

تشخيص اضطراب طيف التوحد (الخطوات وأدوات التقييم)

Diagnosing Autism Spectrum Disorder (steps and assessment tools)

مراكشي الصالح^{1*}، بوعزة عبد الرؤوف²

¹ جامعة محند أكي أولحاج البويرة (الجزائر)

s.merakchi@univ-bouira.dz

² جامعة العربي التبسي (الجزائر)

Abderraouf.bouaaza@univ-tebessa.dz

الهاتف:

الهاتف:

تاريخ النشر: 2024/12/31

تاريخ القبول: 2024/12/30

تاريخ الاستلام: 2024/12/18

الملخص: يعتبر تشخيص اضطراب طيف التوحد مشكلة حقيقية تواجه المختصين العاملين في هذا المجال، وذلك لخصوصية الاضطراب من جهة، ونقص أدوات التقييم من جهة أخرى، على الرغم من التطور الحاصل في السنوات الأخيرة في فهم هذا الاضطراب.

تسعى هذه الورقة البحثية إلى تسليط الضوء على عملية التشخيص لما لها من أهمية بالغة في وضع الخطة العلاجية ونجاحها وذلك من خلال إبراز التغيرات الحاصلة في معايير التشخيص عرض لأهم خطوات التشخيص ومختلف أدوات التقييم، وكذلك أهم التحديات التي تواجهه في ضل الانتقادات الموجهة للاختبارات والمقاييس الموجودة لتختتم الورقة البحثية بتوصيات عامة. الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد، أدوات التقييم، خطوات التشخيص.

Abstract: The diagnosis of autism spectrum disorder (ASD) is a significant challenge for specialists working in this field. This is due to the unique nature of the disorder on one hand and the lack of sufficient assessment tools on the other, despite recent advancements in understanding this condition.

This research paper aims to shed light on the diagnostic process, given its crucial importance in formulating and ensuring the success of therapeutic plans. It does so by highlighting the changes in diagnostic criteria, presenting the key steps involved in diagnosis, and reviewing various assessment tools. Additionally, it addresses the major challenges faced in light of criticisms directed at existing tests and scales. The paper concludes with general recommendations.

Keywords: Autism Spectrum Disorder, Assessment Tools, Diagnostic Steps

*- المؤلف المرسل:

مقدمة:

تشير الإحصائيات الحديثة المتعلقة بانتشار التوحد إلى ارتفاع معدل الإصابة بهذا الاضطراب في معظم بلدان العالم، ففي فرنسا وحسب الدراسة التي أجريت من طرف (Picot, Malika Delobel, Ayoub, & Alexis Revet, 2023) فإن هناك زيادة في انتشار الاضطرابات النمائية العصبية منذ نهاية القرن العشرين وخاصة اضطراب طيف التوحد، وأن أسبابها تبقى غامضة وغير مفهومة وتحتاج لمزيد من الدراسات.

في الجزائر ورغم عدم وجود إحصائيات رسمية من الهيئات الرسمية إلا أن المؤشرات تدل على ارتفاع معدل الإصابة باضطراب التوحد خاصة العشرين سنة الأخيرة، في هذا الصدد كشف البروفسور مجيد ثابتي سنة 2018 رئيس مصلحة الأمراض العقلية بالشرافة للإذاعة الجزائرية أن هناك 500 ألف مصاب بالتوحد بمعدل إصابة واحدة لكل 55 مولود جديد. (ثابتي 2018) (<https://radioalgerie.dz/news/ar/reportage/156547.html>)

هذا الأرقام المخيفة أجبرت المختصين والعاملين في مجال التوحد على اعتباره مشكلة صحة عمومية، وذلك نظرا للأثار التي يتركها على الفرد والأسرة والمجتمع.

إن التوحد باعتباره اضطراب نمائي عصبي يتميز بالديمومة والغموض والتداخل مع عدة أمراض أخرى يمنع المصاب به من التفاعل الاجتماعي، وعدم القدرة على التواصل مع الآخرين وإصدار سلوكيات نمطية تكرارية روتينية يظهر في السنوات الأولى من الطفولة يستدعي تظافر جهود الجميع من أجل التكفل الأمثل بهذا الاضطراب.

إلا أن التكفل الجيد بأطفال التوحد يجب أن يقابله تشخيص دقيق وصحيح، فالتشخيص الخاطئ يمكن أن ينسف كل الجهود المبذولة، لذلك شهدت السنوات الأخيرة تطورا كبيرا في مجال تشخيص اضطراب التوحد مقارنة بالسنوات السابقة، فالمتابع لهذا الموضوع يلاحظ التغيرات الكثيرة التي طرأت على معايير التشخيص في الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM5 خلافا للنسخة السابقة منه DSM4، هذه القفزة في مجال التشخيص سمحت للممارسين بوضع تشخيص جيد للأطفال المصابين وتفريقهم عن عدة اضطرابات تتداخل معه كانت إلى وقت قريب عقبة في تشخيص التوحد مثل اضطراب ريت ووضع برامج علاجية تدريبية خاصة به.

يعتبر تشخيص التوحد خطوة ضرورية يقوم بها فريق متعدد التخصصات، حيث تحتوي على مراحل يجب اتباعها، وأدوات يتم تطبيقها من أجل التأكد من وجود أو عدم وجود الاضطراب والأهم من هذا كله هو التعرف على الاضطرابات المصاحبة للتوحد ووضع تشخيص فارق بينها. من هنا تكمن أهمية التشخيص التي ورغم التغيرات التي طرأت عليه والتطورات الكبيرة في هذا المجال

يبقى موضوع للنقاش والجدل خاصة في ظل وجود عدد كبير من الحالات التي شخّصت تشخيصاً خاطئاً، لذلك ومن خلال هذه الورقة نستهدف التعرف على تشخيص اضطراب التوحد، خطواته أدواته، وأهم التحديات التي تواجهه.

1- اضطراب طيف التوحد:

يعتبر ليو كانر 1943, leo-Kanner أول من عرف التوحد من خلال دراسته على أربع حالات حدد خلالها الأعراض المشتركة بينهم، ومنذ ذلك الحين ساهمت العديد من التخصصات مثل التحليل النفسي، العلوم المعرفية، علم الوراثة في إثراء تعريف هذه المتلازمة بهدف فهم أكثر لطبيعة الأفراد الذين يعانون منها.

توجد ثلاث تصنيفات رئيسية لتعريف التوحد:

1. التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10) .

2. تصنيف منظمة الصحة العالمية (OMS).

3. تصنيف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5)

1-1- التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10): وفقاً لهذا التصنيف، يُعتبر التوحد جزءاً من "الاضطرابات النمائية الشاملة" (TED).

1-1-2- تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS): تُعرف المنظمة التوحد بأنه:

"اضطراب نمائي شامل (TED)، يتميز بنمو غير طبيعي أو مختل يظهر قبل سن الثلاث سنوات ويتوافق مع اضطرابات واضحة في المجالات الثلاثة التالية: التفاعلات الاجتماعية المتبادلة التواصل، والسلوكيات النمطية التكرارية الروتينية

1-1-3- الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5):

في الأونة الأخيرة، يتم استخدام مصطلح "اضطراب طيف التوحد" (TSA) بشكل متزايد، كما ورد في DSM-5.

يصنّف DSM-5 اضطراب طيف التوحد ضمن فئة "الاضطرابات النمائية العصبية"، ويحدد خصائصه بناءً على فئتين أساسيتين: قصور في التفاعل الاجتماعي، وسلوكيات نمطية واهتمامات محدودة.

إن التوحد هو متلازمة نمائية مستمرة ودائمة، تتسم بتنوع الأشكال والدرجات، سواء على الصعيد المعرفي أو اللغوي أو الحسي. ولهذا السبب، أصبحت الأدبيات العلمية تميل بشكل متزايد إلى استخدام مصطلح «طيف التوحد»، الذي يعكس تنوع الحالات الممكنة. ((A. Frigaux, 2019)

2- تشخيص اضطراب التوحد في ظل المعايير الحديثة:

تعتبر المراجعة الأخيرة للدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي تطوراً ملحوظاً في فهم التوحد، ومن مميزات الطبعة (2013) إعادة تنظيم فئات التشخيص بشكل جذري، خاصةً في مجال اضطرابات الطفولة والمراهقة. كان النظام التصنيفي للطبعة الرابعة (DSM-IV)، الذي يُعتبر صارماً نسبياً، صعب التطبيق في الممارسة الإكلينيكية. لم يكن يأخذ في الاعتبار التنوع الكبير في الأعراض الإكلينيكية للمرضى، وتعقيد الاضطرابات وتأثيرها على الفرد، أو الحدود الفاصلة بين الفئات التشخيصية، التي لم تكن تعكس دائماً الواقع الميداني. إضافةً إلى ذلك، عانت معايير التشخيص السابقة من ضعف الاتساق مع الاكتشافات العلمية الحديثة، وتعدد الحالات المصاحبة (Comorbidities)، والاستخدام المتكرر لفئات غير محددة بدقة (Not Otherwise Specified).

كان الهدف الأساسي من هذه التعديلات هو تحقيق تشخيص أكثر دقة لاضطراب التوحد وغيره من الاضطرابات من خلال إزالة الغموض وتقليل التداخل بينها. لذلك، أدخلت اللجنة العلمية المسؤولة عن إعداد الطبعة الخامسة تغييرات في مسمى الفئة ومعايير تشخيصها. أصبح الدليل الآن يستخدم المصطلح الموحد "اضطراب طيف التوحد" (ASD)، الذي يشمل ما كان يُعرف سابقاً باضطراب التوحد، ومتلازمة أسبرجر، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS) واضطراب التفكك الطفولي (CDD). يُعتبر اضطراب طيف التوحد متصلًا مختلف مكوناته بناءً على عدد وشدة الأعراض. (AL-djabiri, 2014).

2-1- التغييرات في معايير التشخيص:

2-1-1- تسمية تشخيصية موحدة: أحد التعديلات البارزة هو استبدال مصطلح "اضطراب نمائي شامل" بمصطلح "اضطراب طيف التوحد"، وهو أكثر دقة ويعكس الفهم الحالي. يعكس اختيار مصطلح "طيف" نهجاً بُعدياً يُبرز تنوع الأعراض والصعوبات المتعلقة بتشخيص معين بين الأفراد المختلفين.

يجمع "اضطراب طيف التوحد" تحت مظلته الآن أربع فئات من بين الخمس التي كانت مذكورة في DSM-IV تحت مسمى "الاضطرابات النمائية الشاملة"، وهي: التوحد، ومتلازمة أسبرجر واضطراب التفكك الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد. فيم تم استبعاد متلازمة ريت نهائياً.

2-1-2- معياران للتشخيص بدلاً من ثلاثة: شهدت معايير التشخيص الخاصة باضطراب طيف التوحد تغييرات في التسمية والعدد تعتمد المعايير الجديدة على اثنين فقط: القصور في التواصل

الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي والصعوبات في الأنماط السلوكية والاهتمامات والأنشطة المحدودة والمتكررة، بينما أزيل معيار "القصور النوعي في التواصل" المستخدم سابقًا. كما تم استبدال مصطلح القصور النوعي بمصطلح الصعوبات المستمرة تأكيداً لنهج أكثر شمولية.

3-1-2- الأعراض المطلوبة للتشخيص:

تم استبدال المعيار السابق الذي كان يشترط ظهور الأعراض قبل عمر 36 شهرًا بتعريف أكثر مرونة: "يجب أن تكون الأعراض موجودة منذ الطفولة المبكرة، لكنها قد لا تظهر بشكل كامل إلا عندما تؤثر القيود الوظيفية على تلبية المتطلبات الاجتماعية". كما تم تقليص عدد الأعراض إلى سبعة (3 في المعيار الأول و4 في المعيار الثاني)، مقارنةً بـ 12 عرضًا موزعة بالتساوي على ثلاثة معايير في الطبعة السابقة.

4-1-2- الاستجابات غير المعتادة للمثيرات الحسية:

أضيفت الاستجابات الحسية غير المعتادة ضمن المعيار الثاني كأحد الأعراض السلوكية الأساسية للتشخيص، وهو ما لم يكن موجودًا في الطبعة السابقة، حيث كانت تُعتبر من الأعراض المساندة فقط.

5-1-2- الاضطرابات المصاحبة:

تُلزم المعايير الجديدة المشخصين بتحديد مدى وجود اضطرابات مصاحبة عند التشخيص وهو شرط لم يكن مذكورًا في المعايير القديمة، إلا أنه كان يُوصى به عند الضرورة. (AL-djabiri, 2014) (Clarenc, 2015)

3- خطوات تشخيص اضطراب طيف التوحد:

3-1- تاريخ الحالة: anamnèse

يعتبر تاريخ الحالة أو anamnèse أول خطوة لتشخيص اضطراب التوحد والذي يعرف حسب قاموس الأرطفونيا بأنه "مجموع المعلومات التي يتم جمعها حول الحالة أو الاضطراب التي تعاني منه بالاعتماد على المقابلة العيادية، وهو مهم جدًا في الأرطفونيا باعتباره يسمح بتحديد الصعوبات والمشاكل التي كان يعاني منها العميل وكذلك يسمح لنا بالتعرف على السوابق المرضية وأسباب الاضطراب.

بالنسبة للتوحد يمكن الاستفادة من التاريخ الطبي للحالة من معرفة مراحل النمو التي مر بها الطفل وكذلك التحقق من الخصائص المحتملة للاضطراب، يعتمد الأطباء في جمع المعلومات على استبيان مثل:

-ADI-R: Autism Diagnostic interview-revised: هو عبارة عن مقابلة شبه منظمة تجري مع الاولياء تستغرق من 2 إلى 3 ساعات بهدف تشخيص التوحد. تحتوي الأداة على 93 سؤالاً تغطي الجوانب التالية: التاريخ العائلي، التاريخ التطوري، مهارات التواصل، التطور الاجتماعي السلوكيات النمطية التكرارية الروتينية. كما أن هذه الأداة تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة.

- Diagnostic interview for social and communication: DISCO هي مقابلة شبه منظمة، مقننة مصممة للأطفال والمراهقين تم تطويرها من قبل Leekam, Libby, Gould et (Lacombe, 2002) وتستغرق عادة من ساعتين إلى 4 ساعات تهدف إلى تشخيص التوحد وجمع المعلومات المتعلقة بخصائصه، وهي تتألف من 362 بنداً تستند إلى المعايير التشخيصية الموجودة في DSM5، تغطي الأداة جوانب متعددة مثل الوظائف الحسية، الحركية، اضطراب فرط الحركة والنشاط. (Frigaux, 2020)

2-3- الملاحظة:

تستخدم الملاحظة بشكل كبير في تشخيص التوحد، بحيث يقوم المختصون بملاحظة سلوك الطفل في أماكن مختلفة (البيت، المدرسة، الشارع) عن طريق إعطاء بعض الألعاب للطفل وملاحظة ردة فعله. أثناء الملاحظة من الأحسن استخدام أدوات خاصة مثل:

2-ADOS: Échelle d'observation pour le diagnostic de l'autisme سلم الملاحظة التشخيصي للتوحد هو أداة ملاحظة منظمة تعتمد على مجموعة من الأنشطة التفاعلية واللعب، صممت من أجل إظهار السلوكيات المتعلقة بالتواصل والتفاعلات الاجتماعية والسلوكيات النمطية المتكررة، أما الهدف الأساسي لها فهو تقييم مهارة التواصل الاجتماعي والسلوكيات المرتبطة باضطراب طيف التوحد. (Bolduc & Nathalie Poirier, 2017)

كما يمكن ملاحظة الطفل أثناء وقت فراغه أو أثناء لعبه مع زملائه في الخارج من أجل متابعة كيفية شغل وقته من خلال الألعاب الرمزية أو الأنشطة الترفيهية.

أما عن الأطفال الأكبر سناً فإنه يستحسن أن تلاحظ السلوكيات في بيئة عائلية أو داخل المدرسة بالإضافة إلى تبادل المعلومات مع المعلمين والمربين.

3-3- الفحص الطبي:

في هذه المرحلة يتم القيام بفحص جسدي للطفل من أجل التأكد من عدم وجود اضطرابات مصاحبة كالصرع، والتأكد من جدوى فحص متخصص عند طبيب الأمراض العصبية مثلاً واجراء التخطيط الكهربائي EEG والتصوير الدماغي IRM.

4-3- الفحوصات المكملّة:

إن خصوصية اضطراب طيف التوحد هي التي تدفع إلى ضرورة إجراء الفحوصات المكملّة التي تهدف غالبا إلى تأكيد أو نفي التشخيص فالتوحد يمكن أن يكون مرتبط بأمراض أخرى كالصرع والتخلف الذهني مما يستدعي توجيه الحالة لإجراء الفحوصات التالية:

- التصوير بالرنين المغناطيسي IRM
- فحص السمع (PEA) (potentiels évoqués auditifs)
- التخطيط الكهربائي الدماغ EEG

تحاليل بيولوجية. (Veratti, C, 2013, p22)

4- أدوات تقييم وتشخيص اضطراب طيف التوحد:

1-4- الملف النفسي التربوي: (PEP profil psycho-éducatif):

هو عبارة عن أداة صممت من خلال برنامج « TEACCH » لتقييم الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد، حيث يساعد في معرفة مؤشرات حول مستويات التطور. يتم تطبيق هذه الأداة على الأطفال من 2 سنوات حتى 7 سنوات و5 أشهر ولكن يمكن تطبيقه كذلك على الأطفال حتى 12 سنة وذلك حسب سن التطور. توجد حاليا ثلاث نسخ (إصدارات) من الملف النفسي التربوي:

1- الإصدار الأول: PEP 1979 يحتوي هذا الإصدار على مقارنة تطويرية في تقييم الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، باستخدام أنشطة مناسبة وتنقيط سهل.

- الإصدار الثاني: PEP-R 1990 في هذه النسخة المنقحة تمت إضافة بنود أخرى بالنسبة لمستوى ما قبل التمدرس مع توسيع الاختبار الفرعي الخاص بوظائف اللغة، وإدراج أقسام إضافية تتعلق بتقييم السلوكيات الخاصة بالمشكلات وتم تعديل المصطلحات لتتناسب مع التعاريف الحالية للتوحد.

3- الإصدار الثالث: PEP3 2004 تمت مراجعة النسخة سنة 2004 من أجل تحسين خصائصها السيكمترية (الصدق- الثبات- الحساسية) وتكييفها مع احتياجات المطبقين. كما تم إضافة بيانات لتحديد نقاط قوة وضعف التعلم.

إن هذه الأداة تسمح بتقييم نفس الشخص في مراحل مختلفة من حياته، وبالتالي متابعة الأثر الذي يتركه التدخل الذي تم إجراءه من أجل تصميم خطة تربوية علاجية تتناسب مع مستواه.

1-1-4- طريقة تطبيق الملف النفسي التربوي: PEP3

يُجرى تطبيق ملف التقييم النفسي التربوي (PEP) على مرحلتين أساسيتين:
الأولى: تتمثل في الملاحظة المباشرة للطفل، والثانية: تتضمن تقريرًا يعدّه المربي استنادًا إلى الملاحظات اليومية لسلوك الطفل. يُركّز خلال التقييم على ثلاثة محاور رئيسية: التواصل، المهارات الحركية والسلوكيات غير الملائمة.

تهدف هذه العملية إلى تحقيق عدة أهداف، منها: تحديد نقاط القوة والضعف لدى الطفل لتصميم برنامج تربوي مُخصص ومناسب، جمع البيانات اللازمة لتأكيد التشخيص، تقييم المستويات التطورية، واستخدام هذا التقييم كأداة للتحقيق العلمي في سياقات البحث.

2-1-4- إيجابيات الملف النفسي التربوي:

يُعتبر برنامج PEP أحد أدوات التقييم الشاملة، إذ يسمح بتقييم عدة مجالات: الإدراك اللفظي وغير اللفظي، اللغة التعبيرية والاستقبالية، المهارات الحركية الدقيقة والعامة، بالإضافة إلى مهارات التقليد البصري الحركي. من المزايا البارزة لهذا البرنامج أنه يتمتع بمرونة عالية، حيث يمكن تكييف عملية التطبيق وفقًا لاحتياجات الطفل. كما أن النتائج التمثيلية في صورة رسوم بيانية تسهّل فهم وتصور الملف التقييمي الخاص بالطفل.

2-4- سلم كارز لتقييم التوحد CARS:

تم إنشاء النسخة الأولى من مقياس تقييم التوحد في مرحلة الطفولة عام 1971 بواسطة ريشلر وشوبلر Reichler et Schopler في إطار برنامج TEACCH. يُعدّ هذا المقياس أداة مُخصصة للتمييز بين الأطفال المصابين بالتوحد وأولئك الذين يعانون من اضطرابات نمائية أخرى غير مصحوبة بمتلازمة التوحد. لذلك، يُستخدم المقياس كجزء من العملية التشخيصية، حيث يساعد في قياس شدة اضطرابات التوحد وتوضيح التشخيص بدقة.

1-2-4- مكونات المقياس:

يتألف مقياس CARS من 15 بُندًا سلوكيًا، ويستند إلى خمسة أنظمة تشخيصية رئيسية، وهي:

- أعمال كانر (Kanner).
- أبحاث كريك (Creak).
- دراسات روتر (Rutter).
- إسهامات الجمعية الوطنية للمواطنين المصابين بالتوحد (NSAC).

- التطورات المدرجة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية - النسخة الثالثة المُنقحة (DSM-III) يُعد هذا المقياس من الأدوات البارزة في التقييم التشخيصي، إذ يسهم في تصنيف التوحد بناءً على معايير علمية واضحة ومُحكّمة.

يمكن إجراء التقييمات باستخدام مقياس CARS استنادًا إلى مصادر متعددة للملاحظة: تنفيذ الاختبارات، سلوك الطفل في المدرسة، المقابلة مع الآباء، أو البيانات المستخلصة من الملف الطبي.

تُتيح النتائج المستخلصة من التقييم تحديد فئة التشخيص: توحدي / غير توحدي، وفي حالة التشخيص بالتوحد، يتم تصنيف درجة التوحد ك: خفيف / متوسط / شديد.

2-2-4- إيجابيات CARS

- يتضمن المقياس بنود تمثل معايير تشخيصية متنوعة، ويعكس التعريف الموسع لمتلازمة التوحد الذي يعتمد على تراكم البيانات وتطورها عبر بحث علمي مستمر.

- تم بناء وتطوير هذا المقياس من خلال عمل استمر لأكثر من عشر سنوات مع أكثر من 1500 طفل.

- قابلية التطبيق على جميع الأعمار: يمكن تطبيقه على الأطفال من مختلف الأعمار، بما في ذلك الأطفال في سن ما قبل المدرسة.

- تقييمات موضوعية وكمية: يعوض المقياس الأحكام الإكلينيكية الذاتية وغير الدقيقة بتقييمات موضوعية وقابلة للقياس تعتمد على الملاحظة السلوكية.

بالإضافة إلى ذلك، يُعد CARS أداة مهمة لدراسة الاضطرابات الحسية، حيث يتم تخصيص العديد من البنود لهذا الجانب.

3-2-4- سلبيات CARS:

- تشابه النتائج مع تأخر عقلي شديد: أحد المخاطر المرتبطة باستخدام هذا المقياس هو التشابه بين نتائج الأطفال المصابين بالتوحد والأطفال الذين يعانون من تأخر عقلي شديد، مما يجعل المقياس غير مناسب للتمييز بين هذه الاضطرابات.

- عدم الكشف عن التوحد الخفيف: المقياس قد لا يكون قادرًا على اكتشاف الأشكال الخفيفة من التوحد، ما يجعله أكثر ملاءمة للتوحد النقي بدلاً من الحالات غير التقليدية.

- إغفال الأبعاد الزمنية للتطور: وفقًا لرأي روجر (2003)، لا يأخذ المقياس في الاعتبار التغيرات السلوكية السابقة للطفل، بينما يُعدّ تتبع تطور الاضطرابات عبر الزمن أمرًا أساسيًا في التشخيص.

- ثبات منخفض مع وجود نسبة كبيرة من الأخطاء السلبية : يعاني المقياس من ضعف في الثبات، مع معدل عالٍ من النتائج السلبية الكاذبة.

في الأخير يمكن القول أن مقياس CARS هو أداة قوية في التشخيص والتقييم السلوكي للأطفال المصابين بالتوحد، إلا أنه لا يخلو من القيود، سواء في قدرته على التمييز بين بعض الاضطرابات أو في قياس التغيرات السلوكية على المدى الطويل. (CARLIER & Julie MARTINEZ, 2013)

3-4- اختبار ComVoor

تم تصميم اختبار ComVoor لأول مرة عام 1997، وتمت مراجعته في أعوام 1999 و2001 و2004 بواسطة Ilse Noens et Van Berckelaer-Onnes ونُشرت النسخة الثانية منه في عام 2012. يُستخدم هذا الاختبار لتقديم توصيات بشأن استخدام وسائل تواصل معززة تتناسب مع احتياجات الشخص. ويقوم بتقييم الإدراك والتمثيل للوسائل الثابتة للتواصل، مثل "الأشياء الصور، الصور الفوتوغرافية، الرموز التصويرية (pictograms)، واللغة المكتوبة".

يقيس ComVoor عملية إضفاء المعنى على المحفزات التي يدركها الفرد، ويحدد ما الذي يدركه الطفل في بيئته وكيف يفسر هذه المدركات. بناءً على نتائج التحليل، يمكن الإجابة عن سؤالين رئيسيين:

1. ما هي وسيلة التواصل الأكثر ملاءمة للشخص؟

2. عند أي مستوى يمكن تنفيذ (البدء) بتطبيق عملية التواصل من حيث إدراك المعنى؟

4-3-1- الفئة المستهدفة:

صُمم ComVoor للأشخاص الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد (TSA) ممن لديهم لغة محدودة أو معدومة. يشمل الفئات التالية:

- الأطفال الصغار المصابين بالتوحد.

- الأطفال والبالغين المصابين بالتوحد مع إعاقة ذهنية.

يجب أن يتراوح العمر النفسي-حركي psychomoteur للشخص بين 12 إلى 60 شهرًا، مع القدرة على الإمساك بالأشياء والتعامل معها.

4-3-2- لخصائص السيكومترية للاختبار:

أكدت الدراسات السابقة صلاحية وثبات الاختبار. وقد أظهرت أبحاث سابقة في مجال علاج اضطرابات النطق واللغة أن ComVoor يوفر تقييمًا دقيقًا لمستوى التمثيل la représentation للشخص، ويقدم توصيات بشأن استخدام الوسائل البصرية، كما أشارت التوصيات الصادرة عن

الهيئة العليا للصحة (HAS, 2018) إلى أن ComVoor يُعتبر أداة فعّالة لتقييم واختيار وسائل التواصل المعززة أو البديلة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد.

4-3-3- محتوى الاختبار:

يتضمن اختبار ComVoor أنواعًا مختلفة من الوسائل البصرية:

- وسائل ثلاثية الأبعاد: مثل الأشياء.
- وسائل ثنائية الأبعاد : مثل الصور الفوتوغرافية، الرسومات، الرموز التصويرية، والنصوص المكتوبة.

يُحدد الاختبار المستوى الذي يمكن للشخص عنده إدراك معنى، ويشمل مستويين:

1. مستوى العرض (Presentation) : يتضمن فرز العناصر المتشابهة بناءً على معايير إدراكية مثل المادة، الشكل، اللون، أو الحجم.

. مستوى التمثيل (Representation) : يتطلب فرز العناصر وفقًا لطبيعتها أو تصنيفها. إذا لم يتمكن الشخص من تحقيق المستوى الأول من التمثيل، يُفترض أنه في مستوى الإحساس فقط، ويجب إجراء تقييمات وتحليلات إضافية لأن ComVoor لا يوفر توصيات لهذا المستوى. كما أنه لا يختبر مستوى ما وراء التمثيل (Meta-representation) .

4-3-4- إجراءات تطبيق الاختبار:

يتم تطبيق اختبار ComVoor على مرحلتين (العرض والتمثيل)، ويحتوي على 5 مجموعات و36 بندًا:

- في المرحلة الأولى، يُطلب من الشخص فرز الأشياء أو الصور المتشابهة بناءً على خصائص إدراكية واضحة.

- في المرحلة الثانية، يُطلب منه فرز العناصر وفقًا لطبيعتها.

- تُختتم الجلسة بفرز عناصر ذات طبيعة مختلفة لتقييم قدرته على التمييز والتصنيف.

(PICHARD, 2018)

5- أهمية استخدام المقاييس في تقييم وتشخيص اضطراب التوحد:

تلعب مقاييس التقييم الخاصة باضطراب طيف التوحد دورًا هامًا في تحسين التشخيص والتعامل مع الاضطراب، ويمكن تلخيص فوائدها كما يلي:

1- المقاييس المخصصة للتقييم تتناسب مع الخصائص التي يتميز بها أطفال اضطراب طيف التوحد: بنود الاختبارات مشتقة من المعايير التشخيصية لاضطراب التوحد مما يساعد في تعزيز الدقة السريرية.

- مقياس PL-ADOS يسمح بملاحظة المهارات المبكرة لدى الأطفال الصغار، مثل: الانتباه المشترك، - التخيل والرمزية خلال ألعاب التظاهر.
- تُبرز هذه المقاييس وجود تنوع في الأعراض بين الحالات وتساعد في تحديد الأنواع الفرعية من اضطراب التوحد.
- 2- التوسط والتفاعل الثلاثي.

- تعتبر المقاييس وسيلة تفاعلية بين الطفل، أسرته، وفريق العلاج.
- يقلل استخدام المقاييس من التركيز على العلاقة الثنائية (وجهاً لوجه) بين الطفل والمعالج، ويشجع التفاعل باستخدام ألعاب وأدوات محددة.
- خلال البحث، لوحظ أن بعض الأطفال الذين يعانون من انسحاب شديد أبدوا تفاعلاً إيجابياً أثناء الأنشطة مثل اللعب بالفقاعات.
- 3- بالنسبة للأسرة:

- يشعر الأهل بالارتياح نظراً لطبيعة التقييم الموضوعية.
- بعض المقاييس تتطلب مشاركة الأهل، مما يعزز دورهم ويقدر معرفتهم وخبراتهم بشأن طفلهم
- 4- بالنسبة لفريق العلاج

- تساعد المقاييس في تقليل التوتر الناتج عن التعامل مع السلوكيات الصعبة مثل إيذاء الذات أو العدوانية، وتوفر إطاراً يساعد في فهم هذه السلوكيات.
- 5- توحيد التقييم:

- توفر المقاييس إطاراً قياسياً يضمن ملاحظات دقيقة ومنهجية.
- تساعد في مقارنة حالات الأطفال بشكل أفضل سواء في التشخيص أو تقييم الأعراض.
- 6- متابعة تطور الحالات:

- تُعتبر أدوات أساسية للمتابعة العلاجية الطويلة للأطفال، بغض النظر عن نوع التدخل المستخدم.
- يُفضل أن يتم التقييم بواسطة نفس المقيّم لضمان الاتساق في النتائج.
- 7- أداة للنقاش والتفاعل البناء

- تسهم المقاييس في فتح باب النقاش بين فريق العلاج وأهل الطفل، مما يعزز التفاهم المشترك وتحسين الاستراتيجيات العلاجية. (TORDJMAN, 2002)

6- تحديات التشخيص الفارقي لاضطراب التوحد:

في الوقت الحاضر، يتم تشخيص اضطراب طيف التوحد وتقييمه بناءً على الأعراض العيادية التي يتصف بها الطفل، يشمل هذا التقييم تحديد وجود أو غياب السمات وشدها، والتي كانت تُصنّف تقليدياً ضمن نموذج ثلاثي، وتم تحديثه حالياً إلى نموذج ثنائي في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (8) [DSM-5]. تُستكمل هذه التقييمات بالفحوصات الإكلينيكية والطبية باستخدام اختبارات غير محددة ضمن إجراءات التشخيص التقليدية.

ومع ذلك، تواجه عملية تقييم اضطرابات طيف التوحد عدة تحديات. أولاً، تتداخل معظم الأعراض السلوكية والمعرفية للتوحد بشكل كبير مع مجموعة واسعة من الاضطرابات النفسية والعصبية والجسدية أو العضوية (Clarenc، 2015)

وأصبح هذا التداخل أكثر وضوحاً مع توسيع وتبسيط معايير التشخيص للتوحد. وبالتالي، غالباً ما يكون تشخيص اضطراب طيف التوحد معقداً بسبب وجود احتمالات تشخيص فارقي عديدة ذات تعبيرات ظاهرية متعددة المعاني، تشبه الأعراض المعرفية والسلوكية المرتبطة تقليدياً بالتوحد. وتظهر هذه التحديات في مختلف مراحل الحياة، من الطفولة إلى مرحلة البلوغ، وحتى في المراحل المتأخرة من العمر. وقد ظهرت هذه المشكلة تاريخياً بين الأشكال الظاهرية المختلفة للتوحد، والتي كانت تُصنّف سابقاً ضمن اضطرابات النمو الشاملة (TED على سبيل المثال)

إضافةً إلى ذلك، يتعقد التشخيص بشكل أكبر بسبب الانتشار العالي للاضطرابات النفسية المصاحبة التي ترتبط غالباً باضطرابات طيف التوحد في جميع الفئات العمرية، وغالباً ما تكون هذه الاضطرابات متعددة، وما زالت غير مدروسة بشكل كافٍ ضمن الأطر النظرية والتصنيفية. وتتفاقم هذه التحديات بوجود أعراض جسدية متنوعة وعوامل نفسية واجتماعية قد تُعتبر أيضاً حالات مرافقة وفق تصنيف التصنيف الدولي للأمراض CIM.

لذلك، من النادر أن يظهر اضطراب طيف التوحد في صورة سريرية نقية ونمطية. في أغلب الأحيان، تواجه الممارسات السريرية حالات مختلطة، حيث قد تقل الأعراض التوحدية تدريجياً مع التقدم في العمر، وربما بسبب استراتيجيات تعويضية. وتمتاز هذه الحالات مع وجود اضطرابات نفسية مرافقة، مما يعقد مظاهر متلازمة التوحد التي تتداخل بالفعل مع علامات حالات نفسية أخرى. ومن هنا، تكمن الصعوبة في أن الاضطرابات المرافقة يمكن أن تغير من التعبير عن اضطرابات التوحد، مما قد يؤدي إلى حدوث لبس في التشخيص. وتُعد دراسة الاضطرابات المصاحبة في اضطرابات طيف التوحد مجالاً واعداً، ولكنه لا يزال قيد الدراسة بشكل غير منهجي، لفهم التباين الظاهري لهذه الحالات، بل وربما العمليات المسببة للاضطرابات التوحدية.

من منظور عملي، تبقى مسألة التشخيص الفارق وتحديد الحالات المرافقة محورية وألوية في الممارسة السريرية اليومية وعملية التقييم. فالتشخيص الدقيق هو المفتاح لوضع خطط علاجية مناسبة. وعلى العكس، فإن التشخيص الخاطئ قد يؤدي إلى تدخلات علاجية غير ملائمة، قد تكون مرهقة وغير فعالة، أو على الأقل تحرم المريض من تحقيق أفضل تنبؤ مستقبلي أو من الاستفادة من الخدمات والمزايا المالية والاجتماعية التي قد يكون له الحق فيها.

وقد أثبتت أهمية التشخيص الفارق خلال إعداد وثيقة الهيئة العليا للصحة (HAS) حول تشخيص اضطراب طيف التوحد لدى الأطفال والمراهقين. وبالمثل، توصي الهيئة الوطنية البريطانية للصحة والرعاية الممتازة (NICE) [وHAS بضرورة النظر في التشخيص التفريقي للاضطرابات النمائية الشاملة لدى البالغين، مع الأخذ بعين الاعتبار اضطرابات مثل الفصام، واضطرابات الشخصية الشديدة، واضطرابات اللغة التعبيرية أو المختلطة. ومن الجدير بالذكر أن التحديات تظل قائمة في التمييز بين الفصام ومتلازمة أسبرجر، وكذلك في حالات التوحد المصحوب بتأخر عقلي كبير.

في الحالات التي يصعب فيها إجراء التشخيص التفريقي بسبب تعدد الاضطرابات المرافقة أو بسبب غرابة العرض السريري، تُعتبر هذه الحالات "معقدة" وتستدعي تدخل فرق متخصصة من الدرجة الثالثة، مثل مراكز موارد التوحد (CRA) أو وحدات المستشفيات المتخصصة للحصول على آراء طبية متعمقة. وفي مثل هذه الحالات، "لا يُوصى بإجراء أي اختبار أو فحص Paraclinique بشكل منهجي لتشخيص اضطراب طيف التوحد. تُجرى الاختبارات فقط إذا أشارت العلامات إلى اضطراب مرافق أو تشخيص فارق. وتشمل الاختبارات المرجعية تصوير الدماغ (التصوير بالرنين المغناطيسي والتخطيط الكهربائي للدماغ)، والاختبارات الجينية، والفحوصات البيولوجية أو الأيضية العصبية. (A. Frigaux, 2019)

7- خاتمة:

ختاماً يعد تشخيص اضطراب طيف التوحد عملية دقيقة ومعقدة تتطلب اعتماد معايير حديثة وخطوات منظمة وأدوات تقييم تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة، ورغم التطور الذي شهده ميدان التوحد فإن التحديات لا تزال قائمة خاصة المتعلقة بضرورة تكوين الممارسين على كيفية التشخيص الفارق واستخدام الاختبارات والمقاييس المكيفة، لذلك فإن العمل على تطوير وتعديل معايير التشخيص، وتطوير الأدوات وتعاون الجميع من أولياء، مختصين، جمعيات هو السبيل الأمثل للوصول إلى تشخيص جيد وتعزيز حقوق الطفل في التكفل والاندماج المدرسي والاجتماعي،

ومن أهم التوصيات التي يمكن ذكرها لتحسين عملية التشخيص ما يلي:

- تكوين المختصين حول المعايير التشخيصية الحديثة لاضطراب طيف التوحد
- تزويد المختصين بالاختبارات والمقاييس التقييمية المقننة
- توعية الأولياء حول اضطراب التوحد والاضطرابات المصاحبة له.
- تكييف أدوات التقييم لتناسب مع البيئة التي يعيش فيها الطفل
- ضرورة العمل كفريق وتظافر جهود الجميع لوضع التشخيص المناسب.

قائمة المراجع:

- *AL-djabiri, Modern Approaches in Diagnosing Autism Spectrum Disorders in Light of the New Diagnostic Criteria, A Working Paper Presented at the First Special Education Forum .saudi Arabia: University of Tabuk. 2014*
- *Eloïse PICHAUD, L'apport du bilan ComVoor dans la définition d'aides à la compréhension au cours de prise en charge de jeunes enfants avec autisme au sein d'un hôpital de jour .Mémoire en vue de l'obtention du Certificat d'orthophonie faculté de medecine ,France: université de toulouse. 2018*
- *Justine CARLIER و Julie MARTINEZ , Vers une communication alternative : outil d'évaluation pour l'orientation de personnes non-verbales avec autisme. Mémoire de recherche. Université de Lille.2013*
- *Mathilde Clarenc. Le modèle d'intervention précoce dans les troubles du spectre autistique : état des lieux et réflexion sur les obstacles à son application à partir de l'analyse rétrospective de trente-huit parcours précoces dans le département des Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2015*
- *Mélanie Bolduc و Nathalie Poirier, The evaluation process and clinical tools for assessment of Autism Spectrum Disorder in the DSM-5 era .Revue de psychoéducation, 2017.*
- *Picot Malika Delobel ,Ayoub و Alexis Revet .,Prévalence des troubles du neurodéveloppement .Document préparatoire à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement 2023-2027. 2023.*

- R. Evrard, J. Lighezzolo-Alnot, A. Frigaux . *L'ADI-R et l'ADOS face au diagnostic différentiel des troubles du spectre autistique : intérêts, limites et ouvertures* ADI-R and ADOS and the differential diagnosis of autism spectrum disorders: Interests, limits and openings . *L'Encéphale* 8 , 2019
- Sylvie TORDJMAN, *LES INSTRUMENTS D'ÉVALUATION DE L'AUTISME INTÉRÊTS ET LIMITES* .la psychiatrie de l'enfant, 2002
- <https://radioalgerie.dz/news/ar/reportage/156547.html> (18/11/2024 à 9.30h)