

الوعي المجتمعي باضطراب التوحد بالمجتمع المصري: دراسة ميدانية في الأنثروبولوجيا
**Community Awareness of Autism Disorder in Egyptian Society:
A Field Study in Anthropology**

د. محمد جلال حسين *

كلية الدراسات الإفريقية العليا، جامعة القاهرة، (مصر)

Mohamed.galal@cu.edu.eg

تاريخ النشر:	تاريخ القبول:	تاريخ الاستلام:
2022/01/01	2021/12/21	2021/12/16

- الملخص:

هدفت الدراسة الراهنة إلى تقييم وعي المصريين باضطراب طيف التوحد. ولهذا الغرض تم إعداد استمارة استبيان تغطي المعرفة المتعلقة بأسباب التوحد، واعراضه، والحقائق المتعلقة به، المفاهيم المغلوطة، والتصورات الثقافية. شارك بالدراسة 550 مستجيب من الجنسين، وكان غالبيتهم من ذوى المستوى التعليمي المرتفع. توصلت الدراسة إلى أن هناك حالة من القصور الواضح في مستوى المعرفة والوعي لدى المستجيبين. وقد شمل ذلك القصور كافة الجوانب المتعلقة بالتوحد. مما يستدعي ضرورة تدخل الجهات المعنية للعمل على رفع مستوى الوعي المتعلقة بالتوحد بالمجتمع المصري.

الكلمات المفتاحية: التوحد؛ الوعي؛ التصورات الثقافية؛ المفاهيم المغلوطة.

Abstract :

The current study aimed to evaluate the Egyptians' awareness of autism spectrum disorder. For this purpose, a questionnaire was prepared that includes knowledge of the causes, symptoms, and facts related to autism, in addition to the availability of appropriate treatments. In addition to cultural perceptions and misconceptions. 550 respondents participated in the study. The majority of them are female, with a high level of education.

Results: There is a poor level of knowledge and awareness of autism among the participants. The Poor knowledge covered causes,

symptoms, facts. This calls for the intervention of the concerned authorities to raise the level of awareness of autism in the Egyptian society.

Keywords: Autism; Awareness; Cultural Perceptions; misconceptions

(1) مقدمة

يعد التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية غموضاً نتيجة لعدم معرفة أسبابه الحقيقية من جهة، وغرابة أنماط سلوكه من جهة أخرى، فهو بمثابة حالة تتميز بوجود مجموعة من الأعراض يغلب عليها انشغال الطفل بذاته وانسحابه الشديد من الوسط الاجتماعي، بالإضافة إلى عجز في المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الطفل (خولة، محمد، 2021، ص348).

ولقد أصبح التوحد أحد القضايا الهامة للعديد من التخصصات بما في ذلك الأنثروبولوجيا وعلم الأوبئة وعلم الوراثة وعلم الأعصاب والعلوم المهنية والفلسفة وعلم النفس. ونتيجة لتعدد العلوم المعنية بدراسة التوحد، أصبح البحث في هذا المجال يرتكز على الجمع أو التنقل بين قطبين تحليليين، وهما؛ (1) العلوم الأساسية، والتي تركز على التوحد باعتباره اضطراباً في النمو العصبي، وينصب اهتمامها على دراسة أعراضه، ومسبباته، وانتشاره، ومساراته التنموية. (2) العلوم الاجتماعية، والتي تركز على التوحد باعتباره تجربة شخصية وعائلية ومجتمعية، وينصب اهتمامها على تحليل التفاعلات الاجتماعية وطبيعة تلك التفاعلات في مختلف الأنشطة المنزلية والتعليمية وغيرها (Solomon, 2010, p242).

ولقد قدمت الأنثروبولوجيا-باعتبارها أحد العلوم البينية التي تجمع بين الطب الحيوي والعلوم الاجتماعية - العديد من الإسهامات الهامة في مجال الدراسات النفسية، حيث تناولت العديد من القضايا النفسية بالتحليل والدراسة، كرهاب الخلاء، فقدان القدرة على الكلام، فقدان الشهية، اضطراب تشتت الانتباه، وفرط الحركة والنشاط، اضطراب ما بعد الصدمة. فضلاً عن بعض القضايا الأخرى مثل؛ الاكتئاب، الفصام، التخلف العقلي، تجربة المرض والإعاقة من منظور الأسرة (Solomon, 2010, p243).

وبالتالي، فإن الأنثروبولوجيا لم تكن بمنأى عن الاهتمام بقضايا الصحة النفسية واضطراباتها بكافة أنواعها، بل كانت هناك علاقة وثيقة بين علم الأنثروبولوجيا وعلم النفس، وهذه العلاقة ليست حديثة العهد، ولكنها تعود لبدايات القرن الماضي، وذلك

عندما قام مالمينوفسكي -والذي يعد أحد الأنثروبولوجيين الأوائل- بدراسته عن الجنس والقمع في مجتمع سافاج (1927) معتمداً في دراسته هذه على نظرية الإيليتك لعالم النفس فرويد، كما استخدمها أيضاً في دراسته لعقدة أوديب بجزر التروبياند بعد أن قام بإجراء بعض التعديلات بها. ولقد ظهر على أثر هذا التعاون والتداخل بين العلمين بعض الفروع التخصصية بالأنثروبولوجيا، كالأنثروبولوجيا النفسية والأنثروبولوجيا الطبية (Birx, 2011, p956).

فالأنثروبولوجي في مجال الصحة النفسية يقوم بدور الوسيط بين المرضى والمعالجين (الأطباء)، وبين المرضى والقائمين على السياسات الصحية، حيث يقوم الأنثروبولوجي بإمدادهم بالمعلومات المتعلقة بحالة المريض وثقافته، وذلك من منطلق أن الحالة النفسية للفرد تنبع من السياق الثقافي والاجتماعي المحيط به، فالكثيرون ممن يعانون من الاكتئاب، الذهان، القلق، والاضطرابات النفسية الأخرى تكون مصدر معاناتهم هذه نابعة من تلك السياقات (Van Dongen, 2000, p135). وقد ساهمت العديد من الدراسات الأنثروبولوجية في تقديم فهم واضح للعديد من الاضطرابات النفسية في إطار السياق الثقافي والاجتماعي للمجتمع، ومن أمثلة تلك الدراسات؛ دراسة "آثر كلاينمان" (1981، 1985، 1991) والتي أوضحت تأثير المعتقدات الثقافية والاجتماعية في تشخيص وعلاج اضطرابات المزاج بالثقافة الآسيوية (Messerschmidt, 2011, p48).

ويعد التوحد أحد تلك الموضوعات التي حظيت بالاهتمام من قبل الأنثروبولوجيا، وأصبحت محوراً للعديد من فروعها كالأنثروبولوجيا الثقافية، الأنثروبولوجيا اللغوية، الأنثروبولوجيا الطبية، والأنثروبولوجيا النفسية. فالمنظور الأنثروبولوجي موجه وجودياً لاستيعاب وتقبل الآخر، وذلك من منطلق الافتراض بأن "هناك أنماط من الحياة تختلف اختلافاً جذرياً عن أنماطنا، وبالتالي، من المحتمل أن يكون مستقبلنا أكثر انفتاحاً مما نتخيله عادة". ويتمثل إسهام الأنثروبولوجيا في دراسة التوحد ليس في تقديمها وصفاً أثنوجرافياً للمصابين فحسب؛ بل في تقديمها وصفاً تفسيريّاً لما يدركه المصابين وأسرههم، وللتجارب الخاصة بالمصابين، وممارسات الحياة اليومية للمصابين وأسرههم، فضلاً عن تحريها لطبيعة المعرفة والوعي المتعلق بالتوحد في حدود الأسرة والمجتمع، وذلك بالاعتماد على الأدوات المتعددة التي يتضمنها المنهج الأنثروبولوجي، كالملاحظة، المقابلات التي تتمحور حول الشخص، دراسات الحالة وتاريخ الحياة (Solomon, 2010, p244- 246).

وينتشر التوحد في كافة المجتمعات بصرف النظر عن اللون والأصول العرقية أو الطائفية أو الخلفية الاجتماعية (خولة، محمد، 2021، ص350). فلقد شهدت تسعينيات القرن الماضي وأوائل القرن الحادي والعشرين زيادة واضحة في معدلات التوحد المبلغ عنها، ويعزو ذلك إلى التغيرات في ممارسات التشخيص وأنماط الإحالة وتوافر الخدمات، بالإضافة إلى الوعي العام بالتوحد لدى الأفراد في بعض المجتمعات (El-Baz & et al, 2011, p31). ومع ذلك، فإن حالات التوحد غير متساوية في جميع أنحاء العالم، حيث يرتفع عدد الحالات في الولايات المتحدة ليصل إلى حالة واحدة من بين كل 68 طفلاً. بينما في تنخفض في المكسيك لتصل إلى 2 إلى 6 حالات فقط لكل 1000 طفل. وهناك بعض البلدان لا يوجد بها سجل وبائي لمرض التوحد على الإطلاق. ويرجع ذلك على الأرجح إلى الاختلافات الثقافية والتفسيرات المتباينة لاضطراب التوحد، فالثقافة بدورها تلعب دوراً في تحديد أو عدم تحديد التوحد في المجتمع، وهذا ما يجعل التوحد يبدو أكثر أو أقل انتشاراً بالمجتمع (Montanez, 2016, p315).

وتعد دراسة عالم الأنثروبولوجيا "روي جرينكر" التي نشرها في كتابه Unstrange Minds أولى الدراسات عبر الثقافات لمرض التوحد،، والتي تؤكد لنا على أن الثقافة تلعب دوراً في تحديد أو عدم تحديد التوحد. فقد سافر "جرينكر" إلى عدة دول مثل بيرو والهند وكوريا الجنوبية وجنوب إفريقيا، وقام بإجراء مقابلات مع أسر المصابين بالتوحد والمجتمع ككل لمعرفة ما يبدو عليه التوحد في جميع أنحاء العالم. وقد وجد "جرينكر" أن التوحد متجذر بعمق في السياق الثقافي لتلك المجتمعات، ولا يتم تحديده باعتباره اضطراب التوحد، ولكنهم يعتبرونه اضطراب ذو بعد ثقافي. فعلى سبيل المثال، في الثقافة الكورية ينظر إلى التوحد على أنه انحراف عن القاعدة الاجتماعية ويتم تشخيصه بشكل خاطئ على أنه "اضطراب التعلق التفاعلي" الذي يحدث نتيجة عدم وجود اتصال بين الأم والطفل. وهذا التشخيص الخاطئ للتوحد هو العامل الرئيسي في انخفاض حالات التوحد في كوريا مقارنة بما هو عليه في الولايات المتحدة. في بعض المجتمعات الأفريقية مثل كوت ديفوار، يتم الإشارة إلى أعراض التوحد باعتبارها ناجمة عن تأثير الأرواح الشريرة التي تمكنت من جسد الطفل، وتقوم أسرة الطفل باللجوء إلى المعالجين الروحانيين كما يقومون بتقييد الأطفال وإخفاءهم وضربهم للتخلص من الروح الشريرة. تلك التفسيرات الثقافية للتوحد جعلت هذه المجتمعات لم تقم بالإبلاغ عن الحالات، لذلك تخلو سجلاتهم

الوبائية من حالات الإصابة، بينما ترتفع المعدلات في الولايات المتحدة لأنه يتم الإبلاغ عن تلك الحالات لدرايتهم الجيدة بتشخيص تلك الأعراض (Montanez, 2016, p315).

(1-1) إشكالية الدراسة

لقد شهد اضطراب طيف التوحد تطورًا جذريًا من الناحية الاجتماعية والعلمية منذ بداية ظهوره أوائل القرن العشرين حتى وقتنا هذا. ومرورًا بهذا التاريخ ووصولاً للوقت الراهن تعرض التوحد للعديد من الافتراضات العلمية من قبل مختلف التخصصات. وقد طالت تلك الافتراضات مفهومه، أعراضه، أسبابه، وعلاجه. الأمر الذي جعل هناك حالة من التشتت والغموض لدى أفراد المجتمعات المختلفة فيما يتعلق بالتوحد وكافة أبعاده. وقد ساهم في ذلك ما تبثه وسائل الإعلام المختلفة من بيانات ومعلومات تتعلق بالتوحد دون التحري عن مدى صحتها ومصداقيتها وأسسها العلمية. الأمر الذي ترتب عليه تشكل الكثير من المفاهيم الخاطئة والتصورات المتعلقة بالتوحد، فعادة ما يرافق غياب التفسيرات العلمية نشاط و بروز التفسيرات والتصورات الثقافية.

(2-1) أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة في تناولها لموضوع هام يتطلب المتابعة والدراسة العلمية تزامنًا مع الاجتهادات العلمية والطبية المبذولة، ألا وهو تقييم الوعي والمعرفة المتعلقة باضطراب طيف التوحد لدى أفراد المجتمع، وذلك لرسم صورة واضحة لطبيعة المعرفة والوعي المجتمعي بهذا الاضطراب، ومعرفة الفجوات التي تشوب المعرفة المتعلقة به، ومن ثم إمداد المعنيين والقائمين على الوضع الصحي بالمعلومات التي قد تكون ذات فائدة ومنفعة عند وضع الخطط واستراتيجيات التعامل مع الاضطراب. كما تكمن أهمية الدراسة في إثرائها للمعرفة من خلال إمداد وتزويد المكتبة العربية بالمزيد من الدراسات العربية عن الوعي بالتوحد والتي شهدت قدر من الندرة النسبية في مجتمعنا كما سيتضح لنا من خلال استعراض الأدبيات السابقة.

(3-1) أهداف الدراسة وتساؤلاتها

تهدف الدراسة الراهنة إلى تقييم المعرفة والوعي العام باضطراب طيف التوحد بالمجتمع المصري، ومن منطلق هذا الهدف العام تنبثق مجموعة من التساؤلات التي تسعى الدراسة إلى الوصول إلى إجابات وافية عنها، ومن تلك التساؤلات:

■ مدى معرفة أفراد المجتمع بأسباب التوحد وأعراضه.

- مدى معرفة أفراد المجتمع ببعض الحقائق المتعلقة بالتوحد كإمكانية علاجه من عدمه ومدى استمراريته، وأكثر الفئات الجنسية عرضه للإصابة، وغيرها من الحقائق.
- ماهية التصورات الثقافية والمفاهيم الخاطئة التي يعتقد بها أفراد المجتمع حول التوحد والمصابين به.

(5-1) الإطار النظري والمنهجي للدراسة

- التوجه النظري (البنائية الوظيفية)

تقوم البنائية الوظيفية على افتراض أن المجتمع يتكون من أجزاء لكل جزء منها دور ووظيفة منظمة يجب أن يقوم بها في إطار الكل المتسق، حتى لا يحدث الخلل الوظيفي الكلي. كما أن للمجتمع احتياجات يجب اشباعها وتلبيتها، وكل نسق فرعي يعمل على اشباع وتلبية هذه الاحتياجات حتى يتحقق التفاعل المؤدي إلى التوازن والاستقرار، ولكن هذا لا يعني أن كل أجزاء النسق نافعة بالضرورة؛ بل هناك أنساق ضارة، ومعطلة لتوازن النسق (غربي، قلواز، 2016، ص186).

كما ترى البنائية الوظيفية أن المجتمع يعد نظام اجتماعي يتكون من أجزاء متكاملة، وأي خلل يحدث في أي جزء من تلك الأجزاء يؤدي إلى اختلال النظام بأكمله. وفي هذا الصدد، يشير مالفينوسكي إلى أن المجتمع عبارة عن "كل يتشكل من أجزاء تؤدي وظائف ضرورية لتوازن المجتمع، وتشكل هذه الوظائف الأساس الذي يجب الارتكاز عليه لتفسير الوقائع الاجتماعية. ويرى تالكوت بارسونز أن المجتمع يتكون من وحدات اجتماعية متكاملة أو مجموعة من الانساق المترابطة مع بعضها البعض في البناء والوظيفة لتحقيق التوافق والأهداف. حيث ينظر للمجتمع باعتباره نسقًا اجتماعيًا يشترك في القيم والأهداف التي لها صفة العمومية، وعلى هذا يقوم كل نسق بوظيفته في إطار بناء المجتمع، ويقوم الوعي الاجتماعي على هذه العلاقات ويتجسد في صورة الثقافة الاجتماعية. بينما يشير أوجست كونت إلى أن الوعي الجمعي هو المجموع الكلي للمعتقدات والعواطف العامة بين أعضاء المجتمع والتي تشكل نسقًا له طابع متميز، وهذا يؤكد لنا مدى اهتمام البنائية الوظيفية بالوعي وارتباطه بثقافة المجتمع، ومي تأثير المعايير الاجتماعية والثقافية في تشكل الوعي الإنساني (تيماشيف، 1999، ص405).

ومن هذا المنطلق، تستعين الدراسة الراهنة بهذا النظرية لتفسير الوعي الجمعي بالتوحد، والتصورات الثقافية المتعلقة به، والعوامل المشكلة لهذا الوعي.

- منهجية الدراسة

عادة ما يعتمد الأنثروبولوجيين في دراساتهم على المنهج الأنثروبولوجي لما يملكه هذا المنهج من أدوات تمكن الباحثين من الحصول على المعلومات اللازمة، وما يسمح به هذا المنهج من إمكانية المعاشية الفعلية مع أفراد المجتمع. وغالبًا ما يستعين الأنثروبولوجيين في المقام الأول على المقابلات بكافة أنواعها كوسيلة لجمع البيانات. لكننا في دراستنا الراهنة اعتمدنا على أداة أخرى من أدوات هذا المنهج وهي الاستبيان نتيجة للإجراءات الاحترازية التي اتخذتها كافة دول العالم خلال الفترات المبكرة لاندلاع الجائحة والتي لا تتيح فرصة التنقل بحرية والالتقاء مع أفراد العينة لما تضمنته تلك الإجراءات من فرض حظر التجوال والتشديد على ضرورة التباعد الاجتماعي كإجراءات وقائية من الجائحة. وعليه اعتمدت الدراسة على الاستبيان الإلكتروني كوسيلة لجمع المعلومات الكمية والكيفية المتعلقة بالموضوع محل الدراسة وذلك لما له من فعالية وإمكانية من تجاوز حدود الزمان والمكان في تلك الظروف الحرجة. وقد تم نشر الاستبيان على صفحات وسائل التواصل الاجتماعي المختلفة. وقد استهل الاستبيان بمقدمة موجزة حول الخلفية والهدف والطبيعة التطوعية للمشاركة والتأكيد على عدم الكشف عن هويته وضمان سرية المعلومات وعدم استخدامها إلا في أغراض البحث العلمي. مع التنويه على أن ملئ الاستبيان يعد بمثابة الموافقة الكتابية على المشاركة.

- منهجية أداة الدراسة

تشمتم استمارة الاستبيان التي تم إعدادها لتحقيق الغرض من الدراسة على (60) سؤال، تم توزيعهم على سبعة محاور أساسية كالتالي؛

- المحور الأول "الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة": وتضمن هذا المحور على (3) تساؤلات تتعلق بالجنس والعمر والمستوى التعليمي.
- المحور الثاني "مصادر الحصول على المعلومات المتعلقة بالتوحد": ويشتمل هذا المحور على سؤال واحد.
- المحور الثالث "المعرفة المتعلقة بأسباب التوحد": ويتضمن هذا المحور (16) سؤال تتعلق بالعوامل والأسباب التي يعتقد البعض بأنها المسبب الرئيسي للتوحد كتأخر سن الزواج للوالدين، التطعيمات واللقاحات، الاستخدام المفرط للتكنولوجيا، سوء المعاملة الوالدية، وغيرها. كما يتضمن أيضًا على بعض الأسباب التي افترضتها الاجتهادات العلمية كالخلل الجيني، العوامل البيئية، زواج الأقارب، الولادة المبكرة.

- **المحور الرابع "المعرفة المتعلقة بأعراض التوحد":** ويتضمن هذا المحور (16) سؤال تتعلق بأعراض التوحد التي يعتقد بأنها سمة مشتركة لدى جميع المصابين بالتوحد، كعدم القدرة على التواصل الاجتماعي، الميل للعب منفردًا، عدم القدرة على التعبير عن الاحتياجات، عدم الشعور بالألم، وغيرها من الأعراض.
 - **المحور الخامس "المعرفة المتعلقة بالفئات الأكثر عرضه للإصابة وفترة المرض":** ويشتمل هذا المحور على (13) سؤال لقياس المعرفة المتعلقة بالفئة العمرية التي يظهر بها التوحد، وأكثر الفئات الجنسية التي ترتفع بها معدلات الإصابة، ومدى علاقة المستوى الاقتصادي والتعليم للوالدين بالإصابة بالتوحد.
 - **المحور السادس "الحقائق والتصورات حول المصابين بالتوحد":** ويتضمن هذا المحور (6) أسئلة تقيس التصورات الثقافية والمفاهيم المغلوطة المتعلقة بالمصابين بالتوحد، كتمتعهم بمهارات فريدة ومميزة لهم، وإصابتهم بالأمراض العقلية، والصرع. كما يقيس هذا المحور موقف المشاركين من دمج الأطفال المصابين بالتوحد في المدارس العادية من عدمه، وموقفهم تجاه تشخيص إصابة الطفل بالتوحد من حيث علاقتها بالوصم الاجتماعي من ناحية وتحسن حالته الصحية من ناحية أخرى. وقد تم عرض الاستمارة على عدد من المتخصصين في مجال الأنثروبولوجيا وعلم النفس للاستفادة من تعليقاتهم البناءة في تعديل صيغ بعض الأسئلة وإضافة البعض الأخر. كما تم اختبار صدق وصحة الاستبيان من خلال تطبيقه على عينة مبدئية لمعرفة أوجه القصور والأسئلة غير الواضحة لتعديلها.
- مجالات الدراسة
- **المجال المكاني:** أجريت الدراسة في جمهورية مصر العربية، حيث شملت الدراسة عينات مختلفة من كافة أنحاء الجمهورية.
 - **المجال الزمني:** استغرقت الدراسة الميدانية قرابة الشهرين، حيث تم البدء في نشر الاستبيان عبر مواقع التواصل الاجتماعي وجروبات التواصل الاجتماعي الأخرى اعتبارًا من 20 مايو 2021 حتى 20 يوليو 2021.
 - **المجال البشري:** أجريت الدراسة على عينة من المصريين تم انتقاؤها بالطريقة العشوائية (كرة الثلج)، وقد بلغ قوامها (550) مفردة. وقد تم إرسال الاستبيان لهم عبر شبكات التواصل الاجتماعي، وطلب منهم الإجابة على الاستبيان مع التعهد بعدم استخدام تلك المعلومات إلا لأغراض البحث العلمي.

(6-1) مفاهيم الدراسة

■ اضطراب طيف التوحد:

تعددت وتنوعت المفاهيم المتعلقة باضطراب طيف التوحد كنتيجة لتنوع اهتمامات وتخصصات الباحثين، ولكن ثمة أمر يجمع بين كافة تلك المفاهيم وهو أن التوحد يعد بمثابة اضطراب إنمائي يؤثر على قدرات الفرد التواصلية وتفاعله الاجتماعي واهتماماته، ويؤدي إلى عزله عن المجتمع المحيط (سهيل، 2015، ص 21).

وقد اشتقت كلمة التوحد Autism من كلمتين يونانيتين هما "aut" وتعني الذات و"ism" وتعني الحالة. وتستخدم الكلمة لوصف الشخص المنطوي على نفسه بشكل غير عادي. ويعاني الأطفال المصابون باضطراب طيف التوحد، بشكل أو بآخر، من صعوبات في تطوير العلاقات مع الآخرين والمحافظة عليها. وتشير كلمة «الطيف» إلى وجود تباين واسع في سلوك التوحد يكون على شكل طيف يمتد من حالات معتدلة إلى حالات حادة. وغالبًا ما يصف الأطباء المرض بأنه اضطراب نمائي واسع الانتشار. وهو ما يعني أنه يصيب كافة نواحي حياة الطفل اليومية (تيريل، باسينجر، 2013، ص 48).

ويعرفه علماء الوراثة بأنه مجموعة من اضطرابات النمو العصبي المعقدة التي تتميز بضعف وصعوبة التواصل الاجتماعي، وأنماط سلوكية مقيدة ومتكررة ونمطية (Del Pozzo & et al., 2018, p53). ويعرف أيضًا بأنه اضطراب في النمو العصبي تلعب فيه عوامل وراثية وبيئية متعددة أدوارًا، تظهر أعراض العجز في التواصل الاجتماعي والأنماط السلوكية المقيدة والمتكررة في وقت مبكر من نمو الطفل (Crowell, 2019, p21). بينما يعرفه علماء النفس بأنه اضطراب نفسي شديد في الطفولة يتميز بصعوبات شديدة في التواصل وتكوين علاقات مع الآخرين، وصعوبات أخرى في تطوير اللغة وأنماط السلوك المتكررة والمحدودة ومقاومة الوسواس للتغيرات الصغيرة في المحيط المؤلف (El-Baz & et al, 2011, p31).

ونتيجة لتعدد الآراء والتوجهات المفسرة للتوحد في ظل عدم الاتفاق على مسبب فعلي لحدوثه، نواجه صعوبة في وضع تعريف إجرائي له، ولكننا يمكننا القول بأنه "اضطراب يصيب الأطفال في المراحل العمرية الأولى، ينعكس على سلوكياتهم وتصرفاتهم نتيجة لبعض الأعراض الناجمة عنه والتي لا يشترط أن تكون متوفرة لدى كل المصابين به، كصعوبة التواصل الاجتماعي وعدم القدرة على التعبير عن الاحتياجات، والميل للعزلة، وغيرها.

■ **الوعي:** يعرف الوعي بأنه "حالة من حالات الإدراك والفهم، وهذا الفهم أو الإدراك ذاتي، إذ يسمح لنا بأن نميز أنفسنا عن الآخرين". ويعرف أيضاً بأنه إدراك المرء لذاته ولما يحيط به إدراكاً مباشراً. بينما يقصد بالوعي الاجتماعي: مجموعة من المفاهيم والتصورات والآراء والمعتقدات الشائعة لدى جماعة من الأفراد في بيئة اجتماعية معينة، والتي تتجلى في بادئ الأمر لدى مجموعة منهم ثم يتبناها الآخرون لاقتناعهم بأنّها تعبر عن موقفهم (محمد، محمد، 2020، ص 950).

ويقصد بالوعي في دراستنا؛ الحصيلة المعرفية والإدراكية التي يمتلكها الأفراد تجاه الظاهرة محل الدراسة (اضطراب طيف التوحد)

■ **التصورات الثقافية:** تعني بالتصورات الثقافية في دراستنا الراهنة: جملة الأفكار والمعتقدات السائدة في ثقافة ما حول التوحد والتي تنشط في ظل غياب التفسيرات العلمية للظاهرة محل الدراسة، مما يتيح للثقافة الفرصة لإظهار مكوناتها في شكل آراء وتفسيرات يعتنقها الأفراد حاملي تلك الثقافة.

■ **المفاهيم المغلوطة (الخاطئة):** يقصد بها في دراستنا الراهنة، مجموعة الأفكار والآراء والمعتقدات المبنية على الحقائق الخاطئة أو سوء الفهم للوضع القائم، والتي تتجلى لنا بوضوح في تصورات الأفراد المتعلقة بأسباب وأعراض التوحد وما يتعلق به من حقائق.

(2) اضطراب طيف التوحد: مدخل نظري

لا يعد التوحد مشكلة طبية يمكن علاجها فحسب؛ بل هو اضطراب يتميز بخصائص اجتماعية معينة. ويتضح لنا ذلك من خلال تعريف "لورنا وينج" و "جوديث جولد"، حيث عرفا التوحد باعتباره "اختلاف واضح في سلوك الأطفال عن السلوك المتوقع اجتماعياً، بغض النظر عن حالتهم العقلية والمعرفية" (Martin, 2012, p49).

وفيما يتعلق بأسباب التوحد، فحتى وقتنا هذا لم يتم الوصول إلى المسبب الحقيقي لحدوث اضطراب طيف التوحد، ولكن هناك مجموعة من الافتراضات العلمية التي ظهرت مع ظهور الحالات الأولى للتوحد حتى وقتنا هذا. ولقد كانت الأفكار الأولى لأسباب التوحد مهمة ومشوشة. فقد استخدم مصطلح "التوحد" لأول مرة عام 1912، حيث استخدمه الطبيب النفسي السويسري "يوجين بلولر" لوصف الانسحاب الاجتماعي الذي لوحظ في البالغين المصابين بالفصام باعتباره شكل آخر من أشكال الفصام (Martin, 2012, p43). وفي عام 1943 قام الطبيب النفسي "كانر" والذي يعد بمثابة الرائد الأول في دراسة

اضطراب طيف التوحد وتعريفه وتصنيفه بشكل منفصل عن الحالات النفسية المرضية الأخرى التي يعاني منها الأطفال وتأثيره كمتلازمة أعراض سلوكية وكاضطراب منفصل بذاته (سهيل، 2015، ص 21). وقد عرف "كانر" التوحد باعتباره حالة نفسية ناجمة عن سوء معاملة الوالدين وخاصة الأم (هنري، 2010، ص 4، 5). وبمجرد نشر "كانر" لأعماله تزايدت البحوث والدراسات المقدمة في مجال التوحد، حيث قام "هانز أسبرجر" عام 1944 بنشر عمله عن "الاعتلال النفسي التوحد" في مرحلة الطفولة، واصفًا الانسحاب الاجتماعي، والهوس بالروتين أو التشابه باعتبارها هواجس إضافية يعاني منها الأطفال. وقد كان لأعمال "برونو بيتلهم" الأثر الواضح في مضاعفة وإدامة هذا الخطأ من خلال نظريته المعنونة "الأم الثلجة"، والتي افترضت أن التوحد عند الأطفال بمثابة حالة نفسية ناتجة عن عدم القدرة على التكيف مع البيئة الخطيرة وغير المحببة التي أنشأتها على وجه التحديد أم الطفل. وقد أدخلت هذه النظرية قدرًا كبيرًا من سوء الفهم لدى الجمهور فيما يتعلق بأسباب وأسس التوحد. ولكن هذه النظرية فقدت مصداقيتها فيما بعد (Martin, 2012, p47)، حيث ظهرت أعمال "ريميلاند" عام 1964، والتي أظهرت أن التوحد مرض عضوي أو بيولوجي وليس مرض نفسي أو انفعالي (هنري، 2010، ص 4، 5)، وتوالت بعدها الدراسات التي استندت على نظرية العوامل البيولوجية، ومنها من أعزى التوحد إلى وجود اضطراب في الجينات الوراثية، ومنها ما أعزاه إلى تلف في الجهاز العصبي ترتب عليه حدوث خلل كلي أو جزئي في القدرة على الربط بين المثيرات الجديدة وتلك المخزنة سابقًا (الطاهر، بركو، 2020، ص 620)، والبعض الأخر أعزاه إلى ارتفاع هرمون السيروتونين وعدد الصفائح الدموية (بهتان، 2019، ص 21). ولكن غالبية الدراسات التي استندت إلى تلك الفرضية لم تتمكن من تقديم دليل علمي يؤكد حدوث التوحد بفعل العوامل البيولوجية (Martin, 2012, p47).

ومن ناحية أخرى، أعزى البعض حدوث التوحد إلى بعض العوامل المحيطة بفترة الولادة مثل؛ فقر الدم، ارتفاع معدل الإصابة بمتلازمة الضائقة التنفسية، وارتفاع معدل استخدام الأدوية أثناء الحمل لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، بالإضافة إلى تعرض الأمهات لحدوث النزيف بعد الثلث الأول من الحمل. بينما أعزى البعض الآخر التوحد إلى تأثير بعض العوامل البيئية كالتعرض للزئبق والإشعاع. كما افترض البعض أن بعض الخصائص الأبوية كالعمر والمستوى التعليمي تعد العامل المسبب للتوحد. ولكن الدراسات

أثبت أن عمر الوالدين يرتبط بحدوث الفصام وسرطان الأطفال وموت الجنين، ولا توجد أدلة تشير على ارتباطه بحدوث التوحد (El-Baz & et al, 2011, p31).

أما فيما يتعلق بوقت ظهور أعراض التوحد، فغالبًا ما يظهر الاضطراب قبل الثالثة من العمر، وقليلًا ما يبدأ بعد الخامسة من العمر، ويتوقف ذلك على مدى إدراك الأسرة لوجود مشاكل في اللغة والتفاعل لدى طفلهم. فبعض الأمهات قد تدرك بعض ملامح هذا الاضطراب في الشهور الأولى من عمر الطفل، حيث يبدو على الطفل الهدوء المبالغ فيه، والطمأنينة عندما يترك بمفرده، وعدم الخوف من الغرباء، وغياب الابتسامة الاجتماعية وابتسامة التعرف على من حوله، فتشكو الأم من ذلك، في حين لا تلاحظ بعض الأمهات تلك الأعراض، مما يجعل التشخيص يأتي في مراحل متأخرة من العمر وخاصة عندما يندمج الطفل بالمدرسة ويدرك والديه الاختلافات القائمة بين طفلهم وبين الأطفال الآخرين، وهنا يدركون أن هذه هي بداية إصابته بالاضطراب، في حين تكون الأعراض ظاهرة منذ ولادته ولكنهم لم ينتبهوا إليها (خطاب، 2004، ص 19، 20).

أما فيما يتعلق بأعراض التوحد، فقد كانت هناك بعض المحاولات المبكرة لإعداد دليل تشخيصي للتوحد، وكانت أولى هذه المحاولات متمثلة في الدليل التشخيصي الذي أعده "كانر" و"إيسوينبيرج" عام 1956. حيث حدد خمس سمات رئيسة لتشخيص التوحد، وهي: نقص حاد في التواصل الفعال مع الآخرين، رغبة شديدة لدى الطفل وبشكل مقلق لإبقاء الأمور على ما هي عليه دون تغيير في روتين حياته وبيئته المحيطة، تعلق غير طبيعي ببعض الأشياء، ومعاملتها بمهارة حركية دقيقة. خرس أو نوع من اللغة التي لا يبدو أنها بقصد التواصل مع الآخرين (لغة غير وظيفية)، قدرات إدراكية جيدة و تظهر بشكل رائع في الذاكرة و اختبارات مهارات الأداء. بينما قدم "ميلديرد كريك" تسع سمات أساسية لتشخيص التوحد وهي؛ ضعف دائم في العلاقات مع الآخرين، عدم إدراك الهوية الشخصية، تعلق غير طبيعي ببعض الأشياء، مقاومة أي تغيير ومحاولة إبقاء الأمور على ما هي عليه، قلق شديد نتيجة أي تغيير في البيئة المحيطة، خبرات إدراكية غير طبيعية في السمع والبصر، عدم اكتساب النطق أو يكون مستوى النطق محدود جدا، طرق غريبة في الحركة، وبعض صعوبات التعلم، ومع ذلك فإن الشخص يكون لديه بعض القدرات أو المهارات أو المعارف (هنبري، 2010، ص6، 7).

بينما أشار "سوليفان" إلى أن هناك بعض السمات التي يتميز بها الأفراد الذين يعانون من التوحد، منها؛ قصور شديد في التواصل مع الآخرين، قصور شديد في الكلام

والميل إلى الهمس عند الحديث والبعض منهم لا يستطيع مواصلة الكلام، الحزن الشديد الذي يصعب إدراك سببه، التأخر في مهارات وقدرات معينة، الاستخدام غير المناسب للعب والأشياء، الحركات الجسمية الغريبة والميل إلى هز الجسم والرفرفة بالذراعين، استجابات وردود أفعال لا تتناسب مع المثيرات الإدراكية كأن لا يسمع أصوات من حوله، تجنب النظر المباشر إلى عيون الآخرين، البعض منهم لديه حركات جسمية غريبة كأن يمشي على أطراف أصابعه أو غير قادر على الإمساك بالقلم ونسبة كبيرة منهم يعتمدون على اليد اليسرى في انجاز المهام، عدم الحساسية لظاهرة الألم، فضلاً عن معاناة البعض منهم من نوبات الصرع والميل إلى إيذاء الذات (خطاب، 2004، ص 26-28). هذا بالإضافة إلى البرود الانفعالي والعاطفي، وضعف الاهتمام المشترك والميل إلى اللعب منفرداً، وصعوبة فهم وإدراك المثيرات والاستجابة لها (قمر، أحمد، 2017، ص 157)، فضلاً عن نوبات الصراخ والبكاء دون وجود سبب واضح (خولة، محمد، 2021، ص 352).

وثمة فارق بين اضطراب طيف التوحد وبين متلازمة اسبيرجر، فعلى الرغم من متلازمة اسبيرجر تعد أحد أطياف التوحد، وأن كلاهما يمثلان أحد الاضطرابات الإنمائية، وكلاهما يتفقان في بعض الأمور كشيوعهما بين الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4:1)، ووجود إعاقة في التواصل والنمو الاجتماعي، والتركيز على اهتمامات وسلوكيات نمطية معينة؛ إلا أن متلازمة اسبيرجر أكثر شيوعاً من التوحد، كما أن المصاب بها لا يعاني من تأخر في اللغة أو النمو الإدراكي كما هو الحال لدى المصاب بالتوحد، ويميل إلى التعلق بأفراد العائلة واحياناً الرغبة في التفاعل مع الأقران، بينما لا يبدي ذلك المصاب بالتوحد (سهييل، 2015، ص 40، 41).

أما فيما يتعلق بالعلاجات المتاحة للتوحد، فلا توجد علاجات طبية أو أدوية محددة لعلاج اضطراب طيف التوحد نتيجة لعدم معرفة المسبب الحقيقي للتوحد. وأمام تلك المعطيات الرهيبة المتمثلة في الافتراضات التي لم يتم التأكد من صحتها وجدواها، كثف العلماء جهودهم البحثية للوصول إلى أساليب التكفل التي ساهمت إلى حد ما في التخفيف من المعاناة سواء تلك التي يعاني منها الطفل المصاب أو تلك التي تعاني منها. ويقوم هذا التكفل الذي أحرزه العلماء والباحثين على أربعة محاور أساسية، وهي: (1) التكفل الطبي: والذي يقوم على تقديم بعض الأدوية التي تساهم في علاج الأعراض المصاحبة للتوحد كاضطراب النوم، وفرط النشاط والحركة وقلة الانتباه، والصرع. (2) التكفل النفسي، ويشمل ذلك العلاج السلوكي والمعرفي والتحليلي، والذي يتم فيه تطبيق بعض التقنيات

التي تسمح بالعمل على تعديل السلوك من خلال تعزيز السلوكيات المرغوب بها، والحد من السلوكيات غير المرغوب بها، بالإضافة إلى تقديم الإرشاد النفسي للوالدين وتدريبهم على كيفية التعامل مع الطفل. (3) التدخل الأرففوني؛ وفيه يتم تقديم بعض البرامج التي تعمل على علاج اضطراب اللغة الشفوية والمنطوقة. (4) التدخل التعليمي؛ ويقوم هذا التدخل على تقديم برامج تعليمية يتم إعدادها وفق مناهج تربوية مناسبة من شأنها العمل على إدماج الطفل في الوسط المدرسي العادي (الطاهر، بركو، 2020، ص 620).

وقد ظهرت في الآونة الأخيرة بعض العلاجات التي اعتقد أنها ذات فعالية في علاج التوحد، كالعلاج بالأكسجين عالي الضغط. حيث يتم تعريض الطفل المصاب بالتوحد إلى تركيز أعلى من الأكسجين ليقوم بعمل التروية الدماغية. ولكن الدراسات أثبتت عدم فاعلية ذلك. كما اعتقد البعض أن تناول الطعام الخالي من الجلوتين والكازين يساهم في الحد من أعراض التوحد ويعمل على اختفائها، ولكن الدراسات أثبتت عدم صحة ذلك، وأوصت بعد تطبيق ذلك النظام الغذائي للطفل المصاب بالتوحد - إلا في حالة وجود حساسية لدى الطفل من الجلوتين أو الكازين- لأنه يشعره بحالة من العزلة وهذا يتعارض مع أهداف تحسين عملية الاندماج الاجتماعي للأطفال ذوي التوحد (Alhujaili, 2019, p962).

ونتيجة لتعدد الافتراضات العلمية الخاصة بأسباب التوحد وما رافقها من عدم وجود علاج، بات الطريق مفتوحاً أمام ترسيخ العديد من المفاهيم والتصورات المغلوطة والخطئة عن التوحد والمصابين به. تلك المفاهيم والتصورات الناتجة عن الافتراضات العلمية غير الدقيقة انعكست بوضوح في معتقدات الأفراد. فقد أشارت العديد من الدراسات الأجنبية التي أجريت بشأن تصورات الأفراد حول أسباب اضطراب طيف التوحد إلى أن معتقدات الأفراد تتمحور حول العوامل الجينية والوراثية والبيئية والأحداث المتعلقة بالولادة (Taresh & et al., 2020, p170).

ولكن خلال الفترات السابقة، تم التأكيد على أن التوحد يشوبه الكثير من الفهم الخاطئ، والذي وصفه بعض الباحثون بأنه "أسطورة" كنتيجة لعدم تدعيم تلك الافتراضات بالأدلة الدقيقة، أو نتيجة لتعميم تلك الافتراضات على جميع الأشخاص المصابين بالتوحد. وقد قامت بالفعل بعض المؤسسات الخيرية الرائدة في مجال التوحد في بعض الدول كالجمعية الوطنية للتوحد في المملكة المتحدة بتوضيح كافة الخرافات

المتعلقة بالتوحد والأكيد عليها بالأدلة الواضحة عبر موقعها الإلكتروني (john & et al., 2018, p849).

(3) نتائج الدراسة ومناقشتها

(1-3) النتائج المتعلقة بالخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

بلغ إجمالي المشاركين بالدراسة (550) مفردة، وكان غالبيتهم من الإناث (70%)، وأكثر من نصف المشاركين تتراوح أعمارهم ما بين (31- 45) عام، والغالبية العظمى منهم حاصلون على مؤهل فوق الجامعي (ماجستير ودكتوراه). حيث تم طرح الرابط الخاص بالاستبيان الإلكتروني على مواقع التواصل الاجتماعي كنتيجة للإجراءات الاحترازية التي اتخذتها الدولة في سبيل السيطرة والتعامل مع جائحة الكورونا، والتي حالت دون التجمع مع المشاركين وإجراء المقابلات معهم للحصول على المعلومات اللازمة.

كما يعزو ارتفاع نسبة الحاصلين على مستوى تعليمي عال (دراسات عليا) إلى طبيعة الاهتمام الذي يقوده العمل بمجال الدراسات العليا والذي بدوره يجعل باحثي الدراسات العليا على اطلاع دائم على مواقع التواصل الاجتماعي وخاصة تلك المتعلقة بأمور البحث العلمي والمناقشات العلمية.

الجدول (1) الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة				
العدد الكلي	النسبة المئوية	التكرار		
550	30%	164	ذكر	الجنس
	70%	386	أنثى	
	2%	16	اقل من 18 سنة	العمر
	32%	178	من 18 الى 30 سنة	
	53%	290	من 31 الى 45 سنة	
	13%	74	من 46 فما فوق	
	1%	4	يستطيع القراءة والكتابة	المستوى التعليمي
	4%	20	التعليم الثانوي	
	25%	140	التعليم الجامعي	
	70%	386	الدراسات العليا	

(2-3) النتائج الخاصة بمصدر الحصول على المعلومات المتعلقة بالتوحد

بسؤال المشاركين عن مصدر حصولهم على المعلومات المتعلقة بالتوحد، أفادوا بأن الانترنت (66%) ووسائل الإعلام (46%) من أهم الوسائل التي حصلوا منها على تلك المعلومات، بينما أشار ما يفوق ثلث العينة إلى أنهم حصلوا على المعلومات من خلال الأقارب والأصدقاء، وأقل من ثلث العينة من الكتب والمجلات العلمية. في حين أشار (23%) إلى أنهم حصلوا على المعلومات من خلال التعامل المباشر مع شخص مصاب بالتوحد. كما أشار (7%) إلى مراكز الرعاية الصحية هي مصدر حصولهم على المعلومات المتعلقة بالتوحد، و(5%) الوسائل الدعائية والمطويات التي تصدرها وزارة الصحة.

الجدول (2) مصدر الحصول على المعلومات المتعلقة بالتوحد

النسبة المئوية	التكرار	مصدر الحصول على المعلومات المتعلقة بالتوحد
27%	148	الكتب والمجلات العلمية
66%	360	الانترنت
46%	252	وسائل الإعلام
7%	38	مراكز الرعاية الصحية
36%	198	الأقارب والأصدقاء
5%	26	الوسائل الدعائية والمطويات التي تصدرها وزارة الصحة
23%	124	التعامل مع حالة من مصابي التوحد بشكل مباشر
4%	22	ليس لدي أي معلومات

وبالنظر للمصادر التي اعتمد عليها المشاركون في الحصول على المعلومات المتعلقة بالتوحد، نجد أن غالبية المشاركين اعتمدوا على الوسائل غير الموثوق بها (الانترنت، ووسائل الإعلام) والتي تتيح للجميع التحدث بحرية والتعبير عن الرأي دون وجود أسس علمية أو رقابية لما ينشره من معلومات. فقد أشارت العديد من الدراسات إلى الدور الذي لعبته وسائل الإعلام بمختلف أنواعها في زيادة الخلط وقصور الوعي والمعرفة المتعلقة بالتوحد وما ترتب عليها من سوء الفهم وارتفاع معدلات الوصم الاجتماعي تجاه المصابين بالتوحد (Martin, 2012; Al-Sharbaty et al., 2015; John, et al.2018) ومن ناحية أخرى، اعتمدت نسبة قليلة من المشاركين على المصادر الجيدة للحصول على المعلومات كمراكز الرعاية الصحية، الكتب والمجلات العلمية، والمطويات

التي تصدرها وزارة الصحة (27%، 7%، 5%) على التوالي. مما يشير إلى وجود حالة من القصور في مجال التوعية من قبل الجهات المعنية.

(3-3) النتائج الخاصة بمدى المعرفة المتعلقة بأسباب التوحد

باستطلاع آراء المشاركين حول أسباب التوحد، تبين لنا أن أكثر من نصف المشاركين أعزوا حدوث التوحد إلى إهمال الطفل وعدم التحدث معه لفترات طويلة (58%)، حدوث خلل في الجينات (54%)، المشاهدة المستمرة للتلفاز (50%). بينما أشار ما يفوق عن ثلثي العينة إلى أن الاستخدام المفرط للتكنولوجيا الحديثة (49%)، سوء المعاملة الوالدية والمشكلات الأسرية (44%)، حدوث اضطراب في النمو (36%)، ووجود مشاكل بالجهاز العصبي للطفل (36%) تعد الأسباب الرئيسية لحدوث التوحد.

في حين اعزى (25%) من المشاركين التوحد إلى تعرض الطفل للمشكلات الأسرية، وزواج الأقارب بنفس النسبة. (15%) العوامل الوراثية نتيجة لوجود شخص مصاب بالعائلة، (6%) التطعيمات واللقاحات التي يتم إعطائها للطفل في سنوات العمر الأولى، (3%) زواج الوالدين في سن متقدم، و(2%) تعرض الطفل للحسد.

الجدول (3) المعرفة المتعلقة بأسباب التوحد

النسبة المئوية	التكرار	مدى المعرفة المتعلقة بأسباب التوحد
44%	242	يصاب الطفل بالتوحد نتيجة سوء معاملة الوالدين للطفل والمشكلات الأسرية
48%	264	إهمال الطفل وعدم التحدث معه بشكل مستمر يسبب التوحد
50%	274	التعرض المستمر لما يقدمه التلفاز من برامج الأطفال لفترات طويلة يؤدي إلى حدوث التوحد
54%	296	يحدث التوحد نتيجة وجود خلل في الجينات
15%	80	يحدث التوحد نتيجة لوجود شخص مصاب بالتوحد في الأسرة
25%	136	يحدث التوحد نتيجة لزواج الأقارب
36%	196	يحدث التوحد نتيجة لحدوث اضطراب في نمو الطفل
6%	32	تؤدي التطعيمات التي يتم إعطائها للطفل في مراحل عمره المبكرة إلى إصابته بالتوحد
2%	12	يحدث التوحد نتيجة تعرض الطفل للحسد
49%	268	الاستخدام المفرط لوسائل التكنولوجيا الحديثة كالموبايل والتابلت السبب الرئيسي للتوحد

6%	32	يحدث التوحد نتيجة العوامل البيئية مثل تلوث الهواء
16%	90	يصاب الطفل بالتوحد نتيجة حدوث مشكلات أثناء الولادة وولادة الطفل قبل موعده
3%	16	الزواج في سن متأخر هو السبب الرئيسي في ولادة أطفال مصابون بالتوحد
36%	200	يحدث التوحد نتيجة حدوث مشاكل في تكوين الجهاز العصبي للطفل
7%	36	يصاب الطفل بالتوحد نتيجة ولادته قبل اكتمال فترة الحمل
4%	22	لا أعرف

ويتضح لنا من استجابات المشاركين حول أسباب التوحد، استمرارية تأثير الافتراضات العلمية التي أثبت عدم صحتها، كاستمرار تأثير نظرية "الأم الثلجة" لبرونو بيتلهم الذي ظهر جلياً في التأكيد على أن سوء المعاملة الوالدية وخاصة من قبل الأم تعد من أسباب التوحد. ولم يتم العثور على أية دراسات تؤكد العلاقة السببية القائمة بين سوء المعاملة الوالدية وبين الإصابة بالتوحد، ولكن بعض الدراسات تشير إلى أن سوء المعاملة الوالدية تعد من المحفزات لظهور التوحد وليس المسبب الفعلي له كدراسة Crowell (2019) والتي أكدت على أن سوء المعاملة الوالدية تساهم في ظهور أعراض التوحد لدى الطفل وتعيق نموه وتعمل على تدهور حالة التوحد وتطورها.

كما استمر الاعتقاد بأن التطعيمات واللقاحات (الحصبة، الغدة النكافية لاحتوائهما على الزئبق) هي المسبب للتوحد، بالرغم من أن العديد من الدراسات أكدت على أنه لا توجد علاقة بين التطعيمات وارتفاع معدلات الإصابة بالتوحد، وتم التأكيد على ذلك من خلال دراسة كندية تم إجرائها بعد مرور 10 سنوات من توقف الآباء عن إعطاء أطفالهم تلك اللقاحات. حيث أكد الدراسة على ارتفاع معدلات الإصابة بالتوحد بواقع (10%) سنويًا على مدار العشر سنوات الأخيرة (Alhujaili, 2019, p962). كما أكدت دراسة أخرى- أجريت على الأطفال غير المحصنين بالحصبة الألمانية والحصبة والنكاف والأنفلونزا والسعال الديكي-، على أن هؤلاء الأطفال لديهم معدلات عالية من إعاقات النمو بما في ذلك الصمم والعمى والشلل الدماغي والصرع واضطرابات طيف التوحد. الأمر الذي يؤكد عدم وجود صلة بين اللقاحات والتوحد (Gray & et al., 2008, p260).

كما يتضح لنا أيضًا وجود بعض التفسيرات والتصورات الثقافية الخاطئة المتعلقة بأسباب التوحد في الاستجابات التي أدلى بها المشاركون، كإهمال الطفل وعدم التحدث معه لفترات طويلة، التعرض المستمر للتلفاز، الاستخدام المفرط للتكنولوجيا، والحسد. تلك

الأمر التي يمكن أن نحتسبها عوامل محفزة لظهور التوحد ولكنها ليست المسبب الرئيسي لحدوث التوحد.

فلم يتم العثور على أية دراسة تؤكد بالفعل العلاقة القائمة بين استخدام الوسائل التكنولوجية وبين التوحد. وما تم العثور عليه من دراسات تؤكد مدى فاعلية الوسائل التكنولوجية في تحسين حالة التوحد لدى الطفل مادام يتم استخدامها في بيئة آمنة جديدة بالثقة (Newbutt, 2010; Vlachou, 2017; Valencia, 2019)، حيث تساهم التكنولوجيا الحديثة في تنمية المهارات الحسية والاجتماعية لدى المصابين بالتوحد، كما تعمل على إثراء التعلم المستمر، والتواصل مع بعضهم البعض، وذلك من خلال التطبيقات المتعددة التي تم إعدادها خصيصاً لذوي اضطراب طيف التوحد.

وبالتالي فهناك خلط لدى المشاركين فيما يتعلق بالأسباب والمحفزات. وربما يعزو ذلك إلى عدم تمكن العلماء من معرفة المسبب الحقيقي للتوحد، وضعف حملات التوعية وما ترتب عليها من قصور المعرفة.

وعلى الرغم من القصور المعرفي الذي يظهر جلياً في استجابات العينة المتعلقة بأسباب التوحد، إلا أننا وجدنا بعض الاستجابات تتماشى مع الافتراضات المؤكدة صحتها المباشرة - إلى حد ما - بحدوث التوحد، كالخلل الجيني (58%) وزواج الأقارب (19%)، المشكلات المحيطة بالولادة والولادة المبكرة (16%). حيث أشارت العديد من الدراسات منها دراسة Sennels (2010) على وجود صلة بين زواج الأقارب من الدرجة الأولى وبين انتشار التوحد لدى الأطفال نتاج هذا الزواج، مشيرين إلى أن في حالة زواج الأقارب يكون كلاً من الزوجين حاملين لنفس الدم، الأمر الذي يترتب عليه حدوث تشوه الكروموسومات والانحراف الجيني الذي يرثه الأطفال عن والديهم، والمسئول عن حدوث التوحد لديهم. كما أشار Walsh (2010) في دراسته - التي أجراها على بعض العائلات في منطقة الشرق الأوسط وتركيا وباكستان - إلى أن من بين (104) أسرة توجد (88) أسرة تزوج عائلها من ابنة عمه، وأن كل أسرة من تلك الأسرة لديها طفلان مصابان بالتوحد في المتوسط. كما أشار Leblond (2019) - في دراسته على سكان جزر فارو التي تأخذ بنظام الزواج الداخلي - إلى أن من بين (357) شخص يوجد (36) شخص مصابين بالتوحد. وأشار أيضاً Zhu (2017) إلى أن معدلات الإصابة بالتوحد لدى الأسر التي تربطها علاقات قرابة من الدرجة الأولى أعلى بكثير من معدلاتها لدى الأسر التي اعتمدت على الاختيار العشوائي عند الزواج.

أما فيما يتعلق بالولادة المبكرة، فقد أشارت العديد من الدراسات (Limperopoulos, 2009; Harel-Gada, 2018, Bokobza, 2019; Allen, 2020; Galvan, 2020) إلى وجود صلة وترابط بين الولادة المبكرة وحدوث التوحد، كما أكدوا على أن الأطفال الخدج أكثر عرضه للإصابة بالتوحد بمقدار 10 أضعاف مقارنة بالأطفال الذين ولدوا في موعدهم الطبيعي، وحثهم في ذلك أن الولادة المبكرة ينجم عنها حدوث الالتهاب الجيني، الذي بدوره يضعف التشابك العصبي لدى الطفل ويصيبه باضطراب عصبي واضطراب في نمو الدماغ ينجم عنه صعوبة في التواصل لدى الطفل. وقد دلت على ذلك Allen (2020) في دراسته، حيث أشار إلى أن من بين (416) طفل من الأطفال الخدج، يوجد (43) طفل مصابين بالتوحد، وتزداد معدلات الإصابة بين الإناث الخدج مقارنة بالذكور.

(4-3) النتائج المتعلقة بأعراض التوحد

الجدول (4) المعرفة المتعلقة بأعراض التوحد

النسبة المئوية	التكرار	مدى المعرفة المتعلقة بأعراض التوحد
83%	458	عدم القدرة على الاختلاط والتواصل مع الآخرين
72%	398	الميل للعب منفرداً
58%	316	صعوبة نطق الكلمات وترتيب الجمل
35%	190	كثرة الحركة والنشاط الزائد
13%	70	فقدان القدرة على الإحساس بالألم
68%	374	الرغبة الشديدة للانطواء والعزلة
34%	186	تكرار الكلمات والتصرفات والأفعال التي يشاهدها
43%	238	التفور من القبلات والأحضان وكره التلامس مع الأشخاص
26%	142	الميل إلى العدوانية تعد سمة غالبية على المصابين بالتوحد
43%	236	عدم القدرة على التعبير عن عواطفه أو مشاعره
27%	150	عدم القدرة على إدراك مشاعر الآخرين
26%	140	عدم تفضيل تغيير نمط الأكل والملابس واللعب
38%	206	عدم القدرة على التعبير عن احتياجاته
43%	234	عدم القدرة على التواصل السمعي والبصري مع الآخرين
33%	182	التعلق بأشياء ليس لها قيمة كألعاب الأطفال
2%	8	لا أعرف

يوضح لنا الجدول رقم (4) استجابات المشاركين حول أعراض التوحد التي يشترك بها جميع الأطفال المصابين بالتوحد. وقد أفاد المشاركون على أن أهم تلك الأعراض هي: عدم القدرة على التواصل مع الآخرين (83%)، الميل إلى اللعب منفردًا (72%)، الرغبة الشديدة في الانطواء والعزلة (68%)، صعوبة نطق الكلمات وترتيب الجمل (58%)، النفور من القبلات والعناق وكره التلامس (43%) عدم القدرة على التعبير عن عواطفه (43%)، وعدم القدرة على التعبير عن احتياجاته (38%)، كثرة الحركة والنشاط الزائد (35%)، التعلق بأشياء ليس لها قيمة كألعاب الأطفال (33%)، عدم القدرة على إدراك مشاعر الآخرين (27%).

في حين أشار ما يقرب من نصف المشاركين إلى أن عدم القدرة على التواصل السمعي والبصري مع الآخرين (43%) تعد من أهم الأعراض المشتركة للتوحد، وأن الميل للعدوانية سمة غالبية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وفقدان القدرة على الإحساس بالألم (13%).

ويتبين لنا من استجابات المشاركين بالدراسة -فيما يتعلق بالأعراض المشتركة للتوحد لدى الأطفال المصابين به- أن هناك قصور في الوعي العام والمعرفة بأعراض التوحد، فغالبية الاستجابات التي أبداهها المشاركون لا تعد سمة غالبية أو مشتركة لدى كافة الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك لأن للتوحد درجات مختلفة وبالتالي الاختلافات قائمة من طفل لآخر، فقد تظهر بعض الأعراض لدى طفل في حين لا تظهر لدى طفل آخر، ولكن يجمع بين جميع الأطفال بعض السمات العامة كقصور في نطق بعض الكلمات وترتيب الجمل، والتعلق بلعب الأطفال ومحاكاتها، وتكرار الكلمات والتصرفات والأفعال التي يشاهدونها. بينما يختلفون فيما بينهم فيما يتعلق بوجود أو عدم وجود الأعراض التالية؛ عدم القدرة على التعبير عن الاحتياجات، عدم تفضيل تغيير نمط الأكل والملابس واللعب، الرغبة الشديدة للانطواء والعزلة، عدم القدرة على الاختلاط والتواصل مع الآخرين، النفور من القبلات والأحضان وكره التلامس مع الأشخاص، وكثرة الحركة والنشاط الزائد.

فليس كل الأطفال ذوي التوحد يميلون إلى العزلة والانطواء وعدم الرغبة في الاختلاط مع الآخرين، ويفتقرون للتواصل السمعي والبصري مع الآخرين، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن العديد من الأطفال المصابين بالتوحد يظهرون مستوى معينًا من الاهتمام الاجتماعي ويقومون ببعض المحاولات لبدء التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين،

والبعض منهم يظهرون نوع من التفضيل للأنشطة الاجتماعية على الأنشطة الفردية (Alberta, 2003, p4). كما أشار طبيب الأعصاب "أوليفر ساكس" -في تجربة له مع أحد التوائم التوحديين المقبلين على أوائل الثلاثينيات من العمر في أحد المستشفيات الحكومية- إلى التوأمين "جون ومايكل" كأونا يجلسان في زاوية مع بعضهم البعض ويمارسون بعض ألعاب العقل الرقمية، وقد لا حظهم من بعيد، وبمجرد أن اقترب منهم ليبيدي رغبته في مشاركتهم باللعب، أظهروا قدرًا من القبول وأفسحوا له المجال للمشاركة باللعب معهم. (Solomon, 2010, p247). الأمر الذي يؤكد لنا أن الرغبة في الانطواء والعزلة وعدم الرغبة في الاختلاط مع الآخرين لا تعد سمة غالبية على كافة الأطفال التوحديين. كما أن فرط الحركة كثرة النشاط لا يعد سمة خاصة وغالبة على الأطفال ذوي التوحد، فالكثير من الأطفال الطبيعيين يتسمون بالنشاط الزائد وفرط الحركة، وتزداد شكوى والديهم من ذلك النشاط، في حين لا تظهر عليهم أية أعراض تشير لإصابتهم بالتوحد ولا تم تشخيصهم كمصابين بالتوحد.

ومن المفاهيم والتصورات الخاطئة المتعلقة بالأعراض العامة للتوحد والتي أظهرتها الدراسة من خلال تحليل استجابات المشاركين بالدراسة، تلك المتعلقة بكون المصابين بالتوحد يشتركون في نفورهم من القبلات والأحضان، وعدم إدراكهم لمشاعر الآخرين. فضلاً عن عدم الإحساس بالألم. فعلى الرغم من وجود بعض الدراسات التي أشارت إلى أن إصابة الأطفال بالتوحد تجعلهم لا يشعرون بالألم؛ إلا أن هذه الدراسات أثبتت عدم صحتها مع ظهور العديد من الدراسات الحديثة كدراسة (Allely, 2013; Clark, 2015; Failla, 2020) التي نفت هذا الاعتقاد الخاطئ وأكدت على أن الأطفال المصابين بالتوحد يشعرون بالألم ولكن قدرتهم على التعبير عنه قد تكون ضعيفة نتيجة لبعض الاعتبارات؛ أهمها؛ وجود صعوبات متعلقة بالتفاعل الاجتماعي، وجود إعاقات ملازمة للتوحد تتسبب في فقدان الإحساس، أو استخدامهم لبعض العبارات التي لا تتناسب مع طبيعة الموقف، كأن يقولون "ن خلع الأسنان مزعج" في الوقت الذي يعاني فيه الأطفال الطبيعيين من الألم والخوف من الخلع، فالأمر هنا يتوقف على العبارات المستخدمة التي توحى للآخرين بعدم الشعور بالألم.

هذا بالإضافة إلى الميل إلى العدوانية والعنف في التعامل مع الآخرين، والتي تعد هي الأخرى من المفاهيم والتصورات الخاطئة الشائعة. فقد أشارت العديد من الدراسات مثل (IM, 2016; Palermo, 2017; Allely, 2017; Del Pozzo, 2018) إلى أنه لا يوجد هناك

دليل قاطع على أن الأشخاص المصابين بالتوحد أكثر عنقاً من الأشخاص غير المصابين به، وإن كان هناك بعض الأطفال يظهرون قدرًا من العنف، فإن ذلك يعزو إلى تجارب الطفولة السلبية، ضعف الرقابة الأبوية، التعرض للتنمر والرفض الاجتماعي، التعرض للاعتداء الجسدي والجنسي، أو الإصابة ببعض الأمراض النفسية كالذهان. كما أشارت أيضًا إلى أن انتشار الانطباعات العامة والتصورات القائمة على وجود علاقة بين التوحد والعنف تعزو في المقام الأول إلى الاهتمام الإعلامي المتزايد لتغطية حوادث إطلاق النار والقتل الجماعي التي بلغ عددها (73) حادثة، وكانت أحدهما في مدرسة "ساندي هول" الابتدائية في نيوتاون عام 2012. فقد ساهمت تلك التغطية الإعلامية في تصدير الصورة الذهنية القائمة على أن الأشخاص المصابين بالتوحد يتسم سلوكهم بالعنف. بالرغم من عدد الأشخاص ذوي التوحد ممن شاركوا في تلك الجرائم بلغ عددهم (7) فقط من إجمالي (73) حالة. وخلاصة القول أنه، بالرغم من أن بعض الدراسات أقرت وجود علاقة بين التوحد والعنف؛ إلا أنها لم تقدم دليلاً قاطعاً لدعم ذلك الافتراض. وبالتالي، لا يمكننا إجراء التعميم على أساس الحالات الفردية. فالعنف الذي يبدو من حالة فردية مصابة بالتوحد من المحتمل أن يكون نتاجاً لتعرضه لموقف ما أثار مشاعره وغضبه كتعرضه للوصم أو التنمر، فيكون العنف والعدوان في هذه الحالة بمثابة رد فعل للوصم الاجتماعي والصورة النمطية التي تتجلى في عدم قبوله والنفور منه. وبالتالي، فإن فكرة عدم الشعور بالألم والميل إلى العدوانية لا تعد من السمات العامة للتوحد.

وفي ضوء ما تم استعراضه، يمكننا القول بأن المعرفة المتعلقة بأعراض التوحد لدى العينة تعد معرفة فقيرة، فجميع المستجيبين يعتقدون أن غالبية تلك الأعراض مشتركة لدى جميع المصابين بالتوحد، ولا يدركون جيداً مدى وجود اختلافات ودرجات للتوحد يتبعها وجود اختلافات جوهرية بين الأطفال المصابين بالتوحد من حيث الأعراض المتوفرة لديهم. وربما يعزو ذلك القصور في المعرفة إلى عدم وجود اتفاق عام بين المتخصصين في التوحد والمعنيين به حول طبيعة الأعراض المشتركة وغير المشتركة ومحاولة تصنيفها بشكل ممنهج يلتزم به كافة المتخصصين ويعلن للجميع بغرض تنمية الوعي. وقد يعزو عدم الوصول إلى اتفاق حول تلك الأعراض إلى عدم معرفة المسبب الفعلي للتوحد وتضارب الآراء والتفسيرات والافتراضات العلمية المتعلقة بالتوحد.

(3-5) النتائج المتعلقة بالمعرفة بالفئات الأكثر عرضه للإصابة والفترة الزمنية للمرض

تم استطلاع آراء المستجيبين بشأن بعض الحقائق العامة والتصورات الثقافية المتعلقة بالتوحد والمصابين به. وقد تبين لنا أن (51%) من المشاركين مازالوا يعتقدون أن التوحد يعد مرضًا نفسيًا يصيب الأطفال، وأن التوحد يصيب الإناث أكثر من الذكور (77%). ويصيب أطفال الأسر ذات الدخل المنخفض بشكل أكبر من أطفال الأسر ذات الدخل المرتفع (87%)، وأطفال الأسر ذات المستوى التعليمي المنخفض مقارنة بأطفال أسر المستوى التعليمي المرتفع (95%)

وفيما يتعلق بالفترة الزمنية التي تظهر بها أعراض التوحد، أشار ما يفوق ثلثي العينة (43%) إلى أن أعراض التوحد على الأطفال من الميلاد حتى سن 3 سنوات، بينما (47%) من عمر 4 حتى 10 سنوات، (10%) لم يعرفوا العمر المحدد الذي تظهر به أعراض التوحد. بينما فيما يتعلق بالفترة الزمنية التي يستغرقها التوحد، أشار (24%) فقط من العينة بأن التوحد يستمر مدى الحياة.

الجدول (5) المعرفة المتعلقة بالفئات الأكثر عرضه للإصابة والفترة الزمنية للمرض

النسبة المئوية	التكرار	المعرفة المتعلقة بالفئات الأكثر عرضه للإصابة والفترة الزمنية للمرض
51%	281	يعد التوحد من الأمراض النفسية التي تصيب الأطفال
23%	124	يصيب التوحد الذكور أكثر من الإناث
77%	426	يصيب التوحد الإناث أكثر من الذكور
10%	56	ينتشر التوحد بصورة أكبر لدى الأطفال الأسر ذات الدخل المرتفع
87%	480	ينتشر التوحد بصورة أكبر لدى الأطفال الأسر ذات الدخل المنخفض
2%	10	ينتشر التوحد بصورة أكبر لدى أطفال الأسر ذات المستوى التعليمي المرتفع
95%	526	ينتشر التوحد بصورة أكبر لدى أطفال الأسر ذات المستوى التعليمي المنخفض
43%	236	تظهر أعراض التوحد على الأطفال من الميلاد حتى سن 3 سنوات
40%	216	تظهر أعراض التوحد على الأطفال من سن 4-6 سنوات
5%	30	تظهر أعراض التوحد على الأطفال من سن 7-10 سنوات
2%	12	لا تظهر أعراض التوحد على الأطفال إلا بعد تجاوزهم سن 10 سنوات
10%	56	لا أعرف السن الذي تظهر به أعراض التوحد

يستمر التوحد مدى الحياة	132	24%
-------------------------	-----	-----

وتظهر لنا استجابات المشاركين قصور الوعي والمعرفة المتعلقة بوقت ظهور أعراض التوحد، فالنسبة الأعلى للاستجابات (47%، 10%) أشاروا للفئة العمرية من سن (4-10) سنوات أو عدم معرفتهم بالتحديد للفترة الزمنية على التوالي، ولم يتمكن سوى (43%) فقط من تحديد الفترة الفعلية لظهور الأعراض. كما يتجلى قصور الوعي الاستجابات المتعلقة بالفئات الجنسية الأكثر إصابة، فقد أشار ما يفوق ثلثي العينة (77%) إلى أن التوحد ينتشر لدى الإناث أكثر من انتشاره بين الذكور، وهذا يخالف ما أشارت إليه العديد من الدراسات، والتي أكدت على أن التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة (4:1) وفقاً للإحصائيات التي تم رصدها من البلاغات عن الحالات المصابة على مستوى العالم (قمر، أحمد، 2017، ص 155). وكذلك الحال فيما يتعلق بمدى استمرارية التوحد مدى الحياة، والذي أشارت معظم الدراسات التي أجريت على التوحد إلى استمراريته مدى الحياة، ولكننا وجدنا نسبة ضئيلة جداً من المشاركين لا تتجاوز ربع العينة (24%) فقط من تدرك ذلك. وربما يعزو ذلك إلى أن ما يفوق نصف المشاركين مازالوا يعتقدون بأن التوحد مرض نفسي، والكثير من الأمراض النفسية يمكن علاجها. وهذا ما يدفعنا للقول بأن قصور الوعي في أحد الجوانب المتعلقة بالتوحد يترتب عليه الكثير من التصورات الخاطئة في بقية الجوانب، فالاعتقاد بأن التوحد أحد الأمراض النفسية بني عليه اعتقاد آخر وهو إمكانية علاجه باعتباره مرض نفسي. الأمر الذي يتطلب مزيد من الوعي العام والشامل حول التوحد بكافة أبعاده.

وكذلك الحال بالنسبة للمستوى الاقتصادي والتعليمي لأسر الأطفال المصابين بالتوحد، فبالرغم من أن الاستجابات المرتفعة للمشاركين (87%، 95%) تشير إلى ارتفاع معدلات الإصابة لدى أطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي والتعليمي المنخفض، إلا أن مبررهم لذلك تمثل في أن الأسر ذات المستوى التعليمي المنخفض عادة ما تسود أجوائها المشكلات الأسرية والإهمال وسوء المعاملة الوالدية، والتي يعتقدون أنها المسببات الرئيسية للتوحد. كما أنهم يعتقدون أن الأسر ذات المستوى الاقتصادي المنخفض ليس لديها القدرة المادية اللازمة لعلاج أطفالهم وبالتالي ستكون معدلات الإصابة لديهم مرتفعة. وهذا ينم على أن القصور المعرفي بأسباب التوحد في المقام الأول وعدم القدرة على التمييز بين المسببات والمحفزات، فكافة الاستجابات التي أدلوا بها تعد من المحفزات وليس المسببات

للتوحد. فالكثير من الدراسات أثبتت مدى تأثير العوامل السوسيو-اقتصادية للوالدين على وقت التشخيص ومدى الاهتمام بالتعليم ومدى ظهور الأعراض وتطورها لدى الطفل وليس على إصابة الطفل بالتوحد من عدمه. ففي دراسة Hasnain (2014) تبين أن المستوى التعليمي للوالدين يرتبط بشكل مباشر بمدى تطور حالة التوحد لدى الطفل، حيث كان غالبية الأطفال الذين يعانون من درجات عالية من التوحد ينتمون لأباء أميين وعلى قدر غير واف من التعليم. بينما دراسة Rai (2012) أكدت على أن معدلات التوحد تزداد بشكل واضح لدى الأسر ذات المستوى الاقتصادي والتعليمي المنخفض مقارنة بالأسر ذات المستوى الاقتصادي والتعليمي المرتفع. كما أكدت دراسة كلاً من (Nowell, King, 2011; 2015) على أن أطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي والتعليمي المرتفع تم تشخيصهم في وقت مبكر، وغالبيتهم ملتحقين بالمدارس مقارنة بأطفال الأسر ذات المستوى الاقتصادي والتعليمي المنخفض. الأمر الذي يوضح لنا الدور الذي تلعبه العوامل السوسيو-اقتصادية في التشخيص والتعليم ودرجة التوحد، وليس الإصابة بالتوحد كما ترى عينة الدراسة.

(6-3) النتائج المتعلقة الحقائق والتصورات عن المصابين بالتوحد

الجدول (6) المعرفة المتعلقة بالحقائق والتصورات عن المصابين بالتوحد

النسبة المئوية	التكرار	- الحقائق والتصورات المتعلقة بالمصابين بالتوحد
7%	40	غالبية المصابين بالتوحد يعانون من مشاكل بالصحة العقلية
46%	254	غالبية المصابون بالتوحد عبقريون ولديهم مهارات مميزة
13%	70	الأطفال الذين يعانون من مرض التوحد أكثر عرضة لحالات الصرع
91%	502	لا يمكن دمج الطفل المصاب بالمدارس العادية لحاجته إلى تعليم خاص يتناسب مع حالته
69%	380	التشخيص المبكر للطفل المصاب بالتوحد يمكن أن يجعل حالته تتحسن كثيراً
55%	298	التشخيص المبكر للطفل المصاب بالتوحد يجلب وصمة العار له ولأسرته

يتضح لنا من الجدول السابق أن (46%) من المشاركون يعتقدون أن كافة المصابين بالتوحد عبقريون ويملكون مهارات مميزة وفريدة، وأنهم أكثر عرضة لحالات الصرع

(13%)، ويعانون من مشاكل بالصحة العقلية (7%)، كما يروا أن التشخيص المبكر للطفل يساهم في تحسن حالته (69%)، وفي نفس الوقت يجلب وصمة العار له ولأسرته (55%).
وبسؤالهم عن موقفهم تجاه دمج الأطفال المصابين بالتوحد بالمدارس العامة، أكدوا على أنه لا يمكن ذلك لحاجة الطفل إلى تعليم خاص يتناسب مع حالته (91%).
وفي ضوء استجابات المشاركين السالف الإشارة إليها، يتبين لنا حالة القصور المعرفي ونقص الوعي بالتوحد لدى البعض من المشاركين بنسب متفاوتة من سؤال لآخر، فقد أكد (13%) على أن غالبية المصابين بالتوحد يعانون من الصرع. فعلى الرغم من أن الدراسات تشير إلى أن معدل انتشار الصرع بين الأطفال ذوي التوحد أعلى بكثير من انتشاره بين الأطفال العاديين، ولكن ليس معنى ذلك أن كافة الأطفال المصابين بالتوحد يعانون من الصرع. فقد أشار "كانر" في دراسته إلى أن من بين الاحدى عشر حالة التي قام بدراستهم كان يوجد حالة واحدة فقط تعاني من الصرع (Stafstrom, 2015, 207). كما أشار Pacheya (2019) إلى أن من بين (59) مصاب بالتوحد الذين شملتهم دراسته، (44.4%) فقط مصابون بالصرع. وفي هذا الصدد، يشير Anand (2005) إلى أن الأطفال ذوي التوحد ممن يعانون من اضطرابات عصبية هم فقط الذين تظهر عليهم أعراض الصرع. وربما يعزو التصور القائم على ارتباط التوحد بالصرع إلى اشتراكهما في بعض الآليات العصبية الحيوية، واستخدام الأدوية الخاصة بالصرع في علاج أعراض التوحد وفقاً لما أشارت إليه دراسة Stafstorm (2015).

وفيما يتعلق بكون غالبية المصابين بالتوحد يعانون من أمراض الصحة العقلية (7%)، فقد أشارت بعض الدراسات منها دراسة Helverschou (2010) إلى أن اضطرابات الصحة العقلية التي تظهر لدى بعض المصابين بالتوحد تعزو في المقام الأول إلى وجود بعض الاضطرابات النفسية الملازمة لاضطراب التوحد وليس لاضطراب التوحد في حد ذاته، وأن هذه الاضطرابات ليست موجودة لدى كافة المصابين بالتوحد، وأن وجدت لدى البعض فهي تختلف في درجتها من شخص لآخر.

بينما فيما يتعلق بكون المصابين بالتوحد عبقيون ويملكون مهارات مميزة وفريدة (46%)، فقد أكد كلاً من Alberta (2003)، Happe (2009)، Jarrett (2014) على أن نسبة صغيرة جداً فقط من الأفراد المصابين بالتوحد يمتلكون مثل هذه المهارات وليس كافة المصابين بالتوحد.

وبالحديث عن امكانية التشخيص المبكر للطفل في العمل على تحسين حالته (69%)، فهذه الاستجابة تتماشى مع التوجهات العلمية ليس في مرض التوحد نفسه ولكن في كافة الأمراض التي من المحتمل أن تصيب الإنسان. المعضلة هنا تكمن في أن استجابة المشاركين ذات النسبة المرتفعة حول التشخيص وعلاقته بتحسين الحالة للطفل إنما نابعة من اعتقادهم بكونه مرض نفسي كما سبق واشرنا، وأن الكثير من الأمراض النفسية يمكن علاجها والسيطرة عليها من خلال المتابعة الطبية والعلاج. كما أن استجابة المشاركين المتعلقة بكون التشخيص المبكر يساهم في ارتفاع معدلات الوصم تجاه الطفل وأسرته (55%)، فهي تتعارض إلى ما أشارت إليه بعض الدراسات التي أجريت بشأن التوحد والوصمة. فقد أشار Farrugia (2009) إلى أن تشخيص إصابة الطفل بالتوحد ساهمت في الحد من وصمة العار، مشيراً إلى أن العديد من آباء الأطفال المصابين بالتوحد أكدوا على أن تشخيص أطفالهم ساعدهم على الحد من وصمة العار وساهم رفع الوعي والقضاء على التصورات المجتمعية القائمة على كون الطفل المصاب بالتوحد غير طاهر وملوث. كما أكد Alshaigi (2020) على أن معدلات الوصم المجتمعي تجاه أسر الأطفال السعوديين المصابين بالتوحد قد تراجعت نتيجة لارتفاع معدلات الوعي لديهم.

أما فيما يتعلق عن بدمج الأطفال المصابين بالتوحد بالمدارس العامة، ففي ضوء الاطلاع على العديد من التجارب التي سعت إليها العديد من الدول العربية كمحاولة لدمج الأطفال المصابين بالتوحد بالمدارس العامة، تبين لنا هناك العديد من القيود التي تحول دون تحقيق ذلك، منها ما هو متعلق بالبيئة المدرسية وتفاعلات الطلاب مع بعضهم البعض ورؤى المعلمين، ومنها ما هو متعلق بأسرة الطفل المصاب والتي تخشى عليه من الاندماج خشية التعرض للمواقف التي تؤثر على نفسيته. ولكن هناك نماذج فردية ناجحة تم بها دمج الأطفال في المدارس العامة ولكنها قليلة. ويمكن القول بأن عملية الدمج وضمن نجاحها يتوقف على عدة اعتبارات أولها؛ درجة التوحد لدى الطفل، فهناك بعض الحالات المتقدمة التي لا يمكن أن يحقق الدمج الغرض منه معها والتي تستلزم رعاية وعناية وتعليم من نوع خاص. ثانيًا، الاعتبارات الثقافية والاجتماعية للمجتمع والتي تتمثل في مدى قبول المعلمين والطلاب لفكرة الدمج تلافياً للوصم الاجتماعي. ثالثًا؛ وهو العنصر الذي لا يقل أهمية عما سبق، وهو قدر الاهتمام والإدراك الأسري، ففي ظل غياب الوعي بالتوحد غالبًا ما تميل الأسر إلى بقاء أبنائها بالمنزل والحرص على عدم اختلاطه مع الأخير تلافياً للوصم والتمنر، الامر الذي يحول بدوره دون تحقيق الدمج.

(7-3) النتائج المتعلقة بمدى المعرفة بطرق الوقاية والعلاج

الجدول (7) المعرفة المتعلقة بطرق الوقاية والعلاج المتاحة

النسبة المئوية	التكرار	مدى المعرفة بطرق الوقاية والعلاج
52%	284	يمكن الوقاية من مرض التوحد
34%	186	يمكن علاج التوحد باستخدام العلاجات الطبية
77%	424	يمكن علاج التوحد باستخدام العلاج السلوكي
70%	384	يمكن علاج التوحد باستخدام العلاج التربوي والتعليمي
6%	30	لا أعرف طرق العلاج المتاحة

بسؤال المشاركين عن مدى إمكانية الوقاية من التوحد، أشار (52%) من المشاركين إلى أنه يمكن الوقاية من التوحد، وبسؤالهم عن الطرق التي يمكن من خلالها الوقاية من التوحد أشاروا إلى : الحد من جلوس الطفل لفترات طويلة أما التليفزيون، وتحديد عدد ساعات استخدامه للكمبيوتر والهواتف المحمولة، الحديث المستمر مع الطفل وعدم تركه لفترات طويلة منعزلاً مع نفسه، توفير الفرص المناسبة لتفاعل الطفل مع أقرانه ممن هم في نفس الفئة العمرية، تنحية الطفل جانباً بعيداً عن المشكلات الأسرية، تنوع الأنشطة التي يمكن أن يمارسها الطف والتي تتوافق مع المرحلة العمرية.

وبسؤال المشاركين عن الطرق العلاجية المناسبة لعلاج التوحد، فقد تمثلت استجاباتهم في؛ العلاج السلوكي (77%)، العلاج التربوي والتعليمي (70%)، العلاجات الطبية (34%)، بينما أشار (6%) بأنهم ليس لديهم المعرفة بالطرق العلاجية المتاحة.

تظهر لنا النتائج المتعلقة بالوقاية من التوحد والطرق المتاحة لعلاج مدى قصور الوعي والمعرفة لدى المشاركين، فمن المعلوم جيداً أن التوحد لا يمكن الوقاية منه، كما لا يمكن علاجه، وأن العلاجات المتاحة ما هي إلا وسائل تقويمية تساهم في الحد من أعراض التوحد وتعديل البعض منها، ولكنها لا تعالج التوحد نهائياً.

(8-3) تفسير النتائج في ضوء التوجهات النظرية

في ضوء منطلقات النظرية البنائية الوظيفية، والتي تنص على أن المجتمع يتكون من مجموعة من الأجزاء، لكل جزء دور ووظيفة مكملة لور ووظيفة الأجزاء الأخرى، وأن أي خلل يحدث في أي جزء من الأجزاء يترتب عليه حدوث الخلل في بقية الأجزاء المكونة للمجتمع. ومن منطلق نظرتها للمجتمع باعتباره نسقاً اجتماعياً مكون من وحدات اجتماعية يشترك أعضائها في جملة من القيم والأهداف العمومية ويستمدون وعيم

الجمعي (الثقافة الاجتماعية) من العلاقات القائمة بين تلك الوحدات. يمكننا القول بأن حالة القصور التي انتابت الوعي الجمعي لدى المشاركين إنما تعزو في المقام الأول إلى الخلل الذي أصاب العلاقة القائمة بين تلك الأجزاء المكونة للمجتمع، والتي تتمثل في (أ) العلماء والمتخصصين، والذين لم يتمكنوا حتى الآن من معرفة المسبب الفعلي للتوحد، والوصول إلى العلاجات المناسبة له، وما ترتب على ذلك من تشكل العديد من المفاهيم المغلوطة والتصورات الثقافية التي عادة ما تبرز في ظل غياب التفسيرات العلمية. (ب) الجهات المعنية، والتي تهاونت في نشر ثقافة الوعي بالتوحد والتوعية بأعراضه وأسبابه وكافة الحقائق المتعلقة به، والتي كان من المفترض أن نجد لها صدى في ظل عدم وجود تفسيرات علمية دقيقة للتوحد ومسبباته. (ج) أفراد المجتمع وتوجهاتهم، والتي غالبًا ما تميل إلى وسائل التواصل الاجتماعي كمصدر سريع وسهل الوصول للحصول على المعلومات اللازمة، بصرف النظر عن التحري عن مدى مصداقية تلك المعلومات من عدمه. (د) الأجهزة الإعلامية، والتي تفتقر إلى وجود الرقابة الجيدة على طبيعة ما يتم تداوله وبثه عبر وسائلها المختلفة.

ذلك الخلل الذي أصاب العديد من الأجزاء المكونة للمجتمع ساهم بدوره في حدوث حالة من عدم التوازن والاستقرار الذي شاب الوعي الجمعي لدى المشاركين.

خاتمة

لازال التوحد يمثل أحد القضايا الصحية التي حيرت العديد من العلماء والباحثين المتخصصين، نتيجة لعدم الوصول إلى المسببات الفعلية وما نتج عنه من عدم وجود علاج فعال ومناسب للمرض من ناحية وتضارب في المعرفة والوعي الجمعي لدى العديد من الأفراد في كافة المجتمعات.

فقد تبين لنا وجود العديد من الاجتهادات والافتراضات العلمية التي ظهرت على الساحة لتفسير مسببات التوحد، ولكن غالبية هذه الافتراضات إما تم إثبات عدم صحتها أو لم يستند أصحابها على دليل قطعي يثبت صحتها. الأمر الذي شكل نوع من الحيرة وتضارب الآراء بين المعنيين وغير المعنيين. وقد كانت العقبة الأساسية هنا متمثلة في عدم معرفة الكثير من الأفراد لهذه الاجتهادات العلمية ومدى صحتها، فالكثير من الكتابات لا تزال تتناول الحديث عن سوء المعاملة الوالدية وتدهور العلاقات الأسرية والاستخدام المفرط للتلفاز وغيره من الوسائل التكنولوجية كأسباب رئيسية للتوحد، بالرغم من إثبات عدم صحة تلك الفرضية. كما لا تزال حالات التعميم لأعراض التوحد مستمرة على كافة

المصابين، بالرغم من وجود العديد من الحالات التي تمثل حالات فردية لا يمكن تعميمها، فالعديد من الأفراد يعتقدون أن كافة المصابين بالتوحد يعانون من الصرع ويعانون من الأمراض العقلية، وهذا غير صحيح بالمرّة.

ولعل ذلك ما دفعنا للقيام بقياس الوعي لدى عينة من المشاركين بالمجتمع المصري لمعرفة الحصيلة المعرفية المتعلقة بالتوحد لديهم. وقد تبين لنا من واقع الدراسة الميدانية وجود حالة من قصور الوعي المتعلق بالتوحد لدى المشاركين، وقد ساد هذا القصور المعرفة بالأسباب، حيث مازال العديد من المشاركين يعتقدون أن التوحد يعد من الأمراض النفسية التي تصيب الأطفال، ويعزّون حدوثه لسوء المعاملة الوالدية، والاستخدام المفرط للتلفاز وترك الطفل بمفرده دون الحديث معه، فضلاً عن التطعيمات واللقاحات والحسد كعوامل مسببة. كما تجلّى قصور الوعي في المعرفة بالأعراض، حيث تبين لنا أن مازال العديد من المشاركين يعتقدون أن الصرع والأمراض العقلية والميل إلى العدوان والعنف، وعدم الإحساس بالألم من الأعراض المشتركة لدى المصابين بالتوحد، بالرغم من كونها سمات فردية لا تطبق على كافة الحالات المصابة.

ولم يقتصر الأمر على ذلك، بل أظهرت الدراسة أيضاً قصور الوعي المتعلق بالحقائق الخاصة بالتوحد، كالفئة العمرية التي تظهر بها الأعراض، ومدى استمرارية المرض مدى الحياة من عدمه، ومدى توافر علاجات فعالة للتوحد. الأمر الذي يستدعي مزيد من الاهتمام بهذا الشأن.

وخلاصة القول، فإنه لا يمكننا أن نلقي باللوم على أفراد المجتمع فحسب لقصور معرفتهم المتعلقة بالتوحد وأعراضه ومسبباته؛ ولكن اللوم الأكبر يقع على عاتق الجهات المعنية بالتوحد.

(5) الاستنتاجات

تتسم معدلات الوعي المتعلقة بالتوحد لدى المشاركين بالقصور والافتقار للعديد من المعلومات المتعلقة بالمرض، فضلاً عن وجود العديد من المفاهيم المغلوطة حوله والتي كان لعدم الوصول إلى المسبب الحقيقي للتوحد والآراء المتضاربة عبر وسائل الإعلام المختلفة دوراً في تشكيلها وتدهور الوعي العام بالتوحد، الأمر الذي يستدعي بذل المزيد من الجهد من قبل المعنيين بالقطاع الصحي لتصحيح تلك المفاهيم المغلوطة ورسم صورة واضحة عن التوحد من خلال حملات التوعية المختلفة واستخدام الوسائل التكنولوجية المتعددة في ذلك، مع فرض رقابة على ما يتم تداوله من مفاهيم وآراء متعلقة بالتوحد عبر

وسائل التواصل الاجتماعي التي يتم الاعتماد عليها كمصدر للحصول على الكثير من المعلومات.

قائمة المراجع

- ابتسام، حدان. سعيدة، الامام. (2017). التوجهات الحديثة في تدريب الأطفال ذوي طيف التوحد على اكتساب اللغة. المجلة الجزائرية التربية والصحة النفسية. (7): 25-36.
- أمينة، رايح الله. جميلة، سليمان. (2021). التوافق النفسي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى أم الطفل التوحدي. مجلة المرشد. (1)11: 31-44.
- الطاهر، قيروود. بركو، مزوز. (2020). التكفل بأطفال التوحد في الجزائر من وجهة نظر المتخصصين الواقع والمأمول: دراسة تقييمية بولاية باتنة. المجلة الجزائرية للأمن والتنمية. (2)9: 618-636.
- الطاهر، قيروود. بركو، مزوز. (2021). برامج التكفل باضطراب التوحد بين الأهداف المشتركة والاختلاف في أساليب التدخل. مجلة دراسات نفسية وتربوية. (1)14: 197-214.
- العبيدي، عفرأ إبراهيم خليل. (2021). الضغوط النفسية والخوف من المستقبل لدى أمهات أطفال طيف التوحد في مدينة بغداد. مجلة حقائق للدراسات النفسية والاجتماعية. (1)6: 10-28.
- برخيسة، مريم. الزهراء، جعدوني. (2021). مهارة التعبير الانفعالي لدى الطفل التوحدي: تطوير أداة لقياس المهارة. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية. (1)14: 183-201.
- بن حرز الله، مراد. (2021). دور الأسرة الجزائرية في علاج الأطفال التوحديين (أسر الأطفال التوحديين بولاية المسيلة نموذجاً). مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية، (3)3: 13-32.
- بناي، نوال. زايدي، غنية. (2021). الضغوط النفسية لوالدي الأطفال المصابين بالتوحد. مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية. (3)2: 166-174.
- بهتان، عبد القادر. (2019). تكيف الطفل "المتوحد" في الحياة المدرسية من خلال بناء ذكاءه المتعدد. مجلة نفسيات وأنام. (3)2: 20-38.
- بوشعور، زهرة نوال. (2017). تقدير الذات لإخوة الأطفال المصابين باضطراب التوحد. مجلة الإنسان والمجتمع. (13)7: 107-122.
- بوعامر، نعيمة. عبد الرحمان، أمال. (2021). مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات: دراسة ميدانية بولاية الأغواط. مجلة الواحات للبحوث والدراسات. (1)14: 1449-1473.
- تيريل، كولين. باسينجر، تيري. (2013). التوحد، فرط الحركة، خلل القراءة والأداء. ترجمة (مارك عبود). الرياض: مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
- تيماشيف، نيكولا (1999). نظرية علم الاجتماع طبيعتها وتطورها. ترجمة (محمود عودة وآخرون). الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- حميد، رشيد. الطاهر، بوظغان محمد. (2019). ما مدى فاعلية برنامج علاجي في تنمية المهارات الاجتماعية والتواصلية لدى الأطفال التوحديين في مرحلة الطفولة المتوسطة. الاكاديمية للدراسات الاجتماعية و الانسانية. 11(1):83-96.
- حميدة، بقعة. (2021). دور الاسرة في التأهيل النفسي والاجتماعي للطفل المصاب بالتوحد. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 8(4):36-54.
- خروبي، أحمد. بوسعيد، سعاد. بوضياف، نادية. (2021). مهارة التواصل اللفظي لدى الطفل ذي اضطراب طيف خلال فترة الحجر الصحي جراء فيروس كورونا كوفيد (19). مجلة دراسات نفسية وتربوية. 14(2):594-606.
- خطاب، محمد أحمد. (2004). سيكولوجية الطفل التوحدي. عمان: مكتبة دار الثقافة.
- خولة، علي رزوقي. محمد، مكي. (2021). اضطراب التوحد والمعاناة النفسية للأم: دراسة ميدانية بالمركز النفسي بالشلف. مجلة أفاق العلوم. 6(4).
- الزهراء، جعدوني. (2013). تشخيص اضطراب التوحد من خلال التقنية الاسقاطية: التحقق من فرضية الفردانية النفسية لحالات التوحد. مجلة المواقف. 8(1):223-240.
- زهرة، شرياف. (2021). بناء مقياس لتشخيص التوحد. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية. 6(2):628-672.
- زهيرة، بولحية. (2021). واقع الدمج المدرسي وأثره على التحصيل الدراسي لفئة المصابين بطيف التوحد في المدارس العادية. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية. 9(2):177-196.
- سارة، حيزير. أمين، جنان. (2018). التدريب على الانتباه المشترك بهدف تحسين التواصل اللفظي لدى أطفال طيف التوحد العمر 8 سنوات. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية. 8(8):89-102.
- سهيل، تامر فرح. (2015). التوحد: التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج. عمان: دار الإحصاء العلمي للنشر والتوزيع.
- شرياف، زهرة. شريفي، علي. (2019). الحمية الغذائية وأثرها على التكفل بأطفال اضطراب التوحد. مجلة العلوم النفسية والتربوية. 5(3):45-59.
- شينار، سامية. (2020). الضغوط النفسية والاجتماعية وتأثيرها على الصحة النفسية لدى أولياء الأطفال المصابين بطيف التوحد (دراسة ميدانية مقارنة). مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 12(6):503-512.
- عبد الإله، بوسته. الحسيني، إسماعيل العراقي. (2021). التعرف على الانفعالات الوجهية لدي الأطفال والمراهقين ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة ضياء للبحوث النفسية والتربوية. 2(1):12-36.
- غربي، محمد. قلاوز، إبراهيم. (2016). النظرية البنائية الوظيفية: نحو رؤية جديدة لتفسير الظاهرة الاجتماعية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الشهيد حمة لخضر. 18(18):181-198.

- قمر، مجذوب أحمد محمد أحمد. أحمد، محجوب الصديق محمد. (2017). تقييم الخصائص النفسية والاجتماعية لدى أطفال التوحد من وجهة نظر الوالدين بالولاية الشمالية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الشهيد حمة لخضر - الوادي. (23): 154-168.
- لحبيب، بن عربية. صلاح الدين، صواحي. (2020). دراسة المهارات الاجتماعية لدى أطفال طيف التوحد TSA (مختلف المستويات). مجلة الأثر للدراسات النفسية والتربوية، جامعة الجيلالي بونعامة خميس مليانة. 10(10): 106-120.
- لطيفة، زروالي. حسنية، لصق. (2018). التمثلات الاجتماعية للاضطراب التوحدي لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد. مجلة الناصرية للدراسات الاجتماعية والتاريخية. 9(1): 97-132.
- ليندة، عبد الرحيم. خديجة، عبد الرحيم. (2021). البرامج الإرشادية للأسرة ومساهمتها في علاج التوحد. مجلة متون. 14(1): 226-237.
- مبروك، شيخي. الطاهر، بوطغان. (2019). تقييم مهارات الحاصل غير اللفظي لدى أطفال التوحد. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. 10(1): 171-184.
- محمد، رباب سعيد عبد القادر. محمد، هبه نور الدين. (2020). الوعي الاجتماعي للريفين بفيروس كورونا المستجد: دراسة ميدانية بقرتي بندر طوخ بمحافظة القليوبية وقرية ابشواي بمحافظة الفيوم. مجلة اتحاد الجامعات العربية للعلوم الزراعية. جامعة عين شمس. 28(4): 949-969.
- معدن، شريفة. عورة، وفاء. (2020). تكيف المربي المختص مع خصائص اضطراب طيف التوحد وأثره على الاندماج الاجتماعي للطفل التوحدي. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. 9(3): 198-208.
- منار، بياض. وحيدة، سايل حدة. (2021). مصادر المشكلات النفسية الاجتماعية لدى أسر الأطفال التوحيديين من وجهة نظر الأمهات. مجلة المرشد. 11(1): 59-77.
- هميلة، نعيمة. (2020). دور التقليد في تنمية اللغة لدى الطفل التوحدي. مجلة القبس للدراسات النفسية والاجتماعية. 2(5): 176-203.
- هنبري، مارتين. (2010). تعليم التلاميذ ذوي اضطراب طيف التوحد: دليل عملي. ترجمة (محمد إسماعيل أبو شعيرة، محمد محمود عواد)، جامعة الملك سعود: كلية المجتمع بالرياض.
- وردة، شرفي. (2019). المشكلات الاجتماعية للطفل التوحدي ومرددها على الأسرة. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية. جامعة الشهيد حمة لخضر- الوادي. (30): 63-76.
- وفاء، فني. صيفية، جدوالي. (2021). انعكاسات الحجر الصحي أثناء جائحة كورونا على أطفال ذوي اضطراب طيف التوحد. مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية. 16(3): 635-659.
- ياسمين، مناي. (2019). دور الأسرة في التكفل بالطفل التوحدي. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية. 4(4): 375-389.
- يجي، امحمد حاج. قاسم، بوسعدة. (2020). الحاجة إلى الإرشاد الأسري لأسر أطفال اضطراب التوحد. دراسات نفسية وتربوية. 13(2): 233-250.

- Alberta. I., (2003). Teaching Students with Autism Spectrum Disorders. Alberta Learning Cataloging in Publication, Retrieved from; <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED491496.pdf> .
- Alhujaili, N. (2019). Common Misconceptions About Autism Spectrum Disorder Management. Saudi Journal of Medical and Pharmaceutical Sciences. 5(11): 961-963.
- Allely, C. S. (2013). Pain sensitivity and observer perception of pain in individuals with autistic spectrum disorder. The Scientific World Journal, 2013.
- Allely, C. S., Wilson, P., Minnis, H., Thompson, L., Yaksic, E., & Gillberg, C. (2017). Violence is rare in autism: when it does occur, is it sometimes extreme?. The Journal of Psychology, 151(1), 49-68.
- Allen, L., Leon-Attia, O., Shaham, M., Shefer, S., & Gabis, L. V. (2020). Autism risk linked to prematurity is more accentuated in girls. PloS one, 15(8), e0236994.
- Alsehem, M. A., Abousaadah, M. M., Sairafi, R. A., & Jan, M. M. (2017). Public awareness of autism spectrum disorder. Neurosciences Journal, 22(3), 213-215.
- Alshaigi, K., Albraheem, R., Alsaleem, K., Zakaria, M., Jobeir, A., & Aldhalaan, H. (2020). Stigmatization among parents of autism spectrum disorder children in Riyadh, Saudi Arabia. International Journal of Pediatrics and Adolescent Medicine, 7(3), 140-146.
- Al-Sharbati, M. M., Al-Farsi, Y. M., Ouhtit, A., Waly, M. I., Al-Shafae, M., Al-Farsi, O., ... & Al-Adawi, S. (2015). Awareness about autism among school teachers in Oman: A cross-sectional study. Autism, 19(1), 6-13.
- Altay, M. A. (2019). Family physicians' awareness of autism spectrum disorder: results from a survey study. Open access Macedonian journal of medical sciences, 7(6), 967.
- Anand, R. (2005). Autism and epilepsy: The complex relationship between cognition, behavior and seizure. The Internet Journal of Neurology, 4(1).
- Arif, M. M., Niazy, A., Hassan, B., & Ahmed, F. (2013). Awareness of autism in primary school teachers. Autism research and treatment, 2013.
- Birx, H. J. (Ed.). (2011). 21st century anthropology: a reference handbook (Vol. 1 & 2). Sage.
- Bokobza, C., Van Steenwinckel, J., Mani, S., Mezger, V., Fleiss, B., & Gressens, P. (2019). Neuroinflammation in preterm babies and autism spectrum disorders. Pediatric research, 85(2), 155-165.
- Clarke, C. (2015). Autism spectrum disorder and amplified pain. Case reports in psychiatry, 2015.
- Crowell, J. A., Keluskar, J., & Gorecki, A. (2019). Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder. Comprehensive psychiatry, 90, 21-29.
- Del Pozzo, J., Roché, M. W., & Silverstein, S. M. (2018). Violent behavior in autism spectrum disorders: Who's at risk?. Aggression and violent behavior, 39, 53-60.
- Dillenburg, K., Jordan, J. A., McKerr, L., Devine, P., & Keenan, M. (2013). Awareness and knowledge of autism and autism interventions: A general population survey. Research in autism spectrum disorders, 7(12), 1558-1567.

- Divya P. S., Elakiya Elango, & Sunil Kumar. J. (2019) Awareness of Autism Spectrum Disorder among Non Medical Students - A Survey. *International Journal of Research & Review*. 6(6).
- El-Baz, F., Ismael, N. A., & El-Din, S. M. N. (2011). Risk factors for autism: An Egyptian study. *Egyptian Journal of Medical Human Genetics*, 12(1);31- 38.
- Failla, M. D., Gerdes, M. B., Williams, Z. J., Moore, D. J., & Cascio, C. J. (2020). Increased pain sensitivity and pain-related anxiety in individuals with autism. *Pain reports*, 5(6).
- Farrugia, D. (2009). Exploring stigma: Medical knowledge and the stigmatisation of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness*, 31(7), 1011-1027.
- Galvan, J. A. A., Ramalingam, P. N., Patil, S. S., bin Shobri, M. A. S., Chinna, K., Sahrir, M. S., & Chidambaram, K. (2020). Mode of delivery, order of birth, parental age gap and autism spectrum disorder among Malaysian children: A case-control study. *Heliyon*, 6(10), e05068.
- Gray, L. A., Msall, E. R., & Msall, M. E. (2008). Communicating about autism: Decreasing fears and stresses through parent-professional partnerships. *Infants & Young Children*, 21(4), 256-271.
- Happe, F. and Frith, U. (2009). The beautiful otherness of the autistic mind. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London: Biological Sciences* 364: 1345– 1350.
- Harel-Gadassi, A., Friedlander, E., Yaari, M., Bar-Oz, B., Eventov-Friedman, S., Mankuta, D., & Yirmiya, N. (2018). Risk for ASD in preterm infants: a three-year follow-up study. *Autism research and treatment*, 2018.
- Hasnain, M. G., & Akter, M. (2014). The relation of socio-economic factors with autism among children: a study in an urban area of Bangladesh. *Journal Of Pioneering Medical Sciences*, 4(1).
- Helverschou, S. B. (2010). Identification of anxiety and other psychiatric disorders in individuals with autism and intellectual disability.
- Hemdi, A. (2020). Awareness about Autism Spectrum Disorder (ASD) among Parents of Typically Developing Children. *Academic Journal of Interdisciplinary Studies*, 9(6), 214-214.
- Heys, M., Alexander, A., Medeiros, E., Tumbahangphe, K. M., Gibbons, F., Shrestha, R., ... & Pellicano, E. (2017). Understanding parents' and professionals' knowledge and awareness of autism in Nepal. *Autism*, 21(4), 436-449.
- Im, D. S. (2016). Template to perpetrate: An update on violence in autism spectrum disorder. *Harvard Review of Psychiatry*.
- Jarrett, C. (2014). Autism myth and reality. *The Psychologist* 27: 746–749.
- John, R. P., Knott, F. J., & Harvey, K. N. (2018). Myths about autism: An exploratory study using focus groups. *Autism*, 22(7), 845-854.
- King, M. D., & Bearman, P. S. (2011). Socioeconomic status and the increased prevalence of autism in California. *American sociological review*, 76(2), 320-346.
- Leblond, C. S., Cliquet, F., Carton, C., Huguet, G., Mathieu, A., Kergrohen, T., ... & Bourgeron, T. (2019). Both rare and common genetic variants contribute to autism in the Faroe Islands. *NPJ genomic medicine*, 4(1), 1-10.

- Limperopoulos, C. (2009). Autism spectrum disorders in survivors of extreme prematurity. *Clinics in perinatology*, 36(4), 791-805.
- Liu, Y., Li, J., Zheng, Q., Zaroff, C. M., Hall, B. J., Li, X., & Hao, Y. (2016). Knowledge, attitudes, and perceptions of autism spectrum disorder in a stratified sampling of preschool teachers in China. *BMC psychiatry*, 16(1), 1-12.
- Martin, D. N. (2012). The Ever-Changing Social Perception of Autism Spectrum Disorder in the United States. Retrieved from; <https://uncw.edu/csrf/explorations/documents/daniellemartin.pdf>
- Messerschmidt, J. M. (2011). The Cultural Influence and Interpretation of Depressive and Anxiety Disorders.
- Montanez, S. (2016). An Anthropological Perspective on the Prevalence of Autism. *Sociology and Anthropology*, 4(5), 315-319.
- Newbutt, N. (2010, March). A brief review: assistive technology and autism, a proposal for virtual tools for improved communication and emotional recognition. In *Society for Information Technology & Teacher Education International Conference* (pp. 1998-2003). Association for the Advancement of Computing in Education (AACE).
- Nowell, K. P., Brewton, C. M., Allain, E., & Mire, S. S. (2015). The influence of demographic factors on the identification of autism spectrum disorder: A review and call for research. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2(3), 300-309.
- Omolayo, B., Auta, M., Akinyemi, E., & Dennis, U. (2020). Knowledge and Awareness of Autism Spectrum Disorder Among Teachers in Ekiti State, Nigeria. *African Journal of Teacher Education*, 9(2), 43-61.
- Pacheva, I., Ivanov, I., Yordanova, R., Gaberova, K., Galabova, F., Panova, M., ... & Sotkova, I. (2019). Epilepsy in children with autistic spectrum disorder. *Children*, 6(2).
- Palermo, M. T., & Bogaerts, S. (2017). Violent fantasies in young men with autism spectrum disorders: dangerous or miserable misfits? Duty to protect whom?. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 61(9), 959-974.
- Pirinççi, S., Aksu, H., Abacıgil, F., & Okyay, P. (2019). The Level of Knowledge and Awareness About Autism Spectrum Disorder on 6th Class Students of Adnan Menderes University Faculty of Medicine. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi= Turkish Journal of Child and Adolescent Health*, 26(3), 97.
- Prayson, A. S. (2015). Autism, genetics, and inbreeding: An evolutionary view. *Genetics, and Inbreeding: An Evolutionary View* (June 24, 2015).
- Rai, D., Lewis, G., Lundberg, M., Araya, R., Svensson, A., Dalman, C., ... & Magnusson, C. (2012). Parental socioeconomic status and risk of offspring autism spectrum disorders in a Swedish population-based study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5), 467-476.
- Sennels, N. (2010). Muslim Inbreeding: Impacts on intelligence, sanity, health and society. *Right Side News*. Available at: View Assessed March, 20, 2015.
- Solomon, O. (2010). Sense and the Senses: Anthropology and the Study of Autism. *Annual Review of Anthropology*, 39, 241-259.
- Stafstrom, C. E., & Benke, T. A. (2015). Autism and Epilepsy: Exploring the Relationship Using Experimental Models. *Epilepsy currents*, 15(4), 206-210.

- Taresh, S. M., Ahmad, N. A., Roslan, S., & Ma'rof, A. M. (2020). Preschool Teachers' Beliefs towards Children with Autism Spectrum Disorder (ASD) in Yemen. *Children*, 7(10).
- Valencia, K., Rusu, C., Quiñones, D., & Jamet, E. (2019). The impact of technology on people with autism spectrum disorder: A systematic literature review. *Sensors*, 19(20), 4485.
- van Dongen, E. (2000). Anthropology and psychiatry. *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, 123.
- Vlachou, J. A., & Drigas, A. S. (2017). Mobile Technology for Students & Adults with Autistic Spectrum Disorders (ASD). *International Journal of Interactive Mobile Technologies*, 11(1).
- Wang, J., Zhou, X., Xia, W., Sun, C., Wu, L., & Wang, J. (2012). Autism awareness and attitudes towards treatment in caregivers of children aged 3–6 years in Harbin, China. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(8), 1301-1308.
- Zhu, Z., Lu, X., Yuan, D., & Huang, S. (2017). Close genetic relationships between a spousal pair with autism-affected children and high minor allele content in cases in autism-associated SNPs. *Genomics*, 109(1), 9-15.