وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 08 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

عنوان المذكرة

صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين

دراسة استكشافية في بعض المراكز العمومية والخاصة بولاية قالمة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد:

ـ حميدة شيماء

ـ مقنعي ميسة

تحت إشراف

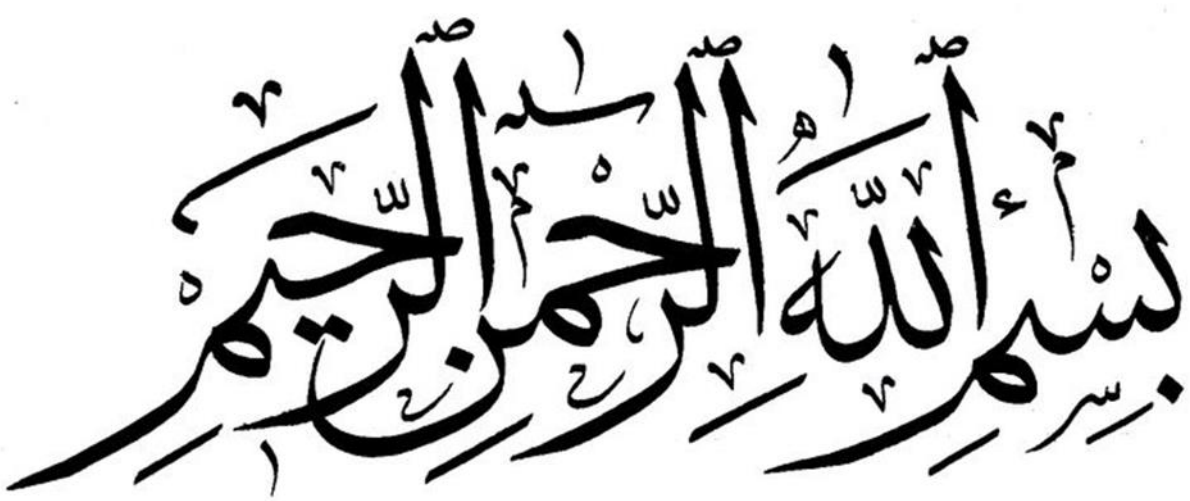
أ.د/ أغمين نذيرة

لجنة المناقشة

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
1	بوتفنوشات حميدة	أستاذ محاضر (أ)	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	رئيسا
2	أغمين نذيرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	مشرفا، مقررا
3	براهمية سميرة	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية

2024/2023


بسم الله الرحمن الرحيم

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن ابرز الصعوبات التي تواجه الاخصائيين النفسانيين في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث بلغت عينة الدراسة 25 اخصائي نفساني ممارس، فقد أجريت اعتمادا على المنهج الوصفي الذي يناسب الموضوع، ومن خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية تم تصميم أداة لجمع البيانات تمثلت في الاستبيان، فبعد تطبيقه تحصلنا على المعلومات الكافية والخاصة بدراستنا، تم تحليلها والتأكد من صحتها من خلال استخدام أدوات وأساليب إحصائية، وتوصلت نتائج دراستنا الى ان: الاخصائي النفساني يواجه العديد من الصعوبات و المعيقات التي تقف بينه وبين تشخيص اضطراب طيف التوحد، وذلك يرجع الى: نقص الخبرة المهنية في مجال طيف التوحد والكفاءة المهنية التي تسمح له بالاستخدام المرن للأدوات التشخيصية، دون ان ننسى تداخل اعراض اضطراب طيف التوحد مع اعراض لاضطرابات أخرى.

الكلمات المفتاحية: صعوبات التشخيص، اضطراب طيف التوحد، الاخصائي النفساني، الخبرة المهنية، الكفاءة المهنية، الأدوات التشخيصية.

Abstract:

The current study aimed to identify the most prominent difficulties faced by psychological specialists in the process of diagnosing autism spectrum disorder. The study sample consisted of 25 practicing psychological specialists the study was conducted using a descriptive approach that suits the topic. A survey was designed as a data collection tool through a survey study. After applying it, we obtained sufficient information related to our study, which was analyzed and its validity was verified using statistical tools. The results of our study reached that: the psychological specialist faces many difficulties and obstacles that stand between him and the diagnosis of autism spectrum disorder. This is due to. A lack of professional experience in the field of autism spectrum and the professional competence that allows him to use diagnostic tools flexibly, without forgetting the overlap of symptoms of autism spectrum disorder with symptoms of other disorders.

Keywords :

Diagnostic difficulties, autism spectrum disorder, psychological specialist, Professional experience, Professional competence, diagnostic tools.

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
مقدمة	**أ**
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار التمهيدي للدراسة	
1. الإشكالية	**04**
2. الفرضيات	**05**
3. أهداف الدراسة	**06**
4. أهمية الدراسة	**06**
5. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة	**06**
6. الدراسات السابقة والتعقيب عليها	**08**
الفصل الثاني: اضطراب طيف التوحد	
تمهيد	**13**
1. لمحة تاريخية حول اضطراب طيف التوحد	**14**
2. تعريف اضطراب طيف التوحد	**16**
3. أعراض اضطراب طيف التوحد	**18**
4. أسباب اضطراب طيف التوحد	**19**
5. خصائص الطفل التوحد	**21**
6. أنواع اضطراب طيف التوحد	**24**
7. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد	**26**
8. النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد	**26**
9. البرامج والأساليب العلاجية لاضطراب طيف التوحد	**29**
خلاصة الفصل	**35**
الفصل الثالث: صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد	
تمهيد	**37**
أولا: التشخيص	
1. تعريف التشخيص	**38**
2. أهمية التشخيص	**39**
3. أهداف التشخيص	**40**
4. مراحل التشخيص	**41**

5. أنواع التشخيص	42
6. أدوات التشخيص	44
ثانيا: فريق العمل الإكلينيكي المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد	
1. من هو المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد؟	49
2. مؤهلات الأشخاص القائمين على تشخيص اضطراب طيف التوحد	51
3. الأمور التي ينبغي مراعاتها عند تشخيص اضطراب طيف التوحد	52
ثالثا: صعوبات التشخيص	
1. المحكات التشخيصية لاضطراب طيف التوحد	53
2. التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد	56
3. أساليب تشخيص اضطراب طيف التوحد	61
4. صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد	64
خلاصة الفصل	66
الفصل الرابع: الأخصائي النفساني	
تمهيد	68
1. تعريف الأخصائي النفساني	96
2. سمات الأخصائي النفساني	70
3. مهام الأخصائي النفساني	71
4. مهام الأخصائي النفساني حسب النصوص القانونية الجزائرية	74
5. مهارات الأخصائي النفساني	75
خلاصة الفصل	79
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإطار المنهجي للدراسة	
تمهيد	81
1. الدراسة الاستطلاعية	
1. 1: أهداف الدراسة الاستطلاعية	82
2.1: أهمية الدراسة الاستطلاعية	82
3.1: نتائج الدراسة الاستطلاعية	82
2. الدراسة الأساسية	
2. 1: منهج الدراسة	83
2. 2: مجتمع الدراسة	83

2. 3: عينة الدراسة	**84**
2. 4: أداة الدراسة	**85**
2. 5: الخصائص السيكومترية للأداة	**87**
2. 6: حدود الدراسة	**89**
2. 7: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة	**89**
خلاصة الفصل	**90**
الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
تمهيد	**92**
1. عرض خصائص عينة الدراسة	**93**
2. عرض نتائج الدراسة	**97**
3. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	**106**
4. مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة	**108**
5. الاستنتاج العام للدراسة	**113**
6. الخاتمة	**114**
7. قائمة المراجع	**115**
8. الملاحق	

فهرس الجداول:

رقم الجدول	عنوان الجدول
01	الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد والفصام
02	الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطراب التواصل
03	الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية
04	الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد وفصام الطفولة
05	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس
06	توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل
07	الأساتذة المحكمين
08	عبارات الاستبيان قبل وبعد التعديل
09	معامل الفا كرونباخ
10	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة الحالية

11	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب نوع مؤسسة العمل
12	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الشهادة العلمية
13	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب طبيعة العمل
14	خصائص أفراد عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة
15	نتائج استمارة صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين
16	نتائج الفرضية العامة
17	نتائج الفرضية الجزئية الأولى
18	نتائج الفرضية الجزئية الثانية
19	نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
20	نتائج الفرضية الجزئية الرابعة

فهرس الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل
01	أنواع الملاحظة العيادية
02	دائرة نسبية تبين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس
03	دائرة نسبية تبين توزيع عينة الدراسة الأساسية حسب متغير مكان العمل
04	أعمدة بيانية توضح عينة الدراسة الأساسية حسب اسم المؤسسة
05	أعمدة بيانية توضح عينة الدراسة الأساسية حسب الشهادة العلمية
06	أعمدة بيانية توضح عينة الدراسة الأساسية حسب طبيعة العمل
07	أعمدة بيانية توضح عينة الدراسة الأساسية حسب سنوات الخبرة

مقدمة

مقدمة:

تعد الإعاقة بوجه عام من القضايا المستعصية التي تواجه المجتمعات باعتبارها قضية ذات تؤدي إلى عرقلة المسيرة النمائية والتطور في المجتمع، ومن هذا المنطلق فإن رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة أصبحت أمرا ملحا تحتمه الضرورة الاجتماعية والإنسانية، حيث يتوجب إعطاء الفئات الخاصة القدر المناسب من الرعاية والاهتمام حتى يتسنى لهم الاندماج في المجتمع إلى اقصى حد تسمح به قدراتهم، ومن بين تلك الفئات نجد فئة أطفال طيف التوحد.

طيف التوحد ..... المستقبل المجهول، هذا الاضطراب الذي يعد من بين الاضطرابات النمائية الغامضة رغم تقدم العملي الهائل الذي يشهده مجال رعاية ذوي الاحتياجات الخاصة، هذا الاضطراب الذي تتداخل اعراضه مع اضطرابات أخرى الامر الذي يعيق في حالات كثيرة إمكانية تشخيصه، رغم تباين الاعراض الخاصة به الا انه يلاحظ على هؤلاء الأطفال بعض الخصائص المشتركة كضعف التواصل الاجتماعي ونمطية السلوك ومشكلات اللغة والتي قد يمكن رصدها في مرحلة من طرف الاولياء من خلال ما يلاحظونه على أطفالهم من سلوكات غريبة كما يعجز البعض الاخر عن انتباه اليها اين يتم اللجوء الى ذوي اختصاص للكشف عن هذه المشكلات.

ويعد طيف التوحد أحد أكثر الاضطرابات النمائية تعقيدا، ومع تزايد نسبة انتشاره في جميع أنحاء العالم اصبح من الضروري التعرف عليه وفهمه وتشخيصه بشكل دقيق لتمييزه عن حالات أخرى مشابهة أو متداخلة مثل: حالات الإعاقة العقلية وغيرها، وهذا الأخير يتطلب مقاييس تشخيصية شاملة لكل الأعراض ودقيقة تمكن الأخصائي من تحديد الاضطراب بدقة، إلا أن العديد من الدراسات العلمية المتقدمة لاتزال إلى هذه اللحظة تبحث عن أسباب حدوث اضطراب طيف التوحد إذ لم تستطيع افضل هذه الدراسات تقديم أي سبب مؤكد ومحدد لحدوث الاضطراب وإنما ما قدم لحد الآن عبارة عن فرضيات منها: العوامل البيولوجية، الوراثية، الكيميائية، الجينية، وغيرها من الفرضيات.

وتعتبر عملية التشخيص نقطة البدء في تحديد أساليب العلاج الفعال للطفل، واختيار أسلوب التدخل المناسب، حيث يمدنا التشخيص بالمعلومات الأساسية والخلفية النمائية للحالة، فالتشخيص هو العملية التقنية التي تساعد في إصدار حكم على سلوك ما تبعا لمعايير معينة مع تبيان جوانب القوة والضعف في ذلك السلوك ومن ثم إجراء التدخل العلاجي المبكر. كما يجب أن تتم عملية تشخيص الأفراد المصابين بالتوحد ضمن برنامج متكامل يعد من قبل فريق من المتخصصين، بحث يشمل جوانب النمو الجسمية والحسية والحركية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة، للارتقاء بالطفل وتنميته في جميع نواحي النمو في الوقت نفسه بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى.

وبالرغم من وجود محكات دقيقة لتشخيص اضطراب طيف التوحد وتحديد السمات أو العلامات المميزة للنمو المبكر لهؤلاء الأطفال فإن صعوبة الوصول إلى تشخيص دقيق لحالة التوحد مازالت موجودة بالفعل وذلك لعدم وجود علامات حيوية (مخبرية) أو أية فحوصات طبية يمكن الاستناد عليها في عملية التشخيص وكذا تداخل الأعراض مع اضطرابات أخرى مما زاد من صعوبته.

ومن هذا المنطلق أردنا القيام بدراسة حول صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين والتي تحتوي على جانبين: **جانب نظري، وجانب تطبيقي.**

فالجانب النظري يتألف مما يلي:

الفصل الأول: خصصناه لإشكالية الدراسة ومنطلقاتها والذي يتضمن: الإشكالية، الفرضيات، أهداف الدراسة وأهميتها من الناحية النظرية والتطبيقية، تحديد المصطلحات، الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

الفصل الثاني: وتم التطرق فيه إلى اضطراب طيف التوحد من حيث مفهومه، نبذة تاريخية عنه، نسبة انتشاره، أنواعه، خصائصه، النظريات المفسرة له، والتطرق إلى اهم البرامج والأساليب العلاجية له.

الفصل الثالث: وتناولنا في هذا الفصل صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد، من حيث التعرف على التشخيص وأهدافه وأهميته وأهم مراحله وكذا أنواعه وأدواته، فريق العمل الإكلينيكي المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد والتطرق إلى المحكات التشخيصية وكذا أساليب تشخيص هذا الاضطراب واهم صعوبات تشخيصه.

الفصل الرابع: وخصصناه للأخصائيين النفسانيين من حيث وضع مفهوم شامل لهم وكذا التعرف على سماتهم ومهامهم واهم مهاراتهم.

أما الجانب التطبيقي: فيحتوي على فصلين

الفصل الخامس: والذي تم التطرق فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة، حيث يضم المنهج المستخدم في الدراسة، عينتها، أدواتها، الأساليب المستخدمة فيها وأخيرا مجالاتها.

الفصل السادس: وهو آخر فصل في الدراسة يحتوي على عرض نتائج الدراسة التي تم التوصل اليها ومناقشتها وتقديم استنتاج عام.

وأخيرا تم وضع خاتمة للدراسة، ثم قائمة المراجع والملاحق.

الجانب النظري

الفصل الأول:

الإطار التمهيدي للدراسة

1. الإشكالية

2. الفرضيات

3. أهداف الدراسة

4. أهمية الدراسة

5. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة

6. الدراسات السابقة والتعقيب عليها

الإشكالية:

يعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي واللفظي والغير اللفظي، كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة، فهذه العوامل قد تؤدي بدورها الى ظهور تأثيرات وانعكاسات سلبية على حياتهم في عدة مجالات منها: التربوي، الاجتماعي، النفسي سواء في كيفية تعلمهم أو اندماجهم مع الأخرين وظهور عدة سمات تميزهم ومن أشهرها نجد: السلوكات النمطية، العزلة، الانطواء

حيث يصعب إيجاد تعريف متفق عليه لاضطراب طيف التوحد وذلك لتعدد الباحثين الذين اهتموا به ولاختلاف تخصصاتهم وخلفياتهم العلمية، إلا أن معظم التعريفات تركز على وصف الأعراض ووصف التوحد كمتلازمة وليس كمرض أو اضطراب في السلوك أو في التصرف، ويعتبر كانر أول من قدم تعريفا واضحا للتوحد باعتباره اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر على التواصل مع الأخرين وعلى اللغة ويتميز بالروتين ومقاومة التغيير، ويمكن تعريف هذا الاضطراب حسب كانر على انه: اضطراب يظهر خلال 30 شهرا الأولى من عمر الطفل ويعاني الأطفال المصابون به من الصفات التالية مركزا على الصفتين الأولى والثانية كمعيار في تشخيص التوحد: نقص شديد في التواصل العاطفي مع الأخرين، الحفاظ على الروتين ومقاومة التغيير، تمسك غير مناسب بالأشياء، ضعف القدرة على التخيل، والعزلة الشديدة **(خلف المقابلة، 2016، ص 14)**.

وقد تباينت نتائج الكثير من الدراسات التي أجريت بهدف تحديد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد وذلك نظرا للاختلافات في التعاريف والمحكات المستخدمة في تشخيص هذا الاضطراب، وتختلف نسبة الانتشار في المجتمع تبعا لعدد من المتغيرات أهمها تصنيف حالات التوحد: الحالة العقلية، الجنس ...الخ، وقد بلغت نسبة الانتشار(1الى 16) طفل توحدي لكل 10،000 حالة في كل من الولايات المتحدة الامريكية وأروبا واليابان **(شرياف، 2019، ص 193)**، أما في الجزائر فهناك أكثر من 80 ألف طفل مصاب باضطراب طيف التوحد حسب البحث الذي قامت به الدكتورة "أسماء أوصديق" حيث وجدت إن في كل 10 ألاف ولادة يوجد من بين 5/2 حالات توحد ومن بين 4-5 ذكور نجد فتاة واحدة **(حفصة، 2018، ص 22)**

ونظرا لتباين هذه الإحصائيات فقد تعددت الأساليب التشخيصية المستخدمة لتشخيص اضطراب طيف التوحد، لأن هذا الأخير يعتبر نقطة البدء في تحديد أساليب العلاج الفعال للطفل واختيار أسلوب التدخل المناسب، حيث يمدنا بالمعلومات الأساسية والخلفية النمائية للحالة، ويمكن تعريفه على انه" الوصول لفهم مشكلة العميل من خلال التحديد الدقيق للمشكلة وتحديد العوامل التي أدت لحدوثها وذلك من اجل الوصول لتقرير وحكم صادق لوضع العميل و مشكلته، ويساعد على اختيار افضل الأساليب العلاجية التي تتناسب مع طبيعة المشكلة **(فخراني، 2015، ص 34)**، ذلك أن التشخيص الدقيق يمثل القاعدة الأساسية للبرنامج العلاجي والتعليمي الأكثر ملائمة للحالة ومع كثرة الأعراض التي يظهر عليها اضطراب طيف التوحد تجعل الصورة الإكلينيكية على مستوى الحالات الفردية متباينة وكأننا أمام عدة أنواع من هذا الاضطراب، مما يتيح المجال لأخطاء في التشخيص ويزيد هذه الأخطاء تعدد الفئات المرضية المتضمنة فيما يسمى بالاضطرابات النمائية الشاملة، وللقيام بعملية التشخيص لابد من وجود فريق عمل متكامل لتشخيص حالة الطفل التوحدي وانه لا يمكن وضع التشخيص الدقيق من طرف متخصص واحد

فقط، ويحتوي هذا الفريق على: طبيب أطفال، وطبيب أعصاب، أخصائي نفسي، أخصائي اجتماعي ، أخصائي نطق ولغة... وغيرها من التخصصات.

وقد أجمعت الكثير من المراجع على ان عملية التشخيص اضطراب طيف التوحد عملية بالغة الصعوبة، ويرجع ذلك الى تشابه بين اعراضه واعراض العديد من الاضطرابات الاخرى مثل: التخلف العقلي، فصام الطفولي، اضطرابات التواصل، الإعاقة السمعية، الاضطرابات الانفعالية... الخ. كما يمكن ان نجد اعراض اضطراب طيف التوحد تختلف في ظهورها من طفل لآخر فقد تظهر بعض الاعراض عند طفل بينما لا تظهر لدى طفل أخر مع انه تم تشخيص كليهما باضطراب التوحد، فقد تزداد صعوبة تشخيص اضطراب التوحد تعقيدا نظرا لعدم توفر الأدوات او الاختبارات المضبوطة والدقيقة التي تضمن الوصول الى نتائج صادقة وعليه يمكن ان تزيد من احتمالات وقوع الاخصائي في خطأ التشخيص، ومنه يمكن استخلاص مجموعة من المعوقات التي يواجهها الاخصائيين النفسانيين في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد ومن بين اهم هذه الصعوبات يمكن القول ان عدم توفر الخبرة العلمية والعملية والتأهيل العلمي للمشتركين تلعب دور كبير في عملية التشخيص، فمثلا قد نجد ان الاخصائي المبتدئ لا يمكنه اجراء عملية التشخيص وذلك نظرا لعدم امتلاكه الخبرة المهنية الكافية التي تسمح له باستخدام الأدوات والاختبارات بطريقة دقيقة، كما يمكن ان تكون المساهمة الغير الفعالة من قبل والدي الطفل التوحدي احد معوقات تشخيص اضطراب طيف التوحد وذلك من خلال عدم الإفصاح عن معظم السلوكات التي يقوم بها الطفل.

وانطلاقا من العديد من التفسيرات النظرية التي ركزت اهتمامها على اضطراب طيف التوحد بصفة عامة والطفل التوحدي بصفة خاصة من حيث تحديد آليات الكشف والتنبؤ بالإصابة، وكذلك دراسات أخرى اهتمت بطرق التكفل والعلاج، وجاءت دراستنا لتسليط الضوء على المعوقات التي يواجهها المختصين العياديين والمتعاملين مع الحالات المصابة باضطراب طيف التوحد في التشخيص والتكفل، وذلك نظرا لغموضه فإنه يعتبر من أكثر الفئات تعقيدا وخطورة، ومنه نطرح التساؤل الرئيسي التالي:

ماهي صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين؟

وبناءا على الإشكالية المطروحة يمكن صياغة **الفرضيات التالية:**

الفرضية العامة:

يواجه الأخصائي النفسي الممارس مجموعة من الصعوبات في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

ويندرج تحت هذه الفرضية العامة 3 **فرضيات جزئية:**

1. يعد نقص الكفاءة المهنية للمختص النفسي عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

2. يعد نقص الخبرة المهنية للمختص النفسي عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

3. يشكل عدم ملاءمة الأدوات التشخيصية عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

4. يشكل تشابك واشتراك أعراض اضطراب طيف التوحد صعوبة في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

3ـ أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى:

1ـ محاولة التعرف على أبرز صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين.

2ـ التعرف على مدى ملائمة الأدوات التشخيصية المستخدمة للأهداف المرجوة من التشخيص لتجاوز مشكلات عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد.

3ـ التعرف على أهمية التفريق بين اضطرابات وإعاقات أخرى مصاحبة تشترك وتتشابه أعراضها مع أعراض اضطراب طيف التوحد لتجاوز صعوبات التشخيص.

4ـ أهمية الدراسة:

4ـ 1: الأهمية النظرية:

تمثل هذه الدراسة امتدادا لجهود الباحثين ممن تناولوا في بحوثهم ودراساتهم موضوع التوحد، ودور ذلك في تشكيل إضافة معرفية أكاديمية لما كتب في هذا الصدد فيمكن أن يكون هذا البحث مرجعا للدراسات اللاحقة في هذا المجال.

4ـ 2: الأهمية التطبيقية:

1ـ توضيح أهمية دور الاخصائي النفساني في التخفيف من شدة اعراض التوحد.

2ـ الاستفادة من نتائج الدراسة في عملية التشخيص والتأهيل والتكفل بالأطفال التوحد بشكل أفضل.

3ـ ابراز أهمية توفر الخبرة العلمية والعملية للمختصين لتجاوز صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد.

5 ـ تحديد المصطلحات إجرائيا:

صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد:

هي مجموعة من المشكلات التي تعيق عملية التشخيص والتي يتم الحصول عليها من خلال الدرجة المتحصل عليها بتطبيق استبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين

اضطراب طيف التوحد:

هو أحد الاضطرابات النمائية الشاملة يتزامن مع الفرد منذ الولادة إلى مدى الحياة، يتميز بقصور في التفاعل والتواصل الاجتماعي والأنماط السلوكية المتكررة.

الأخصائي النفساني: هو ذلك المتحصل على شهادة جامعية في علم النفس العيادي، مدرب على تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية والممارس لمهامه العيادية بصفة دائمة أو مؤقتة، والذي يقدم خدمات نفسية لأطفال التوحد بمؤسسة عمومية أو خاصة التي أجريت فيها الدراسة الحالية.

الكفاءة المهنية: هي مجموعة المعارف والخبرات التي يكتسبها الاخصائي النفساني في مجال علم النفس والتي تؤهله لأداء وظيفته.

الخبرة المهنية: وهي سنوات العمل التي استغرقها الاخصائي النفساني العيادي في أداء مهنته.

الأدوات التشخيصية: وهي مجموعة من الوسائل المختلفة التي يستخدمها الاخصائي النفساني لتشخيص الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، وتتنوع هذه الأدوات وتختلف في طبيعتها وطرق استخدامها.

6. الدراسات السابقة:

تشكل الدراسات السابقة جزءا أساسيا من الأبحاث العلمية باعتبارها تعرف الباحث بما تم اجراؤه من بحوث في مجال دراسته، بطريقة ممنهجة تأخذ في الحسبان أوجه التشابه وأوجه الاختلاف بين نتائجها ومحاولة بيان أسباب أوجه الاختلاف إن وجدت، ولقد تناولت الدراسة الحالية صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين، ولقد لاحظنا وعلى حد علمنا واطلاعنا أثناء حصر الدراسات السابقة قلة الدراسات التي تتناول متغيرات الدراسة وفيما يلي نستعرض مجموعة من الدراسات السابقة.

1. الدراسات العربية:

دراسة حنيف خديجة (2022)، **بعنوان معيقات تشخيص وتطبيق البرامج التربوية والتعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة من وجهة نظر الطاقم النفسي البيداغوجي،** هدفت هذه الدراسة الى تعرف على معيقات تشخيص التي يواجهها الطاقم وتطبيق برامج تربوية وتعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المنهج الوصفي وعلى عينة قدرت ب: 38 متكفل ومتكفلة من مربين مختصين ومربين مساعدين ونفسانيين عياديين تم اختيارهم بطريقة قصدية مستخدمة الأدوات التالية: الاستبيان، وتوصلت الى ان هناك معيقات و صعوبات في عملية التشخيص وكذا في تطبيق برامج تربوية و تعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة انعدام الخبرة لدى الطاقم، عدم توفر أدوات الكافية وأجهزة مناسبة لعملية التشخيص، عدم التزام الاولياء بالخطة العلاجية الخاصة بأولادهم.

دراسة باشن حمزة، برزوان حسيبة (2021)،**بعنوان مكامن القوى في الشخصية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين ومساهمة كل منهما في الكشف والتشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد،** وهدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مكامن القوى في الشخصية وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين و مساهمة كل منهما في الكشف والتشخيص المبكر لاضطراب طيف التوحد، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت الدراسة المنهج الوصفي وعلى عينة قدرت ب: 33 أخصائي عيادي تم اختيارهم بطريقة قصدية مستخدمة الأدوات التالية: مقياس مكامن القوى في الشخصية والقيم، مقياس المرونة النفسية، المعالجة الإحصائية، وتوصلت الدراسة إلى انه لا توجد علاقة ارتباطية بين مكامن القوى الشخصية والمرونة النفسية لدى الأخصائيين النفسانيين.

دراسة غزالي أسماء، (2021)، **بعنوان التكفل الارطفوني بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد،** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة دور التكفل الأرطفوني وفعاليته في تحسين وتنمية قدرات الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت هذه الدراسة المنهج الإكلينيكي، وعلى عينة قدرت ب حالتين من أطفال اضطراب طيف التوحد، تم اختيارهم بطريقة قصدية، مستخدمة الأدوات التالية: اختبار الصورة الجسمية والجانبية، اختبار اللغة التعبيرية، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن للتكفل الارطفوني دور في اكتساب الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد للصورة الجسمية وللمهارة الجانبية، اللغة التعبيرية.

دراسة شرياف زهرة، (2019)، **بعنوان واقع إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحدين ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين،** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة واقع الإجراءات والآليات المعتمدة في تشخيص الأطفال التوحديين ومعرفة فعالية كل أداة من هذه الأدوات، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت هذه الدراسة المنهج الوصفي، وعلى عينة قدرت ب 26 أخصائي نفساني تم اختيارها بطريقة قصدية، مستخدمة الأدوات التالية: استبيان لمعرفة الإجراءات والآليات المعتمدة والمستعملة في التشخيص ومدى فعاليتها، توصلت هذه الدراسة انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدامات الإجراءات والآليات في تشخيص اضطراب طيف التوحد في المراكز والجمعيات بولاية سعيدة، كما لا توجد فروق بين كل من الجنسين وسنوات الخبرة والتخصص من فعالية إجراءات تشخيص الأطفال التوحديين.

دراسة عبدون العربي (2019)،**بعنوان التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد والتخلف العقلي**، هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى قدرة المقاييس المستعملة في الدراسة على التمييز الأداء بين التوحد والتخلف العقلي، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت المنهج الوصفي وعلى عينة قدرت ب: 20 طفلا اختيرت بطريقة قصدية مستخدمة الأدوات التالية: مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية، قائمتي المعايير الإكلينيكية في دليل التشخيص الإحصائي لجمعية الأطباء الأمراض النفسية الأمريكية، دليل التصنيف الدولي العاشر للأمراض، وتوصلت الدراسة إلى أن هناك مؤشرات أدائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات التشخيصية للمقاييس النفسية التي اعتمدت عليها الدراسة.

دراسة العمري إيمان (2018)، **بعنوان تشخيص المشكلات النفسية لدى أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، هدفت هذه الدراسة الى تشخيص المشكلات التي يعاني منها الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة والتعرف على مختلف أنواع هذه المشكلات، ولتحقيق هذا الهدف استخدمت هذه الدراسة المنهج العيادي وعلى عينة قدرت ب: 04 حالات اختيرت بطريقة قصدية مستخدمة الأدوات التالية: اختبار رسم الرجل، وتوصلت الى ان الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة وخاصة المتخلفين ذهنيا يعانون من مشكلات نفسية عديدة تشمل كل من السلوك العدواني، الانسحاب الاجتماعي، فرط الحركة، تشتت الانتباه.

دراسة متسغالمي شاهيناز (2015)، **بعنوان إشكالية تشخيص الراشدين مصابين باضطراب عقلي خاضعين للاستشفاء الداخلي بمصلحة الطب العقلي**، هدفت هذه الدراسة الى مقارنة التشخيص المتحصل عليه باستخدام اختبار رورشاخ مع التشخيص المتحصل عليه باعتماد على الدليل التشخيصي، ولتحقيق هذا الهدف اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي وعلى عينة قدرت ب: 06 حالات من راشين خاضعين لاستشفاء الداخلي تم اختيارها بطريقة قصدية. مستخدمة الأدوات التالية: اختبار الرورشاخ واختبار تفهم الموضوع والدليل التشخيصي، وتوصلت الى ان التشخيص المتحصل عليه من كلاهما الاثنين قد توافق عند خمس الحالات من ستة في ادق التفاصيل مما يشير الى قدرة كلا الاختبارين التمييز بين مختلف التنظيمات العقلية وإعطائها تشخيصا متماثلا

2ـ الدراسات الأجنبية:

دراسة خليفة أسماء، (2021)، **بعنوان تعزيز التعليم للأطفال الذي يعانون من اضطرابات طيف التوحد Promoting Education For Children With Autism Spectrum Disorder**، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على التحديات التي يواجهها الأساتذة مع أطفال طيف التوحد في المؤسسات وماهي الطريقة التي يتبناها الأساتذة في عملية تعليم أطفال طيف التوحد، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام المنهج الوصفي، وعلى عينة قدرت ب14 معلما، مستخدمة الأدوات التالية: استبيان، المقابلة النصف موجهة، الملاحظة، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن هناك بعض الصعوبات التي يواجهها الأساتذة مع أطفال طيف التوحد من حيث اللغة والسلوك والتفاعل الاجتماعي.

دراسة دادا هاجر،(2020)، **بعنوان تطبيق السلوك اللفظي على الأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد Applying Verbal Behaviour Approach To Children With Autism Spectrum Disorder**، هدفت هذه الدراسة الى تنمية القدرة اللغوية لدى الأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد، من خلال تطبيق منهج السلوك اللفظي لسكينر في علاج نقص اللغة لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وقدرت العينة المستخدمة ب40 طفلا، تتراوح أعمارهم من 9/4 سنوات، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن منهج السلوك اللفظي فعال في تدريب اللغة للأطفال المصابين باضطرابات طيف التوحد، ومن خلال استخدام برنامج تقييم وتحديد معالم السلوك اللفظي كتقييم لغوي فقد تم التوصل إلى أن الأطفال المصابين بطيف التوحد يمرون بنفس مراحل تطور اللغة مثل الأطفال العاديين لكن مع تأخير ملحوظ.

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد التطرق لمجموعة من الدراسات السابقة يمكن إجمال الملاحظات التالية:

ـ من حيث العينة:

تم اتفاق الدراسات السابقة مع دراستنا الحالية في طريقة اختيار العينة، حيث تم الاعتماد على العينة القصدية، ومن بين هذه الدراسات التي تماشت مع دراستنا: دراسة حنيف خديجة (2022)، دراسة باشن حمزة، وبرزوان حسيبة (2021)، دراسة غزالي أسماء (2021)، دراسة شرياف زهرة (2019)، دراسة عبدون العربي (2019)، دراسة العمري إيمان (2018)، ودراسة مستغالمي شهيناز (2015).

ـ من حيث المنهج:

اعتمدت كل من الدراسات على المنهج الإكلينيكي، كدراسة غزالي أسماء (2021)، ودراسة العمري إيمان (2018)، دراسة مستغالمي شهيناز (2015)، كما نجد دراسة دادا هاجر (2020) اعتمدت على منهج السلوك اللفظي لسكينر، في حين ان دراسة كل من حنيف خديجة (2022)، ودراسة باشن حمزة، برزوان حسيبة (2021)، دراسة خليفة أسماء (2021)، دراسة شرياف زهرة (2019)، دراسة عبدون العربي (2019) اتفقوا مع دراستنا الحالية في الاعتماد على المنهج الوصفي.

ـ من حيث الأدوات:

اختلفت الدراسات السابقة من حيث أدوات الدراسة، هناك دراسات اعتمدت على المقاييس والاختبارات كما هو الحال في دراسة باشن حمزة، وبرزوان حسيبة (2021) الذين طبقوا مقياس مكامن القوى في الشخصية والقيم، ومقياس المرونة النفسية والمعالجة الإحصائية، دراسة غزالي أسماء (2021) التي طبقت اختبار الصورة الجسمية الجانبية، اختبار اللغة التعبيرية، دراسة عبدون العربي (2019) الذي طبق مقياس جيليام لتشخيص التوحد الطبعة الثانية، قائمتي المعايير الاكلينيكية في الدليل التشخيصي و الاحصائي لجمعية الأطباء الامراض النفسية الامريكية، دليل التصنيف الدولي العاشر للأمراض، دراسة العمري ايمان (2018) التي طبقت اختبار رسم الرجل، دراسة مستغالمي شهيناز (2015) التي طبقت اختبار رورشارخ، اختبار تفهم الموضوع و مقياس التوظيف الدفاعي.

اما دراستنا الحالية فقد اعتمدنا فيها على استبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الاخصائيين النفسانيين الممارسين كما هو الحال في دراسة كل من: حنيف خديجة (2022) التي اعتمدت على الاستبيان موجه الى المتكفلين بذوي الاحتياجات الخاصة، ودراسة شرياف زهرة (2019) التي اعتمدت على الاستبيان للتعرف على الإجراءات والآليات المعتمدة في التشخيص وفعاليتها.

الفجوة العلمية التي تعالجها الدراسة الحالية:

من خلال استعراض أوجه الاختلاف والتشابه بين الدراسات السابقة نشير ان الدراسة الحالية تتفق مع هذه الأخيرة في موضوعها الرئيسي (اضطراب طيف التوحد) وهدفها العام حيث يعتبر موضوع الدراسة مهم جدا في مجتمعنا نتيجة عدم تواجد الوعي الكافي لهذا الاضطراب، الى أنها تختلف عنها في عدة جوانب تمثل الفجوة العلمية التي تعالجها هذه الدراسة وهي:

1ـ تضمنت الدراسة ربط المشكلة البحث بالمتغيرات الحديثة.

2ـ تم الاعتماد في هذه الدراسة على استبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الاخصائيين النفسانيين الممارسين وذلك من اجل معرفة المعيقات التي تواجههم في عملية تشخيص الاضطراب.

ومنه يتضح ان هذه الدراسة عالجت فجوة علمية متعددة الجوانب بتطرقها لموضوع صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد وشمول عينتها التي تضمنت الاخصائيين النفسانيين الممارسين واعتمادها على الاداة التي تمثلت في: الاستبيان واستخدامها للمنهج الوصفي.

الفصل الثاني:

اضطراب طيف التوحد

تمهيد

1. لمحة تاريخية حول اضطراب طيف التوحد
2. تعريف اضطراب طيف الوحد
3. أعراض اضطراب طيف التوحد
4. أسباب اضطراب طيف التوحد
5. خصائص الطفل التوحدي
6. أنواع اضطراب طيف التوحد
7. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد
8. النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد
9. البرامج والأساليب العلاجية لاضطراب طيف التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

ازداد الاهتمام بدراسة اضطراب طيف التوحد وهو اضطراب نمائي عصبي، ويعتبر الأكثر تعقيدا لتأثيره الكبير على مظاهر نمو الطفل المختلفة التي تكون على المستوى اللغوي والاجتماعي والحركي وكذا عمليات الانتباه والإدراك.

كما يعد الاهتمام به منذ فترة زمنية لاسيما في المجتمعات المتقدمة نظرا للانتشار الواسع والكبير، ومع غياب الأسباب التي تؤدي إلى حدوثه إلا أن الكثير من السمات الظاهرة على الطفل التوحدي هي التي تحدد هذا الاضطراب وهذا ما يساعدنا لحد كبير على إجراء التشخيص ومنه التدخل والتكفل المبكر.

ولقد تناولنا في دراستنا هذه موضوع اضطراب طيف التوحد الذي شمل على عدة عناصر الاضطراب ابتداء من تقديم لمحة تاريخية حوله والتطرق إلى مجموعة تعاريف تشمل هذا الاضطراب ثم تعرفنا على اهم أعراضه وأسبابه وإبراز اهم خصائص الطفل التوحدي مرورا بالأنواع ونسبة انتشار اضطراب طيف التوحد مع اهم النظريات المفسرة له والبرامج والأساليب العلاجية المناسبة لاستخدامها مع هذا الاضطراب.

