

تفسير المظاهر السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء معايير التشخيص الحديثة (DSM-V)

محمود عبد *

ملخص

هدفت الدراسة إلى تفسير المظاهر السلوكية لاضطراب طيف التوحد في ضوء التوجهات الحديثة، وتشكلت العينة من جميع أفراد مجتمعها من معلمي ومعلمات مراكز التربية الخاصة في الضفة الغربية، والبالغ عددهم (62) فرداً. واستُخدم في الدراسة مقياس الخصائص السلوكية (CARS2,2013).

أظهرت النتائج أن المظاهر الأكثر شيوعاً لدى الأطفال هي اضطرابات التواصل اللفظي؛ حيث أتت بمتوسط حسابي قدره (3.1) وهي أعلى من الحد الأوسط (2.5)، أما المرتبة الثانية هي اضطرابات التواصل غير اللفظي بمتوسط (2.9)، وأما المرتبة الثالثة فاحتلتها أربعة مظاهر هي (التقليد، والتكيف مع التغيير، والخوف والعصبية، واستخدام الجسد)، وتشير النتائج إلى أن النقص في تفسير هذه المظاهر السلوكية يؤدي إلى تدنُّ في مستوى الخدمات والبرامج العلاجية المقدمة. وتوصي الدراسة بتعزيز معرفة ومهارة الأخصائيين بالمظاهر السلوكية لهذا الاضطراب.

الكلمات الدالة: المظاهر السلوكية لاضطراب طيف التوحد، مقياس (CARS2).

المقدمة

في الطبعة الخامسة (DSM-v,2013) تمثلت في استبدال مسماه من التوحد إلى مصطلح جديد هو اضطراب طيف التوحد (ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقاً باضطراب التوحد، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ضمن مسمى واحد على شكل متصل تختلف مكوناتها باختلاف عدد وشدة الأعراض (Simons, B. et al.2010) كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت هذا الاضطراب ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية والتي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد الاضطرابات العقلية، واضطرابات التواصل، وضعف الانتباه والنشاط الزائد، وصعوبات التعلم المحدد، والاضطرابات الحركية (Brentanti, et al. 2013).

يظهر الأطفال ذوو اضطراب طيف التوحد جملة من الخصائص السلوكية نذكر منها ما يلي: لا يتمكن الطفل من التواصل بالعينين مع من يتحدث معهم، لا يستجيب عند مناداته باسمه، يجلس أمام التلفاز لساعات طويلة جداً، يبدو غير مدرك لمشاعر الأشخاص من حوله، يكون روتينياً جداً ويكرر الأفعال ذاتها يومياً، يسحب يد والدته ليربها ماذا يريد بدلاً من استخدامه للكلام أو الإشارة (الزريقات، 2010) يميل للأشياء التي تلف بطريقة دائرية، مثل المروحة. يقوم ببعض الحركات بصورة مستمرة ومتكررة، مثل وضع يديه على أذنيه أو لف يديه حول بعضهما، لا يستخدم الألعاب بالطريقة الصحيحة أو الطبيعية، لا يتواصل مع الآخرين باستخدام اليد، يميل للعزلة ويبقى وحيداً لساعات طويلة، لا يتمكن من التعامل

أولى الباحثون والمختصون اهتماماً كبيراً في دراساتهم بآليات تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (ASD)، وغيره من الاضطرابات تشخيصاً دقيقاً يهدف إلى إزالة الغموض والتقاطع بين هذه الاضطرابات، مبررين هذا الاهتمام بالتشخيص الدقيق لهذا الاضطراب بأنه يساعد في تحديد المظاهر السلوكية وكيفية تفسيرها لتيسير عمل المختصين وأولياء الأمور، ولكيفية التعامل والتواصل مع أطفالهم، وعليه قامت جمعية الطب النفسية الأمريكية بتغيير معايير تشخيصه وفقاً لما تم اعتماده في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي والتشخيص (DSMv) لتساعد في تحديد وتفسير هذه الخصائص، لذلك اصدرت مقياس الخصائص السلوكية للأطفال اضطراب طيف التوحد (CARS-2)، الذي يعد من أفضل المقياس لدى الأطفال لجميع الأعمار، ويقود الأخصائي وأولياء الأمور إلى تقديم أفضل البرامج العلاجية والتربوية للأطفال (ASD)، ويعتبر من أهم الإنجازات الحديثة التي تعمل على تحسين قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وذويهم لتحقيق ما يعرف "بنوعية أسمى للحياة".

إن التغييرات التي طرأت على هذا الاضطراب حسب ما ورد

* رئيس قسم التربية الخاصة، جامعة القدس المفتوحة. تاريخ استلام البحث 2018/5/22، وتاريخ قبوله 2018/8/14 .

- هل تختلف خصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد حسب متغير النوع الاجتماعي (ذكر، وأنثى) في جنوب الضفة الغربية؟

هدفت الدراسة إلى تفسير الخصائص السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة بجنوب الضفة الغربية، وبيان علاقتها ببعض المتغيرات (النوع الاجتماعي، وعمر الطفل) من خلال تطبيق (بنود مقياس (CARS-HF) ومقياس (CARS-s2).

مصطلحات الدراسة:

يعرف اضطراب طيف التوحد (ASD): بأنه اضطراب نمائي عصبي، يتميز بانخفاض في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي المتبادل والأنماط السلوكية المتكررة، ويظهر لدى الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة، واضطراب طيف التوحد لديه معايير تشخيصية محددة، يتم تعريفها في الدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس للاضطرابات العقلية (DSM V، 2013).

هو اختصار لـ (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, American Psychiatric Association): ويعرف بالعربي الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات العقلية في طبعته الخامسة الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي عام (2013).

مقياس CARS2: هو مقياس تصنيف التوحد عند الأطفال (Childhood Autism Rating Scale) أنشأته جمعية الطب النفسي الأمريكية عام 1993 والذي يتكون من (15) بند وهم الاتصال، التقليد، الاستجابة العاطفية، استخدام الجسد، استخدام الأشياء في اللعب، التكيف مع التغيير، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استخدام التذوق والشم واللمس، الخوف أو العصبية، التواصل اللفظي، التواصل غير اللفظي، مستوى النشاط، مستوى واتساق الاستجابة الفكرية والانطباع العام (Brentanti, et al. 2013).

أهمية الدراسة:

مساعدة أسر أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد على التواصل مع أبنائهم وتحسين مهاراتهم الاجتماعية، تساعد الأخصائيين على التعامل مع أطفال التوحد بناء على خصائصهم، توفر أدب نظري يتحدث عن خصائص اضطراب طيف التوحد، رفع مستوى الوعي لدى أولياء الأمور حول خصائص الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، رفع مستوى الكفاءة البشرية في تحديد خصائص اضطراب طيف التوحد والتمييز بينها، تخصيص مجموعة من المراكز والمؤسسات في

والاندماج مع الأطفال الآخرين بالشكل الطبيعي، يتكلم بطريقة غريبة كأنه يغني أو يتحدث مثل إنسان آلي. (Brentanti, et al. 2013) لا يتمكن من البدء بالمحادثات أو الاستمرار فيها، يكرر الكلمات أو العبارات التي يسمعا دون أن يعرف متى يجب أن يستخدمها، ينبهر بتفاصيل الأشياء أو أجزائها، مثل انبهاره بعجلات سيارة لعبة مثلاً، قد يكون حساساً للضوء أو اللمس أو الفوضى. (هالهان وآخرون، 2013)

لهذه الخصائص أهمية بالغة في عملية التشخيص الدقيق لهذا الاضطراب حيث تساعد المتخصصين وأولياء الأمور لكيفية تقديم الخدمات والبرامج العلاجية وكيفية التواصل مع هؤلاء الأطفال، ومن هنا أتت فكرة هذه الدراسة لتعرف خصائص الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز جنوب الضفة الغربية للمساعدة في عملية التشخيص الصحيح وخاصة في ظل ظروف هذه المراكز التي تغيب عنها آليات العمل الصحيح في التشخيص.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

يعاني العاملون في مراكز التربية الخاصة من صعوبات بالغة في تفسير الخصائص السلوكية للأطفال اضطراب طيف التوحد، وتزداد هذه العملية صعوبة بسبب ضعف مهارات العاملين مع هؤلاء الأطفال بسبب عدم التخصص في هذا المجال ونقص الخبرة الحقيقية في مجال الاضطرابات العصبية، ونقص الأدوات التشخيصية المقننة على البيئة الفلسطينية، ولأن عملية تحديد الخصائص تساعد في عملية التشخيص الصحيح وتقديم أفضل البرامج العلاجية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أتت فكرة هذه الدراسة، هذا بالإضافة إلى ملاحظة الباحث من خلال عمله في مؤسسات التربية الخاصة أن هناك أطفال مصنفين بأنهم ذوي اضطراب طيف التوحد دون الاعتماد على مقاييس تصنيفية علمية، كما لوحظ أن هناك خلط بين فئات الإعاقات الذهنية واضطراب طيف التوحد ولم تنجح بعض المؤسسات في التشخيص الفارقي لتلك الفئات ومن هنا أتت مشكلة الدراسة للتحقق من الخصائص الأساسية للأطفال اضطراب طيف التوحد والتي تساعد العاملين في هذه المؤسسات للتشخيص السليم، وعليه سعت الدراسة للإجابة عن السؤال الرئيسي الآتي:

