

اضطراب طيف التوحد بين الإشكالية التشخيصية والاشكالية العلاجية

-قراءة في المعطيات الحالية-

Autism spectrum disorder between diagnostic and The therapeutic problems
reading the current dataزرزالي لطيفة¹

1-جامعة محمد بن أحمد وهران 2 (الجزائر)، zerlati @ yahoo.fr

تاريخ النشر: 2022/6/9

تاريخ القبول: 2022/4/26

تاريخ الاستلام: 2022/3/1

ملخص: يعتبر اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر لدى الطفل بصورة مبكرة، مؤثرة بقوة على توظيفه النفسي المعرفي وتوظيفه الاجتماعي والانفعالي. بالرغم من كونه من المتلازمات التي ساهمت وبقوة في التأسيس للطب النفسي الطفولي. وبالرغم من التطور الذي شهده في مجال البحوث ذات الطابع العصبي والبيولوجي، إلا أنه ما يزال محل نقاش وتحاذب وذلك على كل المستويات سواء ما ارتبط بخصائصه التشخيصية أو الوبائية أو بالمقاربات السببية أو تلك الخاصة بالمقاربات التأهيلية والعلاجية.

وعليه، سنحاول من خلال هذه المساهمة ومن خلال القراءة في المعطيات المتاحة حاليًا، فهم قدر الامكان مظاهر الجدل المختلفة المرتبطة باضطرابات طيف التوحد.

الكلمات المفتاحية: اضطراب طيف التوحد؛ الاشكالية التشخيصية؛ الخصائص الوبائية؛ الفرضيات السببية؛ الإشكالية العلاجية.

Abstract : Autism spectrum disorder is an early neurodevelopmental disorder that occurs in a child, strongly affecting their cognitive psychological functioning and their social and emotional functioning. Although it is one of the syndromes that has greatly contributed to the establishment of child psychiatry. Despite its development in neurobiological research, it is still the subject of debate and controversy at all levels, whether it concerns its diagnostic or epidemiological characteristics, its causal approaches or those of rehabilitation and approaches therapies.

Therefore, through this contribution and with the data currently available, we will try to understand as much as possible the different aspects of the controversy associated with autism spectrum disorders.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; Diagnostic problem; Epidemiological characteristics ; Causal hypotheses; Therapeutic problem.

المؤلف المرسل: زرزالي لطيفة

1. مقدمة:

يعد اضطراب طيف التوحد من الاضطرابات النمائية العصبية التي تظهر لدى الطفل المصاب بصورة مبكرة، مؤثرة بقوة على توظيفه النفسي المعرفي وتوظيفه الاجتماعي والانفعالي. بالرغم من كونه من المتلازمات التي ساهمت وبقوة في التأسيس للطب النفسي الطفولي، وبالرغم من التطور الذي شهده في مجال البحوث ذات الطابع العصبي والبيولوجي، إلا أنه ما يزال محل نقاش وتجادب وعلى كل المستويات سواء ما ارتبط بخصائصه التشخيصية أو الوبائية أو بالمقاربات السببية أو تلك الخاصة بالمقاربات التأهيلية والعلاجية. ومع تناول الإعلام المكثف لهذا الاضطراب، تضاعفت الخلافات ومظاهر الجدل، وتم الكشف من خلال ذلك عن مختلف الصراعات ذات الطابع المعرفي والايديولوجي والأخلاقي وحتى الاقتصادي. لقد عمل الاتجاه الطبي والعلمي على التعديل في معايير التشخيص، مما أدى إلى زيادة معدل الانتشار، وتم اقتراح على إثر ذلك مسببات جديدة، وتمت إعادة تعريف التوحد باعتباره اضطراباً عصبياً بيولوجياً. من جهته ساهم الاتجاه السياسي في سن القوانين والمناشير بخصوصه. أما الاتجاه الاقتصادي عمل على خلق واستغلال الأسواق المرتبطة باضطراب طيف التوحد: الأدوية، برامج تدريبية متنوعة، كتب بأنواعها، النظم الغذائية الخاصة، الاختبارات الجينية، الترويج للطرق التربوية والسلوكية والعلاجات المتعددة (Chamak, 2021). انعكست كل هذه التجاذبات على معاش الأطفال المصابين وجعلت أولياءهم يعيشون تجارب قاسية يسودها التشوش والغموض، خصوصاً في غياب استراتيجية واضحة ودقيقة للتكفل، وبوجود مختصين في الميدان ينقصهم التأهيل والتكوين سواء في التشخيص أو العلاج، وبوجود آليات تكفل متعددة وجد متباينة وغير مجدية في الكثير منها ومكلفة في غالبيتها. وعليه، ومن خلال هذه المساهمة سوف نحاول الإحاطة قدر الامكان بمختلف الملاحظات التي تحوم حول اضطراب طيف التوحد خاصة فيما يتعلق بمعطيات التشخيص والاستراتيجيات المعمول بها ومدى فعاليتها، وكذلك بالخصائص الوبائية وكيف تم معالجتها، وماهي العوامل التي عملت على التباين في المعطيات من جهة ومن جهة أخرى على إظهار اضطراب وكأنه وباء كبير ومشكل هام خاص بالصحة العمومية. كذلك

سوف نحاول أن نبحث في الإشكاليات المرتبطة بمجال الفرضيات المسببة، وبالتوازي مع ذلك بالطرق العلاجية والتأهيلية المتاحة.

