتعرض لها الأولياء والتي تنعكس سلبا على برنامج التكفل. لأن التصريح بالاضطراب يعني الحكم على الطفل والأولياء معا بالإعدام.

لذا من الضروري أن تتم هذه العملية تحت إشراف فريق متعدد التخصصات يتبنى عملية التشخيص الدقيق، ومن ثم التوجيه الصحيح لأساليب التكفل والعلاج المتاحة

مدخل مفاهيمي

التوحد أو الذاتوية:

إن تحديد مفهوم واضح للذاتوية من خلال هذا الطرح لا يعتبر من الأهمية بمكانة. لكن الوقوف على تعريف واضح ودقيق لها هو من الحتميات التي ينبغي على المختصين الممارسين معرفتها معرفة دقيقة.

فإن يكون التوحد أو الذاتوية مرضا عقليا، ذهانا أو إعاقة، أو يعتبر اضطراب عضوي أو نفسي المنشأ. واضطراب في النمو أو اضطراب ذاتوي، وبين أن يأخذ على أنه فصام أو نوع من أنواع الذهان (Frayssinet.M, 2012) ، وأخيرا إن كان مرضا أو تناذرا حقيقة يصعب الارتكاز عليها خلال آلية التشخيص.

لهذه الأسباب اخذ هذا المفهوم في بداياته مأخذ الفصام، وقام Eugène Bleuler (1911) بوصف أعراض الانعزال والانسحاب الاجتماعي الشديد لدى المصابين بالتوحد. لتضع بعده Mélanie Klein (1920-1940) آليات علاجية بعد متابعة مستمرة لمجموعة من الأطفال.

وفي سنة 1943 أطلق Leo Kanner لأول مرة مصطلح الاضطرابات الذاتية للتواصل العاطفي، بعد دراسة 11 حالة من الأطفال. حيث قام بتصنيف الأعراض تحت أربعة محاور أساسية، لا تزال التصنيفات الحالية تعتمد عليها إلى حد بعيد. وتمثلت هذه الأعراض في:

- الانسحاب الذاتي Le retrait autistique
- المحافظة على التماثل Le besoin d'immuabilité
- النمطية و التكرارية Les stéréotypies
- اضطرابات في اللغة (تأخر في اكتساب اللغة واستعمال غير تواصلية) (Les troubles du langage, Clémence, 2010)

ويعتبر التوحد من الاضطرابات المزمنة التي تمس النمو بصورة عامة، ويشمل العديد من الأنواع حسب الدرجة وشدة الأعراض. لكنه يصب في مجمله في جملة من الأعراض يمكن الإشارة إليها في الجدول العيادي التالي:

- غرابة في السلوك
- غياب أو اضطراب كل أشكال التواصل (كلام، لغة، إيماءات)، بما في ذلك غياب التقليد والمبادرة.
- الانسحاب التوحدي، الانعزال واللامبالاة.
- البحث عن التماثل، مقاومة التغير، والتركيز على النشاطات الروتينية.
- النمطية (تكرار الحركات والنشاطات، تكرار أصوات معينة، أو مصاداة كلامية).
- الاهتمام الشديد ببعض الأجزاء أو التفاصيل.
- اضطرابات عامة في التنظيمية المعرفية، في الإدراك، في تعلم اللغة، الحسحركية، المهارات الفكرية، مشكلات الاطراح، السيرة الغذائية، والاجتماعية). (Canoui, et All, 1994)

وقد تم تصنيف الاضطراب (طيف التوحد حالياً) في فئة الاضطرابات العصبية – النمائية ضمن الفئات التشخيصية المتضمنة في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.

-تعريف جمعية الطب النفسي الأمريكية DSM-4 للتوحد: هو جملة الاضطرابات النمائية الشاملة والتي تضم تحت مظلتها الاضطرابات المتمثلة في كل من :

- اضطراب التوحد (Autism Disorder).
 - متلازمة أسبرجر (Asperger's Syndrome).
 - متلازمة ريت (Rett's Syndrome).
 - اضطراب الإنتكاس الطفولي (Childhood Disintegrative Disorder-CDD).
 - الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة/ التوحد غير النمطي (Atypical Autism).
- نفس التصنيف نجده في الطبعة الرابعة المراجعة (DSM-4-TR). (الزراع، 2010، 27).

-تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM-5 لطيف التوحد :

-اضطراب طيف التوحد (Autism Spectrum Disorder) هو عجز ثابت في التواصل و التفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ من خلال مايلي (الأمثلة توضيحية وليست شاملة):

1- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يظهر مثلاً من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ و الرد في المحادثة، إلى تدني في المشاركة بالاهتمامات، و العواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

2- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، تتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي و غير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري و لغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، الو انعدام تام للتعبير الوجهية و التواصل غير اللفظي.

3- العجز في تطوير العلاقات و المحافظة عليها و فهمها، يتراوح مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، الو صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

- أنماط متكررة محددة من السلوك، و الاهتمامات، و الأنشطة و ذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ.....

- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي اقدارات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).

- تسبب الأعراض تدنياً سرسرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي و المهني الحالي، أو في غيرها من النواحي المهمة.

- لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل من الإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد يحدثان معاً في كثير من الأحيان، و لوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية و اضطراب طيف التوحد، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

ملاحظة: الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب التوحد، و اضطراب اسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد. أما الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي، ولكن أعراضهم لا تلبي المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (العملي). (الحمادي، 2016، ص 28-29).