1. لمحة تاريخية حول اضطراب طيف التوحد:

لم تكن تسمية التوحد موجودة قبل مائة عام غير أن الاضطراب كان بالطبع موجود ومع ذلك فإن التاريخ لم يوثق ظهوره إلا على يدي اثنين من العلماء هما: ليو كانر والذي عاش في الفترة ما بين **1894/1981**، وهانز اسبرجر والذي عاش في الفترة ما بين **1906/1980**، وقد تصادف أن الباحثين قاما بذلك في فترة الأربعينات من القرن العشرين في منتصف الحرب العالمية الثانية في وقت كان العالم يسوده الخراب والفوضى وعندما بدأ العالم يستعيد نظامه وعافيته بدأ الحديث عن اضطراب التوحد ينتشر بداية بأروبا وأمريكا ثم باقي أرجاء العالم. **(البحيري، 2018، ص 26)**

وقد وصف الطبيب النمساوي **ليو كانر** عام **1943** اضطراب التوحد على انه متلازمة أو مجموعة غريبة من السلوكيات ، بعد إن قام بدراسة مجموعة من الأطفال الذين يتراوح ذكائهم بين الطبيعي وشبه الطبيعي، حيث ركز كانر في دراسته على المشاكل التواصلية والاجتماعية لديهم، ووصف أولئك الأطفال على انهم منعزلون ومنسحبون ولا يتواصلون إلا بعبارات متكررة، وانهم أيضا مفتونون بالجمادات ولا يتحملون التغير في الروتين، وبعد مرور ثلاثة عقود من المشاهدات التي نشرها كانر تم الاعتراف عالميا بالتوحد على انه اضطراب انفعالي، ومن العلماء من اعتقد إن التوحد ناتج عن بعض التأثيرات البيئية في سنوات الطفولة المبكرة ومن العلماء الذين دعموا هذا التفكير العالم الأمريكي ذو الأصل النمساوي **"بيتلهايم"** عام **1967** وبسبب هذا الاعتقاد تم تحميل الأهل الشعور بالذنب تجاه أطفالهم المصابين بالتوحد، فتركزت جهود العلاج في السابق على تغيير بيئة الطفل (الأسرة) لتغيير سلوكيات الطفل.**(آل إسماعيل، 2012، ص 11)**.

ومنذ السبعينات من القرن الماضي حدثت ثلاث نقلات نوعية في منحى التفكير بسبب التوحد، النقلة الأولى كانت حول مفهوم التوحد، فالتوحد يعرف الآن على انه اضطراب نمائي وليس اضطرابا نفسيا أو انفعاليا بحسب جمعية الطب النفسي الأمريكية عام 2000، النقلة الثانية كانت حول اصل الاضطراب، فما هو معروف الآن أن التوحد اضطراب خلقي يولد الطفل معه منذ الولادة، لذا فلا علاقة للأهل "وان اساؤا معاملة الطفل" بظهور الاضطراب، كما تشير بعض الدراسات إلى علاقة بعض الجينات بالتوحد، والنقلة الثالثة والتي كانت مثيرة للجدل وهي طريقة التواصل الميسر ولتي تعتبر احد وسائل تيسير التواصل لدى الأطفال المصابين بالتوحد والتي تعرف بوسائل التواصل المعززة والبديلة.**(آل إسماعيل، نفس المرجع السابق، ص . ص 12/11)**.

ومن جهة أخرى وبسبب ظروف الحرب كان اسبرجر لا يعلم شيئا عن أعمال كانر واستخدامه لمصطلح التوحد عند نشره لأعماله، وقد استخدم اسبرجر نفس الكلمة "التوحد" لوصف أربعة أطفال تتراوح أعمارهم بين 6سنوات و11 سنة. اظهر هؤلاء الأطفال صعوبات واضحة في الاندماج في المجتمع مع انهم يمتلكون وبشكل واضح مهارات إدراكية ولغوية كافية، واستطاع اسبرجر أن يفرق بين النقص في التواصل الاجتماعي الذي يعاني منه مرضاة الأطفال وبين الأعراض الانسحابية لدى الأطفال المصابون بالفصام، وابرز اسبرجر حقيقة أن الأطفال المصابين بالفصام اظهروا تدرجا تصاعديا في الأعراض الانسحابية بينما اظهر الأطفال التوحديين النمط الانعزالي منذ البداية، واكد اسبرجر أن

القصور الاجتماعي كان السمة المميزة لحالة مرضاة الأطفال وقد قدم قائمة شاملة لأعراض وخصائص هذه الحالة وهي:

- الصعوبة في تفسير التواصل غير اللفظي، مثل تعابير الوجه وحركات الجسم.

- الاستخدام الغريب للغة.

- الإصرار الشديد على القيام بأعمال أو أشياء محددة.

- ضعف التناسق وقلة الوعي في حركات الجسم.

- المشاكل السلوكية.

- أنماط تتعلق بالعائلة والجنس.

كان لأعمال اسبرجر الأصلية تأثير قليل في مجال التوحد حتى عام 1970، ومن بعد ذلك تطورت المفاهيم حول التوحد وأصبح ينظر اليه من منظور أوسع، وبدات المجموعة المرتبطة مع اسبرجر تدخل في هذا الجدل وبسبب القدرة على التمييز بين المجموعتين الأصليتين اللتان تمت دراستهما من قبل كانر واسبرجر، أصبح من المعتاد وصف الناس ذوي القدرات الإدراكية المنخفضة **بالتوحد الكلاسيكي**، أو انهم يعانون من **توحد كانر**، بينما الأفراد الذين يمتلكون قدرات إدراكية اعلى فينظر إليهم بأنهم يعانون من **متلازمة اسبرجر**.

ومن المهم هنا أن نشير إلى أن العلاقة بين التوحد ومتلازمة اسبرجر مازالت مسألة مثار جدل ونقاش على الساحة وهناك وجهات نظر كثيرة حول هذا الموضوع فمنهم من يعتبر، توحد كانر ومتلازمة اسبرجر هما جزء من طيف من اضطراب مشترك ويعرف **باضطراب طيف التوحد**، والأفراد المصابون بمتلازمة اسبرجر يمثلون مجموعة ذات أداء عالي في هذا الطيف. **(هنبري، 2010، ص . ص 2، 3)**.

وفي عام 1987 وفي النسخة المعدلة للدليل التشخيصي والإحصائي ونتيجة لوجود مجموعة أطفال لا تنطبق عليهم جميع المعايير تم إضافة فئة جديدة سميت بفئة **الاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة (كيحل، 2020، ص 10)**

وفي عام 2000 توسع مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة وفي النسخة المعدلة من الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع اصبح يضم فئات وهي اضطراب التوحد واضطراب ريت واضطراب اسبرجر واضطراب تفكك الطفولة والاضطرابات النمائية الشاملة الغير محددة، وفي عام 2013 ومن خلال النسخة جرى تعديل آخر على الفئات التي تندرج تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة و استثنيت متلازمة ريت كواحدة من اضطرابات التوحد لأنها أصبحت اضطراب معرف جينيا كما تم تغيير تسمية هذه الفئة ليصبح **اضطراب طيف التوحد** وهو مسمى يجمع بين جميع الفئات السابقة التي كانت تندرج ضمن ما يسمى بالاضطرابات النمائية الشاملة **(كيحل، نفس المرجع السابق، ص 11)**.

2ـ تعريف اضطراب طيف التوحد:

لازالت عملية الاتفاق على تعريف محدد لاضطراب طيف التوحد صعبة، حيث أن التعريفات تختلف باختلاف تخصص واهتمام كل باحث، إلا أن معظم التعريفات تركز على وصف أعراض اضطراب طيف التوحد.

وعلى أية حال فسوف نعرض عدد من التعريفات ذات العلاقة وهي على النحو التالي:

2ـ 1: مصطلح التوحد:

وتعني الانغلاق **ism**، والتي تعني النفس أو الذات وكلمة :**Aut** مصطلح مشتق من كلمة إغريقيةAutisme **التوحد**

والمصطلح ككل يمكن ترجمته على انه الانغلاق على الذات، وتقترح هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال غالبا يندمجون أو يتوحدون مع أنفسهم، ويبدون قليلا من الاهتمام بالعالم الخارجي، وتصف الطفل التوحدي بأنه عاجز عن إقامة علاقات اجتماعية، ويفشل في استخدام اللغة لغرض التواصل مع الآخرين، ولديه رغبة ملحة للاستمرارية في القيام بنفس السلوك، ومغرم بالأشياء ولديه إمكانيات معرفية جيدة، كما أن الأفراد التوحديين يبدون سلوكيات نمطية متكررة ومقيدة وتحدث هذه الصفات قبل عمر الثلاثين شهرا من عمر الطفل. **(مصطفى والشربيني، 2011، ص 26)**

2ـ 2: تعريف كانر (1943):

انه حالة من العزلة والانسحاب الشديد وعدم القدرة على الاتصال بالآخرين والتعامل معهم ويصف الأطفال التوحديين بأن لديهم اضطرابات لغوية حادة، كما انهم يقاومون التغيير كليا، ويظهر ذلك من خلال تكرار استعمال الأنشطة مثل وضع الطفل لملابسه في نفس الترتيب. **(Nobert sillamy ;1996 ;p 31)**

2ـ 3: تعريف الجمعية البريطانية للأطفال التوحديين (NSAC) National Society For Autistic Children:

فقد عرفت اضطراب التوحد على انه اضطراب نمائي طويل المدى، يؤثر في قدرة الفرد على التواصل والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، وفهم مشاعرهم وانفعالاتهم وبناء صداقات مع الأقران. **(غزالي، 2021، ص 47)**

2ـ 4: تعريف الجمعية الأمريكية للتوحد: (Autism Society Of American)2008:

انه إعاقة في النمو تتصف بأنها مزمنة وشديدة تظهر في السنوات الثلاث الأولى من العمر، وهو محصلة لاضطراب عصبي ويؤثر سلبا على وضائف الدماغ وعلى تواصل الشخص وارتباطه وعلاقته بالآخرين من حوله، حيث يعاني الأفراد المصابين بالتوحد من صعوبات في التفاعل الاجتماعي، وغالبا ما يعرف التوحد على انه اضطراب متشعب يحدث ضمن نطاق بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والشديد والحاد، وتتضمن حالة التوحد في العادة المظاهر والعلامات التالية:

ـ تأخر شديد في تطور القدرة اللغوية

ـ تأخر شديد في فهم العلاقات الاجتماعية

ـ لغة غير واضحة وغير دقيقة

ـ يتكلمون بنغمة ونبرة متشابهة وواحدة

ـ لا يتوافر لديهم أي من درجات التواصل. **(سهيل، 2015، ص ـ ص 33 34)**

2ـ 5: تعريف الجمعية الأمريكية لتصنيف الأمراض العقلية (1994):

قدمت تعريف لاضطراب طيف التوحد على انه فقدان القدرة على التحسن في النمو مؤثرا بذلك على الاتصالات اللفظية وغير اللفظية والتفاعل الاجتماعي، وهو عادة يظهر في سن قبل 3سنوات والذي يؤثر بدوره على الأداء في التعليم، وفي بعض حالات التوحد تكون مرتبطة بتكرار مقاطع معينة، ويظهر هؤلاء مقاومة شديدة لأي تغيير في الروتين اليومي وكذلك يظهرون ردود أفعال غير طبيعية لأي خبرات جديدة. **(الشرقاوي، 2018، ص 34)**

2ـ 6: تعريف Smith (1975)

التوحد هو أولئك الأطفال الذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع وفقدان التواصل أو الفشل في تطوير العلاقات مع الأخرين والترديد الميكانيكي للكلمات والعبارات السلبية والإعادة المملة للأفعال ونطق الكلمات. **(ركزة، 2018، ص 15)**

2ـ 7: تعريف الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس لاضطراب طيف التوحد (2013):DSM5

اضطراب طيف التوحد هو قصور نوعي يظهر في مجالين نمائيين هما: التفاعل والتواصل الاجتماعي، وأنماط متكررة **ومحدودة** للسلوك والاهتمامات والنشاطات التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل السنة الثانية من العمر **(2013.DSM5)**

2ـ 8: تعريف منظمة الصحة العالمية لاضطراب طيف التوحد OMS

انه اضطراب نمائي يظهر في السنوات 3 الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي. **(بالخير، 2019، ص 36)**

2ـ 9: تعريف Howlin لاضطراب طيف التوحد: 1995

انه مصطلح يطلق على أحد الاضطرابات النمو الارتقائية الشاملة التي تتميز بقصور أو توقف في نمو الإدراك والتعلم، والنمو المعرفي الاجتماعي. **(سالم، 2015، ص 281)**

ومن التعريفات السابقة نستنتج:

أن اضطراب طيف التوحد هو اضطراب نمائي يظهر في الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، ويؤثر في نموه الاجتماعي والتواصلي، اللغوي، الحركي والمعرفي كما انه يستمر مدى الحياة.

3ـ أعراض اضطراب طيف التوحد:

يظهر هذا الاضطراب من عمر 24 شهرا حتى 30 شهرا، ويلاحظ عليه تأخر في اللعب مع الأطفال من نفس عمره، وتأخر النطق وانعدام التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

وهناك أعراض عديدة لهذا الاضطراب منها ما يلي:

1ـ العزلة الاجتماعية والقصور في مهارات التفاعل الاجتماعي.

2ـ صعوبات في مهارات التواصل اللغوي (اللفظي وغير اللفظي).

3ـ النمطية ومحدودية النشاطات والاهتمامات.

4ـ قصور الأداء الوظيفي والقدرات العقلية والمعرفية.

5ـ الاضطرابات السلوكية والقصور في اللعب التخيلي.

6ـ القصور في التكامل الحسي. **(حاج، 2018، ص 24)**

ومن جهة أخرى ليس لدى جميع المصابين باضطراب طيف التوحد جميع السلوكيات ولكن معظمهم لديهم من السلوكيات التي سوف نوضحها وذلك حسب المعهد القومي الأمريكي للصحة النفسية National Institute Of Montal Health.

3ـ 1/ سلوكيات التواصل الاجتماعي والتفاعل:

ـ إجراء اتصال بصري ضئيل أو غير متسق

ـ وجود ميل لعدم النظر إلى الناس أو الاستماع إليهم

ـ نادرا ما يشاركون الاستمتاع بالأشياء أو الأنشطة من خلال الإشارة إلى الأشياء أو إظهارها إلى الأخرين

ـ الفشل في الاستجابة أو التباطؤ في الاستجابة لمن ينادي بإسمه أو على المحاولات اللفظية الأخرى لجذب الانتباه

ـ يواجهون صعوبات في المحادثة

ـ وجود تعابير وجه وحركات وإيماءات لا تتناسب مع ما يقال. **(National Institute Of Montal Health. 2018 ; P 2/3)**

3ـ 2/ سلوكيات محددة ومتكررة:

ـ تكرار بعض السلوكيات أو اتخاذ سلوكيات غير عادية مثل: تكرار الكلمات أو العبارات.

ـ وجود اهتمامات مفرطة بالتركيز على الأشياء المتحركة أو أجزاء من الأشياء.

.

(Lubetsky; all ;2011 ; p 217). الانزعاج من التغيرات الطفيفة في الروتين.

وعلى الرغم من أن الأشخاص المصابين بالتوحد يواجهون العديد من التحديات، فقد يتمتعون أيضا بالعديد من نقاط القوة بما في ذلك:

ـ القدرة على تعلم الأشياء بالتفصيل وتذكر المعلومات لمدة طويلة من الزمن.

ـ يكون متعلما بصريا وسمعيا قويا.

.(National Institute OF Montal Health ; 2018 ; p 2/3). التفوق في الرياضيات أو العلوم أو الموسيقى

وعليه فإن أعراض اضطراب طيف التوحد تمتد لتشمل عدة جوانب في شخصية الطفل منها مهاراته الاجتماعية، وكذلك تواصله اللغوي، وتتميز سلوكاته بالاجترارية والمحدودية إلا أن هذه الأخيرة لا تنطبق على جميع المصابين باضطراب طيف التوحد.

4ـ أسباب اضطراب طيف التوحد:

لم يتوصل الباحثون إلى السبب الرئيسي للإصابة باضطراب طيف التوحد إلى وقتنا الحاضر، فعلى الرغم من الجهود المبذولة من قبل المختصين والباحثين إلا أن ما تم التوصل إليه لم يتعدى كونه فرضيات لم تتوصل إلى نتيجة قطعية حول السبب المباشر للتوحد، ولعل ما يزيد هذا الاضطراب غموضا عدم معرفة الأسباب الحقيقية على وجه التحديد وكذلك لشدة غرابة أنماط سلوكه التكيفي

وقد ظهرت من خلال العقود الماضية زيادة واضحة في عدد الحالات المكتشفة التي تعاني من اضطراب التوحد من مختلف دول العالم، بسبب تحسن القدرة على التشخيص باستخدام أدوات ووسائل قياس أكثر دقة وفعالية في التشخيص وما أدى إلى حدوث حالة التوحد، إلا أن هناك مجموعة من الأسباب التي يمكن أن يعزى اليها اضطراب طيف التوحد. **(فرح، 2015، ص 57)**

4ـ 1: أسباب جينية:

أثبتت بعض الدراسات الحديثة أن هناك ارتباط بين التوحد وشذوذ الكروموزومات وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اتصالات ارتباطية وراثية مع التوحد فقط، وهذا الكروموزوم هو **Syndrome Fragile** شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي وأيضا له دور أساسي في حدوث **Fragile X** ويعتبر مشكلات سلوكية مثل: النشاط الزائد والانفجارات العنيفة والسلوك الأناني، ويظهر عند الفرد الذي لديه هذا الكروموزوم تأخر لغوي شديد وتأخر في النمو الحركي ومهارات حسية فقيرة. **(غزالي، 2021، ص 49)**

4ـ 2: أسباب نيرولوجينية:

أوضحت بعض الدراسات الفروق الجينية بين الذكور والإناث بمعدل الإصابة ومداها وقد توصلت إلى:

ـ البنات التوحديات يظهرن مستوى اقل من الذكور التوحديين في نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن 5 درجات خاصة فيما يتعلق باختلاف القدرات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية.

ـ توجد انحرافات شاذة على رسم المخ لدى الاثنين.

ـ يبدي كل من الذكور والإناث التوحديين اضطرابات سلوكية وعصبية وفقا لمعدلات الذكاء الذي يتوقف عليه حجم الاضطراب الوظيفي. **(بن عيسى، 2018، ص 23)**

4ـ 3: الأسباب المناعية:

لقد تبين وجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص التوحديين، فالعوامل الجينية وكذلك الشذوذات في منظومة المناعة مقررة لدى التوحديين، وتشير بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب طيف التوحد، كما أن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون في أثناء فترة الحمل وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، وهي حقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل. **(حسن، 2016، ص 15)**

4ـ 4: الأسباب السيكولوجية النفسية:

سادت في فترة الأربعينيات والخمسينيات من القرن العشرين، النظريات النفسية التي أشارت إلى أن صفات الوالدين الشخصية والبيئة الاجتماعية يلعبان دورا رئيسيا في حدوث التوحد لدى الطفل، فآباء الأطفال التوحديين وفق هذه النظرية يتصفون بالبرود والفتور العاطفي، وهم سلبيون من الناحية الانفعالية مع أطفالهم ولا يزودونهم بالحنان والدفء الكافيين، مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة بينهم واضطراب النمو من من أكثر المؤيدين لهذه **Bruno Bettlehim**اللغوي والتفاعل الاجتماعي لدى الطفل، ويعتبر **برونو بيتلهم** النظرية التي تفسر حدوث اضطراب طيف التوحد من النواحي النفسية والاجتماعية، وقد انتقد **ريملاند** التفسيرات للتوحد ورد عليها بشدة، وقدم جملة من البراهين التي تدحض تلك التفسيرات ومن تلك البراهين: أن بعض الأطفال التوحديين قد ولدوا لآباء وأمهات لا تنطبق عليهم صفات نموذج والد الطفل التوحدي من جهة، ومن جهة أخرى هناك الكثير من الآباء الذين تنطبق عليهم صفات ذلك النموذج قد انجبوا أطفالا غير توحديين، كما أن أشقاء الأطفال التوحديين غالبا أطفال عاديون، مما يدل على عد صحة تلك النظرية والتي أصبحت اليوم محل رفض الباحثين في هذا المجال. **(حسن، نفس المرجع السابق، ص 16)**

4ـ 5: أسباب كيميائية حيوية:

العديد من الدراسات بينت ارتفاعا في مادة حمض الهوموفانيليك في السائل النخاعي وهذه المادة هي الناتج الرئيسي لأيض الدوبامين مما يشير إلى احتمالات ارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين، وكذلك أيضا ارتفاع لمستوى السيروتونين في دم ثلث الأطفال التوحديين، ولكن هذا الارتفاع ليس مقصورا عليهم، إذ انه يوجد أيضا في الأطفال المتخلفين عقليا بدون اضطرابات نمائية، وعلى العكس من ارتفاع السيروتونين في الدم نجد انخفاضا في مستوى السيروتونين في السائل النخاعي بالمخ في ثلث الأطفال التوحديين. **(الشربيني، 2011، ص 25)**

4ـ 6: الأسباب العصبية:

النسبة الكبيرة من الزيادة في الحجم حدثت في كل من الفص القفوي والفص الجداري وأظهر الفحص العصبي للأطفال الذين يعانون من التوحد انخفاضا في معدلات ضخ الدم لأجزاء من المخ التي تحتوي على

الفص الجداري مما يؤثر على العلاقات الاجتماعية والاستجابة السوية واللغة، أما في باقي الأعراض فتتولد نتيجة اضطرابات في الفص الأمامي. **(كيحل، 2020، ص 15)**

ونستنتج انه اتفقت اغلب الدراسات على تعدد الأسباب المؤدية للإصابة بطيف التوحد منها ما هو جيني متعلق بالوراثة، ومنها ما هو بيولوجي متعلق بولادة الطفل سواء قبل الولادة أو بعدها، أو عصبي راجع لزيادة في حجم كل من الفص القفوي والجداري، ومنها ما هو كيميائي متعلق بارتفاع مستوى الدوبامين في مخ الأطفال المصابين بطيف التوحد وكذلك ارتفاع مستوى السيروتونين في الدم، كما يمكن أن يكون السبب مناعي يتعلق بوجود خلل في الجهاز المناعي لدى الأشخاص المصابين باضطراب طيف التوحد.

5ـ خصائص الطفل التوحدي:

هناك العديد من الخصائص التي تميز الطفل التوحدي عن غيره من الأطفال الأسوياء، ونذكر منها الخصائص الجسمية، الاجتماعية، اللغوية، السلوكية، والعقلية المعرفية والنفسية، وهي خصائص عامة تظهر على الأطفال التوحديين، إلا أنها متفاوتة من طفل لآخر، وأنه لا يوجد تشابه أو تطابق بين الحالات وسوف نتناول كل منها بشيء من التفصيل.

5ـ 1: الخصائص الجسمية:

إن غالبية الأطفال التوحديين يتسمون بمظهر عادي أو فوق العادي، بل أن الكثير منهم يكونون جذابين في مظهرهم، كما أن المشاكل الجسمية في الغالب نادرة عند التوحديين خاصة إذا لم يصطحب أعراض اضطراب طيف التوحد أعراض اضطرابات أخرى.

وهذا لا ينفي وجود مجموعة من التوحديين تعاني من حساسية مفرطة عند سماع الأصوات، أو التعرض لأضواء النيون أو عند اللمس مما يشير لوجود استجابات حسية غير طبيعية ناتجة عن خلل في المعالجة الحسية، تعكي وجود مشكلة بالإضافة إلى صعوبة استخدام مختلف الحواس في آن واحد. **(إبراهيم، 2020، ص 31)**

5ـ 2: الخصائص السلوكية:

بداية عند المقارنة بين سلوك التوحدي وغير التوحدي نجد أن المتوحد يتصف بمحدودية السلوكيات وسذاجتها والقصور الواضح في التفاعل مع المتغيرات البيئية بشكل سليم وناضج، فضلا عن أنها تبتعد عن التعقيد، ومن أبرز سلوكيات الأطفال التوحديين نجد:

- يظهر الطفل سلوكيات لا إرادية: رفرفة اليدين، هز الجسم ذهابا وإيابا...
- يظهر الطفل قصورا واضحا في دافعيته إزاء المثيرات الموجودة في البيئة المحيطة.
- يميل التوحديين إلى انتقاء مثير محدد بصورة مفرطة.
- يفضل التوحديين أن تسير الأمور على نمط محدد دون تغيير، ويشعرون بقلق زائد إزاء أي تغيير.
- السلوك العدواني، ويظهر لدى التوحديين بطريقة تلحق الأذى والضرر بأنفسهم.
- اضطرابات الأكل، كما يرفضون مضغ الطعام الصلب.
- اضطرابات الإخراج، كالتبول اللاإرادي.

ـ اضطرابات النمو، من أشكاله هز الرأس، مص الإبهام، حركات الأصابع، التلويح باليدين، الصراخ والقهقهة، التصفيق، والدوران في المكان نفسه.

❖ ويستغل الطفل التوحدي حواسه في تكرار السلوك النمطي، ومن امثله ذلك:

5ـ 2ـ أ: حاسة الإبصار:

مثل التحديق في شيء ورعشة العين المتكررة وتحريك الأصابع أمام العينين والنظر باستمرار.

5ـ 2ـ ب: حاسة السمع:

طقطقة الأصابع، إحداث صوت معين باستمرار، سد الأذن بالإصبع.

5ـ 2ـ ج: حاسة اللمس:

الحك، مسح الجسم باليد

5ـ 2ـ د: حاسة التذوق:

عض القلم أو ما شابهه باستمرار، وضع الإصبع في الفم، ولحس الأشياء.

5ـ 2ـ هـ: حاسة الشم:

مثل شم رائحة الناس. **(مدلل، 2015، ص ـ ص 24ـ 25)**

5ـ 3: الخصائص الاجتماعية:

كثير من الأطفال التوحديين غالبا ما يكونوا قليلي التفاعل الاجتماعي وغالبا ما يوصفون بأنهم يعيشون عالمهم الخاص بهم، أي انهم باختصار شديد منعزلون عن العالم الذي يعيشون فيه ومنفصلون عنه، وقلة التفاعل الاجتماعي هذه الصفة الغالبة والشائعة لدى هؤلاء الأطفال، حيث تعد من الخصائص الرئيسية التي يتصفون بها.

كما يعاني الأطفال التوحديين من صعوبات في إقامة العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها مع أقرانهم رغم احتمالية ارتباطهم بشكل أفضل مع والديهم، ومقدمي الرعاية وأشخاص آخرين ممن يستطيعون توفير احتياجاتهم وقراءة مشاعرهم، والطفل ذو اضطراب طيف التوحد يحاول جاهدا التفاعل مع أقرانه ولا يمكن الحكم بأن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لا يستطيعون تكوين صداقات، بل يعود السبب في القصور لتكوين العلاقات الاجتماعية لأنهم لا يعرفون في كثير من الأحيان كيف يفعلون ذلك**(Marshall ,2004, p 52)**

4.5: الخصائص اللغوية:

يعاني غالبية الأطفال التوحديين تقريبا من مشكلات في التعبير اللغوي ويتصفون بمجموعة من الخصائص اللغوية التي تميزهم عن غيرهم من الأطفال.

ويمكن حصر هذه الخصائص فيما يلي:

- ✓ صعوبة في تكوين جملة كاملة للتعبير عن الأشياء المحيطة به.
- ✓ التحدث بمعدل اقل بكثير من الطفل العادي.
- ✓ صعوبة في استخدام الضمائر في الكلام وفي استخدام حروف الجر.
- ✓ عدم القدرة على استخدام اللغة في التواصل مع الآخرين اجتماعيا. **(باسي، 2016، ص 30)**

5.5: الخصائص النفسية:

حتى الآن لم توضح الدراسات التي أجريت على التوحد أيا من الخصائص النفسية، ولكن هناك بعض الحالات التي درست في العيادات الطبية تقترح انه لا يوجد الكثير من الاضطرابات النفسية في التوحد، والدراسات الإكلينيكية تشير إلى حدوث الاكتئاب في التوحد إلا أن نسبة الانتشار الدقيقة ما زالت غير معروفة، وقد أكدت الدراسات أن الحالة النفسية للتوحديين يمكن أن تتبدل بين مضادين بسرعة دون سابق إنذار، كما يمكن أن يظهر الطفل المصاب بالتوحد بعض مشاعر الغيرة والإحساس بالسعادة والتعلق بالآخرين والحزن وقد تكون حالة الانفعالات كالعدوان والصراخ ونوبات الغضب العارمة شائعة بين الأطفال التوحديين. **(الجلامدة، 2016، ص 19)**

6.5: الخصائص المعرفية:

ويمكن تناول الخصائص المعرفية على النحو التالي:

- **الأدراك:** ردود فعل المصاب باضطراب طيف التوحد لخبراته الحسية يكون غالبا شاذا فهو لا يدرك المناظر المحيطة به، ومن الممكن أن يظهر عدم الاستجابة للضوضاء وهو من الممكن ألا يبالي بالألم أو البرودة، وفي أوقات أخرى قد يظهر الطفل إحساسات سليمة.
- **الانتباه:** يكون الانتباه لدى هؤلاء الأشخاص غير طبيعي وما يبدوا سليما لديهم هو تمكنهم من إطالة انتباههم لفترات طويلة للأشياء التي تهمهم إلا انهم يواجهون مصاعب في أشكال الانتباه الأخرى وأول هذه المصاعب هي صعوبة التوجه نحو الأشخاص أو الأشياء.
- **التذكر:** يتذكرون بعض المقاطع من المحادثات التي يسمعونها، وهم يعانون من صعوبة في تخزين المعلومات التي تتطلب مستوى عالي من المعالجة كرواية قصص، وصعوبة في تذكر تسلسل المعلومات اللفظية التي تتعلق بما يفعلون وكيف يفعلون.
- **التفكير:** يتميز تفكير الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد بأنه تفكير يبتعد عن الواقع. **(بالخير، 2019، ص ـ ص 43. 44)**

لطيف التوحد مجموعة من الخصائص منها ما تعلق بالجانب الاجتماعي كصعوبة تكوين علاقات مع الآخرين والحفاظ عليها والعزلة الاجتماعية، كذلك منها ما هو سلوكي كالأنشطة والسلوكات النمطية والمحدودة، ومنها ما تعلق باللغة والتواصل كعدم القدرة على استخدام اللغة والتحدث بمعدل اقل من الأطفال العاديين وتكرار الكلام... الخ، أما النفسية فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن هاته الفئة تظهر بعض مشاعر الغيرة وبعض الانفعالات كالعدوان والصراخ.

6. أنواع اضطراب طيف التوحد:

صنف الباحثون اضطراب طيف التوحد على النحو التالي:

6. 1: اضطراب التوحد:

يشبه خصائص التوحد إلى حد كبير كما وصفه كانر، ويسمى أيضا (التوحد التقليدي) أو (توحد كانر)، كما يظهر فيه ثالوث الأعراض وهي الخلل في القدرة على التواصل، ضعف في الجانب الاجتماعي والانفعالي، والسلوكيات الروتينية والنمطية، ويظهر عادة قبل أن يبلغ الطفل سن الثالثة من عمره، وتظهر أعراضه باختلاف شديد من شخص لآخر، وبالنظر إلى التفاوت في القدرات الإدراكية لدى الأشخاص المصابين بالتوحد، وتقدر نسبة انتشاره ب 5 من كل 10.000 مولود.

6. 2: متلازمة اسبرجر:

سمي هذا الاضطراب نسبة إلى النمساوي **"هانز اسبرجر" (1994)**، ويعتبر من اضطرابات طيف التوحد، ويتصف المصاب به بوجود خلل في التفاعل الاجتماعي والتواصلي واهتمامات محددة وسلوكيات نمطية، ولا يوجد مؤشر واضح على أن هناك ضعفا في القدرات العقلية أو تأخر لغويا، ويعاني المصابون بمتلازمة اسبرجر من ضعف في تكوين صداقات وخلل في مهارات التواصل غير اللفظية مثل: التعابير الوجهية، وتتراوح نسبة ذكاء الأفراد بين المتوسط إلى فوق المتوسط وتعد أكثر شيوعا من اضطرابات التوحد، وتحدث ل 26. 36 من كل 10.000 مولود.

6. 3: متلازمة ريت:

هو اضطراب عصبي لا يظهر إلا على الإناث، وهو من الاضطرابات النادرة، ويصيب مولودا واحدا من كل 15.000 مولود، وقد اكتشفه "ريت"، وهو عبارة عن خلل عميق في المخ، ويظهر في صورة حركات تكرارية لليد وقصور في المهارات اللغوية والاجتماعية.

6. 4: اضطراب الانتكاس الطفولي:

يعد من انذر الحالات، وتحدث لمولود واحد من كل 100.000 مولود، وهو يشبه اضطراب اسبرجر، ويظهر بعد مرور سنتين من عمر الطفل، حيث يبدأ بفقدان العديد من المهارات الأساسية التي قد اكتسبها في مراحل سابقة وظهور خلل في المهارات الاجتماعية، والسلوك التكيفي، ومشكلات في التواصل اللفظي وصعوبة في التعامل مع الأقران وتكوين صداقات وتظهر سلوكيات تكرارية ونمطية، ويترافق مع إعاقة عقلية شديدة، ولا يعاني من مشكلات عضلية وعصبية، وهذا الاضطراب يعد من انذر الحالات، فهو يحدث لمولود واحد من كل 100,000 مولود، ويشبه اضطراب اسبرجر والتوحد من حيث انه يصيب الذكور اكثر من الإناث.

6. 5: الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد:

يظهر هذا الاضطراب معظم صفات التوحد ومظاهره، وتكون غالبا ابسط صور اضطراب التوحد، وهي الخلل في الجانب الاجتماعي والانفعالي واضطرابات في المهارات اللفظية وغير اللفظية، ويصعب تشخيص هذه الحالات على أنها توحد لان هناك العديد من المظاهر التي يصعب الحكم عليها بشكل مباشر بالرغم من تشابهها بشكل كبير مع الطيف التوحدي. **(ملحم، 2013، ص ـ ص 598، 599)**

واقترح كل من Sevin, Matson, Coe, Fee in 1991 تصنيفا من أربع مجموعات يمكن عرضها كما يلي:

6. 5. 1: المجموعة الشاذة Atypical Group: يظهر افراد هذه المجموعة العدد الأقل من الخصائص التوحدية والمستوى الأعلى من الذكاء. **(مصطفى والشربيني، 2011، ص 32)**

6. 5. 2: المجموعة التوحدية البسيطة Middly Autistic Group: يظهر افراد هذه المجموعة مشكلات اجتماعية وحاجة قوية للأشياء والأحداث لتكون روتينية كما يعاني أفراد هذه المجموعة أيضا تخلفا عقليا بسيطا والتزاما باللغة الوظيفية. **(مصطفى والشربيني، نفس المرجع السابق، ص 32)**

6. 5. 3: المجموعة التوحدية المتوسطة Moderately Autistic Group: ويمتاز أفراد هذه المجموعة بالخصائص التالية: استجابات اجتماعية محدودة، أنماط شديدة من السلوكيات النمطية، لغة وظيفية محدودة وتخلف عقلي. **(مصطفى والشربيني، نفس المرجع السابق، ص 32)**

6. 5. 4: المجموعة التوحدية الشديدة Serevely Autistic Group: أفراد هذه المجموعة معزولين اجتماعيا، ولا توجد لديهم مهارات تواصلية وظيفية، تخلف عقلي على مستوى ملحوظ. **(مصطفى والشربيني، نفس المرجع السابق، ص 32)**

نستنتج مما سبق أن اضطراب طيف التوحد متشعب ومتعدد، بمعنى أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنواع كثيرة متداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد، فقد نجد طفلان مصابان بطيف التوحد إلا انهما مختلفان تماما في السلوك ولذلك يتفق أغلبيه المختصين على عدم وجود نوع واحد لاضطراب طيف التوحد ونجد من بينها: اضطراب التوحد، متلازمة آسبرجر، ريت، اضطراب الانتكاس الطفولي، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة.

7. نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد:

وفقا لتقرير صادر عن منظمة الصحة العالمية (WHO)، فإن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد (ASD) في العالم هي 1% أي هنا شخص مصاب بالتوحد لكل 100شخص.

وهذا يعني أن هناك حوالي 70 مليون شخص مصاب بالتوحد في العالم منهم 45 مليون في الدول النامية، وتختلف نسبة انتشار اضطراب التوحد بين الدول، بين 0،5 %في بعض الدول إلى 2% في دول أخرى.

وبشكل عام فإن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد آخذة في الازدياد.

https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

والجدير بالذكر أن اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات شيوعا وانتشارا عربيا وعالميا، حيث أثبتت الدراسات العلمية أن نسبة انتشار هذا الاضطراب تختلف من باحث لآخر ومن مجتمع لآخر وذلك لتباين المحكات المستخدمة في التشخيص، وبالتالي فهي في تزايد مستمر على الصعيد العالمي في الآونة الأخيرة، فمعظم الأبحاث العلمية تشير إلى أن اضطراب طيف التوحد ينتشر بين الذكور أكثر منه بين الإناث وان إصابة هذه الأخيرة تكون أكثر صعوبة وخطرا.

بالرغم من اتفاق معظم الدراسات التي تناولت التوحد من زاوية الفروق بين الجنسين في أن معدل الإصابة لدى الذكور اعلى منها لدى الإناث إلا أن هذه الدراسات اختلفت في تحديد هذه النسبة، وقد يكون سبب هذا الاختلاف في النتائج راجعا إلى خطأ في التشخيص ولا زالت الأبحاث والدراسات مستمرة في البحث أكثر عن هذا الاضطراب للوصول إلى نسب دقيقة.

