



رؤية تحليلية ونقدية لاضطراب طيف التوحد

An analytical and critical view of autism spectrum disorder

أ.د. / عادل عبدالله محمد

أستاذ التربية الخاصة

والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق

الإستشهاد المرجعي:

محمد، عادل عبدالله. (٢٠٢٢). رؤية تحليلية ونقدية لاضطراب طيف التوحد.

مجلة بحوث ودراسات الطفولة. كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة بني

سويف، ٤(٨)، ج(١)، ديسمبر، ١-٢٠.

ملخص:

ظهر اضطراب طيف التوحد في الإصدار الخامس من دليل التشخيص كبديل لاضطرابات طيف التوحد رغم وجودها المستقل والتمايز في الواقع، وناتج لعملية صهرها معاً بطريقة قسرية رغم اختلاف طبيعة عناصرها وهو الأمر الذي نفس فكرة الطيف من أساسها، إلا أن الدليل قد لجأ إلى طريقة أخرى غير صحيحة للإبقاء على الطيف، وظهرت نواتج عملية الانصهار أقل من مدخلاتها، وتم استخدام المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد في الإصدار الرابع لتشخيص اضطراب طيف التوحد بعد إعادة صياغتها بطريقة أكثر تعقيداً وتتفاي قواعد القياس والتقييم وكأن اضطراب طيف التوحد هو نفسه اضطراب التوحد، وخط معها اضطراب أسبرجر ذي الطبيعة المختلفة عن باقي الاضطرابات مما أسفر عن ضياع هويته، ولم يصاحب ظهور اضطراب طيف التوحد تنظير مناسب أو كاف له مما أثر سلباً على الدراسة العلمية له، كما خلط بين بعض مكونات هذا الاضطراب واضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة كأحد الفئات الفرعية لاضطرابات اللغة والتواصل. وانتهت ورقة العمل هذه إلى ضرورة إعادة النظر في دراسة هوية وطبوغرافية هذا الاضطراب حتى نتقضى ما أثير حوله من مشكلات نظرية وعملية وإكلينيكية وبحثية.

مقدمة

طالعنا بل فاجأنا وصدمننا الإصدار الخامس من دليل التشخيص DSM-V الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي APA في مايو ٢٠١٣ بإلغاء فئة الاضطرابات النمائية الشاملة، وإلغاء اضطرابات طيف التوحد بتشخيصاتها المستقلة، وإلغاء متلازمة ريت من اضطرابات طيف التوحد نظراً لأنها متلازمة جينية وذلك بعد اكتشاف الجين المسبب لها، بل واستبدال باقي اضطرابات طيف التوحد بعد إلغاء متلازمة ريت منها بخطة سحرية جمع فيها بين اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد كبواقي اضطرابات طيف التوحد رغم الاختلاف في طبيعة كل منها وتمايزها، ووضعها رغم ذلك في بوتقة واحدة، وقام بصهرها عنوة ليخرج لنا كياناً جديداً مسوخاً أطلق عليه اضطراب طيف التوحد autism spectrum disorder ASD فقدم لنا اضطراباً واحداً، له تشخيص واحد، وثلاثة مستويات من الشدة.

وعلى الرغم من أن المكونات الداخلة في عملية الخلط أو الانصهار كانت أربعة مكونات فقد تمثلت مخرجات هذه العملية في ثلاثة مستويات للشدة بعكس أي قوانين للتفاعل فاقتى بذلك أحد تلك المكونات (الاضطرابات) دون تحديد لماهية هذا الاضطراب المختفي، وأين اختفى، وكيف اختفى، ولماذا اختفى. إلا أن الدليل قد فاجأنا بعد ذلك بأن المكونات الداخلة في التفاعل هي ثلاثة فقط، فأين ذهب الرابع؟ ولماذا هذا التضارب بين أربعة وثلاثة مكونات؟ ونتيجة لذلك أصبح لدينا تشخيص واحد فقط ذو مستويات شدة ثلاثية التدرج بعكس المتعارف عليه في الاضطرابات متعددة مستويات الشدة حيث يكون الاضطراب ذو كيان أو أصل واحد فقط محدد، ويختلف مستوى شدته باختلاف الفروق الفردية بين الأفراد ممن يعانون منه. إلا أن مستويات شدة اضطراب طيف التوحد لا ترجع إلى كيان واحد أو اضطراب واحد بل ترجع إلى عدة



اضطرابات دون أن ندري أي هذه الاضطرابات هو الذي يعكس مستوى الشدة البسيط، وأيها هو الذي يعكس مستوى الشدة المتوسط، وأي منها هو الذي يعكس مستواها الشديد. وإلى جانب ذلك فإننا لا ندري أيضاً كيف يرجع مثل هذا المستوى من الشدة إلى أكثر من كيان واحد محدد. فالإعاقة العقلية مثلاً لها مستويات شدة مختلفة، ولكنها في النهاية تعبر عن كيان أو أصل واحد وتعكسه هو الإعاقة العقلية مهما كان مستوى الشدة. أما مستويات شدة اضطراب طيف التوحد على الجانب الآخر فهي على النقيض من ذلك تماماً.

والواقع أن مستويات شدة اضطراب طيف التوحد بهذا الشكل لا تعكس من وجهة نظرنا سوى تخيلات في أذهان من وضعوا مثل هذا التشخيص وشاركوا في عملية صهر أو خلط تلك المكونات لأنهم قاموا بخلط كيانات أربعة- أو حتى ثلاثة- مستقلة تختلف في طبيعتها بين ما لا يمثل إعاقة عقلية وهو اضطراب أسبرجر، وبين ما يمثل إعاقة عقلية في جوهره وهي الاضطرابات الثلاثة الأخرى والتي يمثلها اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التوحد، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. بل إن هذا الاضطراب الأخير يجمع بين مستويات الإعاقة العقلية كلها في جوهره. فكيف تم خلط هذه الكيانات معاً في خليط واحد، وكيف خرج هذا الخليط على هذه الشاكلة السحرية العجيبة، وكيف يمكن أن نقل المخرجات عن عدد وخصائص المدخلات أو المركبات الداخلة في عملية الخلط؟ وبالتالي فنحن لا ندري ماذا نعني بكل مستوى من مستويات الشدة الثلاثة تلك، وإلى أي اضطراب من هذه الاضطرابات يشير كل مستوى، وكيف يمكن لنا أن نلغي الوجود الفعلي لتلك الاضطرابات ونتجاهله مع أنها موجودة في الواقع حتى وقتنا الراهن بشكل متميز لا يخطئه إلا من يريد ذلك. وحتى عندما ورد بالدليل الاكتفاء بثلاثة فقط من تلك الاضطرابات عند استبعاد اضطراب الطفولة التوحد فإن الأمر لم يختلف حيث أصبح المهم في هذا الأمر أننا قد أصبح لدينا كيان عام واحد مبهم، وغامض، ومشوش، بل وممسوخ يسمى اضطراب طيف التوحد. ومع ذلك فلا يوجد إطار نظري محدد وكاف عنه لمن يريد أن يعرفه، أو يحدده، أو يدرسه مما دفع بالباحثين إلى أن يكتبوا في الغلاف "اضطراب طيف التوحد" ويتناولوا "اضطراب التوحد" في المتن وهو الأمر الذي لا يتفق مع الأعراف والإجراءات العلمية المختلفة، ولا مع أخلاقيات البحث العلمي.

مفهوم اضطراب طيف التوحد

استخدم الأخصائيون والأطباء والعلماء في الماضي مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة، أو اضطرابات طيف التوحد، أو حتى اضطراب التوحد بالتبادل لتعني نفس الشيء. وقد شهد الدليل التشخيصي الثالث (DSM-III) (1980) أول ظهور لتلك الاضطرابات، إلا أنها كان يغلب عليها الطابع السلوكي. وفي المقابل تم استخدام مصطلح الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الذي شهد الدليل التشخيصي الثالث المعدل (DSM-III-R) (1987) أول ظهور رسمي له ليعكس تلك الحالة التي لا تنطبق على الطفل فيها المحكات اللازمة لتشخيص اضطراب التوحد أو اضطراب أسبرجر كاضطرابات نمائية شاملة محددة وذلك بشكل كلي يكفي لتشخيصها على هذا النحو أو ذلك. وكان الاضطراب الأكثر شيوعاً وانتشاراً في ذلك الوقت هو اضطراب التوحد، ومن ثم فقد نال القدر الأكبر من الاهتمام والبحث والدراسة، بل وكثيراً ما كان يعرف

الطيف بأسره على أنه اضطراب التوحد على الرغم من شمول ذلك الطيف آنذاك على خمسة اضطرابات مستقلة ومتميزة وذات تشخيصات مستقلة تتمثل في اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، واضطراب ريت (حتى إستبعاده من الطيف) إلى جانب الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد.

وكانت الإصدارات السابقة على الإصدار الخامس وذلك بداية من الإصدار الثالث المعدل (DSM-III-R) تعرض تشخيصات مستقلة لأنماط اضطرابات طيف التوحد. ونظرت إلى الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد على أنه تلك الحالة التي لا تنطبق على الطفل فيها المحكات الخاصة باضطراب أسبرجر بشكل كلي، كما لا تنطبق عليه محكات اضطراب التوحد بشكل كلي بسبب بدايتها في سن متأخر عن الثالثة من العمر، أو أعراضه اللانموذجية، أو تلك الأعراض التي توجد عند حده التحتي، أو كل هذه الأسباب مجتمعة. ويمثل هذا الاضطراب العتبة التحتية الفارقة أو الحد التحتي لاضطراب التوحد. subthreshold وأوردت المراجعة النصية للإصدار الرابع من الدليل التشخيصي (DSM-IV-TR) أن هذا الاضطراب عادة ما يعكس قصوراً في تطور التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة مصحوباً بقصور في مهارات التواصل اللفظي أو التواصل غير اللفظي، أو كليهما مع وجود أو عدم وجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية ومقيدة. كما أنه يعكس جميع مستويات الإعاقة الفكرية فضلاً عن إنتماء الأطفال ممن يعانون من هذا الاضطراب إلى ثلاث فئات فرعية مختلفة تقريهم إما من اضطراب التوحد، أو اضطراب أسبرجر، أو تبعدهم عنهما بشكل يختلط أو يتداخل مع اضطراب التواصل الاجتماعي. وقد جاء ذلك تصويماً لما أورده الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي (DSM-IV) من أن هذا الاضطراب عادة ما يعكس قصوراً في تطور التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة، أو قصوراً في مهارات التواصل اللفظي أو غير اللفظي، أو كليهما مع وجود أو عدم وجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية ومقيدة. والذي كان من نتيجته أن بعض الأطفال ممن لا يخبرون أي قصور اجتماعي يتم تشخيصهم على أنهم يعانون من هذا الاضطراب نظراً لوجود كلمة "أو" بمعنى أنه يعاني إما قصوراً اجتماعياً أو قصوراً في التواصل، فتم استبدال "أو" لتصبح "و" ليضم التشخيص كلاً من القصور الاجتماعي وقصور التواصل.

ومع ظهور الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي (DSM-V) تم إستبعاد متلازمة ريت من اضطرابات الطيف بعد إكتشاف الجين المسبب لها، وإعتبارها متلازمة جينية قد تصاحب وقد لا تصاحب اضطراب طيف التوحد، وتم صهر الاضطرابات الأربعة الأخرى في كيان واحد، فبقيت بالاسم فقط دون الكيان المستقل، وتم تغيير مسمى اضطرابات طيف التوحد إلى اضطراب طيف التوحد مع وضعه تحت فئة الاضطرابات النمائية العصبية. وبقيت الاضطرابات الأربعة التي تشكل مكوناته اسماً دون كيان. إلا أنه قد تجاهل وجودها المادي المتميز في الواقع، وتم وضعها في الخلاط معاً رغم اختلاف طبيعة كل منها، والخروج عنوة بمكون واحد "افتراضي" ذات مستويات شدة ثلاثية التدرج مما يعني اختفاء أحد تلك الاضطرابات الأربعة، وأطلق على هذا المخرج "إفتراضي" اسم "اضطراب طيف التوحد"، وتم التعامل مع كل الحالات التي يشهدها الواقع على أنها حالة واحدة يختلف مستوى حدة الاضطراب لديها مع تجاهل الوجود المادي



الواقعي المتميز لتلك الاضطرابات الأربعة. وسار الإصدار الخامس المعدل (٢٠٢٢) DSM-V-TR على نفس هذا النهج.

ويعرف الإصدار الخامس من دليل التشخيص DSM-V اضطراب طيف التوحد 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. ويتفق التصنيف الدولي الحادي عشر للأمراض والاضطرابات في مراجعة عام ٢٠١٨ والذي تم العمل به رسمياً منذ بداية يناير عام ٢٠٢٢ معه تقريباً على هذا التعريف. ويرى البعض أن اضطراب طيف التوحد يتضمن مدى كبيراً من الاضطرابات التي تشبه في أساسها اضطراب التوحد. autism-like disorders ومع ذلك فإن الدليل التشخيصي يخلو منها، ويعرض بدلاً من ذلك لاضطراب واحد فقط بمستويات ثلاثة للشدة لا ندري إلى أيها يشير كل مستوى منها.

وبنظرة فاحصة، وتحليلية، وناقدة على ماهية اضطراب طيف التوحد، وعلى مفهومه كما يتضح من الدليل والذي يخالف ما هو موجود بالفعل في الواقع، وعلى طبيعته التي ظهر عليها في الدليل التشخيصي الخامس يتضح ما يلي:

١. أننا إذا سلمنا بقبول مصطلح اضطراب طيف التوحد نظراً لإدراجه في الدليل رغم ما له وما عليه فإننا لن نجد إطاراً نظرياً يمكن أن نغطي به موضوع حديثنا حيث لم يتوفر حتى الآن الإطار النظري الكافي الذي يمكن أن نشرح من خلاله جوانب هذا الاضطراب ككيان واحد بشكل واضح. وهل سنتناول اضطراب التوحد منفرداً رغم عدم وجوده في الدليل، أم اضطراب أسبرجر منفرداً ولم يعد له وجود في الدليل أيضاً، أو غيره دون وجود له في الدليل، أم أننا سنتناول هذا الكيان الموحد، وكيف سنركز في تلك الحالة الأخيرة على ما نريده من تلك الاضطرابات بحسب الحالة التي نقوم بدراستها.

٢. عندما يتناول أحد الباحثين اضطراب طيف التوحد فإننا نتفاجأ أنه يتناول اضطراب التوحد، ويتحدث وكأننا نتعامل مع اضطراب التوحد. وبالتالي فإنه بذلك لا يقدم أي جديد في الأمر يرتبط باضطراب طيف التوحد، ولا نسمع منه شيئاً يرتبط بذلك الاضطراب الهلامي الجديد سوى الاسم فقط. فهل وصل بنا الحال إلى هذا الحد؟ وهل الموضوع قد أضحى مجرد تغيير في المسميات؟ وكيف يمكننا أن نميز في الواقع بين ما نراه بأعيننا من اضطرابات متميزة؟ ومتى سنربط بين العنوان والمضمون في حديثنا وفي كتاباتنا؟ إذن يجب أن نلتزم في كتاباتنا بما نريد أن نتناوله، وأن نلتزم في الكتابة بالاتساق بين العنوان والمتمن.

٣. أن كلمة "طيف" تعني في الأصل وجود مجموعة من العناصر المشتركة، ويعد وجود تلك العناصر هو الأساس لوجود الطيف ذاته. وهذا يعني أنه ما لم يكن هناك مجموعة عناصر مشتركة لن يكون هناك طيف. ويشير المعنى القاموسي إلى أن الطيف هو تصنيف أو مصفوفة ذات تنظيم معين تضم مجموعة من القيم تربط بينها

خواص مشتركة، وتترتب بحسب درجة هذه الخواص. أي أنه يعد بمثابة تصنيف معين لمجموعة من العناصر تشترك في خاصية معينة أو أكثر بدرجات متفاوتة. وبالتالي يمكننا استنتاج أنه بدون وجود هذه "المجموعة" لن يكون هناك وجود لذلك "التصنيف"، أي أنه لن يكون هناك وجود لطيف. وتطبيق ذلك على مجموعة الاضطرابات التي كانت تشكل اضطرابات طيف التوحد نجد أنها تشترك معاً في العديد من الخصائص باعتبارها اضطرابات نمائية شاملة تؤثر سلباً على جميع جوانب النمو تقريباً، كما تشترك معاً في مجموعة من الخصائص التي تميزها وهي تلك الخصائص التي يتسم بها اضطراب أو إعاقة التوحد. وبعد أن تم في الإصدار الخامس من دليل التشخيص إلغاء فئة الاضطرابات النمائية الشاملة، وصهر أو عجن كل الاضطرابات الأربعة التي يمثلها اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد في كيان واحد فقط رغم وجودها المتميز في الواقع، وإلغاء التشخيصات المستقلة لكل اضطراب منها لم يعد لدينا في الواقع سوى مكون واحد فقط أطلق عليه الدليل اسم اضطراب طيف التوحد، وبالتالي لم يعد لدينا سوى تشخيص واحد له. وهذا يعني أنه لم يعد لدينا مجموعة من الاضطرابات، أو بمعنى أدق لم يعد لدينا طيف، أو بمعنى آخر لم يعد لدينا من الطيف سوى الاسم فقط. فلماذا يصير الدليل على استخدام مصطلح الطيف رغم عدم وجوده نظراً لإلغائه مع أن وجوده في هذه الحالة يعني أنه يدل على شيء أو تصنيف غير موجود؟

٤. أن الدليل قد قدم في محاولة للإبقاء على فكرة الطيف أسلوباً غير صحيح لحساب الطيف وهو الاعتماد على مستويات شدة الاضطراب متناسياً أن مستويات الشدة ما هي إلا درجات متفاوتة لخاصية واحدة تتعلق بعنصر أو مكون واحد فقط وليس مجموعة عناصر أو مكونات. كما أنه لم يطبق نفس هذه الفكرة على الاضطرابات الأخرى متعددة مستويات الشدة رغم استقرارها وثباتها النسبي قياساً بهذا الاضطراب المبهم كالإعاقة العقلية مثلاً.

٥. أن هذه ليست هي المرة الأولى التي يوجد فيها خطأ في تشخيص أحد الاضطرابات في الدليل التشخيصي لأن من يضعون الدليل بشر يسيبوا ويخطئوا، والمهم هو تصويب الخطأ وهو ما حدث بالفعل. ففي عام ١٩٨٠ كان هناك خطأ في تشخيص اضطراب التوحد بالإصدار الثالث تم تصويبه في الإصدار الرابع عام ١٩٩٤. وتضمن الإصدار الرابع خطأ في تشخيص الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد تم على أثره تشخيص العديد من الأطفال ممن لا يعانون في الواقع من هذا الاضطراب على أنهم يعانون منه، وتم تصويب هذا الخطأ في المراجعة النصية للإصدار الرابع التي صدرت عام ٢٠٠٠. وفي الإصدار الخامس كان هذا الخطأ الذي نتحدث عنه حالياً وهو ما نأمل أن يتم تصويبه في إصدار لاحق من الدليل.

٦. على الرغم من وجود خمسة اضطرابات تتضمنها اضطرابات طيف التوحد في الإصدارات الثالث، والثالث المعدل، والرابع، والمراجعة النصية للدليل الرابع من الأدلة التشخيصية فإنها أصبحت أربعة اضطرابات فقط في الدليل الخامس بعد استبعاد اضطراب ريت، وانصهرت في مسمى اضطراب طيف التوحد، واستمرت النظرة العامة



لتلك الاضطرابات في تناولها منذ بداية ظهورها في الدليل التشخيصي على أنها اضطراب التوحد فقط حيث كان هو الأكثر شيوعاً وتداولاً، والأكثر استثنائاً بالحديث والدراسة، والأكثر تداولاً من جانب عامة الناس، بل إن تشخيص الحالة من جانب المختصين كان يعبر عنه غالباً على أنه اضطراب التوحد للتسهيل على أولياء الأمور، وربما لا يزال هذا النهج سائداً بدرجة كبيرة حتى وقتنا الراهن إذ لا يزال اضطراب التوحد هو الأكثر استثنائاً بالحديث، يليه بكثير اضطراب أسبرجر بينما كاد الاضطرابان الآخريان وهما اضطراب الطفولة التفككي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أن يكونا مجهولين.

٧. أن الاضطرابات ذات مستويات الشدة المتعددة عادة ما يكون لكل منها كيان واحد مستقل أو أصل واحد، وتختلف مستويات شدة الاضطراب تبعاً للفروق الفردية بين الأفراد الذين يعانون منه، ولكن ليس بذلك الشكل الممسوخ الذي يطالعا به اضطراب طيف التوحد والذي يحول بيننا وبين معرفة ماهية ذلك المستوى، وهل كل اضطراب من اضطرابات الطيف يمثل مستوى معيناً أم لا، وهنا نفاجاً باختفاء أحد تلك الاضطرابات مما يحيطه بالغموض، ويشوش فهنا له إذ كيف يمكن لهذه الاضطرابات الأربعة أن تتداخل معاً، وتتدمج مع بعضها البعض، بل وتتصهر سوياً لتعطينا مخرجاً ممسوخاً لا يمكن لنا أن نأخذ به، أو أن نصدق في وجوده من الأساس يسمى اضطراب طيف التوحد. وبمعني آخر من الملاحظ أن هذه الاضطرابات الأربعة ليست اضطراباً واحداً- بغض النظر عن كيان اضطراب طيف التوحد- حتى تكون له مستويات شدة مختلفة.

٨. أن النظرة التحليلية والتطبيقية، بل والنظرة العملية المتممة والناقذة لهذا النوع من اضطرابات الطيف والتي قد تقلص عددها في الآونة الأخيرة ولم يبق منها سوى أربع فئات فرعية فقط توضح ما يلي:

أ. يوجد نمطان أساسيان من اضطراب طيف التوحد هما:

اضطراب التوحد. low functioning autism (autism)

اضطراب أسبرجر. high functioning autism (Asperger)

ويعرف اضطراب التوحد من وجهة نظرنا على أنه اضطراب نمائي عصبي معقد يلحق بالطفل قبل الثالثة من عمره، ويلزمه مدى حياته، ويعكس عدم قدرته على التوحد مع الآخرين أو تقمص شخصياتهم بسبب وجود خلل أو إعاقة أو اضطراب في عملية التوحد من جانبه. ويمكن النظر إلى هذا الاضطراب من منظور سداسي حيث يعد بمثابة اضطراب نمائي شامل يؤثر سلباً على العديد من جوانب نمو الطفل، ويظهر على هيئة استجابات سلوكية قاصرة وسلبية في الغالب تدفع بالطفل إلى التوقع حول ذاته. كما يتم النظر إليه أيضاً على أنه إعاقة عقلية، وإعاقة اجتماعية، وعلى أنه إعاقة عقلية اجتماعية مترامنة، وكذلك على أنه نمط ذو أداء وظيفي منخفض ضمن أنماط اضطرابات طيف التوحد التي اندمجت في اضطراب طيف التوحد يتسم بقصور في السلوكيات الاجتماعية، والتواصل، واللعب الرمزي فضلاً عن وجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية ومقيدة، كما أنه يتلائم مرضياً مع اضطراب قصور الانتباه.

أما اضطراب أسبرجر على الجانب الآخر فيمكننا أن نعرفه بأنه اضطراب نمائي عصبي شامل يمثل أحد الاضطرابات المثيرة للجدل ضمن اضطرابات طيف التوحد (السابقة) وهو أبسطها في الشدة، وأعلىها أداءً وظيفياً حيث يكون نكاه الطفل عادياً فأعلى مما يجعل هذا الاضطراب يمثل كياناً تشخيصياً مستقلاً يعكس حالة ترتبط باضطراب التوحد ولكنها غير كل الحالات الأخرى. ويبدأ تشخيصه قبل الثالثة ويستمر حتى التاسعة من عمر الطفل، وله تأثيره السلبي على سلوك الطفل، وانغماسه الشامل في الاهتمامات التي تتعلق بموضوعات خاصة، وعلى استخدامه للغة، والتواصل، ونمط التفاعلات الاجتماعية. ويتم بقصور التعاطف، ونقص القدرة على تكوين الصداقات والحفاظ عليها، والمحادثات أحادية الجانب، والانغماس الشديد في الاهتمامات الخاصة، والحركات المتناقلة 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، وعدم وجود أي قصور عقلي أو لغوي.

ب. يوجد نمطان متحرفان من اضطراب طيف التوحد هما:

- اضطراب الطفولة التفككي. CDD

- الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. PDD- NOS

وعندما لا تنطبق على الطفل المحكات الخاصة باضطراب أسبرجر بشكل كلي بسبب وجود تأخر لغوي أو إعاقة فكرية، كما لا تنطبق عليه محكات اضطراب التوحد بشكل كلي بسبب بدايته في سن متأخر عن الثالثة من العمر، أو أعراضه اللانموذجية، أو تلك الأعراض التي توجد عند حده التحتي، أو كل هذه الأسباب مجتمعة يكون تشخيصه في هذه الحالة أنه يعاني من الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد كاضطراب نمائي عصبي معقد، بل وغامض. ويمثل هذا الاضطراب العتبة التحتية الفارقة أو الحد التحتي لاضطراب التوحد، ويسمى باضطراب التوحد اللانمطي. وعادة ما يعكس قصوراً في تطور التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة مصحوباً بقصور في مهارات التواصل اللفظي، أو التواصل غير اللفظي، أو كليهما مع وجود أو عدم وجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية ومقيدة. كما أنه يعكس جميع مستويات الإعاقة الفكرية فضلاً عن إنتماء الأطفال ممن يعانون من هذا الاضطراب إلى ثلاث فئات فرعية مختلفة تقربهم إما من اضطراب التوحد، أو من اضطراب أسبرجر، أو تبعدهم عنهما بشكل يختلط أو يتداخل مع اضطراب التواصل الاجتماعي.

أما اضطراب الطفولة التفككي والذي يسمى باضطراب التوحد ذي البداية المتأخرة فهو حالة نادرة ومعقدة وخطيرة تتسم بطبيعتها النمائية والعصبية، وتعكس اضطراباً نمائياً شاملاً فتؤثر سلباً على جميع جوانب نمو الطفل، وتمثل إحدى الاضطرابات الفرعية التي يضمها اضطراب طيف التوحد. 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 آنذاك لإنتكاسة شديدة ومفاجئة أو تدريجية يفقد على أثرها بشكل تام ما يكون قد اكتسبه من مهارات، ومكتسبات 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.

٩. يوجد في الواقع وبشكل حقيقي وملموح أربعة أنماط مستقلة و متميزة من الاضطرابات التي تنتمي إلى اضطراب طيف التوحد هي اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. ولذلك كان ينبغي أن توجد هناك أربعة تشخيصات مستقلة لها بواقع تشخيص محدد لكل نمط من تلك الأنماط- كما كان سابقاً- حتى يمكن التعرف عليه، وتشخيصه على الوجه الأمثل، واقتراح برامج التدخل المناسبة له نظراً لاختلاف كل نمط منها عن الآخر بما يؤدي إلى اختلاف أسلوبنا في التعامل معه فضلاً عن إعداد البرنامج التربوي الفردي الملائم.

١٠. أن الدليل التشخيصي الخامس لم يعرض أي تشخيص مستقل لأي من هذه الأنماط الفرعية الأربعة من الاضطراب وهو ما يعني اختفاء التشخيصات المستقلة لتلك الاضطرابات منه بعد أن كانت موجودة بشكل واضح في إصدارات سابقة وهو إختفاء غير مبرر وغير مقبول نظراً لوجودها المتميز في الواقع.

١١. دفعت طبيعة اضطراب أسبرجر فضلاً عن تلك الخصائص الإيجابية الكثيرة التي يتضمناها بالعديد من الخبراء والأطباء إلى انتقاد الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي حول ضمه اضطراب أسبرجر إلى اضطراب طيف التوحد، وضياح طبيعته وطبوغرافيته ضمن هذا الكيان الجديد الوحيد. وعلى ذلك فهم يرون أنه يجب أن يكون هناك تشخيص مستقل و متميز لاضطراب أسبرجر في مقابل اضطراب التوحد.

١٢. نحن نرى أنه كان من الأفضل- وهذه وجهة نظرنا- أن توجد فئة عامة تحت مسمى اضطرابات طيف التوحد، وأن تندرج فئتان فرعيتان تحت هذه الفئة العامة تضم الأولى اضطراب أسبرجر كإعاقة لا تتضمن القصور العقلي، وأن يتم تسميتها باسمه كفئة فرعية، وأن تتضمن الفئة الفرعية الثانية والتي يمكن أن نسميها اضطراب طيف التوحد (ليس الموجود بالدليل) تلك الاضطرابات ذات القصور العقلي والتي تتضمن اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد كفئات فرعية أخرى بداخلها على أن تسمى كل منها باسمها هذا مما ييسر دراستها والتحدث عنها، وأن يتم توزيع كل منها على متصل الطيف، وتعيين موقع محدد لكل منها عليه. وسوف يساعدنا ذلك على أن نقوم آنذاك بتناول كل منها بشكل واضح ومفصل ودقيق وهو ما تم توظيفه في نموذجنا التصنيفي الجديد.

اضطراب طيف التوحد في الإصدار الخامس من دليل التشخيص :

كان الاضطراب النمائي الشامل موجوداً في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي. وعندما لم تكن تنطبق محكات الاضطراب على الطفل كان يتم تشخيص الحالة على أنها الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. ومع صدور الإصدار الخامس من الدليل تم اختفاء الاضطراب النمائي الشامل، واستبدال اضطرابات طيف التوحد باضطراب طيف التوحد كمظلة كبيرة مع وضعه في إطار الاضطرابات النمائية العصبية. وتضمن اضطراب طيف التوحد أربعة اضطرابات فرعية اسماً دون كيان تمثل أربع فئات فرعية للاضطراب هي اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. وبالتالي فقد اختفى التشخيص الخاص بكل من هذه الاضطرابات التي كانت تمثل طيفاً دون وجود متصل حقيقي له يتم تعيين موقع محدد لكل منها عليه نظراً لأن الدليل قد تعامل مع هذه الاضطرابات الأربعة كاضطراب واحد تتوزع أعراضه على فئتين أو مجموعتين اثنتين من القصور يتمثلان في قصور التواصل والتفاعلات الاجتماعية، والحركات النمطية المقيدة أو التكرارية.

ويقابل كل فئة من هاتين الفئتين مجموعة من المحكات التي يتم تقييم الأعراض في إطارها لتضم المجموعة الأولى الخاصة بقصور التواصل والتفاعلات الاجتماعية ثلاثة محكات يجب أن تنطبق جميعها على الطفل، وتضم المجموعة الثانية الخاصة بالحركات والسلوكيات النمطية والمقيدة أو التكرارية أربعة محكات يجب أن ينطبق على الطفل منها اثنان على الأقل. وعادة ما تتحدد كل فئة من هاتين الفئتين بمجموعة فريدة من الأعراض الخاصة بها التي تعكسها مجموعة معقدة من المحكات. ويتم تقييم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد وفقاً لمستوى حدة أو شدة تلك الأعراض والذي يتخذ تصنيفاً ثلاثياً بحيث يكون مستوى الشدة بسيطاً، أو متوسطاً، أو شديداً. ويتحدد مستوى الدعم المطلوب للحالة وفقاً لمستوى شدة الاضطراب كما يبدو عليها، وكما تعكسه درجاتها على المقياس. وعلى هذا الأساس فقد استند الدليل في تعريفه لاضطراب طيف التوحد على تلك المحكات الواردة فيه والتي يتم استخدامها في سبيل تشخيصه.

ومع صدور الإصدار الخامس المعدل من الدليل DSM-V-TR في مارس ٢٠٢٢ استمر الأمر بما هو عليه إذ سار على نفس النهج، وقدم تعديلات طفيفة للغاية، وشكلية ولا تكفي، وأنها لم تغير في الأمر شيئاً لأنها ابتعدت عن جوهر الموضوع حيث أضاف في ديباجة المجموعة الأولى أن كل المحكات الثلاثة الواردة فيها يجب أن تنطبق جميعها على الطفل مع أن الإصدار الخامس يحدد ذلك بدون هذه الكلمة إذ يتطلب ضرورة انطباقها جميعاً. كما حذف طريقة حساب الشدة كعبارة مكررة أسفل كل مجموعة، ووضعها في نقطة مستقلة في النهاية مع تحديد أنها تتضمن ثلاثة مستويات للشدة يتطلب المستوى البسيط تقديم الدعم والمساندة، ويتطلب المستوى المتوسط قدرًا كبيراً من الدعم والمساندة، ويتطلب المستوى الشديد قدرًا كبيراً جداً من الدعم والمساندة. ومع ذلك فقد ظل عدم تحديد إلى أي الاضطرابات تشير تلك المستويات موجوداً في الدليل الخامس المعدل.



الملاح التشخيصية للاضطراب :

عند الرجوع إلى الملاح أو الخصائص التشخيصية diagnostic features المميزة للاضطراب كما وردت في الدليل التشخيصي يتضح ما يلي:

- أن مصطلح اضطراب طيف التوحد يضم أو يشمل تلك الاضطرابات التي تمت الإشارة إليها سابقاً على أنها اضطراب التوحد الطفولي المبكر *early infantile autism* واضطراب التوحد الطفولي *childhood autism* واضطراب التوحد عند كانر *Kanner's autism* والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد *PDD- NOS* واضطراب الطفولة التفككي *childhood disintegrative disorder* واضطراب أسبرجر *Asperger's disorder*

وهذا يعني من وجهة نظرنا أن اضطراب طيف التوحد كما يعرض له الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي يشمل أربعة أنماط مما كان يعرف من قبل باضطرابات طيف التوحد- اسماً دون كيان كما يتضح من الملاح التشخيصية للاضطراب- هي الاضطراب التوحدي، ومتلازمة أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، أما متلازمة ريت فهي حالة جينية قد يكون اضطراب طيف التوحد مصحوباً أو غير مصحوب بها.

أن الأفراد الذين كان يتم تشخيصهم وفق الإصدار الرابع على أنهم من ذوي اضطراب التوحد، أو اضطراب أسبرجر، أو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يجب أن يتم تشخيصهم على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد. 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 أو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة. وهذا يتعارض من وجهة نظرنا مع النقطة السابقة، كما أنه يخلط بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة.

- أن اضطراب طيف التوحد يتسم بقصور واضح في التواصل الاجتماعي التبادلي والتفاعل الاجتماعي وفق المحك الأول بالمجموعة الأولى وهو ما يتضمن المجموعة الأولى كاملة بمحكات الأربعة في الإصدار الرابع من الدليل والخاصة باضطراب التوحد.

- أن المحكين الآخرين بالمجموعة الأولى يتضمنان المجموعة الثانية بالإصدار الرابع كاملة بمحكات الأربعة والخاصة باضطراب التوحد.

- أن المجموعة الأولى من محكات التشخيص بالإصدار الخامس والخاصة باضطراب طيف التوحد والتي تتضمن ثلاثة محكات تتضمن بذلك المجموعتين الأولى والثانية من الإصدار الرابع والخاصة باضطراب التوحد واللتين تتضمنان ثمانية محكات.

- أن اضطراب طيف التوحد يتسم بوجود أنماط من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة المقيدة والتكرارية إلى جانب التمسك المفرط بالروتين، والأنماط السلوكية المقيدة في مقاومة التغيير حتى وإن كان بسيطاً، والإصرار على التمسك بالقواعد، والصرامة في التفكير، والأنماط ذات الطقوس من السلوك اللفظي وغير اللفظي، ورفض الحدود، والاهتمامات المقيدة والمثبتة بدرجة كبيرة، وتطرف الاستجابات الحسية. وتمثل هذه السلوكيات التكرارية المجموعة الثانية من المحكات بالإصدار الخامس والتي تضمنت المجموعة الثالثة من محكات الإصدار الرابع الخاصة باضطراب التوحد، وقد تم تضمين محكاتها الأربعة في ثلاث محكات بالإصدار الخامس، وأضيف إليها محك رابع هو قصور الاستجابات الحسية والذي يعد في غير موضعه نظراً لكونه من العموميات أي أوجه القصور التي تتسم بالعمومية وليس من الخصوصيات أي أوجه القصور التي تتسم بالخصوصية، وأن ما يتم الاحتكام إليه في التشخيص هو الخصوصيات وليس العموميات.
- أن هذه الأعراض عادة ما تبدو على الطفل منذ طفولته المبكرة، ويكون من شأنها أن تحد من أو تعوق أداءه الوظيفي اليومي.
- أن المرحلة التي تصبح فيها إعاقة الأداء الوظيفي على درجة كبيرة من الوضوح عادة ما تختلف وفقاً لخصائص الفرد وبيئته.
- أن الملامح أو الخصائص التشخيصية الرئيسية أو الجوهرية تكون أكثر وضوحاً خلال فترة النمو، developmental period إلا أن برامج التدخل، وما تتم إتاحتها من تعويض، وما يتم تقديمه من مساعدات أو أوجه دعم راهنة قد تعمل على إخفاء أو تعمية المشكلات التي يواجهها الطفل في سياقين موقعيين على الأقل.
- أن الأعراض الدالة على الاضطراب عادة ما تختلف بدرجة كبيرة من جراء مستوى حدة أو شدة الاضطراب، والمستوى النمائي للطفل، وعمره الزمني وهو الأمر الذي يوضح مفهوم الطيف. وهذه الفكرة خاطئة من وجهة نظرنا كما أوضحنا من قبل.
- أن أوجه الإعاقة التي تنتاب التواصل والتفاعل الاجتماعي تعد بمثابة إعاقة شاملة وثابتة ودائمة.
- أن التشخيص عادة ما يكون ثابتاً وصادقاً عندما يركز على مصادر متعددة للمعلومات تتضمن ملاحظات الطبيب، والتاريخ المرضي للقائم برعاية الطفل فضلاً عن التقرير الذاتي كلما كان ذلك ممكناً.
- أن أوجه القصور اللفظي وغير اللفظي في التواصل الاجتماعي لها مظاهر متنوعة اعتماداً على العمر الزمني للفرد، ومستواه النمائي العقلي، وقدرته اللغوية إضافة إلى عوامل أخرى مثل التاريخ العلاجي له، والمساندة أو الدعم الراهن الذي يتلقاه.



كلية التربية للطفولة المبكرة- جامعة بني سويف

- أن العديد من الأفراد يعانون من أوجه قصور متعددة في اللغة، وحتى عندما تكون المهارات اللغوية مكتملة intact كالمفردات اللغوية والقواعد النحوية فإن الأمر يشهد قصوراً واضحاً أو إعاقة في استخدام اللغة للتواصل الاجتماعي التبادلي.
- أن يقاس القصور في إطار المعايير التي تتفق مع العمر الزمني، والجنس، وثقافة المجتمع.
- أن يكون للقصور دلالاته الإكلينيكية على الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني الراهن للفرد، أو على غيره من جوانب أدائه الوظيفي الراهن.
- أن يظهر القصور في التواصل الاجتماعي على الرغم من احتمال أن يكون الاضطراب مصحوباً بالإعاقة الفكرية، وألا يتسق هذا القصور مع المستوى النمائي للفرد. ونحن نرى أن طبيعة ثلاثة من تلك الاضطرابات باستثناء اضطراب أسيرجر تتضمن الإعاقة الفكرية وتتداخل معها، ولا تتطلب التلازم معها أو مصاحبتها.
- أن الإصدار الخامس يحدد نسبة انتشار اضطراب طيف التوحد في أمريكا وغيرها بأنها ١% تقريباً من مجموع السكان، وتكاد تتشابه معدلات انتشاره بين الأطفال والمراهقين. وهذا يتفق تقريباً مع إحصاءات الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال في نهاية مارس (٢٠١٢) AAP عندما حددت نسبة انتشار اضطراب التوحد بأنها ١ : ٨٨ أي حالة واحدة لكل ٨٨ حالة ولادة. وقد حدد الإصدار الخامس المعدل (٢٠٢٢) تلك النسبة بأنها ١- ٢%. أما نسب انتشار الاضطراب بين الجنسين فلا تزال (٤) للبنين في مقابل (١) للبنات، أي أنه ينتشر بين البنين أربعة أضعاف انتشاره بين البنات. ويمكن التعرف على أعراضه منذ وقت مبكر في حياة الطفل وذلك كملامح سلوكية خلال العام الأول من عمره. وعادة ما تتضمن أولى الأعراض التي يبديها ما 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.
- أن هناك إمكانية في الواقع للتمييز بين اضطراب طيف التوحد واضطراب اللغة في أن اضطراب اللغة عادة لا يكون مصحوباً بأشكال غير عادية من التواصل غير اللفظي، ولا توجد فيه أنماط مقيدة وتكرارية من السلوكيات

أو الاهتمامات أو الأنشطة. أما في حالة اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة فيظهر قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي مع عدم وجود أنماط مقيدة وتكرارية من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة.

نظرة ناقدة على اضطراب طيف التوحد :

إذا كان الإصدار الخامس من دليل التشخيص DSM-V ينظر إلى هذا الاضطراب على أنه اضطراب طيف التوحد فإنه يحدد محكات التشخيص الخاصة به في مجموعتين اثنتين فقط تتضمن أولاهما ثلاثة محكات يجب أن تنطبق جميعها على الطفل، بينما تتضمن المجموعة الثانية أربعة محكات يجب أن ينطبق على الطفل اثنان منها على الأقل كما تشير الجمعية الأمريكية للطب النفسي (٢٠١٣، ٢٠٢٢) APA ليصبح بذلك إجمالي عدد المحكات التي ينبغي أن تنطبق على الطفل لكي يتم تشخيصه كذلك خمسة محكات على الأقل من إجمالي سبعة محكات.

وتوضح النظرة التحليلية الفاحصة والناقدة لمثل هذا الطرح عدة أمور على درجة عالية من الأهمية يجب أن نوليها اهتمامنا وهي الأمور التي يمكن أن نعرض لها في عدد من النقاط كما يلي:

١. وجود أربع فئات فرعية من الاضطراب أو أربعة اضطرابات فرعية هي اضطراب التوحد، واضطراب أسبرجر، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد تمثل "مدخلات" تم إخضاعها لعملية خلط ليخرج لنا "مخرجات" عملية الخلط وهي اضطراب واحد هو اضطراب طيف التوحد له خصائص ثلاثة منها (وليس أربعة كالمدخلات) تتمثل في ثلاثة مستويات للشدة فقط هي المستوى البسيط، والمتوسط، والشديد. وكأن خصائص الخليط "اضطراب طيف التوحد" الثلاثة المتمثلة في مستويات الشدة "المخرجات" تغاير في الأساس عناصره الأربعة المتمثلة في الاضطرابات الفرعية "المدخلات". وبذلك ضاع أو اختفى واحد من هذه الاضطرابات، ولا نعلم من هو هذا الاضطراب على وجه التحديد. وهذا يتنافى مع أبسط قوانين التفاعل الكيميائي أو حتى الخلط حيث يجب أن نلاحظ ما يلي:

أ- عندما نضع مقداراً معيناً من مادة كيميائية محددة مع مقدار آخر معين من مادة أخرى محددة في ظل ظروف معينة للتفاعل فإننا سوف نحصل على مادة جديدة أو مكون جديد يجمع بين خصائص المادتين الداخلتين في التفاعل.

ب- عندما نضع خمس ثمرات مختلفة من الفاكهة في خلط لنحصل على عصير كوكتيل فإن هذا الكوكتيل بالضرورة لا بد أن يتضمن خصائص الثمرات الخمس.

٢. من جهة أخرى يجب أن ننتبه جيداً إلى عدة أمور تبرزها النظرة الناقدة لمثل هذه العملية وهي الأمور التي يمكن أن نجعلها في النقاط التالية:

أ- أن الاضطرابات الفرعية الأربعة عندما تم خلطها لم تتضمن المخرجات سوى ثلاثة خصائص فقط وليس أربعة.



ب- أن أحد الاضطرابات الأربعة لم يظهر في المخرج النهائي، ونحن لا نعلم ما هو هذا الاضطراب المفقود على وجه التحديد.

ج- أن كل اضطراب من هذه الاضطرابات الفرعية لم يعد له كياناً مستقلاً على المستوى الورقي يمكننا بموجبه أن نميزه عن غيره من الاضطرابات الأخرى. وبالتالي لم يتبق لدينا سوى مسخاً من هذه الاضطرابات وهو ما أضاف إليها قدراً أكبر من الغموض.

د- أننا لا نستطيع أن نحدد ما هو الاضطراب الذي يكون مستوى شدته بسيطاً، وما هو الاضطراب الذي يكون مستوى شدته متوسطاً، وما هو الاضطراب الذي يكون شديداً.

هـ- أن مستوى الشدة في الاضطراب الفرعي الواحد قد يختلف نظراً لما يوجد بين الأطفال من فروق فردية عادة ما تدفعنا للجوء إلى إعداد برامج وخطط تربية فردية لكل منهم.

و- أنه عندما تم خلط الاضطرابات الأربعة معاً، ووضعها في بوتقة واحدة لا ندري كيف تم تفاعلها معاً بعد خلط ما هو إعاقة عقلية مع ما لا يمثل إعاقة عقلية حيث أن اضطراب أسبرجر لا يمثل إعاقة عقلية إذ أنه لا يلحق إلا بالأطفال من ذوي الذكاء العادي فأعلى، أما الاضطرابات الأخرى فهي إعاقات عقلية، فكيف تم خلط هذا مع ذلك؟ وكيف تم تفاعلهم معاً؟

ز- أن مستويات شدة اضطراب واحد أو كيان واحد لا يمكن أن تعكس وجود طيف لأن الطيف في هذه الحالة لا يكون موجوداً من الأساس نظراً لأن وجوده يتطلب وجود مجموعة من الكيانات أو العناصر التي تشترك في خاصية واحدة أو أكثر بدرجات متفاوتة، وليس مستويات للشدة كدرجات متفاوتة لعنصر واحد.

٣. ومن جهة أخرى فقد ورد أمر جدلي آخر في الدليل يتعلق بهذه النقطة حيث جاء فيه أن الأطفال الذين كان يتم تشخيصهم في الإصدار الرابع من الدليل (١٩٩٤) DSM-IV والدليل الرابع المعدل (٢٠٠٠) DSM-IV-TR على أنهم من ذوي اضطراب أسبرجر، أو ذوي اضطراب التوحد، أو ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يتم تشخيصهم في الإصدار الخامس (٢٠١٣) DSM-V والإصدار الخامس المعدل (٢٠٢٢) DSM-V-TR على أنهم من ذوي اضطراب طيف التوحد. ويثير هذا الأمر عدة نقاط جدلية مهمة من قبيل ما يلي:

- أين ذهب اضطراب الطفولة التفتكي؟ وهل تم دمج مع أحد هذه الاضطرابات أم أنه أصبح اضطراباً مستقلاً له تشخيصه المستقل؟ وأين ذلك من الدليل على وجه التحديد؟ والواقع أنه لم يرد أي شيء في الدليل يتعلق بهذا الأمر.
- أن الدليل يوضح في موضع آخر أن اضطراب الطفولة التفتكي يعد أحد الاضطرابات الداخلة في عملية الانصهار، فهل هو معنا أم ليس معنا في هذه العملية؟
- أن حوالي نصف الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد لا يبدون سلوكيات نمطية وتكرارية ومقيدة، وهؤلاء ذهب بهم الدليل في اتجاه آخر وهو اتجاه اضطراب التواصل والاستخدام الاجتماعي للغة

- مما يثير تساؤلاً آخر حول مصير الخصائص التي تتعلق بإعاقه التوحد لديهم، وحول اختلافهم عن غيرهم الذين لا يبدون مثل هذه الخصائص ويتم تشخيصهم بذات التشخيص الجديد.
- إذا كانت تلك الاضطرابات الثلاثة هي التي تشكل اضطراب طيف التوحد فكيف نعرف أننا نتحدث عن هذا الاضطراب أو ذاك منهم؟ وكيف اجتمعت معاً وانصهرت في كيان واحد رغم أن لكل منها طبيعته الخاصة؟ وما هو جدوى ظهورهم على هذه الشاكلة الجديدة رغم أنها لن تضيف جديداً، ولن تحسن ذلك الوضع الذي كانوا عليه من قبل، ولن تغير أو تحسن من طريقة التعامل معهم؟
- أن وجود كيان واحد فقط يلغي مفهوم الطيف من أساسه، فلماذا تم الإبقاء في هذا الكيان الجديد على مصطلح الطيف؟

٤. وإذا ما إنتقلنا إلى نقطة أخرى تخص هذا الخليط فإننا سنجد أن المحصلة النهائية لهذا الخليط قد تمثلت في "مخرجات" محددة هي اضطراب طيف التوحد أي اضطراب واحد وهو ما يدفعنا إلى طرح عدد من النقاط لمناقشتها، وتبيان أوجه القصور فيها وذلك على النحو التالي:

أ- أن كلمة "طيف" *spectrum* تعني وجود عدة اضطرابات فرعية تتمثل في الفئات الفرعية التي يتضمنها الاضطراب، فهل نحسبها أربعة اضطرابات أم ثلاثة اضطرابات بعد الاختفاء المفاجئ أو القسري لأحد هذه الاضطرابات عند ظهور المخرجات مع أننا لا نعلم من هو هذا الاضطراب حتى نحدد خصائصه، ونقوم بتشخيصه، ونحدد كيفية التدخل للحد من أعراضه ومن شدة مثل هذه الأعراض. كما أن إنتهاء الأمر إلى وجود اضطراب واحد فقط ينسف فكرة الطيف من أساسها، وبالتالي لن يكون هناك مبرر لوجودها.

ب- أن كلمة "طيف" تعني وتتطلب وجود "متصل" *continuum* للاضطراب بحيث يتحدد موقع معين لكل اضطراب فرعي على هذا المتصل. إلا أن هذا الأمر غير موجود، وبالتالي فنحن لا نعلم أين موضع أو موقع كل اضطراب من هذه الاضطرابات الأربعة على ذلك المتصل الوهمي غير الموجود.

ج- أن الدليل يعرض في الجزء الخاص بالملامح التشخيصية للاضطراب أن مستويات الشدة الثلاثة تعبر عن مفهوم الطيف، فكيف ذلك ومستويات الشدة لا يمكن أن تعبر عن الطيف، كما أننا لا نعلم ما إذا كانت تلك المستويات تعود إلى كيان واحد أم لا، وإذا ما اعتبرنا أنها تعود إلى كيان واحد فكيف تعبر هذه المستويات الخاصة بكيان واحد عن مفهوم غير موجود نظراً لأن الطيف يعتمد على وجود مجموعة عناصر أو كيانات وليس كياناً واحداً؟ وإذا كان الأمر كذلك فلماذا لا تدل مستويات شدة الإعاقة الفكرية الأربعة عن طيف مماثل رغم أننا لو وضعنا لها متصل افتراضي سنجد أن كل مستوى من تلك المستويات يشغل موقعاً محدداً على ذلك المتصل؟ وبالتالي إذا كان اضطراب طيف التوحد (ذو الكيان الواحد المفتعل) بمستوياته الثلاثة للشدة يمثل



طيفاً فلماذا لا ينطبق الأمر ذاته على الإعاقة الفكرية (ذات الكيان الواحد الحقيقي) بمستوياتها الأربعة للشدة لتصبح طيف الإعاقة الفكرية ما دمننا نطلق المسميات جزافاً؟

د- أننا لم نعد نعرف بشكل دقيق كيف يتم تشخيص كل اضطراب فرعي من الاضطرابات الأربعة التي تتضمنها المظلة الكبيرة، وبالتالي كيف يمكننا الآن أن نقوم بتشخيص اضطراب التوحد مثلاً، أو حتى اضطراب أسبرجر، أو اضطراب الطفولة التفككي، أو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد مع أنها كيانات متميزة، وموجودة في الواقع على هذه الشاكلة المتميزة، ولا تمثل في واقع الأمر اضطراباً واحداً بل أربعة اضطرابات متميزة.

هـ- أننا لا نعلم كيف سيتعامل المعلمون مع هؤلاء الأطفال عند دمجهم في مدارس التعليم العام بعد أن تم تجاهل الخصائص التي يتسم بها كل اضطراب، وتم التعامل مع الأمر برمته على أنه اضطراب واحد تتعدد مستويات شدته. ونحن نعلم جيداً أن كل اضطراب من هذه الاضطرابات له أسلوب محدد في التعامل معه بعيداً عن مستوى الشدة المزعوم.

٥. أن الإصدار الخامس من الدليل التشخيصي يقر بأنه عند تشخيص الحالة على أنها اضطراب طيف التوحد يجب أن تنطبق محكات المجموعة الأولى الثلاثة عليها إلى جانب محكين على الأقل من المحكات الأربعة التي تتضمنها المجموعة الثانية وهي المحكات الخاصة بالسلوكيات والاهتمامات التكرارية والنمطية والمقيدة. وإذا لم ينطبق محكا المجموعة الثانية على الطفل بمعنى أن محكات المجموعة الأولى فقط هي التي تنطبق عليه يتم تشخيص الحالة آنذاك على أنها اضطراب التواصل الاجتماعي أي اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة. وهنا تبدو مشكلة جديدة وخطأ جديد حيث يصبح اضطراب التواصل الاجتماعي بمثابة مظلة كبيرة تدرج تحتها حالات أخرى. ومن جهة ثانية فإن العديد من الأطفال ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد لا يبدوون مثل هذه السلوكيات التكرارية، وبالتالي يتم تشخيص حالاتهم على أنها اضطراب التواصل الاجتماعي، فهل هم في الواقع من ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد أم أنهم من ذوي اضطراب التواصل الاجتماعي؟ وهذا يعني أن هناك حالات كثيرة يتم تشخيصها بشكل خاطئ على أنها اضطراب التواصل الاجتماعي، وهي ليست كذلك.

٦. نحن نرى أن هذا الخطأ يوازي في الواقع الخطأ الذي أورده الدليل التشخيصي الرابع في تشخيص الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، وتم تصويبه في المراجعة النصية للدليل الرابع حيث تم تصوير ذلك الاضطراب في الدليل الرابع على أنه عادة ما يعكس قصوراً في تطور التفاعلات والعلاقات الاجتماعية المتبادلة، أو قصوراً في مهارات التواصل اللفظي أو التواصل غير اللفظي، أو كليهما مع وجود أو عدم وجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية وتكرارية ومقيدة. وكان من نتيجته أن بعض الأطفال ممن لا يخبرون أي قصور اجتماعي تم تشخيصهم على أنهم يعانون من هذا الاضطراب نظراً لوجود كلمة "أو" بمعنى أنه يعاني إما قصوراً اجتماعياً أو

قصوراً في التواصل فتم استبدال كلمة "أو" في المراجعة النصية للدليل التشخيصي الرابع بكلمة "و" أي "مصحوباً بـ" ليضم التشخيص كلاً من القصور الاجتماعي وقصور التواصل.

ووفقاً لآخر نقطتين سابقتين فإن الإصدار الخامس من دليل التشخيص يحدد أنه في حالة اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة يظهر قصور في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي مع عدم وجود أنماط مقيدة وتكرارية من السلوكيات أو الاهتمامات أو الأنشطة. ولذلك فإنه عند انطباق محكات المجموعة الأولى (الخاصة بالقصور الاجتماعي) دون المجموعة الثانية (الخاصة بالسلوكيات والاهتمامات النمطية والتكرارية) يتم تشخيص الحالة عندئذ على أنها اضطراب التواصل أو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة.

ومن المعروف أنه وفقاً للتشخيص السابق للاضطراب النمائي الشامل غير المحدد قد لا تظهر مثل هذه السلوكيات والاهتمامات والأنشطة التكرارية والنمطية والمقيدة من جانب الطفل، وبالتالي يصبح تشخيص مثل هذه الحالات وفقاً للإصدار الخامس من دليل التشخيص هو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة والمعروف باسم اضطراب التواصل الاجتماعي وهو ما يثير نقطتين مهمتين وفي غاية الخطورة هما:

أ- أن هذا التشخيص من شأنه أن يثير الكثير من الجدل، وأن يضيف قدراً غير عادي من الغموض على أمثال هذه الحالة، وأن يثير الشكوك حول تشخيصها حيث يكون علينا آنذاك أن نجيب على العديد من الأسئلة التي يمكن أن تثار من جراء ذلك والتي قد لا نستطيع أن نجد لها إجابات منطقية وواقعية مقنعة فضلاً عن حالة التشوش والإرتباك التي قد يثيرها هذا الأمر. ومن هذه الأسئلة ما يلي:

- هل التشخيص في تلك الحالة هو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة فعلاً مع أن أعراضه لا ترجع وفق المحك الرابع بالدليل إلى اضطراب طيف التوحد الذي ينتمي إليه الاضطراب الأصلي للحالة في الأساس؟
- إذا كان الأمر كذلك فما هو الوضع بالنسبة للخصائص التي تتعلق بإعاقة التوحد التي تبديها الحالة؟
- أين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد بالنسبة لتلك الحالة ومن هم على شاكلتها؟
- هل يمكن أن تجمع الحالة بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب التواصل الاجتماعي؟
- أي الاضطرابين هو التشخيص الحقيقي للحالة؟

ب- أن هذا التشخيص قد جعل من اضطراب التواصل الاجتماعي أو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة اضطراباً يحيطه الجدل، ويكتفه الغموض حيث يؤدي إلى ما يلي:

- أن هذا التشخيص يحول اضطراب التواصل الاجتماعي للغة إلى اضطراب شامل نظراً لأنه قد تم آنذاك تحويل اضطراب نمائي شامل وهو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد إلى اضطراب غير شامل وهو اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة.



- أنه يدفع باضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة إلى أن يصير من شأنه كاضطراب شامل أن يؤثر سلباً على العديد من جوانب النمو وهو أمر غير حقيقي بالمرّة.
- أنه قد جعل من اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة مظلة عامة وكبيرة يندرج تحتها العديد من الاضطرابات الأخرى المتنوعة بين اضطرابات شاملة وأخرى غير ذلك وهو أمر غير صحيح.
- أنه ينقل الجدل والغموض وحالة الإرتباك في التشخيص إلى اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة بعد أن كان تشخيصه مستقراً ووضعه محددًا يسهل تحديده وهو ما يزيد من عدد الاضطرابات الداخلة في حالة الإرتباك.
- وأخيراً فإننا إذا ما رجعنا إلى محكات تشخيص اضطراب طيف التوحد التي أوردها الإصدار الخامس (٢٠١٣) DSM-V والخامس المعدل DSM-V-TR والذي صدر في مارس ٢٠٢٢ فسوف نجد بنظرة عامة عليها أنها هي نفسها محكات تشخيص اضطراب التوحد كما وردت في الإصدار الرابع من الدليل (١٩٩٤) DSM-IV وفي الإصدار الرابع المعدل (٢٠٠٠) DSM-IV-TR بعد إعادة صياغتها بشكل أكثر تعقيداً إذ تم ضم مجموعة القصور الاجتماعي مع مجموعة قصور التواصل واللغة بمحكاتها الثمانية في مجموعة واحدة بالإصدار الخامس هي مجموعة القصور الاجتماعي الانفعالي بحيث تضمن أحد محكاتها الثلاثة المحكات الأربعة لقصور التواصل واللغة بالإصدار الرابع، وتضمن المحكان الأخران بالإصدار الخامس المحكات الأربعة الخاصة بمجموعة القصور الاجتماعي. أما المحكات الأربعة بالمجموعة الثالثة في الإصدار الرابع والتي تتناول السلوكيات المقيدة والتكرارية فقد تم تضمينها في ثلاثة محكات بالمجموعة الثانية في الإصدار الخامس والتي تتناول تلك السلوكيات أيضاً، بينما أضيف محك رابع لتلك المجموعة بالإصدار الخامس عن القصور الحسي وهو محك غير مناسب لأنه يتناول خاصية من العموميات وليس الخصوصيات رغم أن ما نستخدمه في التشخيص هو الخصوصيات وليس العموميات.
- وإذا كان قد تم استخدام محكات التشخيص تلك بنفس الشاكلة بعد أن كانت تستخدم في سبيل تشخيص اضطراب التوحد منفرداً ومستقلاً نظراً لوجود تشخيص مستقل لكل اضطراب من اضطرابات الطيف فإن الإصدار الخامس والخامس المعدل يستخدمها لتشخيص الاضطراب الجديد ناتج عملية صهر هذه الاضطرابات أو صهر ثلاثة منها معاً وهو اضطراب طيف التوحد، والذي من المفترض أن يشير إليها كلها استناداً إلى مستويات شدته، فكيف ذلك؟ وهل هذا أمر منطقي؟ ولماذا اختفت تلك التشخيصات المستقلة أو ألغيت؟ وعن ماذا يعبر كل مستوى من مستويات الشدة؟ وكيف يعبر عن هذا الاضطراب أو ذاك؟ أو على الأقل لماذا اختفى تشخيص اضطراب أسبرجر رغم مغاييرته التامة لاضطراب التوحد؟ وهل هذا يعني أن اضطراب طيف التوحد هو نفسه اضطراب التوحد، أو أن اضطراب أسبرجر هو نفسه اضطراب التوحد؟ بالطبع وقولاً واحداً الإجابة بالنفي لأن اضطراب التوحد يفترض أن يكون أحد مكونات اضطراب طيف التوحد، وأن اضطراب أسبرجر ليس هو اضطراب التوحد مطلقاً، ولا يمكن أن نستدل من خلال تشخيص اضطراب التوحد على اضطراب أسبرجر.

والواقع أن هذا الاضطراب له شقان متقابلان، وبالتالي عند وضعهما على متصل فإنهما سيكونان عند طرفيه بحيث يكون أحدهما عند أحد طرفيه، ويكون الآخر عند الطرف المقابل. كما أن أحدهما وهو اضطراب أسبرجر لا يمثل أي قصور عقلي، وبالتالي فإن طبيعته لا تتضمن الإعاقة العقلية، بل إن هناك أطفالاً ممن يعانون منه يبدون الموهبة ويعدون بذلك من ذوي الاستثناءات المزدوجة في حين يمثل الثاني وهو اضطراب التوحد إعاقة عقلية وفقاً للمنظرين حيث تتضمن طبيعته طبيعة الإعاقة العقلية دون حاجة لتزامنها معه. إلا أنهما يتفقان معاً في إبداء الكثير من الخصائص المرتبطة بإعاقة التوحد وذلك بدرجات متفاوتة. ومن ثم فإننا نتساءل حول العلاقة بين هذين الاضطرابين وهل هما متطابقان أم متقابلان؟ ووفقاً لطبيعة كل منهما فإننا نرى أنهما متقابلان. وعلى هذا الأساس كيف يمكننا أن نستخدم تشخيصاً واحداً للحالتين معاً وهما متقابلتان وليستا متطابقتان؟

ومن هذا المنطلق كان ينبغي أن يظل تشخيص اضطراب أسبرجر على الأقل موجوداً بشكل مستقل وبتمايز، ويظل معه تشخيص اضطراب التوحد كحالة مستقلة وبتمايز أيضاً، وأن يندرجا معاً تحت مظلة واحدة نسمها ما نشاء (يفضل أن تكون اضطرابات طيف التوحد) بشرط ألا نستخدم اسماً يتم استخدامه في الأساس لشيء آخر حتى لا تتداخل الأمور وتختلط. وهذا ما قمنا بتوضيحه في نموذجنا التصنيفي الجديد حيث يتضمن الاضطراب فئتين فرعيتين يمثل اضطراب أسبرجر إحداهما مع وجود تشخيص مستقل له، أما الفئة الثانية فتسمى اضطراب طيف التوحد (بمعناها الجديد وليس كما ورد بالدليل)، وتضم اضطراب التوحد وهو ما يعرف ببدايته المبكرة، واضطراب الطفولة التوكي (اضطراب التوحد ذو البداية المتأخرة)، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (اضطراب التوحد اللانمطي أو اللانموذجي)، ولها تشخيصها المستخدم بالدليل حالياً.



المراجع

- دانيال هالاهان، 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 (٢٠٢١). تعليم الأطفال ذوي اضطراب التوحد: دليل الأخصائيين والمعلمين والمربين. 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).

المراجع الاجنبية :

- American Psychiatric Association.(1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.), DSM-III. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Revised (3rd ed.), DSM-III-R. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.), DSM-IV. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (4th ed.), DSM-IV- TR. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.), DSM-V. Washington, DC: author.
- American Psychiatric Association.(2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (5th ed.), DSM-V-TR. Washington, DC: author.
- Frances, A. (17 May 2013). The New Crisis in Confidence in Psychiatric Diagnosis. Annals of Internal Medicine.



- Galanopoulos, A., Robertson, D., & Woodhouse, (2016). The assessment of autism spectrum disorders in adults. *Advances in Autism*, 2 (1), 31-40.
- 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-11MMS)*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2022). *The ICD- 11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. (ICD-11). Geneva: Author.