

[١]

مقياس تقديري جديد لاضطراب أسبرجر

أ.د. عادل عبد الله محمد

أستاذ اضطراب التوحد

والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل

جامعة الزقازيق

مقياس تقديري جديد لاضطراب أسبرجر

أ.د. عادل عبدالله محمد*

مقدمة:

تم اكتشاف اضطراب أسبرجر على يد هانز أسبرجر (١٩٤٤) Asperger وذلك ككيان مستقل، ولكنه لم يظهر آنذاك في دليل التشخيص. وظهر هذا الاضطراب لأول مرة في الدليل التشخيصي الرابع (١٩٩٤) DSM- IV بتشخيص صحيح تحت مظلة الاضطرابات النمائية الشاملة وذلك ككيان مستقل، وتشخيص مستقل وفقاً لما هو عليه في الواقع، وممثلاً لأحد أنماط اضطرابات طيف التوحد. واستمر الحال على هذا النحو في المراجعة النصية لذات الدليل (٢٠٠٠). DSM- IV- TR وتم النظر إليه على أنه اضطراب نمائي وعصبي معقد ذي بداية مبكرة أو حتى متأخرة دون المرور بمرحلة نمو طبيعية، ويستمر مع الفرد طيلة حياته. ولا يتضمن هذا الاضطراب إعاقة عقلية أو لغوية. ويواجه الأطفال والمراهقون الذين يعانون من اضطراب أسبرجر مشكلات في الارتباط الاجتماعي بالآخرين، كما تكون أنماط سلوكهم وتفكيرهم جامدة وتكرارية. ويمكن لهؤلاء الأفراد أن يتحدثوا مع الآخرين، ويكون أداؤهم الأكاديمي جيداً في المدرسة. إلا أنهم عادة ما يواجهون المصاعب في فهم المواقف الاجتماعية، والأنماط غير الواضحة أو الدقيقة من التواصل كلغة الجسم، والفكاهة، والسخرية على سبيل المثال. ويمكنهم أن يفكروا كثيراً، وأن يتحدثوا كثيراً حول موضوع واحد معين، أو اهتمام واحد، أو يرغبوا فقط في أداء كم قليل من الأنشطة. وقد تصبح تلك الاهتمامات قهرية، وتتعارض مع أدائهم الوظيفي اليومي بدلاً من أن تتيح أمام الطفل مخرجاً اجتماعياً أو ترويحياً جيداً.

ومع ظهور الدليل الخامس (٢٠١٣) DSM- V تغير الحال أو انقلب حيث تم صهر كافة اضطرابات طيف التوحد في اضطراب هلامي واحد أسموه اضطراب طيف التوحد مما أدى إلى اختفاء مفهوم الطيف، ولم يتم تقديم أي تنظير لذلك

* أستاذ اضطراب التوحد والعميد المؤسس لكلية علوم الإعاقة والتأهيل- جامعة الزقازيق.

الاضطراب، وتم صهر اضطراب أسبرجر قسراً معها، واختفت كل هذه الاضطرابات ولم يعد لها أي وجود ورقي بالدليل رغم وجودها على أرض الواقع، وتم تضمينها في اضطراب واحد دون تمييز لأي منها مما حال دون معرفة الاضطراب وتشخيصه على وجه الدقة. ونظراً لهذا التحول الدرامي الصارخ الذي شهده الإصدار الخامس للدليل التشخيصي فقد تم اختفاء التشخيص المستقل لاضطراب أسبرجر، بل وتم اختفاء اضطراب أسبرجر نفسه من الدليل وذلك على عكس الواقع. كما تم استخدام محكات تشخيص غير مناسبة اعتبرت كل تلك الاضطرابات هي نفس الاضطراب الهلامي الناتج عن عملية الصهر مع أنها تتميز عن بعضها كياناً وتشخيصاً حيث أنها ليست متساوية مما أدى إلى حدوث العديد من المشكلات التي واجهها الأخصائيون والأطباء وأولياء الأمور في التشخيص والتقييم والتدخل. ومع ذلك فقد سارت الأمور على نفس الشاكلة في المراجعة النصية للدليل الخامس (٢٠٢٢) DSM- V- TR إذ لم يتغير في الأمر شيئاً. ولذلك فقد قدم عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) نموذج التصنيف والتشخيصي لاضطراب طيف التوحد الذي يعالج تلك المآخذ حيث قسم هذه الاضطرابات إلى ما هو مرتفع (أسبرجر) أو منخفض الأداء الوظيفي وفقاً لوجودها في الواقع حيث يتم خلاله تناول اضطراب أسبرجر مستقلاً ككيان وتشخيص، ويتم تناول الاضطرابات الثلاثة الأخرى وهي اضطراب التوحد واضطراب الطفولة التفككي والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد ككيانات مستقلة تحت مسمى اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي على أن يتم تحديد الاضطراب موضوع الاهتمام وتناوله، وتشخيصه وفق مقياس واقعي ومعيارى ومستقل.

اضطراب أسبرجر:

يعرف اضطراب أسبرجر بأنه اضطراب نمائي وعصبي معقد يلزم الفرد مدى حياته، ويتسم ببدايته المبكرة والتي عادة ما تكون قبل الثالثة من العمر، أو المتأخرة التي تكون بعد الثالثة. كما يتسم بوجود قصور في التفاعلات الاجتماعية، والتواصل غير اللفظي، والاهتمامات المكثفة والمتعمقة والتي تكون مقيدة في موضوع واحد أو اثنين إلى جانب أنه يتسم بالسلوكيات النمطية والتكرارية مع قدر من الخمول والكسل أو عدم الرشاقة الحركية، وقد يصل الأمر إلى العزلة الاجتماعية، وحدث مشكلات في العمل، والضغط الأسرية، والتثمر، وإيذاء

الذات. إلا أن هذا الاضطراب يتميز عن اضطرابات طيف التوحد الأخرى بعدم وجود قصور في اللغة، أو في الأداء الوظيفي العقلي حيث عادة ما يكون معامل ذكاء الفرد إما عادياً أو عالياً.

وبالرجوع إلى هذا التعريف يتضح أن اضطراب أسبرجر هو اضطراب له طبيعة خاصة ومستقلة تميزه عن باقي الاضطرابات التي تم صهرها القسري في الطيف. وتتضمن طبيعة هذا الاضطراب أربعة جوانب متميزة تتمثل فيما يلي:

- ١- البداية: مبكرة أو متأخرة مع عدم المرور بمرحلة نمو طبيعية في الحالتين.
- ٢- معامل الذكاء: عادي أو عالي.
- ٣- جوانب القوة: النمو العقلي- النمو اللغوي- الاهتمامات المكثفة والمتعمقة.
- ٤- الخصائص التوحدية.

فعادة ما تكون بداية هذا الاضطراب قبل الثالثة من عمر الطفل أي بداية مبكرة، إلا أن هناك بعض الحالات التي تشهد بداية للاضطراب بعد الثالثة من العمر أي بداية متأخرة، ولكن في كل الحالات لا يمر الطفل بأي مرحلة من مراحل النمو الطبيعي. ويستمر هذا الاضطراب مع الطفل طوال حياته حيث لا يوجد حتى الآن شفاء تام منه. ولا يلحق هذا الاضطراب إلا بالأطفال من ذوي الذكاء العادي أو العالي، أي من ذوي الذكاء المتوسط أي العادي، أو الذكاء العالي، ولذلك فإن هناك موهبين بين من يعانون من هذا الاضطراب. أما إذا توفرت بعض هذه الخصائص، ولم يصل معامل ذكاء الطفل إلى المستوى المتوسط فإنه في تلك الحالة يكون من ذوي نمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب إلى اضطراب أسبرجر حيث يتضمن ذلك الاضطراب ثلاثة أنماط يعد أحدها أقرب إلى اضطراب التوحد، والثاني أقرب إلى اضطراب أسبرجر ويتراوح مستوى الحركات النمطية والتكرارية لدى كليهما بين البسيط إلى الشديد، أما النمط الثالث والذي يمثل أكثر من نصفهم فيكون أقرب إلى اضطراب التوحد مع وجود حركات نمطية وتكرارية قليلة للغاية أو غير موجودة على الإطلاق. أما جوانب القوة في حالة اضطراب أسبرجر والتي لا يمكن أن تكون الحالة من ذوي اضطراب أسبرجر بدونها فتتمثل في وجود مستوى عادي من النمو العقلي، ومستوى عادي من النمو اللغوي (دون استخدام اللغة حيث يمثل جانباً للقصور)،

واهتمامات مكثفة ومتعمقة ولكنها تكون مقيدة بموضوع واحد أو اثنين كمحور للاهتمام. وأخيراً تأتي الخصائص التوحدية والتي يشترك فيها الأطفال ذوو اضطراب أسبرجر مع أقرانهم ذوي اضطراب التوحد وتتضمن قصوراً في الإدراك الحسي، وقصوراً في استخدام اللغة، وأوجه القصور الاجتماعي الانفعالي التي تجمع بين قصور التعرف الاجتماعي social cognition والتفاعل الاجتماعي والتواصل الاجتماعي مما يجعل الكثيرين ينظرون إليه على أنه اضطراب اجتماعي فضلاً عن السلوكيات النمطية والتكرارية وهي الجوانب التي قام عليها المقياس الراهن كشروط ومحكات تشخيصية أقرها نموذج عادل محمد (٢٠٢٢) التصنيفي والتشخيصي وتمثل فيما يلي:

أولاً: شروط التشخيص:

- ١- البداية المبكرة (قبل الثالثة) أو المتأخرة (بعد الثالثة) للاضطراب مع عدم المرور بمرحلة نمو عادية أو طبيعية في الحالتين.
- ٢- معامل الذكاء العادي (المتوسط) أو العالي.
- ٣- وجود جوانب قوة لدى الطفل تتضمن المستوى العادي للنمو العقلي والنمو اللغوي إلى جانب وجود اهتمامات مكثفة ومتعمقة رغم تقييدها بموضوع واحد أو اثنين.

ثانياً: محكات التشخيص:

وتتضمن تلك المحكات أربع مجموعات من المحكات التشخيصية تتمثل فيما يلي:

- ١- القصور الحسي.
- ٢- القصور في استخدام اللغة.
- ٣- القصور الاجتماعي الانفعالي.
- ٤- السلوكيات النمطية والتكرارية.

وقد تم من خلال نتائج التحليل العاملي التي أجريت في سبيل إعداد المقياس الراهن وذلك على عينة كبيرة شملت شرائح عمرية عديدة تتراوح بين ٣- ٢٢ سنة من جميع محافظات مصر تقديم أدلة على صحة هذا التصنيف التشخيصي.

وقد أسفرت النتائج النهائية عن وجود ثلاثة شروط أساسية لتشخيص اضطراب أسبرجر لا يمكن أن يتم التشخيص الدقيق للحالة بدونها حيث يتم التأكد من وجودها لدى الحالة أولاً قبل أن يتم تشخيصها وهي تلك الشروط التي تمت الإشارة إليها للتو لتصبح بذلك بمثابة شروط محكية. وتضم تلك الشروط عدم المرور بمرحلة نمو طبيعية رغم البداية المبكرة أو المتأخرة للاضطراب، ومعامل الذكاء العادي أو العالي إلى جانب وجود جوانب قوة تميز الفرد تضم المستوى العادي للنمو العقلي والنمو اللغوي والاهتمامات المكثفة والمتعمقة رغم تقييدها بموضوع واحد أو اثنين.

ونظراً لوجود عوامل متقاربة أسفرت عنها نتائج التحليل العاملي تتشعب عباراتها على ثلاثة عوامل فقد تم تحزيم العوامل المتقاربة في عامل واحد حتى يتم تيسير عملية التشخيص. وبناء على ذلك فقد تم تحزيم العوامل الثالث (التعرف الاجتماعي)، والرابع (التفاعل الاجتماعي)، والخامس (التواصل الاجتماعي) في عامل واحد هو (القصور الاجتماعي الانفعالي) لتعكس العوامل الستة بذلك أربع مجموعات محكية للتشخيص هي القصور الحسي، والقصور في استخدام اللغة، والقصور الاجتماعي الانفعالي، والسلوكيات النمطية والتكرارية.

وعلى ذلك تتفق نتائج التحليل النهائي التي أسفرت عن وجود ثلاثة شروط لتشخيص اضطراب أسبرجر مع المحكات التشخيصية التي وردت بالدليل التشخيصي الرابع DSM- IV ومراجعته النصية DSM- IV- TR وذلك في البندين "رابعاً، وخامساً" بالدليل والملاحح التشخيصية للاضطراب. كما أسفرت نتائج التحليل النهائي أيضاً عن وجود أربع مجموعات محكية للتشخيص وهو ما يتفق مع ما ورد في الدليل الرابع DSM- IV والمراجعة النصية لذات الدليل DSM- IV- TR في مجموعتين منها هما المجموعتين الثالثة والرابعة حيث قدم كل منهما مجموعتين محكيتين للتشخيص ضمت المجموعتين الثالثة والرابعة وهما القصور الاجتماعي الانفعالي، والسلوكيات النمطية والتكرارية بينما ينفرد هذا المقياس بإضافة مجموعتين جديدتين عليهما هما المجموعة الأولى والتي تتناول القصور الحسي بما يتضمنه من قصور الانتباه والانتباه المشترك، والمجموعة الثانية والتي تتضمن القصور في استخدام اللغة وهما الخاصيتان اللتان يتناولهما

الدليل التشخيصي نفسه في إطار ما يعرف بالملاح أو الخصائص التشخيصية diagnostic features المميزة للاضطراب مما يجعل لها أهميتها في الوصول إلى بروفييل شخصي مكتمل ومتميز للحالة.

