

الاضطرابات المصاحبة التي تعزز السلوك التحدي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد Comorbid disorders that Reinforce challenging behavior in children with Autism Spectrum Disorder (ASD).

1 مجدوب محمد ، 2 غزال عبد الكريم

1 مخبر الصحة النفسية (جامعة الأغواط)، m.medjdoub.ss@lagh-univ.dz

2 المدرسة الوطنية العليا للعلوم الإسلامية - دار القرآن - (الجزائر)، a.ghezel@dar-elcoran.dz

تاريخ النشر: 2025 /02/27

تاريخ القبول: 2025 /01/31

تاريخ الاستلام: 2025 /01/12

ملخص:

تناولت هذه الدراسة تأثير الاضطرابات المصاحبة على تعزيز السلوك التحدي لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD)، مسلطة الضوء على الأهمية السريرية لهذه المشكلة. حيث تبين أن هذه الاضطرابات المصاحبة قد تزيد من تعقيد الأعراض الأساسية للتوحد، مما يؤدي إلى تأثيرات سلبية على الأداء الوظيفي اليومي وجودة حياة الطفل وأسرته. و زيادة سلوك التحدي لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد، اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لمراجعة الأدبيات العلمية السابقة، ووجدت أن نسبة انتشار السلوك التحدي تصل إلى 53%، مع ارتفاع النسبة بين الأطفال الأصغر سنا، وأظهرت الدراسات ارتباط سلوك التحدي بعدد من الاضطرابات المصاحبة /المتزامنة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد ، الاضطرابات المصاحبة /المتزامنة ، سلوك تحدي

Abstract:

This study investigated the impact of comorbid disorders on the exacerbation of challenging behavior in children with Autism Spectrum Disorder (ASD), highlighting the clinical significance of this issue. It reveals that these comorbid disorders can complicate the core symptoms of autism, leading to negative impacts on daily functioning and the quality of life of the child and their family, as well as an increase in challenging behavior among children with ASD. This study employed a descriptive-analytical approach to review the existing scientific literature and found that the prevalence of challenging behavior reaches up to 53%, with a higher rate among younger children. The research demonstrated a correlation between challenging behavior and a number of co-occurring/comorbid disorders

Keywords Autism Spectrum Disorder, Comorbidities/Concurrent Disorders, Challenging Behavior

* المؤلف المرسل: مجدوب محمد، الإيميل: m.medjdoub.ss@lagh-univ.dz

1- تقديم: Introducing

- مقدمة:

يعد النظر الى الأعراض والاضطرابات المصاحبة مهما لأسباب سريرية وتجريبية فعلى مستوى السريري فإنه يمكن أن تكون لها آثار ضارة على الاداء الوظيفي العام للطفل بحيث يتجاوز ذلك في كثير من الاحيان آثار الاعراض الاساسية للتوحد لذا يمكن أن يكون لهذه المشكلات المتزامنة تأثير سلبي كبير على الاداء الوظيفي اليومي للطفل وعلى مستوى الحياة التي يعيشها كما يمكن للعديد من الاعراض الاضطرابية المصاحبة أن تؤدي الى تفاقم أعراض اضطراب طيف التوحد الأولية مما يؤدي الى امكانية حدوث اثار اضافية ومتفاعلة ، فالمشكلات السلوك التحدي يمثل مشكلة سريرية هامة لدى العديد من الأطفال والمراهقين المصابين باضطراب طيف التوحد (ASD).

يوجد تباينات كبيرة في تقديم كل من الأعراض الأساسية والمصاحبة عبر الأفراد المصابين باضطرابات طيف التوحد (ASD). على الرغم من أن مشكلات التواصل، وضعف التفاعل الاجتماعي، والسلوكيات المقيدة والمتكررة تُعتبر من السمات الأساسية لـ ASD (الجمعية الأمريكية للطب النفسي، 2000)، إلا أن هذه الأعراض تختلف في النوع والشدة بين الأفراد. كما هناك تباين في الحالات المصاحبة، التي تتراوح من الضعف الإدراكي إلى الحالات الطبية والنفسية (مايرز وجونسون، 2007؛ سيمونوف وآخرون، 2008). تؤدي هذه المشاكل المتزامنة غالبًا إلى ضعف وظيفي كبير بحد ذاته، مما يزيد من تأثير الأعراض الأساسية على الوظيفة العامة. من بين هذه المشكلات المصاحبة، يبدو أن العدوان الجسدي مشكلة بالغة الخطورة، وقد ارتبط بنتائج سلبية خطيرة (كارد وليتل، 2006؛ كوي وآخرون، 1998؛ لوكمان ووايلاند، 1994؛ زان-واكسلر وآخرون، 2005)، بالإضافة إلى الأفراد المصابين بالتوحد وغيرها من الإعاقات التنموية (بروملي وبلاشر، 1991؛ ليكافالير وآخرون، 2006؛ ماكنتاير وآخرون، 2002؛ شوهام-فاردي وآخرون، 1996؛ تومانيك وآخرون، 2004). وبتزايد هذه التطورات السريعة في مجال البحوث الأساسية والسريرية، فقد شهد المجال تحولات دراماتيكية في مفاهيم تشخيص التوحد وتصنيفه، فخلال فترة وجيزة نسبيًا مرّ نظام التشخيص بتغيرات جوهرية في فئات الأعراض ومعاييرها (بما في ذلك عددها ونوعها). وفي الحقيقة، تتبين بوضوح أن هذه الاضطرابات المصاحبة قد تشكل مصدرًا لمعلومات قيّمة حول طبيعة التوحد وأسبابه وعلاجه. ويُعد النظر للأعراض والاضطرابات المصاحبة أمرًا

هأماً لأسباب سريرية وتجريبية، حيث يمكن أن تكون لها آثار ضارة على الأداء الوظيفي العام للطفل، بحيث يتجاوز ذلك في كثير من الأحيان آثار الأعراض الأساسية. لذا يمكن أن تكون لهذه المشكلات المتزامنة تأثيراً سلبياً كبيراً على الأداء الوظيفي اليومي للطفل وعلى مستوى الحياة الذي يعيشه. على سبيل المثال: يمكن لسلوكيات التخريبية المتزامنة أن تؤثر على قدرة الطفل على التركيز في الدراسة أو المشاركة في العلاج (Cat et al, 1999)، ويمكن أن تؤدي إلى توتر الأسرة والإحترق النفسي للمعالج (Hastings & Brown 2002؛ Lecavalier et al, 2006)؛ كما يمكنها أن تعرض الأطفال لخطر أكبر، مما قد يؤدي إلى نقلهم إلى المستشفى، والقيام بتدخلات طارئة، أو ترتيب إقامة خاصة لهم خارج المنزل (Vardi-Shoham؛ Lakin 1983؛ Bromley & Blacher 1991). ومن هنا نطرح التساؤلات: ما هو اضطراب طيف التوحد؟ ما هي أعراضه الأساسية؟ ما هي الاضطرابات المصاحبة / المتزامنة لاضطراب طيف التوحد؟ ما هو السلوك العدواني؟ ماهو السلوك التحدي؟ وكيف تعزز الاضطرابات المصاحبة السلوك التحدي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد؟

2- اضطراب طيف التوحد :

مصطلح (Autism) لفظ مشتق من أصل يوناني وهو مكون من مقطعين الأول " Aut " و تعني الذات (Self) و الثاني " ism " وتعني حالة (State) وبذلك يعني هذا المصطلح حالة الذات ويشير إلى الانشغال الشديد للأطفال المصابين بهذا الاضطراب بذواتهم وضعف اهتمامهم بالآخرين (Dodd , 2005, P1).

وتعرف منظمة الصحة العالمية الذاتية من خلال دليلها العاشر لتصنيف الأمراض (1992) بأنها نوع من الاضطراب النمائي يعرف بنماء غير طبيعي أو مختل يتضح وجوده قبل عمر الثالث سنوات و بنوع مميز من الأداء غير السوس في مجالات ثلاثة هي التفاعل الاجتماعي والتواصل والسلوك المقيد التكراري (وحدة الطب النفسي ، 1999 ، ص 226) .

وقدمت الجمعية الوطنية للتوحد في بريطانيا National autistic society تعريفا للتوحد بأنه قصور يؤثر على الطريقة التي يتواصل بها الطفل مع الآخرين ، وعلى الرغم من أنه تتميز بدرجات واسعة المطاف من الشدة إلا أن جميع أطفال اضطراب التوحد يتميزون بثالوث من المشكلات في التفاعل الاجتماعي social interattion والتواصل الاجتماعي social communication ، التخيل

Imagination و بالإضافة إلى هذا الثالث فإن النماذج السلوكية المتكررة تعتبر خاصية ملحوظة لديهم كما قدمت الجمعية التوحد بأمريكا تعريفا للتوحد يشير إلى أنه إعاقة شديدة تستمر مدى الحياة وتظهر عادة خلال الأعوام الثلاثة الأولى من العمر ويؤثر اضطراب التوحد في نمو الدماغ وفي مجالات التواصل اللفظي وغير اللفظي verbal and non verbal communication والتفاعل الاجتماعي social interaction و النمو الحسي sensory development .

