

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

مطبوعة دروس في وحدة:

الأسرة والاضطرابات النفسية

مستوى السنة الثانية ماستر تخصص علم النفس العيادي

إعداد:

د. بومغروزة نسيم

أستاذة محاضرة قسم "أ"

السنة الجامعية: 2023/2022

اسم الوحدة: وحدات التعليمية الأساسية

اسم المادة: الأسرة الاضطرابات النفسية

الرصيد: 05 / المعامل: 02

أهداف التعليم:

✓ يمكن الطالب أن يتعمق في مواضيع مرتبطة بالأسرة والاضطرابات النفسية والتي ستأهله إلى فهم نظري معمق لأهمية الأسرة كعامل وقاية وخطر في ظهور الأمراض النفسية.

المعارف المسبقة المطلوبة:

✓ أن يكون الطالب قد درس محتويات علم النفس الاجتماعي، علم النفس الأسري.

محتوى المادة:

- الأسرة (مفهومها وأنواعها).
- النظرية العامة للنسق.
- نظرية التواصل حسب Palo-Alto.
- أنواع النماذج النسقية.
- التفاعلات أثناء الأزمة (الأزمة بين الزوج، عند المراهق، داخل العائلة).
- اشكاليات بعد الصدمة.
- النقل النفسي.
- الاضطرابات السيكوسوماتية والعلاجات العائلية.
- العلاجات الزوجية.
- وسائل التدخل في العلاجات العائلية (المقابلة العائلية).
- المخطط الجيلي (Génogramme).
- الممارسة في إطار الشبكة والتشاور (Clinique de la concertation).

طريقة التقييم: امتحان + مراقبة مستمرة.

فهرس المحاضرات

| الصفحة | العنوان | المحاضرة |
|--------|---|-------------|
| 5 | - الأسرة (مفهومها وأنواعها). | الأولى |
| 12 | - النظرية العامة للنسق. | الثانية |
| 16 | - نظرية التواصل حسب Palo-Alto. | الثالثة |
| 25 | - أنواع النماذج النسقية. | الرابعة |
| 35 | - التفاعلات أثناء الأزمة (الأزمة بين الزوج، عند المراهق، داخل العائلة). | الخامسة |
| 45 | - اشكاليات بعد الصدمة. | السادسة |
| 55 | -النقل النفسي. | السابعة |
| 61 | - الاضطرابات السيكوسوماتية والعلاجات العائلية. | الثامنة |
| 69 | - العلاجات الزوجية. | التاسعة |
| 77 | وسائل التدخل في العلاجات العائلية (المقابلة العائلية). | العاشرة |
| 86 | - المخطط الجيلي (Génogramme). | الحادية عشر |
| 95 | - الممارسة في إطار الشبكة والتشاور (Clinique de la concertation). | الثانية عشر |
| 110 | قائمة المراجع | / |

فهرس الأشكال

| الصفحة | العنوان | الشكل |
|--------|------------------|-------|
| 87 | الخطوط العلائقية | 1 |
| 88 | الرموز | 2 |

المحاضرة الأولى

الأسرة (مفهومها وأنواعها)

- ✓ تعريف الأسرة.
- ✓ وظائف الأسرة.
- ✓ أنواع الأسرة.
- ✓ المفهوم النسقي للأسرة.

✓ تعريف الأسرة:

لطالما كانت دراسة الأسرة من مهام علم الاجتماع باعتبارها الوحدة الأساسية للبناء الاجتماعي، فنجد C. Lévi-Strauss مثلاً وهو من أشهر العلماء الذين اهتموا بموضوع الأسرة، يرى أن كلمة أسرة تدل على جماعة اجتماعية ترمي إلى ثلاثة خصائص على الأقل، وهي "أنها تستمد أصلها من الزواج، و تضم أب و زوجة و أطفال ولدوا جزاء هذا الارتباط، كما يحتمل وجود أقارب آخرين مجتمعين ضمن هذه النواة، كما يرتبط أفراد الأسرة بروابط قانونية، و حقوق و واجبات ذات طبيعة اقتصادية و بشبكة دقيقة لحقوق و محرمات جنسية، و مجموعة متغيرة و متنوعة من المشاعر مثل الحب و الحنان و الاحترام والخوف، إلخ" وهو يرى أن الأسرة طالما تميّزت بهذه الخصائص منذ أبعاد العصور وفي جميع المجتمعات الإنسانية (Lévi-Strauss, 1979).

"فالأسرة في طبيعتها اتحاد تلقائي تؤدي إليه الاستعدادات والقدرات الكامنة في الطبيعة البشرية النازعة إلى الاجتماع وهي بأوضاعها ومراسيمها عبارة عن مؤسسة اجتماعية تنبعث عن ظروف الحياة الطبيعية التلقائية للنظم والأوضاع الاجتماعية. وهي ضرورة حتمية لبقاء الجنس البشري ودوام الوجود الاجتماعي فقد أودعت الطبيعة في الإنسان هذه الضرورة بصفة فطرية. ويتحقق ذلك بفضل اجتماع كائنين لا غنى لأحدهما عن الآخر وهما الرجل والمرأة والاتحاد الدائم المستقر بين هذين الكائنين بصورة يقرها المجتمع هو الأسرة" (مصطفى الخشاب، 2008، ص 14).

يبدو واضحاً أن الأسرة جماعة اجتماعية أساسية ودائمة، ونظاماً اجتماعياً رئيسياً، وليست الأسرة أساس وجود المجتمع فحسب، بل هي مصدر الدعامة الأولى لضبط السلوك، والإطار الذي يتلقى فيه الإنسان أولى دروس الحياة الاجتماعية. وقد تغيرت الأسرة بصورة عامة بالتغيرات التاريخية الاجتماعية والاقتصادية والعمرائية التي مرت على المجتمعات في مختلف أنحاء العالم فتغير بناؤها أو تقلصت وظائفها، إلا أن الأسرة بمعناها الضيق و

المحدود والتي هي أصل تسميتها الأسرة النواة ظلّت مصدر التناسل و مصدر الرعاية الأولية المباشرة. ومن هنا فكل شخص ينتمي بشكل ما لأسرة واحدة على الأقل، ولذلك تعد الأسرة المهّد الحقيقي للطبيعة الإنسانية فضلا عن أن تجربة الحياة خلالها ضرورية لتحويل المولود إلى مخلوق إنساني يعيش في انسجام مع الآخرين (أبو أسعد الختاتنة، 2014).

✓ وظائف الأسرة:

للأسرة وظائف عدّة: كالوظيفة البيولوجية التي تعتبر من أهم وظائف الأسرة وهي عبارة عن الإنجاب والتناسل وحفظ النوع، فالأسرة هي الوسط الذي اصطلح عليه المجتمع لتحقيق غرائز الإنسان ودوافعه الطبيعية والاجتماعية. وذلك مثل حب الحياة، وبقاء النوع وتحقيق الغاية من الوجود الاجتماعي، وتحقيق الدوافع الغريزية والجنسية والعواطف والانفعالات الاجتماعية مثل عواطف الأبوة والأمومة والأخوة والغيرية، إلخ (مصطفى الخشاب، 2008، ص 15).

وظيفة اقتصادية، إذ تبدو هذه الوظيفة واضحة إذا رجعنا إلى تاريخ الأسرة. فقد كانت قائمة في العصور القديمة بكل مستلزمات الحياة واحتياجاتها. وكانت تقوم بكل مظاهر النشاط الاقتصادي وهو الاقتصاد المغلق أي الإنتاج لغاية الاستهلاك فإن الاستبدال لم يكن قد ظهر بعد أو اتسع نطاقه. وكان كل إنتاج أفراد الأسرة رهن استهلاكها. وعندما اتسع نطاق الأسرة واستقرت أوضاعها، أصبح معظم الإنتاج العائلي من خصائص المرأة، بينما ساهم الرجل بنصيب كبير في الأعمال الإنتاجية خارج نطاق الأسرة، أي أنه كان يعمل تابعا لهيئات أو مؤسسات أخرى (مصطفى الخشاب، 2008، ص 14).

إضافة إلى الوظيفة الاجتماعية التي تسمح بالتطبيع الاجتماعي، ونقل التراث الاجتماعي من جيل لآخر، وبمعنى آخر تعليم الفرد الامتثال لمطالب المجتمع، والاندماج

في ثقافته، واتباع تقاليده والخضوع لالتزاماته، ومجاراة الآخرين بوجه عام (أبو أسعد الختاتة، 2014).

✓ أنواع الأسرة:

برغم التغيرات والتطورات التي تطرأ على المجتمعات الإنسانية على مر التاريخ وعبر الثقافات المختلفة فإن هناك شكلا من أشكال الأسرة يكون البناء الأساسي لكل مجتمع من المجتمعات الإنسانية، فنجد في مجتمعنا العربي سيادة النمط النووي من الأسرة وبروزه، وتراجع النمط الممتد. وقد أدى هذا التحول البنائي من النمط الأسري الممتد إلى النمط النووي إلى إقامة علاقات أقل بين الأقارب. وترجع بعض الأسر ذلك إلى البعد المكاني والانشغال في الحياة المعيشية، كما أصبح اختيار العلاقات الاجتماعية قائما على الاستلطاف والميل الشخصي وليس على علاقات المصاهرة أو العلاقات القرابية الدموية.

والشكل الغالب للأسرة العربية هو الزوج الواحد مع الزوجة الواحدة والأبناء منهما (الأسرة النووية)، كما قد لا نجد للأسرة العربية كيان مستقل وإنما هي جزء من أسرة ممتدة عرضا أو طولا أي تجمع الأشقاء وأولاد الأعمام في الامتداد عرضا وتجمع الجد وأبنائه وأحفاده في الامتداد طولا فهي بذلك تتكون من ثلاثة أجيال أو أكثر (الأسرة الممتدة). وفي الآونة الأخيرة ظهرت الأسر ذات الأب الواحد، هي السر التي يغيب فيها أحد الوالدين نتيجة للموت أو الطلاق أو السفر ويكون الوالد الواحد الآخر هو المسؤول عن رعاية الأسرة.

ومن أنواع (أشكال) الأسرة أيضا الأسرة الأمومية وفيها تعتبر الأم القوة المسيطرة وهي أسرة أمومية النسب والإقامة، والأسرة الأبوية وفيها يعتبر الأب رئيسا ومركز القوة وسلطته ذات طبيعة مطلقة ونهائية، والأسرة المركبة هي التي تتكون من أسرتين أو أكثر من

الأسر الفردية، والأسرة المتسعة وهي أسرة زواجية يعيش فيها قريب غير متزوج لأحد الزوجين مثل الأخ أو الأخت أو ابن العم أو ابن الخال (مؤمن داليا، 2004، ص 2-3)

✓ المفهوم النسقي للأسرة:

نرى أنه تم التطرق إلى الأسرة من منظور الفكر الأنثروبولوجي والاجتماعي، الذي لا يصبح للفرد فيه وجود إلا ضمن هذه الوحدة الواسعة، ومن جهة أخرى فإننا نعلم أن علم النفس لم يحاول فهم الفرد إلا انطلاقاً من الواقع الضمن نفسي أو انطلاقاً من دراسة بعض العلاقات داخل الأسرة كالعلاقة أم-طفل، دون إمكانية الإلمام بكل العناصر العلائقية في المحيط الأسري للفرد، ومع تطور المنظور النسقي وتطبيقه على الأسرة أصبح في متناول المختصين أدوات تسمح لهم بإبراز أبعاد جديدة للظاهرة النفسية من خلال دراسة خصائص النسق الأسري.

ذلك أن مفهوم النسق يستند على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها بعضها ببعض، وفي علاقتها بالعملية الكلية للأداء، حيث يعرف النسق طبقاً لذلك بأنه "نظام معقد لعناصر متفاعلة بعضها مع بعض" Bertalanffy (1968) أما Peer (1964) فيوسّع مفهوم النسق إلى درجة أكبر حيث يقول " إن أي شيء يتكون من أجزاء مرتبطة مع بعضها البعض يمكن أن يطلق عليها اسم نسق " (نقلاً عن: كفاي علاء الدين، 1999).

ويضيف (Benoit et al, 1988, p 490) عناصر جديدة للتعريف حيث يرى أن النسق هو عبارة عن "وحدة مكونة من عناصر (والسمات المرتبطة بها) والتي هي في تفاعل" كما أنه يؤكد على إدماج العنصر الزمني.

وعليه فإن الأسرة تعتبر من المنظور النسقي على أنها " نسق مفتوح، مكوّن من أفراد ذوي خصائص معلومة متعلقة بالأدوار والوظائف والذين يتميزون من جهة أخرى بميزات

خاصة، ومثل أي نسق فإن الأسر تقع تحت وطأة ميكانزمات (morphogénèse) أي كيف يتطور النسق ويخلق تركيبات جديدة، و ميكانزم (morphostase) وهو كيفية المحافظة على التوازن، إذ يعتبر توازن النسق الأسري في السياق العلاجي على أنه مضمون من طرف المريض المعين (Benoit et al, 1988, p 491).

انطلاقاً من فكرة أن الأسرة هي عبارة عن نسق، فإن العلاج الأسري النسقي هو عبارة عن كفالة نفسية شاملة للأسرة انطلاقاً من طلب علاج موجه من طرف أو من أجل أحد أفراد نسق الأسرة، حيث يعمل الفريق المعالج على الاستجابة لهذا الطلب بإعادة صياغته ضمن إطار أكبر وبالإهتمام بالشبكة المنسوجة من طرف الأسرة، فيعمل الفريق المعالج على وضع فرضيات علاجية انطلاقاً من مصادر نظرية دقيقة، كما يقوم باقتراح نظام للحصص العلاجية بالإضافة إلى استعمال تقنيات علاجية خاصة وتقييم نتائج العلاج النفسي (Albernhé et Albernhé, 2008).

إذ يعتبر العلاج الأسري النسقي على أنه "علاج يتماشى مع النسق الطبيعي، أين يقوم المعالج أو الفريق المعالج بالتوريط المباشر للأسرة أو لبعض العناصر المهمة من أسرة المريض المعين، من أجل إحداث التغيير داخل النسق الأسري" (Bloch , 1994, P 22). وعليه فلا يكون للعرض معنى ووظيفة إلاّ إذا تم وضعه في إطار إجمالي ودائري، إذ أنه يعبر عن اختلال علائقي لا يشعر به بالضرورة أفراد الأسرة ويعمل المفحوص المعين على الخروج من الصراع، فعلى الفريق المعالج أن يدفع الأسرة إلى بناء نظرة مغايرة وعلى جعلها قادرة على إحداث التغيير.

يكمن إذن هدف العلاج من خلال المنظور النسقي في إنشاء سياق يسهل المرور من الحدود الضيقة وتوسيع الآفاق (Albernhé et Albernhé, 2008, P 2).

إذ يعتبر أصل المشكلة التي تعاني منها الأسرة أنه محاولة غير ناجعة لحل صعوبات سابقة، ذلك أن القواعد الأسرية تقف أمام البحث عن طرائق أخرى أكثر فعالية، ولذا فإن تدخل المعالج لا يهدف إلى فهم الأسباب الخفية الآتية من الماضي، ولا حتى

تطور ونمو أفراد الأسرة، وإنما يهدف مثلما سبق ذكره إلى تغيير القواعد التي تحمل طرائق حلول خاطئة. لأن حلقات التغذية الرجعية (rétroaction/feed-back) تُبقي نماذج غير وظيفية للاستجابة للوضعية المشكّلة، فتتدخل المعالج يهدف إلى وضع حلقات مختلفة للتغذية الرجعية للوصول إلى نماذج ناجعة لحل الوضعية المشكّلة (Blanchette, 1999).

فمن وجهة العلاجات الأسرية وحسب Jackson (1965) و Minuchin et al (1975) فإن الأسرة عبارة عن " نسق بيني شخصي له خصائص سبرانية، و تكون العلاقات ما بين عناصر النسق لاخطية (و لا دائرية) و إنما دورية بدلا من كونها سببية، بالإضافة إلى وجود آليات معقدة و متشابكة للتغذية الرجعية و نماذج متكررة للتفاعل ما بين عناصر النسق، و عليه يمكن النظر إلى الأعراض على أنها مجرد نوع من أنواع السلوكيات التي تعمل كميكانيزم توازني لتعديل التفاعلات الأسرية". (نقلا عن Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003)

تعتبر الأسرة في أية ثقافة نسقا أو نظاما يتكون من مجموعة من العناصر (الأفراد) تربطها علاقات وظيفية تفاعلية، يدخلها الفرد عن طريق الزواج أو الولادة لتحقيق أهداف مشتركة وأخرى فردية (أبو أسعد الختاتة، 2014).

ويرى (Broderick, 1993) من وجهة المقاربة النسقية أن الأسرة هي عبارة عن "نسق مفتوح، تحكمه قوانين، كما أنه منظم وموجه نحو بلوغ هدف معين"، ولتحقيق هدفه فإن النسق يتميز حسب G. Bateson (1971) بأنه وحدة مع وجود بنية للتغذية الرجعية قابلة على معالجة المعلومة داخل النسق الأسري وبين الأسرة والخارج أي أنساق المحيط من خلال سياقات انتقائية (نقلا عن: Smith, 1996)، فالأسرة هي إذن نسق ديناميكي في محاولة مستمرة للبقاء والتوازن أمام التغيرات والضغوط الداخلية والخارجية.

المحاضرة الثانية

النظرية العامة للنسق

✓ تعريف.

✓ مبادئ النظرية العامة للأنساق:

- مبدأ الكلية.
- مبدأ التغذية المرتدة.
- مبدأ المحصلة المساوية.
- مبدأ التوازن الحيوي.
- مبدأ الاتجاه نحو النمو ومبدأ الاتجاه نحو الانحطاط.

✓ تعريف:

يعتبر النسق على أنه نموذج رياضي تم تطبيقه (extrapolé) على المجموعات الإنسانية، وهو مجموعة من العناصر وسماتها (خصائص العناصر)، وهو يتواجد في وسط حيث يحافظ مع هذا الأخير على التفاعلات ويشكل تحت أنظمة (أنساق) التي لها علاقات فيما بينها (Blanchet, 2004).

✓ مبادئ النظرية العامة للأنساق:

يقوم النسق على مبادئ جامعة نذكر منها:

• مبدأ الكلية (Principe de totalité) :

يعتبر النسق المفتوح على أنه "كل" في انسجام وظائفه، هو يملك إذن ميزة خاصة وهي أنه وحدة لها قيمة أكبر من مجموع أجزائها (Hénil, 1995).

• مبدأ التغذية المرتدة (Rétroaction):

يدخل مبدأ التغذية المرتدة فكرة التأثير المتبادل داخل نفس النسق، وهو ما يقودنا إلى فكرة السببية الدائرية (Hénil, 1995).

تسمح السببية الدائرية بتوضيح أن سلوك الفرد يكمن أثره في سلوك الآخر، والذي يؤثر بدوره على سلوك الأول، هذا داخل دائرة أو حلقة والتي عادة ما يستحيل معرفة بدايتها ونهايتها. إذ غالبا ما نفضل أن نحدد المعنى الذي نعطيه للأحداث بالاستعانة بالسببية الخطية كأن نقول أن (أ) هو سبب حدوث (ب)، غير أن هذه الطريقة لدراسة العالم الفيزيائي لا يمكن تطبيقها على الكائنات الحيّة، فإذا أردنا أن نتوصل إلى فهم أنساقها لأبد أن ندمج التفاعلات مما يسمح بالسببية الدائرية (Blanchette, 1999).

• مبدأ المحصلة المساوية (Equifinalité):

إن النسق المنفتح يكون أكثر مرونة من النسق المنغلق فيما يتعلق بالطريقة التي يتعامل بها مع المدخلات الآتية إليه. وما يميّز النسق المنفتح أن الناتج النهائي يمكن تحقيقه وإنجازه من خلال مجموعة متنوعة من الطرق المختلفة، ولو أغلق أحد الطرق، أو فشل أحد المكونات في أداء وظيفته فإن هناك طرقاً بديلة ومكونات أخرى متاحة. وبمعنى آخر يمكن الوصول إلى نفس الهدف بطرق مختلفة وهو ما يسمى بمبدأ المحصلة الواحدة (المساوية)، حيث يمكن أن تؤدي عمليات كثيرة مختلفة إلى نفس النتائج أو نفس المحصلة (كفافي علاء الدين، 1999)

يعتبر النسق أحسن شرح لهذا المبدأ، ولفهمه لابد من تحليل التفاعلات التي تحدث داخل النسق خلال ملاحظتنا له وليس في أصلها (Hénil, 1995).

• مبدأ التوازن الحيوي (Homéostasie):

إن البحث عن التوازن الذي تمليه الحاجة إلى البقاء على الحالة الأصلية هي معلومة مهمة تسمح بفهم حاجة النسق الإنساني للتوازن الحيوي من أجل ضمان هويته وبقائه، غير أن الجانب السلبي هو وجود مقاومة أمام التغيير مما يكبح الإمكانيات التكيفية للنسق لتغييرات في نسق أكبر (Hénil, 1995).

فقد أدخل Jackson مفهوم "التوازن الحيوي الأسري" بعد أن لاحظ أنه إذا تحسّنت حالة المريض فإن لهذا غالباً انعكاس خطير على أسرة المريض العقلي (اكتئاب، حادث عرضي سيكوسوماتي، إلخ) فاستنتج أن هذه العرضية التي يحملها مختلف أعضاء النسق إنما ترجع إلى "ميكانيزمات توازنية" التي يكمن دورها في إرجاع النسق المضطرب إلى توازنه المرهف (délicat) (Blanchet, 2004).

• مبدأ الاتجاه نحو الحياة والنمو (néguentropie) ومبدأ الاتجاه نحو

الانحطاط (entropie):

يتحكم في النسق إمّا مبدأ الانحطاط (حالة من اللاتنظيم المتزايد ونقص في الطاقة)، ومعناه أنه يسير إلى نهايته. أو مبدأ النمو (زيادة معتبرة في الطاقة) وهو ما يدفعه إلى النمو، ويكون في هذه الحالة مدفوعاً من الخارج أي مع مساعدة المحيط، وعليه فإن كل نسق يسير إمّا نحو الزوال أو يتحتّم عليه النمو، إن من خصائص نسق الأسرة أنه ينمو ويتسع مع دخول عناصر جديدة، فنسق الأسرة بدون أطفال غير نسقها بعد قدوم عدّة أطفال، ولا شك بأن هناك قوانين تستحدث وأخرى تستبدل تبعاً لهذه العناصر (أبو أسعد أحمد، الختاتنة، 2014).

المحاضرة الثالثة

نظرية التواصل حسب Palo-Alto

✓ تاريخ ظهور نظرية التواصل (الاتصال).

- مدرسة بالو ألتو.
- معهد الأبحاث العقلية.

✓ مبادئ (مسلّمات) نظرية الاتصال:

- استحالة عدم الاتصال.
- مستويات الاتصال من جانبي المحتوى والعلاقة.
- تنقيط سلسلة الأفعال.
- الاتصال اللفظي وغير اللفظي.
- التفاعلات التناظرية والتكاملية.