اضطراب أسبرجر والدليل التشخيصي الخامس:

شهد ظهور الدليل التشخيصي الخامس (٢٠١٣) DSM- V خطأ تصنيفياً وتشخيصياً جسيماً في تناول اضطرابات طيف التوحد حيث تم دمجها جميعاً قسرياً في مُخرَج هلامي لا يعبر عن شيء أسموه اضطراب طيف التوحد لا يوجد له أي تنظير مع أن وجود اضطراب واحد فقط ينسف فكرة الطيف من جذورها، وتم إلغاء اضطراب أسبرجر مع غيره من الاضطرابات الأخرى وهو ما أطلقنا نحن عليه اللالوجود الورقي في مقابل الوجود الفعلي على أرض الواقع الذي تم تجاهله، وتم استخدام محكات تشخيص غير صحيحة ساوت بين كل الاضطرابات بما فيها اضطراب أسبرجر، ولم يتضمن الدليل شيئاً عن اضطراب أسبرجر مما أدى إلى حدوث نوع من الارتباك في التعامل مع تلك الحالات فتعالقت الأصوات التي تتادي بضرورة فصل اضطراب أسبرجر على الأقل عن ذلك الصهر القسري.

ويمكن أن نعرض لبعض المآخذ على الدليل التشخيصي الخامس ومراجعته النصية في تناول اضطراب أسبرجر وذلك على النحو التالي:

- ١- البداية: تكون بداية الاضطراب خلال مرحلة الطفولة مع عدم تحديد وقت معين لذلك، ولكنه يكون في أي وقت خلال مرحلة الطفولة بما له وما عليه.
- ٢- لم يتطرق الدليل من قريب أو بعيد ولو بإشارة إلى معامل الذكاء لأنه ساوى بينه وبين غيره من الاضطرابات.
- ٣- لم يتطرق الدليل إلى جوانب القوة التي لا يمكن أن يتم تشخيص الحالة على أنها اضطراب أسبرجر بدونها فلم يذكر شيئاً عنها.
- ٤- تم التركيز فقط على الخصائص التوحدية كأى اضطراب آخر لأنها تنطبق عليه أيضاً.
- ٥- ساوى الدليل بين اضطراب أسبرجر وبين أي اضطراب آخر حيث جعلهم جميعاً يخضعون لنفس محكات التشخيص.

- ٦- تم إلغاء اضطراب أسبرجر من الدليل على أثر دمج أو صهره قسرياً مع الاضطرابات الأخرى فلم يعد له أي ذكر في الدليل كغيره من الاضطرابات الأخرى.
- ٧- تم الصهر القسري لاضطراب أسبرجر مع الاضطرابات الثلاثة الأخرى على الرغم من أنه لا يجوز دمجهم معهم نظراً لأنه مرتفع الأداء الوظيفي حيث يكون معامل الذكاء عادياً أو عالياً في حين تعد الاضطرابات الثلاثة الأخرى منخفضة الأداء الوظيفي حيث يكون معامل الذكاء في حدود الإعاقة الفكرية، فكيف يتم دمج الذكاء العادي أو العالي والموهبة مع الإعاقة الفكرية في كيان واحد مما جعل منه أمراً أشبه بالخيال.
- ٨- مع صهر اضطراب أسبرجر مع الاضطرابات الأخرى في كيان واحد تم إلغاؤه من الدليل فلم يعد له وجود ورقي فيه مثلهم رغم وجوده على أرض الواقع.
- ٩- أثارت النقطة السابقة أمراً جدلياً بالغ الخطورة نظراً لأن الوجود الورقي لا يلغي الوجود الفعلي للاضطراب على أرض الواقع إذ أن الأمر ليس بهذه البساطة، وإلا كان أي إنسان يمكنه أن يكتب أنه لم يعد هناك أي اضطرابات أو أمراض فهل هذا أمر صحيح، بالطبع لا.
- ١٠- لا يوجد إطار نظري لاضطراب أسبرجر في الدليل، بل إن الكيان الهلامي ذاته المسمى باضطراب طيف التوحد كما عرض له الدليل لا يوجد له أي تنظير وهو الأمر الذي يخالف فلسفة العلم وخطوات وإجراءات البحث العلمي.
- ١١- لا توجد أي إشارة إلى اضطراب أسبرجر في الدليل كما يتضح من مراجعة محكات التشخيص التي عرض لها الدليل.
- ١٢- محكات التشخيص المستخدمة هي محكات اضطراب التوحد في الإصدار الرابع من الدليل بعد إعادة صياغتها بشكل معقد. وهذا يعني أن الاضطرابات الأربعة كلها متساوية فاضطراب أسبرجر هو اضطراب التوحد وهو اضطراب الطفولة التفككي وهو الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. وهذه مشكلة غاية في الخطورة نظراً لما فيها من خطأ فادح.

١٣- تم إدخال اضطراب أسبرجر كأحد مدخلات اضطراب طيف التوحد في طيف مزعوم للاضطراب على الرغم من أن وجود اضطراب واحد فقط ينسف فكرة الطيف من جذورها فلم يعد منها سوى الاسم فقط.

ونظراً لهذه الأخطاء التي وردت بالدليل التشخيصي الخامس ومراجعته النصية فيما يتعلق باضطراب أسبرجر فقد أدى ذلك إلى تحديد العديد من المآخذ التي يجب أن يتم العمل على تلافيها وإيجاد الحلول المناسبة لها، كما أدى من جهة أخرى إلى حدوث الكثير من المشكلات والمصاعب والارتباك بين أولياء الأمور، ومقدمي الخدمة، والأخصائيين، وحتى بين الأطباء أنفسهم عند تناول هذا الاضطراب، والتعامل مع الأطفال الذين يُفترض أن يكونوا من ذوي اضطراب أسبرجر وهو الأمر الذي نتج عنه ما يلي:

- ١- وجود مشكلات ومصاعب في التعرف على الحالات المختلفة، وتشخيصها بشكل دقيق، وقياسها وتقييمها، وتعيين مستوى شدة الاضطراب، وتحديد مستوى الدعم اللازم لكل حالة إذ أن الأمر بذلك لم يعد سهلاً.
- ٢- لجأ الكثير من الباحثين إلى إعداد مقاييس ذات عبارات إيجابية وأخرى سالبة للتمييز بين الاضطراب مما أفرز تشخيصاً غير صحيح، وغير دقيق نظراً لأن التشخيص بهذه الطريقة ما هو إلا أمر غير مجد وغير فعال، بل وغير صحيح.
- ٣- وجود احتمال كبير لكي نجد أي اضطراب من الاضطرابات التي تم صهرها قسرياً معاً في كيان هلامي واحد يمكن أن يصل بالخطأ إلى أي مستوى من مستويات الشدة المزعومة والخاطئة كما عرض الدليل لها مما يؤدي إلى حدوث نتائج سلبية.

