



Contents lists available at www.iusrj.org

International Uni-Scientific Research Journals

Journal homepage: www.iusrj.org



Humanities and Social Sciences.

Exchange and Development Therapy as an Intervention Approach for Children with Autism

تقنية العلاج بالتبادل والتطوير كنموذج للتدخل لفائدة أطفال طيف التوحد

Ghezlane El Hajri غزلان الحجري

Article Info

Article history:

Received: 14 -07-2022

Accepted: 18 -07-2022

doi:10.22071/2022.07.14.2116

Available

Keywords:

Autism spectrum disorder,
exchange and development
therapy.

العلاج باضطراب طيف التوحد
بالتبادل والتطوير

Abstract

At time when the field of autism spectrum disorder, as designated in The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), continues to undergo substantial changes in scientific and academic research at both the theoretical and practical levels, the field of therapeutic interventions, Treatment and rehabilitation ones, in turn, witnesses a remarkable progress in the search for the latest techniques and tools with the aim of facilitating and raising the children's learning opportunities, and, likewise, the development of their cognitive skills and abilities including the linguistic and social ones, and most importantly, reducing their undesirable behaviors. Based on the process of free acquisition, psychological curiosity, possibilities and desire to learn, the exchange and development therapy, recommended by High Authority for Health (HAH), aims at an early therapeutic intervention for the sake of helping children with autism learn and be independent. To this end, these children are meant to be exposed to favorable and appropriate conditions with the intention of facilitating the process of acquiring the basic skills they need. It is, then, a technique that aims at strengthening this environment in which the discovery and enjoyable learning are met. Therefore, through the presentation of this therapeutic model, we are not limited to presenting and discussing the theoretical and academic package related to this field, but, basically, we aim at tackling the mechanism and tools needed to apply this technique in correspondence with the scientific standards agreed upon by the bodies and organizations specialized in the field of autism.

البحث عن أحدث التقنيات والأدوات التي تسهل وترفع من فرص تعلم الطفل واكتسابه للمهارات والقدرات الأساسية المعرفية واللغوية والاجتماعية، والحد من السلوكيات غير المرغوبة؛ حيث تسعى تقنية العلاج بالتبادل والتطوير (la thérapie d'échange et de développement) التي أوصت باستخدامها

ملخص:
في الوقت الذي يعرف فيه مجال اضطراب طيف التوحد حسب التسمية الجديدة من طرف الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والاضطرابات النفسية في نسخته الخامسة (DSM V) تطوراً كبيراً في البحث العلمي والأكاديمي لا على المستوى النظري أو على المستوى التطبيقي، ويشهد في المقابل مجال التدخلات العلاجية التأهيلية والتربوية تقدماً ملحوظاً من خلال

Corresponding author

Ghezlane El Hajri

Faculty of Letters and Human Sciences - Mohammedia -
Hassan II University of Casablanca.

E-mail address ghazola67@gmail.com

تعريف اضطراب طيف التوحد:

تعرفه الجمعية الأمريكية للتوحد "على أنه إعاقة في النمو، حيث تتصف بأنها مزمنة وشديدة تظهر في السنوات الأولى من عمر الطفل، وهو محصلة لاضطراب عصبي، حيث يؤثر على وظائف الدماغ وعلى تواصل الشخص وعلاقته بالآخرين من حوله، حيث يعاني المصابين به من صعوبات في التفاعل الاجتماعي، وغالبًا ما يعرف التوحد على أنه اضطراب منتشر، حيث أن أعراضه وصفاته تظهر على شكل أنماط وصفات كثيرة ومتداخلة تتفاوت بين الخفيف والحاد، وتتضمن حالة التوحد في العادة المظاهر والعلامات التالية: تأخر شديد في تطور القدرة اللغوية، تأخر شديد في فهم العلاقات الاجتماعية، لغة غير واضحة ولا دقيقة، نغمة ونبرة متشابهة وواحدة، وعدم توفر أي درجة من التواصل.[3]

هناك أيضًا تعريف الجمعية الوطنية للأطفال للتوحد الذي يعرفه على أنه مجموعة من المظاهر المرضية الأساسية التي تظهر قبل أن يصل عمر الطفل 36 شهرًا، ويتضمن الاضطرابات التالية: اضطرابات في سرعة وتتابع النمو، اضطرابات في الاستجابات الحسية للمثيرات، اضطرابات في الكلام واللغة، اضطرابات في التعلق أو الانتماء للناس والأحداث والموضوعات، تأخر أو تراجع في الحركة أو المعرفة أو السلوك الاجتماعي، هذا وبعد اضطراب طيف التوحد من أكثر الاضطرابات النمائية صعبة وتعقيدًا، وذلك لتأثيره على المهارات الاجتماعية والتواصلية، وكذا المحدودية في الاهتمامات والأنشطة. ويعتبر هذا التعريف للجمعية الوطنية للأطفال للتوحد من أكثر التعريفات التي لاقت قبولًا من طرف المهنيين العاملين في مجال التوحد.[4]

وقد عرفه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والاضطرابات النفسية في نسخته الرابعة المعدلة DSMIV بأنه "قصور نوعي في التفاعل الاجتماعي، يتمثل في عدم القدرة على استخدام التواصل، وفشل في تكوين علاقات مع الآخرين، وفقدان القدرة التلقائية على مشاركة الآخرين في اهتماماتهم، وفقدان القدرة على التبادل العاطفي "إبداء التعاطف" أو الاجتماعي، وقصور في عملية التواصل تتمثل في تأخر الكلام أو فقدانه واستخدام متكرر وثابت للغة، وعدم القدرة على اللعب التخيلي، وكذا المبادرة بالحديث، وظهور أنماط سلوكية تكرارية ومحدودية في الأنشطة والاهتمامات؛ حيث تتمثل في التعلق غير الطبيعي من جانب الطفل بالأشياء وبعض الأدوات، والانشغال المفرط بالأشياء في محيطه وحركات جسدية ونمطية، مثل هز الجسم بشكل متكرر، والرفرفة بالأصابع وغيرها".

