تكيّف الطفل "المتوحد" في الحياة المدرسية من خلال بناء ذكاءه المتعدّد

[1] عبد القادر بَهتان أستاذ محاضر صنف "أ"

تاريخ الارسال 26-01-2018 تاريخ القبول 11-11-2019

ملخص

ظاهرة التوحد الطفلي واحدة من أهم اضطرابات القرن التي تعاني منها مختلف المجتمعات. في هذا الإطار، أشار الطبيبان" كانر(1943) *Kanner* "و"أسبرغر"(1944) *Asperger*، إلى المعاناة النفسية والصّحية عموما التي تعرقل المسار النمائي، والعلائقي للطفل، وما يترتب عن ذلك على الصعيدين التربوي والتعليمي.

سنتناول في دراستنا الاستقرائية مفاهيم التوحد، وأسبابه الداخلية والخارجية، وكيفية إدماج الطفل التوحدي في محيطه المدرسي بهدف التكيّف. بحيث **نفترض** ذلك من خلال تنمية الذكاء المتعدّد (أو كما يسميه "هوارد جاردنر"*Howard Gardner*)، بهدف الانسجام، والتفاعل مع كامل جسمه ومحيطه.

كلمات مفتاحية : اضطراب التوحد، الذكاء المتعدّد، التكيّف، تدريس المتوحد.

Résumé

Le phénomène de l'autisme infantile fait partie des troubles du siècle les plus importants faisant souffrir les différentes sociétés. Dans ce cadre, les deux médecins *Kanner* (1943) et *Asperger* (1944) désignent la souffrance psychique et sanitaire, en général, qui trouble la conduite développementale et relationnelle de l'enfant. Et cela impactent son mode d'enseignement et éducationnel.

On abordera dans notre étude inductive les concepts de l'autisme, ses causes internes et externes, et comment faire pour intégrer l'enfant autiste dans son environnement scolaire dans le but d'adaptation, et cela ne serait qu'à partir de l'évolution de son intelligence multiple (selon *Howard Gardner*) pour son harmonie et l'interaction avec son corps entier, et son entourage.

***Mots-clés** : autisme, intelligence multiple, adaptation, enseignement de l'autiste*

جامعة 8 ماي1945، قالمة، abehtc2i@gmail.com

مقدمة

أضحى مصطلح" التوحد" شائعا لانتشاره في الآونة الأخيرة. سيما شيوع للمعلومات وللدّراسات حول التوحد. فأصبح مصطلح "التوحد" يستخدم لوصف شخص وحيد، ومنطو على ذاته، أو منعزل عن جماعته. فالعلاقات مع الآخرين تجعل الطفل المتوحد يستشعر أناه، لتتضح شخصيته شيئا فشيئا (خصوصا لحالات التوحد الخفيف)، (Villars, Toraille, & Ehrhard, 1967, p. 40). لأنهم يميلون إليه (الإنعزال) بصورة دائمة خصوصا في الوسط المدرسي. وليس بالضرورة رفضهم من قبل جماعة الرفاق. إنّما هو قائم بذاته عند المتوحد. الأمر الذي قد يجنبهم التعلّم مع الأسوياء. وحتّى هؤلاء قد يرفضون كل فعل مرضي يصدر عنهم. ولو أنّه قد ندمجهم أحيانا في المدارس العادية. من جهة، لكي لا نشعر أهلهم بالدونية. ومن جهة أخرى، لندرة مدارس خاصة بالمتوحدين.

أمّا التوحد، في الجزائر، فبالرغم من أنّه يصنّف اضطراب في الأوساط العلمية، لا يزال يعتبر مرض في الأوساط العائلية. أو كما تراه أغلب الأوساط العائلية."[1] الأمر الذي قد يساعد على اكتشاف مدى انتشار الإضطراب.

من ناحية الوصف، سمحت أعمال" كانر"Kanner (1943) بوضع اتفاق حول علامات الاضطراب الإكلينيكية والتشخيصية للتوحد. وبالرغم من ذلك، بقيت استفهامات حول الاضطراب وأسبابه، وحول فيزيولوجية الاضطرابات المصاحبة. لكن المقاربات المفسّرة، والمنبثقة من علم النفس، والطب، والبيولوجيا، والعلوم العصبية، طرحت فرضيات سببية، وأخرى غير مطلقة. وللتيار الإمبريقي الفضل في بلورة الوفاق حول تشخيص التوحد، حيث تؤكّد المقاربات الحديثة، سيما علم النفس المرضي، دراسة "شوبلير" (Schopler) الذي يؤكّد على أنّ التوحد اضطراب في النمو، متعدّدة أسبابه الداخلية والخارجية. وهذا ما يفرض الحديث عن "تناذر" في بعده الدينامي المتكامل، والمفتوح. أو بالأحرى الحديث عن درجة تعقيده أو شدّته. (Reichler et al., 1971, p. 7)

من خلال النظريات الإكلينيكية للتوحد، نحاول ربطها مع تصنيفات ونظريات الذكاء المفسّرة له. نتساءل عمّا مدى تكيّف المتوحد من خلال بناء ذكاءه المتعدّد، خصوصا في الحياة المدرسية. لأنّ تحديد المشاكل الإجتماعية، والمعرفية، والحسيّة، والتكيفية، والانفعالية، والتواصلية الخاصة بالمتوحد، قد يتوقف حلّها على معرفة أشكال الذكاء المتطورة لتنمية المتخلّفة منها.

[1] نقصد نظرة العائلات إلى التوحد على أنّه مرض، عكس ما يراه الباحثون في مختلف التخصصات على أنّه اضطراب.

I. تاريخ مفهوم مصطلح التوحد

من الناحية اللغوية، مصطلح "*توحد*" مشتق من اليونانية؛ "ذات.(*auto*) " . من الناحية الاصطلاحية أدرج مصطلح "توحد" للمرة الأولى من قبل "بلولر" (1906) *Bleuler* للإشارة إلى نمط خاص من التفكير لدى الفصاميين. (Bertrand, Gely, & Siksou, 2009, p. 307)، وكتبه في كتابه (1911): "*مجموعة الفصامات*". ويصفه "كانير"[2](1943) بـــِ:"***"الاضطراب التوحدي للاتصال العاطفي"***. لقد وضع جدولا اكلينيكيا لـ "التوحد الطفلي المبكر"، مختلفا عن مصطلح "بلولر". مفاده أنّ الطفل منذ الولادة يجد صعوبة لإقامة اتصالات عاطفية مع محيطه. (Bloch, 1997, p. 86)

لاحقا أجرى" أسبرغر"(1944) دراسته على عدد من الحالات المتوحدة، التي وصفها بـ:" علامات قريبة مما ذكره " كانر" (Kanner, 1990)

من الناحية التحليلية النفسية، يوجد من فكّر مثل "ميلتزر" (Meltzer) في تفكك الذات. أرجع هذا التفكك إلى ضعف الانتباه. الأمر الذي جعل المشاعر الداخلية والخارجية ترتبط بمواضيع منعزلة، فضلا عن غياب فضاء داخلي للذات وللموضوع، فينتج عدم توظيف "*الغلاف النفسي*". ومنهم "بيك"[3] الذي يرجع أصل الاضطراب إلى: "**ضعف احتواء الذات، والقدرات النفسية والجسمية**". (Bloch, 1997, p. 87)

يشير "بيتلهايم" (1969) Bettelheim إلى العلاقة السيّئة بين الطفل ووالديه، سيما مع أمّه، بحيث قد يشعر بوضعية جد صعبة ودون أمل. الأمر الذي يجعله ينطوي على الذات. وبالتالي لا يفعّل الاتصال مع العالم الخارجي. ويرى الحل في إيجاد بديل لعائلة الطفل للتكفل به حتّى الشفاء. نافست النظرية العصبوبيولوجية ما جاء به "بيتلهايم". لقد دحضت "براديجم" النظرية التحليلية حول التوحد: حيث "برّأت العلاقة مع الأمهات"، وأضافت مفاهيما جديدة. مثل وجود اضطراب في الجينات، وعلامات ذلك، تكون متباينة بين الأطفال، سيما ظاهرة قبل سن الثالثة. (Perez, 2012) بل وأرجعه البعض (Ritvo, Launay, Ferrari) إلى ارتفاع هرمون السيروتونين، وعدد الصفائح الدموية. (Bloch, 1997, p. 87)

---

[2] أجرى "كانر"(1943) دراسة على 11 مريض مصاب بالتوحد.

[3] المقصود هنا ليس .Beck H بل Bick

إنّ اختلاف وتعدّد أشكال التوحد الإكلينيكية المحدّدة له، جعل اصطلاحات أساسية جديدة تظهر للعيان، مثل: "*طيف التوحد*"، أو الاستمرارية "*التوحدية*". (أنظر جدول1) بحيث تمكن المختص النفسي من محاولة علاج التوحد. (Tardif & Gepner, 2007, pp. 5-7)

جدول1 : تطور تسميات التوحد عبر الدليل الإحصائي للأمراض العقلية (APA, 2000)، (OMS, 1995)[4]

DSM III (1980)	DSM –III-R (1987)	CIM-10 (1992)	DSM-IV-TR 2000 & CIM 10 (1994)	DSM-V, & CIM-11(*2013*)
TED (1983)	TED (1992)	TED (1993)	TED (1996)	TSA (2013) ?
- توحد طفلي - تناذر كامل - تناذر متبقي	- اضطراب التوحد - اضطراب مداهم غير نوعي	- توحد طفلي - توحد غير نوعي - تناذر Rett - اضطرابات أخرى مدمجة - اضطرابات نشطة مع تأخر عقلي ونمطي - تناذر "أسبرغر" - اضطراب مداهم غير محدد	- اضطراب التوحد - تناذر Rett - اضطرابات مدمجة للطفولة - تناذر "أسبرغر" - اضطراب غير نوعي (بما فيه توحد غير نمطي)	- اضطراب طيف التوحد - تحسين وأخذ بعين الاعتبار أبعاد مصطلح التوحد

من الناحية النمائية البيولوجية، قد يفيد اختبار فحص الفيتامينات في إبراز أهم المعادن الناقصة في جسم الطفل. سيما نقص فيتامين "أ" الموجود في حليب الأم، فضلا عن عنصر الحديد،[5] وبالتالي بطء السوائل العصبية، وتعثّر النطق. من الوسائل العلاجية التعويض عن النقص البروتيني، فضلا عن الممارسة الرياضية، والتعلّم بجهاز الإعلام الآلي لتحسين السلوك البنائي.

بالرغم من التباينات حول التوحد، يتفق أغلب الباحثون على أنّه *اضطراب نمائي سلوكي*.

I. العلامات الإكلينيكية للتوحد

الخصائص المذكورة من قبل "كانر"[6](1943) في كتابه "الطفل العصبي"[7] تم إعادة تسميتها في التصنيفات الدولية. لقد أشار إلى الاضطرابات المبكرة، والانعزال الاجتماعي

[4] تناذر *RETT*: نمو قبل الولادة؛ نمو نفسو حركي عادي خلال الخمسة أشهر الأولى؛ محيط الجمجمة عادي؛ ظهور بعد المرحلة الأساسية للنمو العادي، نمو الجمجمة (ما بين 5 و 48شهر)؛ فقدان القدرات اليدوية الإرادية ما بين 5 و30 أشهر؛ فقدان الجتمعة في المرحلة المبكرة للاضطراب؛ عدم تناغم المشي؛ تدهور خطير في نمو اللغة(التعبيرية والرمزية) تكون مرتبطة بتأخر نفسي حركي.

[5] في غياب الأسباب الجينية، نذكّر بأهمية الرضاعة لحولين كاملين. سيما انتشار هذا الداء في رأينا يتوافق مع انتشار أيضاً جيل النساء اللواتي لا يرغبن في إرضاع أولادهن "خوفا على رشاقتهن". نستثني المريضات منهن. فضلا عن اضطراب اكتساب اللغة بسبب ربّما غياب الأم واتكالها على مربيات في تربية طفلها، أو جعله عرضة لما يسمى بـ: "تناذر الشاشات الكبيرة". كلها عوامل قد تفعل ظهور اضطراب طيف التوحد.

[6] البداية المبكرة للاضطراب (المرحلة الحسية الحركية)؛ الانعزال شاد جدا، يهمل اهمالا كبيرا المحيطين به وينعزل عنهم؛ الحاجة إلى ثبات المعالم المحيطة به؛ نمطية سلوكية، كأن يصفق و يقفز؛ اضطراب اللغة (صدوية، استخدام ضمير المخاطب بدل المتكلم)؛ ذاكرة أحيانا قوية. (1997, 86 .p)

والانسحاب، والسلوكات التكرارية والقهرية، واللغة غير السوية، وبعض المواهب بالرغم من تأخر النمو، وإشكالية عدم القدرة على القيام بعلاقات سليمة مع الآخرين منذ بداية حياته.

أمّا الوالدان فيعتبران أطفالهم المتوحدين مستقلين بذواتهم؛ "غير شاعرين بكل ما يحيط بهم"؛ "*إعطاء الإنطباع على* هدوءهم: "**فشل في تنمية وجتمعة سليمة وعادية.**" حيث يؤكّد "كانر" على أنّ: ***[لـ] الأطفال المتوحدين[...] عجز فطري لتنمية العلاقات العاطفية العادية مع الأشخاص [الذين على علاقة بيولوجية معهم].***" (Tardif & Gepner, 2007, p. 13)

وكأنّه يشبّه عجزهم بعجز الأطفال ذوي الإحتياجات الخاصة منذ الولادة". فللطفل المتوحد هوس العادة، لأنّه ينتابهم قلق وسواسي تجاه الإستمرارية مخافة التغيير، إنّه الأمر الذي يقوده كذلك إلى روتين مستمر وغير نهائي. ويظهر هذا الروتين في اللغة "الصدوية" (*l'écholalie*)، والنمطية اللفظية (*stéréotypie verbale*). هذه النمطية تثبط لديه نقل رسالة اتصالية. لأنّ لغة المتكلم والمخاطب غير مستخدمة لديه. مثلا: يرد الرسالة المرسلة كتغذية رجعية مع المخاطب. أمّا اكتساب القراءة ممكن، لكنها منزوعة المعنى.

في هذا السياق، أشار "أسبرغر"(1944) إلى اضطراب عميق في الإتصال، وصعوبات الإتصال والتكيف في الوسط الإجتماعي، لأنّ القدرة الفكرية مرتفعة في ميدان ومحصورة جدا في ميادين أخرى، ويصف بدقة اضطرابا أساسيا في سلوكاتهم، وفي طريقة تعبيرهم بسبب صعوبة الإندماج الإجتماعي. فضلا عن فقر الإتصال البصري، وفقر التعاطف، وأسبقية الإنجاز.

ويؤكّد" كانر" (1971) على ضعف التكيف الإجتماعي، وإن حدث تكيفهم سيحدث بصفة محدودة. بالنسبة إليه، حتّى السبعينيات لم يعالج الطفل المتوحد بصفة نهائية، لعدم وجود طريقة نفسية محدّدة، أو دواء نفسي. (Tardif & Gepner, 2007, p. 14)

في نفس الفترة تقريبا، وصفته "توستين" (Tustin, 1977, p. 86) في كتابها: "*التوحد وذهان الطفل*" في ثلاث مجموعات:

- *التوحد الأولي غير السوي*: يتمركز توظيفه العقلي في المشاعر البدائية؛
- *التوحد الثانوي المغطى*: يتشابه مع وصف "كانر"؛ التمييز بين "الأنا" و"اللاأنا".
- *التوحد الثانوي النكوصي*: الفصام الطفلي (ظهور الهوامات، وميكانيزم التقمص الإسقاطي).

بالنسبة لـــِ "بيرجوري" (1992) Bergeret : ""*التوحد عبارة عن ذهان كامن لا يظهر في صورته الواضحة، وأعراضه تدّل عليه*". هذا الكمون الذي أشار إليه التصنيف الفرنسي

[7] *Nervous child.*

للاضطرابات العقلية للطفل وللمراهق(CFTMEA-R-2000)، بحيث يفترض تقاسم التوحد إشكالية الشفاء بالأدوية[8] مع الذهان. (Mises & al, 2000)

إليه البعض يرى بأنّ علامات التوحد العيادية مختلفة عن الذهان. إلا أنّ غياب أو ضعف التكفل التام، قد يتطور في مرحلة الرشد إلى ذهان. (1992). ويظهر هذا الأخير من المراهقة، حتّى الرشد. (Tardif & Gepner, 2007, p. 8)

وبالنسبة لنفس التصنيف في طبعة مراجعة وحديثة (CFTMEA-R-2012)، في الغالب تضمن قدرات التكيّف والمراقبة لدى المتوحد حماية ضدّ خطورة الانهيار،[9] وضد غياب الواقع، بالرغم من تقاسم بعض خصائص الذهان. (Mises, 2012)

أمّا علاقة التوحد بالذهان سيما إمكانية مصاحبة الـ"كتاتونيا" لاضطراب طيف التوحد. بحيث تمّ تصنيفها (الكتاتونيا) على حدى، (APA, 2016, p. 28). ولو أنّ العلاج، في بداية (ق21)، لا يزال في بدايته للتكفل بالطفل التوحدي على مستوى مختلف المستويات (دراسية، اجتماعية، وبيولوجية)، فضلا عن القلق المصاحب لعائلته (الوالدين خصوصا بسبب جهلهما له). لأنّ التكفل بالمتوحد يفترض أن يكون متعددا لتوفير الراحة المستمرة له، ولوالديه أو لأبويه.

II.اضطراب التوحد حسب DSM-IV (APA, 2014)

تتمثّل الثلاثية الكلاسيكية لاضطراب التوحد في التخيل الاجتماعي، والتواصل الاجتماعي، والتفاعل الاجتماعي. بمعنى، حدوث اضطراب في التفاعلات الإجتماعية، والإتصال اللفظي وغير اللفظي، وفي الطابع التكراري للسلوكات. هذه الخصائص موجودة في التصنيفين الدوليين (DSM-IV- TR, APA, 2000، و(ICD-10, OMS, 1993)، فضلا عن ظهور تلك الاضطرابات أثناء الطفولة الأولى قبل سن الثالثة، يوجد الإنعزال الإجتماعي بصفة مبكرة الأمر الذي يزيد في المتاعب في سن مبكّرة كالطفولة، وظهور علامات للتوحد مثل: الإضطرابات الحسّية المتناقضة. أحيانا تكون فائقة الشدّة، وأحيانا خفيفة أو غائبة. وقد نجد الإستجابة للألم منعدمة أو ضعيفة، وللبعض الآخر نجد صوتا جد خافت وغير مدرك، وقد يكون غير متحملا، بينما صوت ردّاد أو مطرقة ثاقبة لا تحركهم ساكنين. وقد يكون الإتصال اللمسي مضطربا (لأنّه مؤلم على مستوى المستقبلات الجلدية). أي وجود حساسية مفرطة لحاستي البصر والسمع. أضف التأخر العقلي

[8] لا يعني هذا وجود تشابه بين اضطراب التوحد والذهان. ويبقى لحد الساعة عدم وجود دواء للتوحد.

[9] *La désorganisation*

والصعوبات المعرفية في أغلب الحالات. وقد تصاحبها قدرات عقلية فائقة تغطي النقص في الجوانب الأخرى (حالات "أسبرغر").

بالرغم من تعدّد الدراسات والمقاربات المتناولة في موضوع اضطرابات التوحد، واختلاف التسميات، فكلّها تجمع على أن التوحّد اضطراب يمس كافة النواحي الجسمية، والنفسية، والعلائقية، والتفاعلية، والمخيالية. فالتوحد *اضطراب سيكولوجي* يبدأ مع الطفل منذ السنوات الأولى للنمو.

IV. اضطرابات طيف التوحد حسب DSM-V، و CIM-11 (أنظر في الأعلى، جدول1)

دخل مصطلح" *اضطراب طيف التوحد* في التصنيف الخامس(dsm v) للاضطرابات النفسية والعقلية . وهذا للتعبير وبشدّة عن العلامات السلوكية التي يعتمد عليها التشخيص. بحيث تعطى جداول فردية مختلفة بسبب تنوّع درجة تدهور الحالات. يعمل البحث العيادي على تشخيص أطفال مختلفين سلوكيا يتميّزون بـ:"*اضطرابات مداهمة للنمو*".[10]

يمكن إدراك الأعراض في مرحلة النمو المبكّرة في كلا التصنيفين الأمريكي الخامس، والأوروبي(cim-11)، ظهورها يكون بكيفية واضحة ومتأخرة. كون المتطلبات الإجتماعية تفرض ضغوطا تصبح الاضطرابات أكثر أهمية. حيث تقسّم بصفة متباينة إلى:

الفئة الأولى: اضطرابات التفاعل الاجتماعية مجتمعة مع اضطرابات التواصل.

الفئة الثانية: تتكون السلوكات المتكرّرة، والأهداف الضيّقة، كلّها تسمح بالقيام بالتشخيص.

الفئة الثالثة: حساسية غير عادية للمثيرات الحسيّة. (لا توجد في التصنيف السابق (dsm-iv).

جدول 2: تصنيف التوحد في طبعتي الدليل الإحصائي (dsm-v, dsm-iv)

تصنيف التوحد [299.00] F84.0 DSM IV-TR)	تصنيف طيف التوحد في(DSM V)
أ. تدهور كيفي للتفاعلات الإجتماعية ب. تدهور كيفي للإتصال ج. طابع متكرّر، ونمطي للسلوكات، وللإهتمامات، وللنشاطات. د. تأخر، أو طابع غير سوي للتوظيف قبل سن 3 سنوات هـ. لا يوجد تناذر RETT ، ولا يوجد اضطرابات الإدماج في فترة الطفولة.	أ. تدهور مستمر في الإتصال الإجتماعي، وفي التفاعلات؛ تدهور اللغة اللفظية وغير اللفظية؛ نقص التبادل الإجتماعي؛ عدم القدرة على الحفاظ على علاقات متناسبة وتنميتها خلال مستوى النمو. تكرار سلوكات، اهتمامات ونشاطات (على الأقل عنصرين). – نمطيات حركية أو لفظية، أو سلوكات حسية غير معتادة. – تعلّق شديد بالروتين، ونماذج طقسية متكرّرة. – ثبات عدم الإهتمام

[10] *Troubles Envahissant du Développement*

III. اضطراب التوحد من زاوية الذكاء

يرتكز مفهوم الذكاء، من الناحية الاجتماعية أساسا على قدرة التواصل وعلى حل المشكلات، ومن الناحية النفسية هو القدرة على التكيّف، ومن الناحية الرياضية القدرة على التجريد،...الخ. فمن منطلق المفهوم العام والشامل للذكاء، يمكن نمثّله على أنّه القدرة على تجميع مواضيع من غير الوقوع في تناقضات، أو في اختزالية، أو في سببية خطية حتّى. على سبيل المثال لا الحصر، عند البحث في إشكالية محدّدة لدى الطفل المتوحد، لا يمكن للنفساني غير الاختزالي النظر إلى إشكاليته من زاوية مقاربة واحدة فقط. فالاضطراب يمس قدرات ذكائية متعدّدة. كون مفهوم المرض أو الاضطراب أو الجنون لا يبتعد عن المفهوم العام لتدهور الذكاء. فالجنون مثلا في مفهوم "مينكوفسكي" (د.ت) Minkowski عبارة عن عدم القدرة على الارتباط بالواقع. أو بالأحرى، إثبات العجز في تصنيف المواضيع وتجميعها. وفي معناه الدقيق، تدهور الذكاء. ومن الناحية النفسية هو عدم التكيّف مع الذات والواقع.

