

Bernard Rimland

برنارد ريملاند

Stephen M. Edelson

ستيفين إديلسون

قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد

Autism Treatment Evaluation Checklist

ATEC

كراسة التعليمات

ترجمة وتعريب

أ.د. / عادل عبدالله محمد

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق



الناشر : دار الرشاد
العنوان : ١٤ شارع جواد حسنى - القاهرة
تليفون : ٣٩٣٤٦٠٥
رقم الإيداع : ٢٠٠٥/٢٢٦٠١
الترقيم الدولى : 977 - 364 - 046 - 9
طبع : عربية للطباعة والنشر
العنوان : ١٠،٧ ش السلام - أرض اللواء - المهندسين
تليفون : ٣٢٥١٠٤٣ - ٣٢٥٦٠٩٨
جميع حقوق الطبع والنشر محفوظة
الطبعة الأولى : ١٤٢٦ هـ - ٢٠٠٦ م

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

مقدمة

يعد اضطراب التوحد في الواقع بمثابة اضطراب عقلي واجتماعي في جوهره، كما أنه يعتبر في الوقت ذاته اضطراباً نمائياً عاماً أو منتشرأ يصيب الطفل قبل أن يصل إلى الثالثة من عمره، ويؤثر سلباً على العديد من جوانب نموه المختلفة. ويعتبر تشخيص هذا الاضطراب مسألة ليست هينة، بل إنها عادة ما تمثل مسألة غاية في الصعوبة يشارك فيها فريق متكامل ولا يشترك فيها شخص واحد فقط. وقد كان من الصعب للوصول إلى تشخيص لهذا الطفل أو التعرف عليه وتحديدته قبل أن يصل الثالثة من عمره، إلا أن الدراسات الحديثة قد أثبتت أنه من الممكن التعرف على الطفل التوحدي قبل أن يصل إلى هذا العمر الزمني حيث أصبح بالإمكان تحديد خصائص معينة تميز الطفل في نصف العام الأول من عمره فضلاً عن مجموعة أخرى من الخصائص تميزه خلال نصف العام الثاني من حياته وهو الأمر الذي يسهم كثيراً في الاكتشاف المبكر جداً لتلك الحالات، إلا أن الأمر يظل مع ذلك في حاجة إلى أن ينطبق على الطفل ذلك القدر المطلوب من المحكات التي أوردها دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA .

ومن الجدير بالذكر أن هناك العديد من المقاييس التي تم تصميمها كي تقوم من خلالها بتشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال والتي تقوم في الأساس على تلك الخصائص السلوكية التي يتسم بها الطفل التوحدي. ويقوم أحد الوالدين، أو الأخصائي النفسي، أو أحد المعلمين وثيقي الصلة بالطفل بالإجابة عن هذا المقياس من خلال معرفته بالطفل، وملاحظاته المستمرة لما يبدر عنه من سلوكيات مختلفة. ويعتمد بعض هذه المقاييس على الدرجة الخام التي يحصل الطفل عليها فيها في حين يعتمد بعضها الآخر على تحويل هذه

الدرجة الخام إلى درجة معيارية من ناحية أو إلى نسبة مئوية ورتبة مئينية من ناحية أخرى حتى يتم التعرف على وضع الطفل بالنسبة لأقرانه في مثل سنه وفي جماعته الثقافية في هذا الجانب .

اضطراب التوحد

يعد اضطراب التوحد بمثابة اضطراب نمائي عام أو منتشر pervasive developmental disorder تظهر آثاره في العديد من الجوانب الأخرى للنمو وتتبعس عليها، كما أن هذه الآثار تبدو على هيئة سلوكيات تدل على قصور من جانب الطفل. وتشير باتريشيا هاولين (1997) Howlin, P. إلى أن اضطراب التوحد عادة ما يقع ضمن الإعاقات العقلية العامة general intellectual disabilities التي يزداد معدل انتشارها بين البنين قياساً بالبنات إذ تصل النسبة بينهما 4 : 1 حيث نجد أن ما يزيد عن 90 % تقريباً من الأطفال التوحديين يقع ذكاؤهم في حدود التخلف العقلي البسيط والمتوسط. ومع ذلك فإن متلازمة أسبرجر Asperger's syndrome والتي تعتبر أحد أنماط اضطراب طيف التوحد لا تصيب سوى الأطفال ذوي الذكاء العادي أو المرتفع فقط، وربما المرتفع جداً، وأنها نادراً جداً ما تصيب طفلاً تقل نسبة ذكائه عن المستوى المتوسط.

ومن الأمور الثابتة التي ترتبط بهذا الاضطراب أن معدل انتشاره يعتبر في تزايد مطرد وهو الأمر الذي جعلنا نلاحظ حدوث زيادة حقيقية وكبيرة في انتشاره، وربما ترجع مثل هذه الزيادة في نسبة انتشاره إلى الفهم الواعي والإدراك الجيد لطبيعة هذا الاضطراب من جانبنا في الوقت الراهن وذلك على العكس مما كان يسود من قبل وهو الأمر الذي دفع الكثيرين إلى القول بأننا إذا ما عدنا إلى الوراء ربما كثيراً وذلك إلى بداية اكتشافه على يدي ليو كانر Kanner, Leo عام 1943 ثم إلى بداية ظهوره في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية الذي يكتب اختصاراً DSM وذلك منذ عام 1980 وما بعدها، وكيف كنا ننظر إليه بداية من اعتباره نمط من فصام الطفولة إلى اعتباره اضطراب سلوكي، ثم اعتباره أخيراً مع ظهور الطبعة

الرابعة من الدليل التشخيصي السابق DSM- IV وذلك في عام 1994 اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر على جوانب النمو الأخرى وفي مقدمتها الجانب العقلي المعرفي، وأن آثاره تنعكس بشكل واضح على سلوكيات الطفل فسوف نجد أن الكثير جداً من تلك الحالات التي لم يكن يتم تصنيفها على أنها اضطراب توحدي سوف يتغير أمرها إذا ما أعدنا تصنيفها وتشخيصها من جديد إذ سنجد أن نسبة انتشاره كان لا بد لها أن ترتفع منذ ذلك الوقت لولا عدم معرفتنا الكافية بطبيعة ذلك الاضطراب مما حدا بنا إلى تشخيص تلك الحالات بشكل خاطئ، أما الآن فإن معرفتنا الدقيقة بالاضطراب قد جعلت بمقدورنا أن نشخصه بدقة وهو الأمر الذي ساهم في إبراز نسبة انتشاره الحقيقية فبنت أعلى بكثير مما كانت عليه من قبل وهو ما جعله ثاني أكثر أنماط الإعاقة العقلية انتشاراً، ولا يسبقه سوى التخلف العقلي وذلك وفقاً لنسب انتشار مثل هذه الأنماط من الإعاقات العقلية. ويضيف عادل عبدالله (2002) أن هناك شبه إجماع بين الباحثين والعلماء المهتمين باضطراب التوحد يعتبرون هذا الاضطراب بموجبه أو يرونه في أساسه على أنه اضطراب معرفي واجتماعي في ذات الوقت.

الملامح الأساسية المميزة للاضطراب

يحدد فولكمار (1996) Volkmar تلك الملامح التي تميز هذا الاضطراب في ثلاثة

مظاهر أساسية هي :

1 - حدوث قصور كفي في التفاعل الاجتماعي

2 - حدوث خلل شديد في عملية التواصل .

3 - حدوث أنماط سلوكية نمطية ومقيدة وتكرارية .

ومما لاشك فيه أن العمر الزمني الذي يحدث فيه هذا الاضطراب والذي يكون في الغالب قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره يمثل هو الآخر أحد تلك الملامح المميزة لذلك الاضطراب ، ولكن الدراسات الحديثة قد أثبتت أن بإمكاننا أن نتعرف على مثل هؤلاء الأطفال حتى قبل بلوغهم الثالثة من أعمارهم. ومن هذا المنطلق يوضح كل من بوردين وأولنديك (1992) Bordin & Ollendick بعض الأعراض المبكرة التي تميز هذا

الاضطراب فيريان أن الطفل حديث الولادة يبدو مختلفاً عن بقية الأطفال في نفس العمر الزمني كما يتضح من تلك الأعراض التي نطلق عليها أعراضاً مبكرة، والتي يمكن لنا أن نميزها في أمرين أساسيين كالتالي :

أولاً : الأعراض المميزة خلال الشهور الستة الأولى التالية للولادة.

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل في النصف الثاني من العام الأول من عمره .

ويمكن أن نتناول ذلك بشيء من التفصيل على النحو التالي :

أولاً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي خلال الشهور الستة الأولى من العمر :

هناك العديد من الأعراض التي يمكن أن تميز الطفل التوحدي خلال الشهور الستة

الأولى التالية لولادته مباشرة، أي خلال الشهور الستة الأولى من عمره، من أهمها ما يلي:

1- يبدو وكأنه لا يريد أمه، ولا يحتاج إليها أو إلى وجودها معه.

2- لا يبالي بمسألة أن يقبل عليه أحد الراشدين، ويقوم بحمله حتى وإن

كان هذا الشخص وثيق الصلة به.

3- تكون عضلاته رخوة أو مترهلة وهو الأمر الذي يتضح من خلال

التخطيط الخاص بتلك العضلات.

4- كذلك فهو لا يبكي إلا قليلاً، ولكنه مع ذلك يكون سريع الغضب أو

الانفعال بشكل كبير.

5- لا يستطيع الطفل إلى جانب ذلك خلال تلك الفترة من حياته أن يلاحظ

أمه، أو يتابعها ببصره.

6- يكون خلال هذه الفترة قليل المطالب بشكل ملحوظ .

7- لا يبتسم إلا نادراً.

8- تكون تلك الكلمات التي يمكنه أن ينطق بها غير مفهومة.

9- من الأمور الهامة التي تميز استجاباته أنها دائماً ما تكون متوقعة .

10- عادة لا يأتي الطفل بأي استجابة يمكن أن نعتبرها غير متوقعة.

11- لا يبدي ذلك الطفل أي اهتمام بتلك اللعب التي يتم وضعها أمامه.

ثانياً : الأعراض المميزة للطفل التوحدي في النصف الثاني من العام الأول من العمر :
مما لا شك فيه أن هناك وفقاً لما أظهرته نتائج الدراسات الحديثة في هذا الصدد العديد
من الأعراض أو السمات التي يمكن من خلالها أن نتعرف على الطفل التوحدي في
النصف الثاني من العام الأول من عمره، وهو ما يساعدنا في اكتشاف الحالة قبل أن يصل
الطفل إلى الثالثة من عمره. وهذه الأعراض أو السمات هي :

- 1- لا يبدي الطفل أي اهتمام بالألعاب الاجتماعية .
 - 2- لا يبدي الطفل أي انفعال نتيجة حدوث أي شئ أمامه.
 - 3- يفترق الطفل بشدة إلى التواصل اللفظي وغير اللفظي .
 - 4- تكون ردود فعله للمثيرات المختلفة إما مفرطة أو قليلة جداً.
- ويؤكد ستون وآخرون (Stone et.al. (1999 أن الدراسات الحديثة وفقاً لذلك
توضح أنه من خلال إتباع عدد من الإجراءات والخطوات يمكننا التوصل إلى تشخيص
للاضطراب قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره. وهذه الإجراءات والخطوات هي:

1- إتباع تلك الخطوط العريضة التي تمثل أعراضاً أو سمات تميز الطفل خلال العام
الأول من عمره سواء في النصف الأول، أو النصف الثاني منه.

2- التعرف على أوجه القصور في الجانب الاجتماعي التي يتسم بها الطفل وتحديد
سواء كان ذلك في أي جانب من الجوانب التالية :

- أ - التفاعل الاجتماعي.
- ب- العلاقات الاجتماعية.
- ج- السلوك الاجتماعي.
- د - الألعاب المتنوعة.
- هـ - القصور أو التأخر في اللغة المنطوقة.
- و - السلوكيات النمطية المقيدة والتكرارية التي يأتي بها الطفل .
- ز - اهتماماته الضيقة.
- ح - اهتمامه بأجزاء من تلك الأشياء.

و غالباً ما يكون والدو الأطفال التوحديين هم أول من يلاحظ أن هؤلاء الأطفال لا يستجيبون للمثيرات الاجتماعية. ولا يخفى علينا أن عدم الاستجابة من جانب هؤلاء الأطفال أو قصور مثل هذه الاستجابة للمثيرات الاجتماعية والمادية في بيئتهم لا يمكن بأي حال من الأحوال أن نضعها على متصل واحد مع أقرانهم من الأطفال الأسوياء إذ أن الأطفال التوحديين يقتربون من العالم بطريقة فطرية غريزية. ومن ناحية أخرى فإن مثل هؤلاء الأطفال يفتقرون في الشهور الأولى من حياتهم إلى العناق نتيجة ما يبدو أنه من عدم الاهتمام بوجود الأم، أو متابعتها بصرياً، كما تجتاحهم رغبة ملححة للحفاظ على الرتبة والروتين في البيئة المحيطة، والإبقاء عليها كما هي دون إحداث أي نوع من التغيير فيها، كما يتسمون بالسلوكيات المثارة ذاتياً كالهزهزة، والدوران السريع، والضرب بالذراع بعنف . كذلك فهم يأتون بكثير من السلوكيات المدمرة كضرب الرأس أو اليد في الحائط، أو في أي شئ ثابت أمامه إلى جانب أن الطفل يعرض نفسه، أو يؤذي ذاته ، كما يفتقر إلى التواصل البصري مع الآخرين حيث لا يستطيع أن ينظر في عيني من يقوم بالتحدث إليه. ويضيف نيو سوم وهوفانيتز (1997) Newsom & Hovanitz أن هؤلاء الأطفال ينجذبون إلى الأشياء غير الحية، أو إلى أجزاء بسيطة من تلك الأشياء كقطعة من حبل صغير، أو قطعة من رباط حذاء، أو ما شابه ذلك . ويذكر هوك وآخرون (1995) Hauck et. al. أن الدراسات الحديثة في هذا المجال قد كشفت عن أن هؤلاء الأطفال ينجذبون إلى حد كبير في طقوس سلوكية ثابتة، وتقل بدرجة كبيرة بمبادراتهم لإقامة علاقات وتفاعلات اجتماعية مع الآخرين عند مقارنتهم بأقرانهم المتخلفين عقلياً حيث تنقصهم بدرجة كبيرة الاستجابة الاجتماعية للآخرين وهو الأمر الذي يجعلهم يؤثران الانسحاب من المواقف والتفاعلات الاجتماعية.

ومن جانب آخر ففي إصدار حديث عن المركز الطبي بمدينة ديترويت الأمريكية (1998) Detroit Medical Center حول طبيعة ذلك الاضطراب يتضح أن هذا الاضطراب النمائي الحاد المعروف بالتوحد autism أو اضطراب التوحد لا يزال السبب الحقيقي المسنول عنه غير معروف للآن ، وأن الطفل التوحدي لا تتطور لديه

شخصية سوية أو مهارات تفاعلية. وعادة ما يتم اكتشاف هذا الاضطراب قبل أن يصل عمر الطفل إلى ثلاثين شهراً، كما أن هناك قصوراً يميز الأطفال التوحديين وذلك في عدد من المجالات التي تتمثل فيما يلي :

- 1- مجالات العلاقات الاجتماعية .
- 2- السلوك .
- 3- اللغة والتواصل .
- 4- اللعب .
- 5- العمليات الحسية والادراكية .

وغني عن البيان أن الأطفال التوحديين يعانون من قصور واضح في معدل نموهم المعرفي، وفي قدراتهم المعرفية المختلفة . كما أنهم من جانب آخر يعانون من قصور واضح في مجالات أخرى تعد بمثابة ثوابت أساسية يمكن أن نعرف هذا الاضطراب من خلالها، كما يمكن أن نعرض لها على النحو التالي :

(1) قصور في نموهم الاجتماعي :

يتمثل هذا القصور من جانب أولئك الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب في وجود صعوبات ومشكلات اجتماعية عديدة من جانبهم فيما يتعلق بالجانب الاجتماعي عامة لدرجة تجعله يمثل في أساسه مشكلة اجتماعية. وتعتبر الصعوبات التي تواجههم في هذا الجانب كثيرة ومتعددة منها ما يلي :

- 1- صعوبة إقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة.
- 2- قصور الانتباه المشترك من جانبهم.
- 3- عدم قدرتهم على التعاطف مع الآخرين.
- 4- صعوبة فهم القواعد الاجتماعية من جانبهم.
- 5- عجزهم عن الارتباط بالأقران.
- 6- عدم قدرتهم على التواصل البصري .
- 7- عدم قدرتهم على فهم تعبيرات الوجه.

(2) قصور في التواصل مع الآخرين :

يعاني هؤلاء الأطفال أيضاً من قصور في التواصل سواء لفظياً أو غير لفظي حيث أن هناك 50 % منهم على الأقل لا تنمو اللغة لديهم على الإطلاق، وبالتالي لا يكون بمقدورهم استخدام اللغة في الحديث أو استخدامها للتواصل، أما النسبة الباقية فإنها تعاني من قصور واضح في نمو اللغة لديهم حيث يتأخر ذلك النمو بشكل ملحوظ، ولا يكون لديهم سوى بعض الكلمات القليلة، ومع ذلك لا يكون بإمكانهم استخدامها في سياق لغوي صحيح كي تدل على معناها الذي نعرفه نحن، أي أنهم لا يستخدمونها بشكل صحيح، كذلك فهم يعانون من اضطرابات عديدة ومختلفة في النطق. articulation disorders ومن ناحية أخرى فإن لغتهم التعبيرية expressive language تتسم بالتكرار، والترديد المرضي للكلام echolalia ، والنطق النمطي لتلك الكلمات التي يعرفونها، وعدم القدرة على إجراء محادثات متبادلة مع الآخرين أي عدم القدرة على إقامة حوار أو محادثة معهم، وإبدال الضمانر، كما أن نغمة الصوت وإيقاعه من جانبهم يكونا غير عاديين، هذا بخلاف الاستخدام الشاذ أو غير العادي للإيماءات. كذلك فإن لغتهم الداخلية internal language أي قدرتهم على التظاهر أو اللعب التخيلي تمثل جانباً آخر من جوانب القصور التي يعانون منها. أما قدرتهم على الفهم والاستيعاب من جانب آخر فهي محدودة جداً، كما أنهم يكونوا غير قادرين على فهم وإدراك المفاهيم المجردة.

(3) اهتمامات وميول وسلوكيات مقيدة وتكرارية :

وفيما يتعلق باهتماماتهم وسلوكياتهم المقيدة والتكرارية فهي تتضح في أمثلة عديدة من بينها أن أنماط لعبهم تكون تكرارية ونمطية، وأنهم يقومون بجمع أشياء معينة غالباً ما تكون غير ذات قيمة أو جدوى لهم، ويضعونها في صف. كذلك فمن أهم الأمور التي تميزهم التعلق بأشياء غير عادية والانجذاب إليها، والانشغال الشديد بموضوعات أو أمور معينة، ومقاومة أي تغيير يمكن أن يطرأ على بيئتهم المحيطة حتى وإن كان مثل هذا التغيير بسيطاً، والإصرار على التمسك بروتين صارم في أداء الأشياء إلى جانب القيام بحركات نمطية معينة.

وعلى الرغم من أن جميع الأطفال التوحديين يعانون من جوانب القصور تلك التي عرضنا لها فإن تلك المشكلات التي تصادفهم في كل منها تتوقف على مستوى ذكائهم، كما قد تتوقف على عمرهم الزمني إلى حد ما حيث أنه مع زيادة مستوى الذكاء، وزيادة العمر الزمني يزداد احتمال استخدام الطفل للكلمات المختلفة، ودخوله في تفاعلات اجتماعية مع الآخرين، والانشغال باهتمامات خاصة، وتجميع الحقائق بدلاً من تجميع الأشياء. ومع ذلك يبقى الطفل مع زيادة عمره الزمني ووصوله إلى مرحلة المراهقة وما بعدها معتمداً بشدة على أسرته، وتظل له احتياجاته الخاصة التي تتطلب العديد من التوائمات في البيئة المحيطة وذلك على العكس من أقرانهم ذوي متلازمة أسبرجر والذين يكون مستوى ذكائهم كما يرى عادل عبدالله (2004) على الأقل في المستوى المتوسط، كما يكون مستوى ذكاء بعضهم الآخر مرتفعاً، وربما يكون مرتفعاً جداً مع العلم بأن بعضهم يكون موهوباً في مجال أو أكثر من المجالات المختلفة للموهبة.

وجدير بالذكر أن التدخلات المختلفة وخاصة التدخلات الطبية أو الغذائية التي تتعلق بتحديد نظام غذائي معين يكون أثرها محدوداً، أما التدخلات الأخرى والتي تكون سلوكية في الغالب كما يرى عادل عبدالله (2002) حتى مع استخدام المثيرات البصرية التي تسير وفق الاتجاهات الحديثة في هذا الصدد وفي مقدمتها جداول النشاط المصورة فإن نتائجها تتوقف على مستوى ذكاء الطفل وترتبط به في علاقة إيجابية. ولكن برامج التدخل المبكر *early intervention* تسهم في الحد بدرجة كبيرة من تلك المشكلات المتباينة التي يعاني الطفل منها فتعكس آثارها على الأسرة أيضاً حيث أن عدم التعامل بفاعلية مع تلك المشكلات يقلب حياة الأسرة رأساً على عقب، ويجعلها لا تطاق، كما أن النجاح في التعامل معها من خلال تلك البرامج ييسر التفاعل بين أعضاء الأسرة، ويساعدهم في التغلب على ما يصادفهم من مشكلات يسببها الطفل.

وعلى ذلك يذهب دورمان وليفيفر (1999) *Dorman & Lefever* إلى أن اضطراب التوحد يعد بمثابة اضطراب طيفي *spectrum* بمعنى أن أعراض وسمات هذا الاضطراب يمكن أن تظهر في مجموعة كبيرة من التصنيفات التي تتراوح بين

البيسطة إلى الءاءة. وعلى الرغم من أن اضطراب التوءء يمكن تعريفه من ءلال مجموعة معينة من السلوكيات فإنه من الممكن بالنسبة للأطفال والمراهقين أن يبدو أي مجموعة من تلك السلوكيات بأي درجة من الءءة. كما أننا قد نجد طفلين بنفس التشخيص يمكن أن يتصرفا بشكل يءتلف كثيراً عن بعضهما ، وأن يكون لءيهما مهارات متباينة. وتعتبر ملاحظات الوالءين، والتاريخ النمائي للطفل على درجة كبيرة من الأهمية في هذا الإطار. وقد يبدو بعض الأطفال التوءءيين منذ الوهلة الأولى وكان لءيهم ءخلفاً عقلياً ، أو اضطراباً سلوكياً، أو مشكلات في السمع ، أو ءتى سلوك شاذ أو غريب الأطوار . إلا أن ما يزيد الأمر تعقيداً أن مثل هذه الاضطرابات قد توجد لءيهم بالفعل، وهنا تتزامن مع اضطراب التوءء ءيء قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأي منها. ولكن يبدو من المهم أن نميز بين اضطراب التوءء وبين مثل هذه الءالات ءتى يمكن تقديم البرنامج العلاجي أو التربوي المناسب لكل ءالة.

ومن الملاحظ أن سلوكهم تغلب عليه سمات معينة يمكن أن تميزه من بينها ما يلي :

أ - التبلء الانفعالي .

ب- ءدم الاكءرات بالمعايير الاجتماعية .

ج- سهولة الانقياء.

ء - سرعة الاستهواء.

هـ - الشعور بالءونية.

و - الشعور بالإءباط.

ز - ضعف الثقة بالنفس.

ومن الأكثر اءتمالاً أن تلك السمات المرتبطة بسلوكهم ءءد بمثابة ذلك الأمر الءي يؤءى بهم إلى السلوك العءواني سواء تمثل ذلك في إيءاء الءات، أو الآءرين، أو ءءطيم الممتلكات . كما أنه قد يؤءى بهم أيضاً إلى بعض الاضطرابات السلوكية الأءرى، أو السلوكيات المضاءة للمءتمع وإن كان أكثرها شيوعاً بالنسبة لهم هو السلوك العءواني بأبعاءه المءتلفة.

وصف القائمة

تعرف هذه القائمة باسم قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد، وقد أعدها في الأساس ريملاندي وإديلسون Rimland & Edelson بمعهد بحوث اضطراب التوحد في سان دييغو San Diego بالولايات المتحدة الأمريكية وذلك لقياس تلك التغيرات التي تحدث للأطفال التوحديين على أثر تلقيهم أي برامج علاجية وهو الأمر الذي يسهم بدور فاعل في التعرف على أثر مثل هذه البرامج وفعاليتها في الحد من أعراض هذا الاضطراب وذلك من خلال تطبيقها مرة واحدة شهرياً أو خلال فترة زمنية تتراوح بين أسبوعين إلى شهر كامل وتحديد التغيرات التي يمكن أن تكون قد حدثت للطفل بين كل تطبيقين متتاليين خلال تلك الفترة التي يتلقى فيها البرنامج العلاجي أو برنامج التدخل ويخضع له. وتتسم هذه القائمة بإجراءاتها البسيطة التي يمكن من خلالها جمع الدرجات التي يحصلها الطفل عليها في المقاييس الفرعية المتضمنة والتعامل معها كذلك أو من خلال الدرجة الكلية التي يتم الحصول عليها عن طريق جمع درجات الطفل في تلك المقاييس الفرعية. ومع ذلك نلاحظ أن الهدف من هذه القائمة لا يقف مطلقاً عند ذلك حيث أنه رغم أن الهدف الأساسي من تصميمها إنما يتمثل في الأصل في تقييم فعالية أساليب التدخل أو العلاج المختلفة للأشخاص التوحديين فإنه قد ثبت في واقع الأمر جدواها أيضاً للعديد من الأعراض الأخرى التي يعتبر تشخيص هذا الاضطراب من أهمها، وبالتالي يمكن أن تستخدم هذه القائمة في سبيل تحقيق العديد من الأغراض من أهمها ما يلي :

- 1- تشخيص اضطراب التوحد بين الأطفال .
- 2- التعرف على مدى حدة أو شدة السلوكيات التوحدية التي تصدر عن الطفل .
- 3- تقييم مدى التقدم الذي يمكن أن يكون الطفل قد أحرزه حال خضوعه لأسلوب علاجي معين حتى يمكن استغلال ما تبقى لديه من قدرات ومهارات مختلفة .
- 4- تحديد مدى فعالية أساليب التدخل المختلفة أو الأساليب العلاجية التي يمكن أن نستخدمها مع هؤلاء الأطفال .

بالمقياس الفرعي الرابع فتوجد أربعة اختيارات أمام كل عبارة من تلك العبارات التي يتضمنها تتمثل في الاختيارات التالية (تنطبق تماماً- تنطبق في الغالب - تنطبق إلى حد ما- لا تنطبق إطلاقاً) تحصل على الدرجات (3- 2- 1- صفر) على التوالي ليتراوح إجمالي درجاته بين صفر - 75 درجة. ويقوم المستجيب بوضع علامة (√) أمام العبارة في الخانة التي يرى أنها هي التي تعبر بدقة عن سلوك الطفل وفقاً لملاحظاته المستمرة لما يصدر عنه من سلوكيات في الظروف العادية أي في غالبية المواقف، ومع غالبية الأفراد الذين يألّفهم، وعند مشاركته في الأنشطة اليومية المعتادة. كما يجب عليه ألا يترك أي عبارة دون أن يضع أمامها علامة (√) علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، لكن المهم أن تعبر الإجابة فعلاً بشكل دقيق عن سلوك الطفل واستجاباته. وبذلك يتضح أن إجمالي الدرجة الكلية للمقياس ككل يتراوح بين صفر - 179 درجة تدل الدرجة المرتفعة على معدل مرتفع من الاضطراب من جانب الفرد، والعكس صحيح حيث يقل معدل الاضطراب وشدته كلما قلت الدرجة الكلية الدالة عليه والتي تدل أيضاً على شدة السلوكيات التوحديّة التي تصدر عنه.

الخصائص المميزة للقائمة

تتميز هذه القائمة كمقياس في واقع الأمر بالعديد من الخصائص التي يكون من شأنها أن تميزها عن غيرها من المقاييس الأخرى التي يمكن أن يتم استخدامها واللجوء إليها في إطار هذا الموضوع وذلك في سبيل تحقيق نفس الهدف الذي تسعى هذه القائمة إلى تحقيقه وهو تشخيص الأطفال التوحديين حيث نجد أن من شأن هذه الخصائص أن تجعلنا نصل عن طريق تلك القائمة إلى تشخيص دقيق لأولئك الأفراد . ويمكن أن نعرض لتلك الخصائص على النحو التالي :

أ- وصف القائمة والهدف منها :

تعد هذه القائمة كمقياس على درجة كبيرة من المعيارية وهو الأمر الذي ينعكس من خلال تقنيّتها. كما أنها تهدف في المقام الأول إلى التعرف على أثر العلاجات المختلفة

على أعراض اضطراب التوحد وهو الأمر الذي لم يتوفر في أي مقياس آخر. كما أنها تهدف أيضاً إلى تشخيص أولئك الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب حتى يتم تقديم التدخل المناسب لهم والتعرف على مدى فعاليته في هذا الإطار. كذلك فإن هذه القائمة تزودنا بمعلومات مرجعية المعيار أو المحك يمكن أن تسهم في تشخيص اضطراب التوحد بين مختلف الأطفال .

ب- اختيار العبارات :

ترتكز العبارات التي يتضمنها هذا المقياس على تلك التعريفات التي تتناول اضطراب التوحد والتي قدمتها الجمعية الأمريكية لاضطراب التوحد (1994) Autism Society of America من جهة والجمعية الأمريكية للطب النفسي American Psychiatric Association من جهة أخرى وذلك في الطبعة الرابعة من دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية (1994). DSM- IV

ج- البيانات المعيارية :

قام معدا المقياس بتطبيقه على عينة معيارية قوامها 1358 فرداً توحدياً ووضعوا له رتباً مئينية كمعايير يمكن من خلالها إجراء المقارنة بين الطفل وأقرانه مؤكدين على أن التعامل من خلال هذه القائمة يتم من خلال الدرجة الخام التي يحصل الفرد عليها سواء في المقاييس الفرعية أو الدرجة الكلية والتي يعد بموجبها في وضع أفضل كلما انخفضت هذه الدرجة حيث يدل ذلك على انخفاض معدل تأثره بالاضطراب، أما الدرجة المرتفعة فتدل على أنه يعتبر أكثر تأثراً بالاضطراب .

جدول (1) الرتب المينينية لدرجات الأفراد التوحديين على قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد

الدرجة الكلية	المشكلات الصحية	الوعي الحسي المعرفي	الاجتماعية	التواصل اللفظي	الرتب المينينية	الشدة
30-0	8-0	5-0	4-0	2-0	9-0	بسيط
41-31	12-9	8-6	7-5	5-3	19-10	↑
50-42	15-13	11-9	10-8	7-6	29-20	
57-51	18-16	13-12	11	10-8	39-30	
64-58	21-19	15-14	13-12	12-11	49-40	
71-65	24-22	17-16	15-14	15-13	59-50	
79-72	28-25	19-18	18-16	19-16	69-60	
89-80	32-29	21-20	21-19	21-20	79-70	
103-90	39-33	25-22	25-22	24-22	89-80	↓
179-104	75-40	36-26	40-26	28-25	99-90		حاد

د- الصدق :

تم استخدام العديد من الأساليب في سبيل التحقق من صدق هذا المقياس مثل صدق المحتوى الذي تم في إطار ما تضمنه البند (ب) السابق وذلك على أثر تطبيق هذه القائمة على عينة معيارية قوامها 1358 فرداً من الأشخاص التوحديين الذين يتلقون العلاجات المختلفة للحد من أعراض اضطراب التوحد. وفي ضوء ذلك كان معامل تمييز بنود المقياس دالاً، وكانت قيم (ر) الدالة على ارتباط البنود بالدرجة الكلية دالة إحصائياً. وأوضحت نتائج صدق المحك أن هذا المقياس يتمتع بمعدلات صدق عالية حيث أوضحت معاملات الصدق التلازمي التي تم التوصل إليها باستخدام قائمة السلوك التوحدي Autistic Behavior Checklist ABC التي أعدها كروج وأريك والموند (1993)

Krug, Arick, & Almond أنها كانت معاملات عالية وذات دلالة إحصائية، كما وجدت ارتباطات موجبة دالة وقوية بين المقاييس الفرعية التي يتضمنها هذا المقياس وقائمة مراجعة السلوك التوحدي فضلاً عن الارتباط الدال بين الدرجات المعيارية للمقياس ودرجات تلك القائمة، وقد تراوحت قيم (ر) بين 0.41 - 0.89 للتواصل اللفظي، 0.25- 0.83 للاجتماعية، 0.21- 0.74 للوعي الحسي المعرفي، كما تراوحت بين 0.17 - 0.70 للمشكلات الصحية، 0.49- 0.91 للدرجة الكلية .

