



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطفونيا

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه ل. م. د في تخصص علم النفس الأسري

العلاج الأسري البنائي لعائلة طفل متلازمة أسبرجر

- دراسة تتبعية -

تحت إشراف الأستاذ:

هاشمي أحمد

من إعداد الطالبة:

منصوري حليلة

أعضاء لجنة المناقشة:

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
جلطي بشير	أستاذ	جامعة وهران 2	رئيسا
هاشمي أحمد	أستاذ	جامعة وهران 2	مقررا
بولجراف بختي	أستاذ	جامعة وهران 2	مناقشا
عطا الله عبد الحميد	أستاذ	جامعة الوادي	مناقشا
محمودي هوارى	أستاذ	المدرسة الوطنية المتعددة التقنيات بوهران	مناقشا

السنة الجامعية: 2022-2023

" نحن على اقتناع أن الأشخاص الذين يعانون من التوحد، لهم مكانهم في الكيان الاجتماعي للمجتمع، إنهم يؤدُّون دورهم بشكل جيد، ربما بشكل أفضل حتى من أي شخص آخر، ونحن نتحدث عن أشخاص عانوا في طفولتهم بصعوبات بالغة، وتسببوا في أشكال لا توصف من القلق لأولئك الذين قاموا على رعايتهم" **هانز اسبرجر** (مجدي، 2013).

إهداء

إلى روح أبي الطاهرة اسكنه الله فسيح جنانه.

إلى أمي المكافحة حفظك الله وأطال في عمرك والتي يعود لها الفضل الكبير في كل ما وصلت إليه.

إلى أخي الوحيد وتوأم روحي، والى حبيبتي فاطمة أقول لها عمل المعروف يدوم والجميل دائما محفوظ.

إلى زوجي ورفيق دربي حبا وتقديرا على دعمك ومساندتك.

وما نور البيوت سوى البنات، بهن الانس من بعد الشتات، وفيهن الوداد له وداد فهن المؤنسات الغاليات، الى ابنتي قرّة عيني "الين" التي أتمنى من الله عز وجل أن تكون خير خلف لخير سلف،

إلى أعز صديقتي: جميلة، مريم، سميرة، والى مريم بلغول التي رافقتني في مساري الجامعي تخصص علم النفس الأسري.

إلى عائلات الأطفال المصابين بالتوحد بالأخص متلازمة اسبرجر، شكرا على تعاونكم وصبركم وإيمانكم بي، لولا تفهمكم وصبركم ومساعدتكم لما انجز هذا العمل.

إلى الأطفال أحبكم لأنكم علمتموني معنى الحب دون مقابل، الصبر، التحدي، التفاؤل والأمل. علمتموني كيف أتأمل نفسي دون جلدتها كيف يكون الاختلاف بدون إثارة أو ضجيج. أحبكم.

وإلى كل فتاة تتحدى ظروفها القاسية وتكافح من أجل النجاح.

لكل هؤلاء الناس في حياتي أهدى هذا الانجاز العلمي المتواضع.

بارك الله فيكم وأدامكم سندا ومتعكم الله الصحة، العافية، والسعادة.

منصوري حليلة.

شكر وتقدير:

بعد الصلاة والسلام على اشرف المرسلين، اشكر الله عز وجل وأحمده أن وفقني في إتمام الرسالة العلمية التي بين أيديكم.

إن عرفان الجميل شيمة الأرواح النبيلة، فالحمد لله الذي تتم بحمده النعم والصالحات ، أتوجه بخالص الشكر إلى أستاذي الفاضل والذي أكن له معزة خاصة الأستاذ: هاشمي احمد، على تشريفي بقبوله التأطير وعلى كل ما قدمه لي من دعم معنوي ومعرفية كبيرة طيلة إعدادي لهذه الرسالة العلمية. أدعو الله لك بالصحة والعافية.

كل كلمات الشكر والتقدير إلى الأستاذ: محمودي، الذي لم يبخل علي لا بوقته ولا بمعرفته، جزاك الله والمزيد من الرفعة.

كما أتقدم بالشكر الوافر والتقدير إلى لجنة المناقشة التي تحملت عناء تقييم هذا العمل ومناقشته.

لا يفوتني أيضا أن أوجه تحية تقدير و عرفان إلى عائلات الأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر والتوحد عامة.

والى كل الأساتذة والمهنيين الذين قاموا بتحكيم أداة الدراسة (من الجامعة، المستشفيات، الجمعيات...) وإلى كل شخص ساعدني وشجعني ولو بابتسامة. شكرا لكم جميعا.

والله ولي ولكم التوفيق.

"ما زلت أومن بأنني سأصل يوما إلى حلمي، إلى ذاتي، الى ما أريد" محمود درويش.

الباحثة منصورى حليلة.

المخلص باللغة العربية:

تأتي هذه المساهمة، كمحاولة لتطبيق العلاج الأسري البنائي وتقنياته لصاحبه سلفادور مينوشن، بهدف اختبار فعاليته وأثره على أربعة عائلات (2 ممتدة، 2 نووية) لأطفال مصابين بمتلازمة أسبرجر، التي تم اختيارها بطريقة مقصودة -بمدينة وهران- من عينة الدراسة الاستطلاعية التي ضمت 50 عائلة أطفال مصابون بالتوحد وأنواعه. حيث قامت الباحثة بعمل تركيبي فيما يخص المقاربة العيادية الإكلينيكية (دراسة حالة) والمنهج شبه التجريبي. فقد تم التركيز على جوانب أساسية تمثلت في: البناء أو النظام الأسري، طبيعة التطورات العلائقية بين أفراد الأسرة، معاش الطفل المصاب بالمتلازمة في ظل المحورين الأولين. ولتحقيق الهدف من الدراسة تم صياغة فرضية رئيسية تتضمن ستة فرضيات فرعية، وتصميم استبيان يقيس مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر . اعتمد لتصميمه على الدراسات السابقة، المقاربات النظرية، أهل الخبرة (مهنيين، أساتذة جامعيين، جمعيات التوحد على مستوى بعض المدن الكبرى في الغرب الجزائري)، الخبرة المهنية للباحثة ضمن فريق متعدد الاختصاصات (14 سنة كأخصائية نفسانية)، حيث تمت المعالجة البيانية للنتائج باستخدام برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS20، مع التركيز في الحساب على النسب المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون. وقد أظهرت نتائج الدراسة مايلي: فاعلية تقنيات العلاج الأسري البنائي القائم على بنية الأسرة وتركيبها، الأنساق الفرعية والحدود، في مساعدة عائلة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال تحسين مستوى الاتصال، الوعي وتقبل وضعية الطفل، منه إدراك الأسرة حاجياته في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه.

- رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل الذي ينص على وجود فروق دالة إحصائية لدى الأسر في وعي وإدراك متلازمة اسبرجر، والفروق هي لصالح المجهين ب (لا)، وهو ما يؤكد المتوسط الحسابي الذي بلغ 1.68.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسبرجر.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

- العلاج الأسري البنائي يعزّز قدرة العائلة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

- العلاج الأسري البنائي يساهم في تصحيح سلوك الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال تصحيح اتجاهات العائلة.

- العلاج الأسري البنائي يمكن الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من الاندماج الاجتماعي وصولاً إلى التمدد العادي.

الكلمات المفتاحية: العلاج الأسري البنائي، متلازمة اسبرجر، عائلة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر، طفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

Abstract:

This participation comes as an attempt to apply the constructive family therapy and its techniques for its owner Salvador Minuchin, with the aim of testing its effectiveness and its impact on four families (2 extended, 2 nuclear) of children with Asperger Syndrome, who were selected intentionally-in Oran- from the pilot study sample of 50 families of children with autism and its types. The researcher made a synthetic work regarding the preclinical approach (case study) and the quasi-experimental method. The focus has been on basic aspects represented in: the building or the family system, the nature of relational developments among family members and the pension for the child with the syndrome under the first editors. To achieve the goal of the study, a main hypothesis was formulated that includes six sub-hypotheses, and a questionnaire was designed to measure the extent of the family's awareness of Asperger syndrome and its acceptance from the child. Its design depends on the previous studies ,the Theoretical Approaches, the experienced people(professionals, university professors and Autism associations at the level of some major cities in western Algeria), the professional experience of the researcher within a multidisciplinary team (14 years as a psychologist), where the results were graphically processed using the SPSS20 program, with a focus in the calculation on percentages, arithmetic mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient. The results of the study showed the followings: The effectiveness of constructive family therapy techniques based on the building and structure of the family, sub-forms and boundaries, in helping the family of a child with Asperger's syndrome by improving the level of communication, awareness and acceptance of the child's situation, including the family's awareness of his needs in developing his social interaction skills.- Rejecting the null hypothesis and accepting the alternative hypothesis, which states that there are statistically significant differences among families in the awareness and the perception of Asperger's syndrome, and the differences are in favor of the respondents by (no), which confirms the arithmetic mean, which amounted to 1.68.

- There are no statistically significant differences between fathers and mothers in the awareness and perception of Asperger's syndrome.

- There are no statistically significant differences between fathers and mothers in the acceptance of a child with Asperger syndrome.

Key words: Constructive family therapy, Asperger syndrome, the family of the child with Asperger syndrome, a child with Asperger syndrome.

Résumé:

Cette contribution se présente comme une tentative d'appliquer la thérapie familiale constructiviste et ses techniques à son propriétaire Salvador Minuchin, dans le but de tester son efficacité et son impact sur quatre familles (2 étendues, 2 nucléaires) d'enfants Asperger, qui ont été délibérément sélectionnés - dans la ville d'Oran - à partir d'un échantillon de l'étude pilote qui comprenait 50 familles. Enfants avec autisme et ses types. Où le chercheur a fait un travail de synthèse concernant l'approche préclinique (étude de cas) et l'approche quasi expérimentale. L'accent a été mis sur les aspects fondamentaux représentés dans : la structure ou le système familial, la nature des développements relationnels entre les membres de la famille, la position de l'enfant concerné avec le syndrome sous les deux premiers axes.

Pour atteindre l'objectif de l'étude, une hypothèse principale a été formulée qui comprend six sous-hypothèses, et un questionnaire a été conçu pour mesurer le degré de sensibilisation de la famille au syndrome d'Asperger et son acceptation de l'enfant pour sa conception, il s'est appuyé sur des études antérieures, des approches théoriques et des experts (Professionnels, professeurs d'université, associations de l'autisme au niveau de certaines grandes villes de l'Ouest algérien)

L'expérience professionnelle du chercheur au sein d'une équipe pluridisciplinaire (14 ans en tant que psychologue), où les résultats ont été traités graphiquement à l'aide du programme SPSS20, avec un focus dans le calcul sur les pourcentages, la moyenne arithmétique, l'écart type, le coefficient de corrélation de Pearson. Les résultats de l'étude ont montré ce qui suit :

- L'efficacité des techniques de thérapie familiale constructiviste basées sur la structure et la structure familiale, les sous-formes et les limites, pour aider la famille d'un enfant Asperger en améliorant le niveau de communication, de sensibilisation et d'acceptation de la situation de l'enfant, y compris la conscience familiale de ses besoins pour développer ses habiletés d'interaction sociale.

- Rejeter l'hypothèse nulle et accepter l'hypothèse alternative, qui affirme qu'il existe des différences statistiquement significatives entre les familles dans la conscience et la perception du syndrome d'Asperger, et les différences sont en faveur des répondants B (non), ce qui confirme la moyenne arithmétique, qui s'élevait à 1,68.

- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les parents dans la conscience et la perception du syndrome d'Asperger.

- Il n'y a pas de différences statistiquement significatives entre les parents dans l'acceptation d'un enfant Asperger

Mots clés : Thérapie familiale constructive, syndrome d'Asperger, la famille d'un enfant Asperger, un enfant Asperger.

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	رسالة شكر
ب	رسالة تقدير
ج	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الانجليزية
هـ	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
و	قائمة المحتويات
ي	قائمة الجداول
ل	قائمة الأشكال
1	مقدمة الدراسة
17-08	الفصل الأول: تقديم الدراسة
08	إشكالية الدراسة
11	فرضيات الدراسة
12	أهمية الدراسة
12	أهداف الدراسة
15	دواعي اختيار موضوع الدراسة
16	حدود الدراسة
17	المفاهيم الأساسية للدراسة وتعريفها الإجرائي
32-19	الفصل الثاني: العلاج الأسري البنائي
19	تمهيد
19	مفهوم العلاج الأسري
19	مراحل تطور العلاجات الأسرية
19	أهم تصنيفات العلاجات الأسرية

20	مفهوم العلاج الأسري البنائي
20	تاريخ العلاج الأسري البنائي
25	مستويات العلاجية البنائية
27	المفاهيم الأساسية للعلاج الأسري البنائي
30	فنيات العلاج الاسري البنائي
31	المناهج العلاجية الرئيسة للعلاج البنائي
36	مهام المعالج البنائي
60-40	الفصل الثالث: متلازمة أسبرجر
40	تمهيد
40	مفهوم متلازمة أسبرجر
41	سيرورة اكتشاف المتلازمة
42	أعراض متلازمة اسبرجر
46	العوامل والأسباب متلازمة اسبرجر
49	المقارنة بين التوحد ومتلازمة اسبرجر
52	عملية تشخيص المتلازمة
56	صعوبات التشخيص في الجزائر
57	طرق التكفل والعلاج في الجزائر والخارج
82-62	الفصل الرابع: عائلة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر
62	تمهيد
62	مفهوم العائلة
64	موقف العائلة في حالة وجود طفل مصاب بالمتلازمة
65	التغيرات داخل العائلة
66	تأثير الطفل في علاقات العائلة
70	تأثير الطفل على المحيطين (العلاقات الخارجية)
70	اتجاهات العائلة نحو الطفل المصاب بالمتلازمة
72	دور العائلة في عملية التكفل
75	واقع العائلة والطفل في الجزائر
76	أهمية ادماج العائلة في التكفل
77	أهمية العلاج البنائي في حالة المتلازمة

78	دور المعالج الأسري البنائي
80	تشخيص المشكلة الأسرية
81	صعوبات مشاركة العائلة في البرامج النفسية التربوية
118-85	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
85	تمهيد
85	معاش الباحثة من خلال الدراسة الميدانية
87	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
87	1 أهداف الدراسة
87	2 مكان تطبيق الدراسة
88	3 عينة الدراسة ومواصفاتها
89	4 أدوات الدراسة
89	1.4- مراحل بناء استبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر
95	2.4- التعريف الإجرائي لأبعاد استبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر
96	3.4- سلم تصحيح استبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر
97	4.4 حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر
105	5.4 الصورة النهائية لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر
111	ثانياً: الدراسة الأساسية
111	تمهيد
111	1+ الإجراءات المنهجية
111	1-1 الحدود الزمنية
112	2-1 الحدود المكانية
112	3-1 الحدود البشرية
112	4-1 حدود الدراسة
117	2- الخصائص السيكومترية
118	3- الأساليب الإحصائية
119	4- تلخيص المقابلات والحصص العلاجية للعائلات الأربع
176-135	الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة الميدانية

135	تمهيد
136	1 عرض وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية
137	1.1 - عرض وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الأولى ومناقشتها
141	2.1 - عرض وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثانية ومناقشتها
145	3.1- عرض وتفسير نتائج الفرضية الفرعية الثالثة وتفسيرها
152	4.1- عرض و تفسير نتائج الفرضيات (4)،(5)،(6)
164	5.1- عرض نتائج الجلسات العلاجية
170	6.1- مناقشة النتائج-ج الفرضيات (4)،(5)،(6)
173	2 مناقشة عامة لنتائج فرضيات الدراسة
176	3 خلاصة عامة
178	خاتمة
181	لتوصيات والمقترحات.
184	قائمة المراجع.
184	لمراجع باللغة العربية
189	المراجع باللغة الأجنبية
196	الملاحق

قائمة الجداول:

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	المقارنة بين متلازمة اسبرجر والتوحد.	49
2	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحجم والجنس.	88
3	يوضح أفراد العينة على مستوى مراكز وجمعيات التكفل بأطفال طيف التوحد.	88
4	نموذج من الدراسات السابقة التي تناولت العلاج البنائي ومتلازمة اسبرجر.	89
5	الصورة الأولية لاستبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر قبل التحكيم.	91
6	أبعاد استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	95
7	طريقة تصحيح فقرات استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	96
8	قائمة تحكيم استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	97
9	الأبعاد المقترح اضافتها من قبل لجنة التحكيم.	98
10	تعديل صياغة فقرات استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	99
11	الفقرات المحذوفة من استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	100

	اسبرجر.	
103	معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لاستبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	12
104	قيم معامل الارتباط بين الابعاد والدرجة الكلية لاستبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	13
104	معامل الثبات ألفا كرونباخ لاستبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	14
105	الصيغة النهائية استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	15
137	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	16
138	التكرارات الواقعة والمتوقعة استبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر.	17
138	الدلالة الإحصائية للفروق بين آراء عائلات الاطفال حول تقبل وادراك متلازمة اسبرجر.	18
139	نسبة تكرارات التقبل والادراك لكل العائلات في القياس القبلي.	19
141	قيم النسب المئوية لتكرارات الآباء والأمهات.	20
142	التكرارات الواقعية والمتوقعة لتقبل وإدراك المتلازمة لدر الآباء والأمهات.	21
142	الدلالة الإحصائية للفروق بين الآباء والأمهات في تقبل وإدراك متلازمة اسبرجر.	22
143	النسب المئوية للتكرارات لدى الآباء والأمهات في القياس البعدي.	23
143	اتجاهات كل من الآباء والأمهات في تقبل وادراك متلازمة اسبرجر.	24
144	الفروق بين الآباء والأمهات في تقبل وادراك المتلازمة في القياس البعدي.	25
146	النسب المئوية لمجموع القيم والقيم المفقودة لعينة الدراسة (الآباء والأمهات).	26
146	التكرارات الواقعية والمتوقعة لتقبل وادراك المتلازمة لدى الآباء والأمهات.	27
147	الدلالة الإحصائية للفروق بين الآباء والأمهات في تقبل متلازمة اسبرجر.	28
148	نسب معالجة الملاحظات لاتجاهات الآباء والأمهات في تقبل متلازمة اسبرجر.	29
148	جدولة العينة حسب الجنس والاتجاه	30

149	الدلالة الإحصائية للفروق بين الآباء والأمهات في تقبل متلازمة اسبرجر.	31
-----	--	----

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
152	الهيكل الأسري للعائلة الأولى قبل وبعد العلاج الأسري البنائي.	1
155	الهيكل الأسري للعائلة الأولى قبل وبعد العلاج الأسري البنائي.	2
158	الهيكل الأسري للعائلة الأولى قبل وبعد العلاج الأسري البنائي.	3
160	الهيكل الأسري للعائلة الأولى قبل وبعد العلاج الأسري البنائي.	4

مدخل الى الدراسة

مقدمة:

إن الاهتمام بعائلات أطفال التوحد بمختلف أطيافه أصبح يشد انتباه الباحثين والعلماء للبحث والتقصي في طبيعة الحالات وصعوبتها، ولأن التكفل بالطفل لا يتوقف عند الاضطراب في حد ذاته، بل يتعداه الى علاقته مع عائلته وكيفية تعاملها معه، باعتبارها طرفاً أساسياً في عملية الرعاية. (Albernhé, 2008).

باعتبار أن التكفل لا يقع على عاتق الأخصائي لوحده ولا يتوقف على تحديد البرنامج العلاجي فقط بل يستلزم تضافر مجهودات كل الأطراف التي تتعامل مع الطفل بشكل مباشر وإيجابي بهدف ضمان رعاية شاملة وفعالة؛ وما يبرر لجوء الباحثة واعتمادها على العلاج النسقي البنائي لصاحبه سالفدور مينوشن، كون هذه المقاربة تجعل من الفرد الحامل للعرض مرآة تعكس الاضطراب الداخلي للعائلة كبنية، على أساس أنها النسق الأولي الذي يكتسب فيه الطفل مهاراته ويلبي حاجياته بشكل طبيعي حيث اعتُبرها (الأسرة) مينوشن "رحم الهوية"، لأنها تسمح للأفراد بتكوين شخصيتهم المتفردة مع الاحتفاظ بالشعور بالانتماء إلى الجماعة العائلية (Minuchin S. C., 1998).

ومما هو مسلّم به في علم نفس الطفل المعالج مُطالب بمعرفة مراحل النمو وعوامله، أين تُعطى أهمية كبيرة للتاريخ العضوي، النفسي والعائلي، باعتبار أن التاريخ الوراثي للأسرة منشأ للاضطراب النفسي للفرد الموصوم بالمرض. لكن لا أحد يمكنه نكران أن الحاضر له دور في ظهور الاضطرابات، فإذا كانت الصراعات اللاشعورية هامة مما لا شك فيه أيضاً أن الصراعات اليومية والظروف الوجدانية الانفعالية التي يعيشها الطفل تؤثر كذلك على صحته النفسية، لأنه في تطور وكل اضطراب يعرقل نموه السليم (بتصرف) (ميموني، 2003).

لذلك يُنظر للعائلة في المقاربة البنائية على أنها نظام ذاتي، كمجموعة من العناصر المتفاعلة التي تحكم نفسها انطلاقاً من القواعد الخاصة بها، أو ما يطلق عليه بالنسق الذي يُعبّر عن أشخاص في اتصال مع أشخاص آخرين، فنسق الأسرة هو مجموعة معينة من الأشخاص توجد بينهم علاقات قائمة ومستمرة، والتي تتجلى في شكل اتصال يمكن ملاحظته. في هذا الصدد ركز مينوشن في علاجه النسقي على الأنظمة فرعية: كالنظام الزواجي (le système conjugal)، والنظام الأخوي (le système fraternel) لأنها تعمل على حماية الفرد، وتحقيق مكانته وسط أسرته، في ظل مجموعة

من القوانين النابعة من تاريخ، اعتقادات، ومن طقوس كل عائلة التي تعتبر المحور الأساسي للعملية العلاجية من خلال معرفة الاعتلال الوظيفي داخلها وحيثيات الاضطراب وأعراضه المقدمّة على شكل سلوكيات غير مرغوب فيها من طرف باقي أفراد النسق الواحد. هذه النقطة الأساسية التي اعتمدت عليها الباحثة في العمل العلاجي مع الأطفال وأسرهم، والذي يعتبر مظهرا خاصا لعلاقة طفل /عائلة، ممّا يسمح بتحليل نوع العلاقات السائدة وتفسير تفاعلات الأعضاء، على وجه التحديد العلاقات الزوجية الذي يجسد فيها الطفل المرأة العاكسة لنوع العلاقة بين- الأب والأم (كاسار بيرنرد، 2016).

كما تركز المصطلحات الرئيسية لهذا العلاج أيضا على أنماط التفاعل داخل الأسرة، والتي تزوده بمفاتيح لفهم البناء والتنظيم الأسري، حيث يرى س.مينوشن أن بناء الأسرة يعود الى القواعد التي تطورت مع مرور الزمن انطلاقا من مبدأ من يتفاعل مع من. فقه يكون البناء الأسري مرحليا أو لفترة طويلة، حيث يفترض فيه ترتيبا هرميا وفقا لقاعدة امتلاك الوالدين سلطة أكبر من الأطفال، من هذا الهبدأ تسود كل عائلة قواعد وأدوار وأنماط تفاعل، والتي تزود بمفاتيح لفهم ديناميات الأسرة. بذلك تهدف العملية العلاجية من وجهة نظر العلاج الأسري البنائي لزيادة التفاعل والرعاية داخل الأسرة (الخاتنتة، 2014). وأخيرا يعترف بالعلاج البنائي باعتبار الأسرة كبناء، كل فرد فيها يكمل ويؤثر في الآخر، بمعنى إذا وقعت مشكلة بين الوالدين تؤثر في باقي أفراد الأسرة، والعكس صحيح .

وتهدف المعالجة من وجهة نظر العلاج الأسري البنائي إلى تحقيق الأهداف الأربعة التالية من:

1. تأسيس بناء هرمي فعال في الأسرة.
2. مساعدة الوالدين على تكييف وملائمة بعضهما حتى يظهر بموقف موحد، أمام أبنائهما.
3. مساعدة الأطفال على أن يصبحوا نظاما من الأقران .
4. زيادة التفاعل والرعاية داخل الأسرة (الدقوري، 2011).

بالمقابل تفرض متلازمة اسبرجر نوعا خاصا من الاهتمام من طرف كل المحيط، تحديدا الأسرة التي يعيش داخلها الطفل من أجل مدها ببعض المهارات الاتصالية الايجابية، وتصحيح الاستهجمات والتصورات عن طفلها المصاب بالمتلازمة، بذلك يعتبر(الطفل) المحك الذي من خلاله يمكن التعرف على نوعية الاتصال بين افراد العائلة مهما كانت اتجاهاتها والادوار داخلها.

أما فيما يخص ماهية المتلازمة، فتعتبر نوع من أنواع طيف التوحد، وتصنف في إطار الاضطرابات النمائية الشاملة، حيث تختلف الأعراض فيها عن اضطراب التوحد من حيث أقل شدة وحادّة، بمعنى أعراضها تكون بصورة أكثر اعتدالا، حيث أنه من الطبيعي في حالة الطفل المصاب أن تتخلل حياته تحديات اجتماعية وسلوكية كالقلق الاجتماعي وعدم القدرة على تفسير ردود الأفعال، بما في ذلك المشاعر وتعابير الوجه بشكل سليم، لكن من جهة أخرى ومما هو متفق عليه من مجمل ما قرأت لهم الباحثة أولهم مكتشف المتلازمة هانز أسبرجر، أن أغلبهم له اهتمامات غير عادية، لكنهم لا يعانون من مشكلات في اللغة أو الإعاقة الذهنية، بل هناك من لديهم مستوى عال في الأداء العقلي ويتميزون بمواهب في ميادين مختلفة وحتى الابداع فيها: كالرسم، الموسيقى، الرياضة، الحساب والرياضيات... (بتصرف) (DSM5, 2015).

متلازمة اسبرجر التي أدرجت تحت مسمى طيف التوحد في نسخة عام 2013 من الدليل التشخيصي والاحصائي (DSM-5)، جاءت لتذكرنا بأهمية تطوير البحث في هذا الميدان الذي يبقى الى حد الساعة غامضا غموض السبب الرئيسي والمباشر في الاضطراب، مما يساهم في تحفيز الباحث لتكثيف الجهود وتوسيع الرؤى بهدف الوصول الى الحقيقة العلمية ومنه الحصول على العلاج النهائي والشفافي لهذا اللغز المتمثل في التوحد بأطيافه المختلفة.

وفيما يتعلق بأهداف البحث بشكل عام، تمثلت في التحقق من فاعلية العلاج الأسري البنائي لرفع مستوى الوعي والإدراك وتحسين الاتصال لدى أسرة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر، منه كنتيجة الوصول الى تلمس الطفل في مدرسة عادية والذي يعتبر الهدف الاساسي لمشروع البحث. في ضوء هذا الطرح تنصب جهودنا نحو التأكد من فاعلية العلاج الاسري البنائي لسالفادور مينوشن لعائلة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر في اطار دراسة تتبعية والتي دامت لمدة 04 سنوات متتالية. من خلال تجربة الباحثة للعلاج الأسري البنائي لسالفادور مينوشن، فقد حددت هذه المدة من أجل الوصول إلى الإدماج الاجتماعي والمتمثل في صورة تلمس الأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر، وهو ما حقق من خلال الدراسة، ثلاث أطفال التحقوا بالمدارس العادية وادمجوا في الأقسام العادية، وواحد في القسم التحضيري تمهيدا لإدماجه السنة القادمة في قسم عادي لمزاولة دراسته. طبعا كلهم استعين بمرافقة أو مساعدة الحياة المدرسية (AVS auxiliaire de vie scolaire).

أما عن دواعي اختيار الموضوع ، فللخوض في هذا المجال العلاجي (العلاج الأسري البنائي لعائلة طفل متلازمة اسبرجر)، اعتبر كتحدي للباحثة، بسبب ضعف التكوين الأكاديمي في هذا المجال (العلاجات الأسرية النسقية)، والمعرفة السطحية لهذا الاضطراب(متلازمة اسبرجر)، مما دفعها إلى بدل مجهود في إطار التكوين الذاتي (auto-formation)، لتقديم المساعدة لهته العائلات، ومحاولة إنقاذ الأطفال من الأحكام الذاتية والاجتماعية ووضعهم في خانة الإعاقات العضوية، أو الجنون العقلي .

ولقد استخدمت الباحثة على استبيان مدى وعي وادراك عائلة تضم بين أفرادها طفل مصاب بمتلازمة أسبرجر (طيف التوحد)، الذي يهدف الى التعرف على الحالات من خلال مدى إدراك ووعي العائلات لهذا الاضطراب، والوقوف أيضا على خصوصيتها وأهم مميزاتاها - في الجهة الغربية- من الجزائر: وهران، أرزيو، عين تموشنت، مستغانم، تلمسان، سيدي بلعباس، شلف، سعيدة، غليزان، تيسمسيلت - للقيام بعملية انتقاء العينة (عائلات أطفال متلازمة اسبرجر)، عن طريق بناء الاستبيان، الذي مكّن الباحثة في الدراسة الأساسية الانتقال من عملية جمع المعلومات إلى تفعيل المقابلات العلاجية من أجل حيثيات البحث التي تتطلب ليونة التفكير والتعامل مع ظروف البحث الدخيلة لاستمرارية العملية العلاجية، لغرض الوصول إلى الموضوعية العلمية في الدراسة التي بصدد البحث فيها.

وكما هو موضح في عنوان البحث، فقد اعتُمد اختبار فعالية تقنيات العلاج الأسري البنائي لصاحبه سالفادور مينوشن على أربع عائلات جزائرية يعاني أحد أطفالها من متلازمة اسبرجر، وتم ذلك عن طريق المزج بين المنهج الوصفي الذي طبق فيه تقنيات وفنيات العلاج البنائي، للتحقق من الفرضيات التالية:

- العلاج الأسري البنائي يعزّز قدرة العائلة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.
- العلاج الاسري البنائي يساهم في تصحيح سلوك الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال تصحيح اتجاهات العائلة.
- العلاج الأسري البنائي يمكن الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من الاندماج الاجتماعي وصولا الى التّمدرس العادي.

أما المنهج شبه التجريبي، تجسّد في الاستعانة بالأساليب الإحصائية المتمثلة في استخدام برنامج الحزمة الإحصائية في العلوم الاجتماعية الحزمة الإحصائية SPSS₂₀، فيما يلي:

- نتوقع مستوى متدني لوعي وإدراك أسرة الطفل بمتلازمة اسبرجر.
- وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسبرجر.
- وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

تنقسم الدراسة الى 06 فصول تجمع بين النظري والتطبيقي، نوضحها في التسلسل التالي :

الفصل الأول: تم ضمنه تقديم الدراسة حيث سيتم التطرق من خلاله الى بلورة اشكالية الدراسة والاسئلة منه اقتراح الفروض الاجرائية ثم التطرق الى الدواعي والأسباب من وراء اختيار الموضوع، ليتم توضيح أهمية الدراسة والتركيز على الاهداف المراد بلوغها من هذه الدراسة بعد ذلك التعرف على حدود الدراسة لنتهي الى تحديد وضبط المفاهيم الاساسية للدراسة اجرائيا.

الفصل الثاني: تم تقديم لمحة تاريخية عن أهم العلاجات الاسرية وأنواعها ثم الخوض في تاريخ العلاج الاسري البنائي موضوع الدراسة وتحديد مفهومه. بعد ذلك الخوض في المستويات العملية العلاجية البنائية والمفاهيم التي يركز عليها العلاج البنائي، ليتم توضيح فنيات العلاج البنائي والمناهج التي تقوم عليها البنائية. ثم التطرق الى مبادئ العلاج البنائي وأهداف التوجه البنائي، بعد ذلك يتم التعرف على مهام المعالج البنائي.

الفصل الثالث: بمتلازمة أسبرجر، فيه تم عرض تعريف المتلازمة مرورا بسيرورة اكتشاف متلازمة اسبرجر أعراض متلازمة اسبرجر، العوامل والأسباب، ليتم توضيح أوجه التشابه والاختلاف من خلال اجراء مقارنة بين التوحد ومتلازمة اسبرجر. ثم التطرق الى عملية التشخيص وصعوباتها في الجزائر، بعدها طرق التكفل والعلاج في الجزائر والخارج.

الفصل الرابع: وهو فصل تم التطرق فيه للحديث عن عائلة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر، بدءاً من مفاهيم عامة عن العائلة وصولاً إلى عائلة طفل المصاب بمتلازمة اسبرجر واقعها المعاش في الجزائر، واتجاهاتها أثناء عملية التشخيص، ليتم ذكر تأثير المتلازمة على العلاقات داخل النسق وتأثيرها على العلاقات خارج النسق. ثم عرض دور الأسرة في عملية التكفل، ودور العلاج الاسري البنائي في حالة متلازمة اسبرجر، منه أهمية إدماج العائلة في العلاج البنائي .

الفصل الخامس: تضمن الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، حيث تم الحديث عن معاش الباحثة من خلال الدراسة الميدانية؛ ليتم الخوض في الدراسة الاستطلاعية، أهدافها وتوضيح المجال المكاني والزمني لتطبيق الدراسة الاستطلاعية مع تحديد الحالات التي شكلت عينة الدراسة ومواصفاتها. ثم التطرق إلى أدوات الدراسة الاستطلاعية، مراحل بناء استبيان متعلق بمدى وعي وإدراك العائلة بمتلازمة اسبرجر، والتعريف بمحاور وأبعاد استبيان مدى وعي وإدراك العائلة بمتلازمة اسبرجر. ليتم وضع سلم التصحيح لاستبيان مدى وعي وإدراك العائلة بمتلازمة اسبرجر، بعد ذلك حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان مدى وعي وإدراك العائلة بمتلازمة اسبرجر، ثم عرض الصورة النهائية لاستبيان مدى وعي وإدراك العائلة بمتلازمة اسبرجر.

ثانياً: الدراسة الأساسية: تم التطرق فيها إلى منهج الدراسة، والتعريف بعينة الدراسة ومواصفاتها. أدوات الدراسة الأساسية. وفي الأخير سيتم توضيح الأساليب الإحصائية.

الفصل السادس: تم تخصيصه لمناقشة نتائج الدراسة الميدانية في إطارها النظري والتطبيقي. فيما يخص عرض وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية، وما يتبعها من الفرضيات الفرعية التي يتم مناقشة نتائج كل منها على حدى بالاعتماد على الدراسات السابقة وتحليل خطابات العائلات التي تم جمعها في ضوء خطوات العلاج الاسري البنائي. في نهاية التقديم استنتجت خاتمة للدراسة ومجموعة من التوصيات والاقتراحات، ثم عرض قائمة المراجع، الجداول، والملاحق.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

1 إشكالية الدراسة والأسئلة.

2 فرضيات الدراسة.

3 أهمية الدراسة.

4 أهداف الدراسة.

5 دواعي اختيار موضوع الدراسة.

6 حدود الدراسة.

7 المفاهيم الأساسية للدراسة وتعريفها الإجرائي.

1 إشكالية الدراسة:

تتظر عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر إلى الحياة من منظور مختلف ليس كأبي عائلة لا تحوي أطفالا مصابون بهذا الاضطراب تحديدا. والسبب في ذلك يعود إلى غموض المتلازمة في حد ذاتها فالطفل يظهر للعيان بشكل عادي لا يعاني من خلل عضوي أو تشوه جسيمي ولكن سلوكياته لا تتم عن ذلك في كيفية التعاطي مع العالم الخارجي، ما يزيد صعوبة في عملية الوعي، التقبل والتكيف مع وضعيته بالأخص من طرف الوالدين، بسبب ما تفرضه حاجياته الخاصة من التضحيات والتفرغ التام له، مما يُنتج تأزّم الأسرة على مستوى جميع النواحي: العلائقية، الاتصالية، الاجتماعية، الاقتصادية. إن عمل الباحثة في الميدان كأخصائية نفسانية بالإضافة إلى اطلاعها على بعض الدراسات والأبحاث العلمية في هذا المجال، كلها تبين أن الاهتمام بالأسرة التي تحوي طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر يكون قبل الخوض في عملية التكفل والعلاج مع هذا الأخير. هذا ما أكده سلفادور مينوشن حيث أنه ينظر إلى المشكلات الأسرية على أنها ناتجة من البناء الأسري وتظل قائمة ببقائه ولا تحل إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة" (Minuchin.2005).

ومن بينها نذكر الدراسة التي أجراها كل من وينتر-ماسيرس وماري 2007 (Winter-Messiers et Mary)، الغرض منها تقييم الاهتمامات الشخصية لدى الأطفال والشباب من ذوي متلازمة اسبرجر وعائلاتهم، طبقت على عينة مكونة من 23 طفلا وشابا (2 إناث و 21 ذكور)، تراوحت أعمارهم ما بين 7سنوات و 21 سنة، أظهرت النتائج الأهمية والحاجة الماسة للأولياء والعائلة لفهم قيمة الاهتمامات الخاصة لأطفالهم، وربطها بتحسين مهارات التواصل الاجتماعية العاطفية الحسية الحركية. أيضا نجد كل من بوني وآخرون (2008)، قاموا بدراسة تتبعية لتقييم اللغة عند أطفال متلازمة أسبرجر من 04 إلى 06 سنوات، حتى بلوغهم سن 15- 17 سنة داخل الوسط الأسري. النتائج بينت أن الاضطرابات اللغوية التي كانت في فترة الطفولة بعد التشخيص والتكفل، تحسنت بشكل ملحوظ في فترة المراهقة (Rogé, 2013).

نذكر أيضا الدراسة التي قامت بها الباحثة آيت حبوش سعاد(2013) على 05 حالات (أسر جزائرية) والتي حاولت من خلالها تسليط الضوء على أهمية العلاج الأسري النسقي للأطفال المحرومين من

الأب بالإهمال، وقد توصلت إلى انه ساعد في تفعيل الحوار بين الأم والطفل، وحتى بين الأطفال وأفراد الأسرة الآخرين، مما أدى إلى خلق علاقة اتصالية واعتبرت أن مرض الفرد هو الذي يحدث توازن الأسرة لأنه يخفي الاضطراب العام للنسق الأسري.

وفي نفس السياق من الطرح تطرقت دراسة **فيرجينيا ساتير(1995)** إلى أن المنهج العلاجي النسقي يعتمد على مساعدة الأسرة على إدراك قوانينها غير المكتوبة منه الكشف عنها لتحسينها بالتركيز على دور كل عضو داخلها. (satir, 1995).

كما أضافت مساهمة الباحث **عبد المنصف عبد المنعم حمد بدر(2018)** في موضوع دراسته المعتمدة على المنهج شبه التجريبي، والتي اختبر فيها فاعلية الإرشاد الأسري في تحسين جودة الحياة لدى أسر الأطفال التوحديين. تكونت العينة من 28 أباء/أمهات أطفال التوحد، حيث أسفرت النتائج عن تأكيد الدور الفعال للبرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة الأسري في مواجهة الضغوط الحوار الأسري القيام بالأدوار الأسرية ضبط السلوك. (المنعم، 2018).

ندعم التحليل السابق بنتائج دراسة كل من **(Johnston et Joanne 2004)**، حيث أشارت إلى

مصطلح "أعراض الحزن المزمن" لدى والدا الأطفال المصابين بالتوحد، المتمثلة في عدد من المشاعر التي تظهر عليهما: الشعور بالذنب، الغضب، خيبة الأمل، الانسحاب والإنكار، في البداية ثم تتحول هذه المشاعر إلى الاكتئاب العجز التناقض والشعور بوجود حمل ثقيل على عاتقهم لفقدان الطفل السليم. (عبد، 2017).

من خلال هذا الطرح الذي تم فيه عرض بعض الدراسات السابقة ونتائجها من الممارسات الميدانية التي تناولت طريقة تطبيق العلاجات النسقية ودورها في تحسين المعاش الأسري للأفراد رغم الإعتلال الوظيفي الذي يسود العلاقات الاتصالية. فنجد أن أغلب هذه الدراسات اهتمت بالخلفيات الاجتماعية، الثقافية والاقتصادية للأسرة، كمحاولة من الباحثين تحديد طبيعة تأثيرها على الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، دون مراعاة منطلق أن كل أسرة حالة متفردة، تسعى بطريقتها إلى التكفل بطفلها والذي يعتبر بدوره حالة خاصة.

تختلف الدراسة الحالية في بعض جوانبها مع الدراسات المعروضة في المدة الزمنية، ما يعاب على هذه الأخيرة -في نظر الباحثة- أنها لم تقم بمتابعة حالة هذه الأسر وأطفالها لمدة زمنية كافية (كانت في مدة قصيرة لا تتجاوز بضعة أشهر) وهي مدة غير كافية لمعرفة فعالية البرنامج العلاجي.

حاولت الباحثة التطرق إلى مدى فعالية العلاج الأسري البنائي على عائلة تحوي طفل مصاب بمتلازمة أسبرجر (طيف التوحد)، كنموذج عن مدى أهمية إدماج الأسرة في عملية التكفل والعمل التكاملي مع المختصين، في إطار مقارنة علاجية نسقية، تتمثل في دراسة نفسية معمقة من جميع النواحي العلائقية، الاتصالية، والشخصية التي تربط كل فرد ينتمي لهذه الأسرة.

وضعت الإشكالية من خلال المقارنة بين عدة نظريات ومقاربات، أي الاطلاع الجيد عليها من حيث دراسة السمات البارزة وهي جعلتها محور الدراسة، أيضا من خلال الاحتكاك بأهل الخبرة والميدان، بمعنى محاولة دراسة الظاهرة في الواقع واختيار من بين المقاربات النظرية ما يتناسب مع ما يمكن معالجته.

مما دفع بالباحثة إلى صياغة مشكلة الدراسة في السؤال الجوهرى:

ما مدى فاعلية العلاج الأسري البنائي القائم على بنية الأسرة وتركيبها، الأنساق الفرعية والحدود لتحسين مستويات الوعي، التقبل، التكيف والاتصال لدى عائلة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال ادراك وضعية الطفل (المصاب بالمتلازمة) وحاجياته في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه؟.

السؤال الفرعية:

1. هل لدى أسرة الطفل وعي وإدراك بمتلازمة اسبرجر؟.
2. هل يوجد فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسبرجر؟.
3. هل يوجد فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر؟.
4. هل العلاج الاسري البنائي يعزّر قدرة العائلة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر؟ .

5. هل العلاج الاسري البنائي يساهم في تصحيح سلوك الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال تصحيح اتجاهات العائلة؟.

6. هل العلاج الأسري البنائي يمكنَ الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من الاندماج الاجتماعي وصولا الى التّمدرس العادي؟

فرضيات الدراسة:

في ضوء ما سبق نقترح الإجابة على التساؤلات البحث كالاتي:

نتوقع فاعلية تقنيات العلاج الأسري البنائي القائم على بنية الأسرة وتركيبها، الأنساق الفرعية والحدود، في تحسين مستويات الوعي، التقبل، التكيف والاتصال لدى عائلة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر، من خلال إدراك وضعية الطفل (المصاب بالمتلازمة) وحاجياته في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه.

الفرضيات الفرعية:

1. نتوقع مستوى متدني لوعي وإدراك أسرة الطفل بمتلازمة اسبرجر.
2. توجد فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسبرجر.
3. توجد فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.
4. العلاج الاسري البنائي يعزّز قدرة العائلة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل ب المصاب بمتلازمة اسبرجر.
5. العلاج الاسري البنائي يساهم في تصحيح سلوك الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال تصحيح اتجاهات العائلة.
6. العلاج الأسري البنائي يمكنَ الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من الاندماج الاجتماعي وصولا الى التّمدرس العادي.

3- أهمية الدراسة :

- السماح لأسرة طفل متلازمة اسبرجر، التعرف على هذا الاضطراب والعمل على إدماجهم للمشاركة في العملية العلاجية.
- تطوير تفاعل الآباء مع أطفالهم، والعمل على امتداد التكفل بالطفل داخل الأسرة.
- ضرورة تكييف المحيط الأسري للطفل، وتوعية الآباء بذلك من خلال مساعدتهم على ترميم العلاقات فيما بينهم.
- المعروف أن الكثير من البحوث (حسب ا ضرطلاع الباحثة)، اهتمت بطريقة التكفل بالطفل المصاب بالتوحد وعائلته، لكنه للأسف تكفل سطحي والدليل على ذلك هي المدة الزمنية التي لا تتعدى في مجملها بضعة أشهر خاصة بالنسبة للعلاجات الأسرية، لكن الميدان يثبت عكس ذلك حيث وجوب استمرارية مرافقة أسرة الطفل المصاب لعدة أسباب أهمها: تصنيف الاضطراب بأنه مزمن ويتسم بالغموض، صعوبة التعامل مع الطفل أثناء مختلف أطوار النمو خاصة على المستوى الاجتماعي والسلوكي، هذه النقاط دفعت الباحثة إلى الشك في نتائج بعض البحوث المطلع عليها بحكم العمل الميداني والاحتكاك بالأولياء (لمدة 14 سنة)، مما دفعها للتوجه إلى الدراسة التتبعية-الطولية- والتي دامت أربع سنوات.
- إثراء المكتبة الجزائرية بمثل هذه الدراسات الميدانية، من أجل استغلال نتائجها في الأبحاث المتعلقة بعلم النفس الأسري وأنواعه. لهذا تأتي هذه الدراسة في إطار تعزيز الجهود العلمية للتكفل بأسرة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال توسيع مهام الأخصائي النفسي في إطار علم النفس الأسري.

4- أهداف الدراسة:

- من أهم النقاط في البحث هو تحديد الهدف منه، فكما كان واضحا سهلت العملية على الباحث، لأنه يشكل حجر الأساس لصياغة الإشكالية، نذكر أهمها:
- التحقق من فاعلية العلاج الأسري البنائي في رفع مستوى الوعي والإدراك وتحسين الاتصال لدى أسرة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر.
 - التحقق من استمرارية فاعلية العلاج الأسري البنائي.

- معرفة مستوى الوعي والإدراك لدى الآباء والأمهات لمتلازمة اسبرجر والفروق بينهم، منه معرفة مدى تقبل الطفل المصاب.
- التكفل بالعائلات التي لها أطفالا مصابين بطيف التوحد، ومتلازمة أسبرجر بالأخص، من خلال المقاربة العلاجية النسقية.
- نشر ثقافة التعامل مع أطفال التوحد خاصة متلازمة اسبرجر، عن طريق تقديم التوعية والإرشاد للأسر والمتعاملين مع هذه الفئة من الأطفال (الأقارب، الجيران، الأصدقاء، المعلمين، المرافقين، مدربي الرياضة..)، بهدف التوصل إلى إنشاء ورشات عمل موازية، دورات تحسيسية توعوية للوصول إلى هدف تكويني توعوي تثقيفي مجاني انطلاقا من طلبة الجامعة، حيث يسهل دمجهم (أطفال التوحد) في المجتمع الجزائري، بطرق علمية أكاديمية من منطلق "كل طفل هو حالة خاصة".
- الوصول بالأسرة إلى تغيير نظرتها لطفل التوحد بصفة عامة، من خلال طرح نماذج وتجارب واقعية ناجحة.
- إحداث صورة تطويرية ايجابية لعلاجات التوحد، وإظهار فعاليتها في النموذج المقدم للدراسة .
- تحقيق النظرية التكاملية للعلاج، بالعمل في فريق متعدد الاختصاصات للتكفل الشامل بالطفل والعائلة.
- معرفة الخلفيات العائلية: الثقافية والاجتماعية والاقتصادية وأيضاً التعليمية، واستثمارها في العملية العلاجية، من منطلق تكييف الطرق والتقنيات العلاجية.
- إطلاق حملات التوعية عن طيف التوحد ومتلازمة اسبرجر بالأخص، منها حملة التقييم الالكتروني للتوحد، بالتعاون مع الجمعيات والمؤسسات والمختصين، في هذا الميدان بالإضافة إلى الأهل، بالتنسيق مع وزارتي الصحة والتربية (يبقى كمشروع مطروح).

الهدف العلاجي (بالنسبة للباحثة):

- مساعدة العائلة في التعرف على مشاكلها، منه البحث عن الحلول المناسبة التي ترضي كل أعضاء النسق دون إقصاء.
- تحقيق الصحة النفسية لكل أفراد العائلة.

- تزويد الأسرة بالتعزيز الايجابي للدور الجيد الذي قامت به خلال عملية العلاج، للتكفل بطفلها المصاب بالمتلازمة، بإبراز الجوانب الايجابية والإمكانيات الموجودة لحل مشاكلهم في المستقبل.
- الرفع من مستوى الأداء الوظيفي، وطريقة توزيع المهام والأدوار لتحسين العلاقات الداخلية للعائلة.

5- دواعي اختيار موضوع الدراسة:

ترجع أسباب اختيار هذا الموضوع إلى جانبين : جانب ذاتي وهو المحرك الأساسي للخوض في هذه الدراسة، وجانب ثاني موضوعي علمي.

1.5- دواعي ذاتية:

- الملاحظ أن عودة الطفل المصاب بالمتلازمة إلى منظومة الأسرة بعد التغير الايجابي (أثناء الحصص العلاجية في العيادة أو الجمعيات)، غالبا ما يؤدي إلى الانتكاسة وظهور الأعراض من جديد مما يقود إلى حتمية علاج المنظومة الأسرية ككل، من خلال التفاعلات ونقاط قوة أفرادها لاستغلالها في العلاج.
- اضطراب التوحد يعتبر أزمة أسرة من جميع النواحي: نفسية اجتماعية اقتصادية ثقافية تربوية، وخاصة علائقية، في ظل متاهة البحث عن العلاج التي يعيشها جميع أنساق الأسرة.
- الخوض في هذا المجال العلاجي (العلاج الأسري البنائي لعائلة طفل متلازمة اسبرجر)، اعتبر كتحدٍ للباحثة، بسبب ضعف التكوين الأكاديمي في هذا المجال (العلاجات الأسرية)، والمعرفة السطحية لهذا الاضطراب(متلازمة اسبرجر)، مما دفعها إلى بدل مجهود في إطار التكوين الذاتي (auto-formation)، لتقديم المساعدة لهته العائلات، ومحاولة إنقاذ الأطفال من الأحكام الذاتية والاجتماعية ووضعهم في خانة الإعاقات العضوية، أو الجنون العقلي .
- بالمقابل الرفع من قيمة المختص النفسي من خلال العمل الميداني والبحوث الأكاديمية التي يقدمها.
- محاولة إزالة الغموض الذي يحيط بطفل متلازمة اسبرجر بالنسبة للباحثة والأسرة.

- التركيز في العلاج على الوالدين، لأنهم أول من يتأثر بالتشخيص من خلال محاولة مساعدتهم على التقبل (l'acceptation) لأنه نصف العلاج، والعمل على تأهيلهم للمشاركة بهدف تلبية حاجة اعتمادهم على أنفسهم في التكفل الأفضل بأطفالهم، في ظل غياب مراكز تكفل متخصصة في جميع ربوع الوطن.
- محاولة الباحثة التعرف على طبيعة التطورات العلائقية داخل الأسرة، ومدى نجاعة العلاج الأسري البنائي في ترميمها.

2.5- دواعي موضوعية تطبيقية:

- توسيع مجالات استخدام العلاج الأسري البنائي وتقنياته لأسر أطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، كما أنها سوف تخدم المهنيين والمربين القائمين على رعاية الأطفال المصابين بالتوحد بصفة عامة من خلال الاستفادة من الاستبيان المُصمم من طرف الباحثة، والذي يعد كأداة للتعرف على الخلفيات الأسرية الخاصة بكل طفل، مما يسهل عملية التكفل والعلاج.
- الخروج برؤى واضحة حول تقديم علاجات للأبعاد المتعلقة بموضوع الدراسة العلمية ومحاورها.
- تعزيز الجهود العلمية للتكفل بعائلات ذوي الاحتياجات الخاصة، وسد الفراغ والعجز الذي تعاني منه مؤسسات التكفل التابعة للدولة، عن طريق خلق فضاءات موازية لها مثل رياض علاجية خاصة بهته الفئة (الأطفال المصابين بالتوحد لا يتم قبولهم في الرياض العادية لعدة أسباب أهمها رفض الأهالي اختلاط أطفالهم العاديين بهم، نتيجة خوفهم من التقليد والتعرض إلى العنف، هذا كله راجع إلى عدم الوعي بالاضطراب).
- دراسة الوضع النفسي الاجتماعي لأسرة طفل التوحد، بالخصوص طفل متلازمة اسبرجر، باعتباره اضطراب حديث وغامض بالنسبة للمجتمع الجزائري.
- توسيع المدركات العلمية للطلاب والباحثين إلى بعض المجالات الحيوية الكبرى المرتبطة بتخصص علم النفس، لفتح آفاق جديدة في الجامعات الجزائرية نحو الاستثمار البشري.

8 حدود الدراسة:

الفصل الأول : تقديم الدراسة

نظرا لمتطلبات الدراسة، حاولت الباحثة المزج بين منهجين المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة، والمنهج العيادي-المتمثل في دراسة حالة- بطريقة تحليل المحتوى لمعالجة المعطيات، لمدى التلاؤم والتوافق مع موضوع البحث، والأخذ بعين الاعتبار الفرضيات المطروحة من جهة أخرى.

1.7 الحدود المكانية: المؤسسة الاستشفائية 1 نوفمبر 1954 وهران -جناح الفحوصات المتخصصة، جمعيات التوحد على مستوى ولاية وهران، منازل المفحوصين (العائلات).

2.7 الحدود الزمنية: استغرق تطبيق العلاج حوالي 04 سنوات من 2015/01/18 إلى 2019/06/13، بواقع جلسة أسبوعيا بالنسبة للسنة الأولى لكن بعد ذلك تحددت الجلسات على حسب ظروف أعضاء العائلة والطلب (la demande) من جهة، وبرنامج المعالج من جهة أخرى، زمن كل جلسة تراوح ما بين 30 إلى 45 دقيقة، راجع إلى نوعية الدراسة التي تمثلت في الدراسة التتبعية.

3.7 الحدود البشرية: بما أن عدد أفراد مجتمع العينة صغير، لذلك اختيرت بطريقة قصدية، حيث تكونت عينة الدراسة من أربع أسر أو عائلات غير مفككة لا يعاني أفرادها من أي مرض خطير (مقسمة ما بين عائلتين نووية وعائلتين ممتدة) من الغرب الجزائري بالتحديد من مدينة وهران، تشترك في إصابة أحد أطفالها بمتلازمة اسبرجر. تمت عملية الاختيار على أساس احترام العقد العلاجي (contrat moral) بينها وبين الباحثة: الاتفاق على احترام مواعيد الفحوصات، البرنامج العلاجي المسطر، العمل على حضور جميع أفراد الأسرة، الجدية والرغبة في التغيير...، خاصة وأن المدة المحددة في العملية العلاجية هي أربعة (04) سنوات متتالية باعتبارها دراسة تتبعية (طولية) طُبِّقَ فيها المنهج شبه التجريبي (لقد أشارت الباحثة إلى الأسباب الموضوعية العلمية لتحديد هذه المدة الزمنية في عنوان خاص بذلك).

4.7 الحدود الموضوعية: عالجت الدراسة مدى فاعلية العلاج الأسري البنائي وتقنياته على 04 عائلات تشترك في إصابة أحد أطفالها بمتلازمة اسبرجر في ضوء متغير: الاتصال، الوعي، الإدراك، النقل، السلوك واستقلالية الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

8- المفاهيم الإجرائية للدراسة:

1-العلاج الأسري البنائي:

هو عبارة عن علاج نفسي جاء لإدراك وفهم العلاقات الإنسانية التفاعلية بين أفراد العائلة، فهو لا يهتم بدراسة الفرد لوحده ولكن النظام الاتصال الذي ينتمي إليه (النظام الأسري ككل). هو علاج يُوجّه فيه الاهتمام إلى الأسرة بأكملها وهو 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.