لقد افترضنا مفهوم الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من زاوية هذا المفهوم الشامل للذكاء. أي عدم القدرة على ربط الأشياء بمسمياتها وبمواضيعها. وهذا ما يدعونا للتفكير في كيفية التكفل بثغرات المتوحد في إدراك عالمه، من خلال تدريبه على تصنيف أنساق[11] المواضيع، وربطها بمسمياتها. لأنّه لم يفتقد تماما القدرة على الاتصال بالواقع مثلما حصل في الذهان، أو على حدّ تعبير "مينكوفسكي". فمن هذا المنطلق نقول بأنّ الذكاء سياق يمتد إلى العاقل وغير العاقل، مع الاحتفاظ بمنطق الاتصال بالواقع، فالفرق يكمن فقط في الدرجة.

من الناحية العملية، سبق للباحث العمل "كمرافق في الحياة المدرسية للمتوحد"[12] على أطفال متوحدين لمدة سنتين في مدرسة "بالو ألتو" بمدينة "لاسافوا" بفرنسا. اهتدينا إلى هكذا طريقة للتكفل بالمتوحدين. أذكر على سبيل المثال لا الحصر التدريب على تطوير قدرة الاسترجاع من خلال فك شفرة الهواتف الذكية. ربطنا التمرين بالهواتف لتعلّق الطفل المتوحد عموما بالوسائل التكنولوجية. بالنسبة له الشفرة ليست الهدف، عكس هدف المختبِر، بل تعلّقه باللُعب المخزّنة في الهاتف هو الحافز بالنسبة له. الطفل المصاب بطيف التوحد يتوصل في الغالب إلى حل الشفرة في المحاولة الأولى. كذلك التدريب على تجميع الرسومات، والأشكال المتشابهة، أو التي تشترك في

[11] النسق (le système) عبارة عن تنظيم منسجم. يتكون من السلوك الذي يفرض موضوعا، حدثا، أو شخصية. يمكن أن تكون الأنساق صغيرة جدا مثل فتح وغلق الأبواب، أو متطورة مثل تصفيف الكتب وترتيبها. النسق الجيد هو الذي تتولد للطفل الرغبة في مزاولة النشاط بعد حدوث فشل.

[12] في إطار تربص ميداني ماستر علم النفس العيادي. (*Auxiliaire de Vie Scolaire*)

خصائص معيّنة. والتدريب على استيعاب أيام الأسبوع من خلال ربطها برمز، أو بمواعيد، أو بتحفيزات محدّدة، مثل إعطاءه هدية، أو تعويده على نشاط رياضي وربطه باسم اليوم أو أيام التدريب.

ما يمكن استخلاصه، أنّ قدرة التصنيف كخاصية ذكائية، تتطور شيئا فشيئا بالتدريب، وتطور لديه قدرة التكيّف مع الذات، ومع العالم الخارجي عموما. إلاّ أنه ما يمكن الإشارة إليه، أنّ الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد يمكنه تقمص سلوكات الطفل العادي، بالمقابل لا يمكن لهذا الأخير الرجوع إلى الخلف والتعلّم على طريقة التوحدي. كون الغاية من تدريبه (المتوحد) إدراك معنى الواقع الغائب لديه، ليس بمفهوم واقع الجنون، بل بمفهوم عالم غير المتوحدين الذي يربط الموضوع باسمه فيكوّن المعنى. وهذا ما قد يفرض على المتوحد البدء بمعرفة الكلّيات ليصل إلى الجزئيات. (أنظر في تعقيب الباحث، مفصل في الرسم التوضيحي1)

أمّا القول بأن اضطراب طيف التوحد ينطلق من الأجزاء بواسطة ذاكرة فوتوغرافية ليصل للعموميات، عبارة عن شعور ملتصق بالذات. فالصورة مهما كانت فوتوغرافية أو غيرها، يأخذها التوحدي في كلّيتها. وبالرجوع إلى مثال "فك شفرة الهاتف"، لا بد أن ندرك بأنّه قد حفظ الشفرة ككتلة واحدة، وليس رقما رقما كما هو الشأن للأطفال العاديين. هذه الملكة "الكلّية" لا بد من إعادة تفكيكها لدى التوحدي ومساعدته لفهم المعنى الذي يميّز الآخرين. أو بالأحرى فقدان المعنى مرتبط بمدى عدم فهمه للجزئيات. بالمقابل سيطرة هذه الملكة "الكلية" بالقدر الذي تكون متطورة، تتطور كل من القدرة على التواصل، والذاكرة، والتوظيف البصري. ومن خلال التدريب، المرتكز على التدرج في فهم الجزئيات قد نجعل منه شخصا مختلفا ومتميزا وذكيا(حالة "أسبرغر")، مقارنة بالعاديين. لكن تبقى الإشكالية في الوقت الممنوح لتدريبه. في هذا الصدد يشير "لوفاس"[13] (1987) Lovaas بأنّ تدريب التوحدي لا يقل عن معدل ستة (6) ساعات يوميا للحصول على نتائج دالة. وهو ما يفسّر إكثار نشاط يحبه المعني، مع تنوع الأخذ به، ولا يعني تعدّد النشاطات المتنوعة لزيادة استيعاب الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد.

IV. التكفل المتعدّد بالطفل المتوحد

يشعر الأطباء والنفسانيون بالتذمر تجاه طلبات الوالدان والآباء، وما ينتظرونه تجاه أبنائهم المتوحديّن، (Tardif & Gepner, 2007, p. 103). وبالتالي، من الضروري إشراكهم في تطوير

[13] مبتكر طريقة "تحليل السلوك التطبيقي" (*Applied Behavioral A,alysis* ; *Analyse Comportementale Appliquée*)، والتي تستهدف تعديل السلوك من خلال التحفيز، ومحاولة تجنب العقاب. وهذا في إطار بنية تعليمية مرتكزة على الفرد.

وتنمية القدرات المعرفية والاجتماعية للمتوحد بهدف الإدماجين العائلي والإجتماعي. ويعتبر برنامج "دانفر"[14] من بين البرامج لتطوير كل أنواع التعلّم الإيجابي:[15]

1. المقاربة التربوية: من الناحية التربوية والتعليمية، نبدأ بتقييم الكفاءات والقدرات الفردية من خلال استخدام خصوصيات التوظيف التوحدي، بهدف وضع استراتيجيات التعلّم الفعّالة. ونشير إلى اختلاف تعليم التوحدي عن الطفل العادي، كون الطفل المتوحد يعتمد على التصنيفات، أو ما نسميه بـــ: "الاكتساب *المحقنـي*"[16]. (أنظر في الأسفل الرسم التوضيحي1)

من ناحية السّن، يكون التدخل المبكر مهما جدا بالنسبة للأطفال الصّغار لتنبيه الوظائف القاعدية لهم. فالتربية المبكّرة من أحسن الميكانيزمات المعتمدة في تعديل سلوكات الطفل المتوحد. ومن ثمّ إدماجه المدرسي. ممّا يفرض وضع مساعدة نوعية، مثل المرافقة المدرسية بهدف التبادل والتطور داخل وخارج الصف الدّراسي، وللإهتمام عن قرب بمشاكل الطفل المتوحد. في هذا الإطار، نجد بعض العلاجات التربوية المفيدة:

1.1. ***برنامج "ماكاتون" Makaton***: وسيلة لدعم الإتصال المتكيّف مع طلبات المتوحد. ويتم تلقينه عن طريق لغة الإشارة.

2.1. ***برنامج "فروست" Frost و "بوندي" Bondy***: نظام يعتمد على تبادل صور اتصالية (PICS) وتعلّم الطفل بالاعتماد على اختيار محدّثين، والصور المساعدة على التعبير لتطوير التفكير (تبادل، تمييز الصور، بناء الجملة، الإجابة عن أسئلة، القيام بتعليقات).

2. **العلاج الأرطفوني**: تعلّم وسائل الإتصال التناوبية (اللغة الشفهية المفقودة)، أو اللغة الإستدلالية (القدرة على التعبير) بالإعتماد على المواضيع البصرية.