أما الطبعة الخامسة من نفس الدليل الصادرة في 2013 عرفت اضطراب طيف التوحد بأنه "صعوبات مستمرة في الاستخدام الاجتماعي للتواصل اللفظي وغير اللفظي، وأنماط مقيدة ومكررة من السلوك والاهتمامات والأنشطة".[5]

وتعرف منظمة الصحة العالمية "OMS" اضطرابات طيف التوحد بأنها: مجموعة من الاعتلالات المتنوعة التي تتصف ببعض الصعوبات في التفاعل الاجتماعي والتواصل، ولهذه الاعتلالات سمات أخرى، تتمثل في أنماط لا نموذجية من الأنشطة والسلوكيات مثل: صعوبة الانتقال من نشاط إلى آخر، والاستغراق في التفصيل، وردود الفعل غير الاعتيادية على الأحاسيس.[6]

تعريف اضطراب طيف التوحد إجرانيا :

يعتبر اضطراب طيف التوحد اضطراب نمائي عصبي يظهر بوقت مبكر من نمو الطفل، ويؤثر بشكل كبير على المسارات النمائية؛ حيث يتميز بالعجز في التفاعل والتواصل الاجتماعي، وعدم القدرة على تطوير العلاقات والسلوكيات النمطية والمحدودة المكررة له، ويختلف من طفل لآخر حسب أعراضه وتظاهراته، فهناك من يظهر عليه منذ الأشهر الأولى من ولادته، وهناك من يظهر عليه من خلال تراجع المكتسبات الوظيفية التي تلقاها خلال السنوات الثلاث الأولى من مراحل نموه المختلفة الاجتماعية، والمعرفية، والحس حركية، والاستقلالية.

تطور مفهوم اضطراب طيف التوحد:

تم تشخيص التوحد لأول مرة كاضطراب منفصل عن مرض انفصام الشخصية من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية في نسخته الثالثة (DSM III) 1983، حيث اعتبر أنه لتشخيص الطفل بالتوحد لا بد أن يستوفي ستة معايير تشخيصية، أهمها تأخر اللغة عند الطفل. لتأتي النسخة المعدلة من هذا الدليل فيما بعد وتعلن أن لتشخيص الطفل بالتوحد، يمكن الاكتفاء فقط بإحدى هذه المعايير التشخيصية، وكان يطلق عليه تسمية اضطرابات النمو الشاملة troubles envahissants de développement، ويظهر قبل سن الثالثة من عمر الطفل، ويتضمن خمسة أنواع تنضوي تحته وهي اضطراب

حديثًا الهيئة العليا للصحة (HAS) بالتدخل العلاجي المبكر لمساعدة أطفال طيف التوحد على التعلم والاستقلالية، وذلك بالاستناد على عملية الاكتساب الحر، والفضول الفسيولوجي، والإمكانات، والرغبة في التعلم، وذلك من خلال وضعهم في ظروف مواتية ومناسبة لتسهيل عملية اكتساب المهارات الأساسية التي يحتاجونها، فهي تقنية تسعى إلى تعزيز هذا الجو المفضي إلى الاكتشاف والتعلم الممتع.

ولهذا وخلال تقديمنا لهذا النموذج العلاجي لن نكتفي فقط بعرض ومناقشة المعطيات النظرية والأكاديمية التي تناولت هذا النموذج العلاجي، ولكن أيضًا سنعمل على عرض الآليات والأدوات الكفيلة بتطبيق هذه التقنية بشكل يحترم المعايير العلمية المتفق عليها من طرف الهيئات والمنظمات المختصة في مجال التوحد.

تقديم عام:

إن اضطراب طيف التوحد هو اضطراب عصبي نمائي معقد، يتميز بصعوبات اجتماعية وتواصلية وبالسلوكيات النمطية المحدودة والاهتمامات المتكررة، فمن أول وصف له من طرف "كانر" Kanner (1946) عرف هذا الاضطراب تطورًا تاريخيًا لا من حيث التسمية، ولا من حيث التشخيص والتقييم. وشهدت الحقبة التاريخية منذ "كانر" Kanner حتى الآن تقدمًا كبيرًا في فهمنا له مقارنة مع ما كان عليه من قبل. وقد عرف أيضًا تقدمًا على مستوى تناول جميع المفاهيم المرتبطة به، مثل فهمنا لطبيعة الأسباب التي تؤدي إلى ظهوره (étologie)، وآليات تشخيصه، وطبيعة أعراضه. ويُعتبر هذا التقدم من أهم الإنجازات الحديثة التي تم تحقيقها، التي تسعى لتحقيق أفضل التوقعات في مجال تطوير قدرات هؤلاء الأطفال وتحسين نوعية حياة آباءهم.[1]

وفي ظل الاهتمام المتزايد في الأوساط العلمية باضطراب طيف التوحد، والبحث المستمر عن التقنيات العلاجية الكفيلة بمساعدة الأطفال الذين يعانون من هذا الاضطراب على اكتساب المهارات المعرفية والسلوكية والتفاعلية الاجتماعية التي يحتاجونها للتكيف والتأقلم مع محيطهم، والطرق التربوية الكفيلة بمدهم داخل النسق التربوي التعليمي، وتطوير مهاراتهم الحسية والحركية النمائية بشكل يحد من معاناته ومعاناة أسرته.

ونظرًا لاختلاف الأسباب المؤدية لظهور هذا الاضطراب، تنصب الأبحاث دائمًا على البحث عن الممارسات والتقنيات العلاجية المناسبة لحالة كل طفل، التي تسمح باكتسابه للمهارات التي يحتاجها لتحقيق الإستقلالية، وتجاوز صعوبات التعلم التي يعاني منها الطفل المصاب باضطراب طيف التوحد. وفي ظل تنوع وتطور هذه التقنيات العلاجية أثار فضولنا العلمي والأكاديمي تقنية العلاج بالتبادل والتطوير (la thérapie d'échange et de développement)، وتعد من بين أفضل التقنيات العلاجية الحديثة التي توصي بها الهيئة العليا للصحة منذ سنة 2012 للتدخل العلاجي المبكر لاضطراب طيف التوحد، وذلك من خلال النتائج التي توصلت إليها، وفعاليتها في تطوير السلوكيات الإيجابية لدى هؤلاء الأطفال، وكذا تطوير مهاراتهم المعرفية والتواصلية، ونجد أن تقنية العلاج بالتبادل والتطوير تعتمد على النموذج العلاجي الفردي، وتدخل ضمن البرامج العلاجية التي تتطلب إعداد مشروع فردي خاص للتدخل في حالة كل طفل على حدة، ويتم تطبيقه تحت إشراف معالج متخصص ومكون في هذه التقنية.

ولتقنية العلاج بالتبادل والتطوير أهداف كثيرة يمكن تلخيصها في: تطوير وظائف الاتصال والتواصل، وتحفيز الطفل وتشجيعه، وإشعاره بالمتعة للمشاركة والتفاعل في الأنشطة المبرمجة، وأخيرًا تقليل السلوكيات غير المرغوبة عند هذا الطفل. ويتطلب إنجاز هذه التقنية برنامجًا متناسقًا للرعاية النفس-تربوية والتقنيات الفسيولوجية العصبية وإعادة التأهيل.

ولإنجاح هذا التدخل العلاجي لا بد من أن يتم إعداد البرنامج، والمشاركة في إعداده فريق متعدد التخصصات (أخصائي نفسي، مربّي متخصص، أخصائي النطق، أخصائي نفسي-حركي...)، حيث يعتمد على أنشطة تصحيح النطق، أنشطة حركية، مدرسية ورياضية.[2]

يتبين من خلال ما سبق أن هذا النموذج العلاجي TED ورغم حداثة، إلا أنه جدير بالاهتمام والبحث والتعريف، ولهذا سنتناول في هذه الدراسة في شقها الأول، تعريف اضطراب طيف التوحد، والتغيرات الحديثة التي جاء بها الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية في نسخته الخامسة (DSM V) الصادر سنة 2013، ثم سنتناول في الشق الثاني للحديث عن نموذج العلاج بالتبادل والتطوير TED للتعريف به، ثم طرق وشروط تطبيقه، وآليات تقييمه وتقييم نتائجه وفعاليتها للتدخل في حالة اضطراب طيف التوحد.

ذلك فلم تستخدم المعايير القديمة، مثل هذا العرض كواحد من الأعراض الأساسية، وإنما جرت العادة في الميدان أن يكون من الأعراض المساندة.

اشترطت المعايير الجديدة على المشخصين تحديد مدى وجود اضطرابات أخرى مصاحبة لاضطراب طيف التوحد لدى الطفل عند التشخيص، وهي الإعاقة العقلية، اضطرابات اللغة، الحالات الطبية والجينية، اضطرابات السلوك، الكاتونيا، وهو شرط لم تذكره المعايير القديمة كشرط تشخيصي، وإنما أوصى به الميدان عند الحاجة إليه.

أضافت الطبعة الخامسة من الدليل فئة تشخيصية أخرى تعرف باسم اضطراب التواصل الاجتماعي، وهو اضطراب ينتفي فيه وجود المعيار الثاني، ويكتفي فقط بوجود المعيار الأول الذي هو القصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي، وعدم الحاجة إلى التشخيص الفارقي ضمن طيف التوحد، حيث أن المشخصين العاملين في الميدان ليسوا معينين بقضية تفريق اضطراب التوحد عن غيره من الاضطرابات التي كانت قديماً تشاركه بنفس المعايير التشخيصية، وإنما يتوجب عليهم تقدير مستوى الشدة لتحديد الدعم المراد تقديمه وفقاً لمستوى شدة الأعراض.

كما أن المعايير الجديدة قد تناولت في شقها الثاني ضرورة العمل على تأكيد وجود الاضطرابات المصاحبة لاضطراب طيف التوحد وليس تفريقها عنه، فالمعايير الجديدة تؤكد إمكانية المصاحبة لإعاقات أخرى، ويتوجب على المشخصين توضيح تلك الاضطرابات عند انطباق معاييرها التشخيصية ومصاحبتهما للتوحد.

التوجه نحو التشخيص الذي يقود إلى تحديد الخدمات المراد تقديمها، يمثل تركيز المعايير الجديدة في شقها الثالث على ضرورة تحديد مستوى الخدمات (الدعم) نهجاً جديداً نحو ربط التشخيص بتحديد مستويات الدعم المطلوبة. ولعل هذا التوجه لم يتواجد في الطبعة الرابعة المعدلة حيث كان توجه تلك الطبعة تشخيصياً فقط.

وتعكس هذه التعديلات التي طرأت في تصنيف وتشخيص اضطراب التوحد من طرف دليل التشخيص الإحصائي للأمراض العقلية الاهتمام الذي توليه الأوساط العلمية لهذا الاضطراب، والحاجة المتزايدة للوصول إلى أفضل النتائج سواء على مستوى التقييم والتشخيص أو على مستوى التأهيل والعلاج. [9]

وكان لا بد أن يؤدي هذا التطور الحاصل في تعريف وتشخيص اضطراب طيف التوحد إلى تقدم الأبحاث في مجال التدخلات العلاجية والتأهيلية في تطوير مهارات وقدرات الطفل، واقتراح تقنيات علاجية متعددة تهدف بالأساس إلى تعديل السلوكيات، وتعلم الاستقلالية ودمج الطفل داخل محيطه، حيث جاءت تقنيات ونماذج علاجية متنوعة ومتطورة ومعروفة منها ABA, TEACCH... إلخ. وغيرها من التقنيات العلاجية التي أثبتت النتائج فاعليتها ونجاحتها في تحقيق تقدم ملموس على مستوى تطور مهارات ومعارف الطفل، وهناك طرق علاجية توصي المنظمات والهيئات الصحية باستخدامها نظراً للنتائج المرضية التي توصلت إليها وأثبتت فاعليتها رغم حداثة من خلال التدخل المبكر منها نموذج "DENVER" وكذا نموذج العلاج بالتبادل والتطوير التي سنعمل في هذه الدراسة على توسيع معارفنا حوله، وتقديم مختلف الجوانب التي تحيط به كما سبق وذكرنا في مقدمة مقالنا هذا.

نموذج العلاج بالتبادل والتطوير: Exchange and development therapy as an intervention

تم تطوير تقنية العلاج بالتبادل والتطوير من داخل قسم طب الأطفال بالمستشفى الجامعي Tours بفرنسا من قبل فريق طبي متخصص في مجال التوحد، كان على رأسه "G. Lelord et C.Barthélémy" سنة 1978. انتهى باعتمادها كتقنية علاجية في جلسات لفائدة أطفال اضطراب طيف التوحد.

تستند هذه التقنية على تفسير وظيفي عصبي لاضطراب طيف التوحد، وتعتبر الأعراض السلوكية لهذا الاضطراب (العزلة الاجتماعية، واضطرابات اللغة والتواصل، والتعلق المفرط بالأشياء) نتيجة تشوهات في عمل الشبكات العصبية الدماغية. [10]

انطلاقاً من سنة 2012 بدأت الهيئة العليا للصحة HAS بالتوصية رسمياً باستخدام نموذج العلاج بالتبادل والتطوير TED لعلاج اضطراب طيف التوحد، حيث تركز على نوع من التدخل يقوم على تبادل الأنشطة الترفيهية بين المعالج والطفل، ويتم تطبيقها تحت إشراف معالج متخصص، ولهذا السبب فإنها تتطلب تكويناً خاصاً حيث يتعلم المعالج إنشاء علاقة تضع الطفل في أحسن الظروف ليكتشف المتعة المراد مشاركتها، والتفاعل المتبادل عن طريقها، التي غالباً ما

التوحد - متلازمة اسبرجر - اضطراب التفكك أو الارتداد الطفولي - اضطراب النمو الشامل غير المحدد - ومتلازمة ريت.

ولعل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية و النفسية في نسخته الرابعة 2000 جاء أكثر شمولية لوصف وتشخيص هذا الاضطراب؛ حيث صنفته كفة مستقلة ضمن ما يسمى الاضطرابات النمائية الشاملة، بجانب أربع اضطرابات تتقاطع معه في بعض الأعراض السلوكية، وقد لاقت هذه النسخة التي عرض فيها اضطراب التوحد قبولاً واسعاً في الأوساط العلمية لما لها من خصوصية توضيحية شاملة لجملة الأعراض السلوكية التي يتميز بها هذا الاضطراب عن غيره من الاضطرابات الأخرى، وأيضاً وضحت هذه النسخة جملة من المعايير التي يجب الاستناد عليها لتشخيص التوحد. وفي السياق ذاته عرفته الطبعة المعدلة من هذا الدليل في نسخته الرابعة (DSM IV 2000) أنه "قصور نوعي يظهر من خلال ثلاث مجالات نمائية هي التفاعل الاجتماعي، عدم القدرة على التواصل سواء اللفظي وغير اللفظي، وأنماط سلوكية مع اهتمامات وأنشطة محدودة تكرارية ونمطية، حيث يجب أن تظهر هذه الأعراض قبل أن يكمل الطفل عامه الثالث". [7]

ولعل الاهتمام المتزايد بالأوساط العلمية بتشخيص التوحد وغيره من الاضطرابات النمائية بهدف التوصل إلى تعريف محدد، وكذا إزالة التقاطع مع هذه الاضطرابات التي تنصوي ضمنه، دفعت للجنة العلمية المختصة بإعداد الطبعة الخامسة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والاضطرابات النفسية (DSM) إلى تغيير مسمى الفئة ومعايير تشخيصها، حيث أطلق عليه مصطلح اضطراب طيف التوحد.

كما أنه فرض على المشخصين تحديد ما يعرف بمستوى الشدة، التي يتم بناءً عليها تحديد مستوى ونوع الدعم الخدماتي والتأهيلي الذي يجب العمل على تقديمه لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية للطفل المصاب بهذا الاضطراب. [8]

ويمكننا القول بأن هذا الشرط، أي تحديد مستوى الشدة الذي من خلاله يتم تحديد مستوى الخدمات التأهيلية والتدخلات العلاجية المناسبة لكل طفل هي ميزة أساسية ومهمة من أجل تركيز الجهد في برنامج علاجي مناسب لحالة كل طفل بما يناسب قدراته ومهاراته المعرفية والسلوكية، والتقدم في رعاية الطفل بشكل أكثر جودة ومرودية.

تعديلات النسخة الخامسة الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية والنفسية:

عرفت الطبعة الخامسة من دليل التشخيص الإحصائي للأمراض العقلية تعديلات شاملة ومعايير جديدة لتشخيص اضطراب التوحد، ولعل أهم هذه التعديلات تلخصت فيما يلي: الاسم الجديد، وهو "اضطراب طيف التوحد" الذي يتضمن كما ذكرنا سابقاً اضطراب التوحد، ومتلازمة إسبرجر، واضطراب التفكك أو الارتداد الطفولي، والاضطراب النمائي الشامل غير المحدد التي كانت منفصلة عن بعضها في الطبعة الرابعة المعدلة، وأيضاً إسقاط "متلازمة ريت" من فئة اضطراب طيف التوحد.

أيضاً اعتماد التشخيص على معيارين اثنين فقط من أصل ثلاثة معايير: وهما قصور في التواصل والتفاعل الاجتماعي - صعوبات في الأنماط السلوكية، والاهتمامات المحدودة والتكرارية، وقد استثنى المعيار الثالث الذي يتمثل في القصور النوعي في التواصل عدد الأعراض التشخيصية التي يتم الاعتماد عليها، وهو ما مجموعه 7 أعراض موزعة 3 أعراض بالنسبة للمعيار الأول، و 4 أعراض بالمعيار الثاني على عكس ما تم استخدامه في النسخة الرابعة، حيث كانت 12 عرضاً سلوكياً موزعاً على شكل 4 أعراض سلوكية لكل معيار تشخيصي.

ثم تعديل آخر فيما يخص شدة الأعراض حيث أصبح يفرض على المشخصين تحديد حدة وشدة الأعراض بهدف تحديد مستوى ونوع الدعم الخدماتي والتأهيلي المناسب، وذلك لتحقيق أقصى درجات الاستقلالية الوظيفية في الحياة اليومية لحالة كل طفل.

السن أو المدى العمري، حيث حددت هذه النسخة لظهور الأعراض لتشمل الفترة العمرية الممتدة حتى ثماني سنوات بدل ثلاث سنوات في النسخة السابقة. أيضاً تضمنت المعايير الجديدة في بعدها الثاني (المعيار الثاني) الإشارة إلى الاستجابات غير الاعتيادية للمدخلات الحسية كواحدة من الأعراض السلوكية التي إن تواجدها لدى الطفل فهي تعتبر أساسية في تشخيصه، وعلى العكس من

وبالنسبة للبالغين الذين يساعدان في تسيير الجلسات مع المعالج، فيجب أن يكون أحدهما دائم الحضور في حياته اليومية، ولديه إلمام بالأنشطة التي تنجح مع الطفل وتثير انتباهه، أما بالنسبة للبالغ الثاني فيمكن أن يكون أقل تواجداً وفاعلية في البرنامج اليومي للطفل.

ويمكن أيضاً تنفيذ جلسات العلاج بالتبادل والتطوير على شكل جلسات جماعية في محيط يتكون من أربعة أطفال وثلاثة معالجين مكونين بشكل خاص في هذه التقنية العلاجية، حيث يجب الحفاظ على نفس الأهداف المسطرة بشكل فردي لكل طفل، لكن تبقى متناسقة مع الأهداف المشتركة للمجموعة، التي تقوم على تطوير ومزامنة المهارات الحس حركية المتعمدة والمتبادلة، حيث يقوم هؤلاء المعالجين بالتصحيح مسبقاً، فيجتمعون ويشكلون المجموعة حسب مهارات وقدرات كل طفل بحيث يحس بالمتعة والترفيه.

ويسعى المعالجون المشاركون في تطبيق تقنية العلاج بالتبادل والتطوير إلى تحقيق القواعد الذهبية الثلاث لهذه التقنية وهم: التفرغ، والراحة النفسية، والصفاء، والمعاملة بالمثل.

• التفرغ، الذي يعني السماح للطفل بالتعبير داخل الجلسة، حيث يعمل على دعمه وتشجيعه ومرافقته دون الضغط عليه أو إجباره إطلاقاً في جميع مبادراته ومشاريعه الحسية - الحركية، والعلائقية التي يقدمها تجاه محيطه، حيث تظهر من خلال تسلسل الأنشطة المقترحة، ويتم تقديمها الواحدة تلو الأخرى حيث لا تتبع إطلاقاً برنامجاً دقيقاً محدد مسبقاً.

• الراحة النفسية أو الصفاء، يجعل من الممكن اللعب مع الطفل دون تشتيت نفسه، من خلال تقديم إطار عمل يعرفه وأنشطة روتينية تهدئه.

• المعاملة بالمثل: يبقى الأمر متروك للطفل للبحث على المعاملة بالمثل، لذلك يجب فهم مقترحات الأطفال، مما يفسر الحاجة إلى توافر كامل للمعالج للإدراك دوافع تفاعل الطفل ومتابعتها.

ينبغي أن تثير الأنشطة المقترحة متعة الطفل، وأن يتم تقديمها بترتيب مدروس، مما يسمح بإبقاء حافز ودوافع الطفل حتى نهاية الجلسة. [13]

آليات تقييم العلاج بالتبادل والتطوير :

التغيرات التي يحدثها هذا التدخل العلاجي (سلوكيات، نمو، ووظائف) يتم قياسها من خلال تتبع نمو وتطور قدرات الطفل، وذلك من خلال تقييمات سلوكية ونفسية موحدة وآليات متخصصة في هذه التقنية.

دفتر الملاحظات:

يحتفظ أخصائي الجلسة بورقة متابعة شهرية للعلاج، توضح إذا كان الطفل موجوداً أم لا، وإذا كان قد تم استخدام الفيديو أم لا، أي أنه قد طرأت تغييرات في سيناريو الجلسة المعتاد أم لا. ويمكن أيضاً كتابة بعض الملاحظات النوعية في أسفل هذه الورقة ولكنها تظل قصيرة. حيث ستكون هذه الملاحظات أكثر تفصيلاً في جدول تقييم الجلسات الأسبوعية، الذي يركز على نوعية المشاركة خلال كل حصة وسلوك الطفل قبلها وبعدها.

الفيديو:

من أجل تقييم تقدم الطفل يستخدم المتخصصون في العلاج بالتبادل والتطوير "تقنية الفيديو"، حيث تسمح لهم هذه التقنية بتحليل سلوكيات الطفل المختلفة بالتفصيل، تسمح الأفلام بإجراء تحليل سريري دقيق متعدد التخصصات، وإدخال أي تعديل علاجي محتمل. بالإضافة إلى ذلك، يسمح شريط فيديو بوضع الوالدين في الصورة من خلال وصف قدرات وصعوبات أطفالهم، وتعريفهم بمبادئ العلاج بالتبادل والتطوير، دائماً ما تكون مشاهد الفيديو مصحوبة ب مقياس ملاحظة يسمى ECA-R (مقياس تقييم التوحد). [14]

تقييم نتائج نموذج العلاج بالتبادل والتطوير:

مقياس تقييم التوحد ECA-R:

يسمح هذا المقياس بتقييم وتحديد السلوكيات التي تعطي مظهرًا سلوكيًا للطفل من خلال مجموعة من المعايير التي يتم تدوينها لإعطاء درجة نهائية تسمح بقياس مدى تطور أداء الطفل من خلال هذا التدخل العلاجي، وكلما كانت الدرجة مرتفعة، زادت صعوبات الطفل.

يكون صعباً على الأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد للوصول إليها بشكل عام.

تهدف هذه التقنية إلى أداء الوظائف الناقصة، وتعبيتها بنشاط أنظمة تكامل الدماغ. فهي لا تعمل على السلوك ولكن تركز على الوظائف، فيعتمد المعالج على الفضول الفسيولوجي، وإمكانية التعلم التي يبديها الطفل للعمل عليه دائماً في البحث عن المتعة المشتركة.

ويعتمد هذا النموذج العلاجي على إعادة التأهيل على أساس تسلسلات "اللعبية الاجتماعية" المنظمة"، والوظائف التي تقوم عليها أنظمة الدماغ للتواصل الاجتماعي: الاهتمام بالآخرين، والنية، والتقليد إلخ.

ويتم هذا العلاج التأهيلي في اطار جلسات أنشطة ترفيهية تتلاءم مع مستوى ما وصل إليه الطفل من تقدم في نموه على جميع المستويات والمجالات.

وتجدر الإشارة إلى أنّ هذه التقنية التأهيلية العلاجية مخصصة للأطفال الصغار الذين لا يتجاوزون الأربع سنوات، حيث تتميز هذه الفترة العمرية حسب الدراسات بالدونة الدماغية القصوى.

ويتميز العلاج بالتبادل والتطوير بأنه أحد العناصر الرئيسية للمشروع الفردي العلاجي والتعليمي العام متعدد التخصصات الذي تم تطويره من أجل التكفل العلاجي بالطفل، وذلك في اتصال وثيق مع أسرته. [11]

طرق وشروط تطبيق تقنية العلاج بالتبادل والتطوير:

لتطبيق هذا البرنامج التأهيلي العلاجي TED يجب تحقق مجموعة من الشروط الدقيقة منها:

- اختيار أدوات علاجية (ألعاب بسيطة) لأداء الوظائف المناسبة.
- بيئة هادئة وخالية من المثيرات والتحفيزات الخارجية المشوشة، غرفة مكيفة (حسب الطقس باردة في الحر، ودافئة في البرد) لكي يكون الطفل مرتاحاً.
- يجب أن يكون توقيت الجلسات والحصص دورياً، غالباً ما يكون مرة كل أسبوعين مع موعد ثابت في كل حصة.
- من الأفضل أن يتم تسيير الجلسات من قبل بالغين اثنين، وتقسّم الجلسات بينهما حصة لمسير، والحصة الأخرى للمسير الثاني وهكذا بشكل دوري وإيقاع منظم.
- وفي إطار هذا البرنامج، يجب أن يتقدم ويتطور الطفل في مساحة نظيفة ومحددة، حيث أن قبل وبعد الجلسة بشكل جزئياً لا يتجزأ من هذا التقدم والعلاج.
- يجب ألا يشهد هذا الإيقاع أي تعديل في مسار تقدمه (التحضير للجلسة، والمسار، والتخزين).
- يمكن تهيئ البيئة أيضاً لتسهيل فهم الطفل للمواقف، يمكن استخدام وسائل الصور على سبيل المثال في أوقات الانتقال.
- تتراوح مدة الجلسة ما بين عشرين إلى ثلاثين دقيقة.
- المعالج يجب أن يقوم باختيار الألعاب، وتجهيز القاعة قبل حضور الطفل، ثم يقوم بترتيبها في سلة حيث تكون هذه السلة في متناول البالغ المشارك في الجلسة خلال وقت الحصة، ويتم عرض الألعاب الموجودة فيها على الطفل واحدة تلو الأخرى.
- السلوكيات غير المرغوبة التي تصدر عن الطفل خلال الجلسة لا يجب قمعها من طرف المعالج؛ على العكس من ذلك يمكن اعتبارها انتباهاً، بالمقابل يجب على المعالج أن يشجع ويحفز الطفل عن كل انتباه يبديه؛ حيث يجب تعزيره وحثه على الاستمرار في مشاركته في اللعب، لكن يجب على المعالج أن يتساءل عن سبب ظهور هذا السلوك غير المرغوب به. [12]