2- متلازمة أسبرجر:

نوع من أنواع طيف التوحد والتي تصنف في إطار الاضطرابات النمائية الشاملة، حيث تختلف الأعراض فيها عن اضطراب التوحد من حيث أنها أقل شدة وجدة.

3- عائلة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر:

في بحثنا هي ذلك النسق الذي يتواجد فيه الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر، والتي تتسم بتوفير الحاجات المادية للطفل: الإيواء، الغذاء، الألبسة والدواء، لكن بعدم الموازنة والتقارب بين توقعات

والأهداف ومتطلبات واحتياجات مختلف أعضائها، مما نتج عنه زيادة العلاقات السلبية التي تدور في المحيط الداخلي وبالتالي ضعف التواصل والتماسك الأسري.

4- طفل المصاب بمتلازمة اسبرجر:

هو ذلك الطفل الذي يعاني من متلازمة اسبرجر، يتصف بافتقاره لمهارات التواصل غير اللفظي، والتفاعل الاجتماعي، وبتعاطف محدود مع أقرانه يتحرك جسدياً بشكل مرتبك، لا يعاني من إعاقة ذهنية.

الفصل الثاني: العلاج الأسري البنائي

4 تمهيد

- 1 - مفهوم العلاج الأسري.
- 2 - مراحل تطور العلاجات الأسرية.
- 3 - أهم تصنيفات العلاجات الأسرية.
- 4 - مفهوم العلاج الأسري البنائي.
- 5 - تاريخ العلاج الأسري البنائي.
- 6 - مستويات العملية العلاجية البنائية.
- 7 - المفاهيم الأساسية للعلاج البنائي.
- 8 - فنيات العلاج البنائي.
- 9 - المنهج العلاجية البنائية.
- 10 - مهام المعالج البنائي.

تمهيد:

العلاج الأسري البنائي، يهدف فيه العمل العلاجي في مجموعة الأسرة بأكملها وهو شمولي، يتميز بنظرة أوسع للسلوك الإنساني في إطار وظيفته الاجتماعية، حيث يعمل على كشف المشاكل الناتجة عن التفاعل السلبي بين أعضائها، منه أنماط التفاعل المرضية كنسق اجتماعي واحد؛ كما يساهم في معرفة نقاط القوة والضعف داخلها، بهدف تحقيق التوازن والتماسك إضافة إلى تقوية القيم الايجابية للأسرة ومساعدتها على تدعيم قواعدها.

1- مفهوم العلاج الأسري: من العلاجات النسقية، والتي تعتبر الأسرة هي وحدة العمل العلاجي، وليس فقط الفرد المضطرب، تهتم بديناميات وتفاعلات كل أفراد الأسرة (الكفافي، 2009).

2- مراحل تطور العلاج الأسري:

في سنة 1877 قام الطبيب العقلي الفرنسي **J.P Falret** بدراسة أسماها: "الجنون المزدوج" (La folie à deux). وقد مثل أول عمل إكلينيكي في الحقل الطبي الاجتماعي، والذي سلب الضوء على دور التفاعل في تنظيم الاضطرابات النفسية والعقلية حيث اعتبر أن التفاعل السلبي يفتقر إلى الجانب الانفعالي العقلي.

وفي 1905 عمل الدكتور **Dr Pratt** في أحد المصحات التي تتكفل بكل الاضطرابات خاصة العقلية، ونظرا إلى نقص عدد الموظفين حرص على إنشاء مجموعات صغيرة بهدف جمع المرضى ومن خلالها حل المشاكل والتوترات العلائقية (Sillamy, 2007)، ذلك من أجل دراسة نوع العلاقات بين المرضى وذويهم. وقد لاقت هذه الطريقة نجاحا عن طريق تفاعل المرضى. سنة 1909 **S.Freud** وصف العلاج النفسي مع مشاركة الأسرة في علاج طفل ذكر عمره 05 سنوات (le petit Hans)، الذي لم يرى إلا مرة واحدة فقط، ونتيجة لهذه الأبحاث التي أجراها حول النزاع الاوديبى والعصاب الطفولي، سار على خطاه العديد من الباحثين الفرنسيين الذين ينتمون إلى مدرسة التحليل النفسي بنشر أعمال حول الأوهام التي تنتشر في الأسرة. من أهمها أبحاث **لافورج.ر (R.Laforge: La Névrose Familiale)** عندما وصف العصاب العائلي. وأيضا كل من ج لابلونش، ج.ب بونتاليس في كتابهما: " الدور المركزي لتأسيس بنية الفرد في ظل تحديد هوية الآباء "، في تحليلهم للتكوين

الأوديبي للطفل، على أنه يعكس نوع العلاقة بين الوالدين، بحيث اعتبرها **La Forge** " العلاقة التي تعبر عن " زوج سادي- ماسوشي "(Couple sadomasochiste) (Mesmin, 2013) .

لكن حتى بداية القرن العشرين، كانت الأسرة بعيدة عن التكفل بمريضها العقلي فكان يحجز في المصححات العقلية، حيث اعتبر "اسكيروول" ذلك ضروري في عملية العلاج: " يجب إبعاد المريض عن كل عاداته، عن طريق إبعاده عن الأماكن التي يعيش فيها، وفصله عن عائلته وأصدقائه، وإحاطته بالغرباء وتغيير طريقة حياته جذريا". (Mesmin, 2013).

بعد سنوات بالتحديد بعد الحرب العالمية الثانية، جاءت موجة الاهتمام من قبل العلماء والباحثين بعلم النفس الاجتماعي، السيكو درام ا، ديناميكي الجماعة، سوسيومترى، (قياس العلاقات الاجتماعية لمورينو)، العلاج الجماعي (Les groupes de rencontre).

كما تواصلت مجموعة من المحاولات والدراسات حتى سنة 1956، حيث ظهرت أعمال الأثنروبولوجي الإنجليزي G. Batson، والذي ينتمي إلى المدرسة الانجلوسكسونية Palo Alto التي تأسست في مدينة كاليفورنيا، حيث جاء بنظرية الرسالة المزدوجة La Théorie de double lien ou bind أين اعتبر أن الطفل "ضحية" لمشاكل الاتصال داخل النسق أو النظام العائلي: الأسرة، المدرسة. وقد جاء هذا العلاج لإدراك و فهم العلاقات الإنسانية (Mesmin, 2013).

أما مدرسة الطب العقلي المضاد (Anti-psychiatrie)، بقيادة Langet Cooper،

اهتموا بدراسة الفصاميين في علاقتهم مع أسرهم، واعتبروا المريض هو حامل العرض أو المشكل في الأسرة، فالمريض الحقيقي والأساسي هو الأسرة ككل.

بعد ذلك انتشرت العلاجات النفسية العائلية في أوروبا وكندا...، وفي الستينيات أصبح يعتمد على هذا النوع من العلاجات على اختلاف أنواعها، من مبدأ أن كل فرد يتأثر ويؤثر بالمحيط الأسري.

3. فيما تتمثل أهم تصنيفات العلاجات الأسرية؟

1. العلاج التحليلي.

2. العلاج النسقي.

3. العلاج البنائي.

1/ العلاج التحليلي:

يعتبر سيقموند فرويد -الأب الروحي للتحليل النفسي- "أن الفرد ما هو إلا حامل للأعراض" فهو يعبر على الصراعات داخل عائلته (les conflits intrafamiliaux)، كما يهتم هذا النوع من العلاج بالعلاقات الموجودة بين الاستعداد النفسي للفرد، وما هو موجود في العائلة أو في المجموعة، كما يؤكد على التأثير الموجود داخل الأسرة، أو ما يسمى بسيرورات التبادل (les processus d'échanges)، بمعنى التأثير لا يكون على المستوى الشعوري فقط، لكن ما هو مهم التأثير اللاشعوري، فالمرض العقلي للفرد تشترك فيه لا شعوري الأسرة، والمصاب هنا يسمى الضحية (la victime) أي بمعنى ضحية أسرة مضطربة مثلاً: الشخص المصاب باضطراب عقلي أو نفسي يتميز بطبع، هذا الأخير يكون نتيجة ما تلقاه من تربية أسرية، فالعصابي هنا هو ذلك الطفل الذي يقلد الأم التي تحمل أعراضاً عصابية، والانتقال يكون عن طريق التماهي أو التقمص (identification et Résonance)، أما حسب Richter H.E: " نلاحظ دائماً أن الفرد المصاب في نفسيته، لا نستطيع علاجه إذا كانت الحياة الأسرية من حوله تعيش اضطراباً عميقاً ."

وفي هذا السياق أكد S. Freud على أنه: " عندما ندرس الفصامي يجب دراسة العائلة ككل«.

(Selvini-P, 2016)

2/ العلاج النسقي : يشير مفهوم النسق بصفة عامة إلى انه مجموع لأجزاء أو وحدات بينها اتصال داخلي، إذ تحكمها علاقة التأثير والتأثر، وقد تكون تلك الوحدات أعضاء (كما في جسم الإنسان)، أو أفراد (كما هو الحال في الأسرة)، أو مجموعات (كما هو الحال في المجتمعات والأمم). تتجمع هذه الوحدات وتتبادل التأثير والتأثر من خلال الاتصال .

لعل أبسط وأدق تعريف يمكن تقديمه، هو أن النسق عبارة عن أشخاص في اتصال مع أشخاص آخرين، فنسق الأسرة هو مجموعة معينة من الأشخاص توجد بينهم علاقات قائمة ومستمرة، حيث تتجلى هذه العلاقات في شكل اتصال يمكن ملاحظته.

لكن الملاحظة المهمة هو أن كل تعريف للنسق يضع الأفراد في الخلفية ويضع علاقاتهم في المقدمة، فالاهتمام يتوجه إلى الكل، ولا يتم الاهتمام بالأجزاء إلا في إطار ذلك الكل. و في الأخير ينبغي الإشارة إلى أن أول مركز أنشئ لهذا النوع من العلاج كان في ميلانو سنة 1967 على يد Mara Selvini Palazzoli، ثم أصبح مؤسسا بوضوح في حدود عام 1978 على يد Ligi Bascola et Gian Franco Cecchini et Guilian Prata، أما أهم الأفكار التي استفاد منها هذا الاتجاه فهي أفكار Bateson et Paul Watzlawick، منذ ظهوره وعدد المعالجين الذين يعتقدونه في تزايد (Selvini-P, 2016).

ينظر للأسرة على أنها نظام ذاتي، كمجموعة من العناصر المتفاعلة التي تحكم نفسها انطلاقا من القواعد الخاصة بها. بدأ هذا المفهوم يتبلور عندما أسس كل من " selvini et Coll " مركز للدراسات العائلية بمدينة ميلانو الإيطالية، والذي ضم مجموعة من الباحثين في مجالات متعددة: علوم الطبيعة والأحياء، علم الاجتماع اقترح على هامش عدة محاولات علمية فيما يخص المعاملات التصحيحية والتغذية المرتدة

(Des transactions et des rétroactions correctives)، فيما بعد عرفت بمدرسة ميلانو من أهم مبادئها :

1. الوصف المبكر. (La prescription précoce).

2. الطقوس العائلية. (Les rituels familiaux).

3. الدلالة الايجابية. (La connotation positive).

Double lien ou double bind رابط مزدوج أو رسالة تحمل معنيين. (Selvini-P, 2016)

3/ العلاج البنائي:

رائده الطبيب العقلي الأرجنتيني الأصل، سلفادور مينوشن (ولد في 13.10.1921 وتوفي 30.10.2017 بفلوريدا الأمريكية)، كبر وترعرع في منطقة يهودية

(dans la province d'entre rios argentine)، حيث بدأ مشواره المهني كمعالج أسري في بداية الستينات، أين استقر بمدينة نيويورك الأمريكية، اهتم بالجانيين والعائلات البورتوريكية التي تعيش في الأحياء الفقيرة والمهمشة، فقدم إسهامات في كل من النظرية والممارسة، وهو ملتزم بوجهة نظر الأنساق العامة.

اعتبر مينوشن الأسرة هي "رحم الهوية"، لأنها تسمح للأفراد بتكوين شخصيتهم المتفردة مع الاحتفاظ بالشعور بالانتماء إلى الجماعة العائلية. كما لاحظ أن داخل النظام الأسري، توجد أنظمة فرعية: كالنظام الزوجي (le système conjugal)، والنظام الأخوي (le système fraternel)، كل هذه الأنظمة الفرعية تعمل على حماية الفرد، وتحقيق مكانته وسط أسرته، لأن الأسرة كنظام تتكون من قوانين نابعة من تاريخها واعتقاداتها ومن طقوسها.

وأخيرا يعترف بالعلاج البنائي باعتبار الأسرة كبناء، كل فرد فيها يكمل ويؤثر في الآخر، بمعنى إذا وقعت مشكلة بين الوالدين تؤثر في باقي أفراد الأسرة، والعكس صحيح (Nichols, 2010).

ثم جاءت موجة العلاج الأسري بهدف تغيير المفاهيم التي كانت سائدة، ومن مبادئها أن المرض لن يكون مفهوما على المستوى الفردي فقط، ولكن لا بد من التكفل به في السياق العائلي الاجتماعي.

في سنوات الخمسينات تم التقاء العديد من العناصر - بحكم الحرب العالمية الثانية - التي من شأنها أن تدفع أكثر وأكثر وتأخذ بعين الاعتبار أهمية الأسرة في عملية التكفل الشامل بالمرضى. لتنتج بذلك ظهور نظريات ومقاربات جديدة وخاصة في مجال الاتصالات، وأيضا إعادة النظر فيما يخص مسألة التكفل التي لم تكن فعالة.

إن منطق التدخل بطريقة العلاج الأسري الذي يهدف إلى الاستفادة من موارد الأسرة، حيث أن دور المعالج هنا ليس إيجاد حلول لمشاكل المريض، بل جعل الأسرة تستفيد من جوانب القوة داخلها، واعتبارها هي المسؤولة عن وظيفتها، والمعالج لا يحل المشاكل بداخلها يأخذ وضعية الحياد، وهو لا يعطي النصائح أو المشورة لكنه يعمل على تحفيز الذكاء الجماعي واكتشاف قدرات أعضائها، للعمل على إيجاد حلول خاصة بها لأعضاء الأسرة، فعندما يكون التزام من جميع أفراد الأسرة يمكننا الاعتماد على التعديلات في مختلف المستويات النفسية الداخلية والخارجية (Intrapsychiques et interpsychiques)، مما يزيد من فرص حدوث تغيير دائم.

في سنوات الستينات والسبعينات (60-70)، تشهد ظهور العديد من رواد ومدارس العلاج الأسري المتنافسة. حيث نجد العلاجات الأسرية قد وضعت في البداية بالوم.أ على الساحل الغربي مع مدرسة بالو التو (Palo Alto)، وهم من رواد نظرية الاتصالات، فهي تركز على جوانب الاتصال وتترك الجانب النفسي، بقيادة باتسون و فريقه من بالو التو، بحيث برزت أعمالهم في هذا المجال، هذه المجموعة أنشئت في 1956 النظرية المشهورة المسماة الرابط المزدوج (double lien/bind) ، لتفسير الفصام (schizophrénie)، وقد أثارت ضجة علمية في تلك الحقبة. أما على الساحل الشرقي، نجد المحللون النفسيون الذين يصبحون من معالجي الأسرة، والذين سَعوا إلى دمج الفرد و الأسرة معا.

ورائد المدرسة الدينامية النفسية (psychodynamique) في الجانب الشرقي، نثان أكرمان (Nathan Ackerman) بنيويورك، في سنوات الأربعينات والخمسينات يبدأ في ممارسته السريرية لتقييم الأسرة بأكملها، وفي 1958 نشر كتابه بعنوان: الدينامية النفسية للحياة الأسرية (The psychodynamics of family)، أين ربطها بنظرية الأنساق لكل من (Ivan Boszormeny et Murray Bowen 84) (60)، مدرسة ميلانو (65) ، Maria Selvini Palazzoli محللة نفسانية ايطالية متأثرة بأعمال باتسون (Bateson) أين اعتبر تقارب حقيقي بين الدينامية النفسية ونظرية الأنساق (Mesmin, 2013).

4. فكرة عامة عن العلاج البنائي:

صاحب هذه النظرية سلفادور مينوشن (Salvador Minuchin)، هو من رواد علاج الأسرة، قدم إسهامات في كل من النظرية والممارسة، ملتزم بوجهة نظر الأنساق العامة، ويظهر اهتماما واضحا بمفاهيم مثل: التوازن الحيوي، التغذية المرتدة، حدود النسق، الأنساق الفرعية، وصفات النسق المفتوح والنسق المنغلق، ينظر إلى مشكلات الأسرة على أنها ناتجة عن البناء الأسري، وتظل قائمة ببقائه ولا تحل إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة.

"يدرس المنظور النسقي، المشكل الوظيفي للطفل داخل سياقه العائلي، باعتباره انعكاسا لاختلاف التوظيف أو قلق داخل عائلته." (Selvini-P, 2016).

وترتكز المصطلحات الرئيسية لهذه المقاربة على أنماط التفاعل داخل الأسرة، والتي تزود بمفاتيح لفهم البناء والتنظيم الأسري، حيث يرى مينوشن أن بناء الأسرة يعود إلى القواعد التي طورت مع مرور الزمن، انطلاقاً فيمن يتفاعل مع من، وقد يكون البناء مرحلياً أو لفترة طويلة كمثل تشكيل أخوين لاتحاد ضد أختهم، هذا قد يستمر لفترة قصيرة أو لمدة طويلة جداً. ويفترض في بناء الأسرة أن يكون هناك ترتيب هرمي وفقاً لامتلاك الوالدين سلطة أكبر من الأطفال، وكذلك هناك طبيعة خاصة لكل أسرة بأدوار وقواعد وأنماط تفاعل، والتي تلاحظ وتزود بمفاتيح لفهم ديناميات الأسرة، وعلى المعالج ملاحظتها لإحداث التغيير المناسب لها.

وتهدف المعالجة من وجهة نظر العلاج الأسري البنائي إلى تحقيق الأهداف الأربعة التالية من:

1. تأسيس بناء هرمي فعال في الأسرة.
2. مساعدة الوالدين على تكيف وملائمة بعضهما حتى يظهر بموقف موحد، أمام أبنائهما.
3. مساعدة الأطفال على أن يصبحوا نظاماً من الأقران.
4. زيادة التفاعل والرعاية داخل الأسرة (الدقوري، 2011).

5. ما هي مستويات العملية العلاجية البنائية ؟

عرفت المقاربة البنائية أيضاً بالتركيبية، لأنها تبحث عن تغيير التركيبات (الاتحادات) داخل الأسرة، حيث يعمل المعالج بهذه الطريقة على الحدود بين الأنظمة الفرعية مع التركيز على الحدود بين الوالد والطفل والأسرة ككل. تنسب إلى رائدها سلفادور مينوشن (Salvador Minuchin)، الذي ارتكز على ثلاث مستويات :

1. يفضل مفهوم الأسرة وليس المشاكل الفردية (الفرد).
2. تمّ تكيف المقاربة خصيصاً للأماكن المحرومة والمهمشة.
3. دعت إلى العمل وتقنيات ملموسة أقرب إلى عالم عمل السكان، بدلاً من الكلام والنظريات المجردة.

سلفادور مينوشن، يصف الأسرة على أنها نظاماً لها أداؤها الخاص، وتوتراتها وتحالفاتها فيما بين المجموعات الفرعية (sous-groupes)، وهدف المقاربة البنائية هو تهيئتها (الأسرة)، للتعامل مع

الإجهاد والقلق، واكتساب الأسرة القوة التي تتوافق مع منطقتها الداخلي، حيث أن هذه العلاقات الداخلية (intrafamiliale)، ينبغي أن تفهم على أنها محاولة ذات الصلة لحل المشكلة التي يواجهها النسق الأسري، ووفقا لسلفادور مينوشن، الأسرة يمكنها أن تقوم بوظائفها بشكل صحيح إذا لم تتعرض أو يتم تدهور أو اضطراب أحد أنساقها (أعضائها)، منه هيكلها، فهو يعني بذلك "بنية الأسرة الصحية"، كما قام بوضع حدود واضحة المعالم بين الأجيال والأفراد. (Minuchin S. , 1974)

ما هي المفاهيم التي يركز عليها مينوشن؟

ترجع أصول النظرية البنائية في الإرشاد الأسري إلى بداية الستينات من القرن العشرين والتي ارتبطت بأبحاث سلفادور مينوشن، وتقوم على أساس أن معظم الأعراض تنتج نتيجة لفشل البناء داخل النسق الأسري، فالأعراض لا يمكن أن تفهم جيداً إلا من خلال النظر إلى نماذج التفاعلات داخل الأسرة، فالتغييرات البنائية لا بد أن تحدث في الأسرة قبل إمكانية تحسين أو خفض الأعراض الفردية. فالنظرية البنائية تنظر إلى الفرد صاحب المشكلة على أنه بمثابة مؤشر لبناء أسري يعاني من خلل وإحداث تغيير لدى الفرد ينبغي أن يحدث التغيير ضمن بناء الأسرة وما يتضمنه من أنساق فرعية.

1 بناء الأسرة وتركيبها:

يعود مفهوم بناء الأسرة حسب مينوشن إلى القوانين والقواعد التي تطورت عبر السنين لتحديد من يتفاعل مع من داخل الأسرة، وهذه الأبنية قد تكون مؤقتة أو طويلة الأمد ويفترض مينوشن وجود بناء داخل الأسرة متسلسلا هرميا حيث يمتلك الوالدان قوة أكبر من الأطفال، ويمتلك الأطفال الأكبر مسؤوليات أكثر من الأطفال الأصغر، كما أن الوالدان عادة ما يأخذان أدوارا مختلفة فقد يكون احد الوالدان هو المؤدب للأطفال في حين يوفر الوالد الآخر التعاطف والحب للأطفال .

2 أنظمة الأسرة الفرعية:

كي تعمل الأسرة بصورة جيدة فإن أفراد الأسرة يجب أن يعملوا سويا لتنفيذ وتحقيق وظائف الأسرة ومن أكثر الأنظمة الفرعية شيوعا في الأسرة هي (الزوج - الزوجة، الوالدان - الأطفال والأخوة). ويكون الغرض من النظام الفرعي (الزوج - الزوجة) هو تلبية الحاجات المتغيرة لكلا الزوجين، وبالرغم من كون النظام الفرعي للوالدين يتألف من الأم والأب إلا أنه أحيانا وظروف خاصة قد يضم

أحد أقارب الأسرة الذي يقوم بوظيفة الأم أو الأب في تربية الأطفال كالأخ أو العم أو الخالة أو العممة وبالرغم من كون الأقارب يمثلون الأنظمة الفرعية الزوجية أو الوالدية إلا أنهم يقومون بأدوار مختلفة والتي غالبا ما تكون متداخلة .

3 -القابلية لاختراق ونفاذ الحدود:

تتضمن كل من الأنظمة الفرعية قوانين بشأن من يستطيع المشاركة في التفاعلات، وكيف يمكنه المشاركة، وتباين قوانين التفاعلات أو الحدود من حيث درجة ومدى مرونتها وتصف القابلية لاختراق الحدود نوع الاتصال الذي يمارسه الأفراد مع بعضهم البعض داخل أنظمة الأسرة والأنظمة الفرعية . وعادة ما توجد الحدود عالية النفاذ في الأسر المتماسكة المترابطة بصورة كلية، في حين توجد الحدود الجامدة أو غير القابلة للنفاذ والاختراق في الأسر المنفصلة.

وبصورة عامة فإن الحدود تتعلق بكيفية تنظيم أفراد الأسرة وكيف يتبعون القوانين ولا تتصدى الحدود عادة للقضايا المتعلقة بكيفية عمل أفراد الأسرة سويا أو كيف يفشلون في العمل سويا.

4 -الانحيازات والائتلافات والاتحادات:

عادة ما يكون للأسرة أساليب معينة في الاستجابة للأزمات أو التعامل مع الأحداث اليومية والتي من خلالها تستجيب الأنظمة الفرعية داخل الأسرة.

وتتعلق الانحيازات بالطرق التي ينضم فيها أفراد الأسرة ويتكاتفون مع بعضهم البعض أو يتعارضون ويختلفون فيها مع بعضهم البعض لدى التعامل مع موقف ما.

كما وتتعلق الائتلافات بالأحلاف والتحالفات التي تحدث ما بين أفراد الأسرة ضد عضو أسرة آخر.

وفي بعض الأحيان تكون تلك الانحيازات والتحالفات مرنة بينما تكون في بعض الأحيان ثابتة وجامدة لا تتغير بمضي الزمن. القوة تتحرك وتنتقل داخل الأسرة اعتمادا على التحالفات الانحيازات. تتعلق القوة داخل نظام الأسرة بمن يقوم باتخاذ ووضع القرارات. تزيد قدرة أعضاء الأسرة في التأثير على قرارات الأسرة بالاعتماد على عضو القوة. (Minuchin S. , 2006).

6. المفاهيم الأساسية في النظرية النسقية:

نشير هنا باختصار إلى أهم المفاهيم التي تكرر استخدامها في نظرية النسق وهي :

1 التغذية الراجعة: وهي نوعان سالبة وموجبة.

أ -التغذية الراجعة السالبة: وتهدف إلى تصحيح النسق المضطرب بإعادتها إلى حالة من التوازن التي كانت عليها في الماضي، كأن يطلب المعالج من الطفل (التصرف كمريض) كيف يعيد التفاهم بين الوالدين (كما كان في الماضي).

ب التغذية الراجعة الموجبة: وهي تقنية علاجية تدفع الأسرة إلى تصرفات جديدة لتمنع ظهور أنماط السلوك القديمة. تستخدم لتفاعل عكسيا مع التغذية الراجعة السالبة كمكانيزم يخلق أزمة تحدث تقوما علاجيا وتحمي الأسرة من البقاء ثابتة. هنا مثلا يمنع المعالج الأسرة من توظيف العضو الذي يوصف بأنه مريض لإخفاء مواضيع أسرية أخرى. (Minuchin.S F. , 2004)

2 ما وراء الاتصال:

و يقصد به المعلومات عن التواصل نفسه، إذ يصاحب الرسائل اللفظية وغير اللفظية ما يجعل المستقبل يتلقى تلك الرسائل بطريقة معينة. عندما نتحدث عن الرسائل اللفظية باسم المحتوى، وعن الرسائل غير اللفظية باسم العملية، فإن المحتوى هو المعلومات الواضحة في الرسالة، وأما العملية فهي السياق(الذي يكون في الغالب واضحا) المرشد إلى فهم المعلومات التي في الرسالة. واجب المعالج هنا الالتفات إلى المستويين معا في الحديث مع الأفراد بما فيه من تحديد مباشر للمجاز وللرسائل غير الواضحة ... وهو ما يمكنه من أن يتدخل علاجيا ويقدم تفسيرات لا تقوم على ما يقوله المريض فقط، ولكن أيضا على ما يوصله عبر الاتصال غير اللفظي عن عملية الاتصال مثل لغة الجسم و شدة المشاعر ونبرة الصوت (Minuchin S. , 2005).

3 الترابطية المزدوجة:

هي نوع من الرسائل وضع فرضيتها كل من Bateson, Jackson, Haley, Weakland وحدثها

يتوقف على مجموعة شروط هي:

- أن تحدث بين شخصين أو أكثر.

-هي خبرة متكررة.

-رسالة سالبة من حيث المبدأ.

- تحمل في نفس الوقت معنى يناقضها على المستوى التجريدي وتحمل طابع العقاب والتهديد.

- تجعل هذه الرسائل الفرد غير قادر على الهرب من الموقف.

أن هذا النوع من الاتصال لا يتفق فيه الكلام مع المعنى، ولا ينسجم فيه الموقف مع الوجدان،

والاستجابة النفسية لهذا النوع من الرسائل إذا تكررت هي الإحباط واليأس والاكتئاب، ومثالها احد

الفصاميين: أحس أن أمي تخنقني من كثرة حبها لي، فهي تصر على المراجعة مثلاً طول الوقت كأنها تريد أن تعاقبني كي انجح ليقال عنها أنها أم جيدة ليس من اجلي أنا .

ويرتبط بمفهوم الرابطة المزدوجة مفهوم آخر وضع على أساسه من طرف Jackson et Weakland هو مفهوم الاتزان الأسري الذي يعتمد على التأثير والتأثر. ومؤداه انه إذا حدث تغير لدى فرد من الأسرة فان هذا يقود إلى تغير في فرد آخر. وعليه فان الأسرة المريضة تتميز باتزان مرضي يقوم على نمط من العلاقات المرضية القوية بين أفرادها تخضع لنوع من القانون الخاص الذي يقاوم شتى أنواع الضغوط التي تهدف إلى تغييره، والرسائل ذات الرابطة المزدوجة تلعب دوراً أساسياً في هذه الحالة. (Minuchin.S F. , 2004)

4 مفهوم الحدود:

يرتبط مفهوم الحدود بالمنحى العلاجي الذي يستند إلى مفهوم انساق الأسرة الذي يؤكد المفاهيم البنائية لصاحبها س.منوشن. ومفهوم الحدود بالإضافة إلى مفهوم الأنساق الفرعية، والتدرج الهرمي من المفاهيم التي ينبغي توضيحها في تحليل البناء الأسري قبل تحديد ضرورة أو نوع التدخلات العلاجية. يعني مفهوم الحدود الكيفية التي يتفاعل بها أعضاء الأسرة مع بعضهم، وكيف يتفاعل نسق الأسرة ككل مع العالم الخارجي. ويشير س.منوشن إلى أن هناك الحدود الواضحة حيث توجد داخل النسق الفرعي عندما يتسم أعضاء الأسرة بالمساندة والمشاركة في التربية بالتالي يسمحون بالتفرد والاستقلالية، لذلك يكون هنا اتصال متكرر بين الأنساق الفرعية. عليه فان الأنساق الفرعية يمكن أن تحقق الاتصال والتفاوض مع بعضها البعض، بذلك تتم موازنة قواعد الأسرة للتحديات الموقفية والنمائية . (Minuchin S. C., 1998)

ثانياً: الحدود المائعة، وهي تنشأ عندما يتسم أعضاء الأسرة بالمساندة والمشاركة في التربية، غير أنهم لا يسمحون بالتفرد والاستقلالية. هنا ينعدم التدرج الهرمي الواضح في السلطة، يتم التفاوض والتوافق بين أعضاء الأسرة بصورة زائدة، ما ينتج عنه حالة ارتباك، فيعاني أفراد الأسرة من جهة أخرى من متاعب في الاعتماد على أنفسهم أو الارتباط الفعال مع أعضاء خارج الأسرة لا يدعمون الاعتمادية، فيصبح الأطفال غير ناضجين ومعتمدين على والديهم بشكل مبالغ فيه وربما يخشون من محاولات الاستقلالية أو فشل هذه الاستقلالية وربما يخشى الوالدان ما يترتب على الاستقلالية الزائدة لدى الأطفال.

أخيراً، الحدود الجامدة وهي تنشأ عندما يشجع أعضاء الأسرة على الاستقلالية، وامتلاك الاهتمامات الشخصية، في حين تقابل الحاجات الخاصة بالنمو بعد التحقق. تفرض الحدود الجامدة قيوداً على الاتصال المتبادل بين أعضاء الأسرة، لتؤدي إلى انفصال انفعالي، تكون المساحة المتاحة للتفاوض والتوافق بين أعضاء الأسرة محدودة، كما أن الاتصال بين الأنساق الفرعية يكون محدوداً، يصبح كل عضو من أعضاء الأسرة، نتيجة لذلك جزيرة منعزلة يواجه النجاح والفشل بمفرده

(Minuchin.S F. , 2004)

5 الأنساق الفرعية :

يقصد بالأنساق الفرعية كيفية تشكل جماعات فرعية، ففي الأسرة يعتبر الزوج نسق وحده، والزوجة نسق وحدها، والعلاقة بينهما نسق ثالث، فان كان لهما طفل أنصاف الأنساق الفرعية الثلاثة السابقة لنسقين فرعيين آخرين هما: نسق الابن ونسق البنوة (أي علاقة الابن بوالديه). ولأعضاء داخل كل نسق فرعي ادوار تكاملية تجاه بعضهم بعضا، فهم في حاجة إلى التفاوض و التوافق مع بعضهم بعضا، بالتالي عليهم تطوير القواعد المرتبطة بمن يقوم بمهام الأسرة، وكيفية التخاطب مع بعضهم بعضا وكيفية حل الصراعات، مع انه يبقى لكل نسق فرعي خصوصيته الوظيفية . (Minuchin S. C., 1998)

6 التدرج الهرمي :

يشير التدرج الهرمي إلى ذلك الفرد من الأسرة الذي يتمتع بقوة وسلطة اكبر في وضع القواعد واتخاذ القرارات. في الأسرة التي يتمتع الآباء بقوة وسلطة اكبر من الأطفال، كما يتمتع الأطفال الأكبر سنا بقوة وسلطة اكبر من الأطفال في الأسرة (الطفل الذي ينحاز إلى الوالد الأشد قوة يزيد من قوته داخل الأسرة). (Minuchin S. , 1974).

7. فنيات العلاج الأسري البنائي:

يستند منهج العلاج الأسري البنائي إلى:

- مبدأ (الانضمام للأسرة) .
- التركيز على الأحداث الحالية والحاضرة.
- الخريطة الأسرية.
- تمثيل الأدوار.
- إعادة الصياغة.

لتحقيق ذلك فإنهم يستخدمون الخرائط لتوفير وصف مختصر للحدود والأنظمة الفرعية داخل الأسرة بوصفها تؤثر على وظيفة الأسرة، من خلال التكيف مع عادات الأسرة يمكن للمعالج التصرف كفرد من الأسرة لتحسين وزيادة الفهم للتفاعلات الأسرية ولكسب الثقة والقبول منها .

جعل الأسرة تفعل مشكلة ما ليستطيع المعالج أن يتعرض لخبرة واقعية للتفاعلات داخل الأنظمة الفرعية وذلك خلال الجلسة العلاجية.

ومن ثم تقديم اقتراحات لتغيير تركيبة وبناء القوة والحدود داخل الأسرة.

يستند العلاج إلى مبدأ الانضمام للأسرة. التركيز على الأحداث الحالية والحاضرة (ici et maintenant) لتحقيق ذلك يستخدم المعالج الخرائط لتوفير وصف مختصر للحدود والأنظمة الفرعية في الأسرة، بوصفها تؤثر على وظيفتها، من خلال التكيف مع العادات داخلها، حيث يمكن للمعالج التصرف كفرد من الأسرة لتحسين وزيادة الفهم فيما يخص التفاعلات الأسرية، لكسب الثقة والقبول من الأسرة الفرعية، من خلال الجلسة العلاجية، من ثم تقديم اقتراحات لتغيير تركيبة وبناء القوة والحدود داخل الأسرة .

يرى كوري(1996) أن النظرية البنائية قد استفادت من فنيات العديد من المداخل الإرشادية الأخرى، حيث اقترب رائدها "مينوشن" بالتدرج من الانتقائية في فنياته (Minuchin S. , 2005).

8. المناهج العلاجية الرئيسية في العلاج الأسري البنائي:

1 الخارطة الأسرية: هي عبارة عن رسومات بيانية لوصف وتصوير الطرق الحالية التي يربط من خلالها أفراد الأسرة بعضهم البعض (مفهوم الحدود) مهم جدا في العلاج البنائي وهي خطوط تمثل الأنواع المختلفة من الحدود داخل الأسر. تتيح خريطة تفاعلات الأسرة للمعالجين الأسريين وتوفير لهم فهما أفضل للسلوك المخرب المتكرر داخل الأسرة حيث يمكنهم تطبيق استراتيجيات خاصة لتعديل تلك السلوكيات (Minuchin S. , 2005).

2 التكيف والانضمام:

يؤمن مينوشن أنه من أجل إحداث التغيير داخل الأسرة فمن المهم للمعالج الأسري الانضمام لنظام الأسرة والتكيف مع أسلوبها الفاعل ويرى مينوشن انه على المعالج أن يسعى لأن يجد مكان مناسب له وموقف منسجم مع الأسرة، وذلك من خلال:

- استخدامه لنفس نمط اللغة السائد في الأسرة.
- سرد القصص المسلية ذات الصلة بالأسرة.

- التقليد والمحاكاة وهو تقليد أسلوب الاتصال ومضمون الاتصال السائد بين أفراد الأسرة في علاقتهم مع بعض. (Minuchin.S F. , 2004)

3 أسلوب الملاحقة والمتابعة:

لتتبع والاستفادة من الرموز المرتبطة والمثيرة للعلاقات الشائعة بين أفراد الأسرة في الحياة الأسرية.

4 تفعيل المشكلات الأسرية:

يمكن للمعالج الأسري من خلال توجيه الأسرة لإعادة أحداث صراع أو نزاع والعمل على معالجة المشكلات كما تحدث في الواقع والحاضر بدلا من التعامل معها كما تم التبليغ عنها. يفسح المجال لفهم الانحيازات والتحالفات داخل الأسرة، ومن ثم تقديم اقتراحات لتغيير نظام الأسرة وليكون مهيناً لوضع التدخلات العلاجية المؤثرة. (Minuchin.S F. , 2004)

5 تكثيف التدخلات العلاجية:

يعتبر الأسلوب الذي يقدم به الاقتراح أمرا مهما للغاية فمن خلال تكرار الرسالة المقترحة ومن خلال إطالة الوقت المخصص لتفاعل معين أو من خلال وسائل أو أساليب أخرى يمكن تسهيل حدوث التغيير داخل الأسرة (Minuchin.S F. , 2004).

6-تغيير الحدود:

يستعمل المعالج الأسري رموز وحدود الخطوط (التي تستخدم لوصف الطرق الحالية التي يرتبط من خلالها أفراد الأسرة مع بعضهم) وذلك أثناء ملاحظته للتفاعل داخل الأسرة. لتغيير الحدود يقوم المعالج الأسري بإعادة تنظيم أماكن الجلوس كما يغير المسافات الفاصلة بينهم، كما يقوم أيضا بتغيير مصادر القوة في إصدار القرارات (داخل الأنظمة الفرعية) - المريضة التي تروي قصصا مختلفة عن أشخاص مهتمين بحياتها افشوا أسرارها، فيسألها المعالج إذا كان هذا تساؤل غير مباشر عن إمكان الثقة فيه أم هو أيضا سيفشي أسرارها. -احد المرضى لا يتكلم عن احباطاته العاطفية إلا في نهاية جلسة العلاج في آخر الأسبوع، فلما قدمت له هذه الملاحظة قال: اطمئن إلى التعبير عن هذه المواضيع في نهاية الجلسة بدلا من بدايتها لأنني سأشعر بالإحباط أو الرغبة في البكاء أمامك.

-مريض في العلاج الجماعي يشكو من الوحدة ويرفض نصائح أو تعاطف المرضى الآخرين، فيطلب المعالج من أعضاء المجموعة: هل يستطيع احد منكم مساعدته ليفهم ما يفعله في المجموعة مما يفسر له لماذا يشعر بالوحدة حتى مع وجود الآخرين.

-صمت الزوج الطويل أمام سؤال زوجته قد يفسر على انه رفض للإجابة أو عدم مبالاة أو إعلان بانتهاء المناقشة.

إن الأمثلة السابقة الذكر، توضح أهمية مفهوم ما وراء الاتصال وقيمه في أي اتجاه علاجي، وانه على المعالج بالتالي أن يعيره مقداراً جيداً من الاهتمام حتى ينهي العملية العلاجية بصورة جيدة .

(Minuchin.S F. , 2004)

7 إعادة صياغة المشكلات الأسرية:

توجد عدة طرق لرؤية حدث أو موقف أسري معين وإعادة صياغته، فالمعالج الأسري قد يقدم تفسيراً مختلفاً بحيث يمكن إحداث التغيير البناء في موقف الأسرة. (Minuchin S. , 2006)

9. على ماذا تركز مبادئ العلاج البنائي؟

لقد ركز سلفادور مينوشن في عمله على الأسرة، على النقاط الأساسية التالية :

1. هياكل الأسرة (البنية la structure).
 2. أنواع العلاقات (les types de relations).
 3. الحدود (les frontières).
 4. مراحل دورة الحياة (les stades du cycle de vie).
- بنية الأسرة وتركيبها:

هي العمود الفقري لمنظمة الأسرة، التي تتكون من مجموعات بحيث تتوافق داخلها حسب ترتيب الأجيال، كل جيل هو نظام فرعي مناسب ومعين بواسطة حدود واضحة .

كما أن مينوشن يضع فرضية التسلسل الهرمي، يتمثل في امتلاك الأبوين قوة اكبر من الأطفال، والطفل الأكبر مسؤوليات أكثر من الأصغر، وأيضا اختلاف الأدوار فقد يأخذ احد الوالدان دور المؤدب والآخر يوفر التعاطف والحب للأطفال. إن المبدأ في استمرارية تماسك الأسرة، يكمن في اتحاد أعضائها للعمل سوياً لتنفيذ وتحقيق وظائفها بشكل متوازن.

في الجزائر نجد أن الأنظمة الفرعية تتمثل في: الزوج-الزوجة، الوالدان (الأب والأم) -الأطفال والإخوة رغم أنه من الطبيعي أن نجد الأب والأم هما الوالدان، لكن بحكم ظروف خاصة قد يضم هذا النظام الفرعي أحد الأقارب الذي يتكفل بدور الزوجية أو الوالدية كالجد والجددة، الخال والخالة، العم والعممة.

ترتبط الاضطرابات بانتهاك الحدود الفاصلة بين هذه النظم الفرعية، مما ينتج عنها انخفاض الوظيفة البيو-نفسية الحيوية لأعضاء النسق الواحد، على سبيل المثال: داخل مؤسسة الأسرة من الضروري الاعتماد على وثائق معينة مثل: المخطط التنظيمي في تنشئة الأسرة، والقواعد الداخلية بهدف الضبط ورسم المعالم، ويقوم هذا العلاج على أساس أن معظم الأعراض تكون نتيجة لفشل البناء داخل النسق الأسري، النظرية البنائية تنظر إلى الفرد صاحب العرض (المشكلة) على أنه بمثابة مؤشر لبناء أسري يعاني من خلل، ولإحداث تغيير لدى الفرد، ينبغي أن يحدث التغيير ضمن بناء الأسرة وما يتضمنه من أنساق فرعي (Minuchin S. C., 1998).

سلفادور مينوشن يدعو المعالج لرسم الخريطة الهيكلية للأسرة، من أجل تصور العلاقات التي لوحظت في مبدأ هنا و الآن (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.

• أنواع العلاقات (les types de relations) :

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، فالتغييرات البنائية لا بد أن تحدث في الأسرة قبل إمكانية تحسين أو خفض الأعراض الفردية. ومن المثير للاهتمام أن المعالج الذي التقى بالأسرة، يقع على هذه الخريطة الهيكلية بحيث انه يشعر بالتحالفات والصراعات من هذا المركز،

ويمكنه بعد ذلك تحديد ما هو أفضل، بإعادة تعبئة النظام عن طريق الانضمام أو الانسحاب (affiliation) إلى الأسرة على سبيل المثال. ويمكن التعرف على الاستراتيجيات المستعملة من طرف الأنظمة الفرعية داخل الأسرة من خلال كيفية الاستجابة أو طريقة التعامل مع الأزمات، وتظهر أنواع الانحيازات الموجودة داخل النسق في طرق التعامل مع الأزمات، والتي تتمثل في تكاثفات وانحيازات وصراعات أفراد الأسرة (Minuchin S. C., 1998)

• الحدود (les frontières):

يتم رسم الحدود بين النظام (الأسرة) والخارج أي بين محيط الأسرة والنظم الفرعية أو بين الأفراد، حيث يعتبر جزء من التشخيص أيضا.

فقد تكون الحدود داخل الأسرة غير قابلة للانفصال وجامدة، أو تكون معزولة فنجد الشعور بالانتماء ضعيفا والإشباع الشخصي يأتي من الخارج (الأسرة).

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، فإن المعالج يجب أن يأخذ وقتا للانضمام إلى الأسرة، بحيث إذا كان منتشرا (الجمود في الاتصالات والعلاقات)، فانه يخاطر بالوقوع في فوضى الأحداث العائلية، فموقفه يكون غامضا للتوضيح، فان النزاع بين اثنين أو أكثر من النظم الفرعية تزيد من تهيج الوضعية ومهمة المعالج البنائي هنا، هو محاولة التحقق من النظام الذي تنتمي إليه الأسرة حقا، وتوضيح الحدود المنتشرة، وفتح تلك التي تعتبر جامدة جدا. فهي تتعلق بكيفية تنظيم واتباع القوانين داخل النسق من طرف أفرادها (Minuchin S. C., 1998).

• المراحل المختلفة لدورة الحياة (les différents stades du cycle de vie):

هي تشكل العوامل التي تهز بناء واستقرار الأسرة، وتتوافق مع وصول أو مغادرة أعضاء الأسرة، كإنضمام شخص، أو مولود جديد، رحيل، سفر، موت....

وهنا يطرح السؤال: ماهي الحلول المبتكرة التي يتم تنفيذها لحل المشاكل أو التجارب المتعلقة بالمراحل الرئيسية للحياة؟

إن اللحظات الحرجة التي تمر بها الأسرة هي التي تحدد حاجات أفرادها للانتماء لها، من ثم مواجهتها، والحاجات للاندماج الاجتماعي في كل مرحلة (بمعنى تحديد الحاجات الفردية والاجتماعية لكل عضو داخل الإطار الأسري الذي ينتمي إليه).

10. فيما تتمثل مهام المعالج البنائي؟

تأمن مهمة المعالج في العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة ، بحيث يكتفي السلوك المضطرب أو المستهدف بالعلاج عن طريق إعادة توثيق العلاقات وتحقيق توافق أفضل لكل الأفراد في الأسرة، بما في ذلك المريض أو المسترشد المقصود أصلا بالعلاج أو الإرشاد. (الزكي، 2016)

إن اندماج المعالجين النسقيين في العمل مع الأسر يساعدهم على رسم خريطة للبيئة الأسرية، تحدد فيها أولا العوامل التي تسهم في اضطراب الأداء الأسري، ثم بعد ذلك توظيف الفنيات التي تساعد الأسرة على تغيير الطرائق التي يتعاملون بها، حيث يلعب المعالج الأسري البنائي العديد من الأدوار في الجلسة الأسرية بهدف التعرف على العرض الأسري وكيفية مواجهته، وتدريب أعضاء الأسرة على الحوار والتفاعل الأسري، وملاحظته لتلك التفاعلات وتشجيعها.

إعادة تنظيم بناء للأسرة، فهو محرك للتغيير ويرسم ويخطط، فهو نشط مشارك للأسرة ومن التقنيات التي يستعملها المعالج ما يسمى بخريطة العائلة، الذي يفيد في معرفة الحدود وطبيعتها، وتمثيل ولعب دور للصراع الذي يحدث داخل البيت، وتغيير الحدود بإعادة ترتيب الجلسة العلاجية، ثم تغيير أماكن الجلوس والمسافات بين أفراد الأسرة، الانتباه إلى مركز القوى، وعمل نوع من التوازن خاصة لدى بعض الأسر الفوضوية التي يدبر الأعضاء فيها مصائد ومكائد (Nèvre-Hanquet, 2002).

وتسير العملية العلاجية وفق مايلي :

- سن تكوينات المعاملات المعتادة : بتشجيع الأسرة على التصرف في الجلسة بدلا من الاستماع إلى وصف الأحداث، هنا المعالج يقوم بمراقبة الطفل المصاب بالمتلازمة داخل الأسرة أثناء العملية العلاجية والمساهمة في نسج وسائط جديدة للاتصال (Minuchin S. , 2006).
- استغلال الفضاء (jouer sur l'espace) :

فان إعادة التنظيم المكاني تجعل من الممكن وضع المعاملات الأسرية في الحسبان، بل أيضا مسألة استخدام الفضاء بطريقة ملموسة ومجازية (d'une manière métaphorique) لتحقيق القرب وتضييق المسافة بين أعضاء الأسرة.

• رسم الحدود: (Délimiter les frontières)

يجب على المعالج مساعدة كل فرد من أفراد الأسرة، وكل نظام فرعي في الأسرة (sous-système familial)، للتفاوض على كل من الحكم الذاتي (بالنسبة لأعضاء الأسرة)، والترابط في الحدود النفسية (territoire psychologique)، بالنسبة للمرضى الذين يمكنهم تحقيق تنمية نفسية اجتماعية أفضل داخل النسق الأسري (التكوين الأسري) (Minuchin.S F. , 2004).

• تذليل (التغلب) التوترات والإجهاد: (Surmonter les tensions et les stress)

من أجل تصور قدرات إعادة الهيكلة للأسرة، المعالج يدفع التوتر في جزء من النظام، فانه يمكن أن يعرقل تكوينات المعاملات المعتادة، أو يؤكد التناقضات أو يوضح النزاعات أو يشكل التآلفات المؤقتة مع أحد أفراد العائلة.

• تعيين المهام العلاجية: (Attribuer des taches thérapeutiques)

خلال جلسات المعالج، سوف تشير إلى كيف ومع من أفراد الأسرة سوف يتم التواصل، مع وصف الواجبات المنزلية.

• استخدام الأعراض: (se server des symptômes)

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.

• 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.

• الدعم، التعليمات، التوجيه: (le soutien, l'instruction, la guidance)

في بعض المناسبات يقوم المعالج بتعليم الأسرة كيف يمكن لكل عضو أن يؤكد للآخرين دوره داخلها، على الرغم من أن المقاربة هي جزء من التقرير النفسي، المعالج دوره هنا يكون مشاركا نشطا في العملية العلاجية، يظهر ذلك من خلال دراسة عمليات التحكم ونوعية الاتصالات بين الأفراد داخل النسق الأسري. (Minuchin S. , 2006)

إن البنية التي يقرؤها 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 ومباشرا، ملتزما بالمهمة العلاجية المكلف بها، بالمقابل يحترم النظام الأسري. (Minuchin S. , 2006)

11. ماهي أهداف التوجه الأسري البنائي؟

- تقليل أعراض اختلال الأداء، وإحداث تغيير في بناء النسق الأسري، عن طريق تعديل القواعد الإجرائية للأسرة، وتغيير النماذج التفاعلية الحاكمة للقواعد .
- خلق بناء هرمي فعال، يتحمل فيه الآباء مسئولية أطفالهم، مع إتاحة الفرصة للأطفال للتعبير عن آرائهم بدرجة تتلاءم مع نضجهم .
- زيادة التفاعل بين أفراد الأسرة، عن طريق فك وحل الحدود الجامدة، بالمقابل التحرك نحو الحدود الواضحة.
- لتحقيق الأهداف السابقة، يذهب مينوشن Minuchin في مقاربتة، إلى ضرورة خلق علاقة وطيدة بين المعالج وأعضاء النظام، حيث يشعرون من خلالها أنه يعمل لصالح بنية الأسرة، مما ينتج علاقة علاجية فعالة بهدف تحقيق ما يلي :

- تحرير حامل العَرَض (الطفل صاحب المشكلة)، من الأعراض المنسوبة إليه من طرف باقي الأعضاء.
- خفض الصراع والضغط لدى جميع أفراد الأسرة.
- تعلم طرق جديدة للتغلب على المشكلة (Nichols M.P, 2001).

الفصل الثالث: متلازمة أسبرجر

تمهيد

- 1 مفهوم متلازمة أسبرجر.
- 2 سيرورة اكتشاف متلازمة أسبرجر.
- 3 أعراض متلازمة أسبرجر.
- 4 العوامل والأسباب.
- 5 المقارنة بين التوحد ومتلازمة أسبرجر.
- 6 عملية تشخيص متلازمة اسبرجر.
- 7 صعوبات التشخيص في الجزائر.
- 8 طرق التكفل والعلاج في الجزائر والخارج.

تمهيد:

في علم النفس السواء والمرضي هما نسيبان، فالطفل في تطور وكل خلل أو اضطراب على مستوى الصحة العضوية النفسية أو العائلية، يمكن أن يُعرقل مستقبله، وقبل القيام بعملية التكفل يجب معرفة ديناميكي النمو وعوامله، لضمان إمكانياته العلاجية.

1. متلازمة اسبرجر:

هي إحدى مجموعة إعاقات اضطرابات النمو ذات الأصول التكوينية البنيوية والخلقية الولادية، أي تكون موجودة عند الميلاد، ولكنها لا تكتشف مبكراً، بل بعد فترة نمو عادية على معظم محاور النمو، قد تمتد إلى عمر ثلاث سنوات (03 سنوات)، وتصيب الأطفال ذوي الذكاء العادي أو المرتفع، وناذراً ما يصاحبها تخلف عقلي بسيط، وبدون تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي، ويتميز بقصور كفي واضح في القدرة على التفاعل الاجتماعي مع سلوكيات شاذة، واهتمامات محدودة، غير عادية وغياب القدرة على التواصل غير اللفظي، وعلى التعبير على العواطف والانفعالات أو المشاركة الوجدانية. بعض الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، عبروا أيضاً عن صعوبات شديدة من حيث الحساسية المفرطة للأصوات والمذاق والروائح أو المشاهد، لكنهم عكس من يعانون من اضطراب التوحد، لا يوجد تأخر معرفي أو تكيفي أصلاً، غير اضطرابات التفاعل الاجتماعي، كما لديهم عموماً درجات عالية من الذكاء، تتراوح بين العادي والمرتفع، وأحياناً يتسمون بمهارات ومواهب غير عادية (ابراهيم، 2015).

ومن حيث مدى انتشارها، فإنه بسبب غموض بعض جوانبها مثل: اللبس بالنسبة للعوامل أو الأسباب، وصعوبات التشخيص، التشابه الكبير بين المتلازمة وبعض الإعاقات الأخرى من اضطرابات النمو. حسب المراجع العلمية والإحصائية المطلعة من طرف الباحثة، أنه لا توجد حتى الأونة إحصاءات عن مدى انتشارها في العالم وفي الجزائر بالأخص، لكن التقديرات المبدئية تشير إلى أنها أوسع انتشاراً من التوحد، تتراوح بين 3-4 حالات من بين كل ألف ولادة حية، كما أنها تنتشر بين الذكور عنها بين الإناث بنسبة ثمانية ذكور مقابل فتاة واحدة (CIM10 Classification multi- (8/1). axial des organisations mondiale de la santé, 2013) حيث كشفت إحصائيات في الوم.أ (2018) عن إصابة 2 في 1000 فرد (d'ApergerAPIPA, 2018).

في سنوات التسعينات خاصة بتأثير أعمال لورنا وينغ ، اعتبرت متلازمة اسبرجر نوع من طيف التوحد، والأشخاص المنتمين إلى هذا التشخيص هم من فئة المستوى العقلي المرتفع .

أما في التصنيف الدولي العاشر للأمراض (CIM10 Classification multi-axial des organisations mondiale de la santé، الصادر عن منظمة الصحة العالمية (2013)

اعتبرت متلازمة اسبرجر ضمن التشخيص الفارقي للتوحد، وفي نفس السياق دليل الإحصائي للأمراض النفسية الرابع و الخامس (DSM5, 2015) الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA ، صنفها (المتلازمة) في خانة المجموعات الخاصة التي لها معاييرها التشخيصية (Rogé, 2013).

2. سيرورة اكتشاف متلازمة اسبرجر:

هانز اسبرجر (Hanz Asperger) (1944) طبيب عقلي نمساوي، قام بنشر مقال تحت عنوان : "المرضى النفسيين التوحديين خلال فترة الطفولة" ، واعتبرها أحد اضطرابات الشخصية، وتم تجاهله لسنوات عديدة لأنه مكتوب باللغة الألمانية، التي لم تكن معترف بها لدى لجنة البحث الدولية أثناء الحرب العالمية الثانية ، حتى عام 1981 حيث قامت لورنا وينغ (Lorna Wing) بإعادة إحياء البحث بنشره من جديد ،وقد اكتسب أهمية بترجمة النص الأصلي إلى اللغة الانجليزية من طرف أوط فريث (Uta Frith) في 1991 قام د.اسبرجر باكتشاف اضطراب التوحد غير العميق، في فيينا بالنمسا، من خلال تقديم ملاحظات تفصيلية وأعراض دقيقة لأربعة أطفال ذكور، أطلق عليهم اسم

(Les petits professeurs) "الأساتذة الصغار" ذلك لتركيزهم العميق على الأشياء التي

تستهويهم: كالرياضيات و الحساب، الموسيقى، الفنون... و تفوقهم في هذه الميادين " (Gassman/J.F.Allillaire, 2003) وقدرتهم على التحدث عن موضوع ما بتفاصيل دقيقة، أحيانا أكثر من الفرد الطبيعي.

وفي وصفه للحالات، لاحظ عندهم فقر في العلاقات الاجتماعية، اختلافات في العملية الاتصال، لكن رغم هذه المعوقات، غير أنه لاحظ لدى هذه الفئة أنهم قادرون على النجاح والتأقلم والاندماج الاجتماعي.

(Rogé, 2013)

كما أضافت لورنا وينغ من خلال أبحاثها، الأعراض الرئيسية لدى أطفال المتلازمة المتمثلة في: نقص في التعاطف مع الغير، البلاهة (la naïveté)، عدم التكيف السريع في حالات التفاعلات الاجتماعية، وصعوبة في تكوين صداقة مع الأقران ، حتى على المستوى اللغوي يعبر بلغة بدائية يشوبها التكرار، وفقر من حيث اللغة غير المنطوقة، عدم تناسق حركي واتجاهات غريبة أيضا .

ازداد الاهتمام بتوحد الأطفال، مع تطور الوضع الصحي عالميا، حيث تجرى دراسات وأبحاث مكثفة لمعرفة أسبابه وخصائصه للتوصل إلى عملية التشخيص، لما لهذا الاضطراب من تأثير كبير على مستقبل نمو تطور الطفل، لإيجاد طرق علاج ناجحة، والتي في الأصل تعتمد على التدخل المبكر في المعالجة لرفع كفاءة الطفل، بهدف الإدماج الاجتماعي (Attood.T, 2003).

في عام 1943، كتب الطبيب النفسي " ليو كانر"، مقالة **autismarabia**، تصف إحدى عشر مريضا (11)، تابع حالتهم على مدى سنوات في عيادته، هؤلاء الأطفال كانوا يتصفون بمجموعة من الأعراض النفسية التي تعود على متابعتها، حتى توصل إلى استعمال مصطلح **توحد autisme** . لاحقا اكتشف العالم النمساوي اسبرجر هانز (Asperger Hans)، في فيينا بالنمسا في نفس العام، حالات تختلف في سماتها وأعراضها عن أعراض كانر المسماة بالتوحد، وقام بنشر بحثه باللغة الألمانية (Attood.T, 2003).

3. ما هي أهم خصائص وأعراض متلازمة اسبرجر؟

إن أعراض المتلازمة متعددة ومتنوعة، لكنها عادة ما تكون أكثر اعتدالا من بعض أعراض اضطراب التوحد، وتختلف من فرد لآخر فمن الصعب أن نجد طفلين من أطفال اسبرجر متشابهين تماما، حيث صنفت المعاناة عموما في ثلاث مجموعات:

1. الإعاقة الاجتماعية.

2. صعوبات التواصل اللغوية وغير اللغوية.

3. السلوك النمطي المتكرر.

شذوذ في نوع التفاعل الاجتماعي، الذي 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 .
 - سلاسة في الحديث أو الكلام لكنه حَرَفِي، يتمسك بالمعنى اللفظي المباشر للكلمة، الجملة أو في تفهمه لكلام الآخرين أو لما يقرأ.
 - انعدام القدرة على تطوير علاقات (صداقة) مناسبة تتلاءم وعمر الطفل .
 - عدم وجود بحث أو عفوية التقاسم، أو مشاركة الأنشطة الترفيهية، بحيث نجد طفل متلازمة اسبرجر لا يشير إلى شيء يثير اهتمامه. (Ne pointe pas un objet qui l'intéresse pour le montrer)
 - عدم القدرة على معاملة أو مبادلة الآخرين اجتماعيا وعاطفيا، إيجاد صعوبة في فهم التلميحات، والتعرف على مشاعر الآخرين.
- من ناحية السلوك، 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.
 - النمطية و التكرار مثلا: حركات معقدة لليدين والأصابع.
 - 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 تسلق الألعاب في الحدائق.
- تؤدي الاضطرابات إلى حالات شذوذ كبيرة، في الأداء الاجتماعي أو المهني، أو في مجالات أخرى مهمة. لا يوجد تأخر كبير في تطور اللغة (توظيف جمل في سن ثلاث سنوات، واستخدام كلمات في سن الثانية)، لكن ظهور مشاكل في التواصل غير الكلامي، وحتى في طريقة الكلام تكون غير طبيعية مثل: الكلام بطريقة شديدة الرسمية أو بصوت أحادي النغمة.
- لا يوجد تأخر كبير في التطور المعرفي، أو في تنمية المهارات المتعلقة بالاستقلالية الشخصية وسلوكيات التأقلم (بخلاف ما يتعلق بالتفاعل الاجتماعي).
- أعراض متلازمة اسبرجر لا تتطابق كلها مع أعراض الاضطرابات النمائية الظاهرة في التوحد، أو التي نجدها في مرض الفصام (Rogé, 2013).

متلازمة اسبرجر هي من الاضطرابات التي تشير مؤشراتها الإكلينيكية إلى قصور شديد في التفاعل الاجتماعي، وظهور سلوك نمطي متكرر، مقيد في الأنشطة والاهتمامات، وعلى خلاف التوحد لا يوجد في هذا الاضطراب دليل على تأخر في النمو اللغوي أو المعرفي أو المهارات النفسية (عسكر، 2015).

ضعف التواصل الاجتماعي: يعتبر المجال الأكثر تضررا والمتمثل في الأعراض التالية: الميل للعزلة، البقاء منفردا، بحيث يقضي الطفل وقتا أقل مع أمه وأبيه والغرباء أيضا، لا يفرح عندما يرى والديه ولا ينظر إلى الشخص الذي يكلمه، كما أنه يبدي اهتماما أقل بتكوين صداقات مع الآخرين، كما تكون استجاباته أقل للإشارات الاجتماعية مثل: الابتسامة أو النظر للعيون، لا يدرك الطفل مشاعر الآخرين أيضا، مثل: أن يرى أمه حزينة تبكي ولا يتفاعل معها بصورة طبيعية. (Attwood.T, 2003)

قبل سن الأربع سنوات (04 سنوات) لا توجد مشاكل في الحديث واكتساب الكلمات اللغوية، لكن نلاحظ بعد ذلك وجود صعوبة في التعبير عن الذات، ضعف في التواصل اللغوي: تطور اللغة بطيئا وقد لا تتطور بتاتا للوهلة الأولى قد يبدو الطفل أنه أصم، ما يدل على نقص في المفردات اللغوية، وأحيانا صعوبة قول كلام مفهوم. (مجدي، 2013)

صعوبة في الاتصال الشفهي: لا يبدأ الطفل الحوار، ولا يكمله، يقوم بتكرار كلمات معينة أو بإعادة آخر كلمة من الجملة التي سمعها.

نشاطاته واهتماماته وأعباه متكررة ومحدودة (activités répétitives)، يقوم الطفل بأداء حركات متكررة ونمطية بالأيدي أو الأصابع أو الأشياء مثل: اللعب بنفس اللعبة بشكل متكرر، مقاومة أي تغيير في الروتين مثل: الانتقال من مكان لآخر أو حتى تغيير ملابسه أو نوع أكل (Rogé, 2013).

عدم التناسق الحركي في المهارات الشاملة أو في الحركات الأكثر دقة والقيام بحركات غريبة مثل: ررفة اليدين، اهتزاز الجسم، لكن الحركات النمطية هي أقل حدة وشدّة منها في التوحد، تظهر بشكل أساسي عندما يتعرض الطفل إلى حالة من القلق، من ناحية أخرى تكون منطفئة (موهنة) معظم الوقت، خاصة إذا قدمت مساعدة دائمة (Rogé, 2013).

اسبرجر: لديهم عجز في التفاعل الاجتماعي، واستجابات غير طبيعية مع البيئة المحيطة، لكن على خلاف من لديهم التوحد، أطفال المصابين بالمتلازمة يكون نموهم المعرفي والتواصل ضمن النطاق

الطبيعي أو شبه الطبيعي وذلك من خلال السنوات الأولى من الحياة، في حين تكون مهاراتهم اللفظية عادة مجالا قويا نسبيا بمعنى من غير خاصية التأخر في النمو اللغوي أو الإدراكي. (Attood.T, 2003)

لا تتأثر التنمية المعرفية بشكل منهجي، حيث يتعلم الطفل عادة كل ما يتعلق بالاستقلالية الشخصية، عند التعامل مع الطفل نجد أنه فضولي حول البيئة المادية وأحيانا يكون عالي التطور، السلوكيات تشير إلى القدرة على تركيب مهارات معينة، ولكن يمكن أن تظل غير وظيفية وبالتالي تغذي السلوكيات المتكررة فتقتصر بذلك على مجالات محدودة للغاية، هنا يظهر دور التكفل البيداغوجي النفسي للأهل والطفل معا (J.F Chossy, 2003).

ما يتعلق بجودة التواصل (خصوصا الشفهي) ومهارات التعلم بالنسبة لطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر، في الغالب يكون متوافق، لكن تكون الصعوبة في حل مشكلة الفهم الإدراكي أكثر من تعلم اللغة المبنية على المهام لارتباطه بالعجز الاجتماعي (أنان، 2018).

استحوذ هواجس التفكير في المرغوبات من الأمور الشائعة، وصعوبة ترك ما يثير اهتمامه حتى في وقت الحاجة، والتي غالبا ما تكون غير منتشرة بين أقرانه (Attood.T, 2003).

التركيز على مجالات الاهتمام الضيقة (la focalisation sur des centres d'intérêt)
(restreints)، أيضا التركيز على موضوعات غريبة والتي لا يمكن لكل طفل الانتباه لها.
الذكاء اللفظي أعلى من أداء الذكاء (Quotient Intellectuel) لكن المعدل لديهم عادي يشتركون مع أطفال التوحد في السلوك النمطي (مجدي، 2013).

المهارات اللغوية تكون طبيعية، حيث أنها لا تتأثر في تطورها كما هو تقليدي في التوحد، فالطفل المصاب بالمتلازمة يكتسب الكلمات والجمل في غضون فترة زمنية معقولة حيث يصل إنتاجه اللغوي إلى درجة ملحوظة، رغم ملاحظة شذوذ نوعي في اختيار الكلمات (anomalies qualitatives) أو الصيغ المناسبة أو غير المألوفة أو غير الشائعة، فتظهر جليا في النطق والذي يوصف عادة بالغرابة مثل صدور أصوات كالطنان . مما يعطي صورة شاذة عن الطفل، إضافة إلى الافتقار إلى مهارات التواصل غير اللفظي كعدم فهم إيماءات الوجه مثلا ... وهذا راجع إلى تأثير القدرة الاستيعابية اللغوية واستخدام كلمات دون ربطها بالمعنى الأصلي (Attood.T, 2003).

أغلب أطفال المصابين بالمتلازمة لديهم الرغبة في تكوين صداقات، بسبب فشلهم في إظهار التعاطف مع أقرانهم، وقلة المهارات الاجتماعية تحدّ من تكوين الصداقات أو المحافظة عليها (أنان، 2018).

خلل في الحواس: ردود فعل غير طبيعية للإحساس الجسدي مثل الحساسية المفرطة للماء للأسطح والملابس عند بعض الأطفال المصابين بالمتلازمة، أو العكس عدم الإحساس حتى بالألم (مجدي، 2013).

يصف ادلسون " Edelson " الفرد المصاب بالمتلازمة على أنه فرد له وعي اجتماعي، ولكنه يفتقر إلى التبادلية والملائمة الاجتماعية مع الآخرين .. (J.F Chossy, 2003).

وفقا لاحتكاك الباحثة بهذه الفئة في العملية العلاجية، فإن الخصوصيات التي تميز طفل المصاب بمتلازمة اسبرجر، تؤدي إلى مشاكل التكيف الاجتماعي، حتى في المواضيع ذات القدرات الفكرية الجيدة، ما يفسر صعوبة العمل البيداغوجي النفسي في مرحلة التمدرس بعد عملية الإدماج الاجتماعي المدرسي في المدارس العادية، رغم أن النتيجة تكون أكثر ايجابية وفي أقل مدة لها عليها في اضطراب التوحد.

يتميز المصابون بمتلازمة اسبرجر بثقافة عامة، بحيث يتفوقون في مجالات علمية وفنية عديدة تستدعي التركيز من الفرد وتستحق الرعاية منا، لكن في المقابل المشاكل الحقيقية التي تواجههم هي صعوبة الاندماج في مجتمعنا والتي تتمثل في الاضطرابات السلوكية من خلال طقوسهم النمطية ومقاومتهم للتغيير وكثرة التوترات التي تنتج عن ذلك، من الملاحظ من طرف الباحثة أن الطفل ليخفف من هذا التشنت يركز اهتمامه على تفاصيل الأشياء، ليجد لنفسه الاتزان في الروتين، أما فشله في التواصل مع الآخرين بطريقة سليمة ومكيفة، يعوضه بالتركيز المنحصر على نفسه للوصول إلى الرضا الذاتي.

4. العوامل والأسباب:

فيما يخص مسببات الاضطراب فقد تم التخلي وبصورة نهائية عن العلاقة الوالدية، في مقابل ذلك تبني الفرضيات الوراثية والأبضية وتأثيراتها على نمو الجهاز العصبي المركزي (Lenoir P, 2007).

لا يصنف في خانة اضطرابات النمو، ولكن لا يوجد حتى الآن سبب معروف لهذا النوع من الإعاقة، رغم كثرة الدراسات وتعدد الاختصاصات التي تهتم بالتوحد وأنواعه، إلا أن أكثرها رجحت :

1.4 الاضطراب الوراثي :

وصف هانز اسبرجر مجموعة من الأعراض المنتشرة بين أفراد أسر مرضاه وخصوصا الآباء، كما قامت بحوث بعد ذلك بدعم هذا الرأي فقد استدلت على ذلك بالجانب الوراثي، رغم انه لم تتم بعد تحديد الجينات المسؤولة عن المتلازمة، بحيث يلاحظ ارتفاع عدد حالات أفراد الأسرة الذين لديهم أعراض سلوكية مشابهة لأسيرجر ولكن في شكل محدود مثل: صعوبات طفيفة في التفاعل الاجتماعي أو اللغوي... كما تشير دراسات Alleles (عالم في تشريح الأعصاب والخلايا) أن الهجرة غير الطبيعية للخلايا الجينية أثناء التطور قد تؤثر على البناء النهائي للمخ و للتوصيل بين أجزائه، مما يؤدي إلى إحداث تغيرات في الدوائر العصبية التي تتحكم في الفكر والسلوك .

كما تفرض نظرية التحت-التوصيلية "sous-connectivité" إلى أن هناك وصلات عصبية رقيقة المستوى تعمل بشكل اقل كفاءة و اقل تزامنا وهذا ما فسرتة أيضا النظرية التماسكية الضعيفة للمركز، والتي تفرض أن قدرة الفرد المصاب بمتلازمة اسبرجر المحدودة على رؤية الصورة الكبيرة تكمن وراء اضطراب المركز، وتركز نظرية ذات الصلة تسمى الداء الإدراكي المعزز ، بشكل اكبر على التفوق في العمليات الإدراكية عند الأشخاص الذين يعانون من التوحد (مجدي، 2013).

ويفسر الخلل الاجتماعي الرئيسي الذي يميز متلازمة اسبرجر على أن التعديلات التي تحدث لنمو النظام العصبي الانعكاسي والمسؤول عن التقليد والمحاكاة عند الفرد، والمعرفة الاجتماعية والتعلم

(le système de neurones miroirs) . حيث تتفق هذه النظرية بشكل جيد مع نظريات الإدراك

الاجتماعي مثل: **نظرية العقل** والتي تفرض أن السلوك في المتلازمة ينشأ عن عيوب عقلية مثل

اختلال السيروتونين الوظيفي، أو خلل في المخيخ. (Lenoir P, 2007)

التعرض للالتهابات الفيروسية مضاعفات أثناء الحمل التي تؤثر على عملية معالجة البيانات في المخ وذلك بتغييره لكيفية ارتباط وانتظام الخلايا العصبية ونقاط اشتباكها.

في هذا المجال نذكر دراسة عائلية لكل من فولكمان وكوهن: حيث انطلقت الفرضية من احتمال وجود علاقة بين متلازمة اسبرجر وبين اضطراب الانفعال الثنائي القطب الاكثابي-الهوسي، وقد أسفرت النتائج أن حالات الاضطراب الانفعالي الثنائي القطب (troubles bipolaires) موجودة بين أفراد العائلة ذات الإصابة بمتلازمة أسبرجر. (الزريقات، 2006)

يعتقد بعض العلماء في مجال علوم التغذية أن الأسباب ليست بالوراثية على الإطلاق بل يتم اكتسابها خصوصا بسبب اللقاحات الخاصة بالأطفال.

2.4 الاضطراب النفسي:

مثل الاكتئاب والاضطراب ثنائي القطب على عكس ما كان يعتقد، فقد استبعد العلماء الحرمان العاطفي من أسباب المتلازمة، باعتبار أن بعض السلوكيات التي يظهرها الأشخاص، والتي يفسرها عامة الناس أنها تقصير وقلة تربية من قبل الوالدين اللذين أطالتهما أصابع الاتهام لسنين عديدة خاصة الأم، باعتبار أنها هي المسؤولة على الجنين (الزريقات، 2006).

مما هو متوقع حسب ما وجدته الباحثة أثناء عملية التقصي والبحث في هذا الجانب، لم تظهر أية نظريات نفسية أو اجتماعية لتفسير تطور المتلازمة، الحاجة التي تدفع إلى الاجتهاد في البحث عن الأسباب والعوامل الحقيقية للإصابة والتي تساعد على التشخيص المبكر منه على التكفل المبكر للأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر.

3.4 الأسباب النفس-ديناميكية:

استخدم أصحاب النظرية التحليلية مصطلح الاضطراب الانفعالي العاطفي للتعبير عن برود مشاعر الوالدين ورفضهما لإقامة علاقة مع الطفل، حيث يوصي أصحاب المقاربة العلاجية على ادخال الطفل في مصحات ليتم تقديم الرعاية وابعادهم على البيئة العائلية المسمومة، لكن باءت كل المحاولات بالفشل، لعدم حدوث تحسن في حالة الأطفال (القمش، 2011).

تعود متلازمة اسبرجر للعديد من العوامل وخاصة النفس-ديناميكية الأسرية، حيث تؤثر التغيرات الطارئة على الأسرة مثل: الانتقال أو الهجرة أو ميلاد طفل آخر أو الإهمال إلى تطور الاضطراب.

4.4 العوامل البيئية:

لا تمثل مجرد البيئة الجغرافية أو المحلية بل هي نتاج كلي للمؤثرات من بداية الحمل حتى الوفاة، فتعمل مع عوامل الوراثة لهذا تتمثل شخصية الفرد في: الوراثة + البيئة.

فالتغذية وكمية الاكسجين وإفرازات الغدد والحالة الجسمية والانفعالية، اضافة الى الامراض المعدية: كالحصبة الألمانية، الزهري، مسببات الاضطراب بكتيريا الأمعاء والفطريات التي تصيب الأم في فترة من فترات الحمل قد تنتقل إلى الجنين وتؤدي إلى عواقب وخيمة، كاحتمال حدوث التأخر أو الضعف العقلي، إصابة الجهاز الصوتي، التشوهات الخلقية، كلها عوامل بيئية تساهم في التأثير على تطور الخلية ونموها (نور، 2015).

كما توجد أسباب عضوية وعصبية، أيضا أسباب وراثية ونقص الجهاز المناعي للجنين نتيجة إصابة الأم، حيث تلعب الأجسام المضادة التي يكتسبها الجنين دورا في إحداث حالة التوحد، قد تكون الإصابة أيضا نتيجة للإهمال الأسري في الرعاية والإصابة بسوء التغذية.

السبب الرئيسي وراء هذه المتلازمة أو الاختلال الوظيفي هو غير واضح، حيث يبقى الحديث عن المتلازمة كاضطراب، المسببات التفسير العلاج... أمر جد شائك وله عدة وجهات نظر لم يفصل فيها العلم بعد، ليبقى الموضوع الأهم هو كيفية تطوير البرامج العلاجية الخاصة بهذه الفئة ومساعدة أهاليهم للخروج بهته الفئة إلى بر الأمان بالمقابل يجب تكثيف الجهود من طرف أفراد الفريق المسؤول عن التأهيل.

5. المقارنة بين اضطراب التوحد ومتلازمة اسبرجر:

على الرغم من اعتبار متلازمة اسبرجر من اضطرابات طيف التوحد حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للطب النفسي في مراجعتها للدليل التشخيص والاحصائي للاضطرابات النفسية الامريكية (DSM5) عام 2015، الا ان الملاحظة من خلال الاحتكاك -عن طريق العمل- مع الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر، اثبتت أن الأعراض تختلف من حيث خصوصية الاضطراب عن التوحد بالرغم من التشابه في البعض منها ، هذا ما يوضحه الجدول الإكلينيكي التالي الذي يساعدنا في عملية التشخيص الفارقي :

جدول رقم (01) المقارنة بين التوحد ومتلازمة أسبرجر (Attood.T, 2003)

وجه المقارنة	التوحد	متلازمة اسبرجر
المكتشف	ليو كانر	هانز اسبرجر
نسبة الانتشار بين الذكور	1/4 لصالح الذكور	1/9 لصالح الذكور

الفصل الثالث : متلازمة أسبرجر

		والإناث
10.000 لكل 6/10	10.000 لكل 4/10	معدلات الانتشار
الولع بالمواضيع المعقدة مثل تصميم الأشياء، التاريخ، الفن، الموسيقى	هناك قصور حاد في الجانب الإدراكي و الانتباه	الإدراك
تمركز التفكير حول الذات	/	التفكير
يتأخر في المشي	يمشي مبكرا	المشي
غير جيدة	جيدة	الحالة الصحية
عجز في التفاعل الاجتماعي و استجابات غير طبيعية مع البيئة المحيطة،	قصور حاد	الجانب الاجتماعي
أقل لدى اسبرجر	أكثر وضوحا	الحركات النمطية

التوحد:

يظهر في سن الثلاث سنوات الأولى من عمر الطفل، ويتميز بقصور واضح في اللغة، وفي تكوين حصيلة لغوية، حيث أنه طفل منغلق على نفسه تماما.

إن الضعف الحاصل في المهارات الاجتماعية لدى اضطراب التوحد غالبا ما يكون أكثر حدة وعمقا من الموجود في متلازمة اسبرجر (الزبيري، 2013).

تظهر أعراض التوحد في الطفولة المبكرة، أما المتلازمة في الطفولة المتأخرة ابتداء من ثلاث سنوات. السلوكيات النمطية تظهر بشكل أكثر حدة في التوحد.

يكاد ينعدم التواصل الاجتماعي سواءا باللغة أو باللعب الخيالي أو الرمزي.

لا يستطيع طفل التوحد رعاية نفسه (عدم الاستقلالية في الأكل والملبس النظافة)...

تكرار سلوك أو عدة سلوكيات نمطية.

التوحد ناتج عن مشاكل طبية تؤثر على نمو الدماغ، إذا كانت هناك حالة من التخلف العقلي الشديد (المعطي، 2003).

وأغلب هذه الحالات يفتقدون إلى التفاتية، المبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم. تتغير مظاهر التوحد عندما ينمو الطفل، ولكن تظل العيوب نفسها مستمرة حتى فترة الرشد على شكل نمط من المشكلات الخاصة بالتكيف الاجتماعي والاهتمام بالتواصل الاجتماعي.

اسبرجر:

"هي متلازمة تشبه كثيرا المستوى المتوسط من اضطراب التوحد، دون أن يكون هناك قصور في القدرة العقلية و القدرة اللغوية " (الزبيري، 2013).

يظهر عادة في سن متأخرة، وتكون حدته اقل فيما يتعلق بالمشكلات الاجتماعية والتواصل.

لا يكتشف إلا بعد الثلاث سنوات وما فوق من عمر الطفل، يتمتع بحصيلة لغوية لا بأس بها مع أنه يعاني من صعوبات في التخاطب والتعبير، والطفل يحس بمن حوله ويتعرف عليهم، لكنه يعجز عن تكوين علاقات.. (الجماعي، 2013).

وقد حدد الطبيب العقلي المصري أ.عكاشة جوانب التشابه بين التوحد ومتلازمة اسبرجر:

- وجود نوع من الخلل الكيفي في التفاعل الاجتماعي، وتكوين العلاقات الاجتماعية السليمة.
- غياب التواصل غير اللفظي.
- مخزون محدود من الاهتمامات والأنشطة النمطية المتكررة .
- قصور في الحركات الدقيقة (عكاشة، 1992).

ويمكن تمييز اضطراب اسبرجر عن باقي الاضطرابات المشابهة في الخصائص التالية :

عدم وجود تأخر في النمو، وتميز اختيار الكلمات أو العبارات بشذوذ نوعي أو غير مألوفة نوعا ما. عدم وجود تأخر في النمو المعرفي، فهو تقريبا عادي، مع إمكانية الالتحاق بمسار دراسي شبه عادي، قد يتفوق فيه الفرد في بعض الميادين: كالذاكرة، الرياضيات، الفن... لكنه يتابع دراسته ببعض التفكك والبعد الاجتماعي والعاطفي (J.F Chossy, 2003).

6. كيفية تشخيص متلازمة اسبرجر:

1.6 أهمية الكشف المبكر:

يعتبر أول وأهم خطوة هي وجوب اكتشاف اضطراب الطفل، كما أن الكشف يجب أن يكون في سن مبكرة، وهنا يمكن أن يوفر الكثير من المال والوقت باستخدام الاختبارات الحديثة التي تتوفر فيها شروط الدقة: كاختبارات الذكاء، مقاييس التوحد المتوفرة.

كما دلت الاتجاهات الحديثة، انه إذا أمكن اكتشاف الحالة مبكراً، وشرع في العلاج فانه يمكن إحداث تقدماً ملحوظاً، ومنه نستطيع وقاية الطفل وتكييف جو سليم له" (فهيم، 2015).

كما أثبتت الدراسات والتجارب المختلفة أن البيئة الملائمة التي تحيط بالطفل، يمكن أن تحقق الاستقلال الأفضل للقدرات التي يتمتع بها، بينما البيئة غير الملائمة تزيد من تدهور هذه القدرات . " (فهيم، 2015).

2.6 أهمية معرفة درجة الإعاقة للتخطيط للعلاج:

يجب أن يُؤخذَ الطفل في العملية العلاجية، كوحدة متكاملة تتألف من التكوين البيولوجي والبيئة والخبرات، فهو يتعلم كيف يعبر عن نفسه ويتصل مع الآخرين، كما يقوم باكتشاف من يكون هو وما الذي يستطيع أدائه، ويتعلم أنماطاً مقبولة من السلوك الشخصي، ومهارات نافعة في البيئة المألوفة .

حيث أن طفل متلازمة اسبرجر كما هو معروف هو إنسان ذو قدرات ومهارات، يجب منحه فرصة لإخراجه والاستفادة منه لما يصب في مصلحته بالدرجة الأولى، كما يجب أن يحظى باحترام الناس له بدلا من عطفهم عليه (ليس مجرد شفقة وعطف)، بل ضرورة تعليمه وتأهيله وتحويله إلى طاقة ايجابية منتجة، فهو إنسان لديه إعاقة وليس معاقاً" (فهيم، 2015).

فمن الخطأ الشائع الذي يقع فيه الآباء والمختصون على حد سواء، أنهم يعطون أية حالة إسماً، ثم يعممون هذا الإسم على الحالات المشابهة" (فهيم، 2015).

مثلا: إن الأطفال الذين يعانون من حالات التوحد هم صنف واحد، وهذا غير صحيح، نجد طفلا له حالة متلازمة اسبرجر: يستطيع التكيف والدراسة في مدرسة عادية مع أطفال عاديين ، بينما طفلا آخر يستطيع المشاركة في الألعاب الرياضية، وطفلا ثالثا لا يستطيع حتى صياغة جملة بسيطة، مع ذلك فهؤلاء الأطفال جميعهم يعانون من حالة التوحد. وقد يكون من بين هذه الحالات طفل يصل ذكاؤه إلى مستوى العباقرة، بينما نجد طفلا آخر يعاني من التأخر في اللغة.

لذلك كان من الضروري أن لا نصف الطفل بضعف معين من حالات الإعاقة، بل الأخرى أن ننظر إليه كفرد حالة، وأن نعرف من الفريق المتخصص المدى الحقيقي لمشكلته ودرجتها، يعتبر أمرا أساسيا لعملنا في التخطيط والعلاج، الذي يكون بعد التشخيص أو الكشف المبكر، ومساعدة الأسرة عن طريق تزويدها بالمعلومات والتدريب المنهجي العلمي، بهدف الاستثمار البشري لعملية علاجية متكاملة وناجحة.

3.6 أدوات التشخيص المعتمد عليها عالميا:

معايير التشخيص طبقا لـDSM4:جدول المقارنة بين التوحد و المتلازمة:

تعطيل كفي في التفاعل الاجتماعي، كما يبدو في اثنين على الأقل مما يأتي :

- تعطل في استخدام السلوك غير اللفظي المتعدد مثل: النظر إلى العين وتعبيرات الوجه، الإشارات البدنية وإشارات تنظيم التفاعل الاجتماعي.

- الفشل في عمل علاقة بالأقران طبقا لمستوى نموه.

- الفشل في القدرة التلقائية للبحث والمشاركة في الأمور الشيقة والاستمتاع، الاهتمام والحضور

أو يكون موضع اهتمام الآخرين. (Guelfi, 2013)

ظهور أنماط من السلوك التكراري المقيد في الأنشطة والاهتمامات كما يبدو في واحدة على الأقل مما يلي:

- الانشغال غير العادي باهتمام واحد أو أكثر بشكل نمطي تكراري مقيد.
- الجمود الواضح في الالتزام بأفعال روتينية تافهة أو عديمة الجدوى.
- تكرار حركي نمطي لليد أو الأصابع أو التواء حركي لكل الجسم.
- الاهتمام المركز على أجزاء من الموضوعات.

- يسبب الاضطراب دلالات إكلينيكية في قصور الوظائف الاجتماعية، العمل، والميادين ذات الصلة.
- لا يوجد دليل إكلينيكي على التأخر اللغوي.
- لا يوجد دليل على التأخر في الوظائف المعرفية أو المهارات النفسية أو السلوك التكيفي.
- لا تعود هذه المعايير إلى اضطراب نمائي منتشر محدود أو فصام الطفولة. (Guelfi, 2013).

4.6 أدوات التشخيص والتكفل:

- إن العلاقة العلاجية واحدة من أهم وأكثر العوامل حسما في فعالية العلاج.
- يمكن استخدام بعض البرامج التأهيلية المستعملة مع أطفال التوحد، حيث تساعدهم على مواصلة الدراسة كما لديهم مهارات لغوية مع وعي بالذات، لذا يمكنهم أن يشاركوا بفعالية في برامج العلاج النفسي.
- الدليل الدولي العاشر لتصنيف الأمراض CIM 10 .
- الدليل الإحصائي الخامس لإحصاء وتشخيص الاضطرابات العقلية DSM4 .
- مقياس تقدير السلوك التوحدي .

1.4.6 معايير التشخيص طبقا لدليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الرابع DSM4:

- 1- كل المظاهر الستة التالية، أو أكثر من المعيار 1، 2، 3 مع اثنين على الأقل من المعيار (1) ، وواحد على الأقل من كل من 2، 3.

1/ اختلال واضح في التفاعل الاجتماعي، والذي يتبدى في اثنين على الأقل من الآتي:

- اختلال واضح في استخدام السلوك غير اللفظي مثل: النظر من العين إلى العين، التعبير الإيمائي، الإشارات البدنية وإشارات تنظيم التفاعل الاجتماعي (المعطي، 2003).
- الفشل في تكوين علاقات خاصة مع الأقران، طبقا لمستوياتهم العمرية والعقلية.
- قصور في البحث التلقائي للمشاركة والاستمتاع والاهتمام والانجاز مع الآخرين.
- قصور في التبادل أو التواصل الاجتماعي أو الانفعالي.

2/ اختلالات كيفية في التواصل، كما يبدو في واحد على الأقل مما يأتي :

- تأخر أو قصور في نمو القدرة على الكلام (غير مصحوبة بأي محاولة لتعويض ذلك ببدايل للتواصل مثل الإشارات أو الإيماءات).
- مع الحالات التي لها قدرة على الكلام: وجود خلل في القدرة على المبادرة أو الاستمرار في الحوار مع الآخرين.
- الاستخدام النمطي المتكرر للغة الذاتية البدائية.
- قصور في التغيير، وعدم القدرة على اللعب الخيالي، أو المحاكاة الاجتماعية، بما يتناسب مع المستوى النمائي.
- 3/ وجود سلوك نمطي تكراري مقيد، في الأنشطة والاهتمامات، كما تبدو في واحدة على الأقل مما يلي:
 - الانشغال الشديد بالسلوك النمطي التكراري الشاذ.
 - انعدام المرونة، الرتابة والانشغال بأشياء روتينية.
 - التكرار الجامد لحركات محددة مثل: حركة اليد، أو الأصابع أو حركة نمطية في الجسم كله.
 - الانشغال الدائم بأجزاء فقط من الأشياء.
- 4/ تأخر أو خلل وظيفي في المجالات الثلاث (03) التالية من العام الثالث من العمر:
 - التفاعل الاجتماعي.
 - التواصل اللغوي.
 - اللعب الرمزي أو الخيالي. (DSM5, 2015)

إضافة إلى ما سبق، أطفال اسبرجر كثيرا ما يظهرون نطاقا من المشكلات الأخرى غير المعينة مثل: الفزع والخوف، اضطرابات النوم والأكل، نوبات المزاج العصبي والعدوان، إيذاء النفس، اغلب هذه الحالات يفتقدون إلى التلقائية والمبادرة والقدرة على الابتكار في شغل أوقات فراغهم . (عبدالمعطي، 2013)

كما أثار اهتمام الباحثة ظاهرة التشخيص عبر مواقع التواصل الاجتماعي، واستغلال حاجة الآباء وبحثهم المتواصل لإيجاد تفسير لحالة الطفل، لكن التشخيص هي عملية معقدة لا تتم أبدا عن بُعد دون مقابلة الطفل والأسرة، ووجود ملاحظة دقيقة لسلوكياته ولمهارات التواصل لديه، مقارنة ذلك بالمستويات الطبيعية من النمو والتطور.

وأيضاً الأخذ بعين الاعتبار التشخيص الفارقي، لأن الكثير من سلوك التوحدي يكون مشابهاً أو من أعراض اضطرابات الطفولة الأخرى ما يزيد من صعوبة التشخيص، ولهذه الأسباب يجب تقييم حالة الطفل على يد فريق طبي متكامل:

من طبيب الأطفال، طبيب أخصائي انف أذن وحنجرة، نفسي، عصبي، أخصائي نطق وتخابط، وظيفي، إجراء تحاليل طبية، إضافة إلى إجراء المقابلات مع كل أفراد الأسرة خاصة الوالدين.

7. صعوبات التشخيص في الجزائر:

يعتبر تقييم اضطراب اسبرجر صعباً حتى في الدول المتقدمة في مجال التشخيص والتكفل، ذلك راجع إلى ضعف القدرة على تطبيق محكات التشخيص -والتي معظمها غير مكيفة وغير مقننة-، أيضاً لتشابه الأعراض (أعراض المتلازمة) بالتوحد، كما أنه تم تجاهل هذا الاضطراب لمدة 30 سنة، بعد الوصف الذي قدمه مكتشفه الطبيب "هانز اسبرجر"، في أوروبا والو.م.أ، لكن بعد وفاته تم الاعتراف به عالمياً على أنه أحد اضطرابات النمو، بعد عدة دراسات وأبحاث، نذكر أهمها الوصف الذي قدمته Lorna Wing 1983، والذي يصب في نفس أبحاث اسبرجر (Attood.T, 2003).

يحدث الاضطراب في وقت لاحق من عمر الطفل، ويتم تشخيصه بعد السن الثالثة (03 سنوات)، هذا لأن الأطفال الذين يعانون من هذا المتلازمة، يظهرون عادين في كثير من جوانب الحياة، وبالتالي يمكن أن يكون من السهل أن نعزو تصرفاتهم الغريبة لمجرد كونها مختلفة أو خاصة.

فقد تكون العلامات الأولى مشاكل على مستوى المهارات الحركية، حيث غالباً ما يلاحظ عند الطفل ضعف في التناسق الحركي، إضافة إلى الشذوذ خاصة في مزاوله الأنشطة الرياضية الانفعال بتغيير المكان أو برامج النشاط اليومي (الروتين)، فائق الحساسية للأصوات العالية والضوء القوي، الروائح النفاذة، وأيضاً تدور معظم اهتماماته أو أحاديثه على موضوعات محددة .

من خلال التشخيص والتدخل المبكر، نتمكن من تحسين وضعية أطفال التوحد بصفة عامة، فكلما كان التشخيص أو الكشف المبكر عن أعراض المتلازمة بشكل عام يخفف من معاناة الأهل و الطفل معاً، لكن صعوبة إجراء تشخيص سليم للأطفال المصابين بالجزائر، هذا راجع إلى أن أطباء الأطفال يفتقرون بشكل نسبي إلى الخبرة اللازمة لتشخيص الاضطرابات النفسية والتعامل معها مقارنة بأقرانهم

الغربيين، وبصفة عامة هناك نقص في الأطباء المختصين في معالجة اضطرابات النمو لدى الأطفال في الدول العربية وخاصة الجزائر، إضافة إلى نقص وسائل التشخيص والفحص المتطورة، والخاصة بمتلازمة أسبرجر .

إلى جانب نقص الوعي لدى الآباء فيما يتعلق بالمتلازمة، والذي يشمل الإخفاق في التعرف على الأعراض الأولى للاضطراب، وبالتالي عدم طلب التشخيص والعلاج، إضافة إلى أن الاعتناء بالطفل المتوحد عملية مكلفة وعبئا على الموارد المالية للعائلة، لأنه يحتاج إلى كشف طبي متعدد التخصصات أي عرضه على عدة مختصين :

طب الأطفال (Pédiatrie)، طب الأطفال العقلي (Pédopsychiatrie)، طب الأعصاب (Neurologie)، الأخصائي النفسي (Psychologie)، أخصائي أطفوني Orthophonie، بحيث لا تستطيع معظم العائلات تحمل تكاليف الفحوصات الباهظة، مما يضطرها إلى إبقاء الطفل داخل الحيز الأسري واعتباره مريض عقلي. وعليه يحتاج الأطباء والأخصائيين النفسيين لإعادة تدريبهم بصورة منتظمة على تمييز الملامح الأساسية لمتلازمة أسبرجر على وجه الأخص؛ وما يتصل بها من تشخيصات متفاوتة، وخيارات للتعامل، بالمفهوم التكويني ل جون بياجيه (J.Piaget): "يتطلب النمو مساعدة وفهم في تهيئة أحسن ظروف ممكنة لوقاية الطفل من الاحباطات الضخمة التي تفوق إمكانياته التكيفية، بمعنى يجب على المحيط أن يكثف تدخلاته حسب الإمكانيات الخاصة بكل طفل، إيقاعه الخاص، مفهومه وقدرة تحمله." (ميموني، 2003).

ويمكن للجمعيات (الفعالة) أيضا المساهمة في توعية المجتمع (الآباء)، ذلك -عبر وسائل الإعلام مثلا- بمداه وضمان الحصول على معلومات دقيقة حول أعراض الاضطراب، بهدف توفير خيارات أفضل، وفرص للعائلات التي تضم الحالات، للمساهمة في الكشف المبكر، مما يساعدها في عملية التكفل، وتوفير حياة أفضل لهم .

8. طرق التكفل والعلاج في الجزائر والخارج:

ليست هناك طريقة علاج واحدة يمكن أن تنجح مع كل الأطفال المصابين بالمتلازمة، كما أنه يمكن استخدام أجزاء من طرق علاج مختلفة للتكفل بالطفل الواحد، باعتبار أن في كل طريقة ثغرات واضحة على الرغم من أنها مبنية على جهود كبيرة في البحث من الجهة النظرية وبسبب التنوع

الكبير في الحاجات الخاصة لمختلف أطفال هذه الفئة، باعتبار وجود الفروقات الفردية من الجهة العملية.

فتكون مزيجا من : العلاج السلوكي الذي يساعد على تعلم المهارات والحد من السلوكيات غير الطبيعية، ومعالجة النطق واضطراباته، العلاج الطبيعي أو الفيزيائي والعلاج الوظيفي خاصة فيما يتعلق بالخلل الحسي لعدم تمكن الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من ترجمة الأصوات مما ينتج عنه اضطراب في الإدراك السمعي ، الأدوية الكيميائية: من أجل تخفيف بعض الأعراض كالرفرفة بالأيادي، أو إيذاء الجسم (العض، ضرب الرأس)، تغيير النظام الغذائي، استشارات نفسية وأسرية.

1.8 الناحية السلوكية:

1.1.8 طريقة التحليل السلوكي (lovaas): تقوم على أساس أنه يمكن التحكم بالسلوك بدراسة البيئة التي يحدث بها، والتحكم في العوامل المثيرة لهذا السلوك، بحيث تعتمد على استخدام الاستجابة الشرطية بشكل مكثف.

2.1.8 تيتش (Teacch): علاج وتعليم الأطفال المصابين بالتوحد وإعاقات التواصل المشابهة، تمتاز أنها طريقة تعليمية شاملة لأنها لا تتعامل مع جانب واحد للطفل كاللغة أو السلوك فقط بل تقدم تأهيلا متكاملًا.

3.1.8 طريقة تحليل السلوك التطبيقي (ABA): هو برنامج فردي لتعديل السلوك، مما يساهم في اكتساب الطفل المصاب بالمتلازمة مهارات اجتماعية ولغوية، حيث يتم تقسيم الأعمال المعقدة والصعبة إلى أعمال ومهارات بسيطة يسهل على الطفل تعلمها وممارستها، بالتالي التدريب على الاستقلالية. (Attood.T, 2003).

من هنا نستنتج أنه من الضروري اشترك عدة اختصاصات في التشخيص والتقييم:

2.8 الناحية الطبية:

عن طريق طبيب نفسي أطفال (pédopsychiatre)، أو طبيب أطفال متخصص في النمو والتطور (pédiatre)، أو طبيب أعصاب أطفال (neuropédiatre).

كما أثبتت عدة تجارب مخبرية أن عملية سحب المعادن من جسم الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر لا يعالج الاضطراب والحالة تنطبق على كل أطيف التوحد، لأن كل إنسان معرض للزيادة أو النقص في المعادن ولا يستثنى بذلك الأطفال المصابون بالمتلازمة، قس على ذلك النظام الغذائي بدون غلوتين أيضا.

لأسباب المذكورة سافا يقوم الطبيب بالفحوصات المخبرية، من تحاليل دم وأشعة وغيره، لاستبعاد أي أمراض أخرى، يمكن التكفل بها من خلال التشخيص المبكر.

3.8 تقييم القدرات العقلية:

عن طريق الأخصائي النفسي، الذي يشترط فيه الكفاءة العلمية: المتمثلة في الخلفية النظرية، الأكاديمية، والمهارة الميدانية المهنية للتعامل مع هذه الفئة.

بحيث أنه لم يعد يقتصر عمل الأخصائي النفسي على إجراء الاختبارات النفسية القياسية، بل أصبح يساهم في حل مشاكل الطفولة، ويشارك الفريق الطبي المعالج في الكثير من المصالح الاستشفائية، في مهمة العلاج والفحص النفسي، فنجده يساهم في تعديل الكثير من السلوكيات المضطربة من خلال تدخلاته لأغراض علاجية، هذه التعديلات يمكن أن يستفيد منها الطفل المفحوص، كما تستفيد منها الأسرة، كما يساعدها على تكييف مواقفها العلائقية والتربوية بعد أن يدركوا ما لهذا الموقف من قيمة وأهمية. تعاد الصياغة .

4.8 تقييم الناحية اللغوية:

من مهام أخصائي التخاطب أو الأطفونوي، الذي يتولى تحديد أوجه النقص والاضطراب وإعادة التربية اللغوية للطفل .

أما في الجزائر، على حسب رأي الباحثة (بحكم عملها في الميدان)، ما زال عدد الأخصائيين النفسيين المؤهلين لذلك قليل جدا، بالمقارنة مع ارتفاع عدد حالات التوحد.

9. مساعدة الحياة المدرسية: AVS (في الجزائر)

في الوقت الحاضر أصبح من الضروري أن يتطور هؤلاء الأطفال في بيئة عادية، نظرا لقدراتهم، حتى يتمكنوا من الاستفادة الجيدة من التكفل التعليمي التربوي المكيف، وخلال إدماجهم المدرسي غالبا ما يكون وجود مساعد الحياة أو الدمج المدرسي ضروريا ومفيدا في توجيهه نحو الاستقلالية الذاتية.

هي المعلمة المساعدة والمساندة للطفل، تخصصها علم النفس الإكلينيكي أو تربية خاصة، ويكون راتبها سواء على عاتق الأسرة بالتنسيق مع مديرية التربية أو عن طريق مديرية النشاط الاجتماعي DAS (الجزائر)، وتعتبر همزة وصل بين التلميذ ومعلم الفصل، حيث لها دور إشرافي من مهامها مساعدة الطفل على تفسير وشرح ما يطلبه معلم الفصل بطرق مختلفة، ومساعدته أيضا على التكيف في المدرسة، كذلك تقديم كل ما يحتاجه مثل: ترتيب الأغراض، الأكل، وضبط سلوكياته داخل القسم (المساعدة على النظام والانضباط)، وأيضا العمل على اندماجه مع الزملاء، ذلك بهدف تقبل الجماعة واللعب الجماعي لهذا من الضروري أن يكون لدى كل مدرس خلفية على هذا الاضطراب.

الفصل الرابع: عائلة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر

تمهيد

1. مفهوم العائلة.
2. واقع العائلة والطفل في الجزائر.
3. موقف الأسرة في حالة وجود طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر.
4. التشخيص واتجاهات العائلة.
5. تأثير المتلازمة على العلاقات داخل النسق.
6. تأثير المتلازمة على العلاقات خارج النسق.
7. دور الأسرة في عملية التكفل.
8. عملية العلاج البنائي في حالة متلازمة اسبرجر.
9. عملية تشخيص المشكلة الأسرية.
10. دور المعالج الأسري.
11. أهمية ادماج العائلة في العلاج البنائي.
12. أهمية العلاج البنائي للعائلة.
13. صعوبات مشاركة الأهالي في البرامج النفسية التربوية.

تمهيد:

إن الاهتمام بصحة الأهل النفسية، وتهيئة الجو الاجتماعي لقبول حالة الطفل، ومن ثم توجيه الأهل إلى كيفية التعاطي مع باقي أعضاء الأسرة، هي أمور ضرورية جدا ومن مهام المعالج، بذلك العلاقة الأولى التي تنشأ بينه وبين الأهل والتي تتم عن الكثير من المعلومات التي تسهل العملية العلاجية.

1. مفهوم العائلة:

منذ الأزل لقد ساهم الباحثون العرب والغرب في تبيان مفهوم العالة وتحديد أهم ركائزها ومقوماتها؛ ومن التعريفات التي تبين مفهوم العائلة:

1.1 المفهوم اللغوي: على وزن فاعل(صيغة مؤنث) بمعنى مفعول، من عَالٍ يَعُولُك عال عياله عولا، بمعنى قاتهم وأنفق عليهم.

قد ذكر أنه يمكن تخريج لفظ "عائلة" على أنه إسم فاعل بمعنى مفعول، وهذا وارد في كلام العرب ، مثل تأويلهم لقوله تعالى: "فَهُوَ فِي عَيْشَةٍ رَاضِيَةٍ". الآية 7 من سورة القارعة، بالعيشة المرُضية.

قال الفراء: أهل الحجاز يجعلون الفاعل مفعول/ الجمع: عائلات أو عوائل: وهي الخلية الأساسية في المجتمع البشري واهم جماعته الأولية.

2.1 اصطلاحا: العائلة هي أشمل وأكبر من الأسرة، الا انه في الاستخدام السائد توصف العائلة بالأسرة أيضا، ويستخدم المصطلح بالتبادل فيمكن القول: الاسرة الحاكمة أ العائلة الحاكمة. لكن إذا كان للأب عائلة والأم عائلتها هنا تعتبر أسرة موسعة فنقول عائلة، ولكن علميا يوجد مفارقات، نوضحها فيما يلي من التعاريف:

تعتبر العائلة دعما من دعائم البناء الاجتماعي، لما لها من روابط روحية ودينية ونفسية ومادية، فهي مصدر قوة للفرد، خاصة غذا كانت عائلة متماسكة تمنح أجواء الاستقرار النفسي والعاطفي ليتجاوز الفرد مشاكل الحياة، فيكون أكثر قوة، فأغلب الدراسات النفسية التي تجرى على الأفراد وخاصة الاطفال في تحليلها لسلوكه على علاقته مع أفراد عائلته لا نها تعطي بدون مقابل، و فقط من خلال

العائلة يمكن للفرد أن يتعلم العديد من القيم وبالتالي لان ما يعيشه داخل العائلة يحدد دوره وبالتالي ينعكس دوره في المجتمع.

لا يمكن القول والجزم أن هناك عائلة مثالية خالية من المشاكل بالعكس فإنها تقاس درجة تماسك عائلة ما على مدى قدرة أفرادها على تجاوز هذه المشاكل والمواقف العصبية في الحياة وكيفية التعامل معها بليوننة من جهة ، ومدى تكاتفهم وقوة تحديدهم لهذه المشاكل.

3.1 مفهوم العائلة في علم النفس:

السؤال المطروح في هذه الدراسة ما هي العائلة المقصودة؟ لأنها ليست بالأمر المُسلم به، هي ليست مكانا للنوم أو الأكل لأنها لا تمثل الفندق أو المطعم، ولكن هي تبادل وتفاعل بين أفرادها حيث يتم تكوين شخصية كل منهم فيصبح قادرا على التعامل مع العالم الخارجي وتحدياته كما أنها أصبحت وسيلة لاكتساب مهارات في عالم المعلوماتية في ظل التحولات الاجتماعية.

في العلاج البنائي يتغير مفهوم العائلة، فلم يعد ذلك التعريف الكلاسيكي المحصور في عدد الأفراد وأدوارهم داخلها، لكن بالنسبة لمنوشن هي أكثر من الديناميات النفسية لأفرادها، حيث تسير بدلا من ذلك على قواعد يفهمها كل أعضاء الأسرة، وهي التي تحدد كيف، متى، ولمن يستجيب كل فرد في العائلة، حيث أن مجموع القواعد تمثل أنماط التفاعل بمعنى البناء الذي ينظم سلوك كل شخص وخبرته مع الواقع"

(كفاي، 2006).

4.1 العائلة المعتلة (المریضة):

يميل المعالجون في مدرسة العلاج الأسري إلى الحديث عن تعطيل الأداء أو الاعتلال الوظيفي بدلا من الحديث عن المرض، ويقصد بالاعتلال الوظيفي للأسرة، عدم قدرة أفراد الأسرة على الوصول إلى الأهداف المرغوبة في القرب والتعبير عن الذات، فعندما لا يكون من الممكن تحقيق هذه الأهداف، فان السلوك المتصف بالأعراض يحدث.

إن الأسرة السليمة والفعالة هي التي تشبع فيها حاجات مختلف أفرادها أما في الأسرة معتلة الوظيفة، فالحاجات لا تجد إشباعاً ومن ثم فإن السلوك الخاص بالأعراض يحدث و يظهر. يعتبر مينوشن العائلة السليمة هي التي تستطيع التخلص من العلاقات المختلة داخلها. (Minuchin S. C., 1998)

2. موقف الأسرة في حالة وجود طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر:

قبل ولادة الطفل يكون كل من الأب والأم صورة استهامية عنه، والتي تتميز بالمثالية: سلامة صحته البدنية والعقلية، ونذهب أكثر من ذلك إلى محاولة الاستثمار، من خلال تلبية حاجياته الجسدية، العاطفية والنفسية، ذلك بهدف إشباع الرغبات النرجسية لهما .

" لكن عند ظهور أعراض غير طبيعية على الطفل خاصة في حالة متلازمة اسبرجر حيث أن الأعراض تظهر بشكل متأخر في حوالي سن الثالثة من عمر الطفل، كعدم تجاوبه مع الأم وجدانياً، أو انعدام اللغة اللفظية، هنا يعتقد بعض الأولياء أن هناك جنياً يربط لسان الطفل و يمنعه من الكلام، وسيغادر جسده بعد جلسات الرقية. (Boulekras, Le petit guide sur l'autisme, 2011).

الاضطراب يحدث معاناة كبيرة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد، وذلك للوسم المدرك ولمختلف مشاعر الحرج وتدني في مشاعر تقدير الذات" (زروالي، 1 جوان 2018).

أما نوع آخر من الأمهات (وما أكثرهن في مجتمعنا لاعتقاد سائد أو جراء تأثير المحيطين) يعتقدن أن دمّه ثقيل " أو لسانه ثقيل " لذلك تلجأن إلى طريقة شعبية قديمة، فتحضرن له سبعة (7) أسنة خروف من عند الأقارب والحيران، و تطلب منه أكل كل يوم لسان، فتتفك عقدة لسانه، ولهذا من الصعب جداً على الأولياء تقبل إعاقه طفلهم، وتشخيصه باضطراب التوحد، فيفضلون في البداية اللجوء إلى أساليب الشعبية التقليدية الشائعة والمنتشرة بكثرة، في رحلة البحث عن صفات ناجحة لإنقاذ طفلهم.

ومن المُسلّمات في بيئة الأسرة يتعلم الطفل الكفاءات الاجتماعية والعقلية التي يحتاجها، وحين يكون من ذوي الاحتياجات الخاصة يتأثر جميع أعضائها، لأنه يفرض مطالبا تجهد قدرة الأسرة على الأداء.

هذا ما تؤكدُه دراسة كل من (Moro Marie Rose et Thierry Baudet (2009) المقاربة الثقافية في مستوى التمثلات الأنطولوجية التي تشير إلى تمثلات الآباء حول ابنهم طبيعته هويته وأصله وطريقة نموه وروابطه العائلية. مستوى النظريات السببية التي ترتبط بالتمثلات الانطولوجية والتي تعمل في البحث لإعطاء دلالة لاضطراب الابن أو الوالدين تكون مقبولة ثقافيا (زروالي، 1 جوان 2018).

إن استعمال تقنية (EMIC (Explanatory Model Interview Catalogue لعشرة أمهات لأطفال مصابين بالتوحد حيث توصلتا الباحثتين إلى أن النموذج ذو الطابع الثقافي يعمل على تفسير اضطراب أطفالهم بالموازاة مع العلاج الشعبي والتقليدي حيث يمضي هذا النظام التفسيري جنبا إلى جنب مع التفسير البيوطبي الذي يتوافق مع العلاجات المهنية ومختلف سلوكيات طلب المساعدة المؤسساتية (زروالي، 1 جوان 2018).

3. التغييرات داخل العائلة:

إن إعلان الاضطراب بالنسبة للأسرة وخاصة للوالدين (الأب والأم) ، يعتبر نقطة فاصلة بين حياة طبيعية مليئة بالاستقرار ،وحياة جديدة يملؤها غموض الاضطراب وصعوبة التعامل مع الطفل والمستقبل المبهم لهته الفئة في الجزائر، في ظل غياب مراكز متخصصة في ال رعاية الشاملة (النفس اجتماعي) لأطفال طيف التوحد، والتكفل النفس اجتماعي بالأسرة على حد سواء، بوجود اضطراب يلازمها مدى الحياة مما يترتب عليه من تداعيات التي تبدأ بالصدمة ثم الإنكار في بعض الحالات لتنتهي بالاكئاب في شكل العزلة (الانقطاع عن زيارات الأهل والأقارب والعزوف عن المشاركة في

الفصل الرابع : عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر

المناسبات والحفلات العائلية...، تمتد حتى للأعياد والمواسم الدينية). لعل من أهم الأسباب هو التأخر في الكشف مردهً جهل الأعراض أو التهاون من طرف الوالدين، أو تأخر التشخيص المبكر راجع لعدم تعامل بعض الأطباء مع هذا النوع من الأطفال وعدم لجوئهم إلى التشخيص الفارقي منه الوقوع في الخلط بين أعراض طيف التوحد والتأخر العقلي مثلاً....

عندما يشخص الطفل بأنه مختلف مع احتياجات خاصة، فليّن سلسلة من التغيرات الهامة، والتي يمكن التنبؤ بها تحدث داخل الأسرة، ولكن قبل ذلك يجب التطرق إلى موقف الوالدين من العلاجات النفسية في الجزائر، والذي يكون متأثر بالأفكار مسبقة عن هذا الاتجاه ما يشكّل بعض العوائق أمام العلاج، لأنه يعكس المقاومات اللاواعية المتمثلة في المواقف والمعتقدات السائدة للجمهور فيما يخص علم النفس عامة.

مطالبة الآباء بأن يبذلوا المزيد من الجهد الإضافي لرعاية الطفل، وأيضاً عليهم التطلع ومعرفة أهم الخدمات التعليمية التي تليق بوضعيته الصحية، وعمليات التقويم. من جهة أخرى شعورهم بالعجز وفقدان السيطرة على حياتهم، و أن أشخاص خارج العائلة هم الذين انتقلت إليهم هذه السيطرة مثل: الأطباء، الأخصائيون النفسيون، المربّون... كما أن الأدوار الوظيفية للأفراد تتغير أيضاً. على الأشقاء معرفة أن الأخ مختلف عنهم، له احتياجات خاصة وذلك بهدف معرفة كيفية التعامل معه. تحدث التغيرات أيضاً عندما تبدأ الأسرة بتلقي معلومات و توجيهات في موضوعات كانت في السابق تعتبر من خصوصيات الأسرة فقط.

نجد التغير أيضاً في المشاعر، بحيث أن الكثير من الأسر نجدها قد وُصمت (stigmatisation) كنتيجة لتشخيص أحد أبنائها، وتبدأ الأسرة في تشكيل هوية عامة حول الطفل ذو الإعاقة.

4. تأثير الطفل في علاقات العائلة:

يظهر تأثير الطفل (متلازمة اسبرجر) في حياة الأسرة واضحا في نشاطاتها اليومية وعلاقاتها الاجتماعية ووضعها الاقتصادي وأسلوبها في التعامل مع الطفل نفسه ومع غيره من أشقائه الأسوياء، ويظهر هذا التأثير في المظاهر التالية التي تميز حياة الأسرة:

- 5 - لدى الأبوان شعور داخلي بانهما مسؤولان عن اعاقه الطفل.
- 6 -الميول نحو الرعاية والحماية الزائدة للطفل.
- 7 - ضعف تكامل و تماسك الأسرة.
- 8 -تطور بعض الآثار والاتجاهات السلبية بين الإخوة والأخوات الأسوياء كنتيجة لوجودهم مع أخ مختلف عنهم .
- 9 -الحد من نشاطات الأسرة.
- 10 - الإشراف المستمر والدائم من قبل الأسرة على الطفل.
- 11 - ظهور بعض المشكلات العاطفية والسلوكية والاجتماعية لدى بعض أفراد الأسرة.
- 12 - تأثر الحياة الجنسية بالنسبة للزوجين بسبب الخوف من إعادة إنجاب طفل آخر بنفس الاضطراب (satir, 1995).

وهذه الخصائص بمثابة أعراض تقدمها الأسرة التي تعاني من سوء أداء مزمن لوظائفها والذي سوف يؤثر على توافق الطفل فيما بعد على حياته ككل.

وفي هذا الصدد كتب هانز اسبرجر: " نحن على اقتناع إذن أن الأشخاص الذين يعانون من المتلازمة لهم مكانهم في الكيان الاجتماعي للمجتمع، إنهم يؤدّون دورهم بشكل جيد، ربما بشكل أفضل حتى من أي شخص آخر، ونحن نتحدث عن أشخاص عانوا في طفولتهم بصعوبات بالغة، وتسببوا في أشكال لا توصف من القلق لأولئك الذين قاموا على رعايتهم " (مجدي، 2013).

1.4- التأثير على العلاقات الداخلية للنسق:

1.1.4 على الوالدين (الأب والأم):

إن وجود مرض أو اضطراب في الأسرة يعتبر من العقبات التي تتصدى لسيرورة الأسرة، حيث يتطلب التكيف معها، وهذا الأخير (التكيف) هو عملية تفاعلية يتغير على إثرها نظام الأسرة ككل، فتلقي الأبوان أخبارا مثيرة حول صحة الطفل، يؤدي حتما إلى تغير عاداتهم ورغباتهم، وكذا مشاريعهم، إذ تستلزم السرعة في إعادة بناء سلوكهم.

إضافة إلى أن إنجاب طفل سوي ومستحسن من طرف الآخرين، يزيد من قيمة الأبوان ومن اعتزازهما، أما المعاق فيسبب جرح نرجسي، حيث "أن قصور الطفل يمس الأم في نرجسيتها وكل ما يقاس من قيمته تعتبره مس لشخصيتها الخاصة" (M.Measter, 2012).

ويؤكد **Scelles** أن ميلاد طفل المعاق هو دائما جرح نرجسي للأبوين، كما أن الإعاقة مهما كانت درجتها تتسبب في شعور الأبوين بالذنب، إما على عدم قدرتهم على إنجاب طفل سوي أو عجزهما على حمايته، فنجد رأي **V.Satir** والتي تعتبر أن لدى الأبوان شعور داخلي بأنهما مسؤولان عن حالة الطفل. (satir, 1995).

إن معاش طفل المتلازمة الذي يعتبر غريبا على الآباء الأسوياء، فهم عاجزون عن تصور ما يحس به، وبالتالي غير قادرين على مساعدته في التفاعل والتواصل معه، وتمثيل ما يشعر به والتعبير عنه، هذا ما يفسر حدوث الإحباط لدى الوالدين، أيضا لعدم قدرتهم على إرضائه، وتؤكد هذا الرأي **Scelles** باعتبار أن التفاعلات بين الطفل المضطرب وأقربائه تصبح مصدرا للإحباطات (Denis, 2013).

في هذا الإطار تفسر نظرية بوين عملية الإسقاط في الأسرة :

يتمثل القلق عند الأم عندما تبدأ جوانب أداء الإبن (الطفل) للوظائف التي تنعكس على استجاباته والتي تكون بالقلق أيضا، فقد تصبح الأم قلقة بشأن قول أو فعل قام به، فقد تصبح زائدة الحماية (الحماية المفرطة)، في استجابتها للطفل، لأن رأي الأم ينبع من قلقها الخاص، فتعتبر أن رأيها يمثل الحقيقة،

من ثم يبدأ الطفل بالسلوك كما تتخيل الأم وعليه تهدأ بحيث يستهلك الطفل الصورة التي كونتها عنه (Donald, 2005).

2.1.4 وضع الإخوة أو معاش الإخوة:

عندما يتواجد طفل من ذوي الاحتياجات الخاصة داخل الأسرة، نجد الأبوين (الأب والأم) يصبان جل اهتمامهما نحوه بالأخص إذا كان مصابا باضطراب التوحد حيث يصبح شغلهم الشاغل كل الوقت، فإذا كان الطفل الوحيد هذا لا يطرح مشكلا كبيرا، ولكن السؤال الذي يطرح نفسه ما مصير الإخوة الآخرين من الذكور والإناث؟ نتطرق إلى هذا الموضوع من عدة أوجه:

1. المكانة: مكانة الطفل المصاب بالمتلازمة داخل العائلة.
2. السن: هل الإخوة هم أكبر من الطفل المصاب أو اصغر منه والفوارق في السن بينهم أيضا.
3. شخصية كل طفل.
4. المعاش الأبوي ومدى أهمية التواصل داخل النسق الأسري.
5. طريقة رد فعل كأخ وأخت اتجاه المعاملة الأبوية الخاصة للطفل المصاب بالمتلازمة، كنتيجة للنقاط المذكورة سالفًا.

6. عندما يأتي الآباء للفحص والذي يكون في معظم الوقت من أجل الطفل المصاب بالمتلازمة، أثناء عملية الإصغاء من طرف المعالج، والتي تدور حول التعبير عن المخاوف والمعاناة الظاهرة والمشروعة، لكن المعالج يتوصل عن طريقهم إلى سماع صمت الإخوة، حيث أن معاشهم منسي ولمدة طويلة (منذ ظهور الاختلاف على الطفل وتأكيد تشخيصه): الأحاسيس العواطف والتماثلات لديهم كلها تنقل سواءا بالتعبير الشفهي أو غير المباشر (عن طريق التغيير في سلوكياتهم الإيماءات علاقاتهم

ببعضهم البعض أو بالأباء) والتي من الممكن أن ترتبط بطريقة مباشرة بالاضطراب ، لكن أيضا بالتغيرات في التعديلات والتنظيم العائلي والذي يعتبر كنتيجة .

7. ردود أفعال الإخوة تكون مختلفة متجهة نحو سلوكيات الاستسلام أو الإصلاح وتذهب حتى الى مواقف مرضية في جميع الحالات فان المعالج له دور كبير وهام ليلعبه سواء في عملية علاج الطفل المصاب بالمتلازمة أو التكفل بالأباء والإخوة الذي يتمثل في العلاج الأسري النسقي.

5. التأثير على المحيطين (العلاقات الخارجية):

تحمل نظرات وتركيز الآخرين على الطفل المعاق، مما في ذلك تساؤلاتهم وتعليقاتهم لذلك فان الإعاقة تحد من العلاقات مع العالم الخارجي، أما بدافع الخجل أو بدافع حماية الطفل من الاحباطات التي تسببها نظرات الآخرين التي تتمثل في الشفقة، عزلة الأسرة خوفا من عدم تحمل الطفل لكثرة الغرباء أو نظرا لحاجاته الملحة التي تخرج الأهل خلال زيارتهم للآخرين، حيث انه منذ ولادة الطفل تتعزل الأمهات ولا يحضرن المناسبات العائلية بسببه، محاولة الأهل أبعاد كل الصعوبات التي تعترض الطفل فتجعله لا يبحث عن الحلول لمشاكله ولا ينمي القدرات الخاصة به. المعاملة الصحيحة تتمثل في انتظاره وإعطائه الوقت الذي تتطلب حالته لطلب حاجياته.

6. اتجاهات العائلة نحو الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر:

قد أشار (Johnston et joanne2004) إلى أن هناك عدد من المشاعر التي يظهرها والدا الطفل المعاق خاصة الأم من بينها: الشعور بالذنب الغضب خيبة الأمل الانسحاب الإنكار وذلك في البداية ثم تتحول هذه المشاعر إلى الاكتئاب العجز التناقض و الشعور بوجود حمل ثقيل على عاتقهم" نقلا عن عبد الرزاق عبد (2017، ص 155)/خنساء، المشكلات التي تعاني منها أمهات أطفال التوحد، الكتاب السنوي لمركز أبحاث الطفولة والأمومة ، المجلد 11، عدد خاص 168-153. مطبعة جامعة ديالى. محمل من الموقع الالكتروني: (http://search.qp Quote)، مع وجود مشاعر الحزن وفقدان الطفل

السليم وقد أطلق عليها أعراض الحزن المزمن. الطفل يسبب مشاكل عائلية ويؤثر بشكل كبير على حياة الزوجين لأنه في حاجة مستمرة للعناية والمراقبة الدائمة ومنه زيادة في ثقل المسؤولية خاصة عند التفكير في المستقبل الطفل بسبب ارتفاع رسوم الرعاية و التأهيل فيصبح تركيز على المشكلة.

الصدمة أثناء التشخيص : التي تتمثل في **النفي و إنكار الواقع (le déni)** والتي تظهر على شكل عدم تصديق الأهل خاصة الوالدين بأن الطفل يعاني من الاضطراب أو المتلازمة، وعدم الاعتراف بان الطفل مختلف، وتتمثل أعراض الصدمة في التشكيك في تشخيص الطبيب، والتوجه إلى عدة مختصين في مختلف الاختصاصات على أمل الوقوف تأكيد صحة وجهة نظرهم والتي تتمثل في سلامة بدن وعقل الطفل -الذي أنجبهه- هذا بالرغم من ملاحظاتهم التغيرات التي طرأت على الطفل على مستوى السلوكات بصفة خاصة، والتي تُبرر على أنها عابرة فقط بحكم سيرورة النمو(لا يزال في إطار النمو، وله مشكل طفيف وعابر).

-**الانسحاب الاجتماعي:** المتمثل في الانعزال والامتناع عن حضور المناسبات الاجتماعية وخروج الأم إلا للضرورة (العمل مثلا)، إلى جانب تقديم مبررات مختلفة حول المشكلة بسبب الوصمة الاجتماعي (La stigmatisation) للأسرة التي لديها طفل مختلف، لتفادي نظرة الناس وملاحظاتهم، وهي كلها آليات دفاعية نفسية مشتركة بين أفراد الأسرة، كثيرا ما يلجئون إليها من أجل تجنب الألم النفسي ومشاعر القلق والحزن لديهم.

- عدم الرغبة في التفكير أو التخطيط لمستقبل العائلة.

- القيام بالأعمال بطريقة أوتوماتيكية .

- **الشعور بالعجز وعدم القدرة على الإنجاب السليم :** من ناحية الصحة الجسمية والعقلية، ولدى بعض الأمهات الخوف المرضي حتى من الإنجاب، وتكرار التجربة مرة ثانية، أو بالمقابل محاولة الإنجاب لإثبات العكس.

عدم تقبل نظرات المجتمع وعدم الإحساس بمعاناة الأسرة والطفل، فأغلب الانتقادات الموجهة للوالدين تكون في إطار التقصير، أين تعتبر الاضطرابات السلوكية التي يقدمها الطفل بمثابة تدليل منهم، وعدم القدرة على تلقينه التربية الجيدة هذا ما يؤدي (بالأب والأم) إلى التسبب في الجرح النرجسي والإحساس

بتأنيب الضمير، منه إلى الانسحاب من الحياة الاجتماعية ، وتجاهل كل المناسبات العائلية من أفراح وأعياد... كردة فعل إرادية تغير مسارات اهتماماتها وأولوياتها ، ليتم تضيق حتى دائرة المعارف ليضع الأولياء نصب أعينهم راحة الطفل قبل كل شيء.

7. دور العائلة في عملية التكفل :

إن التدخل العلاجي بقيادة كلا الوالدين أو أحدهما، ذو فوائد طويلة الأمد للأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر، حيث يقول **Jonathan Green** باحث من جامعة مانشستر البريطانية " يعتبر أول تدخل علاجي يظهر تحسّات متوافقة في الأعراض الأساسية على مدى فترة طويلة من الزمن، بالرغم من تجريبي العديد من التدخلات العلاجية بما فيها تلك القائمة على العقاقير" (Denis, 2013).

كما هو معروف، فإن دور الأسرة مهم في رعاية الطفل، لذلك يجب توفير الدعم اللازم والتثقيف الوافي للأهالي، ليستطيعوا القيام برعاية أطفالهم على أفضل وجه ممكن بشكل خاص في السنوات الأولى حيث لا يوجد مراكز تعليم وتأهيل للأطفال في هذا العمر. المرج (الختاتنة، 2014).

الرعاية الكاملة لحاجاته الأولية تعطيه شعورا بالأمن، الهدوء والاستقرار، فعلى الأم أن تؤمن بأن طفلها سوف يتقدم، حتى إذا كان معاقا ومختلفا عن الآخرين، سوف يتمكن من الوصول إلى السعادة والإحساس بالرضا بطرق غير متوقعة، إذا توفرت له البيئة المتفهمّة لحاجاته النفسية، الاجتماعية، والجسمية فعلى الأم أن تزود طفلها بالحب، الاطمئنان والاستقرار والثبات، هذه المشاعر التي يحتاج إليها لمساعدته على النمو السليم". (فهيم، 2015)

شملت التجربة الأساسية لنتائج الخبراء في نفس الجامعة، أطفالا مشخصين بالمتلازمة تتراوح أعمارهم من 03 سنوات إلى 04 و 11 شهرا، وتم قياس أعراض كل طفل وإعطاء درجة شاملة لحدة حالته، ومن بين 152 عائلة مشاركة في الدراسة، صور مختصوا مرض التوحد عند الأطفال التفاعلات بين الوالدين والطفل 12 مرة لمدة 06 أشهر عند نصف العائلات المشاركة، وحلوا التفاعل بين الوالدين والطفل قبل تقديم التوجيه للوالدين، بالطرق المختلفة التي يمكن لها أن تثير

مهارات الاتصال للاستجابة لاحتياجات الطفل والتلميحات المخفية بطريقة أفضل، ثم أعقب ذلك 06 جلسات علاجية على مدى ستة أشهر من خلال الوالدين والأطفال (Denis, 2013).

لكن مع التدخل المبكر كل شيء جائز، ويمكن أن نصل إلى نتائج مُرضية، والأهم من ذلك تدريب الأسرة لأنها الأساس، فمن خلال ملاحظتها، نجد أن الأسرة التي تعمل مع طفلها التوحيدي مبكراً، وتستخدم كل الطرق لمساعدة الطفل يتحسن طفلها بسرعة، ولكن العكس الأسرة التي لا تحاول مع الطفل، وتعتمد فقط على مركز التدريب يتحسن ببطء.

كما أنه من تجارب الآباء في الكفاح والسفر من بلد لآخر من أجل البحث عن علاج، بحيث مُجِّت بتجارب مذهلة، وخالصة التجربة أن المتوحد يجب عليه أن يغير البيئة أو الجو الذي يعيش به، لأنه يساعده في الاندماج بوتيرة أسرع انطلاقاً من التواصل البصري.

وطفل متلازمة اسبرجر شأنه شأن أي إعاقة أخرى لا بد من إرشاد نفسي للأهل لأنهم بمثابة المرجع الأولي والأساسي للمعالج.

تطور الذات ليس فقط بالنسبة للقدرات ولكن أيضاً بالنسبة للتأثيرات العالم الداخلي والتي تتمثل في المنافسة، إحساس الغيرة الاحباطات خيبات الأمل والتفاعلات بين الإخوة و الأخوات كلها تأثيرات تعتبر منبع ومثيرات مهمة لتطور الطفل فتعلمهم المشاركة من محاسن العيش وسط الإخوة فالعلاقات مع الإخوة تعتبر تمهيدا للعلاقات الاجتماعية الخارجية مستقبلاً.

حيث أشار M.Rufo 2002: كل الأطفال هم بحاجة إلى مرجع الذي يسمح لهم بالقيام بعملية التمييز المشاركة، التبادل، الاتصال والمعارضة (Régine, 1998).

تكمن أهمية الإخوة أيضاً في منع علاقة الانصهار والاندماجية التامة مع الوالدين والتي تمثل العلاقة المرضية وتحول دون التطور السليم لهذا الأخير (الطفل) منه تسهيل عملية الاستقلالية والاعتماد على النفس حسب القدرات المتوفرة. إن بناء و فهم أداء الأنساق الأسرية لوظائفها تتمثل في وضع الإخوة في الأسرة حيث تؤكد نظرية بوين على أهمية وضع الإخوة الوظيفي حين تشخص ردود الفعل

الفصل الرابع : عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر

الانفعالية، ترى أيضا أن التحولات في الطبيعة الوظيفية لأوضاع الإخوة تصلح العلاقات، انه جزء من الطبيعة الغريزية، لاستعمالها كمؤشر لحدوث عملية الإسقاط ، داخل الأسرة حينما يؤدي الإخوة أدوارهم، فإن ذلك يدل على قلة عملية الإسقاط وارتفاع مستوى التمايز داخل الأسرة (Régine, 1998) بتصرف.

إن أكبر مشكل تتسبب فيه الإعاقة بالنسبة للإخوة هو عدم فهم حالة الطفل، وعدم تمكنهم من الحزم في اختلافهم أو تشابههم معه، كما أن الأبوين قد يكثرون التدخل بين الإخوة، أما لحماية الطفل أو لحماية إخوته منه، هذا يمنعهم من عقد علاقات سوية معه "فالأبوان يعتبران أحيانا أن الإعاقة خطرا على أطفالهم الآخرين أو العكس يظنون أنهم قد يضررون بأخيمهم، وهذه المواقف تؤثر على مستويات العلاقات الأخوية (Régine, 1998).

يחס إخوة الطفل المضطرب بامتيازهم عنهم في كسب أبويه حيث يعتبر فرويد "أن الرغبة الأساسية لكل طفل هي أن يستحوذ على حب أبويه وامتلاكهم (الدلبي، 2017). إن قصور الطفل يدفع أبويه إلى الاهتمام به مما يجعله مستفيدا ويدفعه إلى الركود وعدم الرغبة في الاستقلالية للمحافظة على هذا الاهتمام والامتياز، والطفل برأي ساتير يقدم مطالبه العاطفية واللغوية باستغلال ضعفه والشفقة إلى يثيرها والمرضى البارعون في جلب التعاطف والتفاني لدى الآخرين كل هذا قد يدفع بالإخوة والأخوات إلى نبذ الطفل المضطرب أو المعاق (satir, 1995).

إن إحساس الغيرة يعتبره فرويد حالة عادية مثل الحزن بل هي شعور يدفع إلى الرغبة في التفوق والمنافسة ويساعد على تسيير الأطفال لعدوانيتهم لكنه يُطلب التساوي في المستوى والقدرات ، لكن في الحقيقة الإعاقة تمنع الإخوة من التساوي وبالتالي شعورهم بالغيرة (Régine, 1998).

8. كما تتطلب حاجة الطفل إلى الآخر في حالة انعدام الاستقلالية تجنيد شخص من الأسرة بدوام

كامل، غالبا ما تكون الأم مما يدفعها إلى إهمال مجالات أو علاقات أخرى: كالعلاقة الزوجية وعلاقتها مع الأطفال الآخرين فقصور الطفل يفرض على الأسرة إعادة التنظيم، أما الفراغ الذي تتركه الأم سيعوض بطريقة ما لإعادة إيجاد التوازن داخل النسق الأسري.

8. واقع العائلة والطفل (متلازمة اسبرجر) في الجزائر:

يتخبط الطفل المصاب بالمتلازمة بصفة خاصة - وبالتوحد بصفة عامة- في جملة من الاضطرابات والمشاكل راجعة إلى عدم تفهم، ووعي المجتمع لطبيعة اضطرابه ورفضه له، فرغم أن الاضطراب لا يمكن التعرف عليه من خلال المظهر الخارجي للطفل، إلا أن سلوكياته الغريبة هي التي تظهر، التي تعتبر التحدي الأكبر الذي يواجه الأولياء في التمدرس، فمعظم الأطفال يتم طردهم أو عدم قبولهم في دور الحضانة والمدارس الابتدائية، سواء العامة أو الخاصة، وهناك مديرو دور الحضانة ينتهزون هذه الفرصة لمطالبة الأولياء بدفع أثمانا مضاعفة تصل إلى 25 ألف دينار شهريا، لقاء استقبال أبنائهم. (اعتمادا على أقوال الآباء من خلال المقابلات العيادية ، بالإضافة إلى تحقق الباحثة من صحة الخبر، عن طريق زيارة أكثر من 30 مرفق متكون من عيادات -أرطفونية و نفسية- مدارس خاصة، ودور الحضانة على مستوى مدينة وهران ،ارزيو، عين تموشنت ، تلمسان، مستغانم، سيدي بلعباس، سعيدة، غليزان، شلف).

وذلك لاعتبارهم غير أسوياء، على الرغم من براعة بعض الأطفال في المسائل العلمية كالحساب وتفوقهم، حيث أن المعلومات التي يحفظونها تترسخ بسرعة داخل أذهانهم .

الجمعيات الناشطة باسم هذه الشريحة من الأطفال، لم ترتقي إلى طموح الأولياء، الذين لازالوا يتخبطون بين مواقع الانترنت، التي تقدم لهم ما يغذي مخاوفهم، وبين المراكز العمومية القليلة جدا، لكن حالة الطفل تنتكس أكثر وفرص خروجه من عالم التوحد تقل .

أما على مستوى مدينة وهران لا نجد مراكز متخصصة، وهذا راجع إلى صعوبة تشكيل فريق طبي نفسي متناسق يعمل بالموازاة مع الأولياء، للتكفل باضطرابات طيف التوحد، ولغياب تكوين خاص في الاضطراب بالنسبة لكل من الأطباء، النفسانيين والمرضين كذلك المربين، هذا ما جعل مجموعة من أولياء الأطفال الذين يعانون من التوحد يتوجهون إلى تشكيل جمعيات، بهدف إرشاد ومساعدة الآباء لتسهيل الاتصال بينهم، منه العمل على توعية وتحسيس المجتمع المدني للمطالبة بضرورة التكفل المبكر، لإنشاء مراكز متخصصة على غرار المرافق الموجودة في الجزائر العاصمة.

رغم أنه خصص شهر أفريل من كل سنة، لأجل التضامن مع أطفال التوحد، لوضع خطة إستراتيجية للتكفل بهذه الفئة، ذلك من خلال التحسيس والكشف والتشخيص المبكر، للتكفل وتنظيم دورات تكوينية خاصة بالمهنيين، غير أن عملية تطبيقها على أرض الواقع تبقى غير واضحة المعالم (Boulekras, Le petit guide sur l'autisme، 2011)

9. أهمية العلاج البنائي في حالة متلازمة اسبرجر:

"يقصد بالاعتلال الوظيفي للأسرة، عدم قدرة أفرادها على الوصول إلى الأهداف المرغوبة في التعبير عن الذات، وعندما لا يكون من الممكن تحقيق هذه الأهداف، فيحدث السلوك المتّصف بالأعراض" (Albernhe, 2008).

مثلا: الأب يبدأ بالانشغال عن الأمور الداخلية للأسرة، وقد تصبح الأم مكتئبة لكثرة المسؤولية المنصبة على عاتقها، ويصاب الأطفال بنوع من عدم الأمان والخوف، لأن الأسرة هي التي تشبع

الحاجات المختلفة لأفرادها، فالطفل في الحالة المدروسة (متلازمة اسبرجر)، هو الفرد المريض المشار إليه، ولهذا من المهم تغيير أنماط التفاعل داخل الأسرة، كي يتم تغيير سلوك أعضائها .

في اضطراب اسبرجر، كغيره من الإعاقات الأخرى، يؤثر على الأفراد الآخرين في الأسرة، وبمساعدة الأخصائي النفسي الأسري يحصل كل انساق الأسرة على فهم أكبر لأنفسهم، وأنماط التفاعلات فيما بينهم، من خلال المشاركة في مشكلة الطفل المقدم كعرض لاختلالات واضطرابات علائقية، فالتقدم في العلاج يحدث عندما تسمح العلاقات الأسرية بالخوض في العملية العلاجية، وإلا فإن كل الجهود تنهار ويعود الطفل إلى حالته المرضية السابقة، والسبب الرئيسي في ذلك الصراعات والصدمات الخفية التي تعبر عن العلاقات الأسرية المضطربة.

من منطلق أن "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 أيضا، وبدرجة لا تقل كثيرا عما يولى للمريض" (عامر، 2012).

ولذلك ممكن مساعدة طفل متلازمة اسبرجر، من خلال مساعدة الأسرة بالدرجة الأولى، لأن القاعدة تبنى على أساس الثقة والتفاهم السليم لإعادة التكيف في البيئة المحيطة به.

10. أهمية إدماج العائلة في التكفل :

الغرض من إشراك الوالدين في عملية تدريب أبنائهم هو تمكينهم من مواصلة تدريبهم بمنزلهم، بعد تعودهم على المهارات المختلفة، حيث يحتاج الطفل إلى رعاية مستمرة ومساعدة دائمة، كما سيحتاج الآباء مشورة حيث أن الأسرة التي تبقى مع طفلها أكثر تصبح أكثر تفهما لمشكلاته وتقبله، الدليل على ذلك اندماجها في حياته، بحيث يصبح الآباء هم الذين يبحثون على طرق علاجية حديثة للتعامل معه. أن للعائلة دورا مهما في " تكوين صورة إيجابية للذات عند الطفل المتوحد، و رفع تقدير الذات لديه من خلال الأساليب المقدمة من طرف الأخصائيين " (Boulekras, Le petit guide sur " l'autisme, 2011).

هذا يساعد في عمل برنامج منزلي هادف من أجل تنظيم الوقت، فيما يفيد الطفل في تعلمه وتدرسيه، بحيث أن البرامج التي تعدده المراكز الطبية أو التعليمية المتخصصة هي غير كافية، بل يجب إحداث تكامل ما بين المنزل وتلك البرامج المتخصصة.

فمثلا: يدرّب الطفل على العناية الشخصية بنفسه، منذ دخوله دورة المياه، وفي الغذاء يدرّب على الاعتماد على نفسه في تناول الطعام، بحيث تستخدم المعززات المناسبة له لتشجيعه على السلوك المقبول.

وعندما يحين وقت النوم يدرّب الطفل على ارتداء ملابس النوم، تشجعه الأسرة على التعبير عن رغبته في النوم فيبدأ الوالدين بالأشياء الملموسة والمحسوسة كروية الفراش، ثم بصورة تدل على النوم ثم أخيرا بكلمة "أنام".

من خلال الممارسة الميدانية، لاحظت الباحثة مدى تأثير طفل المتلازمة على الوالدين، من الجانب النفسي: معاناة نفسية، الشعور بالذنب، إصابة نرجسية، قلق إلى حد الاكتئاب.

العائقي: التفاعل ما بين الزوجين، وبين الآباء والأبناء.

الاجتماعي: الواقع الاجتماعي، الثقافي والاقتصادي.

يتخذ هذا من خلال :

نظرتهم الخاصة لاضطراب الطفل المتعلقة بتاريخهم الشخصي ، الوسط العائلي والاجتماعي الذي يعيشون فيه، ونوعية العلاقات الموجودة: أهمية المساعدة العائلية والوسائل والإمكانيات الاقتصادية والثقافية... التصور الاجتماعي والثقافي للتوحد ، سلوك المهنيين اتجاه الأولياء، وقلة الاهتمام بهم من الجانب النفسي.

11. دور المعالج الأسري البنائي :

ماذا تنتظر العائلة من المعالج :

- مساعدة الأطفال.
 - أن يثبت للأولياء أن طفلهم عادي
 - أن يزيل شكوكهم بأنهم آباء غير جيّدون .
 - التخلص من المسؤولية وشعورهم بالذنب (الغلطة): بمعنى أن الطفل هو المصاب وليس نحن.
- فالطفل الذي لا يناسب استهجمات عائلته وطموحاتها، حتى وإن لم تكن له اضطرابات يعتبر غير مثالي في نظرهم وتخييلاتهم، حيث غالبا ما نجد هذا النوع من طلب المساعدة النفسية من طرف الوالدين وفي

حالات أخرى، الطفل يُقدّم كعَرَض، يعبر فيه عن اضطراب الوالدين أو أحدهم، "قالمصباح نفسيًا هو الفرد الذي تتمركز حوله المشاعر السلبية للأفراد الآخرين من العائلة" (ميموني، 2003).

من خلال المقابلات يدرك المعالج أن الطفل ما هو إلا وسيلة لإخفاء آلام ناتجة عن مشاكل زوجية وعائلية عويصة، حيث تقول A.FREUD: مادام الطفل يستعمل أعراض الاضطراب بمرونة فهذا يساعده على تجنب الألم". (ميموني، 2003)

في العلاجات البنائية من المهام الرئيسية للمعالج، التنسيق بين أعضاء العائلة والتشاور معهم للتوصل إلى علاج المشكل المطروح فهو لا ينجز خطة العلاجية لوحده وإنما بالاشتراك معهم، من خلال دراسة التفاعلات وتحليل مهارات اتصال المستخدمة فيما بينهم، هو محرك للتغيير، يرسم لخطة العلاجية بمشاركة أعضاء الأسرة، ومن التقنيات المعتمدة :

- 1. خريطة الأسرة :** التي تفيد في معرفة الحدود وطبيعتها، وتمثيل ولعب دور للصراع الذي يحدث داخل البيت، وتغيير الحدود فيما بين الأفراد، بإعادة ترتيب الجلسة العلاجية، عن طريق تغيير أماكن الجلوس والمسافات بينهم، مع ملاحظة مركز القوى، وعمل نوع من التوازن، خاصة لدى بعض الأسر التي تتسم بالفوضى حيث تحوي على تكتلات وتحالفات بين أعضائها (الختاتنة، 2014).
- 2. الاتصال:** يعلم لزوجين الاتصال من خلال تبادل الأفكار وعرضها على الطرف الآخر والتعبير عن الاهتمامات والأمر المزعجة والحاجات الشخصية للطرف الآخر، كما يتعلم كل منهما الاستماع إلى الشريك والتحدث إليه بطريقة بناءة .
- 3. التعامل مع الصراعات وحل المشاكل:** يساعد على إيجاد وسائل للتعامل مع الصراعات وحلها بطريقة غير مؤذية نفسيًا، حيث يتمكن الزوجان من خلال العلاج البنائي من الإجابة على الأسئلة : أين ؟ متى ؟ كيف ؟ فيحصل كلاهما على المساعدة لحل الصراع عند الحاجة.
- 4. التكيف الجنسي:** مساعدة الزوجين على إشباع وتلبية حاجاتهما الجنسية ويتعلم كل منهما تقدير رغبة الآخر بالجنس، وقضاء وقت للتعبير الجنسي، وتعلم الأدوار الجنسية.
- 5. وضع القرار:** بالمساعدة على اتخاذ القرارات التي تساهم في الاستقرار الأسري كما يساعد أعضاء الأسرة على امتلاك الطاقة لتحمل مسؤولية الأعمال المطلوبة منهم، وعلى التلاؤم والانسجام مع قيم

وتقاليد ومعتقدات وفلسفة و أهداف الطرف الآخر، كما يساعد في تأسيس قيم متبادلة وأهداف مشتركة (الختاتنة، 2014).

في المجالات الأسرية، وفي مراكز رعاية الأسرة، ومكاتب الزواج، ومحاكم الأحوال الشخصية التي تنتظر في صعوبات أسرية وكذلك في محاكم الزواج (الختاتنة، 2014).

إن الأخصائي النفسي يجب أن يتوقع أن يجد الأسرة كما هي ولا ينتظر أسرة مثالية كما يراها علماء النفس وعلماء الصحة، فسوف يجدها بكل مخاوفها وصراعاتها والخرافات والخزعات بها وأيضا عدم التكيف الزواجي بقلقها على الأطفال والجيران بالإضافة إلى المشكلات المالية ومشكلات الزواج وسوف يجد حالة عدم استقرار لدى الأمهات وكذلك الآباء ومن المحتمل أن يجد جهلا كثيرا في التربية، ولهذا لا يجب عليه أن يواجه هذه المشكلات كناقذ لها أو كقاض يحكم ويعاقب على الأمور ولكن كشخص مهني يتفهم مناطق الضعف الإنساني ويجب أن يواجه مثل هذه المواقف برد فعل مساعد ومبتهج، وفوق كل هذا فالقيم الإنسانية يجب أن تتوفر في عمله كإعانة طفل مريض أو أم حامل ويشبع جو من الطمأنينة والسعادة .

وبمهارته المهنية ورجاحة عقله، يستطيع أن يخفف عن أعضاء الأسرة الذين يعانون، ويجب أن يكون لديه الكثير من الحكمة والثبات في الشخصية والقدرة على استخدام كل معارفه ومعلوماته.

فإن الأسرة بكل عناصرها الأساسية من الزوج والزوجة والأولاد لكل منهم دور معين وملائم حتى يكون هناك جو مناسب للتكوين الأسري السليم. فالزوج يجب أن يكون القدرة في تصرفاته وأفعاله في بيته لأن تصرفاته تكون محسوبة عليه.

12. تشخيص المشكلة الأسرية:

1. الأعراض:

وهي المظاهر التي يمكن أن نستدل من خلالها وجود مشكلة مثل: صراخ الزوجة وتحطيم الأشياء ورفض الخروج مع الأولاد بشكل متكرر مثلا..

2. المشاكل:

هي الأمور التي تنتج عن المشكلة الرئيسي لكغضب الزوج المتكرر وبدون سبب واضح، إهمال الأبناء للدراسة، تفكير الزوج بالزواج مرة ثانية...

3. الأسباب الحقيقية للمشاكل:

عدم مشاركة الزوج في تربية الأبناء، أو عدم اهتمام الأبناء بتحمل مسؤولياتهم داخل الأسرة ، أو ضيق الوضع المادي. (الختاتنة، 2014).

تبدو الحاجة إلى العلاجية البنائية من ملاحظة أنّ المرضى الذين يتم شفاؤهم ثم يخرجون من المستشفى، وما أن يعود والى منازلهم حتى تحدث لهم النكسة مرة أخرى، وعند البحث عن الحلقة المفقودة في سبب عدم الشفاء في المحيط الخارجي وجود ضغوط شديدة في المنزل، تدفع المريض إلى حافة المرض للمرة الثانية، فالمنزل الصحي يقود إلى التمتع بالصحة النفسية الجيدة والعكس صحيح. ومن هنا تبدو ضرورة تعديل الجو الأسري أو الموقف الأسري بأكمله، وتعديل اتجاه الأفراد نحو المريض، كذلك فانه من يحتفظ بتوازنه النفسي داخل الأسرة قد يكون على حساب غيره من أفرادها (العيساوي، 2015).

فالزوج المتسلط يظل سويا أمام زوجة مطيعة من أجل استمرار الحياة والحفاظ على حياة الأبناء فتصاب هي بالاضطراب النفسي.

13. صعوبات مشاركة العائلة في البرامج النفسية التربوية:

بالرغم من أن مشاركة اولياء الاطفال المصابون بمتلازمة اسبرجر في عملية التكفل حتمية لا نقاش فيها، من خلال النتائج الايجابية والفعالة في تطوير البرامج السلوكية التربوية، ذلك بتزويد المعالج بالمعلومات عن الطفل داخل النسق الأسري، مما يساهم في تحديد الخطة العلاجية. بالمقابل نجد إهمال بعض المربين لقدرات الأهالي والتعاضى عنها، إذ يشعر هؤلاء المربون أنهم هم الخبراء في هذا المجال، لذلك فهم يتوقعون أن يصغي الأهالي دائما إلى نصائحهم وإرشاداتهم، وبذلك يلغون دور الأهالي في عملية تعليم أطفالهم، ويتضح هذا الأمر أثناء اللقاءات التي تجري بين المربين والأهالي ، علما أن الهدف الأساسي لتلك الاجتماعات هو التفاعل والمشاركة المتبادلة وليس الإصغاء من جانب واحد. (الختاتنة، 2014).

نقص قدرة المربين على إقامة العلاقات الايجابية مع الأهالي والمحافظة على استمرارها، وفي هذه الحالة يحتاج المربي إلى التدريب على الإصغاء لمشكلات الأهالي وتقبل أفكارهم ،للتعاون على تقديم المقترحات للمشكلات إلى تعترضهم ومن ثم إعطائهم الدور الأساسي في عملية المشاركة والتفاعل في بناء البرامج التدريبية المكيفة.نقص معرفة الوالدين بأهمية الدور الذي يمكن أن تقوم به الأسرة في

الفصل الرابع : عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر

تنمية تعليم وتدريب أبنائهم. الاحباطات المتراكمة إلى يتعرض لها الآباء في البيت أو في المدرسة أو في المواقف الاجتماعية، مما يؤدي إلى استسلامهم و تثبيط اهتمامهم بدورهم في تعليم الطفل وتدريبه وبالتالي إهمال المشاركة في عملية تطوير برامج خاصة بأطفالهم.

يتركز دور الأسرة في تطبيق أساليب التعليم والتدريب التي يقوم بها المربي مع الطفل في البيت بمشاركة أفراد الأسرة، كما أصبح من الضروري للأسرة أن تبقى على اتصال مستمر مع المربي لمعرفة برامج الطفل وطرق تنفيذ هذه البرامج في تعليمه وتدريبه للاستفادة من خبرات المربي.

معظم الدراسات السابقة، اهتمت بالطفل المتوحد بشكل خاص كعضو، وليس في إطار عائلي نسقي وقد

أرجعت مسؤولية التشكل النفسي للذهان بصفة عامة، التوحد بصفة خاصة إلى اضطراب العلاقة مع

الموضوع لأن الأم لا تستثمر ليديا، هذا ما أدى إلى اضطراب نموه، أو عدم استجابته للعناية التي

تقدمها الأم ولا يظهر أي اهتمام الذي يعتبر كسيرورة لحماية نفسه من النتائج المؤلمة، لهذه العلاقة من

جهة، ومن جهة أخرى تشكل الأم أو الأب نظام دفاعي يظهر في النفي والإنكار حسب بنية شخصية

كل واحد منهما، ومما لاشك فيه أن الوالدين في حاجة ماسة للتكفل النفسي من أجل تقبل طفلها

وإعطائه الرعاية اللازمة، من خلال تزويدهم بالمعلومات الصحيحة والمعرفة العلمية الموثقة فيما

يتعلق بكيفية التعامل مع طفلهم المصاب بالمتلازمة، مع التركيز على تبديد المفاهيم المغلوطة .

لماذا ينبغي إحداث تغيير في الأسرة:

يحدث تغيير في الأسرة لأنها تمر بعدة مراحل من بداية الزواج وإنجاب الأطفال إلى نموهم في مراحل مختلفة.

العلاج الأسري البنائي ينظر إلى المشكلات في إطار منظومة الأسرة، ويركز على الطريقة التي تنتظم

وتتركب بها المنظومة، وينظر إلى المرض على أنه نتيجة للطريقة الخاطئة التي تنظم بها الأسرة،

ولكي يحدث التغيير المطلوب، فإن الاهتمام ينصب على تغيير منظومة العلاقات، بدلا من التركيز على

الجوانب النفسية الداخلية للفرد(المريض) . يركز العلاج الأسري كما يدل اسمه على اعتبار الأسرة

الفصل الرابع : عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر

وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض ، بمعنى أن المعالج أو المرشد يتعامل مع الأسرة ككل (الزاكي، 2016)

بمعنى آخر، العلاج البنائي يحاول تغيير الفرد صاحب المشكلة، ولكن بشكل غير مباشر عن طريق تغيير تركيب ونسيج العلاقات في الأسرة.

الاجراءات المنهجية

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية.

. تمهيد

. معاش الباحثة من خلال الدراسة الميدانية.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

- 1 أهداف الدراسة الاستطلاعية.
 - 2 مكان تطبيق الدراسة الاستطلاعية.
 - 3 عينة الدراسة الاستطلاعية ومواصفاتها.
 - 4- أدوات الدراسة الاستطلاعية.
- / 1.4 مراحل بناء استبيان متعلق بمدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر.
- / 2.4 التعريف الإجرائي لأبعاد استبيان مدى تقبل وإدراك العائلة لمتلازمة أسبرجر
- / 3.4 سلم التصحيح لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر.
- / 4.4 حساب الخصائص السيكومترية لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر.
- / 5.4 الصورة النهائية لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر.

ثانياً: الدراسة الأساسية

. تمهيد

- 1 +الإجراءات المنهجية
- 2 -الخصائص السيكومترية
- 3 +الأساليب الإحصائية.
- 4 تخليص المقابلات والحصص العلاجية للعائلات الأربعة

تمهيد:

يتم عرض الجزء العملي من البحث في صورته الاولى، والمتمثل في الدراسة الاستطلاعية التي يتم فيها تسطير الاطار المعرفي وتحديد اولويات العمل بدءا من بلورة خطة البحث وتحديد الاشكالية وفرضيات الدراسة البحثية منه تحديد المنهجية ومجتمع الدراسة (عينة الدراسة) ومميزاتها من الحجم والموصفات، واختبار الادوات والاساليب الاحصائية المناسبة.

في المرحلة الموالية وهي الصورة النهائية للعمل حيث تتمثل في الدراسة الاساسية أين يتم التحكم في اداة البحث والعينة والمتغيرات التي تم اختبار فعاليتها ومناسبتها للبحث على مستوى الدراسة الاستطلاعية.

• معاش الباحثة من خلال الدراسة الميدانية:

قبل البدء في العمل الميداني ، كانت هناك أفكار مسبقة لدى الباحثة، حول أسرة الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر، هي أسرة محطمة وتعاني كثيرا، إضافة إلى الاعتقاد بأن أفراد الأسرة يتشابهون في نوع المشكلة التي يعانون منها، ويعبرون عنها ألا وهي اضطراب الطفل، لكن كل حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته لها وكيفية معالجتها. فوجود طفل مختلف (المصاب بمتلازمة اسبرجر) في الأسرة لا يحولها إلى مجموعة متجانسة أكثر مما كانت عليه قبل ولادة هذا الطفل.

لكن عند الخوض في العملية العلاجية والتغلغل في خبايا الأسرة - من مبدأ أن المعالج الأسري يشارك أعضاء الأسرة معاشها - اكتشفت العكس بالنسبة للعائلتين الأولى والثالثة (في الدراسة الأساسية) لأن الأسرة تشعر بالتميز عن طريق الطفل، ذلك من خلال إعادة النظر في عملية الاستثمار فيه، لأنه طفل ذكي ولديه مواهب متعددة في مجالات علمية كالحساب ومجالات فنية كالرسم بالألوان المائية، حيث أنه متميز ومتفوق فيها، وبهذا اعتبر مشروعا يُرضي الاستهامات والنجسية الوالدية، رغم عدم وعيهم التام بأنه طفل مختلف عن الآخرين، حيث انه في المجتمع الجزائري كثيرا ما يُنظر إلى الاختلاف على أنه شذوذ.

فالمعالج لا يمكنه فصل ما هو عليه مما هو يحاول ملاحظته، وتأويل ما شاهده عبر قصته الشخصية فمن الواجب عليه استعمال ما هو عليه وان يبقى في نفس الوقت صارما، فهو مطالب بتعلم الاستماع إلى معاشه وفهم أهميته ووظيفته بالنسبة لأي نسق اسري يعمل فيه مع المحافظة على الصرامة (طواوزة، 2018). وترك مسافة أمان عند الانتماء للنسق وملاحظة قواعد النسق الأسري.

يعتبر الصدى ردة فعل المعالج مربوطة بالإطار ، حتى ولو كانت مربوطة بقصته الشخصية فهناك شيء ما في الإطار ساعد على ظهورها في لحظة معينة. (طواوزة، 2018).

إن المعاش الشخصي للمعالج والذي نسميه الصدى مرتبط بقصته الشخصية ولكنه لا يمكنه أن يتضح إلا ضمن الوظيفة التي يؤديها المعالج ضمن النسق العلاجي في العلاج النسقي نحن دائما ضمن الصدى أي داخل أحاسيسنا والمطلوب هو جعل هذه الأحاسيس مرنة لتسهيل المعلومة والتقدم في السيرورة العلاجية (طواوزة، 2018).

هذا ما يفسر صعوبة عملية التقبل في البداية عند العائلتين الثانية والرابعة (بالنسبة للدراسة الأساسية)، لأنها تكسر ما هو اعتيادي وما هو متعارف عليه من الثوابت الفكرية، يعود ذلك إلى:

- طبيعة إعاقة الطفل و خطورتها.
- وطأة هذه الإعاقة على الأسر، وقدرتها الذاتية على المواجهة الوضع الجديد.
- موقف المجتمع الذي تعيش فيه الأسرة اتجاه الإعاقة بشكل عام.
- طبيعة الخدمات التي تحصل عليها الأسرة (فهيم، 2015).

لقد مثلت الدراسة الاستطلاعية حجر الأساس بالنسبة لهذا البحث، لكونها استغرقت سنتين، لضرورة جمع المعلومات الكافية بهدف التقرب من عائلات الأطفال المصابين بالتوحد بكل أنواعه، والتي كان عددها 50 عائلة من الغرب الجزائري (وهران، ارزيو، تموشنت، مستغانم، تلمسان، سيدي بلعباس، غليزان، سعيدة، شلف) . التعرف على خصوصياتها والوقوف على أهم نقاط القوة المشتركة، وأكثر المشاكل التي تعيشها في ظل نقص الإمكانيات والمرافق المتخصصة بالتكفل والإدماج.

إن نسبة الوعي بهذا الاضطراب لدى أولياء الأمور والمعلمين والمتخصصين ازداد بشكل كبير في السنوات الأخيرة مما ساعد على عملية التشخيص بحيث أن العديد من الأطفال الذين يشخصون اليوم

ضمن متلازمة أسبرجر (طيف التوحد)، كانوا في الماضي ضمن شريحة التخلف العقلي أو الفصام أو اضطرابات انفعالية (الزبيري، 2013).

أولاً: الدراسة الاستطلاعية:

1. أهدافها:

الهدف منها التعرف على الحالات من خلال مدى إدراك ووعي العائلات - الجهة الغربية - لاضطراب التوحد بشكل عام، بواسطة بناء استبيان من طرف الباحثة لتسهيل عملية انتقاء عينة الدراسة (العائلات).

- 13 - جمع المعلومات على عينة مجتمع الدراسة.
- 14 - تمهيد لبناء العلاقة العلاجية بين الباحث والحالات في الدراسة الأساسية.
- 15 - **ذكر معاش الباحث** أثناء قيامه بالبحث وذلك للاستفادة من التحليل والتفسير على حسب التسلسل الزمني.
- 16 - التعرف على عائلات أطفال التوحد، وخصوصياتها - في الجهة الغربية- من الجزائر: وهران، أرزيو، عين تموشنت، مستغانم، تلمسان، سيدي بلعباس، شلف، سعيدة، غليزان، تيسمسيلت - للقيام بعملية انتقاء العينة (عائلات أطفال متلازمة اسبرجر)، عن طريق بناء استبيان، الذي مكن الباحثة في الدراسة الأساسية الانتقال من جمع المعلومات إلى تفعيل المقابلات العلاجية من أجل حيثيات البحث التي تتطلب من الباحث ليونة التفكير والتعامل مع ظروف البحث الدخيلة لاستمرارية العملية العلاجية، وبهدف الوصول إلى الموضوعية العلمية في الدراسة التي بصدد البحث فيها.
- 17 - كما تهدف هذه الدراسة إلى التأكد من صلاحية أدوات البحث من حيث صدقها وثباتها.
- 18 - بالإضافة إلى الاطلاع على ميدان الدراسة من حيث مجاله المكاني والبشري.

4. مكان تطبيق الدراسة الاستطلاعية:

المؤسسة الاستشفائية 1 نوفمبر 1954 بوهران، الجمعيات المختصة بالتوحد وأنواعه عبر الولايات التالية: وهران، أرزيو، عين تموشنت، مستغانم، تلمسان، سيدي بلعباس، شلف، سعيدة، غليزان، تيسمسيلت.

5. عينة الدراسة ومواصفاتها:

تمثلت العينة في 25 عائلة تتشارك في أن لها طفل مصاب بطيف التوحد (متلازمة اسبرجر).

جدول رقم (02): توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحجم والجنس:

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
أمهات	25	50%
آباء	25	50%
المجموع	50	100%

انحصرت عينة الدراسة الاستطلاعية على آباء وأمهات الأطفال المصابين بطيف التوحد بنسب متساوية: 50% أمهات، 50% آباء.

جدول رقم(03) يوضح أفراد العينة على مستوى مراكز وجمعيات التكفل بأطفال طيف التوحد:

الجمعية	معلومات عن الجمعية	عينة الدراسة (آباء وأمهات أطفال طيف التوحد).
عيادة متعددة الاختصاص - وهران-	وحدة التوحد بالعيادة المتعددة الاختصاص بئر الجير - وهران-	05 أزواج (05 أمهات، 05 آباء)
جمعية أولياء وأحباب أطفال التوحد.	ولاية شلف 0698.95.42.71	05 أزواج (05 أمهات، 05 آباء).
جمعية الأمل.	ولاية مستغانم 0557.89.24.48	05 أزواج (05 أمهات، 05 آباء).

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

02 أزواج (02) أمهات، 02 آباء).	ولاية بلعباس مدرسة عائشة أم المؤمنين (Ecole Carnot)	جمعية أطفال التوحد
05 أزواج (05) أمهات، 05 آباء).	ولاية تلمسان مؤسسة مصطفى بن قلفاط المنصورة. 0552.17.34.53	مركز التوحد
03 أزواج (03) أمهات، 03 آباء).	ولاية عين تموشنت	جمعية رعاية وتأهيل أطفال التوحد.
50 فردا (25 زوجا)	المجموع	

6. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

الملاحظة، المقابلة بأنواعها، بناء استبيان وعي وإدراك عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر (طيف التوحد).

1.4 / مراحل بناء استبيان وعي وإدراك عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر:

عند تصميم الاستبيان مرت الباحثة بستة (06) مراحل:

1.1.4 الاضطلاع على الخلفية أو التاريخ النظري لموضوع الدراسة:

اعتمدت الباحثة على مجموعة من الكتب والأبحاث السابقة فيما يخص العلاج البنائي وتطوراته، من جهة أخرى الدراسات التي اهتمت بمتلازمة أسبرجر.

جدول رقم (04): نموذج من الدراسات السابقة التي تناولت العلاج البنائي و متلازمة أسبرجر

المرجع	الرقم
Salvador Minuchin: Famille et la thérapie familiale 1974.	1
Virginia Satir. Thérapie du couple et de la famille.1995.ED dexplée de Brouwer. Paris.	2

Karine et Thiery Alberne. Les thérapies familiales systémiques .2005. 3Ed Elsevier Masson .Paris. Ed : Didier Casalis. Paris.	3
Attwood(T). Le syndrome d'Asperger et l'autisme de haut niveau 2003.Dunot .Paris.	4
Redefining Normal.Liane Holliday Willey .Asperger syndrome in the family.2004.Ed: Jessica Kingsley Publishers London and Philadelphia.	5
لكحل مصطفى. حوتي سعاد. دور العلاج النسقي البنيوي في تحسين التواصل داخل الأسرة. مجلة متون العلوم الاجتماعية. المجلد الثامن العدد 03 ديسمبر 2016(ص 79-83).	6
لعوالي فاطمة. التناول النسقي للارجاعية لدى إخوة الطفل التوحيدي. مذكرة لنيل شهادة ماجستير تخصص علم النفس الأسري. جامعة وهران 2. 2015.	7
احمد عبد اللطيف أبو أسعد، سامي محسن الختاتنة، سيكولوجية المشكلات الأسرية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة ط 2، 2014 الأردن.	8

2.1.4 الممارسة:

من خلال عمل الباحثة في الميدان كأخصائية نفسانية لمدة 14 سنة، على مستوى المؤسسة الجامعية 1 نوفمبر 1954 ايسطو -وهران-، مما ساعد على الاحتكاك بأولياء أطفال التوحد والمحيطين (الإخوة، الأقارب، المربين، رؤساء الجمعيات والقائمين عليها)، وبناء على المعطيات تحولت من مقابلات عيادية إكلينيكية إلى علاجية نسقية تشخيصية.

3.1.4 إجراء مقابلات:

مع المهنيين وأصحاب الخبرة في الميدان: أطباء أطفال، طب عقلي للأطفال، أعصاب، أذن انف وحنجرة، أخصائي نفساني، أخصائي أرطفوني. بمدينة وهران والولايات المجاورة لها: تلمسان، سيدي بلعباس، عين تموشنت، شلف، معسكر.

4.1.4 الاعتماد على طريقة سبر آراء من المجتمع الجزائري (الشارع الجزائري -الجهة الغربية-).

5.1.4 استخراج مكونات مفهوم الدراسة من أسئلة وأبعاد.

6.1.4 الخصائص السيكومترية للاستبيان: قياس صلاحية أدوات الدراسة والتي تمثلت في الصدق

والثبات.

2.4/ صياغة الاستبيان في صورته الأولية:

تعتبر هذه المرحلة من أهم مراحل الدراسة، أين تستعين الباحثة بالخلفية النظرية ونتائج الدراسات السابقة بالإضافة الى الجانب الميداني، الاحتكاك مع اصحاب الخبرة والاختصاص في مجال التوحد بأطرافه، من أجل بلورة فكرة عامة عن فقرات الاستبيان والتي وصل عددها مبدئيا الى (59) فقرة، حيث لم يتم بعد تأطيرها في شكل محاور.

جدول(05) يوضح الصورة الأولية لاستبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر قبل

التحكيم:

لا	نعم	الاستبيان الأولي
		1-لطفك مشاكل في اللغة و الحديث معك ؟
		2 - هل طفلك لا يستجيب للأصوات عمدا ؟
		3-هل تعتبر طفلك له تأخر في الكلام فقط ؟
		4-هل تتكلم مع طفلك بالإشارات ؟
		5-هل طفلك لا يفهم ما تقوله له؟

		6-هل تعتبر تأخر اللغة أو ضعفها راجع إلى عدم اكتمال نضجه الجسدي و الحسي
		7-هل تترك طفلك يفعل ما يشاء ؟
		8-هل طفلك يقوم بتصرفات متكررة ؟
		9-هل لدى طفلك عادة التمسك بالأشياء ؟
		10-هل يقوم طفلك بتقليد: تعبيرات الوجه، حركات اليدين...؟
		11-هل يصعب على طفلك البقاء ساكنا في مكان واحد ؟
		12-هل لدى طفلك حركات جسدية غير طبيعية ؟
		13-هل طفلك يعاني من العدوانية (مثلا: ضرب الآخرين)؟
		14-هل طفلك يعاني من صعوبة في النوم ؟
		15-هل تحاول تعديل سلوكه ؟
		16-هل تترك طفلك يلبس لوحده ؟
		17-هل تفضل تركه بالحفاضة وذلك لنظافته .؟
		18-هل تحب تركه في الروتين .؟
		19-هل تترك طفلك يلعب مع الأطفال لوحده .؟
		هل تترك طفلك يلعب مع الأطفال وأنت معه ؟ لماذا.....؟
		21-هل لدى طفلك غياب الاهتمام المشترك مع الآخرين (معكم كأباء، الإخوة، الأقارب،

		الأقران..؟
		22-هل لدى طفلك غياب الاستجابة لمشاعر الآخرين: غضب، فرح...؟
		23-هل طفلك يلعب مع أقرانه؟
		24-هل يقوم بالمبادرة في اللعب ومشاركة الأطفال؟
		25-هل لطفلك ردود سلبية اتجاه الآخرين؟
		26-هل يهتم طفلك بما تهتم به أنت؟ .
		27-هل يشارك طفلك نفس اهتمامك؟.
		28-هل طفلك يتفاعل معكم في الأسرة؟.
		29-هل سمعت عن التوحد من قبل؟
		30-هل لديك معلومات عن التوحد؟
		31-هل تعتبر التوحد مرض عقلي؟
		32-هل تعتبر احتياجات طفلك خاصة؟.
		33-هل طفلك مختلف عن إخوته؟ لماذا.....؟
		34-هل تقارن بينه وبين إخوته؟
		35-هل تلمي له كل طلباته دون استثناء؟
		36-هل تقوم بتدليله بإفراط؟
		37-هل تعتبر التوحد تخلف عقلي؟

		38- هل التوحد هو اضطراب في حاسة النظر والرؤية ؟
		39- هل التوحد هو اضطراب في حاسة السمع ؟
		40- هل التوحد يصيب الإناث أكثر من الذكور؟
		41- هل التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث ؟
		42- هل تعتبر التوحد مرضا وراثيا ؟
		43- هل التوحد مرض معدي ؟
		44- هل التوحد يصيب الطفل من زواج الأقارب ؟
		45- هل تعتبر التوحد هو عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو؟
		46- طفل التوحد هو طفل عادي؟
		47- هل تشعر أن طفلك مختلف عن الآخرين؟ لماذا.....؟
		48- هل أخذت طفلك لأكثر من طبيب ؟
		49- هل تشك في تشخيص الطبيب الجزائري ؟
		50- هل تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية ؟
		51- هل تعتبر التوحد هو إصابة بالعين ؟
		52- هل تعتبر التوحد هو مس من الجن أو سحر ؟
		53- هل أخذت طفلك إلى طبيب مختص بالسمع

		البصر، النطق والحركة؟
		54-إجراء الفحوصات الضرورية للطفل ؟
		55-هل تفضل العلاج التقليدي ؟
		56-هل تفضل العلاج والمداواة بالأعشاب ؟
		57-هل أخضعت طفلك إلى العلاج النفسي ؟
		58-هل البرامج التربوية مفيدة لطفلك ؟
		59-هل تعتبر العلاج النفسي التربوي مضيعة للوقت ؟

جدول رقم (06) أبعاد استبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر :

الأبعاد	عدد الفقرات
1. بعد متعلق بمدى تقبل العائلة.	15 فقرة.
2. بعد متعلق بمدى إدراك العائلة.	14 فقرة.
3. بعد متعلق بمدى القدرة على التواصل.	06 فقرات.
4. بعد متعلق بالسلوك.	09 فقرات.
5. بعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي.	06 فقرات.
6. بعد متعلق بالاستقلالية.	04 فقرات.
المجموع	54 فقرة.

2.4 التعريف الإجرائي لأبعاد الاستبيان:

1. البعد الأول: بُعد متعلق بمدى تقبل العائلة (لحالة توحد الطفل).

احترام وتقدير العائلة للطفل، و تفهم اختلافه عن بقية الأطفال الآخرين، من خلاله يمكن التعرف على الأبعاد المولية، لأن تقبل الآخر يعكس تقبل الذات عند أفراد العائلة.

2. البعد الثاني: بُعد متعلق بمدى إدراك العائلة.

بمعنى مدى إطلاع العائلة ومعرفتها حول اضطراب التوحد (معلومات عن اضطراب التوحد بصفة عامة).

3. البعد الثالث: بُعد متعلق بالقدرة على التواصل (العائلة مع الطفل).

يقصد به (التواصل) وسائل التخاطب وتوفرها، مدى مجهودات ومحاولات العائلة تحسينها لتحفيز الطفل المصاب بالتوحد على التواصل.

4. البعد الرابع: بُعد متعلق بالسلوك.

سلوك الطفل والعائلة اتجاهه، الذي يتمثل (السلوك) في مجموعة من الاستجابات التي تصدر عن الطفل المصاب بالتوحد اتجاه المثيرات البيئية والعائلية.

5. البعد الخامس: بُعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي (الطفل مع المحيط).

هي عملية إتقان مهارات على مستوى السلوك (المثير/الاستجابة) من أجل إحداث علاقة نفس اجتماعية للتكيف والتعايش مع الآخر في المجتمع الواحد.

6. البعد السادس: بُعد متعلق بالاستقلالية (الطفل).

تعتبر عنها المهارات المعيشية اليومية الأساسية: كارتداء الملابس، تمشيط الشعر، الأكل، الشرب، النظافة الشخصية.

3.4 سلم تصحيح استبيان تقبل وإدراك عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر

للاضطراب:

وضع سلالمة لقياس المفهوم والتي حصرت في سلم ليكارت ثلاثي الأوزان: نعم/ أحيانا / لا؛ بهدف الحصول على أيجابية واضحة وصريحة من طرف أفراد العينة.

جدول رقم (07) طريقة تصحيح فقرات استبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر:

التقدير	نعم	أحيانا	لا
أوزان اتجاه الفقرات (- أو +)	3 فقرة موجبة (+)	2 (+)	1 (+)
	1 فقرة سالبة (-)	2 (-)	3 (-)

4.4 الخصائص السيكومترية للاستبيان:

1.4.4 الصدق الظاهري:

أ - صدق المحكمين:

كما هو موضح في الجدول رقم قائمة لجنة تحكيم الاستبيان، هي عبارة عن فريق متعدد الاختصاصات اختير من طرف الباحثة بطريقة علمية دقيقة اعتمدت فيها بصورة مباشرة على الخبرة الطويلة ومدى الاحتكاك بفئة أطفال طيف التوحد.

وقد مستّ عملية التحكيم المستويات التالية: فقرات وأبعاد الاستبيان وملاءمتها لخصائص عائلات الاطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر، أيضا من حيث قابليتها لقياس متغيرات الدراسة، الصياغة اللغوية.

جدول رقم (08): يوضح قائمة لجنة تحكيم الاستبيان (فريق متعدد الاختصاص):

اسم و لقب المحكم	المؤسسة المنتمي إليها	الرتبة أو المهنة
موفق ساندررا	كلية الطب INESM بوهرا	ممارسة وأستاذة في الطب العقلي للأطفال ورئيسة وحدة التوحد بالعيادة المتعددة الاختصاص بئر الجير - وهران .
بوشطارة سفيان	المؤسسة الاستشفائية الجامعية EHUO كلية الطب بوهرا.	ممارس وأستاذ مساعد في طب الأعصاب.
زبيدة سميرة	المؤسسة الإستشفائية 1 نوفمبر 1954 وهران.	ممارسة نفسانية - مصلحة طب الأعصاب-
بوطويل خديجة	عيادة خاصة .	ممارسة أرطفونية .
شارف جميلة	جامعة وهران 2.	أستاذة محاضرة - أ -

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

أستاذ محاضر - أ-	جامعة وهران 2.	ماحي إبراهيم
أستاذ محاضر - أ- ورئيس قسم علوم التربية	جامعة وهران 2.	قمر اوي محمد
رئيس الجمعية.	جمعية الأمل لأطفال التوحد.	السيد الوزاني
طبيبة عامة وأم طفل مصاب بالمتلازمة اسبرجر.	عيادة خاصة.	س.ك
أستاذ ابتدائية وأب طفل مصاب بالمتلازمة اسبرجر.	المدرسة الابتدائية - السعادة 2- حي البدر وهران.	م. ح
رئيسة الجمعية.	جمعية أولياء وأحباب أطفال التوحد - شلف -	عمار سعيدة

جدول (09) يوضح الأبعاد المقترح إضافتها من قبل لجنة التحكيم :

بعد التحكيم	الاستبيان الأولي
لطفك (ك) أو للطفل مباشرة مشاكل في الحديث ← لتجنب العبارات المركبة.	1-لطفك مشاكل في اللغة والحديث معك؟
طفلك (طفلك) الاستبيان موجهة لكلا الوالدين: الأب والأم.	2 - هل طفلك لا يستجيب للأصوات عمدا؟
تتواصل مع طفلك (ك) بالإشارات.	4-هل تتكلم مع طفلك بالإشارات؟
ينزعج طفلك من تغيير ترتيب الأشياء لعدم وضوحها.	18-هل تحب تركه في الروتين؟.
يتفاعل طفلك مع مشاعر الآخرين.	22-هل لدى طفلك غياب الاستجابة لمشاعر الآخرين: غضب فرح...؟
يتفاعل الطفل مع نشاطاتكم اليومية داخل الأسرة.	28-هل طفلك يتفاعل معكم في الأسرة؟.
هل التوحد يصيب الإناث أكثر من	40-هل التوحد يصيب الإناث أكثر من الذكور؟.

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

الذكور أو العكس؟.	
حذف هذه الفقرة لتفادي التكرار.	41-هل التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث؟.
التوحد هو إصابة الطفل بالعين والحسد.	51-هل تعتبر التوحد هو إصابة بالعين؟.

جدول (10) يوضح تعديل صياغة الفقرات:

بعد التحكيم	الاستبيان الأولي
لطفك (ك) أو للطفل مباشرة مشاكل في الحديث ← لتجنب العبارات المركبة .	1-لطفك مشاكل في اللغة والحديث معك؟
طفلك (طفلك) الاستبيان موجهة لكلا الوالدين: الأب والأم.	2-هل طفلك لا يستجيب للأصوات عمدا؟
تتواصل مع طفلك (ك) بالإشارات	4-هل تتكلم مع طفلك بالإشارات؟
ينزعج طفلك من تغيير ترتيب الأشياء ← لعدم وضوحها.	18-هل تحب تركه في الروتين؟
يتفاعل طفلك مع مشاعر الآخرين .	22-هل لدى طفلك غياب الاستجابة لمشاعر الآخرين: غضب، فرح....؟
يتفاعل الطفل مع نشاطاتكم اليومية داخل الأسرة.	28-هل طفلك يتفاعل معكم في الأسرة؟
هل التوحد يصيب الإناث أكثر من الذكور أو العكس؟.	40-هل التوحد يصيب الإناث أكثر من الذكور؟.
حذف هذه الفقرة لتفادي التكرار.	41-هل التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث؟
التوحد هو إصابة الطفل بالعين والحسد.	51-هل تعتبر التوحد هو إصابة بالعين؟

جدول رقم(11) يوضح الفقرات المحذوفة:

الاستبيان الأولي	بعد التحكيم
1-لطفك مشاكل في اللغة والحديث معك؟	لطفك (ك) أو للطفل مباشرة مشاكل في الحديث ← لتجنب العبارات المركبة.
2 - هل طفلك لا يستجيب للأصوات عمدا؟	طفلك (طفلك) الاستبيان موجهة لكلا الوالدين: الأب والأم.
4-هل تتكلم مع طفلك بالإشارات ؟	تتواصل مع طفلك (ك) بالإشارات.
18-هل تحب تركه في الروتين؟	ينزعج طفلك من تغيير ترتيب الأشياء لعدم وضوحها.
22-هل لدى طفلك غياب الاستجابة لمشاعر الآخرين : غضب، فرح ...؟	يتفاعل طفلك مع مشاعر الآخرين.
25-هل لطفك ردود سلبية اتجاه الآخرين؟	حذفت هذه العبارة لتفادي التأويلات.
28-هل طفلك يتفاعل معكم في الأسرة ؟	يتفاعل الطفل مع نشاطاتكم اليومية داخل الأسرة.
40-هل التوحد يصيب الإناث أكثر من الذكور؟	هل التوحد يصيب الإناث أكثر من الذكور أو العكس؟

41-هل التوحد يصيب الذكور أكثر من الإناث؟	حذف هذه الفقرة لتفادي التكرار.
51-هل تعتبر التوحد هو إصابة بالعين؟	التوحد هو إصابة الطفل بالعين والحسد.

لقد حذفت الفقرة رقم 25- **للطفل ردود سلبية اتجاه الآخرين** - نهائياً من الاستمارة من طرف الباحثة (بحكم التجربة والاحتكاك بآباء أطفال التوحد)، بسبب كلمة "ردود سلبية" التي سببت سوء الفهم لديهم، هذا ما نتج عنه نوع من المقاومة والتردد في الإجابة.

اتفق كل من المحكمين: الأستاذ قمر اوي.م، والأستاذ ماحي.إ، على تغيير كلمة "تتكلم"، بكلمة "تتواصل" باعتبارها أكثر شمولاً، لكن في الميدان وبعد تطبيق الباحثة للاستمارة، لاحظت انه هناك لبس (في كلمة تتواصل) بالنسبة للآباء حيث كثيراً ما يتم طرح السؤال والاستفسار عن المقصود منها، وللأسباب المذكورة ارتأت الباحثة الإبقاء على كلمة "تتكلم" لأنها مفهومة أكثر.

هذا ما يفسر الدور الذي لعبه الآباء في إبداء آرائهم حتى فيما يتعلق بالاستمارة وطريقة الطرح المعتمدة، حيث أن الأمر كان مقصوداً من طرف الباحثة، بهدف خلق جو من الثقة لجمع المعلومات والتمهيد لاختيار العائلات من أجل تطبيق العلاج الأسري البنائي في المرحلة الموالية التي تمثل الدراسة الأساسية .

إضافة البنود التالية (من طرف لجنة التحكيم):

- تعتبر متلازمة اسبرجر سببه الإهمال وعدم رعاية الطفل.
- طفلك (ك) يختار أصدقائه لوحده.
- تتبع طرق العلاج التي يوصى بها من طرف المختصين في المنزل.

البنود المحذوفة (من طرف لجنة التحكيم):

- أتقبل ابني المصاب بالمتلازمة وأسعى دوماً لتقديم العلاج له ← لأنها مباشرة وفيها إيحاء بإصدار أحكام على العائلة من طرف الباحثة، وأيضاً فيها توجيه للإجابة.
- نفضيل العلاج التقليدي ← لعدم وضوح المعنى.

ب - صدق المحتوى:

أغلبية الأولياء المشاركين في الدراسة الأصلية، اعتبروا الاستبيان مهم على سلم ليكارت ثلاثي الأبعاد، متدرج من 1 إلى 3: أحيانا 01 / لا 02 / نعم 03 .

• الأولياء اللذين أجابوا بهم جدا: 40 زوجا. أي ما يعادل 80%.

• الأولياء اللذين أجابوا بهم: 05 أزواج. أي ما يعادل 10%.

الأولياء اللذين أجابوا ب لا أدري: 05 أزواج أي ما يعادل 10%. تقدير زمن إجابة الأولياء وملاً الاستبيان من 10 د إلى 15 د.

للتأكد من خاصية الاختصار طلب من الأولياء تقدير الوقت اللازم للإجابة، ثم قياس زمن الإجابة لـ(11) زوجا(أمهات وآباء) من العينة بالدقيقة.

المتوسط الحسابي للإجابة بالزمن = 3.37 دقيقة.

نسبة الرفض = 0.

نسبة صعوبة الإجابة: 05 أولياء من 50 = 10%.

تمثلت الصعوبة في الاستفسار وتوضيح مفاهيم بعض الكلمات والمقصود منها والتي تم تغييرها بكلمات أبسط.

70% أولياء من العينة تمنوا أن يُستعمل الاستبيان كأداة في الجمعيات والعيادات النفسية والأرطفونية، خاصة أثناء إجراء المقابلة الأولى (prise de contact) لدقة الأسئلة وتسهيل عملية الإجابة.

ت - الصدق بأسلوب الاتساق الداخلي:

الجدول رقم (12) يوضح معامل الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر:

الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية	الفقرة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
<u>1</u>	0.519	0.01	<u>29</u>	0.369	0.05

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

0.05	0.487	<u>30</u>	0.05	0.684	<u>2</u>
0.01	0.251	<u>31</u>	0.01	0.356	<u>3</u>
0.01	0.569	<u>32</u>	0.01	0.459	<u>4</u>
0.05	0.258	<u>33</u>	0.05	0.289	<u>5</u>
0.01	0.291	<u>34</u>	0.01	0.589	<u>6</u>
0.01	0.198	<u>35</u>	0.01	0.412	<u>7</u>
0.01	0.259	<u>36</u>	0.01	0.234	<u>8</u>
0.01	0.264	<u>36</u>	0.01	0.457	<u>9</u>
0.01	0.395	<u>37</u>	0.01	0.361	<u>10</u>
0.05	0.545	<u>38</u>	0.01	0.183	<u>11</u>
0.01	0.419	<u>39</u>	0.01	0.596	<u>12</u>
0.01	0.374	<u>40</u>	0.05	0.472	<u>13</u>
0.01	0.369	<u>41</u>	0.05	0.601	<u>14</u>
0.01	0.243	<u>42</u>	0.01	0.547	<u>15</u>
0.05	0.514	<u>43</u>	0.01	0.298	<u>16</u>
0.05	0.541	<u>44</u>	0.01	0.475	<u>17</u>
0.05	0.289	<u>45</u>	0.01	0.398	<u>18</u>
0.01	0.398	<u>46</u>	0.01	0.259	<u>19</u>
0.01	0.365	<u>47</u>	0.01	0.472	<u>20</u>
0.01	0.417	<u>48</u>	0.01	0.396	<u>21</u>
0.01	0.547	<u>49</u>	0.01	0.457	<u>22</u>
0.05	0.478	<u>50</u>	0.05	0.473	<u>23</u>
0.01	0.238	<u>51</u>	0.01	0.541	<u>24</u>
0.05	0.471	<u>52</u>	غير دالة	-0.485	<u>25</u>
0.01	0.564	<u>53</u>	0.01	0.471	<u>26</u>
0.05	0.548	<u>54</u>	0.01	0.563	<u>27</u>
0.01	0.448	<u>55</u>	0.01	0.296	<u>28</u>

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

من خلال الجدول رقم (12)، الذي يوضح نتائج معاملات الارتباط بين فقرات الاستبيان والذي بلغ عددها (55) فقرة، والدرجة الكلية للاستبيان، والتي نلاحظ أن معظمها ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)، والبعض منها عند مستوى الدلالة الإحصائية (0.05)، منه نستنتج وجود اتساق داخلي ما بين الفقرات والدرجة الكلية للاستبيان. كما حذفت الفقرة رقم (25) لعدم تحقيقها أي دلالة إحصائية.

جدول رقم (13) يوضح قيم معامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر:

الرقم	أبعاد الاستبيان	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
1	بعد متعلق بمدى تقبل العائلة	0.698	0.01
2	بعد متعلق بمدى إدراك العائلة	0.562	0.01
3	بعد متعلق بمدى تقبل العائلة	0.471	0.01
4	بعد متعلق بالتواصل	0.538	0.05
5	بعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي	0.643	0.01
6	بعد متعلق بالاستقلالية	0.547	0.05

الجدول رقم (13) يبين العلاقة الارتباطية بين الأبعاد الستة والدرجة الكلية لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر، عند مستوى دلالة التي تراوحت بين (0.01 و 0.05)، منه نستنتج صدق أبعاد الاستبيان.

2.4.4 ثبوتات الاستبيان:

أ. حساب الثبات بمعامل ألفا كرونباخ:

جدول رقم (14) معامل الثبات بألفا كرونباخ لاستبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر:

معامل الثبات ألفا كرونباخ	أبعاد الاستبيان
0.689	بعد متعلق بمدى تقبل العائلة
0.741	بعد متعلق بمدى إدراك العائلة.
0.674	بعد متعلق بالقدرة على التواصل.
0.699	بعد متعلق بالسلوك.
0.780	بعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي.
0.716	بعد متعلق بالاستقلالية.
0.782	الدرجة الكلية

الجدول رقم(14) يوضح قيم ألفا كرونباخ للأبعاد الستة للاستبيان والتي تراوحت ما بين (0.689 و0.780) حيث تعتبر قيم جيدة على العموم، أما قيمة معامل الثبات للدرجة الكلية للاستبيان قدرت بـ 0.782 حيث تعتبر قيمة جيدة، وعليه يمكننا القول أن الاستبيان قابل للقياس.

جدول رقم(15) يوضح الصيغة النهائية للاستبيان:

1. بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
			سمعتَ (سمعتي) عن التوحد من قبل .
			لديكَ حالياً (ك) معلومات عن التوحد .
			تعتبر (تعتبرين) التوحد مرض عقلي أو تأخر عقلي.
			تعتبر احتياجات طفلك خاصة .
			طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
			تقارن (تقارنين) بينه وبين إخوته.
			تلبى (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
			تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
			تعتبر المتلازمة تخلف عقلي.
			المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

			المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
			المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
			متلازمة اسبرجر مرض معدي .
			المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .

2. بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
			تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
			طفل المصاب بمتلازمة اسبرجر هو طفل عادي.
			تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين.
			أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ لأكثر من طبيب.
			تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
			تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد.
			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هوي مسّ من الجن أو سحر.
			أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
			أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
			تفضل العلاج وال مداواة بالأعشاب
			أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
			البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلكِ) .

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعةً للوقت.
--	--	--	---

3. بعد متعلق بالقدرة على التواصل:

أحياناً	لا	نعم	
			لطفك (ك) مشاكل في اللغة والحديث معك.
			طفلك (ك) لا يستجيب للأصوات عمداً.
			تعتبر طفلك (ك) له تأخر في الكلام فقط.
			تتكلم مع طفلك (ك) بالإشارات.
			طفلك (ك) لا يفهم ما تقوله له.
			تعتبر تأخر اللغة أو ضعفها راجع إلى عدم اكتمال نضجه الجسدي.

4. بعد متعلق بالسلوكيات :

أحياناً	لا	نعم	
			تترك طفلك (ك) يفعل ما يشاء .
			طفلك (ك) يقوم بتصرفات متكررة .
			لدى طفلك (ك) عادة التمسك بالأشياء .
			يقوم طفلك (ك) بتقليد: تعبيرات الوجه، حركات اليدين، حركات الجسم.
			لدى طفلك (ك) حركات جسدية غير طبيعية.
			يصعب على طفلك (ك) البقاء ساكناً في مكان واحد.
			طفلك (ك) يعاني من العدوانية اتجاه الآخرين (مثلاً: ضرب الآخرين).
			طفلك (ك) يعاني من صعوبة في النوم.
			تحاول تعديل سلوكه.

5. بعد متعلق بالاستقلالية:

أحياناً	لا	نعم	

			تفضل (تفضلين) تركه بالحفاظة وذلك لنظافته
			ينزعج طفلكَ (ك) من تغيير ترتيب الأشياء.
			تتركُ (تتركين) طفلكَ (ك) يلعب مع الأطفال لوحده.
			هل تترك طفلكَ (ك) يلعب مع الأطفال وأنت معه

6. بعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي:

أحيانا	لا	نعم	
			لدى طفلكَ (ك) غياب الاهتمام المشترك مع الآخرين (معكم كأباء، الإخوة، الأقارب، الأقران، الجيران).
			يتفاعل طفلكَ (ك) مع مشاعر الآخرين: غضب، فرح، حزن.
			طفلكَ (ك) يلعب مع أقرانه بشكل دائم .
			يقوم بالمبادرة في اللعب ومشاركة الأطفال.
			يشارك طفلكَ (ك) نفس اهتمامك.
			طفلكَ (ك) يتفاعل مع نشاطاتكم اليومية داخل الأسرة.

5. وصف استبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر:

يحتوي الاستبيان على ستة أبعاد (06)، موجهة إلى عائلة طفل مصاب بمتلازمة أسبرجر.

- بُعد متعلق بمدى تقبل العائلة (حالة الطفل): يحوي خمسة عشرة فقرة (15 فقرة).

- بُعد متعلق بمدى إدراك العائلة (معلومات عن ا لمتلازمة): يحوي خمسة عشرة فقرة (15 فقرة).
- بُعد متعلق بالقدرة على التواصل: الذي يحوي ستة فقرات (06 فقرات).
- بُعد متعلق بالسلوك (سلوك الطفل والعائلة اتجاهه): يحوي تسعة فقرات (09 فقرات).
- بُعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي (الطفل مع المحيط): يحوي سبعة فقرات (07 فقرات).
- بُعد متعلق بالاستقلالية.(الطفل): يحوي خمسة فقرات (05 فقرات).

حيث استغرق لإعدادها سنة كاملة من البحث والتقصي وإجراء المقابلات مع المختصين في ميدان اضطراب طيف التوحد، ومع عائلات الأطفال المصابين بالاضطراب المتواجدين في الجمعيات والمراكز العامة والعيادات الخاصة، حيث طبق على خمسين عائلة (50 عائلة). في الجهة الغربية من الجزائر، والتي تضمنت الزوجين: أب وأم الطفل (البيولوجيين والمربين).

كما عمدت الباحثة إلى وضع أو تحديد الإجابات بثلاثة بدائل (03 بدائل)، بهدف عدم تشتيت انتباه المفحوصين، أيضا لإعطاء إجابات واضحة وصريحة، ما يساهم في تسهيل عملية التفسير والتحليل، وتجنب التأويلات الذاتية الكثيرة التي تنعكس بالسلب على مصداقية البحث .

إضافة إلى تحويل الفقرات وتغييرها من صيغة الاستفهام (السؤال)، إلى صيغة بسيطة مفهومة، لتفادي إخراج المفحوصين وإحساسهم بالاستجواب، أيضا بهدف وضعهم في جو من الأريحية والثقة المتبادلة.

يجدر التنبيه لعدد الفقرات في كل بُعد كما هو ملاحظ فقد تراوح من خمسة فقرات (05 فقرات) إلى خمسة عشرة فقرة (15 فقرة)، هذا راجع إلى ترتيب وأهمية كل بُعد في السياق العام للاستبيان، منه محاولة الباحثة تقصي الحقائق والحصول على أكبر عدد ممكن من المعلومات من طرف العائلة، من خلال إعادة صياغة الأسئلة بشكل مختلف (لكن بعض الأسئلة تصب في نفس المعنى حيث كان مُعمداً من طرف الباحثة بهدف التأكد من الاجابات)، ما سهّل عملية التفسير والتحليل النفسي الإكلينيكي لكل عائلة بشكل موضوعي وحيادي.

1.5 الهدف من الاستبيان:

- تسهيل عملية انتقاء العائلات بعد التعرف على خصوصياتها، بهدف تطبيق العلاج الأسري البنائي في الدراسة الأساسية للبحث .
- إعداد دراسة تحليلية إكلينيكية لمدى ادراك ووعي آباء أطفال التوحد بهذا الاضطراب.
- تقديم المساعدة اللازمة من طرف الأخصائي النفسي(دراية، مهارة، خبرة)، عن طريق تدريب الآباء، ودمجهم في العملية العلاجية باعتبارهم السند الدائم لهذه الفئة.
- الوصول إلى الهدف الرئيسي ألا وهو السعي لعلاج وتأهيل ودمج هؤلاء الأطفال في المجتمع.

يحيوي الاستبيان ستة أبعاد (06)، وهو مُوجّه إلى عائلة طفل التوحد.

1. بُعد متعلق بمدى تقبل العائلة (حالة الطفل) .
2. بُعد متعلق بمدى إدراك العائلة. (معلومات عن المتلازمة).
3. بُعد متعلق بالقدرة على التواصل.
4. بُعد متعلق بالسلوك (سلوك الطفل والعائلة اتجاهه).
5. بُعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي (الطفل مع المحيط).
6. بُعد متعلق بالاستقلالية.(الطفل).

لقد تم تصميم هذا الاستبيان، استنادا إلى سبر آراء (Sondage)، قامت به الباحثة في الشارع الجزائري، في الجهة الغربية: وهران، عين تموشنت، تلمسان، سيدي بلعباس، شلف، سعيدة، غليزان. بمساعدة زملاء في الميدان (جمعيات التوحد، آباء وأمّهات أطفال مصابين بطيف التوحد، أخصائيين نفسانيين في المؤسسات البيداغوجية الطبية، أطباء أطفال، طب عقلي للأطفال، أطباء أعصاب، معلمين في المدارس الابتدائية).

2.5 مدة تطبيق الاستبيان: لقد تراوحت من 10 د إلى 15 د، بحضور الباحثة لتوضيح أكثر وإزالة اللبس في حالة عدم فهم المعنى من طرف المبحوثين.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

تمهيد:

في ضوء النتائج المتحصل عليها، من الدراسة الاستطلاعية والتي اعتبرت أهم مرحلة في البحث، حيث كان الهدف منها هو:

التعرف على عائلات أطفال التوحد، وخصوصياتها - في الجهة الغربية من الجزائر: وهران، أرزيو، عين تموشنت، مستغانم، تلمسان، سيدي بلعباس، شلف، سعيدة، غليزان، تيسمسيلت- للقيام بعملية انتقاء العينة (عائلات أطفال متلازمة اسبرجر)، عن طريق بناء استبيان، الذي مكن الباحثة في الدراسة الأساسية الانتقال من جمع المعلومات إلى تفعيل المقابلات العلاجية من أجل حيثيات البحث التي تتطلب من الباحث ليونة التفكير والتعامل مع ظروف البحث الدخيلة لاستمرارية العملية العلاجية بهدف الوصول إلى الموضوعية العلمية في الدراسة التي بصدد البحث فيها.

وكحوصلة، الدراسة الأساسية هي عبارة عن مشاركة وجدانية ومشاركة ودية لمعرفة تمثلات العائلة ومعاشها وإحساساتها . (Lacan, 1964)

اعتمدت الباحثة في تطبيق العلاج الأسري البنائي لمينوشن، على دراسة حالة لأربعة عائلات جزائرية بالتحديد من الجهة الغربية- مدينة وهران- تشترك في أنها غير مفككة لا يعاني أفرادها من أي مرض خطير(مقسمة ما بين عائلتين نووية وعائلتين ممتدة) لديها أحد أطفالها مصاب بمتلازمة اسبرجر . والتي تم اختيارها من عينة الدراسة الاستطلاعية.

1. الإجراءات المنهجية :

1.1 الحدود الزمنية: استغرق تطبيق العلاج حوالي 04 سنوات من 2015/01/18 إلى

2019/06/13، بواقع جلسة إلى اثنين أسبوعيا، زمن كل جلسة تراوح ما بين 30 إلى 45 دقيقة،

راجع إلى نوعية الدراسة التي تمثلت في الدراسة التتبعية.

2.1-الحدود المكانية: المؤسسة الاستشفائية 1 نوفمبر 1954 وهران -جناح الفحوصات

المتخصصة، جمعيات التوحد على مستوى ولاية وهران، منازل المفحوصين (العائلات).

3.1- الحدود البشرية(الحالة المعالجة): بما أن عدد أفراد مجتمع العينة صغير، لذلك اختيرت

بطريقة قصدية، حيث تكونت عينة الدراسة من أربع أسر أو عائلات غير مفككة لا يعاني أفرادها من

أي مرض خطير(مقسمة ما بين عائلتين نووية وعائلتين ممتدة) من الغرب الجزائري بالتحديد من

مدينة وهران، تشترك في إصابة أحد أطفالها بمتلازمة اسبرجر . تمت عملية الاختيار على أساس

احترام العقد العلاجي (contrat moral) بينها وبين الباحثة: الاتفاق على احترام مواعيد الفحوصات،

البرنامج العلاجي المسطر، العمل على حضور جميع أفراد الأسرة، الجدية والرغبة في التغيير...

خاصة وأن المدة المحددة في العملية العلاجية هي أربعة (04) سنوات متتالية باعتبارها دراسة تتبعية

(طولية) طُبِّقَ فيها المنهج شبه التجريبي (لقد أشارت الباحثة إلى أن الأسباب الموضوعية العلمية لتحديد هذه المدة الزمنية في عنوان خاص بذلك).

4.1- حدود الدراسة (منهج الدراسة): نظرا لمتطلبات الدراسة، حاولت الباحثة المزج بين منهجين المنهج شبه التجريبي ذو المجموعة الواحدة، والمنهج الوصفي-المتمثل في دراسة حالة- بطريقة تحليل المحتوى لمعالجة المعطيات، لمدى التلاؤم والتوافق مع موضوع البحث وهو تطبيق العلاج الأسري البنائي لصاحبه سالفدور مينوشن ، والأخذ بعين الاعتبار الفرضيات المطروحة من جهة أخرى.

4.1.1- المنهج شبه التجريبي:

أحد أنواع المنهج التجريبي، يدرس العوامل الواقعية التي تؤثر في الظاهرة لمعرفة الأسباب من خلال قياس المتغيرات المستقلة (مجموعة مؤلفين، 2019). ونظرا لصعوبة التجريب في العلوم الانسانية خاصة في علم النفس لمسألة الضبط والتحكم التجريبي على مستوى: التنبؤ، التوجيه والتحكم في السلوك الذي يكون بشكل نسبي، التجأت الباحثة إلى هذا المنهج لدراسة مدى فعالية العلاج الأسري البنائي لعائلة طفل مصاب بمتلازمة أسبرجر على المستويات التالية:

- وعي وإدراك أسرة الطفل بمتلازمة اسبرجر قبل تطبيق العلاج البنائي وبعد التطبيق.
- الفروق بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسبرجر قبل تطبيق العلاج البنائي وبعد التطبيق.
- الفروق بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر قبل العلاج البنائي وبعد التطبيق.

التصميم الشبه التجريبي للدراسة:

الاختبار القبلي ← المجموعة التجريبية ← الاختبار البعدي.

4.2.1- المنهج الوصفي:

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 (عبدالمعطي، 2013). حاولنا الاعتماد في دراستنا على المنهج الوصفي، 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، والتعرف قدر الإمكان على حياتهم بغية الوصول إلى تأويل المشكلة في ظل الوقائع. ولهذا فإن المنهج الإكلينيكي (العيادي) هو الدراسة المركزة العميقة لحالة فردية، أي دراسة الشخصية في بيئتها يمتد بالدراسة أيضا إلى جماعات، فهو يدرس الجماعة من هي الحالة الفردية (Gerauld, 2013).

الذي استخدم فيه دراسة الحالة لفهم وتفسير طبيعة وخصوصيات النظام الأسري الخاص بالحالات الأربعة (العائلات). وفي هذا الصدد يقول ويليام هيلي (W.Healy) عندما انتهى من دراسته العميقة عن الأحداث الجانحين: " إن الإحصاء لا يروي القصة كاملة، ولا يكفي لفهم الإنسان والظروف المحيطة به" (مجموعة مؤلفين، 2019).

• الملاحظة:

تمثلت في عملية مراقبة سلوك الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر، ومحاولة تحديد ردود فعل أعضاء العائلة اتجاهه، من خلال توزيع الأدوار، الاتجاهات والميولات، وصولا الى نوع الاتصالات من خلال التعبير اللفظي وغير اللفظي أثناء الحصص والجلسات العلاجية. أما من الناحية التطبيقية للدراسة، هنا الباحثة تلاحظ نتائج الفروق في التطبيق القبلي والبعدي للعلاج الأسري البنائي على عينة متكونة من 04 عائلات أحد أطفالها مصاب بمتلازمة اسبرجر؛ هل هي ايجابية على المستويات التالية: النقل، الوعي والإدراك، تنمية مهارات التواصل لدى الطفل، تصحيح سلوك الطفل، والاندماج الاجتماعي.

• المقابلة:

هي محادثة وحوار موجه بين الباحث و أفراد عائلة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر، بغرض جمع المعلومات اللازمة للدراسة، عن طريق طرح مجموعة من الأسئلة العلمية الهادفة ، حيث تحولت المقابلة في هذا البحث الى مقابلة علاجية استطاعت من خلالها الباحثة، تطبيق تقنيات العلاج الأسري

البنائي على العائلات الأربعة التي مثلت عينة البحث. في هذه الحالة رؤية الوالدين والأطفال وتمتد حتى الى إشراك أشخاص مرجعيين: الجدّة، الجد، العمّة، العم، الخالة، الخال. وحتى من محيط الاتصال الرسمي من خبراء ومعالجين... (كاسار بيرنرد، 2016).

• المقاربة العلاجية:

تمثلت في تطبيق تقنيات العلاج الأسري البنائي لسالفادور مينوشن على أربع عائلات من مدينة وهران، وانحصرت في الدراسة الآنية للحالة (catamnèse) تماشياً مع فنيات العلاج الأسري البنائي في التركيز على الأحداث الحالية والحاضرة للأسرة (ici et maintenant) بالنسبة للمقابلات مع أفراد الأسرة. أما الطفل المصاب بالمتلازمة فقد كان من الضروري محاولة الغوص في الماضي (anamnèse) لدراسة التاريخ التطوري للطفل: في الماضي والحاضر، بالإضافة الى الخلفية الأسرية وردود أفعال الأسرة اتجاه حالة الطفل.

ومن جهة أخرى لم يتم اختيار هذا النوع من المقابلة بشكل اعتباطي، ولكن بغرض الوصول إلى الاهداف التالية: المشاركة في عملية التشخيص والتقييم الشامل لجميع البيانات وتقديم التقارير النفسية. محاولة تطبيق تقنيات العلاج الأسري البنائي لمساعدة الأسرة في التخفيف من المشاعر السلبية اتجاه الطفل وتصحيح مفاهيمها عن حالته وأسبابها التي أدت إلى ذلك بتبصيرها بدورها في تقبله والتعايش مع حالته وكيفية معاملته، تهيئة مناخ عائلي آمن وخالٍ من الضغوط البيئية قدر الإمكان. ملاحظة سلوك الطفل وفحص التفاعلات الأسرية بشكل مباشر.

• دليل المقابلة:

لقد تم اعداد المقابلة من طرف الباحثة بشكل دقيق وعلمي، فقد تنوعت بين أسئلة مفتوحة الى مقننة بمعنى من الكل الى الجزء(الحياة الشخصية للعائلة) مراعية في ذلك: الحالة النفسية لأفراد العائلة، الأساليب الدفاعية المستعملة لكل عضو، ردود الفعل المختلفة. بغرض الوصول إلى الهدف الرئيسي للدراسة المتمثل في تفعيل العلاج الأسري البنائي على عائلة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر والوصول به(الطفل) الى مرحلة التمدرس في مدارس عادية.

لقد عمدت الباحثة في العلاجية الى الجمع بين العائلات الأربع(التركيز خاصة على الزوجين)، للتنفيس عن المشاكل التي تعاني منها كل عائلة(الأنا الجماعي)، والتركيز على نقاط القوة والضعف مما يساعد على تبادل الخبرات الايجابية وتجنب السلبية منها خاصة في اطار تحسين نوع العلاقات الأسرية (المكانات، الأدوار، نوع الاتصال...)، كما تم العمل على تخفيف التوترات الموجهة نحو المعالج، باعتباره طرفا في احداث التغييرات داخل النسق، فيما يسمى بالانسجام البيئي وهو تكنيك يستعمله المعالج ليكيّف نفسه مع نمط الأسرة بغرض بناء تحالف علاجي. بتصرف (Minuchin S. , 2006)

• نموذج عن الأسئلة المطروحة:

في الحصف الأولى تمحورت الاسئلة حول الطفل باعتباره العرض في العلاجية البنائية، لخلق جو من الثقة المتبادلة بين المعالج والعائلة.

- الاسئلة المطروحة عن الحمل: فترة الحمل، سيرورة عملية الولادة، الحالة النمائية للطفل، التاريخ الطبي والأسري.

- تاريخ ظهور الأعراض واكتشافها، مسار نمو المهارات الحركية، النمو اللغوي وأنماطه، ميولات الطفل واهتماماته، مدى وعيه بذاته، المهارات التي يتقنها الطفل إن وجدت، الحالة المزاجية، مهارات التواصل اللفظية وغير اللفظية، التبادل الاجتماعي.

- طبيعة العلاقة الزوجية، كيف يفكر كل طرف في الاخر، مهام ومسؤولية كل طرف اتجاه الطفل

- علاقة الطفل بإخوته البنات، والذكور، من وجهة نظر الوالدين.

- مشاعر الاخوة اتجاه الطفل من وجهة نظرهم.

- أسئلة حول التغييرات التي طرأت على العائلة.
- الدور الذي قام به كل فرد في العائلة في حل المشاكل التي صادفتها أثناء العملية العلاجية.
- أسئلة حول تقييم الاضطرابات العائلية، واحتياجات كل فرد لتحديد الأولويات داخلها.
- الوقوف على التخوفات الموجودة عند كل فرد، واستراتيجيات حل الأزمات العائلية بعد انتهاء الجلسات العلاجية.

• الاستبيان:

- هو استبيان من تصميم الباحثة حيث تمّ تطبيقه في الدراسة الأساسية بعد أن تم حساب صدقه وتبائه في الدراسة الاستطلاعية ، وبالتالي فهو صالح للاستعمال في الدراسة الحالية. يحوي الاستبيان 06 أبعاد، وهو موجه إلى عائلة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر (طيف التوحد):
1. البعد الأول: بُعد متعلق بمدى تقبل العائلة (لحالة توحد الطفل).
 - احترام وتقدير العائلة للطفل، و تفهم اختلافه عن بقية الأطفال الآخرين، من خلاله يمكن التعرف على الأبعاد المولية ، لأن تقبل الآخر يعكس تقبل الذات عند أفراد العائلة.
 2. البعد الثاني: بُعد متعلق بمدى إدراك العائلة.
 - بمعنى مدى إطلاع العائلة ومعرفتها حول اضطراب التوحد (معلومات عن اضطراب التوحد بصفة عامة).
 3. البعد الثالث: بُعد متعلق بالقدرة على التواصل (العائلة مع الطفل).
 - يقصد به (التواصل) وسائل التخاطب وتوفرها، مدى مجهودات ومحاولات العائلة تحسينها لتحفيز الطفل المصاب بالتوحد على التواصل.
 4. البعد الرابع: بُعد متعلق بالسلوك.
 - سلوك الطفل والعائلة اتجاهه، الذي يتمثل (السلوك) في مجموعة من الاستجابات التي تصدر عن الطفل المصاب بالتوحد اتجاه المثيرات البيئية والعائلية.
 5. البعد الخامس: بُعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي (الطفل مع المحيط).
 - هي عملية إتقان مهارات على مستوى السلوك (المثير/الاستجابة) من أجل إحداث علاقة نفس اجتماعية للتكيف والتعايش مع الآخر في المجتمع الواحد.

6. البعد السادس: بُعد متعلق بالاستقلالية(الطفل).

تعبّر عنها المهارات المعيشية اليومية الأساسية: كارتداء الملابس، تمشيط الشعر، الأكل، الشرب، النظافة الشخصية.

2 - الخصائص السيكومترية لاستبيان مدى تقبل وادراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر:

2.1 صدق الاستبيان:

لقد تمّ حساب صدق الاستبيان بحساب معامل الارتباط ألفا كرونباخ للأبعاد الستة والدرجة الكلية للاستبيان عند مستوى دلالة (0.01)، حيث برهنت قيم الأبعاد مع الدرجة الكلية صدق ومصداقية الاستبيان، فيما يلي عرض النتائج المتحصّل عليها:

1. الدرجة الكلية للاستبيان: 0.782 تعتبر قيمة جيدة .

2. بعد متعلق بمدى تقبل العائلة: 0.689

3. بعد متعلق بمدى ادراك العائلة: 0.741

4. بعد متعلق بمدى تقبل العائلة: 0.674

5. بعد متعلق بالتواصل: 0.699

6. بعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي: 0.780

7. بعد متعلق بالاستقلالية: 0.716

2.2 ثبات الاستبيان:

1. بعد متعلق بمدى تقبل العائلة: 0.698 عند مستوى دلالة 0.01

2. بعد متعلق بمدى ادراك العائلة: 0.0562 عند مستوى دلالة 0.01

3. بعد متعلق بمدى تقبل العائلة: 0.471 عند مستوى دلالة 0.01

4. بعد متعلق بالتواصل: 0.538 عند مستوى دلالة 0.05

5. بعد متعلق بالتفاعل الاجتماعي: 0.643 عند مستوى دلالة 0.01

6. بعد متعلق بالاستقلالية: 0.547 عند مستوى دلالة 0.05

3 - الأساليب الإحصائية للدراسة:

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

بالنسبة للشق التطبيقي من الدراسة، استخدمت الباحثة بعض الأساليب الإحصائية التي ساعدت على عملية التحليل ومعالجة البيانات، بالاستعانة ببرنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS20)، تتمثل هذه الأساليب في:

- حساب التكرارات والنسب المئوية لغرض تفريغ بيانات استبيان الدراسة.
- حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لتوزيع خصائص عينة الدراسة.
- استعمال اختبار (T.Test) لدراسة الفروق بين مجموع درجات أفراد عينة الدراسة للمتغير الجنس: الفرق بين الأمهات والآباء في درجة الوعي والادراك لمتلازمة اسبرجر.
- اختبار كاف تربيع (Chi-Square Test 2) لمعرفة العلاقة بين متغيرين.

4 - تلخيص المقابلات والحصص العلاجية للعائلات الأربع:

1. العائلة الاولى:

1 التطبيق القبلي:

1.1 بطاقة معلومات الطفل:

- الاسم: ع / اللقب: ش / السن: 05 سنوات / الرتبة بين الإخوة: الثاني
- التشخيص: متلازمة اسبرجر (Syndrome d'asperger).
- تاريخ أول حصة: الأحد 10.03.2016 على الساعة 14.00 ودامت 60 د.

- 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 ولا على الأرقام.
- التحليل والتركيب: تفوق الحالة في بناء الشكل الهرمي من الأكبر إلى الأصغر بعد القيام بالتقليد (تقليد حركات الأم).
- المخطط الجسمي: لم يتمكن من إعطاء أسماء لأعضاء الوجه أو اليدين، عدم معرفة الجانبية (يسار، يمين).
- الاستقلالية: الاعتماد لكلي على الأم في كل نشاطاته اليومية لبس، أكل و اغتسال، حتى إنه يعاني من التبول وتبرز لاإرادي (الحفاضة) ليقضي حاجياته البيولوجية .
- النمو الحسي والحركي: لا يعاني الطفل من أي إعاقة حسية حركية.
- النمو اللغوي: استعمال الضمائر بشكل غير مناسب.
- تعابير الوجه: الافتقار إلى استجابات انفعالية واجتماعية مناسبة يبتسم 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) بحيث لا ينام في القيلولة أيضا .

2.1 تلخيص المقابلات مع الأم:

1.2.1. بطاقة المعلومات:

س. ك، السن: 38 سنة/ المستوى التعليمي: مهندسة دولة في الإلكترونيات / المهنة: مأكثة بالبيت / المستوى المعيشي: جيد/ تاريخ الحصة الأولى: الأحد 10 مارس 2012 على الساعة 14.00 ودامت 60 د.

بعد رحلة بحث بين المختصين عن تشخيص علمي مقنع لأعراض الطفل استقبلنا الأم برفقة الرسالة من الأخصائي الأطفوني، تطلب المساعدة النفسية، لكن بسبب القلق والتوتر الذي ظهر عليها ارتأينا تحديد موعد لها، من أجل الاستجابة للشكوك والتساؤلات التي تطرحها، بخصوص تشخيص الأعراض وطريقة التعامل مع الطفل لقد أبدت الأم معانات نفسية عميقة تمثلت في الجرح النرجسي ، أيضا 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" .

لقد تم التركيز في الحصة العلاجية مع الأم، على إعطائها مجالا للكلام والتعبير عن معاناتها اليومية مع الطفل المتوحد من جهة، وعلاقتها بالزوج والابن الأكبر من جهة أخرى.

وتمكينها من التعرف على سلوكياتها وآثارها اتجاههم، ثم مساعدتها على تقدير ذاتها من خلال التركيز على الإنجازات التي قامت بها للحفاظ على كيان أسرتها، أيضا سلوكيات الآخرين الايجابية اتجاهها.

التوعية بطبيعة الطفل وطبيعة الإعاقة، القدرات التي يمتلكها، وكيفية التعامل معه وذلك بإشراكها في العملية العلاجية.

في هذا السياق يتحدث **S.Freud** عن ما تمثله ولادة طبيعية بالنسبة للأم : حيث يعتبر إنجاب الطفل، هو جزء من جسمها الذي تراه أمامها كجسم غريب، وبالتالي ابتداء من نرجسيتها تستطيع أن تكرر له حب موضوعي كامل" (I.Gassman.J-F Allilaire, 2003).

أما أنا فرويد تعتبر فترة العلاقات مع الأم ورضيعها التي تتمثل في إرساء عملية التقمص الأولى (identification primaire) هي مبكرة ومباشرة في علاقة وطيدة ، حينما تكون الحالة العقلية والعصبية التي تتمثل في الجانب السلوكي وقدراته الحسية الحركية والعلائقية ناقصة أو مضطربة كما هو الحال في متلازمة أسبرجر، أين الطفل لا يظهر سلوك تعلق مع الأم وفي هذا السياق تكلمت على عملية التبادل (Réciprocité) فهي عملية مساعدة للأم حتى تلعب دورها المدعم لغرائز طفلها، بحيث تصبح قادرة على تحول إحساسات وعواطف إلى معاش نفسي مكيف عوض فقدان القدرة العفوية والإحساس الطبيعي لفهم وتخيل حاجات طفلها (Gassman/J.F.Allilaire, 2003). خاصة أنه لا يستطيع التفاعل معها والتعبير عن حاجياته إضافة أنه لم يأتي لإشباع الرغبة النرجسية للوالدين .

فالطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر، غير قادر على التجاوب مع أمه ولا يظهر سلوك تعلق طبيعي ، خاصة وأن الأم عاشت تجربة طبيعية مع الإبن الأكبر مما أدى بها إلى المقارنة بينهما.

2.2 تلخيص المقابلات مع الأب:

1.2.2 بطاقة المعلومات:

أ.ش: 42 سنة. المستوى التعليمي: مهندس دولة في الميكانيك/ المهنة: تاجر.

المستوى المعيشي: جيد/ الحصص الأولى: الأحد 23. 06. 2013 على الساعة 14.00، دامت 60 د.

بعد التماس نتائج إيجابية بالنسبة لسلوك طفل متلازمة اسبرجر، 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،

والذي دفع الباحثة إلى الغوص في تاريخه الطفولي، فالأب جد صارم في المعاملة ، لا يتحاور إلا

بالنهي وإصدار الأوامر أو لغة الضرب، السبب الذي جعل الابن الأكبر يختار دراسة الهندسة بجامعة خارج ولاية وهران، هربا من المشاكل العلائقية مع الأب. أما بالنسبة للأم فكانت تمثل الأم الكلاسيكية الخاضعة التي لا تستطيع المواجهة. ينظر الزوج إلى إنجابه الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر كعقاب له لعقوق الوالدين، أثناء المقابلات العلاجية التي أجريت معه تخللتها فترات صمت التي كانت دائما تنتهي بالبكاء الشديد الذي يعبر عن الحزن العميق والمعاناة العاطفية.

نلمس لدى الأب الإحساس بالذنب، بحيث يحاول البحث عن أسباب إصابة الطفل بالمتلازمة، كأنه المسؤول الأول عن هذا الاضطراب في تساؤلاته: هل فعلت شيئا في حياتي؟؟؟ . دائم التخوف 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 يظهر هذا عن طريق طرحه السؤال: لماذا حدث له الأمر هو بالذات؟؟.

استقبلنا الأخ الأكبر والوحيد هو مراهق، جميل المظهر، مرتب الهمد، ألوان متناسقة، على مستوى الاتصال: يتكلم بطلاقة اللغتين العربية والفرنسية .

أول ما بدأ الكلام عن أمه الذي 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 تحمله والغضب منه، وحتى تجنب التعامل معه نهائيا لأيام، ومرات أخرى اللعب معه خاصة أنهما يشتركان في هواية كرة المضرب .

إن تأثر الأم كثيرا بعد تشخيص طفلها الأصغر بمتلازمة اسبرجر، بحيث أصبحت أكثر قلقا وخوفا من المشاكل التي تواجهها في تربية، وانشغالها الدائم ما إذا طفلها سوف يتمكن من الاستقلالية والتقدم

بشكل طبيعي كباقي الأطفال العاديين؛ هذا الخوف المستمر دفع بها إلى تكثيف العناية بالطفل التوحدي أكثر من الأخ الأكبر. ولهذا نلمس ازدواجية المشاعر (Ambivalence des sentiments) من جهة عطف وحنان ، الشعور بالشفقة ، ومن جهة أخرى حيرة وارتباك التي تتمثل في الرفض (رفض اللعب معه بالكرة مثلا).

تمثل هذه المرحلة محاولة تطبيق تقنيات العلاج الأسري البنائي على العائلة، حيث تمّ جمع كل الأعضاء، فقد قامت الباحثة بالاستماع إلى شكوى ومعاناة كل من الزوج (le couple) والابن الأكبر، ذلك بملاحظة كيفية الحوار، والتعامل بين الأشخاص الموجودين في الجلسة، فيتم مساعدة الأفراد في إيجاد الحلول للمشاكل الرئيسية التي تهدد ترابط الأسرة كوحدة . عن طريق توزيع المقاعد عشوائيا للتمكن من ملاحظة التكاثرات والتكاثلات في طريقة الجلوس(أنظر الشكل : الخريطة العلاجية للهيكل الأسري).

تكمن الفكرة هنا في تثقيف 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 بمتلازمة أسبرجر، كما يعمل على مساعدة الأولياء لإدماجهم مع الفريق المتعدد التخصصات للتكفل الأمثل (الطبيب النفسي، الأخصائي النفسي، الأروطفوني، ومختص تعليمي).

العائلة الثانية:

1. بطاقة المعلومات الخاصة بالطفل:

- الاسم واللقب: و ، ك / السن: 04 سنوات و 07 أشهر / الرتبة بين الإخوة: الوحيد.
- التشخيص: متلازمة اسبرجر (Syndrome d'asperger) .
- تاريخ أول حصة: الأحد 07 مارس 2016 على الساعة 15.00 ودامت 60 د.
- النمو اللغوي للطفل: فقيرة جدا، حيث تقتصر على بعض الحروف: ل، أ، نَنَنَن، لا ينادي ماما، بابا، ونَنَنَنَن (يقصد بها الجدة على حسب أقوال الأب والأم).
- الصور: لم يتعرف على الأشكال والرسومات.
- الألوان: عدم تمييزها وتصنيفها.

- الفضاء المكاني والزمني: لا يوجد.
- التحليل والتركيب: تقتصر على تنظيم الألعاب والأشكال، وروتين اللعب بستائر النوافذ.
- المخطط الجسمي: لا يوجد تماهي للذات، مع عدم التعرف على أعضاء الجسم (اليدين، الرجلين، الوجه...).
- الاستقلالية: ارتداء الحفاضة، الاعتماد خاصة على الجدة في المقام الأول ثم الأم والعمة في تلبية جميع حاجياته البيولوجية: الحمام، الأكل، الشرب، ارتداء الملابس....
- النمو الحسي والحركي: لا توجد إعاقة.
- تعابير الوجه: الافتقار إلى استجابات انفعالية واجتماعية، بمعنى أنه لا يفهم تعابير وجه الآخر: الأب، الأم، الجدة، العمة، المعالج.
- نظام الأكل: الحليب، ومشتقاته كالأجبان، ياغورت، شربة بالحليب، المهم توفر الحليب بكثرة في الوجبة.
- النوم: نوم مضطرب، ينام جد متأخر حتى حوالي الساعة 01 صباحا، وينهض باكرا حوالي 05 صباحا مع العلم أنه لا ينام في القيلولة.

2. بطاقة المعلومات الخاصة بالأم:

- الاسم واللقب: ه، ل / السن: 25 سنة / المستوى التعليمي: جامعي / المهنة: أستاذة / المستوى المعيشي: متوسط / تاريخ الحصة الأولى: الأحد 07 مارس 2016 على الساعة 15.00 ودامت 60 د.

3. بطاقة المعلومات الخاصة بالأب:

- الاسم واللقب: م، ك / السن: 29 سنة / المستوى التعليمي: جامعي / المهنة: أستاذ / المستوى المعيشي: متوسط / تاريخ الحصة الأولى: الأحد 07 مارس 2016 على الساعة 15:00 دامت 60 د.

يعطي الوالد الحياة للطفل يعطيه الاسم يتحمل المسؤولية اليومية بحيث تعتبر الأبوة نتيجة تداخل عوامل بيولوجية نفسية اجتماعية وقانونية في بعدها البيولوجي تركز على عملية الإنجاب علاقات الدم ومبدأ الوراثة وقانونيا: مبدأ المسؤولية والسلطة الأبوية .

يتمثل الجانب الاجتماعي: في علاقة البنوة، يقول (هوزل) " المعاش الأبوي معبرا عن الجانب النفسي لما يحمله من أحاسيس وعواطف مركز على التفاعل المتبادل بين الوالد والطفل.

4. بطاقة المعلومات الخاصة بالجدة:

الاسم واللقب: ص، ق/ السن: 59 سنة/ الحالة العائلية: أرملة وأم لبنت وولد/ المستوى التعليمي: متقاعدة/ المستوى المعيشي: هي التي تعيل في مسكنها/ تاريخ أول حصة: 21 مارس 2016. على الساعة: 14:00. دامت 60 د.

5. بطاقة المعلومات الخاصة بالعمة:

الاسم واللقب: س، ك / السن: 30 سنة/ المستوى التعليمي: جامعي دون عمل/ تاريخ أول حصة: 21 مارس 2016 على الساعة: 14:00. دامت 60 د.

6. تلخيص المقابلات العلاجية:

لقد تم اللقاء الأول في الجمعية الخاصة بأطفال التوحد على مستوى ولاية وهران ثم بُرجمت الحصص العلاجية المتبقية ما بين المستشفى -مقر عمل الباحثة- منزل الزوجين والجمعية، بطلب من الوالدين المنتسبين إلى نفس الجمعية، من خلال الجلسة التي بدأت بالمقابلة الاستكشافية التي تضمنت أسئلة مقننة من أجل التعرف أكثر على خلفية النسق العائلي (prise de contact)، إلا أنها تحولت إلى مقابلة علاجية، بهدف تحديد خصائص النسق الذي يعيش ضمنه الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر. حيث تمحورت الأسئلة ما بين مفتوحة ومقننة تماشيا مع حيثيات الدراسة وأهدافها، ومن جهة أخرى لخلق جو من تبادل الثقة بين المعالج وأعضاء العائلة لتحفيزهم على الالتزام والاستجابة للعلاج.

بدأت الأم في الكلام وبكل انسيابية حول موضوع اصابة الطفل بمتلازمة أسبرجر "لقد ولد طفلي بشكل عادي، أكثر من ذلك فقد كان طفلا جميلا ذو عيين زرقاوين ويتمتع بصحة جيدة، لم يظهر عليه أي اضطراب"، كلمات يتخللها نوع من الحسرة والألم، المعبر عنه ببكاء شديد، يكمل الأب موضحا أنه لم يلاحظ أي أعراض غير طبيعية على الطفل حتى سن 03 سنوات ونصف، بدأت باضطرابات في النوم، بعدما كان منتظما لا يتجاوز التاسعة فقد أصبح الطفل لا ينام إلا ساعات 03 أو 04 ساعات متقطعة مع صراخ هستيري، يضيف الأب: كلما يأتي الليل نشعر بالذعر لأننا سوف نواجه نفس الكابوس

"C'est un cauchemar pour toute la famille" في الأول اعتقدنا أنه يعاني من مرض عضوي على مستوى البطن، الاذن، أو تعرض لسقوط ولم نعلم..... المهم بدأ مشوار البحث عن أحسن اطباء

الأطفال، لم نترك حتى عنوان سواءا على مستوى المستشفيات أو الخواص، داخل وخارج الولاية، الى أن تم توجيهنا الى طبيب أعصاب منه الى طبيب أمراض عقلية اطفال (Pédopsychiatre).

في بادئ الأمر لم تتقبل العائلة -خاصة الجدة-، والتوجه الى العلاجات التقليدية: الرقية، التداوي بالأعشاب

الحصة الموالية تم استدعاء الجدة، فقد لاحظت الباحثة من خلال الاتصال مع الزوجين، المكانة الأساسية للجدة في اتخاذ القرارات خاصة فيما يتعلق بالطفل؛ حضرت في الموعد المحدد، المظهر الخارجي متناسق، نظيف وأنيق، مستوى تعليمي وثقافي عال يظهر من خلال محتوى الكلام، كما أنها رحبت بفكرة ادماجها في العملية العلاجية، ومن خلال حديثها على الطفل تتذكر كل التفاصيل الدقيقة بالتواريخ: التسنين، المشي...

كما أنها أكدت على اعتراضها لحد الآن على تشخيص الطفل بمتلازمة أسبرجر، بدليل أنه لا يتكلم لأنه بطئ في التعلم لكن ليس له مشاكل على مستوى الفهم، هذا انطلاقا من تجربتها مع الأطفال كمعلمة لمدة تزيد عن 30 سنة، "طفلي لا يعاني من أي شكل من أشكال التوحد، لأننا نتواصل بشكل جيد، فأنا أفهم احتياجاته، فطريقة تعبيره مختلفة فقط"، وأضافت "لا اثق في تشخيص الاطباء هنا لأنهم يضعون كل الأطفال في خانة واحدة".

من وجهة نظر الجدة، فقد تمت اعطاء الموافقة لانضمام الطفل الى الجمعية الخاصة بأطفال طيف التوحد، لأنهم لم يتمكنوا من ايجاد روضة جيدة لاستقباله وفهم احتياجاته، كما أنها تؤكد دائما على تلبية احتياجاته بمساعدة ابنتها.

العمة رافقت الجدة وأرادت المشاركة بدون التخطيط المسبق من طرف الباحثة، أنيقة جدا الملاحظ أنها تعطي اهتماما مبالغا فيه لمظهرها الخارجي، حيث تتخلله الألوان الكثيرة والفاخرة. تقوم برعاية الطفل وتعتبره كطفل لها، يظهر ذلك في سياق الحديث عنه "لقد شاركت في تسميته، وكنت بالمستشفى يوم ولادته، وأول من رآه وحمله، عند اكتماله السنة أصبح ينام معي في نفس الغرفة"، وأضافت قائلة: إنه يشبهني في الملامح، لست أنا من قال ذلك ولكن كل من يشاهده معي يظن أنه ابني..."

أثناء الحصص العلاجية، قامت الباحثة بجمع أعضاء العائلة المكونة من 04 أفراد ، الزوجين، الجدة، والعمة بالإضافة الى الطفل المصاب بالمتلازمة.

اتخذ كل واحد المكان الذي يرتاح فيه، العممة مع الجدة التي تحمل الطفل، الزوجة(الأم) جالسة بجوارها، أما الأب(الزوج) فقد كان نوعا ما كرسيه بعيدا عنهم في الجانب الآخر من المكتب(أنظر الشكل الثاني من الهيكل الأسري قبل التدخل العلاجي).

قامت الباحثة بطرح سؤال مفتوح: كيف ترون حالة الطفل؟ بهدف تشجيع كل أفراد العائلة على الحديث والتواصل، بالمقابل لتمكين الباحثة الاضطلاع على آليات الاتصال داخل النسق العائلي.

وكالعادة كانت الجدة أول من يبادر بالإجابة، وإبداء استيائها من عملية التكفل بهذه الفئة، تساندها العممة ثم الأم، أما بالنسبة للأب يكتفي فقط بتحريك الرأس تعبيرا عن موافقته للحديث، هنا تم التركيز عليه من طرف الباحثة لإعطائه مساحة أكبر للكلام والتعبير. من منطلق أن أفراد الأسرة لا يتشابهون في نوع المشكلة التي يعانون منها، ويعبرون عنها والتي تكون ظاهرة على شكل اضطراب الطفل، لكن إذا غصنا في الحقائق كل فرد وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته للمشكل وكيفية معالجته (مطالقة، 2011).

II. العائلة الثالثة:

1. بطاقة المعلومات الخاصة بالطفل :

- الاسم واللقب: خ، ف / السن: 05 سنوات / الرتبة بين الإخوة: الوحيد.
- التشخيص: متلازمة اسبرجر (Syndrome d'Asperger).
- تاريخ أول حصة: الأحد 07 مارس 2016 على الساعة 14:00 ودامت 60 د .
- النمو اللغوي للطفل: تقتصر على الإشارة للتواصل مع أفراد العائلة، وبعض الحروف بدون تكوين كلمة: ب، ي، س، و، ع.
- الصور: لم يتعرف على الأشكال والرسومات.
- الألوان: عدم تمييزها وتصنيفها.
- الفضاء المكاني والزمني: لا يوجد.
- التحليل والتركيب: تقتصر على تنظيم الألعاب.

- المخطط الجسمي: عدم التعرف على أعضاء الجسم (أعضاء الوجه، اليدين، الرجلين...).
- الاستقلالية: الاعتماد الكلي على أفراد العائلة: الأم، الأب، الجدة.
- النمو الحسي والحركي: يميز فقط عطر الأب (حسب أقواله)، لا توجد إعاقة بدنية.
- تعابير الوجه: لا يستطيع تفسير تعابير الوجه: الحزن، الفرح، البكاء، الضحك.
- نظام الأكل: مضطرب جدا، فهو يعني من أنيميا حادة.
- النوم: نوم مضطرب.

2. بطاقة المعلومات الخاصة بالأم:

الاسم واللقب: أ، س / السن: 40 سنة/ المستوى التعليمي: جامعي/ المهنة: مأكثة بالبيت/ المستوى المعيشي: جيد/ تاريخ الحصة الأولى: الأحد 21 مارس 2016 على الساعة 15.00 ودامت 60 د.

3. بطاقة المعلومات الخاصة بالأب :

الاسم واللقب: ه، ف / السن: 54 سنة / المستوى التعليمي: جامعي/ المهنة: مقاول / المستوى المعيشي: جيد / تاريخ الحصة الأولى: الأحد 29 مارس 2016 على الساعة: 15:00 دامت 60 د.

4. بطاقة المعلومات الخاصة بالجدة:

الاسم واللقب: ف، م / السن: 71 سنة/ متقاعدة/ مأكثة في بيت الإبن/ تاريخ الحصة الأولى: 21 مارس 2016 على الساعة 14:00 دامت 60 د.

5. تلخيص المقابلات العلاجية:

قامت الباحثة باستقبال العائلة المتكونة من الأب والأم، الطفل والجدة بعد تحديد موعد مسبق على مستوى مقرّ الجمعية الخاصة بالتكفل بالأطفال المصابين بالتوحد بمختلف أطيافه، أين بادر الأب بالتعبير عن مشاعر الخوف والقلق من تزايد شدة الأعراض إضافة الى انعدام وجود علاج نهائي وفعال لمتلازمة اسبرجر، لتقاطعه الأم بكلمات يملؤها الحزن الشديد على حال الطفل: "أقرانه في التحضيرى لدخول مدرسة عادية وهو المسكين لا يستطيع حتى نطق اسم ماما، والله أنا متشوقة لسماعها (حالة بكاء شديدة).

يعمّ الصمت في القاعة، لتتدخل الباحثة (هنا يظهر دور المعالج) موجهة المقابلة مع الجدة التي كان التأثير باديا على ملامحها وسلوكاتها: كيف تلاحظين حالة الطفل "خ". تجيب بدون ارتباك أو تردد "هو ابني وفرحة عمري، واعتبره نعمة من الله." لتتدخل الأم وتتشاطر الجدة نفس الرأي بالاستعانة بالجانب الديني " الحمد لله على كل شيء"، لقد كان حلم زوجي دائما انجاب صبي ذكر موجهة سؤالها الى الزوج: هل أنت راض الآن....

سؤال يُقابل بنظرات حادة من طرف الزوج و صمت طويل أمام سؤال زوجته الذي يفسر على أنه رفض للإجابة أو عدم مبالاة أو إعلان بانتهاء المناقشة.

تطلب الباحثة من أفراد العائلة تحديد موعد آخر للمقابلة الموالية، لكن على مستوى مقر عملها(المؤسسة الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر 1954 بوهرا)، كحاجة للتغيير والابتعاد عن كل ما يتعلق بمتلازمة الطفل.

يحضر كل من الزوجين لتبقى الجدة ترعى الطفل، ليتخذ كل واحد طرفا للمكتب في اتجاه موازي بعيد عن الآخر، حيث تطلب الباحثة وصفا دقيقا للمشكل كل حسب وجهة رأيه، ليقوم الزوج بتوجيه اتهامات للزوجة بالتقصير في دورها كأم وعدم تحملها مسؤولية الطفل كما يجب، مبررا ذلك بكبر سن الجدة التي يعتبرها منقذ العائلة. هنا يحدث الاختلاف في الرأي بين الزوجين، لنتهمه أيضا بالتقصير في حقها وحق الطفل، حيث انه في بعض الحالات يفسح اضطراب الطفل المجال لمشاكل وأزمات كانت مكبوتة بالظهور، والتعبير عنها بكل حرية في ظل الإعاقة التي تمثل الشماعة التي تعلق عليها الأخطاء المرتكبة في ماضي العائلة خاصة من طرف الأبوين.

أما شعور الأم بالعجز وعدم القدرة على الانجاب السليم، الخوف المرضي من الانجاب وتكرار التجربة للمرة الثانية خاصة إذا كان المولود الأول هو من يعاني من الاضطراب. بصمة العار: لا أعتبر نفسي امرأة سوية وعادية مثل الأخريات، الشعور بالذنب مثلا: لأنني قمت بأشياء سيئة في حياتي لهذا ربي يعاقبني بهذا لطف، فيشعر كل من الأب والأم بلاكنتاب، لكن ليس بنفس الدرجة فكل واحد منهما طريقتة في التعبير عن الألم، والجرح النرجسي جرّاء عدم القدرة على الانجاب السليم.

يتمثل عمل المعالج وتدخلاته في تقليل حدة الصراعات والمشاعر السلبية، بالسماح للزوجين بالتركيز على عملية ايجاد الحلول للتغيير ذلك عن طريق فتح المجال لهما للتحدث عن كيفية التعامل سابقا مع

الأزمات العائلية، وبالتالي توجيه التركيز حول من هو الفرد المتهم الى التفكير أكثر في المشكلة الحقيقية وكيفية حلها، باتباع مخطط من طرف المعالج كمحاولة تغيير مجرى الاتصال.

III. العائلة الاربعة :

1. بطاقة المعلومات الخاصة بالطفل:

- الاسم واللقب: أ، ع / السن: 05 سنوات و06 أشهر / الرتبة بين الإخوة: الثاني.
- التشخيص: متلازمة اسبرجر (Syndrome d'asperger).
- تاريخ أول حصة: الأحد 28 مارس 2016 على الساعة 14:00 ودامت 60 د .
- النمو اللغوي للطفل: يستطيع الطفل مناداة الأم : ماما، الأب: بابا، الإخوة كل باسمه كاملا، أيضا يعبر بطريقته عن الجوع، العطش، يستعمل لغة الجسد التي يفهمها كل أفراد العائلة مثلا عند حاجته للحمام.
- الصور: تم التعرف على الأشكال الأساسية: دائرة، مربع، مثلث.
- الألوان: عدم تمييز الأحمر، الأبيض فقط.
- الفضاء المكاني والزمني: يستطيع التعرف على منزله بكل التفاصيل، أما الزمان فهو غير محدد.
- التحليل والتركيب: تقتصر على تنظيم الألعاب والأشكال، خاصة السيارات الصغيرة التي يرتبها من الأكبر إلى الأصغر .
- المخطط الجسمي: التعرف على بعض أعضاء الجسم: اليدين، الرجلين، الفم، الأنف، العينين، الشعر.
- الاستقلالية: نظيف لا يرتدي الحفاضة منذ سنة تقريبا، لكنه بالمقابل دائم الاعتماد على الأم في الأكل، ارتداء الملابس، لا يلعب مع أقرانه إلا بمرافقتها.
- النمو الحسي والحركي: لا توجد إعاقة، لكن نلاحظ هرولة(سرعة) في طريقة المشي.
- تعابير الوجه: الافتقار إلى استجابات انفعالية واجتماعية، بمعنى أنه لا يفهم تعابير وجه الآخر: الأب، الأم، الجدة ، العم، المعالج .
- نظام الأكل: يأكل المعجنات بكثرة، ويفضل أكل الموز بالنسبة للفاكهة، ونوع من الحلويات، لا لحوم، لا سمك.

- النوم: نوم مضطرب، إلا ساعات قليلة في الليل فقط.

2. بطاقة المعلومات الخاصة بالأم:

الاسم واللقب: ه، ل / السن: 39 سنة/ المستوى التعليمي: جامعي/ المهنة: طبيبة/ المستوى المعيشي: جيد / تاريخ الحصة الأولى: الأحد 28 مارس 2016 على الساعة 15.00 ودامت 60 د.

3. بطاقة المعلومات الخاصة بالأب:

الاسم واللقب: م، ع / السن: 40 سنة / المستوى التعليمي: جامعي/ المهنة: صيدلي / المستوى المعيشي: جيد / تاريخ الحصة الأولى: الأحد 28 مارس 2016 على الساعة: 15:00 دامت 60 د.

4. الأخ الأكبر:

السن: 18 سنة، طالب جامعي، يمارس رياضة الجيدو.

5. الأخت الصغرى:

04 سنوات. بروضة الأطفال.

1. تلخيص المقابلات العلاجية :

تميز أول لقاء بحضور الأم والطفل فقط، أين يظهر عليها نوع من الأريحية في طريقة التعبير والكلام، "أعلم جيدا أن طفلي مختلف، لكن مع أننا نعيش في دولة اسلامية غير أن الناس آذوني وابني كثيرا مما جعلني أخرج مع ابني في السيارة فقط تفاديا لنضرات وتعليقات الناس غير المحترمة." تضيف: " رغم انني أم لثلاث أطفال غير أنه طفلي المفضل فهو محور حياتي...." أشعر دائما بأن حياتي توقفت منذ ولادته، ما يؤرقني ويتعبني هو عدم تلقي المساعدة سواء من طرف الزوج أو الابن الأكبر." إن حساسية الام للنقد و خوفها من ردود الفعل الخارجية جعلها منطوية على نفسها بالرغم من أنها تشغل مهنة طبية وهي على ثقافة واسعة بكل ما يتعلق بمتلازمة اسبرجر، غير أنها لا تتمتع بالمناعة النفسية الكافية للمواجهة بالرغم من تحمل مسؤولية الطفل لوحدها.

لقد قامت الباحثة بفتح المجال للأم للتفيس والتعبير عن آلامها وأحزانها، في نفس الوقت توجيه المقابلة وسؤالها على علاقتها بالزوج. فأجابت أنه غير مهتم بهذا الطفل باعتباري أنا التي أقوم بالدور. لقد كانت اجابة متعلقة بالطفل وليس بعلاقتها الزوجية.

في الحصص الموالية عملت الباحثة على اجتماع كل أفراد العائلة، أين تمّ وضع كراسي إضافية في قاعة العلاج، اخذت الام مع الطفل جانبا، أما بقية الأفراد: الأب، الابن الأكبر والبنت الصغرى الجانب الآخر(انظر الهيكل الأسري للعائلة رقم 04).

تطلب الباحثة من الأب وصف المشكل وماهيته، الذي بدوره يركّز في كلامه على كثرة المسؤوليات على عاتقه، وقيامه برعاية الإبن الأكبر والطفلة والاهتمام بشؤونهما لوحده، موجه أصابع الاتهام الى الزوجة لتقصيرها في هذا الجانب والتركيز فقط على رعاية الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر باعتباره نوعا من الإفراط .

أما بالنسبة للإبن الأكبر، يتضح جليا في طريقة كلامه شغفه بالرياضة (يمارس الجيدو) لكنه في نفس الوقت يعاتب الأم على عدم حضور ولا مباراة والسبب يعود في ذلك الى انشغالها التام بالأخ المريض، ما يفسر طريقة الجلوس (بجانب الأب)، إضافة الى أنه يتمنى -بنبرة من الحسرة- لو كان أخاه طفلا طبيعيا ليشاركه هواياته وميولاته.

ومن الملاحظات أن الطفلة لا تتجه نحو الأخ الوسط (الطفل المصاب بالمتلازمة) رغم فارق السن البسيط بينهما، ولكنها أكثر تعلقا بالأخ الأكبر والأب، يظهر ذلك من خلال سلوكها وطريقة جلوسها(تتوسط الأب والأخ الأكبر).

وللتقليل من المشاعر السلبية وحدّة الصراعات، لجأت الباحثة الى تغيير مسار المقابلة، بهدف تقريب المسافات بين أفراد العائلة، بطرح سؤال عام "في رأيكم ماهي الحلول المقترحة" حيث كان الهدف من طرحه جعل لكل فرد حرية التعبير والتفكير والمشاركة في تقرير المصير داخل النسق ومنه الشعور بالانتماء العائلي.

الحصص الموالية أكدت الباحثة على اصطحاب الأب للطفل المصاب بالمتلازمة الى الجلسة ووضع خطة علاجية للثنائي، بغرض كسر الحواجز والأفكار السلبية المحاطة بالطفل، وتخفيف المسؤولية على الأم باشارك كل أفراد العائلة في عملية التكفل.

الفصل السادس: مناقشة نتائج الدراسة الميدانية.

تمهيد.

1- عرض وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية.

1.1 / عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى (1) ومناقشتها.

2.1 / عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية (2) ومناقشتها.

3.1 / عرض نتائج الفرضية الفرعية الثالثة (3) ومناقشتها.

4.1 / عرض و تفسير نتائج الفرضيات (4)،(5)،(6)

5.1 / عرض نتائج الجلسات العلاجية

6.1 / مناقشة النتائج الفرضيات (4)،(5)،(6)

2- مناقشة عامة لنتائج فرضيات الدراسة

3-خلاصة عامة

- تمهيد:

لقد تم التطرق في هذا الفصل الى النتائج المتوصل إليها من طرف الباحثة، أين تم معالجة فرضيات الدراسة وبياناتها.

الفرضية الأساسية:

نتوقع فاعلية تقنيات العلاج الأسري البنائي القائم على بنية الأسرة وتركيبها، الأنساق الفرعية والحدود، من خلال تحسين مستويات الوعي، التقبل، التكيف والاتصال لدى أسرة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر، من خلال ادراك وضعية الطفل (المصاب بالمتلازمة) وحاجياته في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه .

الفرضيات الفرعية:

1. نتوقع مستوى متدني لوعي وإدراك أسرة الطفل بمتلازمة اسبرجر.
2. وجود فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسبرجر.
3. وجود فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.
4. العلاج الاسري البنائي يعزّز قدرة العائلة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل بالمصاب بمتلازمة اسبرجر.
5. العلاج الاسري البنائي يساهم في تصحيح سلوك الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال تصحيح اتجاهات العائلة.
6. العلاج الأسري البنائي يمكنَ الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من الاندماج الاجتماعي وصولا الى التّمدرس العادي.

عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة:

1/ عرض ومناقشة نتائج الفرضية الرئيسية:

السؤال: ما مدى فاعلية العلاج الأسري البنائي القائم على بنية الأسرة وتركيبها، الأنساق الفرعية والحدود لتحسين مستويات الوعي، التقبل، التكيف والاتصال لدى أسرة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال ادراك وضعية الطفل(المصاب بالمتلازمة) وحاجياته في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه؟.

نص الفرضية: نتوقع فاعلية تقنيات العلاج الأسري البنائي من خلال تحسين مستويات، التقبل والادراك، التكيف والاتصال لدى أسرة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر، من خلال ادراك وضعية الطفل (المصاب بالمتلازمة) وحاجياته في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه.

لتوضح إجراءات المعالجة العملية لهذه الفرضية التي تقيس فعالية العلاج الأسري البنائي على عائلة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر، قامت الباحثة بتطبيق العلاج على (04) عائلات والتي تمثل العينة، في دراسة طولية تتبعية لمدة (04) سنوات متتالية باستعمال المنهج شبه التجريبي : القياس (القبلي)، وإعادة القياس(البعدي) بالنسبة للفرضيات الثلاث:

2. نتوقع مستوى متدني لتقبل وإدراك عائلة الطفل لهتلزمة اسبرجر.
3. وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في إدراك متلازمة اسبرجر.
4. وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

والمنهج الوصفي بالنسبة للفرضيات المتبقية: الرابعة، الخامسة والسادسة.

5. العلاج الأسري البنائي يعزز القدرة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

6. العلاج الاسري البنائي يساهم في تصحيح سلوك الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من خلال تصحيح اتجاهات العائلة.

7. العلاج الأسري البنائي يمكنَ الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر من الاندماج الاجتماعي وصولاً الى التمدرس العادي.

لقد تمحور موضوع دراستنا حول المقاربة النسقية البنائية، كعلاج نفسي أسري ومدى فعاليتها على عائلات أطفال مصابون بمتلازمة اسبرجر، من خلال الملاحظات والمقابلات ومراحل العلاج بأنواعه، الفردية والثنائية والجماعية إضافة إلى التطبيق القبلي والبعدي لاستمارة تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة أسبرجر.

1/ عرض نتائج الفرضية الفرعية الأولى:

1.1 التطبيق القبلي:

نص الفرضية: نتوقع مستوى متدني لتقبل وإدراك عائلة الطفل متلازمة اسبرجر.

تم التعامل مع هذه الفرضية بتطبيق اختبار (ت) للعينة الواحدة لاختبار الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي للدرجة الكلية لاستبيان تقبل وإدراك متلازمة أسبرجر لدى عائلة الطفل ايجابية. والجدول توضح الطريقة المتبعة وتفصيل العمليات الحسابية، بعد المعالجة الإحصائية لمتغيرات الفرضية تم الحصول على النتائج التالية:

جدول رقم (16) يوضح المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ل مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لهتلازمة اسبرجر:

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum

Opinion	210	1,68	,553	1	3
---------	-----	------	------	---	---

جدول رقم (17) يوضح التكرارات الواقعية والمتوقعة لهدى تقبل وإدراك أسرة الطفل متلازمة اسبرجر:

	Observed N	Expected N	Residual
Oui	77	70,0	7,0
Non	124	70,0	54,0
Parfois	9	70,0	-61,0
Total	210		

جدول رقم (18) يوضح الدلالة الإحصائية للفروق بين آراء أسر الأطفال حول تقبل وإدراك متلازمة اسبرجر:

Test Statistics

	Opinian
Chi-Square	95,514^a
Df	2
Asymp. Sig.	,000

2.1 التطبيق البعدي:

نص الفرضية: نتوقع مستوى متدني لتقبل وإدراك عائلة الطفل متلازمة اسبرجر.

جدول رقم (19) نسبة تكرارات التقبل والإدراك لكل

العائلات:

أحيانا	لا	نعم	
0	60.95%	39.04%	المجموع

نلاحظ من الجدول رقم (18) أن قيمة المعنوية تساوي 0.000 وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه فإن كاف تربيع دال، وبالتالي نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل الذي ينص على وجود فروق دالة إحصائية لدى الأسر في تقبل وإدراك متلازمة اسبرجر، والفروق هي لصالح المجيبين بـ (لا) ، وهو ما يؤكد المتوسط الحسابي الذي بلغ 1.68. وتعود أسباب هذه الفروق الى

عدة أسباب: منها الفوارق الثقافية والتعليمية بين العائلات، الحالة النفسية للعائلة، مدى الاهتمام الذي توليه كل عائلة للطفل.

ويتضح من الجدول رقم (19) في القياس البعدي نسبة مجموع تكرارات التقبل والادراك لكل العائلات لصالح القياس البعدي ، مما يعني تحسن درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تعرضهم لجلسات العلاج الأسري البنائي، من خلال ارتفاع نسبة الدرجات من 59.04% الى 60.95% للمجيبين بـ (لا) (معظم أبعاد الاستبيان سلبية، انظر الجدول رقم 15) مثلاً: في البعد الأول مدى ادراك العائلة للمتلازمة: "تعتبر متلازمة أسبرجر هي اضطراب في حاسة السمع"، "تعتبر المتلازمة اضطراب النظر والرؤية"، "تعتبر المتلازمة مرض عقلي" كل الاجابات تقريبا كانت بـ "لا" هذا دليل على مدى وعي وادراك الأهالي بهذا الاضطراب؛ وبالتالي تحسن يقدر بـ 1.91%. رغم أن الفرق طفيف غير أن النتيجة تعبر على ارتفاع مستوى التقبل والادراك لدى عائلات الاطفال لمتلازمة اسبرجر. منه التأكيد على فعالية العلاج الأسري البنائي الأسري في الدراسة الحالية، وتعزوا الباحثة التحسن الظاهرة الى:

- تكوين علاقة علاجية بين الباحثة والآباء بالنسبة للعائلات الأربع التي مثلت عينة الدراسة، عن طريق مبدأ الانضمام الى النسق الأسري المعالج الذي يعتبر من فنيات العلاج الاسري البنائي.
 - التأكيد على أهداف الجلسات العلاجية من خلال عملية التقييم بمعنى مدى استفادة العائلات بعد كل جلسة وتسجيل الملاحظات من طرف الباحثة.
- وتتفق نتيجة الفرض مع ما يراه س. مينوشن على مستوى هيكل الأسرة وصعوبات التكيف والتعلم: البنية العائلية هي مجموعة غير مرئية من الطلاب، التي تحدها أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة ، وبالتالي فان ه ذه النتائج التي توصل إليها تدعم جزئياً العلاقة بين التفاعلات الأسرية ونوع سلوكيات الطفل الذي يحمل العرض" (كلود، 1992).

نذكر دراسة كل من (Semets et Hartup, 1988) طبقت على 120 عائلة تحوي أطفالاً من 06 إلى 16 سنة لديهم اضطرابات سلوكية في المدارس، النتيجة: تمثيل مفرط للعائلات من الأنواع المتطرفة وتمثيل ناقص للمجموعة المتوازنة. في المقابل الحالة العائلية للأطفال الذين يتحكمون بشكل مفرط في مشاعرهم وتثبيط التعبير الذاتي لدى هم لا يختلفون أو لا يوجد فرق عن أولئك الذين يتحكمون في الاندفاعية والعدوانية. وضعت فرضية أن الأطفال الذي تم تحويلهم إلى العيادة لمشاكل

سلوكية وجدوا ضمن عائلات تختلف من حيث التماسك والتكيف اعتمادا على الأعراض الداخلية أو الخارجية. يعتمد البحث على مفهومين: 1 الاستيعاب وهو التحكم الشديد بالعواطف وتعبيراتها مع الحرج التثبيط القلق وخصائص أخرى مماثلة/ 2- يشير الإسناد الخارجي أو الاستعانة بمصادر خارجية إلى الافتقار في التحكم في الاندفاعية والعدوانية في استخدام الإسناد الخارجي لفشلها في المرور إلى الفعل. يدعم كذلك النتائج دراسة حول تصور العباء بين أولياء أمور أطفال المصابين باضطراب طيف التوحد: مقارنة نوعية وكمية لمعاش الوالدين. الهدف من هذه الدراسة هو دراسة العباء النفسي للآباء والأمهات الذين لديهم طفل مصاب باضطراب التوحد، ولكن لديهم أيضا طفل يتطور بشكل طبيعي/ يهدف هذا البحث إلى استكشاف تجارب آباء أطفال المصابين بالتوحد حسب الجنس الأمهات والآباء. الذين يواجهون هذا الاضطراب حيث تظهر النتائج المقارنة وسائل الآباء والأمهات بالاستبيانات المختلفة درجة رضا أعلى عن تنسيق الرعاية ودعم واحترام بين الأمهات كما يحصلون على درجة التأقلم الثنائي المفوض (الشريك) والتأقلم الثنائي المشترك أعلى من درجة الآباء. اظهر التحليل النوعي إن الآباء والأمهات لا يشغلون عادة نفس المكان مع الطفل، معناه الأم أكثر تأقلا مع حالة الطفل التوحيدي من الأب (Taraback, 2011).

2/ عرض نتائج الفرضية الفرعية الثانية:

1.2 التطبيق القبلي:

نص الفرضية: وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في إدراك متلازمة اسبرجر. تم التعامل مع هذه الفرضية بتطبيق اختبار (ت) للعينة الواحدة لاختبار الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي للدرجة توجد فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في تقبل وإدراك متلازمة اسبرجر.

جدول رقم(20) قيم النسب المئوية للتكرارات لدى الآباء والأمهات:

Cases		
Valid	Missing	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
parents *	120	100,0	0	0,0%	120	100,0%
Opinions		%				

جدول (21) يوضح التكرارات الواقعية والمتوقعة إدراك متلازمة اسبرجر لدى الأمهات والآباء:

Parents * Opinions Crosstabulation

		Opinions			Total	
		Oui	Non	PARFO IS		
parents	Les Pères	Count	26	32	<5	60
		Expected	22,5	35,0	2,5	60,0
parents	Les mères	Count	19	38	<5	60
		Expected	22,5	35,0	2,5	60,0
Total		Count	45	70	5	120
		Expected	45,0	70,0	5,0	120,0

جدول (22) يوضح الدلالة الإحصائية للفروق بين الآباء والأمهات في إدراك متلازمة اسبرجر:

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,803 ^a	2	,406
Likelihood Ratio	1,810	2	,405
Linear-by-Linear Association	1,731	1	,188
N of Valid Cases	120		

نلاحظ من الجدول أن قيمة المعنوية تساوي 0.406 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه فإن كاف تربيع غير دال، وبالتالي نقبل الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في تقبل وإدراك متلازمة اسبرجر.

2.2 التطبيق البعدي:

- نص الفرضية: وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في إدراك متلازمة اسبرجر.

جدول رقم(23) يوضح النسب المئوية للتكرارات لدى الامهات والاباء في القياس البعدي:

Récapitulatif du traitement des observations

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
sex * attitude	120	100,0%	0	0,0%	120	100,0%

جدول رقم (24) يوضح اتجاهات كل من الآباء والأمهات في ادراك متلازمة اسبرجر:

	Attitude		Total
	1	2	
1	22	38	60
2	22	38	60
Total	44	76	120

جدول رقم (25) يوضح الفروق بين الآباء والأمهات في ادراك متلازمة اسبرجر في القياس البعدي:

Mesures symétriques

	Valeur	Signification approximée
Nominal Phi	,000	1,000
par Nominal V de Cramer	,000	1,000
Nombre d'observations valides	120	

غير دالة لأن 1 أكبر من القيمة 0.01

قيمة ف=0.00 ما يعني التساوي التام بين التكرارات وبالتالي لا توجد فروق.

تشير نتائج الجدول رقم(25) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القيم المعنوية بالمجموعة بالتجريبية في القياسين القبلي والبعدي لتطبيق العلاج، بعد مرور شهر على إعادة تطبيق القياس البعدي للعلاج، علما أن القيمة المعنوية للقياس القبلي هي 0.406 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه فإن كاف تربيع غير دال، وللقياس البعدي: 0.00 ما يعني التساوي التام بين التكرارات وبالتالي تقبل الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في تقبل وإدراك متلازمة اسبرجر.

بنسبة تحسن تدل على التأثير الايجابي للعلاج الأسري البنائي على العائلات الأربع مما يدل على فعالية البرنامج واستمراريته، يرجع ذلك الى:

- حتمية اشراك كل من الأب والأم في العملية العلاجية حسب العقد الأخلاقي المتفق عليه في الحصوص الأولى من العلاجية، بالإضافة الى باقي افراد العائلة: الأبناء، الجدة، العمه...
- تواجد كل من الأب والأم في نفس المساحة البيئية أي الفضاء أين تتوفر نفس الظروف وتلقي نفس المعلومات.
- الانخراط في الجمعيات المختصة في التوحد بأنواعه والمشاركة في الندوات العلمية واجتماعات أولياء الاطفال اضافة الى الزامية حضور كلا من الأب والأم والتي تعد من شروط استقبال الطفل إلا في حالات استثنائية كوفاة أحد الأبوين، أو الطلاق، سفر طويل.
- المستوى العلمي والثقافي لكلا من الأب والأم مع عدم وجود فوارق كبيرة.
- الانترنت ووسائل الاتصال والتكنولوجيا: التلغاف والقنوات الإذاعية مع استضافة المختصين للتفصيل في التوحد وأطيافه، والتي ساهمت بشكل كبير في توعية الآباء والامهات على حد سواء باضطراب طيف التوحد بشتى انواعه، فقد اصبحت تكون مجموعات عبر الواتساب أو الفايبير أو المسنجر لنشر الوعي وادراك الاعراض وكيفية التعامل مع حاجيات الطفل المصاب بالطيف أو المتلازمة، حيث تعتبر هذه المجموعات نقطة قوة ودعم بالنسبة لأولياء اباء وامهات فهي نوع من العلاجات الجماعية تقريبا، حيث يسمح فيها بالتحدث عن كل شي ء بأريحية تامة دون الشعور بالإحراج مع امكانية اخفاء حتى الهوية عن طريق وضع membre du groupe في حالة الأسئلة التي تعتبر حرجة عند صاحبها.

في هذا الصدد نذكر الدراسة المنشورة في مقال علمي للباحثة: نادية بوحوي: انتهت الدراسة بعدم وجود فروق في المساندة الاجتماعية بين الآباء والأمهات فكلاهما كائنان بشريان اجتماعيان يحتاجان إلى الدعم والمساندة من طرف الآخرين خاصة دعم ومساندة المختصين بتقديم المعلومات والإرشادات التي تساعدهم على تعلم كيفية التعامل مع الطفل ومشكلاته وتجاوز الأزمات التي يعيشها عبر مراحل نموه. " وبينت النتائج أن الأمهات أكثر إدراكا للضغط النفسي من الآباء وقد يرجع ذلك إلى حجم

المسؤولية الملقاة على عاتق الأم والى الخصائص النفسية لها وعلاقتها مع الطفل. فكثيرا من الأمهات يشعرون بمشاعر الذنب والمسؤولية اتجاه اضطراب طفلهن (بوحي، 2020).

3/ عرض نتائج الفرضية الفرعية 3:

1.3 القياس القبلي:

نص الفرضية: وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

- جدول رقم (26) نسب مئوية لمجموع القيم والقيم المفقودة لعينة الدراسة (الآباء والأمهات)

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Parants * Opinions	112	100,0 %	0	0,0%	112	100,0%

جدول رقم (27) يوضح التكرارات الواقعية والمتوقعة لتقبل متلازمة اسبرجر لدى الأمهات والآباء:

	Opinions			Total
	Oui	Non	PARFOIS	
Parants Les Count	30	18	8	56

pères	Expected	30,0	19,0	7,0	56,0
	Count				
Les	Count	30	20	6	56
	Expected	30,0	19,0	7,0	56,0
mères	Count	60	38	14	112
	Expected	60,0	38,0	14,0	112,0
Total	Count				0
	Expected				

نلاحظ من خلال الجدول رقم (27) والذي يمثل التكرارات الواقعية كل من الآباء والأمهات، حيث تطابقت مع التكرارات المتوقعة بحسابها في سلم ليكارث ثلاثي الأوزان: نعم/لا /أحيانا.

جدول رقم (28) يوضح الدلالة الإحصائية للفروق بين الآباء والأمهات في تقبل متلازمة اسبرجر:

Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,391 ^a	2	,822
Likelihood Ratio	,392	2	,822

Linear-by-Linear Association	,072	1	,789
N of Valid Cases	112		

نلاحظ من الجدول أن قيمة المعنوية تساوي 0.822 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وعليه فإن كاف تربيع غير دال، وبالتالي نقبل الفرض الصفري الذي ينص على عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

2.3 القياس البعدي:

- وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

جدول رقم (29) ملخص نسب معالجة الملاحظات لاتجاهات الآباء والامهات في تقبل المتلازمة:

	Observations					
	Valide		Manquante		Total	
	N	Pourcent	N	Pourcent	N	Pourcent
sex * attitude	112	100,0%	0	0,0%	112	100,0%

جدول رقم (30) جدولة العينة حسب الجنس والاتجاه:

	Attitude			Total
	1	2	3	
Sexe				
1	30	25	1	56
2	29	26	1	56
Total	59	51	2	112

جدول رقم (31) يوضح الدلالة الإحصائية للفروق بين الآباء والامهات في تقبل متلازمة اسبرجر:

	Valeur	Signification approximée
Phi	,018	,982
Nominal par Nominal V de Cramer	,018	,982
Nombre d'observations valides	112	

يتضح من الجدول رقم (31) عدم وجود فروق، غير دالة لأن 0.98 أكبر من مستوى الدلالة 005 و 0.01 بالتالي لا توجد فروق.

قيمة ف=0.018

تشير نتائج الجدول رقم (31) الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات بالمجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي، لتطبيق استبيان خاص بعائلة طفل متلازمة أسبرجر: متعلق بمدى تقبل وإدراك العائلة لهذا الاضطراب. بعد مرور شهر من القياس البعدي لتطبيق تقنيات العلاج الأسري البنائي.

علما بأن القيمة المعنوية للقياس القبلي هي: 0.822، والقياس البعدي هي: 0.982، بنسبة تحسن طفيفة تقدر بـ 0.16 لكنها تدل على استمرارية التأثير الايجابي للبرنامج، ومنه على فعالية العلاج الأسري البنائي واستمراريته، يرجع السبب في ذلك الى استخدام الباحثة التقنيات والفنيات السابق ذكرها بالإضافة الى اشراك كل أفراد العائلة في العملية العلاجية: الأب والأم، الاخوة، الجدة، العمّة. والتي كان لهم بالغ الأثر في استمرارية هذا التحسن.

كما أن نتيجة الفرض تتفق مع نتائج الدراسة التي قامت بها الباحثة آيت حبوش سعاد(2013) على 05 حالات (أسر جزائرية) والتي حاولت من خلالها تسليط الضوء على أهمية العلاج الأسري النسقي للأطفال المحرومين من الأب بالإهمال، وقد توصلت إلى انه ساعد في تفعيل الحوار بين الأم والطفل، وحتى بين الأطفال وأفراد الأسرة الآخرين، مما أدى إلى خلق علاقة اتصالية واعتبرت أن مرض الفرد هو الذي يحدث توازن الأسرة لأنه يخفي الاضطراب العام للنسق الأسري (آيت حبوش، 2013).

وفي نفس السياق من الطرح تطرقت دراسة فيرجينيا ساتير(1995) إلى أن المنهج العلاجي النسقي يعتمد على مساعدة الأسرة على إدراك قوانينها غير المكتوبة منه الكشف عنها لتحسينها بالتركيز على دور كل عضو داخلها (satir, 1995).

كما أضافت مساهمة الباحث عبد المنصف عبد المنعم حمد بدر (2018) في موضوع دراسته المعتمدة على المنهج شبه التجريبي، والتي اختبر فيها فاعلية الإرشاد الأسري في تحسين جودة الحياة

أسر الأطفال التوحديين. تكونت العينة من 28 أباء/أمهات أطفال التوحد، حيث أسفرت النتائج عن تأكيد الدور الفعال للبرنامج الإرشادي في تحسين جودة الحياة الأسري في مواجهة الضغوط الحوار الأسري القيام بالأدوار الأسرية ضبط السلوك (بدر، 2018).

نضيف دراسة أخرى حيث ت كونت عينة البحث من 15 شخصا من الإخوة والأخوات الذين تم اختيارهم بطريقة مقصودة يتراوح سنهم ما بين 25/09 سنة، وقد أسفرت النتائج على: يستطيع الإخوة تحقيق الصحة النفسية في ظل وجود طفل توحدي داخل الأسرة/ يمكن لإخوة التوحدي التكيف بإيجابية مع الأخ المضطرب ومواجهة الحدث الضاغظ/يوجد اختلاف في ردة الفعل(الارتجاعية) على حسب الترتيب في العمر (الإخوة الأكبر سنا والأصغر سنا من الطفل التوحدي/يوجد اختلاف في عملية الارتجاعية لإخوة الطفل التوحدي حسب الجنس: الإخوة الذكور الإناث. يلعب الإخوة دورا في مساعدة الطفل التوحدي والتخفيف من معاناة الوالدين والامهم (العوالي، 2015).

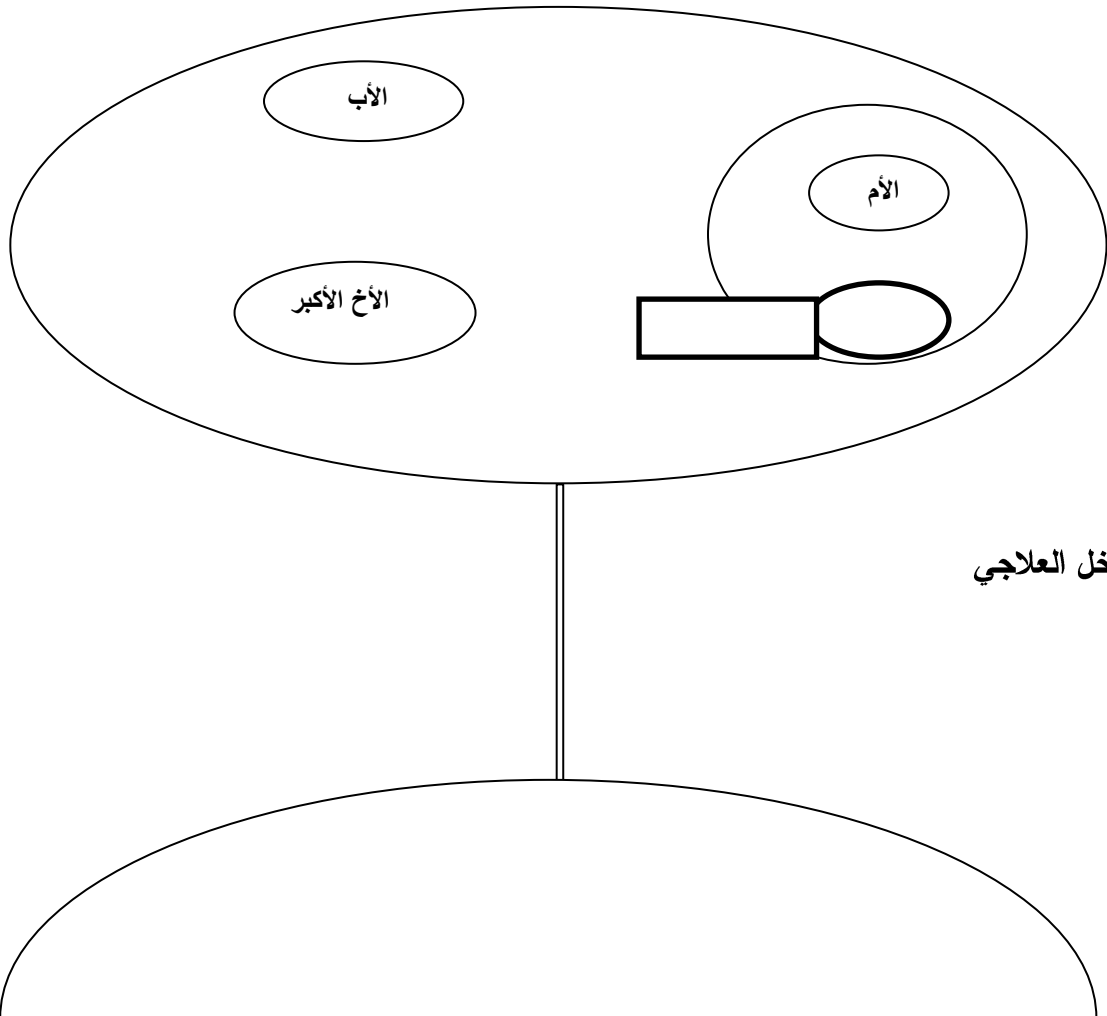
- راجع الى انخراط كل من الآباء والأمهات على حد سواء في الجمعيات الخاصة بالتوحد وأنواعه، اضافة الى المشاركة في كل النشاطات العلمية والبيداغوجية: من أساليب التوعية المختلفة، الندوات والاجتماعات، علما أن تأسيس كل الجمعيات التي اجريت فيها الدراسة كان من طرف الأولياء.
- المستوى العلمي والثقافي لكل من الآباء والأمهات الذي ساهم بشكل ملحوظ في البحث عن ماهية المتلازمة، أعراضها، خاصة طريقة أو كيفية التعامل مع الطفل وحاجياته مما سهل عليهم عملية التعايش والتخطيط لاستمرارية العائلة ككل.
- الحوار والتواصل بين الآباء والأمهات.
- المشاركة والتعاون بين الوالدين (الآباء والأمهات) لتحقيق الصلابة النفسية.
- المستوى الاجتماعي والثقافي للآباء والامهات الذي كان متقارب نوعا ما، حيث لم يكن هناك فوارق كبيرة على الصعيد الثقافي أو الاكاديمي أو الاجتماعي او الاقتصادي، مما يعكس ايجابا على طريق التفكير والتخطيط.
- الوازع الديني مما هو ملاحظ أن العائلات الأربع تجيب بنفس الطريقة: مكتوب، الرضى بالقضاء والقدر، ابتلاء من عند الله ، الحمد لله.....
- تلاحم العائلة في إطار المساندة الاجتماعية من الأعضاء الآخرين خاصة اذا كانت ممتدة الجدة، الجد، العم، وتكون أيضا على الصعيد المادي.

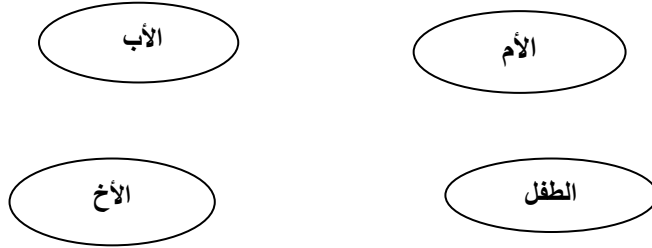
2. الخريطة العلاجية:

تمثل الرسوم البيانية ديناميكيات القوة وكذلك الحدود بين الأنظمة الفرعية المختلفة (الأبناء، الجد، الجدة، العمّة)، وتظهر مهمة المعالج البنائي في محاولة تعطيل العلاقات المختلة التي تسود الأسرة، وحملها على الاستقرار في نمط صحي. والتي بدورها تتضمن أنشطة التّدخل لتحديد أدوار أعضاء العائلة، من التحالفات والعلاقات الضمنية والنزاعات والأطر الزمنية لتنفيذها. التأكيد من مناسبة آليات متابعتها لتتطابق مع الوضع الاجتماعي الذي تعيشه الأسرة، من عادات وتقاليد وقيم وديانة (Minuchin S. , 2006)

4-1 عرض و تفسير نتائج الفرضيات (4)،(5)،(6) :

شكل رقم (01) الهيكل الأسري للعائلة الأولى قبل وبعد التدخل العلاجي:





تعبّر طريقة الجلوس في الهيكل الأسري (الشكل رقم 1) قبل العملية العلاجية، على تكاتف الإبن الأكبر مع الأم والحالة، الإئتلاف والتحالف ضد الاب، والذي اطلق عليه مصطلح التواطؤ (instigation)، بسبب الوضعية الي كانت فيها الزوجة ضحية للتعنيف من طرف الزوج. ما أسماه مينوشن ب:

(Imbroglia des affections) بمعنى فوضى وتآزم العلاقات والمشاعر، يؤدي حتما إلى تحالف أحد الشريكين مع أحد الأطفال ضد الزوج الآخر أي الاعتماد على التحالفات والانحيازات فتزيد بذلك قدرة الأم والابن الأكبر في التأثير على قرارات الأسرة، الدليل على تمكّن الابن الأكبر من المغادرة المنزل العائلي للدراسة خارج الولاية.

أما بالنسبة للحدود، تتمثل في كيفية تنظيم أفراد العائلة وكيفية اتباعهم لهذه القوانين، يتم رسم الحدود بين النظام الأسري والخارج، أي بين محيط الأسرة والنظم الفرعية أو الافراد، حيث أنها (الحدود) غير قابلة للانفصال وجامدة بين الأب والإبن الأكبر مما أدى بهذا الأخير إلى الشعور بضعف الانتماء، والبحث عن الاشباع الشخصي في بيت الجدّ(جهة الأم) مما ترتب عنه ارتفاع الحكم الذاتي وعدم الاستقلالية بالذات، صلابة نفسية وعدم وضوح المشاعر، انعدام الشعور بالحرية في الكلام أو التعبير مع انعدام الثقة بالنفس خاصة أمام الأب، والجمود في الإتصالات والعلاقات.

وأخيرا المراحل المختلفة لدورة الحياة، التي تشكل العوامل التي تهزّ بناء واستقرار الأسرة، اللحظات الحرجة والأزمات التي تمر بها الأسرة هي التي تحدد حاجات أفرادها للانتماء لها، تحديد الحاجات الفردية والاجتماعية لكل عضو داخل الاطار الأسري الذي ينتمي إليه.

1 4 1 تلخيص الحصص العلاجية:

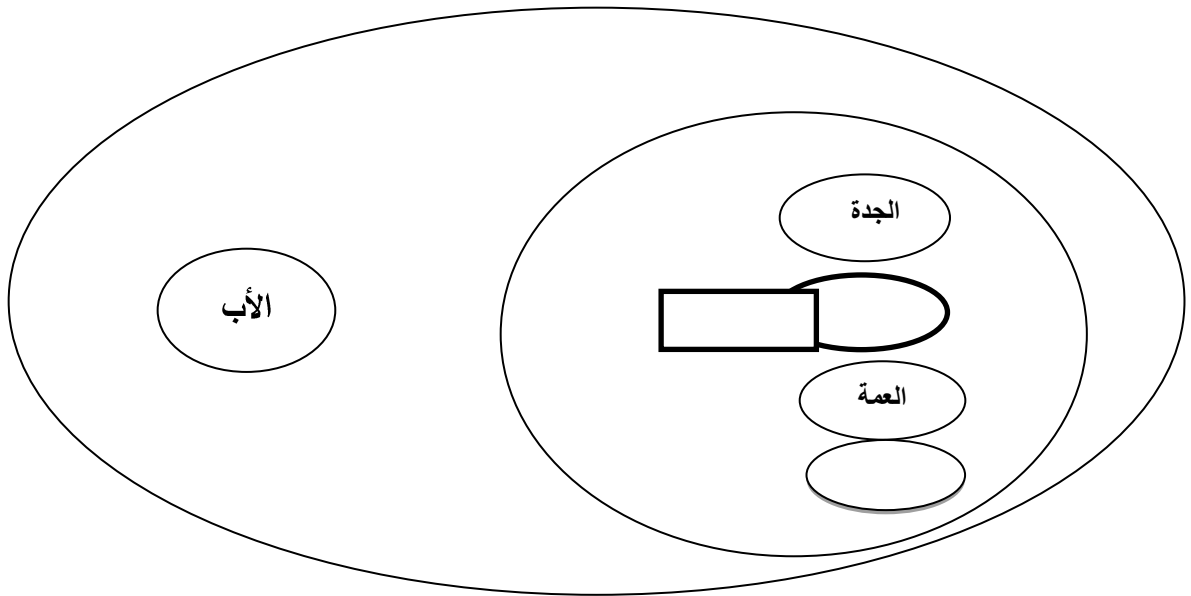
- **الحصة الاولى:** التعرف على أفراد العائلة موضوع الدراسة، من خلال استخدام الملاحظة الإكلينيكية، وإبرام عقد أخلاقي حول ضبط مواعيد الجلسات العلاجية وتبيان الهدف منها.
- **الحصة 2 / 3:** الانتساب أو الانضمام: بناء علاقة ثقة بين المعالج الأسري وأفراد الأسرة من خلال تقنية الانتساب إلى هذا النسق والتحدث عن الاضطراب وحالة الطفل، وملاحظة طريقة جلوس كل من الأم والابن الأكبر والحالة (الطفل المصاب بالمتلازمة) مع بعض، بعيدا عن كرسي الأب الذي اتخذ لنفسه أحد زوايا المكتب (موضح في خريطة الجلوس في الشكل الأول للهيكل الأسري).
- 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: هزّ 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 الايجابية والسلبية لكل فرد من العائلة، أيضا 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 والسلوكيات المرافقة له، حيث يعتبر الطفل المصاب بطيف التوحد حامل العرض، ما ينتج عنه توظيف مرضي للنسق العائلي والتعرف على نوعية الاتصال والتفاعلات الايجابية والسلبية المتعامل بها بين الأفراد، والضغوطات الناتجة عن التحالفات
- **الحصص 9/12:** 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 13/16:** 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

الفصل السادس : مناقشة نتائج الدراسة الميدانية

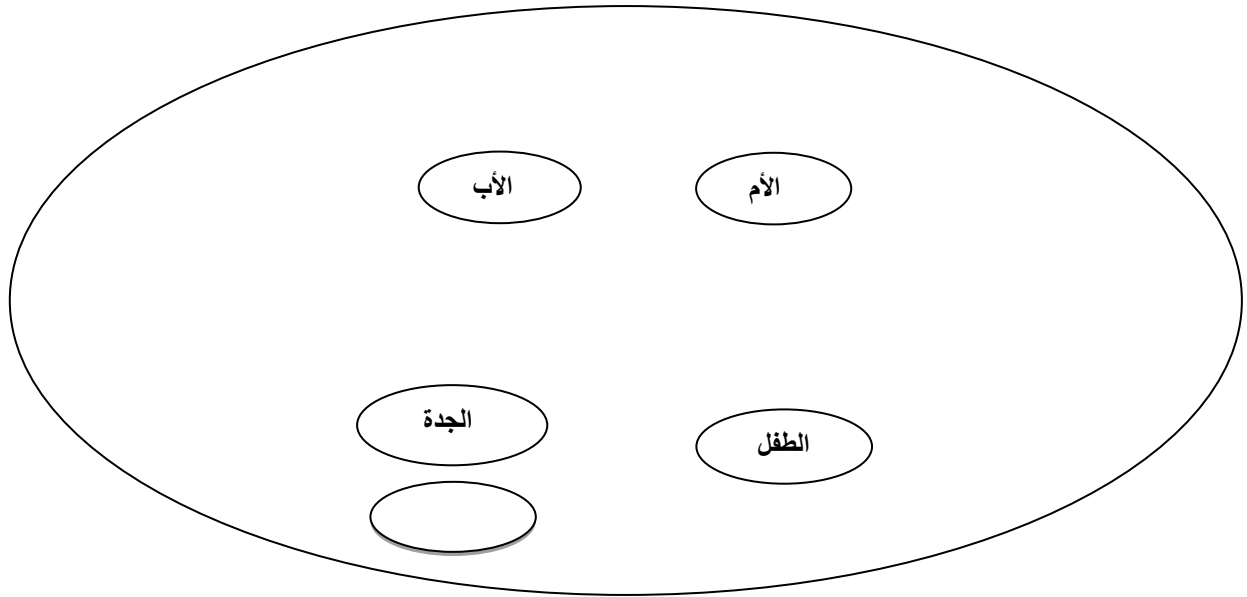
قابلة للانفصال وجامدة، معزولة أيضا خاصة بين الأبناء والأب فنجد الشعور بالانتماء ضعيفا والإشباع الشخصي يأتي من الخارج (الأسرة).

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

شكل رقم (02) الهيكل الأسري للعائلة الثانية قبل التدخل العلاجي:



بعد التدخل العلاجي



1 4 2 تلخيص الحصص العلاجية:

- **الحصّة الاولى:** استقبال الأب والأم برفقة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر، تم فيها الاضطلاع على الملف الطبي، ومحاولة الباحثة توضيح الاطار العام لأهداف العلاج الأسري البنائي، ولتعرف على أفراد العائلة موضوع الدراسة، من خلال استخدام الملاحظة الإكلينيكية، وإبرام عقد أخلاقي حول ضبط مواعيد الجلسات العلاجية وتبيان الهدف منها.
- **الحصّة 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، الجدة والعمة والحالة (الطفل المصاب بالمتلازمة) مع بعض، بعيدا عن كرسي الأب الذي اتخذ لنفسه أحد زوايا المكتب (موضح في خريطة الجلوس في الشكل الأول).
- أما على مستوى الاتصال، فقد كان مرنا حيث أن الجدة والعمة دائما من يبدأ الحديث، الذي في مجمله يدور حول حالة الطفل، الأم تتخذ دور الخضوع بالموافقة على كلامهما وعدم الاعتراض أو ابداء الرأي، أما بالنسبة لموقف الأب دائما ما يكون حيادي حتى فيما يتعلق بمصير الطفل .
- **الحصص 4/5/6:** التعرف على بنية الأسرة وتركيبها: إن الحاجة للاتصال السليم بين الأنظمة الفرعية في هذه العائلة، جعل من أم الطفل تتخلى عن دورها، وتحافظ على مكانة الزوجة فقط، ونفس

الشيء بالنسبة للزوج، فالطفل لا يمثل الأزمة ولكنه همزة وصل بين الزوجة، الجدة والعمة من جهة، والزوج من جهة أخرى الذي فقد دور الوالدية.

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

• **الحصص 12/9:** تفعيل الجانب العاطفي والمتمثل في 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:

إن عدم ابداء الزوجة أي اعتراض على تدخل الجدة والعمة في طريقة تربية الطفل، وتلبية كل احتياجاته الأساسية جعلها في صفهما، حيث يظهر هذا التكاثر في الرضوخ والاستسلام التام، من جهة أخرى يخدمها للحفاظ على مكانتها كزوجة الإبن، ترى ساتير أن الأشخاص منخفضي استحقاق الذات (القيمة الذاتية)، قلقين غير متأكدين من ذواتهم، وهم زائدي الحساسية لطريقة نظر الأشخاص الآخرين إليهم، وهؤلاء يعارضون التغيير ويفضلون السلامة المرتبطة بسلوك الانصياع (satir, 1995). من جهة أخرى لا يظهر دور الزوج إلا من الجهة المادية، مما يجعل دائما التحالفات والانحيازات بين الجدة والعمة والزوجة في اتخاذ القرارات المصيرية للعائلة خاصة فيما يتعلق بالطفل.

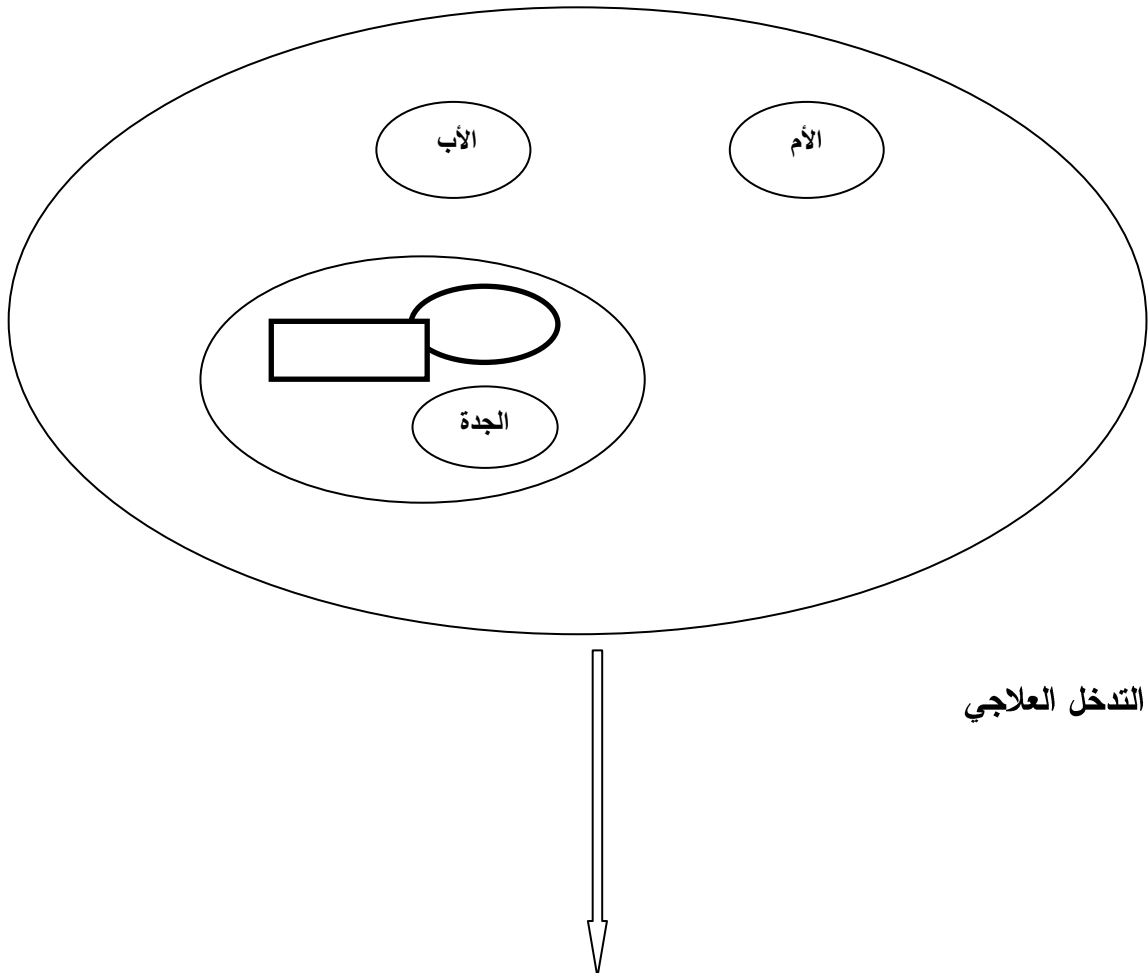
استخدام تقنيات النفسية الداخلية التي تساعد المعالج في التعرف على القائد داخل العائلة، فالحدود داخل الأسرة غير قابلة للانفصال وجامدة، معزولة أيضا خاصة بين الأبناء والأب فنجد الشعور بالانتماء ضعيفا والإشباع الشخصي يأتي من الخارج (الأسرة).

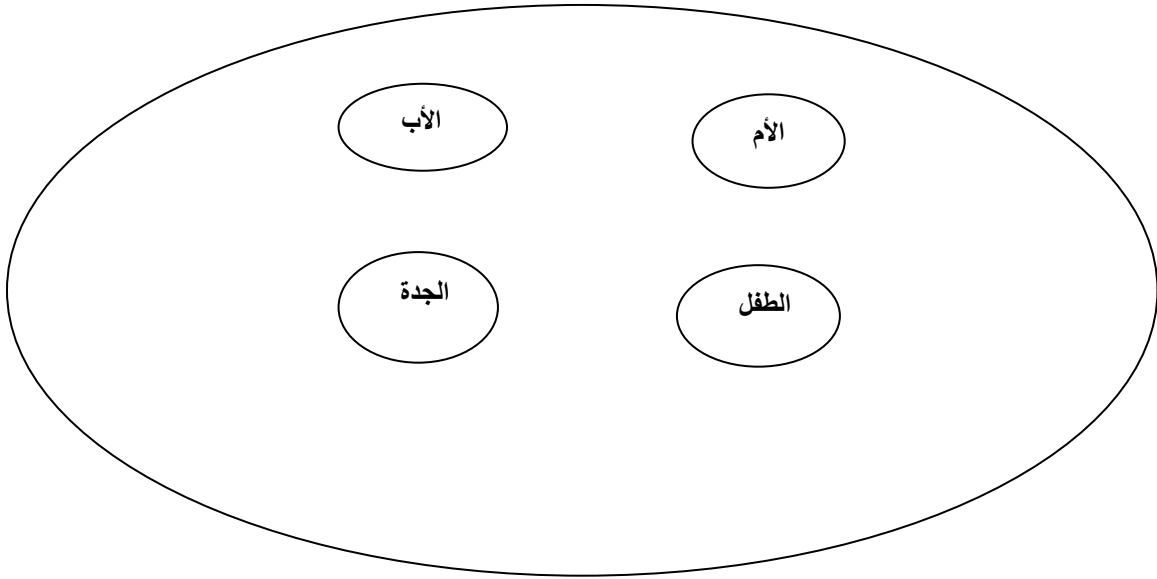
• **الحصص 20/17:** العمل على ترميم النسق: بمحاولة الباحثة الإبقاء على الحدود التي تعتبر

متلاشية تماما في العائلة، لاختلاط الأدوار والمكانات داخلها، دور الأم الأساسي المتمثل في تلبية الحاجيات الأساسية للطفل تقوم به الجدة والعمة، حيث تظهر وكأنها (الحدود) متماسكة، غير أن التأثير على قرارات الأسرة بالاعتماد على الجدة التي تعتبر عضو القوة والنفوذ داخل العائلة، ويظهر ذلك جليا من خلال كيفية الاستجابة وطريقة التعامل مع الأزمات الأسرية، بالتالي هي من يسن القوانين

ويفرضها على جميع أفراد الأسرة، والزوجين في وضعية تبعية للقواعد التوجيهية. الجدة والعمة يقومان بدور الوالدية، مما نتج عنه انخفاض الوظيفة البيو-نفسية لكلا الزوجين كأب وكأم.

الشكل (03) الهيكل الأسري للعائلة الثالثة قبل التدخل العلاجي:





1 4 3 تلخيص الحصص العلاجية :

. **الحصّة الاولى:** خلق علاقات تعاقدية: والتي تتميز أو تركز على تحضير الوسط العائلي للقيام بالعملية العلاجية من أجل تفعيل العلاج البنائي.

. **الحصّة 2/3:** الانتساب أو الانضمام: بناء علاقة ثقة بين المعالج الأسري وأفراد الأسرة من خلال تقنية انتساب المعالج الأسري إلى هذا النسق عن طريق تحديد مواعيد علاجية في المنزل، التحدث عن حالة الطفل الذي يعتبر المشكلة أو الوصمة العائلية ، كما اهتمت الباحثة بملاحظة طريقة الجلوس كل أفراد العائلة: الأب، الجدة، والحالة (الطفل المصاب بالمتلازمة) مع بعض، بعيدا عن كرسي الأم (موضح في خريطة الجلوس في الشكل الثالث للهيكل الأسري).

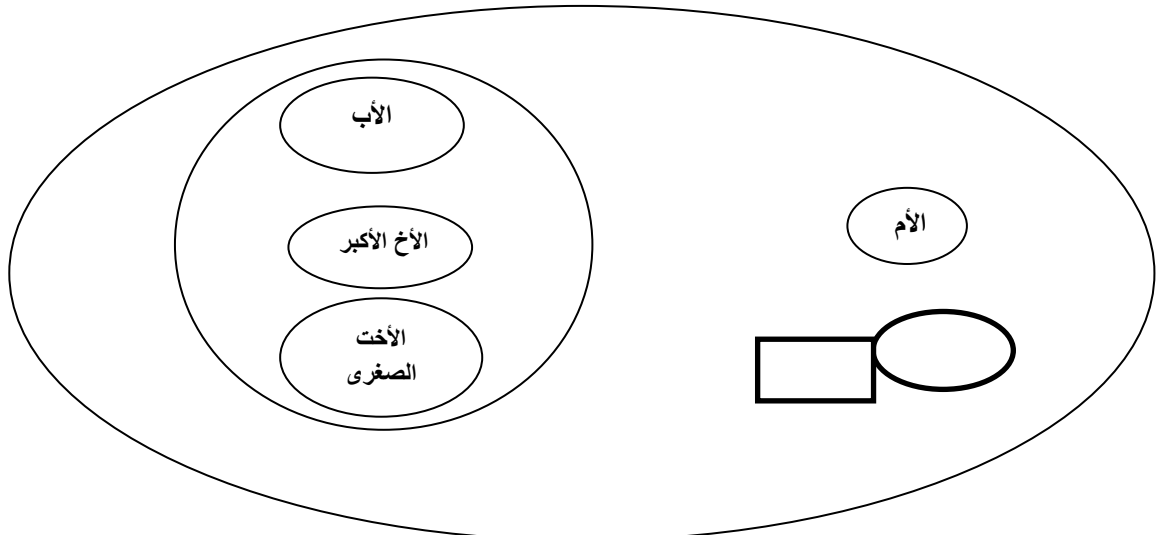
تدخل الباحثة للتقليل من حدّة المشاعر السلبية، وتوجيهها عن طريق خلق فضاء لحرية التعبير لجعل أفراد العائلة

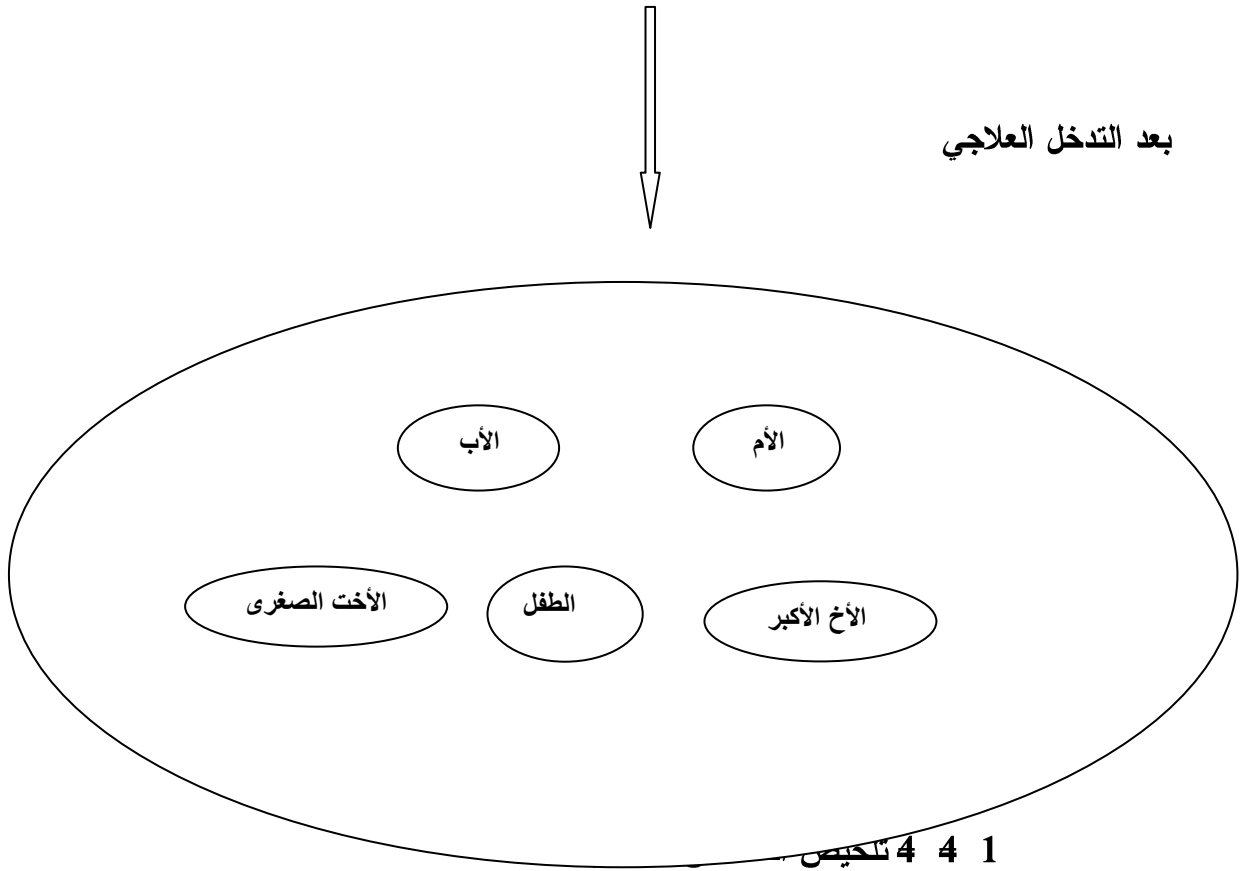
. **الحصص 4/5/6:** المخطط التركيبي: وضعه من طرف الباحثة لتسهيل عملية تفسير وتحديد منظومة العلاقات داخل النسق، كمحاولة تغيير مسار الاتصالات خاصة بين الزوجين، كإشراكهما معا

في التكفل بالطفل ومساعدة بعضهما، بهدف تجديد بناء علاقة ثنائية بين الزوج والزوجة، لتمتد الى علاقة ثلاثية: أب، أم، طفل.

- **الحصص 8/7:** تحديد أنواع العلاقات: ذلك عن طريق اندماج المعالج داخل الأسرة بهدف التعرف على طبيعة الاتصالات داخلها وحقيقتها دون الاعتماد على التقرير الذي يعطيه أفراد العائلة فقط، كما تمكنه هذه التقنية من ملاحظة سلوكيات أفراد النسق وردود الافعال اتجاه بعضهم في البيئة الطبيعية.
- **الحصص 12/9:** تفعيل الجانب العاطفي: الذي يساهم في تغيير السلوك منه التغيير في طريقة التفكير والمشاعر السلبية اتجاه الآخر، بالتالي بناء التقاربات خاصة فيما يتعلق بالعلاقة الزوجية، التي تتعكس مباشرة على الحالة الصحية والنفسية للطفل وتساهم في استمرارية وتقدم عملية التكفل.
- **الحصص 16/13:** العمل على رسم الحدود بين النسق الداخلي والخارجي: ان عملية اختلاط الأدوار خاصة بالنسبة لدور الأم والجدة، هذا التبادل جعل نوع من التوازن النفسي عند المرأة باعتبارها أم، يظهر في شكل مشاركة المسؤولية، لكن سبب الكثير من المشاكل بين الزوجين في هذا الدور، لهذا السبب وجب التغيير على مستوى العلاقة الزوجية لتحديد انتماءهما للأسرة.
- **الحصص 20/17:** العمل على ترميم النسق، من خلال محاولة المعالج التركيز على بناء علاقة ثنائية بين الزوجين، باعتبار أن المشكلة المعروضة هي في الأصل تعبير عن مشكل اتصالي علائقي

الشكل رقم (04) الهيكل الأسري للعائلة الرابعة قبل التدخل العلاجي:





الحصة الاولى: خلق علاقات تعاقدية: والتي تتميز أو تركز على تحضير الوسط العائلي للقيام بالعملية العلاجية من أجل تفعيل العلاج البنائي.

• **الحصة 2 / 3:** الانتساب أو الانضمام: يقوم المعالج بمقابلة أفراد العائلة في بيئتهم الطبيعية دون تغيير، بهدف تحديد المشكلة بطريقة موضوعية من خلال توزيع الأدوار وسلوكيات كل فرد اتجاه الآخر داخل العائلة، والتعرف على حقيقة الاتصالات للتمكن من تفسير العلاقات بين الزوجين، الآباء والابناء من جهة أخرى.

• **الحصص 4/5/6:** المخطط التركيبي: يتمثل في الاجراءات التنفيذية التي يقوم بها المعالج كمحاولة تغيير مسارات الاتصال بين الزوجين بالتركيز على عملية ايجاد الحلول المناسبة لطبيعة كل مشكلة تواجههما، والانتقال إلى إشراك الإخوة أيضا بإعطاء كل واحد مسؤوليات تتناسب وسنّه، لخلق علاقة أخوية طبيعية.

- **الحصص 8/7:** تحديد أنواع العلاقات: ذلك عن طريق اندماج المعالج داخل الأسرة بهدف التعرف على طبيعة الاتصالات داخلها وحقيقتها دون الاعتماد على التقرير الذي يعطيه أفراد العائلة فقط، كما تمكنه هذه التقنية من ملاحظة سلوكيات أفراد النسق وردود الأفعال اتجاه بعضهم في البيئة الطبيعية.
- **الحصص 12/9:** تفعيل الجانب العاطفي: الذي يساهم في تغيير السلوك منه التغيير في طريقة التفكير والمشاعر السلبية اتجاه الآخر، بالتالي بناء التقاربات خاصة فيما يتعلق بالعلاقة الزوجية، التي تتعكس مباشرة على الحالة الصحية والنفسية للطفل وتساهم في استمرارية وتقديم عملية التكفل.
- **الحصص 16/13:** العمل على رسم الحدود بين النسق الداخلي والخارجي: ان عملية اختلاط الأدوار خاصة بالنسبة لدور الأم والذي اختصر على أمومة الطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر فقط، جعل من بقية الأفراد يتخذون موقفا مضادا لهما، دور الزوجة متلاشي تماما، مما وجب إعادة تسطير مخطط باسشارك كل أفراد العائلة في عملية التكفل بالطفل، منه إعادة ترتيب الأدوار داخل النسق بين الأنظمة الفرعية بفتح المجال لقنوات الاتصال فيما بينها.
- **الحصص 20/17:** العمل على ترميم النسق، من خلال محاولة المعالج التركيز على بناء علاقة ثنائية بين الزوجين، باعتبار أن المشكلة المعروضة هي في الأصل تعبير عن مشكل اتصالي علائقي.

نموذج التكفل العلاجي للطفل:

تتركز الأهداف العلاجية الأولى على:

برامج تأهيلية تدريبية لتنمية مهارات التواصل والأنشطة الاجتماعية، وخفض السلوك العدواني وتنمية المهارات الاجتماعية لدى أطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر.

إرشاد الأهل تجنب استخدام الكلمات الكثيرة، أوامر وتعليمات طويلة، وأيضا كتابتها على ورقة، وذلك لمساعدته على تذكر تسلسل الكلمات.

الاعتماد على نظام التواصل عن طريق الصور (PECS) في عملية الحفظ: باستعمال الصور، وذلك لسهولة تعلم الطفل الأسماء قبل الأفعال.

لدى الطفل موهبة في حفظ الأرقام بالنسبة للعائلة الأولى والرابعة ، مما استلزم شراء ألعاب تفاعلية تربوية، تحتوي على أرقام وعمليات حسابية غير معقدة.

التواصل الاجتماعي: عن طريق الصور والتفاعلات مع أفراد العائلة، فالطفل يعاني من صعوبات في فهم دوافع الآخرين وتصوراتهم حول المواقف الاجتماعية ، وهو عرض مشترك بالنسبة للأطفال في العائلات الأربع.

أما في ما يخص النظام في القسم :

تحضير المواد المطلوبة للدرس: بمساعدة الأم في الليلة التي تسبق الدرس، وأيضا AVS داخل القسم. بواسطة تعليمات وأوامر واضحة.

يتم مساعدة الطفل بتقديم تلميحات تنتقل بالطفل من درجة لأخرى، حتى يصل إلى السهولة المطلوبة، كما يتم الاستعانة بأعمال روتينية متكررة، تسمح له بتوقع الأحداث، ومنه زيادة التحكم في النفس والاعتماد عليها، فالتسلسل المعتاد للأحداث: يوفر الانتظام وسهولة توقعها، ويجعل الطفل ينتظر الأمور ويتوقعها الأمر الذي يساعده على زيادة الاستقلالية.

مثل: روتين المكان في القسم الذي يعمل على ربط الموقع بالأنشطة معينة، وأيضا روتين الزمان: الذي يربط الوقت بالنشاط مثلا: حصة الرياضيات تكون في الصباح دائما.

إدخال الأنشطة المرئية مثل: قطع الألغاز puzzles وحروف الهجاء والكتابة.

استخدام الكمبيوتر تتميز بوجود بداية ونهاية واضحتين، مما يساعد الطفل على وضوح المهمة ومنه الاستقلال والاعتماد على النفس والتركيز على المعلومة في انجازها.

يتضمن العلاج أيضا البرامج السلوكية التي تعد من أجل خفض معدل ممارسة سلوك غير مرغوب فيه أو إطفاء هذا السلوك نهائيا لدى الطفل ، كما يتضمن البرامج التدريبية التي تهدف الى إكساب الطفل سلوكا جديدا أو زيادة معدل ممارسة سلوك مرغوب فيه، ويعتمد(العلاج السلوكي) على إجراءات خاصة يختلف استخدامها من حالة لأخرى تبعا لدرجة التخلف وتبعا لنوع السلوك المراد تعديله لدى الطفل، بحيث لا يحتاج العلاج السلوكي مهارات لغوية أو لفظية.

وضع الطفل في قسم تحضيرى خاص (بالنسبة للعائلة الثالثة) حتى يساعده على استثمار وتطوير طاقاته بأفضل الطرق، كما يساعده على الاندماج وإخراجه من العزلة في المنزل، من خلال إدماجه في جماعات من نفس السن والمستوى، بهدف تدريبه على السلوك الاجتماعي السوي، بالإضافة إلى نشاطات متنوعة تهدف إلى تنمية اللغ، المهارات الحركية للحد من النكوص، والهدف الأساسي من هذا العلاج هو تحقيق استقلالية الطفل على الأقل في تلبية حاجياته الأولية من أجل الاندماج الاجتماعي، وتخفيف العبء على العائلة.

لقد كان عمل الباحثة ضمن فريق متعدد الاختصاصات، فيما يخص تعديل الجانب السلوكي للطفل: فرط الحركة والتقلب المزاجي، السلوك العدواني، إيذاء الذات، التملل والانسحاب... أين يوضع الطفل تحت مراقبة دوائية للتخفيف من الأعراض مثل: Haldol, clomipramine (Anafranil)

حيث ركز العلاج على ثلاثة أعراض رئيسية هي:

- اضطراب ماهية الذات والجسم.
- ضعف مهارات التواصل.
- الهوس والروتينية المتكررة.

يتميز أطفال متلازمة اسبرجر بـأنماط من السلوكيات والمشاكل التي تختلف على نطاق واسع من طفل لآخر، وعليه الى حدّ الآن ليس هناك علاج مثالي ونهائي (حسب اضطلاع الباحثة)، لكن التجربة الميدانية أثبتت فعاليتها وأعطت نتائج ايجابية من خلال :

1. التدريب وتقديم العلاجات السلوكية المعرفية للطفل.

2. التدخلات التعليمية المتخصصة للطفل.

3. التدريب على المهارات الاجتماعية .

1. علاج النطق والكلام.

2. تدريب التكامل الحسي .

3. العلاجات النفسية.

القاعدة الأساسية في التكفل، الاعتقاد التام أن كل طفل قابل للتعلم مهما تطلب ذلك من تنويع في الأساليب وطول المدة العلاجية، ويبقى التدريب المنزلي أهم ركن من أركان العلاج ؛ الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر أفضل مساعدة تقدّم له هو جعله مدركا للعلم الخارجي، يدرك جسمه ووجوده وحيزه أو فضاءه المكاني والزمني.

1-5 عرض نتائج الجلسات العلاجية :

من خلال المقابلات العلاجية التي بدأت عن طريق مقابلات استكشافية، لاحظت الباحثة بعض الغموض في اجابات بعض الأفراد إما من طرف الزوج أو الزوجة، فيما يتعلق بالأسئلة التي تدور مواضيعها حول العلاقة الزوجية، كما تظهر بعض الاجابات المتناقضة والمخالفة، والتي أغلبها ينم عن صراعات داخلية واختلافات عميقة في وجهات النظر، فتفسر من طرفهم بالاختلاف في طريقة التعامل وتربية الأطفال، لكنها في حقيقة الأمر أكثر من ذلك وقد شملت العائلات الأربع. تعتبر المقابلات الأولى هي بوصلة العملية العلاجية، فهي تهدف التحقق من تعاون العائلة، وتتيح الفرصة لتقصي الأدوار، المكانات، ونوع الاتصال بين الأفراد؛ من خلال ملاحظة الباحثة (بالنسبة للعائلات الأربع) يبالغ الأهل في تضخيم الكفاءة التربوية والأخلاقية التي يتمتعون بها إلى جانب التركيز على اضطراب الطفل فقط دون مراعاة باقي الأفراد، ما ينتج عنه المواجهة المزدوجة مع ال والدين من جهة ومع الأبناء الآخرين مثلما هو الحال في العائلة الأولى والرابعة.

العائلات الأربع كانت لها رحلة طويلة بين المعالجين من مختلف الاختصاصات: أطباء أعصاب، أذن أنف وحنجرة، أطباء أمراض عقلية اختصاص أطفال....ف الأولياء بالنسبة يعيشون في دوامة، همهم الوحيد إيجاد حلول لمتلازمة اسبرجر، فهم ينشبتون بالقليل من الأمل عن طريق اتباع تجار التوحد - كما اطلق عليهم - ، نظرا لاستغلال ضعف هؤلاء الأولياء بسبب قلة الوعي والمعلومات الصحيحة حول الاضطراب، ومن أجل الربح المادي لا غير: كعرض استخدام حجامه خاصة بالتوحد والترويج لها في مواقع التواصل الاجتماعي على أنها العلاج الفعال والشافى ، أو استعمال مختلف أنواع الأعشاب، اللسع بالنحل وغيرها من الطرق التي لم تثبت أي فعالية، بهدف الربح المادي من خلال استغلال مشاعر الأهالي المحبطين.

صعوبة التزام بعض أفراد العائلات الأربع بالمواعيد المحددة لأسباب متعددة، اضافة الى المقاومة وعدم الرغبة في التغيير من طرف أحد الوالدين سواء الأم أو الأب خوف من فقدان المركز الأساسي

داخل المنزل وبالتالي فقدان السيطرة على باقي الافراد، خاصة بالنسبة للعائلة الثانية أين اتخذ الأب من وضعية الحياد كمنطقة امان بالنسبة له.

يتطلب العلاج النسقي البنائي لسالفدور مينوشن وقتا طويلا لان من مبادئه هو معايشة المعالج للمناخ الأسري للحالة أو للنسق المراد التكفل به. أيضا جهدا كبيرا من طرف المعالج الأسري، بهدف لمّ شمل أفراد العائلة الواحدة أثناء الجلسات العلاجية.

كثيرا ما ينتظر الآباء مجيء الطفل، ويحلمون بما سوف يكون عليه مستقبلا محققين في ذلك كل أحلامهم التي عجزوا بدورهم في تحقيقها (نور، 2015) وتدبّد حالة الطفل المصاب بالمتلازمة أو نكوصها (يعتبر أمر عادي في المسيرة العلاجية لدى المختصين) يحدث إعادة تجديد حالة الإحباط والاكنتاب مما يقود الى مشاكل زوجية بسبب الضغوطات المفروضة عليهما، حتى من جهة المجتمع يزيد من معاناة الأهل بأسئلتهم الفضولية وتأنبيهم ظنا منهم أنها قضية تربية (سوء تربية الوالدين للطفل)، مما تؤدي الى حتمية العلاجية الأسرية التي تتعامل بدورها مع كل أفراد العائلة وبالذات الناس المحيطين: رياض الأطفال، المدارس... كما هو الحال بالنسبة للعائلات الأربع، والتي تلقت الدعم من طرف هذه الهيئات بفضل نجاعة

في أول اتصال يتبادر الى أذهننا أن أفراد الأسرة يتشابهون في نوع المشكلة التي يعانون منها ويعبرون عنها ألا وهي اضطراب الطفل لكن كل حسب وجهة نظره وطريقة تفكيره من واقع رؤيته لها وكيفية معالجتها (مطالقة، 2011). من جهة أخرى لاحظت الباحثة محاولة تهرب العائلات من بعض الأسئلة بطريقة لا شعورية لتجنب الألم والاصطدامات أو ردود أفعال سلبية، فيما يتعلق بالجانب الجنسي في العلاقة الزوجية مثلا، لا يزال يعتبر كموضوع سرّي محضور لا يجب التحدث فيه، بالرغم أنه كان السبب الرئيسي في الخلافات الزوجية منه الخلافات العائلية الظاهرة.

لكن رغم كل هذه العراقيل التي صادفت الباحثة، إلا أنه ب المحاوله والإصرار على تقديم المساعدة النفسية وتدريب الأهل، استطاع معظم أفراد العائلات المتعامل معهم التغيير، والوصول إلى الوعي المطلوب بالأنزمات النفسية والأسرية التي تحدد علاقتهم بالطفل المصاب بالمتلازمة، حيث يظهر ذلك جليًا في الطلب المحدد في قبول المساعدة النفسية لهم ولأولادهم، واحترام مواعيد الجلسات العلاجية .

نوعية التحالفات التي غالبا ما كانت تميل إلى كفة الزوجة (الأم) ضد الزوج (الأب)، مثلما هو الحال في العائلة الأولى، والعائلة الثانية. ما يفسر كثرة الصراعات حول المكانات والأدوار، والخروج عن المعايير الطبيعية التي تسود الوالدية كاستقالة أحد الأبوين عن مهمته في الاهتمام بالطفل وتلبية احتياجاته.

يعتبر الهروب من مواجهة المواقف الصعبة من الآليات الدفاعية الموجودة عند أفراد العائلة الثالثة، خاصة لدى الأب، وذلك عن طريق توجيه أصابع الاتهام للطفل المصاب على أنه يأخذ الكثير من وقت وجهه أفراد العائلة.

القاء مسؤولية الطفل المصاب والمنزل ككل على عاتق الزوجة مما يخلق غياب المساندة وارتفاع نسبة القلق والتوتر بسبب طبيعة هذه العلاقات التي تسود داخل العائلة الأولى، الثالثة والرابعة والتي نجدها مشحونة بانفعالات الحزن والاكتئاب لكثرة الإصابة بخيبات الأمل المتوالية سواء في الشريك أو بالنسبة للتوقعات المرجوة من الأسرة والمقربين أو حتى المجتمع المدني والمتمثل في جمعيات مراكز، مدارس، دور الحضانه.. فقد أشارت دراسة كل من (Johnston et Joanne 2004) إلى مصطلح "أعراض الحزن المزمن" لدى والدا الأطفال المصابين بالتوحد، المتمثلة في عدد من المشاعر التي تظهر عليهما: الشعور بالذنب، الغضب، خيبة الأمل، الانسحاب، الإنكار وذلك في البداية ثم تتحول هذه المشاعر إلى الاكتئاب العجز التناقض والشعور بوجود حمل ثقيل على عاتقهم لفقدان الطفل السليم. (عبد، 2017).

مما أدى بالوالدين للانطواء على الذات والامتناع عن مخالطة الناس، فقدان الأمل والثقة بالأطباء، حيث تظهر هذه المشاعر على شكل غضب موجه نحو الذات، ونحو الأطفال الآخرين، وكنتيجة يعاقب الآباء أنفسهم لأنهم لا يستطيعون تخليص الطفل من اعاقته (أنا لا استاهل، خلصني يا ربي من هذه الحالة، أفكر في الهرب من المنزل، الانتحار وأتخلص من الجحيم الذي أنا فيه...). في ضوء هذا الطرح تأتي الدراسة التي قام بها ستودارت عام 2003: دراسة قرر فيها 37,7 % من والدي أطفال متلازمة أسبرجر أنهم تم تشخيصهم هم كحالات على يد متخصصي صحة عقلية، وكان التشخيص الأكثر شيوعا: الاكتئاب والقلق المزمن عند الأمهات عنه عند الآباء (Rogé, 2013). في السياق نفسه نجد دراسة تومانيكستاسي وآخرون 2004: التي أجريت حول العلاقة بين السلوكيات الظاهرة لدى أطفال التوحد والضعغوطات المتعلقة بالأم" والهدف منها هو فحص العلاقة بين السلوكيات الظاهرة

والسلوكيات اللاتكيفية التي يظهرها الاطفال المصابون بالتوحد وقلق الام، عدد المشاركين 60 ممن يمتلكون أطفالا مصابين بالتوحد أعمارهم ما بين 20 الى 07 سنوات، حيث استخدمت مقاييس للسلوك التكيفي، ومقاييس تقدير الذات للأمهات، استفتاء، وقد أظهرت النتائج: أشارت إلى ثلثي المشاركين كان لديهم قلق مرتفع بشكل واضح، كما أظهرت النتائج أن السلوكيات الاطفال التكيفية واللاتكيفية كانت تفسر وتحلل حسب الاختلاف في قلق الام أي كان لها علاقة كبيرة بقلق الأم (العزیز، 2009).

كما لاحظت الباحثة، اشترك العائلات الأربع في الاحساس بالقلق، الخوف، والشعور بالذنب: ارجاع السبب في اضطراب الطفل إلى تصرف سيء صدر منهما في الماضي، فإصابة الطفل بالمتلازمة جاءت كعقاب لهما (لماذا حدث معنا هكذا نحن بالضبط، ماذا فعلنا في حياتنا...) أيضا الشعور بالعجز في انتهاء الوقت للراحة والاسترخاء ، فبالنسبة للزوجين يع انيان من تعدد المطالب و عدم الشعور بالسعادة والتشاؤم خاصة عند التفكير في مستقبل الطفل ، مشاعر مشتركة عند الأزواج في الحالات الأربع.

يدور محور التركيز في هذه الجلسات العلاجية على أنماط التفاعل ما بين الزوجين ودراسة العلاقات الزوجية المضطربة، الزوجة تحاول تعويض النقص الذي تجده في علاقتها الزوجية، بالاستثمار في علاقتها مع الطفل المصاب بالمتلازمة، الذي يأخذ كامل اهتمامها، كما أن أعراض الاضطراب تفيدها في تخفيف القلق والضغط الناتجان عن الاضطرابات العلائقية التي تعيشها مع زوجها، وذلك بالتركيز على الفرد المريض. أما الزوج فيلجأ إلى العمل كوسيلة هروب، من المعاش اليومي الذي يوئد له المعاناة العاطفية، والإحساس بعدم القدرة والعجز أمام وضع يجده مأساوي لا حل له ، وهي حالات موجودة في العائلات الأربع.

لقد اختيرت الحالات الأربع، من منطلق التقارب في المستوى التعليمي الثقافي، الاجتماعي، الاقتصادي، وحتى السن (يتراوح ما بين 24- 40 سنة بالنسبة للنساء، 28-55 سنة بالنسبة للرجال) ، بهدف التحكم في هذه العوامل وتسلية الضوء على نوعية العلاقات النسقية خارج إطار هذه الفروقات. ما أكدته دنيس في دراساته: "في بعض الحالات يكفي العلاج النفسي للأهل لإزالة مصاعب التعامل مع الطفل، حيث تدخل مسألة ذكاء الأهل ومستواهم الثقافي والعلمي في موضوع تقبل العلاج أو عدمه (Denis, 2013). بالمقابل يجب معالجة المسألة بطرق أخرى، والوقوف على توقعات الوالدين في محاولاتهم هذه لتحسين حياتهم و حياة أطفالهم(المصابون بمتلازمة أسبرجر) حسب ما يطمحون إليه.

مواجهة اختلاف طرق تفكير كل عضو خاصة في مواجهة المشاكل وحلها، الميولات، أنماط المعيشة، الأهداف والطموحات، حيث أن كل أسرة لها خصوصياتها ومنه لها مكانيزماتها وآلياتها لمواجهة الأزمات التي تعيشها، لهذا على المحيط وعي وإدراك ذلك. ففي العائلات التي يتصل الزوج (أب الأسرة، أو الجدة من الأب) من أجل تحديد موعد للفحوصات النفسية غالبا ما يكون حوار أسري داخلي منه نستنتج قابلية كل الأفراد (الزوجين والأبناء...) شروط الخضوع للعلاج الأسري البنائي. العكس عندما تتصل الزوجة فقط، نجد صعوبات وعراقيل كثيرة ومتعددة منها انعدام الحوار الأسري (بين الزوج والزوجة)، بالتالي رفض الزوج أو بقية أفراد النسق المشاركة في العلاج بحجة عدم الاقتناع أو رفضهم التشخيص من الأساس: فكرة أن الطفل مصاب بمتلازمة اسبرجر، بسبب سيطرة الأفكار المسبقة والرجعية حول العلاجات النفسية: مضيعة للوقت، غير مفيد، تشخيص خاطئ، كما هو مبين في الإجابة على الاستبيان عند طرح السؤال المتمثل في: **تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مضيعة للوقت. الأغلبية كانت بنعم.**

أما بالنسبة للأبناء في دور إخوة الطفل المصاب بالمتلازمة، ينتابهم الاحباط والغضب بسبب ما يتحملونه من أحيهم من عقاب وتوبيخ واختلاف الوالدان في طريقة تربية وتنشئة الطفل يؤدي الى نزاع، فبعض الاخوة يحولون نزاعاتهم المكبوتة عن طريق ازعاج الطفل الذي يعاني من المتلازمة (العائلة الرابعة)، فعوض تشجيعهم تقوم الأم على توبيخهم تحميلهم مسؤولية الطفل.

إذا كان الإخوة والأخوات ولدوا من نفس النسل فهذا لا يعني أنهم كان لهم نفس الأبوين، لأن كل واحد منهم ولد في وقت فريد من نمو الأب والأم والزوج الذي يكونانه (Régine, 1998). باعتبار أن كل طفل يولد في نسق زوجي مختلف عن الآخر، هذا ما يفسر المعاملة المختلفة لكل طفل في الأسرة. تؤكد نظرية بوين على أهمية وضع الإخوة الوظيفي حين تشخص ردود الفعل الانفعالية، ترى أيضا أن التحولات في الطبيعة الوظيفية لأوضاع الإخوة تصلح العلاقات، إنه جزء من الطبيعة الغريزية

لاستعمالها كمؤشر لحدوث عملية الإسقاط، داخل الأسرة حينما يؤدي الإخوة أدوارهم، فإن ذلك يدل على قلة عملية الإسقاط وارتفاع مستوى التمايز داخل الأسرة (Régine, 1998).

كما أن ادماج الجدة والعمة (العائلة الثانية والثالثة)، شكل فارقا في العملية العلاجية، نظرا للأدوار الرئيسية المتمثلة في النفوذ وتقرير المصير داخل النسق مما أدى الى اختلال وظيفي عائلي.

من جهة أخرى الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر في جميع الحالات (العائلات الأربع)، له صعوبة في فك رموز الرسائل التي تصله حيث تغطي عليه نوع من التهجنة الخاطئة للكلمات أو ما يسمى بتنافر الكلمات (Cacophonie)، كما أنه يعالج ويفسر لوحده رسائله الخاصة، فهو مشتت في الفضاء أو المكان الذي يكون فيه، مع ظهور فجوات زمنية تتداخل مع الواقع الحالي (il est déphasé dans le temps). ومن المسلم به فإن أعراض المتلازمة تختلف من طفل لآخر بسبب تغير سلوك الأطفال من بيئة لأخرى، فيكون في أسوأ حالاته في بيئة معينة بينما يكون أقل حدة في بيئة ومواقف أخرى (زريقات، 2013).

ما لاحظته الباحثة من خلال الدراسة الطولية التي أجرتها هو إفصاح الأولياء باضطراب الطفل على عكس ما توصلت إليه معظم الأبحاث، وحتى التفاخر بما لديه من قدرات تميزه حتى عن الأطفال العاديين هذا ما يفسر هذا التوجه في السلوك، لكن اللوم يقع على المجتمع والمنظومة التربوية التي لم تأخذ بعين الاعتبار هذه الفئة من المواهب حسب رأي الأولياء.

كل هذه الأشياء محيرة، فهم أفراد مختلفون وغير عاديين، حيث لهم تطور عادي في الذكاء واللغة، لكنهم يقدمون سلوكيات تتشابه والتوحد.

1-6 مناقشة النتائج الفرضيات (4)، (5)، (6) :

من خلال تحليل محتوى المقابلات العلاجية، وتطبيق تقنيات العلاج الأسري البنائي على الحالات الأربع (العائلات)، تطلبت العملية العلاجية مع عينة الدراسة (عائلة الطفل) القيام بـ:

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 المصاب بمتلازمة اسبرجر فقد اعتمدت الباحثة على العلاجات التدريبية.

أما المرحلة الثانية:

الذي ارتكز على الزوج (le couple) بحيث سلطنا الضوء على أسباب الاضطراب العلائقي والاتصالي بينهما، ومن جهة أخرى إيضاح لهما ضرورة اتفاق سلوكياتهما الخاصة، وتكيفها مع طفل اسبرجر والأخ الأكبر، ليكون (الوالدين) نموذجا فعليا للسلوكيات المطلوبة داخل النسق العائلي. وأخيرا العلاج الجماعي الديناميكي : والذي كان موجها لكل أعضاء العائلة كجماعة وليس كفرد الأب الأم، الأخ الأكبر، والطفل المصاب بالمتلازمة لأنه يعتبر مرآة نجاعة العلاجية البنائية، وامتد إلى باقي أفراد العائلة الجدة، العممة، حيث أنهم يشتركون في نفس المعاناة، وأيضا في اهتماماتهم بموضوع اضطراب الطفل.

وقد ساعد هذا العلاج على كشف نقاط الضعف التي يؤثر 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 العائلات في الاسترجاع التدريجي للتوازن النفسي والاجتماعي محاولة بذلك بناء مشروع حياة جديدة له، الأولياء 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 لاستعداد أو التعلم من أجل طفلهم، وفي هذا السياق يجدر الذكر أن العامل الديني يساعد كثيرا الآباء في عملية تجريدهم من مشاعر الخطيئة والإثم، التي تهدد طمأنينتهم وأمنهم النفسي يساعدهم على تقبل دواتهم وإشباع الحاجة إلى الأمن والسلام النفسي" (Corey, 2016)

فيلجئون إلى الدعاء إلى الله مبتغين رحمته موكلين أمرهم إليه ، في هذا قوة روحية تؤدي إلى التفاؤل ، الأمل، وبالإيمان والصبر يعالج معظم آباء الأطفال في ظل الإعاقة ما يعترتهم من صعوبات و مشكلات مرتقبين رحمة الله ، وانفراج الأزمة لقوله الله تعالى : " ورحمتي وسعت كل شيء "سورة

الأعراف الآية 156. التوكل على الله والرضا بمشيئته وبقضائه وقدره، يعطيهم نوع من الاطمئنان لمواجهة الوضع الحالي.

إن حالة التغيير الإيجابي التي طرأت على العائلات بعد إجراء المقابلات العلاجية والتي أدت الى طلب العائلات مواصلة العلاج الأسري بعد احراز نوع من التقدم على مستوى العلاقات داخل العائلة، الذي انعكس على حياة الطفل خاصة من ناحية الاندماج الاجتماعي وصولا الى التمدد العادي بالنسبة لـ 03 أطفال ودخول الروضة للطفل الرابع.

إن العلاج الأسري البنائي كفيل بمساعدة أفراد النسق أو النظام العائلي الواحد، حيث تظهر فعاليته في النتائج والتأثيرات الإيجابية على الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر، الذي يعكس نوع العلاقات والتفاعلات داخل أسرته، بذلك يعتبر (العلاج النسقي العائلي) كعمل علاجي تكاملي بين المختصين (يمثلون الحيز الخارجي للأسرة) والأولياء (الحيز الداخلي)، ولا يكتمل نجاحه إلا بمدى مرونة الأفراد، وقابليتهم للتغيير من جهة، ومدى تمكنهم من تعميق علاقاتهم من جهة أخرى. من خلال الجلسات العلاجية الجماعية، التمسنا أن 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 من خلال 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، وقادرين على إظهار نوع من الطاقة، القوة، والجهد استعدادا للتعلم من أجل طفلهم الذي هو في حالة المتلازمة.

توجد أدوار يتميز بها الآباء عن الأمهات والعكس صحيح كذلك أخرى تتميز بها الأمهات عن الآباء في طريقة رعاية الطفل والتكفل به سواء داخل الأسرة وخارجها.

أعمار الأزواج (السن) في العائلات: يتراوح ما بين 24- 40 سنة بالنسبة للنساء 28-55 سنة بالنسبة للرجال، مما هو ظاهر لا يوجد فرق كبير في السن بين الرجال والنساء، ونفس السياق على المستوى الاجتماعي.

الحالات الأربعة (العائلات) أين تم اختيار الزوجات من موظفة وماكثة بالبيت، لكن بشرط توفر مستوى تعليمي جامعي؛ أما الرجال من موظف، أعمال حرة، المستوى التعليمي أيضا جامعي، بهدف حذف متغير المستوى التعليمي.

إعادة بناء الهيكل الأسري بما يتناسب مع الظروف والأزمات التي تمرُّ بها كل عائلة، بمعنى مدِّ الأسرة بالمناعة النفسية (الدونة)، "التي تعطي للأشخاص الذين يعانون القدرة على الاستمرارية لبناء حياتهم بكل مرونة". (M.Measter, 2012)

لتجنب تقديم الطفل كعرض للتوترات الانفعالية والصراعات المرضية، من ثم تحقيق الصحة النفسية لكل أعضاء النسق.

العلاج الأسري النسقي، يتوفر على النظرة التكاملية والقراءة الشاملة للمعالج، والأخذ بعين الاعتبار التكوين النفسي والخصوصية السوسيو-ثقافية للعائلة .

التشخيص والتقييم، وتحديد الطرق والمواد المناسبة في ضوء نموذج العلاج الأسري النسقي وتفعيله على عائلة طفل متلازمة اسبرجر بصفة خاصة، ينتج عنه توظيف جوانب القوة في قدرات كل الأعضاء (أفراد الأسرة).

بعد سنوات يتغلب الأولياء على شعور اليأس وتقبل الطفل كما هو ، لكن عند التفكير في مستقبله نلاحظ عودة نفس الاحساس، متلازمة اسبرجر ليست المشكلة ولكن المشكلة الحقيقية تكمن في نظرة المجتمع الذي لا يحترم التميز والاختلاف.

لان جماعة العائلة دائمة وتجمعها روابط متنوعة، وهذه الاستمرارية يمكن ان تمد المعالج بفرص للعلاج المستمر، كما يمكن ان تشكل صعوبة إذا تعلق الأمر بمشكلات غير معالجة، حيث أن الأسرة بين الجلسات العلاجية يمكن ان يطرأ عليها تغيير وتعديل في الاتجاهين سواء الايجابي أو السلبي.

2 مناقشة عامة لنتائج فرضيات الدراسة:

بعد عرض نتائج الحالات الأربعة باستخدام تحليل المقابلات العلاجية وتطبيق تقنيات العلاج الأسري البنائي، عند التطبيق القبلي لاستبيان تقبل وادراك عائلات الطفل لمتلازمة اسبرجر على العينة بالنسبة للفرضيات(6.4.5) حيث نجد معدل الاستجابة والتي توضحها الجداول السابقة والمتعلقة بـ:

- مستويات التقبل والادراك لدى العائلات لمتلازمة أسبرجر، حيث سجلت قيمة ف: 59,04 في التطبيق القبلي، وقيمة 60,95 بالنسبة للتطبيق البعدي أي بفارق خفيف يقدر بـ 1,91، فالبرغم من وجود فروق دالة إحصائيا بين العائلات الأربع في مدى تقبلهم وادراكهم للمتلازمة، غير أن الفارق بينهم يعتبر طفيفا، هذا ما يدل على فعالية واستمرارية العلاجية البنائية على العائلات.

- الفروق بين الآباء والأمهات على مستوى ادراكهم للمتلازمة، أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائية، خاصة بالنسبة للقياس البعدي الذي سجل التساوي التام بين التكرارات ف:0.00.

- الفروق بين الآباء والأمهات على مستوى التقبل، سجلت النتا

إن القياس البعدي يثبت وجود معدلات متقاربة من التحسن واستمرارية فعالية العلاج الأسري البنائي على العائلات، التغيير الحالي في درجات الإدراك والتقبل والتفاعل المتبادل بين العائلات والأطفال المصابين بمتلازمة أسبرجر.

تحسن على مدى فترة الدراسة الذي أظهر خفض من المعرفية السلبية (الأفكار السلبية) حول متلازمة اسبرجر مما نتج عنه:

- تعزيز القدرة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل.

- المساهمة في تصحيح سلوك الطفل من خلال تصحيح اتجاهات العائلة.

- وصول الطفل الى مرحلة الاندماج الاجتماعي من خلال التمدرس العادي.

خلال فترة المتابعة التي امتدت حوالي 04 سنوات حيث تضمنت تاريخا من نوبات الاكتئاب والقلق والتوتر وظهور أزمات أخرى بالمقابل استجابات أكثر للعلاج يظهر ذلك فيما يلي:

3 تغيير في الانحيازات والتحالفات حيث أصبحت مرنة مع الوقت والعلاج بالنسبة للعائلات الرابع.

4 تغيير استراتيجيات العائلة المستعملة من طرف الأنظمة الفرعية من خلال كيفية الاستجابة تغيير في الانحيازات والتحالفات حيث أصبحت مرنة مع الوقت مما أعطى مساحة أكبر لتفهم أفراد الأسرة لوضعية الحالة.

5 تغيير استراتيجيات المنتهجة من طرف الأنظمة الفرعية من خلال كيفية الاستجابة و طريقة التعامل مع الأزمات الداخلية و الخارجية للأسرة .

6 فتح الحدود الجامدة على مستوى الاتصال والعلاقات بين أفراد النسق، مما نتج عنه انخفاض حدة الصراعات والضغطات لدى جميع أفراد الأسرة و بالتالي القدرة على تقبل الطفل المصاب بالمتلازمة والتعامل معه بشكل مكيف حسب وضعيته، وطريقة التعامل مع الأزمات.

• فتح الحدود على مستوى العلاقات والاتصال بين أفراد الأسرة أو النسق.

لقد كان الهدف من العلاج الأسري البنائي في الدراسة، هو تحويل أنظمة التوازن والقوى الى منحناها السليم، فينظر الى التوازن المختل (الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر) على أنه السبب الذي يحافظ ويبقي التماسك والتواصل الأسري، بالرغم من الأزمات والصعوبات التي تواجه نظام الأسرة ككل. مينوشن: الإمراضية ليست في الفرد في حد ذاته، بل في نظام الأسرة ككل (Vetere, 2003).

في الأخير ما علينا إلا أن نجزم على نجاح العلاج الأسري البنائي لأربعة حالات(عائلات) ويظهر ذلك من خلال إدماج الأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر في المدارس العادية وبالأقسام العادية، وهذا يعتبر في حد ذاته نجاحا لسيما على الصعيد الاجتماعي، وفي نفس الوقت مرآة تعكس مدى توافق وتلاحم أفراد الأسرة الواحدة لمساعدة الطفل الذي كان يعتبر في الماضي القريب - قبل التلقي العلاج الأسري البنائي- سبب اعتلال الأسرة وعدم تقدمه نحو الأحسن. وهذا ما يحقق صدق الفرضية العامة. كما تحقق صدق الفرضيات الإجرائية للبحث كما يلي:

- العلاج الأسري البنائي يعزز القدرة على تنمية مهارات التواصل لدى الطفل المصاب بالمتلازمة.
- العلاج الأسري البنائي يساهم في تصحيح السلوك من خلال تصحيح اتجاهات العائلة.
- العلاج الأسري البنائي يمكن الطفل المصاب بالمتلازمة بالاندماج الاجتماعي وصولا الى التمدن العادي.
- وجود فروق دالة إحصائية لمستوى تقبل وادراك متلازمة اسبرجر لدى العائلات.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في ادراك متلازمة اسبرجر.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في تقبل متلازمة اسبرجر.

3- خلاصة عامّة:

إن السند العائلي يلعب دورا علاجيا في حالة العلاج الاسري البنائي هذا ما يثبته التغير الايجابي تحرير حامل العرض من (الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر) من الاعراض المنسوبة اليه من طرف باقي أفراد الاسرة، خفض الصراع والضغط لدى جميع أفراد الأسرة وبالتالي القدرة على تقبل الطفل والتعامل معه وفق امكانياته وحاجاته المختلفة.

من خلال تجربة الباحثة للعلاج الأسري البنائي لسلفادور مينوشن والذي دام 04 سنوات،— حددت هذه المدة من أجل الوصول إلى هدف تمدرس الأطفال المصابين بمتلازمة اسبرجر، وهو ما حُقق من خلال الدراسة؛ ثلاث أطفال التحقوا بالمدارس العادية وادمجوا في الأقسام العادية، وواحد في القسم

التحضيرية تمهيدا لإدماجه السنة القادمة في قسم عادي لمزاولة دراسته. طبعا كلهم لديهم مرافقة أو مساعدة الحياة المدرسية (AVS auxiliaire de vie scolaire).

لكن ما يعاب على العلاج الأسري البنائي أنه مكلف، من حيث وسائل الاتصال بالعائلات، ووسائل التنقل، وأيضا توفير المكان أو الفضاء المريح لكل أفراد النسق مع المستلزمات: مكتب قار وواسع، كراسي مريحة.... هذا على المستوى اللوجستيكي، أما على المستوى المهني فيتطلب الكثير من الصبر والحكمة وحقبة علمية وعملية تماشيا مع الخصوصيات الثقافية والاجتماعية والخلفيات الفكرية لكل عضو في العائلة الواحدة. لكنه يعمل على تحسين سبل الاتصال بين الزوجين من جهة وباقي أفراد العائلة من جهة أخرى . وللأسباب المذكورة، فان الكثير من المعالجين يفضلون الإرشاد الأسري باعتباره أسهل وأنجع من حيث توفير الوقت والتكلفة أيضا، لكنه بالمقابل لا يعطي الحلول بشكل جذري.

فمن خلال التطبيق القبلي والبعدي للعلاج، اكتشفت الباحثة ان له أهمية واسهامات جديدة للعائلة الجزائرية، حيث كان له صدى ايجابي بدليل طلب الحالات مواصلة العلاج والمتمثلة في العائلة الأولى والثالثة.

خلاصة القول العلاجية البنائية المقدمة لعائلة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر ذو فعالية على مستوى الاتصال، الوعي وتقبل الطفل المصاب بالمتلازمة من طرف الأنساق، ويظهر ذلك من خلال ادراكهم لنوعية حاجياته واختلافها في تنمية مهارات التفاعل الاجتماعي لديه.

الذات

مئة

الخاتمة:

تعتبر العالجة البنائية نوع من الاطمئنان ونوع من التقرب إلى الآخر، بهدف المشاركة في البحث وتوسيع مجال التكفل للحصول على النتائج المرجوة حتى ولو كانت نسبية. ومن جهة أخرى ما هو ملاحظ وملمس في مجتمعنا الجزائري بصفة خاصة هو صعوبة وجود نقاط اتصال ما بين المهنيين من أطباء ومختصين في ميدان التوحد والآباء، يعود ذلك إلى التناقض في الآراء ووجهات النظر، إضافة إلى ضعف المعلومات المعطاة للآباء ما يسهم في انعدام خلق الجو من الثقة لديهم، لهذا نجدهم (الآباء) ينتقلون ما بين الأطباء باحثين عن بصيص أمل لهم أولاً لإزالة شكوكهم وتساؤلهم من أجل الوصول إلى الاستقرار النفسي الداخلي. الذي يعطيهم الدفع القوي للاندماج والمشاركة في العلاج لضمان استمراريته. حيث أن المساندة الأسرية تعني الحصول على العون والمساعدة من قبل أفراد الأسرة التي ينتمي إليها الفرد والشعور بالأمن النفسي لوجوده بينهم وأنه محل تقدير واحترامهم. في السياق نفسه نجد **Fustier**: "إن الاستماع لمعاناة الأسرة هو دعم العلاقة بين النوع البشري والوسط الاجتماعي والأسرة، حيث أن إعادة الانتماء النرجسي يعطي لأسرة من جديد وظائفها الإنسانية التي فقدتها" (Fustier, 1998).

ليس هناك طريقة مثلى أو أسلوب واحد صحيح يُتبع في تربية الأطفال المصابون بمتلازمة أسبرجر على وجه الخصوص، فهم جميعهم يولدون ولهم قدرات مختلفة كذلك احتياجات مختلفة، ولهذا تكون عملية النمو كل وفق جدولته الخاص به، بسبب التأثير الذي تحدثه متلازمة أسبرجر على الطفل ونموه، لكن بالمقابل يمكنهم اكتساب مهارات رعاية الذات والسيطرة على بعض المفاهيم الأكاديمية، وتطوير على الأقل أساسيات ومبادئ الاتصال، وتعلم التعاون في المواقف الجماعية، كل هذا يتم عن طريق تظافر الجهود ما بين كل المختصين وعائلة الطفل في المقابل، بمزيد من المساعدة والتشجيع يستطيع الطفل أن يسيطر على تلك المهارات، بأن يمارسها على نحو أسرع، وبكفاءة أكبر وإتقان أعلى. دائماً ما تكون كل حالة تعبر عن نفسها أي لها خصوصياتها (بصمتها)، ولكن نجد بعض التشابه في الحالات المعروضة لكن يبدو انه يمكننا الآن أن نقول إذا تمت رعاية الطفل المصاب بالتوحد بشكل صحيح إذا

تلقت العائلة المساعدة وإمكانية الشعور بالارتياح بانتظام وإذا تمكن الوالدان من العيش بشكل جيد في علاقتهما مع طفلهما المصاب بالتوحد، فسيكون للأشقاء فرصة جيدة للتكيف بشكل ايجابي مع هذا الوضع.

العلاج الأسري البنائي يدل كل أفراد أسرة الطفل المصاب بالمتلازمة على الخيارات العلاجية، التربوية والاجتماعية المتوفرة، وأيضا على كيفية الحصول على المعلومات والمشاركة الفعالة في دعم طفلهم وإبقاء كافة حقوقه، التي تكفل له الحياة الكريمة، ومنها حصوله على فرص تعليمية عالية المستوى كما هو الحال بالنسبة للعائلات التي كانت بصدد الدراسة، وأيضا رعاية صحية واجتماعية مناسبة، ذلك من اجل مشروع مهنة تتناسب مع قدراته في المستقبل، وتمكنه من العيش في بيئة سليمة، بمساعدة الآباء على تخطي مشاكل الأداء الاجتماعي، وسوء التوافق والتكيف وأنماط الاتصال المرضية التي تسود بناء وتركيب العائلة.

بالنهاية، لقد جاءت المتلازمة وكل أطياف التوحد، لتذكيرنا بأن ه مهما وصلت الأبحاث في هذا الميدان وتطورت، يبقى السبب الرئيسي والمباشر في الاضطراب غير واضح، ليهفز الباحثين أكثر لتكثيف البحوث العلمية في هذا المجال.

التوصيات واقتراحات

اقتراحات وتوصيات الدراسة:

يصب موضوع الدراسة في اختبار فعالية العلاج الأسري على عائلة طفل مصاب بمتلازمة أسبرجر، حيث تمكنت الباحثة من إثبات الدور الفعال والايجابي للعلاج، وعليه محاولة تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات التي تنطوي على دعم ومساعدة الأسرة والطفل المصاب بالتوحد بصفة عامة ومتلازمة اسبرجر بالأخص.

1. توصيات الدراسة:

- العمل على إعادة مشروع علم النفس الأسري إلى المشاريع الأكاديمية الجامعية كاختصاص فرض أهميته وفعاليته في المجتمع.
- توجيه التوصيات إلى الجمعيات والمراكز المختصة في استقبال أطفال التوحد وأنواعه، بضرورة الاستعانة بمعالج أسري، لأن التكفل الحقيقي يبدأ من داخل الأسرة باعتبارها اللبنة الأولى التي يتلقى فيها الطفل كل ما يحتاجه لتسهيل عملية الدمج الاجتماعي.
- تكثيف الاهتمام حول أهمية الشراكة بين الأسرة والجمعيات الخاصة بالتوحد لأنها الجسر الذي يربطهم بالمجتمع، عن طريق التوعية وتنقيف الوالدين من خلال تنشيط الندوات والمحاضرات التي تحفزهم على مواصلة العمل مع أطفالهم داخل الأسرة.
- ضرورة الاهتمام بالعلاجات النسقية الأسرية من طرف المهنيين: أخصائي نفسي، طبيب عقلي، طبيب عام... ذلك لما لها من أهمية على المستوى الديناميكي العلائقي للفرد داخل الأسرة، بالتالي القدرة على معرفة مصدر الاعتلال للتكفل الشامل والجيد.

2. اقتراحات الدراسة:

انطلاقاً من النتائج المتوصل إليها نقترح ما يلي:

- استخدام عينات أكبر ومختلفة في الدراسة التتبعية للخروج بنتائج أكثر دقة تعكس بشكل أوسع الصورة الواقعية للأسرة التي تحوي أطفالاً مصابين بالتوحد وأنواعه.
- إنشاء حملات التوعية عن طيف التوحد ومتلازمة أسبرجر بالأخص، عن طريق التقييم الإلكتروني للتوحد، بالتعاون مع الجمعيات والمؤسسات والمختصين، في هذا الميدان بالإضافة إلى الأهل، بالتنسيق مع وزارة الصحة، التضامن الاجتماعي والتربية (يبقى كمشروع مطروح).
- المزج بين عدة مقاربات علاجية ذلك للتمكن من الوصول إلى تكفل شامل للطفل المصاب بمتلازمة أسبرجر 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 وتكوينات تهدف إلى تعريف وإعلام الأولياء بأعراض كل اضطراب وكيفية التعامل مع الطفل على المدى الطويل.
- الحاجة إلى المزيد من الدراسات والأبحاث على الأسرة الجزائرية التي لها أطفالاً من ذوي الاحتياجات الخاصة والتنسيق بين الجانب الأكاديمي (مخابر البحث على مستوى الجامعات) والجانب الميداني: جمعيات، المراكز المخصصة لذوي الاحتياجات الخاصة، المصالح الاستشفائية... بهدف تكييف البرامج والعلاجات على حسب خصوصية كل فئة.

قائمة

المراجع

1. المصادر:

أ. القرآن الكريم

- سورة الأعراف الآية 156.

2. قائمة المراجع باللغة العربية:

3. ابتهاج الزاكي. (2016). *العلاج الأسري*. القاهرة، مصر: القاهرة للنشر والتوزيع.
4. ابراهيم عبد الله زريقات. (2013). *أساسيات التربية الخاصة (الإصدار ط2)*. عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
5. ابراهيم عبد الله فرج الزريقات. (2006). *التوحد الخصائص والعلاج*. وائل للنشر والتوزيع.
6. أحمد أبوأسعد. (2011). *دليل المقاييس والاختبارات النفسية*. (الإصدار ط2). الاردن: مركز دبيونو لتعليم التفكير.
7. أحمد عبد اللطيف أبوسعد، سامي محسن الختاتنة. (2014). *سيكولوجية المشكلات الأسرية*. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
8. احمد عبد الله مجدي. (2013). *طيف التوحد واستراتيجيات التدخل المبكر التشخيص والعلاج*. القاهرة، مصر: دار المعرفة الجامعية طبع نشر وتوزيع.
9. أحمد محمد مبارك الكندري. (بلا تاريخ). *علم النفس الأسري*. (books.google.com، المحرر) مكتبة الفلاح- الإحساء-.
10. أحمد نايل العزيز. (2009). *سيكولوجية أطفال التوحد*. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
11. البريثن، ع. ا. (2011). *الارشاد الأسري*. (2. éd.) عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.

12. العربي عيدوني. (2018). التوحد من متوحش أفرون إلى طيف التوحد- قراءة في تاريخ ومسار التشخيص-. مجلة الدراسات، المجلد 07 (العدد 01).
13. الكفافي، ع. ا. (2009). علم النفس الأسري. مصر: دار الفكر.
14. (17 جمادى الأولى 1430 الموافق ل 12 ماي 2009). تأليف المرسوم الرئاسي رقم 09/188، الجريدة الرسمية (صفحة رقم 34 ص 06).
15. المهدي، إ. أ. (2015). أكتوبر. (16)متلازمة أسبرجر: تدريب إدارة الوالدين . Consulté le 18, 2017, sur [http://www.sasa post.com.c.d.n.ampproject.org](http://www.sasa.post.com.c.d.n.ampproject.org).
16. بدرة معتصم ميموني. (2003). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
17. جبر الدقوري. (2011). النظرية والتطبيق في الارشاد والعلاج النفسي. عمان، الاردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.
18. جمال عامر. (2012). العلاج الأسري. المملكة السعودية: جامعة الملك سعود.
19. حسن مصطفى عبد المعطي. (2003). موسوعة علم النفس العيادي، الاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة. مصر: القاهرة للنشر والتوزيع.
20. حمد بدر عبد المنصف عبد المنعم. (جوان، 2018). فعالية البرنامج الارشادي الاسري في تحسين جودة الحياة الاسر في مواجهة الضغوط . مجلة التربية والعلوم الاجتماعية (10).
21. خديجة علاوين، حكم مطالقة. (2011). دليل الإرشاد الأسري. الأردن: حقوق الطبع المجلس الوطني لشؤون الأسرة.
22. راتب أحمد قبيعة. (1997). الأسيل: القاموس العربي الوسيط عربي،عربي (الإصدار ط1). بيروت، لبنان: دار راتب الجامعية.

23. روان ك.كوفمان ،حسن شاهين. (2016). *إختراق التوحد الطريقة الرا* (الإصدار 45،60،65،74،95،102،155،169،180). الرياض، السعودية: مكتبة العبيكان.
24. رولز بيرتر شلثةتكه.فرانس كاسار بيرنرد. (2016). *التشخيص النفسي الاكلينيكي (الأسس العامة)* (الإصدار ط1). دولة الامارات العربية: دار الكتاب الجامعي-الجمهورية اللبنانية-.
25. زروالي لطيفة، لصقع. (1 جوان 2018). *التمثلات الاجتماعية للاضطراب التوحد* لدى أمهات الاطفال المصابين بالتوحد. *مجلة الناصرية للدراسات الاجتماعية والتاريخية*، 98.
26. زياد كامل اللالا، شريفة عبد الله الزبيري. (2013). *أساسيات التربية الخاصة* (الإصدار ط 2). القاهرة، مصر: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
27. سعاد ايت حبوش. (2013). *العلاج النسقي للأطفال المحرومين من الأب بالإهمال- دراسة ميدانية ل05 حالات*. جامعة وهران 2-أحمد بن محمد-.
28. سعيد سلامي. (2012).
29. عبد الرحمان العيساوي. (2015). *علم النفس الأسري* (الإصدار دار القاهرة للنشر والتوزيع). القاهرة، مصر.
30. عبد الرزاق عبد. (2017). *http://search qp Quote*. تاريخ الاسترداد 09 أكتوبر، 2019
31. عبد الستار ابراهيم. (2015). *القاموس الموسوعي في العلوم المفسية والسلوكية* (الإصدار ط1). مصر: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
32. عبد اللطيف مهدي زمام، صلاح الجماعي. (2013). *التوحد الذاتي عند الاطفال* (الإصدار زهران للنشر والتوزيع عمان، المجلد 43). عمان: زهران للنشر والتوزيع.

33. عبد الله عسكر. (2015). *الاضطرابات النفسية للأطفال* (الإصدار ط2). القاهرة، مصر: المكتبة الانجلو مصرية.
34. عبد المنصف عبد المنعم حمد بدر. (2018). *فاعلية الإرشاد الأسري في تحسين جودة حياة أسر الأطفال التوحديين. مجلة التربية والعلوم الإجتماعية* (العدد 10).
35. عبدالمعطي ح. م. (2013). *موسوعة علم النفس العيادي*. مصر: دار القاهرة للنشر والتوزيع.
36. عصام نور. (2015). *الأسس النفسية للنمو*. الاسكندرية، مصر: الاسكندرية للنشر.
37. عصام نور. (2015). *الأسس النفسية للنمو*. الاسكندرية، مصر: مؤسسة شباب الجامعة.
38. عكاشة. (1992). مصر.
39. عمر أحمد مختار عبد الحميد. (2008). *معجم اللغة العربية المعاصرة*. مصر: عالم الكتب.
40. فاروق أنور كينجتون، روث أنان. (2018). *موسوعة اضطرابات طيف التوحد*. تاريخ الاسترداد 22 10، 2019
41. فاطمة العوالي. (2015). *التناول النسقي لدى إخوة الطفل التوحدي*. تأليف مذكرة تخرج. جامعة محمد بن أحمد - وهران 2 -.
42. فتال صليحة. (01 مارس، 2021). *الرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى أمهات الاطفال المصابين بالتوحد وأمهات الاطفال غير المصابين بالتوحد*. مجلة المرشد، 45-58.
43. فكري لطيف متولي، خالد غازي الدلبيجي. (2017). *دراسة الحالة لذوي الاحتياجات الخاصة* (الإصدار ط1). عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
44. فيصل بن محمد خير الزراد. (2014). *اضطراب التوحد لدى الأطفال: التشخيص، العلاج، ودليل الأباء والمعلمين* (الإصدار ط1). دمشق، سوريا: دار الفكر المعاصر.

45. كفاي، ع. ا. (2006). *الارشاد والعلاج النفسي الأسري "المنظور النسقي للاتصال"* (éd. ط1). مصر: دار الفكر العربي للطبع والنشر.
46. كليز فهميم. (2015). *رعاية الابناء ذوي الاحتياجات الخاصة*. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.
47. ليلى سليمان مسعود. (2005). *العلاقات الأسرية، الاعاقة والعلاج الأسري*. تاريخ الاسترداد 06 12 2018، من <https://doi.org/10.4000/insaniyat.4436>
48. مايو كلود. (1992). *البيئة الأسرية لأطفال من 06 سنوات إلى 12 سنة يعانون من صعوبة التكيف والتعلم*. جامعة كيبك (Les trois rivières).
49. مجموعة مؤلفين. (2019). *منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية* (الإصدار ط 1). برلين: المركز الديمقراطي العربي للدراسات الاستراتيجية والسياسية والاقتصادية.
50. مختار بوتلجة، عبد الصمد طواوزة. (نوفمبر، 2018). *مجلة وحدة البحث العلمي في تنمية الموارد البشرية* (09 العدد03)، -101-92-101-103 .
51. مسعود، ل. س. (29 03 2005). *العلاقات الأسرية، الإعاقة والعلاج الأسري*. *إنسانيات المجلة الجزائرية في الأنثروبولوجيا والعلوم الاجتماعية*. 30 ،
52. مصطفى أسامة فاروق. (2011). *التوحد، الأسباب، التشخيص، العلاج* (الإصدار ط1). عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
53. مصطفى لكحل سعاد حوتي. (03 ديسمبر، 2016). *دور العلاج النسقي البنيوي في تحسين التواصل داخل الاسرة*. *مجلة متون للعلوم الاجتماعية*. جامعة تلمسان، من 17- 83.
54. مصطفى نوري القمش. (2011). *اضطراب التوحد* (الإصدار ط1). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

55. مود اسطفان هاشم، ابراهيم فرح، رنا العنيسي. (2018). *دليل صياغة الأطروحات والرسائل الجامعية*. بيروت، جامعة البلمند، لبنان: شمعة شبكة المعلومات العربية التربوية.
56. نادية بوحوي. (جويلية، 2020). إدراك الضغط النفسي وعلاقته بالمساندة الإجتماعية لدى آباء وأمهات الأطفال المصابين بالتوحد. *المجلد رقم 05 (العدد 02)*، 170-190.
57. ناصر نزال السهو. (بلا تاريخ). *علم النفس الأسري*. مكتبة آفاق.
58. نبيل مايكل. (2014). *سيكولوجية الأسرة: الرجل-المرأة-تربية الأبناء* (الإصدار ط1). الاسكندرية، مصر: مؤسسة شباب الجامعة للنشر.
59. وآخرون حسين أحمد حشمت. (2006). *التوافق النفسي والتوازن الوظيفي*. القاهرة، مصر: دار العالمية.
60. وآخرون سليمان شواهدين. (2010). *استراتيجيات التعامل مع ذوي الاحتياجات الخاصة* (الإصدار ط1). الاسكندرية: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
61. وآخرون وليد السيد خليفة. (2009). *الإعاقة الغامضة (التوحد)* (الإصدار ط1). القاهرة، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر والتوزيع.

3. قائمة المراجع باللغة الأجنبية :

1. (s.d.). Récupéré sur <http://search.qp>
2. *CIM10 Classification multi-axial des organisations mondiale de la santé*. (2013). Paris, France: Masson.
3. *La prise en charge des autistes en Algérie*. (2019). Algérie.
4. Albernhé, K. e. (2008). *Les thérapies familiales systémiques* (éd. 3 ed). Paris, France: Elsevier Masson.
5. APIPA, A. d. (2018, JANVIER 15). *APIPA*. Récupéré sur www.asperger_integration.com.
6. Attoud.T. (2003). *Le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau*. France: Dunod. Paris.
7. Bloch, H. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France : Larousse.

8. Boulekras, N. (2011). *Le petit guide sur l'autisme*. Alger, Algerie: Office national des Publications Universitaires (OPU) Algeri
9. Corey, G. (2016). *Theory and practice of coun seling and psychotherapy*. (1. ème, Éd.) Brooks Cole.
10. d'ApergerAPIPA, A. d. (2018, JANVIER 15). *APIPA*. Récupéré sur www.asperger_integratation.com.
11. Denis, (. (2013). Dans D. (J), *Etre parent d'un enfant autiste: difficulté vécueet répercussion sur sa santé et sur sa vie personnelle conjugale familiale sociale et professionnelle* (pp. 29,84). Québec, Canada: Université du Québe chicoutimi.
12. Donald, H. R. (2005). Parenting stress in mother nof children ith an intellectual disability: the effectof parentalognition in relation to child characteristics and family suport. *Journal of intellectual disability research*, 49-405-418.
13. DSM5. (2015). *Americain Psychiatric Association, diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Achington: Book point US.
14. Elwayn James Anthony, C. K. (1970). *international Association for child psychiatry and allied professions*.
15. Fouilleron, V. (2009). Evolution des modeles de therapie familiale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'adelescent. Paris, France: Université Paris Diderot- Paris7.
16. Fustier. (1998, Mars 26.27.28). Bruxelles, Belgique.
17. Gassman/J.F.Allillaire. (2003). *Psychiatrie de l'enfant,de l'adolescent et de l'adulte*. Paris, France: Masson.
18. Gerould, P. (2013). *La pratique de l'entretin clinique* (éd. 3 ème). Paris, France: Dunot.
19. Guelfi, I. J.-D. (2013). *Americain Psychiatric Association criteres diagnostques DSM.TR*. France: Masson.Paris.
20. I.Gassman.J-F Allillaire. (2003). *Psychiatrie de l'enfant,de l'adolescent et del'adulte*. Paris: Masson.
21. J.F Chossy, B. R. (2003). *Autisme; comprendre et agir*. France: Dunot.
22. Joel Elizur, S. M. (1998). *Maladies mentales et hospitalisation psychiatrique familles, psychothérapies et société*. De Boeck.
23. Lacan, J. (1964, 01 15). *L'empathie et sympathie*. Consulté le 08 30, 2017, sur <http://fr.ffonts.net/LACAN.fontdonloqd>.
24. Lenoir P, M. J.-R. (2007). *L'autisme et les problèmes du développement psychologique*. Paris, France: Elsevier Masson.

25. M.Measter. (2012). *Entre resilience et résonance; à l'écoute des émotions*.
26. Mannouni, M. (1964). *L'enfant arriéré et sa mère*. Paris, France: Seuil.
27. Mesmin, D. E. (2013, 07 15). La Folie selon Esquirol.Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840. *Revue d'Histoire du XIXsiècle*(40), 95,110,112.
28. Minuchin, S. (1974). *Famille et la thérapie familiale*. Boston, Harvard University Press, Etats-Unis.
29. Minuchin, S. (2005). *psychotherapy Networker*. Retrieved 06 11, 2017, from <http://www.gale.cengage.com/InContext/bio.htm>.
30. Minuchin, S. (2006, 06 20). L'approche structurale.
31. Minuchin, S. C. (1998). *Working ith families of the poor*. Newyork: Guliford.
32. Minuchin.S, F. (2004). *Techniques de thérapie familiale*. Cambridge: Harvard University PRESS.
33. Minuchin.S, R. B. (1978). *Familles psychosomatiques l'anorexie mentale en contexte*. Combridge: Harvard university.
34. Nèvre-Hanquet, J. P. (2002). Cahiers critiques de therapier familiales et de pratiques de réseaux. 25.
35. Nichols M.P, S. R. (2001). *Family therapy concepts and methods* (éd. 5th ed). Newyork: Allym and Bacon.
36. Nichols, M. (2010). *Family therapy concepts and methods*. Toronto, Canada: Pearson.
37. Pu, J. (s.d.).
38. Régine, S. (1998). *Fraterie et handicap*. France.
39. Rogé, B. (2013). *Autisme; agir et comprendre* (éd. Masson). Paris, France: Masson.
40. S.Minuchin. (1987, 01 01). Salvador Minuchin: A sociological analysis of his family therapy theory. *Clinical Sociology Review*, 05(15).
41. S.Minuchin, B. B. (1967). *Familiesof the slums*. NewYork: Basic Books.
42. satir, v. (1995). *Thérapie du couple et de la famille*. Paris.France: Dexlée de Brouwer.
43. Selvini-P, M. (2016). *Histoire d'une recherche: l'evolution de la thérapie familiale*. Paris, France: Dunod.
44. Serge Ginger, E. M. (s.d.). *La psychologie aujourd'hui*. Paris, France: Dunod.
45. Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France: Janine Faure.

46. Sillamy, N. (2007). *larousse le grand dictionnaire de la psychologie*. france: Dedier de paris.
47. Taraback, J. (2011). Relationship satisfaction and mental health of parent with autismM a comparison of autism,ADHD,normative children. In *Thesis of Doctorat* (p. 10).
48. Vetere, A. (2003, 07 15). Structural family therapy. *Child psychology and psychiatry*, 133-139.
49. (s.d.). Récupéré sur qp Quote<http://search>.
50. *CIM10 Classification multi-axial des organisations mondiale de la santé*. (2013). Paris, France: Masson.
51. La prise en charge des autistes en Algérie. (2019). Algérie.
52. Albernhe, K. e. (2008). *Les thérapies familiales systémiques* (éd. 3 ed). Paris, France: Elsevier Masson.
53. APIPA, A. d. (2018, JANVIER 15). *APIPA*. Récupéré sur www.asperger_integration.com.
54. Attood.T. (2003). *Le syndrome d'asperger et l'autisme de haut niveau*. France: Dunod. Paris.
55. Bloch, H. (2011). *Grand dictionnaire de la psychologie*. Paris, France : Larousse.
56. Boulekras, N. (2011). *Le petit guide sur l'autisme*. Alger, Algerie: Office national des Publications Universitaires (OPU) Algeri
57. Corey, G. (2016). *Theory and practice of coun seling and psychotherapy*. (1. ème, Éd.) Brooks Cole.
58. d'ApergerAPIPA, A. d. (2018, JANVIER 15). *APIPA*. Récupéré sur www.asperger_integration.com.
59. Denis, (. (2013). Dans D. (J), *Etre parent d'un enfant autiste: difficulté vécueet répercussion sur sa santé et sur sa vie personnelle conjugale familiale sociale et professionnelle* (pp. 29,84). Québec, Canada: Université du Québe chicoutimi.
60. Donald, H. R. (2005). Parenting stress in mother nof children ith an intellectual disability: the effectof parentalognition in relation to child characteristics and family suport. *Journal of intellectual disability research*, 49-405-418.
61. DSM5. (2015). *Americain Psychiatric Association, diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Achington: Book point US.
62. Elwayn James Anthony, C. K. (1970). *international Association for child psychiatry and allied professions*.

63. Fouilleron, V. (2009). Evolution des modeles de therapie familiale dans le traitement de l'anorexie mentale de l'adelescent. Paris, France: Université Paris Diderot- Paris7.
64. Fustier. (1998, Mars 26.27.28). Bruxelles, Belgique.
65. Gassman/J.F.Allillaire. (2003). *Psychiatrie de l'enfant,de l'adolescent et de l'adulte*. Paris, France: Masson.
66. Gerould, P. (2013). *La pratique de l'entretin clinique* (éd. 3 ème). Paris, France: Dunot.
67. Guelfi, I. J.-D. (2013). *Americain Psychiatric Association criteres diagnostques DSM.TR*. France: Masson.Paris.
68. I.Gassman.J-F Allilaire. (2003). *Psychiatrie de l'enfant,de l'adolescent et del'adulte*. Paris: Masson.
69. J.F Chossy, B. R. (2003). *Autisme; comprendre et agir*. France: Dunot.
70. Joel Elizur, S. M. (1998). *Maladies mentales et hospitalisation psychiatrique familles, psychothérapies et société*. De Boeck.
71. Lacan, J. (1964, 01 15). *L'empathie et sympathie*. Consulté le 08 30, 2017, sur <http://fr.ffonts.net/LACAN.fontdonloqd>.
72. Lenoir P, M. J.-R. (2007). *L'autisme et les problèmes du développement psychologique*. Paris, France: Elsevier Masson.
73. M.Measter. (2012). *Entre resilience et résonance; à l'écoute des émotions*.
74. Mannouni, M. (1964). *L'enfant arriéré et sa mère*. Paris, France: Seuil.
75. Mesmin, D. E. (2013, 07 15). La Folie selon Esquirol.Observations médicales et conceptions de l'aliénisme à Charenton entre 1825 et 1840. *Revue d'Histoire du XIXsiècle*(40), 95,110,112.
76. Minuchin, S. (1974). *Famille et la thérapie familiaile*. Boston, Harvard University Press, Etats-Unis.
77. Minuchin, S. (2005). *psychotherapy Networker*. Retrieved 06 11, 2017, from <http://www.gale.cengage.com/InContext/bio.htm>.
78. Minuchin, S. (2006, 06 20). L'approche structurale.
79. Minuchin, S. C. (1998). *Working ith families of the poor*. Newyork: Guliford.
80. Minuchin.S, F. (2004). *Techniques de thérapie familiale*. Cambridge: Harvard University PRESS.

81. Minuchin, S. R. B. (1978). *Familles psychosomatiques l'anorexie mentale en contexte*. Combridge: Harvard university.
82. Nèvre-Hanquet, J. P. (2002). Cahiers critiques de therapier familiales et de pratiques de réseaux. 25.
83. Nichols M.P, S. R. (2001). *Family therapy concepts and methods* (éd. 5th ed). Newyork: Allym and Bacon.
84. Nichols, M. (2010). *Family therapy concepts and methods*. Toronto, Canada: Pearson.
85. Pu, J. (s.d.).
86. Régine, S. (1998). *Fraterie et handicap*. France.
87. Rogé, B. (2013). *Autisme; agir et comprendre* (éd. Masson). Paris, France: Masson.
88. S.Minuchin. (1987, 01 01). Salvador Minuchin: A sociological analysis of his family therapy theory. *Clinical Sociology Review*, 05(15).
89. S.Minuchin, B. B. (1967). *Familiesof the slums*. NewYork: Basic Books.
90. satir, v. (1995). *Therapie du couple et de la famille*. Paris.France: Dexlée de Brouwer.
91. Selvini-P, M. (2016). *Histoire d'une recherche: l'evolution de la thérapie familiale*. Paris, France: Dunod.
92. Serge Ginger, E. M. (s.d.). *La psychologie aujourd'hui*. Paris, France: Dunod.
93. Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Paris, France: Janine Faure.
94. Sillamy, N. (2007). *larousse le grand dictionnaire de la psychologie*. france: Dedier de paris.
95. Taraback, J. (2011). Realationship satisfaction and mental health of parent with autismM a comparison of autism,ADHD,normative children. In *Thesis of Doctorat* (p. 10).
96. Vetere, A. (2003, 07 15). Structural family therapy. *Child psychology and psychiatry*, 133-139.

الملاحق

الملحــــــــق رقم (01):

- قرص مضغوط يحمل فيديو للمتابعة العلاجية لطفل مصاب بمتلازمة اسبرجر.

الملحق رقم (02):

- طلبات التربص بالمراكز والجمعيات والعيادات الخاصة بطيف التوحد على مستوى الغرب الجزائري.

الملحق رقم (03) :

القياس القبلي:

1. العائلة الأولى:

1. الأم:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
	✓		تعتبر(تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر(تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
	✓		تتلبى(تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
	✓		تعتبر(تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.

	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
0	10	5	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذت (أخذت) طفلك لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
		✓	تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذت (أخذت) طفلك إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريت (أجريت) الفحوصات الضرورية للطفل.
		✓	تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعت (أخضعت) طفلك (ك) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلك (لطفلك) .
		✓	تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مضيعة للوقت .
1	4	9	المجموع

2. الأب:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
	✓		لديكَ حالياً (ك) معلومات عن المتلازمة .
✓			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
	✓		تلبّي (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضاً وراثياً.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
1	9	5	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة :

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسيرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلك لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلك إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلك) .
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت .
2	6	6	المجموع

3. الأخ الأكبر:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات الأخ خاصة.
		✓	تعتبره (ك) مختلفا عنك.
		✓	تقارن (تقارنين) بين أخوك وبينك.
✓			تتلبى (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
	✓		تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي.
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب.
1	9	5	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		تعتبر(تعتبرين) متلازمة اسيرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر(تشعرين) أن الأخ مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذ الأخ لأكثر من طبيب.
✓			تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
	✓		تعتبر(تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد.
		✓	تعتبر(تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذ الأخ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريت (أجريت)الفحوصات الضرورية للطفل.
	✓		تفضل العلاج وال مداواة بالأعشاب
	✓		أخضع الأخ إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لأخيك .
✓			تعتبر(تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت.
3	6	5	المجموع

II. العائلة الثانية:

1. الأم:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
✓			تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
✓			تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
	✓		تتبع (تتبعين) له كل طلباته دون استثناء.
	✓		تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي.
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب.
2	10	3	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسيرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
		✓	الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
	✓		تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
		✓	أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلكِ) .
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَةً للوقت .
2	6	6	المجموع

2. الأب:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
		✓	تلبّي (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
0	9	6	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسيرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
		✓	أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلكِ) .
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت .
2	5	7	المجموع

3. الجدة:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
	✓		لديكَ حالياً (ك) معلومات عن المتلازمة .
✓			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
		✓	تلبّي (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
		✓	المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
✓			المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضاً وراثياً.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
2	6	7	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
		✓	تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
		✓	تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
		✓	تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
	✓		البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلكِ) .
		✓	تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت .
0	3	11	المجموع

4. العمة:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
✓			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات الطفل خاصة .
		✓	الطفل مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
	✓		تلبّي (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
		✓	المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
1	7	7	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة :

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن الطفل مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) الطفل لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
		✓	تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلك إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
✓			تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب.
		✓	أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة للطفل.
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت.
3	2	9	المجموع

III. العائلة الثالثة:

1. الأم :

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
	✓		تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة.
	✓		طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
	✓		تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
		✓	تلبّي (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
		✓	المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
		✓	المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
0	9	6	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
	✓		تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
✓			تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
		✓	تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
		✓	أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
	✓		البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلكِ) .
		✓	تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت .
1	4	9	المجموع

2. الأب:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
	✓		لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
		✓	تلبّي (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
		✓	المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
		✓	المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
0	5	10	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلك لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
		✓	تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلك إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
		✓	تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
		✓	أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (كِ) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلكِ) .
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَةً للوقت .
2	2	10	المجموع

3. الجدة:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات الأخ خاصة .
		✓	الأخ مختلف عنكم .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بينكم.
	✓		تلبّي (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
	✓		تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
0	10	5	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة :

أحيانا	لا	نعم	
	✓		تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن أخاك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) الأخ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) الأخ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للأخ .
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعتَ (أخضعتِ) الأخ إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلك (لطفلك) .
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت .
2	7	5	المجموع

IV. العائلة الرابعة:

1. الام:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
	✓		لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
✓			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
	✓		تلبى (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
		✓	تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
1	9	5	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة :

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلك لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلك إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلك) .
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مضيعة للوقت .
2	6	6	المجموع

2. الأب :

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
	✓		سمعتَ (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
	✓		لديكَ حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
✓			تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات طفلك خاصة .
		✓	طفلكَ (ك) مختلف عن إخوته .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بين إخوته.
	✓		تلبية (تلبين) له كل طلباته دون استثناء.
	✓		تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
		✓	المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
1	9	5	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
		✓	تشعر (تشعرين) أن طفلك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) طفلكَ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للطفل.
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعتَ (أخضعتِ) طفلكَ (ك) إلى العلاج النفسي.
✓			البرامج التربوية مفيدة لطفلكَ (لطفلكِ) .
✓			تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مضيعة للوقت .
2	5	7	المجموع

3. الأخ الأكبر:

بعد متعلق بمدى إدراك العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	سمعت (سمعتي) عن متلازمة اسبرجر (طيف التوحد) من قبل .
		✓	لديك حاليا (ك) معلومات عن المتلازمة .
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرض عقلي أو تأخر عقلي.
		✓	تعتبر (تعتبرين) احتياجات الأخ خاصة .
	✓		الأخ مختلف عنكم .
		✓	تقارن (تقارنين) بينه و بينكم.
	✓		تلمي (تلمين) له كل طلباته دون استثناء.
	✓		تقوم (تقومين) بتدليله بإفراط.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة تخلف عقلي.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة النظر والرؤية.
	✓		المتلازمة هي اضطراب في حاسة السمع.
	✓		المتلازمة تصيب الإناث أكثر من الذكور.
	✓		تعتبر (تعتبرين) المتلازمة مرضا وراثيا.
	✓		المتلازمة هي مرض معدي .
	✓		المتلازمة تصيب الطفل من زواج الأقارب .
0	11	4	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة:

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
✓			تشعر (تشعرين) أن أخاك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) الأخ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) الأخ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للأخ .
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعتَ (أخضعتِ) الأخ إلى العلاج النفسي.
		✓	البرامج التربوية مفيدة للأخ .
	✓		تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مَضِيعَة للوقت .
1	6	7	المجموع

بعد متعلق بمدى تقبل العائلة :

أحيانا	لا	نعم	
		✓	تعتبر (تعتبرين) متلازمة اسبرجر هي عدم النضج الجسدي أي عدم اكتمال النمو.
	✓		الطفل المصاب بالمتلازمة هو طفل عادي.
✓			تشعر (تشعرين) أن أخاك مختلف عن الآخرين .
		✓	أخذتَ (أخذتِ) الأخ لأكثر من طبيب.
		✓	تشك (تشكين) في تشخيص الطبيب الجزائري.
	✓		تعتبر التداوي بالأعشاب اقل خطورة من الأدوية .
		✓	تعتبر (تعتبرين) المتلازمة هي إصابة بالعين والحسد .
	✓		تعتبر (تعتبرين) التوحد هو مس من الجن أو سحر.
		✓	أخذتَ (أخذتِ) الأخ إلى طبيب مختص بالسمع، البصر، النطق والحركة.
		✓	أجريتَ (أجريتِ) الفحوصات الضرورية للأخ .
	✓		تفضل العلاج و المداواة بالأعشاب
	✓		أخضعتَ (أخضعتِ) الأخ إلى العلاج النفسي.
		✓	البرامج التربوية مفيدة للأخ .
	✓		تعتبر (تعتبرين) العلاج النفسي التربوي مضيعة للوقت.
1	6	7	المجموع

الملحق رقم (04):

مجموع تكرارات القياس القبلي:

الإدراك

أحيانا	لا	نعم		
0	10	5	التكرارات	أم 1
1	9	5	التكرارات	أب 1
1	9	5	التكرارات	أخ أكبر 1
2	10	3	التكرارات	أم 2
0	9	6	التكرارات	أب 2
2	6	7	التكرارات	جدة 2
1	7	7	التكرارات	عمة 2
0	9	6	التكرارات	أم 3
0	5	10	التكرارات	أب 3
0	10	5	التكرارات	أخت كبرى 3
1	9	5	التكرارات	أم 4
1	9	5	التكرارات	أب 4
0	11	4	التكرارات	أخ أكبر 4
0	11	4	التكرارات	أخت وسطى 4
9	124	77		

التقبل

أحيانا	لا	نعم	
1	4	9	التكرارات
2	6	6	التكرارات
3	6	5	التكرارات
2	6	6	التكرارات
2	5	7	التكرارات
0	3	11	التكرارات
3	2	9	التكرارات
1	4	9	التكرارات
2	2	10	التكرارات
2	7	5	التكرارات
2	6	6	التكرارات
2	5	7	التكرارات
1	6	7	التكرارات
1	6	7	التكرارات

الملحق رقم (05):

تكرارات الفرضية الأولى:

1. نتوقع مستوى متدني لوعي وإدراك أسرة الطفل بمتلازمة اسيرجر.

تكرارات الإدراك لكل العائلات

أحيانا	لا	نعم	المجموع
9	124	77	

تكرارات الفرضية الثانية الإدراك:

- وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسيرجر.

مجموع تكرارات الإدراك للأمهات

أحيانا	لا	نعم	التكرارات	أم
0	10	5	التكرارات	1 أم
2	10	3	التكرارات	2 أم
0	9	6	التكرارات	3 أم
1	9	5	التكرارات	4 أم
3	38	19	المجموع	

مجموع تكرارات الإدراك للآباء

أحيانا	لا	نعم		
1	9	5	التكرارات	أب 1
0	9	6	التكرارات	أب 2
0	5	10	التكرارات	أب 3
1	9	5	التكرارات	أب 4
2	32	26	المجموع	

الفرضية الثانية:

مجموع تكرارات الإدراك للأمهات

أحيانا	لا	نعم		
0	10	5	التكرارات	أم 1
0	10	5	التكرارات	أم 2
0	10	5	التكرارات	أم 3
0	08	7	التكرارات	أم 4

المجموع	22	38	0
---------	----	----	---

مجموع تكرارات الادراك للآباء:

أحياناً	لا	نعم		
0	11	4	أب	التكرارات
0	9	6	أب	التكرارات
0	8	7	أب	التكرارات
0	10	5	أب	التكرارات
0	83	22	المجموع	

تكرارات الفرضية الثالثة التقبل:

- وجود فروق دالة إحصائية بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

مجموع تكرارات التقبل للأمهات

أحياناً	لا	نعم		
1	4	9	أم 1	التكرارات
2	6	6	أم 2	التكرارات
1	4	9	أم 3	التكرارات
2	6	6	أم 4	التكرارات
6	20	30	المجموع	

مجموع تكرارات التقبل للآباء

أحيانا	لا	نعم		
2	6	6	التكرارات	أب 1
2	5	7	التكرارات	أب 2
2	2	10	التكرارات	أب 3
2	5	7	التكرارات	أب 4
8	18	30	المجموع	

الملحق رقم (06):

التطبيق البعدي:

مجموع التكرارات الفرضية الاولى:

الإدراك

أحيانا	لا	نعم		
0	10	5	التكرارات	أم 1
0	11	4	التكرارات	أب 1
0	9	6	التكرارات	أخ أكبر 1
0	10	5	التكرارات	أم 2
0	9	6	التكرارات	أب 2
0	8	7	التكرارات	جدة 2
0	9	6	التكرارات	عمة 2
0	10	5	التكرارات	أم 3
0	8	7	التكرارات	أب 3
0	9	6	التكرارات	أخت كبرى 3
0	8	7	التكرارات	أم 4
0	10	5	التكرارات	أب 4
0	9	6	التكرارات	أخ أكبر 4
0	8	7	التكرارات	أخت وسطى
0	128	82		

التقبل

أحيانا	لا	نعم	
0	7	7	التكرارات
0	7	7	التكرارات
0	8	6	التكرارات
0	6	8	التكرارات
0	6	8	التكرارات
0	5	9	التكرارات
0	6	8	التكرارات
0	7	7	التكرارات
1	6	7	التكرارات
0	7	7	التكرارات
1	7	7	التكرارات
0	6	7	التكرارات
0	7	7	التكرارات
1	6	7	التكرارات

الفرضية الثانية:

مجموع تكرارات التقبل:

أحيانا	لا	نعم	
0	10	5	أم 1 التكرارات

أم 2	التكرارات	5	10	0
أم 3	التكرارات	5	10	0
أم 4	التكرارات	7	08	0
	المجموع	22	38	0

مجموع تكرارات الادراك للآباء:

أحياناً	لا	نعم		
0	11	4	التكرارات	أب
0	9	6	التكرارات	أب
0	8	7	التكرارات	أب
0	10	5	التكرارات	أب
0	83	22	المجموع	

تكرارات الفرضية الثالثة:

مجموع تكرارات التقبل للأممات

أحياناً	لا	نعم		
0	7	7	التكرارات	أم 1
0	6	8	التكرارات	أم 2
0	7	7	التكرارات	أم 3
1	6	7	التكرارات	أم 4

1	62	29	المجموع
---	----	----	---------

مجموع تكرارات التقبل للآباء

أحيانا	لا	نعم		
0	7	7	التكرارات	أب 1
0	5	7	التكرارات	أب 2
1	6	7	التكرارات	أب 3
0	6	8	التكرارات	أب 4
1	25	30	المجموع	

الملحق رقم (07):

طلب المشاركة في استبيان مدى تقبل وإدراك عائلة الطفل لمتلازمة اسبرجر:

بسم الله الرحمن الرحيم:

في إطار التحضير لمشروع الدكتوراه (اختصاص علم النفس الأسري)، والموسوم ب: العلاج الأسري البنائي لعائلة طفل متلازمة اسبرجر (التوحد).

اطلب من سيادتكم الموقرة، كعائلة طفل مصاب بهذا الاضطراب، تقديم يد العون والإجابة على أسئلة الاستبيان بذلك تكونوا قد ساهمتم في البحث العلمي (حلول مشكلة أسرة الطفل المتلازمة) والمساعدة بدرايتكم وخبرتكم في هذا البحث العلمي.

تقبلوا منا فائق التقدير والاحترام.

شكرا على المساعدة والاهتمام.

التوقيع:

الباحثة منصورى حلومة

الملحق رقم (08):

استمارة صدق المحكمين.

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة محمد بن أحمد وهران 2

معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية

الأستاذ:

التخصص:

الدرجة العلمية:

الموضوع: التعاون العلمي لاستطلاع رأيكم بخصوص تحكيم الاستبيان.

الأستاذ المحترم، نرجو من سيادتكم إفادتنا بخبرتكم الواسعة في استكمال بناء الاستبيان وتحكيمة.

عنوان المذكرة: العلاج الأسري البنائي لعائلة طفل متلازمة اسبرجر -دراسة تتبعية لمدة أربع

سنوات-

فرضيات الدراسة:

- نتوقع مستوى متدني لوعي وإدراك أسرة الطفل بمتلازمة اسبرجر.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في الوعي وإدراك متلازمة اسبرجر.
- وجود فروق دالة إحصائيا بين الآباء والأمهات في مدى تقبل الطفل المصاب بمتلازمة اسبرجر.

أهداف الدراسة:

- التحقق من فاعلية العلاج الأسري البنائي في رفع مستوى الوعي والإدراك وتحسين الاتصال لدى أسرة طفل مصاب بمتلازمة اسبرجر.
- التحقق من استمرارية فاعلية العلاج الأسري البنائي.
- معرفة مستوى الوعي والإدراك لدى الآباء والأمهات لمتلازمة اسبرجر والفروق بينهم، منه معرفة مدى تقبل الطفل المصاب.

المشرف: هاشمي أحمد.

الطالبة: منصورى حليلة.

الملحق رقم (09):

استمارة دراسة حالة (العائلات الأربع)

بيانات عامة:

الاسم و اللقب:.....

تاريخ الميلاد:.....

الجنس :

المستوى التعليمي أو الدراسي:

المهنة :

العنوان :

إجمالي دخل الأسرة: جيد، متوسط، ضعيف.

عدد أفراد الأسرة

الترتيب داخل العائلة :

عمر الأم وقت الحمل

عمر الأب وقت ميلاد الطفل

طبيعة العاقات الأسرية داخل نطاق الأسرة:

طبيعة الأم: (انفعالية، هادئة، عصبية)

ملخص المشكلة:

التاريخ التطوري للطفل :

التاريخ النمائي:

أثناء مرحلة الحمل: (طبيعة الحمل، الأمراض التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل، تسمم الحمل
ضغوطات نفسية، سكر أو ضغط، التعرض لحوادث)

أثناء مرحلة الولادة: (طبيعية، قيصرية، يصاحبها نزيف طفل خُدج أو في ميعاده)

مكان الولادة: المستشفى العيادة البيت.....

حدث زرقة في جسم الطفل مباشرة بعد الولادة

صرخة الميلاد بعد الولادة مباشرة

بعد الولادة :

الرضاعة

النمو الحس_حركي: المشي الأسنان

هل الطفل دخل الحضانة والفترة التي قضاها / أو من ساهم في تربيته من العائلة إذا كانت الأم عاملة.

التاريخ الصحي:

هل الطفل أخذ التطعيمات كاملة و في أوقاتها المحدد.

مرض خلقي.

تناول أدوية معينة بشكل مستمر.

ظروف النمو خلال السنة الأولى:

عملية التسنين.

المناغاة أو إصدار الأصوات الأولى.

متى بدأ ينتبه لصوت الأم.

متى بدأ يجلس لوحده.

المشي، الحبو.

يؤشر بيديه مثلا: التلويح باي باي..

التاريخ النفسي:

هل يوجد شكل من أشكال الإعاقة بين أفراد احد الأسرتين أسرة الأب أو الأم (اضطراب سلوكي،

انفعالي، نفسي وجداني ..)

التاريخ الاجتماعي:

الطفل يتواصل مع الآخرين (يميز الوجه المبتسم ام لا)

يحس بغياب الأم أو الشاب أوهما معا، الطفل اجتماعي أو انسحابي.

اللعب التخيلي:

التاريخ اللغوي:

الأصوات أو الكلمات التي يصدرها .

يفهم الكلام غير المباشر .

القواعد النحوية

الجمل القصيرة و الجمل الطويلة

التاريخ الأكاديمي :

بيانات الالتحاق بالمدرسة

المستوى التعليمي العام

طبيعة العلاقة بالمعلمين

الأنشطة المدرسية المفضلة (أكاديمية ،فنية ، مهنية ، اجتماعية ، أخرى)

مستواه في المهارات الأساسية (قراءة ، كتابة ، حساب)

متدني

متوسط

جيد

ممتاز

مشكلات سلوكية بالمدرسة :

الفحوص الطبية :

الحواس : السمع البصر

الأجهزة : التنفس و الصدر

الهضمي

العصبي

الصوتي (الحنجرة و الأحبال الصوتية)

الرأس

النطق

الشفاه

الأسنان

القياس العقلي و النفسي :

مستوى الذكاء

نتائج المقاييس المستعملة

القدرة على التذكر

الانتباه

التفكير

الأسلوب المعرفي (الاندفاعية.....)

سمات الشخصية (الثقة بالنفس ، الاستقلال الذاتي ، القلق ، الشعور بالدونية)

1. تقييم ميكانيكية الكلام:

الفحص الظاهري لأعضاء الكلام

الفم.....الشفتان.....

الأسنان.....اللسان.....

الحلق الصلب.....اللهاة.....

الجهاز الصوتي و البلعوم.....

الحوصلة العامة.