✓ تاريخ ظهور نظرية التواصل (الاتصال):

• مدرسة بالو ألتو:

قام مجموعة من الجامعيين (ذوي آفاق مختلفة) اللاجئين في الولايات المتحدة الأمريكية جزاء الحرب العالمية الثانية، بتأسيس مدرسة Palo Alto ذات الأصل في المقاربة النسقية. و يعتبر Bateson Gregory وهو عالم بيولوجي وأنثروبولوجي على أنه أب هذه المدرسة، ففي كتابه (La cérémonie du naven) عرض فكرة أن سلوك الفرد لا ينحدر فقط عن السياقات الضمن نفسية مثلما وصفه Freud، وإنما أيضا عن علاقة هذا الفرد مع محيطه (Doutrelugne, Cottencin, et Betbèze, 2013)، فلقد أدت المجموعة الأولى لـ Palo Alto (1962-1952) مع Bateson, Haley, Weakland, Fry, Jackson دورا محددًا في ظهور المقاربة النسقية (El Kaïm, 1995).

إذا كان من المتفق عليه أن أب العلاجات الأسرية هو (N. Ackerman)، فإن تطور هذه العلاجات هو في علاقة وطيدة مع مفهوم العلاجات الأسرية النسقية التي يرجع أصلها إلى أعمال مدرسة بالو ألتو، علما أن بالو ألتو هي مدينة صغيرة تقع في ضواحي سان فرانسيسكو في الولايات المتحدة الأمريكية (Hénil, 1995).

وفي نفس الفترة التي ظهرت فيها مدرسو بالو ألتو قام W. MacCulloch بنشر كتاب عن (Les propriétés des systèmes cybernétiques) أين وصف بقاء الأنساق في حالة توازن عن طريق التغذية الرجعية (feed-back) الإيجابية أو السلبية، كما نشر G. Bateson مع J. Ruesch في (1955) كتاب مشترك تحت عنوان (التواصل والمجتمع)، والذي وضع من خلاله القواعد الأساسية للمقاربة السبرانية وللتواصل (El Kaïm, 1995).

قام بعد ذلك G. Bateson مع كلا من J. Haley و W. Fry بدراسة سلوكيات وتواصل العديد من أنواع الحيوانات والمرضى العقليين مثل الفصامين. كما كانت لهذه المجموعة علاقة وطيدة مع الطبيب العقلي M.H. Erickson ، الذي أثرى هذا التيار العلاجي بالعديد من التقنيات (Doutrelugne et al, 2013)، فقد اهتم كلا من Haley و Weakland بأعمال Erickson، من حيث مختلف مستويات التبادل التي تدور بين المنوم المغناطيسي و المفحوص، فقد كان هذا اللقاء ذو أهمية كبيرة في التوجه الذي سلكته مدرسة Palo Alto بعد ذلك، بالإضافة إلى النظرة التفاعلية، التي تعتبر ثورة مفاهيمية في الطب العقلي (El Kaïm, 1995, p161).

قام (Haley) بمحاولة تشفير (décodeur) لاستراتيجيات (Erickson) فقسّم جميع الحالات التي عالجها هذا الأخير انطلاقاً من دورات الحياة كالطفولة والمراهقة والزواج والعمل وتربية الأطفال ومغادرة الأطفال للبيت، إلخ، وذلك اقتناعاً منه بأن الأعراض مهما كانت إنما هي تشير إلى صعوبة في التكيف مع سياقات حياتية في تغيّر. يعتبر (Erickson) أنه أكثر من تأثير التقنية فإن العلاقة العلاجية هي التي تعالج، فالتقنية هي في خدمة العلاقة وليس العكس (Doutrelugne, Cottencin, et Betbèze.2013).

و قد أدت أعمال هذه المجموعة من خلال دراسة "التناقضات التجريدية للتواصل" و"الخلط في النماذج المنطقية" إلى تحضير ظهور معهد الأبحاث العقلية (MRI) Mental Research Institute (El Kaïm, 1995, p161).

• معهد الأبحاث العقلية:

كما تم تأسيس (معهد الأبحاث العقلية) (Mental Research Institute) لـ (بالو ألتو) في 1958 (و ذلك بالموازاة مع أعمال Bateson)، من طرف (D et Jules Ruskin)

Jackson, Virginia Satir حيث تم نشر العديد من الكتب المكرسة للتواصل. فقد قاموا بتحديد أساس المعارف الحالية (أنداك) في هذا المجال، كما ظهرت أسماء لامعة مثل Paul Watzlawick و John Weakland ، إلخ.

حيث قام (D Jackson) وهو طبيب عقلي ومحلل نفساني بتطبيق النظرية السبرانية على أحد أقدم الأنساق الانسانية وهي الأسرة، إذ يقول "ليس أن الأسرة في اختلال توازن جزاء هذا الفرد المريض، بل أن توازنها يتوقف على مرض هذا الأخير، وهي تعمل على إبقاءه على هذا النحو". أي أن العرض هو الذي يسمح بتوازن (homéostasie) الأسرة. وهو منطلق العلاجات الأسرية النسقية. (Doutrelugne, Y., Cottencin, O., Betbèze, J.2013) القواعد التي تقوم عليها العلاقة هي ليست ثابتة، وإنما هناك تكيف مستمر ومتبادل سواء كان شعوريا أو لا. فهي عبارة عن سياقات للتغذية الرجعية، فكل ما هو حي يتكيف وكل ما لا يتكيف يموت، وهو صحيح سواء تعلق الأمر بما هو بيولوجي أو بالعلائقي. (Doutrelugne et al, 2013)

كما عملت فرق الطب العقلي انطلاقا من سنوات الستين على تطوير تطبيقات عملية للمقاربة النسقية من أجل الأسر التي لديها عضو فصامي. ولقد شمل تأثيرها مجمل أمريكا الشمالية وأوروبا (Blanchette, 1999). وقام باحثوا (معهد الأبحاث العقلية) بتركيز جهودهم على تطبيق هذه الأفكار الجديدة في التخفيف من الألم النفسي، وأصبح السؤال الأساسي هو: كيف يمكن تغيير قواعد النسق الأسري من أجل إزالة العرض الذي يحمله أحد أفراد الأسرة؟ وهنا تركت النظرية العامة للأنساق المكان لتقنيات التغيير أي التقنيات العلاجية (El Kaïm, 1995, p178).

وحددت دراسة التواصل داخل الأسرة دور مفاهيم مثل مفهوم القواعد والمعايير والعلاقات المتماثلة (symétriques) والعلاقات المتكاملة. وفي 1967 نشر Watzlawick et al كتاب (Une logique de la communication) الذي يعرض دور التواصل في العلاقات

البيشخصية، وتم تقديم الأسرة على أنها نسق مفتوح، إذ يرى الباحثون أن الطريقة الوحيدة لفهم الأسرة هو اعتبارها كذلك (أي نسق مفتوح) (Blanchette, 1999).

ومع ظهور هذه المقاربة الجديدة، لم يصبح موضوع العلاجات هو من يحمل العرض، وإنما مجمل نسق علاقات الخلية الأسرية، فلم يصبح الاهتمام منصبا عن البحث على أسباب الصعوبات الماضية " للمريض المعين" وإنما تغيّر البنية العلائقية للنسق الأسري، بغض النظر عن أصل المشكل (El Kaïm, 1995, p179). ذلك أنه من خلال أعمال (معهد الأبحاث العقلية) ظهرت الفكرة الرئيسية في العلاجات الأسرية النسقية والتي مفادها أن الفرد المريض داخل الأسرة ما هو إلا ضحية للنسق الأسري المريض (Hénil, 1995).

يمكن أن نقول إذن أن مدرسة بالو ألتو قد تكونت من فريقين مهمين، الفرقة الأولى بزعامة Bateson نحو 1950 و التي ضمّت Don Jackson و J. H. Weakland و J. Haley، أمّا المجموعة الثانية فتكونت في 1958 مع Don Jackson حيث ضمّت الأسماء التالية: V. Satir و P. Watzlawick و انضم إليهم لاحقا كلا من J. Haley و J. H. Weakland في 1962 (Hénil, 1995). و على هذا الأساس يعتبر Bateson و Jackson على أنهما الشخصيتين المركزيتين في مدرسة بالو ألتو، فقد عمل كلاهما على نسج و بناء الإطار الذي تطورت فيه النظريات و التطبيقات العيادية اللاحقة (Hénil, 1995)

✓ مبادئ (مسلمات) نظرية الاتصال:

تم بناء هذه النظرية انطلاقاً من أعمال Bateson ومجموعة باحثي مدرسة Palo Alto التي ظهرت حوله في سنة 1957 أين تمت دراسة الآثار البراغماتية للاتصال الإنساني - بمعنى آثاره على السلوك - مع التركيز خصوصاً على اضطرابات هذا السلوك. فكانت إذن هي أولى المدارس التي قامت بدراسة اضطرابات الاتصال في الأنساق الأسرية (نقلاً عن Blanchet, 2004).

وفي عام 1967 نشرت مجموعة باحثين من معهد الأبحاث العقلية خلاصة خبرتهم في كتاب "برجماتيات الاتصال الإنساني" « Pragmatics Of Human Communication » ، و الذي يمثل توليفة من نظرية الاتصال و نظرية الأنساق و الأمراض النفسية مع لمسات من الفلسفة و الأدب و الرياضيات (كفافي، 1999). حيث قام كل من Watzlawick, Helmick Beavin, and Jackson باقتراح عدد من مبادئ الاتصال الإنساني أو كما تسمى بالمسلمات الخمسة للاتصال، وهي:

• استحالة عدم الاتصال *L'impossibilité de ne pas communiquer*:

إذا اعتبرنا التواصل على أنه عبارة عن نقل معلومة ونهتم بالسياقات التي تعمل على إرسال وعلى استقبال الرسالة، فيمكن أن نؤكد أن كل السلوكات لها قيمة رسالة، سواءً كانت حاملة للمعلومة، وهذا بصفة مستقلة عن نية المرسل أو المستقبل.

فالنمط اللفظي لا ينقل إلا جزء صغير من المعلومة بين الأشخاص، لكننا عادة ما نكون أكثر انتباهاً لما نقول مما نحن انتباهاً لما نفعل، وكل واحد منا يعلم أهمية الأيماءات والنبرات وصمت الآخرين.

كما نعلم من جهة أخرى أن ليس هناك سلوك مضاد، فكل ما نقوم به من سلوكات حتى السلوك السلبي (passif) مثل التفكير هي عبارة عن سلوكات والنتيجة المنطقية لما سبق أنه لا يمكننا أن لا نتواصل (Blanchette, 1999).

• مستويات الاتصال من جانبي المحتوى والعلاقة

: Niveaux de la communication contenu et relation

لقد درس Bateson طويلا ظاهرة التشفير (le codage) في عملية التواصل عند الإنسان، ونقصد بالتشفير الترجمة الداخلية للأحداث الخارجية، ففي النظام الإدراكي، يمكن لحواسنا أن تستثار بعدة مظاهر تحيط بنا. وهو ما يحفز على ظهور سياقات معقدة من التحولات.

إذ نجد أن هناك نوعين من التشفير الذي يستعمل من طرف الإنسان في تفاعلاته مع العالم الذي يحيط به: تشفير المحتوى (digital) أي معنى الكلمات والإشارات المفهومة وتشفير العلاقة (analogique) بمعنى الإشارات المظهرية كالأفعال واللغة المنطوقة والحركات والإيماءات والهيئات الجسدية والأداءات (Blanchette, 1999).

فكل اتصال له مضمون وله جانب علائقي، علما بأن الجانب العلائقي يؤثر في المضمون، وأحيانا ما يصنف المضمون طبقا للجانب العلائقي، الذي يمثل كذلك نوعا من الاتصال البعدي Metacommunication (كفافي، 1999، ص 365).

• تنقيط سلسلة الأفعال : Ponctuation de la séquence des faits

من بين الخصائص الأساسية للاتصال هي أنه عبارة عن تفاعل أو تبادل للرسائل بين الأشخاص، حيث يكون هذا الاتصال على شكل سلسلة مستمرة من التبادلات وهي ما يطلق عليها Bateson و Jackson بـ "تنقيط سلسلة الأفعال" ويعتبران كل عنصر من السلسلة على أنه مثير و استجابة و تعزيز في آن واحد. إذ يعتبر عنصر معين من سلوك (أ) "مثير" بما أنه سيتبع بعنصر من (ب) والذي سيتبع بدوره بعنصر آخر من (أ)، ومن جهة أخرى فإنه بما أن العنصر الخاص بـ (أ) هو موجود بين عنصرين من (ب) فهو يعتبر "استجابة"، ونفس الشيء للعنصر الخاص بـ (أ) الذي يعتبر على أنه "تعزيز" بما أنه يتبع

عنصرًا قد صدر عن (ب). وعليه فالتبادلات التي نفحصها الآن تشكل سلسلة تتداخل الروابط فيها لتشكل ثلاثيات تشبه كل رابطة منها بتسلسل من "مثير-إستجابة- تعزيز" (Watzlawick & al, 1972).

فطبيعة العلاقة تتوقف على علامات الترقيم والوقف (Punctuation) لفهم التابع الاتصالي بين المتواصلين (كفافي، 1999، ص 365). كما يرى (Watzlawick & al, 1972) أن تنقيط سلسلة الأعمال تهيكّل السلوكات وهي بذلك أساسية لمواصلة التفاعل.

• الاتصال اللفظي وغير اللفظي et Communication digitale et analogique

تتصل الكائنات الإنسانية على هيئة رقمية (Digital) ثنائية منفصلة (إما ... وإما) وعلى هيئة تناظرية (Analogically). يشبه الاتصال الرقمي الاتصال الرمزي في أنه يعتمد على رموز محددة بشكل تعسفي لأنها ربما لا ترتبط بالشيء الذي ترمز له، فليس هناك صلة خاصة أو رابطة معينة بين حروف كلمة (قطة) والقطة. والاتصال الرقمي يصف الموضوعات أو يتكلم عنها، ولكنه غير مناسب للتعامل مع العلاقات. أمّا الاتصال التناظري فهو مثل اتصال "العلامات" يعتقد أنه أقدم ويرتبط مباشرة بالشيء. والكلمات في معظم الحالات هي (رموز - Symbolic) رقمية، أما الاتصال غير اللفظي (العلامات) فهو تناظري. والإنسان وحده دون سائر المخلوقات هو الذي يستطيع أن يقوم بالاتصال الرقمي والاتصال التناظري (كفافي، 1999، ص 366)

يتميّز الاتصال الإنساني إذن بوجود نمطين، فالإنسان يتواصل بطريقة لفظية ذات أهمية كبيرة في تبادل المعلومات ونقل المعارف عبر الزمن، كما أنه يتواصل بطريقة غير لفظية أي حركات الجسم، الإيماءات، التغيّرات في نبرة الصوت، إيقاع وتواتر الكلمات وكل التظاهرات غير اللفظية التي تسمح بها العضوية (Watzlawick & al, 1972).

• التفاعلات التناظرية والتكاملية و Interaction symétrique et :complémentaire

هي علاقات قائمة إمّا على المساواة أو على الاختلاف، في الحالة الأولى يميل الرفقاء إلى تبني سلوك متطابق، يمكن إذن أن يطلق على تفاعلاتهما على أنها تناظرية، في الحالة الثانية يكمل الواحد سلوك الآخر لكي يكونان جشتالت من نوع مختلف، يطلق عليها تكاملية. تتميز إذن التفاعلات التناظرية بالمساواة وتقليل الاختلاف، في حين تقوم التفاعلات التكاملية على زيادة الاختلاف (Watzlawick & al, 1972).

نجد في العلاقة التكاملية مرتبتين مختلفتين، حيث يحتل أحد الرفقاء وضعية مرتفعة ويحتل الآخر الوضعية المرافقة أي السفلى، لا يرمي ذلك إلى معنى "جيد" أو "سيئ"، "قوي" أو "ضعيف". يحدّد السياق الاجتماعي والثقافي في بعض الحالات علاقة تكاملية كعلاقة أم-طفل، طبيب-مريض، مدرس-طالب، أين يطغى على العلاقة طابع التضامن والتكامل (Watzlawick & al, 1972).

المحاضرة الرابعة

أنواع النماذج النسقية

✓ الانفتاح والانغلاق في النسق الأسري:

- النسق المنغلق من الأسرة.
- النسق المنفتح من الأسرة.

✓ تغير النسق الأسري.

✓ الانفتاح والانغلاق في النسق الأسري:

يمكن النظر إلى النسق من زاوية الانفتاح أو الانغلاق فيوصف النسق بأنه نسق منفتح إذا كان يحافظ على نفسه من خلال عملية مستمرة من المدخلات والمخرجات، أي أنه في حال تبادل دائم. للمعلومات والطاقة مع البيئة الخارجية، وهو بذلك يتجدد وينمو.

أما النسق المنغلق فإنه مبتور الصلة بما حوله، ولا يسعى إلى تبادل المعلومات والطاقة مع البيئة المحيطة بل يحاول أن يحافظ على توازنه داخل حدوده فقط. وقلنا أيضا أن الأنساق الإنسانية والاجتماعية مثل الفرد والأسرة عادة ما تكون أنساق منفتحة، بعكس الآلات مثلا فإنها أنسقة أو أنساق منغلقة.

ويلاحظ أن هناك أسرا أقرب إلى الانغلاق منها إلى الانفتاح وتتسم بالتشدد والانعزال، وهي الأسر التي تكون قدرتها على التكيف أقل، وهي أيضا أقل مرونة وقدرة على التغيير، وهي غير قادرة على الاستفادة من التجارب الجديدة، وأقل قدرة على رفض أو تغيير الأنماط التفاعلية التي ثبت أنها غير صالحة.

ويصف " جولدنبيرج وجولدنبيرج " الأنساق الأسرية المنفتحة بأنها أنساق لديها " توظيف جيد للطاقة " (engentropy)، كما يصف الأنساق الأسرية المتعلقة بأنها اتساق لديها إهدار للطاقة (entropy)، والأنساق المنغلقة تهدر الطاقة لأنها تتفققها في مواءمات غير متوافقة، وتعزل نفسها عن تيار التغييرات المفيدة، وتحرم نفسها من التجارب الجديدة، وهي بذلك تتجه تدريجيا نحو الاختلال الوظيفي. ومن أمثلة الأنساق الأسرية الأقرب إلى الانغلاق أسر المهاجرين الجدد في أوطان جديدة،

وكذلك المجموعات العرقية وبعض الأقليات الدينية، فهي أمر تعيش في عزلة نسبيا، وتتواصل مع بعضها البعض فقط، وتتنظر بشك وارتياح للآخرين، وتعزز الاعتماد على الأسرة، وغالبا ما تحمّل هذه الأسر إلى التمسك بالتقاليد على نحو جامد وتتجنب التغيير، وقد تواجه علاقات الوالدين بأبنائهم مشاكل بسبب الصراع الثقافي. والأسرة لأنها نسق إنساني

اجتماعي فهي أقرب إلى أن تكون نستا منفتحا، ولو إلى درجة ما، ولا تستطيع أسرة أن تكون متعلقة انغلاقا كاملا، لأنها تكون منتمية إلى نسق آخر أكبر يتضمنها ويستوعبها، ولا بد وأن تتفاعل مع. النسق الأكبر بطريقة ما.

وإذا أردنا الدقة في التعبير فإننا عندما نتحدث عن انفتاح الأنساق الأسرية فإننا نقصد الانفتاح النسبي، وعلى ذلك فإن الأسرة التي لديها درجة قليلة جداً من الانفتاح هي نسق مغلق أو أقرب إلى المغلق، فالحقيقة أنه لا يوجد نسق منفتح تماما أو نسق مغلق تماما، فالنسق المتفتح تماما لن يكون هناك حدود بينه وبين العالم الخارجي، وسوف ينتهي وجوده كنسق، أما إذا كان مغلقا تماما فسوف تتقطع العلاقات والتبادلات بينه وبين البيئة الخارجية مما يؤدي إلى اختناقه واضطرابه. وإذا تحدثنا بلغة الحدودية ونفاذيتها نقول: إن الأنساق توجد على متصل من حيث الحدودية يدا بأقصى درجات المرونة (Flexibility) وينتهي بأقصى درجات الجمود (rigidity) (كفافي علاء الدين، 1999، ص 114).

• النسق المغلق من الأسرة:

تكون الأسرة مغلقة عندما تعزل نفسها ماديا ونفسيا عن المجتمع الذي تعيش فيه، أو يكون لأفرادها اتصال محدود بخارجها. وقد يميل أعضاء هذه الأسرة إلى عزل أنفسهم والانسحاب من مطالب المجتمع التي يخشون ألا يستطيعون الوفاء بها.

إن مثل هذه الأسر يكون لها قواعد إجبارية قوية تجعل أفرادها مختلفون عن أفراد الأسر الأخرى، ويبنون حدودا جامدة تحول دون تدفق المعلومات إنهم بذلك يمثلون أفضل تمثيل ما أسماه " البرت اليز " « بالدائرة المغلقة.

ويشير " كانتور وليهر " إلى ملاحظة هامة تميز تنظيم الأسرة المغلقة وهي أن المسافة الاجتماعية والمادية بين الأعضاء محدودة تحديدا جامدا وصارما، وهي منظمة أشبه بتنظيم حركة المرور من قبل من بيدهم السلطة. وتتخذ في هذه الأسر إجراءات تعطى طابعا

منغلقا وسريا للأسرة مثل قفل الأبواب واتخاذ إجراءات أمنية وكأنهم يعيشون في وسط أعداء، وهناك مواعيد ونظم لتحركات الأبناء، كما أن هناك ضبطا وإشرافا والديا دقيقا على اتصالات الأبناء وحتى أن رقم التليفون لا يوضع في الدليل ويسود الأسر جوا من التكتم في تناولهم لشئونهم وكأنها أسرار محظورة. وتعتقد الأسرة أن من صالحها والحفاظ على أسرارها في الوقت الذي تعتبر دخول أفكار غريبة إليها نوعا من الغزو، وهذه الأسر لا تقدم للناس إلا ما تريده هي أن يعرفه الناس عنها.

وهذه الفكرة التي تكونها الأسرة المنغلقة عن نفسها والتي تريد أن يعرفها الناس عنها هي أقرب إلى الأسطورة (myth) وتصوغها الأسرة بعناية ودقة ونريد ألا تتجاوز نظرة الناس إليهم هذه الأسطورة التي نسجوها ويتعاملون مع المجتمع الخارجي من خلالها، ويحافظون عليها ويريدونها باقية حيه مهما تعارضت مع المعطيات والوقائع. وهذه الأسطورة التي تريد الأسرة أن تقنع بها أفرادها وتقنع الناس بها كثيرا ما تكون المصدر المحتمل للمرض النفسي لأفراد الأسرة كما سنرى.