- ٤- تحديد برامج التدخل المناسبة وفقاً لذلك سواء البرامج الجاهزة أو تلك التي يتم إعدادها أصبح أمراً غير يسير نظراً لارتكازها على نتائج غير دقيقة.
- ٥- وجود العديد من المشكلات والمصاعب التي أصبحت تواجه كل من يُقدم على التعامل مع هذا الاضطراب نظراً لما يواجهه من مشكلات في التشخيص والقياس والتقييم.
- ٦- أصبحت هناك حاجة ملحة إلى التعامل مع اضطراب أسبرجر منفصلاً، أي ككيان مستقل، وإعداد مقاييس واقعية تركز على أسس علمية تعكس هذا

الاضطراب بصورة دقيقة كي تيسر التعامل معه وهو ما حدث بالفعل في النموذج التصنيفي والتشخيصي للمؤلف الأول، وفي المقياس الراهن. اضطراب أسبرجر في نموذج عادل عبدالله محمد التصنيفي والتشخيصي: نظراً للمأخذ العديدة على الإصدار الخامس من دليل التشخيص ومراجعته النصية ظهر هذا النموذج للتغلب عليها حيث لا يوجد إطار نظري للاضطراب الجديد ناتج عملية الصهر، ولا يوجد طيف، ولا توجد محكات تشخيص دقيقة يمكن الاعتماد بها مع اختفاء الاضطرابات الأربعة، وكان ينبغي أن توجد هناك أربعة تشخيصات مستقلة لاضطرابات الطيف بواقع تشخيص محدد لكل نمط من تلك الأنماط- كما كان سابقاً- حتى يمكن التعرف عليه، وتشخيصه على الوجه الأمثل، أو على الأقل كان يجب أن يوجد تشخيصان يكون أحدهما لاضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي والآخر لاضطراب أسبرجر حتى يتسنى اقتراح برامج التدخل المناسبة له نظراً لاختلاف كل نمط منها عن الآخر بما يؤدي إلى اختلاف أسلوبنا في التعامل معه.

ولعلاج تلك الأخطاء والمأخذ قام عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢) بتقديم نموذج تصنيفي وتشخيصي جديد لاضطراب طيف التوحد تم الاعتراف به عالمياً. ويقوم هذا النموذج على المبادئ التالية:

- ١- الاعتماد على مفهوم الطيف الذي يتطلب مجموعة من العناصر فتعود المظلة الكبرى إلى التسمية القديمة وهي اضطرابات طيف التوحد.
- ٢- انقسام تلك الاضطرابات وفقاً للتراث السيكلوجي والسيكاتري إلى ما هو مرتفع وما هو منخفض الأداء الوظيفي ليمثل اضطراب أسبرجر فئة مستقلة لا تقبل الانصهار مع غيرها، ويعكس اضطراب التوحد مرتفع الأداء الوظيفي، وتمثل الاضطرابات الثلاثة الأخرى مجتمعة اضطراب طيف التوحد، وتعكس انخفاض الأداء الوظيفي.
- ٣- تناول المستقل والمنفصل (أي كفاءة مستقلة دون صهر) لاضطراب أسبرجر كاضطراب التوحد مرتفع الأداء الوظيفي مع تقديم تشخيص مستقل له كما كان بالدليل الرابع. ويعمل المقياس التشخيصي والتقديري الراهن على تشخيصه.

٤- التناول المستقل للاضطرابات الثلاثة الأخرى كأنماط للإعاقات العقلية وهي اضطراب التوحد، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد، واضطراب الطفولة التفككي نظراً لوجودها المستقل على أرض الواقع تحت مظلة اضطراب طيف التوحد الذي يعد منخفض الأداء الوظيفي، ثم نحدد الفئة التي نريد التعامل معها من بينها، ويتم تقديم تشخيص مستقل لها (كما كان بالإصدار الرابع) يتمثل في تشخيص اضطراب التوحد. وقد قمنا بتقديم مقياس تشخيصي وتقدير جديد له هو مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي يعمل على تشخيصه.

٥- تحديد ثلاثة مستويات للشدة هي البسيط والمتوسط والشديد للاضطراب سواء كان مرتفع أو منخفض الأداء الوظيفي حتى يتسنى تحديد مستوى الدعم المناسب للحالة، واقتراح برنامج التدخل الملائم.

٦- وضع متصل للشدة يتحدد عيه موضع كل حالة من الحالات التي يتم تشخيصها بحيث يتحدد مستوى الدعم اللازم وفقاً لذلك.

مقياس تقدير اضطراب أسبرجر:

أعد هذا المقياس عادل عبدالله محمد وأحمد عزازي، ويتناول اضطراب أسبرجر كفئة مستقلة تمثل اضطراب طيف التوحد مرتفع الأداء الوظيفي. ويهدف إلى تحديد نمط الاضطراب الذي يعاني الطفل منه (هل هو اضطراب أسبرجر أم نمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب إليه)، وقياسه، وتشخيصه، وتقدير مستوى شدته، وتقدير مستوى الدعم اللازم للطفل وهو ما يكون ما يعطينا برؤية شاملة عن المستوى الراهن للطفل أو المراهق الذي يعاني منه والذي يتراوح عمره الزمني بين ٣- ٢٢ سنة وما بعدها عن طريق التعرف على مستواه الراهن في كل مجال من مجالات المقياس على حدة، وفي المقياس ككل حتى نتمكن من اتخاذ القرار الأمثل الذي يتعلق بعملية التدخل التي تترتب على ذلك.

ولإعداد هذا المقياس تم الرجوع بجانب نموذج اضطراب طيف التوحد الذي أعده المؤلف الأول إلى الأطر النظرية التي تتناول اضطراب أسبرجر، وأدلة التشخيص بإصداراتها المختلفة سواء التي أصدرتها منظمة الصحة العالمية وخاصة الإصدار العاشر والحادي عشر، أو التي أصدرتها الجمعية الأمريكية

للطب النفسي وخاصة الإصدارات الرابع والرابع المعدل، والخامس والخامس المعدل فضلاً عن الرجوع إلى عدد من المقاييس الأجنبية والعربية التي تناولت تشخيص هذا الاضطراب نظراً لأنه لا يزال موجوداً على أرض الواقع بشكل لا يخطئه أي طبيب أو أخصائي أو حتى أولياء الأمور أنفسهم وهو ما أدى إلى وجود الكثير من المشكلات من الناحية العملية بعد ظهور اضطراب طيف التوحد في الدليل التشخيصي الخامس وذلك في كل من التشخيص والتقييم والتدخل. وبالتالي فإن الوجود الورقي لهذا الاضطراب في الدليل لا يعني مطلقاً أنه لم يعد موجوداً على أرض الواقع، بل إن الوجود الورقي هو الخطأ بعينه.

وبعد إعداد المقياس وصياغة عباراته قام معدا المقياس بعرضه على مجموعة متنوعة من الأطباء النفسيين، وأساتذة التربية الخاصة، والأخصائيين ممن يعملون في المجال، ومعلمي التربية الخاصة، وأساتذة الصحة النفسية، وعلم النفس، وأولياء الأمور (ن=٤٠٠)، وتراوحت معدلات نسب اتفاق المحكمين على بنود المقياس في جزأيه الإيجابي والسلبي بين ٩٠-١٠٠%، وتم إجراء التعديلات التي أشاروا إليها بعد مناقشتها معهم. وقد تم اختيار عينة التقنين من ٢٧ محافظة هي جميع محافظات جمهورية مصر العربية، وبلغت العينة النهائية ٩٢٧ مشاركاً عن أطفال ومرافقين من ذوي اضطراب أسبرجر. وقد شارك في هذا التطبيق تحت إشراف معدي المقياس ٧٣ أخصائياً من كافة المحافظات وذلك في عدد كبير من المراكز والمستشفيات والمدارس على مدى عامين. وقد تضمنت العينة أطفالاً ومرافقين من الذكور (ن=٧٤١) والإناث (ن=١٨٦) وذلك في الشرائح العمرية التي يغطيها المقياس والتي تمتد من عمر ٣-٢٢ سنة وما بعدها. وبعد الانتهاء من الصياغة النهائية لعبارات المقياس تم تطبيقه على عينة من الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للعينة الكلية بغرض حساب الخصائص السيكومترية، والمعايير الخاصة بالمقياس حيث يعد الآخرون ذوو الأهمية هم من يتولى الإجابة على بنوده.

وبعد تطبيق المقياس الحالي على عينة التقنين (ن=٩٢٧) تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي لتحديد العوامل التي تنتسب عليها عبارات المقياس حتى يتم التعامل معها وحساب الخصائص السيكومترية للمقياس. وأوضحت النتائج وجود

ثلاثة عوامل أو مقاييس فرعية في الجزء الأول من المقياس والخاص بالإيجابيات، ووجود ستة عوامل أو مقاييس فرعية في الجزء الثاني من المقياس والخاص بالسلبيات ليصبح العدد النهائي لعبارات المقياس في جزئه الأول ٣٦ عبارة موزعة على ثلاثة عوامل إيجابية يتضمن كل منها ١٢ عبارة، وعدد ٨٠ عبارة في الجزء الثاني من المقياس موزعة على ستة عوامل سلبية يتراوح عدد العبارات التي تشبعت على كل منها بين ١٣ - ١٤ عبارة، وتمثل تلك العوامل مجالات مختلفة للمقياس أو مقاييس فرعية متضمنة.

ويتألف المقياس الراهن في شكله النهائي من جزئين يتناول الجزء الأول منهما الجوانب الإيجابية التي يتمتع بها الأطفال ذوو اضطراب أسبرجر والتي لا يمكن لأي منهم بدونها أن يكون من ذوي اضطراب أسبرجر والتي تعد جميعها بمثابة مزايا أو جوانب قوة لهؤلاء الأطفال. وتضم ثلاثة مقاييس فرعية هي النمو العقلي، والنمو اللغوي، والاهتمامات المكثفة والمتعمقة (رغم كونها مقيدة بمجال واحد أو اثنين). بينما يتناول الجزء الثاني من المقياس الجوانب السلبية وتضم ستة مقاييس فرعية. وتقيس العبارات التي تدرج تحت كل مقياس فرعي بكل جزء في المقياس خصائص يتسم بها الطفل، وسلوكيات يبيدها بالفعل، وهي كخصائص للاضطراب وسلوكيات ترتبط به إما أن تتوفر لدى الطفل، ويبيدها بالفعل، أو لا يبيدها. ويستخدم الجزء الأول من المقياس كشرط ومحدد للتشخيص فقط لأن الطفل حينما يراجع الأخصائي أو الطبيب فإن ذلك لا يكون بسببها، بل بسبب العوامل والخصائص السلبية. ويتم تطبيق تلك المقاييس الفرعية الثلاثة على الطفل من جانب أحد الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة له ليتم بذلك حساب درجة كلية للطفل في كل مقياس فرعي إلى جانب درجة كلية في المقياس ككل. ويشترط أن يحصل الطفل على أكثر من نصف الدرجة في كل مقياس فرعي حتى يتم تطبيق الجزء الثاني من المقياس عليه وهو الجزء الذي يتضمن الخصائص والسلوكيات التوحدية التي يعاني منها الطفل ذو اضطراب أسبرجر وهي الخصائص والسلوكيات التي يشترك فيها مع أقرانه من ذوي اضطراب طيف التوحد، والتي نسعى من خلال التدخلات المختلفة إلى الحد منها. ويتم في النهاية حساب درجة كلية للطفل في كل مقياس فرعي إلى جانب درجة كلية في المقياس ككل. وقد تم اشتقاق عدد ٣٧

عبارة من تلك العبارات من مقياس تقدير اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي الذي أعده معداً هذا المقياس من قبل موزعة على المقاييس الفرعية الستة التي يتضمنها المقياس. وتتوزع هذه المجالات الستة على أربع مجموعات من المحكات التشخيصية هي قصور الإدراك الحسي (وتضم المجال الأول)، والقصور في استخدام اللغة (وتضم المجال الثاني)، والقصور الاجتماعي الانفعالي (وتضم المجالات الثالث والرابع والخامس بعد تحزيمها في مجموعة واحدة)، والسلوكيات النمطية والتكرارية (وتضم المجال السادس). وبذلك يقوم هذا المقياس وفقاً للنموذج على أربع مجموعات من محكات التشخيص مع وجود ثلاثة شروط للتشخيص هي توفر الحد الأدنى من الإيجابيات، والبداية المبكرة أو المتأخرة للاضطراب مع عدم المرور بمرحلة نمو طبيعية، ومعامل الذكاء العادي أو العالي. وتوجد أمام كل عبارة من عبارات المقياس في الجزء الثاني أربعة اختيارات هي "تنطبق تماماً - تنطبق إلى حد ما - نادراً ما تنطبق - لا تنطبق". ونظراً لأن العبارات التي يتضمنها المقياس في هذا الجزء تعكس خصائص سلبية في جوهرها فإن الاختيار "تنطبق تماماً" يعكس حاجة الطفل أو الفرد إلى الدعم والمساندة بشكل كامل، ويعكس الاختيار "تنطبق إلى حد ما" أنه في بداية القيام بالسلوك، ويحتاج إلى بعض الدعم، أما الاختيار "نادراً ما تنطبق" فيعكس حاجته إلى المزيد من الممارسة، بينما يعكس الاختيار الأخير "لا تنطبق" أن بمقدور الطفل القيام بالسلوك المحدد. بينما يكون العكس هو الصحيح بالنسبة للاختيارات في الجزء الأول من المقياس والذي يتناول خصائص إيجابية. ولا توجد عبارة صحيحة وأخرى خاطئة، ولكن المهم هو اختيار العبارة التي تعكس حالة الطفل جيداً، وتحدد مدى انطباق الخاصية التي تعرضها العبارة عليه.

ويتسم المقياس الراهن بعدد من الخصائص التي تميزه عن غيره من المقاييس المستخدمة لذات الغرض، والتي تحقق له التميز والتفرد منها أنه يستند إلى إطار مرجعي محدد يتمثل في نموذج اضطراب طيف التوحد الذي أعده المؤلف الأول في سبيل تلافي المآخذ العديدة التي تلحق بالعرض الذي قدمه الدليل التشخيصي الخامس ومراجعته النصية حيث لا يجوز دمج اضطراب أسبرجر مع الاضطرابات الأخرى المكونة للطيف وفق ما جاء بالدليل، وأنه يعتمد في

تشخيصه للأطفال على ما يتسمون به في الواقع من خصائص تميزهم عن غيرهم من الأطفال، وأنه يميز بين اضطراب أسبرجر ونمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب لاضطراب أسبرجر حيث أنهما كمنطيين موجودين بالفعل على أرض الواقع، وأنه يمكن أن يتم تطبيقه خلال مدى عمري كبير يضم مراحل عمرية مختلفة بدءاً من مرحلة الطفولة المبكرة وحتى مرحلة المراهقة المتأخرة وما بعدها، وأنه اعتمد في إعداده على تطبيقه في كافة أنحاء مصر وذلك في جميع المحافظات دون أي استثناء وذلك على كلا الجنسين في كافة الأعمار من ٣- ٢٢ سنة عن طريق عدد كبير من الأخصائيين على مدى عامين، وأنه يحدد مؤشر الاضطراب الذي يتم الاعتماد عليه في حساب مستويات الشدة، ويحدد خمس درجات معيارية لكل طفل في كافة المقاييس الفرعية التي يتضمنها المقياس يتم الاحتكام إليها حتى نصل إلى حساب مؤشر الاضطراب ومستوى شدته عن طريق الدرجة المركبة وذلك في مستويات ثلاثة هي البسيط والمتوسط والشديد بحيث يمكن التعامل معه وفقاً لذلك من خلال تحديد مستويات الدعم اللازمة للطفل بناء على ذلك، ومقارنة أداء الطفل بأداء أقرانه كإطار مرجعي العيار، واقتراح واختيار أو إعداد برنامج التدخل الخاص به اتساقاً مع تشخيصه اعتماداً على أربع مجموعات من محكات التشخيص مع وجود ثلاثة شروط للتشخيص تتسق مع النموذج التشخيصي للمؤلف الأول وتتفق في غالبيتها العظمى مع المحكات التشخيصية في الدليل الرابع، وأنه يعد مقياساً سهل التطبيق والتصحيح من جهة وصادق من جهة أخرى، كما يمكن استخدامه رقمياً.

ويعد هذا المقياس بجزأيه الإيجابي والسلبي من نمط تقارير الآخرين ذوي الأهمية، ولذلك فإنه عادة ما يتم تطبيقه عن طريق الملاحظة من جانب الأخصائي، أو عن طريق الآخرين ذوي الأهمية بالنسبة للطفل أو الفرد، والجمع بين هاتين الطريقتين. وهذا يعني أنه أحياناً ما توجد هناك بعض البنود أو العبارات يمكن للأخصائي عن طريق ملاحظته الجيدة والدقيقة للطفل أن يقوم بالإجابة عنها في حين تظل هناك بنود أو عبارات أخرى قد يحتاج أن يرجع فيها إلى أحد الوالدين أو أحد الآخرين ذوي الأهمية للطفل فيتم بذلك الجمع بين الطريقتين. إلا أنه قد تظل هناك بنود لا تتم الإجابة عنها، أو قد لا يكون الأخصائي

متأكدًا من إجابتها الصحيحة، وفي هذه الحالة ينتظر الأخصائي لمدة ست ساعات ويقوم خلالها بملاحظة الطفل في مواقف حياتية ليتأكد من تكرار حدوث هذا السلوك أو ذاك، ويتأكد من الإجابة الصحيحة على تلك البنود، ويتم تحديد الاختيار الذي يتناسب مع الوضع الراهن للطفل وذلك من الاختيارات المتاحة أمام كل عبارة بحيث إذا كرر الطفل السلوك خمس مرات فأكثر فإنه يختار "تنطبق تمامًا"، وإذا كرره ثلاث أو أربع مرات يختار "تنطبق إلى حد ما"، بينما إذا كرره مرة أو اثنتين فقط خلال تلك الفترة فإنه يختار "نادراً ما تنطبق"، وإذا لم يأتي به نهائياً يختار "لا تنطبق". وليس شرطاً أن يأتي الطفل بذلك السلوك خلال وقت معين من تلك الفترة إذ أن الشرط الأساسي هنا أن يأتي الطفل بالسلوك خلال أي وقت من تلك الفترة. وعند تطبيق المقياس الراهن يتم البدء بالجزء الأول منه فإذا ما حصل الطفل على ٥٠ - ٦٠% من الدرجة الخام لكل مقياس من المقاييس الثلاثة الفرعية المتضمنة فيه على حدة (١٨ - ٢١)، وحصل على درجة كلية مركبة للمقياس ككل مقدارها ٦٤ يتم تطبيق الجزء الثاني من المقياس عليه بنفس الطريقة. أما إذا لم يحصل على الدرجات المحددة سواء في المقاييس الفرعية أو في الدرجة الكلية المركبة فتكون الحالة آنذاك من ذوي نمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب إلى اضطراب أسبرجر، وفي هذه الحالة يتم تطبيق مقياس اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي عليه، وليس الجزء الثاني من مقياس أسبرجر.

