تشخيص اضطراب التوحد من خلال التقنية الاسقاطية: التحقق من فرضية الفردانية النفسية لحالات التوحد

د. جعدوني الزهراء،
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،
جامعة معسكر.

ملخص: يحمل هذا المقال نظرة جديدة عن اضطراب التوحد من خلال فرضية الفردانية النفسية الديناميكية لهذه الحالات؛ بحيث أننا نتعامل اليوم كمختصين في الصحة النفسية مع هذه الحالات بناءا على التشخيص العرضي لها، الذي يتم وفقا لمعايير تشخيصية معروفة وبوسائل عيادية وطبيّة تقوم في الدرجة الأولى على الملاحظة المباشرة للسلوك، لنتعامل مع المتوحد كجدول عيادي ونطبق بذلك نفس البرامج العلاجية مع مختلف الحالات، مما يجعل من الصعب تسجيل أي تقدّم في مسار هذه البرامج. تطبيق تقنيات تقويم الشخصية خاصة التقنية الاسقاطية في عملية التشخيص يقودنا الى رؤية هذا الاضطراب من زاوية جديدة، هي زاوية البناء الديناميكي لكل حالة بكل ما تحمله من صراعات ودفاعات واشكاليات بنيوية واستثمارات موضوعية ونرجسية تجعل من السهل تحديد وتفسير وتوقّع استجابات الحالة وسلوكاتها وبالتالي توجيه برامج التكفل النفسي والتربوي الفعّال.

الكلمات المفتاحية: اضطراب التوحد، التقنية الاسقاطية، اختبار الروشاخ، السيكوباثولوجية التحليلية.

مقدمـــة: يتم تشخيص اضطراب التوحد عموما قبل الالتحاق بالمدرسة، وغالبا ما ينسب الى التخلف العقلي أو الصمم أو الصرع وغيرها من الاضطرابات العقلية والعصبية الأخرى؛ لأنه وللأسف لا توجد أية فحوصات طبيّة مبكرة تكشف عن وجود هذا الاضطراب.

فالتشخيص يقوم في الدرجة الأولى على ملاحظة سلوكات الطفل من قبل المحيط والمتمثلة في غالبية الأحيان في الانعزال والانسحاب الاجتماعي؛ كون الطفل المتوحد لا يطوّر مهارات اجتماعية عادية، تترجمها الصعوبات اللغوية والصعوبات في النطق والاتصال، لنجد في المقابل فئة أخرى من الأطفال المتوحدين لا يكتسبون اللغة اطلاقا.

هذا الأمر يستدعي النظر بدقة وبعناية في ضبط المعايير التشخيصية لهذا الاضطراب ليس فقط من خلال الجداول العيادية، لكن من خلال فحوصات متخصصة تصب مباشرة في خصوصية الحالة وفردانيتها النفسية الديناميكية، مما يقودنا الى مفهوم الاسقاط والتقنية الاسقاطية التي يمكنها اعطائنا نتائج بنائية دقيقة.

اضطراب التوحد لا يمكن أن يبقى لغزا غامضا؛ نظرا لأنه يمكننا الآن قياسه بشكل دقيق، ويمكن تعديل الكثير من مكونات التوظيف النفسي للمتوحد بمساعدة الفحص النفسي الاسقاطي. فمدرسة التحليل النفسي والاختبارات الاسقاطية تظيف تفسيرات بنيوية معمّقة ودقيقة عن هذا التوظيف، خاصة عن اندماجية صورة الجسد ونوعية سيرورات التفكير، مما يؤّمن الأشخاص المتوحدين وعائلاتهم ويساعد الفريق الطبي والتربوي في تعديل البرامج العلاجية، وتجنب الهفوات والأخطاء التي ترتكب في تطبيق نفس البرامج التدريبية على توظيفات نفسية مختلفة بقناع عرضي واحد، ونطرح مع ذلك تصورا تشخيصيا جديدا يقوم على مبدأ الاسقاط.

الاشكالية: تشخيص اضطراب التوحد يتم وفقا لمجموعة من المعايير التشخيصية تم تحديدها وضبطها في التصنيفات العالمية للاضطرابات النفسية والعقلية الأمريكية (DSM IV) التي تدرجه ضمن الاضطرابات المشخّصة في الطفولة والمراهقة والتصنيفات الفرنسية التحليلة (CIM10) التي تتعامل مع المتوحد كمريض عقلي

وليس كشخص مشلول، والتي استمدت معاييرها التشخيصية من تصنيف (Leo Kanner) لهذا الاضطراب.

التشخيص يقوم اذن على ملاحظة مجموعة من المؤشرات المرضية المحددة بدقة في العديد من المراجع، فاذا ما توفرت هذه الأعراض المرضية لدى الطفل نشخّص الحالة على أنها توحد، ويتم تحويله (على أساس هذا التشخيص) الى مركز متخصص يحاول ببرامجه التدريبية المعروفة والثابتة التكفل بالحالة من خلال تدريبها على مهارات اجتماعية تفتقدها. هذه البرامج التدريبية تطبّق على مختلف الأطفال المتوحدين باختلاف خصوصياتهم النفسية والمعرفية العقلية، وكأننا نفرض على مجموعة مختلفة من الأطفال ومتمايزة بعضها عن بعض الخضوع لنفس البرامج التدريبية فقط لاشتراكها في نفس التشخيص العرضي الملاحظ من قبل المحيط والمختصين. فلتشخيص مركب توحد كامل حاليا يجب أن تتواجد خمسة أعراض أساسية: ظهور الاضطراب قبل ثلاث سنوات، اضطرابات حادة في العلاقات الاجتماعية، خلل حاد في نمو اللغة يمس الفهم، الروتين التكراري المعقد للأشياء، استجابات حسية (ادراكية) غير عادية، لكن التوحد قد يرافقه تخلف عقلي أو على العكس ذكاء عادي أو عالي.

ماذا يمكن اذن أن تقدم لنا التقنية الاسقاطية عن ظهور وتشخيص اضطراب التوحد وتطور سيرورات التقمص والهوية والتنبأ باستجابات المتوحدين ؟

فرضيتنا تقول بأن تشخيص اضطراب التوحد من خلال التقنية الاسقاطية يوصلنا الى مؤشرات بنيوية هامة معرفية ونفسية (المؤشرات التي يمكن من خلالها التفريق بين مختلف حالات التوحد وليس أنواع التوحد) تخدم بشكل مباشر البرنامج التدريبي من خلال تعديل بعض النقاط فيه حسب هذه المؤشرات بشكل يتناسب وخصوصية الحالة

البنائية أو بناء برنامج جديد اذا ما كانت البرامج المتوفرة لا تفي بغرض تسهيل عملية ادماج الطفل المتوحد في الحياة اليومية لممارسة مهاراته الاجتماعية والعناية بنفسه والاتصال مع الآخرين.

هذه التقنية هي من أهم التقنيات العيادية لدراسة الشخصية، يمكننا من خلالها أن نقود شخصا إلى الاشتراك إلى حد الاندماج في اختبار ما، بأن نقدم له مثيرات غامضة أو مبهمة (Chabert, 1998a) . هذا الأمر يسمح بالتوصّل الى تشخيص بنيوي لاضطراب التوحد والمساهمة في علاجه؛ لأن التوحد ليس فقط اضطرابا في الاتصال بل هو توظيف نفسي نوعي.

1. المسار التاريخي لتطور اضطراب التوحد: سنعرض في هذا العنصر أهم المحطات التاريخية لتطور مفهوم اضطراب التوحد. هذا المسار التاريخي الذي قادنا الى اقتراح فرضيتنا القائلة بخصوصية التوظيف النفسي للشخص المتوحد.

مصطلح التوحد المترجم عن اللغة الفرنسية (autisme) ينحدر من أصل يوناني يعني الذات، استعمل لأول مرة عام 1911 من قبل الطبيب العقلي بلولر (Bleuler) ليشير به الى الهروب خارج الواقع والانسحاب الى العالم الداخلي لدى المرضى الفصاميين الراشدين، واعتبر بعد ذلك اضطرابا عقليا ناتجا عن خلل في النمو المعرفي. عام 1930 ومن منظور نفسي تحليلي أشارت ميلاني كلاين في مقالها: أهمية تكوين الرمز في نمو الأنا – L’importance de la formation du symbole dans le développement du Moi– الى حالة الطفل (Dick) البالغ من العمر أربع سنوات والذي قدّم جدولا عياديا لاضطراب التوحد، يظهر من خلال اللاتمايز أمام حضور أو غياب الأم والبلادة العاطفية وعدم الاهتمام لأي شيئ ما عدا غلق وفتح الأبواب والقطارات المتحركة، غياب كل أنواع التواصل مع

المحيط والآخرين، وأشارت ميلاني كلاين الى الصعوبة المتواجدة لدى هذا الطفل في تكوين الرموز. ليصنّف هذا الاضطراب عام 1943 من قبل الطبيب الأمريكي (Leo Kanner) في مقاله الأصلي - Autistic -disturbances of affective contact الذي تناول فيه دراسة أحداعشر طفلا كاضطراب خاص بالأطفال وسماه بـتوحد الطفولة المبكرة (Autisme infantile précoce)، والذي يتميّز باضطراب جوهري يخص عدم قدرة الطفل على اقامة علاقات عادية مع الأشخاص والاستجابة الطبيعية للوضعيات في بداية الحياة.

2. تصنيف (Kanner) لاضطراب توحد الطفولة: هذا التصنيف هو من أقدم التصنيفات والأكثر اعتمادا حاليا؛ (Kanner) وفي المقال المشار اليه أعلاه وفي مقالاته الموالية حدّد الميزات العيادية لهذا الاضطراب والمتمثلة في العناصر الستة التالية:

1.2. الانسحاب التوحدي: المتمثل في الغياب الحاد للاتصال بالواقع الخارجي، والذي قد يصل الى حالة العزلة الحادة التي تقصي وتنكر كل ما يأتي من الخارج، فيظهر الطفل وكأنه لا يرى المواضيع الخارجية ويتصرف وكأن الآخر غير موجود.

2.2. حاجة الطفل المتوحد الملّحة الى البقاء ثابتا والقلق الحاد من تغيير الوضعيات أو الأشياء في المحيط . الطفل لديه طقوس لتفتيش محيطه للتأكد من غياب أي تغيير ولو بسيط، خاصة وأنه يملك ذاكرة قوية تحفظ بدقة تفاصيل ترتيب الأشياء.

3.2. النمطية المتمثلة في التكرير المستمر لمجموعة من الحركات خلال اليوم، تحدث استثارة عالية واشباعا شبقيا كبيرا. تمس هذه الحركات الرأس أو أحد الأطراف العلوية والسفلية أو الأصابع أو النمطية اللغوية.

4.2. اضطرابات اللغة: في عينته المدروسة وضّح (Kanner) أن ثمانية من بين أحداعشر طفلا اكتسبوا اللغة في مرحلة متأخرة، والطفل لديه القدرة على فهم اللغة لكن هذه الأخيرة لا تملك سمة التواصل وتتميز بالعديد من الاختلالات أهمها:

أولا، عكس الضمير: بحيث يتحدث الطفل المتوحد عن نفسه في المقام الثاني أو الثالث لأنه لا يستطيع استعمال الضمير -أنا- للحديث عن نفسه.

ثانيا، صدى التكرار من خلال تكرير بعض الجمل أو الأجزاء منها، يسمعها حوله وتكون عموما في سياق آخر غير السياق الحالي، مما يعطي للحديث غموضا وفقدا للمعنى. فيحدث ابدال مجازي يبقى فيه المعنى لدى الطفل وحده يرتبط بتجربة داخلية معاشة ولا يخدم عملية التواصل مع الآخر.

5.2. يعطي هؤلاء الأطفال احساسا للآخر بأنهم أذكياء، في حين أوضحت دراسة كل من (Ritvo et Freemann) بأن معامل الذكاء لديهم لا يتجاوز 70 (مشار اليه في Ferrari. 2010: 09).

6.2. النمو الجسدي يكون عموما طبيعيا رغم ظهور نوبات الصرع لدى حوالي خمسةعشر (15) الى عشرين (20) بالمائة من الأطفال المتوحدين.

3. تشخيص اضطراب التوحد: يمكن تشخيص هذا الاضطراب مبكرا من خلال مؤشرات أساسية ملاحظة تتمثل في التأخر في النمو المبكر للطفل؛ لأن هذا النوع من التشخيص قبل السنتين يكون سهلا بالرجوع الى السواء في علم نفس النمو، وهنا تظهر احتمالية ظهور اضطراب التوحد أو التخلف العقلي اذا كان التأخر هاما. أما اذا كان التأخر في النمو يمس جانبا واحدا أو يكون بسيطا فان التشخيص يكون صعبا؛ لأن أعراض التوحد تكون متأخرة خاصة اذا كان التأخر يمسّ

اللغة فقط. مما يجعل اللجوء الى العديد من الفحوصات المتكاملة والضرورية حتميا؛ لأن فحص الطفل المتوحد ليس بالأمر البسيط وانما يفترض فحصا نفسيا وجسديا دقيقا يتمحور أساسا في الفحوصات التالية:

1.3. الفحص العيادي: الذي يقوم على دراسة الحالة؛ مما يسمح بتصنيف الطفل في أحد الوحدات العيادية الأربعةالمتواجدة في التصنيفات العالمية للاظطرابات النفسية والعقلية :

1.2.3. توحد الطفولة (L'autisme infantile) يقوم تشخيصه على المعايير التالية (ظهور الاضطراب قبل ثلاث سنوات، الاصابة النوعية في التفاعل الاجتماعي، الاصابة النوعية للاتصال واللغة، سلوكات واهتمامات ونشاطات محدودة مع النمطية والتكرير).

2.1.3. التوحد اللانموذجي (L'autisme atypique) يختلف هذا النوع عن النوع الأول بظهوره المتأخر بعد ثلاث سنوات وبأعراضه غير الكاملة وارتباطه أحيانا بالتأخر العقلي الذي قد يكون حادا.

3.1.3. الذهانات المبكرة (Les psychoses précoces déficitaires) تم فصل هذا النوع من الذهانات في التصنيفات الفرنسية للاضطرابات النفسية والعقلية (CIM 10). تظهر هذه الذهانات لدى الأطفال المتخلفين عقليا وتحدث اضطرابا في الوظائف المعرفية، وتظهر صعوبات في التواصل مع سلوكات للانغلاق على الذات ونوبات قلق وسلوكات انفجارية خاصة العدوانية على الذات.

4.1.3. اللاتجانسات الذهانية (Les dysharmonies psychotiques) هذا النوع من الذهانات المبكرة تم عزله أيضا في التصنيفات الفرنسية، في حين تبقى التصنيفات الأمريكية (DSM)

تتحدث عن -المركب المتعدد لاضطراب النمو- الذي يتميز بالأعراض التالية: ظهور الاضطراب ابتداء من ثلاث الى أربع سنوات، الأعراض قد تختلف من طفل الى آخر ولدى نفس الطفل خلال نموه، مع فشل متكرر في التمدرس، القلق النفسي الحاد الذي يأخذ أشكالا مختلفة، كالقلق الاكتئابي أو قلق التفريق او المخاوف المرضية المختلفة، العلاقة مع الواقع هشة ومهددة بالقطيعة، اضطراب سيرورات التفكير بفعل الاجتياح العاطفي الحاد، والانسياب الكبير للتصورات والاستهامات مع خطر الخلط بين العالم الداخلي المهدد والعالم الخارجي، السلوكات الانسحابية والمحدودية في التفاعل الاجتماعي.

2.3. الفحص الجسدي: ضروري جدا في مختلف ذهانات الطفولة، للبحث عن خلل وراثية أو سوابق جنينية أو نزيف عصبي أو سوء التروية أو وجود صرع، مع ضرورة الفحص الحسي للتأكد من غياب الصمم أو الاضطرابات في الرؤية.

3.3. الفحص اللغوي: يجب فحص اللغة من خلال تقويم اللغة التلقائية (وجود أو غياب اللغة، استعمال ضمير المتكلم أنا، طبيعة الاجابات اللغوية) وتقويم الكفاءات النفسية اللغوية.

4.3. الفحص النفسي الحركي: من خلال تتبع النمو النفسي الحركي وكيفية تعامل الطفل مع جسده وكيفية استعمال هذا الأخير، التأخر في النمو، التأخر في المشي، النمطية الحركية، سلوكات الهيجان.

5.3 . الفحص النفسي الديناميكي: يهدف الى تحديد المستوى العقلي ومستوى القدرات المعرفية وتحديد ميزات الشخصية والبحث في مختلف الميكانيزمات النفسية المرضية. هنا نلجأ الى القياس النفسي بشرط احتواء الطفل وتأمينه لانقاص حدة القلق لديه، ويمكن الاعتماد على العديد من الاختبارات النفسية مثل اختبار (Brunet-Lezine) للأطفال أقل من 30 شهر واختبارات الذكاء (Wechsler-Wais)

وسلالم التقويم للتقويم النوعي أو الكمي لمختلف الأعراض والسلوكات التوحدية والاختبارات الاسقاطية وهو ما سنتناوله في هذه الدراسة.

4. تشخيص اضطراب التوحد من خلال التقنية الاسقاطية:

تعيد التقنية الاسقاطية إلى جانب من ميكانيزم الإسقاط الذي تحدث عنه سغموند فرويد (Freud. S). أقدم أنواع هذه التقنيات هو اختبار ترابط الكلمات لصاحبه كارل يونغ (Jung. C) المنشور عام 1904، لكن الأكثر انتشارا واستعمالا في مجال الفحص العيادي هي الاختبارات التالية: اختبار التشخيص النفسي (الروشاخ)، اختبارات تفهم الموضوع (TAT) و(CAT) و(patte noire)، الرسم، اختبار استراتيجيات مواجهة الإحباط لـ (Rosenweig).

الهدف الأساسي لهذه التقنية هو التوصّل إلى تشخيص فارقي لبنية الشخصية السوّية والمرضية ودراسة التوظيف النفسي للفرد من منظور ديناميكي. تضع هذه التقنية الشخص في وضعية شبيهة بوضعية التحليل النفسي، يتفاعل ويجيب من خلالها بوساطة الاختبار الاسقاطي مشكلا علاقة ثلاثية (فاحص- اختبار – مفحوص) بدلا عن العلاقة الثنائية. يجيب الشخص المفحوص تبعا للمعنى الذي لديه؛ لأن المثير المستعمل (الاختبار) ضعيف التنظيم يفسح المجال واسعا لعدد كبير من الإجابات المختلفة، وهو بذلك - يستدعي ميكانيزمات التكيّف مع الواقع التي تفرض استعمالا سليما للإدراك...وميكانيزمات الإسقاط التي تترجم من خلالها العناصر الاستهامية والعاطفية المشكّلة لخصوصية الفرد- (Postel. 1998: 359).

الاختبارات الاسقاطية تعطي نتائج دقيقة وحاسمة في تشخيص الحالة؛ بحيث تدعو المفحوص للتحدث بحرية انطلاقا من النوعية

الخاصة لمادة الاختبار المقترحة عليه والمتميّزة بأنها ملموسة ومبهمة في آن واحد، تساهم بهاتين الميزتين في خلق مجال علائقي جديد ونوعي بين الفاحص والمفحوص يسمح بإثارة العمليات العقلية الناشطة خلال اجتياز الاختبار مع الفرضية التي تترجم نمط التوظيف النفسي للشخص. وهنا تتدخل المرجعية النظرية التي تشكل إطارا تحليليا للمعطيات المجمعة من الاختبار.

تعتبر فرصة التعبير الحر خلال اجتياز الاختبار الاسقاطي أول مرحلة لإدراك مثيرات الاختبار كنوع من التعامل الإجباري مع موضوع من العالم الخارجي وهو الأمر الذي يفتقر اليه المصاب باضطراب التوحد وتعمل التقنية الاسقاطية على علاجه. يمتلك الاختبار محتوى ظاهر ومحتوى كامن يسمى بحركية الاستهامات والعواطف، التي تعبّر عن إشكاليات تقوم على سجلات من الصراع النفسي. تعليمة الاختبار الالزامية -...كما في وضعية التحليل النفسي... تترك حرية كبيرة للشخص وهي في نفس الوقت إجبارا له، تجعله محكوما في الحرية المعطاة له؛ بمعنى أن يكشف نفسه أمام نفسه- (Anzieu et Chabert. 1992: 89) . يحدث في الوضعية الاسقاطية التحويل الايجابي -...نظرا لتنشيط الحركات النكوصية بواسطة مادة الاختبار فتحدث ضعفا في المراقبة النفسية، وتظهر الصراعات النفسية في شكل رغبات واحباطات- (Chabert. 1998a: 38) ويتواجد هذا التحويل في منظور مضاعف كآلية انقال تسمح بالتعبير عن المحتوى (محتوى الاختبار) وعن محتوى اللاشعور، أما المنظور الثاني فيتمثل في إعادة تنشيط الوضعيات العلائقية الخاصة وتكون فيها المرجعية لاشعورية ترتبط مباشرة بالصور الأبوية. الاعتماد على المرجعية النفسية التحليلة لتحليل التقنية الاسقاطية يسمح بجمع المعطيات المعمّقة والتي لا يمكن جمعها في جداول عيادية؛ إذ أن -...استعمال

التقنية الاسقاطية يشكل مرجعية قيّمة كلما كانت النتائج العيادية غامضة، أو عندما يطرح إشكال التشخيص الفارقي بهدف إعداد أنماط علاجية خاصة- (Chabert. 1998b: 32) .

الاختبارات الاسقاطية توقظ وتستحضر السيرورات النفسية والمعرفية التي لا يتمكن النفساني من التوصل إليها بالملاحظة أو خلال المقابلة العيادية، وتسمح أيضا بتقويم ديناميكي للجهاز النفسي للفرد لمعرفة نقاط العطب فيه وللفحص المعمق. يقوم هذا الفحص على مبدأ (الإدراك- الإسقاط) للوحات؛ بحيث يظهر الاختبار سلوكات إدراكية (وصف صور مترابطة انطلاقا من واقع الاختبار) واسقاطية (الإحساس، اهتمامات الشخص، العلاقة بالمواضيع الداخلية والخارجية، الاستهامات والعاطفة المرافقة للإجابات)، ويعتبر - ...اختبارا للحدود في مجال بناء تصور الذات والاستثمار النرجسي، كما أن المرجعية للعلاقة بالموضوع حاضرة لأنه لا يمكننا عزل مختلف الاستثمارات النرجسية والموضوعية...وتسجّل (الاستثمارات) في جدلية هامة، كونها تشكل أساسا لتقويم التوظيف النفسي واحتمالية تغيره- (Chabert. 1998a: 133-134). وينبني على أساس قيام علاقة بين الإدراك والشخصية؛ بحيث يترجم إدراك الفرد لبقع الحبر في الروشاخ مثلا طبيعة وظائفه النفسية من خلال أنّ البقع تستثير بغموضها استجابات ترتبط بخبرات الفرد السابقة، خاصة وأنّ البقع لا تضبطها أية خلفية اجتماعية أو ثقافية؛ لذا لا تستوجب إعطاء إجابات صحيحة أو خاطئة، فكل اجابة يعطيها الفرد هي صحيحة. يساعد هذا الاختبار على تحديد طبيعة ومستوى ثلاثة جوانب أساسية في الشخصية هي:

أولا، الجوانب المعرفية والعقلية، وتشمل مستوى القدرة العقلية وفاعليتها، أسلوب معالجة المعطيات، قوة الملاحظة، القدرة على

الإنتاجية الذاتية ونوعيتها، أصالة التفكير (ابتكاري، خيالي، واقعي). يمكن من خلال هذا الجانب أن نستغني عن اختبارات تقويم القدرات العقلية في تشخيص اضطراب التوحد وحساب معامل الذكاء.

ثانيا، الجوانب الوجدانية والانفعالية وتشمل السمة الانفعالية العامة (قلق، اكتآب، انسحاب، عدوان...) والمشاعر نحو الذات، والعلاقات مع المواضيع الخارجية، ضبط والتحكم في النزعات والدوافع والقدرة على الإشباع وعلى تأجيل الإشباع وهو ما تعجز عن القيام به معظم التقنيات العيادية المعتمدة أمام اضطراب التوحد.

ثالثا، جوانب فاعلية الأنا، والتي تشمل قوة الأنا وقدرته على التكيف مع الواقع وإدراك مواضيعه وتقديره لذاته، ثم مجالات الصراع النفسي (الجنسية، العدوانية، المرتبطة بالسلطة، الاتكالية، المرتبطة بتأكيد مفهوم الذات وغيرها) والبنية الدفاعية. أمام انغلاق أنا المتوحد يستحيل البحث في هذه البنية بعيدا عن اختبار الروشاخ.

يحمل الاختبار خمس لوحات (IX–VI–V–IV–I) تعيد إلى تصور الذات وترتبط مباشرة بمفهوم الهوّية، مع ميزة فهم الحدود (داخل/ خارج) و(ذات/آخر) وتعطي للشخص الفرصة لتصور نفسه كوحدة كلية من خلال صورة الجسد المتميّزة في خصوصيتها الذاتية. اذن هو تقنية علاجية تعمل على محاولة لم أجزاء صورة الجسد التي يفتقدها المتوحد، أما اللوحات(VII–III–II) فتثير تصورات العلاقة في اختلافها التناظري النرجسي أو العلاقة المتصارعة بسبب الحركات الموضوعية الليبيدية أو العدوانية، وهي اللوحات التي تكشف عن العلاقة بالمواضيع الداخلية لدى المتوحدين وسبب اشكالية التواصل مع الآخر. اللوحة (VIII) ترتبط بالمرجعية إلى تصور الذات وتصورات العلاقة، أما اللوحة (X) فتثير حركات نكوصية وتعرف بلوحة التفريق.

قدّم (H Rorschach) في كتابه التشخيص النفسي عام 1921 مقاربة جديدة للشخصية تنبني على مبدأ الإدراك/ التصور. يقوم هذا المبدأ على ثلاث سيرورات هي: الإحساس، ذكريات التجارب الماضية، وعمليات الربط. هذه السيرورات أثارت الاهتمام حول عاملين أساسيين: أولهما، تطبيق اختبار الروشاخ يحفّز إسقاط الحركة الإنسانية والحيوانية لدى الأسوياء، ويرافقها اندماج في الهوية وفي التقمص. هذه العملية الأخيرة تغيب كلية لدى الأشخاص ذوي التفكير النمطي ولدى المتوحدين، ويعمل الاختبار على ترميمها باعتباره اختبار تفكيكي للشخصية. أما الربط بين سيرورة التفكير ونوعية وكمية العواطف التي يكشفها الاختبار أيضا يقال فيها الكثير لدى المتوحدين المنغلقين على ذواتهم بسحب كل الاستثمارات الموضوعية وإرجاعها إلى الأنا الذي يبقى رغم ذلك فقيرا من الاستثمارات النرجسية. هذا الاستفهام لن يجيب عنه إلا اختبار الروشاخ الذي يبحث في بنية الأنا.

ثانيهما، ضرورة تطبيق الاختبار قبل وبعد العلاج النفسي للتأكد من – التغيّر في العاطفة وتطوّر التثبيتات الغريزية–. هذه الطريقة مهمة في حالة اضطراب التوحد خلال البرنامج العلاجي لفهم مسار تكوين وتطوّر شخصية المتوحد وطبيعة دفاعاته المستعملة من قبل الأنا لمقاومة الاتصال مع مواضيع العالم الخارجي وكيفية بناء مواضيعه الداخلية.

إشكالية الخلط بين الاختبارات المستعملة وتأويل هذه الاختبارات فصلت فيه بشكل نهائي Chabert (2001) من خلال اعتماد نظرية التحليل النفسي في تحليل الاختبارات الاسقاطية؛ بحيث أثارت فكرة الخلط الابستيمولوجي المتمثل في أن –المقاربات التحليلية تتناول كموضوع للدراسة ليس الاختبار الاسقاطي في حد ذاته لكن

التوظيف النفسي- وتضيف - لا الروشاخ ولا TAT يحتويان على نظرية- الشيء نفسه يقال عن اختبارات التوظيف المعرفي التي تقيس القدرات الفكرية، التي لا تحوي نظرية تفسيرية كاختبار (Weschler) أو اختبارات النمو كاختبار (Brunet-Lezine) ما يحكمها فقط هو قوانين النمو التي تطبّق أيضا على التوظيف النفسي.

من الخطر أن نحصر أنفسنا كنفسانيين ممارسين في ملاحظة سلوك كمي دون تحليل التوظيف النفسي الديناميكي للشخص. S. Tordjman (2002) أشارت إلى خطر التحليل الكمي لمؤشر وحيد من أجل التشخيص، واستشهدت بأعمال كل من D. Anzieu و J. Guillaumin و C. Chabert و M. Emmanuelli حول الذاتية في تطبيق وترميز الاختبارات؛ لذا علينا التوجه إلى تقنيات أخرى أكثر دقة وشمولية.

اختبار الروشاخ هو اختبار لتقييم الهوّية وتتبع وفهم التقمصات؛ وقد أوضحت (Chabert) إمكانية التبادل بين الادراكات والتصورات في التمايز الأولي للحدود بين الداخل والخارج، وإدراك الأشكال المنتظمة حول محور واحد في الروشاخ يثير إسقاط صورة الجسد ونوعية التنظيم العاطفي. هذه الميزات تقودنا إلى البحث عن مؤشرات ذات صلة بسيرورات التوحد في المحطات الأولى للبناء النفسي الجسدي، وتسمح لنا الأشكال الأولى للتقمصات التي يكشف عنها الروشاخ بالوصول إلى التمايزات المبكرة، مما يوضح إمكانية وكيفية انتظام البنيات النفسية والغريزية والمراحل التي يتم العودة إليها أمام صدمة التمزق والانفجار القوي.

5. المشاكل المنهجية: قد تطرح العديد من التساؤلات حول امكانية تطبيق التقنية الاسقاطية مع المتوحدين، سنحاول في هذا المقام الاجابة عن أهمها.

مشكلة اللغة لدى المتوحد: أشرنا فيما سبق الى الصعوبات اللغوية لدى المتوحدين التي قد تمثل عائقا كبيرا أمام تطبيق الاختبار الاسقاطي القائم على اسقاط العالم الداخلي من خلال الكلمة على مادة الاختبار. أكدت العديد من الدراسات المشار الى بعضها أعلاه أن الطفل المتوحد لديه القدرة على فهم اللغة مما يسّهل فهم تعليمة الاختبار هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى يمكن تسجيل الاجابات بحضور شخص قريب جدا من الحالة، يكون قادرا على فهم الغموض في الحديث ان وجد، ومن ناحية ثالثة فان مهمة تطبيق الاختبار يجب أن توكل الى أخصائي نفسي سبق وتعامل معه الطفل تكون لديه علاقة واتصال جيّد معه يسهّل كثيرا المقابلة العيادية التي يتم خلالها تطبيق الاختبار؛ خاصة وأن التوجهات الحديثة في التقنية الاسقاطية توكل مهمة الفحص الاسقاطي الى فاحص غير المعالج، وهذا من أجل تفادي الجانب الذاتي في التقنية الاسقاطية وفي التقييم النفسي للشخص المفحوص.

يجب تطبيق الاختبارات الاسقاطية على الأطفال المتوحدين ذوي الذكاء العادي أو المرتفع لتجنب الدخول في دوامة التأخر العقلي لدى المتوحدين ذوي الذكاء المنخفض، وبالتالي استحالة تطبيق الاختبار الاسقاطي واستحالة الحصول على نتائج اسقاطية دقيقة.

اذا غابت اللغة المنطوقة كلية لدى المتوحد، يمكننا تطبيق اختبار الرسم بشكل فردي أو جماعي خاصة وأنه سهل التطبيق ولا يرفض عموما من قبل الطفل أو تركيب الصور (Collage) أو التجسيم (Modelage) أو اسقاط المشكلات من خلال التعبير الجسدي واسقاط المفهوم على دعائم بصرية أو حسيّة أخرى أو ما يعرف بالاتصال الاجباري والخلق الخيالي للرفيق، الذي يتم عموما من

خلال لعب الأدوار الواقعي أو من خلال حلم اليقضة خاصة وأن فهم اللغة تم الفصل فيه لدى المتوحد.

الرسم لدى الطفل هو فعل ابداعي وفعل للاتصال وأثر يتركه الطفل يمكنه العودة اليه خاصة أمام عجز اللغة أو غيابها. الطفل يظهر فرحة كبيرة برسوماته في الفترة العمرية الممتدة من أربع الى عشر سنوات ومن خلال السرعة في انجازه فانه يشبع الضغط العاطفي والانفعالي الذي لم يكتسب المتوحد التحكم فيه وضبطه بسبب عدم استدخال ثنائية حضور وغياب الأم والعجز عن تكوين الرمز والكلمة؛ فالصورة أقدم بكثير من الكلمة. يلعب الايحاء المباشر وغير المباشر للطفل المتوحد والتشجيع الدائم من قبل الراشدين دورا هاما في تفعيل استراتيجية الاتصال بالرسم، ليشكل بذلك تعبيرا واضحا عن الشخصية ومكانا مفضلا للاسقاط. الرسم هو وسيلة تشخيصية وعلاجية تستجيب لمعاناة الطفل، لذا يجب اختيار نوع الرسم الذي يطلب من الطفل انجازه بدقة وبعناية (رسم حر، أو رسم مقيد:عائلة، شجرة، الشخص، AT9، D 10 ...) وهي اختبارات تحفز الخيال والابداع ككل الاختبارات الاسقاطية.

خاتمة: التصور النظري المقترح في هذا المقال، والقائم على فكرة تشخيص وعلاج اضطراب التوحد من خلال التقنية الاسقاطية وفردانية هذه الحالات جاء بعد ملاحظة دقيقة وطويلة لكيفية تعامل النفسانيين الممارسين مع حالات المتوحدين داخل مراكز التكفل بفئة ذوي الاحتياجات الخاصة والمتوحدين. ما لاحظناه هو افتقار النفسانيين العياديين خاصة لوسائل تشخيصية نفسية فعّالة، مما يجعلهم يرتكزون فقط على التشخيص العرضي من خلال الملاحظة العيادية أو شبكات الملاحظة أو المقابلة العيادية التي تعاني عموما من الفقر في المحتوى واضطراب في عملية الاتصال بين المعاش النفسي للفاحص

والمفحوص. فكرة الربط بين قطبي التوحد والتقنية الاسقاطية لاقت للأسف رفضا من قبل هؤلاء النفسانيين في البداية، خاصة منهم الأرطفونيون الذين يغلقون على أنفسهم داخل المقاربة المعرفية ويرفضون مختلف المقاربات النفسية التفسيرية والعلاجية، ويكتفون بتفسير هذا الاضطراب على أنه خلل في وظائف الجهاز العصبي يحدث قطيعة في التواصل مع العالم الخارجي، ويهملون بذلك البناء النفسي الديناميكي الذي يختفي وراء مجموع الأعراض الملاحظة. هذا الأمر صعّب نوعا ما التطبيق الفعلي لهذه الفكرة في الميدان لكنه لم يجعل ذلك مستحيلا، خاصة وأننا اقترحنا حلولا للمشاكل المنهجية التي قد تطرح، والمتمثلة أساسا في مشكلة فقر التواصل لدى هذه الحالات مع العالم الخارجي. وقد أوضحنا كيف يساهم مثلا اختبار الروشاخ في علاج وترميم هذا الجزء الفعّال في اضطراب التوحد. ونحن نساهم حاليا في التطبيق الفعلي لهذا التصور النظري من خلال تطبيق رباعية التقنية الاسقاطية (الرسم، اللعب، الاختبارات البنيوية، اختبارات تفهم الموضوع) في التشخيص البنيوي وفي الترميم العلاجي لأهم ثغرات التوظيف النفسي التوحدي.

المراجع

- Anzieu. D et Chabert. C (1992). **Les méthodes projectives**. 9eme édition. PUF. Paris.
- Chabert. C (1998a**). La psychopathologie à l'épreuve du Rorschach**. 2eme édition. Dunod. Paris.
- Chabert. C (1998b). **Psychanalyse et méthodes projectives**. Dunod. Paris.
- Chabert. C (2001). - La psychanalyse au service de la psychologie projective- **Psychologie clinique et projective**. vol 7. pp 55-69.
- **DSM IV-TR, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** (2000) **.** 4 eme édition. trad française. S/D. P. Boyer, J. Guelfi, C-B. Pull, M-C. Pull. Masson. Paris.
- Ferrari. P (2010). **L'autisme infantile**. 6eme édition. 1 ere édition 1999. PUF. Paris.
- Frith. U (2010). **L'énigme de l'autisme**. Traduction française par Basil Blackwell. 2003. Edition Odile Jacob. Paris.

- Hochmann. J (2009). **Histoire de l'autisme**. édition Odile jacob. Paris.
- Laboureur. M (2011). **Jérome et ses quelques traits d'autisme: séparation et inquiétude, une analyse**. édition l'harmattan. Paris.
- Lefort. R et R (1995). **La distinction de l'autisme**. Edition du Seuil. Paris.
- Lemay. M (2004). **L'autisme aujourd'hui**. édition Odile jacob. Paris.
- Postel. J (1998). **Dictionnaire de psychiatrie et de psychopathologie clinique**. Larousse. Paris.
- Tordjman S (2002). **Les instruments d'évaluation de l'autisme : intérêts et limites**. In Psychiatrie de l'enfant, XIV, 2, pp 533- 558.
- Suarez Labat. H (2006). **Les apports des épreuves projectives dans les évaluations de l'autisme**. In Perspectives Psychiatriques, Volume 45, N° 3. France.