

الاجترارية من الاضطرابات المجتاحة لنمو إلى اضطراب طيف الاجترارية

التفسيرات الحديثة للاضطراب وأنواع التكفل النفسي التربوي

الأستاذة: أيت قتي سعيد نعيمة

أستاذة محاضرة جامعة البلدية 2

ملخص :

منذ مدة طويلة و حتى في الوقت الحالي هناك الكثير من أطباء العقل و حتى محللين كان معروفا أن الطفل الاجتراري غير مصاب بأي اضطراب و أن ظهور الاجترارية مرتبط بأخطاء تربوية و/ أو خلل يصيب علاقة أم / طفل ، و إلى غاية الآن لا يزال المشكل النزوغرافي لم يحل.

و لقد أثبتت الأبحاث العصبية في مجال هذا الاضطراب خصوصا المستثمرة في حقل الفزيولوجية المرضية- خاصة مع دخول مصطلح اضطراب طيف الاجترارية في أدوات التشخيص – أن اضطراب الاجترارية هو اضطراب ذو أصل عصبي نمائي أي أن هناك العديد من مراحل النمو الدماغية قد أصبها الخلل و لا يتعلق أبدا باضطراب عصبي انتكاسي متعلق بفقدان تدريجي للخلايا العصبية كانت متكونة من قبل.

Résumé

Pendant longtemps (voire même encore aujourd’hui pour certains psychiatre et psychanalystes) on a admis que l’enfant n’avait initialement aucun trouble et que l’apparition de l’autisme était liée à des erreurs éducatives et / ou à des anomalies de la relation mère – enfant. A l’heure actuelle, le problème nosographique n’est pas encore entièrement résolu.

Les données issues des neurosciences ont particulièrement investi le champ de la physiopathologie ont permis d’identifier que l’autisme est un trouble d’origine neuro développementale, c’est-à-dire qu’une ou plusieurs étapes du développement cérébral sont perturbées. Par opposition il ne s’agit pas d’un trouble

neurodégénératif qui correspond à la perte progressive de cellules neuronales déjà en place.

الكلمة المفتاح: طيف الاجترارية ، الكفالة النفسية التربوية ، خلل دماغي ، عجز الاتصال والاجتماعية.

1- الإشكالية:

إن تاريخ العلوم العصبية مرتبط ارتباطا وثيقا بتاريخ الاجترارية، و في الواقع أن هذا الاضطراب هو نتاج الأبحاث في حقل العلوم العصبية التي غيرت بعمق المصطلحات النظرية التي تم عليها بناء المفاهيم الفزيولوجية المرصية لاضطراب الاجترارية.

ان التعرف على اضطراب الاجترارية جد حديث و قد استند في بدايته على المعارف العيادية في حقل الطب العقلي لراشد، حيث نجد أن Léo Kanner, 1943 قد عزل إطار نزوغرافيا جديدا انطلاقا من ملاحظة أعراض تتميز عن أعراض الفصام و البلاهة و لكنها تؤدي إلى خلل خطير في العلاقات الاجتماعية مثل الانطواء الاجتراري الملاحظ عند مرضى الفصام .

و إذ كان مفهوم العجز الفطري البيولوجي قد تم الكشف عنه منذ أبحاث Léo Kanner، إلا غياب أدوات الكشف و بالتالي فهم الميكانزمات المعقدة لنمو و توظيف الدماغ، يفسر جزء من تسليط الضوء لعشرات السنوات على النماذج النظرية القائمة على المفاهيم السيكديناميكية . و لكن منذ 30 سنة إلى غاية الآن ، فإن أولى معطيات التصوير الدماغي قد فتحت حقل اصطلاحى جديد، و حاليا أصبح من المتفق أن الاجترارية هي اضطراب نمائى و توظيفي مبكر لدماغ، أي أنه اضطراب ناتج عن هندسة خلوية دماغية خاصة و ما ينتج عن شبكته العصبية يترجم عياديا منذ الطفولة المبكرة عن طريق اضطراب الاتصال و التفاعل و عجز في التخيل الاجتماعى.

إن توسع الذي عرفته المعايير النوزغرافية خصوصا مع ظهور مصطلح اضطرابات طيف الاجترارية هو السبب الأساسى لتحسن إجراءات تنظيم بنيات الكفالة، غير أن كل الأبحاث الحديثة و رغم ما قدمته من معارف هامة لم يستطع أي نموذج نظري في تفسير مجموع الأعراض الملاحظة حتى عند المريض الواحد، يضاف إلى كل هذا عدم التجانس العيادى الكبير المذكور في مفهوم اضطرابات طيف الاجترارية. لها يكمن هدفنا من هذا المقال في تسليط الضوء على أنواع التكفل بالنظر إلى عدم التجانس و الصعوبات المواجهة في وضع فهم فزيولوجي مرضى على نموذج موحد.

