

التوحد بين المنظور العلمي والثقافة الساندة في العائلة الجزائرية

فاطمة منقوشي

جامعة بلحاج بوشعيب عين تموشنت،

عين تموشنت،

46000، الجزائر

fatimamengouchi@hotmail.com

سمير نعموني

المركز الجامعي مرسلبي عبد الله تيبازة،

تيبازة،

42000، الجزائر

namounisamir@hotmail.fr

المستخلص

يهدف هذا المقال إلى تسليط الضوء على اضطراب التوحد بين منظوره العلمي وبين الثقافة الساندة حوله في العائلة الجزائرية، حيث أصبحنا نرى كباحثين وأخصائيين ممارسين خلطا كبيرا بين المفاهيم العلمية والمفاهيم غير العلمية المشتهرة حول هذا الاضطراب، وكذلك بين أعراضه وأدوات تشخيصه، وذلك من خلال تقديم معارف علمية حديثة خاصة بهذا الاضطراب، تمكن القارئ من الاقتراب من فهم هذا الاضطراب بشكل صحيح قائم على أساس علمي لا "عامي".

الكلمات المفتاحية: التوحد، الاضطرابات النمائية الشاملة، طيف التوحد، الاضطرابات النمائية العصبية، التشخيص العلمي للتوحد.

*تم تقديم جزء او كل من هذه المخطوطة في المؤتمر العلمي الدولي للعلوم الإنسانية والاقتصادية والتعليم

Autism between the scientific perspective and the prevailing culture in the Algerian family

Samir NAMOUNI¹
Morsli Abdellah University
center, Tipaza, 42000
Algeria
namounisamir@hotmail.fr

Fatima MENGOUCHI²
Belhadj Bouchaib University,
Ain Témouchent, 46000,
Algeria
fatimamengouchi@hotmail.com

ABSTRACT

This article aims to shed light on autism disorder between its scientific perspective and the prevailing culture about it in the Algerian family, where we see now as researchers and specialists practicing a great confusion between scientific concepts and prevailing non-scientific concepts about this disorder, as well as between its symptoms and diagnostic tools, by presenting modern scientific knowledge of autism, so that the reader can understand it correctly based on scientific perspective rather than non-scientific one.

Keywords: Autism, Pervasive development disorders, Autism spectrum, Neurodevelopmental disorders, scientific diagnosis of autism.

المقدمة

انتشر مؤخرا الحديث عن موضوع التوحد في الجزائر بشكل يلفت انتباه العام والخاص، وهو ما حفز وسائل الإعلام لتناوله في مناسبات كثيرة. وباعتباره مجالا خصبا للبحث والنقاش إذ يتعلق بالصحة النفسية والعقلية للطفل والمراهق، إلا أنه اكتسب خصوصية معقدة يمكن أن نقول عنها "مفاجئة" أو "مُحيرة" ربما لما يجره هذا الاضطراب لعدد كبير من المشكلات النفسية والسلوكية والاجتماعية والحسية والانفعالية... مما يستدعي البحث والتوضيح من طرف ذوي الاختصاص. ولعقود من الزمن، كان الشخص المصاب بالتوحد مصدرا للغموض وللعديد من التفسيرات، إلى أن توصلت السير الذاتية وشهادات البالغين المصابين بالتوحد، وبحوث علم النفس النمو والبحوث الطبية إلى استنتاج مفاده أن الصعوبات النمائية هي جوهر التوحد. إلا أنه وبالرغم من وصف هذه الصعوبات منذ قرن على الأقل، إلا أن ما يسمى بالتوحد النموذجي أو العادي (L'autisme typique) الذي وصفه Léo Kanner سنة 1943 لا يعكس التنوع الكلينيكي للتوحد (La diversité clinique) (Dormoy, 2020)، فأصبحنا نتحدث عن اضطرابات طيف التوحد (TSA) ونفسر هذه الصعوبات على أنها اضطرابات نمائية عصبية، وذلك منذ سنة 2015 (Yvon et al, 2020). واتسعت معرفتنا للتوحد بشكل كبير خلال السنوات القليلة الماضية، ومع ذلك أصبح إدراكنا وفهمنا لهذا الاضطراب أكثر تعقيدا وغموضا خاصة عندما بدأ الباحثون والعلماء في التمييز بين العديد من أشكاله ودرجاته وتصنيفاته، فتعددت التسميات، وتنوعت التصنيفات، وكثرت التفسيرات، حتى أصبحنا نسمع العديد من المصطلحات: "توحد"، "متلازمة التوحد"، "اضطراب التوحد"، "طيف التوحد"، "إعاقة التوحد"، "مرض التوحد"، ... وكأن كل هذه المصطلحات تجعلنا أمام لغز محير لا تفسير له. فهل التوحد هو اضطراب؟ أم مرض؟ أم إعاقة؟ أم متلازمة؟ أم ذهان؟... وهل أسبابه نفسية؟ أم جينية؟ أم وراثية؟ أم عصبية؟ أم أيضية؟.. ومهما يمكن أن نقوله أمام كل هذه التوجهات، يبقى التوحد اضطرابا معقدا من أهم إشكاليات الصحة العامة التي تمس مختلف الدول والمجتمعات والثقافات دون استثناء. والجزائر كغيرها من الدول، بصم فيها التوحد غموضا كبيرا وتساؤلا محيرا، أخذ قسطا كبيرا من الطاقة النفسية والفكرية للأخصائيين والمربين وحتى الأولياء. فبالرغم من تسارع السياسات العامة في السنوات الأخيرة لصالح هذا الاضطراب في الجزائر، إلا أن الفجوة بين توقعات (Les attentes) الأطفال المصابين بالتوحد وعائلاتهم من جهة، وتوفير الرعاية الصحية السديدة لهذه الفئة من جهة أخرى، لا تزال كبيرة أمام هذا الغموض الذي جعل من واقع التوحد في الجزائر واقعا مؤسفا ومؤلما أمام نقص الخبرة اللازمة في تشخيصه، والأكثر من ذلك أمام كثرة المفاهيم والتفسيرات غير العلمية والخاطئة حوله، مما يرتب علينا كباحثين في مجال التخصص مسؤولية بحكم انتمائنا إلى هذا المجتمع نشر المعارف العلمية الصحيحة حوله ودحض وتفنيد كل المعارف غير العلمية والخاطئة عن الموضوع، ومن جهة أخرى كشف أذعياء العلاج النفسي والمتطفلين على التخصص ليبقي الطفل التوحدي وكذا عائلته منتظرين لكم هائل من المشاكل المتشعبة التي يفرزها هذا الاضطراب. إن تزايد وعي عائلاتنا الجزائرية بحقيقة وجود اضطراب التوحد من خلال الصخب الاعلامي المكثف حوله، أدى إلى ظهور ثقافة مغلوبة وخاطئة عن هذا الاضطراب في عائلاتنا الجزائرية، فكثيرا ما يسارع العديد من حولنا إلى

استعراض جملة من المظاهر السلوكية للدلالة على فهمهم وتفسيرهم للتوحد. للقول "تلقائيا" عن ذلك الطفل الذي ربما لا يهتم بالآخرين، أو قد تأخر في الكلام، أو أنه منعزل لوحده بأنه مصاب بالتوحد. في حين أن الكشف عنه يتوقف على تشخيص علمي مبني على معرفة وأدوات علمية عالمية معترف بها (Dormoy, 2020). ومن هذا المنطلق ولأن اضطراب التوحد لا تتحدد معالمه إلا من خلال تشخيص علمي صارم ودقيق (Perrin et al, 2013)، ارتأينا تقديم هذه الورقة البحثية لأننا ندرك كمختصين في هذا المجال طبيعة وحجم الأخطاء التشخيصية والمفاهيم غير العلمية والأحكام المسبقة (Les préjugés) التي تبعث نحو خيبات أمل "أحيانا" لا مواسة لها (Inconsolables). وسنحاول الإجابة على التساؤلين التاليين: ما هو التوحد؟ وما هو تشخيصه العلمي؟ ولأن الفهم الصحيح لهذا الاضطراب لا يكون إلا من خلال مراجعة المعارف غير العلمية حوله، ارتأينا ضرورة استعراض هذه المفاهيم مركزين على أكثرها شيوعا لدى الجزائريين لما ينبني عليها من أحكام وسلوكيات خاطئة بطبيعة الحال، وقبل ذلك تطرقنا إلى عرض أهم المفاهيم المرتبطة بالتوحد والتي جعلت من الوسط العلمي حقلًا يعج بالمفاهيم والمصطلحات المتداخلة والمعقدة.

مفاهيم مرتبطة بالتوحد

إن ضبط المصطلحات في علم النفس المرضي أمر بالغ الأهمية، لاسيما إذا تعلق الأمر باضطراب طيف التوحد. لنتذكر دائما أن أي مصطلح نتلفظ به في مجال التوحد له أثر كبير، ووراءه مسؤولية جد ثقيلة، لذا لا بد من توظيف أي مصطلح في محله الصحيح. من أهم المفاهيم التي ترتبط بالتوحد والتي عادة ما يخلطها الناس معه نذكر ما يلي:

الاضطرابات النمائية الشاملة ("Les troubles envahissants du développement " Les TED")
تعرف أيضا باضطرابات النمو العامة (Les troubles globaux du développement) (OuldTaleb, 2014: 17) وهي مجموعة من الاضطرابات المعقدة التي تضم عددا من "الاختلافات العصبية النمائية" (Variations neurodéveloppementales) في وظائف المخ (Perrin et al, 2013)، ويُعبر عنها بمجموعة واسعة من الأعراض التوحدية (لهذا تسمى بـ الشاملة). تضم الاضطرابات النمائية الشاملة حسب DSM IV خمسة اضطرابات توحدية:

- التوحد: (سيتم التطرق إليه لاحقا).
- متلازمة أسبرجر (le syndrome d'asperger): هو شكل خاص من الاضطرابات التوحدية يظهر في وقت متأخر مقارنة مع التوحد، يتميز بغياب تأخر اللغة، غياب التأخر العقلي: إما ذكاء طبيعي أو متفوق، مع قصور كبير في التفاعلات الاجتماعية، خلل في المدخلات الحسية (Les intégrations sensoriels) إما فرط أو نقص في الحساسية (للضوء، الروائح، الألم، البرد...)، ذاكرة خارقة، تعلق مرضي مفرط بالأشياء.... يمكن لهذا الاضطراب النادر أن يترافق أحيانا مع مهارات خارقة ومبهرة (كمعرفة تواريخ اليوم، المواعيد) لذلك يُطلق عليه أيضا بالتوحد العالي القدرات (Autisme de haut niveau) (Charpeaud et al, 2015).

- الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (les troubles envahissants du développement non spécifiés): تُعرف بـ " التوحد غير العادي (L'autisme atypique)، وتشير هذه

الاضطرابات إلى ضعف شديد وشامل (واسع) في التفاعل الاجتماعي وضعف مهارات التواصل اللفظي وغير اللفظي، مع اهتمامات وسلوكيات نمطية. نتحدث عن هذه الاضطراب عندما توجد أعراض توحد لكنها غير كافية من حيث العدد أو الشدة لتأكيد تشخيص التوحد. هذا يعني أن الاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة هي تشخيص شامل للأشخاص الذين يحملون معظم ولكن ليس كل أعراض التوحد (التوحد العادي أو توحد Kanner) وهذا ما تشير إليه كلمة "غير محددة". غالباً ما يتم وصف الأشخاص المصابون بهذه الاضطرابات بأنهم قريبون من الأشخاص المصابين بالتوحد، أو لديهم تأخر في النمو مع وجود أعراض التوحد (Rastelli, Shore, 2015).

- متلازمة ريت (Le syndrome de Rett): هي متلازمة عصبية انتكاسية (Neuro-dégénératif) تمس الإناث فقط، تتميز بنمو يمر عبر مراحل: توقف مفاجئ ومبكر في النمو (ما بين 06 إلى 08 أشهر)، متبوع بنكوص معرفي وحركي سريع (ما بين سنة إلى 03 سنوات)، ثم فترة ثابتة (ما بين 03 إلى 10 سنوات)، لتتبع من جديد بمرحلة من التدهور الحركي. وتترافق هذه المتلازمة مع اضطرابات في السلوك وغالباً مع الصرع. تحدث نتيجة تشوهات جينية على مستوى الكروموزوم X (Ouss-Ryngaert et al, 2008)

- اضطراب الطفولة التفككي (Le trouble désintégratif de l'enfance): هو اضطراب نادر يتميز بنمو طبيعي وعادي، وفجأة تراجع شديد وفقدان للمهارات المكتسبة (لهذا يسمى تفككي) مع ظهور أعراض توحدية شديدة. يحدث هذا التراجع ما بين 01 سنة و06 سنوات، وفي الغالب ما بين 04 إلى 06 سنوات (Ouss-Ryngaert et al, 2008). وهذا الاضطراب هو أكثر انتشاراً عند الذكور (Boulekras, 2011).

ركز DSM IV على ثلاث خصائص أساسية في تشخيص الاضطرابات النمائية الشاملة (Les TED) تُسمى بـ "الثلاثية السلوكية أو الثلاثية العرضية للتوحد" (La triade symptomatique ou comportementale autistique) وهي: سلوكيات واهتمامات نمطية تكرارية و/ أو ضيقة، اضطراب في اللغة والتواصل، واضطراب في التفاعل الاجتماعي (Perrin et al, 2013). بعد تقديم هذا التصنيف من طرف DSM IV، تبين لاحقاً أنه من الصعب تحديد المعايير ووضع حدود دقيقة بين الاضطرابات التوحدية التي تندرج ضمنه، بحيث يشكل الأشخاص الذين يندرجون ضمن "الاضطرابات النمائية الشاملة" مجموعة غير متجانسة بشكل كبير نظراً للتباين والتداخل الواسع في الأعراض، وفي درجة الخلل الوظيفي هذا بالإضافة إلى أن العديد من المختصين العيادين يستندون إلى "مصطلح الأبعاد" (Le concept dimensionnel) بدلاً من مصطلح الفئة (Le concept catégoriel) (Lignes directrices, 2012) بمعنى أن عملية التشخيص تتطلب التركيز بشكل كبير على "الأبعاد" (أي على قياس شدة الأعراض) أكثر من "تصنيف" كل فئة لوحدها. وهذه أحد الأسباب التي أدت إلى مراجعة هذا الدليل لإعادة النظر في مصطلح "الاضطرابات النمائية الشاملة" واستبدالها بمصطلح "اضطرابات طيف التوحد".

اضطراب طيف التوحد (Le trouble du spectre de l'autisme)

أصدر الدليل الخامس DSM 5 تصنيفاً جديداً تحت اسم "اضطراب طيف التوحد" يضم ثلاثة اضطرابات توحدية هي: التوحد، متلازمة أسبرجر، والاضطرابات النمائية الشاملة غير المحددة (Perrin et al, 2013).

التوحد

يُعرف بالتوحد الطفولي (L'autisme infantile) أو بالتوحد النمطي أو العادي (L'autisme typique) وهو الشكل الأكثر شيوعاً وانتشاراً ضمن اضطرابات طيف التوحد (Charpeaud et al, 2015)، تظهر علاماته الأولى في وقت مبكر من حياة الطفل (Golse et al, 2006). للحديث عن التوحد لابد من ظهور علاماته قبل سن ثلاث سنوات، حتى وإن لم تكتمل كلها (حسب DSM IV تكتمل الأعراض في سن 3 سنوات). يستمر هذا الاضطراب مدى الحياة و يمس جميع جوانب نمو الطفل (Boulekras, 2011).

متلازمة التوحد (Le syndrome autistique)

نقول أن التوحد هو "متلازمة" أي ارتباط وتجمع عدد من أعراضه، بحيث أن وجود أحد هذه الأعراض دون الأعراض الأخرى لا يعني وجود توحد، ولكن عندما يتجمع عدد معين من الأعراض الخاصة به يمكننا في هذه الحالة أن نتكلم عن " المتلازمة التوحديّة" أو التوحد (Ouss-Ryngaert et al, 2008).

التوحد اللانمطي أو اللانمذجي " غير العادي" (L'autisme atypique)

مادام أن التوحد له علاقة كبيرة مع نمو الطفل، فإنه من بين أكثر صعوبات تشخيصه هو وجود ما يسمى بـ "الأشكال اللانمطية" (Les formes atypiques) للتوحد، يعني ذلك أن الطفل هنا هو بين نمو عادي ونمو غير عادي، وهو السبب الذي يجعل هؤلاء الأطفال يتأخرون في الاستشارة وقد يقضون سنوات دون استشارة. تكون الاستشارة متأخرة عادة ما بين 4 و5 سنوات على عكس الأطفال المصابين بالتوحد العادي أو الكلاسيكي الذي تكلم عنه Léo kanner والذي تظهر أعراضه بشكل واضح ولافت. يستند تعريف التوحد اللانمطي على فكرة أنه لا يستوفي على جميع المعايير التشخيصية "للتوحد النموذجي" أو الكلاسيكي (المعروف بتوحد كانر)، وهو يختلف عن هذا الأخير من حيث أعراضه، سن الظهور.. الخ. بعبارة أخرى يتم تشخيص التوحد اللانمذجي عندما يتم استيفاء جميع معايير تشخيص التوحد باستثناء معيار واحد. ويقوم المختص بتحديد المعيار غير المُستوفى. فعلى سبيل المثال، يقول توحد لا نموذجي من حيث سن الظهور (أي بعد سن 3 سنوات)، أو توحد لانمذجي من حيث الأعراض (La symptomatologie) (Ouss-Ryngaert et al, 2008).

اضطراب نمائي عصبي (Trouble neurodéveloppemental)

بينما تمسكت معظم المدارس الفرنسية بالتوحد كـ "ذهان"، نجد أغلب المدارس الأنجلوساكسونية تصنفه كاضطراب نمائي عصبي. ويعني مصطلح " النمو العصبي" (Le neurodéveloppement) مجموعة الميكانيزمات أو الآليات التي توجه الطريقة التي ينمو بها الدماغ والتي تنظم وظائفه (الوظيفة الحركية، اللغوية، المعرفية، المدخلات الحسية، البنية النفسية، السوك...). وهو عملية ديناميكية تتأثر بالعوامل البيولوجية، الجينية، الاجتماعية- الثقافية، الانفعالية والبيئية. تبدأ هذه العملية مبكراً منذ فترة ما قبل الولادة وتستمر حتى سن البلوغ. وهذا التدفق (Le flux) الناضج يغير قدرات الطفل كل يوم، ويتباطأ حسب الفرد، لكنه يتتبع مسار المراحل الضرورية بشكل متوالي وسلس في إطار النمو العادي للطفل. يؤدي خلل في عملية نمو الدماغ إلى اضطراب في النمو العصبي بالإضافة إلى صعوبات في واحدة أو أكثر من وظائف المخ. بالرغم من أن السبب العصبي-

البيولوجي أو الجيني لاضطراب التوحد لم يتم تأكيده بعد بطريقة نهائية، إلا أن عدد كبير من الباحثين يعتبرونه كاضطراب نمائي عصبي يمس جميع من جوانب النمو المختلفة للطفل (Perrin et al, 2013).

المفاهيم غير العلمية الأكثر شيوعاً عن التوحد في الجزائر

التوحد هو مرض

خطأ: التوحد هو اضطراب. إذا كان المرض يتضمن خلافاً على مستوى العضو كبنية (L'organe comme structure est touché)، فإن الاضطراب يتضمن خلافاً في وظيفة العضو وليس في بنيته (أي أن العضو كبنية سليم) وعليه فإن التوحد هو اضطراب لأنه يتضمن خلافاً في وظائف المخ (Un dysfonctionnement cérébral) وليس في أجزائه، حيث أن مخ الطفل المصاب بالتوحد لا ينمو ولا يتطور كما هو الحال عند مخ الطفل العادي. يقول Rouselle في هذا الشأن: « لا يوجد تطور للأنظمة المثبته المركزية (les systèmes inhibiteurs centraux)... نلاحظ تراكمات غير طبيعية للمادة البيضاء (La substance blanche) في الدماغ (ملاحظة بكثرة في قشرة الفص الجبهي (Le cortex préfrontal) وهذا قد يكون بسبب تباطؤ موت الخلايا العصبية بعد الولادة... إن الاتصال بين البنى القشرية (Les structures corticales) هو عالق (Bloqué) » (Pireyre et al, 2019: 24). كلمة "مرض" (Maladie) اختفت تماماً في DSM 5 واستبدلت بكلمة "اضطراب" (Trouble).

طيف التوحد = التوحد

خطأ: التوحد ليس "طيف التوحد"، بل هو أحد اضطرابات طيف التوحد، أي أنه اضطراب من بين مجموعة من الاضطرابات التوحدية (التوحد، متلازمة أسبرجر، اضطرابات نمائية شاملة غير محددة). بمعنى آخر التوحد هو شكل من بين ثلاثة أشكال من الاضطرابات التوحدية التي تندرج تحت تسمية "اضطراب طيف التوحد" وهي التسمية التي نجدها حالياً في DSM5 ويرمز لها بـ (TSA) ويُعبر عنها بـ "الطيف" لأنها تغطي مجموعة واسعة (مثل الطيف أو نقول عنه ألوان التوحد (Les couleurs de l'autisme) من الأعراض المتشابهة والمتداخلة فيما بينها بحيث يُملأ فيها الجدول العيادي بشكل واسع ومنتشر.

طيف التوحد يعني درجة خفيفة من التوحد "فيه غير شوية توحد"

خطأ: يمكننا أن نعتبر التوحد كطيف لأنه يتراوح بين شديد إلى خفيف، لكننا نؤكد أن طيف التوحد لا يعني درجة خفيفة منه. التوحد هو اضطراب يندرج ضمن اضطرابات طيف التوحد وهو درجات: توحد خفيف، توحد متوسط، وتوحد شديد (الأصح هو أن نقول هذا الطفل يعاني من توحد خفيف وليس من طيف توحد).

التوحد يصيب طبقات اجتماعية معينة بدرجة كبيرة

خطأ: التوحد هو اضطراب يمس جميع الطبقات الاجتماعية في جميع الدول والمجتمعات والثقافات دون استثناء وبنفس الطريقة.

التوحد ناتج عن علاقة مرضية أم/طفل

خطأ: هذه فرضية قديمة من أول الفرضيات التفسيرية للتوحد وكانت تُرجح سبب التوحد إلى برود عاطفي للأم اتجاه طفلها وكانت توصف بـ " الأم الثلجة" (mère réfrigérateur ou mère froide)، أما حالياً فقد تخلى الوسط العلمي تماماً عن هذه الفكرة، وأدرج التوحد ضمن اضطرابات النمو العصبية.

التوحد هو وراثي

صحيح وخطأ: تبين المعطيات الجينية الحالية أن خطر إنجاب طفل مصاب بالتوحد يزداد عند العائلات التي يوجد فيها طفل مصاب بالتوحد. لكن هذا الخطر يكون بشكل كبير خاصة عند السلالة العائلية المباشرة (Les descendants directs) أو عند الإخوة (La fratrie). عندما يتم تجاوز الدرجة الثانية من القرابة العائلية (Cousin, oncle tante) يصبح خطر الإصابة مساوياً عند عمة الناس، كما أن التوحد يظهر في العديد من الحالات بطريقة غير متوقعة. يجب التمييز بين الكلمتين "وراثي" (Héréditaire) (أي ما ينتقل عن طريق جينات الآباء) و" جيني" (Génétique) التي تعني أن أصل الاضطراب يرجع إلى جينة (Un gène) معينة ليس بالضرورة انتقالها عن طريق الآباء (Ouss-Ryngaert et al, 2008)

الأطعمة واللقاحات هي سبب الإصابة بالتوحد

خطأ: قد يتزامن ظهور التوحد مع لقاح ما بما أن التوحد هو اضطراب يظهر قبل ثلاث سنوات من عمر الطفل، وهي فترة العديد من اللقاحات، لكن حتى الآن لم تثبت الدراسات الكبيرة على آلاف الأطفال المصابين بالتوحد وجود علاقة سببية بين اللقاحات والتوحد. ومع ذلك من الضروري مواصلة هذه الدراسات، لأنه من المهم معرفة أن عدداً معيناً من الأمراض التي يتوفر لها لقاحاً معيناً قد تكون في حد ذاتها سبباً لمتلازمة التوحد (Un syndrome autistique) كما هو الحال بالنسبة للحصبة الألمانية "La rubéole" والحصبة "La rougeole". ولهذا السبب من الضروري مواصلة الاستمرار في تطعيم الرضع والأطفال (Ouss-Ryngaert et al, 2008).

مشاهدة التلفاز هي سبب الإصابة بالتوحد

خطأ: أسباب التوحد ليست معروفة بعد، ولا يمكننا القول بأن التلفاز هو سبب الإصابة بالتوحد، وإلا كنا قد أطفأنا كل القنوات وأجهزة التلفاز وتخلصنا من هذا الاضطراب. لكن قد يكون التلفاز "عاملاً مشدداً" (Un facteur aggravant) بالنسبة لبعض الأطفال الذين لديهم هشاشة في النمو (Une certaine fragilité) مادام أن التوحد له علاقة كبيرة مع نمو الطفل. فالعديد من الأمهات تظن بأنه ليس هناك خطر على طفلها مادام أنه أمام قنوات متخصصة في برامج الأطفال، لكن الخطر يختبئ (مخفي) وراء هذه الشاشات (Les écrans) (تلفاز، لوحات الكتر ونية، هواتف ذكية...) التي يتعرض لها الطفل لساعات وساعات ودماعه يستقبل الملايين من المثبرات السمعية والبصرية في آن واحد دون ترك مجال كافي لمعالجتها، ودون أي تواصل أو تفاعل مع الآخر. لذا يجب أن يكون الاستهلاك محدوداً.

المصابون بالتوحد الحقيقي لا يتكلمون

خطأ: بالرغم من أن نصف المصابين بالتوحد لا يستطيعون الوصول إلى مستوى اللغة اللفظي (Les autistes non verbaux)، وبالرغم من أن اللغة تبقى بدائية عندهم (Langage rudimentaire)، إلا

أن بعض المصابين به تمكنوا من الوصول إلى لغة لفظية جيدة، حتى وأن البعض منهم كتبوا مؤلفات حكوها فيها عن تجربتهم الشخصية مع هذا الاضطراب (Leur témoignage).

التوحد هو مرض عقلي "ذهان"

خطأ: التوحد هو اضطراب نمائي عصبي (Un trouble neurodéveloppemental) وليس "الجنون أو الهبال" كما يسميه عامة الناس. الفصام (La schizophrénie) كما يسميه الطب العقلي هو اضطراب عقلي نادر عند الطفل، ويتضمن "أعراض إيجابية" (Des symptômes positifs) بعيدة عن التوحد: الهالوس (Les hallucinations)، الهذيانات (Les délires)، التفكك (Dissociation)... والتوحد (أي الانغلاق على الذات) في الفصام يظهر كعرض له وليس كاضطراب نمائي عصبي. كما أن المصاب بالفصام لديه لغة متطورة وعلاقات اجتماعية مع الآخر إلى حد ما على عكس المصاب بالتوحد.

الإكولاليا في التوحد تعني أن الطفل مريض عقليا (طفل "مهبول" يُكلم نفسه)

خطأ: الإكولاليا أو "المصاداة" أو "الكلام الاجتراري" هي أحد أشكال اضطرابات اللغوية عند الطفل التوحد. وهذا ما يُعرف بـ "اللغة النمطية" (La stéréotypé verbale)، حيث يكرر الطفل كلمات أو جمل قد سمعها من قبل بنفس نبرة الصوت (La même intonation) بطريقة ميكانيكية ومزعجة ولمدة طويلة مثل الصدى (Comme un écho) وقد يبدو لنا أن هذه الكلمات هي غير مفهومة وليس لها أي معنى، لكن هذا لا يدل أبدا على المرض العقلي. تأخذ الإكولاليا شكلين: الشكل الأول: هي الإكولاليا "الفورية" (Immédiate): أي أن الطفل يكرر على الفور الجملة، أو الكلمة الأخيرة التي قيلت أمامه. كأن يكرر السؤال الذي طُرح عليه على الفور بدلا من الإجابة عليه، وهذا الخلل قد يكون مؤشرا على أن اللغة "كأداة تواصل" (Comme un outil de communication) لم يتم فهمها من طرف الطفل. فمثلا إذا سألنا هذا الطفل ماذا يريد أن يأكل تفاحة أم برتقالة؟ سيجيب " برتقالة؟" بنفس النبرة الاستفهامية التي سألنا بها، وهو هنا لا يجيبنا عن سؤالنا بل يكرر في "صدى" ما سمعه دون فهم ما سئل عنه. ومن لا ينتبه لهذا الأمر سيعطيه البرتقالة التي قد يرفضها لأنها ليست الفاكهة التي يفضلها. أما الشكل الثاني: الإكولاليا المتأخرة (différée) هي على عكس الشكل الأول كأن يكرر الطفل كلمة قد سمعها من قبل بعد أيام أو أشهر... ويفسر بعض الباحثين ذلك بأن هناك ارتباط (Association) بين الحالة النفسية (Etat d'esprit) للطفل والكلمة أو الجملة التي سمعها الطفل في لحظة معينة. فما إن يختلج الطفل نفس الاحساس بعد مدة زمنية (قد تكون يوما أو أسبوعا أو شهرا أو سنة..) حتى يصاحب ذلك استحضاره لتلك الكلمة أو الجملة التي سمعها فيرددها. البعض الآخر يفسر الإكولاليا كنتيجة لغياب الفهم المجرد (La notion abstraite) عند الطفل المصاب بالتوحد، فهو يكرر الكلمة التي لا يفهمها والتي ليست في مجاله البصري ولم يسبق له رؤيتها (لذا عند تعليم اللغة للطفل المصاب بالتوحد يُنصح بأن تكون الكلمة أو الشيء المراد تعليمه له في مجاله البصري وإلا سيكرر ما تعلمه لفترة طويلة قد تصل لساعات طويلة وكأنه يجتر الكلمات، كأن يكرر الطفل مرارا آخر كلمة أو جملة من الاشهار (Les publicités) أو الأغاني... وهذه النقطة جد مهمة عند تقييم اللغة الأساسية للطفل التوحد، لأن ما يهمنا عنده ليس المحصول أو الرصيد اللغوي،

ولكن كيف يستخدم هذا الرصيد اللغوي (إما الإكولاليا، أو تشويه في استعمال الضمائر...). وهنا نشير أيضا إلى ما يسمى بـ" اللغة البراغماتية" (Pragmatique) أي "الاستخدام العملي" للغة في المهارات الاجتماعية، مثلا: قد يتواصل معي الطفل التوحدي لطلب أشياء، ولكن قد لا يتواصل معي لمشاركة اهتمامه (Le partage) مما يعني غياب المشاركة الوجدانية. أما البعض الآخر فيفسر الإكولاليا كـ"طقوس مطمئنة" (Des rituels rassurantes) يستعملها الطفل المصاب بالتوحد في المواقف المقلقة للتخفيف من قلقه.

هناك أعدادا متزايدة من المصابين بالتوحد

ظاهريا صحيح، خطأ في الواقع: تُعزى الزيادة في معدلات الإصابة بالتوحد إلى تشخيصه بطريقة أفضل عن طريق معايير التشخيص العلمية العالمية التي اتسعت وتطورت مع مرور الوقت، هذا بالإضافة إلى الانتشار الرهيب والكبير لمصطلح التوحد عن طريق وسائل الاعلام المختلفة (وكأن التوحد أصبح موضة)، وهنا نقول أنه ليس التوحد الذي كان موجودا وتم اكتشافه منذ الأربعينات هو الذي زاد انتشاره، بل وعينا بوجوده من خلال الصخب الاعلامي الكبير هو الذي تزايد. نسبة الأطفال المصابين بالتوحد في الجزائر من الصعب تحديدها وذلك لاختلاف الدراسات والاحصائيات، وكذلك اختلاف طريقة التشخيص وتعدد الأخصائيين سواء المؤهلين أو غير المؤهلين في تشخيص التوحد وفقا لخفياتهم الطبية والنفسية والتربوية ... فهناك مصادر مختلفة جدا من حيث دقة الاحصائيات، بعض المصار الإعلامية صرحت بـ 180 ألف طفل، البعض الآخر بـ 40 ألف طفل، إذن نلاحظ أن الفارق كبير جدا، بالإضافة إلى ذلك لا ننس مسألة "التشخيص الخاطي" التي أصبحت مشكلة كبيرة أدت إلى تزايد نسبة الأطفال المشخصين بالتوحد خاصة في مجتمعنا الجزائري، لتبقى الإحصائيات المتزايدة عن انتشار التوحد في الجزائر غير مضبوطة وغير مؤكدة. لكن ما هو متفق عليه عالميا لحد الآن أن معدل انتشار التوحد يقدر بـ 20 ألف طفل من كل 10 آلاف طفل مولود، ومن 6 إلى 7 لـ 1000 شخص أقل من 20 سنة لصالح اضطراب طيف التوحد، و2 لـ 1000 شخص أقل من 20 سنة لصالح التوحد غير العادي، ويبقى التوحد أكثر شيوعا بشكل ملحوظ عند الذكور، من 3 إلى 4 ذكور مقابل أنثى واحدة (Charpeaud et al, 2015: 206).

استخدام غرفة الضغط العالي يُشفي التوحد (العلاج بالأكسجين)

خطأ: هناك العديد من العلاجات العلمية الزائفة الوهمية ذات الفعالية الخادعة (Pseudo-scientifiques)، والتي للأسف شاع استخدامها بشكل رهيب لعلاج التوحد في مجتمعنا الجزائري، ومن بين هذه الوسائل نجد "غرفة الضغط العالي" (La chambre hyperbare ou le caisson hyperbare) ما يُعرف بالعلاج بالأكسجين (L'oxygénothérapie)، حيث نرى كمختصين في الميدان أثناء استشارتنا العديد من الأولياء يتهافتون وراء هذه التقنية اعتقادا منهم بأنها الوسيلة الناجعة للتخلص من التوحد. غرفة الضغط العالي هي عبارة عن جهاز طبي-تقني (Médicotechnique) أين يتعرض الفرد لضغط أعلى من الضغط الجوي، مما يزيد من أكسجة أنسجة المخ (Les tissus cérébraux). لقد فندت العديد من البحوث العلمية المتقدمة هذه الطريقة وأثبتت عدم فعاليتها في علاج التوحد (Elsabbagh, 2012)، لتبقى التدخلات والممارسات والبرامج التربوية والسلوكية المنهج العلمي الوحيد الذي أثبت فاعليته في تحسين حالات التوحد والتخفيف من أعراضه.

إزالة المعادن الثقيلة (La chélation des métaux lourds) من الجسم تمكن من الشفاء من التوحد

خطأ: من أكثر المواضيع إثارة للجدل هو دور المعادن الثقيلة في الإصابة باضطراب التوحد كالرصاص والزرنيق بالرغم من إنكار العديد من الدراسات لذلك. تتم عملية إزالة أو "استحلاب" المعادن الثقيلة من جسم الانسان عن طريق مجرى الدم باستخدام أدوية معينة تسمح للجسم بالتخلص منها عن طريق البول أو البراز. وبالرغم من أن العديد من تقارير الآباء والأطباء تشير إلى أن التخلص من المعادن الثقيلة السامة (Toxiques) قد أفاد عددا كبيرا من الأطفال المصابين بالتوحد، إلا أننا لا نجد ذلك ضمن توصيات الهيئة العليا للصحة ("La haute autorité de santé" HAS): «لا يوصى بإزالة المعادن الثقيلة للحد من الأعراض المرتبطة بالتوحد (Rastelli, Shore, 2015: 147).

يتم علاج التوحد عن طريق الرقية

خطأ: تشخيص التوحد والتكفل به هو مسؤولية الطب وبعض الأخصائيين النفسانيين العياديين المؤهلين والأكفاء الذين قاموا بتكوين وتدريب خاص، ويكون عن طريق أسس علمية. ومما هو سائد لدى بعض الأولياء في المجتمع الجزائري أن العلاج بالرقية، فينقسمون أيضا في اتجاهاتهم بين الرقية الشرعية في أحسن حالاتهم، وبين الوقوع في شرك بعض المحتالين من الدجالين بالرقية عن طريق بعض الطقوس التي حذر منها أهل الاختصاص في الشريعة الإسلامية والتي يرفضها العقل السليم فضلا عن النصوص في ديننا الحنيف، ومن المعلوم أن الإسلام أمر بالأخذ بالأسباب والتداوي وطلب الشفاء لكن من أهل العلم والاختصاص في كل مجال.

اكتساب اللغة يعني الشفاء من التوحد

خطأ: ضرورة وأولية اكتساب اللغة عند الطفل المصاب بالتوحد قبل اكتساب أي مهارات أخرى للتخلص من التوحد هي من أكثر الأمور التي تُلفت انتباهنا عند الأولياء. هذه المسألة تقدم لنا الكثير من الأسئلة المتشابهة تقريبا عند أغلب الأولياء أثناء الاستشارة: "هل طفلي سيتكلم؟" "طفلي لم ينطق بعد هل لديه التوحد أم لا؟" أو "راني حابة ولدي يبدا يهدر باش يدخل بقرا"، أو "ولدي خاصو غير الهدرة باش ييرا". ولكن ما نؤكد عليه في هذا السياق هو أن غياب اللغة عند الطفل لا يعني بالضرورة أنه مصاب بالتوحد، ولا اكتسابها عند الطفل المصاب بالتوحد يعني أنه شفي تماما من التوحد، وهذه المرحلة تسبقها أمور عديدة وأساسية، فمن المستحيل أن يكتسب الطفل المصاب بالتوحد اللغة وهو لم يتعلم الإشارة بالأصبع بعد (Le pointage) ولا يزال يستعمل يد الأخر للحصول على ما يريده (L'utilisation de la main de l'autre)، ومن المستحيل أيضا أن يكتسب هذا الطفل اللغة وهو لا يمتلك مهارة التقليد بعد، وهو لا يتواصل بصريا مع من يكلمه وهذه كلها أعراض توحديّة تدل على وجود التوحد، وهي أمور أساسية لا بد من الوقوف عليها أولا قبل أن نفكر في تعليم الطفل المصاب بالتوحد للغة. فكما سبق الذكر عند الطفل التوحدي لا يهمننا رصيده اللغوي بقدر ما يهمننا كيف يوظف هذا الرصيد، ومسألة اللغة عند الطفل لا تكف لوحدها للحديث عن التوحد. التوحد لا يعني غياب اللغة، ولا يُشخص فقط بغيابها، فهناك أطفال لهم لغة جد متطورة ومع ذلك يعانون من أعراض توحديّة شديدة كقصور شديد في العلاقات الاجتماعية، مشاكل حسية، حركات نمطية... ولعل متلازمة أسبرجر هي خير دليل على ذلك).

يمكن الشفاء من التوحد

خطأ: لحد الآن لا يوجد علاج شاف للتوحد. التوحد هو اضطراب يستمر مدى الحياة، ولكن في المقابل يمكن التحسن من أعراضه من خلال مرافقة الأشخاص المصابين به لتحسين نمط حياتهم عن طريق المرافقة النفسية والتربوية والتعليمية والبيداغوجية والأرطوفونية والأبوية... لتحسين استقلاليتهم وعلاقتهم الاجتماعية، حيث لا توجد طريقة علمية واحدة، ولكن عدة طرق مختلفة أثبتت جدارتها وفعاليتها في الوصول إلى مستوى لا بأس به من الاستقلالية والعلاقات الاجتماعية، شرط أن تتناسب هذه الطرق مع البروفيل الخاص لكل طفل، كما يتفق المختصون على أهمية التدخل المبكر في التحسن الملحوظ. ما يمكن أن نضيف أيضا بشأن إشكالية "الشفاء من التوحد" هو أنه بعد تراكم المعرفة العلمية حول موضوع التوحد أصبح بإمكاننا اليوم أن نصف هذا الاضطراب، ولكن ليس بإمكاننا لحد الساعة تحديد لماذا أصيب هذا الطفل بالتوحد؟ وكيف أصيب بالتوحد؟ ولماذا أصيب هذا الطفل بالتوحد دون الطفل الآخر؟ وبما أن أسباب التوحد لا تزال غير معروفة، وهي متعددة (Multifactorielles) فإن التكفل بالتوحد سيكون متعدد التخصصات (Multidisciplinaire). ما يمكن أن نؤكد عليه هنا أنه لا يوجد لحد الآن دواء (Une molécule) ضد التوحد أو يستعمل للشفاء من التوحد. بالفعل هناك بعض الأدوية نجد لها فائدة كبيرة، لفترة محدودة، لمشكل معين لكن ليس للتوحد بل لأعراض التوحد أو لاضطراباته المرافقة. فمثلا لا ننس أن كل طفل مصاب بالتوحد سيصبح مرافقا، فترة المراهقة قد يصاحبها بعض المشاكل السلوكية كفرط الحركة، الاكتئاب... أو السلوكيات العدوانية عند الطفل... وفي هذه الحالة يمكن استعمال بعض الأدوية التي تسمى بـ" المثبطات العصبية" (Les neuroleptiques) لعلاج هذه المشاكل. أو مثلا قد نجد الكثير من الأطفال المصابين بالتوحد يتناولون دواء " DÉPAKINE"، وهنا نشير إلى أن هذا الدواء هو دواء مضاد للصرع (Un antiépileptique) كاضطراب مرافق للتوحد وليس للتوحد كما يعتقد الكثير من الأولياء. إذن نفهم من هنا أن كل دواء يتم استعماله له هدف معين، لمشكل معين، بجرعة معينة، لفترة معينة، ويتم وصفه من طرف طبيب مختص وليس عن طريق التناول العشوائي غير الصحي، أو مثلا لأن جارتني أو قريبتني طفلهما المصاب بالتوحد يتناول دواء "X" فإن هذا الدواء سيكون مناسب لابني. على العموم تُعتبر الأدوية النفسية (Les psychotropes) بجميع أنواعها علاجات ثانوية في التوحد.

كذلك فيما يخص مسألة علاج التوحد – وإن كانت كلمة "علاج" غير مناسبة عند الحديث عن التوحد (الأصح أن نقول التحسن) لا ننس أن كل طفل هو حالة خاصة ووراء التوحد يوجد "انسان" ووراء هذا الانسان توجد العديد من الاختلافات: بيئة اجتماعية مختلفة، معاش نفسي مختلف، اضطرابات مرافقة مختلفة، درجة توحد مختلفة، نسبة ذكاء مختلفة، مستويات لغوية مختلفة (طفل لديه لغة، طفل ليس لديه لغة، طفل له لغة محدودة...)... أمام كل هذه الاختلافات من الضروري أن يكون لكل طفل برنامج خاص به حسب احتياجاته الخاصة، حتى نتوصل في الأخير إلى شيء مهم جدا هو "مآل الطفل على المدى الطويل" (Le pronostic à long terme) أي كيف سيصبح هذا الطفل بعد مدة من التكفل والتدخل المتعدد التخصصات، وهذا ما يعيدنا من جديد إلى السؤال: هل سيشفى ابني؟ كمختصين في هذا المجال سنختصر الإجابة عن هذا السؤال فيما يلي: التحسن من أعراض التوحد يقتصر على مجموعة من الأمور:

- مدى كفاءة ومهنية الإخصائي.

- كلما كان التشخيص مبكرا كانت النتائج جيدة.
- درجة التوحد: تكون النتائج أحسن كلما كانت درجة التوحد بعيدة عن الشدة أي "التوحد الشديد" - شكل التوحد: كلما كان التوحد "منعزلا" (Autisme isolé) أي عدم ترافقه مع اضطرابات أخرى (مرافقة) كالتخلف الذهني، والصرع، أو أي مرض جسدي آخر تكون النتائج جيدة.
- قدرات الطفل: نذكر دائما أن كل طفل هو حالة خاصة وفريدة من نوعها، و أن الاستجابة للبرامج التربوية والعلاجية تتوقف على مدى قدرات الطفل الخاصة.
- نوعية التكفل: كلما كانت نوعية التكفل جيدة كلما كانت النتائج أفضل (Une prise en charge de bonne qualité) وهنا نؤكد على دور الأولياء كشريك أساسي إلى جانب الفريق المتخصص، وذلك لأن نجاح أي علاج مهما كان نوعه مع الطفل يتوقف بالدرجة الأولى على ما يسمى ب " التحالف العلاجي" أو " المشروع العلاجي" وليس العلاج" وهذا المشروع يبقى مرتكزا على التحالف والتعاون الإيجابي والثقة المتبادلة بين الطرفين، فلا ننس أن والدي الطفل هما "المفتاح" و"المحرك الأساسي" نحو أي خطوة علاجية، باعتبار أن الوالدين أكثر واحد يعرف طفله، ودورهم في التكفل لا يقل أبدا عن دور المختص، مع العلم أن أغلب البرامج التربوية الخاصة بأطفال التوحد تم وضعها من طرف الأولياء وليس المختصين. (كانوا يجربونها مع أولادهم في البيت). وخلاصة القول أن كل طفل مصاب بالتوحد له الفرصة في التحسن الملحوظ إذا كانت كل هذه الظروف متوفرة.

التشخيص العلمي للتوحد

يعاني تشخيص التوحد في أوساطنا الصحية الجزائرية من هوة كبيرة بين النظرية العلمية والتكوين الجامعي والتطبيق العملي، حيث تقوم في أغلبها على واقع لا يمكن وصفه إلا من منظور ممارسة غير علمية، والخلط الكبير بين أدوات وطرق إما غير معتمدة أو تعتمد في أغلبها على الحدس أو التسرع في إصدار أحكام تشخيصية تلقائية وسطحية، حتى أصبح تشخيص التوحد - للأسف- يأخذ عشر دقائق من الملاحظة السطحية فقط إن لم نقل أقل من ذلك، دون أي تدقيق أو استخدام لأدوات علمية موثوق بصحتها عالميا. إن تشخيص أي اضطراب هو العملية الأساسية والخطوة الحاسمة التي تتوقف عليها العديد من القرارات والاجراءات العملية، خاصة إذا تعلق الأمر باضطراب التوحد أمام تعدد أسبابه ومدارسه وتفسيراته ومقارباته وحتى فريقه التشخيصي. ما نؤكد عليه هنا أن تشخيص التوحد ليس بالعملية السهلة، وكل مختص في هذا المجال له دور الحاكم (Le juge) في هذه المهمة التي تحمل وراءها مسؤولية كبيرة. ولنتذكر جميعا أن كل من كانت له هذه المهمة سيلصق ملصقا (une étiquette) لهذا الطفل اسمه "التوحد"، تشخيص التوحد هو تشخيص ثقيل وقاسي جدا يترتب عليه أمور كبيرة جدا (طلاق الوالدين، ترك العمل، اهمال باقي الأخوة، تغيير مكان الإقامة...). تشخيص التوحد هو تشخيص علمي مبني على أدوات ومقاييس علمية عالمية مقننة (Universelles) معترف بها (Dormoy, 2020) ، ويتم من قبل فريق متعدد التخصصات مؤهل ذو خبرة وكفاءة مهنية كبيرة في هذا المجال. بعد القيام بعملية التشخيص على المختص تحديد البروفيل الخاص بكل طفل، سواء من الناحية السلوكية (شدة الأعراض، الاضطرابات المرافقة، السلوكيات النمطية...) أو من الناحية الوظيفية (مستوى وبروفيل نمو

الطفل، مهاراته الأساسية... لتحديد برنامج التدخل الفردي). تشخيص التوحد هو في الأساس تشخيص إكلينيكي محض، يعني ذلك أنه ممارسة إكلينيكية لا تعتمد على فحوصات طبية كتحليل الدم أو القيام بالأشعة... أي أنه يركز في الأساس على الملاحظة الإكلينيكية المباشرة لسلوكيات الطفل، أي أنه تشخيص محدد سلوكيا، بالإضافة إلى الدراسة الدقيقة والعميقة للتاريخ المرضي للطفل، وكذلك الفحوصات الإكلينيكية المعمقة (Ouss-Ryngaert et al, 2008) يتطلب تشخيص التوحد توفر معطيات إيجابية من شأنها أن تثبت وجوده، وأخرى سلبية تقتضي استبعاد الأمراض أو الاضطرابات المشابهة له، من قبل مختصين في مراكز أو عيادات متخصصة، وذلك باستعمال سلالمة تقييم واختبارات علمية عالمية معتمدة في تشخيصه، من قبل فريق متعدد التخصصات (Ouss-Ryngaert et al, 2008).

الأدوات العلمية لتشخيص التوحد:

هي عبارة عن سلالمة (Echelles) تُملأ من طرف المختص من خلال طرح مجموعة من الأسئلة على أولياء الطفل، وكذا ملاحظته المباشرة، مما يسمح بوضع تشخيص محدد. تعتبر هذه الأدوات مفتاحا أساسيا لعملية التشخيص، وهي تتعد وتختلف من حيث أهدافها، فمنها ما هي توعوية، ومنها ما هي تشخيصية، ومنها ما هي تقييمية، ومنها ما هي تشخيصية وتقييمية في آن واحد. يمكن أن نوضح ذلك فيما يلي:

الأدوات التوعوية

تسمى أيضا بأدوات الكشف، وتسمح بالكشف عن العلامات الأولى للتوحد (حوالي سنتين من عمر الطفل، أي قبل اكتمال الأعراض في سن 3 سنوات وإمكانية وضع التشخيص (قبل 3 سنوات نقول علامات توحد وليس أعراض توحد). هذه الأدوات هي جد مهمة ومفيدة لأنها تسمح بالتدخل المبكر من أجل العمل والوقوف على هذه العلامات مبكرا قبل اكتمالها إلى أعراض التوحد. من بين هذه الأدوات نجد ما يلي:

- دليل هانز ("Help Autism Now Society "HANS"): هو دليل مصور يستعمل قبل سن ثلاث سنوات (حوالي 24 شهرا)، يتضمن معلومات مهمة وموجزة عن العلامات المبكرة للتوحد، ويعتبر مرجعا هاما لاستخدامه من طرف الأطباء والمربين والآباء، بحيث يمكن من الكشف المبكر عن الأطفال المعرضين لخطر الإصابة باضطراب التوحد، ميزته أنه لا يستعمل للتشخيص بل هو توعوي فقط.

- قائمة (CHAT) (Checklist for Autism in Toddlers): وهو المقياس الأكثر شيوعا في الكشف المبكر عن التوحد، هو عبارة عن قائمة تضم تسعة أسئلة هي بمثابة مفاتيح، نستطيع من خلالها التعرف عن ما إذا كان الطفل معرض بشكل عال لخطر الإصابة بالتوحد، ومن هنا فهي لا تُستعمل للتشخيص وإنما للتعرف على خطر الإصابة بالتوحد، تستخدم ابتداء من سن 18 شهرا، وأغلب من يستخدم هذه القائمة هم الأطباء لأنها سريعة الكشف من خلال تسجيل إما استجابة نعم أو لا (Ouss-Ryngaert et al, 2008).

الأدوات التشخيصية

هي أدوات علمية معتمدة تسمح بإعطاء تشخيص دقيق ومحدد، نذكر من أهمها:

- المقابلة التشخيصية للتوحد (Autism Diagnostic Interview- Revised): يرمز لها بـ "ADI-R" دليل مقابلة شبه مقننة (Semi structure) مع الأولياء تتراوح مدتها حوالي ساعتين، تستخدم لتشخيص اضطراب

طيف التوحد. تجمع هذه الأداة معلومات عن السلوك الحالي للطفل وعن سلوكياته ما بين 4- 5 سنوات في جوانب مختلفة. يتم تفسير النتائج المتحصل عليها من خلال جمع لوغاريتمي (Cotation d'un algorithme) حسب النموذج التشخيصي الذي حدده "DSM IV-TR" و" CIM-10". لهذه الأداة خصائص مترية (Métriques) جيدة لأنها جد دقيقة وخاصة بتشخيص طيف التوحد وتمييزه عن التخلف العقلي، وكذلك عن اضطرابات النمو اللغوي عند الطفل ابتداء من سن 4-5 سنوات (Perrin et al, 2013). يتم من خلالها تقييم الطفل في جوانب مختلفة. وعادة ما يوصى باستكمال هذه الأداة بمقياس "ADOS" من أجل وضع التشخيص النهائي استخدامها يتطلب تكوين وتدريب خاص (Arti, 1995).

- الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع لاضطرابات العقلية (DSM IV): عملية التقييم في هذا الدليل عبارة عن "نظام متعدد المحاور" (Un système multiaxiale) يشمل 05 محاور، حيث يتضمن المحور (1) منه: المتلازمة العيادية (Le syndrome clinique) بما في ذلك اضطرابات النمو العامة. يصف هذا المحور ثلاثة احتمالات تشخيصية أساسية وهي: التوحد الطفولي أو ما يعرف بالتوحد، اضطرابات النمو العامة التي تظهر بعد 30 شهرا (03 سنوات)، واضطرابات النمو غير النموذجية (Atypiques) (Ould Taleb, 2014) يُشخص التوحد حسب DSM IV-TR كما يلي: 16 خاصية موزعة على ثلاثة بنود، ويشترط أن يستوفي الطفل الذي تم تقييمه على 06 درجات على الأقل من بين معايير البنود الثلاثة، بالإضافة إلى 02 درجة على الأقل من البند (1) و01 درجة على الأقل لكل من البندين (2) و(3) (Lignes directrices , 2012).

- برنامج "ADOS" (Autism Diagnostic Observation Schedule): هو أحد أشهر الأدوات التشخيصية للتوحد التي تعتمد على الملاحظة المباشرة للطفل. ويسمى أيضا بـ "جدول المراقبة التشخيصية للتوحد" وهو عبارة عن لعب "شبه تعليمي" مستند على تقييم الطفل، حيث يقوم المختص بمشاركة الطفل في اللعب وإثارته وحثه على سلوكيات مختلفة، وملاحظة كيف يتواصل الطفل مع المختص؟ وهل يهتم الطفل بما يحدث حوله؟ وكيف يلعب الطفل؟ برنامج "ADOS" هو أداة "ملاحظة" شبه مقننة تتكون من أربع مقاييس (Modules) مستقلة تشمل اللغة ونمو الطفل. المقياس الأول هو خاص بالأطفال غير اللفظيين (Les non verbaux)، بينما المقياس الرابع هو خاص بالمراهقين أو الراشدين الذين لديهم لغة متطورة، أما المقياس الثاني والثالث فهو خاص بالمستويات المتوسطة. يسمح الـ "ADOS" من خلال ألعاب منظمة تستمر من 30 إلى 40 دقيقة بجمع المعلومات وفق المعايير التشخيصية للاضطرابات النمائية الشاملة كما حددها "DSM IV-TR" و" CIM-10" هذه الأداة أيضا يتطلب استخدامها تكوينا وتدريبيا خاصا (Perrin et al, 2013).

الأدوات التشخيصية والتقييمية

كما يبدو من اسمها هي أدوات تشخيصية وفي نفس الوقت تقييمية أي أنها تسمح بقياس شدة التوحد، وكذلك تقييم مهارات الطفل المختلفة، مما يسمح بتحديد احتياجاته الخاصة ومن أبرزها نذكر ما يلي:

- مقياس التوحد الطفولي "كارز" ("Childhood Autism Rating Scale "CARS"): من أكثر المقاييس استخداما لتشخيص وتقييم شدة الاضطرابات التوحدية (من خفيفة، متوسطة، إلى شديدة) لدى الأطفال من سن 3

سنوات حتى 13 سنة، ويمكن إعادة تطبيقه على الطفل المُشخص باضطراب التوحد بعد 03 أو 06 أشهر من أجل التعرف على مدى تطور مهارات الطفل بعد إخضاعه للبرامج العلاجية. يتضمن هذا المقياس 15 محورا يمس جوانب مختلفة، تسمح الدرجة الكلية المتحصل عليها بعد تقييم كل جانب من هذه الجوانب بتحديد شدة الاضطراب التوحدي (Perrin et al, 2013).

- مقياس جيليام للتوحد ("GARS" Gilliam Autism Rating Scale): يستخدم لتقييم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم من 3 إلى 22 سنة. يتكون هذا المقياس من 42 فقرة تصف خصائص وسلوكيات الأطفال المصابين بالتوحد استنادا إلى تعريف DSM IV من خلال "الثلاثية العرضية" للتوحد، بحيث يسمح بإعطاء الدرجة الخام (Score brut) لكل جانب من جوانبها الثلاثة، ثم تُحول هذه الدرجات إلى علامات معيارية (Score standard) ثم رتب مئينية (Rang centile) للحصول في الأخير على مؤشر التوحد واحتمالية الإصابة به (إما محتملة جدا، أو محتملة، أو غير محتملة).

خاتمة

ما لا يمكن إنكاره هو أن أسرة الطفل المصاب بالتوحد في الجزائر تعيش معاناة ومأساة حقيقية أمام قلة المراكز المتخصصة وكثرة أذعياء العلاج النفسي والمتفيلين على التخصص الذين أصبحوا "يتاجرون" بهذا الاضطراب، يُضاف إلى ذلك تحبب العائلة الجزائرية بين العديد من الأفكار غير العلمية الخاطئة التي زاد انتشارها في مجتمعنا الجزائري حول هذا الاضطراب، ليبقى الطريق شاقا وطويلا للنهوض الفعلي والجاد بهذه الفئة من أجل معانقة واقع معيشي أفضل. ما يجدر بنا الإشارة إليه في الأخير، هو أن التوحد ليس أمرا مستهترا بل هو موضوع حساس يتطلب أكبر قدر من الصرامة والجدية، ونؤكد أن التوحد هو مسؤولية "أهل الاختصاص"، كما أنه ليس هناك "معجزات" في هذا المجال بل هناك منهج علمي لا يرتكز إلا على أسس علمية عالمية (Universelles) معترف بها (Reconnues). وبناء على ما سبق يمكن القول أن تشخيص التوحد ليس تطبيقا عمليا بقدر ما أنه تعلم ومعرفة ومهنية وتكوين جاد وخاص، لأن هذه الممارسة التطبيقية الثرية بالمعلومات والمعطيات العلمية النظرية، لا تصبح ممكنة على أرض الواقع بصورة ناجحة إلا إذا ارتكزت على معرفة علمية. فبالرغم من التجنيد المكثف لمختلف أطراف المجتمع الجزائري من باحثين مختصين ومسؤولين وأولياء مهتمين بصفة عامة، وبالرغم من الدراسات والأبحاث والندوات والملتقيات العلمية المتواصلة التي تسعى جميعها لترقية صحة الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد في الجزائر، إلا أن الاستفادة الكبيرة من هذه الجهود لا تكون إلا من خلال التعامل مع هذا الاضطراب بقدر كبير من الجدية والصرامة العلمية حتى لا نُحْيي جدلا عقيما ولا نعطي آمالا متسرعة وأحيانا خائبة في حق هذه الفئة التي لا تزال تنتظر بمعاناة لا تنتهي. لأن المعرفة العلمية الصحيحة لهذا الاضطراب هي مفتاح الفهم الصحيح والتقبل الإيجابي والرعاية بالطرق العلمية السليمة المثمرة. فعندما نبدأ بفهم ما هو التوحد وما هو "ليس التوحد" ونستبعد المعارف غير العلمية المنتشرة حوله ابتداء من عملية التشخيص وصولا إلى الرعاية على جميع المستويات، سنعرف كيف نأخذ القرارات الصحيحة لصالح هؤلاء الأطفال.

المصادر

- Arti, Evelyne. (1995). Entretien diagnostique de l'autisme-R. France: Université de Toulouse.
- Boulekras, Nadia. (2011). Petit guide sur l'autisme. Algérie: Université de Toulouse.
- Charpeaud, Thomas et al. (2015). Pshychiatrie Pédopsychiatrie Addictologie. France: Edition Ellipses.
- Dormoy, Léa. (2020). L'évaluation diagnostique de l'enfant avec trouble sur le spectre de l'autisme approches intégrative et neurodéveloppementale. France: Dunod.
- Elsabbagh, Mayada. (2012). Autisme. Canada: University of Calary.
- Golse, Bernard et al. (2006). Autisme état des lieux et horizons. France: Edition érès.
- Lignes directrices. (2012). Les troubles du spectre de l'autisme. Canada: Collège des médecins du Québec et de l'ordre des psychologues du Québec.
- Ould Taleb, Mahmoud. (2014). Le spectre de l'autisme. Algerie: Office des publications universitaires.
- Ouss-Ryngaert Lisa et al. (2008). L'enfant autiste. France: Edition John Libbey.
- Perrin, Julien et al. (2013). Autisme et psychomotricité. Belgique: Editions De Boeck Université.
- Pireyre, Éric W et al. (2019). Autisme, Coprs et psychomotricité Approches plurielles. France: Dunod.
- Rastelli, G linda; Shore, Stephen M. (1995). Comprendre l'autisme pour les nuls. Paris: Edition First.
- Yvon, Dominique et al. (2020). À la découverte de l'autisme Des neurosciences à la vie en société. France: Dunod.