كما تعرفه رابطة اضطراب التوحد بأنه عجز في مجال الذهني يؤثر على الطريقة التي يستطيع بها الشخص استيعاب وتجهيز المعلومات وهذا يؤثر على قدرة الطفل على :

- فهم اللغة واستخدامها للتواصل .
- التفاعل الاجتماعي .
- فهم الأنشطة والأشياء التي حوله والاستجابة لها.
- الاستجابة للمؤثرات الحسية فقد يرتعب الطفل مثلا من الأصوات العالية أو لا يأكل إلا أنواع معينة من الطعام و لا يلبس الثياب المحددة.

في تشخيص التوحد و الطفولة التحليلية اذ تميز الأفراد الذين يعانون من اضطراب طيف التوحد عن طريق نوعين من الأعراض الأول منها مشاكل في التواصل والتفاعل الاجتماعي و الثاني أنماط السلوك و الأنشطة المتكررة وعادة ما يتم التعرف على الأعراض بين سنتين وثلاث سنوات من عمر الطفل حيث تشمل المشكلات طويلة المدى في إنشاء العلاقات والحفاظ عليها و البقاء على وظيفة انهاء المهام اليومية ، وتختلف أنواع العلاج حسب الحالات الفردية للطفل ، ويمكن استخدام الأدوية المساعدة في تحسين بعض المشاكل المرتبطة بها ويصيب طيف التوحد حوالي 1 % من سكان العالم وغالبا ما يتم تشخيص الذكور أكثر من الاناث (لطيف ، 2018 ، ص 15) .

ويعرف اضطراب طيف التوحد بأنه اضطراب تطوري عصبي معقد يتميز بضعف في المهارات النمائية والتواصل الاجتماعي ، كما يتميز بسلوكيات مقيدة و مكررة restricted and repetitive behaviors (American Psychiatric Association 2013)

1-2- تاريخ التشخيص :

التوحد لم يدرج كتشخيص منفصل حتى عام 1970 في الطبعة الثالثة الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات العقلية (American Psychiatric Association , 3 – dsm) ففي ذلك الوقت طرحت فئات تشخيص منفصلة من التوحد الطفولي infantile autism و الاضطراب النمائي الشامل pervasive developmental disorder مند الطفولة و لكن كانت المعايير مختلفة نوعا وكما . فعلى سبيل المثال ، اشتملت معايير التوحد الطفولي الفترة العملية التي تسبق فترة الثلاثين شهرا من العمر ، على انتشار انعدام التجاوب مع الآخرين ، والعجز في اللغة ، ووجود أنماط كلام غريبة (في حال كان الكلام موجودا) والاستجابات الغريبة تجاه المحيط وفي المقابل فإن معايير الاضطراب النمائي الشامل مند الطفولة كان أكثر تفصيلاً ، وشملت فئات عمرية لاحقة لبدء الاضطراب ، وضعف في العلاقات الاجتماعية ، و ثلاثة على الأقل من سبعة ردود غريبة تجاه البيئة المحيطة (أي القلق المفرط المفاجئ sudden excessive anxiety ، و المشاعر المقيدة أو غير المناسبة constricted or inappropriate effect و مقاومة التغير / الطقوس resistance to change / rituals ، والشدود في الحركة oddities of motor movement وأنماط شاذة في الكلام abnormalities of speech ، وفراط أو نقص في التحسس للمؤثرات الحسية hyper- or hypersensitivity to sensory stimuli واستثارة الذات Self – stimulation) .

مند عرض اضطرابات طيف التوحد في بادئ الأمر في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية قد حدثت تغيرات اضافية على التصنيف التشخيصي للتوحد مع كل مراجعة أساسية كانت تجرى لهذا الدليل ، ففي المراجعة التي تمت في الطبعة الثالثة له تم تنقيح الفئات التشخيصية لتشمل اضطراب التوحد ، واضطراب النمو الشامل والعام وغير المحدد autistic disorder & pervasive developmental disorder not otherwise specified (PDD NOS) و تم تغيير معايير اضطراب التوحد لتمثل : أسلوبا ثلاثيا تكامليا لبنية الأعراض triadic approach to symptom structure (ويقصد بذلك العجز عن التفاعل الاجتماعي ، والعجز عن التواصل ، والأنشطة و الاهتمامات المقيدة). (American Psychiatric Association 1987) وفي الطبعة الرابعة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية ، تم التوسع في عدد الفئات التشخيصية لتشمل اضطراب أسبرجر ، واضطراب الطفولة التفككي childhood disintegrative

disorder، واضطراب ريت Rhett disorder ، بالإضافة إلى الفئات السابقة من اضطراب طيف التوحد و الاضطرابات النمو الشامل والعام غير المحدد DDPNOS ، والأهم من ذلك ، كان القصد من إضافة تشخيص اضطراب أسبرجر تقديم تصنيف للأفراد الذين يظهر لهم الاضطراب في سن متأخر ، أو لا يعانون من وجود اضطراب لغوي ، والذين يصنفون بمستوى متوسط أو أعلى من معامل الذكاء (American Psychiatric Association 1994) ومع ذلك فإن الأدلة التي تقدمها الدراسات التجريبية و الممارسة السريرية تكشف عن مشكلات في استخدام الفئات الفرعية الواردة في اضطراب أسبرجر ، وفي اضطرابات النمو الشامل العام غير المحدد والجدير بالذكر فقد وجد في دراسة أجريت في مواقع متعددة باستخدام مجموعة موحدة متسقة ، أنه لا يمكن الاعتماد على الاضطرابات السريرية بين مجموعات صغيرة من ذوي اضطراب طيف التوحد (LORD ET ALL,2012).

واستجابة على هذه الأدلة المتزايدة فإن أحدث طبعة ، وهي الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات العقلية ، اعتمدت تغيرات أكثر أهمية لتصنيف التوحد (American Psychiatric Association 2013) وتضمنت المعايير الجديدة تحولاً عن التصنيف الثلاثي التكامل السابقي للأعراض إلى تصنيف أكثر اختصاراً ليقصر على حدين فقط : (1) التواصل الاجتماعي / التفاعل الاجتماعي ، (2) السلوكيات و الاهتمامات المحدودة و المتكررة ، والأهم من ذلك هو أن معايير الطبعة الخامسة قد اختصرت أربع مجموعات في فئة تشخيصية واحدة وهي اضطراب طيف التوحد .

2-2- الاعراض الأساسية لاضطراب طيف التوحد :

كما يمكن إجمال أعراض التوحد حسب الدليل التشخيصي الرابع والخامس للجمعية الأمريكية لعلم النفس والتصنيف الدولي 10 في النقطتين الآتيتين كمايلي :

2-2-1- أعراض التوحد حسب الدليل التشخيصي الخامس للجمعية الأمريكية لعلم النفس :

اضطراب طيف التوحد (F84.0) Autism Spectrum Disorder :

عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي في سياقات متعددة ، في فترة الرهانة أو كما ثبت عن طريق التاريخ وذلك من خلال مايلي :

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

- العجز في سلوكيات التواصل غير اللفظية المستخدمة في التفاعل الاجتماعي ، يتراوح من ضعف تكامل التواصل اللفظي وغير اللفظي ، إلى الشدود في التواصل البصري ولغة الجيد أو العجز في فهم واستخدام الإيماءات ، إلى انعدام تام للتعبير الوجهية والتواصل غير اللفظي .

- العجز في تطوير العلاقات و المحافظة عليها وفهمها ، يتراوح مثلا من صعوبات صعوبات تعديل السلوك لتلائم السياقات الاجتماعية المختلفة ، إلى صعوبات في مشاركة اللعب التخيلي أو في تكوين صداقات إلى إنعدام الاهتمام بالأقران.

تحديد الشدة الحالية :

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة (أنظر للقائمة التالية)

1 - أنماط متكررة للحركة أو استخدام الأشياء أو الكلام مثلا (أنماط حركية بسيطة ، صف الألعاب أو تقليد الأشياء ، والصدى اللفظي ، وخصوصية العبارات) .

2 - الاصرار على للتشابه و الالتزام غير المرن بالروتين أو أنماط طقسية للسلوك السلوك اللفظي وغير اللفظي (مثلا : الضيق الشديد عند التغيرات الصغيرة ، والصعوبات عند التغير ، أنماط التفكير الجامدة و طقوس الاحبة ، والحاجة الى سلوك نفس الطريق أو تناول نفس الطعام كل يوم) .

3 - اهتمامات محددة بشدة وشاذة في الشدة أو التركيز (مثلا ، التعلق الشديد أو الانشغال بالأشياء غير المعتادة ، اهتمامات محصورة بشدة مفرطة المواقفة) .

4 - فرط أو تدني التفاعل مع الوارد الحسي أو الاهتمام غير عادي في الجوانب الحسية (مثلا : عدم الاكثارات الواضح للألم / درجة الحرارة ، والاستجابة السلبية لأصوات أو لأنسجة محددة ، الافراط في شم ولبس الأشياء ، الانهيار البصري بالأضواء أو الحركة) .

تحديد الشدة الحالية :

تستند الشدة على ضعف التواصل الاجتماعي وأنماط السلوك المحددة المتكررة :

تظهر الأعراض في فترة مبكرة من النمو (ولكن لا يتوضح العجز حتى تتجاوز متطلبات التواصل الاجتماعي القدرات المحدودة أو قد تحجب بالاستراتيجيات المتعلمة لاحقا في الحياة).
تسبب الأعراض تدنيا سريريا هاما في مجالات الأداء الاجتماعي و المهنية الحالي وغيرها من المناحي المهمة .

لا تفسر هذه الاضطرابات بشكل أفضل بالاعاقة الذهنية (اضطراب النمو الذهني) تأخر النمو الشامل ، إن الاعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد يحدثان معا في كثير من الأحيان ، ولوضع التشخيص المرضي المشترك الاعاقة الذهنية واضطراب طيف التوحد ، ينبغي أن يكون التواصل الاجتماعي دون المتوقع المستوى التطوري العام .

ملاحظة : الأفراد الذين لديهم تشخيصات ثابتة حسب الدليل الرابع لاضطراب طيف التوحد ، واضطراب أسرجر أو اضطراب النمو الشامل غير المحدد في مكان آخر ، ينبغي منحهم تشخيص اضطراب طيف التوحد ، الأفراد الذين لديهم عجز واضح في التواصل الاجتماعي ، ولكن أعراضهم لا تلي المعايير لاضطراب طيف التوحد ينبغي تقييمهم لاضطراب التواصل الاجتماعي (العملي) .(أنور،2014،ص28).

2-2-2 _ أعراض التوحد حسب التصنيف الدولي للاضطرابات العقلية والسلوكية _ ICD 11 :

اضطراب طيف التوحد : A026

- الوصف :

يتسم اضطراب طيف التوحد بالعجز المستمر في القدرة على بدء و استدامة التفاعل الاجتماعي المتبادل والتواصل الاجتماعي وبمجموعة أنماط السلوك و الاهتمامات المحدودة وغير المرنة يبدأ الاضطراب خلال مرحلة النمو ، عادة مرحلة الطفولة المبكرة ، ولكن قد لا تظهر الأعراض بشكل كامل حتى وقت متأخر ، وذلك عندما تتجاوز المطالب الاجتماعية القدرات المحدودة يكون العجز شديد ما يكفي لاحداث تدن في المجالات الشخصية أو الأسرية أو التعليمية أو المهنية أو غيرها من المجالات المهمة و عادة ما تكون تسود تلك السمات أداء الفرد والتي يمكن ملاحظتها في جميع السياقات على الرغم من أنها قد تختلف وفقا للسياقات الاجتماعية أو التعليمية أو غيرها ، يظهر الأفراد على طول الطيف مجموعة كاملة من الوظائف الذهنية و القدرات اللغوية .

- مشتملات :

- اضطراب التوحد

- تأخر النمو الشامل

استثناءات :

اضطراب اللغة النمائية (A0126)

الفصام أو الاضطرابات الذهانية الأولية الأخرى (A20-6A2Z6). (أنور, 2021, ص82)

3- الخصائص السلوكية والنفسية :

تتعدد الخصائص السلوكية والنفسية المميزة للأفراد الذاتويين وتشمل هذه الخصائص .

1-3- التفاعل الاجتماعي : ويمكن تحديده ب :

- قصور كمي وكيفي في عملية التفاعل الاجتماعي .

- العزلة والانسحاب والتمركز حول الذات .

- تجنب الاتصال بالعين .

- عدم تفهم مشاعر الآخرين وعدم الاستجابة لهم .

- قصور في عملية التواصل اللفظي مثل : لغة الإشارة ولغة الجسم وتعبيرات الوجه والإيماءات .

2-3- اللغة والتواصل : ويحددان ب :

- نقص أو غياب اللغة

- عدم القدرة على المبادرة أو الاستمرار في الحديث.

- المصاداة الفورية أو المتأخرة .

- خلط في استخدام الضمائر (أنا - أنت - نحن) .

- التعامل مع الآخرين بوصفهم أدوات أو وسائل للوصول إلى الهدف .

3-3- السلوكيات النمطية والاهتمامات المحدودة : والتي يمكن ملاحظتهما في :

- السلوكيات النمطية الشاذة و المتكررة

- لاستثارة الذاتية مثل : رفرفة اليدين أو هز الرأس .. الخ

- محدودية الاهتمامات والأنشطة والتعلق بالأشياء والموضوعات الجامدة غير الحية .

- مقاومة التغيير في البيئة المحيطة .

4-3- مشكلات سلوكية : وتتمثل في :

- قصور القدرة على اللعب الرمزي والتقليد واللعب الجماعي .
- الاستجابة الشاذة للمثيرات الحسية اما البرود والتبلد وأما الحساسية الزائدة.
- التغيرات المفاجئة في الحالة المزاجية وعدم الخوف في مواطن الخطر .
- اضطرابات النوم خاصة بالنوم والتغذية .
- وجود سلوكيات عدوانية مواجهة الذات و الآخرين .(خليل,سلامة,2023,ص70)

3-5- العدوان وإيذاء الذات :

يشيع السلوك العدواني لدى الأطفال الذاتويين في جميع مراحل العمرية خاصة في مرحلة وقد يصل السلوك العدواني إلى حد بالغ يتطلب معه التدخل العلاجي (Gillbrg & Coleman , 2000 , P.21) فقد يندمج الطفل الذاتوي في أنشطة عدوانية أو ثورات غضب دون سبب مما قد يسبب إصابة بالجروح وخاصة عندما بطرق برأسه الحائط وقد يؤدي غيره بالقرص أو العض ، أو اللكمات أو الخربشة أو الدفع أو الجذب المفاجئ بقوة (عثمان فراج ، 2002 ، ص 58) . وقد يتسبب الطفل في إيذاء ذاته من خلال قيامه ببعض الأفعال التي تسبب له إصابات جسدية مثل شد الشعر وخدش أو ضرب الوجه و إيذاء العين و الذراع و الرجل و من أكثر سلوك إيذاء الذات شيوعا لدى الطفل الذاتوي هو ضرب الرأس والعض و القرص (Herbert , 1998 , p. 225)

3-5-1- تعريف سلوك التحدي :

على الرغم من أن تحديد ما يشكل سلوك تحدي يمكن تصنيفه على أنه تجربه شخصية ، إلا أن التعاريف الظرفية في الدراسات التي تعرف سلوك التحدي تظهر مخططا مماثلا ، فعلى سبيل المثال يوصف سلوك التحدي عموما بأنه سلوكيات تتسم بشدة حدوثها behaviors with intensity (أي أكثر من إصابه واحدة للنفس أو للآخرين) والتكرار Frequency (أي انها تحدث اسبوعيا على الأقل) أو ذات مدة زمنية duration (أي أكثر من ساعة واحدة من الاضطراب) التي تعد غير مقبولة ثقافيا وتهدد سلامة الذات والآخرين (Emerson 2001;Qureshi & Alborz 1992) وغالبا ما يحدد عمر الفرد السلوكيات التي تصنف على انها مناسبة من الناحية النمائية مقابل التحدي (Campbell et al.,2000; Cmic & Greenberg 1990 ; Kwon et al ., 2013) وعلى السبيل المثال فإن النوبات المتكررة التي تظهر من قبل الذين يبلغون سنتين من العمر مألوفة الى حد ما ، ولكن نفس السلوك من الاطفال الاكبر عمرا في المرحلة الابتدائية سيكون مدعاة للقلق

وبالفعل يتم تحديد السلوكيات على اعتبار أنها سلوكيات تحدي على أساس مجموعة متنوعة من العوامل السياقية contextual والثقافية cultural والنمائية developmental فأنواع سلوكيات التحدي يمكن أن تختلف بناءً على خصائص كل فرد . وتشمل التحدي على سبيل المثال لا الحصر العدوانية (aggression Kanne & Mazurek 2011; Murphy et al., 2000) والسلوكيات / النمطيات الحركية المتكررة (Lorepetitive motor behaviors / stereotypes) وعدم الامتثال (non-compliance) (Donohue et al., 2012) وإلحاق الأذى بالذات injury -self وتدمير الممتلكات (destruction) (Luby 2011 – property) وعمليات التخريب (disruptive behaviors) ونوبات الغضب (tantrums) (Goldin et al., 2011).

ويمكن أن تتصاعد سلوكيات التحدي لمجموعة متنوعة من الأسباب إلا أن تسلسل التصعيد السلوكي عادة ما يبدأ بسلوك حميد ويزداد شدة إلى ردود أفعال أكثر شدة (Mehta & Albin 2003) ويمكن لبعض سلوكيات التحدي أن تنتقل إلى سلوكيات أخرى أكثر تطرفاً على سبيل المثال يمكن أن تتحول السلوكيات النمطية إلى إلحاق الأذى بالذات لدى بعض الأفراد مع مرور الزمن (Reid et al., 2010) يمكن للسلوكيات في البداية ، أن تنشأ بسبب عامل معين ، ثم مع مرور الوقت يتم الإبقاء عليها ضمن تداعيات أخرى وبالمثل : تظهر بعض السلوكيات التحدي على أنها سلسلة وظيفية للفرد (مثل : الصراخ ومن ثم التحول إلى تدمير الممتلكات وبعد ذلك التحول من تدمير الممتلكات إلى العدوان البدني وليس من المستغرب أن السلوكيات الخارجية غالباً ما توصف بأنها صعبة بالمقارنة مع السلوكيات الداخلية) (Lowe et al., 2007).

وبصرف النظر عن الخصائص الملحوظة المباشرة لسلوك التحدي ، فإن طوبوغرافية السلوك الفردي تؤثر على احتمال أن يتم تفسيرها على أنها تحدي فالسلوكيات التي تظهر بمعدل تردد عال وكذلك درجة قوتها أو شدتها يمكن أن تزيد من تصور المرء لدرجة التحدي على سبيل المثال ليس من المألوف لطفل في عمر الابتدائية أن يظهر العدوانية تجاه طفل آخر على ملعب في مرحلة ما ، وقد تفسر العدوانية على أنها تحدي وسط حالة من التكرار .

وأخيراً غالباً ما تعد سلوكيات التحدي موضوعاً للبحث التجريبي مع الأخذ في الاعتبار التأثير الكبير لهذه السلوكيات على الفرد والمعلمين ومقدمي الرعاية والأسرة والعلاقات الاجتماعية ، وبينما

ينضج الطفل الذي يظهر تحديا ، وكلما طال التعبير عن هذه السلوكيات كلما زاد منحى نمو الطفل فالتعريف المفاهيمي الشامل لسلوك التحدي يشمل التأثير السلبي للسلوكيات على الفرد وشبكة دعم الفرض ، وإن العواقب الضارة لسلوك التحدي هي أمر شائع في الماضي والحاضر (Lowe et al, 2007 ; McTieman et al., 2011) وهذه السلوكيات هي الأولى بلا منازع التي يتم تحديدها بحسب التأثير على السلامة البدنية للنفس أو الآخرين ، أو الضرر البيئي أو الشدة بما فيه من القوة الكافية لطلب تدخلات متعددة أو أفراد للعلاج (Emerson et al, 2001)

3-5-2- ظهور المبكر لسلوك التحدي الانتشار والتحول الى حالة مزمنة :

كان معدل الانتشار التقريبي لسلوك تحدي لأفراد الذين يعانون من اعاقه فكريه ونهائية قد تباين على حدود واسع بين 5.8% و 18% لمجتمع الإعاقه الفكرية، وإنما يقارب من 94.3% من أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد ينخرطون في واحد أو أكثر من أشكال سلوك التحدي . وتعدى العدوانية أحد أشكال سلوكيات شائعة حيث أن كين ومازوريك أفادوا بأن 28% من الأطفال ومراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد أظهروا عدوانا تجاه مقدم الرعاية وإن 49% كانوا قد أعتدوا على الشخص غير مقدم الرعاية على الرغم من أن بعض الباحثين أفادوا عن وجود ارتباط بين العدوانية وانخفاض الأداء الإدراكي وضعف اللغة التعبيرية وتفاقم المهارات وجد آخرون أن العدوانية تظهر بين أفراد ذوي اضطراب طيف التوحد بغض النظر عن الأداء الفكري وقدرات التواصل أو شدة الاعراض وبالمثل فإن الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد هم من في خطر متزايد من تطوير سلوك إلحاق الأذى بالنفس مثل ضرب الرأس وعض الذات وهذه السلوكيات يمكن أن تكون مزمنة وبالإضافة إلى ذلك تشير البحوث الأخيرة التي تدرس معدل عدوان لدى الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب الطيف التوحد أن سلوك التحدي شائع أيضا بين الذكور والإناث ذوي اضطراب طيف التوحد .

يميل سلوكيات التحدي إلى ظهور وقت مبكر من مرحله الطفولة خلال الفترة النمائية حيث تكون هذه السلوكيات مثل: الغضب وعدم الامتثال والحركات النمطية المتكررة والإصرار على تماثل شائع لدى أطفال ذوي الإعاقه النهائية العصبية أو دونهم ومع ذلك فإن سلوكيات التحدي لدى أطفال في عمر الحبو ومرحلة ما قبل المدرسة من ذوي اضطرابات طيف التوحد يمكن التعبير عنها بتردد أعلى وقوة أكبر وأنها تسود عبر البيئات وإن ظهور سلوك التحدي خلال مرحله الطفولة

المبكرة يمكن أن يدخل تعقيدا في تحديد اللانمطية النمائية والتدخل السلوكي وهذا التأخير في علاج الفعال قد يسهم بشكل غير مباشر في تفاقم سلوك التحدي لأن مقدمي الرعاية لو النوايا الحسنة قد يملون عن غير قصد على تعزيز سلوك التحدي عندما لا يفهمون تماما العواقب المستمرة ولحسن الحظ تشير البحوث إلى أنه في كثير من الأحيان وذلك بالنسبة لبعض الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد والإعاقة الفكرية فإن السلوكيات غير الطبيعية أو سوء التكيف على سبيل المثال ردود غير طبيعية على المحفزات ومقاومة التغيير والسلوكيات المتكررة ومشكلات السلوك تزداد في جميع المراحل الطفولة والمراهقة ومن ثم تنخفض خلال مرحلة البلوغ وقد وجد شاتوك وزملائه انخفاضا في سلوك التحدي على سبيل المثال عادات غير عادية أو متكررة وسلوك ضار بالذات والعدوان وتدمير ممتلكات على مدى فتره زمنية قدرها اربع سنوات ونصف لدى (241) شخصا ذوي التوحد الذين لدى بعض منهم اضطرابات مصاحبة مثل اضطراب الصرع والإعاقة الفكرية وأظهر المشاركون الذين كانوا هم الأكبر عمرا في المجموعة ضمن الدراسة الذين تتراوح أعمارهم بين 31 وما فوق انتكاسا أكبر في سلوك غير ملائم من أولئك الذين تتراوح أعمارهم بين (10 الى 21) عاما ووجد أن انماط سلوك و اهتمامات المقيدة والمتكررة قد تحسنت أكثر من مجالات أخرى وبالمثل وجد ميرفي وآخرون 2005 أن سلوك التحدي يميل إلى انخفاض مع التقدم في العمر على الرغم من الأفراد الذين أظهروا سلوكيات أكثر تحديا في تقييم لا يزالون يظهرون سلوكيات أكثر تحديا عند إعادة إختبارهم ومن وجهه نظر أخرى أشار ماتسون وشوميك (2009) أن الأفراد ذوي المعدلات الأعلى في سلوك التحدي يظهرون سلوك تحدي هذا في وقت لاحق من الحياة وبالمثل وجد كين ومازوريك 2011 أن الأطفال الذين شاركوا في العدوان كان من المرجح أن يستمر في الانخراط في هذا السلوك وتشير هذه النتائج إلى أنه على الرغم من أن سلوك التحدي ينخفض بالنسبة لبعض الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد فإن سلوك التحدي الخطير يميل إلى الاستمرار وعادة يكون ذلك بامتداده إلى مرحلة البلوغ وذلك بالنسبة لمجموعة فرعية من أفراد ذوي اضطراب طيف التوحد. (ماتسون, 2019).