- ما خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة في جنوب الضفة الغربية؟ ويتفرع عن السؤال الرئيسي الأسئلة الآتية:

- هل تختلف خصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد حسب متغير المنطقة عمر الطفل؟

(Brentanti, et al. 2013)

ويؤكد كل من (Dunlap & Bunton, 1999) على أن هناك عدداً من الخصائص التي تميز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وذلك في مجالات العلاقات الاجتماعية والتواصل والعمليات الإدراكية واللعب، حيث قد يفشل الطفل في التفاعل مع القائمين على رعايته ويفضل أن يقضي معظم الوقت بمفرده، ولا تبدو عليه السعادة أبداً ويبيدي قدراً ضئيلاً من الاهتمام بتكوين صداقات، وتقل استجابته للإيماءات الاجتماعية وفي جانب اللغة فإن لغته إما أن تنمو ببطء أو قد لا تنمو على الإطلاق فيبدو الطفل على أنه أصم (الجابري، 2014)، وقد يردد الطفل الكلمات ويكررها دون أن يعرف ما تدل عليه تلك الكلمات ويستخدم الإشارات بدلاً من الكلمات، كما يتسم نسبة لا بأس بها من هؤلاء الأطفال بتشتت الانتباه كما أن بعضهم لديه استجابات غير عادية للمثيرات المحيطة فمنهم من لا يحب أن يلمسه أحد لأن ذلك يسبب له الألم أو يولد لديه الشعور بالانزعاج (Simons, B. et al. 2010) وقد لا يبدون أية مبادرات للعب التخيلي ولا يقلدون أفعال الآخرين. بالإضافة إلى وجود السلوك النمطي لديهم، كما تتناوب نوبات غضب وبكاء مستمر دون وجود سبب واضح (فزاز، 2007) و(الزريقات، 2010) ويشير الزارع (2004) و (Bellini, et al, 2007) إلى عدد من الخصائص الاجتماعية والتواصلية لدى الطفل ذو اضطراب طيف التوحد ومنها:

الانسحاب من المواقف الاجتماعية والانفعالية، صعوبة في إظهار اهتمام بسيط بوجود الآخرين فقد لا ينظر الطفل أبداً في وجه أحد بخاصة في السنوات الأولى من عمره فقد يشك الوالدان عند التحدث إلى الطفل أو إثارة انتباهه بأن لديه مشكلة في السمع حيث لا يتجاوب الطفل مع الصوت أو الكلام بصورة مناسبة، (الجابري، 2014) كذلك صعوبة في إظهار ابتسامة اجتماعية للآخرين والأشخاص المحيطين به وقصور في القدرة على تفسير مشاعر الآخرين وخصوصاً من خلال التواصل غير اللفظي؛ فقد لا يفهم أن الشخص الذي يتحدث إليه متمللاً أو يشعر بالضجر من حديثه بالرغم من أن تعبيرات هذا الشخص وتصرفاته يدلان على ذلك، بالإضافة إلى قصور في التخيل والتقليد ومشاركة الآخرين (Brentanti, et al. 2013)؛ فالطفل يفقد هنا القدرة على اللعب التخيلي والاجتماعي حتى ولو كان مستوى النمو المعرفي واللغوي لديه مرتفعاً مما يؤدي إلى وجود نمط محدود في لعبهم.

وقد قسمت الدراسات والأبحاث الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد من حيث تفاعلهم الاجتماعي إلى ثلاثة فئات

هذا المجال، تحسين دقة أدوات القياس والتشخيص.

ميررات الدراسة: أعدت هذه الدراسة لأهمية البحث في خصائص هذا الاضطراب وخاصة للنقص الحاد في معرفة العاملين في هذه المؤسسات بخصائص الطفل ذوي اضطراب طيف التوحد، تلبية لحاجة الأسرة في مساعدتها لمعرفة خصائص طفلهم ذوي اضطراب طيف التوحد وكيفية التعامل معه، ونتيجة الافتقار إلى المعرفة ونقص المعلومات حول خصائص اضطراب طيف التوحد.

خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد:

ينظر لفئة الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، بأنهم فئة غير متجانسة في خصائصها، فقد يكون لطفلين ذوي اضطراب طيف التوحد التصنيف والتشخيص نفسه إلا أن خصائصهم قد تختلف وتتنوع، (الجابري، 2014) فبعض الأطفال التوحديون يظهرون إنعزلاً كاملاً عن المحيط الاجتماعي، ويميلون إلى الوحدة في حين يبدي بعضهم الآخر أنماطاً من التفاعل، ويطور بعضهم مهارات اللغة اللفظية بشكل جيد، في حين أن آخرين لا تتطور لديهم مثل هذه المهارات، (Brentanti, et al. 2013) وقد يتمتع بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بمواهب أو تفوق في مجال من مجالات الأداء، في حين أن معظم هؤلاء يعاني ضعفاً وقصوراً في كافة المجالات، كما أن الخصائص السلوكية، مثل: الحركات النمطية مختلفة بين الأطفال التوحديين (Janzen, 2002).

الخصائص الاجتماعية Social Characteristics

يعد القصور في التفاعل الاجتماعي، لدى الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد من الخصائص الأساسية والجوهرية في الكشف عن التوحد، وقد تظهر مؤشرات هذا الضعف في المراحل المبكرة في العمر، (الجابري، 2014) وهي تتمثل في تجنب التواصل البصري مع الأم في أثناء الرضاعة، أو عدم الاستجابة للابتسامة التي تصدرها الأم أو أن هذه الاستجابة تصدر ولكن ليس في وقتها أو في مواقف لا تستدعي الابتسامة، (Simons, B. et al. 2010) وقد لا يبدي الطفل أي ردة فعل إذا مدت الأم يدها لحمله، أو عدم الانزعاج في أثناء تركه وحيداً والصراخ والبكاء عند محاولة لمسه أو عند الاقتراب منه (Strock, 2004).

وتشمل جوانب الضعف في التفاعل الاجتماعي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، الضعف في تكوين العلاقات الفعالة مع الآخرين والبرود العاطفي والانفعالي، وضعف الاهتمام المشترك والميل إلى اللعب الفردي.

يظهرون لغة نمطية ومنتكرة غير وظيفية وتبلغ نسبتهم 25% من الأطفال التوحديين. **المجموعة الثالثة:** وتشمل الأطفال الذين يطورون مهارات اللغة الطبيعية، مع ظهور صعوبات مثل: الصعوبة في كيفية البدء في الحديث أو المحافظة على الاستمرارية، أو كيفية التوقف وإنهاء المحادثة وتبلغ نسبتهم 25% (الجابري، 2014)

اللغة الاستقبلية: تعد اللغة الاستقبلية أفضل من اللغة التعبيرية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ولكن على الرغم من ذلك، يعاني معظمهم مشكلات في اللغة الاستقبلية وهي تشمل صعوبات في فهم لغة الآخرين، وعدم فهم الأسئلة، أو متابعة التعليمات اللفظية الطويلة أو حتى البسيطة في الكثير من الأحيان أو أنهم يفهمون اللغة في سياق خاص، أو يفهمون اللغة بحرفيتها (Machado, et al. 2013). ويمكن إجمال أوجه القصور اللغوية والتوصيلية بما يلي: عدم القدرة في استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي مع الآخرين. ضعف القدرة على استخدام كلمات جديدة والاستمرار في إعادة نفس الكلمات وترديدها حرفياً دون إدراك لمعناها وهو ما يعرف بالمصاداة ولا تكون عادة في مكانها المناسب واستخدام الضمائر بشكل غير مناسب وقد يتحدثون بجمل أقصر وغير مترابطة (Brentanti, et al. 2013) الاستخدام غير السوي للغة؛ إذ يتكلم الطفل ذو اضطراب طيف التوحد بنغمة واحدة بغض النظر عن الموضوع. استخدام سلوكيات تواصلية غير لفظية تمثل أفعالاً منتظمة كسلوك رفرقة اليدين كوسيلة للتواصل الجسدي أو مسك اليد للوصول إلى الطعام الذي يريد. (Simons, B. et al. 2010) صعوبة في فهم وإدراك المثيرات التمييزية غير اللغوية مثل (تعابير الوجه، حركة اليدين) ويسير تطور اللغة التعبيرية بمعدل بطيء وبنسبة ضئيلة حيث أن (50%) منهم لم يطوروا أصلاً اللغة التعبيرية الوظيفية، وفي حال ظهور اللغة لديهم فإنه يتم استخدامها للطلب أو للتعبير عن بعض الرغبات وليس لأهداف التفاعل الاجتماعي. (الزريقات، 2010)

