

اضطراب الوسواس القهري لدى الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

إعداد

الباحث/ طارق أحمد عبد السلام محمود المتولي

إشراف

أ. د/ محمد حسين محمد سعد الدين الحسيني

أستاذ علم النفس

بكلية الآداب – جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال - جامعة المنصورة

المجلد السادس - العدد الثاني

أكتوبر ٢٠١٩

اضطراب الوسواس القهري لدى الاطفال المصابين باضطراب طيف التوحد

أ/ طارق أحمد عبد السلام محمود المتولي*

تمهيد:

ينتسم اضطراب الوسواس القهري بمجموعة من الأفعال والطقوس والاندفاعات الحركية والتي يقوم بها الفرد بشكل تكراري رغم عدم أهميتها وعدم عقلانيتها إلا أنها تأخذ هيئة الرغبة الجامحة للقيام بها، وذلك للتخلص من إلحاح الأفكار القهرية والتوتر والقلق الناتج عنها، ومن أكثر الأفعال والطقوس الحركية شيوعاً وتكراراً : غسيل اليد مئات المرات بمناسبة وبدون مناسبة وغسيل الجسم بعد التبول والتبرز أو أثناء فترة الطمث أو عدم مصاحبة الآخرين أو إمساك كل شيء بورقة خوفاً من التلوث، وقد لا تتم هذه الأفعال والطقوس الحركية القهرية وتستمر الأفكار الوسواسية فقط (Pinard, et al., 2004: 266).

ويعتبر الوسواس القهري احد اضطرابات القلق العصائية الذي يتميز بوجود أفكار قهرية ملحة متكررة ، تقتحم تفكير الشخص وتسيطر عليه بحيث يجد صعوبة في التخلص منها، أو على صورة أفعال وسلوكيات قهرية حيث يد الشخص نفسه مضطراً للقيام بها بالرغم من قناعة الشخص بتفاهة أو سذاجة هذه الأفكار، وتؤثر كل من هذه الأفكار والأفعال القهرية سلباً على حياة الأفراد (محمود إبراهيم، ٢٠١٥ : ١٠).

* باحث دكتوراه.

مفهوم الوسواس القهري: Obsessive Compulsive

تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والأخصائي الخامس بأنها: "أفكار أو اندفاعات أو صور متكررة وثابتة، تختبر في وقت ما أثناء الاضطراب، باعتبارها مقتحمة متطفلة وغير مرغوبة، وتسبب عند معظم الأفراد، قلقاً ويحاول الشخص تجاهل أو قمعها. أو تحييدها بفكرة أو فعل قهري" (أنور الحمادي، ٢٠١٥: ١٨٣).

ويعرف بأنه: "عبارة عن أفكار ثابتة أو نزعات أو خيالات يخبرها الفرد على أنها مرغوبة وليس لها معنى، ويحاول الشخص أن يتجنب ويكبح هذه الأفكار والنزعات، ويعرف الشخص أن أفكاره الوسواسية نتج عقله وليس مفروضة عليه من الخارج" (عادل الرمادي، ٢٠٠١: ٢٢٤).

ويعرف أيضا على انه: "أفعال يضطر المريض لفعلها ليقفل من إحساسه بعدم الراحة والضيق والتوتر وزيادة إلحاح الأفكار التسلطية، ولكنها لا تعطيه الراحة إلا لوقت قصير" (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ٥٦).

وعرفه زهران بأن الوسواس هو فكر متسلط والقهر هو سلوك جبري يظهر بتكرار وقوة لدى المريض ويستحوذ عليه ويفرض نفسه عليه ولا يستطيع مقاومته رغم وعيه وتبصره بغرابته (حامد زهران، ٢٠٠٤: ٥٠٩).

وتعرفه "آمال قطنية" بأنه: أفكار متكررة تتدخل في السلوك السوي وتعطله، فتشغل ذهن المريض ويشعر بنوازع تبدو غريبة عنه، ويضطر للقيام بتصرفات لا تجلب له السرور، ولا يملك القدرة للتخلي عنها، والأفكار الوسواسية قد لا يكون لها معنى في ذاتها، وقد لا تعني شيئاً بالنسبة للمريض، وكثيراً ما تكون في منتهى السخف، وهو يحمل الهم دون إرادة منه، ويظل

يتأمل ويفكر، وكأن الأمر يتعلق بالحياة أو الموت بالنسبة له. من ناحية أخرى تعرف السلوكيات القهرية بأنها تصرفات تكرارية مثل: (غسيل اليدين، الترتيب، التدقيق) أو تصرفات ذهنية مثل (الصلاة أو الدعاء، العد، تكرار كلمات بين المريض ونفسه) والتي يشعر المريض بأنه مدفوع للقيام بها تجاوباً مع فكرة وسوسية، أو وفقاً لقواعد يجب تطبيقها بصرامة (أمال قطينة، ٢٠٠٣: ١٠٩).

وعرفه "نعيم الرفاعي" بأنه أفكار أو دوافع شعورية تتسلط على الفرد وتلح عليه وذلك على الرغم من شعوره بسخافتها وبعرقلتها لسير تفكيره وحركاته وأفعاله اللازمة له (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢: ٣٣١).

ومما سبق يرى "الباحث" ان الوسواس القهري له اشكال متعددة، فيوجد بشكل صور، أو أفكار، أو تخيلات، أو اندفاعات أو أفعال قهرية استحواذية على هيئة أفعال حركية جامدة ومستمرة تستغرق الكثير من الوقت والجهد وتسبب المزيد من الأسى والقلق النفسي.

ويحاول المريض جاهداً تخفيف حدة القلق والتوتر عن طريق القيام بالأفعال القهرية، ومن ثم يدور في دائرة مفرغة من القلق والتوتر، لا يستطيع التخلص منها.

معدلات انتشار الوسواس القهري:

يعتبر الوسواس القهري ومنذ زمن بعيد أحد الأمراض النادرة، لكن الدراسات الحديثة بينت بأنه يصيب ما بين (٢,٥%) إلى (٢,٩%) من الأفراد، ويرجع السبب في انخفاض معدلات الانتشار، إلى تكتم المرضى لأعراضهم

خشية الوصمة وغبابة الأفكار التي نراودهم فحسب دراسة Van der Linden, M., Ceschi, G., 2008: 119).

ولكن على الرغم من تقدير انتشار اضطراب الوسواس القهري على مدى الحياة بـ (٢,٥%) ، إلا أنه شائع نسبياً، حيث يصعب ملاحظته، لأن المريض يحاول إخفاء أعراضه، مما يؤدي تأخير التشخيص الصحيح له بسبب عدم الملاحظة والوصمة الاجتماعية، وتظهر الدراسات الدولية أن نسب حدوث وانتشاره متشابهة على المستوى العالمي (صباح السقا، ٢٠١٤ : ٦٤).

وقد يعاني مريض الوسواس القهري بواحد أو أكثر من فكرة وسواسية، وتعتبر وسواس الخوف من التلوث أكثر الوسواس انتشاراً، إذ تقدر نسبتها بـ (٥٥%) أما وسواس العدوانية بـ (٥٠%)، وسواس النظام والدقة بـ (٣٦%) وسواس الخوف من الإصابة بمرض (٣٤%)، التخيلات الجنسية (٣٢%)، والأفعال القهرية هي أيضاً قد تكون متعددة عند المصاب بالوسواس، وتعتبر طقوس المراجعة الأكثر انتشاراً بين المصابين حيث تقدر نسبتها بـ (٨٠%) تليها طقوس الغسل (٤٦%) وطقوس العد (٢١%) Van der Linden, M., Ceschi, G., 2008: 119).

ويظهر عند الذكور ما بين (٦) و (١٥)، أما عند الإناث فيظهر بين (٢٠ : ٢٩) (O'Leary, E., 2005: 20).

وظهور اضطراب الوسواس القهري يكون بشكل تدريجي، غير أنه توجد تقارير حول بدايات حادة في بعض الحالات، والاضطراب مزمن في أغلب الأحوال، مع أعراض تنذبذب ارتفاعات وانخفاضات في الشدة، وعلى الرغم من

ذلك فقد لوحظت نوبات ودورات من التدهور لدى حوالي (١٠%) من المرضى (ديفيد بارلو، ٢٠١٥: ٤٧٧).

المعايير التشخيصية للوسواس القهري تبعا (DSM5):

قبل التطرق إلى المعايير التشخيصية، لابد من الإشارة إلى أنه في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع يعتبر القلق هو العنصر الأساسي في تشخيص الوسواس القهري، والذي يربط العلاقة بين الوسواس والأفعال القهرية، أما في الدليل التشخيصي والأحصائي الخامس، فلا يعتبر تشخيص القلق لدى مرضى الوسواس القهري ضرورياً، لذا فقد تم إلغاء اضطراب الوسواس القهري من فئة اضطرابات القلق، وقد صنف في فئة تشخيصية أخرى، تحت مسمى الوسواس القهري والاضطرابات المرتبطة، وذلك نظراً لارتباط هذه الاضطرابات مع بعضها من حيث مدى الصادقات التشخيصية (أنور الحمادي، ٢٠١٥: ١٨٥).

عوامل اضطراب الوسواس القهري:

لا يوجد عامل واحد ودقيق لحدوث الوسواس القهري لكن؛ بل هناك بعض العوامل التي تؤدي إلى حدوثه ومنها ما يلي:

١- العامل الوراثي:

يلعب العامل الوراثي دوراً هاماً في نشأة الوسواس القهري، فقد أشارت الأبحاث إلى أن الجينات تلعب دوراً في تطوير هذا المرض في حالات كثيرة، فقد وجدت الدراسات أن حوالي (٢٩%) من أقارب المرضى لديهم الاضطرابات نفسها، كما أن ظهور الاضطراب نفسه أعلى منه في التوائم الحقيقية وحيدة العينة من ثنائية العينة (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢: ٣٣٣).

٢- العامل الفسيولوجي الخاص بالجهاز العصبي:

هناك أسباب فسيولوجية خاصة بالجهاز العصبي وكهربائية نشاط المخ، كما أشارت الأبحاث إلى إن اضطراب الوسواس القهري يتضمن مشكلات في الاتصال بين الجزء الأمامي من المخ (المسئول عن الإحساس بالخوف والخطر)، والتركيبات الأكثر عمقاً للدماغ (العقد العصبية القاعدية التي تتحكم في قدرة المرء على البدء والتوقف عن الأفكار)، وتستخدم هذه التركيبات الدماغية الناقل العصبي الكيميائي (السيروتونين)، ويعتقد أن اضطراب الوسواس القهري يرتبط بنقص في مستوى السيروتونين (نعيم الرفاعي، ١٩٨٢: ٣٣٥).

٣- العامل الوراثي متحدا مع البيئي:

ان تأثيرات أحد الوالدين أو كلاهما المنظمة ذات المثل العليا والضمير الحي الوسواسي في تصرفاتهم سينعكس على شخصية أطفالهم. فالقواعد الصارمة، والتأكيد على الدقة والطموح بشكل مبالغ ، ربما يلعب دوراً في نشوء اضطراب الوسواس القهري (Myhr. G., et al., 2004: 447).

وذكرت "رمزية غريب" في دراسة أن للوسواس القهري عدة أسباب هي على النحو التالي:

- الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة.
- الحوادث والخبرات الصادمة.
- الصراع بين عناصر الخير والشر والرغبات اللاشعورية المتصارعة.
- التعرض للإحباط المستمر في المجتمع.

- الخف وعدم الثقة في النفس والكتب.
- التنشئة الاجتماعية الخاطئة ومنها أساليب التربية الصارمة والمتزمتة والمتسلطة والقامعة.
- الشعور بالإثم وتأنيب الضمير.
- تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المصابين بالوسواس القهري.
- وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدفاع تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو نفس السلوك (رمزية غريب، ١٩٩٤: ٥١١).

أنواع الوسواس القهرية:

يذكر "محمد عبد الرحمن" أن أكثر الوسواس شيوعاً هي التي تتعلق بالعدوان والقذارة والتلوث والجنس والعقيدة والشك، أما في السلوك القهري فهي النظافة والاختبار (التحق) (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٩: ٢٧٥).

واتفق معه (أحمد عكاشة) في أن أكثر الوسواس شيوعاً هي الغسيل Washers والتأكد Checers، ذاهبا الى ان الوسواس ينقسم إلى عدة أنواع تتمثل في الآتي:

- ١- الأفكار Ideas.
- ٢- اجترار الأفكار Rumination.
- ٣- الصور Image
- ٤- الاندفاعات Impulses.
- ٥- المخاوف Phobia.

٦- الأفعال القهرية (أحمد عكاشة، ٢٠٠٣: ١٨).

النظريات المفسرة للوسواس القهري:

توجد عدة نظريات تفسر الإصابة باضطراب الوسواس القهري والتي منها ما يلي:

١- نظرية التحليل النفسي:

يرى أصحاب هذه النظرية أن اضطراب الوسواس القهري يحدث نتيجة لارتفاع سريع في الدوافع اللاشعورية التي لا يقبلها الوعي الشعوري للشخص . ويحدث نتيجة لسبب معجل (مفجر) للإصابة في حياة الشخص التي قد تحتوي على عناصر صراحت طفولة قديمة كما أن ظهور الأعراض يكون نتيجة لنكوص الشخصية لمرحلة سابقة . وتفسر الدورة الوسواسية القهرية، وخاصة الطقوس القهرية كاستراتيجيات دفاع مصممة لتجنب المرور بالصراعات والدوافع اللاشعورية غير المرغوبة. فينتج عنها الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير. مثلاً محاولات المريض اللاشعورية لعقاب ذاته فيكون السلوك القهري بمثابة تكفير رمزي وإراحة للضمير. فيمكن أن يكون غسيل الأيدي القهري رمزاً لغسيل النفس وتطهيرها من الإثم المتصل بخطيئة أو خبرة مكبوتة (حنفي أمام، ونور الرمادي، ٢٠٠١: ٢٢٩).

ويحدث تثبيت في المرحلة الشرجية، نتيجة للأخطاء المرتبطة بالتدريب على أعمال (الحمام) التواليت، حيث تعترى بعض مبادئه بعض التشويه والمبالغة التي تصل إلى حد العناد والإفراط في الترتيب والنظام. ويتميز هذا

النمط بخصائص شخصية هي الترتيب أو المحافظة على النظام والبخل والعناد (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٩: ٢٧٧).

٢- النظرية البيولوجية:

في دراسة لمصابين بالوسواس القهري، وجد ان حوالي (٥٠%) منهم لديهم تقلص لا إرادي في عضلات الوجه وحركات جسيمة لا ارادية مثل الغمز بالعينين، وتطيب الوجه والجبين. ومن الاضطرابات العصبية التي تحدث بشكل متكرر لدى مرضى الوسواس ما يعرف بمرض خورياسيندهام " Sydenhams chorea"، وهو اختلال عصبي يتميز باضطرابات تشنجية سريعة وعنيفة في الوجه والأطراف كذلك مرض الصرع ومرض باركنسون. ووجد أن مرضى الوسواس القهري لديهم معدل مرتفع للتمثيل الغذائي للجلوكوز في الفص الأمامي للمخ، والممر الحزامي الذي يربط الفص الامامي بالثانوية القاعدية . وهذه الزيادة ترتبط طردياً بحدة الوسواس. وتبدي بعض مناطق المخ لدى المرضى أنشطة شاذة نتيجة لنقص السيروتونين حيث وجد أن أكثر العقاقير فعالية، تزيد كمية اليروتونين في المخ كذلك وجد أن ليدهم ارتفاع هرمون الفازوبرزين "Vasopressin" في السائل النخاعي الشوكي (محمد عبد الرحمن، ٢٠٠٩: ٢٧٩).

وان أشكال التسلط والقهر التي توجد لدى الأطفال قبل نضجهم تؤيد الأساس الفسيولوجي للاضطراب، وهناك أربعة أشياء تؤيد تأثير العوامل البيولوجية وهي:

١. الأمراض النيورولوجية المصاحبة للاضطراب (كالصرع واضطراب توريت).

٢. صور رسم المخ لدى المرضى.
٣. السلوك القهري والعناد لدى الأطفال.
٤. فعالية العلاج الدوائي للمرض (احمد عكاشة ، ٢٠٠٠ : ٣٤٠).

٣- النظرية السلوكية:

ترى أن السلوك المرضى يتم تعلمه من خلال البيئة. ويحدث الوسواس القهري عن ريق آليات التعلم مثل: الاشراف الكلاسيكي كالمثيرات المقترنة بخبرة صادمة يمكن أن تتخذ صفات الصدمة نفسها، كذلك آلية التجنب والهروب، فالإنسان لا يحب الخبرات التي تتميز بالقلق ويتجنبها، فالسلوك القهري يهدف إلى تجنب القلق الذي تسببه الأفكار المتطفلة. وكذلك ما يسمى بالتعزيزي الاجتماعي، ويلعب التعزيز من الآخرين دوراً مهماً في نشأة أو بقاء اضطراب الوسواس القهري، وان التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المترتبة الصارمة المتسلطة الأمرة الناهية والقسوة والعقاب والتدريب الخاطئ المتشدد على النظافة والإخراج في الطفولة كلها أسباب بيئية تتفاعل مع الطرق السلوكية الخاطئة التي يتعلمها الطفل نتيجة الإحباط المستمر في المجتمع مما يسبب الوسواس القهري. (حامد عبد السلام زهران، ٢٠٠١ : ٥١٠).

٤- النظرية الاجتماعية:

يرى أصحاب نظرية التعلم الاجتماعي أو التعلم بالنموذج أن الأطفال ينتمون الكثير عن العالم بتقليد ومحاكاة الوالدين أو الكبار المرضى، خاصة لدى الطفل القابل للإصابة بالاضطراب. فتزداد احتمالات الإصابة بالاضطراب الوسواسي القهري. كما أن الحرمان من الحب والعاطفة في فترة الطفولة ،

وأنواعا معينة من البيئات الاجتماعية قد تؤدي إلى الإصابة بالوسواس القهري مثل عدم المرونة أو التسامح الشديد حين يخطئ الطفل والتهديد الدائم بالعقاب ورسم روتين مألوف لا يمكن الخروج عليه للأطفال، كل هذه الأساليب التربوية الخاطئة قد تؤدي إلى الإصابة بالوسواس القهري مستقبلاً (محمد حسن غانم، ٢٠٠٤: ٦١).

٥- النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذه المدرسة أن المصابين بالوسواس يفسرون الإشارات البيئية بطريقة تديم سلوكهم القهري، وأوضح كل من شير وزملاؤه أن مرضى الوسواس يعانون من سمة العجز في قياس دقة تحققهم من الأشياء، وذلك عند عرض عدة كلمات ثم سؤالهم عن أنها موجودة أم لا (حنفي أمام، ونور الرمادي، ٢٠٠١: ٢٥٩).

ويذكر (ارون بيك) ان المحتوى الفكري للوسواس يتعلق بصفة عامة بخطر بعيد يظهر في هيئة شك أو حيطة ، فالمريض قد أدى عملاً ما ضرورياً لتأمين سلامته (أطفاً فرن الغاز على سبيل المثال) أو أنه سيتمكن من أداء عمل ما كما ينبغي . أما الطقوس القهرية فتكون من محاولات تهدئة الشكوك والوسواس عن طريق العمل، مثال غسيل اليد القهري فهو قائم على اعتقاد المريض أنه لم يزيل كل الأوساخ من بعض أجزاء جسمه، وهما مما يعرضه لخطر المرض الجسمي أو يجعل رائحته كريهة (كما يعتقد) وكثيراً ما يكون هناك ثلوث متلازم هو الرهاب (الخوف المرضي)، الوسواس، الفعل القهري. كحالة المريض الذي كان يخشى الإصابة بالإشعاع فيتجنب (رهاب) كل الأشياء التي قد تصدر إشعاعاً مثل الساعات ذات الميناء المشع وأجهزة التلفزيون،

وحين تضطره الظروف إلى لمس شيء منها يظل يراوده احتمال التلوث (وسواس) مما يحمله على اخذ حمامات متكررة طويلة كي يزيل المادة المشعة التي يتوهمها (فعل قهري) يمكن القول ان المحتوى الفكري لمريض الوسواس هو الحذر والشك أما الفعل القهري فهو أمر ذاتي لأداء فعل محدد لدفع خطر ما (ارون بيك، ٢٠٠٠: ٧٥).

٦- النظرية الوراثية:

قد بينت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في الإصابة بالوسواس القهري فهو أكثر في التوائم المتماثلة (٣٣: ٦٣%) وفي التوائم غير المتماثلة (٧%) وتكون العوامل الوراثية أكثر وضوحاً في الحالات التي يبدأ فيها المرض قبل سن الرابعة عشر. ونسبة الإصابة في أفراد عائلة المريض أعلى من أفراد المجتمع حيث وصلت (٣٥%) في الأقارب من الدرجة الأولى مقارنة ب (١: ٣%) من أفراد المجتمع كما أن نسبة الاضطراب في أبناء وأمهات الأطفال المصابين تصل إلى (١٨%) (وائل أبو هندي، ٢٠٠٣: ١٤٢).

اضطراب طيف التوحد: Autism spectrum disorder

تمهيد:

ان أول من قدم هذا الاضطراب هو الطبيب النفسي السويسري ايجن بلولر "Eugen Bleuler" عام (١٩١١) حيث استخدم التوحد ليصف به الأشخاص المنعزلين عن العالم الخارجي والمنسحبين عن الحياة الاجتماعية (عادل شبيب، ٢٠٠٨: ١٤).

وأورد أنه في عام (١٩٤٣) نشر الدكتور ليو كانر "Leo Kanner" ورقة المشهورة عن التوحد ليكون بذلك أول من ذكره كاضطراب محدد في العصر الحديث. وفي عام (١٩٤٤) نشر الدكتور "هانز اسبرجر" من فيينا ورقة شهيرة أيضاً تصف حالة مشابهة للتوحد أطلق عليها فيما بعد متلازمة أسبرجر "Asperger Syndrome" وتعتبر هاتان الورقتان هما أول المحاولات العلمية لشرح هذا الاضطراب المعقد (Carr, E and D, M., 1985: 111).

وفي عام (١٩٦٤) اكتشف برنارد ريملان "Bernard Rimland" أدلة تؤكد أن التوحد هو حالة بيولوجية "Biological Condition". وفي عام (١٩٦٦) اكتشف اندرياس رت "Andreas Rett" صاحب متلازمة الرت "Rett Syndrome" دليلاً آخر يؤكد أن التوحد حالة بيولوجية "Clark, N., Wing, (L., 1996: 301).

وفي عام (١٩٧٧) عثر كل من سوزان فلوستين، ومايكل روتر "flustin Susan Flostein, Michael" علي توائم مصابين بالتوحد مما أوحى لهما بأن هذا دليل علي احتمالية وجود عامل جيني يقف خلف الإصابة بالتوحد. وفي عام (١٩٩١) نشر كل من مايكل روتر، وكاترين لورد، أن لي كوتشر "Catherine Lord, Michael Rutter, Ann Le Couteur" أول استبيان لتشخيص التوحد "Autism Diagnostic Interview" (Wakefield, A., 1998: 351).

وفي عام (١٩٩٢) أصدرت منظمة الصحة العالمية "World Health Organization" دليلاً مشابهاً لدليل جمعية الطب النفسي الأمريكية عرف بالتصنيف الدولي للأمراض (ICD- 10) "International Classification

"of Diseases"، وذكرت فيه تعريفاً للتوحد ضمن فئة الاضطرابات النمائية "Developmental Disorders" (World Health Organization, 1992: 198).

مفهوم اضطراب طيف التوحد:

يُعد الطبيب الأمريكي كانر "Kanner" أول من وصف اضطراب طيف التوحد وذلك عام (١٩٤٣)، حيث أشار إلي خصائص التوحد والمتماثلة بالنقص الشديد في التواصل مع الآخرين، والميل إلي المحافظة علي الروتين ومقاومة التغيير، والتعلق غير الطبيعي بالأشياء، مع ضعف في النمو اللغوي، وضعف القدرة علي التخيل، واشترط حدوث هذه الأعراض خلال الثلاثين شهر الأولي من عمر الطفل (إبراهيم الزريقات، ٢٠١٠: ٢٨).

ويستخدم مصطلح اضطراب التوحد للتعبير عن فئة ذوي اضطراب التوحد التقليدي والمعروف لدي الغالبية باختلاف شدة الاضطراب إذ يتراوح ما بين الدرجة المتدنية والمتوسطة والمرتفعة (نايف الزارع، ٢٠١٤: ٣٧).

وتعرفة "الجمعية البريطانية الوطنية للأطفال التوحديين" علي أنه اضطراب أو متلازمة تعرف سلوكياً، وتظهر قبل وصول الطفل إلي سن (٣٠ شهراً) من العمر، وتتضمن وجود اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية والاستجابة الحسية والتعلق والانتماء بالأشياء والموضوعات والأحداث. (فوزية الجلامدة، ٢٠١٥: ٤٨).

وعرفتة "الجمعية الأمريكية للتوحد" علي أنه إعاقة نمائية تطويرية تظهر في الثلاث سنوات الأولي من العمر، نتيجة للاضطرابات العصبية التي تؤثر

علي وظائف المخ والنمو الطبيعي والنشاط العقلي، وتتميز بقصور التواصل والتفاعل الاجتماعي والتفكير عند الطفل الذي يعاني من هذا الاضطراب (إبراهيم الزريقات، ٢٠١٠: ٣٣).

النظريات والفرضيات المفسرة للتوحد:

تعددت الفرضيات التي فسرت أسباب اضطراب طيف التوحد ولكن لم يستطع الباحثون إلي الآن تحديد سبب لهذا الاضطراب، وقد ردت بعض الدراسات أسباب التوحد إلي عوامل سيكولوجية، عضوية بيولوجية، عوامل جينية، عوامل كيميائية، ويعتبر اضطراب التوحد من الاضطرابات التي تعزي لأكثر من عامل سببي، وما زالت الدراسات غير كافية في هذا الشأن، وما زال هناك غموض حول سبب الاصابة بهذا الاضطراب.

أولاً: الفرضية السيكولوجية (النفسية):

اشار كانر "Kanner" في أول تقرير له عن التوحد أن العامل المسبب للإعاقة هو مجموعة من العوامل الذاتية المحيطة بالطفل في مراحل نموه المبكر في نطاق الأسرة منها أسلوب التنشئة ومنها افتقار الطفل للحب والحنان ودفء العلاقة بينه وبين أمه ومنها غياب الاستثارة، والنبذ واضطراب العلاقات الأسرية الوظيفية، وغياب العلاقات العاطفية، فقد افترض "كانر" في دراساته المبكرة أن الاضطراب لدي الطفل ذو التوحد ينشأ من عاملين هما المشاعر الباردة وعدم الاستجابة من الأم، حيث يؤدي العامل الأول إلي الانسحاب الاجتماعي، ويؤدي العامل الثاني إلي استمرارية بقاء الطفل منعزلاً، حيث كان هناك اعتقاد سائد بوجود خلل في علاقة الوالدين بالطفل، يؤدي إلي حدوث هذا الاضطراب خاصة الأم باعتبارها مسؤولة عن عدم إمداد الطفل بالدفء الكافي

والانفعال المناسب وذلك إلي الحد الذي وصف والدي الطفل ذي اضطراب طيف التوحد بالوالدين ذوي المشاعر الباردة (ايهاب خليل، ٢٠٠٩: ٤٤).

ثانياً: الفرضية البيولوجية:

هناك من يفسر التوحد كنتيجة للعوامل البيولوجية، ومن أسباب تبني هذا المنهج هو أن الاصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية، ولكن قد يكون هناك عدم قبول للفرضية البيولوجية عندما لا يوجد سبب طبي أو إعاقة عقلية يمكن أن يعزي لها السبب (عبد الله الصبي، ٢٠٠٣: ٥٧).

وعند دراسة مجموعة من الأطفال الذين يعانون من التوحد نلاحظ أن اصابتهم بالتوحد تكون مصحوبة بحالات طبية مختلفة، وهذا مؤشر علي أن هناك أسباباً بيولوجية خفية وراء كل حالات التوحد. وعندما يلحق أي من هذه الأسباب التلف بأحد أجزاء المخ فإن ذلك يؤدي إلي حدوث خلل في السلوكيات التي يتصف بها التوحد (سايمون كوهين، وباتريك بولتون، ٢٠٠٠: ٨٨).

وهناك من اشار الي الاضطرابات التي تحدث قبل الولادة بالنسبة للأطفال مثل عدم النضج، أو كبر سن الأم، أو اضطرابات التنفس، أو نزيف عند الأم ومدي ارتباطها بحدوث الاصابة باضطراب التوحد (ناديا ابو السعود، ٢٠٠٠: ٤٢).

وزاد الاهتمام بالتطعيمات وخاصة التطعيم الثلاثي (MMR) والذي يشمل: تطعيم الحصبة (Measles)، تطعيم أبو دغيم (Mumps)، تطعيم الحصبة الألمانية (Rubella) كسبب من أسباب الاصابة باضطراب التوحد (Wakefield, A., 1998: 367).

ويؤكد الكثير من الباحثين أن الجهاز الهضمي لدي بعض الأفراد ذوي التوحد غير قادر علي الهضم الكامل للبروتينات وخاصة بروتين الجلوتين الذي يوجد في الشوفان والشعير، وبروتين الكازيين الذي يوجد في الحليب ومشتقاته فتصبح ذات تأثير مخدر كالأفيون حيث يتحول الجلوتين والكازيين إلي جلوتومورفين وهو ذو مفعول مخدر وهذا يؤدي إلي ظهور أعراض وسلوكيات توحدية (قحطان الظاهر، ٢٠٠٩: ٣٧).

ويعتقد البعض أن سبب التوحد هو مشكلات تصيب الجهاز العصبي المركزي قبل الولادة أو أثناءها أو بعدها حيث أن أي شيء يعترض التطور الطبيعي للدماغ أثناء فترة الحمل سيؤدي إلي تأثيرات طويلة المدى علي الجوانب الحسية واللغوية والوظائف العقلية والاجتماعية للطفل، ومن هذه العوامل مرض الأم أثناء فترة الحمل، ومشاكل أثناء الولادة كتعرض الجنين لنقص الأكسجين أو بعد الولادة مباشرة (Bogdashina, O., 2006: 225).

ثالثاً: الفرضية البيوكيميائية:

أجري بيفن "Piven" دراسة عن تأثير العوامل الكيميائية في حدوث التوحد، وتبين لع أن تأثير حمض الهوموفانيلك أكثر ارتفاعاً في السائل المخي المنتشر بين أنسجة المخ والنخاع الشوكي لدي الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد مقارنة بالأطفال العاديين (إيهاب خليل، ٢٠٠٩: ٣٤).

وتشير الفرضية البيوكيميائية إلي وجود مشكلة في النواقل العصبية التي تنتقل الرسائل من الحواس إلي الدماغ والأوامر بالعكس وهذه المشكلة هي خلل سواء أكان زيادة أو نقصاناً في افراز هذه النواقل، أما الخلايا العصبية فتكون سليمة (Heward, L., 2003: 455).

رابعاً: الفرضية العصبية:

يؤكد الباحثون علي دور العوامل العصبية في حدوث اضطراب التوحد حيث ظهرت العديد من الدراسات التي حاولت الربط بين الخلل العصبي المركزي بين الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد والأطفال العاديين (ريم الراجح، ٢٠١٢: ٣٧).

ويعتقد بعض الباحثين أن بعض أشكال التوحد هي نتيجة لأذي في الدماغ ويقترح آخرون أن التوحد فشل للفص الأمامي للدماغ، وبغض النظر عما اذا كان للتوحد أساس جيني (Smith, D., 2001: 506).

وقد وجد بأن التخطيط الكهربائي للدماغ (E.E.G) في حالات التوحد يظهر بعض التغيرات في الموجات الكهربائية في حوالي (٢٠-٦٥%) من الحالات. وظهر حالات نوبات الصرع مع تقدم عمر الطفل التوحدي وقربه من مرحلة المراهقة في حوالي (٣٠%) من الحالات وخاصة في حالات التوحد المصاحبة للإعاقات الذهنية والتصلب الدرني والحصبة الألمانية (فضيلة الراوي، وآمال حماد، ١٩٩٩: ٥٩).

وفي تقارير ريملاند "Rimland" تبين وجود خلل واصابة في نسيج مركز ساق المخ، وهذه الإصابة تضعف من قدرة الجهاز العصبي المركزي أو مخ الجنين علي الاستجابة للمثيرات الخارجية وحساسيته لها، ولقد وجد جيلبرج "Gillberg" تشوهات في المخيخ لأكثر من (٦٦%) من حالات التوحد، وفي بحث آخر تم إجراء فحوص مخية لعينة مكونة من (١٩٢) طفلاً من ذوي اضطراب طيف التوحد، وأظهرت النتائج وجود تلف في الفص الصدغي في

(٢٩) حالة من هذه الحالات وهذا الفص توجد عليه مراكز التفاهم والتفاعل الاجتماعي (ايهاب خليل، ٢٠٠٩: ٦٥).

خامساً: الفرضية الجينية الوراثية:

أشارت بعض الدراسات إلي أن المكون الوراثي له دور في حدوث اضطراب التوحد حيث أظهرت بعض الدراسات أن نسبة من (٢%) إلي (٤%) من أشقاء الأطفال ذوي اضطراب التوحد يعانون من اضطراب التوحد (ايهاب خليل، ٢٠٠٩: ٦٧).

وأوضح كلارك "Clark" أن نسبة حدوث التوحد بين الأشقاء التوائم تتراوح بين (٨٠%) إلي (٩٠%) وأن نسبة حدوثها بين التوائم المتطابقة أكبر بكثير من نسبة حدوثها بين التوائم غير المتطابقة مما يشير إلي أن للتوحد أساساً وراثياً (Clark, N, 1995: 417).

كما تبين أن حوالي (٨٠%) من الأطفال ذوي اضطراب التوحد الذكور يعانون من متلازمة كروموسوم X الهش، وأن نسبة تتراوح من (١٥%) إلي (٢٠%) من الحالات التي تعاني من متلازمة كروموسوم X له أساس وراثي، لذلك فمن الممكن أيضاً أن يكون للتوحد أساساً وراثياً، ولعل هذا الارتباط أيضاً بين التوحد وضعف كروموسوم X يبرر زيادة نسبة الذكور عن الاناث في الاصابة بالتوحد (ايهاب خليل، ٢٠٠٩: ٦٩).

سادساً: نظرية العقل:

لوحظ أن الأفراد الذين يعانون من التوحد يجدون صعوبة في فهم الحالات العقلية للآخرين، ومشاعرهم وأفكارهم وعدم قدرتهم علي التنبؤ إضافة

إلى إعاقة في التفاعلات الاجتماعية والتواصلية والتخيلية وذلك نتيجة عدم نمو الأفكار لديهم (Bogdashina, O., 2006: 228).

الوسواس القهري واضطراب طيف التوحد Obsessive Compulsive Disorder, Autism spectrum disorder

يعد اضطراب الوسواس القهري اضطراباً نفسياً يتصف بوجود أفكار متكررة لا يرغبها المرء وتأتي رغماً عنه حتى بعد محاولته إبعادها أو التخلص منها، ويقوم المصاب بهذا المرض بعمل أفعال قهرية لا يستطيع الامتناع عنها نظراً لأن هذه الأفعال تخفف من قلقه لفترة محدودة ثم يعود مرة أخرى مما يستدعي المريض بالوسواس القهري إلى تكرار أفعاله القهرية بصورة مبالغ فيها.

وقد لوحظ أن بعض المصابين بالوسواس القهري يعانون معاناة نفسية شديدة ويحاولون التوافق كثيراً للتغلب على معاناتهم، حيث أنه يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية إيلاماً، ويتميز بمجموعة من الأفكار الوسواسية القهرية التي تناب على ذهن المصاب بشكل اجتراري متسلط لا يستطيع التخلص منها رغم محاولاته المتكررة لمقاومة هذه الأفكار والتخلص منها دون فائدة، وتصبح سبباً في انشغاله، مما يؤدي إلى إهدار اهتماماته في الحياة العملية اليومية (Greisberg, S., 2005: 265).

ويتميز اضطراب الوسواس القهري بمجموعة من الأفعال والطقوس والاندفاعات الحركية والتي يقوم بها الفرد بشكل تكراري رغم تفاهتها وعدم أهميتها وعدم عقلانيتها إلا أنها تأخذ هيئة الرغبة الجامحة للقيام بها، وذلك للتخلص من إلحاح الأفكار القهرية والتوتر والقلق الناتج عنها، ومن أكثر

الأفعال والطقوس الحركية شيوعاً وتكراراً عند مضطربي طيف التوحد: هز الرأس، ومص الإبهام، وحركات الأصابع، واليدين، وأرجحة الجسم، وحكه، والتلويح باليد، ولف الشعر، وهز الرجلين، وال تربية على الوجه، والقهقهة، والتصفيق باليدين، وضرب القدمين بالأرض، والتحديق في فراخ، وفرقة الأصابع، والدوران في المكان نفسه (سعيد العزة، ٢٠٠٢: ٧١).

كما يبدي الطفل التوحدي سلوك التتمية الصوتي والذي يتضمن الكلام غير الوظيفي وغير السياقي مثل الغناء، الثرثرة، الهمهمات التكرارية، الصياح، الجمل غير المرتبطة بالموقف الراهن (Smith, E., Van Houten, R., 1996: 253).

وتتسبب السلوكيات التكرارية والمقيدة صعوبات جمه للأطفال المصابين بإضطراب طيف التوحد بسبب طبيعتها الشاذة والصاخبة فهي تستهلك ساعات يقظتهم، وتتداخل مع أنشطهم الأسرية اليومية (Gordon, C., 2000: 437).

كما انها ترتبط بارتفاع معدلات الضغوط والاضطرابات النفسية لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد (Gabriels, R., et al., 2005: 169).

كما تؤدي هذه الافعال والطقوس القهرية الى قصور في النواحي الإدراكية والانتباهية والمعرفية، كما انها تعيق دمج مضطربي طيف التوحد في المدارس العادية، كما انه يزعج الآخرين ويخفض من معدلات التواصل الاجتماعي (Loftin, R., et al., 2008: 1124).

المراجع العربية:

- ابراهيم عبد الله فرج الزريقات (٢٠١٠): التوحد: السلوك والتشخيص والعلاج، دار وائل للنشر، عمان.
- أحمد عكاشة (٢٠٠٠): علم النفس الفسيولوجي، ط٩، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- أحمد عكاشة (٢٠٠٣): الطب النفسي المعاصر، ط١، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- ارون بيك (٢٠٠٠): العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية ، ترجمة عادل مصطفى، دار الأفق العربية، القاهرة.
- أمال قطينة (٢٠٠٣): أمراض النفس وعلاجها بالذكر، ط١، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
- أنور الحمادي (٢٠١٥): خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية DSM 5، ط١، الدار العربية للعلوم، بيروت.
- إيهاب محمد خليل (٢٠٠٩): التوحد والإعاقة العقلية، مؤسسة طبية، القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠١): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٣، عالم الكتب، القاهرة.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠٤): الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٤، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة.

- حنفي محمود أمام، ونور أحمد الرمادي (٢٠٠١): علم نفس الشواذ، ط١، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- ديفيد بارلو ترجمة صفوت فرج، وآخرون (٢٠١٥): مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية دليل علاجي تفصيلي، ط٢، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- رمزية غريب (١٩٩٤): بحوث في علم النفس، الهيئة المعرفية العامة للكتاب، القاهرة.
- ريم عبد الرحمن الراجح (٢٠١٢): الاحتراق النفسي وعلاقته ببعدي الشخصية الانبساطية والعصابية لدى معلمات أطفال ذوي اضطراب التوحد بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، الرياض.
- سايمون كوهين، وباتريك بولتون (٢٠٠٠): حقائق عن التوحد، ترجمة عبد الله حمدان، ط١، أكاديمية التربية الخاصة، الرياض.
- سعيد حسني العزة (٢٠٠٢): المدخل إلى التربية الخاصة للأطفال ذوي الحاجات الخاصة، الدار العلمية الدولية للنشر والتوزيع، عمان.
- صباح السقا (٢٠١٤): فاعلية العلاج الاسترافي- السلوكي للوسواس القهري، مجلة جامعة دمشق مج ٣٠، عدد (١)، سوريا.
- عادل الرمادي (٢٠٠١): العلاج المعرفي السلوكي- أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة.

- عادل جاسب شبيب (٢٠٠٨): الخصائص النفسية والاجتماعية والعقلية للأطفال المصابين بالتوحد من وجهة نظر الآباء، رسالة ماجستير غير منشورة، الأكاديمية الافتراضية للتعليم المفتوح، لندن.
- عبد الله الصبي (٢٠٠٣): التوحد وطيف التوحد، ط١، مكتبة الملك فهد الوطنية، الرياض.
- فضيلة الراوي، وآمال حماد (١٩٩٩): التوحد: الإعاقة الغامضة، ط١، المركز الثقافي الاجتماعي لذوي الاحتياجات الخاصة، الدوحة.
- فوزية الجلامدة (٢٠١٥): قياس وتشخيص اضطرابات طيف التوحد في ضوء المعايير التشخيصية الواردة في (DSM-4/DSM-5)، دار المسيرة للنشر والطباعة والتوزيع عمان.
- قحطان الظاهر (٢٠٠٩): التوحد، ط١، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان.
- محمد السيد عبد الرحمن (٢٠٠٠): علم الأمراض النفسية والعقلية، ط١، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة.
- محمد حسن غانم (٢٠٠٤): الوسواس القهري، المكتبة المصرية للطباعة والنشر، الإسكندرية.
- محمود محمد إبراهيم (٢٠١٥): البنية العالمية للمقياس العربي للوسواس القهري لدى طلبة جامعة السلطان قابوس، مجلة العلوم التربوية، مسقط، عمان.
- ناديا إبراهيم أبو السعود (٢٠٠٨): الطفل التوحد في الأسرة، ط١، حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية.

- نايف الزارع (٢٠١٤): المدخل إلي اضطراب التوحد: المفاهيم الأساسية وطرق التدخل، دار الفكر، عمان.
- نعيم الرفاعي (١٩٨٢): الصحة النفسية، دراسة في سيكولوجية التكيف، ط١، جامعة دمشق، سوريا.
- وائل أبو هندي (٢٠٠٣): الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي، مطابع السياسة، الكويت.

المراجع الاجنبية:

- Carr, E and D, M. (1985): Reducing behavioral problems through functional communication training, Journal of Applied Behavior Analysis, 18, PP. 111- 126.
- Wing, L. (1996): The autistic spectrum: A Guide for parents and professionals. Psychology Press. 2nd Ed., PP.301- 312.
- Wakefield, A. (1998): Ileal-Lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. Lancet, PP 351- 637.
- World Health Organization (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization., PP. 198-201.

- Bogdashina, O. (2006): Theory of mind and the triad of perspectives on autism and Asperger syndrome. London and Philadelphia: Jessica Kingsely Publisher., PP. 225-274.
- Heward, L. (2003): Exceptional Children: An Introduction to Special Educational, 7th ed. Merrill Prentice – Hall. Upper Saddle River, New Jersey, U.S.A., PP. 455- 516.
- Smith, D. (2001): Introduction to Special Education: Teaching in an age of opportunity. PP. 506- 517. Needham, MA: Allan and Bacon.
- Smith, E., & Van Houten, R. (1996). A comparison of the characteristics of self-stimulatory behavior in normal children and children with developmental disabilities. Research in Developmental Disabilities, 17, 253–268.
- Greisberg, S. (2005). Neuropsychological functioning of children with obsessive-compulsive disorder. (unpublished PhD Thesis). DAI, pp. 265- 272.
- Gordon, C. (2000). Commentary: Considerations on the pharmacological treatment of compulsions and stereotypies with serotonin reuptake inhibitors in pervasive

developmental disorders. Journal of Autism and Developmental Disorders, 30, 437–438.

- Gabriels, R. , Cuccaro, M. , Hill, D., Ivers, B. , & Goldson, E. (2005).
- Repetitive behaviors in autism: relationships with associated clinical features. Research in Developmental Disabilities, 26(2), 169.
- Loftin,R., Odom,S.,& Lantz, J.(2008). Social Interaction and Repetitive Motor Behaviors. J Autism Dev Disord, 38,1124–1135.
- Pinard, Gumley, Athansios, Karatizas, Kevin, power, James, Reilly, Lisa, Acnay Margaret, (2004) Early intervention for relapse in schizophrenia ; impact of cognitive behavioral therapy on negative beliefs about psychosis and self esteem british Journal of clinical psychology, vol45, pp. 266- 269.
- Van der Linden, M., & Ceschi, G. (2008). Traite de psychopathologie cognitive: Tome II- Etats psychopathologiques (Vol.2) Groupe de Boeck, pp. 119-125.

- O’Leary, E. (2005). Cognitive processing characteristics n obsessive compulsive disorder subtypes. University of Canterbury, pp. 20- 23.
- Myhr. G, Sookman. D. & Pinard. G. (2004). Attachment Security and Parental Bonding in Adults with Obsessive – Compulsive Disorder: a Comparison with Depressed out-Patients and Health Controls . Acta Psychiatrica Scandinavia, 109 (6), 447- 456.