

## التقييم والتدخل الأسري لأطفال التوحد

م.م عمر خلف رشيد الشجيري

جامعة الأنبار (العراق)

د. صباح عايش

جامعة الشلف (الجزائر)

### المستخلص:

التوحد هو اضطراب في النمو العصبي، يتميز باضطرابات التواصل الاجتماعي والسلوكيات المتكررة المقيدة، وهناك عدم تجانس واسع في المسببات، والعروض السريرية، والإدارة. يتميز التوحد بضعف في التواصل والتفاعل الاجتماعي المتبادل، ويمكن أن تؤثر هذه الإعاقة على العلاقات مع أفراد الأسرة، وتزيد من التوتر والإحباط، وتساهم في السلوكيات التي يمكن وصفها بأنها صعبة. في حين أن هناك أدلة تشير إلى أن الأفراد المصابين بالتوحد وأفراد الأسرة يستفيدون من التدخلات النفسية المصممة لتقليل الإجهاد وتحسين الصحة النفسية، وتعزيز التأقلم فقد أردنا فحص التقييم الأسري لاضطراب التوحد وكذا التطرق العلاج الأسري النسقي الذي يهدف إلى تعزيز التواصل أو العلاقات أو التأقلم للأفراد المصابين بالتوحد وشبكة أسرهم الأوسع.

### Family assessment and intervention for children with autism

#### Abstract :

Autism is a neurodevelopmental disorder, characterized by disturbances of social communication and restrictive repetitive behaviors, and there is wide heterogeneity in etiology, clinical presentation, and management. Autism is characterized by impaired communication and mutual social interaction, and these disabilities can affect relationships with family members, increase tension and frustration, and contribute to behaviors that can be described as difficult. While there is evidence indicating that individuals with autism and family members benefit from psychological interventions designed to reduce stress, improving mental health, and enhance coping, we wanted to examine family assessment of autism as well as address coordination family therapy that aims to enhance communication or relationships and adaptation for individuals with autism, And their wider family network.

## مقدمة:

الاضطرابات النمائية العصبية هي مجموعة من الظروف التي تتوافق مع بداية مرحلة النمو، وتظهر عادة بشكل مبكر مع بداية النمو، وغالبا ما تبدأ لدى الطفل قبل دخوله مرحلة الدراسة الأساسية، وتتصف بقصور في التطور، مما يتسبب في تدهور الأداء الشخصي والاجتماعي والأكاديمي والوظيفي، ويتراوح نطاق العجز في النمو من قصور محدود يتمثل في العجز عن التعلم أو السيطرة على الوظائف الجسدية إلى إعاقات شاملة في الذكاء والمهارات الاجتماعية. وغالبا ما تحدث العصبية النمائية مترافقة مع أعراض أخرى، فعلى سبيل المثال، الأطفال الصابون بالتوحد يعانون من إعاقات عقلية (اضطراب التطور العقلي)، وكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعانون أيضا من صعوبات تعلم محددة. في بعض الاضطرابات يتضمن التشخيص الطبي أعراض الإفراط والقصور والتأخر في الوصول إلى مراحل التطور المطلوبة. فعلى سبيل المثال، يتم تشخيص التوحد فقط عندما تكون خصائص الصعوبات في التواصل الاجتماعي مرافقة مع تكرار مفرط في السلوكيات، والاهتمامات المحدودة، والإصرار على الرتابة. ويتصف اضطراب النمو الفكري (الذهني) بقصور في القدرات العقلية العامة، مثل التفكير المنطقي (الاستدلال)، القدرة على حل المشاكل، التخطيط، التفكير المجرد، الحكم، التعلم الأكاديمي، والاستفادة من الخبرات، وينتج عن القصور الذهني ضعف في القدرة على الوظيفية التكيفية (عودة وفقيري، 2016، ص 15).

واضطراب طيف التوحد (ASD) هو اضطراب تنموي عصبي متعدد العوامل يتميز بضعف التفاعلات الاجتماعية والسلوكيات المتكررة المرتفعة، حيث يتم اضطراب الدوائر المختلفة في المناطق الحسية، والجبهة، والحصين، والمخيخ، والمخطط، ومناطق الدماغ المتوسط الأخرى (Kumar et al., 2019, p1). ويعد تشخيص اضطراب طيف التوحد (ASD) تجربة مؤلمة لها تأثير كبير على الأسرة، حيث يشعر الآباء في البداية بالقلق بشأن تطوير المهارات اللغوية أو المعاملة العاطفية بالمثل أو الأنشطة والمصالح المفيدة

لأطفالهم قبل البحث عن تقييم التوحد، وقد تبدأ المخاوف في الظهور فقط عندما يكافح الطفل من أجل تكوين صداقات في المدرسة. يشارك الآباء في العديد من التقييمات والتحقيقات الطبية قبل إخبارهم بإعاقة طفلهم، ويتلقى الكثيرون تشخيصاً رسمياً لاضطراب طيف التوحد بعد شهور أو سنوات من إثارة مخاوفهم الأولية بشأن نمو أطفالهم، ويمكن أن يُقابل التشخيص بمزيج من المشاعر، بما في ذلك الحزن والصدمة والشعور بالذنب والاستياء وأخيراً الارتياح لأن هناك بعض الاعتراف بمخاوفهم. عملية التقييم المطولة هذه - والتي غالباً ما تشمل العديد من المهنيين الصحيين - تضيف ضغطاً وعبئاً إضافياً على الوالدين، وإن الطريقة التي تتكيف بها العائلات مع التشخيص الأولي بالإضافة إلى رفاهيتها المستمرة لها أهمية بالغة، وإن فهم آليات التكيف والتكيف الأسرية يسمح للمهنيين الصحيين بالتنبؤ باحتياجات التدخل للعائلات وأفراد الأسرة (Negri & Castorina, 2014, p117).

يعتبر نظام الأسرة جزءاً مهماً من البيئة ويلعب دوراً رئيسياً في النتيجة التنموية للأطفال، لقد بحثت الدراسات التي أجريت على الأسر التي لديها طفل مصاب بالتوحد هذا التفاعل تقليدياً من خلال التركيز على تأثير الوالدين على الطفل، وليس تأثير الطفل على الوالدين، وتعتبر تجربة وسلوك الآباء في الأسر التي لديها طفل مصاب باضطراب طيف التوحد موضع اهتمام (Altieri & von Kluge, 2008, p83)، لذلك فقد جاء هذا المقال النظري من أجل تعزيز أدبيات أسر ذوي الاضطرابات النمو العصبية من خلال تناول اضطراب طيف التوحد وكذا التقييم والتدخل الأسري للأطفال التوحد.

**اضطراب التوحد :**

تمت صياغة مفهوم التوحد في عام 1911 من قبل الطبيب النفسي الألماني يوجين بلولر Eugen Bleuler لوصف أعراض أشد حالات الفصام - وهو المفهوم الذي ابتكره أيضاً -، وفقاً لبلولر اتسم التفكير التوحدي برغبات طفولية لتجنب الحقائق غير المرضية unsatisfying واستبدالها بأوهام وهلوسة، وحدد "التوحد" "الحياة الداخلية" الرمزية

للموضوع ولم يكن من السهل الوصول إلى الحياة الداخلية للملاحظين، واستخدم علماء النفس والمحللون النفسيون والأطباء النفسيون في بريطانيا كلمة التوحد بهذا المعنى طوال عشرينيات القرن الماضي وحتى خمسينيات القرن الماضي (على سبيل المثال Piaget ، 1923) ، إلا أنه في الستينيات قد تحدى العديد من علماء نفس الأطفال البريطانيين الجدالات حول الفكر الطفولي التي افترضها بلولر وابتكروا طرقاً جديدة للتحقق من علم نفس الطفل كعلم، ولا سيما الدراسات الوبائية. وقد تمت إعادة صياغة "التوحد" بالكامل كفتة جديدة. ومنذ منتصف الستينيات استخدم علماء نفس الأطفال كلمة "التوحد" لوصف عكس ما كان يعنيه حتى ذلك الوقت، إذ في حين أشار "التوحد" في الخمسينيات من القرن الماضي إلى الهلوسة المفرطة والخيال عند الأطفال ، أشار "التوحد" في السبعينيات إلى الافتقار التام للحياة الرمزية اللاواعية. وقد افترض مايكل راتر Michael Rutter ، الباحث الرائد في الطب النفسي للأطفال من مستشفى مودسلي بالمملكة المتحدة الذي أجرى أول دراسة جينية لمرض التوحد ، في عام 1972 أن "الطفل المصاب بالتوحد يعاني من نقص في الخيال وليس فائضاً فيه" ، ثم تمت إعادة صياغة معنى كلمة التوحد بشكل جذري من وصف شخص تخيل بشكل مفرط إلى شخص لم يتخيل على الإطلاق (Evans, 2013, p3)

خلال هذه الفترة كان الباحث الألماني هانز أسبرجر Hans Asperger يحقق أيضاً في السلوكيات المرتبطة بالتوحد، لكن نظراً لأن عمله كتب باللغة الألمانية، فقد ظل بحث أسبرجر دون أن يلاحظه أحد لمدة ثلاثة عقود تقريباً حتى تمت ترجمته إلى الإنجليزية. وقد لوحظت المعايير التشخيصية للتوحد لأول مرة في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM) الذي تضمن اضطراب أسبرجر، في حين كانت هناك العديد من التغييرات في تصنيفات التوحد بين الإصدارات، وقد تم تصور الاضطراب وتصنيفه في الدليل التشخيصي والإحصائي الحالي (DSM-5) على

أنه مجموعة من الأعراض التي تشمل كلاً من اضطراب أسبرجر والتوحد كاضطراب طيف التوحد (LeMay, Rieske, & Johnston, 2019, p3).

ويعرف بأنه مجموعة من اضطرابات النمو التي تشمل اضطراب التوحد، واضطراب النمو الشامل غير المحدد، واضطراب أسبرجر، واضطراب ريت، واضطراب تفكك الطفولة، ويستثني بعض الخبراء اضطراب ريت وتفكك الطفولة من المجموعة المسماة "اضطرابات طيف التوحد" (Markham, 2011, p184).

ويتم تشخيص اضطرابات طيف التوحد (ASD) على أساس ثلوث من الإعاقات السلوكية: ضعف التفاعل الاجتماعي، وضعف مهارات الاتصال اللفظي وغير اللفظي، وأنماط السلوك المقيدة المنكرة والنمطية. والتوحد ليس كياناً واحداً، بل هو عبارة عن مجموعة من الحالات التي تتراوح من شكل حاد يسمى اضطراب التوحد، إلى شكل أكثر اعتدالاً وهو متلازمة أسبرجر. ويشمل اضطرابات طيف التوحد ASD أيضاً اضطراب النمو المنتشر غير المحدد ( pervasive developmental disorder not otherwise specified PDD-NOS)، واضطرابات شديدة جداً مثل متلازمة ريت واضطراب الطفولة التفككي، ويمكن أن يرتبط اضطرابات طيف التوحد باضطرابات وراثية أخرى مثل شذوذ الكروموسومات، ولكن في معظم الحالات يظل سبب اضطرابات طيف التوحد غير معروف (Bourgeron, 2009, p191).

### الخلفية الثقافية للاضطرابات النمائية العصبية:

اضطرابات النمو، مثل اضطراب طيف التوحد وضعف اللغة المحدد وغيرها هي اضطرابات بيولوجية تعتمد حالياً على معايير محددة سلوكياً للتشخيص والعلاج، والسلوكيات المحددة التي يتم تضمينها في أطر التشخيص والنقطة التي تشكل فيها الاختلافات الفردية في السلوك ما هو غير طبيعي هي قرارات عشوائية إلى حد كبير، لذلك من المرجح أن تتأثر هذه القرارات بشدة بالقيم والتوقعات الثقافية (Norbury & Sparks, 2013, p45)، وتوجد الاضطرابات العصبية النمائية في المجتمع من خلال

العدسة الثقافية، والتي بدورها تشمل العادات العلائقية التي يمكن أن تلعب دوراً في اضطراب النمو العصبي، وتؤثر الثقافة على كيفية ارتباط الناس بالاضطرابات العصبية النمائية والتعامل معها، وتحديد الاضطرابات العصبية النمائية إلى حد أن الاختلافات الثقافية بين الأشخاص تعمل كحواجز للتقييم والعلاج المناسب للاضطرابات العصبية النمائية في جميع أنحاء العالم. بمجرد أخذ ذلك في الاعتبار يصبح من الواضح أن نهج الأنظمة الأسرية هو الخيار العلاجي الأكثر ملاءمة لأنه، في أنظمة الأسرة، تكون وجهات نظر الأسرة وأهدافها وعلاقتها وأنظمة القيم هي النقطة الرئيسية التي تهم العلاج. وغالباً ما يتم تعميم المعلومات حول الاضطرابات على الأفراد في بقية العالم مع القليل من الاعتبار للعوامل الثقافية المتنوعة، ليس فقط مقارنة الثقافات الغربية بالثقافات الشرقية، ولكن أيضاً مقارنة الدول الغربية فيما بينها مع مراعاة سكانها المتنوعين ثقافياً (عند الاقتضاء). إن البحث المستمر مع مقارنة ثقافية حول الاضطرابات العصبية النمائية سيوسع الفهم حول الاضطرابات المذكورة وسيلقي المزيد من الضوء على كيفية ظهور الاضطرابات العصبية النمائية بشكل مختلف في البيئات الثقافية التي لا تعد ولا تحصى في جميع أنحاء العالم (Russo & King, 2017, p8).

### دور النمو العصبي في الأسرة:

يتأثر الآباء بالاهتمام المتزايد بالنمو العصبي، ونظراً لتزايد البحث في مجال النمو العصبي والجهود المبذولة لضمان تلبية الأطفال لمراحل النمو، يزداد بالمقابل وعي الآباء بأهمية النمو العصبي الصحي مع تطور تعريفه، وتستمر الأبحاث الناشئة في إظهار أن النمو العصبي هو التفاعل بين الميراث الجيني والبيئة، وبسبب هذا التفاعل بين الجينات والبيئة فإن للآباء دوراً حاسماً يلعبونه في احتمال حدوث اضطرابات النمو العصبي سواء كانوا واعين ومدركين للدور الذي يلعبونه أم لا، على سبيل المثال قد يكون أحد الوالدين مصاباً باضطراب تعلم محدد، وضعف في القراءة (والمعروف أيضاً باسم عسر القراءة)، ويكون على دراية بزيادة احتمال إصابة طفله باضطراب لغوي محدد بسبب المكونات

الوراثية للاضطراب. إن الأصل البيولوجي لاضطرابات التعلم المحددة وفقاً لـ APA 2013 هو تفاعل العوامل الوراثية والجينية والبيئية، والمظاهر السلوكية لعسر القراءة هي صعوبة في تعلم الكلمات المطبوعة تحديداً، وسيكون الشخص على دراية بالتحديات بالنظر إلى التقارير المدرسية والتقييمات التعليمية أو النفسية المحتملة، وقد يكون الشخص المصاب بعسر القراءة مدرّكاً أيضاً أن قريباً بيولوجياً عانى أيضاً في المدرسة. وقد يشعر الآباء الذين ليس لديهم اضطراب عصبي نمائي معروف بالقلق بشأن اضطراب طيف التوحد بسبب زيادة تناوله في وسائل الإعلام والاهتمام البحثي حول هذا الاضطراب، بالإضافة إلى ذلك هناك عوامل خطر غير محددة متعددة لاضطراب طيف التوحد، وقد يؤدي نقص عوامل الخطر الواضحة إلى تساعل الوالدين عن دوره أو دورها في الإصابة باضطراب طيف التوحد. يعرض كلا المثالين الدور الذي يلعبه الوالدين في النمو العصبي واضطرابات النمو العصبي، وعوامل الخطر على وجه التحديد في الأسر.

قد يكون لدى الأسر فضول لمعرفة كيفية تعزيز النمو العصبي الصحي، وبالمثل قد تتساءل الأسر عن أسباب النمو العصبي غير الطبيعي، وفهم السبب الجذري لاضطراب النمو العصبي أو مسببات الاضطراب العصبي النمائي هو عنصر رئيسي لفهم النماء العصبي ككل. تلعب الأسر دوراً في مسببات الاضطرابات العصبية النمائية نظراً لأن معظم الاضطرابات العصبية النمائية لها مصادر سببية متعددة، بما في ذلك الوراثة، وتشمل العوامل المساهمة المسببات الوراثية والبيولوجية والنفسية الاجتماعية والبيئية، ولدى الأسر والمختصين والمهنيين فرصة للتأثير على هذه الأسباب للمساهمة بطريقة إيجابية أو سلبية (Russo & King, 2017, p3).

### تقييم أنظمة الأسرة:

عندما يبدأ الآباء أو مقدمو الرعاية الأساسيون في التعرف على السلوكيات أو الأعراض المرتبطة بأي من الاضطرابات النمائية العصبية والتوحد، يتم تكليفهم بسرعة بمهمة تأمين الموارد المناسبة لتشخيص الأعراض أولاً ثم معالجتها من أجل تعزيز قدرات

الطفل الذهنية والاجتماعية والعاطفية والعلائقية. هناك مجموعة متنوعة من الطرق التي يمكن للوالدين من خلالها المضي قدماً في طلب التقييم لأطفالهم، وغالبًا ما يكون مقدم الرعاية الأولية أو طبيب الأطفال هو نقطة الاتصال الأولية لأن دور طبيب الأطفال هو مراقبة نمو الطفل، وكذلك إحالة الوالدين إلى المتخصصين الذين تم تدريبهم على معالجة مجالات النمو المختلفة (Ramisch & Piland, 2020, p11).

عندما يقترح أن الفرد يعاني من اضطراب في النمو العصبي، فمن الضروري الحصول على تشخيص دقيق، في كثير من الأحيان يتم الخلط بين الأطفال والمراهقين والبالغين الذين يتعاملون مع تشخيص مشتبه به، لذا من المهم أن يقوم أفراد الأسرة وخاصة الآباء والأوصياء على الأطفال والمراهقين الذين يُعتقد أنهم يعانون من اضطراب في النمو العصبي بتعيين موظفين مؤهلين قادرين على تحديد ما إذا كان أطفالهم أو المراهقون يستوفون معايير الاضطراب. قد يقوم المستشارون أو الطبيب ذو التدريب والخبرة في الاضطرابات العصبية النمائية بإجراء تقييم أولي لاضطراب النمو العصبي، وفي كثير من الحالات سيتطلب التشخيص الأولي مزيداً من التقييم والملاحظة، ويعتمد التشخيص الدقيق من قبل الطبيب على سلوكيات وخصائص يمكن ملاحظتها عبر مجموعة متنوعة من البيئات والمواقف، بالإضافة إلى تاريخ شامل للنمو المبكر. ونظرًا لأن اضطرابات النمو العصبي معقدة ومتعددة الأوجه، فمن المستحسن أن يشارك أفراد أسرة الشخص الذي يعاني من الأعراض في عملية التشخيص، وفي كثير من الأحيان يجب على الأسرة التنسيق مع العديد من مقدمي الرعاية والأطباء لتحقيق تشخيص أو علاج دقيق، على وجه التحديد غالبًا ما يشارك أفراد أسرة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب النمو العصبي في عملية التقييم للحصول على التشخيص ليس فقط من أخصائي الصحة النفسية والطبيب، ولكن أيضًا تقييمات المعالجين الفيزيائيين والمهنيين وأطباء الأعصاب والأطباء النفسيين وأخصائيي أمراض النطق واللغة. وبالمثل، إذا كان الفرد المشتبه في إصابته باضطراب في النمو العصبي في برنامج مدرسي، فيجب إشراك



معلم لديه معرفة بالأداء الأكاديمي للفرد في عملية التقييم لتحديد ما إذا كان الدعم التعليمي مطلوبًا أم لا، ويجب تشجيع آباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب عصبي نمائي مشتبه فيه على مناقشة المخاوف مع طبيب الأطفال لتحديد خيارات التقييم الخاصة بهم، وبالنسبة للرضع والأطفال الصغار قبل عامهم الثالث، يمكن للوالدين الانضمام إلى برامج التدخل المبكر في منطقتهم للحصول على خدمات التدخل المبكر.

إذا كان الأطفال في السن الثالثة (الأطفال الذين يقتربون من سن ما قبل الروضة) حتى خمس سنوات (الأطفال في سن الروضة) ويحتاجون إلى التقييم، يمكن للوالدين الاتصال بالمنطقة التعليمية المحلية للحصول على معلومات، ويجب على الدول من خلال المدارس المحلية، "تحديد وتقييم كل طفل قد يكون لديه إعاقة تتطلب خدمات التعليم الخاص"، وعندما يكون هناك شك في أن طفلاً يعاني من إعاقة، فإن الوالدين والمعلمين يتحملون المسؤولية والحق في طلب تقييم كامل وشامل ومتعدد التخصصات، ومع ذلك قد ترغب بعض العائلات في الحصول على رأي ثانٍ أو تقييم ثانٍ.

يمكن أن يساعد التشخيص المبكر والدقيق لاضطراب النمو العصبي الأسر في الوصول إلى الخدمات المناسبة، وتوفير هدف علاج مشترك للمهنيين الذين يعملون مع العميل والعائلة، ووضع سياق للأسر ومقدمي الرعاية لفهم تحديات العميل. يجب مراجعة أي تشخيص لاضطراب النمو العصبي بشكل دوري لمعرفة التغييرات في نمو الطفل أو المراجعات لفئات التشخيص، وبعد التعاون عبر فريق متعدد التخصصات من المهنيين ذوي التدريب والخبرة الخاصة بالاضطراب العصبي النمائي ومشاركة الأسرة أمرًا ضروريًا في تقييم وتشخيص الاضطرابات العصبية النمائية المحددة (Russo & King, 2017,p13).

### أدوات أو تقنيات التقييم المستخدمة بشكل شائع للاضطرابات العصبية النمائية

هناك العديد من التقنيات لتشخيص الاضطراب العصبي النمائي، بشكل عام تتم مراجعة المعلومات التاريخية في البداية مع الوالد (الوالدين) والطبيب، وعادة ما تكون هناك

زيارات لاحقة لتقييم العوامل الطبية أو التنموية أو السلوكية أو العصبية التي تؤثر على الأداء، وقد يتم تضمين كل ما يلي في التقييم:

- مقابلات مع الطفل والآباء.
- التقييم النفسي الاجتماعي مع تاريخ عائلي كامل.
- الجينوغرام الأسري.
- مقاييس تقييم سلوك الطفل التي يكملها الآباء والمعلمون.
- المعلومات المبلغ عنها من الوالدين أو مقدمي الرعاية.
- مراقبة سلوك الطفل في المنزل والمدرسة والمكتب.
- الاختبارات النفسية.
- مراجعة السجلات الطبية.
- مراجعة سجل المدرسة.
- اختبار الذكاء واختبار الأداء.
- الفحص الطبي للأطفال.
- فحص النمو العصبي.
- تقييم الرؤية والسمع والكلام واللغة (Russo & King, 2017, p13).

#### تدخلات أنظمة الأسرة:

هناك عدد كبير من أساليب التدخل للأفراد والأسر الذين يتعاملون مع اضطرابات النمو العصبي، في نهاية المطاف تختلف مناهج التدخل في الطريقة المستخدمة لمعالجة الأهداف، ويمكن أن تتراوح التدخلات من العلاجات السلوكية إلى الاستراتيجيات الاجتماعية العاطفية إلى التقنيات التنموية. أيضًا يمكن أن تختلف أهداف برنامج التدخل من العلاج الفردي للشخص المصاب باضطراب في النمو العصبي إلى التدخلات الشاملة التي تشمل الآباء ومقدمي الرعاية مع فريق متعدد التخصصات لمعالجة مجموعة واسعة من المهارات أو السلوكيات.

نظرًا لأن الاضطرابات العصبية النمائية متعددة الأوجه واحتياجات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات النمو العصبي معقدة، غالبًا ما تصبح الأسر بمثابة معلمين ومدعمين ومتدخلين أنفسهم، وتعمل برامج التدخل الشاملة مع أولياء الأمور ومقدمي الرعاية لتطوير استراتيجيات فعالة للتعامل المحدد وتوفير التغذية المرتدة من أجل نمو وتطوير أهداف وغايات العلاج. يجب أن يكون الأطباء على دراية بالسياقات الاجتماعية للمنزل، والمدرسة، والمجتمع عند اختيار التدخلات، كما يجب على الأطباء دمج الثقافة والجنس واللغة عند اتخاذ قرار بشأن أنشطة علاجية محددة، أخيرًا يجب أن يدرك الأطباء أنه بمرور الوقت ستتغير التفاعلات والعلاقات الأسرية، وبالتالي ستتغير احتياجات الأسرة لتدخلات محددة بمرور الوقت، في النهاية عند التخطيط للتدخلات، يجب إيلاء اهتمام دقيق لأولويات الأسرة واهتماماتها. هناك عدد من التدخلات العلاجية المختلفة للاضطرابات العصبية النمائية ذات الطبيعة النسقية، وعندما يختار الطبيب تدخلًا يمكن أن يطابق التدخل مع أهداف وغايات علاج الأسرة وأدائها الحالي حول الاضطراب (Russo & King, 2017, p15).

### تحديد الأهداف مع الأسر Setting goals with families

يجب أن يعمل المعالجون مع الأسر في المراحل الأولى من العلاج للتفاوض بشأن الأهداف الأولية ومعالجة بعض الضغوطات والعوائق التي قد يواجهونها. قد تحتاج بعض الأسر إلى المساعدة في معالجة المشكلات السلوكية، بينما قد يحتاج البعض الآخر إلى إرشادات للحصول على التشخيص الصحيح، أو التنقل إلى الموارد، أو تطوير خطة انتقالية. يمكن للمعالج أن يعمل مع نظام الأسرة لتحديد من يجب أن يدرج في جلسات العلاج، وتقييم المساهمات المحتملة للأجداد أو الأشقاء البالغين. كنقطة انطلاق، يعتبر كل من يشارك في الرعاية الروتينية المباشرة لأفراد الأسرة المشخص موردًا أو مصدرًا محتملاً للتحديات المرتبطة بديناميات التعامل مع الآخرين، وبالتالي فإن إشراك جميع مقدمي الرعاية في وقت مبكر من عملية العلاج على الأقل سيلقي الضوء على الجوانب

التي قد تحتاج إلى تدخل. بالإضافة إلى ذلك فإن إشراك الأصدقاء والاستماع إلى وجهات نظرهم حول تجربتهم يمكن أن يؤدي في كثير من الأحيان إلى الإبلاغ عن الخلل في العلاقات التي قد تكون موجودة في الأسرة. غالبًا ما يكون الأصدقاء مراقبون رائعون لديناميكيات الأسرة ويمكن أن يكونوا مخرين قيمين فيما يتعلق بالدورات الإشكالية problematic cycles التي تحتاج إلى الاهتمام. سيكون من المهم أيضًا حضور النظام الفرعي للوالدين أو العلاقة بين الزوجين، والتحقق معهم لمعرفة ما إذا كانوا سيستفيدون من الدعم الإضافي بشكل فردي أو كزوجين، للمساعدة في تعزيز علاقتهم.

### تطبيق العلاج الموجز المتمركز حول الحل Solution focused brief therapy

تم تطوير العلاج الموجز المتمركز حول الحل خلال الثمانينيات من قبل de Shazer and Berg بعد أن توسعوا في النتائج التي توصل إليها Watzlawick, Weakland and Fisch (1974)، وقد اعتقدوا أن محاولة الحل غالبًا ما تؤدي إلى استمرار المشكلة بدلاً من حلها، وأن فهم أصول المشكلة ليس ضروريًا دائمًا، ويقترح العلاج الموجز المتمركز حول الحل أن تطوير الحل لا يرتبط بالضرورة بالمشكلة، فالعمل هو الخبر، إذا لم يتم كسرها (المشكلة)، فلا تقم بإصلاحها، إذا نجح شيء ما فتابع معه، إذا لم يعمل شيء ما، افعل شيئًا آخر (Bannink, 2007, p 87).

إن النموذج المختصر والعملي الذي يمكن استخدامه مع الأسر التي تعيش مع إعاقة أحد أفرادها هو العلاج الوجيز الذي يركز على الحل، ويفترض هذا النهج أن الأسر تمتلك الموارد ونقاط القوة والمهارات اللازمة لمعالجة المشكلات، لكن النظرة الضيقة للمشكلة تصبح عائقًا أمام التعرف على الحل (الحلول)، يمكن للمعالجين الذين يستخدمون هذا النهج في مساعدة الأسر من خلال تسليط الضوء على الأشياء التي يقومون بها بشكل جيد واستكشاف الاستثناءات exceptions في المشاكل، والتي يمكن أن تطلعهم على الحلول الأفضل لهم. تتمثل إحدى فوائد العلاج الموجز الذي يركز على الحل في التركيز على اللحظة الحالية، مما يسمح للعملاء بتحديد أهدافهم المرجوة، ومن الفوائد الأخرى لهذا

النموذج تطوير أهداف محددة وقابلة للقياس وقابلة للتحقيق. هناك أوقات يمكن فيها للمستقبل للمجهول المرتبط بالشخص المحبوب أن يصرف الانتباه عن الحاضر، وبالتالي فإن هذا النموذج يحافظ على الاهتمام باللحظة الحالية ويدعم الأسر في تحديد التغييرات التي ستفيدهم أكثر. إحدى الفوائد النهائية لهذا النموذج هي ببساطة الطبيعة المختصرة للنموذج، إذ غالبًا ما تصف العائلات التي تدير متطلبات الحياة اليومية إلى جانب المطالب الفريدة المتعلقة باحتياجات الطفل المعاق أنها تتجذب في جميع الاتجاهات بسبب تلبية الطلاب العديدة، وبالتالي فإنهم يميلون إلى الرغبة في حلول عملية وفعالة ونتائج سريعة. على سبيل المثال عندما تبدأ عائلة لديها طفل مصاب بمجموعة من الأعراض في التشخيص أو بداية العلاج، يمكن للطبيب الذي يستخدم علاجًا موجزًا يركز على الحل أن يطرح السؤال المعجزة وأسئلة القياس اللاحقة لمساعدة الأسرة على تحديد ما يريدون ليكونوا مختلفين.. من خلال هذه العملية قد يكون الآباء أو مقدمو الرعاية قادرين على توضيح الأهداف التي يرغبون فيها لأطفالهم مثل المشاركة الاجتماعية بشكل أكبر، أو تكوين صديق جديد، أو مغادرة المنزل في الصباح دون انهيار. باستخدام المهارات التي تمتلكها الأسرة بالفعل، سيساعد الطبيب الذي يركز على الحلول الأسرة في اكتشاف الطرق التي يمكن من خلالها تغيير السلوكيات الحالية بحيث يمكن تحقيق هذه الأهداف واستخدام أسئلة القياس لمراقبة التقدم. (Ramisch & Piland, 2020)

### معالجة عدة أنظمة فرعية داخل الأسرة

يتحمل مقدمو الرعاية والآباء والأشقاء وأحيانًا الأجداد مسؤولية توفير الرعاية والدعم مدى الحياة للأفراد المصابين بإعاقات، وبالتالي من المهم أيضًا تلبية الاحتياجات العلائقية والعاطفية لأفراد الأسرة هؤلاء .

## النظام الفرعي للوالدين : Parental subsystem

النظام الفرعي للوالدين هو شريان الحياة للطفل المصاب والأشقاء، يمكن أن يكون عمل مقدم الرعاية مضر برفاهية الأطفال، كما أن عدم وجود شخصية أبوية أو تغيير في وظائف وأدوار مقدم الرعاية يمكن أن يكون مزعجاً لنظام الأسرة ككل.

### تطبيق العلاج الأسري البنائي: applying structural family therapy

في وقت مبكر من الستينيات، بدأ سلفادور مينوتشين وغيره من معالجي الأسرة البنيويين النظر في بنية الأسرة من أجل حل المشكلات التي كانت تحافظ عليها التنظيمات الأسرية المختلفة. يعتقد المعالجون الأسريون أن معظم المشاكل ليست ناجمة عن الأمراض الفردية، بل بسبب عدم قدرة الأسرة على إيجاد بناء قادر على العمل للتعامل مع المشكلة. الهدف الأسمى لمعالجي الأسرة البنائية هو مساعدة الأسر على إيجاد البناءات المناسبة التي تعمل في الوقت الحاضر، وهذا مفيد بشكل خاص للأسر التي لديها أطفال يعانون من إعاقات نمو عصبي والذين قد لا يدركون أن بناءهم الحالي لا يعمل وأن هناك بناءات أخرى محتملة متاحة لهم والتي قد تكون أكثر فائدة وتكيفاً، وتتعلق بتغيير من يعمل كمقدم رعاية مباشر أو أساسي للطفل المشخص. على سبيل المثال يمكن أن ينتهي الأمر بالجد في موقع أن يصبح مقدم الرعاية الأساسي المسؤول عن حفيده أو حفيدته بسبب إهمال الوالدين أو السجن المتعلقة بتعاطي المخدرات أو القضايا القانونية، في هذه الحالة يجب على الجد الذي ربما كان قد فكر في التقاعد قبل هذه الأزمة الأسرية غير المتوقعة أن يواصل العمل من أجل تحمل احتياجات الدعم والرعاية للطفل، وبالتالي فإن معالج الأسرة البنيوي الذي يعالج الأسرة حيث لا يكون أحد الوالدين قادراً على أن يكون مقدم الرعاية الأساسي أو الحفاظ على مسؤولياته الأبوية من شأنه أن يساعد الأجداد على إعادة تحديد أدوارهم أثناء انتقالهم إلى دور مقدم الرعاية الأساسي .

## تطبيق العلاج الأسري عبر الجيلي Applying Trans-Generational Family Therapy

في إطار العلاج الأسري عبر الجيلي، عرّف كير وبوين Kerr and Bowen (1988) مفهوم "تمايز الذات" differentiation of self على أنه قدرة الفرد على الانفصال عن أسرته ومع ذلك يظل قريباً منها عاطفياً، ويمكن لأفراد الأسرة من خلال التمييز التعرف على مشاعرهم واتخاذ قراراتهم الخاصة خارج الأسرة. هدف معالجي الأسرة هو مساعدة العملاء على إدراك أنماط الأسرة التي تم تناقلها عبر الأجيال المختلفة وإبعاد أنفسهم عن تلك الأنماط التي لا يتخذون فيها قراراتهم بأنفسهم بالضرورة. يمكن أن يكون العلاج الأسري عبر الجيلي مفيداً لمقدمي الرعاية الذين يعانون من عبء مقدم الرعاية حيث تدعم النظرية فكرة أن أنماط التكيف للفرد يتم تعلمها من عائلته، وعندما يأتي الطفل المعاق إلى الأسرة قد يستخدم مقدم الرعاية عن غير قصد أنماطاً غير قادرة على التكيف مع تعويض نقص المعرفة أو المهارات المتعلقة برعاية الطفل. وبشكل أكثر تحديداً قد يحاول الوالد الذي يعاني من ضغوط وإجهاد تقديم الرعاية لطفل معاق أن يخفف بعضاً من هذا الضغط من خلال الانخراط في علاقة غرامية. وهكذا، في هذا المثال، يمكن النظر إلى التصرف الجنسي مع طرف ثالث على أنه تطور لـ "مثلث" في محاولة لنزع فتيل القلق. قد تكون استجابة التأقلم غير الفعالة هذه مدمرة للعائلة لأن نتيجة العلاقة الغرامية قد تؤدي إلى الطلاق، مما يؤدي إلى انتقالات عديدة لجميع المعنيين (على سبيل المثال، الانتقال، تغيير المدارس، فقدان دخل الأسرة، فقدان دعم الأسرة الممتدة، إلخ)، يمكن للمعالجين عبر الأجيال مساعدة مقدمي الرعاية في التعرف على الحلول غير المتكيفة لديهم وتطوير حلول أكثر فعالية لمعالجة الأعراض العاطفية، بالإضافة إلى المساهمة في الرؤى وفهم أنماط الخيانة الزوجية بين الأجيال والتي قد تكون واضحة في تاريخ الأسرة (Ramisch & Piland, 2020).

### خاتمة:

التوحد هو اضطراب تنموي عصبي متنوع يؤثر على العديد من قدرات الطفل، وغالبًا ما يواجه الأشخاص المصابون بالتوحد صعوبة في معرفة كيفية التواصل مع الآخرين ، وفي تطوير الصداقات والعلاقات والحفاظ عليها، ويميل الأشخاص المصابون باضطراب طيف التوحد إلى الاعتماد على أفراد الأسرة ، بما في ذلك الوالدين والأشقاء ، حتى مرحلة البلوغ ما يجعل أفراد الأسرة المصابون بالتوحد يعانون من التوتر والقلق والاكتئاب، وقد بحث بحثنا في التقييم والتدخل الأسري يهدف إلى تحسين التواصل والتأقلم، والصحة العقلية والرفاهية للطفل المصاب باضطراب التوحد وأسرته، وتبقى هذه الدراسة بحثًا نظريًا يحتاج إلى دراسات ميدانية لتدعيم نتائجه.

### قائمة المراجع:

- عودة، محمد محمد وفقيري، ناهد شعيب.(2016). الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية. مكتبة الانجلو مصرية: مصر.

- Altieri, M. J., & von Kluge, S. (2008). Family Functioning and Coping Behaviors in Parents of Children with Autism. *Journal of Child and Family Studies*, 18(1), 83. doi:10.1007/s10826-008-9209-y
- Bannink, F. P. (2007). Solution-Focused Brief Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(2), 87-94. doi:10.1007/s10879-006-9040-y



- Bourgeron, T. (2009). Autism Spectrum Disorders. In F. Lang (Ed.), *Encyclopedia of Molecular Mechanisms of Disease* (pp. 191-193). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Evans, B. (2013). How autism became autism: The radical transformation of a central concept of child development in Britain. *History of the Human Sciences*, 26(3), 3-31 .
- Kumar, S., Reynolds, K., Ji, Y., Gu, R., Rai, S., & Zhou, C. J. (2019). Impaired neurodevelopmental pathways in autism spectrum disorder: a review of signaling mechanisms and crosstalk. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 11(1), 10. doi:10.1186/s11689-019-9268-y
- LeMay, M. S., Rieske, R. D., & Johnston, S. (2019). Interdisciplinary Teams and Autism Spectrum Disorder. In R. D. Rieske (Ed.), *Handbook of Interdisciplinary Treatments for Autism Spectrum Disorder* (pp. 1-8). Cham: Springer International Publishing.
- Markham, E. R. (2011). Autism Spectrum Disorders. In S. Goldstein & J. A. Naglieri (Eds.), *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp. 184-185). Boston, MA: Springer US.
- Negri, L. M., & Castorina, L. L. (2014). Family Adaptation to a Diagnosis of Autism Spectrum Disorder. In J. Tarbox, D. R. Dixon, P. Sturmey, & J. L. Matson (Eds.), *Handbook of Early*

- Intervention for Autism Spectrum Disorders: Research, Policy, and Practice* (pp. 117-137). New York, NY: Springer New York.
- Norbury, C. F., & Sparks, A. (2013). Difference or disorder? Cultural issues in understanding neurodevelopmental disorders. *Developmental Psychology*, 49(1), 45 .
  - Ramisch, J. L., & Piland, N. (2020). Adolescents, and Families Living with Neurodevelopmental Disorders. *The Handbook of Systemic Family Therapy, Systemic Family Therapy with Children and Adolescents*, 2, 369 .
  - Russo, J., & King, J. H. (2017). *DSM-5® and Family Systems*: Springer Publishing Company.