

التوحد الطفولي: محاولة للكشف عن أشكاله الأساسية وخصائصه الإكلينيكية وطرق التكفل به في المجتمعات الغربية والمجتمع الجزائري.

محمد بن عبد الله¹⁴

ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على تطور نظرة الباحثين إلى ظاهرة التوحد من خلال تتبع استعمالهم للمصطلحات التي تشير إلى حالة التوحد. وكذلك من خلال الكشف عن تباينها واختلافها، والذي يتمظهر في الاضطرابات النمائية الكاسحة (TED)، واضطرابات طيف التوحد (TSA) المدرجة في مختلف التصنيفات الأنجلوساكسونية (الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية (DSM) والتصنيف الدولي (CIM) والتصنيف الفرنسي (CFTMEA). وبعد ذلك سنفحص أهم الخصائص الإكلينيكية المميزة للاضطرابات النمائية وأنواع طيف التوحد والتي تتمثل في التوحد الطفولي وساندروم أسيرجر وساندروم ريت والاضطرابات التفكيرية في الطفولة والتوحد غير النمطي. وتعرض هذه الدراسة أيضا المقاربات التي يستند إليها السيکوباتولوجيون في التعرف على أعراض حالة التوحد. وتتناول في الأخير أهم الطرق العلاجية السلوكية والنمائية والمؤسسية المعتمدة حاليا في المجتمعات الغربية بصفة عامة، وفي المجتمع الجزائري بصفة خاصة.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد؛ أشكال التوحد؛ الخصائص الإكلينيكية؛ المقاربات السيکوباتولوجية؛ طرق التكفل.

Infantil autism A review of its basic forms its clinical characteristics and caregiving methods in western societies and in Algerian society

Mohamed Benabdellah

Abstract

This study aimed to shed light on the evolution of the researchers' view of autism by following their use of the various terms of autism. We intended also to uncover their differences which are pervasive developmental disorder (PDD) and autism spectrum disorders (ASD) listed in the anglo-saxon classifications (DSM), the International Classification of diseases (ICD) and the French Classification (CFTMEA). Then we will examine the most important clinical characteristics of developmental disorders and the types of autistic spectrum disorder such as childhood autism, asperger's syndrome, Rett Syndrome, childhood disintegrative disorder, and atypical autism. The study then attempted to pay attention to the most important approaches adopted by psychopathologists in an attempt to identify the symptoms of autism. Thereafter, we described the most used Behavioral, developmental and institutional treatments currently adopted in Western societies in general and in Algerian society in particular.

Keywords: Spectrum autism disorder; Forms of autism; clinical characteristics; psychopathology approaches; caregiving methods.

¹⁴ قسم علم النفس والأرطونيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2، الجزائر.

مقدمة

لم يعد فهم حالة التوحد والتعامل معها يستند إلى منظور أحادي، وإنما أصبح الكثير من الإكلينيكيين يميلون إلى تبني النظرة الإدماجية، وتخلوا عن الرؤى الدغمائية الجاهزة والمتصلبة التي لا تفيد لا للطفل المتوحد ولا لعائلته (Daniel Marcelli, 2006; p. 327). وذلك بهدف التوصل إلى طرق علاجية جديدة للأطفال المصابين بساندرومات التوحد (Bruno Gepner, 2012/1; p. 5-36).

ويستند هؤلاء الإكلينيكيين إلى تعدد الساندرومات التوحدية وتعقدتها واختلافها كما يشهد على ذلك تعدد المصطلحات التي يستعملها الباحثون في هذه الظاهرة منذ ليو كانر Leo Kanner (1943)، وتلك التي وردت في التصنيفات المختلفة، والتي تتمثل في اضطرابات النمو الكاسحة (TED)، واضطرابات طيف التوحد (TSA) والذهان التوحدي والحالات النمائية المختلة التي تعج بها الأدبيات السيكوباتولوجية الأوروبية ...

وإذا كان هؤلاء الإكلينيكيون مقتنعون بتعدد الحالات التوحدية، فإنهم يتفقون أيضا على أن أسباب هذه الظاهرة متعددة وأنماطها مختلفة وتطورها يتمظهر في أشكال متغيرة ترتبط بالقدرات النمائية للشخص والظروف الأسرية والبيئية والعاطفية والتربوية والوسائل العلاجية المعتمدة للتكفل بهذا الاضطراب.

1. التوحد بين تعدد المصطلح وتباين الأشكال:

1.1. تعدد مصطلحات التوحد:

مباشرة بعد وصف إميل كراپلين Emil Kraepelin (1908) للجنون المبكر Dementia praecox، تناول دو سانتيس De Sanctis الجنون المبكر من خلال عرضه لبعض الاضطرابات الذهانية الملاحظة عند الطفل. وبعد ذلك تحدث بوتير Potter و هوير Heuyer عن فصام الطفل وكشفا عن أشكاله الإكلينيكية وخصائصه السيميولوجية. ومن بين هذه الخصائص، أشارا إلى أهمية اضطرابات التواصل والاضطرابات العلائقية وندرة الهذيان.

وقد استعمل مصطلح الفصام كثيرا في الولايات المتحدة، وتمثل العرض الأساسي في النمو العادي لمدة سنتين، وهو ما سبق أن أشار إليه كراپلين (Francois Beiger & Aurelie Mazet et al., 2000; Jean, 2011; Jean Claude Maleval, 2006)

ووصف ليو كانر (1943) أعراض ساندروم التوحد التي تبدأ في السنوات الأولى للحياة، وهي تتمثل في "عدم القدرة على إقامة علاقات عادية مع الآخرين، واضطراب الاستجابة للمواقف". وقد كشف عن العناصر الأساسية للساندرومات التوحدية، وشدد بوجه خاص على الرغبة الشديدة في الانعزال والحفاظ على ثبات المحيط وعدم تغييره. كما أورد الخصائص التي تميزهم عن المتخلفين عقليا، إذ يتمتعون بالذكاء وبقدرة معرفية جيدة عندما يتفاعلون ويستخدمون الأشياء، وبخاصة في مجال الذاكرة والمفردات. ويكون نموهم اللغوي عاديا، على الرغم من عجزهم عن استخدام هذه القدرة في التواصل. ومع أن ليو كانر أقر بخصوصية هذا الساندروم، فقد اعتبر أنه يرتبط بالفصام.

وبعد سنة من اكتشاف كانر، أشار طبيب الأطفال النمساوي أسبرجر Asperger إلى حالة أخرى تشبه حالة كانر، سماها بـ "السيكوباتية التوحدية" la psychopathie autistique. وظل مصطلح الفصام الطفولي الذي استخدمه كانر متداولاً في الولايات المتحدة إلى الثمانينات (1980s). لكن الأمر بدأ مختلفاً خارج البلدان الأنجلوساكسونية. ففي فرنسا اهتم الإكلينيكيون أكثر بما وصفوه بذهانات الطفل وأشكالها المختلفة، ومن بينها ظاهرة التوحد الطفولي autisme infantile التي تندرج في الذهانات المبكرة les psychoses précoces.

وإلى جانب هذه الساندرومات الذهانية التوحدية، انصرف الإكلينيكيون الفرنسيون كذلك إلى استنباط حالات أخرى تتصل بالقصور العقلي أو الأدائي والتي تتمثل في الذهانات العاجزة psychoses déficitaires، والتنافر التطوري dysharmonie évolutive.

وإبتداء من السبعينيات بدأ الاهتمام أكثر بمفهوم التوحد الطفولي في كثير من البلدان، وأدرج المصطلح في التصنيف الدولي للأمراض CIM9 (1979) الذي تصدره منظمة الصحة العالمية (OMS). وفي سنة

1980 استعمل مصطلح (التوحد الطفولي) في الدليل التشخيصي والإحصائي للإضطرابات الذهنية الأمريكي (DSM III)، وأدرج في فئة الاضطرابات النمائية الشاملة (troubles globaux de développement) (Mazet et al., 2000).

والملاحظ أن هذا التصنيف الأنجلوساكسوني راجع جذريا المصطلحات المستعملة، وأعاد النظر في مفاهيم الأصناف. إذ تخلى عن مصطلح الذهان الطفولية والفصام الطفولي الذي ظل مستخدما في التصنيفات والمراجع الفرنسية والأوروبية إلى مرحلة الثمانينيات بحجة ندرة هذه الأشكال من الاضطرابات في مرحلة الطفولة. ولكن في واقع الأمر، يعزى هذا إلى عدم الاعتراف بالفرق بين العصاب والذهان والتخلي عن "إشكالية الاختلاف" من أجل الوصول إلى موضوعية أكبر وتبني المقاربة غير النظرية التي تهتم بالساندرومات أكثر من اهتمامها بالمقاربة السيكوباتولوجية (Claude Bursztejn, 2011, p. 364)

وبالتالي، ومنذ ذلك الحين تخلت مختلف التصنيفات الأنجلوساكسونية المتتالية DSM III (1980)، DSM III R (1987)، DSM IV (1994)، DSM IV TR (2000) عن مصطلح الذهان الطفولية، واستعملت مصطلح الاضطرابات النمائية الشاملة التي تحيل إلى "الانحرافات في نمو عدد من الوظائف النفسية الأساسية المرتبطة باكتساب القدرات الاجتماعية واللغة" (DSM III 1980). وأصبح التوحد الطفولي في DSM III والاضطرابات التوحدية في DSM III R يندرج في الاضطرابات النمائية الشاملة.

وهذا التصنيف الجديد أحدث ثورة حقيقية في صفوف السيكوباتولوجيين الذين أقبلوا على استعمال المصطلح الجديد، الاضطرابات النمائية الكاسحة (TED)، في كثير من أدبياتهم. لكن الإجماع لم يكن كليا، حيث فضل السيكوباتولوجيون الفرنسيون، بسبب عدم رضاهم عن هذا التوجه، تبني تصنيف خاص بهم يعرف بـ "التصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق (1988)". وعمد معدوه إلى إعادة استخدام المصطلحات القديمة، وتقسيم الذهان الطفولية إلى خمسة أصناف (التوحد الطفولي لكائر وأشكاله المختلفة إلى جانب الذهان المبكرة العاجزة psychoses déficitaires précoces، والتنافر التطوري dysharmonie psychotique، وفصام الطفل la schizophrénie de l'enfant).

لكن النسخة الرابعة للتصنيف الفرنسي CFTMEA (2000) والخامسة والمعدلة سنة 2012 عمدتا إلى فصل التوحد الطفولي عن الذهان، وإحاقه بالاضطرابات النمائية الكاسحة، والاحتفاظ فقط بمفهوم الاضطرابات النمائية التنافرية المتعددة والمركبة Dysharmonies multiples et complexes de développement بسبب هيمنة مصطلح الاضطرابات النمائية على الأدبيات الدولية، وبهدف الوصول إلى نوع من التوافق بينها وبين التصنيف الدولي CIM 10 على وجه الخصوص (Mazet et al., 2000; Nicole Guédeney et al, 2002, p. 494-486; Roger Mises, 2012, p. 109; Jean Dumas, 2013, p. 170)

وأدى التماهي أحيانا في تشخيص "الذهان الطفولي" إلى أخطاء خلال عملية التكفل كما جاء في تقرير مجلس المحاسبة لسنة 2017 (2017، www.ccomptes.fr-@Courdescomptes:66)، وأفضى إلى عدم الاعتراف بالتداخل بين هذه الحالة الأخيرة وحالة التوحد كما تفعل التصنيفات الدولية (التصنيف الدولي للأمراض CIM 10 والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية DSM IV (Clément de Guibert & Laurence Beaud, 2005; 393-394).

وفي المقابل وبعد أربع سنوات من ظهور التصنيف الفرنسي، وقبل تعديلاته المتتالية أتى التصنيف الجديد لمنظمة الصحة العالمية، التصنيف الدولي العاشر للأمراض CIM10 (1993) وتبنى نفس المصطلح الأمريكي، لكن مع الإبقاء على استخدام مصطلح التوحد الطفولي وإدراجه ضمن الاضطرابات النمائية الشاملة إلى جانب الاضطرابات الأخرى المتمثلة في التوحد غير النمطي وساندروم ريت syndrome de Rett، وساندروم أسبرجير والاضطرابات التفكيرية الأخرى واضطرابات الفرط الحركي المصحوبة بالتخلف العقلي والسلوكيات النمطية واضطرابات نمائية كاسحة أخرى واضطرابات نمائية كاسحة غير محددة.

وبعد هذا ستصدر النسخة الرابعة للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية DSM IV (1994)، وخلافاً للتصنيف الدولي العاشر CIM10، فقد احتفظت بمصطلح الاضطرابات التوحدية، وأدرجت نفس الأصناف المعتمدة في CIM10 (ساندروم ريت، ساندروم أسبرجر، الاضطرابات التفكيرية في الطفولة) باستثناء اضطرابات الفرط الحركي.

ولكن الشيء الآخر الذي يميز التصنيف الفرنسي المعدل عن التصنيف الأنجلوساكسوني DSM هو ابتعاده عن المقاربة الساندرومية التي تعتبر أن هذه الحالات منفصلة عن بعضها البعض وثابتة غير قابلة للتطور والتحول ومتداخلة فيما بينها. وفي نفس الوقت، فهو يصر على إبداء قناعاته الكلاسيكية التي تميز بين البنية العصبية والذهانية وتتمسك بالتعاطي مع هذه الاضطرابات النمائية الكاسحة من خلال مقاربة سيكوباتولوجية بنيوية شاملة وبمنظور نفسي دينامي ييسر إلى فهم السيرورة النفسية في إطار العلاقة البيداتية (Mazet et al., 2000; Jean Garrabé, 2013, pp. 325-326; Claude Bursztejn, 2011, pp. 365-366; Gérard schmidt in Mazet et al., 2000, pp. 5-6) لنظرة DSM III التي كان تعتبر التوحد حالة غير قابلة للعلاج والتحسين، فإن التصنيفات السيكوباتولوجية الفرنسية ترى، كما أصبح يفترض ذلك أيضاً الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM V)، بأن التوحد يمكن التحكم في أعراضه إذا تم التكفل به في وقت مبكر.

وعلى الرغم من تبني التصنيف الدولي العاشر CIM10 لمصطلح الاضطرابات النمائية الكاسحة، فإنه وضع شرطاً أساسياً لتشخيص التوحد يتمثل في مدة سنتين ونصف، كما ميز بين مختلف أنواعه. فالتوحد غير النمطي *autisme atypique* يرتبط من منظوره بالتخلف العقلي العميق، في حين أن ساندروم أسبرجر لا يتضمن قصوراً عقلية (Mazet et al., 2000; pp. 1-3).

وواصل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية المعدل DSM IV TR استخدام مصطلح الاضطرابات النمائية الكاسحة، وتبنى نفس الأنواع التي وردت في CIM10، وهي الاضطراب التوحدي وساندروم ريت والاضطراب التفكيرية في الطفولة والاضطراب النمائي الكاسح غير المحدد الذي يندرج ضمنه التوحد غير النمطي واستثنى الفرط الحركي والاضطرابات النمائية الكاسحة الأخرى. وتتميز الاضطرابات النمائية الكاسحة في تصنيف DSMIVTR باختلال شامل في العديد من أبعاد النمو التي تتعلق بقدرات التفاعل الاجتماعي المتبادلة وبقدرات التواصل مع وجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية، ترتبط في أغلب الأحيان بالتأخر العقلي (DSMIVTR، 2003، ص. 81).

وعمد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات الذهنية الخامس DSM V (2013) إلى استخدام مصطلح جديد يتمثل في الاضطرابات العصبية النمائية *neurodevelopmental disorders* التي توصف بالاضطرابات "التي تظهر في الغالب في مرحلة مبكرة من النمو وفي أغلب الأحيان قبل التحاق الطفل بالمدسة الابتدائية. وهي تتميز بقصور نمائي يعيق السير الشخصي والاجتماعي والأكاديمي والمهني" (ص ص 50-51).

ويندرج في هذه الفئة من الاضطرابات، اضطراب طيف التوحد (ASD) المصحوب بالاضطراب العقلي والفرط الحركي. ويشتمل كذلك على اضطرابات التواصل واضطراب الفرط الحركي والاضطرابات النمائية العصبية (NDD) واضطراب التعلم النوعي.

والملاحظ أن تصنيف DSMV الجديد يتميز بتخليه تماماً عن النظرة المعتمدة في التصنيف السابق. فقد تبني تسمية جديدة للفئة التي ينتمي إليها التوحد، حيث استبدل مصطلح الاضطرابات النمائية الكاسحة بمصطلح الاضطرابات العصبية النمائية. وهو بهذا الاختيار ينحاز بالفعل إلى التناول البيولوجي، ويتبنى نظرة أحادية حصرية تتجاوز الطروحات الأخرى المعتمدة إلى يومنا هذا في كثير من الأدبيات السيكوباتولوجية الأوروبية والفرنسية على وجه الخصوص. وقد أدرج كل الأنواع المتداولة في التصنيفات السابقة في شكل واحد وأحادي، يتمثل في اضطراب طيف التوحد (ASD).

ويتحدد اضطراب طيف التوحد من منظور DSM V (2013، ص. 50-51) بخمس خصائص:

أ. الاختلالات الدائمة في التواصل الاجتماعي والتفاعل الاجتماعي في مختلف السياقات. ويتجلى في اختلالات التبادل الانفعالي والاجتماعي، وفي اختلال سلوكيات التواصل غير اللغوي المعتمد في التفاعل الاجتماعي وفي اختلال تطوير العلاقات واستمرارها وفهمها.

ب. محدودية وتكرار نماذج من السلوكيات، ومن الاهتمامات والأنشطة، ويتجلى هذا في سلوكيات حركية نمطية ومتكررة وفي استخدام الأشياء والكلام بشكل نمطي ومتكرر. وكذلك في الإصرار على الرتبة والالتزام الدائم ببعض الإجراءات أو النماذج الطقوسية للسلوكيات اللغوية وغير اللغوية. وتتبدى كذلك في اهتمامات ثابتة ومحدودة جدا وغير عادية في شدتها وتركيزها (تعلق كبير ببعض الأشياء غير المفيدة)، وفرط أو انخفاض في المداخل الحسية أو الاهتمامات غير العادية المرتبطة بالجوانب الحسية (لامبالاة بالألم أو الحرارة).

ج. هذه الأعراض يجب أن تظهر في مرحلة نمائية مبكرة.

ه. وأن تؤدي إلى إعاقة إكلينيكية واضحة في المجال الاجتماعي والمهني وفي مجالات أخرى مهمة. وهذه الاضطرابات لا يمكن أن تفسر بالاضطرابات العقلية، ولا بأي تأخر نمائي شامل.

ويعتبر DSM V (2013، ص. 53) أن اضطراب التوحد يمكن أن يشتمل على التوحد الطفولي وتوحد الطفولة وتوحد كانر والتوحد ذو الأداء الوظيفي العالي والتوحد غير النمطي واضطراب النمو الكاسح الغير محدد واضطراب التفكك الطفولي واضطراب أسبرجر. لكن يلاحظ أنه استثنى ساندروم ريت، وفي نفس الوقت يميز هذه الأنواع عن الاضطرابات العقلية.

وأعراض اضطراب طيف التوحد يمكن أن تظهر خلال السنة الثانية من الحياة (ما بين 12 و 24 شهرا)، وبإمكانها أن تظهر قبل السنة الأولى بالنسبة للتأخر النمائي الحاد أو بعد السنة الثانية حينما تكون الأعراض أقل حدة (DSM V، ص. 55).

اضطراب طيف التوحد من منظور DSM V لا يعد من الاضطرابات التحليلية، بل إن صاحبه قد يتمكن من التعلم وتعويض قصوراته، لكنه قد يعاني من هذه الأعراض خلال الطفولة المبكرة وخلال سنوات الدراسة الأولى. وقد يتحسن نموه في بعض الجوانب ويزداد اهتمامه في مجال التفاعل الاجتماعي. وتوجد فئة قليلة فقط يمكن أن يتعرض سلوكها للتدهور خلال المراهقة. وقليل منهم من يحيا ويعمل بطريقة مستقلة خلال مرحلة الرشد. ويتحسن الكثير منهم، وهي الفئة التي تملك رغبة عالية وتتسم بقدرات عقلية. وبالإضافة إلى العوامل النمائية العصبية، فإن اضطراب طيف التوحد يمكن أن يعود في نظر DSM V إلى أسباب بيئية (تقدم سن الآباء، أو أسباب وراثية بيولوجية). وأما بالنسبة للاختلافات الثقافية، فلا تتبدى إلا في معايير التفاعل الاجتماعي والتواصل غير اللغوي والعلاقات. ويمكن لهذه العوامل الثقافية أن تتصل بالنسب، أي بمرحلة كشف وتشخيص هذا الاضطراب (التأخر في عملية التشخيص عند الأفارقة). ويميل DSMV خلافا للنسخة السابقة إلى تمييز اضطراب طيف التوحد عن عدد من الاضطرابات الأخرى التي كان بعضها مدرجا ضمنها، مثل ساندروم ريت والخرس الانتقائي selective mutisme واضطرابات اللغة واضطراب التواصل الاجتماعي التداولي والاضطراب العقلي واضطراب الحركة النمطية والفرط الحركي والفصام.

2.1 أشكال التوحد:

1.2.1 التوحد الطفولي المبكر عند ليو كانر (1943):

التوحد عند ليو كانر كما أسلفنا يتمثل في اضطراب أساسي يتمظهر في "عدم القدرة على إقامة علاقات عادية مع الأشخاص والاستجابة بشكل عادي للمواقف منذ بداية الحياة"، كما يتميز بانعزال الطفل التام وبحدة الانطواء على الذات. وهذا الانعزال يرجعه كانر إلى صعوبة "تمثل الكل وعدم الاهتمام بالعناصر المكونة له"، وهو يتبدى في التمثلات المعرفية واللغوية والفعلية والعلاقات والسلوكيات. والسبب يعود في نظر كلمان دو جيبار و لورانس بو; Clément de Guibert & Laurence Beaud, 2005 (394-395) إلى العجز الذي يخل بوحدة الموقف وباتساقه. وسواء بقي الطفل المتوحد ثابتا لساعات أو متحركا فإن الذي يشد الانتباه هو اللامبالاة التي تطبع سلوكه. إذ يبدو غير مهتم لا بما يسمع، ولا بما يبصر.

ومن الخصائص الأخرى التي تتصل بالبعد البصري المميزة لهذه الحالة هي تجنب النظر وتثبيته على نقطة حصرية ودقيقة وهامشية. وربما تجلى أحيانا في نظرة عابرة باتجاه الراشد تشهد على إحساسه بوجود الآخر.

وفي مجال السمع يبدي الطفل المتوحد نفس اللامبالاة التي توحى بنوع من الصمم، فقد يتجاهل النداءات والأصوات العنيفة ولا يستجيب إلا لصوت خفي. وأحيانا لا يهتم إلا بالأصوات التي يحدثها هو بنفسه. وقد يتفاعل بشكل عفوي مع الراشد. لكن إذا أرغم على التواصل، فإنه يستجيب بسلوكيات نمطية متزايدة وبتهيج مصحوب بالاندفاع أو ربما بإيذاء الذات. كما يميل الطفل في الغالب إلى رفض الاتصال البدني المفروض عليه. وإذا اقترب من الراشد فإنه يفعل ذلك بطريقة تدريجية، ومعقدة كأنما يتفاعل مع شيء جزئي من الأشياء. وإذا فكر في إنجاز عمل ما، فإنه يعمد إلى مسك يد الآخر بسبب عدم قدرة الطفل المتوحد على القيام بالإشارة إلى الأشياء التي يهتم بها عن طريق الأصبع. كما أن تعامل الطفل المتوحد مع الأشياء يتم بطريقة غريبة وغير عادية، فهو إما يلمسها أو يشمها أو يعبث بها أو يلقيها أو يسقطها بشكل متكرر. وقد يقترب بيده من الشيء أحيانا ويسحبه فجأة من خلال السلوك المعروف بـ "المكعب الحارق" cube brulant. كما أن حرصه الشديد على ثبات المحيط immuabilité والحفاظ على استقرار المعالم من خلال لجوءه إلى المراقبة المتكررة والانعزال في ركن من الأركان أو البحث دائما عن نفس الشيء يمثل خاصية أخرى أساسية من خصائص الطفل المتوحد.

وما يميز كذلك هذا الطفل هيمنة السلوكيات النمطية والطقوس. فقد يلجأ إلى تحريك أصابعه أمام وجهه أو هز الأذرع كرفرفة الأجنحة أو الدوران حول نفسه أو المشي على أخمص القدمين إلى جانب بعض الحركات مثل الاهتزاز والهددة... الخ. واضطرابات اللغة هي الأخرى أساسية، وتلاحظ كثيرا. فقد يفتقر المتوحد إلى القدرة على الكلام، ولا يقوى إلا على إصدار صراخات رتيبة ونمطية. لكنه يستطيع فهم ما يقال له رغم امتناعه عن الكلام ومعاناته مما يشبه الخرس mutisme. وفي الغالب يعود الطفل بعد السنة الثانية إلى اكتساب اللغة بشيء من التأخر، لكن دون إبداء أي رغبة في التواصل. ولغة المتوحد قد تتخللها كلمات معزولة أو مشوهة أو مبتدعة أو متمثلة في صدى كلامي écholalie بسيط أو مؤجل. وقد يعاني من صعوبة في استخدام الضمائر الشخصية (أنا مثلا) قبل السنة الثالثة.

وبالنسبة للمظاهر المتصلة بالمزاج، فإن الطفل المتوحد يعاني من القلق أو الغضب أو الغيظ. وهي الحالات التي بإمكانها أن تتحول إلى إيذاء للذات وإزعاج للمحيط. وقد تظهر لدى الطفل المتوحد اضطرابات أخرى مثل الاضطرابات الغذائية واضطرابات النوم.

وفيما يخص البعد العقلي والمعرفي، إذا كان ليو كائر قد تحدث عن أطفال "أذكيا" فإن أعمال أخرى لاحقة نجدها كشفت عن تباينات في مجال المهارات المعرفية. وأشارت إلى معاناة الأطفال المتوحدين من عجز ملحوظ في الذكاء الأدائي والشامل، وإن كان بعضهم فقط يتميز بمستوى عادي من الذكاء. غير أنهم لا يشكون من أي نقص في المهارات البصرية المكانية و/أو الذاكرة أو في التعامل مع أنشطة البناء واللعب. وإلى جانب التوحد الذي يتميز بالهدوء، فقد نجد أشكالاً أخرى هائجة وغير مستقرة تعاني من اضطرابات التواصل أو الفط الحركي (Francois Beiger & Aurelie Jean, 2011; Mazet et al., 2000, pp. 4-5; Didier Houzel, 2002, pp. 23-26) في التفاعلات الاجتماعية، والتواصل والسلوك، واعتبر التوحد اضطراباً نمائياً كاسحا يظهر قبل السن الثالثة.

تناول DSMIV الاضطراب التوحدي بنفس الصياغة، واعتبره:

- اختلالا نوعيا في التفاعلات الاجتماعية.

- اختلالا نوعيا في مجال التواصل لا سيما في اللغة.

- سلوكيات، اهتمامات وحركات نمطية.

2.2.1. ساندروم أسبرجر (syndrome Asperger):

تحدث الطبيب النمساوي هانس أسبرجر (1944) في أحد مقالاته عن "السيكوباتيين المتوحدين في الطفولة" les psychopathes autistiques pendant leur enfance، وعرض أربع حالات

لأطفال يعانون من أشكال توحدية متباينة في الشدة وتتميز قدراتهم العقلية المختلفة بحسب كل حالة بمستوى يفوق مستوى حالات ليو كانر. وهذه الحالات تبدو أعراضها ثابتة، وتهيمن عليها الاضطرابات النفسية الحركية، ولا سيما على مستوى الإيماءات والنظر والحركة. ويعتبر بعض الباحثين هذا الساندروم شكلا خاصا من أشكال الاضطرابات النمائية الشاملة (TED). ويعتبره آخرون من بين أشكال التوحد التي يتأخر ظهورها، والتي تخلو من أي تأخر في اللغة ولا من أي تأخر عقلي. ومن الأعراض الأساسية المميزة لهذا الساندروم التي وردت في بعض الأعمال (Vernier, 1977; Mazet et al., 2000, p. 9):

- اضطراب التواصل غير اللغوي (تواصل بصري غائب أو سيء، إيماءات أو حركات ضعيفة أو غير عادية، وضعيات غير ملائمة).
- اضطرابات التواصل اللغوي: النمو اللغوي يبدو عاديا وربما مبكرا (لا وجود لأي اضطراب لفظي أو صوتي أو تركيبية)، لكن تكون هناك بعض الاضطرابات الدلالية كاستعمال كلمات غريبة أو مبتدعة néologismes واختلال سيولة الكلام في الشدة والنغمة واختلالات في استخدام اللغة (لغة غير هادفة ومحرفة ومستطردة).
- اضطراب التفاعلات البشخصية: العلاقات البشخصية الاجتماعية تبدو محدودة. فالطفل يجنح في الغالب إلى الانعزال عن الأسرة والإخوة والأقران. وقد يتعرض للسخرية، ويعاني من صعوبة الاندماج في المحيط المدرسي العادي بسبب سلوكه المتميز بالمعارضة والعوانية وعدم الاهتمام.
- الاضطرابات النفسية الحركية: تهيمن على الأنشطة الحركية الحركات النمطية المتكررة، وهي تتميز بنوع من الارتباك وتكون مصحوبة بصعوبات في تعلم الحركات اليومية البسيطة.
- المستوى العقلي: يكون فوق المتوسط. ويتجلى في تفكير وإنتاج لغوي ناضج إلى جانب المهارات المرتبطة بالذاكرة والمعارف والاستدلال الرياضي.
- الحياة الانفعالية: تبدو غير عادية وغير ملائمة وبليدة. وقد يعاني المتوحد من انحرافات جنسية (برودة، أو عرض الأعضاء التناسلية) ومن انعدام التعاطف وعدم الالتزام بالقواعد الاجتماعية ومن التمرکز الذاتي وعدم استيعاب معنى المزاح. وهو الأمر الذي يعيق اندماجه الاجتماعي (Mazet et al., 2000, p. 9).

3.2.1. ساندروم ريت (le syndrome de Rett):

هذا الساندروم الذي أدرج في DSMIV كأحد أنواع الاضطرابات النمائية الكاسحة، واستبعد من DSMV (2013) يعود إلى مرض دماغي تحللي encéphalopathie dégénérative يؤدي إلى إعاقة حركية عميقة ومتطورة. وهذا الساندروم الذي وصفه ريت (1966)، يصيب الإناث (1/10000 إلى 1/15000) أكثر من الذكور. وهو يتميز بالسّمات التالية:

- نمو عادي ظاهريا خلال مرحلة ما قبل الولادة وبعد الولادة.
- نمو نفسي حركي عادي في الظاهر خلال الأشهر الستة الأولى.
- بطء في نمو حجم الرأس بين الشهر الخامس والسنة الرابعة.
- فقدان القدرة على استخدام الأيدي بشكل إرادي (التي سبق اكتسابها بين الشهر السادس والشهر الثلاثين)، ويلي ذلك ظهور سلوكيات يدوية نمطية كاللي.
- مناوشات، تصفيق، وغسل وإدخال اليدين في الفم.
- اضطراب نمو فهم وإنتاج الكلام.
- وجود تأخر نفسي حركي تدريجي حاد.
- ظهور اختلال في توازن الجذع بين السنة الأولى والرابعة.
- نوبات من الصرع.
- الفتاة أو البنت يمكن أن تعاني هي الأخرى من اضطرابات في السلوك واضطرابات علائقية. وتتميز بنوع من عدم الاهتمام بالأشياء والأشخاص وبنوع من الانسحاب، مع إمكانية تطوير بعض الأشكال من التفاعل الاجتماعي لاحقا.

وهذه الأعراض التي تميز هذا الساندروم يمكن أن تقود إلى الخلط بينه وبين ساندروم التوحد الطفولي المبكر أحيانا (Mazet et al., 2000, p. 6).

4.2.1. الاضطراب التفككي في الطفولة (trouble désintégratif de l'enfance):

أ. تعريفه: الاضطراب التفككي في الطفولة يتميز بمرحلة عادية من النمو تدوم سنتين على الأقل، لكن يلي ذلك تفكك سريع ومفاجئ لأغلب المهارات المكتسبة خلال هذه المرحلة. وهذا التفكك يكون مصحوبا بظهور اختلالات نوعية في التفاعلات الاجتماعية والتواصل والسلوك. وهي شبيهة بالخصائص الكبرى للتوحد (Kurita, 2011). وهو يُعرف بالذهان الطفولي أو الذهان التفككي أو ساندروم تيودور هيلر Theodor Heller الإكلينيكي الذي وصف لأول مرة سنة 1908. وقد تم إدراجه لأول مرة في DSMIV (2000) إلى جانب ساندروم أسبرجر وساندروم ريت، وأشار إليه قبل ذلك في CIM9 (1979) باسم الذهان التفككي. ولكنه ظل غير معروف بسبب ندرته.

ب. الخصائص الإكلينيكية للاضطراب التفككي:

من منظور CIM10 وDSMIV يتميز هذا الاضطراب بفقدان المهارات المكتسبة في الكثير من الميادين. وهذا التفكك السريع والمفاجئ يبدأ في الغالب خلال السنة الثالثة أو الرابعة، ويطل السلوك التكيفي للطفل في اللغة والمهارات الاجتماعية وأنشطة اللعب والقدرات الحركية والوظائف البيولوجية (اضطراب الإخراج). وبعد هذه المرحلة يتجه الاضطراب إلى الاستقرار، ولا تختلف أعراضه عن أعراض التوحد. فتظهر على الطفل اضطرابات السلوك والتواصل واللغة (فقدان جزئي أو كلي). ويكون الاضطراب في الغالب مصحوبا بتخلف عقلي عميق وبساندرومات عصبية مثل الصرع وبالفرط الحركي والاكتئاب أو القلق.

ويكون هذا الاضطراب مزمنا ويتطور مثل ساندروم ريت بسرعة وبصفة مأساوية. وهذا الاضطراب التفككي في الطفولة نجده يندرج كذلك في DSMV (2013) في اضطرابات طيف التوحد وهو محدد بنوعين من الأعراض عوض الثلاثة في DSMIV، وتتمثل في الصعوبات الاجتماعية والتواصل وفي الاهتمامات المحدودة والسلوكيات المتكررة.

5.2.1. التوحد غير النمطي (autisme atypique):

هذا الاضطراب نجده ملحقا في DSMIVTR (2003، ص. 99) بالاضطراب النمائي الكاسح الغير المحدد. وهو يتميز باختلال خطير وشامل في نمو التفاعل الاجتماعي المتبادل المصحوب باختلال في قدرات التواصل اللغوي وغير اللغوي وبوجود سلوكيات واهتمامات وأنشطة نمطية. وفي المقابل، فهو لا يتضمن الأعراض الكاملة للاضطراب النمائي الشامل الخاص والفصام والشخصية الفصامية النمطية والشخصية المتفادية. وهو يختلف من الناحية الإكلينيكية عن اضطراب التوحد بسبب ظهوره في سن متأخرة وبأعراض خاصة أو تحت العتبة أو بهذه الخصائص كلها. ويبدو أن انتشاره يفوق انتشار الاضطراب التوحدي بالنظر إلى الأعراض المعتمدة في التشخيص (Jean Dumas, 2013, p. 125).

2. النظرة السيكوباتولوجية لاضطراب التوحد الطفولي:

تتبنى تناول الإدماجي أو النظرة المتعددة الأبعاد لاضطرابات التوحد- كما يحلو لجبرن وصفه -، وهي تعنى بمعطيات العديد من مجالات المعرفة الإكلينيكية والتكوينية والعصبية المعرفية وبالسيكوباتولوجيا النمائية والنفسية الديناميكية. ويمكن تبرير هذه الرؤية الموحدة والمهتمة بتعدد الأشكال وتعددها بمحاولة بلورة طرق جديدة للتكفل بالأطفال المصابين بهذه الساندرومات (Gepner, 2007, p.7).

كما أن الانشغال باضطرابات طيف التوحد أو الاضطرابات النمائية الكاسحة استنادا إلى هذه الرؤية، يعود إلى تعدد العوامل التكوينية والبيئية والتفاعلات الجينية البيئية وكذلك إلى تعدد النتائج التي تختلف باختلاف أشكال التوحد وترتبط بالقدرات النمائية للشخص وبالمحيط العائلي والعاطفي والتربوي وبالنتبع العلاجي والتربوي والمدرسي والمهني، وكذلك بالسياقات السياسية والاجتماعية.

1.2. النظرة البيولوجية:

افترضت دراسات كثيرة أن اضطراب طيف التوحد يرجع إلى أسباب جينية تكوينية وأخرى عصبية بيولوجية وعصبية بيوكيماوية وعصبية نفسية.

أ. العوامل الوراثية:

خلص دي أجورياغرا (De Ajuriaguerra 1980 ص. 778-780) بعد فحص مجموعة من الأبحاث التي تناولت العوامل الوراثية المسؤولة عن ذهانات الطفل وعن الفصام الطفولي إلى التأكيد على ضعف قيمتها التبريرية وعدم توافقها. ونفس الملاحظة انتهى إليها مرسيلي دانيال (2006، ص. 314) حينما تحدث عن صعوبة التمييز بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية التربوية. وإن اعترف جون دوما (2013، ص. 201-204) هو أيضاً، استناداً إلى عدد من الأبحاث والدراسات وإلى المعطيات المتوفرة بدور العوامل الوراثية في ظهور الفصام الطفولي، لكنه في نفس الوقت يرى بأنه من الصعب الكشف عما هو موروث والفصل بين ما هو ناجم عن التأثيرات الوراثية والتأثيرات البيئية. وفي المقابل، وارتباطاً بموضوع التوحد وبالرغم من أن جون دوما يقر باحتمال ارتباط الاضطراب باختلال في نمو الجهاز العصبي إلا أنه يرى بأن العوامل الجينية والعصبية البيولوجية والبيئية المتسببة في هذا الاختلال تظل مجهولة. وبالتالي فهو يميل إلى تبني النظرة المتعددة العوامل في غياب التحقق من سببية واضحة وحقيقية لهذه العوامل.

وعلى الرغم من إقرار مازي Mazet وآخرون (2000، ص. 19) بالتأثير الوراثي المحتمل والمتراوح بين 3% و 7% في ظهور التوحد، إلا أنهم يعترفون بصعوبة الجزم بسببية أحادية، ويفضلون عدم الاعتماد على رؤى حصرية ومختزلة في مقابل الاعتراف بتفاعل العوامل البيولوجية والعلائقية.

ب. العوامل الجينية:

تتحدث بعض الدراسات خلال العشرية الأخيرة عن 100 جين (مورث) مسؤول عن التوحد (Gepner, 2007, pp. 8-12) ويتسبب في اختلال التنظيم العصبي والفشري وتكوين المشابك والتعديل العصبي والنقل العصبي. وهذه الاختلالات تطال كروموزوم 7q22 و كروموزوم x وجين Shank3 التابع لكروموزوم 22q13 وكروموزوم 11p12p13 واختلال جين Slc6a4 المسؤول عن النقل العصبي، وجين Itgb3 وجين Gl4l6 المتوضع في كروموزوم 6q21 المسؤول عن استقبال ذرات كلوتانام، وكروموزوم 7q31q33 وجينات أخرى المسؤولة عن اختلال قنوات الكالسيوم وعن اضطراب هرمون الميلاتونين. وهذه العوامل كلها يرى جينر أنها من دون شك من بين العوامل الهامة المسببة للإصابة بطيف التوحد (Gepner, 2007, p. 11).

وأشار مازي Mazet وآخرون (2000، ص. 18) كذلك إلى احتمال ارتباط طيف التوحد بساندروم براون Brown (1982) المرتبط باختلال كروموزوم x المعروف بساندروم x الهشة. ولكن هذا الارتباط الذي يندرج في مقاربة DSMIII للاضطرابات التوحدية يظل مشكوكاً فيه.

ج. العوامل البيولوجية العصبية:

وكشفت الدراسات المعنية بمقارنة الأشخاص المصابين بالتوحد والأشخاص العاديين عن تباينات ملحوظة بين الفئتين (Dumas, 2013, pp. 135-136). إذ تعاني فئة المتوحدين في الغالب من اختلالات عصبية تتمثل في ضخامة حجم الدماغ، وفي تأخر نضج شبكات التواصل بين مختلف مناطق الدماغ. كما مكن التصوير العصبي من الكشف عن اختلالات في بعض المناطق الدماغية لاسيما منطقة المخيخ والفصوص الصدغية واللوزة amygdale والحصين hippocampe. وهي المناطق المسؤولة عن الضبط الحركي والانتباه وسير الانفعالات والذاكرة، وهي مسؤولة كذلك عن المحاكاة وفهم المواقف الاجتماعية والحالات الذهنية. وأشار جينر (2007، ص. 14-18) إلى مناطق أخرى تكون مختلة عند الأطفال المتوحدين، ويتعلق الأمر بالتلفيف الحزامي le gyrus cingulaire والمناطق الجبهية والجسم المخطط striatum والتلاموس والهيپوتالاموس. كما أكد جينر (2007) على الاختلالات التي تلحق عملية التنسيق العصبي والوظيفي بين مناطق الدماغ.

وإذا كانت هذه العوامل تسهم بالفعل في الإصابة بالتوحد، يعتبر جون دوما أن التوحد هو الآخر بإمكانه أن يحدث تحولات عصبية بيولوجية هامة (Dumas, 2013, p. 136). و نفس الإنطباع كان قد عبر عنه

دي أجورياغرا (1980، ص. 780) في وقت مبكر حينما تحدث عن العوامل العضوية التي يريد بعض الباحثين من خلالها تضخيم السببية العضوية دون الإتيان بأي تبرير علمي مؤكد. ه. العوامل البيوكيميائية:

بخلاف العوامل البيولوجية العصبية فإن أجورياغرا يعتقد بأن الدراسات البيوكيميائية تتطور باستمرار وبإمكانها أن تؤثر على بعض الأشكال من ذهانات الطفل بالرغم من أنها هي الأخرى لم تأت بتوضيحات مقبولة. وهو نفس الرأي الذي تبناه مرسيلي دانيال (2006، ص 316) حينما ذكر بأن هذه الدراسات لا تثبت بشكل أكيد علاقة السيميولوجيا البيولوجية بالتوحد، بالرغم من اعترافه بوجود الكثير من الاختلافات التي ترتبط بالاضطرابات الكيماوية (سيروتونين، كاتيكولامين) والإنزيمات (دوبامين) واضطرابات الأيض (كالسيوم، حوامض أمينية). كما أن نتائج بعض الدراسات تظهر ارتفاع كمية الدم عند المتوحدين. 2.2. النظرية المعرفية l'approche cognitive:

حاولت دراسات كثيرة في السنوات الأخيرة الكشف عن الاختلافات المعرفية المسؤولة عن ساندروم طيف التوحد. وبينت هذه الدراسات أن المتوحدين يتجاهلون القيمة التمثيلية للمجموعة، المشكلة للصورة المعقدة. كما كشفت عن انشغالهم فقط بالعناصر الجزئية لهذه المجموعة. وتبين أن المهارة الذاكرية عندهم لا تتحسن بفضل هيكله المثير. وأوضحت هذه الدراسات كذلك أن المتوحدين يتعاملون مع أنشطة اللعب مهما كان نوعها بنفس الطريقة سواء كانت هذه الألعاب علائقية أو رمزية أو وظيفية. فالمشكل الذي يواجهه الطفل المتوحد يكمن إذن في الاختلال المعرفي الذي لا يسمح باستخدام المعلومة الضرورية لتنظيم الأشياء المدركة وتحويلها إلى تمثيلات رمزية. كما أشار بعض الباحثين إلى العجز في المحاكاة الحركية العفوية لدى الطفل المتوحد. وأظهرت نتائج هذه الدراسات كذلك العجز الذي يعاني منه المتوحدون في مجال الانتباه المتزامن *attention conjointe*، أي الانتباه البصري المشترك مع شخص آخر.

ومن الاضطرابات الأساسية التي تميز التوحد كذلك في المجال المعرفي نقص القدرة على تمثيل الحالات الذهنية عند الآخر وعجزه عن عزو المقاصد والرغبات إلى محاوره. وهذه القدرة التي تعرف بـ"نظرية الذهن" *la théorie de l'esprit* التي تبدأ في التشكل عند الطفل بين السنة الثانية والرابعة يفتقدها المتوحد. ويعزى هذا في نظر هوبسن *Hobson* (1993) إلى خلل عميق ومبكر في مجال البيداغوجية *intersubjectivité*، وإلى نقص في مجال الإدراك والتعبير عن الانفعالات.

ومن الافتراضات التي جاءت بها دراسات أخرى هي أن الأطفال المتوحدين يعانون من عجز في الوظائف التنفيذية والعمليات الذهنية التي تسمح بمراقبة وتنفيذ الأنشطة التي تتطلب المرونة الانتباهية وتعتمد على الذاكرة العاملة (Mazet, 2000, pp. 16-18).

وأشار جينر (2007، ص. 18-22) إلى الصعوبات التي تواجه الطفل المتوحد في عملية المعالجة الزمنية والمكانية للمعلومات الواردة من المحيط وفي إدماجها ضمن جسدكم الخاص من أجل إحداث التكيفات الحركية والتحكم في أفعال التواصل الملائمة. وهذه الاضطرابات هي المسؤولة في نظره عن الاختلافات السلوكية والمعرفية لدى الأشخاص المتوحدين بسبب الاضطرابات النمائية المتتالية التي تطال الإدراك وإدماج الحركة والكلام وتدفق الإحساس الجسدي. وهي الاختلافات التي تتسبب في إعاقة التكيف البصري الوضعي والاستباق الحركي والوضعية الحركية، وتتسبب كذلك في عدم القدرة على قراءة النظر والوجوه وفي إعاقة المحاكاة الوجهية والجسمية والتواصل اللغوي والانفعالي والتفاعل الاجتماعي العاطفي.

3.2. النظرة النفسية الدينامية *l'approche psychodynamique*:

هذه النظرة عوض الانشغال بأسباب الاضطراب وبالآليات الكامنة وراء الاختلافات الباتولوجية تسعى إلى فهم مدلول هذه المنتوجات الباتولوجية. وهذه النماذج السيكوباتولوجية المهمة بالتوحد الطفولي وبالذهانات الطفولية الأخرى ذات الصلة بالتيارات التحليلية النفسية المختلفة تتبنى طروحات متعددة تكوينية ودينامية وبنوية.

ومن بين المنظرين المنتمين إلى الطرح التكويني نجد ماهلر *Mahler*، و فينيكوت *Winnicott*، وبيتلهام *Bettelheim*، و لوبوفيسي *Lebovici*، ودياتكين *Diatkine*، وميزس *Mises*، و فيدلوشي

(Mazet.... Tustin، وتستان، وMeltzer، وملنزر، ولacan، وMarcelli، ومرسيللي، وWidlocher et al. 2000, pp. 6-11; Didier Houzel, 2004, pp. 1245-1254) بالنسبة لماهler، فالطفل ينتقل من حالة توحد عادية إلى حالة الانفصال والفردانية. وتتميز مرحلة التوحد العادي بـ"حالة من التيه الهلوسي الأولي" يفقد فيها الطفل الإحساس بإدراكاته الجسمية الداخلية. وخلال المرحلة الثانية، وهي مرحلة الانتحال التي تبدأ مع الشهر الثالث يتميز الطفل بإدراك مشوش لأمه رغم انتمائها لفضاء مشترك منفصل عن العالم الخارجي. وبعدها يتوجه الطفل إلى الاهتمام بإدراك العالم الخارجي من خلال عملية "المخطط المقاوم للمحنة" ليتعرف حينها على وجه أمه. ثم تأتي المرحلة الثالثة، وهي مرحلة الانفصال والفردانية بين الشهر التاسع والسنة الثالثة، ويتمكن فيها الطفل من الانفصال والتميز عن أمه.

والتوحد العادي بالنسبة لماهler يتناسب مع مرحلة التيه، ثم يواجه الطفل بعد ذلك حالة من التوحد الالتحامي تكون متبوعة بانفصال كارثي يقود الطفل إلى اضطرابات متعددة.

ويرى فينيكوت أن الصحة النفسية لدى الطفل تتشكل خلال المراحل الأولى حينما يواجه الرضيع العالم الخارجي. ويكون وجود الأم بالنسبة للطفل ضروريا لأنه يسمح بتكوين ذاته الحقيقية، ويتمكن من تقادي أنواع غير محتملة من القلق (قلق التفكك والسقوط وقلق التيه...). كما أن الأم من خلال ممارستها لوظائفها الأمومية الأساسية المتمثلة في الحمل Holding والمداعبة handling تسهم في حماية طفلها من الذهانات. لكن الطفل إذا افتقد إلى هذا النوع من العناية الأمومية بسبب كراهية الأم اللاشعورية المكبوتة، وبسبب معاناته من قلق "الموت الأولي" *agonie primaire*، فإنه يواجه مأساة الذهان أو معاناة الاكتئاب الذهاني.

وأولى بيتهام اهتماما خاصا لعلاقة الطفل بأمه، وإلى نشاط الرضيع ضمن هذه العلاقة المتبادلة بينهما. فالذهان الطفولي في نظر بيتهام يترتب عن إخفاق هذه المشاركة وعن غياب هذا التعايش الوثيق بين الطفل والأم بسبب انعدام التواصل. وبالتالي يجنح الطفل إلى تجاهل عالمه الداخلي المنتكس لينجو من المعاناة والخيبة المتولدة عن ذلك. وحينها ينتقل الطفل إلى الانعزال في "قلعة فارغة" *forteresse vide*. وللخروج من هذه المحنة يقترح بيتهام كعلاج لهذه الحالة التوحدية عزل الطفل في مؤسسة تكون بمنأى عن أخطار الأسرة والاستفادة من طرق التواصل المناسبة والملائمة. وقد تناول برنار جلس Bernard Golse (2010، ص. 30-42) العلاقة بين الأم والرضيع في إطار نظرة إدماجية عن التوحد تمزج بين التحليل النفسي والعلوم العصبية، وتحاول كشف مدلولات هذا الاضطراب. وقد ركز على ما يسميه "دينامية البيذاتية"، وانتهى إلى ضرورة الاقتناع بتناول الظاهرة من منظور نموذج متعدد الأبعاد. وهذا النموذج الذي لا يزهده في النظرة التحليلية ولا ينشغل فقط بالنظرة العصبية النمائية هو الذي يمكن في نظره من الكشف عن الاختلالات التي تعيق تحقيق عملية "تحقيق الذاتية" *subjectivation* الشاملة عند من يعاني من ساندروم أسبرجر. ويقصد بعملية "تحقيق الذاتية" بالقدرة على استدخال التمثلات البيذاتية التي تتشكل خلال التفاعلات المبكرة بين الأم ورضيعها. ومن هنا فهو يندد بموقف الأولياء الذين يصرون في المجتمع الفرنسي على الاهتمام فقط بالطرق التربوية وإعادة التربية والبيداغوجية المتخصصة.

ونفس القناعة نلمسها عند جاك هشمان Jacques Hochmann وآخرين (2011، ص. 525-574)، فقد وجدوا بعد فحصهم للأدبيات التي انشغلت بعملية التكفل بالتوحد في فرنسا، بأن أغلب الممارسين يجنحون إلى تبني النظرة المتعددة الجوانب التي تمزج بين الرعاية والتربية والبيداغوجيا في إطار الرؤية السيكوباتولوجية المنفتحة على تنوع طرق التكفل، ومن بينها العلاجات النفسية المستوحاة من التحليل النفسي، والتي تهدف إلى "فهم العالم الداخلي للطفل" وفق تعبير ديديي هوزال (2004، ص. 542).

3. طرق التكفل باضطراب التوحد:

1.3. طريقة التكفل باضطراب التوحد في المجتمعات الغربية:

أغلب الإكلينيكيين يتفقون حالياً على ضرورة تبني تناول علاجي متعدد الجوانب يستطيع التكيف مع المواقف الفردية والتطورات العلاجية خلال عملية النمو، ويحرص على تفادي النظرة الجاهزة والمسبقة المتصلبة (Gepner, 2007, p. 26).

وهذه النظرة الإدماجية يبررها في نظر دانيال مرسيلي (2006، ص. 327-328) الابتعاد عن غلو الطروحات النظرية والإقصاءات التي تفضي إلى الدغمائية بأشكالها المختلفة، ولا تأتي بأية فائدة واضحة بالنسبة للطفل المتوحد وعائلته. والسبب الآخر الذي يحتم الاعتماد على هذه النظرة هي قناعة عدد كبير من الإكلينيكيين بعدم وجود أي علاج فعال في الوقت الراهن (Klet Bith et al., 2008, p. 181).

والأمر الآخر الذي يفرض على كل الإكلينيكيين توحيد الجهود من أجل الاستمرار في الكشف عن لغز مصادر هذا الساندروم هو ارتباطه بسببية متعددة تفرض على علماء الوراثة والبيولوجيا العصبية والأطباء النفسيين كثيراً من التعاون (Bourgeron Thomas et al., 2009, pp. 93-98). كما أن تطوره الذي لا يرتبط ببعده أحادي أوباتجاه خطي يستوجب على الإكلينيكيين تحديد هذا الاضطراب من خلال كل هذه العوامل بما فيها العوامل البيئية والاجتماعية (Nadel, 2009/1, pp. 3-5).

ولكن رغم هذه الحيرة التي يبديها كثير من المهنيين أمام هذه الظاهرة، فإنهم متفقون على الالتزام ببعض الإجراءات الأساسية التي بإمكانها أن تكفل للطفل المتوحد على الأقل شيئاً من التحسن، وتقوية مأساة التدهور، كما تخفف على محيطه العائلي بعض المعاناة، في انتظار التوصل إلى فك معضلة هذه الساندروم (Charman, 2009, p. 10; Rogé et al., 2009, p. 22). وهذه النظرة تكاد تتناغم مع توصيات تقرير مجلس المحاسبة (المرجع السابق، ص. 35-39) للبرلمان الفرنسي التي أكدت على الإجماع الدولي المهتم بضرورة التدخلات المبكرة السلوكية والنمائية المكثفة "المهيكلية" والمنسقة التي تتناسب مع أعراض الأطفال، ولا تهدف إلى العلاج بقدر ما تسعى إلى تحسين المسار النمائي وخفض الاضطرابات وتخفيف حدتها أحياناً.

ومن هذه الطرق المعتمدة في كثير من الدول الغربية، نجد تقنية تينش TEACCH (تقنية علاج وتعليم الأطفال المتوحدين والمصابين باضطرابات التواصل)، وتقنية التحليل التطبيقي للسلوك (ABA)، ونموذج البداية المبكرة لندفر ESDM وطريقة NICE (المعهد الوطني للصحة والرعاية الممتازة) التي تركز على ضرورة الاعتماد على فريق متعدد التخصصات ومهتم بالتكفل الفردي، وإعادة التقييم الدوري للأطفال المتوحدين.

ومن الإجراءات المعتمدة التي اهتمت بها كذلك عدة دراسات في السنوات الأخيرة، هناك الانشغال بالكشف المبكر عن هذا الاضطراب من خلال التعرف على العلامات المبكرة المنذرة بظهوره.

ومن هذه العلامات التي يشار إليها في كثير من الدراسات:

ففي دراسة هوزال Houzel (8/2002، ص. 23-26)، نجد:

- اضطراب السلوكيات الاجتماعية غير اللغوية (مثل انعدام الإشارة بالأصبع).

- اضطرابات اللغة الأولية prélangage (غياب المناغاة).

- تأخر واختلال النمو النفسي الحركي (ضبط سيء للوضعية).

- غياب منظمات سبتس Sptiz (انعدام القلق أمام الوجه الأجنبي، وندرة الابتسام).

- اضطراب السلوكيات الإدراكية (تجنب النظرة).

- اضطراب السلوك (انسحاب، وعدم الاهتمام بالألعاب).

- اضطرابات وظيفية (فقدان الشهية مبكراً عند كابر).

- رهابيات مبكرة (أصوات منزلية).

- سلوكيات التشبث conduite d'agrippement عند بيك Beck.

- تصرفات التفكيك conduite de démantèlement عند مالتزر Meltzer.

وكشفت دراسة كلود بورستيجن Claude Bursztejn (2009، ص. 55-56) عن علامات أخرى:

- اختلالات التنقل (التحول من وضعية الاستلقاء على الظهر إلى وضعية الامتداد على البطن).

- انعدام الحيوية والخمول.

- غياب التوجه نحو نداء الاسم.
- وكشفت دراسة توني تشرمن Charman (2009، ص. 9-23) عن علامات أخرى استنادا إلى M. chat:
- اضطراب الانتباه المشترك attention conjointe.
- غياب اللعب الرمزي.
- غياب المتابعة البصرية.
- غياب المحاكاة.
- وبينت دراسة روجي و آخرين (2009، ص. 27-40) من خلال استخدام اختبار M. chat العلامات التالية:
- غياب التظاهر باللعب.
- غياب تقديم الشيء للآباء.
- تثبيت النظر في الفراغ.
- وأشارت دراسة باسكال بلانش Pascale Planche (2010، ص. 578-583) إلى الاستجابة غير العادية للطفل المتوحد أمام الموقف الجديد خلال السنة الأولى، واعتبرتها من العلامات المبكرة المميزة لحالة التوحد.
- أما دراسة دومينيك سوفاج Sauvage و آخرون (2004، ص. 1211-1212)، وبعد تأكدها على العلامات المبكرة التي أوردها ليو كانر (1943) في وقت مبكر وإلى بعض العلامات الأخرى المشار إليها سابقا، شدد سوفاج على أن هذه العلامات غير مهيمنة وليست خاصة بالتوحد وبإمكانها أن تتحول من سمة ملازمة إلى سمة مضادة (من أرق إلى فرط في النوم مثلا).
- ومن الإجراءات الأخرى التي تحظى بالقبول عند بعض الإكلينيكيين (بغدادلي عمارية، 2007 في Klet Bith وآخرون، 2008):
- التعجيل بالتكفل.
- التكفل من خلال التتبع المقرب والدائم، وفي أمكنة ملائمة.
- الجمع بين تقنيات متنوعة بيداغوجية وتربوية وعلاجية.
- تكييف طريقة التكفل مع حالة الطفل من خلال التركيز على تعديل الاختلالات وتطوير المهارات المفتقدة.
- الاعتماد على الواقعية خلال عملية التكفل من خلال تبني إجراءات التدخل الفاعلة.
- ويضيف مارسيلي دانيال الاهتمام بتزويد الشخص بوسائل التواصل الحقيقية مع ذاته ومع الآخرين، مع الحرص على معاملته كشخص في حاجة إلى تجاوز كل الصعوبات.
- كما ينصح دومينيك سوفاج وآخرون بإشراك الآباء وإشعارهم بهذه الصعوبات وبحاجيات الطفل، وبالتنسيق المطلوب بين مختلف المتدخلين لتوطيد علاقات الثقة بينهم وتقادي تعدد الآراء ... المسببة لتشوش الآباء.
- 1.1.3. العلاجات الدوائية:
- وبالنسبة للعلاجات الدوائية التي تهدف إلى التخلص من أعراض القلق العدوانية والتهيج، أشار أجورياغرا (1980، ص. 966) إلى الاعتماد على عقاقير المهدئات المتمثلة في كلوربرومازين Chlorpromazine وليفوميبرومازين Lévomepromazine. وينصح دانيال مارسيلي أيضا (2006، ص. 330) باستخدام المهدئات بهدف التخلص من سلوك إيذاء الذات والأعراض الشائعة. وهو يحذر في نفس الوقت من المطول لهذا العلاج، واللجوء إليه فقط في حالة إعاقة الاضطراب للعلاجات الأخرى.
- ويفضل مازي وآخرون (م.س: 20-21) التركيز على عقار هالدول Haldol الذي يجده مفيدا في خفض السلوكيات العدوانية والسلوكيات النمطية والتهيج، وفي بعض الحالات سلوك الانسحاب. ويحذر كذلك من الآثار الجانبية لهذه الأدوية التي بإمكانها أن تؤدي إلى الاضطرابات الحركية. وإلى جانب المهدئات التي

أشار إليها أجورغرا (1980)، فقد أضافوا عقار تيوريدازين Thioridazine الذي يسهم في خفض التهيج والعدوانية. وأما عقار مالتريكسون Maltrexone فإن تأثيره يبدو مفيداً في خفض سلوك إيذاء الذات والفرط الحركي وتحسين الاتصال والقدرة على التعلم. وخلصوا في النهاية إلى القول بأن هذه الأدوية يظل تأثيرها مرتبطاً فقط باستبعاد الأعراض، وأن فعاليتها فيما يخص الاضطرابات التوحدية تبدو غير مؤكدة.

وهي الملاحظة نفسها لبيريس Perisse (2008، ص. 237-243) عندما ذكرت بأن العلاجات الدوائية هي موجهة لاضطرابات السلوك فقط (عدوانية، غضب، فرط حركي)، وليس للتوحد في حد ذاته. وبالتالي لا داعي في رأيها إلى وصف هذه الأدوية للطفل حينما لا يعاني من هذه الاضطرابات. ولكن هذا النوع من العلاج قد يفيد في تحسين عملية التعلم وقدرات التواصل. وعند اللجوء إلى استخدامه يستحسن مراعاة تكيفه مع شكل الاضطراب. فإذا كان الطفل مثلاً يشكو من التهيج والنوبات الحادة يمكن أن توصف له المهدئات. وفي حالات أخرى مثل الاكتئاب والاضطرابات الوسواسية القهرية والسلوكيات النمطية والطقوس يستحسن وصف مضادات الاكتئاب (مثبطات السيروتونين). وفي حالة الفرط الحركي يوصف عقار ميثيلفينيدات Methylphenidate (ريتالين Ritaline).

2.1.3. العلاجات السلوكية (les thérapies comportementales):

يهدف هذا النوع من العلاجات إلى خفض السلوكيات غير المرغوب فيها مثل السلوكيات النمطية وإيذاء الذات، وتحقيق تعلم بعض المهارات الأساسية أو المعقدة (Mazet et al. 2000, p. 24). ومن التقنيات الشائعة في هذا المجال التقنية المعروفة ببرنامج تيتش TEACCH (علاج وتربية التوحد وحالات التخلف في الطفولة) وتقنية التحليل التطبيقي للسلوك ABA التي بلورها إيفار لوفاس Ivar Lovaas في الثمانينات كعلاج للتوحد يعتمد على تعديل السلوك.

1.2.1.3. تقنية تيتش Teacch:

هذه التقنية المستعملة منذ الستينيات أسهم في تطويرها إريك شوبلر Eric Schopler، وهي تهدف إلى مساعدة الطفل على التكيف مع محيطه من خلال تحسين قدرات تواصله وتفاعله الاجتماعي واستقلاليته. وهي تهدف بالأساس إلى إدماج المتوحدين في المجتمع وتعتمد على مشاركة الآباء والمهنيين والمختصين. وتعتبر مشاركة الآباء ضرورية من أجل فهم صعوبات الطفل والحصول على المعلومات الدقيقة التي تساعد على اختيار الأساليب التربوية الملائمة والفعالة للطفل. كما تستعين بهم لمواصلة العمل في المنزل.

ويستند العمل التربوي كذلك إلى تشخيص وتقييم دقيق لمستوى نمو الطفل وإمكانياته وخصائصه. وتهتم هذه التقنية كثيراً بتقييم مختلف مجالات تعلم الطفل من أجل التعرف على المهارات المكتسبة والأخرى التي تحتاج إلى التطوير. وبالتالي فهي تراعي وتيرة نمو الطفل ومستواه العمري، وتسعى إلى تعزيز إمكانيات الطفل التعليمية بشكل تدريجي. كما تسعى إلى تقوية المهارات التي يستطيع إنجازها بسرعة. وإسهام المحيط الأسري هو أكثر من ضروري في هذه المرحلة للتكيف مع صعوبات الطفل وتسهيل وتوجيه مجهوداته وفهم حاجياته الخاصة لكي يتمكن من التعرف على الطرق التربوية المفيدة (تقنيات الأعمال، المشاركة الموجهة الخ...)، وعلى خصائص الطفل المتوحد (اهتمامه بالمعلومة البصرية والمعلومات المترتبة المرتبطة باهتماماته في مقابل صعوبة تعامله مع المعلومة اللغوية وفهم المحيط وتنظيم المعلومات).

كما أن عملية التعليم تقتضي هيكله الفضاء وتحديد المعالم المكانية لتعزيز قدرة التعلم عند الطفل وتقوية تركيزه وانتباهه، وكذلك هيكله الزمان لتحديد فترات التعلم من خلال تكييف الأنشطة مع قدرة فهم الطفل (Klet Bith et al., 2008, pp. 205-211).

2.2.1.3. تقنية ABA:

هذه التقنية طورها أفار لوفاس في الستينيات في الولايات المتحدة تهدف إلى تعديل السلوكيات المختلفة عند المتوحدين وإلى تمكينهم من تطوير المهارات الأساسية وخفض السلوكيات غير الملائمة عن طريق التعلم والتعزيز الإيجابي بهدف تحسين قدرة الطفل على التواصل وعلى اكتساب سلوكيات اجتماعية متكيفة.

وتركز عملية التعلم على الانتباه والمحاكاة وتطوير فهم وإنتاج اللغة والمهارات الأكاديمية الأولية (القراءة، الكتابة، الحساب) والاستقلال الشخصي.

وطريقة التكفل المعتمدة لمساعدة الطفل المتوحد على اكتساب هذه المهارات المعرفية والاجتماعية تستند إلى عدة وظائف تتمثل في التعيين indication والتظليل estompage والتشكيل façonnement والإجراء المتسلسل procédure en chaine.

ويهدف التعيين إلى تلقين الطفل ما هو منتظر منه من خلال تعليمات واضحة ودقيقة عن طريق التوجيه اللغوي والحركي والبدني.

وتتمثل وظيفة التظليل في التخلي عن الإلحاح بالتدرج، ليتمكن الطفل من القيام بالسلوك المطلوب بشكل عفوي. وأما التشكيل فيسعى إلى تقوية السلوكات المكتسبة.

ويرمي الإجراء المتسلسل إلى تفتيت السلوك إلى عناصر وأعمال بسيطة وتلقينها للطفل الواحدة تلو الأخرى مع الحرص على مكافأة الطفل بعد كل استجابة ناجحة وإشراك الآباء في إنجاز البرنامج (Clet, Bieth, 2008, pp. 212-217)

3.1.3. العلاجات التحليلية النفسية les traitements psychanalytiques:

يسعى العلاج النفسي التحليلي إلى الكشف عن ذهانات الطفل المبكرة وعلاجها (Danel, 2006, p. 327; Mazet et al., 2000, p. 21). ولكن بسبب الاهتمام الحصري بعامل اللغة كوسيلة للتعامل مع هذه الفئة من الأطفال الذهانيين البكم أو ذوي اللغة المتخلفة والمضطربة، وبسبب الافتقار للشروط المناسبة للعلاج، يواجه المعالجون الممارسون لهذا الأسلوب صعوبات كبيرة. لذلك يظل العلاج التحليلي النفسي غائبا عن الاستعمال في انتظار تحسن لغة الطفل المتوحد.

وبعد توفر الخبرة لدى هؤلاء المعالجين، وبفضل الصرامة التي يتحلون بها في استخدامهم لتقنياتهم المعتمدة والمكيفة مع طريقة التواصل مع الطفل أصبح بإمكان التحليل النفسي مساعدة هؤلاء الأطفال وأحيانا معالجتهم حسب مازي وآخرين (2000، ص.21).

وتقتضي هذه الصرامة الاهتمام بالخصائص المختلفة المميزة للطريقة التحليلية والمتمثلة في الإطار والتأويل والعملية والتحويل والتحويل المضاد (Mazet et al., 2000). ومن الخصائص المميزة للإطار المقترح، الانتظام والانضباط من أجل الحفاظ على الوسائل المستخدمة (الرسم، الألعاب، العجين...). وبحكم صرامة الإطار المطلوبة يتحتم على المعالج أن يكون منضبطا في سلوكه، ولا يجنح إلى التسامح المفرط ويلتزم بالقواعد الأساسية مثل الاحترام والإكثار من حصص العلاج.

وأما خلال التأويل فالمعالج مطالب بأن ينشغل بما هو واضح في العدة، وأن يعتمد في ذلك على النبرات الانفعالية والحركات والإيماءات من أجل تحسين جودة التواصل مع الطفل. وهو مطالب بأن يهتم بالتحويل ويتفادى التركيز على الحياة الخارجية. وفي نفس الوقت يعمد إلى تشجيع الطفل على استخدام اللغة وتجنب الاتصال البدني بالمتوحد.

وفيما يتعلق بالتحويل، فالاهتمام يكون موجها للظواهر الدينامية التي تجري ضمن العلاقة العلاجية، وليس إلى العلاقات الليبيدينية والعدوانية التي تشكلت في الطفولة. وأما التحويل المضاد فيكون منصبا على العوائق التي تحول دون استقبال وفهم الرسائل اللاشعورية الواردة من المريض، ويهتم أيضا بسلوك المعالج الحريص على مساعدة الطفل على استكشاف اللاشعور.

وخلال عملية الممارسة العلاجية يكون الاهتمام موجها للتعبير الذي يسمح للطفل بإدراك الاستيهامات اللاشعورية التي تنظم نفسيته وعلاقته مع العالم (Mazet et al., 2000, pp. 21-23).

ومن التعديلات المقترحة من قبل مرسيلى دانيال أثناء العلاج ضرورة الاستعانة بالعلاجات ذات الوسائط الجسمية من خلال التركيز على العلاج النفسي الحركي واستخدام بعض الوسائط مثل الماء أو التراب أو العجين. وهذا النوع من العلاج يمكن أن يفيد في إعادة البناء الجسمي والنفسي، وهو يمارس في إطار مستشفى النهار.

4.1.3. العلاج المؤسساتي la prise en charge institutionnelle:

يعتمد بالدرجة الأولى على مستشفى النهار وعلى التكفل المتنقل بعدما تخلى تدريجيا عن النمط المعروف بالداخلية internat. ونوع العلاج المعتمد في هذه المؤسسات يتميز بكثير من الاختلاف بين المؤسسات الأوروبية والأنجلوساكسونية حيث يصر كثير من الإكلينيكين من أمثال ميزس (Mises) ودياتكين (Diatkine) وركامبي (Racamier) ومرسيل على تبني الطريقة الشاملة والمتعددة الأبعاد التي تمزج بين الرعاية والتربية في مقابل الطريقة الأنجلوساكسونية البراغماتية التي تنشغل بسلوكات محددة وتسعى إلى تعديلها من أجل تكيف الطفل مع وسطه بالاعتماد على القدرات المتبقية-1 (Hochmann, 1999, 5).

ويتفق كل الممارسين ضمن هذا الإطار على إشراك الآباء، وعلى أهمية العمل معهم. كما يهتم العلاج المؤسساتي بإشراك المحيط المدرسي لإدماج الأطفال في أقسام عادية أو في أقسام خاصة.

2.3. طريقة التكفل بالتوحد في المجتمع الجزائري:

1.2.3. العلاج الدوائي:

من الأساليب المعتمدة التي ذكرها الأطباء النفسيون الممارسون في الجزائر نجد العلاج الدوائي. وهذا النوع من العلاج الذي تحدث عنه محمود ولد الطالب (Mahmoud Ould-Taleb, 2009, pp. 80-87) يتمثل في المهدئات (neuroleptiques) ومضادات الاكتئاب (antidépresseurs). والمهدئات المعتمدة للتكفل بطيف التوحد هي تقريبا نفس المهدئات المستعملة في المجتمعات الغربية كمهدئ رisperidon (risperdal) والعقار المضاد للاكتئاب المتمثل في كلومبيرامين (Clomipramine (anafanil) المفيد للسلوكات النمطية، كما أشار إلى ذلك في عمله الذي صدر سنة 2012 (ص 144) بالإضافة إلى هرمون السكريتين (sécetine). وهذه الأدوية ينصح ولد الطالب حين استعمالها بتوخي الحذر وإرفاقها بالفحوصات الإكلينيكية الضرورية وبالعلاجات الأخرى التربوية والنفسية والبيئية.

2.2.3. العلاج المؤسساتي والسلوكي:

العلاج الموجه لفئة الأطفال المتوحدين في الجزائر كما يتضح من الأعمال التي أنجزها محمود ولد الطالب، الطبيب النفسي المختص في هذا المجال، والذي يكمل العلاج الدوائي يتمثل في العلاج المؤسساتي ضمن مستشفى النهار والعلاج السلوكي المتمثل في برنامج تيتش Teacch لإريك شبلر Eric Schopler وعلاج التبادل والتطوير TED لجلبير للورد Gilbert Lelord وفريقه. وبالنسبة للعلاج المؤسساتي يخبّرنا محمود ولد الطالب (2006، ص. 248-256) بوجود أربعة مؤسسات تعمل بصورة عادية في الجزائر؛ الأولى في الجزائر العاصمة والأخرى في عنابة ومصالحتان، واحدة في البليدة والأخرى في القبة.

والطاقة الاستيعابية الإجمالية لهذه المؤسسات تصل إلى 100 سرير، وهي موزعة على مستشفيات النهار. ولكنها تظل غير كافية أمام الطلب على العلاج المرتفع جدا. وفي هذا الإطار تكفلت مؤسسة العاصمة باستقبال 284 طفل متوحد طيلة مدة 8 سنوات، 123 طفل ومرافق متوحد تم التكفل بهم بشكل عادي. ولكن أكثر من نصف الأطفال الذين يقطنون خارج الجزائر العاصمة انقطعوا عن الفحص بسبب انعدام الإمكانيات. وقد تم تتبع 20 طفل في المستشفى خلال أكثر من 5 سنوات. وبفضل هذا التتبع تحسنت حالتهم من الناحية الإكلينيكية. ومما يشار إليه كذلك هذا الطبيب هو أن التكفل بهذه الفئة يواجه عدة مشاكل تتمثل على وجه الخصوص في نقص تكوين الفريق المكلف بالتكفل بفئة المتوحدين K وبخاصة في أوساط الأطباء والأخصائيين النفسيين والمرمضين. ومن أجل تحسين هذه الوضعية، يتم التركيز على النظرة التطورية للطفل وتشجيع الاعتماد على نوعين من العلاجات هما العلاج التفاعلي والعلاج النفسي التربوي.

ومن بين الأساليب العلاجية التربوية التي أشار إليها ولد الطالب، نجد العلاج السلوكي الذي يعتمد على برنامج تيتش ل إريك شوبلر الذي سبق أن تحدثنا عنه، وبرنامج التبادل والتطوير لجلبير للورد. وفيما يخص تقنية التبادل والتطوير ل للورد المعتمدة في فرنسا منذ الثمانينيات، فهي تسعى إلى تحقيق هدفين أساسيين: تحسين جودة حياة الطفل وأسرته، وبعد ذلك الاهتمام بتطوير الوظائف المختلفة.

وتستند هذه الطريقة في تعاملها مع الطفل على جمع المعلومات الخاصة بحياته النفسية والسلوكية. وهي تستعين بمجموعة من الآليات التي تساعد على تحقيق أهدافها التي تتمثل في توطيد الثقة بين المعالج والطفل والأسرة من خلال التفاعل مع الطفل وتوفير الظروف الملائمة للعلاج. ومن بين هذه الظروف الملائمة للتفاعل والتبادل التي يقترحها الفريق المعالج:

- الجلوس على الطاولة أو على الأرض والاتكاء على وسادة لتركيز الانتباه وتجنب الشرود والاستعانة بالأدوات الضرورية (اللعب المستعملة ...)

- الهدوء الذي يسمح كذلك بتقوية الانتباه وإبعاد المعوقات (الضجيج).

- الاستعداد الذي يوجه اهتمام الطفل نحو الخارج، ويساعد على اكتساب المهارات.

- المبادلة *réciprocité* التي تساعد على التفاعل والمحاكاة الحرة للحركات والإيماءات والأصوات.

- التعاطف الذي يقوي العلاقة مع الطفل، ويحقق الجو المريح والممتع (محمود ولد الطالب، 2009، ص.

68-70).

خلاصة

استعرض هذا المقال التحولات التي طرأت على مفهوم التوحد سواء تعلق الأمر باختلاف المصطلحات التي استعملت للإشارة إلى هذه الاضطراب في التصنيفات المختلفة، أو المقاربات النظرية المختلفة لهذا الاضطراب النمائي. كما فحص أيضا تباين تناول هذا الاضطراب في التصنيفات الأنجلوساكسونية والفرنسية. وحللت التفسيرات المختلفة لاضطراب التوحد كالتفسير البيولوجي (الوراثي والبيوكيميائي)، والتفسير التحليلي النفسي والتفسير المعرفي. وبعد ذلك عرضنا أساليب التكفل بالمتوحدين في المجتمعات الغربية وفي المجتمع الجزائري. وتتنوع أشكال التدخل للتخفيف من آثار التوحد بين استعمال الأدوية والعلاجات. وهي ترمي إلى التخفيف من وقع التوحد على الحياة اليومية للمصاب به وعلى أسرته، وإلى تعديل سلوك المتوحد لكي يكون أكثر تكيفا مع المحيط الذي ينتمي إليه.

المراجع

- Ajuraguerra J. De (1980). Manuel de psychiatrie de l'enfant, Masson, Paris.
- Beiger F., Jean A. (2011) l'autisme ou plutôt les autismes: Qu'est-ce que c'est? In Autisme Zoothérapie, Dunod, Paris.
- Bursztejn C. (2009). Est-il possible de dépister l'autisme au cours de la première année. Enfance, vol 1, pp. 55-66.
- Bursztejn C. (2011). Les classifications en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: Questions épistémologiques. L'information psychiatrique, Vol 87, pp. 363-367.
- Bourgeron T., Boyer M. et Delorme R. (2009). Autisme, la piste génétique se confirme. Enfance, vol 1, pp. 13-18.
- Charman T. (2009). Dépistage des troubles du spectre autistique: leçons de la recherche et de la pratique clinique. Enfance, 1, pp 9-23.
- Clément de Guibert & Laurence B. (2005). Différence entre autisme de Kanner et «psychose infantile»: déficits d'unité Vs d'identité de la situation? La psychiatrie de l'enfant, 2, Vol 48 pp. 391-423.
- Clet-Bieth E, Leferre M., Ouss-Pyngaert L, Perisse D. (2008). les différentes possibilités d'accompagnement et de prise au charge. In l'enfant autiste, sous la dir. de Lisa Ouss-Pyngaert, John Libbey, Paris.
- Garrabé J. (2013). La classification française des troubles mentaux et la classification internationale des maladies : Historique comparatif. l'information psychiatrique, 4, Vol 89, pp. 319-326.
- Gepner B. (2012). Vers une théorie clinique intégrée des désordres de la constellation autistique. Développements, 1, n°10, pp. 5-36.
- Golse B. (2010). L'autisme infantile entre neurosciences et psychanalyse: Convergences et controverse? , Enfances & Psy, 1, 46, pp. 30-42.
- Dumas J. (2013), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, De Boeck, Bruxelles.
- DSM IV TR (2003). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Masson, Paris.
- DSMV (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition, DSMV, American psychiatric Publishing, Washinton, DC, London, England.
- Hochmann J. (1999). Abord institutionnel des enfants psychotiques et autistes. Encyclopédie Med.Chir., Elsevier Paris, Psychiatrie, 37-210-A,p. 5.
- Hochmann Jacques, Paul Bizouard, Claude Bursztejn (2011). Troubles envahissants du développement: Les pratiques de soins en France , la Psychiatrie de l'enfant, Vol 54 , pp 525-574.
- Houzel D. (2002). Les signes précoces de l'autisme et leur signification psychopathologique, le carnet PSY, 8, 76, pp. 23-26.

- Houzel D. (2004). Nouvelles approches psychopathologiques de l'autisme infantile. In Serge Lebovici et al., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent , PUF «Quadrige 2èd».
- Maleval J. C. (2006). De la psychose précocissime au spectre de l'autisme. Histoire d'une mutation dans l'appréhension du syndrome de Kanner, Revue électronique de psychanalyse.
- Marcelli D. (2006), Enfance et psychopathologie. Masson, Paris.
- Mazet P. Houzel D. Bursztejn C. (2000). Autisme infantile et psychoses précoces, 37-201-G10, Paris, p. 28.
- Nadel J. (2009). Introduction: autour de diagnostic de l'autisme. Enfance, 1, pp. 3-5.
- Ould Taleb Mahmoud (2009). Le spectre de l'autisme, OPU, Alger.
- Ould Taleb Mahmoud (2012). Manuel de la pédopsychiatrie, OPU, Alger.
- Ould Taleb Mahmoud (2006). Bilan et perspectives de la prise en charge des enfants adolescents autistes au sein de l'hôpital de jour d'Alger 1997-2003. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, Vol 54, 4 pp. 248-256.
- Perisse D. (2008). Les traitements biologiques. In Clet-Bieth et al, L'enfant autiste, John Libbey, pp. 237-242.
- Rogé B, Chabrol H, Unsaldi I (2009). le dépistage précoce de l'autisme: Quelle faisabilité?, Enfance, 2009/1, pp 27-40.
- Petot D. (2014). L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant. Paris, Dunod.
- Planche Pa. (2010). La réaction à la nouveauté: un indice de dépistage précoce de l'autisme? Annales Médico-Psychologiques , 168, pp. 578-583.
- Sauvage D., Lenoir P., Perrot A., Malvy J. (2004). Autisme de l'enfant: Diagnostic et évaluations. In Serge Lebovici et al., Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, PUF, Paris pp. 1207- 1223.
- www.ccomptes.fr-@Courdescomptes (Décembre 2017). Evaluation de la politique en direction des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme.