

## تطور تشخيص طيف التوحد في ضوء المعايير العالمية ل: CFTMEA. DS M-5. ICD-11 دراسة تحليلية مقارنة

### Development of the diagnostic process for Autism Spectrum Disorder under international criteria of: CFTMEA. DS M-5. ICD-11 Comparative and Analytic study

المخبر إكلينيكي / كلية علم النفسي والتربية والأرطفونيا / جامعة سطيف 2 / الجزائر.	التربية المختصة	سعودي فطيمة الزهراء * Saudi Fatima Zohra <a href="mailto:saouditoma@gmail.com">saouditoma@gmail.com</a>
المخبر إكلينيكي / كلية علم النفسي والتربية والأرطفونيا / جامعة سطيف 2 / الجزائر.	التربية المختصة	خالد عبد السلام Abdsalam khaled <a href="mailto:Absalam05@yahoo.fr">Absalam05@yahoo.fr</a>
DOI : 10.46315/1714-011-001-021		

الإرسال: 2020/06/29 القبول: 2020/10/26 النشر: 2022/01/16

**ملخص:** تعد مرحلة التشخيص حجر الزاوية في عملية إعادة التأهيل لطيف التوحد، حيث لها هدفين رئيسيين، الأول وهو الهدف العلمي المعرفي و الثاني العملي التطبيقي و التي من خلالهما يتم رسم استراتيجية محكمة في التأهيل المناسب، و يستند الممارسون أثناء عملية تشخيصهم لطيف التوحد على محكات و معايير متفق عليها تابعة لهيئات ومنظمات ناشطة في مجال طيف التوحد حيث تقوم بالتجديد المستمر لها وفقا للدراسات و المستجدات فيما يخص طيف التوحد، و هذا ما تصبو إليه هذه الورقة البحثية في تسليط الضوء على هذه المعايير و كيفية تطورها عبر الزمن بالإضافة إلى رصد أهم الفروق الجوهرية بينها.

الكلمات المفتاحية: معايير التشخيص؛ طيف التوحد؛ DSM- 5؛ ICD - 11؛ CFTMEA

**Abstract:** The diagnostic phase is the cornerstone of the rehabilitation process of Autism Spectrum Disorder. It has two main objectives: the first is a cognitive and scientific one, and the second is a practical application. Through which objectives a rigorous strategy is developed to get the appropriate rehabilitation. During the diagnosis of the Autism Spectrum Disorder, practitioners refer to agreed standards and criteria established by some bodies and organisations working in the field of Autism Spectrum Disorder who renew continuously those standards and criteria according to studies and developments related to the Autism Spectrum Disorder. The objective of this research paper is to highlight these standards and criteria and how they develop over time in addition to monitoring the most important differences between them.

**Keywords:** criteria diagnostic; Autism Spectrum Disorder; DSM- 5; ICD - 11; CFTMEA.

## مقدمة:

تعد الطفولة مرحلة نمائية أكثر عرضة لظهور الاضطرابات وأشكال من الصعوبات التي تنحرف عن معايير النمو العادي، وبالتالي يسمح لنا بالتحدث عن الطفل غير عادي أو من ذوي الاحتياجات الخاصة. وتحتاج هذه الفئة من الأطفال إلى مراكز مزودة ببرامج وكادر خاص لإعادة تأهيلهم والتكفل بهم ويعتبر القرن 20م هو بداية حقيقة لإرساء قواعد ثابتة لرعاية فئات المعوقين وأصبح المجتمع بشكل عام ينظر إلى التربية الخاصة كعلم يختص بالتعامل مع تلك الفئات الأكثر خصوصية كالأشخاص المعوقين سمعيا وبصريا وحركيا والمتخلفين ذهنيا والتوحيدين.

## مشكلة الدراسة:

تعتبر فئة اضطراب طيف التوحد من بين الفئات ذوي الاحتياجات الخاصة التي أخذت حيز كبير من الاهتمام خاصة بعد تسجيل نسب متزايدة في حالات انتشاره عبر العالم حيث صرحت The National Health Interview Survey (NHIS) سنة 2016 بأن نسبة انتشار طيف التوحد قد بلغ 25 لكل 1000 طفل (موزعين بنسبة 1 من كل 26 طفل لصالح الذكور ونسبة 1 من كل 93 طفل لصالح الإناث) وخلص التقرير إلى أن طيف التوحد يؤثر على 1% من تعداد السكان العالمي. (Essa, M, 2020, 6), ويمكن إرجاع هذا التزايد الملحوظ خاصة في أواخر التسعينات لعدة أسباب منها زيادة الوعي وكذلك تطور آليات الكشف المبكر وتطور معايير التشخيص الدقيق الذي يعتبر حجر الزاوية في عملية التكفل الملائم لكل فرد نظرا لخصوصية سمات طيف التوحد. وبما أن اضطراب طيف التوحد يظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل والتي يظهر جليا بها ضعف حاد أو شديد في التواصل والتفاعل الاجتماعي وبالإضافة إلى معايير أخرى تتمثل في بعض السلوكيات الغير تكيفيه التي تختلف من طفل توحيدي لآخر. وهذا ما دفع العديد من الباحثين في جميع التخصصات التابعة لمنظمات عالمية حكومية وغير حكومية من أبرزهم منظمة الصحة العالمية WHO من خلال إصدارها لتصنيف ICD والجمعية الأمريكية للطب النفسي APA من خلال إصدارها للدليل الإحصائي DSM وكذا الجمعية الفرنسية للاضطرابات العقلية عند الطفل والراشد CFTMEA بهدف وضع معايير دقيقة لتشخيص طيف التوحد والتي تمثل حجر الزاوية في التكفل الجيد بهذه الفئة. والتي تضمن أحسن الطرق المناسبة له مراعية في ذلك قدراته ومستوى كفاءته، وهذا نظرا لطبيعة هذا الاضطراب من ناحية تباين أعراضه وكذا تحديد درجته وشدته، بالإضافة إلى تشابهه بعض الاضطرابات الأخرى أو وجود اضطرابات مصاحبة له. وهذا ما تصبو إليه هذه الورقة

البحثية في تسليط الضوء على ماهية اضطراب طيف التوحد وإبراز أهم المعايير العالمية لتشخيص طيف التوحد وذلك بطرحها للتساؤلات التالية:

1. أي من المعايير الدولية الثلاثة CFTMEA و DSM-5 و ICD-11 تعتبر هي الأهم لتشخيص طيف التوحد؟

2. هل توجد فروق بين المعايير العالمية CFTMEA و DS M-5 و ICD-11 في تشخيص طيف التوحد لصالح معايير تشخيص DS M-5؟  
الفرضيات:

1. يعتبر كل من CFTMEA و DSM-5 و ICD-11 من أهم المعايير العالمية لتشخيص طيف التوحد إلى حد كبير.

2. توجد فروق بين معايير العالمية CFTMEA و DS M-5 و ICD-11 في تشخيصها لطيف التوحد الأهداف: تهدف هذه الدراسة إلى:

1. التعرف على أي من المعايير الثلاثة CFTMEA و DSM-5 و ICD-11 تعتبر هي الأهم عالميا لتشخيص طيف التوحد.

2. التعرف على أهم الفروق بين المعايير العالمية لكل من CFTMEA و DS M-5 و ICD-11 في تشخيصها طيف التوحد.

أهمية الدراسة:

جاءت هذه الدراسة للفت انتباه المهتمين والباحثين الأكاديميين عامة والممارسين في الميدان خاصة إلى أهمية عملية التشخيص مستنديين في ذلك على معايير تشخيص طيف التوحد المعمول بها في الهيئات والمنظمات والجمعيات الناشطة في ميدان طيف التوحد.

تساهم الدراسة في تقييم المعايير العالمية الثلاثة CFTMEA و DS M-5 و ICD-11 الخاصة بتشخيص طيف التوحد

تساهم الدراسة في توجيه الممارسين في الميدان للاعتماد أحسن المعايير العالمين في تشخيص طيف التوحد.

## 1. تحديد المصطلحات:

### 1.1. تعريف طيف التوحد:

تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل الإحصائي الخامس DSM5 بأنه: "هو اضطراب عصبي نمائي يتحدد بمعياريين وهما التواصل والتفاعل الاجتماعي والنمطية بالإضافة إلى الحساسية للألم." (Pierre, Ph, 2015, 26)

تعريف الجمعية الفرنسية للاضطرابات العقلية عند الطفل والراشد CFTMEA في آخر إصدار لها في 2012 بأن: "طيف التوحد يندرج تحت مضلة الاضطرابات النمائية الشاملة ولقد تخلت عن تصنيفها القديم باعتباره من ذهانات الطفولة، وأدرجت تحته عدة تصنيفات هي: التوحد الطفولي، متلازمة اسبرجر، اضطراب توحد الطفولي التفككي، اضطرابات النمو الشاملة الأخرى، اضطراب النمو الشامل غير المحدد، dysharmonies psychotiques." (Tardif, C, 2014, P28)

تعريف المنظمة العالمية للصحة WHO في تصنيفها ICD- 11 سنة 2016: "يتميز اضطراب طيف التوحد بعجز مستمر في التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل، كما يظهر على شكل مجموعة من أنماط السلوك المقيدة والمتكررة وحساسية للمدخلات الحسية التي تختلف فيما بينها في الدرجة والتكرار والتركيز مع تطور النمو." (Baird, G, 2016, P 3)

ومما سبق يمكن تعريف طيف التوحد على أنه اضطراب نمائي الذي يظهر في 3 سنوات الأولى من حياة الطفل ويتمثل في خلل في التواصل والتفاعل الاجتماعي والنمطية المتكررة من السلوكيات المقيدة والاهتمامات وكذا الحساسية للألم، وتختلف فيما بينها في الشدة والحدة من طفل لآخر.

### 2.1. تعريف معايير التشخيص:

يعرفه سيد سليمان: " بأنه تحديد نمط الاضطرابات الذي أصاب الفرد على أساس الأعراض والعلامات أو الاختبارات والفحوص." (سيد سليمان، ع، 2012، 93)

أما النمر فيرى بأن: " التشخيص يشمل كل من التقييم والقياس والملاحظة وبناء على ذلك يتم

إصدار الحكم على وجود الصفة أو السمة." (النمر، ع، 2006، 20)

في يحن يعتبره السيد على بأنه: " هي أساس الحكم على أداء الأفراد في ضوء أداء الأفراد الفعلي، وتأخذ الصيغة الكمية في أغلب الأحوال، وتتحدد في ضوء الخصائص الواقعية لهذا الأداء."

(السيد على، م، 2011، 306)

أما المركز الفدرالي لجودة التعليم العالي في الولايات المتحدة: "بأنه ما يمكن استخدامه للتمييز بين الجيد وغير الجيد في العملية التعليمية." (صالح الرميح، ن، 2015، ص3)  
من خلال ما سبق يمكن أن نعرف معايير التشخيص وفقا لدراستنا بأنه هو تقويم علمي شامل لاضطراب طيف التوحد والذي يتم من خلال رصد الأعراض والعلامات الخاصة بطيف التوحد بواسطة فحوصات وملاحظات ومقابلات ومجموعة من التقييمات المستندة إلى معايير مرجعية التي يمكننا من خلالها التمييز بين السواء واللاسواء والتي ينجزها فريق متكامل من الاخصائيين.  
2. الدراسات السابقة حول تشخيص طيف التوحد:

دراسة عبد المالك حيي وعيسى تواتي إبراهيم (2015) في مقال معنون ب" اضطرابات الذاتية بين الصعوبات التشخيصية والأفاق العلاجية" والتي استعرض من خلاله التوحد بمختلف جوانبه بنظرة شاملة بداية من التشخيص وأدواته وأهم الصعوبات التي تواجه المختصين في تحديد أعراضه ووصولاً إلى أهم البرامج العلاجية.  
ودراسة أخرى لنايف بن عابد الزارع (2015) والتي هدفت إلى معرفة جودة عملية التشخيص في مراكز ومعاهد التربية الخاصة في ضوء معايير مجلس الأطفال غير العاديين في مدينة جدة " والتي طبقت على مجموعة من المتغيرات تمثلت في الجنس وسنوات الخبرة ونوع المركز (حكومي/خاص)، وتكونت عينة الدراسة من (429) من معلمي ومعلمات التربية الخاصة، ومن أبرز نتائجها هو تصدر بعد تقويم الفرد والبرنامج في المرتبة الأولى بمتوسط حسابي يبلغ (3,98) أما بعد القيادة والسياسات ففي المرتبة الأخيرة بمتوسط حسابي بلغ (2,98)، وأسفرت نتائج الدراسة أيضاً عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عملية التشخيص تعزي إلى متغير الجنس في جميع المجالات وفي الدرجة الكلية. ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في عملية التشخيص يعود إلى سنوات الخبرة لصالح ذوي خبرة (15 سنة) فأكثر في بعد القيادة والسياسات وبعد التنمية المهنية والممارسات الأخلاقية وبعد تطوير البرنامج وتنظيمه وبعد البحوث والتقني. ووجود فرق ذات دلالة إحصائية فيما يخص طبيعة المركز حكومي/خاص في جميع المجالات والدرجة الكلية وجاءت لصالح المراكز الخاصة.