بناءً عليه فقد أصبح من الضروري الاهتمام وبشكل كبير بمعالجة تلك المشكلات لدى هؤلاء الأطفال، وذلك لتأثيرها الكبير على عملية التواصل والتفاعل الاجتماعي لديهم، ولابد من معرفة أن اضطراب طيف التوحد يتضمن عادة عجزاً في التواصل الاجتماعي ونقص في المهارات اللغوية بالإضافة إلى انعدام قدرتهم على فهم وتفسير العواطف والمعاني التي يعبر عنها الآخرون من خلال حركات الأعين وملامح الوجه، كما أن الأطفال الصغار لا يبتسمون في المواقف الاجتماعية المختلفة (الجابري، 2014). وقد يظهرون هذه الاستجابة في

(Garside, et al. 2000). وهؤلاء الأطفال لا يظهرون أي اهتمام أو تعلق اجتماعي ولا يطلبون أي مساعدة من الآخرين لتلبية حاجاتهم، فهم يهيجون ويغضبون عندما يكونون قرب الآخرين أو أنهم يرفضون الاحتكاك الجسدي أو الاجتماعي معهم. السلبي (Passive) وهؤلاء لا يبادرون بالتفاعل الاجتماعي ولكنهم يوافقون على مبادرات الآخرين للتفاعل معهم. النشط ولكنه غريب (Active But Odd) وهؤلاء يتفاعلون اجتماعياً ولكن بطرائق غير مناسبة وغير عادية مما يجعلهم محل رفض وعدم تقبل من الآخرين (قزارز، 2007)

الخصائص اللغوية والتواصلية (Linguistic and Communication Characteristics) يعد التواصل من المشكلات الرئيسية التي يتسم بها الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد حيث يعاني جميع هؤلاء الأطفال، صعوبات في اللغة والتواصل على الرغم من وجود فروق واختلافات في شدة هذه الصعوبات وطبيعتها (Brentanti, et al. 2013). ويمكن تقسيم الخصائص التواصلية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى ثلاثة مجالات: السلوكيات غير اللفظية: وتشمل الضعف في التواصل البصري مع الآخرين، والقصور في استخدام تعبيرات الوجه المناسبة للحالة الانفعالية وكذلك صعوبة في فهم التعبيرات الانفعالية للآخرين، كما يعاني الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قصوراً في استخدام الإيماءات والحركات المرافقة في الكلام وفي استخدام الإشارة إضافة إلى ضعف واضح في مهارة التقليد (Nikolov, 2006). اللغة التعبيرية: يستخدم بعض الأطفال صوامت قليلة وتراكيب ومقاطع صوتية قليلة كما يظهر بعضهم تأخراً، أو قصوراً كلياً في تطوير اللغة المنطوقة، ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات، ويظهر بعضهم لغة نمطية ومنتكرة يقوم فيها الطفل بترديد أصوات أو كلمات مفردة وجمل لمواقف أو أحداث بسيطة وهذه اللغة المنتكرة تسمى المصاداة الصوتية (Echolalia) التي قد تكون فورية تتمثل في الإعادة الدقيقة للكلمات والعبارات بعد ثواني قليلة من سماعها (قزارز، 2007) أو تكون المصاداة متأخرة، وهي أيضاً إعادة حرفية دقيقة ولكن الطفل يتأخر في إعادتها والتي تستمر أياماً وقد تكون المصاداة مخففة ويمكن أن تكون فورية أو متأخرة لكن العبارات المعادة لا تقال كما سمعت بالضبط، أو تكون منقوصة (الشامي، 2004) ويمكن إجمال صعوبات التواصل اللفظي لدى الأطفال التوحديين في ثلاث مجموعات: **المجموعة الأولى:** وهم الأطفال الذين لا يتكلمون أو الذين يعانون تأخراً واضحاً في اللغة المنطوقة، ويظهرون الصمم والبكم لبعض الكلمات وتشكل نسبتهم نحو 50%. **المجموعة الثانية:** وهم الذين

(ADHD) شائعاً جداً لديهم حيث تؤثر فيما بين 8-47% من الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Brentanti, et al. 2013) الخصائص المعرفية (Cognitive Characteristics) يظهر الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد قصوراً ملحوظاً في وظائفهم، أو في خصائصهم المعرفية، حيث لديهم ما نسبته 80.75% إعاقة عقلية مختلفة الدرجة، كما يواجهون صعوبات في فهم وإدراك أبعاد المواقف، واستيعاب المثيرات والاستجابة لها، كما يظهرون خللاً واضحاً في مجال الرؤية الشاملة للأشياء، إذ أنهم ينظرون للشيء من جانب واحد دون إدراك الشكل بأبعاده الكلية، فهم لا يدركون الكل بل الجزء فقط (الزريقات، 2010) إضافة إلى ذلك كله، يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد صعوبات في القدرة على حل المشكلات، وضعف القدرة على التعميم، ونقل أثر التدريب بين المواقف والبيئات المختلفة (Simons, B. et al. 2010). كذلك يواجه الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد اضطرابات في التفكير مثل: القصور في إنتاج أفكار جديدة وصعوبة في القدرة على الرؤية الشاملة لحدوث المشكلة سواء أكانت تتطلب قدرة لفظية، أو بصرية لحلها. إضافة إلى مشكلات في نقل الانتباه والتشتت، وضعف الذاكرة، وعدم القدرة على التنبؤ بالأحداث والوقائع (نصر، 2002).

وبينت العديد من الدراسات والأبحاث إن معظم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم إعاقة عقلية وتقل درجاتهم عن (68-70%) على مقياس الذكاء، وإن بعضهم لديه قدرات عقلية عادية بينما يظهر آخرون قدرات خاصة (Autistic Savant) في مجال أو أكثر (عبد الرحمن وآخرون، 2005). بينما أشار خطاب (2005) إن انخفاض درجات الذكاء يؤدي إلى القصور المعرفي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في ضوء ما ذكره كانر من سلوك العزلة الاجتماعية وبين إن سبب انخفاض أدائهم على اختبارات الذكاء هو: إن الطفل ربما يعرف الإجابة ولكنه يتعمد تجنب تقديمها (Machado, et al. 2013) إن أداء الطفل يكون محكوماً بطبيعة موقف الاختبار وليس المهمة المطلوبة منه، ويمكن تلخيص الخصائص المعرفية حسب ما جاء به مصطفى والشر بيني (2011) بما يلي: الإدراك: فالطفل الذي لديه اضطراب طيف التوحد قد لا يدرك البيئة المحيطة والخبرات الحسية مثل (البرد، الألم). الانتباه: فالانتباه لدى الطفل الذي لديه اضطراب طيف التوحد غير الطبيعي، وفترة انتباههم قصيرة وتبين وجود خلل أو إصابة نسيج مركز جذع أو ساق المخ، وهو نسيج يتحكم في استقبال عمليات الاستثارة والانتباه والنوم. التذكر: يعاني الطفل الذي لديه اضطراب طيف التوحد من صعوبة في تخزين

مواقف لا تستدعي الضحك أو الابتسام كما أنهم يقومون بالنظر إلى الآخرين من خلال أطراف أعينهم، أو قد يجتنبون التواصل البصري الفعال مع الآخرين كما أنهم قد لا يلعبوا بشكل مناسب بالألعاب (البطانية وآخرون، 2009).

الخصائص السلوكية (Behaviors Characteristics) يتميز الأطفال التوحديين بمجموعة من الخصائص السلوكية تعتبر فريدة إلى حد كبير لدى كل طفل توحدي، (الزراع، 2004) ولعل أهم هذه الخصائص الحركات النمطية مثل: رفرقة اليدين، وهز الجسم، والمشي على رؤوس القدمين، وتلويح اليد أمام العينين، والدوران حول النفس، والسلوكيات الرتيبة مثل: الانشغال المفرط باهتمام أو موضوعات محددة، والإصرار على التشابه أو التماثل، والسلوك الروتيني (الشامي، 2004).

حيث ذكر سوهين وادم ولوفتين (Hyun, et al. 2007) بأن هذا السلوك يتضمن سلوكيات متكررة وغير مسيطر عليها كرفرفة اليدين وحركة الرأس، كما قد يتضمن استخدام الأشياء بشكل روتيني يومياً، ومن هذه الخصائص التي تلاحظ وبشكل متكرر وتعتبر احد الملامح الرئيسية لاضطراب طيف التوحد مقاومتهم لأي تغيير في البيئة واعتمادهم على الروتين بشكل كبير (الزريقات، 2010). وقيامهم بالعديد من السلوكيات النمطية اللغوية أو الحركية مثل تدوير الأشياء أو التصنيف بالأيدي، وكذلك الاهتمام المفرط بالأشياء فقد يلعب الطفل بلعبة معينة ساعات عديدة دون ملل (هالهان وآخرون، 2013).

وقد يظهر بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بعض الفروق مثل طريقة خاصة في خاصة في الوقوف وفي معظم الأحيان يفتقون ورؤوسهم منحنية كما لو أنهم يحلقون تحت أقدامهم وقد يمشون على رؤوس أصابعهم (سليمان، 2001).

ومن خصائصهم السلوكية، كذلك يظهرون إفراطاً شديداً يتمثل في السلوك الفوضوي، والعدوان نحو الآخرين أو نحو الذات، فقد يقومون هؤلاء بالعض والضرب، وغيرها من المحاولات المؤذية للذات أو للآخرين، إذ أن أكثر من 50% من الأطفال الذين لديهم اضطراب طيف التوحد، يظهرون العدوان الذاتي ويمارسه ما لا يقل عن 14، 6% بشدة (الزراع، 2004) وهو المعروف بالعدوان الذاتي المكثف الذي يؤدي إلى دخول المستشفى، ومن أسباب السلوك العدواني صعوبة الفهم، وانخفاض القدرة على التواصل، والتعبير عن احتياجاتهم ورغباتهم وانخفاض مهارات المواجهة والصراخ مع الزملاء والألم غير المشخص واضطرابات القلق والمزاج والاكتئاب والخلل النفسي والاضطراب النفسي، وكذلك لديهم فرط النشاط

الأحيان وكأنه ليس لديهم أي خبرة بالأصوات أو الأشكال (خطاب، 2005).

ويمكن تلخيص الخصائص الحسية لدى هؤلاء الأطفال بما يلي: المثيرات الصوتية: إذ تشير الملاحظات إن بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، يظهرون حساسية سمعية لأصوات يسمعونها ولا يسمعونها الأفراد الآخرون المحيطين بهم، مما تسبب لهم إزعاجاً شديداً، وبما أنهم يبدون كمن يعاني الصمم، (Machado, et all. 2013) فأنهم في الوقت ذاته لا يستجيبون فيه للأصوات المنخفضة والروتينية، وخاصة الأدوات المستخدمة في المنزل. المثيرات البصرية: قد يبدو أن الأطفال لا يرون بعض المثيرات البصرية، وفي رؤية بعض الألوان، أو قد يظهرون اهتمام كبير ببعض الأضواء والأشكال الضوئية، كما ويمكن الأطفال بعض الأطعمة بناءً على لونها. المثيرات اللمسية: تعتبر من أكثر الخصائص التي يظهر فيها التباين (الجابري، 2014) فقد يظهر بعض الأطفال حساسية جلدية كبيرة، مما تجعل الطفل يبتعد عن الأفراد أو الفرد الذي يقترب منه أو يحاول الإمساك به، ونجد أن البعض قد لا يشعر بالألم وقد لا يبكي على الرغم من تعرضه لأذى شديد (الأعظمي والسعدي، 2011).

أسباب اضطراب طيف التوحد:

ما الدافع الذي يسبب اضطراب طيف التوحد؟ هنا يكمن التساؤل والتحري؟ هل هو مرض عصبي، أم نفسي، أم ناتج عن جروح أو مشاكل في الرحم أثناء الولادة، أو سبب رفض الأم لابنها أو بسبب خلل في الجينات أو بسبب النقص في بعض المعادن اللازمة للجسم في الطعام؟ (Machado, et all. 2013) انعكست الزيادة السريعة في معدلات الانتشار على الزيادة الواسعة في الدراسات والبحوث، وكذلك التفسيرات المتنوعة والأسباب المختلفة لهذا الاضطراب، حيث إن تلك الدراسات لم تجزم بأحدها وبشكل قاطع ومستقل.

مؤشرات الإصابة باضطراب طيف التوحد:

هناك العديد من العوامل المرتبطة بالإصابة باضطراب طيف التوحد هي وجود أو عدم وجود الإعاقة العقلية والضعف في التواصل اللفظي وغير اللفظي، ومشكلات الصحة العقلية الإضافية وهي كالاتي: (DSM V, 2013): **العوامل البيئية:** هناك مجموعة متنوعة من عوامل الخطر البيئية غير المحددة، مثل عمر الوالدين عند الحمل، الوزن عند الولادة. **العوامل الوراثية والفسولوجية:** وقدرت من 37% إلى 90% للإصابة باضطراب طيف التوحد بناءً على معدلات التوافق للتوأم، وقد

المعلومات التي تتطلب مستوى عالٍ من المعالجة كرواية القصة، وتسلسل الأحداث والنشاطات، والأفعال التي وقعت معهم، (Simons, B. et al. 2010) وكذلك تذكرهم للمعلومات التي شاهدها بصرياً، وهناك صعوبة في تذكر سلسلة من المعلومات اللفظية التي تتعلق بما يفعلون، وكيف يفعلون شيئاً ما. التفكير: يتميز تفكير الطفل الذي لديه اضطراب طيف التوحد، بأنه تفكير بعيد عن الواقع، فهو لا يدرك الظروف الاجتماعية المحيطة به، ولا يدرك العالم لانشغاله بالتفكير بإشباع حاجاته ورغباته الروتينية والطقوسية. (Brentanti, et al. 2013)

الخصائص الحسية (Sensory Characteristic) يبيدي بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد خصائص حسية مختلفة عن أقرانهم من الأطفال العاديين، ويعود ذلك إلى أنهم عادة إما منخفضي الاستجابة، أي إن استجابته للمثيرات اللمسية أو البصرية أو السمعية في بيئتهم وتفسيرهم لتلك المثيرات يكون ضعيفاً، (الزراع، 2004) أو قد يكون لديهم حساسية مفرطة للمثيرات المحيطة بهم، كأن يفسروا تلك المثيرات بشكل مضخم جداً فقد يمتلكون حساسية زائدة نحو لون معين أو قد تبدو ردة فعلهم مبالغ نحو مصدر ضوء بسيط (الشامي، 2004).

ويبدو أيضاً إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، لا يرون بعض المثيرات البصرية، فهم يرون أشياء دون أخرى، ويتجنبون التواصل البصري مع الآخرين، (Machado, et all. 2013) ويمتلكون حساسية مفرطة نحو بعض الألوان والأضواء، فهم يفضلون استخدام الرؤية المحيطة، إذ يقومون بعملية تنظيم ذاتي لبعض المثيرات البصرية. وقد أشار العديد من أولياء أمور الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد إلى أن هؤلاء الأطفال يقومون بعمر مبكر بالتحديق بالفراغ، ويركزون على الطبيعة المادية للمكان، وليس على الأشخاص (Matson, 2009).

وقد ينعكس ذلك على نظرة الآخرين لهم، من خلال اعتقادهم بأن هؤلاء الأطفال صم أو مكفوفين نظراً لردود فعلهم تجاه المثيرات، بينما تظهر فئة منهم خليطاً من النموذجين السابقين (الحساسية المفرطة والحساسية المنخفضة) كأن لا يستجيبون لصوت عالٍ مثل (صوت جرس إنذار) في حين يكون رد فعلهم مفرطاً لشخص ما يصدر صغيراً من مسافة بعيدة (هالهان وآخرون، 2013).

كما إن لديهم قصوراً في التمييز الحسي فقد يقوموا بتغطية عيونهم عندما يسمعون صوتاً لا يحبونه، وقد يستجيبون للخبيرات الحسية بطريقة غريبة وشاذة، فهم يتصرفون بعض

للتغيرات الحديثة (ASD) التي طرأت على البناء المفاهيمي لفئة اضطرابات طيف التوحد و انتقلها من المفهوم التشخيصي الفئوي إلى مفهوم متصلبة التشخيص غير الفئوي. كما وتتناول الورقة عرضاً تفصيلياً لمفهوم التشخيص متعدد المستويات وذلك عبر بيانها للمكونات الثلاثة الأساسية لعملية التشخيص التكاملية وفقاً لما تم عرضه في المحكات التشخيصية الجديدة المعلنة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي وأخيراً استعرضت الورقة أهم التحديات التي تواجه عملية التشخيص والطريقة. (DSM V) للتغلب على هذه التحديات.

الدراسات الأجنبية: هناك العديد من الدراسات أهمها:

وفي دراسة سبونهم (Sponheim، 1996) التي هدفت إلى المقارنة بين معايير الكشف عن التوحد في كل من الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (DSM-IV) والدليل العاشر للأمراض العقلية أصدر عن منظمة الصحة العالمية (ICD,10) مع الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية الطبعة الثالثة (DSM-IV) ومقياس تقدير التوحد الطفولي (CARS) وقائمة السلوك التوحدي (ABC) تألفت عين الدراسة من (132) طفلاً قسموا إلى عشرة مجموعات تبعا للمناطق التي اختيروا منها وقد أظهرت النتائج أن خمس مجموعات من أصل عشرة مجموعات لديها اضطرابات نمائية شاملة (PDD) إضافة لظهور فروق دالة بنفس المجموعة، وأشارت النتائج أيضا لوجود فروق ذات دلالة بين مجموعة اضطرابات النمائية الشاملة (PDD) والمجموعة التي لا تعاني من (NO-PDD) من خلال التي تم الحصول عليها، كما أظهرت النتائج بأن قدرة (ICD-10) في تصنيف حالات التوحد أدنى من قدرة (DSM-IV) لكنها كانت أكثر دقة في تمييز الأطفال التوحديين من اضطراب الطفولة التفككي ومتلازمة اسير جر والتوحد النمطي وتبني أن اضطراب ريت (RETT) يمكن اعتبارها اضطرابا عصبيا وأن أفضل المعايير في تصنيف التوحد هي (ICD-10) (DSM-IV).

وهدف دراسة كلين وكيك و فولكمار (Klin, Cichet، 2000، Volkmar &) التحقق من مدى من فعالية الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الطبعة الرابعة (dsm-iv) في تحديد خصائص التوحد وقدرتها في تمييز التوحد عن الاضطرابات والإعاقات الأخرى باختلاف الأعراق والثقافات والبيئات وقد شملت عينة الدراسة 977 فردا اختيروا من أماكن مختلفة من العالم (أميركا الشمالية، أوروبا، إفريقيا، الشرق الأوسط وآسيا) الذين قيّم حالاتهم إكلينيكيًا من قبل عدة

يصل إلى (15%) من حالات طيف التوحد تظهر اضطرابات تتوافق مع طفرة جينية معروفة، أو الطفرات لجينات معينة ترتبط مع اضطراب في عائلات مختلفة، مع ذلك، وحتى عندما يرتبط اضطراب طيف التوحد مع طفرة جينية معروفة فإنه لا يبدو كاملاً. عوامل ثقافية: إن التنوع والاختلافات الثقافية لقواعد التفاعل الاجتماعي والتواصل اللفظي والغير لفظي، والعلاقات بين الأفراد، وبذلك قد يكون الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد (Machado, et all. 2013).

الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات السابقة التي تناولت موضوع المظاهر السلوكية لدى اطفال اضطراب طيف التوحد وفيما يلي عرض موجز لأهم هذه الدراسات.

الدراسات العربية:

قام معمور (1997) بدراسة هدفة قياس فاعلية برنامج سلوكي تدريبي في تخفيف أعراض اضطراب الأطفال التوحديين في مصر، وذلك من خلال تنمية بعض الاستجابات الايجابية في سلوك الاطفال التوحديين، وتزويدهم بعض المهارات الحياتية من أجل إحداث التوافق مع أنفسهم ومع الخارجية وتكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً توحدياً، تراوحت أعمارهم من (7-14) سنة، وتوصلت النتائج إلى انخفاض مستوى القلق والسلوك العدواني، والنشاط الزائد وزيادة مدة الانتباه وتطور المهارات الاجتماعية.

دراسة الصباح والطيطي (2008)، التي هدفت التعرف إلى أهم السمات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين وأمهاتهم في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المختصين، تكونت عينة الدراسة من (42) إحصائياً من العاملين في مؤسسات التربية الخاصة، و(63) أما من أمهات الاطفال التوحديين، استخدمت استبانة لقياس السمات النفسية والاجتماعية، وأظهرت النتائج أن متوسطات السمات النفسية والاجتماعية للاطفال التوحديين من وجهة نظر المختصين كانت مرتفعة بمتوسط حسابي (3.76)، وأكثرها انتشاراً سمة الانسحابية وقلها اضطراب السلوك الحسي، كما بينت الدراسة أنه لم يكن هناك فروق تبعاً لمتغير الجنس والمؤهل العلمي وسنوات الخبرة، في حين كان هناك فروق تبعاً للتخصص على الدرجة لصالح تخصص علم النفس.

أجرى (الجابري، 2014) دراسة حول التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة، حيث تتناول الورقة في مقدمتها بياناً

وتكونت عينة الدراسة من (459) طفلاً ومراهقاً من ذوي اضطراب الطيف التوحدي اختيروا بالطريقة العشوائية. ولتحقيق هدف الدراسة ملاحظة الأطفال والمراهقين أفراد عينة الدراسة باستخدام معايير (DSM-IV) و (DSM-V) أشارت نتائج الدراسة أن قائمة المعايير (DSM V) كانت أكثر قدرة على تشخيص المشاكل السلوكية لدى الأطفال والمراهقين من ذوي الاضطراب الطيف التوحدي.

وقام كل من نيرجن وماتسون وادمز وبيلفا (Turygin, 2013)، (Matson، Adams، & Belva) بدراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت الكشف عن أثر استخدام المعايير (DSM V) في تحديد السلوكيات على التكيف لدى الأطفال ذوي الاضطراب الطيف التوحدي، تكونت عينة الدراسة من (142) من الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب الطيف التوحدي اختيروا بالطريقة العشوائية. ولتحقيق هدف الدراسة، استخدمت قائمة معايير (DSM V). أشارت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق في التشخيص بين استخدام معايير (DSM-IV) و (DSM V) في تشخيص الأطفال والمراهقين ذوي الاضطراب الطيف التوحدي. كشفت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في تحديد الخصائص السلوكية والقدرة على التكيف السلوكي لدى الأطفال باستخدام معايير (DSM-IV) و (DSM V).

دراسة كلاً من بيغلي وماتسون وريسكي وسيرفانتس وجولدن ويانغ (Beighley, Matson, Rieske, Cervantes, Goldin & Jang, 2014) التي هدفت إلى تعرّف الفروق في الخصائص السلوكية لدى البالغين من ذوي اضطرابات طيف التوحدي باستخدام (DSM-IV-TR) و (DSM V)، وتكونت عينة الدراسة من (51) من البالغين ممن يعانون اضطراب طيف التوحدي في أمريكا، ولتحقيق هدف الدراسة، تم استخدام (DSM-IV-TR) و (DSM-V) لتشخيص الخصائص السلوكية لدى أفراد العينة، وأظهرت النتائج أن (DSM V) كانت أكثر قدرة على ملاحظة الخصائص السلوكية المتكررة لدى البالغين ممن يعانون اضطراب الطيف التوحدي مقارنة باستخدام (DSM-IV-TR).

وأجرى ريتلي وتورتولاني وتوريلو وكاربوني ومونيتش (Rellini, Torioiani, Trillo, Carbon & Monrecchi, 2014). دراسة هدفت إلى معرفة مدى توافق خصائص الأطفال التوحديين الذين شخّصوا وفقاً لكل من مقياس تقدير التوحدي الطفولي (CARS) وقائمة السلوك التوحدي (ABC) مع معايير الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية. الطبعة الرابعة (DSM-IV) فيكشف وتشخيص التوحيد وذلك على (65) طفلاً بعمر (18) شهراً إلى (11) سنة، وقد أظهرت النتائج أن

مختصين على النحو التالي (405) شخّصوا بالتوحد والاضطرابات النمائية الشاملة الأخرى و(240) شخّصوا باضطراب اللغة والكلام و(280) شخّصوا بالإعاقات العقلية وقد توصلت الدراسة إلى أن قدرة (DSM-IV) على تحديد خصائص التوحد وتشخيصه أفضل المقاييس والاختبارات التي اعتمدت التشخيص السريري وتبين من الدراسة أن (DSM-IV) له قدرة عالية في التمييز بين التوحد والاضطرابات والإعاقات الأخرى كما أن معييره لا تتأثر باختلاف الأعراق والثقافات والبيئات.

وحاولت دراسة ماتسون وكوزلويكي وهاتير وهوروفيتس (Horovitz & Sipes، Hattier، kozlowski، Matson) في الولايات المتحدة الأمريكية تعرّف مستوى انتشار التوحد والسلوكيات المرتبطة بهذا الاضطراب لدى الأطفال ومقارنة معايير (DSM-AV) و (DSM V) في تشخيص سلوكيات اضطراب الطيف التوحدي. تكونت عينة الدراسة من (2721) طالباً اختيروا بالطريقة العشوائية. وتم استخدام قائمة معايير (DSM-AV) و (DSM V) لتحديد مدى قدرتها في الكشف عن الخ طيف التوحد. كشفت نتائج الدراسة أن معيار (DSM V) كانت أكثر قدرة على الكشف عن الخصائص السلوكية لدى أطفال طيف التوحد مقارنة مع معايير (DSM-IV).