لهذا سيكون سؤالنا المطروح بالنظر إلى كل ما تم عرضه من معطيات : هل يمكننا جمع ما تم الوصول إليه من أسباب في فرضيات فزيولوجية مرضية تمكننا من فهم الميكانزمات

الفزيومرضية المسئولة عن اضطراب الاجترارية خصوصا مع الاكتشافات الخاصة للبنية الدماغية و توظيفها؟ و ما هي أنواع الكفالة حسب مستويات خطورة الأعراض في قلب مفهوم اضطرابات طيف الاجترارية؟

2 - تاريخ مفهوم الاجترارية:

اقترح مصطلح الاجترارية Autisme من طرف بلولر Bleuler في القرن 19 باعتباره واحد من أهم الأعراض الأساسية لاضطراب الفصام. و لم يشار أبدا في هذه الفترة إلى الأشكال العيادية للفصام ضمن فئة الأطفال المصابين بأمراض عقلية خطيرة، و التي كان يطلق عليها آنذاك بالعتة Idiote . بعدها قام نفس الطبيب باستبدال مصطلح الجنون Précossisme بمصطلح الفصام الذي كان من بين أعراضه الأساسية الاجترار الذي يشير إلى الهروب من الواقع مع السيطرة النسبية أو المطلقة للحياة الداخلية (Lieberman, 1991) .

و يعود الفضل إلى ليو كانر Kanner Leo في وصف اضطراب الاجترارية تحت اسم الاجترارية الطفلية المبكرة دون إدخال الافتراضات السببية و التنبؤية للتخلف العقلي ، حيث أكد الباحث أن الأطفال الاجتراريين قد أصيبوا بهذا الاضطراب منذ السنوات الأولى من الحياة. من خلال دراسته لـ 11 طفلا مصاب وضع الباحث الجدول العيادي التالي لوصف الاجترارية الطفلية المبكرة:

الانعزال الحاجة الملحة للاحتفاظ بالثبات و عدم التغيير للمحيط المادي المصاحب بفقدان ذاكرة كلي لنفس المحيط .

- غرابة السلوك (سلوكات نمطية متكررة) .
- البكم أو ظهور اللغة الغير متكيفة مع الاتصال.
- و يجب أن يصل الطفل إلى 30 شهر لتأكيد التشخيص.

كما أوضح Kanner Leo بعض الشذوذ في السلوكية عند هؤلاء الأطفال كغياب مواقف المبادرة عندما نستعد لأخذه بين أيدينا، و أيضا غياب تسوية الوضعية المستقيمة للجسم، و كل هذه العناصر أخذها الباحث من خلال المقابلة التي أجراها مع الوالدين. (Guidetti. M & Tourette. C; 2002)

و منذ 50 سن من أول وصف لتناذر الاجترارية أصبحت التصنيفات و النظريات المفسرة لهذا الاضطراب تتنوع ، ففي سنة 1980 أدخل مصطلح (الاضطرابات المجتاحة لنمو Les troubles envahissants du développement أو المعروف بـ TED من طرف التصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية DSM في نسخته الثالثة و الذي كانت فيه الإجتارية الطفلية النوع الوحيد لهذا التناذر .

و في سنة 1994 توصلت الجمعية الأمريكية للطب العقلي في النسخة الرابعة من التصنيف التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية DSM VI إلى وضع مجموعة أخرى من الاضطرابات المشابهة و هي:

- اضطراب الاجترارية Trouble autistique
- الاجترارية النمطية Autisme atypique
- تناذر رات Le syndrome de rett
- الاضطرابات الغير اندماجية للطفولة. Les troubles des intégratifs de l'enfance
- تناذر أسبرجر Le syndrome d'asperger
- الاضطرابات المجتاحة للنمو الغير خاصة (APA; 1994). (TED non spécifié.) هذا التنوع في حقل TED وضع مكانا جدمحدد و أكثر خصوصية لكل نوع من أنواع هذا الاضطراب، كما سمح بتحديد مع الكثير من الدقة العينة المستخدمة في البحوث للتعرف على العلامات البيولوجية بالخصوص. و من أهم الأمثلة التي يمكن تقديمها بخصوص دخول هذه الوحدات الجديدة البيوعيادةية هي تناذر رات Le syndrome de rett. فهذا الشكل الخاص من TED تم وصفه من طرف الدكتور أندريا رات Andreas Rett في فينا سنة 1966 ، فهو عبارة عن شكل خاص من أشكال الاجترارية الذي يصيب غالبا الفتيات، و تكون بدايته في الفصل الثاني من العمر و يتميز بتوقف نمو محيط الجمجمة و نكوص حسي و حركي و عقلي شديد ، و قد أكد الدكتور أندريا رات Andreas Rett على وجود فقدان الاجتماعية و اللغة، فقدان الكفاءات اليدوية ، حركات نمطية للوي الأصابع و غسل اليدين، عدم تناسق في المشي و حركات الجذع. و بعد 30 سنة من هذا الاكتشاف، تم في سنة 1999 تسليط الضوء على مؤثر بيولوجي لهذا التناذر و المتمثل في تحول المورث المسئول على وظيفة بروتين MECP2، فشذوذ هذا البروتين هو المسئول عن الخلل العصبي و النفسي التطوري المميز لهذا التناذر (Guidetti. M & Tourette. C; 2002).

