

[١]

اضطراب طيف التوحد:
تحليل نقدي ونموذج تصنيفي جديد

أ.د. عادل عبد الله محمد

أستاذ التربية الخاصة
والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل
جامعة الزقازيق

اضطراب طيف التوحد:

تحليل نقدي ونموذج تصنيفي جديد

أ.د. عادل عبد الله محمد*

ملخص:

طالعنا الإصدار الخامس من دليل التشخيص بحذف فئة الاضطرابات النمائية الشاملة، وما ينتمي إليها من اضطرابات طيف التوحد على الرغم من وجودها المستقل والتمايز على أرض الواقع. وتم صهر اضطرابات طيف التوحد الأربعة معاً فخرج لنا كياناً وحيداً جديداً أطلق عليه اسم اضطراب طيف التوحد ليحل محلها دون تظير كاف له وهو ما أدى إلى حدوث العديد من المشكلات نظرياً وتطبيقياً وبحثياً إلى جانب الخلط والتشويش بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد واضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة فضلاً عن العديد من المآخذ والملاحظات ذات القيمة. ولذلك فقد قام الباحث بتقديم نموذج تصنيفي مقترح للحد من هذه المشكلات.

مقدمة:

حتى لا تختلط الأمور وتتشعب، وندخل في جدل عقيم لا جدوى منه فإننا نود أن نوضح أن لكل كيان اسماً ومضموناً. وأن المضمون يعكس طبيعة الشيء أو الكيان، وخصائصه أو طبوغرافيته بشكل كلي كامل مفصل، ثم نشرع بعد ذلك في اختيار اسم له هو مجرد إحدى المفردات اللغوية التي نصطلح على أنها هي التي تدل على هذا الكيان أو ذلك. وهذه هي فكرة "المفهوم" بمعناه السيكلوجي حيث يكون للشيء خصائص معينة تميزه عن غيره، ثم نختار اسماً معيناً للدلالة على تلك الخصائص حتى يسهل فهمه، وتذكره. فعندما يكون لدينا شيء مصنوع من الخشب، وله أربعة أرجل، وله مسند، وله قاعدة كي نجلس عليها، ثم نضيف على ذلك تلك

* أستاذ التربية الخاصة والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل - جامعة الزقازيق.

التعميمات التي أدخلت عليه في الشكل، والمادة التي يتكون منها فإن الاسم الذي اصطلح عليه للدلالة على هذا المضمون هو لفظ "كرسي". ومن ثم فقد أصبح هو ما يستخدم للدلالة على مفهوم "الكرسي" بعد أن تم الربط بين الاسم والمضمون، أي بين الشكل والجوهر. إلا أن السؤال الذي يطرح نفسه هنا هو ماذا سيحدث لو قمنا بتغيير لفظ "الكرسي" بلفظ آخر للدلالة على نفس المضمون ما لم يستخدم هذا اللفظ الآخر للدلالة على شيء غير ذلك؟ هل سيختلف المضمون أي طبيعة الشيء بما تضمنه من خصائص وطبوغرافية؟ لا أعتقد ذلك حيث سيظل الأمر كما هو لأنها ما هي إلا أسماء سمينها للأشياء. فالمشكلة إذن ليست في الاسم، بل في المضمون والجوهر، فلنختر ما شئنا، لكن سيظل الجوهر هو الجوهر.

والواقع أنني قد أردت من هذه المقدمة أن أوضح أنه عند تطبيق هذه القاعدة على اضطراب طيف التوحد فإن المشكلة لن تكمن مطلقاً في اسم الاضطراب، وهل هو اضطراب طيف التوحد، أم اضطراب التوحد، أم اضطراب "أياً كان الاسم"، ولكن المشكلة في الواقع تكمن في مضمون هذا الاضطراب، وما يدل عليه. فلنسمه ما نشاء، ولن يكون ذلك هو المشكلة مطلقاً كما يدعي الكثيرون حيث ستبقى المشكلة في ماهية هذا الاضطراب، أي في جوهره وطبيعته. إننا بذلك نرى أن المشكلة لن تكون في الاسم مطلقاً وتحت أي ظروف، ولكنها تكمن في مضمونه أي فيما يدل عليه هذا الاضطراب، وفي كيفية تشخيصه بشكل يتسم بالدقة والوضوح، وفي كيفية تناوله من خلال تنظيم واضح ومحدد يكون من شأنه أن ييسر تناول التطبيقية والعملية له أي أن ييسر من الحدوث الفعال لممارساتنا التطبيقية التي تتعلق به على أرض الواقع، وفي كيفية تحديد أساليب وبرامج التدخل بالشكل الذي يضمن لنا أن نحقق فعاليتها التي نسعى إليها، وأن يعود ذلك بالفائدة على الطفل كأحد أهم القواعد الأساسية في تعديل السلوك تحقيقاً لأخلاقيات تعديل السلوك.

إذن نؤكد من جديد مراراً وتكراراً أنه لا توجد أدنى مشكلة في اسم الاضطراب لأننا إذا ما أردنا أن نغيره في أي وقت فهذا أمر جائز. كما أن هناك حقيقة مهمة للغاية في هذا الصدد هي أن من أطلق هذا الاسم على ذلك الاضطراب هم من لهم الحق في ذلك. ولكن أرجو ألا يقال أنه طالما أنهم لهم الحق في ذلك يصبح علينا أن نسير معهم في المضمون أيضاً لأنني أؤكد أن هناك خطأ في المضمون، وهم

بشر مثلنا يصيبوا ويخطئوا، وأن هذه ليست هي المرة الأولى التي يوجد بها خطأ في التشخيص بالدليل حيث لا يخلو أي إصدار من إصداراته من أخطاء في التشخيص تم تصويبها في الإصدارات التالية. وهذا ليس عيباً في ذاته بقدر ما هو اجتهاد، ومحاولة للوصول إلى الأفضل. وليس شرطاً أن نصيب في كل المحاولات فالكامل لله سبحانه وتعالى وحده، ولكن الشرط هو أننا عندما نخطئ نعمل بكل جد واجتهاد ومثابرة على تصويب الخطأ.

اضطراب طيف التوحد:

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.

وقد ظهر اضطراب طيف التوحد autism spectrum disorder ASD كمسمى وكيان أي كشكل وجوه مع ظهور الإصدار الخامس من دليل التشخيص وذلك كمنتج نهائي عن صهر أنماط أربعة من الاضطرابات (وقبل أيضاً أنها ثلاثة أنماط) لا يقبل أحدها على الأقل وهو اضطراب أسبرجر "إعاقة غير عقلية في طبيعته" الصهر معها كانت تسمى في الإصدارات السابقة من الدليل حتى الإصدار الرابع المعدل منه DSM-IV-TR الذي صدر عام ٢٠٠٠ والذي استمر العمل به حتى عام ٢٠١٣ باسم اضطرابات طيف التوحد والتي كانت تنتمي إلى مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة أي التي تؤثر سلباً على جوانب نمو الطفل. وكانت تتمثل تلك الاضطرابات في اضطراب أسبرجر، واضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. كما كانت تلك الاضطرابات فيما بينها تمثل طيفاً، وإن لم يوضح المتصل continuum الخاص بالطيف المواقع المحددة لتلك الاضطرابات عليه. إلا أنها بمفهوم الطيف كانت

تتشرك في خصائص محددة تتمثل في أن كلاً منها يعد بمثابة اضطراب نمائي شامل، وفي الخصائص التي تتسم بها إعاقة التوحد وذلك بدرجات متفاوتة وهو الأمر الذي يتفق مع مفهوم الطيف الذي يتطلب ضرورة توفر ثلاثة شروط يمكن تلخيصها في ضرورة وجود مجموعة من "العناصر" وهي ما تتمثل هنا في الاضطرابات، وأن تشترك تلك العناصر معاً في خاصية معينة واحدة أو أكثر، وأن يكون هذا الاشتراك معاً بدرجات متفاوتة.

وقد تمت عملية الصهر المزعومة بين مكونات أربعة يمثل أحدها وهو اضطراب أسبرجر إعاقة غير عقلية في طبيعته، بينما تمثل الأنماط الثلاثة الأخرى إعاقة عقلية في طبيعتها. وقد تمثل ناتج عملية الصهر تلك في ظهور مخرج واحد يسمى اضطراب طيف التوحد، وتحدد له ثلاثة مستويات للشدة هي البسيط، والمتوسط، والشديد وكأن أحد مدخلات عملية الصهر قد اختفى أثناء حدوث تلك العملية دون أن ندري لماذا حدث ذلك، وكيف حدث، وأين ذهب هذا العنصر. وحتى عندما ورد بالدليل الاكتفاء بثلاثة فقط منها عند استبعاد اضطراب الطفولة التفككي فإن الأمر لم يختلف حيث كان المهم في هذا الأمر أننا لم يعد لدينا "عناصر" أي اضطرابات حتى تشترك في خاصية معينة أو أكثر بدرجات متفاوتة، أي لم يعد لدينا طيف.

ومع ذلك ظل هناك إصرار على أنه هذا المكون الوحيد يمثل طيفاً مع فقدته لشروط الطيف حيث إدعى الدليل أن مستويات شدة الاضطراب هي التي تمثل الطيف لتصبح هي المرة الأولى في حياتنا التي نسمع فيها أن مستويات الشدة تمثل طيفاً. وإذا كان الأمر كذلك فلماذا لا ينطبق هذا الأمر على اضطرابات أخرى تعد أكثر استقراراً ووضوحاً كالإعاقة الفكرية intellectual disability على سبيل المثال والتي تغير اسمها في الإصدار الخامس المعدل (٢٠٢٢) DSM-V-TR ليصبح الاضطراب النمائي الفكري intellectual developmental disability (disorder) وذلك بمستوياتها الأربعة من الشدة والتي تجمع بين المستويات البسيطة والمتوسطة والشديدة والحادة، أو حتى بالنسبة لمستويات ضعف السمع كإعاقة سمعية والتي تجمع بين الطفيف، والبسيط، والمتوسط، والشديد ثم الحاد. فهل الأمر هزل أم جد؟ وهل هي مجرد تغيير في المسميات أم أن هناك أمراً غير ذلك؟

والى جانب ذلك فقد اختفت تلك الكيانات الأربعة تشخيصاً ووجوداً، ولم يعد لها أي ذكر. وجاء تشخيص الكيان الجديد الوحيد ليخلو تماماً من أي شيء حول اضطراب أسبرجر، بل إنه جاء كإعادة صياغة لمحكات تشخيص اضطراب التوحد التي وردت في الإصدار الرابع DSM-IV مع التعقيد فيها لتخالف أبسط قواعد القياس والتقييم، فضم مجموعتي القصور الاجتماعي، وقصور والتواصل واللغة في مجموعة واحدة تتناول القصور الاجتماعي الانفعالي في محكات معقدة التكوين، وأخذ مجموعة محكات السلوكيات النمطية والتكرارية كما هي وأضاف إليها محك القصور الحسي والذي يعد من أهم الخصائص التي تتسم بالعمومية وليس الخصوصية، والمفروض أن المحكات التي تدخل في التشخيص هي محكات الخصوصية فقط وليس العمومية.

ونتيجة لذلك لم نعد نعرف عن أي اضطراب نتحدث، والأدهى من ذلك أن البعض يرى اجتهاداً وليس وفقاً لما ورد في الدليل أن المستوى البسيط يعكس اضطراب أسبرجر، وأن المستويين الآخرين يعكسان اضطراب التوحد حيث يدخل الاضطراب الآخر مع اضطراب التوحد مع التأكيد من جانبنا على أن ذلك لم يرد في دليل التشخيص، وأتينا لا ندري ما هو الاضطراب الآخر هذا على وجه التحديد. ونظراً لعدم وجود تنظير كاف لهذا المكون الجديد أصبح الباحثون يخلطون في الكتابة بينه وبين اضطراب التوحد ليخالفوا بذلك إجراءات البحث العلمي الذي يشترط أن يكون هناك اتساق بين العنوان والمتمن في الكتابة والبحث.