وأجرت بارتون وروبنز وجاشار وبيرين وفين (Barton, Robins, Jashar, Brennan & fein, 2013) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت إلى تقييم معايير (DSM-V) في القدرة على الكشف عن السلوكيات لدى الأطفال من ذوي اضطراب الطيف التوحدي وتكونت عينة الدراسة من (422) من أطفال طيف التوحدي اختيروا بالطريقة العشوائية. أشارت نتائج الدراسة إلى أن مستوى حساسية قائمة معايير (DSM V) قد بلغت (0.94) مما يعني أنها قادرة على تحديد مجموعة كبيرة من السلوكيات لدى الأطفال اضطراب الطيف التوحدي. أظهرت النتائج انخفاض مستوى قدرة قائمة معايير (DSM V) في تحديد المشكلات السلوكية الاجتماعية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

وهدف دراسة بيغلي وماتسون وريسكي وجانغ وسيرفانتس وجولدن

(Beighley, Matson, Rieske, Jang, Cervanies & Goldin, 2013)

في الولايات المتحدة هدفت إلى مقارنة معايير (DSM-IV) و (DSM V) في لقدرة على الكشف عن المشاكل السلوكية لدى الأطفال المراهقين من ذوي الاضطراب الطيف التوحدي.

تحديد حدة اضطراب الطيف التوحدي، انخفاض مستوى الذكاء العام وانخفاض مستوى سلوكيات التكيف الاجتماعي مقارنة مع معايير (DSM-4).

وأعدت الباحثة بيجلي وماتسون (Matson, Beighley, 2014) دراسة في الولايات المتحدة الأمريكية هدفت التعرف إلى الفروق التشخيصية للمهارات الاجتماعية لدى أطفال ومراهقي اضطراب طيف التوحيد بين معايير (DSMv) و (DSM-4). كشفت نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائية بين معايير (DSM V) و (DSM-4) في تشخيص العيوب في المهارات الاجتماعية لدى الأطفال والمراهقين من ذوي اضطراب طيف التوحيد.

التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الاطلاع على نتائج الدراسات السابقة يتبين لنا أن هناك ندرة بالدراسات العربية التي تناولت المظاهر السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحيد وخاصة بعد إصدار النسخة الخامسة من الدليل الإحصائي النفسي للأمراض النفسية (DSMV).

وهذا يفسر قلة معرفة المختصين بتفسير المظاهر السلوكية للأطفال المصابين بهذا الاضطراب، الأمر الذي يؤدي إلى تدني في مستوى الخدمات والبرامج العلاجية المقدمة لهم. في حين هناك غزارة بالدراسات الأجنبية التي تناولت المظاهر السلوكية لهذا الاضطراب، ولكنها لم تصل بشكل مؤكد لتفسير واضح يبين سبب ظهور هذه المظاهر السلوكية لدى الأطفال، حيث يعد هذا الأمر لعزاً محيراً حتى يومنا هذا، وهذا ما دفع الباحث القيام بهذه الدراسة.

مجتمع الدراسة:

تشكل مجتمع الدراسة من جميع مراكز ومؤسسات التربية الخاصة التي تتضمن أطفال ذوي اضطراب طيف التوحيد في جنوب الضفة الغربية، والجدول رقم (1) يبين حجم مجتمع الدراسة في جنوب الضفة الغربية.

عينة الدراسة:

تشكلت عينة الدراسة من جميع مجتمع الدراسة وهم (67) طفلاً في مراكز التربية الخاصة كما يوضحها الجدول (1)، حيث طبق عليهم مقياس CARS.

هناك توفيقاً كاملاً بين معايير (DSM-IV) ومقياس تقدير التوحيد الطفولي (CARS) في كشف وتشخيص هؤلاء الأطفال كما أظهرت الدراسة أن قدرة قائمة التوحدي (ABC) ضعيفة ف تمييز الأفراد ذوي اضطراب التوحيد عن الحالات الأخرى للاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) كما تبين أن الأخطاء (ABC) في كشف وتشخيص التوحيد كانت عامة حيث بلغت (%46) مقابل (%0) (CARS) حسب معايير (DSM-IV).

أما دراسة يونغ ورودي (Young & rodi, 2014) التي هدفت إلى الكشف عن قدرة (DSMv) في الكشف عن السلوكيات المختلفة لدى الأفراد من ذوي اضطراب طيف التوحدي في استراليا، وتكونت عينة الدراسة من (210) من أفراد طيف التوحيد، اضطراب متلازمة اسبرجر، الاضطرابات النمائية، ولتحقيق هدف الدراسة، تم استخدام المعايير المتضمنة في (DSMv) لتحديد السلوكيات المختلفة، وأظهرت النتائج أن معايير (DSM-VI-TR) لم تكن قادرة على الكشف عن السلوكيات الاجتماعية لدى أفراد الطيف التوحدي مقارنة مع (DSMv).

وقامت بينت وآخرون (Bennett, Szatmari, Georgiades,)

(Hanna, Janus, Georgiadws, et al., 2014) Duku,

بدراسة في كندا هدفت التعرف إلى قدرة معايير (DSMv) في الكشف عن الضعف اللغوي والكفايات الاجتماعية لدى طلبة اضطراب طيف التوحيد في مرحلة الروضة، تكونت عينة الدراسة من (330) طالباً وطالبة اختيروا عشوائياً في عدد من الروضات، ولتحقيق هدف الدراسة، أستخدم معايير (DSM V) في جمع البيانات، وأظهرت النتائج أن معايير (DSM V) كانت قادرة على تقديم تشخيص دقيق للضعف اللغوي والكفاية الاجتماعية لدى طلبة اضطرابات طيف التوحيد في مرحلة الروضة.

كما أجرى كلاً من طاهري وبيري وفاكتور (Taheri, Perry & Factor, 2014) دراسة في كندا هدفت التحقق من التطبيقات العملية لمعايير (DSMv) على طلبة اضطراب طيف التوحيد، تكونت عينة الدراسة من (22) من أفراد اضطراب طيف التوحيد، تم استخدام معايير اضطراب طيف التوحيد في تحديد القدرات المعرفية ومهارات التكيف. وكشفت النتائج أن (%55) من العينة المشخصة باستخدام معايير (DSMv) أظهرت اضطرابات طيف التوحيد وهذا يتضمن (%69) من أولئك المشخصين باستخدام معايير (DSMiv). كشفت نتائج الدراسة أن معايير (DSMv) كانت قادرة على

الجدول (1)**مجتمع وعينة الدراسة حسب مراكز التربية الخاصة في جنوب الضفة الغربية**

العنوان	اسم المركز	عدد الأطفال
بيت جالا-بيت لحم	مؤسسة يميمة	9
بيت لحم	مؤسسة اللابيف جيت	11
مخيم الدهيشة-بيت لحم	اللجنة المحلية لتأهيل المعاقين	7
الخصر-بيت لحم	جمعية رعاية الطفل	5
بيت فجار	مركز بيت فجار	5
بيت لحم	جمعية بيت لحم العربية لتأهيل المعاقين	3
الخليل	مركز خرما لأطفال التوحد	8
الخليل	جمعية الإحسان الخيرية لرعاية وتأهيل المعاقين	6
الخليل	مركز محمد بن راشد آل مكتوم	6
بلدة نحالين-بيت لحم	مركز نحالين للتربية الخاصة	5
	المجموع	67

طيف التوحد وتميزهم عن الأفراد مع التشخيصات الأخرى. Campbell and Palij (1985) Eaves Milner (1993), Garfin. McCallon. and Cox (1988) Kurita, Miyake. and Katsuna (1989), Sevin, Matson, Coe, Fee. and Sevin (1991). Sturmey, Matson. and Sevin (1992). And Teal and Wiebe (1986).

يبين الجدول (1) توزيع مجتمع وعينة الدراسة وعدد الأطفال المنتعنين من خدمات المركز والمشخصين بأنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد.

منهجية الدراسة:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الوصفي المسحي وذلك لمناسبته لمعرفة واقع خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بموضوعية، بهدف تحديد الخصائص حسب مقياس CARS-s2 لتصنيف اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة في جنوب الضفة الغربية.

أداة الدراسة:

مقياس اضطراب طيف التوحد (ASD) في الطفولة CARS2 يتضمن ثلاثة أشكال، وهذه الأشكال هي مقياس التقييم (النسخة القياسية CARS2-ST بعنوان CARS سابقاً)، ومقياس تقييم اضطراب طيف التوحد (ASD) في الطفولة الطبعة الثانية (النسخة المتقدمة CARS2-HF) واستبيان للأباء أو مقدمي الرعاية (CARS2-QPC). وهو لا يعتمد على ونيرة السلوكيات فقط، ولكن أيضاً على كثافتها، خصوصيتها، ومدتها، وهذا يسمح بمرونة كبيرة في دمج معلومات شاملة عن الحالة، وفي الوقت نفسه ينتج كمية متسقة النتائج. يمكن أيضاً للأخصائيين استخدام نتائج (CARS2) للمساعدة في إعطاء ملاحظات الآباء في التشخيص وصفاً وظيفي الملامح، وتوجيه خطط التدخل. إن كل من شكلي التصنيف يسأل عن 15 من أنماط السلوك التي يحددها نظام تصنيف فريد مطور للمساعدة في تحديد الأفراد ذوي اضطراب

صدق المقياس وثبته:**يتم المقياس بمعايير عالية من الصدق والقياس**

تم التحقق من صدق الأداة بحساب مصفوفة ارتباط الفقرات مع الدرجة الكلية للأداة، وتبين أن غالبية قيم ارتباط الفقرات الكلية للأداة دالة إحصائياً، كما تم عرضها على مجموعة من المحكمين المختصين بالجامعات للتأكد من صدقها الظاهري.

وتم التحقق من ثبات أداة الدراسة بفحص الاتساق الداخلي لفقرات الاداة بحساب معادلة كرونباخ ألفا على عينة الدراسة الكلية حيث بلغت قيمة ثبات الاداة عند المختصين (0.92) وبذلك تتمتع الاداة بدرجة ممتازة من الثبات بلغت (0.76).

المعالجة الإحصائية:

للإجابة عن تساؤلات الدراسة استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية للتحقق من خصائص اضطراب طيف التوحد في المراكز.

نتائج الدراسة:

للإجابة عن السؤال الأول ونصه "ما خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد في مراكز التربية الخاصة بجنوب

الصفة الغربية؟" استخدمت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريّة والتكرارات والنسب المئوية للتحقق من خصائص

جدول (2)

نتائج مقياس خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد حسب مقياس CARS-ST

الأهمية النسبية %	المتوسط الحسابي	خصائص التوحد	ترتيب الخصائص حسب المتوسطات تنازلياً
ظاهرة بقوة	3.1	اضطراب التواصل اللفظي	1
	2.9	التواصل غير اللفظي	2
	2.8	التقليد	3
	2.8	التكيف مع التغيير	4
	2.8	الخوف والعصبية	5
	2.7	استخدام الجسد	6
متوسطة	2.3	استخدام الأشياء في اللعب	7
	2.2	الاتصال بالناس	8
غير ظاهرة	1.4	مستوى النشاط	9
	1.3	استخدام التذوق والشم واللمس	10
	1.3	الاستجابة السمعية	11
	1.2	الاستجابة البصرية	12
	1.1	الانطباع العام	13
	1.1	الاستجابة العاطفية	14
	0.9	مستوى اتساق الاستجابة الفكرية	15
متوسطة	2.5	الحد الأوسط للخصائص	

المصابين به من قصور أو عجز شديد في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية وغير اللفظية، كما أنهم يتصفون بعدم المرونة في السلوك وصعوبة شديدة بالقدرة على التكيف مع التغيير.

أما الخصائص التي ظهرت بشكل متوسط لدى الأطفال فهي سمتان (استخدام الأشياء في اللعب، والاتصال بالناس) حيث أننا بمتوسطين (2.3) و(2.2) وهي أقل من الحد الأوسط لظهور الخصائص وهو (2.5).

ويتبين لنا من هذه النتائج أن هناك صعوبة في التعرف على خصائص الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد بالمستوى الثاني، ويعزي الباحث هذه الصعوبة إلى احتياجها إلى كوادرات متخصصة ومؤهله وذات خبرة طويلة في المراكز للتعرف على الخصائص بشكل دقيق وواضح، لذا عندما طبق الباحث

أظهرت النتائج في الجدول (2) أن خصائص اضطراب طيف التوحد الأكثر ظهوراً لدى الأطفال في مراكز جنوب الضفة الغربية هي اضطراب التواصل اللفظي حيث أتت بمتوسط حسابي قدره (3.1) وهي أعلى من الحد الأوسط (2.5)، تلتها في المرتبة الثانية سمة التواصل غير اللفظي حيث أتت بمتوسط حسابي قدره (2.9)، أما المرتبة الثالثة احتلتها أربع خصائص هي (التقليد، والتكيف مع التغيير، الخوف والعصبية، استخدام الجسد).

ويفسر الباحث هذه النتائج بأن الخصائص كانت ظاهرة بقوة أي أن الأطفال كانوا مصابين باضطراب طيف التوحد من النوع الثالث وهو الشديد رقم (3)، حيث سهل التعرف على خصائصهم وهذه النتيجة تتفق مع دراسة الجابري (2014) والتي تشير إلى أن مستوى الشدة رقم (3) يعاني الأطفال

تشخيصهم في المراكز بشكل خاطئ، كما يُعتقد بأنهم مصابين باضطرابات أخرى غير التوحد، ويعود ذلك لعدم توفر أدوات تشخيصه مقننه على البيئة الفلسطينية لتشخيص هذا الاضطراب، أو أخطاء في عملية التشخيص. أما السبب الثاني: أن عدد من الأطفال مصابين باضطراب طيف التوحد من المستوى الأول وهو البسيط، حيث يتطلب هذا النوع كفاءة عالية جداً من الاخصائيين للتعرف عليه وتشخيصه، كما يحتاج مقاييس دقيقة لتشخيصه.

- إجابة السؤال الثاني "هل تختلف خصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد حسب متغير المنطقة عمر الطفل؟" يبينها الجدول الآتي:

مقياس الخصائص على الأطفال لم تظهر النتائج هذه الخصائص بشكل واضح، أي أن هناك خطأ ما في تشخيص الأطفال في مراكز جنوب الضفة الغربية.

أما الخصائص التي لم تظهر لدى الأطفال فهي سمة (مستوى النشاط، استخدام التذوق والشم واللمس، الاستجابة السمعية، الاستجابة البصرية، الانطباع العام، الاستجابة العاطفية، مستوى اتساق الاستجابة الفكرية) حيث أتت بمتوسطات متدنية جداً أقل بكثير من الحد الأدنى لظهور الخصائص (1.5).

ويعزي الباحث هذه النتيجة وهي عدم ظهور خصائص التوحد على الأطفال لسببين هما: السبب الأول: أن عدد من عينة الدراسة ليسوا مصابين باضطراب طيف التوحد ولكن تم

الجدول (3)

خصائص طفل اضطراب طيف التوحد حسب التصنيفات التفسيرية المرافقة لمجموع نقاط (CARS2-HF / TCARS2-ST) تبعاً لمتغير عمر الطفل

وصف خصائص التوحد	مجموع نقاط T	العمر بالسنوات	
		13 >	13 <
درجة قصوى من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	70 <	8	7
مستوى عالٍ جداً من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	60 - 70	4	4
مستوى عالٍ من من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	55 - 59	6	4
مستوى متوسط من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	45 - 54	1	2
مستوى منخفض من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	40 - 44	2	3
مستوى منخفض جداً من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	25 - 39	2	2
الحد الأدنى أو لا يوجد خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	25 >	9	8
		32	30

التي أتت بالسؤال الأول السابق، أي أن هناك أطفال مشخصين على أنهم مصابين باضطراب طيف التوحد ولكن بالحقيقة هم غير ذلك.

كما يبين الجدول السابق أنه لا توجد فروق دالة احصائياً بخصائص الأطفال تعزى لمتغير العمر حيث أتت النتائج متشابه بين الأطفال التي تقل أعمارهم عن (13) عاماً، والأفراد الذين يزيد عمرهم عن (13).

- إجابة السؤال الثالث "هل تختلف خصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد حسب متغير النوع الاجتماعي (ذكر، وأنثى) في جنوب الضفة الغربية؟" يوضحها الجدول الآتي:

يبين الجدول رقم (3) أن الخصائص ذات الدرجة القصوى والعالية جداً والعالية كانت الأكثر ظهوراً على أطفال مراكز التوحد في جنوب الضفة الغربية، وذلك لسهولة التعرف إليها وتحديدها وتشخيصها. ولأنها لا تحتاج إلى دقة عالية للتعرف إليها.

أما الخصائص ذات المستوى المتوسط، والمنخفض، والمنخفض جداً أتت بتكرارات قليلة أي كان هناك صعوبة في التعرف إليها عند تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

كما نلاحظ أن هناك عدد كبير من الأطفال لم تظهر عليهم خصائص اضطراب طيف التوحد وكان عددهم (8) أطفال أعمارهم أقل من (13)، وكان هناك (9) من الأفراد أكثر من عم (13) لم تظهر عليهم أيضاً خصائص التوحد وهذا يؤكد النتائج

الجدول (4)

خصائص طفل اضطراب طيف التوحد حسب التصنيفات التفسيرية المرافقة لمجموع نقاط (CARS2-HF / TCARS2-ST) تبعاً لمتغير النوع الاجتماعي:

وصف خصائص التوحد	مجموع نقاط T	النوع الاجتماعي	
		أنثى	ذكر
		التكرارات	
درجة قصوى من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	70 <	8	7
مستوى عالٍ جداً من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	60 – 70	4	4
مستوى عالٍ من من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	55 – 59	6	4
مستوى متوسط من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	45 – 54	1	2
مستوى منخفض من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	40 – 44	2	3
مستوى منخفض جداً من خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	25 – 39	2	2
الحد الأدنى أو لا يوجد خصائص تتعلق بالتوحد بالمقارنة مع أولئك المشخصون بالتوحد	25 >	9	8
		32	30

هذا وقد ظهرت الخصائص التالية في المرتبة الخامسة وهي الانطباع العام، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استخدام التذوق والشم واللمس والتواصل غير اللفظي بمتوسط حسابي (2.3).

وفي المرتبة الأخيرة الخصائص التي اقتربت من الحد الطبيعي لخصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد وهي الاتصال مع الناس والاستجابة العاطفية بمتوسط حسابي (2.2). نستنتج من النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة، ومناقشة تلك النتائج إلى أهمية دراسة خصائص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وهذا ما أكدت عليه نتائج الدراسة الحالية، مما يقود إلى توصيات منها:

1. إجراء المزيد من الدراسات حول قياس خصائص اضطراب طيف التوحد.
2. توعية وتدريب العاملين بمراكز التوحد على عملية القياس الدقيق لاضطراب طيف التوحد.
3. أهمية وجود فريق متعدد التخصصات يقوم بإجراء الكشف والقياس لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
4. ضرورة إعادة التشخيص للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ومعرفة المشكلات والاضطرابات النمائية لديهم، لتقديم أفضل الخدمات والبرامج التربوية والعلاجية لوضعهم بالمكان المناسب.
5. إجراء دراسة شبيهة بالدراسة الحالية في جنوب الضفة الغربية بشكل موسع أكثر.

يبين الجدول رقم (4) أن خصائص اضطراب طيف التوحد كانت أكثر ظهوراً لدى الذكور منها عند الإناث في مراكز التوحد في جنوب الضفة الغربية، وهذا يتفق مع الأدب النظري لدراسات التوحد والتي تشير إلى أن نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد أكثر لدى الذكور بنسبة (1-4) منها لدى الإناث.

ترتيب الخصائص حسب الأكثر ظهوراً لدى الذكور: التواصل اللفظي، استخدام الأشياء في اللعب، التكيف مع التغيير، التقليد، الخوف والعصبية، استخدام الجسد، مستوى النشاط، الانطباع العام، الاستجابة البصرية، الاستجابة السمعية، استخدام التذوق والشم واللمس، التواصل غير اللفظي، الاتصال بالناس، الاستجابة العاطفية، علماً بأن الحد الأعلى للمتوسطات الحسابية هو (2.5) والحد الأدنى هو (1).

تبين في إجابة السؤال الأول أن أعلى سمة من خصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد في جنوب الضفة الغربية ظهوراً هي التواصل اللفظي بمتوسط حسابي قدره (3)، وهذا يتفق مع دراسة الجابري (2014) التي تختلف مع دراسة الشامي (2003). السمة التي احتلت المرتبة الثانية من خصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد هي استخدام الأشياء في اللعب بمتوسط حسابي بلغ (2.6).

كما وتحتل في المرتبة الثالثة على التوالي ثلاثة خصائص من خصائص الطفل ذو اضطراب طيف التوحد وهي التكيف مع التغيير، التقليد و الخوف والعصبية بمتوسط حسابي قدره (2.5). ظهرت الخصائص التالية في المرتبة الرابعة وهي استخدام الجسد ومستوى النشاط بمتوسط حسابي (2.4).

المراجع

- والعائدين، دراسة غير منشورة، الجامعة الأردنية. ص 85-101
محمد، ع. (2002) مقياس الطفل التوحدي، ط1: القاهرة، دار رشاد للنشر والتوزيع.
- معمور، ع. (1997) فاعلية برنامج تدريبي تخفيف أعراض اضطراب الأطفال التوحديين: المؤتمر الدولي الرابع للإرشاد النفسي؛ المجلد الأول، القاهرة (2-4)، ص (427-458).
- عويس، ل. (2006) بناء وتقنين مقياس لتشخيص حالات التوحد في دول منطقة الخليج العربي. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة عمان العربية للدراسات العليا: عمان-الأردن.
- Simons, B. et al (2010) Autism Spectrum Disorders, Missouri Department of Mental Health, U.S.A.,
- Standifer, S.(2009) Adult Autism & Employment, DPS & Curators of the University of Missouri,
- <http://www.dps.missouri.edu/Autism/Adult%20Autism%20&20Employment.pdf>.
- Melmed,R.M.et al (2008) First 100 Days Kit,4th ed, Autism Speaks, INC,
- http://www.autismspeaks.org/docs/family_services_docs/10_0_day_kit.pdf.
- Gernsbacher, M.A. et al. (2005) Three Reasons Not to Believe in an Autism Epidemic, In: American Psychological science, Vol. 14, N. 2, PP: 55-59,,
- <http://www.autcom.org/pdf/Epidemic.pdf>.
- Roberts, J.M. (2004) A Review of the to Identify the Most Effective Models of Best Practice in the Management of Children With Autism Spectrum Disorder, Sydney: Center For Developmental Disability Studies,
- <http://www.dadhc.nsw.gov.au/NR/rdonlyres/A228AA8A-8A20-4058-AAA0-D82C0E37F339/983/finaldraftofautismreview1.pdf>.
- <http://www.autismguidelines.dmh.mo.gov/pdf/Guidelines.pdf>
- Barnard, J. et al.(2002) Autism in Schools, The National Autistic society, Newnorth print Ltd,
- <http://www.governornet.co.uk/%5C/linkAttachments/autismschools.pdf>.
- Hill, E.L. & Frith. U. (2002) Understanding. Autism: insights from mind and brain, In: The Royal Society, N. 8, PP: 281-289, http://conscience.risc.cnrs.fr/articles_pdf/frith_2003.pdf.
- البشنة، أ. (2001) أهمية استخدام قوائم الشطب في التعرف والتدخل لحالات ال (ASD)، ندوة لتشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الاحتياجات الخاصة (فئات الإعاقة)، المنطقة الشرقية، المملكة العربية السعودية. ص 3-22.
- الجابري، م. (2014) التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، المملكة العربية السعودية. ص 2-18.
- الزارع، ن. (2004) قائمة تقدير السلوك التوحدي، الطبعة الأولى، ط1: دار الفكر، عمان الأردن. 42-95.
- الزريقات، إ. (2004) التوحد الخصائص والعلاج، الطبعة الأولى: دار وائل، عمان-الأردن.
- المغلوث، ف. (2005). كل ما يهمك معرفته عن اضطراب التوحد، مكتبة الملك فهد، الطبعة الأولى: الرياض السعودية. ص 110-147.
- الشامي، و. (2004) خصائص ال(ASD)، تطورها وكيفية التعامل معها. الطبعة الأولى: مكتبة الملك فهد، السعودية.
- الشمري، ط. (2001) ندوة التشخيص الطبي والتقييم النفسي والتربوي لذوي الحاجات الخاصة (فئة الإعاقة) جامعة الخليج العربي ضمن برنامج مؤسسة سلطان بن عبد العزيز آل سعود للتربية الخاصة.
- الشيخ ذيب، ر. (2004) تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الأطفال التوحديين وقياس فاعليته. رسالة دكتوراه غير منشورة. الجامعة الأردنية: عمان-الأردن.
- الصباح، س؛ الطيطي، ع. (2008) دراسة لبعض السمات النفسية والاجتماعية للأطفال التوحديين في المحافظات الشمالية من وجهة نظر المختصين وامهات الأطفال اتوحديين، مجلة العلوم الانسانية السنة السادسة العدد38.
- الصبي، ع. (2003) التوحد وطيف التوحد، أسبابه، أعراضه، كيفية التعامل معه. ط1: مكتبة الملك فهد، السعودية.
- خطاب، م. (2005) الطفل التوحدي، ط1: دار الثقافة، عمان-الأردن.
- سليمان، ع. (2001) إعاقة التوحد، ط2: مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- قزاز، إ. (2007) بناء مقياس لتشخيص السلوك التوحدي والتحقق من فاعليته في عينة أردنية من حالات التوحد والإعاقة العقلية

Explaining the behavioral characteristics of the children with Autism Spectrum Disorder According to The modern diagnostic criteria (DSM-V)

*Mahmoud Sameer Faris Obaid**

ABSTRACT

The study aimed to explain the behavioral symptoms of children with ASD in the light of the recent attitudes. The study conducted among 62 teachers of ASD children at West Bank. Childhood Autism Rating Scale (CARS2,2013) was used collect data.

The most common behavioral symptoms of children with ASD were verbal communication disorders (m=3.1), which was higher than mean for DSM-V verbal communication disorders (m=2.5).

The common behavioral symptoms was non-verbal communication disorders, with an average of 2.9. The third common behavioral was assigned by four symptoms (imitation, adaptation to change, fear, nervousness, and body use). The results indicate that a lack of interpretation of these behavioral characteristics leads to a decline in the level of services and treatment programs provided. The study recommends enhancing the knowledge and skill of specialists in the behavioral Characteristics of this disorder.

Keywords: Behavioral disorders, Autism, ASD, CARS2 Scale, Special Education.

* Ministry of Education. Received on 22/5/2018 and Accepted for Publication on 14/8/2018 .