

النفساني العيادي بين صعوبة التشخيص المبكر وتحديد برنامج التكفل المناسب بالطفل التوحدي

تاريخ الإرسال: 2019/07/27 تاريخ القبول: 2019/11/21 تاريخ النشر: 2020/01/15

ط.د مريم برخيسة - جامعة معسكر
أخصائية نفسانية بمصلحة طب العمل
mariam.berkhissa@univ-mascara.dz

ملخص:

يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية الأكثر انتشارا والأكثر صعوبة من ناحية التشخيص والتكفل؛ بحيث يجد معظم المختصين صعوبة في تشخيص هذا الاضطراب وتحديد درجته ونوعه؛ بحيث سعت الأخصائي العيادي على مجموع السلوكات الملاحظة من طرفه أثناء الفحص العيادي ومن قبل الوالدين أو غيرهم من مقدمي الرعاية. نحاول من خلال هذه الورقة البحثية الكشف عن أهم الصعوبات التي يواجهها الممارسين العياديين المتعاملين مع طفل التوحدي في تشخيص هذا الاضطراب، وأهم أساليب التكفل والبرامج التدريبية والتقنيات العلاجية المستعملة للتكفل به سواء على المستوى المحلي أو العالمي.

الكلمات المفتاحية: النفساني العيادي؛ صعوبات تشخيص؛ اضطراب التوحد؛

Abstract:

Autism spectrum disorders are one of the most common and challenging developmental disorders in terms of diagnosis and care. Most specialists are struggling to diagnose, determine and diagnose disorders. The clinician will depend on the all the behaviors observed during the clinical examination carried out by parents or other responsible persons

In this article, we try to identify the most important difficulties faced by practitioners treating children with autism in the diagnosis of this disorder, the most important care methods, training programs and treatment techniques used to treat them. at the local and global levels.

Keywords: Clinical Psychologist; Difficultés of diagnostics; Autism

1. مقدمة:

اضطراب طيف التوحد هو عبارة عن مجموعة من الاضطرابات النمائية الشاملة التي تظهر في مرحلة الطفولة، وتحديدًا في السنوات الأولى من عمر الطفل، وقد أشارت الدراسات الوبائية الأخيرة أن "معدل انتشاره يبلغ 1 لكل 400 فرد، أما معدل الانتشار العام يبلغ 1 لكل 100 فرد تقريبًا، وهو أكثر انتشارًا بين الذكور مقارنة بالإناث، بنسبة 1/5، وبمقارنة هذه النتائج مع دراسات إحصائية سابقة فإنها تشير إلى أن معدلات انتشار التوحد في تزايد مستمر" (A.BAGHDADI,2015:6). ولكن يُجدر الإشارة إلى أن هذه التقديرات مبنية أساسًا على الدراسات التي أجريت في الدول الأمريكية والأوروبية، ولكن ثمة مراجعة منهجية أجريت مؤخرًا شملت إحصائيات أكثر تنوعًا لتقديرات الانتشار العالمية لمرض التوحد، وهو يتضمن أعدادًا مماثلة لما سبق ذكره. وفي جميع الحالات يكون هناك تفاوتًا واضحًا في معدلات الانتشار وحسب خصائص السكان الذين استمدوا منهم تلك النتائج.

بالنسبة للدراسات الإحصائية في الجزائر تتقلب التقديرات الصادرة بين (80.000 و 150.000) حالة، بمتوسط قيمة (100000) حالة في الجزائر وذلك عام (2015)، وذلك حسب الديوان الوطني للإحصائيات (OMS) وسيكون معدل الإصابة 1 من 400 حالة (25 حالة لكل 10000 نسمة) أي بلوغ حوالي 2500 حالة جديدة سنويًا (المصدر الديوان الوطني للإحصائيات، 2015).

كما كشفت الإحصائيات الأخيرة المتعلقة بالتوحد سنة 2018 عن تسجيل 500 ألف طفل مصاب بالتوحد في الجزائر وهي الإحصاءات التي دق بشأنها المختصون ناقوس الخطر ورفعوا بشأنها دعوة إلى الأولياء من أجل الاحتياط واليقظة. ووصف البروفيسور مجيد ثابتي رئيس مصلحة الأمراض العقلية للأطفال المراهقين بالشراكة ورئيس القسم الطبي بمركز التوحد بين عكس الاتجاه الأخير بالمخيفة وقال في تسجيل للقناة الأولى أن تسجيل إصابة واحدة بالتوحد من بين 55 مولود جديد أمر يخيفنا كثيرًا، وألج ثابتي على ضرورة الكشف المبكر عن التوحد والتكفل الأنجع بهم لإدماجهم في المجتمع مستقبلاً (المصدر إذاعة الجزائر: 2018). كل هذه النسب المتزايدة والمخيفة سنة عن سنة جعلت وزارة

التضامن والأولياء الأطفال المصابين بالتوحد يناشدون من أجل دمج أبنائهم في المدارس خاصة الحالات الذين يمتازون بذكاء عالي مثل حالات الأسبرجر.

الاستنتاج الذي يمكن استخلاصه من مختلف التقديرات المنشورة عالميا ومحليا هو وجود غموض كبير جدا يرتبط بالأسباب والعوامل التي تؤدي إلى ارتفاع نسبة الإصابة بالتوحد كل سنة في الجزائر كما هو الحال في جميع أنحاء العالم، كما يتبين من خلال هذه الإحصائيات بأنه ليس اضطرابا نادرا بل يصنف من بين الاضطرابات الأكثر انتشارا في العالم مما دفع بالباحثين والمختصين إلى البحث والكشف عن الأسباب المؤدية إلى الإصابة بهذا الاضطراب النمائي، وذلك على المستوى البحثي في الدول المتقدمة والتي طورت العديد من البرامج التدريبية للتكفل بهم، وتهتم بتدريب الطفل مهارات معينة وسلوكات محددة وقد تم أثبتت فعاليتها ونجاحتها من خلال النتائج المتحصل عليها اثناء تطبيق تجارب على هذه الفئة والتي انتهت بتطوير بعض قدرات هؤلاء المصابين. كما قد زاد الاهتمام نسبيا في الدول العربية خلال السنوات العشرة الاخيرة.

يعتبر (LEO KANNER, 1943) أول من أشار إلى اضطراب التوحد الذي يحدث في الطفولة ويرى بأنه يمتاز بما يلي: "الانطواء على الذات، ضعف الانتماء للآخر، ميل قوي للمحافظة على رتبة الأشياء(مبدأ الثبات)"(بدره معتصم ميموني، 2013: 68)، ويرى أن أكثر سمة مميزة للتوحد الطفولي" هي العجز الفطري في تكوين علاقة عاطفية مع الآخرين"(MARGARET SNOW et al, 1987: 836). وقد استخدمت عدة تسميات للإشارة إلى اضطراب التوحد وفقا للعديد من الدراسات الكلاسيكية والحديثة مثل دراسة كل من (LUTZ,1937) (SOWKAREWA,1932) (HOWDAR et POTTER,1933) (DESPERT,1938)من بينها(الذواتيون، التوحديون، الذهان الطفولي، الفصام الطفولي، الانغلاق الذاتي....الخ) (M.FRAYSINET,2012). هذه الاستخدامات المتعددة ترجع أولا إلى غموض الأسباب المؤدية للإصابة بهذا الاضطراب وثانيا صعوبة التشخيص والتشخيص الفارق خاصة وأن هذا الاضطراب يتشابه مع سلوكات اضطرابات أخرى، ولكن التسمية الحالية وفقا للمراجعة الأخيرة للدليل الإحصائي والتشخيصي الخامس هي إضطراب طيف التوحد".

انطلاقاً من العديد من الأدبيات والتفسيرات النظرية التي ركزت اهتمامها على الطفل التوحدي من حيث تحديد آليات الكشف والتنبؤ بالإصابة وكذلك دراسات أخرى اهتمت بطرق التكفل والعلاج، جاءت دراستنا للتسليط الضوء على الصعوبات التي يواجهها الممارسين العياديين والمتعاملين مع الحالات المصابة باضطراب التوحد في تشخيص والعلاج وذلك نظراً لغموضه فالطفل التوحدي يعتبر من أكثر الفئات تعقيداً وخطورة، وعلى الرغم من التقدم العلمي وتكثيف البحوث من طرف الباحثين والمختصين في هذا المجال، والتطرق الى وأهم البرامج التدريبية والتقنيات العلاجية المستعملة للتكفل به.

2. الإطار الإشكالي:

يعتبر الأخصائي النفساني العيادي الممارس شخص يمتلك المعرفة العلمية بمجال تخصصه أي تخصص علم النفس العيادي ويمتلك أيضاً مهارة تطبيق تقنيات علاجية وحلول للإضطرابات والمشاكل النفسية، ولكن على الرغم من هذه المعرفة التي تساعده على فهم وتشخيص والتكفل بالحالات إلا أنه يواجه العديد من الصعوبات في التعامل مع بعض الاضطرابات التي تمتاز بالغموض وخاصة أن الوقت والسن يلعب دوراً هاماً في تحديدها وظهور مؤشراتهما أو أعراضهما بشكل واضح، وأيضاً لا ننسى التداخل الذي نلاحظه بين أعراض مختلف الاضطرابات النفسية والعقلية من بين هذه الاضطرابات نجد الاضطراب الذي يبدأ منذ الطفولة أو يولد مع الإنسان مثل طيف التوحد، هذا الأخير الذي يعرفه التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10) على " انه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز باختلالات أو إصابات نوعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي طرق التواصل، وكذلك الاهتمامات والأنشطة المحددة، مع ظهور سلوكيات نمطية متكررة. هذا الشذوذ النوعي هو سمة تجتاح أداء المصاب بالتوحد في كل الوضعيات" (O.CALVY, 238 : 2016). وبالتالي يعتبر التوحد نوعاً من الشذوذ في سلوكيات الطفل الذي يعرقل قدرته على التواصل وبناء علاقات مع العالم الخارجي. وعلى الرغم من التطور العلمي والكشف عن ماهية التوحد إلى أنه لا زال يحيط به الكثير من الغموض. وبالتالي جاءت دراستنا للكشف عن أهم الصعوبات التي يواجهها النفسانيين العياديين في التعامل مع حالات التوحد سواء من حيث الكشف المبكر ومن ثم التشخيص ومن حيث التكفل وطرق العلاج، وبالتالي قمنا بطرح التساؤلات الموالية: ما هي أهم الصعوبات التي يواجهها المختصين

العياديين من أجل التشخيص المبكر لاضطراب التوحد؟ وما هي أهم الأساليب التدريبية المستعملة في التكفل بهذه الشريحة من الأطفال؟

3. أهداف البحث:

أولاً، تناول أهم الصعوبات التي تواجه كل مختص نفساني ممارس في التشخيص والتعامل مع حالات التوحد.

ثانياً، الكشف عن أساليب التكفل بفتة الأطفال التوحديين.

4. الضبط النظري للمفاهيم:

1.4. التوحد: تدرج منظمة الصحة العالمية التوحد ضمن الاضطرابات النمائية (TED) وترى أنه يظلم ثلاثة أعراض رئيسية. وهي "قصور في التواصل المتبادل اللفظي والغير لفظي، إظهار سلوكيات نمطية، ومحدودية النشاطات والاهتمامات، وتظهر هذه الأعراض قبل سن الثلاث سنوات" (طارق عامر، 2008: 22)

وبالتالي يمكن تعريفه على أنه اضطراب النمو العصبي يظهر بشكل جلي مع بلوغ الطفل حوالي سنتين الى ثلاث سنوات في المتوسط يتميز بعجز مستمر في التواصل الاجتماعي وقصور على المستوى المعرفي واللغوي.

2.4. النفساني العيادي: مُختص يمتلك أولاً المعرفة النظرية في مجال علم النفس الإكلينيكي، وثانياً يمتلك الوسائل والأدوات العيادية التي تسمح له بتشخيص الحالات وتحديد البرنامج العلاجي المناسب لهم حسب خصوصية وفردانية المفحوص.

3.4. صعوبة التشخيص: الصعوبة الرئيسية الأولى التي يواجهها الآباء والأمهات الذين يلاحظون اضطرابات في تطور طفلهم كالتأخر في اكتساب اللغة والنطق، ونوبات العنف والغضب، وقلة اللعب، والسلوكيات الوسواسية والقوالب النمطية، إلخ ... هي الحصول على تشخيص، وليومنا هذا لازال الآباء والأطفال الذين يعانون من أعراض التوحد وذوهم ضحايا التشخيص الخاطئ، مما يؤدي إلى التشخيص المتأخر. (CLOTILDE.G.SARRAZIN,2013).

يمكن تعريف هذا المفهوم على أنه مجمل المشاكل والصعوبات التي تواجه الأخصائي في تحديد نوعية الاضطراب الذي يعاني منه المفحوص نظرا لتدخل عدة عوامل كتشابه الأعراض بين عدة اضطرابات مما يصعب التشخيص الفارق، وعدم بروز علامات واضحة تؤكد إصابة المفحوص، عدم وجود حدود بارزة بين السوي والمرضي خاصة عند الطفل الذي لازال في طور النمو.

4.4. التكفل: " يعتبر التكفل مجموعة من الجهود والخدمات الاقتصادية، والاجتماعية، والنفسية، والبرامج العلاجية... والتي تعنى بحاجات الشخص الذي يحتاج العناية ومشكلاتهم بهدف تحسين تفاعلهم الاجتماعي مع المجتمع وأفراده والتكيف مع البيئة والتوافق مع الذات" (جلال عبد الحليم، 2018، 99)

يتبين لنا انطلاقا من التعريف سابق الذكر أن التكفل هو تقديم الرعاية للشخص الذي يحتاج العناية والاهتمام به وذلك في جوانب مختلفة نفسية وجسدية واجتماعية، حركية. وبما أن موضوعنا موجه نحو الأطفال المصابين باضطراب التوحد فإن التكفل سيكون من خلال برامج علاجية وتدريبية مخصصة بهذه الفئة من اجل تطوير قدراتهم ودمجهم في المجتمع.

5. مدخل نظري (ماهية التوحد):

1.5. تعريف التوحد (Autisme):

على الرغم من التطورات التي حدثت في مجال تشخيص التوحد والمفاهيم الخاصة به، والتحسن الذي شهدناه خلال العشرين عاما الماضية إلا أنه لا زال مثيرا للغموض، كما أن تعريف التوحد في حد ذاته لازال موضع نقاش لحد اليوم، ولا تزال هناك تساؤلات عديدة حول أسبابه وتطوره وتشخيصه وكذلك علاجه والتنبؤ به. وفي هذا العنصر سوف نعرض مجموعة من التعاريف الهامة والتي من خلالها نحقق بعض الفهم لهذا النوع من الاضطرابات النمائية.

تشتق كلمة التوحد (AUTISME) من الكلمة الاغريقية (Aut) وتعني النفس أو الذات، وكلمة (lsm) تعني الانغلاق، والمفهوم ككل يمكن ترجمته على أنه الانغلاق على الذات،

وتعني هذه الكلمة أن هؤلاء الأطفال قليلو الاهتمام بالعالم الخارجي؛ بحيث يمتازون بالانسحاب الذاتي (Repli de soi) (أسامة فاروق مصطفى واخرون، 2011: 26).

عام 1943، قدم الطبيب ليو كانر (LEO KANNER) وصفا دقيقا للتوحد في مقاله وعرفه على أنه اختلال بيولوجي فطري في الاتصال العاطفي؛ حيث وصف 11 طفلا اشتركوا في سلوكيات من اللامبالاة الاجتماعية والعاطفية، وفي معظم الحالات تكون هذه الأعراض الرئيسي التي حددها (KANNER) واضحة عند بلوغ الطفل سن 3 سنوات.

التصنيف الدولي للأمراض (CIM-10) يعرف التوحد على " انه مجموعة من الاضطرابات التي تتميز باختلالات أو إصابات نوعية على مستوى التفاعلات الاجتماعية المتبادلة، وفي طرق التواصل، وكذلك الاهتمامات والأنشطة المحددة، مع ظهور سلوكيات نمطية متكررة. هذا الشذوذ النوعي هو سمة تجتاح أداء المصاب بالتوحد في كل الوضعيات" (O.CALVY, I.BERNARD et al, 2016 : 238).

عام (1980) ظهر مفهوم "التوحد الطفولي" في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-III) بدلا من مفهوم "الفصام الطفولي" الذي كان في النسخة الثانية (DSM2)، فعلى الرغم من أن (LEO KANNER) وضع وصفا دقيقا لاضطراب التوحد وأثبت أنه إعاقة مختلفة تماما عن باقي الإعاقات من حيث الأعراض ونوعية الإعاقة إلى أنه لم يتم الاعتراف به إلى في عقد الستينات، حيث تبنت الجمعية الأمريكية في الإصدار الثالث من الدليل التشخيصي الأعراض الرئيسية التي ذكرها (ROTTER) عام (1978) وهي : إعاقة في العلاقات الاجتماعية، نمو لغوي متأخر، صعوبة في التخيل (تامر فرح سهيل، 2015: 24).

ظهر مفهوم الاضطرابات النمائية الشاملة (TED) في نسخته الرابعة (DSM-IV)، ثم تم إعادة مراجعة وتحديث النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي عام (1994)، وتحديد خمسة اضطرابات في فئة (TED) والمتمثلة في : اضطراب التوحد، متلازمة ريت (Rett)، الاضطراب النمائي الغير محدد (TED-NS)، اضطراب التفكك الطفولي، متلازمة اسبرجر.

عام (2013) تم إصدار النسخة الخامسة للدليل الإحصائي والتشخيصي (DSM-5) والذي تضمن مفهوم "اضطراب طيف التوحد" المترجم من اللغة الفرنسية (Trouble du Spectre Autistique) والذي حل محل مفهوم "الاضطرابات النمائية الشاملة" (Troubles

(TED)Envahissants du Développement) فالصفات التشخيصية السابقة لاضطراب التوحد والمذكورة في الإصدار الرابع من الدليل كانت قد تعرضت لانتقادات كثيرة من قبل المختصين بالطب النفسي (APA,2013).

يختلف الإصدار الخامس الجديد من الدليل التشخيصي والإحصائي عن سابقه بعدة أمور منها: جمع التشخيصات الأربعة المتفرقة في تشخيص واحد لا يميز الإصدار الأخير بين الأنواع المختلفة من اضطراب التوحد مثل اضطراب التوحد الكلاسيكي أو اضطراب اسبرجر أو الاضطرابات النمائية غير المحددة، لكنه يجمعها كلها في تشخيص واحد فقط هو "اضطراب طيف التوحد لان فريق عمل الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس الجديد (DSM-5) يؤمنون بأن جمع هذه التشخيصات المختلفة تحت مظلة تشخيص واحد فقط سوف يحسن من تشخيص اضطراب التوحد.

وتم تحديد مجموعة من الأعراض في هذه النسخة الأخيرة وهي كالآتي التالية :

1 صعوبة مستمرة في التواصل والتفاعل الاجتماعي مع المواقف المختلفة : - صعوبة في التبادل الاجتماعي - العاطفي، صعوبة في سلوكيات التواصل غير اللفظي المستخدمة في التفاعل الاجتماعي، صعوبة في انشاء العلاقات او الحفاظ عليها او فهمها، "تحديد شدة المرض الحالية تعتمد على مشاكل التواصل الاجتماعي ونماذج التصرفات المحددة والمتكررة

2- سلوك أو اهتمامات أو أنشطة تتصف بالتحديد أو التكرار: نمطية وتكرار في حركات الجسم أو استخدام الأشياء أو الكلام ، ترديد عبارات خاصة غير ذات معنى، الإصرار على المثلية (تمائل الافعال)، وارتباط دائم بالأفعال الروتينية، أو طقسية أو الطبيعية.

3- اهتمامات محددة وثابتة بشكل كبير وبصورة غير طبيعية من ناحية الشدة والتركيز. (مثلا، التعلق أو الانشغال الشديدين بأشياء غير اعتيادية، أو التقيد بصورة مبالغ فيها، أو المواظبة على الاهتمام بشئ محدد.

4- فرط أو انخفاض حركي نتيجة للمدخلات الحسية، أو اهتمامات غير طبيعية بالجوانب الحسية للمحيط.

ملاحظة: تحديد شدة المرض الحالية تعتمد على مشاكل التواصل الاجتماعي ونماذج التصرفات المحددة والمتكررة

(أ) يجب ان تظهر الأعراض في الفترة المبكرة من نمو الطفل (لكن قد لا تظهر الأعراض بشكل واضح حتى تتجاوز الحاجات الاجتماعية القدرات المحدودة للطفل المتوحد، أو قد لا تظهر أبدا لحلول استراتيجيات مكتسبة لتحل محلها خلال الفترات الأخيرة من النمو.

(د) يجب ان تسبب الأعراض ضرراً واضحاً في الفعاليات الاجتماعية والوظيفية والفعاليات الحياتية الأخرى المهمة.

(هـ) هذه الاضطرابات يجب ان لا تكون بسبب نقص في الذكاء (اضطرابات الذكاء التطورية) او تأخر النمو العام. إن نقص الذكاء واضطراب طيف التوحد يظهران معاً عادة، ولعمل تشخيص ثنائي للمرضين في مريض واحد يجب أن تكون قابلية التواصل الاجتماعي أقل من المستوى المتوقع في النمو الطبيعي (APA,2013).

عام (1978) اقترح كل من (RITVO and FREEMAN) تعريفا للأشخاص التوحديين وقد أخذت الجمعية الوطنية للأشخاص التوحديين بهذا التعريف، الذي يتضمن خصائص وصفات معينة يمتاز بها الشخص التوحدي، و"تتواجد هذه الأعراض قبل ثلاثين شهرا والتي تتمثل في: 1. اضطراب في سرعة النمو ومراحله، 2. اضطراب في الاستجابة للمثيرات الحسية. 3. اضطراب في الكلام واللغة والسعة المعرفية، 4. اضطراب في التقليد المناسب للأشخاص والأحداث والموضوعات (RITVO and FREEMAN, 1978: 10).

عام 1975 عرف (SMITH) التوحد الطفولي على أنه أولئك الأطفال الذين يعانون من الانسحاب الشديد من المجتمع، فقدان التواصل، أو الفشل في تطوير العلاقات مع الآخرين، التردد الآلي للعبارات والكلمات، السلبية في التغيير، الإعادة المملة للأفعال ونطق الكلمات (سوسن شاكر مجيد، 2007).

عرفت الجمعية الوطنية للأطفال التوحديين (National society of autistic children) عام (1977) التوحد على "أنه الحالة التي تكون فيها المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر

قبل أن يصل عمر الطفل 30 شهرا ويتضمن الاضطرابات التالية: - اضطراب في سرعة النمو، اضطراب في الاستجابة الحسية للمثيرات، اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة، اضطراب في التواصل مع الآخرين" (فرح سهيل، 2015: 27).

نلاحظ من خلال التعاريف التي تم عرضها أعلاه أن هناك اختلاف في بعض النقاط مثل إعطاء الأهمية لهذا العرض بالذات دون الآخر، فهناك من الباحثين من يرى أنه قصور على المستوى المعرفي، وهناك من يرى أن العرض الرئيسي هو العجز في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وآخرون يؤكدون على الجانب العاطفي الانفعالي. لكن على الرغم من الاختلافات المتفاوتة إلى أن كل التعاريف تشترك في أن اضطراب التوحد عبارة عن اضطراب نمائي يظهر في السنوات الأولى من العمر ويمس عدة مجالات (المهارات الاجتماعية، المعرفية، العاطفية..الخ).

تعريف الباحثة: يمكن تعريف التوحد على أنه مجموعة من الأعراض التي تظهر في سلوكيات الطفل بشكل أكثر وضوحا مع بلوغه سن الثالثة، يمتاز هذا الاضطراب بعدم القدرة على التواصل البصري مع الآخرين مصحوب بنمطية فكرية وسلوكية ولغوية ورفض شديد للتغيير، إضافة إلى العزلة عدم التفاعل العاطفي والاجتماعي مع المحيط.

2.5. بند الدراسات السابقة:

تعددت الدراسات والمقاربات المفسرة لاضطراب التوحد، حيث نجد العديد من النظريات التي اهتمت بتفسير اضطراب التوحد كل حسب مسلماتها وبراهينها والتي كشفت عن ماهية التوحد كاضطراب وذلك من خلال تفسيره وشرح الأسباب التي يفترض أنها تؤدي إلى هذا الاضطراب النمائي إذا ما حدثت ومن خلال هذا المحور نذكر أهمها بشكل موجز:

1.2.5. الدراسات السابقة ذو توجه معرفي: تعتبر من بين المقاربات التي كان لها دورا هاما في تفسير اضطراب التوحد، من أهم روادها (1995، BARON-COHEN، 1995، CHATELA et THOMMEN، 2007، ROGE، 2003، RAJENDRAN et MITCHELL، 2007، RIMBERT et al، 2004)؛ بحيث اعتمدت على فرضية عجز المهارات المعرفية مثل عدم التماسك المركزي (défaut de cohérence centrale) والكفاءة المعرفية – الاجتماعية، وتعتبر مسألة الإدراك الاجتماعي التي ينظر إليها اليوم على أنها مجموعة من المعارف عن الآخرين

(نظرية العقل ، فهم العواطف) بمثابة عجز مركزي عند الشخص التوحدي وترتبط الصعوبات المعرفية الأخرى بعجز أو قصور على مستوى الوظائف التنفيذية والتماسك المركزي (E.THOMMEN, M.SUAREZ,2010).

2.2.5. الدراسات السابقة ذو توجه تحليلي: أخذت مكانة جوهرية في تحليل وفهم هذا الاضطراب من أهم روادها (F.TUSTIN, M.MAHLER, et al). لقد كان يُعتقد لفترة طويلة أن الإصابة بالتوحد هو " نتيجة لاضطراب نفسي وأن الآباء وخاصة الأم هم المسئولين، لأنهم المصدر الرئيسي لهذه الإصابة. ولذا غالبا ما نجدهم يعانون من مشاعر الذنب بشكل حاد وبغضب" (1) (BARTHELENEY.C, HAMEURY.L, et al,1995). وفي هذا الصدد تُعرف (F.TUSTIN) التوحد على أنه "استجابة أو رد فعل تجاه مخاوف بدائية مكثفة" (1:1989). ووفقا لها فإن الطفل التوحدي يعيش مع الموضوع الخارجي وكأنه جزءا من جسده أو امتدادا له كما يستخدم ميكانيزمات دفاعية لمكافحة ضد مشاعر الانفصال الجسدي، هذه الأخيرة التي تأتي قبل أوانها وبشكل مفاجئ، مما يؤدي إلى كسروهم الاستمرارية الجسدية بين الأم والطفل؛ هذه التجربة من الانقطاع أطلقت عليها (F.TUSTIN) اسم " الثقب الأسود" الذي يعتبر أصل ومنتشأ القلق البدائي الذي يقع الطفل التوحدي ضحية له (P.Olivier, O.Bannot,2013). وفي السياق ذاته تؤكد (M.MAHLER) أنها أدركت بشكل تدريجي أن التوحد الطفولي هو عبارة عن دفاع نشط حتى وإن كان ذا طابع ذهاني؛ فهو يبقى دفاع وليس قصور أو خلل ضد فقدان الحاجات الحيوية والأساسية للطفل خلال الأشهر الأولى من حياته، كما يُشكل علاقة تكافلية أو علاقة اللاتمايز مع الأم أو بديلها (S.MALAGUARNERA,2007).

لكن تميل الأبحاث الحالية أكثر إلى تفسير الاضطراب على انه إعاقة أو قصور علائقي ناتج عن اختلال في وظائف الدماغ؛ بمعنى إصابة عضوية وقد تم تدعيم هذه النتائج من خلال حجج وبراهين عيادية ودراسات وأبحاث فيزيولوجية وبيولوجية سنتناول بعضها أدناه. كما سلطت مجموعة من فرق البحث الضوء على الخصوصية الوراثية ودورها في الإصابة باضطراب التوحد.

3.2.5. الدراسات السابقة ذو توجه عصبي فيزيولوجي:

أظهرت الفحوصات الكهروفيزيولوجية كما سبق وأشرنا إليها أعلاه أن السبب الرئيسي للإصابة بالتوحد هو اختلال في وظائف الدماغ؛ بحيث تبين من خلال تلك الفحوصات النورولوجية أن عملية تصفية المعلومات (filtrent) عند هؤلاء الأطفال تعمل بشكل سيء ويتم ربطها بطريقة غير منتظمة مع عدم وجود تجانس، وان استجاباتهم للمثيرات غير مستقرة ومتغيرة مما يشير إلى انه اضطراب أساسي في تشكيلة وعمل الدماغ (BARTHELENEY.C, HAMEURY.L, et al,1995)، وقد أكدت الجمعية الأمريكية في الطب النفسي (Association American Psychiatrie) ذلك والتي ترى أن التوحد اضطراب نمائي ناتج عن إصابة على مستوى الجهاز العصبي المركزي والتي بدورها تؤثر على وظائف الدماغ التي تمس بطريقة مباشرة مختلف مجالات النمو مما يؤدي إلى قصور في التفاعل الاجتماعي، ومهارات التواصل اللفظي والغير لفظي، كما يظهرون استجابات للأشياء أكثر من استجاباتهم للأشخاص من حولهم، ويرفضون التغيير الذي يمكن أن يحدث في المحيط أو البيئة التي يعيشون فيها مما يدل على الخضوع لمبدأ الثبات، ودائما ما يُكررون حركات من خلال أجسادهم أو مقاطع صوتية أو كلمات بطريقة آلية ونمطية (روان عبد الله البار:2016).

انطلاقا من هذه البيانات العصبية المتوصل إليها من طرف مختصين في علم الأعصاب والفيزيولوجيا يتبين أن القصور في الجانب العلانقي عند المصابين باضطراب التوحد راجع لاختلال في بعض الوظائف الأساسية للدماغ التي بدورها تمس وتؤثر سلبيا على مجالات أخرى هامة كالقدرة على التواصل مع الآخرين عن طريق اللغة الجسدية أو اللغة اللفظية التي نجدها مختلة عند الطفل التوحدي، ومن ثم غياب التواصل يسبب عجز في فهم الآخرين وقصور في التعبير عن ما هو داخلي من أفكار ومشاعر وأحاسيس.

على الرغم من الاختلاف في التفسيرات النظرية والتوجهات إلى أنها تشترك في الهدف وهو فهم اضطراب طيف التوحد والكشف عن الأسباب المؤدية للإصابة به، من أجل تطوير برنامج تكفلي يساعد على التخفيف من أعراض التوحد وضبط سلوكياته من أجل دمجها إجتماعيا .

6. مدخل تطبيقي (صعوبة التشخيص المبكر وأساليب التكفل):

في هذا المحور سنتطرق إلى الصعوبات التي يواجهها الأخصائي العيادي في ممارسته مع حالات طيف التوحد بأنواعها المختلفة وما هي أهم البرامج المطبقة للتكفل به.

1.1. صعوبة التشخيص المبكر لاضطراب التوحد :

تعتبر عملية التشخيص مرحلة أولية تسبق العلاج كما أن فعالية العلاج والتكفل يرتبط ارتباطا وثيقا بدقة التشخيص، حاليا وبشكل عام فإن اضطراب التوحد يصعب تشخيصه، فقد لا يظهر الأطفال المصابون به أي أعراض أو علامات تشير إلى الإصابة بالتوحد بل على عكس ذلك يظهرون في الأشهر الأولى تطورا حركيا وحتى لغويا طبيعيا، بينما قد يتأخر البعض الآخر، ولكن بشكل شائع يمكن الكشف عنه في سن الثلاث سنوات. كما يمكن للأخصائيين العيادين الممارسين ومن ذوي الخبرة والكفاءة يستطيعون اكتشاف علامات مرض التوحد في وقت مبكر بمعدل 12 شهرا؛ بحيث يعتبر التشخيص المبكر لأي اضطراب يمكن ان يعاني منه الطفل أمرا ضروريا ويلعب دور كبير في فعالية العلاج والتكفل بالطفل، هذا التدخل المبكر يمكن أن يقلل من الأعراض الثانوية مثل السلوك التدميري وإيذاء النفس. ولكن هناك العديد من العوامل التي تصعب عملية التشخيص أو بالأحرى تعمل على تأخيره، في هذا الصدد يرى أن الاستشارات الطبية تؤدي في كثير من الأحيان إلى طمأنة الآباء على الرغم من وجود علامات مزعجة بالفعل: تشوهات التواصل اللفظي و / أو غير اللفظي ؛ شذوذ في التفاعلات الاجتماعية، محدودية الاهتمامات والصور النمطية، هذه الأعراض المستمرة والتأكيدية تبدأ بمرحلة طويلة جدًا يمر بها الآباء والطفل من " التشخيص والعلاج الخاطئ"، بحيث يتم إحالة العائلات إلى مهنيين ليسوا متخصصين في مرض التوحد أو الاكتفاء بتهدئتهم وطمأنتهم (COLTILDE ; G.SARRAZIN, 2013)، وقد تحدث (BERNADETTE ROGER) عن الأسباب المعرقله لعملية الكشف المبكر بشكل أوضح في مقاله الموسوم بـ "Diagnostic Précoce de l'autisme" عام (2002) والتي تتمثل فيما يلي :

1. عدم وجود خبرة ومعرفة لدى الوالدين؛ بحيث نجدهم يجهلون النمو الطبيعي لرضيع خاصة عندما يتعلق الأمر بالطفل الأول من الأسرة، لذلك نجدهم لا يولون أهمية للعلامات الصغيرة او المؤشرات التي قد تترجم لنا تأخرا أو انحرافا نوعيا في النمو.

2. تشخيص الطفل بأنه غير عادي كإصابته بإعاقه بصرية أو سمعية أو تخلف ذهني أو توحد على سبيل المثال يجعل الوالدين يتبنون موقفا إنكاريا ورفض وتكذيب تشخيص الطبيب او المختص العيادي أو الاعتماد على عناصر ايجابية لاستبعاد مرض وإصابة طفلهم كل هذا بسبب صعوبة تقبلهم للوضعية.
3. فقدان الخبرة المهنية أو نقص التكوين أو غياب الكفاءة لدى المختص يمكن أن تصعب التشخيص وتأخر تحديد إصابة الطفل بمرض التوحد خاصة وأن الكثير من أطباء الأطفال ليسو على دراية جيدة بمرض التوحد والأعراض المبكرة له وسماته مما يجعلهم يستهينون ولا يولون أهمية للعلامات الأولى والعمل على طمأنة الوالدين.
4. صعوبة التشخيص ترتبط أيضا بحقيقة أخرى مفادها أن الأدوات المستخدمة عادة لإجراء التشخيص غير مكيفة ولا تتلاءم مع بيئة وثقافة المجتمع وأخرى لا تتلاءم مع صغار السن وبالتالي لا تساعد على الاستفادة من التشخيص المبكر.
5. لا تنطبق المعايير المستخدمة في التصنيفات العالمية كالل دليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) على الأطفال الصغار وفي سن مبكرة لأنها تتضمن بعض السلوكيات التي لربما لم تظهر بعد (BERNADETTE ROGER, 2002).

كل هذه العلامات تشير إلى أن التشخيص المبكر يرتبط بوعي الأسرة ومعرفتها بعلامات هذا الاضطراب الذي يساعد على الكشف المبكر ويرتبط بشكل رئيسي بمدى كفاءة وخبرة الأخصائي الممارس، هذه الخبرة التي تتكون من خلال الممارسة العيادية المستمرة مع هذه الشريحة من الأطفال والتكوين الفعال في شقيه النظري والميداني من حيث آخر النتائج العلمية المتوصل إليه واهم البرامج العلاجية التدريبية المستعملة. لذلك فإن تشخيص التوحد والتكفل به يتطلب مختصين في التوحد والاضطرابات النمائية وليس كل مختص في علم النفس العيادي أو في طب الاطفال يستطيع تقييم علامات ومؤشرات هذا المرض أو تمرير برنامج علاجي تكفلي لتطوير قدرات هذا الطفل والتخفيف من الاضطرابات السلوكية التي يعاني منها.

نحن كممارسين عياديين أو مختصين في علم النفس العيادي نستخدم أثناء ممارستنا مجموعة من الأدوات العيادية من أجل تشخيص المفحوص (كالملاحظة والمقابلة العيادية والاختبارات والمقاييس النفسية) وهي وسائل مهمة جدا وشائعة ومتداولة بين كل الدراسات

العالمية والعربية، ولكن خصوصية كل حالة ونوعية إصابتها قد تفرض وسيلة معينة دون الأخرى بالنسبة لاضطراب التوحد، وبالتالي أهم تقنية تتمثل في :

1. إجراء مقابلات مع الوالدين: والتي من خلالها نجمع معلومات عن تاريخ الحالة ويتم إلقاء الضوء على عدد من العناصر التي يمكن أن تميز الأطفال المصابين بالتوحد والتي يلاحظها الأولياء على طفلهم كالسلوكيات المتكررة، محدودية الاهتمامات لكن في معظم الحالات لا تظهر هذه العلامات الى مع سن ثلاث سنوات. قد تظهر هذه السلوكيات التكرارية ولكن الوالدين لم يتعرفوا بعد على الطابع التكراري مثلا قد لا يظهر سلوك رمي الأشياء أو كثرة تقليد صفحات كتاب الى إذا كان هناك منافسة مع مشاركة اجتماعية مع الأقران.

2. مقاييس الملاحظة:

تعتبر الملاحظة من أهم وسائل الفحص النفسي التي تساعد على جمع المعطيات حول الظاهرة موضوع الدراسة من جوانب محددة، وتُعرف على أنها مشاهدة منظمة بهدف دراسة و وصف السلوك وصفا دقيقا (محمد صلاح الدين مصطفى وآخرون، 2010: 4)؛ بحيث تبدأ مع النظر والإدراك الجيد للفرد في وضعيته، والتركيز على النشاط النفسي الخاص به. "كما تتطلب سيرورة الملاحظة حسب (CLAUD BERNARD, 1965) أن يضع الملاحظ كل الأدوات التي تساعد على المراقبة الشاملة، ويجب أن يُلاحظ بدون أي أفكار مسبقة؛ فهي تتضمن الانتباه الدقيق والإرادي والذكاء الذي يتم توجيهه نحو هدف نهائي ومنظم ويوجه نحو الموضوع من أجل الإلمام بجميع جوانب السلوك المراد دراسته" (PIDINIELLI et al., 2015: 7).

هناك العديد من من المقاييس والاختبارات التي تساعدنا على الملاحظة والكشف عن الاصابة بمرض التوحد في سن مبكرة ودرجته نذكر على سبيل المثال الأكثر استخداما عند النفسانيين العياديين 1. جدول مراقبة تشخيص التوحد (ADOS) 2.مراجعة تشخيصية لاضطراب التوحد (ADIR) 3. أما مقياس (CARS) يستعمل لتحديد درجة التوحد انطلاقا من ثلاث سنوات، وغيرها من الأدوات الهامة التي تساعدنا على رصد السلوك العام للحالات، وتغيرات السلوك الحركية والقدرة على التقاط الإشارات الانفعالية، والاستجابات العاطفية الصادرة عنها، كما تمكن من تقييم الإنتاجية اللفظية ونبرات الصوت والانقطاع في

الحديث، وردود الأفعال؛ أي تسجيل كل الحقائق والبيانات المرتبطة بالمفحوص والتي تساعد على تشخيص دقيق لنوعية إصابته.

2.6. البرامج العلاجية التدريبية المطبقة على أطفال التوحّد:

بمجرد التحدث عن التكفل بالطفل التوحدي نجد العديد من البرامج التدريبية المتعارف عليها عالميا والتي لا تخفى علينا جميعا من حيث ماهيتها، بحيث تهتم بتطوير مهارات معينة سلوكية ومعرفية ولغوية لدى الطفل ، نذكر نماذج منها باختصار:

1.2.6 . برنامج تحليل السلوك التطبيقي (ABA): عرفت هذه الطريقة بأسماء مختلفة كالتدخل السلوكي، التحليل السلوكي التطبيقي، يرجع هذا الأسلوب إلى (I.LOVASs) وهو برنامج مكثف للتدريب على مهارات معينة بشكل منظم ومنطقيا يتم فيه تحديد السلوكيات السابقة واللاحقة والمرغوبة والغير مرغوبة وبعد ذلك يتم تشكيل المهارات الجديدة بتنظيم المثبرات والتعزيز الفوري، يتطلب مشاركة الآباء والمربين المشرفين على الطفل وكل المحيطين به (B.JUSTIN et al., 2018).

من أهداف هذا البرنامج: تقليل سلوكيات العدوان وسلوك إيذاء الذات، التأكيد على اللغة التعبيرية، واللعب الفعال مع الأقران، التركيز على التعبير عن العواطف والمهارات قبل اكااديمية، الاستقلالية، مهرة تقليد الأصوات... وغيرها(روبرت كوجل ، 2003)

2.2.6. برنامج (TEACCH) : Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children) بمعنى علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وذوي إعاقات التواصل المشابهة، ويتم تقديم هذه الخدمة عن طريق مركز تيتش في الولايات المتحدة الأمريكية، يدير هذا المركز كل من (Shopler et Gray) وهما من كبار الباحثين في مجال التوحد. يمتاز هذا البرنامج في ان طريقة العلاج مصممة بشكل فردي حسب احتياجات كل طفل، ويركز على تعليم مهارة التواصل، المهارات الاجتماعية، المهارات الأكاديمية، الاستقلالية، التكيف الاجتماعي (سهير الصباح ومحمد أبو صبحه، 2017).

كما أن هناك برامج أخرى مثل: العلاج المعرفي السلوكي، برنامج رفع الصوت، علاجات التبادل والتنمية، نموذج دنفر (Modèle de Denver)، طريقة فورشتاين (Méthode Feuerstein)، طريقة بادوفان (أو إعادة تنظيم الوظائف العصبية).... وغيرها.

من خلال تجربتنا الميدانية داخل مراكز التكفل البيداغوجي بأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة بشكل عام ومن خلال التواصل مع العديد من المختصين العيادين لاحظنا أنهم على دراية بهذه البرامج كما خضعوا لعد تكوينات من أجل التحكم في تمرير هذه البرامج التدريبية أهمها (ABA – TEATCH) لكن التكفل بهذا الطفل لا يقتصر على تدريبه على سلوكيات معينة من طرف المختص العيادي وإنما التكفل حسب ملاحظتنا وتعاملنا مع هذه الحالات يتطلب نقطتين رئيسيتين من أجل الوصول إلى نتائج جيدة :

أولاً، وجود فرقة طبية بيداغوجية تمتاز بتعدد التخصصات (Equipe Pluridisciplinaire)، هذه الأخيرة التي عرفها (R.GONTHIER) على أنها ممارسة تعاونية تنفذ ديناميكية الفريق، مع احترام دور ومسؤولية كل مهنة وكذلك احترام المفحوص ومشاركة مقدمي الرعاية (كالأسرة مثلاً) في هذا التكفل والذي يسمح من خلال الرجوع إلى معلومات كل مختص بالتقييم الأنسب للوضعية وتنفيذ الرعاية المناسبة أو اقتراح علاج مناسب للحالة حسب خصوصيتها وفردانيتها ومعاشها النفسي الخاص (J.PHILIPPE, S.SION, et al,2006). هذا ما يشير إلى أن التداخل بين التخصصات وبين الممارسين والعمل المشترك والتحالف يتطلب أن كل يعترف كل ممارس أنه لا يستطيع التكفل بالمفحوص انطلاقاً من كفاءته وتخصصه بمفرده، وإنما يحتاج إلى ممارسين مختصين في مجالات أخرى كون أن الإنسان طفلاً كان أو راشداً أو مراهقاً أو مسناً يشكل وحدة (Unité) شاملة متكاملة جسدية، عصبية، نفسية، اجتماعية، معرفية-ذهنية، حركية، لغوية، لا يمكن تفكيك هذه الوحدة، أو الاهتمام بجانب واحد منها دون الأخر.

بالنسبة لحالات التوحد فإن المراكز البيداغوجية التي تستقبل أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة من بينها الأطفال التوحديين فإنها تعتمد في التكفل على: الأخصائي النفسي العيادي، الطبيب العقلي، الطبيب العام، المختص الارطوفوني(تصحيح النطق)، مختص نفسي حركي، والمربيات والمربين الذي لهم دور كبير في متابعة الطفل التوحدي خلال الساعات التي يتواجد فيها داخل المركز البيداغوجي. وحسب ملاحظتنا أثناء فترة الممارسة داخل احد المراكز بولايتنا فإن حالات التوحد هي من أصعب الحالات والتي تحتاج إلى برنامج تكفلي مكثف من أجل ضبط سلوكياته وتطوير مهاراته. كما تحتاج هذه الفئة قاعات مخصصة ومجهزة بمعنى عدم دمجهم في نفس الصف مع حالات التخلف الذهني او حالات متلازمة داون نظراً لتفرد هذه الحالات وحاجتها لبرنامج خاص ومكثف.

ثانيا، التكفل الأسري:

تلعب الأسرة دور هام في الكشف المبكر عن إصابة الطفل بالتوحد ومن ثم التدخل المبكر، كما أنها تشارك في العملية العلاجية كون أن الطفل يقضي معظم وقته مع والديه واغلب البرامج التدريبية تستدعي بالدرجة الأولى مشاركة الأولياء داخل الحصص العلاجية التدريبية وخارجها، كما أن التكفل بطفل ذو احتياجات خاصة بصفة عامة يجب أن يساهم فيه كل الأفراد المحيطين بالطفل من اجل تدعيمه ودمجه اجتماعيا كفرد مثله مثل بقية أفراد المجتمع.

كما أن الوالدين أيضا بحاجة إلى جلسات العلاج النفسي لأنهم يعيشون معاناة حقيقة في مجتمع أقل ما يقال عنه أنه مجتمع عنيف لم يرحم حتى الشخص العادي فما بالك شخص ذو احتياجات خاصة، لذلك يبقى ينظر الى طفلهم وكأنه وصمة عار، وقد وجهة في هذا السياق (CLOTILDE.G.SARRAZIN,2013) أحد مقالاته للكشف عن معاناة الأولياء واهم التدابير والإجراءات التي يمكن أن تخفف عنهم وطأة تلك المعاناة؛ فالآباء يعانون لأنهم يتنقلون من طبيب إلى آخر للحصول على تشخيص صحيح؛ ومن مستشفى لآخر، الآباء والأمهات مستعدين إلى تقديم كل التضحيات، وخاصة التضحيات المالية، للحصول على الدعم التعليمي؛ الآباء يبحثون بشكل يائس عن مقدمي الرعاية، وعن المدرسين والمختصين النفسانيين والارطوفونيين على أمل شفاء وتحسن حالة طفلهم. لذلك هو فعلا بحاجة إلى الدعم النفسي والتوعية من أجل معرفة طريقة التعامل مع طفلهم التوحدي الذي يمتاز بالاختلاف، والأسبق من ذلك هو تقبل طفلهم كما هو بخصوصياته وفردانيته.

3.6. وضعية الطفل التوحدي وأسرته:

إن التوحد كإضطراب لم يكن معروفا في مجتمعنا الجزائري، ولكن مع زيادة إنتشاره محليا وعالميا أصبح متداولاً بين ألسنة العامة من الناس، وكل واحد منهم يهتم بمعرفة ما هو التوحد؟ ما هي أسبابه؟ والسؤال الأكثر تداولاً هو هل يمكن علاجه وكيف ذلك؟

كوننا أخصائيين نفسانيين عياديين فإننا نعيش ضمن المجتمع ونلاحظ أهم الظواهر والسلوكيات والمشاكل التي يعاني منها هذا أفراد المجتمع، بالنسبة للأسر التي وُلدت بين أحضانها طفلاً توحدياً فإن أول نقطة نلاحظها هي أن الوالدين ليسوا على دراية ووعي

بإصابة إبنهم بإضطراب يسمى طيف التوحد، لأنهم لا يعرفونه أو لا يدركون نوعية أعراضه. ثانيا، مع تقدم الطفل في السن وإقترابه من سن التمدرس يظهر قلق كبير على الوالدين لأنه بلغ سن الثالثة ولا زالت تصرفاته شاذة بل وأصبحت أكثر وضوحا وتعقيدا، ولم يكتسب اللغة والتواصل بعد، وعزلته بعيدا عن الآخرين لازالت مستمرة. هنا يشعر الوالدين بأن ناقوس الخطر قد دق ويجب فهم حالة طفلهم الذي يبدو من سلوكياته أنه لا يشبه الأطفال العاديين، ولكن السؤال من هو الطبيب المناسب من أجل فحصه؟، ومن هنا تبدأ رحلة التردد من طبيب لآخر (طبيب عصبي عقلي ، طبيب عام) وحتى حسب ثقافتنا الاجتماعية نجدهم يستخدمون طرق أخرى لعلها تساعده على النطق وتحسن وضعه.

أحمد البالغ من العمر خمسة سنوات الطفل الأول عند والديه، حسب تصريح والدته فإن سلوكياته عدوانية، كثير الصراخ، يقوم بحركات دورانية من وقت لآخر، لا يحب التواصل مع الآخرين، لا يحب تغيير ملابسه ولا لعبته المفضلة (سيارة)، لا يجيد التكلم وإنما إصدار أصوات وصدى من حين لآخر. أصبحت تتفادى الخروج معه بسبب الإحراج الذي تتعرض له وعدم تفهم الآخرين، أجرت له العديد من الفحوصات الطبية، وزيارات متعددة عند الطبيب العقلي، ولكنه لم يتحسن ولم يقدم لها نصائح مفيدة بشأن طفلها ولم يعمل على توجيهها للمختص المناسب لحالة طفلها. لم تكن تعي لا هي ولا والد الطفل معنى التوحد، فهو حدث مفاجئ وحالة غريبة عايشوها لأول مرة في حياتهم، مع بلوغه سن الثالثة ونصف وبعد ثبوت تشخيص الطفل من طرف أخصائية نفسانية أصبح والدا الطفل يسهرون على التكفل به وتطبيق برامج تكفلية بعد توعية وتدريب الأخصائية لهم وللطفل معا (حضور الوالدين للحصص العلاجية)، هناك حصص وزيارات ثابتة دون ملل ولا كلل من طرفها ولا من طرف والده (حسب تصريح والدة الطفل)، بعد سنة ونصف أصبح الطفل أكثر هدوءا، يحب الألوان ورسم ، حقق استقلالية نوعا ما فيما يخص الدخول والخروج من الحمام، يجلس على مائدة الطعام بإعتدال ودون رمي الطعام، بينما لم يكن يفعل كل هذا سابقا.

من خلال عرض وجيز لحالة محمد كنموذج فقط عن حالات التوحد وعلاجها، نرى أن وعي الأسرة وصبرها ، وإستمرارها في دعم الطفل التوحدي هي أهم خطوة من أجل العلاج والتحسين وضبط سلوكيات الطفل، أما التشخيص المبكر يركز على أخصائيين أكفاء في هذا المجال، ودور الأخصائي ليس العلاج فقط وإنما توعية الأسر والآباء والأمهات فكلما كان لهم ملاحظات مبكرة ومتابعة دقيقة للطفل نستطيع التكفل المبكر به وبالتالي الوصول

الى نتائج سريعة ودمج الطفل إجتماعية ويحقق نوعا من الاستقلالية وهذا طبعا حسب نوع ودرجة التوحد. إضافة الى التكفل متعدد التخصصات والذي عادة ما نجده في المراكز النفسية البيداغوجية. كما أن الاسرة في حد ذاتها هي في حاجة الى الدعم من طرف المحيط ولا ينظر إلى طفلهم على أنه وصمة عار ولا يجب أن النظر إليه على أنه معاق مهما كان نوع العجز لديه وإنما ننظر إليه على أنه فرد من أفراد المجتمع، إنسان مثله مثل أي شخص آخر لديه احتياجاته وخصوصياته وهو في حاجة فقط للفهم والدعم من طرف الآخر، لذلك فإن الحملات التوعوية هي من واجبنا كأخصائيين وكباحثين .

خاتمة:

بما أن التوحد من أكثر الاضطرابات التي لها تأثيرا سلبيا على نمو الطفل النفسي والذهني والاجتماعي، فإنه أنه يؤثر أيضا بشكل كبير على الأسرة التي تعيش دائما حالة من الضغط والانهيار وعدم تقبل هذا الطفل بسلوكياته الشاذة، وتعيش دائما على أمل أن يتحسن ويصبح طفلا عاديا، وإذا ما أخذنا درجة وعي الأسر الجزائرية بخصوصية وطبيعة هذا الاضطراب نجد أنه غير معروف بالدرجة الكافية كما سبق وأشرنا أعلاه، ولولا إرتفاع نسبة الانتشار في الجزائر بشكل خاص لما وجدنا بعض الأباء والأمهات يتساءلون عن هذا الاضطراب وما أسبابه وكيف يمكن التعرف عليه، ولحد اللحظة لازال اضطرابا مجهولا لدى الكثيرين. بشكل عام تأخذ الأسر فترة طويلة حتى يتم تشخيص إنهم على أنه طفل توحدي وتبقى دائما في حاجة للتوجيه والإرشاد حتى يتم التعامل مع هذا الطفل بشكل أقرب الى الصحة والتكفل الأسري السليم الذي يلعب دور كبير في تحسن حالة الطفل.

لذلك ينصح ب : 1. أن يقوم الأخصائيين العياديين والباحثين في مجال التوحد بالحملات التوعوية والأيام الدراسية والملتقيات من أجل توعية الأباء والأمهات وتقديم نصائح وإرشادات. 2. المراكز النفسية البيداغوجية نلاحظ عليها دائما خلط في الحالات (متلازمة داون، التخلف الذهني، التوحد في نفس القسم) يجب فصل حالات التوحد عن باقي الاضطرابات لأنه يحتاج لبرامج تكفلية خاصة به. 3 الأقسام التكوينية في المدارس تساعد الطفل على الإدماج وأيضا فرصة التعلم وهي بشكل عام موجبة لأطفال التوحدي ذوي الذكاء المرتفع أو متوسطي الذكاء وقد شرعت وزارة التربية في هذا المشروع الذي تنمى استمراره وتطويره ونجاحه، ولكن يجب تخصيص معلمين مختصين بأطفال ذوي الاحتياجات

الخاصة (نفسانيين، أطفونيين) لان المعلم العادي لا يمتلك فنيات التعامل مع هؤلاء الحالات. 4. وجود الأخصائيين النفسانيين المدرسين (Psychologue scolaire et clinique) في المدارس هو أمر في بالغ الأهمية من أجل التشخيص المبكر وتحديد الفروقات الفردية بين التلاميذ و توعية المعلمين والآباء، وتحقيق التكفل النفسي الكافي بالتلاميذ بشكل عام، لكن حتى الآن لا يوجد أي مشاريع مُخصصة لتوظيف المختصين في علم النفس المدرسي داخل المدارس لوقتنا هذا على الرغم من أهمية دورهم في تحقيق الصحة النفسية المدرسية للتمدرُّس.

قائمة المراجع:

1. أسامة فاروق مصطفى، السيد كامل الشربيني(2011)، التوحد: الأسباب، التشخيص، العلاج، الطبعة الأولى، عمان: دارالمسيرة للنشر والتوزيع.
2. الهواري شرف، بلمهوب(2018)، مدى فعالية برنامج تحليل السلوك التطبيقي في تنمية أطفال التوحد، مجلة الدراسات النفسية، العدد 1، ص ص 95-106.
3. بدرة معتصم ميموني(2013)، الاضطرابات العقلية والنفسية عند الطفل المراهق، الطبعة الثانية، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
4. تامر فرح سهيل(2015)، التوحد: التعريف، الأسباب، التشخيص والعلاج، الطبعة الأولى، عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
5. جلال عبد الحلیم(2018)، الفئات الاجتماعية الخاصة في المجتمع الجزائري: الأشخاص المسنون وذوي الإعاقة، الجزائر: دار البازوري العلمية للنشر والتوزيع.
6. روان عيدروس عبد الله البار(2016)، فاعلية برنامج تدريبي في التدخل المبكر قائم على السلوك اللفظي في تنمية مهارات التواصل لدى أطفال من ذوي التوحد في المملكة العربية السعودية، أطروحة دكتوراه مقدمة لاستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية، تحت إشراف الأستاذ الدكتور محمد الزيودي، جامعة الإمارات العربية المتحدة.

7. روبرت كوجل(2003)، تدريس الأطفال المصابين بالتوحد استراتيجيات التفاعل الايجابي وتحسين فرص التعلم، ترجمة عبد العزيز السرطاوي، الإمارات العربية المتحدة: دار القلم للنشر والتوزيع.
8. سهير الصباح، محمد أبو صبحة(2017)، فعالية استخدام برنامج تيتشفي تنمية المهارات الحسية الإدراكية لأطفال ذوي التوحد، المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، العدد 3، ص ص 332-353.
9. سوسن شاكر مجيد(2007)، التوحد: أسبابه-خصائصه-تشخيصه-علاجه، الطبعة الأولى، عمان: دار ديبينو للنشر والتوزيع.
10. محمد صلاح الدين مصطفى، أحمد رجاء عبد الحميد، أحمد عبد الغانم، ماجدة محمد عبد الحميد (2010)، خطوات البحث العلمي ومناهجه، القاهرة: جامعة الدول العربية.
11. الديوان الوطني للإحصائيات الجزائرية: تعداد السكان الجزائري (Office Nationale des statistique)
12. الاذاعة الجزائرية(2018)، ارتفاع الاصابة بالتوحد في الجزائر والأطباء ينصحون بالمسارعة في الكشف، 03/12/2018، 11:18، www.radioalgerie.dz.
13. American Psychiatric association(1993), Manuel diagnostique et statistique des troubles Mentaux, 4eme Edition, Paris :Masson.
14. American Psychiatric association(2013), Manuel diagnostique et statistique des troubles Mentaux, 5eme Edition, Paris :Masson.
15. M. FRAYSSINET(2012), Autisme et schizophrène, Thèse de doctorat psychopathologie et psychanalyse, sous direction JEAN CLAUD MALEVAL, Université rennes2.
16. B.JUSTIN,H.JOSEPH, L.FERGUSON, (2018), An introduction to Applied Behavior Analysis, <https://www.researchgate.net/publication/323201259>.

17. B. ROGER (2002), Le Diagnostic Précoce de L'autisme : Données actuelles , In revue Enfance, Vol 54, PP 21-30.
18. C. BARTHELEMEY, L. HAMEURY, G. LELORD (1995), L Autisme de L enfant : La thérapie D'échange et de développement, Paris : Expansion scientifique Française .
19. C. DARROU, J. MEYER, A. BAGHADADI (2015), Education thérapeutique des parents d enfant avec trouble du spectre autistique, Paris : Elsevier Masson
20. C. GRANGER SARRAZIN (2013), La prise en charge en France : l expérience des familles , In revue Laennec, N3, PP26-35.
21. E. THOMMEN et M. SUAREZ (2010), Comprendre les émotions chez les enfants Atteints d Autisme : Regards croisés selon les Taches, In revue Enfance, PP 319-337.
22. M. E. SNOW, M. D. HERTZIG, T. SHAPIRO (1987), Expression of emotion in young autistic children, , in review Journal child psycho Psychiatry, PP836-838.
23. F. DIALLO, L. ROCHETTE, E. PELLETIER (2017), Surveillance du trouble du spectre de l'autisme au Québec, Institut national de santé publique
24. F. TUSTIN (1989), Le trou noir de la psyché, Paris : Seuil.
25. J. PHILIPPE CAUBAUT, S. SION, P. DEPARIS, D. PONCHAUX (2006), Une expérience de formation a la prise en charge interdisciplinaires interprofessionnelle des personnes âgées a l hopit, In revue Gérontologie et société, vol 29, N 118, PP 101-111.
26. L. FERNANDEZ; L. PEDINIELLI (2015), L observation clinique et l étude de cas, 3^e Edition, Paris : Armand Colin.
27. O. CALVY, I. BERNARD, N. GORBATOVA, E. LAQUIEZE, A. BASSET, A. FILIPPI, G. ROSSI (2016), l autisme au prisme de la psychanalyse, In revue ALI Alpes-Maritimes-AEFL, Séminaire de Psychanalyse 2015 – 2016, PP237-248.
28. S. MALAGUARNERA (2007), Théorisations psychanalytiques sur l autisme et psychose infantile : et l école du quotidien, Paris : Publibook.