تتميز الأسر المنغلقة إضافة إلى عزلتها أن أفرادها ينغمسون انغماسا زائداً. وإذا كانت الحدود الخارجية للنسق الأسرى المنغلق صلبة وغير قابلة للنفاذ-طبقا لعزلتها- فإن الحدود الداخلية بين الأنساق الفرعية داخل الأسرة تكون ضعيفة وامتيعية. ويترتب على ذلك أن أعضاء الأسرة بدلا من أن تكون لهم اتصالاتهم بخارج الأسرة تنحصر اتصالاتهم داخلها ويزداد اندماجهم وانغماسهم داخل هموم ومشاكل الأسرة. ولذا تتميز علاقاتهم بالإفراط في (المعية، Togetherness) والوجود معا معظم الوقت وتقلص الخصوصية الشخصية حتى يصلوا في النهاية إلى فقدان الاستقلال الفردي (individual autonomy)، وهي من العمليات الأسرية الممهدة لاضطراب بعض أفراد الأسرة، ويطلق عليها مصطلحات " الانصهار " (fusion) أو " الاندماج " (merger) أو (الوقوع في الشرك) (enmeshment) أو " نقص التمايز " (lack of differentiation)

وبعد خاصيتي العزلة والاندماج الزائد تأتي الخاصية الثالثة التي تميز الأسر المتعلقة وهي الجمود (rigidity) وعدم المرونة (inflexibility) وتظهر هذه الخاصية الأخيرة في علاقات أفراد الأسرة واتصالاتهم. ففي هذه الأسرة لا يسمح فيها إلا بقدر ضئيل من التغيير، وتتسم علاقاتهم معاً بالجمود، وتظل العلاقات كما هي لا تتغير. وحتى التغيرات الضرورية التي ينبغي أن تترتب على تغيير أوضاع أفراد الأسرة وأدوارهم لا يحدث فيها تغيير، فالطفل الصغير يكبر ويصبح مراهقاً ويصبح بعد ذلك راشداً ومع ذلك فقد تظل معاملته من قبل الوالدين كما هي، وليس هذا الأمر قاصرة على الأبناء بل إنه يشمل كل أفراد الأسرة فالزوجة الصغيرة المدللة قد تظل تملك على هذا النحو حتى بعد أن تكبر ويصبح أبنائها شباباً. وتظهر سمة الجمود أكثر ما تظهر في علاقات الأم بأبنائها أو بأحدهم حيث تظل تعامله معاملة الابن الصغير حتى يصل إلى مرحلة المراهقة (infants adolescence) ولا تسمح هذه الأم لطفلها بالانفصال الشخصي عنها وتنمو بينهما العلاقة التكافلية التي تكمن كثيراً وراء حالات إصابة الأبناء بالفصام عندما تتهدد هذه العلاقة أو تنقطع (كفافي، 1997، 219-221).

وتتميز الاتصالات داخل الأسرة المنغلقة بأنها جامدة وميكانيكية ومقررة سلفاً، كما يميل أفراد الأسرة إلى الحديث نيابة عن بعضهم البعض، فقص التلقائية وسيادة شعارات الأسرة " والكليشيات " المرتبطة بأسطورة الأسرة لا تسمح لكل منهم أن يعبر عن نفسه بالطريقة التي يريدها والتي تعكس مشاعره الحقيقية. وكثيراً ما يقوم أحد أفراد الأسرة بإنهاء الحديث الذي بناءً على آخر أو تكميله. وتكون الردود على الأسئلة مقتضبة ومحددة وتفتقر إلى العفوية والتلقائية. وليس كل الموضوعات عرضة لتناولها والحديث فيها، فالموضوعات محددة وغالباً ما لا تمس حاجات حقيقية عند أفراد الأسرة بينما تشجع الموضوعات المحرمة Taboos. ويزداد سمك وصلابة الحد الخارجي للأسرة، ولا يقوم بوظيفته الأصلية كمرشح، ولكنه يصبح كحاجز منبع، ويبدأ النسق في التقوية على نفسه حتى ليكاد أن يتأكل ذاتياً.

وأحيانا ما يصبح التفاعل داخل الأنساق الأسرية المنغلقة مقتصرًا على ما تسميه " سيرج " (المباريات التي ليست لها نهاية) (games Without and) وذلك لأن حدود النسق تحول بينه وبين أية معلومات جديدة. وبدون وجود بيانات جديدة فإن النسق يفقد القدرة على تغيير قواعده الخاصة، ويستمر في تدوير المعلومات داخله بنفس التفاعل ونفس الأنماط. ومن علامات الجمود أيضا في النسق المغلق المحدودية الشديدة في السلوك والنمطية في الاستجابة. فأمام أفراد الأسرة المنغلقة مجموعة صغيرة وليس متعددة أن متنوعة من السلوك يستجيبون بها في مختلف المواقف المتباينة، ولذا تعتبر محدودية السلوك ونمطيته من أهم ملامح الأسرة المنغلقة. والمحدودية هنا لا تعنى قلة البدائل الفعلي أمام أفراد الأسرة، بل هي كثيرة ومشاحة ولكن أفراد الأسرة لا يرونها أو لا يريدون رؤيتها، فهم ينظرون إليها كأساليب سلوكية مستحيلة بالنسبة لهم، وكما لو كانوا مجبرين على أن يسلكوا على النحو التقليدي الذي ألفوه. ويستخدم المنظرون في علم نفس الأسرة تعبير " نقص المحصلة (Lack of equifinality) لوصف هذه المحدودية في السلوك. (كفافي علاء الدين، 1999، ص 115-117)

• النسق المنفتح من الأسرة:

يسمى النسق الأسري نسقا منفتحا عندما يكون قادرا على التغيير وإعادة التشكيل خلقا لحالات جديدة متوالية، بينما يحافظ في نفس الوقت على الحدود التي تجعل منه نسقا متميزا، ومن حيث إنه قادر على ادخار الطاقة وعدم تبديدها. والنسق المتفتح قادر على القيام بكلا النوعين من التغيير، تغير الدرجة الأولى الذي يرتبط بتغيير المكونات الداخلية المنفصل عن أية تأثيرات خارجية، وتغيير الدرجة الثانية الذي: يتم نتيجة ورود معلومات وبيانات جديدة من الخارج. والذي يحافظ على حالة الانفتاح في النسق هي القواعد المرنة

التي تسمح للنسق أن يستفيد من المدخلات البيئية الجديدة لكي ينظم نفسه ويتكيف للضغوط التي يتعرض لها.

وأول الملامح التي يتميز بها النسق المتفتح من الأسر - بعكس ما يتميز به النسق المغلق - هو الاتصال الخارجي. ففي مقابل العزلة والانكفاء على الداخل في النسق المغلق يوجد الانفتاح على العالم الخارجي، ويصف "كانتور وليهر"، هذا المناخ بقولهما أن هذه الأسر تستقبل عددا كبيرا من الضيوف والزوار وتقوم بزيارات متعددة للأصدقاء وأبوابها لا تغلق بالأقفال، ولديها الرغبة في استكشاف المجتمع، وهناك حرية في تبادل المعلومات مع وجود رقابة مرنة ورشيدة على وسائل وأساليب الاتصال، وهو نسق لا يستقبل الضيوف فقط، بل إنه يشعرهم بقيمتهم لما يقدمونه للأسرة. ولا يوجد تشجيع على الانغلاق أو العزلة وإنما يسمح فقط بالابتعاد المؤقت للتخفيف من شعور عدم الارتياح والذي يمكن أن ينتج من الاقتراب الشديد... كل فرد حر في تحديد تحركاته نحو الأفراد الآخرين أو نحو الأهداف التي ينشدها ما دام يحركه داخل نطاق الخطوط الهادية التي تم ترسيخها عبر الإجماع الأسرى. وباختصار فإن النسق الأسرى المتفتح يحافظ على التماسك الجماعي في الوقت الذي يحافظ فيه أيضا على الحرية الفردية.

وثاني الخصائص التي تميز النسق المتفتح من الأسر هي (المرونة)، والتي تتمثل في سهولة الاتصال بالخارج والتفاعل معه. ونظرا لأنه مسموح لكل فرد في الأسرة بقدر أكبر من تعدد الأدوار واختلاف جوانبها، فإنه يكون لدى الأسرة عددا أكبر من بدائل المسالك والقنوات وأساليب السلوك لكي تحل محل تلك التي تفقد قيمتها أو يتجاوزها تيار الزمن والتطور وحتى مثل تلك الأحداث الكارثية أو العنيفة والقاسية مثل وفاة أحد أعضاء الأسرة أو الانفصال طويل المدى له لا يسبب انهيار التكوين والبناء المرن للأسرة المنفتحة. ومع وجود ذلك القدر الأكبر من المحصلة فإنه يمكن توقع أن يكون لدى الأسر المنفتحة قدر أكبر من الحيوية والقابلية للنمو من الأسر قليلة المرونة والأقرب إلى الانغلاق.

أما الخاصية الثالثة التي تميز النسق المتفتح من الأسر فهي الاتصالية (Connectivity) السوية. وهي القدرة على الاتصال الداخلي بين أفراد الأسرة بدون الإفراط في الانغماس (Over involvement) وبدون أن يقعوا في شبكة أو شرك الالتحام. وتستطيع الأسرة المنفتحة بترابطها مع بعضها البعض أن تتكيف وتتواءم مع الضغوط والمشكلات التي تقابلها، وأن تمتص العواصف والرياح التي يمكن أن تقتلع العضو المفرد فيما لو واجهها وحده. وعلى النقيض من ذلك فإن الأسرة التي لديها اتصالات داخلية ضعيفة بين أفرادها مثل الأسرة المفككة (disengaged) قد تتكسر وتصبح شظايا متفرقة تحت وطأة الضغوط نظرا لأن أفرادها متصلين بالفعل عن بعضهم البعض بواسطة حدودها الداخلية السميكة. إن مثل هذه الأسر الأخيرة قد لا تتعلم أبدا أن تحل مشكلاتها بصورة جماعية أو أن يتعاملوا مع بعضهم البعض يتفهم وتعاطف؛ ولأن كل فرد منفصل عن الآخر فإنه يجب أن يتكيف ويتواءم مع مشاكله بطريقته المنعزلة، وغالبا ما لا ينجح في ذلك. وتظل الأسرة ذات الاتصالات المفككة معرضة لضغوط مختلفة ولا تجد حولا كفتة لذلك، بل قد تجد بدلا من ذلك بعض الروح العدائية بين أفرادها، بفعل الإحباطات المستمرة وغياب التعاون والتفهم. ونظرا لأن مثل هذه الأسرة المفككة تفتقر إلى البنائية فإنها تصبح غير قادرة على أداء وظائفها بصورة ملائمة ومنسجمة. ويجب أن نفرق هنا بين المعية (togetherness) التي تميز الأسر الواقعة في شرك الالتحام وبين الاحساس القوي بالاتصال والترابط الصحي؛ لأن الأفراد في الحالة الأولى لديهم نقص في الاستقلالية والتباين، والتمايز بينهم عند حده الأدنى، أما أفراد الاتصال الصحي فلهم شخصياتهم المستقلة وكياناتهم المتميزة. ولا تستطيع الأسرة الواقعة في شرك الالتحام في ظل وجود الظروف الضاغطة أن تتصل وتتربط مع بعضها البعض بطريقة صحيحة، ولكنها قد تشكل تحالفات داخلية تؤدي إلى تمزق الأسرة وإلى انقسامها إلى إئتلافات أو تحالفات عدائية مثل الصغير ضد الكبير، والذكور ضد الإناث.

وقد لاحظ " ناثان أكرمان "، أن الأسر الجامدة الواقعة في شرك الالتحام تميل بصفة خاصة إلى الانقسام إلى كسور كمقدمة لاختيار أحد أعضاء الأسرة ليكون " كبش فداء ". وعلى الرغم من أن الأسرة تضحي بهذا العضو الذي اختارته ككبش فداء لها، وأن هذا الاختيار يحطم الفرد ويهلكه فإن كثيراً من الباحثين يرون أن الفرد الذي اختير ككبش فداء ليس اختياراً صرفاً من الأسرة، بل إن هذا الفرد لديه استعداد وميل للقيام بهذا الدور (كفافي، 1989، 1997). وعلى أية حال فإن الأسرة باختيارها أحد الأفراد ككبش فداء لها قد وجدت طريقاً للتعامل مع الضغوط التي تقابلها بدون أن تتعرض الأسرة للتفتت والتحول إلى شظايا (كفافي علاء الدين، 1999، ص 118-119).

✓ تغيير النسق الأسري:

إذ تذكرنا الخاصية الأولى للنسق وهي الوحدة الأساسية فهي تذهب إلى أن أي إضافة أو حذف في مكونات النسق يحدث تغييراً في النسق كله على الفور. وإذا عدنا لحالة الفتى (و) وأسرته فإنه ووالله يؤلفان نسقاً فرعياً عن النسق الفرعي الذي يؤلفه مع والدته، وعن الذي يؤلفه مع أخيه وهكذا. ولنفترض في أحد المواقف أن (و) يتفاعل مع والدته (يتناقشان في موضوع ما) ثم ظهر الأخ والتحق بالاثنتين، فإن ثنائي (و) والأم قد أصبح ثلاثياً. ويمكن أن يمضي تفاعل الثلاثة معاً، وفي هذه الحالة سيتغير التفاعل عما كان في حالة الثنائي، ويحدث ذلك مثلاً عن طريق احتواء الأخ وضمه إليهما، أو أن يكونان مجموعة من اثنين ضد الثالث.

ومن الأمثلة الواضحة على تغيير النسق هو أن يتعرض النسق لظروف تفرض عليه التغيير مثل ولادة طفل جديد في الأسرة، خاصة لو كان الطفل الأول، فإن ذلك سيغير من مناخ الأسرة ومن طبيعة العلاقات القائمة بين الزوجين واللذين أصبحا والدين الآن، وسوف لا تمضي علاقتهما بنفس الطريقة التي كانت تمضي بها من قبل، وفي حالة وجود طفل قبل

هذا الوليد، فإن هذا الطفل لم يصبح بعد ذلك الوليد الذي كان يحتكر كل رعاية الأم وعنايتها. وقد تخضع علاقات الأخوة لتغيرات درامية من خلال تكوين الانشاقات والتحالفات الجديدة. وحتى الأحداث الأخرى مثل الموت والطلاق يمكن فهمها بصورة أفضل لو تم النظر إليها بوصفها أمورا ستحدث تغيرا في النسق من خلال تعديل العلاقات السابقة. والمشكلة التي ترتب على التغير في النسق هي أن أفراد النسق يجب أن يتكيفوا مع هذا التغير وأن يرتبوا أنفسهم على الظروف الجديدة. ويلاحظ أن استمرار النسق في سلوكه القديم وعدم اعترافه بالظروف المتغيرة يعقد المشكلة، ويمهد للمزيد من المشكلات، وهو موقف نجده في الأنساق المنغلقة أكثر مما نجده في الأنساق المنفتحة، علما بأن التكيف للظروف الجديدة والتي يترتب عليها تغيرا في النسق أمرا ليس سهلا دائما وكثيرا ما يشعر الأفراد بصعوبته ويكون ذلك وراء عصبيتهم وانفعالهم الزائد والسلوك المبالغ فيه أحيانا. وتجاهد الأسرة في أن تتفاعل مع التغيير وتحاول أن تبحث عن حال جديدة تتسم بالاستقرار وتستند إلى الظروف الجديدة، وهو الموقف الأكثر صحة وسواء ويعكس مرونة النسق وقدرته على تجديد نفسه واستمراريته ونموه عسير الظروف المتغيرة. وبعض الأسر تعمل على استعادة النسق القديم أو محاولة إنكار التغير وتحديه، وغالبا ما يصدر هذا الموقف عن الأسرة المنغلقة، وعلى أي حال فإن موقف الأسر من هذا التغير يعتبر مؤشرا هاما لصحتها وصحة أفرادها النفسية. (كفافي علاء الدين، 1999، ص 120).

المحاضرة الخامسة

التفاعلات أثناء الأزمة

- ✓ تحديد المفهوم:
- الأزمة والكارثة والحالة الطارئة.
- مفهوم الأزمة.
- ✓ الأزمات الفردية والأزمات الأسرية:
- الأزمة الفردية.
- الأزمة الأسرية.
- أوجه التشابه بين الأزمة الفردية والأزمات الأسرية.
- ✓ أنواع الأزمات الأسرية:
- الأزمات الظرفية.
- الأزمات النمائية.
- الأزمات البنيوية.
- الأزمات البيئية.
- ✓ نموذج بوز في التدخل العلاجي.
- ✓ عوامل الهشاشة المؤدية إلى أزمات:
- المستوى الاجتماعي-الاقتصادي.
- شبكة الدعم الاجتماعي.
- مجموعة المهارات التكيفية للأسرة.
- وجود نقاط ضعف فردية أو أسرية.
- تراكم الضغوط.
- ✓ تحديد التدخل.
- ✓ الأزمة ومخارجها.
- ✓ تأثير النماذج النسقية على تطور الأزمة.
- ✓ تأثير المعالج على تطور الأزمة.

✓ تحديد المفهوم:

الولادة نموذج أولي للأزمة، فالأزمة مرتبطة بمفاهيم المرور (المرور عبر مختلف مراحل دورة حياة الأسرة) والتجربة. قد لا تظهر الأزمة في وقتها المحدد حتى لو ظهرت في سياق تغير مفاجئ، فهي غالباً تشكل سيرورة تتصادم فيها القوى النمائية والقوى المميّنة، فالأزمة هي حالة عدم استقرار.

• الأزمة والكارثة والحالة الطارئة:

الأزمة ليست كارثة، فالكارثة حدث غير متوقع يؤدي إلى أضرار مادية ومعاناة إنسانية كبيرة وهي حسب (R. Thom) تقطعات فظة أو تغيرات مفاجئة.

الحالة الطارئة تتطلب تدخل خارجي لتخفيف التوتر، بينما تستدعي الأزمة التخفيف بل حل. يعتبر (Don Bloch) أن الحالة الطارئة محدودة نوعاً ما وبالتالي يمكن حلها بوسائلنا المعتادة.

الأزمة تتضمن إمكانيات لإعادة التنظيم إلى مستويات أرقى، إلى غاية إعادة بناء حياة الفرد بأكملها.

لا يجب الخلط بين الأزمة والحالة الطارئة، لكن لا بد من تخفيض من القلق للتعامل مع الأزمة (Rougeul, 2003, p 95).

• مفهوم الأزمة:

حسب لويجي أونيس (Luigi Onnis) يصعب تعريف الأزمة، «في الواقع، ما يشكل وقود الأزمة هو نتائجها غير المحددة، وإمكانيات تطورها المتعددة وهذا ما يجعلها لحظة حرجة». مصطلح "أزمة" يشير إلى "مفترق الطرق" أو "تقاطع الطرق" أو "عقدة" تنفتح منها عدة ممرات بما فيها استمرارية الطريق الذي سلكناه من قبل، والتي تسير في اتجاهين

متعاكسين. اتجاه يؤدي إلى التراجع، الركود والمرض، واتجاه يؤدي إلى النمو، الرفاهية والصحة، إذن يمكن تعريف الأزمة من جانبين:

* **جانب إيجابي:** يعتبر الأزمة كتعبير غامض مؤلم، لكنها مطلب للنمو مع وجود إمكانية للخلاص.

* **جانب سلبي:** يعكس الأزمة كظاهرة تفكك كامل لنظام موجود سابقا.

حسب مدرسة كوس وهيبوقراط فإن الأزمة مفيدة (صحية)، فهي تبين كيفية دفاع النسق عن نفسه ضد المرض، والتدخل العلاجي في هذه الحالة لابد أن يسهل سير الأزمة. تعتبر مدرسة (Cnide) أن الأزمة وأعراضها تعبير عن السيرورة المولدة للمرض والتدخل العلاجي هنا لابد أن يوقف الأزمة لاستعادة سلامة النظام الذي أتلفته (Rougeul, 2003, p 96).

✓ الأزمات الفردية والأزمات الأسرية:

ذكر " توم " (R. Thom) (1976) أن الأزمة بالنسبة لأي موضوع كان، تتجلى في حالة ضعف لآليات تنظيمه الداخلي دون سبب واضح، والتي تشكل تهديداً لوجوده. وعرف " أوسلوس " (G. Ausloos) (1983) الأزمة الأسرية: " الأزمة تقترن بوقت حدوث تغيير في النسق (زوج، عائلة، مؤسسة)، فهي كعملية قطع لتوازن النسق ".

• أوجه التشابه بين الأزمة الفردية والأزمة الأسرية:

○ وجود اختلافات:

يمكن أن تكون الاختلافات واقعية أو متصورة. ويكون أصلها إما:

* خارجي: فقدان موضوع مثل: وفاة، انقطاع علاقة عاطفية، فقدان وظيفة،..

* داخلي: أزمة نمو وتطور مثل: اجتياز مرحلة المراهقة.

وبواسطة الأزمة تنتقل الأسرة من مرحلة إلى أخرى من دورة الحياة.

○ حتمية هذه الاختلالات:

لا يستطيع الفرد أو الأسرة الإفلات من هذه الاختلالات خاصة في الأزمات النمائية، فمن المستحيل إيقاف الزمن. وفي بعض الأزمات من أصل خارجي، إذا استطاع الفرد الإفلات من الاختلال تتوقف الأزمة، مثل إيجاد وظيفة أخرى مباشرة بعد فصله من الوظيفة السابقة.

○ خلق اللاتوازن:

مفهوم اللاتوازن مركزي، حيث تترنح ملامح الفرد، ولا تحميه دفاعاته المعتادة بنفس الكيفية فهو محروم من ميكانيزماته الداخلية، يشعر بسوء الحال والقلق، ولديه كف. والأسر تعاني من سوء التسيير وضعف قد يصبح شديداً، في التدخل العلاجي عادة ما يتم التكفل بكل أطفال الأسرة حتى يأتي الأب والأم، وهذا ما يوضح شدة المعاناة الأسرية وفقدانها التدريجي لقدراتها على التنظيم الذاتي.

○ الحاجة إلى حل:

الأزمة الحادة تتطلب تخفيض مستوى القلق والتوتر أولاً، ثم التغيير أو إيجاد حل. وفي هذا ترى مدرسة Rome أنه: " لا يوجد تغيير دون أزمة تزعزع الأسرة ". ووضعت هذه المدرسة إستراتيجيات علاجية من بينها الاستفزاز بشكل يدفع الأسرة لتعيش أزمة خلال الجلسة العلاجية (Rougeul, 2003, p 98).

✓ أنواع الأزمات الأسرية:

تتمثل الأزمات الأسرية الأساسية في: الأزمات الظرفية، الأزمات النمائية، الأزمات البنوية الأزمات البيئية. أما الأزمات الوجودية فهي غالبا أزمات فردية.

• الأزمات الظرفية:

الأزمات الظرفية سببها حدث مثير أي أنها مثارة من طرف حدث مفاجئ، وتكون الأزمة هنا عنيفة لأن هذا الحدث يشبه الصاعقة في سماء هادئة، كأن تعلم أسرة ما أن أحد أبناءها يتعاطى المخدرات عن طريق استدعاء من قبل قسم الشرطة أو عن طريق اتصال هاتفى من مستشفى، وكذلك الموت المفاجئ لأحد الأقارب خاصة إذا تعلق الأمر بالانتحار، وهذا يضع الأسرة بأكملها في أزمة.

• الأزمات النمائية:

الأزمات النمائية أزمات مرتبطة بمختلف مراحل دورة الحياة المتمثلة في:

- تشكيل زوج.
- الحمل و قدوم الأطفال.
- مراهقة الطفل الأول.
- رحيل الأطفال والزواج الثاني.
- تقاعد وشيخوخة الوالدين.

هذه الأزمات حتمية، وتتطلب تعديل عميق الأدوار ووظائف وصورة كل فرد في الأسرة.

• الأزمات البنيوية:

الأزمات البنيوية نتيجة للأزمات السابقة التي لم تنجح، وعموما في هذا النوع من الأزمات تضيع المهام النمائية من أزمة إلى أخرى، أي أن الأسرة لا تتعلم مما سبق، فبمجرد أن تشتد التعطلات يرتفع التوتر والقلق، تتجمد الوظائف، وتصبح الأزمة دائمة.

• الأزمات البيئية:

في الأزمات البيئية تكون العوامل الاجتماعية-الاقتصادية في المقدمة و تترافق هذه الأزمات غالبا مع الأزمات البنيوية، وتتطلب تكفلات تأخذ بعين الاعتبار الواقع الاجتماعي الثقافي.

✓ نموذج بوزي R.Pauzé في التدخل العلاجي:

بالنسبة للمعالج بوزي تظهر الأزمة عندما يواجه الفرد أو الأسرة اختلالات واقعية أو متصورة والتي تخلق لا توازن وفشل في ميكانزمات التنظيم وزيادة الشعور بسوء الحال والانزعاج. ويرى بوزي أن معظم الأسر يواجهون أزمات، فما هي الأسباب التي تجعل بعضهم يصمد، وبعضهم الآخر لا يصمد؟

✓ عوامل الهشاشة المؤدية إلى أزمات:

• المستوى الاجتماعي-الاقتصادي:

أظهرت بعض الأبحاث الكندية لـ " فورتان " (Fortin) (1987)، أن فترات الركود الاقتصادي تقترن بزيادة في معدل الانتحار، في حين أن الانتعاشات الاقتصادية يتبعها انخفاض في معدل الانتحار. وتؤثر التغيرات الاقتصادية كذلك في معدل استشفاء المرضى العقلين. وبالنسبة لـ " بوشارد " (Bouchard) (1981)، فإن المشاكل الاقتصادية تفرض ضغوطا على قدرات التكيف، وتستنزف طاقة الأفراد خاصة الآباء الذين يعانون أكثر من آثار الضغط لأن مواردهم المادية متدنية.

• شبكة الدعم الاجتماعي:

شبكة الدعم الاجتماعي لديها تأثيران:

○ **تأثير مباشر:** التأثير المباشر يفترض أن الدعم الاجتماعي يوفر رفاهية تسمح للفرد أو الأسرة أن يشعروا بتأكيد قيمتهم الشخصية، ويدركون الحياة على أنها مستقرة وقابلة للتنبؤ.

○ **تأثير عازل:** التأثير العازل يحمي من تأثيرات الحدث الضاغط التي يحتمل أن تكون مرضية ويسهل إعادة تعريف الوضعية الضاغطة على أنها قابلة للتحكم والضبط فمثلا: خسارة منصب عمل يكون أهون إذا ما وجدت الأسرة دعم من طرف الأقارب، وعكس ذلك إذا ما كانت الأسرة معزولة وخاصة إذا كانت مهاجرة (في الغربة). وكذلك وفاة أحد الوالدين يمكن تخفيفها إذا ما اعتنى أحد الأقارب أو الأصدقاء بالأطفال. أظهر " ليفي " (Leavy) (1983) في دراسته أنه كلما كان الدعم الاجتماعي أقل إتاحة كلما أصبح المرض أكثر حدة.

• مجموعة المهارات التكيفية للأسرة:

الأسر ليس لديها نفس القدرة على التكيف مع الوضعيات الجديدة. وحسب " روي بوزي " (Roy Pauzé) و " اسلان " (Assalin) (1994) فإن: " الأسر التي تواجه بانتظام خلال نموها وضعيات جديدة وضاغطة تملك عامة قدرات تكيفية أكثر تنوعا وأكثر مرونة لمواجهة الوضعيات الجديدة ".

• وجود نقاط ضعف فردية أو أسرية:

لاحظ بوزي (Roy Pauzé) وزملاءه أن بعض الأحداث الجديدة التي تبدو مألوفة أحيانا يدركها الفرد أو الأسرة على أنها أحداث ضاغطة لأنها تثير أحداث صدمية عاشها الفرد أو الأسرة في الماضي (تعمل كمثيرات).

• تراكم الضغوط:

أكد " باتيسون " (Bateson) (1980) أن: " الفرد أو الأسرة الذي يواجه مطالب عديدة، يستنفذ أكثر فأكثر قدرته على التكيف مما يحد من قدرته على مواجهة الوضعيات الجديدة « فمثلا: في أسرة ما عندما يتزامن رحيل الأطفال مع وفاة الأجداد وتقاعد الوالدين، نحصل على شكل خاص لدورة الحياة وهذا ما قد يتوافق مع ما يسمى تراكم الضغوط (Rougeul, 2003, p 99-102).

✓ تحديد التدخل:

النموذج الذي قدمه (Roy Pauzé) هو نموذج إيكولوجي لم يأخذ بعين الاعتبار الأسرة فحسب بل أخذ أيضا بيئتها، ومقارنة مع المفهوم العام للسياق، فإن هذا النموذج أكثر دقة لأنه يميز الترتيب التسلسلي لمختلف الأنساق.

- **النسق المصغر:** يتكون من العلاقات بين الأنساق التي يشارك فيها: الطفل (الأسرة، الأصدقاء المدرسة...).

- **النسق المتوسط:** يشمل العلاقات بين الأنساق التي لا يشارك فيها الفرد (كالجيران، طاقم العمال في مؤسسة، العائلة الممتدة...).

- **النسق الخارجي:** يشير إلى ظروف وشروط العمل، الخدمات العامة، وشبكة الدعم الاجتماعي.

- **النسق الكلي:** يتكون من الأيديولوجيات والقيم التي ستعتمدها الأسرة والتي سيكون لها تأثير على نمو الطفل.

واعتبارا لمختلف الأنساق وتفاعلها سيتم بناء تدخل يمر بعدة مراحل:

- قبل كل شيء البحث عن التسلسل الزمني للأحداث لتحديد إذا ما كانت الضغوطات مسببة أم ناتجة عن الأزمة، من خلال طرح أسئلة من نوع: أخبرني ما الذي يحدث لك؟ وما الذي حدث لك خلال الأشهر الأخيرة؟
 - تحديد عوامل الخطر الرئيسية التي تواجهها الأسرة وكيف تساهم هذه العوامل في إضعاف القدرات على التكيف والتأقلم مع الأحداث.
 - تحديد نوع الأزمة التي تواجهها الأسرة من أجل التوجيه والتدخل.
 - التخطيط لهذا التدخل على المدى القصير والمدى المتوسط.
- في هذا النموذج الاستقصاء الأولي مهم، فيما يتعلق بنوع الأزمة والعوامل المسببة والمفجرة، وخاصة موارد الأسرة، وتحديد الصعوبات والعراقيل التي تعارض عملية التغيير، وما هو التغيير الذي تحتمله وتتمناه الأسرة.

✓ الأزمة ومخارجها:

نتناول مسألة الأزمة ومخارجها انطلاقاً من تعريفها وكحالة لنسق أين سيحدث التغيير اختلالاً في التوازن. يمكن للأزمة ان تكون، نمائية، إذن فتطور النسق يعني انتقاله من حالة مستقرة إلى حالة مستقرة أخرى ذات مستوى أعلى. ومع ذلك فهذا التطور لا يعمل دائماً على إعادة التنظيم، ولكن بإمكانه أن يولد باتولوجيا. لا تؤدي الأزمة بالضرورة إلى التغيير، بل يمكن إيجاد حل للمعاناة لتعود إلى حالتها السابقة.

✓ تأثير النماذج النسقية على تطور الأزمة:

الأزمة قد تكون أزمة مرض أو أزمة شفاء، وقد اقترح (Luigi Onnis)

نموذجين هما:

- **النموذج المتجانس:** هو نموذج المعالجين الأسريين الأولين الذين تدخلوا في أنساق الأسر ذات الصلابة الشديدة، متمسكين بآليات قوية ذات التغذية الرجعية السلبية التي تلغي أي فرصة للتغير.

- **النموذج التطوري:** لا يركز على توازن النسق بل على إمكانية تطوره، فهو يعتبر الأزمة حالة من عدم الاستقرار.

✓ تأثير المعالج على تطور الأزمة:

تلعب شخصية المعالج ومعتقداته ونموذجه التدخلي دورا هاما في العلاج، فالمعالج الذي يضر الأزمة كعرض لخلل وظيفي في الأسرة يسعى إلى القضاء عليه. وبعض المعالجين خاصة أصحاب مدرسة روما يتدخلون في الأزمة حتى يصلون إلى استفزاز الأسرة في الجلسة (Rougeul, 2003).

المحاضرة السادسة

اشكاليات بعد الصدمة

- ✓ تعريف الصدمة النفسية.
- ✓ مسببات الضغط ما بعد الصدمة وعوامل الانجراحية:
 - العوامل القبل صدمية.
 - العوامل المسببة.
 - العوامل المعززة.
- ✓ التناول الأسري النسقي لإشكاليات ما بعد الصدمة.

✓ تعريف الصدمة النفسية:

الصدمة كلمة ذات أصل يوناني استعملت قديما في الطب والجراحة، تدل كلمة صدمة "Trauma" في اليونانية على جرح مع كسر و من مفرداتها في اللغة الفرنسية (Traumatisme) المخصصة على الأذى للحديث عن الآثار التي يتركها جرح ناتج عن عنف خارجي، و لقد اقتبس التحليل النفسي هذين المصطلحين ناقلا إلى الصعيد النفسي المعاني الثلاثة التالية: معنى الصدمة العنيفة، و معنى الكسر أو الإصابة، و معنى الآثار (مصطفى حجازي، 1985، ص300).

فمن بين الشروط حتى نتكلم عن ضغط ما بعد الصدمة هي وجود الحدث الصدمي، والذي يتميز بعنصرين اثنين وهما أن:

- يواجه الفرد بصفة مفاجئة وعنيفة لوضعية مهددة لذاته أو لأشخاص آخرين و/أو أن تتسبب في موت أشخاص أو تعرضهم لإصابات خطيرة.

- ينطبع رد فعل الفرد بالرعب والشعور بالعجز (Lemperière, Féline, Gutmann, Ades et Pilate, 2000).

يرى Crocq بالرغم من الصبغة التحليلية -مثل عند غالبية المؤلفين الفرنسيين- أن العصابات الصدمية هي حالات عصابية منظمة ودائما تكون نتيجة صدمة نفسية والمتمثلة في الحدث الصدمي الذي يكون مفاجئا وعنيفا ويفوق الامكانيات الدفاعية والتكيفية للشخص، كما أن الأصل الإكلينيكي لهذا العصاب يشاهد بواسطة حضور تناذر تكراري خاص (فزع، كوابيس تكرارية... إلخ) مع إعادة تنظيم نموذجي للشخصية مهما تكون الأعراض للبنية المميزة (Crocq, 2007).

أما إذا حاولنا أن نعطي تعريفا شاملا للضغط ما بعد الصدمة يمكن أن نقول أن "الضغط ما بعد الصدمة هو اضطراب تتسبب فيه خبرة صدمية ذات شدة استثنائية، غالبا ما نجدها في أوقات الحرب وخلال الكوارث الكبيرة، أما في الممارسة المدنية فيمكن ملاحظتها بعد اعتداء أو حادث مع أو بدون اشتراك صدمة جسدية، يمكن لهذا الاقتحام الصدمي أن

يدوم ويشكل عجزا للمصاب، وهي تطرح مشاكل من الناحية العلاجية والتعويضية" (Lemperière et al, 2000, p 117).

✓ مسببات الضغط ما بعد الصدمة وعوامل الانجراحية:

حاول الباحثون فهم أسباب التنوع في عدد وفي تردد وفي شدة الأعراض ما بعد الصدمة، فقد اعتبروا في البداية عنف الحدث الصدمي على أنه السبب الوحيد في ظهور الاضطراب، لكن تبين معطيات الأبحاث أن عنف الصدمة لا يشرح إلا جزء من تنوع العرضية، نحن نعلم أن الحدث الصدمي يحمل إمكانية إضعاف التوازن النفسي لأي كان، وترى (Brillon, 2004) أن ردود الأفعال ما بعد الصدمية إنما تتجم عن تفاعل ثلاثة عوامل، وإن هذا التفاعل الشخصي لكل ضحية هو الذي سيؤثر على عدد وشدة ومدّة الأعراض ما بعد الصدمية.

• العوامل القبل صدمية:

تشير العوامل القبل صدمية إلى العناصر الموجودة قبل الحدث، هي عناصر لا يمكنها أن تسبب الصدمة ولكنها تشكل عوامل خطر أو انجراحية، ذلك أن الحدث الصدمي لا يقع بدون وجود سوابق، حيث تدركه الضحية وتتفاعل معه انطلاقاً من خصائصها الشخصية وخبراتها الماضية وسمات شخصيتها وقدراتها التكيفية الخاصة (Brillon, 2004)، نلخص أهم العوامل القبل صدمية فيمايلي:

- هشاشة التوازن النفسي وضعف التكيف قبل الصدمة يمكنها أن تفسّر شدة ومدّة الاضطراب الصدمي.

- ينبغي أيضا إرجاع الحدث إلى التاريخ الشخصي للفرد حتى يتم فهم معناه ورد الفعل الصدمي اتجاه الصدمة التي ينتوع صداها الانفعالي حسب شخصية الفرد، التوفر الآني للدفاعات، جروحته الناجمة عن خبراته الصدمية والصراعات السابقة، وهنا يظهر الدور الذي لعبه الحدث الصدمي في الشخصية.

- من بين عوامل الانجراحية في عصابات الحرب يمكن أن نجد دور الإرهاق الجسدي، عدم تماسك المجموعة، الصراعات الأخلاقية، الشعور بالذنب المرتبط بموت رفيق (عصاب الناجي) (Lemperière et al, 2000).
- الجنس الأنثوي (Ferreri et al, 2007)، يبدو أنه من العوامل المتفق عليها، وهو ما تؤكدّه العديد من الدراسات Davidson (1991)، Kessler (1995)، ويمثل ضعف الخطر مقارنة مع الرجال (De Clercq et Lebigot, 2001). وتشير المعطيات أنه كلما كانت الضحية أصغر سنا كلما زاد الخطر الصدمي (Brillon, 2004).
- بعض الشخصيات (Ferreri et al, 2007) كالتّي تقدم نوع من الصلابة في الحكم وميل إلى السيطرة (contrôle) على كل شيء والسّمات النرجسية وضعف القدرة على التكيف مع التغيّرات (Brillon, 2004).
- السوابق المرضية العقلية والاعتلال وخصوصا اضطرابات القلق والاكتئاب (Ferreri et al, 1996 ; De Clercq et Lebigot, 2001 ; Côté, 2007). بالإضافة إلى اضطرابات السلوك (conduites) مثل السلوكات الإدمانية، علما أن الاعتلال هو من العوامل على الإلزام وخصوصا الاضطرابات الاكتئابية (De Clercq et Lebigot, 2001). كما أن الإدمان على المخدرات والكحول هي من العوامل الإستعدادية (Brillon, 2004).
- السوابق المرضية العقلية الأسرية.
- الانفصال المبكر عن الوالدين أو طلاق ما بينهما قبل سن العاشرة (Côté, 1996).
- المستوى الاجتماعي - الاقتصادي المنخفض (Ferreri et al, 2007 ; De Clercq et Lebigot, 2001)

• العوامل المسببة:

- نتكلم هنا عن الأحداث الصدمية والتي يمكن أن نقسمها إلى نوعين وهما:
- الأحداث الصدمية الناتجة عن كوارث من صنع الإنسان: يدخل ضمن هذا النوع من الصدمات الانفجارات بشتى أنواعها والاعتداءات والأسر والأزمات بصفة عامة، وتعتبر كارثة الحرب إحدى أقصى الصدمات منذ وجد الإنسان والمرتبطة مباشرة بالموت (النايلسي أحمد، 1991).
 - الأحداث الصدمية الناتجة عن كوارث طبيعية: تدخل ضمن هذا النوع من الصدمات الزلازل والفيضانات والأعاصير وغيرها.
- وما تجدر الإشارة إليه في هذا المجال هي الدراسات التي أثبتت وجود فروق أساسية بالنسبة للآثار النفسية التي تميز بين ردود فعل الأفراد أمام كل من هذين النوعين من الكوارث ومن هذه الفروق ما يلي:
- في كوارث من نوع زلازل مثلا يغيب المسؤول المباشر على حدوث الكارثة في حين يتمثل المسؤول بالجهة المعادية وبزعمائها في كوارث الحروب.
 - ودائما في كوارث من نوع زلازل فإن المنكوبين يعجزون عن تحديد المعتدي، فالمعتدي هنا هي الطبيعة، بالتالي نلاحظ غياب حالات التماهي بالمعتدي، وهي الحالة التي نصادفها كثيرا في الكوارث من صنع الإنسان عكس الكوارث الطبيعية التي نشاهد فيها مواقف دينية تتراوح بين التسليم والهديان الديني.
 - النكوصات ترتبط أكثر بالكوارث الطبيعية وذلك بسبب العجز عن تجنبها، وتوقع احتمالات تكرارها (النايلسي أحمد، 1991).
- كما أن ما نطلق عليه بالحدث الصدمي يرتبط بثلاثة احتمالات، ويفضل أغلب الباحثين استعمال مصطلح الخبرة الصدمية:
- صدمة نفسية: وحيدة وشديدة، ولا يمكن التنبؤ بها، فهي تقتمح التنظيم النفسي للفرد وتفوق قدراته الدفاعية، وتكون الصدمة الانفعالية مرتبطة بوضعية مهددة للحياة أو

للسلامة الجسمية ككارثة طبيعية أو قتال أو اعتداء، أو حادث لم يفقد فيه الفرد وعيه وعاش فيه قرب وقوع موته.

- التعرض للضغط النفسي والجسدي المتكرر، الذي ينتهي بتجاوز مستوى القدرات التحملية للفرد.

- صدمة جسدية: ويمكنها أن تعطي عصاب ما بعد صدمي ولكنه يبقى دون خطورة (Lemperière et al, 2000 ; Côté, 1996).

فالأحداث لا تتشابه وهناك خصائص مميزة لبعض الأحداث الصدمية التي لها وقع أكثر خطورة وشدة وإزمان من حيث الآثار ما بعد الصدمة من الأخرى، نذكر عنف الحدث، إدراك تهديد الحياة، المظاهر البينشخصية والاجتياحية وغير الإنسانية، ومظاهر الحدث التي لا يمكن التنبؤ والتحكم فيها، بالإضافة إلى وجود الأطفال (Brillon, 2004)، بالإضافة إلى رد الفعل المباشر بعد الحدث مثل مستوى مرتفع من الضغط أو الظهور السريع للأعراض الصدمية أو الاضطرابات الانفصالية (De dissociatif). (Clercq et Lebigot, 2001)

• العوامل المعززة:

هناك من العناصر التي تكون موجودة بعد الحدث والتي يمكنها أن تزيد من خطورة الآثار ما بعد الصدمة أو أن تعززها وتعمل على تثبيتها.

- سند المحيط له أهمية بالغة لدى المصاب بالضغط ما بعد الصدمة نظرا لهشاشته في هذه المرحلة، على العكس فإن نقص في السند أو سلوكيات سلبية من طرف المحيط كالنقد والعتاب وعدم التفهم، أو سلوكيات عدائية، أو تسلطية، أو دخيلة أو ضاغطة من شأنها أن تزيد من خطورة الاضطراب (Brillon, 2004).

- دور الزوجة الذي يمكن أن يكون مقررا، إذ يمكنها أن تسهل نكوص المريض وظهور المرض عن طريق تعاملها مع زوجها كطفل (maternage)، ذلك لأن لها فائدة عاطفية من هذه الوضعية.
 - موقف الطبيب يمكنه أن يعيق التطور، سواءً بتضخيم الوضعية حيث يضع المفحوص في وضعية مريض بدون مستقبل، أو أن يكتفي بما جاء في التحليل الموضوعي للاضطرابات ولا يهتم بمعناها النفسي وهو ما يؤدي عند المريض إلى شعوره بالرفض وزيادة ثقل العرضية بهدف الحصول على التفهم والاهتمام.
 - خلال الخبرات (expertises) التي غالبا ما يحدث فيها إعادة تنشيط الاضطرابات تحت هدف شعوري نوعا ما من أجل الحصول على تعويض، غير أن الاهتمام المادي لا يكون العامل الوحيد لاستدامة الأعراض، حيث يمكن ملاحظة عصابات دائمة بعد حادث لا يمكن الحصول من خلاله على تعويض (indemnisable). (Lemperière et al, 2000)
- نستخلص مما سبق مدى تنوع العوامل التي تساهم في ظهور الاضطراب الصدمي وذلك إما بطريقة مباشرة أو غير مباشرة، إذ تعد الظاهرة الصدمية ظاهرة معقدة تطرح مشكل العلاج وتأهيل المصدوم لإعادة دمجها في الحياة الأسرية والاجتماعية والمهنية.

✓ تناول الأسري النسقي لإشكاليات ما بعد الصدمة:

يشير (Delage, 2002) أنه قد تمّ صب الاهتمام على الألم والاضطرابات المختلفة المنجّرة عن الصدمة مع إهمال الموارد والقدرات التي يمكن للضحايا تجنيدها للتغلب على الأضرار التي عانوا منها، كما أنه يؤكد على دور "العوامل المحيطة وخصوصا الأسرة التي تشارك الضحية ألمها وتكون فضاء كامن مميز للمساعدة والعلاج والإصلاح والحماية".

تشير نظرية التعلق إلى أهمية التطور اللاحق وتنمية الفرد، من خلال اكتساب أمن داخلي يُبنى على أساس تفاعلات مبكرة ما بين الطفل و محيطه، يرى Bowlby (1978) أنه يجب على الأمن الداخلي أن يسمح للفرد بتوظيف قدرات وبتجاوز العقبات خلال حياته، ويفترض Delage أنه كلما واجه الفرد الصعوبات فإنه يتم تنشيط نظامه التعلقي الذي تطور في بداية حياته، مع إعادة مراجعة قاعدة الأمن الداخلي، فما لا يمكن للفرد أن يحويه في حياته النفسية فإنه يجب معالجته (traité) مع محيطه بفضل جودة حياته العلائقية، فتعمل الأسرة على تغيير ومعالجة الحالات الانفعالية للشخص الذي واجه حدث صدمي، ممّا يعيد تنشيط التصورات وتكوين مصدر للارجاعية، فبفضل إعادة تنشيط النظام التعلقي يمكن لأي فرد أن يتحصل على المساعدة والسند من طرف أقربائه (Delage, 2002).

يرى Delage أن إعادة تنشيط النظام التعلقي خلال الخبرات الصدمية له دور سند كبير، ففي أغلب الأحيان وأغلب الحالات، تستطيع الأسر أن تطور هذه القدرة للقيام بـ "عمل أسري للصدمة" « travail familial du traumatisme »، ويتطلب ذلك مرحلتين: فبعد إشباع كاف لحاجاتها للقرب و للحنان و فقط بعد ذلك تتمكن ضحية الصدمة من تبني أو إعادة تبني (se réappropriier) تاريخها الفردي، ضمن شعور قوي بالانتماء، وهو ما يتطلب درجة معتبرة من التمايز بين أفراد الأسرة، من أجل إمكانية هذا العمل المزدوج حول العلاقة وحول التصورات، وإلا فإنه لا بد من البحث عن مساعدة خارجية كالعلاج النفسي (Delage, 2002).

نرى أنه يقر بالمستوى الفردي للإصابة بالاضطراب، لكنه لا يكتفي به ويدمج المستوى النسقي في تعزيز العرضية وبقائها. وفي هذا السياق يمكن أن نذكر (De Clercq, 1995) الذي يرى أنه يمكن للأسرة أن تعمل على تخفيف أو العكس على الزيادة من خطورة أعراض الضغط ما بعد الصدمة، عن طريق نمطين سلوكيين مسؤولين على المدى المتوسط عن اختلال وظيفي دائم لكل الأسرة، وذلك بالتركيز على الضحية على حساب اهتمامات أخرى أو على العكس أي بنبذ ورفض الضحية لتبقى وحيدة أمام ألمها (نقلا عن Delage, 2002).

يرى (Delage, 2002) أن بعد التدّين (spiritualité) هو الذي يدفع الإنسان، سواءً تعلق الأمر بالآراء الفلسفية، أو المعتقدات الدينية، أو الأفكار حول معنى الحياة والعدالة، إلى إعطاء معنى للتحدّيات، وعلى استثمار المُثل، وتطوير فكرة تضحية ذات فائدة للآخرين، والاهتمام بنقل الأمل، هي عناصر يمكنها أن تكوّن نوع من التنظيمات السلوكية والعلائقية ذات نجاعة، إذا كانت صادرة عن شخص في الأسرة قادر على تجنيد الآخرين عن طريق الوضعية المركزية التي يشغلها. كما يتكلم عن أعمال H. Aponte (2001) حول التدّين (spiritualité) كبعد للتفكير وللحديث وللعمل في اللقاءات مع الأسر، وخصوصا تلك التي عانت من خسائر كبيرة.

يشير النسقيون الأسريون حسب (Delage, 2002) إلى أن جودة الروابط تساعد على تمكين الجماعة الأسرية على احتواء الفيض الانفعالي، وعلى إضفاء معنى على الأحداث الصدمية التي يساندها نشاط التصورات وأفكار الجماعة. على عكس التعلقات غير الآمنة التي تطور ضمن المجموعة، العجز على مساندة التصورات وعليه على ضمد الجراح النفسية.

إن الاعتراف بالقوى الكامنة للنسق الأسري هو ميل حديث نوعا من الناحية العيادية ولكنه ذو آفاق كبيرة، فنجد التحليلي Delage يرى الأسرة كمجموعة يمكنها أن تطور عند الطفل وعلى إبقاء عند الراشد الثقة الأساسية وتقدير الذات والشعور بالهوية، فالأسرة هي

ذلك الفضاء البيني بين الواقع الخارجي الخاص بالجميع والواقع الداخلي الخاص بكل فرد، فضاء لقاء أين يعتمد الأفراد بعضهم على بعض، فضاء للأمن للبناء والاختراع وللعب، فضاء لحياة علائقية التي تسمح بتمية الشعور بالوجود وخبرة شخصية ذاتية لا يمكن نقلها لمن لا ينتمي لهذا الفضاء، أي الغرباء عن الأسرة (Delage, 2002).

المحاضرة السابعة

النقل النفسي

- ✓ مفهوم النقل النفسي.
- ✓ النقل النفسي في نظرية العلاج الأسري لبوين.
- ✓ المفاهيم الأساسية لنظرية بوين:
 - التمايز الذاتي.
 - التثليث والمثلثات.
 - عملية الاسقاط الأسري.
 - القطع العاطفي.
 - عمليات الانتقال متعددة الأجيال.

✓ مفهوم النقل النفسي:

تقدم نظريات عبر الأجيال (Transgenerational approaches) منظورا تاريخيا للمشاكل الأسرية الحالية متأثرة بالتحليل النفسي مع الأخذ في الاعتبار أنماط العلاقات الأسرية السابقة، ويؤمن المدافعون عن هذا الرأي بأن النماذج الأسرية الحالية تتكامل مع القضايا غير المحلولة لأسر المنشأ. هذا لا يعني أن الأجيال السابقة قد تسببت في مشاكل الأسر الحالية، ولكن عندما لا تحل المشاكل تبقى وتستمر وتتكرر من جيل إلى آخر. ويمثل العلاج الأسري بين الأجيال فئة من نماذج العلاج الأسري التي تسلط الضوء على أهمية عائلة الأصل وخبرات الحياة المبكرة في فهم الأفراد أو الزوجين أو الأسرة، وتركز نماذج العلاج الأسري هذه على كيفية تأثير خبرات الأسرة الأصلية على الأشخاص، ومن أشهر نماذج العلاج الأسري بين الأجيال هي نظرية بوين والعلاج السياقي. قام عدد من المعالجين الأسريين الرائدة - موراي بوين (Murray Bowen)، إيفان بوسزورميني - ناجي (Ivan Boszormenyi-Nagy)، جيمس فرامو (James Framo)، كارل ويتاكر (Carl Whitaker)، بإدماج قضايا الأجيال في عملهم مع الأسر. وسوف نتطرق في هذا الدرس للآراء متعددة الأجيال لدى موراي بوين (عائش محمد صباح، 2022، ص 211).

✓ النقل النفسي في نظرية العلاج الأسري لبوين:

يعتبر موراي بوين أحد مؤسسي ورواد العلاج الأسري وعلم النفس الأسري، طور نظرية التثليث واستمر في التأكيد على تمايز الذات خلال عمله، وغيرت أعماله الرائدة مع مرضى الفصام الطريقة التي ينظر بها المجال الطبي والنفسي إلى الاضطرابات، وقد قام بوين " بتأليف أكثر من 50 فصلاً وأوراقاً ودراسات وكتب تضمنت أبحاثه وعمله السريري.

✓ المفاهيم الأساسية لنظرية بوين:

نظرية " بوين " حول الأسرة كنسق علائقي عاطفي تتكون من مفاهيم متداخلة، تتناول ستة منها العمليات العاطفية التي تجري في الأسر النووية والممتدة، وهناك مفهومان - القطع العاطفي والانحدار الاجتماعي - يتحدثان عن العمليات العاطفية عبر الأجيال في الأسرة وفي المجتمع، والتركيبات هذه مترابطة لذا لا يمكن فهم أي منها بصرف النظر عن الآخرين، وترتبط المفاهيم بالفرضية الأساسية التي مفادها أن القلق المزمن موجود في كل مكان، وعلى الرغم من أنه قد يتجلى بشكل مختلف وعلى مستويات مختلفة من الشدة تبعاً لحالات أسرية محددة واعتبارات ثقافية مختلفة، فإن القلق المزمن هو حتماً جزء من الطبيعة، واعتبر بوين القلق المزمن كظاهرة بيولوجية يشترك فيها البشر.

من وجهة نظر الأنساق الطبيعية تنقل الأجيال السابقة القلق المزمن مما يؤثر على التوازن بين أفراد الأسرة وبين الفروق الفردية والقلق هو الشعور بالإثارة في الجسم عندما يقابل تهديداً حقيقياً أو متخيلاً، ولدى البشر يحفز القلق النظام العاطفي، ويفوق النظام المعرفي ويؤدي إلى السلوك التلقائي أو غير المنضبط، ويستثار القلق مع سعي الأسر لتحقيق التوازن بين الضغوط من أجل العمل الجماعي والتفرد.

• التمايز الذاتي (Differentiation of self):

يعتبر التمايز الذاتي مفهوماً أساسياً في نظرية الأنساق الأسرية لبوين، حيث تُصوّر الأسرة على أنها وحدات عاطفية، وأن الأداء الفردي يفهم على نحو أفضل في سياق عمليات العلاقات ضمن أنساق الأسرة النووية والمتعددة الأجيال، وقد أدرك بوين أن السلوك البشري يتأثر ويتشكل من خلال الحاجة الأساسية لكل من الاستقلالية تقرير الذات -self determination والاتصال، وقد صمم مفهوم عدم التجانس في عمل الأفراد والأنساق على امتداد سلسلة من الصحة من حيث تمايز الذات.

تعتبر نظرية بوين بمثابة تفسير شامل للصحة النفسية والأداء من منظور نسقي متعدد الأجيال، وتوفر النظرية أساساً غنياً لمجال العلاج الأسري الذي يجعله متميزاً عن النظريات الفردية، بناؤه المركزي تمايز الذات وتطوير الأداء الناضج والصحي والحميمية والاستقلالية في علاقات الفرد الهامة.

• التثليث والمثلثات (Triangles and Triangulation):

يتم تعريف التثليث أو المثلث في العلاج الأسري بأنه العملية التي تحدث عندما يتم إدخال شخص ثالث في علاقة ثنائية لموازنة العلاقة الحميمة المفرطة أو الصراع أو المسافة وتوفير الاستقرار في "النسق"، ويرتبط هذا المفهوم مع "موراي بوين" (1978) الذي رأى التثليث كوسيلة للحد من القلق في علاقة ثنائية، وقد طور بوين مفهوم التثليث في أواخر الخمسينيات عندما كان يشتغل في مشروع المعهد الوطني للصحة العقلية مع الأسر في المستشفى لأحد أفراد أسر المصابين بالفصام.

• عملية الإسقاط الأسري (Family Projection Process):

يمكن استخدام مفهوم عملية الإسقاط الأسري من قبل معالج انساق الأسرة لبوين من أجل تصور الأعراض السريرية للطفل على أنها جزء لا يتجزأ من أنماط الأسرة الأوسع، وتصف عملية الإسقاط الأسري الطريقة الأساسية لنقل الآباء لمشاكلهم العاطفية إلى أطفالهم، ويمكن أن تؤدي عملية الإسقاط هذه إلى إضعاف عمل الأطفال وأيضا زيادة تعرضهم للأعراض المرضية.

• القطع العاطفي (Emotional Cutoff):

كيف يحدث أن يمضي أفراد الأسرة سنوات دون أي اتصال بينهم؟، في كثير من الحالات يتم فقد الاتصال ليس فقط مع الأسرة الممتدة ولكن مع الأسرة النووية، وفي جلسات

العلاج الأسري سيقول الأشخاص: لم أتحدث إلى والدي منذ 20 عاما، تزوج مرة أخرى وانتقل إلى ولاية أخرى وبدأ مع أسرة جديدة، كبروا دون أن يكون لديهم اتصال مع بعضهم البعض، العمات والأعمام كانوا غامضين ولم يتحدثوا عنهم قط، وكانوا ممنوعين بطريقة ما. يصف مفهوم الفصل العاطفي الأشخاص الذين يديرون مشكلاتهم العاطفية التي لم يتم حلها مع الأهل والأشقاء وغيرهم من أفراد الأسرة عن طريق تقليل أو قطع الاتصال العاطفي معهم تمامًا، أو يمكن تقليل الاتصال العاطفي عن طريق الابتعاد الجسدي عن أسرهم ونادراً ما يذهبون إلى المنزل، أو يمكن تقليل الاتصال عن طريق البقاء على اتصال جسدي مع أسرهم ولكن تجنب المشكلات الحساسة، ويفهم الانقطاع العاطفي من حيث صلته بالتمايز بين الذات (القدرة على الانفصال عن أسرة الأصل على المستوى الشخصي والفكري)، والمثلثات (باستخدام شخص ثالث في العلاقة لغرض تقليل القلق بين شخصين).

• عمليات الانتقال متعددة الأجيال

Multigenerational Transmission Process

تشير عملية الانتقال متعددة الأجيال إلى المفهوم المركزي الذي يشرح كيفية انتقال مستويات التمايز من جيل إلى آخر، وتحدث عملية الأجيال عندما يتم نقل ديناميات الأسرة من الآباء إلى الانتقال عبر الأطفال من خلال عمليات واعية مثل تدريس المعلومات وتعلمها، وكذلك عملية الإسقاط الأسري اللاواعي التي يقوم الآباء من خلالها بعرض عواطفهم على أطفالهم، وتصبح هذه العمليات محددات أساسية لمستويات تمايز الأطفال والتي غالباً ما تشبه تلك الخاصة بوالديهم.

تقدم عملية الانتقال عبر الأجيال تفسيراً نظرياً للاختلاف الكبير في الأداء الملحوظ داخل الأسر عبر الأجيال وعبر الجنس البشري مع مرور الوقت، مع الأخذ في الاعتبار المفاهيم المركزية الأخرى والعوامل الخارجية التي يمكن أن تؤثر على الاختلاف بين فروع الأسرة.

يتجذر هذا المفهوم في مبدأ بوين المتمثل في أن الفرد يختار شريكه أو شريكها ويتصل به ويبني علاقة مريحة معه لأنه يعمل على مستوى مماثل من التمايز، ويحدد مستوى تمايز الزوجين درجة التعلق القلق الذي لم يتم حله والموجود في أطفالهم. سيعمل الأطفال الذين يتلقون إسقاطات أقل قلقًا على مستوى أعلى في استمرارية التمايز ويصبحون أفرادًا أكثر استقلالية، في المقابل سيعمل الأطفال الذين يتلقون المزيد من مستويات الإسقاط القلق على مستوى أقل من التمايز، وفي نهاية المطاف يختار هؤلاء الأطفال شريكًا بعد البلوغ ويرتبطون به، ويشكلون معه علاقة ويتكونون بناءً على مستويات مختلفة من التمايز، وسوف يحصل نسلهم أحفاد الزوجين الأصليين أيضًا على درجات متفاوتة من التعلق القلق الذي يتم إسقاطه عليهم، وسيؤدي هذا بدوره إلى تحديد درجة تمايزهم كبالغين.

إن الأفراد الذين يتلقون إسقاطات أكثر قلقًا عبر الأجيال المتعددة سيكونون أكثر قلقًا وأقل نضجًا وأقل مسؤولية وأقل إنتاجية، أما أعضاء النسق الذين يتلقون إسقاطات أقل قلقًا سيكونون أقل إصابة بالأعراض ويعرضون أنماطًا وسلوكيات أكثر قدرة على التكيف.

عند إجراء علاج الزوجين والأسرة باستخدام نهج الأنساق الأسرية لبوين لم يتم تصميم فترة التقييم الأولي لتحديد ما إذا كان الزوجان مختلين وظيفيًا أم لا ولكن لاستكشاف ديناميات الانقطاع العاطفي والمثلثات الرئيسية، وأنماط الإسقاط المتعددة الأجيال الموجودة في كل العلاقات الأسرية، وكذلك لتحديد مستويات تمايز الشركاء، و يُعدُّ استكشاف عمليات انتقال الأجيال في علاج الزوجين والأسرة أحد الأساليب لفهم النظم الفرعية المتشابكة التي تساهم في أداء الأسرة، وفي تدريب نظرية أنساق بوين يتم استكشاف النظم الفرعية المتشابكة الثمانية لتكوين فهم سريري للسلوكيات التفاعلية داخل الأسرة البشرية ككل (عايش محمد صباح، 2022، ص 220-241).

المحاضرة الثامنة

الاضطرابات السيكوسوماتية والعلاجات العائلية

- ✓ تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية.
- ✓ صعوبة تناول النسقي للاضطرابات السيكوسوماتية.
- ✓ النماذج التفسيرية.
- ✓ خصائص الأسرة السيكوسوماتية.
- ✓ تطبيقات العلاج النسقي.

✓ تعريف الاضطرابات السيكوسوماتية:

يعرف العالمان " فابيان. ل. روك ود. كوستيلي " الأمراض السيكوسوماتية بأنها مجموعة الأمراض التي تصيب بعض أجهزة الجسم أو وظائفه وتكون من الجدة والإصرار بحيث - تقاوم أشكال العلاج الطبي - المعروفة التي تعجز عن مقاومتها أو تخفيف حدتها. فالاضطراب السيكوسوماتي يحدث نتيجة لاختلال شديد أو مزمن في التوازن الهيموستازي في (كيمياء) الجسم نتيجة لضغوط سيكولوجية نفسية. فهو مرض جسمي ذو جذور نفسية ويظهر على شكل استجابات وردود أفعال عضوية في أحد الأجهزة الهضمية أو القلب أو الرئتين أو العضلات أو الجلد أو أي حاسة من الحواس الخمس كما يشمل الغدد والجهاز الدموي والبولي والتناسلي.

ويؤكد " والتركوفيل و تيموثي " في كتابهما " علم نفس الشواذ: Abnormal Psychology " بأن نسبة المرضى في المستشفيات العقلية والنفسية لمرضى الأمراض السيكوسوماتية تتراوح بين (40-60%) وتصل في مجال الطب الصناعي والعمال من (75-70%) وفي الميدان العسكري تقع في مقدمة الأمراض وأعلىها.

ويذكر " برادي. وسانفورد " (Brady and Sanford) نماذج لها مثل: الربو - الصداع النصفي - ارتفاع ضغط الدم - قرحة المعدة أو القولون - التهابات الجلد - النزيف المعدي الداخلي - أمراض القلب أمراض المغص والإمساك - الجلطة الدموية - السكري وغيرها... (عطوف محمود ياسين، 1988، ص31-32).

يعرف كل من " كيف برودمان وآخرين. Kee Brodman et al " معدي قائمة كورنل للاضطرابات السيكوسوماتية للاضطرابات السيكوسوماتية بأنها: زملة الاعراض الجسمية التي تنشأ عن عوامل نفسية انفعالية، والتي قد تتسبب في حالة زيادة شدتها إلى المعاناة من مرض حقيقي يصيب عضواً أو جزءاً من أجزاء الجسم، أو بسبب خال في أداء

هذا العضو لوظيفته، بحيث لا يفلح في علاج هذه الأعراض وشفائها شفاء تاما، في حالة الاعتماد فقط على العلاج الجسمي الطويل وبدون علاج أسبابه النفسية، وتنشأ هذه الأعراض غالبا نتيجة تفاعل عوامل نفسية واجتماعية (حادثة مثل تعرض الفرد لضغوط حياتية مزمنة، أو نظرا لتبنيه لأسلوب حياة غير تكيفي، أو لانتسامه بسمات شخصية معينة للوقوع في هذه الاضطرابات) مع وجود عوامل بيولوجية مهيئة (مثل ضعف فسيولوجي في أحد الأعضاء أو وجود اضطرابات في الأجهزة الفسيولوجية والهرمونية... الخ).

والخلاصة أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي عبارة عن اضطرابات جسمية تحدث نتيجة اضطرابات انفعالية، ولذا فإن التركيز فقط على علاج (الأعراض) دون علاج (الأسباب النفسية الحقيقية والكامنة خلف هذه الأعراض) لا يجدي.

ولذا فإننا نستطيع أن نستنتج من كل ما سبق الآتي:

- 1/ وجود اضطراب أو خلل في أحد أعضاء أو أجهزة الجسم.
- 2/ إن هذا الخلل قد يكون في (العضو) أو في (وظيفته) وأن الأمرين ينتهيان إلى (شلل تام ودمار لوظيفة العضو أو جهاز - أو أكثر من أجهزة - الجسم).
- 3/ إن الاضطرابات الانفعالية السيئة تلعب دورا جوهريا في حدوث (خلل في وظيفة العضو).
- 4/ إن ما يميز الاضطرابات السيكوسوماتية عن الاضطرابات العضوية هو: العامل الانفعالي (السيئ والمتكرر، والمستمر والمزمن).
- 5/ من الممكن أن تلعب الضغوط والأحداث اليومية وشلل الفرد في مواجهة هذه الضغوط الدور الحاسم والأكبر في تدهور أعضاء الجسم.
- 6/ إن كل ما سبق يفيد في أمرين (محمد حسن غانم، 2011، ص 29-30).

✓ صعوبة تناول النسقي للاضطرابات السيكوسوماتية:

في المرض السيكوسوماتي، بصفة بديهية أكثر من الأشكال الأخرى من المعاناة الإنسانية، المشاركة المتعددة للعناصر: البيولوجية، النفسية، البيئشخصية، البيئية. غير أن أغلبية النماذج التي طُبقت على السيكوسوماتية قد تأثرت بنزعات ثنائية التفرع مميزة للثقافة الغربية والتي شقت (قسمت) الظاهرة السيكوسوماتية بتقليصها إلى جزء واحد من أجزاءها العديدة.

ما يجدر ذكره هو أن هذه النماذج الاختزالية، لم تجد لا فرضيات تفسيرية ملائمة، ولا نتائج عيادية مرضية، لأنه في نسبة كبيرة من الحالات، يتطور الاضطراب نحو الإزمان، ولقد سمحت الدراسات الموجهة نحو المنظور النسقي بتسليط الضوء على جانبين أساسيين:

من جهة، فإن وجود ارتباطات دالة ومعتبرة بين العرض السيكوسوماتي والاستجابات النفسية الانفعالية للمريض، وما بين هذه الأخيرة والخصائص النمطية لنسقه المرجعي- الأسرة- سواء فيما يخص مستوى العلاقات الملاحظة (والتي يمكن تصنيفها وفق أربعة نماذج تفاعلية آنية الوجود: التشابك، الحماية المفرطة، تجنب الصراع والصلابة مثلما أشار إليه مينوشين (1978) وأيضاً فيما يخص المستوى الأكثر عمقاً والكامن (المخفي) الذي يطلق عليه (أسطوري) (Mystique)، والذي غالباً ما يرمي إلى تاريخ ثلاثة أجيال (Onnis et al, 2001, P 168).

من جهة أخرى فإن غياب في التدخلات العلاجية للممارسات التي تهدف إلى مواجهة العناصر النفسية- الانفعالية والعلائقية التي تميز النسق الأسري، بمعنى الميل إلى إهمال هذا السياق وإلى " تقليص " مرة أخرى الاضطراب السيكوسوماتي إلى تركيبته البيولوجية الوحيدة، بالاكْتفاء بعلاج هذه الأخيرة فقط.

تشير هذه الدراسة الأولى التي تضع المعالج داخل مجال ملاحظته (حسب تعليمات Von Forster (1981) التي يطلق عليها السبرانية الثانية). تشير تأثير التدخل العلاجي الاختزالي كعامل محتمل للزمان. وتم ختم هذه الدراسة بسؤال حول "عدم قابلية علاج "

(Intraitable) الاضطرابات السيكوسوماتية هل هو واقع، قلة العلاج، وهل عدم القدرة على العلاج ماهي إلا غياب العلاج (Onnis et al, 2001, P 169).

✓ النماذج التفسيرية:

لقد عرضت العديد من النظريات لتحديد أصل الاضطرابات السيكوسوماتية، باعتبار أن المفهوم في حد ذاته يفترض ديناميكية متعددة العوامل. غير أنه يتعين التحديد المسبق للصعوبات التي تطرح عادة حول هذا المفهوم.

في البداية، يعتبر حقل تطبيقه شديد التنوع، والتعريف نفسه للمرض السيكوسوماتي غالبا ما يتنوع من مؤلف لآخر، فيذهب من التصنيف الذي يضم، في مجاله المغلق، (12) مرضا، إلى مفهوم واسع لهذه الفكرة لتطبيقها على جميع التظاهرات السوماتية التي لا تدل بوضوح على التجسيد.

الصعوبة الثانية هي محاولة التبسيط لظاهرة يتفق الجميع على أنها معقدة، علما أن هذا التبسيط يمكن أن يشوّه صورة كل تطبيق عيادي وعلاجي للنظرية (Benoit et Al, 1988, P: 424) لما يتم ضمّ المنظور النسقي في فهم العرض السيكوسوماتي، فإن هذه العرضية تصبح " نظام بيئي نسقي سيكوسوماتي " (Ecosystémosomatique)، بحيث يترجم هذا المفهوم ظهور (irruption) العرض في جسم أحد أفراد الأسرة. يأخذ إذن معنى جديد، أي وظيفته في التوازن الحيوي (Homéostasie) الأسري، لدى تطبيق مفاهيم السبرانية على مجال الأمراض العضوية، فإننا نعتبر حلقات التغذية الرجعية الموجبة (Boucles de rétroaction positive) التي تضمن التغيير، تتناوب مع حلقات التغذية الرجعية السالبة، التي تضمن الثبات. إن مفهوم الثبات ومفهوم التغيير عبارة عن مفهومين متكاملين، فالنسق المفتوح كالنسق الأسري، لا بد أن يقوم على الدوام بالتعديل إزاء المعلومات الداخلية والخارجية (Benoit et al, 1988, P 424).

في الأسر السيكوسوماتية، فإن حلقات التغذية الرجعية الموجبة تصبح سالبة، مما يعزز ويضخم العرض مع العمل على زيادة صلابة وفقر نماذج التفاعلات داخل الأسرة. وعليه مثلا، فإن أزمة ربو (Crise D'ashme) فصلية للطفل هي قبل كل شيء استجابة تكيفية لمعلومة خارجية، ولها معنى تغيير، ولكن لما تعزز بقلق الأم، أو الصعوبات التي يعاني منها الزوجين، أو حتى الفشل الدراسي للفل الأكبر، فإن هذه الأزمة ستكرر حتى تصبح مزمنة وتحت على حلقة تفاعلية صلبة.

في مجال العلاج الأسري، فإن النموذج الأكثر تفصيلا والأكثر انتشارا هو الذي نجم عن أعمال سالفادور مينوشين (Salvador Minuchin) وفريقه. تم نشر هذا النموذج في (1975)، وتم العمل على إثرائه منذ ذلك الحين. فهو نموذج يخص أساسا الطفل المصاب باضطرابات متنوعة كالربو، آلام البطن المزمنة، داء السكري (Labile) والخلفة النفسية (L' Amore scie Mentale) (Benoit et al, 1988, P 425).

✓ خصائص الأسرة السيكوسوماتية:

يصف " مينوشين " ثلاث خصائص لتعريف ما يعتبره نمط الأسرة السيكوسوماتية:

1/- نموذج معين من التوظيف الأسري؛

2/- ارتباط الطفل بالصراعات الوالدية؛

3/- الهشاشة (Vulnérabilité) الفيزيولوجية لهذا الطفل.

يرمي نمط التوظيف والتفاعل الأسري إلى العناصر التالية: تشابك العلاقات وصلابتها يكون مصاحبا بالقلق الدائم بخصوص الحماية التي يكنها كل فرد من أفراد الأسرة اتجاه الآخرين. مما يؤدي إلى عدم الحل المزمّن للصراعات، غياب الحدود بين الأجيال، وبين الأدوار يمنع فك الارتباط (Désengagement) بين الفرد مع الجماعة الأسرية. غياب التكيف مع الاستثارات الخارجية والداخلية يعمل على البقاء الوضع الحالي حين يكون

من الضروري تغيير في التفاعلات الاعتيادية أخيراً، غياب المفاوضات، التي تؤجل دومًا، يعزز هذا الميكانيزم. هذه الخصائص التي يجب وضعها في استمرارية (Continuum)، تتغير في حدّ ذاتها في شدتها، حسب كل أسرة. لقد اهتمت دراسات المعالجين الأسرين عند الطفل خصوصاً بالأمراض كالربو (Onnis et Coll)، داء السكري، الأكزيما (Eczéma (Atopique (Loader et Coll) ارتفاع الضغط الدموي والقرابة النفسية الاجتماعية (nanisme Psychosocial).

أما فيما يخص الراشدين، فإنه تم التطرق للاضطراب العضوي من زاوية الصراعات والخلافات الزوجية وعلاقتها بظهور والقيمة الاتصالية لهذه الوضعية (Masson) (Benoit (et al, 1988, P 425).

✓ تطبيقات العلاج النسقي:

يرى Neuburger أنه يمكن اعتبار تطبيق العلاج الأسري النسقي من زاوية الطلب، فالاعتقاد أو اعتبار الآخرين هم السبب في المعاناة هو من دواعي استعمال العلاج الأسري، أي أن الطلب يكون ذو طابع أسري لما تكون العناصر التي تمثل الطلب الفردي مبعثرة في المجموعة الأسرية، إذ يحمل أحد الأفراد العرض، ويعاني فرد آخر أو آخرين أحياناً أكثر من المريض المعين ذاته.

كما أن من دواعي استعمال العلاج الأسري هو إبقاء أو الوصول إلى تغيير مهما كانت المشكلة أو التشخيص، فكلما كان الفرد حامل العرض صغير السن كلما تتم الإشارة إلى التدخل الأسري (Crettenand et Cucchia, 2006).

ويمكن حصر تطبيقات العلاج الأسري على العموم - بالرغم من أنها متنوعة وغير

محددة - وفق الفئات التالية:

- أسر لمفحوصين مدمنين على المخدرات أو على الكحول أو مصابين بالخلفة.

- اضطرابات متكررة أو اضطرابات دورية ضمن الأسرة.

- أسر لمفحوصين مصابين باعتلال سيكوسوماتي (ربو، قرحة معدية...).

- أسر لمرضى فصامييين (وخصوصا في بداية ظهور الاضطراب).

يقترح العلاج الأسري بصفة عامة عندما يكون هناك تكرار لسلوك مرضي في سياق أسري صراعي، كما أن ممارسة العلاج الأسري لا تستبعد مستويات أخرى من التدخل سواءً الدوائي، الضمن - نفسي، الاجتماعي، أو أشكال أخرى من العلاجات في بعض مراحل التطور (كفالة فردية، استشفاء) (Blanchet, 2004).

المحاضرة التاسعة

العلاجات الزوجية

- ✓ تعريف العلاجات الزوجية.
- ✓ العلاج الزوجي التكاملي.
- ✓ منهج جوتمان في العلاج الزوجي.
- ✓ عملية الإرشاد الأسري والزوجي:
- أهداف عملية الإرشاد الأسري والزوجي.
- دور المرشد الأسري والزوجي في عملية الإرشاد.
- أساليب الإرشاد الزوجي الأسري.

✓ تعريف العلاجات الزوجية (La thérapie de couple):

هو نوع من أنواع تطبيقات العلاج النسقي الأسري، تبين الخبرة العيادية أن أغلب المشكلات الزوجية لديها تداخل معتبر -وغالبا ما يكون سرّي- مع الأسر الأصلية. فغالبا ما نجد أنه لما يتم علاج هذه المظاهر الأسرية أو البيجيلية بطريقة مناسبة فإن المشكلة "الخاصة" بالزوجين تختفي أو تفقد أهميتها (بما في ذلك سوء التفاهم الجنسي)، غير أنه في حالات أخرى فإن المشكلة الخاصة بالزوجين تبقى عالقة على المستوى الزوجي، وهو ما يبرر فائدة هذا المتغير العلاجي (Salem, 2005).

يتقدم الأزواج عادة لطلب العلاج لما يمروا بحالة أزمة، والتي تتصف بوضعيات تفاعلية صلبة تصاحبها اضطرابات في التواصل وتصعيد تناظري (L'escalade symétrique)، ويتم تعزيز هذه الوضعيات في نفس الوقت عن طريق الخبرات الانفعالية الماضية والحالية للزوجين وعن طريق نماذج التفاعل التي تؤدي إلى دورات تفاعلية سلبية ومتكررة في الخلافات الزوجية Johnson et Greenberg (1995)، حيث تتميز التفاعلات بتمحورها حول النفور المتبادل للزوجين والذي يؤدي بدوره إلى العدائية و/أو الانسحاب Gottman (1979)، أين يقوم أحد الزوجين، غالبا ما تكون الزوجة، بالنقد والتعبير عن الغضب، ويكون الطرف الآخر، غالبا الزوج، دفاعي وفي معارضة كما أنه ينسحب من التفاعل، وهو ما يجعل قابلية التواصل ونطاق أجوبة الزوجين محدودة.

يكمن هدف علاج الأزواج على اختلاف أنواعه في الحصول على توظيف أحسن للزوج (Couple) عن طريق إعادة تنظيم العلاقة وتقاسم أحسن للواقع المشترك. تتضمن هذه السيرورة بعض التسويات ومزيج من التغييرات الشخصية وتقبل الآخر. في آخر العلاج فإن دورات التفاعل السلبية المبنية إما على العدائية أو على الانسحاب أو على الاثنين يتم استبدالها بالتزام عاطفي ووجود حميمية أكبر وتواصل أحسن، وهنا يصبح الزوج (Couple) قادرا على الحوار (Villeneuve et Toharia, 1997).

✓ العلاج الزوجي التكاملي:

قام " نيل جاكوبسون " من جامعة واشنطن، و "أندرو كريستسن " من جامعة كاليفورنيا بتطوير استراتيجيات علاجية قائمة على السلوك لتشجيع المزيد من المواقف التعاونية والاستيعابية - " قبول الشريك " - بالإضافة إلى التقنيات التقليدية لمساعدة الأزواج على تحقيق تغيير إيجابي في السلوك.

في هذا النهج التكاملي تضاف التقنيات الإستراتيجية (إعادة الصياغة) والتقنيات الإنسانية التجريبية الالتفاف المتعاطف للزوجين حول المشكلة، الرعاية الذاتية) إلى الأساليب السلوكية التقليدية (استخدام أدوات التقييم، والنمذجة العلاجية، وتدخلات التبادل السلوكي، التدريب على التواصل وحل المشكلات) لتعزيز الحميمية والتفاهم بدلاً من الغضب واللوم.

تهدف هذه التقنيات إلى التغلب على ميل كل زوج إلى رؤية المشكلة بأنها آتية من الطرف الآخر ثم المحاولة) دون جدوى) تغيير سلوك ذلك الشخص عندما تكون التغييرات غير ممكنة، ويحدد علاج الأزواج التكاملي الإجراءات المختلفة لمساعدة الأزواج على رؤية الاختلافات بينهم بأنها حتمية ويساعدهم على تعزيز التسامح فيما يتعلق بالسلوكيات السلبية المتصورة في الشريك وقبول عدم التوافق البسيط. هذا النهج العلاجي يعزز كلا من القبول والتغيير، ويحتفظ بعلاج الأزواج التكاملي بالتركيز السلوكي التقليدي على التحليل الوظيفي والمحددات الخارجية للسلوك، لكنه يعتبر جزءاً من الموجة الثالثة من العلاج السلوكي نظراً لتأكيد الإضافة على التقبل والتأثير والتأمل الواعي.

ركزت المقاربات السابقة على تحقيق التغيير لأن التجاوزات أو القصور في سلوك شريك واحد كانت تعتبر من أسباب الضيق لدى الطرف الآخر، ومن ثم يتم توجيه العلاج إلى مساعدة الأزواج على تغيير قواعد سلوكهم (على سبيل المثال يتعلم الزوج تقبل زوجته عند وصوله إلى المنزل لأن المعالج أمره بزيادة السلوكيات الإيجابية التي تؤدي إلى زيادة رضا الزوجة، ومن خلال إدراك نقاط الضعف والاختلافات في الشخصية لبعضهم البعض

يرون أن الأزواج قد اتخذوا خطوة كبيرة نحو القبول النشط لمشاعر بعضهم البعض وأفعالهم وابتعدوا عن إلقاء اللوم على بعضهم البعض وأصبحت الاختلافات قابلة للتوفيق.

ويتعلم الشركاء الموازنة بين التغيير وقبول تلك السلوكيات غير المفتوحة للتغيير، ويمكن تعزيز القبول بطريقتين:

(أ) من خلال مواجهة المشكلة بطريقة جديدة.

(ب) عن طريق الحد من كره تصرفات الشريك، إما من خلال زيادة التسامح مع تلك الإجراءات أو من خلال زيادة القدرة على الانتباه لنفسه عند مواجهته للسلوكيات السلبية للشريك.

قد لا يزال الشريك لا يحب السلوك أو يتمنى أن يكون مختلفاً، لكنه رغم ذلك تعلم أن يعتبره جزءاً من حزمة الصفات الجذابة والمزعجة في رفيقه، وبدلاً من المطالبة بتغيير السلوك البغيض من أجل تحقيق الرضا في العلاقة، يعزز هذا النهج أيضاً قبول هذا السلوك عندما يكون التغيير بعيد المنال (عايش محمد صباح، 2022، ص 455-458).

✓ منهج جوتمان في العلاج الزوجي:

علاج الأزواج بطريقة (Gottman) هو نهج سريري مصمم لمساعدة الأزواج على تحسين علاقاتهم، واستناداً إلى البحث في التنبؤ بالطلاق والاستقرار الزوجي لجون جوتمان إلى جانب روبرت ليفنسون (Levenson Robert) وآخرون يسعى علاج الأزواج بطريقة جوتمان إلى استخدام هذه الأفكار لمساعدة الأزواج على تقليل وجود العوامل التي تتوقع فشل العلاقة، وتشمل السلوكيات والعواطف التي تؤدي إلى مزيد من الاستقرار في العلاقة، وتم إنشاء علاج الأزواج بطريقة جوتمان من طرف

جون جوتمان، وجولي شوارتز جوتمان كطريقة لاستخدام الأفكار المتعمقة من البحث لمساعدة الأزواج على تحسين علاقاتهم.

ويستند العلاج بالأزواج حسب طريقة Gottman على نظرية منزل العلاقة السليمة (SRH) sound relationship house والتي تم تطويرها من نتائج البحوث مع الأزواج، والنتائج الأساسية لأبحاث جوتمان هي:

- معظم الصراعات دائمة العلائقية في الطبيعة، وغالبا ما تستند إلى اختلافات أساسية في الشخصية أو القيم وتميل إلى الثبات مع مرور الوقت.

- يحدث الصراع الخانق عندما يؤدي التصعيد حول الاختلاف الدائم إلى انهيار الحوار، وغالبا ما يتضح هذا من خلال وجود الفرسان الأربعة.

- يظهر النمط الثاني من الأزواج المكتئبين الذين يتجنبون الفرسان الأربعة عموماً، على الرغم من أن هؤلاء الأزواج قادرون على تجنب تصاعد السلبية ومعظم محادثات الصراع الخاصة بهم، إلا أنهم أظهروا أيضاً مستوى منخفضاً من الإيجابية في كلٍ من محادثات الصراع غير الصراع.

- الأزواج الناجحون يبدوون تعاملًا صحياً نحو الصراع، إنهم يعرضون الموضوعات بطريقة واضحة مع شريكهم، ويقبلون التأثير على بعضهم البعض ولديهم القدرة على حل وسط بشأن خلافاتهم.

- يظهر الأزواج الناجحون مستويات أقل من الإثارة المتعاطفة أثناء الصراع والتفاعلات غير الصراعية، وتكون قادرة على تهدئة الذات عند الضرورة.

- يتم إجراء حوار حول المشكلات الدائمة من خلال التعامل مع المعنى الوجودي الأساسي الذي يقوم عليه موقف كل شريك بشأن القضية.

- يُعدُّ بناء المشاعر الإيجابية خلال لحظات الصراع وغير الصراع ضروريا لضمان التغيير الدائم.

- يعتمد الإصلاح الناجح أثناء النزاع أو بعد الحوادث المؤسفة على المشاعر الإيجابية في العلاقة.

- يخلق الأزواج الناجحون إحساسًا بالمعنى المشترك الذي يحسن من رضی العلاقة واستقرارها.

- هناك ثلاثة أنظمة علاقات مترابطة: إدارة الصراع الصداقة والتأثير الإيجابي، والمعنى المشترك، ومن الضروري فهم جميع الأنظمة الثلاثة وتسهيل التغيير عند الحاجة. (عايش محمد صباح، 2022، ص 460-463)

✓ عملية الإرشاد الأسري والزواجي:

يلتقي المرشد الأسري بجميع أفراد الأسرة لأن مشكلة الزوج والزوجة هي مشاكل أسرية قد تكون ناتجة عنها. يلتقي المرشد الزوجين معاً وتسمى هذه العملية بالمقابلة المشتركة **Conjoint Interview**، وقد يقوم بها مرشدان معاً قد يكونا رجلاً وامراً يقابلان الزوجين لكي لا يستطيع أحد الزوجين القول بأن أحد المعالجين يتحيز للآخر الذكر للأنثى أو الأنثى للذكر، يناقش المعالج كل أفراد الأسرة ويسألهم عن رأيهم فيها وفي أسبابها الأمر الذي يتيح لهم فرصة للتعبير عن مشاعرهم الأمر الذي سيجعلهم ينخرطون في عملية الإرشاد والتغيير المتوقع.

• أهداف عملية الإرشاد الأسري والزواجي:

تكمّن أهداف علاج سوء التوافق الزوجي فيما يلي:

1/ تحديد أدوار الزوجين بشكل واضح.

- 2/ تحديد توقعات الزوج والزوجة كل منهما من الآخر.
- 3/ تكامل صفات الزوجين وقدراتهما وإمكاناتهما.
- 4/ فهم الأسباب التي تؤدي إلى عدم التوافق ومحاولة حلها.
- 5/ فهم الصراعات وطرق الاتصال والانفعالات بين الزوجين ومحاولة تغييرها نحو الأحسن.
- 6/ محاولة تحديد أهداف وتطلعات وطموحات الوالدين والعمل على تحقيقها.
- 7/ تحديد العلاقات الزوجية بشكل دقيق مع الأهل، بمعنى احترامهم ولكن منع تدخلاتهم السالبة.
- 8/ صرف النظر عن الخلافات البسيطة والاهتمام بإنشاء أسرة أطفال.
- 9/ الاستعانة بتجارب النماذج الزوجية الناجحة في حل المشكلات.
- 10/ قراءة المزيد من الأدب المتعلقة بالتوافق الزوجي.

• دور المرشد الأسري والزواجي في عملية الإرشاد:

- 1/ الإعداد للمقابلات التي يجب أن تشمل الزوجين وأفراد الأسرة.
- 2/ تشجيعهم على حضور المقابلات والالتزام بها.
- 3/ دراسة تفاعلاتهم وطرق اتصالهم وتعليمهم طرق اتصالات جديدة.
- 4/ الطلب منهم يمثل مشكلاتهم.
- 5/ الطلب منهم مراقبة نماذج زوجية متوافقة على الفيديو.
- 6/ توجيه الزوجين وتقديم تغذية راجعة مناسبة لهما.
- 7/ يتعلم الزوجان طرق التفاعل الجيدة والاتصالات السليمة.
- 8/ تقبل الزوجين لتحمل المسؤولية نحو التغيير.
- 9/ التزام الزوجين بحضور الجلسات الإرشادية.

• أساليب الإرشاد الزوجي الأسري:

تختلف أساليب الإرشاد الزوجي وفقاً لتدريب المرشد وتوجهاته النظرية، فمنهم من

يلجأ إلى التعزيز الإيجابي والتوجيه والإقناع والنمذجة ومنها ما يلي:

○ **التعزيز الإيجابي:** يشجع الزوجان على تعزيز كل منهما للآخر على السلوكات

المرغوبة، لأن الاتجاه السلوكي يرى بأن المشكلات الزوجية سببها نقص التعزيز في

العلاقات الأسرية. إن التعزيز يجب أن يتصف بالفورية أي أن يأتي بعد السلوك

المرغوب الذي يقوم به الزوج أو الزوجة. إن التعزيز يقوي الروابط الأسرية ويساعد على

تحسن مستوى التوافق الزوجي بينهما.

○ **العقود:** يكتب الزوجان عقداً موقعاً من كليهما يحدد فيها الأهداف المرغوب تحقيقها وما

هي الجوائز أو المكافآت التي سيقدمها كل منهما في حالة تحسن سلوكه والقيام بما هو

مطلوب منه من واجبات ومهام.

○ **التدريب على طرق الاتصال والتفاعل الناجح:** يعلم المرشد الأسري الزوجين

على طرق الاتصال الجيدة وطرق التفاعل ويحلل تفاعلاتهما ويبين لهما أسباب عدم

التوافق الزوجي لديهما والمتعلق بجانب الاتصال ويعلمهم كيف يجب أن تكون رسائلهم

من حيث وضوحها ومطابقة ما هو لفظي منها مع ما هو غير لفظي.

○ **إعادة التمثيل:** يطلب المعالج الأسري من الزوجين إعادة تمثيل انفعالاتهما

أمامه ومن ثم يبين لهم أين الخلل ويطلب منهم تجنبه. 5 الواجبات البيتية: تعلم المرشدة

الأسرية الزوجة كيف تعاشر زوجها وكيف تتعامل معه وكيف تتحمل معه وكيف تتصل

به والمعالج الأسري يعلم الزوج كيف يتعامل مع زوجته ويعطيه مهام معينة يطلب

منها القيام بها في المنزل (سعيد حسني العزة، 2015، ص 312-315).

المحاضرة العاشرة

وسائل التدخل في العلاجات العائلية (المقابلة العائلية)

✓ الإطار العام والخطوات العلاجية.

✓ أبرز تقنيات العلاج النسقي الأسري:

- إعادة التسمية (إعادة التأطير).
- التكاليفات المنزلية.
- وصفات الأعراض.
- الدلالة الإيجابية.
- المقابلة العائلية (النسقية).

✓ الإطار العام والخطوات العلاجية:

- تكون الحصة جماعية، توجد نماذج عديدة فيما يخص الأشخاص الحاضرين في الحصة، إذ يمكن أن يتعلق الأمر في الواقع بعلاجات أسرية (الحالة الأغلب)، أو بعلاجات الأزواج أو حتى الإخوة، هناك أيضا تغييرات وفق الحاجات و تطور العلاج، فبعض المعالجين يلحون على ضرورة حضور جميع أعضاء الأسرة الذين يعيشون تحت سقف واحد، و يذهبون إلى رفض أن تتعد الحصة عندما يغيب أحد أفرادها، في حين أن البعض الآخر هم أكثر "ليوننة" أي أن الحصة تتعد مع الأفراد اللذين يريدون المجيء، فيقوم المعالج أحيانا بالإشارة إلى غياب المريض المعين بواسطة "كرسي فارغ"، فهو غياب له معنى و هو ما يريد المعالج توضيحه من خلال سلوكه هذا. يطلب معالجون آخرون أحيانا حضور أفراد من الأسرة الممتدة، مثلا جدّة ذات أهمية بالنسبة للمجموعة الأسرية أو خال أو عم...

- من الشائع أن يتم التدخّل من طرف معالجين اثنين على الأقل، يتواجد أحدهما داخل الحصة والآخر خارجها في وضعية مشرف (Superviseur) حيث غالبا ما يلاحظ الحصة وراء مرآة خاصة (glace sans tain)، أمّا إذا كان هذا الجهاز التقني غير موجود فيمكن للمشرف أن يجلس في نفس القاعة بوضعية ملاحظ، وإذا كان المعالج يعمل لوحده يمكنه أن ينعزل عن المجموعة الأسرية من أجل التفكير، في وقت يختاره أو في نهاية الحصة قبل أن يعطي التكاليفات أو التوجيهات.

- على العموم تكون الحصص مصورة سينمائيا مع موافقة الأسرة.

هذين العنصرين التقنيين - المشرف والتصوير السينمائي للحصص - تقدم للأسرة على أنها مساعدة للعلاج، إذ حسب Benoit (1995) فإن التسجيل والمشرف يجيبان على الضرورة المزدوجة للمشاركة والملاحظة، فهو من الصعب، بالنسبة لمتدخل واحد أن يشفر التبادلات بطريقة دقيقة وأن يفرق بين "ما يُعرض عليه" و "ما يحثه" هو ذاته و " ما يحدث عفويا في الجماعة". يتدخل المشرف لما يكون زميله في (مأزق)، لما تصبح التبادلات فقيرة

أو من أجل وضع فرضيات جديدة. يسمح التسجيل السينمائي أيضا من الدراسة اللاحقة للحصص.

- قاعة العلاج الأسري حسب Benoit (1995) هي عموما غرفة واسعة نوعا ما مع وجود عدد كبير من المقاعد، ألعاب للأطفال، إلخ. أين يسمح لأفراد الأسرة أن يختاروا أمكنتهم كما يريدون وعلى المعالج ملاحظة توزيع أماكن الجلوس.

- وقتية الحصص هي متغيرة على العموم، تدوم الحصص من 45 دقيقة إلى ساعة وهذا مرة كل شهر، كما يمكن أن تدوم أكثر من ذلك بقليل، ويمكن أن تصل المدة الاجمالية للعلاج من عدة أشهر إلى عدة سنوات. أحيانا يتم إبرام عقد بخصوص مدّة العلاج مثلا من خمسة إلى عشرة حصص قابلة للتجديد (Blanchet, 2004).

يعتبر P. Watzlawick أن الخطوة العلاجية في العلاج الأسري تتبع بروتوكول خاص ويتم دائما في نفس الترتيب والذي يمكن تلخيصه في النقاط التالية:

1. تحديد المشكلة بعبارات بسيطة ودقيقة.

2. التعرف على الحلول التي تمت تجربتها سابقا: لا يتعلق الأمر هنا بإعادة ذكر السلوك العلاجي الذي برهن عن فشله، فهي حلول سيئة أو فاشلة بما أنها لم تعطي نتائج جيدة، بل يجب السير إلى ما يمكن أن ينجح هذه المرة مع تجنب عوائق الأساليب العلاجية المؤقتة.

3. تحديد التغيير المرغوب: تتعلق هذه النقطة بإعطاء هدف للعلاج، وأن يكون هدفا واضحا ودقيقا وليس مثاليا، حيث يكون دور المعالج محددا في المساعدة التي يقدمها من حيث شرح الهدف. ويجب أن يترجم ذلك في صورة سلوكيات مع التوجه الدائم لأن تصبح الأسرة أكثر رشدا، أي أكثر قابلية لتواصل يمكن اعتباره على أنه سليم ومتوازن.

4. تحقيق المشروع حتى يتم التغيير: بمعنى وضع إطار التغيير وديناميكيته، حيث يرى P. Watzlawick أن هدف التغيير ما هو إلا محاولات الحل، ويجب أن تترجم التقنية المختارة إلى "لغة" الفرد ذاته، بمعنى يجب أن تعرض عليه بصفة تستعمل طريقته الخاصة في إدراك "الواقع" (Hénil, 1995).

✓ أبرز تقنيات العلاج النسقي الأسري:

توصل معهد البحث العقلي إلى أن التحليل التفاعلي (l'analyse interactionnelle) لا يسمح دائماً بتحريض وتنشيط سياقات التغيير، وإنما نجاعة التدخل ذاتها هي المحدد الرئيسي للتغيير، وهي هدف التفكير النظري، وهو ما أدى إلى قيام " نظرية التدخل " "théorie de l'intervention"، التي لا تقوم على نظرية الأسرة وإنما على نجاعة العلاقة معالج/ مريض، مع رسم هدف دقيق وهو تغيير السلوك طبقاً لما يريده المريض، فالمهم هو الحصول على نتائج ملموسة (El Kaïm, 1995, p184).

تتدرج الفنيات والتدخلات العلاجية النسقية في مدى عريض متسقة مع القضايا والمبادئ التي سبق الإشارة إليها والأهداف التي يعبر عنها المعالجون النسقيون. وبصفة عامة فإن المعالج النسقي معالج مباشر وحازم وفعال، وأشد التدخلات العلاجية التي يستخدمها المعالجون النسقيون هي: إعادة التسمية (إعادة التأطير) والتكليفات المنزلية واستخدام التعليمات المناقضة، وفيما يلي إشارة موجزة إلى كل منها:

• إعادة التسمية (إعادة التأطير) (Relabeling (Reframing) :

نحن نعرف أننا لا نتعامل مع الوقائع كما هي في الواقع ولكننا نتعامل مع الصور التي ندركها لهذه الوقائع والتفسيرات الخاصة التي نضعها لها، وإعادة التأطير Reframing

هنا تعني أن نغير وجهة النظر المفهومية في علاقتها مع إدراكنا للموقف ووضعها في إطار آخر يناسب الحقائق تماما ولكن يغير المعنى، ومن هنا فإن القضية في أبسط عباراتها أن إعادة التسمية Relabeling العلاجية تعني تقديم سلوك المتعالج من زاوية أو في صياغة إيجابية ليجنب النقد أو اللوم.

• التكاليف المنزلية Homework Assignments:

ولأن هدف العلاج النسقي هو تغيير السلوك فإن تعليمات تعطى أحيانا إلى المعالجين لجعلهم يكفوا عن عمل أشياء كانوا يعملونها لأنها تعمل على استبقاء المشكلة، وأن يقدموا على فعل أشياء من شأنها أن تخفف من حدة المشكلة. وهذه التعليمات تكون حول أمور تبدو صغيرة لدى المتعالج ولكنها تعني شيئا لدى المعالج لأنها تمثل نمودجا مصغرا للصعوبات الأساسية أو المركزية لاضطراب المتعالج Watzlawick and Weakland (1977, P 289)، وعلى هذا يدرّب أو يطلب من المتعالج الذي لا يريد ولا يستطيع أن يطلب مساعدة من الآخرين أن يقدم على طلب هذه المساعدة، ومثل هذه التعليمات ينبغي أن تنفذ فيما بين الجلسات في الحياة العملية، وأن يكتب عنها وتناقش في الجلسة التالية (كفافي، 1999).

يرى J. Haley في كتابه « Nouvelles stratégies en thérapie familiale » أنه إذا كان الهدف الأساسي للعلاج هو دفع الفرد لأن يسلك سلوكا مختلفا حتى يسمح له ذلك بأن يعيش (يختبر) خبرات ذاتية مختلفة، فإن التكاليف أو التوجيهات (Directives) تمثل الوسيلة لتحقيق هذه الخبرات، بالإضافة إلى استعمالها من أجل تكثيف العلاقة مع المعالج. كما يرى أيضا أنه يتم استعمال التوجيهات لما يرغب المعالج أن الأشخاص بما يطلبه منهم، ولما لا يريد أن يقوموا بما طلبه منهم، أي لما يريد أن يتغير الأشخاص تمردا ضده.

تهدف التوجيهات إذن إلى جعل أفراد الأسرة يدركون سوء توظيفهم العلائقي والذي تم الكشف عنه خلال الحصص العلاجية من طرف المعالج بفعل موقفه (Hénil, 1995).

• وصفات الأعراض Symptom Prescriptions :

ويقوم هذا الأسلوب على فكرة التناقض، وهي صورة من الرابطة العلاجية المزدوجة والتي يطلب فيها من المتعالج أن يفعل المزيد من الأعمال التي يدركها كأعراض متعبة أو مزعجة، فيطلب من الطفل الذي يثر ضجة لا أن يتوقف عن فعل ذلك ولكن أن يزيد في إثارة المزيد من الضجة. والمعالجون النسقيون في هذه الفنية متأثرون بالمعالج الإيحائي "ملتون أريكسون" الذي استخدم مثل هذه الفنية مع طفل كان يعاني من قضم أظافره بتوجيهه لزيادة قضم الأظافر إلى أقصى ما يستطيع، الأمر الذي جعل الطفل يعتبرها عادة مضجرة ومؤلمة وتوقف عن ممارسة العادة كلية. ويلاحظ أن هذه الفنية شبيهة بفنية الغمر Flooding التي يستخدمها المعالجون السلوكيون (كفافي، 1999).

يطلق على هذه التقنية أيضا بالتكليفات النقيضية (L'injonction paradoxale)، وهي أساسية مهما كانت متغيرات التقنية، فهي تعيد التناقض المكتشف من طرف العيادي (التناقض المقصود) فيقوم بوصف العرض بمعنى أنه يستعمل التناقض لأغراض علاجية. كما أن الفكرة الافتراضية العلاجية للنقيض المقصود يكمن في المبدأ الهيبوقراطي الذي ينص أن "المماثل يعالج المماثل" (Le semblable guérit le semblable) (Watzlawick et al (1972). فالتكليفات النقيضية لعرض المريض المعين - والمبالغ فيها غالبا - تهدف إلى جعل الأسرة تدرك معنى نمط اتصال المريض المعين والسماح له بتغييره. في الواقع، وبعد أن يكون المعالجون قد فهموا معنى اللعبة الأسرية، فإنهم يقومون بما وراء الاتصال حول اللعبة "métacommuniquer" بكشفها ومبالغتها حتى تصبح مقبولة في نهاية المطاف (Selvini-Palazzoli (1975). ولكن بجعل المعنى صريح، فإنهم يقومون بطريقة أو بأخرى

بالغائه، أو يحدثون على الأقل وعي أو إدراك و في نفس الوقت تغييرات في النسق
(Blanchet, 2004).

• الدلالة الإيجابية:

أهم الاستنتاجات العلاجية المقترحة من طرف المدرسة الميلانية (Milan) الدلالة الإيجابية" (Connotation positive) من طرف العيادي فيما يخص جميع السلوكات الملاحظة داخل الجماعة، فالمعالج يقدم دعمه وسنده للنسق العام وذلك مع اتيانهم في نفس الوقت باقتراحات تطويرية. يقترح C. Guitton فكرة "اللحظة العلاجية"، أي " وجود تبادلات تناظرية للدراما المعاشة تسمح بحضور استعارات، تكون لهذه الأخيرة وظيفة توجيه من أجل فتح وإعادة السيرورة التطورية الأسرية"، كما يؤكد Andolfi أيضا على استعمال الاستعارات والألعاب أو الأشياء والاستفزاز العلاجي لإجبار النسق على الانفتاح وعلى حدوث تغييرات تفاعلية.

• المقابلة النسقية:

يعتبر Stierlin (1979) العلاج الأسري على أنه نقلة Paradigme جديدة، أي نظام من المراجع يكشف عن البيانات بطريقة مفيدة وينظمها ويفسرها بطريقة جديدة، يظهر الفرد مدمج الآن في نسق يجعل فكرة الفردانية أكثر فأكثر إشكالية تمثل المقابلة الأولى بالنسبة للمعالج وضعا جديداً وفريداً، فلعائلة هي نظام فردي ومعقد تبدأ المقابلة بالاتصال الأول والسؤال الأول الذي يمكن أن يسأله المعالج، معرفة كيفية تقدم العائلة بالتفصيل إلى اللقاء الأول.

بمعنى مراعاة بعض التفاصيل المهمة بالنسبة للمعالج مثل: من الذي قام بتوجيه الأسرة؟ من أفراد الأسرة أو خارجها أخذ الموعد؟ وما هي الخطوات التي قامت بها الأسرة

من أول اتصال إلى غاية اللقاء الأول وعندما تتدخل أثناء الأزمة (La Situation de crise) تُعدُّ الدقائق القليلة الأولى من المقابلة أمراً بالغ الأهمية مع المريض المعين ومحيطه، وغالباً ما يحدد هذا اللقاء العاطفي تسلسل الأحداث أكثر من شدة الحالة العرضية للمريض.

ومن المهم جداً في حالة الأزمة ومن الضروري مراعاة طلب المرافق (Réfèrent) للمريض المعين، فالتفاعلات أثناء الأزمة هي مهمة جداً وفترة من الزمن التي تسمح لها بالبحث في كل الأبعاد للأسرة، أي إشكالية المفحوص المعين، البعد الخالص بالإشكالية الزوج، ووظيفة العرض إلخ...

يجب أن يميز المعالج في أي حالة فكرية تأتي بها الأسرة ويتصرف وفقاً لها. اين تجري المقابلة النسقية؟

إن معظم المعالجين الأسريين يلتقون بالأسر في إطار اعتادت عليه، أي في مكتب الاستشارة للمعالج. كما يستحسن أن يكون هذا الأخير واسعاً، لأن في حالة ما إذا كانت الأسرة كبيرة بإمكان كل واحد من أفرادها يختار أين يجلس وما هي المسافة التي يختارها بالنسبة للآخرين.

كيف تجلس الأسرة؟

يستحسن أن يكون المعالج الأسري هو آخر من يجلس، فإنه يترك الاختيار لكل فرد من أفراد الأسرة أن يختار المكان الذي يريد أن يجلس فيه.

فالمقابلة النسقية تسمح للمعالج أن يلاحظ كل ما يجري " هنا والآن " Ici at maintenant، أي كل السلوكات والانفعالات أي كل ما هو لفظي وغير لفظي Analogique et digital، يصدر عن أفراد الأسرة.

فالهدف من اللقاء الأول مع الأسرة هو وضع الفرضية الأولى للأزمة التي سوف تسمح بهيكله المقابلة.

اخترع M.Selvini ومساعدوه وفقاً لـ Neuburger (1988) تقنية معينة من
المقابلة أطلقوا عليها الدائرية Circulaire وهدفها بسيط ألا وهو كسر الخطية Linéarité
الصارمة من أجل إظهار أمام المعالجين والأسرة الأحداث المتكررة La Récursivité
الكامنة ولذا فإن الأسئلة التي يطرحها المعالج تكون مبينة بشكل معين (نقلاً عن تشيكو
بوكوسالة، 2019، ص90-92).

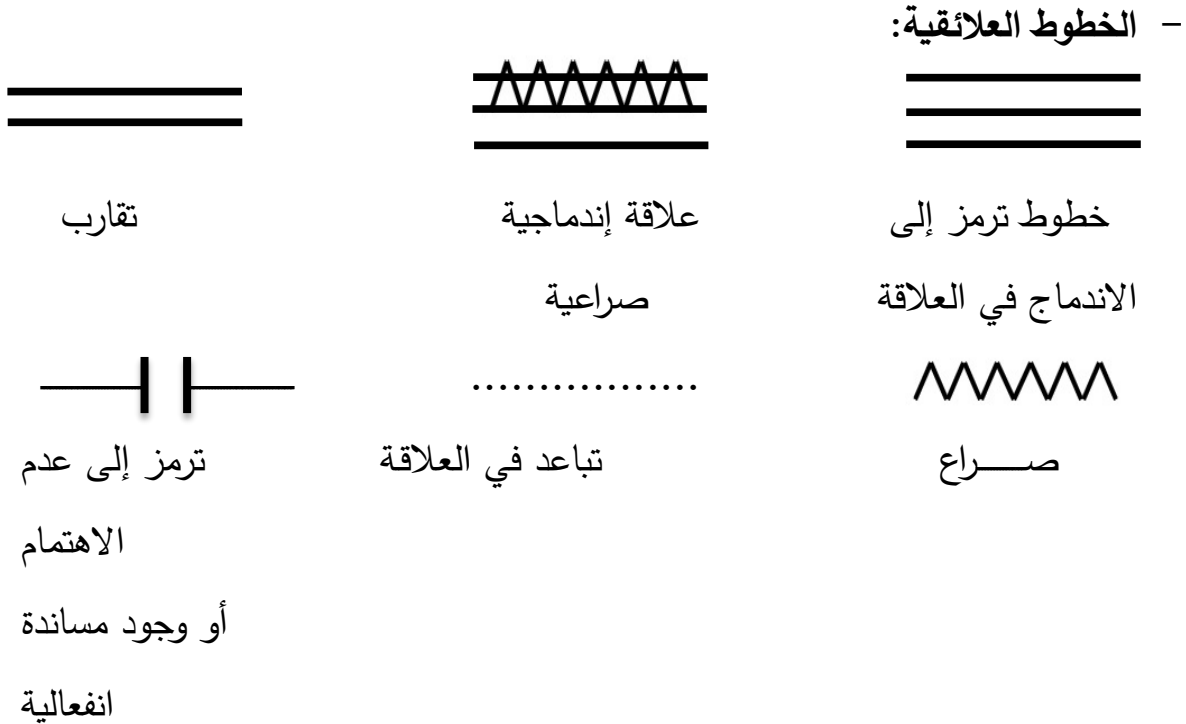
المحاضرة الحادية عشر

المخطط الجيلي (Génogramme)

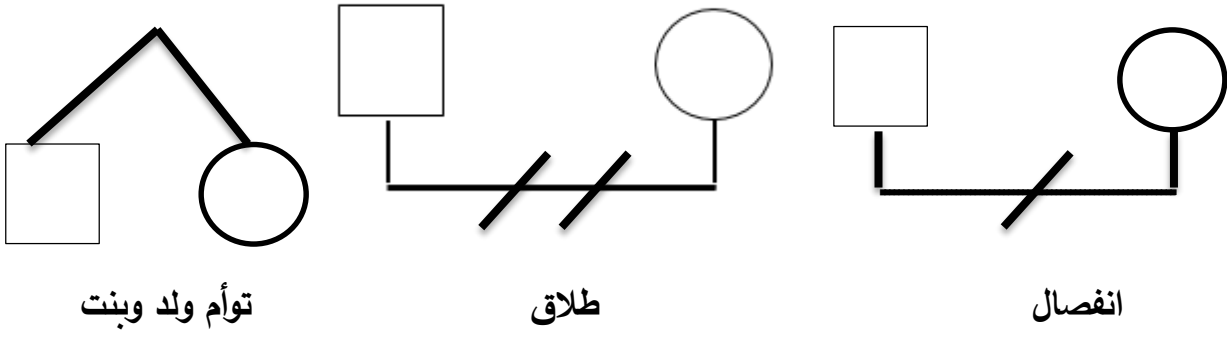
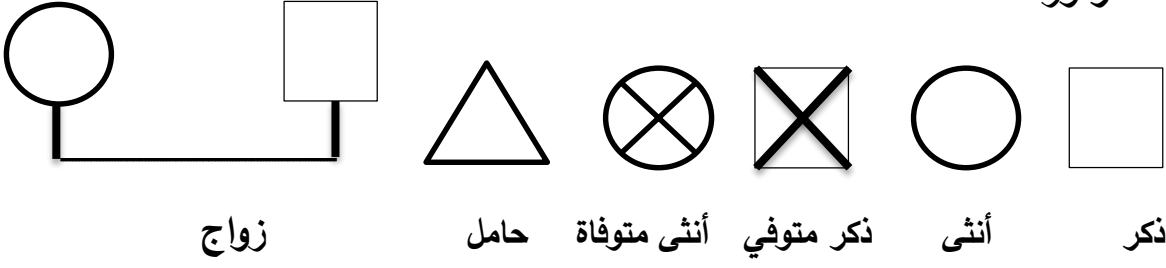
- ✓ المخطط الجيلي (Génogramme).
- ✓ الخريطة الأسرية (Carte familiale).

✓ المخطط الجيلي (Génogramme):

المخطط الجيلي يعتبر تقنية ترجع أصولها إلى النموذج الاستراتيجي بزعامة J. Haley. حيث قام كلا من Bowen ثم Montagano بتوسيع التفاعلات إلى الأجيال السابقة (تفاعلات عمودية) بالعمل على الشجرة العائلية للأسرة (Génogramme) والتي يتم تشكيلها طوال الحصى (الأسماء، الألقاب، المهن، الأماكن، طبيعة العلاقات ذات الدلالة بين بعض الأشخاص، التواريخ، الأمراض، إلخ). تسمح هذه الأداة بالكشف عن الإعادات، الصراعات، التفويضات عبر الأجيال، الخرافات والاعتقادات الأسرية (Blanchet, 2004).



