التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة

Current Trends in the Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Light of the Newly Published Diagnostic Criteria

ورقة عمل مقدمة لـــ

"لـــلملتقى الأول للتربية الخاصة ..... الرؤى و التطلعات المستقبلية"

والمنعقد في جامعة تبوك – المملكة العربية السعودية

٨-٩ ابريل ٢٠١٤

مقدمة من /

د. محمد عبدالفتاح الجابري

الأستاذ المشارك في قسم الإرشاد والتربية الخاصة /الجامعة الأردنية

٢٠١٤

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة

Current Trends in the Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Light of the Newly Published Diagnostic Criteria

الملخص

شهدت العقود الأخيرة تقدما كبيرا في ميدان فهمنا لإضطرابات طيف التوحد مقارنة بما كانت عليه النتائج العلمية في الحقبة الزمنية التي وصف فيها ليو كانر (١٩٤٣) هذا الإضطراب. ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدما شاملا تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالتوحد من مثل فهمنا لطبيعة الأسباب المسببة له، و آلية تشخيصه، و أعراضه، و كيفية التعامل معه من خلال انجح البرامج التربوية و العلاجية. ولعل التقدم الأحدث في الميدان تمثل حديثا في تغيير البنية التي تتضمنها هذه الفئة و معايير تشخيصها وفقا لما تم اعتماده في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي (DSM V). تتناول هذه الورقة العلمية الحديث عن التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد (ASD) في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. حيث تتناول الورقة في مقدمتها بيانا للتغيرات الحديثة التي طرأت على البناء المفاهيمي لفئة اضطرابات طيف التوحد و انتقالها من المفهوم التشخيصي الفئوي إلى مفهوم متصلة التشخيص غير الفئوية. كما وتتناول الورقة عرضا تفصيليا لمفهوم التشخيص متعدد المستويات وذلك عبر بيانها للمكونات الثلاثة الأساسية لعملية التشخيص التكاملية وفقا لما تم عرضه في المحكات التشخيصية الجديدة المعلنة في الطبعة الخامسة من الدليل الأحصائي (DSM V) . وأخيرا تستعرض الورقة أهم التحديات التي تواجه عملية التشخيص و الطريقة العلمية للتغلب على هذه التحديات.

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة

Current Trends in the Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Light of the Newly Published Diagnostic Criteria

Abstract

The last few decades have tremendously advanced our knowledge and understanding of the conceptual structure of the Autism Spectrum Disorders (ASD) category in comparison the era when Leo Kanner (1943) firstly introduced the term “Autism” to the field. Remarkably, these new advances have enhanced our understanding of the etiology, structure, and the overall concept of diagnosis. In light of that, the current paper explains the new changes in the conceptual structure of Autism Spectrum Disorders category and its transformation from being an unconnectedly classified diagnostic category into a continuum non-categorical classified diagnostic category. In addition, the paper introduces and illustrates in details the concept of “multi-phases multi-levels” diagnostic process by shredding the light on the major three components of the diagnostic process as produced in the recent publication of the DSM-V. In the end, the paper presents the challenges of the diagnostic process and suggests several recommendations to overcome these challenges.

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة

Current Trends in the Diagnosis of Autism Spectrum Disorders in Light of the Newly Published Diagnostic Criteria

المقدمة:

شهدت العقود الأخيرة تقدما كبيرا في ميدان فهمنا لإضطراب التوحد مقارنة بما كانت عليه النتائج العلمية في الحقبة الزمنية التي وصف فيها ليو كانر (١٩٤٣) هذا الإضطراب. ولعل ما يميز هذا التقدم كونه تقدما شاملا تناول جميع المفاهيم المرتبطة بالتوحد من مثل فهمنا لطبيعة الأسباب المسببة له (Etiology) ، و آلية تشخيصه، و أعراضه، و كيفية التعامل معه من خلال انجح البرامج التربوية و العلاجية. ولعل التقدم الأحدث في الميدان تمثل حديثا في تغيير البنية التي تتضمنها هذه الفئة و معايير تشخيصها وفقا لما تم اعتمادها في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي (DSM V). كما أن التقدم الحاصل في ميدان تقديم البرامج التربوية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يعتبر من أهم الانجازات الحديثة التي تم تحقيقها و التي تعمل على تحسين قدرات الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد و ذويهم لتحقيق ما يعرف "بنوعية أسمى من الحياة".

تعريف اضطراب طيف التوحد:

تضمنت عملية الوصول إلى تعريف متفق عليه لإضطراب طيف التوحد تسلسلا تاريخيا متعاقبا تمثل في توضيح ذلك الاضطراب و توضيح المعايير التشخيصية التي يمكن من خلالها تشخيصه. ولعل أفضل عرض تاريخي لتطور مفهوم هذه الفئة وأكثرها قبولا في الميدان، هو ما شهده التغير المتعاقب المرتبط بهذه الفئة في الدليل الإحصائي و التشخيصي (DSM) التابع لجمعية علماء النفس الأمريكية (American Psychiatric Association-APA) منذ شموله في الطبعة الثالثة (DSM-III) و حتى الطبعة الخامسه (DSM V) من هذا الدليل (Volkmar & Klin, 2005).

- **اضطراب التوحد و الطبعة الرابعة المعدلة (DSM IV-TR, 2000):**

تضمنت الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل شمول اضطراب التوحد كفئة مستقلة ضمن مظلة ما يعرف باسم الإضطرابات النمائية الشاملة (Pervasive Developmental Disorders-PDD) إلى جانب أربعة أضطرابات أخرى تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية (DSM IV-TR, 2000).

ولعل الآلية التي عرض فيها اضطراب التوحد في هذه الطبعة قد لاقت قبولا واسعا في الميدان لما لها

من خصوصية توضيحية شاملة لجملة الأعراض السلوكية التي تميز اضطراب التوحد عن غيره من الفئات الأخرى ضمن نفس المظلة المقترحة. كما وأن هذه الطبعة قد وضحت جملة المعايير التشخيصية التي يجب الإستناد إليها عند تشخيص اضطراب التوحد (الجدول ١).

وفي هذا السياق ، فإن الطبعة الرابعة المعدلة عرفت التوحد "بأنه قصور نوعي يظهر في ثلاثة مجالات نمائية هي: التفاعل الاجتماعي، والقدرة على التواصل (بنوعيه اللفظي وغير اللفظي)، وجملة من الأنماط السلوكية و الإهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية" و التي يجب أن يكتمل ظهورها قبل سن الثالثة من العمر (DSM IV-TR, 2000).

الجدول رقم (١):

المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب التوحد كما وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل الإحصائي والتشخيصي

(أ) ما مجموعه ٦ أو أكثر من الفقرات الواردة في البنود (١) و (٢) و (٣) بالاضافة الى ٢ على الأقل من البند (١) و واحدة على الأقل لكل من البندين (٢) و (٣) التالية:

- البند (١): قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي معبر عنه في اثنتين على الأقل مما يلي:

١. قصور واضح في القدرة على استخدام المهارات غير اللفظية المتعددة و المتضمنة الامثلة التالية (التواصل العيني المباشر، وتعابير الوجه، والأوضاع الجسمية، والايماءات) لتنظيم آلية التفاعل الاجتماعي.
٢. الفشل في تطوير العلاقات مع الرفاق بصورة تتناسب مع العمر الزمني.
٣. ضعف القدرة التلقائية على مشاركة المتعة و الانجاز و الإهتمامات مع الآخرين و ذلك من خلال ضعف القدرة على عرض او إحضار (جلب) او الإشارة الى الأشياء قيد الإهتمام.
٤. نقص التفاعل الاجتماعي و الإنفعالي المتبادل و الذي قد يبدو في نقص القدرة على الإرتباط بالآخرين او إدراك حالاتهم الإنفعالية.

- البند (٢): قصور نوعي في التواصل معبر عنه في واحد على الأقل مما يلي:

١. تأخر او نقص كلي في اللغة المنطوقة او القدرة على الحديث.
٢. عدم القدرة على إنشاء المحادثات مع الآخرين أو الإستمرار بها.
٣. الإستخدام النمطي و التكراري للغة أو استخدام لغة فردية خاصة بالطفل غير مفهومة.
٤. النقص في القدرة على اللعب الإيهامي التلقائي (العفوي) أو اللعب الاجتماعي المقلد و المناسب للعمر الزمني.

- البند (٣): أنماط سلوكية و إهتمامات و أنشطة محدودة و تكرارية و نمطية معبر عنها في واحدة على الأقل مما يلي:

١. الإنشغال الزائد في واحدة أو أكثر من الإهتمامات النمطية و المحدودة و التي تبدو غير إعتيادية من حيث مستوى شدتها و نوعية تركيزها.
٢. الإلتزام الجامد (غير المرن) غير الوظيفي بعدد من الحركات الروتينية أو الطقوسية.
٣. حركات جسمية نمطية و تكرارية مثل (رفرفة اليدين ، النقر بالأصابع).

٤. الانشغال الزائد عن الحد بأجزاء الأشياء.

(ب) تأخر أو أداء غير طبيعي في واحدة على الأقل من المجالات التالية مع ضرورة ظهور ذلك قبل سن ٣ سنوات :

١. التفاعل الإجتماعي.
٢. اللغة كما تستخدم في التواصل الإجتماعي.
٣. اللعب الرمزي أو التخيلي.

(ج) لا ينسب هذا الإضطراب الى عرض رت أو إضطراب التفكك (الإرتداد) الطفولي.

(DSM IV-TR, 2000)

- **اضطراب التوحد و الطبعة الخامسة (DSM V, 2013):**

لعل للتطورات الحديثة التي طرأت على آلية فهمنا للفئات التي تندرج ضمن مسمى الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) و التي وردت في الطبعة الرابعة المعدلة للدليل بالغ الأثر في أحداث تغيير جوهري في هذه الفئة. ولعل من الأمثلة على ذلك هو الاتفاق بأن متلازمة ريت لم تعد اضطرابا معرفا سلوكيا (كغيرها من باقي الفئات) وانما قد أصبحت اضطرابا معرفا جينيا نظرا لتوصل العلماء للجين الذي يسبب حدوثها (MeCP2)، لذا فإن الطبعة الخامسة قد استثنت هذه المتلازمة كواحدة من فئات اضطراب طيف التوحد (Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2013).

ولعل اهتمام العلماء الزائد في آليات تشخيص اضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات تشخيصا دقيقا يهدف إلى إزالة الغموض و التقاطع بين هذه الاضطرابات، دفع اللجنة العلمية التي تولت إعداد الطبعة الخامسة إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها. وبناء على ذلك فإن الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي تستخدم الآن مسمى جديد هو **اضطراب طيف التوحد** (ASD) والذي يجمع ما كان يعرف سابقا باضطراب التوحد (AD)، ومتلازمة أسبرجر (Asperger Syndrome)، واضطراب التفكك الطفولي (CDD)، و الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD NOS) ضمن مسمى واحد على شكل متصلة تختلف مكوناتها باختلاف عدد و شدة الأعراض(www.autismspeaks.org). كما أن الطبعة الخامسة من الدليل قد أوردت اضطراب طيف التوحد ضمن مظلة الاضطرابات النمائية العصبية (Neurodevelopmental Disorders) و التي تتضمن الفئات التالية إلى جانب فئة اضطرابات طيف التوحد: الاضطرابات العقلية (Intellectual Disabilities)، واضطرابات التواصل (Communication Disorders)، وضعف الانتباه والنشاط الزائد (ADHD)، وصعوبات

التعلم المحددة (Specific LD)، والاضطرابات الحركية (Motor Disorders) (Machado, Caye, Frick, & Rohde, 2013).

 # أهم التغيرات التي طرأت على فئة اضطراب التوحد وفقا للمعايير الجديدة:

١. استخدام تسمية تشخيصية موحدة (Single Diagnosis):

تضمنت المعايير الجديدة توظيفا لمسمى موحد هو "اضطراب طيف التوحد– Autism Spectrum Disorder (ASD)" حيث يتضمن هذا المسمى كلا من " اضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و اضطراب التفكك الطفولي (والتي كانت فئات أو اضطرابات منفصلة عن بعضها البعض في الطبعة الرابعة المعدلة من DSM) حيث تم تجميعها في فئة واحدة دون الفصل بينها. كما وتضمنت المعايير الجديدة اسقاط متلازمة ريت من فئة اضطراب طيف التوحد. ولعل التعليل الذي تم تقديمه من قبل لجنة إعداد هذه المعايير الجديدة يكمن في أن هذه الفئات أو الاضطرابات لا تختلف عن بعضها البعض من حيث معايير تشخيصها وانما اختلافها يكمن في درجة شدة الأعراض السلوكية، ومستوى اللغة، و درجة الذكاء لدى أفرادها. لذا، فإن الدليل قد عمد إلى جمعها في فئة واحدة لاتختلف في آلية تشخيصها. كما وأن اللجنة تبرر اسقاط متلازمة ريت لكونها متلازمة جينية قد تم اكتشاف الجين المسبب لها. كما أن الدليل قد فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة (Level of Severity) و التي يتم بناء عليها تحدد مستوى ونوع الدعم الخدمي و التأهيلي (Level of Support) الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية.