3-5-3- سلوك التحدي المرتبط بالخصائص التشخيصية لاضطراب طيف التوحد :

لقد تم توثيق العلاقة بين اضطرابات التواصل الاجتماعي وزيادة معدلات سلوك التحدي سيء التكيف بشكل جيد (Dominick et al., 2007 ; Mancil 2006) على سبيل المثال ، أجرى ميرفي وآخرون دراسة طويلة تعقبت السلوك التحدي لدى 166 طفلاً لديهم خصائص التوحد وضعف شديد في الأداء ، ومن بين النتائج الأخرى التي لم ترد هنا وجدوا أن (أ) المهارات اللغوية والاجتماعية والادراكية الأفضل (معامل الذكاء) ، والعمر الزمني الأعلى كانت مرتبطة بمستويات أقل من السلوك غير الطبيعي في وقت التقييم 1 وأن (ب) المهارات اللغوية والاجتماعية الأفضل وغياب التوحد كانت مرتبطة مع انخفاض السلوك الشاذ في وقت التقييم 2 .

بالإضافة إلى ذلك يبدو أن السلوكيات والاهتمامات المقيدة والمتكررة تسهم في تطور سلوك التحدي المتعلق بالوصول إلى الأنشطة أو الجوانب الملموسة المرتبطة بهذا العرض من التوحد وأن إحدى السمات الأساسية التي تحدد التوحد هي وجود أنماط متكررة ومقيدة من السلوك أو الاهتمامات أو الأنشطة (American Psychiatric Association 2013 , p.50) وتشمل السلوكيات والاهتمامات المتكررة والمقيدة ما يلي :

- الحركات النمطية أو المتكررة واستخدام الأشياء ، أو الكلام على سبيل المثال : الأنماط الحركية وترتيب الأشياء في سطور والترديد اللفظي الإرادي والكلام الذي يميز الشخص.
 - الإصرار على التماثل والتقيد غير المرن بالأفعال الروتينية أو الأنماط الطقوسية أو السلوك اللفظي وغير اللفظي (على سبيل المثال الضيق الشديد عند حدود التغيرات الطفيفة والصعوبات أثناء التحولات وأنماط التفكير المتصلب).
 - الاهتمامات المقيدة المحددة بشدة والتي تكون غير طبيعية في الشدة أو التركيز (على سبيل المثال الانشغال بالأشياء الغريبة أو الاهتمامات المحدودة والطاغية) .
 - فرط رد الفعل أو البرود في رد الفعل تجاه المدخلات الحسية أو الاهتمامات غير العادية في الجوانب الحسية للبيئة (على سبيل المثال اللامبالاة للألم والاستجابات السلبية لبعض الأصوات الأصوات أو الملامس ، والرائحة الشديدة أو لمس الأشياء والجاذبية البصرية للاضواء أو الحركة (American Psychiatric Association 2013)) .
- ويمكن تقسيم السلوكيات والاهتمامات المقيدة والمتكررة إلى قسمين :

- الترتيب الأقل والذي يمكن أن يتكون من حركة متكررة واللعب بالأشياء ، والسلوك المتكرر لإلحاق الأذى بالنفس ؛ و(ب) الترتيب الأعلى ، الذي يشمل ذلك الاصرار على التماثل ، واللغة المتكررة والاهتمامات المحدودة والمستمرة ، والالتزام الصارم بقاعدة أو حالة عقلية وأن خصائص سلوكيات الاهتمامات المقيدة والمتكررة لدى الافراد ذوي اضطرابات طيف التوحد هي مشابهة جدا للخصائص الأساسية لاضطراب الوسواس القهري ، وهو ما يمكن أن يؤدي إلى المبالغة في تشخيص اضطراب الوسواس القهري لدى الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد وعلى وجه التجديد فإن لكل هذين الاضطرابين تركيز على الروتين والطقوس ، و مقاومة التغيير ، والاهتمامات المقيدة التي تتميز بشدة أعلى .

ويمكن أن يكون للسلوكيات المتكررة تأثيرات سلبية على التعلم وقد ورد عن الآباء باعتبارها الجانب الأصعب من التوحد فعلى سبيل المثال ، يمكن أن يكون من الصعب إنهاء الطقوس وغيرها من السلوكيات المتواصلة الأخرى من أجل بدء التعليم أو الأفعال الروتينية الأخرى في المنزل والمجتمع ، ويتم تنفيذ بعض السلوك النمطي المعقد في تسلسل ثابت وهو ما يعني أن انقطاع تلك السلسلة من السلوك يمكن أن يثير المزيد سلوك التحدي ، وعلاوة على ذلك فإن (الافراد ذوي اضطرابات طيف التوحد والإعاقة الفكرية معرضون لخطر أكبر من ضعف التواصل وزياده في الإعاقة في السلوك المقيد والمتكرر من أولئك الذين لديهم تشخيص بالتوحد فقط & Deb Prasad 1994).

4- الاضطرابات المصاحبة في اضطراب طيف التوحد :

الإضطرابات النفسية المصاحبة هي حالات يشهدها الفرد حيث يُظهر اضطرابات نفسية متعددة في شخص واحد، ويرجع ذلك إلى اتصال اضطراب طيف التوحد بحالات أخرى يحدثها في الوقت نفسه. يعتبر التحدي الرئيس في هذا السياق هو التمييز بين الحالة الأساسية الممكنة والحالة النفسية المصاحبة. يشمل نطاق الإضطرابات النفسية المصاحبة كل من الاضطرابات الطبية والعصبية، مثل: الصرع، واضطرابات الجهاز الهضمي، ومشاكل النوم، والإعاقة الفكرية، بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية كالقلق، ونقص الانتباه / فرط النشاط، والاكتئاب، واضطراب المزاج. (ماتسون،2019). يُعاني أكثر من نصف المصابين بطيف التوحد من أربعة أو أكثر من تلك الإضطرابات المصاحبة، وتتفاوت أنواعها وقد تزيد من تعقيد وتفاقم مظاهر وأعراض طيف

التوحد مما يؤثر على وقت تشخيصه. لذا، يكون الفهم الشامل لتفاعل هذه الإضطرابات المصاحبة مع طيف التوحد أمرًا حيويًا. يسعى الباحثون إلى فهم تلك الإضطرابات المصاحبة المرتبطة بطيف التوحد وطرق تجلُّها بين الأفراد. هناك استفادة سلوكية من معالجة اضطرابات النوم أو الهضم، إذ يمكن تحسين الحالة المزاجية وخفض السلوكيات المتكررة. وفقًا لبول ليبكين، المدير في معهد كينيدي كريجر، يتعين علينا فهم أسباب الاضطرابات المزاجية والاكتئاب والاندفاعات، وعندما نستوعب جذور العصبية لهذه الاضطرابات بشكل أفضل، يُمكننا تطوير علاجات طبية أكثر فاعلية لهذه الحالات.

1-1-4 المشكلات الطبية المصاحبة لإضطراب طيف التوحد:

1-1-4-1 مشكلات الجهاز الهضمي لدى ذوي اضطرابات طيف التوحد:

تعتبر مشكلات الجهاز الهضمي، مثل الإمساك المزمن، الإسهال، وآلام البطن، المصدر الرئيسي للألم وعدم الراحة ، يُعاني الأفراد ذوو التوحد غالبًا من صعوبات في التعبير عن الأعراض أو أهمهم لمقدمي الرعاية أو الرعاية الصحية، نظرًا لنقصهم في مهارات الاتصال اللازمة. يمكن لهذا العائق في التواصل أن يُعقد عملية التقييم ويُسبب طولًا أو تفاقمًا في أعراض الجهاز الهضمي، إضافة إلى زيادة في سلوكيات التحدي وانخفاض في جودة الحياة. وقد أظهرت دراسة لغوريندور وآخرين (2012) أن الغالبية العظمى من الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد الذين يعانون أيضًا من اضطرابات الجهاز الهضمي يعانون من اضطرابات وظيفية، ليست عضوية في الجهاز الهضمي.

يشمل تشخيص اضطراب الجهاز الهضمي الأكثر شيوعًا الإمساك الوظيفي وسلس التبرز، بالإضافة إلى مشاكل الجهاز الهضمي الأخرى الملاحظة لدى الأشخاص ذوي اضطرابات طيف التوحد، مثل مرض ارتجاع المريء (GERD)، وانتفاخ في البطن، ونقص الإنزيمات (مثل أنزيم دي سكاريداز)، والتهاب مجرى الجهاز الهضمي (غوريندو وآخرون، 2012).

يرجح الباحثون أن لذوي اضطرابات طيف التوحد تركيبة بكتيرية مختلفة في الأمعاء، حيث تلعب البكتيريا دورًا هامًا في عملية الهضم والحصول على الفيتامينات. ويفترض الباحثون أن البكتيريا التي تتأثر في التوحد قد تتسبب في مشاكل الجهاز الهضمي. كما اقترحت مجموعة أخرى من الباحثين أن لدى ذوي اضطرابات طيف التوحد نفاذية أمعاء أكبر، ما يعرف بـ"القناة الهضمية

الراشحة"، مما يؤكد فرضية تأثير البيبتيدات الغذائية على اضطرابات التوحد. وعلى الرغم من عدم حسم البحوث وعدم إثبات ترتبط مشاكل الجهاز الهضمي بشكل خاص بذوي اضطرابات طيف التوحد.

تظهر حالات اضطرابات الجهاز الهضمي في كثير من الأحيان بشكل غير تقليدي، حيث قد يكون الألم أو عدم الراحة سبباً في تفاقم سلوكيات التحدي لدى ذوي اضطرابات طيف التوحد. وبما أن هذا يمكن أن يؤدي إلى تغير في سلوكيات التحدي، من بينها بكاء بنبرة عالية، وصراخ، وزيادة في الاضطراب والتحفيز، وعدم الالتزام، وتدمير الممتلكات، والعدوان، وسلوكية الضرر الذاتي، تظهر البحوث أن مشاكل الجهاز الهضمي ترتبط بزيادة في التحفظ تجاه المدخلات الحسية وارتفاع في السلوكيات المحدودة والمتكررة.

علاوةً على ذلك، وجد أن ذوي اضطرابات طيف التوحد يعانون من مشكلات أكبر في النوم، بما في ذلك الإمساك والاضطرابات البولية والاستيقاظ ليلاً. وأشار الباحثون إلى وجود صلة بين المشكلات المزمنة في الهضم مثل الإمساك المزمن، الانتفاخ، الغثيان، وآلام البطن وزيادة في مستويات القلق؛ ما قد يؤدي إلى تفاقم مشكلات الجهاز الهضمي. ونظراً لأن الألم الناجم عن مشكلات الجهاز الهضمي قد يزيد من تفاقم أعراض التوحد وسلوكيات التحدي، فإن تلك المشكلات يمكن أن تجعل البيئات التعليمية أكثر تحدياً، وقد تقلل من فاعلية التدخل، وتقلل من جودة الحياة. بالإضافة إلى ذلك، يكون التقييم الطبي والنفسي معقداً عادةً عندما تظهر مشكلات الجهاز الهضمي في سلوكيات ذوي اضطرابات طيف التوحد (ماتسون، 2019).

2-1-4- اضطرابات النوم:

قد تم ربط العديد من هذه المشكلات بالعدوان بين الأطفال الذين يتمتعون بتطور نموذجي، وتدعم الأدلة المستجدة وجود ارتباط مماثل بين الأطفال المصابين بـ ASD. تحدث مشاكل النوم في نسبة كبيرة من الأطفال المصابين بـ ASD، حيث تتراوح معدلات الانتشار من 50% إلى 80% (كوتورييه وآخرون، 2005؛ كراكويك وآخرون، 2008؛ ميانو وآخرون، 2007؛ ساودرز وآخرون، 2009). وقد وجد أن مشاكل النوم مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالعدوان في الأطفال الذين يتمتعون بتطور نموذجي (تشيرفين وآخرون، 2003؛ لافين وآخرون، 1999؛ ساديه وآخرون، 2002)، وقد تبين أن الأطفال الذين يعانون من مشاكل في النوم أكثر عرضةً بمرتين إلى ثلاث مرات لإظهار سلوك

عدواني مقارنة بالأطفال الذين لا يعانون من مشاكل في النوم (تشيرفين وآخرون، 2003). يبدو أن الأبحاث المستجدة بين الأطفال المصابين بـ ASD تتوافق مع هذه النتائج. على سبيل المثال، وجد مايز وكالهن (2009) أن العدوان كان واحدًا من المتغيرات الأكثر ارتباطًا بشكل وثيق بالاضطرابات النومية في عينة من 477 طفلًا مصابًا بالتوحد. وأكثر حداثاً، وجد جولدمان وريتشديل و كليمنز ومالو (2012) أيضًا أن الأطفال المصابين بـ ASD والذين يعانون من مشاكل في النوم كانوا أكثر عرضة لإظهار العدوان مقارنة بأولئك الذين لا يعانون من مشاكل في النوم. بالنسبة للتحديات المصاحبة الأخرى.

3-1-4 - الإعاقة الفكرية في التوحد:

تتميز الإعاقة الفكرية بالقصور على المدى الطويل في الوظائف الإدراكية والعجز في المهارات التكيفية. فصعوبات التواصل والمصاعب الاجتماعية الملحوظة، بالإضافة إلى المشكلات الحركية والتجاوزات السلوكية (مثل السلوكيات النمطية والسلوك العدواني والحاق الأذى بالنفس) غالبًا ما ترتبط بالإعاقة الفكرية (ماتسون، 2019). يمكن أن يتراوح مستوى الإعاقة الفكرية بين الخفيف والشديد وفقًا لشدها ومستوى السلوكيات التكيفية ذات الصلة بالمجالات المفاهيمية والاجتماعية والعملية (Association AP, 2013, A). وقد وجد أن هناك احتمالًا أكبر لدى الأفراد ذوي الإعاقة الفكرية الشديدة أن يكونوا من ذوي اضطرابات طيف التوحد

إضافةً إلى ذلك، تعتبر الإعاقة الفكرية من بين الاضطرابات المصاحبة الأكثر شيوعًا لدى الأشخاص ذوي اضطرابات طيف التوحد. وقد تقدر نسبة المصابين بالإعاقة الفكرية بما يصل إلى 50-70% من الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد .

نظرًا للتداخل الكبير بين التوحد والإعاقة الفكرية، يجب أن تكون الفحوصات الإدراكية والتكيفية جزءًا أساسيًا في كل تقييم للتوحد وهناك تداعيات هامة لمعرفة الإعاقة الفكرية لدى الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد.

يُرتبط وجود الإعاقة الفكرية بالتنبؤ الضعيف لدى الأشخاص ذوي اضطرابات طيف التوحد. كما وجد أن الإعاقة الفكرية تؤثر على شدة أعراض التوحد وسلوكيات التحدي، وعلى مستويات الاضطرابات النفسية المصاحبة.

يرتبط وجود الإعاقة الفكرية المصاحبة بزيادة شدة الأعراض لدى أطفال اضطراب طيف التوحد، كما تسبب الإعاقة الفكرية حالات عجز كبيرة في التواصل اللفظي وغير اللفظي مقارنة بالأفراد الذين يعانون من التوحد وحدهم. وتظهر الأفراد ذوو التوحد والوظائف الفكرية الاعتيادية مستويات أعلى من الكلام المتكرر، ويبدون تصاقاً أكثر بالأشياء والاهتمامات المقيدة، بالإضافة إلى ذلك يظهر لديهم مزيداً من السلوكيات الحسية والحركية النمطية، والحاق الأذى بالنفس، وتزايد شدة سلوكيات التحدي مع زيادة الإعاقة الفكرية. وغالباً ما تظل سلوكيات التحدي لدى الأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد الذين يعانون من تزامن التوحد والإعاقة الفكرية مستمرة في حياتهم. (ماتسون، 2019).

2-4- المشكلات النفسية (سلوك التحدي المرتبط بالاضطرابات النفسية) :

1-2-4- القلق :

يعرف القلق Anxiety سريريا من خلال حالات رهاب محددة specific phobias و قلق معم generalized anxiety و رهاب اجتماعي social phobias واضطراب قلق الانفصال leyfer et al (2006) separation. anxiety disorder a (al , 2006) وقد تراوحت معدلات الانتشار بين (11 – 73 %) (white et al , 2009) ويوجه تحليل شامل أجري حديثا ان ما يقارب من 40% من ذوي اضطرابات طيف التوحد قد تم تشخيصهم باضطراب القلق المصاحب anxiety disorder combroid فبعض الحالات مثل مهارات الاتصال القوية أو وجود أعراض الاكتئاب قد تزيد من اهتمام تشخيص الاضطراب المصاحب للقلق بالنسبة للطفل التوحد.

و يمكن أن يعني تشخيص الاضطراب المصاحب لتوحد و القلق زيادة خطر ظهور سلوك التحدي ، و قد يعبر الأفراد عن سلوك أكثر تعارضا و عدونا ، و يمكن أن تكون لديهم علاقات شخصية سيئة، و علاوة على ذلك يمكن للأعراض الاكتئاب و القلق أن تجتمع معا ربما أن تساهم في زيادة الاعاقة. (Sterling et all ,2008 Mannion et leader 2013).

تشير اضطرابات القلق على ما يصل إلى 42 % من المشخصين باضطراب طيف التوحد و يؤثر على ما يقدر بنحو 3% من الأطفال و 15% من البالغين .

نظرًا لأن الأفراد المشخصين باضطراب طيف التوحد قد يواجهون صعوبة في التعبير عن مشاعرهم ويمكن أن يؤدي إلى القلق إلى تسارع ضربات نبضات القلب وضيق العضلات وآلام في المعدة وقد يشعر بعض الأفراد بعدم القدرة على الحركة.

يعد اضطراب القلق الاجتماعي أو الخوف الشديد من الغرباء وكثرة الناس في المواقف الاجتماعية من أكثر الاضطرابات شيوعاً بين الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد، حيث يجد العديد منهم صعوبة في السيطرة على اضطرابات القلق. وقد تزيد هذه الأعراض في زيادة شدة سلوكيات التحدي لدى أطفال اضطراب طيف التوحد.

4-2-2- إضطرابات نقص الانتباه وفرط الحركة :

تشير الدراسات والبحوث التي نُشرت حول سلوك التحدي وتشخيص مزدوج للتوحد ونقص الانتباه الزائد إلى زيادة شاملة في سلوك التحدي. تظهر هذه الزيادات بشكل محدد في سلوك التحدي بمعدلات أعلى، مثل ثورات الغضب وتأخير انتهاء المهام. يُقيّم سلوك التحدي وضعف السيطرة على الانفعالات على أنه أكثر أهمية لدى الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد المصاحب لنقص الانتباه وفرط الحركة بالمقارنة مع وجود واحد فقط من هذه الاضطرابات (Steinmetzk Gadow & De Vincen, 2009-Gautmann). بالإضافة إلى ارتباط درجة فرط الحركة للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد بزيادة في ضعف التواصل ، والتي يُعزى غالبًا إلى زيادة في سلوك التحدي.

يبدو أن نوبات الغضب هي أحد أكثر حالات سلوك التحدي شيوعاً كحالة مصاحبة في البحوث التي تتناول التشخيص المزدوج (Goldin et al, 2013; Konst et al, 2013). ووفقاً لأبحاث غولدين وزملائه، فإن اضطراب نقص الانتباه وفرط الحركة يزيد من الأعراض المرتبطة بالتوحد، مما يؤدي إلى زيادة في نوبات الغضب بالمقارنة مع وجود اضطراب واحد فقط.

من المهم أن نُشير إلى أن الآلية الخاصة بسلوك التحدي قد تختلف على أساس التعبير عن الإعاقة، فالطفل ذو اضطراب طيف التوحد قد يعاني من نوبة غضب ناتجة عن الاندفاع أو قضايا تتعلق بضبط النفس (American Psychiatric Association, 2013).

4-2-3- الاكتئاب واضطرابات المزاج ذات الصلة:

فيما يتعلق بالاضطرابات لدى الأشخاص ذوي اضطراب طيف التوحد والاكتئاب، يمكن التعبير عن مشاعر الاكتئاب والحزن لديهم بشكل مختلف بالنسبة للأفراد الذين لا يعانون من الاضطرابات العصبية. على سبيل المثال، قد لا يتمكن الأفراد ذوو اضطراب طيف التوحد من التعبير عن مشاعرهم بشكل كامل، وهذا أمر مهم في عملية التشخيص، يمكن للأفراد ذوي اضطرابات طيف التوحد واضطراب الاكتئاب المصاحب، المعروف باسم "combroid depression disorder"، أن يعبروا عن مزاج مكتئب من خلال الاهتمام المستمر بالمواضيع التي قد تثير الاكتئاب، مثل الثقوب السوداء والمخاوف ونوبات البكاء، ومشكلات الشهية أو النوم قد يؤدي وجود حالة مرضية تجمع بين التوحد والاكتئاب إلى تغيير في سلوك التحدي وشدته، على سبيل المثال، قد يؤدي الاكتئاب إلى زيادة السلوك المعارض والعدوانية والانسحاب الاجتماعي (Ki, Ghazuddin et al, 2000; m et al, 2002).

يمكن أن تكون الأعراض الأكثر شيوعًا للاكتئاب المرتبط بسلوك التحدي هي قوالب نمطية مرتفعة، وفقدان متكرر للمزاج وعدم انتظامه خلال فترة الاكتئاب، قد يزداد بعض السلوكيات مثل الحاق الأذى بالذات. وهذه الأعراض الاكتئابية المصاحبة قد تزيد من حالات العجز في عدة جوانب من التوحد وبشكل خاص، يرتبط بداية الاكتئاب وتاريخه عادةً مع بداية السلوكيات السيئة في التكيف، خاصة الحاق الأذى بالذات والعدوانية (ماتسون ، 2019) الإنتحار : في عينة مؤلفة من (791) طفلًا من ذوي اضطرابات طيف التوحد ذكرت الأمهات أنه كان لدى 14% من الأطفال تفكير في الإنتحار أو محاولة الإنتحار بحيث تم تصنيف هذه الحالة ضمن "بعض الأحيان إلى كثير من الأحيان" وقد كان ذلك بمقدار (28) مرة بالنسبة مئوية للأطفال عاديين ولكن أقل من (43%) بالنسبة للأطفال الإكتئاب (Mayes et al, 2013). ومع ذلك يجب على الطبيب إجراء تقييم دقيق لطبيعة السلوك التي قد تشير أو لا تشير إلى الإنتحار فعلى سبيل المثال في ظل إرتفاع معدل السلوك لحاق الأذى بالنفس لدى أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد يجب على الطبيب أن يجري تقييمًا دقيقًا لما إذا كانت هناك نية نحو الموت وراء سلوكيات الملاحظة وفي ظل وجود إكتئاب كحالة مرضية مصاحبة في التوحد، فإنه يجب على الأطباء إجراء تقييم منظم لتفكير الإنتحار (ماتسون ، 2019) .

5- إرتباط وتأثير الاضطرابات المصاحبة :

غالبا ما تكون حالات تزامن الاضطرابات مترابطة لذوي اضطرابات طيف التوحد وأنها يمكن أن تؤدي إلى تفاقم أعراض التوحد والحد من الأداء العام وتؤدي إلى نتائج سريرية أشد مع مرور الوقت لذا فهي تشكل هدفا مهما للتقييم والعلاج، فعلى سبيل المثال كان معدل اضطرابات المصاحبة أكبر لدى الأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أو ضعف الانتباه والنشاط الزائد المتزامن مع التوحد مقارنة بالأطفال ذوي اضطراب طيف التوحد أو ضعف الانتباه والنشاط الزائد. وربما تزيد حالة اضطرابات المزاج المصاحبة من تفاقم هذه الاضطرابات مع زياده الإعاقة في المهارات الأساسية التواصلية والاجتماعية وزيادة السلوكيات المتكررة قد وجد غارسيا -ويليا ميسار و روجهان أن الاضطرابات النفسية المصاحبة تتوسط العلاقة بين السمات التوحد والسلوكيات المتكررة / الاهتمامات المقيدة لدى البالغين ذوي اضطرابات طيف التوحد و الإعاقة الفكرية (-garcia 2013 willamisar & Rojahan) وإقترح المؤلفان أن الاضطرابات النفسية المصاحبة والحد من التوتر يؤدي إلى حد تكرار وشدة السلوكيات المتكررة ومن المهم النظر في الاضطرابات المصاحبة الناجمة عن اضطراب المصاحب على سبيل فامثال: للصرع أعراض المصاحبة خاصة بما في ذلك الأعراض المزاجية / (Hecinmovic et all,2011) التفكير في الانتحار.

وقد وجد بعض الباحثين أن بعض الاضطرابات الطبية المصاحبة تميل إلى الحدوث معا كاضطرابات نفسية مصاحبة. ووجد آخرون ترابط بين الأعراض الطبية والنفسية ولا سيما في مجال النوم والتوحد وقد ثبت أن مشكلات النوم تعود إلى مشكلات الجهاز الهضمي (Mannion et all, 2013) ، فكلما كانت أعراض الجهاز الهضمي لدى الطفل أكبر، كلما كانت تصنيفاته للنوم باعتباره أسوء كما تم ربط صعوبات النوم بزيادة مشكلات المزاج وبزيادة القلق لدى الأطفال ذوي الاضطرابات طيف التوحد فمشكلة النوم تزيد من حدة الأعراض المترابطة بالتوحد وقد وجد شريك (2004) أن قلة النوم مرتبطة بزيادة حدة تصنيفات التوحد وزيادة السلوك النمطي المتكرر وبضعف المهارات الاجتماعية. وذكر آخرون أيضا وجود علاقة بين مشكلات النوم لدى ذوي اضطرابات طيف التوحد والتفاعلات الاجتماعية أكثر ضعفا وقد يؤدي قلة النوم إلى الحد من القدرة على الإيماءات الاجتماعية (Van det halm et all,2011) و وجد غورلدمان (2011) و آخرون أن قلة النوم لدى ذوي اضطرابات طيف التوحد ارتبطت بالمزيد من المشكلات السلوكية.

