

جامعة الجزائر 2-أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

مطبوعة بيداغوجية لمادة:

العلاجات النفسية

موجهة لطلبة السنة الثانية ماستر

تخصص: علم النفس الإجرام وتمييط الجنائي

من إعداد الدكتور: مشتاوي فاطمة الزهراء

أستاذة محاضرة "أ" بقسم علم النفس

السنة الجامعية:

2023-2022

مقدمة:

الممارسة العيادية للمختص النفسي في ميدان الإجرام لديها أهمية في استخدام وسائل وتقنيات علمية ذات أساس سيكولوجي ولا بد للأخصائي النفسي إتقان :

◀ الملاحظة التي تكون بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

◀ ملاحظة الإيماءات (قلق ، ضحك، عبوس،...) حتى من ناحية الهدام ، و بعض

المظاهر السلوكية كالعدوان اللفظي، و غير اللفظي، و هذا ما يسمى كذلك الاتصال

اللفظي و غير اللفظي.

◀ المقابلة مهمة ولا بد من إتقانها ، المقابلة الموجهة و المباشرة التي تخضع لقوانين

عيادية.

على الأخصائي النفسي أن يتقن المقاييس و الاختبارات الخاصة بالسلوك و الشخصية و

الحياة الانفعالية السيكولوجية.

المقاييس و الاختبارات تكون لديها تفسير ظاهري و باطني، و ذات مصداقية و ثبات في

المحيط النفسي و الأسري و الاجتماعي.

الأدوات و التقنيات القياسية ممارسة العيادية تساعد الأخصائي النفسي في التشخيص و

الوصول إلى العلاج النفسي.

يعتبر العلاج النفسي أحد الخدمات التي يقدمها المعالج النفسي الذي يتمتع :

◀ بالخبرة.

◀ و الكفاءة المهنية.

التي تمكنه من تقديم :

- المساعدة للمريض الذي يعاني من اضطراب أو مرض نفسي معين و يحتاج

للمساعدة في علاجه.

المحاضرة الأولى:

الممارسة العيادية

مفهوم العلاج النفسي:

اشتق مصطلح العلاج النفسي من اليونانية القديمة (psyche ψυχή) بمعنى نفس أو روح، و (therapeia θεραπεία) بمعنى الشفاء أو العلاج الطبي.

ويُعرفه قاموس أكسفورد الإنجليزي بأنه "علاج اضطرابات العقل أو الشخصية بطرق نفسية. اعتمدت جمعية علم النفس الأمريكية قراراً بشأن فعالية العلاج النفسي في عام 2012 بناءً على تعريفٍ وضعه جون سي نوركروس (John C. Norcross) بأن "العلاج النفسي هو التطبيق الواعي والمُتعمّد للطرق السريرية والمواقف الشخصية المستمدة من المبادئ النفسية، التي أنشئت بغرض مساعدة الأشخاص على تعديل السلوكيات، والإدراك، والعواطف، وغيرها من الخصائص الشخصية الأخرى التي يرغبون فيها.

العلاج النفسي هو العلاج عن طريق الكلام والحوار والحديث مع الشخص الذي يعاني من أمراض عقلية أو اضطرابات نفسية أو صعوبات عاطفية أو أفكار مشوشة، ويسعى العلاج النفسي لتخليص الأشخاص من الأفكار والسلوكيات المضطربة التي تؤثر على أدائهم في شتى مجالات الحياة وعلى تكيفهم مع محيطهم الاجتماعي وذواتهم.

يشير مصطلح العلاج النفسي إلى استخدام وسائل وتقنيات علمية ذات أساس سيكولوجي لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية، وبالرغم من اختلاف مناهجها وخطواتها ومستعملاتها فإن منها ما يركز :

- على السلوك ،
 - ومنها ما يركز على الجانب المعرفي للفرد،
 - ومنها ما يهتم ببيئة الفرد ومحيطه و أسرته،
 - وأخرى تولي اهتماما أكثر بالانفعالات والعواطف.
- إلا أنها تهدف جميعها إلى تقديم يد العون للفرد الذى يعاني من مختلف الأمراض النفسية.

مساعدة الفرد على تحسين ظروفه وذلك وفقا :

- لإمكانياته.
- وقدراته.
- و طموحاته.

← يحدد **ولبرج wolberg** معنى العلاج النفسي بأنه شكل من أشكال العلاج للاضطرابات

ذات الطبيعة الانفعالية،

يحاول من خلالها الشخص الفاحص أن يقيم علاقة مهنية بمريضه بهدف استبعاد، أو تعديل، أو تأجيل ظهور الأعراض المرضية بغية الوصول إلى إحداث نمو ايجابي في شخصيته.

◀ ويرى روت أن العلاج النفسي هو النشاط المخطط الذي يقوم به الأخصائي النفسي

بهدف تحقيق تغيرات في حياة الفرد المريض والتي تجعله سعيدا

◀ بينما يرى حامد عبد السلام زهران أن العلاج النفسي هو العلاج الذي تستخدم فيه

الطرق النفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات ذات الصبغة الانفعالية والتي يعاني

منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج- وهو شخص مؤهل علميا و

فنيا- بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها، أو تعطيل أثرها مع

مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته،

ومساعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفسي الصحي بحيث

يصبح المريض أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المستقبل

◀ وحسب يكاتر F.Guattari هو تسيير واستخدام المعلومات وتسيير معرفي وتحسين

علاقة إنسانية يندمج فيها ثلاث عناصر

- I. المريض الذي لديه أعراض وغير متوافق.
- II. الفاحص والمستخدم للعلاج النفسي، والحامل لمعلومات مختلفة وقدرات ومهارات علاجية.
- III. القدرة الخاصة والمميزة للتواصل

المحاضرة الثانية

أساليب العلاج النفسي :

يقوم المختص و المعالج النفسي بتطبيق إجراءات معتمدة علمياً لمساعدة الفرد على تطوير عادات أكثر صحة وفعالية.

نجد عدد من الأساليب للعلاج النفسي مثل العلاج المعرفي السلوكي والشخصي وأنواع أخرى من العلاج بالكلام التي تشترك بالهدف وهو مساعدة الفرد على حل مشكلاته.

العلاج النفسي يعتمد على العلاقة التي تربط بين المفحوص و المعالج، ويقوم بشكل أساسي على الحوار بشرط توفير بيئة داعمة :

- للتحدث.

- والحوار بصراحة بحيث يكون المعالج النفسي موضوعي و حيادي.

العلاج النفسي لا يعالج المشكلة فحسب بل يتعلم المفحوص مهارات جديدة تقيده في

حياته المستقبلية للتعامل مع الظروف والمتغيرات التي سيمر بها وتمكّنه من تجاوزها

وتخفيف آثارها السلبية على نفسيته وحياته.

و من أساليب العلاج النفسي نجد :

فئة التعديل المعرفي :

تشير إلى أساليب العلاج السلوكي التي تعتمد على التدخل اللفظي كالعلاج العقلاني الوجداني.

◀ فئة أساليب الاستبصار المعرفي :

و التي تؤكد على اكتساب المريض استبصارا بمرضه باعتباره ناتجا من تأثيرات و أحداث ماضية سابقة على ظهور أعراضه ويؤدي هذا الاستبصار إلى إدراك المريض لعوامل الشفاء و مثال ذلك العلاج بالتحليل النفسي .

◀ فئة التحليل السلوكي:

تقوم على نظرية الاشتراط الكلاسيكي ، و نظرية التعلم و التي تتضمن استعمال التخيل لإعداد و تغيير السلوك و العلاج بالتحصيل التدريجي.

◀ فئة أساليب تعديل السلوك:

تشير إلى إجراءات تعديل التدريب على المهارات الاجتماعية و أسلوب المكافئة (تعزيز).

◀ فئات الاستبصار الوجداني:

التي تؤكد على إدراك التأثيرات و المشاعر.

العلاج الفردي:

هو علاقة بين الأخصائي المعالج النفسي الذي يكون مؤهلا للقيام بعمله مع المفحوص الذي يعاني من مشاكل أو اضطرابات نفسية، والتي تهدف :

- مساعدة المفحوص على تجاوز محنته والوصول به إلى بر الأمان من خلال استغلال إمكانياته وقدراته

- إحداث التوافق بين شخصيته وبين طبيعته وطموحاته والواقع الذي يعيشه.

◀ الدعم النفسي :

- الدعم النفسي في توجيه وتشجيع المفحوص.

- تطوير قدراته ومهاراته.

- يساعد على بناء احترام الذات.

- تقليل من انفعالات القلق.

- تقوية آليات التكيف مع البيئة المحيطة.

- تحسين علاقاته مع المجتمع.

المحاضرة الثالثة

العلاج الجماعي :

تعريف :

حسب العلماء في هذا المجال ، من الصعب تقديم تعريف شامل متفق عليه للعلاج النفسي الجماعي ، لكن إذا قمنا بدراسة كلمة "علاج" نجد أنها ترتبط بعلاج المرض والشفاء منه، والتركيز على العلاج في العلاج النفسي الجماعي يشير إلى افتراض أن هذا الأخير يركز على مساعدة أعضاء الجماعة على حل وعلاج مشكلاتهم المتعلقة بسوء التوافق أو باضطرابات الشخصية أو بمشكلات الصحة العقلية بصفة عامة.

يكون فعال فيتخصص الإجرام و التتميط الجنائفي حالة المراهقين المصابين بالذهان والمدمنين المتعافين و مع السجناء

يتميز العلاج الجماعي بالوقت والجهد، ومعالجة عدد من الأفراد يعانون من نفس

المشكلة في نفس الوقت،

ويتميز العلاج الجماعي بقدرته على الحصول على ردود فعل سريعة ومباشرة مع الفرد عن

كل تغيير يحدث أو مشاركة حقيقية.

← نبذة تاريخية عن ظهور العلاج النفسي الجماعي :

يعتبر كلا من جوزيف اتش برات، تريجانن بورو وبول شيلدر مؤسسو العلاج

النفسي المجموعة في الولايات المتحدة الأمريكية.

وكان كل من هؤلاء الثلاثة نشطون ويعملون في الساحل الشرقي في النصف الأول من

القرن العشرين.

وبعد الحرب العالمية الثانية تم تطوير العلاج النفسي الجماعي من قبل يعقوب إل. مورينو،

صموئيل سلافسون، هيمن، ايرفين يالوم، ولو اورمونت،

واعتبر نهج في العلاج الجماعي مؤثر جدا ليس فقط في الولايات المتحدة ولكن في جميع

أنحاء العالم.

كورت لوين وكارل روجرز وزملائه روادا في منتصف 1940 في العلاج الجماعي،

واستخدموه كوسيلة من وسائل التعلم حول السلوك البشري أصبح يعرف بمختبرات التدريب

الوطني (المعروف أيضا باسم معهد مختبرات التدريب) والذي تم إنشاؤه من قبل مكتب

البحوث البحرية وجمعية التربية الوطنية في بيت ايل، مين، في عام 1947.

تطور العلاج النفسي الجماعي في المملكة المتحدة في البداية بشكل مستقل، من قبل اس

اتش فولكس ويلفريد بيون مستخدمين العلاج الجماعي كنهج لعلاج تعب القتال في الحرب

العالمية الثانية، وكان كل من فولكس وبيون محللين نفسيين وقاما بدمج التحليل النفسي مع

العلاج الجماعي من خلال إدراك أن الانتقال يمكن أن ينشأ ليس فقط بين أعضاء المجموعة وبين المعالج ولكن أيضا بين أعضاء المجموعة نفسها، وعلاوة على ذلك، تم تمديد مفهوم التحليل النفسي للاوعي بإدراك مفهوم اللاوعي الجماعي،

وضع فولكس نموذج يعرف باسم **التحليل الجماعي ومعهد تحليل الجماعي**، في حين كان بيون مؤثر في تطوير العلاج الجماعي في عيادة تافيستوك . .

في الأرجنتين تقدمت مدرسة مستقلة في التحليل الجماعي من عمل وتعاليم السويسري المولد المحلل النفسي الأرجنتيني إنريك بيشون-ريفير، وتصور هذا المفكر نهج يتركز على الجماعة والذي وإن لم يكن تأثير مباشرة بعمل فولكس، إلا أنه كان متوافق تماما معه . ولقد اصبح العلاج الجماعي هو **عنصر أساسي من البيئة العلاجية** في المجتمع العلاجي، وتعتبر البيئة الكلية و الوسط المحيط وسيلة للعلاج، جميع تعتبر التفاعلات والأنشطة علي أنها قد تكون ذات فائدة علاجية وتخضع للاستكشاف والتفسير، كما يتم بحثها في الاجتماعات اليومية أو الأسبوعية، إلا أن التفاعل بين ثقافة إعدادات العلاج النفسي الجماعي والمعايير الأكثر إدارية للسلطات الخارجية قد تخلق "اضطراب تنظيمي" والذي بدوره يمكن أن يقوض بشكل حاسم قدرة المجموعة على المحافظة على "مساحة تكوينية" آمنة .

وقد تمت الإشارة إلي شكل من أشكال العلاج الجماعي بأنه فعال في حالة **المراهقين المصابين بالذهان والمدمنين المتعافين و مع السجناء** .

أصبح التحليل الجماعي منتشر على نطاق واسع في أوروبا، وخاصة في المملكة المتحدة، حيث أصبح الشكل الأكثر شيوعاً من العلاج النفسي الجماعي، كما زاد الاهتمام به من قبل كل من أستراليا والاتحاد السوفياتي السابق والقارة الأفريقية .

◀ أنواع العلاجات النفسية الجماعية :

✓ السيكودراما.

✓ المحاضرات والمناقشات العلاجية الجماعية.

◀ المبادئ الأساسية في العلاج النفسي الجماعي :

✓ العالمية : الاعتراف بالخبرات والمشاعر المشتركة بين أعضاء المجموعة، وذلك قد

يكون محل اهتمام الإنسان على نطاق واسع أو عالمي، كما أنه يعمل على إزالة إحساس عضو المجموعة بالعزلة، ويؤيد من خبراته، ويرفع من احترامه للذات.

✓ الإيثار: المجموعة هي المكان الذي يقوم فيه الأعضاء بمساعدة بعضهم البعض،

وتجربة القدرة على إعطاء شيء لشخص آخر بما يمكن أن يتسبب في رفع احترام العضو

لذاته ومساعدته في تطوير مهارات مسايرة أكثر تكيفا عند التعامل مع الآخرين.

✓ غرس الأمل: في المجموعة المختلطة والتي لها أعضاء في مراحل مختلفة من

التطوير أو الانتعاش، يمكن للعضو أن يكون مصدر إلهام وتشجيع من قبل عضو آخر قديم

تمكن من تغلب على المشاكل التي لا يزال يواجهها الأعضاء الجدد.

✓ معلومات المنح : في حين أن هذا ليس بالمعنى الدقيق عملية علاجية، إلا أنه غالباً

ما يشير الأعضاء بأنه كان مفيداً جداً لهم معرفة معلومات واقعية من الأعضاء الآخرين في

المجموعة، على سبيل المثال، حول معاملتهم أو حول الحصول على الخدمات.

✓ الخلاصة التصحيحية للتجربة الأسرة الأساسية : في كثير من الأحيان وبصورة لا

واعية يطابق الأعضاء معالج أو عضو المجموعة بوالدهم وأشقائهم من خلال عملية عملية

تمثل شكل من أشكال النقل مخصصة للعلاج النفسي الجماعي، ويمكن أن تساعد تفسيرات

الطبيب المعالج أعضاء المجموعة على اكتساب فهم تأثير خبرات الطفولة على شخصيتهم،

كما قد يتعلموا تجنب تكرار أنماط الماضي التفاعلية الغير مفيدة في علاقات الوقت

الحاضر.

✓ تطوير تقنيات التنشئة الاجتماعية : يوفر العلاج الجماعي بيئة آمنة وداعمة

للأعضاء تساعد على تحمل المخاطر من خلال توسيع ذخيرتهم من السلوك بين

الأشخاص وتحسين مهاراتهم الاجتماعية.

✓ سلوك مقلد: إحدى الطرق التي يمكن للعلاج الجماعي مساعدة الأعضاء فيها هي

تطوير المهارات الاجتماعية من خلال عملية النمذجة، ومراقبة وتقليد المعالج وأعضاء

المجموعة الآخرين، على سبيل المثال، تبادل المشاعر الشخصية، وإظهار الاهتمام، ودعم الآخرين.

✓ **التماسك:** اقترح التماسك بأنه عامل علاجي أساسي والذي تتدفق منه كل العوامل الأخرى، البشر هم حيوانات قطيع بحاجة غريزية للانتماء إلى الجماعات، ولا يمكن أن تحدث التنمية الشخصية إلا في سياق العلاقات الشخصية، والمجموعة المتماسكة هي المجموعة التي يشعر فيها جميع الأعضاء بالانتماء والقبول، والتأكيد.

✓ **عوامل وجودية:** تَعَلَّم المرء أنه يجب عليه أن يتولى المسؤولية عن حياته الخاصة، وكذلك النتائج المترتبة على قراراته.

✓ **التطهير:** التطهير هو تجربة للتخفيف من الاضطراب العاطفي من خلال التعبير العاطفي الحر والغير مثبّط، فعندما يخبر أعضاء المجموعة قصتهم لجمهور داعم، فإنهم يمكنهم الانعتاق من المشاعر المزمّنة من العار والشعور بالذنب.

✓ **التعلم الشخصي التفاعلي:** يحقق أعضاء المجموعة مستوى أعلى من الوعي الذاتي من خلال عملية التفاعل مع الآخرين في المجموعة، الأمر الذي يعطي أثر على سلوك الأعضاء وتأثير على الآخرين.

✓ **الفهم الذاتي:** هذا العامل يتداخل مع التعلم الشخصي التفاعلي بين الأفراد، ولكن يشير إلى تحقيق مستويات أعلى من التبصر في نشأة المشاكل، والدوافع اللاشعورية التي تكمن وراء سلوك الفرد.

العلاج الجماعي للمجرمين

إن العلاج الجماعي ضروري للسجناء الذين يعانون اضطرابات سلوكية و خاصة اضطرابات عقلية خطيرة، ويشمل على سبيل المثال لا الحصر المجموعات العلاجية التي تركز على حاجة السجناء المضطربين عقلياً لفهم حالتهم المرضية والالتزام بأنظمتهم الدوائية .

إن العلاج الجماعي ضروري للسجناء الذين يعانون اضطرابات سلوكية و خاصة اضطرابات عقلية خطيرة، ويشمل على سبيل المثال لا الحصر المجموعات العلاجية التي تركز على حاجة السجناء المضطربين عقلياً لفهم حالتهم المرضية والالتزام بأنظمتهم الدوائية .

ولقد أثبت العلاج الجماعي وجلسات الإرشاد النفسي الجماعية التي تركز على مشكلات محددة — مثل تعاطي المخدرات، والعنف الأسري، ومشكلات تربية الأبناء — فعاليته الكبيرة مع مجموعة أكبر بكثير من المجرمين في السجون.

لكن في معظم السجون، هناك عدد قليل نسبياً من المجموعات العلاجية. ويبرر الأطباء النفسيون ذلك بانشغالهم الشديد بوصف الأدوية؛ ما يحول دون عقدهم للمجموعات العلاجية. كما يشير اختصاصيو علم النفس إلى أنهم يقضون معظم وقتهم في كتابة التقارير للمحاكم ومجالس إطلاق السراح المشروط. و العديد من موظفي الصحة العقلية يشكّون من أنهم غير مُدربين تدريباً كافياً على أسلوب العلاج الجماعي .

ولقد شهدت برامج العلاج من المخدرات والكحوليات تقدماً هائلاً في السنوات الأخيرة، وتوضح الدراسات التي أُجريت حول النتائج المتحققة من هذه البرامج مدى نجاحها في مساعدة عدد كبير من الناس في تجنب المخدرات ، الكحوليات والسلوكيات العدائية .

هناك تقارير عن برامج علاج من الإدمان تحقق نجاحاً داخل السجون، لكن عدداً قليلاً نسبياً من أنظمة السجون تقدم برامج تثقيفية وعلاجية جادة للسجناء الذين لديهم تاريخ سابق من تعاطي المخدرات والكحوليات. لذا، يجب جلب الخبراء في مجال تعاطي المخدرات إلى السجون لتدريب الموظفين ووضع برامج متطورة تهدف للحد من احتمالات عودة السجناء إلى الإدمان على اختلاف أنواعه و السلوكيات العدائية ، و العود إلى بعض الجرائم بمجرد خروجهم من السجون .

و من الدراسات التي أُجريت على النتائج المتحققة من المجموعات التثقيفية والعلاجية، التي تُدار جيداً، أن تلك المجموعات تقلل من احتمالات العودة إلى الإجرام لدى مرتكبي جرائم العنف الأسري والاعتداء الجنسي. ولا يعني هنا المختصين أن المدانين بهذه الجرائم العنيفة يجب العفو عنهم بسبب اضطرابهم العقلي، ولا أن «يُدلّلوا». وإنما يجب أيضاً ألا يُترك هؤلاء السجناء ليقضوا مدة عقوبتهم دون أية فرصة للإصلاح من أنفسهم.

فمهما كانت جسامة جرائمهم، فإن تركهم يعانون صدمات الحياة بالسجن دون أية فرصة للعمل على حل المشكلات التي يعانونها سيجعلهم يعودون على الأرجح إلى الجريمة بعد خروجهم من السجن.

ومن شأن تقديم برنامج علاج جماعي جاد لهم يديره خبراء في المشكلات التي يعانونها أن يؤدي إلى انخفاض هائل في احتمالات عودتهم إلى الجريمة.

فحسب علماء النفس، نعلم أن بعض الرجال الذين لديهم نزعة للعنف لن تجدي معهم مثل هذه الجهود، لكن علينا أن نفكر في كل الحالات التي سيُحدث فيها هذا التدخل اختلافًا .

إن البرامج الإصلاحية الهادفة لإعادة تدريب الرجال على التعبير عن أنفسهم ووضع حل لخلافاتهم دون اللجوء للعنف تكون غالبًا برامج رمزية، في أفضل الأحوال .على سبيل المثال، يضيف القضاة في الكثير من الولايات إلى الأحكام التي يصدرونها في قضايا العنف الأسري والاعتداء الجنسي شرطًا بأن يخضع المُدان للعلاج قبل إطلاق سراحه من السجن .

وفي الكثير من السجون شديدة الازدحام، يُوجَل تنفيذ هذا العلاج الإلزامي حتى العام الأخير من مدة عقوبة السجين. ويعني ذلك أن السجين سيتأثر معظم مدة عقوبته بثقافة السجن؛ الأمر الذي سيزيد على الأرجح من غضبه وسيعلمه فقط التصرف على نحو أكثر عنفًا، ثم يوضع بعد ذلك في العام الأخير من حبسه في برنامج علاج جماعي للمتهمين بالضرب أو الاعتداء الجنسي في إطار الاستعداد لإطلاق سراحه من السجن .

ليس مستغربًا، إذن، حسب المختصين في هذا المجال ، أن هذه المجموعات العلاجية تفشل في أغلب الأحيان. وكبديل عنها، يجب نقل التدخلات التي أثبتت نجاحًا في

وضع حد للعنف لدى الرجال في المجتمع العادي إلى السجن بهدف وقائي وهو حماية جميع السجناء الذين هم عرضة لارتكاب هذه الجرائم طوال فترة بقائهم في السجن .

كما يشير علماء الصحة النفسية، انه لا بد من توفير علاج للصحة العقلية أيضًا للناجين من جرائم العنف، وهناك العديد من هؤلاء الناجين في السجن. فلنا أن نفكر، مثلًا، في الإناث الناجيات من التحرش في طفولتهن ومن العنف الأسري في مرحلة المراهقة. من المعروف أن جلسات الإرشاد النفسي الجماعية فعّالة للغاية في تعزيز تقدير الذات لدى السيدات، ومساعدتهن في تجاوز صدمات الماضي التي تعرضن لها، وتشجيعهن على اتخاذ خيارات أفضل عند مغادرتهن السجن. ويمكن للمجموعات العلاجية الخاصة بالناجين الذكور أيضًا تحقيق نتائج مشابهة .

و البرنامج العلاجي يمكن أن يساعد ضحايا الاغتصاب في السجن على التكيف مع نتائج الصدمة المروعة التي تعرضوا لها. وهذا البرنامج يمكن صياغته استرشادًا ببرامج العلاج الناجحة لحالات الاغتصاب والاعتداء الأسري الموجودة في المجتمع العادي. على سبيل المثال، يمكن تدريب موظفي الأمن والصحة العقلية على توفير مكان آمن للضحية لتتعافى فيه. وعلى الأقل، يمكن تدريبهم على تجنب إعادة تعريض الضحية للصدمة التي عانتها عن طريق إرغامها على تحديد هوية المعتدي أو إيداعها الحبس العقابي. فالسجناء الذين يعانون أعراض اضطراب توتر ما بعد الصدمة، يحتاجون إلى علاقة علاجية موثوقة

يمكنهم من خلالها تجاوز صدمة الاغتصاب أو الصدمات المتعددة التي تعرضوا لها على مدار حياتهم .

وهناك حاجة أيضًا لأنواع أخرى من المجموعات. على سبيل المثال، يمكن لمجموعات التحكم في الغضب أن تكون فعّالة للغاية، وكذلك المجموعات المُعدة لمساعدة السجناء على فهم دورهم كأباء وتجاوز حزنهم بشأن انفصالهم عن أحبائهم. وجلسات الإرشاد الجماعي من شأنها مساعدة السجناء، الذين تكون نتائج فحص فيروس نقص المناعة البشرية الخاصة بهم إيجابية أو المصابين بالإيدز، في تجاوز حزنهم ومجابهة أزمتهم. و الخبرات الجماعية، سواء الهادفة للعلاج أو للتثقيف النفسي، تقدم للسجناء ممن لديهم الاستعداد بديلاً مهمًا للعزلة التي تهيمن على الحياة داخل السجن.

المحاضرة الرابعة

العلاج بالتحليل النفسي

تمهيد

يشير مصطلح العلاج النفسي إلى استخدام وسائل وتقنيات علمية ذات أساس سيكولوجي

لعلاج الاضطرابات النفسية والعقلية،

وبالرغم من اختلاف مناهجها وخطواتها ومستعملاتها فإن منها ما يركز على السلوك ،

ومنها ما يركز على الجانب المعرفي للفرد،

ومنها ما يهتم ببيئة الفرد ومحيطه،

وأخرى تولي اهتماما أكثر بالانفعالات والعواطف.

إلا أنها تهدف جميعها إلى تقديم يد العون للفرد الذى يعانى من مختلف الأمراض النفسية،

ومساعدته على تحسين ظروفه وذلك وفقا لإمكانياته وقدراته وطموحه، وكذلك من خلال

تشجيع وتدعيم العلاقة التعاونية بين المعالج والمتعالج وتنمية الثقة بين هذين الطرفين مما

يسمح لهذا الأخير بالتعبير بحرية واطمئنان عن مكنوناته من مشاعر وعواطف وخبرات

مختلفة دون خوف في جو يسوده التفهم والتعاطف وكتمان الأسرار من قبل المتعالج،

فيساعد بدوره متعالجه على تنمية وسائل أكثر فاعلية في التعامل مع مشاكله والعوائق التي تعترضه.

العلاج بالتحليل النفسي:

-العلاج بالتحليل النفسي الكلاسيكي :

هو عملية علاجية متخصصة، شاملة، طويلة الأمد يتم فيها استكشاف المواد المكبوتة في اللاشعور من أحداث وخبرات وذكريات مؤلمة، ودوافع متصارعة وانفعالات شديدة سببت المرض النفسي يتم استدراجها من غياهب اللاشعور إلى حيز الشعور عن طريق التعبير اللفظي التلقائي الحر الطليق ومساعدة المريض في حلها في ضوء الواقع وزيادة استبصاره بذاته .

تعتمد المعالجة الفرويدية في العلاج النفسي على عدة مفاهيم أساسية، إضافة إلى نظرة خاصة اتجاه مراحل تطور الفرد التي يتميز كل منها بتموضع خاص لمركز اللذة، ويعتمد سير المعالجة الفرويدية على كشف ما في اللاشعور وعلى الكشف عن خبرات الطفولة.

التفاعل بين المعالج والمتعالج أساسه التخاطب وغرضه الوصول إلى إحداث تغيير عميق في البناء الانفعالي للشخص المتعالج.

ويعتمد كل ما سبق على عملية التداعي الحر التحويل ومواجهته والتفسير ومواجهة مقاومة المفحوص أثناء عملية العلاج النفسي.

العلاج المعرفي :

العلاج المعرفي هو مجال منظم لحل المشكلة التي يساعد فيها المعالج المفحوص على ملاحظة أن أفكارا سلبية معينة تسبق القلق والاكتئاب.

يجب الإشارة إلى أن تلك الأفكار والمعتقدات تعتبر بمثابة فروض يتم اختيارها أكثر من قبولها.

المعالج والمتعالج يأخذان دور الفاحص وينميان طرقا لاختبار المعتقدات، مثل:

(" لا أستطيع إطلاقا عمل أي شيء صحيح ")

فعلى سبيل المثال قد يوافقان على مهام يقوم بها المفحوص باعتبارها عمل منزلي

- كإكمال مشروع منزلي متأخر.

-مقابلة جار جديد .

يقدم النجاح في إكمال هذه المهام دليلا ملموسا يسمح للمفحوص بتحدي المعتقدات الخاطئة

التي تسبب القلق والاكتئاب.

و من ثمة المساعدة على تخفيض حدة هذه المشاكل و هكذا نجد أن أحد الأهداف الرئيسية

للعلاج المعرفي هي تغيير نماذج تفكير المريض المكتئب المشوهة و انهزامية الذات في

اتجاه أكثر ايجابية و واقعية.

يعمل هذا جزئياً بجعل المعالج يتحدى فروض المريض و يقدم مجادلات عن السبب في أنه يجب أن يتبنى افتراضات أكثر ايجابية عن نفسه و عن العالم و عن المستقبل.

يمكن أن يتضمن هذا تدريباً على إعادة العزوة، الذي يبين فيه المعالج العوامل المتنوعة (حسين، 2005، ص90).

مبادئ العلاج المعرفي :

يقوم العلاج المعرفي على عدة مبادئ أساسية نذكر منها ما يلي :

◀ العلاقة العلاجية علاقة تعاونية:

يجب أن يكون هناك تعاون بين المعالج والمفحوص لدراسة الاعتقادات وأنماط التفكير السلبية لدى هذا الأخير وفحصها والتوصل إلى استنتاجات بديلة تكون أكثر فاعلية وتوازناً، حيث يستخدم المعالج مجموعة من الفنيات والطرائق لتعليم المفحوص.

تصحيح الأنماط المعرفية الخاطئة والمشوهة لديه.

العلاقة العلاجية التعاونية بين المعالج والمفحوص تمثل مكون هام وخطوة أساسية في كل علاج فعال.

وفي إطار هذه العلاقة العلاجية يجب أن يتفق المعالج والمفحوص على المشكلة التي ستكون موضوعاً للمناقشة.

الهدف من العلاج وطرق تحقيق هذا الهدف ومدة العلاج،

ويجب أن يتسم المعالج بالصدق وبالدفء والإخلاص والمرونة اتجاه المفحوص ليسهل من نجاح عملية العلاج.

العلاج المعرفي يمثل جهد مشترك بين المعالج والمتعالج، بحيث ينظر إلى العلاقة العلاجية على أنها شراكة علاجية يتعاون فيها كلا الطرفين على تحديد المشكلة وإيجاد الحلول المناسبة لها.

← توطيد المصداقية مع المريض (بناء الثقة):

يجب على المعالج تفادي أساليب الضغط والتسلط التي تدفع بعض المرضى إلى التقبل الأعمى لتفسيراته واقتراحاته هذا من جهة،

ومن جهة أخرى قد تقود إلى المقارنة والرفض لدى بعض المرضى، لذا فإن الأسلوب المناسب لبناء الثقة هو قيام المعالج بنقل رسالة إلى المريض تتضمن أن لديه أفكارا تضايقه وتحزنه وقد تكون تلك الأفكار صحيحة أو خاطئة لذا يجب فحصها للتأكد منها، وهذا يساعده على معرفة مدى استعداد المريض لفحص الأدلة المتعلقة بأفكاره .

← اختزال المشكلة:

تعني تقسيم المشكلة التي يعاني منها المريض إلى وحدات وعناصر يسهل تناولها والتعامل معها.

ويقصد باختزال المشكلة تحديد المشكلات التي يعاني منها المريض ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا.

يختار المعالج الفنيات العلاجية الملائمة لكل مجموعة من المشكلات.

يمكن اختزال المشكلة بتحديد الحلقة الأولى في سلسلة الأعراض المرضية والتأكيد عليها والتي تكون عادة مشكلة صغيرة يمكن حلها بسهولة لكن التأخر أو الإرجاء في التعامل معها يتمخض عنه نتائج مؤلمة .

◀ تعلم التعلم:

يعني أن المريض يمكنه الاستفادة مما تعلمه من خبرات ومعارف وطرق جيدة لحل المشكلات التي تعترضه فيما بعد.

فتعلم حل المشكلات يخفف على المعالج كثيرا ويجعل المريض يفكر في مشاكله بصورة أدق وبالتالي التقليل من الاعتماد على المعالج في حل المشاكل.

هذا ما يزيد من ثقته بنفسه وتقديره لذاته.

قد يشارك المريض المعالج في تحديد مشكلته ووضع خيارات عديدة لحلها.

مشاركة المريض في صنع القرار يساعده على تنفيذه.

مساعدة المريض على تعلم طرق جديدة لحل مشاكله.

المحاضرة الخامسة

العلاج السلوكي :

يتمثل السلوك في ردود الأفعال الداخلية أو الخارجية التي تصدر عن الفرد.

نتيجة تلقيه منبهات أو مثيرات داخلية أو خارجية .

يعني نشاط الإنسان في تفاعله مع البيئة ليتمكن من التكيف معها .

السلوك يتضمن ما هو ظاهر ويمكن ملاحظته، وما هو كامن داخل الفرد ولا يمكن

ملاحظته كالتفكير والتخيل والتذكر. السلوك الإنساني بمعناه السابق لا يكون دون دافع أو

سبب من ورائه سواء كان هذا السبب واضحا للآخرين.

للفرد ذاته غير واضح، ففي كثير من الأحيان تصدر عنه سلوكيات لا يرى سببا واضحا

للقيام بها، إلا أن هناك أسبابا ولكنها قد تكون لا شعورية ومتى كان الدافع أو السبب قويا

كانت شدة السلوك .

تختلف تلك الدوافع والأسباب باختلاف الكثير من الأمور منها على سبيل المثال :

- أهمية الدافع بالنسبة للفرد

- إدراك الفرد للموقف المحيط به وكيفية تفسيره له

- و خبرات الشخص وعلاقاته وحاجاته.

← تعريف العلاج السلوكي:

يشير العلاج السلوكي إلى أسلوب علاجي يستخدم مبادئ وقوانين السلوك ونظريات التعلم في عملية العلاج النفسي.

يعتبر من المحاولات الرائدة في العلاج النفسي للاضطرابات السلوكية بأسرع ما يمكن وذلك بضبط السلوك المرضي وتعديله وتنمية السلوك السوي لدى الفرد (سامي، 2001، ص 436)

يركز العلاج السلوكي على تحليل سلوك الفرد الظاهري لتحديد عوامله ومكوناته الأساسية الايجابية والسلبية على السواء.

حصر مثيرات السلوك السلبي ومعالجتها تدريجيا حتى يصل المعالج النفسي إلى مرحلة يضبط فيها لدرجة ملحوظة السلوك ومكونا في نفس الوقت لدى المريض بديلا ايجابيا.

← مبادئ العلاج السلوكي :

- الإشراف الكلاسيكي:

ويتمثل في استبدال المنبه غير الشرطي بمنبه شرطي لأغراض علاجية سلوكية عن طريق إقران المنبهين لعدة مرات

- الإشراف الفعال:

يتلخص في ميل الفرد إلى إحداث السلوك وتكراره عند خبرته لنتائج ايجابية أو

تجنبه للسلوك عند خبرته لنتائج سلبية وغير مستحبة،

بمعنى نوع النتائج التي يخلص إليها السلوك قد تعززه وتزيد من حدوثه أو تعمل على تقليله وحذفه.

يرى أنصار العلاج السلوكي أن المرض النفسي عبارة عن تجمعات لعادات سلوكية خاطئة مكتسبة

و هذه العادات السلوكية يمكن علاجها إذا خضعت لمبادئ العلاج السلوكي وإجراءاته وقوانينه مركزين بذلك على المشكلة الحالية للسلوك المرضي للمريض وأعراض مرضه النفسي.

المحاضرة السادسة

النظرية الإنسانية:

يشكل التيار الإنساني القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي و السلوكية و هو يضم مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة و رؤى مشتركة، و الحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدا بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الإنساني Human Psychologists عندما اخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتيا من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لقدراته وإمكانياته. (عبد الستار، إبراهيم. 1980. ص 224.225 كارل روجرز: 1902-1987 عالم نفس أمريكي ، تلقى تعليمه في جامعة وسكنسن وكلية المعلمين بجامعة كولومبيا، حيث انصب اهتمامه على علم النفس الإكلينيكي. منح درجة الماجستير بجامعة كولومبيا 1928 و الدكتوراة سنة 1931. وكان أول تعيين له بوظيفة هامة في مركز توجيه روتشستر Rochester Guidance center بنيويورك حيث طور مادة كتابه عن "العلاج الإكلينيكي للطفل المشكل The Clinical Treatment of the Problem Child (1939) و في سنة 1940 انتقل إلى جامعة أوهايو حيث كتب كتابه البالغ التأثير عن "الإرشاد والعلاج النفسي Counseling and Psychotherapy" الذي نشر سنة 1942.

وبعد ثلاث سنوات قبل روجرز تعيينه في جامعة شيكاغو: حيث أصبح مديراً لمركز

الإرشاد. وفي سنة 1946 انتخب مديراً لرابطة علماء النفس الأمريكيين American

Psychological Association ونشر روجرز أعمالاً من بينها أيضاً: العلاج المتمركز حول

العميل: ممارسته الجارية ومضمونه ونظريته Client-Centered Therapy: Its Current

Practice, Implication and Theory (1951) .

مبادئ نظريات الذات:

تتلخص الأسس التي تعتمد عليها نظرية الإنسانية فيما يلي:

1. الكائن العضوي Organisation و هو الفرد بكليته.

2. المجال الظاهري Phnomenal و هو مجموع الخبرة.

3. الذات و هي الجزء المتمايز من المجال الظاهري و تتكون من نمط الإدراكات و القيم

الشعورية بالنسبة ل (أنا) و ضمير (المتكلم).

و قد ابرز روجرز طبيعة هذه المفهومات و علاقاتها المتداخلة , سلسلة من تسع عشر

قضية , و سوف نقدم هذه القضايا و التي قدمها روجرز في كتابه (العلاج المتمركز حول

العميل) (1951)

4- من أهم أسس نظرية الذات أن العميل يجب أن يكون المحور الذي تتمركز حوله عملية

التوجيه أو العلاج إذ أن هذه النظريات تقوم على الإيمان بان العميل لديه عناصر القوة و

القدرة على تقرير مصيره بنفسه و عليه إن يتحمل المسؤولية التامة للقيام بذلك.

و الإطار المرجعي الداخلي للعميل هو الحقيقة الموضوعية التي يجب إن يتوصل إليها

المعالج و ذلك بمحاولة دخول عالم العميل الخاص فإذا تم هذا تمكن المعالج من إدراك وجدانيات العميل و انفعالاته و ساعده على التوصل إلى البصيرة.

5. يجب على المعالج إن يضيف على فترة المقابلة جوا من السماحة و التقبل مما يساعد

على التخفيف من خطر التهديد الذي يهدد ذات العميل

و هذا يصوره يساعد العميل على إن يتقبل نواحي في ذاته لم يكن ليتقبلها من قبل و يساعده

ذلك أيضا على التعبير عن وجدانيات كان يعجز عن التعبير عنها و يمهد لتقبله لنفسه

لتقبله للآخرين.

6. إن أهم عنصر في العلاقة العلاجية هو الجانب الانفعالي فالتشخيص و المعلومات و

تاريخ حياة الفرد ليس لها أهمية الجو الذي يصبغه المعالج على العلاقة بينه و بين العميل و

الذي يقوم على الإخلاص و الدقة و التقبل و الفهم.

7. التأكيد تن الفرد الإنساني ليس حيوانا و انه ليس مجرد آلة إنما هو كيان كلي موحد قوي

ايجابية و إبداعية و طموحات في تحقيق الذات و الوجود الشخصي و الإنساني.

8. الاهتمام بدراسة الإنسان و فهمه على أساس انه كيان متكامل بدلا من تقسيمه إلى فئات

أو تجزيئه إلى وحدات نوعية تضاف إلى بعضها البعض.

9. التأكيد على قيمة الإنسان و كرامته و العمل على تنمية قواه و امكاناته الايجابية يستوي

في ذلك الفرد العادي و غير العادي.

10. الاهتمام بالخبرات الشعورية كما يعيشها الفرد و يعانيتها و المعنى الذي تتخذه هذه

الخبرات بالنسبة له و التأكيد على ادراكاته لنفسه و لخبراته الشخصية و للآخرين و للمجال المحيط به كأساس لتفسير سلوكه وفهم شخصيته.

يعد مفهوم الذات Self مفهوما محورا في معظم هذه النظريات كما يعد تحقيق الذات و تأكيدها الدافع الرئيسي الذي يسعى الإنسان لإشباعه و هو يفوت الدوافع الفيزيولوجية.

مسلمات النظرية:

تتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي:

1. الخبرة .
2. الفرد.
3. السلوك .وأفضل طريقة لفهم سلوك الفرد. حسب روجرز . هي الحصول على المعلومات من التقارير الذاتية التي يكتبها الفرد عن وجهة نظره هو ومن خلال خبراته و بعد فهم سلوك الفرد يمكن تعديل الخاطئ منه من خلال تغيير مفهوم الفرد عن ذاته.
4. المجال الظاهرياتي .

المحاضرة السابعة

نظرية الذات لكارل روجرز :- Self theory

تتميز الذات الظاهرية أو المدركة كجزء ينفصل تدريجيا من المجال الإدراكي الكلي منذ يأخذ الطفل في تمييز ذاته الجسمية كشيء بارز عن الآخرين في محيط بيئته و يبدأ في إدراك إن بعض الأشياء تخصه هو (أفعال و ممتلكات مادية) و بعضها يخص الآخرين و من ثم يشرع في الإحساس بذاته و بناء تصور خاص عن نفسه في علاقاته ببيئته و المحيطين به سواء أكان هذا التصور ايجابيا أو سلبيا , واقعيا أم غير واقعي لذا يعد الذات بمثابة النواة للشخصية التي تنتظم من حولها كل مشاعر الفرد و أفكاره و تقييماته و كل ما يدخل في مجال حياته او يمت الى هذا المجال بصلة يمكن القول إن للذات أربعة أبعاد هي:

1. الذات الحقيقية :

و هي تعني ما يكونه الفرد في الحقيقة فعلا و قد يكتشف كل منا أو يقترب منه بقدرها ما.

2. الذات المدركة :

هي ما يعتقد المرء انه نفسه و ذلك في ضوء تقييمه و إدراكه لها من خلال تفاعلاته مع الآخرين و البيئة التي يعيش فيها و قد تكون الذات المدركة واقعية أو غير واقعية.

3. الذات الاجتماعية :

هي صورة المرء عن نفسه كما يعتقدونها موجودة لدى الآخرين ممن يعيش معهم , و هي تتشكل من ادراكاته لكيف يفكرون فيه و يتوقعون منه

4. الذات المثالية :

تصور الذات كما يتمنى المرء إن يحققه و يحب إن يكونه نمو الشخصية :يرى روجرس إن الطفل يولد مزودا بدافع فطري لتحقيق ذاته و انه خلال تفاعله مع ما يحيط به ينزع إلى تقييم ما يتعرض له من خبرات على ضوء ما إذا كانت محققة أو غير محققة لذاته فيقبل على الخبرات الايجابية و يعرض عن السلبية و تتحقق الذات بداية من خلال إشباع الاحتياجات الأولية (الكيفية) ثم ينمو الوعي بالذات و يتميز مفهومها كشيء مستقر يوجه السلوك و تظهر معه (احتياجات جديدة مكتسبة تكون أكثر إلحاحا من عملية التقييم و هي: الحاجة إلى الاعتبار الايجابي : يتمثل في الحصول على تقدير الآخرين خاصة ممن لهم أهمية في حياته و يتم عندما يدرك الفرد نفسه إن عملية الإشباع ذاتها متبادلة بمعنى انه ذاته مشبع لحاجة شخص آخر.

الحاجة إلى اعتبار الذات : تنشأ هذه الحاجة (التقدير) نتيجة لخبرات الطفل بإشباع أو إحباط حاجته إلى الاعتبار الايجابي من الآخرين فإذا ما اكتسب الطفل تقديرا معيناً من

الآخرين استدمجه في ذاته ثم نجده يتصرف بالكيفية نفسها تبعا لقيم الآخرين و أحكامهم

عنه ليمارس تقدير الذات

تعريف الاتجاه غير الموجه (اللاتوجيهية)

هو وصف للطريقة البسيطة والبراجماتية التي تحتم على المعالج أن :

- لا يوجه الجلسة العلاجية ويترك للعميل توجيه مجال الاستكشاف.

- يتجنب المعالج كل تدخل قد يقطع انسياب عملية السرد لأفكار العميل،

- لا يقدم نصائح أو يقترح حلولاً،

- يتجنب الأسئلة التي لا يرغب العميل في الحديث عنها.

يشير روجرز أن هذا الاتجاه يعني عدم التوجيه أو النصح أو التأويل أو الإرشاد المباشر من

جانب المعالج للعميل ، و إنما السماح للنزعة الحقيقية لدى الشخص بان تنبثق.

- فالمرشد لا يفعل أي شيء لتوجيه (المعطيات) التي يتم التعبير عنها.

- لا يطرح أي تساؤلات من شأنها توجيهه المقابلة ، و لا يطلق أي تقييمات من شأنها

استحثاث الدفاع أو إعاقه التعبير ، و يكون دور المعالج مقصورا على استجابات

العميل و عكسها و توضيحها.

- فالمعالج لا يسأل و لا يفسر و لا يشرح و لا ينصح، و إنما يعكس ما يقوله العميل فقط بلغته هو و ذلك ليتيح للعميل إدراك مغزى ما يقول و تصحيح مساره السلوكي بنفسه إذا لزم الأمر .

تتضح أهمية فنية اللاتوجيهية في العملية العلاجية من خلال المقابلة غير التوجيهية ، حيث إنها طريقة غير متحيزة تمكن من سبر أغوار الأفكار و الادراكات الخصوصية لدى الفرد.

← أسس الاتجاه غير الموجه (اللاتوجيهية)

يشكل التيار الإنساني القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي و السلوكية. يضم مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة و رؤى مشتركة، عندما اخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتيا من خلال قدرته على التعلم الذاتي و توظيفه لقدراته و إمكانياته.

العلاج النفسي غير الموجه أوالإرشاد غير الموجه ويسمى أيضا الإرشاد غير المباشر هو الاتجاه الذي يضع العميل أو الشخص في مركز دائرة الاهتمام . يهدف هذا العلاج إلى مساعدة العملاء لكي يصبحوا أشخاصا يتصرفون بالأداء الكامل و مساعدتهم على حل مشكلاتهم .

و هذا بالكشف عن ذواتهم الحقيقية و عناصر خبرتهم الشخصية المخيفة و عندئذ يتوصل الأفراد إلى شخصياتهم الحقيقية و ذواتهم بحيث لا يقتنعون بالانصياع الآلي لتوقعات الآخرين ، و يظهر الشخص عندما يرتفع تحقيقه لذاته.

خصائص الاتجاه غير الموجه (اللاتوجيهية)

التمركز حول العميل:

أهم خصائص الإرشاد غير الموجه هي التمركز حول العميل الذي ليس هناك من هو أعرف بنفسه منه، والذي هو خير بطبيعته البشرية، ومخير في سلوكه، وله حق تقرير مصيره. وأهم ما يقرر استخدام الإرشاد غير الموجه هو نضج العميل وتكامل شخصيته بدرجة تمكنه من أن يمسك هو بزمام مشكلته في يده، وأن يتحمل مسؤولية حلها بذكاء تحت توجيه المعالج غير المباشر،

إيجابيات الاتجاه غير الموجه (اللاتوجيهية)

- الاستبصار وفهم الذات والثقة في النفس.
- تعلم العميل حل المشكلات.
- اتخاذ القرارات المستقبلية.
- مبدأ احترام الفرد وحقه في تقرير مصيره.

التعاطف: Empathy

◀ مفهوم التعاطف :

- يعد التعاطف عنصرا أساسيا في عملية العلاج والإرشاد النفسي، فمن خلاله يتمكن المعالج فهم موقف العميل ومساعدته. على إدراك حالته ومشاعره والتعامل معه بطريقة ايجابية فعالة.

- التعاطف عنصر أساسي في جميع أشكال العلاج النفسي ومع جميع المتعالجين ومشكلاتهم.

- يساعد الفرد في الشعور بالراحة.

- الدافع لبذل الجهد في سبيل التغلب على الصعوبات التي تواجهه.

- يكون المختص قادرا على اختبار مشاعر العميل وفهما.

- المختص يكون قادرا على الفصل بين مشاعر العميل ومشاعره الشخصية ، وان لا تصبح مشاعر العميل جزءا من مشاعره.

◀ تعريف التعاطف :

- يتمثل التعاطف في القدرة على الإحساس بمشاعر الآخرين وفهم معنى هذه المشاعر دون فقد النفس.

- الإحساس بمشاعر الشخص من سعادة أو حزن أو غضب... الخ كما يحسها، وإدراك

الأسباب الحقيقية خلفها دون فقد للمشاعر والأحاسيس الشخصية.

- أن يكون متابعاً لحظة بلحظة ومدركاً للأسباب وراء المشاعر.

- المشاركة والتفاعل الوجداني المتزن .

اتصال بين شخصين يتمثل في ثلاثة أنواع :

1. اتصال فكري : يعتمد على تبادل الأفكار والآراء والمعلومات.

2. اتصال وجداني : يتمثل في تبادل المشاعر والانفعالات.

3. اتصال فكري ووجداني : يقوم على تفاعل مزدوج لكل من العقل والعاطفة، وهذا النوع

الثالث هو ما يميز الاتصال في مجال العلاج والإرشاد النفسي في مجال مهنة

المساعدة النفسية.

تعريف روجرز للتعاطف :

عرف روجرز التعاطف على النحو التالي " :تتكون حالة التفهم أو التعاطف من الإدراك

الدقيق للإطار المرجعي الداخلي للآخر بما في ذلك المركبات والمعاني الانفعالية التابعة

لذلك، وكأن المرء هو الآخر ولكن دون التخلي عن حالة [وكأن] ، في هذا المعنى يعني

ذلك الإحساس بألم الآخر أو فرجه، كما يشعر به هو، وإدراك أسبابه كما يدركها هو ولكن

دون أن ينسى المعالج، وكأنني أنا المجرّوح أو الفرّحان ... الخ. وعندما تضيع سمة [وكان
[يتحول الأمر إلى حالة التماهي، ولا تعود حالة تعاطف".

المحاضرة الثامنة

الأسرة

تمهيد

علم النفس الأسري هو عملية مساعدة لجميع أفراد الأسرة فرادا أو جماعا لفهم متطلبات الحياة العائلية وما يتصل بها من حقوق وواجبات متبادلة فنجد :

الطفل الحامل للعرض أو المشكلة

والوالدين

والإخوة

حتى الأقارب من الأجداد والأعمام والأخوال.

علم النفس الأسري يشير إلى مصطلح واسع يضم العديد من الطرق والأساليب التي تتبع عند العمل مع الأسرة التي تعاني من صعوبات ومشكلات عضوية ونفسية واجتماعية.

أهمية الأسرة

تعتبر الأسرة أهم خلية يتكون منها جسم المجتمع البشري إذا صلحت صلح المجتمع كله ، وإذا فسدت فسدت المجتمع كله، في كنفها يتكون النوع الإنساني إذ فيها ينشأ الفرد وفيها ،

تنطبع سلوكياته ،وتبقى أثارها منقوشة فيه ، يحملها معه ، ويورثها ذريته من بعده وتكمن أهميتها في الأمور الآتية :

هي أول لبنة في بناء المجتمع ،لأن الأسرة السوية الصالحة هي أساس الحياة الاجتماعية ، بل هي أساس المجتمع المتكامل ، لأنه عبارة عن مجموعة من الأسر المتفاعلة

تحقيق وظائف الإنسان الفطرية مثل غريزة البقاء، والتوازن في الدوافع الجنسية وتوثيق العلاقات والعواطف الاجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة .

تكسب الفرد اتجاهاته، وتكون ميوله، وتميز شخصيته، وتحدد تصرفاته، وعادات مجتمعه ولغته، فيكون لها الأثر الذاتي ،والتكوين النفسي في تقويم السلوك وبعث الطمأنينة في نفس الطفل.

تعلم أفرادها كيفية التفاعل الاجتماعي بما تكسبهم من حرف تمكنهم من العيش في أمان مع المجتمع الذي ينتموا إليه.

أهداف علم النفس الأسري

الهدف العام لعلم النفس الأسري هو مساعدة أفراد الأسرة على النمو السليم من خلال

تنمية علاقات ايجابية بينهم :

◀ من اجل تحقيق السعادة للأسرة والمجتمع.

◀ تربية الأولاد ورعاية نموهم النفسي والاجتماعي.

- ◀ تعليم أصول التنشئة الاجتماعية.
- ◀ حل وعلاج المشكلات والاضطرابات .
- ◀ تحصين الأسرة ضد الانهيار .
- ◀ تحقيق التوافق النفسي في الأسرة .
- ◀ مساعدة أعضاء الأسرة في تحديد السلوك الجديد الذي يروونه مناسباً للتخلص من مشاكلهم .

الأسرة كشبكة علاقات إنسانية اجتماعية

- تعتبر الأسرة هي المؤسسة الاجتماعية الأولى التي تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية.
- تتميز الأسرة عن غيرها من المؤسسات الاجتماعية بان العلاقات القائمة بين أفراد الأسرة، تتسم بالترابط والحب والدفء.
- تلعب الأسرة دوراً أساسياً في سلوك الأفراد بطريقة سوية أو غير سوية من خلال النماذج السلوكية التي تقدمها لصغارها.
- أنماط السلوك والتفاعلات التي تدور داخل الأسرة هي النماذج التي تؤثر سلباً أو إيجاباً في التربية.

- تحتل الأسرة مكان الصدارة بين المؤسسات الاجتماعية العديدة التي أقرتها المجتمعات الإنسانية المختلفة والآثار التي تخلفها في الزوجين والأولاد، والحاجات التي ترضيها لهم والخبرات التي توفرها.

الانفتاح والانغلاق الأسري

إن الانفتاح لا يأتي لمجرد أمر أو رغبة، ولكنه سلوك ينشأ ويتجسد من ثقافة وبيئة المكان، وأسلوب العمل.

فهناك نمط تفكيري منفتح على الآخرين، وهناك نمط آخر يجيد فن العزلة والاختباء، وبحسب طبيعة تفكير كل فرد، ونظرته إلى العالم من حوله يكون منفتحًا أو منغلقًا أو بين هذا وذاك.

هو أيضًا طريقة عمل تعتمد على أسلوب التفكير،

فالإنسان الاجتماعي بطبعه سيحتك بالآخرين ويمارس أعماله بينهم، ولا يبحث عن أشباهه فقط للجلوس أو التعامل معهم.

عالم اليوم قرية صغيرة؛ إذ ساعدت وسائل الاتصال والتقنية في ربط جميع أرجائه، وما يحدث في أي جزء منه يُشاهد ويُسمع به في ثوان معدودة.

فالإنترنت والهواتف النقالة والقنوات الفضائية والإذاعات فتحت كل الآفاق وأضحى من المستحيل أن ينعزل أي جزء عن هذا العالم المفتوح.

التوافق الأسري

التوافق في اللغة هو التالف والتقارب واجتماع الكلمة،

ونقيضه التخالف والتنافر والتصادم.

والتوافق في الاصطلاح يقصد به القدرة على التوائم من النفس (توافق نفسي) ومع البيئة

الاجتماعية (توافق اجتماعي).

• التوافق النفسي :

الشخص المتوافق مع نفسه راض عن قدراته، متقبل لشكله ومظهره، قانع برزقه، وصفاته،

قادر على ضبط نفسه عند الغضب، يشبع حاجاته بسلوكيات مشروعة .

أما الشخص غير المتوافق مع نفسه: فهو يعاني من صراع داخلي بين أفكاره ومشاعره

وحاجاته، مما يجعله ساخطا متدمرا قليل الحيوية، سريع الغضب.

• التوافق الاجتماعي :

يقصد بالتوافق الاجتماعي قدرة الشخص على تكوين علاقات اجتماعية راضية مرضية مع

من يعاشرونه، ويعملون معه،

ويعتمد التوافق الاجتماعي على ذكاء الفرد، ونضجه الانفعالي، مما يجعله يحسن التصرف

خاصة في التوافق مع الأزمات.

• التوافق الأسري :

التوافق الأسري من التوافقات الاجتماعية.

قدرة أفراد الأسرة على التوائم والتالف مع بعضهم البعض ومع مطالب الحياة الأسرية، الممثلة في سلوكياتهم وتصرفاتهم وأساليبهم في القيام بواجباتهم الأسرية وتحقيق أهدافهم وإشباع حاجاتهم والتعبير عن انفعالاتهم ومشاعرهم عن بعضهم، وجهودهم مجتمعين أو منفردين في مواجهة أحداث الأسرة العادية أو الطارئة.

يمكن تقسيم التوافق الأسري إلى :

- توافق أسري حسن، عندما تكون سلوكيات أفراد الأسرة وأهدافهم مرضية لهم نفسياً ومقبولة اجتماعياً.

- وتوافق أسري سيء عندما تكون السلوكيات والأهداف غير مرضية نفسياً وغير مقبولة اجتماعياً.

المناخ غير السوي في الأسرة

• اللاأنسنة :

لا أنسنة الأشخاص أو الموضوعات ، تجريدها من صفاتها الإنسانية ومعاملة بني البشر كأنهم أدوات أو أشياء .

على الرغم من ان معيار الأنسنة ليس واضحا تماما وليس محددًا بشكل دقيق إلا انه يستخدم كمعيار للسلوك السوي والشخصية السوية والأسرة السوية في مجال الصحة النفسية والإرشاد النفسي.

العلاقة تكون إنسانية فيما يدرك كل طرف الطرف الآخر كما هو ،
مقابل غير الإنسانية فيها يدرك احد الأطراف الطرف الآخر كشيء أو وسيلة لتحقيق غاية وليس غاية في حد ذاته وتجريده من خصائص حقوقه كإنسان ،
وكثيرا ما تخطي الروح التملكية في العلاقات ويبرر ذلك بالحب ولكن الحب النرجسي التملكي هنا يشعر الأب ان الابن جزء منه وتابع له هنا الوالد يحاول ان يشكل حياة الابن كما هو يريد هو نفسه وليس كما يريد الابن.

• الحب المصطنع للطفل:

يكون الشاب والفتاة المقدمين على الزواج ليسا ناضجين من الناحية الانفعالية بدرجة كافية ويقوم كل واحد منهم إخفاء جوانب نقصه وعيوبه متأمل أن سيكتمل شخصيته مع الزواج، ولكن عندما يتزوج الشابان سرعان ما يكتشف كل منهما عيوب الآخر ولا يجد عند صاحبه ما كان يتوقعه ويؤلف هذا الزوجان ثنائيا لاسويا .

عندما يبحثان يجدان في الطفل فرصة للتعبير عن مشاعرهما المتناقضة نظرا لأن كثيرا من حاجاتهما النفسية غير مشبعة واطرانها النفسي ليس مكتملا فإن الطفل يتخذ وسيلة لتحقيق ما ينقصهما،

ويكتشف الطفل ان حب والديه حب مصطنع أو زائف،

وعادة يطلبان (الوالدين) من ابنهما الكثير من المطالب التي قد تفوق قدراته ولا تتفق مع سنه ويطلبان منه الطاعة الكاملة والالتزام التام بقواعد الأسرة وتوجيهاتها بدون التفكير في توجيه أي انتقاد لأي جانب من جوانب حياة الأسرة باعتبار ان القائم من الأوضاع هو أفضل الأشياء للأسرة ولأعضائها.

الطفل الذي لا يجد الحب يقاسى بشدة ليس فقط لأنه يشعر بان والديه لا يحبانه الحب الخاص ولكن لان عليه ان يصدق ما يقوله وهو غير مقتنع به تماما،
بذلك يعيش بازواجية الإحساس والشعور.

• الأسرة المدمجة :

الزوجان المندمجان يتبنيان اتجاهها تعليقا تملكيا منهما نحو الآخر (بأن يقول كل واحد أنني لاشيء بدونك) ، ويسلك كل منهم وكأنهما يعرفان ما يدور برأس الآخر.

وقد يحدث الاندماج بين الطفل وأحد الوالدين وهنا يتأثر نمو شخصية الطفل باللاسوية لأن يمر بمراحل النمو الطبيعي تكون الرغبة في الاستقلال والانفصال عن الوالد وتكون شخصية مستقلة،

ولكن الوالد يمنع بكل قوته أن يستقل أو ينفصل وبالتالي تنتج أشخاص غير أسوياء.

• جمود الأدوار في الأسرة:

هنا يكون دور الفاعل (الأب، الأم) يظل يمارس سلوك هذا الدور ويظل سلوك المفعول به (الأبناء) ولا يسمح له أن يكون دور فاعل أبدا فالأدوار محددة وجامدة،

الأبناء يكون دورهم إشباع رغبات الشخص الآخر الداخلية وحاجاته النفسية وصاحب دور المفعول به ينبغي أن يكون على استعداد لعمل أي شيء يرضي الطرف الآخر.

في ضوء هذا الجمود لا يسمح لأفراد الأسرة أن ينمو ولا يستطيع أن يشبع حاجاته الخاصة ويعيش بإحساس الذنب بسبب تقصيره أو فشله في عمل ما طلبا منه ولم يحققه كما يريد الفاعل .

علم النفس الأسرة هو تخصص واسع وعم في علم النفس المهني التطبيقي قائم على مبادئ نظرية النظم، يركز على التقييم والتدخل والبحث في نظام العلاقات الشخصية للأسرة وأفرادها.

المحاضرة التاسعة

العلاج النسقي

■ - تطور التفكير النسقي:

إن تتبع تاريخ ظهور التفكير النسقي أمر شاق و ليس من السهل تتبع جميع المراحل، ولهذا سنحاول في هذا العنصر إيضاح المراحل التي مربها التفكير عموما من التفكير التحليلي والمؤسس على السببية الخطية الحقيقة الموضوعية، القابلية للتنبؤ (...) إلى تفكير نسقي والذي يتأسس على مفاهيم السببية الدائرية عدم القابلية للتنبؤ، عدم الاستقرار والحقيقة المبنية عن طريق الملاحظ.

■ - من التفكير التحليلي إلى التفكير النسقي:

إن عصر ديكارت ونيوتن كانت تغلب عليه النظرة الميكانيكية (قوانين الميكانيك، حيث أن النموذج الكوسمولوجي لنيوتن سمح بتوقع موقع كوكب عند قدومه بمجرد معرفة وضعه الماضي أي موقعه السابق، أي بمعنى آخر الماضي يحدد الحاضر والمستقبل أي أن إمكانية التنبؤ بالعالم موجودة، لكن مع تطور البيولوجيا والنظرية النسبية لأينشتاين وديناميكا الحرارة.... كل هذا ساهم في تغيير نظرة العلم، للواقع، حيث قوانين الميكانيك القديمة لا تنطبق على هذه العلوم الجديدة.

بحيث أن قوانين الديناميكا الحرارية أدخلت مفهوم غير القابلة للعودة

irréversibilité وقانون الانثروبي (**Entropie**) وهذا في السيوررات الفيزيائية والكيميائية.

في المقابل قام البيولوجي " فإن بارتالانفي " (**Bertalanffy, 1937**) مع ماسي

(Macy) بتقديم النظرية العامة للأنساق وهي نظرة جديدة للتعامل مع الأحداث والتعقيدات

والمراد هنا هو التعامل مع النسق ككل بدون عزل أجزائه، إذن فدراسة الأنظمة تسحب

ملاحظة سيوررات وعوامل متخفية، فعندما تطبق المنهج التحليلي فهذا الطرح يتركز حول

عزل أجزاء الظاهرة أجزاء النسق والتعامل معه على حدى متناسيا في ذلك مختلف

التفاعلات الواقعة.

من هنا جاءت فكرة التفاعلات وبالتالي السببية هي عوامل دائرية (**circulaires**)

وهذا ما سمحت مفاهيم السيبرنطيقيا (**cybernétique**) بفهم أجزاء منه عن طريق مفهوم

الارتجاعية (**la rétroaction**) فجميع حلقات النسق تدفع إلى أن يبقى النسق في حالة

توازن (**homéostasie**)، إذن فالنسق يصبح في حد ذاته هو أحسن طريقة لفهم نفسه

وتحديد تاريخه.

في المقابل وقبل أن تتحدد مفاهيم النسقية بدقة فقد أثبتت الميكانيك الكمية استحالة

الملاحظة دون تغيير موضوع الملاحظة (**Feynman, 1990**) كما وضع (**Heisenberg**)

مبدأ الشك والذي يرى بأن الملاحظة والقياس لظاهرة ما يتأثران بهذه الظاهرة في حد ذاتها،

بحيث أن النتيجة ليست انعكاسا للحقيقة المطلقة.

كما أن هناك عدة تساؤلات في الطب العقلي فرضت نفسها فهل المريض النفسي هو المصدر الوحيد لمرضه؟ وكيف نفسر تحسن مريض نفسي في الأسرة وظهور عرض ما عند فرد آخر، أو بالمقابل كيف نفسر تحسنات متسلسلة لأعضاء في الأسرة مرة واحدة، وكيف نفسر كذلك ظهور عرض عند أحد أفراد الأسر، بمجرد حدث جديد في الأسرة كالميلاد أو الزواج... إلخ. إذن فكيف تفسر كل هذه الظواهر، وكما يقول " موني الكاييم " (Elkaime, M, 1995) فالمريض النفسي ليس مصدر مرضه لوحده ولكن مرضه مرتبط بتغيرات علائقية مهمة للفرد ومن أجل تفسير هذا ظهر اتجاهان في هذا المنحى يحاولان الإجابة عن هذا التساؤل:

1-1- في الجهة الشرقية:

والتي كانت متأثرة بنازحين كثر من أوروبا، فالتقليد التحليلي التحليل النفسي كان له أثر كبير من التاريخ المرضي كعامل مفسر للمرض النفسي، فالحاضر يفسر عن طريق الماضي والذي ينتقل من جيل إلى جيل كالخرافة والطقوس والتقاليد والعادات في هذا الإطار الذي يمزج الحاضر بالماضي نجد " ناثان اكرمان " (Nathan, Ackerman) والذي كان من الأعمدة،

لكن أبعاده أعيد إدماجها ليس على مستوى الآثار التي تتركها هذه الأحداث على المستوى الشخصي، ولكن أعيد إدماجها في كيفية ربطها لأعضاء الأسرة ككل وكيف يصبح بإمكان الفرد التأثير على الآخرين من جهته " بوزورموني ناجي " (I.B.Nagy) حاول

تفسير هذا الرابط عن طريق ميزان الأخذ والعطاء (La balance du donné et du reçu) والذي يبرر الأفعال الحاضرة باسم العدالة العلائقية (l'éthique relationnel) والتي تأسست على أساس الشرعية (la légitimité) والاستحقاق (le mérite) والإرث الذي نحمله من أسرنا الأصلية من جانبه أصر "بوين" (Bowen) على سيرورة تفردن الذات كعامل أساسي في الأسرة (Heirman, M, 1999).

1-2- في الجهة الغربية:

كان لهم الأفضلية في التوجه نحو آفاق جديدة حيث كان هناك ملتقى متعدد لعلوم كثيرة، فمساهمة النظريات الجديدة كنظرية الأنساق لبارتا لوني (Bertalanffy) والسيبرنيطقا ... الخ أثمر بأعمال المدرسة بالو آلتو (Palo Alto, MRI) في كاليفورنيا، فمفهوم التفاعل هنا والآن أخذ خطوة هامة في أعمال هؤلاء الباحثين، ووضع جانبا أثر الماضي في الحاضر، لصالح مفهوم التوازن (L'homéostasie)، في هذا الأفق لم يصبح العرض عند الفرد عبارة عن اضطراب نفسي داخلي لكن يأخذ جذوره ويدل على اضطراب داخل النسق الأسري، ومن هنا أصبح البحث منصبا على وظيفة العرض في هذا النسق الأسري، فإن كان العرض يضمن التوازن الأسري (L'homéostasie)، فإن زواله لا يكون سهلا وسيبقى لمدة طويلة.

ومع أعمال (Weakland.J et Jackson. D, Det Watslawick) خطوات هامة ثم قطعها بحيث أظهر هؤلاء الباحثون كيف أن العرض (المرض النفسي) يمكن فهمه كنتيجة

لفعل إتصالي، وكيف أن الملاحظة وتغيير التفاعلات تساهم في خلق تغييرات جذرية وحاسمة.

بعد ذلك وبقليل ومع دخول السيبرنيطيقا الثانية (2^{ème} cybernétique) في أعمال فون فورستر (Von Forester) انقلبت الأمور بشكل أكبر، كفكرة أولى والتي كانت مفتاحية حيث أن الملاحظ (المعالج النفسي) لا يستطيع أن يكون خارج النسق الأسري الملاحظ، وبالتالي أصبح لزاما عليه أن يكون عضوا في هذا النسق الأسري يلاحظ ويغير عبر انتمائه لهذا النسق وليس كملاحظ فقط.

فكرة ثانية وهي أنه لا توجد حقيقة أخرى غير التي تبنى بين الملاحظ والملاحظ وفي هذا الأفق أصبح مفهوم الحقيقة الموضوعية أمرا نسبيا ليستبدل بالحقيقة التي تبنى بين الملاحظ والملاحظ (Elkaime, M, 1995). ومن هنا كانت الانطلاقة الحقيقية للعلاج النسقي الأسري والذي لا يزال يشق دربه حتى يومنا هذا.

المحاضرة العاشرة

المفاهيم الأساسية في المقاربة النسقية:

1- مفهوم النسق:

في البداية سوف نأخذ مجموعة من تعاريف النسق.

بالنسبة ل: (بارت الوافي V.Bertalanfy) فالنسق هو مجموعة العناصر المتداخلة فيما بينها، أي أنها ترتبط فيما بينها بعلاقات حيث إذا تغير أحد هذه العناصر أدى إلى تغير العناصر الأخرى (أوميلي حميد 2010، ص: 44) ففكرة النسق عند بارتالونفي تتأسس على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها ببعضها ببعض، وفي علاقتها بالعملية الكلية للأداء. إذن فالفكرة الأساسية في مفهوم النسق هو أن ما يهم هو العلاقة " (La relation) الموجودة بين عناصر النسق وحتى العلاقة الموجودة مع عناصر أنساق أخرى وليس العناصر في حد ذاتها، إذن فالعلاقات هي التي تحافظ على الكل ضمن أي نسق (Watslawick,J,P.1972,P :120).

كما يقسم (Fagen et Hall) الأنساق الى فرعين: مفتوحة ومغلقة، الأنساق المفتوحة،

بمعنى أنها تتبادل مع محيطها المواد الطاقة وحتى المعلومات كما في الأنظمة الحية،

في المقابل النسق المغلق (clos) هو نسق لا يستقبل ولا يرسل لاطاقة ولامادة ولا

معلومات إذن لا يوجد تغير في المكونات، كما أن النسق ينتظم حول مظهرين بنائي

ووظيفي (Salem, G.2001). وفيما يخص المظهر البنائي للنسق نلاحظ المكونات الأربعة

التالية:

➤ - حدود والتي تمثل الحد الفاصل **interface** والتي تميز النظام من البيئة التي

ينتمي إليها).

➤ - العناصر والتي يمكن تحديدها وتصنيفها في فئات.

➤ - شبكة اتصال ونقل.

➤ - خزانات من أجل التخزين

وفيما يخص المظهر الوظيفي فإن النسق يتشكل من الخصائص التالية:

➤ - تدفق ذو طبيعة مختلفة يدور بين الخزانات ويغير في المادة، الطاقة المعلومات

➤ - مراكز قرارات هي التي تراقب سرعة هذه التدفقات وهذا بالتأثير عليها.

➤ - حلقات ارتجاعية (تغذية مرتدة) والتي تعلم مراكز القرارات بما يجري وتسمح

بتعديل الأسئلة لمعرفة الأسباب.

➤ - تواقيت نتيجة الاختلاف في سير التدفقات أو مدة التخزين في الخزانات

أو احتكاكات بين عناصر النسق هذه الأوقات تسمح بالتعديل المؤقت اللازم للسير الحسن

للسق. في المقابل تعتبر الأسرة كنسق مفتوح يبحث دائما عن التوازن (**homéostasie**)

والقدرة على التحول، إن الأسرة تبحث دائماً على ضمان ديمومتها وهذا بالتكيف معقواعد

النمو (Watslawick.J.P.1975.P : 150).

والأسرة كأى نظام حي (مفتوح) كما يشير إلى ذلك (Ausloos, .2005) تسبح داخل
سيرورات تفاعلية ذاتية المرجع، والتي تهدف إلى الحفاظ على توازن هذه الأسرة، ولأجل هذا
تحتاج الأسرة كنظام حي مفتوح إلى الطاقة ومادة مثل باقي الأنظمة الحية، وهذا حتى
تضمن استمرارها وتخفف من حدة (entropie) الأنتروبي،

إن الطاقة والمادة التي تحتاجها الأسرة كنظام مفتوح هي المعلومات والتي تأتي منها
وتعود إليها. كما أن الأسرة كنسق مفتوح ضمن الأنظمة الحية لها خصائص، هذه الخصائص
تتقاسمها جميع هذه الأنظمة وهي:

1-1-(-) الكلية (La totalité):

إن مبدأ الكلية في الأنظمة الحية كالأسرة هو الكل حيث كل عنصر مربوط
بالعناصر الأخرى، والنتيجة هي أن كل تغير في أحد عناصر هذا النظام يؤدي إلى تغييرات
في العناصر الأخرى وفي النظام ككل، سواء من ناحية الوظيفية، التفاعلات أو حتى
الإنتاج.

كما أن هذا المبدأ في فهم الكلية لا يعني مجموع الأجزاء (la non-sommatives)

حيث أننا لا نستطيع فهم نظام بتجزئته إلى عناصره البسيطة أو بعزل خصائص عناصره ثم

دراسته، إذن فالنسق هو الكل يضاف إليه أشياء أخرى وليس هو مجموعاً أجزاء. فالأسرة

لا يمكن فهمها بفهم خصائص أفرادها كل على حدى (Olivier.Amiguët, 39P : .2004)

إن هذا المفهوم الكلي عن الأسرة يوجب على الأخصائي أخذ كل عناصر النسق

الأسري باهتمام حتى الأنساق الممتدة خارج الأسرة كالأهل وغيرهم، وعدم إغفال أي عنصر

في فهم سيرورة أي نسق أسري.

1-2- مجموع الأجزاء :

إن أي نسق هو مجموع يحتوي على أجزاء مختلفة، بصفة عامة نستطيع القول بأن

أي نسق يحتوي على أنساق فرعية أخرى، كما أنه محتوي ضمن أنساق أخرى أوسع منه،

فالأسرة مثلاً تحتوي على أنساق فرعية كالنسق الوالدي، نسق الأطفال، نسق الذكور والإناث

أو نسق الكبار والصغار، كما أن هذه الأسرة تسبح في أنساق أكبر منها كنسق الأجداد،

نسق الأعمام... الخ.

1-3- التماثل (isomorphisme) :

إن مسألة التماثل في الأنساق يوضحها " كوندي " (Cuendi) في دراسته حول

المقاربة النسقية، فهو يرى بأن هذه المقاربة لا تتحصر في نمط واحد من التنظيمات،

حيث يقول فكل ما تعلق بشيء، بكائن حي، بمجتمع... الخ، أو بأي شيء مربوط

بعلاقات مع أشياء أخرى يمكن أن يشكل نسقاً (Cuendi.G.P :17) إذن فالتماثل يعني

التشابه (analogie) في الأشكال، فمثلاً النسق الأسري، والنسق الخلوي (في الخلية).

4-1- الغائية المتساوية (équifinalité):

إن المعنى هذا هو أن أي نسق دائري هو مصدر، تغيراته، حيث أن نتائج نسق لا تحددها الظروف الأولية، بينما ما يهم هو طبيعة السيرورة في النسق بحد ذاته، أو بمعايير النسق، إن مبدأ الغائية المتساوية يعني أن نفس النتائج يمكن أن تكون لها أسباب مختلفة، لأن طبيعة وبنية المحددة، حيث يقول بارتالونفي في هذا الصدد إن استقرار الأنساق المفتوحة تتميز بمبدأ الغائية المتساوية، والذي يعني عكس توازن الأنظمة المغلقة والتي تحددها الشروط الأولية، إن أي نسق مفتوح يستطيع أن يصل إلى حالة من الاستقلالية بعيدا عن الظروف أو الشروط الأولية ويبقى محددًا فقط بأبعاده الذاتية (أي الخاصة بالنظام). (Elkaim.M. 1995, P :29).

كما يشير كذلك " فاتزلافيك " بأنه حتى وأن مبدأ الغائية المتساوية للأنساق المفتوحة مؤسس على إستقلالية النسق بالنسبة للظروف الأولية، فإنه ليس فقط الظروف الأولية المختلفة والتي يمكن أن تؤدي إلى نفس النتائج، لكن هناك نتائج مختلفة يمكن أن يكون لها نفس الأسباب، وفي هذا الإطار يؤكد " فاتزلافيك " على تنوع أفكار السببية المرضية للفصام وهو ما يوضح هذا الأمر، فالنظريات التي كانت ترى بأن سبب الفصام هو صدمة واحدة في الطفولة تركت مكانها لنظريات أخرى حول صدمات متكررة وليست واحدة، إذن فالقصاص في هذه الحالة لا يمكن فهمه في اتجاه واحد لفرضية الأم الفصامو- نشوئية، ولكن يجب دراسته في إطار بين شخصي حيث ظهر الاضطراب: أسرة مكان عمل الخ، وفي هذا

الإطار فإن أي سلوك ليس نتيجة أوسبب للظروف الغربية للوسط، لكن بصفة دقيقة هذا النمط ينتمي إلى النسق مرضي في حالة حركة (Watslawick.J.P.1975.P : 129).

وفي الأخير نستطيع القول أن النسق هو الذي يعود إليه تفسير نفسه، إذن فأحسن طريقة لدراسة هذا النسق كما يقول " فاتزلافيك " هي دراسة حالته الحالية.

5-1- الارتجاعية (la rétroaction):

إذا كانت عناصر أي نسق لا تنتظم بطريقة جمعية (جمع) أو خطية كما تم إيضاحه سابقا إذن فالطريقة الواحدة التي تنظم نسق هي الدائرية، إذن فقدم السيبرنيطيقا (cybernétique) و الدائرية (circularités) جعل البحث في الظواهر يكون أكثر تعقيدا ويكون الأمر أكثر من مسألة السبب والنتيجة إذن فالمسألة ليست مسألة ونتيجة، فإذا فرضنا مثلا أن (أ) هو سبب حدوث (ب) فحدث (ب) بالضرورة يترك أثرا على (أ) والذي سيؤثر بدوره على عناصر أخرى (ج) مثلا: وهكذا فالعناصر داخل النسق تؤثر وتتأثر في تفاعل دائري ارتجاعي، حيث لا يمكن تفريق السبب عن النتيجة وإنما يصبح المهم هنا هو معرفة العلاقة الموجودة بين عناصر هذا النسق، إذن فدراسة السيرورة التفاعلية داخل نسق تكون أهم من دراسة الأسباب والنتائج.

6-1) - التعديل الذاتي التوازن الحيوي والتغيير (L'autorégulation):

إن الأنظمة تميل في مرات إلى التغيير وفي مرات إلى الاستقرار، بحيث أن هذه اللعبة التغيير والاستقرار تحافظ على النسق في حالة اتزان، غير مستقر ولكن مؤقتا مما يضمن إمكانية التطور والعيش (Olivier & Amiguer, 2004, P : 45) .

كما أن التوازن الحيوي (Homéostasie) هو عبارة عن آلية للتعديل الذاتي والتي تهتم بالمحافظة على ما هو موجود كالدفاع ضد كل ما يهدد إستقرار النسق، إذن فالهدف هو الحفاظ على استقرار النسق أثناء فترات التغيير والتحول، وما يميز خاصية التوازن الحيوي هو الحفاظ على استقرار النسق وضبطه داخل نطاق الحدود المطلوبة، عندما يحدث شيء خارج نطاق المدى المقبول للنسق.

■ - تشخيص سوء اداء النسق الاسري: عندما نطبق المقاربة النسقية على

الاضطرابات النفسية.

فإن تشخيص نواة الاضطراب يكون مختلفا عن التشخيص السيكاتريو بدلا من التركيز على الحالة الداخلية للفرد فإن مدخل أنساق الأسرة يبحث عن السببية المرضية في التفاعلات التي تحدث بين مختلف أفرادها.

و بدلا من تبني النموذج الخطي في السببية المرضية فإننا ندرك بأن العلية تتعلق بتفاعلات دائرية فالطفل ليس متمردا لإن والده متسلط أو أن الوالد متسلط لإن ابنه متمرد لكن الأخرى أن كل منهما يؤثر ويتأثر وبالتالي الوقوع في توال او تكرار مزمن من السلوك.

و بدلا من التركيز على الطريقة التي يفكر بها الأفراد فإن المعالج النسقي يميل الى التركيز على التفاعلات التي تثار داخل النسق الاسري فالهدف في العلاج النسقي ليس الاستبصار و انما تغيير السلوك و بسبب انتشار العلاج النسقي في الدول الغربية فإن كل معالج رئيسي أكد على جوانب مختلفة من اداء التوظيف الاسري كمصدر للسلوك الاعراضي.

المحاضرة الحادية عشر

سوء الاداء الوظيفي للأسرة (دورة حياة)

① - دورة حياة الأسرة:

إن الصياغة المفاهيمية لمسألة مراحل تطور الأسرة قد تبلورت في الثمانينات على الرغم من أن المفهوم كان قائماً وواضحاً في فكر "جاي هيلي" (Haley) قبل ذلك في السبعينات، ومنذ ذلك فإن معالجي الأسرة قد إعترفوا بأهمية التغيرات المرتبطة بدورة حياة الأسرة كمصر رئيسي للضغوط وعدم التوازن، فهناك عدة تغيرات في دورة حياة الأسرة منذ بداية تكوينها بالزواج، ويترتب على ذلك أيضاً تغيرات ينبغي أن تتم في النسق الأسري، حتى تعيش الأسرة حياة متوازنة، وإذا فشلت في التكيف للمطالب الجديدة، فإن أدائها لوظائفها يضطرب ويسوء (علاء الدين كفاي، 1999، ص: 72). إذن فمطلب التغيير أمر عادي في حياة الأسرة، وينبغي الانتباه إلى أن الصعوبات العادية ليست هي التي تخلق المشكلات وإنما سوء تناول الصعوبة أو سوء التعامل معها هو الذي يخلق المشكلة، ويضيف إلى هذا أسلوب فكرة أن هذه التغيرات في دورة حياة الأسرة ليست بالضرورة تشكل تهديدات حقيقية للأسرة (أي هذا التغيير لا يحتم وجود مشكلة)

لكن الخوف أحيانا على توازن الأسرة وأن آليات التسيير في خطر، هنا يضع النسق

الأسري آليات بديلة من أجل الحفاظ على التوازن الحيوي (Ausloos, G.2005, P :55).

كما أن أفكار ضرورة التغيير، ومعاملة التغيرات النمائية العادية كما لو كانت مشكلة كل هذا يحتمل أن يؤدي للضغط الأسري وبالتالي فإن سوء أداء الوظيفة الأسرية يقابل هذا الضغط الأسري.

②- الانصهار في الأسرة:

قد يندمج بعض أفراد الأسرة في أحد الانساق الفرعية الى الدرجة التي يكون فيها الفرد غير قادر على التفكير او ان ذاته تذوب وسط ذلك النسق الفرعي ومشكلة الإندماج مشكلة يمكن ان يترتب عنها اثار سلبية بالنسبة للعنصر المندمج أو حتى لباقي أفراد الأسرة لأنه بذلك يتنازل عن ذاته حيث يرى " بوين " ان المرضى الفصامين عادة ما يكونون مندمجين

أو منصهرين في أسرهم. أما الأفراد الذين لديهم درجة منخفضة من الإندماجية فإنهم يكونون منفصلين إنفعاليا عن أسرهم و قادرين على التصرف باستقلالية كما يمكنهم أن يختاروا أن يكونوا عقلانيين في المواقف المشحونة انفعاليا ومن الواضح أن إستقلالية الأبناء مرتبطة اصلا باستقلالية آبائهم و عدم اندماجيتهم و هذا ما يعبر عنه " ايفان بوزورموني " ناجي بالعمل العبر جيلي أو ميزان الاخذ والعطاء (علاء الدين كفاي، 1999، ص: 72).

و بصفة عامة فإن الأفراد المندمجين هم اصحاب النصيب القليل من التمايز فهمةادة

ما يكونون استجابيين للضغوط البيئية و هذا بأحد الأساليب التالية:

❖ - الانسحاب،

❖ - الصراع

❖ - سوء الاداء الوظيفي الزوجي

❖ - سحب الطفل الى المثلث غير السوي.

و حينما يحدث البديل الأخير فإن الطفل الذي يسقط في الصراع بين الوالدين و

يشكل معهما مثلثا سيكون أقل تمايزا من والديه و بالتالي فهو أكثر عرضة لمختلف

الاضطرابات النفسية وعلى راسها الفصام (Bowen.1994).

③- تميع الحدود أو صلابتها:

يوجد داخل كل نسق أسري أنساق فرعية كنسق الابوين نسق الاخوة نسق الاجداد

نسق الأخوات..... و يفصل بين هذه الانساق الفرعية حدود و هي قواعد مضمرة تحكم

الاتصال داخل النسق الاسري فعندما تتميع هذه الحدود و تصبح غير واضحة وتغيب

القواعد.

فإن المرور بين الانساق الفرعية يكون سهلا مما يجعل الحدود غير محترمة كان تخترق

النسق الابوي من طرف الاطفال او الاجداد او قد تكون هذه الحدود صلبة و صارمة جدا

الى درجة تعوق الاتصال و يقال هنا ان الحدود صلبة أما الوضع المفضل حسب " مينوشين" هو ان

تكون هناك قواعد واضحة تسمح لكل فرد بالتميز و الإدماج.

كما يمكن أن يحدث سوء التوظيف الأسري بسبب ان الأسرة انفصلت عن البيئة الخارجية او اندمجت فيها كما يمكن أن يحدث سوء الاداء الأسري ايضا عندما تندمج الأنساق الفرعية الداخلية في الأسرة أو تتباعد.

④- عامل التفردن وسط الأسرة:

أن التناقض الذي تقتضيه وظيفة الأسرة يجعلها محل إستفهام دائم حيث أن تربية الأولاد تتطلب من الأسرة خلق روابط قوية بينالطفل والأهل حتى تسهل هذه الروابط عملية التربية، ثم تأتي بعد ذلك المهمة الثانية وهي توجيه الطفل نحو الاستقلالية التي تتطلب من الأهل فك هذه العلاقة المتينة والسماح لهذا الطفل في أحد مراحل عمره،بالاستقلالية إن اضطلاع الأسرة بهذه الوظيفة أو غيرها من الوظائف الأخرى يُعد أمرا غاية في التعقيد.

وبالتالي يصبحالاستقرار النفسي لهذا الطفل يرتبط بشكل كبير على استقرار هذه

الأسرة ان عامل التفردن (**differentiation**) داخل الأسرة الأصلية غاية في الاهمية،

فالطفل الذي يكون في علاقة التحاميه مع أمه في مرحلة ما من مراحل نموه ويحاول

بعد ذلك الانتقال إلى الاستقلالية والتفردن، هذه السيرورة لا تتحدد بالنضج البيولوجي فقط

وعامل الوحدة النفسية طفل / أم كما تقول ماهر (mahler, 1952) ، لكن هناك مجموعة

من التفاعلات داخل نسقه الأسري، فهذه التفاعلات الأسرية حسب بوين (Bowen, 1978) هي المحدد الرئيسي لدرجة تفردن كل عضو فيها، إذا فإستقلال الأبناء يؤسس على درجة التفردن التي يمنحها الأهل والجو الأسري العاطفي في الأسرة الأصلية. فمن الممكن حسب " أندولفي " (Andolfi) أن تكون في الأسر الأصلية قوانين تتحكم في النسق الأسري تنفي استقلالية الفرد عن الأعضاء الآخرين للأسرة (Andolfi, 1985, P : 05) وبالتالي يصبح هذا الفرد غير قادر على تغيير وظيفته أي الانتقال من وظيفة لأخرى بكل سلاسة.

■ - دراسة الطلب Exploration de la demander :

تُعد مرحلة دراسة الطلب مهمة جدا في البحث الأسري النسقي، حيث يقوم الباحث النسقي بدراسة الطلب أي هل أن الفرد المعني بالاضطراب هو في حاجة إلى علاج أسري أو أن الأمر يتعلق ببنية فردية مرضية، لا تستلزم علاج كل النسق الأسري.

في هذا الإطار وضع " نوبرجي " (Neuberger) في كتابه *L'autre demande* العناصر الأساسية لطلب علاج أسري نسقي، وهو يرى أن الممارسة النسقية في العلاج الأسري تتطلب توفر مجموعة من العناصر، حتى يتم توجيه الفرد الذي يعاني من اضطراب إلى علاج أسري نسقي، وهذه العناصر تكون بالإجابة عن الأسئلة التالية:

- ❖ - من هو الفرد الذي جاء طلبا للعلاج؟
- ❖ - من هو الذي يعاني أكثر في الأسرة أم أن المعاناة مشتركة؟
- ❖ - من الذي قام بطلب المساعدة لهذا الفرد أهو، أم أحد أفراد الأسرة؟

فإذا كانت المعاناة مشتركة بين أفراد الأسرة والطلب قدم من أحد أفراد الأسرة أو أنه كان مرافقا للفرد المعني، اتضح بأن الأمر يتعلق بمشكلة أسرية أكثر منها فردية، وبالتالي يمكن اقتراح العلاج الأسري على كامل أفراد الأسرة، أما إذا كانت المعاناة فردية وليست مشتركة، وكان الفرد هو من طلب المساعدة لوحده، فهنا نكون أمام بنية فردية مضطربة ولا يتعلق الأمر بنسق أسري كامل (Neuberger, 1987 . P :70).

ويختصر "نوبارجي" كل هذا في عبارة الفرد العرض أو الحامل للعرض

être symptôme ou avoir le symptôme"

بعد دراسة الطلب والتحقق من أن المشكلة المطروحة أمامنا تتعلق بأسرة بكاملها يقترح المتدخل النسقي العلاج الأسري النسقي، وهذا بعد أن يشرح للأسرة بأن الخلل في اضطراب الفرد متعلق بتفاعلات علائقية أسرية غير سليمة، وأن الحل الأمثل للتكفل بهذا الإضطراب هو تعاون جميع أفراد الأسرة، وأن حضور أفراد الأسرة مع الفرد الحامل للعرض يعطي فرصا أكبر للشفاء، كما يحاول المتدخل النسقي أن يفهم الأسرة بأنه بحاجة إلى مساعدتها، حتى يستطيع هو مساعدة الفرد المراد التكفل به.

وهنا يجب أن يضيف المتدخل النسقي الكثير من الليونة والبساطة والتواضع حتى لا يقع في فخ تكتل أفراد الأسرة ضده، وبالتالي صعوبة مواصلة العلاج الأسري.

↔ - أخذ موعد مع الأسرة للالتقاء، من أجل بدء الحصص العلاجية، وهذا يكون بالتشاور معهم كل حسب ظروفه (ظروف العمل أو التمدريس) وظروف المتدخل النسقي كذلك،

وقد يستغرق الأمر وقتاً طويلاً حتى يضبط الموعد بدقة، ثم يأخذ المتدخل النسقي رقم هاتف الأب أو الأم، كما يترك لهم رقم هاتفه (هاتف العيادة إن وجد) إذا طرأ أي تغيير في الموعد، سواء من قبل الباحث أو الأسرة.

↔- البداية في ربط علاقات مع الأسرة (L'affiliation) كما يسميها مينوشين، وهذه السيرورة تبدأ من المقابلة الأولى حتى نهاية المقابلات، أي أن الأمر يتعلق بعمل متواصل.

↔- تكلمة الجينوغرام، والذي يعد أداة لا يمكن الاستغناء عنها، وليس من الضروري تكلمته في حصة واحدة، خاصة إذا كانت العائلة موسعة وهناك أعضاء أكثر سواء في الجيل الثاني أو الثالث (يبني الجينوغرام على ثلاثة أجيال أفراد الأسرة الحاضرين الآباء والإخوة، ثم الأجداد)، وسنتطرق لهذا العنصر كتقنية لجمع المعلومات، وكتقنية بحثية.

↔- إستقصاء العرض أو فحص العرض، لكن في المقابلة النسقية يكون بداية بالفرد الحامل للعرض، ثم محاولة فهم وجهة نظر كل فرد من الأسرة للعرض، وماهي الحلول التي تم القيام بها من قبل، حسب كل فرد (Stierlin, 1979).

↔- تسيير المعلومة، وهنا يكون عن طريق الأسئلة الدائرية، حتى يتسنى لكل فرد رؤية زوايا لم يكن يراها من قبل، والمعلومة حسب " أسلوس " ليست كل معلومة، وإنما المعلومة المهمة (Ausloos,G,1983.P : 31).

↔ - محاولة بناء فرضيات عمل من خلال المعلومات والملاحظات التي يدونها

الباحث النسقي، وليس بالضروري التشبت بفرضية بعينها، حيث نستطيع بناء فرضيات ثم

نقوم بفحصها، وإن لم تكن عملية يمكن صياغة فرضيات جديدة ثم العمل عليها.

المحاضرة الثانية عشر

النسق الاسري و النسق العلاجي :

لو كان الأمر يهتم بالأسرة وحدها لاستطعنا إعتبار المعالج النسقي كملاحظ محايد لظاهرة موضوعية. هذه الملاحظة الخارجية يمكن أن تحدد درجة مرونة أو صلابة النسق الأسري و هذا عن طريق ملاحظة ظاهرة التكرارات، النمطيات في التفاعلات لكن في الأصل و بعد دخول السيبرنيطيقا الثانية اختلف الأمر و أصبح الحديث عن المعالج النسقي كطرف في هذا العلاج، أي أنه داخل النسق الأسري و بالتالي أصبح الحديث عن النسق الأسري و النسق العلاجي كنسق واحد.

و إنطلاقاً من هذا المبدأ يجب أن نفكر في مفاهيم التشخيص و التغيير وبحيث يجب ألا نأخذ في الحسبان فقط الوظائف التي يشغلها كل فرد في الأسرة و إنما كذلك الدور الذي تريد الأسرة أن تمنحه للمعالج.

فالمعالج النسقي هو عضو فعال في النسق العلاجي عندما تستطيع الأسرة أن تستعمل تدخلات المعالج من أجل إنتاج بنيتها الخاصة فإن النسق العلاجي الذي يتشكل صلب أكثر من النسق الأسري، و بالتالي فنحن نتحدث عن حالة جمود للنسق العلاجي.

لكن على العكس من ذلك عندما يستطيع المعالج أن يكسر صلابة النسق وهذا بإحداث إعادة توزيع جديدة للوظائف وللكفاءات فإن تدخلاته يمكن ان يكون لها أثر " مدخل مغير " **Imput déstabilisant** فالمعالج في هذه السيرورة العلاجية و التشخيصية يجب أن يكون قادرا على الملاحظة من الخارج رغم انتمائه إلى الداخل كقائد الأوركسترا. فهو يعزف على آتلهكن دون أن ينسى وظيفته كقائد للجوق, فالأوركسترا يجب أن تتبعه كما يجب عليها أن يعزف و يسير في نفس الوقت. (M,Audolfi,P : 14).

إذن فالمعالج ثلاثة مهام:

(1)-تحديد الوظيفة التي تريد الأسرة أن تمنحها إياه: حيث أن الآباء قبل ان يولد إبنهم فإنهم يتخيلون ما سيكون عليه, و الوظيفة التي تريد الأسرة أن تمنحها إياه فعليه كسر الحدود التي تحجبه عن الأسرة وتضييقها. كما يجب أنيتخطي هذه الحدود بسرعة (witaker,1978).

(2)-يبحث المعالج النسقي عن تعريف للوظائف التي يقوم بها كل فرد. و هذا بالبحث عن الصور التي يمكن أن تلائمه و المشهد الذي قد يكون مناسب الوضع فيه.

لكن الأمر ليس إلا محاولة لكشف حقيقة" الوظائف التي يقوم بها كل فرد. الروابط التي تجمعها, و القواعد التي تتحكم في النسق. إذن فالعملية هي بناء فرضي فقط داخل النسق العلاجي, الحقيقة جديدة, لعله يمكن للمعالج أن يقلب انتظام الأسرة الحالي و في كل هذا فالمعالج مطالب بوضع حقيقة جديدة مع الأسرة.

(3) - يجب على المعالج ان يكون قادرا على تقييم الكثافة و القوة التي سيعطيها أثناء

المعلومة **imput déstabilisateur** حتى يكون تدخله مقبولا من قبل النسق الأسري.

كل هذا يتم عبر تفاعلات علائقية بين المعالج و الأسرة، حيث يختار المعالج المعلومات المهمة و التي تأتي من النسق الأسري و تعود إليه، كما أن منهجية البحث عن المعلومات في النسق الأسري لا تكون عن طريق القنبلة بأسئلة عديدة.

إذن فالمهم ليس كتلة الأسئلة، و لكن المهم فيها التساؤل الرئيسي يكون حول فهمالصراع الحقيقي بين الميل إلى التناغم والميل إلى الإختلاف.فالتصور الذي يضعه المعالج يصبح هو الإطار الذي يحكم العلاقات في إطار النسق العلاجي، فعندما تعطي الأسرة معلومات مرتبطة بصورتها التي تريد إعطائها عن نفسها، هنا يجب على المعالج أن يفرض صورة أخرى و التي بإمكانها قطع الدوائر (circuits) الترددية القديمة .

إن المعالج يستعمل هذه الصورة الجديدة كمدخل (**imput déstabilisateur**) من أجل دراسة الكيفية التي يتعامل بها النسق إجابة الأسرة قدرتها. عدم قدرتها في التحول تعطي مؤشرات حاسمة للمعالج حتى يقيم درجة صلابة النسق كل هذه المعطيات تفرض على المعالج الأسري مرونة في تفكيره،و توسيع أفقه بحيث لا يثبت بفرضية بعينها بل بالعكس من ذلك فالفرضيات نسبية فالمعالج يبني فرضية ثم يقوم بفحصها و إذا لم تتحقق يقوم بصياغة أخرى دون الإصرار على واحدة.

❖ - إعادة التعريف : مصفوفة التغيير (la redéfinition).

❖ - إعادة تعريف العلاقة العلاجية: إن مصطلح إعادة التعريف هو ترجمة لمصطلح

redéfinition المقصود منه هو قراءة جديدة لوضع قديم.

إن تشكل النسق العلاجي هو سيرورة من خلالها يحاول المعالج الأسري التدخل من

أجل إعادة تعريف أو وضع العلاقات. حيث ينطلق من تعريف الأسرة التي تعطيه لذاتها

محاولة التغيير عن طريق دلالات جديدة للتفاعلات الموجودة بين مختلف الأفراد بينهم

و بين المعالج. إن هدف إعادة التعريف هو قلب المخططاتالاتصالية بين الأنساق الفرعية و

خلق حوار مستقر للمشهد العلائقي.

تحاول الأسرة غالباً إستيعاب جميع المعلومات الجديدة و هذا عن طريق المخططات

المألوفة، إذن فأي إعادة تعريف جديدة يمكن أن تصطدم بمخططاتمألوفة مسبقة و بالتالي

تحييدها، فالأسرة تبقى في محاولة إرساء قواعدها و مخططاتها حتى على المعالج، و هي

في سبيل البحث عن وضع المعالج داخل سجن لعبتها.

إن الأسر تحاول أن تعطي تعريفها لذاتها سواء علنيا (explicitement) أو بصورة

مخفية (implicitement) فهي تعرف ذاتها خفية عن طريق الإتجاهاتو السلوكات الغير

لفظية و التي تكون بين أفراد الأسرة و بين المعالج، أو علنيا عبر كل ما هو لغوي.

إن إعادة التعريف ليست تصغيراً للسلوك المرضي عند العميل، ولا هي خفض التوتر عنده. لكن المهم هو إعطاء السلوك المرضي قراءة جديدة وهذا يخلق إطاراً بحيث يقدم المعالج العميل ليرى بشكل جيد علاقته بمرضه و بأسرته.

← إعادة تعريف السياق: redéfinition du contexte

كل فرد يعرف نفسه بحسب ما يقوله وكذلك بأفعاله المواضيع التي يستعملها في طريقة تفعيلها في الدلالة التي يعطيها لها كل هذه العناصر تساهم في خلق السياق الذي تتم فيه التفاعلات. من جهته هذا السياق هو الذي سيحدد طبيعة هذه التفاعلات.

إن السلوكيات أو المواضيع الشخصية ذات الاستعمال المشترك و الطقوس تستعمل كلها للتعبير عن نوايا من أجل التعليق على سلوك معين للآخر. ومن أجل إقترح سياق جديد حيث تكون فيه التبادلات العلائقية ممكنة.

ومن أجل إحداث تغيير للسياق، يجب أحياناً إدخال عناصر جديدة، أو تنمة أفعال غير متوقعة. كإعادة توزيع الإطار المكاني (الكراسي) لأعضاء النسق. تغيير فترات صمت (وضعها إيقافها) (الريتم التفاعلي أو حتى خلق تبادلات بين أفراد النسق (1977) (Selvini, 1970, Audulfi, 1977). في المقابل فإن التبادلات المستقبلية ستتغير لأن السياق تم تغييره. إذن فإن المعالج النسقي بإستعمال هذه العناصر يستطيع إعادة تعريف العلاقة بواسطة طرق مختلفة، وهذا بوجوده في عدة مستويات (علائقية، سياقية....)

← إعادة تعريف المشكلة: redéfinition du problème :

إن المشكلة التي تطرحها الأسرة هي الطلب العلاجي حيث لا يمكن تعريفها أو تعريف السلوك المرضي بصفة منعزلة عن مجموع العلاقات التي ينتمي إليها هذا السلوك إذن لا يجب الخلط بين القوقعة التي نتجت و التفاعل الكيميائي الذي جاءتمنه.

هدفنا في العلاج النسقي هو نقل العرض. رؤية محتوياته العلائقية. توضيح فكرة أن العرض وظيفي من أجل حفظ الاستقرار الحالي وهذا لكافة أفراد الأسرة، و من أجل الوصول إلى هذا يجب تحليل البنية التي ينتمي إليها العرض و إعادة تعريف العلاقات التي هي أصل هذا الإضطراب، كما يجب إخراج العرض من قراءتها التصغيرية، الخطية التي تحاول الأسرة إعطائه إياه.

إن فإن المطلوب هو وضع العرض ضمن قراءة علائقية بديلة و من هنا يمكن الحديث عن علاقات جديدة، و ضمن هذه القراءة الجديدة يصبح العرض مشكلة أسرية لا مشكلة فردية. فالعرض يجب أن يوضع ضمن واقعية علائقية أكثر تعقيدا قد لا يكون من السهل إقناع الأسرة بقراءة دائرية (circulaire) للعرض لكن من الممكن وضع وجهات نظر أخرى للأسرة تكون عن طريق التدخلات العلاجية.

المحاضرة الثالثة عشر

بناء الفرضيات في المقابلة النسقية:

إن الحديث عن الفرضية هو الحديث عن شرط يجب التقيد به في العمل العيادي و بالتالي التقدم في العلاج. ما نسميه فرضية في العلاج ما هو في الحقيقة إلا تفسير يضعه المعالج ليفسر عرضاً ما في وقت معين داخل نسق أسري ما.

بالنسبة لسيلفيني (SELVINI 1983) فالفرضيات في العلاج النسقي هي تخمينات (suppositions) غير مثبتة مقبولة كأساس لعمل إستكشافي داخلي فهي تشبه الفرضيات في العلوم الأخرى لكن هذا التشكيل الفرضي في العلاج النسقي لا يجب أن يغفل أمرين :

الأول: هو ان الفرضيات في العلاج النسقي تأخذ بعين الاعتبار الوضعية العلاجية فالأمر لا يتعلق بوضع تجريبي للتأكد من الفرضية، ولكن الأمر يتعلق بوضعية تفاعلية لأعضاء النسق الأسري. ففي الأخير ليس هناك شيء لإثباته ولكن الأمر يتعلق بسيرورة يتم تفعيلها.

الثاني: الأمر الثاني وهو أنه في العلاج النسقي ليس هناك هدف الفهم ولكن التغيير فهي ليست بحثاً كما أنها ليست تجريباً، ولكن الأمر يتعلق بتصور فرضي يساعد المعالج النسقي على وضع تصور علاجي.

إن المتعارف عليه في العلاج النسقي هو أن الفرضيات في هذا الاتجاه من العلاج نسبية أي أن الفرضيات تبنى وتتهار بين العيادة والتحليل، حيث ان المعالج النسقي عندما يواجه عرضا ما في الأسرة فالمطلوب منه هو الوقوف بأكبر قدر من الموضوعية (و هو ما يشكل خطر في حالة دخول الذاتية أي القصة الأسرية للمعالجو بالتالي قد تبنى فرضيات تعني قصة المعالج أكثر من الأسرة).

ويقوم ببناء فرضياته بناء على المعطيات العلائقية التي تحدث أثناء الجلسات، ثم يقوم المعالج بتفحص هذه الفرضيات و إن لم تكن صحيحة او غير ملائمة يضعها المعالج جانبا و يقوم ببناء فرضيات أخرى، أو أنه يعدل فيها.

في هذا السياق ترى مدرسة " بالو آلتو " أنه ليس من الواجب التركيز على أسباب العرض ولا حتى التدقيق في العرض في حد ذاته وإنما المهم هنا هو حل المشكلة. أي ليس من المهم تغيير ما كان السبب في الأصل والذي سهل ظهور العرض، ولكن المهم هو إيجاد اتجاهات وسلوكيات جديدة من أجل علاج أفضل، ومن هنا جاء التساؤل الآخر لـ " بالو آلتو " هل التكفل بالعرض يكون في الأسرة لوحدها فقط؟ أم يجب العودة إلى هياكل أخرى؟

وهل لعرض جاء ليحافظ على شيء ما أم جاء ليغير شيء آخر؟

في هذا المنحى جاءت السيبرنيطيقا الأولى ¹ cybernétique، حيث كان المعالج يستكشف النسق من خارجه أي كملاحظ خارجي.

ويحاول تطبيق حيادية فعالة قدر الإمكان، لكن دائما من خارج النسق ومن هنا جاءت فكرة أن العرض يفهم كألية علائقية وأصبح بعد ذلك الحديث عن مصطلح (le patient désigné) أي بمعنى آخر العميل الحامل للعرض. إذن فالمنطق كان يعني بأن نعالج الفرد المعني مباشرة وهذا في الرؤية الخطية لكن في المقاربة النسقية فالاهتمام ينصب على العلاقات البين أسرية وعلى مختلف التفاعلات وعلى ماذا يجري داخل هذا النسق الأسري، بعد ذلك نستطيع أن نلاحظ أن العرض ينتمي إلى هذه اللعبة العلائقية والتي يجب أن تؤخذ بعين الاعتبار (Hairman, M, 1999, P : 39).

© - جاي أوسلوس Gay Ausloos:

بالنسبة له فإن الفرد الحامل للعرض هو الفرد الذي قبل دور إنتاج العرض والذي يسمح بتوازن كافي لكامل النسق.... وبالتالي يجب اعتباره الفرد الأكثر كفاءة في الأسرة، إن هذا الأمر حسب " أسلوس". ضروري ومنطقي بالنسبة للأسرة وبالتالي من المهم أن يستمر هذا العرض لكن في عوض أن يكون الفرد ضحية يصبح شريكا.

كما أن " أسلوس": "لا يعتبر العرض كاضطراب ولكن كرسالة خاصة، شكل من أشكال الاتصال مهم لكل النسق، والذي لا يأخذ معناه إلا ضمن قراءة للتفاعلات الأسرية. كما أنه يضيف بأنه لا يجب القضاء على العرض ولكن الحفاظ عليه مادام وجوده

لازما لاتزان الأسرة (Ausloos, G. 2005.P :19).

● - أندولفي Andolfi:

بالنسبة له فإن العرض هو إشارة والتي تمثل الأبنية الجامدة للعلاقات الأسرية، إنه يحمي التوازن الذي خلق حول وضعية صراعية، وعض تصنيف هذا السلوك الفردي، فالأحرى هو تفكيك وتحليل هذا العرض وإعطاؤه معنى في ظل الوظيفة والإطار الذي ظهر فيهما، وبالتالي يقول " أندولفي " فإن التشخيص يجب أن يتحول إلى تقييم وظيفة هذا العرض داخل النسق الأسري.

كما أن " أندولفي " يرى بأنه عوض اعتبار العرض مشكلة الفرد لوحده فإن هذا السلوك المرضي يجب أن مشكلة يصبح جميع أفراد الأسرة، ويجب أن يُدرك ضمن واقعية علائقية معقدة، وهذا بعد أن نصل إلى مفهوم أن العرض له وظيفة الحفاظ على النسق الأسري ككل (Andolfi&Amiguer, 1985, P : 50).

● - كايي Caillé:

بالنسبة له فإن العرض يعكس صورة لحالة أزمة لكن مع تحليل جد متقدم، فالمقصود هنا هو المحاولة الدائمة لحل الأزمة أو إضعاف شدتها، فالعرض يعطي للفرد الحق في خلق اتصال مع المعالج.

إنّ فالعرض حسب (Caillé) يشكل سببا كافيا لخلق هذه العلاقة، كما أن مصداقية العرض تكون في قدرته على إعادة الظهور دون القدرة على منعه (Caillé, Ph, 1991).

© - ايفان ناجي Van Nagy:

يتحدث " ناجي " عن الروابط التي تجمع أفراد الأسرة والتي تشكل مسرحا للعلاقات، ويُعد الولاء قوة معدلة للأنساق، إنها تأتي من قرابة الدم والأبوة، كما يضيف ناجي بأنه حتى تكون العلاقة سليمة فلا بد من وجود عدالة علائقية (*équité relationnel*) عدالة في التبادلات بحيث تكون إمكانية الأخذ والعطاء موجودة. وعندما يكون اختلال في هذه العناصر، يكون هناك محاولات لإعادة الأشياء إلى نصابها وبالتالي فالعرض ليس إلا اختلال في هذه العناصر (Hairman, M. 1999, P. 59).

© - نوبارجي Neuberger:

من ناحيته هو يطرح إشكاليتين متى يكون الفرد هو العرض أو هو حامل للعرض (*être ou avoir le symptôme*) بحيث يرى " نوبارجي " بأن وظيفة حمل العرض تعني أن المقصود هنا أن البنية الشخصية للفرد هي المسؤولة عن العرض، أما أن يكون الفرد هو العرض فهذا ما يؤشر إلى وجود خلل في النسق العائلي.

" نوبارجي " يرى بأن وظيفة العرض تؤدي بنا إلى مفهوم المجموعة كما أنها تؤدي بنا إلى الفرد والذي يعطي معنى للعرض ككل.

كما يضيف نوبارجي أن أمر حامل العرض أمر مهم لأنه يُدخل مفهوم المسؤولية

الفردية عند المجموعة (Neuberger, 1987, P. 50).

© - موني الكايم M. Elkaim:

بالنسبة لـ الكايم فهو يتحدث عن الأنساق البعيدة عن التوازن (Prigogine): أي عندما نبتعد عن المعيار يتشكل بشكل قوي إعادة انتظام جديدة، إذن فالعرض يصبح ذا وظيفة أو ميوتستاتيكية وفي مرات أخرى ذو وظيفة تأزيمية (crise) بحيث يصبح التغيير لأبد منه.

كما أن " موني الكايم " يتحدث عن العرض بوظائف أخرى كمازم للوضع وهنا فعلى المعالج أن لا يحصر تفكيره في أن العرض ينحصر في الأسرة فقط، ولكن يمكن أن يبتعد الأمر إلى أنساق أخرى بحيث تكون هذه الأنساق مشاركة في الأسرة (كالمدرسة مثلا).

إذن فالنسق الأسري ليس الوحيد الذي لديه تفسير العرض، فالعرض قد يكون ذا معنى عند التقاء نسقين في وقت ما فالمطلوب هنا كما يضيف " موني الكايم " لا يصبح إيجاد توازن بقدر ما يصبح العمل على خلق منظومات جديدة أمرا غاية في الأهمية (Alkaim, M. 1995. :P :29).

المحاضرة الرابعة عشر

المقابلات الأولى في العلاج النسقي:

تكتسب المقابلة الأولى أهمية خاصة في العلاج النسقي فأول ما يقابله المعالج النسقي هو التوتر أو القلق الذي يعترى الأسرة والذي يمكن أن يكون متوقعا و مفهوما لإن الأسرة تتعامل لأول مرة مع هذا النوع من العلاج كما انها تكون في انتظار ما سيحدث خلال المقابلات كما يجب أن يضع المعالج النسقي في حسابه بأن الأسرة ستحضر للعلاج لكن مقاومتها ستكون حاضرة سواء بشكل علني او مخفي و المطالب من المعالج أن يمتص جو القلق و التوتر. كما يجب أن ينتبه المعالج الى بعض عبارات التعاون والترحيب من قبل الأسرة و أنهم مستعدون لمساعدته فهذا الترحيب قد يخفي مقاومة شديدة إتجاه التغيير .

فالأسر كما يقول " موني الكايم " تأتي بطلب متناقض وهو غيرنا دون تغييرنا و الخوف من التغيير موجود عند جميع الاسر فالأسرة الفت طريقة توظيف اسري معين و هي ليست مستعدة للتغيير بسهولة كما ان الاسر تأتي بقناعات ان الفرد الحامل للعرض هو المضطرب و بأنالأمر لا يتعلق بنسق أسري بكامله فمن البداية نؤكد أن هذه المرحلة في العمل العلاجي هي مرحلة ربط الصلة بالأسرة وعلى المعالج أن يكتسب صداقة الأسرة و يحاول ان يندمج في النسق الاسري و أنيتوائم مع الأسرة مع أسلوبها مع ايقاعها أسلوبها لكن

دون مبالغة او افتعال حتى لا ينقلب الموقف الى مزحة او فكاهة أو سوء فهم من جانب الأسرة فهذه المرحلة هي مرحلة بناء.

إذن فعلى المعالج ان يختزن في عقله كل ما يصل اليه من معلومات و ان يقوم بداية بناء فروض العمل والتي تبنى وتتهار بين العيادة و التحليل بتسييرها و هيلذلك فإن الجهد العيادي خاصة عند معالج مبتدئ يتركز في البداية على ربط صلةقوية بالأسرة.

كما يأخذ المعالج في حسبانته تكاثف الأسرةو محاولة استدراجه للتوجهات التي تتبناها الأسرة و بالتالي ولد أي محاولة لفهم الخلل على مستوى الأسرة اذن فالمطلوب من المعالج هو دخول النسق الاسري و أن يصبح فردا منه و لكن لا يجب على المعالج ان لا ينصهر تماما فالمطلوب هو الانتماء لكن مع الإحتفاظبصفة الملاحظ.

و أيا كان الاسلوب الذي يتبعه المعالج فالمهم في المقابلة الأولى هو بناء علاقة متينة مع الأسرة و البدء في بناء فرضيات العمل و أول ما سيواجهه المعالج في المقابلات الأولى هو التفكير الخطي للأسر أي سبب نتيجة كما أن الأسرة لها قناعات بأن الفرد الحامل للعرض اذا ما عولج فإن كل امور الأسرة ستكون على مايرام.

و في كل الحالات ينبغي على المعالج ان تكون اسئلته دائرية غير خطية كما لا ينبغي له أن يجبر أحد الأفراد على الحديث و يحدث هذا غالبا مع الفرد الحامل للعرض حيث يحاول الجميع دفعه للحديث في الوقت الذي يكون فيه هذا العضو غير جاهز او غير

قادر على الحديث و الحبب هنا هو استعمال الاسئلة الدائرية كان نسال أحد أفراد الأسرة عن حال العميل أو ما المجهودات التي قامت بها الأسرة لمساعدة العميل.

و ترى " فرجينيا ساتير" ان على المعالج في المراحل المبكرة ابتداء من المقابلات الأولى ان يعطي فرصة لكل عضو في الأسرة ليعبر عن وجهة نظره فيما يتعلق بالمشكلة التي انت من بالأسرة للعلاج الاسري و من خلال الاحاديث و تحليلها و تسيير المعلومة يستطيع المعالج ان يقيم أنماط الاتصال في الأسرة تحالفاتها حدودها مائة جامدة ووظيفة كل عضو في الأسرة هل هو قادر على الانتقال من وظيفة الى اخرى بكل سلاسة أم العكس.

المحاضرة الخامسة عشر

التيارات الرئيسية في المقاربة النسقية:

إن الحديث عن التيارات النسقية يقودنا إلى الحديث عن نموذجين كبيرين، بحيث وكما أشرنا في بداية الفصل تأثرت النسقية بجهتين هما الشرق والغرب، جهة الشرقهم "النسقيون" الذين كانت لهم ميول تحليلية وهم القادمون من أوروبا، وجهة الغرب وهم مجموعة "بالو باتو" والذين كانت تسيطر عليهم النظرة البراغماتية، وهذان النموذجان هما النموذج المتزامن (synchronique) والنموذج التعاقبي أو التطوري (diachronique).

(1) - النموذج المتزامن في المقاربة النسقية:

هذا النموذج يضم مختلف وجهات النظر النسقية والتي تضع العرض في بعده العرضي (transversale)، بمعنى آخر في وقته الحاضر أي أن قيمته تفهم هنا والآن (ici et maintenant) أي لا وجود للعلاقة تاريخية بين الفرد أو بالعائلة بالنسبة للمقاربة النسقية المتزامنة فالأسرة هي نسق يتشكل من مجموعة من الأفراد في حالة تفاعل بحيث أن الاتصال هو الضابط في هذا النسق. (Inserm, 2004)

إن الهدف العلاجي من هذا التدخل النسقي هو تغيير الإطار التفاعلي العلائقي و الاتصال داخل الأسرة التي تطور فيها العرض، أما التدخلات العلاجية فهي تختلف بحسب الهدف المراد بلوغه وبالتالي هناك عدة نماذج فرعية:

1-1- النموذج الاتصالي النسقي:

كما تسمى هذه المقاربة بالعلاج التفاعلي المختصر أو السيرينيتيكي النسقي، حيث تضع في صلب اهتمامها سوء التوظيف في النظام الاتصالي عند الأسرة، طور هذا النموذج من طرف مجموعة بالو ألتو (Palo Alto باتسون Beteson ، د جاكسون Jacksson ، هيلي Hally، ويكلاند Weakland 1956). كما توبعت هذه الأعمال في 1958 بأعمال "فاتزلايك" و " فيش " (Fish) وكانت طريقة علاجهم مستوحاة من نظريات الاتصال والمعلومة ونظرية الأنماط المنطقية والسيرنطيقا، درست هذه النظرية السيرورات الاتصالية والتغيرات التي تحدث في عائلات المدمنين والفصاميين (Nguimfack.2008.P : 258).

في هذا المنحى لاحظ " باتسون ومعاونوه" (1956) أن هذه الأسر لها الميل إلى عدم التغيير، لأنه مهما كانت الصعوبات التي تواجهها (التوتر) داخلية أو خارجية، فهي تضع آليات للمقاومة وعدم التغيير وبالتالي الحفاظ على التوازن، إن هذه الأسر ترجع في كل مرة إلى العرض كآلية للمقاومة.

إن مجموعة بالو ألتو (Palo Alto) أكدت أن الأسر التي يُظهر أحد أفرادها اضطراباً، تظهر اضطرابات على مستوى أنماط التواصل الحالية، فمفهوم الرابطة المزدوجة أو الأوامر المتناقضة طور ليوضح نمطا من الاتصال غير وظيفي عند أفراد الأسرة الواحدة.

فهذا النوع من الاتصال إمراضي حيث يحمل رسالتين متناقضتين في نفس الوقت، فمجموعة " بالو آلتو "، افترضت أنه عند وجود الطفل برسالتين أو أمرين متناقضين فهو يجد نفسه في وضعية لا يمكن فهمها، فمهما كانت ردة فعله فسوف يعاقب،

ولهذا فإن " أسلوس " (2005) يقول بأنه في هذه الحالات فإن الطفل يتفاعل عن

طريق المرور إلى الفعل (Ausloos, G. 1983, P :20).

كما أن هذه المقاربة تعتبر أن الفرد الذي يطور العرض يفهم من قبل المعالج كسلوك تكيفي لهذا الإطار الاتصالي، هذا الفرد سيعتبر العضو في الأسرة الذي لديه درجة رداة فعل عاطفية مرتفعة، لأنه هو الأكثر تأثرا لحالة عدم الاتزان الأسري، إنه لا يحمل معه إلا المشكلة التي تعانيها الأسرة، وبالتالي يصبح هو العميل المخول -patient désigné-

عمليا التدخلات تكون ممركرة على الاتصال هنا والآن، و المهم في هذه المقاربة هو تحديد المشكلة وتحديد السلوكيات التي تؤطرمن جديد القيم الإطارية للعرض وليس اقتراح تأويلات. (inserm, 2004)

إن هذه المقاربة تعتمد على وصف العرض (prescription du symptôme) هذهالتقنية التي يستعملها المعالج، يمارسها عن طريق التمظهر (semblantLe)وهي ماتسمى كذلك double bindtherapeutique.

فالفرد يتغير قام أم لم يقم بالأمر المطلوب منه، والمبدأ أنه بما أن الفرد يعاني من عراقيل مرضية **contrainte pathologique** أو **double binde** الرسالة ونقيضها فالعلاج

يعتمد هنا على النقيض، أي أنه لو كانت لدينا فتاة لها فقدان الشهية العصبي فالمعالج سيطلب منها أن توقف الأكل، وأن هذا الأمر لن يضر أحدا في الأسرة وهي بالتالي ستقع في تناقض، إن لم تأكل وإن حتى أكلت لأنها تصرح في البداية أنها لا تستطيع أن تأكل حتى ولو حاولت إذن فالتناقض حله التناقض (Watslawick, J, P. 1972, P : 150).

إن وصف العرض يؤدي إلى تغيير الإطار أو الوضعية، بمصطلح آخر إن هذه التقنية تؤثر على علاقة العميل مع الوضعية أو الإطار.

1-2)- النمودج البنائي لمينوشين: إن المقاربة النسقية البنائية لصاحبها " سلفادور منوشين " (Minuchin), ظهرت في الستينيات من القرن الماضي. ويتضمن علاج الأسرة البنائي التركيز على الحاضر وليس على الماضي، وعلى تغيير السلوك وليس على إكتساب الاستبصار الذهني، فهي كما يعرفها مينوشن بأنها كجسم من النظريات والتقنيات والتي تقرب الفرد من إطاره الاجتماعي (Minuchin, S, 2005, P : 18).

كما أن مينوشن عرض نموذجا فعالا لكيفية أداء الأسرة لوظائفها تضمن صفات الانفتاح المرونة، والتنظيم. وقد حدد مينوشن بوضوح سنة (Minuchin 1974) التوازن الضروري بين مبادئ الأنساق العامة في التوازن الحيوي والتكيف عندما كتب قائلا " أن الوجود المستمر للأسرة كنسق يعتمد على مدى كفاف من الأنماط عبر التفاعلية والمرونة في تحريكها، إذا ما دعت الحاجة إلى ذلك، وينبغي على الأسرة أن تكون قادرة على تحويل

نفسها بأساليب تتناسب الظروف الجديدة، دون فقدان الاستمرارية التي توفر إطارا مرجعيا لأعضائها (Minuchin, 5.1974,P :52).

والمفاهيم النظرية التي تأسست عليها المقاربة البنائية هي:

1-2-1- الأنساق الفرعية: وتضم أربع أنساق فرعية أساسية، وكل منها له

وظائف وأنماط تفاعلاته، هذه الأنساق الفرعية هي:

①- النسق الفرعي الزوجي أو نسق الشريكين، والذي يتكون من الزوج والزوجة.

②- النسق الفرعي الوالدي، والذي يتكون من الوالدين كسلطة تنفيذية أو صانعي

القرارات في الأسرة.

③- النسق الفرعي الأخوي، ويتكون من الأخوة الأشقاء والأخوة الغير أشقاء.

④- النسق الفرعي وراء الأسري أو خارج الأسري ويتكون من الأسرة الممتدة

والأصدقاء وشبكة الدعم الاجتماعية.

والأفراد الذين يندرجون تحت كل نسق فرعي يختلفون من أسرة إلى أخرى، فمثلا

الأسرة ذات الوالد الواحد لا يوجد بها نسق فرعي زوجي والنسق الفرعي الوالدي في هذه

الأسر غالبا ما يتضمن الأجداد أو أخ أكبر لديه صلاحية اتخاذ القرار المناسب لإخوته

الأصغر، وكل عضو في الأسرة قد ينتمي إلى عدة أنساق فرعية، فمثلا الطفل الذي على

أبواب المراهقة ربما يسمح له بالدخول إلى النسق الفرعي الوالدي لفترات، على هيئة قيامه

بدور جليس الأطفال، ونفس هذا الطفل هو عضو في النسق الفرعي الأخوي، بالإضافة إلى ذلك فإن العضوية في نسق فرعي آخر تتطلب مهارات تفاعل وطرق وأساليب في أداء الوظائف التي ترتبها العلاقات، كما أن لكل نسق فرعي وظائف خاصة به في النسق الأسري ككل (روز ماري لامي، 2001، ص ص: 290-293).

وباختصار فإن النسق الفرعي الوالدي يتضمن الدعم الانفعالي والمادي للأطفال ووضع القواعد الأسرية، وإدارة نظام المكافئة والعقوبات المناسبة للتنشئة الاجتماعية للطفل، أما النسق الفرعي الأخرى فإنه يوفر الترفيه والصحة وتعديل الدور لعضو من أعضائه، أما النسق الفرعي وراء الأسري فهو الشبكة الاجتماعية والتي تستطيع.

إن مفاهيم المقاربة النسقية البنائية تتبع من قضية أن أفراد الأسرة يتفاعلون كل منهم مع الآخر في أنماط يمكن التنبؤ بها والتي يمكن أن تلاحظ والتي يمكن أن تتكرر مع الزمن، ويعتقد مينوشين ورفاقه أنه إذا ما أردنا تغيير الأنماط الأساسية والبنائية للأسرة فإنه من الواجب تغيير سلوك أفراد الأسرة، وعندما يتحول البناء فإن خبرة الأفراد في الأسرة سوف تختلف.

إن العرض الذي يبديه أحد أفراد الأسرة حسب " منوشين " هو نتيجة سوء التنظيم والتوظيف للبنية الأسرية، وهو الشاهد على التفاعلات الوظيفية الغير سليمة، والتي تعزز بالنماذج التبادلية (**paternes transactionnels**) في النسق الأسري، إن مينوشين يركز كل عمله على هذه المشكلة وهي مشكلة البنية الأسرية، حيث يعرفها بأنها شبكة العلاقات الغير

مرئية من المتطلبات الوظيفية، والتي تنظم بشكل أو بآخر الطريقة التي يتفاعل بها أفراد الأسرة. (Minuchin, S. 2005, P : 52).

الأسرة من خلالها أن تمارس حياتها الاجتماعية، وأن تقارن بين ما لديها من طرق التفاعل وقواعد الأسرة وما لدى الآخرين.

1-2-2) - الحدود: إن حدود الأنساق الفرعية عند مينوشين هي القواعد التي

تحكم أداء من ينتمون إليها،

كما أنها تحدد الوظائف وكيف ينفذ كل شخص أعماله ومسؤولياته، ولكي تؤدي

الأنساق الفرعية وظائفها على نحو مناسب ينبغي أن تكون الحدود واضحة بدرجة كافية لكي

تسمح لأعضاء النسق الفرعي القيام بوظائفهم. (روز ماري لامبي 2001، ص: 293).

وتوصف الحدود في التفاعلات عند الأسرة الصحية بأنها واضحة وبنفاذية أي تسمح

بالنفاذ، وعندما تتمتع الحدود أو تنتشوه يضطرب أداء النسق الفرعي لوظائفه، وفي هذا

الصدد يطلب مينوشين من الممارسين ملاحظة البناء الأسري، كما يطلب كذلك التركيز على

التنظيم الاسري وبالتالي الأساليب المختلفة التي ترتبط بها الأنساق الفرعية، كما عليه

ملاحظة التفاعلات الأسرية في وقتها الحالي ومحاولة فهم كيفية العمل العرض على حفظ هذا

التوازن (Meynkens- Fourez, P : 20).

ومن هذا المنطلق يركز مينيوشين على وضع خريطة للبنية الأسرية وهذا من أجل ضبط العلاقات المشاهدة هنا والآن إن الخريطة الأسرية هي التمثيل الذي يضعها الأخصائي في وقت معين فالعلاقات عموماً تتميز بتحالفات أو بالرفض.

كما أن الحدود هي قواعد تحديد من يشارك وكيف (Nguimfack.I, 2008, P :185) إن الحدود يمكن أن تكون واضحة (نصف نفاذية أو مرنة)، صلبة أو مائعة (متشابكة)، ويمثلها مينيوشين في الخريطة الأسرية بالرموز التالية:

➤ - حدود جامدة وهي تمثل بالخط المتواصل (-)

➤ - حدود غير واضحة متشابكة وتمثل عن طريق نقاط (.....)

➤ - حدود واضحة والمرنة وتمثل بخطوط منقطعة (-----)

إن خصائص الحدود هي التي تصف نمط العائلات والتبادلات العلائقية الموجودة، فالحدود الجامدة تصف الأسر المنفصلة أو المتباعدة (Désengagée) والحدود المتميعة أو غير الواضحة تصف الأسر المتشابكة (enchevêtrées) أما الحدود الواضحة فهي تصف الأسر العادية (Minuchin.S.2005. P : 147).

ويضيف " مينيوشين " أن أغلب الأسر تقع في المنطقة العادية حيث تكون الحدود مرنة وواضحة، ويؤكد في المقابل بأن مصطلح "متباعدة" و "متشابكة" لها علاقة بالأخص بنمط التبادلات أو تفضيل نمط تفاعلي معين وليس فرق نوعي بين الوظيفي وغير الوظيفي ففي المقابل تستطيع أن نرى أسراً متشابكة (كحالة الأم والطفل اللذان يحافظان على

علاقتها عن طريق رابطة التحاميه أو متباعدة (في الأسر عندما يكبر الأولاد ومع مرور الوقت يضطرون إلى الانفصال عن الأسرة الأصلية)، لكن ما هو غير وظيفي هو الذهاب إلى أقصى حد في التشابك أو التباعد (هنا يمكن الحديث عن منطقة مرضية)

(1) - المثلثات: والمقصود هنا هو أنه عندما تصبح الحد العلاقات الثنائية غير مستقرة ويزيد القلق والتوتر عند مستوى معين من الشدة الانفعالية، فإن الفردين الذين بينهما هذه العلاقة يحاولان أن يسحبا طرفا ثالثا ليكونا معه ثالثا أو مثلثا، ويستخدم أحد الأطفال كثيرا ليكون هو الطرف الثالث عندما تحدث الصراعات بين الوالدين ويلاحظ انه كلما كانت درجة اندماج الأسرة عالية كانت درجة القلق عند الوالدين أكبر، وبالتالي كان احتمال حدوث عملية التثليث أكبر أيضا (علاء الدين كفاقي، 1999، ص: 376).

(2) - العمليات الانفعالية في الأسرة النووية:

عندما ينشأ التوتر في النسق الأسري فإنه هناك أربع طرق محتملة تسلكها الأسرة لكي تخفض التوتر وكلما كانت درجة الإندماج في الأسرة عالية كانت الحاجة اشد إلى أي من هذه الطرق. وهذه الطرق الأربعة هي:

➤ **التباعد الانفعالي:** أي الابتعاد عن الطرف الآخر، ومعناه التعامل مع الطرف

الأخر وكأنه غير موجود، ويبدو أن هذه الطريقة تنشأ عن الاقتراب أكثر من اللازم.

➡ - الصراع الزوجي: وهو حل آخر لمعالجة التناقض بين الحاجة إلى التقارب

والاندماج من جهة والحاجة إلى الابتعاد والاستقلال من جهة أخرى، ويظهر التذبذب بين فترات من التقارب الزائد وفترات الشجار ثم التبعاد.

➡ - سوء أداء الوظائف عند الزوجين:

وهذا أسلوب آخر لتخفيف التوتر في النسق الأسري يعتاد فيه أو من خلاله أحد الزوجين أن يستسلم أو يتبني حلاً وسطاً لكي يحتفظ بالانسجام وبينما يحقق هذا الأسلوب هدفه الذي يكون في صالح النسق، فإنه قد يؤدي إلى شعور الزوج الذي استسلم بأن التعويض تم على حسابه وبالتالي الإحساس بالإرهاك.

➡ - تضرر الأطفال:

عندما يحدث التوتر والقلق بين الزوجين فإن الصراع بينهما يمكن أحياناً أن يتجنب إذا ما ركزا انتباههما على أحد الأطفال بدلاً من التركيز على الطبيعة الحقيقية للتوتر، وهو ما يصطلح عليه اتخاذ الطفل كبش فداء. (بالميهوب كلثوم، 2006 ص: 160)

(3) - عملية إسقاط الأسرة: هذه هي الوسيلة التي يمر بها عدم التمايز من الوالد إلى

الطفل وغالباً ما يحدث ذلك من قبل الأم، فالأم قد تسقط مخاوفها الشخصية، وربما شعورها بأنها غير قادرة وقاصرة على الطفل، ومن هنا تعامله كما لو كان يتصف بهذه الصفات وفي نفس الوقت تندمج أو تنخرط في تأرجح قلق حول الطفل،

ويستجيب الطفل بدوره إلى تفسيرها ويصبح قلقا (ويشعره من جانبه أنه قاصر وغير قادر) وقد ينخرط في سلوك من شأنه أن يؤكد وجهة نظر الأم نحوه.

(4) - تمايز الذات: طبقا لهذا المفهوم فإن الأطفال يولدون وقد حصلوا على مستويات مختلفة من التمايز للذات عن الأسرة، والبعض منهم يستطيع أن يفصل نفسه بنجاح لكي يصل إلى النضج مع أداء مستقل لوظائف الذات، بينما يبقى البعض أسير كتلة الأسرة غير المتميزة، ويكون أكثر عرضة لإن يكون مضطربا.

(5) - عملية النقل عبر الأجيال: إن المرض النفسي حسب " بوين " هو منتج في سلسلة طويلة من التعويضات يقوم بها النسق على أساس إقرار ثبات الكل على حساب بعض أجزائه، وبوضوح أكثر فإن مستوى تمايز الوالد يمكن أن ينقل إلى الابن، فالمرأة التي لا تستطيع أن تميز بكفاءة بين الوظائف الذهنية والوظائف الانفعالية سوف تميل إلى الزواج من رجل له نفس الدرجة المنخفضة من التمايز، ومن بين أطفالها سيكون هناك واحد اقل تميزا من بقية إخوته، وهذا الطفل عندما يكبر يميل إلى الزواج من شخص له نصيب متواضع أيضا من التمايز، وكلا الاثنين حينئذ يسقطان مستواهما المنخفض على طفليهما، والذي يظهر مثل هذا الخلط أو المزاج الشديد لأنظمتة الذهنية والانفعالية، وهذا هو الخلط الذي يمنع الأجهزة لديه من أن تعمل بكفاءة أو على نحو سوي، وبالتالي تكون الفرصة مواتية لظهور الأعراض المرضية (روز ماري لامبي. 2001 ص:283).

(6) - البتر الانفعالي: وهي الطريقة التي يحاول من خلالها بعض الأفراد لكي

يتعاملوا مع أسرهم المندمجة الأصلية، وهو حل متطرف، حيث أنهم يحاولون تخفيض القلق الناتج عن الاندماج الشديد بالذهاب إلى أقصى الطرف الآخر، ويفصلوا أنفسهم بالكامل عن النسق الأسري الأصلي، وفي الحقيقة فإن البتر لا يحل شيئاً ولا يحقق هدفاً لإن الفرد الذي يستخدم البتر عن الوالدين سوف يبقى حاملاً معه في العلاقات المستقبلية نفس درجة الخوف الشديد من فقدان الذات (علاء الدين كفاي 1999، ص: 380).

(7) - وضع الذرية: والمعنى هنا ترتيب الطفل بين إخوته الأكبر، الأوسط، الأصغر

وهناك صفات ترتبط بكل ترتيب، ويظهر تفاعل الصفات فيما بعد عندما يكبر الأبناء ويتزوجون، فزواج الابن الأكبر من الابنة الصغرى أو العكس من ذلك له نتائج يمكن التنبؤ بها من زاوية المسؤولية واتخاذ القرارات والصراع والتحكم، وكلما كانت درجة الاندماج الانفعالي في الأسرة عالية كانت الصفات المرتبطة بالترتيب الوالدي متضخمة.

(8) - عمليات الفعالية مجتمعية: وهذا المفهوم هو امتداد للمستوى المجتمعي الأوسع

لبعض الآراء السائدة حول أداء الوظائف الانفعالية للأسرة، ومثل النسق الأسري فإن النسق الاجتماعي يحافظ على التوازن بين الفرد والاندماج في مواجهة القلق الاجتماعي المتزايد والمتمثل في الحروب والكساد الاقتصادي... الخ وعدم التوازن في التمرين والاندماج يحدث في معظم المجتمعات وهذا مثل الأسر، فالآباء يتناوبون بين كونهم متسامحين ومتشددين ويمكن أن يحدث في المجتمع أن جماعات فرعية مندمجة بشدة ومحملة بالقلق سوف تنمو

في المجتمع وتبدأ في محاربة المجتمع، أو محاربة جماعات أخرى (علاء الدين كفاقي).
1999، ص: 381).

الخاتمة:

من خلال هذه المعارف وضع برامج وقائية لتخفيف الجريمة المنظمة وكيفية التحكم في التشخيص والتكوين الأكاديمي وتطبيق الذي يهدف إليها الطالب الجامعي ويكون مزود بقاعدة معرفية وتطبيقية في مجال علم النفس الإجرام.

هذا الفرع الجديد يستطيع به الأخصائي أن يعمل في مؤسسات عديدة متنوعة هي:

-المراكز الاستشفائية

-قطاع التعليم العالي

-قطاع التربية

-قطاع العدالة "المؤسسات العقابية"

-القطاع التضامن الاجتماعي ومراكز إعادة التربية للأحداث.

إن علم النفس الإجرامي والتنميط يتلقى مع أنواع أخرى من تخصصات منها:

- الطب العقلي والطب الشرعي

- علم النفس فإنه يتلقى مع الضحية وعلم النفس المرضي، محاضرات، الأعمال

الموجهة، والأعمال الفردية التربصات الميدانية.

* - قائمة المراجع باللغة العربية:

1. إجلال محمد سرى، (2000)، علم النفس العلاجي ، عالم الكتب للنشر والتوزيع، دب.
2. أديب محمد الخالدي(2015) علم النفس الاكلينيكي في التدخل العلاجي، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
3. أسماء بوعود،(2014) الاضطرابات النفسية بين السكولوجية الحديثة ، إصدار لجنة التراث العربي .
4. إمتثال زين الدين (2013)، باتولوجية الحياة الأسرية، الطبعة الأولى، دارالمنهل اللبناني، بيروت.
5. ايمان النواسبة (2011)، أديب والقطاونة، معجم مفاهيم والمصطلحات السلوكية، مكتبة المجمع العربي ، عمان الأردن.
6. جهاد محمود علاء الدين.(2010). نظريات وفنيات الإرشاد الأسري ، ط1، الأهلية للنشر والتوزيع، عمان-الأردن.
7. جودت عزت عبد الهادي، سعيد حسني العزة. (2004). مبادئ التوجيه والإرشاد النفسي ، ط1،مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ،عمان - الأردن.
8. جولان .(1982). علم النفس الإكلينيكي- ترجمة عطية دار الشروق مصر.
9. حامد عبد السلام زهران(1995)، الصحة النفسية و العلاج النفسي، كلية جامعة عين شمس .
10. حامد عبد السلام زهران.(1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي، عالم الكتاب الطبعة الثانية القاهرة.
11. حسين علي فايد (2005) العلاج النفسي-أصوله- تطبيقاته- أخلاقياته، مؤسسة طبية للنشر، القاهرة.

12. حسين فالح حسين(2013) علم النفس المرضي والعلاج النفسي، مركز دبيونو لتعليم التفكير، عمان الأردن.
13. رأفت عسكر(2003)، علم النفس الاكلينيكي، التشخيص و التنبؤ في ميدان الاضطرابات النفسية والعقلية.
14. روبرث سميث باتريشيا ستيفر سميث (2006) ،الإرشاد والعلاج النفسي الاسري، ترجمة: فهد عبد الله الدليم ، دار نشر النشر العلمي والطابع المملكة العربية السعودية.
15. روز ماري لامبي، ديبى دانيلز (2001)،الإرشاد الاسري للأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ترجمة: علاء الدين كفاي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
16. سامي محمد ملحم(2001)الإرشاد والعلاج النفسي -الأسس النظرية والتطبيقية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان.
17. صالح حسن احمد الداھري . (2011). علم النفس الإرشادي ،ط2، دار وائل للنشر ، عمان -الأردن.
18. عطا الله فؤاد الخالدي، د. دلال سعد الدين العلمي. (2009). لإرشاد الأسري الزواجي ، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان -الأردن.
19. علاء الدين كفاي (1999)، الإرشاد والعلاج النفسي الاسري المنظور النسقي الاتصالي، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
20. فيصل عباس(2005)، العلاج النفسي و الطريقة الفريديية، النظرية التقنية الممارسة.
21. كلثوم بلميهوب، (2006)، الاستقرار الزواجي دراسة في علم النفس، سلسلة دراسات، منشورات الحبر، الجزائر.
22. محمد النوبي محمد علي .(2010). التنشئة الأسرية ، ط1، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان -الأردن.

23. محمد عوده وكمال مرسي (1994)، الصحة النفسية في ضوء علم النفس والإسلام، الطبعة الثالثة، الكويت، دار القلم.

* - قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

24. American Psychiatric Association (1987)-Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition revised. Washington (DC): American Psychiatric Association
25. American Psychiatric Association(1980)- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Third edition. Washington (DC): American Psychiatric Association.
26. Arnaud,L,(1999), a propos d'une technique nouvelle : le génogramme.
27. Ausloos,G,(1983), symptôme, système et psychopathologie, conférence présenté au congrès de Lisbonne.
28. Blazer, DG, Hughes, D, George, LK, Swartz, M, Boyer, R.(1991)- Generalized anxiety disorder. In: Robins, LN, Regier, DA, editors. Psychiatric disorders in America: The epidemiologic catchment area study. New York (NY): Free Press.
29. Haley, J. (1963), stratégies de la psychothérapie, new york, grune and stratton : 3^{ème} éd. Edition du seuil, paris.
30. Jackson,D.D,(1981), la schizophrénie : le nœud nosologique, Paris, Édition du Seuil.
31. Kessler, RC, McGonagle, KA, Zhao, S, Nelson, CB, Hughes, M, Eshleman, S, and others(1994)-. Lifetime and 12-month
32. MARC Edmond,(2000)- Le guide pratique des psychothérapies, RETZ.

- 33.MARC Edmond,(2001)- « Filiations, ruptures, novations » in DELOURME et al, Pour une psychothérapie plurielle, RETZ.
- 34.prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry.
- 35.ROGERS Carl,(1973) - Les groupes de rencontre, DUNOD.
- 36.ROGERS Carl,(1991)- La relation d'aide en psychothérapie, ESF.
- 37.Stierlin, H, (1979), **le premier entretien familiale**, Traduit par Jacques Jeudy, Jean-Pierredelarge, éditeur .paris.
- 38.Watslawick, P. Weakland,J.H,Fisch,R.(1975): **changement paradoxe et psychothérapie**, Paris,, Édition du Seuil.
- 39.Weakland,J,H. Fisch, R. Watslawick, P.Badin,A,M.(1981), **thérapie courte: résolution d'un problème circonscrit**. Paris,Édition du Seuil.
- 40.Wittchen, H-U, Zhao, S, Kessler, RC, Eaton, WW. DSM-III-R (1994)- generalized anxiety disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry .