

تشخيص اضطراب الذاتوية في الدليل الرابع DSM-4 والدليل الخامس DSM-5 للاضطرابات العقلية (دراسة وصفية)

إعداد

الباحث / محمد رضا السيد محمد^١

الإشراف

د/نهى ضياء الدين عبد الحميد

مدرس بقسم العلوم النفسية

كلية التربية للطفولة المبكرة

جامعة القاهرة

أ. د/خالد عبد الرازق النجار

أستاذ علم النفس

ورئيس قسم العلوم النفسية

كلية التربية للطفولة المبكرة

جامعة القاهرة

مقدمة

اضطراب الذاتوية اضطراباً نمائياً عصبياً معقداً يرجع الفضل لمعرفته إلى الطبيب النفسي الأمريكي كانر Kanner عام (١٩٤٣) ومنذ هذا التوقيت تم الاهتمام بهذه الفئة، والتعرف عليهم وتشخيصهم بهدف تحسين الخدمات المقدمة لهم وتقديمها في سن مبكر.

ويعتبر تشخيص اضطراب الذاتوية من أكبر المشكلات التي تواجه المختصين في المجال، وتعود هذه الصعوبات إلى أن بعض خصائص اضطراب الذاتوية تتشابه وتتداخل مع اضطرابات أخرى مما يجعل التشخيص في غاية الصعوبة وهذا يؤدي إلى الوقوع بالخطأ، ولذلك لابد من جمع معلومات دقيقة وصحيحة لتمييز الأفراد ذوي اضطراب الذاتوية عن غيرهم من الاضطرابات الأخرى.

مشكلة الدراسة:

من خلال عملي مع الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية لاحظت اختلافات واضحة في تشخيص اضطراب الذاتوية مما يؤثر على دقة التشخيص ودقة تقديم الخدمات والبرامج المتخصصة لهم وتتحدد مشكلة الدراسة الحالية في الأسئلة التالية:

- ما الفروق في تشخيص اضطراب الذاتوية بين الدليل الرابع والدليل الخامس للاضطرابات العقلية؟

^١ باحث دكتوراه بكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة القاهرة

أهداف الدراسة:

- التعرف على الفروق بين الدليل الرابع والدليل الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية.

أهمية الدراسة:

يمكن الإشارة إلى الأهمية النظرية والتطبيقية فيما يلي:

- **الأهمية النظرية:**

- إثراء تنظير عن تشخيص اضطراب الذاتوية والدليل الرابع والدليل الخامس للاضطرابات العقلية

- التعرف على الفروق بين الدليل الرابع والدليل الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية.

- **الأهمية التطبيقية:**

- تزويد المسؤولين والمختصين بتشخيص اضطراب الذاتوية بالفروق بين الدليل الرابع والدليل الخامس للاضطرابات العقلية على تشخيص اضطراب الذاتوية.
- تحسين خدمات التشخيص للأطفال ذوي اضطراب الذاتوية.
- ضرورة عمل مراجعات للكثير من الأدوات المستخدمة حالياً في تشخيص اضطراب الذاتوية.

مصطلحات الدراسة:

- **تشخيص:**

تصنيف الأفراد على أساس الاضطراب أو الشذوذ أو مجموعة من الخصائص.

- **اضطراب الذاتوية:**

اضطراب عصبي نمائي يؤثر على مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي، ومصاحب بالسلوكيات النمطية ومحدودية الأنشطة والاهتمامات، يظهر خلال مرحلة الطفولة المبكرة ويؤثر على أداء الفرد للمهام اليومية.

- **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية:**

صدر هذا الدليل في عام ١٩٩٤ م، وهو أحد أهم المصادر المعتمدة في تشخيص اضطراب الذاتوية، واضطرابات أخرى. ويؤكد هذا الدليل على ضرورة توفر ست علامات من ثلاثة مجالات عند تشخيص اضطرابات الذاتوية.

وهذه المجالات الثلاثة هي: التفاعل الاجتماعي-التواصل-السلوكيات النمطية.

- **الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية:**

أصدرته الرابطة الأمريكية النسخة الخامسة DSM-5 في مايو ٢٠١٣ م بعد مراجعات استمرت ١٤ عام للدليل الرابع المعدل، وواحدة من التغييرات على الدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR حيث تم

وضع اضطراب أسبرجر واضطراب النمو الشامل غير المحدد ضمن مظلة اضطراب الذاتوية، وأصبحت معايير التشخيص اثنين فقط هما (التواصل والتفاعل الاجتماعي - السلوكيات النمطية والاهتمامات والأنشطة المحدودة)، بحيث يجب أن ينطبق بنود التواصل والتفاعل الاجتماعي الثلاثة بالإضافة إلى بندين من أربعة بنود من المعيار الخاص بالسلوكيات النمطية والاهتمامات والأنشطة المحدودة.

محددات الدراسة:

المحددات البشرية: ٢٤٢ فرد من ذوي اضطرابات النمو الشاملة

المحددات المكانية: محافظة القاهرة ومحافظة الشرقية ومحافظة الجيزة

الإطار النظري والدراسات السابقة

اضطراب الذاتوية

اضطراب الذاتوية هو في الأساس اضطراب سلوكي وهذا يعني وجود خلل في منظومة من الأنماط السلوكية ولا يتم تشخيص الاضطراب إلا إذا كانت منظومة الأنماط السلوكية الثلاثة التالية واضحة على الطفل:

- خلل في علاقات الطفل بمحيطة الاجتماعي.
 - فشل الطفل في تطوير قدرات التواصل بشكل طبيعي.
 - اهتمامات الطفل ونشاطاته تكون محدودة ومكررة وليست واسعة وإبداعية.
- لا بد من التأكد على أن التشخيص لا يتم لمجرد أن الطفل يعاني مشكلات تواصلية أو لأن لدى الطفل صعوبات في التفاعل الاجتماعي أو لعدم قدرة الطفل على ممارسة النشاطات الإبداعية بل لا بد من أن يُظهر الطفل قصوراً في كل الجوانب الثلاثة مجتمعة.

(حافظ، ٢٠١٠: ١٨٦)

تشخيص اضطراب الذاتوية:

يعتبر التشخيص عملية أساسية تمكن من فهم الاضطراب وتسهيل عملية التدخل في العلاج ومهم أن يتم التشخيص في وقت مبكر قبل أن يؤثر الاضطراب على النمو (حافظ، ٢٠١٠: ١٨٦)، حيث يعتبر التشخيص المبكر هو القضية الرئيسية لأنه يسمح ببناء خطة التدخل المتعددة المداخل، بما في ذلك التعليم والتدخلات العلاجية التي تهدف إلى تخفيف الأعراض المختلفة.

(Rusu et al,2015:910)

ويعتبر ليو كانر أول من وصف هذا الاضطراب في بداية الأربعينيات من القرن العشرين، وقد اعتمد كانر على وجود هذه المجموعة من الأعراض وقال بوجود زملة مرضية وقد أطلق عليها الذاتوية الطفولية وقد كان هؤلاء الأطفال قبل ذلك إما أن يشخصوا كمتخلفين عقلياً أو أن يشخصوا كفصامين، واستمر الخلط بين اضطراب الذاتوية والفصام حتى ظهرت الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-3) والتي حسمت الخلاف الدائر حول ارتباط التوحد بالفصام حيث اعتبر أن كلاهما كياناً مستقلاً.

(MacFarlane & Kanaya, 2009) (شريف، ٢٠١٤: ٢٨٨)

كما يعتبر تشخيص اضطراب الذاتوية مشكلة شديدة التعقيد وذلك لصعوبة تمييزهم عن غيرهم من الأطفال ذوي الإعاقة العقلية والأطفال الذين يعانون من اضطرابات في اللغة وترجع الصعوبة في ذلك التمييز أو التشخيص لهذه الفئة بسبب تداخل أعراض هذه الفئات. وقد يشخص الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية على أنهم يعانون من الإعاقة العقلية، ويعتبر اضطراب الذاتوية من أكثر الاضطرابات التطورية صعوبة ولا توجد اختبارات طبية لتشخيص حالات اضطراب الذاتوية.

(أبو السعود، ٢٠٠٩)

ويجب أن نشير إلى أنه يتوجب وجود عدد من الاختصاصيين من ذوي الخبرات الجيدة في مجال اضطراب الذاتوية الذي يؤدي بالوصول إلى تشخيص أكثر دقة ويقلل من الأخطاء التشخيصية والاجتهادات الفردية، ولذلك لا بد من تقييم الطفل المشتبه في أنه يعاني من اضطراب الذاتوية من قبل فريق يشمل العديد من التخصصات بحيث يقوم كل عضو فيه بحسب تخصصه بتقييم الطفل ليتم في النهاية اعتماد التشخيص النهائي ويشمل فريق التشخيص على طبيب عام، وطبيب الأطفال، وطبيب الأمراض العصبية، وأخصاصي السمعيات، وأخصاصي النطق واللغة، وأخصاصي التربية الخاصة، وأخصاصي العلاج الطبيعي والوظيفي، والأخصاصي الاجتماعي، والأخصاصي النفسي، والطبيب النفسي.

(Valkanova et al, 2013:13) (عودة، ٢٠١٥: ٥١)

وترتكز عملية التقييم والتشخيص التي يقوم بها الفريق المتعدد التخصصات على عدة مبادئ من

أهمها:

- يجب أن تتم عملية التقييم للمجالات المتعددة في القدرات الوظيفية بما في ذلك المهارات التواصلية والسلوكية والتكيفية الوظيفية والذكائية.
- لا بد من أن تعتمد عملية التقييم وتفسير نتائجها في ضوء البعد النمائي العام، وتحديد جوانب القوة والضعف لدى الطفل.

- أن يأخذ في الاعتبار أن سلوك الطفل الذي يعاني من اضطراب الذاتوية يتغير وفقاً للمواقف المختلفة ودرجة تنظيمها وتعقيدها.
- تقييم مدى تأثير اضطراب الذاتوية على التفاعل الاجتماعي، باعتباره أحد أهم ما يميز الطفل الذي يعاني من اضطراب الذاتوية.
- تقييم التكيف الوظيفي للطفل في سياق حياته اليومية والاستجابة لمتطلباتها.
- أن يؤخذ في الاعتبار تأثير الصعوبات السلوكية على القدرات الوظيفية اليومية للطفل الذي يعاني من اضطراب الذاتوية.

(عبد الله وآخرون، ٢٠٠٩، ٣٤٤)

ولقد طورت بعض أدوات القياس المعينة بتشخيص الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية، وهي عبارة عن مقاييس تصنيف وقوائم شطب، ومن أكثر المقاييس المعيارية شيوعاً ما يلي:

- جدول الملاحظة التشخيصية لاضطراب الذاتوية (ADOS).
- المقابلة التشخيصية لاضطراب الذاتوية (ADI-R) (Emberti et al, 2016: 4).
- نموذج إي تو E2 .
- قائمة شطب سلوك اضطراب الذاتوية (ABC).
- مقياس تصنيف اضطراب الذاتوية في الطفولة (CARS).
- قائمة الشطب للأطفال ذوي اضطراب الذاتوية في سن المشي (CHAT).
- مقياس جيليام لتصنيف اضطراب الذاتوية (Gilliam) .

(الإمام، الجوالده، ٢٠١٠)

ويمكن حصر أهم هذه الأدوات المستخدمة في تشخيص اضطراب الذاتوية كما يلي:

م	اسم أداة التشخيص	الدراسة
١	ADOS & ADI-R	(Mattila et al, 2011)
٣	ADOS & ADI-R	(Gibbs et al, 2012)
٥	DSM-IV-TR/ICD Checklist	(Matson et al, 2012 a)
٦	M-CHAT, BDI-2	(Matson et al, 2012 b)
٧	DSM-IV-TR/ICD Checklist	(Worley & Matson, 2012)
٨	DSM-IV-TR/ICD Checklist	(McPartland et al, 2012)
٩	DSM-IV-TR/ICD Checklist	(Neal et al, 2012)
١٠	CARS	(Geier et al , 2012)

الدراسة	اسم أداة التشخيص	م
(Rieske et al,2013)	DSM-IV-TR/ICD Checklist	١١
(Barton et al,2013)	ADOS & ADI-R	١٢
(Mayes et al,2013)	CASD	١٣
(Mazefsky et al,2013)	ADOS & ADI-R	١٤
(Turygin et al,2013)	ADOS & ADI-R	١٥
(Beighley et al,2014)	DSM-IV-TR/ICD Checklist	١٦
(Beighley & Matson,2014)	DSM-IV-TR/ICD Checklist	١٧
(Beighley et al,2014)	DSM-IV-TR/ICD Checklist	١٨
(Hiller et al,2014)	ADOS, ADI-R, ADEC, CARS	١٩
(Kim et al,2014)	ADOS & ADI-R	٢٠
(Maenner et al,2014)	Clinical observations	٢١
(Mayes et al,2014)	Clinical observations DSM-5	٢٢
(Taheri et al,2014)	DSM-5 checklist	٢٣
(Young and Rodi,2014)	Clinical observations, ADI, CARS	٢٤
(George et al ,2014)	CARS	٢٥
(Yong-Hwee et al,2014)	CARS	٢٦
(Malhi & Singhi,2015)	CARS	٢٧
(Chakraborty et al ,2015)	CARS	٢٨
(Garg et al ,2015)	ADOS-2	٢٩
(Anderson et al ,2015)	ADOS & ADI-R	٣٠
(Wiggins et al ,2015)	ADOS & ADI-R	٣١
(Emberti et al,2016)	ADOS	٣٢

ويتضح من خلال العرض السابق أن أكثر الأدوات استخداما في تشخيص اضطراب الذاتوية كلا من (ADOS & ADI-R) وهذا يتفق مع دراسة أندرسون وآخرون (Anderson et al ,2015 :3117) التي أشارت أن أشهر أدوات تشخيص اضطراب الذاتوية المبنية على الدليل الرابع DSM-IV كل من (ADOS & ADI-R)

معايير تشخيص اضطراب الذاتوية، كما نص عليها في الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي

والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV):

أولاً: ظهور ٦ أعراض أو أكثر على الأقل من المجموعات (١، ٢، ٣) التالية، على أن تكون منها اثنتان من أعراض المجموعة (١) على الأقل، بالإضافة إلى عرض واحدة على الأقل من كل من المجموعتين (٢، ٣)

مجموعة (١)

- قصور كفي Qualitative Impairment في قدرات التفاعل الاجتماعي .
- أ- قصور واضح في استخدام صور متعددة من التواصل غير اللفظي، مثل تلاقى العيون أو تعابير الوجه أو حركات الجسم في المواقف الاجتماعية والتواصل مع الآخرين.
- ب- الفشل في تكوين علاقات مع الأقران تتناسب مع العمر أو مرحلة النمو.
- ج- قصور القدرة على المشاركة مع الآخرين في الأنشطة الترفيهية أو الهوايات أو إنجاز أعمال مشتركة معهم.
- د- غياب المشاركة الوجدانية أو الإنفعالية أو التعبير عن المشاعر.

مجموعة (٢)

- قصور كفي في القدرة على التواصل Qualitative Communication Impairment كما يكشفها واحد على الأقل من الأعراض الآتية:
- أ- تأخر وغياب تام في نمو القدرة على التواصل بالكلام (التخاطب) وحده (بدون مساندة أى نوع من أنواع التواصل غير اللفظي للتعويض عن قصور اللغة).
- ب- بالنسبة إلى الأطفال القادرين على التواصل، يوجد قصور في المبادأة بالحديث مع الشخص الآخر وعلى مواصلة هذا الحديث.
- ج- التكرار والنمطية في استخدام اللغة Idiosyncratic Language.
- د- غياب القدرة على المشاركة في اللعب الإيهامي أو التقليد الاجتماعي الذي يتناسب مع العمر ومرحلة النمو.

مجموعة (٣)

- اقتصار أنشطة الطفل على عدد محدود من السلوكيات النمطية كما يكشف عنها واحد على الأقل من الأعراض الآتية:
- أ- استغراق أو اندماج كلي في واحد أو أكثر من الأنشطة أو الاهتمامات النمطية الشاذة من حيث طبيعتها أو شدتها.

ب- الجمود وعدم المرونة الواضح في الالتزام والاتصاق بسلوكيات وأنشطة روتينية أو طقوس لا جدوى منها.

ج . ممارسة حركات نمطية على نحو متكرر غير هادف، مثل رفرفة الأصابع أو ثنى الجذع إلى الأمام والخلف أو تحريك الأذرع أو الأيدي أو قفز بالأقدام... إلخ.

د- انشغال طويل المدى بأجزاء أو أدوات أو أجسام مع استمرار اللعب بها لمدة طويلة، مثل سلسلة مفاتيح أو أجزاء من زهرة أو نبات أو أسورة أو ساعة إلخ.

ثانياً: تأخر أو شذوذ وظيفي يكون قد بدأ في الظهور قبل العام الثالث من عمر الطفل في واحد مما يلي:
١- التفاعل الاجتماعي.

٢- استخدام اللغة في التواصل أو في التخاطب.

٣- اللعب الرمزي أو الإيهامي التخيلي (أخذ أدوار الكبار).

ثالثاً: غياب أعراض متلازمة الريت Rett أو اضطراب الطفولة التفككي.

(APA,2000) (هالاهان، كوفمان، ٢٠٠٨، ٦٥٠-٦٥١) (رضا، ٢٠١٣)

تاريخ الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM-5 للاضطرابات العقلية:

في عام ١٩٩٩م خططت الرابطة الأمريكية للطب النفسي لمراجعة الدليل الرابع DSM-IV، ونظمت مجموعات عمل لتحديد مواضيع معينة للاجتماع ومناقشتها في ٢٠٠٦ م ومنها مجموعات عمل تختص بالاضطرابات النمائية العصبية التي ركزت على معايير تشخيص اضطراب الذاتوية، وهذه المجموعة بحث التعديلات والتغيرات المطلوبة تعديلها في تشخيص اضطراب الذاتوية (Wodrich et al :2008) وفي عام ٢٠٠٨م أتمت مجموعة العمل المعنية بالاضطرابات النمائية العصبية المكونة من ١٤ عضو مراجعة النسخة الحالية من الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5، بحيث أصبحت مظلة اضطراب الذاتوية تشمل (اضطراب الذاتوية التقليدي-اضطراب أسبرجر - اضطراب النمو الشامل غير المحدد)، وتم إضافة فئة جديدة هي اضطراب التواصل والتفاعل الاجتماعي social communication disorder (SCD) لم تكون موجودة من قبل في الدليل الرابع أو الرابع المعدل.

(King et al., 2013) (King et al, 2014)

وتم عمل نقاشات واجتماعات حول الموافقة أوعدم الموافقة على هذه التعديلات من خلال المختصين والمراكز البحثية وقدمت الرابطة الأمريكية للطب النفسي هذه التعديلات في ديسمبر ٢٠١٢م وتم اعتمادها ونشرها في عام ٢٠١٣.

(Grant& Nozyce, 2013)

واعتمدت الرابطة الأمريكية للطب النفسي علي أدلة واضحة في تطوير وتعديل النسخة الجديدة وتغيرت المظلة من الاضطرابات النمائية الشاملة إلي اضطراب الذاتوية وتم دمج معيار التواصل مع معيار التفاعل الاجتماعي في معيار واحد فقط أكثر إجمالاً تحت مسمى التواصل والتفاعل الاجتماعي (المعيار الأول)، ويحتوي هذا المعيار علي ثلاثة بنود يجب أن ينطبقوا جميعاً علي الطفل المشخص باضطراب الذاتوية، وأيضاً يجب أن ينطبق علي الأقل بندين من البنود الأربعة من (المعيار الثاني) الخاص بالسلوكيات النمطية والمتكررة والاهتمامات والأنشطة المحدودة. (Matson et al, 2012)

كما يجب تحديد درجة المساندة أو الدعم المطلوب لكل حالة وفقاً لمستوى شدة الأعراض أو مستوى الخطورة لديها في مجال التواصل والتفاعل الاجتماعي من جهة ومجال السلوكيات النمطية والمتكررة والاهتمامات والأنشطة المحدودة من جهة أخرى، حيث تم تقسيم الاضطراب إلي ثلاثة فئات تختلف في درجة الدعم والمساندة (المستوى "١" يتطلب دعم-المستوى "٢" يتطلب دعم كبير-المستوى "٣" يتطلب دعم كبير جداً).

(Weitlauf et al, 2014)

وفي استطلاع شمل العديد من المتخصصين في مجال اضطراب الذاتوية بلغ عددهم (٥٤٧) متخص لدراسة التغيرات الجديدة في الدليل الخامس ومدى موافقتهم عليها، أشارت النتائج إلي أن ٩٣,٤ مازالوا يفتتعون أن هناك اختلافات بين اضطراب الذاتوية واضطراب أسبرجر، كما وجدوا أن نسبة ٥٠,٢% ضد هذه التغيرات الجديدة، و فقط ٢٢,٦% موافقين علي هذه التغيرات الجديدة، وسجل المعترضين علي التغيرات الجديدة العديد من الملاحظات حول الاختلافات بين اضطراب اسبرجر وحالات الذاتوية مرتفعة الأداء وبين الأنواع المختلفة من الاضطراب واختلاف الاحتياجات والدعم والمساندة في كل نوع.

(Kite et al, 2013)

ويتفق الباحث مع ما توصلت إليه دراسة (Bennett et al, 2014: 2799) ، من حيث مراعاة بنود الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 عند تشخيص الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية ومراجعة بعض المقاييس والأدوات المستخدمة حالياً في تشخيص اضطراب الذاتوية المبنية علي الدليل الرابع DSM-IV مثل (ADI-R&ADOS).

التغييرات المواكبة للدليل التشخيصي الخامس DSM-5 وأثارها علي تشخيص اضطراب الذاتوية:

ولقد واكب نشر النسخة الخامسة DSM-5 جداً واسعاً منذ الإعلان عن التغييرات الجديدة في معايير التشخيص التي اقترحتها الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2013)، وزادت التساؤلات حول صحة تشخيص DSM-5، حيث توجد اختلافات بين الدليلين الرابع والخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية

في العديد من الدراسات منها دراسة (Mattila et al, 2011)، ودراسة (Wilson et al, 2013) ،
 ودراسة (Timini, 2014)، ودراسة (Robles et al, 2014)، ودراسة (Rodriguez et al, 2014) ،
 ودراسة (Romeroa, 2016:268).

وواحدة من الخلافات المهمة في النسخة الخامسة هي تشخيص اضطراب الذاتوية كما نصت عليه
 النسخة الخامسة من الدليل DSM-5 حيث تم جمع مهارات التواصل مع مهارات التفاعل الاجتماعي في
 فئة واحدة تسمى مهارات التواصل والتفاعل الاجتماعي. وأيضاً أصبح الدليل DSM-5 يجمع فئات
 مختلفة من الاضطرابات النمائية الشاملة (PDD) تحت مظلة واحدة تسمى اضطراب الذاتوية مع تحديد
 مستويات الخطورة وخدمات الدعم والمساندة المختلفة.

(McPartland et al, 1012), (Worley& Matson, 2012)

ومن جهة أخرى هناك اتفاق على مختلف المواد في الدليل الخامس، كما يتضمن التصنيف الجديد
 للتشخيص أكثر الأعراض من حيث الشدة والتكرار مع الأخذ في الاعتبار العلاقة مع مختلف الظروف
 المرضية.

(Gibbs et al, 2012)

كما تتشابه أعراض كل من اضطراب الذاتوية الكلاسيكي واضطراب اسبرجر واضطراب النمو
 الشامل غير المحدد، وهذه أعراض تختلف من البسيط إلى الشديد في الدعم والمساندة في مجالين هما
 التواصل والتفاعل الاجتماعي من جهة، والاهتمامات المحدودة والسلوكيات النمطية والمتكررة من جهة
 أخرى والتغيرات الجديدة إضافة المدخلات الحسية في التشخيص واستخدام المحددات لوصف
 الاضطرابات المصاحبة وشدة الاضطراب أو عوامل الخطورة وهذه الإضافات لم تكون موجودة في الدليل
 السابق.

(Prykanowski et al, 2015:34)

ومن جهة أخرى لم يتاح استخدام الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 حتى الآن في إيطاليا ويتم
 الاعتماد على الدليل التشخيصي الرابع DSM-IV ويتم الاعتماد على التصنيفات الموجودة به في
 تشخيص وتصنيف الاضطرابات النمائية الشاملة.

(Emberti et al, 2016: 3)

فروض الدراسة:

- توجد فروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في
 تشخيص اضطراب الذاتوية.

- توجد فروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية بين الذكور والإناث.

- توجد فروق بين كل محك من محكات الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 بالنسبة للأفراد من ذوي اضطرابات النمو الشاملة.

إجراءات الدراسة:

أولاً منهج الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي في هذه الدراسة للتعرف على الفروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع DSM-4 والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 في تشخيص اضطراب الذاتوية.

ثانياً عينة الدراسة:

يمكن وصف عينة الدراسة كما يلي:

- تكونت عينة الدراسة من (٢٤٢) فرد من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة
- تجمعت عينة الدراسة من ثلاث محافظات هي: محافظة القاهرة "١٨٠" فرد بنسبة ٧٤%، محافظة الشرقية "٤٧" فرد بنسبة ٢٠%، ومحافظة الجيزة "١٥" فرد بنسبة ٦%.
- بلغ عدد الذكور في عينة الدراسة "٢٠٧" بنسبة ٨٥%، بينما بلغ عدد الإناث بلغ "٣٥" بنسبة ١٥%.

أدوات الدراسة:

الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس للاضطرابات العقلية DSM-5 (APA,2013)

قام الباحث بتطبيق المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 على أفراد العينة المكونة من "٢٤٢" فرد من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة وفقاً للدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-4 ، لمعرفة الفروق بين الدليلين في تشخيص اضطراب الذاتوية وتمثل هذه المحكات فيما يلي:

المعالم التشخيصية للدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5

- A-عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال ما يلي، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة):
- عجز عن التعامل العاطفي بالمثل، يتراوح، على سبيل المثال، من الأسلوب الاجتماعي الغريب، مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدنٍ في المشاركة بالاهتمامات، والعواطف، أو الانفعالات، يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي، إلى الشذوذ في التواصل البصري ولغة الجسد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي.
- العجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمها، يتراوح، مثلاً من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات، إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية:

- تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.
- B- أنماط متكررة محددة من السلوك، والاهتمامات، أو الأنشطة وذلك بحصول اثنين مما يلي على الأقل، في الفترة الراهنة أو كما ثبت عن طريق التاريخ، (الأمثلة توضيحية، وليست شاملة)
- نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلاً، أنماط حركية بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات).
 - الإصرار على التشابه، والالتزام غير المرن بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلاً، الضيق الشديد عند التغييرات الصغيرة، والصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم).
 - اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز) مثلاً، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة مفردة المواظبة).
 - فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو اهتمام غير عادي في الجوانب الحسية من البيئة مثل (عدم الاكتراث الواضح للألم/ درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

تحديد الشدة الحالية:

- تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة، المتكررة.
- C- تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن قد لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقاً في الحياة).
- D- تسبب الأعراض تدنياً سريرياً هاماً في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني الحالي، أو في غيرها من المناحي المهمة.
- E- لا تُفسر هذه الاضطرابات بشكلٍ أفضل بالإعاقة العقلية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب الذاتوية يحدثان معاً في كثير من الأحيان، ولوضع التشخيص

المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب الذاتوية، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام.

نتائج الدراسة وتفسيرها

نتائج الفرض الأول:

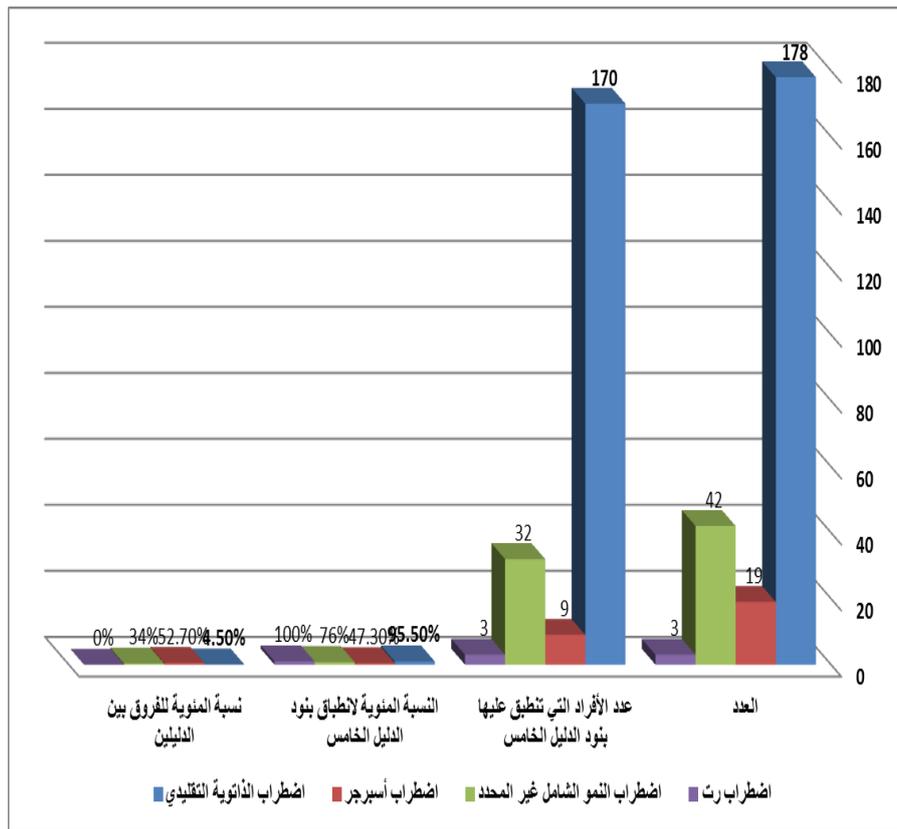
ينص الفرض الأول علي أنه "توجد فروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية".

