

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية
**The therapeutic program for an autistic child according to
 pedagogical and educational specialties**

محمد حسيان*

جامعة مولود معمري تيزي وزو mohamed.haciane@ummtto.dz

تاريخ الاستلام: 2024/05/14 تاريخ القبول: 2024/05/28 تاريخ النشر: 2024/06/07

ملخص:

يعد التوحد من أخطر الإعاقات من حيث تأثيره على سلوك الأطفال والتواصل وهو أشد أشكال الاضطرابات السلوكية والعاطفية حدة وتطرفا، مع تأثيره الواسع على المجالات السلوكية والجسدية والعاطفية والاجتماعية المختلفة.

يبدأ البرنامج العلاجي مباشرة بعد التشخيص السريري بعد تقديم الطفل في التخصصات: طبيب، ومتخصص في علاج اضطرابات اللغة، بالإضافة إلى الفحوصات الأولية كاختبار تشخيصي للسمع والفحص وبناء على الصور السريرية في دراسة الحالة، يتم تحديد مبادئ العلاج نوعيا وموضوعيا.

قد تكون المبادئ العلاجية هي نفسها في المواقف المختلفة، لكن تقنيات العلاج تختلف من حالة إلى أخرى بسبب الفروق الفردية بين كل شخص، يعتبر كل متخصص الوضع كحالة فردية ويعامل الطفل كشخصية كاملة.

يرتبط العلاج الناجح بالعوامل التالية: - دقة الملاحظة السريرية- القدرة على تحليل السلوك الذي تم تحليله علميا- الاندماج الفوري في الحالة من خلال تحديد التقنية المناسبة لكل سلوك- قدرة المعالج على التواصل بشكل صحيح مع الطفل - التواصل مع الحالة كحالة سريرية وغير مرضية باستخدام لغة صحية مع الطفل في ضوء هذه العوامل.

كلمات مفتاحية: التوحد، الأعراض، البروتوكول العلاجي.

Abstract:

Autism is one of the most serious disabilities in terms of its impact on children's behavior and communication, and it is the most severe and extreme form of behavioral and emotional disorders, with its wide impact on various behavioral, physical, emotional and social fields.

The therapeutic program begins immediately after the clinical diagnosis after the child is introduced into the specialties: a doctor, a specialist in the treatment of language disorders, as well as preliminary examinations as a diagnostic hearing test and examination.

Based on the clinical pictures in the case study, the principles of treatment are determined qualitatively and objectively.

The therapeutic principles may be the same in different situations, but the treatment techniques differ from case to case due to the individual differences of each person, each Specialist considers the situation as an individual case and treats the child as a whole personality.

Successful treatment is associated with the following factors: - accuracy of clinical observation-the ability to scientifically analyze the analyzed behavior-immediate integration into the situation by determining the appropriate technique for each behavior-the ability of the therapist to communicate correctly with the child - communication of the condition as clinical and unsatisfactory using healthy language with the child in the light of these factors.

Keywords: Autism, symptoms, therapeutic protocol.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

1. مقدمة :

يعتبر التوحد من الاضطرابات العقلية التي حيرت الباحثين، فهو من أكثر الإعاقات صعوبة من حيث تأثيرها على سلوك الطفل وعلى تواصله، إذ يمثل التوحد أكثر أشكال الاضطرابات السلوكية والانفعالية شدةً وتطرفاً لتأثيره الواسع على مختلف مجالات الشخصية السلوكية والجسمية، الانفعالية والاجتماعية ولقد اختلفت الآراء وتباينت المصطلحات التي أشارت إلى هذه الحالة مثل انفصام الشخصية Schizophrenie والذهان psychosis ، متلازمة الطفل السوي والاضطراب التطوري pervasive ويبقى التوحد الإعاقة الغامضة التي يسعى الكثير من الباحثين والمهتمين إلى الإلمام بخباياها، واقتحام قوقعة الطفل التوحدي. (أسامة محمد البطانية، 2007، ص 57).

حضي اضطراب التوحد اهتمام العديد من الباحثين، حيث استعمل لأول مرة سنة 1911م، من طرف الباحث "Bleuler" وهذا لوصفه لحالة فقدان الاتصال الواقع، ما يسبب استحالة أو صعوبة كبيرة في الاتصال بالغير.

ويرجع اكتشاف هذا النوع من الإعاقة إلى "ليو كانر Leo Kanner" في عام 1943م، حيث وصف إحدى عشر (11) طفلاً بأنهم لم يرتقوا بصورة سوية في علاقاتهم بالآخرين حيث كانت قدرتهم اللغوية محدودة للغاية ولديهم ميل لتكرار نفس السلوك مرات عديدة، وكان هؤلاء الأطفال مشخصين على أنهم حالات تخلف عقلي، كما كتب كانر مقالات حول هؤلاء الأطفال ووصفهم فيه أنهم حالات توحد طفولي مبكر وليست حالات تخلف عقلي كما كانوا مشخصين من قبل بالإضافة إلى "بيرنارد ريملانند Bernard Rimland" الذي كرس وقته لدراسة التوحد، خصوصاً وأن طفله يعاني من هذه الإعاقة، لذلك قام بتأسيس الجمعية الأمريكية الوطنية للأطفال المتوحدون هو وغيره من الآباء اللذين وجد لديهم أطفال يعانون من التوحد أيضاً، وهذه الجمعية الآن معروفة بالجمعية الأمريكية للتوحد. ويؤكد كذلك على أهمية التدريب الجيد

والمناسب لمهارات الاتصال والقدرات العقلية) إبراهيم عبد الله فرج الرزاقات، 2004،
(ص19)

ومنذ عام 1943 ما استخدمت تسميات كثيرة ومختلفة كما سنشير إلى ذلك في
محاولات تعريف هذا الاضطراب من هذه التسميات على سبيل المثال:

- فصام الطفولة المبكرة Early Infantil Autism.
- إجترارية الطفولة المبكرة Early Childhood Autism.
- ذهان الطفولة Child Psychosis.
- النمو غير السوي (الشاذ) Atypical Development. وهو لفظ يستخدم
أحياناً ليميز بين فصام الطفولة وإعاقة التوحد الطفيلية المبكرة.

2. تعريف التوحد :

التوحد Autisme هو مصطلح يوناني مكون من Aut ويعني الذات Self، الثاني Ism
وتعني الحالة State، بذلك هذا المصطلح يعني حالة الذات، ويشير إلى الانشغال
الشديد للأطفال المصابين بهذا الاضطراب بذواتهم وضعف اهتمامهم بالآخرين.

لقد تعددت التعاريف التي قدمت للتوحد بتعدد الدراسات ونجد منها التعريف الذي
قدمته منظمة الصحة العالمية الذاتية، بحيث تعرفه بأنه نوع من الاضطراب النمائي
الذي يعرف بنماء غير طبيعي أو مختل إذ يتضح وجوده قبل 03 سنوات وبنوع مميز
من الأداء غير السوي في مجالات ثلاثة (03) وهي التفاعل الاجتماعي والمتمثل في النزعة
الإنسحابية والانطوائية وانغلاق على الذات، فنجدهم يتجنبون الاحتكاك والاتصال
المباشر بالعين مع الآخرين والسلوك المقيد التكراري.

(عثمان لبيب فراج ، ، 2002، ص14)

إذ نجد عندهم الردود المتعددة كالضحك كثرة، نوبات الغضب، والضرب بعنف
والتوتر، مع حدوث تكرار في معدلاته، كما تظهر هناك بعض حالات من الهيجان على
شكل ردود أفعال مختلفة نحو نوع معين من الآثار الحسية.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

3. النظريات المفسرة للتوحد:

لقد تعددت النظريات المفسرة للتوحد ونجد أهمها النظرية البيولوجية للإصابة بالتوحد فهناك العديد من المؤشرات الدالة على أنّ التوحد يحدث نتيجة لعوامل بيولوجية تؤدي إلى خلل في أحد أو بعض أجزاء المخ، والإصابة تكون مصحوبة بأعراض عصبية أو إعاقة عقلية ويمكن أن تكون مصاحبة بالصرع في بعض الحالات. ونجد أيضاً نظرية الاختلال الوظيفي لمراكز التحكم في المخ وتتمثل هذه النظرية في أنّ كلّ جزء من الدماغ له خاصيته وعمل معيّن، فالدماغ يتكوّن من كرتين يمينى ويسرى، وكل فعالية لها موقعها الخاص فيهما. (كريمان بدير، 2004، ص165)

إحدى كرتي المخ عادة ما تكون المسيطرة وفيها مركز القدرات اللغوية، وفي حالة التوحد هناك نظرية الاختلال الوظيفي لمراكز التحكم في المخ، حيث يعمل نصفي الدماغ بطريقة غير طبيعية، فيكون هناك بعض الفعاليات تعمل في النصف المعاكس، ممّا يؤدي إلى فوضى وتشويش في عمل المراكز الحسية.

كما توجد نظرية أخرى وهي نظرية الإصابة العضوية ظهرت سنة 1996م، إذ يرى أصحابها أنّه من الممكن أن يصاب الولد باضطراب في الجهاز العصبي ناجم عن بيبتيدات تحدث تأثيرات طبيعية تؤثر على الجهاز العصبي، وتؤمن هذه النظرية بأنّ هذا الاضطراب ينتج من عدم اكتمال انحلال بعض الأطعمة. ولقد أيدت هذه النظرية من طرف النظرية الصينية إذ عرف الصينيون إعاقة التوحد ولا يزالون يعالجونه منذ أكثر من 2000 عام عن طريق تحسين الجهاز الهضمي والمناعي للمصابين، وقد افترض الباحثون في هذا مجال أنّ مسببات هذه الإعاقة ربما تحدث بعد الولادة وغالباً ما يكون تلفاً في الجهاز الهضمي وهو عبارة عن مشكلة في طحال المعدة تمنع الجسم من امتصاص فيتامين B6 وغيرها من العناصر الغذائية التي تساعد على نمو وتطور المخ (عبد الرحمن سي سليمان، 2000، ص50)

محمد حسيان

ونجد أيضاً النظرية العقلية وقد قدم فيها الباحثون فرضية أنّ اضطراب التوحّد يمكن أن يفسّر من خلال نقص القدرة على تمثيل الحالات العقلية للغير وكذلك عدم التمكن من التعبير عن الرغبات والمقاصد للمستمع.

وهناك النظرية البيوكيميائية حيث أكدت الأبحاث أن العديد من الأطفال المتوحدين لديهم مستويات عالية منالسيروتونينSérotonine والدوبامينDopamine، التي تسبب بعض الإثارة الذاتية، والحركات المتكررة.

4. العلامات المبكرة للتوحّد:

قبل ظهور زملة التوحّد في حوالي 2-3 سنوات، يمكن ملاحظة المؤشرات التالية:

* سلوك هادئ Attitude de sagesse particulière:

هذا السلوك يلاحظ من طرف الأولياء إبتداءً من الأشهر الأولى من حياة الطفل وتكون مصحوبة بعدم الاهتمام التام بالمحيط الخارجي سواء بالنسبة للأشخاص (عدم البكاء عند مغادرة الأم) أو بالنسبة للأشياء (نزع الألعاب من الطفل).

* الاضطرابات الحركية والوضعية:

نلاحظ نقص أو تأخر في سلوك التنبؤ للرضيع عند قروب الأم منه، تأخر في الجانب النفسي الحركي ويظهر في تأخر اكتساب الوضعية الجالسة والمشي، التكرارات الحركية حيث أنّ الطفل ابتداء من الأشهر الأولى يمكن أن يكون له ألعاب متكررة بأيديه التي يتأملها. (MOZEL et BURZSTEINE, 2002, p17)

* اضطرابات في النظرة:

سلوك تجنّب نظرة الغير، غياب الإلتباع البصري...كلّ هذه السلوكيات الشاذة تمنع إنشاء علاقة وطيدة بين الأم والطفل إذ أننا نعلم أن الاتصال النظري ذات أهمية بالغة.

* عدم وجود أنظمة Spitz:

- غياب البسمة كجواب للإيماءات الوجيهة للغير.

- التوتّر أمام الأشياء الجديدة والوضعيّات غير العادية والأشخاص التي لا يعرفها.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

* فوبيا متعددة وغير منظمة:

فوبيا الضجيج ومختلف الأصوات خاصة المصدرة من آلات منزلية (آلة الغسل...)

* اضطرابات سوماتية وظيفية بارزة بما يلي:

- اضطراب في المصّ، مشكل في تناسق حركات المصّ والبلع، أمّا في سن متأخرة تنوّع

غذائي صعب جداً (انتقاء مرضي لبعض المأكولات حسب الأنواع أو الأشكال... الخ)

ورفض المضغ.

* اضطرابات في النوم:

- أنسوميا هائجة مع استيقاظ بالصراخ وسلوك عدواني.

- أنسوميا شديدة وساكنة (P. MAZET, D. HOUZEL et AL, 2000,p06).

* اضطرابات في التطوّر اللغوي:

- عدم المناغاة والإشارة بالأصبع وبعض الإشارات الاجتماعية الأخرى في 12 شهر.

- عدم النطق بالكلمات في 18 شهر.

- عدم إصدار شبه جمل في 24 شهر.

- عدم الاستجابة عند المناداة باسمه.

- غياب اللغة، واضطرابات وظيفية.

- استعمال غير طبيعي للغة مع مشكل في الإتصال غير اللفظي.

* التنشئة الاجتماعية:

- يكون الطفل في عالمه الخاص ويفضل الانعزال

- نقص الاهتمام بالأطفال الآخرين ولا يشارك في ألعاب اجتماعية تقليدية.

* اهتمامات وسلوكيات: (DANIEL Marcelli, 1990 , p305)

- فرط في الحساسية السمعية أو اللمسية.

- عنف في السلوك والعدوانية

-سلوكيات تكرارية مع الأشياء مثل إشعال وإطفاء الضوء كما لا يقبل التغيير.

5. أعراض التوحّد:

1.5 العلاقات والتفاعل الاجتماعية: Relations et interactions sociales

في فترة الرضاعة تظهر لدى الطفل التوحدي صعوبات اجتماعية تواصلية كعدم الاستجابة للاحتكاك الجسدي كالحضن، توقف ابتسامة وعدم المبالاة الآخرين. يظهر القصور الواضح في إبداء المشاعر خلال المواقف الاجتماعية، عدم التعبير عن مشاعرهم وعواطفهم بشكل طبيعي كأقرانهم، فمثلا قد يظهرون مشاعر الغضب والسرور والحزن دون إن يكون لذلك مبرر أو موقف يتطلب ذلك كما أنهم لا يعيرون أي اهتمام لمشاعر الآخرين.

السلوك غير اللفظي الذي يستعمله الطفل التوحدي للدخول في الحوار مع الآخرين، مع غياب الاتصال البصري، الملامح والإيماءات.

(BERNADETTE Rogé, 2003, pp23-245)

2.5 التواصل:

تعتبر مشكلة تأخر اللّغة لدى أصحاب التوحّد مشكلة اتصالية أكثر من كونها مشكلة لغوية بما فيها العلامات والإشارات وتمتد صعوبات اكتساب اللّغة إلى جميع أشكال اللّغة إذ نميز نوعان من التواصل:

• التواصل غير اللفظي Communication non verbal:

نقصد به الإيماءات، الابتسامة والإشارات، فالأطفال التوحديين لا يتواصلون بسهولة بمساعدة الحركات والإشارات الاصطلاحية كالإشارة بالأصبع أو القيام بحركات الفرحة والتصفيق مثلا، كما أن تعبيرهم الوجيه فقير.

• التواصل اللفظي (اللغة) Communication verbal:

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

تتمثل مشكلات اللغوية في التأخر في الكلام ونقص في النمو اللغوي، الفشل في بدء المحادثة أو تدعيمها بشكل طبيعي، الصعوبات الخاصة بالألفاظ والتصورات.

3.5 التكرار Echolalie:

• التكرار الفوري Echolaieimmediate:

يتمثل في الميل إلى ترديد الطفل التوحدي لما قد يسمعه توتاً وفي نفس اللحظة وكأنه صدى. إذ الطفل يكرر تلقائياً فمثلاً يقول الراشد "تريد أن تشرب"، الطفل يعيد "تريد أن تشرب الماء" عوضاً أن يشكل إجابة.

• التكرار المؤجل Echolalie différée:

تكون هناك كلمات أو جمل جلبت انتباه الطفل في موضع معين فيكررها في موضع أين تكون دون أي معنى. (DUNOD, 2003, pp24-25)

4.5 السلوك النمطي المتكرر:

وهو شائع بين الأطفال المصابين بالتوحد بأشكال عدّة في العديد من تصرفاتهم، حيث كثيراً ما يقوم الطفل لفترات طويلة أداء حركات معينة كهز رجله أو جسمه أو رأسه وقد يمضي ساعات في اتجاه معين، نحو مصدر ضوء أو صوت، نحو بندول ساعة الحائط وهي عبارة عن استثارة ذاتية تبدأ أو تنتهي بشكل مفاجئ تلقائياً ثم يعود إلى وحدته المفرطة وانغلاقه التام على نفسه وعالمه الخيالي الخاص به

5.5 المثيرات الحسية:

• الاستجابات السمعية (Réonnes Auitives):

غالباً ما يظهر الأطفال التوحديين صعوبات في استخدام المعلومات الحسية، فمثلاً قد لا يظهر الأطفال استجابة للأصوات العالية التي تكون خلفه مباشرة ولكن قد يستدير لصوت خشخشة ورقة حلوى كما قد نجد لديهم حساسية مفرطة لبعض الأصوات فيضعون أيديهم على آذانهم ويصرخون.

● الاستجابات البصرية:

عادة ما يستعمل الأطفال التوحديين البصر المحيطي أكثر من البصر المركزي (مثلاً يحاولون مشاهدة التلفاز من زاوية العين)، كما يتجنبون المثيرات بصرية محددة خاصة بالوجوه الإنسانية وقد يستجيبون لبعض المثيرات البصرية التي تكون ليست ذات دلالة.

● استجابة ذوق – شم - لمس:

يمكن ان تظهر في مرحلة الرضاعة، حيث لا يظهر أي انعكاس للمص، بعدها يرفض أي نوع جيد من الأغذية، خاصة في مرحلة الفطام والانتقال إلى الأغذية الصلبة إظهار تفضيل لنوع واحد أو لذوق واحد فقط في جميع الوجبات.

- بعض الأطفال أن الإحساس بملبس الملابس على جلدهم مزعجا أو مؤلماً. - بعض الأطفال لا يحسون بالبرد الشديد ولا بالألم الشديد فقد يصاحب بجرح ويسيل منه الدم ومع ذلك لا يشكو. (أحمد يحي خولة، 2003، ص210).

- يمكن أن يبدي حباً للموسيقى وركوب الأرجوحة

6.5 نوبات الغضب وإيذاء الذات:

يشيع السلوك العدواني لدى الأطفال الذاتويين في جميع المراحل العمرية وخاصة في مرحلة المراهقة وقد يصل السلوك العدواني إلى حد بالغ يتطلب معه التدخل العلاجي، فقد يندمج الطفل الذاتوي في أنشطة عدوانية أو ثورات غضب دون سبب.

7.5 اضطرابات النوم:

- بقاء طفلهم مستيقظ طوال الليل، او معاناته من فترات أرق مصحوبة بنوبات بكاء متكررة في أغلب الحالات.

كما يمكن أن يستيقظ بسبب الأرق، لكنه يبقى هادئاً، وهذا ما يؤدي إلى تعزيز السلوكيات لديه كالتأرجح أو القولية، كاللعب باليدين والأصابع.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

7.أسباب التوحد:

1.7العوامل الجينية:

لقد أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطاً بين التوحد وشدوذ الكروموسومات حيث يؤثر في حوالي 10% من الحالات التوحدية. هذا الكروموزوم يسمى Xfragile شكل وراثي حديث مسبب للتوحد والتخلف العقلي، كما أن له أثراً أساسياً في حدوث مشكلات سلوكية، مثل النشاط الزائد والانفجارات العنيفة والسلوك الأناني.

2.7الأسباب العصبية التشريحية:

في حال كان التوحد ناتج عن عوامل عضوية، فإن العيوب تكون في الجهاز العصبي المركزي، حيث أثبتت الدراسات الحديثة لصور الرنين المغناطيسي أن الحجم الكلي للمخ يكون أصغر لدى الطفل التوحدي. إن ماقع التلف في القشرة الدماغية هي المسؤولة عن الاختلال الوظيفي والإدراكي وهذا الأخير يقع في نصف الكرة المخية الأيسر (اللغة، العملية التسلسلية، المهارات التحليلية) أما الوظائف المعرفية فهي تقع في نصف الكرة المخية الأيمن (المهارات البصرية، المكانية، المعرفية) هي أقرب إلى الوضع الطبيعي.

3.7الأسباب العضوية:

تختلف الأسباب العضوية باختلاف مكان الإصابة إذ نجد منها خلل في التركيب العضوي للمخ وينشأ عن بعض المضاعفات التي تحدث للأُم والجنين قبل أو أثناء الولادة. وقد ينشأ نتيجة الإصابة ببعض الأمراض مثل الالتهابات الدماغية، صغر حجم المخ، الاختلال في تركيب الخلايا وبعض الأعراض المصاحبة لهذا الخلل (سعد

رياض، 1996، ص 23-24).

14.7 الأسباب المناعية:

قد تكون الأسباب متعلقة في الجهاز المناعي إذ يمكن أن تكون بعض العوامل المناعية بين الأم والجنين قد تساهم في حدوث اضطراب التوحدية، كما أن الكريات للمفاوية لبعض الأطفال المصابين بالتوحد يتأثرون وهم أجنة بالأجسام المضادة لدى الأمهات، هذا ما يشير إلى أن أنسجة الأجنة قد تتلف أثناء مرحلة الحمل.

15.7 الأسباب البيوكيميائية والهرمونية:

وجدت الدراسات أن بعض الأطفال التوحديين لديهم ارتفاع على مستوى "السيروتونين" الذي ينشأ في الدم من جدران الأحشاء للقناة الهضمية كالأمعاء ويخزن على شكل صفائح أثناء الدوران. و"الدوبامين" الذي يتشكل من الحامض الأميني "الفينيلانين Phynilanine" ويتركز في الدماغ الأوسط ما يؤدي إلى ظهور سلوكيات التوحدية مثل النشاط الزائد، سلوك إيذاء الذات، الحركات التكرارية.

16.7 الأسباب النفسية الاجتماعية:

هناك من يرى أن التوحد سببه مرض الفصام، يرى بعض الباحثون أن إعاقة التوحد ناتجة عن إحساس الطفل بالرفض من والديه، عدم الإحساس بعاطفتهم فضلاً عن وجود المشكلات الأسرية

8. التشخيص الفارقي للتوحد:

إن معظم الباحثين المهتمين بتشخيص التوحد يشيرون دائماً إلى قضية تشابه السلوك المرتبط بها واضطرابات أخرى، مثل:

1.8 التخلف العقلي:

بعض الدراسات قد استبعدت أن يكون الأطفال التوحديين من المعاقين عقلياً وذلك في اختلافهم في بعض النقاط التالية:

-الأطفال المتخلفين عقلياً يكونون متعلقين بالآخرين في حين يختفي سلوك التعلق تماماً لدى الأطفال التوحديين.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

-يتباين الأطفال التوحديون والمتخلفون عقلياً من حيث النمو اللغوي والقدرة على التواصل، فالمعاقين عقلياً لديهم قدرة لغوية واستخداماتهم للغة تتناسب مع مستوى ذكائهم في حين أن الأطفال التوحديون قد ينعدم وجود اللغة لديهم مع نسبة ذكاء فائقة.

2.8الفصام:

كان يستخدم التوحد لوصف بعض أعراض الفصام لذلك كان التوحديين يسمون بالفصاميين إلا أن هناك فروق بينهم، حيث أنّ التوحديين لا يستطيعون إقامة علاقات اجتماعية بينما الفصاميون يمكنهم إقامة بعض العلاقات، كما أنهم يعانون في الغالب بالهلوس والأوهام مع غياب هذا العرض عند التوحديون.

3.8الإضطرابات اللغوية:

هناك استبعاد للاضطرابات اللغوية عند تشخيص التوحد وذلك لأن الأطفال الذين يعانون من اضطراب لغوي يمكنهم استخدام الإشارات وأدوات الاتصال الأخرى مع ارتباطهم بشكل طبيعي الناس والأشياء، في حين أن الأطفال التوحديين يعانون من صعوبة كبيرة في ذلك. (عبد الرحمان سي سليمان، 2000. ص75)

4.8الإضطرابات السمعية (الصمم):

من بين الأعراض والسلوكيات الثانوية التي قد يظهرها الطفل المعاق سمعياً: السلوك الإنسحابي، الانزعاج من تغيير الروتين أو بعض السلوكيات الأخرى المتشابهة، إلا أنها أعراض أولية عند التوحدي والتي تمثل الفارق الجوهرى بينهما. قد يظهر التوحدي في أول الأمر نوع من اضطراب الصمم وذلك عند غياب ردّة فعل اتجاه المناذاة باسمه أو نحو أي منبه آخر الذي قد يستبعد ببساطة عن طريق فحوصات السمع.

9.تشخيص التوحد:

يعتبر من أصعب المراحل بعد التشخيص الفارقي بين مختلف الاضطرابات المشابهة للتوحد، يكون التشخيص من خلال ملاحظة مباشرة لسلوك الطفل من طرف فريق

محمد حسيان

عمل متعدد التخصصات من مختلف الجوانب مثل الجانب النفسي، التربوي وكذلك مع الوالدين والأشخاص المقربين مثلاً من الطفل وتتمثل هذه الجوانب في الفحص الطبي ويكون بفحص حالة الطفل من جوانب كثيرة يمكن إجمالها على النحو التالي:

-التاريخ المرضي والتطوري للأسرة والطفل: فعلى الطبيب معرفة تاريخ المرض، الحمل وعملية الولادة وتطور الطفل في المراحل الأولى ومعرفة المشكلات التي يكون الطفل قد تعرض لها مع تحديد العمر الزمني.

- الفحوصات الطبية: تشمل فحوصات متنوعة مثل فحص الدم، فحص حاسة السمع، فحص حاسة البصر، واستبعاد وجود أي مرض عضوي.

- ملاحظة الوضع العام لسلوك الطفل: فمن خلال الزيارات الأولى إلى العيادة يستطيع الطبيب ملاحظة سلوكيات غير سوية تمهد له اكتشاف المرض.

- يتدخل في التشخيص الطبي أكثر من طبيب مثل طبيب الأطفال، طبيب الأعصاب، اختصاصي الأذن الأنف والحنجرة...

وبعدها يمكن اختيار البرنامج السلوكي والتربوي المناسب لحالة الطفل انطلاقاً من الخصائص التي يظهرها. (J.D GUEFLI et al, 2003, pp7)

10. صعوبات تشخيص اضطراب التوحد:

تداخل أعراض التوحد مع أعراض اضطرابات أخرى مثل الانتباه والاضطرابات العقلية وصعوبات التعلم ومن بين هذه الاضطرابات الأخرى نجد:

-اضطراب التعلق العاطفي: وهي التي من خلالها يتمكن الطفل من تطوير علاقات عاطفية ثابتة مع الأبوين، حيث تحدث هذه الحالة نتيجة حرمانه العاطفي الأسري.

- اضطراب اللغة النمائية: حيث يتأثر النمو اللغوي عند الأطفال بالتالي يتأثر النمو الاجتماعي طبيعياً بدرجة نسبية.

- الإعاقة العقلية: هناك أنواع مختلفة من مظاهر الإعاقة العقلية تتشابه في بعض مظاهر التوحد.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

- الحداثة: البحوث التي تجري حول إعاقة التوحد حديثة نسبيا مع عدم وجود اختبارات أو أدوات مقننة للقياس والتشخيص على درجة عالية من الصدق والثبات. العوامل النسبية: لم يحدث اتفاق بين الباحثين حول العوامل المسببة للاضطراب حتى الآن، هذا ما أدى إلى صعوبة التشخيص.

- تعدد محاور النمو المصابة بالخلل، لغوي، تواصل، إدراكي، تعليمي، معرفي، انفعالي واجتماعي.

- إن نمو الطفل المصاب بالتوحد مع تقدم العمر الزمني قد يصاحبه تغير في شدة بعض الأعراض أو ظهور أعراض جديدة.

- الملاحظة السريعة للطفل في جلسة واحدة لا يمكن أن تمثل صورة حقيقية لسلوك الشخص وقدراته.

- عدم وعي الأولياء بحجم مشكلة طفلهم يؤدي إلى صعوبة وتوضيح وشرح الاضطرابات وعدم اقتناعهم بضرورة التكفل المبكر (MARIE Dominique Amy . 2004, p48) يرتبط نجاح العلاج بالعوامل التالية:

- دقة الملاحظة العيادية

- القدرة على تحليل السلوك تحليلا علميا

- التأقلم الفوري مع الحالة بتحديد التقنية المناسبة لكل سلوك

- قدرة المعالج على التواصل الصحيح مع الطفل

- التواصل مع الحالة على انها حالة عيادية وليس مرضية باستعمال لغة سليمة مع الطفل وفي ضوء هذه العوامل لا بأس بالتذكير بمهمة كل اختصاصي في المؤسسة العلاجية

1. اختصاصي الطب :

يقوم بالتشخيص الفارقي بتحديد نوع الاعراض إضافة الى وصف الدواء الطبي المناسب في حالة وجود أعراض تستلزم علاجاً.

2. اختصاصي علم النفس العيادي :

يقوم بالمقابلة العيادية والتناول العيادي للحالة معتمدا على الملاحظة العيادية الدقيقة لسلوكيات الطفل فيجمع المعطيات الإكلينيكية في جدول عيادي ويقارنها مع المعطيات الاكلينيكية التي لوحظت وشخصت من قبل اختصاصي الطب واختصاصي علاج اضطراب اللغة إضافة الى الفحوصات الطبية للسمع والفحص العصبي

3. اختصاص علاج اضطراب اللغة :

يقوم الاختصاصي الارطفوني بالخطوات العيادية التي قام بها الاختصاصي السيكولوجي فيجمع المعطيات العيادية وقد تختلف هذه المعطيات باختلاف الملاحظات العيادية عند كل منهما غير ان كل معطية عيادية تضاف الى الجدول العيادي تضيف افقا اخر للبرنامج العيادي. وتختلف طرق التشخيص عند كل منهم غير انهم جميعا تجمعهم خاصية واحدة وهي الملاحظة العيادية فالإكلينيكي الناجح هو الذي يدقق في السلوكيات مع تحليلها ومقارنتها بالنمو العادي عند الطفل.

4. دور المربي المختص (معلمو التربية الخاصة):

إن دور معلمي التربية الخاصة دور تربوي قبل ان يكون تعليميا فجوهر وظيفتهم ايجاد مجالات التواصل في الحياة اليومية لطفل التوحد وتعزيزها بسلوكيات تتماشى مع متطلبات سن طفل التوحد بدءا من الاستقلالية الذاتية وما يناسبها من سلوكيات إلى ايجاد وسط يتواصل فيه مع الاطفال عن طريق اللعب بأنواعه المختلفة والرسم وتنمية المهارات الذهنية.

5. في العلاج المبني التطويري :

لا تتطور اللغة والقدرات الذهنية عند الطفل الا عن طريق اللعب بأنواعه المختلفة فلا يجب توفير وسائل اللعب وانواعه للطفل بل يجب ان نعرف الهدف من اللعبة والخبرة التي تضيفها او تقيسها.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

يعاني في بداية العلاج مع طفل التوحد الاختصاصيون والفتيون والمعلمون لتمكينه من الجلوس نتيجة الافراط الحركي عنده والنشاط الزائد او الرفض للاستجابة والشخص الكفاء في هذه الوظيفة القادر على ذلك عن طريق اللعب هو فني العلاج المهني التصويري الذي يملك القدرة على توظيف وتنشيط كل قنوات التواصل فيما بينها: - قناة السمع- قناة البصر- التنسيق الحركي - البصري.

6. في العلاج الايقاعي :

يعاني طفل التوحد من اضطرابات التصور المكاني والزمان والتصوير الجسدي الذي يعرقل تواصله مع العالم الخارجي بدءا من الحيز المكاني الذي يعيش فيه ثم العالم الخارجي باختلاف المكان والزمان فالتصور المكاني - الزماني التصور الجسدي وظائف ذهنية عليا لا يمكن فصلها عن بعض فالجسد موجود في المكان والزمان يؤدي الى حصرها في العالم الداخلي للطفل فالتواصل يبدأ مع الذات ويتمدد الى العالم الخارجي تدريجيا والوعي بالذات يؤدي الى توسيع حلقة عالمها الخارجي لذا يحدد تطبيق هذا البرنامج العلاجي للإيقاع الجسدي من قبل المتخصص ويتمثل هذا البرنامج في تمارين ايقاعية جسدية عن طريق التقليد المباشر مقابل المرأة بحجم الجدران مصحوبة بإيقاعات موسيقية ولفظية.

7. في التربية الرياضية :

بعد ما يتمكن طفل التوحد من تقليد الحركات الايقاعية للجسد وتكوين الصورة الجسدية عنده نمر الى مرحلة ثانية مكملة للأولى الا وهي اللعب الرياضي الذي يهدف الى ايجاد جو تواصل ما بين الاطفال حيث يكسبون قواعد اللعب والادوار وينمون قدراتهم في التركيز والانتباه.

8. في الرسم:

الرسم نشاط تعبيري لواقع الطفل وخياله مثله مثل اللعب وتسبق هذه الوظيفة وظيفة الكتابة وتتطور بتطور كل مرحلة من مراحل عمر الطفل سيتذكرها في فصل

محمد حسيان

لاحق فالرسم عند طفل التوحد ضروري باعتباره علاجاً ومقياساً للنمو المعرفي أو الذهني والعاطفي فلا نستعمل الرسم كوسيلة لاكتشاف الموهوبين وإنما وسيلة علاجية وغاية تحقق لنا مزيد من الابداع العلمي والفكري اتجاه طفل التوحد.

9. الاختصاصي الاجتماعي :

دور يجمع ما بين مختلف اوساط الطفل الاجتماعية وبخاصة ما بين البيت والمركز العلاجي فهو بمثابة حلقة وصل يزود فريق العلاج بالمعلومات الخاصة بالطفل وعائلته ويحفز اولياء الامور بالتعاون مع المركز العلاجي.

10. الممرض :

يكون دور الممرض الاسعاف الاولي في حالة مرض الطفل او تعرضه الى حادث داخل المركز وهو حلقة وصل بين المركز واختصاصي طب الاطفال واختصاصي الطب النفسي.

خلاصة:

نستخلص مما سبق أن التوحد يظهر في مرحلة الطفولة وهو عجز يعيق تطور مهارات التواصل ويؤثر على جميع جوانب النمو عند الطفل، كما أن الكفالة الأطفونوية وإعادة التربية ضرورية من أجل التقليل من حدة الاضطراب، وتكييف الطفل مع المجتمع وإخراجه من عزلته وقد ازداد الاهتمام بهذه الفئة كثيراً في الوقت الحالي بسبب ظهور الوعي وانتشار الاضطراب، فقد اختلفت أساليب العلاج وتعددت حسب سن ونوع الاضطراب كما أثبتت هذه الطرق نجاحها في التخفيف من حدة الاضطراب خاصة إذا تم تطبيق العلاج بشكل جيد، ويبقى التدخل المبكر مهم جداً في العلاج فكلما كان التدخل مبكراً كلما كانت النتائج أفضل وإلى الآن لم يتوصل العلماء والباحثون إلى علاج نهائي لأفراد التوحد.

البرنامج العلاجي لطفل التوحد وفق التخصصات التربوية والتعليمية

المراجع:

- عبد الرحمان سي سليمان، (2000) "إعاقة التوحد لدى الأطفال"، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة،
- مورين أروتر- تيسا جيتنس، (2008) "الأوتيزم المشكلة والحل"، دار الفارق للنشر والتوزيع، القاهرة، الطبعة الثانية.
- أحمد يحي خولة، (2003) "الاضطرابات السلوكية الانفعالية"، دار الفكر العربي للطباعة والنشر.
- أسامة محمد البطانية، (2007) "علم النفس الطفل غير العادي"، دار المسيرة للنشر، عمان.
- إبراهيم عبدا لله فرج الرزاقات، (2004) "التوحد الخصائص والعلاج"، دار وائل للطباعة عمان.
- محمد علي كامل، (2003) "الأوتيزم، الإعاقة الغامضة بين الفهم والعلاج"، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- MOZEL et BURZSTEINE, (2002), "Autisme infantile et psychoses précoce de l'enfant," Encyclemédchir, scientifique et médicale Elsevier SAS, paris.
- DANIEL Marcelli, (1990) "l'enfant et psychologie ", Masson, 6^{ème} édition, paris.
- BERNADETTE Rogé, (2003) "l'Autisme comprendre et agir" , DUNOD, Paris.
- J. D GUEFLI et al, DSM-4,(2003) ," Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux", MASSON, 4^{ème}Edition, Paris.