3. **المقاربة العصبية:** أثبتت تدهورا على مستوى النواقل العصبية (المشابك). أي أنّ مشكل التوحد يغلب عليه المشكل الجيني في أغلب الحالات. والحالات الأخرى سببها يرجع إلى ضعف المناعة. (Roge, 2016, pp. 95-96)

4. العلاجات النفسية: لها أهمية كبيرة في مرافقة الطفل المتوحد. بحيث يفرض استخدامها وملاءمتها مع قدرات و وظائف الطفل. ومن بين أهم العلاجات المفيدة للطفل المتوحد، نجد:

---

[14] Denver

[15] يكون التعلّم في سياق اجتماعوانفعالي، حيث يتضمن أهم العلاجات والمقاربات المترابطة المساهمة في نموه الحسوحركي، والإجتماعو–العاطفي، والمعرفي. ويختلف التعلّم عن التعليم كون هذا الأخير لا يأخذ بعين الاعتبار السياق الإجتماعو الانفعالي والعاطفي.

[16] تسمية الباحث.

1.4. ***العلاجات التحليلية*** : تعتبر التوحد كاضطراب فعلي مرتبط باضطراب العلاقة مع الآباء. لقد جعلت من الآباء نواة انطواء الطفل. يتطلب عدم التكيّف هذا مرونة معرفية، ومستوى لغويا متطورا. وهذا لا يتلاءم مع طبيعة التوحد. (وبالتالي، لا يستدعي الأمر التفصيل فيها أكثر).

2.4. ***العلاجات النسقية*** : تعتبر المدرسة النسقية الطفلَ المتوحدَ في حالة **أزمة** يجب الخروج منها بتفعيل واستثمار الوضعية داخل العائلة. يفترض أن نبحث معه للاستفادة منها كي يخرج من أزمته. أو بالأحرى، بسبب اضطرابه سيلقى الرفق، والحنان، والتكفل، والدعم من قبل المحيطين. وتتوقف على كشف وتحليل الإضطراب على مستوى العلاقات البينية العائلية.

3.4. ***العلاجات النفسية المعرفية السلوكية***: هي الأكثر ملاءمة لمساعدة الطفل المتوحد، لأنّها تتمثّل في تعلّم تقنيات حل المشكل، والتحكم في الضغط المعاش. عبارة عن حصص تدريبية في الإتصال الإجتماعي. كما تركّز على الاستراتيجيات التربوية، والدعم النفسي بصفة كاملة، شريطة أن تتلاءم مع حالة الطفل المتوحد. وقد يوجب الأمر ملاءمة المنهج العلاجي مع المضطرب وعائلته. وذلك بالإعتماد في معالجة المتوحد على التدريب والممارسة بمساعدة مرافق. ومن بين طرائق العلاج التي تسعى، ليس إلى شفائه التام، بل إلى تسيير تكيّفه مع المحيط، نجد على سبيل المثال لا الحصر: طريقة *ABA, TEACCH, PECS*.

4.4. ***العلاج الطبي***: يُجمِع جلّ الباحثون في ميدان التوحد بأنّه لا توجد أدوية لعلاجه. بل تعدّ ثغرة في الميدان الطبي. وإن وجدت أدوية عصبية فهي للتخفيف من أعراضه.[17] مع العلم أنّ الرجوع إلى الأدوية النفسية (بعد سن الخامسة) لا يتم إلاّ إذا فشلت طرائق العلاج السابقة الذّكر. وتستخدم بعض الأدوية لمراقبة مظاهر نوعية للسلوكات المفرطة (الإفراط في الحركة، تعذيب الذات، الوساوس،...)، (Roge, 2016, p. 97). فضلا عن خفض العنف والاندفاعية، والاكتئاب، والحذر المفرط. لكن قد تسبب في سبات الوظائف المعرفية، والإتصالية.

5.4. ***العلاجات المؤسساتية*** : تتكفل بالطفل داخل فريق متعدد التخصصات. فالمؤسسة كفضاء توفر إطار ضمان وحماية، أفضل من الفضاءات الأخرى التي تفتقر إلى تلك الأطر.

على العموم، العلاج الفعّال للمتوحد متوقف على إدراج الآباء في عملية التكفل، مع الأخذ بعين الاعتبار قدراته الحركية، والمعرفية، والعلائقية، والذكائية بالنسبة لما نريد تلقينه له.

[17] تعطى 6/1 من الجرعة العادية. (خفيفة جدا).

V. تنمية الذكاء المتعدّد لدى الطفل المتوحد

من المفترض أن يمتلك كل الأفراد الذكاء بدرجات متفاوتة. وأنّ أغلبيتهم يمتلكون قدرا من الكفاءة المنطقية في جميع أنواع الذكاء. مع العلم أنّ هذه الأنواع متصلة ومرتبطة ومتفاعلة مع بعضها البعض. وما يجب الإشارة إليه، أنّ التميّز في الذكاء موجود في نوع من أنواع الذكاء، أو يمكن تعديله عن طريق التعلّم. فبالنسبة للطفل المتوحد، لا بد من أن ندرك طريقة تشخيصية حول تعلّمه لمساعدته على تنمية قدراته الذكائية بصفة شمولية.[18] مع العلم أنّ أغلب أنظمة التشخيص تتفق على خصائص قاعدية للتوحد مثل السن المبكّر لظهور التوحد (قبل 30 شهر)، واضطراب اجمالي للاستجابات الاجتماعية، وتلف اللغة والوظائف المعرفية. (Reichler, Schopler, & Rochen-Renner, 1971, p. 4)

في مسألة الذكاء، يشير "جاردنر" إلى وجود، على الأقل، ستة أشكال من الذكاء يمكن تنميتها بصفة مستقلة. (Gordon, 2005; Gardner, 1997, p. 10)[19]
ويمكن عدم اختزاله (الذكاء) كوحدة منفردة، لإنّه جملة من القدرات يتميّز بها الفرد منذ المراحل الأولى من النمو. ولعلّ الأنواع الأساسية للذكاء تتمثّل في:

1. **الذكاء الرقمي (التجريدي)**: هو القدرة على استغلال الأرقام بكيفية ملائمة. وهو الاستنتاج، والتفكير، والتطبيق المنطقي، والإستقراء، والإستنباط، والتجزئة، والإستنتاج، والتصنيف، والحسابٍ، والتعميمٍ، والتأكد من الفرضيات. كل هذا يعدّ من السياقات المعمول بها في هذا النوع من الذكاء. إنّه يساعد على فهم الأحداث، والتخيّل.[20] ومن بين الاستراتيجيات التي تنمي الذكاء الرقمي، تعلّم عمليات *الحساب العقلي*. أي القيام بالعمليات الحسابية من غير الإعتماد على آلة حسابية (الجمع، والطرح، والضرب، والقسمة). (Gordon, 2005, pp. 39-40)

مثلا : نعطي للطفل (المتوحد) في البداية خشيبات، وقريصات، بحيث يتم ترتيبها، وتجميعها في فئات، ثم حفظها واستذكار بأن رقم (1) يعبّر عن شيء واحد، و الرقم (2) عن شيئين،...الخ. هذه المرحلة تعكس القدرة على بداية الحساب. أو علامة من علامات بدايات "التعلّم الصفري".

---

[18] من أهم الوسائل التشخيصية لدرجة توحد الطفل نجد اختبار « CARS » الذي يبحث في عدد من العناصر المهمة في معاش المتوحد (علاقات اجتماعية، تقمص، استجابة انفعالية، تعبير جسمي، تعبير أداتي، تكيّف مع التغيير، استجابة بصرية، استجابة سمعية، ذوق شم لمس، خوف وقلق، تواصل لفظي وغير لفظي، مستوى النشاط، مستوى تفكيري، انطباع عام).

[19] "ركّز "جاردنر" على أهم أنواع الذكاءات وحلّلها بالتفصيل. من خلالها طرحنا مسألة تعلّم المتوحد بحكم أنّها عوامل تساهم خصوصا عند تفعيلها في تعلّم واكتساب الطفل المتوحد.

[20] "أليس في بلاد العجائب" كتبت من قبل رياضي (لويس كارول– Lewis Carroll).

2. **الذكاء اللغوي**: يتمثل في القدرة على الاستخدام الفعّال للمفردات، والتعبير الشفهي والانشائي. ويميّز علماء اللغة أربعة ميادين لدراسة *اللّسانيات* : *علم الصوتيات* (دراسة الأصوات الخاصة بلغة معيّنة)، *التراكيب اللغوية* (الصرف والنحو)، *التراكيب الدّلالية* (معاني الكلمات منفردة ومجتمعة)، *والتفسير*(عزو وتفسير أقوال المتحدّث ولغته غير اللفظية). بالنسبة للطفل المتوحد يتم التركيز في البداية على الصوتيات. مثلا: القراءة كفعل اجتماعي، ونفسي، وفيزيولوجي. تعلّمها يندرج تحت رمزية مضاعفة التعقيد. في البداية يتّم ربط العلامات بالأصوات (تعليم كلي). ثمّ ربط الأصوات بالأفكار(تعليم جزئي). والعمل التدريبي يستهدف المرور في أقل وقت ممكن إلى ربط العلامات بالأفكار (Villars et al., 1967, p. 210). أمّا التراكيب الأخرى والأكثر صعوبة، سيما التفسيرية منها فترتبط بدرجة التوحد و بمدى شدّته.

يعرف الذكاء اللغوي ثلاثة أنواع من *الكفاءات*: *البلاغة* (الفصاحة أو البيان)، *والإتصال*، *والتعبير*. بالنسبة للمتوحد، يمكن استثمار طاقاته الاتصالية بواسطة أجهزة الإعلام الآلي. مثلا اللعب مع منافسين على النت. لأنّ الإتصال الجيّد يكمن في ارتباط اللفظي وغير اللفظي. وهذا الارتباط غالبا ما يكون غائبا لدى المتوحد. كذلك قد لا نجده يعبّر كلاميا عن حاجاته. في الغالب بالإيماءات. وإن وجدت الكلمات ستكون دلالية، من المرجح فهمها من قبل المقربين إليه (الأم، والأب،...).

إنّ العمل على تنمية وتطوير الذكاء اللغوي للطفل المتوحد ليس باليسير، بسبب فقدانه معاني الكلمات، ومواطن استخدامها. في المرحلة الأولى نبدأ معه باللعب، ومن ثم تسميتها الواحدة بعد الأخرى، ومع مرور الوقت تكرار كل ما نريد تحفيظه له (قرآن، قصائد،...).[21]

3. **الذكاء المفاهيمي**: هو قدرة التعرّف على الوسائل أو الصور واستخدامها في الفضاء. فكل فرد ينظم أفكاره وفق منطقه الخاص به لتجميع ملاحظاته، وتخطيط أفعاله، واستخراج النتائج. مثل الذي يستنتج هطول المطر من خلال ملاحظاته، فيستعد لارتداء الملابس المناسبة، وحمل المطرية. فالأشخاص الذين يثبتون قدرا عاليا من الذكاء المفاهيمي، تجد لديهم ميولات نحو الفن، حل ألغاز وتخيّلها، إدراك الأبعاد الثلاثية، القدرة على حل المشاكل، والتصنيف، وسهولة في فهم الهندسة،

[21] الحفظ يوسع الذاكرة، والرياضيات أو التجريد ينمي الذكاء.

والجغرافيا، والتصوير الفوتوغرافي، والبرمجة الإلكترونية...الخ. لكنّ المتوحد لا يرقى إلى هذا المستوى من الذكاء، إلاّ في حالات التوحد *الخفيف*.[22] وينقسم الذكاء المفاهيمي إلى كل من:

1.3. *التفكير المنطقي*: يبدأ في الظهور في سن السابعة من العمر، ويسمح بتنظيم وتصنيف مواضيع بناءا على لون أو طول، ويمتد حتّى سن الرشد إلى أن يتمكن من طرح فرضيات، واستنتاج أحكام، وتقييم أفكار وتصنيفها. ويمكن تقييمه من خلال *المتتاليات المنطقية* مثل: *إعطاء ثلاث رسومات، ويطلب وضع الرسم الرابع، أو تكملته.*

2.3. *التفكير الفضائي*: التعرّف والتحكم العقلي، والإبداع وتعديل الصور العقلية، وإنتاج صوري للمواضيع. هذا النوع من التفكير يسمح بالإبداع والإبتكار. مثل: *تحديد الأبعاد الثلاثة لمجسم*، أو *مناظره الظاهرة والخفية*. أو قدرة *التمثل في الفضاء*، مثل: *تحديد صورة ناقصة أو دخيلة على الشكل المعطى*. أو *تركيب مجسم، والإنتقال من ثلاثي الأبعاد إلى ثنائي الأبعاد، أو العكس.*

3.3. *التفكير المجرّد*: هو القدرة على وضع ترسيمات[23] وعلاقات منطقية من غير التجريب. يقاس من خلال بنود ليست للفرد معارف سابقة حول الموضوع. بالنسبة للمتوحد، لا يعطى أي فرصة للتعرّف على مدلولاتها. أو فك رموز موضوع ما. مثل: *اختبارات الانتقاء. أو اختبارات الألغاز(عبارات أو رسوم).*

4. **الذكاء الجسمي**: هو القدرة المادية على التحكم في الجسم للتعبير أو لانتاج مواضيع. بالنسبة للطفل المتوحد يعبّر كثيرا من خلال جسمه. يمكن تقييم الذكاء الجسمي من خلال الزمن، والوزن، والمسافة. يفترض تدريب الطفل مبكرا منذ السنة الأولى على الجلوس، الوقوف،... ومع مرور الوقت، تصبح الرياضة واحدة من العوامل التي تؤدي إلى التحكم في الجسم، والمسرح يحسّن قدرات أخرى مثل إدراك الفضاء، والفنون بصفة عامّة تحسن التدقيق في التعاطي مع المواضيع.

---

[22] مثل حالات "أسبرغر" « *Asperger* » والتي تتميّز بفقر التفاعلات الاجتماعية، وارتفاع الأفكار والسلوكات الوسواسية (مثل تعلّقه بمكنسة، أنظر Osborne, 2002). مع العلم أنّ هذا النوع من التوحد لا يعرف ضعفا في القدرات اللغوية أو الذكائية. (APA, 2000). مثل تناذر المتوحد "العالم" (syndrome de *l'autiste savant*). بالمقابل، تناذر Rett يخص الإناث أكثر من الذكور. وهو عبارة عن اضطراب يجتاح نمو الطفل (TED : trouble envahissant le développement) الذي يُغرق الطفل في التخلّف العقلي. باختصار؛ "أسبرغر" وRett يمثّلان طرفي التوحد. الأوّل الأقل حدّة، والثاني الأكثر شدّة. (2009, p. 304)

[23] *Schémas*

يستحسن لدى الطفل المتوحد القيام بأكثر من رياضة. شريطة؛ إن كانت الأولى تتطلب جهدا بدنيا كبيرا (فنون القتال، السباحة...)، الثانية تتطلب أقل جهدا (تنس الطاولة، الغولف، الرماية...).

بما أنّ حركات الجسم تكون منسجمة مع الجهاز العصبي، فالهدف أن نستثمر هذه الملكة لدى الطفل المتوحد. لأنّ انسجام الحركات وفعاليتها يتوقف على القدرة على التعاون بين الجسم والعقل. من الجدير بالذكر التركيز على التدريبات الجسمية لديه، سيما تعلّم التوازن (مثلا وضع كتاب على الرأس، والسير في آن واحد على خط مستقيم، ركوب دراجة، لعبة الحبل...)، الركض، المرونة،... بصفة مستمرة، حتّى يتسنى له مراقبة حركاته، والدّقة في الإنجاز. مثلا: فضلا عن الممارسات الرياضية، التنس، كرة اليد،... أو التدريب على قوة اليدين؛ مثل القيام بلعبة "اليويو" (yo-yo)، أو التدريب على لوحة المفاتيح لجهاز الإعلام الآلي حتى يجد سهولة في استخدامها. ولتحسين الإنسجام بين العين واليدين، قد نلعب معه لعبة ظل اليدين (تحت إنارة الضوء) لتشكيل أشكالا متعدّدة، وممارسة الكتابة، والخياطة،... الهدف هو استثمار بصره لتحريك يديه. ومن اللُعب التي يمكن إدارتها مع الطفل المتوحد، نجد مثلا: لعبة كتابة عدد متكون من (20) رقم، ويتم إعادة كتابته على لوحة مفاتيح (يمكن اكتساب السرعة من خلال التكرار). أو رمي قطعة نقدية رمية دورانية، وأثناء ذلك وقبل سقوطها يتم التقاط عدد من القريصات. فالأشخاص الذين يتمتعون بقدرة هائلة في مرونة الجسم، يمكنهم التعبير بصفة منسجمة بجسمهم مع عقولهم (التقليد ينفع مع المتوحد).

5. **الذكاء الشخصي**: هو القدرة على فهم وتسيير المشاعر والرغبات الذاتية ومشاعر الآخر. يفيد الذكاء الشخصي في تجنب الإنفعالات السلبية، والصراعات مع الآخرين، والحفاظ في أغلب الأوقات على الانفعالات الايجابية (الطموح). ولولا هذه المعرفة، لبقي الفرد رهان انفعالاته وتجاوزاته السلبية. ويسمح الذكاء الشخصي بتحكم الفرد في ردود أفعاله الإندفاعية، والتحكم في وضعية الأزمات. (Gordon, 2005, p. 110)

مثلا: متى وكيف يعرف المتوحد بأنّه سعيد، أم لا؟ ومتى وكيف نتعرّف نحن على ذلك؟ لأنّه عوض قول: "*من الأفضل ألاّ أفكر في هذا*". شعوره بالذات لن يخاطب به الآخر، إنّما يلاحظ عليه من غير التلفظ به. وفيما يتعلّق بالمشاعر الحميمية، يمكن أن تكون بسيطة مثل الخوف، والكآبة، أو الفرح. وقد تكون معقّدة، مثل الغيرة (تجمع ما بين الغضب، والكآبة، والخوف والقلق).

بالنسبة للطفل المتوحد لديه شعور محدود بالذات. شيئا فشيئا سيعرف بأنّه ليس مركز العالم. فاكتساب التحكم في الذات والتعلّم يمكنهما مساعدته في التخفيف من التوحد، وبالتالي التكيف

مع وسطه. في هذا الشأن يشترط *تحسيسه بالأمان وكسبه الثقة بهدف التسيير الإيجابي لانفعالاته*. يتم تسجيل أوقات الانفعالات السلبية والإيجابية وأسباب كل منها. مع مراقبة أهم الأوقات التي ينفرد وينعزل فيها لوحده. خارج الدّراسة، يتم إقحامه في نشاطات جماعية (المشاركة في مسرحيات...)، أو في نشاطات رياضية بهدف التفريغ الانفعالي. فالدور الذي نقحمه فيه يكون تبعا لدرجة شدة التوحد.

6. **الذكاء الإنفعالي**: يعتبره "هوارد جاردنر" (1983) أحد أعمدة الذكاء المتعدّد. ويعتبره أحد عوامل النجاح في العلاقات على مستوى مختلف الميادين (الدّراسية، المهنية، العائلية، الاجتماعية،...). بالنسبة للطفل التوحدي، يعيش عدم توافق انفعالي مع الآخر، بل مع ذاته فقط. يتطلب هذا الذكاء عملا كبيرا لتنميته، بل لا يعد من أولوية الأولويات، ولو أنّه الهدف المقصود. من النقاط الأولية التي يعمل عليها في هذا الجانب: تنمية وتطوير العلاقات مع الآباء، والإخوة (تحسيسه بالمحبة، والدعم، والإهتمام، وإعطاءه الوقت الكافي، والحماية، وعدم النقد المفرط، والإحتكاك مع رفاق الدّراسة في إطار نشاطات مشتركة).

مثلا: **لتنمية طريقة اتصالات التوحدي**، تكلّم معه وانظر إليه في آن واحد. واصغ إليه عندما يتكلّم ولو مع نفسه دون مقاطعته (لمدة ثلاث دقائق) لمعرفة استجاباته غير اللفظية، ومحاولة الإستجابة له بسلوكات غير لفظية. ثم لاحظ إن تقمصّها أم لا، بهدف التعرّف على درجة تأثيرك عليه.
للتعرّف على طبيعة صراعاته، حاول ملاحظة ما يثيره، وما يغضبه. وبالمقابل تسجيل الانفعالات السعيدة وما يثيرها لديه. لاحظ كذلك كيف يتصرف في وجود أترابه، وجماعات اللعب. بمعنى هل يقترب من أحدهم؟ ولماذا؟ وهل يتجنب وينفرد؟ خارج المدرسة حاول أن تجمعه مع إخوته أو مع أفراد آخرين حول مائدة الأكل. ولمتابعة علاقاته مع إخوته، حاول رسم شبكة علاقاته مع كل فرد من العائلة واعطه لونا معيّنا (لون أحمر للعلاقة الصراعية، اللون الأخضر للعلاقة الجيّدة،...) بهدف تطوير العلاقات غير المتينة، وإصلاحها. وتطبيق خصائص وعلامات العلاقة باللون الأخضر على علاقاته الأخرى.

للتعرّف على مدى جتمعته، لاحظه حول مائدة الأكل مثلا، كيف يتصرّف، ومع من يتصل أكثر لفظيا أو غير لفظيا. وإذا رفض الأكل مع الآخرين حاول إرغامه على الأكل معهم. وإذا كان في المدرسة يحاول المعلّم مناداة كل تلميذ باسمه حول طاولة مستديرة، وجعله يتفاعل مع اسم كل فرد.

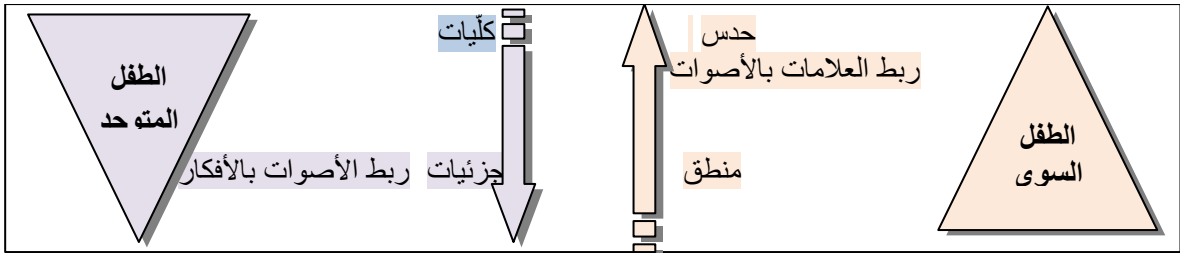
على العموم، التركيز على جماعات الأتراب في مختلف النشاطات الرياضية والترفيهية مهم في تنمية ذكاءه الانفعالي.

VII. تعقيب الباحث

ما نخلص إليه، أنّ جملة أنواع الذكاء تشترك في عملية التصنيف. أي القدرة على تصنيف الأشياء والمواضيع. مثلا : يعتمد المتوحد على تصنيف وتحديد النباتات أو الحيوانات، أو الظواهر الطبيعية،...الخ. فالتصنيف يؤدي إلى الابداع، لأنّه يرتكز على تقديم حلول فريدة ونوعية، وغير عادية، وجديدة. له أهمية في حل المشاكل. بل وأكثر من ذلك، سيؤدي إلى *الذكاء الحدسي*.

عندما يأتي الطفل بحل لإشكالية معيّنة سيكون ذلك بصفة عفوية. لأنّ الأطفال في الغالب لديهم سلوكات عفوية وتلقائية وطبيعية. ولأنّ تفكيرهم المنطقي لا يزال بدائيا. وبالتالي لابد من إثارة *التفكير الحدسي* لديهم. ولو أنّ التعليم المدرسي يحفّز *الاستقراء المنطقي*. ولتطوير تفكيرهم الحدسي، سيما المتوحدين منهم، لا بد من التركيز بداية على المجموعات والكلّيات بدل التركيز والتدريب على الجزئيات. وتوجيههم نحو مشاريع يومية بدل إعطاءهم معونة مباشرة. ومحاولة تفسير مشاعرهم نحو الآخرين، ومنحهم الوقت الكافي للتفكير أو الإنجاز قبل الإنتقال إلى أدوار أخرى. ويمكن للطفل المتوحد (تناذر "سبارغر") أن يفكّر بكيفية عفوية وأصيلة. سيما عندما يصبح قادرا على تجميع عناصر منسجمة وغير متناقضة فيما بينها.[24]

رسم توضيحي1 (بَهتان): طريقة التعلّم عند الطفل السوي، والطفل المتوحد



من خلال الرسم، إذا كان التعلّم لدى الطفل العادي بالطريقة العادية. أي من خلال الإنتقال والتدرّج في *التعليم* من الجزء إلى الكل (من الحرف إلى الكلمة إلى الجملة إلى النص،...). فإنّ التعلّم لدى الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد سيكون ضمن السيرورة: **من** المجموعة النصية *الدلالية* أو النشاط **إلى** الكلمة، وإلى الحرف. أي الإنتقال من المجموعات الكبرى إلى الصغرى، فالجزء الأصغر فالإصغر حتّى نصل إلى الحرف، ليعيد الانطلاق مثل الطفل العادي. ذلك هو منهج تعلّم

[24] وللإشارة هو نفس *البراديغم* (*paradigme*)الذي ارتكزت عليه كل "البراديغمات" العلمية الدقيقة وغير الدقيقة. المتناقضة وغير المتناقضة. (عبر التاريخ براديجم "كوبرنيك"، براديجم النزعة التحليلية لاضطراب التوحد،...).

المتوحد، وهو الأمر الذي يستدعي وضعه في مدرسة خاصّة، وإن اقتضى الأمر وضعه في مدرسة الأسوياء، شريطة مرافقته بهدف تسهيل اندماجه.

خاتمة

يعيش الطفل التوحدي اضطرابات مبكّرة مثل الإنعزال، والإنسحاب الإجتماعي، وفقر الإتصال البصري، وسلوكات قهرية ومتكرّرة، ولغة غير سوية، وبعض المواهب (الذاكرة مثلا) التي تثير الدهشة، سيما في حالة "أسبرغر". ومن أجل أن يعيش الطفل التوحدي حياة نفسية، ومعرفية، وسلوكية، وعاطفية، وعلائقية ذات جودة عالية، يفترض أن يتم اختيار نوع التكفل النفسي الدقيق من قبل المختصين والآباء من خلال توضيح مختلف العلاجات النفسية والتربوية والمؤسساتية، ولهذا وجب التفكير بشكل دقيق في خصائص الاضطراب لدى الطفل التوحدي (أنظر DSM-V).

المشروع الذي يخص ذكاء الطفل التوحدي يشترط أن يتم تقييمه وتعديله باستمرار، وحسب تطور الشخص، ومحيطه، والبحث عن اتصال جيد، وعن تزايد التعليم المعرفي، وتطوير القدرات العلائقية مع دمج أفضل للرموز الإجتماعية، والتحفيز تجاه اللّعب، والأنشطة المختلفة، والإستقلالية. من شأن هذا كلّه، سيفعّل نماء ذكاءات الطفل التوحدي.

لقد سمحت الدّراسة الاستقرائية هذه بتحديد مفاهيم التوحد منذ التصنيفات الأولى، بحيث يوجد الشعور بالقلق، وبالإحباط بمجرّد معرفة خطورة الإضطراب. والتخفيف منهما يبقى متراوحا بالنسبة للأطفال الذين يعانون من اضطراب "كراون"، وينخفض أكثر في الحالات التي تعاني من اضطراب "أسبرغر"(تأخر معرفي، وليس اضطراب اللغة، وبمستوى عملي جيّد). كما نلفت الإنتباه أيضاً إلى أنّ الإصابة لدى الطفل المتوحد تمسّ الجينات، ولهذا كان من الصعب تعديلها وراثيا أو دوائيا.

إنّ قضية تحديد أنواع الذكاء للطفل المتوحد، سيسمح بتبيان استعداداته (الحدسية)، أو قدراته التفكيرية المنطقية (تناذر أسبرغر)، والتأثير على تكيّفه مع الذات وفي عالمه المحيط. ولهذا وجب أن يكون التكفل متعدّد الجوانب. آخذا بعين الاعتبار الجانب النفسوحركي، والأرطفوني، والتعليمي، والطب الطفلي. من وجهة نظرنا كمختصين في علم النفس، نعمل على بناء الذكاء المنطقي، والانفعالي، فضلا عن استثمار الذكاء الحدسي لديه (الطفل المتوحد). كما ننوّه إلى عدم الخلط في طرائق التعليم مع الطفل السوي. كون الأخير يعتمد على الجزئيات وتعليم التفكير المنطقي ليصل إلى التفكير الحدسي (من الجزء إلى الكل). أمّا المتوحد فيعتمد على محاولة فهم التفكير الحدسي لديه، فينطلق من المجموعات والكلّيات ليصل إلى الجزئيات (من العام إلى الخاص). كل هذا ينطلق من

العائلة، ويستمر مع الآباء والإخوة، قبل المدرسة. فضلا عن تكوين المعلّمين بخصوص كيفيات تدريس المتوحدين. حتّى لا نقول خلق مدارس خاصّة لهم. و إن تعذّر الأمر مرافقة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد من قبل مختص (مرافق في الحياة المدرسية).

المراجع:

جوردن، ج. (د.ت). ***التوحد: تخلّف عقلي نمائي أم اضطراب سلوكي؟*** ترجمة م. علامة، بيروت : دار القلم.

APA. (2000). *DSM-IV-*. USA : APA.

APA. (2014). *DSM-V-*. USA : APA.

APA. (2016). *DSM-V-*. Traduction par M.-A. CROCQ, J. D. GUELFI, & Al, France : Normandie Roto Impression.

BERGERET, J. (1992). *La dépression et les états limites*. Paris: Payot.

BERTRAND, M., GELY, M.-C., & SIKSOU, M. (2009). *Psychopathologie* (7e éd.). Paris : Pearson Éducation.

BETTELHEIM, B. (1969). *La forteresse vide: l'autisme infantile et la naissance du Soi* (1re éd.). Traduction par R. HUMERY, Paris : Gallimard.

BLOCH, H. (Éd.). (1997). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris : Larousse.

GARDNER, H. (1997). *Les formes de l'intelligence*. Paris : Odile Jacob.

GORDON, C. (2005). *Intelligence: ces trésors qui dorment en vous*. Paris : Club France Loisirs.

KANNER, L. (1990). Les troubles autistiques du contact affectif. *Neuropsychiatrie de l'enfance*, *38*, 65-84.

MISES, R. (Éd.). (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: CFTMEA-R* (V). Paris : Presses de l'EHESP.

MISES, R., & Al. (2000). Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: CMTMEA R. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, *50*, 2-24.

OMS. (1995). *CIM-10*. Paris : Masson.

PEREZ, M. (2012). Autisme: la neurobiologie discrédite la psychanalyse. *Le figaro*. Repéré à www.lefigaro.fr/sciences/2012

Reichler, E., Schopler, R. J., & Rochen-Renner, B. (1971). Childhood Autism Rating Scale. Traduction par B. Roger, CHU Rangueil Toulouse.

ROGE, B. (2016). Le spectre des troubles autistiques. Dans *Troubles mentaux et psychothérapies* (pp. 92-97). Auxerre : Sciences humaines.

TARDIF, C., & GEPNER, B. (2007). *L'autisme* (2e éd.). Paris : Armand Colin.

TUSTIN, F. (1977). *Autisme et psychose de l'enfant*. Paris : Seuil.

VILLARS, G., TORAILLE, R., & EHRHARD, J. (1967). *Psycho-pédagogie pratique*. Paris : Librairie Istra