

[١]

مقياس تقديري جديد لاضطراب طيف التوحد منخفض
الأداء الوظيفي

أ.د. عادل عبد الله محمد

أستاذ اضطراب التوحد

والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق

مقياس تقديري جديد لاضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي

أ.د. عادل عبدالله محمد *

مقدمة:

تم اكتشاف اضطراب التوحد على يد ليو كانر (١٩٤٣) Kanner وذلك ككيان مستقل، ولكنه لم يسمه آنذاك باضطراب التوحد. وظهر هذا الاضطراب لأول مرة في الدليل التشخيصي الثالث (١٩٨٠) DSM- III على أنه زملة اضطرابات سلوكية وهو تشخيص غير صحيح، واستمر الحال كذلك في الدليل الثالث المعدل (١٩٨٧) DSM- III- R ثم ظهر بتشخيص صحيح في الدليل الرابع (١٩٩٤) DSM- IV 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 (٢٠٠٠). DSM- IV- TR وحدد عادل عبدالله محمد (٢٠١٠)، (٢٠١٤) الصورة الكلية الشاملة لهذا الاضطراب على أنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يلحق بالطفل قبل الثالثة من عمره، ويلزمه 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 التفوق 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

* أستاذ اضطراب التوحد - والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل - جامعة الزقازيق.

المتصل الخاص به، ويتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات نمطية وتكرارية واهتمامات مقيدة، كما أنه يتلزم مرضياً مع اضطراب قصور الانتباه.

ومع ظهور الدليل الخامس (٢٠١٣) DSM- V 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 (٢٠٢٢) DSM- V- TR حيث لم يتغير في الأمر شيئاً. ولذلك فقد قدم عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) نموذج 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 ومعيارى ومستقل.

اضطراب طيف التوحد:

شهد اضطراب طيف التوحد تطورات كثيرة في تشخيصه منذ اكتشاف اضطراب التوحد وظهوره في دليل التشخيص حتى ظهور الدليل التشخيصي الخامس (٢٠١٣) DSM- V والمراجعة النصية لذلك الدليل DSM- V- TR في مارس ٢٠٢٢ ليظهر مصطلح "اضطراب طيف التوحد" والذي انقلب معه الحال رأساً

على عقب حيث تم 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 أيًا منها في الواقع نظراً لما تضمنه من أخطاء، وما بدا عليه من مأخذ عديدة تمثلت فيما يلي:

١- ليس من الممكن القيام بصهر كل تلك الاضطرابات في كيان واحد رغم وجودها المستقل والتمايز حتى الآن على أرض الواقع.

٢- ليس من الممكن صهر اضطراب أسبرجر (كذكاء عادي أو عالي ومواهب) مع الاضطرابات الثلاثة الأخرى التي تعكس أنماطاً مختلفة الشدة من الإعاقة العقلية.

٣- لا توجد أي إشارات بالتشخيص تعكس اضطراب أسبرجر ككيان مختلف ومستقل.

٤- 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.

٥- 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 جملة وتفصيلاً مع خطوات وإجراءات وفلسفة البحث العلمي فضلاً عن أن اضطراب التوحد لم يعد موجوداً في الدليل كغيره من الاضطرابات الأخرى.

٦- لا توجد محكات تشخيص خاصة باضطراب طيف التوحد بشكله الجديد في الدليل إذ أن محكات التشخيص التي يعرض لها الإصدار الخامس هي نفس محكات تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع بعد عرضها بصورة أكثر تعقيداً تتنافى مع 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.

٧- 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 محكات الإصدار الرابع من دليل التشخيص.

٨- 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.

٩- تجاهل التداخل بين الإعاقة الفكرية واضطراب التوحد، والاكتفاء بحالات التلازم المرضي التي نادراً ما تحدث ويكون الأصل فيها اضطراب التوحد.

١٠- اختلاق مشكلة جديدة تتعلق باضطراب التواصل الاجتماعي أو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة والذي تحول بذلك من فئة فرعية تحت مظلة اضطرابات التواصل إلى مظلة تدرج تحتها حالات متباينة منها بعض حالات الاضطراب النمائي غير المحدد مع تجاهل الأعراض التوحدية التي تتضمنها.

١١- 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 بعضاً 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.

١٢- 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 كالإعاقة الفكرية وصعوبات التعلم وضعف السمع على سبيل المثال وهو الأمر الذي لم يحدث.

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

ولذلك كان لابد من التدخل لعلاج تلك المآخذ حتى يتم تناول أنماط الاضطراب الأربعة الموجودة على أرض الواقع، والتعرف على المستوى الراهن للطفل في أي منها حتى يتسنى اختيار أو إعداد برنامج التدخل المناسب فناء هذا النموذج التصنيفي والتشخيصي للاضطراب.

مفهوم اضطراب طيف التوحد (وفقاً لنموذج عادل عبدالله محمد):

يعرف عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) اضطراب طيف التوحد بشكله الجديد على أنه 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 التقوقع 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 ١٨ 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 حالتي البداية المتأخرة للاضطراب تعكس في الأولى اضطراب الطفولة التفككي، CDD وتعكس في الحالة الثانية الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. 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 متزامنة 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. 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 غير الصحيح الذي يجمعها كلها في كيان واحد هلامي لا هوية له فلا يعبر عنها أو يعكسها.

نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي ومدى أهميته:

ترجع أهمية هذا النموذج التصنيفي الجديد إلى تلك الطريقة والشكل العام الذي تناول به الإصدار الخامس من دليل التشخيص (٢٠١٣) DSM-V وتلاه الإصدار الخامس المعدل (٢٠٢٢) DSM-V-TR اضطراب طيف التوحد كنتاج لعملية صهر اضطرابات طيف التوحد الأربعة معاً ليحل محلها جميعاً وهو ما لم يحدث، والاعتماد على محكات تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع (١٩٩٤) DSM-IV والإصدار الرابع المعدل (٢٠٠٠) DSM-IV-TR بعد تحويلها وإعادة صياغتها بشكل أكثر تعقيداً لتشخيص هذا الاضطراب رغم أنهما اضطرابان مختلفان مع عدم تقديم تنظير له، واستبعاد اضطراب أسبرجر ككيان وتشخيص مستقل، وإتباع ذات الأسلوب مع اضطرابات طيف التوحد الأخرى على الرغم من وجودها المادي المتمايز 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 وهو ما يكون من شأنه أن يسهل من التعامل معها.

ولعلاج تلك الأخطاء والتخلص من هذه المآخذ قام عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) بتقديم نموذج تصنيفي وتشخيصي جديد لاضطراب طيف التوحد تم الاعتراف به عالمياً. ويقوم هذا النموذج على المبادئ التالية:

- ١- الاعتماد على مفهوم الطيف الذي يتطلب مجموعة من العناصر فتعود المظلة الكبرى إلى التسمية القديمة وهي اضطرابات طيف التوحد.
- ٢- 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.

- ٣- تناول المستقل والمنفصل (أي كفاءة مستقلة دون صهر) لاضطراب أسبرجر كاضطراب التوحد مرتفع الأداء الوظيفي مع تقديم تشخيص مستقل له وفق محكات تشخيص محددة كما كان بالدليل الرابع، كما قمنا بتقديم مقياس تشخيصي وتقديري جديد له وفقاً لذلك.

- ٤- تناول 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 (كما كان بالإصدار الرابع) وفق محكات تشخيص محددة، كما قمنا أيضاً بتقديم مقياس تشخيصي وتقديري جديد له هو المقياس الحالي وفقاً لذلك.

٥- 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).

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

وعلى هذا الأساس ترجع أهمية هذا النموذج التصنيفي والتشخيصي الجديد إلى العديد من الحقائق التي يمكن عرضها في النقاط التالية:

١- 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، وكانت النتيجة أن الباحث يذكر في العنوان أنه يتناول اضطراب طيف التوحد، ثم يأتي في المتن ليتناول اضطراب التوحد وهو ما يتنافى مع خطوات وإجراءات البحث العلمي لأنه يذكر شيئاً في العنوان، ويتناول في المتن شيئاً آخر تماماً غيره. أما وفقاً للنموذج 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 بإسهاب إن أراد ذلك.

٢- 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.

٣- التخلص من قصور التشخيص الذي تتمثل 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.

٤- تقديم مفهوم اضطراب طيف التوحد بشكل جديد يعكس الاضطرابات التي تنتم بالأداء الوظيفي المنخفض، وتتشرك في الخصائص المميزة لإعاقة التوحد، ويعرض لها بشكل علمي مقنع، ويتم التعبير عنها من خلال مستوى الشدة وذلك على العكس مما ورد بالدليل حيث عرضه كناتج لعملية صهر اضطرابات طيف التوحد معاً فظهر كمنتج مبهم ومشوش، ولا يمكنه أن يحل محل اضطرابات طيف التوحد، أو يعكس أيّاً منها.

٥- تقديم محكات تشخيصية تناسب كل فئة فرعية من الفئتين المتضمنتين وذلك بتقديم محكات تشخيصية خاصة باضطراب أسبرجر، واستخدامها لتشخيصه في مقابل محكات تشخيصية أخرى يتم استخدامها مع الفئة الأخرى المقابلة لفئة اضطراب أسبرجر وهي فئة اضطراب طيف التوحد وما تتضمنه من اضطرابات ثلاثة فرعية وهو ما يعد في الواقع تفادياً لخطأ تشخيصي حيث يتم تقديم محكات التشخيص الحالية بالدليل وهي المحكات الخاصة باضطراب التوحد في الإصدار الرابع لتشخيص جميع الحالات بما فيها اضطراب أسبرجر وكأنها جميعاً متساوية وهو أمر غير صحيح.

٦- 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، وضياح طبيعته وطبوغرافيته ضمن هذا الكيان الجديد الوحيد. وعلى ذلك فهم يرون أنه يجب أن يكون هناك تشخيص مستقل ومتميز لاضطراب أسبرجر في مقابل اضطراب التوحد. ويشغل اضطراب أسبرجر في النموذج الجديد فئة فرعية مستقلة، وله تشخيصه المستقل والمتميز كوجوده تماماً.

٧- تحديد مستويات شدة الاضطراب بشكل دقيق استناداً إلى مستوى شدة الأعراض التي يبدئها 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.

٨- استعادة مفهوم الطيف بمعناه العلمي والعملي أو التطبيقي وذلك بدلاً مما يقدمه الدليل الراهن عندما يعرض في القسم الخاص بالملاحق 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 كياناتاً 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.

٩- 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 كصفات 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. ومن شأن ذلك أن يساعدنا على أن نقوم آنذاك بنتناول كل منها بشكل واضح ومفصل ودقيق.

١٠- تتفق تفاصيل النموذج التصنيفي الجديد مع فكرة أن اضطرابات الطيف تنقسم إلى اضطرابين في الأساس يمثلان خطأ متصلاً يقع اضطراب التوحد عند طرفه الأدنى مثلاً 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 مثلاً الأداء الوظيفي المرتفع فتقل أعراضه في الشدة، وتقل معها حاجة الطفل إلى الدعم، ولا يخبر أي قصور عقلي فيكون أدائه الوظيفي العقلي وذكاؤه عادياً أو عالياً مما يوجد فيه موهبين.

مدى الحاجة إلى مقياس تقديري جديد لاضطراب طيف التوحد:

إذا ما سألنا أنفسنا هل نحن نحتاج فعلاً إلى مقياس تقديري جديد لاضطراب طيف التوحد؟ وما هي المشكلة التي تواجهنا وتجعلنا في حاجة إليه؟ وما هي المبررات التي يمكن أن نسوقها للبحث عن هذا المقياس التقديري الجديد وتقديمها؟ فإننا نجد في الواقع أن هناك مشكلة كبيرة في تشخيص اضطراب طيف التوحد كما ورد بالدليل نتيجة صهر كافة اضطرابات طيف التوحد معاً ليظهر لنا مخرج واحد نهائي أطلق عليه اضطراب طيف التوحد لم يعبر في الواقع عن تلك الاضطرابات، ولم يعكسها حيث اختفت تلك الاضطرابات مع تشخيصاتها المستقلة من الدليل رغم وجودها المتمايز والمستقل على أرض الواقع، واختفى معها اضطراب أسبرجر وضاعت هويته المستقلة ككيان له طبيعته الخاصة التي لا تتضمن أي قصور عقلي فضلاً عما يتضمنه من خصائص إيجابية نسبية بعكس الاضطرابات الأخرى بالطيف، ولم نتكمن 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 و متميزة في الواقع، ولم يعد التشخيص الموجود يميز بين تلك الاضطرابات رغم تمايزها وهو الأمر الذي يعالجه المقياس الحالي.

كما قدم الدليل محكات تشخيصية لهذا الاضطراب الوحيد تمثل لغزاً جديداً حيث تم تقديم محكات تشخيص اضطراب التوحد (السابق) كما وردت في الإصدار الرابع، والرابع المعدل من الدليل بعد إعادة صياغتها بشكل أكثر تعقيداً لتشخيص هذا الاضطراب الجديد على الرغم من اختلاف الاضطرابين وهو ما أضاف الكثير 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 وهو ما يعالجه المقياس الحالي. ومع ظهور كيان واحد فقط بدلاً عن عدة كيانات سابقة تم نفس فكرة الطيف من أساسها حيث لم تعد شروط الطيف الثلاثة متوفرة لدينا، ولذلك لجأ الدليل إلى حيلة أخرى غير صحيحة للإبقاء على فكرة الطيف المزعومة. ومن ثم فإننا إذا ما تناولنا اضطراب أسبرجر بشكل مستقل عن تلك الكيانات ليمثل الأداء الوظيفي المرتفع فسوف نتناول الاضطرابات الثلاثة الأخرى الممثلة للأداء الوظيفي المنخفض بصورة تضمن لنا وجود الطيف حيث تنطبق عليها كافة شروطه الثلاثة مع إقرارنا بوجود هذه الكيانات بشكل مستقل على أرض الواقع ولذلك فإن المقياس الحالي يميز بينها منذ البداية.

كما أن النموذج التصنيفي والمقياس الحالي يتجاوزان الخطأ في عدم تقديم تنظير (إطار نظري) لهذا الاضطراب حيث يميزان بين تلك الكيانات ليتناول الباحث أحدها نظرياً وعملياً فضلاً عن تفادي الكثير من المشكلات التي يواجهها الباحثون والأخصائيون حال تشخيص حالات اضطراب طيف التوحد، وتقييمها في سبيل إصدار قرار نهائي حول ما يجب أن يتم إتباعه مع كل منها على أثر ذلك نظراً لوجود حالات متعددة و متميزة من الاضطرابات وليس اضطراباً واحداً كما ورد في الدليل. ومن ثم فهما يقدمان حلاً منطقياً ومقنعة، بل وحلواً علمية وعملية لتلك المشكلات وهو ما يجعل منها مبررات منطقية تستوجب البحث عن

نموذج تصنيفي وتشخيصي جديد لتلك الاضطرابات بشكل مغاير، وطرحه للاستخدام العملي وهو ما يزيد من حاجتنا له.

وقد قام جيليام Gilliam عند إعدادة للطبعة الثالثة من مقياسه بالخروج من هذا التخطئ وأسماء مقياس تقدير اضطراب التوحد autism rating scale ولم يذكر مصطلح الطيف إلا نادراً، ولم يتعرض لاضطراب أسبرجر، ولم يتناول أي اضطراب من اضطرابات الطيف السابقة. وبالتالي فقد انتفى جيليام اضطراب التوحد من وسط هذه الاضطرابات، وقام بالتركيز عليه على الرغم من اعتماده الأساسي في المقياس على دليل التشخيص الذي لم يتضمن اضطراب التوحد أو غيره من تلك الاضطرابات فأصبح وكأنه يتبع الدليل بالاسم فقط، ويقس اضطراب التوحد غير الموجود بالدليل، ويعمل على تشخيصه بنفس المحكات التي ادعى واضعو الدليل أنها تقيس الاضطراب الهلامي المسمى باضطراب طيف التوحد.

وقد حرص جيليام (٢٠١٤) Gilliam في هذا الإصدار أن يواكب التطورات في التشخيص والقياس وخاصة بعد صدور الدليل التشخيصي الخامس فاقسم بخصائص أساسية تميزه كان من أهمها الإلتزام بالمحكات الواردة في الدليل التشخيصي الخامس رغم خطؤها وذلك في بنوده ومقاييسه الفرعية، وتقديم ٤٢ عبارة جديدة تم اشتقاقها من الدليل وهو ما أكدته تحليل محتوى عبارات المقياس، ولذلك فقد تم إعادة تسمية المقياس الفرعي الخاص بالسلوكيات النمطية في الإصدار الثاني ليصبح السلوكيات المقيدة أو التكرارية تمثيلاً مع ما ورد في الدليل الخامس مع الإبقاء على ١٦ عبارة فقط من العبارات التي كان يتضمنها الإصدار الثاني من المقياس. وإلى جانب ذلك فقد تمت إضافة أربعة مقاييس فرعية جديدة تتمثل في مقاييس التواصل الاجتماعي، والاستجابات الانفعالية، والأسلوب المعرفي، والكلام غير الملائم فضلاً عن أن المقياس الفرعي المسمى بالاستجابات الانفعالية لا يمثل جانباً من المحكات التشخيصية لاضطراب التوحد، ولكنه يضيف إلى الصورة التشخيصية الكلية للاضطراب بسبب أهميته الإكلينيكية وارتباطه بالتعلم. واكتفى بتطبيق المقاييس الفرعية الأربعة الأولى فقط إذا كان الطفل لا يتكلم، بينما يتم تطبيق المقاييس الفرعيين الخامس والسادس أيضاً في حالة ما إذا

كان الطفل يتكلم مع أن الطفل ليس هو من يجيب على المقياس في كل الأحوال. ويواجه الأخصائيون والآباء وحتى الأطباء مشكلات في فهم بعض عباراته. ويعتمد المقياس على ثلاث درجات معيارية هي الرتب الميئنية، والدرجات الموزونة، ومؤشر اضطراب التوحد (الدرجة المركبة) بحيث يتم تحويل الدرجات الخام إليها.

وإذا كان مقياس جيليام كأحد أفضل وأهم المقاييس التشخيصية والتقديرية في هذا الإطار يعتمد بصفة أساسية على محكات التشخيص الواردة في الدليل التشخيصي وهي المحكات التي يؤخذ عليها الكثير، وتتطلب قدراً كبيراً من المراجعة والتصويب حتى تتفق مع الواقع بشكل علمي دقيق، وصعوبة فهم بعض عباراته وفق ما أشار إليه بعض الأخصائيين كان لابد أن نراجع مقياس جيليام لهذا السبب حيث يعد أحد أهم وأفضل المقاييس المستخدمة في هذا المجال، ولكن يؤخذ عليه عدة نقاط دفعنا إلى إعداد المقياس الحالي هي:

- تم قياس وتشخيص اضطراب التوحد غير الموجود بالدليل بدلاً من الكيان الهلامي الذي يتضمنه الدليل (اضطراب طيف التوحد) فبدأ الأمر وكأنه اتباع الدليل بالاسم فقط.
- 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 المتميزة أصلاً حيث أنها تستخدم مع كيان هلامي واحد بدلاً 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 مع أن الأول منهما لغوي وعقلي (الأسلوب المعرفي) وكأن المهارات العقلية قاصرة عليهم فقط، أما الثاني فهو لغوي (الكلام غير الملائم).
- يتم تطبيق المقاييس الأربعة الأولى على جميع الأطفال بينما يتم تطبيق المقاييس الآخرين 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 بتعقيده.
- تم إعداد واستخدام نموذج إحصائي تدريجي للدرجات لا تختلف نتائجه بمضاعفة الأعداد مما يشير إلى اعتماده على نموذج إحصائي يجافي معطيات التطبيقات العملية والميدانية التي تفترض تغير النتائج باختلاف أحجام أو أعداد العينات وخصائصها وهو ما يتطلب إعادة اختبار هذا المدخل على عينات حقيقية أكثر واقعية.

ولما كان نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي يعالج المآخذ التي وردت بالدليل كان لابد من وجود مقياس يستند إلى ذلك النموذج ويشتق منه، ويتم إعداده في إطاره اعتماداً على ما يبيده الطفل من خصائص لا يخطئها من يقوم بملاحظته، أو يتعامل معه وهو الأمر الذي يمكن أن يساعدنا في القيام بإجراء التطبيقات التربوية والتشخيصية والعلاجية للنموذج وفقاً لذلك.

مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي

أعد هذا المقياس عادل عبدالله محمد وأحمد عزازي، ويتناول اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي على أنه فئة تتضمن اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. ويهدف إلى تحديد نمط الاضطراب الذي يعاني الطفل منه، وقياسه، وتشخيصه، وتقدير مستوى شدته، وتحديد موضعه على الطيف، وتقدير مستوى الدعم اللازم للطفل ونمطه وهو ما يكون من شأنه أن يعطينا بروفياً شاملاً عن المستوى الراهن للطفل حتى نتمكن من اتخاذ القرار الأمثل الذي يتعلق بعملية التدخل التي تترتب على ذلك. ولإعداد هذا المقياس تم الرجوع بجانب نموذج اضطراب طيف التوحد الذي أعده عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) إلى الأطر النظرية التي تتناول اضطراب التوحد، وأدلة التشخيص بإصداراتها المختلفة سواء التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية وخاصة الإصدار العاشر والحادي عشر، أو التي أصدرتها الجمعية الأمريكية

للطب النفسي وخاصة الإصدارات الرابع والرابع المعدل، والخامس والخامس المعدل فضلاً عن الرجوع إلى عدد من المقاييس الأجنبية والعربية التي تناولت تشخيص هذا الاضطراب وغيره من اضطرابات طيف التوحد (السابقة) نظراً لأنها لا تزال موجودة على أرض الواقع.

وبعد إعداد المقياس وصياغة عباراته قام معدا المقياس بعرضه على مجموعة متنوعة من الأطباء النفسيين، وأساتذة التربية الخاصة، والأخصائيين ممن يعملون في المجال، ومعلمي التربية الخاصة، وأساتذة الصحة النفسية، وعلم النفس، وأولياء الأمور (ن = ٤٠٠)، وتراوحت معدلات نسب اتفاق المحكمين على بنود المقياس بين ٩٠ - ١٠٠%، وتم إجراء التعديلات التي أشاروا إليها بعد مناقشتها معهم. وقد تم اختيار عينة التقنين من ٢٧ محافظة هي جميع محافظات جمهورية مصر العربية، وبلغت العينة النهائية ١٣٨٩ مشاركاً عن أطفال ومراهقين من ذوي اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي. وقد شارك في هذا التطبيق تحت إشراف معدي المقياس ٨٤ أخصائياً من كافة المحافظات وذلك في عدد كبير من المراكز والمستشفيات والمدارس على مدى عامين. وقد تضمنت العينة أطفالاً ومراهقين من الذكور والإناث وذلك في الشرائح العمرية التي يغطيها المقياس والتي تمتد من عمر ٣ - ٢٢ سنة وما بعدها.

وبعد تطبيق المقياس الحالي على عينة التقنين (ن = ١٣٨٩) تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لتحديد العوامل التي تشبع عليها عبارات المقياس حتى يتم التعامل معها وحساب الخصائص السيكومترية للمقياس. وأوضحت النتائج أن العدد النهائي لعبارات المقياس ٨٠ عبارة موزعة على سبعة عوامل يتراوح عدد العبارات التي تشبعت على كل منها بين ١٠ - ١٣ عبارة، وتمثل تلك العوامل مجالات أو مقاييس فرعية. وبذلك يتألف المقياس في شكله النهائي من سبعة مقاييس فرعية. وتتسم العبارات التي تندرج تحت كل منها بأنها تقيس خصائص يتسم بها الطفل، وسلوكيات يبدئها بالفعل، ويتم تطبيق المقاييس الفرعية كلها على الطفل نظراً لأنه لن يكون هو القائم بالاستجابة ليتم بذلك حساب درجة كلية للطفل في كل مقياس فرعي إلى جانب درجة كلية في المقياس ككل. وتضم هذه المقاييس الفرعية العمليات الانتباهية، والعمليات الحسية والإدراكية، والمهارات اللغوية

والتجهيز اللغوي، والتعرف الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي، والسلوكيات النمطية والتكرارية والاهتمامات المقيدة. وتتوزع هذه المجالات السبعة على أربع مجموعات من المحكات التشخيصية تتفق ثلاث مجموعات منها مع ما ورد في الدليل الرابع. ويرجع ذلك إلى أنه نظراً لوجود عوامل متقاربة أسفرت عنها نتائج التحليل العملي الاستكشافي تتشعب عباراتها على عاملين أو ثلاثة عوامل فقد تم تحزيم clustering العوامل المتقاربة في عامل واحد حتى يتم تيسير عملية التشخيص والقياس. وبناء على ذلك فقد تم تحزيم العاملين الأول (العمليات الانتباهية) والثاني (العمليات الحسية والإدراكية) في عامل واحد هو (القصور الحسي)، وتم من جهة أخرى تحزيم العوامل الرابع (التعرف الاجتماعي)، والخامس (التفاعل الاجتماعي)، والسادس (التواصل الاجتماعي) في عامل واحد هو (القصور الاجتماعي الانفعالي)، ويمثل القصور اللغوي (المجال الثالث) مجموعة مستقلة، ويمثل السلوكيات النمطية والتكرارية والاهتمامات المقيدة (المجال السابع) مجموعة مستقلة أخرى لتعكس العوامل السبعة بذلك أربع مجموعات للتشخيص هي قصور الإدراك الحسي، والقصور اللغوي، والقصور الاجتماعي الانفعالي، والسلوكيات 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 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 الأساسية 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 بروفييل شخصي مكتمل ومتميز للحالة.

وتوجد أمام كل عبارة من عبارات المقياس أربعة اختيارات هي "تنطبق تماماً- تنطبق إلى حد ما- نادراً ما تنطبق- لا تنطبق". ونظراً لأن العبارات التي يتضمنها المقياس تعكس خصائص سلبية في جوهرها فإن الاختيار "تنطبق تماماً" يعكس حاجة الطفل أو الفرد إلى الدعم والمساندة بشكل كامل، ويعكس الاختيار "تنطبق إلى حد ما" أنه في بداية القيام بالسلوك، ويحتاج إلى بعض الدعم، أما الاختيار "نادراً ما تنطبق" فيعكس حاجته إلى المزيد من الممارسة، في حين يعكس الاختيار الأخير "لا تنطبق" أن بمقدور الطفل القيام بالسلوك المحدد. ولا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة، ولكن المهم هو أن يختار القائم بالاستجابة من الآخرين ذوي الأهمية للطفل" العبارة التي تعكس حالة الطفل جيداً، وتحدد مدى انطباق الخاصية التي تعرضها العبارة عليه.

ويتسم هذا المقياس بعدد من الخصائص التي تميزه عن غيره من المقاييس المستخدمة لذات الغرض بما فيها مقياس جيليام والذي يعد هو أكثرها شيوعاً وانتشاراً. وتعمل تلك الخصائص في سبيل تحقيق التميز والتفرد لهذا المقياس فهو يستند إلى إطار مرجعي محدد يتمثل في نموذج اضطراب طيف التوحد الذي أعده المؤلف الأول في سبيل تلافي المآخذ العديدة التي تلحق بالعرض الذي قدمه الدليل التشخيصي الخامس ومراجعته النصية، ويعتمد في تشخيصه للأطفال على ما يتسمون به في الواقع من خصائص تميزهم عن غيرهم من الأطفال، ويميز بين الأنماط الثلاثة منخفضة الأداء الوظيفي، ويمكن أن يتم تطبيقه خلال مدى عمري كبير، وأنه يحدد مؤشر الاضطراب الذي يتم الاعتماد عليه في حساب مستويات الشدة، ويعتمد على خمس درجات معيارية لكل طفل في كافة المقاييس الفرعية حتى نصل إلى حساب مؤشر الاضطراب ومستوى شدته التي حددها في مستويات ثلاثة هي البسيط والمتوسط والشديد بحيث يعكس كل منها أحد تلك الاضطرابات الثلاثة من ناحية، بل ومستوى شدة كل اضطراب منها من ناحية أخرى لتحدد مستويات الدعم اللازمة للطفل بناء على ذلك، كما أنه يمثل مقياساً تشخيصياً وتقديرياً صادقاً لاضطرابات طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي بحسب وجودها على أرض الواقع الذي لا يمكن أن يُخطئه أحد، وأنه مقياس سهل التطبيق والتصحيح حيث يعتمد على طريقة الملاحظة، أو تقارير الآخرين ذوي الأهمية

بالنسبة للطفل أو الفرد، والجمع بينهما وهو الأمر الذي يجعله سهل التطبيق من جهة وصادق من جهة أخرى، كما يمكن استخدامه بشكل رقمي.

أما عن طريقة تطبيق المقياس فهو يعد من نمط تقارير الآخرين ذوي الأهمية، ولذلك فإنه عادة ما يتم تطبيقه عن طريق الملاحظة من جانب الأخصائي، أو عن طريق أحد الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للطفل أو الفرد، والجمع بين هاتين الطريقتين. وهذا يعني أنه أحياناً ما توجد هناك بعض البنود أو العبارات يمكن للأخصائي عن طريق ملاحظته الجيدة والدقيقة للطفل أن يقوم بالإجابة عنها في حين تظل هناك بنود أو عبارات أخرى قد يحتاج أن يرجع فيها إلى أحد الوالدين أو أحد الآخرين ذوي الأهمية للطفل فيتم بذلك الجمع بين الطريقتين. إلا أنه قد تظل هناك بنود لا تتم الإجابة عنها، أو قد لا يكون الأخصائي متأكداً من إجابتها الصحيحة، وفي هذه الحالة ينتظر الأخصائي لمدة ست ساعات ويقوم خلالها بملاحظة الطفل في مواقف حياتية ليتأكد من تكرار حدوث هذا السلوك أو ذاك، ويتأكد من الإجابة الصحيحة على تلك البنود، ويتم تحديد الاختيار الذي يتناسب مع الوضع الراهن للطفل وذلك من الاختيارات المتاحة أمام كل عبارة بحيث إذا كرر الطفل السلوك خمس مرات فأكثر فإنه يختار "تنطبق تماماً"، وإذا كرره ٣-٤ مرات يختار "تنطبق إلى حد ما"، بينما إذا كرره مرة أو اثنتين فقط خلال تلك الفترة فإنه يختار "نادراً ما تنطبق"، وإذا لم يأت به نهائياً يختار "لا تنطبق". وليس شرطاً أن يأتي الطفل بذلك السلوك خلال وقت معين من تلك الفترة إذ أن الشرط الأساسي هنا أن يأتي به خلال أي وقت منها.

ووفقاً للفلسفة التي يقوم هذا المقياس عليها في حساب الدرجات فإنه نظراً لقياسه عبارات أو خصائص سلبية من جانب الأطفال فإن الاختيارات الأربعة التي توجد أمام كل عبارة تحصل بالترتيب على الدرجات (٣-٢-١- صفر). ويتم جمع الدرجات تحت كل اختيار على حدة، وبجمع الدرجات التي يحصل الطفل أو الفرد عليها في الاختيارات الأربعة نحصل على درجة خام كلية للمجال الواحد تتراوح بين صفر- ٣٠ درجة لكل مجال يتضمن عشر عبارات، كما تتراوح بين صفر- ٣٣ درجة للمجال الذي يتضمن ١١ عبارة، وبين صفر- ٣٩ درجة لكل مجال يتضمن ١٣ عبارة، أما الدرجة الكلية للمقياس فتتراوح بين صفر- ٢٤٠

درجة بحيث تعكس الدرجة المرتفعة مستوى مرتفعاً للاضطراب من جانب الطفل أو الفرد، والعكس صحيح حيث يقل الاضطراب ومستوى شدته كلما قلت الدرجة التي يحصل عليها، أي أن الدرجة الأعلى بذلك تعكس الاضطراب، والعكس صحيح.

ويتم تصحيح هذا المقياس وفقاً للإجراءات المحددة في دليل المقياس حتى يتم استخراج الدرجة المركبة للطفل، ويتحدد مستوى شدة الاضطراب ومستوى الدعم اللازم له، وكتابة تقرير بما يجب أن يتم القيام به تجاه الطفل. ولحساب الخصائص السيكمترية للمقياس تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين تمثلت الأولى في حساب قيم "ر" بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (وتراوح بين ٠.٥٢٩ - ٠.٩٦٣)، بينما تمثلت الثانية في حساب قيم "ر" بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (وتراوح بين ٠.٧٠٧ - ٠.٨١٩) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعكس التماسك الداخلي للمقياس. وتم حساب الثبات لكل مقياس فرعي أو مجال على حدة بعدة طرق تمثلت الأولى في حساب معامل ألفا (وتراوحت القيم بين ٠.٧٠١ - ٠.٨٤٩) وهي قيم عالية تجعلنا نثق فيه، وتمثلت الثانية في حساب معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وذلك بعد أسبوعين من التطبيق الأول (وتراوحت بين ٠.٧٧٢ - ٠.٩٦٧) وهي قيم دالة عند ٠.٠١، بينما تمثلت الطريقة الثالثة في حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية وذلك بطريقتين هما سبيرمان براون (وتراوحت القيم بين ٠.٦٥٤ - ٠.٩٧٧) وجتمان (وتراوحت القيم بين ٠.٦٣٢ - ٠.٩٥٥) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ وهو ما يجعلنا نثق في ثبات المقياس. وتم حساب صدق المقياس بطريقتين تمثلت الأولى في الصدق العملي حيث تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والذي أسفرت نتائجه عن استخلاص سبعة عوامل رئيسية بلغ الجذر الكامن لكل منها أكثر من الواحد الصحيح، واستقطبت ٨٢.٧ % من قيمة التباين الارتباطي الكلي للمصفوفة الارتباطية، كما أن قيمة Kaiser-Meyer-Olkin KOM كانت تساوي ٠.٨١٢ وهي قيمة مقبولة حيث أن الحد الأدنى لتلك القيمة ٠.٦٠٠، وتبلغ درجة المعنوية للقياس (٠.٠٠٠). وتمثلت الطريقة الثانية في صدق المحك وذلك باستخدام الإصدار الثالث من مقياس جيليام لتقدير اضطراب التوحد كمحك خارجي، وتراوحت قيم "ر" بين الدرجات في

المقياسين بين ٠.٨٨٥ - ٠.٩٣٢ وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعني أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة وذات دلالة إحصائية. وعلى ذلك فإن هذا المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية تجعل من شأنه أن يتم الاعتماد به.

المراجع:

- جيمس جيليام (٢٠٠٥). مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد: الإصدار الثاني. GARS- 2 (تعريب وتقنين عادل عبدالله محمد). القاهرة: دار الرشاد (المقياس الأصلي منشور ٢٠٠٥).
- جيمس جيليام (٢٠٢٠). 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 ٢٠١٤).
- دانيال هالاهان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة (ط ١٠، ترجمة عادل عبدالله محمد). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧).
- عادل عبدالله محمد (٢٠٠١). مقياس الطفل التوحدي. القاهرة: دار الرشاد.
- عادل عبدالله محمد (٢٠١٤). مدخل إلى اضطراب التوحد: النظرية والتشخيص وأساليب الرعاية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- عادل عبدالله محمد (٢٠٢٠). أساليب تشخيص وتقييم اضطراب التوحد. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
- عادل عبدالله محمد (٢٠٢١). تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد: دليل الأخصائيين والمعلمين والمربين. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢). اضطراب طيف التوحد: رؤية نقدية ونموذج تصنيفي جديد. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- عادل عبدالله محمد (٢٠٢٤). التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
- نيناد جلومبيتش، وميريانا دورديفيتش، وبرانيسلاف برويتين (٢٠٢٣). الدمج الرقمي للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد (ترجمة عادل عبدالله محمد). الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٢٢).
- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision: DSM-IV- TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision: DSM-V- TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Galanopoulos, A., Robertson, D., & Woodhouse, E. (2016). The assessment of autism spectrum disorders in adults. *Advances in Autism*, 2 (1), 31-40.
- Glumbić, N., Đorđević, M., & Brojčin, B. (2022). Digital inclusion of individuals with autism spectrum disorder. Switzerland, AG: Springer Nature.
- 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.
- Pandolfi, V., Magyar, C., & Dill, C. (2010). Constructs assessed by the GARS- 2: Factor analysis of data from the standardization sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1118- 1130.
- Salvia, J., Ysseldyke, J., & Bolt, S. (2010). Assessment in special and inclusive education (11th ed.). Boston, MA: Wadsworth/ Cengage.
- 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.