

الاضطرابات النفسية العصبية بين التشخيص والعلاج والرعاية

الغالي أحرشاو

aharchaou.rhali@gmail.com

قسم علم النفس، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، ظهر المهرزاز، جامعة سيدي محمد بن عبد الله، فاس، المغرب

ملخص

لقد سعينا في هذا المقال إلى معالجة إشكالية الاضطرابات النفسية العصبية في علاقتها بالتقويم النفسي العصبي، باعتماد مقارنة سيكومترية تجمع بين البعدين النفسي - القياسي والعصبي - الإكلينيكي، قوامها تناول بالعرض والتحليل والنقاش مجموعة من المفاهيم والاضطرابات والأدوات التي تنفتح عليها هذه الإشكالية، وفي مقدمتها؛ مفهوم التقويم النفسي العصبي ومعايير وأدواته، ثم الاضطرابات العصبية النمائية في تعريفها وأصنافها ومعايير تشخيصها، وبالخصوص اضطرابات اللغة والتواصل وطيف التوحد ونقص الانتباه والحركة والتعلم، مع التركيز على الإعاقة الذهنية كمثال تطبيقي غايته التفصيل والتوضيح. والأكد أن القارئ العادي، وقبله الباحث المتخصص المهتم بتقويم الاضطرابات النفسية العصبية في علاقتها بصعوبات ممارسة وإنجاز أنشطة مثل التعلم المدرسي والتكيف الاجتماعي ثم الاندماج المهني، سيجد في هذا المقال خضما لا بأس به من المعارف والمعطيات والحقائق التي تستجيب لبعض مطامحه وانتظاراته العلمية والعملية.

الكلمات المفتاحية: اضطرابات عصبية نمائية؛ تقويم نفسي عصبي؛ تشخيص؛ علاج؛ تكفل.

Neuropsychological disorders between diagnosis, treatment and care

El Rhali Aharchaou

aharchaou.rhali@gmail.com

Department of Psychology, Faculty of Letters and Human Sciences Dhar El Mehraz, Sidi Mohamed Ben Abdellah University, Fes, Morocco

Abstract

In this article , we addressed the issue of neuropsychological disorders in relation to neuropsychological assessment, adopting a psychocognitive approach that combines both psychometric and neuroclinical dimensions, based on the presentation, analysis and discussion of a set of concepts, disorders and tools that characterize this subject, and especially with regard to the concept of neuropsychological assessment, its standards and tools, then neurodevelopmental disorders in their definitions, types and diagnostic criteria, in particular language disorders and communication, autism spectrum, attention deficit, movement and learning, with an emphasis on intellectual disability as an applied example whose purpose is to detail and clarify the issue. Certainly, the ordinary reader, and before him the specialist researcher interested in the evaluation of neuropsychological disorders in their relation with the difficulties of performance and of accomplishing activities such as school learning, social adaptation and the professional integration, will find in this article a good base of knowledge, data and facts that meet some of their scientific and practical aspirations and expectations.

Keywords: neurodevelopmental disorders; neuropsychological assessment; diagnosis; treatment; care.

نبتغي من تخصيص هذا المقال لموضوع الاضطرابات النفسية العصبية، التنصيص على فكرة قابلية معظم أنواع هذه الأخيرة للتشخيص والعلاج والتكفل، وبالتالي التأكيد على أن وظيفة علم النفس في بعده النفسي العصبي، يجب أن تتجسد في إيجاد حلول فعلية للمشاكل والانعكاسات المصاحبة لتلك الاضطرابات، وخصوصا في ميادين التعلم والعمل والتكيف والاندماج وتجويد الحياة بشكل عام. فمسلمة مطواعة تلك الاضطرابات وقابليتها للتطوير والتحسين أضحت من الأمور المؤكدة حاليا. وما برامج التقويم والعلاج ونماذج التدخل والتكفل المتوفرة بهذا الخصوص إلا دليل واضح على ذلك. إلى أي حد يصح القول إذن بقابلية الاضطرابات النفسية العصبية بمختلف مكوناتها المعرفية والوجدانية وتمظهراتها النمائية والاجتماعية، للتشخيص والعلاج والتكفل؟ أكيد أن العمل على تقديم إجابة مقنعة على هذا السؤال المحوري، سيشكل مساهمة علمية وازنة، سنُثمر نتائجها أساليب وممارسات تطبيقية ناجعة، وخاصة بالنسبة للأطراف المتخصصة والمهتمة عندنا في المغرب والعالم العربي عامة بتقويم الاضطرابات النفسية العصبية، قياسا وتشخيصا وعلاجا وتكفلا. وهذه مسألة سنعمل على تجسيد أهم مكوناتها وأبرز مقوماتها من خلال التفصيل في محورين أساسيين: أولهما يهتم بشكل التقويم النفسي العصبي، وثانيهما يخص الاضطرابات العصبية النمائية كموضوع للتقويم.

1. مقومات التقويم النفسي العصبي

كثيرة هي القضايا والإشكاليات التي أصبحت تُطرح وتُناقش بخصوص مشكل التقويم النفسي العصبي، والتي تستوجب الاهتمام والأخذ مأخذ الجد. فالمسألة، وإن كانت في مقامها الأول نظرية، فإن أبعادها التطبيقية أضحت من الأمور التي تطرح نفسها بقوة وإلحاح. فقبعا للأفق المستقبلي لمسار البحث في هذه المسألة، يلاحظ أن سيكولوجية القياس والتقويم عامة قد تعرضت لتغيرات عميقة، وذلك بفعل زيادة الطلب الاجتماعي وارتفاعه في مجال تشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية العصبية، سواء في بعدها النمائي أو في بعدها المكتسب. وهذا أمر توضحه مفاهيم الكشف والفحص والقياس والتشخيص والعلاج والتكفل التي أضحت تجسد التجديد النظري والمنهجي وخاصة التقني الذي أدخلته المقاربة العصبية المعرفية على سيكولوجية التقويم. وهي المقاربة التي نرى ضرورة اعتمادها في إغناء كثير من ممارساتنا القياسية والإكلينيكية للتدخل، سواء بقصد التشخيص والتفسير أو بغرض العلاج والتكفل. وهذه مسألة نستدل على أهم معانيها وأبعادها من خلال الواقعتين التاليتين (Sikou, 2012; Bigler, 2001؛ أحرشواو، قيد الطبع).

- فبالنظر إلى فعاليته في التجاوب مع الحاجات الاستشفائية والتربوية والاجتماعية والمهنية التي تراهن على أهمية التشخيص والعلاج والتكفل، أصبح التقويم النفسي العصبي، وبغض النظر عن ثنائية المقاربات النظرية أو تنوعها، يشغل مقعد الشرف في مجال توفير المعارف والمعلومات والمعطيات اللازمة لتجاوز أو على الأقل التخفيف، من انعكاسات وتداعيات الاضطرابات النفسية العصبية المختلفة على جودة حياة المصابين، سواء داخل الأسرة أو المدرسة أو المقولة أو الشارع عامة. فمثلما تؤكد على ذلك مضامين أغلب الأدبيات العلمية بهذا الخصوص، توجد حتى الآن نماذج وبرامج عديدة للتدخل تسعى إلى بلورة وتدعيم مسلمة قابلية أغلب الاضطرابات النفسية العصبية للتقويم والتشخيص والعلاج والتكفل، وفي مقدمتها تلك المرتبطة باللغة والتعلم وطيف التوحد ثم الانتباه وفرط النشاط.

- من منظور تخصصنا النفسي المعرفي، يعتبر تقويم الاضطرابات المعرفية أفضل وسيلة للكشف عن نتائج الأمراض العصبية النمائية، وللمساعدة على التوافق الدراسي والتكيف الاجتماعي والاندماج المهني، وبالتالي على تحسين جودة الحياة لعدد من الأشخاص الحاملين لإصابات دماغية أو لاضطرابات نفسية عصبية أو غيرها. ونعتقد أن المغرب والدول العربية عامة، لا تزال تعاني من خصائص كبير على هذا الصعيد. فأغلب علماء النفس العصبي يعملون في المستشفيات العمومية أو في مراكز الفحص والترويض. وهذا ما يعني أن الممارسة المهنية لم تتأسس وتترسخ بعد لتأخذ مكانها في المؤسسات والمرافق التي تحظى بمهمة مساعدة الساكنة غير المتكيفة في إطار مراكز طبية ونفسية وتربوية متخصصة، أو تابعة للقطاع الصحي الاجتماعي العام. ونظرا للطلب الاجتماعي المتزايد على التقويم النفسي العصبي، فقد صار من الضروري أن تأخذ الممارسة الحرة نصيبها، ولكن بناء على نظام أساسي مُقَنَّ ومُتأسس. وهكذا فإذا كان الإقبال الكبير على برامج ومناهج التقويم يوضح مدى أهميتها ونجاحتها وخاصة بالنسبة لمساهماتها في تجاوز كثير من صعوبات التعلم والتحصي، ومشاكل التكيف والاندماج، فإننا لا نستبعد إمكانية قيامها عندنا في المغرب والعالم العربي عامة بدور فعال، وبصورة أساسية في تشخيص وعلاج كثير من الاضطرابات النفسية العصبية النمائية والمكتسبة.

فضلا عن القرائن والمعلومات السابقة، لا بد من التأكيد في هذا المحور على أن غاية علم النفس العصبي neuropsychologie الذي يشكل الحقل المعرفي للتقويم، تتلخص في دراسة الاضطرابات المعرفية والانفعالية وأيضا الشخصية الناجمة عن إصابات في الدماغ. فيبذل اهتمامه بهذه الاضطرابات في علاقتها بفسولوجية الدماغ، نجده يتموقع بشكل من الأشكال بين علوم الأعصاب neurosciences ك تخصص يستهدف البنيات الفيزيائية والآليات البيولوجية الناجزة للاشتغال الدماغي، وبين علم النفس ك تخصص يتوخى فهم منطق وتنظيم العمليات الذهنية وسيرورات السلوك. فالدماغ الذي يشكل موطن الوعي وعضو الفكر، وكل ما يتعلق بسيرورات التفكير والذكاء والإحساس والإدراك، غالبا ما يكون

عرضة للإصابة أو التلف اللذان يتسببان في نواقص معرفية وانفعالية تتمظهر أساسا في اضطرابات الذاكرة والتماسك الحركي والأوجاع المصاحبة للإصابات، الأمر الذي يفضي إلى اختلالات في السلوك (Sikou, 2012). وتتخلص أهداف هذا التخصص النفسي العصبي عموما في ثلاثة (أحرشواو، 2017؛ Lautrey, 2007): هدف تشخيصي قوامه تعيين طبيعة المرض، وآخر علاجي غايته علاج المرض، وثالث معرفي رهانه التعرف على المرض المقصود. فيفعل الأعراض المستخلصة من الاستخدام القبلي لأدوات المقابلة والاستجواب والفحص، يمكن توجيه التشخيص باقتراح آلية للتعامل مع اختلالات الفكر والسلوك. وعادة ما نجح علم النفس العصبي في تحقيق تطورات هائلة بفضل كشف تلك الأعراض، وبالخصوص على مستوى صياغة فرضيات حول إصابة محتلمة للدماغ. وهي تطورات يكفي للاستشهاد على أهمها الإشارة إلى أي مدى أصبحت تقنيات التصوير الطبي *imagerie médicale*، وبصفة خاصة التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي *IRM fonctionnelle*، والفحوصات المتطورة مثل تصوير الأوعية والشرابين *angiographie*، تساعد على التعيين الدقيق لمصادر ومسببات الإصابة الدماغية، رغم أن الفحص الإكلينيكي لا تزال تنتظره بهذا الخصوص لحظات ومفاجآت هائلة وواعدة بالاكتشاف والعتاء. وكيفما كانت كثافة الصعوبات وحدة المؤاخذات، فالأكيد أن المسعى النفسي العصبي، وفي حضور هذه التقنيات الجديدة، قد تطور وتقوى بشكل ملموس خلال السنوات الأخيرة، وخصوصا على صعيد التشخيص.

الراجح إذن، أن غاية علم النفس العصبي لا تنحصر فقط في التحليل المفصل لنوع الاضطراب (عسر الكلام مثلا) الذي سيساعد على الفهم الجيد للمريض، بل تتخطى ذلك لتشمل إجراءات التكفل التربوي والوقائي، وأبضا أساليب استكشاف وفهم الاضطرابات الناجمة عن إصابات الدماغ، الأمر الذي يسمح ببلورة فرضيات تمس حتى الاشتغال العادي لهذا الأخير. هذا فضلا عن التنبؤ بانعكاسات الاضطرابات النفسية على الحياة اليومية عامة؛ بحيث إن أكبر صعوبة تواجه عالم النفس العصبي تتجلى في التمييز بين ما هو نظري تصويري وما هو تطبيقي واقعي. بمعنى أن عوامل أسلوب حياة المريض وبيئته وعاداته يكون لها دور وتأثير في كل الاختلالات المعرفية المحتملة الظهور في حياته اليومية. فكثيرة هي العوامل التي تتدخل لزعزعة الحياة العادية من قبيل الإجهاد والانفعال والدافعية والتغذية والعلاقات مع الآخرين ثم الأنشطة الرياضية. ولهذا فالأمر يتعلق بمعايير يصعب التعامل معها بموضوعية ووثوقية في الميدان النظري، وبالتالي فالأكيد أن مختلف الأدوات المعتمدة داخل المختبر وفي الميدان، يصعب تطبيقها بفعالية وموضوعية في الحياة العادية واليومية (Lautrey, 2007).

النتيجة إذن، هي أن علم النفس العصبي يتسلح، فضلا عن التصوير الحديث *imagerie moderne* (التصوير بالرنين المغناطيسي *IRM*، ماسح الصور المقطعية *scanner*، التصوير بالأشعة *radiographie*)، بمقابلة المريض ومعاينته بغرض استكمال مسعى تحديد مصادر ومسببات اضطرابه النفسي العصبي، وبالتالي الإحاطة الجيدة بنوع المرض لبناء فرضيات وإجراءات الكشف الملائمة، تشخيصا وعلاجا وتكفلا ووقاية وتربية (Sikou, 2012). وعليه فهو يستهدف كشف *dépister* وتقويم *évaluer* وفهم *comprendre* ومساعدة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب عصبي نمائي مثلما هو الأمر في اضطرابات التعلم والتوحد والانتباه والذكاء، ومن اضطراب عصبي مكتسب كما هو عليه الحال في عسر الكلام *dysphasie* وعسر الحركة *dyspraxie*، وأبضا من اضطراب عصبي تكويني *neurogénératif*، مثلما يحصل في العته *démence* والخرف *Alzheimer* ثم الباركنسون *Parkinson*.

الواقع أن التقويم النفسي العصبي، فضلا عن استهدافه للمعرفة العميقة للوظائف المعرفية المتعلقة بالذاكرة والانتباه واللغة والتعلم والحركة ووظائف التفكير والتنفيذ، فهو يتوخى أيضا مقاربة النمو الانفعالي والاجتماعي للأشخاص بغرض فهم شامل للصعوبات القائمة. فهو يراهن على تعيين الأسباب المحتملة لصعوبات المريض المعرفية والوجدانية والاجتماعية بإنجاز فحوصات وتشخيصات تتفاعل فيها تقنيات الاختبارات السيكومترية، والملاحظات الإكلينيكية، ثم الاستمارات الشخصية. وإذا كانت غاية كل تقويم نفسي عصبي تتلخص في ممارسة ما يسمى بالحصيلة النفسية العصبية *bilan neuropsychologique*، فالسؤال المطروح يتلخص في تحديد ما هي إذن مراحل وأطوار هذه الممارسة؟ كتوضيح لذلك نشير إلى أن المرحلة الأولى لأية ممارسة نفسية عصبية تكمن في المقابلة الإكلينيكية *entretien clinique* التي تروم الكشف الجيد للصعوبات المطروحة أمام المرضى، وما يتطلعون إليه من تحسن في اشتغالهم المعرفي أو النفسي - الوجداني. وهذا ما يسمح بالاختيار الجيد للاختبارات الأكثر ملائمة ونجاعة. فبعد مرحلة الاختبار، يتم الاعتماد على جلسة إكلينيكية يُعَدِّيها حوار شفوي، على أن يتم في مرحلة أخيرة إرسال تقرير مفصل لعائلة المريض، وكذلك للطبيب الذي فحص هذا الأخير وأحاله على المقوم النفسي العصبي. وهو تقرير يتم التنصيص فيه على مقترحات تخص العلاج والتكفل (Wilson, 2008; DSM-5, 2015).

