

الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد

أ.م. رافد صباح التميمي

جامعة بغداد / كلية الادارة والاقتصاد

د. اشواق صبر ناصر

الجامعة المستنصرية /كلية التربية الاساسية

المستخلص

استهدف البحث الحالي :-

1. بناء مقياس الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
2. التعرف على الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
3. التعرف على الفروق في الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد على وفق متغير النوع (ذكور – اناث)

و يتحدد البحث الحالي بـ عينة من الأطفال المتوحدين الموجودين في معهد النهال ومعهد رامي بعمر (6-12) سنة من كلا الجنسين (ذكور / إناث) للعام الدراسي 2015/2016 وقد بلغت عينة البحث (83) طفلا متوحدا وبواقع (43) ذكور و(40) اناث وقد قام الباحثان ببناء مقياس اضطراب الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد وتكون المقياس من (28) فقرة وضعت وفقا لمعايير DSM-IV واستخرج له الصدق والثبات واستخدم الباحثان الاختبار التائي لعينتين مستقلتين والاختبار التائي لعينة واحدة وقد اظهرت النتائج :-

- 1- توجد فروق دالة في الوحم الشاذ لصالح عينة اطفال التوحد .
- 2- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسط الذكور والاناث على مقياس اضطراب الوحم الشاذ .

Abstract:

Current search targeted- :

- 1- .Building *pica disorder* measure of Autism children.
- 2- .To identify *pica disorder* among Autism children.
- 3- .Identify the differences in *pica disorder* among Autism children according to the type variable (males – females)

And current research is determined by a sample of *pica disorder* who are in Alnhal Institute and the Institute of Rami age (6-12 years) of both sexes (male / female) for the academic year 2015/2016 The research sample was (83) reclude children and by (43) males and (40) females have the researchers built a craving abnormal disorder among children with autism scale and be the scale of the (28) items developed according to criteria DSM-IV and extracted his honesty, fortitude and researchers used T- test for two independent samples and testing T- test for one sample. The results showed:

- 1- There are significant differences in the *pica disorder* for the sample of children with autism.
- 2- There are no significant differences between the average male and female *pica disorder* scale.

أولاً :- مشكلة البحث

يعد التوحد أحد الاضطرابات النمائية الشاملة التي تعد من أكثر مشكلات الطفولة إزعاجاً وإرباكاً وحيرة لأنها تتضمن اضطراباً في جوانب الأداء النفسي خلال مرحلة الطفولة والذي قد يمتد ليشمل مراحل عمرية أخرى بما في ذلك الانتباه والإدراك والتعلم واللغة ومهارات التواصل والمهارات الحسية والحركية وكل ذلك ينعكس سلباً علي كل من يتعامل مع هؤلاء الأطفال من أسر ومعلمين واختصاصيين وأقران (الجارحي, 2010: 1330).

فالتوحد من اعقد الاضطرابات والأمراض لأنه ليس مرض محدد او ذي أعراض ثابتة , فهو يختلف من حيث الشدة والتشابه في المصاب الواحد أو مع الآخرين . وبسبب تعقيد هذا المرض وعدم معرفة أسبابه أصبح من الضروري والمهم أن تتم عملية التشخيص من قبل فريق متكامل يتكون من (طبيب نفسي , أخصائي نفسي , أخصائي أطفال . اختصاصي في الاختبارات , اختصاص في السمع والتخاطب (وأحيانا اختصاصات أخرى . لذا أصبح من الضروري ان يدرس الطفل الذي يشتبه بإصابته من جميع النواحي النفسية والاجتماعية والعقلية وفي جميع المراحل العمرية لغاية ظهور الإصابة . حتى يتوصل الفريق التشخيصي الى التشخيص الدقيق والصحيح من اجل المساعدة لوضع البرامج التي تساعد على تأهيل وتدريب الطفل المصاب.

ولقد أدت الإصابة بالتوحد أن تجعل الطفل التوحدي في اغلب الأحيان انعزالي ومنطوي على نفسه ولا يشعر بالآخرين وكأنه أصم ولا يميل إلى اللعب الابتكاري والجماعي ولا يشعر بالأخطار الطبيعية والتي من المفترض ان يخاف منها , واضطرابه هذا جعله أحياناً يضحك ويبكي بدون سبب وغيرها من الأعراض والاضطرابات والتي أصبحت تنطوي تحت اسم التوحد(فراج , 2002: 3).

ومن بين الاضطرابات التي قد يصاب بها الطفل التوحدي هي اضطرابات الاكل وقد يتم الخلط بين اضطرابات الأكل وبين تصلب حالات التوحد حيال الطعام (بحيث لا يأكلون إلا طعاماً له لون معين ، ولمس معين ومن ماركة محددة) وهذه السمات شائعة بين حالات التوحد.

وفي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام ملحوظ وامتزاد بما يعرف باضطرابات الأكل وقد يكون هناك اتفاق بين الباحثين على أن اضطرابات الأكل قد أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهوره في تصاعد مستمر ، بلغ ذروته خلال العقدين الماضيين(عبد الموجود، ٢٠٠١ : 157)

ومن أهم اضطرابات الأكل والطعام التي تشخص عادة في مرحلة الرضاعة والطفولة والمراهقة هي الوحمة الشاذ حيث يعرفه علماء التغذية بأنه الأكل المستمر لمواد لا تصلح للأكل وذلك لفترة شهر على الأقل ذلك ان الرضع والأطفال الصغار يأكلون الدهون والمواد اللاصقة والخيط والشعر وقطع القماش أما الأطفال الأكبر سنا فقد يأكلون الرمل والحشرات وأوراق النباتات أو الحصى وقد يأكل المراهقون والراشدون الطين أو طعام الماشية ولا يشعرون بنفور أو تقزز من هذه الأشياء ويكون هذا السلوك غير ملائم من الناحية الارتقائية ولا يمثل جزءا من الممارسات الثقافية السائدة أو المعروفة ويعد أكل مواد غير صالحة للأكل مظهرا لاضطرابات نفسية (عقلية) أخرى مثل اضطراب النمو المنتشر والتأخر العقلي التي تعتبر أهم أسبابه وجود اضطرابات نفسية أخرى مثل الاضطرابات النمائية المنتشرة والفصام وأيضا وجود هذا الاضطراب كجزء من اضطرابات الأكل الأخرى كالشره العصبي واضطرابات التغذية في الرضاعة والطفولة المبكرة بالإضافة إلى النقص الغذائي في بعض العناصر كالكالسيوم و سوء العلاقة بين الأم والطفل التي ينتج عنها عدم إشباع الحاجات الفمية (دياب، 2011 : 3)

ومع تغير نمط الحياة الاقتصادية والاجتماعية للإنسان يتغير ويتبدل أسلوب حياته وكذلك طريقته في التعبير عن معاناته جسديا ونفسيا .وفي السنوات الأخيرة كان هناك اهتمام ملحوظ وامتزاد باضطرابات الاكل وقد يكون هناك اتفاق بين الباحثين على أن اضطرابات الأكل قد أصبحت ذات معدلات انتشار كبيرة، وأن معدل تواتر ظهوره في تصاعد مستمر بلغ ذروته خلال العقدين الماضيين (عبد الموجود، ٢٠٠١ : ١٥٧)

لذلك، وبناءً على ما تقدم، فإن مشكلة البحث الحالي تتحدد بنوعين من المشكلات، ألا وهما: المشكلة الأكاديمية، وهي تتعلق بطبيعة العلاقة بين المتغيرات المدروسة كون ان الوحمة الشاذ يعد اضطراب واضطراب التوحد. والمشاكل الصحة والاجتماعية ، وهذه تتعلق بالآثار السلبية لاضطراب الوحمة الشاذ على الطفل المتوحد وصحته الجسمية .

ثانياً :- أهمية البحث

تعد مرحلة الطفولة من مراحل النمو المهمة التي يمر بها الإنسان , ففي هذه المرحلة تبدأ أغلب خصائص الشخصية التي يتصف بها الانسان فيما بعد وفيها يكون الطفل شديد القابلية للتأثير في ظروف البيئة المحيطة به , ويؤلف الأطفال قطاعاً مهماً من قطاعات المجتمع فهم شباب الغد ورجال المستقبل وعليهم والمؤسسات المشرفة على أعدادهم تقع مسؤولية النهوض بالمجتمع وتقدمه (الصبي, 2003: 134) .

وتتمثل إحدى مؤشرات حضارة الأمم وارتقائها في مدى عنايتها بتربية الأجيال بمختلف فئاتها , ويتجلى ذلك بوضوح في مدى العناية التي توليها للأطفال بصورة عامة و ذوي الاحتياجات الخاصة بصورة خاصة وتوفير إمكانيات النمو الشامل لهم من جميع النواحي مما يساعد في إعدادهم لحياة شخصية واجتماعية واقتصادية ناجحة يؤدي فيها كل منهم دوره في خدمة المجتمع مهما كان حجم إسهامه . أما إهمال هذه الفئة فيؤدي إلى تفاقم مشكلاتهم وتضاعف إعاقاتهم ويصبحون عائلة على أسرهم ومجتمعهم ومن هنا يلزم التدخل العلاجي والتدريبي لمواجهة مثل هذه المشكلات المترتبة على الإعاقة والتخفيف منها (الزريقات , 2004 : 67) .

ومن بين فئات ذوي الاحتياجات الخاصة والتي لم تتلقى الاهتمام الكافي لحد الان هي فئة الأطفال التوحديين , والأطفال التوحديين هم أطفال معاقون بشكل واضح في مجال استقبال المعلومات أو توصيلها للآخرين , وهذه الإعاقة تؤدي بهم إلى القيام ببعض أنماط السلوك غير المناسب للبيئة أو الوسط الاجتماعي المحيط بهم مما يؤثر بالتالي في قدرة الطفل على التعلم وفي توافقه بشكل عام (الصبي, 2003: 135) .

ويعد التوحد من اعقد المشاكل التي تواجه المجتمعات في العالم , حيث يوجد هذا الاضطراب في كل دولة ومنطقة من العالم , وفي جميع الأسر من كل الخلفيات العرقية والدينية والاقتصادية , إذ انه يصيب الأفراد بغض النظر عن ظروفهم المختلفة , فضلاً عما ما يتسببه من آثار وصعوبات شديدة (Clark, et al ,2016:103).

والتوحد مظهر مهم من مظاهر الاضطرابات السلوكية والانفعالية وهذه المظاهر تقودنا إلى عدم إهمال مضاعفات الخلل الأقل وضوحاً ولكنها من حيث النتائج اشد خطورة على النمو النفسي العام (الظاهر , 2005 : 15) .

وإذا ما أهمل المتوحد فإن نمو شخصيته يتجه إلى الانحراف لإحساسه بأنه مختلف عن الآخرين لافتقاره إلى الشعور بالثقة والتكيف والالتزان الانفعالي الذي يكتسبه الآخرون من خلال انجازاتهم المختلفة (Kenny,2016:442).

وفي دراسة أجريت عام (2013) حول صعوبة تشخيص مرض التوحد لدى الإناث لقدرتهن على إخفاء أعراض المرض. ومن خلال سلسلة فحوصات أجريت على أكثر من ستمائة طفل، تبين أن الفتيات المحتمل إصابتهن بالتوحد لديهن قدرة كبيرة على إخفاء أعراض معينة، قد تكون مرتبطة بالكشف عن المرض، مثل قدرتهن على تحديد مشاعر الناس من سعادة أو حزن أو خوف. حيث يصعب على المصاب بالتوحد تحديد مثل هذه المشاعر. ونقيد الدراسة بان الذكور تزيد لديهم فرص الإصابة بالتوحد بمقدار تسع مرات مقارنة بالإناث. ويعتقد الباحثون أن هذا الأمر ناجم عن التغيرات الجينية بين الجنسين، فضلا عن اكتشاف "جوانب معينة" في جينات الذكور يمكن أن تسبب إصابتهم بالتوحد. غير أن باحثين من جامعتي لندن وبريستول أوضحوا أن نسبة أكبر من الإناث مصابات بالمرض أكثر مما كان يعتقد من قبل وذلك لتمتعهن بالقدرة على إخفاء أعراض المرض وبالتالي لا يتم تشخيص المشكلة. وفحص الباحثون بيانات حول ثلاثة آلاف، و666 طفلا تبلغ أعمارهم 13 و14 عاما خضعوا لعدة اختبارات أساسية لتشخيص التوحد، فوجدوا أن الفتيات اللاتي يحتمل أنهن مصابات بالمرض، كانت لديهن القدرة على إخفاء أعراض معينة مثل قدرتهن على تحديد مشاعر الناس، من سعادة أو حزن أو خوف...إلخ، بينما يجد الكثير من المصابين بالتوحد أو اضطرابات مماثلة صعوبة في تحديد طبيعة مشاعر من حولهم.

ويرى الباحثون أن الفتيات يتعلمن معرفة مشاعر الوجه، مما يتسبب في إخفائهن لأحد أعراض التوحد الرئيسية، وأكدوا أن هذا "الإخفاء" قد يؤدي لتطور مشكلات أخرى لدى الفتاة مثل الاكتئاب والقلق واضطرابات الأكل. (<http://akhbar.alaan>)

ومن بين الاضطرابات التي تحدث لدى المتوحدين هي اضطرابات الاكل والتي تمثل العلاقة بين الحالة النفسية للفرد وبين الرغبة في الطعام أو العزوف عنه، وهذه العلاقة ليست بالجديدة، فقد كانت اضطرابات الأكل تصنف ضمن الاضطرابات السيكوسوماتية، إلى أن صدر الدليل التشخيصي عام ١٩٨٧، ومن (DSM-III-R) والإحصائي الثالث المنقح للاضطرابات العقلية (DSM-IV) ثم الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية عام (1994) إذ وضعها منفصلة تحت عنوان اضطرابات الأكل (Rennan et al ,2015:764)

ومن بين اضطرابات الاكل المنتشرة بين الاطفال سواء الاطفال الاعتياديين او الاطفال ذوي الاعاقات المختلفة هو اضطراب الوح الشاذ وهو اضطراب يتميز بوجود الشهية إلى حد كبير بالنسبة للمواد غير الغذائية مثل المعادن كالعملات ، والصلصال ، والفحم ، والترية ، والطباشير ، والورق ، والصابون ، والرماد ، والصمغ وغيرها أو وجود شهية غير طبيعية لبعض الأشياء التي يمكن أن تعتبر من مكونات الأطعمة كالدقيق والبطاطا النيئة ، والأرز الخام ، والنشا ومكعبات الثلج ، والملح. ولكي يتم تشخيص هذا الاضطراب يجب ان يستمر مع الطفل لأكثر من شهر حيث يمكن تشخيص هذا السلوك عند الطفل وقتها (Castiglia ,1993 :67) .

كما ان الاطفال الاقل من عمر سنة يتناولون او يضعون في كثير من الاحيان مواد غير غذائية في افواههم ويعد تصرف هؤلاء الاطفال في هذا العمر ليس مرضيا ولكن ننظر لهذا التصرف انه غير طبيعي عندما لا يكون ملائما لعمر الطفل . يشيع ظهور " الببكا " او الوح الشاذ خلال السنة الثانية والثالثة من العمر ويعتبر وجود ذلك غير ملائم لنمو الطفل ويعتبر مرضيا اذا كان سن الطفل اكبر من سنتين تقريبا. المواد الغريبة التي يأكلها الطفل تتراوح بين كل ما يصل إلى يده، خاصة مع قلة الإشراف والعناية به من والديه، وكلما كان الطفل أقدر على الحركة كلما استطاع الحصول على مواد أكثر والتهمها وربما أصابه الضرر من جراء تناول هذه المواد، وعادة يأكل الأطفال ما يصل إلى أيديهم مثل الملابس، المواد البلاستيكية، الخيوط والشعر، الأوراق وكل ما يصل إلى يده من المواد التي عادة ما تكون تستخدم في المنزل وتترك في متناول الطفل (Rashid et al ,2010 :193)

و الوح الشاذ عند الأطفال يمكن أن يؤدي الى اعراض خطيرة . فالمصابون الذين يتناولون الاسمنت او الجص المحتوي على الرصاص قد يعانون من تلف في الدماغ بسبب التسمم بالرصاص. كما ان الخطر مماثل من أكل التراب المحتوي على ايثيل الرصاص أو بعض التربة التي تحتوي على الزيوت الملوثة بمادة الديوكسين السامة أو ثنائي الفينيل متعدد الكلور. قد يؤدي التسمم بالرصاص الى اعراض عصبية كما انه يؤثر على الغدد الصماء والقلب والكلى والدماغ وتختلف الاعراض بين صداع وقيء الى نوبات تشنج وغيوبية وتوقف التنفس في حين ان تناول جرعات عالية من الرصاص يمكن أن يسبب ضعفا فكريا وسلوكيا كبيرا مع مشاكل في التعلم. فقر الدم قد ينشأ بسبب التسمم بالرصاص وتشبه الانيميا في هذه الحالة الانيميا الذي يحدث بسبب نقص الحديد بالإضافة إلى التسمم هناك أيضا خطر أكبر بكثير يكمن في التهاب المعدة وانسداد الأمعاء أو تمزق في الجهاز الهضمي عموما كما ان الخطر

وارد في ابتلاع مخرجات وافرازات الحيوانات والطفيليات التي قد تكون موجودة في التربة كما ان تأثيره السلبي يشمل الاسنان حيث يؤدي الى احتكاكها وتآكلها.

نتائج الابحاث العلمية التي تم القيام بها لمعرفة اسباب هذا الخلل عند بعض الاطفال لم تكن كافية بالقدر الذي يحدد الاسباب بشكل دقيق ولكن ما تم التوصل اليه ان الاطفال الذين يظهر لديهم هذا الاضطراب هم اصلا يعانون من نقص بعض الاملاح والمعادن وخاصة الحديد والكالسيوم والزنك وبعض الفيتامينات مثل فيتامين سي وفيتامين دي بسبب مشاكل في الجهاز الهضمي او سوء في التغذية وفي دراسات اخرى تم الربط بين " البيكا" او الوحم الشاذ وبعض الامراض النفسية مثل الوسواس القهري والصدمات النفسية كذلك تظهر لدى الاطفال الذين يعانون من الحرمان ، انفصال الوالدين ، الاهمال واساءة معاملة الطفل (Henningfield ,et al,1995 :1715).

كما ان ابتلاع أعقاب السجائر هو شكل شائع نسبيا من الوحم الشاذ لوحظ في الأشخاص من ذوي الإعاقة العقلية (Danford, & Huber ,1982: 141)

وينص الدليل DSM-IV على ان الوحم الشاذ كثيرا ما يرتبط مع الاعاقة العقلية ,ولكنه يظهر لدى جميع الاعمار وخاصة لدى الاطفال الصغار وفي الذكور والاناث بشكل متساوي (A.P.A. 1994)

اشار إدواردز آخرون (Edwards et al , 1994) في دراسة اجريت في الولايات المتحدة الامريكية على عينة بلغت (553) من النساء الحوامل ومن الاشخاص الاصحاء من اصل افريقي كان معدل انتشاره عند النساء الحوامل في الولايات المتحدة الامريكية 8.1 ٪ ويرجح ان انتشاره بين النساء الحوامل في الدول النامية يمكن أن يكون أعلى من ذلك بكثير (Edwards et al , 1994 : 930).

ينتشر هذا الاضطراب بصورة متساوية بين الاطفال الذكور والاناث ولكن يندر وجوده بين المراهقين والذكور البالغين . ابحاث اخرى تشير الى ان 25% - 33% من الاطفال الصغار يعانون من تناول الاشياء غير المأكولة كما انه يشكل ما نسبته 20% في الاطفال الذين يعانون من مشاكل فكرية (: Edwards et al , 1994 930).

ولا يعتبرُ التصنيفُ الأمريكي الوحم الشاذ اضطرابًا مستقلًا وقائمًا بذاته إلا في الأطفال، ويضيفُ دليل التصنيف الأمريكي أن هذه الحالة كثيرًا ما تصاحبُ التخلفَ العقليَّ إلا أنها تحدثُ أيضًا في كل الأعمار وفي الجنسين، لكنها أكثرُ حدوثًا في الأطفال الصغار وفي النساء الحوامل، ورغم وجود إشاراتٍ

تاريخية إلى احتمال وجود دورٍ للوراثة في حدوث الوحم الشاذ حيثُ تظهر اعراضه في أجيالٍ متتاليةٍ (A.P.A., 1994:788).

مما تقدم تتضح أهمية البحث الحالي من خلال ما يأتي :-

1. ان الكشف عن الاطفال المتوحدين المصابين باضطراب الوحم الشاذ ,ومعرفة ما وراء هذا الاضطراب من آثار سلبية ومحاولة التخفيف من حدة هذه التأثيرات يعد امرا ضروريا .
2. لا تظهر السجلات الرسمية في الدول النامية عامة والدول العربية خاصة أي إحصائيات او نسب انتشار عن هذا الاضطراب .
3. ان إصابة اطفال التوحد باضطراب الوحم الشاذ قد يصبحون أكثر احتمالا للمعاناة من القصور والاعتلال في الجانب الصحي لذلك لا بد من الكشف عن الاطفال المصابين بهذا الاضطراب .
4. ان الفروق الحضارية والثقافية بين المجتمعات لا تسمح بتعميم نتائج الدراسات التي أجريت في تلك المجتمعات على مجتمعات أخرى غير المجتمع الأصلي ,لذلك كان من الضروري اجراء دراسة تخص المجتمع العراقي .
5. ان اغلب الأدوات المتوفرة حاليا لقياس وتشخيص الوحم الشاذ لا تلبى كل معايير الإصدار الأخير من (DSM- IV) لذلك فان الدراسة الحالية بأداتها تساعد في أمداد المكتبة العربية عامة والعراقية خاصة بمقياس جديد خاص بالبيئة العراقية .

هدف البحث :-

يهدف البحث الحالي الى :-

1. بناء مقياس الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
2. التعرف على الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
3. التعرف على الفروق في الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد على وفق متغير النوع (ذكور - اناث)

حدود البحث :-

يتحدد البحث الحالي ب عينة من الأطفال المتوحدين الموجودين في معهد النهال ومعهد رامي بعمر (6-12) سنة من كلا الجنسين (ذكور / إناث) للعام الدراسي 2016/2015

تحديد المصطلحات

يعرف الباحثان المصطلحات التي وردت في عنوان البحث بما يأتي :-

أولا :- الوجم الشاذ

يعرفها دان فورد وهوير (Danford&Huber, 1982)

"هو قيام الفرد بأكل مواد غير صالحة للأكل مثل الحجارة، والنقود المعدنية، والشامبو والملابس وأعقاب السجائر. يحدث لدى الأطفال والكبار وقد يحدث تناول المواد غير الصالحة للأكل مرة واحدة أو أكثر" (Danford&Huber, 1982 :141).

وعرفته منظمة الصحة العالمية (1999)

"هو اضطرابٌ نفسيٌّ تختلُّ فيه اختيارات الطعام حيثُ يختارُ المريضُ الطينَ أو القشَّ، على سبيل المثال لا الحصر، ليأكله بل ويفضله على كل الأطعمة المتاحة له (منظمة الصحة العالمية،1999)

ويعرفه أشورث وآخرون (ashworth et al ,2008)

" يشير إلى الرغبة الشديدة في مواد أخرى من الأطعمة بما في ذلك الطين والأوساخ والرمال والحجارة والحصى، والشعر، والبراز، والرصاص، ونشا الغسيل، قفازات الفينيل والبلاستيك ومحايات الرصاص، والجليد، والأظافر، والفحم والطباشير والخشب والجص والمصابيح الكهربائية، والإبر، سلسلة، أعقاب السجائر، والأسلاك، والمباريات المحترقة. لوحظ بيكا في أغلب الأحيان في الأطفال، عادة بين أفراد ذوي العاهات الخلقية. اعتمادا على المواد التي يتم تناولها، قد يكون بيكا العواقب التي تهدد الحياة" (ashworth et al ,2008 : 176-190)

ويعرفه وليامز وآخرون (Williams, et al, 2009).

"هو شكل خطير جدا من سلوك اىذاء الذات لانه واحد من الاسباب التي يمكن تكون قاتلة ,وهو القيام بأكل مواد لا تصلح للأكل مثل المسامير والطين وفضلات الحيوانات " (et al, 2009: 210). (Williams,

ويعرفه كارتر (Carter, 2009)

"هو اضطراب في الأكل يتميز ابتلاع المواد غير الصالحة للأكل .تحدث في 10-30% من الأطفال تحت سن 6 سنوات، يمكن أيضا أن يكون من أعراض الفصام، واضطراب الوسواس القهري(OCD) ، والحمل، واضطرابات النمو و الأطفال الصغار عادة يقومون بأكل الطلاء، والشعر، والقماش بينما الأطفال الأكبر سنا يأكلون عادة الصخور والرمال، وحتى البراز .البالغين الذين يعانون من الوحم الشاذ عادة يأكلون الطين أو التراب (وتسمى أكل التراب) ويمكن أن تنشأ مشاكل واضحة من الوحم الشاذ بما في ذلك التسمم و انسداد الأمعاء، والالتهابات البكتيرية، ونقص التغذية " (2009: 143-147) (Carter, .

ويعرفه هيرويوكي وآخرون (Hiroiyuki et al, 2015)

"هو تناول المواد غير الغذائية والتي قد تترافق بالرغبة شديدة لدى المرضى الذين لديهم انيميا حادة او نقص في التغذية ويحدث لدى النساء الحوامل والاطفال من ذوي الاعاقة العقلية والذي يلاحظ بشكل متكرر لديهم " (Hiroiyuki et al, 2015:1)

تعرفه الجمعية الأمريكية للطب النفسي (A.P.A. (2000)

" الاكل المستمر لمواد لا تصلح للأكل لمدة شهر على الأقل " ويتضمن الاعراض التالية

1. الأكل المستمر لمواد غير غذائية لفترة شهر على الأقل .
2. أكل المواد غير الغذائية غير مناسب للمرحلة النمائية .
3. السلوك الطعامي ليس جزءاً من ممارسة مقبولة ثقافياً.

4. إذا حدث السلوك الطعامي حصراً أثناء سير اضطراب عقلي آخر (مثل، التخلف العقلي، اضطراب نمائي شامل، فصام)، فإنه يكون من الشدة بما يكفي ليستحق انتباهاً سريرياً مستقلاً (A.P.A.,2000).

وقد تبني الباحثان تعريف الجمعية الأمريكية للطب النفسي (2000)

اما التعريف الاجرائي فهو: "الدرجة التي يحصل عليها المستجيب على مقياس اضطراب الوحم الشاذ "

ثانياً :- التوحد

عرفه كانر (Kanner,1943)

"اضطراب ينشأ منذ الولادة ويؤثر في التواصل مع الاخرين وفي اللغة ويتصف بالروتين ومقاومة التغيير"
(ذيب, 2004, 1).

وعرفته رذرفورد (Rutherford et al,2016)

"اضطراب نمائي يظهر قبل عمر ثلاث سنوات ,ويؤدي الى عجز في استعمال اللغة وفي اللعب وفي التفاعل والتواصل الاجتماعيين" (Rutherford et al,2016: 744).

وعرفه وليامز (Williams,1994)

فترى ان التوحد هو " عجز في فهم المشاعر والانفعالات ,وهو الانعزالية وتدني الإحساس بوجد الآخرين وتدني القدرة على الاستيعاب وقصور في التخيل وتسلسل الأحداث وتحليلها وتجميعها واسترجاعها ووجود مشكلات حادة في استعمال اللغة وتطورها " (Olney,2000: 52).

أما الجمعية الأمريكية للتوحد (Autism Society of America)

فترى ان التوحد يظهر في مظاهره الأساسية في الثلاثين شهرا الأولى من العمر وتشمل الاضطرابات في المجالات التالية :-

النمو، والاستجابة الحسية للمثيرات، النطق واللغة والقدرات المعرفية والانتماء للناس، وقد تشمل هذه الاضطرابات الخاصة بنسب ومعدلات النمو على تاخر او توقف في المعرفة والمهارات الاجتماعية (Smith, 2001: 35 7). وقد تبني الباحثان تعريف الجمعية الامريكية للتوحد.

ثالثا :- اطفال التوحد

وتعرفهم صلاح (2014)

"بأنهم الأطفال المصابين باضطراب نمائي يؤدي الى ظهور مظاهر السلوك غير الاعتيادي وعجز في فهم المشاعر والانفعالات والافتقار الى المهارات الاجتماعية اللازمة للتفاعل الاجتماعي، وقصور في القدرة على التواصل اللفظي وغير اللفظي". (صلاح، 2014: 14).

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

لمحة عن اضطراب الوحم الشاذ :-

"الببكا" او الوحم الشاذ هو اسم مقتبس من اللغة اللاتينية ويعني اسم طائر يشتهر بقدرته على أكل أي شيء بغض النظر عن طبيعة تلك المادة . يظهر مرض "الببكا" في كل الاعمار فهو لا يقتصر على الاطفال فقط خصوصا الاطفال المصابين بعاهات خلقية أو بعض الامراض النفسية بل نلاحظ ذلك في بعض الاحيان لدى النساء الحوامل (Edward et al ,1994:354).

وكان اكل التراب والطين معروف لدى الاغريق والرومان وتم تسجيلها في القرن الثالث عشر، ظهر مصطلح الوحم الشاذ في الكتب الطبية لأول مرة في سنة (1563) حيث أُشيرَ إلى آكلي الفحم من النساء الحوامل ومن الأطفال ، والمواد التي يعتبرُ اشتهاؤها وأكلها نوعًا من أنواع الوحم الشاذ متعددة بشكلٍ كبير وتختلفُ من مكانٍ لآخر (Edward et al ,1994:355).

وإن كانت معظمُ التقارير تشيرُ إلى الطين والطباشير والفحم والشعر والرمل والحجر والجبس والصلصال وكذلك دهانُ الحوائط وأعقاب السجائر وأعواد الكبريت المستعملة ، والحقيقةُ أن الحكمَ باعتبارِ أكل مادةٍ ما وحم شاذ من عدمه يجبُ أن يتمَّ بواسطة أشخاصٍ من نفس ثقافة الشخص المراد

تقييم سلوكه، لأن بعض الثقافات تعتبر أكل مادة ما أمرًا عاديًا بينما ينظر أصحاب ثقافةٍ أخرى لهذا الاختيار باستغراب ويعتبرونه وحم شاذ والذي يترجم بأكل المواد الترابية كالطين والطباشير عند الشعوب البدائية (ابو هندي, 2006: 1).

ومن المعروف أن أكل الطين كان سلوكًا شائعًا في جنوب الولايات المتحدة الأمريكية في القرن التاسع عشر خاصةً بين العبيد، كما كان من الشائع في نفس المنطقة من الولايات المتحدة الأمريكية خلال الخمسينات والستينات من القرن العشرين أن تجد من يبيعون ومن يشترون حقائب محملة بالطين في مواقف القطارات، ولم يكن غريبًا أن يرسل الأهل لقربيهم الموجود في شمال البلاد طردًا بريديا يحتوى على قطع صغيرة من الطين من بلده الأصلي، وما يزال أكل الصلصال الأبيض منتشرًا في بعض الولايات الأمريكية كولاية جورجيا وغيرها، كما استخدم أكل الطين طبيا كعلاجٍ للتقلصات المعوية وربما للتأثير على الميكروبات، كما استخدم في بعض الطقوس الدينية والممارسات الثقافية المختلفة، وما يزال يستخدم حتى في العصر الحديث، ولعلَّ أغلب آكلي الطين في عالم اليوم يعيشون في جنوب الولايات المتحدة الأمريكية وفي وسط إفريقيا وكذلك بعض المناطق في الهند.

ولعل أحد المصنفين الغربيين وهو كالن سنة (1980) كان محققًا عندما رأى الوحم الشاذ والشراهة مظهرين من مظاهر انحراف الشهية، أحدهما وهو الوحم الشاذ يمثل انحرافًا يتعلق بخاصية المادة المشتهاة، بينما يتعلق الآخر وهو النهام بكمية المادة المشتهاة.

ومن المعروف في التاريخ الأوروبي أن الفتيات المراهقات كنَّ يأكلن موادًا كالجير والفحم والطباشير لأن شحوب البشرة الناتج عن ذلك كان يضيف عليهنَّ جاذبيةً وجمالاً!، وهذه الإشارات تتواتر في التراث الأوروبي مرتبطةً بنوعٍ من فقر الدم ينتج عن نقص الحديد وتظهرُ المريضةُ شاحبةً مع ميل لون الجلد إلى الاخضرار (Parry & Parry, 1994 : 160).

وفي حقل ممارسة الطب النفسي يشاهدُ الطبيبُ أو يسمعُ أن مريضَ اضطراب الفصام المزمن المتدهور يأكلُ أشياءً كأعقاب السجائر أو قطع القماش أو القطن أو البراز، كما يحدثُ نفسُ الشيء في الأطفال المصابين بالاضطراب الذاتوي أو الاضطراب الاجتراري Autistic Disorder ، وكذلك في الأطفال المتخلفين عقليا حيثُ نراها مع السلوكيات التكرارية ومع سلوكيات إيذاء النفس وفرط الحركة والنشاط الزائد.

وفي أواخر الستينيات ظهرت في الدوريات الطبية أبحاث تبيّن ارتباط أكل الثلج بفقر دم نقص عنصر الحديد وكذلك اختفاء هذا النوع من سلوك الأكل الغريب بعد تصليح النقص وعلاج فقر الدم الناتج عنه رغم أنه لم يكن معروفاً على وجه التحديد هل تسبب أكل الثلج في إحداث فقر الدم أم تسبب فقر الدم في إحداث سلوك أكل الثلج أو الوحم الشاذ باعتبار الثلج مادة غير مغذية إلا أن أكل الثلج فقط هو النوع الوحيد من الوحم الشاذ الذي ما زال يبدو مرتبطاً بنقص الحديد ومستجيباً للعلاج بإصلاح النقص (Rose et al.,2000 : 353)

لذا أن اعتبار جميع أشكال الوحم الشاذ اضطرابات نفسية قد يكون خطأ كبيراً، ومن الأفضل اعتبارها عرضاً قد يشير إلى مرضٍ وقد يشير إلى حالة فيسيولوجية يمرُّ بها الجسد وقد يشير إلى موقفٍ ثقافيٍّ ومعرفيٍّ خاص، ويذكرُ تصنيفُ منظمة الصحة العالمية ICD-10 أن الوحم الشاذ في الأطفال يحدث كواحدة من أعراضٍ كثيرةٍ تكون جزءاً من اضطرابٍ نفسيٍّ أوسعٍ مثل الذاتوية (Autism) ، أو قد تحدث كاعتلالٍ نفسيٍّ منفردٍ نسبياً، وهي ظاهرةٌ أكثر شيوعاً بين الأطفال المتخلفين .

ولكن الوحم الشاذ قد يحدث في الأطفال ذوي الذكاء السوي، بينما لا يذكرُ الوحم الشاذ في تصنيف منظمة الصحة العالمية ضمن اضطرابات الأكل في الكبار إلا تحت اضطرابات الأكل الأخرى حيثُ يشارُ إلى الوحم الشاذ الغير عضوي المنشأ في البالغين (منظمة الصحة العالمية, 1999)

وأما التصنيف الأمريكي الرابع DSM-IV فيعرفُ الوحم الشاذ بالأكل المستمر لموادٍ غير مغذيةٍ لفترةٍ لا تقلُّ عن شهرٍ، دونَ أن يكونَ مصحوباً بمقتٍ أو رفضٍ للطعام بشكل عام، كما يجبُ أن يكونَ هذا السلوكُ غير مناسبٍ للمرحلة العمرية أي أن لا يكونَ العمرُ أقل من 18 شهراً، لأن من الطبيعي للطفل في السنة الأولى من العمر وحتى منتصف السنة الثانية أن يأخذ كل ما تمسكه يدهُ إلى فمه وكذلك يجبُ ألا يكونَ جزءاً من ممارسة ثقافيةٍ مقبولة، كما يجبُ أن يكونَ شديد الوطأة بحيثُ يستدعي العرضَ على الطبيب (A.P.A., 1994:788)

النظريات التي فسرت اضطراب الوجد الشاذ

نظرية الأنظمة العائلية

والتي تؤكد أن الديناميات الأساسية المسؤولة عن هذا الاضطراب ترجع إلى الأسرة والعلاقات داخلها، وأكدت أيضاً أن أسرة ذوي اضطرابات الأكل تنسم بأنها أكثر سيطرة وتحكماً ولا تناقش المشكلات الخاصة بالأبناء وخصوصاً الإناث .

أيضاً من الأسباب لاضطرابات الأكل أسلوب التعامل مع الوالدين والعلاقة بينهما، كذلك التأثيرات الاجتماعية واختلال العلاقة الأسرية، والإدراك المشوه للجسم، وتؤكد الدراسات أن الإناث ذوات الإعاقة السمعية تتأثر بهذه الأمور وذلك بسبب افتقارهن للتواصل مع المجتمع المحيط بهن نظراً للمجتمع لهن .

كما تشير الدراسات السيكولوجية إلى أن الإناث ذوات فقدان الشهية العصبي يعانين من اضطرابات أسرية شديدة، فضلاً عن سوء العلاقة مع الأبوين، وارتفاع معدلات القلق لدى الأمهات وزيادة الاكتئاب لدى الآباء إلى جانب صرامة الأنماط السلوكية من قبل الوالدين وجمودها (Patton et al,1999:765).

كما أن علاقة الوجد الشاذ بكل من الشراهة وفقدان الشهية العصبي أمرٌ ما يزال في حاجةٍ إلى الكثير من التأمل والدراسة، لأن حدوث الوجد الشاذ في مريضات فقدان الشهية العصبي قد يمثل محاولةً للاستغناء عن الطعام الذي قد يسببُ البدانةَ بأكلٍ أو مضغ موادٍ غير مغذيةٍ وربما حتى دونَ اشتهاٍ فنجدُ اختياراتٍ أكلٍ غريبةً كأكل الثلج وشرب الخل وعصير الليمون، ولكننا نراها في مريضة القهم العصبي مصحوبةً بكرهٍ ورفض وعدم اشتهاٍ لأنواع الطعام المتعارف عليها، بينما نجدُ الوجد الشاذ في مريضة الشراهة تأخذُ شكلاً مختلفاً حيثُ يمثلُ الاشتهاءُ الملحُ والرغبةُ الشديدةُ في التهامِ أنواعٍ معينةٍ من الطعام) خاصةً بكمياتٍ كبيرةٍ (جزءاً مهماً من الأعراض (Parry & Parry, 1994 : 160)

واتسع مفهوم الوجد الشاذ في العقود الأخيرة ليشملَ أيضاً بعضَ ما قد يفعلهُ الملتزمون بحميةٍ منَحَقَّةٍ، وكذلك ما قد يفعلهُ مرضى القهم العصبي، إذ اعتبِرَ شربُ الخل وشرب كمياتٍ كبيرةٍ من عصير الليمون) واعتبِرَ أكلُ الثلج كذلك(، شكلاً من أشكال الوجد الشاذ ، وإن كان للخل والليمون أثرٌ مفيدٌ في إنقاصِ الوزن، كما اعتبرت سلوكياتُ كمضغ نواة زيتونٍ مثلاً أو غيره أو مضغ مادةٍ لا تُبلَعُ نوعاً من أنواع الوجد الشاذ، ونفس السلوكِ موصوفٌ في الحالات التاريخية للقهم العصبي.

كما حدثَ نوعٌ من الربط بين مفهومي الوحم الشاذ والشراهرة في الحالات التي اعتبرت فيها الاستجابة لرغبةٍ ملحّةٍ بالأكل القهري لكمية كبيرة من نوعٍ ما من الأطعمة شكلاً من أشكال الوحم الشاذ ، بل إن دراسةً حديثةً لسلوكيات الأكل في الأطفال والمراهقين قد بينت أن حدوثَ الوحم الشاذ في الطفولة يعتبرُ عاملَ خطورةٍ يمكنُ التنبؤُ على أساسه باحتمال حدوثِ النهام في سن المراهقة (Foxx&Martin,1975:153)

وينظر في كثير من الأحيان إلى الأسر التي يعاني احد أفرادها من الوحم الشاذ على أنها أسرة مريضة، قد يعاني أفرادها من التصلب، وضعف الحب المتبادل أو الحماية الزائدة من قبل الوالدين للأبناء .

في ضوء ما سبق يتضح أن المناخ الأسري يلعب دوراً مهماً في الوحم الشاذ، بل قد يعد هذا الاضطراب مؤشراً على مرض الأسرة واختلال العلاقات الأسرية فيها، وأكد الباحثون أن الأسرة كنسق اجتماعي يتألف من أعضاء يحدث بينهم تبادل دينامي فيما بينهم، فان حدوث أي ضرر لفرد ما يترتب عليه تأثيرات مباشرة أو غير مباشرة على جميع أفراد الأسرة، فضلا عن ذلك ان الحالة المدركة لهذا الطفل لن تؤثر فقط على الأم والأب والأبناء ولكن ردود أفعال كل فرد من هؤلاء سوف يؤثر بالتبعية على الآخرين (Foxx&Martin,1975:154) .

وأكدت الكثير من الدراسات على أن اضطرابات الأكل لدى الأبناء في مرحلة المراهقة سواء فقدان الشهية العصبي أو الشره العصبي والوحم الشاذ ترتبط ارتباطاً قوياً بالمناخ الأسري السائد في أسرهم، وبالعلاقات الأسرية والتواصل مع أفراد الأسرة وأساليب المعاملة والصراعات الأسرية . (1045: 1989 , McMahon et al)

نظرية ماسلو

على وفق نظرية الدافعية التي وضعها ماسلو فان هناك عدداً من الحاجات التي يولد الشخص مزودا بها بشكل فطري والتي تعد محركات لسلوكه ، وهذه الحاجات الغريزية هي في العادة موروثه ، أما السلوك الذي يتبناه الشخص لإشباعها فهو متعلم أو مكتسب من بيئته ويتأثر بعوامل مختلفة ، وعلى هذا الأساس فقد وضع ماسلو الحاجات الانسانية الأساسية على شكل بناء هرمي يستند في قاعدته إلى الحاجات الفسيولوجية صعوداً إلى حاجات الأمن والسلامة ، وحاجات الانتماء والحب ، و الحاجة إلى الاحترام والتقدير ، والحاجة إلى تحقيق الذات التي هي قمة الهرم ، ثم أضاف في وقت لاحق إلى

سلم الحاجات حاجتين هما : الحاجات المعرفية والحاجات الجمالية (جورارد ، 1988 : 17) ، أما عن أسلوب الإشباع لهذه الحاجات فيجب أولاً إشباع الحاجات الفسيولوجية ثم الانتقال إلى إشباع الحاجات الأعلى فالأعلى ، أي لا يمكن إشباع الحاجة الأعلى إلا بعد إشباع الحاجة الأدنى وهكذا صعوداً إلى قمة الهرم وأعتقد ماسلو بأن حالات الشذوذ في الاكل مثل الوحم الشاذ والشره العصابية تنتج عن أحباط الحاجة الأساسية ، وحتى التطور الخطأ ناتج بصورة عامة من إعاقة الحاجات الأساسية (Donnelly et al ,1990 :81) .

وإن أحباط الحاجة هو عامل رئيس في ظهور اضطرابات الاكل وسبباً أساسياً لحالات الشذوذ في كل الحياة (صالح ، 1987 : 135) .

المدرسة السلوكية

تعد هذه المدرسة التعلم هو المحور الرئيس ، وأن السلوك المرضي يمكن إكتسابه ويمكن التخلص منه كما هو الحال في السلوك العادي. فالعملية الرئيسية في كلتا الحالتين ، هي عملية تعلم ، إذ تتكون الارتباطات بين مثيرات وإستجابات (الزبيدي والهزاع ، 1997 : 179) .

ويرى السلوكيون بأن الوحم الشاذ إنما هو سلوك متعلم (Learned Behavior) ، ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية الى التزامات يتمسك بها الفرد بوصفها أنماطاً مرضية منذ الطفولة . ويكون تعلم الأعراض التي تظهر في سلوك العصابي من البيئة ، ومن مراحل نموه ، ولاسيما مرحلة الطفولة وبهذا فأن المنحى السلوكي ينظر الى اضطراب الوحم الشاذ بأنها عادات غير توافقية.

ويرى السلوكيون أن الوحم الشاذ نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر ، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في عمله . ويضع السلوكيون قاعدة الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطرابات الاكل ومنها الوحم الشاذ في القشرة الدماغية ، كما ان الوحم الشاذ ما هو إلا عادات خاطئة تكونت تدريجياً من سلاسل معينة من الأفعال المنعكسة الشرطية وأنه لعلاج هذه العادات الشاذة يجب إطفاء هذه الأفعال الشرطية المرضية وتكوين أفعال شرطية جديدة تحل محل العادات الخاطئة (Kern,et al ,2006 :136) .

وقد تبنت الباحثة النظرية السلوكية في تفسيرها لاضطراب الوحم الشاذ والتي تعد اطارا مرجعيا في تفسير النتائج .

لمحة عن مفهوم التوحد :-

لقد أثار موضوع التوحد وأن لم يكن تحت هذا المسمى اهتمام الكثيرين ومنذ القدم , فحاولوا تفسيره حيث أشارت الروايات والخرافات والسجلات الطبية القديمة إلى وجود اشخاص مصابين بالتوحد عبر التاريخ , فقد تم تطوير الخرافات لتفسير ماهو غير متوقع أو غير عادي ولقد وصف كل الأشخاص الذين لديهم أعراض التوحد قديماً بأنهم تسكنهم الشياطين وتستحوذ عليهم , في حين برر آخرون ذلك بوجود الملائكة , وكان يشار إليهم عادة بضعيفي العقل , أو السحرة, أو اشخاص متوحشين أو مجانين ,واحيان بالرسل (البطاينة والجراح , 2009 : 571) .

واستخدم العلماء العديد من المصطلحات للأشارة إلى الأفراد الذين يعانون من عجز وقصور وأوجه عيوب أو شذوذ عما مألوف ومتعارف عليه من الصفات الحسية والمعرفية والاجتماعية والانفعالية , فقد أستخدم العلماء مصطلح إعاقة لمرض معين , كما استخدموا كلمة عجز نفسي أو جسدي لاضطراب أو خلل ما (سليمان , 1999 : 48) .

وقد استخدمت مصطلحات عديدة للأشارة إلى التوحد مثل زهان الطفولة , الأناثية أو الانشغال بالذات , الاحترافية , الأنكفاء , الذاتية , الطفولية , والاونتيسية , الاوتيزم , إلا أن هناك شبه أجماع بين الباحثين والمختصين في العالم العربي في الآونة الأخيرة على استخدام مصطلح التوحد حيث أن تعدد المسميات قد يؤدي إلى التداخل وإساءة الفهم في بعض الأحيان (الجارحي , 2005 : 12-17) .

وأن مصطلح التوحد (Autism) يتكون من كلمتين يونانيتين الأولى (Aut) وتعني الذات أو النفس والثانية (Ism) فيعني التوجه أو الحالة , فأن مصطلح (Autism) يعني التوجه الذاتي أو الحالة الذاتية , حيث تعد الذات هي مركز اهتمام الفرد (ريزو وزابل , 1999 : 387) .

ومن ضمن ما أشار اليه العلماء المختصين في العجز النفسي , هو التوحد إذ يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعوبة للطفل ولوالديه , ولأفراد الأسرة الذين يعيشون معه , والافراد من حوله , ويعود ذلك إلى أن هذا الاضطراب يتميز بالغموض وبغرابة أنماط السلوك المصاحبة له , ويتداخل بعض مظاهره السلوكية مع بعض أعراض إعاقات واضطرابات أخرى (عمارة , 2005 : 69) .

ووصف بعض العلماء التوحد لدى الأطفال بأنه حالة شيزوفرينية واستخدم آخرون مصطلح التوحد الطفولي في مجال التشخيص الاكلينيكي لكونه يتجنب العديد من التفسيرات النظرية , إذ أن هناك العديد

من النماذج السلوكية التي يمكن أن تقع في مجال الفصام الطفولي , وتبدأ نماذج السلوك التوحدي من الطفولة أو خلال السنوات الأولى من العمر ثم يأخذ سلوك الطفل بالتطور بعد سن ثلاث سنوات , ومهما تعددت المصطلحات التي تدل على وجود التوحد في سلوك الأطفال إلا أنه يمثل شكلاً من أشكال اضطرابات الانفعالية غير السلوك العادي ونوعاً من أنواع الإعاقة للنمو الانفعالي للأطفال غالباً ما يظهر في السنوات الأولى من العمر وتتمثل بعدد صور القصور والتصرفات غير الطبيعية وفي النمو الاجتماعي والعاطفي والتي تستدعي معه الحاجة إلى التربية الخاصة (الجليبي , 2005 : 14) .

وفي عام (1938) تبنى هانز اسبرجر مصطلح بولبر (التوحد لمضطربي العقل) في محاضرة في ألمانيا حول علم نفس الطفل , ليصف مجموعة من القصور في السلوك الاجتماعي لدى الأطفال . بدأ الاهتمام باضطراب التوحد بشكل علمي عام (1943) من خلال دراسة قام بها الطبيب النفسي النمساوي ليو كانر (Leo Kanner) الذي يعمل في مستشفى جونز هوبكنز في أمريكا إذ نشر كانر عام (1943) تقريراً عن التوحد بعنوان "اضطرابات التوحد في مجال التواصل الانفعالي " كان ذلك من خلال فحصه لمجموعة من الأطفال الذين يراجعون وحدة الطب النفسي, يتشابهون في السلوك بشكل مثير للنظر , ولانتشابه سلوكياتهم مع أية اضطرابات عرفت آنذاك , ولذا أقترح إدراج هذه السلوكيات تحت وصف تشخيصي جديد ومنفصل أطلق عليه اسم التوحد الطفولي وبهذه الدراسة وهذا التشخيص ابتداءً تاريخ التوحد (الشرييني , 2004 : 22) .

وفي عام (1962) قامت الباحثة لورا وينج (Wing) بالعديد من الدراسات النمائية حول التوحد وبتأسيس الجمعية الوطنية للتوحد National Autistic Society في المملكة المتحدة البريطانية , كما قامت بكتابة العديد من المؤلفات والبحوث العلمية , أما يوتا فرايث فقد قامت هذه الباحثة الحاصلة على شهادة الدكتوراه في التوحد عام (1968) بالعديد من الاعمال أهمها كتاب (التوحد) وصياغة نظرية العقل مع العالم بارون كوهين , وأفترضت أن التوحديين يعانون من صعوبات واضحة في فهم وجهات نظر ورغبات الآخرين (ابو حلاوة , 2008 : 96) .

وفي عام (1979) نشرت وينغ وقولد (Wing & Gould) دراسة اجريهاها في جنوب لندن على مجموعة من الأطفال الذين يعانون من مشكلات تعليمية أو صحية أو نفسية أو اجتماعية وتوصلتا من خلال هذه الدراسة إلى ثلاثة أعراض رئيسية تميز اضطراب التوحد وهي القصور في التفاعل الاجتماعي , القصور في اللغة والتواصل , والقصور في القدرة على التخيل (الشامي , 2004 : 221) .

وقد صنف اضطراب التوحد في عام (1980) على أنه ضمن الإعاقات الأنفعالية الشديدة إلا أنه وفي العام نفسه صنفته الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الثالث (DSM-3) بوضعه أحد الاضطرابات النمائية الشاملة والذي ضم التوحد والاضطرابات النمائية الشاملة في مرحلة الطفولة المبكرة إذ أشرت الدليل ظهور أعراض التوحد قبل عمر (30) شهراً , وفي ذلك الوقت لم يكن مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة مألوفاً ومتداولاً.

وأصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية - الإصدار الثالث المراجع (DSM-3) عام (1987) الذي تضمن فئة جديدة أطلق عليها مصطلح الاضطراب النمائي الشامل غير المحدد (PDD-NOS) وتم في هذا الإصدار إلغاء محك العمر لظهور الأعراض مع التركيز على المستوى النمائي عند تقييم الأعراض .

وعام (1992) أوردت منظمة الصحة العالمية (WHO) اضطراب التوحد في تصنيفها الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) تحت أسم (التوحد الطفولي) وعرفته بأنه اضطراب نمائي شامل يتمثل في نمو غير عادي أو مضطرب أو كليهما معاً , ويظهر في السنوات الثلاث الأولى من حياة الفرد , ويأخذ شكل أداء غير عادي في المجالات الثلاثة التالية : التفاعل الاجتماعي , التواصل , السلوك النمطي والمحدد (Heward,2006:98) .

وفي عام (1994) أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) الإصدار الرابع للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-4) موسعة مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة تجاوباً لاعتراض الكثير من الباحثين حول استخدام مصطلح الاضطرابات النمائية غير المحددة الذي لايساعد في تقديم اقتراحات علاجية , إذ قدمت الجمعية في هذا الإصدار مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة التي تضم تحت مظلتها الاضطرابات التالية :

اضطراب التوحد (Autism Disorder), ومتلازمة أسبيرجر (Asperger's syndrome) ومتلازمة ريت (Reet's syndrome) واضطراب الانتكاس الطفولي, ويطلق البعض عليه اضطراب الإنحلال أو التفكك أو التحلل الطفولي بدلاً من كلمة الانتكاس (Childhood Disintegrative Disorder-CDD) , وأخيراً الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Pervasive Disorder - Not Otherwise Specified-PDD-NOS) التي يطلق البعض

عليها التوحد غير النمطي (Atypical Autism) , وفي الطبعة الرابعة المراجعة (DSM-4-TR) لعام (2000) تم تصنيفه أيضاً كما ورد في الدليل الرابع السابق (الزراع , 2010 : 11) .

النظريات التي فسرت التوحد :-

النظرية النفسية :-

تعد هذه النظرية من اقدم النظريات المفسرة للتوحد اذ بدأ كانر (Kanner) دراساته في مجال التوحد من خلال مراقبة سلوكيات مجموعة مكونة من (11) طفل توحدي، وأشار في نتائج دراساته إلى أن الوالدين وخاصة الأم تلعب دوراً رئيسياً في حدوث اضطراب التوحد لطفلها عندما لا تزوده بالحب والرعاية والحنان، وأظهر كانر مصطلح الأم الثلجة (Refrigerated Mother) للتعبير على العلاقة السلبية بين الأم وطفلها. لقد تعرضت فرضية كانر للكثير من النقد والاعتراض وخاصة من أهالي الأطفال التوحديين حيث أكدوا بأنهم يولون أطفالهم الكثير من الاهتمام والرعاية والحنان في مراحل حياتهم المختلفة. كذلك عارض الكثير من الباحثين فرضية كانر ومنهم روتر (Rutter) معللاً ذلك أن الطفل خلال الفترة الحرجة لإصابته بالتوحد والتي ذكرها كانر من (0 - 6) أشهر لا يمتلك الوسائل والأدوات الضرورية لاكتشاف رفض أمه له أو عدم اهتمامها به. ورغم أن الكثير من الدراسات أثبتت فشل الفرضية النفسية في تحديد سبب الإصابة باضطراب التوحد، إلا أن هناك برامج علاجية ما زالت تتبنى نفس المنشأ والأفكار للفرضية النفسية مثل برنامج الأم الحنون (Hannen Project) في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يقوم جانب كبير من هذا المشروع العلاجي على تنمية علاقة الحب والحنان بين الأم وطفلها التوحدي. (Wing, 1996:62)

ويرى كانر (Kanner) والتي ترى ان التوحد هو حالة من الهرب والعزلة عن الواقع المؤلم الذي يعيشه الطفل نتيجة اهمال الوالدين ,والجمود والفتور واللامبالاة في العلاقة التي تربطهم بأطفالهم ,وقد يكون ذلك بسبب العلاقة غير الجيدة بين الوالدين ,او نقص وجود ايه مشاعر لدى الام اثناء فترة الحمل ,ويرى بتيلهام (Bettelheim) الذي يعد من المؤيدين لهذه النظرية .ان التوحد بمثابة وسيلة دفاع لرفض الطفل عاطفيا وضد اسلوب التنشئة التي لا تسمح له بالتفاعل الصحيح مع والديه وبخاصة والدته (الظاهر , 2009 : 83).

وقد حاول كانر تأكيد نظريته من خلال كتاباته التي اشار فيها الى أن جميع آباء الاطفال الذين تم تشخيصهم بأنهم مصابين بالتوحد من قبله كانوا ذوى تحصيل عملي مرتفع ومع ذلك كانوا غريبى

الأطوار ، مفرطى الذكاء و الإدراك الذهني ، صارمين ، منعزلين ، جديين ويكرسون أوقاتهم لأعمالهم أكثر من عائلاتهم . وبناء على ذلك يرى كانر أن إصابة الطفل بالتوحد ترجع ايضا الى وراثة الطفل لعاما بعد أو انعزال آباءهم عن المجتمع بصورة مبالغ فيها أو ترجع للأساليب الغريبة التي يعتمد عليها هؤلاء الآباء أثناء تربية أطفالهم ، أو قد ترجع الى العاملين السابقين معا . (Wing ,1996:123)

وافترض " كانر " ان هؤلاء الاطفال يتمتعون بذكاء كامن ولديهم ذاكرة صماء ممتازة واشكال وسيمة ، اما الأسباب فقد أشار إلى أنها متعددة هي بسبب الوراثة او خلل في الدماغ الوظيفي ، او التنشئة الأسرية او البرود العاطفي للوالدين ، وأطلق على هذه المتلازمة اسم التوحد الطفولي (Infantile Autism) (Szatmari,2000: 1980) .

نظرية العقل: (Theory of Mind)

يرى فيرث (Frith,1989) ان نظرية العقل تعني القدرة على التنبؤ بالعلاقة بين الحالات الخارجية للأحداث والحالات الداخلية للعقل ،اي انها القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للأفراد الخاصة بأفكارهم ومعتقداتهم ورغباتهم ونواياهم ، وايضا القدرة على استعمال هذه المعلومات لتفسير ما يقولونه وفهم سلوكياتهم والتنبؤ بما سيقومون به لاحقا . (Baron-Cohen,1994:513).

ترى هذه النظرية أن الأطفال التوحديين لديهم القدرة في المستوى الأول من الإدراك مثل أدراك الأشياء والمواد في البيئة من حولهم ،ألا أنهم لا يبلغون المستوى الثاني من تطور الإدراك كفهم معاني الكلام أو توقع سلوك الآخرين .

وتنشأ مشكلات التفاعل الاجتماعي لدى أطفال التوحد بسبب نقص اكتمال تطور الأفكار في العقل بحيث لا يستطيع هؤلاء الأطفال قراءة أفكار ومشاعر الآخرين ونواياهم ورغباتهم ومبادئهم ،ويحلون المشكلات التي تواجههم في المواقف الاجتماعية ،ويمكن التعبير عن ذلك بالتقوالب المعرفي الذاتي دون مراعاة لأفكار ومشاعر الآخرين (الظاهر ، 2009 : 91) .

وتركز نظرية العقل على القدرة على استنتاج الحالات الذهنية للآخرين والتعرف على أفكارهم ورغباتهم واعتقاداتهم، بالإضافة إلى القدرة على استخدام هذه المعلومة لتفسير ما يقولونه، ولإعطاء معنى لسلوكياتهم وللتنبؤ بما سوف يفعلونه في المستقبل (الهوري، 2001 : 173)

إن مشكلة الأطفال التوحديين تكمن في عدم قدرتهم على تكوين نظرية العقل كونهم لا يستطيعون التنبؤ وشرح سلوك الآخرين من خلال حالاتهم العقلية فهم لا يرون الأشياء من وجهة نظر الشخص الآخر (الزريقات، 2004: 123). تؤكد الكثير من الأبحاث وجود صعوبة لدى الطفل التوحدي في فهم الحالات الذهنية للآخرين وترى بأن الاضطراب السلوكي في التوحد يمكن أن يرجع إلى عدم قدرة الطفل التوحدي على التفكير، أما الاضطراب الاجتماعي فيرجع إلى عدم قدرته على تقدير الناس كوسطاء لهم عقول وأذهان مستقلة، وأما الاضطراب في التواصل فيرجع إلى عدم القدرة على تمثيل النيات أو التعرف على التغييرات اللفظية باعتبارها نفس أفكار المتحدث (الهويدي، 2001: 175).

ويشير البعض إلى نظرية العقل باعتبارها القدرة على استنتاج وتقدير الحالات العقلية مثل الاعتقاد، والرغبات، والنوايا والانفعالات. حيث أن نظرية العقل تشير إلى أن الأطفال التوحديين يواجهون صعوبات في هذه القدرة على الاستنتاج. ومثال ذلك فإنهم يجدون صعوبة في تصور أو تخيل الإحساس والشعور لدى الآخرين أو ما قد يدور بذهن الآخرين من تفكير، وهذا بدوره يقود إلى ضعف مهارات التقمص العاطفي وصعوبة التكهن بما قد يفعله الآخرون فالأطفال التوحديون قد يعتقدون بأنك تعرف تمامًا ما يعرفونه هم ويفكرون فيه.

وعلى الرغم من معرفة الأطفال التوحديين لما ينظر إليه الآخرون إلا أنهم يعانون من صعوبة كبيرة في القدرة على إدراك ما يدور في عقول الآخرين من أفكار (كوهين، 2000: 93).

نظرية فصام الطفولة :-

وضع هذه النظرية كل من سينجر وويمن Singer & Wymmen في عام 1963 وقد أشارت هذه النظرية إلى أن التوحد هو شكل من أشكال الفصام المبكر (فصام الطفولة) و الذي يمكن أن يتطور فيما بعد في مرحلة المراهقة و يظهر أعراض الفصام كاملة في هذه المرحلة . ووفقا لهذه النظرية فالطفل يوجد في بيئة تتسم بالتفاعل الأسرى غير السوى فلا يشعر بالتكيف و التوافق النفسي الانفعالي مما يؤدي إلى رغبة الطفل في تحقيق التوازن النفسي الانفعالي و لكنه يفشل في تحقيق ذلك ومع تكرار محاولاته و إخفاقه يصاب بالإحباط والاكنتئاب النفسي و لذلك ينسحب انفعاليا من هذا التفاعل المنفر و من ثم يبدأ الطفل في توجيه انتباهه إلى ذاته لتحقيق التكيف النفسي الانفعالي مع ذاته و ليس مع الآخرين ثم يستغرق في توجيه انتباهه إلى احلامه نحو عالمه الداخلي الخاص به ، ومع نمو الطفل يظل

منغلقا على ذاته فتظهر و تتطور لديه أعراض شبيهة بأعراض الفصام (أعراض التوحد) (عبد العزيز : 1999 : 39).

النظرية الاجتماعية :-

يرى رواد هذه النظريات أنه يمكن النظر الى التوحد باعتباره اضطراب في التواصل الاجتماعي حيث أن المهارات اللغوية و الإدراكية للأطفال التوحديين كانت طبيعية في البداية و نتيجة لظروف التنشئة الاجتماعية ينتج عنها انسحاب الطفل من التفاعل الاجتماعي مع الوسط المحيط به ، و انغلاقه على ذاته لإحساسه بعدم التكيف كما بينت أيضا أن التوحديين لديهم إعاقات عضوية تعوق عملية التواصل مع الآخرين بصورة طبيعية كما اوضحت تلك النظرة الاجتماعية أن ميول و اتجاه آباء و أمهات الاطفال التوحديين تلعب دورا أساسيا في اعاقه ميكانزم التواصل مع هؤلاء الاطفال ، كما أن ظروف التنشئة الاجتماعية التي تتسم بالعواطف الجافة و نقص التواصل اللفظي بين الابوين و الطفل تعد من العناصر الاساسية المسببة للتوحد وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة التي تتكون فيها شخصية الطفل حيث انها تؤدي الى انسحاب الطفل من التفاعل مع العالم الخارجي و انغلاقه على ذاته ، و أشارت لورنا وينج L. Wing الى أن القصور الأساسي في التوحد هو قصور اجتماعي ، وهذا القصور الاجتماعي يظهر في ثلاث مجالات مختلفة أطلقت عليها اسم أوجه القصور الثلاثة للتفاعل الاجتماعي (الظاهر, 2009 : 80).

النظرية العصبية :-

اشار الباحثون الى ان التوحد قد يرتبط باضطراب في المنظومة العصبية للمخ خاصة ما يتعلق بالفص الصدغي والمخيخ ,فقد وجد نتيجة الاختبارات التصويرية للدماغ وجود ضمور في المخيخ وصل الى (13 %) عند التوحديين وهو المسؤول عن تنسيق الحركة والتوازن وقد يكون هناك خلل في الفص الامامي وهو المسؤول عن وظائف التخطيط والتحكم .

وتوصل بيفن واخرون (Peven et al,1996) ان حجم الدماغ لدى الافراد المصابين بالتوحد اكبر من الافراد غير المصابين به (Peven et al,1996 : 114).

ووجد ايضا ان حجم الفصوص في المخيخ اصغر حجما لدى التوحديين مقارنة بالعاديين ,وهذا له علاقة بالقدرة على الانتباه .

كما ان الخلل في بعض المهارات الأطفال التوحديين مثل ضعف القدرة على حل المشكلات ,والتصلب وتدني تقبل التغيير يرتبط بوجود خلل في أغشية الدماغ ,كما أن التكوين المعقد في جذع الدماغ للطفل المصاب بالتوحد يؤدي الى الفشل في التزود بإثارة مناسبة وهناك من يرى ان جذع الدماغ اقصر عند الأطفال التوحديين مقارنة بجذع دماغ الأفراد العاديين .

وأشار كوهين وبولتون (2000) ان درجة تركيز حامض (الهوموفانيليك) (Homoranic Acid) مرتفعة في السائل المخي المنتشر بين انسجة المخ والنخاع الشوكي لدى التوحديين قياسا بالعادين (العادلي, 2014: 34) .

النظرية الكيميائية :-

ان الدراسات التي اجريت في تاثيرات العوامل الكيميائية اشارت الى وجود عوامل كيميائية قد تؤثر في الاداء الوظيفي لاجزاء من المخ ,ويعد السيروتونين (Serotonin) من النواقل العصبية المهمة في الجهاز العصبي المركزي .

ويتحكم في العديد من الوظائف والعمليات السلوكية ومنها افراز الهرمونات والنوم وحرارة الجسم والذاكرة والسلوك النمطي ,وينشا السيروتونين في الدم من جدران الاحشاء ,ويتم هدمه خلال عملية الايض وفي حالة وجود مشكلات في عملية الايض يترسب بكميات اعلى في الدم او البول لدى التوحديين ,وامكن خفض تركيزه بتناول عقار فينفلارمين (Fenflamine) ,وقد لوحظ تحسن الاداء اللغوي لدى التوحديين والسلوك الاجتماعي والذكاء .

كما تلعب زيادة تركيز الدوبامين (Dopamine) في الدماغ الاوسط ,دورا في السلوكيات التوحيدية مثل النشاط الزائد والنمطية والطقوسية والتوتر والنعاس واثار كامبل واخرون (Campbell et al 1982) ,الى ان تناول عقارات تخفض نسبته يؤدي الى خفض سلوكيات النمطية وايداء الذات (114: Peven et al,1996) .

النظرية البيولوجية :-

يرى المهتمون بهذا المجال ان الاصابة بالتوحد تحدث نتيجة العوامل البيولوجية ,وتتصدر هذه العوامل في الحالات التي تسبب الاصابة في الدماغ قبل او اثناء او بعد الولادة ,مثل اصابة الام بمرض

معدي خلال الحمل او تعرضها للنزيف او تناولها عقاقير طبية اثناء الحمل او كبر سن الام (الظاهر
, 2009: 90).

وكذلك فان نقص الاوكسجين والولادة المبكرة والعملية القيصرية والحوادث والصدمات البيئية التي
تصيب الراس ,والولادة العسرة تزيد من احتمالية الاصابة بالتوحد .
ويمكن تقسيم الأسباب البيولوجية للتوحد الى ما يأتي :-

الأسباب الجينية :-

وتمثل هذه الاسباب ,الاضطرابات التي قد يرثها الفرد من والديه ,وقد تحدث احيانا اضطرابات
جينية لا يحمل جيناتها اي من الوالدين لكنها تحدث لوقوع اضطراب ما خلال ازواج كروموسوم الاب
والام مما يؤدي الى زيادة عدد الكروموسومات او نقصها او قلب او حذف بعضها وهذا الخلل يؤدي الى
عدد كبير من الاضطرابات المختلفة ,وفقا للكروموسوم الذي حدث فيه الاضطراب ,واختلف الباحثين في
الكروموسومات المؤدية لحدوث التوحد ,فبعضهم ربط بين التوحد والكروموسوم الثالث و آخر ربط بين
التوحد والكروموسوم السابع و آخر بالكروموسوم الخامس عشر , وبعضهم اشار الى وجود علاقة بين الخلل
في الكروموسوم (X) وبعض حالات التوحد المقترن بالتخلف العقلي وتسهم الوراثة باعتبارها سبب من
الاسباب المؤدية الى حالات التوحد ,وقد أشارت الدراسات الى ان حالات التوحد بين التوائم المتطابقة
بلغت (95,7 %) بينما أشار بايلي وآخرون (Bailey etal,1997) الى ان النسبة بلغت (60 %)
(العادلي, 2014: 36) .

استنتج الباحثون أن نمط وراثة التوحد متعدد الجينات أي انه يحكمه عدد من الجينات التي تتفاعل
معاً ويكون أشد مظاهره التوحد مكتملاً بجميع معايير التشخيصية وأخف مظاهره اضطرابات اجتماعية أو
لغوية أو صعوبات إدراكية وهذا الاستعداد الجيني لظهور اضطرابات مختلفة ضمن أفراد اسر الأشخاص
التوحيديين يعرف باسم النموذج الوراثي الواسع النطاق .

ويرى الخبراء أن الغالبية من الأطفال المصابين بالتوحد تظهر عليهم علامات تدل على
اضطرابات في النمو منذ اليوم الأول لمولدهم، و في الوقت الحالي يسود الاعتقاد بأن التوحد يحدث
نتيجة اضطراب في الجينات، وليس نتيجة عامل نفسي، ويعتقد الخبراء أن وجود طفل يعاني من التوحد
في العائلة يهدد بإنجاب أطفال آخرين يعانون من نفس المرض، وتتراوح نسبة الاحتمال في هذا الشأن ما

بين 5.10 % وترتفع نسبة الخطر إلى 60 % في حال وجود توائم متطابقة في العائلة، تعاني من التوحد.

اما حالات التوحد بين التوائم الأخوية فقد بلغت (23%)، كما وجد والش (Walsh,2003) ان أخوة الأطفال المصابين بالتوحد أكثر عرضة لظهور مشكلات اجتماعية ولغوية قد تصل بين (10 - 15 %)(الظاهر, 2009, 89).

ورغم ندرة التزاوج بين المصابين بالتوحد، فإن البحوث وجدت أن النسب يلعب دوراً كبيراً في توارث المرض، ويطلق على الحالات من هذا النوع «مرضى أسبرغر»، وهو مرض يصنف كخلل عام في النمو، ويعد جزءاً من مرض التوحد.

وأثمرت جهود الباحثين والخبراء مؤخراً عن اكتشاف جين هام في تطور مرض التوحد أطلقوا عليه اسم Shank 3، لاعتقادهم أن هذا الجين يلعب دوراً رئيسياً في تنظيم الروابط بين الأعصاب داخل الدماغ، ويأمل العلماء في أن يساعدهم في فهم كيفية ولادة هذا الخلل السلوكي(العادلي, 2014: 37).

الأسباب الغذائية :-

أوضحت بعض الدراسات التي تناولت تحليل بول أطفال توحيدين أنهم ينتجون مقادير كبيرة جدا من الأحماض الامينية تسمى البيبتيد أحماض هاضمة أو يكون لديهم تركيزات غير طبيعية من المستقلبات كحامض اليوريك وغيره وماتم الاتفاق عليه إن حوالي 5% فقط من الأشخاص التوحيدين يعانون اضطرابات ايضية هذا بالإضافة إلى إن بعض الباحثين ذكروا إن الأطفال الذين يعانون التوحد لديهم صعوبة في التمثيل الايضي للبروتين الموجود في الحليب ومنتجات الحبوب جلوتين وكاسين وقد أوضحوا إن جزيئات البروتينات تكون سلسلة طويلة من البيبتيدات قد تحدث انتفاخا في جدار أمعاء الأطفال التوحيدين لتصبح الأمعاء منفذة وهكذا يمكن أن تتسرب كمية غير طبيعية من هذه الأحماض الهاضمة من الأمعاء وتسير في مجرى الدم وهو ما يعرف باسم متلازمة الأمعاء المسيلة وهذا هو السبب وراء ارتفاع نسبتها في بول بعض الأشخاص التوحيدين ومن خلال مجرى الدم تصل إلى المخ وتلتصق بخلايا المخ فيكون لها اثر المخدر الافيوني عليه انعكاسات هذه العملية قد تغير التركيبة الكيميائية للمخ فتنتج سلوكيات التوحد وقد طرحت طريقة للعلاج من خلال حمية غذائية تمنع الطفل من تناول أطعمة مكونة من الجلوتين أو الكاسين وقد أوصى بعض العلماء أمثال برنارد ريملاند وبول شاتوك يوصون بإتباع مثل هذه الحمية الغذائية وهناك من رفضها لأنها لاتستند على أدلة علمية كافية ولأن الحالات التي

تحسنت من بعض أعراض التوحد لم يتم اختيارها بشكل عشوائي بل اختيرت مجموعة لديها مشكلات معينة وهناك من الأسر من يقول بل ساعدت الحماية الغذائية ابني فإيهما اصح فنقول بان إتباع الحماية الغذائية قد تساعد فئة من الأطفال التوحديين ولكنها لا تشفي تماما كما أنها لا تناسب ولا تساعد الكثير منهم وأشارت نظرية أخرى إلى أن الأطفال التوحديين نسبة مرتفعة من الخمائر وهذه الخمائر قد تسبب التوحد ووفقا لما ورد عن د شو كثيرا ما يتعرض الأطفال المصابون بالتوحد لالتهابات الأذن وبسببها يتناولون الكثير من المضادات الحيوية التي تؤدي لزيادة نمو الخمائر في الأمعاء وتخفض بالتالي المناعة لديهم وهكذا فقد وجدت علاقة تربط بين الخمائر والمضادات الحيوية والتوحد وبعد هذا الدليل من اضعف الأدلة فليس هناك أدلة قوية وكافية تثبت العلاقة المباشرة بين ارتفاع نسبة الخمائر والمضادات الحيوية وأنهما من مسببات التوحد . (الظاهر, 2009 : 90) .

الدراسات السابقة :-

الدراسات التي تناولت اضطراب الوحم الشاذ :-

دراسة تيرن-سويني (2006)

استهدفت الدراسة التعرف على اضطرابات الاكل لدى الاطفال ما قبل سن المراهقة ,اجريت الدراسة على عينة مكونة من (347) من الاطفال 'اظهرت النتائج ان ربع الاطفال يعانون من اضطرابات الاكل ,كما اظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة في اضطرابات الاكل لدى الاطفال على وفق متغير النوع (الذكور - اناث) ,كما تم التعرف على اثنين من الانماط المميزة لاضطرابات الاكل الاول هم اضطراب الشراهة هو نمط من السلوكيات المفرطة في تناول الطعام وشراء المواد الغذائية واشارات النتائج الى وجود ارتباط بين هذا الاضطراب واضطرابات نفسية حادة اخرى وسوء المعاملة في الرعاية ,اما النمط الثاني من اضطرابات الاكل هو اضطراب الوحم الشاذ الذي يرتبط مع اذاء الذات والذي يرتبط ارتباطا وثيقا بالعاهات الخلقية (Tarren-Sweeney ,2006: 621-632)

دراسة آشورث (2009)

استهدفت الدراسة التعرف على خصائص الحياة الاجتماعية لدى البالغين من الذين يعانون من اعاقة ذهنية ولديهم اضطراب الوحم الشاذ ,اجريت الدراسة على عينة من الاشخاص البالغين المقيمين في مؤسسات متخصصة للأشخاص ذوي الاعاقة الذهنية وقد بلغ عددهم (1008) شخص وكان من بينهم

(220) شخص اي بنسبة (21.8%) من العينة الكلية يعانون من اضطراب الوحم الشاذ، ولاستخراج النتائج استعمل تحليل الانحدار المتعدد لمعرفة العلاقة بين الوحم الشاذ ومؤشرات مختلفة من العلاقات الاجتماعية والأنشطة، وظهرت النتائج ارتباط الوحم الشاذ بشكل كبير مع زيادة احتمال عدم وجود علاقة قوية وداعمة مع الأسرة، وعدم التواصل الاجتماعي، وغياب المشاركة في الأنشطة ذات الاهتمام منذ فترة طويلة، فضلا عن عدم مشاركتهم في الأنشطة الترفيهية؛ ولم يظهر اي ارتباط بين الوحم الشاذ والصراع بين الافراد (Ashworth et al , 2009: 512-520)

دراسة وليامز وآخرون (2009)

استهدفت الدراسة تعرف اثر برنامج علاجي طويل الاجل قائم على تحسين البيئة لدى المعاقين عقليا من الذين يعانون من اضطراب الوحم الشاذ، بلغت عينة البحث (16) شخص من المعاقين عقليا استمرت الدراسة تسع سنوات وقعت قبل التدخل العلاجي تسع عمليات جراحية لحادث متصلة باضطراب الوحم الشاذ لدى المعاقين عقليا، خضع المشاركون في الدراسة الى اجراءات تقييميه بما في ذلك نظافة الفم والفحص البصري وضبط النفس، اظهرت نتائج التدخل العلاجي انخفاض اعراض الوحم الشاذ لدى (85%) من المشاركين في الدراسة من المعاقين عقليا كما اظهرت نتائج التدخل العلاجي الى انخفاض نسبة العمليات الجراحية الناتجة عن الوحم الشاذ لدى المعاقين عقليا (Williams et al , 2009:210-215).

الدراسات التي تناولت التوحد

دراسة بانك (1983)

استهدفت الدراسة تقييم أنماط التفاعل الانفعالي بين الأطفال التوحديين وإبائهم، وقد اشتملت الدراسة على سبعة أطفال توحديين تراوحت أعمارهم ما بين 3,7 سنة و 6,4 سنة، وقد استخدم نظام ترميز تفاعل بانك Bank Interaction Coding System وقد أشارت النتائج أن الأنماط التواصلية الانفعالية للأطفال التوحد مع إباءهم كان محدودة جداً ومدته قصيرة (الزريقات والامام, 2009: 6)

دراسة كوتش وموريندا (2005)

استهدفت الدراسة معرفة اثر ادخال القصة الاجتماعية لخفض الفوضى للاطفال الذين يعانون من التوحد ,وبلغت عينة الدراسة ثلاثة اطفال اعمارهم (3-6) سنوات ,واستعمل مقياس لخفض الفوضى ,وقد اظهرت النتائج فاعلية استعمال القصة الاجتماعية في تحقيق السلوكيات المناسبة وخفض سلوك الفوضى ,واشارت النتائج الى امكانية تراجع هذه السلوكيات المناسبة في حال لم يتم اكمال برنامج القصة الاجتماعية (Kouch &Morenda ,2005 : 219-27).

دراسة الزريقات و الامام (2009)

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى الأداء النفسي والتربوي لدى عينة من أطفال التوحيدين في المراكز المتخصصة في تشخيص وعلاج أطفال التوحد في مدينة عمان بالأردن. ولتحقيق هدف الدراسة فقد تم تصميم اختبار التقييم النفسي والتربوي للأطفال التوحيدين والذي اشتمل على 87 فقرة موزعة على سبعة أبعاد رئيسة هي: المعرفي، الاجتماعي الانفعالي، اللغة الاستقبالية، اللغة التعبيرية، الحركات الكبيرة، الحركات الدقيقة، والأنشطة والاهتمامات. وقد تم التحقق من صدق الأداة وثباتها. وتكونت عينة الدراسة من 40 طفلاً توحدياً تم اختيارهم من أربعة مراكز متخصصة في مدينة عمان. واستخدم الباحثان اختبار (ت) وتحليل التباين الأحادي في الإجابة على أسئلة الدراسة. وأشارت النتائج إلى أن أداء أفراد الدراسة في المجمل كان ضعيفاً على أبعاد الأداة المستخدمة، وقد جاءت الأبعاد وفقاً لمتوسطاتها كالتالي: الحركات الكبيرة، والأنشطة والاهتمامات، والحركات الدقيقة، واللغة الاستقبالية، والمعرفي، واللغة التعبيرية، والاجتماعي الانفعالي. كما أشارت النتائج إلى أن متغير المؤهل الأكاديمي للمعلم كان دالاً على جميع أبعاد الاختبار النفسي والتربوي، أما متغير خبرة المعلم فقد كان دالاً فقط على بعدي اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية. وأظهرت البيانات أيضاً أن متغير جنس الطفل كان دالاً في أبعاد اللغة الاستقبالية واللغة التعبيرية والحركات الدقيقة وذلك لصالح الإناث. وأوصت الدراسة بضرورة إكساب الأطفال التوحيدين المهارات الأساسية والمشار إليها في أداة الدراسة. (الزريقات والامام، 2009، 21-1)

مناقشة الدراسات السابقة:

1- لقد تم استعراض دراسات سابقة وقد اختار الباحثان هذه الدراسات لأنها ذات علاقة بمتغير البحث الحالي واكتفى الباحثان بالدراسات ذات المنهجية الواضحة وايضاً الدراسات ذات الفائدة الأكبر من غيرها في بحثها واعتمد الباحثان على بعض الدراسات الحديثة وقد اتضح الباحثان من خلال هذه

الدراسات ان الوحى الشاذ لا يقتصر فقط على الاطفال ويمكن ان يوجد لدى الاشخاص البالغين والنساء الحوامل , اما بخصوص المنهجية والاجراءات المتبعة في هذه الدراسات. ومدى افادة البحث الحالي منها. فقد تبين أن معظم هذه الدراسات قد اعتمدت المنهج الوصفي مما دفع الباحثان الى اعتماد ذات المنهج .

2- اما في ما يتعلق بالأدوات المستخدمة والمعتمدة في قياس الوحى الشاذ في الدراسات السابقة. فكانت متعددة ومختلفة تبعاً للتباين الموجود في تلك الدراسات في المتغيرات التي تناولتها. اذ اعتمد بعضها على مقاييس تم اعدادها من قبل باحثين آخرين .

3- من حيث العينة ونوعيتها اغلبها اختارت عينات قصدية او عشوائية من مجتمع قصدي ومن الاطفال المعاقين والتوحيدين .

4- وقد افادت الباحثان من هذه الدراسات في اجراءات البحث وفصوله جميعها خصوصاً في وضع اجراءات البحث ومنهجيته.

الفصل الثالث إجراءات البحث

يتضمن هذا الفصل عرضاً للإجراءات التي يتطلبها البحث والتي يمكن أن يحقق بها أهدافه.

أولاً :-مجتمع البحث .

يتكون مجتمع البحث من الأطفال التوحيدين المتواجدين والمسجلين في معهد النهال للتوحد وصعوبات التعلم و يبلغ عدد الأطفال فيه (30) منهم (14) ذكور و (16) إناث , والأطفال التوحيدين المتواجدين والمسجلين في معهد رامى للتوحد وصعوبات التعلم وعددهم (57) طفلاً منهم (31) ذكور و (26) إناث وقد بلغ عدد أفراد المجتمع الكلي (87) طفلاً وطفلة و الجدول (1) يوضح ذلك .

جدول(1)

توزيع أفراد مجتمع البحث بحسب متغير النوع (ذكور-إناث)

اسم المعهد	عدد الذكور	عدد الإناث	المجموع
النحال	14	16	30
رامى	31	26	57
المجموع	45	42	87

ثانياً :- عينة البحث .

وتتكون عينة البحث من أطفال التوحد المتواجدين في معهد النهال ومعهد رامي وقد بلغ عدد أفراد العينة (83) طفلاً وطفلة منهم (43) ذكور و(40) إناث والجدول (2) يوضح ذلك

الجدول (2)
عدد الاطفال (الذكور والاناث) موزعين حسب المعهد والنوع

اسم المعهد	الذكور	الاناث	المجموع
النهال	13	16	30
رامي	30	24	57
المجموع	43	40	83

ثالثاً- أداة البحث:

ولأجل قياس أعراض الوحم الشاذ *pica disorder* لدى اطفال التوحد وتحقيقاً للهدف الاول في البحث ، كان على الباحثان القيام ببناء مقياس يتناسب مع المرحلة العمرية لأفراد مجتمع البحث بالاعتماد على أي من المراجع التشخيصية المعتمدة عالمياً (الكراسة التشخيصية والإحصائية لجمعية الطب النفسي الأمريكية/الإصدار الخامس) (DSM- IV) أو المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض- تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية/ الصادر عن منظمة الصحة العالمية (ICD/10), ويغطي أعراض الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد ، ويناسب البيئة العراقية لذلك اتبع الباحثان الخطوات الاتية في بناء المقياس .

1. تحديد مجالات مقياس الوحم الشاذ :

إن بعض المقاييس النفسية، وإن كان بعضها لا يتطلب تحديد مجالاتها، فإن البعض الآخر منها قد يتطلب تحديد هذه المجالات وإبراز أهمية كل مجال بحيث تتضمن فقرات كل مجال ما يناسب أهمية كل مجال الذي يمثله في الوظيفة المقاسة , وبما أن الباحثان اعتمدا على (الكراسة التشخيصية والإحصائية لجمعية الطب النفسي الأمريكية/الإصدار الخامس) (DSM- IV) لذا فقد تم تحديد مجالات (المعايير التشخيصية) لاضطراب الوحم الشاذ في ضوء (DSM- IV) وهذه المعايير هي :-

1. الأكل المستمر لمواد غير غذائية لفترة شهر على الأقل .

2. أكل المواد غير الغذائية غير مناسب للمرحلة النمائية .

3. السلوك الطعمي ليس جزءاً من ممارسة مقبولة ثقافياً.

4. إذا حدث السلوك الطعمي حصراً أثناء سير اضطراب عقلي آخر (مثل، التخلف العقلي، اضطراب نمائي شامل، فصام)، فإنه يكون من الشدة بما يكفي ليستحق انتباهاً سريرياً مستقلاً.

2. تصحيح المقياس :

صيغت فقرات مقياس اضطراب الوحم الشاذ (ملحق 1/) بالاتجاه الذي يقيس اضطراب الوحم الشاذ ، أما بدائل الاستجابة نحو مضمون الفقرة فهي (نعم ،قليلًا ،لا) ، وأعطيت الدرجات (1,2,3) لكل استجابة تنطبق على الفقرة.

3. عرض الاداة على الخبراء

ويقصد به مدى تمثيل الاختبار للمحتوى المراد قياسه ويشير ايبيل (Ebell: 1972) الى ان افضل طريقة للتأكد من صدق المقياس هو عرض فقراته على مجموعة من الخبراء للحكم على مدى صلاحيتها في قياس الخاصية التي وضع لأجلها وقد تحقق هذا النوع من الصدق عندما عرض المقياس بفقراته البالغة (30) فقرة (ملحق 1) على (10) خبراء (ملحق 2/) من المتخصصين في التربية وعلم النفس والاختبارات والمقاييس وقد حصلت فقراته على نسبة اتفاق تراوحت ما بين (80-100%) والجدول (3) يوضح ذلك .

جدول (3)

اراء المحكمين في صلاحية فقرات مقياس الوحم الشاذ

ت	أرقام الفقرات	الموافقون		المعارضون	
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
1	1,2,3,4,6,8,9,19,10,12,13,25,26,27,28,29	10	%100	-	-
2	5,7,11,15,16,17,20,21,22,23,30,14,18,24	8	%80	1	%20

4. التحليل الإحصائي للفقرات:

يعرف التحليل الإحصائي انه الدراسة التي تعتمد على التحليل المنطقي الاحصائي والتجريبي لفقرات الاختبار وذلك للتعرف على قوة تمييز الفقرة لغرض تحسينها وأعداد الصيغة النهائية للاختبار وقد تم حساب القوة التمييزية للفقرة بتطبيق المقياس على عينة من (87) طفلا وطفلة من اطفال التوحد وقد تم حساب نسبة (27%) من الدرجات العليا و(27%) من الدرجات الدنيا وقد بلغت (48) استمارة بواقع (24) استمارة لكل مجموعة ثم استخدم الاختبار التائي (t-test) لعينتين مستقلتين لمعرفة دلالة الفروق في كل فقرة بين هاتين المجموعتين المتطرفتين واتضح من خلال القيم التائية لدلالة الفروق ان الفقرات (12,15) غير مميزة عند درجة حرية (46) ومستوى دلالة (0.05) وقد بلغت القيمة الجدولية (2.012)، اما باقي الفقرات فكانت مميزة كما في جدول (4)

جدول (4)

القيم التائية لفقرات مقياس الوحم الشاذ باستخدام أسلوب العينتين المتطرفتين

ت	قيمة T المحسوبة	ت	قيمة T المحسوبة	ت	قيمة T المحسوبة
1	2.19	11	2.49	21	2.86
2	3.20	*12	0.52	22	9.94
3	5.80	13	10.26	23	4.42
4	7.91	14	3.65	24	4.74
5	6.55	*15	0.95	25	7.82
6	4.36	16	6.94	26	8.13
7	4.69	17	3.52	27	7.51
8	3.24	18	7.47	28	3.67
9	4.26	19	9.80	29	5.89
10	6.09	20	4.76	30	8.86

علاقة الفقرة بالدرجة الكلية

يعد هذا الاسلوب من أدق الوسائل المستخدمة في حساب الاتساق الداخلي للمقياس ولقد تم استخراج معامل تمييز فقرات مقياس الوحم الشاذ باستخدام معادلة الارتباط بيرسون بين درجات الافراد على كل فقرة وبين درجاتهم الكلية على مقياس الوحم الشاذ و(87) استمارة وهي الاستمارات نفسها التي خضعت للتحليل بأسلوب العينتين المتطرفتين . وقد تبين ان جميع معاملات الارتباط كانت مميزة على وفق معيار الن Allen باستثناء فقرتين، إذ أشار إلى ان الفقرة يمكن قبولها اذا كان معامل الارتباط بينها وبين المجموع الكلي (0.30) فأكثر ، وترفض إذا كان دون ذلك (Allen & Yen, 1979) ، و(124) والجدول (5) يوضح ذلك .

جدول (5)
معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس الوحم الشاذ والدرجة الكلية عليه

ت	معامل ارتباطها	ت	معامل ارتباطها	ت	معامل ارتباطها
1	0.41	11	0.42	21	0.50
2	0.48	*12	0.15	22	0.52
3	0.55	13	0.45	23	0.45
4	0.87	14	0.42	24	0.73
5	0.45	*15	0.17	25	0.49
6	0.33	16	0.47	26	0.98
7	0.43	17	0.49	27	0.74
8	0.31	18	0.40	28	0.53
9	0.43	19	0.45	29	0.51
10	0.31	20	0.51	30	0.45

6. صدق المقياس

إن مفهوم الصدق (Validity) يعني أن يكون المقياس ذا صلة وثيقة بالظاهرة التي يقيسها، وأن يكون المقياس قادراً على أن يميز بين المتغير أو الظاهرة المدروسة عن المتغيرات أو الظواهر التي يحتمل أن تخط بها أو تتداخل معها. كما أشارت انستازي (Anastasi) في هذا الصدد إلى أن الصدق هو تجميع للأدلة التي نستدل بها على قدرة المقياس على قياس ما أعد لقياسه (: Anastasi, 1976 : 134)، وقد تحقق في المقياس الحالي الصدق الظاهري ، ولقد تحقق هذا النوع من الصدق وذلك من خلال عرض فقرات المقياس قبل تطبيقه على مجموعة من المحكمين الذين يتصفون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية فقرات المقياس، وقد بين أيكين (Aiken) إن الصدق الظاهري لأي مقياس يتحقق إذا تم عرضه قبل التطبيق على مجموعة من المحكمين الذين يتصفون بخبرة تمكنهم من الحكم على صلاحية فقرات المقياس للخاصية المراد قياسها، بحيث تجعل معدل المقياس مطمئناً إلى آرائهم ويأخذ بالأحكام التي يتفق عليها معظمهم (7 : Aiken, 1979). وهكذا فقد تحقق للباحثان هذا النوع من الصدق لمقياس الوحم الشاذ وذلك عندما تم عرض فقراته وتعليماته على مجموعة من المحكمين المختصين في علم النفس والذين وافقوا على صلاحية فقرات المقياس وتعليماته وبدائله وطريقة تصحيحه.

7. ثبات المقياس

يقصد بثبات المقياس الاتساق في النتائج ، وبعد المقياس ثابتاً إذا أعطى نتائج متسقة عند إعادة تطبيقه ، وقد استخرج الثبات لمقياس الوحم الشاذ بطريقتين هما :

أ. إعادة الاختبار:-

استعمل الباحثان طريقة إعادة الاختبار لاستخراج معامل الثبات ، فقد جرى سحب عينة عشوائية مؤلفة من (40) طفل وطفلة من اطفال التوحد أعيد عليها تطبيق المقياس بعد مضي إسبوعين من بداية التطبيق الأول ، إذ تشير الأدبيات الى أن المدة بين التطبيق الاول والتطبيق الثاني تمتد بين أسبوع الى أسبوعين وبحسب طبيعة الظاهرة . وبعدها أوجدت العلاقة بين درجات التطبيقين باستعمال معامل ارتباط بيرسون ، إذ بلغ (0.91) ، وتعد هذه القيمة مقبولة لأغراض البحث العلمي .

ب. التجزئة النصفية :-

قسمت الفقرات في هذه الطريقة الى نصفين ، تألف كل نصف من (14) فقرة ، وقد جرى التقسيم على أساس الفقرات الفردية والزوجية ، وبعد حساب معامل إرتباط بيرسون بين نصفي الاختبار وجد أنه (0.81) ولما كان معامل الارتباط المستخرج هو لنصف الاختبار ، لذا فقد جرى تعديله باستعمال معادلة سبيرمان - براون وقد بلغ معامل الثبات للمقياس باستعمال هذه الطريقة (0.92) ، وتعد هذه القيمة مقبولة موازنة بالدراسات السابقة.

رابعاً :- التطبيق النهائي:

بعد التأكد من صلاحية أداة البحث الحالي ملحق (3) تم تطبيقه على عينة البحث التي تم اختيارها والتي قوامها (87) طفلاً وطفلة من اطفال التوحد وذلك من خلال تطبيق المقياس على امهات اطفال التوحد .

خامساً : الوسائل الإحصائية

لمعالجة بيانات هذا البحث استعمل الباحثان الوسائل الإحصائية الآتية

1. الاختبار التائي T-test لعينة واحدة

2. الاختبار التائي T- test لعينتين مستقلتين

3. معامل ارتباطاً بيرسون

4. معادلة سبيرمان براون

الفصل الرابع

يتضمن هذا الفصل عرضاً للنتائج التي توصل إليها البحث الحالي على وفق أهدافه المرسومة ، ومناقشة تلك النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة في هذا البحث وكما يأتي :

1. بناء مقياس الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .

وقد تحقق هذا الهدف من خلال أتباع الاجراءات العلمية المتعلقة ببناء هذا المقياس وقد تم استعراض هذه الاجراءات في الفصل السابق .

1. التعرف على الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .

كان المتوسط الحسابي لعينة اطفال التوحد على مقياس الوحم الشاذ البالغة (83) طفلاً وطفلة يبلغ (66.2048) وهو اعلى من المتوسط الفرضي للمقياس والبالغ (56) ، وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينة واحدة تبين ان القيمة التائية المحسوبة (12.270) وهي ذات دلالة معنوية عند مستوى دلالة (0.05) ودرجة حرية (82)، مما يشير إلى الاطفال المتوحدين لديهم وحم شاذ ، والجدول (6) يوضح ذلك .

جدول (6)

الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسط درجات الوحم الشاذ والمتوسط الفرضي للعينة

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الفرضي	القيمة المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة
اطفال التوحد	83	66.2048	7.57686	56	12.270	1.96	0.05

ووفقاً للمعايير التي حددها الـ (DSM-IV) ان عينة الاطفال المتوحدين لديهم اعراض اضطراب الوحم الشاذ وهي الاكل المستمر لمواد غير غذائية ولا تصلح للأكل .

ولا يعتبرُ التصنيفُ الأمريكي الوحم الشاذ اضطراباً مستقلاً وقائماً بذاته إلا في الأطفال، وبما ان عينة البحث هم الاطفال المصابين بالتوحد لذلك يعد اضطراب الوحم الشاذ اضطراباً مستقلاً بذاته (A.P.A., 1994:788).

ويمكن تفسير هذه النتيجة وفقاً للنظرية السلوكية بأن الوحم الشاذ إنما هو سلوك متعلم (Learned Behavior) ، ومع مرور الزمن تتحول العادات السلوكية الى التزامات يتمسك بها الفرد بوصفها أنماطاً مرضية منذ الطفولة . ويكون تعلم الأعراض التي تظهر في سلوك العصابي من البيئة ، ومن مراحل نموه ، ولاسيما مرحلة الطفولة وبهذا فأن المنحى السلوكي ينظر الى اضطراب الوحم الشاذ بأنها عادات غير توافقية.

ويرى السلوكيون أن الوحم الشاذ نتيجة لاضطراب في عملية التدريب في الصغر ، مما يعطي الدماغ حالة مزمنة من الاضطراب الوظيفي في عمله . ويضع السلوكيون قاعدة الخطأ في التفاعلات الشرطية التي تسبب اضطرابات الاكل ومنها الوحم الشاذ في القشرة الدماغية ، كما ان الوحم الشاذ ما هو إلا عادات خاطئة تكونت تدريجياً من سلاسل معينة من الأفعال المنعكسة الشرطية وأنه لعلاج هذه العادات الشاذة يجب إطفاء هذه الأفعال الشرطية المرضية وتكوين أفعال شرطية جديدة تحل محل العادات الخاطئة (Kern,et al ,2006 :136).

2. التعرف على الفروق في الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد على وفق متغير النوع (ذكور -إناث).

كان الوسط الحسابي لعينة الذكور من الاطفال المتوحدين على مقياس الوحم الشاذ (67.0233) و الانحراف المعياري (7.45618) بينما كان الوسط الحسابي لعينة الاناث على نفس المقياس (66.2000) و الانحراف المعياري (7.57932) وبعد تطبيق الاختبار التائي لعينتين مستقلتين تبين ان القيمة التائية المحسوبة (0.499) ، وهي غير ذات دلالة معنوية عند مستوى (0.05) ودرجة حرية (81) مما يشير إلى انه لا توجد فروق بين الذكور والاناث في الوحم الشاذ وجدول (7) يوضح ذلك .

جدول (7)

الاختبار التائي لدلالة الفروق بين متوسطي درجة الوحم الشاذ على وفق متغير النوع

الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	القيمة التائية المحسوبة	القيمة التائية الجدولية	مستوى الدلالة 0.05
ذكور	43	67.0233	7.45618	0.499	2.014	غير ذات دلالة
اناث	40	66.2000	7.57932			

بينت النتائج في الجدول (7) عدم وجود فرق دال في الوحم الشاذ يعزى الى متغير النوع (ذكور-اناث) . (

ووفقا لدليل التصنيف الأمريكي ان الوحم الشاذ يحدث في كل الأعمار وفي الجنسين، لكنها أكثر حدوثاً في الأطفال الصغار وفي النساء الحوامل، ورغم وجود إشارات تاريخية إلى احتمال وجود دور للوراثة في حدوث الوحم الشاذ حيث تظهر اعراضه في أجيال متتالية (A.P.A., 1994:788).

وتتفق هذه النتيجة مع ما اشار اليه إدواردز (1994) ينتشر هذا الاضطراب بصورة متساوية بين الاطفال الذكور والاناث ولكن يندر وجوده بين المراهقين والذكور البالغين . ابحاث اخرى تشير الى ان 25% - 33% من الاطفال الصغار يعانون من تناول الاشياء غير المأكولة كما انه يشكل مانسبته 20% في الاطفال الذين يعانون من مشاكل فكرية (Edwards et al , 1994 : 930).

التوصيات :-

1. ضرورة تفهم مقدمي الرعاية الأساسية والوالدين الى طبيعة المرحلة التي يمر بها الطفل التوحدي والتغيرات التي تحدث فيها ، إذ يجب أن يسعوا بشكل واسع الى تقديم الدعم والإسناد والدفع الأسري لخلق حالة التوازن في سلوكهم .
2. توجيه وتوعية الاسرة على عدم الاساءة للطفل التوحدي واتباع اساليب تربية سليمة من قبل الوالدين .
3. خلق اجواء اسرية ملائمة الطفل التوحدي والحد من تأثير الاجواء الاسرية غير الملائمة التي تعرض الطفل الى ظهور اعراض اضطراب الوحم الشاذ.
4. إشراك الطفل التوحدي الذي يعاني من اعراض اضطراب الوحم الشاذ في أنشطة مختلفة , مما يساعده على التخلص من الطاقة المكبوتة لديه .

5. بناء برنامج علاجي للتخفيف من اعراض الوحم الشاذ لدى اطفال التوحد .
6. استخدام هذا المقياس من قبل المتخصصين في التشخيص النفسي لأعراض اضطراب الوحم الشاذ .

المقترحات :-

يقترح الباحثان ما يأتي :

1. اجراء دراسات تستهدف التعرف على العلاقة بين اضطراب الوحم الشاذ واساليب المعاملة الوالدية .
2. اجراء دراسة للتعرف على انجح الاساليب العلاجية للتعامل مع الاطفال من ذوي اضطراب الوحم الشاذ .
3. اجراء دراسات تستهدف علاقة اضطراب الوحم الشاذ بالإهمال العاطفي .
4. اجراء دراسة عن علاقة الوحم الشاذ باضطرابا عناد التحدي وفرط الحركة والنشاط ونشئت الانتباه

المصادر :-

1. ابو حلاوة , محمد سعيد (1997) : المرجع في اضطرابات التوحد (التشخيص والعلاج) رسالة ماجستير منشورة كلية التربية دمنهور , جامعة الاسكندرية .
2. ابو هندي ,وائل (2011) اضطرابُ العفقة Pica من أين جاء الاسم؟،منتدى اطفال الخليج .
3. البطاينة أسامة والجراح عبد الناصر (2007) : علم نفس الطفل غير العادي ط1 ,دار المسيرة للنشر والتوزيع , عمان , الاردن.
4. الجارحي ,سيد (2010) استخدام القصة الاجتماعية كمدخل للتغلب على القصور في مفاهيم نظرية العقل لدى الأطفال التوحديين ,بحث منشور على شبكة الانترنت.

5. الجلبى بسوسن شاكر (2005) : التوحد الطفولي " أسبابه - خصائصه - تشخيصه - علاجه". ط1 , دمشق , سوريا, مؤسسة علاء الدين .
6. جورارد ، سيدني ، م ، وتيد لنزمن (1988) : الشخصية السليمة ، ترجمة حمد دلي الكربولي وموفق الحمداني، جامعة بغداد ، مطبعة التعليم العالي.
7. دياب, فردوس(2011) اضطرابات الأكل ..بين الطبيعي والمرضي,بحث منشور على شبكة الانترنت.
8. ذيب ,الشيخ,رائد موسى علي (2004) تصميم برنامج تدريبي لتطوير المهارات التواصلية والاجتماعية والاستقلالية الذاتية لدى الاطفال التوحديين وقياس فاعليته ,اطروحة دكتوراه غير منشورة ,الجامعة الاردنية ,كلية الدراسات العليا.
9. ريزو وزابل (ترجمة) عبد العزيز الشخص وزيدان السرطاوي . (1999) تربية الأطفال والمراهقين المضطربين سلوكياً، الإمارات :دار الكتاب الجامعي.
10. الزبيدي, كامل علوان , والهزاع ، سناء مجول (1997) :بناء مقياس للصحة النفسية لطلبة الجامعة، بحث منشور، مجلة العلوم التربوية والنفسية، العدد(22)، بغداد .
11. الزراع ,نايف بن عابد (2010) (المدخل لاضطراب التوحد المفاهيم الاساسية وطرق التدخل , عمان ,دار الفكر العربي
12. الزريقات ,ابراهيم (2004) (التوحد الخصائص والعلاج ,عمان دار وائل للنشر .
13. الزريقات ,ابراهيم عبد الله ,الامام ,محمد صالح (2009) (التقييم النفسي والتربوي لدى عينة من أطفال التوحد بالأردن ,المؤتمر السنوي الرابع عشر ,مركز الإرشاد النفسي , جامعة عين شمس.
14. سليمان ,عبد الرحمن سيد (1999) سيكولوجية ذوي الحاجات الخاصة (أساليب التعرف والتشخيص)، الجزء الثاني، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.

15. الشامي ,وفاء (2004)**خفايا التوحد ,اشكاله واسبابه وتشخيصه** ,جدة ,منشورات مركز جدة للتوحد .
16. الشربيني ,لطفى زكريا (2004) : **طفل خاص بين الاعاقات والمتلازمات - تعريف وتشخيص**. ط1 , القاهرة: دار الفكر العربي.
17. شقير زينب محمد (2002)**إحذر اضطرابات الأكل، الشره العصبي، السمنة المفرطة، فقدان الشهية العصبي**، مجلد2، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
18. صالح ، قاسم حسين (1987) : **الانسان من هو ، بغداد ، مطبعة جامعة بغداد**.
19. الصبي ، عبد الله (٢٠٠٣) **التوحد وطيف التوحد** الطبعة الأولى ، الرياض ، المملكة العربية السعودية. مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
20. صلاح ، شهلاء سعدي (2004) **أثر الموسيقى في خفض تشتت الانتباه لدى الاطفال التوحدين**،رسالة ماجستير غير منشورة ،الجامعة المستنصرية ،كلية التربية الاساسية .
21. الظاهر ,قحطان احمد (2009)**التوحد** ,عمان ,دار وائل للنشر .
22. الظاهر ,قحطان(2005) **مدخل إلى التربية الخاصة** , دار وائل للنشر ,الطبعة الأولى
23. العادلي ,راهبة عباس , (2014) **فاعلية برنامج تدريبي باستخدام القصص الاجتماعية والموسيقى واللعب في تنمية المهارات الاجتماعية لدى الأطفال التوحدين** ,مجلة كلية التربية الاساسية ,العدد 75 .
24. عبد العزيز إمام, إلهامى (1999) : **سيكولوجية الفئات الخاصة دراسة في حالة الذاتوية**. ط1 , القاهرة , دار الكتب .
25. عبد الموجود ,سيد أبو زيد (2001) **اضطرابات الأكل لدي المراهقين والشباب وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية**, علم النفس، العدد 59، السنة الخامسة عشر، ص 156-163 .

26. عمارة ,ماجد السيد (2005) : إعاقة التوحد بين التشخيص والتشخيص الفارق ، القاهرة : مكتبة زهراء الشرق .
27. فراج ,عثمان لبيب (2002 ") .برامج التدخل العلاجي والتأهيلي لأطفال التوحد (4)
النشرة، الدورية لاتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، السنة التاسعة عشر، العدد2
28. كوهين ، سايمون (2000)حقائق عن التوحد ، ترجمة د/ عبد الله إبراهيم الحمدان ،الرياض ، إصدار أكاديمية التربية الخاصة.
29. منظمة الصحة العالمية (1999): المكتب الإقليمي لشرق المتوسط المراجعة العاشرة
للتصنيف الدولي للأمراض ICD/10 تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية ،النسخة العربية ،
الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية .
30. هويدي ،محمد عبد الرزاق(1997)استراتيجيات وبرامج التدخل المبكر . ندوة
استراتيجيات وبرامج التدخل العلاجي للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة ، برعاية مؤسسة زايد
بن سلطان آل نهيان للأعمال الخيرية والإنسانية – أبو ظبي .

- 31.A.P.A. (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- 32.Aiken ,R.L.(1979) : Psychological Testing and Assessment. Allyn & Bacon Inc.
- 33.Allen ,M.& Yen(1979) : Introduction To Measurement Theory. California: Brook Cole.
- 34.Anastasi, A. (1988) Psychological Testing (6th Ed.). New York: Macmillan
- 35.Ashworth, Melody; Martin, Lynn; Hirdes, John P.(2008) Prevalence and Correlates of Pica among Adults with Intellectual Disability in Institutions, Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, v1 n3 p176-190 .
- 36.Baron-Cohen, S. (1994). How to build a baby that can read minds: Cognitive mechanisms in mindreading. Cahiers de Psychologie Cognitive/ Current Psychology of Cognition, 13, 513–552.
- 37.Carter, Stacy L.(2009) Treatment of Pica Using a Pica Exchange Procedure with Increasing Response Effort, Education and Training in Developmental Disabilities, v44 n1 p143-147 .
- 38.Castiglia PT. Pica. J Pediatr Health Care 1993;7: 174-5.

39. Clark, Alex; Browne, Sarah; Boardman, Liz; Hewitt, Lealah; Light, Sophie (2016) Implementing UK Autism Policy & National Institute for Health and Care Excellence Guidance--Assessing the Impact of Autism Training for Frontline Staff in Community Learning Disabilities Teams, *British Journal of Learning Disabilities*, v44 n2 p103-110 .
40. Cormack, Fredanna A. D.; Drolet, Judy C. (2012) Assessment of Anemia Knowledge, Attitudes and Behaviors among Pregnant Women in Sierra Leone, *Health Educator*, v44 n2 p9-16, 36
41. Danford, D. E., & Huber, A. M. (1982). Pica among mentally retarded adults. *American Journal of Mental Deficiency*, 87, 141–146.
42. Donnelly, D. R., & Olczak, P. V. (1990). The effect of differential reinforcement of incompatible behaviors (DRI) on pica for cigarettes in persons with intellectual disability. *Behavior Modification*, 14, 81–96.
43. Edwards CH, Johnson AA, Knight EM, et al. Pica in an urban environment. *J Nutr* 1994;124(6 Suppl): 9545-62S.
44. Foxx, R. M., & Martin, E. D. (1975). Treatment of scavenging behavior (coprophagy and pica) by overcorrection. *Behavioral Research and Therapy*, 13, 153–162.
45. Henningfield, J. E., Schuh, L. M., & Jarvik, M. E. (1995). Pathophysiology of tobacco dependence. In F. Bloom & D. Kupfer (Eds.), *Psychopharmacology: The fourth generation of progress* (pp. 1715–1729). New York: Raven Press
46. Heward, W.L. (2006), “Labeling and Eligibility for Special Education”, Pearson Allyn Bacon Prentice Hall.
47. Hiroyuki Tokue: Yoichiro Takahashi, Satoshi Hirasawa, Sachiko Awata, Susumu Kobayashi, Takehiro Shimada, Azusa Tokue, Rie Sano, Yoshihiko Kominato, Yoshito Tsushima (2015) Intestinal obstruction in a mentally retarded patient due to pica, *Annals of General Psychiatry*
48. <http://akhbar.alaan>
49. Kenny, Lorcan; Hattersley, Caroline; Molins, Bonnie; Buckley, Carole; Povey, Carol; Pellicano, Elizabeth (2016) Which Terms Should Be Used to Describe Autism? Perspectives from the UK Autism Community, *Autism: The International Journal of Research and Practice*, v20 n4 p442-462 .
50. Kern, Lee; Starosta, Kristin; Adelman, Barry Eshkol (2006) Reducing Pica by Teaching Children to Exchange Inedible Items for Edibles, *Behavior Modification*, v30 n2 p135-158.
51. McMahon, B., Cataldo, M. F., Collier, M. E., Haggerty, R. J., Holford, T. R., Hulka, B. S., Leff, J., Leverett, D. H., Magee, P. N., Mirvish, S. S., Moore, C., Tanzer, J. M., & Thompson, T. I. (1986). Health applications

- of smokeless tobacco use. *Journal of the American Medical Association*, 255, 1045–1048.
52. Olney, M. F. (2002) Working with Autism and other Social, communication disorders. *Journal Rehabilitation*. 66(4). 51-57
 53. Patton GC, Selzer R, Coffey C, Carlin JB, Wolfe R (1999). Onset of adolescent eating disorders: population based cohort study over 3 years. *318(7186):765–8*.
 54. Piven, J., Harper, J., Palmer, P., and Arndt, S. (1996) ‘Course of behavioural change in autism: a retrospective study of high-IQ adolescents and adults.’ *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry* 35, 4, 523–29.
 55. Rashid, Farhan; Davies, Laura; Iftikhar, S. Y. (2010) Magnetised Intra-gastric Foreign Body Collection and Autism: An Advice for Carers and Literature Review, *Autism: The International Journal of Research and Practice*, v14 n2 p139-145 .
 56. Rennan Y; Yiu, Cynthia K. Y.; King, Nigel M.; Wong, Virginia C. N.; McGrath, Colman P. J. (2015) Oral Health among Preschool Children with Autism Spectrum Disorders: A Case-Control Study, *Autism: The International Journal of Research and Practice*, v19 n6 p746-751 .
 57. Rose, E.A., Porcerelli, J.H., Neale, A. V., (2000) : Pica: Common but Commonly Missed. *J Am Board Fam Pract* 13(5):353-358. . Parry-Jones , B and Parry-Jones , W.LI (1994) : Implications of Historical Evidence for the Classification of Eating Disorders, A Dimension Overlooked in DSM-III-R and ICD-10. : *British Journal of Psychiatry* , 165 , Page 287-292.
 58. Smith, D. (2001) *Introduction to Special Education: Teaching in Age of challenge* . Boston , Allyn and Bacon.
 59. Szatmari, P., Bryson, S., Streiner, D., Wilson, L. and Rysse, C. (2000) ‘Two-year outcome of preschool children with autism and Asperger’s syndrome.’ *American Journal of Psychiatry* 157, 1980–1987.
 60. Tarren-Sweeney, Michael (2006) Patterns of Aberrant Eating among Pre-Adolescent Children in Foster Care, *Journal of Abnormal Child Psychology*, v34 n5 p621-632
 61. Williams, Don E.; Kirkpatrick-Sanchez, Sharon; Enzina, Christie; Dunn, Jacqueline; Borden-Karasack, Deborah (2009) The Clinical Management and Prevention of Pica: A Retrospective Follow-Up of 41 Individuals with Intellectual Disabilities and Pica, *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, v22 n2 p210-215
 62. Wing, L. (1996) *The Autistic Spectrum*. London, Constable.