والحقيقة أن هذا الاضطراب بالشكل الذي ظهر عليه في الإصدار الخامس من دليل التشخيص (٢٠١٣) DSM-V توجد عليه مآخذ وملاحظات عديدة بدءاً من نسف مفهوم الطيف بمعناه القاموسي والكلاسيكي مروراً باختفاء قسري لكيانات أو اضطرابات أربعة موجودة بالفعل في الواقع بشكل مستقل ومتمايز، وكانت تحظى بهذا الاستقلال والتمايز في أدلة تشخيص سابقة. فهل اختفت تلك الاضطرابات من الواقع، ولم تعد موجودة أو متميزة كما كانت؟ ووصولاً إلى عدم وضوح الرؤية للاضطرابات الأصيلة في الطيف نظراً لعدم وجود أي إشارة عن اضطراب أسبرجر، وتحوير محكات التشخيص لتستخدم مع هذا المكون الجديد بدلاً من استخدامها السابق مع اضطراب التوحد، ثم الخلط بين الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد

واضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة نظراً لعدم وجود سلوكيات نمطية وتكرارية مما جعل من اضطراب الاستخدام الاجتماعي للغة أو ما يعرف باضطراب التواصل الاجتماعي وهو أحد أنماط اضطرابات التواصل مظلة عامة يحيطها الإبهام والخلط وعدم الوضوح، أي أنه قد نقل من هذا المنطلق ذلك التشوش والإرتباك إلى جانب آخر وإن كان قد نقله في هذه المرة إلى مجرد نمط واحد من خمسة أنماط من اضطرابات التواصل.

وقد سار الإصدار الحادي عشر لتصنيف الأمراض ICD-11 الذي تصدره منظمة الصحة العالمية وذلك في النسخ التي تم تقديمها للمراجعة وذلك قبل عام ٢٠٢٢ وحتى العمل به في أول يناير ٢٠٢٢ على نفس النهج وإن كانت هناك آراء جادة من العديد من الخبراء والأطباء تتادي بضرورة إحداث تغيير في محكات التشخيص ليعود اضطراب أسبرجر من جديد إلى الوجود. ونحن نتفق تماماً مع وجهة النظر هذه نظراً لأن هذا الاضطراب في جوهره له جناحان أحدهما هو اضطراب أسبرجر ممثلاً للأداء الوظيفي المرتفع، والآخر هو اضطراب التوحد ممثلاً للأداء الوظيفي المنخفض مع الأخذ في الاعتبار أن مستوى الأداء الوظيفي بين مرتفع ومنخفض لا يعكس تشخيصاً معيناً، بل مستويات للشدة، وحاجة للدعم، ووجود أو عدم وجود قصور عقلي. أما الاضطرابات الأخرى فهي متحورة عن اضطراب التوحد، وبالتالي يمكن ضمها معه.

ومع صدور الإصدار الخامس المعدل DSM-V-TR من الدليل في مارس ٢٠٢٢ استمر السير على نفس النهج مع تغيير في بعض الشروط بمحكات التشخيص وخاصة في شروط المجموعة الأولى الخاصة بالقصور الاجتماعي الانفعالي ليضيف في الديباجة الخاصة بها كلمة all of لتصبح as manifested by all of the following أي أن كل المحكات الثلاثة الواردة في تلك المجموعة يجب أن تنطبق جميعها على الطفل وذلك بدلاً من كونها as manifested by the following في الإصدار الخامس مع أن هذا الإصدار الخامس يحدد بدون هذه الكلمة ضرورة انطباقها جميعاً. وبدلاً من وضع عبارة أن مستوى الشدة يحسب في إطار القصور الاجتماعي والسلوكيات النمطية تحت كل مجموعة من مجموعتي التشخيص في الإصدار الخامس تم حذفها من تحت كل مجموعة في الإصدار

الخامس المعدل، ووضعها في نقطة مستقلة مع تحديد أنها ثلاثة مستويات للشدة يتطلب المستوى البسيط المساندة، ويتطلب المستوى المتوسط قدراً كبيراً من المساندة، ويتطلب المستوى الشديد قدراً كبيراً جداً من المساندة. وظل عدم تحديد إلى أي الاضطرابات تشير تلك المستويات. فوجدنا أنفسنا بذلك أمام تعديلات أقل ما يقال عنها أنها طفيفة للغاية، وأنها شكلية ولا تكفي، وأنها لم تغير في الأمر شيئاً لأنها ابتعدت عن جوهر الموضوع وأساسه.

نموذج تصنيفي جديد:

وعلى هذا الأساس فنحن نقترح نموذجاً تصنيفياً جديداً ينطلق من المسلمات السابقة، ويتقاضي المآخذ المثارة، ويحاول قدر الإمكان أن يجد حلولاً مقنعة لأوجه القصور المشار إليها في التشخيص، ويعتمد على الوجود المادي المتميز والمستقل لتلك الاضطرابات على أرض الواقع، ووجود حالات منها تمت إحاطتها بالشك والريبة، وعدم القدرة على تحديدها أو تشخيصها بشكل دقيق.

ويقوم هذا النموذج المقترح على أن توضع هذه الاضطرابات أو تتدرج تحت فئة أو مظلة عامة تعرف باسم اضطرابات طيف التوحد وليس اضطراب طيف التوحد. كما تتفرع فئتان فرعيتان من هذه الفئة العامة وذلك بحسب جوهر وطبيعة هذه الاضطرابات وأصلها، فتسمى الفئة الأولى اضطراب أسبرجر، وتمثل طرف الأداء الوظيفي المرتفع، ولا تعكس أي قصور عقلي، وتتطلب مستوى أقل من الدعم، ويكون لها تشخيص مستقل. وتعرف الفئة الفرعية الثانية باسم اضطراب طيف التوحد، وتمثل طرف الأداء الوظيفي المنخفض، وتعكس وجود قصور عقلي، وتتطلب مستوى أكبر من الدعم، وتتضمن ثلاث فئات فرعية تضم الاضطرابات ذات القصور العقلي وهي اضطراب التوحد، واضطراب الطفولة التفككي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، ويكون لها تشخيص مستقل يجمع بينها، وذات مستويات ثلاثة للشدة.

وأن يكون لتوقيت حدوث الاضطراب وبدايته قيمته التشخيصية وذلك قبل أو بعد سن الثالثة. كما يتم تحديد متصل واضح للطيف على أن يتم تعيين مواقع محددة فيه لكل اضطراب بحيث يشغل الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الطرف

الأعلى منه وفقاً لطبيعته، يليه اضطراب التوحد في الطرف الأوسط، وأن ينتهي في طرفه الأدنى باضطراب الطفولة التفككي وفقاً لطبيعته أيضاً وهو ما يتسم ببدايته المتأخرة حيث عادة ما يبدأ في وقت متأخر بحيث يبدأ بعد الثالثة من عمر الطفل، وتكون أعراضه أشد في حدتها، ويكون مستوى القصور العقلي شديداً. ويجب أن نلاحظ أن الدليل التشخيصي الخامس قد تجاهل هذا الاضطراب الأخير "اضطراب الطفولة التفككي" عند تناوله لاضطراب طيف التوحد حيث ذكر أن الأطفال الذين تم تشخيصهم وفق الإصدار الرابع على أنهم من ذوي اضطراب أسبرجر، أو ذوي اضطراب التوحد، أو ذوي الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد يتم تشخيصهم على أنهم ذوي اضطراب طيف التوحد.

وبهذا الوصف يعود الاضطراب إلى طبيعته الأصلية التي تجمع بين طرفين يعكس أحدهما قصوراً عقلياً في حين لا يعكس الآخر مثل هذا القصور وهو ما يتفادى ما أثير حول ذلك من مأخذ، ويتفق مع الآراء التي اشتمت من أن ذلك يمثل مشكلة تشخيصية في الواقع، وأنه لا بد من استعادة اضطراب أسبرجر، ورجوعه إلى الصورة من جديد. كما أنه يلبي شروط مفهوم الطيف، ويحققها، ويقدم متصلاً حقيقياً تتوزع عليه درجات التفاوت التي يتطلبها ويشترطها الطيف. كما يمكن من خلاله التغلب على العديد من المشكلات التطبيقية والعملية التي ظهرت في الواقع على أثر تناول اضطراب طيف التوحد بذات الشاكلة التي ورد عليها في الدليل دون وجود تنظير كاف له.

المراجع:

- دانيال هالاهاان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). سيكلوجية 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).
- 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.
- 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: Author.
- World Health Organization. (2022). *The ICD- 11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (ICD-11)*. Geneva: World Health Organization.