2. تحديد مفهوم اضطراب طيف التوحد وإشكالية التشخيص:

مند وصفه لأول من قبل Kanner في عام 1943، تطور تعريف ومفهوم التوحد بشكل كبير. وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي الإصدار الخامس، يتميز هذا الاضطراب بحدوث مظاهر مختلفة من التدهور في التواصل الاجتماعي والانفعالي، وبوجود اهتمامات مقيدة وسلوكيات متكررة أو نمطية (APA, 2013). يجب أن تكون الأعراض موجودة في مرحلة الطفولة المبكرة، ولكنها قد لا تتمظهر تأثيراتها على الأداء إلا في وقت لاحق من النمو، وذلك عندما يتجاوز الطلب الاجتماعي قدرات الشخص (على سبيل المثال، عند دخول المدرسة أو عند الانتقال إلى مرحلة المراهقة). لاستكمال تشخيص اضطراب طيف التوحد، يجب أن تعبر الأعراض بشكل كبير عن أداء الشخص في سياقات مختلفة من الحياة، مثل المدرسة أو الأسرة أو المجال المهني (APA, 2013). عند إجراء تشخيص اضطراب طيف التوحد، تكون بعض الخصائص ضرورية للتوضيح. أولاً، يوصى بتقدير درجة خطورة الاضطراب؛ يتم تحديد هذا على أنه "خفيف" أو "معتدل" أو "شديد" اعتماداً على حاجة الشخص للدعم. أخيراً، وفقاً لـ DSM-5، من الضروري أيضاً تحديد وجود اضطراب مرتبط (وجود تخلف عقلي، أو صعوبات لغوية، أو حالة طبية أو وراثية، أو تخشب أو اضطراب نمائي آخر) (APA, 2013).

إن اضطراب طيف التوحد هو اضطراب جد معقد، تتأثر أعراضه بعدة خصائص فردية مثل الجنس والعمر والأمراض المصاحبة والثقافة. ومما يزيد في مظاهر تعقده، أنه ليست هناك مؤشرات بيولوجية واضحة ومحددة له، وأن التشخيص يعتمد وبصورة حصرية على ملاحظة مؤشرات سلوكية، التي هي جد متباينة من طفل لآخر وحتى لدى نفس الطفل خلال مختلف مراحل نموه. وعلى أساس هذا المعطى، تطرح عدة إشكالات أخرى مرتبطة بالخصوص بالتشخيص الفارقي وبالاضطرابات المرتبطة والتشخيص المبكر.

في غياب الشواهد العيادية يتأسس التشخيص الفارقي انطلاقاً من عناصر عيادية بحثة. وعليه يعتبر التأخر في المكتسبات واضطرابات اللغة والعزلة ومختلف صعوبات التفاعل الاجتماعي وحتى بعض السلوكيات الغريبة أو النمطية من العوامل التي قد تتداخل

وتعمل على تعقيد عملية التشخيص (Dormoy, 2020). يمكن أن تؤدي العديد من الصعوبات الحياتية إلى فترات متفاوتة من تأخر في الاتصال المتبادل، وفي أنماط التعبير الرمزي أو تعطيلها أو حتى تحويلها لأسباب بعيدة كل البعد عن الأسباب المحتملة للتوحد. والطفل الذي يعاني من الحرمان ومن الإهمال، ومن عدم الاستقرار العائلي، قد يظهر علامات مشابهة لاضطرابات التوحد، بما في ذلك السلوكيات المتكررة والنمطية والمظاهر الحسية الغريبة. كما بإمكان اضطرابات معينة في تعديل وتكامل المدخلات الحسية أن تعطي انطباعاً خاطئاً بأننا نتعامل مع متلازمة شبيهة بالتوحد. كذلك ليس من السهل دائماً التمييز بين اضطراب الوسواس القهري ومتلازمة أسبرجر. يمكن أن يضعنا فرط النشاط الشديد على المسار الخطأ بشكل عابر. وقد يعاني بعض الأطفال الصغار من مرحلة لا يمكن تفسيرها من توقف النمو (Lemay, 2020). نفس الأمر في الاضطرابات الأخرى التي قد تتداخل أعراضها بأعراض طيف التوحد، وتجعل من عملية التفريق بينها أمراً بالغ الصعوبة من مثل القلق الاجتماعي والفصام المبكر والاضطرابات الحسية كالصمم واضطراب رات (Bourseau et al., 2020). Trouble de Rett.

إذن فإن الصعوبة الكبرى للتشخيص والتشخيص الفارقي تتمثل في تحديد وبدقة الاضطرابات شبه السيمائية الأقرب لأعراض اضطرابات طيف التوحد. كما تشكل "الاضطرابات المرتبطة" المعيار الثاني للتعقيد والأكثر شيوعاً، هو نفس المعيار الخاص بالتشخيص الفارقي المرتبط باضطرابات العصبية النمائية إذ يتواجد اضطراب طيف التوحد في 82.7% من هؤلاء الأطفال: اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (بين 21.3% إلى 40.8%)، الحالات، الإعاقة الذهنية (بين 30 و 70%، بمتوسط 40% حسب الدولة ونظم الرعاية)، واضطراب الاتصال (63.4%)، اضطراب التنسيق (بين 34 و 79)، وأخيراً اضطرابات تعلم محددة (6.3%) (Bourseau et al., 2020).

أشكال آخر يطرح ويتمثل في صعوبة التشخيص المبكر لاضطراب التوحد؛ إذ تجمع أغلبية الباحثين في هذا المجال على أهميته لكون أن السنوات الأولى هي فترة لدونة الدماغ الكبيرة حيث يكون التدخل العلاجي جد فعال في تحقيق أفضل استجابة للعلاج. لكن الصعوبة السابقة للتشخيص المبكر تكمن الإجابة على التساؤلات التالية: في أي عمر يمكننا أن نأمل في تشخيص طفل التوحد؟ وما هي العلامات؟ وهل يعتبر تشخيص

التوحد حساسًا قبل سن 24 شهرًا؟ في الواقع، ومهما كانت المنهجية المستخدمة، فإن دراسة السلوك المبكر للطفل يصل إلى حدوده القصوى في القدرة على تطوير تشخيص فعال وموثوق، وذلك لعدم وجود استقرار في التعابير العرضية خلال الشهور الأولى من النمو، ولصعوبة التشخيص الفارقي قبل 24 شهرًا بين الاضطراب والاضطرابات النمائية الحادة الأخرى خاصة فيما يتعلق بعسر الكلام Dysphasie أو بالإعاقة الذهنية، وكذلك لكون المعدات النمائية التي بحوزة الرضيع في هذا الفترة من النمو لا تسمح له بالتعبير عن كل أعراضه الخاصة بطيف التوحد (Saint-Georges et al., 2013). وفي حالة عدم وجود علامات بيولوجية، فإن الفحص المبكر لا يتمكن من التشخيص الدقيق والايجابي الخاص بطيف التوحد ويكتفي فقط بتحديد الأطفال المعرضين لخطر النمو اللاحق، وهذا بغض النظر عن جودة الأدوات المستخدمة. إن الأخطاء التشخيصية الناتجة عن التسرع في التشخيص أو في صعوبات التفريق ما بين المتلازمات المتشابهة والمرتبطة قد ينجر عنها عواقب خطيرة خاصة بالمعاناة النفسية للعائلة وبالوصم الاجتماعي الناتج عن الاضطراب، وباقتراح طرق علاجية وتأهيلية غير متكيفة. ويمكن أن يؤثر حتى على مستقبل الطفل المصاب عندما تتخذ في حقه قرارات مصيرية تحد بصفة كبيرة من فرص اندماجه الاجتماعي التعليمي والمهني اللاحق. تتفاقم هذه الوضعية في حالة وجود مختصين ومهنيين غير مؤهلين وفي وجود أدوات خاصة بالتقييم والتشخيص غير متكيفة.

3. اضطراب طيف التوحد وإشكالية الخصائص الوبائية:

لقد سجلت المعايير التشخيصية تطورًا وتباينًا خلال مجمل المراحل الزمنية ابتداء من معايير التي تبناها Kanner مرورًا بتلك المتبناة من طرف Rutter وبعد ذلك مختلف التصنيفات العالمية بمختلف إصداراتها وانتهاء بإصدار الحادي عشر للمنظمة الصحة العالمية والإصدار الخامس للدليل الأمريكي للصحة العقلية. لقد عكست المعايير الأولى المظاهر الأكثر حدة والأكثر ارتباطًا بمظاهر التأخر الهامة في المهارات اللغوية والمعرفية. خلال سنة 1980 تم دمج الأشكال الأقل حدة والتي ليست مرتبطة بإعاقة عقلية، على سبيل المثال الاضطرابات المهيمنة للنمو غير الخاصة. كما أن متلازمة أسبرجر ظهرت سنة 1990. بعض التصنيفات الفرعية لاضطراب طيف التوحد تم تحديدها خلال الإصدار الثالث Dsm3، ثم بعد ذلك اختفت في الإصدارات اللاحقة مثل الحالات المتبقية الخاصة بالتوحد.

إن التباين في نتائج بعض الدراسات الوبائية يمكن إرجاعها كذلك إلى تباين في مصادر الكشف المعتمدة. بعض الدراسات ارتكزت فقط على قواعد بيانات متخصصة، وبعضها أعلى معطيات التربية الخاصة وبعضها الآخر على السجلات الوطنية. تشترك كل هذه المصادر في خاصية مشتركة تعمل على تحديد وتباين في نتائج الدراسات الاستطلاعية لكونها تعتمد فقط على مجتمعات الدراسة المتاحة والمشخصة مسبقا بدلا من المجتمعات العامة، وبالتالي فإن الأشخاص المصابين بالتوحد والذين ليس لهم اتصال بهذه المصالح لم يتم ادماجهم في هذه الدراسات، مما أدى إلى نقص في تقدير نسبة الانتشار (Fombonne et al., 2019).

تجدر الإشارة كذلك أنه عندما تتم عملية التحقق من الحالات تأتي مرحلة موائية خاصة بالتقييم وبالتأكيد التشخيص، تتم من خلالها الاستعانة بعدة معطيات وبعده مصادر (الآباء والمعلمون والأطباء وملفات مرضية ومصادر تربية) بالإضافة إلى معطيات التقييم الخاصة بالشخص المشتبه إصابته بالتوحد. الاشكال المطروح أن الأمر بهذه الطريقة ليس متاحا لكل الدراسات المجرات. كما أن نقص التأهيل للمختصين وعدم اتاحة المصادر لهم، ونقص في وسائل التقييم، وعدم تكييفها يساهم بصورة ملتفة للانتباه في سوء تقدير الخصائص الوبائية. على غرار تباين المعطيات الوبائية، نجد أن معدلات الانتشار هي في تزايد مستمر من سنة إلى أخرى. وكان هذا التزايد ملفتا للانتباه ابتداء من إدخال متلازمة أسبرجر ضمن المتلازمة التوحدية سنة 1990. عدة تفسيرات جيئت بها لتبرير هذا التزايد الكبير في عدد المصابين بأطفال التوحد. بعض الدراسات أرجعت الأمر إلى العواقب الناتجة عن اللقاح الثلاثي الخاص بالحصبة والنكاف والحصبة الألمانية وأن التعرض له قد عمل على تضاعف نوع من التوحد الذي يتميز بوجود اضطرابات هضمية معوية ونكوص في النمو (Wakefield et al., 1998). نفس الأمر بالنسبة للقاحات التي تتكون من مادة الزرنخ المعروفة بسميتها وتأثيرها على الجهاز العصبي المركزي. في عام 2019، أكدت دراسة دنماركية جديدة واسعة النطاق، أجراها Hviid وزملاءه (2019). تمت متابعة خلالها جميع الأطفال الدنماركيين المولودين لأمهات دنماركيات بين عامي 1999 و 2010 (أكثر من 650.000) حتى عام 2013. وقد تم أخذ العديد من البيانات في الاعتبار، ولا سيما التاريخ العائلي للتوحد، وعمر الوالدين، والتدخين أثناء الحمل، والولادة المبكرة المحتملة، ومعامل Apgar عند الولادة (تقييم

حيوية الرضيع) ووزن الولادة ومحيط الرأس. أكدت الدراسة أن التطعيم ضد الحصبة والنكاف والحصبة الألمانية ROR لا يزيد من خطر الإصابة بالتوحد، ولا يؤدي إلى التوحد عند الأطفال الذين يعانون من عوامل الخطر، ولا يرتبط بحدوث مجموعات من التوحد في أوقات معينة بعد التطعيم (Hviid et al., 2019).

من جهة أخرى، عرض Fombonne في مراجعته الوبائية العوامل التي بإمكانها تفسير الزيادة في نسبة انتشار الاضطراب مرتكزا على الجوانب المنهجية والسياقية التي رافقت عملية الكشف وساهمت في زيادة معدل الانتشار. فقد أشار في مقال له نشر سنة (2019) أن هذا التزايد يرجع إلى التغيرات الحاصلة في خوارزميات التشخيص، والتوسع المستمر في المعايير وفي الأدوات، وإلى التشخيص المبكر وتحديد الحالة بشكل أفضل، بالإضافة إلى تغيير التشخيص في حالة الأطفال الذين شخصوا من قبل بإعاقه ذهنية أو اضطراب لغوي، وتم تشخيصهم بعد ذلك باضطراب طيف التوحد. على سبيل المثال كان المصاب بمتلازمة سبرجر يحصلون على تشخيص اضطراب الوسواسي القهري أو رهاب مدرسي أو قلق اجتماعي قبل الاعتراف بوضعيته كمتلازمة توحدية. كما أنه وفي بعض البلدان الحصول على تشخيص طيف التوحد بدلا من تشخيص إعاقه عقلية يتيح الولوج إلى البرامج الخاصة بالرعاية بأكثر سهولة (Cohen et al., 2012).

إشكال آخر يطرح بخصوص الخصائص الوبائية ويتمثل في متغير الجنس؛ إذ لاطالما اعتبر التوحد حالة يغلب عليها الذكور. حسب الدليل التشخيصي الإصدار الخامس يرتفع تشخيص الذكور ضمن المتلازمة التوحدية منه لدى الإناث بمعدل أربع مرات (APA, 2013). ومع ذلك، تشير الكثير من الأبحاث الحديثة إلى الاستهانة الكبيرة باضطرابات طيف التوحد لدى النساء، خاصة عندما لا يكون لديهن إعاقه ذهنية مرتبطة بها أو خللا لغويا، مما قد يوحي أن الفتيات اللواتي لا يظهرن هذين النموذجين من الاضطرابات لا يتم تشخيصهن وفق معايير المتلازمة التوحدية. حسب الكثير من الباحثين يرتبط هذا التحيز الجنساني بالطريقة التي تم بها بناء الدراسات حول التوحد. فمذ وصف الأعراض من طرف Kanner و Asperger كان التركيز بشكل رئيسي على الذكور. من بين الأشخاص الأربعة الذين درسهم Asperger كان جميع المشاركين من الذكور فقط. في مقال ل Kanner، تضمنت مجموعة البحث المتكونة من 11 حالة ثلاث فتيات فقط. منذ ذلك الوقت، ركزت معظم

الدراسات حول طيف التوحد على الذكور. لذلك فإن السلوكيات الموصوفة في الأدبيات مشتقة بشكل أساسي من ملاحظة الأولاد الصغار أو الرجال المصابين بالتوحد. في السنوات الأخيرة، ظهرت العديد من الدراسات تم معالجة من خلالها نظرية النمط الظاهري للتوحد الخاص بالخصوصيات الأنثوية وتم جمع المزيد من الأدلة التي تدعمها الأبحاث المختلفة. هناك أبحاث ودراسات أخرى حاولت أن تبرر هذه الاختلافات المرتبطة بالنوع ببعض العوامل الوقائية، الوراثية أو الهرمونية التي تلعب دورا في لدونة الدماغ أو حتى البيئية الخاصة بالتنشئة الاجتماعية والتوقعات الاجتماعية المرتبطة بالنوع. إذ غالبا ما تقوم المصابات بالتوحد بتطوير الكثير استراتيجيات التقليد والتموه والتي قد تسمح ببعض الاندماج حتى ولو كانت في الغالب مكلفة وتؤدي إلى عواقب وخيمة على المدى الطويل إذ قد تقلل من فرص النجاح في التشخيص المبكر وفي الاستفادة من التدخلات المناسبة والخدمات المتكيفة. نفس الأمر بالنسبة للاهتمامات المحدودة والسلوكيات النمطية التي غالبا ما تكون متوافقة مع التوقعات الاجتماعية، على سبيل المثال الاهتمام بالرقص بالحيوانات وبالعالم الخيالي. كما يمكن أن يكون لدى الفتيات أداء أفضل عندما يتعلق الأمر بالمهام التنفيذية (لا سيما المرونة العقلية، وسرعة معالجة المعلومات، والتوليد الذاتي) خاصة عندما يتم تقييم هذه المهام عن طريق الاختبارات، مما قد يساعد على إخفاء بعض الصعوبات التي قد تشكل عجزا في الحياة اليومية وتكون لديها تداعيات على الاستقلالية الذاتية.

من بين المقاربات التي تدعم تدعم تشخيص التوحد لدى الذكور وتقلل من أهمية ذلك لدى الإناث. نجد نظرية Baron-Cohen (2002، 2009) وزملائه الخاصة بالدماغ الذكوري المتطرف Théorie du cerveau masculin extrême والتي مفادها أن اضطراب طيف التوحد يعبر عن بديل للدماغ الذكوري، الذي ينجح في الكشف وخلق أنظمة داخل البيئة ويكون مقابل ذلك عاجزا على تطوير مختلف أشكال التعاطف. إذ تظهر أن النساء المصابات بالتوحد يتعرفن على تعبيرات الوجه العاطفية بشكل أفضل من الرجال المصابين بالتوحد. إذا كانت هذه النظرية مدعومة بالعديد من الحجج العيادية والتجريبية في علم الأعصاب، يبدو في مقابل ذلك أنها عملت على التقليل إلى حد كبير من القدرات التعاطفية لدى الرجال، وقدرات التنظيم المنهجي لدى الفتيات بالرغم من تواجدها لدى الجنسين.

4. اضطراب طيف التوحد والإشكالية السببية:

تغلب على الدراسات الحالية تأكيدها على العوامل الجينية والعوامل البيوكيميائية التي تؤثر بصورة مبكرة على الجهاز العصبي المركزي، وكنتيجة لذلك تعمل على حدوث أعراض اضطراب طيف التوحد والأعراض المرتبطة. بالرغم بالرغم من المجهودات الكبيرة المبذولة، وبالرغم من التطور الحاصل في المعارف الخاصة باضطراب طيف التوحد في مختلف المجالات النفسية المعرفية والعصبية البيولوجية، لم يتم لحد الساعة النجاح في التوصل إلى سببية واضحة ودقيقة بإمكانها فك لغز الأعراض الخاصة باضطراب التوحد وفك لغز الملامح العيادية المتنوعة المرتبطة به. طيلة أربعون سنة كانت النظرية التحليلية هي السائدة، وقد ارتكزت بالأساس على التفاعلات المبكرة بين الرضيع وأمه، وعلى الرابطة الأمومية وعلى مسؤولية الوالدين وخاصة الأم في حدوث الاضطراب التوحدي لدى أطفالهم. ولكن منذ التسعينيات، تم تقويض هذه المفاهيم إلى حد كبير. اليوم، حظيت الفرضيات البيولوجية بتأييد العديد من المهنيين: خاصة الفرضيات الجينية والبيوكيميائية (jamain et al., 2003). على العموم تؤكد أغلبية الدراسات الجينية على وجود استعداد وراثي لمتلازمة التوحد. ومع ذلك، لم يتم لحد الآن تحديد أي جين رئيسي، إذ أن التباين الشديد في الاضطرابات من ناحية، والعدد الكبير من الطفرات المكتشفة من ناحية أخرى، وكذلك وجود عدم تجانس النتائج التي تم الحصول عليها، صعب من مهمة الباحثين في تحديد الجينات الرئيسية، وأكد على وجود تباين جيني كبير موجود داخل هذه المتلازمة. يصبح الأمر أكثر تعقيدا عندما تتضح أن الطفرات الجينية ليست موروثة لدى 10-20% من المصابين لكنها تظهر بطريقة تلقائية (زرروالي، 2021).

نفس الأمر بالنسبة للفرضيات البيوكيميائية والتي بالرغم من تعدد الدراسات إلى أن النتائج تظل غير مؤكدة ومحل مناقشة، وذلك لوجود عدة مشاكل ذات طابع منهجي بالخصوص. يمكن أن يرجع عدم تجانس في النتائج لوجود تأثيرات متعددة: متغير العمر ومتغير الجنس وتكوين النظام الغذائي. وعدم التقيد بالضوابط بطريقة صارمة والعمل على مجموعات صغيرة جدا من الأطفال لذلك، لا يمكن استبعاد أن تكون بعض النتائج، التي لم يتم إعادة إنتاجها لاحقًا، هي ناتجة عن الصدفة، أو على العكس من ذلك، فإن الاختلافات الصغيرة بين الأشخاص المصابين بالتوحد والضوابط تمر دون أن

يلاحظها أحد (زروالي 2021). على غرار ذلك فإن تنوع في الحالات وفي المظاهر العيادية ونظرًا لأن التوحد يتم تعريفه على أساس السلوكيات، فإن ذلك لا يسمح بأي تعميم. إذ يمكن أن تكون المسببات المرضية متعددة: الحوادث أثناء الحمل أو بعده، عند الولادة، القابلية الوراثية، مشاكل التمثيل الغذائي كلها عوامل يمكن أن تؤدي إلى ظهور أعراض التوحد. في حين أن أقل من ربع حالات التوحد مرتبطة الآن بأمراض محددة، فإن الأرباع الثلاثة المتبقية لا تزال مجهولة السبب (Jamain et al., 2003). ترتبط حوالي 15٪ من حالات التوحد بحالة وراثية تُعرف باسم متلازمة X الهشة أو تصلب بورنفيل أو متلازمة ريت أو متلازمة أنجلمان. على الرغم من هذا التنوع، استمرت الخلافات بين مؤيدي هذا الأصل المفترض للتوحد (الجينات، والتسمم، والتلوث البيئي، واللقاحات، وما إلى ذلك). حاليًا، يبدو من الصعب تحديد ما إذا كانت هناك علاقة سبب أم نتيجة بين الاضطرابات البيولوجية التي تواجه الأطفال المصابين بالتوحد والمظاهر العيادية والمعرفية، وفي أي اتجاه تلعب هذه العلاقة. لذلك لا يمكننا إنكار وجود العوامل البيولوجية، ولا اختزال مسببات التوحد إلى نماذج بيولوجية بحتة لا تأخذ في الاعتبار تأثير البيئة. أخيرًا، يمكن اعتبار اضطراب التوحد في مرحلة الطفولة بنية نفسية مرضية يمكن تشكيلها استجابة لعوامل أولية متنوعة للغاية، عضوية ونفسية. إذا تم أخذ هذا الجانب متعدد العوامل في الاعتبار يمكن أن يكون اتخاذ منهج متعدد التخصصات جد مفيد في التقصي عن المسببات، وكننتيجة لذلك في التقصي عن المقاربات العلاجية المناسبة ومتعددة التوجهات (زروالي، 2021).

5. اضطرابات طيف التوحد والاشكالية العلاجية:

في مواجهة النظريات المفسرة لاضطراب التوحد، ظهرت بالتوازي الكثير من البرامج العلاجية والتأهيلية وتلك الخاصة بالحميات الغذائية، والتي اختلطت فيها النوايا الحسنة لمساعدة الأطفال المصابين وعائلاتهم في إيجاد أفضل الطرق لتجاوز اضطراب طيف التوحد والاضطرابات المرتبطة، وبين محاولات ابتزاز الأولياء بغية التبرج غير المشروع من خلال دورات علاجية في الكثير منها غير فعالة وجد مكلفة، أو من خلال حميات غذائية أظهرت الأبحاث الحالية في عدم فعاليتها في علاج التوحد أو حتى في العلاجات البديلة الأخرى التي تزيد في معاناة الأولياء، وتجعلهم في حيرة من أمرهم وتجعلهم يتخبطون في اتجاهات متعددة بدون وصولهم إلى حلول فعالة ومكيفة.

لقد سادت ولفترة طويلة العلاجات التحليلية التي كانت موضوع الكثير من الجدل، وأدت إلى مقاومة من طرف الكثير من الجمعيات الآباء، وإلى حدوث تعارض بينها وبين المهنيين والمعالجين المتبنين لهذا النموذج العلاجي. ينظر العديد المختصين إلى التيار الديناميكي النفسي، الذي يُفهم على أنه البحث عن معنى الأعراض، على أنه مساهمة في فهم أفضل للحياة العقلية للأشخاص المصابين بالتوحد، وبالتالي، في ملائمة المواقف العلاجية بشكل أفضل. يتضمن هذا النهج، القائم على التحليل النفسي مهنيين مختلفين هدفهم تحفيز التبادلات من خلال التدخلات المختلفة (العلاجية، والتعليمية، والرياضية، والتفاعلات الاجتماعية) (Dellion,2011). ومع ذلك، فإن العلاج التحليلي تم تجاوزه والاستغناء عنه، وذلك تحت ضغوط جمعيات أولياء الأطفال المصابين ورفضهم لهذه المقاربة لتأكيداها على المسؤولية الأمومية الحصرية في الاضطراب وعلى الاستراتيجية العلاجية التي تتطلب فصل الطفل عن الحضان العائلي.

ومنذ التسعينيات، شجع التوسع في معايير تشخيص التوحد على تطوير البحث (علم الوراثة، التصوير، العلوم المعرفية، علوم الأعصاب، إلخ.) وبالتوازي عمل على خلق سوق كبير (الأدوية، الأساليب السلوكية، النظم الغذائية، الاختبارات الجينية، إلخ). بالنسبة لعدد أكبر من الناس، يمكن وصف المشكلة بأنها مشكلة صحة عامة وهي تحظى باهتمام كبير لوسائل الإعلام. ويأتي التنوع في الأساليب العلاجية والتأهيلية كتكيف منطقي تجاه طلب متزايد، غير أنه وفي المقابل يلاحظ فجوة كبيرة مرتبطة بعدم وجود دراسات كافية تؤكد على فعالية استراتيجيات التدخل، وإن وجدت فهي تتضمن تحيزات منهجية خاصة فيما يتعلق باختيار العينة وحجمها وبمتغيرات البروتوكول المستعان به.

حاليا، هناك هيمنة شبه كلية للبرامج السلوكية من مثل برنامج Teacch (علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وذوي الإعاقة في التواصل) وطريقة aba (التحليل السلوكي التطبيقي) الذي يتميز ببرنامج مكثف (أربعون ساعة في الأسبوع)، والهدف الرئيسي لهذه البرامج هو تحقيق أقصى قدر للاستقلالية لدى الطفل المصاب، وهو يستخدم مبدأ التكيف الفعال والتجارب المتميزة المتكررة (إعادة إنتاج الأنشطة عدة مرات حسب الضرورة حتى تحقيق النتائج المتوقعة لمهمة ما)، مع تقديم المعززات (الابتسامات، التشجيع، الحلويات، إلخ)، لدعم السلوكيات التي تعتبر مناسبة. كما ينصب التركيز على القدرات

الناشئة للأطفال وعلى التعاون بين الآباء والمهنيين، مع تدريب الوالدين حتى يتمكنوا من تطبيق في المنزل ما يمارس في المركز. وبالرغم من الحملات الاعلامية الضخمة التي سخرت لها والمنشورات المتعددة، مما جعل الاقبال عليها كبيرا إلا أنه تم انتقادها بشدة لكونها جد مكلفة ل (مختص لكل لطفل، وبإشراف طبيب نفساني). (Chamak,2020). ولكونها ما تزال تحتاج إلى المزيد من الدراسات الإضافية لتأكيد فعاليتها وللاحاطة بالإشكاليات التي تطرحا بخصوص الاستعانة بالطرق الترويضية غير المقبولة أخلاقيا. وقد أثرت انتقادات بخصوصها حتى من طرف المؤسسين لها، ارتبطت هذه الانتقادات بالمنهجية المطبقة واختيار معايير عامة وعائلات جد رغبة في هذا النوع من البرنامج إذ تمت الإشارة أن معامل النمو يمكنه أن ينتج من التعلم ومن الانصياع أكثر منه من النمو العقلي الطبيعي (Schopler,)

نفس الأمر ينطبق على مجمل الأساليب العلاجية الأخرى من مثل مقارنة سون رايز Son Rise وبرنامج ماكاتون والعلاج باللعب والعلاجات الحسية الحركية والعلاجات البديلة الخاصة بالحميات الغذائية المتنوعة وما إلى ذلك. كلها حظيت بتناول إعلامي كبير، إلا أن النتائج المتحصل من خلالها تظل محل جدال ونقاش وتباين في الآراء. نأخذ على سبيل المثال طريقة Son Rise الذي تم تصميمها من طرف barry Neil Kaufman وزوجته Samahria Lyte Kaufman وتطبيقها على ابنهما المصاب بالتوحد. وقد أحدثت ضجة إعلامية ضخمة في حينها عندما تم التخلص الابن نهائيا من الاضطراب. يهدف هذا البرنامج بالخصوص إلى الزيادة في وتيرة التوجه الاجتماعي التلقائي وفي التواصل وإلى الزيادة في قدرات التفاعل الاجتماعي. غير أنه وفي دراسة ل Wishaft وwilliams (2003) أظهرت وجود نقائص لهذه المقاربة أكثر من الفوائد. كما أوصت الهيئة العليا للصحة HAS (2012) بعدم استخدامها وذلك لنقص المعطيات الخاصة بالفعالية وغياب المرتكزات النظرية.

في نفس السياق يذهب دليل التوصيات البريطاني National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2013) بعيدا عندما يؤكد أن ليس هناك علاج شافي لاضطراب طيف التوحد، وإنما هناك تدخلات بإمكانها علاج بعض الأعراض وبعض السلوكيات وبعض المشاكل المرتبطة بالاضطراب (Chamak,2017).

فضلا عن ذلك، تؤكد العديد من التوصيات على أولوية تحسين جودة حياة هؤلاء الأطفال وعائلاتهم، من خلال إتاحة الخدمات الصحية والاجتماعية وجعلها في متناولهم وتشجيع

التدخلات المرتكزة على اللعب وذلك من أجل تدعيم مهارات الاهتمام المشترك والتواصل. بالإضافة إلى التكفل بالمشاكل المرتبطة والخاصة بالآلام الجسدية والاضطرابات الهضمية والاضطرابات النفسية(القلق والاكتئاب وفرط الحركة).

6. خاتمة:

بالرغم من مجمل المعطيات المذكورة، نجد مع ذلك اجماع وتوافق بين الكثير من الباحثين والممارسين على بعض الأسس المشتركة والمتمثلة في أهمية التشخيص والتكفل المبكرين وأهمية الرابطة بين الأولياء والممارسين المهنيين. ولإحاطة بالمشاكل المرتبطة بالتشخيص وبالعلاج وبالتأهيل، فإن اعتماد تكفل متعدد التخصصات يعد ضرورة ملحة يتم من خلاله الربط ما بين الجوانب العلاجية والتأهيلية والتربوية. كما يعد التكوين الجيد والمستمر للمختصين من الجوانب التي لا بد من أخذها بعين الاعتبار عند الاعداد لأية استراتيجية يراد منها أن تكون ذات فعالية ومصادقية سواء في عملية الكشف أو التشخيص أو العلاج. يضاف إلى ذلك ضرورة النقد بالمقتضيات الأخلاقية التي ترغم المختص على الاعتراف بحدوده المعرفية والمنهجية والمهنية، وعلى عدم التعدي على حقوق الطفل والاستجابة إلى معاناته بدون المساس بكرامته وإنسانيته. كما أن بناء برامج تحسيسية لأولياء الأطفال هي مهمة أولاً لمساعدة المهنيين المختصين على التشخيص الجيد والفعال من خلال تطوير قدرة الأولياء منذ البداية على قراءة المؤشرات المنذرة لاضطراب التوحد، والإحاطة بالمشكل وبالصعوبات المرتبطة ومحاولة فهمها، وكذلك من خلال المشاركة في العلاج وفي الإجراءات الإدماجية المتاحة. حالياً توجد الكثير من المعطيات قد تجعل من شراكة بين الأولياء والمعالجين ممكنة وضرورية وقد تخفف الكثير من مظاهر المعاناة والعبء النفسي لدى العائلات. من بديهيات الأمور أن تكون للعائلة حق النظر في أنظمة الدعم المقدمة لأطفالها وذلك في إطار الاحترام والثقة المتبادلة والتجنب قدر الإمكان علاقات النفوذ والهيمنة التي قد يفرضها المختص على أولياء أمور أطفال طيف التوحد بدعوى امتلاكه للمعرفة الحصرية والامكانيات العلاجية.

7. قائمة المراجع:

زروالي لطيفة(2021). اضطراب طيف التوحد من الفهم إلى العلاج، تلمسان: دار الكنوز للنشر والتوزيع.
American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders (5 ed.)*. (a. d. Association, Ed.) Washington (D.C.) London: American Psychiatric Publishing.

- Baron-Cohen S, (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends Cognitive Sciences*, 6, 248-254. 3
- Baron-Cohen, S.(2009). Autism: The Empathizing–Systemizing (E-S) Theory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1156, 68–80.
- Bourseau, L., Brossier, M., Charles, R. & Rousselon, V. (2020). Quand les troubles du spectre de l'autisme deviennent des cas complexes. *L'information psychiatrique*, 96, 421-428.
- Chamak, B. (2017). 4. Au-delà de l'évidence : l'exemple de l'autisme. Dans : Abel Guillen éd., *Essais d'épistémologie pour la psychiatrie de demain* (pp. 51-65). Toulouse, France: ERES <https://doi.org/10.3917/eres.guil.2017.01.0051>". .
- Chamak, B. (2021). 1. Controverses sur l'autisme. Dans : , B. Chamak, *Controverses sur l'autisme: Décrypter pour dépasser les antagonismes* (pp. 11-29). Toulouse: Érès.
- Cohen D. (2012). Controverses actuelles dans le champ de l'autisme, *Annales Médico psychologiques, revue psychiatrique*, 170, (7),517-525
- Delion, P. (2011). Psychanalyse, autisme et institution. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, vol. 1(2), 27-43. <https://doi.org/10.3917/jpe.002.0027>
- Dormoy, L. (2020). Chapitre 3. Diagnostic différentiel. Dans: , L. Dormoy, *L'évaluation diagnostique de l'enfant avec trouble du spectre de l'autisme: Approches intégrative et neurodéveloppementale* (pp. 107-166). Paris: Dunod.
- Fombonne, É., Myers, J., Chavez, A., Presmanes Hill, A. & Zuckerman, K. (2019). Épidémiologie de l'autisme : où en sommes-nous ?. *Enfance*, 1(1), 13-47. <https://doi.org/10.3917/enf2.191.0013>
- Haute Autorité De Sante (2012). Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent, *recommandation de bonne pratique*, France ;has
- Hviid A., Vinsløv Hansen J., Frisch M., Mads Melbye M. Measles, Mumps, Rubella Vaccination and Autism: A Nationwide Cohort Study. *Ann Intern Med*. 2019;170(8):513-520.
- Jamain, S., Betancur, C., Giros, B., Leboyer, M. & Bourgeron, T. (2003). La génétique de l'autisme. *M/S : médecine sciences*, 19 (11), 1081–1090
- Lemay, M. (2006). La démarche diagnostique face à l'autisme. *Contraste*, 25, 83-104. <https://doi.org/10.3917/cont.025.0083>
- Saint-Georges C., Guinchat V., Chamak B., Apicella F., Muratori F., D. Cohen D. (2013)Signes précoces d'autisme : d'où vient-on ? Où va-t-on,? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 61 (7–8), 400-408.
- Schopler, E., Van Bourgondien, M., Wellman, J. et Love, S. (2010). *Childhood Autism Rating Scale-Second edition (CARS2): Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Wakefield A.J., Murch S.H., Anthony A., Linnell J., Casson D.M., Malik M., et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non-specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *Lancet*, 1998; 351(9103): p. 637-641.
- Williams K .R,Wishaft J.G(2003); The Son-Rise Program intervention for autism: an investigation into family experiences, *Journal Of Intellectual Disability Research JIDR*,47(4-5),p.391-299.