وللتحقق من صحة هذا الفرض، تمت مقارنة مدى انطباق المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 على عينة الدراسة المكونة من "٢٤٢" فرد من ذوي اضطرابات النمو الشاملة وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول (١)

جدول (١)

الفروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية

م	نوع الاضطراب	العدد	عدد الأفراد التي تنطبق عليها بنود الدليل الخامس	النسبة المئوية لانطباق بنود الدليل الخامس	نسبة المئوية للفروق بين الدليلين
١	اضطراب الذاتوية التقليدي	١٧٨	١٧٠	%٩٥,٥	% ٤,٥
٢	اضطراب أسبرجر	١٩	٩	% ٤٧,٣	%٥٢,٧
٣	اضطراب النمو الشامل غير المحدد	٤٢	٣٢	% ٧٦	% ٢٤
٤	اضطراب رت	٣	٣	%١٠٠	% ٠



شكل (١) يوضح الفروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية

نتائج الفرض الثاني:

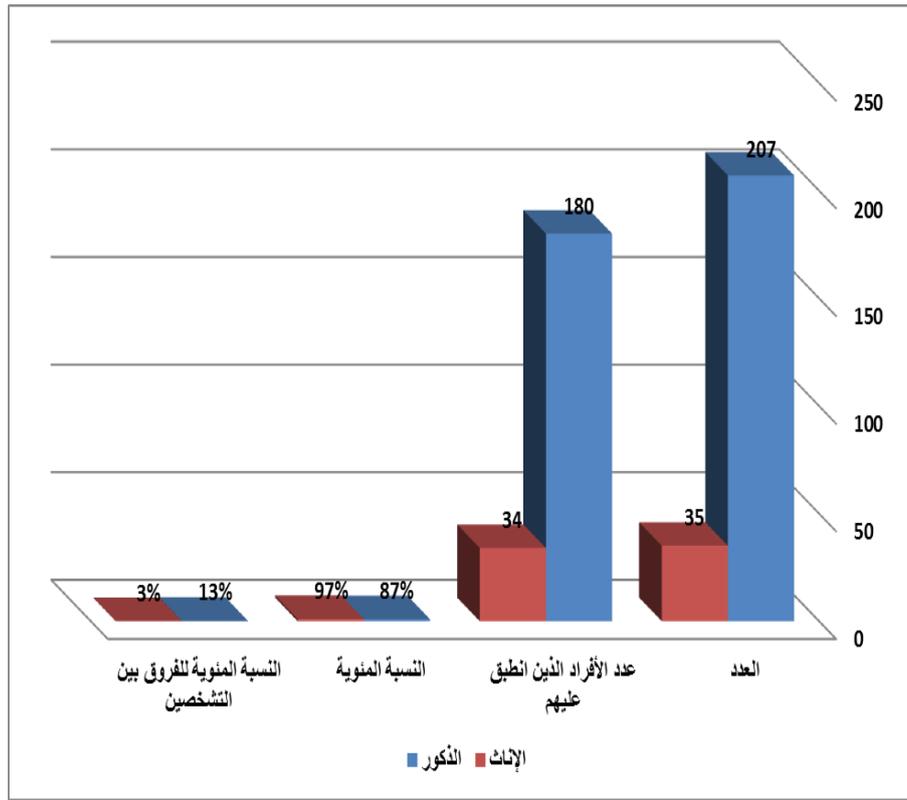
ينص الفرض الثاني علي أنه توجد فروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية بين الذكور والإناث. وللتحقق من صحة هذا الفرض، تمت مقارنة مدى انطباق المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 على عينة الدراسة المكونة من "٢٤٢" من ذوي اضطرابات النمو الشاملة وفق الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع DSM-4 وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول (٢)

جدول (٢)

الفروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص

اضطراب الذاتوية بالنسبة للنوع

م	النوع	العدد	عدد الأفراد التي تنطبق عليها بنود الدليل الخامس	النسبة المئوية لانطباق بنود الدليل الخامس	نسبة المئوية للفروق بين الدليلين
١	الذكور	٢٠٧	١٨٠	٨٧%	١٣%
٢	الإناث	٣٥	٣٤	٩٧%	٣%



جدول (٢) الفروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية بالنسبة للنوع

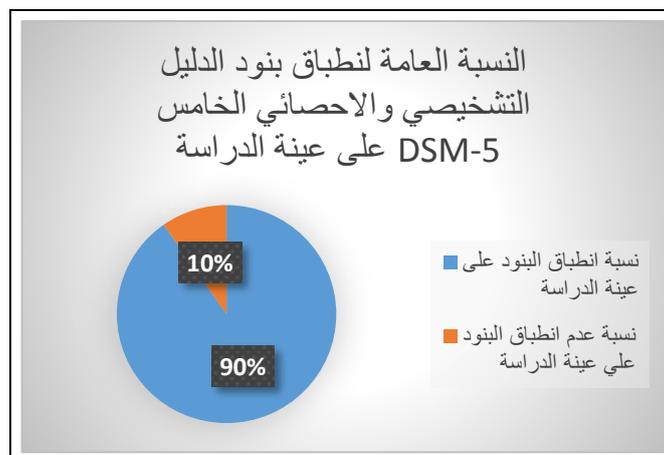
نتائج الفرض الثالث:

ينص الفرض الثالث علي أنه توجد فروق بين كل محك من محكات الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 بالنسبة للأفراد من ذوي اضطرابات النمو الشاملة. وللتحقق من صحة هذا الفرض، تمت مقارنة مدى انطباق كل محك من محكات الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 على عينة الدراسة المكونة من "٢٤٢" من ذوي اضطرابات النمو الشاملة وكانت النتائج كما هي موضحة بالجدول (٣)

جدول (٣)

نسبة انطباق كل محك من محكات الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 على أفراد العينة المكونة من (٢٤٢) فرد ذوي اضطرابات النمو الشاملة

بنود كل محك من محكات الدليل الخامس DSM-5	بنود كل محك من محكات الدليل الخامس DSM-5	بنود كل محك من محكات الدليل الخامس DSM-5
صعوبة في التبادل العاطفي وسلوكيات التواصل اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي	صعوبة في التبادل العاطفي وسلوكيات التواصل اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي	صعوبة في التبادل العاطفي وسلوكيات التواصل اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي
صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي	صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي	صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي
صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها	صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها	صعوبة في إنشاء العلاقات أو الحفاظ عليها أو فهمها
نمطية وتكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام	نمطية وتكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام	نمطية وتكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام
الإصرار على المثلية (تمثيل الأفعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، أو طقسية أو الطبيعة أو السلوك اللفظي وغير اللفظي.	الإصرار على المثلية (تمثيل الأفعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، أو طقسية أو الطبيعة أو السلوك اللفظي وغير اللفظي.	الإصرار على المثلية (تمثيل الأفعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، أو طقسية أو الطبيعة أو السلوك اللفظي وغير اللفظي.
اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز	اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز	اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز
فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط	فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط	فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط
يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل.	يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل.	يجب أن تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل.
يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في المواقف الاجتماعية والوظيفية والمواقف الحياتية الأخرى المهمة.	يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في المواقف الاجتماعية والوظيفية والمواقف الحياتية الأخرى المهمة.	يجب أن تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في المواقف الاجتماعية والوظيفية والمواقف الحياتية الأخرى المهمة.
النسبة العامة	النسبة العامة	النسبة العامة



شكل (٣) نسبة انطباق كل محك من محكات الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 على أفراد العينة المكونة من (٢٤٢) فرد ذوي اضطرابات النمو الشاملة

تشير النتائج إلي وجد فروق بين الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع والدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية الذي يشمل كل من (اضطراب الذاتوية التقليدي - اضطراب أسبرجر - اضطراب النمو الشامل غير المحدد)، ففي هذه العينة المكونة (٢٤٢) لا تنطبق معايير اضطراب الذاتوية وفق الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 على (١٠%) من الأفراد وبالتالي

يتحقق الفرض، وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التي أشارت لوجود فروق بين الدليلين الرابع والخامس ويمكن توضيح ذلك فيما يلي:

ففي دراسة (Gibbs et al , 2012:1750) إلى مقارنة النتائج التشخيصية باستخدام معايير كلاً من الدليل التشخيصي والتصنيفي الرابع المعدل DSM-IV-TR والدليل الخامس DSM-5 لعدد ١٣٢ طفلاً تم تشخيصهم باضطرابات النمو الشاملة وفقاً للدليل الرابع المعدل ، ووجد اتفاق وعدم اختلاف في التشخيص بين الدليلين لعدد ١١١ طفل ، بينما لم تنطبق معايير الدليل الخامس DSM-5 على ٢٦ طفل تم تشخيصه باستخدام الدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR، معظمهم كانوا مصنفيين تحت فئة اضطراب النمو الشامل غير المحدد PDD-NOS.

وفي دراسة (McPartland et al, 2012) بتحليل تشخيص عدد ٩٣٣ طفل شخصوا باضطرابات النمو الشاملة في الدليل الرابع DSM-IV وجد نسبة (٦٠,٦%) فقط منهم تنطبق عليهم معايير الدليل الخامس DSM-5 ، بينما نسبة (٣٩,٤%) منهم لم تنطبق عليهم معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5، ولم يؤثر العمر أو الجنس في هذه الاختلافات ، وكانت نسبة الاتفاق في التشخيص كبيرة في الدليلين بالنسبة لحالات اضطراب الذاتوية الكلاسيكي أو الحالات المصاحبة بإعاقة ذهنية بعكس الحالات غير المصاحبة بإعاقة ذهنية وأيضا اضطراب أسبرجر واضطراب النمو الشامل غير المحدد. وفي دراسة (Maenner et al , 2014:295) المكونة من (٦٥٧٧) طفل تم تشخيصهم باضطراب النمو الشامل وفقاً للدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR وجد من بينهم ٥٣٣٩ طفل تنطبق عليه معايير الدليل الخامس DSM-5 بنسبة ٨١,٢ % .

وفي دراسة (Young & Rodi , 2014: 758)، التي تكونت من ٢١٠ طفل من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة انطبقت معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 على ٥٧,١ % منهم، كما أن أطفال اضطراب أسبرجر واضطراب النمو الشامل غير المحدد من أكثر الفئات التي لم تنطبق عليها معايير الدليل الخامس، ومن النتائج أيضاً عدم انطباق البنود الثلاثة من المعيار الأول "A" الخاص بالتواصل والتفاعل الاجتماعي تسبب ذلك في استبعاد ٣٩ % من الحالات بحيث انطبق عليها بندين فقط ولم يشخصوا باضطراب الذاتوية.

وفي دراسة (Steensel et al, 2015 :2753) تكونت عينة الدراسة من (٩٠) طفل من ذوي اضطرابات النمو الشاملة الذين تم تشخيصهم وفقاً للدليل التشخيصي الرابع المعدل DSM-IV-TR ، وجد أن ٨٨ طفل منهم يتفق تشخيصهم مع المقابلة التشخيصية المعدلة لاضطراب الذاتوية ADI-R بنسبة اتفاق (٩٧,٨%)، بينما وجد ٢٧ طفل منهم لا تتفق عليه معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 بنسبة اختلاف بلغت (٣٠%) ، وأكثر أوجه الاختلاف والفروق كان في المعيار (B) من

معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 الخاصة بأنماط المحدودة والمتكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة حيث وجد أن (٢٥) طفل بنسبة (٢٧,٨%) ، حيث لم ينطبق عليهم بندين من البنود الأربعة في هذا المعيار (B) وانطبق بندين شرط للتشخيص في المعيار الثاني، وهؤلاء الأطفال كانوا مشخصين وفقاً للدليل التشخيصي الرابع المعدل DSM-IV-TR من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة، منهم (٨) أطفال أسبرجر وعدد (١٨) طفل من ذوي اضطراب النمو الشامل غير المحدد، كما يوجد طفل واحد فقط من ذوي اضطراب الذاتوية التقليدي. مما يؤكد على وجود اختلافات بين الدليلين الرابع المعدل والخامس لتصنيف وتشخيص الاضطراب العقلية في تشخيص اضطراب الذاتوية.

وفي دراسة (Romeroa,2016: 269)، حيث وجد أنه من بين ١٢٠ طفل من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة وفقاً للدليل التشخيصي الرابع تم انطباق معايير الدليل التشخيصي الخامس DSM-5 على (٥٧) طفل ولم تنطبق على (٦٣) طفل.

ولقد وجد الباحث أيضاً في الدراسة الحالية أن أكثر الفئات التي لا تنطبق عليها معايير الدليل الخامس هي فئة اضطراب أسبرجر وبلغت نسبتها ٥٢,٧% من حالات الأسبرجر في عينة الدراسة المكونة من "١٩" فرد من ذوي اضطراب أسبرجر، ويليه اضطراب النمو الشامل غير المحدد حيث بلغت نسبة عدم انطباق محكات الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس ٣٤% في عينة الدراسة المكونة من "٤٢" فرد.

كما تبدو العلاقة عكسية بين الحالات المرتفعة من ذوي الاضطرابات النمائية الشاملة وبين تشخيصها باضطراب الذاتوية وفق الدليل الخامس حيث وجد أن حالات اضطراب أسبرجر (٢٥%) واضطراب النمو الشامل غير المحدد (٣٨,٣%) أقل الحالات التي ينطبق عليها معايير الدليل الخامس بالمقارنة باضطراب الذاتوية التقليدي (٧٥,٨%)

(McPartland et al ,2012) (Gibbs et al,2012)

ومن نتائج الدراسة أيضاً وجود فروق في انطباق معايير الدليل الخامس بين الجنسين، ففي الذكور كانت الفروق كبيرة وبلغت نسبتها ١٣%، بينما كانت الفروق في الإناث صغيرة ٣% ويرجع الباحث هذا الاختلاف إلى أن شدة أعراض اضطراب الذاتوية في الإناث تكون أكبر مما جعل الفروق صغيرة بين الدليل بالنسبة للإناث وكبيرة بالنسبة للذكور.

وتشير النتائج لوجود فروق في نسبة انطباق كل محك من محكات الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5 على حدة بالنسبة لعينة الدراسة الحالية المكونة من (٢٤٢) مشخصين باضطراب النمو الشامل وفق الدليل التشخيصي الرابع DSM-4 كما يتضح من الجدول (٣)

كما يشير الباحث إلى أن نسبة العامة للاتفاق بين الدليلين في الدراسة الحالية بلغت ٩٠ % أعلى من النسبة التي توصلت لها دراسة (Maenner et al, 2014:295) ، حيث بلغت ٨١,٢ % في عينة مكونة من (٦٥٧٧) طفل تم تشخيصهم باضطراب النمو الشامل وفقاً للدليل الرابع المعدل DSM-IV-TR ، حيث وجد من بينهم ٥٣٣٩ طفل تنطبق عليه معايير الدليل الخامس DSM-5 بنسبة ٨١,٢ % . من خلال نتائج الدراسات السابقة ونظراً لوجود فروق بين الدليلين الرابع والخامس في تشخيص اضطراب الذاتوية يجب تطوير المقاييس المستخدمة حالياً في تشخيص اضطراب الذاتوية لتكون أكثر دقة وموضوعية وصدق بحيث تستوفي معايير اضطراب طيف الذاتوية الواردة في النسخة الخامسة من الدليل (DSM-5) وهذا يتفق مع دراسة (White et al, 2014).

التوصيات:

١. مراعاة المحكات التشخيصية للدليل التشخيصي الخامس DSM-5 عند تشخيص اضطراب الذاتوية
٢. إجراء مزيد من البحوث حول آليات التشخيص الدقيق لاضطراب الذاتوية
٣. ضرورة عمل مراجعات للكثير من أدوات التشخيص المستخدمة حالياً مع الأطفال ذوي اضطراب الذاتوية.

البحوث المقترحة:

١. التشخيص الفارق بين اضطراب الذاتوية واضطراب التواصل والتفاعل الاجتماعي.
٢. بناء مقياس لتشخيص اضطراب الذاتوية وفق معايير الدليل التشخيصي والتصنيفي الخامس DSM-5.
٣. أثر اختلاف أدوات التشخيص على نسبة انتشار اضطراب الذاتوية

المراجع**المراجع العربية:**

١. الإمام (محمد)، الجوالده (فؤاد)، (٢٠١٠): التوحد ونظريات العقل. عمان: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
٢. أبو السعود (نادية)، (٢٠٠٩): الطفل التوحد في الأسرة. القاهرة: مؤسسة حورس الدولية.
٣. حافظ (بطرس)، (٢٠١٠): إرشاد ذوي الحاجات الخاصة وأسرههم ٢، عمان: دار المسيرة.
٤. رضا (محمد)، (٢٠١٣): برنامج كمبيوتر لتنمية مهارات اللغة الاستقبالية لدى الأطفال الذاتويين، ماجستير، كلية التربية للطفولة المبكرة، جامعة القاهرة.
٥. شريف، (السيد)، (٢٠١٤): مدخل إلى التربية الخاصة. القاهرة: دار الجوهرة للنشر والتوزيع.
٦. عبد الله (هشام)، حمودة (صفاء)، المحمدي (أيمن) وآخرون، (٢٠٠٩): المرجع في التربية الخاصة. الرياض: مكتبة الشقري.
٧. عوده (محمد)، (٢٠١٥): تشخيص وتنمية مهارات الطفل الذاتوي. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٨. هالاهان (دانيال)، كوفمان (جيمس)، (٢٠٠٨): سيكولوجية الأطفال غير العاديين وتعليمهم. (ترجمة: عادل عبد الله محمد)، عمان: دار الفكر للنشر والتوزيع.

المراجع الأجنبية:

9. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Rev). Washington, DC: American Psychiatric Association.
10. American Psychiatric Association, (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
11. Anderson George M, Montazeri Farhad, Bildt Annelies, (2015): Network Approach To Autistic Traits : Group and subgroup Analyses of ADOS Item Scores , J Autism Dev Disord , Vol 45 ,pp 3115–3132.
12. Barton, M. L., Robins, D. L., Jashar, D., et al, (2013): Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder in

- toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5),pp: 1184–1195
13. Beighley, J. S., & Matson, J. L., (2014): Comparing social skills in children diagnosed with autism spectrum disorder according to the DSM-IV-TR and the DSM-5. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26, pp: 689–701.
14. Beighley, J. S., Matson, J. L., Rieske, R. D., and et al., (2013): Comparing challenging behavior in children diagnosed with autism spectrum disorders according to the DSM-IV-TR and the proposed DSM-5. *Developmental Neurorehabilitation*, 16(6), pp: 375–381.
15. Beighley, J. S., Matson, J. L., Rieske, R. D., et al, (2014): Differences in stereotypic behavior in adults diagnosed with autism spectrum disorders using the DSMIV- TR and the DSM-5. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 26(2), 193–202.
16. Chakraborty Satabdi, Thomas Pramod, Bhatia Triptish et al , (2015): Assessment of Severity of Autism Using the Indian Scale for Assessment of Autism, *Indian Journal of Psychological Medicine* , Apr - Jun , Vol 37 , Issue 2, pp :169-174.
17. Emberti Gialloreti, Benvenuto Arianna, Battan Barbara, et al., (2016): Can biological components predict short-term evolution in Autism Spectrum Disorders? A proof-of-concept study, *Journal of Pediatrics*, 42:70, pp: 1-13.
18. Garg Shruti, Plasschaert Ellen, Descheemaeker Mie-Jef et al, (2015): Autism Spectrum Disorder Profile in Neurofibromatosis Type I, *J Autism Dev Disord*, 45, pp: 1649–1657.
19. Geier D. A., Kerna J. K., Geier M.R. (2012) : Comparison of the Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC) and the Childhood Autism

- Rating Scale (CARS) for the Quantitative Evaluation of Autism, *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 6 , pp :255–267,
20. George .B. Padmam. R, Nair. M. et al.,(2014): CDC Kerala 11: Diagnosis of Autism Among Children Between 2 and 6 y - Comparison of CARS against DSM-IV-TR. *Indian J Pediatr (December) 81(Suppl 2)* pp:S125–S128.
21. Gibbs Vicki, Aldridge Fiona, Chandler Felicity. et al, (2012): Brief Report: An Exploratory Study Comparing Diagnostic Outcomes for Autism Spectrum Disorders Under DSM-IV-TR with the Proposed DSM-5 Revision. *J Autism Dev Disord.* 42, pp: 1750–1756.
22. Grant, R., & Nozyce, M., (2013): Proposed changes to the American Psychiatric Association diagnostic criteria for autism spectrum disorder: Implication for young children and their families. *Maternal and Child Health Journal*, 17,pp : 586-592
23. Grzadzinski, R., Huerta, M., & Lord, C. (2013): DSM-5 and autism spectrum disorders (ASDs): An opportunity for identifying ASD subtypes. *Molecular Autism*, 4, 12.
24. Hiller, R. M., Young, R. L., Weber, N., (2014): Sex differences in autism spectrum disorder based on dsm-5 criteria: Evidence from clinician and teacher reporting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42,pp : 1381–1393
25. Kim, Y. S., Fombonne, E., Koh, Y. J., Kim, S. J., et al., (2014): A comparison of DSM-IV pervasive developmental disorder and DSM-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(5),pp : 500–508

26. King, B. H., Veenstra-Vanderweele, J., & Lord, C., (2013): DSM-5 and autism: Kicking the tires and making the grade. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52, pp :454-457
27. King, B. H., Navot, N., Bernier, R., & Webb, S. J., (2014): Update on diagnostic classification in autism. *Current Opinion in Psychiatry*, 27, pp: 105-109.
28. Kite, D. M., Gullifer, J., & Tyson, G. A., (2013): Views on the diagnostic labels of autism and Asperger disorder and the proposed changes in the DSM. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43, pp: 1692-1700.
29. Kulage Kristine M., Smaldone Arlene M., Cohn Elizabeth G., (2014): How Will DSM-5 Affect Autism Diagnosis? A Systematic Literature Review and Meta-analysis, *J Autism Dev Disord* (2014) 44:1918–1932
30. MacFarlane, J. R., & Kanaya, T., (2009): What does it mean to be autistic? Interstate variation in special education criteria for autism services. *Journal of Child and Family Studies*, 18(6), pp: 662-669
31. Maenner, M. J., Rice, C. E., Arneson, C. L., et al., (2014): Potential impact of DSM-5 criteria on autism spectrum disorder prevalence estimates. *JAMA Psychiatry*, 71(3), pp : 292–300
32. Malhi Prahbjot & Singhi Pratibha, (2015): Adaptive Behavior Functioning in Children with Autism, *Indian J Pediatr* (August) 82(8), pp : 677–681
33. Mattila, M. L., Kielinen, M., Linna, S. L., (2011): Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 583. pp: 511–592.

34. Matson, J. L., Hattier, M. A., & Williams, L. W. (2012): How does relaxing the algorithm for autism affect DSM-5 prevalence rates? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 42, pp: 1549-1556.
35. Mayes, S. D., Black, A., & Tierney, C. D., (2013): DSM-5 underidentifies PDDNOS: Diagnostic agreement between the DSM-5, DSM-IV, and checklist for autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 7(2), pp :298–306
36. Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Murray, M. Jet al., (2014): Final DSM-5 under-identifies mild autism spectrum disorder: Agreement between the DSM-5, CARS, CASD, and clinical diagnoses. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 8(2), pp :68–73
37. Mazefsky, C., McPartland, J., Gastgeb, H., et al, (2013): Brief report: Comparability of DSM-IV and DSM-5 ASD research samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(5), pp: 1236–1242.
38. McPartland, J. C., Reichow, B., & Volkmar, F. R., (2012): Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51, pp: 368-383.
39. Neal, D., Matson, J. L., & Hattier, M. A. et al, (2012): A comparison of diagnostic criteria on the autism spectrum disorder observation for children (ASD-OC). *Developmental Neurorehabilitation*, 15(5), pp: 329–335.
40. Prykanowski Debra A., Gage Nicholas A. Conroy Maureen A., (2015) : Educational Implications of the DSM- 5 Criteria for Autism Spectrum Disorders. *Beyond Behavior*, Vol . 24, Iss. 2, pp:31-38
41. Rieske, R. D., Matson, J. L., Beighley, J. S., and et al., (2013): Comorbid psychopathology rates in children diagnosed with autism

- spectrum disorders according to the DSM-IV-TR and the proposed DSM-5. Developmental Neurorehabilitation
42. Robles, R., Fresan, A., Evans, S. et al, (2014): Problematic, absent and stigmatizing diagnoses in current mental disorders classifications Results from the WHO-WPA and WHOIUPsyS Global Surveys. International Journal of Clinical and Health Psychology, 14,pp: 165-177:
43. Rodriguez-Testal, J. F., Senin-Calderon, C. et al,(2014): From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. International Journal of Clinical and Health Psychology, 14,pp:221-231
44. Romero Marina, Aguilar Juan Manuel, Mejias Angel Del-Rey- et al, (2016): Psychiatric comorbidities in autism spectrum disorder: A comparative study between DSM-IV-TR and DSM-5 diagnosis. International Journal of Clinical and Health Psychology (2016) 16,pp: 266-275
45. Rusu Cristina, Preda Cristina, Sireteanu Adriana et al. (2015) :Risk Factors in Autism Spectrum Disorders:The Role of Genetic,Epigenetic.Immune and Environmental Interactions, Environmental Engineering and Management Journal April, Vol. 14, No. 4,pp: 901-917
46. Steensel Francisca J. A. , Bogels Susan M. , de Bruin Esther I., (2015) : DSM-IV Versus DSM-5 Autism Spectrum Disorder and Social Anxiety Disorder in Childhood: Similarities and Differences. J Child FAM Stud, 24, pp: 2752–2756.
47. Taheri, A., Perry, A., & Factor, D. C., (2014): Brief report: A further examination of the DSM-5 autism spectrum disorder criteria in practice. Journal on Developmental Disabilities, 21(1), pp: 116–121.

48. Timini, S., (2014): No more psychiatric labels: Why formal psychiatric diagnostic systems should be abolished. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, pp: 208-215.
49. Turygin, N. C., Matson, J. L., Adams, H., et al, (2013): The effect of DSM-5 criteria on externalizing, internalizing, behavioral and adaptive symptoms in children diagnosed with autism. *Developmental Neurorehabilitation*, 16(4), 277–282.
50. Virues- Valkanova V, Rhodes F, Allan CL et al, (2013): Diagnosis and management of autism in adults, *The Practitioner*, Vol 257 , N 1761, pp 13-16.
51. Weitlauf, A. S., Gotham, K. O., Vehom, A. C., et al., (2014): Brief report: DSM-5 'levels of support' a component on discrepant conceptualizations of severity in ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, pp: 471-476.
52. White, S. W., Smith, L. A., & Schry, A. R., (2014): Assessment of global functioning in adolescents with autism spectrum disorders: utility of the Developmental Disability-Child Global Assessment Scale. *Autism*, 18, pp: 362-369.
53. Wiggins Lisa D., Reynolds Ann, Rice Catherine E. et al, (2015): Using Standardized Diagnostic Instruments to Classify Children with Autism in the Study to Explore Early Development. *J Autism Dev Disord*, 45, pp: 1271–1280.
54. Wodrich, D. L., Pfeiffer, S. I., & Landau, S., (2008): Contemplating the new DSM-5: Considerations from psychologists who work with school children. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, pp: 626-632
55. Worley, J. A., & Matson, J. L., (2012): Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria

and the proposed DSM-V diagnostic criteria. Research in Autism Spectrum Disorders, 6, 965-970.

56. Yong-Hwee Nah, Young Robyn L., Brewer Neil.(2014): Using the Autism Detection in Early Childhood (ADEC) and Childhood Autism Rating Scales (CARS) to Predict Long Term Outcomes in Children with Autism Spectrum Disorders. J Autism Dev Disord , 44:pp :2301–2310.
57. Young, R. L., & Rodi, M. L., (2014): Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 44(4), pp: 758–765.