# الفجوة الإدراكية حول الاضطرابات السلوكية بين والدي أطفال طيف التوحد ومعلميهم


إعداد

**محمد فوزي عبدالحميد فراج عمر**

باحث دكتوراه الفلسفة في التربية – تخصص الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة حلوان

إشراف

**أ.د/ سلوى محمد عبد الباقي**

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة حلوان

**أ.م.د/ نور محمد جلال**

أستاذ الصحة النفسية

كلية التربية – جامعة حلوان

## مستخلص البحث:

**يهدف** البحث الحالي إلى التعرف على الفجوة الإدراكية بين الوالدين والمعلمين حول الاضطرابات السلوكية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة البحث من (٤٦) مفحوص (٢٣) منهم من والدي أطفال اضطراب طيف التوحد،(٢٣) من معلميهم ، تراوحت أعمارهم بين (٢٨ – ٤٢) عاما بانحراف معياري (±٢.٤)، تم اختيارهم من عدة مراكز ومؤسسات لرعاية الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظتي القاهرة والجيزة ، وقام الباحث بتطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية (إعداد الباحث) لقياس الاضطرابات السلوكية لدى عينة البحث، وأظهرت نتيجة المعالجة الإحصائية وجود فرق دال إحصائيا بين إدراك الوالدين وإدراك المعلمين للاضطرابات السلوكية لدى أطفال طيف التوحد وذلك في اتجاه المعلمين، واستنادا إلى الإطار النظري ونتائج الدراسات السابقة ونتائج الدراسة الحالية تم تقديم بعض التوصيات والبحوث المقترحة.



## الكلمات المفتاحية:

**الفجوة الإدراكية، الاضطرابات السلوكية، التوحد.**

**Abstract:**

The current research aimed to identify the cognitive gap between parents and teachers on behavioral disorders in children with autism spectrum disorder.The research sample consisted of (46) examiners (23 of whom were parents of children with autism spectrum disorder) and 23 of their teachers, Their ages (28-42) with standard diviation (±2.4) who were selected from several centres and institution for the care of children with special needs in Cairo and Giza governorates. The researcher applied the behavioral disorders scale (the researcher's preparation)to measure behavioral appearances in the research sample.The result of statistical processing has shown a statistical difference between perception of parents and perception of teachers according to behavioral disorders in children with autism spectrum disorder for a group of teachers.Based on the theoretical framework, the results of previous studies and the results of current study, some proposed recommendations and research were presented.

**Keywords**: Cognitive Gap, Behavioral Disorders, Autism.

**المقدمة** :

إن كل حالة من حالات التوحد هي حالة قائمة بذاتها وتختلف عن غيرها، فلو فرضنا أن هناك ساقية بها عدة ألوان فإن كل لون فيها هو وصف لحالة طفل توحدي فأحدهم أخضر والثاني أزرق والآخر أحمر وهكذا مهما تشابهوا تختلف حالاتهم، ولو فرضنا أيضا أن كل لون هو بعد من أبعاد التوحد فإن الأخضر هو قصور في التكامل بين الحواس والأزرق هو سلوك عدواني تجاه الذات والآخرين وأن الأحمر هو قصور في التواصل البصري وأن الأصفر هو قصور في التواصل اللغوي وهكذا فان كل حالة يكون لديها بعد أكثر من الآخر، ومن هنا يظهر الاختلاف بين الحالات. وتعد المظاهر السلوكية بمثابة مؤشرات تجعل أعراض التوحد كتابا مفتوحا لكل ذي عقل؛ ليتفهم حالة الطفل ويسلك تجاهه سلوكا مغايرا مراعيا حالته واضطرابه، وبعض الأطفال من ذوي اضطراب التوحد يكون والداهما على غير معرفة بهذه المظاهر السلوكية؛ لذا وجب على المختصين والمهتمين بمجال التربية الاهتمام بتعريف الوالدين بالاضطرابات السلوكية لأبنائهم التوحديين وكيفية التعامل معها.

**مشكلة البحث**:

إن التوحد من أكثر الإعاقات النمائية صعوبة وشدة بالنسبة للطفل من حيث تأثيرها على سلوكه ، ويقدر انتشار التوحد (١ من ٣٦) طفل على المستوى الوطني بالولايات المتحدة الأمريكية وفقا لمركز السيطرة على الأمراض (CDC,2023) ، وارتفعت النسبة في مصر عما قبل فوصلت إلى (٦٠ طفلا من كل ١٠ آلاف طفل) في عمر (٥ إلى ١١ سنة) ، وترتفع نسبة الإصابة بالتوحد بين الذكور بمقدار(٤) إلى (١) عن الإناث (خالد المهدي ،٢٠٠٨) وهو منتشر في جميع بلدان العالم وأسبابه غير معروفة، ولا يوجد شفاء تام منه وأنه باقي مع الطفل مدى الحياة (كيف أركيان ،٢٠١١). ونظرا لعمل الباحث داخل مؤسسات رعاية ذوي احتياجات خاصة وارتباطه بالعمل مع أطفال طيف التوحد وخاصة حالات التوحد بين (بسيط – متوسط)، فقد وجد أن هناك فجوة بين إدراك الوالدين وإدراك المعلمين للاضطرابات السلوكية لدى أطفال طيف التوحد، مما يؤثر على سير عملية تنمية مهارات هؤلاء الأطفال بالسلب، ويقف ذلك عائقا في طريق تقدم هؤلاء الأطفال

والإسراع في عملية تحسنهم؛ لذا رأى الباحث ضرورة دراسة هذا الفرق للتأكد من وجوده وتوجيه الوالدين في ضوء النتائج، ولذلك تحددت مشكلة البحث في التساؤل التالي.

- هل هناك فجوة بين إدراك الوالدين وإدراك المعلمين للاضطرابات السلوكية لدى أطفال طيف التوحد ؟

## أهداف البحث:

**أهداف نظرية:**

- يهدف البحث الحالي إلى التعرف على الفجوة بين إدراك الوالدين وإدراك المعلمين للاضطرابات السلوكية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.
- إلقاء الضوء على الاضطرابات السلوكية لدى طفل طيف التوحد والمسببة لصعوبة تكيفه في المجتمع.
- إلقاء الضوء على المعرفة والإدراك لدى والدي أطفال طيف التوحد حول الاضطرابات والمظاهر السلوكية

**أهداف تطبيقية**

- الحث على العمل التعاوني الواعي وتبادل المعرفة بين الوالدين والمعلمين المرافقين لأطفال طيف التوحد.
- الإشارة إلى أهمية عقد الدورات التدريبية لوالدي أطفال طيف التوحد لزيادة الوعي بالاضطرابات السلوكية.

**أهمية البحث**

تعد التربية الخاصة من الموضوعات التي لاقت اهتماما كبيرا عند العلماء منذ بداية القرن العشرين وحتى وقتنا الحاضر ، لقد ظهر موضوعها منفصلا عن الموضوعات الأخرى في ميدان التربية على اعتبار أنه من الموضوعات الحديثة في بداية النصف الثاني من القرن العشرين ، حيث بدا عدم الاهتمام بفئات التربية الخاصة تخلفا ثقافيا وحضاريا ، والاهتمام بهم مؤشرا من بين المؤشرات التي يقاس بها مدى تقدم المجتمعات ( أحلام عبد الغفار، ٢٠٠٣)، كما أنها مشكلة تهدد

سلامة المجتمع وتزيد من هدر طاقاته المادية والبشرية؛ لذا فإن فهم ومعرفة هذه الفئات حق من حقوقهم لا يجوز تجاهله، وهذا ما أكدت عليه الديانات السماوية وأشارت إليه القوانين الوضعية في العديد من الدول؛ لذا تنبهت المجتمعات لهم فقد اهتمت الدول الكبرى بهم كما اهتمت الدول الصغيرة، كما أشارت وثيقة الأمم المتحدة عام (١٩٧١) إلى حقوقهم فضلا عن الإعلان العالمي لحقوق الطفل عام (١٩٦٩) والذي أكد على ضرورة رعايتهم، وكذلك العديد من المنظمات الإنسانية والعالمية مثل اليونسكو واليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية والمنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم بجامعة الدول العربية صارت بهذا الاتجاه نحو رعايتهم، وفي مقدمة هذه الفئات التي تحتاج هذه الرعاية والاهتمام فئة أطفال اضطراب طيف التوحد، واذا ما أردنا ان نحسن رعايتهم ونهتم بنموهم والتأثير عليهم تأثيرا طيبا ينبغي أن نعرف الاضطرابات والمظاهر السلوكية لديهم بوصفها المصدر الأهم للوصول إلى فهم ما يجري في انفسهم في مراحل النمو المختلفة، وهو المصدر الوحيد للتعرف على هذا الواقع فضلا عن كونه الطريقة الوحيدة التي يستطيعون بها التعبير عن التفاعل بين إمكاناتهم الذاتية وبين عوامل البيئة المحيطة بهم وإقامة درجة من التوازن بين حاجاتهم وبين ظروف حياتهم ، فضلا عن كونه مؤشرا مفيدا لقدرتهم على التكيف مع الواقع المحيط بهم، وقد أشارت دراسة(هارن برجر وآخرون ١٩٦٠) إلى أن (٧٢%) من الأمهات يعانون من القلق الناشئ من بعض مظاهر السلوك المشكل لأبنائهم وان (٢٨%) منهن يعانين من القلق الشديد بسبب تلك السلوكيات (زيدان السرطاوي وآخرون، ٢٠٠٩)، فالمظاهر السلوكية لأطفال طيف التوحد تتمثل في الانغلاق على النفس والتفكير منكب على الذات والقصور في التفاعل الاجتماعي وقصور في القدرة على الاتصال اللغوي اللفظي وغير اللفظي وأنشطة مقيدة نمطية وتكرارية وهي الانشغال باهتمام نمطي واحد غير عادي والرتابة والروتين مع مقاومة التغيير والانشغال بأجزاء من الأشياء، ووجود سلوك عدواني ونوبات من الغضب وإيذاء الذات والآخرين (سوسن الجلبي ،٢٠٠٧) وقصور في مظاهر الإدراك والاستجابة للمثيرات الحسية ونقص في اللعب والبرود والعزلة العاطفية(عبد الرحمن سليمان، ٢٠٠٧) هذه المظاهر السلوكية المضطربة لأطفال طيف التوحد، جعلت الباحث يشرع في بحثه الحالي.

## تحديد المصطلحات:

**الاضطرابات السلوكية BEHAVIOURAL DISORDERS:** هي مجموعة من السلوكيات غير سوية وغير مقبولة اجتماعيا، والتي يظهرها الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد بصورة متكررة ودائمة تعوقهم عن ممارسة حياتهم بشكل طبيعي، ومن هذه السلوكيات (إيذاء الذات، نوبات الغضب، السلوك النمطي) وهذه السلوكيات المضطربة تؤثرعلى الأشخاص المحيطين بهم بشكل سلبي(بسمة عاطف،٢٠٢١).
التعريف الإجرائي : هو الدرجة الكلية التي يحصل عليها المفحوصون على مقياس الاضطرابات السلوكية من إعداد الباحث.

**الفجوة الإدراكية COGNITIVE GAP:** وهو مصطلح فلسفي يشير إلى الاختلاف في الطريقة التي ينظر بها الناس إلى شيء ما أو الاختلاف في كيفية إدراك الواقع من قبل أفراد أو مجموعات مختلفة، ويمكن أن ينشأ بسبب الاختلافات في المعتقدات أو القيم أو الخبرات أو وجهات النظر، ويمكن أن يؤدي ذلك إلى سوء التواصل أو الصراعات أو عدم التفاهم بين الناس (Gervan,J. et al., 2022) (Wageez Bot,2024).

**اضطراب طيف التوحد AUTISM SPECTRUM DISORDER** هو اضطراب نمائي عصبي يتصف بعجز في التواصل الاجتماعي والسلوكيات النمطية التكرارية المقيدة، ويحدث في مرحلة الطفولة المبكرة ( APA,2013 ).

ويعرف الباحث **اضطراب طيف التوحد AUTISM SPECTRUM DISORDER** بأنه اضطراب نمائي شامل يتمثل في طقوس نمطية حركية ولغوية شاذة وصعوبات حسية وسلوكيات تكرارية سخيفة مجتمعة معا تظهر من بعد ٣٦ شهر الأولى في حياة الطفل وتكون بين الأطفال بنسبة (4:1) لصالح الذكور، وينتج عنها صعوبات في التواصل اللغوي والاجتماعي وانغلاق واهتمام بالأشياء والأدوات وذكاء منخفض وردود فعل غير متوقعة وعنيفة، وليس له سببا واضحا، وكل حالة من حالات التوحد هي حالة متفردة بذاتها.

## محددات البحث

**محددات موضوعية:** الفجوة الإدراكية بين إدراك الوالدين وإدراك المعلمين للاضطرابات السلوكية.

**محددات بشرية :** والدان أطفال طيف التوحد والمعلمون القائمون على العمل مع أطفال طيف التوحد، شدة التوحد على مقياس كارز بين (بسيط – متوسط).
محددات زمنية : العام الدراسي ٢٠٢٣ – ٢٠٢٤ م.
**محددات مكانية :** مؤسسات الرعاية لذوي الاحتياجات الخاصة بمحافظتي القاهرة والجيزة (جمعية الابن الخاص ، مركز بارنييز ، الجمعية المصرية للتوحد ، مركز قدرات ، جمعية إشراقة).

## الإطار النظري

يعتبر ليوكانر (Leo Kaner ١٩٤٣) أول من عرف التوحد الطفولي ، وقد وصف القانون الاميركي لتعليم الأفراد المعاقين التوحد على أنه إعاقة تطورية تؤثر بشكل ملحوظ على التواصل اللفظي وغير اللفظي والتفاعل الاجتماعي وتظهر الأعراض الدالة عليه بشكل ملحوظ قبل سن الثالثة من العمر وتؤثر سلبيا على الأداء التربوي للطفل وتؤدي كذلك لانشغال الطفل بالنشاطات المتكررة والحركات النمطية ومقاومته للتغيير البيئي أو التغيير في الروتين اليومي وكذلك الاستجابات غير الاعتيادية للخبرات الحسية(إبراهيم الزريقات ،٢٠٠٤).

**وقد تم تعريف اضطراب طيف التوحد في دراسات عديدة ودوائر معارف نذكر منها:**

تعريف "وولف" إن الأطفال الذين يعانون من التوحد لديهم نقص في الاتصال الانفعالي ونقص في الاتصال اللغوي (شذوذ في شكل ومضمون اللغة وترديد آلي) وشذوذ في اللعب والتحليل، ونمطية وإصرار على الروتين وردود فعل عنيفة تجاه أي تغيير في أنماط حياتهم مع وجود سخافات حركية مثل هز الرأس والرفرفة باليدين والتحديق ووضع الأصابع على الأذنين أو تحت جفن العين أو بجواره (Wolf–Schein,1988).

أما "عبدالعزيز الشخص" فعرفه بأنه نوع من اضطرابات النمو والتطور الشامل بمعنى أنه يؤثر على عمليات النمو بصفة عامة وفي مجالات العلاقات الاجتماعية والأنشطة والنمو اللغوي بصفة خاصة وعادة ما يصيب الأطفال في سن الثلاث سنوات الأولى ومع بداية ظهور اللغة حيث يفتقرون إلى الكلام المفهوم

ذي المعنى الواضح كما يتصفون بالانطواء على أنفسهم وعدم الاهتمام بالآخرين وتبلد المشاعر(عبد العزيز الشخص، وعبدالسلام عبد الغفار ١٩٩٢، ٢٨).

وفي أخر نسخة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5,٢٠١٣)، وما بعده المعدل بتاريخ مارس ٢٠٢٢ ونوفمبر ٢٠٢١، قد تم الجمع بين كل من اضطراب التوحد، اضطراب أسبرجر، واضطراب النمو الشامل تحت مسمى واحد وهو اضطراب طيف التوحد Autism spectrum disorder حيث تمثل أعراض هذه الاضطرابات سلسلة متصلة واحدة، تتدرج في شدتها من خفيفة الي تدن حاد في اثنين من مجالات التواصل الأجتماعي والسلوكيات المتكررة النمطية، وقد عبرت النسخة الأخيرة DSM-5-TR,2022 عن بعض البنود والتي تعتبر محكات تشخيصية لاضطراب طيف التوحد (أ) عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة ، في الفترة الراهنة ( الأمثلة التالية توضيحية وليست شاملة)

١. عجز عن التعامل العاطفي بالمثل ، يتراوح (علي سبيل المثال) من الأسلوب الاجتماعي الغريب مع فشل الأخذ والرد في المحادثة، إلى تدن في المشاركة بالاهتمامات والعواطف أو الانفعالات يمتد إلى عدم البدء أو الرد على التفاعلات الاجتماعية.

٢. عجز 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 للتعابير الوجهية و التواصل غير اللفظي.

٣. عجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها وفهمهما، يتراوح مثلا من صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات إلى انعدام الاهتمام بالأقران.

(ب) 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 التالية توضيحية وليست شاملة):

١. نمطية متكررة للحركة أو استخدام الأشياء، أو الكلام (مثلا أنماط حركية

بسيطة، صف الألعاب أو تقليب الأشياء، والصدى اللفظي، وخصوصية العبارات)
٢. الإصرار على التشابه، والالتزام الشديد بالروتين، أو أنماط طقسية للسلوك اللفظي أو غير اللفظي (مثلا الضيق الشديد عند حدوث تغيرات بسيطة، وإيجادصعوبات عند التغيير، وأنماط التفكير الجامدة وطقوس التحية، والحاجة إلى سلوك نفس الطريقة أو تناول نفس الطعام كل يوم).
٣. اهتمامات محددة بشدة وشاذة (مثلا التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة، اهتمامات محصورة بشدة ومفرطة المواظبة).
٤. فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي المثيرات الحسية أو اهتمام عادي في الجوانب الحسية من البيئة (مثلا عدم الاكتراث الواضح للألم / درجة الحرارة، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة، الإفراط في شم ولمس الأشياء، الانبهار البصري بالأضواء أو الحركة).

(جـ) تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو.

(د) تسبب الأعراض تدنيا سريريا كلينيكيا واضحا في مجالات الأداء الاجتماعي والمهني أو في غيرها من المناحي المهمة.

(هـ) لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالإعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) أو تأخر النمو الشامل. إن الإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ويكون في كثير من الأحيان الإعاقة الذهنية هي بعد من أبعاد اضطراب طيف التوحد ولوضع التشخيص المرضي المشترك للإعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد لوضع التشخيص الفارقي ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع للمستوى التطوري العام .

وقد وضعت ملاحظة في نهاية المحكات التشخيصية بأن الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع DSM4 لاضطراب التوحد، أو اضطراب أسبرجر، أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر بالتصنيف، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد، أما الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي ولكن أعراضهم لا تلبي المعايير لاضطراب طيف التوحد، ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي الوظيفي. ولا بد من مراعاة هل هذه الأعراض يصاحبها ضعف فكري أو بدونه وكذلك هل يصحبها ضعف لغوي أم لا ، ويمكن تصنيف اضطراب طيف التوحد إلى ثلاث فئات وفقا لشدة تلك المحكات

(ضعف التواصل الاجتماعي، أنماط السلوك المحددة والمتكررة) وتكون الحالة خفيفة إذا احتاج الفرد دعما بسيطا، متوسطة إذا احتاج دعما كبيرا، وتكون الحالة شديدة إذا احتاج الفرد دعما كبيرا جدا وفقا لضعف التواصل الاجتماعي والسلوك النمطي المحدد. وتوصي النسخة الأخيرة من الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية المعدلة DSM-5-TR أنه لابد من توضيح ما إذا كانت هذه المحكات التشخيصية مصحوبة بحالة طبية أو وراثية معروفة أو عامل بيئي أو متزامنة مع اضطراب عقلي أو سلوكي أو اضطراب في النمو العصبي أو مصاحبة لحالة كتاتونيا ( اضطراب فصامي تتشنج فيه أعضاء الجسم وتتخشب) وهي قد تصاحب اضطراب طيف التوحد أحيانا( APA, 2021-2022).

- **أهم المظاهر السلوكية المضطربة والفارقة كلينيكيا لدى أطفال اضطراب طيف التوحد**

تتمثل في تأخر في النمو اللغوي عن الأقران – رفرفة اليدين – استخدام الأشياء بتهور زائد – إيذاء الذات والآخرين دون سبب واضح – النظرات الجانبية – وتجنب النظر في وجه من يتحدث إليه – صراخ وبكاء دون سبب واضح – ضحك هيستيري بدون سبب – وضع اليدين أو الأصابع على الأذنين – وضع الأصابع تحت جفن العين لعين واحدة أو الاثنتين أو في جانب العين مع الضغط على الجفن – الاهتمام بالأشياء والتعلق بها وإهمال الأشخاص حتى لو كانوا الوالدان – الوقوف بالجانب أو التموضع في أحد زوايا الغرفة والمشي بالجانب أو المشي على أطراف أصابع القدم ومشط القدم – الحساسية للأصوات العالية أو المتوسطة والهياج عند سماعها – الحساسية الشديدة للضوء – تقطيع وتفتيت الأشياء لأجزاء دقيقة جدا مثل الصلصال المناديل الورق – ملامسة الحوائط والأثاث لقياس البعد وتموضع الجسم مع ملامسة الأرض أثناء الجلوس على المقاعد لنفس السبب – اللعب في مفاتيح الكهرباء والاستمتاع بغلق وفتح المفاتيح بالضغط عليها – الحملقة في أي شيء يدور المراوح مثلا – فتح المياه من الصنبور حتى أخرها وكذلك شطاف الحمام وأي مضخة بالضغط أو بكرة تلف يفتح حتى النهاية أو التلف – عض اليدين أو أحدهما وقت الغضب – تكرار محادثات وكأنه يوجه اللوم لنفسه وتقمص دور شخص كبير وقت الهياج – التوتر الزائد

والتأتأة وقت الغضب – سلوكيات عنيفة تجاه تغيير أي شيء في روتينه أو طقوسه – ترديد الكلام والرد على السؤال بنفس السؤال وهكذا الإجابة كأنه صدى صوت – عدم الإحساس بالجوع أو الشبع وهكذا مع الشرب عدم الإحساس بالعطش أو الأرتواء لايطلب ولا يكتفي بالكمية – التعلق بموضوع معين وترديده وتكراره طوال الوقت بإلحاح رغم الإجابة عليه – تبلد المشاعر وهو ليس غياب للمشاعر لكن هناك عجز عن القدرة على التعبير عن المشاعر – رفض التعلم – صعوبات إدراكية وصعوبات في القدرة على التخيل – قصور شديد في الانتباه السمعي والبصري – صوبات تكيفية في البيئة مثل تغير فصول السنة – مشكلات حسية تتعلق بالإحساس بالحرارة والبرودة في موسمي الشتاء والصيف – صعوبة كبيرة في فهم تعبيرات وجه الآخرين سواء بالحزن أو الفرح وكذلك لديهم صعوبة في التعبير عن ذلك – ليأخذ شيء معين يقوم بمسك يد الوالدين أو الاخصائي (أو قرص اليد) لوضعها على الشيء ولا يستطيع الإشارة إلى ذلك عن بعد – تكتيف الذراعين كنوع من الاعتراض – طريقة مشي شاذة وكذلك الجري والتوازن – الدوران حول محور الجسم عدة مرات – مشكلات في التآزر الحركي بين اليدين والقدمين وكذلك بين اليد والعين – وضع الأشياء واللعب متراصة فوق بعضها أو بجوار بعضها أو متراصة بأبعاد كبيرة – التعلق الاستحواذي بشيء معين كوب كرة خيط لعبة تكون دائما معه يمسكها في كل مكان – شم الأشياء والأشخاص والملابس وحتى جسمه وتكرار الشم – وضع الأشياء والألعاب في فمه أو أكل أشياء غير صالحة للأكل مثل الطين ورق الشجر معجون الأسنان اللحوم النيئة – اضطرابات إدراكية في فهم الضمائر أنا أنت هو هي – تأخر لغوي يصل لحد عدم النطق بأي كلمة طوال الحياة وأحيانا أصوات فقط – أو تأخر لغوي واضطرابات في النطق تتمثل في الإبدال والتعبير عن احتياجاته بكلمة واحدة .

**العوامل المسببة لاضطراب طيف التوحد:**

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات السلوكية النمائية المعقدة، والتي لايزال يكتنفها الكثير من الغموض، وخصوصا فيما يتعلق بالعوامل المسببة له، إذ لاتزال أسبابه غير معروفة، وقد تعددت التفسيرات وتنوعت وجهات النظر

التي اهتمت بتحديد أسباب اضطراب طيف التوحد، ويمكن تصنيف الآراء المتعددة ووجهات النظر المختلفة إلى :

**١. العوامل الجينية الوراثيةGENETIC FACTORS**

أثبتت الدراسات المسحية التي أجريت لاختبار ما إذا كانت الوراثة تلعب دورا كعامل مسبب للإعاقة، أن من بين ٢-٤% من الأطفال لآباء يعانون من توحد قد أصيبوا كذلك بالتوحد، وهم نسبة تزيد أكثر من ٥٠ ضعفا عن انتشارها في المجتمع العام لآباء غير توحديين لديهم أطفال أصيبوا بإعاقة التوحد.

في عام ١٩٨٨ قامت جامعة لوس انجلوس بولاية كليفورنيا بدراسة مسحية اتضح منها أن انتشار التوحد بين أطفال ولدوا لإخوة يعانون من التوحد في أسرهم يزيد ٢١٥ ضعفا عن انتشاره بين أطفال المجتمع العام ، ويعني هذا أن احتمالات ولادة أطفال توحديين أكثر بكثير عندما يكون لهم إخوة يعانون من التوحد.

ويرجع حدوث التوحد إلى وجود خلل وراثي، فأكثر البحوث تشير إلى وجود عامل جيني ذي تأثير مباشر في الإصابة بهذا الاضطراب، حيث تزداد نسبة الإصابة بين التوائم المتطابقة ( من بويضة واحدة ) أكثر من التوائم غير المتطابقين من بويضتين مختلفتين( رائد خليل،٢٠٠٦، ٢٨). وينتشر التوحد بنسبة ٩٦ % بالنسبة للتوائم المتطابقة بينما يكون بنسبة ٢٧% بين التوائم غير المتطابقين، ووجد العلماء أن ١٥ % من الأطفال الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder يعانون من حالات ريت Rette's Syndrome أو من حالات كروموسم أكس الهش Fragile X وهما إعاقتان لهما أساسا وراثيا وتم إثبات ذلك طبيا ، ويتضح من ذلك أن الوراثة ربما تكون عاملا ممهدا للإصابة باضطراب طيف التوحد، وذلك لا ينفي وجود أسباب وعوامل أخرى لهذا الاضطراب (عثمان فراج، ٢٠٠٢ ، ٦٠-٦١).

وقد اختلف العلماء في رقم الكروموسوم الذي يحتضن الجين المسبب للتوحد، بعضهم ذكر منطقتان في الكروموسوم ٢ والكروموسوم ١٧ ربما تحتضنان الجين الذي يجعل الأفراد أكثر قابلية للتوحد، على الرغم من دراسات أخرى سيقتهم بأن الكروموسوم ٧ والكروموسوم ١٦ هما من لهم تأثير في وجود اضطراب طيف

التوحد Autism Spectrum Disorder من عدمه (كوثر عسلية ٢٠٠٦، ٣٦-٣٧، محمد المهدي ٢٠٠٧، ٥٧).

وقد ذكر الباحثون أن هناك عاملان وراثيان هما سببا ممهدا لاضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder (هما شذوذ الكروموسوم X ، وتصلب الأنسجة الدرنية Tuber Sclerosis (محمد قاسم ،٢٠٠١ ،٦٥)، على الناحية الأخرى فقد توصل باحثون بريطانيون إلى أن أطوال الأصابع يمكن أن تكون مفتاحا لمعرفة سبب التوحد لدى الأطفال، وقد لاحظ العلماء البريطانيون أن الأطفال من ذوي اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder تكون الأصابع الوسطى لديهم أطول بشكل ملاحظ مقارنة بإصبع السبابة وهذه الحالة البدنية تعبر عن مستويات عالية من التستوستيرون (هرمون الذكورة) في الرحم أثناء كان الطفل جنينا، وهذه الاكتشافات تؤكد ذلك الدور المهم الذي تلعبه الموروثات في الإصابة باضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder (رائد خليل، ٢٠٠٦ ، ٥٣).

### ٢. العوامل العضوية العصبية والحيوية NEUROLOGICAL AND BIOLOGICAL FACTORS

أكدت الدراسات والتحاليل الطبية معاناة أطفال التوحد من حالات قصور أو خلل عضوي عصبي أو حيوي منها ما يحدث أثناء فترة الحمل وبالتالي تؤثر علي الجنين ومن أمثلتها اصابة الأم بالخصبة الألمانية Rubella والحالات التي لم تعالج من الفينيل كيتونيوريا PKU أو حالة التصلب الدرني، ويؤكد العديد من الأطباء المختصين تأثير التعقيدات التي تعاني منها الأم اثناء الحمل وقبل الولادة كمسبب لإعاقة التوحد وخاصة تلك التعقيدات التي تحدث خلال الأشهر الثلاث من الحمل.

وفي مسح أجراه جلبرت وآخرون (Gillbert,et al 1992) وجد أن نسبة تتراوح بين ٤-٣٢% من حالات التوحد، تعاني من نوبات صرع كبيرة Grand mal وتبدو مظاهر شذوذ واضحة عند إجراء رسم مخ EEG لدي ما بين ١٠ – ٨٣% من حالات التوحد، مما يشير الي خلل وظيفي في تخصص النفين الكرويين للمخ. كما أوضحت أشعة C.T التي استخدمت في فحص المخ، أن ١٠ -٢٥% من

أطفال التوحد يعانون من تضخم سمك طبقة لحاء أو قشرة المخ Cortex كما بينت فحوص رنين المغناطيسي علي المخ MRI وجود خلل أو قصور علي الثنيات السادسة والسابعة لمخيخ. ويستنتج المختصون من نواحي الشذوذ تلك وجود خلل في حركة خلايا المخ في الأشهر الستة الأولي من الحمل، وباستخدام أشعة التكنولوجيا المستحدثة PET تم تسجيل نقص في خلايا بوركنجي Purkinje Cells، كما سجلت زيادة في إفراز نتائج التمثيل Metabosilm لمنطقة اللحاء.

وفي تقارير ريملاند (Rimland, 1995) تبين وجود خلل أو اصابة أو ضرر في نسيج مركز ساق المخ الذي يعرف باسم (النظام الشبكي النشط) (R.A.S) Reticular Activating System وهو النسيج الذي يتحكم في استقبال عمليات الأستثارة والنتباه والنوم ، وهي إصابة أو خلل يحدث في أثناء فترة الحمل فيضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين علي الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها أو الشعور بما يحدث في عالمه المحيط به . كما أنه المركز الأساسي للمعرفة بدءا من استقبالها من الخارج عن طريق الحواس الخمس، مرورا بالإدراك لمعانيها وتشفيرها Coding وتخزينها في الذاكرة واستدعائها عند الحاجة واستخدامها في التجاوب مع المثيرات المرتبطة بها ، بالإضافة الي اهميتها في التعلم والتخيل والتعبير . كما يؤكد ريملاند أن هذا التنظيم R. A. S الذي يقع في ساق المخ يعمل في تناسق وتعاون مع التنظيم اللمباوي Limbic System (الذي يقع في مركز المخ) لأداء هذه الوظائف ، ويعد الجهاز اللمباوي مركزا لتنظيم وترجمة الانفعالات والعواطف (وهي من نقط الضعف أو الغياب التام عند طفل التوحد).

وفي بحث آخر أجري في جامعة سياتل علي عينة من ١٩٢ من أطفال توحديين تبين من فحص MRI علي المخ وجود تلف في الفص الصدغي Temporal lobe في ٢٩ حالة من تلك الحالات ، ويوجد علي هذا الفص مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعيين، ومن هنا يمكن الربط بين هذا التلف العضوي وإعاقة التوحد حيث يعتبر القصور الاجتماعي من أهم اعراض التوحد.

وقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباط بين بعض الحالات التوحدية والتغير في كيميائية الدم لدى هؤلاء الأطفال (james L. 1996 P.313) ، كما

أثبتت دراسات أخري حديثة أن هناك جزءا في المخ يتأثر في التكوين وأوضحت هذه الدراسات أن هناك اختلافات في جزء في المخ لدي الأطفال التوحديين عن غيرهم من الأطفال العاديين، وهذا ما أشارت إليه دراسة woterhose أن هناك شذوذ لدى الطفل التوحدي علي جهاز رسم المخ الكهربائي والتي توصلت الي حوالي 10% : 80% من الأطفال التوحديين غالبا ما يظهرون شذوذا في جهاز رسم المخ الكهربائي وهذا الشذوذ يشير إلى فشل في التجنب المخي والاستجابة السمعية المستثارة من جذع المخ لدى الأطفال التوحديين (woterhose,l,1996).

ويوجد عديد من المؤشرات الدالة على أن الإصابة بالتوحد تحدث نتيجة لعوامل بيولوجية، وأهم تلك المؤشرات هو أن الإصابة بالتوحد غالبا ما تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو مشكلات صحية أو إعاقة عقلية. وعندما ننظر إلى بعض الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فلا نجد أي سبب طبي، أو إعاقة عقلية، أو إصابة بالصرع فإنه من الصعب القبول بالنظرية البيولوجية، إلا أننا نلاحظ أن الإصابة بالتوحد تكون مصحوبة بحالات طبية مختلفة أكثر من المتوقع، الأمر الذي يشير إلى أسباب بيولوجية خفية ومستمرة وراء كل حالات التوحد (كوهين، وبولتون، ٢٠٠٠).

### ٣. عوامل ترجع إلى نوع الطفل FACTORS BASED ON GENDER

أشار عديد من الباحثين إلى وجود عوامل مسببة لاضطراب طيف التوحد ترجع إلي متغير النوع، وأوضحت دراسة تريسترون وسميث Tristron,smith (1996) أن هناك فروق بين البنين والبنات في معدل الإصابة باضطراب طيف التوحد ومداها وقد توصلت الدراسة أن البنات التوحديات أقل من الأولاد في الإصابة بالاضطرابات الارتقائية بشكل عام والاضطراب التوحدي بشكل خاص وتتراوح النسبة ( 4-1:3)، وأن البنات التوحديات يظهرن مستوى أقل من الأولاد التوحديين في نسبة الذكاء بفارق لا يقل عن (٥) درجات خاصة فيما يتعلق باختلاف القدرات اللفظية ومهارات الرؤية المكانية visual spatial skills، وأنه توجد انحرافات شاذة علي رسم المخ لدى الجنسين ولا توجد فروق بينهما، وقد ظهر لدى كل من البنين والبنات التوحديين اضطرابات سلوكية وعصبية وإن بدت متفاوتة

أحيانا وفقا لمعدلات الذكاء التي يتوقف عليها حجم الاضطراب الوظيفي المعرفي لكل منهم، وأن البنات أقل ميلا لوجود اضطرابات وراثية، ولكن البنات يتطلبن فحصا نيورلوجيا دقيقا أكثر من الأولاد، ولا توجد ملاحظات مباشرة تدل علي التفرقة بينهم في مجال الاضطرابات العصبية (السيد الرفاعي،1999 ،107:106)

**٤. عوامل فسيولوجية في (بنية المخ ، ظيفة المخ ، كهربية المخ)**

ويضع الباحثون احتمالا بنشوء مشكلات تنجم عن التطور النوعي والكمي المعقد للدماغ الذي يحوي بلايين الخلايا كأن تذهب بعض الخلايا إلى مواقع خاطئة في الدماغ، أو عطل يصيب المسالك العصبية أو خلل في النواقل العصبية التي تمرر الإشارة من خلية لأخرى(قاسم حسين،٢٠٠٨، ٣٨١)، وعلى الرغم من أن كبر حجم المخ مجهول السبب فإن الحجم الزائد للمخ ممكن أن يظهر من ميكانيزمات مختلفة محتملة هي ازدياد الأسباب العصبية، وازدياد أنسجة المخ غير العصبية مثل الخلايا الجليالية Glial Cells أو الأوعية الدموية، وعلى الرغم من أن كل هذه البيانات التفصيلية لا تعبر عن عجزا عصبيا تشريحيا واضحا لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد فإنه يفترض أن زيادة حجم المخ يمكن اعتبارها علامة بيولوجية لاضطراب طيف التوحد (حسن مصطفى،السيد عبدالحميد،٢٠٠٧، ٤٠٢).

وإذا تطرقنا لبعض البحوث والدراسات الأخرى والتي ذكرت أن هناك خلل في الجهاز العصبي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد نجد أن الأسباب كانت :

- نقص فيتامين ب٦ (B6) وبعض العناصرالحيوية يعيق عملية بناء ونمو المخ (كوثر عسلية،٢٠٠٦).
- شذوذ واختلال في تركيب بعض المناطق بالمخ ، وخاصة المخيخ والفصوص الصدغية، وحول بطينات المخ.
- تناقص كمية التشابك مابين الخلايا بحيث تصبح أكثر انعزالا عن بعضها.
- انخفاض عدد الخلايا المكونة لأجزاء المخ مثل خلايا بركنجي (عصبونات منتجة للناقل العصبي جابا داخل المخيخ)، أو الزيادة والتسارع في نمو الخلايا

بحيث تصبح مضغوطة وغير ناضجة وغير جاهزة لأداء وظيفتها الطبيعية (نيرمين قطب،٢٠٠٧، ٥٤).

**ويرجح العلماء والباحثون أن المسبب في تلك الاعتلالات سواء في بنية المخ أو وظائفه يعود إلى عدة أسباب:**

- إصابة الأم أثناء الحمل بحادث تطلب علاجا طبيا لمدة أسبوعين على الأقل، أو عانت الأم من إرهاق وهبوط مصحوب بنزيف بعد الشهر الثالث من الحمل، أو عانت من دوخة شديدة مع قيء بعد الشهر الثالث من الحمل.
- تناول الأم لبعض العقاقير والأدوية بدون إذن الطبيب (ليس من بينها الفيتامينات والكالسيوم والحديد والتي ينصح الأطباء بها للحامل).
- إصابة الأم ببعض الأمراض الفيروسية مثل الحصبة الألمانية، مما يقتضي علاجا طبيا لأكثر من يومين أثناء الحمل(عثمان فراج،٢٠٠٢، ٦١-٦٢).

إن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم خلل أو اختلاف مميز في رسم المخ الكهربي EGG ، كما أشار بعض الباحثين أن هناك انحرافات في شكل وإيقاع رسم المخ الكهربي وذلك في حوالي ٥٠% إلى ٨٠% من الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (سعد رياض،٢٠٠٨، ٢٤). ويحدث الخلل المخي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد خلال فترة مابين ٢٠ – ٢٤ يوما من الولادة، كما أن هناك دلائل على أن الجينات المعنية في وضع الجسم الأساسي وبناء المخ تسمى هوكس Hox Genes هي متغيرة في حالة التوحديين، وربما يحدث الخلل قبل منتصف الثلاثة أشهر الأولى من الحمل واستند بعض الأطباء والمنظرين على ذلك من خلال إذا حدث خلل في منتصف الطريق في فترة نمو الجنين فأنه سيفقد بعض الخلايا فقط (كوثر عسلية،٢٠٠٦، ٢٩-٣٠).

### ٥. عوامل مناعية IMMUNOLOGICAL FACTORS

وقد ذكر عدد من الباحثين (وفاء الشامي،٢٠٠٤، ١٥٩) ( Korvatska et al.,2002; Krause et al., 2002) أن هناك خلل مناعي لدى التوحديين ، وأشارت بعض الأدلة إلى أن بعض العوامل المناعية غير الملائمة بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder ، وأن الكريات الليمفاوية لبعض الأطفال التوحديين كانت وقت هم أجنة

متأثرة بالأجسام المضادة لدى الأمهات وهذه الحقيقة تثير احتمال أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء الحمل (محمد خطاب،٢٠٠٩، ٤٤).

**٦. مواد كيميائية CHEMICALS**

أشارت البحوث إلي علاقة التوحد بالعوامل الكيميائية العصبية وبصفة خاصة الي اضطرابات تتمثل في خلل أو نقص أو زيادة في إفرازات الناقلات العصبية Neuro transmitters التي تنقل الاشارات العصبية من الحواس الخمس الي المخ أو الأوامر الصادرة من المخ إلى الأعضاء المختلفة للجسم والجلد، فقد بين بحث ل "بيفين" (piven ,1990) أن درجة تركيز حمض الهوموفانيليك Homovanillic acid أكثر ارتفاعا في السائل المخي cerebral fluid (المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي) في حالات إعاقة التوحد منه بين الأطفال العاديين،

كما لوحظ في دراسات أخرى زيادة في تركيز إحدي الناقلات العصبية وهو السيروتونين serotonin في دم ٤٠% من الأطفال التوحديين، وعندما أمكن خفض هذا التركيز باستخدام عقار فينفلورامين fenfluramine لوحظ تحسن وانخفاض في بعض الأعراض لدى هؤلاء الأطفال، كما لوحظ تحسن في الأداء اللغوي، وفي عدد آخر من البحوث ثبتت علاقة الإصابة بالتوحد كنتيجة للتلوث البيئي ببعض الكيماويات.

**٧. العوامل النفسية الأسرية PSYCHOLOGICAL AND PARENTAL FACTORS**

تصور "كانر" المكتشف الأول لهذه الإعاقة عام (١٩٤٣) في أول تقرير له عنها، أن العوامل النفسية وطريقة تربية الطفل في الأسرة هي المسؤلة عن حدوث الإعاقة، ومن هذه العوامل أسلوب تنشئة أو تعامل الأسرة مع الطفل، وافتقاد الطفل الحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه وغياب الاستثارة والنبذ، واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية وغياب العلاقات العاطفية، غير أن الدراسات المقارنة المنضبطة التي قارنت بين آباء الأطفال التوحديين وآباء الأطفال غير المصابين بالتوحد لم تظهر فروقا ذات دلالة بين المجموعتين من حيث الجو النفسي داخل الأسرة من جهة وبينهم وبين أطفالهم من جهة أخرى، مما يستبعد معه أن تكون العوامل النفسية والأسرية لها أية علاقة كعامل مسبب لتلك الإعاقة، وحتى الآن لم

تتوفر أي من الأبحاث التي تيقنت بوجود سبب أساسي يؤدي للتوحدية ولكن الكثير من الدراسات الحديثة أوضحت أنه لا دور للوالدين كسبب لاضطراب طيف التوحد.

وأشار عثمان فراج إلى التعدد الكبير لأعراض التوحد والأختلاف في الصور لخصائص الأفراد الذين يعانون منه لدرجة أننا لا نستطيع أن نجزم بوجود فردين متشابهين تماما في أعراضهم التوحدية، بل يمكن اعتبار كل حالة قائمة بذاتها فريدة في نوعها (عثمان فراج،٢٠٠٢، ٦٥-٦٧). ونستنتج من ذلك أنه لابد أن تكون هناك عوامل مسببة متعددة هي المسئولية عن هذا التعدد والاختلاف بين الحالات المصابة وبين الأعراض المسجلة لكل منها، وعلى الرغم من هذا التعدد والاختلاف بين الحالات المصابة وبين الأعراض المسجلة لكل منها، وعلى الرغم من هذا التعدد والاختلاف نستطيع أن نؤكد أن جذور المشكلة وعواملها المسببة تكمن في المخ بصفة عامة كما تأكد من تقارير البحوث السابقة.

**نظريات مفسرة للتوحد:**

**النظرية النفسية المعرفية THEORY OF MIND**

**أولا: نظرية العقل:**

إن أول من تحدث بهذه النظرية هما ديفيد بريماك وكي وودروف (Premach & Woodruff ,1978) في حديثهم عن علم النفس التطوري، وتعرف هذه النظرية على أنها القدرة على استنباط الحالات الذهنية للأشخاص والمتعلقة بأفكارهم، ومعتقداتهم، ورغباتهم، ونواياهم، وكذلك القدرةعلى استخدام هذه المعلومات لتفسيرها (Kinderman et al.,1998)، وظهر مفهوم نظرية العقل لدى الأفراد بواسطة ولمان Wellman, 1992 لتفسير عمليات فهم الحالات العقلية داخل الفرد وخارجه، وترى هذه النظرية أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد لديهم القدرة في المستوى الأول من الإدراك مثل إدراك الأشياء والمواد من حولهم، ولكن لا يتطور للمستوى الثاني مثل إدراكهم لفهم معاني الكلمات أو توقع سلوك الآخرين، ولديهم أيضا صعوبة في فهم الظواهر مما يولد مشكلات في التفاعل الاجتماعي، ويفترض أن الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد غير قادرين على التفكير بشأن النوايا والرغبات، والمشاعر والأحاسيس(Hobson, 1993) وتقول أن الطفل

التوحدي غير قادر علي التنبؤ وشرح سلوكيات الآخرين من خلال حالاتهم العقلية في حين نجد أن الأشخاص الأسوياء لديهم فهم خاص أو احساس خاص يستطيعون من خلاله قراءة أفكار الآخرين، وبالتالي فالأطفال التوحديون يعجزون عن التميزبين ما هو موجود في عقولهم وما هو موجود في عقول الآخرين (Dodd, 2005).

وتشير هذه النظرية إلى أن الفرد الذي يكون قادرا علي عزو أو فهم الحالة العقلية للشخص الآخر لكي يمكنه فهم والتنبؤ بسلوك ذلك الشخص، ربما يمكن رد هذا القصور في نظرية العقل الي القصور السلوكي والاجتماعي لدى الطفل التوحدي الذي يؤدي إلى عجز في عملية الفهم (Happe , 1994) ويمكن توضيح تطور نظرية العقل في الأطفال الأسوياء والذين يتقدمون بطريقة سوية ، وتطور هذه النظرية لدي الأطفال التوحديين (Hale , Tager-Flusbreg 2005) , تشتق نظرية العقل في الطفولة الباكرة وتستمر في النمو في مرحلة الطفولة وفي أواخر مرحلة الطفولة، وفي هذه المرحلة من النمو فإن الأطفال ينمون بطريقة سوية ويبدون الرغبة للتفاعل مع الأفراد الآخرين، فهؤلاء يشتركون اجتماعيا بطريقة نشطة وفعالة، ويظهرون القدرة علي اظهار الأحداث من منظور الأفراد الآخرين بطريقة أولية في غضون عشرة شهور من العمر، كما أن الاهتمام المشترك هو مفتاح لمهارة أساسية في نمو نظرية العقل، ويبدأ بزوغه من 9-12 شهرا من العمر، وكلما بدا الطفل منهمكا في الاهتمام المشترك للأشياء مع شخص آخر فهو عندئذ من الممكن أن يحملق في الطفل الآخر (Hughes & leekam , 2004).

ويستمر نمو هذه المهارات لدي الطفل في المرحلة ما بين السنة الأولى والسنة الثانية عندما يحفز الطفل من خلال المشاركة في اللعب التخيلي، وفي التواصل الاجتماعي مع الأطفال الآخرين. ويظهر الطفل في عامه الثالث اهتماما مكثفا في اللعب التظاهري أو الإدعائي، وهذا يدل ضمنا على أن الأطفال في هذا المدى العمري لديهم القدرة علي التشكيل، أو صياغة ما وراء التمثيلات للأحداث، والتي تمثل خطوة هامة في نمو هذه النظرية (Happe , 1994).

ويبدي الأطفال مقدرة متزايدة علي التنظيم الانفعالي في المرحلة ما بين السنة الأولى والسنة الثانية. ومن غير الواضح ما إذا كانت هذه الزيادة في المقدرة تعزى

إلى فهم الطفل للانفعالات الي عوامل أخرى (Hughes & leekam , 2004) ، ومن المعالم الهامة لدى الطفل في هذه المرحلة يكون نمو اللغة حيث يتمكن الطفل ما بين السنة الأولى والسنة الثانية من اكتساب أنماط اللغة، والمقدرة على تفهم مشاعر الناس الآخرين ورغباتهم، وهذا يمكنهم من فهم أفكار الآخرين ومشاعرهم وادراكاتهم، وفي عمر الرابعة يتمكن الطفل النامي من فهم أن لدى الآخرين معتقداتهم وأفكارهم والتي تحدد سلوكياتهم (happe , 1994).

ولا ريب في أن الطفل الذي ينمو في بيئة اجتماعية ثرية سوف يخبر قدرة أكبر على فهم معتقدات وأفكار الآخرين مقارنة بالطفل الذي نشأ في بيئة فقيرة بالمثيرات أو تكون أقل ثراء، كما أن الفروقات الثقافية من الممكن أن تؤدي إلى فروقات مهمة في كيف يفهم الأطفال الحالات العقلية المحددة (Hughes & leekam , 2004) ، كما أن النظرية يمكن رؤيتها في إطار المحاكاة أو تقليد، ويمكن إبراز أهمية اللعب الادعائي باعتباره أحد العوامل المهمة في هذا الاطار، وأن البيئة تترك آثارا واضحة من حيث الفرص المتاحة للعب الادعائي.

وفي هذا الصدد انتهت نتائج دراسة بارون–كوهين (Baron – cohen , 1985)، والتي أجريت على (20) طفلا توحديا في مهمة المعتقد الخاطئ False Belief إلى فشل 80% من الأطفال التوحديين في المهمة . وتبرز هذه الدراسة أن أكثر الملامح وضوحا في التوحديين تكون في الأداء التواصي والأجتماعي المنخفض والذي يفسر العجز في نظرية العقل لدي التوحديين. وأن لديهم قصوا كبيرا في نمو نظرية العقل، كما أنهم لا يصلون إلى نفس المستوى الذي يحققه أقرانهم الأسوياء، والأطفال التوحديون لديهم عجز واضح في الاهتمام المشترك مع الاشخاص الآخرين، فهم يعجزون عن التواصل بالإيماءات أو الإشارات مع الآخرين، ويبدون صعوبات بالغة في مواقف المحادثة، وعن المبادأة بالحديث إلى الآخرين والانهماك في محادثات تبادلية والاستمرار في المحادثة (Hale&Tager–flusberg , 2005) .

ويتطلب التواصل الفعال في الحسبان ما يعرفه المتحدث عن المستمع والتي تشمل المعرفة والمشاعر والحالات العقلية الأخرى (Tager–flusberg , 1993)، فالطفل التوحدي الذي لديه تمثيل ذهني عن تناول الشخص للآيس كريم من الممكن أن تكون لديه صعوبة في استنتاج شئ مثل هذا.

وهذا العجز علي تشكيل ما وراء التمثيلات يشير الى الخلل في المقدرة على فهم الأفكار والمعتقدات لنفسه وللآخرين وفي الغالب تعزى إلى نوع من عمى العقل (Begeer et al,. 2003).

## ثانيا: النظرية السيكولوجية PSYCHOLOGICAL THEORY

### النظرية السيكوديناميةالنظرية السيكودينامية

كان الاعتقاد السائد هو أن السبب في الإصابة باضطراب طيف التوحد يعود إلى إهمال الوالدين لأطفالهم وعدم الاعتناء بتربيتهم، والتي فسرت بضعف العلاقة بين الأم والطفل، وعدم الانتباه لمشاعر الطفل ورفض الأم هذه العلاقة التي تنشأ بينها وبين طفلها، وقد تم إثبات فشل هذه النظرية بعد ما حاول المحلل النفسي برونو بتلهيم Bruno Bethlehem إثبات هذا التوجه عندما كان يقوم بنقل الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد للعيش مع أسر بديلة كأسلوب لعلاج حالات التوحد، إلا أنه لم يلاحظ أي تحسن في حالتهم ، مما أدى إلى فشل هذه النظرية، حيث لا توجد حقائق أو دلائل لصحتها (كوهين، وباتريك، Patrick & Cohen 2000)

١- تركز هذه النظرية علي الوضع الطبيعي للطفل التوحدي من الجانب العضوي، وتؤكد علي حدوث مؤثرات قوية في مرحلة مبكرة تسفر عن اصابة الطفل بالاضطراب النفسي الشديد، ويضع أصحاب هذه النظرية المسئولية على المعاملة الوالدية الشاذة، وبالذات معاملة الأم (نرمين قطب ،2007 ، 51 ).

٢- قد تستعمل الأم طفلها لملء فراغها، وتعتبره شيئا تمتلكه وموجود لها لا لنفسه (Goldstein, 1990 ; Miller , 1986).

٣- رابطة التعلق بين الأطفال التوحديين ووالديهم تكون معطلة أو معوقة (Rutter, 1978)

٤- خوف الطفل وانسحابه من الجو الأسري وانعزاله بعيدا عنها وانطوائه على نفسه.

٥- تعرض الطفل للحرمان الشديد داخل الأسرة.

٦- تدني العلاقات العاطفية بين الطفل وأسرته، وشعوره بفراغ حسي وعاطفي،

مما يشجعه على الانغلاق على نفسه وعزلته عمن حوله (محمد خطاب،2009،41).

لقد أسهم عمل الطبيب النفسي كانر Kaner مكتشف إعاقة التوحد في دعم الموقف من أن التوحد الطفولي هو ناتج بشكل أساسي عن عوامل نفسية، منها اتجاهات الآباء ومعاملتهم لأطفالهم وأن الأطفال التوحديين كانوا معرضين منذ البداية إلى البرود الأبوي، والاستحواذي، ونوع آلي من الاهتمام بالاحتياجات المادية فقط، أما برونو بتلهايم Bruno betleheim الذي استخدم نظرية التحليل النفسي لتفسير التفاعل الطفولي الأبوي باعتباره مركزا لتطور التوحد فقد قال بأنهم السبب، بمعنى أن الأطفال يحاولون أن يراوغوا عن أنفسهم من مواقف لا يستطيعون تحملها.

ليس من الضروري أن تكون اتجاهات الآباء هي التي تسبب التوحد، وهذا الرأي يبين بأن التوحد ينشأعن اعتقاد الطفل بأن الوضع المفرط هو أمر ميئوس منه (ابراهيم الزريقات،2004،111-110).

من المؤكد أن قول بعض علماء التحليل النفسي وخاصة في الستينات أن التوحد سببه معامله الوالدين للطفل وخاصة الأم، هو قول عار عن الصحة تماما وليست له علاقة بالتوحد (رائد خليل، 2006، 29).

* **تفسيرات معرفية أخرى:**

وفي منتصف الستينات اتجه علماء النفس إلى التفسير المعرفي للتوحد، وكان "هملن و أوكونر" من هؤلاء العلماء الرواد في تفسير التوحد على أساس أنه نقص معرفي، ولقد اقترح هؤلاء العلماء أن الإعاقة الاجتماعية للأطفال التوحديين تأتي من عدم قدرتهم على تفسير أو تحويل أي مثير بطريقة لها معنى، أما "آرنر" فقد بين أن تلك الإعاقة المعرفية للتوحد ترتبط ببعض الصفات الاجتماعية والسلوكية وأنها تعتبر من الملامح الرئيسية لهذا الاضطراب، وليست شيئا ثانويا (نيرمين قطب،2007).

وهناك من يتناول النظرية الخاصة بدور القشرة المخية في معالجة المعلومات المعقدة، فيفترض أن هناك ضعفا أوليا وأساسيا مضاعفا في القدرات المعرفية عالية التنظيم وذلك نتيجة الضعف المنتشر والمعمم، في معالجة المعلومات المعقدة ذات

الأساس البيولوجي الذي يميزه نمط متخصص، من التركيب المتشجر والمتفرع عصبيا بدلا من النظر إليه على أنه ناتج عن ضعف واحد في عملية معرفية واحدة (محمد قاسم،٢٠٠١، 116).

ويحاول العلماء المعرفيون إلقاء الضوء علي العيوب المعرفية عند الأطفال التوحديين، ويرى البعض أن المشكلة الرئيسة هي في تغيير ودمج المدخلات من بين الحواس المختلفة، فيتصرف وكأنه أصم، كما أن هناك مشكلة لديهم تتعلق بالإدراك البصري، وهناك من يركز على الإدراك الحسي والذي يقول بأن العيب الرئيسي للطفل التوحدي هو في الأصوات كنتيجة لتلف الدماغ مثل الحبسة الكلامية. وترى فرضية أخرى أن الأطفال التوحديين هم انتقائيون في انتباههم نتيجة عيب إدراكي (إبراهيم زريقات، 2004،116).

كما تفترض النظريات المعرفية أن الأفراد التوحديين لديهم قصور في مهارات التفاعل مع الآخرين في مراحل النمو المبكرة، وبالتالي يفشلون في تطوير تفاعلات اجتماعية مناسبة وقدراتهم على الاستبصار فعلى سبيل المثال لديهم صعوبة في التعرف علي التعبيرات الانفعالية، ومضاهاة التعبيرات الوجهية لنوعية الصوت وتقليد الاستجابات الانفعالية (Happe &Frith 1996).

**نظرية التعلم الاجتماعي SOCIAL LEARNING**

وقد وضع أسس هذه النظرية آلبرت باندورا (Albert Bandura,1961) وتتمحور حول كيفية اكتساب الفرد لسلوكيات جديدة من خلال التعلم بالملاحظة والتقليد، ترى نظرية التعلم الاجتماعي أن خصائص التوحديين تكون نتيجة لفشل عمليات التعلم الاجتماعي، والقصور في الجانب المعرفي يكون في التشفير وفي النوعية في إطار تشكيل التمثيلات الذاتية الأخرى، والقصور المعرفي منخفض المستوى يعلن عن نفسه في قصور التقليد الاجتماعي، وقصور الطفل عن التقليد في المراحل المبكرة من حياته يؤثر سلبا علي قدرته علي النمو الاجتماعي.

وفي الحالات الشديدة يعاق التواصل الاجتماعي أو لا يكون هناك تواصل على الإطلاق وعلى هذا فإن الكائنات الإنسانية يتم تجاهلها أو التعامل معها على أنها أشياء، والقصور في قدرة الفرد على المشاركة في تبادلات اجتماعية مثل

سلوك التحية أو الفشل في تكوين علاقات الأقران السوية وتطوير السلوك الاجتماعي السوي في مرحلة الطفولة، والاستمرار في العلاقات الاجتماعية غير السوية في الحياة والقصور في بناء العلاقات الاجتماعية والمعرفة المكتسبة والقصور في اللغة فإنها مطمورة في جذور التوحد (Rogers & Pennington,1991).

**نظرية التكامل الحسي SENSORY INTEGRATION THEORY**

وهي من إعداد فيشر ومووراي (Fisher & Murray, 1991) وتعتمد على فهم علاقات السلوك والمخ Brain – Behavior وتحاول هذه النظرية تفسير الأداء الحسي العادي، وعمليات اختلال التكامل الحسي، وإرشادات فنية للتدخل، وأساس التكامل الحسي والتداخلات العلاجية الحسية الأخرى نبعت من خلال العلوم العصبية.

ولهذا فإن هذه المعرفة العصبية تتمدد وتتسع، وهذه النظرية تُبنى على أن الخبرات التي يتعرض لها المخ تعدل في بناء المخ والأداء من الممكن أن يكون تكيفيا أو لا تكيفي.

## دراسات سابقة:

**دراسة (بسمة سالم، ٢٠٢١)** بعنوان "الخصائص السيكومترية لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد"، وهدفت الدراسة إلى التحقق من الخصائص السيكومترية لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تكون المقياس من (٧٦) عبارة تقيس ثلاث أبعاد للاضطرابات السلوكية عند التوحديين وهي (إيذاء الذات، السلوك النمطي، نوبات الغضب)، وتم التحقق من ثبات وصدق المقياس باستخدام التحليل العاملي والاتساق الداخلي وثبات ألفا كرونباخ وطريقة إعادة الاختبار، وكانت معاملات الصدق والثبات مرتفعة، وهذا يجعلنا نثق في استخدام المقياس ليفيد الباحثين والعاملين في مجال الإرشاد النفسي لتقديم الخدمات النفسية والإرشادية والعلاجية المناسبة للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

**وكانت دراسة (الزهراء عراقي، ٢٠١٩)** بعنوان "تحسين المهام التنفيذية لخفض السلوكيات النمطية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام الأنشطة المتكاملة"، وهدفت الدراسة إلى تحسين المهام التنفيذية لخفض السلوكيات النمطية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام الأنشطة المتكاملة، وتكونت العينة من (٣) أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كانت أعمارهم (٨، ٩، ١٠) على الترتيب، تم تطبيق الدراسة من خلال (مقياس السلوكيات النمطية، البرنامج القائم على الأنشطة المتكاملة) من إعداد الباحثة، أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج القائم على الأنشطة المتكاملة في خفض السلوكيات النمطية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

أما **دراسة (هبة شفيق، ٢٠١٨)** بعنوان " **فاعلية برنامج تدريبي قائم على الأنشطة الانتقائية لخفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد" وهدفت الدراسة إلى التعرف على مدى فاعلية برنامج تدريبي قائم على الأنشطة الانتقائية لخفض سلوك إيذاء الذات لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت العينة من مجموعتين متكافئتين مجموعة تجريبية وأخرى ضابطة قوام كل منهما (١٠) أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، تراوحت أعمارهم بين (٤-٦) سنوات،** تم استخدام أدوات لتطبيق الدراسة (استمارة ملاحظة سلوك إيذاء الذات، مقياس سلوك إيذاء الذات للتوحديين، البرنامج الانتقائي) **من إعداد الباحثة،** وأسفرت النتائج عن **فاعلية البرنامج في خفض سلوك إيذاء الذات للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.**

وأما **دراسة ( سيد الجارحي، ٢٠١٧ )** بعنوان "فعالية برنامج تكامل حسي في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد"، هدفت هذه الدراسة إلى التحقق من فعالية برنامج تكامل حسي في التخفيف من بعض المشكلات السلوكية الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد تكونت عينة الدراسة من ١٢ طفل من ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث تراوح المدى العمري للعينة بين ٣.٥ سنة- ٦.٦ سنة بمتوسط عمري ٥.٢ سنة وانحراف معياري ٠.٩١٣ وتوزعت عينة الدراسة على مجموعتين الأولى تجريبية تم تطبيق برنامج التكامل الحسي عليها وضمت ٦ أطفال بمتوسط عمري ٥.٣ سنة وانحراف معياري ١.٠٢٦، والأخرى ضابطة وضمت ٦ أطفال بمتوسط

عمري ٥.١ سنة وانحراف معياري ٠.٨٨ ، وقد قام الباحث بتصميم مقياس لتقييم المشكلات السلوكية الحسية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية برنامج التكامل الحسي في المشكلات السلوكية الحسية المرتبطة بالمعالجة اللمسية والإحساس بوضع الجسم في الفراغ ، والإحساس العميق بالحركة لدى أطفال المجموعة التجريبية، بينما لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في السلوكيات الحسية البصرية، كما أوضحت النتائج استمرار التحسن الذي أحرزه أطفال المجموعة التجريبية في كل من المشكلات السلوكية الحسية المرتبطة بالمعالجة اللمسية والإحساس بوضع الجسم في الفراغ، والإحساس العميق بالحركة.

أما **دراسة ( مي الرقاد، ورود العواملة، ٢٠١٦ )** بعنوان "مدى الوعي بالمظاهر السلوكية من قبل أولياء الأمور للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد "هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى وعي أولياء الأمور والقائمين على أطفال اضطراب طيف التوحد بالمظاهر السلوكية في العاصمة عمان ، وكانت العينة من أولياء الأمور بواقع ٣٠ ولي أمر لأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ، واستخدمت الباحثتان استبيان من إعدادهما وتم تطبيقه على العينة ، وأسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مدى وعي أولياء الأمور والقائمين على أطفال اضطراب طيف التوحد بالمظاهر السلوكية في العاصمة عمان تعزى لصالح النوع ولصالح المستوى التعليمي.

**دراسة (عبده سعيد الصنعاني، ٢٠١٤)** بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي للمربيات في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال الذاتويين وخفض سلوكياتهم المضطربة" وهدفت الدراسة إلى تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال الذاتويين وخفض سلوكياتهم المضطربة من أجل مساعدتهم على تحقيق التوافق الشخصي والاجتماعي، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين المجموعة الأولى من المربيات (١٤ مربية) والمجموعة الثانية من الأطفال الذاتويين (١٤ طفل)، تم استخدام أدوات لتطبيق الدراسة (مقياس تقدير المهارات الحياتية للتوحديين، مقياس تقدير الاضطرابات السلوكية للتوحديين، البرنامج التدريبي)، وأسفرت النتائج عن

فاعلية البرنامج التدريبي في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال الذاتويين وخفض سلوكياتهم المضطربة.

**دراسة (مايس،٢٠١٣،MAYS)** بعنوان "مدى تأثير التمارين الرياضية للتقليل من السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد" حيث هدفت إلى التعرف على مدى تأثير التمارين الرياضية في شكل الركض القوي لمدة عشر دقائق متتالية للتقليل من السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، وتكونت عينة الدراسة من طفلين في المرحلة الابتدائية من ذوي التوحد، تراوحت أعمارهم بين (٦-٨) سنوات، واستخدمت الأدوات (استمارة ملاحظة السلوك، مقياس تقدير السلوك النمطي، البرنامج الرياضي)، أسفرت النتائج عن فاعلية البرنامج في خفض السلوك النمطي لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.

وكانت **دراسة (محسن الكيكي،٢٠١١)** بعنوان "المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر أبائهم وأمهاتهم" حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على المظاهر السلوكية لأطفال التوحد من وجهة نظر آبائهم وأمهاتهم ، وكانت العينة ٤٦ أبا وأما لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة بمحافظة نينوى بالعراق ، وأعد الباحث استبيانا لقياس المظاهر السلوكية ، وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيا بين متوسطات درجات الآباء والأمهات.

**وفي ضوء الدراسات السابقة ، فقد تحدد فرض البحث بالآتي : " يوجد فرق دال إحصائيا بين الوالدين والمعلمين في إدراك الاضطرابات السلوكية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد".**

## الاجراءات المنهجية:

### منهج البحث:

**اعتمد الباحث في البحث الحالي على المنهج الوصفي المقارن للمقارنة بين مجموعتي المفحوصين.**

## عينة البحث:

تم اختيار عينة البحث الأساسية عشوائيا من آباء الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والمعلمين ممن يقومون بتأهيل هؤلاء الأطفال في عدة مراكز بمحافظتي الجيزة والقاهرة في مصر عام ٢٠٢٣، وكان الأطفال بمعدل طفل ذو طيف توحد على الأقل مع كل مفحوص ومعدل شدة اضطراب طيف التوحد لديهم على مقياس كارز بين (بسيط – متوسط) جدول (١) ، وبلغ عددهم (٤٦) من الآباء والمعلمين ، كل مجموعة مكونة من (٢٣) مفحوص بالتساوي ، وكانت أعمارهم بين (٢٨ – ٤٢) عاما بانحراف معياري (٢.٤) ومتوسط (٣٤) عاما، وهم يمثلون عينة البحث الأساسية.

جدول (١) يوضح معدل شدة اضطراب طيف التوحد لدى المفحوصين على مقياس كارز

| المتغيرات | المجموعة | العدد | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | متوسط الرتب | مجموع الرتب | قيمة Z | قيمة U | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| شدة التوحد | أعلى طفل | ٤٦ | ٣٤.٢٠ | ١.٧٠ | ٧.٢٠ | ٣٦ | ١.٧٩ | ٤ | غير دالة |
| | أقل طفل | | ٢٩.١٠ | ٦.٨٩ | ٣.٨٠ | ١٩ | | | |

## أداة البحث

**اعتمد الباحث في إعداد مقياس الاضطرابات السلوكية على مصدرين أساسيين:**

- **الإطار النظري للبحث ومايتضمنه من تعريف الاضطرابات السلوكية ومظاهرها الفارقة كلينيكا لدى التوحديين وكيفية تقييمها وأبعادها.**
- **الاطلاع على بعض الدراسات والبحوث العربية والأجنبية ذات الصلة بالمقياس المراد تصميمه منها:**

**مقياس الاضطرابات السلوكية (محمد خطاب،٢٠٠٤) ، مقياس الاضطرابات السلوكية (بسمة سالم، ٢٠٢١)، مقياس سلوك إيذاء الذات (زينب شقير، ٢٠٠٦)، مقياس سلوك إيذاء الذات (سحر ربيع، ٢٠٠٩)، ومقياس المظاهر السلوكية للتوحديين (محسن الكيكي، ٢٠١١).**

- وتحددت أبعاد المقياس من خلال تعريف الاضطرابات السلوكية ومن خلال الأدبيات وكانت عبارة عن ثلاث أبعاد هي (إيذاء الذات، السلوك النمطي، نوبات الغضب).
- وكان الهدف من المقياس التعرف على الفروق بين استجابات كل من الوالدين والمعلمين لأطفال طيف التوحد على أبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية.
- ويمكننا وصف المقياس حيث صممه الباحث للتعرف على مدى إدراك ومعرفة الوالدين والمعلمين للاضطرابات السلوكية التي تظهر على أطفال اضطراب طيف التوحد، وقد تضمن ثلاث أبعاد (إيذاء الذات، السلوك النمطي، ونوبات الغضب)، وتكون من (٥٢) عبارة راعى فيها الباحث السهولة والوضوح.
- تطبيق المقياس وتصحيحه: يتم تطبيق المقياس على الوالدين والمعلمين العاملين مع الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، ويتضمن المقياس(٥٢) عبارة ، وأمام كل عبارة أربعة بدائل تنطبق عليها بدرجة كبيرة نختار دائما (٤) درجات ،وإذا كانت سلوكيات تحدث أحيانا فنختار أحيانا (٣) درجات، وإذا كانت تحدث قليلا فنختار نادرا (٢) درجتان، وإذا كانت لا تحدث مطلقا نختار أبدا (١) درجة واحدة، وتكون أعلى درجة في الاستجابات على فقرات المقياس هي (٢٠٨) وأما أقل درجة فهي (٥٢).

**الخصائص السيكومترية للمقياس:**

**تم التحقق من صدق وثبات المقياس على النحو التالي:**

**صدق المحكمين**

تم عرض المقياس على (١٥) عضو من أعضاء هيئة التدريس بجامعات حلوان ، القاهرة ، وعين شمس ؛ لتحكيم عبارات المقياس ، وقد اشتملت عبارات المقياس في صورتها الأولية على عدد (٥٤) عبارة ، وبناء على تحكيم أعضاء هيئة التدريس جدول (٢) ، تم دمج العبارتين (٥٣ ، ٥٤) وإعادة صياغة العبارة رقم (٥٢) ، وبذلك وأصبح المقياس بصورته النهائية- ملحق رقم (١) – متضمنا (٥٢)عبارة

مشبعة على (٣) أبعاد هم (البعد الأول إيذاء الذات، البعد الثاني السلوك النمطي، البعد الثالث نوبات الغضب).

جدول (٢) يوضح نسب اتفاق السادة المحكمين على أبعاد وعبارات المقياس

| م | أبعاد المقياس | نسب الاتفاق |
|---|---|---|
| ١ | البعد الأول (إيذاء الذات) | %٨٩.٩٠ |
| ٢ | البعد الثاني (السلوك النمطي) | %٩٠.٩١ |
| ٣ | البعد الثالث (نوبات الغضب) | %٨٩.٧٧ |
| | نسبة الاتفاق على المقياس ككل | %٩٠.٧٠ |

## صدق المقارنة الطرفية:

وتم حساب صدق المقياس عن طريق المقارنة الطرفية (صدق التمايز)، وذلك بترتيب درجات العينة الاستطلاعية وفق الدرجة الكلية للمقياس تنازليا، وتم حساب دلالة الفروق بين متوسطي درجات الإرباعي الأعلى والإرباعي الأدنى، والجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣) يوضح حساب صدق المقارنة الطرفية لأبعاد مقياس الاضطرابات السلوكية لأطفال طيف التوحد

| الأبعاد | الإرباعي الأعلى ن = ٨ | | الإرباعي الأدنى ن = ٨ | | قيمة ت | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | | |
| إيذاء الذات | 28.25 | 0.70 | 14.00 | 1.06 | 31.446 | 0.01 |
| السلوك النمطي | 39.00 | 1.85 | 17.62 | 0.91 | 29.265 | 0.01 |
| نوبات الغضب | 32.25 | 2.18 | 16.12 | 1.72 | 16.364 | 0.01 |
| الدرجة الكلية | 99.50 | 2.97 | 47.75 | 2.05 | 40.485 | 0.01 |

**ثبات أدوات البحث:**

لغرض التحقق من الثبات بطريقة التجزئة النصفية قام الباحث بتطبيق مقياس الاضطرابات السلوكية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر آبائهم والمعلمين الذين يتعاملون معهم على عينة الثبات البالغة (١٦) مكونة من (٨) من الوالدين، (٨) من المعلمين الذين يتعاملون مع أطفال طيف التوحد، ثم قسمت فقرات المقياس إلى نصفين فقرات تحمل الأرقام الفردية وأخرى تحمل الأرقام الزوجية، وجمع درجات الفقرات الفردية ودرجات الفقرات الزوجية؛ فظهر عدم تساوي معامل الثبات المستخرج بهذه المعادلة (٠.٧٠) ويعد مقبولا ، ومعامل جتمان مقبولا إذا كان بين (٠.٥٠ – ٠.٧٤ ) ويعد ثباتا مقبولا ، وأيضا تم استخدام ثبات ألفا كرونباخ وكانت معاملات الأبعاد الثلاثة على الترتيب (٠.٨٢٨ – ٠.٨٨١ – ٠.٨٤٦) وهي معاملات ثبات مرتفعة وكان معامل ثبات المقياس ككل (٠.٩٣١) وهو معامل ثبات مرتفع الجدول (٤)، ويدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الثبات والاستقرار.

جدول (٤) يوضح معامل ثبات ألفا– كرونباخ لمقياس الاضطرابات السلوكية وأبعاده

| المقياس وأبعاده الفرعية | عدد المفردات | معامل ألفا – كرونباخ |
|---|---|---|
| البعد الأول (إيذاء الذات) | ٢٤ | ٠.٨٢٨ |
| البعد الثاني (السلوك النمطي) | ١٦ | ٠.٨٨١ |
| البعد الثالث (نوبات الغضب) | ١٢ | ٠.٨٤٦ |
| الدرجة الكلية لمقياس الاضطرابات السلوكية لأطفال التوحد | ٥٢ | ٠.٩٣١ |

**الوسائل الإحصائية**

في المعالجة الاحصائية للبيانات الواردة في البحث استخدم الباحث الوسائل الإحصائية الآتية:

تم استخدام برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية (٢٦) SPSS ، معامل جتمان لإيجاد معامل الثبات المستخرج بطريقه التجزئة النصفية، ومعامل ثبات ألفا

كرونباخ، والاختبار التائي ت T test لعينتين مستقلتين للكشف عن دلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعتي الوالدين والمعلمين (البياتي واثناسيوس،١٩٧٧).

**نتائج البحث وتفسيرها:**

**نتيجة الفرض:** تحقق فرض البحث الذي ينص على "وجود فرق دال إحصائيا بين الوالدين والمعلمين في إدراك الاضطرابات السلوكية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، وهذا الفرق لصالح مجموعة المعلمين" وقد تبين وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة (٠.٠١) بين إدراك الوالدين لأطفال التوحد وإدراك المعلمين العاملين مع أطفال التوحد لصالح المعلمين، والجدول (٤) يوضح أن متوسط درجات الاضطرابات السلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر آبائهم على مقياس الاضطرابات السلوكية، قد بلغ درجة (١٠٠.٣٣) وبانحراف معياري قدره (٥.٧٠) في حين كان متوسط درجات المظاهر السلوكية لأطفال اضطراب طيف التوحد من وجهة نظر المعلمين الذين يتعاملون معهم على نفس المقياس(١٤٨.٣١) بانحراف معياري (٧.٨٠)، وأن القيمة التائية المحسوبة بلغت قيمتها (٥.٣٢ ) وهي قيمة كبيرة من القيم الجدولية الدالة عند درجة حرية ومستوى دلالة (٠.٠١).

**نتيجة اختبار الفروق بين متوسطي درجات الوالدين والمعلمين لأطفال اضطراب طيف التوحد على مقياس الاضطرابات السلوكية لأطفال التوحد جدول (٥)**

| العينة | ن | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة (ف) ودلالتها | قيمة (ت) ودلالتها | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| والدان | ٢٣ | 100.33 | 5.70 | ٠.٠٢ | | غير دالة |
| معلمون | ٢٣ | 148.31 | ٧.٨٠ | ١.١٩ | ٥.٣٢* | دالة عند ٠.٠١ |

ويتضح من الجدول رقم (٥) وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى دلالة (٠.٠١ ) بين الوالدين والمعلمين في إدراك الاضطرابات السلوكية لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، وهذا الفرق لصالح المجموعات ذات المتوسط الأكبر وهي مجموعة المعلمين، وهذا يعبر عن مدى إدراك المعلمين للاضطرابات السلوكية لاضطراب طيف التوحد لدى الأطفال وأن الآباء أقل إدراكا لتلك المظاهر، وهذا يعبر عن وجود فجوة إدراكية لدى الآباء مقارنة بالواقع الذي يدركه المعلمون خلال تعاملهم مع أطفالهم ذوي اضطراب طيف التوحد، وأنه يوجد فرق دال إحصائيا بين إدراك الوالدين أطفال طيف التوحد وإدراك المعلمين القائمين على التعامل مع أطفال طيف التوحد على مقياس الاضطرابات السلوكية لديهم في اتجاه المعلمين.

وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (محسن الكيكي، ٢٠١١) والتي هدفت إلى المقارنة بين إدراك كل من الأب والأم للمظاهر السلوكية لدى ابنهما التوحدي وتتفق مع دراسة (مي الرقاد، ورود العواملة ٢٠١٦) والتي هدفت إلى التعرف على مدى وعي أولياء الأمور والقائمين على أطفال اضطراب طيف التوحد بالمظاهر السلوكية وأسفرت نتائج تلك الدراسات عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لصالح النوع للذكور ولصالح المستوى التعليمي للأميين والتعليم أقل من المتوسط، ونستخلص من ذلك أن وعي الوالدين بالمظاهر السلوكية لاضطراب طيف التوحد لدى أبنائهم التوحديين يشوبه نوع من التحريف والتشوه ويبتعد كثيرا عن الواقع الذي عليه أبنائهم، على النقيض فإن إدراك المعلمين والإخصائيين القائمين على العمل مع أطفال اضطراب طيف التوحد يكون إدراك محايد وواقعي إلى حد كبير.

## التوصيات:

- **الاهتمام بتوعية الآباء والأمهات عن طريق دورات تدريبية داخل مراكز الإرشاد النفسي لتعريفهم بالاضطرابات السلوكية وباضطراب طيف التوحد وكيفية التعامل مع أطفالهم بشكل مناسب.**
- **نشر التوعية المجتمعية بصفة عامة لتعريف المجتمع بالاضطرابات السلوكية عند التوحديين.**

- **رفع كفاءة المعلمين والاخصائيين العاملين مع أطفال التوحد وتزويدهم بالمعارف والبحوث الحديثة التي تدور حول سلوكيات التوحديين وفقا لكل مرحلة من مراحل النمو.**

## البحوث المقترحة:

**يقترح الباحث اجراء الدراسات الآتية:**

- دراسة الفجوة الإدراكية بين الآباء والمعلمين لأطفال التوحد في ضوء بعض العوامل الديموغرافية.
- بناء بعض المقاييس الخاصة بالاضطرابات والمظاهر السلوكية للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد.
- تناول هذه الدراسة مع عينات لآباء ومعلمي أطفال الشلل الدماغي.

## المراجع:-

### أولاً: المراجع العربية:


١- أسامة فاروق مصطفى سالم (٢٠٢٠): فاعلية برنامج تدريبي لتحسين بعض المتغيرات الشخصية لدى أطفال ذوي التوحد في إطار نظرية التكامل الحسي، *مجلة العلوم التربوية، كلية الدراسات العليا للتربية جامعة القاهرة، الجزء الثاني، القاهرة.*

٢- أسامة محمد العنوز، وهيام موسى التاج (٢٠٢١): فاعلية برنامج تدريبي قائم على النظرية السلوكية المعرفية في تطوير مهارات اللغة التعبيرية لدى عينة من ذوي التوحد، *مجلة البحوث التربوية جامعة عمان العربية، المجلد الخامس ، عمان، الأردن.*

٣- إبراهيم عبدالله الزريقات (٢٠١٠): التوحد (السلوك، والتشخيص، والعلاج)، عمان : دار وائل للنشر.

٤- الزهراء مهني عراقي (٢٠١٩): تحسين المهام التنفيذية لخفض السلوكيات النمطية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد باستخدام الأنشطة المتكاملة، رسالة دكتوراة، كلية التربية، جامعة بنها، مصر.

٥- السيد الرفاعي (١٩٩٩): اضطرابات بعض الوظائف المعرفية وعلاقته بمستوى التوافق لدى الأطفال الذاتويين، رسالة دكتوراة، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا للطفولة، مصر.

٦- بسمة عاطف سالم (٢٠٢١): الخصائص السيكومترية لمقياس الاضطرابات السلوكية لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر.

٧- رائد خليل العبادي (٢٠٠٦): التوحد. الأردن: مكتبة المجتمع العربي.

٨- ريتا جوردن، وستيوارت بيول (٢٠٠٧): الأطفال التوحديون، ترجمة رفعت بهجات، القاهرة : عالم الكتب.

٩- سايمون كوهين، وباتريك بولتون (٢٠٠٠): حقائق عن التوحد، ترجمة عبدالله إبراهيم الحمدان، الرياض: *أكاديمية التربية الخاصة.*

١٠- سيد جارحي السيد (٢٠١٨): فاعلية برنامج تكاملي حسي في خفض بعض المشكلات السلوكية الحسية لدى أطفال التوحد، مجلة كلية التربية الخاصة، كلية علوم الإعاقة والتأهيل جامعة الزقازيق، مصر.

١١- عادل عبدالله محمد (٢٠٠٣): مقياس الطفل التوحدي، ط٢، القاهرة: دار الرشاد.

١٢- عادل عبدالله محمد (٢٠١٤): استراتيجيات التعلم والتأهيل وبرامج التدخل، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.

١٣- عبدالجبار توفيق البياتي، زكريا زكي إثناسيوس (١٩٧٧): الإحصاء الوصفي والاستدلالي في التربية وعلم النفس، مطبعة الجامعة المستنصرية، العراق، بغداد.

١٤- عبدالرحمن سليمان (٢٠٠٢): الذاتوية إعاقة التوحد لدى الأطفال، القاهرة: دار زهراء الشرق.

١٥-عبدالعزيز الشخص، وعبدالسلام عبدالغفار(١٩٩٢): قاموس التربية الخاصة، الكويت: دار العلم.

١٦- عثمان فراج لبيب (٢٠٠٢): الإعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة، مصر: المجلس العربي للطفولة والتنمية.

١٧- عبده سعيد محمد الصنعاني (٢٠١٤): فاعلية برنامج تدريبي للمربيات في تنمية بعض المهارات الحياتية لدى الأطفال الذاتويين وخفض سلوكياتهم المضطربة، رسالة دكتوراة، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة، مصر.

١٨- فكري لطيف متولي (٢٠١٥): فاعلية برنامج لتنمية مهارات الأمن الجسدي لدى أطفال الأوتيزم، *مجلة الدراسات التربوية والنفسية، كلية التربية جامعة الزقازيق، الجزء الأول، مصر.*

١٩-كوثر حسن عسلية (٢٠٠٦): التوحد، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.

٢٠- محسن محمود الكيكي (٢٠١١): المظاهر السلوكية لأطفال التوحد في معهدي الغسق وسارة من وجهة نظر أبائهم وأمهاتهم، *مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد ١١، معهد إعداد المعلمين، محافظة نينوى، العراق.*

٢١-محمد أحمد خطاب (٢٠٠٩): سيكولوجية الطفل التوحدي، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

٢٢- محمد الجابري (٢٠١٤): التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة، *ورقة عمل مقدمة للملتقى الأول للتربية الخاصة الرؤى والتطلعات المستقبلية، جامعة تبوك، السعودية.*

٢٣- محمد قاسم عبدالله (٢٠٠١): الطفل التوحدي، عمان، الأردن: دار الفكر.

٢٤- محمد كمال أبوالفتوح ، وخالد سعيد صيام (٢٠١٨): فاعلية استخدام الألعاب الصغيرة الترويحية في تنمية المهارات الحركية لدى التوحديين وأثرها على مهاراتهم الوظيفية المرتبطة بأنشطة الحياة اليومية، *المجلة التربوية، العدد ٥١، كلية التربية، جامعة سوهاج، مصر.*

٢٥- مصطفى عارف فاهم (٢٠١٥): فاعلية برنامج باستخدام المدخل الحسحركي في تنمية التكامل الحسي وخفض سلوك إيذاء الذات للأطفال الذاتويين، كلية الدراسات التربوية جامعة القاهرة ، القاهرة.

٢٦- مي رضوان (٢٠١٥) ، فاعلية برنامج إثرائي لغوي لتنمية المهارات اللغوية الاستقبالية والتعبيرية والاجتماعية لدى الأطفال الذاتويين في إطار نظرية العقل، كلية التربية جامعة عين شمس، القاهرة.

٢٧- مي محمد خلف الرقاد، ورود جمال عواد العواملة (٢٠١٦): مدى الوعي بالمظاهر السلوكية من قبل أولياء الأمور للأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، *مجلة كلية التربية جامعة الأزهر، العدد ٣٥، الجزء الثالث، كلية التربية، جامعة الأزهر، مصر.*

٢٨- نعمات عبد المجيد موسى (٢٠١٣): برنامج تدخل مبكر قائم على التكامل الحسي لتنمية مهارات الأمن الجسدي لأطفال التوحد، *الملتقى الثالث عشر للجمعية الخليجية للإعاقة تحت شعار التدخل المبكر استثمار للمستقبل، البحرين.*

٢٩- نيرمين عبدالرحمن قطب (٢٠٠٧): برنامج سلوكي لتوظيف الانتباه الانتقائي وأثره في تطوير استجابات التواصل اللفظية وغير اللفظية لعينة من أطفال التوحد. رسالة ماجستير. السعودية : كلية التربية. جامعة أم القرى.

٣٠- وفاء علي الشامي (٢٠٠٤): خفايا التوحد، جدة، السعودية، مركز جدة للتوحد.

## ثانياً: المراجع الأجنبية:

1 – American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and Statically Manual of Mental Disorders ($5^{th}$ ed.). Arlington, VA American Psychiatric Publishing.

2 – Arnold Miller (2007): Developing the Capacities of Children on the Autism Spectrum. Jessica Kingsley Publishers. USA.

3 – GPT 3.5 (2024): Wageez Bot, Ejabat Chat GPT, Cognitive Gap, AI.

4 – Fisher, Anne G.; Murray, Elizabeth A (1991): Sensory Integration: Theory and Practice, Philadelphia, published by F.A.Davis, USA.

5 – Fluton M& Entremont B (2013): Utility of The Psycho- educational Profile 3 For Assessing Cognitive and Language Skills of Children with Autism Spectrum Disorder. Journal of Autism & Developmental Disorder Vol.43 ,2324-2360.

6 – Fodstad J.C, Kerswill S.A, Kirsch A.C, Lagges A, Schmidt J (2021): Assessment and Treatment of Noise Hypersensitivity in A teenager with Autism Spectrum Disorder (Case Study). Journal of Autism & Developmental Disorder Vol.51 (6).Indiana University. Indianapolis, USA.

7 – Gervain, J., Csibra, G., & Kovacs, K. (2022): A Life in Cognition: The Cognitive Gap, Springer Nature, Gewerbestrasse 11, 6330 Cham, Switzerland.

8 – Greta Vilidaite, Miaomiao Yu, Daniel H.Baker (2017): Internal Noise Estimate Correlate with Autistic Traits. Official Journal Of The International Society For Autism Research, Department OF Psychology, York University, North Yorkshire, UK.

9 - Happe, F. G. E., & Frith, U. (1996): Theory of mind and social impairment in children with conduct disorder. British Journal of Developmental Psychology, 14(4), 385-398. UK.

10 – Iarocci G & john MCdonald (2006): Sensory Integration and The Perceptual Experience of Persons with Autism. Journal of Autism and Developmental Disorder Vol.36(1), DOI 10.1007/s10803-0050044-3.

11 – Juliet G.U, Andi K, Susi A, Ashari B & Muhammad A (2021): The Effect of white Noise on High School Students' Sleep Quality at Unit (B) of Rajawali Girls Dormitory Makassar, Department of Neurology, Medical Faculty, Hasanuddin University, Indonesia.

12 - Krause A. E., North A. C., Hewitt L. Y. (2015): Music-listening in everyday life: Devices and choice. Psychology of Music, 43(2), 155-170.

13 – Laura Marks (2017): Article (Playing to Learn: An overview of The Montessori Approach with Preschool Children with Autism Spectrum Condition), Support For Learning Vol.31(4), DOI 10.1111/1467-9604.12140.

14 – Mot K.H.O (2011): Sensory Processing Function and Early Intervention Programs For Toddlers with Early Signs of Autism,PHD Thesis,Ohio University, USA.

15 – Nisa T.F, Ariyanto F.L.T & Asyhar A.H (2019): Montessori Learning: Understanding the Concept of Early Childhood Mathematics.Department of Early Chilhood Teacher Education, Universitas Trunojoyo Madura, Bangkalan, Indonesia. DOI 10.1088/1742-6596/1211/1/012094.

16 - Ozonoff, S., Pennington, B. F., & Rogers, S. J. (1991): Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to

theory of mind. Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, 32(7), 1081-1105.

17 – Rasool Azeem Musa, Mehdi E & Ghassan A (2021): Predicting Autism Spectrum Disorder for Toddlers and Children Using Data Mining Techniques. University of Babylon, College of IT, Department of Information Networks, Iraq.DOI 10.1088/17426596/1804/1/012089.

18 – Roley S.S, Mailloux Z, Praham L, Schaaf R, Lane C.J & Cermak S (2015). Sensory Integration and Praxis Patterns In Children With Autism. American Journal Of Occupational Therapy Vol.69, DOI 10.5014/ajot.2015.012476..

19 - Rutter, M. (1978): Diagnosis and Definition. In: Rutter, M. and Schopler, E., Eds., Autism: A Reappraisal of Concepts and Treatment, Plenum Press, New York, NY, 1-26.

20 – Wizaka W, Santoso T & Prawata A.G (2021): Study of Daylight Optimization For Autism School In Cempaka Putih Jakarta.Architecture Department, Faculty of Engineering, Bina Nusantara University, Jakarta, Indonesia.DOI 10.1088/1755-1315/794/1/012206.

21 - Wolf-Schein, E. G., Jenkins, E. C., Sklower, S., Cohen, I. L., Wisniewski, K. E., Brown, W. T.(1988).On the association of fragile x with autism.Journal of Autism and Developmental Disorders. Volume 18, pages 457-458.