يجب أن يتم تحسيس الفريق العلاجي المتعدد التخصصات بالمبادئ العامة لتقنية العلاج بالتبادل والتطوير للحصول على أفضل النتائج.

وختامًا يمكن القول بأن تقنية العلاج بالتبادل والتطوير تحتاج إلى تكاتف جهود جميع الفاعلين والمتدخلين بإعادة تأهيل وتربية الطفل الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد (أخصائي نفسي، مربى متخصص، أخصائي تصحيح النطق ...) بما في ذلك وسطه التربوي؛ بهدف تطوير الوظائف الأساسية التي تسمح بتحفيز التواصل الاجتماعي.

انطلاقًا مما سبق، اهتمت هذه الدراسة بطرح موضوع العلاج بالتبادل والتطوير بعد أن قمنا بالاطلاع على الأبحاث والدراسات العلمية التي تتناولته بالوطن العربي، ولم نجد غير مقال واحد أو اثنين حسب اطلاعنا، ولهذا حاولنا التعرف به، وعرض تقنياته وآليات تطبيقه وشروطه، وذلك بهدف تعريف المتدخلين في مجال التوحد بالمغرب، الأسرة خاصة والمهنيين العاملين بهذا المجال عمومًا بهذه التقنية بشكل مفصل، وتشجيعهم على الحصول على تكوينات خاصة بتطبيقها. وكذا تشجيع الآباء وتوعيتهم بأهمية الانخراط فيها لإنجاح البرنامج العلاجي الخاص بطفلهم في إطار مقارنة شمولية تنطلق من التشخيص والتدخل المبكر إلى التكفل الشامل، وتنمية قدراته، والإيمان بقدرته على التحسن والاندماج داخل المجتمع، وتحقيق الاستقلالية التي يحتاجونها.

المراجع بالعربية :

[1] د. محمد عبدالفتاح الجابري: التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة ورقة عمل مقدمة لـ "الملتقى الأول للتربية الخاصة الرؤى والتطلعات المستقبلية" والمعقد في جامعة تبوك - المملكة العربية السعودية 2014.

[2] شرين أحمد محمد عواد: السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال واستراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم في فلسطين، رسالة ماجستير 2018.

[3] الموقع الرسمي لمنظمة الصحة العالمية.

المراجع الأجنبية:

[1] Arnaud VRACAS : Mémoire : Prise en charge de l'imitation dans la Thérapie d'Échange et de Développement chez un enfant porteur de troubles du spectre université de Toulouse 2018.

[2] Bolduc, M. & Poirier, N. (2017). La démarche et les outils d'évaluation clinique du trouble du spectre de l'autisme à l'ère du DSM-5. *Revue de psychoéducation*, 46(1), 73-97.

[3] R. Blanc, J. Malvy, P. Dansart, M. Bataille, F. Bonnet-Brilhault, C. Barthélémy, La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Volume 61, Issue 5, 2013, Pages 288-294.

المواقع الإلكترونية:

[1] <https://doi.org/10.7202/1039682ar>

[2] <https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/connaitre-therapies>

ويسمح هذا المقياس بتقييم الجانب العلاجي أيضًا حيث يسهل مراقبة العناصر المستهدفة من خلال تقنية العلاج بالتبادل والتطوير TED.

يتم تحديث مقياس توقيف العلاج بالتبادل والتطوير بشكل دوري، حيث يجرى تقييم نتائج العلاج كل ثلاثة أشهر، ويمكن توقيفه إذا ما استوفى ثلاثة معايير من أصل خمسة من طرف المتخصصين.

- تعطى درجة 4 لكل بند من بنود هذا المقياس (4 هي أعلى درجة)، وإذا حصلنا على مجموع نقاط 20/15 فيجب أن نوقف العلاج بالتبادل والتطوير. تتلخص هذه المعايير فيما يلي:
- المعاملة الاجتماعية بالمثل: نية التواصل مع الآخرين، والانخراط في لعب الأدوار.
- تنوع الأنشطة الترفيهية المشتركة والمبادرات في جميع المواقف.
- التعاون المتعمد في لعبة مستمرة ومنظمة.
- التواصل التقليدي.
- التعميم في حالة المجموعة.

يرتبط تنقيط المقياس دائمًا بالتحليل النوعي، من أجل تحديد مختلف الصعوبات أو التقدّمات التي يحرزها الطفل.

بطارية التقييم المعرفي و السوسيو عاطفي BECS :

يمكنها أيضًا تقييم مستوى تطور مسار نمو الطفل على مستوى التفاعلات الاجتماعية، والاهتمامات المشتركة، والتعبير العاطفي، وتنظيم السلوكيات.

شبكة قياس التنظيم والتكيف والتعديل GRAM:

وهي شبكة تقييم تركز على تنظيم الأداء المعرفي للطفل من خلال قياس القدرات المعرفية والتواصل الاجتماعي. [15]

الخاتمة:

تعتبر تقنية العلاج بالتبادل والتطوير حسب الخبراء المهتمين بمجال التوحد نموذجًا ملائمًا ومناسبًا للتكفل العلاجي بالطفل الذي يعاني من اضطراب طيف التوحد، شريطة احترام بعض الشروط والالتزام ببعض المعايير، ولهذا يجب أن تتبع توصيات التدخلات العلاجية التكميلية التي تنتمي إليها هذه التقنية، حيث يهدف هذا النوع من التدخل إلى الجمع والتوفيق بين مختلف التيارات النظرية، مثل المقاربات المعرفية - السلوكية، ومقاربات التحليل النفسي.

وللتذكير يوجد من بين هذه التوصيات:

- بدأ العلاج بسن مبكر من 18 شهر إلى أربع سنوات.
- تخصيصه حسب شخصية كل طفل وتقديمه في العلاج.
- بناءها على أهداف قصيرة ومتوسطة المدى، حيث يمكن تعديل هذه الأهداف بشكل يسمح بالاشتغال على التقليد، واللغة، والتواصل، واللعب، وتكييف السلوكيات مع الحياة اليومية، والعمل على تقليل أو تجنب السلوكيات غير المرغوبة وعواقبها، ولا يجب نسيان الاشتغال على الجوانب العاطفية والحسية. [16]

تعد تقنية العلاج بالتبادل والتطوير نموذجًا أوليًا للتدخلات المبكرة التي أثبتت نجاحها، ونجحت في الحصول على ثقة المنظمات العالمية، مثل الهيئة العليا للصحة HAS، حيث تسمح للطفل بتنمية قدرات التواصل مع الآخرين، والتفاعل، والتكيف داخل محيطه، والاستفادة الكاملة من التدخلات التربوية والبيداغوجية والعلاجية المنسقة التي سيتم توفيرها في إطار مشروع تدخل شامل ومنسق.

ولهذا تثق المنظمات والهيئات والجمعيات العلمية المهمة بمجال التوحد باستخدام هذه التقنية نظرًا لما نتج عنها من نتائج إيجابية أثناء التدخل العلاجي لفائدة هؤلاء الأطفال، والتقدم الذي أحرزه الذين استفادوا منها من خلال تسهيل نموهم النفسي، وإعادة توزيع الوظائف المحورية، مثل (الاهتمام المشارك، والتفاعل الاجتماعي، والتعبير العاطفي، ومقاومة التغيير، والتواصل ...) وغيرها من المهارات.



غزلان الحجري

2022 السنة الرابعة دراسات الدكتوراه تخصص
"علم النفس" كلية الآداب والعلوم الإنسانية -المحمدية
-جامعة الحسن الثاني الدار البيضاء.
2013:شهادة ماستر تخصص "علم النفس المرضي
الأكلينيكي" كلية الآداب والعلوم الإنسانية جامعة
محمد الخامس الرباط -أكادال.

[1] Bolduc, M. & Poirier, N. (2017). La démarche et les outils d'évaluation clinique du trouble du spectre de l'autisme à l'ère du DSM-5. Revue de psychoéducation, P75.

[2]https://www.autismeinfoservice.fr/accompagner/connaitre-therapies

شيرين محمد أحمد عوادة: السمات المرتبطة باضطراب طيف التوحد للأطفال و استراتيجيات أخصائي التأهيل في التعامل معهم [3] في فلسطين جامعة القدس. 2018. ص 10-09

[4]نفس المرجع السابق

[5] نفس المرجع السابق

[6] منظمة الصحة العالمية: الموقع الرسمي

[7] د. محمد عبدالفتاح الجابري: التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات

طيف التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة ورقة عمل مقدمة لـ

"الملتقى الأول للتربية الخاصة الرؤى و التطلعات المستقبلية" والمنعقد في

جامعة تبوك - المملكة العربية السعودية 2014 ص 10-07

[8] نفس المرجع السابق.

محمد عبدالفتاح الجابري: التوجهات الحديثة في تشخيص اضطرابات طيف

[9]التوحد في ظل المحكات التشخيصية الجديدة ص 10

[10] R. Blanc, J. Malvy, P. Dansart, M. Bataille, F. Bonnet-Brilhault, C. Barthélémy, La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 61, Issue 5, 2013, Pages 289.

[11] R. Blanc, J. Malvy, P. Dansart, M. Bataille, F. Bonnet-Brilhault, C. Barthélémy, La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, Volume 61, Issue 5, 2013, Pages 288.

[12] VRACAS Arnaud: Mémoire: Prise en charge de l'imitation dans la Thérapie d'Échange et de Développement chez un enfant porteur de troubles du spectre université de Toulouse 2018/P 20-22.

[13] R. Blanc, J. Malvy, P. Dansart, M. Bataille, F. Bonnet-Brilhault, C. Barthélémy, La thérapie d'échange et de développement, une rééducation neurofonctionnelle de la communication sociale, Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2013/ P 16-19.

[14]VRACAS Arnaud: Mémoire: Prise en charge de l'imitation dans la Thérapie d'Échange et de Développement chez un enfant porteur de troubles du spectre université de Toulouse 2018/P 24-25.

[15] VRACAS Arnaud: Mémoire : Prise en charge de l'imitation dans la Thérapie d'Échange et de Développement chez un enfant porteur de troubles du spectre université de Toulouse 2018/P 24-25.

[16] VRACAS Arnaud: Mémoire: Prise en charge de l'imitation dans la Thérapie d'Échange et de Développement chez un enfant porteur de troubles du spectre université de Toulouse 2018/P20-21.