ملاحظة: يستند تحديد شدة اضطراب طيف التوحد على ضعف التواصل الاجتماعي و أنماط السلوك المحددة، المتكررة كما يوضحه الجدول الموالي:

قائمة درجات الشدة لاضطراب طيف التوحد: (نفس المرجع السابق، ص 30)

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	السلوكيات النمطية المتكررة
المستوى 3 يحتاج لدعم كبير جدا	عجز شديد في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي مسببا تدنيا شديدا في الأداء، مع بدء محدود جدا للتفاعل الاجتماعي، مع أقل الاستجابات لاستهلاالات الغير، مثلا شخص لديه كمية قليلة من الكلام الواضح والذي نادرا ما يبدأ التفاعلات وإذا فعل ذلك فإنه يعتمد مقاربات غير مألوفة لتلبية الاحتياجات فقط و للاستجابة للمقاربات الاجتماعية المباشرة بشدة فقط.	انعدام المرونة في السلوك، و صعوبة شديدة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/ المتكررة تتداخل بوضوح مع الأداء في جميع النواحي. إحباط/ صعوبة كبيرة لتغيير التركيز أو الفعل.
المستوى 2 يحتاج لدعم كبير	عجز واضح في مهارات التواصل اللفظي والغير لفظي، الاختلالات الاجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم في المكان، مع بدء محدود للتفاعل الاجتماعي مع استجابات منقوصة أو شاذة لاستهلاالات الغير فمثلا شخص يتكلم جملا بسيطة وتفاعلاته محدودة باهتمامات ضيقة، و لديه تواصل غير لفظي غريب.	انعدام المرونة في السلوك، و صعوبة في التأقلم مع التغيير، أو أن السلوكيات النمطية/ المتكررة تظهر بتكرار كاف ليبدو ظاهرا للمراقب الخارجي و تتداخل بالأداء في العديد من السياقات. إحباط/ صعوبة لتغيير التركيز أو الفعل.
المستوى 1 يحتاج للدعم	من دون الدعم في المكان فالعجز في التواصل الاجتماعي يسبب تدنيا ملحوظا. صعوبة بدء التفاعلات الاجتماعية مع أمثلة واضحة للاستجابات غير ناجحة أو غير المعتادة لاستهلاالات الغير، وقد يبدو انخفاض الإهتمام بالتفاعلات الاجتماعية، فمثلا شخص لديه القدرة على الكلام بجمال كاملة قد ينخرط، و محاولاته لتكوين أصدقاء تكون غريبة و غير ناجحة عادة.	انعدام المرونة يسبب تداخلا واضحا مع الأداء في واحدة من السياقات. صعوبة التغيير بين الأنشطة. مشاكل التنظيم و التخطيط تعرقل الإستقلالية.

1- الطريقة العيادية والياتها:

القيام بالفحص النفسي خطوة تعكس وجه الممارسة النفسانية التطبيقية، والتمكن من وسائل الفحص وحسن انتقائها يظهر مدى فعالية عملية التقييم من طرف المختص.

إذن فعملية الفحص عبارة عن عملية تقييم عامة وشاملة لكل أبعاد الشخصية (الأبعاد الانفعالية، العلائقية، المعرفية، السلوكية....والجسمية). بهدف دراستها والوقوف على وجه الاختلال أو الاضطراب الذي مسها في فترة محددة من الحياة. الأمر الذي يتطلب متابعة مستمرة، تتشكل من خلال الوسائل المتاحة للمختص في علم النفس العيادي،

وتسمح له بإجراء قياس عميق ودقيق يوازي في نتائجه دقة الفحوصات الأخرى. من هنا يأخذ الفحص النفسي في صياغة أهدافه شكلين أساسيين:

1- الشكل التشخيصي: وهو أول محطة يتوقف عندها الفحص، بعد القيام بالكشف عن أسباب الاضطراب وترجمتها في بعدها الكمي (من خلال نتائج الاختبارات) والكيفي (من خلال معطيات الملاحظة والمقابلة) إلى أعراض ذات دلالات عيادية. يتحدد على إثرها الشكل الثاني لعملية الفحص.

2- الشكل العلاجي: والذي يبني من خلاله المختص مشروع علاجي، انطلاقاً من متغير التشخيص، حيث تتم عملية الربط بين نوع الاضطراب والعلاج النفسي المناسب له مع مراعاة خصوصية المفحوص، بما في ذلك: السن والعوامل الاجتماعية والثقافية، كذلك شدة ونوعية الاضطراب، إذا فالمشروع العلاجي " يستجيب لمتطلبات مرجعية تتعلق بخصوصية المفحوص، مع الأخذ بعين الاعتبار كلية الوضعية الراهنة، دينامية الاضطراب ومنشأه" (Chahraoui.K, Bénony.H, 2003, p11)

وفي هذا السياق يحكم على الممارسة العيادية بأنها متعددة، بتعدد مجالات التدخل، المقاربات المنهجية والنظرية. ولا يمكن تعريف المجال العيادي دون الرجوع إلى منطلقات مختلفة صنفها كل من Chahraoui و Bénony (2003) إلى:

- هدف معرفي يتعلق بالمفحوص، لا يمكن حصره في مستوى واحد. بل يتطلب الأمر تبني منهجية فحص واضحة تشمل في طياتها العديد من النماذج النظرية، كون النموذج الواحد عاجز عن تغطية كل مستويات السلوك الإنساني.
- مجال ممارسة عيادية مهنية يعتمد على عمليات تقييم وتدخلات نفسية، وأشكال مختلفة من الطرائق العلاجية.
- تعقد الطريقة العيادية من حيث الأدوات والوسائل التي يلجأ إليها الفحص (ملاحظة، اختبارات، سلاليم عيادية، مقابلة....)

