

**تشخيص طفل اضطراب طيف التوحد:  
مقارنة بين الأساليب التقليدية والحديثة**

**إعداد**

**د/ شيماء عماد رمضان**

دكتور الفلسفة في التربية تخصص المناهج وطرق تدريس اللغة العربية



## تشخيص طفل طيف التوحد: مقارنة بين الأساليب التقليدية والحديثة

د/ شيماء عماد رمضان\*

### مستخلص ورقة العمل:

تهدف هذه الورقة إلى دراسة أساليب تشخيص الأطفال ذوي طيف التوحد، من خلال مقارنة الأساليب التقليدية المستخدمة في الماضي مع الأساليب الحديثة المعتمدة حالياً، وتتناول هذه الورقة الأساليب القديمة التي استند إليها التشخيص التقليدي، والتي اعتمدت على الملاحظات السلوكية العامة والمقابلات غير المعيارية مع أولياء الأمور، مع توضيح محدودياتها في تقديم تشخيص دقيق. كما يتم عرض الأساليب الحديثة التي تقوم بدمج الاضطرابات التي كانت تُصنف سابقاً بشكل منفصل، مثل متلازمة أسبرجر الطفولة التفككي، تحت مصطلح شامل هو "اضطراب طيف التوحد". وتناقش الورقة أيضاً الاختلافات الجوهرية بين الطريقتين، إضافة إلى التحديات التي يواجهها المختصون في تطبيق الأساليب الحديثة، مثل الحاجة إلى تدريب متخصص، التكلفة المرتفعة، وقضايا الخصوصية. وتختتم الورقة بتوصيات لتعزيز استخدام الأساليب الحديثة مع مراعاة التحديات القائمة، بهدف تحسين جودة التشخيص وتقديم الدعم المناسب للأطفال وعائلاتهم.

**الكلمات المفتاحية:** تشخيص طفل طيف التوحد - الأساليب التقليدية والحديثة.

(\* د/ شيماء عماد رمضان: دكتور الفلسفة في التربية تخصص المناهج وطرق تدريس اللغة العربية.

## **Diagnosing Children with Autism Spectrum Disorder: A Comparison Between Traditional and Modern Methods**

**Dr. Shimaa Emad Ramadan**

### **Abstract:**

This paper aims to investigate the diagnostic methods for children with autism spectrum disorder by comparing the traditional methods used in the past with the modern approaches. The paper discusses the old methods based on general behavioral observations and unstructured interviews with parents, highlighting their limitations in providing an accurate diagnosis. It also presents modern methods that integrate disorders previously classified separately, such as Asperger syndrome and childhood disintegrative disorder, under a comprehensive term "Autism Spectrum Disorder." The paper further discusses the fundamental differences between the two approaches and the challenges specialists face in applying modern methods, such as the need for specialized training, high costs, and privacy concerns. The paper concludes with recommendations to enhance the use of modern methods while considering the existing challenges, aiming to improve diagnostic quality and provide appropriate support to children and their families.

**Keywords:** Diagnosis of Children with Autism Spectrum Disorder - Traditional and Modern Methods.

## المقدمة:

يعد اضطراب طيف التوحد أحد الاضطرابات النمائية المعقدة التي تصيب الأطفال وتعيق تواصلهم الاجتماعي اللفظي وغير اللفظي كما تعيق نشاطهم التخيلي وتفاعلاتهم الاجتماعية المتبادلة ويظهر هذا الاضطراب منذ ولادة الطفل حتى عمر ثمانية سنوات وتكون أعراضه واضحة تماما في الثلاثين شهرا من عمر الطفل الذي يبدأ في تطوير سلوكيات شاذة وأنماط متكررة والانطواء على الذات (بلال أحمد عودة، ١٠٠، ٢٠٢٠).

وهذا ما أكده عبد العزيز السيد الشخص (٢٠١٠، ٥٢) بأنه اضطراب شديد في التواصل والسلوك يصيب الأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة ما بين (٣٠-٤٢) شهرا من العمر ويؤثر في سلوكهم، حيث نجد معظمهم يفتقرون إلى الكلام المفهوم في المعنى الواضح، كما يتصرفون بالإنطواء على أنفسهم، وعدم الاهتمام بالآخرين وتبدل المشاعر، وقد تنصرف اهتماماتهم أحيانا إلى الحيوانات أو الأشياء غير الإنسان ويلتصقون بها.

تشير الأبحاث إلى أن أسباب حدوث اضطراب طيف التوحد (Spectrum Autism Disorder) متعددة ومعقدة، حيث تلعب العوامل الوراثية والبيئية دورا مهما في الإصابة بالاضطراب. من الناحية الجينية، أظهرت الدراسات أن هناك طفرات جينية معينة قد تزيد من احتمالية إصابة الطفل باضطراب التوحد، خاصة إذا كان هناك تاريخ عائلي للاضطراب.

كما أن التغيرات الجينية التي تؤثر على تطور الدماغ والاتصال العصبي تساهم في ظهور الأعراض. إلى جانب العوامل الوراثية، يُعتقد أن العوامل البيئية، مثل التعرض لبعض المواد الكيميائية أو الالتهابات الفيروسية أثناء الحمل، قد تزيد من خطر الإصابة باضطراب التوحد، على الرغم من أن هذه العوامل ليست بالضرورة سببية بشكل مباشر. يجري العلماء بحثاً مستمراً لفهم كيفية تفاعل هذه العوامل المعقدة في التأثير على نمو الدماغ، مما يؤدي إلى ظهور أعراض اضطراب طيف التوحد.

ويعد تشخيص اضطراب طيف التوحد من أصعب الأمور وأكثرها تعقيدا، خصوصا في المراحل الأولى من عمر الطفل الوجود اختلافات في الأعراض، ولذلك يتطلب الأمر إلى تعاون فريق عمل من الأطباء والمتخصصين، وغيرهم حيث كلما تم تشخيص اضطراب طيف التوحد في المراحل المبكرة من حياة الطفل، كلما كان العائد من عملية التدخل المبكر ذو تأثير قوي وفعال على سلوك الطفل، وتفاعله (هبة أحمد محمد، ٢٠٢٠، ١٨).

يجب أن تتم عملية تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ضمن برنامج متكامل يُعد من قبل فريق من المتخصصين بحيث يشمل جوانب النمو الجسمية، والحسية، والحركية، والعقلية، والانفعالية والاجتماعية حتى يظهر جوانب القصور والضعف بدقة، مما يساعد على تقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية المتكاملة اللازمة للارتقاء بالطفل، وتنمية جميع نواحي النمو في نفس الوقت، بحيث لا يتم الاهتمام بناحية أو أكثر دون النواحي الأخرى، ويتفق الباحثون على ضرورة التقييم والتشخيص التكاملي أو متعدد الأبعاد بحيث يشمل جميع مظاهر اضطراب طيف التوحد (مصطفى نوري القمش، ٢٠١١، ١٠٣).

وهناك العديد من الأساليب القديمة المستخدمة في تشخيص طفل اضطراب طيف التوحد، والتي اعتمدت بشكل كبير على الملاحظات السلوكية العامة والتقييمات غير المعيارية. حيث تضمنت هذه الأساليب ملاحظة الطفل في بيئات طبيعية لرصد سلوكيات غير اعتيادية، مثل نقص التواصل البصري أو قصور التفاعل الاجتماعي المناسب. كما كانت المقابلات مع أولياء الأمور تُجرى بأسئلة مفتوحة حول تطور الطفل وسلوكياته، دون الاعتماد على أدوات قياس محددة أو موثوقة. بالإضافة إلى ذلك، كانت بعض النظريات النفسية القديمة، تُستخدم لتفسير أسباب التوحد وتشخيصه، مما أدى إلى سوء فهم واسع حول طبيعة الاضطراب وأسبابه. وعلى الرغم من أن هذه الطرق ساعدت في زيادة الوعي باضطراب طيف التوحد، إلا أنها كانت تفتقر إلى الدقة والموضوعية المطلوبة لإجراء تشخيص علمي سليم.

ويرى البعض أن معايير التشخيص تشير إلى مجموعة من المظاهر السلوكية والنفسية والعضوية أو مزيج من الاثنين أو الثلاثة من هذه العناصر التي لا بد أن تظهر على جميع الأشخاص الذين يتصفون بنفس الحالة، وبمعنى آخر إنه عندما تظهر معايير تشخيص اضطراب أو مرض مكتملة في شخص، يدل ذلك على أن هذا الطفل يعاني الاضطراب الذي اكتملت لديه المعايير التشخيصية له (وفاء علي الشامي، ٢٠٠٤، ٢٠٦).

بما أنه لا يوجد دلالات بيولوجية تظهر على جميع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، فإنه بالتالي لا يوجد فحص طبي للتشخيص، بل إن المعايير التشخيصية تعتمد على الجانب السلوكي فقط، وبالتالي يتم تشخيص الأفراد الذين يعانون منه عندما تظهر عليهم سلوكيات مطابقة لمعايير تشخيص اضطراب طيف التوحد، والواقع أن الأمر ليس يسيرا؛ حيث إن التحقق من وجود هذه السمات السلوكية يتطلب البحث مع والدي الطفل في جميع تفاصيل

مراحل نمو الطفل، وإجراء بعض الاختبارات للاستدلال على وجوده، كمقياس درجة التوحد الطفولي، أو الاختبارات النفسية العامة (غير خاصة بالتوحد أو بملاحظة السلوك بشكل عام: (وفاء علي الشامي، ٢٠٠٤ ، ٢٠٠٨) وعليه فإن كل ما نقوم به من تحاليل طبية، وأيضية، وعصبية، هو بغية التأكد من مصاحبة أعراض معينة هذه الأخيرة لهذا الإضطراب أم لا. ومن ثم تتناول هذه الورقة الأساليب القديمة والحديثة المستخدمة في تشخيص اضطراب طفل طيف التوحد، ومقارنة الاختلافات الجوهرية بين الأساليب القديمة والحديثة، وتحديد التحديات التي تواجه المختصين في تطبيق الأساليب الحديثة.

### محاوِر الورقة البحثية:

**المحور الأول- الأساليب القديمة التي استخدمت في تشخيص اضطراب أطفال طيف التوحد:** ظهرت أول إشارة لاضطراب طفل طيف التوحد في دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية وذلك في الطبعة الثالثة منه DSM III في عام ١٩٨٠ ثم في الطبعة الثالثة المعدلة من ذات الدليل - DSM (عادل عبد الله، ٢٠١٠، ١٧).

والجدير بالذكر أن دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) وفي المراجعة النصية APA Text revision الخاصة بنفس هذه الطبعة الرابعة DSM-IV\_TR والتي نشرت عام (٢٠٠٠) والتصنيف الدولي العاشر للأمراض الصادر عن منظمة الصحة العالمية (١٩٩٢) WHO يعدان هما المصدران الرئيسيان لتشخيص الأمراض والاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن (عادل عبد الله، ٢٠١٠، ٣٦).

ويرى فولكمار (1996) Volkmar أنه لا يوجد أي تعارض بينهما في تشخيص الاضطرابات المختلفة بوجه عام وفي تشخيص اضطراب طيف التوحد على وجه الخصوص، وفي هذا الإطار نلاحظ أن محور التركيز الأساسي لكل منهما يدور حول أربعة محكات رئيسة هي:

- ١- البداية عندما تكون بداية هذا الاضطراب قبل أن يصل إلى الثالثة من عمره.
- ٢- السلوك الاجتماعي.
- ٣- اللغة والتواصل.
- ٤- الأنشطة والاهتمامات.

ف عند تشخيص الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام DSM-IV يتضمن بطبيعة الحال خلل في الجوانب التي تمثل الخصائص المميزة لهذا الاضطراب وتتمثل هذه الجوانب في: التفاعل الإجتماعي، والتواصل، واللعب، والسلوكيات.

وذلك على النحو التالي: (A P. A. 2000,47)

أولاً- يشترط أن يتم انطباق عدد من البنود بإجمالي ستة بنود على الأقل كحد أدنى وذلك مما تتضمنه المحكات الثلاثة الرئيسية ( ٣،٢٠١ ) على أن تنطبق الشروط الثلاثة التالية على الطفل:

وهذه المحكات هي:

١ - خلل أو قصور كفي في التفاعل الاجتماعي كما يتضح من انطباق اثنين على الأقل من البنود التالية على الطفل:

أ- قصور واضح في استخدام السلوكيات غير اللفظية المتعددة كالتواصل بالعين والتعبيرات الوجهية، والإشارات أو الإيماءات الاجتماعية وذلك لتنظيم التفاعل الاجتماعي.

ب - الفشل في إقامة علاقات مع الأقران تتناسب مع المستوى النمائي

ج- نقص في البحث أو السعي التلقائي للمشاركة مع الأخيرين في الاستمتاع، والاهتمامات، أو الإنجاز كما يتضح مثلاً في نقص القدرة على إيضاح الأشياء موضع الاهتمام، أو إحضارها معه أو الإشارة إليها.

د- نقص في تبادل العلاقات الاجتماعية مع الآخرين أو مشاركتهم انفعاليًا.

٢- قصور كفي في التواصل كما يتضح من انطباق بند واحد على الأقل من تلك البنود التالية على الطفل:

أ- تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة بشرط ألا يصاحبه أي محاولة تعويضية من جانب الطفل لاستخدام الأنماط البديلة للتواصل كالإيماءات أو التمثيل الصامت.

ب- خلل أو قصور واضح في القدرة على المبتدأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين وذلك بالنسبة للأطفال التوحديين ذوي المستوى اللغوي المناسب.

ج- الاستخدام النمطي أو المتكرر للغة أو للغة خاصة به.

د- نقص أو قصور في اللعب التظاهري أو الإدعائي التلقائي والمتنوع أو اللعب الاجتماعي القائم على التقليد والمناسب للمستوى النمائي للطفل..

٣- أنماط سلوكية واهتمامات وأنشطة متكررة ونمطية كما ينضح من انطباق واحد على الأقل من البنود التالية على الطفل:

أ - انشغال كبير باهتمام نمطي واحد أو أكثر يعتبر غير عادي سواء في مدى حدته، أو بؤرة الاهتمام الخاصة به.

ب - التمسك الصارم وغير المرن بطقوس معينة أو روتين غير عملي وغير فعال.

ج - سلوكيات نمطية ومتكررة كالتصفيق بالأيدي أو الأصابع، أو تشبيكها أو ثنيها، أو الحركات العنيفة، أو الحركات المعقدة بكامل الجسم .

د- الانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء.

ثانياً- تأخر أو أداء غير عادي في واحد على الأقل من المجالات التالية على أن يبدأ ذلك قبل أن يصل الطفل الثالثة من عمره:

أ-التفاعل الاجتماعي.

ب-اللغة كما تستخدم في التواصل الاجتماعي.

ج- اللعب الرمزي أو التخيلي.

ويضيف المكتب الإقليمي لشرق المتوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية (١٩٩٩) أن

هناك عددا من الدلائل التشخيصية التي تستخدم في تشخيص هذا الاضطراب يعرض لها

التصنيف الدولي العاشر للأمراض 10 International Classification of Diseases,

تتمثل في حدوث نمو غير طبيعي أو مختل أو كليهما وذلك قبل أن يبلغ الطفل الثالثة من عمره

إلى جانب حدوث نوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي،

والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري. كما أن هذا الاضطراب يحدث بين الذكور بمعدل

ثلاثة أو أربعة أضعاف معدل حدوثه بين الإناث.

كذلك لا تكون هناك في المادة مرحلة سابقة أكيدة من التطور السوي أي العادي، وإن

وجدت فإنها لا تتجاوز السنة الثالثة من العمر.

كما توجد دائما اختلالات كيفية في التفاعل الاجتماعي المتبادل والتي غالباً ما تأخذ شكل التقدير غير المناسب للتلميحات الاجتماعية والانفعالية، كما تتجلى في فقدان الاستجابات المشاعر الآخرين أو عدم تعديل السلوك وفقاً للإطار الاجتماعي أو كليهما.

إضافة إلى ضعف استخدام الرموز الاجتماعية، وضعف التكامل بين السلوكيات الاجتماعية الانفعالية والتواصلية وخاصة فقدان التبادل الاجتماعي- العاطفي. كذلك تنتشر الاختلالات الكيفية في التواصل، وقد تأخذ شكل عدم الاستخدام لأي مهارات لغوية قد تكون موجودة، إلى جانب اختلال في اللعب الإيهامي *make believe play* والتقليد الاجتماعي، وضعف المرونة في التعبير اللغوي، وفقدان نسبي للقدرة على الإبداع والخيال في عمليات التفكير، وفقدان الاستجابة العاطفية المبادرات الآخرين اللفظية وغير اللفظية، واستخدام خاطئ للأشكال المختلفة من النبرات وأساليب التوكيد للتعبير عن الرغبة في التواصل . وكذلك عدم استخدام الإيماءات المصاحبة التي تساعد في التأكيد أو التواصل الكلامي.

وإضافة إلى ذلك تتميز الحالة أيضاً بأنماط من السلوك والاهتمامات والأنشطة تتسم بمحدوديتها وتكراريتها ونمطيتها، وقد تأخذ شكل التصلب والروتين في الأداء اليومي والأنشطة وأنماط اللعب. وقد يكون هناك ارتباط معين بأشياء غير عادية وكثيراً ما تكون هناك انشغال نمطي ببعض الاهتمامات إلى جانب أنماط حركية أو اهتمام خاص بعناصر غير وظيفية في الأشياء كرائحتها، أو ملمسها على سبيل المثال، إضافة إلى مقاومة أي تغيير في الروتين أو في البيئة المحيطة.

وبذلك فإن هذه المحكات في أي دليل تشخيصي تركز على بداية حدوث الاضطراب وذلك قبل وصول الطفل الثالثة من عمره، ووجود ثلاثة جوانب قصور رئيسية هي:

أ- التفاعل الاجتماعي المتبادل. ب - اللغة والتواصل.

ج- السلوك النمطي المقيد والتكراري.

ومن ثم يتضح أن هناك تركيزاً على كيفية الأداء الوظيفي في تلك المجالات.

وبذلك يتفق الباحث مع ما يراه فولكمار (Volkmar, 1996) أنه ليس هناك أي تعارض بين ما يعرضه كل من هذين التصنيفين التشخيصيين سواء DSM-IV أو ICD- 10 - حول اضطراب التوحد، بل إنهما يتفقان تماماً في هذا الخصوص.

### ومن الأساليب القديمة في تشخيص طفل طيف التوحد:

- قائمة ملاحظة السلوك التوحدي التي أعدها كروج (1990) Krug  
Autism Behavior Checklist (ABC) Krug
- استمارة الحالة المزاجية للطفل الخاصة بجامعة كاليفورنيا الأمريكية  
Child Mood Questionnaire – University of California
- مقياس التقدير السلوكي للتوحديين وحالات التوحد اللانموذجية  
Behavior Rating Scale for Autistic and Atypical Children
- قائمة ملاحظة السلوك التوحدي التي أعدها فريمان وآخرون  
Freeman's Autism Behavior Checklist.1978
- المقياس التقديري لاضطراب التوحد في مرحلة الطفولة الذي أعده سكوبلر وآخرون  
Childhood Autism Rating Scale (CARS) – Schopler 1980
- اختبارات الذكاء تعتمد على الأداة المستخدمة، مثل:  
Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)  
Stanford-Binet Intelligence Scales

### البروفایل النفسي التربوي المعدل

- Psychoeducational Profile – Revised (PEP-R) – Schopler 1990
- مقياس فاينلاند للسلوك التكيفي  
Vineland Adaptive Behavior Scales (VABS) – Sparrow 1984
- مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد  
Gilliam Autism Rating Scale (GARS) – Gilliam, 1995

أما على المستوى العربي فلا يوجد هناك ما نأمل في وجوده من الأساليب التشخيصية الكافية ولا أساليب التقييم الكافية أيضاً. لكن هناك بعض المحاولات منها:

✚ مقياس الطفل التوحدي لعادل عبد الله محمد (٢٠٠١)

✚ مقياس جيليام التقديري لتشخيص اضطراب التوحد، حيث يوجد هناك دليلان أساسيان للتشخيص يتم الاحتكام إليهما في سبيل ذلك على مستوى العالم بأسره هما التصنيف الدولي للأمراض في طبعته العاشرة أو ما يعرف بالتصنيف الدولي العاشر للأمراض ICD10

الصادر عن منظمة الصحة العالمية WHO عام ١٩٩٢ والذي صدرت ترجمة عربية له في عام ١٩٩٩، والدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض والاضطرابات النفسية والعقلية في طبعته الرابعة DSM-IV الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي AP.A 1994 أو مراجعته النصية DSM-IVTR,2000

مما سبق يتضح لنا أن الأساليب القديمة في تشخيص اضطراب طيف التوحد اعتمدت على أنظمة ومعايير وضعتها منظمات عالمية مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) والجمعية الأمريكية للطب النفسي. من بين هذه الأساليب كان التصنيف الدولي للأمراض الإصدار العاشر (ICD-10) ودليل التشخيص والإحصاء للاضطرابات النفسية الإصدار الرابع (DSM-IV)، اللذين حددا مجموعة من المعايير السلوكية لتشخيص التوحد، مثل العجز في التفاعل الاجتماعي وصعوبات التواصل والسلوكيات النمطية. اعتمدت هذه الأساليب على الملاحظات السلوكية الموثقة والتقارير المأخوذة من أولياء الأمور، لكنها كانت تنفرد إلى أدوات التشخيص الموحدة التي تضمن الدقة والتفصيل، ورغم أن هذه الأساليب ساعدت في توفير إطار نظري لفهم التوحد، إلا أنها لم تكن شاملة بما يكفي للكشف عن التوحد في مراحل مبكرة أو لتحديد الاختلافات العصبية أو الجينية المرتبطة بالاضطراب.

### المحور الثاني- الأساليب الحديثة التي استخدمت في تشخيص أطفال طيف التوحد؟

في منتصف عام 2013 أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (AP.A) الإصدار الخامس للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-5) بعد ١٤ عاماً من مراجعة البحوث والتحديثات الأخيرة في مجال الطب النفسي، وهذا التصنيف يستخدمه الأطباء والباحثين لتشخيص وتصنيف الاضطرابات العقلية.

يعتبر التصنيف التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5 آخر إصدار للجمعية الأمريكية للطب النفسي AP.A الصادر سنة ٢٠١٣، في هذه الطبعة تغير اسم اضطراب التوحد وأصبح يطلق عليه اضطراب طيف التوحد، ويشمل كل المسميات السابقة مثل: اضطراب التوحد الكلاسيكي، واضطراب اسبرنجر، واضطراب الطفولة التفككي، واضطراب نمائي عام غير محدد. ويرمز لاضطراب طيف التوحد في التصنيف التشخيصي DSM-5 بـ (F84.0)

وينطبق تشخيص الدليل الخامس على المظاهر الراهنة للفرد ولا يستخدم بصورة نموذجية للإشارة إلى التشخيصات القديمة، يمكن إدراج المحددات التالية إلى الشدة والسير بعد التشخيص بسيط ومتوسط و شديد (حمادة، مهريّة، ٢٠٢١، ٤٢٨).

**بسيط:** أو وجود القليل منها على ما هو مطلوب لوضع التشخيص، ولا ينشأ عن الأعراض أكثر من اختلال طفيف في الأداء الاجتماعي.

**متوسط:** وجود أعراض أو اختلال وظيفي يقع بين « الخفيف» و « الشديد».

شديد وجود الكثير من الأعراض التي تزيد عما هو مطلوب لوضع التشخيص.

وتستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة.

**تحديد ما إذا كان:** مع أو دون إعاقة فكرية مرافق، مع أو دون اضطراب اللغة مرافق،

مقترن مع حالة طبية أو وراثية معرفية أو عامل بيئي.

**المحور الثالث- الاختلافات الجوهرية بين الأساليب التقليدية والحديثة في تشخيص طفل اضطراب طيف التوحد.**

فالصفات الشخصية السابقة لاضطراب طيف التوحد والمذكورة في الإصدار الرابع من الدليل، كانت قد تعرضت لانتقادات كثيرة من قبل المختصين بالطب النفسي. فقد اتفق الكثير منهم بأن الزيادة التي حصلت في العقدين الماضيين في معدل انتشار اضطراب طيف التوحد كان احد أسبابها المهمة الصفات التشخيصية غير الدقيقة في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي. وقد وضح البعض بأن الصفات التشخيصية السابقة لو اتبعت حرفياً لتم تشخيص أي شخص في العالم بأنه مصاب باضطراب اسبرجر أو بالاضطرابات النمائية غير المحددة والمتعلقة باضطراب طيف التوحد. كما أن بعض المصابين به قد يكونوا مثل الكثير من الأفراد الطبيعيين الآخرين الذين وجدوا أنفسهم فجأة مشخصين باضطراب طيف التوحد فقط لأنهم لم تكن لهم الرغبة بأن يتفاعلوا اجتماعياً مع الآخرين. (First, et.all, 2022, 218)

لهذا يختلف الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي والإحصائي عن سابقه بعدة أمور

نلخصها في الجدول التالي:

## جدول (١) مراحل تمييزية لأعراض طيف التوحد حسب DSM5

| اسم الاضطراب               | طيف التوحد (DSMV2013)  |
|----------------------------|--|
| مسمى الفئة                 | اضطراب طيف التوحد (ASD)  |
| بنية الفئة                 | متصلة لثلاث فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض.   |
| مكونات الفئة               | فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ التوحد اسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط.  |
| محكات التشخيص              | محكين التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية.   |
| مستوى الشدة                | تحديد مستوى الشدة وفقاً لثلاثة مستويات يتطلب توفير الدعم، توفير دعم جوهري، توفير دعم جوهري كبير (ضمن فئة واحدة). |
| المصاحبة لإعاقات أخرى      | محددة: الإعاقة العقلية - اضطرابات اللغة الحالات الطبية والجينية، اضطرابات السلوك، الكاتونيا.                     |
| المدى العمري لظهور الأعراض | الطفولة المبكرة (٨ سنوات)  |

ومن خلال الجدول نستشف أن المعايير الجديدة، أصبحت لا تعني بالتشخيص الفارقي لاضطراب طيف التوحد، مما يسهل عملية التشخيص، وكذلك يسهل عملية إعداد البرامج الخاصة لتتكفل بهذه الفئة؛ حيث أصبحت تعتمد على درجة شدة الأعراض، فهذا يصبح التكفل بهم في المراكز الخاصة بالإعاقة العقلية أمراً مستحسناً بالنسبة للفئة التي تحتاج لدعم، فهي أصبحت مثلها مثل فئة الإعاقة العقلية البسيطة.

وفي ما يلي جدول يوضح أهم الفروق في المعايير التشخيصية القديمة والجديدة.

## جدول (٢) مقارنة في المعايير التشخيصية القديمة والجديدة

| م                          | DSMIV-TR (2000)   | DSMV (2013)  |
|----------------------------|---|--|
| مسمى الفئة                 | الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)   | اضطراب طيف التوحد (ASD)  |
| بنية الفئة                 | مظلة لخمسة اضطرابات نمائية  | متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقاً لمستوى شدة الأعراض.  |
| مكونات الفئة               | خمسة اضطرابات هي التوحد اسبرجر، ريت الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي. | فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـ التوحد، اسبرجر والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط.  |
| محكات التشخيص              | ثلاث محكات التفاعل الاجتماعي، التواصل السلوكيات النمطية.  | محكين التفاعل والتواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية.   |
| مستوى الشدة                | خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافاً في شدة الأعراض.  | تحديد مستوى الشدة وفقاً لثلاثة مستويات يتطلب (توفير الدعم، توفير دعم جوهري، توفير دعم جوهري كبير) ضمن فئة واحدة. |
| المصاحبة لإعاقات أخرى      | غير محددة   | محددة الاعاقة العقلية - اضطرابات اللغة الحالات الطبية والجينية اضطرابات السلوك، الكاتونيا.                       |
| المدى العمري لظهور الأعراض | ٣ سنوات   | الطفولة المبكرة (٨ سنوات)  |

(محمد عبد الفتاح، ٢٠١٤، ٩)

من خلال الجدولين، نلاحظ أن اضطراب طيف التوحد مر بمراحل في تشخيصه حيث أنه كانت هناك أمور تأخذ بعين الاعتبار مثل (التشخيص الفارقي- عدد المحكات التشخيصية- التشخيص الفارق بين درجات الشدة- المصاحبة لإعاقات أخرى- المدى العمري لظهور الأعراض)، أصبحت الآن ليس لها دور في تشخيص التوحد، هذا ما يؤكد أن الاضطراب مازال فيه تغيرات تطراً عليه إلى غاية كتابة هذه الأسطر، ويرجع ذلك لعدم معرفتنا الحقيقية لأسباب هذا الاضطراب، وكذلك لظهور بعض الأعراض واختفاء البعض الآخر، كما أنه يوجد اختلاف في البيئات فالبيئة العربية تختلف عن البيئة الغربية.

ويوجد بعض الاضطرابات كانت تعد من أنواع اضطراب التوحد الآن أصبحت غير ذلك، كما أنه تغير عمر التشخيص وعدد المحكات في DSM-V الطبعة الخامسة، لدينا الآن تشخيص واحد هو اضطراب طيف التوحد وهو يتضمن أربعة تشخيصات سابقة وهي: (Prigerson, 2021, 96)

التوحد اضطراب اسبرجر، اضطراب الطفولة التفككي، اضطراب النمو غير المحدد بشكل آخر، بل أصبحت تتميز بشدة الأعراض فقط أي أصبح يصنف طيف توحد بمستويات ثلاث وهي: المستوى الأول يتطلب توفير الدعم، المستوى الثاني يتطلب توفير دعم جوهري، المستوى الثالث يتطلب توفير دعم جوهري كبير حسب الإصدار الأخير لـ DSM-V الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي في مايو ٢٠١٣؛ كل هذا جعل تشخيص اضطراب التوحد صعب ويحتاج إلى خبرة وفريق متعدد التخصصات حتى نستطيع أن نشخص الطفل بأنه من ذوي اضطراب طيف التوحد. كما أنه ليست هناك اختبارات طبية محددة لتشخيص اضطراب التوحد، نتيجة لذلك يجب أن تتم متابعة حالة الطفل من قبل متخصصين لتحديد مستوى التواصل مستوى السلوك، مستوى النمو؛ نتيجة تشابه الاضطراب مع أعراض اضطرابات أخرى، فإنه يجب إخضاع الحالة لاختبارات طبية لاستبعاد الاضطرابات الأخرى.

ومن الحقائق المهمة لاضطراب طيف التوحد، تظهر اضطرابات طيف التوحد في مرحلة الطفولة غير أنها تميل إلى الاستمرار في فترة المراهقة وسن البلوغ، كما يمكن للتدخلات النفسية والاجتماعية المسندة بالبيئات مثل أنشطة معالجة السلوك أن تحد من المصاعب المصادفة في التواصل والسلوك الاجتماعي وتؤثر تأثيراً إيجابياً في العافية ونوعية الحياة، ومن الضروري أن تكون التدخلات التي تستهدف ذوي اضطراب طيف التوحد مصحوبة بإجراءات أوسع نطاقاً

ترمي إلى جعل البيئات أيسر منالاً وأكثر شمولاً ودعماً من الناحية المادية والاجتماعية والسلوكية، كما يتعرض ذوي اضطرابات طيف التوحد في كثير من الأحيان للوصم والتمييز وانتهاك حقوق الإنسان على نطاق واسع، ولا تتاح لهم فرص كافية للحصول على الخدمات والدعم على الصعيد العالمي.

من خلال ما سبق نستشف أن اضطراب طيف التوحد ما زال يشوبه بعض الغموض بالرغم من ما جاء في الدليل الخامس للاضطرابات النفسية من توضيح، وبهذا سوف نتعرف على الصفحة النفسية لهذا الاضطراب من خلال مقياس جليام الذي جاء مع الدليل الرابع للاضطرابات النفسية، و هل نستطيع أن نعتمد عليه بالرغم من وجود الدليل الخامس الذي تغير عن سابقه، والتأكد من إمكانية الاعتماد عليه لمعرفة شدة الاضطراب من أجل تقييم الأطفال قبل التدخل العلاجي.

#### المحور الرابع- التحديات التي تواجه المختصين في تطبيق الأساليب الحديثة:

يواجه المختصين تحديات كبيرة في تطبيق معايير الدليل التشخيصي الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد، رغم فعاليته في تقديم إطار شامل للتشخيص. ومن بين هذه التحديات:

١- وجود تداخل بين الأسباب الوراثية والأسباب البيئية من خلال دراسة تاريخ الحالة، ومعايير الدليل التشخيصي الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد؛ ما يتعذر علينا تحديد السبب الحقيقي لهذا الاضطراب أو تحديد أداة واحدة لتشخيصه.

٢- الحاجة إلى تدريب متخصص الدليل التشخيصي الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد يتطلب فهماً عميقاً ومعرفة دقيقة بمعاييره المتطورة. ويحتاج المختصون، مثل الأطباء النفسيين والمعالجين، إلى تدريب متقدم لضمان قدرتهم على تقييم الأعراض المعقدة بدقة، خاصة أن الدليل التشخيصي الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد يركز على تقييم شدة الأعراض ومدى تأثيرها على الأداء اليومي. وبعد التدريب المستمر أمراً ضرورياً، لكن توفيره قد يكون مكلفاً ويستغرق وقتاً، مما يشكل عبئاً على المؤسسات التعليمية والصحية.

٣- التكلفة المرتفعة: تطبيق الدليل التشخيصي الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد قد يتطلب موارد مالية كبيرة، خاصة عندما يكون جزءاً من تقييم متعدد الأبعاد يشمل استخدام أدوات مساعدة مكلفة. التكاليف لا تقتصر على التدريب، بل تمتد أيضاً إلى شراء الأدوات التشخيصية وإجراء الفحوصات الشاملة التي تُستخدم مع المعايير الحديثة. في العديد من

الحالات، تفتقر العائلات إلى الموارد المالية لتغطية هذه التكاليف، مما يحد من الوصول إلى تشخيص دقيق وفعال.

٤- **قضايا الخصوصية وحماية المعلومات:** عند تشخيص اضطراب طيف التوحد باستخدام الدليل التشخيصي الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد، يتم جمع معلومات حساسة وشخصية عن الطفل والعائلة. ويحتاج المختصون إلى ضمان حماية هذه البيانات من أي انتهاكات للخصوصية. وتتطلب هذه التحديات تنفيذ تدابير صارمة لضمان سرية المعلومات، وتحتاج المؤسسات إلى الاستثمارات في أنظمة أمان قوية، مما يمثل تحدياً لوجستياً ومالياً.

#### **توصيات البحث:**

- ١- **تطوير برامج تدريب مستمرة:** حيث يجب توفير ورش عمل ودورات تدريبية تهدف إلى تحسين كفاءة المختصين في استخدام الدليل التشخيصي الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد. يمكن أن يساعد ذلك في ضمان التشخيص الدقيق، وتقليل احتمالات الأخطاء.
- ٢- **دعم مالي ومؤسسي:** يُوصى بتوفير دعم مالي من الحكومات أو المنظمات غير الربحية لتغطية تكاليف التشخيص وتدريب الكوادر، خاصة في المناطق المحرومة.
- ٣- **تعزيز سياسات الخصوصية:** من الضروري وضع سياسات صارمة لحماية المعلومات الشخصية، مع التأكد من تدريب المختصين على كيفية إدارة البيانات بطرق آمنة وأخلاقية.

## المراجع

- أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني. (2014) التوحد (الأسباب-التشخيص-العلاج). (الطبعة الثانية). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- بلال أحمد عودة. (2020) اضطراب طيف التوحد: دليل تطبيقي مصور. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع.
- حمادة مسعودة، مهريّة خليدة. (2021) تشخيص اضطراب طيف التوحد وفق المعايير الجديدة ل:DSM-5 دراسة وصفية تحليلية بالمركز النفسي البيداغوجي للمعاقين ذهنياً بتقرت ورقة. المجلة العربية للإعاقة والموهبة، ٥. (18)
- عادل عبد الله محمد. (2010) مدخل إلى اضطراب التوحد والاضطرابات السلوكية والانفعالية. القاهرة: دار الرشد للطبع والنشر والتوزيع.
- عبد العزيز السيد الشخص. (2010) قاموس التربية الخاصة والتأهيل لذوي الاحتياجات الخاصة. (الطبعة الرابعة). القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- محمد عبد الفتاح الجابري. (2014) التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. الملتقى الأول للتربية الخاصة: الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك.
- مصطفى نوري القش. (2011) اضطرابات التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج: دراسة عملية. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- منظمة الصحة العالمية. (1999) المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض CD: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.
- نايف عابد الزراع. (2010) المدخل إلى اضطرابات التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل. عمان: دار الفكر.

هبة أحمد محمد نافع. (2020) فاعلية برنامج قائم على نظرية العقل في تنمية الانتباه المشترك للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا للتربية، جامعة القاهرة.

وفاء علي الشامي. (2004) خفايا التوحد (أشكاله-أسبابه-تشخيصه). السعودية: مركز جدة للتوحد.

- First, M. B., Yousif, L. H., Clarke, D. E., Wang, P. S., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2022). DSM-5-TR: Overview of what's new and what's changed. *World Psychiatry*, 21(2), 218.
- Prigerson, H. G., Boelen, P. A., Xu, J., Smith, K. V., & Maciejewski, P. K. (2021). Validation of the new DSM-5-TR criteria for prolonged grief disorder and the PG-13-Revised (PG-13-R) scale. *World Psychiatry*, 20(1), 96-106.
- Volkmar, F. R. (1996). Brief report: Diagnostic issues in autism: Results of the DSM-IV field trial. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 26(2).