كذلك فقد تم قياس قدرة المقياس على التمييز بين المجموعات التشخيصية المختلفة التي ضمت المتخلفين عقلياً، والمضطربين انفعالياً، وذوي صعوبات التعلم، واتضح وجود فروق دالة بين المجموعتين لحساب مجموعة التوحديين مما يعني أن هذه القائمة يمكنها التمييز بينهم وبين غيرهم من المجموعات الأخرى وهو الأمر الذي تم التأكد منه أيضاً عن طريق المقارنة بين مجموعة التوحديين وكل مجموعة من هذه المجموعات على حدة حيث كانت الفروق دالة إحصائياً عند 0.01 في حين كان بعضها دالاً عند 0.05 وذلك لحساب مجموعة التوحديين. وعند حساب العلاقة بين الأبعاد أو المقاييس الفرعية لهذا المقياس كانت قيم (ر) دالة عند 0.01 وقد تراوحت تلك القيم عامة بين 0.384 - 0.917 .

وعلى هذا الأساس يتضح أن هذه القائمة تتمتع ببناء على هذه النتائج بمعاملات صدق مناسبة يمكن الاعتماد بها والوثوق فيها، والاعتماد بالتالي عليها في تشخيص حالات اضطراب التوحد بين الأطفال .

هـ- الثبوتات :

تم اللجوء إلى عدة أساليب لحساب ثبات القائمة حيث تم استخدام إعادة تطبيق المقياس على عينة (ن= 35) بمتوسط عمري يقدر بعشر سنوات وسبع شهور وذلك بعد أسبوعين من التطبيق الأول من خلال الوالدين والمعلمين. وكانت النتائج كالتالي :

جدول (2) معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق

مجموعة المعلمين		مجموعة الأباء		المقياس
الدلالة	معامل الثبات	الدلالة	معامل الثبات	
0.01	0.80	0.01	0.85	التواصل اللفظي
0.01	0.76	0.01	0.83	الاجتماعية
0.01	0.77	0.01	0.91	الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي
0.01	0.85	0.01	0.89	المشكلات الصحية والحالة الجسمية
0.01	0.81	0.01	0.87	الدرجة الكلية

كما تم من جهة أخرى حساب معاملات الثبات عن طريق التجزئة النصفية حيث استخدم معدا القائمة طريقة للتجزئة النصفية لبيرسون وترلوت قيم معاملات الارتباط بين العبارات الفردية والزوجية للمقياس الفرعية وللمقياس ككل بين 0.815- 0.942 وهي جميعاً قيم دالة إحصائياً عند 0.01 . ويوضح الجدول التالي هذه النتائج :

جدول (3) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية

الدلالة	قيمة ر	المقياس
0.01	0.920	التواصل اللفظي
0.01	0.836	الاجتماعية
0.01	0.875	الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي
0.01	0.815	المشكلات الصحية والحالة الجسمية
0.01	0.942	الدرجة الكلية

وبذلك يتضح أن هذه القائمة تتمتع بمعاملات ثبات مناسبة يمكن الاعتماد بها والوثوق فيها، والاعتماد بالتالي عليها في تشخيص حالات التوحد بين الأطفال .

الصورة العربية للقائمة

لا تختلف الصورة العربية لهذه القائمة عن صورتها الأجنبية الأصلية نظراً لأننا نتعامل مع تشخيص للاضطراب وهو الأمر الذي لا يختلف باختلاف البيئة حيث يوجد هناك دليلان أساسيان للتشخيص يتم الاحتكام إليهما في سبيل ذلك على مستوى العالم بأسره هما التصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة أو ما يعرف بالتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD- 10 الصادر عن منظمة الصحة العالمية (1992) WHO والذي صدرت ترجمة عربية له في عام (1999)، ودليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM- IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (1994) APA .

وقد عملنا عند تعريب هذه القائمة كمقياس تشخيصي على الاحتفاظ بكل المكونات التي تتضمنها نظراً لأن هدفها الأساسي هو الوصول إلى تشخيص دقيق وصادق للطفل فيما يتعلق باضطراب التوحد فضلاً عن التعرف على إمكانية تعرضه لهذا الاضطراب وهو الأمر الذي يتضح بصورة أكثر جلاء إذا ما وضعنا في اعتبارنا الرتبة الميئينية لدرجات هذا الفرد مما يسهم بشكل كبير في التعرف على احتمال تعرضه لذلك الاضطراب بجانب احتمال حدوث تغيرات إيجابية له نتيجة لما يتلقاه من تدخلات .

وللتحقق من صدق هذه القائمة وثباتها في البيئة العربية تم تطبيقها على آباء ومعلمي أربع مجموعات من الأطفال مختلفي الإعاقات كما يلي :

1- مجموعة الأطفال التوحديين : تألفت هذه المجموعة من 35 طفلاً يتلقون الرعاية بعدد من المراكز والجمعيات الأهلية في محافظات القاهرة، والإسكندرية، والدقهلية، والشرقية تتراوح أعمارهم بين 6- 15 سنة بمتوسط 11.3 وانحراف معياري 2.7 أما عن نسب ذكائهم فقد كانت تتراوح بين 50- 69 على مقياس جودارد بمتوسط 62.8 .

2- مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً : وضمت 41 طفلاً من الملتحقين بمدارس التربية الفكرية في كل من القاهرة والزقازيق والمنصورة في نفس المستوى العمري لمجموعة الأطفال التوحديين بمتوسط 10.7 وانحراف معياري 1.9 كما كانوا في نفس مستوى الذكاء بمتوسط 63.4 .

3- مجموعة الأطفال المتأخرين دراسياً : وتألفت من 36 طفلاً بالمرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم بين 8- 12 سنة بمتوسط 10.1 وانحراف معياري 2.2 ، وتتراوح نسب ذكائهم بين 80- 89 بمتوسط 84.6 وانحراف معياري 7.11 .

4- مجموعة الأطفال ذوي صعوبات التعلم : وضمت هذه المجموعة 34 طفلاً بالمرحلة الابتدائية تتراوح أعمارهم بين 8- 12 سنة بمتوسط 10.01 وانحراف معياري 2.63 ، كما تراوحت نسب ذكائهم بين 90- 110 بمتوسط 105.8 وانحراف معياري 8.9 .

وتم على أثر ذلك استخدام أكثر من أسلوب واحد من تلك الأساليب التي تتبع في سبيل التحقق من الصدق، ومن مثيلاتها التي يمكن أن تستخدم للتحقق من الثبات وذلك على النحو التالي :

أولاً : صدق المقياس

تم استخدام عدة أساليب للتحقق من صدق هذا المقياس في البيئة العربية وذلك بعد الاكتفاء فيما يتعلق بصدق المضمون بما تم الاحتكام إليه في البيئة الأجنبية حيث تم تصميمه في الأصل في ضوء ما حددته الجمعية الأمريكية للتوحد، والجمعية الأمريكية للطب النفسي بخصوص هذا الموضوع وهو الأمر الذي لا يمكن مطلقاً أن يختلف مهما اختلفت البيئة .

- صدق المحك :

تم استخدام مقياس الطفل التوحدي الذي قمنا بإعداده (2001) كمحك خارجي، وتم تطبيق المقياسين على آباء ومعلمي مجموعة الأطفال التوحديين التي أشرنا إليها من قبل. وبحساب معاملات الارتباط بين استجابة كل منهما على المقياسين كانت النتائج كما يلي :

جدول (4) معاملات الارتباط بين درجات مجموعة الأطفال التوحديين

على قائمة ATEC ومقياس الطفل التوحدي

استجابة المعلمين		استجابة الآباء		الأبعاد
الدلالة	قيمة ر	الدلالة	قيمة ر	
0.01	0.77	0.01	0.75	التواصل اللفظي
0.01	0.86	0.01	0.82	الاجتماعية
0.01	0.70	0.01	0.69	الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي
0.01	0.62	0.01	0.67	المشكلات الصحية والحالة الجسمية
0.01	0.71	0.01	0.78	الدرجة الكلية

ويتضح من الجدول أن قيم (ر) للمقاييس الفرعية والدرجة الكلية دالة عند 0.01 وهو ما يسهم في تحقيق صدق هذا المقياس .

