

أثر برنامج علاجي متمركز على العلاقة طفل

- محيط (أم) في التطور الإيجابي لحالات التوحد

The Effect Of Child - Environment (Mother) Relationshiptherapeutic Program
On The Positive Developpment Of The Autism Casesبن موفق فتيحة¹¹ جامعة لونييسي علي - البليدة - (الجزائر) Benmouffok_f@hotmail.com

تاريخ النشر: جوان 2020

تاريخ القبول: 2020/05/08

تاريخ الإرسال: 2019/02/02

المخلص

يعتبر التوحد من الاضطرابات التي يزداد انتشارها والاهتمام بها أكثر فأكثر، وتتعدد طرق التدخل مع هذه الفئة، بالعمل غالبا ببرامج سلوكية، تربية، غالبا توجيهية، لا تهتم حتما بالدينامية الشخصية والعلائقية للطفل ومحيطه. هذه الدينامية التي تبعث للمحيط الذي ينمو فيه الطفل ويساعده على تكوين مفاهيم الذات، الغير، وتحمل الاحباطات.

وفي إطار بحثنا حاولنا اقتراح بروتوكول تدخل دينامي مع الأطفال، معتمدين على المفاهيم الأساسية في التطور النفسي العلائقي للطفل، مستخدمين اللعب أساسا كوسيط في بناء العلاقات مع أطفال مجموعة بحثنا؛ والتي ضمت خمسة أطفال يعانون من نوع من أنواع اضطرابات طيف التوحد.

بدأنا بتقييم قبلي لمجموعة البحث ومجموعة أخرى ضابطة، حيث تعرضت الأولى لبرنامجنا العلاجي، عكس الثانية. وانتهينا بعد حوالي 8 إلى 10 أشهر بتقييم بعدي للمجموعتين، وتأكدنا من خلاله من الفعالية الإيجابية لبرنامجنا.

الكلمات المفتاحية: توحد، برنامج علاجي، دينامية علائقية، محيط، إحباط، ذات، غير، لعب

Abstract

Autism is considered one of the troubles that are expanding and in which we are more and more interested, and there are many different ways to interfere with this category, by working through a behaviour program, educational, and often directional, that does not take in consideration the child personal dynamic and relational with his environment, this dynamic that helps him to grow up and build « personal » notion, and the « other » notions, and to bear some frustration; Through our research, we tried Traditional Arabic to propose a protocol of dynamic interference with autistic children, :We started by a preevaluation of the research group and another witness group, so that the first one was submitted to a the rapeutic

program, unlike the second one, and we finished the study after 08 to 10 months by a post evaluation of both groups, and that gave us a certainty of the positive effect of our program

Key words ; autism, therapeutic program, relational dynamic, environment ; frustration, one self, other, playing

1. مقدمة

يعتبر التوحد أساسا مشكلا في التواصل، مرتبطا بخصوصيات في استعمال المواضيع والاهتمام الاجتزاري بالأشياء¹، وقد تعددت التفسيرات المقترحة لأصل الاضطراب، حيث يبدو حاليا أن التفسير الجيني قد أخذ حصة الأسد، وذلك لعدة أسباب، منها:

- تواتر ظهور الاضطراب بين الذكور مقارنة بالإناث
- تواتر ظهور الاضطراب بين التوائم الحقيقيين مقارنة بغير الحقيقيين
- وجود سوابق مرضية أحيانا في عائلات التوحدين، ...

وقد تعددت الفرضيات البيولوجية، وأنت في الكثير من الحالات لتدحض الفرضيات النفسية العلائقية التي اهتمت بالتوحد منذ السنوات الأولى:

فإن بدا بعض التطرف عند الأوائل الذين اهتموا بعلاج التوحد من أمثال Bettelheim، ممن حملوا الخطأ والذنب للمحيط الأسري²، إلا أن من عاصرهم أو جاء بعدهم من أمثال Tustin وMeltzer، وحاليا Haag، من ذوي المنحى التحليلي، كانوا، ومازالوا، أقل حدة في التعامل مع الوسط العائلي، مكان النمو العلائقي للطفل؛ حيث رابط هؤلاء إياه بكل ما يحمله هذا الطفل من رصيد جيني وبيولوجي، مساهم ومتفاعل أكيد في نموه العاطفي والانفعالي:

ومن الناحية الميدانية، فمهما تكن الفرضيات التفسيرية المقترحة، فإننا نجد أنفسنا أمام حالات في غاية التنوع، والتي، إن كانت تلتقي من حيث الجدول العيادي العام، إلا أنه لا يمكن لأحد أن ينفي الخصوصيات التي يحملها كل طفل عن آخر، خصوصيات مرتبطة حتما بظروف تطور الطفل.

وهذا مما يجعلنا نعتقد أن الجانب النفسي العلائقي المتعلق بالدينامية النفسية للطفل ومحيطه، يمكن أن يلعب - في الكثير من الحالات - أكبر دور في تحديد طبيعة بعض الأعراض، المعطيات التنبئية، ولمكانيات التحسن.

ومن أهم الأبعاد التي يمر بها الطفل في مراحل العمرية في علاقته مع محيطه، نجد أن القدرة على مواجهة الإحباطات و استدخال معنى الحدود و السلطة، هي من أهم العناصر التي قد تساهم في بناء شخصيته، وتعزيز مفاهيم الأنا و اللاأنا، الذات والغير.

ومن جهة أخرى، ومنذ اللحظات الأولى من حياته، يحتاج الرضيع إلى عناية خاصة توفرها له الأم أو بديلها، عبر وظائفها الأساسية.

فحضور صورة الأم بصورة جيدة بما فيه الكفاية، -حسب تعبير و ينكوت - ، تسمح بمساعدة الطفل على مواجهة مصادر القلق البدائية، التي لا يستطيع تجاوزها دون احتواء المحيط له: إن الأم الجيدة بما فيه الكفاية، بإمكانها الاستجابة لشعور القدرة المطلقة التي يحتاجها الطفل في الأسابيع الأولى من حياته، وتساهم في تشكيل الذات الحقيقية لاحقاً. حيث ينبغي أن يتجه التوظيف النفسي لكل من الأم و ابنها لاحقاً إلى الانفصال التدريجي، والذي يتطلب اختفاء الجلد المشترك، الذي يشكل نقطة انصهارهما، "ويدرك كل أن لديه جلده الخاص، و أناه الخاص"³.

وبهذا يظهر في البداية "الأنا" أي أن "كل ما هو آخر ليس أنا"، ثم "أكون، أنا موجود، أجمع تجارياً معاشة"⁴.

أما في حالات التوحد، وحسب Tustin وآخرين، فالشخص في حالة صلابة من الانغلاق على الذات بعد اختلالات في تبادلاته المحيطية، والتي تأتي لتلتقي مع استعدادات ورصيد بيولوجيين يهيئانه للدخول في الاضطراب⁵.

ومن الناحية الميدانية، فإن عملنا مع الأطفال المتوحدين في أحد المراكز الطبية البيداغوجية، جعلنا نلاحظ مدى تواصل العلاقات ذات الطابع الأولي بين الأسر وأبنائها المصابين:

هذه العلاقات تضع الابن، مهما كبر سنه، في وضعيات أشبه بوضعيات الطفل الصغير، الذي يتم غسله، إعطاؤه الحمام، وإطعامه، دون أي مبرر موضوعي لهذه المساعدة المفرطة.

فالطفل أو الشاب في المركز قد يبدي نوعاً من الاستقلالية التي سرعان ما تتراجع حينما يكون الوسط العائلي انصهارياً، إن صح القول، ويحاول أن يحمي بصفة مبالغ فيها. ومن أجل ضمان أحسن مساعدة وكفالة لهؤلاء الأشخاص وعائلاتهم، تعددت التقنيات والدراسات حول الموضوع:

فبين تقنيات اللعب، من قبيل تقنية 3i أو ال Floor Time (أي وقت الأرضية)، وتقنيات نفسية تربوية من قبيل تقنية TEACCH، ونفسية بيداغوجية كال ABA، وصولاً إلى تقنيات متركزة على محاولة إكساب الطفل طرق تواصل بديلة من قبيل PECS أو MAKATHON، يأتي العمل العيادي الفردي ضروري مع الطفل وعائلته⁶، والذي يهتم أساساً بالديناميات العلائقية وخصوصيات توظيف الثنائية طفل/ أسرة.

إلا أن هذا النوع من المقاربات يندر إيجاده في الأدبيات والبحوث والتقنيات المقترحة، ولذلك حاولنا تصور خطوات برنامج علاجي متركز أساساً على الدينامية الشخصية للطفل الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد، وذلك في علاقة مع معطيات محيطه الأسري.

فطرحنا إشكاليتنا كآتي:

هل يمكن لبرنامج علاجي يعتمد أساسا على تحليل العلاقة المميزة بين الأم أو بديلها(أو المحيط بصفة عامة) والطفل؛ أن يساهم في التطور الإيجابي لحالات التوحد؟

وانبثقت منها التساؤلات الفرعية التالية:

- هل يمكن أن يسمح تطبيق برنامجنا العلاجي بالحصول على أكثر استقلالية لدى المفحوص؟
- هل يساهم العمل على الإحباطات في إطار الحصص العلاجية في اكتساب مرونة أكثر عن تواجد الآخر، النظر إليه وتقليده؟
- هل سيسفر التطرق إلى مشاكل الطفل عن مجموعة إشكاليات علائقية في العائلة (بين الوالدين)؟ وكيف ستتعرض في إطار العمل مع الطفل؟

وصغنا فرضياتنا كآتي:

أ. الفرضية العامة

"يساهم تطبيق برنامج علاجي يهتم بطبيعة علاقة الطفل مع محيطه، والمهتم في الوقت ذاته بمفاهيم الإحباط و المرونة في التبادلات، في التطور الإيجابي لحالات التوحد.

ب. الفرضيات الجزئية

- سيسمح تطبيق البرنامج بالحصول على أكثر استقلالية لدى المفحوص
- يساهم العمل على الإحباطات في إطار الحصص العلاجية في اكتساب مرونة أكثر عن تواجد الآخر، النظر إليه وتقليده.
- يسفر التطرق إلى مشاكل الطفل ومحاولة مواجهتها عن مجموعة إشكاليات علائقية في العائلة.

2. اضطرابات طيف التوحد

1.2 تعريفها

التوحد اضطراب انتبه إليه Kanner عام 1942، و كتب عنه عام 1943، في نفس الفترة مع الطبيب النمساوي Asperger، يعرف أساسا على أنه أساسا اضطراب في التواصل اللفظي وغير اللفظي⁶؛ وقد كان الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM IV، التصنيف الدولي العاشر للأمراض CIM 10، والتصنيف الفرنسي للاضطرابات العقلية للطفل والمراهق يميزه من خلال ثلاثية من التظاهرات: لانطواء واضطراب السلوك الوجداني؛ الكلام الاجتراري (écholalie)؛ الحاجة الملحة للثبات و عدم التغيير.

وحسب هذه التصنيفات الثلاث، ينتمي التوحد إلى مجموعة أكبر من الاضطرابات، تسمى الاضطرابات الكاسحة للنمو، ينتمي إليها أيضا ما يسمى بالتوحد اللانمطي أو غير المخصص.

وهو التعريف العيادي الذي تبنيه في اختياري لأفراد مجموعة بحثنا، الذي انطلق منذ بدايات 2012، أي قبل ظهور DSM V ، الذي صار يركز على جانبيين من أصل الثلاثة التي وصفها Kanner فيما صار يسمى باضطراب طيف التوحد والذي يظهر في سن مبكرة، ويتميز أساسا باضطراب في التواصل اللفظي و غير اللفظي، مع وجود اهتمامات محدودة و سلوكيات اجترارية.⁷

بالفعل، في 2013، أصدرت الجمعية الأمريكية للطب النفسي الطبعة الخامسة للتصنيف الأمريكي للاضطرابات العقلية DSM ، وهنا، تبنت بوضوح التيار النظري الأكثر شيوعا في تفسير التوحد، وهو التيار النفسي العصبي، وأصبحت كل أطراف الاضطرابات التوحدية مجملة داخل عنوان واحد، هي "اضطرابات طيف التوحد" و التي اعتبرت جزء من اضطرابات أعم، و هي اضطرابات العصبية النمائية⁸.

و تتمثل المعايير التشخيصية لاضطرابات الطيف التوحدي في DSM V⁹

أ. تأخر متواصل للتواصل الاجتماعي و التبادلات الاجتماعية في العديد من الأطر التاريخية و الحالية؛

1. تأخر في التبادل (La réciprocité) الاجتماعي- العاطفي.

يمكن أن تذهب من مقارنة اجتماعية غير عادية، إلى إخفاق في الخطاب التحاوري ؛ من القدرة المحدودة في مشاركة الاهتمامات، العواطف و الوجدانات إلى الفشل في بدء التواصل initier le contact التفاعلات الاجتماعية، أو الاستجابة لهذه الأخيرة

2. تأخر في التواصل غير اللفظي خلال العلاقات الاجتماعية، مثلا، من تواصل لفظي و غير اللفظي غير مندمج بصفة سليمة، إلى اختلالات في التواصل البصري و لغة الجسد، أو تأخر في فهم و استعمال des gestes الحركات إلى نقص واضح في التعابير الوجهية و التواصل غير اللفظي؛

3. تأخر في القدرة على تطوير العلاقات الاجتماعية، الحفاظ عليها و فهمها. هذا التأخر قد يذهب من الصعوبة في التكيف مع مختلف الأطر الاجتماعية إلى الصعوبة في مشاركة ألعاب خيالية ، تكوين صداقات، أو غياب الاهتمام بالأقران.

ب. نماذج سلوكيات ، اهتمامات و نشاطات محدودة و متكررة في العديد من الأطر التاريخية أو الحالية، و التي تتجلى في مجالين من الأربعة المذكورة فيما يلي:

1. اجترارية أو تكرار في الحركات، استعمال اجتراري للأشياء أو الكلام: وضع الأشياء على استقامة واحدة (aligner des jouets)، رمي الأشياء، تكرار الأصوات (écholalie)؛

2. التأكيد على ثبات المحيط، إتباع مرن للروتين، أو لنماذج سلوكية لفظية أو غير لفظية. عدم القدرة على تحمل الانتقالات transitions والتغيرات حتى البسيطة في المأكل، في الطريق (itinéraire)، في الأفكار أو في طرق إلقاء التحية.

3. اهتمامات محدودة وثابتة، بشدة غير اعتيادية، أو مبالغ فيها: كارتباط كبير بأشياء غير معتادة؛

4. فرط أو نقص في طريقة الاستجابة للمثيرات الحسية أو الاهتمامات غير الاعتيادية لمظاهر حسية للمحيط. ج. ينبغي أن تكون الأعراض حاضرة خلال الطفولة المبكرة، و لكنها قد لا تكون ظاهرة تماما، طالما أن المتطلبات الاجتماعية لا تتجاوز القدرات المحدودة ، أو تكون الأعراض مقنعة باستراتيجيات تم تعلمها لاحقا خلال حياة الفرد

د. تنتج عن الأعراض حدود ذات دلالة عيادية في المجال الاجتماعي، المهني، أو غير ذلك من مجالات التوظيف الحالي

هـ. لا يمكن تفسير هذه الاضطرابات بتخلف عقلي أو تأخر عام في النمو.

2.2. التوجهات النظرية في تفسير التوحد

من التفسيرات النفسية العلائقية ، وصولا إلى الفرضيات الجينية، كان العمل حثيثا للتقرب من أفضل الطرق العلاجية ملائمة. فالتمييز بين خطوط التدخل تبعا لمختلف النظريات، يتبع كذلك الأولويات و طرق الوصف و التشخيص التي يتبعها كل تيار .

المنظور الأول في التطرق لاضطرابات التوحد و طيف التوحد

حسب Gepner و Tardif فإن البحث حول التفسيرات المرتبطة بالتوحد يمكن

تقسيمه إلى نوعين من البحوث¹⁰:

أ. بحوث ذات أهداف سببية: أو الإجابة عن السؤال "لماذا؟"

أمام التصريح بتشخيص التوحد، لعل من الأسئلة الشائعة لدى العائلات، بصفة مباشرة أو غير

مباشرة، هو سؤال: لماذا؟ ما هو السبب في حالة ابني؟

ولعل هذا السؤال الذي يحاول البحث عن سببية مباشرة لاضطرابات طيف التوحد يجد أشباه

الإجابات في الدراسات البيولوجية الحديثة: فبالفعل، إن الاقتراحات البيولوجية العصبية أساسا، والبيئية، وغيرها صارت تفرض نفسها أكثر فأكثر في مجال التوحد.

ومما قد يؤيد النظرة البيولوجية في فهم التوحد، حسب Lebovici و Gayda، يمكن أن نجد:

1. ارتفاع واضح في ظهور الاضطراب عند الذكور مقارنة بالإناث (3 إلى 4 حالات ذكور بالموازاة مع أنثى واحدة)
2. انتشار شبه متساو للاضطراب في مختلف البيئات (حضرية أو ريفية)
3. مصاحبة متكررة لاضطرابات يعرف لها تأثير جيني، مثل اضطراب X الهش (X fragile)، مرض sclérose de Bourneville ...
4. إيجاد سوابق مرضية من قبيل التوحد، أو حتى غيره من الاضطرابات العقلية، في تاريخ عائلة المفحوص¹¹.

ب. بحوث ذات أهداف تفسيرية : أو الإجابة عن السؤال "كيف"؟

والتي تتدرج فيها البحوث والخلفيات النظرية التي تحاول إضافة إلى الإجابة عن "لماذا"، إلى البحث عن "كيف"، أي محاولة تفسير التوظيف لدى الأفراد المصابين بالاضطرابات التوحدية، من حيث الجانب النفسي، الانفعالي، المعرفي، ...

و هنا أيضا، تتعدد التوجهات، بين الاتجاهات التأويلية كالتحليل النفسي بمنظوره الكلاسيكي للتوحد، وتوجهات تهتم أكثر بوصف الحقائق العيادية التي تهدف إلى فهم سياقات التوظيفات التوحدية.

و بصفة عامة، سواء تعلق الأمر بالتساؤل عن السببية أو الكيف، فإن هذا التقسيم يبقى مجردا و نظريا، فالتوجهان يتكاملان في فهم حالات طيف التوحد¹².

المنظور الثاني في التطرق لاضطرابات الطيف التوحدي

وهنا، يمكن أن يتعلق الأمر أساسا بالتفسيرات المحتملة للأعراض التوحدية، فحيث أن الأسباب معقدة ومتداخلة، فإن التيارات التي تحاول تفسير الاضطراب تنقسم إلى جانبين:

- تيارات تعتبر أعراض التوحد كنوع من أنواع الدفاعات النفسية : وهي التي ترى التوحد عبارة عن آلية دفاعية لتجنب التبادلات العلائقية الموجهة، مثلا، و التي قد ترتبط بمصادر قلق كبيرة لدى الفرد.
- التيارات التي تعتبر التوحد كعجز أو تأخر (déficit) : وهي التي تهتم بالصعوبات التي تميز توظيف الفرد الحامل لأعراض توحدية، كالعجز عن بناء نظرية العقل، عجز عن الانتباه المشترك، ...
- في حين ذهب أحد الاتجاهات، باقتراح من Diatkine، إلى محاولة التوفيق بين الاتجاهين، من حيث كون التوحد " استراتيجي وجودية " هدفها، وأمام مصادر العجز الموضوعية للفرد، بإيجاد توازن بالاقتران التام في العلاقات الموضوعية¹³.

وبصفة عامة، لا ينبغي أن ننسى أن السببية و التفسير في آن واحد، بعدان مفقدان، و لا يمكن الاعتماد على فهم أحادي الاتجاه، أو أحادي التدخل؛ و هذا ما يميل إليه أكثر فأكثر المختصون

ذوو المنحى التحليلي ممن صار يهتم أكثر فأكثر بالمعطيات العصبية - البيولوجية في فهم التوحد، في الوقت ذاته الذي صار فيه رواد النظرية المعرفية و العصبية يأخذون الأبعاد الانفعالية في التجارب العلائقية، بعين الاعتبار¹⁴.

3. الإجراءت الميدانية

1.3. المنهج المستخدم

من أجل تحقيق مبتغانا، باقتراح برنامج علاجي وتجريبه، اعتمدنا على منهجين أساسيين:

أ. المنهج شبه التجريبي، حيث أنه يعتمد على تصميم " ... يهدف إلى اختبار فرضية على الأقل في علاقة سببية باستعمال التجربة، ولكن دون تحقق الشروط اللازمة لاستنتاج سببي ملائم؛ خاصة فيما يتعلق بالاختيار العشوائي و تواجد مجموعة ضابطة ملائمة"⁵

المنهج العيادي: والذي عرفه لاغاش (1949) المنهج العيادي على أنه يهدف إلى "دراسة السلوك في أبعاده الخاصة، التعرف الوفي لطرق التعامل والتصرف عند إنسان ملموس وحققي في علاقة مع موقف ما، محاولة إعطائها معنى، وكذا التعرف على بنية الشخصية وتشكلها، اكتشاف الصراعات التي تسيرها، والطرق المتبعة لحل الصراعات"¹⁶

والذي اعتمدنا عليه في التحليل المعمق لكل حالة من الحالات الخمس التي تعرضنا لها في بحثنا.

2.3. مجالات البحث

- دام بحثنا الميداني ما يقارب الثلاث سنوات، حيث أنه بعد اقتراح خطوات برنامجنا العلاجي، كان لزاما علينا اختبارها في دراسة استطلاعية دامت 18 شهرا، مع حالة الطفل سامي، الذي حضر إلينا في سن 18 شهرا.
- بعد هذه المرحلة، استلزم علينا العمل المتواصل لمدة 18 إلى 20 شهرا مع مجموعة تجريبية غير ثابتة، حيث كنا نفقد العديد من الحالات لنضطر لإعادة البدئ من جديد مع حالات جديدة في كل مرة، تم تطبيق البرنامج العلاجي النهائي عليها.
- تم بحثنا في ثلاث أماكن:
- مركزي المساعدة النفسية التابعان لجمعية المساعدة النفسية، البحث والتطوير في علم النفس (SARP) والكائنان على التوالي في منطقتي دالي إبراهيم وسيدي موسى.
- أحد الأقسام المدمجة في منطقة باب الواد. استقيننا من هذا القسم المجموعة الضابطة في دراستنا.

3.3. مجموعات البحث

من أجل تحقيق أغراض بحثنا، كان لزاما علينا بناء مجموعتين، تم اختيارهما بصفة قصدية: إحدهما تجريبية تعرضت لبرنامجنا العلاجي لمدة 7 إلى 12 شهرا تقريبا.

ضمت هذه المجموعة في نهاية البحث 5 أطفال، وذلك لطول مدة البحث، والتي كانت تجعل الأولياء ينقطعون بعد مدة، حينما يتاح لهم مكان مجاني في المصالح المتعددة التخصصات (في مستشفى دريد حسين، بوسبسي، أو فرانتز فانون).

والجدول الموالي يوضح أسماء (مستعارة) وبعض خصائص مجموعتنا التجريبية

جدول 1: خصائص المجموعة التجريبية

اسم الحالة	الجنس	السن عند أول حصة	أنواع أخرى من الاستشارات
شذى	أنثى	5 سنوات و 6 أشهر	لا يوجد
أمين	ذكر	4 سنوات و 2 أشهر	لا يوجد (عدا حصص السباحة لبضعة أشهر)
أمينة	أنثى	عامين و 8 أشهر	لا يوجد (مع مربية لبضعة أشهر)
حليم	ذكر	3 سنوات و 13 يوم	أرطونيا
لؤي	ذكر	5 سنوات و 4 أشهر	حصص نصف شهرية للأم مع مختصة في مركز خاص

المجموعة الأخرى ضابطة، لم يتم تطبيق البرنامج العلاجي معها. إلا أننا لجأنا إلى تطبيق التقييم القبلي والبعدي لمقياسي CARS و ECAR.

وفيما يلي، يوضح الجدول رقم (2) بعض خصائص المجموعة الضابطة:

جدول 2: خصائص المجموعة الضابطة

	الجنس	السن في أول حصة	طبيعة الكفالة خلال فترة البحث
كمال	ذكر	5 سنوات	في مدرسة متخصصة + بعض حصص أرطونية
مراد	ذكر	6 سنوات و 11 شهر	في مدرسة متخصصة + بعض الحصص العيادية
عادل	ذكر	5 سنوات و 6 أشهر	قسم مدمج + مع مساعدة الحياة المدرسية منذ سنة
يونس	ذكر	6 سنوات	قسم مدمج + بعض النشاطات (رياضة) خارج المدرسة
حسام	ذكر	4 سنوات و 10 أشهر	قسم مدمج + نشاطات رياضية + كفالة أرطونية

4.3. أدوات البحث

تمت خطوات بحثنا بالاعتد الوسائل الآتية

أ. المقابلة العيادية

ب. سلم CARS¹⁷ لتحديد درجة التوحد.

ت. سلم ECAR¹⁸ لتقييم السلوكيات التوحدية.

و قد تم اللجوء إلى هذه الوسائل بالطريقة الآتية:

• في المرحلة الأولى: تم تبني المقابلة في بداية اللقاء مع العائلة و الطفل لتسمح لنا بجمع أكبر عدد ممكن من المعلومات التي ستسمح لنا بفهم حالة الطفل و الظروف المحيطة باضطرابه و المتعلقة بمحيطه العائلي. هذه المقابلة ستمكننا كذلك من اكتساب نظرة حول حدة الاضطراب، و كذا نقاط الضعف و القوة لدى المفحوص.

كما أن المقابلة العيادية النصف موجهة غالبا ما كانت تستخدم في مراحل البروتوكول العلاجي لمتابعة تطور حالة الطفل في البيت، معاش الأولياء و صعوباتهم، و كذا، تقديم بعض التوجيهات للعمل في المنزل، بالموازاة مع العمل الذي يتم مع الطفل في الاستشارة.

• في مرحلة ثانية: على إثر المقابلات التشخيصية الأولى، طبقنا سلم تقييم التوحد الطفولي CARS، و سلم تقييم السلوكيات التوحدية ECAR لتدقيق نتائجنا حول شدة الاضطراب، و أيضا نقاط الضعف و القوة لدى المفحوص.

• في المرحلة الثالثة: قمنا بتطبيق بروتوكولنا العلاجي، ضم بدوره ثمان خطوات كبرى، تضمنت كل خطوة من ثلاث إلى أربع أو خمس حصص

• في المرحلة الأخيرة: استخدمنا من جديد سلمي CARSECAR من أجل تقييم بعدي للحالة.

∇ ملاحظة إضافة إلى سلم تقييم السلوكيات التوحدية، اعتمدنا بصفة عامة على مجموعة أبعاد أساسية تبينها كمؤشرات تطور الحالة من عدمها، من حيث أننا سنحاول إعادة بناء التبادلات، ومنه تصور الطفل عن المحيط، و ذلك في علاقة مع أهم ما يتطرق إليه بروتوكولنا، فاعتمدنا أربع عناصر أساسية (و يمكن لغيرنا اعتماد عناصر أخرى):

✓ تقبل تدخل الفاحص للعب مع الطفل، و / أو استدعائه لذلك (المشاركة)

✓ ظهور نوع من التقليد

✓ شد النظر عند المناداة بالاسم

✓ الإشارة عوضاً من استعمال الآخر كامتداد لجسمه الخاص

4. الجانب التطبيقي

1.4. أهم المفاهيم المعتمدة في البرنامج العلاجي

كما أبرزناه في مقدمتنا، ارتأينا أنه من الضروري الاهتمام بطبيعة تفاعلاتنا مع الطفل، آخذين بعين الاعتبار، ليس فقط عرضيته، وإنما خصوصيات توظيفه من خلال هذه العرضية، أو الاستعدادات الجينية المحتملة.

وقد اقترحنا خطواته من مجمل تدخلاتنا السابقة، التي اعتمدت على تجارب عيادية وقراءات مختلفة.

وعليه، حاولنا بناء برنامج علاجي يهتم بدينامية تفاعلنا مع الطفل (باعتبارنا بدائلاً محيطية)،

لنا متسعاً وفسحة للتمكن من العمل على خصوصياته العلائقية التي قد ترتبط بمصادر قلق بدائية.

فركزنا على المفاهيم الآتية:

الاستقلالية،

احترام الإطار،

استدخال مفهوم الإحباط،

اللعب،

والعمل مع الأولياء

وجاء برنامجنا العلاجي في ثمان خطوات أساسية:

1. التقييم القبلي: من خلال دليل مقابلة وسلمي CARS و ECAR
2. تحديد إطار العمل مع الطفل والأولياء
3. محاولة احتواء الطفل في تجارب الانفصال عن الأولياء
4. مرحلة بناء الثقة وتجارب القدرة المطلقة
5. استدخال التقليد لتعزيز التبادل
6. تجارب الإحباط ووضع الحدود: في المجال العلاج يوفي الوسط الأسري
7. الألعاب والتبادلات الموجهة
8. التقييم البعدي: المهتم ليس فقط بالنتائج الفعلية للأطفال، ولكن الناظر أيضاً إلى التغييرات المحتملة في الديناميات العلائقية محيط-طفل وأيضاً بين أفراد المحيط.

هام:

طبقتنا الخطوات الأساسية في تجربة استطلاعية، مما سمح لنا بالتأكد من نجاعتها، وكذا تحديد

أكبر لبعض طرق التدخل.

من جهة أخرى، وجهنا عملنا نحو مجموعة من المحكمين، معظمهم أساتذة جامعيون ممن نعرف عنهم العمل الفعلي في المجال العيادي، والتدخل، على الأقل، مع أطفال ذوي اضطرابات مختلفة، وذلك أمام صعوبة الحصول على محكمين جامعيين عاملين في مجال التوحد، كما طلبنا المساعدة من مختصين ميدانيين، معروفين في مجال التوحد، وذلك من خلال التنسيق الدولية للمحللين النفسانيين والمعالجين النفسانيين في مجال التوحد (CIPPA)، والتي كانت رئيستها Marie Dominique Amy .

في تواصل مع التحكيم، طلبنا مساعدة بعض المختصين في جمعيات مهتمة بالتوحد، وممن عمل طويلا وكتب في مجال هذه الاضطرابات.

كيف انتهينا إلى تبني هذا البرنامج؟

من أجل ذلك، قمنا بخطوتين أساسيتين:

أخذنا بعين الاعتبار معظم الملاحظات، التي عدنا وناقشناها مع بعض المحكمين، ثم مررنا للتطبيق الفعلي للبروتوكول مع أفراد مجموعة بحثنا.

2.4. نتائج تطبيق البرنامج العلاجي

بعد جمع وتحليل البيانات (بدراسة حالات مفصلة للمجموعة التجريبية ومقارنة إحصائية مع المجموعة الضابطة)، استطعنا ملاحظة ما يلي:

أ. مقارنة نتائج مجموعتي البحث من حيث نتائج سلم CARS

جدول 3: إعادة صياغة نتائج التقييم القبلي و البعدي لكلا المجموعتين لسلم CARS

التقييم البعدي		التقييم القبلي		الحالات
المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
44,5	31	50,5	38,5	1
43	35,5	49,4	43	2
33,5	34	39	47	3
53,5	24,5	60	34,5	4
38,5	33,5	52,5	44	5
42,60	31,70	50,20	41,40	متوسط النتائج

هنا، قمنا بالمقارنة بين نتائج المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة، تم التأكد من نقطتين:

- (1) أفراد مجموعتي بحثنا يتوزعون توزيعاً اعتدالياً طبيعياً
 - (2) التأكد من أن المجموعتين التجريبيّة والضابطة متشابهتان إذن يمكن المقارنة بينهم.
- كمرحلة ثانية انصب التحليل الإحصائي على تطبيق اختبار t للدلالة الإحصائية، حيث كان التقييم على أربع مستويات:

(1) المقارنة بين نتائج التقييم القبلي و البعدي من خلال سلم CARS للمجموعة التجريبية أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج الاختبار القبلي و البعدي لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث قدرت قيمة t بـ 9,399، مما يعني وجود تحسن دال لدى أفراد المجموعة عند مستوى الخطأ 0.001.

- (2) المقارنة بين نتائج التقييم القبلي و البعدي من خلال سلم CARS للمجموعة الضابطة أظهرت
- (3) كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج، بقيمة t المقدرة بـ 5,112، مما يعني وجود تحسن دال لدى أفراد المجموعة.

وهذا ما كنا نتوقعه: فمن الضروري، غالباً، أن يتحسن الأطفال باستعمال طرق علاجية متعارفة مختلفة عما طبقناه، و لكننا نريد إثبات (كما أسلفناه) أن برنامجنا العلاجي له فعالية، من ناحية، و من ناحية أخرى، أنه يمكن أن يضيف شيئاً و يزيد من فرص التحسن لدى الأطفال الذين يخضعون له.

- (4) المقارنة بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة
- هنا أيضاً، أظهر تطبيق اختبار t وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.

مما يعني أنه تبعاً لنتائج سلم CARS عرفت مجموعة بحثنا التجريبية تحسناً دالاً إحصائياً مقارنة بالمجموعة الضابطة، وذلك على إثر تطبيق البرنامج العلاجي موضوع البحث.

- (5) قياس حجم الأثر
- يساهم اختبار g هنا في اختبار الدلالة العملية للمتغير المستقل، أي، الفعالية العملية العيادية لبرنامجنا العلاجي، و يكون اختبار g دالاً بصفة قوية، أي أن الأثر أيضاً قوي، حين تفوق قيمته المطلقة 0,80؛ و يكون الأثر متوسطاً عند علامة 0,50، و ضعيفاً عند 0,20 .
- هنا كانت نتيجة تطبيق اختبار g - 1,611، مما يدلنا على وجود أثر عملي قوي لمتغيرنا المستقل، أي لبرنامجنا العلاجي.

ب. مقارنة نتائج مجموعتي البحث من حيث نتائج سلم ECAR

جدول 4: إعادة صياغة النتائج الكلية في التقييم القبلي و البعدي لكلا المجموعتين في سلم ECAR

التقييم البعدي		التقييم القبلي		الحالات
المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	المجموعة الضابطة	المجموعة التجريبية	
55	21	69	62	1
54	32	75	84	2
25	41	43	80	3
84	9	99	44	4
43	42	82	90	5
52,20	29	73,60	72,00	متوسط النتائج

بعد أن تم إثبات التوزيع الاعتمالي لأفراد مجموعة بحثنا، وكذا تشابه مجموعتي البحث، تم تطبيق اختبار t هنا أيضا لمحاولة المقارنة بين مجموعتي البحث و إثبات وجود أثر فعال لبرنامجنا العلاجي في تحسن حالات التوحد.

(1) المقارنة بين نتائج التقييم القبلي و البعدي من خلال المجموع العام لسلم ECAR للمجموعة التجريبية أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج، أي وجود تحسن دال لدى أفراد المجموعة.

(2) المقارنة بين نتائج التقييم القبلي و البعدي من خلال المجموع العام لسلم ECAR للمجموعة الضابطة أظهرت كذلك وجود فروق ذات دلالة إحصائية في النتائج، مما يعني وجود تحسن دال لدى أفراد المجموعة.

(3) المقارنة بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة هنا، أظهر تطبيق اختبار t بنتيجة 0,78 عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، مما يعني أنه تبعا لنتائج سلم ECAR لم تعرف مجموعة بحثنا التجريبية تحسنا دالا إحصائيا مقارنة بالمجموعة الضابطة، و ذلك على إثر تطبيق البرنامج العلاجي موضوع البحث

(4) قياس حجم الأثر

على الرغم من عدم إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية من حيث النتيجة العامة لسلم ECAR بين المجموعتين التجريبية و الضابطة، إلا أنه يمكننا محاولة تقييم الأثر العيادي العملي.

و هنا كانت نتيجة تطبيق اختبار $g - 1,156$ ، مما يدلنا على وجود أثر عملي قوي لمتغيرنا المستقل، أي لبرنامجنا العلاجي.

و عليه، يمكننا الإجابة عن إشكالية بحثنا:

البرنامج العلاجي المتركز على العلاقة طفل- محيط له فعالية في التطور الإيجابي لحالات التوحد، بالخصوص على مستوى المرونة في العلاقات، و كذا، بصورة متوسطة على القدرات التكيفية لدى أطفال حاملين لاضطراب التوحد، ممن خضعوا للبرنامج العلاجي لمدة سبعة إلى ثمانية أشهر.

3.4. مناقشة النتائج

يبدو أنه قد ساهم تطبيق برنامجنا العلاجي المهتم بطبيعة علاقة الطفل مع محيطه، والمتمركز في الوقت ذاته حول مفاهيم الإحباط والمرونة في التبادلات، في التطور الإيجابي لحالات التوحد، وهذا بالنظر إلى نتائج التقييم القبلي والبعدي لأطفال المجموعة التجريبية، وكذا بمقارنة نتائج أفراد المجموعة الضابطة.

وهذا يسمح لنا بالتفكير في الأثر الإيجابي الإضافي الذي يضيفه برنامجنا العلاجي في كفاءة الأطفال الحاملين لاضطرابات طيف التوحد.

فقد تحققت فرضيتنا العامة، وأسفرت عن خصوصيات كل طفل من مجموعة بحثنا على حدى:

فبالنسبة للفرضية الأولى:

فقد سمح تطبيق البرنامج بالحصول على أكثر استقلالية لدى ثلاث مفحوصين من أصل خمسة، إثنان منهما ممن أظهرت العائلة تعاوناً وتفاعلاً كبيرين في العمل العيادي.

أما بالنسبة للحالتين الأخريين، فقد ظهر التحسن تدريجياً في الأشهر التي تلت التقييم البعدي، فمع حالة أمينة، التي بدا التواصل من أصعب ما يمكن تحقيقه معها، صارت لاحقاً، وبالتدرج تهتم بالاستقلالية في النظافة، وكذا الملابس. أما لؤي، صار يحاول التعامل مع الوضعيات المختلفة، وإن لم يكن ذلك يسيراً بسبب صعوباته الحركية.

بالنسبة للفرضية الثانية:

فقد ساهم العمل على الإحباطات في إطار الحصص العلاجية في اكتساب مرونة أكثر عن تواجد الآخر، النظر إليه وتقليده لدى كل الأطفال، ولكن بدرجات متفاوتة كما ظهر ذلك من خلال سلمي ECAR و CARS.

هذه المرونة وإن تحققت، تبقى خصوصية التدخل من خلال برنامجنا غير مؤكدة، حيث أن المقارنة الإحصائية بين نتائج مجموعتنا لم تبد فروقا ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق "بعدم الكفاية التكوينية".

بالنسبة للفرضيتين الثالثة:

فقد استطعنا أن نلمس من خلال الحالات كون العائلات، وخاصة لدى الأمهات اللواتي يعملن أكثر مع أبنائهن، الحاجة الملحة للمساعدة من طرف محيطهن، أو على الأقل الاعتراف بمجهودهن، وإن لم يواجهن أفراد أسرهن بذلك، كما كانت الحال لدى والدة لؤي.

في حين أدى التطور في إحدى الحالات (حالة حلیم) إلى نوع من المطالبة الفعلية بالاهتمام لدى الأم، وهذا ما ساهم - بدوره - في تفعيل أكبر لدور الأب، والذي كان موجودا منذ البداية، لكنه سعى في مرحلة ثانية إلى مساندة زوجته أكثر. في نفس العائلة، سرعان ما ظهرت مطالب من طرف الإخوة بالحصول على اهتمام أكبر.

أما في عائلات أمينة، شذى، وأمين بدا التعاون أفضل، والسند أكثر فعالية، مما ساهم في تطبيق أكثر دقة لمراحل البرنامج العلاجي، وإن كانت التغييرات التي ظهرت لدى أمينة - مثلا - بطيئة، بفعل حدة الأعراض لديها.

في حين كان والدا أمين بيدوان متكاملان، لكنه غالبا ما اصطدما بصعوبات في التفاعل معهما، خاصة الأب، وذلك مقارنة مع الأم التي تنفي كل تعب، وترى الأهم في تطور ابنها.

في أسرة شذى كذلك، يبدو السند متوفرا، والتواصل الذي يظهر في مطالبة كلا الوالدين الآخر بمساعدته، ساهم حسبنا في النتائج الحسنة التي توصلت إليها مفحوصتنا.

خصوصيات المحيط الاجتماعي، وفي كثير من الأحيان التسهيلات المادية (كما هي الحال لدى عائلات شذى، وحليم - مثلا-) أمور من شأنها أن تسهل خطوات الكفالة المتعددة التخصصات المكلفة، من ناحية، كما أنها، ومن ناحية أخرى، تبعث إلى إحساس بالأمان.

ويوافق هذا ما توصلت إليه دراسة فريق Tour (1999) الذي أكد، بعد عمله حول التبادل والنمو (thérapie d'échange et de développement) على ضرورة أخذ نوعية الحياة بعين الاعتبار في التدخل مع حالات الطيف التوحدي¹⁹، وكذا ما أنتت به عشاشرة (2015) في دراستها لتأثير الإعاقة عند الأطفال على نوعية حياة الأولياء، والتي خلصت إلى أهمية مجموعة عوامل تذكر من ضمنها الظروف المادية، سند المجتمع، وكذلك دعم الدولة²⁰.

5. خاتمة

في ختام عملنا المتواضع، نعتقد أننا تمكنا من وضع أداة عمل بسيطة حتما، و مُحتاجة لتنقيح ودراسات أعمق، بالتأكيد، ولكنها قد تفيد كحجر أساس لعمل النفسانيين العياديين مع الأطفال الحاملين لاضطرابات طيف التوحد.

هدفنا الأساسي هو إيضاح أهمية دور المحيط، من خلال التجارب البدائية للطفل، الإحباط، الغياب، ... - ودون اللجوء إلى أحكام سلبية عن دور الأولياء-، وكذا التأكيد على أنه لا يمكننا التموضع في تطرف تفسيري واحد لاضطرابات طيف التوحد.

فمثل أي توظيف، يأتي الأفراد بمخزون بيولوجي وراثي، واستعدادات شتى، ستؤدي، حين تحتك بالبيئة وخصوصياتها العلائقية، إلى تكوين فرد مختلف عن غيره، بكل ما قد يحمله ذلك من أبعاد سوية أو مرضية.

الاهتمام بالدينامية العلائقية، وكذا النفسية لكل من الأطفال وأوليائهم الذين يعانون من الوضعية التي يعيشونها، يبدو أمرا ضروريا وفعالا لضمان أحسن النتائج وأقصى التكيف لكل الأطراف المعنية.

Référence:

1. Cottraux, J., Prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique, Elsevier Masson, 2015,
2. Hochmann, J., *Histoire de l'autisme*, Odile Jacob, 2009
3. Winnicott, D. W. (1969), *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Payot, 1962
4. Anzieu, D., *Le moi-peau*, Dunod, 1995, 85
5. Tustin, F., *Le trou noir de la psyché*, Seuil, 1989
6. Amy, D., *Comment aider l'enfant autiste*, Dunod, 2013
7. Gillet, P., *Neuropsychologie de l'autisme chez l'enfant*, De Boeck, 2013
8. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistic mental disorders : fifth edition*, England, New scholllibrary, 2013
9. Cottraux, J., *Prise en charge comportementale et cognitive du trouble du spectre autistique*, Elsevier Masson, 2015, 4-5
10. Tardif, C., Gepner, B., *L'autisme*, Armand Colin, 2011, 57
11. Gayda, M. et Lebovici, S., *Les causes de l'autisme et leurs traitements*, Harmattan, 2000, 15
12. Tardif, C., Gepner, B., *L'autisme*, Armand Colin
13. Golse, B., Delion, P., et coll., *Autisme : état des lieux et horizons*, Erès, 2005
14. Roussillon, R., Brun, A., Chabert, C, et coll., *Manuel de psychologie et de psychopathologie : clinique générale*, Masson, 2018
15. Ionescu, S., Blanchet, A., *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, PUF, 2009, 82
16. Chahraoui, K., Benony, H., *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*, Dunod , 2003, 11
17. ECPA, *Catalogue évaluation psychologique*, Pearson, 2014
18. Barthélemy, C. et Lelord, G, *Echelle d'évaluation des comportements autistiques (version révisée) ECAR*, Creapsy, 2008
19. Adrien, J.L., Blanc, R., Hémar, E, Boiron, M., Couturier, G., Hameury, L., Barthélémy, C, *Etude du développement cognitif et socio-émotionnel d'enfants sévèrement autistique. Approche évaluative et thérapeutique. Revue québécoise de psychologie*, 20(1), 1999, 115-132,
20. Achachera, A, *Handicap de l'enfant et impact sur la qualité de vie des parents en Algérie : Validation d'un instrument*, Université Abou BakrBelkaïd. Tlemcen, Université Paul Valéry, 2015