

عمل المختص النفسي العيادي مع الأطفال التوحديين. الخصوصية و التكامل

بن موفق فتيحة
أستاذة مساعدة
جامعة البليدة 2

ملخص:

التطورات و التنوعات النظرية في علم النفس سبيل يمكنها إثراء التدخلات العلاجية مع المفحوصين، و ضمان أفضل النتائج، خاصة إن كان الأمر يتعلق باضطرابات تتطلب تدخلات متعددة التخصصات، بسبب ما تحمله تلك الاضطرابات من فرضيات سببية عديدة و معقدة، وكذا عرضية متنوعة.

و من أمثلة هذه الاضطرابات، نجد التوحد الذي يلفت مؤخرا اهتماما واسعا من طرف المختصين و الباحثين على اختلاف تخصصاتهم و ميولهم النظرية. و لما كان التوحد اضطرابا في التواصل، و أكثر أعراضه ظهورا هو مشكل التواصل اللفظي و صعوبة تحصيل المكتسبات البيداغوجية أساسا، فكثيرا ما نجد الأولياء، و لكن أيضا المختصين، يركزون في التدخلات الموجهة لأبنائهم على تلك التي تعنى أساسا بإعادة التأهيل و تستوحى من التقنيات النفسية التربوية، و النفسية البيداغوجية. متجاهلين بذلك ما قد تحمله الدينامية العلائقية المحيطة بالطفل من عوامل مؤثرة في تطور اضطرابه أو تحسنه.

فلا يخفى علينا أنه مهما تعددت الفرضيات التفسيرية حول اضطرابات الطيف التوحدي، بيولوجية كانت أو بيئية، فإن الخصوصيات التي تفرق بين فرد و آخر، الاختلافات العرضية، و غير ذلك، لا بد أن يكون تفسيره منبثقا من مصدر آخر، غير بيولوجي حتما و غير مادي، وإنما من الخصوصيات التي عاشها و تأثر بها كل من الفرد و محيطه في التبادلات التي ميزت علاقاتهم. و من هنا، أردنا، و من خلال محاولة بناء برنامج علاجي عيادي للتدخل مع الأطفال التوحديين، استظهار شيئين: أحدهما أهمية العمل الدينامي و العلائقي المختلف، و في نفس الوقت، المتكامل مع الطرق التربوية و التأهيلية. و الآخر إذن، هو «خصوصية» عمل المختص النفسي العيادي ضمن فريق متعدد التخصصات.

المصطلحات الأساسية: توحد، المحيط، برنامج الكفالة العيادية، الدينامية العلائقية

Résumé :

L'évolution et les enrichissements qu'a connus la psychologie, en matière de techniques d'intervention ou de théories explicatives visaient à améliorer les résultats des prises en charges des différents patients, face aux divers troubles, notamment ceux qui nécessitent des interventions multidisciplinaires ; à cause de la complexité des symptômes, et/ou des hypothèses explicatives des différents troubles.

Parmi ces troubles ; nous pouvons retrouver les troubles du spectre autistique, lequel, étant essentiellement un trouble de la communication, souvent verbale, autant que non verbale, associé à des difficultés d'acquisition ; nous constatons que les parents, mais aussi les professionnels, s'orientent essentiellement vers des techniques éducatives, psychopédagogiques, et rééducatives, omettant ainsi l'importance du rôle que joue la dynamique relationnel dans tout type de trouble, même si des hypothèses biologiques ou environnementales y sont de mise : deux personnes autistes ne se ressemblent pas, dans leurs difficultés, capacités, symptômes, ... la spécificité de chacun trouve place dans son lien à son environnement et ses relations.

C'est ainsi que nous avons essayé de mettre en place un protocole de prise en charge « clinique » pour les enfants autistes, en tentant de mettre en exergue deux aspects :

1. L'importance de l'intervention concernant l'aspect de la dynamique relationnelle, indépendamment mais en complémentarité avec des techniques éducatives et rééducatives.
2. La spécificité du travail du psychologue clinicien au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Mots clés : Autisme, environnement, protocole de prise en charge clinique, dynamique relationnelle

مقدمة:

التوحد موضوع يمكن أن يكون كغيره من المواضيع المتعلقة بعلم النفس المرضي للطفل و المراهق، إلا أنه اكتسب خصوصية يمكن أن نقول عنها «مفاجئة»، ربما لما يملكه الاضطراب ذاته من غموض على مستوى الفهم و التشخيص، و قبل ذلك غموض الطفل الحامل للتوحد إزاء مجتمعه و محيطه، و أقرب الناس إليه، ألا وهم أوليائه.

يبدو التوحد من أهم إشكاليات الصحة العامة في مختلف دول العالم، بين تأخر و نقص كبيرين في المعارف المتعلقة بهذا الاضطراب، صعوبات في التشخيص، وصولاً إلى صراعات أفكار حول منشئ الاضطراب و طرق التكفل به، كما يبدو أن هذا الموضوع أخذ حصة كبيرة من الطاقة النفسية و الفكرية للأخصائيين و الأولياء المعنيين...

لعل هذه التناقضات و هذا الغموض في الفهم والمتابعة ينبعان من ماهية الاضطراب، و من خصوصية هؤلاء الأشخاص الذين لا يتمكن من التواصل معهم، و تتساءل كيف هو عالمهم، و ما هي انشغالاتهم... هذا الغموض غالبا ما يتحول إلى فضول علي شديدا، يصعب تجاهله.

و بين كل تلك التساؤلات، بين تلك الصراعات النظرية، و اختلافات الاتجاهات المتعلقة بأفضل طريقة للكفالة، يبقى الطفل و الفرد الحامل للتوحد منتظرا، مع كل ما يحمله مرور الزمن من خطر على مستقبله و تطور اضطرابه. فمثله مثل معظم الاضطرابات، كلما كانت الكفالة مبكرة، كلما أحرز الفرد تحسنا أكبر.

و حيث أن التوحد اضطراب في التواصل، كثيرا ما ابتعدنا في عن البحث عن المعنى الحقيقي للاضطراب، و صارت الكفالة تهتم بالكلام و اكتسابه، و إن كان بفعالية في بعض الأحيان، إلا أنه كثيرا ما يغيب بعد الاهتمام بتظاهرات القلق لدى الطفل، المعنى الذي تكتمه صعوباته، خصوصية الدينامية العلائقية التي تسير بتبادلاته مع محيطه.

من أجل ذلك، ينبغي للأخصائي النفسي العيادي، و دون تغييب مختلف الاحتمالات السببية للاضطراب، أن يهتم بخصوصيات المحيط الذي ترعرع فيه الطفل، صعوبات المحيط، و العلاقة التي يتبناها مع الطفل.

و إن كان التدخل سيعني بهذا الأخير، إلا أن تدخلا مبني على نوعية تبادلاته، طبيعة مخاوفه، علاقته مع مفاهيم السلطة، و الحدود، تدعيم تصوراته،... يبدو من خصائص التدخلات العيادية محاولة إدخال نوع من المرونة في توظيف الطفل، و المكتسبات التي يمكن أن يحظى بها بالطرق التربوية، و البيداغوجية المحضة.

و للعمل مع الأطفال، كثيرا ما نلجأ إلى إحدى الطريقتين:

- إما أننا، من خلال ما يسمى بالمرافقة الوالدية، نتدخل بتوجيهات مباشرة تجاه الأولياء، و أحيانا حتى المربين (باعتبارهم بدائلا والدية)،...
- أو/ و نسطر برنامجا علاجيا، يعني بالدينامية الشخصية و العلائقية للمحيط، و التي كثيرا ما تؤثر على تطور الإبن، الذي قد يشكل مرضه نوعا من الفوائد الثانوية.

و فيم يلي، سنحاول تقديم تصورنا عن خطة علاجية تعتمد أساسا على تحليل العلاقة المميزة بين المحيط بصفة عامة (الممثل في العلاقة العلاجية بالأخصائي الذي يحاول التفاعل مع الطفل، و كذا عائلته) و الطفل المتوحد، و الاعتماد على بعض المؤشرات لتقييم عملنا.

1. ما هو التوحد؟

في 1943، تحدث Leo Kanner لأول مرة (على ما بدا) عن حالات التوحد النمطي، وهي حالات اعتبرها نادرة نسبياً، تظهر عند الذكور أكثر منها عند الإناث.

في نفس العام، وفي ألمانيا، ميز الطبيب Hans Asperger مجموعة من الأطفال ممن يعانون من نفس الأعراض التوحدية، ولكنهم يملكون قدرات معرفية مرتفعة.

وقد استعار Kanner مصطلح Autisme من الطب العقلي في البداية، بالرغم من أنه يبعث إلى الفصام، أحد أكثر أنواع الذهان صعوبة، وذلك قد يكون راجعاً لما قد يربط بين الاضطرابين فيما يخص المشكل الأساسي المشترك: اضطراب القدرة على التواصل مع الآخر. (Ribas, D., 1992).

ويعرف التوحد على أنه أساساً اضطراب في التواصل، إلا أنه لا يقتصر على هذا الجانب، وإنما يمكن التعرف عليه أيضاً من خلال الثلاثية التي كان قد أشار إليها Kanner (Labruyere, N., 2006، ص ص. 7 - 8) :

- الانطواء و اضطراب السلوك الوجداني: حيث أن أهم عامل هو عدم قدرة الأطفال الحاملين للتوحد على التواصل والتعامل بصفة عادية مع الأشخاص و المواقف الحياتية، صعوبة مصاحبة للانطواء الذي يجعل الطفل يرفض معظم المثيرات الآتية من محيطه، كلما كان ذلك ممكناً.
- الكلام الاجتراري (écholalie)، صعوبات في الفهم، و صعوبة في استعمال الكلام كوسيلة للتواصل: فيبدو أن الكلام لدى هؤلاء الأطفال يستعمل كتمرين للذاكرة، و هو مجرد من كل قيمة ذات معنى له أو تواصلية، غالباً ما يكون تركيبة مجموعة كلمات سبق سماعها و يتم ترديدها بشكل ميكانيكي.
- الحاجة الملحة للثبات و عدم التغيير، مما يؤدي إلى سلوكيات اجترارية، مجموعة اهتمامات محدودة، مقاومة و عدم تحمل التغيير، فغالبا ما يصدر الطفل أصواتا و يقوم بحركات اجترارية تبدو مملّة مثل الكلام الذي يقوله، بسبب محدودية التنوع المتواجد عنده. إن تغيير العادات و المواضيع و كذا النظام المعتاد، التي يخمل الطفل هجاس الإبقاء عليها، من شأنه خلق قلق و استجابات حادة لدى الطفل.

التوحد في التصنيف الدولي للأمراض:

منذ أول مرة وصف فيها Kanner التوحد، تم تطوير هذا المفهوم، و التدقيق في التشخيص، و تمت ملاحظة خصوصيات بين مختلف الأفراد، و في CIM 10 أو DSM IV، كان

الحديث بصفة أوسع عن «الاضطرابات الشاملة للنمو» (troubles envahissants du développement) TED. فنجد ضمن هذه المجموعة:

- التوحد الغير نمطي (بسبب ين الظهور، العرضية، أو الاثنين معا)
 - تناذر Rett
 - الاضطرابات التفككية الأخرى للطفولة
 - فرط الحركة المصاحب لتخلف عقلي و حركات نمطية (اجترارية)
 - تناذر Asperger
 - اضطرابات أخرى شاملة للنمو
 - اضطراب شامل للنمو، دون تحديد
 - مستجدات ال (DSM V 2013):
 - في 2013، أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الطبعة الخامسة للتصنيف الأمريكي للاضطرابات العقلية، وهنا، تبنت بوضوح التيار النظري الأكثر شيوعا في تفسير التوحد، وهو التيار النفسي العصبي، حيث لم يعد الأمر يتعلق بوحدة منفصلة لها تشعبات، و إنما أصبحت الاضطرابات التوحدية مجملة داخل عنوان واحد، هي «اضطرابات الطيف التوحدي» والتي اعتبرت جزء من اضطرابات أعم، وهي الاضطرابات العصبية النمائية.
 - كما أن تصنيفات تحتية مختلفة ظهرت، وهي تلك التي تعتمد على وجود أو غياب الحاجة لاستعمال الدواء، فأوجدت ثلاث مستويات:
 - المستوى 3. يستلزم سند دوائي هام
 - المستوى 2. يستلزم سند دوائي
 - المستوى 1. يستلزم سند
- (DSM V، 2013، ص ص. 50-53)

التدخل بالقرب من حالات التوحد:

بعد خطوة التشخيص الذي ينبغي أن يتم ضمن فريق متعدد التخصصات، و باستعمال التقنيات الملائمة لذلك، كثيرا ما سيمتلك التدخل حول تلك الاختلافات التي ينبغي أن تشكل التكامل المثري للعملية العلاجية:

ف فريق العمل هذا، الذي يتشكل من أخصائيين نفسانيين، أطفونيين، أخصائيين في التربية النفسية الحركية، ... ينبغي أن تكون فيه طبيعة التدخل مختلفة من مختص لآخر، و مكلمة لما يحدث من كفاءة مع باقي المختصين.

و كما تشير إليه (2013 C. Tardif)، فإن الهدف الأساسي هو التوصل إلى تحسين أقصى لنوعية حياة هؤلاء الأفراد و ذويهم.

و كثيرا ما يأتي الأولياء بطلب محدد، و بحث خاص عن طريقة «علاجية»، «تربوية» أو «بيداغوجية» معينة، كونهم سمعوا أو قرؤا عنها. و إن كان المختص غالبا ما يميل إلى نوعية تدخل معينة، إلا أنه يستحسن أن يضع كل الحلول الممكنة أمام هؤلاء الأولياء، بالتحدث عن جميع المتدخلين الممكنين للعمل مع الطفل، مع تبيان خصوصية كل ميدان.

و بصفة عامة، يكون التدخل المبكر أحسن ليأتي بالتطورات الإيجابية لحالات التوحد. و يمكن لكل محاولة مساعدة للفرد التوحيدي أن تتم بتدخل فردي أو جماعي في إطار تدخل مؤسسي في مراكز أو مصالح متخصصة.

و عليه، و دون الدخول في تفاصيل وصف التقنيات، تعدد التدخلات بين:
أ/ علاجات نفسية فردية، ذات منحنى تحليلي (و التي نتعرض لانتقادات كبيرة مؤخرا)،
علاجات ذات منحنى نسقي و عائلي، و علاجات سلوكية (تقنية ABA مثلا)، ...
ب/ العلاجات الدوائية، و التي يمكن أيضا أن تكون موضوع انتقادات كثيرة، من حيث ضرورتها أو لا، الوقت الذي تصبح فيه مهمة، ...

ج/ التدخلات ذات هدف إعادة التأهيل (من قبيل المساعدة الأطفونية، بمختلف التقنيات الممكنة الاستعمال، ...)

د/ التدخلات التربوية، و التي هدفها مساعدة الطفل في اكتساب مهارات معينة، و من ضمن هذه التدخلات يمكن ذكر تقنية TEACCH.

هذه التدخلات غالبا ما تتم في إطار فردي، إلا أنه لا ينبغي أن تمنع أوقاتا للعمل ضمن مجموعات الأطفال، مما يسمح بتعزيز مفهوم الآخر، و استدخال مفاهيم القوانين من خلال النشاطات التي تعمل على تطوير المشاركة و تعميق الاتصال.

و مهما كانت طبيعة التدخلات، فإنها ستعتمد على وسائط للدخول في علاقة و العمل مع الفرد، سواء كانت ألعابا، نشاطات بيداغوجية، أو تربوية، تساعده في محاولة التكيف مع وضعيات جديدة. (AMY, M. D, 2013)

و بالرغم من تعدد التقنيات الممكنة، و المراجع التي يمكن الاطلاع عليها، إلا أنه يصعب على الأخصائي النفسي العيادي الحصول على تعليمات و توجيهات للتدخل الخاص به أمام الأشخاص التوحدين.

ولذلك، و انطلاقاً من مفاهيم أساسية تشكل نوعاً من الإجماع بين مختلف المختصين، و التي ينبغي تدعيمها مع المفحوصين، و اعتماداً على الوسائط العيادية (العب، رسومات، ...)، حاولنا بناء بروتوكول علاجي مركّز على مجموعة من المعايير و الأهداف.

و فيم يلي، أهم المعطيات التي اهتمنا بها في بناء برنامجنا العلاجي «العيادي»

2. الدراسة الميدانية:

اعتماداً على المنهج العيادي، و دراسة الحالة، قمنا باستخدام الوسائل التالية:

- أ. المقابلة العيادية النصف موجهة، في بداية العلاقة العلاجية لجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات، بهدف فهم الحالة، تاريخها، ظروف ظهور الاضطراب، الدينامية العلائقية، ...
- ب. في وقت لاحق، كما نعتد على المقابلات مع الأولياء لمتابعة تطور الحالة، معاش العائلة إزاء الصعوبات في التحسن، معاشها أمام التغييرات، ...
- ت. سلم CARS لتحديد درجة التوحد، كاختبار قبلي و بعدي
- ث. الألعاب كوسائط للعلاقة و عليه، تم تدخلنا وفق مرحلتين أساسيتين:

المرحلة الأولى:

- المقابلات التشخيصية مع الأولياء و الطفل معاً: تهدف إلى وضع فرضية تشخيصية، و أكثر من ذلك، التقرب من طبيعة العلاقات و التبادلات التي تميز الثنائية طفل - محيط، و كذا التصورات التي يحملها الأولياء عن ابنهم، معاشهم، صعوباتهم، تصوراتهم، ...
- تتبع هذه المقابلات بتطبيق سلم CARS (سلم تقييم السلوك التوحدي)، حيث يضم هذا السلم 15 ميداناً مختلفاً من حيث السلوكات التي يمكن ربطها بتوظيف توحدي، يتم تنقيط كل معيار ما بين 1 و 4 نقاط، تبعاً لحدته.

تتمثل هذه المعايير فيم يلي:

I. العلاقات الاجتماعية

II. التقليد

III. الاستجابات الوجدانية

- IV. استخدام الجسم
- V. استخدام الأشياء
- VI. التكيف للتغيير
- VII. الاستجابات البصرية
- VIII. الاستجابات السمعية
- IX. الذوق، الشم، اللمس (استجابات و طرق الاستكشاف)
- X. الخوف، الحصر
- XI. التواصل اللفظي
- XII. التواصل الغير لفظي
- XIII. مستوى النشاط
- XIV. درجة و تجانس التوظيف المعرفي
- XV. الانطباع العام

المرحلة الثانية:

• الخطوات العلاجية:

- أ. المقابلات الأولية: استخدام بنود المقابلة التشخيصية بغرض فهم تاريخ الحالة، الدينامية العلائقية، مدى الاستقلالية،....
- ب. انطلاقاً من مفاهيم الاستقلالية، الإحباط، القانون و الإطار سنحاول التأثير على طبيعة العلاقات التي يتبناها الطفل مع محيطه.
- ت. المقابلات مع الأولياء ستسمح لنا بالاهتمام بمكانة الطفل في العائلة، التصور المأخوذ عنه، ما الذي من شأنه دعم دوام بعض الأعراض، و ما الذي يمكننا التدخل عبره لفهم الأولياء أحسن، و مساعدتهم في مرافقة استقلالية ابنهم أكثر (الشيء الذي سيؤخذ كمؤشر لتطور الحالة).

و عليه، أهم المفاهيم التي نهتم بها في عملنا مع الأطفال تتمثل في:

أ. الاستقلالية:

- نعتقد حسب المفهوم الذي نود تبنيه في التدخل العلاجي أن الاستقلالية بعد مهم في التبادلات العلائقية للطفل مع محيطه، ففي الكثير من الحالات نلاحظ تواجد علاقات تقارب مفرط بين الفرد التوحدي و المحيط، قد نتعزز من خلال التبادلات الليلية، و العناية

من النوع «النكوصي» مما يضع الشخص في علاقة شبيهة بتلك التي تربط الرضيع بحيطه، حينما يهتم بلباسه، بحمامه و بماأكله (طبيعة علاقة فية)

كما سنهتم هنا بخاوف أو ترددات المحيط فيما يخص استقلالية الطفل.

نعتقد أنه يمكننا في الكثير من الحالات البدء بنوع من العلاقة الإرشادية التوجيهية للأولياء، فمنهم من يتجاوز مع التعليمات دون الحاجة إلى التطرق إلى حصص علاجية معمقة. مع العلم أن العلاقة الإرشادية لا ينبغي، حسب رأينا، أن تتجاوز بعض الحصص، ثلاثة أو أربعة، مما سيسمح لنا بالتعرف على مدى صلابه أو مرونة توظيف المحيط، و من ثم مرونة أو صلابه المقاومات أمام العلاج.

• في الكثير من الحالات، قد نصادف أطفالا توحدين وصلوا فعلا إلى درجة معينة من الاستقلالية، حيث أن الطفل قد اكتسب النظافة الشرجية و لا يحمل حفاظات، و يتمكن من الذهاب وحده لقضاء حاجاته، يأكل بمفرد و ربما كذلك يلبس وحده. هنا سنهتم ببعد آخر من التبادلات.

ب. احترام الإطار و استدخال مفهوم الإحباط:

• نعلم أن الإحباط بعد أساسي في تطور الشخصية و نضجها، و لعل الملاحظات العيادية التي صادفناها و وضعنا أمام طبيعة العلاقات التي تربط الطفل بحيطه، هي تجنب الأفراد وضع الشخص في وضعيات محبطة قدر الإمكان، و نحن نعلم أنه، و إن كان ضروريا للطفل في مرحلة مبكرة من تطوره، أن يمر بتجربة القدرة المطلقة، المرتبطة بالترجسية الأولية، إلا أنه لا ينبغي لهذه الحالة أن تتواصل، و كثيرا ما نواجه مع مفحوصينا حالات يفرض فيها المحيط في العناية، و تجنب كل مصادر الإحباط لدى الطفل، سواء فيما تعلق بالقوانين، بالتبادلات مع الغير، المسموحات و الممنوعات....

• لذلك ارتأينا في هذا الجزء من تدخلنا، الذي سيزامن أو يلي التحدث عن الاستقلالية، العمل مع العائلة حول مفهوم الحدود لديها، و لماذا نعتقد أنه من الضروري حماية الطفل بصفة مفرطة؟ هل الوسائل التربوية مختلفة بين الأب و الأم؟ هل يوجد صراع أو إشكال في طرق التدخل تلك؟ و ماذا قد تسمح هذه الصراعات، و منها الصعوبات في توجيه الطفل، لكل من الوالدين؟ و إن أمكن، كيف تحمي و تساعد توازنا في علاقتهما؟ (من حيث الوظيفة التي يمكن للعرض تأديتها)

ت. اللعب:

إن مجال اللعب يعتبر مجالا انتقاليا (حسب مفهوم وينيكوت)، يسمح للطفل بالمرور من التركز حول الذات، من غياب مفهوم الأنا واللاأنا، إلى مفهوم الهوية والغير، من العالم الذاتي إلى العالم الموضوعي.

و من المتعارف أن الوصول إلى مرحلة اللعب عند الطفل التوحدي أمر يبدو، نظريا، غير وارد: فالقدرة على اللعب يعني القدرة على التعرف على الآخر وعلى العالم الخارجي، ومحاولة إيجاد حل وسط بين العالم الداخلي والخارجي.

ث. التقليد:

مما يساهم في جعل الطفل يتطور نفسيا وعاطفيا حين يصبح قادرا على بناء تصورات ذهنية، والتي تبدأ بإدراك العالم المحيط وتقليده. وحيث أن غياب القدرة على التقليد تشكل واحدة من صعوبات الأطفال التوحدين، كثيرا ما نلجأ نحن إلى محاولة حثه على ذلك، بتبني بعض سلوكياته بداية (أي تقليده)، مما قد يلفت انتباهه إلينا، ويساهم في عكس العملية، وجعله يحاول «هو» التفاعل معنا وتقليدنا (NADEL, J, 2014)

• الوسائط المستخدمة:

من أجل التقرب من الأطفال، ارتأينا الاستعانة بوسائل تلعب دور الوسيط في علاقتنا بالطفل، هدفنا منها، محاولة إعادة البناء النفسي، من خلال العلاقة التدريجية التي سنتخذها.

سنضع في متناول الطفل مجموعة من الألعاب التي ستسمح له بنوع من الإسقاط: دمي أشخاص، حيوانات، ومن خلال هذه الوسائط سنحاول التدخل على مستويات مختلفة:

1. استعمال هذه الوسائط كوسائط لإثارة اهتمام الطفل ومحاولة التواصل معه، خاصة من خلال إمساك تلك الأدوات ومناداته في الوقت ذاته الذي نضع تلك الألعاب أمام أعيننا نخلق أو إجبار التبادل البصري، من خلال حثه على الإشارة إليها،

2. السماح للطفل، من خلال الوسائط الموضوعية بين يديه، بخلق نوع من الإسقاط لحياته الداخلية عن طريق السيناريوهات الممكنة.

3. تواصلنا سيمر بعدة مراحل:

• مساعدة الطفل على الوصول إلى المواضيع التي نضعها غالبا بعيدة عن مطاله، ولكن في مجال بصره، مما يساعده على إعادة تجارب القدرة المطلقة في مرحلة أولى، وتعزيز الإشارة لديه.

• تدريجياً، سنبدأ في أخذ أبعاد عن الطفل، سنحاول دفعه لأخذ المواضيع وحده، منعه عن بعضها، التدخل في ألعابه لأخذ دور معين، ... و من هنا، ستبدأ محاولات إدخال مفهوم الإحباط، التقليد،

• سنستخدم هنا كلمة «لا» أكثر مما مضى، كي ننظر إمكانية خلق تماهي إسقاطي لاحقاً، في استخدام الطفل للرفض بدوره.

• مع استعمال الممنوعات، سندرج أيضاً الإحباط خلال اللعب: كل بدوره، مرة نختق و مرة أخرى نتجح.

4. التدخل مع الأولياء:

بالموازاة مع الحصص التي تدوم حوالي 30 دقيقة أسبوعياً مع كل طفل، نعمل إلى لقاء الأولياء، لمدة 15 دقيقة كل أسبوعين على الأقل. ذلك يسمح بإعطائهم مجال تعبير عن معاشاتهم، صعوباتهم، مقاوماتهم، ...

• البرنامج العلاجي:

سطرنا برنامجاً علاجياً في 10 مراحل عامة، كل مرحلة تدوم، تبعاً لتطور حالة الطفل، من حصتين إلى ثلاث أو حتى أربع حصص، و تبيننا، إضافة إلى سلم CARS بعض المؤشرات عن تحسن، أو بداية تحسن الحالات:

• تركيز أو تثبيت النظر أكثر

• التخلي عن الموضوع التوحدي إن وجد

• تراجع في الحركات الاجترارية

• تقبل اللعب مع الفاحص ...

و فيم يلي، صورة ملخصة عن عملنا الذي دام ثلاثة أشهر مع الطفل رامي، و الذي تبيننا فيه بروتوكولنا العلاجي.

• حالة الطفل رامي:

حينما حضر إلينا رامي، كان طفلاً في السنتين من عمره، تم توجيهه إلينا من طرف مختصة في تعمل في مركز للأطفال المسعفين، بعد أن حاول المركز مساعدته مع أخيه التوأم سامي و أمهما الأرملة.

كلاهما أبدا اضطرابات سلوكية مقلقة، و تم بعثهما إلينا من أجل الطابع التوحدي لتلك السلوكات عند رامي.

بعد المقابلات التشخيصية، بدأ أن راми بالفعل يعاني من اعراض توحدية، بالرغم من عدم القدرة على الحديث عن اضطراب توحدي، كون الطفل لا يتعدى العامين.

الصعوبات التي كان يعيشها راми كانت مصاحبة بمعاش شديد الصعوبة لدى الأم التي كانت مطالبة بالعمل في المنازل لإعالة ولديها.

الوظيفة الأمومية، من رعاية، واهتمام، كانت غالبا على عاتق الخالة الصغرى التي كانت تعيش مع العائلة، وذلك خلال النهار، حينما تغيب الأم.

أهم الأعراض التوحدية التي جاء بهارامي كانت:

- عدم الاستجابة لاسمه في معظم الأحيان
- غياب الكلام
- السلوكيات التكرارية الاجترارية
- التمسك بالمصاصة (موضوع انتقالي أم توحدي؟)
- عدم الاهتمام بالآخرين
- عدم الثبات

أخوه سامي كان يحمل اضطرابات سلوكية، لكنه كان جيد التواصل مع الآخرين، اقترحنا أنه قد يكون من المفيد إعطاء كل واحد منهما مجاله، وإدماجهما في روضة، مما يساعد سامي (الذي اكتسب اللغة و اختفت فعلا أعراضه بعد وقت قصير)، في حين واصلنا العمل مع راми. بسبب الصعوبات المادية للعائلة، لم يتمكن راми من الاستفادة من مساعدة أطفونية جدية و متواصة.

خلال الحصص، طبقنا أهم مفاهيم برنامجنا:

1. اللعب الحر و تجارب القدرة المطلقة في البداية، لخلق مجال ثقة و تفاعل مع الطفل
2. إدخال الاحباط خصوصا من خلال غياب الأم في البداية، و بعدها في التبادلات: هنا كانت تتفقم السلوكيات التكرارية لدى راми، و كنا نحاول في البداية احتواءها، و وضع كلمات عليها
3. لما كانت تظهر الاجترارية لكوننا منعنا شيئا عن راми، كنا نحاول استدخال حلول وسطى: سأعطيك تلك العجينة بعد أن ترجع الألعاب إلى مكانها، ...
4. إن اللقاء مع الأم و ابنها، دفعها، بعد فترة من السلبية، حيث كانت لا تتمكن من الخروج للعمل و الاهتمام المفرط بالوالدين، إلى تغير هذه الوضعية، و تغير الأدوار، حيث سمح دخول

الخلالة في الدينامية العلائقية بالتحسن الأسرع للطفل، حيث أنها كانت تتمكن أحسن من لعب الوظيفة الجيدة بما فيه الكفاية، وكذا فعالية دور الخلالة الثانية، التي كانت تتصف بنوع من الصرامة، والتي سمحت باستعمال مفاهيم الإطار والحدود، وبذلك الإحباط

5. عند استخدام الألعاب، كما نحاول الدخول تدريجياً في مجال الطفل، كما نطالب بدورنا في اللعب، نستخدم الإيماءات، التقليد، نعبر عن أحاسيسنا (الشيء الذي يصعب على الأطفال التوحيدين)

6. حينما بدأنا في استعمال رايث sceno test، كوسيط وليس كاختبار، كما نخلق وضعيات بالشخصيات، ما بين الحيوانات، ... وتدرجياً بدأنا باستدخال التظاهر بالأكل، بالشرب (بالأدوات الصغيرة الموجودة في علبة الرايث)، وكما ندعو رامي إلى فعل مثل ذلك، وإن صعب ذلك في البداية، إلا أنه تدرجياً بدأ بذلك، لأول مرة في محاولة للفت انتباه الخلالة التي كانت موجودة في تلك الحصة.

في نهاية الأشهر الأولى من المتابعة، توصلنا إلى ما يلي:

- الثبات في سلوكات المفحوص
- النظر والاستجابة بصفة أحسن لاسمه
- تراجع الحركات الاجترارية

هذه التغييرات دفعتنا إلى التفكير في إدماج أكثر عمقا لرامي، ولذلك اقترحنا الدخول إلى روضة أطفال، وكذا مما ساهم في إدراكه للآخر، اندماجه، تطور استعمال اللغة، تطور الاستقلالية....

حاليا رامي يكاد يبلغ الخامسة من عمره، والخطوات من أجل محاولة إدماج مدرسي مستقبلا بدأت منذ الآن.

خاتمة:

سبق لنا مع العديد من لأطفال التوحيدين، كل منهم حمل خصوصية معينة متعلقة بتوظيفه، ظروف حياته، دينامية أسرته، ... ومع كل تلك التنوعات، إلا أننا أردنا من خلال عملنا العيادي، والذي أصبح موضوع بحثنا في رسالة الدكتوراه، إظهار خصوصية تدخل المختص العيادي، ضرورة الاهتمام باستدخال نوع من المرونة في التبادل مع الشخص الحامل للتوحد، دون اللجوء حتما إلى مفاهيم تربوية أو بيداغوجية محضة، وإن كانت في بعض الأحيان تشكل «وسيطا علائقيا» ثمينا، إن استطعنا استعمالها بنوع المرونة.

1. AMY M. D. (2013), Comment aider l'enfant autiste : Approche psychothérapique et éducative, 3ème édition, Paris, Dunod.
2. American Psychiatric Association. (2005), DSM VI TR, Manuel Diagnostic et statistique des troubles mentaux : version révisée. traduction française. Paris. Masson.
3. American Psychiatric Association. (2013), Diagnostic and statistic mental disorders : fifth edition, England, New scholl library
4. GILET, P. (2013), Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant, Bruxelles, De Boeck solal.
5. HAAG, G. (2005), Comment les psychanalystes peuvent aider les enfants avec autisme et leurs familles, in Médecine et Enfance, Paris, mai 2005, p. 1620-
6. LABRUYERE, N. (2006), Approche neuropsychologique de l'autisme chez l'enfant : entre théorie de l'action et théorie de l'esprit, Thèse de doctorat en neuropsychologie, Université Lumière, Lyon.
7. MATTEI, J. F. (1999), L'enfant et son ADN : entre la science et l'éthique, in. COHEN-SOLAL et GOLSE (sous la dir. de), Au début de la vie psychique : le développement du petit enfant, Paris, Odile Jacob, p. 155171-
8. MISES, R. et Coll. (1997), Parents et professionnels devant l'autisme, Paris, Centre technique national d'études et de recherches sur les handicaps et les inadaptations.
9. NADEL, J. (2014), Imiter pour grandir, Paris, Dunod.
10. TARDIF, C., GEPNER, B. (2011), L'autisme, 3ème édition, Paris, Armand Colin.
11. WINNICOTT, Donald Woods. (1969), De la pédiatrie à la psychanalyse, Paris, Payot