8: النظريات المفسرة لاضطراب طيف التوحد:

8. 1: النظرية السيكولوجية:

وهي من اقدم النظريات التي فسرت حالات التوحد والتي بداها كانر والتي تفسر التوحد على انه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة للفتور والجمود واللامبالاة في العلاقة بين الأم وابنها والتي قد تكون نتيجة للعلاقات بينها وبين زوجها، ويمكن أن يكون ذلك في فترة الحمل من خلال عدم حمل الأم أي مشاعر وانفعالات نحو جنينها الأمر الذي يفضي إلى طفل مصاب بالتوحد، وتعد هذه العلاقة مريضة لا يتخللها الحب والحنان، لذلك فإن السلوكات التي تصدر من الطفل هي بمثابة وسيلة دفاع لرفضه عاطفيا، لذلك النشأة الأولى التي عاشها الطفل هي السبب الرئيسي لحالة التوحد حسب هذه النظرية. **(كيحل، 2020، ص ـ ص 17،18)**

8. 2: النظرية البيوكيميائية:

إن الخلل في الدماغ قد يؤثر على الأداء الوظيفي لأجزاء من المخ كالفصين الصدغي والأمامي وكذلك جذع المخ ولمخيخ، ويعد السيروتونين من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي الذي يتمركز في وسط الدماغ، ويتحكم في

العديد من الوظائف والعمليات السلوكية بما فيها إفرازات الهرمونات والنوم وحرارة الجسم والذاكرة والسلوك النمطي وقد عمل المختصون على فحص مستوى هذا الناقل بفحص سائل المخ الشوكي ومستويات السيروتونين في الدم، كما إن الدوبامين يلعب دورا في التوحد، وهذا يتشكل من الحامض الأميني الفينيلانين ويتركز كذلك في الدماغ الأوسط وذا زادت كميته فهو يلعب دورا في السلوكات التوحدية مثل الطقوسية والنمطية والنشاط الزائد. **(مدلل، 2015، ص 23)**

8. 3: دراسات الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة:

أشارت الدراسات والبحوث في هذا الجانب إلى أن الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة قد تكون احدى الأسباب التي تؤدي إلى حالات التوحد كالإصابة بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل وخاصة الأشهر الثلاث الأولى، نقص الأكسجين، حالات النزيف التي تصيب الأم وخاصة بين الشهر الرابع والثامن، استخدام عقاقير طبية خاصة المضادات الحيوية، الولادة المبكرة والعملية القيصرية، الحوادث والصدمات وعمر الأم عند حمل الطفل. **(سهيل، 2015، ص 77)**

8. 4: النظرية البيولوجية:

تفسر هذه النظرية إصابة الأطفال باضطراب طيف التوحد نتيجة خلل او تلف في الدماغ والجهاز العصبي وتؤكد هذه الافتراضات بمجموعة من الدلالات منها:

- ترافق التوحد مع مجموعة من الأمراض العصبية أو الصحية، كذلك ظهور التوحد في كافة الثقافات والأعراق والأديان، النسبة نفسها مما يؤكد انه لا يتأثر بهذه العوامل، ووجود خلل في تركيبة الدماغ لدى بعض هؤلاء الأطفال، كذلك يمكن أن يكون شذوذ في التخطيط الدماغي لبعض هؤلاء الأطفال.
- الخلل في المخيخ، حيث اثبتت الدراسات التي أجريت في هذا المجال نقص في عدد خلايا المخيخ كما توصلت دراسة "هاشيموتوا" على أطفال التوحد أن المخيخ لدى الأطفال المصابين بالتوحد حجمه اصغر من الحجم الطبيعي وكذلك في أجزاء أخرى من الدماغ، كما اثبتت الدراسات أن الخلل الموجود في العرق الدماغي يؤدي إلى تحولات في القدرة السمعية والإدراك الحسي والجسدي وكذلك يؤدي إلى تحولات في أجهزة الإرسال العصبي الكيماوية المسؤولة عن الضعف في الانتباه والإثارة عند الأشخاص التوحديين، وبذلك فإن الخلل في المخيخ والعرق الدماغي قد يكون مقرونا بالتخلف العقلي الموجود في حالات التوحد.
- الخلل الوظيفي في المخ، حيث يشير أنصار هذه النظرية إلى أن الخلل في جهاز الإدراك ينتج عن عدم القدرة على تنظيم استقبال الرسائل ذات العلاقة بالإحساس وعدم القدرة على الإحساس العصبي لكل الحواس، وهذا ما يحدث لدى الأطفال التوحديين ويترتب عليه صعوبة تقديم أفكار مترابطة أو ذات معنى للحياة المحيطة بهم. **(ميدون، 2019، ص ـ ص 38، 39، 40،)**

8. 5: نظرية العقل:

تشير هذه النظرية أن مستويات الإدراك تقسم إلى مستويات متدرجة، فالطفل الذي يعاني من التوحد لا يتجاوز المستوى الأول وهو إدراكه للأشياء والمواد التي حوله، فالمشاكل الاجتماعية التي هي في مستوى إدراكي اعلى تنشأ بسبب صعوبة فهم الظواهر والأشخاص الأخرين، وربطت هذه النظرية بين الجانب اللغوي والصعوبات الاجتماعية مما حد بالباحثين التركيز على الجانب العصبي أي أن الطفل التوحدي لا يفهم بما يفكر فيه الأخرين. **(زيادة، 2022، ص 50)**

8. 6: النظرية الاجتماعية:

يرى رواد هذه النظرية انه يمكن النظر إلى التوحد باعتباره اضطراب في التواصل لاجتماعي حيث أن المهارات اللغوية والإدراكية للأطفال التوحديين كانت طبيعية في البداية ونتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية ينتج عنها انسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به، وانغلاقه على ذاته لإحساسه بعدم التكيف كما بينت أيضا أن التوحديين لديهم إعاقات عضوية تعوق عملية التواصل مع الآخرين بصورة طبيعية كما أوضحت تلك النظرية الاجتماعية أن ميول واتجاه آباء وأمهات الأطفال التوحديين تلعب دورا أساسيا في إعاقة ميكانيزم التواصل مع هؤلاء الأطفال، كما أن ظروف التنشئة الاجتماعية التي تتسم بالعواطف الجافة ونقص التواصل اللفظي بين الأبوين والطفل تعد من العناصر الأساسية المسببة للتوحد وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي تتكون فيها شخصية الطفل حيث أنها تؤدي إلى انسحاب الطفل من التفاعل مع العالم الخارجي وانغلاقه على ذاته، وأشارت "لورنا وينج" إلى أن الصقور الأساسي في التوحد هو قصور اجتماعي، وهذا القصور الاجتماعي يظهر ثلاث مجالات مختلفة اطلقت عليها اسم أوجه القصور الثلاثية للتفاعل الاجتماعي. **(كريم، 2017، ص 37)**

8. 7: النظرية السلوكية:

تؤمن النظرية السلوكية بأن الفهم العلمي الدقيق للسلوك الإنساني لا يتحقق إلا بدراسة ذلك السلوك في بيئة محكمة الضبط، لذلك فإن تفسير رواد تلك المدرسة للتوحد مبني على عاملين رئيسيين:

- الأول: هو تحديد ورصد السلوكيات التي يظهرها الأطفال التوحديين تحديدا دقيقا.
- الثاني: هو تفسير العلاقة بين تلك السلوكيات والبيئة المحيطة.

واتفق عدد من الباحثين على أن سلوكيات الأطفال التوحديين قد تظهر متمثلة في شكلين هما (الإفراطات السلوكية) والتي تعبر عن السلوكيات التي تظهر بكثرة لدى التوحديين مثل السلوك النمطي والاستثارة الحسية، وكذلك (القصور السلوكي) والتي تظهر جلية في القصور اللغوي والاجتماعي ونقص الانتباه.

وتفسير هذه السلوكيات وعلاجها لا يتم إلا من خلال النظر للتوحد من خلال ما يعرف بالتوافق ثلاثي الأطراف ABC (السوابق ـ السلوكيات ـ النتائج).

فالسوابق هي المقدمات التي تسبق صدور السلوك التوحدي من الطفل أما النتائج فهي توابع السلوك او مردوده على الطفل، وهنا يرى السلوكيين أن علاج سلوكيات معينة يستلزم العمل على ضبط السلوك والذي من شأنه فك الارتباط بين هذه العناصر. **(بطانية، 2022، ص ـ ص 62،63)**

ومن خلال ما سبق ورغم الاختلاف الظاهر في تفسير اضطراب طيف التوحد، إلا أن معظم النظريات أبدت مساهمتها من زاويتها الخاصة، فالنظرية السيكولوجية تفسر طيف التوحد على انه حالة من الهرب والعزلة من واقع مؤلم يعيشه الطفل نتيجة الجمود والفتور في العلاقة مع الأم، أما النظرية البيوكيميائية فأرجعت السبب لوظائف الدماغ خاصة على مستوى الفص الصدغي والأمامي، بالنسبة للنظرية البيولوجية فقد ركزت على الاختلافات غير عادية في حجم الدماغ بين الأطفال التوحديين والأطفال العاديين، أما بالنسبة لدراسات الاضطرابات التكوينية وصعوبات الولادة فهي تتعلق بما يصيب الأم من أمراض وحوادث أثناء فترة الحمل، ومن جهة أخرى فإن نظرية العقل أشارت إلى مستويات الإدراك وان الطفل التوحدي لا يتجاوز المستوى الأول، كما اعتبرت النظرية الاجتماعية أن التوحد عبارة عن اضطراب في التواصل الاجتماعي، وأخيرا فإن النظرية السلوكية تؤمن في تفسيرها لاضطراب طيف التوحد انه لا يتحقق إلا بتحديد ورصد السلوكيات التي يظهرها الأطفال التوحديين وتفسير العلاقة بين تلك السلوكيات والبيئة المحيطة.

9: البرامج والأساليب العلاجية لاضطراب طيف التوحد:

قبل التطرق وعرض البرامج العلاجية الموجهة لأطفال اضطراب طيف التوحد التي نقوم بدراستها وتقييمها ارتأينا ان نقدم بعض المبادئ والأساسيات التي ينبغي أخذها بعين الاعتبار في تطبيق أي برنامج علاجي من حيث تحسين الأداء أو تعديل السلوك أو التخفيف من الاضطراب وهي:

الأساسيات والمبادئ التي تقوم عليها كل البرامج العلاجية:

- ❖ الاستجابة للاحتياجات الفردية للطفل المصاب بطيف التوحد بطريقة شاملة ومضبوطة.
- ❖ العمل على تحسين المهارات وخفض المظاهر السلوكية غير التكيفية.
- ❖ الأخذ بعين الاعتبار أن يكون العمل متواصل على طول مدة التكفل به.
- ❖ الأخذ بعين الاعتبار أن يكون التدريب بشكل فردي وضمن مجموعة صغيرة
- ❖ مراعاة استعمال عدة أساليب وتقنيات التعليم دون أن تخرج عن المبادئ العامة للبرنامج العلاجي.
- ❖ إشراك أولياء الطفل المصاب بطيف التوحد في تنفيذ البرنامج العلاجي الذي يأخذ بعين الاعتبار دور الأولياء في التدخل العلاجي. **(بن عصمان، 2023، ص220)**

بعد عرض هذه الأساسيات والمبادئ التي يقوم عليها التدخل العلاجي نقدم البرامج العلاجية الأكثر استعمالا وانتشارا في الأوساط العيادية المهتمة باضطراب طيف التوحد والتي وضعت خصيصا لأطفال طيف التوحد:

9ـ 1: برنامج تيتش TEACCH:

هو برنامج أسسه **Eric Schopler** في أوائل السبعينات من القرن الماضي، وهو يهدف إلى مساعدة الأطفال التوحديين أن يتعلموا كيف يكونوا أكثر استقلالية من خلال محاولة فهم العالم من حولهم، حيث يعتمد البرنامج على تنظيم البيئة المادية وإعطاء التوحديين معلومات بصرية واضحة، ويعتمد **(TEACCH)** مقياس **(CARS)** كأساس للتقييم في البرنامج.

كما يعتمد منظرو برنامج **(TEACCH)** أنه من الصعب على الطفل التوحدي فهم إشارات الواقع لذا لديهم صعوبة في الذهاب إلى أبعد من المظهر الإدراكي وهو مصدر المتاعب لهم في فهم المفاهيم المجردة، وإشارات الجسد ومعنى التقليد ومرور الوقت، لذا يحاول هؤلاء جعل الواقع على قدر أكبر من الوضوح من وجهة نظر التوحديين الإدراكية عن طريق استعمال المساعدات البصرية في بيئة تركز على الأداء البصري أي أن البرنامج يركز ويسخر القدرة الإدراكية للتوحديين التي هي نقطة قهوتهم من اجل تطوريهم وجعلهم أكثر استقلالية. **(القبالي، 2017، ص 248)**

9ـ 2: برنامج والدن تودلر Walden Toddler Program:

يعد برنامج Walden Toddler Program أحد البرامج الشاملة المقدمة للأطفال الصغار الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، قام بإصداره الأول كلا من (Mc Gee Daly, Morrier) في سنة 1998، ويحرص على تقديم منهج شامل لتأهيل جميع المجالات النمائية لدى الطفل، وكذلك يتميز بتوفير معالجين لتدريب الطفل داخل المنزل وتثقيف الوالدين لمدة تصل إلى 4 ساعات في الأسبوع، وقد صمم البرنامج خصيصا للأطفال الصغار المصابين باضطراب طيف التوحد ويستند البرنامج على تقديم:

- ✓ نمط للرعاية اليومية النموذجية للطفل.
- ✓ مع التركيز على استخدام فرص التعلم في إطارها الطبيعي والاندماج الاجتماعي.
- ✓ حيث يشترك في ذلك مع برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA) الذي يستخدم المبادئ السلوكية ضمن سياقات التعلم الطبيعية.
- ✓ يهدف لتحقيق مفردات أكثر لدى الطفل.
- ✓ تواصل اجتماعي وانضباط انفعالي.
- ✓ نمذجة التعاملات اليومية وتطوير للعلاقات الاجتماعية.
- ✓ تعلم الاستجابات الصحيحة للمواقف المختلفة.

وتتضمن بيئة تطبيق البرنامج الألعاب والأنشطة التي تعد جذابة للأطفال الصغار، وتهيئة للطفل لتعلم الطلب، والتفاعل مع الكبار، ويقضي الأطفال في برنامج والدن حوالي 30 ساعة أسبوعيا وما يقرب من 10 ساعات في التدريس بالمنزل مع والديه، ويتميز البرنامج بأنه منظم جدا ويركز على الأهداف الفردية ضمن أنشطة مخطط لها مسبقا، وصمم البرنامج ليناسب الأعمار ما بين 36/15 شهر، ورغم عدم وجود دراسات تجريبية لتقييم هذا البرنامج،

غير أن هناك بيانات تشير إلى حوالي 82% من الأطفال الذين تعرضوا للبرنامج استطاعوا استخدام كلمات ذات معنى. **(بن عصمان، 2023، ص 221)**

9ـ 3: نظام الاتصال عبر تبادل الصور Picture Exchange communication system:

قام أندروا بوندي **Andrew Bondy** ولوري فروست **Lori Frost** سنة **1994** بتطوير نظام لمساعدة الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وغيره من الإعاقات النمائية في اكتساب مهارات اتصالية، حيث يركز هذا النظام على مبادئ الاتصال القصدي والوسائل البصرية في تطوير الاتصال، قام بتقييم فاعلية نظام الاتصال عبر تبادل الصور في تنمية المهارات اللفظية واللعب، والوظائف الاجتماعية لطفل توحد عمر 3 سنوات وأظهرت النتائج فعالية البرنامج في تحسن متغيرات الدراسة، وإضافة إلى ما سبق نجد العديد من البرامج التكميلية التي صممت لفئة طيف التوحد منها العلاج الحسي الحركي الذي استند إلى علاقة الجسد بالروح والتناسق بينهما، والعلاج بالتكامل الحسي وكذا العلاج بالحمية الغذائية، وغيرها من البرامج التي تعد مع تطور الأبحاث والدراسات وآخر ما تتوصل اليه، حيث اسهم الدمج في تطوير فئة اضطراب طيف التوحد بشكل لم تحققه بعض البرامج التدريبية. **(بلهشاط وحداد، 2021، ص ـ ص 125، 126)**

9ـ 4: برنامج الشمس المشرقة Son Rise:

يعرف برنامج صون رايز كمدخل علاجي للتوحد حيث يمضي أفراد الأسرة أو المتطوعون أو المختصون عددا كبيرا من الساعات في تقليد حركات الطفل و"الدخول إلى عالم الطفل الخاص"، فإذا قام الطفل ببرم لعبة أو صحن كما يفعل العديد من الأطفال التوحديين، قام الراشدون ممن يعملون معه بتقليده ومشاركته في اللعب وبناء على فلسفة البرنامج فإن تقليد حركات الطفل تنمي لديه الشعور بالحب والقبول والرضا، ويشعره بان يشعر الراشدين من حوله لديهم اهتمامات مشتركة معه وهكذا يتمكن الراشد من الدخول إلى عالم الطفل، وبعد أن يشعر الطفل بثقة أسرته به وحبها له ويشعره كذلك بارتياح في محيطه تقوم الأسرة بتدريبه على مهارات ينبغي أن يتعلمها من اللغة والتواصل والإدراك والحركة وما إلى ذلك. **(براهمية وسلاطنية، 2022، ص 103)**

ويعتقد **باري كافمان وسمريه كافمان** أن موقف الأسرة اتجاه طفلها يؤثر بدرجة أساسية على تقدم الطفل، وتنقل مثل هذه المعلومات للأسرة خلال الفترة التدريبية، وبذلك تدرك الأسرة انه لا جدوى من تطلعها إلى تقدم الطفل حسب رغبتها هي لكي تطمئن لمصيره ويتقبله المجتمع ما دامت المهارات التي تريدها الأسرة وتشعر بأن طفلها ينبغي عليه أن يتعلمها تختلف عن تلك التي يحتاج اليها الطفل بالفعل والتي يستطيع أن يتعلمها، وفي المقابل تتجه الأسرة نحو تقبل وضع طفلهما التوحدي كما هو، وتصبح على معرفة بالأسباب الباعثة لسلوكيات التوحد وما يعنيه التوحد، وينشا عن هذا الإدراك اختيار أهداف تعليمية تفيد الطفل وتساعده على العيش سعيدا ومعتمدا على نفسه، ومع تقبل بعض القصور السلوكي لديه كجزء من خاصيته التوحدية. **(براهمية وسلاطنية، نفس المرجع السابق، ص 104)**

الخصائص العامة للبرنامج:

- **سياسة قبول التلاميذ:** يعتبر برنامج صون رايز برنامجا تدريبيا للأسر وليس مركزا أو مدرسة تقبل الأشخاص التوحديين.
- **نسبة المعلمين إلى التلاميذ:** تقوم الأسرة أو المتطوعون بتدريب طفلهم بشكل فردي ولمدة عدة سنوات.
- **عدد ساعات التعلم:** يتلقى الطفل العلاج على مدى 12 ساعة يوميا، سبعة أيام أسبوعيا وعلى مدار السنة ولمدة سنوات، وهكذا فإن الطفل يتلقى التدريب في معظم ساعات يقظته.
- **موقع التعليم:** وضع برنامج صون رايز كبرنامج تدريب لأسر أطفال يعانون التوحد أو اضطرابات نمائية شاملة أخرى، وهكذا فإن الطفل يقضي سنوات عديدة بعيدا عن البيئة الطبيعية والتي يفترض في فلسفة البرنامج أنها تعيق من عملية التعليم. **(براهمية وسلاطنية، نفس المرجع السابق، ص 104)**

9ـ 5: برنامج مكاتون Makaton للمفردات اللغوية:

هو برنامج بلغات متعددة الوسائط طورته **مارغريت ووكر** في السبعينات في بريطانيا وتحديدا سنة **1976** بغرض تحقيق التواصل الفعال والوظيفي مع نزلاء مستشفى القديس جورس الذين كانوا يعانون من الإعاقة العقلية والصمم، واسم البرنامج مشتق من أسماء ثلاث علماء قاموا بإعداده وهم **(Margaret Walker, Kathy Johnso, Tony Conforth)**، وهو موجه للأشخاص من الأطفال والمراهقين الذين يعانون من اضطرابات التواصل، والأطفال الذين يعانون من اضطرابات في النطق، واضطراب طيف لتوحد، متلازمة دوان والشلل الدماغي، بالإضافة إلى إمكانية استخدامه مع أسرهم ومن يقومون على رعايتهم أو التعامل معهم، وعادة ما يستخدم مع الأطفال لمساعدتهم على اكتساب اللغة والكلام، يتألف البرنامج من مفردات قاعدية ومفردات إضافية، المفردات القاعدية تجمع 450 مفهوم منظمة في مستويات، حيث تم اختيار هذه المفاهيم لتلبية احتياجات كل شخص طفل أو بالغ في وضعية إعاقة، مع دمج البعد النمائي، لا تحتوي هذه المفردات القاعدية على أي علامة نحوية في ابسط استخدام لها، والتي يتم شخصنتها لكل مستخدم ابتداء من قاعدة مشتركة تكمل المفردات الإضافية والمفردات القاعدية، أين يتم تنظيمها حسب المواضيع وتهدف إلى تلبية توقعات محددة من المستخدمين، تتضمن هذه المفردات الإضافية أكثر من 7000 مفهوم من لغة الإشارات والصور الأصلية يرافقها الكلام، تهدف هذه الأداة إلى تطوير المهارات في التواصل، اللغة والقراءة مرفوقة بطرائق مرنة للتعلم، وتمكن أيضا من تلبية حاجيات المستخدمين الذين هم في حاجة إلى وسيلة تواصل للتعبير عن حاجاتهم الأساسية، أو فهم محيطهم مثل الذين يسعون إلى بناء لغة اكثر تفصيلا أو قراءة. **(قيرودو ومزوز، 2021، ص 209)**

ويعتمد برنامج المكاتون على استخدام الكلام والإشارات والتواصل البصري بالعين، ولغة الجسد وإيماءات الوجه والصور والرسوم، والكلمات المكتوبة بالتزامن مع إعداد مجموعة من الإشارات الدالة عليها يقدمها المربي للطفل على شكل تعليم لغة الإشارة، غير أن هذا البرنامج ليس بلغة الإشارة، حيث تقدم الكلمات في شكل مفرد أو في شكل جمل على أن تقدم الرموز والإشارات حسب ترتيبها في الجملة، ومن الأمثلة على ذلك تعليم كلمة "أشرب" أين يقوم المربي

بحمل الكأس إلى الفم وينطق كلمة "أشرب" ويقدم معها مباشرة رمزا أو صورة تدل على شرب فيها شخصيا، وفي حالة الجمل يجب أن تقدم مفصلة كلمة بكلمة مرفقة بالرموز التي قد تكون صور أو رسومات أو إشارات مرتبة حسب ترتيب الكلمات في الجملة، يتم التعليم في برنامج مكاتون بالانتقال بالتدرج من الأسهل إلى الأصعب، حيث تمر العملية التعليمية ب 8 مراحل باستخدام لغة الإشارة المحلية، كل مرحلة تتضمن مجموعة من المفردات اللغوية تبدأ بالكلمات المألوفة عند الطفل إلى أن يصل إلى استخدام كلمات أكثر تعقيدا، وقبل الشروع في استخدام هذه الرموز يتم في البداية تشجيع الطفل على التواصل باستخدام الإشارات بنمذجة الإشارة وتشجيعه على تقليدها حتى يتقنها ويتمكن من توظيفها مما يؤدي إلى ربط علاقة بين الطفل التوحدي وعالم الإشارة، وبعد ذلك نقوم بسحب الإشارات تدريجيا واستبدالها بمفردات لغوية وكلمات يستطيع الطفل التعبير بها في المستقبل. **(قيرودو ومزوز، نفس المرجع السابق، ص 210)**

9ـ 6: برنامج ليب للأطفال التوحديين Learning Experionces An alternative Programming:

بدأ برنامج ليب عام 1981 في بنسلفانيا لتقديم خدمات للأطفال العاديين والتوحديين من عمر (5ـ 3) سنوات، وتدريب الآباء على المهارات السلوكية بالإضافة إلى الأنشطة المجتمعية الأخرى.

وما يمتاز به برنامج ليب LEAP أنه يعتبر أول برنامج يجمع ويدمج بين الأطفال المصابين بالتوحد، والأطفال العاديين منذ بداية البرنامج، ويتم استخدام الرفاق في التدريب على المهارات الاجتماعية، وتشمل الأهداف في المنهاج الفردي مجالات النمو الاجتماعي والانفعالية واللغوية والسلوك التكيفي، والمجالات النمائية المعرفية والجسمية والحركية، ويجمع المنهاج الأسلوب السلوكي مع الممارسات النمائية المناسبة.

ويركز برنامج ليبLEAP بالدرجة الأولى على تزويد المؤسسات والمدارس الخاصة بخدمات تدخل مبكر نوعي، وتقدم هذه الخدمات من خلال الزيارات والإجابة عن الأسئلة وإقامة ورش تدريبية، وتقديم الاستشارات حسب الحالة، ويشتمل التدريب على تنظيم الصف وضبطه، تدريب الرفاق على المهارات الاجتماعية، متابعة لما وراء عمل المعلمين، مشاركة الأسرة. **(غزالي، 2021، ص 73)**

9ـ 7: برنامج لوفاس في تحليل السلوك التطبيقي ABA:

هو برنامج يرتكز على سلوك التعلم، وضع لهدف تكوين مجموعة السلوكيات الاجتماعية الضرورية للتكيف وخفض السلوكيات السلبية وغير التكيفية، فالأطفال التوحديين يتعلمون القليل من السلوكيات التلقائية في محيطهم الطبيعي لكنهم يمكنهم التعلم في محيط خاص.

يهدف هذا النوع من العلاج إلى تعليم وحدة صغيرة من السلوك ومحاولة التكرار، فعلى الطفل مثلا أن يجيب على التعليمة حتى وإن كانت خاطئة يتلقى تشجيعا وإذا كانت قريبة من الصحيح يتم مكافئته، وهكذا بالمكافأة حتى يكتسب ويتعلم السلوك المرغوب فيه. **(بطوش وبنابي، 2021، ص 110)**

9. 8: العلاج بالقصص الاجتماعية:

يعيش الطفل التوحدي بالدرجة الأولى ذاته وظروفه ورغباته وحاجاته وتوقعاته السلوكية من الآخرين، فهو لا يفهم في العادة أن هؤلاء الآخرين لهم أفكارهم وأهدافهم وخططهم، وجهات نظرهم، حاجاتهم، ميولاتهم، أو مشاعرهم أيضا، الأمر الذي يحد من تفاعلهم الاجتماعي في الاجتماعات المدنية التي يعيشونها في الأسرة، وشلة الأقران، الغرفة الدراسية، النادي وغيرها مما يوجد، وعلى العموم تأتي القصص الاجتماعية التي يمكن تقديمها للطفل التوحدي في أربعة أنواع:

9. 8. أ: القصة الوصفية: والتي تصف للطفل ما يفعله الآخرين في المواقف الاجتماعية المختلفة.

9. 8. ب: القصة الموجهة: التي ترشد انتباه الطفل أو توجهه إلى الاستجابة السلوكية المرغوبة في مواقف اجتماعية محددة تقدمها القصة.

9. 8. ج: القصة الإعلامية: التي تقدم للطفل وجهات نظر وردود فعل للآخرين تجاه المواقف الاجتماعية التي تجسدها القصص حتى يتعلم الطفل ويعي كيف يفهم الآخرين والحوادث التي يجرونها.

9. 8. د: القصة الضابطة أو المعززة: التي تقدم للطفل الاستراتيجيات التي يمكنه استعمالها لتفعيل ذاكرته وتعلمه واستيعابه للقصص الاجتماعية. **(شيبوط وبن حفاف، 2019، ص ـ ص 49،50)**

نستنتج مما تم عرضه عن برامج التدخل العلاجية لأطفال ذوي اضطراب التوحد، يمكن القول ان بسبب طبيعة الاضطراب الذي تختلف أعراضه وسماته وخصائصه من طفل لآخر وعدم الوصول لى السبب الحقيقي لحدوثه، فإن ليس هناك اتفاق موحد حول برنامج وطريقة معينة للتكفل والتقليل من أعراض اضطراب طيف التوحد مع كل الأطفال وفي كل الحالات، إلا أن البحوث والدراسات اثبت أن البرامج العلاجية التدريبية والتربوية السلوكية المصممة لتنمية المهارات الأساسية الحياتية والمعتمدة على فنيات تعديل السلوك وخاصة التعزيز يستجيبون لها الأطفال بشكل جيد، على أن تكون مطبقة من طرف مختصين مدربين ومؤهلين بشكل جيد وبطريقة متسلسلة وشاملة ومرنة تلاءم الاحتياجات الفردية لكل طفل، مع إشراك الوالدين وضرورة تدريبهما للمساعدة في البرنامج، وتقديم الدعم النفسي والاجتماعي لهما من حين لآخر

خلاصة:

إن التوحد يعد من بين الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا، والذي يثير حيرة الباحثين والمختصين في هذا المجال، وهذا نظرا للغموض الذي يميز هذا الاضطراب سواء من حيث الأسباب أو التشخيص أو حتى العلاج، فهو اضطراب تتداخل فيه عدة عوامل كما انه يخلف آثارا على المجالات الرئيسية للقدرات الوظيفية للطفل، الأمر الذي يجعل التعامل معه صعبا سواء بالنسبة للأخصائيين القائمين على تعليم هذا الطفل، أو بالنسبة لأفراد الأسرة التي ينتمي اليها هذا الطفل التوحدي، ومهما تنوعت وتعددت البرامج والأساليب العلاجية الخاصة بهم، فإن نجاح بعض أساليب التدريب والتأهيل والتفاعل التربوي والاجتماعي مع حالة من حالات الأطفال التوحديين لا يعني بالضرورة نجاحها مع كل الحالات المماثلة، ذلك إن لكل طفل خصائصه المحددة التي تميزه عن غيره من الأطفال، فلكل طفل ظروفه وقدارته ونوعية ودرجة أعاقته، وله ما يناسبه من أسس ومناهج وأساليب للتدريب والتأهيل.

سنتطرق في الفصل الموالي إلى صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد وسنحاول فهم والتعرف على اهم وأبرز المعوقات التي تواجه فريق العمل في التشخيص.

الفصل الثالث:

صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد

تمهيد:

أولا: التشخيص

1. تعريف التشخيص

2. أهمية التشخيص

3. أهداف التشخيص

4. مراحل التشخيص

5. أنواع التشخيص

6. أدوات التشخيص

ثانيا: فريق العمل الإكلينيكي المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد

1. من هو المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد

2. مؤهلات الأشخاص القائمين على تشخيص اضطراب طيف التوحد

3. الأمور التي ينبغي مراعاتها عند تشخيص اضطراب طيف التوحد

ثالثا: صعوبات التشخيص

1. المحكات التشخيصية لاضطراب طيف التوحد

2. التشخيص الفارقي

3. أبرز المقاييس للكشف وتشخيص اضطراب طيف التوحد

4. صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد

خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد التشخيص من المواضيع المهمة والتي تحتل الصدارة الكبرى في ميدان علم النفس العام، وخاصة علم النفس العيادي، فهي ترتبط بعمليات دقيقة كالعلاج وتشمل التقنيات الأساسية في الفحص العيادي فالتشخيص يغوص في الأعماق الداخلية للمفحوص لجمع المعلومات الكاملة للحالة أي البحث في ديناميات الشخصية، وهذا يتطلب كسب ثقة المفحوص والتفاعل مع شخصيته للبحث عن مسببات المشكلة وتسريع الوصول إلى الحل، ونجد العديد من المقاربات تبحث على خصوصية التشخيص حسب المنطلق الفكري لهذه النظرية وطرق عديدة للتشخيص خاصة التشخيص الفارقي الذي يفرق بين اضطراب واضطراب يتشابهان في الأعراض، حيث نجد أن هناك فريقا خاص يقوم بعملية التشخيص والذي يجب أن تكون له مجموعة من المؤهلات ومسؤوليات يتمتعون بها والخبرة الكافية والاطلاع الواسع على جميع خطواته للقيام بها على اكمل وجه، وخاصة اذا كان هذا التشخيص متعلق بتشخيص اضطراب طيف التوحد، ويعد هذا الأخير من اصعب الاضطرابات تشخيصا، نظرا لما يحمله هذا الاضطراب من تعدد الأعراض واختلافها وتداخلها مع اضطرابات أخرى. فقد يواجه هذا الفريق صعوبات بعملية التشخيص مرتبطة بعدة عوامل منه: الفهم الحقيقي لطبيعة الاضطراب واستيعابه مرورا باختيار الأدوات المناسبة لتحديد أعراضه بدقة أكبر وضمان عدم الوقوع في خطا التشخيص.

وسوف نتطرق في هذا الفصل إلى معرفة ماهية التشخصية واهم أهدافه وأبرز مراحله والأدوات التي يتم الاعتماد عليها كما سوف نتعرف على الفريق المسؤول عن هذه العملية وأبرز الصعوبات التي يواجهونها في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد.

1_ تعريف التشخيص:

تعددت تعاريف الخاصة بالتشخيص لكونه كان محور اهتمام من طرف علماء والباحثين في جميع التخصصات وخاصة في علم النفس والذي شمل على تحديد الاضطراب من خلال مجموعة من الأعراض

حيث يعرف التشخيص على انه:

- ✓ الشخيص كلمة إغريقية تعني" الفهم الكامل" ويقصد به فحص الأعراض المرضية واستنتاج الأسباب، وتجمع الملاحظات في صورة متكاملة، ثم ننسبها إلى مرض معين محدد، فالتشخيص إذن فهم المريض وبيان العلاقة بين الأعراض المرضية في زملة مرضية. **(الشربيني،2010، ص29)**
- ✓ التشخيص هو تلك العملية التي تعتبر المدخل لأي عملية علاج نفسي، وعمليا تعتبر استخدام الطرق المختلفة لجمع البيانات والمعلومات ، باستخدام المقاييس النفسية والاختبارات الخاصة بالقدرات واستمارات المقابلة الشخصية، وعملية التشخيص عملية متكاملة يتم ضمنها القياس والتقييم والتقويم، وتختلف باختلاف نوع المتخصص، فالطبيب النفسي ترتكز عملية التشخيص الإكلينيكي لديه على المقابلة التشخيصية وقد يستخدم الاختبارات والمقاييس وقوائم القياس الأخرى، وفيما يتعلق بالمحلل النفسي فانه يستخدم المقابلة التشخيصية والاختبارات الإسقاطية، بينما يستخدم الأخصائي الإكلينيكي الاختبارات النفسية والقوائم الاستبيان ونماذج دراسة الحالة، ويعتبر التقنين ووضع المعايير من الخطوات المهمة لاعتماد نتائج تلك الأدوات. ولهذا نرى أن عملية التشخيص العلاجي تختلف عن التصنيف بانها عملية محددة، لا تهدف إلى وضع الناس في قوائم وإنما تتعامل مع مريض نفسي وليس مرض نفسي، بالرغم من أن تصنيف عامل رئيسي في عملية التشخيص. **(شعبان،2008، ص30)**
- ✓ هو تحديد طبيعة الشذوذ أو الخلل والاضطراب أو تعيين الداء والمرض من خلال دراسة الأعراض وتحليلها والمقارنة بينها. فالطبيب يقوم مثلا بتشخيص العلة والدواء، والعالم النفساني يشخص المرض أثناء التحليل وقيل المعالجة، وهناك اختبارات معدة خصيصا لأغراض التشخيص على وجه ملائم.
(أبوشنار،2023، ص 29)
- ✓ تحديد نوع المشكلة أو الاضطراب أو المرض أو الصعوبة أو الإعاقة التي يعاني منها المسترشد ودرجة حدتها وهو مصطلح بدا في الطب ثم استخدم في العلاج والإرشاد النفسي والخدمة الاجتماعية والتعليم والعلاج **(حنفي,2008,ص 05)**
- ✓ **التشخيص في الطب:** هو عبارة عن الكم والكيف المرض الذي يعاني منه المريض وذلك عن طريق فحص الأعراض واستنتاج الأسباب وجمع الملاحظات وتكاملها ووضعها في فئة معينة ثم إطلاق اسم المرض من

الأمراض عليها أي على نوعية هذه الأعراض والتشخيص في علم النفس الإكلينيكي لا يختلف كثيرا عن هذا المضمون **(فخراني, 2015, ص33)**

- ✓ يرى هاول أن التشخيص مصطلح مستعار من العلوم الطبية ويشير مصطلح التشخيص النفسي إلى الجهد الذي يبذله الأخصائي من اجل تحديد خصائص الثابتة والعامة نسبيا لشخصية الإنسان ويمكن تعريفه: تلك العملية التي يقوم بها الأخصائي النفسي في جمع المعلومات والبيانات تتضمن وصفا دقيقا لقدراته وامكانياته ومشكلاته وأسبابها وذلك بهدف وضع خطة عمل ملائمة تنفذ مع هذا الفرد.
(جمال, 2016,ص48)

- ❖ **إذن التشخيص هو الخطوة الأولى في عملية العلاج النفسي والذي يهدف إلى الكشف عن ديناميات شخصية العميل، وتحديد نوعية الاضطراب من خلال التعرف على مجموعة من الأعراض يكشف عنها العميل في المقابلة العيادية، وتتم عملية تحديد الاضطرابات النفسية من خلال مجموعة من الطرق الإجرائية مثل: الاختبارات.**

2_ أهمية التشخيص:

للتشخيص أهمية كبيرة في ميدان الإرشاد النفسي فعن طريقه يمكن تحديد نوع ومشكلة الفرد واضطرابه ومدى خطورته بمجرد عرضه لزملة من الأعراض أو الاضطرابات التي يعاني منها وخاصة إذا ما كان التشخيص مبكرا تصبح فرصة العلاج أفضل. **(الفخراني, 2015,ص36)**

فهناك الكثير من الأعراض أو الأمراض التي يتم ملاحظتها بسهولة في مرحلة مبكرة مثل العاهات الجسمية والحسية والعقلية شديدة وهناك في نفس الوقت أعراض وأمراض لا تظهر على الفور مثل التأخر الدراسي، سوء التوافق، أو ينالها الإنكار والتجاهل مثل العصاب والذهان، وهكذا تظل بعيدة عن التشخيص المبكر حتى تتفاقم أثارها ويصبح علاجها باهض التكاليف طويل المدى وأحيانا يكون صعبا.

وهذا يدعو إلى التعاون والتكامل بين الوالدين والمربين والأخصائيين أي في الأسرة والمدرسة والعيادة النفسية حتى تكتشف المشكلات وتشخيص الأمراض في وقت مبكر بحيث يتسنى اتخاذ التدابير الخاصة الفعالة تجاهها في وقت مناسب. **(زهران،2005،ص172)**

إذن فأهمية التشخيص أن أهمية التشخيص تكمن في مساعدة الأخصائي النفساني على التعرف على نوعية الاضطراب الذي يعاني منه العميل وتحديد مدى شدة هذا الاضطراب وتأثيره على حياة الفرد ومعرفة مختلف العوامل والأسباب سواء كانت داخلية أو خارجية التي بدورها ساهمت في ظهوره لان هذه النقاط كلها تساعد الأخصائي على وضع الخطة العلاجية المناسبة للعميل.

3_ أهداف التشخيص النفسي:

للتشخيص أهداف يحاول من خلالها فهم دينامية وشخصية العميل ووضع خطط علاجية تساهم في الحد من شدة الأعراض الاضطراب، حيث نجد أن للتشخيص هدفين هما:

- **أولا: الهدف المعرفي:**

إن الحصول على كم غزير من المعلومات والبيانات لا يمكن أن يعتبر هدفا لعملية الشخيص النفسي في حد ذاته، ولكن الذي يحدث أو يجيب عنه المعنى والدلالة التي تنطوي عليه البيانات والمعلومات التي تجمعها عن الشخص المضطرب أو الذي يعاني من سوء التوافق. وان العملية التشخيصية يجب أن تبدأ من الكثرة أي كثرة وغزارة البيانات والمعلومات، لا كهدف في حد ذاته وإنما كنوع من الضمان لتغذية كاملة وجوانب الشخصية المطلوب تشخيصها. بيد أن الإكلينيكي الماهر هو الذي يستطيع أن يمسك بطرق التشخيص ومن دلالة الأعراض يبدو بها الشخص وتحمل المعاني الكثير ولكن تكون فقط في حاجة إلى (فض مجهلتها)

- **ثانيا: الهدف العلمي:**

كلما نجح الإكلينيكي في جمع أكبر قدر من المعلومات وربطها في إطار موحد كلما سهل عليه وضع خطة أكثر قابلية وواقعية للتعامل مع الشخص صاحب المشكلة وان كانت عملية التشخيص تنهض على توافر ثلاث عناصر هي:

أ_ القدرات العامة والخاصة، أي تعرف الإكلينيكي على جوانب الذكاء والقدرات العقلية المختلفة للفرد، العراق على ميوله واتجاهاته واستعداداته النفسية والعقلية.

ب_ التعرف على السمات الشخصية: مثل حالته الجسمية، تاريخه الطبي وأيضا سماته الشخصية كالانطوائية أو الانبساطية وغيرها من السمات.

ج_ التعرف على الاضطرابات التي يعاني منها الشخص، علما بان لجوء الشخص إلى المعونة النفسية يكون له درجة متفاوتة بدا من معاناة نفسية بسيطة وحول إلى حالة من الاضطرابات قد يضر المتعاملين مع الشخص إلى إجباره إلى هذه الخدمة النفسية. **(غانم،2009، ص496)**

كما يمكن تلخيص أهداف التشخيص النفسي في النقاط التالية:

- تحديد العوامل المسببة.
- التمييز بين الاضطراب العضوي والاضطراب الوظيفي.
- الكشف عن كيفية الاستجابة للاضطراب.
- تقييم درجة العجز العضوي والوظيفي.
- تقدير درجة الاضطراب في مداها وعمقها.

- التنبؤ بالمسار المحتمل للاضطراب.
- تحديد الأسس التي يبنى عليها الاختيار الخطة علاجية معينة.
- تحديد الأسس التي تدور حولها مناقشة الحالة مع المريض أو مع أقاربه.
- تحديد الأساس العلمي لتصنيف البيانات وتحليلها إحصائيا.
- تكوين فرض دينامي يتصل بطبيعة العملية الباثولوجية ومكوناتها. **(بوروبة،2017، ص 16)**

ومنه نستنتج أن للتشخيص مجموعة من الأهداف التي يسعى الأخصائي من خلالها إلى وضع خطط علاجية ومن بين هذه الأهداف ما هو معرفي يهدف إلى جمع أكبر عدد من المعلومات حول العميل ومنها ما هو علمي يهدف للتعرف على قدرات العقلية أو سمات الشخصية العميل، أما الهدف الأساسي للتشخيص هو التعرف على أبرز الأسباب المؤدية إلى الاضطرابات النفسية والمآل التي سوف تؤول اليه.

3_ مراحل التشخيص النفسي:

حدد كل من العالمان ساندبيرغ وتيلر أربع مراحل وخطوات للتشخيص النفسي وهي:

- مرحلة الإعداد: Préparation Stage
- مرحلة التزود بالمعلومات: Input Stage
- مرحلة معالجة المعلومات:Procession Stage
- مرحلة اتخاذ القرارات:Décisions+ Output Stage

فالمرحلة الأولى تتمثل في مرحلة الإعداد والتي تشمل على أربع خطوات فرعية:

أ_ الاتصال بين الأخصائي، وكافة المؤسسات السابقة للتعرف على تفاصيل المشكلة الخاصة بالمريض. وتجمع كافة التقارير.

ب_ المعلومات الأولية التي يجمعها الأخصائي في المقابلة المبدئية.

ج_ القرارات المبدئية في قبول الحالة أو عدم قبولها، وأهداف التقييم الإكلينيكي.

د_ اختيار أدوات التشخيص، من اختبارات ووسائل قياس وزيارات وغيرها.

أما المرحلة الثانية فهي مرحلة التزود بالمعلومات وتشتمل على خطوتين فرعيتين:

أ_ المقابلات التشخيصية التي تتم بين الأخصائي والعميل، وقد تستلزم هذه المقابلات تعديلات في أهداف التشخيص ووسائله، وتتضمن كذلك تطبيق الاختبارات التي يرى الأخصائي تطبيقها على الحالة.

ب_ تصحيح الاختبارات وتنظيم نتائج المقابلات وتنسيقها ووضعها في صورة كمية، كما تتضمن أيضا مجموعة من الأحكام الجزئية الوصفية.

وتأتي **المرحلة الثالثة** وهي مرحلة معالجة المعلومات ويقوم الأخصائي فيها بتنظيم المعلومات التي حصل عليها وتوضيح المعاني المتضمنة لها وهي خطوة استخراج النتائج الإحصائية وما يتصل بها من تنبؤات بشأن المستقبل وتفسيرها تمهيدا للاستفادة منها كما في حالة الالتحاق بدراسة ما أو مهنة معينة والنجاح فيها. **(ياسين، 1986، ص 127)**

المرحلة الرابعة والأخيرة في التشخيص وهي مرحلة اتخاذ القرارات، وتتضمن كتابة التقارير Writing Reportsواجتماعات مناقشة الحالة، ثم اتخاذ قرارات نهائية ترتبط بشأن العلاج وأسلوب العمل ويمكن للأخصائي أن ينقل ما لديه من المعلومات لغيره من الأخصائيين أو يقوم بمتابعة العلاج بمفرده إذا كان هو المعالج النفسي الوحيد. **(ياسين، نفس المرجع، ص 127)**

وعليه فان للتشخيص مجموعة من الخطوات الإجرائية التي يتبعها الأخصائي لوضع تشخيص دقيق لحالة العميل، والمقابلة العيادية تعتبر أول خطوة من خطوات التشخيص النفسي لكونها تساعد على جمع المعلومات اللازمة عن العميل ومن ثم اختيار الاختبار المناسب للقياس، والبيانات التي تم توصل اليها من خلال هذه الخطوات يقوم الأخصائي بمعالجتها وتفسيرها لاتخاذ القرار حول وضع العميل.

5_ أنواع التشخيص النفسي:

هناك ثلاث أنواع من التشخيص يلجئ اليها الأخصائي النفساني وهي:

- ✓ **التشخيص الإكلينيكي:**

عملية تشير إلى تشخيص الاضطراب من لحظة إلى لحظة، وتحديد الأسباب والأعراض السريرية حسب تصنيفات الاضطرابات النفسية. وعلى أساس التشخيص يتم اتخاذ الأحكام الإكلينيكية المتعلقة بالأعراض. ولابد من وضع المرشد في اعتباره طبيعة الاضطراب هل هي حادة أم مزمنة أم عابرة؟ وهل تحدث في فترات متقطعة أم متواصلة؟ هل تتضمن اضطرابات جسمية؟

- ✓ **التشخيص التنبؤي:**

تشخيص يعتمد على استخدام سجلات الفرد المخلفة، ويعتبر السجل التراكمي (المجمع) من أكثر الوسائل استخداما في التنبؤ بأداء الفرد المستقبلي. وعلى المرشد أن يأخذ باعتباره العوامل الخارجية، عندما يضع تنبؤاته منتبها إلى استمرارية وجود العوامل القاهرة.

✓ **التشخيص الفارقي:**

أحد أنواع التشخيص الذي يتضمن دراسة الأسباب المحتملة للحالات النفسية وتحديد مبدئي للاضطراب، وفي الغالب فان ابسط طريقة أو منهج لاكتشاف ما ينظم حالة نفسية هو أن نسأل ماذا؟ ولماذا؟ وفي حال الفشل في الحصول على إجابات دقيقة لمثل هذه الأسئلة المباشرة، يجب البحث عن أدلة غير مباشرة تمكننا من الإجابة على نفس هذه الأسئلة. ومن اجل فهم وتصنيف الاضطرابات النفسية هناك ملاحظات لابد أن تؤخذ بعين الاعتبار أهمها تعرف الأسباب الأولية، والأسباب المساعدة التي عجلت في حدوث الاضطراب وردود الفعل المميزة للشخصية، وردود الفعل والعوامل الطبيعية. **(أبو زعيزع،2009، ص409)**

بالإضافة إلى أنواع أخرى من التشخيص النفسي والتي تتمثل في:

- **التشخيص التصنيفي:**

هو العملية التي يعين فيها موقع وحدة معينة أو فرد معين في نظام تصنيفي قائم أي القيام بتصنيف للأعراض المرضية، أو المشكلة التي يعانيها المريض ولكي يكون النظام التصنيف فعالا يتعين إن يكون شاملا ومانعا فيتسم كل أفراد المعنية بالخواص المميزة لفئة أو طبقة واحدة فقط فهذه الخواص لا يجب أن تكون موجودة أبدا بصورة جزئية، ولكن يتعين أن تكون دائما أما موجودة أو غير موجودة

وبناءا على تقرير مجموعة الأعراض المرضية والوصول منها إلى تصنيف مرضي معين بالتحديد، فانه يمكن تقرير أسلوب علاجي معين، وغالبا ما يعتمد هذا الأسلوب العلاجي على العلاج بالعقاقير، أو أسلوب علاجي نفسي أو اجتماعي سطحي لا يمس أكثر من جوانب الشعور التي وضحت من خلال هذا الأسلوب التشخيصي. وعموما فان هذا الأسلوب التشخيصي يهتم بطبيعة الأعراض المرضية عند المريض لكي يتم من خلال تحديدها وفهمها اتخاذ خطوات علاجية محددة لإزالة هذه الأعراض وتأثيرها.

- **أما التشخيص الدينامي**

فيقوم على فهم العلاقة الدينامية بين الأعراض والشخصية الكلية، ويهتم هذا الأسلوب بالتساؤل في كل حالة مرضية عن كيف نشا المرض بالصورة التي ظهر عليها، كما يهتم بفهم دوافع المريض، والجوانب الكامنة التي قد يكون المريض غير واع بها، ولكنها تسبب ما يعانيه من أعراض، كما يهتم أيضا بالأعراض المرضية بوصفها أساليب دفاعية يحتمي بها المريض من مجالات الصراع أو الضغوط التي يعانيها ويفشل في وضع حلول ملائمة لها في ضوء مصلحة الذات والآخر.

وفهم الحالة سواء من جانبها الذي يشعر به المريض أو الجوانب اللاشعورية يساعد على فهم طبيعة العملية المرضية وديناميتاها وأسبابها ومن ثم يكون التنبؤ بأسلوب من أساليب العلاج النفسي التي تناسب الحالة لكي توظف في إعادة توافق المريض مرة أخرى مع الواقع الاجتماعي الذي يحيا فيه.

وهذا ويمكن النظر إلى التشخيص الدينامي بوصفه عملية من مرحلتين: الأولى هي وصف المبني على كل البيانات التي جمعت عن العميل، والثانية هي تفسير هذه النتائج بصورة تكشف عن نمط أو نسق له دلالة إكلينيكية. **(عبد الوهاب، 2016، ص 126)**

وعليه فقد تعددت وتنوعت أشكال التشخيص النفسي التي يعتمد عليها الأخصائي فمثلا نجد من بين هذه الأنواع التشخيص الكلينيكي الذي يهدف إلى التعرف على طبيعة الاضطراب النفسي وتقدير درجة شدته والكشف عن مختلف الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب، كما نجد أيضا التشخيص الفارقي حيث يقوم على التعرف على الاضطرابات المشابهة للاضطراب الذي يعاني منه العميل فمثلا في حالة التوحد نجد ان هناك العديد من الاضطرابات والمتلازمات المتشابهة معه مثل: متلازمة كوت، متلازمة وليمز، متلازمة إسبرجر...الخ، لذا يجب على الأخصائي ان يقوم بدراسة أعراض الاضطراب دراسة شاملة لتمييزه عن أعراض لاضطرابات أخرى حتى يكون التشخيص تام وكامل و لا يقع في خطا التشخيص، كذلك نجد التشخيص الدينامي الذي يقوم على فهم ديناميات الاضطراب النفسي من خلال دراسة الحالة دراسة معمقة من جميع جوانبها سواء من ناحية القدرات، الدوافع وكذا الانفعالات.

6_ أدوات التشخيص:

إن للتشخيص عدة أدوات التي تساهم وتمكن الأخصائي النفساني على جمع أكبر عدد من المعلومات عن العميل من بينها نجد:

6ـ 1: الملاحظة الإكلينيكية:

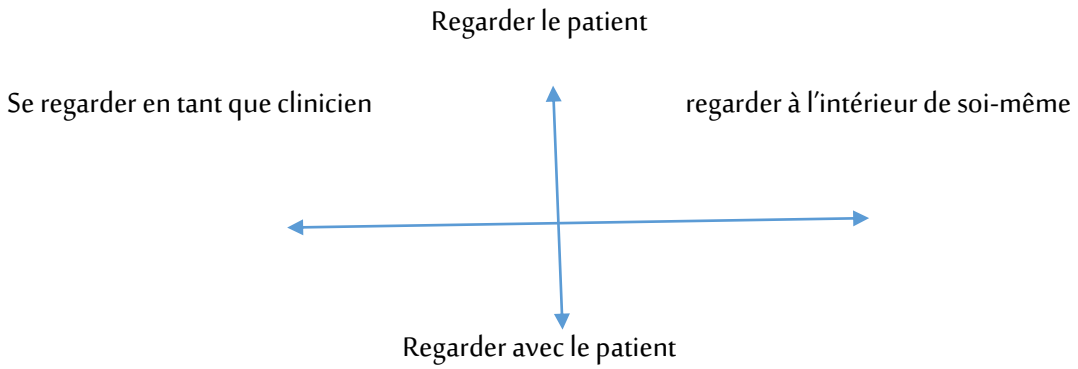


Figure illustrative : types de regarder clinique (Chambon,2010, P11 3)

6. 1. 1: تعريف الملاحظة:

تعرف الملاحظة على انها: الخطوة أولى في عملية التشخيص والتي يتم من خلالها جمع المعلومات والاعراض عن العميل من خلال ملاحظة مجموعة من: الايماءات الوجه، الحركات، طريقة الجلوس، وكذا المظهر الخارجي الذي يعبر تقريبا عن حالة الداخلية للعميل.

وقد أشار **Chambonان** الملاحظة خلال التشخيص تكون خلال النحو التالي:

- **ملاحظة المفحوص :Regarder le patient**

ينطوي على اجراء فحص للحالة النفسية والعقلية للمفحوص، ومراقبته بموضوعية وبالتفصيل وبالدقة (كما هو الحال اثناء الفحص الطبي)، يتألف من جمع البيانات الرصد الأولية، دون تقديم أي راي شخصي او منظور مفاهيمي (تجنب التفسيرات)، ولا يتعلق الامر بكتابة تاريخ المرض، بل يتضمن فقط وصفا موضوعيا لسلوكيات المريض وافكاره ومشاعره وتصوراته خلال مدة المقابلة، والجوانب التي يتم ملاحظتها هي: المظهر والسلوك، محتوى الأفكار، اضطرابات الادراك، طبيعة المزاج والاحساسات.

- **الملاحظة مع المفحوص: Regarder avec le patient:**

تقوم على ممارسة الانصات العاطفي، ويتعلق الامر بمحاولة فهم تجربة المريض أي وجهة نظره وعواطفه، كما يعبر عنها **Chambon** "رؤية العالم من خلال عيون المفحوص " **(Chambon,2010,pp,113,114)**

- **الملاحظة كإكلينيكي:Se regarder en tant que clinicien :**

بمعنى توجيه الملاحظة والانتباه نحو ذات الفاحص بالتساؤل: " كيف اظهر للمفحوص في هذا الوقت، أي اثناء المقابلة"... لهذا على الفاحص ان ينتبه للميزات الخاصة به اثناء المقابلة، ومنها: ميوله في التعبير عن الحرارة والتعاطف، استعماله للهزل، استعماله للغة الجسد اثناء فحص جوانب حساسة او ظهور المقاومة او طلب ما (ضرورة المسافة النمطية بين الفاحص والمفحوص)، تواتر محتوى النقاط المسجلة، طبيعة الحوار، نبرة وحدة الصوت، حركة اليد وهزات الراس، المظهر الخارجي...

- **الملاحظة من تلقاء الذات: Regarder à l'intérieur de soi même:**

أي الانصات الى ذات الفاحص لتسجيل الانفعالات او التخيلات التي مر بها اثناء مقابلة المفحوص وهو يعبر عن احاسيسه والامه. **(بوروبة، 2018، ص.ص.11-12)**

6ـ 2: المقابلة الاكلينيكية:

هي محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والاخصائي النفساني، غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول، والاسهام في تحقيق توافقه، ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج.

وتستعمل المقابلة كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص، انها جزء لا يتجزأ نجده في جميع الاختبارات السيكولوجية، حيث تسهل فهم مختلف النتائج المتحصل عليها، كما انها تستعمل في علم النفس العيادي بانتظام وتساعد في إعطاء حلول للمشاكل. **(مقراني، 2022، ص58)**

- **المقابلة التشخيصية:**

أحد أنواع المقابلة العيادية وهي تجري بغرض الفحص الطبي النفسي للمريض بحيث يمكن من خلالها وضع المريض في فئة من فئات التشخيص الشائعة والتي يتضمنها العميل، وتركز هذه المقابلة كما يوحي اسمها على تحديد الاعراض المرضية، بحيث ينتهي الاخصائي منها بصورة دقيقة محددة عن اهم الاعراض والاضطرابات لدى الحالة، ومتى ظهرت، وكيف تطورت.... الخ **(عبد الستار،2008، ص108)**

وتمكننا المقابلة التشخيصية على الحصول على البيانات حول العميل من بينها:

1) تاريخ الحالة:

من الضروري معرفة او اخذ البيانات الدقيقة عن التاريخ الماضي والحاضر للحالة، وعن حالات الصراع التي واجهها والطريقة التي تمكن بها من حلها والتوفيق بينها.

2) الأعراض:

أي تلك الاعراض التي يتم تعبير عنها تلقائيا: القلق، الاكتئاب، التعب، فقدان الشهية، الارق، الاضطرابات الجنسية. مع الاخذ بعين الاعتبار طريقة تركيبها وظهورها والأسباب التي أدت اليها حسب قول المريض.

والاعراض التي تظهر او تتم ملاحظتها اثناء المقابلة: تعبيرات الوجه الغير الطبيعية، الوضعية، ردود الفعل العاطفية، اضطرابات اللغة، التغييرات في الوظائف العقلية.

3) الحالة العائلية:

وهي البحث عن الأسباب وهما:

_الأسباب الوراثية والانتقال الجيني.

_إمكانية اكتساب من البيئة.

فالتكوين الاسري وديناميكيات عملها واصلها الاجتماعي والاقتصادي والثقافي لا تقل أهمية عن التاريخ المرضي من بينها: الانتحار، الامراض في الجهاز العصبي، ادمان الكحول. **(Lemperiere,2006,p6)**

4) **السوابق الشخصية:**

- معطيات خاصة بالطفولة: ظروف الحمل والولادة، المراحل الأساسية للنمو النفسي-الحركي، المعاش الانفعالي-العلائقي: طفل مرغوب فيه او لا وظروف التربية بصفة عامة، التمدرس: ونوعية تكيفه معها (هروب، فوبيا...).
- التكوين المهني والمستوى الدراسي: مدته والشهادة المتحصل عليها. **(مستغالي،2015، ص27)**

6. 3: الاختبارات الموضوعية والاسقاطية:

- **تعريف الاختبار النفسي:**

_هو عبارة عن مجموعة من الأسئلة او الوحدات لقياس عينة من السلوك.

_وهو مقياس موضوعي أي انه مجرد من الميل والهوى او الانحياز الشخصي.

_وهو يمكننا من الحكم والتنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل. **(حمدي، 2014، ص 14)**

يقول كرونباخ 1984: انه لا يوجد هناك تعريف مقتنع للاختبار وكلمة اختبار عادة ما توحي في الذهن انه عبارة على سلسلة من الأسئلة المقننة التي تعرض على شخص معين ويطلب منه الإجابة عنها كتابة او شفهيا، الا ان هناك بعض الاختبارات التي لا تتطلب من المفحوص إجابة معينة وانما تتطلب منه أداء حركيا او مجموعة من الاداءات الحركية على الة معينة.

تعريف انا ستازي 1976 للاختبار النفسي: مقياس موضوعي مقنن لعينة من السلوك، وكلمة السلوك هنا قد تعكس قدرة الفرد اللفظية او الميكانيكية او قد تعكس سمة من سماته الشخصية، كالانبساطية والانطوائية، او قد تعكس مجموعة من الاداءات الحركية على اعمال او أجهزة معينة، كالكتابة على الالة الراقنة لقياس مهارة الأصابع مثلا.

تعريف بين 1953: مجموعة من المثيرات اعدت لتقيس بطريقة كمية او بطريقة كيفية العمليات العقلية والسمات او الخصائص النفسية، وقد يكون المثير هنا أسئلة شفاهية او أسئلة كتابية او قد تكون سلسلة من الاعداد او الاشكال الهندسية او النغمات الموسيقية او صورا او رسوما، وهذه كلها مثيرات تأثر عن الفرد وستثير استجاباته.

اما جون انيات 1974: مهارة او مجموعة من المهارات التي تقدم للفرد في شكل مقنن والتي تنتج درجة او درجات وقيمة حول شيء تطلب من المفحوص لكي يحاول اداءه. **(حمدي، نفس المرجع، ص.ص -15-16**

- **الاختبارات الموضوعية:**

تعريفها:

يعرف كاتل الاختبار الموضوعي على انه موقف يستخدم في التنبؤ بالسلوك في جانب معين غير الموقف الذي يقدمه... وهو اختبار له مغزى بالنسبة لعدد كبير من مواقف للسلوك... ويشير الى شيء ما غير ما يقيسه في الظاهر، كما انه اختبار جاهز للتركيب، قابل للنقل والحمل، يمكن ان يستحضر بدقة في أي مكان، يصح موضوعيا، رخيص، تقنيته مختصرة عن الموقف الذي يحاول ان يتنبأ بالسلوك فيه. **(عبد الخالق،2007، ص280)**

خصائص الاختبارات الموضوعية:

- ✓ ان المفحوص فيها موجه للعمل أكثر من كونه موجها للتقرير اللفظي كما في الاستخبارات، فيعطى للمفحوص عملا موضوعيا للقيام بهن أكثر من ان يطلب منه ان يصف سلوكه التعودي.
- ✓ ان الهدف من هذه الاختبارات مستتر ومقنع، ولا يدرك المفحوص أي جوانب أدائه سوف يحصل على درجة.
- ✓ ان الاعمال التي تقدم للمفحوص اعمال محددة البناء ومفصلة، ويكمن في هذا الجانب الأساسي بينها وبين المهام المستخدمة في الطرق الإسقاطية.
- ✓ وتقيس الاختبارات الموضوعية مفاهيم نظرية وسمات وقدرات ومتغيرات فرضية، فضلا عن كل اشكال المتغيرات التي لا يمكن ملاحظتها بشكل مباشر حتى الان، وتطبق الاختبارات الموضوعية فرديا او جماعيا، ومن الأهمية بمكان تقنين الموقف الكلي عند تطبيق الاختبارات الموضوعية. **(عبد الخالق، نفس المرجع، ص 282)**

- **الاختبارات الإسقاطية:**

تعريفها:

قدمت الأساليب الإسقاطية اسهامات عديدة سواء في مجال البحوث الخاصة بالشخصية بشكل خاص او تلك للمتعلقة بمجال علم النفس الاكلينيكي بشكل عام، وهي تساعد النفسانيين على اكتشاف بعض المؤشرات التي يصعب الوصول اليها مباشرة كالدوافع الكامنة او الداخلية مثلا ...الاختبار الاسقاطي وسيلة غير مباشرة للكشف عن شخصية الفرد، ولمادة الاختبار المقدمة خاصية مميزة تجعل الفرد يسقط عليها حاجاته ودوافعه ورغباته وتفسيراته الخاصة دون ان يتفطن لما يقوم به من تفريغ وجداني. **(بوروبة، 2018، ص 12)**

صممت الاختبارات الإسقاطية للكشف عن الجوانب الخفية في شخصية الفرد وهناك بعض الأسس التي تستند اليها هذه الاختبارات ومنها:

_طريقة إدراك الفرد وتفسيره لمادة الاختبار تعكس جوانب أساسية في شخصيته فالفرد يسقط أفكاره واتجاهاته وأنواع الصراع التي يعاني منها في اجابته على الاختبار.

_ لا يوجد في الاختبارات إجابة صحيحة او خاطئة.

_حرية المفحوص في إطلاق مشاعره واستجاباته على الاختبار.

_ نظرا لان المفحوص لا يدرك الهدف من الاختبار فانه يستجيب في ظروف طبيعية.

_ ان الهدف الأساسي من الاختبارات الإسقاطية هو الحصول على صورة كلية لشخصية الفرد. **(الخطيب، 2010، ص 140)**

خصائص الاختبارات الإسقاطية:

- ان الموقف المثير الذي يستجيب له الفرد غير متشكل نسبيا وناقص التحديد والانتظام مما يؤدي الى التقليل من التحكم الشعوري (المقاومة) لسلوك الفرد.
- غالبا لا تكون لدى الفرد معرفة عن كيفية تقدير الاستجابات ودلالتها ومن ثم فان الاستجابات لن تتأثر بالإرادة.
- الاختبارات الإسقاطية لا تقيس نواحي جزئية او وحدات مستقلة تتألف منها الشخصية بقدر ما تحاول رسم صورة دينامية كلية للشخصية. **(مركز ديبونو لتعليم التفكير،2017، ص 5)**

اذن فان الاخصائي يعتمد على العديد من مصادر المعلومات والتي تعتبر من الوسائل الهامة في عملية التشخيص وهي: الملاحظة والمقابلة والاختبارات بنوعيها فمن خلالها يتم تشخيص القدرات العقلية وتنبؤ بحالة العميل ومعرفة تطور سلوكياته في مختلف مواقفه الحياتية، كما ان الاختبارات تساهم في التعرف على الجوانب الخفية في شخصية الفرد من خلال الكشف عن أفكاره ومشاعره ودوافعه...الخ.

ثانيا: فريق العمل الإكلينيكي المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

1_ من هو المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

قبل التطرق عمن هو المسؤول عن تشخيص اضطراب طيف التوحد يجب أولا معرفة العمر الذي يشخص فيه هذا الاضطراب وهو كالتالي:

1_1 العمر الذي يمكن تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يشخص التوحد من عمر 30 الى 36 شهرا أي من سنتين ونصف الى ثلاث سنوات (تصحيح الان أصبح من الممكن التشخيص المبكر من عمر18 شهرا)، ومن المهم التشخيص المبكر حتى يمكن تطبيق برامج التدخل المبكر.

لكن في بعض الحالات قد لا تكون الاعراض التوحدية واضحة وقد يطلب إعادة التقييم للطفل بعد ستة أشهر من قبل الطبيب أيضا حتى في هذه الحالات مهم تطبيق البرامج التعليمية الخاصة بالتدخل المبكر سواء كان تقوية الناحية اللغوية او تقوية النواحي الادراكية او العضلية. **(ديدوار، 2017،ص165)**

2_1 يشترك في تقييم التوحد عدد من الاختصاصات:

يوجد فريق عمل الذي يعتبر هو المسؤول عن تشخيص طيف التوحد والمكون من:

- ✓ **الناحية الطبية:**

عن طريق طبيب نفسي او طبيب نفسي أطفال او طبيب أطفال متخصص في النمو والتطور او طبيب أعصاب الأطفال.

- ✓ **تقييم القدرات العقلية:**

عن طريق اخصائي النفسي (علم النفس الاكلينيكي).

- ✓ **تقييم الناحية اللغوية:**

عن طريق اخصائي التخاطب.

- فالمسؤول الأول والمباشر عن التشخيص عادة في وطننا العربي هو الطبيب المؤهل الذي لديه خبرة في التشخيص حالات التوحد او تلقى تدريبا عليه، سواء كان طبيب نفسي او نفسي أطفال او طبيب اطفال كما ذكر سابقا. والحقيقة ان هناك عدد كبير من الاخصائيين نفسانيين (علم النفس الاكلينيكي) في الخارج تلقا تدريبا خاص عن تشخيص التوحد، وبالتالي هم مؤهلين للقيام بهذه المهمة اما الان في بلادنا العربية فما زال عدد الاخصائيين النفسانيين المؤهلين لذلك قليل، لذلك يقوم بهذه المهمة الطبيب فهو الذي يقوم بدراسة اعراض التوحد لدى الطفل بشكل مكثف سواء كان بتطبيق مقاييس مخصصة او مراقبة اكلينيكية.

كذلك يقوم الطبيب بطلب الفحوصات المخبرية من تحاليل دم واشعة وغيرها... لاستبعاد أي امراض أخرى، بعد ذلك يحتاج الطبيب الى تقييم لقدرات الطفل العقلية ومستوى ذكاءه، وهذه الاختبارات يقوم بها الاخصائي النفسي ثم نقيم الناحية اللغوية للطفل من قبل اخصائي التخاطب ومن ثم وضع البرنامج التعليمي الخاص للطفل والخطة الفردية له. **(كريم، 2017، ص 66)**

وعليه فان اضطراب طيف التوحد يتم تشخيصه في مراحل مبكرة من عمر الطفل بدءا من عمر 12شهرا الى 36 شهرا أي من سنة الى ثلاث سنوات لكن في بعض الأحيان قد تكون الاعراض غير ظاهرة في بداية لهذا يلجا الطبيب في وقت ما الى اتخاذ إجراءات معينة تسمح له بتحديد ما ان كان الطفل مصابا بالتوحد وهذا بالتعاون مع الفريق الذي يقع على عاتقه مسؤولية تشخيص اضطراب طيف التوحد، فهذا الفريق يكون متكون من العديد من

المتخصصين الذين يتمتعون بالخبرة الكافية والمهارات التي تسمح لهم بوضع تشخيص شامل و محدد، ويضم هذا الفريق : طبيب المخ والاعصاب، طبيب الأطفال، اخصائي التخاطب، اخصائي نفساني، اخصائي تربوي.

2_ مؤهلات الأشخاص القائمين على تشخيص اضطراب طيف التوحد:

لا يتم تشخيص التوحد الا بوجود مشكلات تواصلية وصعوبات في التفاعل الاجتماعي، او لعدم ممارسة النشاطات الإبداعية ويظهر قصورا في ثلاثة جوانب مجتمعة (التفاعل الاجتماعي، التفاعل اللغوي، السلوك والاهتمامات) وهذه الجوانب ناجمة عن التأخر نمائي.

ويتطلب ذلك من الذي يقوم بالتشخيص ان يكون على دراية وخبرة واسعة بمراحل نموه وعلى اطلاع واسع بخصائص التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية الشاملة، فالمعلم هو الشخص المؤهل في مجال التربية الخاصة وعضو في فريق متعدد التخصصات، ويكمن دور المعلم داخل المؤسسة او مركز التربية الخاصة في تنفيذ بعض الإجراءات والمهام.

ويمكن تلخيص المؤهلات الواجب توفرها في الشخص القائم بالتشخيص كالتالي:

أ_ الالمام بمختلف الاختبارات النفسية وكيفية استخدامها وتفسير نتائجها.

ب_ ان يكون على اطلاع وخبرة كبيرة بمعظم الاضطرابات النمو عند الأطفال وذلك لتداخل خصائص التوحد مع اعراض وخصائص اضطرابات أخرى، بمعنى اخر ان يكون بمعرفة بالتشخيص الفارقي.

ج_ لما كان التشخيص من اهم الوسائل لتحديد البرامج التعليمية وتصميمها لأطفال التوحديين لهذا كان التشخيص الخاطئ يؤثر بدرجة كبيرة على مدى تقدم الطفل، وما يترتب عليه من نتائج سلبية على الاسرة والتي تتمثل في الوصمة. **(قطناني،2017، ص.ص.78-80)**

وعليه نستنتج انه للتشخيص اضطراب طيف التوحد يتطلب من الاخصائي النفسي الحصول على مؤهلات الاكاديمية والتدريبية متخصصة من بينها: الشهادات الاكاديمية، التدريب العملي، وبعض المهارات والخصائص الشخصية، حيث ان هذه المؤهلات تكون مرتبطة بالجانب النظري لدى الاخصائي ومدى معرفته حول هذا الاضطراب ومختلف الاختبارات والأدوات التشخيصية، كما ان تداخل اعراض اضطراب التوحد مع اعراض لاضطرابات أخرى قد يجعل الاخصائي يقف عاجزا امام عملية التشخيص، فأي نقص في الجانب المعرفي او النظري لديه يزيد من صعوبة التشخيص وذلك باصطدامه مع واقع مهنته.

3_الامور الواجب مراعاتها في تشخيص اضطراب طيف التوحد:

يقوم التشخيص على مبادئ واعتبارات تنظيمية ينبغي على المقيمين كل في مجاله مراعاتها، وهي على النحو التالي:

- التركيز على قياس الجوانب المختلفة في شخصية الطفل كالمجال (النفسي والتواصلي، والسلوكي، التربوي.... الخ) الامر الذي يتطلب تبني عملية التقييم والتشخيص من خلال فريق عمل متعدد التخصصات يفترض ان يضم عدد من الاختصاصيين مثل طبيب أطفال، اخصائي أعصاب، اخصائي نفسي، اخصائي اللغة والتواصل واختصاصي العلاج الطبيعي والوظيفي ومعلم التربية الخاصة. **(أسامة والاخرون،2022، ص119)**
- ان يشتمل التقرير التشخيصي على اجراءات التشخيص للطفل التوحدي والجوانب النمائية والوظيفية المختلفة في شخصية الطفل والتي تمثل قدراته الحالية (مثل المهارات الادراكية والتواصلية والسلوكية والحياتية التكيفية) مع تبني النموذج النمائي في إجراءات القياس والتقييم لضمان الحصول على تفسير وظيفي واقعي عن مستوى أداء الطفل، خاصة وان أطفال التوحد مجموعة غير متجانسة واغلبيتهم يعانون من إعاقة عقلية.
- ستوجب على المقيم استخدام أفضل وسائل التشخيص والقياس القائمة على معرفة العلمية والخبرة ومراعاة ضرورة ملائمة تلك الأدوات لخصائص الطفل وامكانياته. مع الاخذ بعين الاعتبار بعض الأمور التي قد يغفل عنها البعض وتشكل عائقا امام التقييم مثل: ضرورة استخدام أساليب جذب انتباه الطفل، عمل اختبار المعززات لمعرفة نوع المعزز الفاعل مع الطفل، تنظيم البيئة ومعرفة أسلوب الانتقال مع الطفل من مهمة الى أخرى اثناء التقييم، بالإضافة الى ضرورة معرفة مدة التفاعل الاجتماعي للطفل وتأثيره على أدائه حتى لا ينعكس سلبا على نتائج التقييم.
- ضرورة مراعاة تنويع الأنشطة والمواقف المستخدمة اثناء القياس والتشخيص بغرض تحقيق الالفة بين الأطفال التوحديين وبين ظروف الموقف ومتطلباته والمثيرات المحيطة به والأشخاص المتواجدين، حيث ان سلوك الطفل يختلف من موقف الى اخر تبعا لاختلاف المتغيرات. وعملية الضبط لتلك المواقف يضمن دقة نتائج القياس. **(أسامة والاخرون، نفس المرجع، ص120)**

ومنه نستنتج ان الاخصائي النفساني لا يجب ان يغفل عن بعض الأمور التي قد توقعه في خطأ التشخيص، لهذا يجب ان تكون لديه المعرفة الكاملة حول اضطراب طيف التوحد وفي جميع جوانبه متعاونا بدوره مع فريق طبي لكي يستطيع فيما بعد اختيار النشاطات والأساليب المناسبة لكل حالة وذلك من اجل وضع تقرير شخصي يصف المهارات والقدرات الطفل التوحدي بعد إجراء التشخيص والتقييم.

ثالثا: صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد:

1ـ المحكات التشخيصية لاضطراب طيف التوحد:

1ـ 1: كيف يتم تشخيص من يعانون باضطراب طيف التوحد؟

بما انه لا توجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع المصابين بطيف التوحد، فإنه بالتالي لا يوجد فحص طبي لتشخيص هذا الأخير، بل أن المعايير لتشخيصه تعتمد على الجانب السلوكي فقط، وبالتالي يتم تشخيص الأفراد الذين يعانون منه عندما تظهر عليهم سلوكيات مطابقة لمعايير تشخيص اضطراب طيف التوحد، والواقع أن الأمر ليس يسيرا حيث أن التوصل إلى التحقق من وجود هذه السمات السلوكية يتطلب البحث مع والدي الطفل في جميع تفاصيل مراحل نمو الطفل، وإجراء بعض الاختبارات للاستدلال على وجوده، كمقياس درجة التوحد الطفولي، أو الاختبارات العامة (غير الخاصة بالتوحد) أو بملاحظة السلوك بشكل عام. **(الشامي، 2004، ص 208)**

وعليه فان كل ما نقوم به من تحاليل طبية، وأيضية، وعصبية، هو بغية التأكد من مصاحبة هذه الأخيرة لهذا الاضطراب، وليست سببا لهذا الأخير.

1ـ 2: ماذا نقصد بمعايير التشخيص؟

تشير معايير التشخيص إلى مجموعة من المظاهر السلوكية والنفسية والعضوية أو مزيج من الاثنين أو الثلاثة من هذه العناصر التي لابد أن تظهر على جميع الأشخاص الذين يتصفون بنفس الحالة، وبمعنى آخر انه عندما تظهر معايير تشخيص اضطراب أو مرض مكتملة في شخص، يدل على أن هذا الشخص يعاني الاضطراب الذي اكتملت لده المعايير التشخيصية له. **(حمادوا وآخرون، 2021، ص 424)**

1ـ 3: المعايير التشخيصية حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس لطيف التوحد:

اهتمت الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيصي بضرورة تشخيص الأطفال تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات وذلك وفق المستويات الثلاثة التالية:

المستوى الأول: المحكات التشخيصية:

A : صعوبة في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي، لا تندرج ضمن التأخر الطبيعي لنمو الطفل، وتظهر وفق انطباق جميع العوامل الثلاثة التالية :

- ✓ صعوبة في تبادل المشاعر الاجتماعية من خلال تصرفات اجتماعية غير طبيعية وعدم القدرة على تبادل أطراف الحديث (استقبال وتعبير)، مما يضعف قدرة التعبير عن الاهتمامات والمشاعر والأفكار وما يؤثر عموما على بدء عملية التفاعل الاجتماعي مع الآخرين.

- ✓ صعوبة استخدام الغير اللفظي في التفاعل الاجتماعي من خلال ضعف في دمج مفاهيم التواصل اللفظي وغير اللفظي، وصولا لخلل في التواصل البصري ولغة الجسد أو صعوبة في استخدام وفهم التواصل الغير اللفظي وإلى غياب كامل للإيماءات الجسدية والتعبير الوجه.
- ✓ صعوبة في تطوير العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها قياسا بالأقران من خلال صعوبة تغيير السلوك ليتلاءم مع المواقف الاجتماعية المختلفة، وصولا لصعوبة مشاركة اللعب التخيلي وبناء الصداقات، وإلى غياب واضح للاهتمام بالآخرين.

B : محدودية وتكرار ونمطية في السلوك والاهتمامات تظهر في اثنين من التالي حاليا أو في الماضي :

- ✓ حركات نمطية أو متكررة، تكرار في الكلام، آلية في التصرفات أوفي استخدام الأشياء كصف الألعاب أو قلب الأغراض، استخدام طبقة صوت واحدة أثناء الحديث، تكرار عبارات مفهومة وغير مفهومة.
- ✓ روتين زائد، أنماط متكررة من السلوكات اللفظية وغير اللفظية، أو مقاومة شديدة للتغيير (حركات آلية، الإصرار على نوع معين من الطعام، أو على نفس الطريق، تكرار الأسئلة، مقاومة شديدة للتغيرات البسيطة في البيئة).
- ✓ عزلة شديدة عن المحيط، الانشغال بصورة غير طبيعية باهتمامات معينة من ناحية الشدة أو التركيز (تعلق شديد بأشياء غريبة، اهتمامات قد تكون محدودة أو شديدة).
- ✓ خلل في استقبال المثيرات الحسية من البيئة أو اهتمام غير عادي من الجوانب الحسية من البيئة (استجابة غير طبيعية لمقدار الألم أو درجة الحرارة، حساسية زائدة لمواد معينة أو أصوات معينة، إفراط في شم الأشياء أو لمسها، الانبهار بالأضواء أو الأشياء التي تدور).

C : يجب أن تظهر الأعراض خلال فترة الطفولة المبكرة، ولكن ربما لا تظهر بشكل واضح حتى تتجاوز المتطلبات حدودها الدنيا.

D : اجتماع الأعراض يسبب صعوبات هامة في الجوانب الاجتماعية والمهنية ويؤثر على مهارات الحياة اليومية.

E : هذه الاضطرابات لا تظهر بصورة واضحة كاضطرابات ذهنية أو ضمن التأخر النمائي الشامل، وغالبا ما تترافق الإعاقة الذهنية مع اضطراب طيف التوحد كتشخيص مرضي مزمن لاضطراب طيف التوحد والإعاقة الذهنية، التواصل الاجتماعي يجب أن يكون دون الحد الطبيعي للنمو.

ويعد الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM5 أدق من حيث التشخيص ووصف أعراض الاضطراب بدقة. **(غزالي، 2021، ص ـ ص 57، 58)**

المستوى الثاني: محكات التحديد:

وتهدف إلى تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة للاضطرابات من عدم وجودها بشرط أن لا تكون هذه الاضطرابات المصاحبة هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص طيف التوحد ولابد من دراية القائم على عملية التشخيص هنا بالأعراض السلوكية الواردة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي وتتمثل في:

- ❖ وجود أو عدم وجود اعتلالات عقلية مرافقة لاضطراب طيف التوحد.
- ❖ وجود أو عدم وجود اعتلالات لغوية مرافقة لاضطراب طيف التوحد.
- ❖ الترابط مع حالة طبية أو جينية أو عوامل بيئية معروفة.
- ❖ مصاحبة الاضطراب لأية اضطرابات عصبية نمائية أو عقلية أو سلوكية.
- ❖ مصاحبة الاضطرابات للكتاتونيا. **(الملومة، 2019، ص 32)**

المستوى الثالث: محكات مستوى الشدة:

تهتم المعايير التشخيصية الواردة في الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد ووفقا لمستوى شدة الأعراض السلوكية لديه، وتقسم المعايير التشخيصية مستوى الشدة إلى 3 مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجيا بانخفاض مستوى شدة الأعراض.

وعليه فان جمعية علم النفس الأمريكية هي المسؤولة عن إصدار الدليل التشخيصي فقد أعدت مقياس لتحديد مستوى شدة الأعراض على أداء الطفل اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه والذي يجب على الفاحصين تعبئته مباشرة أثناء جلسة التشخيص كما أن المقياس يمكن استخدامه لاحقا لتحديد مدى التقدم الحاصل للطفل في مستوى شدة الأعراض كنتيجة. **(تكالي، 2018، ص 23)**

1ـ 4: محكات التشخيص الواردة في التصنيف الدولي للأمراض في طبعته الحادية عشر ICD 11:

- ➢ العجز الدائم والمستمر في البدء والحفاظ على التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل.
- ➢ مجموعة من الاهتمامات والسلوكيات المحددة والمتكررة والنمطية.
- ➢ يظهر اضطراب طيف التوحد في مراحل الطفولة المبكرة لكن الأعراض قد لا تظهر كلها بشكل كامل مجتمعة، وقد تظهر كلها في وقت لاحق.
- ➢ كما أكد على أن العجز في السلوكيات المحددة سابقا تؤدي به إلى انخفاض وحتى تدهور أداء الفرد على المستوى الشخصي والعائلي والتعليمي والمهني، كما أن درجة الانخفاض والتأثر بحسب الظروف الاجتماعية والثقافية.

- في التصنيف الجديد أصبح اضطراب فرط النشاط وطيف التوحد يظهران في نفس الوقت. **(سعودي، وعبد السلام، 2022، ص ـ ص 325، 326)**

2ـ التشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد:

على الرغم من وجود محكات تشخيصية واضحة لاضطراب طيف التوحد، ومظاهر تميزه عن باقي الاضطرابات، إلا أنه ما زالت هناك صعوبة في الوصول إلى تشخيص دقيق وواضح، وقد يعود ذلك لتشابه الأعراض والمظاهر، لذلك لابد من توضيح هذا الالتباس بالتعرض للفروق الجوهرية بين اضطراب طيف التوحد والإعاقات اتو الاضطرابات الأخرى.

2ـ 1: التوحد والفصام:

هناك من يرى أن اضطراب طيف التوحد والفصام هما الاضطراب نفسه، ولكن أكدت غالبية الدراسات التي تناولت هذا الموضوع على الاختلاف الشديد بين هذين الاضطرابين، وسوف نلخص هذه الفروقات كما أشار اليها **(الشامي، 2004)** في الجدول التالي:

جدول رقم (01) يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد والفصام

اضطراب طيف التوحد	الفصام
اضطراب نمائي	مرض عقلي
يظهر خلال ثلاث سنوات الأولى	يظهر في سن الرشد
قصور في التفاعل الاجتماعي	يعانون من ذهانات وتطاير للأفكار والهلاوس
تقترن الإعاقة العقلية بالتوحد	لا تقترن الإعاقة العقلية بالفصام
نسبة الحدوث ¼ ذكور مقابل إناث	نسبة الحدوث متساوية بين الذكور والإناث

هذه اهم النقاط التي يمكن أن نفرق بها بين اضطراب طيف التوحد والفصام

2ـ 2: اضطراب طيف التوحد والإعاقة العقلية:

كثيرا ما يصاحب حالات التوحد الإصابة بالتخلف العقلي، كما تتشابه وتختلط بعض أعراضهما، ولاسيما إن كان العمر العقلي للطفل اقل من 20 شهرا، وقد أشارت مارثيون إلى أن التوحد يتشابه مع التخلف العقلي في الأعراض والسمات التالية:

ـ تكرار السلوكيات النمطية والقهرية، صعوبات في الكلام، والتخاطب.

أما الفروق بينهما فهي:

- الطفل التوحدي ليس لديه القدرة على التواصل مع غيره، مع عدم رغبتهم في الاتصال الاجتماعي والتفاعل معه، أما الطفل المصاب بالتخلف العقلي يتميز بإمكانية التواصل مع الأخرين، ولهذا غالبا ما تكون لديهم القدرة على التفاعل مع الناس.
- الطفل التوحدي يظهر أداء متميزا في بعض القدرات لديه كالموسيقى، الحساب، أما الطفل المصاب بالتخلف العقلي لديه تدني ملحوظ في مستوى قدراتهم في عديد من المجالات.
- تكاد تنعدم العيوب الجسمية لدى الطفل التوحدي، وعند الطفل المصاب بالتخلف العقلي توجد الكثير من العيوب الجسمية.
- لا يوجد لديهم وعي اجتماعي بما يدور حولهم لدى التوحديين، أما بالنسبة للأطفال المصابين بالتخلف العقلي لديهم إدراك الواقع الاجتماعي الذي يعيشون فيه.
- أطفال التوحد ليس لديهم قدرة على التذكر واستدعاء الأحداث، أما الأطفال المصابين بالتخلف العقلي لديهم القدرة على تذكر الأحداث فيما يتصل بالذاكرة قصيرة المدى. **(شيبوط وآخرون، 2019، ص 43)**

2ـ 3: اضطراب طيف التوحد ومتلازمة فراجيل اكس:

للتمييز بين اضطراب التوحد ومتلازمة اكس نلاحظ الفروقات لدى ذوي هذه المتلازمة تكمن في المواصفات الجسمية غالبا فهم ذوي جبهة عريضة وعالية وعيون ساكنة وأذنين كبيرتين، وجه طويل، قدمين مسطحتين، وأحيانا صمامات قلب غير عادية نسبيا، بينما لا تتوافر عند الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد إلا نادرا. **(أسامة وآخرون، 2011، ص 120)**

2ـ 4: اضطراب طيف التوحد واضطراب التواصل:

تعد اضطرابات التواصل أحد المظاهر الأساسية في اضطراب طيف التوحد، إذ أن التشابه والخلط بينهما كبير أحيانا بسبب اضطرابات في اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية مما تعيقهم على التواصل بشكل جيد مع الأخرين.

وفي هذا الصدد تشير نشير إلى جوانب التشابه والاختلاف بينهما، تتمثل في العناصر التالية كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول رقم (02) يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد واضطراب التواصل

التشابه والاختلاف	اضطراب طيف التوحد	اضطراب التواصل
أوجه التشابه	**قصور في التواصل اللفظي** **غياب القدرة على تكوين علاقات اجتماعية**	
أوجه الاختلاف	تظهر عندهم خصائص الترديد للكلمات (المضاداة)	لا تظهر عليهم ظاهرة الترديد الآلي والخلط في استخدام الضمائر
	القصور اللغوي يكون اكثر	درجة القصور اللغوي لديهم اقل
	يعانون من قصور في أشكال التواصل اللفظي وغير اللفظي	محدودية القصور اللغوي (في نوع معين من أشكال التواصل)
أوجه الاختلاف	يعانون قصورا واضحا في مجال اللعب الابتكاري والتخيلي	يندمجون في الألعاب الابتكارية الخيالية
	نسبة ذكاء اقل	نسبة ذكاء اعلى

من خلال عرض لاهم الفروقات بين اضطراب طيف التوحد واضطراب التواصل، يتضح أن الاضطرابين مختلفين تماما عن بعضهما البعض. **(ميدون، 2019، ص 54)**

2ـ 5: اضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية:

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

وفي الجدول التالي توضيح لبعض جوانب التشابه والاختلاف بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية.

جدول رقم (03) يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد والإعاقة السمعية

أوجه التشابه والاختلاف	اضطراب طيف التوحد	الإعاقة السمعية
أوجه التشابه	**الانسحاب وغياب القدرة على التواصل**	
	الاندماج في حركات نمطية	
	عدم القدرة على التخاطب والتواصل اللفظي	
	معاملات الذكاء اقل	معاملات الذكاء اعلى

أوجه الاختلاف	لديهم عجز رئيسي في تكوين الصداقات والعلاقات الاجتماعية	لديهم القدرة على تكوين العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي
	لا يحققون تواصلا غير لفظي بشكل لفظي	يحققون تواصلا غير لفظي مع الآخرين افضل
	صعوبة التشخيص لعدم توفر الأدوات المقننة لهذا الغرض	يسهل تشخيص أصحاب هذه الإعاقة بالفحص الطبي لتوفر أجهزة السمع والكلام

(القمش، 2011، ص 122)

2ـ 6: اضطراب طيف التوحد وفصام الطفولة:

وسوف يتم توضيح لبعض أوجه التشابه والاختلاف بين اضطراب طيف التوحد وفصام الطفولة في الجدول التالي:

جدول رقم (04) يوضح الفروق التشخيصية بين اضطراب طيف التوحد وفصام الطفولة

	المظاهر الإكلينيكية	**فصام الطفولة**	**اضطراب طيف التوحد**
أوجه الاختلاف	**البداية**	يظهر بشكل تدريجي بين عمر 2 سنة إلى 11 سنة بعد فترة نمو طبيعية	ظهور تدريجي للميلاد
	المظاهر الشخصية والاجتماعية	اهتمام منخفض بالعالم الخارجي، الانسحاب، فقدان التواصل، علاقات قليلة مع الآخرين	الفشل في إظهار حركات إيمائية متوقعة، إصرار على التماثل: النمطية، البقاء على عالمه الخاص حتى عند وجوده مع الآخرين
	المظاهر المعرفية والذهنية	اضطراب في العمليات النمائية(التفكير والإدراك)، تشوه في التوجه المكاني والزماني ، متوسط متدني من الذكاء	قدرة مكانية عالية، ذاكرة جيدة، ذكاء منخفض

أوجه الاختلاف	**اللغة**	اضطراب في الكلام، الكلام الغريب(غير مستعمل) في التواصل	اضطراب في الكلام، او كلام غريب (غير مستعمل في التواصل، عكس الضمائر)
	الانفعال	عيوب في الاستجابة الانفعالية والاتصالات غير مناسبة ومشوهة ومتدنية	عدم الاستجابة الانفعالية للآخرين
	الحركة	حركات جسمية غريبة، حركات نمطية وتكرارية، وتشوه في الحركة والتنقل	تمايل الجسم والرأس، انشغال بالأشياء الميكانيكية، حركات نمطية وتكرارية
	الأنماط الحركية والجسمية	نمو جسمي غير اعتيادي، التخطيط الكهربائي في الدماغ (EEG) شاذ، انتشار الأمراض العقلية عال في الأسرة	عادات تناول الطعام شاذة، التخطيط الكهربائي للدماغ EEG طبيعي، معدل الكلام والأمراض العقلية متدنية
أوجه التشابه	ـ فقدان الاتصال بالواقع ـ الانغلاق على النفس ـ نقص في التعاطف وحرارة المشاعر ـ الفشل في تكوين صداقة مع الآخرين ـ عدم البراعة في التحدث والعمل ـ الفشل في استغلال القدرات التي استخدمها من قبل ـ الاضطراب الانفعالي		

(سعودي، 2022، ص ـ ص 81، 82)

يتضح مما سبق ذكره أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تعد من أكثر العمليات تعقيدا وصعوبة وذلك لتداخله وتشابهه مع بعض الاضطرابات الأخرى والتي سبق ذكرها، الأمر الذي استدعى وجود ما يسمى بالتشخيص الفارقي الذي يعتمد على معايير وأدوات تشخيصية للتفريق بين طيف لتوحد والاضطرابات المتشابهة له من حيث الشدة، حدة أعراض وخصائص الاضطراب.

3ـ أساليب تشخيص اضطراب طيف التوحد:

3ـ 1: التشخيص الطبي:

يتم التشخيص من طرف طبيب نفسي أو طبيب الأطفال أو طبيب الأعصاب، بحيث يجدر الإشارة إلى انه لا يوجد أي تحليل أو أشعة يثبت لنا أو يجزم بان الطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، فمعظم التحاليل والاختبارات المطلوبة هي لاستبعاد أمراض أخرى مصاحبة أو مشابهة لطيف التوحد، فمن بين هذه لتحاليل والاختبارات نذكر منها:

3ـ 1ـ 1: اختبار تقييم السمع:

فهو من الضروريات الأساسية لكل طفل لديه ضعف في التواصل اللغوي، وذلك لاستبعاد أي ضعف حتى لو كان بسيط فلو وجد هذا الضعف يصحح بالسماعات الطبية ويحسن قدرة الطفل على الكلام، وهناك عدة فحوصات فحوصات أولية للسمع التي يستخدمها أخصائي السمع منه اختبار السمع عن طريق الكمبيوتر فهو من الاختبارات الفعالة والذي يكشف أي ضعف لدى الطفل فهو يقيم السمع في السنوات الأولى ولا يحتاج إلى تواصل لغوي أو تعاون من الطفل أثناء تأدية الاختبار. **(عاجب وآخرون، 2015، ص 53)**

3ـ 1ـ 2: التخطيط الكهربائي للمخ EEG:

يطلب عند تشخيص طيف التوحد لاستبعاد أمراض أخرى مصاحبة مثل: أمراض الصرع التي تأتي أعراضها بضعف في النطق.

3ـ 1ـ 3: اختبار الرنين المغناطيسي للمخ MRI:

وتكمن أهمية هذا الاختبار في استبعاد وجود أورام في المخ.

3ـ 1ـ 4: تحاليل الدم:

فهناك الروتيني مثل الصورة الكاملة للدم، تحاليل وضائف الكبد والكلية والأملاح، تحاليل الغدة الدرقية للتأكد إن كان هناك نقص في هرمون المسمى (الثايروكسن) فإن وجد نقص فيه فإنه يعوض بالأدوية وإنقاذ الطفل من التخلف العقلي كما يتم فحص الأحماض الأمينية في الدم لاستبعاد الأمراض الاستقلالية والتي تؤثر على النمو لدى الطفل، تحليل الكروموسومات أو الصبغات الوراثية، تحاليل للكشف عن نسبة المعادن الثقيلة في الدم وتحاليل المناعة وتحاليل الفطريات. **(طوماش، 2021، ص 48)**

بعد الحصول على الكشف الطبي المتكامل وتقييم الطفل على انه مصاب باضطراب طيف التوحد أم لا فالطفل يحتاج إلى الكشف على قدراته العقلية وذلك باستخدام مجموعة من الاختبارات والمقاييس كمقياس وكسلر الذي يقيم الطفل من الناحية اللغوية والعملية بشكل منفصل، مقياس ستانفورد بينيه، مقياس جودارد. **(دخيل، 2017، ص 72)**

3ـ 2: أبرز المقاييس لتشخيص اضطراب طيف التوحد:

هي مجموعة من أدوات القياس والتشخيص تم تصميمها من قبل الباحثين ومختصين وخبراء مهتمين بمجال التوحد، من اجل تشخيص اضطراب طيف التوحد وتمييزه عن باقي الإعاقات والاضطرابات، ومن أكثر الأدوات استخداما ما يلي:

3ـ 2ـ 1: قائمة السلوك التوحدي Echelle Dévaluation Du Comportement Autistique (ECA):

قام بتطويره كل من Barthélémy et Lelordعام 1989 بعد العديد من التغيرات التي طرأت على المقياس تماشيا مع تطور المعلومات حول اضطراب طيف التوحد.

يتألف المقياس من 29 عنصرا في مجالات الاضطراب التواصل اللفظي وغير اللفظي، والمهارات الحركية، الإدراك، التقليد، الانتباه، الانفعال.

يتم تطبيق المقياس على أساس الملاحظات التي يقدمها الشخص الذي يرى الطفل في كثير من الأحيان بحيث تكون الملاحظات في مواقف مختلفة من الحياة اليومية، يتراوح التصنيف من: 0= عادي، 4= طيف توحد شديد جدا، ويعتبر هذا المقياس مستمر يمكن أن يستخدمه كل من يعمل مع الطفل. **(Rogé, 2003, p 102)**

3ـ 2ـ 2: مقياس جيليام لتقدير اضطراب طيف التوحد بنسخته الثالثة Gilliam Autism Reting Scale (GARS-3):

تم تصميم المقياس لتشخيص اضطراب طيف التوحد للأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 22/3 سنة، وقد تم بناؤه بالاعتماد على المعايير التشخيصية في الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات النفسية والعقلية بنسخته الخامسة (DSM5)، ويستغرق تطبيقه (5ـ 10) دقائق، ويتكون من 56 فقرة موزعة على ستة مجالات فرعية وهي: التقليد، التكرار، السلوكيات، التفاعل الاجتماعي، التواصل الاجتماعي، الاستجابة الانفعالية، النمط المعرفي، الكلام غير التكيفي **(Gilliam, 2014, wab)**

3ـ 2ـ 3: مقياس تقدير التوحد الطفولي بنسخته الثانية Childhood Autism Reting Scale (CARS-2):

وهو من اكثر الاختبارات استخداما في تشخيص اضطراب طيف التوحد وتحديد شدته، بني من قبل Schopler, Devellis , Reichler, Daly (1988)، ويتناول المقياس 15 جانبا: التفاعل مع الناس، القدرة على التقليد، الاستجابة العاطفية والوجدانية، استخدام الجسم، استخدام الأشياء، التكيف مع التغيير، الخوف والتوتر، مستوى النشاط، التواصل اللغوي، التواصل غير اللفظي، الاستجابات الحسية (الشم، الذوق، اللمس)، الاستجابات الحسية البصرية، الاستجابات الحسية السمعية، ثبات الاستجابات الإدراكية، الانطباع العام للطفل، ويعطي المقياس اكثر درجة للتوحد، علما بانه معرب ومقنن على أكثر من بيئة عربية. **(الجبلي، 2015، ص 59)**

3ـ 2ـ 4: اختبار تقييم القدرات النفسية والتعليمية (PEP 3) Psycho Educationnel Profile Thiard Edion:

والذي طوره شوبلر ورسلر Schopler, Reichler، سنة 2005 لتقييم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهو الاختبار الأساسي لبرنامج TEACHE فهو اختبار أدائي يطبق على الأطفال من سنتين إلى 7سنوات، وذلك بهدف تحديد مستوى الأداء الحالي للأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية المرتبطة، وتقييم نقاط القوة والضعف لديهم وجمع المعلومات للتأكد من التشخيص وتحديد المستويات التطورية النمائية ويقدم الاختبار معلومات من مصدرين هامين:

- ✓ **مقياس معياري المرجع:** صمم لتقييم التطور في التواصل والمهارات الحركية والسلوكات غير التكيفية الحالية للأطفال الذين لديهم احتمالية باضطراب طيف التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة.
- ✓ **المصدر الثاني**: هو إجراء غير رسمي يستخدم للحصول على معلومات من والدي الطفل حول طفلهم.

صمم هذا المقياس أيضا لمساعدة المعلمين لتخطيط وإعداد البرنامج التربوي الفردي للأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد أو غيره من الاضطرابات النمائية الشاملة كما يعد أداة للتفريق بين طيف التوحد والاضطرابات النمائية الأخرى.

يقسم المقياس إلى القسم الأدائي ويحتوي على 172 فقرة تقيس مستوى الأداء النمائي الحالي للطفل وذلك من 10 مجالات نمائية مختلفة. أما القسم الثاني فهو خاص بالملاحظة من قبل المربيين للطفل ويحتوي على 3 مجالات وهي: المشاكل السلوكية، العناية بالذات، السلوك التكيفي.

بالإضافة إلى انتشار استخدام (PEP3) في التقييمات الطبية ويتم اعتباره بمثابة أداة تشخيصية فعالة في تقويم الأطفال ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة ويقدم تشخيص فارقي لأطفال طيف التوحد، وكذلك يقوم بتقويم الوظيفة المعرفية والوظيفة الاجتماعية التوافقية والقدرات النمائية للأطفال، ويستخدم أيضا كمقياس لمعرفة النتائج عند تقويم البرامج التربوية المقدمة. **(العمري، 2019، ص ـ ص 17، 20)**

3ـ 2ـ 5: جدول الملاحظة التشخيصية (ADOS) The Autism Diagnostic Observation Schedule:

وهي أداة مراقبة تشخيصية للسلوك والتواصل والتفاعل الاجتماعي، طورها "لورد وآخرون" سنة 1989، لتستخدم مع الأطفال والمراهقين الذين لديهم توحد والذين تطورت لديهم المهارات اللغوية لمستوى لا يقل عن 23 سنوات. **(Mick, 2005 ; p 130)**

3ـ 2ـ 6: المقابلة التشخيصية للتوحد Autism Diagnosing Interview- Revised (ADI-R):

الصورة الأصلية لها نشرت (1989)، وعدلت عام (1994) من قبل "لورد ورتز" تتألف من 93 بند بأخذ تطبيقها بين ساعة ونصف إلى ساعتين، وتركز على ثلاثة مجالات وظيفية هي: اللغة، والتواصل، السلوكيات النمطية، وهي مفيدة في التشخيص الرسمي وكذلك في التكفل والخطط التربوية. **(هارون، 2014، ص 22)**

3ـ 2ـ 7: قائمة التوحد للأطفال دون السنتين في بداية مرحلة المشي Checklist For Autism In Toddlers (CHAT):

تم تطويرها على يد "سيمون بارون- كوهن" في بداية التسعينات من اجل ملاحظة السلوكيات التحذيرية المبكرة للإصابة بالتوحد ابتداء من عمر 18 شهرا، إلا أن واضعي هذا الاختبار يؤكدون على عدم استخدامه كوسيلة لتشخيص التوحد، ولكنه يكفي لإنذار المختصين مبكرا بالحاجة إلى تحويل الحالة إلى اختصاصي متمرس. **(الزراع، 2017، ص 93)**

وعليه يمكن القول أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تحتاج إلى متخصص متدرب، واعي وذو خبرة علمية عالية في ملاحظة وتسجيل السلوك اليومي لفترات طويلة، وبالتالي فقد تعددت وتنوعت أدوات التشخيص ووجهات النظر من قبل المختصين والباحثين في ذلك من اجل الوصول إلى تشخيص صحيح فإنه لابد أن يخضع الطفل لمتابعة أخصائيين ماهرين في تحديد مستويات التواصل والسلوك والنمو، لان الكثير من السلوكيات المرتبطة بالتوحد هي أيضا أعراض لاضطرابات أخرى ولذلك لابد من إخضاع الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد لتقنيات وأساليب تشخيصية مختلفة لاستبعاد مسببات محتملة أخرى.

4ـ صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد:

تعتبر عملية التشخيص مرحلة أولية تسبق العلاج، كما أن فعالية العلاج والتكفل يرتبط ارتباطا وثيقا بدقة التشخيص، وقد تعترض عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد مجموعة من الصعوبات.

ولعل أبرز صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد التي تواجه الأخصائيين ما يلي:

- عدم وجود مقياس طبي واحد يؤكد بصورة قاطعة وجود هذا الاضطراب، وللوصول إلى تشخيص دقيق يتطلب عدة سنوات.
- سلوكيات طفل طيف التوحد تتغير مع تقدمه في العمر، وتختلف بين الأطفال نفسهم من موقف لآخر باختلاف البيئة والمحيطين بهم.
- صعوبة تشخيص تعزى لحدوث الخلط بين اضطراب طيف التوحد مع الاضطرابات الأخرى.
- عزل وتحديد طيف التوحد كعرض مستقل كان وما زال أمرا يتسم بالكثير من الصعوبة والتعقيد.
- التشخيص الفارقي للاضطرابات النمائية يكون صعبا في حالة الأطفال الصغار جدا، بسبب عدم اكتمال الأنماط السلوكية للطفل قبل عامه الثاني.

- التأثير الذي يحدثه الوالدين في تأخر عملية التشـخيص نتيجة عدم الدراية والخبرة بمراحل النمو والمشـكلات المصاحبة.
- تعدد واختلاف أعراض اضطراب طيف التوحد من طفل لآخر. **(مصطفى وآخرون، 2011، ص . ص 112، 114)**

ومنه نستنتج أن اضطراب طيف التوحد من أكثر العمليات صعوبة، مما يجعل الخطأ في تشخيص التوحد من الأمور الواردة نظرا لتعقيد هذا الاضطراب وقلة عدد الأشخاص المؤهلين لتشخيصه بشكل علمي ومهني صحيح، كما يحتاج تشخيص هذه الإعاقة إلى ملاحظة دقيقة لسلوك الطفل ومهارات التواصل لديه، ومقارنتها بالمستويات الطبيعية المعتادة من النمو والتطور، ومن هنا تتشكل ضرورة وجود فريق متعدد العلمية ليتم التشخيص بشكل سليم ودقيق.

الخلاصة:

من خلال دراستنا لعملية التشخيص، أدركنا مدى تعقيد هذه العملية التي تستدعي إجراء تقييم شامل لكافة المشكلات المختلفة: اللغوية، المعرفية، السلوكية والتطورية، وذلك من خلال تضافر جهود لعدد من المختصين في مختلف التخصصات والميادين العلمية من خلال استخدام تقنيات واختبارات تشخيصية متنوعة ومختلفة والتي تكون دقيقة لغرض تحديد مختلف جوانب الطفل من اجل تقديم الرعاية اللازمة للطفل المصاب باضطراب طيف التوحد وإدماجه في مجتمعه.

الفصل الرابع:

الأخصائي النفساني

تمهيد:

1. تعريف الأخصائي النفساني

2. سمات الأخصائي النفساني

3. مهام الأخصائي النفساني

4. مهام الأخصائي النفساني حسب النصوص القانونية الجزائرية

5. مهارات الأخصائي النفساني

تمهيد:

لقد أصبحت الحاجة إلى العلاج النفسي شغل الكثير من المجتمعات التي تعيش تغيرات اجتماعية وحضارية واقتصادية، مما أدى إلى توظيف أخصائيين نفسانيين في مراكز مختصة (عيادات، مستشفيات، مراكز بيداغوجية) لأجل تقديم الخدمات النفسية للأفراد الذين هم بحاجة إلى تكفل ومتابعة علاجية للتخفيف من الضغوط والآلام النفسية التي يعانون منها، فأصبح من الطبيعي أن يتوافد على الأخصائي النفسي إعداد معتبرة من الناس يطلبون هذه الخدمات بغية تحقيق الصحة النفسية لذواتهم وهذا ما يحدد مسؤولياته في أن يشخص الاضطرابات باختلافها وفي العديد من الأماكن المختلفة (عيادات، سجون، ومؤسسات أخرى)، كما يقوم بتنفيذ برامج علاجية، ومقابلة المرضى ودراسة تاريخ الحالة الطبي، الاجتماعي، يقوم بالملاحظة في مختلف المواقف التي يقوم بها المرضى، ينتقي الاختبارات الاسقاطية والنفسية ويقوم بتطبيقها وتفسيرها من اجل تشخيص الاضطراب ووضع خطو علاجية مناسبة.

وسنحاول في هذا الفصل التعرف على الأخصائي النفساني وتحديد أهم سماته وأبرز المهام التي يقوم بها وماهي المهارات التي يجب أن يتحلى بها

1. تعريف الاخصائي النفساني:

من المعروف ان الاخصائي النفساني هو شخص يتميز بعدة مهارات اكاديمية تجعله مؤهلا لممارسة مهنة عمله كسيكولوجي والتي تتمثل في مقابلات عيادية والتشخيص وتطبيق الاختبارات وكذا وضع خطط علاجية حسب حالة كل عميل.

ويمكن تعريف الاخصائي النفساني على انه:

- ✓ هو شخص الذي يدرس السلوك الإنساني والعمليات العقلية ويعمل على تطبيق ما تعلمه من تكوينه السيكولوجي في عملية والعلاج الامراض النفسية.
- ✓ هو احد خريجي اقسام علم النفس بالجامعات، ويتخصص في الصحة النفسية والعلاج النفسي، ويدرس مجموعة من المواد المتخصصة في الارشاد والتوجيه والعلاج النفسي وعلم النفس المرضي والفيزيولوجي، وعلم النفس العيادي والقياس ولديه قدر كاف من المعلومات الطبية والاجتماعية اللازمة في العلاج النفسي، بالإضافة الى وجود التدريب العملي والخبرة في العلاج النفسي والإرشاد ومن المهام الأساسية التي يقوم بها: التوجيه، العلاج، والإرشاد النفسي الذي يهدف الى مساعدة الافراد في حل مشكلات النفسية، وعلاج الاضطرابات والانحرافات السلوكية. **(أبو شنار، 2023، ص 98)**
- ✓ هو ذلك المتخصص الذي يستخدم الإجراءات السيكولوجية، ويتعاون مع غيره من الاخصائيين في الفريق النفسي كل واحد في حدود امكانياته وفي تفاعل إيجابي، بقصد فهم ديناميات شخصية العميل وتشخيص 'مشكلاته، والتنبؤ باحتمالات تطور حالته ومدى استجابته لمختلف أساليب الارشاد والعلاج، ثم العمل الى الوصول به الى اقصى درجة ممكنة من التوافق الشخصي والاجتماعي. **(حمدي، 2018، ص180)**
- ✓ يؤكد **جارفيد Garvid** الاخصائي النفساني هو قبل كل شيء عالم النفس يحتفظ بولائه لعلم النفس الذي يتلقى اعداده فيه ويلزم بقيمة أساسية ومنها القيم المرتبطة بالبحث العلمي ولو انه يتلقى التدريبات العلمية في المواقف العيادية. **(خلف الله،2017، ص 25)**
- ✓ هو مهني يستخدم الأسس النظرية والفنيات السيكولوجية في ميدان الفحص والتشخيص والعلاج من اجل الفهم الدقيق للمشاكل التي يعاني منها المفحوص. **(لحميدي، 2020، ص 9)**
- ✓ هو الشخص الحاصل على درجة جامعية في علم النفس، وصف اهم الجامعات المعترف بها، ومحور اهتمامه وتخصصه في ميدان علم النفس الاكلينيكي (الصحة النفسية الإكلينيكية) مع الحصول على تدريب في المجال العيادي، حيث يرتكز مهام الاخصائي النفساني على تكوين نظري وتطبيقي من خلاله يمارس دوره وفق برنامج علمي. **(لعربي،2019، ص15)**

اذن الاخصائي النفساني هو ذلك الشخص الذي يمتلك مجموعة من المؤهلات والمهارات العلمية التي تمنحه القدرة على ممارسة مهنته وتقديم مساعدات نفسية من خلال التشخيص، الارشاد، التكفل والعلاج.

2. سمات الاخصائي النفساني:

للأخصائي النفساني العديد من السمات التي تميزه عن غيره فهي بمثابة صلة تربطه بين العميل والتشخيص الدقيق، فهذه السمات لها دور في جعل الاخصائي فردا ناجحا في عمله كممارس يتعامل مع الجميع باختلافهم وتقبلهم (الاسوياء وغير الاسوياء).

ونجد من هذه السمات ما أورده كارل روجرز في قائمته وهي كالتالي:

- ان يكون الاخصائي شديد الحساسية للعلاقات الاجتماعية.
- ان يتصف بالروح الموضوعية والاتجاه الانفعالي غير متحيز.
- ان يكون لديه احترام لكل انسان. وان يتقبله على ما هو عليه من علل، وان يترك له الحرية ليجرب ما يراه من حلول.
- ان يعرف نفسه ودوافعه وان يدرك قصوره وعجزه الانفعالي.
- ان تكون لديه القدرة
- على فهم السلوك الإنساني. (رأفت سيد عسكر

ولقد أوردت اللجنة الخاصة بالتدريب لعلم النفس العيادي في جمعية علم النفس الأمريكية السمات التي يجي توفرها لدى الأخصائي ونعرض أبرزها:

- ❖ الرغبة في معاونة الآخرين ومساعدتهم بدون محاولة لفرض سيطرتهم عليهم واحترام حرية الاخرين واستقلالهم
- ❖ ان يتمتع الاخصائي النفساني الإكلينيكي بقدر عالي من الاستبصار لدوافعه ومشاعره ورغباته وحاجاته حتى لا تعرقل رغباته الذاتية
- ❖ ان يتمتع بصفة التسامح واحترام وجهات نظر الآخرين ولا سيما مع الطوائف الدينية والسلالات المختلفة
- ❖ ان يتمتع بمستوى عالي من الضبط الانفعالي والذاتي، لان تكامل الشخيصة والاتزان من العناصر الضرورية التي توحي بالثقة، وان يكون مخلصا امينا مستخدما كافة مهاراته ومعلوماته لمصلحة المريض، بعيدا عن مظاهر الاستغلال وان يعطي الناس فكرة ثابتة وحيدة عن سلوكه في نطاق العمل وخارج نطاق العمل حتى لا يجدوا في أسلوبه نوعا من الازدواج وان تكون لديه بعض القيم والمثل الطيبة كصورة تعكس نضج شخصيته وتكاملها.
- ❖ ان يكون الاخصائي النفساني العيادي على مستوى أكاديمي عال او مستوى لائق من الذكاء، وان تكون لديه القدرة على المرونة والقيادة والابداع والصبر وحسن الاصغاء. **(زهار، 2017، ص ـ ص 43، 44**

اذ يمكن تلخيص سمات الاخصائي فيما يلي:

- القدرة على التعاون في العمل مع الاخرين مثل الاخصائي الاجتماعي، الطبيب العقلي، والمسؤولين الإداريين.
- الايمان بقدرة الانسان على التحسن، وهذا يقتضي الايمان بمرونة السلوك الإنساني وقابليته بالتشكيل والتعديل.
- القدرة على إقامة علاقات مهنية تتصف بالموضوعية والحياء والاحترام والتقدير والاحتفاظ بسرية العمل.
- التكيف والنضج النفسي، لان التكيف هو القدرة على إقامة علاقات مرضية مع معدات ومع الاخرين.
- الميل للبحث العلمي لان الاخصائي النفسي دائما في حاجة الى مراجعة الأدوات وتقدير صلاحيتها والى الوقوف على الإنجازات الجديدة في مجال التخصص.
- الحرص على النمو المهني بكثرة الاطلاع وبحضور جلسات علمية ومؤتمرات.
- تقبل المريض كما هو لان التقبل يؤدي الى بث الثقة في نفس العميل ما يجعله يفصح عن مشاكله واحاسيسه.
- الميل لمساعدة الاخرين والعمل معهم.
- اتقان المهارات الأساسية التي تساعده في أداء عمله بنجاح، منها: المهارات الخاصة بالفحص والتقدير النفسي، والمهارات الخاصة بإقامة علاقات والتواصل مع الاخرين، والمهارات الخاصة بالتشخيص والعلاج والإرشاد.

(عثماني، 2022، ص573-574)

وعليه نستنتج من خلال ما تم ذكره حول السمات التي يجب توفرها في الاخصائي النفساني، يتضح ضرورة التزامه بالسمات التي تؤهله في أدائه لمهامه العيادية على اكمل وجه والتي تساعده تلى تقديم الدعم النفسي لهم بغض النظر عن حجم مشكلاتهم النفسية، لذا فلا بد ان يتحلى الاخصائي النفساني بالقدرة على التعاون مع الاخصائيين الاخرين وذلك من اجل الوصول الى تشخيص دقيق للحالة وإقامة علاقات مهنية تتصف بالموضوعية والحياد والسر المهني للمعلومات، وذلك من اجل خلق جو أساسه الثقة بين الطرفين، والتقبل اللامشروط من طرف الاخصائي، لان هذا يبث في نفس العميل الراحة فيفصح عن مشاكله لانه لن يكون موضع النقد او السخرية، وهنا على الاخصائي الاصغاء وترك الحرية التامة للمفحوص وعدم التدخل الا في الضرورة.

3ـ مهام الأخصائي النفساني:

تتلخص اهم المهام التي يقوم بها الاخصائي في:

- **المساهمة في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية:** حيث يستخدم الاخصائي النفساني مجموعة من الاختبارات والأدوات كالملاحظة والمقابلة ومختلف المقاييس التشخيص، ولا يقتصر التشخيص على مجرد وضع المريض في فئة تصنيفية معينة بل يشمل تقويم شامل للشخصية بحيث يتمكن من معرفة الأسباب ومصدر الاضطرابات التي يتم الأساليب العلاجية المناسبة لحالة المريض.
- **العلاج:** وتختلف أساليب العلاجية باختلاف النظريات.

- **البحث:** يعد القيام بالبحوث وظيفة هامة من وضائف الاخصائي. (سلامة، 2022، ص948)

كما يهتم الاخصائي النفساني العيادي بتطبيق العلاجات باستعمال وسيط من نوع لفظي او جسدي (السيكودراما)، من نوع مادي (التعبير التشكيلي، العلاج بالماء، بالموسيقى...) وفي بعض الأحيان يمكن ان يشمل العلاج استثمار السيرورات النفسية اللاشعورية كالتحليل النفسي، وقد يشارك أيضا في بعض الأحيان في مشاريع التابعة للمؤسسة منها: التربوية، البيداغوجية، الطبية، كما يمكنه ان يساهم في تكوين طلبة علم النفس، الطب، الممرضين، او المتربصين في التربية الخاصة.

والمهارات الأساسية التي ينبغي ان تتوفر في الممارس النفساني العيادي تتمثل فيما يلي:

- ✓ التعرف على الحالة من خلال السماع لطلبها.
- ✓ الملاحظة.
- ✓ تحليل الملف.
- ✓ تبادل المعلومات مع زملاء اخرين.
- ✓ المقابلة.
- ✓ تقييم مرحلة التطور النفسي وتحديد نوع الشخصية من خلال الاختبارات، المقابلة، الملاحظة لهدف اختيار وتقديم المساعدة الملائمة.

فهو يقوم بالتشخيص من اجل التأكد من وجود مرض او اضطراب. كما يهتم بتوجيه الفرد نحو الأماكن او الأوساط المتخصصة، والقيام بالمتابعة النفسية (مقابلات متتالية) او المساندة النفسية من اجل الوقاية او علاج اضطراب وتنشيط المجموعات.

تكون مهام الاخصائي النفساني العيادي في الوسط الاستشفائي حسب المصلحة التي يعمل فيها هذا الأخير وكذا سير فريقها، وعليه يسجل دوره في إطار متعدد التخصصات لهدف مساعدة المرضى. **(برزوان، 2016، ص358)**

بالإضافة الى أبرز المهام التي يقوم بها الاخصائي النفساني العيادي:

3ـ 1: التشخيص:

هو العملية التي يقوم بها النفساني يجمع في سياقها البيانات والمعلومات عن الفرد صاحب المشكلة ليعالجها معالجة خاصة تمكنه من ان يرسم صورة متكاملة لشخصية هذا الفرد تتضمن وصفا دقيقا لقدراته وامكانياته ومشكلاته واسبابها وذلك بهدف وضع تصور او استراتيجية معينة لخطة عمل ملائمة تنفذ مع هذا الفرد لمساعدته لتجاوز مشكلته، وعلى هذا فإن عملية التشخيص تهدف الى تكوين صورة واضحة عن الفرد قصد تقديم المساعدة او الخدمة النفسية او وضع برنامج علاجي وهو بذلك يعتبر الركن الأساسي لعملية المساعدة سواء كانت بسيطة ارشادية او متقدمة وعميقة

علاجية، ولا شك ان التشخيص الخاطئ ينجم عنه تدخلا خاطئا ويؤدي الى علاج غير مطابق ويؤول الى تعثر عملية المساعدة بكاملها.**(حمدي،2018، ص182)**

3ـ 2: الارشاد والعلاج:

يعتبر كل من الارشاد والعلاج النفسي من المهام الأساسية التي يقوم بها الاخصائي النفسي والتي يهتم من خلالها بالصحة النفسية للفرد، اذ يمكن ان نختصر الهدف من عمليتين في مساعدة الاخرين على التخلص من الاعراض المرضية النفسية التي يعانون منها او التخفيف من حدتها، والوصول بهم الى درجة أفضل من التوافق النفسي والتكيف الاجتماعي. **(حمدي، نفس المرجع السابق، 182)**

3ـ 3: المتابعة العلاجية:

ويتم ذلك من خلال متابعة المرضى، ومعرفة مدى تقدم وتحسن الحالة، وتقييم النواحي الإيجابية والسلبية والقيام بتدخلات لضمان استمرارية التحسن، والتسجيل كل المعلومات والتدخلات والأساليب التي تم استخدامها بصيغة سيكولوجية مختصرة في الملف الطبي بصورة يمكن الاستفادة منها في بعض الأحيان. **(حمدي، نفس المرجع السابق، ص 182)**

3ـ 4: حضور الاجتماعات العلاجية:

ان الأخصائي النفسي عضوا أساسيا من أعضاء الفريق العلاجي لذلك لابد من المواظبة على حضور الاجتماعات التي يعقدها الفريق المعالج، ومناقشة تطورات الحالة وتبادل المعلومات التي يمكن ان تساعد في تقديم خدمة علاجية هادفة وفعالة. **(حمدي، نفس المرجع السابق، ص 182)**

3ـ 5: العلاج الاسري:

يشترك الاخصائي النفساني مع الاخصائي الاجتماعي في مقابلة اسر المرضى، وإعطاء الارشاد النفسي المناسب لهم، وتبصيرهم بكيفية التعامل مع ذويهم من المرضى، وتبصيرهم بأعراض المرض ومفهومه، بشكل يساعد على استمرار التحسن. **(حمدي، نفس المرجع السابق، ص 182)**

3ـ 6: المشاركة في العمل الوقائي:

اكدت منظمة الصحة العالمية بأن المختص النفسي ان يلعب دور فعال في العمل الوقائي من الاضطرابات النفسية وذلك من خلال تعديل البيئة لتقليل الإصابة النفسية، واكتشاف المجموعات البشرية المعرضة للإصابة باضطراب وعلاج المصابين، مع توقي الحذر من الانتكاسة. **(حمدي، نفس المرجع السابق، ص 183)**

3ـ 7: المساهمة في الدراسات والأبحاث النفسية:

فلابد ان يكون للأخصائي مشاركة فعالة في الدراسات والأبحاث النفسية المتعلقة بالظواهر النفسية والسلوكية التي تؤثر على صحة الفرد والمجتمع. وكذلك مشاركته في الندوات والأيام الدراسية والملتقيات الوطنية وحتى الدولية من اجل اثراء رصيده المعرفي حول المشاكل النفسية التي تواجه الافراد ومن اجل اكسابه خبرة أكبر من خلال تبادل الأفكار والآراء مع غيره من الاخصائيين. **(حمدي، نفس المرجع السابق، 183)**

وعليه فإن الاخصائي النفساني وكغيره من الاخصائيين له أدوار ومهام عديدة يقوم بها ومسؤوليات متنوعة قد نقول نوعا ما صعبة، كما تتعدد مجال عمل الاخصائي النفساني الاكلينيكي بمعنى انه لا يعمل في مؤسسة واحدة فقط بل في مؤسسات مختلفة، يقوم في كل منها بمهام مختلفة وتنقسم هذه الأخيرة على حسب طبيعة متطلبات مكان العمل، فقد تكون: سجون، مراكز بيداغوجية، عيادات خاصة، مؤسسات عمومية، ومن بين أهم وأبرز هذه المهام التشخيص، التكفل، الفحص النفسي، تطبيق الاختبارات النفسية.

4ـ مهام الأخصائي النفساني حسب النصوص القانونية الجزائرية:

لقد كانت البداية الأولى لتأسيس الخدمة النفسية العمومية في الجزائر من خلال أول قانون أساسي صدر في الجريدة الرسمية في إطار المرسوم التنفيذي رقم 69ـ 73 المؤرخ في 16 أفريل 1973، حيث حدد مهام وشروط توظيف الأخصائيين النفسانيين التابعين للصحة العمومية. **(الجريدة الرسمية رقم 34 بتاريخ 27 أفريل 1973، ص 522)**

ولقد استمر المشروع الجزائري لتنظيم هذه المهنة داخل قطاع الصحة العمومية واختتم تشريع وتنظيم المهنة بمرسوم تنفيذي رقم 09ـ 240 المؤرخ في 22 جويلية 2009، يتضمن القانون الأساسي الخاص بالموظفين المنتمين لأسلاك النفسانيين للصحة العمومية حيث نظمت مهامهم.

الأحكام المطبقة على سلك النفسانيين العياديين للصحة العمومية:

المادة 17: يضم سلك النفسانيين العياديين للصحة العمومية ثلاث (03) رتب:

- رتبة نفساني عيادي للصحة العمومية.
- رتبة نفساني عيادي رئيسي للصحة العمومية.
- رتبة نفساني عيادي ممتاز للصحة العمومية.

4. 1: الفرع الأول تحديد المهام:

المادة 18: يكلف النفسانيون العياديون للصحة العمومية بما يلي:

- تصور المناهج وتطبيق الوسائل وتقنيات المطابقة لمؤهلاتهم في مجالات اختصاصهم.
- المساهمة في تحديد وتبيان وتحقيق النشاطات الوقائية والعلاجية التي تضمنها المؤسسات والمساهمة في مشاريعها العلاجية أو التربوية لاسيما الاختبارات والتحاليل والتشخيص والتنبؤات النفسية.
- المشاركة في أعمال التكوين وتأطير الطلبة ومهني الصحة في مجالات اختصاصهم.

المادة 19: زيادة على مهام المسندة للنفسانيين العياديين للصحة العمومية، يكلف النفسانيون العياديون الرئيسيون للصحة العمومية بضمان تأطير تقني للنشاطات النفسانيين العياديين الذين يتم تعيينهم في مجموعة من هياكل الصحة، ويكلفون بهذه الصفة لاسيما بما يأتي:

- إنجاز تقنيات نفسانية علاجية متخصصة.
- قيام بالخبرة النفسية.
- تحليل العلاقات والتفاعلات بين الفرد.
- المشاركة في التقييم والبحث في مجالات اختصاصهم.

المادة 20: زيادة على المهام المسندة للعياديين الرئيسيين للصحة العمومية، يكلف النفسانيون العياديون الممتازون للصحو العمومية لاسيما بما يأتي:

- إدارة أشغال البحث والقيام بالتحقيقات في مجال اختصاصهم.
- تحديد الاحتياجات النفسانية الجديدة للمرضى.
- دراسة بواسطة مسعى مهني خاص، العلاقات المتبادلة بين الحياة النفسانية والسلوكات الفردية والجماعية قصد ترقية الاستقلالية الشخصية. **(الجريدة الرسمية، 2009، ص، ص 21. 22)**

5. مهارات الأخصائي النفساني:

يلاحظ أن نجاح المعالج في إقامة التواصل بينه وبين العميل هو الذي يسمح للأخير بأن يتواصل مع نفسه وهكذا فإن نجاح العملية كلها يتوقف على حدوث التواصل الصحيح بين المعالج والعميل أو المريض، ولذا فإنه لابد أن يتوفر لدى المعالج أو الأخصائي النفساني الإكلينيكي عدة مهارات لضمان نجاح العملية العلاجية بأفضل وبأسرع وقت ممكن ولكي تسير العملية العلاجية في إطارها الصحيح وتؤدي إلى نتائج إيجابية ومن بين تلك المهارات المطلوب توافرها عند الأخصائي

النفساني العيادي ما هو أساسي ومنها ما هو فرعي بالإضافة إلى المهارات التراكمية التي يكتسبها الممارس المهني خلال ممارسته لعمله ومن خلال الجلسات العلاجية.

- ✓ **الاتصال البصري:**

إن الاتصال البصري الجيد ليس هو تلك النظرة الجامدة أو تلك التي لا معنى لها ولكنها المصحوبة بالانتباه ويفسرها العميل على أنها نظرة اهتمام وإنصات وتعاطف وحرص على المساعدة وتعطي العميل ثقة في العملية العلاجية. **(بوقفحة ومكيد، 2022، ص 39)**

- ✓ **لغة الجسم:**

إن وضع لغة الجسم وتوجهه يمكن أن يشجع أو يثبط التفاعلات التشخيصية وحركة الجسم القليلة إلى الأمام مع الاتصال البصري تستقبل من قبل العميل بإيجابية لأنها توصل اليه رسالة تتضمن اهتمام الأخصائي. **(بوقفحة ومكيد، نفس المرجع السابق، ص 39)**

- ✓ **المسافات الشخصية:**

والمسافة الشخصية بين العالج والعميل أيضا تؤثر على الاتصال، وهناك منطقة ارتياح قصوى يمكن الاحتفاظ بها وهذه المسافة محكومة إلى حد ما قبل الاتصال البصري بالاعتبارات الثقافية. **(بوقفحة ومكيد، نفس المرجع السابق، ص 39)**

- ✓ **النغمة الصوتية:**

تعتبر النغمة الصوتية جانب من الجوانب المعبرة عن الاهتمام وبالتالي عن التواصل بين الأخصائي والعميل أن طبقة الصوت وحجمه ومعدل الحديث قادرة على أن تنقل الكثير من المشاعر التي يكتبها الأخصائي للعميل، وقد اظهر شيفار 1986 أن استخدام المفاتيح والعلامات شبه الصوتية يمكن أن تنقل الرسائل المتضمنة للمستويات العالية من الثقة أو المستويات المنخفضة من الثقة، فالصوت العالي الجاف من الإيقاع السريع ينقل ثقة بالنفس، بينما الصوت الناعم الهادي مع النبرة المنخفضة والإيقاع البطي ينقل انخفاض من الثقة بالنفس وهذه العلامات الدالة على الثقة بالنفس تؤثر في ادراك العميل للفاحص وخبرته وجاذبيته وجدارته بالاحترام وللإشباع الذي يتوقعه العميل من العلاقة العلاجية. **(بوقفحة ومكيد، نفس المرجع السابق، ص 39)**

- ✓ **المسك اللفظي:**

يحدث في بعض الأحيان أن ينشغل الفاحص أو المريض في حديث طويل لا علاقة له بموضوع المقابلة أو بأسئلة المعالج وعليه في هذه الحالة يجب أن يبقى هادئا ومستمعا لأنه يعكس جزء من امتصاصه وأفكاره، وله أن يختار إما أن يهتم بما قاله العميل كله أو بعضه ا وان يتجاهله والذي يحدث في كثير من الحالات أن المعالج يهتم ببعض ما جاء في حديث

العميل ويحاول أن يستفيد منه لان له دلالة في فهمه وهذا السلوك من جانب الأخصائي يسمى الانتباه الانتقائي والجزء الذي ينتبه له المعالج في حديث العميل يعتمد على توجهه النظري وقناعاته وتدريبه وممارسته. **(بوقفحة ومكيد، نفس المرجع السابق، ص 40)**

- ✓ **الصمت:**

ويعد من الفنيات التي تساعد على التواصل الجيد وتعكس الاهتمام رغم التناقض الظاهري بين مظهرها ووظيفتها حيث يمكن للمعالج أن يستثمر الصمت على نحو جيد في خدمة أهداف المقابلة العلاجية وعلى الأخصائي أن يميز بين أنواع الصمت وان يقرا صمت العميل ماذا يعني؟ وعلام يدل؟ لأنه قد يدل على تعاون أو عدم ثقة أو إرهاق أو تحدي له ولقدراته على المساعدة أو عدم استطاعته ترتيب أفكاره وعلى الأخصائي أن يفهم هذا الصمت ودافعه وان يتدخل لتناول هذه الدوافع التي تعيق التواصل. **(بوقفحة ومكيد، نفس المرجع السابق، ص 40)**

- ✓ **الإنصات (الاستماع):**

الإنصات من مهارات التواصل الأساسية ويشبه الصمت لكنه يختلف لان الإنصات عمل فعال يعكس تجارب نع الطرف الآخر الذي يتحدث كذلك ينقل للعميل رسالة تفيد أن ما يقوله موضع اهتمام من طرف الأخصائي وانه متقبل ويعطي للأخصائي فهما أوضح عن عميله. **(فالح، 2011، ص 26)**

- ✓ **ملاحظة العميل:**

توفر ملاحظة العميل مصدرا من المعلومات الصامتة وبصفة عامة بأن البيئة الجسمية توفر طريقة لتحديد الاستجابة الانفعالية الداخلية للعميل وقد حدد "جاند لروجريندر" مفاتيح أو علامات هي:

ـ تغيرات لون الجلد وحجم الشفاه وتوتر العضلة والتنفس وذلك يعكس العمليات الانفعالية الداخلية وهذه العلامات من إضفاؤها لأنها عملية فيزيولوجية أي ردود فعل لا إرادية.

ـ ملاحظة التناقض بين السلوك اللفظي والسلوك غير اللفظي عند العميل له دلالة أيضا ويوضحه الأخصائي عن طريق أسئلة يواجه بها عملائه.

ـ وأحيانا يشعر الأخصائي بالحرج عندما يجد انه يستخدم لغة جسمية لا تتوافق مع اللغة الجسمية للعميل وفي هذه الحالة يحاول أن يقلد العميل عمديا، فقد يستطيع أن يسايره أو يعكس سلوك العميل. **(فالح، نفس المرجع السابق، ص 26)**

✓ **دلالات الألفاظ:**

تعد مهارة دلالة الألفاظ من اهم المهارات التي يجب على الأخصائي النفساني امتلاكها، حيث تمكنه من فهم مشاعر المريض وأفكاره بشكل أفضل، والتواصل معه بطريقة فعالة، وتجنب سوء فهمه. **(فالح، نفس المرجع السابق، ص 27)**

✓ **توجيه الأسئلة:**

وهي وسيلة للمعالج لمعرفة مالا يعرفه عن عميله وبالتالي يكون لدى الأخصائي ما يعينه على تشخيص الحالة على نحو أكثر دقة، ولكن يجب أن تكون الأسئلة مدروسة وهادفة سواء كانت الأسئلة المفتوحة وهي التي تبدأ بأدوات الاستخدام (كيف؟ ماذا؟ لماذا؟)، أو الأسئلة المغلقة وبصفة عامة فان الأخصائي لكي يحسن استخدام فنية التساؤل لابد أن يصيغ السؤال في لغة واحدة ومحددة وليس فيها إيحاءات، ويهدف للمساعدة ولا ينبغي أن يكون ملحا في الحصول على الإجابة في نفس المقابلة لكي لا يبد العميل عناده ويمتنع عن الإجابة. **(فالح، نفس المرجع السابق، ص 27)**

✓ **التشجيع:**

إن مهارة التشجيع وإعادة الصياغة وتلخيص وعكس المشاعر كلها فنيات قد تستخدم للحصول على معلومات بوسائل يشعر العميل اقل إقحاما له وبخصوصياته، وعلامات التشجيع التي كثيرا ما يستخدمها الأخصائي (إيماءات الرأس، تعبير الوجه الإيجابي، وبعض المقاطع الصوتية) وكلها تدل على حسن المتابعة للعميل وقد يشجع الأخصائي العميل بان يكرر كلماته المفتاحية ليشجعه من ناحية وليتأكد من الفكرة المرتبطة بهذه الكلمات من ناحية أخرى. **(فالح، نفس المرجع السابق، ص 28)**

✓ **إعادة العبارات وتلخيص وعكس المشاعر:**

أي انه قد يعيد المعالج بعض العبارات كما لفظها العميل مما يقويها ويؤكدها ويدل على متابعة للحديث من الأخصائي، ويعمد إلى تلخيص ما قاله العميل بعبارات مختصرة وقوية ومركزة وقد تكون مفيدة له ليبين بعض القضايا غير الواضحة لديه أو غير متبلورة أو غير مأكدة لديه وهو ما ينطبق على الأفكار والمشاعر جميعا، أما عكس المشاعر فيهدف إلى معونة الأخصائي للانفعالات الكامنة وراء الألفاظ العميل وعباراته وهي طريقة مفيدة في تأكيد التواصل، فالأخصائي يتأكد من فهمه لمشاعر عميله وهذا الأخير يرى من جانب الأخصائي انعكاسا لمشاعره. **(فالح، نفس المرجع السابق، ص 28)**

ومنه نستنتج أن الأخصائي النفساني يعد محركا أساسيا في رحلة الفرد نحو الصحة النفسية متسلحا بمجموعة من المهارات التي تؤهله لفهم مشاعر وأفكار وسلوكيات الأنسان من بينها الاتصال البصري، لغة الجسم، الصمت، المسافات الشخصية وغيرها من المهارات التي يتمتع بها وكل ذلك من اجل تقديم المساعدة اللازمة للتعامل مع مختلف التحديات التي تواجهه

الخلاصة:

إن الأخصائي النفساني له مكانة مهمة في المجتمع الذي نعيش فيه نظرا للمشاكل الاجتماعية والنفسية التي يقع فيها الفرد وبإمكاننا القول أن هذا الشخص له دور مهم يقوم به (تدخلات علاجية، التشخيص، العلاج، التكفل، أي تقديم الخدمة حسب الحالة).

ولابد من أن يكون الأخصائي دارسا لعلم النفس الإكلينيكي وقد تم تكوينه وتدريبه في الجامعة، وان تكون له واجبات ومهارات وسمات يتميز بها عن غيره لكي يقوم بدوره وعمله على أكمل وجه، ويعطي نتائج إيجابية لتقديم الخدمة النفسية للمرضى وعندما يقوم بعمل لابد أن يحترم حقوق المريض ويحافظ على أسراره "السر المهني" لأنها ضمن أخلاقيات المهنة، وفي هذا الصدد يتمكن الأخصائي النفساني من منافع جمة وكثيرة تعود على الإنسان خاصة والمجتمع عامة

كما يلعب الأخصائي النفساني دورا كبيرا في ظل المعطيات الراهنة للمجتمعات المعاصرة وظهور العديد من الاضطرابات النفسية التي تحتاج إلى تدخله وخاصة بعض الاضطرابات المنتشرة والتي تمثل مرآة عاكسة لظروف الحياة وضغوطاتها والتي تنعكس سلبا على الصحة النفسية، إلا أن الأخصائي النفساني وفي محاولة منه لأداء مهمته تواجهه مجموعة من التحديات والصعوبات المختلفة سواء منها ما تعلق بالمجتمع أو ما تعلق بالأخصائي في حد ذاته، وغيرها من العراقيل التي تحول دون فعالية الممارسة النفسية وهو ما ينعكس حتما بعدها على مصداقية التشخيص وفعالية العلاج.

الجانب الميداني

الفصل الخامس:

الإطار المنهجي للدراسة

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

1. 1: أهداف الدراسة الاستطلاعية

1. 2: أهمية الدراسة الاستطلاعية

1. 3: نتائج الدراسة الاستطلاعية

2. الدراسة الأساسية

2. 1: منهج الدراسة

2. 2: مجتمع الدراسة

2. 3: عينة الدراسة

2. 4: أداة الدراسة

2. 5: الخصائص السيكومترية للأداة

2. 6: حدود الدراسة

2. 7: الأساليب الإحصائية المستخدمة

تمهيد:

في أي دراسة علمية لا يمكننا الوصول إلى نتائج موثوقة إلا إذا اتبعنا إجراءات منهجية مضبوطة وخطوات علمية صحيحة، فوضوح المنهج وما يبنى في إطاره من تصميم محكم وتجانس العينة وسلامة طرق تحديدها وحصرها ومناسبة أدوات البحث وما تتميز به من خصائص سيكومترية تدل على الصلاحية، كل هذه الإجراءات تساعد في الوصول إلى نتائج ذات قيمة علمية، وهذا ما حاولنا مراعاته من خلال حرصنا على اتباع خطوات صحيحة وإجراءات منظمة، والتي سوف يأتي عرضها في هذا الفصل.

1. الدراسة الاستطلاعية:

1. 1: أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أساسا جوهريا لأي بحث علمي، فهي تمثل اللبنة الأولى للدراسة الميدانية، إذ من خلالها يسعى الباحث إلى إلقاء نظرة على تواجد جدية الموضوع المطروح، فهي تساعد على التعرف عن قرب على الظروف التي سيتم فيها إجراء البحث وتبيان الصعوبات التي قد يتعرض لها الباحث وهذا لتفاديها في الدراسة الأساسية، فضلا عن كونها تساعد في جمع المعطيات الأولية عن مكان ومجتمع الدراسة ومن ثمة تحديد كيفية اعتماد طريقة اختيار عينة البحث بمراعاة ملائمة خصائصها لما جاء في الطرح النظري لموضوع الدراسة، كما أنها اختبار لأدوات القياس التي ينوي الباحث استخدامها في الميدان. **(غزالي، 2021، ص 79)**

فقد تمت الدراسة الاستطلاعية في ولاية قالمة بالمستشفيات العمومية والمراكز البيداغوجية وكذا العيادات الخاصة، ومنه كانت أهداف الدراسة الاستطلاعية كالتالي:

- ضبط الإشكالية وفروضها

- الوقوف على وجود الظاهرة ميدانيا

- اختيار مجتمع الدراسة ومن ثم تحديد عينة الدراسة

1. 2: أهمية الدراسة الاستطلاعية:

تكمن أهمية الدراسة الاستطلاعية في كونها تمكن من تقديم صورة واضحة وبطريقة منظمة عن مختلف الخطوات المنهجية المعتمدة في الدراسة الميدانية، بداية من المنهج المستخدم ثم وصف عينة الدراسة وكذا مجتمع الدراسة، ثم التطرق إلى أدوات جمع البيانات ودراسة مدى صدقها وثباتها وملائمتها للدراسة الأساسية.

1. 3: نتائج الدراسة الاستطلاعية:

من خلال توزيعنا لاستبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين في المستشفيات والمراكز البيداغوجية وكذا العيادات الخاصة في ولاية قالمة والقدر عددهم ب 25 أخصائي نفساني ممارس.

تمت الإجابة على بنود الاستبيان، وهذا نظرا لوضوحها وعدم غموضها وعليه جاءت البنود سهلة وذات معنى.

2: الدراسة الأساسية:

2ـ 1: منهج الدراسة

إن أي باحث في دراسته لموضوع ما يعتمد على منهج معين يسير عليه، واختيار المنهج المتبع امر تحدده طبيعة مشكلة البحث المراد دراسته للوصول إلى نتيجة معينة، كما يلعب منهج البحث دورا أساسيا في تدوين معلومات البحث، وهذا الأخير يعتبر الطريق المؤدي للكشف عن الحقائق في العلوم المختلفة بواسطة مجموعة أو طائفة من القواعد والتي تهيمن على العقل وتحدد عملياته من اجل الوصول عن طريق ذلك إلى نتائج معلومة. **(براهمية وسلاطنية، 2022، ص 112)**

كما يعرف أيضا على انه الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة، فهو بشكل عام فن التنظيم الصحيح لسلسلة الأفكار العديدة إما من اجل البحث عن الحقيقة حيث تكون مجهولة، أو من اجل البرهنة عليها إن كانت معروفة، فهو الأسلوب الذي يستخدمه الباحث في معالجة مشكلة الدراسة بقصد الوصول إلى حلول مقترحة.

(بن محمد وعليش، 2022، ص 45)

وعليه فإن موضوع الدراسة والهدف منها هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم في إجراء الدراسة، حيث اقتضت طبيعة دراستنا هذه ضرورة استخدام المنهج الوصفي لمعرفة "صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين"، وذلك بالمؤسسات العمومية الاستشفائية والمراكز البيداغوجية وكذا العيادات الخاصة.

ويعرف المنهج الوصفي على أنه: عبارة عن وصف دقيق ومنظم وأسلوب تحليلي للظاهرة أو المشكلة المراد بحثها من خلال منهجية علمية للحصول على نتائج علمية وتفسيرها بطريقة موضوعية وحيادية بما يحقق أهداف البحث. **(بودهان ودرواز، 2021، ص 88)**

ويعرف أيضا بانه وصف منظم للحقائق والميزات لمجموعة معينة أو ميدان من ميادين المعرفة الهامة بطريقة موضوعية وصحيحة. **(بودهان ودرواز، نفس المرجع السابق، ص 88)**

2ـ 2: مجتمع الدراسة:

يسميه البعض المجتمع الأصلي للدراسة أو المجتمع الإحصائي ومهما كانت تسمياته فمجتمع الدراسة هو المجتمع الذي يسحب منه الباحث عينة الدراسة وهو الذي يكون موضع الاهتمام في البحث إضافة إلى ذلك فمجتمع الدراسة هو مجموعة من المتغيرات تشترك في صفات وخصائص محددة ومعينة من قبل الباحث. **(بن محمد وعليش، 2022، ص 46)**

ومجتمع الدراسة في دراستنا هذه يشمل الأخصائيين النفسانيين الممارسين المتواجدين في ولاية قالمة

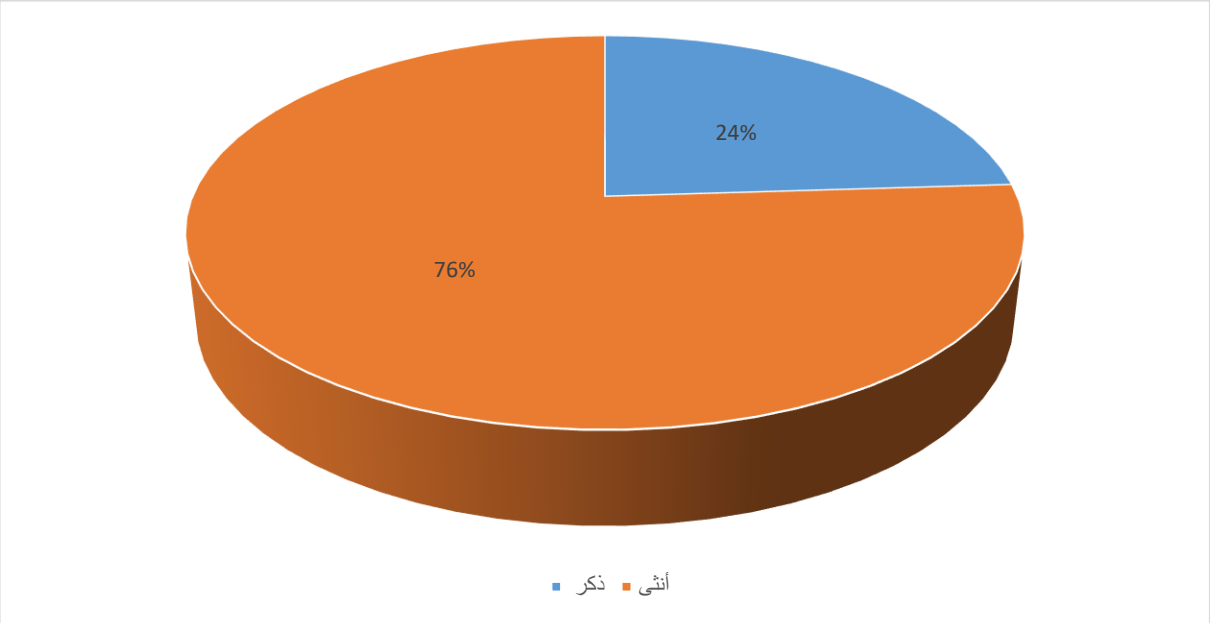
2ـ 3: عينة الدراسة:

تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية وهي العينة التي يتم اختيارها لغرض معين كونها تحقق أغراض الدراسة التي يقوم بها الباحث، محاولين تغطية أكبر قدر ممكن من الحالات، حيث شملت الدراسة على عينة من الأخصائيين النفسانيين الممارسين الذين تعاملوا مع أطفال اضطراب طيف التوحد العاملين بالمؤسسات الاستشفائية والمراكز النفسية البيداغوجية ومركز الإدمان، وكذا العيادات الخاصة في ولاية قالمة، ويبلغ عددهم 25 أخصائي نفساني ممارس منهم 06 ذكور و19 أنثى، وتتوزع عينة الدراسة على النحو التالي:

2ـ 3ـ 1: عرض خصائص عينة الدراسة حسب الجنس:

جدول (05) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة
ذكر	06	%24
أنثى	19	%76
المجموع	25	%100

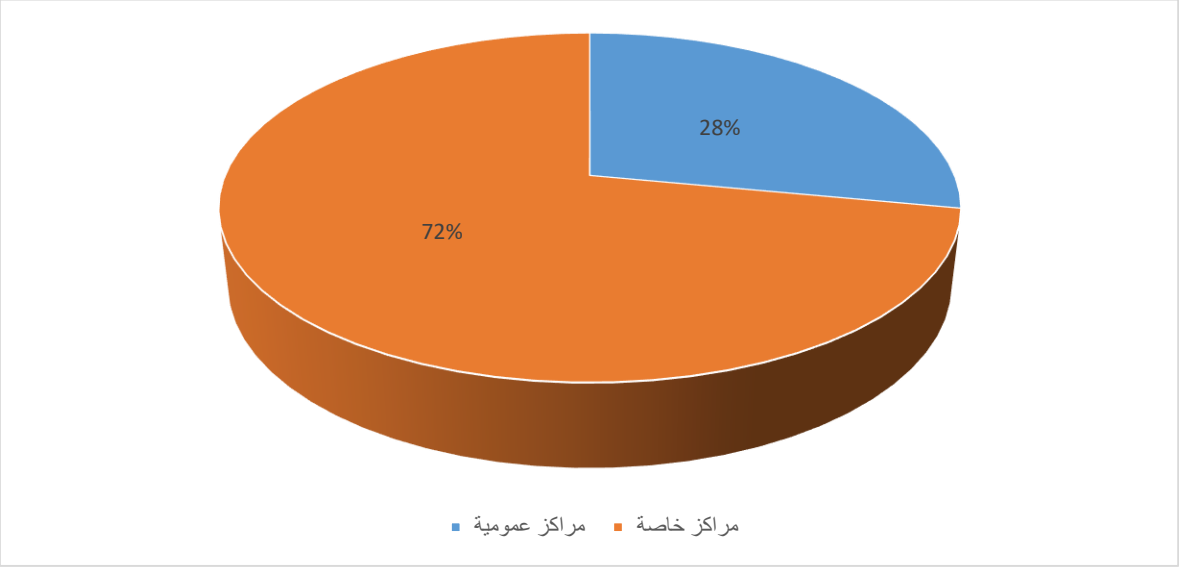


شكل رقم (01) يبين توزيع عينة الدراسة الأساسية بالنسب المئوية حسب متغير الجنس

2ـ 3ـ 2: عرض خصائص عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل:

جدول (06) يوضح توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان العمل

مكان العمل	التكرار	النسبة
مراكز عمومية	07	%28
مراكز خاصة	18	%72
المجموع	25	%100



شكل رقم (02) يبين توزيع عينة الدراسة بالنسب المئوية حسب متغير العمل

2ـ 4: أداة الدراسة:

بناءا على طبيعة البيانات التي يراد جمعها وعلى المنهج المتبع في الدراسة، ارتأينا أن الأداة الأكثر ملاءمة لتحقيق أهداف الدراسة هو:

الاستبيان: الذي يعرف بأنه عبارة عن مجموعة من الأسئلة تتوافق مع محاور الظاهرة قيد الدراسة وتكون ملمة بها والتي يمكن التوصل من خلالها إلى حقائق تلامس الواقع، ويعرف أيضا على أنه مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين يتم وضعها في استمارة ترسل للأشخاص المعنيين بالبريد أو يجرى تسليمها باليد تمهيدا للحصول على أجوبة الأسئلة الواردة فيها. **(الحمزة والبار، 2023، ص 304)**

وفي الدراسة الحالية تم استخدام استبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين سنة 2024 المكون من 30 بند موزع على المعايير التالية:

المحور الأول: البيانات الشخصية عن الأخصائي النفساني: يتضمن 26 بنود تعلقت بجمع المعلومات عن:

- ✓ الجنس
- ✓ المستوى الدراسي
- ✓ المهنة
- ✓ طبيعة العمل
- ✓ طبيعة مؤسسة الممارسة العيادية
- ✓ سنوات الخبرة

المحور الثاني: طبيعة عمل الأخصائي النفساني: وتضمن 08 بنود لجمع المعلومات تتعلق ب

- ✓ الفريق المتخصص لتشخيص اضطراب طيف التوحد
- ✓ التكوين الأكاديمي للأخصائي النفسي
- ✓ علاقة الأخصائي النفسي بالمفحوص لتشخيص اضطراب طيف التوحد
- ✓ المعلومات المقدمة من طرف الوالدين للأخصائي ودورها في دقة تشخيص اضطراب طيف التوحد
- ✓ خبرة الأخصائي وتدريبه
- ✓ صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي
- ✓ التحيز ونقص التعاون لدى بعض المختصين في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد
- ✓ عدد المراكز المختصة للتكفل بفئة اضطراب طيف التوحد

المحور الثالث: صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد المتعلقة بالأدوات: وتضمن 08 بنود تتعلق ب

- ✓ نقص الأدوات التشخيصية المناسبة
- ✓ عدم ملاءمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئة العربية
- ✓ مدى معرفة الأخصائي النفساني لأنواع الفحوصات المناسبة في عملية التشخيص
- ✓ عدم مراعاة بعض الأدوات للقدرات الفردية
- ✓ التفسير الخاطئ للنتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات
- ✓ التدريب غير الكافي الذي تلاقاه الأخصائي النفساني حول تطبيق الأدوات التشخيصية
- ✓ ارتفاع تكلفة بعض الأدوات التشخيصية ما يحد من إمكانية الوصول اليها
- ✓ عدم وجود اختبارات طبية محددة لتشخيص اضطراب طيف التوحد

المحور الرابع: صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد المتعلقة بعدم تجانس الفئة العمرية: وتضمن 08 بنود تتعلق ب

- ✓ تداخل أعراض اضطراب طيف التوحد

- ✓ تفاوت شدة الأعراض من حالة إلى أخرى
- ✓ وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد
- ✓ اختلاف قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد
- ✓ تغير الأعراض وشدتها مع تقدم الطفل التوحدي بالعمر
- ✓ صعوبة تعميم نتائج الأبحاث على جميع الأطفال التوحديين
- ✓ نقص الوعي باستخدام أدوات التشخيص المناسبة للفئات العمرية
- ✓ محدودية الخدمات المتاحة والمقدمة للأطفال التوحديين خاصة ذو عمر متقدم

2ـ 5: الخصائص السيكومترية للأداة:

تم عرض الاستبيان على مجموعة من الخبراء للتحكيم في نسخته الأولى، اين ابدى المحكمون جملة من الملاحظات تمثلت في:

ـ زيادة عدد بنود الاستبيان

ـ إعادة صياغة بعض بنود الاستبيان

بعد تعديله وإعادة صياغته وفق ملاحظات الخبراء كما هو مبين في نسخته النهائية بالملحق، تم توزيعه على عينة الدراسة للإجابة عليه.

2ـ 5ـ 1: صدق المحكمين:

تم عرض استبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة الأخصائيين النفسانيين الممارسين على مجموعة من السادة المحكمين المتخصصين في علم النفس لإدلاء بآرائهم حول مدى مناسبة الاستمارة لعينة الدراسة الحالية، ومدى صحة عباراته، وفي ضوء آرائهم تم تعديل بعض عبارات الاستبيان.

الأساتذة المحكمين:

جدول رقم (07) يوضح الأساتذة المحكمين.

الأساتذة المحكمين	التخصص
بوتفنوشات حميدة	علم النفس العيادي
مشطر حسين	علم النفس التربوي
تواتي إبراهيم	علم النفس العيادي
دشاش نادية	علم النفس التربوي
بن شيخ رزقية	علم النفس العيادي
جوايبية مريم	علم النفس الاجرام

يعتبر البند صادقا إذا تم الحصول على موافقة ثلثي من المحكمين، وكل بند لم يتحصل على موافقة أربعة محكمين فهو غير صادق وبالتالي يتم تعديله او استبداله. وسيتم عرض ذلك في الاستمارة النهائية الموجودة في قائمة الملاحق. وبعد مناقشة الملاحظات والتعديلات المقترحة من طرف الأساتذة المحكمين مع الأستاذة المشرفة حول عملنا توصلنا الى:

اول تعديل طرأ على الاستبيان هو زيادة عدد البنود حيث كان في كل محور 6 بنود وبالتالي فهي غير كافية للحصول على المعلومات، وإعادة صياغة بعض البنود وفق ملاحظاتهم.

جدول رقم (08) يوضح عبارات الاستبيان قبل وبعد التعديل.

العبارات قبل التعديل	العبارات بعد التعديل
يعتمد التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد على مدى الفة الفاحص بالمفحوص.	يعتمد التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد على مدى ثقة الفاحص بالمفحوص.
يتطلب التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد فريقا طبيا ذو تكوين متخصص.	يتطلب التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد فريقا طبيا متخصصا.
نقص الأدوات التشخيصية المناسبة لدى الاخصائي النفساني هذا ما يصعب عملية التشخيص.	نقص الأدوات التشخيصية المناسبة لدى الاخصائي النفساني يصعب عملية التشخيص.
عدم ملاءمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئات والثقافات يعرقل عملية التشخيص.	عدم ملائمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئات العربية يعرقل عملية التشخيص.

2. 5. 2: ثبات الاستبيان:

من اجل التأكد من ثبات استمارة الدراسة قمنا بحساب ثبات درجات الاستبيان عن طريق معامل الفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (09) يوضح ثبات الاستبيان

طريقة الثبات	قيمة معامل الثبات
معامل الفا كرونباخ	0.77

يتضح من خلال جدول رقم (09) ان: قيم معامل الفا كرونباخ تعد قيم ثبات مرتفعة مما يسمح لنا باستخدام هذا الاستبيان في الدراسة الحالية وتطبيقها على عينة الدراسة.

2ـ 6: حدود الدراسة:

2ـ 6ـ 1: حدود مكانية:

أجريت الدراسة في مراكز عمومية كمركز الإدمان والمركز البيداغوجي بالإضافة إلى المؤسسات الاستشفائية بولاية قالمة إلى جانب الأخصائيين النفسانيين بالعيادات الخاصة في ولاية قالمة

2ـ 6ـ 2: حدود زمانية:

الجانب النظري: من 23 ديسمبر 2023 إلى غاية 11 مارس 2024

الجانب الميداني: من 18 فيفري إلى غاية 15 ماي 2024

2ـ 6ـ 3: الحدود البشرية:

يتكون مجتمع الدراسة من مجموعة من الأخصائيين النفسانيين الممارسين المؤهلين للتكفل بأطفال التوحد على مستوى المؤسسات والمراكز المعنية بولاية قالمة، حيث بلغ عددهم 25 أخصائيا نفسانيا ذكورا إناثا.

7.2: الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على:

ـ التكرار والنسب المئوية لوصف الخصائص الشخصية والوظيفية لعينة الدراسة.

ـ المتوسط الحسابي

ـ الانحراف المعياري.

ـ اختبار (Test T) للعينة المستقلة الواحدة.

ـ معامل الثبات ألفا كرونباخ(ALPHA)

ـ المعالج الإحصائي SPSS

الخلاصة:

تعرضنا في هذا الفصل إلى اهم الخطوات المنهجية المتبعة في الدراسة الميدانية لهذا البحث، حيث تناولنا العناصر الأساسية للدراسة المتمثلة في لمنهج المعتمد عليه، كما قدمنا نظرة شاملة عن عينة الدراسة الأساسية إلى جانب الأدوات التي استعملناها وجل الأساليب الإحصائية التي استعنا بها لتحليل المعلومات بالإضافة إلى مجالات الدراسة.

بعد التطرق إلى الإجراءات المنهجية المعتمد عليها في هذا البحث ومختلف الأدوات الموضوعية، في الفصل الموالي سنعرض النتائج المتحصل عليها من تطبيق الاستبيان على الأخصائيين النفسانيين الممارسين، ومن ثم تحليلها ومناقشتها للوصول إلى نتيجة علمية تجيب على تساؤلات الدراسة.

الفصل السادس:

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1. عرض خصائص عينة الدراسة

2. عرض نتائج الدراسة

3. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

4. مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة

5. الاستنتاج العام

6. الخاتمة

7. قائمة المراجع

8. الملاحق

تمهيد:

بعد تطرقنا في جزء الإجراءات المنهجية للدراسة من حيث مجالها الجغرافي والزمني، وكذلك المنهج المستخدم في الدراسة وعينتها وأدوات جمع المعلومات وشروطها السيكومترية وأساليب التحليل الإحصائي، قمنا في المرحلة الثانية من الجانب التطبيقي بعرض نتائج الدراسة استنادا إلى المعلومات المتحصل عليها عن طريق الاستبيان، التي تم توزيعها على أفراد عينة الدراسة الذي بلغ عددهم 25 أخصائي نفساني ممارس بولاية قالمة، وتحليلها بواسطة برنامج (SPSS)، وفيما يلي نستعرض النتائج المتوصل اليها

1. عرض خصائص عينة الدراسة:

1. 1: عرض خصائص عينة الدراسة حسب الوظيفة الحالية:

جدول (10) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الوظيفة الحالية

الوظيفة الحالية	التكرار	التكرار النسبي
أخصائي نفساني (ة) ممارس	25	%100

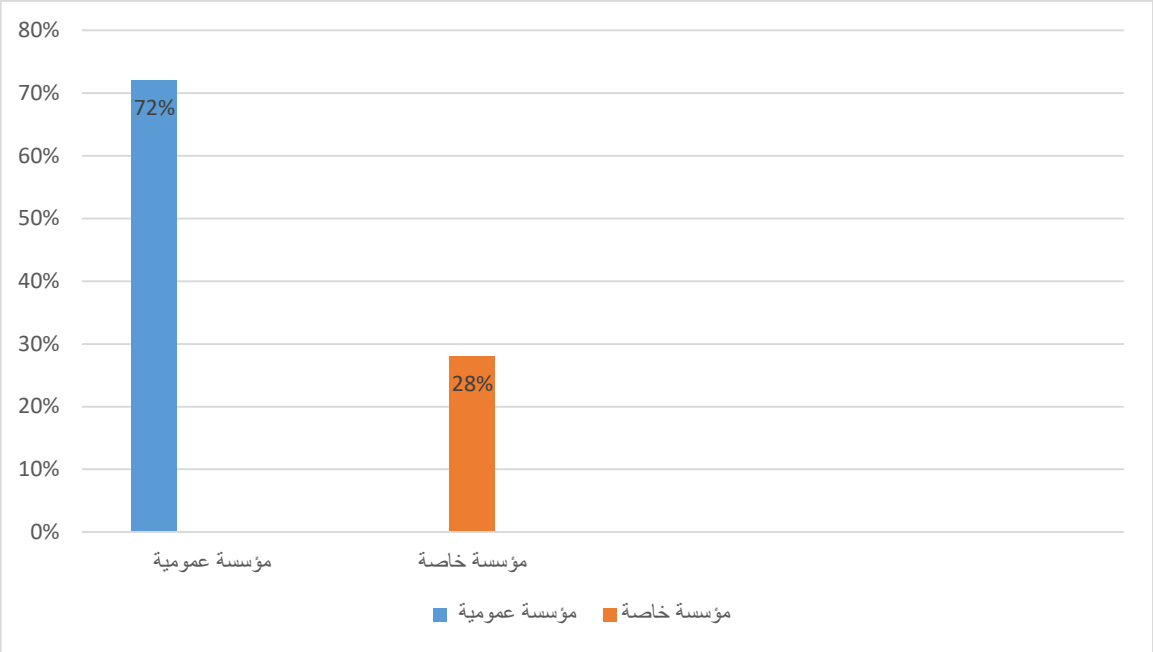
من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (10) أعلاه، نلاحظ أن أفراد عينة الدراسة تتكون من 25 أخصائيا نفسانيا وبنسبة 100%

1. 2: عرض خصائص عينة الدراسة حسب نوع مؤسسة العمل:

جدول رقم (11) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب نوع مؤسسة العمل

اسم مؤسسة العمل	التكرار	التكرار النسبي
مؤسسات عمومية	07	%28
مؤسسات خاصة	18	%72
المجموع	25	%100

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (11) نلاحظ أن مؤسسات التكفل بأطفال اضطراب طيف التوحد في ولاية قالمة اغلبها مؤسسات خاصة بمجموع 18 مؤسسة بنسبة 72%، في حين كان مجموع المؤسسات العمومية 07 مؤسسات وبنسبة 28%



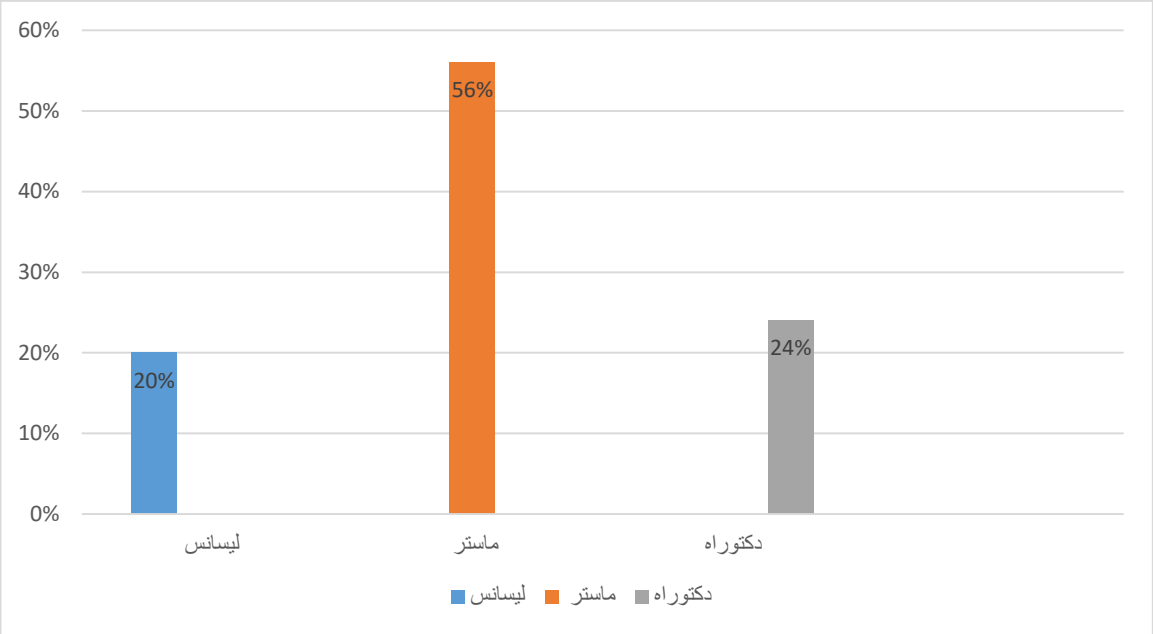
أعمدة بيانية توضح عينة الدراسة حسب اسم المؤسسة

1ـ 3: عرض خصائص عينة الدراسة حسب نوع الشهادة العلمية للأخصائي النفسي:

جدول رقم (12) يوضح خصائص أفراد عينة الدراسة حسب الشهادة العليمة

الشهادة العلمية	التكرار	التكرار النسبي
ليسانس	5	%20
ماستر	14	%56
دكتوراه	6	%24
المجموع	25	%100

يتضح من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (12) أن الشهادة العلمية لمعظم الأخصائيين النفسانيين الممارسين في المؤسسات العمومية والخاصة هي شهادة الماستر بمجموع (14) أخصائيا وبنسبة (56%)، ثم تليها شهادة الدكتوراه بمجموع (6) أخصائيا والتي تقدر بنسبة (24%)، وفي الأخير نجد شهادة الليسانس بمجموع (5) أخصائيا وبنسبة (20%)



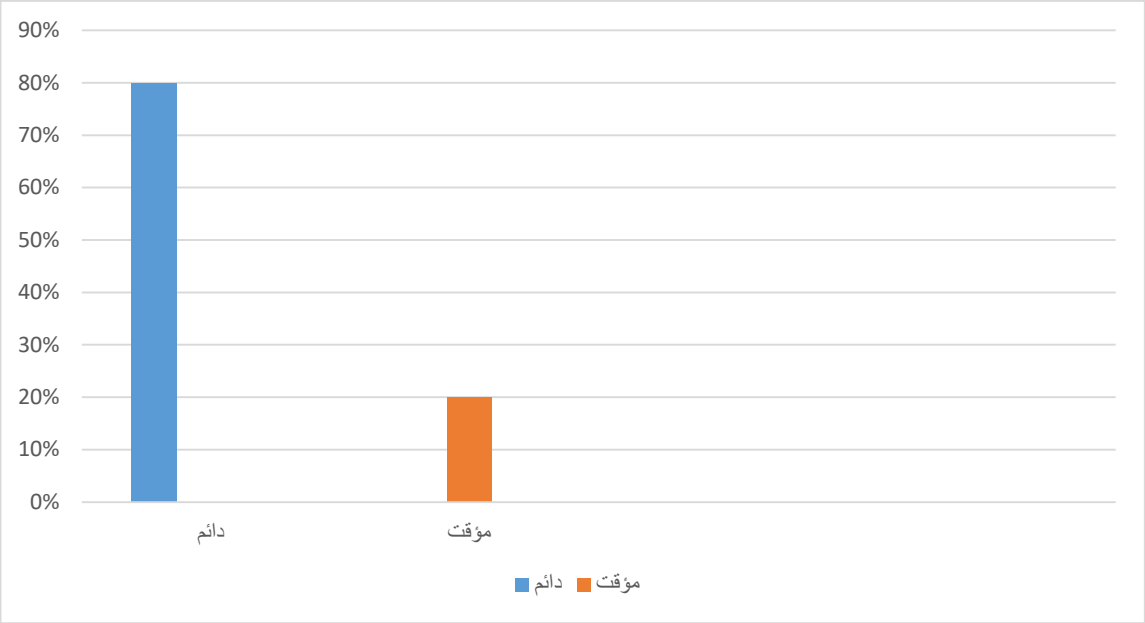
أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة حسب الشهادة العلمية

4.1 : عرض خصائص عينة الدراسة حسب طبيعة العمل :

جدول رقم (13) يوضح خصائص عينة الدراسة حسب طبيعة العمل

طبيعة العمل	التكرار	التكرار النسبي
دائم	20	%80
مؤقت	5	%20
المجموع	25	%100

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (13) نلاحظ أن معظم الأخصائيين النفسانيين طبيعة عملهم دائم سواء في المؤسسات العمومية أو الخاصة بمجموع 20 أخصائيا يعمل بصفة دائمة وبنسبة (80%)، في حين كان مجموع الأخصائيين النفسانيين الذين يعملون بشكل مؤقت 5 أخصائيا وبنسبة (20%).



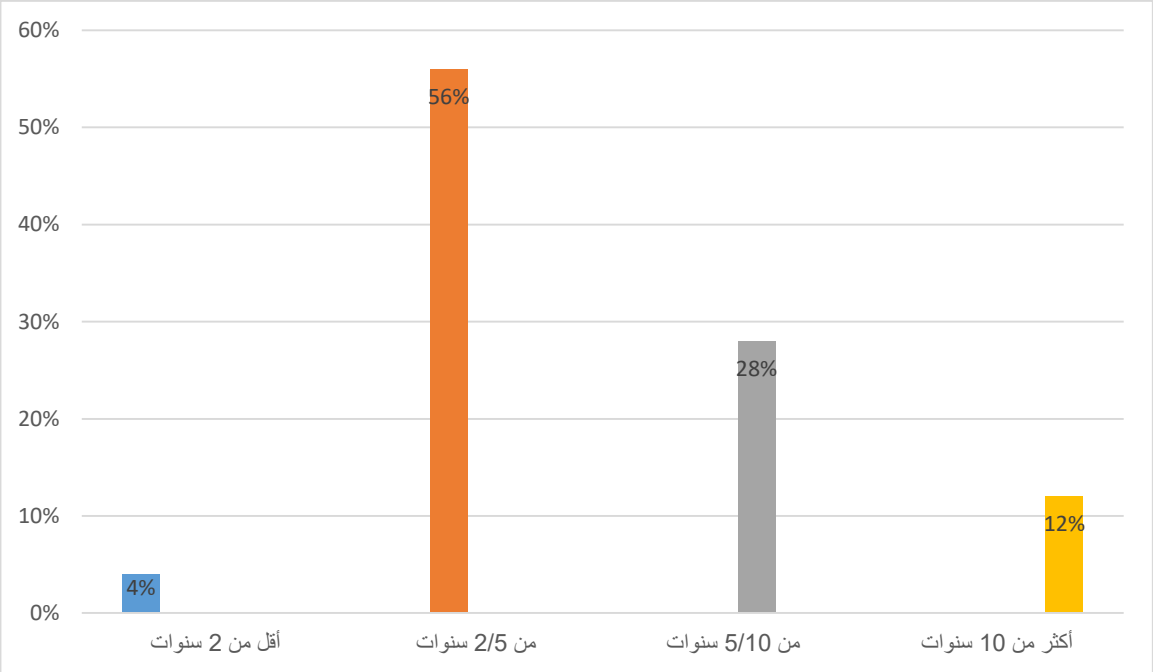
أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة حسب طبيعة العمل

1.4: عرض خصائص عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة:

جدول رقم (14) يوضح خصائص عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	التكرار	التكرار النسبي
أقل من 2 سنوات	1	%4
من 5/2 سنوات	14	%56
من 10/5 سنوات	7	%28
أكثر من 10 سنوات	3	%12
المجموع	25	%100

من خلال النتائج المتحصل عليها من الجدول رقم (14) الذي يتمحور حول الخبرة المهنية للأخصائيين النفسانيين نلاحظ أن مدة الخبرة المهنية للأخصائيين في مجال التكفل باضطراب طيف التوحد تكون ما بين (عام/ 20 سنة) وهي الخبرة المطلوبة في المعايير الدولية في هذا المجال، بينما نلاحظ أن معظم الأخصائيين النفسانيين وبمجموع 14 أخصائيا تتراوح سنوات خبرتهم ما بين 2/ 5 سنوات وبنسبة قدرت ب 56%، في حين كان مجموع الأخصائيين الذين كانت خبرتهم أكثر من 10 سنوات كان مجموعهم 3 أخصائيا وبنسبة 12%، وأخيرا كان لدينا أخصائيا (1) سنوات الخبرة لديه أقل من 2 سنوات وبنسبة قدرت ب 4%



أعمدة بيانية توضح توزيع عينة الدراسة حسب سنوات الخبرة

2ـ عرض نتائج الدراسة:

2ـ 1: عرض النتائج الخاصة باستبيان الدراسة

بعد جمع الاستمارات وتفريغ البيانات في الجدول اعتمدنا على برنامج SPSS من أجل المعالجة الإحصائية وفي الجدول التالي نعرض درجات صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد:

جدول رقم (15) يوضح نتائج استمارة صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين

الرقم	العبارات	لا أتفق		أتفق جزئيا		أتفق تماما		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
		النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار		
01	يتطلب التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد فريقا طبيا متخصصا	0%	0	16%	4	84%	21	2,8400	0,37417
02	ضعف التكوين الاكاديمي يعتبر من معوقات تشخيص اضطراب طيف التوحد	4%	1	24%	6	72%	18	2,6800	0,55678
03	يعتمد التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد على مدى ألفة الأخصائي بالمفحوص	28%	7	40%	10	32%	8	2,0400	0,78951

04	تتوقف دقة تشخيص اضطراب طيف التوحد على مصداقية المعلومات المقدمة من طرف الوالدين للأخصائي	4%	1	44%	11	12%	13	2,4800	0,58595
05	نقص خبرة الأخصائي وتدريبه يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد بدقة	12%	3	16%	4	72%	18	2,6000	0,70711
06	صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي تعيق عملية التشخيص	28%	7	44%	11	28%	7	1,9200	0,75939
07	التحيز ونقص التعاون لدى بعض المختصين يؤثر على دقة التشخيص	4%	1	64%	16	32%	8	2,2800	0,54160
08	قلة عدد المراكز المتخصصة للتكفل بفئة اضطراب طيف التوحد يعتبر من معيقات التشخيص	24%	6	40%	10	36%	9	2,1200	0,87102
09	نقص الأدوات التشخيصية المناسبة لدى الأخصائي النفساني هذا ما يصعب عملية التشخيص	20%	5	48%	12	32%	8	2,0800	0,70238
10	عدم ملاءمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئة العربية يعرقل عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد	24%	6	56%	14	20%	5	1,9600	0,67577
11	تتوقف عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد على مدى معرفة الأخصائي لأنواع الفحوصات المناسبة	0%	0	28%	7	72%	18	2,7200	0,45826
12	عدم مراعاة بعض الأدوات للقدرات الفردية للأشخاص يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد	16%	4	48%	12	36%	9	2,2000	0,70711
13	التفسير الخاطئ للنتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات يعتبر من معيقات تشخيص اضطراب طيف التوحد	28%	7	40%	10	32%	8	2,0400	0,78951
14	التدريب غير الكافي الذي تلقاه الأخصائي حول تطبيق الأدوات المستخدمة في	40%	10	32%	8	28%	7	2,0000	0,91287

	تشخيص اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص								
15	ارتفاع تكلفة بعض أدوات التشخيص مما يحد من إمكانية الوصول اليها يعتبر من معيقات تشخيص اضطراب طيف التوحد	28%	7	52%	13	20%	5	1,9200	0,70238
16	عدم وجود اختبارات طبية محددة لتشخيص اضطراب طيف التوحد باعتباره اضطراب نمائي يعتبر من معيقات التشخيص	32%	8	40%	10	28%	7	1,9600	0,78951
17	تداخل أعراض اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص	36%	9	28%	7	36%	9	2,0000	0,86603
18	تفاوت شدة الأعراض من حالة إلى أخرى يعيق عملية التشخيص	36%	9	24%	6	40%	10	2,0400	0,88882
19	وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد يصعب عملية التشخيص	8%	2	56%	14	36%	9	2,2800	0,61373
20	اختلاف قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتبر من معوقات التشخيص	48%	12	28%	7	24%	6	1,7600	0,83066
21	تغير الأعراض وشدتها مع تقدم الطفل التوحدي بالعمر يعيق عملية التشخيص	28%	7	40%	10	32%	8	2,0400	0,78951
22	صعوبة تعميم نتائج الأبحاث على جميع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد	8%	2	28%	7	64%	16	2,5600	0,65064
23	نقص الوعي باستخدام أدوات التشخيص المناسبة للفئات العمرية يؤدي إلى تشخيص خاطئ	4%	1	24%	6	72%	18	2,6800	0,55678
24	محدودية الخدمات المتاحة والمقدمة للأطفال التوحديين خاصة ذوي عمر متقدم	24%	6	28%	7	48%	12	2,2083	0,83297

.

يوضح الجدول السابق نتائج استمارة صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين وهي كالآتي:

المحور الأول:

- نتائج العبارة الأولى من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 16% من أفراد العينة ما يقابله 04 أفراد يؤكدون انهم يتفقون جزئيا على أن التشخيص الدقيق يتطلب فريقا طبيا متخصصا وفي المقابل نجد 84% من أفراد العينة ما يعادله 21 فرد يتفقون تماما على هذا الرأي، وعلى هذا بلغ المتوسط الحسابي 2,84 والانحراف المعياري 0,37 وبالتالي استجابات أفراد العينة غير متشتتة وهذا يعني أن أفراد العينة يتفقون على ضرورة تواجد فريق طبي متمكن في تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- نتائج العبارة الثانية من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 04% من أفراد العينة ما يقابله 01 فرد لا يتفق على أن الضعف الأكاديمي يعتبر من معوقات تشخيص اضطراب طيف التوحد وفي المقابل نجد 24% ما يقابله 6 أفراد يتفقون جزئيا على أن الضعف الأكاديمي يعتبر من المؤثرات التي تحول على عملية التشخيص، في حين نجد72% ما يعادله 18 فرد يتفقون تماما على أن الضعف الأكاديمي يساهم في عرقلة عملية التشخيص، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,68 والانحراف المعياري 0,55 وهذا يعني أن استجابات أفراد العينة غير متشتتة ومنه فإنهم يعتبرون أن ضعف التكوين الاكاديمي من معوقات تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- نتائج العبارة الثالثة من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 28% من أفراد العينة ما يقابله 7 أفراد لا يتفقون على مدي العلاقة القائمة بين الأخصائي النفسي والمفحوص، بينما نجد 40% من أفراد العينة ما يقابله 10 أفراد يتفقون جزئيا على تواجد الألفة والثقة بين الأخصائي والمفحوص، في حين نجد 32% من أفراد العينة ما يعادله 8 أفراد يتفقون تمام على هذا الأمر، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,04 والانحراف المعياري 0,78، وهذا يعني أن استجابات أفراد العينة غير متشتتة، ومنه أفراد العينة في تشخيصهم لاضطراب طيف التوحد يعتمدون على مدى ألفة الأخصائي النفساني بالمفحوص.
- نتائج العبارة الرابعة من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 04% من أفراد العينة ما يقابله 01 فرد لا يتفق على أن المعلومات المقدمة من طرف الوالدين يتم الاعتماد عليها في تشخيص اضطراب طيف التوحد، كما نجد 44%ما يقابله 11 فرد يتفقون جزئيا أنه في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد يتم الاعتماد على المعلومات المقدمة من طرف الوالدين، في حين 12% من أفراد العينة ما يعادله 13 فرد يتفقون تماما على مصداقية المعلومات المقدمة من طرف الوالدين في عملية التشخيص، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,48 والانحراف المعياري 0,58، ومنه استجابات أفراد العينة غير متشتتة وهو يعني أن في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد يتم الوقوف على مصداقية المعلومات التي يقدمها الوالدين.

- نتائج العبارة الخامسة من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 12% من أفراد العينة ما يقابلها 3 أفراد لا يتفقون على أن نقص خبرة وتدريب الأخصائي النفساني تعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، بينما نجد أن 16% من أفراد العينة ما يقابلها 4 أفراد يتفقون جزئيا أن نقص خبرة الأخصائي وتدريبه تعتبر من معوقات عملية التشخص، في حين نجد أن 72% من أفراد العينة ما يعادله 18 فرد يتفقون تماما على أن نقص الخبرة وتدريب الأخصائي يقف عائق أمام عملية التشخيص، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,60 والانحراف المعياري 0,70، ومنه استجابات أفراد العينة غير متشتتة وهذا يعني أن نقص الخبرة وتدريب الأخصائي النفساني يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- نتائج العبارة السادسة من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 28% من أفراد العينة ما يقابله 7 أفراد لا يتفقون على أن صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي تعيق عملية التشخيص، إلا أن 44% من أفراد العينة ما يقابله 11 فرد يتفقون جزئيا على أن صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي تعتبر من معيقات التشخيص، في حين نجد أن 28% من أفراد العينة ما يعادله 7 أفراد يتفقون تماما على هذا الأمر، حيث بلغ المتوسط الحسابي 1,92 والانحراف المعياري 0,75، وهذا يعني أن استجابات أفراد العينة غير متشتتة ومنه فإنهم يؤكدون على صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي تعيق عملية التشخيص.
- نتائج العبارة السابعة من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 4% من أفراد العينة وما يقابله 1فرد لا يتفق على أن التحيز ونقص التعاون لدى بعض المختصين يؤثر على دقة التشخيص، حيث نجد 64% من أفراد العينة ما يقابله 16 فرد يتفقون جزئيا على أن التحيز ونقص التعاون لدى بعض الأخصائيين يؤثر على عملية التشخيص، في حين نجد 32% من أفراد العينة ما يعادله 8 أفراد يتفقون تماما على هذا الأمر، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,28 والانحراف المعياري 0,54 وهذا يعني ان استجابات أفراد العينة غير متشتتة، ومنه فإن التحيز ونقص التعاون لدى بعض الأخصائيين يؤثر على عملية التشخيص.
- نتائج العبارة الثامنة من المحور الأول الخاص بالأخصائي النفساني الممارس: نجد أن 24% من أفراد العينة ما يقابله 6 أفراد لا يتفقون على أن قلة المراكز المتخصصة للتكفل بفئة اضطراب طيف التوحد تعد من معيقات عملية التشخيص، بينما نجد أن 40% من أفراد العينة ما يقابله 10 أفراد يتفقون جزئيا على أن قلة عدد المراكز المتخصصة تؤثر على عملية التشخيص، في حين أن 36% من أفراد العينة ما يعادله 9 أفراد يتفقون تماما على أن قلة المراكز المتخصصة تؤثر في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,12 والانحراف المعياري 0,78، وهذا يعني أن استجابات أفراد العينة غير متشتتة ويعني أنهم يتفقون على أن قلة المراكز المتخصصة للتكفل بفئة اضطراب طيف التوحد تعد من معيقات عملية التشخيص

المحور الثاني:

- نتائج العبارة الأولى من المحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات: نجد أن 20% من أفراد العينة ما يقابله 05 أفراد لا يتفقون على أن نقص الأدوات التشخيصية المناسبة لدى الأخصائي

تصعب عملية التشخيص، بينما نجد 48% من أفراد العينة ما يقابله 12 فرد يتفقون جزئيا على أن نقص الأدوات التشخيصية تصعب عملية التشخيص في حين نجد 32% من أفراد العينة ما يعادله 8 أفراد يتفقون تماما أن نقص الأدوات التشخيصية المناسبة لدى الأخصائي النفساني يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,08 والانحراف المعياري 0,70 وهذا يعني أن استجابات أفراد العينة غير متشتتة ومنه يعتبرون أن نقص الأدوات التشخيصية من معوقات عملية التشخيص.

- نتائج العبارة الثانية من المحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات: نجد أن 24% من أفراد العينة ما يقابله 06 أفراد لا يتفقون على عدم ملائمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئة العربية ولا تعتبر من معوقات التشخيص، إلا أن 56% من أفراد العينة ما يقابله 14 فرد يتفقون جزئيا على أن عدم ملائمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئة العربية يعرقل عملية التشخيص، في حين 20% من أفراد العينة ما يعادله 05 أفراد يتفقون تماما على هذا الأمر، حيث بلغ المتوسط الحسابي 1,96 والانحراف المعياري 0,67 وهذا يعني أن استجابات أفراد العينة غير متشتتة ومنه يرون أن عدم ملائمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئة العربية يعد من معيقات عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- نتائج العبارة الثالثة من المحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات: نجد أن 28% من أفراد العينة ما يقابله 7 أفراد يتفقون جزئيا على أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تتوقف على مدى معرفة الأخصائي النفساني للفحوصات المناسبة، بينما نجد 72% من أفراد العينة ما يعادله 18 فرد يتفقون تماما على أن معرفة الأخصائي النفسي لأنواع الفحوصات المناسبة يساهم في عملية التشخيص الدقيق، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,72 والانحراف المعياري 0,45 وهذا يعني أن استجابات العينة غير متشتتة ومنه فإنهم يؤكدون أن عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد تتوقف على مدى معرفة الأخصائي النفساني لأنواع الفحوصات المناسبة.
- نتائج العبارة الرابعة من المحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات: نجد أن 16% من أفراد العينة ما يقابله 4 أفراد لا يتفقون على أن عدم مراعاة بعض الأدوات للقدرات الفردية للأشخاص يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، بينما نجد 48% من أفراد العينة ما يقابله 12 فرد يتفقون جزئيا على أن عدم مراعاة بعض الأدوات التشخيصية للقدرات الفردية للأشخاص يعتبر من معيقات التشخيص، في حين أن 36% من أفراد العينة ما يعادله 9 أفراد يتفقون تماما على هذا الأمر، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,20 والانحراف المعياري 0,70 وهذا يعني ان استجابات أفراد العينة غير متشتتة ومنه يعتبرون أن عدم مراعاة بعض الأدوات التشخيصية للقدرات الفردية للأشخاص يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- نتائج العبارة الخامسة للمحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات: نجد 28 % من افراد العينة وما يقابله 7 افراد لا يتفقون على ان التفسير الخاطئ للنتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات انه يعتبر من معيقات تشخيص اضطراب التوحد بينما 40 %من افراد العينة ما يقابله 10 افراد يتفقون جزئيا

على ان التفسير الخاطئ للنتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات يعيق عملية التشخيص الا ان 32 % من افراد العينة وما يعادله 8 افراد يتفقون تماما ان التفسير الخاطئ يعتبر من معيقات التشخيص حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,04 والانحراف المعياري 0,78 وهذا يعني ان استجابات افراد العينة غير متشتتة وعليه فان التفسير الخاطئ للنتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات يعرقل عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد.

- نتائج العبارة السادسة للمحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات نجد 4 %من افراد العينة و ما يقابله 10 افراد لا يتفقون على ان التدريب الغير الكافي الغير الكفي الذي يتلاقاه الاخصائي النفسي في تطبيق الأدوات يعيق عملية التشخيص اضطراب طيف التوحد الا ان 32 %من افراد العينة وما يقابله 8 افراد يتفقون جزئيا على ان التدريب الغير الكافي للأخصائي النفساني يعرقل عملية التشخيص في حين 28 %من افراد العينة وما يعادله 7 افراد يتفقون تماما على ان التدريب الغير الكافي للأخصائي يؤثر على عملية التشخيص حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,00 والانحراف المعياري 0,91 ومنه استجابات افراد العينة غير متشتتة وعليه فانهم يعتبرون بان التدريب الغير الكافي الذي تلاقاه الاخصائي النفسي حول تطبيق الأدوات المستخدمة في تشخيص اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص.
- نتائج العبارة السابعة للمحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات نجد ان: 28 %من افراد العينة وما يقابله 7 افراد لا يتفقون على ان ارتفاع تكلفة بعض أدوات التشخيص مما يحد من إمكانية الوصول اليها وهذا يعتبر من معيقات تشخيص اضطراب طيف التوحد بينما نجد 52 %من افراد العينة و ما يقابله 13 فرد يتفقون جزئيا على ان ارتفاع تكلفة بعض الأدوات التشخيصية يعيق عملية التشخيص، حيث 20 %من افراد العينة وما يعادله 5 افراد يتفقون تماما على ان ارتفاع تكلفة الأدوات التشخيص وانعدام الفرص الوصول اليها يجعل هناك صعوبة امام الاخصائي في تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي 1,92 والانحراف المعياري 0,70، وهذا يعني ان استجابات الافراد العينة غير متشتتة وعليه فان ارتفاع تكلفة الأدوات التشخيصية ومحدودية الوصول اليها يعرقل عملية التشخيص.
- نتائج العبارة الثامنة للمحور الثاني الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بالأدوات نجد ان : 32 %من افراد العينة وما يقابله 8 افراد لا يتفقون على ان عدم وجود اختبارات طبية محددة لتشخيص اضطراب طيف التوحد يعرقل عملية التشخيص في حين ان 40 % من افراد العينة وما يعادله 10 افراد يتفقون جزئيا على ان عدم وجود اختبارات طبية محددة يعيق عملية التشخيص، بينما نجد 28% من افراد العينة وما يعادله 7 افراد يتفقون تماما على ان عدم توفر تحاليل طبية محددة يعيق عملية التشخيص، حيث بلغ المتوسط الحسابي 1,96 والانحراف المعياري 0,78 ومنه فان استجابات الافراد العينة غير متشتتة وعليه ان عدم وجود اختبارات طبية محددة لتشخيص اضطراب طيف التوحد بوصفه اضطراب نمائي فهو يعتبر من معيقات التشخيص.

المحور الثالث:

- نتائج العبارة الأولى من المحور الثالث الخاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة نجد ان : 36 %من افراد العينة وما يقابله 9 افراد لا يتفقون ان تداخل الاعراض اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص ، بينما 28 %من افراد العينة وما يقابله 7 افراد يتفقون جزئيا على ان تداخل اعراض اضطراب طيف التوحد يعتبر من معرقلات عملية التشخيص، في حين 36 %من افراد العينة وما يعادله 9 افراد يتفقون تماما على ان تداخل اعراض اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,00 والانحراف المعياري 0,86 ومنه فان استجابات افراد العينة غير متشتتة وهذا يعني ان تداخل الاعراض اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص.
- نتائج العبارة الثانية الخاصة بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم التجانس الفئة نجد: ان 36 % من افراد العينة وما يقابله 9 افراد لا يتفقون على ان تفاوت شدة الاعراض يعيق عملية التشخيص، الا ان 24%من افراد العينة وما يقابله 6 افراد يتفقون جزئيا على ان تفاوت شدة الاعراض اضطراب طيف التوحد تجعل الأخصائي يجد صعوبة في عملية التشخيص، حيث ان 40 %من افراد العينة وما يعادله 10 افراد يتفقون تماما على ان تفاوت شدة الاعراض من حالة الى أخرى يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,04 والانحراف المعياري 0,88 ومنه استجابات افراد العينة غير متشتتة وعليه فانهم يعتبرون ان تفاوت شدة الأعراض يعرقل عملية التشخيص.
- نتائج العبارة الثالثة من المحور الثالث الخاصة بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة نجد : 8% من افراد العينة وما يقابله 2 من افراد لا يتفقان على ان وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد يصعب عملية التشخيص، بينما 56 % من افراد العينة وما يعادله 14 فرد يتفقون جزئيا على ان وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد تعرقل عملية التشخيص، الا ان 36 % من افراد العينة وما يقابله 9 افراد يتفقون تماما على هذا الامر، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,28 والانحراف المعياري 0,61ومنه فان استجابات الافراد غير متشتتة وبمعنى ان وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد يصعب عملية التشخيص.
- نتائج العبارة الرابعة من المحور الثالث الخاصة بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة نجد: 48 %من افراد العينة وما يقابله 12 فرد لا يتفقون على ان هناك اختلاف قدرات الأطفال يعيق عملية التشخيص اضطراب طيف التوحد، الا ان 28 %من افراد العينة وما يعادله 7 افراد يتفقون جزئيا على ان اختلاف قدرات الأطفال المصابين بطيف التوحد يعتبر من الصعوبات التي يواجهها الاخصائي في عملية التشخيص، حيث 24 %من افراد العينة وما يقابله 06 أفراد يتفقون تماما على هذا الراي، حيث بلغ المتوسط الحسابي 1,76 والانحراف المعياري 0,83 ومنه فان استجابات الافراد غير متشتتة وهذا يعني ان اختلاف قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتبر من معوقات عملية التشخيص.

- نتائج العبارة الخامسة من المحور الثالث الخاصة بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة نجد: 28 %من افراد العينة وما يقابله 7 افراد لا يتفقون على ان تغير اعراض مع تقدم الطفل في العمر يعيق عملية التشخيص، في حين 40% من افراد العينة وما يعادله 10 افراد يتفقون جزئيا على ان تغير اعراض وشدتها نع تقدم الطفل التوحدي في العمر يعرقل عملية التشخيص، الا ان 32 % من افراد العينة وما يقابله 8 افراد يتفقون تماما على ان تغير اعراض وشدتها مع تقدم الطفل التوحدي في العمر يقف حاجز أمام الأخصائي في عملية التشخيص حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,04 والانحراف المعياري 0,78 وهذا يعني ان استجابات الافراد غير متشتتة ويعني ان تقدم الطفل التوحدي في العمر مع تغير الاعراض وشدتها يعرقل عملية التشخيص.
- نتائج العبارة السادسة من المحور الثالث الخاصة بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة نجد: 8 % من افراد العينة وما يقابله 2 من افراد العينة لا يتفقان على ان صعوبة تعميم نتائج الأبحاث على جميع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد، بينما 28 % من افراد العينة وما يعادله 7 افراد يتفقون جزئيا على هذا الراي، في حين 64 %من افراد العينة وما يقابله 16 يتفقون تماما على صعوبة تعميم نتائج الأبحاث على جميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,56 والانحراف المعياري 0,65 وهذا يعني ان استجابات افراد غير متشتتة ومنه صعوبة تعميم نتائج الأبحاث على جميع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد باعتبار ان كل حالة قائمة بذاتها.
- نتائج العبارة السابعة من المحور الثالث الخاصة بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة نجد: 4% من افراد العينة وما يقابله فرد لا يتفق على ان نقص الوعي باستخدام أدوات التشخيص المناسبة للفئات العمرية ينتج عنه تشخيص خاطئ، بينما 24 %من افراد العينة وما يعادله 6 افراد يتفقون جزئيا على هذا الامر، الا ان 72 %من افراد العينة وما يقابله 18 فرد يتفقون تماما على ان نقص الوعي باستخدام أدوات التشخيص يؤدي الى تشخيص خاطئ، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,68 والانحراف المعياري 0,55 وهذا يعني استجابات افراد غير متشتتة مما يعني ان انخفاض الوعي باستخدام أدوات التشخيص المناسبة للفئات العمرية الخاصة باضطراب طيف التوحد يؤدي الى تشخيص خاطئ.
- نتائج العبارة الثامنة من المحور الثالث الخاصة بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة نجد: 24 %من افراد العينة وما يقابله 6 افراد لا يتفقون على ان هناك محدودية في الخدمات المتاحة للأطفال التوحديين خاصة بذوي عمر متقدم، في حين 28 %من افراد العينة وما يعادله 7 افراد يتفقون جزئيا على هذا الرأي، الا ان 48 %من افراد العينة وما يقابله 12 فرد يتفقون تماما يرون على ان هناك محدودية في الخدمات المتاحة للأطفال التوحديين خاصة ذوي عمر متقدم، حيث بلغ المتوسط الحسابي 2,20 والانحراف المعياري 0,83 وهذا يعني ان استجابات افراد غير متشتتة ومنه نجد ان محدودية الخدمات المتاحة والمقدمة للأطفال التوحديين خاصة بذوي عمر متقدم.

2ـ 2: عرض وتحليل نتائج الفرضيات:

2ـ 1.2: عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

والتي تمثلت في: **يواجه الأخصائي النفسي الممارس مجموعة من الصعوبات في تشخيص اضطراب طيف التوحد.**

جدول رقم (16) يوضح نتائج الفرضية العامة:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة (ت)	مستوى الدلالة
صعوبات التشخيص	**2.22**	**0.28**	**24**	**0.0001**	**0.05**

نصت الفرضية العامة للدراسة الحالية على: **يواجه الأخصائي النفسي الممارس مجموعة من الصعوبات في تشخيص اضطراب طيف التوحد،** ومن خلال الجدول رقم (16) نلاحظ ان قيمة المتوسط الحسابي 2.22 تقع في المجال (1.67- 2.33) لكن لمعرفة صحة النتيجة تم استخدام الأسلوب الاحصائي المناسب المتمثل في test T للعينة المستقلة الواحدة وتحصلنا على القيمة (ت): 0.0001 وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 وعليه فان الفرضية العامة محققة.

2 2.2: عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تمثلت في: **يعد نقص الكفاءة المهنية للمختص النفسي عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.**

جدول رقم (17) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة (ت)	القيمة الاحتمالية
الكفاءة المهنية	2.37	0.20	24	0.0001	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم (17) ان قيمة المتوسط الحسابي هي 2.37 وهي تقع في المجال (2.34- 3) وهو مجال اتفق تماما ولمعرفة صحة النتيجة تم استخدام أسلوب الاحصائي الأنسب المتمثل في test T للعينة المستقلة الواحدة وتحصلنا على القيمة (ت): 0.0001 وهي اقل من مستوى الدلالة: 0.05 وعليه فان الفرضية الجزئية الأولى محققة.

3.2.2: عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تمثلت في: **يعد نقص الخبرة المهنية للمختص النفسي عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.**

جدول رقم (18) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة (ت)	مستوى الدلالة
الخبرة المهنية	2.11	0.41	24	0.0001	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم (18) ان قيمة المتوسط الحسابي 2.11 وهي تقع في المجال (1.67- 2.33) وهو في مجال اتفق جزئيا ولمعرفة صحة النتيجة تم استخدام الأسلوب الاحصائي الأنسب المتمثل في Test Tللعينة المستقلة الواحدة وتحصلنا على القيمة (ت): 0.0001 وهي اقل من مستوى الدلالة: 0.05 وعليه فالفرضية الجزئية الثانية محققة.

4.2.2 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تمثلت في: **يشكل عدم ملاءمة الأدوات التشخيصية عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.**

جدول رقم (19) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة (ت)	مستوى الدلالة
عدم ملائمة أدوات التشخيصية	2.20	0.43	24	0.0001	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم (19) ان قيمة المتوسط الحسابي 2.20 وهي تقع في المجال (1.67- 2.33) وهو مجال اتفق جزئيا ولمعرفة صحة النتيجة تم استخدام الأسلوب الاحصائي الأنسب المتمثل في Test T للعينة المستقلة الواحدة وتحصلنا على القيمة (ت): 0.0001 وهي اقل من مستوى الدلالة: 0.05 وعليه فان الفرضية الجزئية الثالثة محققة.

2ـ 2ـ 5: عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

والتي تمثلت في: **يشكل تشابك واشتراك أعراض اضطراب طيف التوحد صعوبة في تشخيص اضطراب طيف التوحد.**

جدول رقم (20) يوضح نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	القيمة (ت)	مستوى الدلالة
تشابك اعراض اضطراب طيف التوحد	2.48	0.77	24	0.0001	0.05

نلاحظ من خلال الجدول رقم (20) ان قيمة المتوسط الحسابي 2.48 وهي تقع في مجال (2.34- 3) وهو مجال اتفق تماما ولمعرفة صحة النتيجة تم استخدام الأسلوب الاحصائي المناسب المتمثل في اختبار T للعينة المستقلة الواحدة وتحصلنا على القيمة (ت): 0.0001 وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 وعليه فان الفرضية الجزئية الرابعة محققة.

3: مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الفرضيات:

1.3: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

نظرا للنتائج التي توصلنا لها من خلال المعلومات المتحصل عليها في الشق النظري والتأكد من صحتها ومعالجتها بطريقة إحصائية والملخصة في الجدول (16)، اتضح ان الفرضية العامة المتمثلة في يواجه الاخصائي النفساني الممارس مجموعة من الصعوبات في تشخيص اضطراب طيف التوحد، وبالتالي الفرضية العامة محققة ونفسر ذلك ان الاخصائيين النفسانيين في تشخيصهم لاضطراب طيف التوحد يواجهون العديد من المعيقات تختلف من اخصائي لآخر وهذا الاختلاف راجع الى: طبيعة العمل، السنوات الخبرة والكفاءة المهنية وأيضا البيئة العملية ومدى تمكن الاخصائي النفساني من الأدوات التشخيصية التي يستخدمها باعتبار هذا الاضطراب من اكثر الاضطرابات النمائية صعوبة وتعقيدا والتي تصيب الأطفال وتؤثر سلبا على العديد من الجوانب بالإضافة الى ظهور سلوكيات شاذة وانماط متكررة ولا يتوقف تأثير اضطراب طيف التوحد على الطفل فحسب انما يتعدى تأثيره على الاسرة التي تحاول بدورها التكيف مع الوضع، فغموض هذا الاضطراب تجعل من الاخصائي يقف عاجز امام عملية التشخيص والتي تعزى الى مجموعة من الصعوبات من بينها: عدم وجود مقياس طبي واحد يؤكد بصورة قاطعة الوصول الى تشخيص دقيق، كما نجد تجاهل الوالدين للتغيرات التي تطرا على أطفالهم في مراحل النمو ومشكلات المصاحبة لهم، فسلوك الطفل يتغير مع تقدمه في العمر وكذا يختلف من طفل لآخر ومن موقف لآخر حسب البيئة والمجتمع الذي يعيش فيه وما يزيد من صعوبة التشخيص هذا الاضطراب هو حدوث خلط وتداخل الاعراض بينه وبين الاضطرابات أخرى.

2.3: مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

انطلاقا من الفرضية الجزئية الأولى التي مفادها: **نقص الكفاءة المهنية للمختص النفسي يعد عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد**، ونظرا للنتائج المتحصل عليها في الجدول رقم (17) ان قيمة (ت) كانت اقل من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي فان نقص الكفاءة المهنية للأخصائي تقف عائق في عملية التشخيص، وعليه فان الفرضية الجزئية الأولى محققة، ونفسر ذلك بان الكفاءة المهنية مرتبطة بالمهارات الشخصية والنظرية والتطبيقية للأخصائي حيث تساعده في اكتساب القدرة على التحكم في وسائل التي تساهم في عملية التشخيص، الا ان نقص الكفاءة لدى الاخصائي في مجال اضطراب طيف التوحد له تاثير سلبي في عملية التشخيص وهذا راجع الى افتقار الاخصائي النفسي الى معرفة النظرية الكافية حول اضطراب طيف التوحد بما في ذلك: اعراضه وانماطه السلوكية ومراحل تطوره والمحكات التشخيصية، كل هذه العوامل توقع الاخصائي في خطا التشخيص وعدم وضع التدخلات المناسبة لحالة الطفل وبالتالي تؤدي الى تفاقم الاعراض وزيادة شدة الاضطراب.

3ـ 3: مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

انطلاقا من الفرضية الجزئية الثانية التي مفادها: **"نقص الخبرة المهنية للأخصائي النفساني يعد عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد"** ونظرا للنتائج المبينة في الجدول (18) فإن قيمة (ت) كانت أقل من مستوى الدلالة 0,05 وبالتالي فإن الخبرة المهنية للأخصائي النفسي ينتج عنها نقص في دقة تشخيص اضطراب طيف التوحد، وعليه فإن الفرضية الجزئية الثانية محققة، ونفسر ذلك بأن الخبرة المهنية لها دور هام في تقييم وتشخيص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد وتتطلب هذه المهمة معرفة مهارات متعددة بالإضافة إلى وجود خبرة عملية في التعامل مع حالات ASD، لكن فقدان الخبرة المهنية أو نقص في التكوين لدى المختص النفسي يمكن أن يصعب التشخيص أو تأخير تحديد إصابة الطفل بالتوحد خاصة وان الكثير من أطباء الأطفال لا يملكون الخبرة الكافية باضطراب طيف التوحد والأعراض المبكرة له، مما يجعلهم لا يولون الأهمية للعلامات الأولى، ومن جهة أخرى نرى أن هناك أخصائيين حديثي الخبرة يكونون أقل معرفة وانسجام في مهنتهم مقارنة مع الأخصائيين النفسانيين القدامى، فنقص ممارستهم للمهنة ومعرفتهم البسيطة بمشكلات اضطراب طيف التوحد عامة والأطفال التوحديين خاصة تجعلهم غير قادرين على أداء مهنتهم على اكمل وجه، فنقص الخبرة المهنية تؤدي بالأخصائي النفسي إلى عدم اكتساب المهارات اللازمة لذلك فهي احد العوامل التي لا تمكنه من التكيف والتأقلم مع ظروف العمل المختلفة، وهذا ما يؤدي به إلى مواجهة عدة صعوبات في وضع التشخيص الدقيق والمناسب لاضطراب طيف التوحد ومنه وضع برامج تكفل غير مناسبة لكل حالة.

3ـ 4: مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

انطلاقا من الفرضية الجزئية الثالثة التي مفادها: **"أن عدم ملاءمة الأدوات التشخيصية يشكل عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد"** ونظرا للنتائج المبينة في الجدول رقم (19) فإن قيمة (ت) كانت اقل من مستوى الدلالة 0,05، وبالتالي فإن الأدوات التشخيصية غير الملاءمة تعتبر من معيقات تشخيص اضطراب طيف التوحد، وعليه فإن الفرضية الجزئية الثالثة محققة، ونفسر ذلك بأن وقوع الأخصائي النفسي في خطأ التشخيص، يعود إلى الاختيار الخاطئ للأدوات التشخيصية، وذلك من خلال الاعتماد على أداة واحدة فقط أو التركيز على الملاحظة فقط لتقييم مختلف جوانب السلوك لدى الطفل التوحدي وتحديد شدة الاضطراب دون الأخذ بعين الاعتبار مدى أهمية الأدوات التشخيصية الأخرى، كذلك يعود خطأ التشخيص إلى استخدام الأخصائي النفسي لوسائل غير موثوقة لتقييم اضطراب طيف التوحد، مع تجاهل الملاحظات المقدمة من طرف الوالدين والذي يؤدي إلى تفويت معلومات مهمة تساعد في عملية التشخيص، كما أن معظم الأدوات التشخيصية المستخدمة عادة لإجراء التشخيص تكون غير مكيفة ولا تتلاءم مع بيئة وثقافة المجتمع وأخرى لا تتلاءم مع صغار السن، وبالتالي لا تعود بالفائدة ولا تساعد في وضع التشخيص المبكر، لذلك من الأفضل مشاركة مجموعة من الأخصائيين من مختلف التخصصات للمساعدة في وضع تشخيص دقيق للاضطراب.

3ـ 5: مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

انطلاقا من الفرضية الجزئية الرابعة التي مفادها ان: **تشابك وتداخل العراض اضطراب طيف التوحد يشكل صعوبة في عملية التشخيص اضطراب طيف التوحد**. ونظرا للنتائج المبينة في الجدول رقم (20) فان قيمة (ت) كانت اقل من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي فان تداخل اعراض اضطراب طيف التوحد يعتبر عائق امام عملية التشخيص وعليه فان الفرضية الجزئية الرابعة محققة، ونفسر ذلك بان: تداخل اعراض اضطراب طيف التوحد يعتبر من معيقات التي يواجهها الاخصائي النفساني في عملية التشخيص حيث انه يجد صعوبة في التمييز بينه وبين الاضطرابات أخرى مثل: الفصام الطفولي، الإعاقة الذهنية، تشتت الانتباه وفرط النشاط...الخ، وهذا التداخل قد يخفي الصورة الحقيقة للاضطراب ويعيق الوصول الى التشخيص الدقيق والتدخل المناسب الامر الذي يستدعي وجود ما يسمى بالتشخيص الفارقي بين طيف التوحد والاضطرابات المشابهة له من حيث شدة وحدة الاعراض وخصائص الاضطراب

4. مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

توصلت نتائج دراستنا انه هناك جملة من الصعوبات والمعيقات التي يواجهها الاخصائي النفساني في عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد وأبرزها:

نقص الكفاءة المهنية والخبرة المهنية للمختص النفسي يعد عائق في عملية التشخيص، كذلك عدم ملائمة الأدوات التشخيصية يعد من بين المشكلات التشخيص اضطراب طيف التوحد، كما يشكل تشابك وتداخل اعراض اضطراب طيف التوحد صعوبة في عملية تشخيصه، وافقت نتائج دراستنا مع ما توصلت اليه بعض الدراسات السابقة ومن بينها دراسة حنيف خديجة (2022) التي توصلت الى ان هناك صعوبات ومعيقات في عملية التشخيص وكذا في تطبيق برامج تربوية وتعليمية لذوي الاحتياجات الخاصة نتيجة انعدام الخبرة لدى الطاقم، وعدم توفر أدوات كافية وأجهزة مناسبة لعملية التشخيص وعدم التزام الاولياء بالخطة العلاجية الخاصة بأولادهم، كما اتفقت مع نتائج دراسة الباحث عبدون العربي (2015) الذي توصل الى ان هناك مؤشرات ادائية فارقة ذات دلالة إحصائية بين التوحد والتخلف العقلي على المحكات التشخيصية للمقاييس النفسية.

كما ترى خليفة، أسماء (2021) ان هناك بعض الصعوبات التي يواجهها الأساتذة مع أطفال طيف التوحد من حي اللغة والسلوك والتفاعل الاجتماعي.

في حين توصلت نتائج دراسة شرياف، زهرة (2019) الى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين استخدامات الإجراءات والاليات في تشخيص اضطراب طيف التوحد في المراكز والجمعيات كما انه لا توجد فروق بين الجنسين وسنوات الخبرة والتخصص من فعالية إجراءات تشخيص الأطفال التوحديين وهذا ما يختلف مع نتائج دراستنا التي بينت العكس وان الكفاءة وسنوات الخبرة المهنية لها دور وفعالية في وضع التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد.

وتبقى نتائج هذا البحث العلمي محصورة في العينة التي طبقت عليها الدراسة الميدانية وذلك بالمراكز العمومية والخاصة في ولاية قالمة.

الاستنتاج العام

5. الاستنتاج العام للدراسة:

تعتبر عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد رغم كل الأبحاث والدراسات التي تعنى بدراسة التوحد، أسبابه وكذا طرق علاجه ومسألة تشخيصه تواجه العديد من التحديات، وهذا يرجع لعدة مشكلات تواجه المختص أثناء تشخيص الاضطراب، ومن خلال دراستنا الحالية تمكنا من حصر أهم صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد وهي كالآتي:

- ✓ خبرة الأخصائي: وهذا ما ركز عليه مجموعة من المختصين أثناء توزيع الاستبيان في ولاية قالمة، حيث أشاروا إلى أن هناك بعض الأخصائيين النفسانيين يجدون صعوبة كبيرة في تشخيص التوحد لانعدام الخبرة في المجال، كما ينبغي على المختص القيام بدورات تكوينية للاطلاع على كل ما هو جديد في مجال الاضطراب.
- ✓ للأدوات دور مهم في صعوبة التشخيص: حيث يعتمد التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد على مدى وضوح آلية التطبيق والقدرة على تفسير النتائج المتحصل عليها، وهنا نجد أن التدريب ضروري ومهم.
- ✓ يعتبر اشتراك وتداخل أعراض اضطراب طيف التوحد مع اضطرابات أخرى مصاحبة إشكالا في عملية تشخيص الاضطراب خاصة الأخصائيين النفسانيين الذين يعتبرون جدد في الميدان.

الخاتمة

الخاتمة:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من بين الاضطرابات النفسية والنمائية التي شدت انتباه العديد من العلماء والباحثين لدرجة تعقيده، فقد كان ولازال محطة اهتمام وبحث العديد من الباحثين بغية الوصول إلى معرفة السبب الرئيسي وراء حدوثه ومحاولة علاجه والتخفيف من معاناة الطفل من اجل أن يعيش حياة نفسية، معرفية وسلوكية عادية، لذا يفترض أن تتم عملية التشخيص بتعاون فريق متكامل من الأخصائيين والأطباء وحتى الوالدين، والاعتماد على مجموعة من الأدوات والإجراءات التي تساعد في عملية التشخيص، والمراقبة المستمرة للحالة التي من شأنها أن تخفف في بعض الأحيان من الأعراض المصاحبة لهذا الاضطراب ومساعدة الطفل التوحدي على الخروج إلى العالم الواقعي.

وهذا ما تم التطرق اليه في هذه الدراسة التي هدفت إلى رصد صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين الممارسين في مؤسسات التكفل سواء كانت عمومية أو خاصة بولاية قالمة

واعتمدت دراستنا الحالية على استبيان موجه إلى الأخصائيين النفسانيين الممارسين العاملين بالمؤسسات العمومية أو الخاصة، ولقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

- أن نقص الكفاءة المهنية للمختص النفسي يعد عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

- نقص الخبرة المهنية للمختص النفسي يعد عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

- يشكل عدم ملائمة الأدوات التشخيصية عائق في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

- يشكل تشابك وتداخل أعراض اضطراب طيف التوحد صعوبة في تشخيص اضطراب طيف التوحد.

فدراستنا الحالية يتمحور مضمونها حول اضطراب طيف التوحد والصعوبات التي يواجها الأخصائيين النفسانيين في عملية تشخيص هذا الاضطراب، كونه مصنف ضمن الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا وصعوبة، كما انه اعتبر نوع من ذهان الطفولة المبكرة وإعاقة عقلية، فكل الأعراض تمس الجوانب النفسية منه أكثر من العضوية، إلا انه مادام لا يعرف سببه بالتحديد فإنه يصعب علاجه.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية

ـ أبو زعيزع، عبد الله. (2009). اساسيات الارشاد النفسي والتربوي بين النظرية والتطبيق. عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

ـ أبو شنار، فؤاد احمد. (2023). المنهج الاكلينيكي. عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

ـ أحمد، إبراهيم. (2020). التوحد بين ضرورة التشخيص المبكر وصعوباته. القاهرة: المجلة الاجتماعية القومية، 2، 21ـ 51.

ـ باسي، هناء. (2016). أساليب المعاملة الوالدية لاطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.

ـ بالخير،حنان. (2019). اقتراح برنامج تدريبي لتنمية التواصل غير اللفظي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. رسالة ماجيستر منشورة. قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الشهيد حمه لخضر، الوادي.

ـ البحيري، عبد الرقيب احمد. (2018). اضطراب طيف التوحد، دليل التطبيقي للتشخيص والتدخل العلاجية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

ـ براهمية، وفاء وسلاطنية، مسرارة. (2022). أساليب التكفل النفسي باضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المختصين النفسانيين. رسالة ماستر غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة 08 ماي 1945 قالمة.

ـ برزوان، حسيبة. (2016). الرضا المهني والكفاءة المهنية لدى الاخصائي النفساني العيادي في الجزائر. الجزائر: مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.27، 357-362.

ـ بطانية، أسامة والاخرون. (2022). اضطراب طيف التوحد. عمان: دار اليازوري للنشر والتوزيع.

ـ بطوش، صورية وبنابي، صبيحة. (2021). فعالية برنامج ABA في تنمية القدرات اللغوية والادراكية والتفاعلية للطفل التوحدي في سن الروضة. الجزائر: مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 3، 106-120.

ـ بلهشاط، عقيلة؛ حداد، نسيمة. (2021). برامج التربوية العلاجية المطبقة في البيئة الجزائرية مع فئة طيف التوحد. الجزائر: مجلة الروائز، 5، 118ـ 132.

ـ بن عصمان، عبد الله. (2023). تقييم البرامج العلاجية المقدمة للأطفال ذوي طيف التوحد، مقاربات علاجية تكاملية ام مقاربات علاجية تباينية. تيبازة: مجلة الفكر، 1، 215-239.

- بن عيسى، أسماء. (2018). جودة حياة أمهات الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.

- بوروبة، امال. (2018). الفحص النفسي. مطبوعة بيداغوجية. قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.

- بوقفحة، نعيمة ومكيد، فضيلة. (2022). الاغتراب النفسي لدى الاخصائي النفساني العامل بمصلحة الامراض العقلية. مذكرة ماستر غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة ابن خلدون، تيارت.

- بومدين، عاجب. (2015). واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في الجزائر. الاغواط: مجلة دراسات لجامعة عمار ثليجي، 62، 47-67.

- تامر، سهيل فرح. (2015). التوحد: التعريف، الأسباب، التشخيص، العلاج. عمان: دار الاعصار العلمي للنشر والتوزيع.

- تكالي، فدوى ياسمينة. (2018). البروفيل النفسي لدى الطفل المصاب بطيف التوحد. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- الجبلي، سوسن شاكر. (2015). التوحد الطفولي، أسبابه، خصائصه، تشخيصه، علاجه. دمشق: دار مؤسسة رسلان للنشر والتوزيع.

- الجريدة الرسمية رقم 34 بتاريخ 27 أفريل 1973.

- الجريدة الرسمية رقم 34 بتاريخ 22 جويلية 2009.

- الجلامدة، فوزية. (2016). قضايا ومشكلات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

- حاج، شعيب وفؤاد، ياسمين. (2018). تأثير إيقاع القران الكريم على الانتباه عند الأطفال المصابين بطيف التوحد. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم الارطوفونيا، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.

- حسن، الهام محمد. (2016). الذاكرة البصرية لدى الأطفال المصابين بالتوحد في مراكز التربية الخاصة والأطفال العاديين. قسم علوم التربية، جامعة دمشق.

- حمدي، عبد الله عبد العظيم. (2013). موسوعة الاختبارات والمقاييس. عمان: دار أمجد للنشر والتوزيع.

- الحمزة، احمد والبار، امين. (2023). الاستبيان كاداة للبحث العلمي واهم تطبيقاته. الجزائر،3، 303-314.

- حنفي، محمود امام وحمدي، شاكر. (2007). التشخيص النفسي. (د.د.ن).

- خطاب، محمد احمد محمود. (2019). التشخيص الاكلينيكي دليل الاختبار النفسي التشخيصي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- الخطيب، محمد احمد. (2011). الاختبارات والمقاييس النفسية. عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

- خلف الله، سامية. (2017). الصعوبات التي يواجهها الاخصائي النفساني اثناء عملية التكفل النفسي في وحدات الكشف والمتابعة في الوسط المدرسي. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم علوم التربية، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.

- خلف المقابلة، جمال. (2016). اضطراب طيف التوحد: التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان: دار يافا العلمية للنشر والتوزيع.

- داخل، مهدي كاظم. (2017). التوحد: مفهومه، أسبابه، اعراضه، علاجه. بغداد: الكتاب السنوي لمراكز أبحاث الطفولة والأمومة، 59، 80-6424.

- الدليجي، فالح بن مهنات. (2011). دور الاخصائي النفساني الاكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

- دويدار، ايمان. (2017). الصحة النفسية للأطفال المراهقين. القاهرة: دار يسطرون للنشر والتوزيع.

- ركزة، سميرة. (2018). التوحد. الجزائر: دار الجسور للنشر والتوزيع.

- الزراع، نايف بن عابد. (2017). المدخل الى اضطراب التوحد، المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

- زهار، جمال. (2017). واقع الممارسة النفسية في الجزائر. عمان: دار الأيام للنشر والتوزيع.

- زهران، جامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة: دار عالم الكتب للنشر والتوزيع.

- زيادة، رشيدة. (2022). مستوى الالتزام العلاجي لدى أمهات أطفال التوحد وعلاقاته بالقلق المستقبل. رسالة ماجيستر منشورة. قسم علم النفس، جامعة ابن خلدون، تيارت.

- سعودي، فاطمة الزهراء. (2022). تقييم فاعلية استراتيجيات تشخيص طفل طيف التوحد في مؤسسات ذوي الاحتياجات الخاصة (الحكومية والخاصة). أطروحة مقدمة لضمن متطلبات لنيل شهادة الدكتوراه. قسم علوم التربية، جامعة محمد لمين دباغين، سطيف.

- سعودي، فاطمة الزهراء وخالد، عبد السلام. (2022). تطور تشخيص طيف التوحد في ضوء المعايير العالمية ل:-ICD 11, DSM5, CETMEA، دراسة تحليلية مقارنة. وهران: مجلة دراسات إنسانية واجتماعية،01، 318-327.

- السيد عسكر، رأفت. (2004). علم النفس الاكلينيكي التشخيص والتنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- الشربيني، كامل واسامة، فاروق مصطفى. (2011). التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- الشربيني، كامل واسامة، فاروق مصطفى. (2011). سمات التوحد. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- الشربيني، منصور. (2011). الاتجاهات الحديثة في تشخيص وتقويم العاديين وذوي الاحتياجات الخاصة. القاهرة: دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.

- الشرقاوي، محمود عبد الرحمان. (2018). التوحد ووسائل علاجه. القاهرة: دار العلم والايمان للتشر والتوزيع.

- الشرقاوي، محمود عبد الرحمان. (2018). مشكلات الطفل التوحدي. القاهرة: دارة العلم والايمان للنشر والتوزيع.

- شرياف، زهرة وشريفي، علي. (2019). واقع إجراءات وآليات تشخيص الأطفال التوحديين ومدى فعاليتها من وجهة نظر الأخصائيين. سعيدة: مجلة المتون، 01، 191- 213.

- شعبان، محمد مطر. (2008). العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات. طرابلس: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.

- شيبوط، رزيقة وبن حفاف، زهرة. (2019). الاتجاهات الوالدية لاضطراب طيف التوحد لدى آباء الأطفال المضطربين. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة عمار ثليجي، الاغواط.

- طوماش، عقيلة ويحياوي، أحلام. (2021). واقع التشخيص والتكفل المؤسساتي بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. رسالة ماستر غير منشورة. قسم العلوم الاجتماعية، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.

- عبد الستار، عبد الله. (2008). علم النفس الاكلينيكي في ميدان الطب النفسي. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

- العبيدي، محمد جاسم. (2013). علم النفس الاكلينيكي. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

- عثماني، حفصة. (2018). فعالية برنامج تدريبي موجه للوالدين قائم على برنامج آبلز في تنمية التنوعات الصوتية عند الطفل التوحدي بين 04 الى 05 سنوات. رسالة ماجستر غير منشورة. قسم العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.

- عثماني، نعيمة. (2022). بيوإتيقا الاخصائي النفسي الاكلينيكي في المجتمع الجزائري. الجزائر: مجلة الفكر المتوسطي، 02، 570- 579.

- عطوف، محمد ياسين. (1986). علم النفس الاكلينيكي. بيروت: دار العلم للملايين للنشر والتوزيع.

- العمري، احمد عبد الرحيم. (2019). استخدام البروفيل النفسي التربوي PEP 3 في التشخيص الفارقي لمستويات طيف التوحد في DSM 5 . القاهرة: مجلة الطفولة، 32، 01-67.

- غانم، محمد حسن. (2009). علم النفس الاكلينيكي. القاهرة: المكتبة المصرية للنشر والتوزيع.

- غزالي، أسماء. (2021). التكفل الارطفوني بالطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. رسالة ماستر غير منشورة. قسم الارطفوني، جامعة العربي بن مهيدي، ام البواقي.

- الفخراني، خالد إبراهيم. (2015). أسس تشخيص الاضطرابات السلوكية. القاهرة: كلية الادب.

- القبالي، يحي أحمد. (2017). مدخل الى الاضطرابات السلوكية والانفعالية. عمان: دار الخليج للنشر والتوزيع.

- القمش، مصطفى نوري. (2011). اضطرابات التوحد. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- قطناني، محمد حسين. (2018). أساسيات في فهم اضطراب طيف التوحد. عمان: موقع دار الجرير للنشر والتوزيع

- قيرود، الطاهر ومزوز، بركو. (2021). برامج التكفل باضطراب طيف التوحد بين الأهداف المشتركة والاختلاف في أساليب التدخل. باتنة: مجلة الدراسات النفسية والتربوية، 01، 201- 2011.

- قيس، كريم. (2017). اضطراب التوحد، التشخيص والعلاج. حولية علمية محكمة.

- كيحل، مريم. (2020). التوافق الزواجي لدى أمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد. رسالة ماستر غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

- لانا، هارون. (2014). فاعلية الصورة الأردنية من مقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS 2) الطبعة الثانية في قياس وتشخيص حالات التوحد في عينة اردنية. رسالة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه في التربية الخاصة، قسم علم النفس وعلوم التربية، الجامعة الأردنية، الأردن.

- لحميدي، عادل وبن رابح، نعيمة. (2020). الاخصائي النفسي بين التكوينات الاكاديمية والممارسات الميدانية. الجزائر: مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية، 09، 08-20.

- لعريبي، فضيلة. (2019). دور الاخصائي النفساني الاكلينيكي في مصلحة الاستعجالات. رسالة ماجستير منشورة. قسم علم النفس، جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.

- محمود، عبد الوهاب. (2016). علم النفس الاكلينيكي بين النظرية والتطبيق. القاهرة: دار العلم والايمان للنشر والتوزيع.

- مركز ديبونو لتعليم التفكير. (2017). الاختبارات الإسقاطية. عمان: دار مركز ديبونو لتعليم التفكير للنشر والتوزيع.

- مستغالمي، شهيناز. (2015). إشكالية تشخيص الراشدين المصابين باضطراب عقلي خاضعين للاستشفاء الداخلي بمصلحة الطب العقلي. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم علم النفس وعلوم التربية والارطوفونيا، جامعة الجزائر02.

ـ مدلل، شهرزاد. (2015). الخصائص النفسية والاجتماعية للطفل التوحدي من وجهة نظر المربيات. رسالة ماجستير غير منشورة. قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

ـ مقراني، سهيلة وجابر، نصر الدين. (2022). تطبيقات المقابلة العيادية. بسكرة: مجلة العلوم النفسية والتربية، 3، 57-70.

ـ ملحم، سامي محمد. (2013). علم النفس الشواذ. عمان: دار الرضوان للنشر والتوزيع.

ـ الملومة، ابتسام. (2020). اضطراب التكامل الحسي وعلاقته بالحركات النمطية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. رسالة ماجيستر غير منشورة. قسم علوم الاجتماعية، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

ـ ميدون، مباركة. (2019). فعالية برنامج تدريبي قائم على تحليل السلوك التطبيقي في تعديل بعض المشكلات السلوكية لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه. قسم علم النفس، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر.

المراجع الأجنبية:

_ Chambon, Olivier. (2010). Les Bases de la Psychothérapie. Paris : Dunod.

_ DSM5 : Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric and Mental Disorders

_ J- lubelsky and all. (2011). Autism Spectrum Disorder.

_ Gilliam. J. (2014). Gilliam Autism Rating Scale Third Edition (GARS). Retrieved.

_ L'emperlée. Et Les autres. (2006). Psychiatrie De L'audulte. Paris : Masson.

_ Marshall. V. (2004). Living With Autism. London : Asheldon Press Book.

_ Rogé Bernadatle. (2003). Autism Comprendre et agir santé education ; insertion ; préface de J.f chossy. Dnnod. Paris.

المواقع الإلكترونية:

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

https://shop.acer.org/acer-shop/group/GARS3

_ Pearl. Plymouth. (2021). The esctent To which Autistic traits are predictive of impairments in allocentric Spatial navigation. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders

الملاحق

الملحق رقم 01:

استبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين قبل التعديل:

العبارات	لا أتفق	أتفق جزئيا	أتفق تماما
نقص خبرة الأخصائي وتدريبه يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد بدقة			
ضعف التكوين الاكاديمي يعتبر من معوقات تشخيص اضطراب طيف التوحد			
يعتمد التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد على مدى ألفة الفاحص بالمفحوص			
تتوقف دقة تشخيص اضطراب طيف التوحد على مصداقية المعلومات المقدمة من طرف الوالدين للأخصائي			
يتطلب التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد فريقا طبيا ذو تكوين متخصص			
صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي تعيق عملية التشخيص			
نقص الأدوات التشخيصية المناسبة لدى الأخصائي النفساني هذا ما يصعب عملية التشخيص			
عدم ملاءمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئات والثقافات يعرقل عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد			
تتوقف عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد على مدى معرفة الفاحص لأنواع الفحوصات المناسبة			
عدم مراعاة بعض الأدوات للقدرات الفردية للأشخاص يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد			
تتضمن أدوات التشخيص فقرات يصعب على الأولياء فهمها			
التدريب الذي تلقيته حول تطبيق الأدوات المستخدمة في تشخيص اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص			

تنوع أعراض اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص			
تفاوت شدة الأعراض من حالة إلى أخرى يعيق عملية التشخيص			
وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد يصعب عملية التشخيص			
اختلاف قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتبر من معوقات التشخيص			
تغير الأعراض وشدتها مع تقدم الطفل التوحدي بالعمر يعيق عملية التشخيص			
صعوبة تعميم نتائج الأبحاث على جميع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد			

الملحق رقم 02:

استبيان صعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر الأخصائيين النفسانيين الممارسين بعد التعديل:

تعليمة الاستبيان:

أخي الكريم أختي الكريمة

في إطار إعداد بحث ميداني تكملة لمتطلبات البحث العلمي، يسرنا أن نقدم اليك مجموعة من العبارات التي تصف مواقف مهنية مرتبطة بصعوبات تشخيص اضطراب طيف التوحد، والمرجو منك أن تقرأها جيدا وتضع علامة (X) واحدة فقط داخل الخانة التي ترى أنها تنطبق عليك تماما.

- لا تضع أكثر من علامة واحدة أمام كل عبارة.

- لا تنس أن تجيب على كل العبارات.

لاحظ انه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة تعد صحيحة فقط طالما أنها تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

- تستخدم النتائج المتحصل عليها في إطار بحث علمي لا غير وأنها تحظى بالسرية التامة.

شكرا على تعاونكم معنا

- **من إعداد الطالبتين:** حميدة شيماء/ مقنعي ميسة.

- **تحت إشراف:** البروفيسور (ة): أغمين نذيرة

ضع علامة (X) في الخانة المناسبة.

❖ **المحور الأول: البيانات الشخصية:**

- **الجنس:** ذكر ☐ أنثى ☐

- **المستوى الدراسي:** ليسانس ☐ ماستر ☐ دكتوراه ☐

- **المهنة:** أخصائي نفساني ☐ أخصائي ارطفوني ☐ طبيب ☐

- **طبيعة العمل:** دائم ☐ مؤقت ☐

- **طبيعة مؤسسة الممارسة العيادية:** خاصة ☐ عمومية ☐

- **سنوات الخبرة:** أقل من 2 سنوات ☐ من 2/ 5 سنوات ☐ من 5/ 10 سنوات ☐ اكثر من 10 سنوات ☐

فقرات الاستبيان.

المحاور	الرقم	العبارات	لا أتفق	أتفق جزئيا	أتفق تماما
محور خاص بالأخصائي النفساني	01	يتطلب التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد فريقا طبيا متخصصا			
	02	ضعف التكوين الاكاديمي يعتبر من معوقات تشخيص اضطراب طيف التوحد			
	03	يعتمد التشخيص الدقيق لاضطراب طيف التوحد على مدى ثقة الأخصائي بالمفحوص			
	04	تتوقف دقة تشخيص اضطراب طيف التوحد على مصداقية المعلومات المقدمة من طرف الوالدين للأخصائي			
	05	نقص خبرة الأخصائي وتدريبه يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد بدقة			
	06	صعوبة التواصل مع الطفل التوحدي تعيق عملية التشخيص			
	07	التحيز ونقص التعاون لدى بعض المختصين يؤثر على دقة التشخيص			
	08	قلة عدد المراكز المتخصصة للتكفل بفئة اضطراب طيف التوحد يعتبر من معيقات التشخيص			
محور خاص بصعوبات التشخيص	09	نقص الأدوات التشخيصية المناسبة لدى الأخصائي النفساني هذا ما يصعب عملية التشخيص			
	10	عدم ملاءمة بعض الأدوات التشخيصية للبيئة العربية يعرقل عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد			
	11	تتوقف عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد على مدى معرفة الأخصائي لأنواع الفحوصات المناسبة			

المتعلقة بالأدوات	12	عدم مراعاة بعض الأدوات للقدرات الفردية للأشخاص يعيق عملية تشخيص اضطراب طيف التوحد				
	13	التفسير الخاطئ للنتائج المستخلصة من تطبيق الأدوات يعتبر من معيقات تشخيص اضطراب طيف التوحد				
	14	التدريب غير الكافي الذي تلقاه الأخصائي حول تطبيق الأدوات المستخدمة في تشخيص اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص				
	15	ارتفاع تكلفة بعض أدوات التشخيص مما يحد من إمكانية الوصول اليها يعتبر من معيقات تشخيص اضطراب طيف التوحد				
	16	عدم وجود اختبارات طبية محددة لتشخيص اضطراب طيف التوحد باعتباره اضطراب نمائي يعتبر من معيقات التشخيص				
محور خاص بصعوبات التشخيص المتعلقة بعدم تجانس الفئة	17	تداخل أعراض اضطراب طيف التوحد يعيق عملية التشخيص				
	18	تفاوت شدة الأعراض من حالة إلى أخرى يعيق عملية التشخيص				
	19	وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد يصعب عملية التشخيص				
	20	اختلاف قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتبر من معوقات التشخيص				
	21	تغير الأعراض وشدتها مع تقدم الطفل التوحدي بالعمر يعيق عملية التشخيص				
	22	صعوبة تعميم نتائج الأبحاث على جميع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد				

العمرية	23	نقص الوعي باستخدام أدوات التشخيص المناسبة للفئات العمرية يؤدي إلى تشخيص خاطئ			
	24	محدودية الخدمات المتاحة والمقدمة للأطفال التوحديين خاصة ذوي عمر متقدم			