ووفقاً للفلسفة التي يقوم هذا المقياس عليها في حساب الدرجات فإنه نظراً لقياسه عبارات أو خصائص إيجابية من جانب الأطفال في الجزء الأول منه فإن الاختيارات الأربعة التي توجد أمام كل عبارة تحصل بالترتيب على الدرجات (٣- ٢- ١- صفر) بمعنى أن الاختيار "تنطبق تماماً" يعني أن الخاصية الإيجابية تنطبق تماماً على الطفل فيحصل بذلك على أعلى درجة وهي (٣)، ونقل الدرجة تدريجياً مع عدم انطباقها على الطفل حتى تصل إلى أقل درجة وهي (صفر) إذا ما كانت العبارة المستهدفة لا تنطبق عليه. ويتم جمع الدرجات تحت كل اختيار على حدة، وجمع الدرجات التي يحصل الطفل أو الفرد عليها في الاختيارات الأربعة نحصل على درجة خام كلية للمجال الواحد تتراوح بين صفر - ٣٦ درجة لكل مجال من المجالات الثلاثة المتضمنة وهي النمو العقلي، والنمو اللغوي،

والاهتمامات المكثفة أو المتعمقة بحيث يجب أن يحصل في كل مجال على ٥٠- ٦٠% من الدرجة فأعلى أي ١٨- ٢١ درجة خام فأعلى، أما الدرجة الكلية للمقياس فتتراوح بين صفر- ١٠٨ درجة بحيث تعكس الدرجة المرتفعة مستوى مرتفعاً لجوانب القوة من جانب الطفل أو الفرد، والعكس صحيح حيث تقل جوانب القوة المرتبطة بالاضطراب كلما قلت الدرجة التي يحصل عليها. أي أن الدرجة الأعلى بذلك تعكس الاضطراب رغم إيجابيتها، والعكس صحيح. ويجب أن يحصل الطفل على درجة كلية مركبة في هذا الجزء تبلغ ٦٤ حتى ننتقل إلى تطبيق الجزء الثاني من المقياس عليه، أما إذا لم يتحقق هذا الشرط بالنسبة للدرجة الخام لكل مقياس فرعي على حدة، وبالنسبة للدرجة الكلية المركبة أي أن تلك الدرجة المركبة كانت أقل من الدرجة المطلوبة فإن الحالة آنذاك لا تكون من ذوي اضطراب أسبرجر، بل تكون من ذوي نمط الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد الأقرب إلى اضطراب أسبرجر فلا نطبق الجزء الثاني من المقياس عليه، بل نطبق مقياس اضطراب طيف التوحد منخفض الأداء الوظيفي.

أما بالنسبة للفلسفة التي يقوم هذا المقياس عليها في حساب الدرجات في الجزء الثاني منه فإنه نظراً لقياسه عبارات أو خصائص سلبية من جانب الأطفال فإن الاختيارات الأربعة التي توجد أمام كل عبارة تحصل بالترتيب على الدرجات (٣- ٢- ١- صفر) بمعنى أن الاختيار "تنطبق تماماً" يعني أن الخاصية السلبية تنطبق تماماً على الطفل فيحصل بذلك على أعلى درجة وهي (٣)، وتقل الدرجة تدريجياً مع عدم انطباقها على الطفل حتى تصل إلى أقل درجة وهي (صفر) إذا ما كانت العبارة المستهدفة لا تنطبق عليه. ويتم جمع الدرجات تحت كل اختيار على حدة، وجمع الدرجات التي يحصل الطفل أو الفرد عليها في الاختيارات الأربعة نحصل على درجة خام كلية للمجال الواحد تتراوح بين صفر- ٣٩ درجة لكل مجال يتضمن ١٣ عبارة، كما تتراوح بين صفر- ٤٢ درجة للمجال الذي يتضمن ١٤ عبارة. أما الدرجة الكلية للمقياس فتتراوح بين صفر- ٢٤٠ درجة بحيث تعكس الدرجة المرتفعة مستوى مرتفعاً للاضطراب من جانب الطفل، والعكس صحيح حيث يقل الاضطراب ومستوى شدته كلما قلت الدرجة التي يحصل عليها. أي أن الدرجة الأعلى بذلك تعكس الاضطراب، والعكس صحيح.

ويتم تصحيح هذا المقياس وفقاً للإجراءات المحددة في دليل المقياس حتى يتم استخراج الدرجة المركبة للطفل، ويتحدد مستوى شدة الاضطراب ومستوى الدعم اللازم له، وكتابة تقرير بما يجب أن يتم القيام به تجاه الطفل. ولحساب الخصائص السيكومترية للمقياس في الجزء الأول (الإيجابيات) تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين تمثلت الأولى في حساب قيم "ر" بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (وتراوحت بين ٠.٤٧٥ - ٠.٨٥٤)، بينما تمثلت الثانية في حساب قيم "ر" بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (وتراوحت بين ٠.٦١٠ - ٠.٦٥٤) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعكس التماسك الداخلي للمقياس. وتم حساب الثبات لكل مقياس فرعي أو مجال على حدة بعدة طرق تمثلت الأولى في حساب معامل ألفا (وتراوحت القيم بين ٠.٧٢٠ - ٠.٧٨٥) وهي قيم عالية تجعلنا نتق فيه، وتمثلت الثانية في حساب معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وذلك على أثر إعادة تطبيق الاختبار بعد أسبوعين من التطبيق الأول (وتراوحت بين ٠.٨٠١ - ٠.٨٧٨) وهي قيم دالة عند ٠.٠١، بينما تمثلت الطريقة الثالثة في حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية وذلك بطريقتين هما سبيرمان براون (وتراوحت القيم بين ٠.٧٩٨ - ٠.٨٧٤) وجتمان (وتراوحت القيم بين ٠.٧٩٩ - ٠.٨٧٥) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ وهو ما يجعلنا نتق في ثبات المقياس. وتم حساب صدق المقياس بطريقتين تمثلت الأولى في الصدق العملي حيث تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والذي أسفرت نتائجه عن استخلاص ثلاثة عوامل رئيسية بلغ الجذر الكامن لكل منها أكثر من الواحد الصحيح، واستقطبت هذه العوامل ٧٤.٤% من قيمة التباين الارتباطي الكلي للمصفوفة الارتباطية، كما أن قيمة Kaiser-Meyer-Olkin KOM كانت تساوي ٠.٨١٦ وهي قيمة مقبولة حيث أن الحد الأدنى لتلك القيمة ٠.٦٠٠، وتبلغ درجة المعنوية للمقياس (٠.٠٠٠). وتمثلت الطريقة الثانية في صدق المحك وذلك باستخدام مقياس بوجز وآخرين (٢٠٠٦) Boggs et al. لتشخيص اضطراب أسبرجر Asperger syndrome diagnostic scale كمحك خارجي. وتراوحت قيم "ر" بين الدرجات في المقياسين بين ٠.٨٤٣ - ٠.٩١٩ وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعني أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة وذات دلالة إحصائية. وعلى ذلك فإن الجزء الأول من هذا المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية تجعل من شأنه أن يتم الاعتماد به.

ولحساب الخصائص السيكمترية للمقياس في الجزء الثاني (السليبيات) تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بطريقتين تمثلت الأولى في حساب قيم "ر" بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه (وتراوححت بين ٠.٤٤٨ - ٠.٨٩٦)، بينما تمثلت الثانية في حساب قيم "ر" بين درجة كل بعد والدرجة الكلية للمقياس (وتراوححت بين ٠.٦٤٦ - ٠.٨٢٥) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعكس التماسك الداخلي للمقياس. وتم حساب الثبات لكل مقياس فرعي أو مجال على حدة بعدة طرق تمثلت الأولى في حساب معامل ألفا (وتراوححت القيم بين ٠.٧١٢ - ٠.٨١٢) وهي قيم عالية تجعلنا نثق فيه، وتمثلت الثانية في حساب معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وذلك على أثر إعادة تطبيق الاختبار بعد أسبوعين من التطبيق الأول (وتراوححت بين ٠.٨١٠ - ٠.٩١١) وهي قيم دالة عند ٠.٠١، بينما تمثلت الطريقة الثالثة في حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية وذلك بطريقتين هما سبيرمان براون (وتراوححت القيم بين ٠.٦٩٦ - ٠.٨٧٩) وجتمان (وتراوححت القيم بين ٠.٦٩٩ - ٠.٨٨٠) وهي قيم دالة عند ٠.٠١ وهو ما يجعلنا نثق في ثبات المقياس. وتم حساب صدق المقياس بطريقتين تمثلت الأولى في الصدق العاملي حيث تم استخدام التحليل العاملي الاستكشافي والذي أسفرت نتائجه عن استخلاص ستة عوامل رئيسية بلغ الجذر الكامن لكل منها أكثر من الواحد الصحيح، واستقطبت هذه العوامل ٥٨.١ % من قيمة التباين الارتباطي الكلي للمصفوفة الارتباطية، كما أن قيمة Kaiser-Meyer-Olkin KOM كانت تساوي ٠.٧١٤ وهي قيمة مقبولة حيث أن الحد الأدنى لتلك القيمة ٠.٦٠٠، وتبلغ درجة المعنوية للمقياس (٠.٠٠٠). وتمثلت الطريقة الثانية في صدق المحك وذلك باستخدام مقياس بوجز وآخرين (٢٠٠٦) Boggs et al. لتشخيص اضطراب أسبرجر باستخدام Asperger syndrome diagnostic scale كمحك خارجي. وتراوححت قيم "ر" بين الدرجات في المقياسين بين ٠.٨٦٧ - ٠.٩١١ وهي قيم دالة عند ٠.٠١ مما يعني أن هذا المقياس يتمتع بمعاملات صدق مرتفعة وذات دلالة إحصائية. وعلى ذلك فإن هذا المقياس جزأيه الأول والثاني يتمتع بخصائص سيكمترية تجعل من شأنه أن يتم الاعتماد به.

المراجع:

- جدلة الكفاءة والتربية - المبادئ الأساسية والاسس - الاستاذ د. محمد الابرار - السنة السابعة عشرة - يناير ٢٠٢٥
- دانيال هالاغان، وجيمس كوفمان (٢٠٠٨). سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم: مقدمة في التربية الخاصة ط ١٠، 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.
 - عادل عبدالله محمد (٢٠٢٢). اضطراب طيف التوحد: رؤية نقدية ونموذج تصنيفي جديد. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
 - عادل عبدالله محمد (٢٠٢٤). التواصل الاجتماعي للأطفال ذوي اضطراب التوحد. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية.
 - نيناد جلومبيتش، وميريانا دورديفيتش، وبرانيسلاف بروينين (٢٠٢٣). الدمج الرقمي للأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد (ترجمة عادل عبدالله محمد). الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية (الكتاب الأصلي منشور ٢٠٢٢).
 - American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM- IV. Washington, DC: American Psychiatric Association.
 - American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
 - American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. Washington, DC: American Psychiatric Association.
 - American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Text revision: DSM-V- TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.
 - Boggs, K., Gross, A., & Gohm, C. (2006). Validity of the Asperger syndrome diagnostic scale. Journal of Developmental and Physical Disabilities, 18, 163-182.
 - Campbell, J. (2005). Diagnostic assessment of Asperger's disorder: A review of five third-party rating scales. Journal of Autism and Developmental Disorders, 35, 25-35.
 - Galanopoulos, A., Robertson, D., & Woodhouse, E. (2016). The assessment of autism spectrum disorders in adults. Advances in Autism, 2 (1), 31-40.

- Glumbić, N., Đorđević, M., & Brojčin, B. (2022). Digital inclusion of individuals with autism spectrum disorder. Switzerland, AG: Springer Nature.
- Klin, A., Pauls, D., Schultz, R., & Volkmar, F. (2005). Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: Implications for research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 35 (2), 221–234.
- Mohammed, A. (2022a). Rethinking of autism spectrum disorder: A critique reflections on DSM-V and developing a new classification model. *International Journal of Autism*, 2 (1), 21- 25.
- Mohammed, A. (2022b). A critique of autism spectrum disorder in DSM-V. *International Journal of Autism and Related Disabilities*, 5 (154), 1- 7. DOI: 10.29011/2642- 3227.000050
- Mohamed, A., & Eissa, M. (2014). Contemporary perspectives on autism: Identification, assessment, problems, intervention, and instruction. Houston: TX. Arees University Press.
- Picot, M., Michelon, C., Bertet, H., Pernon, E., Fiard, D., Coutelle, R., & Baghdadli, A. (2021). The French version of the revised Ritvo autism and Asperger diagnostic scale: A psychometric validation and diagnostic accuracy study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 51, 30-44.
- Ritvo, R., Ritvo, E., Guthrie, D., Ritvo, M., Hufnagel, D., McMahon, W., & Eloff, J. (2011). The Ritvo Autism Asperger Diagnostic Scale-Revised (RAADS-R): A scale to assist the diagnosis of autism spectrum disorder in adults: An international validation study. *Journal of autism and developmental disorders*, 41, 1076-1089.
- Ritvo, R., Ritvo, E., Guthrie, D., Yuwiler, A., Ritvo, M., & Weisbender, L. (2008). A scale to assist the diagnosis of autism and Asperger's disorder in adults (RAADS): A pilot study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 213-223.
- 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. (2022). The ICD- 11 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. (ICD-11). Geneva: World Health Organization.