

المقاربة العلاجية النسقية لعائلة طفل طيف التوحد (دراسة حالة بمدينة وهران)

The systemic therapeutic approach to the family of a child on the autism spectrum (a case study in the city of Oran)

حليمة منصوري^{1*}، أحمد هاشمي²

¹ جامعة وهران 2 (الجزائر)، mansouri7halima@gmail.com
² جامعة وهران 2 (الجزائر)، hachemi31@gmail.com

تاريخ النشر: 2023-05-14

تاريخ القبول: 2023-02-23

تاريخ الاستلام: 2021-06-17

ملخص: تهدف الدراسة الحالية إلى تقصي فعالية المقاربة العلاجية النسقية وتقنياتها لعائلة طفل مصاب بطيف التوحد-بمدينة وهران-، حيث تم الاعتماد على المنهج العيادي واستخدام الملاحظة، المقابلة العلاجية وتقنيات العلاج النسقي. وعلى هذا الأساس جاءت النتائج كالتالي:

تغيير الانحيازات والتحالفات الأسرية حيث أصبحت مرنة مع الوقت مما أعطى مساحة أكبر لتفهم أفراد الأسرة لوضعية الحالة. تغيير الاستراتيجيات المنتهجة من طرف الأنظمة الفرعية من خلال كيفية الاستجابة وطريقة التعامل مع الأزمات الداخلية والخارجية للأسرة. فتح الحدود الجامدة على مستوى الاتصال والعلاقات بين أفراد النسق، مما نتج عنه انخفاض حدة الصراعات والضغوطات لدى جميع أفراد الأسرة وبالتالي القدرة على تقبل الطفل المصاب بالطفيف والتعامل معه بشكل مكيف حسب وضعيته.

الكلمات المفتاحية: مقاربة علاجية نسقية؛ طيف التوحد؛ طفل طيف التوحد.

Abstract: The current study aims at finding out the effectiveness of the systemic therapeutic approach for a family of a child on autism spectrum-in Oran-, this study depends on the clinical curriculum and observation, and therapeutic interview and techniques of systemic therapy.

After applying the systemic therapy, the results comes as follows : Changing the family biases and alliances which, by time, become flexible. This latter give more space for the family members to understand the situation of the case. Opening the rigid boundaries at the level of communication and relations between the members. This leads to the decrease of conflicts and pressure between all the family members. So, they will have the ability accept the child who suffers from autism spectrum and to deal with him recording to his case.

Keywords: systemic treatment approach; autism spectrum; the child of autism spectrum.

*المؤلف المراسل

1- مقدمة

إن الاهتمام بعائلات أطفال التوحد أصبح يشد انتباه الباحثين في شتى المجالات -علم النفس، تربية خاصة طب الأطفال والأعصاب...، ذلك لطبيعة الحالات وصعوبتها. ولأن التكفل بالطفل، لا يتوقف على الاضطراب في حد ذاته، بل يتعداه إلى علاقته مع أسرته، وكيفية التعامل معه، باعتبارها طرفاً أساسياً في رعايته. كما أنه لا يتوقف على البرنامج العلاجي، أو على الأخصائي، بل يستلزم تدخل كل الأطراف، وبشكل إيجابي، وهذا لضمان نتائج جيدة وفعالة.

ما يبرر اللجوء والاعتماد على العلاج النفسي، لكون هذه المقاربة تجعل من الفرد الحامل للعرض مرآة تعكس الاضطراب الذي تعاني منه العائلة كبنية نسقية، باعتبارها المجال الأول الذي يكتسب فيه الطفل مهارته ويولي حاجياته بشكل طبيعي، حيث يفرض هذا النوع من الاضطراب اهتماماً كبيراً من طرف كل المحيط، تحديداً الأسرة، وليس فقط الحالة التي تعاني، كما يُبين الواقع حاجة الأسرة وافتقارها إلى بعض المهارات الاتصالية الإيجابية، التي تساعد في التعامل مع أطفالها. ولعل التكفل بها يُشكّل جانباً من التكفل بالطفل، ذلك عن طريق تصحيح التصورات وتوعية الأمهات والآباء بطبيعته، وطبيعة اضطرابه، أيضاً التعريف بالقدرات التي تميزه وكيفية التعامل معها. وعليه لا يمكن للمعالج العمل متفرداً مع الطفل المصاب بطيف التوحد، إنما العمل العلاجي يكون مع الأسرة كنسق متكامل، منه ضرورة تكييف التدخلات والتقنيات حسب الطبيعة الخاصة لكل أسرة، والعلاقات الاتصالية داخلها.

1.1- الإشكالية:

أشارت بعض الدراسات أن الاهتمام وفهم ورعاية الطفل المصاب بطيف التوحد من طرف الأسرة تساهم إيجابياً في تحسين حالته. الدراسة التي أجراها كل منوينتر-ماسيرس وماري 2007، الغرض منها تقييم الاهتمامات الشخصية لدى الأطفال والشباب من ذوي الطيف وعائلاتهم، و التي طبقت على عينة مكونة من 23 طفلاً وشاباً (2 إناث و2 ذكور)، تراوحت أعمارهم ما بين 7 سنوات و21 سنة، أظهرت النتائج الأهمية والحاجة الماسة للأولياء والعائلة، لفهم قيمة الاهتمامات الخاصة لأطفالهم وربطها بتحسين مهارات التواصل الاجتماعية العاطفية الحسية الحركية (سليمان، 2014). من هنا ارتأينا في هذا البحث تسليط الضوء على هذا النوع من العائلات، كنموذج عن مدى أهمية إدماج الأسرة في عملية التكفل، بما فيها تبيان العمل التكاملي مع المختصين، في إطار مقارنة علاجية نسقية، تتمثل في دراسة نفسية معمقة من جميع النواحي (دراسة حالة)، العلائقية، الاتصالية والشخصية التي تربط كل فرد ينتمي لهذه الأسرة.

هذا ما دفع الباحثة إلى طرح التساؤل التالي:

هل تقنيات العلاج النفسي البنائي المُقدّم لعائلة طفل مصاب بطيف التوحد ذات فعالية؟

2.1- فرضيات الدراسة: في ضوء ما سبق نقترح الإجابة على إشكالية البحث كالآتي:

يمكن توقع فعالية تقنيات العلاج النفسي البنائي المقدم لعائلة طفل مصاب بطيف التوحد.

3.1- أهمية الدراسة:

حسب اطلاع الباحثة فإن الكثير من البحوث اهتمت بطريقة التكفل بالطفل المتوحد، لكنها لم تركز على التكفل أيضاً بالعائلة لما لها من أهمية من حيث الدور الذي تلعبه في الارتياح الأسري، ولهذا تأتي هذه الدراسة في إطار تعزيز الجهود العلمية للتكفل بأسرة الطفل المصاب بطيف التوحد، من خلال توسيع مهام

الأخصائي النفسي في إطار علم النفس الأسري، عن طريق السماح لأسرة طفل طيف التوحد التعرف على هذا الاضطراب والعمل على إدماجهم للمشاركة في العملية العلاجية، وتطوير تفاعل الآباء مع أطفالهم، بالعمل على امتداد التكفل داخل النسق الأسري.

4.1- أهداف الدراسة:

- الكشف عن فعالية تقنيات العلاج النسقي المقدم لعائلة طفل مصاب بطيف التوحد.
- التحقق من فعالية العلاج النسقي في تحسين الاتصال لدى أسرة طفل مصاب بطيف التوحد.
- تكييف الطرق والتقنيات العلاجية النسقية من خلال معرفة الخلفيات الثقافية الاجتماعية للعائلة الوهرانية منه الوصول بالأسرة إلى تغيير نظرتها للطفل المصاب بطيف التوحد.
- إحداث صورة تطويرية ايجابية لعلاجات التوحد بمختلف أطيافه، وإظهار فعاليتها في النموذج المقدم للدراسة.

2- الإطار النظري:

1.2- المقاربة العلاجية النسقية: عبارة عن علاج نفسي جاء لإدراك وفهم العلاقات الإنسانية التفاعلية بين أفراد العائلة، حيث لا يهتم بدراسة الفرد لوحده ولكن نظام الاتصال الذي ينتمي إليه (النظام الأسري ككل). علاج يُوجّه فيه الاهتمام إلى الأسرة بأكملها، هو شمولي، يعمل على الكشف على المشاكل الناتجة عن التفاعلات السلبية بين أعضاء الأسرة كبنية، والمساعدة على تغيير الأنماط السلوكية والاتصالية المرضية بين أعضاء الأسرة الواحدة بواسطة خريطة العائلة للتعرف على بنيتها ووظيفتها.

تقنياتها: تسير العملية العلاجية وفق ما يشير إليها (Minuchin, 1974) كما يلي:

- 1- **سن تكوينات المعاملات المعتادة:** بتشجيع الأسرة على التصرف في الجلسة بدلا من الاستماع إلى وصف الأحداث، وهنا المعالج يقوم بمراقبة الطفل المصاب بالمتلازمة داخل الأسرة أثناء العملية العلاجية والمساهمة في نسج وسائط جديدة للاتصال.
- 2- **استغلال الفضاء:** إن إعادة التنظيم المكاني تجعل من الممكن وضع المعاملات الأسرية في الحسبان، بل أيضا مسألة استخدام الفضاء بطريقة ملموسة ومجازية، لتحقيق القرب وتضييق المسافة بين أعضاء الأسرة.
- 3- **رسم الحدود:** يجب على المعالج مساعدة كل فرد من أفراد الأسرة، وكل نظام فرعي في الأسرة، للتفاوض على كل من الحكم الذاتي (بالنسبة لأعضاء الأسرة)، والترابط في الحدود النفسية، بالنسبة للمرضى الذين يمكنهم تحقيق تنمية نفسية اجتماعية أفضل داخل النسق الأسري (التكوين الأسري).
- 4- **تذليل (التغلب) التوترات والإجهاد:** من أجل تصور قدرات إعادة الهيكلة للأسرة، المعالج يدفع التوتر في جزء من النظام، فإنه يمكن أن يعرقل تكوينات المعاملات المعتادة، أو يؤكد التناقضات أو يوضح النزاعات أو يشكل التحالفات المؤقتة مع أحد أفراد العائلة.
- 5- **تعيين المهام العلاجية:** خلال جلسات المعالج تشير إلى كيف ومع من من أفراد الأسرة سوف يتم التواصل مع وصف الواجبات المنزلية.
- 6- **استخدام الأعراض:** تتمثل في مناورة وإعادة الهيكلة المحتملة، حيث أن دور المعالج هنا هو تعزيز الأعراض من خلال زيادة الشدة أو تقليل أهميتها، عن طريق إعادة تعريفها أو عن طريق التركيز على عرض آخر.
- 7- **التأثير في الجو العاطفي:** بعد إجراء تعاقد أو تحالف مع الأسرة، يمكن للمتدخل (المعالج الأسري)، التقليد في شكل تضخيم النمط العاطفي، لإثارة التغذية المرتدة وتوليد التغيير.

8- **الدعم، التعليمات، التوجيه:** في بعض المناسبات يقوم المعالج بتعليم الأسرة كيف يمكن لكل منهم، أو كل عضو أن يؤكد للآخرين دوره فيها أو داخلها.

على الرغم من أن المقاربة هي جزء من التقرير النفسي، المعالج دوره هنا يكون مشاركا نشطا في العملية العلاجية، ويظهر ذلك من خلال دراسة عمليات التحكم ونوعية الاتصالات بين الأفراد داخل النسق الأسري. حيث أن البنية التي يقرأها المعالج هي بمثابة السند الحقيقي، والتي يمكن أن تعقد مستقلة عن هيكل البيئة الأسرية، حيث يحق له أن يعتبر نفسه مراقبا محايدا، على الرغم من الاستخدام الاستراتيجي الذي يجعل من هذه القراءة مدخلا للعلاج، وعليه فإن على المتدخل الأسري (المعالج) أن يكون محايدا مباشرا وملتزمًا.

9- **سن تكوينات المعاملات المعتادة:** بتشجيع الأسرة على التصرف في الجلسة بدلا من الاستماع إلى وصف الأحداث، هنا المعالج يقوم بمراقبة الطفل المصاب بالطيف داخل الأسرة أثناء العملية العلاجية والمساهمة في نسج وسائط جديدة للاتصال.

2.2- **عائلة الطفل المصاب بطيف التوحد:** في بحثنا هي ذلك النسق الذي يتواجد فيه الطفل المصاب بطيف التوحد، والتي تتسم بتوفير الحاجات المادية للطفل من: إيواء، غذاء، ألبسة ودواء، لكن بعدم المواءمة والتقارب بين التوقعات والأهداف من جهة وبين متطلبات واحتياجات مختلف أعضائها من جهة أخرى، مما نتج عنه زيادة العلاقات السلبية التي تدور في المحيط الداخلي وبالتالي ضعف التماسك الأسري.

3.2- **طفل طيف التوحد:** هو ذلك الطفل الذي يعاني من طيف التوحد، الذي يتصف بافتقاره لمهارات التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وبتعاطف محدود مع أقرانه يتحرك جسديا بشكل مرتبك، لكنه لا يعاني من إعاقة ذهنية (Taleb, 2009).

أ- خصائص وأعراض طيف التوحد: متعددة ومتنوعة، لكنها عادة ما تكون أكثر اعتدالا من بعض أعراض اضطراب التوحد، وتختلف من فرد لآخر فمن الصعب أن نجد طفلين من أطفال الطيف متشابهين تماما، حيث صنفت المعاناة عموما في ثلاث مجموعات:

1- **الإعاقة الاجتماعية:** شذوذ في نوع التفاعل الاجتماعي، والذي يتجلى في اثنين على الأقل من العلامات التالية: شذوذ واضح في استخدام اللغة غير اللفظية المختلفة: كالاتصال البصري، تعابير الوجه، حركات الجسم والإيماءات التي تنظم التفاعل الاجتماعي.

2- **صعوبات التواصل اللغوية وغير اللغوية:** يتمسك بالمعنى اللفظي المباشر للكلمة، الجملة أو في تفهمه لكلام الآخرين أو لما يقرأ. انعدام القدرة على تطوير علاقات (صداقة) مناسبة تتلاءم وتتفق وعمر الطفل (Taleb, 2009).

3- **السلوك النمطي المتكرر:** الاهتمام بأنشطة مقيدة، ويظهر ذلك من خلال:

- التركيز والاهتمام الشديدين بأشياء، ومواضيع دون الأخرى، وأيضا سلوكيات مكررة نمطية.
- عدم القدرة على المرونة، والتمسك بالروتين والطقوس غير الوظيفية.
- الاهتمام الزائد بأجزاء من الأشياء فقط، وليس الكل، حيث نجد إنسان عادي لا ينتبه إليها.
- صعوبة في المهارات الحركية مثل: تعلم ركوب الدراجة، أو مسك الكرة أو تسليق الألعاب في الحقائق.

أعراض طيف التوحد لا تتطابق كلها مع أعراض الاضطرابات النمائية الظاهرة في التوحد، أو التي

نجدها في مرض الفصام (Chossy & Bernardette, 2013).

4- أهمية العلاج النسقي في حالة طيف التوحد:

الأسرة التي يتواجد ضمنها المريض النفسي أو العقلي، هي أسرة تعيش حالة طويلة المدى من التأزم والألم تتناسب مع طول مدة المرض، ولهذا فإنها بحاجة إلى تفهم وعون ورعاية وعلاج طويل المدى أيضاً، بدرجة لا تقل كثيراً عما يؤولى للمريض (عامر، 2012). فيمكن مساعدة الطفل من خلال مساعدة الأسرة بالدرجة الأولى لأن القاعدة تبنى على أساس الثقة والتفاهم السليم، لإعادة التكيف في البيئة المحيطة به.

يقصد بالاعتلال الوظيفي للأسرة عدم قدرة أفرادها على الوصول إلى الأهداف المرغوبة في التعبير على الذات، عندما لا يكون ممكن تحقيق هذه الأهداف (Minuchin, 1974)، فإن السلوك المتصف بالأعراض يحدث، فالأب يبدأ بالانشغال، تصبح الأم مكتئبة ويصاب الطفل بالخوف، الأسرة هي التي تشبع الحاجات المختلفة لأفرادها، فالطفل المتوحد، في النسق هو الفرد المريض المشار إليه (Meynckens & Fourez, 2007). فمن المهم تغيير أنماط التفاعل داخل الأسرة، كي يتم تغيير سلوك أعضائها (Karine & Thierry, 2015). طيف التوحد، كغيره من الإعاقات الأخرى، يؤثر على الأعضاء الآخرين في الأسرة، وبمساعدة المرشد الأسري، يحصل (أعضاء الأسرة)، على فهم أكبر لأنفسهم وأنماط تفاعل أسرته، من خلال المشاركة في مشكلة الطفل المصاب بالتوحد.

تتجح السيورة العلاجية عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم (الدقوري، 2011)، وإلا فإن كل الجهود تنهار، وينكص الطفل المصاب بالطيف إلى حالته المرضية السابقة أو أكثر، بسبب الصراع والصدام الخفي الذي يعبر عن العلاقات الأسرية المريضة.

3- الطريقة والأدوات:

1.3- الفترة الزمنية: استغرقت الدراسة حوالي سنتين من 2016/01/18 إلى 2018/06/13.

2.3- مكان البحث: المؤسسة الاستشفائية 1 نوفمبر 1954 وهران - الفحوصات المتخصصة.

3.3- الحالة المعالجة: عائلة مكونة من أربعة أفراد متمثلة في: الأب، الأم، الأخ الأكبر والطفل المصاب بطيف التوحد.

4.3- منهج الدراسة وأدواته: حاولنا الاعتماد في دراستنا على المنهج العيادي-المتمثل في دراسة حالة- الذي يعتبر من المناهج التشخيصية التي يطبقها الأخصائيون في دراسة وتشخيص الاضطرابات، بحيث يتناول الفرد بوصفه وحدة شاملة لا تقبل التجزئة ويعتمد على الملاحظة المعمقة للأفراد الذين يواجهون مشاكل معينة، منه التعرف قدر الإمكان على حياتهم بغية الوصول إلى تأويل المشكلة في ظل الوقائع (Poussin, 2013).

ولهذا فإن المنهج الإكلينيكي (العيادي) هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية، أي دراسة الشخصية في بيئتها كما يمتد بالدراسة أيضاً إلى الجماعات (Poussin, 2013).

أ- المراحل العلاجية: قسمت الباحثة مراحل الحصص العلاجية النسقية الأسرية إلى مرحلتين:

- المرحلة الأولى: تطبيق البرنامج الأسري العلاجي (العلاج الفردي، العلاج الثنائي)، العلاج الجماعي (الأسرة) بالاعتماد على رسم الخريطة العائلية لسلفادور مينوشن.

- المرحلة الثانية: تقييم سيورة التغيير ونتائج البرنامج العلاجي.

1. العلاج الفردي: تمت اللقاءات مع أفراد الأسرة كل على حدى من أجل تمكين كل فرد من التعرف على سلوكياته وآثارها على الآخرين وأيضاً من طرح تساؤلاته الشخصية من جهة والتي تدور حول اضطراب التوحد وكيفية

التعامل مع الطفل والفعل العلاجي هنا تمثل في مساعدة الفرد على تقدير ذاته من خلال التركيز على الإنجازات التي قام بها في حياته، وكذا سلوكيات الآخرين الإيجابية اتجاهه وتعليم الطرق الاتصالية السوية لإثارة المشاعر الإيجابية لدى الباقين من العائلة إلى جانب توعية الأم والأب بطبيعة الطفل وبطبيعة الاضطراب الذين يعانون منه والقدرات التي يمتلكها، وكيفية التعامل معه.

2. العلاج الثنائي: هنا لجأنا إلى العلاج الزوجي، حيث تقول **فيرجينيا ساتير:** قبل التكلم على الاتصال في الأسرة، نتكلم على الاتصال بين الزوجين لأنه يؤثر على العائلة ككل "(Satir, 1995).

كان التركيز على نوع الانفعالات والعلاقات بين الزوجين ومدى القدرة على تسييرها والتحكم فيها. تصحيح التصورات وتمكينهم من إيجاد سبل تفهم الآخر دون تأويل ذاتي سلبي، ومساعدتهم في إعادة النظر في تصور مكانتهم الخاصة، ومكانة الآخر واحترام الأبعاد وأيضاً إعادة النظر في القوانين الداخلية لأسرة والتي تتمثل في كيفية توزيع الأدوار والسلطة والمكانة الأسرية وهذا كله من أجل وصول الزوجين إلى طرق سوية في الاتصال فيما بينها.

3. العلاج الأسري الجماعي: تمثل في ديناميكية الجماعة بحيث تحقق فيه جمع كل أفراد الأسرة: الأب، الأم الطفل التوحيدي والأخ الأكبر، والذي تم من خلال هذه الجلسة إعطاء بعض التوجيهات والتوصيات والمكتسبات التي اقتراحها كل أعضاء الأسرة والتي كانت بشكل أعمق فتسمح لهم بتغيير بعض السلوكيات والأوضاع السلبية المسببة للاضطراب، ذلك من أجل تقوية الوحدة الأسرية والتكيف مع مرض التوحد بصورة سليمة.

5.3- الأدوات: الملاحظة، المقابلة العلاجية، تقنيات العلاج النسقي البنائي.

1.5.5- الملاحظة: انتباه مقصود ومنظم ومضبوط لسلوك ومشكلات وأحداث لمتابعة العلاقات فيما بينها واتجاهاتها بأسلوب علمي ومنهجية هادفة بقصد التفسير العلمي والتنبؤ بسلوك الظاهرة المراد دراستها لخدمة أغراض الإنسان وتلبية احتياجاته (Poussin, 2013). استعملت في هذه الدراسة كل أنواع الملاحظة المقصودة في العيادة، المنزل (الأسرة)، وفي المركب الرياضي (لممارسة نشاط كرة التنس بالنسبة للطفل المصاب بطيف التوحد). حيث تم التوثيق عن طريق آلة الكاميرا، حيث قامت على أساس الفرضية المطروحة على نوعية العلاقات الاتصالية بين أفراد الأسرة.

2.5.5- المقابلة العلاجية: الهدف منها البحث، التوجيه والعلاج، تكون فردية وجماعية، مقيدة الأسئلة (مقننة) وحررة (مفتوحة) (Poussin, 2013). استعملت بكل أنواعها لنقصي القدر الممكن من البيانات والمعلومات، حيث استخدمت الباحثة وسائل وأدوات: الهاتف، سكايب، ماسنجر (بسبب وباء كورونا).

3.5.5- تقنيات العلاج النسقي البنائي: تسير العملية العلاجية وفق النقاط الأساسية التي ركز عليها سلفادور مينوشن في عمله على الأسرة والمتمثلة في: هياكل الأسرة، أنواع العلاقات، الحدود، مراحل دورة الحياة.

1- بنية الأسرة وتركيبها: هي العمود الفقري لمنظمة الأسرة، التي تتكون من مجموعات بحيث تتوافق داخلها حسب ترتيب الأجيال، وكل جيل هو نظام فرعي مناسب ومعين بواسطة حدود واضحة. كما أن مينوشن يضع فرضية التسلسل الهرمي، يتمثل في امتلاك الأبوين قوة أكبر من الأطفال، حيث أن للطفل الأكبر مسؤوليات أكثر من الأصغر، وأيضاً اختلاف الأدوار فقد يأخذ أحد الوالدين دور المؤدب والآخر يوفر التعاطف والحب للأطفال المبدأ في استمرارية تماسك الأسرة، يكمن في اتحاد أعضائها للعمل سوياً لتنفيذ وتحقيق وظائفها بشكل متوازن (Minuchin, 1974).

في الجزائر نجد أن الأنظمة الفرعية تتمثل في: الزوج-الزوجة، الوالدان (الأب والأم) - الأطفال والإخوة، رغم أنه من الطبيعي أن نجد الأب والأم هما الوالدين، لكن بحكم ظروف خاصة قد يضم هذا النظام الفرعي أحد الأقارب الذي يتكفل بدور الزوجية أو الوالدية كالجد والجدة، الخال والخالة، العم والعمة حيث ترتبط الاضطرابات بانتهاك الحدود الفاصلة بين هذه النظم الفرعية، مما ينتج عنها انخفاض الوظيفة البيونفسية الحيوية لأعضاء النسق الواحد، على سبيل المثال: داخل مؤسسة الأسرة من الضروري الاعتماد على وثائق معينة كالمخطط التنظيمي في تنشئة الأسرة، والقواعد الداخلية بهدف الضبط ورسم المعالم. يقوم هذا العلاج على أساس أن معظم الأعراض تكون نتيجة لفشل البناء داخل النسق الأسري، كما ينظر إلى الفرد صاحب العرض (المشكلة) على أنه بمثابة مؤشر لبناء أسري يعاني من خلل، ولإحداث تغيير لديه ينبغي أن يحدث التغيير أولاً وقبل كل شيء ضمن بناء الأسرة وما يتضمنه من انساق فرعية.

سلفادور مينوشن يدعو المعالج لرسم الخريطة الهيكلية للأسرة، من أجل تصور العلاقات التي لوحظت تحت مبدأ **هنا والآن** (ici et maintenant)، هذه البطاقة هي بمثابة معيار، فانه يسمح بالإضافة إلى تحديد الأنظمة الفرعية فرض أو تأمين الطاعة للأفراد الذين يُقررون المواقف، ويفرضون القوانين من الوضعية العليا، بالمقابل الأفراد الذين يتبعون القواعد التوجيهية في الوضعية السفلى.

أما (Minuchin, 1974) فإنه يشير إلى:

1. أنواع العلاقات: إن الخريطة الهيكلية البنائية، تحدد أيضا التحالفات والعلاقات الضمنية والنزاعات فالأعراض لا يمكن أن تفهم جيداً إلا من خلال النظر إلى نماذج التفاعلات داخل الأسرة، والتغيرات البنائية لابد أن تحدث في الأسرة قبل إمكانية تحسين أو خفض الأعراض الفردية. والمثير للاهتمام أن المعالج الذي التقى بالأسرة، يقع على هذه الخريطة الهيكلية بحيث أنه يشعر بالتحالفات والصراعات من هذا المركز، وأنه يمكنه بعد ذلك تحديد ما هو أفضل، بإعادة تعبئة النظام عن طريق الانضمام أو الانتساب إلى الأسرة على سبيل المثال؛ بذلك يمكنه التعرف على الاستراتيجيات المستعملة من طرف الأنظمة الفرعية داخل الأسرة من خلال كيفية الاستجابة أو طريقة التعامل مع الأزمات.

2. الحدود: يتم رسم الحدود بين النظام (الأسرة) والخارج أي بين محيط الأسرة والنظم الفرعية أو بين الأفراد حيث يعتبر جزء من التشخيص أيضاً؛ بالمقابل عندما يكون الشعور بالانتماء مكثف يشكل المصدر الرئيسي للرضا (الإشباع)، مع ما يترتب على ذلك من انخفاض في الحكم الذاتي أو الاستقلالية بالذات: شبه نفوذ ليونة، وضوح الجميع يشعر بالحرية في الكلام أو التعبير عن الخلاف مع الآخر، فعندما يحدث شيء لفرد من الأسرة الكل يصبح معني بالأمر.

إذا كانت الحدود التي تحيط بالأسرة جامدة، المعالج يجب أن يأخذ وقتاً للانضمام إلى الأسرة، بحيث إذا كان منتشراً (الجمود في الاتصالات والعلاقات)، فإنه يخاطر بالوقوع في فوضى الأحداث العائلية. في النهاية مهمة المعالج البنائي، هو محاولة التحقق من النظام الذي تنتمي إليه الأسرة حقاً، بتوضيح الحدود المنتشرة، وفتح تلك التي تعتبر جامدة جداً.

3. المراحل المختلفة لدورة الحياة: تشكل العوامل التي تهز بناء واستقرار الأسرة، التي تتوافق مع وصول أو مغادرة أعضاء الأسرة، كانضمام شخص، أو مولود جديد، رحيل، سفر، موت....

وهنا يطرح السؤال: ماهي الحلول المبتكرة التي يتم تنفيذها لفك النزاعات والمشاكل أو التجارب المتعلقة بالمراحل الرئيسية للحياة؟ إن اللحظات الحرجة التي تمر بها الأسرة هي التي تحدد حاجات أفرادها للانتماء لها، والحاجات

للاندماج الاجتماعي في كل مرحلة (تحديد الحاجات الفردية والاجتماعية لكل عضو داخل الإطار الأسري الذي ينتمي إليه)، من ثم مواجهتها (Meynckens & Fourez, 2007).

5.6- تلخيص الحصص العلاجية: (30 حصة)

• الحصة الأولى:

العائلة: (الحالة)



الشكل (1) مخطط يوضح طريقة جلوس أفراد العائلة والمسافة بينهم قبل التدخل العلاجي

التعرف على أفراد العائلة موضوع الدراسة، من خلال استخدام الملاحظة الإكلينيكية، وإبرام عقد أخلاقي حول ضبط مواعيد الجلسات العلاجية وتبيان الهدف منها.

• **الحصة 2/3: الانتساب أو الانضمام:** بناء علاقة ثقة بين المعالج الأسري وأفراد الأسرة من خلال تقنية الانتساب إلى هذا النسق والتحدث عن الاضطراب وحالة الطفل، وملاحظة طريقة جلوس كل من الأم والابن الأكبر والحالة (الطفل المصاب بالطيف) مع بعض، بعيداً عن كرسي الأب الذي اتخذ لنفسه أحد زوايا المكتب (موضح في خريطة الجلوس في الشكل الأول).

التعبير اللفظي وغير اللفظي: المحادثة والكلام مع الصراخ المتكرر للزوج عند إظهار نوع من المعارضة من طرف الزوجة على حديثه، مما يُظهر عدم الانسجام الفكري بين الزوجين من خلال طريقة التواصل التي كانت عبارة عن نقاشات الحادة وغير المثمرة التي دارت بينهما في أول لقاء علاجي.

الابن الأكبر: توتر وقلق يظهران على مستوى السلوك: هز الأرجل واللعب بالأصابع مع توجيه نظرات حادة إلى الأب بدون المشاركة في النقاش.

• **الحصص 4/5/6: التعرف على بنية الأسرة وتركيبها:** يتم ذلك عن طريق تحديد النقاط الإيجابية والسلبية لكل فرد من العائلة، أيضاً التكتلات والحدود بين الجماعات الفرعية، والتي تظهر مدى تأثير الابن الأكبر على العلاقة الزوجية من جهة والعلاقة أم - الأخ الأصغر (الحالة) من جهة أخرى، والتعرف على طبيعة التفاعلات العائلية وطبيعة التواصل والاتصال بين الأفراد.

• **الحصص 7/8: تحديد أنواع العلاقات:** التركيز على العرض السلوكيات المرافقة له، حيث يعتبر الطفل المصاب بطيف التوحد حامل العرض، ما ينتج عنه توظيف مرضي للنسق العائلي والتعرف على نوعية الاتصال والتفاعلات الإيجابية والسلبية المتعامل بها بين الأفراد، والضغطات الناتجة عن التحالفات.

- **الحصص 12/9: تفعيل الجانب العاطفي:** الوعي بالوضعية داخل النسق العائلي، من خلال تعلم الوعي بالمشاعر والانفعالات وكيفية التعبير عنها بدون اختراق الأنظمة الفرعية والتي تتمثل في احترام الأدوار.
- **الحصص 16/13: العمل على رسم الحدود بين النسق الداخلي والخارجي:** استخدام تقنيات النفسية الداخلية التي تساعد المعالج في التعرف على القائد داخل العائلة، فالحدود داخل الأسرة غير قابلة للانفصال وجامدة معزولة أيضا خاصة بين الأبناء والأب فنجد الشعور بالانتماء ضعيفا والإشباع الشخصي يأتي من الخارج (الأسرة)

- **الحصص 20/17: العمل على ترميم النسق:** محاولة المعالج بناء علاقة ثنائية بين الأب والابن الأكبر (لأن الأخير يعتبر همزة وصل بين الأم والحالة)، وترميم العلاقة الزوجية.

7.5- تقديم الحالة (أسرة طفل طيف التوحد):

أ. تلخيص المقابلات مع الطفل:

1. بطاقة المعلومات:

السن: 08 سنوات الرتبة بين الإخوة: الثاني.

المستوى التعليمي: السنة الأولى ابتدائي (مدرسة عادية) / التشخيص: طيف التوحد.

النمو اللغوي للحالة: الأسماء: كانت تقتصر لغة الطفل الأساسية على بعض الحروف التي تكرر مثل: بابا ماما وي وي

الصور: لم يتمكن الطفل من التعرف على الصور المقدمة له أو حتى إعطائها معنى.

الألوان: لم يستطع التمييز أو تصنيف الألوان.

الفضاء المكاني والزمني: لم يتمكن الطفل من وضع الأشكال في مكانها.

التحليل والتركيب: تفوق الحالة في بناء الشكل الهرمي من الأكبر إلى الأصغر وهذا بعد التقليد (تقليد الحركات).

المخطط الجسمي: لم يتمكن من إعطاء أسماء لأعضاء الوجه أو اليدين، عدم معرفة الجانبية (يسار، يمين).

الاستقلالية: الاعتماد الكلي على الأم في كل نشاطاته اليومية لبس، أكل وغسل، حتى إنه يعاني من التبول وتبرز لإرادتي (يستعمل الحفاظة) لقضاء حاجياته البيولوجية.

النمو الحسي الحركي: لا يعاني الطفل من أي إعاقة حسية حركية.

النمو اللغوي: استعمال الضمائر بشكل غير مناسب.

تعبير الوجه: الافتقار إلى استجابات انفعالية واجتماعية مناسبة بيتسم أو يضحك لوحده نوبات هستيرية (الغضب

المتكرر) الإصرار على إشباع الروتين: تنظيم الألعاب (خاصة أنه متعلق بالسيارات الصغيرة) نظام الأكل: يتناول الخبز بشكل مفرط ويشرب نوع واحد من العصير.

النوم: نوم مضطرب، مع استيقاظ المبكر (ينام لمدة 4 ساعات في الليل فقط)، لا توجد القيلولة أيضا.

أ. تلخيص المقابلات مع الأم:

1- بطاقة المعلومات:

س.ك، السن: 38 سنة، المستوى التعليمي: مهندسة دولة في الإلكترونيات، المهنة: مأكثة بالبيت، المستوى المعيشي: جيد، عدد الحصص: 13 حصة، مدة الحصة: بمعدل 30 د - 1 ساعة، تاريخ الحصة الأولى: الثلاثاء 10 فيفري 2016 على الساعة: 14.00 دامت 60 د.

2-تلخيص الحصص العلاجية (الأم):

بعد رحلة بحث بين المختصين عن تشخيص علمي مقنع لأعراض الطفل استقبلنا الأم برفقة الرسالة من الأخصائي الأرتفوني، تطلب المساعدة النفسية، لكن بسبب القلق والتوتر الذي ظهر عليها ارتأينا تحديد موعد لها، من أجل الاستجابة للشكوك والتساؤلات التي تطرحها، والتي تمثلت في نوع تشخيص الأعراض وطريقة التعامل مع الطفل لقد أبدت الأم معاناة نفسية عميقة والتي تمثلت في الجرح النرجسي وأيضاً حالة من التوتر والصراعات الزوجية التي تعلقت باضطراب الطفل في الظاهر لكنها تعبر عن انعدام التواصل والحوار بين الزوجين لعدة أسباب، كما جاء في الحديث مع الأم: " لقد تناسيت دوري كزوجة وكأم لطفل آخر بحيث لم استطع الموازنة لوحدي في العناية بهم " بسبب كثرة احتياجات الطفل باعتباره غير مستقل. هذا ما تؤكد فيرجينيا ساتير في كتابها المشهور "Thérapie du couple et de la famille" باعتبار الأم في هذه الحالة تدخل في علاقة انصهارية مع طفلها المعاق (Satir, 1995).

لقد حاولنا في الحصص العلاجية الفردية مع الأم على إعطائها مجالا للكلام والتعبير عن معاناتها اليومية مع الطفل المتوحد من جهة، وعلاقتها بالزوج والابن الأكبر من جهة أخرى، تمكينها من التعرف على سلوكياتها وآثارها اتجاههم، ومساعدتها على تقدير ذاتها من خلال التركيز على الإنجازات التي قامت بها للحفاظ على كيان أسرتها، وأيضاً سلوكيات الآخرين الإيجابية اتجاهها. وأيضاً توعيتها بطبيعة الطفل وطبيعة الإعاقة، والقدرات التي يمتلكها، وكيفية التعامل معه بإشراكها في العملية العلاجية.

يقول (س.فرويد) عن ما تمثله ولادة طبيعية بالنسبة للأم "إن الأم في إنجابها لطفل هو جزء من جسمها الذي تراه أمامها كجسم غريب وبالتالي ابتداء من نرجسيتها تستطيع أن تركز له حب موضوعي كامل" (Meynckens & Fourez, 2007).

في النظرة التحليلية تعتبر فترة العلاقات أم - رضيع التي تتمثل في إرساء عملية النقص الأولى هي مبكرة ومباشرة، لكن حينما تكون الحالة العقلية والعصبية التي تتمثل في الجانب السلوكي وقدراته الحسية الحركية العلائقية ناقصة أو متدهورة كما هو الحال في اضطراب التوحد، حيث لا يظهر سلوك تعلقي مع الأم، والتي تتمثل في عملية التبادل أي مساعدة الأم لأن تلعب دورها المدعم لغرائز طفلها (Chossy & Bernardette, 2013) بحيث تصبح قادرة على تحول إحساساتها وعواطفها إلى معاش نفسي مكيف عوض فقدان القدرة العفوية والغريزة الطبيعية لفهم وتخيل حاجات طفلها أنه لا يستطيع التفاعل معها والتعبير عن حاجياته، فالطفل المصاب بالطيف غير قادر على التجاوب مع أمه ولا يظهر سلوك تعلقي طبيعي خاصة أن الأم لها ابن أكبر فقد عاشت التجربة الطبيعية هذا ما أدى بها إلى المقارنة بين الأولاد.

ب. المقابلات مع الأب:

1. بطاقة المعلومات: أش: 42 سنة. المستوى التعليمي: مهندس دولة في الميكانيك. المهنة: تاجر. المستوى المعيشي: جيد. عدد الحصص: 13

تاريخ الحصة الأولى: الثلاثاء: 17.02.2016 على الساعة 14.00 ودامت 60 د.

2. الحصة العلاجية الفردية (الأب): بعد التماس نتائج إيجابية بالنسبة لسلوك الطفل المصاب بطيف التوحد حضر الأب طالبا المساعدة من أجل كيفية التعامل مع الطفل، خاصة أنه يريد أخذه معه إلى محله التجاري. فأول ما لاحظناه هو سرعة الكلام، وتحريك الرجلين، ما يدل على نسبة عالية من القلق والتوتر، مما دفعنا إلى الغوص في تاريخه الطفولي، الذي تميز بالحرمان العاطفي الأبوي، فالأب كان جد صارم باعتباره يعمل كعسكري لا يتحاور إلا بالنهي وإصدار الأوامر أو لغة الضرب، مما دفعه إلى اختيار دراسة الهندسة بجامعة خارج ولاية وهران، هربا من المشاكل العلائقية مع الأب. أما بالنسبة للأم فكانت تمثل الأم الكلاسيكية الخاضعة التي لا تستطيع المواجهة. يعبر الزوج على إنجابه الطفل المتوحد كعقاب له لعقوق الوالدين، وأثناء المقابلات العلاجية الثلاثة التي أجريت معه تخللتها فترات صمت التي كانت دائما تنتهي بالبكاء الشديد الذي يعبر عن الحزن العميق والمعاناة العاطفية. يعطي الوالد الحياة للطفل، الاسم، يتحمل المسؤولية اليومية فالأبوة هي نتيجة تداخل عوامل بيولوجية (عملية الإنجاب، علاقة الدم، مبدأ الوراثة)، نفسية اجتماعية وقانونية (مبدأ المسؤولية والسلطة الأبوية) (Karine & Thierry, 2015).

كما نلمس لدى الأب الإحساس بالذنب، بحيث يحاول البحث عن أسباب إعاقة طفله وكأنه المسؤول الأول عن هذا الاضطراب عندما يطرح السؤال: هل فعلت شيئا في حياتي؟ وهو دائم التساؤل عن مصير ابنه في المستقبل: "ماذا لو احتاج لشيء ولم أكن موجودا فالواقع الاجتماعي والقانوني الغامض لهذه الفئة تدفع الوالدين للتخوف والقلق الشديدين عن المستقبل، في جوانب أخرى شعور الأب بالشفقة على الذات ويظهر هذا عن طريق تكراره السؤال: لماذا حدث له الأمر هو بالذات؟

ت. تلخيص الحصة العلاجية الفردية:

استقبلنا الأخ الأكبر والوحيد، مراهق، جميل المظهر، مرتب الهندام، ألوان متناسقة، على مستوى الاتصال: يتكلم بطلاقة اللغتين العربية والفرنسية. أول ما بدأ الكلام عن أمه التي يعتبرها القدوة له في الحياة فهي التي تساعده في دراسته، وفي حياته اليومية أيضا خاصة عندما تواجهه مشكلات مع الأب، فهي بمثابة الوسيط بينهما لهذا فهو يحس بالشفقة اتجاهها، ويعتبرها مظلومة، ولكن في نفس الوقت يعتبر أخاه الأصغر (الطفل المتوحد) مستحوذا على كل اهتمامها وعاطفتها، بحيث يحتل المرتبة الأولى في المنزل، هذا ما يدفعه في بعض الأحيان إلى الإحساس بالغيرة منه، وعدم تحمل سلوكياته والغضب منه، وحتى تجنب التعامل معه نهائيا لأيام، ومرات أخرى اللعب معه خاصة أنهما يشتركان في هواية كرة المضرب.

إن تأثر الأم بعد تشخيص طفلها الأصغر بمرض التوحد يظهر في شكل حدة القلق والخوف من المشاكل التي تواجهها في تربيته وانشغالها الدائم بالتفكير فيما إذا كان طفلها سوف يتمكن من الاستقلالية والتقدم بشكل

طبيعي كباقي الأطفال العاديين، هذا الخوف المستمر دفع بها إلى تكثيف العناية بالطفل التوحيدي أكثر من الأخ الأكبر. لهذا نلمس ازدواجية المشاعر، من جهة عطف وحنان والشعور بالشفقة، ومن جهة أخرى حيرة وارتباك التي تتمثل في الرفض (رفض اللعب معه بالكرة مثلا).

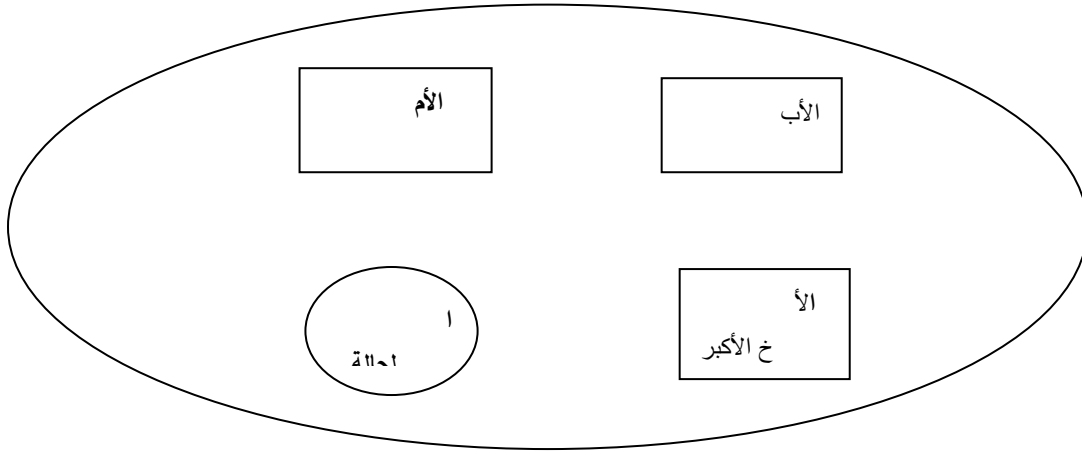
ث. تلخيص العلاج الثنائي:

العلاقة الزوجية في مجملها مضطربة، الزوج عصبي ولا يلاحظ إلا الجانب السلبي للأمور، ومن خلال الجلسات العلاجية القليلة - وهذا بسبب حضوره إلا بعد ما لاحظ تحسن الطفل - اتضح أنه يعاني من الحرمان العاطفي الأبوي (من جهة الأب) الذي كان يعامله بقسوة منذ صغره، مما جعله يختار الإقامة الجامعية بعد نجاحه في شهادة البكالوريا هربا من المنزل.

أما الزوجة فهي منحدر من أسرة متماسكة، تقدر الحياة الزوجية بحيث نشأت على الصبر وطاعة الزوج من أجل الأولاد، الذين يمثلون نجاحها الاجتماعي، فهي خاضعة بشكل تام له. لقد كان الغرض من هذه التقنية هو تمكين كل من الزوج وخاصة الزوجة من مواجهة الآخر، وتشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم وطرح الأسئلة التي تخرجهم، وتصحيح التصورات السلبية، وتمكين كل واحد منهم من إيجاد سبل تفهم الآخر عن طريق تعليمهما الطرق السليمة في الحوار والاتصال، وهذا من أجل إعادة النظر في تصور مكانة كل واحد منهما وتقسيم الأدوار داخل الأسرة (Satir, 1995).

ج. تلخيص العلاج الجماعي (الديناميكي):

جمع كل أفراد الأسرة بحيث جاء بعد العلاج الفردي والثنائي، فقد قمنا بالاستماع إلى شكاوى ومعاونة كل من الزوجين، والابن الأكبر، وذلك بملاحظة كيفية الحوار، والتعامل بين الأشخاص الموجودين في الجلسة، فيتم مساعدة الأفراد في إيجاد الحلول للمشاكل الرئيسية التي تهدد ترابط الأسرة كوحدة. الفكرة تكمن هنا في تنقيف أعضاء الأسرة، بالجلوس فيما بينهم والتحدث بصراحة ووضع جدول خطوات معينة قد تؤدي في المستقبل إلى تحسين قدراتهم الذاتية على الحوار بدون استعمال وسيط خارجي، هذا ما يخلق نوع من التكامل والتناسق الذي يعود بالإيجابية على الطفل المصاب المتوحد، ويعمل على مساعدة الأولياء لإدماجهم مع الفريق المتعدد التخصصات للتكفل الأمثل (الطبيب النفسي، الأخصائي النفسي الأطفوني ومختص تعليمي).



الشكل (2) مخطط يوضح طريقة جلوس أفراد العائلة والمسافة بينهم بعد التدخل العلاجي

4- النتائج ومناقشتها:

من خلال الجلسات العلاجية الجماعية في إطار العلاج النسقي البنائي، التمسنا أنه بمجرد تقديم يد المساعدة للأولياء والأبناء داخل النسق الواحد وتمكينهم من مشاركة المشاعر المختلفة مع بعضهم في إطار الحوار والتواصل الإيجابي، تستمد العائلة الطاقة الإيجابية بمحاولة أفرادها البحث عن الحلول، والنضج بأساليب تدفعهم إلى السلوك السليم، ويصبحون قادرين على الاستجابة لحاجات طفلهم مهما كان الاضطراب حتى ولو كان ذلك بطريقة أصعب وإيقاع مختلف، قادرين على إظهار نوع من الطاقة والقوة والجهد للاستعداد للتعلم من أجل طفلهم الذي هو في حالة توحد. فاستعمال الروابط الأسرية تعتبر عوامل للسند في حالة تعرض فرد من أفرادها لنوع من عدم الفهم أو العنف داخل أو خارج الحيز الأسري (Nicolasfishe, 2013).

حيث كان الغرض من هذه التقنية، هو تمكين كل من الزوجين-خاصة الزوجة- من مواجهة الآخر وتشجيعهم على التعبير عن مشاعرهم وطرح الأسئلة التي تخرجهم، وتصحيح التصورات السلبية، وتمكين كل واحد من إيجاد سبل تفهم الآخر، عن طريق تعليمهما الطرق السليمة في الحوار والاتصال، وهذا من أجل إعادة النظر في تصور مكانة كل واحد منهما، وتقسيم الأدوار داخل الأسرة، بمعنى احترام الحدود محور التركيز في هذه الجلسات العلاجية هو أنماط التفاعل ما بين الزوجين ودراسة العلاقات المضطربة، فالزوجة تحاول تعويض النقص الذي تجده في علاقتها الزوجية، بالاستثمار في علاقتها مع الطفل المتوحد الذي يأخذ كامل اهتمامها، كما أن أعراض الاضطراب تقيدها في تخفيف القلق والضغط الناتجان عن الاضطرابات العلائقية التي تعيشها مع زوجها، وذلك بالتركيز على المريض.

أما الزوج فيلجأ إلى العمل كوسيلة هروب من المعاش اليومي الذي يولد له من المعاناة العاطفية، والإحساس بعدم القدرة والعجز أمام وضع يجده مأساوي لا حل له.

وهنا يأتي عمل المعالج النفسي الذي يتمثل في إعطاء كل من الزوج والزوجة، الفضاء الواسع للتعبير عن آلامهما نتيجة ما يحدث لهما، وذلك عن طريق الكلام الذي يمكنهم من التحكم في درجة القلق، لمواجهة الوضعيات الصعبة في حياتهما وأيضاً تعليمهما كيفية الحوار والاتصال، ونقد الآخر دون التسبب في جرحه أو إيذائه. لإعادة التنظيم والبناء النفسي، فبواسطة المساعدة النفسية تبدأ فترة التكيف والتعايش مع اضطراب

الطفل الحقيقي فيصبح الطفل مشروع يحاول كل من الأب والأم الاستثمار فيه، من أجل محاولة تحسين وضعيته الصحية، التعليمية والاجتماعية (Poussin, 2013).

لقد تمحور موضوع دراستنا حول المقاربة النسقية كعلاج نفسي أسري ومدى فعاليتها على عائلة الأطفال المصابين بطيف التوحد، ومن خلال الملاحظات والمقابلات، ومراحل العلاج بأنواعه: الفردية والثنائية والجماعية في مساعدة أفراد الأسرة على تخطي مرحلة الصدمة، الذي اعتبرت كمشكل (عرض).

تطلبت العملية العلاجية مع هذه الحالة (عائلة الطفل)، كما ذكرنا سابقا مقابلات فردية التي من خلالها استطعنا معرفة أحاسيس واتجاهات، وتصورات كل عضو عن نفسه، وعن الآخر الذي ينتمي إلى نفس النسق العائلي وكان الهدف منها هو إعطاء المجال للتعبير عن المعاناة الذاتية لإعادة البناء النفسي. أما بالنسبة للطفل المتوحد اعتمدنا على العلاجات التدريبية (التربوية السلوكية).

العلاج الجماعي الديناميكي: والذي كان موجها لكل أعضاء العائلة كجماعة وليس كفرد: الأب، الأم، الأخ الأكبر والطفل المصاب بالتوحد، الذين يشتركون في معاناتهم، وأيضا في اهتماماتهم بموضوع اضطراب الطفل الأصغر بحيث ساعد هذا العلاج على كشف نقاط الضعف التي تؤثر في العلاقات والتفاعلات بينهم، ومحاولة التغلب عليها عن طريق تحسين مستوى الاتصال فيما بينهم، ومحاولة تغيير أنماط التفاعل المرضية داخل الأسرة، بهدف تحقيق التوازن والتماسك والاستقرار الأسري. بعد النوبة الانفعالية الحادة ومع مرور الوقت، وبداية التكيف مع واقع الاضطراب وتقبل الطفل الحقيقي بدأت الأسرة في الاسترجاع التدريجي للتوازن النفسي والاجتماعي محاولة بذلك بناء مشروع حياة جديدة له، فالأولياء قادرين على الاستجابة لحاجات أطفالهم مهما كانت الإعاقة، حتى ولو كان ذلك بطريقة أصعب وإيقاع مختلف، فهم قادرين على إظهار نوع من الطاقة والقوة والجهد والاستعداد للتعلم من أجل طفلهم، في هذا السياق يجدر الذكر أن العامل الديني يساعد كثيرا الآباء في عملية تجريدتهم من مشاعر الخطيئة والإثم، التي تهدد طمأنينتهم و أمنهم النفسي يساعدهم على تقبل دواتهم وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسي" (Karine & Thierry, 2015).

يعتبر العلاج النسقي البنائي كفيل لمساعدة أفراد النسق أو النظام العائلي الواحد، وتظهر فعاليته في النتائج والتأثيرات الإيجابية على الطفل المتوحد الذي يعكس نوع العلاقات والتفاعلات داخل أسرته، بحيث يعتبر (العلاج النسقي العائلي) كعمل علاجي تكاملي بين المختصين (يمثلون الحيز الخارجي للأسرة) والأولياء الحيز الداخلي لا يكتمل نجاحه إلا بمدى مرونة الأفراد، وقابليتهم للتغيير من جهة، ومدى تمكنهم من تعميق علاقاتهم من جهة أخرى، بذلك يساهم في ترميم العلاقات الأسرية من خلال التخفيف من المشاكل الاتصالية واضطراب وظائف الأدوار الوالدية (عامر، 2012).

5- الخلاصة:

الهدف من العلاج النسقي البنائي في هذه الدراسة، هو مساعدة الآباء والأسرة بصفة عامة على اجتياز الصراعات الداخلية التي يعيشونها والتي تنجم عن سلوكات مختلفة ولاشعورية كالخوف والقلق المرتبطين باضطراب طيف التوحد، حيث يعطيهم العلاج نوع من الاطمئنان ويساعدهم على التقرب إلى بعضهم البعض؛ بهدف المشاركة في البحث وتوسيع مجال التكفل للحصول على النتائج المرجوة حتى لو أنها نسبية. ومن جهة أخرى ما هو ملاحظ وملحوس في مجتمعنا الجزائري بصفة خاصة هو صعوبة وجود نقاط اتصال ما بين المهنيين -من أطباء ومختصين- في ميدان التوحد والآباء، الذي يعود إلى التناقض في الآراء ووجهات النظر وضعف المعلومات المعطاة للآباء ما يسهم في انعدام خلق جو من الثقة لديهم، فنجدهم (الآباء) ينتقلون ما بين الأطباء

باحثين عن بصيص أمل لهم أولاً لإزالة شكوكهم وتساؤلاتهم من أجل الوصول إلى الاستقرار النفسي الداخلي، الذي يعطيهم الدفع القوي للاندماج والمشاركة في العلاج لضمان استمراريته.

-الاقتراحات والتوصيات:

- استخدام عينات كبيرة ومختلفة في البحوث للخروج بنتائج أكثر دقة تعكس بشكل أوسع الصورة الواقعية للأسرة التي تحوي أطفالاً مصابين بالتوحد وأطيافه.
- المزج بين عدة مقاربات علاجية ذلك للتمكن من الوصول إلى تكفل شامل للأطفال مصابين بمتلازمة اسبرجر والتوحد بصفة عامة.
- تعميم الأقسام الخاصة بهته الفئة تحت إشراف فريق متعدد الاختصاصات على مستوى جميع المؤسسات التربوية.
- إنشاء مراكز للراحة خاصة بأسر أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة للتكفل النفسي، يتوفر فيها دورات تكوينية تهدف إلى تعريف وتوعية الأولياء بأعراض الاضطراب وكيفية التعامل مع الطفل على المدى الطويل.

- الإحالات والمراجع:

الدقوري، ج. (2011). التربية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النسقي. القاهرة، مصر: دار الفكر للنشر والتوزيع

المعطي، ح. م. (2000). موسوعة علم النفس العيادي، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. القاهرة، مصر: دار القاهرة للنشر والتوزيع.

جمال عامر. (2012). العلاج الأسري (المجلد 45،60،88). السعودية: دار الملك سعود للنشر والتوزيع.

سليمان، ع. ا. (2014). إعاقة التوحد. القاهرة، مصر: مكتبة الزهراء.

Chossy, J., & Bernardette, R. (2013). *Autisme comprendre et agir*. france: Dunod.

Karine, A., & Thierry, A. (2015). *Les thérapies familiales systemiques*. france: Didier casalis Paris.

Meynckens, M., & Fourez, M. (2007). *Dans le dédale des thérapies familiales*. Allemagne: Erès.

Minuchin, S. (1974). Famille et la therapie familiale. *Therapie conjugale et familiale*(9-14), 25,45,59,61.

Nicolasfishe, G. (2013). *Psychologie des violences*. france: Dunod Paris.

Poussin, G. (2013). *La pratique de l'entretien clinique* (éd. 3ème). france: Dunod Paris.

Satir, V. (1995). *Therapie du couple et de la famille*. france: Dextée de Brouwer.

Taleb, M. O. (2009). *Le spectre de l'autisme*. Algerie: OPV alger.

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

منصوري، حليلة وهاشمي، أحمد(2023). المقاربة العلاجية النسقية لعائلة طفل طيف التوحد (دراسة حالة بمدينة وهران).مجلة العلوم النفسية والتربوية.9(1)، الجزائر: جامعة الوادي، الجزائر. 236-222.