وربما يكون الاضطرابات المصاحبة لدى ذوي اضطرابات طيف التوحد لاسيما نقص الإنتباه / فرط الحركة تأثير كبير على التدخل العلاجي فقد درس انتشيل و آخرون(2011) النتائج التي تم التوصل إليها بعد اجراءات التدخل للمهارات الإجتماعية للأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد و اضطرابات القلق و الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد واضطراب ضعف الإنتباه والنشاط الزائد، و وجدوا أن التدخل كان فعالا بالنسبة لأولئك الذين يعانون من التوحد أو التوحد و اضطرابات القلق ،ولكن ليس لأولئك الذين يعانون من التوحد وضعف الانتباه والنشاط الزائد .وإشارة النتائج إلى أن هذا التدخلات في المهارات الإجتماعية كان مناسباً تماماً لذوي اضطرابات طيف التوحد والمصاحب الاضطرابات القلق ويشير المؤلفان إلى أن التدخل في المهارات الإجتماعية فعال بالنسبة لكل من التوحد و اضطرابات القلق وبالتالي فإن مزيجاً من الإثنين معا قد يصلح لهذا النوع من العلاج

5-الخاتمة

ان التعمق في فهم اضطراب طيف التوحد (ASD) لا يكتمل دون دراسة معمقة للاضطرابات المصاحبة وتأثيرها على سلوك التحدي. فقد أظهرت النتائج أن هذه الاضطرابات، سواء كانت طبية كاضطرابات الجهاز الهضمي والنوم، أو نفسية كاضطرابات القلق والاكتئاب ونقص الانتباه، لا تكفي بتعقيد الأعراض الأساسية للتوحد فحسب، بل تسهم بشكل مباشر في تفاقم حدة سلوك التحدي، مما يُلقي بظلاله على جودة حياة الطفل وأسرته.

من المعلوم أن نسبة انتشار سلوك التحدي بين أطفال التوحد مرتفعة الى حد ما ، خصوصاً في الفئات العمرية الصغيرة، وأن هناك ارتباطاً قوياً بين هذا السلوك والاضطرابات المصاحبة. ومع ذلك، فإن التدخل العلاجي المبكر، المبني على التشخيص الدقيق والتمييز بين الأعراض الأساسية وتلك الناجمة عن الاضطرابات المصاحبة، يمكن أن يُحدث تحولاً نوعياً في تحسين الأداء الوظيفي، وتعزيز المهارات الاجتماعية والتواصلية.

في هذا السياق، يؤكد الباحثون ضرورة مواصلة البحث العلمي لفهم أفضل للآليات التي تربط الاضطرابات المصاحبة بسلوك التحدي. وكما يشير الدكتور توني أتوود: "إن الرعاية الشاملة التي تراعي جميع أبعاد التشخيص تُعد أساساً لتحقيق نتائج علاجية فعّالة." وختاماً، فإن معالجة هذه

الاضطرابات المصاحبة بشكل استباقي يُسهم في تحسين نوعية الحياة للأطفال المصابين بطيف التوحد، ويدعم تطورهم نحو اندماج أفضل في المجتمع ومستقبل واعد.
قائمة المراجع :

- انور حمادي (2014)، معايير دليل تشخيصي والاحصائي لاضطرابات العقلية الطبعة الخامسة (DSM-5)
- انور حمادي (2021)، الاضطرابات العقلية و السلوكية في التصنيف الدولي للأمراض طبعة الحادية عشر (ICD-11)
- عثمان لبيب فراج (2002)، الاعاقات الذهنية في مرحلة الطفولة ، للقاهرة المجلس العربي لطفولة و التنمية .
- فكري لطيف متولي (2018)، استراتيجية التدريس لذوي اضطراب طيف التوحد، مكتبه الراشد للنشر والتوزيع، عمان ،الأردن .
- ماتسون (2019)، الاضطرابات المصاحبة لدى الأطفال ذوي اضطرابات طيف التوحد (إبراهيم ابن عبد الله العثمان , نايف بن عابد الزراع , ترجمة) دار جامعة الملك سعود .
- محمد ايهاب خليل، ممدوحة محمد سلامة (2023)، الاوتيزم والاعاقة العقلية -دراسة سيكولوجية- مؤسسه طبيه للنشر والتوزيع قاهرة.
- وحده الطب النفسي (1999). المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض، جامعه عين الشمس، كلية الطب.

المراجع باللغة الإنجليزية :

- American psychiatric Association .(2013) diagnostic & stastical manuel of mentanl disordres (5th ed) Arlington,VA: American psychiatrique publishing.
- Campbell, s. B., shaw, D.s., & Gilliom, M. (2000). Early exteenalizing behavior problem : toddlers & preschoolers at risk for later maladjustment. Development & psychopathology, 12(03), 466-488.
- Deb ,S., & prasad K.B.G.(1994) .the prevalence of Autistic disordres among childern with a learning Disability.British Journal ofPsychiatry,165 ,395-399.
- Dodd,s.(2005).Understanding autism .sydney: Elsevier .

- Dominick, k.C., & Davis N.O., Lainhart, J., Tager -Flusberg ,H., & Folstein, S. (2007) Atypical behaviors in children with autism & children with a history of language impairment. *Research in Developmental Disabilities*,28(2), 145-162.
- Emerson ,E., kiernan, c.,Alborz,A., Reeves,d., mason ,H swarbrick,R., et al.,(2012) the prevalence of challenging behaviors : A total population study.*Research in Developmental Disabilities*,22(1), 77-93 .
- Gillberg,C & Coleman , M.(2000).the biology of autistic syndromes (3rd ed) .London: Mac keithi Press.
- Goldin ,R, L ,Matson J, L Tureeck ,K., cervantes, P, E, & Jang , J (2013) A comparison of tantrim behavior profiles in children with ASD ,ADHD & comorbid ASD ADHD , *Research in Developmental Disabilities*, 34(9), 2669- 2675.
- Guttmann-Steinmez S., Gadow, K .D.,& De Vincent, C.j (2009). Oppositional defiant & conduct disorder behaviors in boys with autism sspectrum disorder with & without attention -deficit hyperactivity disordres versus several comparaison samples .*J ournal of Autism & Développement Disordres*,39 (7),976-985.
- Hecimovic ,H., Salpekar, J., kanner A. M., Barry ,J,J (2010). Suicidality & epilepsy: a neuro- psychobiological perspective .*Epilepsy & behavior* ,22(1), 77- 84.
- Herbert, M.(1998).clinical child psychology : social learning , development and behaviour (2nd ed) . New Yourk : Wiley & Sons .
- Kanne, s M., & Mazurek, M. O.(2011) .Aggression in childer & adolescents with ASD : prevalence & risk factros *Journal of Autism & D evelopment Disorders*, 41 (7), 926- 937.
- Kim j, A ., Szatmari ,p., Bryosn S, E Streiner ,D. L., & wilson F. J , (2000) ,The prevalence of anxiety & mood problems among children with autism &Asperger syndrom *Autism* 4(2, 117- 132.
- Leyfer ,O T Folstein S. E , Bacalman S., Davis ,N ,0 ., Dinh ,E., Morgan J., et al ., (2006).comorbid psychiatric disordres in children wiht autism : iterview développement & rates of disorder. *Journal of Autism & Développement Disordres*, 36(7), 849-861.
- Loftin, R. L., Odom, S. L., & lantz, J.F.(2008). Social interaction & repetitive motor behaviors. *Journal of Autism & Developmental Disorders*, 38(6), 1124-1135.
- Lord c, petkova,E, Hus, V, Gan , W., Lu, F.,Martin , D et al .(2012).A multisite study of the clinical diagnosis of differnet autism spectrum disorder . *arechives of general psychiatry* , 69(3), 306 – 313.

- Lowe ,k, Allen, D., jones ,E ., Brophy, S., Moore , k., & james W. (2007) .challenging behaviors : prevalence & topographies Journal of intellectual Disability Research, 51(8), 625- 636 .
- Mannion ,A ., & Leader ,G .(2013) .an analysis of the predictors of comorbid psychopathology, gastrointestinal symptoms & epilepsy in children & adolescents with autism spectrum disorder. Research in Autism Spectrum Disorders, 7(12), 1163-1671.
- Rojan ,J (2013) . Colombid psychopathlogy & stress mediate the relationship between autistic traits & repetitive behaviors in adults with autism Journal of intellectual Disability Research .doi: 10.11 11 / jir 1283.
- Van Steensel , F .J. A Bogels ,S.M., & Perrin ,S. (2011). Anxiety disorders in children & adolescents with autistic spectrum disorder: A men-analysis. Clinical child & Family Psychological Revieww ,14,302-317.