اضطراب طيف التوحد: تعريفه، تطوره، نماذجه التفسيرية ومعاييره التشخيصية

Autism spectrum disorder: definition, development, explanatory models and diagnostic criteria

إعداد: **ابراهيم نظير**
طالب باحث في سلك الدكتوراه

الدكتور عبد اللطيف الفرحي
أستاذ جامعي، المدرسة العليا للأساتذة

جامعة عبد المالك السعدي، تطوان.

تاريخ الاستلام: ٢٠٢٤/٥/٢١ تاريخ القبول: ٢٠٢٤/٥/٢٤ تاريخ النشر: ٢٠٢٤/٦/١٥

الملخص:

تتناول هذه الورقة اضطراب طيف التوحد، باعتباره اضطرابا نمائيا عصبيا يتميز بمجموعة من الأعراض. وتهدف هذه المقالة إلى سبر أغوار هذا الإضطراب من خلال تسليط الضوء على تعريفه العلمي وسياقه التاريخي، بالإضافة إلى معرفة معاييره التشخيصية وفق الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية والتي يعتمد عليها الأخصائيين في تشخيص باقي الاضطرابات، وكذا التعرف على نماذجه التفسيرية بمختلف النظريات، بجانب التطرق إلى أهم الأسباب المحتملة لهذا الاضطراب وفق الباحثين في هذا المجال.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد؛ المعايير التشخيصية؛ النماذج التفسيرية.

Abstract

This paper discusses autism spectrum disorder, as a neurodevelopmental disorder characterized by a set of symptoms. This article aims to explore the depths of this disorder by shedding light on its scientific definition and historical context, in addition to knowing its diagnostic criteria according to the American Psychiatric Association and the World Health Organization, which specialists rely on in diagnosing other disorders, as well as identifying its explanatory models in various theories, in addition to discussing To the most important possible causes of this disorder, according to researchers in this field.

Keywords: autism spectrum disorder; diagnostic criteria; explanatory models.

مقدمة:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من أهم الاضطرابات التي اشتغل عليها الباحثون (علم النفس، الطب النفسي، علوم الأعصاب....)، ويصيب الذكور أكثر من الإناث، وهو اضطراب عصبي نمائي يتم تشخيصه من خلال الأعراض السلوكية كاضطراب التواصل والتفاعل الاجتماعي، وكذا الاهتمامات المحدودة والتكرارية، وعادة ما تظهر هذه الاعراض في السنوات المبكرة من الطفولة. ويُعد من ضمن أكثر الاضطرابات غموضا، نظرا لعدم تحديد الآليات والعوامل الرئيسية التي تكون سببا في الاصابة به. تعددت التعاريف، والنماذج التفسيرية التي تطرقت إليه، وذلك من خلال تعدد المدارس السيكولوجية التي قاربته. يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد من خلال التصنيفات اللانظرية والتي تعتمد على مجموعة من الأعراض السلوكية. وتختلف الأعراض المصاحبة له وشدته من طفل لآخر، مما يجعلنا أمام أنواع مختلفة من اضطرابات طيف التوحد. وبالرغم من ذلك، قدم الباحثون مجهودات جبارة من أجل فك لغز هذا الاضطراب الذي حير الباحثين منذ الأربعينيات من القرن العشرين، وذلك من أجل التخفيف وتقديم المساعدة اللازمة لهؤلاء الأفراد.

من خلال ما سبق، سأقوم بالإجابة على مجموعة من الأسئلة المتواجدة أسفله:

. ما هو التعريف العلمي لاضطراب طيف التوحد؟

. ما هي المراحل التاريخية التي مر منها اضطراب طيف التوحد؟

. ما هي النماذج النظرية التي تناولت هذا الاضطراب؟ وكيف تطرقت إليه؟

. ما هي الأسباب المحتملة لاضطراب طيف التوحد؟

. ما هي المعايير التشخيصية لاضطراب طيف التوحد ؟.

١ . تعريف اضطراب طيف التوحد

إتسم اضطراب طيف التوحد من حيث تعريفه بالتطور والتباين، نظرا للدينامية التي تعرفها الدراسات في الحقل السيكولوجي وميدان الطب النفسي. وتعددت التعاريف التي تناولت هذا الاضطراب، كل من حيث منطلقاته الفكرية، النظرية والاكلينيكية، حيث حاولت كل الأبحاث التي أُجريت في هذا الصدد الاستقلال بتحديد مفهوم معين لاضطراب طيف التوحد. إلا أننا سنكتفي فقط بتعريف التصنيفات اللانظرية، والتي تمثلها الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تصنيفها الموسوم بـ "الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات الذهنية" والمُختصر بـ DSM في نسخته الخامسة، ثم التصنيف اللانظري الثاني الذي يتجلى في "الاضطرابات الذهنية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض" والذي تصدره منظمة الصحة العالمية في نسخته الحادية عشر.

يشير اضطراب طيف التوحد إلى أنه اضطراب نمائي عصبي Neurodevelopmental disorder، يتميز بقصور دائم في التواصل الإجتماعي والتفاعل، علاوة إلى مجموعة من السلوكات والاهتمامات المحدودة والمتكررة وغير المرنة، و يظهر هذا

الاضطراب عموما في فترة ما قبل الطفولة المبكرة (APA, 2022 ؛ منظمة الصحة العالمية، ٢٠٢١). ويُعتبر الطبيب أوجين بلولر Eegen Bleuler أول من جاء بمصطلح "التوحد" من خلال أبحاثه في إضطراب الفصام (Goldstein & Ozonoff, 2018). لذلك فالتعريف العلمي الذي اقترحته كل من الجمعية الأمريكية للطب النفسي ومنظمة الصحة العالمية يتقطعان بشكل كلي. إذ يشيران معا إلى أنه اضطراب ذهني يؤثر على ثلاث مجالا رئيسية: تواصلية (قصور في التواصل الإجتماعي)، تفاعلية (قصور في التفاعل الإجتماعي) وسلوكية (سلوكات واهتمامات محدودة وغير مرنة).

٢ . السياق التاريخي لاضطراب طيف التوحد

عرفت سنة ١٩٠٨ إكتشاف أول اضطراب ضمن اضطراب طيف التوحد والذي يُطلق عليه الخرف الطفولي dementia infantilis أو متلازمة هيلرHeller's syndrome على يد ثيودور هيلر Theodore Heller، إثر وصف مجموعة من الحالات التي تبين أنها تعاني من تأخر عميق في النمو والأداء (Goldstein and Ozonoff, 2018). وأشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في نسختها الرابعة المنقحة DSM IV-TR (٢٠٠٠) إلى هذا الاضطراب تحت مسمى اضطراب الطفولة التفككي Childhood disintegrative disorder. إلا أن التصنيف الحالي في نسخته الخامسة DSM 5 قد أدمج هذا الاضطراب ضمن اضطراب طيف التوحد. ويعتبر هذا الإضطراب أول ما تم إكتشافه ضمن مجموعة اضطراب طسف التوحد.

وشهدت سنة ١٩١١ ظهور مفهوم التوحد لأول مرة على يد **اوجين بلولر** Eegen Bleuler، الذي أكد أنه عرض من أعراض اضطراب الفصام schizophrenie الرئيسية، وقد حدد أنه يتميز بالهروب عن الواقع، الهيمنة الداخلية، التمركز حول الذات... (Gillet, 2013).

ووصف الطبيب الأمريكي ليو كانر Leo Kanner (١٩٤٣) من خلال فحصه لـ ١١ طفلا مصنفين على أنهم متخلفين ذهنيا، فلاحظ وجود مجموعة من الأنماط السلوكية غير العادية من قبيل: الانعزال الاجتماعي، الحاجة إلى الحفاظ على المحيط المادي كما هو، مع التذكر القوي لهذا المحيط، السلوكات النمطية والمتكررة، الحديث غير المتطابق مع التواصل أو عدم الحديث (Gillet، ٢٠١٣). وبهذه الحالات التي تم وصفها، قدم لنا Leo Kanner المفهوم الحديث للتوحد، وأصبح من خلال مقالته "التوحد في التواصل العاطفي Autistic Disturbances of affective contact" أول باحث يصف التوحد. كما أكد أن التوحد يختلف تماما عن الفصام (Goldstein and Ozonoff, 2018).

وحدد طبيب الأطفال هانز أسبرجر Hanz Asperger (١٩٤٤) نوعا أخر من خلال تسجيله لمجموعة من السمات والتي أكد أن المصابين يتميزون بها. وقد لاحظ أن لديهم ذكاء عادي أو فوق العادي، بالإضافة إلى قدرات في مجموعة من المجالات (الرسم، الرياضيات، الموسيقى، دقة الذكاء البصري، الاحتفاظ بالمعلومة...)، إلا أنهم يعانون من صعوبة فهم القواعد الإجتماعية وقصور في ربط العلاقات الإجتماعية.... (Goldstein and Ozonoff, 2018). وللإشارة فقد تم تصنيف هذه الحالة في النسخة الرابعة المنقحة من الدليل الاحصائي والتشخيصي للاضطرابات الذهنية DSM-IV-TR تحت مسمى اضطراب الأسبرجر Asperger's disorder أو**متلازمة الاسبرجر** Asperger Syndrome.

https://scopmajd.com/ « ISI: (0.360) « ISSN (Online): 3005-2033

وقد اكتشف الطبيب **أندرياس ريث** Andreas Rett (١٩٦٦) اضطراب آخر تتقاطع سماته مع سمات كل من التوحد واضطراب الأسبرجر، وولاحظ أن هذه الحالة تصيب الإناث، كما أنها تتميز بنمو غير عادي بفترة قصيرة من نموها الطبيعي، علاوة على قصور معرفي وحركي (Gillet، ٢٠١٣). وسميت هذه الحالة في DSM-IV-TR باضطراب ريت Rett's disorder أو متلازمة ريث Rett syndrome.