و مع تواصل الدراسات في مجال هذا الاضطراب تم سحب تناذر رات و التناذر الغير اندماجي للطفولة من الاضطرابات المجتاحة لنمو، في الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية، بسبب وضوح أسبابها و مسارها الذي يختلف تماما عن بقية الأنواع الأخرى كما سبق و أن شرحنا ذلك (فقدان المكتسبات الذي يكون هام و الذي يصيب ميادين أخرى غير الاتصال و التفاعل الاجتماعي) (Centre de Réadaptation en déficience intellectuelle ; 2013)

و لم يكن هذا التغيير الوحيد الذي طرأ على الاضطرابات المجتاحة للنمو فقد تغيرت تسميته في نفس الطبعة الصادرة 2013 إلى اسم اضطراب طيف الاجترارية Trouble

du spectre de l'autisme و الذي أقصيت منه نوعين كما قلنا و هما تناذر رات و اضطراب الغير اندماجي للطفولة، و بقي فيه الأنواع الأخرى (اضطراب الاجترارية Trouble autistique تناذر أسبرجر Le syndrome d'asperger الاضطرابات المجتاحة لنمو الغير خاصة. TED non spécifié)، كما أن التغيير الذي عرفه هذا الاضطراب في التسمية و التوسع تبعه حتى في ارتفاع عوامل الخطر خصوصا فيما يتعلق بتقدم عمر الوالدين، سمنة الأم... الخ) إلى جانب انخفاض تكرر العجز العقلي في اضطراب طيف الاجترارية (Halfon & kuo , 1913) و أخير نجد إدماج ميدان الاتصال الاجتماعي و التفاعل الاجتماعي في نفس المجال ليصبح التشخيص منصب في مجالين بدل ثلاثة كما كان في الطبعة الرابعة و إضافة زيادة / انخفاض إعادة التنشيط الحسي في مجال السلوكات النمطية التكرارية. الى جانب هذا حاولت الطبعة الخامسة لـ DSM جمع أعراض اضطراب طيف الاجترارية في نظرة بعدية une optique dimensionnelle متحدية في ذلك عدم التجانس في شروط و مسار النمو المتميز للأنواع الثلاثة المتبقية. و لقد كان هذا الجمع للأعراض حسب خطورة الأعراض الفردية أكثر من الاعتماد على معايير الصدق و الثبات. كما تم إضافة بعض الخصوصيات لمعايير تشخيص اضطرابات طيف الاجترارية مثل : الملمح المعرفي، القدرات اللغوية ، و ربط المعايير التشخيصية بشروط وراثية ، طبية و محيطية معروفة، و أخيرا تم إقصاء المعايير التي تتطلب وجود مظاهر الاضطراب قبل سن الثالثة لأن الأعراض التي تظهر في الطفولة يمكن أن تصبح ظاهرة عندما تتجاوز متطلبات المجتمع القدرات الفردية.

و فيما يلي يبين الجدول التالي تطور مفهوم اضطراب الاجترارية في مختلف طبقات

:DSM

● تم إدخاله في :الفصام الاستجابي - النمط الطفلي.	1952	DSM1
● تم إدخاله في : الفصام - النمط الطفلي.	1968	DSM2
● الاضطرابات الشاملة للنمو: ● اجترارية طفلية (تناذر كامل أو في مرحلة ثابتة) ● الاضطراب الشامل للنمو يبدأ في الطفولة. ● الاضطراب الشامل النمطي للنمو.	1980	DSM3

<ul style="list-style-type: none"> ● الاضطرابات المجتاحة للنمو: ● اضطراب الاجترارية. ● الاضطراب المجتاح للنمو الغير خاص. 	1987	DSM3R
<ul style="list-style-type: none"> ● الاضطرابات المجتاحة للنمو : ● اضطراب الاجترارية. ● تناذر اسبرجر ● الاضطراب المجتاح لنمو الغير خاص. ● تناذر رات ● الاضطراب التفككي للطفولة. 	1994	DSM4
<ul style="list-style-type: none"> ● اضطرب طيف الاجترارية. 	2013	DSM5

الجدول رقم (1) تطور اضطراب الاجترارية في مختلف طبقات DSM
(Centre de Réadaptation en déficience intellectuelle ; 2013)

3- معايير تشخيص اضطرابات طيف الاجترارية حسب DSMv

A : صعوبة مستمرة على مستوى الاتصال و التفاعل الاجتماعي (ظاهرة أو في تاريخ الحالة) تظهر هذه الصعوبات في كل الأعراض الثلاثة التالية:

1 صعوبة في التبادل الاجتماعي- الانفعالي (المبادرة و الاستجابة الاجتماعية، التحدث، مشاركة الاهتمامات و الانفعالات)

2 عجز في الاتصال الغير لفظي(تنسيق وسائل الاتصال اللفظية و الغير لفظية ، إدماج وسائل لفظية و غير لفظية في السياق، استخدام و فهم الاتصال البصري، حركات الوضعية و التعابير الوجه)

3 صعوبة في تطوير و الحفاظ و فهم العلاقات الاجتماعية المناسبة للعمر ، صعوبة في تكييف سلوكه على مختلف السياقات الاجتماعية، صعوبة في مشاركة اللعب الرمزي و الخيالي مع الآخرين و غياب واضح للاهتمام بالآخر.

ملاحظة: هناك خصوصية في مستوى خطورة الأعراض قائمة على مستوى المساعدة المطلوبة.(هناك 3 مستويات نعود إليها في الأخير)

B: سلوكات نمطية حركية و اهتمامات ضيقة (ظاهرة أو في تاريخ الحالة) و ذلك بحضور عرضين من 4 أعراض التالية:

1 استخدام حركات تكرارية / نمطية ، استخدام خاص للغة (ألفاظ صدوية، جمل فقهية نمطية تكرارية) و الأشياء (مثل تدوير الأشياء)

2 الإصرار على التماثل و الروتين و طقوس لغوية و غير لغوية (مثل الضيق الهام أمام أدنى تغيير، صعوبات مع الانتقال ذ، تفكير صلب، طقوس لتحية جامدة، ضرورة الاحتفاظ بنفس مسار الخروج، أكل نفس الطعام).

3 اهتمامات ضيقة، محدودة و نمطية من حيث الشدة أو نمط الاهتمام (مثل: التعلق الكثيف بأشياء غير معتادة أو اهتمامات جد ضيقة لبعض المواضيع أو تأخذ مكانة جد هامة).

4 فرط أو نقص التفاعلية للمنبهات الحسية أو الإهتمام الغير عادي نحو عناصر حسية في المحيط (مثل: عدم الاكتراث بالألم / الحرارة ، الاستجابة السلبية لبعض الأصوات أو الأنسجة ، الانبهار بالأضواء او الأشياء التي تدور.

ملاحظة: هناك خصوصية في مستوى خطورة الأعراض قائمة على مستوى المساعدة المطلوبة.بالرجوع إلى الجدول التالي:

المستوى	الاتصال و التفاعل الاجتماعي	السلوكات النمطية التكرارية و الاهتمامات الضيقة
المستوى الثالث: يستوجب دعم كبير جدا	الإصابة تمس بخطورة التوظيف (المبادرة جد محدودة و الاستجابات ضعيفة: بعض الكلمات)	انشغالات ، طقوس ثابتة / سلوكات تكرارية تؤثر بشكل معتبر في التوظيف. و ضيق كبير عند عرقلة هذه الطقوس، صعوبة تغيير وجهة اهتمامه.
المستوى الثاني: يستوجب دعم كبير	عجز مميز للاتصال اللفظ و الغي لفظي، خلل اجتماعي ظاهر رغم تدابير الدعم الموضوعية ، المبادرة و الاستجابة مختزلة أو خاصة	سلوكات ضيقة و اهتمامات نمطية يمكن ملاحظتها بشكل واضح كما أنها تعرقل التوظيف حسب مختلف السياقات. ضيق و احباط عند تغيير هذه السلوكات و الاهتمامات.
المستوى الأول: يستوجب الدعم.	دون دعم يسبب الاضطراب عجزا ظاهرا ، نقص الاهتمام ، صعوبة في المبادرة و استجابات نمطية لتطورات الاجتماعية.	طقوس و سلوكات ضيقة و تكرارية تؤثر بطريق دالة لتوظيف في واحد أو عدة سياقات. مقاومة لمحاولة منعه من هذه الطقوس.

الجدول رقم 1 : يمثل مستويات خطورة الأعراض A و B و C: هذه الأعراض يجب أن تكون قد ظهرت في الطفولة ، و لكنها لا تظهر بوضوح تام إلا عند اللحظة التي تتجاوز فيها متطلبات المجتمع قدرات الفرد. D: تحد هذه الأعراض أو تصيب التوظيف اليومي. E: هذه الاضطرابات لا تفسر بعجز عقلي أو لا بتأخر عام لنمو. تكرار المشاركة في الاضطرابات المصاحبة بين DI و TSA في التشخيص الفارقي يجب أن يكون مستوى التفاعل الاجتماعي أقل في المرحلة المنتظرة.

التشخيص يجب أن يخصص:

التوظيف العقلي :

- بدون أو مع عجز عقلي
 - وصف الملمح اللغوي و الغير لغوي.
 - الفرق الغالب بين القدرات المعرفية و القدرات التكيفية.
 - *التوظيف اللغوي:
 - يجب تقييمه و وصفه أثناء التقييم التشخيصي.
 - تقييم اللغة الاستقبالية و اللغة التعبيرية
- إذا كان TSA مرتبط بشروط طبية (مثل الصرع) ، وراثية (تناذرات ، X fragile ، أو تناذر داون) أو محيطية (الوزن الناقص عند الولادة و التعرض للكحول) في 10 إلى 15 % يكون السبب الوراثي محدد (تناذر X fragile ، التصلب الدرني Sclérose tubéreuse و تناذر Angel man)

و جود مصاحبة مرضية بين اضطراب عجز الانتباه/ الإفراط الحركي، اضطرابات التصرف، اضطرابات القلق، الاكتئاب و Gille de la Tourette .

إذن من خلال عرضنا لتشخيص اضطراب الاجترارية في كل من الطبعة الرابعة والخامسة لدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية نستنتج انه من أهم التغيرات التي طرأت على هذا الاضطراب في الطبعة الخامسة هي :

تعويض مصطلح الاضطرابات المجتاحة لنمو بمصطلح اضطراب طيف الاجترارية. جمع الأعراض بنظرة بعيدية (و هذا بتحدي عدم التجانس في شروط و مسارات النمو). سحب بعض المجموعات (تناذرات ، الاضطراب التفككي لطفولة و هذا لسببيتها المعروفة و مسارها المختلف حيث نجد فقدان جد هام للمكتسبات التي تصيب ميادين أخرى

غير الاتصال ة التفاعل الاجتماعي)

ثلاث ميادين لتشخيص أصبحت اثنين مع ضرورة إضافة عنصر تشخيصي آخر جديد في الميدان الثاني(نقص أو زيادة في إعادة التنشيط الحسي)

إضافة الملمح المعرفي و القدرات اللغوية و ربطه بالظروف الطبية، الوراثية والمحيطية و تحديد شدة الأعراض لكل ميدان حسب الدعم المقدم.

زيادة الكشف عن الصغار، المراهقين و الراشدين الذين لا يكون تاريخ حياتهم متوفر. إقصاء المعايير التي تتطلب وجود الأعراض قبل سن ثلاث سنوات. و بالتالي أصبحت هناك ليونة بالنسبة لتشخيص المتأخر في المراهقة و الرشد (متطلبات المجتمع تكون أكبر من القدرات الفردية .

بالنسبة لسلوكات النمطية التكرارية فتواجد 2 فقط من بين 4 ربما يعتبر غير كافي لأنه عند الأطفال الصغار لا تزال المعلومات ناقصة حول كيفية إظهارهم لهذه السلوكات.

4- النظريات الحديثة المفسرة للاضطراب طيف الاجترارية :

إن النظريات المفسرة لأنواع الاجترارية عديدة و متنوعة ، و قد قام أدريان (1994)Adrien بجمعها في رسالته (التي تعتبر مثالا ناجحا، لعدم تأثره بالصراعات الاديولوجية و أخذه بعين الاعتبار لإدماج مختلف تيارات الاجترارية) في ثلاث مجموعات و هي : النظريات التحليلية، النظريات النفسية و نظريات العجز الخاص.

بالنسبة للباحثين الذين يستندون على نظرية ما وراء علم النفس الفرويدية أمثال: بتال هايم Bettelheim، مهلر Mahler، بيرون Perron و غيرهم...تعتبر الاجترارية نتاج لتشوه مبكر لعلاقة أم – طفل، ويمكن لأصل هذا التشوه أن يكون متعدد : اكتئاب أموي، خطأ استثمار مبكر و كثيف للرضيع...الخ و يؤدي هذا الاضطراب الذي يصيب علاقة أم – طفل إلى معاناة عميقة و قلق شديد يواجهه الطفل بالانطواء والانغلاق لا شعوريا في وقوعه الاجترارية التي تحميه من كل المثيرات القادمة من العالم الخارجي و الآخر.

(Adrien, 1994, p11)

أما بالنسبة لنظرية النفسية للإجترارية فهي مستوحاة من النماذج النمائية المتعلقة بالتوظيف العادي خصوصا في جوانبه المعرفية و الاجتماعية. أعطت هذه النظريات الأهمية للعجز المعرفي في الاجترارية سواء في نظرة نفسية عصبية ذلك بربط الاضطراب بخلل على مستوى المساحات القشرية و بالضبط المساحة الجبهية –الصدغية (و هذا ما نسميه بالفرضية الجبهية) أو في وجهة نظر نمائية التي تعتبر الاجترارية بناء مرضي نمائي. (Nadel, 1994) مرتبط باضطراب نمو متأخر و في نفس الوقت نمطي مقارنة بالنمو العادي، بحيث أن بعض التصرفات تظهر ببعض فارق الوقت عند الطفل الاجتراري

مقارنة بالطفل العادي (مثلا النطق)، أما الأخرى مثل النمطية المتكررة فلا تعتبر مظهر من مظاهر الطفل العادي لهذا تعتبر خاصية الطفل الاجتراري.

و أخيرا أسندت عدة نماذج نظرية العجز الخاص لبعض الكفاءات المعرفية أو الاجتماعية للاضطراب المسجل لدى الطفل الاجتراري. و يشير (Nadel, 1994) إلى أنه يمكن وصف نمو الطفل الاجتراري بـ (الديناميكية الفريدة بين وحدات مضطربة وأخرى سليمة. و يشير نفس الباحث إلى أن أهمية هذا التنظيم تكمن في العمل على تعديل التأثير النفسي الوراثي لقدرة معينة و نتائج المترتبة عن عجزها أو غيابها. (Nadel, 1994, p48) و في هذا المجال تم تسجيل العديد من أشكال العجز من طرف الباحثين : عجز الانتباه المقترن من طرف مندي و سقمان (Mundy Sigman 1989)، و أيضا العجز ما وراء التصوري metarepresentationnel من طرف برون كهن و زملاؤه (Baron- Cohen et coll 1985) و نقصد بهذا العجز صعوبة في تصور الحالات العقلية للأخر و هي قدرة عقلية تسمى (نظرية الروح)، فهي قدرة غير ملاحظة مباشرة و لكن يجب الاستدلال من أجل القدرة على فهم و التصرف في محيطنا الاجتماعي. أما (Hobson 1986) فيذكر عجزا في المشاركة الانفعالية. إلا أن هناك من الباحثين من يرى أن هذا العجز الأخير غير أولي لأنه يمكننا ملاحظة بعض السلوكيات الاجتماعية المتكيفة عند الطفل الاجتراري مثل بعض سلوكيات التعلق. (Guidetti. M) (&Tourette. C; 2002

كما يجب الإشارة إلى أن الاجترارية تتميز بعدم تجانس المظاهر العيادية و العلامات البيولوجية. و هذا ما يعكس الحذر الذي أظهره الباحثين (Nadel & Rogé 1998) (أنظر أيضا العدد الخاص لمجلة الطفولة 2002 المحررة من طرف (Nadel et Pry) الذين نظما حديثا تركيب ممتاز مكرس للبحث و التكفل بالاجترارية حيث ذكر كل نموذج من النماذج السابقة كفرضيات.

بالنسبة لنظريات المفسرة الاجترارية ذات المرجعية لإطار النمو العادي و التي تعتبر أن هذا الاضطراب هو اضطراب نمو و بالتالي تطوري ، تبدو استكشافية بالخصوص، لأنه كما أشار (Adrien 1994) فإن مصطلح النمو هو مصطلح حامل للأمل و يفتح بعض الآفاق على المستوى العلاجي و التربوي. فكل طفل و حتى الذي يكون عجزه ذو أصل وراثي، يبقى إنسان في تطور، بحيث يمكن تنظيم سلوكياته انطلاقا من نوع عجزه.

و في الوقت الحالي، نجهل تماما الميكانيزمات و الأسباب الحقيقية التي أدت إلى الاجترارية، فلا وجود لأي معايير بيولوجية لا جدال فيها و لا معايير عيادية مرضية تعود الإصابة لها. و حديثا بفضل تقنية التصوير الدماغية imagerie cérébrale، تقنية (Tomographie par émission de position (TEP)، تقنية IRM التشريحي

و الوظيفي ، سمح بتقديم هام في فهم الاضطرابات العصبية للاجترارية، و أولى الدراسات التي أجريت في هذا المجال حسب (Guidetti & Tourette 2002) كانت سنة 1980-1990 باستخدام تقنية (TEP) التي أوضحت وجود خلل دماغي وظيفي عند بعض الأطفال الاجتراريين يبلغون من العمر مابين (5 إلى 12 سنة) حيث ظهر هذا الخلل على شكل انخفاض ثنائي في تدفق الدم على مستوى الفص الصدغي في الجزء العلوي و هذا الانخفاض في الدم يشهد على النشاط القليل للمشابك، و نشير إلى أن الجزء العلوي للفص الصدغي هي منطقة دماغية تم ضمها حديثا فيما يسمى بالإدراك الاجتماعي الذي معالجة المعلومات الحسية الضرورية لتحليل الدقيق للاستعدادات و نية الآخرين مثل النظرة و تعابير الوجه. هناك دراسات أخرى حسب (Guidetti & Tourette 2002) بينت أن هذا الخلل الصدغي مرتبط بظهور أعراض اجترارية ثانوية في حالة أمراض عصبية مألوفة مثل الصرع و التهاب الدماغ . كما بينت دراسات أخرى عن طريق جهاز IRM سنة 1980 وجود خلل في المخيخ و بالضبط في الفص 6 و 7 الخاص بالفص الدودي عند مجموعة من الأطفال الاجتراريين، و رغم أن هذا الخلل لم يتم تأكيد علاقته المباشرة بالاجترارية إلا انه في الواقع يعتبر الخلل المخيخي مرتبط خصوصا بتناذر Rett و التأخر العقلي من نوع Down. أما الدراسات التي استخدمت جهاز (TEP) فقد بينت انه عند سماع أصوات شفوية، سجل وجود انخفاض في نشاط المناطق الصدغية اليسرى المسؤولة عن اللغة عند الأطفال الاجتراريين عكس المجموعة الضابطة .

كما أن التقدم الحديث في مجال علم الأعصاب و الفزيولوجية و الوراثة أدى إلى وضع فرضيات بيولوجية للاجترارية. و من أهم هذه الفرضيات نجد فرضية الخلل الدوباميني Le *dysfonctionnement dopaminergique* فدوبامين ناقل عصبي دماغي يلعب دورا هاما في انتقاء المعلومات من المحيط و إدماجها من أجل تحقيق السلوكيات المتكيفة ، حيث لاحظ نسبة عالية من تسرب الدوبامين في البول بطريق غير عادية عند الأطفال الاجتراريين، حيث لا حظ الباحثين تشابه بين الاضطرابات السلوكية الناتجة عن إصابة مسارات الدوبامين و السلوكيات الملاحظة عند الأطفال الاجتراريين مثل النمطية الحركية ، اضطرابات الانتباه، خلل في الاستجابات الانفعالية، و في سنة 1993 تم ربط الاجترارية بمورث موجود في الكروموزوم 11 و هو المورث La thyroxine- hydroxylase يدخل في إستقلاب الدوبامين. (Guidetti. M & Tourette. C; 2002)

كما لاحظ أيضا شذوذا في السعة الكامنة المستثارة من المنبهات الحسية، على شكل تغيرات كهربائية دماغية كامنة مستثارة عن طريق منبهات سمعية أو بصرية يخضع لها الفرد. فعند الطفل الاجتراري كانت سعة الاستجابات سواء مرتفعة جدا أو ضعيف جدا (ففي بعض الحالات يمكن وضع تشخيص للصمم) مقارنة بالمنبهات الحسية التي لا تتعدل حسب شدتها. (Bruneau et coll. ; 1987)) و أخيرا فيما يتعلق بتزامن

المنبهات الحسية السمعية و البصرية. فقد وجد عدم انتظام هام في قدرات التداعي و كأن
الطفل الاجتراري لا يستطيع الاحتفاظ بقدرته على الانتباه. (Martineau et coll. ;
1992)

إذن نستنتج أن البحث في أصل الاجترارية أصبح بالخصوص صعبا ، لأن كل
المؤشرات التي ذكرناها سابقا لم توجد عند كل الأطفال الاجتراريين ، فهذا الاضطراب
يملك أسباب عديدة و غير متجانسة أين تتدخل العوامل المحيط البيولوجي مثل الحوادث
والانتناعات القبل و بعد رحمة ، عوامل وراثية متعلقة سواء بالأمراض وراثية معروفة
التي يبقى أن نقيم سببها في الاجترارية أو عن طريق النقل العائلي لميكانزمات متنوعة
والتي تبقى محل تحديد و تعرف، أو عوامل محيطية التي يمكن أن تلعب دورا في تفاقم أو
تحسين عرضية هذا الاضطراب.

5-التكفل النفسي، التربوي و الاندماج الاجتماعي للأطفال المصابين باضطراب طيف الاجترارية :

إن مختلف مفاهيم الاجترارية التي ذكرناها سابقا كانت تعتبره إما كإعاقة ذات جذور
يفترض أن تكون عضوية أو بصفته مرض عقلي، و هذا ما يفرض طرق تكفل مختلفة،
ففي الحالة الأولى يمكننا التحدث عن العلاج التربوي و هنا نسلط الضوء حسب Le
Corvec, 1990 على النظرة التربوية حيث يكمن الهدف في وضع الأطفال المصابين
بالاضطرابات المجتاحة لنمو في أقسام مدمجة في مدارس عادية ، و في خطوة ثانية يوضع
هؤلاء الأطفال في مستشفى النهار الذي لا يقصي النظرة البيداغوجية و النفسية.

أما في الحالة الثانية فيقترح (Liberman 1991) أن يتم الربط بين الإعاقة
والمرض العقلي حيث يرى إنه من الضروري أن نميز في أنواع الاجترارية ما هو راجع
لسياقات المرضية و التي تتطلب علاج خاص، و ما هو راجع للإعاقة العقلية و هذا ما
يفتح المجال لتدابير التعويضية (التوجيه لمستشفى النهار أو الإدماج المدرسي)

و من المهم الإشارة إلى أنه يجب أن تعلم عائلات الأطفال المصابين باضطراب
طيف الاجترارية بأهداف كل نوع من أنواع الكفالة و القدرة على اختيار أفضلها لطفل،
و مع ذلك يبقى الانتقال من كفالة إلى أخرى ممكن دائما بشرط أن تكون هناك استمرارية
بينها.

و يشير كل من (Beaugerie- Perrot Lelord 1991) في كتابهما المعنون
(Intégration scolaire et autisme) أن كل من التيار التربوي و العلاجي
هما متكاملين و متزامنين و لهذا الهدف يقترح الباحثين مصطلح العلاج النفسي التربوي
. فالاندماج المدرسي الحيد يمكن أن يكون مفيد لنمو النفسي لبعض الأطفال المصابين
بالاضطرابات المجتاحة لنمو و لكن يمكن ألا تفيد البعض الآخر، لهذا يجب أن يتم هذا

الإدماج المدرسي بالتركيز بين الأولياء، المدرسة و المركز الصحي) الذي يشرف عليه أشخاص أكفاء و متخصصين) حيث يمكن القيام بالتقييم الصحيح و المنتظم للاضطرابات و تطورها في الحدود التي نعتبر فيها أن الصعوبات الكثيفة التي يعانها هؤلاء الأطفال لا تقتصر فقط على مشاكل التربوية، و يجب أن نشير إلى أن هذا التقييم يجب أن يكون طويل المدى و متعدد الأبعاد، حتى يسمح بتحديد نتائج الاندماج المدرسي الذي من المحتمل أن يؤدي لإصلاح و تقدم نفسي تربوي .

و في هذا السياق يمكننا الإشارة إلى العلاج الذي قدمه كل من Barthélémy, (1995) و Hameury, Lelord (1995) و هو علاج التبادل و النمو la therapie d'échange et de développement حيث يهدف هذا العلاج إلى تدارك الصعوبات التي يعانها الأطفال المصابين بـ TED بتشجيع و تطوير التبادلات مع المحيط. يقوم هذا العلاج على برنامج شخصي يطبق فرديا و أو جماعيا في مجموعة صغيرة في وضعيات وجه لوجه في تناول الأكل ، الاستحمام أو تمارين النفسية الحركية. كما يمكن أن يتضمن تمارين الانتباه، تعديل الإدراك و الوضعية و الحركية، و في كل الحالات يبدو أنه من الضروري تأطير و بناء فعل الطفل من أجل تجنب التشتت أو ترك النشاط . (Barthélémy, Hameury, Lelord, 1995) و في نفس المجال يقول Adrien (1994) « إن التقييم النموي يساهم في فعالية العلاج » p89

إن تطبيق هذه العلاجات لعشرات السنوات حسب Guidetti & Tournette (2002)) سمح بالحصول على تحسن في بعض الوظائف النفسية التي كانت عاجزة لدى الأطفال المصابين باضطراب طيف الاجترارية. كما تم الحصول على نفس النتائج الايجابية عن طريق استخدام أسلوب TEACCH وهو اختصار باللغة الانجليزية ويعني: « علاج و تربية الأطفال الاجتراريين و المعوقين اتصاليا » و لقد تم وضعه في الولايات المتحدة الأمريكية من طرف Schopler و زملاؤه (1988-1993) و يعتبر هذا الأسلوب أساسا تربوية تستلزم تعاون بين الأولياء و المربين، و بنفس طريقة العلاج السابق يركز هذا الأسلوب على برنامج شخصي أين تكون النشاطات البيداغوجية مبنية بدقة من حيث الزمان و المكان. و انطلاقا من ملامح نفسي تربوي يحدد بدقة مواقف و عجز الطفل في سبعة مناطق من المعارف»(التقليد، الإدراك ، الحركات الدقيقة و العامة، إدماج العين و اليد، الانجازات المعرفية و الكفاءات اللغوية)، سيتم تحديد استراتيجيات للتعليم بأهداف محددة على المدى القصير و طويل، يتم تحقيق هذه الأهداف عن طريق نشاطات التعليم و التي ستكون نتائجها و تعميمها في الحياة اليومية محل تقييم منتظم. كما يتميز هذا الأسلوب بميزة فريدة تكمن في أن استخدامه في الوسط المدرسي يكون تحت وصاية تلاميذ متطوعين يقومون بمساعدة الصغار المصابين باضطرابات المجتاحة لنمو.(Schopler. E, Roge. B ; 1998)

و هناك الكثير من الباحثين حسب (Guidetti & Tournette 2002) من انتقد هذا الأسلوب لأنه لا يعلم الطفل إلا مجرد سلوكيات آلية مشروطة، وبرغم من هذا النقد الذي تعرضت له مبادئ التعزيز في هذا الأسلوب العلاجي إلا أنه يبقى من الأساليب النادرة التي تقترح أهداف و نشاطات تربوية، و التي أثبتت التجربة أنها تحسن النمو و الحياة اليومية للأطفال المصابين بـ TED و عائلاتهم.

إذن نستنتج أن هاذين الأسلوبين في العلاج أثبتنا أن من الممكن تجنب أن يصبح الطفل المصاب باضطراب طيف الاجترارية، راشدا ينهي أيامه في المستشفى داخل مصحة عقلية، كما أنه يستطيع أن يعيش حياة اجتماعية قريبة من العادي. و لكن هل يمكننا التكلم عن شفاء هذا النوع من الاضطرابات؟ ففي كل الأدبيات العلمية المضبوطة لم يتم ذكر أي حالة تماثلت لشفاء و بالتأكيد هناك تقدم ممكن يتعلق بخفض السلوكيات النمطية التكرارية، أما الاندماج الاجتماعي للطفل المصاب بـ TED فيكون تابع خصوصا بدرجة الإصابة، التحمل، الدعم و استثارة المحيط المستقبل.

المراجع:

1. Adrien J-L (1994): « Autisme de l'enfant, Trouble de la régulation de l'activité et du développement cognitif et social. » Université René Descartes- Paris v, thèse de doctorat.
2. Adrien J-L ;Blanc R ; Couturier G ; Hameury L ;Barthélémy C (1998): « Evolution psychologique d'enfants autistes suivis en thérapie d'échange et développement. » Psychologie Française, 43247-239 , 3-.
3. American psychiatric association (2000): «Mini DSM Manuel diagnostique des troubles mentaux » 4 eme édition texte révisé, Masson, paris, Washingtons.
4. Baron-Cohen S ; Leslie A.M ; Frith U (1985): « Does the autistic child have a theory of mind » Cognition, 21,3746-
5. Barthélémy C; Hameury C; Lelord G (1995): « L'Autisme de l'enfant : La thérapie d'échange et de développement » Paris , Expansion scientifique française.
6. Beaugerie-Perrot A ; Lelord G (1991) :« Intégration scolaire et autisme » Paris, PUF.
7. Bruneau N; Garreau B; Roux S; Lelord G :« Modulation of

auditory evoked potentials with increasing stimulus intensity in autistic children » *Electroencephalography and clinical neurophysiology*.

8. Centre de Réadaptation en déficience intellectuelle (2013) :« Journée d' appropriation du DSM5» Consiel Quibicois
9. Guidetti M; Tourette C (2002): « Handicap et développement psychologique de l'enfant » 2^o édition ARMAND COLIN.
10. Hobson R. P (1985): « autistic child's appraisal of expression of emotions: a further study» *Journal of child psychology and psychiatry*, 27, 321 -342.
11. Le Corvec E (1990) :« les enfants présentant des troubles autistiques et l'école» *Cahiers de Beaumont* 3, 48,49.
12. Leboyer M (1985): « Autisme infantiles : faits et modèles.» Paris, PUF
13. Liberman R (1991): « Handicap et maladie mentale » Paris, PUF
14. Martineau J ; Roux S ; Garreau B ; Adrien J-L ; Lelord G (1992):
15. « Unimodal and cross modal reactivity in autism : presence of auditory evoked responses and effect of repetition of auditory stimuli» . *Biological Psychiatry*, 31, 1190-1203-.
16. Mundy P; Sigman M; Ungerer J; Sherman T (1986) :« Defining the social deficits in autism: the contribution of non- verbal communication measures» *Journal of child psychology and psychiatry* 27(5), 657-669-.
17. Mundy P; Sigman M; Kasari C (1994): « Joint attention, development level and symptom presentation in autism» *Development and psychopathology*.
18. Nadel J (1994): « troubles et handicaps du développement et développement normal : quels modèles pour quelles comparaisons » In Déleau M., Weill- Barais A.(éd)

,Développement de l'enfant : approches comparatives.
Paris, PUF.

19. Nadel J ; Rogé B (1998) : « l'option biologique »
Psychologie française, 43 (23/).

20. Nadel J ; Pry R (2001): « L'enfant autiste : un enfant en
développement » ,Enfance.1.

21. Schopler E ; Rogé B (1998): « Approche éducative de
l'autisme : le programme TEACCH- sa transposition en
France » psychologie française 43 216-209 ,2-.

22. Schopler E ; Reichler R J ; Lansing M (1988): « Stratégies
éducatives de l'autisme » Paris Masson.