

## 01- دراسة عيادية لحالة طفل مصاب باضطراب طيف التوحد.

أ. د اسماعيلي يامنة - د. محند سمير جامعة المسيلة - أ. اسماعيلي ياسين عبد الرزاق جامعة قسنطينة 02  
ملخص:

تظهر أعراض اضطراب طيف التوحد منذ الميلاد وتستمر تباعا حتى الشهر الثلاثون تقريبا، أين تكون الاستجابات البصرية والسمعية غير عادية، مع صعوبات في فهم اللغة المنطوقة التي تأتي متأخرة، وحتى في حال ظهورها تتسم بالمصادأة وتكرار المقاطع الصوتية، وعدم اتقان استعمال الضمائر وقواعد النحو وضعف على مستوى التناول المجرد، هناك بصفة عامة اختلال على مستوى الاستعمال الاجتماعي للغة لفظيا وجسديا، هذا ما يظهر أيضا على مستوى التواصل مع الآخر، والقدرة على تثبيت النظر والتواصل البصري، حيث تظهر سلوكيات وعادات غير طبيعية على مستوى العلاقات الاجتماعية وأنشطة اللعب، مع مقاومة التغير والرغبة في الروتين، في وجود قدرات ضعيفة من التفكير المجرد، وقدرات عقلية تتراوح بين العادية والتخلف العقلي.

في هذه الورقة البحثية تناولنا دراسة عيادية لحالة لطفل مصاب باضطراب طيف التوحد، منذ المقابلة الأولى ثم التشخيص الذي يتم من طرف مجموعة متعددة الاختصاصات، أستعملنا فيها اختبار CARS لتقييم شدة الإصابة، ثم برنامج TEACCH للتكفل.

**الكلمات المفتاحية:** اضطراب طيف التوحد، التكفل النفسي، الطفولة.

تمهيد:

يمثل اضطراب طيف التوحد أحد الاضطرابات النمائية الأكثر تعقيدا من حيث الأسباب وطرق التكفل به، والتناول الإكلينيكي له ينص على أنه اضطراب نمائي عصبي ناتج عن خلل في الجهاز العصبي عادة ما يظهر خلال الثلاث سنوات الأولى من حياة الطفل، واحتمال إصابة الأولاد به هو أربعة أضعاف احتمال إصابة البنات، تتجلى مظاهره في اختلالات تشمل ثلاث نواحي أساسية من النمو والسلوك الإنساني هي: الضعف النوعي في التفاعل الاجتماعي، العجز في التواصل والنشاط التخيلي، الاستعمالات النمطية للسلوك والاهتمام.

وقد أجريت على المصابين بهذا الاضطراب الكثير من البحوث والدراسات، إلا أن العلماء لم يتمكنوا بعد من تحديد الأسباب الدقيقة المؤدية إليه، إذ تختلف النظريات في إعطاء الأسباب التي تتراوح بين أسباب بيولوجية، وراثية وجينية، وأخرى نفسية وتربوية، (لورا شريمان، 2010، 90-124) فإذا قلنا بأن أسباب هذا الاضطراب مازالت غير يقينية لحد الآن، فإن الأمر كذلك بالنسبة للعلاج، إذ ليس هنالك علاج شافي بعد، ومع ذلك فقد اجتهد الباحثون في بناء برامج تكفل وتدخلات طبية وأخرى تعليمية من أجل التخفيف من حدة القصور الذي ينعكس على سلوكيات هؤلاء الأطفال.

في هذه الورقة البحثية سوف نقوم بعرض حالة طفل توحد من حيث التاريخ المرضي، الأعراض والاضطرابات المصاحبة ونمط العلاقة مع الأسرة والمحيط، ثم كيف نقوم ببناء تشخيص ملائم؟ وما هي طرق التكفل هؤلاء الأطفال؟

### 1. نظرة تاريخية حول اضطراب طيف التوحد TSA:

يعتبر الطبيب النفسي كانر Leo Kanner أول من وصف أعراض التوحد لدى الأطفال، والتي سماها بأعراض التواصل الانفعالي والذاتية، وقد انطلق من وصف مجموعة تتكون من أحد عشر (11) طفلا متشابهين فيما بينهم، ولكنهم يختلفون عن غيرهم من الأطفال، لذا قدم تقريره الأول والمفصل عن كل طفل من هؤلاء الأطفال، أين أوضح

بشكل رائع لمحات عن الاضطراب الذي يظهر لديهم، والعرض الأساسي لدى هؤلاء الأطفال كما وصفهم كانر هو عزلتهم الشديدة، وتوحدتهم مع أنفسهم، ويتضح ذلك في عجزهم عن إقامة علاقات اجتماعية طبيعية مع الآخرين أو البيئة المحيطة بهم، هذه السمة هي ما دفعت به إلى إطلاق مصطلح التوحد Autisme لوصف تلك الحالة التي تتميز بالتموقع حول الذات، وقد تم تبني هذا المصطلح في عام 1943، مع التشديد على أن السلوك التوحدي ينمو خلال المراحل المبكرة من النمو، (Bernadette. R, 2003, 7-8) ومنذ ذلك الوقت توالى الأبحاث الخاصة بهذا الاضطراب، من خلال استعمال مصطلحات مختلفة مثل التوحد، الإجتارية، الذاتية وأخيراً المصطلح الجديد اضطراب طيف التوحد.

## 2. تعريف اضطراب طيف التوحد:

اضطراب طيف التوحد هو أحد أنواع الإعاقات النمائية التي تصيب الأطفال، ومن أكثر الاضطرابات صعوبة بالنسبة للطفل وأسرته، يظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، يعيق عمليات الاتصال والتعلم والتفاعل الاجتماعي، ويتميز بخصائص في النمو الاجتماعي والإدراكي والكلامي لدى الطفل. (سليم النجار، 2006، 6)

يتحدد من خلال الابتعاد عن المستوى السوي لثلاث مناهج من السلوك هي التفاعلات الاجتماعية، التواصل والاهتمام بالنشاطات المفضلة، هذه الخصائص تظهر صعوبات في التكيف مع الحياة الأسرية والاجتماعية، ومعاناة لدى الأشخاص المحيطين بالطفل. (Dominique. Y, 2014, 3)

وهو إعاقة عصبية حيوية للتطور تؤدي إلى إحداث اختلافات أو فروق في طريقة معالجة المعلومات، حيث تؤثر هذه الفروق على قدرة الفرد في فهم واستخدام اللغة للتفاعل والتواصل مع الآخر، وفهم الارتباط بطريقة طبيعية مع الناس والأشياء والأحداث والبيئة، وفهم المثيرات الحسية والاستجابات لها مثل الألم والسمع والذوق، بالإضافة إلى التعلم والتفكير. (أسامة محمد وآخرون، 2007، 573)

أما الجمعية البريطانية لأطفال التوحد فتري بأن هذا الاضطراب يشتمل على المظاهر التالية:

- اضطراب في معدل النمو وسرعته؛
- اضطراب حسي عند الاستجابة للمثيرات؛
- اضطراب التعلق بالأشياء والموضوعات والأشخاص؛
- اضطراب في الكلام واللغة والمعرفة. (أسامة فاروق، كامل الشرييني، 2001، 27)

## 3. التوحد في منظور الجمعية الأمريكية للطب النفسي L'APA

تتكلم الجمعية الأمريكية للطب النفسي عن التوحد في الطبعة الرابعة من DSM باعتباره أحد الاضطرابات المعيقة للنمو (Troubles envahissants du développement (TED) يشمل اضطراب التوحد الطفولي، عرض أسبرجر والاضطرابات المعيقة للنمو غير المحددة، أين يقوم تشخيص هذا الاضطراب على ظهور جملة الأعراض تتمثل فيما يلي:

- اختلال كفي في التفاعل الاجتماعي يتجلى في صعوبة في استخدام التواصل غير اللفظي، واخفاق في تطوير علاقات مع الاقران، غياب السعي العفوي للمشاركة في نشاطات الآخرين، والتبادل العاطفي والاجتماعي.
- اختلالات كفية في التواصل تظهر من خلال تأخر أو غياب اللغة واستخدام نمطي للكلمات، واللعب التخيلي.
- سلوكيات نمطية وتكرارية، تظهر في انشغال كلي بموضوع معين والمحافظة على الروتين، وألعاب تكرارية.

(APA,2003,87-88)

أما النسخة الخامسة من الدليل DSM فقد شهدت تغير في التصنيف، أين تم ادراج اضطراب التوحد ضمن اضطرابات النمو العصبي (TSA) Troubles neurodéveloppementaux تحت اسم اضطراب طيف التوحد Trouble du spectre de l'autisme، وتتحد أعراضه فيما يلي:

- عجز ثابت في التواصل والتفاعل الاجتماعي، يظهر من خلال صعوبة في التعامل العاطفي وصعوبة في التواصل غير اللفظي مع عجز في تطوير العلاقات والمحافظة عليها.
- أنماط متكررة محددة من السلوك والاهتمامات، تظهر من خلال اللعب والروتين والاهتمام بالجوانب الحسية للبيئة. (APA, 2013, 50)

ان التصنيف الجديد يشمل كل اضطرابات التوحد تحت الاسم الجديد، رغم ما قد تحمله من اختلاف لتشكيل طيف من السلوكيات التي تحتاج إلى تكفل جيد يسمح للطفل من تطوير مهاراته الاجتماعية والتواصلية.

#### 4. عرض حالة طفل مصاب باضطراب طيف التوحد:

يحي؛ طفل في سن الرابعة والنصف من العمر، يعيش في أسرة ذات مستوى اقتصادي متوسط تتكون من الأب والأم وأربعة إخوة ذكور، يعد أصغرهم، أظهر منذ الطفولة أعراض تشير إلى اضطراب طيف التوحد، على مستوى النمو النفس حركي وأيضا على مستوى اللغة، هذا التأخر كان واضحا مقارنة بإخوته حسب رأي الأم، إلا أنها لم تطلب التدخل والكشف الطبي أو النفسي، حيث كانت تظن بأن هذا التأخر سيتم تداركه مع الزمن.

طلب الرأي المتخصص من طرف النفساني العيادي كان في سن الرابعة من عمريحي، أين اتجهت الأسرة نحو نفساني عيادي لتطلب تشخيص الحالة، وتفسيرات لسلوكيات طفلها التي ترى بأنها غير عادية مقارنة بالإخوة والاقربان، رغم أن أعراض اضطراب طيف التوحد تبدأ في الظهور منذ الأشهر الأولى للميلاد، اذ يجب أن نحدد هل ظهر الاضطراب مبكرا وتدرجيا منذ الميلاد حتى سنتين؟ أم أن ظهور الأعراض كان متأخرا، ففي هذه المرحلة من المهم أن يلتفت طبيب الأسرة أو طبيب الأطفال إلى أي أعراض دالة على الاضطراب، (Marie Douniol, 2005, 32) غير أن الواقع يشير إلى أن طلب التدخل كثيرا ما يكون متأخرا وهو ما يفوت فرصة للتكفل المبكر والحصول على نتائج جد مرضية مع الطفل التوحدي، وتجاوز جوانب القصور وتحسين مهاراته وتفاعلاته الاجتماعية وتواصله مع المحيط.

التاريخ الطبي للطفل لم يحمل أي أمراض في الطفولة، إذ كان الحمل مرغوبا من الوالدين، فترة الحمل لم تشهد أي اضطرابات نفسية أو صدمات بالنسبة للأم، ميلاد الطفل كان بعد فترة حمل كاملة من تسعة أشهر، وعملية الوضع عادية لم تشهد اختناق ولا نقص الأوكسجين ولا ارتفاع كبير لدرجة حرارة الطفل، كما لم تظهر لدى الأم أي أعراض مرضية أو اكتئاب بعد الولادة.

الرضاعة الطبيعية دامت ستة أشهر، ثم رضاعة صناعية حتى السنتين من عمر الطفل، لم تظهر أي أعراض نفسية بعد الفطام، عدم ظهور أي اعراض لزيادة الشهية أو فقدانها، فيما ظهرت صعوبات في النوم (الأرق) وأيضا البكاء والحركة (agitation) أثناء النوم مع الكوابيس.

أبدى يحي صعوبات في التواصل البصري الذي يعد أحد أهم السمات المميزة لأطفال التوحد، مع غياب الابتسامة أثناء المناغاة، اذ حسب الأم لم يكن يبدي اهتمام لحضورها أو غيابها، ولا يستجيب بالقلق أو البكاء عند

حضور أشخاص غريبين عنه، أما في جانب النمو النفس حركي، فقد شهد تأخر لدى الحالة في المشي حتى سن 18 شهر، ثم في النمو اللغوي أين بدأ في استعمال أولى كلماته حتى سن الثلاث سنوات، وهذا يشير إلى تأخر لغوي لدى الحالة. بالنسبة للتاريخ الأسري، لم يظهر في العائلة أي اضطرابات عقلية لدى أفرادها، ولا تأخر في جوانب النمو سواء اللغوي أو الحركي لدى اخوته.

المقابلة الأولى مع الطفل وأسرته أظهرت أسرة متماسكة لا يسودها صراع أو مشاكل زوجية، تحمل الكثير من الرغبة في التكفل بطفلها والمساعدة في ذلك من خلال تطبيق البرامج في المنزل، وقد توصلت من خلال استطلاعاتها من بناء تصور على أن سلوكيات طفلها غير سوية وتحتاج إلى تكفل نفسي، فيما أظهر الطفل نوع من النشاط الزائد، وضعف في الانتباه نحو الاخصائي أو المكان الجديد الذي هو فيه، مع الاقتراب من الأم والبكاء.

حسب قول الأسرة فان الحالة يظهر كثير من الصعوبات في التواصل مع الآخرين، ولا يرغب في اللعب مع أقرانه، وعندما يريد أن يطلب شيئا فهو عادة يأخذ بيد الشخص إلى الشيء المرغوب من أجل أن يحصل عليه، في غياب لاستعمال اللغة، هو فقط يستعمل بعض الكلمات، وتوظيفها بشكل سيء أحيانا، هذا القصور في التواصل اللفظي يرافقه صعوبات أيضا في التواصل غير اللفظي أين لا يرغب في التواصل البصري ولا يبدي اهتماما للمحيط، وأحيانا قليلة يلجأ إلى استعمال الإشارة.

أحد أهم النشاطات التي ينهمك فيها يجي لوقت طويل هو مشاهدة التلفاز أو الهواتف الذكية والأجهزة اللوحية، أين يقضي وقته برفقتها، وبذلك يوفر على الأم واجب الاعتناء به فهو منشغل بتلك الأجهزة لا يبكي ولا يصدر ضجيجا أو يفسد أغراض المنزل، ورغم أن هذا السلوك منذر بزيادة حدة الاضطراب، إلا أن ذلك لم يلق قلقا لدى الأسرة، ومن المهم هنا أن نشير إلى خطورة استعمال تلك الأجهزة الالكترونية لدى الأطفال الصغار خاصة تحت ثلاث سنوات، فهي لها خطورة كبيرة على النمو اللغوي والانتباه لدى الطفل.

في هذا السياق تشهد البحوث كثير من النقاش حول مدى الدور الذي تلعبه المشاهدة الطويلة للتلفاز في ظهور أعراض التوحد، كعامل مفجر لاضطراب طيف التوحد، أو عامل يزيد من حدة الاضطراب، أين نجد دراسة Waldman et al 2006 التي تناولت تساؤل هل يعد التلفاز أحد أسباب التوحد؟ أين توصل البحث إلى أن المدة الطويلة التي يقضيها الطفل تحت ثلاث سنوات أمام التلفاز يمكن أن تفجر أعراض لطيف التوحد، والملاحظ لدى الطفل الذي ندرس حالته هنا أنه يستعمل ويردد كلمات باللغة الفصحى مثل "رائع، بطل، أحسنت" التي اعتاد على سماعها في برامج التلفاز، دون أن يكون استعمالها صحيحا في بعض الأحيان، ومن هنا فأول شيء يجب أن نقول به هو التوقف الفوري لمشاهدة تلك البرامج، وتعويضها بالتفاعل الاجتماعي مع الأطفال ومع الأم والأسرة والاشتراك مع الطفل في ألعاب أدائية تساعد على بناء تواصل مع الآخرين، و أيضا العمل على اخراج الطفل دائما من البيت رفقة أحد أفراد الأسرة للاحتكاك أكثر بالأطفال، ومن ثم ليتمكن من محاكاة سلوكياتهم وبناء روابط معهم من خلال مشاركتهم في اللعب أو مشاهدتهم.

المقابلة العيادية مع الأسرة والطفل أظهرت الأعراض التالية:

- صعوبات في التواصل اللفظي وغير اللفظي؛
- صعوبات على مستوى التفاعل الاجتماعي؛
- تأخر في اللغة وصعوبات في توظيف الكلمات؛
- اهتمام واستغراق وقت كبير في مشاهدة التلفاز والأجهزة الالكترونية الذكية.

كل هذه الأعراض جعلتنا نبنى فرضية إصابة الطفل باضطراب طيف التوحد، وقبل بناء تشخيص نهائي كان لا بد من أن نتجه نحو الغاء فرضية الإصابات العضوية، لأجل ذلك يجب أن يعرض الطفل على طبيب الأمراض النفسية للأطفال Pédopsychiatre، حيث أنا العمل مع أطفال التوحد يحتاج إلى مجموعة متعددة الاختصاصات من أجل تكفل أفضل.

### التقييم الطبي:

يتجه التقييم الطبي عند العمل مع أطفال التوحد إلى الغاء فرضيات الإصابة بأمراض عضوية قد تتشابه مع اضطراب طيف التوحد في بعض الأعراض، لذلك يقوم طبيب الأمراض العقلية للأطفال بمجموعة من الفحوص والاختبارات الاكلينيكية لتأكيد أو نفي فرضية الإصابة بالتوحد مع الأخذ بعين الاعتبار التاريخ المرضي والتطور النمائي.

يطلب الطبيب المختص إجراء تحاليل الدم بعضها روتينية وأخرى خاصة بالغدة الدرقية لفحص الهرمونات التي يؤثر اضطراب افرازها على نمو الطفل، كما يلجأ أيضاً إلى إجراء اختبار التصوير بالرنين المغناطيسي للمخ IRM الذي يسمح باستبعاد أي إصابات عضوية أو أورام في المخ، ضف إلى هذا اختبار التخطيط الكهربائي للدماغ EEG من أجل استبعاد فرضية الإصابة بالصرع L'épilepsie وهو ما يسمح لنا بإعطاء تشخيص فارقي بين اضطراب طيف التوحد والصرع، وللتأكد من قدرات السمع لدى الطفل التي لها أهمية في التواصل وتطور اللغة يلجأ المختص إلى فحص السمع L'Audiogramme، فالملاحظ لدى أطفال التوحد أنهم لا يستجيبون ولا ينتهون لنداء الآخرين، و من هنا نتمكن من التعرف هل الطفل يسمع ولا يستجيب؟ أم ان له ضعف في السمع.

بالنسبة للحالة التي نعرضها في هذا البحث، فقد خلص الفحص الطبي إلى أن الطفل لا يعاني من أي أمراض عضوية ولا إصابات في المخ ولا نوبات صرع، وقدرات السمع لديه طبيعية.

### تقييم القدرات العقلية:

يساعد تقييم القدرات العقلية من التعرف على ذكاء الطفل، اذ يظهر لدى أطفال التوحد بعض الاضطرابات المصاحبة لعل أهمها التخلف الذهني، حيث تبين الكثير من الدراسات بأن نسبة 75% يعانون من تخلف ذهني، (لورا شريمان، 2010، 55) وهو ما يزيد من صعوبة التواصل والتعلم والاستجابة للتعليمات عند تطبيق برامج التكفل، وقد ظهر أن لدى الحالة صعوبة في المجالات التي تتعلق باللغة والتفكير المجرد إلا أنه جيد في مجالات الذاكرة البصرية والحفظ، لذلك يمكن أن نقول بأن القدرات العقلية لدى الحالة عادية ولا يعاني من تخلف ذهني.

### تقييم القدرات اللغوية:

ولأن أهم الصعوبات التي تظهر لدى الطفل التوحدي تتعلق باكتساب اللغة واستعمالها بشكل جيد، فقد كان من اللازم تقييم قدرات الطفل اللغوية، إذ ابدى في بداية أول مقابلة نطق بعض الكلمات، وأحياناً استعمال غير مناسب لها، وقد بين التقييم الأرتفوني بأن لدى الطفل قدرات جيدة في نطق مخارج الحروف، رغم عدم وضوح بعض الكلمات، وفشل في بناء الجمل، إذ أن الطفل يستعمل كلمة واحدة عندما يريد أن يطلب شيء معين أو يأخذ بيد الشخص الذي أمامه ليحصل على ما يريد، إضافة إلى خلل في استعمال الضمائر، وقواعد اللغة والصرف، أين لا يفرق بين الماضي والحاضر.

## التقييم النفسي:

عند العمل مع أطفال التوحد فنحن بحاجة إلى تطبيق بعض المقاييس والاختبارات للحصول على تقييم كمي وكيفي لسلوكيات الطفل، وتحديد أي المناحي تشهد اضطراب أكبر، لأننا فيما بعد سوف نركز أكثر على تدعيم نقاط القوة، والتركيز على تحسين جوانب القصور والضعف في سلوك الطفل، ولعل أهم المقاييس التي تستعمل في الكشف على الاضطراب هو قائمة التوحد للأطفال CHAT الذي يعد أداة كشفية للأطفال المشتبه في إصابتهم بالتوحد من سن 18 شهر حتى 24 شهر، وهو لا يعتبر أداة تشخيص، ففي حالة الاشتباه في وجود اعراض التوحد يوجه الطفل إلى طلب رأي متخصص، إذ له قيمة كبيرة في الكشف المبكر ومن ثم التكفل الجيد. (Robins et all, 2009)

الاختبار الأخر والأكثر استعمالاً هو اختبار Childhood Autism Rating Scale (CARS) الذي يعد أداة تشخيص للاضطراب طيف التوحد، يتكون من 15 فقرة تقيس جوانب مختلفة من السلوك، يتم تطبيقه من خلال توجيه أسئلة للوالدين وأيضا ملاحظة سلوك الطفل، كل فقرة منه لها درجات تتراوح من واحد إلى أربعة، حيث يمثل الرقم 4 اضطراب شديد للسلوك، في حين يشير الرقم 1 إلى السلوك الطبيعي، والدرجة النهائية للمقياس تحدد مدى شدة الاضطراب وتنقسم إلى توحد شديد، توحد خفيف، لا يوجد اعراض التوحد. (Eric Schopler et all, sans date, 3)

فيما يلي سنورد البنود الخمس عشر التي يقيسها اختبار CARS: (1) العلاقات الاجتماعية، (2) التقليد، (3) الاستجابة الانفعالية، (4) استعمال الجسد، (5) استعمال الأشياء، (6) التكيف مع التغيرات، (7) الاستجابات البصرية، (8) الاستجابات السمعية، (9) الذوق، الرائحة واللمس، (10) الخوف والقلق، (11) التواصل اللفظي، (12) التواصل غير اللفظي، (13) مستوى الحركة، (14) القدرات العقلية، (15) انطباع عام. (Eric Schopler et all, sans date, 15-25)

لقد أوضحت نتائج اختبار CARS لتقدير شدة اضطراب طيف التوحد أن الحالة لديه صعوبات في جوانب مختلفة من المجالات المذكورة آنفا بدرجات متفاوتة، حيث لحظنا مهارات ضعيفة في كل من العلاقات الاجتماعية، الاستجابات السمعية، التواصل اللفظي وغير اللفظي مع فرط في النشاط الحركي، فيما أبدى قدرات حسنة ومشجعة في جوانب استعمال الجسد، استعمال الأشياء والقدرات العقلية.

بينت نتائج الاختبار أن الطفل يعاني لديه اضطراب توحد ذو شدة خفيفة، مع صعوبات في نواحي مختلفة من السلوك واللغة والاستقلالية، يحتاج إلى تكفل نفسي، أطفوني بمساعدة الأسرة من أجل تحسين قدراته على التواصل والتعلم، ويندرج ضمن المستوى الأول الذي يتكلم عنه الدليل الاحصائي والتشخيصي في طبعته الخامسة DSM5 عند تقسيمه لشدة الإصابة بالتوحد إلى ثلاث مستويات، حيث أن الشدة الخفيفة من الاضطراب تحتاج للدعم، (APA, 2013, 52) وهؤلاء الأطفال بإمكانهم مستقبلاً أن يُدمجوا في الوسط المدرسي.

من خلال كل المعطيات المحصل عليها من طرف المختصين، إذ أن العمل الجيد مع أطفال التوحد يحتاج إلى فريق متعدد الاختصاصات، تم تشخيص الطفل يعاني على أنه مصاب باضطراب طيف التوحد بدرجة خفيفة، ويحتاج على دعم وتكفل، من أجل تطوير مهاراته وتفاعله الاجتماعي والتواصل لديه، ومن هنا فقد تم اختيار برنامج TEACCH الذي قام ببنائه مجموعة من الباحثين والمختصين على رأسهم ERIC SCHOPLER والذي يعد أحد أشهر برامج التكفل بأطفال التوحد.

يمثل برنامج TEACCH طريقة لعلاج أطفال التوحد ومشكلات التواصل، تم بناؤه من طرف إيريك شوبلر ERIC SCHOPLER بأمریکا عام 1972 كأول برنامج تربوي تدريبي معتمد من طرف الجمعية الأمريكية للتوحد، ان هذا البرنامج يدخل عالم الطفل ويستغل نقاط قوته وتحسين النقاط السلبية لديه من خلال فهم اللغة والبيئة واستخدام أنشطة بصرية مثل الصور والكلمات المكتوبة، اذ يفترض أن أداء الأطفال يتحسن بشكل أفضل عندما يكون التدريب في وسط منظم مع استعمال وسائط بصرية. (سوسن شاكر، 2010، 137)

يركز برنامج TEACCH على مناهي مختلفة من السلوك لدى الطفل، أين بدأنا في العمل مع الحالة من خلال تقييم المؤهلات والعجز في مختلف الجوانب، لنعمل فيما بعد على تحديد الاستراتيجيات التعليمية والأهداف المرجوة من تطبيق البرنامج، والتي نسعى إلى تحقيقها من خلال هذه الأنشطة التربوية والتعليمية، ويشمل هذا البرنامج نشاطات أدائية تدرج تحت عشرة محاور هي (1) التقليد، (2) الإدراك الحسي، (3) الحركة العامة، (4) الحركة الدقيقة، (5) التنسيق والتآزر بين العين واليد، (6) الإدراك المعرفي، (7) الكفاءة اللغوية، (8) الاستقلالية، (9) التآلف الاجتماعي و(10) السلوكيات.

لقد كان من المهم التركيز على جوانب القصور في سلوك الطفل، إذ بين التقييم الأولى ضعف في جوانب اللغة، الإدراك المعرفي، التآلف الاجتماعي، فيما أظهر قدرات جيدة في الحركة العامة والتناسق، وقد كانت التدخل من خلال تطبيق البرنامج من طرف الأخصائيين بالتعاون مع الأسرة وخاصة الأم، أين قمنا بتطبيق البرنامج وأنشطته، حيث كانت المواعيد مرة في الأسبوع لمدة ساعة تطبق فيها نشاطات مختلفة من كل محاور البرنامج التي ذكرناها آنفا، وتقوم الأسرة بتطبيق أنشطة أخرى في المنزل.

لقد كان من المهم عند العمل مع الحالة التركيز على أهمية بناء علاقة جيدة بين الأم والطفل، ورفع درجة فهم الأسرة لطبيعة الاضطراب وخصائصه لضمان تكفل أفضل، ضف إلى ذلك رفع روح المشاركة في العمل مع الطفل وغرس أمل تحسن الطفل من خلال المشاركة الفعالة مع مزيد من الصبر والتفهم والمرافقة.

بالموازاة مع تطبيق البرنامج كانت لابد من زيادة وعي أسرة الطفل بطرق التعامل معه ومع سلوكياته، فكان مبدأ التعزيز الإيجابي والتجاهل ذو قيمة هامة عند العناد واستعماله لأسلوب البكاء لتحقيق مطالبه، إذ يجب على الأسرة ألا تستجيب لطلباته تحت ضغط البكاء، فتجاهل كثير من جوانب السلوك المزعجة تؤدي إلى اختفائها، (ابراهيم عبد الستار وآخرون، 1993، 79) مع المشاركة في اللعب معه من أجل زيادة تواصله، اذ يمثل اللعب أحد أهم وسائل تعديل السلوك سواء مع الطفل العادي أو التوحدي، باعتباره نشاط تفاعلي حقيقي بين الطفل والمعالج، ويشعر الطفل من خلاله بثلاث ميزات هي التقبل، الثقة والاحترام، (كلارك موستاكس، 1990، 163) لذلك فمن المهم أن نحكي أفعال الطفل ومصاداته بدون فتور، لينجح الطفل في معرفة تلك السلوكيات، فنفتح نافذة تواصل من خلال هذه التجربة المشتركة. (كريستين ماكنتاير، 2004، 59)

ولزيادة مهاراته الاجتماعية كان لابد من الانخراط في نشاطات مع أقرانه، والتوقف عن مشاهدة التلفاز واللعب بالأجهزة اللوحية والبقاء فقط في البيت، فكان الدخول إلى الروضة مهما لتقوية الجانب الاجتماعي لديه.

## التقييم بعد ستة أشهر:

بعد مرور ستة أشهر من تطبيق البرنامج والتعامل المطلوب مع سلوكيات الطفل، والتغيرات التي قمنا بها، كان من المهم أن نقوم بتقييم جوانب سلوك الطفل لمعرفة مدى التقدم الذي حققه، ومدى وصولنا للأهداف المرجوة، وقد بينت نتائج التقييم ما يلي:

**اللغة:** تحسن اللغة لدى الطفل أين أصبح بإمكان الطفل بناء جمل قصيرة، والتفريق بين الضمائر هو وهي، أسماء الإشارة هذا وهذه، المكان فوق، تحت، يمين يسار، فهم التعليمات، واستعمال اللغة في طلب الأشياء التي يريدونها بعدما كان يستعمل الإشارة حيننا والأخذ بيد محدثه تارة أخرى.

**الحركة العامة والدقيقة:** ساعدت التمارين والنشاطات الأدائية في تحسن قدرات الحالة أين أصبح قادرا على استعمال الأشياء والتعرف على صورة جسمه وتسميتها.

**التناسق:** ساعدت الأنشطة التي طبقت مع الطفل في نمو قدرات التناسق لديه مما أعطاه استقلالية أكبر في حياته اليومية.

**التواصل:** لقد أصبح ظاهرا أن الطفل قد اكتسب قدرات جيدة في جوانب التواصل اللفظي وغير اللفظي من خلال التواصل البصري وفهم التعابير الوجهية.

**التفاعل الاجتماعي:** أظهر الطفل تحسن ملحوظ في التواصل الاجتماعي أين أصبح يفضل اللعب مع الأقران، رغم أنه أبدى في البداية بعض العدوانية والرغبة التملك.

إن التقييم الشامل لمختلف جوانب النمو لدى الطفل قد أظهر تحسنا ملحوظا، وذلك نتاج لعمل المشترك بين الأخصائيين والمساعدة الفعالة من طرف الأسرة التي كانت محفزة بقوة من أجل مساعدة طفلها ليتكيف مع الحياة بشكل جيد، هذا العمل الذي قمنا به لازل مستمرا من أجل الوصول إلى نتائج أفضل وأكثر ديمومة إذ يحتاج المصاب باضطراب طيف التوحد إلى مرافقة طوال مراحل نموه.

## خاتمة:

إن العمل مع الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد ينطلق من دافع إنساني وأخلاقي، ويحتاج إلى الكثير من الصبر والتقدير والثقة من أجل الوصول بهم إلى مستويات جيدة من التكيف مع البيئة والخروج من القوقعة التي يعيشون فيها، فهم ليسوا بحاجة إلى الاهتمام فحسب بل يجب أن يترجم ذلك إلى برامج تدريب وتعليم تأخذ بأيديهم إلى اكتساب الكثير من المهارات التي يفتقدونها والقدرات التي هم بحاجة إليها، ورغم صعوبة الاتصال والتفاعل الاجتماعي مع هؤلاء إلا أننا بحاجة إلى الصبر معهم والنظر إلى أوجه القوة في سلوكياتهم وتنميتها وتعزيز ثقتهم بأنفسهم.

إن نجاح هذا العمل ينطلق من الاكتشاف المبكر للاضطراب ليكون لدينا وقت كافي للتكفل بالطفل المصاب، لذلك فعلى الأم باعتبارها الإنسان الأقرب لطفلها أن تلاحظ أي قصور أو أعراض غير سوية فتطلب رأي المتخصصين ومساعدتهم، إذ كلما كان التشخيص مبكرا كان التدخل أكثر فاعلية، والنتائج أحسن وأفضل، كل هذا في إطار تدخل متخصص من طرف فريق عمل متعدد الاختصاصات يضمن تكفل نفسي، أرطفوني وطبي شامل.

لقد بينا من خلال هذه الورقة البحثية طبيعة اضطراب طيف التوحد وأعراضه لدى الطفل المصاب به، ومدى أهمية التدخل المبكر، ثم فعالية التدخل عندما يكون من طرف فريق متخصص، إذ يجب أن نركز على تعديل سلوكيات



الطفل، وبناء برنامج ملائم لقدراته يساعده على التعلم واكتساب مهارات يفتقدها، كل هذا ليتمكن من التكيف مع البيئة التي يعيش فيها والتفاعل الجيد مع محيطه.

#### قائمة المراجع:

1. إبراهيم عبد الستار، عبد العزيز بن عبد الله، رضوان إبراهيم، 1993، **العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته**، عالم المعرفة، الكويت.
2. أسامة فاروق، كامل الشرييني، 2011، **التوحد: الأسباب والتشخيص والعلاج**، دار المسيرة، الأردن.
3. أسامة محمد البطاينة، عبد الناصر ذياب جراح، مأمون محمود غوانمة، 2007، **علم نفس الطفل غير العادي**، دار المسيرة، الأردن.
4. سليم النجار، 2006، **التوحد واضطراب السلوك**، دار أسامة المشرق الثقافي، الأردن.
5. سوسن شاكر مجيد، 2010، **التوحد: أسبابه . خصائصه . تشخيصه . علاجه**، ديونو للنشر والتوزيع، العراق.
6. كريستين ماكنتاير، 2004، **أهمية اللعب للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة**، ترجمة: خالد العامري، دار الفاروق، مصر.
7. كلارك موستاكس، 1990، **علاج الأطفال باللعب**، ترجمة: عبد الرحمن سيد سليمان، دار النهضة العربية، مصر.
8. لورا شريمان، 2010، **ترجمة فاطمة عياد، التوحد بين العلم والخيال**، عالم المعرفة، الكويت.
9. APA, 2003, **DSM 4TR**, Masson, Paris.
10. APA (2013), **diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-5**, British Library, London.
11. Bernadette Rogé, 2003, **l'autisme comprendre et agir**, Dunod, Paris.
12. Dominique Yvon, 2014, **à la découverte de l'autisme**, Dunod, Paris.
13. Eric Schoeler, Robert Reichler, Barbara rochen- renner, sans date, **échelle d'évaluation de l'autisme infantile (cars)**, traduction et adaptation française : Bernadette roge, Toulouse.
14. Marie Douniol, 2005, **L'autisme infantile : diagnostic et dépistage précoces**, Revue de pédiatrie, vol. 8, n° 1.
15. Robins, Fein, Barton, 2009, **liste de contrôle modifiée pour l'autisme chez les jeunes enfants, corrigée avec suivi (M. CHAT . R/ F)** France.
16. Waldman et al, 2006, **Does television cause autism?**, the National Bureau of Economics Research (nber.org). USA.