تشخيص وتقييم اضطراب طيف التوحد

وفق نموذج عادل محمد

إعداد

أ.د./ عادل عبدالله محمد

أستاذ اضطراب التوحد

والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق

تاريخ استلام البحث : 14/ 06/ 2024

تاريخ النشر: 01/ 07/ 2024

تشخيص وتقييم اضطراب طيف التوحد وفق نموذج عادل محمد

أ.د./ عادل عبدالله محمد

ملخص

شهد اضطراب طيف التوحد الكثير من الجدل بعد أن تم صهر كافة اضطرابات طيف التوحد في كيان هلامي واحد بشكل ارتجالي وغير علمي وغير منطقي دون تنظير، أو تشخيص مستقل له فضلاً عن نسف فكرة الطيف والإبقاء عليها بالاسم فقط بعد أن ساوى بين تلك الاضطرابات بعكس الحقيقة والعلم. وعمل نموذج عادل محمد على التمييز بين تلك الاضطرابات مع الإبقاء على مفهوم الطيف بمعناه العلمي، وتقديم أساليب قياس مناسبة أسفر تطبيقها على شريحة عمرية كبيرة من الجنسين تمتد بين 3- 22 سنة من كافة محافظات مصر، وتحليل النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام التحليل العاملي عن تقديم مقياسين جديدين أحدهما لاضطراب التوحد مرتفع الأداء الوظيفي (أسبرجر)، والآخر لاضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي، وعن اشتقاق محكات تشخيص تتفق تماماً مع دليل التشخيص الرابع والرابع المعدل وهو ما يؤكد فكرة أن الدليل الرابع المعدل يعد هو أفضل أدلة التشخيص التي تم تقديمها. وانتهى الأمر إلى تقديم محكات تشخيص جديدة تتفق مع الدليل الرابع المعدل، وتقديم أدوات قياس جديدة ترتكز جميعها على نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي.

الكلمات المفتاحية: تشخيص وتقييم- اضطراب طيف التوحد- نموذج عادل محمد.

Summary

Autism spectrum disorder witnessed a lot of controversy after all autism spectrum disorders were melted into one gelatinous entity in an improvised, unscientific, and illogical manner without theorizing or independent diagnosis of it, in addition to demolishing the idea of the spectrum and keeping it in name only after equating these disorders in contradiction to reality and science. . Adel Muhammad's model worked to distinguish between these disorders while maintaining the concept of the spectrum in its scientific sense, and providing appropriate measurement methods that resulted in their application to a large age group of both sexes extending between 3-22 years from all governorates of Egypt, And analyzing the

results obtained using factor analysis by introducing two new scales, one for high-functioning autism spectrum disorder (Asperger's), and the other for low-functioning autism spectrum disorder,Regarding the derivation of diagnostic criteria that are fully consistent with the IV and the modified IV, which confirms the idea that the modified IV is the best diagnostic evidence that has been presented. It ended with the introduction of new diagnostic criteria that are consistent with the amended fourth guideline, and the introduction of new measurement tools, all of which are based on Adel Muhammad's classification and diagnostic model.

Keywords: diagnosis and evaluation - autism spectrum disorder - Adel Muhammad's model**..**

مقدمة:

يعد التشخيص الدقيق هو الأساس في التعامل مع الأفراد ذوي اضطراب التوحد بصفة خاصة نظراً لما يتسم به هذا الاضطراب من تعقيد، وما يتضمنه دليل التشخيص الخامس وطبعته المعدلة والكثير من المقاييس التشخيصية من مآخذ تحول دون الوصول إلى هذا التشخيص الدقيق وما يترتب عليه من تقديم الخدمات، والخطط، والبرامج التدريبية والتربوية والتعليمية والتأهيلية لهم كي نساعدهم على الاندماج مع الآخرين في المجتمع. ويمكن تعريف التشخيص بأنه تلك العملية التي يتم بموجبها تحديد حالة مرضية أو حالة إعاقة معينة، والتعرف الدقيق عليها عن طريق فحص واختبار طبيعتها، والظروف التي تنشأ فيها، والأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها حتى يتم إصدار قرار معين يصف ما تكون قد وصلت إليه الحالة بصورة دقيقة، وما يمكن أن تأول إليه الأمور بالنسبة لها.

وبذلك يتمثل الهدف من عملية التشخيص في الوصول إلى التعرف والتحديد الدقيق للحالة عن طريق تقييم التاريخ المرضي لها، وفحصها، وتحديد خصائصها، والأعراض أو المؤشرات الدالة عليها، ومراجعة ما يتعلق بها من بيانات، وتحديد الأسباب التي يكون من شأنها أن تؤدي إليها، والقيام بتحليل هذه الأسباب، والكيفية التي تؤدي بها إلى ذلك، والانتهاء إلى تصنيف لأسبابها بشكل واضح ومحدد، وإصدار قرار على أثر هذا التقييم ليمثل الأساس لأي تعامل مستقبلي مع تلك الحالة. ويعرف ذلك بأنه تشخيص فارق لها differential diagnosis يتضمن جمع المعلومات عن الحالة بما فيها الأعراض، وتحديد الأسباب المحتملة لتلك الأعراض، وتحديد أولويات الأسباب بحسب احتمال قوة تأثيرها في حدوث الأعراض، واختبار كل سبب منها لتحديد المسئول عن

حدوث الحالة. ويمكن الوصول إلى ذلك عن طريق التشخيص التكاملي الذي يجمع بين الجوانب الطبية، والنفسية، والاجتماعية، والسلوكية كي يتم تحديد أسلوب التدخل.

اضطراب التوحد

تم اكتشاف اضطراب التوحد على يد ليو كانر Kanner (1943) وذلك ككيان مستقل، ولكنه لم يسمه آنذاك باضطراب التوحد. وظهر هذا الاضطراب لأول مرة في الدليل التشخيصي الثالث DSM- III (1980) على أنه زملة اضطرابات سلوكية وهو تشخيص غير صحيح، واستمر الحال كذلك في الدليل الثالث المعدل DSM- III- R (1987) ثم ظهر بتشخيص صحيح في الدليل الرابع DSM- IV (1994) تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة وذلك ككيان مستقل، وتشخيص مستقل وفقاً لما هو عليه في الواقع، وممثلاً لأحد أنماط اضطرابات طيف التوحد. واستمر الحال على هذا النحو في المراجعة النصية لذات الدليل DSM- IV- TR (2000). وحدد عادل عبدالله محمد (2010، 2014) الصورة الكلية الشاملة لهذا الاضطراب على أنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يلحق بالطفل قبل الثالثة من عمره، ويلازمه مدى حياته، ويعكس عدم قدرة الطفل على التوحد مع أي من الكبار أو الراشدين أو حتى الأقران المحيطين به. ويمكن النظر إليه من جوانب ستة (المنظور السداسي للاضطراب) 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 التقوقع 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 أحد الأنماط التي تم صهرها في اضطراب طيف التوحد (اضطرابات طيف التوحد سابقاً ما عدا متلازمة ريت) إذ يشغل موقعاً محدداً على المتصل الخاص به، ويتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات نمطية وتكرارية واهتمامات مقيدة، كما أنه يتلازم مرضياً مع اضطراب قصور الانتباه.

ومع ظهور الدليل الخامس DSM- V (2013) تغير الحال أو انقلب حيث تم صهر كافة اضطرابات طيف التوحد في اضطراب هلامي واحد أسموه اضطراب طيف التوحد مما أدى إلى اختفاء مفهوم الطيف، ولم يتم تقديم أي تنظير لذلك الاضطراب، وتم صهر اضطراب أسبرجر قسراً معها، واختفت كل هذه الاضطرابات ولم يعد لها أي وجود ورقي بالدليل رغم وجودها على أرض الواقع، وتم استخدام محكات تشخيص غير مناسبة اعتبرت كل تلك الاضطرابات هي نفس الاضطراب الهلامي الناتج عن عملية الصهر مع أنها تتمايز عن بعضها كياناً وتشخيصاً وليست متساوية مما أدى إلى حدوث العديد من المشكلات التي واجهها الأخصائيون والأطباء وأولياء

الأمور في التشخيص والتقييم والتدخل. ومع ذلك فقد سارت الأمور على نفس الشاكلة في المراجعة النصية للدليل الخامس DSM- V- TR (2022) حيث لم يتغير في الأمر شيئاً. ولذلك فقد قدم عادل عبدالله محمد (2022) نموذجه التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد الذي يعالج تلك المآخذ حيث قسم تلك الاضطرابات إلى ما هو مرتفع أو منخفض الأداء الوظيفي وفقاً لوجودها في الواقع حيث يتم خلاله تناول اضطراب أسبرجر مستقلاً ككيان وتشخيص، ويتم تناول الاضطرابات الثلاثة الأخرى وهي اضطراب التوحد واضطراب الطفولة التفككي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ككيانات مستقلة تحت مسمى اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي على أن يتم تحديد الاضطراب موضوع الاهتمام وتناوله، وتشخيصه وفق مقياس واقعي ومعياري ومستقل. وسوف يتم السير في هذه الدراسة وفق هذا النموذج.

إعداد أساليب لقياس اضطراب طيف التوحد واشتقاق محكات تشخيصية له

يعتمد تشخيص الاضطراب في الأساس على محكات وشروط محددة للتشخيص ترتكز على طبيعة الاضطراب أو طبوغرافيته، وخصائصه. ويمكن تعيين مثل هذه المحكات من النتائج التي تسفر عنها الدراسات التي تستخدم التحليل العاملي وذلك على نفس الشاكلة التي تم عن طريقها تحديد القدرات العقلية، والقدرات المكانية، وغيرها. فهل يعد الذكاء قدرة واحدة عامة أو مجموعة من القدرات، وما هي القدرات المكانية. هذا ما أسفرت عنه نتائج الدراسات المختلفة التي استخدمت التحليل العاملي.

وبعد تحليل اضطراب طيف التوحد في الدليل الخامس والخامس المعدل، وتوضيح المآخذ التي تحول دون التشخيص الدقيق لحالات الاضطراب تم تقديم نموذج عادل محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد، وتم إعداد مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي، ومقياس تقدير اضطراب أسبرجر وتطبيقهما على عينة كبيرة من الجنسين في الشرائح العمرية من 3- 22 سنة في كافة محافظات مصر، وبلغ حجم العينة بالنسبة لاضطراب التوحد منخفض الأداء الوظيفي 1329 طفلاً ومراهقاً، أما عينة اضطراب أسبرجر فبلغت 927 طفلاً ومراهقاً حيث تم الاعتماد على خصائص كل اضطراب وما يبديه الأطفال من سلوكيات على أثره مع الاعتماد على خمس درجات معيارية تمثلت في الإعشاريات، والميئينيات، والدرجة التائية، والدرجة الموزونة، والدرجة المركبة ليتحدد بموجبها مستوى شدة الاضطراب، ومستوى الدعم اللازم للطفل كماً وكيفاً. وقد هدف كل مقياس منهما إلى تحديد نمط الاضطراب الذي يعاني الطفل منه وتقديم تقرير إكلينيكي بذلك، وتشخيص الاضطراب، وتقدير مستوى شدته، وتحديد مستوى الدعم اللازم، وكيف هذا الدعم. ولإعداد كل مقياس منهما تمت مراجعة المقاييس الموجودة التي

تستخدم لذات الغرض على المستوى المحلي والإقليمي والدولي، وتحليلها وبيان مدى الاستفادة منها. وبعد إعداد المقياسين على أثر تحديد الخصائص التي يتسم بها اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي من جهة وفقاً للنموذج بما يتضمنه من اضطرابات تضم اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ووضعها في مقياس شامل، وتحديد الخصائص التي يتسم بها اضطراب أسبرجر من جهة أخرى ووضعها في مقياس شامل آخر. تم عرضهما على مجموعة من المحكمين، ومراعاة ما أبدوه من ملاحظات، وإعدادهما في صورتهما النهائية، وتطبيقهما على كافة أنحاء جمهورية مصر العربية وذلك في كل محافظاتها السبعة والعشرين وذلك على كبيرة شملت 1389 طفلاً ومراهقاً من الجنسين بالنسبة لمقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي وذلك في الأعمار من 3- 22 سنة، بينما شملت العينة التي تم تطبيق مقياس تقدير اضطراب أسبرجر عليها 927 طفلاً ومراهقاً من الجنسين في كافة المحافظات، ومن نفس الأعمار التي تراوحت بين 3- 22 سنة. واستمر تطبيق المقياسين عامين تقريباً، وشارك فيه عدد كبير من الأخصائيين، وتم تطبيقهما على الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للطفل حيث يعد كل مقياس منهما من نمط تقارير الآخرين ذوي الأهمية. وقد يستعين الأخصائي بأنواع أخرى من التقارير حتى يصل من خلالها إلى هدفه كتقارير الوالدين، وتقارير الأقران وذلك بالنسبة للعبارات التي قد لا يكون متأكداً منها.

وقد كانت هناك حاجة ماسة إلى هذين المقياسين حيث اختفى الاضطرابان من الدليل الخامس، ولم يعودا موجودين على المستوى الورقي رغم وجودهما على أرض الواقع، واختفى مفهوم الطيف بمعناه الحقيقي، وتم تقديم مفهوم ارتجالي دون أي تنظير له مع وجود أخطاء في التشخيص وفقاً للدليل، وتعقيد محكات التشخيص الواردة فيه نظراً لدمج ثلاث مجموعات تشخيصية من الدليل الرابع في مجموعتين بالدليل الخامس فضلاً عن انعكاسات هذه الأخطاء على المقاييس التشخيصية المعدة لذلك مع ضرورة وجود محكات تشخيص وأساليب قياس ترتكز على النموذج كتصويب لتلك الأخطاء التي وردت بالدليل. ونظراً لذلك تأثرت المقاييس الموجودة سلباً بمحكات التشخيص الواردة في الدليل، ولم تعد تمكننا من التوصل إلى تشخيص دقيق للحالة وما يترتب على ذلك من تدخل مستقبلي.

ومما يؤكد ذلك أن مقياس تقدير اضطراب التوحد الذي أعده جيمس جيليام Gilliam والذي يعد هو أفضل وأكثر تلك المقاييس شيوعاً وانتشاراً، وأكثرها دقة يعج بالأخطاء التي تحول دون توصلنا إلى تشخيص دقيق لأي حالة عندما نقوم باستخدامه لذلك، وتقدير مستوى شدة الاضطراب. ومن أهم هذه المآخذ ما يلي:

- تم إعداد ذلك المقياس وفق الدليل التشخيصي الخامس الذي ألغى اضطرابات طيف التوحد (السابقة) وصهرها في اضطراب هلامي واحد أسماه اضطراب طيف التوحد بمعنى أن جميع هذه الاضطرابات وهي اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد لم تعد موجودة في ذلك الدليل من الأساس، ومع هذا فقد انتقى جيليام اضطراب التوحد من بينها وصاغ عباراته وفق محكات التشخيص المتضمنة في ذات الدليل وقال إنه "مقياس تقدير اضطراب التوحد" autism rating scale (غير المتضمن بالدليل) مع أن محكات التشخيص تقيس اضطراب طيف التوحد وليس اضطراب التوحد، ومع ذلك فقد عمل على تشخيصه بنفس المحكات التي ادعى واضعو الدليل أنها تقيس الاضطراب الهلامي والارتجالي المسمى باضطراب طيف التوحد. وبذلك يكون جيليام قد اتبع الدليل بالاسم فقط، ولكنه في الواقع لم يتبعه.
- تم الاعتماد في إعداد المقياس على معايير التشخيص المتضمنة في الإصدار الخامس للدليل التشخيصي وهي معايير غير صحيحة، ولا يمكننا أن نقوم بموجبها بالتمييز بين الاضطرابات المتمايزة أصلاً حيث أنها تستخدم مع كيان هلامي واحد بديلاً عن تلك الاضطرابات وهو ما يجافي الواقع والحقيقة.
- تم إضافة عاملين كمجالين أو مقياسين فرعيين (الخامس والسادس) لم تتضمنهما معايير التشخيص، ولكنه افترض أنهما يسهمان في إعطاء بروفيل مكتمل للحالة مع أنه لا يطبقهما إلا إذا كان الطفل يتكلم فقط أي يكون بوسعه أن يستخدم اللغة مع أن الأول منهما عقلي لغوي (الأسلوب المعرفي) وليس لغوياً فقط كالثاني (الكلام غير الملائم) وكأن المهارات العقلية أو القدرات العقلية لا توجد إلا عند الأطفال الذين يمكنهم التحدث فقط.
- يتم تطبيق المقاييس الأربعة الأولى على جميع الأطفال بينما يتم تطبيق المقياسين الأخيرين على الأطفال الذين يتكلمون فقط مع أن الطفل ليس هو من يستجيب على المقياس، بل إن القائم على الاستجابة هو أحد الآخرين ذوي الأهمية المقربين من الطفل، ويمكنه أن يستجيب على بعض هذه العبارات من واقع خبرته بالطفل.
- توجد بعض العبارات التي يصعب على أولياء الأمور أو حتى الأخصائيين فهمها حتى يتمكنوا من تحديد الاستجابة الصحيحة لأن عبارات المقياس تعكس عبارات على نمط الدليل التشخيصي بتعقيداته.
- تم إعداد واستخدام نموذج تدريجي للدرجات لا تختلف نتائجه بمضاعفة الأعداد مما يشير إلى اعتماده على نموذج إحصائي يجافي معطيات التطبيقات العملية والميدانية التي تفترض تغاير

النتائج باختلاف أحجام أو أعداد العينات وخصائصها وهو ما يتطلب إعادة اختبار هذا المدخل على عينات حقيقية أكثر واقعية وهو ما يتضح من ص 12 في دليل المقياس.

وعند تطبيق مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي الذي قمنا بإعداده بمشاركة أحمد عزازي على العينة الكلية (ن= 1389) أسفرت نتائج التحليل العاملي عن وجود سبعة عوامل مستقلة أو مجالات بالمقياس تعمل كمقاييس فرعية تضم العمليات الانتباهية، والعمليات الحسية، والمهارات اللغوية والتجهيز اللغوي، والتعرف الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية والتكرارية والاهتمامات المقيدة مع تشبع بعض العبارات على أكثر من عامل واحد. ونظراً لوجود عوامل متقاربة أسفرت عنها نتائج التحليل العاملي تتشبع عباراتها على كلا العاملين أو الثلاثة فقد تم تحزيم العوامل المتقاربة في عامل واحد في سبيل تيسير عملية التشخيص. وبناء على ذلك فقد تم تحزيم العاملين الأول (العمليات الانتباهية) والثاني (العمليات الحسية) في عامل واحد هو (قصور الإدراك الحسي)، وتم من جهة أخرى تحزيم العوامل الرابع (التعرف الاجتماعي)، والخامس (التفاعل الاجتماعي)، والسادس (التواصل الاجتماعي) في عامل واحد هو (القصور الاجتماعي الانفعالي). ويشترط على الأقل انطباق ربع عدد العبارات التي تتضمنها كل مجموعة محكية من المجموعات الأولى والثانية والرابعة بما تضمه من مجالات فرعية على الطفل، أما المجموعة الثالثة فيجب أن ينطبق نصف عدد عباراتها عليه شريطة ألا تقل درجته الكلية على المقياس عن النصف حتى يتم تشخيصه على أنه يعاني من النمط الذي يظهره التحليل الإكلينيكي من اضطراب طيف التوحد نظراً لأن نصف العبارات تعطينا الدرجة المركبة المطلوبة للتشخيص من جهة، وتمشياً من الدليل الرابع من جهة أخرى واتفاقاً معه. وعلى هذا الأساس فإن العوامل السبعة التي يتضمنها المقياس تعكس بذلك أربع مجموعات محكية للتشخيص تتمثل في المجموعات التالية:

1- قصور الإدراك الحسي.
2- القصور اللغوي.
3- القصور الاجتماعي الانفعالي.
4- السلوكيات النمطية والتكرارية والاهتمامات المقيدة.

وعلى هذا الأساس تتفق نتائج التحليل النهائي التي أسفرت عن وجود أربع مجموعات محكية للتشخيص مع ما ورد في الدليل التشخيصي الرابع DSM- IV والمراجعة النصية لذات الدليل التشخيصي الرابع DSM- IV- TR (الدليل الرابع المعدل) في ثلاث مجموعات منها حيث قدم كل منهما ثلاث مجموعات محكية للتشخيص ضمت المجموعات الثانية والثالثة والرابعة وهي القصور

اللغوي، والقصور الاجتماعي الانفعالي، والسلوكيات النمطية والتكرارية والاهتمامات المقيدة بينما ينفرد هذا المقياس بإضافة مجموعة جديدة عليها هي المجموعة الأولى والتي تتناول قصور الإدراك الحسي بما يتضمنه من قصور الانتباه والانتباه المشترك وهي الخاصية التي يتناولها الدليل التشخيصي الخامس DSM- V في إطار ما يعرف بالملامح أو الخصائص التشخيصية diagnostic features المميزة للاضطراب مما يجعل لها أهميتها في الوصول إلى بروفيل شخصي مكتمل ومتمايز لكل حالة من الحالات المقاسة.

وبالنسبة لاضطراب أسبرجر كاضطراب طيف التوحد مرتفع الأداء الوظيفي على الجانب الآخر فقد أدى اختفاؤه من الدليل إلى خطأ كبير نظراً لطبيعته المغايرة لباقي اضطرابات الطيف والتي تجعله غير قابل للصهر معهم فضلاً عن أن وجود جوانب قوة لدى الطفل بجانب جوانب القصور قد أدى إلى حدوث خلط كبير، وعدم دقة في التشخيص حيث تم في المقاييس المعدة لتشخيصه إعطاء درجتين للطفل إحداهما إيجابية والأخرى سلبية، وبعد طرح الدرجتين من بعضهما فإن الناتج يعكس الاضطراب مما جعل الأطفال جميعاً في نفس المستوى تقريباً، ومن ثم لم تتحدد له مستويات شدة. كما أن البعض الآخر من تلك المقاييس اعتمد على وجود عبارات موجبة وأخرى سالبة في ذات المقياس تتبع إحداهما عكس تدريج الدرجات فنحصل في النهاية على نفس النتيجة كالمقاييس الأخرى وهي جميعاً نتائج غير دقيقة. أما بالنسبة للدليل الخامس فإن المحكات الواردة فيه هي نفس محكات اضطراب التوحد (وليس أسبرجر) في الدليل الرابع، وبالتالي لا يمكن أن تكون نتائجها صحيحة لأن اضطراب أسبرجر ليس هو اضطراب التوحد.

وبناء على ذلك فقد تضمن مقياس تقدير اضطراب أسبرجر الذي قمنا بإعداده جزأين أحدهما يقيس الجوانب الإيجابية لدى الطفل والتي لا يمكن له أن يكون من ذوي اضطراب أسبرجر بدونها، ولذلك فقد اعتبرناها شرطاً للتشخيص، ولا تدخل في حساب الدرجة الكلية للمقياس. أما الجزء الثاني من المقياس فيتناول الجوانب السلبية أو الخصائص التوحدية والتي يحتاج الطفل التدخل بسببها، ومن ثم يمكن حساب مستويات شدة للاضطراب على أثر ذلك وهو من أهم ما يميز هذا المقياس عن غيره من المقاييس الأخرى التي تم استخدامها لذات الغرض.

وعند تطبيق مقياس تقدير اضطراب أسبرجر الذي قمنا بإعداده بمشاركة أحمد عزازي على العينة الكلية (ن= 927) أسفرت نتائج التحليل العاملي الخاصة بالجزء الأول من المقياس (الجوانب الإيجابية) عن وجود ثلاثة عوامل مستقلة أو مجالات بالمقياس تعمل كمقاييس فرعية تضم النمو العقلي، والنمو اللغوي، والاهتمامات المكثفة والمتعمقة رغم تقييدها بموضوع واحد أو اثنين. أما بالنسبة للجزء الثاني (الجوانب السلبية أو التوحدية) فقد أسفرت نتائج التحليل العاملي عن وجود

ستة عوامل مستقلة أو مجالات بالمقياس تعمل كمقاييس فرعية تضم القصور الحسي، وقصور استخدام اللغة، والتعرف الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية والتكرارية مع تشبع بعض العبارات على أكثر من عامل واحد. ونظراً لوجود عوامل متقاربة أسفرت عنها نتائج التحليل العاملي تتشبع عباراتها على ثلاثة عوامل فقد تم تحزيم العوامل المتقاربة في عامل واحد لتيسير عملية التشخيص. وبناء على ذلك فقد تم تحزيم ثلاثة عوامل هي العامل الثالث (التعرف الاجتماعي)، والرابع (التفاعل الاجتماعي)، والخامس (التواصل الاجتماعي) في عامل واحد هو (القصور الاجتماعي الانفعالي). ويشترط على الأقل انطباق ربع العبارات التي تتضمنها كل مجموعة محكية بما تضمه من مجالات فرعية على الطفل ما عدا مجموعة القصور الإجتماعي الإنفعالي فيجب انطباق نصف عدد عباراتها عليه شريطة ألا تقل درجته في المقياس عن النصف حتى يتم تشخيصه على أنه يعاني من اضطراب أسبرجر نظراً لأن نصف العبارات تعطينا الدرجة المركبة المطلوبة للتشخيص من جهة، وتمشياً من الدليل الرابع من جهة أخرى واتفاقاً معه. ومن ثم فإن العوامل الستة التي يتضمنها المقياس تعكس أربع مجموعات محكية للتشخيص.

وبذلك فقد أسفرت النتائج النهائية عن وجود ثلاثة شروط أساسية لتشخيص اضطراب أسبرجر لا يمكن أن يتم التشخيص الدقيق للحالة بدونها حيث يتم التأكد من وجودها لدى الحالة أولاً قبل أن يتم تشخيصها وهي:

1- البداية المبكرة (قبل الثالثة) أو المتأخرة (بعد الثالثة) للاضطراب شريطة ألا يمر الطفل بفترة نمو طبيعية أو عادية في الحالتين.
2- معامل ذكاء عادي (متوسط) أو عالي.
3- وجود جوانب قوة تتضمن المستوى العادي للنمو العقلي واللغوي إلى جانب الاهتمامات المكثفة أو المتعمقة رغم تقييدها بموضوع واحد أو اثنين.

أما بالنسبة للمجموعات المحكية الأربع للتشخيص فتتمثل فيما يلي:

1- القصور الحسي.
2- قصور استخدام اللغة.
3- القصور الاجتماعي الانفعالي.
4- السلوكيات النمطية والتكرارية.

وبذلك تتفق نتائج التحليل النهائي التي أسفرت عن وجود ثلاثة شروط لتشخيص اضطراب أسبرجر مع المحكات التشخيصية التي وردت في الدليل الرابع DSM- IV والرابع المعدل

DSM- IV- TR وذلك في البندين "رابعاً، وخامساً" بالدليل والملامح التشخيصية للاضطراب. كما أسفرت النتائج أيضاً عن وجود أربع مجموعات محكية للتشخيص وهو ما يتفق مع ما ورد في الدليل الرابع DSM- IV والرابع المعدل DSM- IV- TR في مجموعتين منها هما المجموعتين الثالثة والرابعة حيث قدم كل منهما مجموعتين محكيتين للتشخيص ضمت المجموعتين الثالثة والرابعة وهما القصور الاجتماعي الانفعالي، والسلوكيات النمطية والتكرارية بينما ينفرد هذا المقياس بإضافة مجموعتين جديدتين عليهما هما المجموعة الأولى والتي تتناول القصور الحسي بما يتضمنه من قصور الانتباه والانتباه المشترك، والمجموعة الثانية والتي تتضمن القصور في استخدام اللغة وهما الخاصيتان اللتان يتناولهما دليل التشخيص نفسه في إطار ما يعرف بالملامح التشخيصية للاضطراب مما يجعل لها أهميتها في الوصول إلى بروفيل شخصي مكتمل ومتمايز للحالة.

وبذلك فإن هذه النتائج بما أسفرت عنه من شروط تشخيص ومجموعات محكية للتشخيص تتفق تماماً مع ما ورد في الدليل الرابع، والرابع المعدل، ومن قبلهما التصنيف الدولي العاشر للأمراض. ويمكن تلخيص ذلك كما يلي:

1- يشترط بالنسبة لمحكات اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي أن تنطبق على الطفل على الأقل ربع عدد العبارات التي تتضمنها كل مجموعة محكية من المجموعات الأولى والثانية والرابعة بما تضمه من مجالات فرعية ما عدا المجموعة الثالثة وهي مجموعة القصور الاجتماعي الانفعالي فيجب أن تنطبق عليه نصف عدد عباراتها على ألا تقل الدرجة الكلية في المقياس عن النصف حتى يتم تشخيصه على أنه يعاني من الاضطراب. ويرجع ذلك إلى أن نصف الدرجة الكلية للمقياس تقابل الدرجة المركبة المطلوبة للتشخيص من ناحية، واتساقاً واتفاقاً مع الدليل الرابع وما ورد فيه من شروط تتعلق بتشخيص هذا الاضطراب من ناحية أخرى.

2- يشترط بالنسبة لمحكات اضطراب أسبرجر أن تنطبق على الطفل على الأقل ربع عدد العبارات التي تتضمنها كل مجموعة محكية من المجموعات الأولى والثانية والرابعة ما عدا المجموعة الثالثة وهي مجموعة القصور الاجتماعي الانفعالي بما تضمه من مجالات فرعية فيجب أن تنطبق عليه نصف عدد عباراتها على ألا تقل درجته الكلية في المقياس عن النصف حتى يتم تشخيصه على أنه يعاني من الاضطراب. ويرجع ذلك أيضاً إلى أن نصف الدرجة الكلية للمقياس تقابل الدرجة المركبة المطلوبة للتشخيص من ناحية، واتساقاً واتفاقاً مع الدليل الرابع وما ورد فيه من شروط تتعلق بذلك من ناحية أخرى.

الخلاصة

يعمل نموذج عادل محمد على تصويب المآخذ التي تم رصدها على الدليل الخامس في تناوله لاضطراب طيف التوحد، وتم في إطار هذا النموذج إعداد مقياسين لاضطراب طيف التوحد مرتفع الأداء الوظيفي (أسبرجر)، ولاضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي (الاضطرابات الثلاثة الأخرى)، واشتقاق محكات تشخيص الاضطرابين من خلال ما أسفرت عنه نتائج التحليل العاملي للمقياسين والتي جاءت متسقة مع الدليل الرابع والرابع المعدل وهو ما يعد تعديلاً للمسار، وإضافة إلى المكتبة العربية في التربية الخاصة.

المراجع

جيمس جيليام (2020). ***مقياس جيليام التقديري لتقييم اضطراب التوحد: الإصدار الثالث.*** GARS- 3 (تعريب وتقنين عادل عبدالله محمد وعبير أبوالمجد محمد). الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية (المقياس الأصلي منشور 2014).

دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (2008). ***سيكلوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة*** (ترجمة عادل عبدالله محمد). عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور 2007).

عادل عبدالله محمد (2004). ***الإعاقات العقلية***. القاهرة: دار الرشاد.

عادل عبدالله محمد (2010). التنبؤ بالتلازم المرضي بين اضطراب التوحد واضطراب قصور الانتباه وأثر العمر الزمني في مسار الاضطراب. ***مجلة الطفولة والتربية بجامعة الإسكندرية، 2*** (4)، 17- 106.

عادل عبدالله محمد (2011). ***مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية***. القاهرة: دار الرشاد.

عادل عبدالله محمد (2014). ***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 (2021). ***تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد: دليل الأخصائيين والمعلمين والمربين***. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

عادل عبدالله محمد (2022). ***اضطراب طيف التوحد: رؤية نقدية ونموذج تصنيفي جديد***. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

عادل عبدالله محمد (2024). ***التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد***. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.

عادل عبدالله محمد (تحت الطبع). ***نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد: المفهوم والتشخيص والقياس***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عادل عبدالله محمد، وأحمد عاطف عزازي (تحت الطبع). ***مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عادل عبدالله محمد، وأحمد عاطف عزازي (تحت الطبع). ***مقياس تقدير اضطراب أسبرجر***. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

عبدالرحمن سيد سليمان، وأشرف محمد عبدالحميد، وإيهاب عبدالعزيز الببلاوي (2007). ***التقييم والتشخيص في التربية الخاصة***. الرياض: دار الزهراء 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).

نيناد جلومبيتش، وميريانا دورديفيتش، وبرانيسلاف برويتين (2023). ***الدمج الرقمي للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد*** (ترجمة عادل عبدالله محمد). الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية (الكتاب الأصلي منشور 2022).

American Psychiatric Association.(1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.), DSM-III. Washington, DC: author.

American Psychiatric Association.(1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised edition* (3rd ed.), DSM-III-R. Washington, DC: author.

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.

Campbell, J. (2005). Diagnostic assessment of Asperger's disorder: A review of five third-party rating scales. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35, 25-35.

D'Silva, R. (2012). *Autism symptoms*. Retrieved March 26, 2012 from http://www.buzzle.com/articles/autism-symptoms-checklist.

Galanopoulos, A., Robertson, D.,& Woodhouse, E. (2016). The assessment of autism spectrum disorders in adults. Advances in Autism, 2 (1), 31–40.

Geier, D., Kern, J.,& Geier, M. (2013). A comparison of the Autism Treatment Evaluation Checklist ATEC and the Childhood Autism Rating Scale CARS for the quantitative evaluation of autism. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6 (4), 255-267.

Glumbić, N., Đorđević, M.,& Brojčin, B. (2022). *Digital inclusion of individuals with autism spectrum disorder.* Switzerland, AG: Springer Nature.

Gotham, K. (2006). Measuring severity in autism spectrum disorders. *Predoctoral Fellowships*. Ann Arbor: MI. University of Michigan.

Hallahan, D.,& Kauffman, J. (2007). *Exceptional Learners: An introduction to special education* (10th ed.).New York: Allyn& Bacon.

Johnson, P. (2010). *Autism characteristics in infants and adults*. Retrieved October 2, 2010 from

http://www.buzzle.com/articles/autism-characteristics.html

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

Mohamed, A.,& Eissa, M. (2014). Contemporary perspectives on autism: Identification, assessment, problems, intervention, and instruction. Houston: TX. Arees University Press.

National Alliance for Autism Research (NAAR). (2003). *NAAR autism poll show Americans want more action on autism*. Washington, DC: Author, January 21.

Volkmar, F. (1996). Brief report: Diagnostic issues in autism, results of DSM-IV field trial. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *26* (1), 74- 86 .

Winner, M. (2007). *Thinking about you, thinking about me.* London: Jessica Kingsley Publishers.

World Health Organization. (1992). *The ICD- 10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* Geneva, author.

World Health Organization. (2022). *The ICD- 11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (ICD-11).* Geneva: World Health Organization.