إن عمل المختص متفرع كتعدد المقاربة العيادية. حيث يبرز دوره من خلال استخدامه لوسائل متعددة تسمح له بالوقوف على خصائص وسمات الفرد، وتحديد أوجه الاضطراب ومدى الاختلال الذي يمس إحدى الوظائف البنيوية لديه، ومن أبرز هذه الوسائل لدينا:

الاختبارات النفسية وهي وسيلة قياس مقننة يلجأ إليها المختص لقياس إما سمة محددة في شخصية الفرد (كالذكاء) أو لإبراز مميزات الشخصية كلية (كالصراع والدفاعات والميول والدوافع.....)، ولقد عرف Huteau و Lautrey (1997) الاختبار على أنه " عبارة عن مادة ملاحظة موجه للأفراد، " يتميز بأربعة خصائص:

- مقنن.
- يسمح بتقييم مميزات فرد ما مع مجموعة مرجعية.
- دقة القياس الذي يسمح بالتقييم (الصدق).
- 4. المعنى النظري أو التطبيقي المحدد (الثبات) (Chartier.P, Loarer.E,sans)

من هما كانت الاختبارات عبارة من مجموعة منظمة من المثيرات أعدت لتقيس بطريقة كمية بعض العمليات العقلية أو سمات معينة في الشخصية يستخدمها المختص النفسي في عمليات تقدير إمكانيات الفرد، وفي عملية التشخيص والتنبؤ والتوجيه والإرشاد. (عباس، 1996)

وبالرغم من كونها كذلك إلا أنها تبقى قاصرة عن إعطاء تقييم شامل عن مميزات الفرد خصوصا إذا ما تعلق الأمر بالوضعيات العيادية البحثية، حيث تتطلب وضعية الفحص مثلا الإلمام بقدر واسع من المعلومات حول المفحوص. والوقوف على أسباب المشكلة الراهنة وربطها بالماضي، والتنبؤ بتطورها مستقبلا ونوعية العلاج الذي تتطلبه، هنا ينبغي على المختص في تدخل شامل كهذا أن يستند إلى طرق ووسائل أخرى تتيح له الحصول على نوعية المعطيات كهذه. وعليه تعتبر:

- **المقابلة :** هي أداة تواصل محددة، يقوم بها المختص العيادي بالاعتماد على شبكة أسئلة وقراءات نظرية كامنة، من أجل الاستجابة إلى طلب أو حاجة فرد أو مجموعة من الأفراد (عائلة، مؤسسة) وينتظر أن يقدم المختص مهارات معينة داخل إطار علاقة ذاتية مختص- مفحوص، تتمثل في:

▪ قدرته على فهم التوظيف النفسي (العادي والمرضي) ضمن إطارا نظري متعدد الاتجاهات.

▪ قدرته على بناء علاقة مع المفحوص.

▪ قدرته على تحديد مجال تدخله دون التعدي على مجال التخصصات الأخرى.

والمقابلة في هذا السياق عبارة عن سيرورة معقدة هدفها الأساسي هو البحث عن المعطيات العيادية وإسقاطها على النماذج النظرية التفسيرية، تحديد التشخيص وصياغة بعض الأهداف العلاجية.(Chabrier, 2010)

ويميل الأخصائي في التعامل مع أغلب الحالات إلى المزاوجة بين أداتي المقابلة والملاحظة، نظرا لكون التقييم الذي تبنى عليه مدلولات المقابلة كوسيلة عيادية بالغة التعقيد لا يتم إلا من خلال الاستعانة بعملية الربط بين السلوك الملاحظ (حركات الجسم، إيماءات، لغة أو غيرها من طرق التعبير الإنساني) ، والتفسير النوعي للمدلول العيادي للمعطيات.

إن الهدف من الملاحظة ليس تسجيل الظواهر تسجيلاً أصمًا، بل على العكس من ذلك فهي تعتبر أن المعطيات سواء كانت كمية أو نوعية المتعلقة بالظواهر السلوكية، اللغوية، الانفعالية والمعرفية ذات معنى، لا يمكن استخلاصه إلا بإدراجها ضمن دينامية نفسية خاصة بالفرد، وبتاريخه، لذا فهي أداة أساسية في وضعيات التفاعل الدينامي (مختص- مفحوص، مختص- أولياء-طفل،...) حيث يصعب التدخل بالاعتماد فقط على آليتي المقابلة والاختبارات. (Chahraoui, 2003)

والملاحظة في علم النفس المرضي هي عبارة عن مقارنة نوعية من خلال الآليات التي تقوم عليها (الإنصات، التصنيف، التحليل)، وتسمح للأخصائي النفسي بتقاسم لغة مشتركة مع المفحوص أثناء اللقاءات اليومية. حيث تفسح المجال أمام الرغبات، الصراعات، الدوافع والميول للبروز بسبب الخاصية العلائقية التي تجمع بينهما. وهي كذلك ذات بعد أخلاقي منهجي مشروط بالتزام المختص بالموضوعية والحيادية التامة. إذا فهي " ملاحظة عيادية علائقية" كما أطلق عليها كل من Kohn و Nègre (Ciccone, 1998) تختلف تماما عن الملاحظة الموجهة المدمجة في دراسة الحالة المستوحاة من النموذج الطبي الذي يهدف إلى التشخيص، التنبؤ والتقييم لحظة ظهور الاضطراب.

إن كفاءة المختص النفسي مرتبطة ارتباطا وثيقا بتمكنه من أدوات الفحص، ونجاعة هذا الأخير تتوقف على نتائج التقييم التي يتوصل إليها، وخلاصة الأمر أن مصداقية الفحص ومآله يتعلق بصحة الاستنتاجات العيادية أو ما يسعى بالتشخيص الذي يتوصل إليه. فكل العمليات التي تجري داخل هذا الإطار من تحليل وتأويل وإسقاط واستنتاج إنما هي خاضعة في نهاية الأمر لعملية المقارنة، وبالتالي فإن طبيعة وخصوصية الفحص لا تغنيه عن السند أو الدعم المتمثل في

الفحوصات الخارجية المتخصصة حتى لا يبقى هناك شك في صحة التشخيص، خصوصا إذا ما تعلق الأمر باضطرابات ذات جداول عيادية متداخلة كالتوحد مثلا.

ويتباين التشخيص في بعدين أساسيين، أولهما تقييم البنية النفسية في وضعيتها الراهنة، وثانيها يتمثل في البعد التنبؤي من خلال تقييم دينامية التوظيف النفسي وتطوره.

فأما بعده الأول فهو عبارة عن عملية استنتاج الأعراض وتصنيفها ضمن أنظمة التصنيف العالمية، وهو الفعل المستوحى من تقاليد الطب عامة والطب العقلي على وجه الخصوص، حيث يطلق عليه تسمية التشخيص الإيجابي كونه استطاع إيجاد خانة تصنيفية للأعراض تحت مسمى مرضي محدد. أما البعد الثاني فيسمى بالتشخيص الفارقي، لتجاوزه التداخل في الأعراض من خلال حذف الحالات المرضية المشابهة والتفرد بتشخيص دقيق ومحدد.

II- الإجراءات التطبيقية

سيرورة الفحص الإكلينيكي لاضطراب الذاتوية من طرف المختص النفسي:

تقوم عملية الفحص على آلية التقييم، حيث يركز نشاط المختص من خلال تطبيق الأدوات اللازمة على تحديد مميزات الفرد مهما اختلف سن المفحوص. لكن العمل مع فئة الأطفال له صبغة خاصة مرتبطة بمميزات مرجعية ينبغي مراعاتها عند البدء بالإجراءات التطبيقية:

- عامل السن الذي ينجر عنه الوعي بالمشكلة، وتقديم طلب مباشر للمساعدة.
- خصوصية مرحلة الطفولة من ناحية النمو النفسي ومفهوم النضج.
- صعوبة الاتصال المباشر مع الطفل في إطار المقابلة، بالأخص في حالة التوحد.
- تعدد التدخلات، والاستعانة بالأولياء والإخوة، وإن تطلب الأمر الأصدقاء والمعلمين أو المشرفين على الطفل.
- الدقة والحساسية الشديدة في اختيار أدوات القياس.
- صعوبة حصر الأعراض بالموازاة مع التغيرات التي ترافق سرعة النمو خلال الطفولة.

لكن بالرغم من كل ذلك تبقى مسؤولية إجراء الفحص من طرف المختص قائمة، بل ويطلب منه في حالات كثيرة سرعة التدخل والقيام بالإجراءات اللازمة. وفي مثل حالات الإصابة بالتوحد فإن المسؤولية تتفاقم نظرا لافتقار المؤسسات المتخصصة لشروط إجراء الفحص وتنعدم أدوات القياس في البعض الآخر منها. إذا كيف تتم عملية الفحص مع حالات التوحد؟

المقابلة مع الأولياء

يبدأ الأولياء بالقلق على صحة الطفل عند الانتباه لبعض البوادر المرضية، وفي أغلب الحالات يتوجهون مباشرة نحو طبيب العائلة أو المختص في طب الأطفال للاستشارة. وفي حالات نادرة نحو أخصائي نفسي أو أخصائي تخاطب. فان كان سن الطفل لا يزال صغيرا فان كل هؤلاء المختصين يعملون على طمأنت الأولياء بالنظر إلى سن المبكرة للطفل وعدم وضوح الأعراض. كما يطالبون بفترة من الملاحظة المستمرة لسلوك هذا الأخير لكون البعض منها يختفي تدريجيا لارتباطها بمتغيرات بيئية مكتسبة. لكن واقع الأمر يمكن أن يكون عكس ما هو متوقع، لذا فان الإشارة إلى أهم الأعراض الأولية التي تستدعي سرعة القيام بإجراءات الفحص من أجل التشخيص المبكر تصبح أمرا مصيريا، وهنا تجدر الإشارة إلى بعض الأعراض التي تتطلب التدخل المباشر وهي:

- مناغاة محدودة، غير متجانسة أو غائبة في سن 12 شهر.

- سلوك محدود، غير متجانس أو غائب في سن 12 شهر (إمساك شيء بأصابع اليد، أو إلقاء التحية باليد).
- غياب الاستجابة عند مناداته باسمه في سن 12 شهر.
- غياب كلي للكلمات في سن 16 شهر.
- غياب الربط التلقائي أو الربط الغير متجانس لكلمتين في سن 24 شهر (بدون الحديث عن المصاداة الكلامية أو التكرار).
- فقدان أو نكوص للقدرة اللغوية أو الاجتماعية. (Desjardins et al, 2012)

يعمل المختص على جمع المعلومات حول تاريخ الحالة بالاستعانة بالأولياء، فيسأل عن مرحلة ما قبل الولادة وأثناءها وما بعدها، ويسجل كل ملاحظات الوالدين حول الطفل خلال مراحل نموه، ومن بين الاستجابات الشائعة عندهما نجد:

- طفلي لا يستجيب عند مناداته باسمه، بالرغم من حساسيته الشديدة للأصوات.
- طفلي يرفض الاحتكاك الجسدي والمعانقة.
- طفلي لا يضحك بسهولة، ولا يندمج في اللعب مع الأطفال الآخرين خلال الزيارات العائلية.
- طفلي يقلق كثيراً عند تغييره لمكان نموه.

في اغلب الأحيان ينتبه الوالدين إلى الاضطرابات التي تظهر في سلوك الطفل ويكون أول من يبحث عن التفسير. حينها يلجأ المختص للتساؤل حول السوابق المرضية العائلية (تأخر عقلي، اضطرابات لغوية)، والتعمق أكثر في المعلومات حول مؤشرات النمو لدى الطفل العادي.

الملاحظة المباشرة لسلوك الطفل خلال جلسة الفحص:

يستعين المختص النفسي بأداة الملاحظة لجمع المعلومات المباشرة حول سلوك الطفل عند تواجده رفقة والديه خلال الفحص، ويقوم بتسجيل المعطيات المتعلقة بـ:

- نوعية وطبيعة التفاعلات العلائقية بين الطفل ووالديه.
- القدرة اللغوية والقدرة على التواصل معهما.
- مستوى التوافق في بعض الاستجابات.

كما يستطيع المختص استغلال انشغال الطفل باللعب أو ببعض النشاطات خلال جلسات الفحص ويقوم بتدوين الملاحظات.

تشخيص اضطراب التوحد:

يعتبر التشخيص بالنسبة لاضطراب التوحد من بين أهم الخطوات التي يقوم بها أي مختص، لانه البوابة التي تسمح لنا بفهم حقيقة وطبيعة الاضطراب الذي يعاني منه أي طفل، وحتى إمكانية تحديد الأعراض وكذا درجة الاضطراب. كل هذا من شأنه أن يسهل علينا بناء الخطة العلاجية التي تتناسب مع حالة دون الأخرى، و التالي تغطية كفايات و حاجيات تلك الحالة.

يستخدم الإكلينيكيون معايير مختلفة و أدوات تشخيصية مختلفة، فقد يستخدم بعضهم DSM4 أو ICD-10، و قد يستخدم آخرون المعايير التي قام "كانر" بتعريفها، أو "اسبرجر"، و هناك آخرون يميزون بين الأداء العالي والأداء المنخفض، أو بين التوحد البسيط والمتوسط والشديد. (الصالح و آخرون، 2011، ص.ص: 134-135). و من أدوات القياس الأكثر استخداماً نذكر:

1- المقابلة التشخيصية للتوحد المراجع The Autisme Diagnostic Interview- Révisé ADI- R

وهي عبارة عن مقابلة معيارية طورت كملحق لاضطرابات الطيف التوحدي ASDS، تستغرق مدة تطبيقها حوالي ساعة إلى ساعتين لإكمالها يستعمل بالاستعانة بمقابلة نصف مقننة مع الأولياء، يتضمن ما يلي:

وصف سلوك الطفل الراهن و سلوكه خلال 4 إلى 5 سنوات سابقة، يشمل المستويات التالية:

- نوعية التفاعلات الاجتماعية.
- الاتصال واللغة.
- الاهتمامات.
- السلوك النمطي.
- تنقط الإجابات من 0 إلى 3 حسب شدة الأعراض.
- مصداقية عملية التقييم مرتبطة بمدى الإدراك الوالدي وتذكرهم للاضطرابات خلال النمو.

2- برنامج الملاحظة التشخيصي للتوحد (ADOS): The Autism Diagnostic Observation Schedule: وهو اختبار

نمائي يقوم فيه المختص بالتفاعل مع الطفل لمدة تتراوح بين 20-30 دقيقة، عبارة عن سلم ملاحظات نصف مقنن، يتضمن 4 مقاييس تقابل 4 مستويات لغوية، مختارة حسب السن ومستوى اللغة الاستقبالية.

- ✓ نشاطات تهدف إلى تقييم الطفل في وضعيات تفاعل اجتماعي.
- ✓ تنقط الإجابات من 0 إلى 3 حسب درجة الانحراف.
- ✓ يجب أن يدعم بمقابلة مع الوالدين لتأكيد التشخيص.

3- مقياس تصنيف التوحد في الطفولة (CARS): The Childhood Autism Rating Scale:

هو مقياس تصنيفي يعتمد على مجموعة شاملة من الملاحظات، تتراوح العلامات على المقياس (30-60) مقابلة مع العائلة وملاحظة الطفل. يتم تقييم 14 مجال مضطرب، مع تقييم موضوعي للمستوى العام للاضطراب.

- العلاقات الاجتماعية----- التقليد
- استجابات انفعالية-----توظيف القيم
- استجابات بصرية-----استجابات سمعية
- الذوق، الرائحة، اللمس-----استجابات وطرق الاستيعاب.
- خوف وحصر
- تواصل لفظي-----تواصل غير لفظي
- المستوى المعرفي وتناسق الاستجابات -----مستوى النشاط
- ملاحظات عامة

4- نموذج إي تو E2: وهي قائمة شطب تشخيصية تحتوي على 109 سؤال حول تاريخ الطفل التطوري المبكر....، يرسل النموذج بعد إكماله إلى معهد الأبحاث في سان دييغو، أين يتم إدخاله في قاعدة ضخمة لبيانات الأبحاث و مقارنته مع البيانات التي جمعت سابقا.

5- قائمة شطب السلوك التوحدي (ABC): The Autism Behaviour Checklist: هذه القائمة صيغت على شكل مفردات، وكل مفردة تعبر عن سلوك، وقد تم تصنيفها إلى خمس مجالات..... .

6- الملف النفسي التربوي (PEP): The Psycho Educational Profile: وهو مقياس يتوجب فيه على الطفل القيام بسلسلة من الأنشطة التي تغطي اختبارا للسلوكيات والمهارات المتعلقة بالتوحد، وهو مصمم للتعرف على النماذج التعليمية المتميزة وغير السوية، وهو يقيس سلوك الطفل في مجالات " التقليد، الإدراك، مهارات حركية محددة، مهارات حركية شاملة، تكامل العين واليد، الأداء المعرفي واللفظ المعرفي". إلا أنه هناك أربع مجالات رئيسية من السلوك المتعلقة بتشخيص التوحد وهي "التواصل، اللعب، الاهتمام بالمواد، النماذج الحسية واللغوية".

7- المقابلة التشخيصية للاضطرابات الاجتماعية والاتصال (DISCO): The Diagnostic Interview for Social and Communication Disorder: وهي عبارة عن برنامج مقابلة شبه منظمة يجمع معلومات حول 300 سمة من التطور والسلوك، ويقوم بتسجيل التغيرات النمائية.

8- قائمة شطب التوحد للأطفال في سن المشي (CHAT): The Checklist for Autism In Toddlers: وهي مصممة للتعرف على التوحد في سن 18 شهرا، عن طريق قياس اللعب التظاهري، الإشارات التصريحية الأولية والتحكم بالتحديق، عن طريق تقارير الآباء وملاحظات الممارسين الصحيين ومن خلال الاختبار المباشر.

9- مقياس جيليام لتصنيف التوحد The Gilliam Autism Rating Scale: يحتوي على 56 سلوكا مصنفة إلى أربعة مجالات "سلوكات نمطية، الاتصال، التفاعل الاجتماعي والاضطرابات النمائية". ويستغرق إجراءه من 5-10 دقائق. (الصالح وآخرون، 2011، ص.ص: 135-139).

10- تقييم القدرات العقلية:

خلال تقييم حالات الإصابة بالتوحد يتعين على المختص فحص القدرات العقلية نظرا للاضطرابات التي يمكن أن تصاحب الإصابة بالتوحد، كالتأخر العقلي. أو أن يحدث خلط بينهما كما هو الحال في حالات التأخر العقلي العميق. من هنا وجب فحص القدرات العقلية بالاستعانة باختبارات الذكاء. حاليا ومن بين مؤشرات الفصل بين تناذر اسبرجر Asperger والاضطرابات الذاتية الأخرى هو التأخر العقلي الشديد للنمو المعرفي.

11- تقييم القدرات التكيفية

تقييم المهارات التكيفية لدى الطفل المصاب بالتوحد أمر ضروري، لأن معرفة وتحديد سلوك الطفل في نشاطاته اليومية يعكس بدقة وجود الاضطراب ومدى شدته. وتتمثل المهارات التكيفية في النشاطات اليومية للطفل داخل المنزل وخلال تفاعلاته مع أقرانه، ومنها تلك المتعلقة بالاستقلالية الذاتية والقدرة على العناية الشخصية (تناول الأكل، ارتداء الملابس، الذهاب إلى الحمام، اللعب مع الأقران...).

لذا على المختص تقييم مثل هذه المهارات باستخدام الملاحظة المقتنة أو باستخدام سلال مقيس درجة التكيف لتحديد نوعية الاضطراب وشدته.

12- الاختبارات الطبية المكملة

الفحوصات الخارجية أو الفحص الطبي

بالرغم من التطور العلمي الحاصل في المجال الطبي والتطور السريع لأجهزة الفحص، إلا أن الكشف عن الإصابة بالتوحد يبقى ذو صعوبة بالغة إذا ما تم في أفق ضيق يشمل الفحوصات الطبية فقط. لذا فإن اللجوء إلى الفحوصات المتخصصة خطوة مهمة في حالة ظهور مؤشرات معينة خلال الملاحظة العيادية من طرف الطبيب، ومن بين الفحوصات التي يتم إجراؤها في مثل هذه الحالات:

- التخطيط الكهربائي للدماغ : في بعض الحالات يتم تسجيل ملاحظات تتعلق بوجود تأخر عقلي أو الإصابة بحالات الصرع، التي تعتبر من بين الاضطرابات المرافقة للتوحد، لذا يستوجب الأمر القيام بهذا الفحص للتدقيق في المعطيات وتحديد التشخيص.

- التصوير الإشعاعي الطبي: لا يلجأ الطبيب إلى مثل هذه الفحوصات إلا في حالة التأكد من المؤشرات المرضية (نكوص في النمو، تشنجات...).

- الفحص الجيني: يتم طلب الفحص الجيني في حالة تشخيص التوحد للبحث عن الأسباب الجينية المؤدية للإصابة و السوابق المرضية العائلية (تناذر X fragile مثلا).

في حالة استكمال الفحوصات الطبية اللازمة و المكملة يلجأ المختص إلى جملة من الإجراءات للتكفل بالطفل المتوحد:

- توجيه الطفل رفقة والديه إلى مؤسسات تضمن التكفل وتساهم في سيرورة التشخيص المتعدد التخصصات.

- تقديم الدعم اللازم للطفل والأسرة من خلال العمل على المؤهلات والنقاط الايجابية لدى الطفل وأسرته.

- تقديم المعلومات والتوعية اللازمة حول المرض وطرق وأساليب التكفل المتاحة في محيط الطفل.

غالبا لا يوجد وسائل فحص مقننة تم تكييفها على البيئة الجزائرية، لذا يضطر المختصون التعامل بما هو موجود كاستخدام الاختبارات الأصلية باللغة الأجنبية، مع ترجمة ما يحتاجه لتمرير الاختبار.

تقديم الحالة

الحالة "أ" فتاة تبلغ من العمر 3 سنوات عند أول مقابلة، تقدمت إلى الفحص النفسي رفقة والدتها، تحتل المرتبة الأخيرة بعد ثلاث شقيقات ، الأم متخصصة في مجال الصحة، والأب موظف، الأسرة ذات مستوى معيشي حسن، تقطن خارج ولاية سطيف. ليس هناك أي سوابق مرضية عائلية

خلال المقابلة الأولى صرحت الأم عن قلقها الشديد اتجاه حالة الطفلة على عكس من الوالد الذي كان غير مبالي ويحمل الأم مسؤولية التامة عن وضعية البنت.

- سبب طلب الفحص: تأخر لغوي مع صعوبات في التواصل.

تاريخ الحالة :

-الحمل والولادة:

الحالة "أ" كما سبق القول تحتل الرتبة الرابعة والأخيرة بعد ثلاث شقيقات متمدرسات، تذكر الأمر أنها وبعد الحاح شديد من طرف الزوج وكذا الصديقات قررت الحمل وذلك خوفا من تهديد الزوج لها بإعادة الزواج في حالة أنها

لم ترزق بطفل ذكر. خلال الفترة الأولى من الحمل كان تفكيرها منصب حول جنس الجنين إلى درجة أنها أصبحت تعاني من الأرق وتذبذب في النوم بسبب الكوابيس المزعجة، بالإضافة إلى ضغوط الزوج والعائلة، وعندما حانت اللحظة لإجراء الأشعة، صرحت بأنها عانت من نوبات من الخوف الشديد. بعد القيام بالأمر ذكرت لها صديقتها المختصة التي تتابع حالتها بأنها سوف ترزق ببنت. فكانت الصدمة. أنكرت الأمر، إعادة المختصة الأشعة أكثر من 10 مرات خلال الحمل حتى تتمكن من تغيير جنس الجنين لإرضائها.

بعد إتمام 9 أشهر ولدت الفتاة ولادة قيصرية. (الولادات السابقة كلها قيصرية حيث صرحت الأم أنها فقدت القدرة على الإنجاب)

الرضاعة مختلطة بسبب عمل الأم.

صرحت الأم إن مستوى المعيشة تحسن كثيرا بعد ولادة الحالة لهذا جلبت مربية للمنزل للاهتمام بها، لكن في فترات غياب الأم كانت المربية تقوم بواجبات المنزل تاركة الفتاة أمام شاشة التلفاز لساعات عديدة.

نمو الحالة كان عاديا، الجلوس، نمو الأسنان، المشي وغيرها من مؤشرات النمو، باستثناء النمو اللغوي، حيث لم تستخدم الحالة سوى أصوات كالبكاء عند الاتصال مع الأم.

تشعر البنت بنوبات من الغضب المبالغ فيه عند الذهاب لزيارة الأهل.

لم يتم عرض الحالة على أي مختص بسبب هذا الاضطراب.

الأدوات المستخدمة: المقابلة العيادية، الملاحظة العيادية، الاختبارات النفسية (Le CARS، اختبار للذكاء)

الفحوصات الخارجية المتخصصة: تم توجيه الحالة عند:

- طبيب مختص في الأمراض العقلية.
- طبيب مختص في الأعصاب
- مختص لغة وتخاطب.

نتائج الفحص: تعاني الحالة من اضطراب التوحد نظرا للنتائج التالية:

EEG نتيجة سلبية

- تشخيص الطب العقلي: حالة توحد.
- مختص اللغة والتخاطب: تأخر لغوي شديد.

CARS: مجموع 39 نقطة

الأعراض:

- اضطراب شديد في التواصل (تصدر أصوات غريبة مع الإصرار على بعض الكلمات التي تستخدم بطريقة خاطئة)
- النشاط والحركة الزائدة (سلوك تكراري ذهاب وإياب في رواق المنزل)

- نوبات من الغضب والاستثارة.
- مبالاة وعدم الاهتمام بالألعاب أو باللعب مع الأخوات
- استجابات انفعالية غير سوية
- استثارة شديدة اتجاه التغيير
- عدم القدرة على التواصل البصري.
- حركات نمطية تكرارية (الذهاب والإياب في الرواق، الدوران حول نفسها)
- بالإضافة إلى أعراض أخرى

الاستنتاجات: Trais Autistiques

في 1992 قامت الجمعية الأمريكية للطب النفسي بنشر الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع الذي تضمن معايير مقننة لتشخيص اضطراب التوحد. حيث ومقارنة بالأبحاث المتواصلة تأكدت فرضية تعدد الجوانب البيولوجية، النفسية والاجتماعية المتداخلة في إحداث هكذا اضطراب وبالتالي الإشارة إلى ضرورة تكامل الجهود للخروج بالية مشتركة للتكفل بهذه الفئة التي ما تنفك تزايد من حيث العدد.

1- تكامل عملية التشخيص

يتطلب التشخيص لحالة التوحد في علم النفس، الطب العقلي أو الطب عامة عمليات أساسية تشمل على: الملاحظة، تحديد الأسباب، التصنيف والتحليل الدينامي بغية التوصل إلى احتمالات دقيقة عن طبيعة ونوعية المشكلة والتنبؤ بمآلها. (عباس، 1996)

إذن وفقا لهذا المبدأ هو عملية تقييم شاملة وعامة لخصائص الطفل، يتطلب كم هائل من المعلومات الواردة من أدوات الفحص المطبقة من طرف المختصين: المقابلات، السجلات، الاختبارات والفحوصات الطبية والمتخصصة.

وعليه العمل ضمن فريق متعدد التخصصات من اجل تكامل المعطيات التي تصنف في محاور مختلفة يعكس ضرورة اختلاف التدخلات نسبة إلى تعدد معايير التصنيف العالمية (DSM,CIM,CFTMEA) المتمثلة في :

المحور الأول: اضطرابات عيادية.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية وتقييم القدرات المعرفية والتكيفية من طرف المختص النفسي لأجل التأكد من وجود التخلف العقلي أو عدمه.

المحور الثالث: إصابات مرضية عامة، يقوم طبيب عام أو متخصص (طب الأطفال، الأعصاب، الطب العقلي) بالفحص لكشف الإصابات المرضية التي تصاحب التوحد (الصرع).

المحور الرابع: مشكلات نفسية اجتماعية و محيطية

المحور الخامس: تقييم عام للتوظيف.(Desjardins.P et all, 2012)

2- أهمية المقاربة المتعددة التخصصات:

أصبح مفهوم التوحد معروفا لدى جميع المتخصصين (أخصائي الأعصاب، الطب العقلي، نفسي، معرفي أو تحليلي...)، فالأمر يتعلق باضطراب في السلوك يعيق الطفل عن الانفتاح على الآخر. وأسباب هذه الإصابة متعددة، لذا فالتكفل الأكثر فعالية هو ذلك الذي يبني على برنامج متعدد التخصصات (تربوي، إعادة التأهيل، علاج نفسي...)

فالعلاج النفسي مثلاً في حالات التوحد يتطلب إجراءات علاجية مرافقة تعمل كلها على تحسين نوعية الحياة للطفل المتوحد وعائلته. (Martinez et Martinez, 2012)

خاتمة

إن الهدف الأساسي من إجراءات الفحص العيادي هو الوقوف على طبيعة المشكلة وتحديد تداعياتها وفق نظام منهجي محدد وصارم تحكمه الممارسة العيادية. حيث يعمل المختص النفسي على: (1) التحقق من وجود الأعراض بإسقاطها على المحكات التصنيفية، (2) تقييم الاضطرابات المصاحبة (إن وجدت)، (3) صياغة سياسة تكفل وتدخل. ولبلوغ هذه الأهداف على المختص معرفة تاريخ النمو وتطبيق ملاحظة عيادية لتقييم الأعراض التي تمس كل من التواصل، التفاعل الاجتماعي.

ولا يتم الحكم على هذا التقييم بميزة الكمال والشمول إلا إذا تم في نطاق فريق متعدد التخصصات، بهدف الأخذ بعين الاعتبار جميع الأبعاد المؤثرة في عملية التشخيص، وتبني منحنى تكاملي يقيس الجوانب الطبية والنفسية والمعرفية والاجتماعية واللغوية. غايته تحقيق التكفل الأمثل والمبكر للطفل المتوحد.

قائمة المراجع:

- 1- الحمادي انور (2016) ، معايير DSM-5. الدليل-التشخيصي والإحصائي الخامس المترجم باللغة العربية، اعداد وتوزيع جهاد محمد حمد.
- 2- عباس فيصل (1996). الاختبارات النفسية، تقنياتها وإجراءاتها، بيروت، دار الفكر العربي، ص 11، 31
- 3- صالح محمد، الإمام وفؤاد عيد، الجوالده. (2011). التوحد رؤية الأهل والأخصائيين ، عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- 4- الزارع نايف بن عابد. (2010). المدخل إلى اضطراب التوحد "المفاهيم الأساسية وطرق التدخل" ، عمان، دار الفكر.
- 5- Frayssinet. M (2012). *Autisme et schizophrénie*, thèse de doctorat, psychopathologie et psychanalyse, Université Rennes2
- 6- Clémence.A (2010). *L'accompagnement infirmier des parents d'un enfant autiste*, Institut de formation en soins infirmiers, Centre hospitalier de vire
- 7- Canoui.A, Messerschmit.P, Ramos. O. (1994). *Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, MALOINE
- 8- Chahraoui.K, Bénony.H (2003). *Méthodes, Evaluation et recherches en psychologie clinique*, Paris, DUNOD, P, 12
- 9- Chartier.P, Loarer. E (sans). *Evaluer l'intelligence logique, Approche cognitive et dynamique*, Paris, DUNOD
- 10- Chabrier.L (2010). *Psychologie Clinique, La pratique du clinicien*, Paris, hachette supérieur
- 11- Ciccone.A (1998). *L'Observation Clinique*, Paris, DUNOD

- 12– Desjardins.P et coll (2012).*Les Troubles du Spectre de L'autisme, L'évaluation Clinique*, du Collège des médecins du Québec et de L'ordre des psychologues du Québec, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, p 13,28
- 13– **Autisme Diagnostic Interview- Révisé(ADI-R)**
- 14– **Autisme Diagnostic Observation(L'ADOC-G)**
- 15– **Childhood Autism Rating Scale (Le CARS)**
- 16– Martinez et Martinez. G (2012).*L'autisme A L'âge Adulte*, in Cahiers de l'université Paris Descartes, Décembre 2012, Numéro spéciale sur L'autisme. P12-13.