- الصدق التمييزي :

تم حساب الصدق التمييزي عن طريق التأكد من قدرة هذا المقياس على التمييز بين الفئات المختلفة سواء من الأطفال التوحديين أو غيرهم من ذوي الإعاقات الأخرى وهو الأمر الذي يمكننا من خلاله أن نحدد أننا يمكن أن نستخدم هذا المقياس في سبيل التعرف على الأطفال التوحديين وتشخيصهم أم لا. وتم في سبيل ذلك تطبيق هذا المقياس على آباء أربع مجموعات من الأطفال تتمثل في المجموعات التالية :

- 1- مجموعة الأطفال التوحديين .
- 2- مجموعة الأطفال المتخلفين عقلياً .
- 3- مجموعة الأطفال المتأخرين دراسياً .
- 4- مجموعة الأطفال ذوي صعوبات التعلم .

وبعد تصحيح الاستجابات، وتقدير الدرجات لكل مقياس فرعي، وحساب الدرجة الكلية في القائمة ككل تمت المقارنة بين هذه المجموعات الأربع في كل بعد أو مقياس

فرعي متضمن فضلاً عن الدرجة الكلية للقائمة، وكانت نتائج هذه المقارنة كما توضحها الجداول التالية :

جدول (5) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجات الخام

لمجموعات التقنين الأربع

الأطفال نوو صعوبات التعلم ن=34		الأطفال المتأخرون دراسياً ن=36		الأطفال المتخلفون عقلياً ن=41		الأطفال التوحيديون ن=35		الأبعاد
ع	م	ع	م	ع	م	ع	م	
1.60	5.31	1.68	5.95	2.03	8.13	3.11	17.32	التواصل اللفظي
1.99	8.49	2.03	8.54	3.53	15.07	5.04	25.83	الاجتماعية
3.25	16.31	3.27	16.45	4.33	20.25	4.15	22.17	الوعي الحسي المعرفي
2.66	14.77	2.42	15.11	5.24	24.17	6.12	42.19	المشكلات الصحية
8.05	50.17	8.17	50.21	9.22	78.43	12.60	135.11	الدرجة الكلية

جدول (6) نتائج تحليل التباين الأحادي أو البسيط (قيمة ف) للفرق

بين متوسطات درجات مجموعات التقنين

الأبعاد	مصدر التباين	مجموع المربعات	د.ح	متوسط المربعات	ف	الدلالة
التواصل اللفظي	بين المجموعات	3248.84	3	1082.95	21.17	0.01
	داخل المجموعات	7264.72	142	51.16		
	المجموع	10513.56	145			
الاجتماعية	بين المجموعات	7013.08	3	2337.69	19.95	0.01
	داخل المجموعات	16642.40	142	117.20		
	المجموع	23655.48	145			

0.01	8.87	297.62	3	892.85	بين المجموعات	المعرفي الوعبي الحسي
		33.55	142	4764.10	داخل المجموعات	
			145	5656.95	المجموع	
0.01	17.62	5774.31	3	17322.92	بين المجموعات	الصحية المشكلات
		327.71	142	46534.82	داخل المجموعات	
			145	63857.74	المجموع	
0.01	21.54	47644.92	3	142934.76	بين المجموعات	الكاتبية الترميز
		2211.93	142	314094.06	داخل المجموعات	
			145	457028.82	المجموع	

قيمة ف الجدولية عند (3 ، 142) ، $0.05 = 2.67$ ،
 $0.01 = 3.91$

جدول (7) قيم (ت) ودالاتها للفرق بين متوسطات درجات مجموعات التقنين على قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد

الأبعاد	المجموعة	1	2	3	4
التواصل اللغوي	1- الأطفال التوحديون ن= 35 ، م=17.32 ، ع=3.11	-			
	2- الأطفال المتخلفون عقلياً ن= 41 ، م= 8.13 ، ع= 2.03	15.07 0.01	-		
	3- الأطفال المتأخرون دراسياً ن= 36 ، م= 5.95 ، ع= 1.68	18.95 0.01	5.07 0.01	-	
	4- الأطفال ذوو صعوبات التعلم ن= 34 ، م= 5.31 ، ع= 1.60	19.69 0.01	6.56 0.01	1.60 غير دالة	-

18.45	18.59	10.76	-	1- التوحد م = 25.83 ، ع = 5.04	الإجتماعية
0.01	0.01	0.01	-	2- المتخلفون عقلياً م = 15.07 ، ع = 3.53	
0.10	-	-	-	3- المتأخرون دراسياً م = 8.54 ، ع = 2.03	
غير دالة	-	-	-	4- ذوو صعوبات التعلم م = 8.49 ، ع = 1.99	
-	-	-	-	1- التوحد م = 22.17 ، ع = 4.15	المعرفي . الوعي الحسي
-	-	1.94	0.05	2- المتخلفون عقلياً م = 20.25 ، ع = 4.33	
-	-	5.39	6.36	3- المتأخرون دراسياً م = 16.45 ، ع = 3.27	
-	0.18	5.43	6.44	4- ذوو صعوبات التعلم م = 16.31 ، ع = 3.25	
-	غير دالة	0.01	0.01	1- الأطفال التوحديون م = 42.19 ، ع = 6.12	المشكلات الصحية
-	-	-	13.65	2- الأطفال المتخلفون عقلياً م = 24.17 ، ع = 5.24	
-	-	9.44	24.18	3- الأطفال المتأخرون دراسياً م = 15.11 ، ع = 2.42	
-	0.55	9.44	23.64	4- الأطفال ذوو صعوبات التعلم م = 14.77 ، ع = 2.66	
-	غير دالة	0.01	0.01	1- التوحد م = 135.11 ، ع = 12.60	الدرجة الكلية
32.80	33.16	22.23	-	2- المتخلفون عقلياً م = 78.43 ، ع = 9.22	
0.01	0.01	0.01	-	3- المتأخرون دراسياً م = 50.21 ، ع = 8.17	
13.92	13.97	-	-	4- ذوو صعوبات التعلم م = 50.17 ، ع = 8.05	
0.01	0.01	-	-		
0.02	-	-	-		
غير دالة	-	-	-		
-	-	-	-		

ويتضح من الجدول أن الفروق بين مجموعة الأطفال التوحديين وكل مجموعة من المجموعات الأخرى دالة عند 0.01 في غالبيتها وعند 0.05 في بعضها القليل جداً وذلك لحساب الأطفال التوحديين وهو ما يعني أن هذا المقياس يميز بينهم وبين غيرهم من المجموعات الأخرى. أما بالنسبة لباقي المجموعات فقد كانت الفروق بينهم دالة لحساب الأطفال المتخلفين عقلياً، أما الفروق بين الأطفال المتأخرين دراسياً وأقرانهم ذوي صعوبات التعلم فلم تكن دالة إحصائياً.

ويتضح من النتائج السابقة أن هذا المقياس في صورته العربية يتمتع بمعاملات صدق عالية وذات دلالة إحصائية مما يجعلها أجدى إلى الاعتداد بها، وبالتالي يمكن أن نستخدمه في سبيل تشخيص اضطراب التوحد حيث كما يتضح من نتائج الصدق التمييزي أنه يمكن أن يميز بين الأطفال التوحديين وغيرهم من فئات غير العاديين .

ثانياً : ثبات المقياس

تم استخدام عدة أساليب في سبيل حساب ثبات المقياس والتأكد من ذلك. ومن ثم فقد استخدمنا طرق إعادة التطبيق، والاتساق الداخلي، والتقارير البينية إلى جانب التجزئة النصفية. ويمكن توضيح ذلك على النحو التالي :

- إعادة التطبيق :

تم تطبيق هذا المقياس على عينة من آباء الأطفال التوحديين (ن= 20) ثم إعادة تطبيقه عليهم بعد مرور أسبوعين من التطبيق الأول. وبعد تصحيح الاستجابات وتقدير الدرجات كانت قيم ر (معاملات الثبات) بين الدرجات في التطبيقين كما يلي :

جدول (8) معاملات ثبات الصورة العربية للقائمة بإعادة التطبيق

الأبعاد	معامل الثبات	الدلالة
التواصل اللفظي	0.85	0.01
الاجتماعية	0.94	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.81	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.79	0.01
الدرجة الكلية	0.89	0.01

ويتضح من الجدول أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس أو المقاييس الفرعية التي يتألف منها فضلا عن درجته الكلية دالة جميعاً عند 0.01 وهو الأمر الذي يؤكد أن هذا المقياس يتمتع بقدر معقول من الثبات .

- الاتساق الداخلي :

تم حساب الاتساق الداخلي للقائمة الذي يعتمد على الخطأ المعياري لبندوها وذلك باستخدام معادلة ألفا لكرونباخ على عينة من الآباء (ن = 33)، وكانت النتائج كما يلي :

جدول (9) نتائج الاتساق الداخلي لأبعاد القائمة والدرجة الكلية

الأبعاد	معامل الثبات	الدلالة
التواصل اللفظي	0.87	0.01
الاجتماعية	0.95	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.91	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.84	0.01
الدرجة الكلية	0.90	0.01

ويتضح من الجدول السابق أن معاملات الثبات لأبعاد المقياس والدرجة الكلية تعتبر جميعها دالة عند 0.01 وهو ما يدل على أنه يتمتع بدرجة عالية من الثبات .

- التقديرات أو التقارير البيئية :

تم حساب ثبات التقارير البيئية لمحكمين أو مختبرين مختلفين وذلك بين أزواج من المعلمين، ومن الآباء أي الآباء والأمهات، ومن الآباء والمعلمين (ن = 21 في كل حالة) وذلك للتأكد من إمكانية استخدام المقياس مع مختلف المختبرين وتحديد مدى الثقة في تماثل تقاريرهم. ويوضح الجدول التالي هذه النتائج .

جدول (10) ثبات التقارير البينية للصورة العربية من

قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد ATEC

الأبعاد	بين الآباء	بين المعلمين	بين الآباء والمعلمين
التواصل اللفظي	0.92	0.73	0.82
الاجتماعية	0.91	0.80	0.88
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.95	0.91	0.90
المشكلات الصحية والجسمية	0.89	0.79	0.77
الدرجة الكلية	0.94	0.85	0.88

ونظراً لدلالة هذه القيم جميعاً عند 0.01 فإن ذلك يعد مؤشراً جيداً على ثبات القائمة حيث يؤكد على تماثل النتائج التي يمكن أن يحصل عليها مختلف المختبرين .

- التجزئة النصفية :

تم حساب الثبات بطريقة سبيرمان للتجزئة النصفية وذلك بحساب الارتباط بين البنود الفردية والزوجية وذلك لاستجابة مجموعة من الآباء (ن = 22)، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي :

جدول (11) معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية

الأبعاد	معامل الثبات	الدلالة
التواصل اللفظي	0.93	0.01
الاجتماعية	0.95	0.01
الوعي أو الإدراك الحسي المعرفي	0.89	0.01
المشكلات الصحية والحالة الجسمية	0.87	0.01
الدرجة الكلية	0.91	0.01

ويتضح من الجدول أن معاملات الثبات دالة عند 0.01 وهو ما يؤكد ثبات الصورة العربية من هذا المقياس . وتؤكد هذه النتائج مع النتائج السابقة إجمالاً على أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات ثبات مناسبة يمكن الاعتماد بها .

أما عن معايير هذا المقياس فنحن نفضل في الوقت الراهن استخدام المعايير التي أعدها معدها نظراً لأنه من الصعب الحصول على عينة معيارية في البيئة العربية من ناحية، وثبات محكات التشخيص عالمياً من ناحية أخرى. وقد حاولنا أن نقوم بهذه المهمة على مجموعة من الأطفال في عدة محافظات ضمت القاهرة، والإسكندرية، والبحيرة، والشرقية، والدقهلية، وبور سعيد، وبني سويف، والفيوم بلغ عدد أفرادها [14] طفلاً، إلا أن المؤشرات الأولية لها قد شهدت بعض الاختلاف نظراً لأنها ليست عينة معيارية مما جعلنا نتراجع عن ذلك في الوقت الراهن، ونكتفي بالمعايير التي تم التوصل إليها في النسخة الأجنبية (الأصلية) من القائمة وهي المعايير التي أشرنا إليها سلفاً .

المراجع

- 1- عادل عبدالله محمد (2004)؛ الإعاقات العقلية . القاهرة، دار الرشد .
- 2- عادل عبدالله محمد (2002)؛ جداول النشاط المصورة للأطفال التوحديين وإمكانية استخدامها مع الأطفال المعاقين عقلياً. القاهرة، دار الرشد .
- 3- عادل عبدالله محمد (2001)؛ مقياس الطفل التوحدي. القاهرة، دار الرشد .
- 4- منظمة الصحة العالمية (1999)؛ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض ICD- 10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية : الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية. ترجمة وحدة الطب النفسي بكلية الطب جامعة عين شمس بإشراف أحمد عكاشة. الإسكندرية؛ المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية.

5. American Psychiatric Association (1994) ; Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. , DSM- IV, Washington, DC: author.
6. Borden, M.C. & Ollendick, T.H.(1992) ; The development and differentiation of social subtypes in autism. In B. Lahey & A.E. Kazdin(eds.); Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press.
- 7.Detroit Medical Center (1998) ; Autism: causes and symptoms. Detroit, Medical Knowledge Systems, Inc.
- 8.Dorman, Ben &Lefever, Jennifer(1999); What is autism? Bethesda, MD, Autism Society of America.
9. Hauck, M. et.al.(1995) ; Social imitations by autistic children to adults and other children. Journal of Autism and Developmental Disorders, v 25, n 3.
10. Howlin , Patricia (1997) ; Treating children with autism and Asperger syndrome : A guide for carers and professionals. Chichester, Wiley.
- 11.Krug, D.A., Arick, J.R., &Almond, P.J. (1993); Autism screening instrument for educational planning . 2nd ed., Austin , TX: Pro- ed Inc.
12. Newsom,C. &Hovanitz, C.(1997);Autistic disorder.In E.Mash & L. Terdal (eds.) ; Assessment of childhood disorders. 3rd ed., New York: Guilford Press.
- 13.Stone, W. et.al. (1999) ; Can autism be diagnosed in children under 3 years of age? Journal of Child Psychology and Psychiatry, v 40, n 2.
- 14.Volkmar,F.R.(1996); Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. Journal of Autism and Developmental Disorders, v 26, n 1.
- 15.World Health Organization (1992); The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva, author.

Bernard Rimland برنارد ريملاند

Stephen M. Edelson ستيفين ايدلسون

قائمة تقييم أعراض اضطراب التوحد
Autism Treatment Evaluation Checklist
ATEC

كراسة الأسئلة والاستجابات

ترجمة وتعريب

أ.د. / عادل عبدالله محمد

أستاذ ورئيس قسم الصحة النفسية

كلية التربية - جامعة الزقازيق



القسم الأول : معلومات عامة :

اسم المفحوص :

الجنس : (نكر / أنثى)

العنوان :

المدرسة :

تاريخ الميلاد : / /

السن :

اسم الفاحص :

وظيفته :

تاريخ تطبيق المقياس : / /

القسم الثاني : الدرجات :

الدرجة	المقاييس الفرعية
	التواصل اللفظي (اللغة والحديث) الاجتماعية الإدراك أو الوعي الحسي / المعرفي المشكلات الصحية والحالة الجسمية
	الدرجة الكلية

القسم الثالث : استمارة الاستجابة :

التعليمات :

عزيزي (الوالد / المعلم / الأخصائي)

فيما يلي مجموعة من العبارات التي ينبغي عليك أن تقوم بتقييم كل منها وفقاً لمدى انطباقها على الطفل كما تراه وتحدده، ومن ثم يجب أن تستخدم المقاييس الفرعية التالية كدليل يمكن أن يساعدك في ذلك بحيث يوجد أمام كل عبارة في المقاييس الفرعية الثلاثة الأولى ثلاثة اختيارات تدل في الواقع على مدى انطباقها عليه هي (تنطبق تماماً- تنطبق إلى حد ما- لا تنطبق إطلاقاً). ويصبح عليك أن تحدد ذلك وفقاً لما تراه وتدركه بالنسبة للطفل . أما بالنسبة للمقياس الفرعي الرابع فتوجد أربعة اختيارات أمام كل عبارة هي (تنطبق تماماً- تنطبق في الغالب - تنطبق إلى حد ما- لا تنطبق إطلاقاً).

والمرجو منك أن تقوم بوضع علامة (√) أمام العبارة في الخانة التي ترى أنها هي التي تعبر بدقة عن سلوك الطفل وفقاً لملاحظاتك المستمرة لما يصدر عنه من سلوكيات في الظروف العادية أي في غالبية المواقف، ومع غالبية الأفراد الذين يالفهم، وعند مشاركته في الأنشطة اليومية المعتادة. كما نرجو منك ألا تترك أي عبارة دون أن تضع أمامها علامة (√) علماً بأنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، لكن المهم أن تعبر الإجابة فعلاً بشكل دقيق عن سلوك الطفل واستجاباته.

ونشكر لكم حسن تعاونكم معنا ،،،،

الباحث ،،،

أولاً : التواصل اللفظي (اللغة والحديث)

م	العبرة	تطبيق تماماً	تطبيق إلى حد ما	لا تطبيق بطلاقاً
1	يعرف اسمه جيداً .	.....	.....	.....
2	يستجيب بشكل جيد عندما نقول له (لا) أو (توقف ) .	.....	.....	.....
3	يمكنه أن يتبع بعض الأوامر البسيطة التي نوجهها إليه .	.....	.....	.....
4	يستخدم كلمة واحدة في كل مرة يتحدث فيها إلى غيره .	.....	.....	.....
5	يستخدم كلمتين اثنتين في كل مرة يتحدث فيها إلى الآخرين.	.....	.....	.....
6	يستخدم ثلاث كلمات في حديثه مع غيره من الأقران أو سواهم أو الراشدين .	.....	.....	.....
7	يعرف عشر كلمات على الأقل بشكل جيد .	.....	.....	.....
8	يستخدم جملاً تتألف كل منها من أربع كلمات أو أكثر .	.....	.....	.....
9	يمكنه أن يوضح للآخرين ما يريده وذلك بطريقة ملائمة .	.....	.....	.....
10	يسأل أسئلة ذات مغزى ومعنى .	.....	.....	.....
11	يميل حديثه إلى أن يكون ذا مغزى ومعنى وذا علاقة بالموضوع الذي يتناوله .	.....	.....	.....
12	يستخدم عدة جمل متتالية أو متعاقبة في أغلب الأحيان .	.....	.....	.....
13	يمكنه الاستمرار في إجراء محادثة مع غيره بشكل ملائم .	.....	.....	.....
14	لديه قدرة عادية على التواصل مع الآخرين تتناسب مع عمره الزمني .	.....	.....	.....
.....	الدرجة الكلية للتواصل اللفظي	.....	.....	.....
.....				

.....	.....	.....	29	تنتابه العديد من النوبات المزاجية كالغضب والبكاء أو الصراخ مثلاً .
.....	.....	.....	30	يفتقر إلى الصحبة والأصدقاء .
.....	.....	.....	31	نادراً ما يبتسم .
.....	.....	.....	32	تعوزه الحساسية لمشاعر الآخرين .
.....	.....	.....	33	لا يبالي أن يحبه الآخرون أم لا .
.....	.....	.....	34	لا يبالي أن يتركه والداه أو أحدهما بمفرده ولا يبتغي إلى جواره .
.....	.....	.....	للدرجة الكلية للاجتماعية	
.....				

ثالثاً: الإدراك أو الوعي الحسي / المعرفي

م	العبرة	تنطبق تماماً	تنطبق إلى حد ما	لا تنطبق إطلاقاً
35	يستجيب بشكل ملائم عندما نناديه باسمه .	.....	.....	.....
36	بإمكانه أن يستجيب للمديح أو الثناء بطريقة مناسبة .	.....	.....	.....
37	باستطاعته أن ينظر إلى الآخرين وإلى الحيوانات وأن يميزهم .	.....	.....	.....
38	يمكنه أن ينظر إلى الصور ويطلعها وأن يشاهد التلفزيون.	.....	.....	.....
39	يستطيع أن يرسم بعض الصور وأن يلونها أو يلون غيرها.	.....	.....	.....
40	يلعب باللعب المختلفة بشكل ملائم .	.....	.....	.....
41	ييدي تعبيرات وجهية ملائمة في المواقف المختلفة .	.....	.....	.....
42	يفهم تلك القصص التي يعرض التلفزيون لها .	.....	.....	.....
43	يمكنه أن يفهم التفسيرات المختلفة التي تقدمها للمواقف المتعددة التي يمر بها .	.....	.....	.....
44	باستطاعته أن يدرك عناصر البيئة المحيطة به .	.....	.....	.....
45	غالباً ما يدرك الخطر الذي يحدق به .	.....	.....	.....
46	ييدي قدراً معقولاً من الخيال .	.....	.....	.....
47	يبادر بالاشتراك في الأنشطة المختلفة والقيام بها .	.....	.....	.....
48	يرتدي ملابسه بنفسه .	.....	.....	.....
49	يتسم بالفضول والاهتمام بالأشياء الأخرى .	.....	.....	.....
50	يقوم بالمغامرة ويعمل على استكشاف الأشياء المختلفة التي يمكن أن تواجهه .	.....	.....	.....
51	يبدو في حالة جيدة أو انسجام وتآلف مع البيئة المحيطة بحيث لا يكون غريباً عنها .	.....	.....	.....
52	ينظر إلى حيث ينظر الآخرون ويكون بمقدوره أن يتعرف بشكل جيد على ما ينظرون إليه .	.....	.....	.....
الدرجة الكلية للوعي الحسي المعرفي				
.....				

رابعاً : المشكلات الصحية والحالة الجسمية

م	العبرة	تطبيق تماماً	تطبيق في الغالب	تطبيق إلى حد ما	لا تطبيق إطلاقاً
53	دائماً ما يبذل الفراش من جراء تبوله عليه .	.....	.....	.....	.....
54	يبذل ملابسها الداخلية أو الحفاضة (البامبرز) من جراء تبوله .	.....	.....	.....	.....
55	يوسخ ملابسها الداخلية أو الحفاضة بالبراز .	.....	.....	.....	.....
56	يعاني من الإسهال .	.....	.....	.....	.....
57	غالباً ما يصاب بالإمساك .	.....	.....	.....	.....
58	تتأبه مشكلات نوم عديدة في أغلب الأحيان .	.....	.....	.....	.....
59	يأكل كثيراً جداً أو قليلاً جداً .	.....	.....	.....	.....
60	يسير وفق نظام غذائي محدد بدرجة كبيرة للغاية .	.....	.....	.....	.....
61	يعاني من النشاط المفرط .	.....	.....	.....	.....
62	يتسم بالخمول في أغلب الأوقات .	.....	.....	.....	.....
63	يضرب أو يجرح نفسه بشكل مستمر .	.....	.....	.....	.....
64	غالباً ما يضرب الآخرين أو يجرحهم .	.....	.....	.....	.....
65	يدمر الأشياء المختلفة ويعتمد تخريبها .	.....	.....	.....	.....
66	يبدو حساساً للصوت .	.....	.....	.....	.....
67	ييدي قدراً كبيراً من القلق والخوف .	.....	.....	.....	.....
68	يبدو حزيناً وغالباً ما ينفجر بالبكاء .	.....	.....	.....	.....
69	تعاوده نوبات مرضية مختلفة بين حين وآخر .	.....	.....	.....	.....
70	عندما يتحدث فإن حديثه عادة ما يأخذ الشكل القهري .	.....	.....	.....	.....

.....	.....	.....	.....	71	يسير في حياته وفق روتين صارم ولا يمكنه أن يتجاوزه .
.....	.....	.....	.....	72	يصيح أو يزقق بصوت عال .
.....	.....	.....	.....	73	مطالبه متشابهة وغير مختلفة .
.....	.....	.....	.....	74	يبدو هانجاً في أغلب الأحيان .
.....	.....	.....	.....	75	تعوزه الحساسية للألم .
.....	.....	.....	.....	76	يركز انتباهه ويثبته على موضوعات معينة دون سواها .
.....	.....	.....	.....	77	يصدر عنه العديد من الحركات التكرارية أو المتكررة .
.....	.....	.....	.....	المجموع الكلي للمشكلات الصحية والحالة الجسمية	
.....					

