

نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد

إعداد

أ.د./ عادل عبدالله محمد

أستاذ التربية الخاصة

والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق- مصر

نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد

إعداد

أ.د./ عادل عبدالله محمد

أستاذ التربية الخاصة

والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق- مصر

مستخلص

شهد اضطراب طيف التوحد تطورات كثيرة في تشخيصه منذ اكتشاف اضطراب التوحد وظهوره في دليل التشخيص حتى ظهور الدليل التشخيصي الخامس (DSM-V 2013) والمراجعة النصية لذلك الدليل في مارس 2022 DSM-V-TR ليظهر مصطلح "اضطراب طيف التوحد" بما عليه من مآخذ عديدة. وقد أظهرت الممارسة العملية لمحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد كما وردت في الإصدار الخامس من دليل التشخيص ومراجعتها النصية إلى جانب التصنيف الدولي الحادي عشر للاضطرابات والذي بدأ العمل به منذ يناير (2022) ICD-11 أن هناك مجموعة غير قليلة من المآخذ والملاحظات التي تشوب تناول هذا الاضطراب وتشخيصه بالطريقة التي أوردها الدليل. فظهرت الحاجة إلى وجود نموذج تصنيفي جديد للاضطراب يهدف إلى تفادي تلك المآخذ، ويتم من خلاله تناول الاضطراب بشكل صحيح يسهم في تشخيصه وتقييمه الصادق، واختيار أو إعداد برامج التدخل المناسبة التي تعمل على الحد من شدة أعراضه، وتعديل سلوك من يعانون منه. ولذلك فقد اتخذ النموذج التصنيفي الجديد من الواقع منطلقات له، ووضع ركائز يقوم عليها لتجنب تلك المآخذ، وتم تقديم عدة فرضيات ينطلق منها. كما تم تحديد الشكل العام لفئة الاضطرابات التي يتناولها هذا النموذج الجديد، وتحديد الملامح المميزة له، وتقديم محكات التشخيص الخاصة بفئات تلك الاضطرابات التي يتضمنها، وتحديد عدد من الملامح التشخيصية المميزة لها بشكل عام والتي يكون من شأنها أن تسهم في الوصول إلى تشخيص دقيق لها. وانتهت هذه الورقة البحثية إلى أن هذا النموذج التصنيفي الجديد بكل عناصره يمثل أسلوباً جديداً في تناول اضطراب طيف التوحد من خلال تقديمه بمفهوم جديد، ويسهم في التغلب على أوجه القصور التي نتجت عن الأسلوب الحالي الذي يتم من خلاله تناول هذا الاضطراب كما ورد في دليل التشخيص.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد- نموذج تصنيفي جديد.

**Adel Mohammed Classification and Diagnostic Model of
Autism Spectrum Disorder****by****Dr. Adel Abdulla Mohammed****Professor Emeritus of Autism****Ex- dean& Founder, Faculty of Disability Sciences and
Rehabilitation, Zagazig University****Abstract**

Since it was discovered in 1943, diagnosis of autism has been changed many times. In DSM-V and DSM- V- TR an outcome of a merge process of all ASDs into just one ambiguous entity called autism spectrum disorder ASD has appeared although there are four separate and distinct entities in reality as reflected by practice. This ambiguous entity has led to a wrong diagnosis as all ASDs were removed and the new diagnosis never reflects any one of them. As a result of adopting a complex reformulated version of a DSM- IV autism diagnosis for ASD, all ASDs appeared the same in a mistaken, illogical and non- scientific way. No theoretical framework for ASD is available, the idea of spectrum has been destroyed, low and high functioning autism types have been fused together illogically and it becomes a problem for specialists to intervene. Adel Mohammed model avoids all these mistakes and presents a better outlet for parents, specialists and researchers to follow the correct way to diagnose and modify children`s behavior by either choosing the suitable ready- made program or developing a new one.

Key words; ASD, Adel Mohammed ASD classification and diagnostic model.

مدى الحاجة إلى نموذج تصنيفي جديد لاضطراب طيف التوحد

يدور السؤال الذي يطرح نفسه ببساطة هنا حول مدى حاجتنا إلى هذا النموذج، وهل نحن بحق في حاجة إليه؟ ولماذا هذا النموذج؟ ولذلك فنحن لنا أن نسأل أنفسنا الأسئلة التالية:

- هل نحن نحتاج فعلاً إلى نموذج تصنيفي جديد لاضطراب طيف التوحد؟
 - ما هي المشكلة التي تواجهنا وتجعلنا في حاجة إليه؟
 - ما هي المبررات التي يمكن أن نسوقها للبحث عن هذا النموذج التصنيفي الجديد وتقديمه؟
- والواقع أن هناك مشكلة كبيرة في تشخيص اضطراب طيف التوحد كما ورد بالدليل التشخيصي حيث قام الدليل بصهر كافة اضطرابات طيف التوحد معاً ليظهر لنا مخرج واحد نهائي أطلق عليه اضطراب طيف التوحد، ولكنه لم يعبر في الواقع عن تلك الاضطرابات، ولم يعكسها حيث اختفت تلك الاضطرابات مع تشخيصاتها المستقلة من الدليل رغم وجودها المتميز والمستقل على أرض الواقع. ومع اختفاء اضطراب أسبرجر ضاعت هويته المستقلة ككيان له طبيعته الخاصة التي لا تتضمن أي قصور عقلي فضلاً عما يتضمنه من خصائص إيجابية نسبية بعكس الاضطرابات الأخرى بالطيف، ولم نتمكن من تشخيصه نظراً لاختفائه هو وتشخيصه من الدليل وذلك على المستوى الورقي الذي يفترض أن يتم تطبيقه في الواقع بعكس ما هو موجود حيث انصهر كغيره من الاضطرابات في كيان مبهم فلم نعد قادرين على تمييز أي من هذه الاضطرابات عن الآخر إذ أننا أصبحنا نتحدث عن اضطراب واحد هجين على الرغم من وجود أربعة اضطرابات مستقلة ومتميزة في الواقع.

كما قدم الدليل محكات تشخيصية لهذا الاضطراب الوحيد تمثل لغزاً جديداً حيث تم تقديم محكات تشخيص اضطراب التوحد (السابق) كما وردت في كل من الإصدار الرابع (1994) DSM-IV والإصدار الرابع المعدل (2000) DSM-IV-TR من الدليل بعد إعادة صياغتها بشكل أكثر تعقيداً لتشخيص هذا الاضطراب الجديد على الرغم من اختلاف الاضطرابين وهو ما أضاف قدراً كبيراً من التشوش والإرباك والتخبط حيث أن اضطراب التوحد ليس هو اضطراب أسبرجر أو غيره من اضطرابات طيف التوحد، أو حتى اضطراب طيف التوحد كما ورد بالدليل، فلماذا إذن يتم استخدام تلك المحكات لتشخيص ذلك الكيان الجديد رغم ذلك؟

ومع ظهور كيان واحد فقط بديلاً عن عدة كيانات سابقة تم نسف فكرة الطيف من أساسها حيث لم يعد أي شرط من شروط الطيف الثلاثة متوفر لدينا فلا توجد عدة عناصر، وبالتالي لا يوجد اشتراك بينها في خاصية معينة أو أكثر، ولم تظهر درجات متفاوتة لتلك المشاركة. ولذلك لجأ الدليل

إلى حيلة أخرى غير مناسبة وغير صحيحة للإبقاء على فكرة الطيف فأورد أن مستويات شدة الاضطراب التي لا تعكس أيًا من الاضطرابات المنصهرة هي التي تمثل الطيف نظراً لتفاوت درجاتها، وتناسي أن تفاوت الدرجة هنا يخص كيان واحد وليس مجموعة كيانات، وأنه لم يتم تعميم نفس الفكرة أو استخدامها مع الاضطرابات الأخرى ذات مستويات الشدة كإعاقة الفكرية، أو ضعف السمع كإعاقة سمعية، أو غيرها على الرغم من كونها اضطرابات أكثر استقراراً وثباتاً قياساً باضطراب طيف التوحد ذات الطبيعة المبهمة وغير المستقرة.

وفضلاً عن ذلك فلم يتم تقديم تنظير (إطار نظري) لهذا الاضطراب، وبالتالي فعندما يقدم أحد الباحثين على تناول ذلك الاضطراب فإنه يتناول إطاراً نظرياً يخص اضطراب التوحد وليس اضطراب طيف التوحد تماماً كمحكات التشخيص وهو الأمر الذي يتنافى مع طبيعة البحث العلمي وخطواته وإجراءاته إذ أنه يجب أن يرجع إلى أطر نظرية مناسبة، وأن يوظفها في بحثه بالشكل الذي يسهم في تحقيق أهدافه البحثية وإلا فإنه سيرتكب بذلك أخطاء منهجية تستدعي هدم هذا البحث، وإعادة إجراءاته من جديد بطريقة صحيحة غير موجودة في هذا الاضطراب حتى الآن.

وكذلك فقد نقل الدليل هذا التخبط إلى اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة أو ما يعرف باضطراب التواصل الاجتماعي بعد تشخيص كثير من حالات الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الذين لا يبدون سلوكيات نمطية وتكرارية متناسين أعراض إعاقة التوحد التي يبدونها على أنهم يعانون من اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة وهو الاضطراب الذي أصبح يجمع تحت طياته كثيراً من الحالات التي لا تنتمي في الواقع إليه، بل إنه قد جعل من هذا الاضطراب الذي يمثل إحدى الفئات الفرعية لاضطرابات التخاطب مظلة كبيرة يندرج تحتها اضطرابات أخرى لا تنتمي إليها في الواقع مما أضفى على ذلك الاضطراب قدراً غير قليل من التشوش والإرباك.

وعلى هذا الأساس أصبح الباحثون والأخصائيون يواجهون قدراً غير عادي من المشكلات في تشخيص حالات اضطراب طيف التوحد، وتقييمها في سبيل إصدار قرار نهائي حول ما يجب أن يتم إتباعه مع كل منها على أثر ذلك وهم يرون أمامهم حالات متعددة ومتميزة من الاضطرابات وليس اضطراباً واحداً كما ورد في الدليل. ولذلك كان لابد من البحث عن أسلوب آخر جديد يمكننا من خلاله أن نجد حلولاً منطقية ومقنعة، بل وحلول علمية لكل هذه المشكلات وهو ما يجعل منها مبررات منطقية يمكن لنا أن نسوقها في سبيل البحث عن نموذج تصنيفي جديد لتلك الاضطرابات بشكل مغاير، وطرحه للاستخدام العملي وهو ما يزيد من حاجتنا له.

الإطار النظري

اضطرابات طيف التوحد (السابقة)

كانت اضطرابات طيف التوحد (السابقة) تندرج تحت ما كان يعرف بالاضطرابات النمائية الشاملة pervasive developmental disorders كمظلة عامة أو فئة كبيرة من الاضطرابات كانت تضم خمسة اضطرابات هي اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، واضطراب ريت. وكانت هذه الاضطرابات تشكل طيفاً فيما بينها حيث كانت تنطبق عليها الشروط الثلاثة للطيف فهي عبارة عن مجموعة من العناصر، وهي تشترك معاً في خاصية واحدة أو أكثر من خاصية حيث أن كلاً منها يمثل اضطراباً نمائياً شاملاً يؤثر سلباً على جوانب نمو الطفل، وأنهم يشتركون في الخصائص التي تتسم بها إعاقة التوحد، كما أنها كاضطرابات أو عناصر تشترك في تلك الخصائص بدرجات متفاوتة. وكذلك فقد كانت تلك الاضطرابات تعد نمائية في أساسها نظراً لأنها تلحق بالطفل خلال سنوات النمو، أما عن كونها شاملة فإن ذلك يرجع إلى أن كل اضطراب منها عادة ما يؤثر بشكل سلبي على جميع جوانب نمو الطفل تقريباً.

ويمكن تعريف اضطراب التوحد من وجهة نظرنا وفقاً للمنظور السداسي للاضطراب الذي قمنا بإعداده على أنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يلحق بالطفل قبل الثالثة من عمره (وهو ما يمثل البداية المبكرة للاضطراب)، ويلازمه مدى حياته، ويمكن النظر إليه من جوانب ستة وذلك على أنه اضطراب نمائي عام أو منتشر يؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حول ذاته. كما يتم النظر إليه أيضاً على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية متزامنة أي تحدث في ذات الوقت، وكذلك على أنه نمط من أنماط اضطرابات طيف التوحد (التي عملت كمدخلات لاضطراب طيف التوحد في الطبعة الخامسة من دليل التشخيص فضلاً عن طبيعته الخامسة المعدلة) يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات واهتمامات نمطية وتكرارية ومقيدة، كما أنه يتلازم مرضياً comorbidity مع اضطراب قصور الانتباه.

وعلى الجانب الآخر اكتشف هانز أسبرجر Asperger عام 1944 اضطراب أسبرجر، ووجد أنه لا يشهد أي قصور في النمو العقلي أو النمو اللغوي، بل إن القصور الذي يشهده في الجانب اللغوي هو طريقة استخدام اللغة إلى جانب ظهور أعراض اضطراب التوحد. ولا يلحق هذا

الاضطراب إلا بالأطفال من ذوي الذكاء العادي فأعلى وهو ما يعكس وجود مواهب لدى الأطفال الذين يعانون من ذلك الاضطراب. ولم يظهر هذا الاضطراب إلا في الدليل التشخيصي الرابع (1994)، DSM- IV وفي المراجعة النصية لتلك الطبعة (2000) DSM- IV- TR وذلك كأحد الأنماط الخمسة التي كانت تشكل اضطرابات طيف التوحد ليعكس اضطراب التوحد ذا الأداء الوظيفي المرتفع. أما عن طبيعة اضطراب أسبرجر فإنه يعد بمثابة اضطراب نمائي عصبي شامل يمثل أحد الاضطرابات المثيرة للجدل ضمن اضطرابات طيف التوحد (السابقة) وهو أبسطها في الشدة، وأعلىها أداء وظيفياً حيث يكون ذكاء الطفل عادياً فأعلى مما يجعل هذا الاضطراب يمثل كياناً تشخيصياً مستقلاً يعكس حالة ترتبط باضطراب التوحد ولكنها غير كل الحالات الأخرى، وإن اتفقوا جميعاً في الاستمرار مع الطفل طيلة حياته. ويبدأ تشخيصه قبل الثالثة ويستمر حتى التاسعة من عمر الطفل، وله تأثيره السلبي على سلوك الطفل، وانغماسه الشامل في الاهتمامات التي تتعلق بموضوعات خاصة، وعلى استخدامه للغة، والتواصل، ونمط التفاعلات الاجتماعية. ويتسم بقصور التعاطف، ونقص القدرة على تكوين الصداقات والحفاظ عليها، والمحادثات أحادية الجانب، والانغماس الشديد في الاهتمامات الخاصة، والحركات المتثاقلة وغير العادية. كما أنه يضم العديد من الخصائص الإيجابية كالقدرة الزائدة على التركيز في التفاصيل، والاستمرار في الاهتمامات الخاصة دون التأثر بآراء الآخرين، والقدرة على الأداء المستقل، وإدراك الأنماط التي قد يغفلها الآخرون، والشدة أو الحدة، والأصالة في التفكير.

ويمكن تعريف اضطراب أسبرجر من وجهة نظرنا على أنه اضطراب نمائي وعصبي يتسم ببدايته المبكرة والتي عادة ما تكون قبل الثالثة من العمر، ويستمر مع الفرد طوال حياته. كما يتسم بوجود قصور في التفاعلات الاجتماعية، والتواصل غير اللفظي، والاهتمامات المقيدة أو السلوكيات التكرارية مع قدر من الخمول والكسل أو عدم الرشاقة الحركية، وعادة ما يصل الأمر إلى العزلة الاجتماعية، وحدوث مشكلات في العمل، والضغط الأسرية، والتنمر، وإيذاء الذات. إلا أن هذا الاضطراب يتميز عن اضطرابات طيف التوحد الأخرى بعدم وجود قصور في اللغة، أو في الأداء الوظيفي العقلي حيث عادة ما يكون معامل ذكاء الفرد إما عادياً أو عالياً.

ومن جهة أخرى فقد اكتشف هيلر Heller في عام 1908 اضطراب الطفولة التفككي، إلا أنه رغم ذلك لم يظهر سوى في الدليل التشخيصي الرابع (1994)، DSM- IV وفي المراجعة النصية لتلك الطبعة (2000) DSM- IV- TR وذلك كأحد الأنماط الخمسة التي كانت تشكل اضطرابات طيف التوحد ليعكس أحد أنماط اضطراب التوحد ذا الأداء الوظيفي المنخفض. ووفقاً لطبوغرافية

هذا الاضطراب وطبيعته فإن الطفل ينمو بشكل طبيعي أي يمر بمرحلة محددة من مراحل النمو الطبيعي تستمر إلى ما بين الثالثة والرابعة من العمر، ثم يتعرض لإنتكاسة مفاجئة وشديدة تبدل أحواله خلال بضعة أيام أو أسابيع فيفقد الطفل ما يكون قد إكتسبه من لغة ومهارات مختلفة في كافة جوانب النمو. وتظهر الأعراض الدالة على اضطراب التوحد، وقد تكون تلك الإنتكاسة تدريجية فتستمر حتى التاسعة أو ما قبل العاشرة من عمر الطفل، وتكون المحصلة النهائية واحدة حيث يكون الفقد واحداً في الحالتين. وبذلك فإن تلك الإنتكاسة قد تحدث ما بين الرابعة والعاشرة من عمر الطفل وهو ما يعكس بطبيعة الحال التباين العمري في تلك البداية المتأخرة للاضطراب. وعندما يحدث التدخل تكون أقصى الأماني أن نصل بالطفل إلى ما كان عليه قبل حدوث الانتكاسة وهو ما يجعل الإعاقة العقلية في تلك الحالة تكون شديدة.

ويمكن النظر إلى اضطراب الطفولة التفككي على أنه اضطراب نمائي (يحدث خلال سنوات النمو) وعصبي (يرتبط بحالات عصبية كالتصلب الدرني، والتشنجات، واضطراب الأيض) معقد ونادر أو حالة نادرة تشهد نمواً طبيعياً من جانب الطفل حتى سن الثالثة أو الرابعة من عمره، أي أن الطفل يمر بمرحلة نمو طبيعي، وبالتالي فإنه يكتسب خلال تلك الفترة اللغة وما تتضمنه من مهارات لغوية، والمهارات المختلفة في كافة جوانب النمو الأخرى، وغيرها من المكتسبات النمائية وذلك بما يتناسب مع عمره الزمني، ثم يبدأ بعد ذلك وخلال بضعة شهور في فقد تام تقريباً للمهارات اللغوية، والحركية، والاجتماعية، وغيرها من المهارات والمكتسبات الأخرى التي يكون قد اكتسبها أو حققها بالفعل من قبل إلى جانب فقد الأداء الوظيفي العقلي، ويصل هذا الانحدار ذروته قبل أن يصل الطفل سن العاشرة من عمره. ويعرف هذا الاضطراب أيضاً بمتلازمة هيلر Heller's syndrome نسبة إلى تيودور هيلر الذي إكتشفها.

ويأتي رابع هذه الاضطرابات متمثلاً في الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد في مكان آخر. PDD- NOS pervasive developmental disorder not otherwise specified وهو في الواقع ذلك الاضطراب الذي نلاحظ بشكل جلي عندما نقدم على تشخيصه أنه لا تنطبق عليه كافة المحكات التي تنطبق في الواقع على الاضطراب النمائي الشامل PDD ولا تتضح فيه كافة ملامح هذا الاضطراب بأسرها بمعنى أن بعض هذه المحكات فقط دون غيرها هي التي يمكن أن تنطبق عليه، وأن بعض تلك الملامح دون غيرها هي التي تتوفر فيه. ومن هذا المنطلق فإن طبيعة الاضطراب النمائي الشامل بكل تفاصيلها أو طوبوغرافيتها بما تتضمنه من خصائص متعددة

وتفاصيل محددة قد تتغير بدرجة أو بأخرى، وبنسب متفاوتة قياساً بهذا الاضطراب مما يجعل منه كياناً مستقلاً في إطار اضطرابات طيف التوحد.

وتتمثل إحدى أهم الخصائص التي يتسم بها هذا الاضطراب في الوجود الجزئي والبسيط أو حتى عدم وجود الحركات النمطية والتكرارية في بعض الحالات وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يزيد من تعقيد مسألة تشخيص تلك الحالة. فضلاً عن ذلك فإن الكثير من الخصائص التي تميز اضطراب التوحد تظهر على الطفل الذي يعاني هذا الاضطراب مما يجعل من تلك الحالة إحدى فئات الطيف مع أن ذلك لا يضمن لها موقعاً محدداً على المتصل continuum الممثل للطيف وهو المتصل غير الموجود من الأساس حيث لم يعرض الدليل له أصلاً. ويرجع أول ظهور لهذا الاضطراب في الدليل التشخيصي إلى عام 1987 عندما ظهر الإصدار الثالث المعدل -DSM-III-R وعلى الرغم من ذلك فلم يتم وصفه أو تناوله بشكل جيد. وقد أدرجه الإصدار الرابع للدليل (1994) ضمن خمس فئات من الاضطرابات عرفت باسم اضطرابات طيف التوحد تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة. إلا أنه كان هناك خطأ في تشخيصه تم تصويبه في المراجعة النصية للدليل التشخيصي الرابع (2000) فأصبح يعكس قصوراً في تطور التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة مصحوباً (وليس "أو" كما كانت سابقاً) بقصور في مهارات التواصل اللفظي، أو التواصل غير اللفظي، أو كليهما مع وجود أو عدم وجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية ومقيدة.

وقد درجت النظرة إلى الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد على أنه تلك الحالة التي لا تنطبق على الطفل فيها المحكات الخاصة باضطراب أسبرجر بشكل كلي كأن تنطبق عليه بعض محكات اضطراب أسبرجر إلا أن معدل ذكائه يكون في حدود الإعاقة العقلية على سبيل المثال. كما لا تنطبق عليه محكات اضطراب التوحد بشكل كلي أيضاً وذلك بسبب بدايتها في سن متأخر عن الثالثة من العمر، أو أعراضه اللانمذجية، أو تلك الأعراض التي توجد عند حده التحتي، أو كل هذه الأسباب مجتمعة. أما عن عدد المحكات الخاصة باضطراب التوحد والتي كان يجب أن تتوفر لدى الطفل أو تنطبق عليه فكان يتراوح بين محكين اثنين إلى خمس محكات في الدليل الرابع. وكان يطلق على هذا الاضطراب اسم اضطراب التوحد اللانمذجي أو اللانمطي atypical autism وهو ما يختلف عن اضطراب التوحد بشكله التقليدي أو الكلاسيكي في خاصية واحدة على الأقل كأن تكون بدايته في وقت متأخر عن الوقت المتعارف عليه أي بعد سن الثالثة من عمر الطفل، أو عدم ظهور الحركات والسلوكيات أو الاهتمامات التكرارية والنمطية أو المقيدة مع وجود العديد من

الخصائص التي يتسم بها اضطراب التوحد في ذات الوقت على أن تظهر عليهم تلك الأعراض أو الخصائص بعد الثالثة من أعمارهم، وغالباً ما تكون بدايتها بين الثالثة والرابعة من العمر.

ومع اكتشاف ريت Rett للمتلازمة التي سميت باسمه وهي متلازمة ريت التي تلحق بالبنات فقط، وتتشابه مع اضطراب الطفولة التفككي في تحقيق المكتسبات النمائية ثم فقدانها بعد ذلك، إلا أن البنات في تلك الحالة تفقد الاستخدام الغرضي لليدين مع ظهور أعراض اضطراب التوحد تم إضافة تلك الحالة إلى اضطرابات طيف التوحد في الدليل التشخيصي الرابع ليكتمل بذلك عقد هذه الاضطرابات وتصبح خمسة اضطرابات تشكل في مجملها اضطرابات طيف التوحد وذلك كخمس كيانات أو اضطرابات مستقلة لا تزال موجودة على أرض الواقع حتى يومنا هذا. وقد عرض الدليل التشخيصي الرابع (1994) والمراجعة النصية لذات الدليل (2000) لكل اضطراب من تلك الاضطرابات الخمسة تشخيصاً مستقلاً خاصاً به يتفق مع كونه حالة مستقلة أو اضطراباً مستقلاً موجود على أرض الواقع. إلا أنه قد تم اكتشاف الجين المسبب لهذه المتلازمة وهو ما أخرجها من الطيف، وتغيرت النظرة إليها كاضطراب جيني قد يصحب وقد لا يصحب اضطراب طيف التوحد وهو الأمر (المصاحبة أو عدم المصاحبة) الذي يعد واحداً من المآخذ العديدة التي ظهرت حالياً.

اضطراب طيف التوحد

مع ظهور الإصدار الخامس للدليل التشخيصي (DSM- V (2013 والذي لم يتغير في المراجعة النصية له (مارس 2022) DSM- V- TR انقلب الحال رأساً على عقب فتم استبعاد متلازمة ريت، والقيام بصهر أو دمج الاضطرابات الأربعة الأخرى في كيان هلامي واحد أطلقوا عليه اضطراب طيف التوحد، وكان من المفترض أن يعكس تلك الاضطرابات ولكنه لم يعكس أيّاً منها نظراً لما تضمنه من أخطاء، وما بدا عليه من مأخذ تمثلت فيما يلي:

- 1- ليس من الممكن القيام بصهر كل تلك الاضطرابات في كيان واحد رغم وجودها المستقل والتمايز حتى الآن على أرض الواقع.
- 2- ليس من الممكن صهر اضطراب أسبرجر (كذكاء عادي أو عالي ومواهب) مع الاضطرابات الثلاثة الأخرى التي تعكس أنماطاً مختلفة الشدة من الإعاقات العقلية.
- 3- لا توجد أي إشارات في التشخيص تعكس اضطراب أسبرجر ككيان مختلف ومستقل.

- 4- عندما تم صهر أربعة اضطرابات جاءت المخرجات لتعكس ثلاثة منها فقط دون الرابع الذي لم نعرفه حتى الآن حيث توجد ثلاثة مستويات للشدة وليس أربعة حتى يعكس كل منها أحد تلك الاضطرابات.
- 5- لا يوجد إطار نظري لاضطراب طيف التوحد حتى يمكن تناوله أو وصفه أو دراسته، بل إن الباحث يكتب في عنوان بحثه "اضطراب طيف التوحد" ثم يتناول في المتن "اضطراب التوحد" وهو ما يتنافى مع خطوات وإجراءات البحث العلمي فضلاً عن أن اضطراب التوحد لم يعد موجوداً في الدليل كغيره من الاضطرابات الأخرى.
- 6- لا توجد محكات تشخيص خاصة باضطراب طيف التوحد إذ أن محكات التشخيص التي يعرض لها الإصدار الخامس هي نفس محكات تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع للدليل بعد عرضها بصورة أكثر تعقيداً تتنافى مع أبسط قواعد القياس والتقييم مع تحويل محك من العموميات إلى الخصوصيات وهو ما لا يجوز، كما تم التعامل مع كل تلك الاضطرابات وكأنها اضطراب التوحد أي أنها متساوية، وهذا غير صحيح.
- 7- على الرغم من إعادة صياغة محكات تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع للدليل لتمثل محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الإصدار الخامس فقد تم حصر أكثر من عشرين اختلافاً بين التشخيصين لصالح تلك المحكات التي وردت في الإصدار الرابع من دليل التشخيص.
- 8- تجاهل التداخل بين متلازمة ريت واضطراب التوحد فبدت وكأنها لا تتضمن طبيعة اضطراب التوحد، وتم النظر إليها على أنها متلازمة جينية قد تصاحب وقد لا تصاحب اضطراب طيف التوحد، أي أنه قد تم النظر إلى التلازم دون التداخل.
- 9- تجاهل التداخل بين الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد، والاكتفاء بحالات التلازم المرضي التي نادراً ما تحدث ويكون الأصل فيها اضطراب التوحد.
- 10- اختلاق مشكلة جديدة تتعلق باضطراب التواصل الاجتماعي أو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة والذي تحوّل على أثر ذلك من فئة فرعية تحت مظلة اضطرابات اللغة والتواصل إلى مظلة تدرج تحتها حالات متباينة من بينها بعض حالات الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد مع تجاهل الأعراض التوحدية التي يتضمنها.

11- تدمير فكرة الطيف إلى الدرجة التي لم يعد باقياً منها سوى الاسم فقط إذ أن الطيف كمفهوم فيزيائي يتطلب وجود مجموعة من العناصر تشترك مع بعضها البعض في خاصية واحدة على الأقل بدرجات متفاوتة وهي الشروط التي لا تنطبق على اضطراب طيف التوحد حيث تم التخلص من مجموعة الاضطرابات عن طريق صهرها معاً لتنتج لنا في النهاية اضطراباً واحداً فقط أسموه اضطراب طيف التوحد، وبالتالي لا ينطبق عليه أي شرط من شروط الطيف وهو ما يعني أنه لا يوجد طيف.

12- الحساب الخاطئ للطيف وذلك اعتماداً على مستويات شدة الاضطراب التي تعني درجات متفاوتة لخاصية واحدة تتبع متغيراً واحداً مما يجعلها تتنافى مع مفهوم الطيف من ناحية، وتتنافى مع أهداف العلم من ناحية أخرى لأنها لو كانت صحيحة كان يجب أن تعمم على كل الاضطرابات متعددة مستويات الشدة كإعاقة الفكرية وصعوبات التعلم وضعف السمع على سبيل المثال وهو الأمر الذي لم يحدث.

13- عدم وجود متصل يعكس الاضطرابات التي تم صهرها بما يؤكد الفكرة الخاطئة بأن كل تلك الاضطرابات ما هي إلا شيء أو اضطراب واحد.

نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي

لعلاج تلك الأخطاء والتخلص من هذه المآخذ قام عادل عبدالله محمد (2022) بتقديم نموذج تصنيفي وتشخيصي جديد لاضطراب طيف التوحد تم الاعتراف به عالمياً. ويقوم هذا النموذج على المبادئ التالية:

1- الاعتماد على مفهوم الطيف الذي يتطلب مجموعة من العناصر فتعود المظلة الكبرى إلى التسمية القديمة وهي اضطرابات طيف التوحد.

2- انقسام تلك الاضطرابات وفقاً للتراث السيكلوجي والسيكاتري إلى ما هو مرتفع وما هو منخفض الأداء الوظيفي ليمثل اضطراب أسبرجر فئة مستقلة لا تقبل الانصهار مع غيرها، ويعكس اضطراب التوحد مرتفع الأداء الوظيفي، وتمثل الاضطرابات الثلاثة الأخرى مجتمعة اضطراب طيف التوحد، وتعكس انخفاض الأداء الوظيفي.

3- التناول المستقل والمنفصل (أي كفئة مستقلة دون صهر) لاضطراب أسبرجر كاضطراب التوحد مرتفع الأداء الوظيفي مع تقديم تشخيص مستقل له، أو الرجوع إلى تشخيصه في الإصدار الرابع لدليل التشخيص.

4- التناول المستقل للاضطرابات الثلاثة الأخرى كأنماط للإعاقات العقلية وهي اضطراب التوحد، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، واضطراب الطفولة التفككي نظراً لوجودها المستقل على أرض الواقع تحت مظلة اضطراب طيف التوحد الذي يعد منخفض الأداء الوظيفي، ثم نحدد الفئة التي نريد التعامل معها من بينها، ويتم تقديم تشخيص مستقل لها يتمثل في تشخيص اضطراب التوحد، أو الرجوع في تشخيصها إلى محكات تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع لدليل التشخيص.

5- تحديد ثلاثة مستويات للشدة هي البسيط والمتوسط والشديد يمثل كل منها أحد الاضطرابات الثلاثة منخفضة الأداء الوظيفي فيمثل الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد المستوى البسيط (إعاقة عقلية بسيطة وخصائص توحدية أقل)، ويمثل اضطراب التوحد المستوى المتوسط (إعاقة عقلية متوسطة في الغالب وخصائص توحدية كلاسيكية)، ويمثل اضطراب الطفولة التفككي في هذا الإطار المستوى الشديد (إعاقة عقلية شديدة وخصائص توحدية كلاسيكية).

6- وضع متصل للشدة يتحدد عيه موضع كل اضطراب من تلك الاضطرابات الثلاثة بحيث يتحدد مستوى الدعم اللازم وفقاً لذلك.

مفهوم اضطراب طيف التوحد (وفقاً لنموذج عادل محمد)

يمكن تعريف اضطراب طيف التوحد بشكله الجديد من جانبنا بأنه اضطراب نمائي عصبي معقد يلحق بالطفل قبل الثالثة من عمره إذا كانت بدايته مبكرة، أو بعد الثالثة من العمر إذا كانت بدايته متأخرة على أن يمر بفترة نمو طبيعية حتى البداية المتأخرة، أو لا تنطبق عليه محكات إعاقة التوحد بشكل كلي. ويلزم هذا الاضطراب الطفل طوال حياته، ويعكس عدم قدرته على التوحد مع الكبار أو الراشدين المحيطين به نتيجة إعاقة عملية التوحد من جانبه مما يجعل استجاباته السلوكية قاصرة وسلبية في الغالب فتدفع به إلى التوقع حول ذاته، وتتأثر جوانب نموه سلباً من جراء ذلك. كما يشهد أداء وظيفياً منخفضاً على أثر وجود أوجه قصور عقلي واجتماعي ولغوي واضحة فضلاً عن تشتت الانتباه.

وبالرجوع إلى هذا التعريف يتضح أن ذلك الاضطراب بشكله الجديد هو اضطراب نمائي عصبي *neurodevelopmental* أي أنه ينتمي إلى فئة الاضطرابات النمائية العصبية تلك الاضطرابات التي تلحق بالطفل خلال سنوات نموه التي تمتد من الإخصاب وحتى سن 18 سنة،

كما أنها تشهد قصوراً في الأداء الوظيفي للمخ. ووفقاً للاضطرابات الثلاثة التي يضمها هذا الاضطراب في شكله الجديد فإنه قد يشهد بداية مبكرة *early-onset* عادة ما تكون قبل وصول الطفل الثالثة من عمره وهو الأمر الذي ينطبق على اضطراب التوحد. ويمثل ذلك أحد الوجهين الذين يظهر هذا الاضطراب عليهما وفقاً لتوقيت بدايته، أما الوجه الآخر فهو البداية المتأخرة *late-onset* والتي عادة ما تكون بعد الثالثة من عمر الطفل. وحال حدوث البداية المتأخرة للاضطراب قد يخبر الطفل إحدى حالتين حيث قد يمر في الحالة الأولى بفترة نمو طبيعية كأى طفل عادي حتى ظهور الاضطراب، ويكتسب خلالها اللغة، والمهارات المختلفة في كافة جوانب نموه بما يتناسب مع عمره الزمني حتى يفقدها تماماً بظهور الاضطراب. أما في الحالة الثانية فإن المحكات التشخيصية للاضطراب والتي تعكس الأعراض الدالة على إعاقة التوحد قد لا تنطبق عليه بشكل كلي نتيجة للبداية المتأخرة، أو لانمطية الأعراض التي يبديها. وفي كل الأحوال يستمر هذا الاضطراب مع الطفل طوال حياته *life-long* حيث لا يوجد شفاء تام منه نتيجة لعدم وجود علاج محدد له حتى الوقت الراهن. ولذلك فإن الجهود التي يتم بذلها معه في هذا الإطار من جانب الأخصائيين والممارسين تهدف في الأساس إلى تعديل سلوكه ومنها تنمية مهاراته.

وعلى هذا الأساس فإن حالي البداية المتأخرة للاضطراب تعكس في الأولى اضطراب الطفولة التفككي، *childhood disintegrative disorder CDD* وتعكس في الحالة الثانية الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. *Pervasive developmental disorder not otherwise specified PDD-NOS* وتمثل هاتان الحالتان مع اضطراب التوحد جانب الأداء الوظيفي المنخفض *low functioning* الذي يشهده هذا الاضطراب ببدايته، وأعراضه، وخصائصه، وتشخيصاته. وقد يرجع الأداء الوظيفي المنخفض في هذه الحالة إلى خاصيتين أساسيتين من تلك الخصائص التي يتسم بها الاضطراب يتمثل أولهما في وجود أوجه قصور معرفية واجتماعية ولغوية تدعم فكرة أنه نمط من أنماط الإعاقة العقلية، وأنه إعاقة اجتماعية، وأنه إعاقة عقلية اجتماعية مترامنة ذات أوجه قصور ثلاثية تتمثل في قصور السلوكيات الاجتماعية (إعاقة اجتماعية)، وقصور التواصل أو قصور استخدام اللغة في التواصل الاجتماعي (قصور لغوي)، وقصور الرمزية كلعب ولغة وتفكير وانتباه (قصور معرفي عقلي) فضلاً عن أنه يتلازم مرضياً مع اضطراب قصور أو تشتت الانتباه. *inattention* أما الخاصية الثانية فتتمثل في أن كافة جوانب نمو الطفل تقريباً تتأثر سلباً من جراء هذا الاضطراب وما يشهده من خصائص مما يؤكد على تأثيره الشامل.

وأخيراً فإن هذا الاضطراب يستمر مع الفرد طيلة حياته بما يعني أنه لا يوجد حتى الآن علاج محدد له يكون من شأنه أن يؤدي إلى حالة من الشفاء التام. ويعكس هذا الاضطراب عدم قدرة الطفل على التوحد مع الكبار أو الراشدين المحيطين به نتيجة وجود خلل أو قصور أو اضطراب في عملية التوحد من جانبه مما يؤدي إلى إعاقة تلك العملية (التوحد) فلا يكون بوسعه أن يتوحد مع أي منهم وهو الأمر الذي يترك آثاره السلبية على استجاباته السلوكية المختلفة التي تصبح قاصرة وسلبية في الغالب من جراء ذلك مما يكون من شأنه أن يدفع به إلى التحرك بعيداً عن الآخرين فينسحب من التفاعلات والعلاقات والمواقف أو السياقات الاجتماعية المختلفة، ويخبر العزلة والوحدة، ويتوقع حول ذاته.

وبالتالي يصبح هذا النموذج التصنيفي الجديد بمثابة نموذج توفيق تكاملي يجمع بين الكيانات والتشخيصات القديمة والجديدة لتلك الاضطرابات في كل واحد متسق ومتكامل وذلك لتفادي ما أثير حولها من شكوك، وما حسب عليها من مأخذ. وتم خلاله استخدام نفس المصطلحات التي تجمع بين اضطرابات طيف التوحد، واضطراب طيف التوحد، والاضطرابات الأخرى المتضمنة بمسمياتها المعتادة وذلك بنظرة واقعية ومنطقية تؤكد على الوجود المادي المستقل والتمايز لتلك الاضطرابات في مقابل وجودها الورقي أي وجودها على الورق فقط، وعلى الوجود الجماعي لها وليس مجرد الوجود الفردي الذي يجمعها كلها في كيان واحد لا هوية له فلا يعبر عنها أو يعكسها.

أهداف نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي الجديد

يكمن الهدف الأصيل من هذا النموذج التصنيفي الجديد كما ورد بالفقرة السابقة في تقديم نموذج توفيق تكاملي يجمع بين الكيانات والتشخيصات القديمة والجديدة لاضطرابات الطيف في كل واحد متسق ومتكامل يتفادي ما أثير حولها من شكوك، وما تم تقديره عليها من مأخذ وذلك بنظرة واقعية ومنطقية تؤكد على الوجود المادي المستقل والتمايز لتلك الاضطرابات في مقابل وجودها الورقي أي وجودها على الورق فقط، وعلى الوجود الجماعي لها وليس مجرد الوجود الفردي الذي يجمعها كلها في كيان واحد لا هوية له فلا يعبر عنها أو يعكسها. ويهدف هذا النموذج التصنيفي الجديد إلى تحقيق أهداف متعددة يمكن أن نتناولها على النحو التالي:

1- تفادي جملة المأخذ والملاحظات التي تم تسجيلها على اضطراب طيف التوحد بوضعه الراهن كما ورد بالدليل التشخيصي سواء في الإصدار الخامس (2013) DSM-V أو في الإصدار

الخامس المعدل (2022). DSM-V-TR

- 2- التخلص من قصور التشخيص الذي يقدمه الدليل بما يضمنه من محكات لا تعكس الاضطرابات التي قام بصهرها معاً في كيان واحد مبهم، وتم بناء على هذه العملية استبعاد تلك الاضطرابات من الدليل في الوقت الذي لا تزال فيه مثل هذه الاضطرابات موجودة على أرض الواقع، ولم تنته منه بعد مما يعني أن استبعاد الوجود الورقي لتلك الاضطرابات لم يستطع أن يلغي وجودها المادي المستقل والتمايز.
- 3- الإبقاء على مفهوم الطيف عملياً وعلمياً حيث أن إلغاء الوجود الجماعي لاضطرابات طيف التوحد واستبداله بوجود فردي لاضطراب طيف التوحد بالدليل قد ألغى فكرة الطيف من الناحية الواقعية والعملية، وإن كان أبقى على وجودها الورقي غير المجد. ومع ذلك فقد قدم الدليل فكرة غير صحيحة كمبرر لوجود الطيف حين قرر قيامه على مستويات الشدة وهي تلك المستويات التي لا يمكن أن يقوم عليها نظراً لوجود متطلبات وشروط للطيف هي:
 - أ. وجود مجموعة من العناصر (الاضطرابات) معاً.
 - ب. اشتراك تلك العناصر معاً في خاصية واحدة أو أكثر.
 - ج. أن يكون ذلك الاشتراك في خاصية معينة بدرجات متفاوتة.
- 4- إعادة اضطراب أسبرجر إلى وضعه الطبيعي، وتشخيصه بصورة واضحة وبسيطة ودقيقة، وتناوله بشكل مستقل وتمايز يتناسب مع طبيعته المختلفة عن الاضطرابات الأخرى التي تشكل الطيف.
- 5- تقديم صورة تتسم بالشمول والتكامل عن اضطرابات الطيف تشخيصاً وتحديداً تتفق مع وجودها المادي المستقل والتمايز حتى لا يختلف ما يوجد على أرض الواقع عما يوجد على الورق.
- 6- تقديم صورة جديدة لاضطراب طيف التوحد كما هو مقترح تغاير تلك الصورة التي يوجد عليها في الدليل، وتتسم بأنها:
 - أ. تعكس الأداء الوظيفي المنخفض.
 - ب. تجمع في طياتها كل الاضطرابات التي تتسم بمثل هذا الأداء والتي تضم ثلاثة اضطرابات تشمل اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.
 - ج. تعيين المحكات التشخيصية التي يمكن استخدامها مع هذا الاضطراب حتى يتمكن من الوصول إلى تشخيص دقيق ومحدد وواضح للحالة.

7- حساب وتقدير مستوى شدة اضطراب طيف التوحد، وتحديد لها في ثلاثة مستويات هي المستوى البسيط، والمتوسط، والشديد بحيث:

- أ. يعكس كل مستوى أحد الاضطرابات الثلاثة الداخلة في تشكيل اضطراب طيف التوحد.
 - ب. يتحدد لكل اضطراب أو مستوى شدة موضع معين على المتصل الخاص بذلك الاضطراب.
 - ج. تحديد كم الدعم والمساندة اللازم للطفل وفقاً لمستوى شدة الاضطراب من جانبه.
- 8- صياغة وتقديم نموذج تصنيفي جديد يعمل كنموذج توافقي تكاملي يضم في طياته الكيانات والتشخيصات القديمة والجديدة لتلك الاضطرابات الممثلة للطيف، ووضعها معاً في سبيل تشكيل كل واحد يتسم بالاتساق والتكامل، ويكون من شأنه أن يعمل على ما يلي:
- أ. تفادي تلك الشكوك التي أثارت حول اضطراب طيف التوحد كما ورد بالدليل نتيجة المآخذ التي تم تقديرها عليه.

ب. توضيح صورته المبهمة والمشوشة عن طريق تقديم فكرة واضحة ومتكاملة عنه بصورته الجديدة أو المقترحة من خلال تنظيم واف ومحدد له.

ج. تناول اضطرابات طيف التوحد بهيئتها السابقة معاً بشكل يجعلها تتكامل وتتسق معاً لتحقيق الفكرة العامة التي يقوم النموذج الجديد عليها.

د. تقديم محكات تشخيصية واضحة ومناسبة لكل فئة من فئتي الاضطراب الفرعيتين واللتين تتمثلان في اضطراب أسبرجر واضطراب طيف التوحد بصورته الجديدة أو المقترحة.

أهمية نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي

ترجع أهمية هذا النموذج التصنيفي الجديد إلى تلك الطريقة والشكل العام الذي تناول به الإصدار الخامس من دليل التشخيص (DSM-V (2013 وتلاه الإصدار الخامس المعدل (2022) DSM-V-TR اضطراب طيف التوحد كناتج لعملية صهر اضطرابات طيف التوحد الأربعة معاً ليحل محلها جميعاً وهو ما لم يحدث، والاعتماد على محكات تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع (1994) DSM-IV والإصدار الرابع المعدل (2000) DSM-IV-TR بعد تحويلها وإعادة صياغتها بشكل أكثر تعقيداً لتشخيص هذا الاضطراب رغم أنهما اضطرابان مختلفان مع عدم تقديم تنظيم مناسب وكاف له، واستبعاد اضطراب أسبرجر ككيان وتشخيص مستقل، وإتباع ذات الأسلوب مع اضطرابات طيف التوحد الأخرى على الرغم من وجودها المادي المتميز والمستقل على أرض الواقع حيث يوجد في الواقع وبشكل حقيقي وملحوس أربعة أنماط مستقلة ومتميزة من الاضطرابات التي تنتمي إلى اضطراب طيف التوحد هي اضطراب التوحد،

واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. ولذلك كان ينبغي أن توجد هناك أربعة تشخيصات مستقلة لها بواقع تشخيص محدد لكل نمط من تلك الأنماط- كما كان سابقاً- حتى يمكن التعرف عليه، وتشخيصه على الوجه الأمثل، واقتراح برامج التدخل المناسبة له نظراً لاختلاف كل نمط منها عن الآخر بما يؤدي إلى اختلاف أسلوبنا في التعامل معه.

وإلى جانب ذلك فقد أدى هذا الطرح إلى نسف فكرة الطيف من أساسها وهي الفكرة التي حاول الدليل إحيائها عن طريق تحديدها- كما يدعون- من خلال مستويات شدة الاضطراب وهو ما أثار الكثير من الجدل والتشكك في ذلك نظراً لأن هذا الأسلوب غير صحيح وإلا كان للاضطرابات الأكثر ثباتاً واستقراراً وذات مستويات الشدة المتعددة كإعاقة الفكرية على سبيل المثال طيف مماثل فضلاً عن وجود العديد من المآخذ والملاحظات الأخرى عليه مما دفعنا إلى محاولة التغلب على تلك المآخذ للوصول إلى تشخيص دقيق لحالات تلك الاضطرابات من خلال هذا النموذج مما يكون من شأنه أن يسهل من التعامل معها. وعلى هذا الأساس ترجع أهمية هذا النموذج التصنيفي الجديد إلى النقاط التالية:

1- تقديم تنظير أو إطار نظري مناسب لاضطراب طيف التوحد بشكله الجديد حيث لم يقدم الدليل إطاراً نظرياً أو تنظيراً يتيح الفرصة أمام أي باحث كي يتمكن من تناول هذا الاضطراب بالشكل الذي يعرضه الدليل، وكانت النتيجة أن الباحث يذكر في العنوان أنه يتناول اضطراب طيف التوحد، ثم يأتي في المتن ليتناول اضطراب التوحد وهو الأمر الذي يتنافى مع خطوات وإجراءات البحث العلمي لأنه يذكر شيئاً في العنوان، ويتناول في المتن شيئاً آخر تماماً غيره. أما وفقاً للنموذج الجديد الذي نقدمه فإن الفرصة تكون مواتية أمام الباحث كي يتناول إطاراً نظرياً ثرياً عن الاضطراب الفرعي الذي يتناوله تنظيراً وتشخيصاً مما يساعده على تشخيص الاضطراب الذي يدرسه بدقة، ثم يتناوله بكثير من الإسهاب إن أراد ذلك.

2- تفادي جملة المآخذ والملاحظات العديدة التي تم تحديدها فيما يتعلق باضطراب طيف التوحد كما ورد بالدليل سواء فيما يتعلق بطبيعته أو بتشخيصه، والابتعاد عن التشوش وعدم الوضوح في التشخيص، وكم التخبط الذي خبره حال تناول ذلك الاضطراب بتلك الكيفية مما يتيح الفرصة أمام الأخصائيين أو الباحثين أو الممارسين كي يحددوا أهدافهم بوضوح، ويسعون إلى تحقيقها بكل سهولة ويسر.

- 3- التخلص من قصور التشخيص التي يتمثل أهم جوانبه في استخدام محكات لا تعكس الاضطرابات المتضمنة حيث أنها هي نفسها محكات تشخيص اضطراب التوحد بالإصدار الرابع فأصبحنا وكأننا نتعامل مع نفس الاضطراب مع أن الاضطرابين مختلفان. كما تم الحصول على منتج نهائي عبارة عن كيان واحد مبهم من جراء صهر كل اضطرابات الطيف معاً في كيان واحد غير مفهوم مما ترتب عليه استبعاد تلك الاضطرابات من الدليل أي استبعاد وجودها الورقي رغم وجودها على أرض الواقع كوجود فعلي وواقعي.
- 4- تقديم مفهوم اضطراب طيف التوحد بشكل جديد يعكس الاضطرابات التي تتسم بالأداء الوظيفي المنخفض، وتشارك في الخصائص المميزة لإعاقة التوحد، ويعرض لها بشكل علمي مقنع، ويتم التعبير عنها من خلال مستوى الشدة وذلك على العكس مما ورد بالدليل من إنه يعد هو ناتج لعملية صهر اضطرابات طيف التوحد معاً فظهر كمنتج مبهم ومشوش، ولا يمكنه أن يحل محل اضطرابات طيف التوحد، أو يعكس أيًا منها.
- 5- تقديم محكات تشخيصية تناسب كل فئة فرعية من الفئتين المتضمنتين وذلك باستعادة المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب أسبرجر، واستخدامها لتشخيصه في مقابل المحكات الحالية المستخدمة بالدليل ليتم استخدامها مع الفئة الأخرى المقابلة لفئة اضطراب أسبرجر وهي فئة اضطراب طيف التوحد وما تتضمنه من اضطرابات ثلاثة فرعية وهو ما يعد تفادياً لخطأ تشخيصي راهن حيث يتم تقديم محكات التشخيص الحالية بالدليل وهي المحكات الخاصة باضطراب التوحد في الإصدار الرابع لتشخيص جميع الحالات في الواقع بما فيها اضطراب أسبرجر وكأنها جميعاً متساوية وهو أمر غير صحيح.
- 6- إعادة اضطراب أسبرجر إلى طبيعته حيث دفعت طبيعة اضطراب أسبرجر فضلاً عن تلك الخصائص الإيجابية الكثيرة التي يتضمنها بالعديد من الخبراء والأطباء إلى انتقاد الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي فيما يتعلق بضمه لاضطراب أسبرجر إلى اضطراب طيف التوحد، وضياع طبيعته وطبوغرافيته ضمن هذا الكيان الجديد الوحيد. وعلى ذلك فهم يرون أنه يجب أن يكون هناك تشخيص مستقل وامتياز لاضطراب أسبرجر في مقابل اضطراب التوحد. ويشغل اضطراب أسبرجر في النموذج الجديد فئة فرعية مستقلة، وله تشخيصه المستقل والامتياز كوجوده تماماً.
- 7- تحديد مستويات شدة الاضطراب بشكل دقيق استناداً إلى مستوى شدة الأعراض التي يبيدها الطفل على أن يعكس كل مستوى من المستويات الثلاثة أحد الاضطرابات التي يتضمنها ذلك

الاضطراب، وهو ما يحدد موضع ذلك الاضطراب على المتصل فضلاً عن كم الدعم والمساندة التي يحتاجها الطفل.

8- استعادة مفهوم الطيف بمعناه العلمي والعملي أو التطبيقي وذلك بدلاً مما يقدمه الدليل الراهن عندما يعرض في القسم الخاص بالملاحم التشخيصية للاضطراب أن مستويات الشدة الثلاثة تعبر عن مفهوم الطيف حيث حدد نصاً أن الأعراض الدالة على الاضطراب عادة ما تختلف بدرجة كبيرة من جراء مستوى شدة الاضطراب وهو ما يوضح مفهوم الطيف. وهذا غير صحيح نظراً لأن الطيف يعتمد على وجود مجموعة عناصر أو كيانات وليس كياناً واحداً تشترك معاً في خاصية واحدة أو أكثر بدرجات متفاوتة. أما إذا سارت الأمور على النحو الذي يقدمه الدليل لكانت الإعاقة الفكرية أحق منه بوجود الطيف نظراً لاستقرارها وثباتها النسبي، ورجوع أعراضها إلى كيان واحد محدد بعكس اضطراب طيف التوحد حيث يعد رجوع تلك الأعراض إلى كيان واحد في الواقع بمثابة أمر مشكوك فيه.

9- تقديم نموذج تصنيفي جديد توجد فيه فئة عامة تحت مسمى اضطرابات طيف التوحد، وتندرج فئتان فرعيتان تحت هذه الفئة العامة تضم الأولى اضطراب أسبرجر كإعاقة لا تتضمن القصور العقلي، وتسمى باسمه كفئة فرعية، وتعكس الأداء الوظيفي المرتفع. وتتضمن الفئة الفرعية الثانية وهي فئة اضطراب طيف التوحد (الجديد) تلك الاضطرابات ذات القصور العقلي والتي تتضمن اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد كفئات فرعية أخرى بداخلها تسمى كل منها باسمها هذا، وتعكس تلك الفئة الأداء الوظيفي المنخفض. ويتم توزيع كل الاضطرابات المتضمنة فيها على متصل الطيف، وتعيين موضع محدد لكل منها عليه. وسوف يساعدنا ذلك على أن نقوم آنذاك ببنتناول كل منها بشكل واضح ومفصل ودقيق.

10- تتفق تفاصيل النموذج التصنيفي الجديد مع فكرة أن اضطرابات الطيف تنقسم إلى اضطرابين في الأساس يمثلان خطأ متصلاً يقع اضطراب التوحد عند طرفه الأدنى ممثلاً الأداء الوظيفي المنخفض فتزداد أعراضه في الشدة، وتزداد معها حاجة الطفل إلى الدعم، ويعاني من القصور العقلي، بينما يقع اضطراب أسبرجر عند الطرف الأعلى من المتصل ممثلاً الأداء الوظيفي المرتفع فتقل أعراضه في الشدة، وتقل معها حاجة الطفل إلى الدعم، ولا يخبر أي قصور عقلي فيكون أدائه الوظيفي العقلي وذكائه عادياً أو عالياً مما يوجد فيه أطفالاً موهوبين.

المنطلقات أو المرتكزات الخاصة بنموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي

نتيجة للمآخذ العديدة على التشخيص الذي يقدمه الإصدار الخامس من دليل التشخيص، وما تم فيه من صهر لتلك الاضطرابات الأربعة في كيان واحد ممسوخ ضاعت معه هوية الاضطرابات الأربعة المتميزة التي يشهدها الواقع، والتبس الأمر على الباحثين والدارسين والأخصائيين فنحن نحاول أن نقدم هنا تصوراً مقترحاً يكون من شأنه أن يسهل عملية تشخيص ودراسة هذا الكيان، ويبعد به عن الغموض والتخبط، ويعود به إلى الشكل الذي عهدناه يسيراً في تشخيصه رغم تعقده، وبسيطاً في دراسته رغم صعوبة الاضطراب، ومحدداً في أطره رغم تشعب دروبه. ولذلك فنحن نبدأ من عدة منطلقات بسيطة وملموسة وواقعية ومحددة يقوم عليها النموذج الجديد حتى نصل في النهاية إلى التصور المنشود. وتتمثل تلك المنطلقات فيما يلي:

- 1- أن هناك أربع كيانات مستقلة ومتميزة في الواقع؛ وتضم هذه الكيانات اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.
- 2- أن الأصل في اضطرابات الطيف هو اضطرابان إلى جانب اضطرابين متحورين؛ الاضطرابان الأساسيان هما اضطراب أسبرجر من ناحية، واضطراب التوحد من ناحية أخرى، وإن جاز التعبير فإن اضطراب الطفولة التفككي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يتحوران عن اضطراب التوحد.
- 3- أن هذه الاضطرابات يمكن أن تنقسم إلى مجموعتين وفقاً لطبيعتها؛ تضم المجموعة الأولى اضطراب أسبرجر عاكساً للأداء الوظيفي المرتفع، وليس فيه إعاقة عقلية، بل يوجد أطفال موهوبون بين من يعانون منه، أما المجموعة الثانية فتضم اضطراب التوحد والاضطرابين الباقيين حيث يمثلون جميعاً الأداء الوظيفي المنخفض، ويعكسون قصوراً عقلياً، بل وإعاقة عقلية دون حاجة إلى وجود الإعاقة العقلية ككيان مستقل.
- 4- أن مصطلح اضطراب طيف التوحد يمكن أن يقتصر على المجموعة التي تعكس في طبيعتها الإعاقة العقلية؛ تعد المجموعة الثانية التي تضم اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد هي ما تعكس الأداء الوظيفي المنخفض، وتعكس إعاقة عقلية، وهذه الاضطرابات تتشابه مع بعضها كثيراً فاضطراب التوحد هو الاضطراب ذي البداية المبكرة، واضطراب الطفولة التفككي هو اضطراب التوحد ذي البداية المتأخرة، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد هو اضطراب التوحد اللانمطي. ولذلك فإن ضم هذه الاضطرابات الثلاثة معاً في مجموعة، وتسمية تلك المجموعة باضطراب طيف التوحد هو أمر مناسب.

- 5- أن اضطراب أسبرجر يمكن أن يستقل بذاته في مجموعة أو فئة متميزة نظراً لاختلاف طبيعته؛ يمثل اضطراب أسبرجر طرفاً من المتصل هو الطرف الأعلى، ويعكس الأداء الوظيفي المرتفع. كما أنه يتضمن بعض الخصائص الإيجابية التي لا تتوفر إلا فيه فقط كعدم وجود قصور عقلي، ووجود أطفالاً موهوبين من بين الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب، وعدم وجود قصور لغوي ولكن المشكلة تتمثل في أسلوب أو طريقة الاستخدام اللغوي، وعلى هذا الأساس فإن اضطراب أسبرجر يغير الاضطرابات التي تشكل المجموعة الأخرى، ويختلف معها في طبيعته وطبوغرافيته، إلا أنه يتفق معها في الخصائص التي تتسم بها إعاقة التوحد بدرجات متفاوتة. ولذلك يصعب بدرجة كبيرة، بل يكون غير صحيح أن يتم تشخيص اضطراب أسبرجر باستخدام نفس المحكات التي يتم استخدامها مع المجموعة الثانية بما تضمه من اضطرابات كما يحدث عند استخدام الإصدار الخامس من الدليل في الوقت الراهن، ولكن لا بد من استخدام محكات تشخيص تخص اضطراب أسبرجر ذاته.
- 6- أن اضطرابات طيف التوحد يمكن أن تستخدم كمظلة عامة يندرج تحتها مجموعتان إحداها هي اضطراب أسبرجر، والأخرى هي اضطراب طيف التوحد (الجديد)؛ يقترح النموذج التصنيفي الجديد أن نسمي الفئة العامة "اضطرابات طيف التوحد"، وتضم مجموعتين فرعيتين تعرف الأولى بأنها "اضطراب أسبرجر" وتضم هذا الاضطراب فقط، أما المجموعة الثانية فتعرف بأنها "اضطراب طيف التوحد"، وتضم اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد نظراً لما يوجد بينها من تشابه ييسر من استخدامها على هذا النحو.
- 7- أن اضطراب طيف التوحد بشكله المقترح يضم ثلاثة اضطرابات ذات طبيعة واحدة بثلاثة مستويات للشدة يتحدد الدعم اللازم وفقاً لها؛ تضم فئة اضطراب طيف التوحد ثلاثة اضطرابات تم توضيحها سابقاً. وبعد تشخيصها يتم تحديد مستوى شدة الاضطراب في ثلاثة مستويات هي البسيط (دعم أكثر من العادي)، والمتوسط (دعم كبير)، والشديد (دعم كبير جداً).
- 8- أن يوجد متصل لاضطراب طيف التوحد ينقسم إلى ثلاثة مستويات بحيث يخصص موقع محدد لكل اضطراب من الاضطرابات الثلاثة على ذلك المتصل؛ تتحدد المستويات على المتصل بحيث يكون الاضطراب الشامل غير المحدد (بسيط)، واضطراب التوحد (متوسط)، واضطراب الطفولة التفككي (شديد).

فرضيات نموذج عادل محمد ومسلماته

كان من المفترض أن نستخدم كلمة "فروض" وليس "فرضيات" حتى نتجنب من اختبار صحتها كي تصبح فرضيات في النهاية. إلا أن استخدام كلمة فرضيات هنا له مغزاه حيث أن كل ما يتم تناوله في هذا الجزء موجود بالفعل على أرض الواقع، ولا يمكن أن تخطئه العين الثاقبة، أو الفكر التحليلي الناقد حيث أنه لا يمثل أموراً جدلية، ولكنه يمثل واقعاً حقيقياً يمكن للممارسة الواعية من جانب أخصائيين متمرسين أن تكشف النقاب عنه، وبالتالي فإنه لا يحتاج إلى هذا الاختبار، وكل ما يحتاجه هو أن نقوم بإعادة هيكلته بالشكل الصحيح، وأن نقوم بعرض تلك الأمور معاً وتركيبها وفق صيغتها الصحيحة في هذا النموذج الجديد. وتضم هذه الفرضيات ما يلي:

- 1- هناك وجود مادي مستقل و متميز في الواقع لاضطرابات طيف التوحد الأربعة.
- 2- هناك طبيعة مشتركة تجمع بين هذه الاضطرابات الأربعة. (تشمل أن كل اضطراب يعد شاملاً حيث يؤثر سلباً على كل جوانب نمو الطفل تقريباً، كما تضم الخصائص التي تتسم بها إعاقة التوحد، والطبيعة المشتركة نسبياً).
- 3- أن الأصل في هذا الاضطراب يتضمن تقسيماً ثنائياً يضم اضطراب التوحد واضطراب أسبرجر.
- 4- يتم استخلاص اضطراب الطفولة التفككي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد من اضطراب التوحد.
- 5- يمكن استخدام محكات تشخيص اضطراب التوحد لتشخيص اضطرابات الطيف ذات الأداء الوظيفي المنخفض. (يتم استخدامه حالياً لتشخيص كافة اضطرابات الطيف بما فيها أسبرجر وهذا غير مناسب، وتعد هذه المحكات في الأساس هي محكات تشخيص اضطراب التوحد كما وردت في الإصدار الرابع للدليل، وبالتالي سيكون استخدامه مع المجموعة المقترحة مناسب جداً).
- 6- يمكن أن تشكل الاضطرابات ذات الأداء الوظيفي المنخفض طيفاً فيما بينها. (تنطبق عليها شروط الطيف وهي أنها مجموعة من العناصر، وأن تلك العناصر تشترك معاً في خاصية أو أكثر، وأن هذا الاشتراك يكون بدرجات متفاوتة).
- 7- يشغل كل اضطراب من اضطرابات طيف التوحد بالنموذج التصنيفي الجديد موقعاً محدداً على متصل الاضطراب. (يتطلب الطيف وجود متصل حقيقي يتحدد عليه موقع لكل اضطراب من العناصر الداخلة فيه فيتحدد ذلك الموقع أو الموضع المحدد بناء على مستوى الشدة. ويمكن أن

- نحدد المستوى البسيط للاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، والمستوى المتوسط لاضطراب التوحد، والمستوى الشديد لاضطراب الطفولة التفككي).
- 8- لا يمكن إغفال الوجود المادي المتميز للطبيعة المختلفة لاضطراب أسبرجر بين اضطرابات طيف التوحد. (لا يمثل إعاقة عقلية في حين يمثل كل اضطراب بالمجموعة الثانية إعاقة عقلية، ولذلك فهو يمثل مجموعة مستقلة في مقابل مجموعة اضطراب طيف التوحد).
- 9- لا يمكن استخدام محكات تشخيص اضطراب التوحد أو اضطراب طيف التوحد لتشخيص اضطراب أسبرجر. (نظراً لاختلاف طبيعته).
- 10- لتوقيت حدوث الاضطراب أهميته في التعرف عليه وتحديده. (يبدأ اضطراب التوحد قبل الثالثة، وتبدأ باقي الاضطرابات بعد الثالثة)
- 11- لا يمكن أن تمثل مستويات شدة الاضطراب طيفاً. (لأنها درجات متفاوتة تتعلق بخاصية معينة لعنصر واحد فقط).

الشكل العام لفئة الاضطرابات التي يتناولها النموذج الجديد

يتناول النموذج التصنيفي الجديد فئة من الاضطرابات الدارجة التي عرفناها من قبل تحت مسمى اضطرابات طيف التوحد وهي الاضطرابات التي تضم أربعة اضطرابات مستقلة و متميزة في الواقع حتى وقتنا الراهن على الأقل. وتتألف هذه المجموعة من اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. وهي وإن كانت قد اختفت على الورق بعد ظهور الإصدار الخامس من الدليل، واختفى التشخيص المستقل لكل نمط من تلك الاضطرابات، ولم يعد لها تشخيص مستقل، ومن ثم فلم يعد لها وجود في الدليل التشخيصي على الرغم من عدم وجود أي دليل على اختفائها في الواقع، بل إن الواقع يشهد أن هناك وجوداً مادياً مستقلاً و متميزاً لكل من هذه الأنماط الأربعة من الاضطرابات على حدة وهو الأمر الذي نشاهده بالفعل على أرض الواقع إلى جانب الشكوى الدائمة والمستمرة من جانب أولياء الأمور بخصوص عدم التمكن من معرفة ما يعاني منه أطفالهم على وجه التحديد. فهل هذه الاضطرابات اختفت بالفعل من الواقع على أثر اختفائها من الدليل؟ بالقطع لا حيث أنها لم تختف من الواقع، ولا تزال موجودة مما يضعنا أمام أمر مهم وهو مسألة الوجود/ عدم الوجود كمسألة جدلية يأخذنا حسمها إلى أن لدينا مستويين من الوجود هما الوجود الورقي والوجود الفعلي، فإذا كانت تلك الاضطرابات قد فقدت وجودها الورقي على مستوى الدليل، فإنها لم تفقد وجودها الفعلي على أرض الواقع إذ أن هناك وجوداً فعلياً متميزاً ومستقلاً لكل نمط من أنماطها الأربعة.

وتتشترك هذه الاضطرابات مع بعضها البعض في أمرين يتمثل أولهما في أن كلا منها يمكنه أن يؤثر سلباً على كل جوانب نمو الطفل تقريباً وهو ما تمت تسميته من قبل بالاضطراب النمائي الشامل، أما الأمر الثاني فيتمثل في أن كل نمط من تلك الأنماط يشترك مع غيره من هذه الأنماط في خصائص عديدة تتسم بها إعاقة التوحد بدرجات متفاوتة مما يجعل بوسعنا أن نجعلها في طيف حيث تتوفر فيه خصائص وشروط الطيف الثلاثة في هذه الحالة وهي وجود مجموعة من العناصر، وأنها تشترك معاً في خاصية واحدة أو أكثر، وأن هذا الاشتراك يكون بدرجات متفاوتة. وإلى جانب ذلك يمكننا أن نستخدم متصلاً معيناً لتلك الاضطرابات، وأن نحدد موقعاً معيناً لكل اضطراب على ذلك المتصل.

ولما كانت تلك الاضطرابات في أساسها تجمع بين طرفين يعكس أحدهما الأداء الوظيفي المرتفع *high functioning* فتقل أعراضه في مستوى شدتها، وتقل حاجته إلى الدعم والمساندة، ولا يتضمن أي قصور عقلي فإن اضطراب أسبرجر هو الذي يمثل ذلك الطرف في الواقع الفعلي. أما الطرف الآخر فيعكس الأداء الوظيفي المنخفض *low functioning* فتزيد أعراضه في مستوى شدتها، وتزيد الحاجة إلى الدعم والمساندة، ويتضمن القصور العقلي، ويمثله كطرف اضطراب التوحد.

وهناك اضطرابان يرتبطان باضطراب التوحد فيشتركان معه في الأداء الوظيفي المنخفض، كما يشتركان معه بدرجات متفاوتة في القصور العقلي بحيث نجد كما أوضحنا من قبل أن معامل ذكاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد في الغالب يتراوح بين مستوى الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة. ويكون معامل ذكاء الأطفال ذوي اضطراب الطفولة التفككي في حدود الإعاقة الفكرية الشديدة، أما أقرانهم ذوو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد فيجمع معامل ذكائهم بين كافة مستويات الإعاقة الفكرية مع وجوده غالباً في مستوى الإعاقة الفكرية البسيطة. ويبدو وكأن هذان النمطان يتحوران عن اضطراب التوحد بحيث نجد أنه عندما لا تنطبق على الطفل محكات تشخيص اضطراب التوحد بشكل كلي نتيجة بدايته المتأخرة، أو لانمطيته، أو بسبب قلة أو اختفاء الحركات التكرارية والنمطية، وعندما لا تنطبق عليه محكات اضطراب أسبرجر بشكل كلي نتيجة وجود قصور عقلي لديه فضلاً عن البداية المتأخرة للاضطراب يتم تشخيص الحالة آنذاك على أنها الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. أما البداية المتأخرة لاضطراب التوحد وذلك خلال العام الرابع من عمر الطفل وما بعده على أثر مرور الطفل بفترة نمو طبيعية كأى طفل عادي يكتسب خلالها مفردات ومهارات لغوية، ومهارات مختلفة بشكل طبيعي أو كطفل طبيعي وذلك وفقاً للعمر

الزمني للطفل وتتناسب معه، ثم تحدث إنكاسة شديدة ومفاجئة أو تدريجية يفقد على أثرها خلال فترة زمنية تتراوح بين ستة شهور وست سنوات كل المكتسبات النمائية السابقة، وتبدو عليه أعراض اضطراب التوحد، ولا يصل بعد تدريبه ومحاولة علاجه إلى نفس المستوى الذي حدثت الإنكاسة عنده، ويكون مستوى أدائه الوظيفي العقلي في حدود الإعاقة الفكرية الشديدة.

وهذا يعني أن اضطراب الطفولة التفككي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد كليهما يرتبطان باضطراب التوحد تمام الارتباط، ويشتركان معه في العديد من الخصائص بدرجات متفاوتة. ومن ثم فإن تلك الاضطرابات الثلاثة تشترك في عدد من الخصائص حيث تعد مشتركة بينها مع اختلافها في درجة الشدة أو مستواها بين اضطراب وآخر وهو ما يمكن أن نعرض له كما يلي:

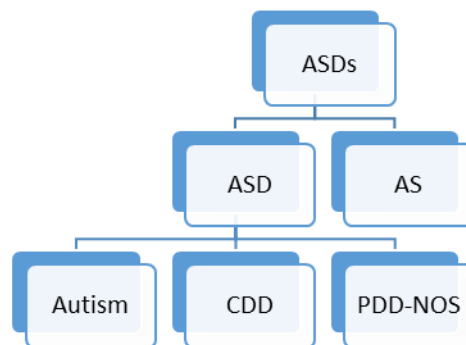
- كل اضطراب منها يؤثر سلباً في جميع جوانب نمو الطفل تقريباً.
- كل هذه الاضطرابات تشترك في الأداء الوظيفي المنخفض، وتنتمي إليه.
- كل هذه الاضطرابات تخبر قصوراً عقلياً يجعل معامل ذكاء من يعاني من أحدها في حدود الإعاقة الفكرية.
- كل هذه الاضطرابات تشهد قصوراً اجتماعياً.
- كل هذه الاضطرابات تعكس خصائص إعاقة التوحد.

وهذا يعني أن كل هذه الاضطرابات الثلاثة تشكل فئة فرعية من اضطرابات طيف التوحد، وتشغل الطرف الأدنى من المتصل حيث أنها جميعاً تعكس الأداء الوظيفي المنخفض لإعاقة التوحد. كما أن شروط الطيف تنطبق عليها تمام الانطباق. وعلى هذا الأساس فإنها نظراً لارتباطها باضطراب التوحد، وأنها تمثل طيفاً فإننا يمكن أن نطلق عليها "اضطراب طيف التوحد" (ليس هو الاضطراب الموجود في الدليل، ولكنه هو الاضطراب المقترح في النموذج الجديد)، وهي كفئة فرعية تندرج تحت اضطرابات طيف التوحد. ويتم تشخيصها باستخدام محكات تشخيص اضطراب التوحد مع مراعاة العمر الزمني للطفل عند بداية الاضطراب. ويمكن حساب مستوى شدة الاضطراب في ثلاثة مستويات هي المستوى البسيط، والمتوسط، والشديد وما يتطلبه من دعم ومساندة. وسوف نجد من خلال الخبرة أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد سيشغل المستوى البسيط، وأن اضطراب التوحد سيشغل المستوى المتوسط، أما اضطراب الطفولة التفككي فسوف يشغل المستوى الشديد.

وعلى الجانب الآخر أو الطرف الأعلى من المتصل فسوف نجد اضطراب أسبرجر يختلف كثيراً عن اضطراب التوحد في طبيعته فهو وإن اشترك معه في العديد من الخصائص فإنه يبتعد عنه في عدم وجود قصور عقلي أو لغوي لدى الطفل مما يجعل أعراضه أقل في حدتها، وبالتالي يقل كم الدعم أو المساندة اللازمة له. وكطرف مقابل لاضطراب التوحد فإنه يعكس الأداء الوظيفي المرتفع، ويكون معامل ذكاء الطفل في حدود المستوى العادي (المتوسط) أو العالي حيث هناك أفراد موهوبون من بين الأفراد ذوي اضطراب أسبرجر. كما لا يشهد هذا الاضطراب قصوراً لغوياً أيضاً، وإن ظلت المشكلة في التي يواجهها الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب تتمثل في استخدام اللغة. ومع ذلك فإن هناك عدداً من الخصائص التي يشترك فيها اضطراب أسبرجر كفئة فرعية تمثل الطرف الأعلى للمتصل في مقابل فئة اضطراب طيف التوحد (المقترحة في النموذج الجديد) تتضمن ما يلي:

- أنه يمثل منذ البداية أحد اضطرابات طيف التوحد.
- أنه يؤثر سلباً في جميع جوانب نمو الطفل تقريباً.
- أنه يشهد قصوراً اجتماعياً.
- أنه يعكس خصائص إعاقة التوحد.

وعلى هذا الأساس يصبح لدينا مظلة عامة للاضطراب تسمى "اضطرابات طيف التوحد"، ويندرج تحتها فئتان فرعيتان؛ يمثل "اضطراب أسبرجر" إحداها ويعكس الأداء الوظيفي المرتفع، ويمثل "اضطراب طيف التوحد" (المقترح وليس الموجود بالدليل) الفئة الفرعية الثانية وذلك كبديل لاضطراب التوحد، ويعكس الأداء الوظيفي المنخفض. وتتضمن فئة اضطراب طيف التوحد (الجديد أو المقترح) ثلاثة اضطرابات فرعية تضم اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. ويوضح الشكل (1) التالي هذا التصور المقترح للنموذج الجديد.



شكل (1) نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد

وبالتالي فإن اضطراب أسبرجر يمثل في النموذج الجديد فئة فرعية مستقلة أخرى من فئة اضطرابات طيف التوحد، ويتم تشخيصية باستخدام محكاته التشخيصية السابقة قبل أن تختفي من الدليل، وما يرتبط بها من ملامح تشخيصية، وبعض المقاييس التشخيصية التي يتم اشتقاقها من هذه المحكات. وبذلك يمكننا تجاوز هذا الجانب من جوانب القصور بالدليل بخصوص اضطراب أسبرجر كاضطراب له طبيعته الخاصة التي لا يمكن التعرف عليها وتشخيصها من خلال محكات تشخيص اضطراب التوحد.

الخصائص والملامح المميزة للنموذج الجديد

من الواضح أننا إذا ما رجعنا إلى الشكل العام للنموذج التصنيفي الجديد فإننا سوف نجد أن هناك أربعة أساسيات مترابطة ومتماسكة يضمها ذلك النموذج هي الهيكل، والتركيب، والوظيفة، والتطبيق. فالهيكل هو الشكل العام الذي يوجد هذا النموذج عليه في الواقع، أما التركيبي فيتناول عدد الاضطرابات الداخلة في النموذج، والطريقة التي تتوزع بها سواء في مجموعات فرعية أو في المجموعة العامة، بينما تشير الوظيفة إلى الغاية من ذلك النموذج، أو الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، أو الدور المتوقع أدائه من خلاله. أما التطبيق فهو الأسلوب الذي يتم من خلاله استخدام ذلك النموذج وتطبيقه في الواقع. ووفقاً لذلك فإن هناك عدداً من النقاط التي تميز تلك الأساسيات الأربعة للبرنامج كما يلي:

1- توجد فئة عامة أو مظلة عامة كبيرة متميزة تمت تسميتها "اضطرابات طيف التوحد"، وهي تعكس خاصية عامة تربط بين كل الاضطرابات الداخلة فيها، والتي يتناولها هذا النموذج حيث أنها جميعاً تشترك في كونها اضطرابات نمائية عصبية، وأنها تتضمن خصائص إعاقاة التوحد، وأنها يفترض أن تشكل طيفاً فيما بينها، وأن لكل منها موقعاً محدداً على متصل الاضطراب.

2- توجد فئتان فرعيتان تدرجان تحت الفئة العامة تتوزعان بحسب طبيعة كل منهما تسمى الأولى "اضطراب أسبرجر"، بينما تسمى الثانية "اضطراب طيف التوحد" حيث لا تعكس المجموعة الأولى الإعاقاة العقلية التي تعكسها المجموعة الثانية بكل ما تتضمنه من مكونات مترابطة ومتماسكة فيما يتعلق بخصائصها وطبيعتها.

3- تضم المجموعة الفرعية الأولى اضطراب أسبرجر، وتسمى باسمه، بينما تضم المجموعة الثانية اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، وتسمى اضطراب طيف التوحد.

4- ترجع تسمية هذه المجموعة باضطراب طيف التوحد إلى أنها تتمحور حول اضطراب التوحد كاضطراب ومحكات تشخيص، وهو في الأساس اضطراب نمائي شامل محدد. ويعد اضطراب الطفولة التفككي هو اضطراب التوحد ذو البداية المتأخرة، أما الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد فهو اضطراب التوحد اللانمذجي أو اللانمطي.

أما فيما يتعلق بالوظيفة التي ينتظر أن يؤديها هذا النموذج والتي تحقق الغاية منه أو الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها، أو الدور المتوقع أدائه من خلاله فإن هناك عدداً من الخصائص التي تميزه وذلك على النحو التالي:

- الدقة في التشخيص.
 - سهولة التشخيص.
 - إمكانية تشخيص الاضطرابات الفرعية.
 - التحديد البسيط لمستويات شدة الاضطراب.
 - إمكانية استخدام متصل الاضطراب لوصف ما يتضمنه من اضطرابات فرعية.
 - تطبيق مفهوم الطيف بسهولة ويسر.
- وهناك عدد من الخصائص والملامح التي يتسم بها هذا النموذج الجديد، والتي يكون من شأنها أن تميزه كوحدة، وأساس، وهيكل، وتركيب، ووظيفة، وتطبيق وهي ما تدخل في إطار عنصر الخصوصية أي تخصه دون سواه، وهي:

- 1- تسمى الفئة العامة اضطرابات طيف التوحد.
- 2- تجمع هذه الفئة العامة بين فئتين فرعيتين هما اضطراب أسبرجر واضطراب طيف التوحد.
- 3- تتناول الفئة الأولى الأداء الوظيفي المرتفع الذي يعكسه اضطراب أسبرجر.
- 4- تتناول الفئة الثانية الأداء الوظيفي المنخفض الذي تمثله ثلاثة اضطرابات تشترك في هذا الأداء كخاصية.
- 5- تسمى الفئة الثانية باسم اضطراب طيف التوحد، وتجمع بين ثلاث فئات فرعية تسمى كل فئة فرعية منها باسمها المتعارف عليه وهي اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.

- 6- تستخدم محكات التشخيص الراهنة والخاصة باضطراب التوحد لتشخيص اضطراب طيف التوحد بفئاته الفرعية الثلاث كما وردت في النموذج الجديد.
- 7- يتم تشخيص اضطراب أسبرجر عن طريق محكاته السابقة بالدليل.
- 8- توجد ثلاثة مستويات للشدة تختص باضطراب طيف التوحد تتمثل في المستوى البسيط، والمتوسط، والشديد.
- 9- يوجد متصل *continuum* يخص اضطراب طيف التوحد يعكس الطيف، وينقسم إلى ثلاثة أقسام بحيث يخصص لكل اضطراب موقع معين على ذلك المتصل.
- 10- توجد مستويات شدة (وليس طيفاً) مستقلة لاضطراب أسبرجر.

محكات تشخيص فئات الاضطرابات بالنموذج الجديد

عندما يتم تعيين اضطراب محدد يصبح من المهم أن نعرف بشكل قاطع كيف يمكننا أن نتعرف على هذا الاضطراب، ونحدده، ثم كيف يمكننا أن نقوم بتشخيصه بشكل دقيق إذ أن مسألة التعرف والتشخيص هي مسألة غاية في الأهمية نظراً لأن التشخيص الدقيق كما يقولون هو نصف العلاج حيث يمكننا من خلاله أن نتعرف على أوجه القصور، والكيفية التي يتطور الاضطراب بها، والأعراض المبدأ من جانب الطفل، ومستوى شدة الاضطراب وهو الأمر الذي عادة ما يكون من شأنه أن يساعدنا في عملية التقييم، وأن نتخذ القرار المناسب بخصوص ما عسانا أن نفعله مع تلك الحالة فنحدد ماذا سنفعل، وأي برامج التدخل هي التي تلائمها، وأي برنامج يمكننا أن نقوم بإعداده، وكيف سنسير في عملية التدخل وتعديل السلوك. وفي هذه الحالة سيكون لكل خطوة نخطوها في هذا الاتجاه، وكل إجراء نقوم به في هذا الصدد مردوده الإيجابي على الطفل وما يصدر عنه من سلوكيات.

ولما كان الإصدار الخامس من الدليل (DSM-V (2013 قد قام بصهر اضطرابات طيف التوحد الأربعة رغم اختلاف طبيعتها في اضطراب واحد مبهم هو اضطراب طيف التوحد، وألغى وجود تلك الاضطرابات، وتشخيصاتها المستقلة، ونظر إلى ذلك الاضطراب ناتج عملية الصهر على أنه بديلاً لها جميعاً رغم عدم صحة ذلك، واستخدم محكات تشخيص اضطراب التوحد التي أوردها الإصدار الرابع من الدليل (DSM-IV (1994 وتبعه فيها الإصدار الرابع المعدل (2000) DSM-IV-TR واتفق معهما فيها التصنيف الدولي العاشر للاضطرابات (ICD-10 (1992 في سبيل تشخيص هذا الاضطراب وذلك بعد إعادة هيكلتها وصياغتها بشكل أكثر تعقيداً. وسار الإصدار الخامس المعدل للدليل (DSM-V-TR (2022 وتلاه في ذلك التصنيف الدولي الحادي

عشر للاضطرابات (ICD-11 (2022) على نفس النهج في تشخيص هذا الاضطراب رغم ما عليه من مأخذ حيث كانت النتيجة أن هذا الأمر قد وضعنا أمام معادلات ثلاث بسيطة خاطئة في شكلها ومضمونها هي:

اضطراب طيف التوحد= اضطراب التوحد.

اضطراب طيف التوحد= اضطراب أسبرجر.

اضطراب التوحد= اضطراب أسبرجر.

وإذا كانت هذه المعادلات خاطئة فعلياً ألا ننسى أبداً أنها تعد بمثابة نواتج استخدام محكات التشخيص التي أوردتها الدليل. وإذا كان اضطراب طيف التوحد من وجهة النظر هذه يساوي اضطراب التوحد، فلماذا لم يتم الإبقاء على اضطراب التوحد كما هو؟ والإجابة من وجهة نظرنا لها سببان؛ أولهما هو الاصطدام الذي سيحدث بينه وبين اضطراب أسبرجر بخصوص الطبيعة الفريدة لكل منهما، ووجود في مقابل عدم وجود الإعاقة العقلية وهو ما يجعلهما غير مترادفين، أي أن هذا لا يساوي ذلك. ومع ذلك حدثت المشكلة إذ أن اضطراب طيف التوحد لا يساوي اضطراب أسبرجر. أما السبب الثاني فهو محاولة الإبقاء الشكلي على بعض الملامح المبهمة لاضطراب أسبرجر حفاظاً على الطيف المزعوم. وكانت النتيجة كارثية فلم يبق من الطيف سوى الاسم، ولم يظهر من هذه الملامح شيء، ولم يتساوى اضطراب طيف التوحد مع اضطراب أسبرجر، ولم تصلح محكات التشخيص المستخدمة لتشخيص اضطراب أسبرجر مما نتج عنه إختفاء اضطراب أسبرجر كياناً وتشخيصاً من الدليل رغم وجوده المادي والمستقل على أرض الواقع، وعدم اختفائه من جراء ذلك الأمر.

وإذا ما رجعنا إلى هذا الطرح بتلك الكيفية التي أورها الدليل فسوف نجد هناك حلاً سحرياً لاختفاء أحد الاضطرابات وهو اضطراب أسبرجر كغيره من اضطرابات الطيف وهو إلغاؤه من الدليل. وعلى هذا المنوال سيصبح الأمر أمامنا بسيطاً إذا ما أردنا أن نتخلص من أي اضطراب إذ سيكون الحل سهلاً وبسيطاً وهو أن نلغيه من دليل التشخيص. أما فيما يتعلق بالإبقاء على مفهوم الطيف فإن فكرة ومفهوم اضطراب طيف التوحد قد عملا على نفس فكرة الطيف من أساسها حيث لم يبق منها سوى الاسم فقط نظراً لفقد جميع شروط ومتطلبات الطيف. وتم تناول الطيف بشكل خاطئ حيث تم الاعتماد على مستويات الشدة في سبيل ذلك، ومن ثم تم تغافل أن هذه المستويات ما هي إلا درجات متفاوتة تتعلق بخاصية معينة لمكون واحد، وبالتالي فهي ليست طيفاً. كما أن تلك

الفكرة لا تستخدم مع الاضطرابات الأخرى متعددة مستويات الشدة والتي تعد أكثر استقراراً وثباتاً قياساً بهذا الاضطراب.

وكان الحل الأمثل أن يخرج اضطراب أسبرجر من عملية الانصهار المزعومة، وأن يتم التعامل معه على أنه اضطراب مستقل ومتمايز وذلك ككيان وتشخيص نظراً لطبيعته المتفردة قياساً باضطرابات الطيف الأخرى. وأن يتم الإقتصار في تطبيق مفهوم اضطراب طيف التوحد على اضطراب التوحد وما يرتبط به من اضطرابات تتمثل في اضطراب الطفولة التفككي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد نظراً للتشابه بين تلك الاضطرابات الثلاثة في طبيعتها وخصائصها، وبالتالي سيكون من المناسب أن نستخدم محكات تشخيص اضطراب التوحد معها شريطة أن نعتد بتوقيت بداية الاضطراب إذا ما أردنا أن نتخير أساليب وبرامج التدخل المناسبة لكل منها على حدة. وفي هذه الحالة سيتم تطبيق مفهوم الطيف عليها بشكل علمي مضبوط نظراً لكونها تشكل فيما بينها مجموعة من العناصر التي تشترك مع بعضها البعض في خاصية واحدة أو أكثر بدرجات متفاوتة. كما يمكن تحديد مستوى ثلاثي لشدتها بحيث يمكن لكل مستوى منها أن يعكس أحد هذه الاضطرابات مما يكون من شأنه أن يضع كلاً منها في موضع محدد على متصل الاضطراب.

وتتفق هذه الفكرة مع ما نراه بخصوص اضطرابات الطيف حيث نرى أنها في أساسها تضم اضطرابين يمثلان خطاً متصلاً يقع اضطراب التوحد عند طرفه الأدنى ممثلاً الأداء الوظيفي المنخفض *low functioning autism* فتزداد أعراضه في الشدة، وتزداد معها حاجة الطفل إلى الدعم، ويعاني من القصور العقلي مما يجعله يخبر الإعاقة الفكرية في مستوياتها البسيطة والمتوسط تقريباً، بينما يقع اضطراب أسبرجر عند الطرف الأعلى من المتصل ممثلاً الأداء الوظيفي المرتفع *high functioning autism* فتقل أعراضه في الشدة، وتقل معها حاجة الطفل إلى الدعم، ولا يخبر أي إعاقة في الجانب العقلي حيث يكون أدائه الوظيفي العقلي وذكاؤه عادياً أو عالياً، وقد يكون موهوباً.

ومن هذا المنطلق فإن فكرة النموذج التصنيفي الجديد تقوم على وجود مجموعتين فرعيتين ومستقلتين ومتمايزتين من الاضطراب بحيث يمثل اضطراب أسبرجر إحدى هاتين المجموعتين نظراً لطبيعته وخصائصه المختلفة نسبياً فيصبح بذلك مستقلاً في كيانه، ويتم استخدام المحكات التشخيصية التي كانت تستخدم من قبل في سبيل تشخيصه وذلك في الإصدارين الرابع والرابع المعدل فيصبح بذلك مستقلاً في تشخيصه وهو الأمر الذي سيكون من شأنه أن يحفظ له كيانه

المتميز، وأن يساعدنا في اختيار أساليب التدخل التي تناسبه. أما المجموعة الثانية من الاضطراب فيمثلها اضطراب طيف التوحد بمعناه ومفهومه الجديد وليس كما ورد بالدليل. وتضم هذه المجموعة ثلاثة اضطرابات تتشابه نسبياً في طبيعتها وخصائصها وإن اختلفت في توقيت بداية الاضطراب في كل حالة هي اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. ويتم استخدام المحكات الواردة بالدليل لتشخيصها بعد تخفيف مستوى تعقدها مع تحديد ثلاثة مستويات لشدة الاضطراب بحيث يعكس كل منها أحد هذه الاضطرابات الثلاثة مما يبقى على مفهوم الطيف، ويعمل على وضع كل منها في مكان محدد على متصل الاضطراب. كما يمكن أن نستخلص مقياساً تشخيصياً جديداً من تلك المحكات الواردة في الدليل للحد من مستوى تعقد المحكات الواردة في دليل التشخيص. وعلى هذا الأساس يمكن إختصار أساليب تشخيص مجموعتي الاضطراب في النموذج التصنيفي الجديد في الأساليب التالية:

- المحكات السابقة لتشخيص اضطراب أسبرجر.
- المحكات الخاصة بتشخيص اضطراب التوحد.
- مقاييس تشخيصية جديدة وفقاً لتلك المحكات.

الملاح التشخيصية المميزة لفئات الاضطرابات بالنموذج الجديد

وفقاً للطرح السابق حول النموذج التصنيفي الجديد لاضطراب طيف التوحد يصبح هناك عدد من الملاح التشخيصية التي تميز فئات الاضطرابات التي يتناولها هذا النموذج تتمثل فيما يلي:

- تشترك جميع الاضطرابات التي تتضمنها الفئة العامة في شموليتها التي تجعلها تؤثر سلباً على كل جوانب نمو الطفل تقريباً.
- تشترك جميع هذه الاضطرابات في كونها اضطرابات نمائية عصبية.
- تشترك جميع هذه الاضطرابات في الخصائص التي تنسم بها إعاقة التوحد.
- تشترك جميع هذه الاضطرابات في خصائص إعاقة التوحد بدرجات متفاوتة.
- تعكس جميع الاضطرابات المتضمنة في الفئة الفرعية المسماة باضطراب طيف التوحد الأداء الوظيفي المنخفض.
- تتحقق شروط الطيف وفقاً لذلك في فئة اضطراب طيف التوحد (الجديد).
- تعكس الفئة الفرعية المسماة باضطراب أسبرجر الأداء الوظيفي المرتفع.
- يمثل توقيت بداية الاضطراب عاملاً مهماً في عملية التشخيص.

والخلاصة أن الممارسة العملية لمحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد كما وردت في الإصدار الخامس من دليل التشخيص (DSM-V (2013 والإصدار الخامس المعدل (2022) DSM-V-TR وفي التصنيف الدولي الحادي عشر للاضطرابات (ICD-11 (2022) قد أظهرت أن هناك مجموعة غير قليلة من المآخذ والملاحظات التي تشوب تناول هذا الاضطراب وتشخيصه بالطريقة التي أوردتها الدليل. فظهرت الحاجة إلى وجود نموذج تصنيفي جديد للاضطراب يهدف إلى تفادي تلك المآخذ، ويتم من خلاله تناول الاضطراب بشكل صحيح يسهم في تقييمه الصادق، واختيار أو إعداد برامج التدخل المناسبة التي تعمل على الحد من شدة أعراضه، وتعديل سلوك من يعانون منه. ولذلك فقد اتخذ النموذج التصنيفي الجديد من الواقع منطلقات له، ووضع لتجنب تلك المآخذ ركائز يقوم عليها، وتم تقديم عدة فرضيات ينطلق منها. كما تم تحديد الشكل العام لفئة الاضطرابات التي يتناولها هذا النموذج الجديد، وتحديد الملامح المميزة له، وتقديم محكات التشخيص الخاصة بفئات تلك الاضطرابات التي يتضمنها، وتحديد عدد من الملامح التشخيصية المميزة لها والتي يكون من شأنها أن تسهم في الوصول إلى تشخيص دقيق لها.

المراجع

- جيمس جيليام (2020). **مقياس جيليام التقديري لتشخيص أعراض وشدة اضطراب التوحد: الإصدار الثالث. GARS- III** (ترجمة وتعريب عادل عبدالله محمد، وعبير أبوالمجد محمد). الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع (المقياس الأصلي منشور 2014).
- عادل عبدالله محمد (2014). **مدخل إلى اضطراب التوحد: النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية**. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- عادل عبدالله محمد (2020). **أساليب تشخيص وتقييم اضطراب التوحد**. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- عادل عبدالله محمد (2022). **اضطراب طيف التوحد: رؤية نقدية ونموذج تصنيفي جديد**. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- عادل عبدالله محمد، وعبير أبوالمجد محمد (2020). **مقياس تشخيص أعراض اضطراب التوحد وفق DSM-V: كراسة التعليمات**. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- 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 (الكتاب الأصلي منشور 1992).
- Allred, S. (2009). Reframing Asperger syndrome: Lessons from other challenges to the diagnostic and statistical manual and ICIDH approaches. *Disability and Society*, 24 (3), 343–355.
- American Psychiatric Association.(1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.), DSM-IV. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (4th ed.), DSM-IV- TR. Washington, DC: author.

- American Psychiatric Association.(2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.), DSM-V. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision* (5th ed.), DSM-V-TR. Washington, DC: author.
- Galanopoulos, A., Robertson, D.,& Woodhouse, E. (2016). *The assessment of autism spectrum disorders in adults. Advances in Autism*, 2 (1), 31–40.
- Klin, A., Pauls, D., Schultz, R.,& Volkmar, F. (2005). *Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (2), 221–234.
- Mohammed, A. (2022a). Rethinking of autism spectrum disorder: A critique reflections on DSM-V and developing a new classification model. *International Journal of Autism*, 2 (1), 21- 25.
- Mohammed, A. (2022b). A critique of autism spectrum disorder in DSM-V. *International Journal of Autism and Related Disabilities*, 5 (154), 1-7. DOI: 10.29011/2642- 3227.000050
- Mohammed, A.,& Mourad, E.(2014). *Contemporary perspectives on autism: Identification, assessment, problems, intervene-tion, and instruction*. Houston: TX. Arees University Press.
- World Health Organization. (1992). *The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *The ICD- 11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization.