

أهمية العلاج السلوكي لاضطراب التوحد لدى الطفل

حسان سخسوخ

drhassansekhsoukh@gmail.com

قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة أم البواقي، الجزائر

ملخص

لا بد أن يتوفر الدعم النفسي للطفل المصاب بالتوحد وذلك عن طريق تعليم الأبوين الطرق السليمة للتعامل مع طفلهم، والطرق التي يعلمون بها طفلهم السلوك الصحيح. ومن المستحسن أن يقوم الأبوان بالاستعانة بعائلة كان لديها طفل مصاب بالتوحد وتم شفاؤه لمعرفة كافة الطرق السليمة التي يجب التعامل بها مع هذا النوع من الأطفال. إن تعديل السلوك هو الأسلوب الأمثل لعلاج المشكلات السلوكية لدى الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك من أجل مساعدتهم على التكيف والتواؤم مع مجتمعهم. كما أن تعديل السلوك الإنساني يهدف إلى تغيير السلوك للأحسن، وذلك من خلال زيادة السلوك المقبول أو تشكيل السلوك الجديد المراد تعلمه أو إضعاف السلوك غير المقبول حيث يتم ذلك في البيئة الطبيعية ومن خلال تنظيم الظروف أو المتغيرات البيئية وخاصة ما يحدث منها بعد السلوك لأن السلوك محكوم بنتائجه. وتعديل السلوك يركز على الحاضر، وليس على الماضي. كما أنه يركز على السلوك الظاهر وليس على السلوك الخفي، ويعتمد على القياس الموضوعي المباشر، والمتكرر. ويستخدم التحليل السلوكي في تفسير السلوك وتعديله، وهو يستخدم المنهج العلمي الذي يركز على استخدام الأساليب القابلة للتنفيذ، والتي يمكن التحقق من فاعليتها بشكل مباشر، وهو منهج تربوي أكثر منه علاجي، لأنه يركز على استخدام الأساليب الإيجابية.

الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي؛ التوحد؛ الطفل.

The importance of behavioral therapy for child autism

Hacène Sekhsoukh

drhassansekhsoukh@gmail.com

Department of social sciences, Faculty of social and Human sciences, Oum-bouaghi University, Algeria

Abstract

Psychological support must be given for any child with autism, this goal could be reached by teaching parents the adequate ways to deal with their child; and the ways they must use in teaching their child the correct behaviors. It is recommended that parents seek help in a family that had a cured child who have ger better from autism to find out the right ways to deal with behavioral problems of children with autism, in order to help him to acquire a capacity to adapt with society. The modification of human behavior aims to change the behavior for the better, by increasing the acceptable behavior, or forming the new behavior and weakening the unacceptable one, in the natural environment and by organizing environmental conditions. Behavior modification focuses on the present, not on the past. It also focuses on apparent behavior and not on hidden one, and it depends on direct and repeated objective measurement. The behavioral analysis is used to interpret and modify behavior, it uses the scientific methods, whose effectiveness can be verified directly, as well as it is an educational approach more therapeutic, because it focuses on using positive methods.

Keywords: behavioral therapy; autism; child.

مقدمة

عندما يولد الطفل يكون بحالة طبيعية كأبي طفل، ولا تبدو عليه أي علامات مرض نفسي أو ما شابهه، ولكن مع الوقت يلاحظ الأبوين أن سلوك الطفل مخالف لسلوك الأطفال الآخرين، يولد لهم هذا شعورا بأن طفلهم لن يصبح طبيعيا عندما يكبر، فتصرفاته تظهر أنه لا يتفاعل مع المحيط الذي حوله كما يتفاعل الأطفال، حتى أنه يتأخر في المشي والنطق ويصبح لديه تأخر في كل شيء، ودائم البكاء ولا يتقبل أي شخص حتى لو كان يداعبه ويلطفه، كل هذا الأمور تجعل من الطفل محط أنظار من حوله على أنه يوجد به علة، ولا بد من فهم طبيعة التصرفات الغريبة التي تصدر منه، بعض الأطفال تكون لديهم تصرفات غريبة ولكن عندما يكبروا يصبحون طبيعيين، حتى أنهم قد يتأخرون في المشي والنطق قليلا ولكن بعد ذلك ينتهي الأمر ويعيشون حياة طبيعية، والبعض الآخر يطول عندهم الأمر ويتطلب ذلك مراجعة الأطباء للكشف عن حالتهم، ومعرفة ما الذي أصابهم ومحاولة علاجهم قبل فوات الأوان، إن معظم الأطفال الذين يتصرفون بطريقة غريبة وغير طبيعية، وخاصة إن كان الطفل لم يبلغ عامه الثالث وتصبح لديه الكثير من المشاكل، فالمرجح أن هذا الطفل مصاب بالتوحد، هذا المرض عادة ما يصيب الأطفال في سن صغير ويجعلهم غير قادرين على معرفة ما يدور حولهم، ولا يستطيعون التواصل مع الآخرين بشكل طبيعي، والتوحد ليس مرضا أو اضطرابا معديا، وغير مرتبط بجنس معين أو عرق معين أو سلالة معينة، فقد يصيب التوحد طفلا لدى عائلة تخلو من الأمراض بأنواعها، لذلك يجب معرفة ما هو التوحد وطرق التي يجب التعامل معها مع الطفل التوحدي، وللعلم أن الطفل قد ينتهي من حالة التوحد ويصبح طبيعيا جدا، ويوجد الكثير من الحالات التي تم السيطرة عليها وعلاجها بشكل تام، خاصة من خلال العلاجات السلوكية.

يأتي هذا المقال في محاولة للإجابة عن بعض الأسئلة هي:

- ما مفهوم التوحد وما مدى انتشاره في العالم والجزائر خاصة؟
- ما هي المظاهر الأساسية التي تسمح بتشخيص اضطراب التوحد؟
- ما هو العلاج السلوكي؟ وما هي مراحل تعديل سلوك الطفل التوحدي؟

1. التوحد

1.1 مفهوم التوحد

يتميز التوحد باضطراب العلاقات البين شخصية والاجتماعية، حيث يتجنب الطفل التواصل مع الآخرين ويظهر عليه الانسحاب العاطفي والاجتماعي، ويظهر قلة الاهتمام بالآخرين، ويصبح لا يفرق بين المتحرك والثابت بين الإنسان وغير الإنسان، ويمكن أن يظهر بعض الاهتمام القهري ببعض الأشياء الملموسة أو صورته الشخصية. ويظهر التدهور بشكل كبير على قدرته على الاتصال بحيث قد تختفي اللغة تماما، بما فيها اللغة غير الشفهية، وتظهر على الطفل سلوكيات مقبولة وتصرفات متكررة والتي قد تكون مصحوبة بإيذاء الذات (Auto-mutilation)، وغياب اللعب وضعف القدرة على التفاعل، ويكون ذلك مصحوبا باضطرابات معرفية وضعف القدرات الذهنية والتأخر العقلي، ويرتبط القلق لديه بالإحساس بعدم الوجود، ووسيلة الدفاع لديه تتمثل في التفكك. يبدأ التوحد الثانوي النكوسي حوالي السنة الثانية بعد مرحلة من النمو تبدو عادية، في العادة ما بين 14 و18 شهر، ويكون من الصعب تحديد مدى طبيعية هذه المرحلة بسبب نكران الوالدين بل وحتى المتخصصين، ويعتبر هذا الشكل الثانوي النكوسي من التوحد قريب من الذهان المبكر (فصام الشخصية). من جهة أخرى فإن تناذر أسبيرجر (Asperger, 1944) يتميز بالخلو من تأخر النمو المعرفي وخاصة النمو اللغوي، حيث تظهر على الطفل التوحدي قدرات مميزة في بعض المجالات مثل الذاكرة والحساب وغيره)، لكنها تكون بمعزل عن الأداء النفسي العام ويكون الطفل غير متوافق نفسيا واجتماعيا (Roussillon, 2018).

جرى تعريف اضطراب التوحد في نهاية القرن العشرين بواسطة العالمين ليوكانر وهانز أسبيرجر (Asperger, 1944; Kanner, 1943) في دراسات قام بها هذان العالمان. والتوحد autism مشتق من كلمة autos وتعني نفس أو ذات أو ذاتي الحركة، و isme، وتعني الحالة الغير سوية. وهو اضطراب، ولا تعني كما يعتقد البعض أن التوحد هو الانطواء، ويفهم من التوحد أن الشخص المصاب بهذه الاضطراب فهو متوحد بخياله يعاني من ضعف الترابط الاجتماعي مع الغير، فضلا عن أن التوحد ناتج عن اضطراب في الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف المخ.

وعرفت جمعية التوحد في الولايات المتحدة الأمريكية التوحد بأنه عبارة عن إعاقة في التطور تتعلق بالنمو عادة تظهر خلال السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، واضطراب التوحد ليس على وتيرة واحدة ونمط سلوكي واحد، بل بشكل مختلف فمنهم شديد التوحد ومنهم حالات توحد أقل شدة.

ويعتبر تعريف آخر أن التوحد هو اضطراب نمائي ناتج عن خلل عصبي (وظيفي) في الدماغ غير معروف الأسباب يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل، ويتميز فيه الأطفال بالفشل في التواصل مع الآخرين وضعف واضح في التفاعل وعدم تطوير اللغة بشكل مناسب وظهور أنماط شاذة من السلوك وضعف في اللعب التخيلي. أو هو أحد الاضطرابات النمائية التي تصيب الأطفال، وتتميز هذه الاضطرابات بصفيتين مهمتين متلازمتين هما: التأخر في النمو والانحراف في مسار النمو. وعرفه جلبر (Gilber, 1980) بأنه أزمة سلوكية تنتج عن أسباب عدة تتسم بقصور اكتساب مهارات التواصل والعلاقات الاجتماعية والسلوكيات النمطية وضعف في مهارات اللعب. وتعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه اضطراب نمائي يظهر في السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل ويؤدي إلى عجز في التحصيل اللغوي واللعب والتواصل الاجتماعي. فهو إذن اضطراب نفسي اجتماعي يشمل مجموعة من جوانب الشخصية على شكل متلازمة، وهناك اضطرابات أخرى كثيرة تشبه التوحد منها: ضعف السمع، والتخلف العقلي، وصعوبات التعلم واضطراب فرط النشاط ونقص الانتباه.

2.1 نسبة الانتشار

نتيجة للاهتمام المتزايد بهذا الاضطراب، ونتيجة ظهور أكثر من أداة لتشخيص حالات التوحد فإن هناك اتفاق على أن نسبة ظهور هذا الاضطراب أخذت في التزايد، فقد أشارت بعض الدراسات إلى أن النسبة تصل إلى 15-20 حالة من كل 10000 حالة ولادة حية. كما أشارت دراسة أخرى إلى أن النسبة تكاد تصل (1-500) حالة ولادة حية، كما هو الحال في الولايات المتحدة الأمريكية والتي أشارت إلى إن حالات التوحد بأنماطها المختلفة وأشكالها تصل إلى (500000) يمكن وصفهم بأن لديهم حالة توحد أو أحد أشكال التوحد. وأشارت الدراسات إلى إصابة الذكور أكثر من الإناث بنسبة (1 مقابل 2) أي أنثى مقابل ذكراً، ويظهر التوحد في مختلف الطبقات الاجتماعية والمستويات الثقافية والعرقية، وأن انتشار مرض التوحد بين الأطفال في ازدياد مستمر.

3.1 أسباب التوحد

ما زالت الأبحاث والدراسات جارية لمعرفة الأسباب المؤدية لحالات التوحد، لذا لم يتوصل العلماء إلى مسببات التوحد الأساسية فضلاً عن عدم قدرتهم على الكشف عن تأثيرات الحالة الدماغية والوظائف أو الخصائص الكيميائية للدماغ. ويمكن إجمال العوامل المسببة للتوحد فيما يلي: (عوامل جينية، عوامل بيولوجية، عوامل عصبية، عوامل نفسية، إصابات في المخ، الشلل الدماغى، الإعاقة العقلية، الأسباب البيئية، الانتهاج الدماغى، تأثير المطاعيم، التسمم بالمعادن الثقيلة كالرصاص، نفاذية الأمعاء للكازئين والجلوتين) (يحي، 2000).

4.1 تشخيص التوحد

لا توجد اختبارات طبية محددة لتشخيص التوحد، ومن أجل التوصل إلى تشخيص دقيق فإنه ينبغي أن يخضع الطفل لمتابعة مختصين ماهرين في تحديد مستويات التواصل والسلوك والنمو، وحيث أن الكثير من السلوكيات المرتبطة بالتوحد هي أيضاً أعراض لاضطرابات أخرى، فإنه يمكن للطبيب إخضاع الحالة لاختبارات طبية مختلفة لاستبعاد مسببات محتملة أخرى، ولذلك فإن تشخيص حالات التوحد يعتبر صعباً ومعقداً، لا سيما بالنسبة للمختص قليل الخبرة والتدريب. ومن أجل التوصل إلى تشخيص أكثر دقة ينبغي أن يتم تقييم الطفل من قبل فريق متعدد التخصصات يضم مختصاً في علم النفس العيادي، والأرطفونيا، وطبيباً في الأمراض العقلية للطفل، وطبيب أطفال، ومربيًا مختصاً، وغيرهم من المختصين ذوي العلاقة بإعاقة التوحد، مع أهمية التأكيد على أن المراقبة السريعة خلال لقاء أو موقف واحد لن توفر صورة حقيقية لقدرات الطفل وأنماط سلوكه. فمن النظرة الأولى يبدو الطفل المصاب بالتوحد وكأنه يعاني من تخلف عقلي أو صعوبة في التعليم أو إعاقة سمعية، إلا أنه من الأهمية بمكان التمييز بين التوحد وحالات الإعاقة الأخرى، ذلك أن التشخيص الدقيق يمثل القاعدة الأساسية للبرنامج التعليمي والعلاجي الأكثر ملائمة للحالة.

غالباً ما يكون نمو الأطفال التوحديين عادي نسبياً حتى بلوغهم سن 30-24 شهراً، بعد ذلك يلاحظ الأوبان تأخراً في النمو اللغوي أو مهارات اللعب أو التفاعل الاجتماعي لدى طفلهم، إلا أن أياً من مظاهر التأخر في الجوانب التالية لا يمكن الاستناد عليه بشكل انفرادي أو الحكم على إصابة الطفل بالتوحد، لأن التوحد عبارة عن مشكلات نمائية متعددة ومتداخلة، والجوانب التالية بعض من المظاهر التي تتأثر عند الإصابة بالتوحد؛

1.4.1 التواصل

يتضح ذلك من خلال بطء نمو اللغة أو توقفه تماما، كاستخدام الكلمات دون ربطها بمعانيها المعتادة واستخدام الإشارات عوضا عن الكلمات وقصر فترات الانتباه .

2.4.1 التفاعل الاجتماعي

فقد يقضي الطفل وقته منفردا بدلا من قضاءه مع الآخرين، أو يظهر القليل من الاهتمام في اكتساب الأصدقاء، أو يكون أقل استجابة للمؤثرات الاجتماعية المحيطة به، كالاتصال البصري أو الابتسام.

3.4.1 الاعاقة الحسية

مثل الاستجابات غير الطبيعية للأحاسيس الجسدية، كالحساسية للمس أو ضعف الاستجابة للألم وقد تتأثر حواس السمع والبصر واللمس والذوق والشم بدرجات نقص أو زيادة متفاوتة.

4.4.1 اللعب

قصور في اللعب العفوي أو المرتكز على الخيال، عدم القدرة على محاكاة أفعال الآخرين، وعدم القدرة على المبادرة بألعاب تتطلب من الطفل تقمص شخصيات أخرى .

5.4.1 السلوكيات

فقد يكون مفرط النشاط أو شديد الخمول يفعل دون سبب واضح، أو يتأثر في التعرف على أحد المواضيع أو الأفكار أو الأشخاص أو يعاني من فقدان واضح لحسن تقدير الأمور، أو يظهر سلوكا عدائيا أو عنيفا أو يؤدي نفسه.

كما ينبغي التنبيه إلى وجود فروق كبيرة بين الأطفال المصابين بالتوحد، فقد يظهر بعضهم ممن تكون حالات إصابتهم خفيفة تأخرا بسيطا في نمو اللغة، بينما تتأثر بشكل أكبر قدرتهم على التفاعل الاجتماعي، كما قد يتمتعون بمهارات متوسطة أو فوق المتوسطة في مجالات النطق والذاكرة والإحساس بالمكان، ولكنهم مع ذلك يجدون صعوبة في الاحتفاظ بخيال واسع، في حين يحتاج من تكون حالات إصابتهم بالتوحد أكثر شدة دعما مكثفا للقيام بأبسط المهام والاحتياجات اليومية.

وفي الغالب تظهر لدى المصابين بالتوحد نصف الأعراض على أقل تقدير، وهي قد تتراوح بين الطفيفة والحادة كما تتنوع شدتها من عرض لآخر، وبالإضافة إلى ذلك فإن النمط السلوكي عادة ما يحدث ضمن الكثير من المواقف المختلفة ولا يكون ملائما لأعمار التوحديين.

5.1 أعراض التوحد

- الأعراض التي قد تظهر لدى التوحديين هي:
- الصعوبة في الاختلاط مع غيره من الأطفال.
- الإصرار على ذات الأشياء، ومقاومة التغيير في الأمور المعتادة.
- الضحك والقهقهة بصورة غير ملائمة.
- انعدام الخوف الحقيقي من الأخطار.
- قلة الاتصال البصري أو انعدامه كليا.
- عدم الاستجابة لطرق التدريس التقليدية.
- اللعب المستمر بطريقة غريبة أو غير مألوفة.
- انعدام واضح للإحساس بالألم.
- تكرار المفردات أو العبارات بدلا من اللغة الطبيعية.
- تفضيل الوحدة والعزلة عن الآخرين. - عدم الرغبة بالاحتضان. - تدوير الأشياء.
- إفراط ملحوظ في النشاط البدني، أو خمول شديد.
- انفعالات مفاجئة، فقد يظهر ضيقا شديدا دون سبب واضح.
- عدم الاستجابة للتعبيرات اللفظية، فهو يتصرف وكأنه أصم.
- تعلق غير ملائم بالأشياء.
- تفاوت في المهارات الحركية الكبيرة والدقيقة (فقد لا يرغب بركل الكرة، ولكنه قادر على تجميع المكعبات).
- صعوبة التعبير عن الاحتياجات، يستخدم الإيماءات أو الإشارات بدلا من الكلمات.
- وخلافا للمفاهيم الشائعة عن التوحديين، فإن بعض حالات التوحد أطفالا كانوا أم بالغين قادرين على الاتصال بصريا بالآخرين وإظهار المودة وغيرها من الأحاسيس والابتسام والضحك ولكن بدرجات متفاوتة، ونجدهم يستجيبون للبيئة المحيطة بهم كغيرهم بطرق إيجابية أو سلبية، وقد يؤثر التوحد على مدى استجاباتهم ويجعل من

الصعب عليهم التحكم في ردود أفعالهم الحسية والذهنية، ويعيش التوحديون أعماراً طبيعية، وقد تتغير الاضطرابات السلوكية المرتبطة بالتوحد أو تختفي تماماً مع مرور الوقت. وعلى الرغم من أنه ليس بمقدور أحد التنبؤ بالمستقبل، فإننا نعلم جيداً أن بعض البالغين الذين يعانون من التوحد يعيشون حياتهم ويعملون كأفراد مستقلين في المجتمع في حين أن بعضاً آخر يستمر في الاعتماد على دعم الأسرة والمختصين، وفي الغالب يستفيد البالغون المصابون بالتوحد من برامج التدريب المهني لاكتساب المهارات اللازمة للحصول على عمل، إضافة إلى استفادتهم من البرامج الاجتماعية والترفيهية، أما من حيث المسكن فإنه جماعي، أو مع الأهل والأقارب أو في دور خاصة تحت إشراف مختصين وفي ظروف غاية في الدقة والتنظيم. وقد يعاني المصابون بالتوحد من إعاقة أو اضطرابات أخرى تؤثر في عمل الدماغ مثل؛ الصرع أو التخلف العقلي أو الاضطرابات الجينية مثل "متلازمة X الهشة" (fragilité du syndrome X)، وتظهر الفحوص أن ما يقارب ثلثي من يتم تشخيصهم بالتوحد يدخلون ضمن مجال التخلف العقلي وأن ما يقارب من 25-30% من التوحديين قد يتطور لديهم نمط الصرع في مرحلة من مراحل حياتهم (يحي، 2000).

6.1- أساسيات يمكن إتباعها في جميع الخطط العلاجية للتوحد

- الكشف الطبي الشامل للطفل التوحدي وعلاجه، مع مراعاة الفروق الفردية بينهم.
- الكشف النفسي الشامل له، مع دراسة البيئات التي يعيش فيها (الأسرة، الروضة، المدرسة الخ).
- محاولة اختراق العزلة التي يعيش فيها، بالتربيت الخفيف على كتفه، وبالتواصل البصري غير المطول معه، وبالتحدث إليه بعبارات قصيرة، وبلفت رأسه ناحية المتكلم معه دون عنف، ثم تركه عند الشعور بأنه على وشك التصرف بطريقة ضارة به أو بالآخرين.
- عدم إحداث تغييرات تؤدي إلى إحداث توتر عصبي لديه.
- دراسة سلوكياته لتحديد أي منها ينبغي تعديله.
- استخدام التعزيز والتشريط في تعديل ذلك السلوك.
- تشجيعه على الملاحظة ثم تقليد مبتدئين بالحركات الرياضية، وبالتلويح وبعمل المجسمات.
- تشجيعه على التواصل مع الغير حركياً ولفظياً ورمزياً.
- الاستعانة بمختص تخاطب لتعميق التدريبات على الكلام.
- تنمية مهاراته؛ وبالتالي قدراته الاجتماعية كالتلويح باليد للترحيب بال القادم ولتوديع المغادر إلخ، وهي أصعب خطوة في البرنامج العلاجي السلوكي.
- ضرورة تعاون الأسرة مع الروضة ومع المعالجين في تنفيذ أي برنامج يتم وضعه حتى يكتمل تنفيذه.
- الدخول ببطء في برنامج لتنمية البناء المعرفي الموجود لديه.
- تنشيط استجابته للمثيرات ليتمكن تكوين خبرات متكاملة مما يأتيه من البيئة عن طريق حواسه المختلفة، فنقدم له قصة تتضمن مرئيات وسمعيات ومسيرات لمسية وشمية وتذوقية ما أمكن ذلك.
- بمساعدة الموسيقى الهادئة يمكن تحقيق الاسترخاء له خلال تدريبه على التواصل مع الغير، لتقليل احتمال ظهور النوبات العدوانية بسبب ما يحدث عليه من ضغوط خلال معايشة تلك التمرينات والتدريبات.

7.1 واقع مرض التوحد في الجزائر

تكشف الإحصائيات عن إصابة طفل بالتوحد من بين ثمانية أطفال في الجزائر، والآباء الذين يبحثون عن التكفل المناسب لأبنائهم المصابين بالتوحد يعدون بالمئات ولكن من دون جدوى، وكان من الممكن تجنيب هؤلاء الأولياء هذه المأساة لو أتيح لأبنائهم التشخيص المبكر، ومن أهم أعراض الطفل التوحدي التأخر العقلي الذي يعتبر من أهم مشكلات الصحة العمومية والذي يتطلب تكفلاً فورياً، وحسب البروفيسور "ولد طالب" طبيب مختص في طب الأمراض العقلية للأطفال بمشفى "دريد حسين" بالعاصمة الجزائرية والذي يعد التوحد من أكبر اهتماماته، فإنه من الممكن الكشف المبكر عن الطفل التوحدي ابتداءً من السنة الثانية من العمر، لتجنب التعقيدات الأساسية ممثلة بشكل خاص في التأخر العقلي الذي يصبح من الصعب تداركه فيما بعد، نتيجة تعطل نمو الذكاء، حيث يتعذر على الطفل اكتساب الاستقلالية المطلوبة ويصبح اعتمادياً على الآخرين بقية حياته. يستقبل مشفى دريد حسين علي سبيل المثال 60 حالة جديدة من الأطفال مرضى التوحد، ولقد قام بالتكفل بحوالي 1040 حالة خلال السنتين الأخيرتين، وبالمقابل فإنه يوجد حوالي ما بين 300000 و400000 طفل ومراهق مصاب بالتوحد في الجزائر محرومين من الرعاية الصحية، ومن هنا يصبح من المستعجل وضع مخطط وبرنامج وطني للتكفل لمواجهة مرض التوحد بفاعلية وحماية هؤلاء الأطفال الذين في غياب التكفل قد يتحولون

إلى متخلفين عقليا. ونظرا للأعداد المعتبرة للمصابين بالتوحد أصبح من غير الممكن على المستشفى نفسه استقبال المزيد من الأعداد، ثم أن عددا ليس بالقليل يأتي من ولايات بعيدة علي مسافة تتراوح بين 200 و 300 كم حيث يصل الطفل متعبا ويضعف استعداده للتحفيز والاستفادة من البرنامج النفسي التربوي لشوبر أو "تيتش Teach" (Schopler, 1972) المعتمد منذ 10 سنوات والذي تم تقليص مدة جلساته من 6 ساعات إلي ساعتين بسبب كثرة الطلب.

2. البرنامج العلاجي السلوكي

1.2 لمحة تاريخية عن العلاج السلوكي

برزت منذ العشرينيات كتابات متفرقة عن تطبيق مبادئ التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية، إلا أن تأثيرها في ممارسات الطب النفسي وعلم النفس العيادي بقي محدودا إلى غاية الستينيات من القرن الماضي، حيث ظهر العلاج السلوكي بوصفه منهجا نظاميا شاملا في العلاج، وذلك من خلال بحوث وأعمال يمكن تصنيفها إلى ثلاثة أصناف هي:

- أعمال جوزيف وولب (Wolpe, 1973) في جوهانسبيرج في جنوب إفريقيا، وقد استخدمت فيها بالأساس أساليب بافلوف (Pavlov) لإحداث وإزالة العصاب التجريبي لدى الحيوان، حيث تبلور فيها أسلوب (التخلص التدريجي من الحساسية) وهو النموذج الأصلي لكثير من من إجراءات العلاج السلوكي المعاصر في التعامل مع القلق وفي ضوء منبهات يمكن التعرف عليها في البيئة.

- أعمال أيسنك Eysenck و شابير Chapeer في معهد الطب النفسي في جامعة لندن، وقد اهتموا بالمدخل التجريبي الأمريكي لفهم وعلاج المريض وباستخدام نموذج الحالة الفردية الضابطة لنفسها ونظرية التعلم الحديثة في عملية العلاج.

- الأعمال المستوحاة من بحوث سكينر (Skinner, 1953) في جامعة هارفارد بتطبيق تكنولوجيا (الاشراط الإجرائي) علي المرضي، وقد نشر ماورر و ماورر (Mowrer & Mowrer, 1938) نتائج تجربتهما في (الإشراط الكلاسيكي الاستجابي) في علاج التبول اللاإرادي، ونشر سليتر (Sliter, 1949) كتابا في العلاج عن طريق فعل المنعكس الشرطي. وعلي مر السنين بذلت محاولات عديدة لتصور دور التعلم في العلاج النفسي، ومنها محاولات دولارد Dollard، ميلر Miller، روتر Rotter، شوبن Shopen و بندورا Bandura؛ قد صاغ ليندزي و سكينر (Lindezy & Skinner, 1953) في بداية الخمسينيات مصطلح (العلاج السلوكي) في محاولتهما تعديل السلوك الذهاني، بالرغم من أن المصطلح قد استخدمه بصورة مستقلة لازاروس وأيسنك (Lazarus & Eysenk, 1971) بعد ذلك بفترة.

ومنذ ذلك الوقت كان التقدم كبيرا وسريعا، إذ يوجد في الوقت الحالي العشرات من مجالات علمية متخصصة في هذا المجال بالإضافة إلى العديد من معاهد التكوين المتخصصة في العلاج السلوكي.

يقوم العلاج السلوكي المعرفي على تدريب الأفراد الذين يعانون من مشكلات نفسية على اكتساب مهارات التخطيط، وحل المشكلات، وضبط الذات، وكيفية التعامل مع الأقران من خلال تنمية المهارات الاجتماعية، والتحكم اللفظي، إعادة تنظيم الذات (عبد المعطي، 2001).

يعتبر الإرشاد المعرفي السلوكي أكثر الأساليب العلاجية انتشارا في العصر الحديث للتعامل مع مختلف الاضطرابات النفسية، لقد أثبتت العديد من الدراسات أن الإرشاد النفسي السلوكي يعد أكثر فعالية في علاج الاضطرابات النفسية مقارنة بالعلاجات النفسية والطبية، بل ويعتبر الأفضل بخصوص النتائج المرغوبة علي المدى الطويل، فاحتمالات الانتكاس تنتقل إلى أدنى حد عقب الانتهاء من إجراء البرنامج الإرشادي، ومرد ذلك يمكن أن يكون استخدامه لفنية التعريض بشكل خاص إضافة إلي الفنيات المتنوعة الأخرى، وتركيزه علي المركبات المعرفية والانفعالية والسلوكية التي لا يخلو منها أي اضطراب أي كان نوعه، حيث أن تغيير السلوك يكون من خلال تصحيح الأفكار والمعتقدات غير الواقعية التي يقوم عليها، وتتمثل التطبيقات الإرشادية للإرشاد المعرفي السلوكي في تناول العديد من الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية والإعاقات الجسمية وغيرها (محمد، 2000).

إن الانتقال من آراء "فرويد" إلي الأساليب الحديثة في الإرشاد والعلاج يرجع في جانب منه إلي الحرب العالمية الثانية، حيث وجد المعالجون النفسيون أنفسهم مضطرين لإيجاد أساليب سريعة وبسيطة واقتصادية في الجهد والوقت للتعامل مع مشكلات الجنود والمواطنين الذين كانت أعدادهم هائلة، لذلك أصبح للتيارات الحديثة في العلاج النفسي والسلوكي حضورا قويا في مواجهة الأساليب الفرويدية التقليدية، وتمكنت من تقديم مساهمات فعالة

في علاج الكثير من المشكلات والاضطرابات النفسية مثل حالات القلق والاكتئاب والشعور بالوحدة والخوف المرضية (إبراهيم، 1990).

2.2 تعريف العلاج السلوكي

يختلف المعالجون أحيانا في تعريفهم لما أصبح يعرف اليوم بمصطلح تعديل السلوك "Modification du comportement" فبينما يدرج بعضهم تحته كل نماذج وطرق العلاج السلوكي، نجد أن آخرين ومنهم جولدستين (Goldstein, 1956) يقصر استخدام هذا المصطلح على تطبيقات نموذج "سكينز" الذي يهتم بالسلوك الملاحظ وبالتغيير عن طريق (التدعيم اللاشراطي) والذي يطبق أكثر ما يطبق في العلاج الداخلي في المستشفيات ومؤسسات ضعاف العقول، في حين يشير مصطلح (العلاج السلوكي) إلى تطبيق نموذج "بافلوف" الذي يهتم أساسا بالتعلم الانفعالي ويطبق أساسا في العيادات الخارجية في علاقة علاجية فردية لحالات العصاب.

ويستخدم ماكبولاس (Maculas, 1999) مصطلح (تعديل السلوك) بوصفه العنوان الأكثر شمولاً والذي يشير إلى تطبيق الأسس التي ثبتت فعاليتها تجريبيا على مشكلا السلوك، وهو يستمد إلى حد كبير هذه الأسس من دراسات وأبحاث ميدانية لا يكتفي بالنظريات التعلم والدافعية، ولكنه لا يقتصر عليها. وعندما يستخدم تعديل السلوك في مواقف، فإنه يسمى علاجا سلوكيا أو علاجا إشرافيا، وفي السنوات الأخيرة درج بعض الكتاب على استخدام مصطلح تعديل السلوك للإشارة إلى أي إجراء تقريبا لتعديل السلوك الإنساني، ولكن ذلك لا يمثل في تقدير "ماكبولاس" استخداما دقيقا، فتعديل السلوك ليس مثلا غسلا للمخ أو تحكما في العقل، ولكن تستخدم أحيانا بعض الأدوية والصددمات الكهربائية بوصفها عوامل مساعدة للإجراءات السلوكية. إن تعديل السلوك هو تعلم محدد البنين يتعلم فيه الفرد مهارات جديدة وسلوكا جديدا، ويقلل من الاستجابات والعادات غير المرغوبة، وتزداد فيه دافعية العميل للتغيير المرغوب (مليكة، 1990).

3.2 العلاج السلوكي

إن تعديل السلوك، يعتمد على القاعدة العامة منذ وجدت المخلوقات، وهي الثواب والعقاب، ونعني بتعديل السلوك تغيير اتجاهه بطريقة منهجية ومدروسة، وبما أن جميع أنواع السلوك بغض النظر عن سببها، يمكن أن تغير وأن تعدل، فتعديل السلوك يركز على ما يحدثه السلوك من متغيرات في البيئة المحيطة، بدلا من اهتمامه بالأسباب المباشرة لحصول ذلك السلوك، فالطفل الذي يتميز بالمشاغبة والصراخ والعناد لسبب ما يؤدي لجذب انتباه الأهل ليسارعوا إلى الاستجابة لطلبه، وذلك العمل بحد ذاته مكافأة له على عناده، ويمكن أن نشجعه على تكرار ذلك كلما دعت الضرورة.

إن تعديل السلوك هو الأسلوب الذي نتبعه من أجل التأثير على المتغيرات الحاصلة بنتيجته، وعندما يطرأ ذلك التغيير مفيدا كان أم ضارا يؤدي فيما بعد إلى الحفز على تكراره أو الردع عن تكراره.

4.2- مراحل تعديل السلوك

يمكن اختصارها على النحو التالي:

- انتقاء السلوك المستهدف بالتغيير؛ وذلك بمراقبة الطفل مراقبه دقيقة من أجل تقدير طبيعته وحجمه، وفي عملية تغيير السلوك المستهدف يمكن أن يشترك أكثر من شخص لتوخي أقصى حد من الموضوعية في احتساب مؤشرات السلوك المستهدف.

- التقويم الكمي للسلوك؛ ومن خلال القيام بهذه الخطوة نحدد مدى تكرار حدوث السلوك المستهدف لدى الطفل (السلوك الذي نريد تعديله) واحتساب المرات التي يحدث بها السلوك المستهدف في زمن معين كما يمكننا أن نرسم مستوى أداء السلوك.

- التقويم الكيفي للسلوك؛ وتلك الخطوة تعني قياس كيف حصل السلوك وما هي الظروف المحيطة بالطفل أثناء حصول السلوك.

5.2 العملية العلاجية

بعد تحديد مستوى حدوث السلوك المستهدف ومعرفة كنهه وكيفية، نبدأ بتخطيط برنامج علاجي يرمي إلى تعديله وتحدد هذه الخطوة مدى نجاح عملية تعديل السلوك المستهدف أو فشلها، وذلك بالكشف عن مدى تكرار حدوث ذلك السلوك المستهدف خلال عملية التدخل ومقارنته بالمستوى الأساسي للتكرار، الذي كان عليه السلوك قبل العملية العلاجية ومن خلال نتيجة هذه المقارنة يمكن؛

-تقرير الاستقرار في البرنامج العلاجي.

-إجراء تعديل على البرنامج العلاجي.

-إنهاء البرنامج العلاجي، إذا ما حصلت التغييرات المطلوبة بالنسبة إلى تكرار السلوك المستهدف.

مثال على الوصول إلى السلوك المستهدف؛

باستخدام الأساليب التي تحدثنا عنها سابقاً لتعديل الكثير من التصرفات غير السوية والتي كثيراً ما يقوم بها الطفل التوحدي، سنناقش هنا أفضل الوسائل لجعل الولد يلازم مقعده (في الصف) فكيف نتمكن من تدريبه على ذلك؟

- يمكن تنبيه الطفل بالصراخ كلما غادر مقعده لدفعه إلى العودة، ولكنه أسلوب غير مرغوب فيه، وهناك أساليب أفضل يمكننا إتباعها مع الولد، إذ أن الصراخ بحد ذاته أمر مزعج للمعلم وللولد في أغلب الأحيان، فبدلاً من المحافظة على العلاقات الحسنة بين التلميذ والمعلم تنشأ علاقة سلبية، والصغير السريع الحركات والمندفع دائماً لن يكتسب عادة التراجع بالصراخ عليه، لأن ذلك لا يفسر له كيفية الالتزام بمقعده، فإذا صرخ عليه كلما غادر مقعده، أصبح هذا شيء طبيعي بالنسبة إليه لأنه يسمع ذلك الصراخ كلما قام بعمل لا يرضي المعلم، ومن ناحية أخرى يحلو لكثير من الأولاد مغادرة مقاعدهم لجذب انتباه المعلم، فيحصلون على ما يصبون إليه بمكافئهم بأن يعبر المعلم عن اهتمامه لهم، وذلك يدفع غيره من التلاميذ لتقليده طمعاً بانتباه واهتمام المعلم. إن الطفل التوحدي في بعض الأحيان لا يدرك مدى أهمية ملازمة المقعد بالنسبة إليه خاصة في أوقات الدراسة، فإذا ما تلقى التأييد والتوبيخ لمغادرة مقعده أثناء الدراسة بينما يطلب منه مغادرة مقعده (دون توبيخ) عندما تكون هناك ألعاب أو أنشطة خارجية أو داخلية.

إن أكثر الأطفال التوحديين لا يمكنهم تحديد الفرق بين فترة الدرس وفترة اللعب فيختلط الأمر عليهم ويزداد أداؤهم للسلوك السوي تعقيداً بالنسبة لهم، فعلى المعلم أن يدرّب الولد على ملازمة مقعده إذا ما طلب منه ذلك، وليس خوفاً من العقاب، بل إطاعة للأمر.

وهناك نقطة إضافية تعقد الموقف، فبعد أن يصرخ المعلم على الطفل مؤنباً، قد يعود الطفل إلى مقعده ويبدأ بالبكاء، والإزعاج للتعبير عن عدم رضاه، فيزعج رفاقه ويدفع المعلم إلى الالتفات إليه ثانية، ويكون قد كوفئ على عمله هذا بجذب انتباه المعلم للمرة الثانية، ويمكن أن يتمكن الطفل من إجبار المعلم على ملازمته والوقوف قرب مقعده، وبذلك يأسر المعلم ويمنعه من أداء واجبه اتجاه بقية أفراد المجموعة، وإذا ما ابتعد المعلم غادر الطفل مقعده ليلقي الصراخ ليكي ويزعج، ليدفع المعلم ثانية لملازمته وهكذا يأخذ الطفل من الاهتمام ما يفوق حاجته بكثير، إذ أن الصراخ لا يؤدي إلى الوصول إلى السلوك المطلوب بل أحياناً يزود الولد بتصرفات غير سوية جديدة.

- المكافأة المشروطة بالأداء الكامل فقط، يكافأ الولد بعد التأكد من ملازمة مقعده لمدة 20 دقيقة متواصلة، ولكن تطبيق ذلك أقرب من المستحيل، وخاصة عند الأطفال ذوي النشاط الزائد، والذين لم يتعودوا المكوث في وضع معين ولو لدقيقة واحدة.

- المكافآت التدريجية؛ وهذا الحل التدريجي يتطلب مكافأة الطفل لملازمة مقعده دون متاعب لفترة قصيرة من الزمن، وفي المرحلة الأولى يطلب من الطفل المكوث في مقعده لمدة 5 ثوان قبل أن يكافأ مادياً أو معنوياً، وعلى المعلم أن يتأكد من أن الولد قد نفذ ذلك الطلب بدقة قبل مكافأته، وبعد أن يكرر عملية الجلوس في كرسيه لمدة 5 ثوان لعدة مرات يقوم المعلم بزيادة الوقت المطلوب إلي أن يمكث فيه على كرسيه فنقل 15 ثانية، ثم يكافأ وهكذا يمكن الوصول إلى 5 دقائق ثم 8 دقائق ثم 10 ثم 15 حتى الـ 20 دقيقة، ونرى أن ذلك التطور التدريجي في تنفيذ الأمر يجري بسلاسة ودون مضايقة لكلا الطرفين المعلم والطفل.

ولكن ماذا يستطيع المعلم عمله إذا ما فشل في جعل الطفل يمكث في مقعده ولو لثانية واحدة، نحل هذا الإشكال بالطريقة التالية؛ نكافئ الطفل مباشرة بعد أن نتأكد أنه لاحظ وجود الكرسي، ينادي المعلم الولد حتى يحضر إلى جانب الكرسي، يكافأ الولد بعد التأكد من القيام بذلك التصرف لعدة مرات بشكل مقبول، يزيد المعلم الخطوات الواجب تنفيذها لحصول الولد على المكافأة فيمكنه أن يطلب منه الإمساك بالكرسي لمدة ثوان معدودة ثم الجلوس لثوان معدودة ثم لدقائق حتى الوصول إلى 20 دقيقة متتالية وهكذا (شيلي، 2001).

ولا يمكن الحديث عن العلاج السلوكي من دون الحديث عن فنية الاسترخاء، خاصة عندما يتعلق الأمر بعلاج الاضطرابات النفسية للأطفال، حيث تهدف أساليب الاسترخاء في الأساس إلى اكتساب التحكم في بعض الوظائف الجسمية ومن ثمة التحكم في بعض الوظائف المعرفية، وهو الأمر الذي يجب أن يتم وفق قواعد صارمة ومنظمة لبلوغ تلك الأهداف، فهناك ضرورة للالتزام ببعض الانضباط من جهة وبالتعلم المنتظم والمتدرج من جهة أخرى.

ومن الوهلة الأولى تعتبر موافقة العميل شيئاً أساسياً؛ غير إنها تبقى غير كافية، وإنما عليه أن يضمن للمرشد إمكانية الاستمرارية في التدريب مع مواظبة كافية تسمح في النهاية بتحقيق أهداف عملية الاسترخاء. ثم ينبغي التأكيد على أن التدرج والتقدم بطريقة منتظمة في غاية من الأهمية، لأن التعديلات العصبية-النباتية "Modifications neuro-végétatives" المفاجئة، قد يكون لها انعكاسات سلبية مزعجة وربما خطيرة. علي العميل أن يفهم أيضاً أنه لا يمكن للاسترخاء أن يكون له أثر فعال علي اضطراباته الانفعالية إلا بعد مرور وقت معين علي بداية التدريب لا يقل في العادة عن أربعة أسابيع (de Bousingen, 1996).

6.2 طرق العلاج السلوكي لأطفال التوحد

هناك طرق عديدة لعلاج الأطفال المصابة بمرض التوحد فعلى سبيل المثال هناك العلاج السلوكي الذي يتمثل في:

- ضرورة ملاحظة السلوك لهؤلاء الأطفال بشكل مستمر مع تسجيل مدة هذا التصرف ومدى تكراره بالإضافة لضرورة التعرف على الأسباب التي تؤدي للإصابة به.
- في حالة رفض بعض السلوكيات التي يقوم الطفل بممارستها، فيجب أن يتم استبدال هذه السلوكيات بسلوك يكون طيب وحسن حتى يحل محل السلوك والتصرف السيء.
- في حالة تعلم الفرد مهارة سلوك جديد يجب أن يقوم بتقسيم العمل لخطوات سهلة تنفيذها وتعليمه أيضاً الكثير من التعليمات الواضحة والنصائح السهلة والبسيطة، ويقوم بعد ذلك بتكرار هذه التعليمات مرة أخرى.
- محاولة تشجيع الطفل بجميع السلوكيات والوسائل الجيدة التي يقوم بها، مع الحرص في الوقت نفسه على تجنب جميع السلوكيات السيئة التي يقوم بها هذا الطفل.
- في حالة القيام بتعليم هؤلاء الأطفال مهارات وسلوكيات جديدة يجب أن يتم تقسيم هذا العمل لخطوات سهلة وبسيطة يسهل على هؤلاء الأفراد تنفيذها بكل سهولة ويسر أيضاً.
- محاولة تغيير الظروف التي تصاحب تكرار التصرف السيء وذلك بغرض تقليل حدوث هذا التصرف كلما أمكن، مع ضرورة التعرف على مساوئ هذا السلوك بشكل كبير لتجنب تكراره مرة أخرى.
- ضرورة أن يتم الاستمرار بتنفيذ نفس التعليمات والنصائح الجيدة حتى في حالة الاستمرار بتنفيذ السلوك السيئ من هؤلاء الأطفال التي تعاني من مرض التوحد.
- يجب أن يكون هناك توحد بين السلوك الذي يصدر من الكبار وكذلك القواعد والتعليمات التي يتم فرضها على الطفل وذلك حتى لا يترتب على ذلك نتائج عكسية وسلبية للطفل، ويقال من فرص علاجه من مرض التوحد والتخفيف من الأعراض المصاحبة له (www.almrsl.com).

خلاصة

لقد أشارت التجارب والخبرات الفردية مع الطفل التوحدي بأنه يحتاج إلى تمارين وأساليب متنوعة في تعليمه وتعديل سلوكه، بالاعتماد على الحاجات الفردية للطفل، وعلى الأغلب أقل ما يمكن أن يحتاجه يتضمن علاجاً لمهارات الاتصال وتطوير المهارات الاجتماعية وتنمية الأحاسيس وتعديل السلوك، وفي الواقع فإنه يمكن للعائلة والمعلمين أو أي شخص لديه صلة أن يساهم في تنمية قدرة الطفل التوحدي على التأهيل في الحياة والمجتمع سواء بالإرشاد أو النصح أو التدريب أو باستشارة المتخصصين والتعاون معهم. وبالمقابل فإن البرنامج الوطني الخاص بالتوحد في الجزائر يجب أن يتضمن إنشاء مراكز متخصصة على مستوى التراب الوطني، وتكوين المتخصصين بأعداد كافية تسمح باحتواء الأعداد المتزايدة من الأطفال المصابين بمرض التوحد.

المراجع

- إبراهيم، عبد الستار (1990). العلاج النفسي الحديث، سلسلة كتب ثقافية، عالم المعرفة، الكويت، صص. 5-6.
شبلي، فادي ربيع (2001). إعاقة التوحد المعلوم المجهول، (كتاب الكتروني)، موقع أطفال الخليج ذوي الاحتياجات الخاصة، صص 69-72.
عبد المعطى، حسن مصطفى (2001). الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة، دار القاهرة للنشر والتوزيع، القاهرة، صص. 258-260.
محمد، عادل عبد الله (2000). العلاج المعرفي السلوكي، أسس وتطبيقات، دار الرشاد، القاهرة، صص. 153-154.
مليكة، لويس كامل (1990). العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت، صص. 10-12.
يحي، خولة أحمد (2000). الاضطرابات السلوكية والانفعالية، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، صص. 201-215.
de Bousingen, D.R. (1996). Les Méthodes de relaxation. PUF.
Mowrer, O. H., & Mowrer, W. M. (1938). Enuresis- A method for its study and treatment. American Journal of Orthopsychiatry, 8(3), 436-459.
Rousillon, R. et al. (2018). Manuel de psychologie et de psychopathologie clinique générale. Paris: Masson.
Skinner, B. F. (1953). Science and human behavior. New York Macmillan.
Wolpe J. (1973). The practice of behavior therapy. New York: Pergamon.