مر التوحد عبر عدة مراحل كباقي الاضطرابات الأخرى، إذ تطور بفعل الأبحاث والدراسات الجديدة التي سبرت أغواره ومازالت تكتشف غموضه الذي يلف حوله إلى حدود كتابة هذه الأسطر. فقد تضمن تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM) في نسخته الأولى (١٩٥٢) والثانية (١٩٦٨) التوحد كشكل من أشكال الفصام، وعلى نفس المنوال ذهبت منظمة الصحة العالمية في نسختها الثامنة (١٩٦٨) والتاسعة (١٩٧٨) (شكل من أشكال الفصام). وقد عرفت النسخة الثالثة (١٩٨٠) من تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي تغييرا، إذ صنفته لأول مرة ضمن فئة مستقلة عن الفصام، وأدرجته تحت إسم " التوحد الطفولي"، وعرفت النسخة الثالثة المنقحة من نفس التصنيف تغيير إسم التوحد الطفولي إلى إضطراب التوحد، كما تضمنت هذه النسخة مجموعة من الأعراض التي يجب تتوفر في هذا الإضطراب. كما شهدت النسخة الرابعة من تصنيف الجمعية الأمريكية (١٩٩٤) فئة اضطراب الأسبرجر أو متلازمة الأسبرجر لأول مرة.

إعتمدت النسخة الخامسة من تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي على مفهوم جديد والذي يتمثل في "اضطراب طيف التوحد والذي يجمع بين الإضطرابات التي كانت في النسخة الرابعة المنقحة من نفس التصنيف (١٩٩٤) والمندرجة تحت اضطرابات النمو الشاملة والتي تتجلى في: اضطراب التوحد ، واضطراب أسبرجر ، واضطراب الطفولة التفككي ، واضطراب النمو الشاملة غير المحدد، وقد جُمعت هذه الفئات كلها ضمن اضطراب طيف التوحد، باستثناء متلازمة ريت التي حُذفت من التصنيف الخامس (APA, 2013)، باعتبارها اضطرابا عصبيا منفصلا.

نستخلص مما سبق، أن التوحد مر بعدة مراحل، حيث صُنف في البداية باعتباره شكل من أشكال الفصام، ليندرج بعدها تحت اضطرابات النمو الشاملة مع مجموعة من الاضطرابات الأخرى المستقلة، إلا أن النسخة الخامسة شهدت تغييرا في هذا الاضطراب، وأدرجته تحت مسمى اضطراب طيف التوحد.

٣ . النماذج التفسيرية لاضطراب طيف التوحد:

إشتغل الباحثون منذ اكتشاف اضطراب طيف التوحد (التوحد) من قبل ليو كانر Leo Kanner (١٩٤٣)، في البحث عن تفسير علمي لهذا الإضطراب. وبدأت المرحلة الأولى في الستينات من القرن العشرين والتي تمثلت في النموذج الكلاسيكي من خلال "نظرية الأم الثلاجة" في حين تميزت المرحلة الثانية بالنموذج المعرفي من خلال مجموعة من النماذج التفسيرية والتي تتمثل في: نظرية نظرية الذهن (العقل)، نظرية الاختلالات التنفيذية، نظرية التماسك المركزي الضعيف ونظرية الدماغ الذكوري المتطرف. وسنحاول التعرف على هذه النماذج وفق تسلسلها الزمني.

٣ . ١ نظرية الأم الثلاجة:

تُعتبر نظرية الأم الثلاجة أول نظرية مفسرة للتوحد، والتي ظهرت في الستينات من القرن العشرين على يد برونو بتلهيم Bruno Bettelheim في كتابه "القلعة الفارغة The Empty Fortress" (١٩٦٧). تؤكد هذه النظرية أن التوحد سببه أحد الأبوين أو الأبوين معا وخاصة الأم، وذلك بسبب عدم تفاعلها مع الطفل وتعاملها البارد معه، أي أن التوحد يكمن في العلاقة أم . طفل. ويرى الباحث أن التوحد هو طريقة للدفاع ضد إفلاس العلاقة مع الأم، مما ينتج عن ذلك انسحابه من التواصل الاجتماعي وبناء جدار بينه وبين العالم الخارجي (Irwin & al, 2011).

٣ . ٢ نظرية الذهن:

نشر الباحثان دافيد بريماك David Premack كاي وودروف Guy Woodruff (١٩٧٨) بحثًا بعنوان "هل لدى الشمبانزي نظرية الذهن؟ Does the chimpanzee have a theory of mind?. وقد تم اقتراح مفهوم نظرية الذهن في هذا المقال. وتشير نظرية الذهن إلى القدرة والتعرف على استنتاج الحالات الذهنية (الرغبات والأفكار والمعتقدات) إلى الذات والآخرين من خلال تحديد السلوك والتنبؤ به.

طرح الباحث كوهين Baron-Cohen (١٩٨٥)، أن السمة الرئيسية التي تميز الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد هي عدم القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين، وأطلق على هذا العجز بضعف نظرية الذهن. وسنوضح ضعف نظرية الذهن من خلال تجربة مشهورة تُسمى بمهمة "اختبار سالي وآن" للباحثين هانز ويمر Heinz Wimmer و جوزيف بيرنر Josef Perner (١٩٨٣) :

يرى الطفل دمية اسمها "آن" تراقب دمية أخرى اسمها "سالي" وهي تضع كرة في السلة. تُغادر "سالي" الغرفة وتقوم "آن" بنقل الكرة من السلة إلى الصندوق، وعندما تعود "سالي"، يُطرح على الطفل السؤال التالي: أين ستبحث "سالي" عن الكرة، في السلة أم في الصندوق؟. سوف يستنتج الأطفال الأسوياء أو معظم الأطفال الذين يعانون من ساندروم داوون Down Syndrome وبشكل صحيح، أن "سالي" سوف تبحث في السلة لأنها لا تعرف أن الكرة الزجاجية تم نقلها، أما معظم الأطفال المصابين بالتوحد، فسوف يقولون بأن "آن" ستبحث في المكان الذي شاهدو فيه الكرة الزجاجية (Drost & al., 2018).

لقد تميزت هذه النظرية بالحجج التجريبية، إلا أنها تعرضت أيضا لمجموعة من الإنتقادات التي تشمل على: صعوبة تفسير السلوكات النمطية والتكرارية، قدرة بعض من ذوي اضطراب طيف التوحد من اجتياز مهام نظرية الذهن، عدم اقتصار نظرية الذهن على الأفراد من ذوي اضطراب طيف التوحد، بل تم توثيق ضعف نظرية الذهن لدى الأفراد ذوي إعاقة النمو الفكري (الإعاقة الذهنية) والفصام (Volkmar & al., 2021).

https://scopmajd.com/ « ISI: (0.360) « ISSN (Online): 3005-2033

٣ . ٣ نظرية عجز الوظائف التنفيذية:

يجب علينا في البداية أن نحدد تعريفا للوظائف التنفيذية؛ والتي تشير إلى مجموعة من السيرورات المعرفية التي تسمح للفرد بتنظيم ومراقبة أفكاره، وسلوكه من أجل إنجاز المهام غير المألوفة أو الجديدة أو المعقدة. وتتضمن هذه الوظائف كل من: الذاكرة العاملة، المرونة الذهنية، الكف المعرفي، تحويل الانتباه، التخطيط والتنظيم.... بين Alan Baddeley وBarbara Wilson (١٩٨٨) أن معظم الأشخاص الذين يعانون من تلف في المناطق الأمامية من الدماغ (الفص الجبهي) لديهم عجز في الوظائف التنفيذية، بما في ذلك مشاكل في تحويل الانتباه، واتباع نفس الروتين، وصعوبة التحكم في الإنفعالات (Volkmar & al., 2021). وأظهرت نظرية عجز الوظيفة التنفيذية أن هذه الأعراض تشبه الأعراض التي يعاني منها معظم الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وتمثل أساس العجز المعرفي في هذه المجموعة (Ozonoff & al., 1991)، أي أن عجز الوظيفة التنفيذية لدى هذه الفئة من ذوي اضطراب طيف التوحد تتشابه إلى حد كبير مع الأفراد الذين يعانون من تلف الفص الجبهي في مرحلة البلوغ، وينعكس هذا التشابه في السمات السلوكية لاضطرابات طيف التوحد.

على غرار نظرية الذهن، دُعمت هذه النظرية أيضا بالدراسات التجريبية، بل تميزت بتفسير السلوكات غير الإجتماعية (الرفرفة، التأرجح، السلوكات الحركية...) على عكس نظرية الذهن التي فشلت في تفسير هذه السلوكات. إلا أنها لم تسلم من الإنتقاد أيضا، إذ تفتقر إلى التفرد، حيث هناك مجموعة من الإضطرابات التي تتشابه مع اضطراب طيف التوحد في مهمام الوظائف التنفيذية مثل: متلازمة توريت، الاضطراب الفصامي العاطفي، اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه واضطراب الوسواس القهري (Hill, 2004).

٣ . ٤ نظرية ضعف التماسك المركزي:

يتمثل التماسك المركزي باعتباره أسلوبا إدراكيا معرفيا والذي يعتمد على القدرة التي يمتلكها الأطفال الذين لا يعانون من اضطراب طيف التوحد ويستطيعون من خلالها جمع وتنظيم المعلومات التي يستقونها من العالم الخارجي، للوصول إلى فهم وتفسير المواقف التي يوجهونها، عبر قراءة أفكار ونوايا الأخرين من خلال إشارات، إيماءات ونظرات أعينهم. لذلك ترى نظرية ضعف التماسك المركزي أن الأفراد الذين يكون نموهم طبيعيا يميلون إلى معالجة المعلومات التي يتم جمعها من خلال أجزاء وتحويلها إلى معلومة كلية، أي الوصول إلى معنى عام للمعلومة. وعلى العكس، فالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يركزون على الأجزاء والمعلومات بشكل مجزئ بدل الوصول إلى المعنى العام (Frith & Happé, 1994). إذن، فالأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم القدرة على معالجة التفاصيل والأجزاء بشكل كبير، لكنهم يتميزون بضعف المعالجة العامة والكلية، إلا أنها ليست غائبة لديهم بشكل مطلق (Happé & Booth, 2008). واستطاعت هذه النظرية من تفسير العديد من الخصائص السلوكية وغير السلوكية (التركيز على أجزاء الأشياء، الاهتمامات المحدودة، الاصرار على التغييرات الصغيرة في المحيط...)، لكنها تعرضت أيضا لإنتقادات كماثيلتيها، من قبيل: وجود نظرية ضعف التماسك المركزي لا ينحصر عند ذوي اضطراب طيف التوحد، لكنه موجود أيضا لدى ذوي متلازمة ويليامز (Bernardino & al, 2012).

٣. ٥ نظرية الدماغ الذكوري المتطرف:

ظهرت نظرية الدماغ الذكوري المتطرف، بعد تقييم لنظرية الذهن التي تحتوي على نقائص من أهمها عدم تفسير السلوكات النمطية والاهتمامات المحدودة، إضافة إلى أن مفهوم الأمباثيا Empathy والشعور بأحاسيس الأخرين الذي يتضمن فقط الجانب المعرفي في نظرية الذهن لم يتضمن الجانب الانفعالي، باعتبار أن الشعور بأحاسيس الآخرين والأمباثيا يتطلب استجابة انفعالية ذهنية. وترتكز نظرية الدماغ الذكوري المتطرف على مبدئين رئيسيين وهما: النزوع نحو الأمباثيا أو التماهي مع الآخر والشعور بأحاسيسه، ويتضمن هذا المبدأ، العنصر المعرفي، والذي يشير إلى القدرة على التعرف وإسناد حالات ذهنية للذات وللآخر، ثم العنصر الانفعالي الذي يدل على الإستجابة الإنفعالية المناسبة لمشاعر وأفكار الآخرين. أما المبدأ الثاني فيتجلى في النظامية Systemic والتي تعني الميل نحو تكوين وتحليل أنظمة مختلفة (ميكانيكية، عددية، طبيعية، مجردة و اجتماعية)، وهذا النظام هو كل ما يخضع لقواعد معينة، بحيث يُمكننا التحليل من تشخيص القواعد للتنبؤ بكيفية حدوث سلوك هذا النظام. وبينت نظرية الدماغ الذكوري المتطرف أن الذكور ينزعون نحو النظامية أكثر من الإناث، بينما تميل الإناث نحو التعاطف أكثر من الذكور (Baron-Cohen, 2002). وترى هذه النظرية أن الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم نمط متطرف من النظامية وضعف في التعاطف.

إن التعاطف والنظامية حسب نظرية الدماغ الذكوري المتطرف عمليتان مختلفتان، حيث يؤدي كل منهما دوره، فالأولى (التعاطف) تقدم لنا فهما بكيفية فعالة عن العالم الذهني والإجتماعي، في حين أن النظامية تقوم بالتنبؤ وفهم العالم المادي الذي تحكمه القوانين.

إن ما يميز هذه النظرية هي جمعها لجوانب نظريتين (نظرية الذهن ونظرية ونظرية الدماغ الذكوري المتطرف)، بحيث يمكن تشبيه عامل التعاطف بنظرية الذهن، وتشبيه عامل النظامية بنظرية الدماغ الذكوري المتطرف. وبالتالي فنظرية الدماغ الذكوري المتطرف استطاعت الجمع بين جوانب كلتا النظريتين في نظرية واحدة.

لقد اعتمدت نظرية الدماغ الذكوري المتطرف على العلوم العصبية في نتائجها. إلا أنها على غرار جميع النظريات التي تطرقنا إليها فهي تعرف حدودا في تفسيراتها، وذلك نتيجة لعدم وجود نظرية موحدة تفسر المظاهر المختلفة والمتعددة لاضطراب طيف التوحد.

٤ . المعايير التشخيصية اضطراب طيف التوحد

في البداية، يجب أن نشير إلى عدم وجود أية اختبارات طبية أو أي كاشف بيولوجي (المسح الدماغي،...) آخر في وقتنا الحاضر للكشف عن اضطراب طيف التوحد، ويتم تعويض هذه التقنيات بالتشخيص على أساس بعض المظاهر السلوكية. غالبا ما يعتمد الاخصائيون (الطب النفسي، الأخصائي النفسي، الاخصائي النفسي العصبي المعرفي، طب الاطفال....) في التشخيص على:

- الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات الذهنية الذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

https://scopmajd.com/ « ISI: (0.360) « ISSN (Online): 3005-2033

سنحاول فيما يلي أن نقوم بسرد المعايير التشخيصية للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية في نسخته الخامسة المنقحة DSM 5 -TR (2022):

١ . قصور دائم في التواصل والتفاعلات الاجتماعية الملاحظة في سياقات مختلفة. تتمظهر من خلال العناصر التالية، سواء في الفترة الراهنة أو في الفترة السابقة:

أ . قصور في التبادل الاجتماعي أو الوجداني من قبيل: اختلالات في التعامل الاجتماعي، عدم القدرة في الدخول في محادثة ثنائية سليمة، صعوبات في مشاركة الاهتمامات، العواطف والانفعالات، إلى عدم القدرة على بدئ تفاعلات اجتماعية أو الرد عليها.

ب . قصور على مستوى السلوكات التواصلية غير اللفظية المستعملة خلال التفاعلات الإجتماعية تتراوح على سبيل المثال: من صعوبة في الدمج بين التواصل اللفظي والتواصل غير اللفظي، الاختلالات في التواصل البصري ولغة الجسد، قصورات في فهم استعمال الأفعال Les Gestes، إلى غياب تام للتعابير الوجهية والتواصل غير اللفظي.

ج . قصورات في النمو، الإحتفاظ وفهم العلاقات، تتراوح من صعوبات في ملائمة السلوك في السياقات الإجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة الألعاب التخيلية، والاهتمام بالأقران.

ملاحظة: الحدة تتوقف على أهمية القصورات التواصلية الاجتماعية وأنماط السلوكات المحدودة والمتكررة.

٢ . ظهور سلوكات واهتمامات وأنشطة ذات الطبع المحدود والمتكرر، والتي يمكن أن نُلاحظها في عنصرين على الأقل من العناصر التالية، سواء في الفترة الراهنة أو الفترة السابقة.

أ . الطابع النمطي والمتكرر لحركات الجسم، استعمال اللغة والأشياء من قبيل: حركات نمطية بسيطة، إعادة ترديد الكلام المسموع، أنشطة صف الألعاب... .

ب . عدم القبول بالتغيير، روتينات غير مرنة، سلوكات لفظية وغير لفظية وإعادة استعمالها من قبيل: سلوكات نمطية، نمط من التفكير المتصلب، إعادة استعمال صيغ الترحيب، الإصرار على أخذ نفس الطريق، أكل نفس الأغدية طوال الأيام.

ج . اهتمامات محدودة وثابتة إلى أبعد الحدود، وغير عادية سواء في شدتها أو في هدفها، كالتعلق بالأشياء المعتادة أو غير العادية، أو الارتباط بالأشياء بصورة مبالغ فيها، اهتمامات مقيدة بشكل مفرط.

د . فرط النشاط تجاه المثيرات الحسية أو إهتمام غير معتاد بالنسبة للمظاهر الحسية للمحيط، خصوصا شعور مختلف اتجاه الألم، تجاه الحرارة، ردود أفعال سلبية تجاه الأصوات أو اتجاه أحاسيس لمسية معينة، الافتتان البصري نحو اتجاه الأضواء والحركات.

٣ . يجب أن تكون الأعراض حاضرة في المراحل المبكرة للنمو، لكن ليس من الضروري أن تظهر قبل المتطلبات الإجتماعية التي لا تتجاوز القدرات المحدودة للشخص، أو يمكن أن تكون خفية بشكل متأخر جدا في الحياة عن طريق استراتيجيات ظاهرة.

٤ . يجب أن تسبب هذه الأعراض تأخرا دالا إكلينيكيا، من ناحية الانشغال الاجتماعي، المدرسي، المهني أو في مجالات أخرى مهمة.

٥ . هذه الاضطرابات ليس من الأفضل تفسيرها بوجود إعاقة فكرية أو تأخر عام أو شامل للنمو، فالعجز الفكري واضطراب طيف التوحد يمكن أن يكونا مصاحبين. ولكي يتم تشخيص تداخل بين اضطراب طيف التوحد و الاعاقة الفكرية، يجب أن يكون القبول على مستوى التواصل الاجتماعي عاليا، عن ما هو متوقع بالنسبة لمستوى النمو العام.

ملاحظة: بالنسبة للذين لديهم حسب DSM 4 تشخيص لاضطراب التوحد، متلازمة الأسبرجر أو اضطراب كاسح للنمو الغير نوعي، يجب أن يتم تغيير تشخيصهم إلى اضطراب طيف التوحد حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية في نسخته الخامسة DSM 5 (APA, 2022)

يتضح لنا من خلال هذه المعايير التشخيصية أن اضطراب طيف التوحد يتمثل في ثلاثة أعراض رئيسية؛ يتجلى الأول في قصور التواصل الاجتماعي، ثم يشمل العرض الثاني في قصور التفاعل الاجتماعي، وآخيرا مجموعة من الأنماط السلوكية والاهتمامات المحدودة والمتكررة وغير المرنة.

. **الخصوصيات** (APA, 2022) :

مستوى الشدة	التواصل الاجتماعي	سلوكات محدودة و روتينية
المستوى ١: يحتاج لمساعدة	. بدون مساعدة، تشكل قصورات التواصل الاجتماعي المصدر الأساسي للبطء الوظيفي الملاحظ. صعوبة في فهم العلاقات الاجتماعية مع أمثلة واضحة عن النمطية أو عدم فاعلية الجواب أثناء المبادرة الاجتماعية بين الاخرين. . ظهور اهتمامات قليلة بالنسبة للتفاعلات الإجتماعية. على سبيل المثال: شخص قادر على الكلام، و يلتزم بالمحادثة، لكنه لا يدرك شعور تغيير السياق الاجتماعي المتبادل بين الآخرين	. إنعدام المرونة السلوكية بسبب تداخل في الاشتغال في سياقات عديدة. صعوبة المرور لأنشطة أخرى، مشاكل تنظيمية وتخطيطية تُعرقل الاستقلالية.

https://scopmajd.com/ « ISI: (0.360) « ISSN (Online): 3005-2033

	و محاولة أصدقائه تكون غير ناجعة عادة.	
المستوى ٢: يحتاج لمساعدة مهمة	. قصورات دائمة في الكفاءات التواصلية اللفظية وغير اللفظية، اختلالات اجتماعية ظاهرة حتى مع الدعم والمساعدة، قدرة محدودة في بدئ العلاقات والاستجابات المحدودة أو غير الطبيعية للمبادرات الاجتماعية الظاهرة لديهم. على سبيل المثال: محدودية استعمال جمل بسيطة في التفاعل الاجتماعي، اهتمامات نوعية محدودة، و تواصل اجتماعي غير لفظي عجيب.	. إنعدام المرونة في السلوك، صعوبة في تحمل التغيرات أو السلوكات المحدودة و التكرارية الأخرى. . صعوبة في فعل مختلف للأشياء الإنتباهية للفعل.
المستوى ٣: يحتاج لمساعدة جد مهمة	. قصورات مهمة للكفاءات التواصلية اللفظية و غير اللفظية المسؤولة عن تأخر شديد للاشتغال، محدودية حادة جدا في القدرة على بدء العلاقات أو الاستجابة الضعيفة للمبادرات الاجتماعية التي تهم الآخر.	. سلوك غير مرن، صعوبة متطرفة للقيام بأي تغيير، سلوكات أخرى محدودة أو متكررة بطريقة ملاحظة مع الاشتغال في مجموع المجالات. . صعوبة في القيام بتغيير موضوع الإنتباه أو الفعل.

الجدول رقم ١: توضيح مستويات الشدة لدى الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

٥ . الأسباب المحتملة لاضطراب طيف التوحد:

وُصف التوحد لأول مرة في أربعينات القرن العشرين، باعتباره يتميز بأنماط سلوكية غير عادية، حيث وُجه اللوم للتربية السيكولوجية كمسبب له (نظرية الأم الثلاجة). وبعد الدراسات النورو . بيولوجية في الستينات من القرن العشرين تأكد من قبل الباحثين بأن سبب التوحد يعود بالأساس إلى ما هو وراثي، لكن الدراسات في علم الوراثة أكدت بأنه لا يتوارث بنمط مندلي (لا يخضع لقوانين مندل للوراثة) بسيط، وإنما يُورث بنفس الطريقة التي تُورث بها الصفات المعقدة (كالذكاء والفصام)(Kolevzon, Smith, Schmeidler & al, 2004). تتراوح نسبة إصابة التوائم المتماثلة من ٦٠ ٪ إلى ٩٢ ٪ وذلك اعتمادا على المقاييس السلوكية المستخدمة (Muhle, Trentacoste & Rapin, 2004). رغم أن قابلية اضطراب التوحد على الانتقال وراثيا تقدر بـ ٪ ٩٠، إلا أن ذلك لا يحصل بسبب جين واحد (Folstein & Rosen-Sheidley, 2001). لقد أثبتت العديد من

الدراسات أن الكثير من الأمراض والإضطرابات لا يسببها جين واحد فحسب، بل عدد من الجينات معا، وذلك بتفاعل الكثير من المواقع الكروموسومية من أجل ذلك (Dvidson's, 2014).

تشير الدراسات إلى أن التوحد قد ينتُج عن خلل في نمو الدماغ خلال المراحل المبكرة من نموه قبل الولادة وبعدها، مما يجعل بعض مناطق الدماغ تحتوي على عدد كبير جدا من الخلايا العصبية ومناطق أخرى بها عدد قليل جدا من الخلايا العصبية (Minshew, 1996). وتشير بعض الأبحاث أيضا، عن تضخم شامل للدماغ لدى الأفراد المصابين بالتوحد، بينما أشار البعض الآخر إلى وجود خلل في عدة مناطق من الدماغ بما في ذلك الفص الجبهي، الخلايا العصبية المرآتية، الجهاز اللمبي، الفص الصدغي والجسم الثفني (Lefebvre, Beggiato & al, 2015).

في دراسة مقارنة بين أدمغة المصابين بالتوحد، وعينة ضابطة، تبين أن هناك فروقات مهمة إحصائيا في تشريح المخيخ، الفص الصدغي والجسم المخطط Striatum (Toal, Murphy & Murphy, 2005). وتؤكد بعض الدراسات أن المصابين باضطراب طيف التوحد لديهم انخفاض في المادة الرمادية في الفص الصدغي والمخيخ، وارتفاع في المادة الرمادية في الجسم المخطط (Tola F. & al, 2009).

خلاصة:

عرف اضطراب طيف التوحد عدة تحولات وتطورات منذ اكتشافه لأول مرة من قبل ليو كانر في الأربعينيات من القرن العشرين، سواء من حيث الإسم، التعريف، التشخيص ثم التصنيف. فقد أطلق عليه الباحثون في البداية بالتوحد الطفولي المبكر (DSM 3)، وبعد التطورات التي شهدتها الدراسات والأبحاث في هذا الميدان فيما بعد، أصبح الباحثيون يطلقون عليه اضطراب التوحد (DSM 4) ضمن ما يُسمى بالاضطرابات الكاسحة للنمو، ليستقر إلى حدود اللحظة في اضطراب طيف التوحد والذي اقترحته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في تصنيفها الخامس DSM 5 (٢٠١٣)، وكذا التصنيف الدولي CIM 11 (٢٠٢٢). أما على مستوى التعريف، فقد أصبح الآن اضطراب طيف التوحد يُعرف بأنه اضطراب عصبي نمائي. يعتمد تشخيصه إلى الآن على معايير سلوكية، وذلك راجع لغياب كاشف بيولوجي.

يظهر اضطراب طيف التوحد في سن مبكرة من نمو الطفل، ويصيب هذا الاضطراب مجموعة من الوظائف المعرفية والسلوكية، من قبيل: عجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي، سلوكات تكرارية ونمطية واهتمامات محدودة.... . لقد اهتم الباحثون منذ اكتشاف اضطراب طيف التوحد بالبحث عن السبب وراء هذا الاضطراب الغامض والذي أخذ وقتا في تحديد سببه الرئيسي، وبالرغم من المجهودات التي عرفها هذا المجال وكثرة الدراسات والأبحاث، إلا أنه مازال السبب الرئيسي لاضطراب طيف التوحد مجهولا إلى الآن، بالرغم من ترجيح كفة الجانب الوراثي كمسبب رئيسي لهذا الاضطراب. واقترح العديد من الباحثين نماذج نظرية لتفسير اضطراب التوحد، و قد تناولنا مجموعة من هذه النماذج في هذا الفصل لنوضح كيفية مساهمة هذه النماذج في فهم اضطراب طيف التوحد، بداية من نظرية الأم الثلاجة ووصولا إلى نظرية الدماغ الذكوري المتطرف.

https://scopmajd.com/ « ISI: (0.360) « ISSN (Online): 3005-2033

قائمة المصادر والمراجع:

منظمة الصحة العالمية (٢٠٢١) الاضطرابات العقلية والسلوكية في التصنيف الدولي للأمراض – النسخة الحادية عشر (ICD11). ترجمة: د .أنور الحمادي.

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

American Psychaitric Association. (20٢٢). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 th Edition Text Revision).

Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. Trends in Cognitive Sciences, 6(6), 248–254. doi:10.1016/s1364-6613(02)01904-6.

Bernardino, I., Mouga, S., Almeida, J., van Asselen, M., Oliveira, G., & Castelo-Branco, M. (2012). A Direct Comparison of Local-Global Integration in Autism and other Developmental Disorders: Implications for the Central Coherence Hypothesis. PLoS ONE, 7(6), e39351. doi:10.1371/journal.pone.0039351.

Dvidson's Principles of Medicine (2014) 22nd edition.

Folstein E., & Rosen-Sheidley B. (2001) Genetics of autism: complex aetiology for a heterogeneous disorder. Nat Rev Genet.

Frith, U., & Happé, F. (1994). Autism: beyond "theory of mind." Cognition, 50(1-3), 115–132. doi:10.1016/0010-0277(94)90024-8.

Gillet P. (2013). Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant. De Boeck Solal, Bruxelles, en Belgique.

Goldstein. S, Ozonoff. S (2018) Assessment of AUTISM SPECTRUM DISORDER. SECOND EDITION. THE GUILFORD PRESS New York London.

Happé, F. G. E., & Booth, R. D. L. (2008). The Power of the Positive: Revisiting Weak Coherence in Autism Spectrum Disorders. Quarterly Journal of Experimental Psychology, 61(1), 50–63. doi:10.1080/17470210701508731.

Hill, E. L. (2004). Executive dysfunction in autism. Trends in Cognitive Sciences, 8(1), 26–32. doi:10.1016/j.tics.2003.11.003.

Irwin, J. K., MacSween, J., & Kerns, K. A. (2011). History and Evolution of the Autism Spectrum Disorders. International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3–16. doi:10.1007/978-1-4419-8065-6_1.

Kolevzon A., Smith CJ., Schmeidler J., Buxbaum JD., & Silverman JM.(2004à) Familial symptom domains in monozygotic siblings with autism. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.

Lefebvre A., Beggiato A., Bourgeron T., & Toro R. (2015). "Neuroanatomical Diversity of Corpus Callosum and Brain Volume in Autism: Meta-analysis, Analysis of the Autism Brain Imaging Data Exchange Project, and Simulation". Biological Psychiatry. 78 (2): 126–134.

Minshew J. (1996) Brief report: Brain mechanisms in autism: Functional and structural abnormalities. Journal of Autism and Developmental Disorders.;26(2):205–209.

Muhle R., Trentacoste V., & Rapin I.(2004) The genetics of autism. Pediatrics, 2004, 113, 472–486.

Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991). Executive Function Deficits in High-Functioning Autistic Individuals: Relationship to Theory of Mind. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 32(7), 1081–1105. doi:10.1111/j.1469-7610.1991.tb00351.x.

Toal F., Murphy M., & Murphy C. (2005). Autistic-spectrum disorders: lessons from neuroimaging. Br J Psychiatry; 187: 395–7.

Tola F. & al (2009) psychosis and autism: magnetic resonance imagin study of brain anatomy. Brit. J. Psych. 194, 418- 425.

Volkmar. F.R, Loftin. R, Westphal. A, Woodbury-Smith. M (2021) Handbook of Autism Spectrum Disorder and the Law. Springer Nature Switzerland. https://doi.org/10.1007/978-3-030-70913-6.