



العدد (٢)، سبتمبر ٢٠٢٠، ص ٢٢ – ٢٤

التشخيص التمهيدي لاضطراب طيف التوحد

إعداد

أ.د/ جمال عطية فايد

أستاذ الصحة النفسية (التربية الخاصة)

ورئيس قسم العلوم النفسية

كلية رياض الأطفال – جامعة المنصورة

التشخيص التمييزي لاضطراب طيف التوحد

أ.د/ جمال عطية فايد (*)

ملخص

وفقاً للدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي الرابع وكذلك التصنيف الدولي العاشر الصادر عن منظمة الصحة العالمية يوجد تشابه بين أعراض اضطراب التوحد وديد من الإضطرابات النمائية الأخرى، لذا من المهم للمهنيين والأخصائيين النفسيين المشاركين في تشخيص اضطراب التوحد أن يكونون على دراية جيدة بذلك، من خلال التفرقة بين الأعراض المتشابهة.

وورقة العمل التي بين أيدينا ركزت على المتشابه والمختلف بين اضطراب التوحد وبعض الإضطرابات النمائية مثل التخلف العقلي واضطراب الحركات النمطية واضطراب التعلق السلبي واضطراب نمو اللغة وفصام الطفولة واضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه واضطراب الصمت الإنتقائي.

(*) أستاذ الصحة النفسية (التربية الخاصة) - ورئيس قسم العلوم النفسية - كلية رياض الأطفال - جامعة المنصورة.

Differential Diagnosis for Autism Disorder □

Abstract □

According to DSM-IV TR and ICD-10, diagnosis of autism, some disorders may have symptoms similar to autism.

Therefore professionals, psychologists, must be diligent when determining a diagnosis and treatment programs, following paper is of nine disorders related syndromes/disorders that manifest behaviors similar to those of autism and/or are more prevalent in individuals with autism, these disorders are Mental Retardation, Stereotype Movement Disorder, Reactivate Attachment Disorder, Language Development Disorder, Schizophrenic Childhood Disorder, ADHD, O-C D, Tourite disorder, and Selective Mutism.

التخلف العقلي والتوحد:

التخلف العقلي في ضوء AAMD هو الطفل الذي تقل نسبة ذكائه عن ٧٠ درجة (IQ<70, chakrabarti & Fombonne, 2005) وقد وجد ان حوالي نسبة من ٢٥٪ الي ٤٠٪ من فئة اطفال التوحد لديهم تخلف عقلي وتوحد في نفس الوقت من ٢٥٪ الي ٤٠٪ من الاطفال المتخلفين عقليا لديهم اضطراب التوحد (Shah, 1982؛ Wing & Gould, 1979) (Holmes, & Wing

Howlin, Wing, & Gould, ويشمل كذلك حوالي ١٠٪ لديهم اعراض زملة داون 1995 وبصفة عامة ان فئة اطفال التوحد لديهم اكثر من ضعف في الوظائف المعرفية واللغوية اكثر من الاطفال ذوى اضطراب اسبرجر او اضطراب & Chakrabarti PDDNOS (fombonne, 2001) اضافة الي ذلك ما يظهر لدى الطفل التوحدي من اعراض مثل (التكرار - الاثارة الذاتية - سلوك إيذاء الذات - قصور الانتباه) يصبح من الصعب التمييز في تشخيص تلك الخصائص بين التوحد والتخلف العقلي وتزداد صعوبة ذلك حسب درجة التخلف العقلي.

ويمكن التمييز بين التخلف العقلي والتوحد في ان معظم الاطفال المتخلفين عقليا يستجيبون للتواصل الاجتماعي معهم من خلال الانتباه والتعاطف وتشبه استجاباتهم الاطفال الصغار الرضع والفطماء من خلال التواصل البصري واللمسي والتعاطف رغم ان ذلك يأخذ لديهم بعض الوقت فانهم يمكن ان يتعلموا المهارات الاجتماعية من خلال الارتباط العاطفي العميق.

اما الطفل التوحدي فإنه يفشل في التعاطف الاجتماعي والايجابي وغالبا ما تكون نظرية للأخر سلبية ويظهر عليه النفور من الاخرين ومع النمو لا يحدث تغييراً او تغييراً ملحوظ في ذلك ويتشابه الطفل التوحدي والطفل اسبرجر في تلك السمات واهمها الاخفاق في قراءة الملامح الاجتماعية للأخر (American psychiatric Association, 1987, p.31)

السمة التمييزية الثانية بين فئة التخلف العقلي وفئة التوحد تقع في الناحية المعرفية او القدرة العقلية ففي حالة التخلف العقلي نجد أن ادنى من نسبة ذكاء (٧٠) تقع فئات التخلف العقلي أما في حالة الطفل التوحدي نجد ان نسبة الذكاء من الممكن ان تزيد عن (٧٠) وكما سبق ان ذكرنا ان نسبة ٢٥٪ الي ٤٩٪ من اطفال التوحد يظهر لديهم تخلف عقلي ايضا.

اما عن مكونات الذكاء او انواع مفردات اسئلة اختبارات الذكاء فهي ايضا تختلف فتجد تدنى أداء الطفل التوحيدي في الذكاء اللفظي ومكوناته مثل الفهم الاجتماعي او حل المشكلات او غيرها وعلي العكس نجد ادائهم افضل علي الاختبارات العملية المكونة لاختبار الذكاء البصري او المكاني وكذلك في التذكر الصم، وتختلف فئة الاطفال اسبرجر في ذلك فهي العكس تماما فنجدهم اعلي في الاختبارات اللفظية للذكاء من الاختبارات العملية التوثيق (Volkmar & klin, 2000)

وفي بعض الحالات النادرة تظهر في الطفل قدرات استثنائية فريدة وكان يطلق علي الطفل من هذا النوع Idiot savant او العالم الابله ومن امثلة هذه القدرات الخاصة مهارات خاصة في الذاكرة او الحساب او الموسيقي او الميكانيكا او غيرها. Schreibman, 1988; Wing, 1990 وقد ثبت ان هذه الفئة الاخيرة لديها ايضا نفس خصائص الطفل التوحيدي Rimland & fein, 1988 الخاصة بالذاكرة او الحساب او الموسيقي او الميكانيكا او غيرها. Schreibman, 1988; Wing, 1990 وقد ثبت ان هذه الفئة الاخيرة لديها ايضا نفس خصائص الطفل التوحيدي المتخلف عقليا تتعلق بالنمو الجسمي والمهارات الحركية الكبيرة والدقيقة فقد ثبت في كثير من الدراسات ان النمو الجسمي للطفل التوحيدي اقرب للنمو الجسمي للطفل العادي اما الطفل المتخلف عقليا فيظهر لديه تأخر في النمو الجسمي، وبالنسبة للمهارات الحركية الكبيرة فهي افضل من المهارات الدقيقة لدى الطفل التوحيدي.

التوحد واضطراب الحركات النمطية: stereotypic movement disorder

اضطراب الحركات النمطية هو عبارة عن سلوكيات كثيرة متكررة يقوم بها الطفل دون وظيفة لها وبعضها من هذه الحركات يعد شائعا في مرحلة الطفولة المبكرة. تصبح تلك السلوكيات زائدة في مستواها عندما تؤثر علي الطفل بدرجة كبيرة وتتداخل مع جوانب النمو الاخرى. تنتشر تلك السلوكيات لدى المستوى المتوسط والشديد من التخلف العقلي وكذلك تنتشر اكثر لدى الاطفال الذين يحتجزون في مؤسسات وكذلك ذوى الحرمان الحسي مثل الصم والعميان وتقليديا فإن الاطفال الذين يظهر لديهم هذا النمط لا يتحقق لديهم معيار تشخيص التوحد لدى الطفل.

التوحد واضطراب التعلق السلبي في مرحلة الطفولة:

يعد اضطراب التعلق السلبي Reactive Attachment Disorder احد الاضطرابات الموجودة في مرحلة الطفولة المبكرة ويظهر هذا الاضطراب في عدم استطاعة الطفل عمل تعلق طبيعي مع من يقدمون له الرعاية ويبدو ذلك في اجتماعية غير مميزة ويرتبط ظهور هذا الاضطراب بالحرمان النفسي والاجتماعي في بيئة الطفل او الاساءة النفسية التي يتعرض لها. وتظهر اعراض التعلق السلبي لدى الطفل في عدم الاستجابة للآخرين مهما حدث من محاولات وتتشابه تلك الاعراض مع الاعراض التي تظهر لدى الطفل التوحدي من خلال عدم وجود تواصل بصري مع الطفل وعدم الابتسامة او التعبير الإيجابي عن الذات وسرعان ما يدرك المحيطين بالطفل انه امر طبيعي. كما يرتبط هذا الاضطراب أيضا بالقصور اللغوي واحيانا ما يظهر التخلف العقلي لدى الطفل مع الاعراض السابقة.

وعند تشخيص هذا الاضطراب لا بد أن يكون واضحا أن هناك اهمال لطفل ممن يقدمون له الرعاية وذلك كأساس في نشوء هذا الاضطراب مثل ترك الطفل لفترات طويلة بمفرده دون اهتمام من أحد وعدم حمل الطفل أثناء عملية الارضاع علي صدر من يرضعه أو عدم الاستجابة في حاله الصراخ المستمر وهكذا.

التوحد واضطرابات اللغة النمائية : Developmental language disorders

تعد اضطرابات اللغة من أكثر الاضطرابات انتشارا لدي ذوي الاحتياجات الخاصة جميعا بم فيها التوحد والتخلف العقلي وغيرها و اقل صعوبات التشخيص حدوثا عندما يوجد لدي الطفل خلط او لبث او تداخل بين الفهم واللغة التعبيرية (semantic pragmatic) (Rabin & Allen 1998) والاطفال الذين يعانون من اضطرابات اللغة التعبيرية ولاستقباله وكذلك اضطراب في المعني من أسباب التداخل واللبث وغالبا لا يستطيع هؤلاء الاطفال فهم اللغة وعملياتها المختلفة مما يؤدي بهم الي صعوبات في التعبير وكذلك التفاعل الاجتماعي الملائم مع الآخرين بسبب العجز أو صعوبة المشاركة في فهم معاني الكلمات مع الآخرين (Brook Bowler 1992 : Rabin & Allen 1993; 1998) مثل هذه الصعوبات الشائعة

سائدة تماما لدي أطفال اضطرابات التوحد وكذلك أطفال متلازمة اسبرجر Asperger Syndrome وكل هذا يظهر في قصور المحادثة والذي يظهر كذلك في ترديد الكلمات echolalia، مشكلات في بناء ومحتوي الجملة.

وعلي وجه العموم فان الاطفال الذين لديهم اضطرابات نمائية في اللغة يستطيعون علي عمل علاقات دافئة مع مقدمي الرعاية و الاقران والكبار.

التوحد وفصام الطفولة: Childhood onset schizophrenia

يشارك أو يتشابه الاطفال الذين لديهم فصام في الطفولة مع عينه أطفال اضطراب طيف التوحد في بعض السمات والتي منها القصور الاجتماعي ومقاومة التغييرات البيئية والانفعالات الغير ملائمة . (Phelps & rabowski , 1991)

والاختلافات الملحوظة بينهما فيما يأتي:

أولاً: السن الذي يحدث فيه تلك الاضطرابات السابقة

ثانياً: مستوى التوظيف العقلي

ثالثاً: مستوى القصور اللغوي

رابعاً: وجود الهلوس أو الهذاعات

على سبيل المثال اللغة لدى الطفل ذوى اضطراب التوحد تعد غائبة مضطربة بدرجة عالية جدا (Rumsey & Denckla, 1987) في السن المبكر يفشل الطفل التوحدي في تركيب الجملة وكذلك في استخدام اللغة وفهم معانيها.

أما في حالة الطفل الفصامي يكتسب الطفل الفصامي اللغة وتتمو لديه بشكل طبيعي (رغم التأخر النسبي أحيانا) ولكن اللغة لدى الطفل الفصامي تتصف باللامنطقية وعدم الترابط (Caplan, 1994)

من المعتاد ان الفصام في الطفولة يظهر بعد ست سنوات من عمر الطفل ويستخدم الطفل الفصامي في اللغة الاستغراق في عالمه الخاص من الخيال وعلى العكس فان الخيال يعتبر ضعيفا او غائبا لدى الطفل التوحدي كما لوحظ كلا من انحسار أو ضيق الاهتمامات

لدى الطفل الفصامي وتبدو مخاوفه غير منطقية كما تبدو وطريقة سلبية شخصية عموماً.
(Newom & Hovanitz , 1997)

اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة : Attention deficit disorder and hyperactivity

كثيراً ما يظهر لدى الاطفال التوحديين اضطراب نقص الحركة وفرط الانتباه، وجدت بعض الدراسات ان نسبة ٧٤ % من عينة الدراسة وهم أطفال اضطراب التوحد وخاصة المستوى العالي من التوحد لديهم ADHD (Jensen, Iorries, & Mack, 1997)
مثال: حالة طفل سبع سنوات تم تصنيفه على أنه تأخر نمائي ومن خلال البرنامج الخاص بـ IEP وسلوكه الفصلي كان صعب التعامل معه في الفصل الدراسي ولا يندمج في الأنشطة او يجذب اليها ويبدو انه يصنف ADHD من خلال التشخيص واستخدام الادوات المناسبة وكذلك يستوفى معايير الطفل التوحدي من خلال أداة تشخيص التوحد.

التوحد واضطراب الوسواس القهري:

Obsessive-compulsive disorder and autism disorder □

يوجد تشابه بين اضطراب الوسواس القهري والتوحد في كثير من الاعراض منها أفكار غير عادية والسلوكيات الطقوسية والسلوكيات النمطية الكثيرة المشتركة بينهما (التوحد - الوسواس القهري) يختلف التوحد عن الوسواس القهري في غياب الافكار الحوزية لدى الطفل التوحدي مع عدم وجود التعلق لدى الطفل التوحدي.

ومع ندرة البحوث عن الوسواس القهري لدى الاطفال فان معظم الاعراض الاخيرة أكثر ظهوراً لدى طفل الوسواس القهري في عمر متأخر من ظهور اعراض اضطراب التوحد في العادة في مرحلة المراهقة ونادر ما تظهر اعراض الوسواس القهري قبل ست سنوات من العمر) ومن الجدير بالذكر ان الاختلاف كذلك بين الطفل التوحدي والطفل الذي لديه اعراض الوسواس القهري في انه كثيراً من الاحيان ما ترتبط اعراض التوحد مثل السلوكيات التكرارية بالغضب والاحباط اذا تم مقاطعتها اما الاطفال ذوي اضطراب الوسواس القهري OCD من داخله وهو يقوم بسلوكيات الوسواس القهري يشعر بعدم راحة داخلية وكذلك يكون منزعجاً جداً من عدم قدرته علي السيطرة علي الاعراض القهرية (young,Grasic,&Leven1990).

كما انهم OCD مهتمون بالبيئة التي يعيشون فيها والعلاقات الاجتماعية والمعرفية (Tsai, 1992) وعموما فان بعض الاطفال تستوفي لديهم معايير التوحد وفي نفس الوقت معايير تشخيص الوسواس القهري.

اضطراب التوحد واضطراب التوريت Tourette's Disorder

يتضمن اضطراب توريت من اهم اعراضه حركات الإرادية سريعة مثل (نتوء اللسان) (Tongue protrusion) أو اللفظية vocalizations والتي تبدو ظاهرة لدي اضطراب التوحد ASD متي ما أظهروا أنفسهم في شكل حاد أو غير عادي.

كما ان اضطراب توريت يرتبط عادة مع ذكاء طبيعي ولغة طبيعية ونمو اجتماعي بما يتناسب مع الاهتمامات والانشطة وفي بعض الاحيان يظهر الانسحاب الاجتماعي بسبب الرفض الاجتماعي للطفل (التوريت) بسبب الاعراض السابقة ولكن من السهل تمييز هذا السلوك او تلك الاعراض عن اعراض الانعزال الاجتماعي او السلوك الشاذ اجتماعيا لدي الطفل التوحدي.

من ناحية اخري مهمة فان الطفل التوحدي عموما لا يظهر لديه اضطراب في ملامح الوجه او اللزمات اللفظية كذلك يمكن ان يصاحب حالة التوريت حاله توحد وخصوصا زملة اسبرجر وعلي كلا فان تشخيص الطفل علي انه توحد لا يعني بالضرورة انه لا يمكن ان يكون توريت والعكس (Kadesj & Gillberg, 2000; young etal, 1989)

تشخيص متلازمة توريت: يعتمد التشخيص علي المعايير الاتية:

- وجود اللزمات اللاإرادية الحركية والصوتية.
- تحدث هذه اللزمات يوميا بشكل مستمر أو متقطع.
- تبدأ قبل عمر ١٨ عاما.
- يشترط ان يكون اللزمات غير مرتبطة بأي حالات أخري أو أدوية.

التوحد والصمت الانتقائي: Selective Mutism

يظهر الصمت أو الخرس الانتقائي لدي الأطفال متمثلا في عدة أعراض أهمها عدم التحدث أو التكلم في بعض المواقف مع التواصل مع الاخرين علي طريق الإيماءات.

وفي حالة اعراض اضطراب التوحد يظهر الطفل التوحدي التحدث والكلام في البيئات المألوفة أكثر من البيئات غير المألوفة.

التوحد وضعف الابصار:

من المعروف أن ضعف الابصار يعني عدم القدرة علي التواصل البصري وينتج عنه عدم قدرة الطفل علي المشاركة في اللعب مع الطفل المبصر كل جوانب الاندماج والتفاعل تعتمد علي الابصار.

ويترتب علي ذلك ملاحظة ان الاطفال ضعاف البصر تظهر لديهم بعض السلوكيات الغريبة التي تشبه بعض السلوكيات لدي الطفل التوحدي مثل الامساك بالأشياء او تقربها الي عيونهم لمحاولة فحصها او رؤيتها وعلي كل حال فان التشخيص التمييزي ليس صعبا في مثل هذه الحالة وذلك بسبب العجز عن الرؤية الظاهر لدي الطفل ورغم تأخر بعض جوانب النمو الاجتماعي لدي ضعاف البصر الا انه يكتمل بعد وقت قليل.

أما في حاله الطفل التوحدي يستمر التأخر في النمو الاجتماعي لفترات طويلة ومن الجدير بالذكر وجود حالات توجد لدي بعض الاطفال المكفوفين وخصوصا الذين ولدوا مكفوفين بصريا كما ان سمات الطفل التوحد كثيرا ما تظهر لدي هؤلاء الاطفال ذوي كف البصر الولادي

بناءا علي مقياس (Hobson&Bishop,2004) CAR.S

المراجع

- American Psychiatric Association. (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- Brook, S., & Bowler, D. (1992). Autism by another name? Semantic and pragmatic deficits in children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22(1), 61-81.
- Caplan, R. (1994). Communication deficits in childhood schizophrenia spectrum disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 20(4), 671-683.
- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Journal of the American Medical Association*, 285, 3093-3099.
- Hobson, R. P., & Bishop, M. (2004). The pathogenesis of autism: Insights from congenital blindness. In U. Firth & E. L. Hill (Eds.), *Autism: Mind and brain* (pp. 109-126). New York: Oxford University Press.
- Howlin, P., Wins, L., & Gould, j. (1995): The recognition of autism in children with down syndrome: Implications for intervention and some speculations about pathology. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 37, 398-414.
- Jensen, V. K., Larrieu, J. A., & Mack, K. K. (1997). Differential diagnosis between attention deficit/hyperactivity disorder and pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *Clinical pediatrics*, 36(10), 555-561.
- Kadesjo, B., & Gillberg; c. (2000). Tourette's disorder: Epidemiology and comorbidity in primary school children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 548-555.

- Newsom, C., & Hovanitz, C. A. (1997). Autistic disorders. In E. J. Mash & L. G. Terdal (Eds.), *Assessment of childhood disorders* (3rd ed., pp. 408-452). New York: Guilford Press.
- Phelps, L., & Grabowski, J. (1991). Autism, differential diagnosis, and behavioral assessment update. *Journal of Psychopathology and behavioral assessment*, 13(2), 107-125.
- Rabin, I., & Allen, D. A. (1983). Developmental language disorders: Nosological consideration. In U. Kirk (Ed.), *Neuropsychology of language, reading and spelling* (pp. 155-189). London: Academic Press.
- Rabin, I., & Allen, D. A. (1998). The Semantic pragmatic deficit disorder: Classification issues. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 33(1), 82-87.
- Rimland, B., & Fein, D. (1988). Special talents of autistic savants. In L. K. Obler & D. Fein (Eds.), *The exceptional brain* (pp. 474-492). New York: Guilford press.
- Rumsey, J. M., & Deckle, M. B. (1987). Neurobiological Research priorities in autism. In E. S. Scholar & G. B. Mesibov (Eds.), *Neurobiological issues in autism* (pp. 43-61). New York: Plenum Press.
- Schreibman, L. (1988). *Autism*. Newbury Park, CA: Sage.
- Shah, A., Holmes, N., & wing, L. (1982). Prevalence of autism and related conditions in adults in a mental handicap hospital. *Applied research on mental handicap hospital. Applied research on mental retardation*, 3, 303-317.
- Volkmar, F. R., & Klin, A. (2000). Diagnostic issues Asperger syndrome. In A. Klin, F. R. Volkmar & S. S. Sparrow (Eds.), *Asperger syndrome* (pp. 25-71). New York: Guilford press.

- Wing, L. & Gould, J. (1979). Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and Classification. *Journal of Autism and Developmental disorders*, 9, 11-30.
- Wing, L. (1985). *Autistic children* (2nd ed.). New York: Brunner/Mazel.
- Young, J. G., Grasic, j. r., & Leven, l. (1990). Genetic causes of Autism and the pervasive developmental disorders. In S. I. Deutsch, A. Weizman, & R. weizman (Eds), *Application of basic neuroscience to child psychiatry* (pp. 183-216). New York: Springer.
- Young, J. G., Newcorn, J., & Leven, L. (1989). Pervasive developmental disorders. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds), *Comprehensive textbook of pyschiarty* (5th ed., Vol. 2, pp. 1772-1787). Baltimore: Williams & Wilkins.