# نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد: المفهوم والتشخيص والقياس

## إعداد

**أ.د/ عادل عبدالله محمد**

أستاذ اضطراب التوحد المتفرغ

والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق

# نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد: المفهوم والتشخيص والقياس

أ.د/ عادل عبدالله محمد*

**المستخلص:**

شهدت اضطرابات طيف التوحد منذ ظهورها في دليل التشخيص جدلاً كبيراً، وانتهى بها الحال إلى أن تم في الدليل الخامس دمجها بشكل ارتجالي في اضطراب واحد أسموه اضطراب طيف التوحد دون تنظير له وكأنها جميعاً متساوية أو هي نفس الشيء مما أدى إلى لاوجودها الورقي في الدليل رغم وجودها على أرض الواقع مع عدم وجود حقيقي للطيف، ودمج اضطراب أسبرجر معها عنوة، واستخدام محكات تشخيص غير مناسبة فأضحى التشخيص وأساليب القياس المستخدمة يعكسان العديد من المآخذ. وتهدف الدراسة الراهنة إلى توضيح تلك المآخذ، وبيان كيفية تفاديها باستخدام هذا النموذج مع استعراض للنموذج، ومحكات التشخيص، وأساليب القياس التي يتم استخدامها وفقاً له. وقام المؤلف بعد دراسة مستفيضة لوضع هذه الاضطرابات، وما ورد عنها في دليل التشخيص، ومراجعة المقاييس العالمية المستخدمة وذلك لفترة تفوق ثمانية أعوام مع تطبيق مقياسين جديدين على شرائح عمرية كبيرة من الجنسين بكل محافظات مصر لمدة عامين وتقنينهما. وأسفرت الدراسة عن أن نموذج اضطراب طيف التوحد يسهم في تفادى المآخذ الموجودة على اضطراب طيف التوحد في دليل التشخيص، ويقدم أساليب قياس جديدة مع محكات تشخيص جديدة وفق ما أسفرت عنه نتائج التحليل العاملي والتي جاءت تتفق مع ما أورده دليل التشخيص الرابع والرابع المعدل. وانتهت الدراسة إلى أن هذا النموذج يتفادى مآخذ الدليلين الخامس والخامس المعدل في تناولهما لاضطراب طيف التوحد وتشخيصه، وأن محكات التشخيص التي يتضمنها النموذج تتفق مع الواقع العملي، وتتسق مع الدليل الرابع المعدل، وأن المقاييس المعيارية التي تم إعدادها وفقاً له يمكن الاعتداد بها واستخدامها لتشخيص وتقدير اضطراب طيف التوحد مرتفع ومنخفض الأداء الوظيفي.

**الكلمات المفتاحية:** اضطراب طيف التوحد– دليل التشخيص– نموذج عادل عبدالله محمد.

* **أ.د/ عادل عبدالله محمد:** أستاذ اضطراب التوحد المتفرغ– والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل – جامعة الزقازيق.

# Adel Abdulla Mohammed Classification and Diagnostic Model of Autism Spectrum Disorder: Concept, Diagnosis and Assessment

**By**

**Prof. Dr. Adel Abdulla Mohammed**

Professor Emeritus of Autism
Ex- dean& Founder, Faculty of Disability Sciences& Rehabilitation, Zagazig University

## Abstract

There has been a great debate about autism spectrum disorders ASDs since they were first appeared in diagnostic manuals. DSM-V has fused all ASDs into just one arbitrary disorder named ASD without a theoretical framework as if all of them were the same and not distinct. They disappeared from the manual despite their distinct presence and entities in reality. This fusion process caused the destruction of spectrum concept. Asperger was deliberately fused with them by force, and DSM- IV autism diagnostic criteria were reformulated in a very complex way to diagnose ASD as the product of the fusion process leading to many problems in diagnosis, assessment and intervention. The study aimed to identify the ASDs fusion process, diagnostic and assessment mistakes raised by DSM- V, and solving such rating, assessment and diagnostic problems through the present model. The author analyzed and conducted critiques of ASD in DSM- V and rating scales used to achieve the same goal for about eight years. He also developed Low- Functioning Autism Rating Scale (LARS), and Asperger Rating Scale (AspRS). Factor analysis results revealed the presence of definite diagnostic criteria for both disorders in line with DSM- IV and DSM- IV- TR. It was concluded that the present model is an excellent tool to use so as to diagnose high and low- functioning autism spectrum disorder, it helped to solve many problems raised in such arena and the normative scales developed could be used to rate these disorders.

**Keywords;** ASD, diagnostic manual, Adel Abdulla Mohammed model.

## 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 دليل التشخيص 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 (٢٠١٤) الصورة الكلية الشاملة لهذا الاضطراب في منظور سداسي. ومن جهة أخرى تم اكتشاف اضطراب أسبرجر على يد هانز أسبرجر (١٩٤٤) Asperger وذلك ككيان مستقل، ولكنه لم يظهر آنذاك في دليل التشخيص. وظهر هذا الاضطراب لأول مرة في الدليل الرابع (١٩٩٤) DSM- IV بتشخيص صحيح 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 وتم النظر إليه على أنه اضطراب نمائي وعصبي معقد ذي بداية مبكرة أو حتى متأخرة دون المرور بمرحلة نمو طبيعية، ويستمر مع الفرد طيلة حياته. وقد سارت الأمور على هذا النحو بالنسبة لاضطراب الطفولة التفككي الذي اكتشفه هيلر (١٩٠٨) Heller والذي كانت بداية ظهوره ككيان مستقل بتشخيص مستقل في الدليل الرابع، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الذي ظهر في دليل التشخيص الثالث المعدل على أنه كيان مستقل له تشخيصه المستقل فضلاً عن متلازمة ريت حتى تم اكتشاف الجين المسبب لها فتم حذفها من اضطرابات الطيف.

ومع ظهور الدليل الخامس (٢٠١٣) DSM- V تغير الحال تماماً فتم صهر كافة اضطرابات طيف التوحد بشكل ارتجالي في اضطراب هلامي واحد أسموه اضطراب طيف التوحد دون تنظير، واختفى معه مفهوم الطيف، ولم يعد لتلك الاضطرابات وجود ورقي في الدليل، وتم استخدام محكات تشخيص غير مناسبة لها اعتبرت كل تلك الاضطرابات هي نفس الاضطراب الهلامي الناتج عن عملية الصهر مع أنها تتمايز عن بعضها كياناً وتشخيصاً وهو ما نتج عنه العديد من المشكلات التي واجهها الأخصائيون والأطباء وأولياء الأمور في التشخيص والتقييم والتدخل. ولم يتغير الحال عن ذلك في المراجعة النصية للدليل الخامس (٢٠٢٢) DSM- V- TR وهو ما دفع بالمؤلف (٢٠٢٢) إلى تقديم نموذج

تصنيفي وتشخيصي لاضطراب طيف التوحد يعالج من خلاله تلك المآخذ تم فيه تقسيم هذه الاضطرابات إلى ما هو مرتفع (أسبرجر) أو منخفض الأداء الوظيفي وفقاً لوجودها في الواقع حيث يتم خلاله تناول اضطراب أسبرجر مستقلاً ككيان وتشخيص، ولا يجوز صهره مع غيره من الاضطرابات، 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 ليتم تحديد الاضطراب موضوع الاهتمام وتناوله، وتشخيصه وفق مقياس واقعي ومعياري ومستقل.

## مشكلة الدراسة:

ظلت اضطرابات طيف التوحد تمثل كيانات مستقلة لها تشخيصاتها المستقلة تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة حتى ظهور الدليل الخامس (٢٠١٣) الذي تغير الحال معه أو انقلب حيث تم صهر كافة اضطرابات طيف التوحد في اضطراب هلامي واحد هو 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، وحال تضمينها في اضطراب واحد دون التمييز بينها مما حال دون معرفة الاضطراب وتشخيصه على وجه الدقة. ونظراً لهذا التحول الدرامي الصارخ الذي شهده الدليل الخامس فقد تم اختفاء التشخيص المستقل لاضطراب التوحد واضطراب أسبرجر، بل وتم اختفاء اضطراب التوحد واضطراب أسبرجر نفسهما مع اضطرابات الطيف الأخرى من الدليل وذلك على عكس الواقع. وتم استخدام محكات تشخيص غير مناسبة اعتبرت كل تلك الاضطرابات هي نفس الاضطراب الهلامي الناتج عن عملية الصهر رغم تمايزها عن بعضها كياناً وتشخيصاً وعدم تساويها فحدثت مشكلات عديدة في التشخيص والتقييم والتدخل. ورغم هذا لم يتغير الأمر في الدليل الخامس المعدل (٢٠٢٢). ولذلك فقد قدم عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) نموذجه التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد الذي يعالج تلك المآخذ، ويسير في التشخيص وفق محكات وشروط تشخيص مستقلة، ووفق مقياس واقعي ومعياري ومستقل. وسوف يتم تناول هذا النموذج في الدراسة الراهنة، والسير فيها وفقاً له. ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية:

١- ما هي المآخذ التي يظهرها التحليل الكيفي للدليل الخامس والخامس المعدل في تناوله لاضطراب طيف التوحد؟

٢- ما هي المآخذ التي تظهر من تحليل محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد المستخدمة في الدليل الخامس والخامس المعدل؟

٣- ما هو الشكل العام لنموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد كمخرج وحل مناسب لتلك المآخذ؟
٤- كيف يتصدى نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد لتلك المآخذ ويعمل على إيجاد حلول مناسبة لها؟
٥- كيف يتم تشخيص وقياس اضطراب طيف التوحد مرتفع ومنخفض الأداء الوظيفي وفق نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد؟

## أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى تحقيق عدد من الأهداف على النحو التالي:

١- القيام بتحليل كيفي للطريقة التي يتناول بها الدليل الخامس والخامس المعدل اضطراب طيف التوحد، وتحديد المآخذ المتضمنة فيهما والتي تحول دون التشخيص الدقيق للاضطراب.
٢- تحليل محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد المستخدمة في الدليل الخامس والخامس المعدل، وبيان مدى ملاءمتها أو عدم ملاءمتها، وما يوجد عليها من مآخذ.
٣- تقديم الشكل العام لنموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد كمخرج وحل مناسب لتلك المآخذ، وبيان فلسفته، وأهدافه، ومدى الحاجة إليه، ومكوناته، وفرضياته، والشكل العام للاضطرابات المتضمنة، وملامحها التشخيصية.
٤- تحديد الطريقة التي يتم بها تناول الاضطراب وتلافي مآخذ الدليل وفق نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد.
٥- تحديد محكات تشخيص وأساليب قياس اضطراب طيف التوحد مرتفع ومنخفض الأداء الوظيفي وفق نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد.

## أهمية الدراسة:

ترجع أهمية هذه الدراسة نظرياً وتطبيقياً إلى النقاط التالية:

- تجنب المآخذ التي يتضمنها دليل التشخيص فيما يتعلق باضطراب طيف التوحد.
- توفير شروط ومتطلبات الطيف عند تناول اضطراب طيف التوحد.
- توفير إطار نظري ثري عند تناول أي اضطراب من اضطرابات الطيف.
- الالتزام بفلسفة وإجراءات البحث العلمي عند إجراء أي دراسة علمية تتعلق بهذا الاضطراب.
- تقديم محكات تشخيص دقيقة لاضطراب طيف التوحد منخفض ومرتفع الأداء الوظيفي.

- تقديم مقاييس تشخيصية معيارية ومقننة لتشخيص وقياس اضطراب طيف التوحد مرتفع ومنخفض الأداء الوظيفي.
- تحديد كيف الدعم المناسب لكل مستوى من مستويات شدة الاضطراب.

**المفاهيم الإجرائية:**

- **اضطراب التوحد:**

حدد عادل عبدالله محمد (٢٠١٤، ٢٠٢٢) الصورة الكلية الشاملة لاضطراب التوحد على أنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يلحق بالطفل قبل الثالثة من عمره، ويلازمه مدى حياته، ويعكس عدم قدرته 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 أنماط اضطرابات طيف التوحد (السابقة) 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.

- **اضطراب أسبرجر:**

يعرفه عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) بأنه اضطراب نمائي عصبي شامل يمثل أحد الاضطرابات المثيرة للجدل ضمن اضطرابات طيف التوحد (السابقة) وهو أبسطها في الشدة، وأعلاها 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 اتفقت جميعها 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 المكثفة 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.

- **اضطراب الطفولة التفككي:**

يعرفه عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) بأنه حالة نادرة ومعقدة وخطيرة تتسم بطبيعتها النمائية والعصبية، وتعكس اضطراباً نمائياً شاملاً فتؤثر سلباً على جميع جوانب نمو الطفل. وتكون نتائجها أسوأ من نتائج اضطراب التوحد لأن الطفل يمر بمرحلة نمو طبيعي حتى ما بين الثالثة والرابعة من عمره يكتسب خلالها المهارات المختلفة، ويحقق مكتسبات نمائية في كافة جوانب النمو تتناسب مع عمره الزمني، ثم يتعرض لانتكاسة شديدة مفاجئة أو تدريجية تفقده بشكل تام ما يكون قد اكتسبه من مهارات، أو مكتسبات نمائية، وتصل قدرته العقلية إلى مستوى الإعاقة الفكرية الشديدة والدائمة، وتظهر عليه أعراض اضطراب التوحد، ويصبح من غير المحتمل أن يستعيد مهاراته وقدراته بالشكل الذي كانت عليه من قبل مما يجعله في حاجة إلى الدعم المستمر والمتواصل طيلة حياته.

- **الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد:**

يعرفه عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) بأنه أحد اضطرابات طيف التوحد، وهو اضطراب نمائي وعصبي معقد لا تتكرر أعراضه بنفس الشاكلة لدى أي فردين مما يؤثر على ثبات التشخيص، ويطلق عليه اضطراب التوحد اللانمطي أو اللانموذجي. ويمثل العتبة التحتية الفارقة أو الحد التحتي لاضطراب التوحد. ويعد بمثابة فئة تضم مجموعة غير متجانسة من الاضطرابات المرتبطة بها تتسم بخصائصها السلوكية على امتداد ثلاثة مجالات أو جوانب هي التبادل الاجتماعي، والتواصل، والسلوكيات النمطية والتكرارية المقيدة. كما يعكس جميع مستويات الإعاقة الفكرية. إلا أن المحكات الخاصة بأي اضطراب نمائي شامل محدد لا تنطبق على الطفل بشكل كلي، وتتسم أعراضه بتنوع في الشدة مع عدم وجود محكات خاصة بها محددة بوضوح.

- **اضطراب طيف التوحد (وفق النموذج):**

يعرفه عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) 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. ويلازم 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.

**التأصيل النظري لمفاهيم الدراسة:**

شهد اضطراب طيف التوحد تطورات كثيرة في تشخيصه منذ اكتشاف اضطراب التوحد وظهوره في دليل التشخيص حتى ظهور الدليل الخامس (٢٠١٣) والخامس المعدل في مارس ٢٠٢٢ ليظهر مصطلح "اضطراب طيف التوحد" بما عليه من مآخذ عديدة. ففي عام ١٩٤٣ اكتشف ليو كانر Kanner اضطراب التوحد، إلا أنه آنذاك لم يسمه كذلك، بل أطلق عليه فصام الطفولة، ثم التوحد الطفولي إلى أن ظهر لأول مرة في الدليل الثالث (١٩٨٠) وذلك كاضطراب سلوكي وهو تشخيص غير صحيح، واستمر الحال على ذات الشاكلة في الدليل الثالث المعدل (١٩٨٧). ومع ظهور الاضطرابات النمائية الشاملة في الدليل الرابع (١٩٩٤) تمت النظرة إلى اضطراب التوحد على أنه اضطراب نمائي شامل، وظهر مصطلح اضطرابات طيف التوحد والذي كان اضطراب التوحد يعكس في ذلك التكوين اضطراب التوحد ذا الأداء الوظيفي المنخفض، وكان هذا التشخيص جيداً. واستمر الحال كذلك في الدليل الرابع المعدل (٢٠٠٠) كأفضل أدلة التشخيص على الإطلاق.

وعلى الجانب الآخر اكتشف هانز أسبرجر Asperger عام ١٩٤٤ 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 الرابع (١٩٩٤)، والرابع المعدل (٢٠٠٠) وذلك كأحد الأنماط الخمسة التي كانت تشكل اضطرابات طيف التوحد ليعكس اضطراب التوحد ذا الأداء الوظيفي المرتفع. وكذلك فقد اكتشف هيلر Heller في عام ١٩٠٨ اضطراب الطفولة التفككي، إلا أنه رغم ذلك لم يظهر سوى في الدليل الرابع (١٩٩٤)، والرابع المعدل (٢٠٠٠) 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 إلى ما بين الثالثة والرابعة من العمر، ثم يتعرض لإنتكاسة مفاجئة وشديدة تبدل أحواله خلال بضعة أيام أو أسابيع فيفقد ما يكون قد اكتسبه من لغة ومهارات مختلفة في كافة جوانب النمو، وتظهر الأعراض الدالة على اضطراب التوحد. وقد تكون تلك الانتكاسة تدريجية فتستمر حتى التاسعة أو ما قبل العاشرة من عمره، وتكون المحصلة واحدة حيث يكون الفقد

واحداً في الحالتين. وبذلك تحدث تلك الانتكاسة ما بين الرابعة والعاشرة من عمر الطفل وهو ما يعكس التباين العمري في البداية المتأخرة للاضطراب. وعندما يحدث التدخل تكون أقصى الأماني أن نصل بالطفل إلى ما كان عليه قبل حدوث الانتكاسة لتصبح الإعاقة العقلية في تلك الحالة شديدة.

ويأتي رابع هذه الاضطرابات متمثلاً في الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد وهو ذلك الاضطراب الذي نلاحظ بشكل جلي عندما نقدم على تشخيصه أنه لا تنطبق عليه كافة المحكات التي تنطبق 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. وبذلك فإن طبيعة الاضطراب النمائي الشامل بكل تفاصيلها أو طبوغرافيتها 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 ما يزيد من تعقيد مسألة تشخيص تلك الحالة. وفضلاً 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 الممثل للطيف وهو المتصل غير الموجود من الأساس حيث لم يعرض الدليل له أصلاً. ويرجع أول ظهور لهذا الاضطراب في الدليل التشخيصي إلى عام ١٩٨٧ عندما ظهر الدليل الثالث المعدل على الرغم من عدم وصفه أو تناوله بشكل جيد. وقد أدرجه الدليل الرابع (١٩٩٤) 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 الدليل الرابع المعدل (٢٠٠٠) 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.

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 فقدها بعد ذلك، إلا أن البنت في تلك الحالة تفقد الاستخدام الغرضي لليدين مع ظهور أعراض اضطراب التوحد تم إضافة تلك الحالة إلى اضطرابات طيف التوحد في الدليل الرابع ليكتمل بذلك عقد هذه الاضطرابات وتصبح خمسة اضطرابات تشكل في مجملها اضطرابات طيف

التوحد وذلك كخمسة كيانات أو اضطرابات مستقلة لا تزال موجودة على أرض الواقع حتى يومنا هذا. وقد عرض الدليل الرابع (١٩٩٤) والرابع المعدل (٢٠٠٠) لكل اضطراب من تلك الاضطرابات الخمسة تشخيصاً مستقلاً خاصاً به يتفق مع كونه حالة مستقلة أو اضطراباً مستقلاً موجوداً 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 على الدليل الخامس.

وكانت اضطرابات طيف التوحد (السابقة) تتدرج تحت ما كان يعرف بالاضطرابات النمائية الشاملة كمظلة عامة 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 حيث أن كلاً منها يمثل اضطراباً نمائياً شاملاً يؤثر سلباً على جوانب نمو الطفل، وأنها تشترك 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 مايؤثر بشكل سلبي على جميع جوانب نمو الطفل تقريباً. إلا أن الحال تغير تماماً مع ظهور الدليل الخامس حيث تم استبعاد متلازمة ريت، وصهر الاضطرابات الأخرى في كيان واحد هو اضطراب طيف التوحد لا تزال تلاحقه المآخذ حتى الآن. **ويمكن الإجابة على أسئلة هذه الدراسة كما يلي:**

- **السؤال الأول: ما هي المآخذ التي يظهرها التحليل الكيفي للدليل الخامس والخامس المعدل في تناوله لاضطراب طيف التوحد؟**

مع ظهور الدليل الخامس (٢٠١٣) والذي لم يتغير في المراجعة النصية له (مارس ٢٠٢٢) 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 أياً منها في الواقع نظراً لما تضمنه من أخطاء، وما بدا عليه من مآخذ عديدة تمثلت فيما يلي:

١- ليس من الممكن القيام بصهر كل تلك الاضطرابات في كيان واحد رغم وجودها المستقل والمتمايز 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 في التشخيص 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 الدليل الخامس هي نفس محكات تشخيص اضطراب التوحد في الدليل 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 الدليل الرابع لتمثل محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد في الدليل الخامس فقد تم حصر أكثر من عشرين اختلافاً بين التشخيصين لصالح المحكات التي وردت في الدليل الرابع.
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 تحوّل على أثر ذلك من فئة فرعية تحت مظلة اضطرابات التواصل إلى مظلة تتدرج تحتها حالات متباينة من بينها بعض حالات الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد مع تجاهل الأعراض التوحدية التي يتضمنها.
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 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، 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 فجاء نموذجنا التصنيفي والتشخيصي للاضطراب.

- **السؤال الثاني: ما هي المآخذ التي تظهر من تحليل محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد المستخدمة في الدليل الخامس والخامس المعدل؟**

جاءت محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد كما وردت بالدليل لتعكس عدة حقائق على درجة كبيرة من الأهمية بالنسبة لنا وذلك على النحو التالي:

١- أن محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد كما وردت في الدليل الخامس من الدليل جاءت هي نفسها محكات تشخيص اضطراب التوحد في الدليل الرابع والرابع المعدل.

٢- أنه قد تمت إعادة صياغة محكات تشخيص اضطراب التوحد في صورة معقدة تتنافى مع أبسط قواعد القياس والتقييم، وتم إعادة استخدامها من جديد ولكن لتشخيص اضطراب طيف التوحد.

٣- أنها لا تتضمن أي إشارة لاضطراب أسبرجر، أو حتى لاضطراب الطفولة التفككي، أو للاضطراب النمائي الشامل غير المحدد وهو أمر منطقي لأن هذه المحكات عندما تم إعدادها وتقديمها فإنها أعدت كمحكات لتشخيص اضطراب التوحد السابق، ولم يتم إعدادها في الأساس لتشخيص أي اضطراب آخر من تلك الاضطرابات الأخرى المتضمنة.

وعند تناول محكات التشخيص كما وردت في الدليل للتعليق عليها في محاولة لتحديد ما لها وما عليها يتضح وجود عدد من المآخذ على النحو التالي:

١- يسمى هذا الاضطراب في الدليل الخامس اضطراب طيف التوحد، ويتم النظر إليه على أنه يمثل طيفاً وكأنه متصل تقع عليه حالات مختلفة وذلك في مواقع محددة منه. إلا أن هذا الأمر قد نسف فكرة الطيف من أساسها، كما أنه لا يوجد متصل من الأساس نظراً لعدم وجود طيف، وأن تعدد مستويات شدة الاضطراب يجب أن يرجع إلى كيان واحد حقيقي وليس مفتعلاً.

٢- أن الدليل الرابع يحدد خمسة اضطرابات تعرف باضطرابات طيف التوحد مع توضيح المحكات الخاصة بكل منها على حدة، أما الدليل الخامس فقد استبعد متلازمة ريت من الطيف لأنها متلازمة جينية، وحدد أنها يمكن أن تصاحب اضطراب طيف التوحد ويمكن ألا تصاحبه، كما جمع الأنماط الأربعة الأخرى تحت المسمى الجديد للاضطراب وهو اضطراب طيف التوحد، وتخضع جميعها لنفس محكات التشخيص الواردة فيه دون تمييز لأي منها أو تحديد محكات مستقلة خاصة به فألغى بذلك الوجود المتمايز والواقعي لتلك الحالات الأربع، وتم ضمها معاً، وصهرها في بوتقة واحدة عنوة وقسراً دون مبرر منطقي وهو ما يضيف إلى حالة التشويش والارتباك التي قد تنتاب الغالبية العظمى من الناس، بل والخبراء والأطباء.

٣- أن متلازمة ريت يتم النظر إليها في الملامح التشخيصية بالدليل الخامس على أنها حالة جينية قد يكون اضطراب طيف التوحد مصحوباً أو غير مصحوب بها مثلها في ذلك كالإعاقة الفكرية، أو متلازمة أعراض داون، أو متلازمة توريت، أو متلازمة الكروموزوم X الهش، أو غيرها. ومع ذلك فلم يحدد الدليل أين تم وضعها، وكيف تم تشخيصها، وما هو الحال بالنسبة لخصائص إعاقة التوحد التي تتضمنها.

٤- أن الدليل الرابع يحدد أن محور التركيز الأساسي لتشخيص اضطراب التوحد يدور حول ثلاثة محكات رئيسية يتم الاحتكام إليها عند تشخيص الحالة هي محكات البداية، ومجالات الاختلال، وجوانب التشخيص، ويمكن أن نضيف إليها جانباً آخر هو الملامح الأساسية المميزة للاضطراب والتي لا يتضمنها الدليل التشخيصي. وتضم جوانب التشخيص ثلاث مجموعات هي السلوك الاجتماعي، واللغة والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري بالنسبة لاضطراب التوحد أما مسألة وجود مجموعتين فقط من المحكات في الإصدار الخامس فهو أمر غير كاف للوصول إلى تشخيص دقيق للحالة. كما أن اضطراب أسبرجر كاضطراب لا يتضمن قصوراً عقلياً أو لغوياً، وذو حالة فريدة فله قائمة محددة من المحكات يجب أن تنطبق على الطفل وهو الأمر الذي لم يعد موجوداً في الدليل الخامس.

٥- يعرض الدليل الخامس لمجموعتين من المحكات يشترط أن ينطبق على الطفل خمسة محكات على الأقل من أصل سبعة، وأن كل محك منها يعد مجموعة متكاملة في حد ذاته بما يخالف أبسط قواعد القياس والتقييم والتي تتطلب أن تقيس العبارة الواحدة شيئاً واحداً فقط، كما أنها لا تغطي كافة الجوانب التي كانت تغطيها الأدلة السابقة، ولا تتضمن شيئاً يميز اضطراب أسبرجر إذ أنها تميز اضطراب التوحد فقط.

٦- لا يوجد اختلاف تقريباً بين ما ورد من محكات في الدليل الرابع حول اضطراب التوحد، وما ورد في الدليل الخامس حول اضطراب طيف التوحد بعد أن اختفى اضطراب التوحد كغيره من اضطرابات طيف التوحد منه وهو ما يعني أن الدليل الخامس يعرض لمحكات تشخيص اضطراب التوحد في الدليل الرابع على أنها محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد. وأنه قد زاد من التفصيل فأضحى كل محك بالمجموعتين وكأنه يمثل مجموعة مستقلة من المحكات فضلاً عن أننا لم نعد نعلم بالتالي وفقاً لذلك ما هو الاضطراب الذي نتحدث عنه أو نقوم بتشخيصه على وجه التحديد.

٧- أن جوانب القصور اللغوي أو التواصل اللفظي في الدليل الرابع والتي تختص بتشخيص اضطراب التوحد تتضمن أربعة محكات في مجموعة مستقلة للقصور يشترط انطباق أحدها على الأقل على الطفل أما في الدليل الخامس فيعرض ذلك في البند الأول من المجموعة الثانية الخاصة بالسلوكيات النمطية والتكرارية المقيدة وبذلك تم جمع كل المحكات التي تم عرضها في مجموعة كاملة بالدليل الرابع في محك واحد بمجموعة واحدة من المحكات يتضمنها الدليل الخامس فأصبح يتسم بالتعقيد مما يصعب من عملية قياسها وتقييمها.

٨- يتضمن الدليل الخامس بنداً أو محكاً مستقلاً في المجموعة الأولى من محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد عن قصور التواصل غير اللفظي، ويتضمن الدليل الرابع بنداً أو محكاً واحداً أيضاً في ذات الأمر عند تشخيصه لاضطراب التوحد وهو ما يعرضه البند الأول في المجموعة الأولى التي تتناول قصور السلوك الاجتماعي هو قصور التواصل غير اللفظي.

٩- يتضمن قصور السلوك الاجتماعي عند تشخيص اضطراب التوحد في الدليل الرابع مجموعة مستقلة من المحكات تضم أربعة محكات يشترط انطباق اثنين منها على الأقل على الطفل أما في الدليل الخامس عند تشخيص اضطراب طيف التوحد فإن البند الأول ضمن المجموعة الأولى التي تتناول قصور التواصل والتفاعل الاجتماعي يتضمن قصوراً في التبادل الانفعالي الاجتماعي، وعدم القدرة على إجراء المحادثات،

أو المبادرة بالتفاعلات الاجتماعية أو الاستجابة لها وفهمها، وانخفاض المشاركة في الاهتمامات أو الانفعالات أو العواطف. بينما يتضمن البند الثالث القصور في تكوين العلاقات، أو الصداقات، وغياب الاهتمام بالأقران، ووجود مشكلات في المشاركة في اللعب الخيالي. وبذلك فإن الدليل الرابع في تشخيصه لاضطراب التوحد قد عرض تلك المحكات في مجموعتين بشكل بسيط يسهل قياسه، أما الدليل الخامس في تشخيصه لاضطراب طيف التوحد فقد جمعهما في مجموعة واحدة، وزاد في الإسهاب والتعقيد حتى يغطي المجموعتين معاً وهو ما يزيد من صعوبة عملية القياس والتقييم. ويعني ذلك استخدام نفس المحكات في الدليلين مع عدم وجود اضطراب التوحد في الدليل الخامس بمعنى اختفاء تشخيص اضطراب التوحد شكلاً من الدليل الخامس، ووجوده حقيقة لتشخيص الاضطراب الجديد مع اختفاء الوجود الورقي دون الواقعي المستقل لاضطراب التوحد أي أنه قد تغير مسمى الاضطراب وجوهره وبقي التشخيص على حاله.

١٠- يهتم الدليلان بالسلوكيات النمطية حيث يعرض الدليل الخامس لمجموعة مستقلة من مجموعتي التشخيص إذ تعرض المجموعة الثانية لوجود أنماط سلوك أو اهتمامات أو أنشطة مقيدة وتكرارية وتضم أربعة محكات يشترط أن ينطبق على الطفل اثنان منها على الأقل، ويعرض الدليل الرابع لها في مجموعة مستقلة تتضمن أربعة محكات يشترط انطباق أحدها على الأقل على الطفل وهو ما يعني وجود نفس المجموعة من المحكات في الدليلين رغم اختلاف الاضطراب موضوع التشخيص. وقد تضمن الدليل الخامس استخدام آخر محك بالمجموعة ليعكس القصور في المدخل الحسي محولاً إياه من العموميات إلى الخصوصيات.

١١- أن القصور في المدخل الحسي يعد من الخصائص العمومية المميزة لاضطراب التوحد وغيره من اضطرابات طيف التوحد إلى جانب غيرها من الاضطرابات، ولكن الدليل الخامس يعرضه في البند الرابع من المجموعة الثانية إذ يتناول وجود تطرف أي إفراط أو قصور في المدخل الحسي والاستجابات الحسية. ولم يعرض الدليل الرابع لذلك حيث لا يعد من الخصائص التي تتعلق بالخصوصية، ولا يميز الاضطراب الجديد عن الاضطرابات القديمة، ولن يغير من مستوى شدتها لأنها جميعاً تتسم بالقصور في المدخل الحسي.

١٢- أن الدليل الخامس يقر بضرورة ظهور الأعراض الدالة على هذا الاضطراب في مرحلة مبكرة من مراحل نمو الطفل دون تحديد دقيق لبدايتها، ولكنها قد لا تظهر بصورة كاملة حتى تتجاوز الحاجات الاجتماعية للطفل إمكاناته المحدودة، أو قد تخفيها

الاستراتيجيات التي يتعلمها الفرد في مرحلة لاحقة من حياته مع أن كل اضطراب من اضطرابات طيف التوحد التي اختفت من الدليل ولم يعد لها وجود فيه له بدايته الزمنية التي يصعب أن نقوم بعد هذا التوقيت المحدد بتشخيص الحالة، وندعي أنها هي تلك الحالة وهو التوقيت الذي كان محدداً بدقة في الدليل الرابع ممثلاً أحد شروط التشخيص مما يعني أن الدليل الخامس قد جمع بين البدايتين المبكرة والمتأخرة للاضطراب في حالة واحدة.

١٣- أن الدليل الخامس لم يعرض أي تفاصيل أو محكات مستقلة تخص أي حالة من الحالات التي تم صهرها في اضطراب ارتجالي هجين لا يعبر عنها هو اضطراب طيف التوحد مما زاد الأمر تعقيداً لمن يتعاملون مع هؤلاء الأفراد حيث لم يعد بوسعهم أن يميزوا بين كل حالة منها. كما نسف بذلك فكرة الطيف التي لا يمكن لمستويات شدة الاضطراب رغم أنها لا تعود إلى كيان عام واحد أن تعد دليلاً على وجود الطيف وإلا كان للإعاقة الفكرية طيف آخر مماثل وهي أولى منه نظراً لاستقرارها ووضوحها. ولم يعد الكثيرون يعرفون شيئاً عن مصير تلك الحالات التي يشاهدوها بأعينهم في الواقع مما سبب الكثير من اللبس والإرتباك حتى بين الأطباء فاضطروا إلى الالتزام بما ورد في الدليل فجاء تشخيص الحالات غير دقيق.

١٤- أن استخدام محكات الدليل الخامس يتطلب المزيد من الخبرة والفهم والدراية إلى جانب الوعي الزائد بها وبطبيعة الاضطراب حتى يمكن أن نصل عن طريق الخبرة الشخصية إلى تشخيص للحالة إذ أنه نظراً لأننا لا نعرف طبيعة الحالة التي نقوم بتشخيصها فإننا لا يمكن أن نصل في أرض الواقع إلى تشخيص دقيق للحالة، أما على مستوى الورق فالأمر يمكن أن يتحقق. كما أنه لم يتضمن شيئاً عن اضطراب أسبرجر، وأن مستوى الشدة لا يمكن أن يكون بديلاً للاضطراب لسببين أولهما أننا لا نعلم إلى أي اضطراب يشير مستوى الشدة، والثاني أنه لا توجد اضطرابات مستقلة مع اضطراب طيف التوحد وفقاً للدليل حتى يشير إليها وهو ما يفرض المزيد من التعقيد والضغوط على من يقوم بعملية التشخيص.

١٥- أنه لم يتم تحديد مواقع معينة على المتصل لكل حالة من الحالات الأربع التي نتج اضطراب طيف التوحد بالدليل الخامس عن صهرها معاً حيث يمكننا أن نقول بكل ثقة وجزم أنه لا يوجد طيف، ولا يوجد متصل، وبالتالي لا توجد مواقع عليه لأي عناصر بحسب ما يوجد بينها من تفاوت نظراً لعدم وجود أي عناصر في اضطراب طيف التوحد وفقاً لشكله الراهن فضلاً عن حقيقة وضع الاضطراب النمائي الشامل غير

المحدد والذي لا تتوفر فيه السلوكيات النمطية مما يجعله شبيهاً بسمات الاضطراب التي حددها الدليل الرابع فأضحى اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة على أثر ذلك بمثابة فئة عامة مبهمة يسودها التشوش والتخبط في التشخيص حيث ستدخلها حالات لا تنتمي إليها، إلا أنه وفقاً للدليل سيتم تشخيصها على تلك الشاكلة.

١٦- أن الدليل الخامس يعرض لمجموعة من الحالات التي يمكن أن يكون اضطراب طيف التوحد مصحوباً أو حتى غير مصحوب بها والتي تضم حالات نمائية عصبية، أو عقلية، أو سلوكية إضافية كاضطراب قصور أو تشتت الانتباه والنشاط الحركي المفرط، أو اضطراب التآزر النمائي، أو السلوك الفوضوي، أو الاضطرابات السلوكية، أو القلق، أو الاكتئاب، أو الاضطرابات ثنائية القطب، أو اللزمات، أو متلازمة أعراض توريت، Tourette أو إيذاء الذات، أو اضطراب النوم أو الإخراج. كما أنه يحدد أن أوجه الإعاقة التي تنتاب التواصل والتفاعل الاجتماعي كما تتحدد في المحك الأول هي إعاقة شاملة تتسم بالثبات والدوام. وفضلاً عن ذلك فإن القصور عادة ما يقاس في إطار المعايير التي تتفق مع العمر الزمني، والجنس، وثقافة المجتمع متجاهلاً ما ورد في قانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات من أن هذا التشخيص لا ينطبق على الطفل إذا كان أداؤه التعلمي يتأثر سلبياً من جراء اضطراب انفعالي آخر خطير يعاني منه، ولم يتم تحديد أثر العمر الزمني والجنس وثقافة المجتمع على مستوى شدة الاضطراب، ولا توضيح ما إذا كانت تلك المصاحبة المشار إليها تعد بمثابة تداخل أم تلازم مرضي، وما هي محكاتها التشخيصية التي يجب أن نحتكم إليها.

١٧- أن الإعاقة العقلية، أو التأخر النمائي العام لا يمكن أن يقدما تفسيراً جيداً للمشكلات التي يتسم بها هذا الاضطراب مع أن الغالبية العظمى من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذي استخدمت محكاته بعد تحويرها لتشخيص اضطراب طيف التوحد يقع معامل ذكائهم في حدود الإعاقة الفكرية البسيطة والمتوسطة. كما أنه غالباً ما يحدث تلازم مرضي بين الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد، ولكي نجزم بوجود تشخيص مزدوج للإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد فإن مستوى التواصل الاجتماعي ينبغي أن يكون أدنى من المتوقع بالنسبة للمستوى النمائي العام.

١٨- يعرض الدليل الخامس أن الأفراد الذين كان يتم تشخيصهم وفق الإصدار الرابع على أنهم من ذوي اضطراب التوحد، أو متلازمة أسبرجر، أو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يجب أن يتم تشخيصهم على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد وهو ما يعني استبعاد اضطراب الطفولة التفككي، إلا أنه ورد بالدليل بعد ذلك وبالتحديد في الملامح التشخيصية للاضطراب أنه لم يستبعد اضطراب الطفولة التفككي، فهل تم

استبعاده فعلاً أم لم يتم استبعاده؟ أما الأفراد الذين يبدون أوجه قصور واضحة في التواصل الاجتماعي إلا أن ما يبدونه من أعراض لا تنطبق تماماً عليها محكات اضطراب طيف التوحد فيجب أن يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب التواصل الاجتماعي بغض النظر عن خصائصهم التوحدية وهو ما أربك تشخيص هذا الاضطراب كأحد اضطرابات التواصل مع أنهم مهما كانوا لابد أن ينطبق عليهم على الأقل محكان من المجموعة الثانية هما القصور الحسي والترديد المرضي للكلام، وإلا فإنهم لا يمكن أن يكونوا من ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.

١٩- يعرض الدليل الخامس أنه قد يكون اضطراب طيف التوحد مصحوباً أو غير مصحوب بإعاقة عقلية، أو اضطراب اللغة، أو بحالة صحية أو جينية معروفة أو عامل بيئي محدد وهو ما يتطلب استخدام كود إضافي حتى يتم تحديد الحالة الصحية أو الجينية المصاحبة مع أنه لا توجد أي إشارة إلى الإعاقة المزدوجة التي تشهدها الحالة عندما يكون الاضطراب مصحوباً بأي من تلك الحالات حتى يمكن التعامل معها، ولم يتم تحديد طبيعة هذه المصاحبة كتداخل أو تلازم مرضي، ولم يتم توضيح أثر تلك المصاحبة على هذا الاضطراب ومستوى شدته.

٢٠- يحدد الدليل الخامس أن اضطراب طيف التوحد قد يكون مصحوباً باضطراب نمائي عصبي أو عقلي أو سلوكي آخر مما يستدعي استخدام كود آخر للتعرف على وتحديد الاضطراب النمائي العصبي، أو العقلي، أو السلوكي المصاحب لذلك الاضطراب، وكذلك قد يكون هذا الاضطراب مصحوبا بالكاتاتونيا catatonia (الفصام التخشبي) مما يستدعي اللجوء إلى محكات الكاتاتونيا المصحوبة باضطراب عقلي آخر مع أنه لا توجد أي إشارة إلى الإعاقة المزدوجة التي تنشأ آنذاك، كما أنه عندما يكون هذا الاضطراب مصحوبا بالكاتاتونيا فإن ذلك يستدعي اللجوء إلى محكات الكاتاتونيا المصحوبة باضطراب عقلي آخر وليس باضطراب طيف التوحد في حد ذاته لأنه ليس كذلك.

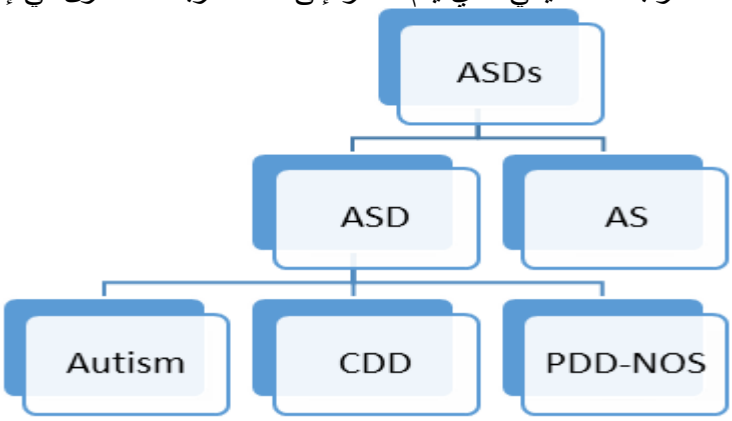
- **السؤال الثالث: ما هو الشكل العام لنموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد كمخرج وحل مناسب لتلك المآخذ؟**

تم تقديم هذا النموذج لعلاج تلك الأخطاء التي وردت بالدليل الخامس والخامس المعدل، والتخلص من المآخذ التي تضمنها في تشخيصه للاضطراب وتناوله له. 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- التناول المستقل والمنفصل (أي كفئة مستقلة دون صهر) لاضطراب أسبرجر كاضطراب التوحد مرتفع الأداء الوظيفي مع تقديم تشخيص مستقل له يتفق مع تشخيصه في الدليل الرابع والرابع المعدل. وقد قمنا بتقديم مقياس تشخيصي وتقديري جديد له وفقاً لذلك مع تحديد ثلاثة شروط للتشخيص، وأربع مجموعات محكية يرتكز عليها التشخيص.
٤- 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 تتفق مع تشخيص اضطراب التوحد في الدليل الرابع والرابع المعدل. وقد قمنا أيضاً بتقديم مقياس تشخيصي وتقديري جديد له وفقاً لذلك مع تحديد شروط للتشخيص يتضمنها التقرير الإكلينيكي للحالة، وأربع مجموعات محكية يرتكز عليها التشخيص.
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- تحديد نفس مستويات الشدة لكل اضطراب منها على حدة بحيث يترتب عليه تعيين مستويات الدعم من الناحيتين الكمية والكيفية.
٧- وضع متصل للشدة يتحدد عيه موضع كل اضطراب من تلك الاضطرابات الثلاثة بحيث يتحدد مستوى الدعم اللازم وفقاً لذلك.

ووفقاً لهذا الطرح فإن الشكل التالي يوضح هذا النموذج والفكرة الأساسية التي يقوم عليها وهي الفكرة التي سارت عليها بحوث ودراسات عديدة في أوربا وأمريكا ودول أخرى في

كافة أنحاء العالم حيث نظروا إلى اضطراب التوحد كما يرى جلومبيتش ودورديفيتش وبرُويتين Glumbić, Đorđević,& Brojčin (٢٠٢٢) على أنه مرتفع ومنخفض الأداء الوظيفي فيتم وفقاً لذلك تناول اضطراب أسبرجر مستقلاً عن اضطراب التوحد بوصف اضطراب التوحد هو الاضطراب الكلاسيكي الذي يتم النظر إلى الاضطرابات الأخرى في إطاره.




شكل (١) نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد

- **السؤال الرابع: كيف يتصدى نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد لتلك المآخذ ويعمل على إيجاد حلول مناسبة لها؟**

أدى صهر اضطرابات طيف التوحد بطريقة ارتجالية في اضطراب واحد هو اضطراب طيف التوحد في الدليل الخامس والخامس المعدل إلى وجود العديد المشكلات في التشخيص، والتدخل، وتعديل السلوك، وإجراء البحوث الدقيقة حيث توجد مآخذ عديد على ذلك تناولها السؤالان الأول والثاني. ولذلك فقد عمل المؤلف في نموذجه التصنيفي والتشخيصي على التصدي لتلك المآخذ وإيجاد الحلول المناسبة لها وهو ما يتضح من النقاط التالية:

١- يتناول النموذج اضطرابات طيف التوحد على طرفي متصل يمثل اضطراب أسبرجر طرفه الأعلى ويشكل اضطراب طيف التوحد مرتفع الأداء الوظيفي، بينما توجد الاضطرابات الثلاثة الأخرى في طرفه الأدنى لتعكس انخفاض الأداء الوظيفي. وبذلك فإنه يتناول اضطراب أسبرجر مستقلاً كتشخيص وكيان فريد لا يقبل الصهر مع غيره من الاضطرابات، كما يتناول اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي مستقلاً بحيث يمكن للباحث أن يتناول الاضطراب موضوع دراسته، ويجد ثراء نظرياً يغطي

الاضطراب الذي يتناوله، ويلتزم بما يذكره في عنوان البحث، ويسير على ذلك في المتن بما يجعله يلتزم بفلسفة وخطوات وإجراءات البحث العلمي.

٢- يقوم النموذج على الاتساق بين الوجود الورقي والوجود المادي الواقعي للاضطرابات، وسهولة التمييز بينها مع سهولة التشخيص والتقييم مما يترتب عليه اختيار أو إعداد برنامج التدخل المناسب الذي يتسق مع الوضع الراهن لكل حالة، وتقديم الخدمات المناسبة، وتحديد الدعم اللازم الذي يسهم في تعديل السلوك بالشكل المناسب.

٣- يحرص النموذج على توفير شروط ومكونات الطيف نظرياً وتطبيقياً فاضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي يضم ثلاثة اضطرابات تشترك مع بعضها في أكثر من خاصية واحدة بدرجات متفاوتة. كما أنها تمثل متصلاً يوجد في طرفه الأعلى الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، وفي وسطه اضطراب التوحد، وفي طرفه الأدنى اضطراب الطفولة التفككي.

٤- يقوم النموذج على شروط ومحكات تشخيص واضحة ومحددة وذلك لاضطراب أسبرجر من جهة، ولاضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي من جهة أخرى تم اشتقاقها من نتائج التحليل العاملي على أثر تطبيق المقاييس المستخدمة على عينة كبيرة من الجنسين وذلك من كافة محافظات مصر، ومن شرائح عمرية تمتد من عمر ٣- ٢٢ سنة.

٥- يعتمد النموذج على وجود مقاييس تشخيصية وتقديرية أو تقييمية معيارية ترتكز على الخصائص التي يتسم بها هؤلاء الأفراد، وتستخدم خمس درجات معيارية هي الإعشاريات، والرتب الميئينية، والدرجة التائية، والدرجة الموزونة، والدرجة المركبة بحيث يعمل كل مقياس على تحديد نمط الاضطراب، وتشخيصه، وتقدير مستوى شدته، وتحديد مستوى الدعم اللازم، وتعيين كيف الدعم المطلوب للحالة. كما يمكن تطبيق المقياس الكترونياً مما يسهم في التوصل إلى تشخيص دقيق لكل حالة.

٦- يعكس النموذج وجود ثلاثة مستويات لشدة الاضطراب كما تعكسها الدرجة المركبة للحالة على المقياس المستخدم، ويترتب على هذا المستوى وجود مستوى مقابل للدعم يتحدد في إطاره كم وكيف الدعم اللازم للحالة.

- **السؤال الخامس: كيف يتم تشخيص وقياس اضطراب طيف التوحد مرتفع ومنخفض الأداء الوظيفي وفق نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد؟**

تم إعداد مقياسين واشتقاق محكات التشخيص الخاصة باضطراب أسبرجر واضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي على أثر ذلك وهو ما يتضح مما يلي:

**أولاً– مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي**
**إعداد عادل عبدالله محمد، وأحمد عاطف عزازي (تحت الطبع)**

يتناول هذا المقياس 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 يعطينا بروفيلاً 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 العاشر والحادي عشر، أو التي أصدرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي وخاصة 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 من الأطباء النفسيين، وأساتذة التربية الخاصة، وأخصائيي وعلمي التربية الخاصة، وأساتذة الصحة النفسية، وعلم النفس، وأولياء الأمور (ن= ٤٠٠)، وتراوحت 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 مصر، 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 من عمر ٣– ٢٢ سنة.

وبعد تطبيق المقياس الحالي على عينة التقنين (ن= ١٣٨٩) تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لتحديد العوامل التي تتشبع 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 تتدرج تحت كل منها بأنها تقيس خصائص يتسم بها الطفل، وسلوكيات يبديها 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 العاملي الاستكشافي تتشبع 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 الرابع والرابع 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 الأساسية التي يتناولها الدليل الخامس في إطار ما يعرف بالملامح أو الخصائص التشخيصية diagnostic features للاضطراب مما يجعل لها أهميتها في الوصول إلى بروفيل شخصي مكتمل ومتمايز 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 عادل عبدالله محمد لتلافي المآخذ العديدة التي تلحق بالعرض الذي قدمه الدليل الخامس والخامس المعدل، 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 لتتحدد 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 يُخطِئه أحد، وأنه مقياس سهل التطبيق والتصحيح حيث يعتمد على طريقة الملاحظة، أو تقارير الآخرين ذوي الأهمية للطفل أو الفرد، والجمع بينهما وهو ما 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، وطباعة تقرير بما يجب أن يتم القيام به تجاه الطفل. ولحساب الخصائص السيكومترية للمقياس تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين تمثلت الأولى في حساب قيم "ر" بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (وتراوحت بين ٠.٥٢٩– ٠.٩٦٣)، بينما تمثلت الثانية في حساب قيم "ر" بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (وتراوحت 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 فى ثبات المقياس. وتم حساب صدق المقياس بطريقتين تمثلت الأولى في الصدق العاملي 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 الاعتداد به.

**ثانيًا– مقياس تقدير اضطراب أسبرجر:**

**إعداد عادل عبدالله محمد، وأحمد عاطف عزازي (تحت الطبع)**

يتناول هذا المقياس اضطراب أسبرجر كفئة مستقلة تمثل اضطراب طيف التوحد مرتفع الأداء الوظيفي. ويهدف إلى تحديد نمط الاضطراب الذي يعاني الطفل منه (هل هو اضطراب أسبرجر أم نمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب إليه)، وقياسه، وتشخيصه، وتقدير مستوى شدته، وتقدير مستوى الدعم اللازم للطفل وهو ما يمكن أن يعطينا بروفيلاً شاملاً عن المستوى الراهن للطفل أو المراهق الذي يعاني منه والذي يتراوح عمره الزمني بين ٣– ٢٢ سنة وما بعدها عن طريق التعرف على مستواه الراهن في كل مجال من مجالات المقياس على حدة، وفي المقياس ككل 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 إلى الأطر النظرية التي تتناول اضطراب أسبرجر، وأدلة التشخيص بإصداراتها المختلفة سواء التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية وخاصة العاشر والحادي عشر، أو التي أصدرتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي وخاصة الرابع والرابع المعدل، والخامس والخامس المعدل فضلاً عن الرجوع إلى عدد من المقاييس الأجنبية والعربية التي تناولت تشخيص هذا

الاضطراب نظراً لأنه لا يزال موجوداً على أرض الواقع بشكل لا يخطئه أي طبيب أو أخصائي أو حتى أولياء الأمور أنفسهم وهو ما أدى إلى وجود الكثير من المشكلات من الناحية العملية بعد ظهور اضطراب طيف التوحد في الدليل الخامس وذلك في التشخيص والتقييم والتدخل. وبالتالي فإن اللاوجود الورقي لهذا الاضطراب في الدليل لا يعني مطلقاً أنه لم يعد موجوداً على أرض الواقع، بل إن اللاوجود الورقي هو الخطأ بعينه.

وبعد إعداد المقياس وصياغة عباراته قام معدا المقياس بعرضه على مجموعة من الأطباء النفسيين، وأساتذة التربية الخاصة، وأخصائيي ومعلمي التربية الخاصة، وأساتذة الصحة النفسية، وعلم النفس، وأولياء الأمور (ن= ٤٠٠)، وتراوحت معدلات نسب اتفاق المحكمين على بنود المقياس في جزأيه الإيجابي والسلبي بين ٩٠– ١٠٠%، وتم إجراء التعديلات التي أشاروا إليها بعد مناقشتها معهم. وقد تم اختيار عينة التقنين من ٢٧ محافظة هي جميع محافظات مصر، وبلغت العينة النهائية ٩٢٧ مشاركاً عن أطفال ومراهقين من ذوي اضطراب أسبرجر. وقد شارك في هذا التطبيق تحت إشراف معدي المقياس ٧٣ أخصائياً من كافة المحافظات وذلك في عدد كبير من المراكز والمستشفيات والمدارس على مدى عامين. وقد تضمنت العينة أطفالاً ومراهقين من الذكور (ن= ٧٤١) والإناث (ن= ١٨٦) في الشرائح العمرية من ٣– ٢٢ سنة. وبعد الانتهاء من الصياغة النهائية لعبارات المقياس تم تطبيقه على عينة من الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للعينة الكلية بغرض حساب الخصائص السيكومترية، والمعايير الخاصة بالمقياس حيث يعد الآخرون ذوو الأهمية هم من يتولى الإجابة على بنوده.

وبعد تطبيق المقياس الحالي على عينة التقنين (ن= ٩٢٧) تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لتحديد العوامل التي تتشبع عليها عبارات المقياس حتى يتم التعامل معها وحساب الخصائص السيكومترية للمقياس. وأوضحت النتائج وجود ثلاثة عوامل أو مقاييس فرعية في الجزء الأول من المقياس والخاص بالإيجابيات، ووجود ستة عوامل أو مقاييس فرعية في الجزء الثاني من المقياس والخاص بالسلبيات ليصبح العدد النهائي لعبارات المقياس في جزئه الأول ٣٦ عبارة موزعة على ثلاثة عوامل إيجابية يتضمن كل منها ١٢ عبارة، وعدد ٨٠ عبارة في الجزء الثاني من المقياس موزعة على ستة عوامل سلبية يتراوح عدد العبارات التي تشبعت على كل منها بين ١٣– ١٤ عبارة، وتمثل تلك العوامل مجالات مختلفة للمقياس أو مقاييس فرعية متضمنة.

ويتألف المقياس الراهن في شكله النهائي من جزئين يتناول الجزء الأول منهما الجوانب الإيجابية التي يتمتع بها الأطفال ذوو اضطراب أسبرجر والتي لا يمكن لأي منهم بدونها أن يكون من ذوي اضطراب أسبرجر والتي تعد جميعها بمثابة مزايا أو جوانب قوة لهؤلاء

الأطفال. وتضم ثلاثة مقاييس فرعية هي النمو العقلي، والنمو اللغوي، والاهتمامات المكثفة والمتعمقة (رغم كونها مقيدة بمجال واحد أو اثنين). بينما يتناول الجزء الثاني من المقياس الجوانب السلبية وتضم ستة مقاييس فرعية. وتقيس العبارات التي تتدرج تحت كل مقياس فرعي بكل جزء في المقياس خصائص يتسم بها الطفل، وسلوكيات يبديها بالفعل، وهي كخصائص للاضطراب وسلوكيات ترتبط به إما أن تتوفر لدى الطفل، ويبديها بالفعل، أو لا يبديها. ويستخدم الجزء الأول من المقياس كشرط ومحدد للتشخيص فقط لأن الطفل حينما يراجع الأخصائي أو الطبيب فإن ذلك لا يكون بسببها، بل بسبب العوامل والخصائص السلبية. ويتم تطبيق تلك المقاييس الفرعية الثلاثة على الطفل من جانب أحد الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة له ليتم بذلك حساب درجة كلية للطفل في كل مقياس فرعي إلى جانب درجة كلية في المقياس ككل. ويشترط أن يحصل الطفل على أكثر من نصف الدرجة في كل مقياس فرعي حتى يتم تطبيق الجزء الثاني من المقياس عليه وهو الجزء الذي يتضمن الخصائص والسلوكيات التوحدية التي يعاني منها الطفل ذو اضطراب أسبرجر وهي الخصائص والسلوكيات التي يشترك فيها مع أقرانه من ذوي اضطراب طيف التوحد، والتي نسعى من خلال التدخلات المختلفة إلى الحد منها. ويتم في النهاية حساب درجة كلية للطفل في كل مقياس فرعي إلى جانب درجة كلية في المقياس ككل. وقد تم اشتقاق عدد ٣٧ عبارة من تلك العبارات من مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي الذي أعده معدا هذا المقياس من قبل موزعة على المقاييس الفرعية الستة التي يتضمنها المقياس.

وتتوزع هذه المجالات الستة على أربع مجموعات من المحكات التشخيصية هي قصور الإدراك الحسي (وتضم المجال الأول)، والقصور في استخدام اللغة (وتضم المجال الثاني)، والقصور الاجتماعي الانفعالي (وتضم المجالات الثالث والرابع والخامس بعد تحزيمها في مجموعة واحدة)، والسلوكيات النمطية والتكرارية (وتضم المجال السادس). وبذلك يقوم هذا المقياس وفقاً للنموذج على أربع مجموعات من محكات التشخيص مع وجود ثلاثة شروط للتشخيص هي توفر الحد الأدنى من الإيجابيات، والبداية المبكرة أو المتأخرة للاضطراب مع عدم المرور بمرحلة نمو طبيعية، ومعامل الذكاء العادي أو العالي. وتوجد أمام كل عبارة من عبارات المقياس في الجزء الثاني أربعة اختيارات هي "تنطبق تماماً– تنطبق إلى حد ما– نادراً ما تنطبق– لا تنطبق". ونظراً لأن العبارات التي يتضمنها المقياس في هذا الجزء 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، بينما يعكس الاختيار الأخير "لا تنطبق" أن بمقدور الطفل القيام بالسلوك المحدد. بينما يكون العكس هو الصحيح بالنسبة للاختيارات في الجزء الأول من المقياس والذي يتناول خصائص إيجابية. ولا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة، ولكن المهم هو اختيار العبارة التي تعكس حالة الطفل جيداً، وتحدد مدى انطباق الخاصية التي تعرضها العبارة عليه.

ويتسم المقياس الراهن بعدد من الخصائص التي تميزه عن غيره من المقاييس المستخدمة لذات الغرض، والتي تحقق له التميز والتفرد منها أنه يستند إلى إطار مرجعي محدد يتمثل في نموذج اضطراب طيف التوحد الذي أعده عادل عبدالله محمد لتلافي المآخذ العديدة التي تلحق بالعرض الذي قدمه الدليل الخامس والخامس المعدل حيث لا يجوز دمج اضطراب أسبرجر مع الاضطرابات الأخرى المكونة للطيف وفق ما جاء بالدليل، وأنه يعتمد في تشخيصه للأطفال على ما يتسمون به في الواقع من خصائص تميزهم عن غيرهم من الأطفال، وأنه يميز بين اضطراب أسبرجر ونمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب لاضطراب أسبرجر حيث أنهما كنمطين موجودين بالفعل على أرض الواقع، وأنه يمكن أن يتم تطبيقه خلال مدى عمري كبير يضم مراحل عمرية مختلفة بدءاً من مرحلة الطفولة المبكرة وحتى مرحلة المراهقة المتأخرة وما بعدها، وأنه اعتمد في إعداده على تطبيقه على كلا الجنسين في كافة محافظات مصر دون أي استثناء وفي كافة الأعمار من ٣– ٢٢ سنة عن طريق عدد كبير من الأخصائيين على مدى عامين، وأنه يحدد مؤشر الاضطراب الذي يتم الاعتماد عليه في حساب مستويات الشدة، ويحدد خمس درجات معيارية لكل طفل في كافة المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس يتم الاحتكام إليها حتى نصل إلى حساب مؤشر الاضطراب ومستوى شدته عن طريق الدرجة المركبة وذلك في مستويات ثلاثة هي البسيط والمتوسط والشديد بحيث يمكن التعامل معه وفقاً لذلك من خلال تحديد مستويات الدعم اللازمة للطفل بناء على ذلك، ومقارنة أداء الطفل بأداء أقرانه كإطار مرجعي المعيار، واختيار أو إعداد برنامج التدخل الخاص به اتساقاً مع تشخيصه اعتماداً على أربع مجموعات من محكات التشخيص مع وجود ثلاثة شروط للتشخيص تتسق مع نموذجنا التشخيصي وتتفق في غالبيتها العظمى مع المحكات التشخيصية في الدليل الرابع، وأنه يعد مقياساً سهل التطبيق والتصحيح من جهة وصادق من جهة أخرى، كما يمكن استخدامه رقمياً.

ويعد هذا المقياس بجزأيه الإيجابي والسلبي من نمط تقارير الآخرين ذوي الأهمية، ولذلك فإنه عادة ما يتم تطبيقه عن طريق الملاحظة من جانب الأخصائي، أو عن طريق 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 ثلاث أو أربع 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 الطفل بالسلوك خلال أي وقت من تلك الفترة.

وعند تطبيق المقياس الراهن يتم البدء بالجزء الأول منه فإذا ما حصل الطفل على ٥٠- ٦٠% من الدرجة الخام لكل مقياس من المقاييس الثلاثة الفرعية المتضمنة فيه على حدة (١٨- ٢١)، وحصل على درجة كلية مركبة للمقياس ككل مقدارها ٦٤ يتم تطبيق الجزء الثاني من المقياس عليه بنفس الطريقة. أما إذا لم يحصل على الدرجات المحددة سواء في المقاييس الفرعية أو في الدرجة الكلية المركبة فتكون الحالة آنذاك من ذوي نمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب إلى اضطراب أسبرجر، وفي هذه الحالة يتم تطبيق مقياس اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي عليه، وليس الجزء الثاني من مقياس أسبرجر.

ووفقاً للفلسفة التي يقوم هذا المقياس عليها في حساب الدرجات فإنه نظراً لقياسه عبارات أو خصائص إيجابية من جانب الأطفال في الجزء الأول منه فإن الاختيارات الأربعة التي توجد أمام كل عبارة تحصل بالترتيب على الدرجات (٣- ٢- ١- صفر) بمعنى أن الاختيار "تنطبق تماماً" يعني أن الخاصية الإيجابية تنطبق تماماً على الطفل فيحصل بذلك على أعلى درجة وهي (٣)، وتقل الدرجة تدريجياً مع عدم انطباقها على الطفل حتى تصل إلى أقل درجة وهي (صفر) إذا ما كانت العبارة المستهدفة لا تنطبق عليه. 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- ٣٦ درجة لكل مجال من المجالات الثلاثة المتضمنة وهي النمو العقلي، والنمو اللغوي، والاهتمامات المكثفة أو المتعمقة بحيث يجب أن يحصل في كل مجال على ٥٠- ٦٠% من الدرجة

فأعلى أي ١٨– ٢١ درجة خام فأعلى، أما الدرجة الكلية للمقياس فتتراوح بين صفر– ١٠٨ درجة بحيث تعكس الدرجة المرتفعة مستوى مرتفعاً لجوانب القوة من جانب الطفل أو الفرد، والعكس صحيح حيث تقل جوانب القوة المرتبطة بالاضطراب كلما قلت الدرجة التي يحصل عليها. أي أن الدرجة الأعلى بذلك تعكس الاضطراب رغم إيجابيتها، والعكس صحيح. ويجب أن يحصل الطفل على درجة كلية مركبة في هذا الجزء تبلغ ٦٤ حتى ننتقل إلى تطبيق الجزء الثاني من المقياس عليه، أما إذا لم يتحقق هذا الشرط بالنسبة للدرجة الخام لكل مقياس فرعي على حدة، وبالنسبة للدرجة الكلية المركبة أي أن تلك الدرجة المركبة كانت أقل من الدرجة المطلوبة فإن الحالة آنذاك لا تكون من ذوي اضطراب أسبرجر، بل تكون من ذوي نمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب إلى اضطراب أسبرجر فلا نطبق الجزء الثاني من المقياس عليه، بل نطبق مقياس اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي.

أما بالنسبة للفلسفة التي يقوم هذا المقياس عليها في حساب الدرجات في الجزء الثاني منه 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) بمعنى أن الاختيار "تنطبق تماماً" يعني أن الخاصية السلبية تنطبق تماماً على الطفل فيحصل بذلك على أعلى درجة وهي (٣)، وتقل الدرجة تدريجياً مع عدم انطباقها على الطفل حتى تصل إلى أقل درجة وهي (صفر) إذا ما كانت العبارة المستهدفة لا تنطبق عليه. 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– ٣٩ درجة لكل مجال يتضمن ١٣ عبارة، كما تتراوح بين صفر– ٤٢ درجة للمجال الذي يتضمن ١٤ عبارة. أما الدرجة الكلية للمقياس فتتراوح بين صفر– ٢٤٠ درجة بحيث تعكس الدرجة المرتفعة مستوى مرتفعاً للاضطراب من جانب الطفل، 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 السيكومترية للمقياس في الجزء الأول (الإيجابيات) تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين تمثلت الأولى في حساب قيم "ر" بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (وتراوحت بين ٠.٤٧٥– ٠.٨٥٤)، بينما تمثلت الثانية في حساب قيم "ر" بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (وتراوحت بين ٠.٦١٠– ٠.٦٥٤) 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 ٠.٧٢٠– ٠.٧٨٥) وهي قيم عالية تجعلنا نثق فيه، وتمثلت الثانية في حساب معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وذلك على أثر إعادة تطبيق الاختبار بعد أسبوعين من التطبيق الأول (وتراوحت بين ٠.٨٠١– ٠.٨٧٨) 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 ٠.٧٩٨– ٠.٨٧٤) وجتمان (وتراوحت القيم بين ٠.٧٩٩– ٠.٨٧٥) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ وهو ما يجعلنا نثق فى ثبات المقياس. وتم حساب صدق المقياس بطريقتين تمثلت الأولى في الصدق العاملي حيث تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والذي أسفرت نتائجه عن استخلاص ثلاثة عوامل رئيسية بلغ الجذر الكامن لكل منها أكثر من الواحد الصحيح، واستقطبت هذه العوامل ٧٤.٤% من قيمة التباين الارتباطي الكلي للمصفوفة الارتباطية، كما أن قيمة Kaiser-Meyer-Olkin KOM كانت تساوي ٠.٨١٦ 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 العبارات الإيجابية في مقياس بوجز وآخرين (٢٠٠٦) Boggs et al. لتشخيص اضطراب أسبرجر Asperger syndrome diagnostic scale كمحك خارجي. وتراوحت قيم "ر" بين الدرجات في المقياسين بين ٠.٨٤٣– ٠.٩١٩ وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعني أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة وذات دلالة إحصائية. وعلى ذلك فإن الجزء الأول من هذا المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية تجعل من شأنه أن يتم الاعتداد به.

ولحساب الخصائص السيكومترية للمقياس في الجزء الثاني (السلبيات) تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين تمثلت الأولى في حساب قيم "ر" بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (وتراوحت بين ٠.٤٤٨– ٠.٨٩٦)، بينما تمثلت الثانية في حساب قيم "ر" بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (وتراوحت بين ٠.٦٤٦– ٠.٨٢٥) 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 ٠.٧١٢– ٠.٨١٢) وهي قيم عالية تجعلنا نثق فيه، وتمثلت الثانية في حساب معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وذلك على أثر إعادة تطبيق الاختبار بعد أسبوعين من التطبيق الأول (وتراوحت بين ٠.٨١٠– ٠.٩١١) 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 ٠.٦٩٦– ٠.٨٧٩) وجتمان (وتراوحت القيم بين

٠.٦٩٩– ٠.٨٨٠) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ وهو ما يجعلنا نثق فى ثبات المقياس. وتم حساب صدق المقياس بطريقتين تمثلت الأولى في الصدق العاملي حيث تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والذي أسفرت نتائجه عن استخلاص ستة عوامل رئيسية بلغ الجذر الكامن لكل منها أكثر من الواحد الصحيح، واستقطبت هذه العوامل ٥٨.١ % من قيمة التباين الارتباطي الكلي للمصفوفة الارتباطية، كما أن قيمة Kaiser-Meyer-Olkin KOM كانت تساوي ٠.٧١٤ 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 العبارات السلبية في مقياس بوجز وآخرين (٢٠٠٦) .Boggs et al لتشخيص اضطراب أسبرجر كمحك خارجي. وتراوحت قيم "ر" بين الدرجات في المقياسين بين ٠.٨٦٧– ٠.٩١١ وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعني أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة وذات دلالة إحصائية. وعلى ذلك فإن هذا المقياس بجزأيه الأول والثاني يتمتع بخصائص سيكومترية تجعل من شأنه أن يتم الاعتداد به.

**ثالثًا– اشتقاق محكات التشخيص لاضطراب طيف التوحد مرتفع: ومنخفض الأداء الوظيفي في نموذج عادل عبدالله محمد**

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.

وبنفس الطريقة تم 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. وتم تطبيق كل مقياس من هذين المقياسين على كافة أنحاء جمهورية مصر العربية وذلك في كل محافظاتها السبعة والعشرين وذلك على كبيرة شملت ١٣٨٩ طفلاً ومراهقاً من الجنسين بالنسبة لمقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي وذلك في الأعمار من ٣– ٢٢ سنة، بينما شملت العينة التي تم تطبيق مقياس تقدير اضطراب أسبرجر عليها ٩٢٧ طفلاً ومراهقاً من الجنسين في كافة المحافظات، ومن نفس الأعمار التي تراوحت بين ٣– ٢٢ سنة. واستمر تطبيق المقياسين عامين، وشارك فيه عدد

كبير من الأخصائيين، وتم تطبيقه على الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للطفل حيث يعد كل 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، واختفاء مفهوم الطيف بمعناه الحقيقي، وتقديم مفهوم ارتجالي دون أي تنظير له، ووجود أخطاء في التشخيص وفقاً للدليل، وتعقيد محكات التشخيص الواردة فيه نظراً لدمج ثلاث مجموعات 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. ومما يؤكد ذلك أن مقياس تقدير اضطراب التوحد الذي أعده جيمس جيليام Gilliam والذي يعد هو أكثر 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 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 وفقاً للدليل 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 الدليل الخامس 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 ١٢ في دليل المقياس.

وعند تطبيق مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي الذي قمنا بإعداده بمشاركة أحمد عزازي على العينة الكلية (ن= ١٣٨٩) 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:

١- قصور الإدراك الحسي. ٢- القصور اللغوي.

٣- القصور الاجتماعي الانفعالي.

٤- 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 الرابع والرابع 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 الخامس في الملامح التشخيصية للاضطراب مما يجعل لها أهميتها في الوصول إلى بروفيل مكتمل ومتمايز للحالة.

وبالنسبة لاضطراب أسبرجر كاضطراب طيف التوحد مرتفع الأداء الوظيفي 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 إذ تم في المقاييس المعدة لتشخيصه إعطاء درجتين للطفل إحداهما إيجابية والأخرى سلبية، وبعد طرح الدرجتين من بعضهما كان الناتج يعكس الاضطراب مما جعل الأطفال جميعاً في نفس المستوى تقريباً، ومن ثم لم يتحدد 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 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= ٩٢٧) 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 الاجتماعي الانفعالي 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 يعطينا 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:

١- البداية المبكرة (قبل الثالثة) أو المتأخرة (بعد الثالثة) للاضطراب شريطة ألا يمر الطفل بفترة نمو طبيعية أو عادية في الحالتين.
٢- معامل ذكاء عادي (متوسط) أو عالي.
٣- 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:**

١- القصور الحسي.
٢- قصور استخدام اللغة.
٣- القصور الاجتماعي الانفعالي.
٤- 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 والرابع المعدل 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 بهذين الدليلين 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، والمجموعة الثانية والتي تتضمن القصور في استخدام اللغة وهما الخاصيتان اللتان يتناولهما دليل التشخيص نفسه في إطار الملامح 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:

١- 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 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 بذلك من ناحية أخرى.

٢- 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 إلى أن نصف الدرجة الكلية للمقياس يقابل الدرجة المركبة المطلوبة للتشخيص من ناحية، واتساقاً واتفاقاً مع الدليل الرابع وما ورد فيه من شروط تتعلق بذلك من ناحية أخرى.

**الخلاصة:**

يمكن استنتاج أن نموذج عادل عبدالله محمد يعمل على تفادي جملة المآخذ التي تم رصدها على الدليل الخامس والخامس المعدل في تناولهما لاضطراب طيف التوحد وتشخيصه، وأن محكات التشخيص التي يتضمنها النموذج تتفق مع الواقع العملي، وتتسق مع الدليل الرابع المعدل، وأن المقاييس المعيارية التي تم إعدادها وفقاً له يمكن الاعتداد بها واستخدامها لتشخيص وتقدير اضطراب طيف التوحد مرتفع ومنخفض الأداء الوظيفي.

## المراجع

**جيمس جيليام (٢٠٢٠). *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 ٢٠١٤).**

**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 للنشر والتوزيع.**

**عادل عبدالله محمد (٢٠٢٤). *التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد*. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.**

**عادل عبدالله محمد، وأحمد عاطف عزازي (تحت الطبع). *مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي*. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.**

**عادل عبدالله محمد، وأحمد عاطف عزازي (تحت الطبع). *مقياس تقدير اضطراب أسبرجر*. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.**

منظمة الصحة العالمية. (١٩٩٩). ***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 ١٩٩٢).

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).

*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.

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

Mohammed, A.,& Mourad, E.(2014). *Contemporary perspectives on autism: Identification, assessment, problems, intervention, 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: Author.