

[١]

## رؤية نقدية لمحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد

أ.د. عادل عبد الله محمد

أستاذ التربية الخاصة

والعميد السابق لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق



## رؤية نقدية لمحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد

أ.د. عادل عبد الله محمد \*

### ملخص:

يوضح استعراض كافة المحكات التشخيصية التي وردت بالدليلين الخامس والخامس المعدل في سبيل التعرف على وتحديد وتشخيص اضطراب طيف التوحد، والملاحم التشخيصية التي أعقبتها استكمالاً لهذا الأمر وذلك بالتحليل والدراسة والنقد أن طبيعة هذا الاضطراب لا تزال مشوشة، وغير واضحة، وغير مستقرة، وأن أساليب تحديده وتشخيصه وقياسه لا يزال يشوبها الغموض والتشوش والإرتباك حيث يوجد كم كبير من المآخذ والملاحظات على ذلك التشخيص مما قد يؤثر على التشخيص الدقيق للحالة إلى جانب الاختفاء غير المبرر والقسري لمحوري الطيف (اضطراب التوحد، واضطراب اسبرجر) أو اضطرابات الطيف بشكل عام فضلاً عن الصهر القسري لكل اضطرابات الطيف معاً مما أنتج كياناً هلامياً لم ولن يستطع أن يعوض عدم وجودها، ولا يصلح أن يكون بديلاً لها وهو ما يتطلب المزيد من التأني، والتدبر، وإعادة التفكير في الموضوع من كافة جوانبه حتى يمكننا أن نصل في النهاية إلى رؤية واضحة حوله يتم الإتفاق عليها وقبولها إما بالوصول إلى بديل مناسب، أو بالعودة إلى الجذور من جديد.

## مقدمة:

يمثل التشخيص جوهر العمل والتعامل مع الأفراد ذوي الإعاقات بشكل عام والأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بصفة خاصة حيث يعد اضطراباً مشوشاً يشوبه الغموض والإرتباك بعد أن ظهر بصورة تدعو إلى التأمل، وتثير التساؤلات، وتثير الشكوك حوله في بعض الأحيان، وحول إمكانية الوصول إلى تشخيص دقيق للحالة، وتحديد ماهية الاضطراب الذي تعاني منه على وجه الدقة والتحديد. وعادة ما يعمل التشخيص في الواقع على تحديد مجموعة العوامل والأسباب التي تقف خلفه وتؤدي إليه.

ويعد التشخيص diagnosis بمثابة كلمة أو مصطلح يستخدم للدلالة على فعل أو عملية التعرف على طبيعة حالة إعاقة معينة، والأسباب التي تكون قد أدت إليها، وهو تلك العملية التي يتم بموجبها تحديد حالة مرضية أو حالة إعاقة معينة، والتعرف الدقيق عليها عن طريق فحص واختبار طبيعة هذه الحالة من جانب فريق متكامل من الأخصائيين، وتحديد مجموعة الأعراض والمؤشرات التي تدل عليها والتي يمكن من خلالها الاستدلال عليها، والظروف التي تنشأ فيها، ومجموعة أو مجموعات الأسباب التي يمكن أن تؤدي إليها فضلاً عن ما عداها من فحوص أخرى يمكن الاعتداد بها في سبيل ذلك. وعادة ما ينتهي الأمر بصدور قرار معين يصف ما تكون قد وصلت إليه الحالة بصورة دقيقة، وما يمكن أن تأول إليه الأمور من جراء ذلك.

وهناك دليان تشخيصيان يمثلان المصدرين الرئيسيين لتشخيص الاضطرابات المختلفة في الوقت الراهن تصدر الجمعية الأمريكية للطب النفسي أحدهما وهو الدليل التشخيصي الذي وصلت إصداراته حالياً إلى الإصدار الخامس المعدل DSM-V-TR الذي صدر في مارس ٢٠٢٢، والتصنيف الدولي الحادي عشر للأمراض ICD-11 الصادر عن منظمة الصحة العالمية، والذي بدأ العمل به منذ بداية يناير ٢٠٢٢. وقد شهد اضطراب طيف التوحد فيهما من وجهة نظرنا تغيرات جعلت صورته مشوشة ومبهمه، بل وممسوخة أحياناً حيث أننا عادة ما نتحير في تصنيفه، وتتردد في تشخيصه نظراً لما ينتظرنا بعد ذلك من حيرة في تحديد ماهية الاضطراب الذي يعانيه الطفل بشكل دقيق كي نتمكن من تحديد أسلوب

التدخل المناسب، وتعيين البرنامج الملائم، وإعداد البرنامج التربوي الذي نرى فيه ما يمكن أن يعود بالفائدة على الطفل من خلال تقييم مدى التقدم الذي يمكن أن يحرزه حال خضوعه لذلك الأسلوب أو البرنامج، وتحديد مدى فعالية أساليب التدخل المختلفة التي يمكن أن نستخدمها معه.

ولما كانت اضطرابات طيف التوحد التي تمثل الرافد الأساسي بل والوحيد لتشكيل اضطراب طيف التوحد لم يتم حتى وقت اختفائها من دليل التشخيص التوصل إلى أسباب علمية محددة ومؤكدة تعد هي المسؤولة عنها يصبح من الطبيعي أن يكون ذلك هو الحال بالنسبة لاضطراب طيف التوحد كنتاج لصهر تلك الاضطرابات معاً. إلا أنه من الصعب أن نحدد ماهية الاضطراب الذي يعانيه الطفل من بين اضطرابات الطيف من خلال مستوى شدة الاضطراب حيث أنه لا يعكس في الواقع أيًا منها حتى نتمكن من تحديد ما عساه أن يترتب على ذلك الوضع.

### تشخيص اضطراب طيف التوحد:

شهد الدليل التشخيصي الخامس (٢٠١٣) DSM-V أول ظهور لمصطلح اضطراب طيف التوحد كبديل لاضطرابات طيف التوحد، وظهر المصطلح بنفس المعنى في التصنيف الدولي الحادي عشر للأمراض والاضطرابات (٢٠٢٢) ICD-11 وهو ما سار عليه الدليل التشخيصي الخامس المعدل (٢٠٢٢) DSM-V-TR وتم خلاله ضم اضطرابات طيف التوحد، وصهرها معاً ليخرج لنا كيان جديد كنتاج لعملية الصهر هذه له تشخيص واحد يفترض أن يعكس تلك الاضطرابات التي دخلت في عملية الصهر وهو ما لم يحدث، كما يعطينا ثلاثة مستويات للشدة تضم المستوى البسيط، والمتوسط، والشديد أراد لها أن تعبر عن الطيف وهو الأمر الغريب والعجيب حيث لا يمكن لمستويات شدة أي اضطراب أن تعبر عن طيف معين، وإلا كان للاضطرابات الأكثر استقراراً ووضوحاً ذات مستويات الشدة المتعددة كالإعاقة الفكرية على سبيل المثال طيف مماثل وهي أولى بذلك لأن هذا الأمر لو حدث معها لكانت أكثر وضوحاً مما نراه في اضطراب طيف التوحد.

وقد ورد في الإصدار الخامس من دليل التشخيص (٢٠١٣) DSM-V أن اضطراب طيف التوحد بوضعه الراهن يمكن تعريفه على أنه اضطراب نمائي عصبي يتسم بوجود أوجه قصور ثابتة ودائمة في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي وذلك في العديد من السياقات الموقفية المختلفة تتضمن أوجه قصور في التبادل الاجتماعي، وسلوكيات التواصل غير اللفظي التي يتم استخدامها في التفاعلات الاجتماعية، وقصوراً في المهارات اللازمة لإقامة التفاعلات والإبقاء عليها وفهمها مع وجود أنماط سلوك أو اهتمامات أو أنشطة مقيدة وتكرارية.

واعتمد الدليل في تشخيصه لاضطراب طيف التوحد على وجود مجموعتين من أوجه القصور تتناول المجموعة الأولى منهما أوجه القصور الاجتماعي وذلك من خلال ثلاثة محكات يشترط أن تنطبق جميعها على الطفل. أما المجموعة الثانية فتتناول السلوكيات النمطية والتكرارية والمقيدة من خلال أربعة محكات يشترط أن ينطبق اثنتان منها على الأقل على الطفل. ويتحدد كم الدعم والمساندة التي يحتاج الطفل إليها بناء على المستويات الثلاثة للشدة التي يحددها الدليل (دون أن يتحدد إلى أي اضطراب يشير كل منها) بحيث يتطلب المستوى البسيط كماً أقل من الدعم والمساندة، ويتطلب المستوى المتوسط كماً كبيراً من الدعم والمساندة، أما المستوى الشديد فيتطلب كماً كبيراً جداً منها.

كذلك فقد 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 الإصدار الخامس من الدليل جاءت هي نفسها محكات تشخيص اضطراب التوحد كما وردت في الإصدار الرابع والإصدار الرابع المعدل من الدليل.
- 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 في هذه المرة لتشخيص اضطراب آخر هو 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، ولم يتم إعدادها في الأساس لتشخيص أي اضطراب آخر من تلك الاضطرابات الأخرى المتضمنة.

ومن جهة أخرى فقد أورد الدليل التشخيصي في كل من الإصدار الخامس (٢٠١٣) DSM-V والإصدار الخامس المعدل (٢٠٢٢) DSM-V-TR عدداً غير قليل من الملامح التشخيصية diagnostic features لاضطراب طيف التوحد بعيداً عن محكات التشخيص وإن كانت تستخدم في الواقع كشرط إضافية وتوضيحية إلى جانب محكات التشخيص السبعة يوضح من خلالها طبيعة هذا الاضطراب، والشروط اللازمة لتشخيصه. وجاءت هذه الملامح التشخيصية لتحديد كيفية التعرف على الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد، وتشخيصهم، وشروط ذلك التشخيص، وإن ظل عليها مآخذ عديدة نظراً للطبيعة المبهمة وغير المستقرة لهذا الاضطراب. ويمكن استعراض تلك الملامح التشخيصية في النقاط التالية:

- ٤- وجود قصور واضح وشامل وثابت ودائم في التواصل والتفاعل الاجتماعي.
- ٥- وجود أنماط مقيدة وتكرارية من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة.
- ٦- ظهور هذه الأعراض على الطفل منذ طفولته المبكرة.
- ٧- القيام بتشخيص الحالة خلال مرحلة الطفولة.
- ٨- إعاقة الأداء الوظيفي اليومي للطفل بفعل تلك الأعراض.
- ٩- اختلاف المرحلة التي تصبح فيها إعاقة الأداء الوظيفي على درجة كبيرة من الوضوح وفقاً لخصائص الفرد وبيئته.
- ١٠- وضوح الملامح التشخيصية الرئيسية أو الجوهرية بجلاء خلال فترة النمو.
- ١١- الحد من المشكلات التي يواجهها الطفل في سياقين موقفيين على الأقل بفعل برامج التدخل أو أوجه الدعم والمساندة التي تتاح للطفل.
- ١٢- اختلاف الأعراض الدالة على الاضطراب بدرجة كبيرة من جراء مستوى حدة أو شدة الاضطراب، والمستوى النمائي للطفل، وعمره الزمني وهو الأمر الذي يوضح مفهوم الطيف (من وجهة نظرهم).
- ١٣- اعتماد فكرة أو مفهوم الطيف على مستويات شدة الاضطراب.

- ١٤- شمول مصطلح اضطراب طيف التوحد لتلك الاضطرابات التي تمت الإشارة إليها سابقاً على أنها اضطراب التوحد الطفولي المبكر، واضطراب التوحد الطفولي، واضطراب التوحد اللانموذجي، واضطراب التوحد عند كانر، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد إلى جانب اضطراب الطفولة التفككي، واضطراب أسبرجر. (تم إقرار أن اضطراب الطفولة التفككي قد تم تضمينه في اضطراب طيف التوحد).
- ١٥- ضرورة تشخيص من كان يتم تشخيصهم وفق الإصدار الرابع على أنهم من ذوي اضطراب التوحد، أو اضطراب أسبرجر، أو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد. (إقرار مغاير بأنه لم يتم تضمين اضطراب الطفولة التفككي في اضطراب طيف التوحد).
- ١٦- احتمال وجود حالات نمائية عصبية متعددة من بينها كإيذاء الذات، أو اضطراب النوم أو الإخراج. (هنا احتمال تضمين اضطراب الطفولة التفككي في اضطراب طيف التوحد).
- ١٧- اتصاف التشخيص بالثبات والصدق حال ارتكازه على مصادر متعددة للمعلومات تتضمن ملاحظات الطبيب، والتاريخ المرضي للقائم برعاية الطفل فضلاً عن التقرير الذاتي كلما كان ذلك ممكناً.
- ١٨- تنوع وتعدد مظاهر أوجه القصور اللفظي وغير اللفظي في التواصل الاجتماعي اعتماداً على العمر الزمني للفرد، ومستواه النمائي العقلي، وقدرته اللغوية إضافة إلى عوامل أخرى كالتاريخ العلاجي له، والمساندة أو الدعم الراهن الذي يتلقاه.
- ١٩- تعدد أوجه القصور اللغوي لدى العديد من الأفراد.
- ٢٠- اكتمال المهارات اللغوية كالمفردات اللغوية والقواعد النحوية لا يمنع وجود قصور واضح أو إعاقة في استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي التبادلي.
- ٢١- قصور التبادل الاجتماعي الانفعالي بالنسبة للمراهقين الذين لا يعانون من إعاقة فكرية أو تأخر لغوي قد يتضح في وجود مشكلات في تجهيز والاستجابة للإشارات الاجتماعية المعقدة، ومواجهة المواقف الجديدة دون دعم أو مساندة.



- ٢٢- تضمن المستوى اللغوي للأفراد الذين لا يبدون قصوراً لغوياً التحدث باستخدام جمل كاملة، أو التحدث بطلاقة.
- ٢٣- قياس القصور الاجتماعي في إطار المعايير التي تتفق مع العمر الزمني، والجنس، وثقافة المجتمع.
- ٢٤- تفضيل للأشطة الفردية، أو التفاعل مع الأفراد الأصغر أو الأكبر سناً.
- ٢٥- للقصور الذي يبيده الفرد دلالاته الإكلينيكية على أدائه الوظيفي الاجتماعي أو المهني الراهن، أو على غيره من جوانب أدائه الوظيفي الراهن.
- ٢٦- إمكانية أن يكون الاضطراب مصحوباً بالإعاقة الفكرية كنوع من التلازم.
- ٢٧- إمكانية أن يكون الاضطراب مصحوباً باضطراب نمائي عصبي، أو عقلي، أو لغوي، أو صحي، أو جيني، أو بيئي، أو سلوكي آخر، أو الفصام التخشبي.
- ٢٨- إمكانية التعرف على أعراض الاضطراب منذ وقت مبكر في حياة الطفل وذلك خلال العام الأول من عمره عن طريق ما يبيده من ملامح سلوكية حيث تتضمن أولى الأعراض التي يبيدها عدداً من الملامح كما يلي:
- التأخر النمائي اللغوي.
  - قصور الاهتمام الاجتماعي، أو حدوث التفاعلات الاجتماعية غير العادية كعدم النظر إلى من يمسك بيده على سبيل المثال.
  - إتباع أنماط لعب غريبة كحمل اللعبة معه في كل مكان دون أن يلعب بها.
  - وجود أنماط تواصل غير عادية كمعرفة الحروف الهجائية وعدم الاستجابة لأسمائها.
  - حدوث السلوكيات الغريبة والتكرارية.
  - غياب اللعب النموذجي.
  - تفضيل التكرار والاستمتاع به كالقيام بتناول نفس الطعام، ومشاهدة نفس الفيلم عدة مرات.
  - وضع الأشياء أو أدوات اللعب في صف.
- ٢٩- اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة يعكس قصوراً في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي مع عدم وجود أنماط مقيدة وتكرارية من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة.

- ٣٠- عدم استواء جوانب البروفيل العقلي للطفل ذي اضطراب طيف التوحد.
- ٣١- تقدير مستوى الدعم الذي يحتاجه الطفل في أدائه الوظيفي اليومي على مقياس ثلاثي متدرج عند تشخيص اضطراب طيف التوحد.
- والواقع أن هذه الملامح التشخيصية قد وردت في الدليل، ولم يطرأ عليها أي تغيير بين الإصدارين الخامس (٢٠١٣) DSM-V والخامس المعدل (٢٠٢٢).
- DSM-V-TR وبعيداً عن محكات التشخيص فإن هذه الملامح تعمل على تناول طبيعة الاضطراب من خلال تفسير ما ورد عنه حتى في محكات تشخيصه، فتسهم بذلك في ترسيخ مفهومه، وتوضيح مغزاه، وبيان دلالاته الإكلينيكية مما يكون من شأنه أن يوسع مداركنا عنه. كما أن تلك الملامح التشخيصية تتناول كل ما يتعلق بالاضطراب من أمور مختلفة فتسهم بصفة أساسية في التعرف عليه، وتعيينه، وتشخيصه، وقياسه، وتقييمه.

### رؤية ناقدة لمحكات التشخيص:

ظهر اضطراب طيف التوحد لأول مرة في الإصدار الخامس من دليل التشخيص (٢٠١٣) DSM-V وذلك كأول ظهور رسمي له. وتم عند ظهوره تقديمه كبديل لاضطرابات طيف التوحد التي اختفت من ذلك الدليل مع الفئة العامة التي كانت تنتمي إليها وهي فئة الاضطرابات النمائية الشاملة.

وعندما صدر الإصدار الخامس المعدل (٢٠٢٢) DSM-V-TR لم يغير في الأمر شيئاً بخصوص التشخيص حيث قدم مجرد تعديلات شكلية لم تتجاوز هذا المستوى، وتمثلت تلك التعديلات في أمور شكلية تبتعد تماماً عن الجوهر إذ اكتفى بإضافة كلمة في ديباجة المجموعة الأولى كانت تطبق دون وجودها لأن ذلك هو ما يمكن فهمه من سياق الكلام إلى جانب ما تحده الملامح التشخيصية التي تلي المحكات التشخيصية وكأنها المذكرة التفصيلية الخاصة بالقانون أو الكتاب الدوري الذي يفسره واللذان يوضحان كيفية تطبيقه. ومن هذا المنطلق فهي توضح، وتفسر تلك المحكات وما يرتبط بها من أمور مما يسهم في تيسير فهم الاضطراب، وطبيعته، وتشخيصه، وقياسه، وتقييمه، وبمهد الطريق لاختيار برامج التدخل المناسبة، وإعداد غير المتوفر منها.

وتعقياً على من محكات التشخيص والملاحح التشخيصية في الإصدارين الخامس والخامس المعدل من الدليل التشخيصي فنحن نرى أن هناك عدداً من الأمور ذات الأهمية يجب أن نهتم بها، وأن نفكر فيها جيداً، ونتدبرها حتى يصير بوسعنا أن نؤكد على كيفية قيامنا بالتشخيص الدقيق لحالة الطفل كي نتمكن من التعامل الصحيح معه، ونتمكن أيضاً من استخدام محكات التشخيص هذه بدقة وذلك كما وردت في الدليل التشخيصي وهو الأمر الذي يدفعنا إلى أن نقوم بالتعليق عليها في محاولة لتحديد ما لها وما عليها وهو الأمر الذي يمكن أن نتناوله في عدد من النقاط على النحو التالي:

١- أن هذا الاضطراب يسمى في الإصدار الخامس اضطراب طيف التوحد حيث يعتبر أن هذا الاضطراب يمثل طيفاً وكأنه متصل continuum تقع عليه حالات مختلفة وذلك في مواقع محددة منه. إلا أن هذا الأمر يؤخذ عليه ما يلي:

- أن الدليل لم يحدد مثل هذه المواقع، وترك الأمر مفتوحاً استناداً إلى مستوى الشدة الذي لا يصلح لذلك في الأساس.
- أن مستوى الشدة عندما يتعلق بكيان واحد لا يمكن أن يمثل طيفاً وإلا كان يجب أن ينطبق الأمر على الإعاقة الفكرية وهي الأكثر استقراراً.
- أن هذا الأمر قد نفس فكرة الطيف من أساسها حيث يعتمد الطيف على وجود مجموعة من العناصر تشترك في خاصية معينة أو أكثر بدرجات متفاوتة وهو غير موجود.

• أنه لا يوجد متصل من الأساس نظراً لعدم وجود طيف، وحتى عندما كانت هناك اضطرابات طيف التوحد لم يكن الطيف موجوداً بمتصله ومواقعه المزعومة.

- أن تعدد مستويات شدة الاضطراب يجب أن يرجع إلى كيان واحد حقيقي وليس مفتعلاً لأننا لا نزال غير متأكدين من وجود كيان واحد في هذا المخرج الجديد الممسوخ.

٢- أن الإصدار الرابع يحدد خمسة اضطرابات تعرف باضطرابات طيف التوحد من بينها اضطراب التوحد إلى جانب اضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، ومتلازمة ريت، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد مع توضيح

المحكات الخاصة بكل منها، أما الإصدار 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 لكل منها أو تحديد محكات مستقلة خاصة به. وهذا بطبيعة الحال يضيف إلى حالة التشويش التي قد تتاب الغالبية العظمى من الناس، بل والخبراء والأطباء حيث أنه:

- لم تكن الأمور واضحة تماماً أمامهم رغم الفصل بين تلك الاضطرابات ووجود محكات وتشخيصات خاصة بكل اضطراب منها على حدة تتسم باستقلاليته وتمييزها إذ كانوا يخلطون بين اضطراب التوحد وبين غيره من الحالات الأخرى، فما بالنا عندما تم جمعها معاً، وإخضاعها لذات المحكات وهي حالات أربع، وإلغاء التشخيصات الخاصة بكل منها.
- أنه قد ألغى بذلك الوجود المتميز والواقعي لتلك الحالات الأربع، وتم ضمها معاً، وصهرها في بوتقة واحدة عنوة وقسراً دون مبرر منطقي.
- أن هذا الأمر قد يعني أن الاستخدام الدقيق لتلك المحكات يتطلب منا أن ندرك الفرق بين كل منها والآخر كما ورد في الإصدار الرابع وهو ما يعطي أفضلية للإصدار الرابع في التشخيص حتى نتمكن من استخدام المحكات الواردة في الإصدار الخامس لذات الغرض بشكل دقيق.

٣- أن متلازمة ريت يتم النظر إليها في الإصدار الخامس على أنها حالة جينية قد يكون اضطراب طيف التوحد مصحوباً أو غير مصحوب بها مثلها في ذلك كإعاقة الفكرية، أو متلازمة أعراض داون، أو متلازمة توريت، أو متلازمة الكروموزوم X الهش، أو غيرها. ومع ذلك فلم يحدد الدليل ما يلي:

- أين تم وضعها؟
  - كيف تم تشخيصها؟
  - ما هو الحال بالنسبة لخصائص إعاقة التوحد التي تتضمنها؟
- ٤- أن الإصدار 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. فالبداية عادة ما تكون قبل الثالثة من عمر الطفل، وبالتحديد في سن ثلاثين شهراً من عمره بالنسبة لاضطراب التوحد وهو الأمر الذي يمثل بداية مبكرة للاضطراب، أما الحالات اللانموجية أو اللانمطية atypical فتتأخر بداية الاضطراب بالنسبة لها كثيراً عن هذا السن. أما في حالة اضطراب الطفولة التفككي فعادة ما تكون البداية متأخرة حيث عادة ما يبدأ بعد مرور الطفل بفترة نمو طبيعي حتى الثالثة من عمره، ويبدأ اضطراب أسبرجر في سن مبكرة إلا أن تشخيصه الدقيق لا يتم قبل التاسعة. في حين تتحدد مجالات الاختلال بحدوث نوع مميز من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي، واستخدام اللغة في التواصل الاجتماعي، واللعب الرمزي أو التخيلي. أما جوانب التشخيص فتضم ثلاث مجموعات هي السلوك الاجتماعي، واللغة والتواصل، والسلوك النمطي المقيد التكراري بالنسبة لاضطراب التوحد حيث يتضمن السلوك الاجتماعي أربعة محكات يشترط انطباق اثنين منها على الأقل على الطفل هي التواصل غير اللفظي، وإقامة علاقات مع الأقران، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات، وتبادل العلاقات الاجتماعية معهم. وتتضمن اللغة والتواصل أربعة محكات أخرى يشترط انطباق أحدها على الأقل على الطفل هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة، وقصور في اللعب التظاهري أو الخيالي. بينما تضم الأنشطة والاهتمامات النمطية والمقيدة التكرارية هي الأخرى أربعة محكات أخرى يشترط انطباق أحدها على الأقل على الطفل هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، والرتابة والروتين، وإتباع أساليب نمطية للأداء، والانشغال بأجزاء من الأشياء. وبذلك توجد ثلاث مجموعات للتشخيص يضم كل منها أربعة محكات، ويشترط أن ينطبق على الطفل الحد الأدنى من المحكات على الأقل في كل مجموعة على ألا يقل عدد المحكات التي تنطبق على الطفل وذلك من المجموعات الثلاث مجتمعة عن ستة محكات تتوزع

عليها جميعاً بالشكل المشار إليه وذلك من إجمالي اثنا عشر محكاً. وعند توفر هذه الشروط يتم تشخيص الطفل على أنه يعاني من اضطراب التوحد، أما غير ذلك فيتم تشخيصه آنذاك على أن لديه سمات اضطراب التوحد autistic-like أو يعاني من الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، والذي قد يتحدد أيضاً بعدم انطباق محكات اضطراب أسبرجر بشكل كلي على الطفل مع وجود أو عدم وجود سلوكيات تكرارية ونمطية وهو الأمر الذي يتم تشخيصه في الإصدار الخامس على أنه اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة. أما مسألة وجود مجموعتين فقط من المحكات في الإصدار الخامس فهو أمر غير كاف للوصول إلى تشخيص دقيق للحالة. وإلى جانب ذلك فإن اضطراب أسبرجر كاضطراب لا يتضمن قصوراً عقلياً أو لغوياً، ونو حالة فريدة فله قائمة محددة من المحكات يجب أن تنطبق على الطفل وهو الأمر الذي لم يعد موجوداً في الإصدار الخامس حيث يؤخذ عليه في هذا الإطار ما يلي:

- أنه ألغى التشخيصات المستقلة للاضطرابات المتميزة.
- أنه قد ألغى الوجود المتميز لاضطرابات مستقلة ومتميزة.
- أنه جمع كل هذه التشخيصات في تشخيص وكيان واحد مفتعل، وحدد له ثلاثة مستويات من الشدة.
- أن مستويات الشدة لا تعبر عن أي اضطراب مستقل.
- أنه قد أصبح من الصعب التعرف على أي حالة من تلك الحالات أو التمييز بين تلك الاضطرابات.
- أن هذا الأمر يلقي بظلال من الشك حول هذا الكيان الجديد الذي تمت ولادته في ظروف غامضة.

٥- يعرض الإصدار الخامس لمجموعتين من المحكات تعكس وجود أوجه قصور دائمة وثابتة تظهر في العديد من السياقات الموقفية المختلفة كما يتضح من عدة مظاهر سلوكية سواء كانت راهنة أو كانت تبدو من التاريخ المرضي للطفل تتمثل أولاهما في التواصل والتفاعل الاجتماعي وتضم محكات ثلاثة يشترط انطباقها جميعاً على الطفل، ويعد أولها هو قصور في التبادل الانفعالي الاجتماعي، وعدم القدرة على إجراء المحادثات، أو المبادرة بالتفاعلات

الاجتماعية أو الاستجابة لها، وفهماها، وانخفاض المشاركة في الاهتمامات أو الانفعالات أو العواطف. ويتمثل ثانيها في وجود قصور في السلوكيات التواصلية غير اللفظية، وضعف التواصل التكاملي اللفظي وغير اللفظي، وقصور التواصل البصري، وقصور في استخدام لغة الجسم، وقصور في فهم الإيماءات واستخدامها، والافتقار الكامل للتعبيرات الوجهية والتواصل غير اللفظي. أما ثالثها فهو قصور في تكوين العلاقات، أو الصداقات، وغياب الاهتمام بالأقران، ووجود مشكلات في المشاركة في اللعب الخيالي. بينما تتمثل المجموعة الثانية في وجود أنماط سلوك أو اهتمامات أو أنشطة مقيدة وتكرارية وتضم أربعة محكات يشترط أن ينطبق على الطفل اثنان منها على الأقل يتمثل أولها في القيام بحركات نمطية أو تكرارية كاستخدام الأشياء المختلفة بشكل نمطي أو تكراري، أو القيام بالحديث النمطي أو التكراري، أو وضع الألعاب في صف، أو تدوير الأشياء، أو التردد المرضي للكلام، أو echolalia أو الاستخدام غير المناسب والخاص للغة. ويتمثل ثانيها في الإصرار على بقاء الشيء كما هو أو القيام به بنفس الطريقة، sameness والالتزام الصارم بالروتين، أو التمسك بأنماط من السلوك اللفظي أو غير اللفظي ذات الطقوس، ووجود مشكلات في الحركة، وإتباع أنماط تفكير صارمة. أما ثالثها فهو وجود اهتمامات مقيدة ومثبتة fixed تعد غير عادية في مستوى حدثها أو محور تركيزها كالتعلق الشديد بأشياء غير عادية أو الانشغال الدائم بها، أو الاهتمام المفرط بها. بينما يتمثل رابعها في وجود تطرف أي إفراط أو قصور في المدخل الحسي والاستجابات الحسية.

وبذلك نلاحظ على هذه المحكات عدة ملاحظات يمكن أن نعرض لها على النحو التالي:

- يشترط أن ينطبق على الطفل خمسة محكات على الأقل من أصل سبعة.
- أن كل محك من المحكات التي تتضمنها المجموعتان يعد مجموعة متكاملة في ذاته.

- أنها بذلك تخالف أبسط قواعد القياس والتقييم والتي تتطلب أن تقيس العبارة الواحدة شيئاً واحداً فقط.
  - أنها لا تغطي كافة الجوانب التي كانت تغطيها الأدلة السابقة.
  - أنها لا تتضمن شيئاً يميز اضطراب أسبرجر.
  - أنها تميز اضطراب التوحد فقط.
- ٦- لا يوجد اختلاف تقريباً بين ما ورد من محكات في الإصدار الرابع حول اضطراب التوحد، وما ورد في الإصدار الخامس حول اضطراب طيف التوحد بعد أن اختفى اضطراب التوحد كغيره من اضطرابات طيف التوحد منه. ويتضح لنا من خلال هذه النقطة ما يلي:
- أن الأمر في الحالتين أو في الإصدارين الرابع والخامس يبدو وكأنه يدور حول اضطراب التوحد.
  - أن كافة اضطرابات طيف التوحد لم يعد لها تشخيصها ووجودها المستقل والتمايز فيه حيث تم صهرها جميعاً عنوة وقسراً في كيان واحد غير محدد الهوية.
  - أن الإصدار الخامس قد ضم محكات تشخيص اضطراب التوحد بالإصدار الرابع جميعها في مجموعتين اثنتين فقط.
  - أنه قد زاد من التفصيل فأضحى كل محك بالمجموعتين وكأنه يمثل مجموعة مستقلة من المحكات.
  - أن عدد المحكات اللازمة للتشخيص قد قل فأصبح حدها الأدنى هو خمسة محكات من أصل سبعة حددوا أنها تتعلق بالخليط الجديد وهو اضطراب طيف التوحد وذلك بدلاً مما كان الأمر عليه في الإصدار الرابع بخصوص اضطراب التوحد حيث كان الحد الأدنى ستة محكات من أصل اثني عشر محكاً.
  - أن هذا الإجراء قد جعل الأمر أكثر غموضاً وإبهاماً، بل وجعله أكثر تشويشاً لأن ما حدث هو تغيير في المسمى فقط ليصبح اضطراب طيف التوحد بدلاً من اضطراب التوحد.



- أن ذلك قد جعل القياس أكثر تعقيداً نظراً لأنه أخفى اضطراب التوحد الذي كان التشخيص يدور حوله في الإصدار الرابع، ولا يزال يدور حوله في الإصدار الخامس والخامس المعدل بعد تغيير المسمى.
  - أننا لم نعد نعلم وفقاً لذلك ما هو الاضطراب الذي نتحدث عنه أو نقوم بتشخيصه.
- ٧- أن جوانب القصور اللغوي أو التواصل اللفظي في الإصدار الرابع والتي تختص بتشخيص اضطراب التوحد تتضمن أربعة محكات في مجموعة مستقلة للقصور يشترط انطباق أحدها على الأقل على الطفل هي تأخر أو نقص كلي في اللغة المنطوقة، وعدم القدرة على المبادأة في إقامة حوار أو محادثة مع الآخرين، والاستخدام النمطي أو المتكرر للغة، وقصور في اللعب التظاهري أو الخيالي. أما في الإصدار الخامس فيعرض ذلك في البند الأول من المجموعة الثانية الخاصة بالسلوكيات النمطية والتكرارية المقيدة وهو القيام بالحديث النمطي أو التكراري، أو التزديد المرضي للكلام، echolalia أو الاستخدام غير المناسب والخاص idiosyncratic للغة خاصة به أو لعبارات معينة وهو ما يعني وجود تأخر نمائي لغوي، وقصور في فهم أو استيعاب الحديث مما يعني قصوراً واضحاً أو إعاقة في استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي التبادلي. ويتضح من هذا العرض عدة أمور مهمة على النحو التالي:
- أن الإصدار الخامس يعرض لمحكات تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع على أنها محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد.
  - أنه قد جمع كل المحكات التي تم عرضها في مجموعة كاملة بالإصدار الرابع في مجرد محك واحد من مجموعة واحدة من المحكات التي يتضمنها الإصدار الخامس.
  - أنه بذلك قد جانب البساطة في الأسلوب بحيث لم تعد العبارة الواحدة تتناول شيئاً واحداً فقط كشرط للقياس.
  - أن المحكات المعروضة في الإصدار الخامس تتسم بالتعقيد مما يصعب من عملية قياسها وتقييمها.

٨- يتضمن الإصدار الخامس بنداً أو محكاً مستقلاً في المحور الأول أو المجموعة الأولى من محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد عن قصور التواصل غير اللفظي؛ ويضم قصور التواصل البصري، والقصور في فهم لغة الجسم، والقصور في فهم الإيماءات والإشارات واستخدامها، والافتقار الكامل للتعبيرات الوجهية. ويتضمن الإصدار 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.

ويمكن أن يتضح من ذلك الأمر ما يلي:

- أن الإصدار الخامس يمعن في الخط التشخيصي بين اضطراب التوحد كما تم عرضه في الإصدار الرابع واضطراب طيف التوحد كما تم عرضه في الإصدار الخامس فأصبح الأمر وكأننا نتناول نفس الاضطراب على الرغم من عدم وجود اضطراب التوحد في الإصدار الخامس.
- الاستمرار في عرض المحكات بأسلوب يتسم بالتعقيد.
- زيادة التفصيل والإسهاب فيه إلى الدرجة التي جعلت من الصعب القيام بالقياس والتقييم وفقاً له.

٩- يتضمن قصور السلوك الاجتماعي عند تشخيص اضطراب التوحد في الإصدار الرابع مجموعة مستقلة من المحكات تضم أربعة محكات يشترط انطباق اثنين منها على الأقل على الطفل هي التواصل غير اللفظي، وإقامة علاقات مع الأقران، والمشاركة مع الآخرين في الأنشطة والاهتمامات، وتبادل العلاقات الاجتماعية معهم. أما في الإصدار 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 أو المحك الثالث القصور في تكوين العلاقات، أو الصداقات، وغياب الاهتمام بالأقران، ووجود مشكلات في المشاركة في اللعب الخيالي. وبذلك فإننا نرى تأكيداً على ما تم تناوله في نقاط سابقة ما يلي:

- أن محكات التشخيص التي يتضمنها الإصدار الخامس لم تتغير عن مثيلتها المستخدمة في الإصدار الرابع رغم تغير الاضطراب محور التشخيص فيهما.
- أن الإصدار الخامس يستخدم بذلك في تشخيصه لاضطراب طيف التوحد نفس المحكات التي استخدمها الإصدار الرابع في تشخيصه لاضطراب التوحد.

- أن نفس المحكات الخاصة بالقصور الاجتماعي الانفعالي الموجودة في الإصدار الرابع لتشخيص اضطراب التوحد هي نفسها التي يتضمنها الإصدار الخامس لتشخيص المنتج الجديد المعروف باضطراب طيف التوحد.

- أن الإصدار الرابع في تشخيصه لاضطراب التوحد قد عرض تلك المحكات في مجموعتين بشكل بسيط يسهل قياسه، أما الإصدار 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.

- إذا كان الأمر كذلك، وتم استخدام نفس المحكات في الإصدارين فلماذا لم يظل اضطراب التوحد موجوداً في الإصدار الخامس؟

- أن ذلك الأمر يعني أن اختفاء تشخيص اضطراب التوحد شكلاً من الإصدار الخامس، ووجوده حقيقة لتشخيص الاضطراب الجديد مع اختفاء الوجود المادي المستقل لاضطراب التوحد هو اختفاء غير مبرر، ولا جدوى منه.

- أن وجود هذا التشخيص لكافة الاضطرابات لا يمكن أن تكون له دلالاته الإكلينيكية التي يمكن أن نعتد بها.

- لماذا تغير مسمى الاضطراب وجوهره وبقي التشخيص على حاله؟

١٠- يهتم الإصداران كل في وجهته التشخيصية بالسلوكيات النمطية حيث يعرض الإصدار الخامس لمجموعة مستقلة من مجموعتي التشخيص إذ تعرض المجموعة الثانية لوجود أنماط سلوك أو اهتمامات أو أنشطة مقيدة وتكرارية

وتتضمن أربعة محكات يشترط أن ينطبق على الطفل اثنان منها على الأقل يتمثل أولها في القيام بحركات نمطية أو تكرارية، وثانيها في الإصرار على بقاء الشيء كما هو أو القيام به بنفس الطريقة، sameness والالتزام الصارم بالروتين، أو التمسك بأنماط من السلوك اللفظي أو غير اللفظي ذات الطقوس، ووجود مشكلات في الحركة، وإتباع أنماط تفكير صارمة. أما ثالثها فهو وجود اهتمامات مقيدة ومثبتة تعد غير عادية في مستوى حدثها أو محور تركيزها كالتعلق الشديد بأشياء غير عادية أو الانشغال الدائم بها، أو الاهتمام المفرط بها. ويعرض الإصدار الرابع له في مجموعة مستقلة تضم الأنشطة والاهتمامات النمطية والمقيدة التكرارية وتتضمن أربعة محكات يشترط انطباق أحدها على الأقل على الطفل هي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي، والرتابة والروتين، وإتباع أساليب نمطية للأداء، والانشغال الدائم بأجزاء من الأشياء. ويمكن أن نلاحظ ما يلي:

- أن نفس المجموعة من المحكات التشخيصية موجودة بالضبط في الإصدارين معاً رغم أن الاضطراب موضوع التشخيص في الإصدار الرابع هو اضطراب التوحد بينما اضطراب طيف التوحد هو الاضطراب موضوع الإصدار الخامس.
- أن هذا الأمر يعني أنه لا يوجد فرق في محكات التشخيص بين الإصدارين الرابع والخامس رغم اختلاف موضوع التشخيص أي الاضطراب الذي يتم تشخيصه.
- أن الإصدار الخامس قد أضاف جملة أو عبارة ضمن الإسهاب الذي يقدمه تشير إلى القصور في المدخل الحسي على الرغم من أنه تصور مشترك بين كل اضطرابات طيف التوحد التي ألغاه الإصدار الخامس بمعنى أن هذا القصور لن يميز أحدها عن الآخر. كما أنه يعد مشتركاً أيضاً بينها وبين حالات أخرى عديدة من الإعاقة بما يجعله من الخصائص الدالة على العموميات وليس الخصوصيات مع أن الخصوصيات فقط هي التي تكون موضوع التشخيص.

١١- أن القصور في المدخل الحسي يعد من الخصائص العمومية المميزة لاضطراب التوحد وغيره من اضطرابات طيف التوحد إلى جانب غيرها من الاضطرابات، ولكن الإصدار الخامس يعرضه في البند الرابع من المجموعة الثانية إذ يتناول وجود تطرف أي إفراط أو قصور في المدخل الحسي والاستجابات الحسية. ولم يعرض الإصدار الرابع لذلك حيث لا يعد من الخصائص التي تتعلق بالخصوصية وهي التي يعرضها دليل التشخيص. ويمكن أن نعلق على ذلك كما يلي:

- أن هذا القصور لن يميز الاضطراب الجديد عن الاضطرابات القديمة، ولن يغير من مستوى شدتها لأنها جميعاً تنتم بذلك القصور في المدخل الحسي.
- أن خصائص اضطرابات طيف التوحد تتوزع على ثلاثة محكات أو محاور للقصور تضم أولاً التكبير أو الظهور المبكر للأعراض في مقابل ظهورها المتأخر وهو ما يمكن أن يميز بين البداية المبكرة والبداية المتأخرة للاضطراب، ويمكن التمييز بين تلك الاضطرابات وفقاً لذلك. ويتمثل المحور الثاني في الخصوصية وهي ما تعني تلك الخصائص التي يتسم بها هذا الاضطراب أو ذاك دون سواه، وبالتالي يتوقف تشخيص كل اضطراب عليها، كما اشتقت منها المحكات التشخيصية الخاصة بكل منها كما وردت في الأدلة التشخيصية السابقة. وأخيراً يتمثل المحور الثالث في العمومية وهي تلك الخصائص المشتركة بين كل الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب أو ذاك من اضطرابات طيف التوحد من ناحية، والتي يشترك فيها هؤلاء الأطفال مع غيرهم من ذوي الاضطرابات الأخرى من ناحية ثانية، ولكن يمكن تمييزهم بسهولة عنهم من خلال ما يبدونه من سلوكيات تدل على هذه القصور وتعكسه.

- أن القصور في المدخل الحسي يندرج تحت محور العمومية، وبالتالي فهو لن يميز أحداً من ذوي اضطرابات طيف التوحد (السابقة) عن غيره نظراً لأنها تميزهم جميعاً، ولكنها تستخدم للتمييز بينهم وبين غيرهم من ذوي الاضطرابات الأخرى.

• أن هذه الخاصية لا تضيف أي جديد في تشخيص اضطراب طيف التوحد كما ورد في الإصدار الخامس.

١٢- أن الإصدار الخامس يقر بضرورة ظهور الأعراض الدالة على هذا الاضطراب في مرحلة مبكرة من مراحل نمو الطفل، 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.

وهناك عدد من المآخذ أو الملاحظات على هذا البند من قبيل ما يلي:

• أن كل اضطراب من اضطرابات طيف التوحد التي اختفت من الإصدار الخامس ولم يعد لها وجود فيه له بدايته الزمنية كما يتضح من النقاط التالية. ويصعب أن نقوم بعد هذا التوقيت المحدد بتشخيص الحالة، وندعي أنها هي على وجه التحديد.

• أن اضطراب التوحد يتسم ببدايته المبكرة، ويجب أن يتم تشخيصه ببلوغ الطفل ثلاثين شهراً من عمره أو قبل إتمام العام الثالث من العمر، أما اكتشافه بعد هذا السن فيعني بكل بساطة أن الحالة ليست هي اضطراب التوحد بالتحديد.

• أن اضطراب أسبرجر له بدايته المبكرة والتي قد تظهر على الطفل في عامه الثالث، إلا أن تشخيصه الدقيق لا يتم في الواقع قبل العام التاسع من عمر الطفل.

• أن اضطراب الطفولة التفككي يتسم ببدايته المتأخرة حيث يمر الطفل بفترة نمو طبيعية جداً تصل إلى ثلاث سنوات وربما أكثر، ثم يتعرض لإنتكاسة شديدة ومفاجئة أو تدريجية تستغرق إما ستة شهور بحد أقصى للإنتكاسة المفاجئة أو ست سنوات للإنتكاسة التدريجية يفقد على أثرها كل ما اكتسبه من لغة أو مهارات مختلفة، ويصعب بعد تدريبه أن يصل إلى نفس المستوى الذي تعرض عنده للإنتكاسة، وبذلك تظهر أعراض الاضطراب عليه في سن ما بين ٤- ٩ سنوات.

- أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد له هو الآخر بدايته المتأخرة والتي عادة ما تبدأ بعد الثالثة من عمر الطفل حينما لا تنطبق عليه بشكل كامل محكات اضطراب التوحد أو اضطراب أسبرجر.
- أن هذا التوقيت كان محدداً بدقة في الدليل الرابع، بل إنه كان يمثل أحد الشروط اللازمة للتشخيص.
- أن الإصدار الخامس قد جمع بذلك بين البدايتين المبكرة والمتأخرة، وقام بصهرهما معاً كما صهر اضطرابات طيف التوحد حتى تتناسب مع المنتج الجديد المبهم المسمى باضطراب طيف التوحد الذي يتم تشخيصه عن طريق محكات تشخيص اضطراب التوحد التي وردت في الإصدار الرابع بعد إخراجها بشكل جديد.
- ١٣- أن الإصدار الخامس لم يعرض أي تفاصيل أو محكات مستقلة تخص أي حالة من الحالات التي يتضمنها اضطراب طيف التوحد مما يكون من شأنه أن يزيد الأمر تعقيداً بالنسبة للكثيرين ممن يتعاملون مع هؤلاء الأفراد حيث يجب أن يكون بوسعهم أن يميزوا بين كل حالة منها. ويمكن توضيح ذلك بشيء من التفصيل في النقاط التالية:
- أن الإصدار الخامس قد ألغى المظلة الأكبر التي كانت تتدرج تحتها اضطرابات طيف التوحد وهي فئة الاضطرابات النمائية الشاملة والتي كانت تمثل إحدى أهم نقاط الاشتراك بين تلك الاضطرابات كدليل على وجود الطيف.
- أنه قد ألغى اضطرابات طيف التوحد بأسرها فلم يعد هناك أي تشخيص مستقل لأي حالة منها سواء كانت اضطراب التوحد، أو اضطراب أسبرجر، أو اضطراب الطفولة التفككي، أو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد على الرغم من وجودها المستقل والتمايز في الواقع حتى وقتنا الراهن على الأقل.
- أنه قد استبدل تلك الاضطرابات باضطراب هجين كما يدعون، ولكننا نرى أنه اضطراب ممسوخ لا يعبر عن أي منها.

- أنه بهذا الأمر قد نسف فكرة الطيف من أساسها حيث لم تعد هناك مجموعة الاضطرابات التي تمثله، بل لم يعد هناك سوى اضطراب واحد فقط لا يمكن أن يعبر عن الطيف.
- أن مستويات شدة الاضطراب رغم أنها لا تعود إلى كيان عام واحد لا يمكن أن تعد دليلاً على وجود الطيف وإلا كان للإعاقة الفكرية طيف آخر مماثل وهي أولى منه نظراً لاستقرارها ووضوحها.
- والأهم من ذلك أنه لا توجد أي محكات تعكس اضطراب أسبرجر، أو اضطراب الطفولة التفككي، أو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد في الإصدار الخامس، فكيف يعبر الاضطراب الجديد عنها كحالات مستقلة، بل إن الواقع يشهد أن لهذه الاضطرابات وجودها المستقل والتمايز على أرض الواقع كما أسلفنا.
- أن المحكات الواردة في الإصدار الخامس لتشخيص اضطراب طيف التوحد هي نفس المحكات الواردة في الإصدار الرابع لتشخيص اضطراب التوحد مع بعض التعديل الذي لا يتجاوز الصياغة، وإضافة عبارة لا جدوى منها وهي القصور الحسي لأنها لا تميز أي حالة منها لأنهم جميعاً يخبرون ذلك القصور.
- على الرغم من كل ذلك ومن محكات التشخيص المعدلة والخاصة به هو فإن اضطراب التوحد قد اختلف هو الآخر من الإصدار الخامس ولم يعد موجوداً به بعد أن كان الطيف كله يسمى باسمه.
- لم يعد الكثير من عامة الناس يعرف شيئاً عن مصير تلك الحالات التي يشاهدها بعينه في الواقع، بل إن ذلك قد سبب الكثير من اللبس والإرتباك حتى بين الأطباء مما اضطرتهم إلى الالتزام بما ورد في الدليل فجاء تشخيص الحالات غير دقيق.

١٤- أن استخدام محكات الإصدار الخامس يتطلب المزيد من الخبرة والفهم والدراسة إلى جانب الوعي الزائد بها وبطبيعة الاضطراب حتى يمكن أن نصل إلى تشخيص دقيق للحالة وهو الأمر الذي يفرض المزيد من التعقيد والضغط على



- من يتولى القيام بعملية التشخيص. ويمكن توضيح ذلك من خلال عدة نقاط يمكننا أن نعرض لها على النحو التالي:
- أن المحكات التي يتضمنها الإصدار الخامس لاضطراب طيف التوحد هي نفسها تقريباً المحكات التي قدمها الإصدار الرابع لاضطراب التوحد على الرغم من اختفاء تشخيص اضطراب التوحد بل واضطراب التوحد ذاته من الإصدار الخامس.
  - أن المحكات الموجودة بالإصدار الخامس تخص اضطراب معين لم يعد موجوداً (اضطراب التوحد) ومع ذلك يتم استخدامها لتشخيص اضطراب آخر (اضطراب طيف التوحد) يفترض فيه أن يجمع بين عدة اضطرابات مع أن الاضطرابين مختلفان، فكيف ذلك؟
  - أن هذا التشخيص قد تم استخدامه لاضطراب طيف التوحد كمنتج بديل لاضطرابات طيف التوحد السابقة على الرغم من عدم وجود أي شيء في الدليل أو التشخيص يتعلق بتلك الاضطرابات.
  - أن الدليل يعرض محكات التشخيص بصورة معقدة تجعل من مسألة التشخيص والقياس والتقييم أمراً صعباً قد يعرقل مهمة الأخصائي المبتدئ أو ذي الخبرة القليلة في هذا المجال.
  - يتم تحديد مستوى شدة الاضطراب في ثلاثة مستويات دون معرفة ما يقابل هذا المستوى أو ذلك من اضطرابات حتى يتم تعيين برنامج أو برامج التدخل المناسبة له.
  - لن يكون مستوى الشدة 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.
  - أن تقديم محكات التشخيص بهذا الشكل من شأنه أن يعرض القائم بالتشخيص للضغوط بسبب تعقيدها، وعدم معرفته عن ماذا يتحدث من ناحية أخرى.
  - أن هذه المحكات بشكلها ووضعها الراهن لا تقدم شيئاً عن اضطراب أسبرجر، وبالتالي إذا كانت الحالة المراد تشخيصها تتعلق باضطراب أسبرجر

فماذا سيفعل القائم بعملية التشخيص دون معرفة بذلك الاضطراب ودراية بخصائصه.

- 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.

١٥- أنه لم يتم تحديد مواقع معينة على المتصل لكل حالة من الحالات الأربع التي يفترض أن يتضمنها الاضطراب في الإصدار الخامس فضلاً عن حقيقة وضع الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد والذي لا تتوفر فيه السلوكيات النمطية مما يجعله شبيهاً بسمات الاضطراب التي حددها الإصدار الرابع. ويمكن توضيح ذلك كما يلي:

- طالما كان هناك إقرار بوجود طيف يصبح من الضروري أن يوجد متصل يتم تعيين مواضع محددة عليه لكل اضطراب أو عنصر من تلك العناصر الداخلة في الطيف.

- أن اضطراب طيف التوحد قد نتج عن انصهار اضطرابات طيف التوحد الأربعة معاً، وقد ظهر ككيان وحيد ولكنه غير مقنع بطبيعة الحال نظراً لاستحالة حدوث هذا الانصهار نتيجة تغير طبيعة تلك الاضطرابات عن بعضها البعض.

- إذا كان الطيف يتطلب وجود مجموعة عناصر تشترك في خاصية أو أكثر بدرجات متفاوتة فإن ناتج عملية الانصهار يوضح أننا لا يوجد لدينا سوى عنصر واحد فقط، وبالتالي لا يوجد طيف.

- أن الاعتماد على مستويات شدة الاضطراب كمبرر لوجود الطيف أمر غير منطقي وغير مقبول لأكثر من سبب حيث أن مستويات شدة اضطراب طيف التوحد لا تعود إلى كيان واحد بل إلى كيان ممسوخ لا يمكن أن يرقى إلى مستوى أي كيان كلي واحد، وأننا لا ندرى هوية هذا المستوى وما يمكن أن تعكسه من اضطرابات، وأن اضطراب أسبرجر غير موجود كطبيعة ومحكات، بل إنه يعد بمثابة كيان مفقود داخل ذلك الكيان الممسوخ، وإذا كانت مستويات الشدة هي المبرر لوجود الطيف كان من الأولى أن يوجد

طيف للاضطرابات الأكثر استقراراً وذات الكيان الواضح والمحدد كالإعاقة الفكرية على سبيل المثال.

- إذن نستطيع أن نقول بكل ثقة وجزم أنه لا يوجد طيف، ولا يوجد متصل، continuum 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.
- أن الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد قد أسئى تشخيصه، وأصبح يعبر عنوة عن اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة كأحد اضطرابات التواصل مع أنه ينتمي في الأساس إلى اضطرابات طيف التوحد.
- أن اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة قد أضحى على أثر ذلك بمثابة فئة عامة مبهمة يسودها التشوش والتخبط في التشخيص حيث ستدخلها حالات لا تنتمي إليها من الأساس، إلا أنه وفقاً للدليل سيتم تشخيصها على تلك الشاكلة.

١٦- أن الإصدار الخامس يعرض لمجموعة من الحالات التي يمكن أن يكون

اضطراب طيف التوحد مصحوباً أو حتى غير مصحوب بها والتي تضم العديد من الحالات من بينها 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 الفلق، 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 تتاب التواصل والتفاعل الاجتماعي كما تتحدد في المحك الأول هي إعاقة شاملة تتسم بالثبات والدوام. فضلاً عن ذلك فإن القصور عادة ما يقاس في إطار المعايير التي تتفق مع العمر الزمني، والجنس، وثقافة المجتمع. ويمكن التعقيب على ذلك كما يلي:

- وفقاً لقانون تعليم الأفراد ذوي الإعاقات فإن هذا التشخيص لا ينطبق على الطفل إذا كان أداءه التعليمي يتأثر سلبياً من جراء اضطراب انفعالي آخر خطير يعاني منه.

- لم يتم توضيح مستوى شدة اضطراب طيف التوحد عندما يكون مصحوباً بأي من هذه الاضطرابات قياساً بمستوى شدته عندما لا يكون مصحوباً به.
  - لم يتم توضيح أي أثر لهذا التلازم المرضي على الإعاقة الاجتماعية الثابتة والدائمة التي تعكسها تلك المحكات التي تتضمنها المجموعة الأولى من مجموعتي التشخيص.
  - وعلى نفس المنوال لم يتم توضيح مدى أثر هذا التلازم على السلوكيات النمطية والتكرارية التي تعكسها تلك المحكات الواردة بالمجموعة الثانية في التشخيص.
  - لم يتم تحديد أثر العمر الزمني، والجنس، وثقافة المجتمع على مستوى شدة الاضطراب.
  - وفضلاً عن ذلك لم يتم 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 (الاضطراب النمائي العقلي)، أو التأخر النمائي العام لا يمكن أن يقدم تفسيراً جيداً لمثل هذه المشكلات. كما أنه غالباً ما يحدث تلازم مرضي بين الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد، ولكي نجزم بوجود تشخيص مزدوج لكل من الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد فإن مستوى التواصل الاجتماعي ينبغي أن يكون أدنى من المتوقع بالنسبة للمستوى النمائي العام. ويمكن التعقيب على ذلك في عدة نقاط كما يلي:
- أن الإعاقة العقلية (الاضطراب النمائي العقلي)، أو التأخر النمائي العام كما يعرض الإصدار الخامس لهما لا يمكن أن يقدم تفسيراً جيداً للمشكلات التي يتسم الاضطراب بها نظراً لأن الإعاقة العقلية تعد في وضع أفضل من هذا الاضطراب والذي يمكن أن ننظر إليه من جوانب ستة من بينها أنه يعد إعاقة عقلية.
  - يضيف الإصدار الخامس أنه غالباً ما يحدث تلازم مرضي بين الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد مما يعني وجود إعاقة مزدوجة، ولكي نجزم بوجود تشخيص مزدوج لكل من الإعاقة الفكرية واضطراب طيف التوحد فإن

مستوى التواصل الاجتماعي ينبغي أن يكون أدنى من المتوقع بالنسبة للمستوى النمائي العام. أما الواقع فيشهد وجود تداخل بين الإعاقين وليس تلازم مرضي إذ أن طبيعة اضطراب التوحد تتضمن طبيعة الإعاق الفكرية دون حاجة إلى وجودها في ذات الوقت، أما إذا كان الأصل في الحالة هو الإعاق الفكرية وليس اضطراب التوحد فيمكن آنذاك أن يحدث مثل هذا التلازم، أي أن اضطراب التوحد هو الذي يتلازم مع الإعاق الفكرية.

- عندما يحدث هذا التلازم بين اضطراب التوحد والإعاق الفكرية يتدنى معامل ذكاء الفرد بالضرورة ليصبح في حدود الإعاق الفكرية الشديدة أو حتى الحادة وهو الأمر الذي يؤكد كم الدراسات التي تم إجراؤها حول هذا الموضوع.
- أن كثيراً من المنظرين يرون أن اضطراب التوحد يعد بمثابة إعاق عقلية أو فكرية متطرفة، ويتعاملون معه على هذا النحو حيث تنطبق عليه كافة شروطها، وبالتالي لا بد أن ينطبق ذلك على اضطراب طيف التوحد.
- أن الغالبية العظمى من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذي استخدمت محكاته بعد تحويلها لتشخيص اضطراب طيف التوحد يقع معامل ذكائهم في حدود الإعاق الفكرية البسيطة والمتوسطة.
- أن تحليل سلوك الأطفال ذوي اضطراب التوحد حتى سن عشر سنوات وربما أكثر يوضح أن عمرهم العقلي يتراوح في الواقع بين أربعة شهور لتوازي المرحلة الفرعية الرابعة من المرحلة الأولى والخاصة بردود الفعل الدائرية الثانية.

- كما حددها بياجيه Piaget حيث يرمي الطفل باللعبة على الأرض لا ليكسرها وإنما لسمع ويستمتع بصوت ارتطامها بالأرض إلى أربع سنوات لتوازي المرحلة الفرعية الأولى "ما قبل الفكر الإدراكي" من المرحلة الثانية "مرحلة ما قبل العمليات" عند بياجيه حيث يجد الطفل صعوبة كبيرة في استخدام اللغة كرموز لغوية، أو نسق عفوي للرموز، وفي أداء الألعاب الرمزية.

١٨- يعرض الإصدار 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. أما الأفراد الذين يبدوون أوجه قصور واضحة في التواصل الاجتماعي إلا أن ما يبدوونه من أعراض لا تنطبق تماماً عليها محكات اضطراب طيف التوحد فيجب أن يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من اضطراب التواصل الاجتماعي أو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة. وبطبيعة الحال فإن هذا الأمر يدل على عدة نقاط من قبيل ما يلي:

- أن أول انطباع من هذا العرض أنه قد استبعد 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 ذلك؟
- أنه قد تم صهر اضطرابات طيف التوحد الأربعة في بوتقة واحدة رغم تباينها وصعوبة حدوث هذا الانصهار حتى أخرجت لنا عنوة هذا الكيان المسمى باضطراب طيف التوحد.
- أنه تم إلغاء التشخيصات المستقلة والتمايزة لاضطرابات طيف التوحد كل على حدة.
- أنه قد تم إلغاء الوجود المادي المستقل لجميع اضطرابات طيف التوحد من الإصدار الخامس للدليل التشخيصي رغم وجودها المستقل والتماييز على أرض الواقع.
- أنه لا توجد أي إشارات تشخيصية لأي من اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد في الإصدار الخامس للدليل.
- أن المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد في الإصدار الرابع قد تم تحويلها لتصبح في النهاية هي نفسها المحكات التشخيصية لاضطراب طيف التوحد في الإصدار الخامس دون وجود أي إشارة لاضطراب التوحد.
- أما الأفراد الذين يبدوون أوجه قصور واضحة في التواصل الاجتماعي إلا أن ما يبدوونه من أعراض لا تنطبق تماماً عليها محكات اضطراب طيف التوحد

وذلك نظراً لعدم انطباق محكات المجموعة الثانية عليهم فهم في الواقع الأطفال ذوو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. وعلى الرغم من أن الإصدار الخامس من الدليل يحدد أن من كان يتم تشخيصهم وفق الإصدار الرابع على أنهم من ذوي هذا الاضطراب أصبح يتم تشخيصهم على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد فإنهم يتم تشخيصهم رغم ذلك على أنهم من ذوي اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة والمعروف باضطراب التواصل الاجتماعي وهو ما أربك عملية تشخيص هذا الاضطراب كأحد اضطرابات التواصل.

١٩- يعرض الإصدار الخامس أنه قد يكون اضطراب طيف التوحد مصحوباً أو غير مصحوب بإعاقة عقلية، أو اضطراب اللغة، وقد يكون مصحوباً بحالة صحية أو جينية معروفة أو عامل بيئي محدد وهو ما يتطلب استخدام كود إضافي حتى يتم التعرف على وتحديد الحالة الصحية أو الجينية المصاحبة. ويمكن التعقيب على ذلك كما يلي:

- أنه لا توجد هناك أي إشارة إلى الإعاقة المزدوجة التي تشهدها الحالة عندما يكون الاضطراب مصحوباً بأي من هذه الحالات حتى يمكن أن يتم التعامل المناسب معها.
- أن الدليل لم يتطرق إلى تحديد طبيعة مثل هذه المصاحبة وهل هي تداخل أم تلازم مرضي حيث أنه في حالة التلازم المرضي توجد الحالتان معاً لدى نفس الفرد في نفس الوقت، أما في حالة التداخل فإنه لا يكون هناك داع لوجود الحالة الثانية مع الاضطراب الأصلي في نفس الوقت نظراً لأن طبيعته تتضمن طبيعة تلك الحالة الثانية. أما إذا حدث تلازم رغم ذلك فإن الحالة تزداد سوءاً.
- أنه لم يتم توضيح أي أثر محدد لحالة المصاحبة تلك على اضطراب طيف التوحد، وعلى مستوى شدته.

٢٠- كذلك يحدد الإصدار الخامس أن اضطراب طيف التوحد قد يكون مصحوباً باضطراب نمائي عصبي أو عقلي أو سلوكي آخر مما يستدعي استخدام كود آخر في سبيل التعرف على وتحديد الاضطراب النمائي العصبي، أو العقلي، أو السلوكي المصاحب لذلك الاضطراب، وكذلك قد يكون هذا الاضطراب مصحوباً بالكاتاتونيا (الفصام التخشبي) مما يستدعي اللجوء إلى محكات الكاتاتونيا المصحوبة باضطراب عقلي آخر. ويمكن التعقيب على ذلك كما يلي:

- أنه لا توجد هناك أي إشارة إلى الإعاقة المزدوجة التي تنشأ آنذاك أي حينما يكون مصحوباً بأي من تلك الاضطرابات.
- أنه عندما يكون هذا الاضطراب مصحوباً بالكاتاتونيا (catatonia) (الفصام التخشبي) فإن ذلك يستدعي اللجوء إلى محكات الكاتاتونيا المصحوبة باضطراب عقلي آخر وليس باضطراب طيف التوحد في حد ذاته لأنه ليس كذلك.
- أن ذلك اللجوء المشار إليه للتو في التعقيب السابق عادة ما يكون بغرض التحقق من وجود تلازم مرضي بينهما أي وجود كل منهما بشكل مستقل وذلك ككيان مستقل في ذات الوقت وإن ظل الأمر دون تحديد للأثر الذي يمكن أن يحدث من جراء ذلك.

٢١- أنه إذا كانت محكات التشخيص لم تتناول شيئاً عن الاضطرابات الأخرى التي ساهمت في تشكيل اضطراب طيف التوحد والتي كانت تعرف في أدلة سابقة باسم اضطرابات طيف التوحد فإن الملامح التشخيصية للاضطراب كما وردت بالدليل والتي تعد بمثابة توضيح لطبيعة الاضطراب، وشروط إضافية إلى جانب محكات التشخيص السبعة تسهم في التعرف على الحالة فإنها كملامح أو معالم تشخيصية قد تضمنت ثلاث إشارات لاضطراب الطفولة التفككي، وثلاث إشارات أخرى تميل إلى اضطراب أسبرجر، ووحدة تشير إلى الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد وهو ما يتضح مما يلي:



## أولاً: فيما يتعلق بالإشارات الثلاث التي تتعلق باضطراب الطفولة التفككي:

ضمت هذه الإشارات الثلاث تلك العبارات التي تحمل أرقام ١١ - ١٢ - ١٣ وفق ما وردت به هنا عند تحليلها، وعرضها في نقاط، والتعليق عليها فجاءت على النحو التالي:

أ- نصت العبارة (١١) على أن "مصطلح اضطراب طيف التوحد يشتمل على تلك الاضطرابات التي تمت الإشارة إليها سابقاً على أنها اضطراب التوحد الطفولي المبكر، واضطراب التوحد الطفولي، واضطراب التوحد اللانموذجي، واضطراب التوحد عند كانر، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد إلى جانب اضطراب الطفولة التفككي، واضطراب أسبرجر". وذلك وفقاً لما ورد في المحكات التشخيصية للاضطراب والتي عرض لها الإصدار الخامس في صفحة ٥٣ وعرض لها الإصدار الخامس المعدل في صفحة ٦٠. وتؤكد هذه العبارة بذلك على وجود اضطرابات أو مكونات يشملها اضطراب طيف التوحد، وتعرض العبارة لتلك الاضطرابات المتضمنة فيه وهي اضطراب التوحد (بمسمياته السابقة)، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. وهذا يعني شيئين يتمثل أولهما في أن اضطراب الطفولة التفككي هو أحد العناصر الأساسية الداخلة في التفاعل أو في عملية الصهر التي أسفرت نتائجها عن اضطراب طيف التوحد. أما الشيء الثاني فيتمثل في أن مدخلات عملية الصهر كانت بذلك أربعة عناصر أو اضطرابات بينما تمثلت مخرجاتها في ثلاثة منها فقط تعكسها مستويات الشدة الثلاثة للاضطراب وهو ما يعني اختفاء أحد تلك العناصر، وعدم تحديد ماهيته.

ب- نصت العبارة (١٣) على "احتمال وجود حالات نمائية عصبية متعددة من بين حالات اضطراب طيف التوحد كإيذاء الذات، أو اضطراب النوم أو الإخراج". وتؤكد هذه العبارة تلميحاً بذلك على احتمالية وجود حالات أخرى من بين حالات اضطراب طيف التوحد، وهي تلك الحالات التي يحتمل أن تتلازم معه،

ومن بينها اضطراب الإخراج والذي يعد من أهم الأعراض الدالة على اضطراب الطفولة التفككي إذ أن الطفل عندما يتعرض لذلك الاضطراب لا يستطيع أن يتحكم في عملية الإخراج بشقيها المتمثلين في التبول والتبرز حيث لا يستطيع التحكم في حركة المثانة أو الأمعاء. وربما يكون المقصود من هذه العبارة هو اضطراب الإخراج كاضطراب أولي، وليس كاضطراب ثانوي أي كعرض في إطار اضطراب أولي. ولكن المهم هنا أن تلك الحالة يمكن أن تشمل اضطراب الطفولة التفككي.

ج- نصت العبارة (١٢) على "ضرورة تشخيص من كان يتم تشخيصهم من الأطفال وفق الإصدار الرابع على أنهم من ذوي اضطراب التوحد، أو اضطراب أسبرجر، أو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد". وذلك وفقاً لما ورد في الملحوظة note الموجودة بعد البند الخامس والأخير (E) من محكات التشخيص في صفحة ٥١ بالإصدار الخامس من الدليل، وفي صفحة ٥٧ بالإصدار الخامس المعدل من الدليل. وتؤكد هذه العبارة بذلك على استبعاد اضطراب الطفولة التفككي من تلك الاضطرابات أو المكونات التي يشملها اضطراب طيف التوحد حيث تم تحديد ثلاثة اضطرابات فقط كان يتم تشخيصها وفق الدليل الرابع على أنها اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد كي يتم تشخيصها وفق الدليل الخامس على أنها اضطراب طيف التوحد. وهذا يعني أن اضطراب الطفولة التفككي تم استبعاده من الطيف، وأن الاضطرابات الداخلة في عملية التفاعل أو الصهر كانت تمثل ثلاثة مكونات فقط، وأن المخرجات تتفق بذلك مع المدخلات حيث كانت ثلاثة عناصر فقط دون تحديد للاضطراب الذي يشير إليه كل مستوى من مستويات الشدة.

والواقع أن هذه العبارات الثلاث تتطلب وقفة تأملية جادة من جانبنا نظراً لما تحمله في طياتها من تناقض واضح وصارخ يعكس في أساسه تشوش الرؤية، وعدم وضوحها فيما يتعلق بهذا الاضطراب الجديد وهو اضطراب طيف التوحد فضلاً عن عدم ثبات هذا الاضطراب واستقراره. وقد جاءت هذه الملاحظات التي تم

تحديدها كماأخذ على تلك الملامح التشخيصية لتؤكد ذلك حيث:

- تعكس العبارة (١١) أن هذا الاضطراب المتمثل في اضطراب الطفولة التفككي يعد في الأساس بمثابة أحد مكونات اضطراب طيف التوحد.
- تعكس العبارة (١٣) أن هذا الاضطراب نفسه في الأساس ليس من مكونات اضطراب طيف التوحد.
- أما العبارة (١٢) فتعكس حقيقة أن اضطراب الإخراج كاضطراب ثانوي وليس اضطراباً أولياً يحتمل أن يتلازم مع اضطراب طيف التوحد، وهذا قد لا يهمننا في الوقت الراهن لأنها ليست إشارة مباشرة لاضطراب الطفولة التفككي.

### ثانياً: فيما يتعلق بالإشارات الثلاث التي تتعلق باضطراب أسبرجر:

ضمت هذه الإشارات الثلاث تلك العبارات التي تحمل أرقام ١٧- ١٨- ١٩ كما وردت هنا عند عرضها والتعليق عليها. وجاءت هذه الإشارات الثلاث على النحو التالي:

أ- نصت العبارة (١٧) على أن "اكتمال المهارات اللغوية كالمفردات اللغوية والقواعد النحوية لا يمنع وجود قصور واضح أو إعاقة في استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي التبادلي". والواقع أن المهارات اللغوية لا يمكن أن تصل إلى درجة كهذه إلا في حالة اضطراب أسبرجر والذي لا يعكس أي قصور في الجانب اللغوي بمكوناته ومهاراته، ولكن القصور اللغوي آنذاك يكون في مظاهر استخدام اللغة.

ب- نصت العبارة (١٩) على أن "المستوى اللغوي للأفراد الذين لا يبدو قصوراً لغوياً يتضمن التحدث باستخدام جمل كاملة، أو التحدث بطلاقة". وهذا يوضح المستوى اللغوي لمن لا يبدو قصوراً لغوياً وهم ذوو اضطراب أسبرجر.

ج- نصت العبارة (١٨) على أن "قصور التبادل الاجتماعي الانفعالي بالنسبة للمراهقين الذين لا يعانون من إعاقة فكرية أو تأخر لغوي قد يتضح في وجود مشكلات في تجهيز والاستجابة للإشارات الاجتماعية المعقدة، ومواجهة المواقف الجديدة دون دعم أو مساندة". وتعكس تلك العبارة بعض المشكلات

المعرفية ذات الطبيعة الاجتماعية لمن لا يعانون من إعاقة فكرية أو تأخر لغوي وهم ذوو اضطراب أسبرجر .

والواقع أن هذه العبارات الثلاث كما وردت في الملامح التشخيصية للاضطراب تتطلب وقفة تأملية نظراً لما تحمله في طياتها من خصائص لا تنطبق إلا على الأفراد ذوي اضطراب أسبرجر وهي عدم وجود قصور عقلي أو قصور لغوي لديهم حيث عادة ما يكون معامل ذكائهم في المستوى العادي (المتوسط) فأعلى، ولديهم مفردات ومهارات لغوية هائلة وهي كخصائص لم يتم تضمينها في محكات التشخيص، واختفى التشخيص المستقل لاضطراب أسبرجر من الدليل رغم أنه يعكس طبيعة مختلفة عن اضطراب التوحد حيث يمثل الطرف المقابل له، بما يجعل العلاقة بينهما هي علاقة تناقض واضح أي تقابل وليس تطابق فهما بذلك متقابلان وليسا متطابقان، وبالتالي لا يمكن أن يستدل على أحدهما من خلال الآخر، وكان من الأفضل أن يوضع تشخيص مستقل لاضطراب أسبرجر في مقابل التشخيص المستقل لاضطراب التوحد الذي تم استخدامه كتشخيص لاضطراب طيف التوحد. ويدل ذلك على أن الرؤية لا تزال غير واضحة ومشوشة بخصوص هذا الاضطراب وهو ما يسهم في عدم ثبات هذا الاضطراب واستقراره.

**ثالثاً: فيما يتعلق بالإشارة التي تتعلق بالاضطراب النمائي الشامل غير**

#### **المحدد:**

جاءت إشارة واحدة بالملامح التشخيصية لاضطراب طيف التوحد تتناول الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد وهي ما أوردناها في النقطة رقم ٢٦ والتي تنص على أن "اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة يعكس قصوراً في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي مع عدم وجود أنماط مقيدة وتكرارية من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة".

وهذا يعني أن المجموعة الأولى من مجموعتي تشخيص اضطراب طيف التوحد هي التي تنطبق على الطفل، أما المجموعة الثانية والخاصة بالسلوكيات النمطية والتكرارية والمقيدة فلا تنطبق عليه. ووفقاً لما ورد في الدليل التشخيصي يتم تشخيص هذه الحالة والتي عادة ما تبدو على أغلب الأطفال ذوي الاضطراب

النمائي الشامل غير المحدد على أنها اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة أو اضطراب التواصل الاجتماعي وهو الأمر الذي أضاف إلى الطرفين أو الاضطرابين قدراً كبيراً من التشوش والإرتباك.

## 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).
- دانيال هالاها، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة (ترجمة عادل عبدالله محمد). عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٠٧).
- 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، وعبير أبوالمجد محمد (٢٠٢٠). مقياس تشخيص أعراض اضطراب التوحد وفق DSM-V: كراسة التعليمات. 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).
- 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.
  - Frances, A. (17 May 2013). The New Crisis in Confidence in Psychiatric Diagnosis. *Annals of Internal Medicine*.
  - Galanopoulos, A., Robertson, D.,& Woodhouse, E. (2016). The assessment of autism spectrum disorders in adults. *Advances in Autism*, 2 (1), 31–40.
  - Klin, A., Pauls, D., Schultz, R.,& Volkmar, F. (2005). Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (2), 221–234.
  - Mohammed, A.,& Mourad, E.(2014). Contemporary perspectives on autism: Identification, assessment, problems, intervention, and instruction. Houston: TX. Arees University Press.
  - Strock, M. (2004). Autism spectrum disorders: Pervasive developmental disorders. NIH Publication No, NIH- 04- 5511, National Institute of Mental Health, National Institute of Health, U.S. Department of Health and Human Services, Bethesda, MD.
  - Ventola, P., Kleinman, J., Pandey, J., Barton, M., Allen, S., Green, J. et al. (2006). Agreement among four diagnostic instruments for autism spectrum disorders in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 839–847.

- 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. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). The ICD- 11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (ICD-11). Geneva: World Health Organization.