٢. التشخيص استنادا على معيارين أثنين بدلا من ثلاثة معايير :

تضمنت المعايير الجديدة الاستناد إلى معيارين أثنين في عملية التشخيص بدلا من المعايير الثلاثة التشخيصية التي كانت مستخدمة من قبل الطبعة الرابعة المعدلة. حيث تتضمن المعايير الجديدة التشخيص وفقا لمعياري القصور في التواصل الاجتماعي (Social Communication) و التفاعل الاجتماعي (Social Interaction)، و الصعوبات في الأنماط السلوكية و الإهتمامات و الأنشطة المحدودة و التكرارية و النمطية . ويكمن الفرق هنا عن الطبعة الرابعة المعدلة، في أن الطبعة المعدلة كانت تستخدم معيارا ثالثا وهو القصور النوعي في التواصل.

٣. عدد الأعراض التي يتم التشخيص بناء عليها (Number of Diagnostic Symptoms) :

تضمنت المعايير الجديدة ما مجموعه ٧ أعراض سلوكية موزعة كما يلي: ٣ أعراض في المعيار الأول و ٤ أعراض في المعيار الثاني. وعلى العكس من ذلك، فقد استخدمت المعايير القديمة ١٢ عرضا سلوكيا موزعة على شكل ٤ أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

٤. تحديد مستوى شدة الأعراض (Identification of Severity Levels):

تشترط المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مستوى شدة الأعراض لأغراض تحديد مستوى ونوع الدعم الخدمي و التأهيلي (Level of Support) الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية. وتوظف المعايير الجديدة ثلاثة مستويات لهذه الشدة لكل كعيار تشخيصي (الجدول رقم ٢). وعلى العكس من ذلك، فلم توظف المعاير القديمة مثل هذا الاجراء في تحديد مستوى الشدة. و لعل السبب من وراء اضافة هذا الشرط يكمن في الدمج الذي تضمنته المعايير الجديدة لفئتي متلازمة اسبرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة و التي كانت فئتين منفصلتين عن بعضهما وعن التوحد في الطبعة الرابعة.

٥. المدى العمري (Age of Onset):

تضمنت المعايير الجديدة توسيعا للمدى العمري الذي تظهر فيه الأعراض لتشمل عمر الطفولة المبكرة (والممتد حتى عمر ٨ سنوات) بدلا عن المدى العمري المستخدم من قبل المعايير القديمة و هو عمر ٣ سنوات.

٦. الاستجابات غير الإعتيادية للمدخلات الحسية (Hyper/Hypo-reactivity to Sensory Inputs):

تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الإعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية التي إن وجدت لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية وإنما جرت العادة في الميدان أن يكون من الأعراض المساندة.

٧. الأضطرابات المصاحبة (Accompanying Disorders):

اشترطت المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص (الجدول رقم ٢) وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه.

٨. إقتراح فئة تشخيصية جديدة هي فئة اضطراب التواصل الإجتماعي (Social Communication Disorder):

أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم اضطراب التواصل الاجتماعي و التي تعتبر التشخيص المناسب للطفل الذي تنطبق عليه الأعراض السلوكية ضمن البعد (المعيار) الأول لفئة اضطراب طيف التوحد ولاتتواجد لديه الأعراض السلوكية في البعد (المعيار) الثاني . وبذلك ، فإن انطباق الأعراض في كلا البعدين يسبب التشخيص باضطراب طيف التوحد، في حين أن انطباق الأعراض في المعيار الأول فقط يسبب التشخيص باضطراب التواصل الاجتماعي (حيث من المتوقع أن الأطفال المشخصين بالاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة PDD NOS يمكن أن يشخصوا ضمن هذه الفئة).

٩. عدم الحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد :

حيث أن التغييرات التي طرأت على المعهوم البنائي للفئة قد قدمت مفهوم متصلة التوحد بعد استثنائها لفئتي متلازمة ريت و اضطراب التفكك الطفولي ودمجها لفئات اضطراب التوحد و متلازمة اسبرجر و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة هي اضطرابات طيف التوحد. لذا، فإ، المشخصين العاملين في الميدان ليسوا معنيين بقضية تفريق اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات التي كانت قديما تشاركه بنفس المعايير التشخيصية، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه وفقا لمستوى شدة الأعراض.

كما أن المعايير الجديدة قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل على تأكيد وجود الاضطرابات المصاحبة لاضطرابات طيف التوحد وليس تفريقها عنه. فالمعايير الجديدة تؤكد امكانية المصاحبة لاعاقات أخرى ويتوجب على المشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معاييرها التشخيصية ومصاحبتها للتوحد.

١٠. التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها:

يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجا جديدا نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة. ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصيا فقط (الجدول رقم ٢) (Lecavalier, 2013; Lai, Lombardo, Chakrabarti, & Baron-Cohen, 2013; Nemeroff et al., 2013).

الجدول رقم (٢):

ملخص لأهم الفروق بين المعايير التشخيصية القديمة و المعايير التشخيصية الجديدة

معيار المقارنة	DSM IV-TR (2000)	DSM V (2013)
مسمى الفئة	الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD)	اضطراب طيف التوحد (ASD)
بنية الفئة	مظلة لخمسة اضطرابات نمائية متقاطعة في الأعراض	متصلة لثلاثة فئات ممتدة وفقا لمستوى شدة الأعراض
مكونات الفئة	خمسة اضطرابات هي : التوحد، اسبرجر، ريت، الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة، اضطراب التفكك الطفولي	فئة واحدة متصلة تتضمن ما كان يعرف بـــ: التوحد ، واسبرجر، و الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة ضمن فئة واحدة فقط
محكات التشخيص	ثلاثة محكات: التفاعل الاجتماعي، التواصل، السلوكيات النمطية	محكين : التفاعل و التواصل الاجتماعي، السلوكيات النمطية
مستوى الشدة	خمسة اضطرابات منفصلة تمثل اختلافا في شدة الأعراض	تحديد مستوى الشدة وفقا لثلاثة مستويات ضمن فئة واحدة
المصاحبة لإعاقات أخرى	غير محددة	محددة : الإعاقة العقليةـــ اضطرابات اللغة، الحالات الطبية و الجينية، اضطرابات السلوك، الكتاتونيا
المدى العمري لظهور الأعراض	٣ سنوات	الطفولة المبكرة (٨ سنوات)

التشخيص متعدد المستويات (Multi-level Diagnostic Process):

تعتبر عملية تشخيص التوحد أمرا ضروريا و صعبا في ذات الوقت حيث يبنى عليها عدد متتابع من الخطوات التي ترسم سير العمل مع الطفل لتقديم خدمات التربية الخاصة. تهدف هذه العملية الى التأكد من وجود اضطراب طيف التوحد لدى المفحوص و ذلك بانطباق المعايير التشخيصية ونتائج الأدوات المختلفة. يعرف القياس (Assessment) بأنه "تلك العملية التي تهدف الى جمع المعلومات بهدف اتخاذ قرارات مستقبلية متعلقة بالفرد قيد العملية" (Mclean, 2004). ويقوم على تطبيق عملية القياس و التشخيص فريق متعدد التخصصات يهتم بجمع العديد من المعلومات التشخيصية من مصادر مختلفة.

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

وبالتحديد ، فإن الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي (DSM V) قد اهتمت بضرورة تشخيص الأطفال قيد عملية تشخيص تشخيصا دقيقا ومتعدد المستويات وذلك وفقا للمستويات الثلاثة التالية:

١. **محكات التشخيص** : والتي توضح طبيعة الأعراض و نوع المشكلات و شروط التضمين و الاستثناء (الجدول رقم ٣).

٢. **محكات التحديد** (Specifiers): وهي شروط تحديد وجود الاضطرابات الأخرى المصاحبة (الجدول رقم ٥).

٣. **محكات تحديد مستوى الشدة** (Severity Levels): وهي المحكات التي تحدد بناء عليها شدة الاضطراب وفقا لجملة الأعراض السلوكية في بعدي (محكي) التواصل الاجتماعي و السلوكيات النمطية (الجدول رقم ٦) (DSM V, 2013).

وعليه فإن عملية التشخيص تسير وفقا للمستويات التالية:

- المستوى الأول: المحكات التشخيصية:

يتضمن المستوى الأول من عملية التشخيص التأكد من مدى انطباق معايير (محكات) التشخيص والتي تتضمن جملة من الأعراض السلوكية الموزعة على بعدين (بدلا من ثلاثة أبعاد) أساسيين هما : (١) بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي و (٢) بعد السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة والمحدودة (الجدول رقم ٣) (DSM V, 2013). حيث تشترط المعايير الجديدة انطباق الأعراض التشخيصية الثلاثة ضمن بعد التواصل والتفاعل الاجتماعي وانطباق اثنين على الأقل من الأعراض التشخيصية ضمن بعد السلوكيات النمطية ، ليكون بذلك مجموع الأعراض التي تؤدي بانطباقها إلى تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد هو خمسة أعراض من أصل سبعة (5 out of 7) متضمنة في المعايير التشخيصية ويوضحها الجدول رقم (٣) .

كما أن المعايير التشخيصية في هذا المستوى لا تشترط مدى عمريا محددا لظهور الأعراض التشخيصية ، وإنما تشترط ظهور هذه الأعراض أو اكتمال ظهورها خلال مرحلة الطفولة المبكرة (عمر ٨ سنوات). كما وأن هذه المعايير تشترط احتساب الأعراض السلوكية التي ظهرت سابقا ومن ثم اختفت لاحقا ولا تظهر لدى الطفل قيد التشخيص حاليا ضمن محكات تشخيص الطفل باضطراب طيف التوحد.

وبالإضافة لما سبق، فإن المعايير التشخيصية في هذا المستوى تشترط وجوب تأثر أداء الفرد الوظيفي اليومي بفعل تلك الأعراض السلوكية لتكون بذلك معيقة لتفاعله اليومي المستقل. كما أنها لا تنفي مصاحبة الاضطراب للإعاقة العقلية إلا أنها تشترط أن لا تكون الأعراض السلوكية التشخيصية ناتجة عنها بل مصاحبة لها (أي وجودهما معا ضمن الفرد).

الجدول رقم (٣):

المحكات التشخيصية الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي – المستوى الأول 299.00 (F84.0)

(أ) قصور (عجز) دائم في التواصل الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي والذي يظهر في عدد من البيئات التي يتفاعل عبرها الفرد، والمعبر عنه بما يلي سواء كان ذلك القصور معبر عنه حاليا أم أشير إليه في التاريخ التطوري للفرد (الأمثلة الواردة هنا هي توضيحية وليست حصرية):

١. قصور (عجز) في التفاعل الاجتماعي– الانفعالي المتبادل و الممتد، على سبيل المثال، من وجود منحى (نهج) اجتماعي غير عادي و فشل في إنشاء محادثات تبادلية (ذهابا وإيابا) عادية؛ إلى نقص في القدرة على مشاركة الاهتمامات و المشاعر أو العواطف (الوجدان)؛ إلى الفشل في البدء (المبادرة) بالتفاعل الاجتماعي أو الاستجابة للمبادرات الاجتماعية.

٢. قصور (عجز) في السلوكيات التواصلية غير اللفظية و المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، و الممتدة، على سبيل المثال، من الفقر في توظيف السلوكيات التواصلية اللفظية و غير اللفظية المدمجة في التفاعل الاجتماعي، إلى القصور في التواصل العيني وتوظيف لغة الجسد أو القصور في فهم و استخدام الإيماءات في التفاعل الاجتماعي، إلى النقص الكلي في القدرة على توظيف تعابير الوجه والتواصل غير اللفظي في التفاعل الاجتماعي.

٣. قصور (عجز) في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية و المحافظة على استمراريتها و فهم معانيها و الممتد، على سبيل المثال، من الصعوبات في تكييف أنماط السلوك لتتناسب مع المواقف الاجتماعية المختلفة، إلى الصعوبات في القدرة على مشاركة اللعب التخيلي (الإيهامي) أو إقامة الصداقات، إلى غياب الاهتمام بالرفاق.

*** يرجى تحديد مستوى الشدة:**

يحدد مستوى الشدة وفقا لمستوى الاعتلال (القصور) في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية المحدودة (الموضحة في الجدول ٥).

(ب) أنماط سلوكية و اهتمامات و أنشطة محدودة و تكرارية و نمطية معبر عنها في اثنتين على الأقل مما يلي سواء كانت هذه السلوكيات معبر عنها حاليا أم أشير إليها في التاريخ التطوري للفرد (الأمثلة الواردة هنا هي توضيحية وليست حصرية):

١. النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية (الحركية) ، و استخدام الأشياء، و اللغة (أمثلة: الحركات النمطية البسيطة، صف الألعاب في صفوف أو تقليب الأشياء، المصاداة، العبارات ذات المعاني الخاصة).

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

٢. الإصرار على الرتابة (التشابه)، الالتزام الجامد غير المرن بالروتين أو الأنماط الطقوسية أو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية (أمثلة: الانزعاج (عدم الراحة، الضيق) الشديد للتغييرات البسيطة، صعوبات في الانتقال، أنماط تفكير جامدة، أنماط طقوسية في تحية الآخرين ، الحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).

٣. اهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية و التي تبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها (أمثلة: التعلق (الارتباط) الزائد القوي أو الانهماك (الانشغال) الزائد القوي بأشياء غير عادية، اهتمامات ضيقة ومحدودة).

٤. فرط أو انخفاض في الاستجابة للمدخلات الحسية أو اهتمامات غير عادية لجوانب (مظاهر) البيئة الحسية (أمثلة: عدم الاكتراث الواضح للألم أو درجة الحرارة، استجابات متعاكسة لأصوات محددة أو أنسجة (أقمشة) محددة، الإفراط (المبالغة) في شم أو لمس الأشياء، الافتتان البصري بالأضواء أو الحركات).

*** يرجى تحديد مستوى الشدة:**

يحدد مستوى الشدة وفقا لمستوى الاعتلال (القصور) في التفاعل الاجتماعي وأنماط السلوك التكرارية المحدودة (الموضحة في الجدول ٥).

(ج) وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز المطالب الاجتماعية مستوى القدرات، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة).

(د) ضرورة أن تسبب الأعراض اعتلالا (عجزا) ذو دلالة واضحة في قدرة الفرد على التفاعل الاجتماعي، و الأداء الوظيفي، أو أية جوانب هامة أخرى من جوانب أداء الفرد الوظيفي.

(هـ) إن الاضطرابات التي تحدث لدى الفرد بفعل هذه الأعراض لا يمكن أن تفسر نتيجة وجود الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) أو التأخر النمائي العام. إن الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) و اضطراب طيف التوحد كثيرا ما تتصاحب مع بعضها البعض؛ وحتى يشخص الفرد باضطراب طيف التوحد و الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) فلابد أن يكون التواصل الاجتماعي أدنى من المتوقع وفقا لمستوى الفرد النمائي.

ملاحظة: إن الأفراد المشخصين رسميا بمتلازمة اسبرجر أو الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة وفقا لمعايير الطبعة الرابعة المعدلة من هذا الدليل، لابد وأن يحصلوا على تشخيص باضطراب طيف التوحد. إن الأفراد الذين يعانون من قصور (عجز) واضح في القدرة على التواصل الاجتماعي ولا تنطبق عليهم الأعراض الخاصة بمحكات تشخيص اضطراب طيف التوحد، لابد من أن يتم تقييمهم وفقا لفئة جديدة تسمى "اضطراب التواصل الاجتماعي".
(DSM V, 2013)

وأخيرا، فإن المعايير التشخيصية توضح أن انطباق الأعراض السلوكية في البعد الأول فقط دون انطباقها في البعد الثاني يجعل الطفل قيد عملية التشخيص مؤهلا لأن يتم تشخيصه بفئة جديدة هي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي (الجدول رقم ٤).

الجدول رقم (٤):

المحكات التشخيصية الخاصة بفئة اضطراب التواصل الاجتماعي كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي 315.39 (F80.89)

د. **صعوبات دائمة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي والذي يعبر عنه بانطباق كل مما يلي:**

١. العجز (القصور) في استخدام التواصل بغية تحقيق أهداف اجتماعية ، مثل تحية الآخرين ومشاركتهم المعلومات وبصورة تتناسب مع السياق الاجتماعي.

٢. الاعتلال في القدرة على تغيير التواصل ليلاءم محتوى السياق الاجتماعي أو احتياجات المستمع، مثل التحدث بصورة مختلفة في الغرفة الصفية مقارنة بساحة الألعاب، التحدث بصورة مختلفة لطفل مقارنة بشخص بالغ، و تجنب الاستخدام الزائد عن اللزوم للغة الرسمية .

٣. صعوبات إتباع القواعد الخاصة بالمحادثات (الحوارات) و إلقاء القصص، مثل تبادل الأدوار أثناء الحديث، وإعادة صياغة الكلام بطرق مختلفة عند عدم فهم الطرف الآخر لما يتم قوله، ومعرفة كيفية استخدام الإشارات اللفظية وغير اللفظية بهدف تنظيم التفاعل الاجتماعي.

٤. صعوبات في فهم المعاني الضمنية (غير المعلنة) لما يتم قوله أو فهم المعاني غير الحرفية أو الغامضة لمعاني اللغة (مثل الأمثال، والنكات، والاستعارات).

ب. ضرورة أن تؤدي هذه الاعتلالات إلى محددات وظيفية في القدرة على التواصل الفعال، والمشاركة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية، والتحصيل الأكاديمي، أو الأداء الوظيفي ، سواء كان ذلك منفردا أو مجتمعا.

ج. وجوب ظهور الأعراض في مرحلة النمو المبكرة (إلا أن الأعراض قد لا تكون مكتملة الظهور حتى تتجاوز مطالب التواصل الاجتماعي مستوى القدرات، أو قد تكون محتجبة بفعل استراتيجيات التعلم في مراحل العمر المتأخرة).

د. إن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها كنتيجة لاضطراب طبية أو عصبية أخرى أو في انخفاض القدرة في بناء الكلمات أو قواعدها، كما أن هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها أيضا نسبة إلى اضطراب طيف التوحد أو الصعوبات العقلية النمائية (الإعاقة العقلية) ، أو التأخر النمائي، أو أية اضطرابات عقلية أخرى.

(DSM V, 2013)

- المستوى الثاني: محكات التحديد:

توجب المعايير التشخيصية للطبعة الخامسة من الدليل في مستواها الثاني على الفاحصين ضرورة تحديد ما إذا كان الاضطراب مصحوبا باضطرابات أخرى مصاحبة له دون أن تكون هي المسببة لظهور الأعراض السلوكية التي استخدمت لتشخيص اضطراب طيف التوحد (الجدول رقم ٥). كما أن المعايير الجديدة تشترط في المشخص المعرفة التامة بالمحكات والمعايير التشخيصية الخاصة بهذه الفئات المتقاطعة كما وردت في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي.

الجدول رقم (٥):

محكات التحديد الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي

للمشخصين، حدد:
١. **وجود أو عدم وجود إعتلالات (اضطرابات) عقلية مرافقة** لاضطراب طيف التوحد.
٢. **وجود أو عدم وجود إعتلالات (اضطرابات) لغوية مرافقة** لاضطراب طيف التوحد.
٣. الترابط مع **حالة طبية أو جينية أو عوامل بيئية معروفة** (يرجى ترميز أو تحديد الحالات الطبية أو الجينية المترابطة).
٤. مصاحبة الاضطراب لأية **اضطرابات عصبية- نمائية، أو عقلية، أو سلوكية** (يرجى تحديد أو ترميز تلك الاضطرابات).
٥. مصاحبة الاضطراب **للكتاتونيا (Catatonia)** (يرجى الرجوع إلى المحكات التشخيصية للكتاتونيا عند مصاحبتها للاضطرابات العقلية والموجودة في الصفحات ١١٩-١٢٠ من الدليل للمزيد من المعلومات) (يرجى استخدام الرمز 293.89 [F06.1] للإشارة إلى مصاحبة الاضطراب للكتاتونيا).

- المستوى الثالث: محكات تحديد مستوى الشدة:

تهتم المعايير التشخيصية الواردة في الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي بعملية الربط ما بين التشخيص واتخاذ القرارات التربوية المتعلقة بتحديد مستوى شدة الدعم المراد تقديمه للطفل المشخص باضطراب طيف التوحد وفقا لمستوى شدة الأعراض السلوكية لديه. وتقسم المعايير التشخيصية مستوى الشدة إلى ثلاثة مستويات يقل فيها مستوى الدعم المراد تقديمه تدريجيا بانخفاض مستوى شدة الأعراض (الجدول رقم ٦).

الجدول رقم (٦):

محكات تحديد مستوى الشدة الخاصة باضطراب طيف التوحد كما وردت في الطبعة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي

مستوى الشدة	محك التواصل الاجتماعي	محك السلوكيات النمطية و التكرارية و الاهتمامات الضيقة
المستوى رقم (٣): "**يتطلب توفير دعم جوهري كبير**"	قصور (عجز) **شديد** في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية و غير اللفظية والتي تسبب **اعتلالا (قصورا) شديدا** في الأداء الوظيفي. قدرة **محدودة** على إنشاء التفاعل الاجتماعي، وحدود دنيا في القدرة على الاستجابة لمبادرات الآخرين الاجتماعية. **ومثال ذلك:** فرد لديه عدد قليل من الكلمات التي يمكن استخدامها في الحديث ولكنه نادرا ما يبدأ بالتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين، و في حالة مبادرته في التفاعل الاجتماعي،فإن تفاعله يكون موجها وبصورة غير عادية لتحقيق حاجاته فقط، كما أنه يستجيب للتفاعلات الاجتماعية المباشرة فقط.	عدم مرونة السلوك، **وصعوبة شديدة** في القدرة على التكيف مع التغيير، أو سلوكيات تكرارية/محدودة تؤثر **وبشكل واضح** في أداء الفرد الوظيفي وعلى **كافة الأصعدة**. **صعوبة بالغة** في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته).
المستوى رقم (٢): "**يتطلب توفير دعم جوهري** "	قصور (عجز) **واضح** في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية و غير اللفظية . **اعتلال (قصور) ظاهر** في التفاعل الاجتماعي حتى **بوجود الدعم و المساعدة** في الموقف الاجتماعي. قدرة **محدودة** في إنشاء التفاعل الاجتماعي، تناقص أو استجابات غير عادية للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين. **ومثال ذلك:**	عدم مرونة السلوك، **وصعوبة** في القدرة على التكيف مع التغيير، أو سلوكيات تكرارية/محدودة تبدو كثيرة بصورة كافية لأن تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها **تؤثر** في أداء الفرد الوظيفي **في المواقف** (السياقات الاجتماعية) المختلفة. **صعوبة** في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته).

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

	فرد لديه عدد قليل من الجمل يمكن أن يستخدمها في حديثه. كما أن تفاعله الاجتماعي محدود ومقتصر على مواضيع تمثل اهتمامات خاصة به ، ويبدو تواصله غير اللفظي شاذا (غريبا) بشكل ملحوظ.	
المستوى رقم (١): "**يتطلب توفير الدعم** "	قصور (عجز) **واضح** في التفاعل الاجتماعي و الذي ينتج عنه **اعتلال واضح** في القدرة على التفاعل الاجتماعي **في ظل غياب الدعم المناسب** في الموقف الاجتماعي. **صعوبة** في القدرة على إنشاء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ووجود أمثلة واضحة على استجاباته غير العادية أو الفاشلة للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين. قد يبدو أن لديه تناقصا في رغبته أو اهتمامه في التفاعل الاجتماعي مع الآخرين. **ومثال ذلك:** فرد لديه القدرة على الحديث باستخدام جمل واضحة وكاملة ولديه القدرة على الانخراط (الاندماج) في التواصل مع الآخرين ولكنه يبدي فشلا في ذلك، كما وأن قدرته على تكوين الصداقات مع الرفاق تبدو شاذة (غير عادية) و غير ناجحة تماما.	عدم المرونة في السلوك و التي ينتج **عنها تأثير واضح ذو دلالة** في أداء الفرد الوظيفي في واحد أو أكثر من المواقف (السياقات الاجتماعية). **صعوبة** في الانتقال (التحول) بين الأنشطة المختلفة. مشاكل في القدرة على التنظيم أو التخطيط الأمر الذي من شأنه إعاقة (كبح) القدرة على الاستقلالية.

وعليه فإن جمعية أطباء النفس العيادين الأمريكية وهي الجهة المسئولة عن إصدار الدليل التشخيصي قد أعدت مقياس لتحديد

مستوى تأثير شدة الأعراض على أداء الطفل اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه (الملحق رقم ١) والذي يوجب على الفاحصين تعبئته مباشرة أثناء جلسة التشخيص. كما أن هذا المقياس يمكن

استخدامه لاحقا لتحديد مدى التقدم الحاصل لدى الطفل في مستوى شدة الأعراض كنتيجة لتقديم الخدمات العلاجية والتأهيلية (American Psychiatric Association- APA, 2013).

 # تحديات عملية التشخيص:

تتضمن عملية التقييم و التشخيص الشاملة للتوحد عددا كبيرا من التحديات التي تصعب من عملية التقييم و تترك أثرا بالغا في دقة النتائج المستخلصة منه. تتعدد الأسباب والمصادر التي يمكن أن تنتسب اليها هذه التحديات، الا أنها في جوهرها ترتبط ارتباطا وثيقا بالبنية الغامضة و الفريدة لاضطراب التوحد و التي تجعل من فئة الاطفال المصابين به فئة غير متجانسة. وعادة ما تتمحور تحديات التقييم و التشخيص حول ثلاثة محاور أساسية هي:

١. محور الفئة غير المتجانسة (تعددية الاعراض و اختلاف مدى شدتها، الفروق الفردية بين المفحوصين، مقدار القدرة العقلية، تعاون المفحوص، العمر الزمني للمفحوص، التاريخ التربوي و التدريبي له).
٢. محور الفاحص (خبرته ونوع تأهيله و ذاتيته أو موضوعيته وألفته مع المفحوص) وبيئة الفحص(سواء كانت مألوفة كالمنزل أو غير مألوفة كعيادة متخصصة، الخصائص الفيزيائة لمكان الفحص، ووجود أشخاص مألوفين كالوالدين أو عدمه) .
٣. محور الأدوات و مدى تناسبها مع الأهداف (نوع الادوات و مدى وضوح آلية تطبيقها و تفسير نتائجها، مدى ألفة الفاحص بها و مستوى التدريب و التأهيل الذي تتطلبه، الوقت الذي تستغرقه و كيفية الاجابة عليها) .

و بشكل عام فقد أشار كل من ماركوس و فلاجلر و روبنسن (Marcus, Flagler, & Robinson, 2001) أن على الفاحصين المهتمين بتشخيص الاطفال ذوي اضطراب التوحد مراعاة ما يلي :

١. المرونة عند تنفيذ اجراءات تطبيق الأدوات المراد استخدامها و ذلك من خلال التناوب في طرح الفقرات المراد الاجابة عليها من قبل الطفل (مثل التناوب بين تطبيق الفقرات اللفظية وغير اللفظية)، تعديل تعليمات تطبيق فقرات الأداة لتلائم مستوى الطفل أو مستوى تعليم الوالدين (مثل توظيف أبسط الكلمات و الابتعاد عن المصطلحات العلمية)، توظيف فترات استراحة متعاقبة للطفل أثناء عملية الفحص، الحرص على تعزيز نجاح الطفل في الاداء على فقرات الاختبار.

٢. توظيف بيئة فحص مناسبة و منظمة و ذلك بتأسيس روتين واضح و متنبأ به من قبل الطفل (كتوظيف الصور التي توضح المطلوب منه تأديته)، ترتيب المظهر الفيزيائي (المادي) لغرفة الفحص (مثل ترتيب الأثاث و الادوات، التقليل من المشتتات، تنظيم آلية عرض أدوات الاختبار).

٣. مراعاة الدقة و المصداقية في المعلومات التي يتم الحصول عليها من قبل الوالدين أو غيرهم. تستند الكثير من الادوات المطبقة على طرح اسئلة ترتبط بآلية نمو الطفل خلال السنوات الثلاث الاولى من عمره. و لعل مثل هذه المعلومات قد تكون عرضة لأخطاء الاستدعاء من الذاكرة (مثل الحذف و التشوية و التعديل و الاضافة) من قبل الوالدين و خاصة للاطفال الأكبر عمرا.

٤. التأكد من وضوح الهدف من الادوات المطبقة و الفقرات المتضمنة للوالدين او من ينوب عنهم. فقد تتأثر اجابة الوالدين بعدم الفهم الدقيق للمظهر السلوكي المراد قياسه في فقرات الادوات المطبقة (مثل المقصود باللعب الايهامي أو التخيلي، التواصل البصري، مشاركة متعة الاداء).

٥. التعامل بذكاء مع الوالدين ذوي الاطلاع و الدراية باضطراب التوحد.قد يتسم بعض أولياء الامور بالقدرة الجيدة على تصفح الانترنت و قراءة الكتب والمقالات و حضور البرامج والندوات التي تتناول الحديث عن التوحد. و لعل مثل هذا الاطلاع قد يكون سلاحا ذو حدين. فمن جهة، قد يسهل ذلك من التعاون مع الوالدين في الاجابة عن فقرات الاداة أو الاختبار مما يسهم في دعم مصداقية الاجابات، و من جهة أخرى، قد يعيق ذلك آلية جمع المعلومات و ذلك اما بمحاولة الأهل تجنب اعطاء اجابات قد تدعم من تشخيص التوحد لدى طفلهم أو باعطاء اجابات مضللة تدفع بالفاحص للتحول نحو تشخيص آخر أقل أثرا كبديل عن التوحد.

 # الخاتمة:

تناولت السطور السابقة توضيحا للمحكات والمعايير التشخيصية الجديدة التي أوردتها الطبعة الخامسة من الدليل الإحصائي و التشخيصي (DSM V) والتي اشترطت أن تكون عملية التشخيص عملية متعددة المستويات وتتضمن التأكد أولا من انطباق جملة الأعراض السلوكية المميزة للاضطراب في بعد التواصل الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي و بعد السلوكيات النمطية و الاهتمامات الضيقة، ومن ثم تحديد مدى وجود اضطرابات متقاطعة مع الاضطراب بالرجوع إلى معايير تشخيص كل اضطراب متقاطع وفقا لما تم تحديده في الدليل ، وأخيرا تحديد مدى شدة الأعراض وتأثيرها على أداء الطفل

ومدى الحاجة إلى مستوى الدعم المراد تقديمه. ولعل هذه المحكات لازالت قيد البحث في الميدان رغم إقرارها من قبل جمعية أطباء النفس العياديين الأمريكية (APA) حيث لازالت هذه المحكات قيد جدل بين العلماء في الميدان بغية الوصول إلى اتفاق مستقبلي حول مدى فاعليتها العملية في عملية التشخيص (للمزيد من المعلومات حول هذا الجدل يرجى الرجوع إلى مرجع Nemeroff et al., 2013).

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

المراجع:

American Psychiatric Association. (2000). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** *(4th ed. Rev)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). ***Diagnostic and statistical manual of mental disorders*** *(5th ed)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2013). ***Clinical-Rated Severity of Autism Spectrum Disorders and Social Communication Disorder***. Washington, DC: American Psychiatric Association. Retrieved January 18, 2013, from:http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures

http://www.autismspeaks.org/what-autism/diagnosis/dsm-5-diagnostic-criteria

Lai, M., C., Lombardo, M., V., Chakrabarti, B., & Baron-Cohen, S. (2013). Subgrouping the Autism ‘‘Spectrum’’: Reflections on DSM-5. ***PLoSBiol*** 11(4): e1001544. doi:10.1371/journal.pbio.1001544

Lecavalier, L. (2013). Thoughts on the DSM-5. ***Autism****, 17*(5), 507— 509.

Machado, J., D., Caye A., Frick P., J., & Rohde L., A. (2013). DSM-5: Major changes for child and adolescent disorders. In J.M. Rey (ed), ***IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health***. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Marcus, L. M., Flagler, S., & Robinson, S. (2001). Assessment of children with autism. In J.R. Simeonsson, & S. L., Rosenthal (Eds**.), *Psychological and Developmental Assessment*** (3rd edn, pp. 267–292). New York: The Guilford Press, Inc.

McLean, M. (2004). Assessment and Its Importance in Early Intervention/Early Childhood Special Education. In M. McLean, M. Wolery, & D.B. Bailey. (Eds.), ***Assessing Infants and Preschoolers with Special Needs*** (3rd edn, pp. 1–20). New Jersey: Person Education, Inc.

Nemeroff, C.B., Weinberg, D., Rutter, M., MacMillan, H.L., Bryant, R.A., Wessely, S., et al. (2013). DSM-5: a collection of psychiatrist views on the changes, controversies, and future directions**. *BMC Medicine****, 11*, 2–19. Retrieved January 18, 2013, from: http://www.biomedcentral.com/1741-7015/11/202

Volkmar, F.R., & Klin, A. (2005). Issues in the Classification of autism And Related Conditions In F.R. Volkmar, R. Paul, A. klin, & D. J., Cohen (Eds.), ***Handbook of Autism***

and Pervasive Developmental Disorders (3rd edn, pp. 5–42). New York: John Wiley & Sons, Inc.

الملحق رقم (١):

مقياس تحديد مستوى شدة الأعراض الخاص باضطراب طيف التوحد (ASD) واضطرابات التواصل الاجتماعي (SCD) نسخة الفاحص (APA, 2013)

الاسم: ..... العمر: .....

الجنس : ذكر أنثى التاريخ: .....

التعليمات:

يستخدم مقياس تحديد مستوى شدة الأعراض من قبل الفاحصين لتحديد مستوى تأثير الأعراض السلوكية على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم الواجب تقديمه كنتيجة لـــ:

أية مشاكل في التواصل الاجتماعي **و** أية مظاهر سلوكية نمطية و اهتمامات ضيقة المدى

للفرد المشخص بـــ (حدد بوضع إشارة (X) أمام الاضطراب الذي ينطبق على الفرد والمراد تقديم الدعم له) :

- **اضطراب طيف التوحد**
- **اضطراب التواصل الاجتماعي**

وفقا لجميع المعلومات المتوفرة لديك حول الفرد المراد تقديم الدعم له وباستخدام حكمك الإكلينيكي ، قم بتقدير كل من مشكلات التواصل الاجتماعي و السلوكيات النمطية و الاهتمامات الضيقة والتي تظهر لدى الفرد **خلال الأيام السبعة الماضية:**

البعد	المستوى (٠) لا يوجد	المستوى (١) مستوى بسيط من الدعم	المستوى (٢) مستوى متوسط من الدعم	المستوى (٣) مستوى شديد من الدعم
التواصل الاجتماعي: قدر مستوى التأثير على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه كنتيجة للعجز الناتج في التواصل الاجتماعي	::::::::::	قصور (عجز) **واضح** في التفاعل الاجتماعي و الذي ينتج عنه **اعتلال واضح** في القدرة على التفاعل الاجتماعي **في ظل غياب الدعم المناسب** في الموقف الاجتماعي. **صعوبة** في القدرة على إنشاء التفاعل الاجتماعي مع الآخرين ووجود أمثلة واضحة على استجاباته غير العادية أو الفاشلة للتفاعلات الاجتماعية من قبل الآخرين	قصور (عجز) **واضح** في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية و غير اللفظية . **اعتلال (قصور) ظاهر** في التفاعل الاجتماعي حتى **بوجود الدعم و المساعدة** في الموقف الاجتماعي. قدرة **محدودة في** إنشاء التفاعل الاجتماعي، تناقص أو استجابات غير عادية للتفاعلات الاجتماعية	قصور (عجز) **شديد** في مهارات التواصل الاجتماعي اللفظية و غير اللفظية والتي تسبب **اعتلالا (قصورا) شديدا** في الأداء الوظيفي. قدرة **محدودة** على إنشاء التفاعل الاجتماعي، وحدود دنيا في القدرة على الاستجابة لمبادرات الآخرين الاجتماعية.

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.

			من قبل الآخرين.	
البعد	**المستوى (٠) لا يوجد**	**المستوى (١) مستوى بسيط من الدعم**	**المستوى (٢) مستوى متوسط من الدعم**	**المستوى (٣) مستوى شديد من الدعم**
السلوكيات النمطية والاهتمامات الضيقة: قدر مستوى التأثير على أداء الفرد اليومي ومستوى الدعم المراد تقديمه كنتيجة للعجز الناتج في التواصل الاجتماعي	::::::::	عدم المرونة في السلوك و التي ينتج **عنها تأثير واضح ذو دلالة** في أداء الفرد الوظيفي في واحد أو أكثر من المواقف (السياقات الاجتماعية). **صعوبة** في الانتقال (التحول) بين الأنشطة المختلفة. مشاكل في القدرة على التنظيم أو التخطيط الأمر الذي من شأنه إعاقة (كبح) القدرة على الاستقلالية.	عدم مرونة السلوك، **وصعوبة** في القدرة على التكيف مع التغيير، أو سلوكيات تكرارية/محدودة تبدو كثيرة بصورة كافية لأن تكون واضحة للملاحظة من قبل الآخرين أو أنها **تؤثر** في أداء الفرد الوظيفي **في المواقف** (السياقات الاجتماعية) المختلفة. **صعوبة** في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته).	عدم مرونة السلوك، **وصعوبة شديدة** في القدرة على التكيف مع التغيير، أو سلوكيات تكرارية/محدودة تؤثر **وبشكل واضح** في أداء الفرد الوظيفي وعلى **كافة الأصعدة.** **صعوبة بالغة** في القدرة على تغيير اهتماماته أو أفعاله (تصرفاته).

الجابري، محمد (٢٠١٤). التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة. ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة : الرؤى والتطلعات المستقبلية. جامعة تبوك، تبوك، المملكة العربية السعودية.