ودراسة محمد عبد الفتاح الجابري (2014) التي وردت في مقال له والمعنون ب" التوجهات الحديثة في تشخيص اضطراب طيف التوحد في ظل المحكات التشخيص الجديدة" والتي هدف من خلاله إلى توضيح التغيرات التي تطرأ على البناء المفاهيمي لاضطراب طيف التوحد وفق أهم

المستجدات والمعلن عنها في DSM5 وكما أشار للتحديات التي تواجه عملية التشخيص كما اقترح طرق للتغلب عليها.

ومن جهة أخرى نجد دراسة كل من عاكف عبد الله الخطيب وسهيل محمود الزعبي ومجدولين بن عبد الرحمن (2012) فقد هدفت إلى تقييم برامج وخدمات التربية في مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية وفقا للمعايير العالمية والتي تكونت من (100) مركز ومؤسسة للإعاقة الفكرية في الأردن الحكومية- خاص تطوعي - دولي)، كما تم بناء أداة لتقييم مستوى فاعلية البرامج تطويرها، كما أعتمد على المنهج الوصفي وتوصلت النتائج إلى أن هناك فاعلية في مستوى بعد البرامج والخدمات. أما دراسة الطاهر قيروود وموزو بركو التي هدفت إلى التعرف على مدى تكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر المختصين الواقع والمأمول، وأجريت الدراسة على مستوى 9 مؤسسات معنية بالتكفل بأطفال طيف التوحد منها 5 مؤسسات حكومية وخاصة، على عينة متكونة من 43 مختص وبالاعتماد على استبيان، وتوصلت هذه النتائج هذه الدراسة إلى أن مؤسسات التكفل هي عبارة عن مؤسسات عمومية لا تحترم المعايير الدولية في مجال التكفل بأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

ومما سبق يتضح لنا أن الدراسات السابقة كان هدفها المشترك هو تسليط الضوء على عملية تشخيص طيف التوحد ومدى فعاليتها وكذا جودتها وأهم الصعوبات التي تواجه المختصين عند التشخيص، إلا أنها اختلفت في طريقة تناولها فدراسة محمد عبد الفتاح الجابري تطرقت إلى جانب تشخيص طيف التوحد على ضوء معايير الطبعة الجديدة ل DSM5 وأهم التغييرات التي طرأت عليه مقارنة بالنسخ القديمة، بينما دراسة نايف بن عابد الزارع تطرقت لجودة عملية التشخيص على ضوء معايير مجلس الأطفال غير العاديين لمدينة جدة، في حين أن دراسة كل من عبد المالك حبي وعيسي تواتي إبراهيم فقد تطرقا لاضطراب طيف التوحد بصفة شاملة عن كيفية التشخيص وأهميته مراحلها وكذا أهم المقاييس للتشخيص ووصولاً إلى أهم البرامج العلاجية . أما دراسة عاكف عبد الله الخطيب وسهيل محمود الزعبي ومجدولين بن عبد الرحمن فهتفت إلى تقييم برامج وخدمات التربية في مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية وفقا للمعايير العالمية، ودراسة الطاهر قيروود وموزو بركو والتي هدفت إلى التعرف على مدى تكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر المختصين.

ومن خلال استعراضنا لأوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة نشير إلى أن دراستنا تتفق مع هذه الدراسات في موضوعها الرئيسي وهدفها العام وهو موضوع التشخيص لطيف

التوحد وتختلف عنها في عدة جوانب وتتميز عنها في أنها ستكشف عن أي من المعايير العالمية هي الأهم والأحسن في تشخيص طيف التوحد من خلال المقارنة بين ثلاث محكات ومعايير للتشخيص معترف بها. كما ستفيد دراستي كقراءة تحليلية حول التغيرات الجذرية التي طرأت على مختلف هذه المعايير بنظرة داخلية وخارجية.

3. التعريف بأهم المنظمات العالمية التي تعنى بوضع معايير التشخيص لطيف التوحد:

3.1. الجمعية النفسية الأمريكية (APA): هي منظمة متخصصة للأخصائيين النفسيين تهدف لتقديم علم النفس كعلم ومهنة وكوسيلة لتحقيق رفاهية الإنسان، من خلال تعزيز البحث، وتحسين كفاءات وظيفية للأخصائيين النفسيين من خلال مستويات عالية من الأخلاقيات، والسلوك، والتعليم، والانجاز، وزيادة نشر المعرفة السيكولوجية من خلال الاجتماعات والتقارير والأبحاث والمناقشات والنشرات. (بدير، ك، حافظ، ن، 2007، 59)

وهي التي تصدر الدليل الإحصائي التشخيصي للأمراض العقلية (DSM) وحسب هذا الدليل فان كل اضطراب يتم تسميته وتصنيفه من خلال إعطاء رقم رمزي ومعايير منتظمة له بحيث يمكن تمييزه عن اضطراب آخر. (الدخيل، ع، 2016، 59)

3.2. المنظمة العالمية للصحة WHO: هي مؤسسة متخصصة تابعة للأمم المتحدة تهدف إلى مكافحة الأمراض وخاصة الأمراض الوبائية ودائمة الانتشار، كما تعمل على تشجيع الأبحاث الطبية وتقديم خدمات على المستوى العالمي. (سعيقان، أ، 2004، 365)

وتصدر المنظمة العالمية للصحة WHO التصنيف العالمي للأمراض ICD والذي أصبح مقبولاً بشكل واسع خارج الولايات المتحدة الأمريكية خاصة بعد طبعته الثامنة ICD-8. (الرزقات، ف، 2015، 33)

3.3. الجمعية الفرنسية لتصنيف الأمراض العقلية للطفل والراشد (CFTMEA):

ولقد وضعت من قبل روجر مازاس R.Misé وأتباعه 1958 م، وهي موجهة للأطباء النفسيين المختصين بالأطفال والمراهقين وأيضاً يستخدمها الممارسين في الميدان. (Borelle, C, 2017, 64)

الجانب الميداني:

اعتمدنا على المنهج التحليلي المقارن كونه الأنسب لهذه الدراسة حيث من خلاله يمكننا توضيح أنماط العلاقة المتبادلة داخل الظواهر فيما بينها وبين بعضها وذلك بواسطة توضيح التشابهات والاختلافات التي تبينها الظواهر.

وقبل التطرق إلى المقارنة بين معايير المنظمات العالمية في تحديدها لمعايير تشخيص طيف التوحد فإننا حولنا تسليط الضوء على كل منظمة على حدا و رصدنا أهم انجازاتها والتغيرات الجذرية التي مرت بها عبر الزمن وفق مستجدات العصر ومتطلباته من منظور داخلي ثم المقارنة بين المعايير المختلفة من منظور خارجي.

#### 4. تشخيص الدليل الإحصائي للأمراض العقلية DSM وفق نظرة داخلية:

لم يظهر طيف التوحد في الطبعة الأولى والثانية من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات العقلية والذي تصدره الجمعية الأمريكية للطب النفسي 1952 و 1968م. وظهر أول مرة في الطبعة الثالثة للدليل التشخيصي الإحصائي عام 1980م، وتضمنت محكات مرتبة كالتالي:  
وفي البداية نشير إلى أنها كانت تحتوي على 16 بنداً موزعة على محكين أساسين كالتالي:  
المحك الأول: والذي يتضمن قصور نوعي في مجال التفاعلات الاجتماعية والتواصل اللفظي وغير لفظي وكذا النشاط التخيلي ومحدودية الأنشطة والاهتمامات.  
المحك الثاني: ويجب أن يظهر الاضطراب في مرحلة الطفولة أي بعد 36 شهر. (الشقير، ز، 2008، 109)

#### 4. 1. 2. محك التشخيص للنسخة المعدلة الرابعة DSM-R4:

في هذه الطبعة أشتراط أن توفر 6 أعراض على الأقل من 3 أعراض، وذلك من خلال توفر عرضين من المجموعة الفئة (01) وعرض واحد من فئتي المجموعتين: المجموعة (02) أو المجموعة (03).  
حيث يصنف كل محك على مجموعة من الفئات كالتالي:

الفئة الأولى: العجز في التفاعل الاجتماعي.

الفئة الثانية: العجز النوعي في التواصل الاجتماعي.

الفئة الثالثة: النمطية والمحدودية في السلوك والنشاطات والاهتمامات.

المحك الثاني: حيث يكون التأخر في 3 سنوات في السلوكيات التالية:

التفاعل الاجتماعي وتأخر في استخدام اللغة اللفظية أثناء التواصل الاجتماعي واللعب الرمزي

المحك الثالث: أن لا تكون هذه الأعراض دالة على متلازمة ريت أو اضطراب تفكك انحلال الطفولة (TED). (Hollander, E, Anagnostou, E, 2007, 10)

ويمكننا أن نوضح أوجه الاختلاف بين الطبعتين الثالثة والرابعة للدليل الإحصائي التشخيصي وذلك في النقاط التالية:

1. صياغة تعريف لطيف التوحد وذلك لإغفاله في الدليل الإحصائي التشخيصي في طبعته الثالثة DSM 3.
  2. وضع طيف التوحد في محور الأول ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة التي يمكن أن تتطور وتحسن في الطبعة الرابعة، على عكس الطبعة الثالثة التي كانت في محور الثاني الذي يشمل التخلف العقلي واضطرابات الشخصية التي تستمر لفترة طويلة.
  3. في الطبعة الرابعة تم دمج مجموعة من العناصر ليصل عدد المعايير إلى 12 معيار بدلا من 16 في الطبعة الثالثة.
  4. اشترط 3 محكات في تشخيص الطبعة الرابعة بدلا من 6 محكات في الطبعة الثالثة.
5. 3.1. 3. محك التشخيص في طبعته الخامسة DSM-5:
- لقد أحدث تحولات جذرية في الطبعة الخامسة DSM -5 وذلك بعد 30 سنة خاصة في مجال تشخيص طيف التوحد، حيث تم إدراجه ضمن الاضطرابات النمائية العصبية. وسنبرز أهم التغييرات الحاصلة فيه بموازاة مع التصنيف الرابع في النقاط التالية:
1. استثناء متلازمة ريت من فئات اضطراب طيف التوحد، وذلك لإدراجها ضمن الاضطرابات المعرفية الجينية. وأن سبب حدوثها هو طفرة وراثية في الجين MeCp-2 المحمول على أحد كروموزم Xالمقرر لجنس الأنثى.
  2. استخدام مصطلح جديد هو " اضطراب طيف التوحد " ويرمز ل ه ASDوالذي يجمع فيه جميع التصنيفات الضمنية للتوحد: اضطراب التوحد، متلازمة اسبرجر، اضطراب التفككي الطفولي، اضطراب النمائي الشامل غير محدد. والذي انعكس أيضا لعدم حاجة المختصين للتشخيص الفارقي، كما أن جميع الفئات لا تختلف مع بعضها البعض في المعايير وإنما تختلف من حيث شدة الأعراض السلوكية ومستوى اللغة ودرجات الذكاء. إلا أنه في التصنيف الجديد يولي أهمية كبيرة لمدى وجود الاضطرابات المصاحبة لطيف التوحد وهذا عكس ما كان موجودا في التصنيف الرابع والذي كان يشير إليه فقط في التوصيات.
  3. الاستناد إلى معيارين بدلا من ثلاث معايير في الطبعة الرابعة، وهي مصنفة في الشكل رقم (01) كالتالي:
- الشكل رقم(01): يمثل معايير تشخيص طيف التوحد وفق الطبعة الخامسة DSM-5

صعوبات في الأنماط السلوكية والإهتمامات و الأنشطة  
المحدودة و التكرارية و النمطية

- النمطية أو التكرارية في الحركات الجسدية
- الإصرار على الرتابة، الإلتزام الجامد غير المرن بالروتين
- اهتمامات محدودة ثابتة بصورة عالية والتي تبدو غير عادية من حيث مستوى شدتها أو نوعية تركيزها
- فرط أو إنخفاض في الإستجابة للمدخلات الحسية أو الإهتمامات غير عادية لجوانب البيئة الحسية

قصور في التواصل و التفاعل الإجتماعي

- قصور التفاعل الإجتماعي - الانفعالي المتبادل و المتبدد
- قصور في السلوكيات التواصلية عبر اللفظية و المستخدمة في التفاعل الإجتماعي
- قصور في القدرة على الإجتماعية و المحافظة على استمراريتها تطوير العلاقات

4. عدد الأعراض التي يتم بها التشخيص هي 7 أعراض سلوكية موزعة على 3 أعراض في المعيار الأول و 4 أعراض في المعيار الثاني، وهذا عكس ما كان موجودا في التصنيف السابق حيث كان 12 عرض موزعة على 4 أعراض سلوكية لكل معايير التشخيص.
5. تحديد مستوى شدة الأعراض بالنسبة للممارسين أثناء عملية التشخيص والذي كان مغيبا في التصنيف الرابع، حيث من خلال هذا التحديد يتم الاستناد عليه فيما بعد من أجل إعطاء الدعم والتأهيل المناسب لكل فرد، ولقد تم تحديد ثلاث مستويات للتدخل والدعم، حيث يقل مستوى الدعم بانخفاض مستوى شدة الأعراض تنازليا.
6. تمديد المدى العمري في التصنيف الجديد الذي تظهر فيه الأعراض إلى سن 8 سنوات على عكس ما كان موجودا في التصنيف الرابع والذي كان في حدود سن 3 سنوات.
7. ورد في التصنيف الخامس فئة جديدة وهي فئة اضطراب التواصل الاجتماعي: والتي يظهر فيها أفراد هذه الفئة أعراض من المعيار الأول فقط وغياب الأعراض من المعيار الثاني، والتي يمكننا أن نسقطها على اضطراب النمائي الشامل غير محدد في التصنيف الرابع.(أحمد السيد، ه، السيد أحمد، إ، 2019، 29)

4.2. معايير التشخيص لطيف التوحد وفق التصنيف الدولي للأمراض ICD نظرة داخلية: في سنة 1993م تم إدراج طيف التوحد في IDC ضمن اضطرابات النمو الشامل TED. حيث كان يصنفه إلى عدة فئات وهي: التوحد الطفولي، توحد غير مصنف، متلازمة اسبرجر، اضطرابات الطفولة غير محدد، متلازمة الريت، اضطرابات النمو الشاملة، اضطرابات النمو الشاملة غير

محددة، اضطراب الانتباه المصاحب للتخلف الذهني والحركات النمطية. (فاروق، أ، الشربيني، م، 2014، 98)

كما تم تحديد عدة معايير لتصنيف طيف التوحد يمكن حصرها في النقاط التالية:

1. يبدأ في الظهور قبل 3 سنوات.
2. يتميز بضعف في التفاعل الاجتماعي.
3. خلل في التفاعل ونقص نوعي في التقليد.
4. يتميز بسلوكيات نمطية والمتكرر ومحدد.
5. ظهور مشاكل في اللاوعي المصاحبة لاضطراب طيف التوحد كالخوف/الرهاب واضطرابات في النمو خاصة عندما تترافق مع إعاقة ذهنية شديدة.
6. استمرار سمة العجز معه طول فترة نموه في جميع مراحلها. (مصطفى، أ، الشربيني، ك، 2011، 118)

4. 2. 2. محكات التشخيص الواردة التصنيف الدول للأمراض في طبعته العاشرة المصححة ICD-R 10 في سنة 2000 : والتي أورد فيه المعايير مرتبة كالتالي:

1. يشترط قبل 3 سنوات.
2. قصور نوعي وواضح في التفاعل الاجتماعي المتبادل.
3. قصور واضح في التواصل الاجتماعي.
4. اهتمامات محدودة ونشاطات متكررة.
5. مصاحبة اضطراب طيف التوحد غير محددة مشاكل كالخوف واضطراب الأكل والنوم وإيذاء الذات. (المقابلة، ج، 2016، 108)

4. 2. 3. محكات تشخيص الواردة في التصنيف الدولي للأمراض في طبعته الحادية عشر

ICD-11 (2017): لقد أجريت تغييرات جذرية في آخر طبعة للتصنيف ICD-11 نذكرها فيما يلي:

1. العجز الدائم والمستمر في البدء والحفاظ على التفاعل والتواصل الاجتماعي المتبادل.
2. مجموعة من الاهتمامات والسلوكيات المحددة والمتكررة والنمطية.
3. يظهر اضطراب طيف التوحد في مراحل الطفولة المبكرة لكن الأعراض قد لا تظهر كلها بشكل كامل مجتمعة، وقد تظهر كلها في وقت لاحق.

4. كما أكد على أن العجز في السلوكيات المحددة سابقا تؤدي به إلى انخفاض وحتى تدهور أداء الفرد على المستوى الشخصي والعائلي والتعليمي والمهني، كما أن درجة الانخفاض والتأثر بحسب الظروف الاجتماعية والثقافية.

5. في التصنيف الجديد أصبح اضطراب فرط النشاط وطيف التوحد يظهران في نفس الوقت.

6. تم عزل متلازمة اسبرجر واضطرابات النمو الغير مصنف في فئة واحدة وتخلى عنها في التصنيف الجديد. (Stein, J, Szatmari, P, 2020,4)

ومن خلال ما سبق لنا طرحه فيما يخص تصنيفات في الطبعين ICD-10 و ICD-11 يظهر اختلاف جذري ايضا فيما يخص وقت ظهور طيف التوحد حيث تم توسيع مدى ظهوره إلى الطفولة المبكرة على عكس ما كان سابقا يحدد قبل ثلاث سنوات. كما أنهم قاموا بالتخلي عن متلازمة اسبرجر واضطرابات النمو الشامل غير محدد وجمعهما في فئة واحدة، وهذا عكس ما كان سابقا حيث كانوا يعتبرونهم فئات تندرج تحت طيف التوحد، إضافة أنه أصبح بالإمكان الجمع في التشخيص بين اضطراب طيف التوحد واضطراب فرط النشاط كاضطراب مصاحب.

4. 3. معايير تشخيص طيف التوحد وقف المنظمة الفرنسية للاضطرابات العقلية للطفل والراشد CFTMEA وفق نظرة داخلية:

في سنة 1970 لم يتم إدراج طيف التوحد في التصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والراشد، لكن اقترح كل من Moniot & Mises تصنيفا لذهان الطفولة والذي صنفاه إلى أربع فئات هي: ذهان مبكر، ذهان في مرحلة الكمون، ذهان حاد، حدود الذهان.

5. 3. 1. معايير تشخيص طيف التوحد وفق CFTMEA في سنة 1933:

أصر التصنيف CFTMEA على الإبقاء على المصطلح "الذهان" بدلا من مصطلح اضطراب طيف التوحد، كما اعتمد في تشخيصه للتوحد في مرحلة الطفولة المبكرة على نوع توحد كانر الذي يمكن تحديده أهم معاييرها في النقاط التالية:

1. يبدأ ظهوره في السنة الأولى وتكتمل صورته قبل 3 سنوات.
2. كما تم تصنيف الذهان (طيف التوحد) إلى مجموعة من الاضطرابات المميزة ب:

- انسحاب التوحد.
- المقاومة للتغيير.
- النمطية.

● غياب اللغة أو اضطراب في اللغة أو استعمال لغة خاصة.

● عدم التناسق في النمو النفسي المعرفي. (Ould Talabe, M, 2009, 20)

2. 3. 4. معايير تشخيص CFTMEA في طبعته سنة 2000:

في هذه الطبعة تم إضافة تصنيف اضطرابين لأنهما أكثر انتشارا، إضافة إلى توحد كانر وهما فئة " متلازمة اسبرجر" و"اضطراب الطفولي التفككي". (Oul talabe, M, 2015, 110)

3. 3. 4. محك التشخيص CFTMEA في آخر طبعة سنة 2012 :

في آخر إصدار للتصنيف CFTMEA والمراجع، تم إدراج طيف التوحد ضمن اضطرابات النمو الشاملة TED كما قاموا بتصنيفه إلى عدة فئات مختلفة هي:

1. توحد طفولي مبكر.
2. توحد أو TED يصاحبه تخلف ذهني مبكر.
3. متلازمة اسبرجر.
4. Dyssharmonies psychotique (ذهانات ذات تجليات عوزية).
5. اضطراب التفككي الطفولي.
6. TED & TED -NS.

كما قاموا بجميع هذه التغيرات وذلك من خلال الاطلاع والتواصل مع خبراء في التصنيف العاشر ICD-10، ولكن مع المحافظة دائما على المفهوم الأول والأصلي ألا وهو "ذهان الطفولة" والذي من خلاله دائما يحاول طرح أسئلة اصطلاحية ومعرفية. (Contejean, Y, Doyen, C, 2012, 13)

وبعد عرضنا لمختلف معايير كل من CFTMEA وDSM-5 وICD-11 وفق مقارنة داخلية لكل تصنيف بكل التغيرات التي مر عليها عبر الزمن، سنحاول وضع مقارنة تحليلية لهذه المعايير وفق نظرة خارجية فيما بينها كالتالي:

1. 5. مقارنة بين معايير CFTMEA وICD-10 :

مما سبق نلاحظ أنه لا يمكن وضع مقارنة بين التصنيف CFTMEA وتصنيف ICD-10 وذلك لأن المعايير التي جاء بها التصنيف CFTMEA ماهي إلا امتداد لما جاء في معايير ICD-10، كما تم التصريح من قبل التصنيف CFTMEA على الاعتماد الكلي للتصنيف ICD-10 منذ سنة 2005 عند تشخيص طيف التوحد، بشرط الإبقاء على أصالة تصنيف فيما يخص الجانب النفسي والذي

يؤمن بأن طيف التوحد ما هو إلا نوع من أنواع الذهانات كميزة للتصنيف CFTMEA عن باقي التصنيفات الأخرى في محاولة منه للدفاع عن توجهه.

#### 2.5. المقارنة بين معايير تشخيص كل من DSM-5 و ICD-10 :

نلاحظ مما سبق أنه يتميز كلا التصنيفين باختلاف في مستوى تصنيف الفئات الضمنية لطيف التوحد. حيث يصنف DSM-4 فئة اضطراب النمو الشامل غير مصنف وفئة توحد طفولي غير محدد في فئة واحدة وكلاهما يقابلان فئة التوحد غير مصنف في تصنيف ICD-10. أما فئة فرط النشاط المصاحب للتخلف الذهني النمطي في ICD-10 لا يوجد لها تصنيف في DSM-4، أما فيما يخص المعايير فنلاحظ اتفاق كلا التصنيفين في المعايير السلوكية عند تشخيص طيف التوحد ويمكن حصرها في ثلاث مستويات وهي: من حيث بداية ظهور الأعراض حيث تكون قبل سن 3 سنوات، مستوى محك التواصل الاجتماعي ومستوى معيار الأنشطة والاهتمامات.

#### 3.5. مقارنة بين معايير CFTMEA و ICD-11 :

مما سبق نلاحظ أنه لا يمكن وضع مقارنة بين التصنيف CFTMEA وتصنيف ICD-10 وذلك لأن المعايير التي جاء بها التصنيف CFTMEA ماهي إلا امتداد لما جاء في معايير ICD-10، كما تم التصريح من قبل التصنيف CFTMEA على الاعتماد الكلي للتصنيف ICD-10 منذ سنة 2005 عند تشخيص طيف التوحد، وبالتالي اعتمادهم الأوتوماتيكي للمعايير الجديدة.

#### 4.5. مقارنة بين معايير التصنيفين الجديدين لكل من DSM-5 و ICD-11 :

بعد صدور الإصدار الأخير ل ICD-11 والذي يلاحظ أن لديه رؤية موازنة ومتماشية مع DSM-5 وبالتالي سهل على المختصين التوصل إلى اتفاق نسبي بين المعايير في عملية تشخيص طيف التوحد، خاصة فيما يخص وقت ظهور طيف التوحد وهو مرحلة الطفولة المبكرة على عكس ما كان سابقا في كل التصنيفات القديمة والتي كانت تحدده قبل سن 3 سنوات، كما تم دمج متلازمة اسبرجر واضطراب النمو الشامل غير المحدد في فئة واحدة في التصنيف ICD-11 وبالتالي أصبح يتماشى مع تصنيف DSM-5 فيما يخص توحيد الفئات. كما تم الاتفاق بين التصنيفين فيما يخص مصاحبة اضطراب فرط النشاط اللطيف للتوحد بعدما كان منفصلين في ICD-10.

ومن خلال المقارنات السالفة الذكر بين مختلف المعايير العالمية من منظور داخلي وكذا خارجي، فإننا يمكن أن نقول بأنه تحققت الفرضية الأولى والقائلة بأنه: "تعتبر كل من CFTMEA و DSM-5 و ICD-11 من أهم المعايير العالمية لتشخيص طيف التوحد." وهذا من خلال استمرار هذه التصنيفات بالتنقيحات عبر الزمن مواكبة في ذلك المستجدات الأبحاث والتطورات فيما يخص التوحد من قبل المهتمين بالتربية الخاصة. وهذا ما أكدته دراسة كل من عبد المالك حي وعيسي تواتي إبراهيم (2015) والتي استعرض

من خلالها طيف التوحد بمختلف جوانبه بنظرة شاملة بداية من التشخيص وأدواته وكما أشارا إلى أهم الصعوبات التي تواجه المختصين في تحديد أعراضه، كما تبرز أيضا المقارنة بين المعايير الثلاثة (CFTMEA و DSM-5 و ICD-11) الأهمية التي يولها المختصون لمرحلة التشخيص في عملية التكفل بطيف التوحد واعتبارها ركيزة أساسية في مسار التكفل في شطريها الذي يتمثل في وضع تقرير التشخيص النهائي بخصوص الفصل في وجود طيف التوحد والشطر الأخر الذي يكمن في وضع البرنامج الفردي المناسب وفق قدرات كل طفل على ضوء التقرير النهائي والذي يعتبر شرط أساسي لنجاح أي برنامج علاجي. كما يجب التأكيد بهذه المعايير لعدة اعتبارات والتي نذكر منها: هو توحيد التشخيص عبر جميع الثقافات والمستويات لتسهيل عملية التشخيص وتعميمها، وكذا تسريع بعملية التدخل المبكر للأطفال ذوي طيف التوحد والتي تعتبر نقطة فارقة في التكفل بطيف التوحد، وأن أي خلل في التشخيص أو عدم احترام المعايير الواردة في التصنيفات يؤدي بالضرورة إلى عدم تقدم في البرنامج إن لم نقل عدم فائدته، وهذا ما أكدته دراسة كل من الطاهر قيرو وموز بركو التي وتوصلت نتائجها إلى أن مؤسسات التكفل هي عبارة عن مؤسسات عمومية لا تحترم المعايير الدولية في مجال التكفل بأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وأيا من خلال المقارنات بين متخلف المعايير توصلنا إلى تحقق الفرضية الثانية والتي تقول بأنه: "توجد فروق بين معايير العالمية CFTMEA و DSM-5 و ICD-11 في تشخيصها لطيف التوحد." حيث أن كل من التصنيفات العالمية الثلاث (CFTMEA و ICD-11 و DSM-5) وضعت معايير ويتم تطويرها وتنقيحها في كل مرة، لكن ما يميز هذه المعايير أنه بالرغم من اختلاف في الخلفية التفسيرية لاضطراب طيف التوحد إلا أنها كلها تحاول جاهدة لوضع تشخيص دقيق لطيف التوحد. إلا أن ما لاحظناه وبعد تصريح التصنيف CFTMEA باعتماده على التصنيف العاشر ICD-10 يمكننا أن نتخلى عن التصنيف CFTMEA في المقارنة بين المعايير، في المقابل بقيت المقارنة بين التصنيف ICD-11 و DSM-5 حيث نلاحظ أن هناك تغييرات جذرية على مستوى التصنيفين خاصة في تصنيف DSM-5 منذ 2013م والذي يعتبر نقلة نوعية في التشخيص مما يجدر بالذكر أنه أصبح أكثر التشخيص دقة وأسهل من قبل، حيث يمكن تحديد طيف التوحد وفق الشدة والحدة دون اللجوء إلى تصنيف نوع التوحد والذي كان يمثل يمكن أن تتفادى منه جدل بين المختصين عند وضع التشخيص وريح للوقت. وهذا ما أكدته دراسة محمد عبد الفتاح الجابري (2014) والتي وضحت من خلالها التغييرات التي طرأت على البناء المفاهيمي لاضطراب طيف التوحد وفق أهم المستجدات والمعلن عنها في DSM5 وكما أشار للتحديات التي تواجه عملية، أما بالنسبة للتشخيص ب ICD-11 فما زال قيد التجريب لذا لا يمكننا وضع أحكام مسبقة عليه، إلا أن ما يميز هذه الطبعة الجديدة هو أنه أصبح هناك مرونة أكثر بينه وبين تصنيف DSM-5 ويمكن إرجاع هذا التناغم إلى الاحتكاك المتواصل بين الباحثين لكلا التصنيفين وتبادل الخبرات الجديدة فيما بينهم الذي يعزز قوة كل منهما وبالتالي الحصول على معايير دقيقة وبسيطة للمهنيين والممارسين في الميدان وكذا المهتمين بطيف

التوحد في محاولة منهم لتوحيد المعايير العالمية لتشخيص طيف التوحد من اجل التحكم أكثر في إعادة تأهيل هذا الاضطراب وتقديم خدمات أحسن من خلال تقديم تشخيص ذات جودة عالية، وهذا ما أكدته دراسة كل من عاكف عبد الله الخطيب وسهيل محمود الزعبي ومجدولين بن عبد الرحمن(2012)والتي حاولوا من خلالها تقييم برامج وخدمات التربية في مؤسسات ومراكز الإعاقة الفكرية وفقا للمعايير العالمية وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك فاعلية في مستوى بعد البرامج والخدمات. ويمكن إرجاع هذا التقدم في هذا البعد إلى التغييرات التي طرأت هذه المؤسسات باعتمادها على التنقيحات الجديدة للمعايير والواردة في التصنيفات العالمية سالفة الذكر.

ومما سبق نستنتج أن المعايير الثلاثة هي معايير ذات تأثير عالمي لما تقدمه من خدمات لصالح فئة طيف التوحد. وهذا يظهر من خلال إجراءات لتحديثات وتغييرات على معاييرها تماشيا مع المستجدات العلمية التي تخص طيف التوحد، ومن خلال طرحنا يتبين لنا أنه بإمكاننا التخلي عن تصنيف الجمعية الفرنسية CFTMEA وذلك لاعتمادها الكلي على النسخة القديمة لتصنيف ICD-10، وهي الأخرى قامت بإصدار نسخة الجديدة الحادية عشرة والتي مازالت قيد التجريب في بعض من دول العالم منذ سنة 2018. لذلك لا يمكننا تعميم نتائجها ومدى نجاعة هذه النسخة من حيث دقة المعايير التي وضعها لتشخيص طيف التوحد. وبالتالي بقي لنا تصنيف DSM-5 والذي يعتبر مرجع معتمد منذ 2013. ومعهم على مستوى عالمي وقد تم التمرس عليه من قبل المختصين من خلال القيام بدورات تدريبية على كيفية التشخيص بالمعايير الجديدة خاصة وأنها أصبحت أكثر سهولة ومرونة بالنسبة للمختصين.

لكن بالرغم من الاعتماد على هذه المعايير إلا أنها تحتاج إلى مختص أو فريق من المختصين المتمرسين ذوي خبرة علمية وعملية عالية بمعايير التشخيص حتى يستطيعوا تحديد وضبط وملاحظة السلوكيات الدقيقة التي يبدئها طفل طيف التوحد. وهذا ما أكدته نتائج دراسة نايف بن عابد الزارع(2015) والتي توصلت نتائجها إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية لصالح فئة الخبرة 15 سنة فما فوق. وهنا تبرز أهمية الخبرة المهنية للمختصين لضمان جودة في عملية التشخيص.

\*- خاتمة:

نظرا لتباين الأنساق الفكرية والأطر النظرية التفسيرية لاضطراب طيف التوحد والذي يمس جوانب النمو المختلفة والسلوكية خاصة منها، إلا أن العلماء والباحثين في التربية الخاصة حاولوا التغلب عليها بوضع مجموعة من المعايير التي تساعدهم في وضع تشخيص دقيق لاضطراب طيف التوحد، والتي يتم تحديدها وتعديلها وفق مستجدات والتطورات العلمية باستمرار من قبل الهيئات والمنظمات الناشطة في مجال طيف التوحد، ومن خلال المقارنة التحليلية بين كل من المعايير الجديدة لـ CFTMEA وDS M-5 وICD-11و أيضا على ضوء تحقق فرضياتنا فقد تبين لنا أنه يمكن أن نستغني عن CFTMEA لأنها تعتمد حاليا على التشخيص القديم لل ICD-10 منذ 2005، وبما أن المنظمة العالمية وضعت تصنيف جديد

ICD-11 قيد التجريب في بعض البلدان حول العالم، لذلك يمكننا القول بأن DSM-5 يعتبر المرجع الأول في تشخيص طيف التوحد كونه أكثر المعايير أقدمية وخبرة، كما أنه أصبح أكثر مرونة من ذي قبل من حيث تشخيص طيف التوحد بالنسبة للمختصين أثناء عملية التكفل بالطفل طيف التوحد. وكذا التدخل السريع والمبكر للحالات للحصول على نتائج مرضية. ومن خلال الأسطر السابقة يمكننا أن نستنبط عدة توصيات هي كالآتي:

1. الاستناد إلى التصنيفين الأخيرين ICD-11 و DSM-5 عند تشخيص التوحد، مع تحفظنا على ICD-11 لأنه مازال قيد التجريب والتصحيح حيث نشر في بلدان مختلفة حول العالم. لذا ننصح المختصين من وجهة نظرنا باستخدام معايير الخاصة ب DSM-5 لأنه ذو موثوقية حاليا باعتباره أكثر المعايير التي مورست منذ عدة سنوات.

2. إعطاء أهمية لعملية التشخيص وكذا مواكبة التطورات المستجدة على المعايير.

3. تكثيف الدورات التدريبية الخاصة بمعايير الجديدة لمساعدة المختصين في عملية التشخيص.

## المراجع:

### المراجع باللغة العربية:

1. احمد السيد، مصطفى هشام، السيد أحمد، إبراهيم جابر. (2019). خفايا التوحد وأشكاله وأسبابه وعلاجه. دسوق: دار العلم والإيمان.
2. إبراهيم الزارع، نايف بن عابد. (2005). قائمة تقدير سلوك التوحد، عمان، الأردن: دار الفكر
3. السيد على، محمد. (2011). موسوعة المصطلحات التربوية. عمان: دار المسيرة.
4. النمر، عصام. (2006). محاضرات في أساسيات القياس والتشخيص في التربية الخاصة. الأردن: اليازوري
5. باسكويل، ج، ويتمان، إ. ترجمة، بدير، ك، حافظ، ن. (2007). معجم المصطلحات إعاقات النمو، القاهرة، مصر: عالم الكتب.
6. بن عابد الزارع، نايف بن عابد. ( 2010 ). المدخل إلى اضطراب طيف التوحد التشخيص والتدخلات العلاجية. عمان، الأردن: دار فايا.
7. خلف المقابلة، جمال. (2016). اضطراب طيف التوحد للتشخيص والتدخلات العلاجية. عمان، الأردن: دار فايا
8. سعيغان، أحمد. (2004). قاموس المصطلحات السياسية والدستورية والدولية. بيروت، لبنان: مكتبة لبنان
9. عبد الله الدخيل، عبد العزيز. (2016). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية. عمان: دار المناهج
10. عبد الله، سليمان. (2012). معجم مصطلحات اضطراب التوحد، مكتبة أنجلو المصرية، القاهرة.
11. فاروق، أ.، الشربيني، ك. (2014). التوحد الأسباب التشخيص والعلاج. ط 2. عمان، الأردن: دار المسيرة
12. فاروق، أ.، الشربيني، ك. (2011). التوحد الأسباب التشخيص والعلاج، ط 1. عمان، الأردن: دار المسيرة
13. محمود شقير، زينب. (2008). اضطراب التوحد. القاهرة، مصر: مكتبة أنجلو المصرية.

المراجع باللغة الأجنبية:

- 1.Barid,G. & Norbary.(2016).Social(pragmatic) communication disorders and autism spectrum disorder. Retrieved from <http://abc.bnj.com>.
2. Borelle ,C.(2017).Diagnostiquer l'autisme .paris : Presses des Mines.
- 3.Contejean,Y,& Doyen,C.(2012).Regards périphériques sur l'autisme .Paris : illustration de couverture
4. Essa ,M.,& Qoronflh,W.(2020).Personalized food intervention and fherrapy for autism spectrum disorder management . Retrieved from <https://doi.org/10.1186/s12916-020-1495-2>
5. J,Stein , . Szatmari , P.,& Gaebel,W et al.(2020). Mental be havioral and neurodevelopmental disorders in the ICD- 11: an international perspective on key changes and contronersies. Retrieved
6. Hollander, E., & Anagnostou,E.(2007). Clinical Manual for the treatment of autism. England. American psychiatric publishing, .
7. Oul talabe,M.(2009). La Spectre de L'autisme. Algérie :Office des publications Universitaires
8. Oul talabe,M.(2015).Manuel de pédopsychiatrie, E 2 . Algérie :Office des publications Universitaire from [http:// Creativecammons. Org/ licenses/ by/4.0/](http://Creativecammons.Org/licenses/by/4.0/).
9. Philippot, P.(2015). Des enfants du spectre autistique et l'émotion .Paris : 'Harmattan.
10. tardif ,C., & Gepner, B .(2014).L'Autisme,4 .Paris : Armand colin