لتقريب المقصود بالتقويم *évaluation* في علم النفس العصبي المعرفي، وخصوصا على صعيد التشخيص والعلاج والتكفل، سنتناول بالعرض والتحليل في المحور الثاني من هذا المقال عينة من الاضطرابات العصبية النمائية في علاقتها بصعوبات ممارسة وإنجاز مجموعة من الأنشطة، وفي مقدمتها التعلم المدرسي، والتكيف الاجتماعي، ثم الاندماج المهني. فرغم صعوبة الإقرار حتى الآن بتعريف شامل وموحد للتقويم، فالأكيد أن عالم النفس العصبي عادة ما يتخذ من الإجراء المنهجي مسعى لدراسة علاقة بنيات الدماغ بمظاهر السلوك الإنساني وأنشطته المختلفة، باعتماد أدوات دقيقة للكشف والفحص والقياس والتشخيص. فيقدر ما هو مطالب بالمعرفة العميقة لطبيعة هذه العلاقة، بقدر ما هو مطالب أيضا بالخبرة في أصناف الاضطرابات، وأنواع أدوات التقويم ومكوناته وأشكاله. والحقيقة أن القياس يبقى من الإجراءات الضرورية

للتقويم لكونه هو الذي يسمح بالتعامل مع موضوعاته ومؤشراتها القابلة للملاحظة، إن على مستوى التحليل والتشخيص، أو على مستوى التفسير والتنبؤ.

2. الاضطرابات العصبية النمائية ومعايير تقويمها

بعد إفراد المحور السابق من هذا المقال للتعريف بمفهوم التقويم النفسي العصبي وأهم مراحل وإجراءاته على صعيد التشخيص والعلاج والتكفل، سنركز في هذا المحور الثاني على تقديم توصيف دقيق ومختصر لمكونات ومظاهر الاضطرابات العصبية النمائية في علاقتها بخطوات التقويم النفسي العصبي وإجراءاته، وذلك من خلال الاستحضار الموجز لأهم مقوماتها العصبية، وسيروراتها النمائية، ثم خصائصها التشخيصية العامة، دون التعمق في تفاصيلها الدقيقة سوى في واحد منها، على أساس أننا سنعود إليها في مقالات لاحقة. فاهتمامنا سينصب على التعريف أولاً بمفاهيمها ومدلولاتها، والتفصيل ثانياً في تصنيفاتها وأنواعها، مع التركيز في مستوى ثالث وأخيراً على الإعاقة الذهنية كمثال تطبيقي لتوضيح مكونات هذا الاضطراب العصبي النمائي وإجراءات تقويمه وتشخيصه.

1.2. المفاهيم والتعاريف

الراجح أن الاضطرابات النفسية العصبية النمائية أضحت تتمثل في مجموعة من الأمراض والأفات العصبية التي تظهر بشكل مبكر خلال سيرة النمو، حتى قبل أن يلتحق الطفل بالمدرسة الابتدائية. فمن أبرز تجلياتها، تلك المجموعة من النواقص النمائية التي يصاحبها عجز في الاشتغال والأداء الشخصي والاجتماعي والمدرسي والمهني. وتتراوح السيرة النمائية لتلك النواقص بين قصورات محددة تخص التعلمات واشتغال الوظائف التنفيذية المتمثلة في الذاكرة العاملة والكف والمرونة الذهنية والتخطيط والاستدلال، وبين قصورات حادة تتعلق بقدرات الذكاء العام والكفاءات الاجتماعية.

في الغالب تتميز الاضطرابات العصبية النمائية بالترابط فيما بينها؛ إذ أن الأشخاص الذين يعانون على سبيل المثال من اضطراب طيف التوحد (TSA) trouble de spectre de l'autisme، يشكون في العادة من إعاقة ذهنية، وأن كثيراً من الأطفال أصحاب اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط (TDAH)، يظهرون أيضاً نوعاً من الاضطراب النوعي في التعلمات (DSM-5, 2013؛ Agosti et al, 2011). وتجدر الإشارة بهذا الخصوص إلى أن التشخيصات والبطاقات الإكلينيكية غالباً ما تنطوي على أعراض حادة، سواء تعلق الأمر بالقصور أو بالتأخر في اجتياز المراحل الطبيعية للنمو. فعلى سبيل المثال، لا يمكن القول بتشخيص اضطراب طيف التوحد إلا حينما تكون القصورات المميزة للتواصل الاجتماعي مصاحبة بأفعال وسلوكيات نمطية ومتكررة بشكل مفرط، وأيضاً بالتركيز على مهمات وأشياء دون غيرها، مع الرفض التام للتغيير ولكل ما هو جديد.

2.2. التصنيفات والأنواع

❖ اضطراب الإعاقة الذهنية

أكد أن الإعاقة الذهنية handicap intellectuel تتميز بقصور شامل في القدرات الذهنية، وبالخصوص في كفاءات التفكير وحل المشكلات والتخطيط والتجريد والحكم، فضلاً عن التحصيلات الدراسية والتعلمات الناتجة عن تجارب الحياة وخبراتها. والأكد أيضاً أن هذه النواقص عادة ما تفضي إلى عجز في الأداء التكيفي، إلى حد أن الشخص المصاب بهذا النوع من الإعاقة يتوقف عن الاستجابة للمعايير والقواعد على صعيد الاستقلال الشخصي والمسؤولية الاجتماعية في أن واحد، أو على مستوى كثير من مظاهر الحياة اليومية من قبيل المبادرة والمشاركة، التواصل والحوار، ثم الأداء الدراسي والمهني. فالتأخر العام للنمو يتم تشخيصه حينما يعجز مثل هذا الشخص على تحطيم المراحل الطبيعية للنمو في ميادين كثيرة للاشتغال الذهني. فهذا النوع من التشخيص يعتمد في حالة الأفراد غير القادرين على اجتياز تقييم نسقي للاشتغال الذهني، وبالأساس الأطفال صغار السن أثناء العمل على إشراكهم في إيجاد الحلول المناسبة للمهمات التي تنبئ عليها الاختبارات المقننة. والحقيقة أن التأخر الذهني يمكنه أن يشكل أيضاً نتيجة إعاقة مكتسبة خلال الفترة النمائية، يكون مصدرها صدمة أو إصابة حادة على مستوى الرأس (الدماغ). وفي هذه الحالة يصبح كل اضطراب عصبي معرفي مصاحب لهذه الإصابة، مثله مثل أي اضطراب عصبي نمائي آخر، قابلاً للكشف والتقويم والتشخيص (DSM-5, 2013؛ عيناد ثابت، 2017).

❖ اضطرابات اللغة والتواصل

تشمل هذه الاضطرابات كلا من اللغة والنطق والتواصل الاجتماعي ثم السيوولة اللفظية، وخاصة على مستوى التلعثم والتأتأة bégaiement. فالاضطرابات الثلاثة الأولى تتميز على التوالي بنواقص في النمو وفي استعمال اللغة والكلام

والتواصل الاجتماعي. أما اضطراب السبيلة اللفظية الذي يظهر أثناء الطفولة، فيتميز بتشويش في النطق والتلفيز، مع تكرار الأصوات والمقاطع، وتمديد الحروف الساكنة وحروف العلة، ثم الكلمات المُدغمة والمغلقة، أو حتى تلك التي يُصاحب نطقها بنوع من التوتر الحاد. ويمكن التأكيد بهذا الخصوص على أن اضطرابات التواصل، مثلها مثل كل اضطرابات النمو الأخرى، تظهر في وقت مبكر من النمو، ويمكنها أن تؤدي إلى قصور وظيفي مزمن يستمر مع الشخص المصاب على امتداد الحياة كلها.

❖ اضطراب طيف التوحد

يتميز اضطراب طيف التوحد بقصور مستديم في التواصل والتفاعلات الاجتماعية الممارسة في سياقات متنوعة. فالأمر يتعلق أساساً بنواقص في مجالات التبادل الاجتماعي، وفي سلوكيات التواصل غير اللفظي المعتمدة أثناء التفاعل الاجتماعي والنمو وفهم العلاقات. وكما يتميز هذا الاضطراب بنمطية السلوكيات والأنشطة المتكررة. وبما أن الأعراض قد تتطور مع النمو وتخضع بالتالي للكف عن طريق آليات للتعويض، فإن المعايير التشخيصية يمكنها أن تتم بناء على معلومات تستنتج من سوابق الشخص، رغم أن التشخيص الإكلينيكي وبطاقته المعتمدة يجب أن تتطوي على قصور دال وقوي الحدة (DSM-5, 2013؛ Baird et al., 2011).

وعادة ما يتم التنصيص على الخصائص الفردية في مسار تشخيص اضطراب طيف التوحد، وذلك بفضل استخدام صفات مع أو بدون قصور ذهني أو لغوي أو تكويني أو بيئي أو نمائي أو سلوكي مُصاحب، أو خصوصيات تصف الأعراض التوحدية من قبيل السن كهاجس أول، ومستوى الخطورة ثم مع أو بدون فقدان الكفاءات المكتسبة كهاجس ثان. فهذه المواصفات والخصوصيات هي التي تمنح للأخصائي الإكلينيكي إمكانية شخصنة أو تفريد التشخيص وإغناء التوصيف الإكلينيكي للأشخاص المصابين. فعلى سبيل المثال، إن كثيراً من الأفراد الذين تم تشخيص حالتهم كتوحيدين يعانون من توحد أسبيرجرير autisme Asperger، أصبحوا فيما بعد يصنفون تبعاً لتشخيص جديد في إطار اضطراب طيف التوحد الخالي من أي عجز لغوي أو قصور ذهني.

❖ اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط

إن نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط (TDAH) يشكل هو الآخر اضطراباً عصبياً نمائياً تميزه مستويات للإعاقة تتحدد في عدم الانتباه وعدم التنظيم مع أو بدون فرط في النشاط - الاندفاعية - impulsivité – hyperactivité. إن عدم الانتباه وعدم التنظيم يقودان بالضرورة إلى عدم القدرة على الإبقاء والتركيز على مهمة محددة، أو الاحتفاظ بالمعلومات والموضوعات إلى درجة لا تطابق سن المصاب بهذا الاضطراب أو مستواه النمائي. وفي المقابل إن فرط النشاط - الاندفاعية يتمظهر من خلال نشاط مفرط وحركة دائمة وعدم القدرة على الانتظار، فضلاً عن التشويش على أنشطة الأشخاص الآخرين. فهذه الأعراض تتميز هي الأخرى بالإفراط ولا تتطابق مع سن المصاب ومستوى نموه. فخلال الطفولة عادة ما يتداخل اضطراب نقص الانتباه مع أو بدون فرط النشاط مع الاضطرابات الخارجية الأخرى، حيث يتعلق الأمر أساساً باضطراب هجومي كاسح، تحكمه ممارسات وتصرفات قوامها الاستفزاز والتشويش. وهو اضطراب يستمر في الغالب حتى في سن الرشد، حيث يؤدي إلى قصور في الأداء الاجتماعي والجامعي والمهني (رجاء عبد الرحمن، 2019؛ علا عبد الباقي، 2000؛ Agosti et al., 2011).

❖ اضطرابات الحركة

الاضطرابات العصبية النمائية الحركية تتضمن الاضطراب النمائي للتنسيق، الحركات النمطية، والاضطرابات الحركية واللفظية الفجائية السريعة وغير الإيقاعية tics. فالاضطراب النمائي للتنسيق يتميز بقصور في اكتساب وتنفيذ الكفاءات الجيدة للتنسيق الحركي. فهو يتجلى في الأخطاء وفي مظاهر البطء وعدم الدقة في إنجاز المهمات الحركية، وهي كلها مظاهر تتداخل مع أنشطة الحياة اليومية. أما الحركات النمطية فقوامها التشخيصي يتمظهر من خلال الإقبال على سلوكيات حركية متكررة صعبة التنفيذ ولا غاية محددة لها، من قبيل: نقض اليدين، تحريك الجسم والرأس، عض الأصابع، أو الضرب على الوجه. فهذه الحركات غالباً ما تتقاطع وتتداخل مع الأنشطة الاجتماعية والدراسية والمهنية وغيرها. وفيما يتعلق بالاضطرابات الحركية واللفظية الفجائية، فهي تتميز بحضور حركات لفظية أو حركية مفاجئة، نمطية ومتكررة، سريعة وغير إيقاعية. وعادة ما يتم الاحتكام في تشخيص أنواعها إلى المدد الزمنية التي تستغرقها ثم العوامل المسببة لها وخطاؤها الإكلينيكية، وبالخصوص متلازمة جيل دو لاتوريت syndrome de Gilles de la Tourette، اضطرابات حركية ولفظية مستديمة أو عابرة، ثم مخصّصة أو غير مخصّصة. فاضطراب متلازمة جيل دو لاتوريت يتم تشخيصه حينما يكشف الطفل عن اضطرابات حركية ولفظية فجائية متعددة منذ سن مبكر (في سنته الأولى على الأقل)، تتزايد أو تتراجع مع النمو والارتقاء (الشربيني وأسامة، 2011؛ مصطفى نوري، 2011).

❖ الاضطراب النوعي للتعلم

عادة ما يتم تشخيص هذا الاضطراب حينما تظهر نواقص في قدرة الشخص على إدراك أو معالجة المعلومات بكيفية ناجعة ودقيقة. فهذا الاضطراب العصبي النمائي يتمظهر أساسا خلال سنوات التعلم المدرسي المنظم. وغالبا ما يتميز بصعوبات تعوق باستمرار اكتساب الكفاءات المدرسية الأساسية، وبالخصوص كل ما يتعلق بالقراءة والكتابة والحساب والتعبير. فأداء المتعلم بخصوص هذه الكفاءات المشوشة يقل في الغالب عن المعدل المتوسط بالنسبة لعمره الزمني، أو حتى في حالة تقديمه لأداء مقبول، فإن ذلك لن يتحقق إلا بفعل بذله لمجهود مضاعف.

الحقيقة أن مثل هذا الاضطراب النوعي للتعلم يمكنه أن يصيب حتى بعض الأطفال الذين يصنفون في فئة الموهوبين ذهنيا، إذ يبقى مضمرا ومخفيا ولا يخرج إلى العلن إلا حينما تتعطل بعض تعلماتهم، أو تكشف بعض التقويمات - كالامتحانات التي تجرى في زمن محدد - عن صعوبات وعوائق لا يمكن تجاوزها باعتماد ذكائهم الطبيعي، أو باستخدام استراتيجياتهم التعويضية. وقد اتضح بهذا الخصوص أن مثل هذا الاضطراب النوعي يمكنه أن يفرض ببعض الأشخاص إلى إعاقة مهنية مستديمة، وخصوصا فيما يتعلق بالأنشطة التي تتوقف على تلك الكفاءات المصابة أو المعطلة (DSM-5, 2013؛ جمعة، 1990؛ فتحي، 1998).

3.2. الإعاقة الذهنية كمثال تطبيقي

بعد التعريف في المضامين السابقة بالاضطرابات العصبية النمائية في مفاهيمها ومدلولاتها، وفي تصنيفاتها وأنواعها المختلفة، سنعمل فيما تبقى من محتويات هذا المحور الثاني على التفصيل في الإعاقة الذهنية كمثال تطبيقي لتوضيح أهم مقومات هذا الاضطراب العصبي النمائي، وإجراءاته التقويمية - القياسية، وبروتكولاته الإكلينيكية - التشخيصية، وذلك من خلال التركيز على العناصر الثلاثة التالية:

1.3.2. معايير التشخيص ومستوياته وخصائصه

❖ المعايير

تعتبر الإعاقة الذهنية اضطرابا في النمو الذهني يبدأ خلال فترة النمو، ويتميز بنواقص ذهنية وتكيفية تشمل في آن واحد الميادين المفهومية والعلمية والاجتماعية. ويستدعي الإقرار بوجوده حضور قصور أو نقص في المعايير الثلاثة التالية (DSM-5, 2013؛ Solms & Turbull, 2002):

أ- قصور في الوظائف الذهنية مثل التفكير وحل المشكلات والتخطيط والتجريد والحكم والتعلم سواء في المدرسة أو بواسطة الخبرة. وهو قصور تؤكد نتائج التقييم الإكلينيكي واختبارات الذكاء المقننة.

ب- قصور في الوظائف التكيفية، يتمظهر في فشل الولوج إلى معايير النمو الاجتماعي والثقافي المألوفة، وإلى تحقيق الاستقلالية الذاتية والمسؤولية الاجتماعية. فيدون الدعم المتواصل، يصبح هذا القصور عامل كف وتعطيل لواحد أو لكثير من حقول نشاط الحياة اليومية كالتواصل والمشاركة الاجتماعية والاستقلالية سواء داخل البيت أو في المدرسة أو في مكان العمل.

ت- سن بداية القصور الذهني والتكفي خلال فترة النمو.

❖ المستويات

الأکید أن مختلف مستويات الحدة والخطورة يتم تحديدها على أساس الأداء التكيفي، وليس بناء على الدرجة المحصلة في معامل الذكاء، نظرا إلى أن هذا الأداء هو الذي يحدد مستوى المساعدة المطلوبة. هذا فضلا عما تتميز به قياسات معامل الذكاء من نسبية في صدقها، وبالخصوص بالنسبة للدرجات الأكثر انخفاضاً. وهذا جدول يوضح مستويات حدة وخطورة الإعاقة الذهنية (DSM-5, 2013, pp. 37-39):

جدول 1. مستويات حدة الإعاقة الذهنية

مستوى الحدة والخطورة	ميدان مفهومي	ميدان اجتماعي	ميدان عملي
خفيف	- بالنسبة لأطفال ما قبل التمدرس، يمكن ألا يكون هناك فرق على المستوى الذهني؛ - بالنسبة لأطفال سن التمدرس، توجد صعوبات في اكتساب الكفاءات المدرسية كالقراءة والكتابة والحساب والتوقيت والنقود، بحيث يحتاجون للمساعدة في	بالنسبة للراشدين من نفس السن رغم إمكانية أن يرعى نفسه، إلا أن فالمفحوص يبدو غير ناضج في تفاعلاته الاجتماعية. على سبيل المثال، يمكنه أن يواجه صعوبات في الإدراك الدقيق للرموز الاجتماعية. فالحوار والتواصل واللغة تتذبذب بين النضج وعدم النضج	بالنسبة لمهام الحياة اليومية الأكثر تعقيدا. ففي سن الرشد تتجلى تلك المساعدة بالخصوص في التسوق والتنقل والتكفل بالأطفال والبيت وتبدير النقود والمصاريف

<p>والتنظيم والعيش الجيد. وإذا كان الشخص في هذا المستوى الخفيف من الإعاقة الذهنية ينجح في إيجاد شغل في وسط عادي، فالأكيد أن يكون ذلك في وظائف لا تضع الكفاءات الذهنية في مقدمة شروطها. فمثل هذا الشخص يكون على العموم في حاجة للمساعدة لأخذ القرارات الطبية والقانونية وإلى توفير الكفاءة الملائمة للتكوين المهني. وتكوينه لأسرة عادة ما يكون مشروطاً بدعم ضروري.</p>	<p>عما كان يفترض أن تكون عليه مع السن. كما قد تكون هناك صعوبات في ضبط الانفعال والسلوك المطابقين للسن المفترض. للمفحوص فهم محدود بخصوص مخاطر الوضعيات الاجتماعية، بحيث يستعمل أحكاماً غير ناضجة ويخاطر بنفسه من خلال اعتماده على توجيهات الآخرين وبسداجة تامة.</p>	<p>واحد أو كثير من الميادين لتلبية الانتظارات المطابقة لسنهم. - بالنسبة للراشدين تتواجد صعوبات على صعيد بعض الكفاءات المدرسية كالقراءة وتدبير النقود والتجريد والوظائف التنفيذية المتمثلة خصوصاً في التخطيط والترتيب وبناء الاستراتيجيات والمرونة المعرفية ثم الذاكرة العاملة. وفي المقابل توجد لدى الراشدين من نفس السن مقارنة أكثر شفافية للمشاكل والحلول.</p>
<p>إن الشخص متوسط الإعاقة الذهنية وبلوغه سن الرشد يمكنه أن يؤمن حاجاته الشخصية في التغذية والملبس والنظافة ثم المساهمة في مختلف المهام المنزلية بعد خضوعه لفترة طويلة من التدريب والتربية والتأطير والمواكبة، حيث يصبح مستقلاً ومسؤولاً إلى حد ما. لكن انخراطه في أعمال ومهن لا تستدعي مؤهلات ذهنية وتواصلية كبيرة قد يكمل بالنجاح خاصة حينما يتلقى دعماً من زملائه في العمل ومن محيطه والأخر بشكل مقبول. فالحكم الاجتماعي والقدرات التقريرية تكون محدودة وعلى الآخرين أن يساعده في اتخاذ القرارات الحاسمة في الحياة. فعلاقات صداقته مع الأقران من غير المعوقين غالباً ما تتأثر بتواصل وتنشئة اجتماعية محدودة. وإن مساعدة اجتماعية سواء على الصعيد الاجتماعي أو العلائقي تكون ضرورية للنجاح في عالم الشغل.</p>	<p>مقارنة مع الآخرين، فإن صاحب الإعاقة الذهنية المتوسطة يكشف عن فوارق كبيرة في التواصل والسلوكيات الاجتماعية. فمستوى لغته وبالخصوص عند درجة من التعقيد ينخفض عن مستوى الأقران. فعلى الرغم من قدرته على إقامة علاقات اجتماعية قوامها الحب والصداقة في سن الرشد، إلا أن الشخص المعاق ذهنياً قد يفشل في إدراك أو تأويل الرموز الاجتماعية بشكل مقبول. فالحكم الاجتماعي والقدرات التقريرية تكون محدودة وعلى الآخرين أن يساعده في اتخاذ القرارات الحاسمة في الحياة. فعلاقات صداقته مع الأقران من غير المعوقين غالباً ما تتأثر بتواصل وتنشئة اجتماعية محدودة. وإن مساعدة اجتماعية سواء على الصعيد الاجتماعي أو العلائقي تكون ضرورية للنجاح في عالم الشغل.</p>	<p>إن قدرات الشخص متوسط الإعاقة الذهنية تبقى عموماً وعلى امتداد النمو بعيدة عن قدرات أقرانه. - فبالنسبة لأطفال سن ما قبل التمدرس، فإن الكفاءات اللغوية وقبل المدرسية تتطور ببطء. - أما بالنسبة للأطفال المتمدرسين فإن اكتساباتهم في القراءة والكتابة والحساب وفهم التوقيت وتدبير النقود، وإن كانت تتطور ببطء على امتداد سنوات الدراسة، إلا أنها تبدو جد محدودة مقارنة مع أقرانهم. - وبخصوص الراشدين فإن نمو قدراتهم الذهنية يبقى على ما يبدو عند مستوى أولي، بحيث أن المساعدة تبقى ضرورية بالنسبة لكل تفعيل للتعلّيمات المدرسية في عالم الشغل وفي الحياة الشخصية أيضاً. وإن مساعدة طويلة الأمد تكون مطلوبة لتنفيذ المتطلبات اليومية بشكل جيد. وقد يكون من الضروري أن يوفرها أشخاص آخرون مكان الشخص صاحب الإعاقة الذهنية.</p>
<p>إن الشخص صاحب هذا المستوى من الإعاقة يكون في حاجة إلى المساعدة والدعم بخصوص جميع أنشطة حياته اليومية بما فيها وجبات الأكل والملابس والنظافة والمراقبة واتخاذ قرارات تتعلق بتحقيق رفاهيته ورفاهية الآخرين. فإكتسابه لكفاءات في أي ميدان يتطلب تعليماً مسترسلاً ومساعدة مستمرة. إن السلوك غير التكيفي القائم على إيذاء الذات، يكون حاضراً لدى أقلية دالة من الأشخاص المصابين بهذا المستوى من الإعاقة.</p>	<p>في هذا المستوى من الإعاقة الذهنية تكون اللغة المنطوقة جد محدودة في مفرداتها وتراكيبها، بحيث يصبح الخطاب المتمركز في الغالب حول الواقع الآني للأحداث اليومية، مختصراً في كلمات أو جمل بسيطة يمكن إغناؤها بوسائل إضافية. فالشخص صاحب هذا المستوى من الإعاقة يفهم الخطاب البسيط والتواصل الإشاري، وبالتالي فهو يستعمل اللغة لغايات التواصل الاجتماعي بدل غايات التوضيح والتفسير. فعلاقته بأفراد أسرته وأقاربه تشكل مصدراً للسعادة والمساعدة والدعم.</p>	<p>هناك محدودية كبيرة في اكتساب الكفاءات المفهومية، بحيث لدى الشخص صاحب الإعاقة الحادة في العادة فهم قليل للغة المكتوبة والمفاهيم التي تتضمن أعداداً وكميات وأوقات ونقوداً. لذا على كل من له علاقة بالمساعدة والدعم أن يرافقه باستمرار طوال الحياة لحل مشاكله.</p>
<p>إن الشخص صاحب الإعاقة العميقة عادة ما يكون تابعاً للآخرين بخصوص جميع جوانب الرعاية اليومية، الصحية والأمنية، رغم إمكانية مساهمته في بعض هذه الأنشطة. فبإمكانه أن يساعد في بعض المهام المنزلية مثل تحضير مائدة الطعام وبعض الأنشطة المهنية التي لا تستدعي كثيراً من المساعدة. فهو يستمتع ببعض الأنشطة الترفيهية من قبيل الاستماع للموسيقى ومشاهدة الأفلام والتجول ولكن دوماً بمساعدة خارجية. وعادة ما يكون هناك حضور لبعض السلوكات غير التكيفية بالنسبة لأقلية دالة من الأشخاص المصابين بهذا المستوى من الإعاقة.</p>	<p>يتميز الشخص المصاب بهذا المستوى من الإعاقة بفهم جد محدود للتواصل الرمزي سواء كان شفوياً أو إشارياً. يمكنه أن يفهم التعليمات أو إشارات سهلة. فهو في الغالب يعبر عن رغباته وانفعالاته عبر التواصل غير اللفظي وغير الرمزي. إنه يجد متعة في العلاقات مع أعضاء أسرته والأقارب ثم المعالجين، بحيث يستجيب للتفاعلات الاجتماعية بواسطة علامات إشارية أو انفعالية. وأن قصوراته الحسية الحركية يمكنها أن تمنعه من ممارسة عدد كبير من الأنشطة الاجتماعية.</p>	<p>عادة ما تتمركز الكفاءات الذهنية للأشخاص المصابين بهذا المستوى من الإعاقة حول العالم الفيزيقي أكثر من العالم الرمزي. ويمكن لهؤلاء أن يستعملوا الأشياء والموضوعات بكيفية تسمح بتحقيق رغباتهم والترويج عن أنفسهم. فرغم قدرة هؤلاء على اكتساب بعض الكفاءات البصرية- المكانية مثل تقييب الموضوعات حسب خصائصها الفيزيائية، إلا أن قصورات حسية- حركية مصاحبة يمكنها أن تمنعهم من استخدام تلك الموضوعات.</p>

❖ الخصائص

إن أهم خصائص الإعاقة الذهنية تكمن في قصور عام في القدرات الذهنية (معياري أ)، وفي اضطراب الأداء التكيفي اليومي للمصاب، مقارنة بأشخاص آخرين يتقاطع معهم في السن والنوع والمستوى الثقافي (معياري ب). ولا بد من التأكيد هنا على أن تشخيص الإعاقة الذهنية ينبغي في آن واحد على التقييم الإكلينيكي، وعلى الاختبارات المقننة للوظائف الذهنية والتكيفية. فالمعيار (أ) يحيل إلى الوظائف الذهنية التي تضم التفكير وحل المشكلات والتخطيط والنقد والحكم والتعلم سواء بالتوجيه أو بالخبرة ثم الفهم الإجرائي (Schalock, 2011). وتتمثل النقاط الخلافية في الفهم اللفظي والتفكير الكمي والفكر التجريدي والفعالية ثم المعرفة cognition. فالإنجاز الذهني يتم قياسه أساساً بواسطة اختبارات مقننة للذكاء، قابلة للفهم والاستيعاب، وذات صدق مقبول على مستوى القياس النفسي. وقد ثبت أن الأشخاص أصحاب الإعاقة الذهنية عادة ما يحصلون على درجات تقل بانحرافين معياريين أو أكثر عن المتوسط العام، وتتطوي على هامش للخطأ في القياس يتحدد عموماً في (+5 أو -5) درجات، وبالتالي فإن الدرجة التي تقابل الانحراف المعياري 15 والمتوسط الحسابي 100، هي: 65 - 75 (+70 أو -5). وعادة ما تشكل التجربة والتشخيص الإكلينيكي أسلوباً ضرورياً من أجل التفسير الجيد لنتائج الاختبارات وتقييم الإنجازات الذهنية.

إن العوامل التي يمكنها أن تؤثر في نتائج الاختبارات تتجلى في معايير التقنين والتعبير، وإجراءات الاستخدام والتطبيق في حد ذاتها. فأي قصور أو تهاون في تلك المعايير والإجراءات قد يقلص من مصداقية نتائج تلك الاختبارات، وخاصة على مستوى درجات معامل الذكاء والإنجاز عامة. كما أن تعليمات القياس يجب أن تكون في تلاؤم معقول مع السياقات الاجتماعية والثقافية واللغوية (اللغة الأم) للمفحوص. هذا فضلاً عما تلعبه الاضطرابات المصاحبة التي تصيب اللغة والتواصل والوظائف الحسية الحركية والاشتهالين المعرفي (معامل الذكاء) والوظيفي (الفهم والحكم الاجتماعي)، من دور يؤثر سلباً في نتائج الاختبارات. والأكد أن المَشَخَصَات profiles المعرفية الفردية القائمة على اختبارات نفسية عصبية تحظى بأهمية بالغة في فهم القدرات الذهنية، بدل الاعتماد على قيمة عددية كمية وبسيطة تعبر عن معامل الذكاء. فمثل هذه الاختبارات يمكنها أن تحدد مظاهر قوة وضعف كل تقويم يستهدف الاختيار المهني والتوجيه التربوي والعلاج المعرفي (DSM-5, 2013, p. 40).

إن قصورات الاشتغال التكيفي (المعيار ب B) تترجم مستوى تجاوب شخص ما مع المعايير الجماعية المتوافق حولها في مجال الاستقلالية والمسؤولية، مقارنة بأشخاص آخرين من نفس السن والوسط الاجتماعي والثقافي (Tassé et al., 2012). وعادة ما يتعلق هذا الاشتغال بمهارات التكيف في ثلاثة ميادين: الأول تصوري conceptuel يتضمن قدرات الذاكرة واللغة والقراءة والكتابة والحساب واكتساب المعارف العملية وحل المشكلات وتحليل الوضعيات الجديدة، والثاني اجتماعي social ينطوي على الاهتمام بالفكر وبالأحاسيس وتجارب الآخرين empathie والتعاطف والكفاءة التواصلية ثم القدرة على بناء علاقات صداقة والحكم الاجتماعي. أما الميدان الثالث فيتعلق بكل ما هو عملي pratique من قبيل التعلم والتدبير الذاتي والسلوكي والتنظيم الدراسي والمهني ثم الترفيه الشخصي.

تبعاً للتحديد السابق نشير إلى أن القدرة الذهنية وأساليب التربية والتنشئة الاجتماعية وسمات الشخصية والدافعية، ثم الظروف المهنية والشروط الثقافية، والتواجد المتزامن لاضطرابات جسدية عامة أو ذهنية، كلها محددات وعوامل حاسمة تؤثر في الاشتغال التكيفي الذي عادة ما يتم تقديره باعتماد في نفس الآن التقويم الإكلينيكي والقياسات النفسية المقننة إحصائياً والصادقة ثقافياً. فمثل هذه الإجراءات القياسية تستخدم في الغالب مع جهات وأطراف ذات مسؤولية ومصداقية، مثل الآباء والمدرسين والموجهين والمعالجين والمفحوصين أنفسهم؛ بحيث إن المعلومات المجمعة في إطار تقنية المقابلة مع هؤلاء يتم تفسيرها من طرف أخصائي إكلينيكي. وكلما أصبح استخدام وتمرير مثل هذه القياسات إجراء صعباً بفعل عوامل كالعجز الحسي والاضطراب السلوكي الحاد، إلا وأصبح في باب المؤكد تشخيص المفحوص كمعاق ذهني.

يتم بلوغ (المعيار ب B) حينما يصبح على الأقل أحد الميادين التكيفية (التصورية، الاجتماعية، العملية) مصاباً بالعجز الكافي الذي يستدعي مساعدة دائمة وضرورية، لكي يحصل المفحوص على نتائج مُرضية دفعة واحدة في كثير من ميادين الحياة، المدرسية والمهنية والأسرية والعامة. والحقيقة أن تحقيق المعايير التشخيصية للإعاقة الذهنية المرتبطة بالاشتغال التكيفي، يستوجب أن تكون هذه الأخيرة في صلة مباشرة مع الاضطرابات الذهنية الموصوفة في (المعيار أ A). أما (المعيار س C) الذي يشير إلى بداية الاضطراب خلال فترة النمو، فهو يحيل على واقعة إدراك أن القصور الذهني والتكيفي يكون حاضراً خلال الطفولة أو المراهقة (DSM-5, 2013, p. 41).

2.3.2. عوامل النمو والثقافة والنوع

تشكل الإعاقة الذهنية حالة غير متجانسة وذات أسباب متعددة، بحيث يمكن الحديث في الغالب عن صعوبات مصاحبة تتعلق بالحكم الاجتماعي، تقييم المخاطر، التحكم في السلوك، الانفعالات، الحافزية ثم العلاقات التفاعلية في ميادين الأسرة والمدرسة والمقابلة وغيرها. فالافتقار إلى قدرة التواصل يمكنه أن يقود إلى سلوكيات اندفاعية وعدوانية. وكما أن الافتقار إلى تقدير المخاطر يمكنه أن يؤدي إلى أضرار جسدية ونفسية وجنسية وغيرها. لذا فإن مثل هذه الخصائص المصاحبة يمكنها أن تكون مهمة أثناء القضايا الجنائية، بما في ذلك جلسات الاستماع القانونية المتعلقة بجرائم القتل التي يشكل حكم الإعدام عقوبتها في الغالب. فقد اتضح من كثير من هذه الجلسات أن الأشخاص أصحاب الإعاقة الذهنية المصاحبة

باضطراب ذهني يصحون بسبب الافتقاد إلى تقدير المخاطر عرضة لخطر الإصابات العرضية بما فيها الإقبال على الانتحار (Ludi et al, 2012).
الأكيد إذن أن الإعاقة الذهنية التي تغطي حوالي 1% من ساكنة العالم، مع تفاوت في نسب ومعدلات الانتشار حسب متغيرات السن والثقافة والنوع، تحكمها عوامل مساعدة على الظهور والتفاقم، نجلها في العناصر الأساسية التالية:

❖ النمو والتطور

نالك شبه إجماع على أن بداية الإعاقة الذهنية تتمظهر في فترة النمو، إذ أن سن وخصائص البداية تتوقف على مسببات التلف الدماغية ودرجة حدته. فالتأخر سواء كان حركيا أم لغويا أم اجتماعيا، يمكن كشفه وتعيينه خلال السنتين الأوليين، بينما أن إعاقات من مستويات جد خفيفة يمكنها أن تبقى مستعصية عن التحديد إلى حدود سن التمدرس حينما تصبح صعوبات التعلم واضحة وجلية. فجميع المعايير، بما فيها المعيار (س C)، يجب أن تتواجد في البيوغرافيا أو التقويم الأني. فبعض الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يندرجون حسب معايير التشخيص في خانة الإعاقة الذهنية، عادة ما يشكون من نواقص تغطي معايير التأخر الكلي للنمو.

وفي نفس الاتجاه تشير إلى أن الإعاقة الذهنية غالبا ما يترجمها على حد سواء مظهر جسدي محدد في وضعية ارتباطها بمرض تكويني كما يكون عليه الحال في متلازمة 21 trisomie (Harris, 2010)، أو ظهور حاد في أعقاب مرض مكتسب مثلما يكون عليه الحال في التهاب السحايا méningite، أو التهاب الدماغ encéphalite، أو صدمة في الجمجمة. فحينما تكون الإعاقة الذهنية نتيجة لفقدان الكفاءات المعرفية السابقة الاكتساب، كما يقع ذلك أثناء إصابة حادة في الدماغ، فإن تشخيص تلك الإعاقة في علاقتها باضطراب عصبي معرفي معين، يمكن إجراؤه في وقت متزامن.

إذن على الرغم من أن الإعاقة الذهنية لا تخضع للتطور بشكل عام، فإن بعض حالات المرض التكويني مثل متلازمة ريت syndrome de Rett تظهر فترات من التدهور قبل أن تعقبها مراحل من الاستقرار. وفي حالات أخرى مثل متلازمة سانيليبو Sanilippo يكون هناك تدهور متدرج للوظائف الذهنية. فبعد الطفولة يستمر الاضطراب عموما مدى الحياة بالرغم من أن درجات الجودة يمكنها أن تتغير مع الوقت. وتجدر الإشارة إلى أن النمو قد يتأثر بالظروف الطبية أو التكوينية الكامنة، وبمختلف الأعراض المرتبطة بها كالعجز السمعي أو البصري ثم الصرع. ويمكن للتدخلات المبكرة وخاصة على صعيد التواصل أن تحسن الأداء التكيفي خلال فترة الطفولة ومرحلة الرشد. ففي بعض الحالات فإن تلك التدخلات تحسن بشكل كبير ودال الاشتغال الذهني إلى درجة أن تشخيص الإعاقة الذهنية يصبح غير وارد.

بصورة عامة، وفضلا عن المحددات التكوينية والمكتسبة السالفة الذكر، يمكن التنصيص على صنفين من المسببات الإضافية للإعاقة الذهنية: صنف يشمل أسباب ما قبل الولادة مثل الاضطرابات التكوينية (اختلالات صبغية، تغيرات التسلسل الجيني)، والاختلالات الوراثية، والتشوهات الدماغية، وأمراض الأمهات (بما فيها أمراض المشيمة)، ثم تأثيرات البيئة (مثل الكحول والمخدرات والمواد السامة) (Michelson et al, 2011). وصنف ثان يضم أسباب ما بعد الولادة من قبيل نقص الأكسجين الدماغية، صدمة في الجمجمة، التهابات، نوبات وتشنجات طفولية، حرمان اجتماعي حاد ومزمن، متلازمة الأبيض السامة، ثم تسممات الرصاص والزرنيق (Harris, 2010).

تبعاً لما تقدم نشير إلى أنه إذا كانت الممارسات المألوفة أثناء تقييم الأطفال الصغار، تتلخص في العمل على تأخير تشخيص الإعاقة الذهنية حتى يتم بناء برنامج للتدخل الملائم، فإن مستوى الدعم المعتمد بالنسبة للأطفال الأكبر سناً وبالغين، يمكنه أن يساعد على المشاركة الكاملة في كافة أنشطة الحياة اليومية، وفي تجويد الوظائف التكيفية. فعلى التقييمات التشخيصية أن تحدد ما إذا كان تحسن القدرات التكيفية يشكل نتيجة لاكتساب جديد مستقر وشامل، حيث يكون تشخيص الإعاقة الذهنية أكثر فائدة في هذه الحالة، أم ما إذا كان في علاقة مع حضور مساعدات وتدخلات مستمرة، حيث يكون التشخيص أيضاً مناسباً.

❖ العرق والثقافة والنوع

هناك إجماع على أن الإعاقة الذهنية توجد في جميع الأعراق والثقافات، وبالتالي فقد ثبت من أبحاث عديدة أن السياق العرقي والثقافي واللغوي للمفحوص، وتجاربه الناجحة وأدائه التكيفي، كلها عوامل تستوجب الأخذ في الاعتبار خلال التقويم. وفي نفس الاتجاه فقد اتضح أنه على الرغم من الارتفاع الواضح عموماً لعدد الرجال المصابين بإعاقة ذهنية متوسطة أو خطيرة مقارنة بعدد النساء، فإن نسبة الإصابات بهذه الإعاقة تختلف من منظور أغلب الدراسات تبعاً للعوامل التكوينية المرتبطة أساساً بالنوع وبالوهن الصحي للرجال vulnérabilité أصحاب الإصابة الدماغية (DSM-5, 2013).
ومما يجب التأكيد عليه بهذا الخصوص هو أن التحديد الجيد للعلامات التشخيصية يستوجب التقويم الكامل الذي يراهن على تقدير القدرات الذهنية، والأداء التكيفي، وتحديد الأسباب التكوينية وغير التكوينية، هذا فضلاً عن تحليل التأثيرات الطبية المصاحبة لها (مثل الشلل الحركي الدماغية، اضطراب التشنج)، ومختلف الاضطرابات الذهنية والانفعالية والسلوكية المرتبطة بها. فمن أهم النقاط القوية التي يجب على كل تقويم أن يستوفيها، توجد العناصر الطبية الأساسية لما قبل الولادة وبعدها، سوابق العائلة وتاريخها بخصوص ثلاثة أجيال، الفحص الجسدي، الفحص التكويني (مثل النمط النووي caryotype، أو المسح الصبغي عالي الدقة balayage chromosomique de haute résolution)، تحليل التمثيل

الغذائي analyse métabolique ثم التقييم العصبي – التصويري bilan neuro-imagerie (DSM-5, 2013, p. 42).

3.3.2. التشخيص الفارقي

كلما تم استكمال معايير التشخيص (أ و ب و س)، يصبح تشخيص الإعاقة الذهنية إجراءً ممكنًا وضروريًا. ولا يجب الاكتفاء في مثل هذا التشخيص بكشف المشاكل التكوينية للمرض الذي هو في حالة ارتباط بإعاقة ذهنية، بل القيام بتشخيص هذا المرض بشكل منفصل عن تلك الإعاقة. ويمكن توضيح مقومات هذا التشخيص من خلال التمييز بين أربعة أنواع من الاضطرابات (Mefford et al., 2012; Agosti et al, 2011; DSM-5, 2013):

أولها يتمثل في اضطرابات عصبية معرفية أساسية وخفيفة، بحيث إن الإعاقة الذهنية تندرج في فئة الاضطرابات العصبية النمائية، وتختلف عن الاضطرابات العصبية المعرفية التي تتميز بفقدان الوظائف المعرفية. فالاضطراب العصبي المعرفي الأساسي قد يترافق مع إعاقة ذهنية، مثلما يحصل ذلك في حالة الشخص صاحب الثلاثية الصبغية trisomie 21 الذي يصاب مثلًا بمرض الزهايمر (الخرف) Alzheimer، أو الشخص صاحب الإعاقة الذهنية الذي يفقد لاحقًا قدراته المعرفية بسبب صدمة في الجمجمة أو الرأس. ففي هذه الحالات يمكن إجراء التشخيصين معًا لكل من الإعاقة الذهنية والاضطراب العصبي المعرفي.

ثانيها يتجلى في الاضطرابات العصبية النمائية للتواصل والتعلم والتي يمكنها أن ترتبط بإعاقة ذهنية دون وجود أي قصور في السلوك المعرفي والتكفي. هنا يتم إجراء التشخيصين معًا إذا ما توفرت أو استكملت جميع معايير الإعاقة الذهنية، وأيضًا في حالة اضطراب في التواصل أو اضطراب في التعلم.

وثالثها يخص اضطراب طيف التوحد، بحيث عادة ما تبدو الإعاقة الذهنية شائعة لدى الأشخاص التوحديين، وبالتالي قد يتميز تقييم الكفاءات الذهنية لهؤلاء بالصعوبة نتيجة رفضهم للتواصل والتعامل مع الآخر، ومحدودية فهمهم للاختبارات وإجراءاتها القياسية. لذا فإن التقييم المناسب لاضطراب طيف التوحد يشكل إجراءً ضروريًا يستوجب التكرار وإعادة خلال فترة النمو، حيث تتميز درجات معامل الذكاء في هذا الاضطراب بعدم الاستقرار، وبالأخص في المرحلة الأولى للطفولة.

ويتحدد النوع الرابع من تلك الاضطرابات فيما ينعت بالاعتلال المشترك comorbidité، إذ أصبح من المألوف أن الإعاقة الذهنية من النوع الحاد (مثل الشلل الدماغي أو الصرع) عادة ما تصاحبها اضطرابات ذهنية، وأخرى عصبية نمائية، وثالثة جسدية وطبية. وإذا كان التكهن بمصدر هذه الاضطرابات يمكنه أن يتأثر بوجود الإعاقة الذهنية، فالراجح أن أساليب التقويم المرتقبة الاعتماد بهذا الخصوص تستدعي تعديلات محددة تأخذ في الاعتبار مختلف الاضطرابات المصاحبة، بما فيها تلك التي ترتبط بالتواصل وطيف التوحد وبكل ما هو حسي - حركي. وقد ثبت أن أبرز الاضطرابات المصاحبة للإعاقة الذهنية والأكثر شيوعًا تتجلى في نقص الانتباه، الاكتئاب، ثنائية القطب، القلق، طيف التوحد، الحركات النمطية، التحكم في الانفعال. وتجدر الإشارة إلى أن اضطراب الاكتئاب المميز مثلًا يمكنه أن يحدث بغض النظر عن حدة الإعاقة الذهنية. فالسلوك إيذاء الذات يتطلب تقويمًا سريعًا على أساس أنه قد يبرر إجراء تشخيص فارقي للحركات النمطية. فالشخص المصاب بإعاقة ذهنية حادة، يمكنه أن يتصرف بعنوانية واندفاعية قد تصل إلى حدود إلحاق الضرر بالآخرين أو تخريب بعض الممتلكات.

خلاصة

الأکید أن استعمال بعض التحديدات والمواصفات في تشخيص الاضطرابات العصبية النمائية يمكنه أن يغني التشخيص الإكلينيكي للحالة المقصودة، وبالأخص فيما يتعلق بالسيرورة النمائية لظهور الاضطراب ومستويات حدته ثم خطاظة أهم أعراضه المسيطرة. وكما يمكن للتقويمات الطبية المرضية، والتكوينية الوراثة، ثم البيئية الاجتماعية أن تقوم بدور هام في هذا التشخيص الذي يمنح للأخصائي الإكلينيكي إمكانية تقدير وتعيين العوامل الفعلية التي تسببت في حالة الاضطراب، وأيضًا تلك التي يمكنها أن تؤثر في مسار التطور الإكلينيكي للحالة المقصودة. ومن الأمثلة النموذجية التي يمكن الاستشهاد بها في هذا السياق، نشير إلى متلازمة إيكس فراجيل X fragile ومتلازمة ريت syndrome de Rett، ثم بعض الأمراض العصبية كالصرع، وبعض العوامل البيئية مثل تعرض الأم الحامل للتلوث المرتفع، أو إدمانها الكحول والمخدرات، أو الوزن الضعيف للجنين أثناء الولادة. وبطبيعة الحال، فهذه كلها عوامل ومحددات سنعمد إلى التفصيل فيها في مقالات لاحقة، سنخصصها تباعًا لمختلف الاضطرابات العصبية النمائية التي عملنا في هذا المقال على استحضار أهم مقوماتها المرضية - الإكلينيكية، وأبرز معاييرها التقويمية - التشخيصية بشكل موجز ودقيق وبالأخص في المثال التطبيقي الذي أفرده للإعاقة الذهنية كأحد الاضطرابات العصبية النمائية الأساسية.

المراجع

- الغالي، أحرشواو (قيد الطبع). التقويم في علم النفس العصبي المعرفي: من التشخيص إلى العلاج. تازة مؤسسة باحثون للثقافة والنشر.
- الغالي، أحرشواو (2017). الاختبارات النفسية: نماذج وممارسات. فاس: دفاتر مختبر الأبحاث والدراسات النفسية والاجتماعية، 9، 25-38.
- الشريبي، أسامة؛ فاروق، مصطفى (2011). التوحد: الأسباب والعلاج. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- مصطفى نوري، القمش (2011). اضطرابات التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج. دراسات علمية. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- جمعة، سيد يوسف (1990). سيكولوجية اللغة والمرض العقلي. الكويت: عالم المعرفة، 145.
- رجاء، عيد الرحمن (2019). تأثير اضطراب عجز الانتباه والإفراط الحركي على الوظائف التنفيذية (دراسة نمائية مقارنة بين الأطفال المضطربين والأسوياء). أطروحة دكتوراه في علم النفس (غير منشورة)، كلية الآداب والعلوم الإنسانية-ظهر المهرز- فاس.
- علا عبد الباقي، إبراهيم (2000). علاج النشاط الزائد لدى الأطفال، باستخدام برامج تعديل السلوك، عمان، دار الفكر للنشر والتوزيع، 31-32.
- عيناد ثابت، اسماعيل (2017). دراسة استكشافية وقائية لاضطراب ما وراء المعرفي لدى الأطفال المصابين بفرط النشاط الحركي مع قصور الانتباه. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة أبي بكر القايد، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، تلمسان: الجزائر.
- فتحي الزيات (1998). صعوبات التعلم: الأسس النظرية والتشخيصية والعلاجية. القاهرة: دار النشر للجامعات.
- Agosti, V.; Chen, Y. & Levin, F.R. (2011). Does Attention Deficit Hyperactivity Disorder increase the risk of suicide attempts? *J Affect Disord.* 133(3), 595–599.
- Baird, G.; Douglas, H.R. & Murphy, M.S. (2011). Recognising and diagnosing autism in children and young people: summary of NICE guidance. *BMJ.* 343(d6360).
- Bigler, E. (2001). Neuropsychological testing defines the neurobehavioral significance of neuroimaging-identified abnormalities, In *Arch. Clin. Neuropsychol.* 16, 227-236.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Harris, J.C. (2010). Advances in understanding behavioral phenotypes in neurogenetic syndromes. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 154C(4), 389–399.
- Lautrey, J. (2007). *Psychologie de développement et de l'éducation*. Paris: PUF.
- Ludi, E.; Ballard, E.D, & Greenbaum, R, et al. (2012). Suicide risk in youth with intellectual disabilities: the challenges of screening. *J Dev Behav Pediatr* 33(5), 431-440.
- Mefford, H.C.; Batshaw, M.L, & Hoffman, E.P. (2012). Genomics, intellectual disability, and autism. *N Engl J Med* 366(8), 733-743.
- Michelson, D.J.; Shevell, M.I, & Sherr, E.H, et al. (2011). Evidence report: genetic and metabolic testing on children with global developmental delay: report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 77(17), 1629-1635.
- Schalock, R.L. (2011). The evolving understanding of the construct of intellectual disability. *J Intellect Dev Disabil*, 36(4), 223–233.
- Siksou, M. (2012). *Introduction à la neuropsychologie clinique*, Paris: Dunod.
- Solms, S. & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world: an introduction to the neuroscience of subjective experience*. Londre: Karnac.
- Tassé, M.J. (2009). Adaptive behavior assessment and the diagnosis of mental retardation in capital cases. *Appl Neuropsychol* 16(2), 114–123.
- Tassé, M.J; Schalock, R.L, & Balboni, G, et al. (2012). The construct of adaptive behavior: its conceptualization, measurement, and use in the field of intellectual disability. *Am J Intellect Dev Disabil* 117(4), 291–303.
- Wilson, B.A. (2008). Neuropsychological rehabilitation. In *Annual Review of clinical Psychology*, 4, 141-162.