- الرموز:



خطوبة

عقد قران رسمي

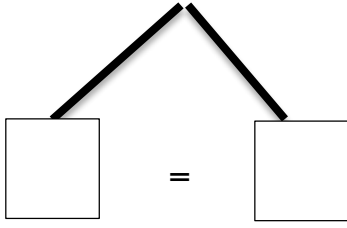
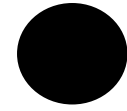


ترمل وفاة أحد الزوجين

مات وهو مسجل على الدفتر العائلي ولو ليوم واحد



طفل مجهض ولم يعيش مع العائلة



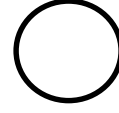
توأم حقيقي متماثل



امراة حامل بطفلة

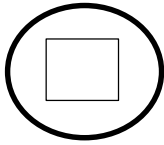


طفلة ميتة



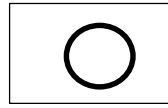
طفل متبني

ميتة أو ذكر



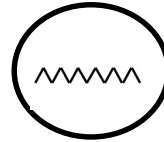
رجل متحول إلى

امراة

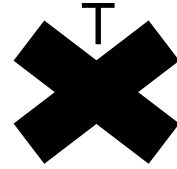


امراة متحوّلة

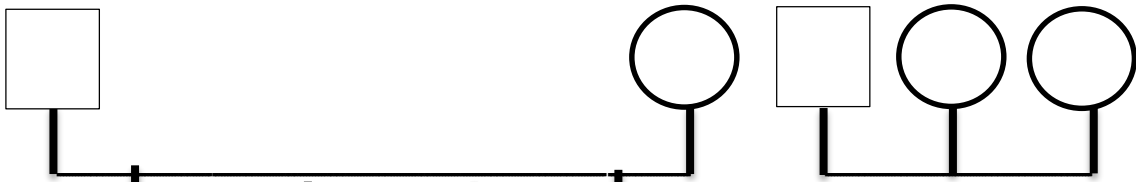
إلى رجل



الإدمان



إجهاض



إجهاض بدون

أن نعرف جنسه

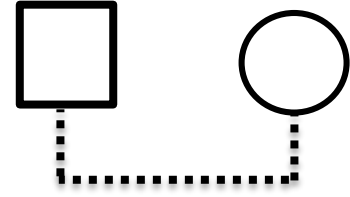
ذكر ميت مسجل على الدفتر العائلي

ذكر أسقط
معروف الجنس

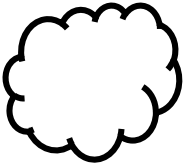
تعدد الزوجات



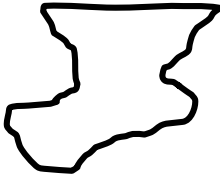
علاقة متقطعة غير دائمة يشوبها نوع
من الاضطراب



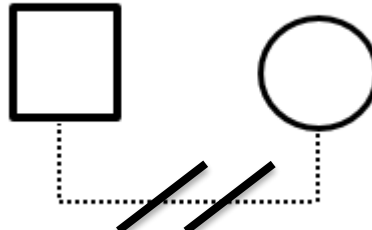
علاقة مؤقتة ذات
طابع جنسي



صراع



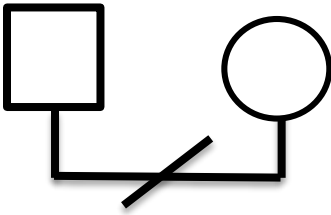
تحالفات



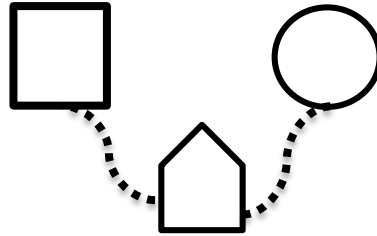
فسخ الخطوبة



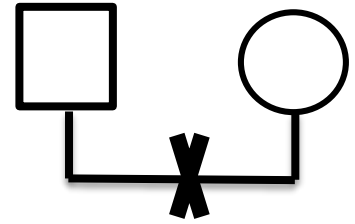
علاقة التحامية



تباعد الزوجين



علاقة متقطعة " يعيشان
مع بعض بدون زواج "



علاقة زواج

أرمل أو أرملة

✓ الخريطة الأسرية أو المخططات البنيوية (Carte familiale):

تستعمل تقنية الخريطة الأسرية في العلاج البنيوي لـ S. Minuchin، وهي تسمح بالكشف عن نوع التفاعلات داخل النسق والتعرف على الأنساق التحتية وطبيعة الحدود وعن المسؤولين حالياً عن الاختلال الوظيفي الأسري...). انطلاقاً من هنا، فإن الدور الرئيسي للمعالج هو توضيح الحدود ضمن الأسرة: إعادة رسم بصفة متينة الحدود الكثيرة الانتشار، توضيح و تليين الحدود الشديدة الصرامة، مما يسمح لكل فرد من الأسرة في الحالة الأولى أن يزيد من نطاق اختياراته وخبرته من الحرية، وفي الحالة الثانية أن يشبع بطريقة أفضل حاجته للانتماء وللأمن" (Sinelnikoff (pp 262-263) (Blanchet, 2004) .

(1) الخط المستمر:

يرمز إلى الحدود الصلبة بين الأنظمة الفرعية وتمثل حاجز أو عائق لا يمكن التغلب عليه في عملية التواصل، كما يركز إلى الحدود المتشددة بين هذه الأنظمة.

(2) الخط المنقطع:

يركز هذا الخط إلى ترسيم الحدود الواضحة بين الأنظمة الفرعية تسمح بحرية الاتصال أو التأثير الوجداني.

(3) الخط المنقطع:

يركز إلى ضبابية الحدود أو الحدود غير الواضحة وهذا ما يشير عادة إلى استثمار زائد بين الأفراد والأنظمة.

(4) الخط المنكسر والخط المنقطع:

يركز الخط المنكسر إلى صراع بين الأفراد، كما يركز إلى تحالف بين شخصين معينين ضد الشخص الثالث.

العلاقات التي تربط الأسرة:

| | |
|--|--------------------------------------|
| مثال: M : يرمز إلى الأم | P : يركز إلى الأب |
| G ₂ : يرمز إلى الطفل الأكبر | F ₂ : يرمز إلى لفتاة صغرى |
| G ₁₂ : ذكر سنه 12 سنة | F ₆ : فتاة سنها 6 سنوات |

MP

G₁ G₂ G₃

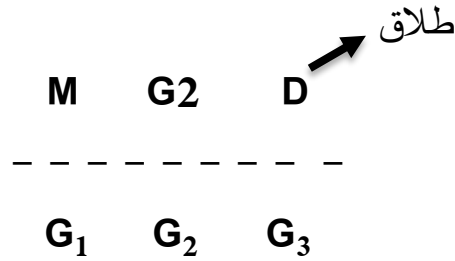
هذا المخطط العائلي يوضح أنه داخل هذا النظام العائلي أن الراشدين يتحكمون في السلطة، والحدود مرسومة بصورة واضحة بين الأنظمة الفرعية الآباء والأطفال. وفي هذه الحالة نستطيع القول أن الراشدين يأخذون قرارهم بعد الاتفاق بشكل متبادل، حيث يطلبون رأي الأطفال ويأخذونه بعين الاعتبار. ومن الفرضيات التي لا تلائم هذا المخطط، نعطي مثال على آباء عندهم سلطة في هذا النظام، فهم يرسمون الحدود والقواعد إذا التحكم في المهمة واضح في هذه العائلة. لكل عضو في هذه العائلة مكانة واضحة ومبررة (حسب النظام الولادي فالمسافة أساسية في التقارب العاطفي بين الصبيان وهذا يعطل لهم التوازن).

MP

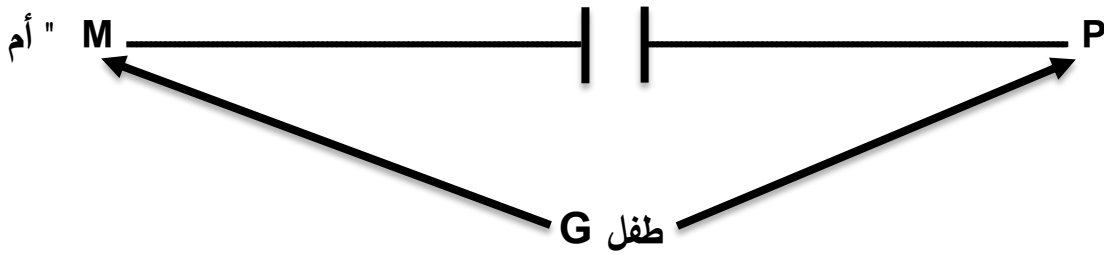
G₁ G₂ G₃

هنا الآباء يتحكمون بشكل واضح في الأوامر ولكن نلاحظ بعض المعوقات البنيوية السهلة والاختلافات البسيطة بين الآباء حيث نلاحظ ارتباك بين الأدوار الوالدية، وعدم التباين في أدوارهم يؤدي إلى ردود أفعال فردية فإشارة من أحد الأفراد يؤدي إلى المقاومة من الآخر.

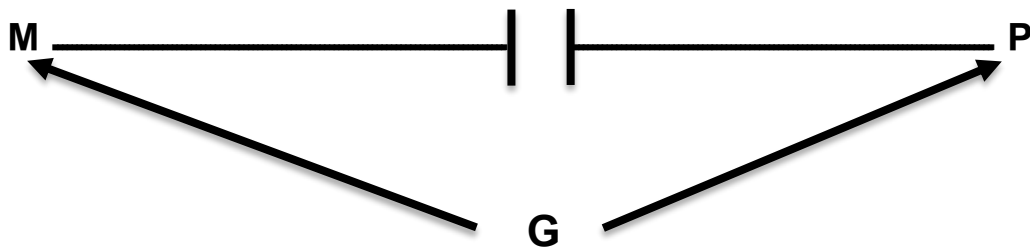
وفي حالة زيادة في المسافة الانفعالية بين الراشدين يحدث أن أحد الأبناء يتسلل إلى الحيز الحر وهنا يتضح التغير الهيكلي للأسرة.



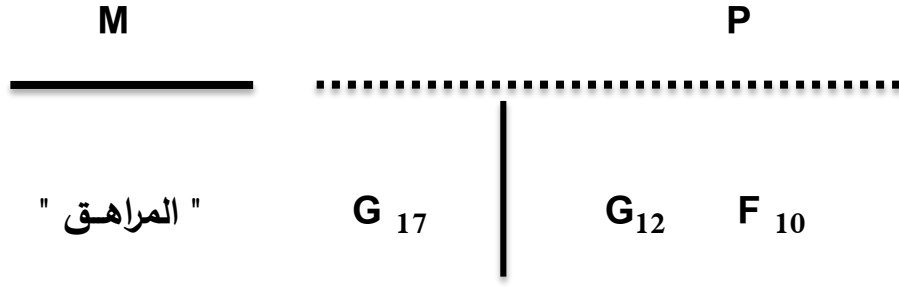
في حالة كسر أو طلاق للعملية العلائقية تحوّل الطاقة الوجدانية في اتجاه الطفل، وهذا الطفل يأخذ في علاقة ثلاثية ويستعمل كوعاء لصيق هذا يعطي " أب "نوعين من العلاقة"



توتر العلاقة بين الآباء يوجه هذا التوتر نحو الطفل " المخطط السابق ".

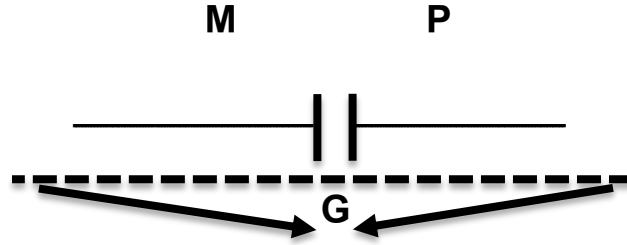


انعدام الوجدان بين الأبوين يؤدي إلى إشباع الطفل، عند بلوغ الأطفال سن المراهقة يحدث تغيير في الهيكل الأسري مما ينتج علاقات صلبة بين الوالدين والمراهق نفسه وإخوته واخوته الأصغر سنا منه وتتوضح فيما يلي:

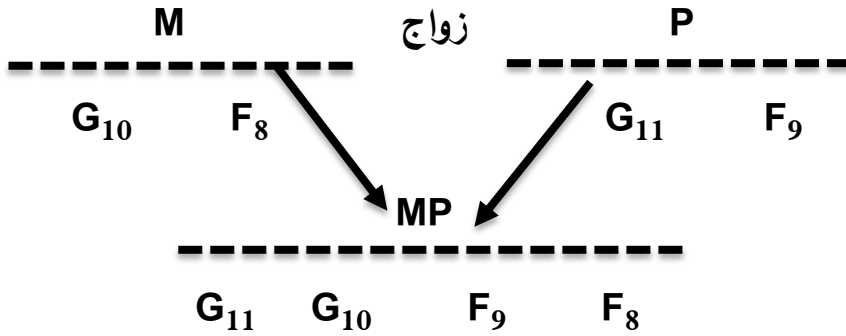


وجود صراع كامن بين الوالدين يمنع من إخراج هذا الصراع يعطي انطباع عائلة

موحدة.



مثال لبطاقة عائلية في حالة إعادة التشكيل:



نلاحظ تقارب في السن بين الأكبر والأصغر " لا توجد مسافة عمرية كبيرة بينهم "

ظهور صراع، وصف لرد الفعل عند الطفل في محيط (عداء)



" المرور إلى الفعل "

المحاضرة الثانية عشر

الممارسة في إطار الشبكة والتشاور (Clinique de la concertation)

- ✓ الممارسة في إطار الشبكة والتشاور.
- ✓ مرحلة الاتصالات الأولية والجوانب الإدارية والإجرائية.
- ✓ مرحلة الالتحاق والارتباط بالنسق الأسري (المقابلة الأولى).
- ✓ مرحلة تحديد المشكلة (المقابلة الثانية).
- ✓ مرحلة التفاعل.
- ✓ مرحلة إقرار الهدف.
- ✓ نماذج العلاجات النسقية:
 - العلاج الأسري التحليلي.
 - العلاج الأسري السلوكي.
 - العلاج البنيوي.
 - العلاج الاستراتيجي.
 - العلاج البينجيلي.
 - العلاج الإنساني.
 - العلاج الرمزي الخبراتي.
 - المقاربة الإدماجية.

✓ الممارسة في إطار الشبكة والتشاور:

يعرف كل المشتغلين بالمشكلات النفسية والاجتماعية من أخصائين اجتماعيين ونفسيين ومن مرشدين نفسيين وأطباء نفسيين أهمية الأسرة في نشأة ونمو هذه المشكلات. وطالما استعانوا بالأسرة على نحو أو آخر في عملهم، ولكن هذه الاستفادة قد تطورت ومرت بمراحل يمكن تمييزها كالاتي:

✓ مرحلة الاتصالات الأولية والجوانب الإدارية والإجرائية:

إن مرحلة الاتصالات الأولية تبدأ مع المرشد أو المعالج من أول اتصال بينه وبين الأسرة في علاقة عاملة (Working Relationship)، أي في علاقة فاعلة و متماسكة بالقدر الذي يسمح الاسرة وخدمات الإرشاد والعلاج النفسي بإمكانية التغيير إلى أفضل ويكرر الباحثون والممارسون على السواء من العاملين في مجال إرشاد وعلاج الأسرة التأكيد على أهمية الاتصالات الأولية بين الأسرة والمعالج أو المرشد في ترك انطباع أولى عند كل طرف عن الطرف الآخر، وإما أن يكون هذا الانطباع إيجابياً يصب في صالح العملية الإرشادية أو العلاجية، وإما أن يكون سلبياً لا يخدم هدف المعالج من تحسين أوضاع الأسرة، وتشهد " سو والروند - سكرت (Sue Walrond-Skimmer) أن نجاح المرشد النفسي أو المعالج النفسي في إنجاز هذه المرحلة الأولية يحدد بدرجة كبيرة نتائج العلاج كله.

كما ينبغي أن يكون لدى المرشد قبل المقابلة الأولى فكرة عامة عن مشكلة الأسرة معتمداً أيضاً على المعلومات التي استقاها من تقرير الإحالة أو من جهة الإحالة أو من فرد الأسرة الذي جاء يطلب المعونة أو من أي مصادر أخرى. وعلى المرشد أن يكون يقظاً ومركزاً في اتصالاته مبدئياً الجدية والتعاطف، وباختصار عليه أن يكون مسيطراً على

الموقف في هذه المرحلة حتى تنتقل هذه الروح إلى الأسرة وتستمر قوة الدفع طوال العملية الإرشادية (كفاي علاء الدين، 2008، ص 328-331).

✓ مرحلة الالتحاق والارتباط بالنسق الأسري (المقابلة الأولى):

بعد أن يحدد المرشد موعد ومكان المقابلة مع الأسرة، عليه أن يعد نفسه لهذه المقابلة الأولى التي تكتسب أهمية خاصة كما ذكرنا وتحتل موقعاً فريداً ومتميزاً في العملية الإرشادية أو العلاجية حيث يترتب على نتائجها أمور كثيرة بالنسبة للأسرة والمعالج معاً.

وأول ما يقابله المرشد عند لقاء الأسرة، هو ذلك التوتر أو القلق الذي يعتري الأسرة والذي يمكن أن يكون متوقعاً ومفهوماً؛ لأن الأسرة لأول مرة تعامل " كمرضى " وحضور الأسرة يعنى من ناحية ما أنهم يقرون بمرضهم وبحاجتهم إلى الإرشاد أو العلاج، وإذا لم يكونوا مقتنعين تماماً بذلك. فإنهم حضروا بروح المقاومة والتحدي لدعوى المرشد. وفي كل هذه الحالات يحتاج المرشد إلى أن يمتص جو القلق والتوتر وأن يحاول إحلال روح الترحيب وأن يقنعهم بالتعاون مع شخص عرفته الظروف إلى الأسرة تعرفاً حميماً ووثيقاً، وأن الأسرة لن تخسر من هذه العلاقة.

وأول ما يفعله المرشد في المقابلة الأولى بعد الترحيب بأفراد الأسرة هو أن يترك لهم حرية الجلوس، بمعنى أن يترك كل فرد يجلس في المكان الذي يريد " حيث يكون المرشد قد أعد مقاعد بعدد من سيحضرون الجلسة، وعليه أن يلاحظ من يجلس بجانب من لأنه قد يكتشف من الوهلة الأولى بعض التحالفات في الأسرة، وعليه أن يلاحظ أيضاً المكان الذي تركته له الأسرة، فإذا كان في مكان لا يستطيع منه أن يرى فيه كل أفراد الأسرة في نظرة واحدة فله أن يستنتج أن هذا التحديد ربما كان وراء رغبة من الأسرة في تقليص نفوذه أو تقليل مكانته ودوره، وعليه في هذه الحال أن يطلب من أحد الأفراد أن يتبادل معه مكانه.

وهكذا فإنه يكون قد جابه قوة الأسرة وتحداها، وعزز هيئته بطريقة غير لفظية ولكنها مؤثرة. ومن البداية تؤكد أن هذه المرحلة في العمل الإرشادي مرحلة تمهيد أو مرحلة اجتماعية أكثر منها مرحلة تشخيصية أو علاجية.

وفي نهاية الجلسة الأولى يحدد المرشد للأسرة موعد المقابلة التالية ومكانها إذا كانت الجلسة الأولى عقدت في مكان خاص، كما يحدد المرشد من سيحضر المقابلة من أفراد الأسرة، ولا يجب عليه أن يسأل الأسرة عن سيحضر، فتحديد من يحضر المقابلات الإرشادية مسئولية المرشد وليست مسئولية الأسرة مهما كانت تعليقات الأسرة وتفسيراتها ورؤيتها للمشكلة (كفافي علاء الدين، 2008، ص 331-333).

✓ مرحلة تحديد المشكلة (المقابلة الثانية):

وفي هذا المرحلة يبدأ العمل الإرشادي أو العلاجي الفعلي، فعندما تنتهي المرحلة الأولى التي كانت تتسم بالطابع الاجتماعي وتهدف إلى إقامة الألفة بين المرشد والأسرة يبدأ المرشد ومنذ المقابلة الثانية مراحل العمل الفعلية مبتدئاً بتحديد المشكلة. ويرى كثير من الباحثين والممارسين أن خير مدخل لتحديد مشكلة الأسرة هي استعراض ودراسة وتحليل تاريخها، فتاريخ الأسرة إذن هو المدخل المناسب لمعرفة مشكلتها.

وأول ما سيواجهه المرشد في أولى جلسات العمل محاولات الأسرة لحصر المشكلة في العضو الذي حدده كمرريض، وأنه إذا ما عولج هذا العضو فإن كل أمور الأسرة ستكون على ما يرام، وكان لسان حالهم يقول للمرشد: " لا تتعب نفسك في البحث فنحن أصحاب المشكلة وأدرى بها منك. إن المشكلة تنحصر في (س) فإذا ما استطعت مساعدته فقد ساعدتنا "، وهذا هو التحدي الأول وربما الأكبر الذي يواجه المرشد الأسري في بداية عمله مع الأسرة، ولذا تكون كل الأنظار والاهتمام موجهة إلى عضو الأسرة الذي حدد كمرريض

ويتوقعون أن يتجه المرشد إليه بالأسئلة والاستفسارات. ولكي يبدد المرشد هذا الجو في الجلسة عليه أن يبدأ الحديث مع أحد الأعضاء الآخرين فإن في ذلك تخفيفاً لجو القلق ويصرف انظار الأسرة عن تشخيصهم المشكلة.

ومع ذلك فليس من السهل القيام بتغيير جو المقابلة فعلى المرشد أن يأخذ قراراً خاصاً بموضوع السؤال الأول الذي يبدأ به التعامل مع أفراد الأسرة ومن يوجه هذا السؤال؟ وكيفية صياغة السؤال، وهي مشكلة تبدو بسيطة وسهلة ولكنها دقيقة، ويترتب عليها سير التفاعل في بقية المقابلة وربما المقابلات التالية.

وتعد الذكريات الأسرية مدخلاً مناسباً لتحقيق هذه الأمور، وتخلق لدى أفراد الأسرة مشاعر توحيد وتعاطف مع بعضهم البعض وتوقظ ذكريات الآباء الشخصية أثناء طفولتهم ومراهقتهم مما يجعلهم أقرب إلى أن ينظروا إلى مشكلات وحاجات ومطالب أبنائهم في ضوء تذكر مشكلاتهم وحاجاتهم ومطالبهم التي خبروها أثناء المراهقة. ولكي يكون استرجاع الذكريات التاريخية الأسرية ممنهجاً وقابلاً للإفادة منه تقترح "سو والروند - سكرنر" أن يعمل المرشد على تنمية شجرة العائلة مع أفراد الأسرة.

كما أن هذا الأسلوب تكون له فائدة كبيرة في تمكين المعالج من الحصول على قدر كبير من المعلومات التي لها طابع تعاقبي يتضمن تسلسلاً تاريخياً للأحداث والخبرات الأسرية. وإذا ما بدأ في إنشاء هذه الشجرة ابتداء من المقابلة الثانية فإنها تبقى مع أفراد الأسرة طوال فترة الإرشاد ويمكن أن يضيفوا إليها أية معلومات يتذكرونها أو يجدون لها قيمة. ولكن ينبغي أن نؤكد أن هذا الاستعراض التاريخي لأحداث وقائع سابقة ينطلق من الحاضر الذي تعيشه الأسرة مع المرشد، وليس للبحث عن أسباب المشكلة الحالية" في " الوقائع الماضية " في هذه المرحلة على الأقل في العمل الإرشادي. فهذا الاستعراض مدخل يحقق الأمور التي سبق الإشارة إليها ولكنها لا يجب أن تكون مهرباً من الحاضر إلى الماضي.

إن المرشد يحتاج إلى أن ينظر إلى النسق الأسري في ضوء خواصه وصفاته (المرونة الانفتاح، الانغلاق ميكانيزمات التغذية المرتدة والضبط والمعلومات، وغيرها من خصائص الأنساق التي أشرنا إليها)، وأن يصل إلى فكرة دقيقة عن النمط الأسري الحالي الذي أمامه، وهل هو نمط مندمج أو أنه غير منظم وذلك ليحدد نوع الاتزان الذي يحظى به هذا النسق وهل هناك فرد في الأسرة يعتمد عليه هذا.

وعلى المرشد أن يترجم الأنشطة غير اللفظية لأفراد المنسق الأسري كلهم صغاراً وكباراً، والتي تبدو عشوائية لا معنى لها ولا دلالة، إلى أنماط مفهومة تعكس علاقات أفراد النسق الأسري ومشاعرهم ومخاوفهم وتحالفاتهم ومواطن القوة ومواطن الضعف لديهم. وعلى المرشد أيضاً أن يستجمع في ذهنه كل ما عرفه عن ديناميات النسق الأسري الذي يتعامل معه، وأن يحاول أن يقترب من مشكلة الأسرة وبالتعاون مع أفرادها، ولا نريد أن نكرر مرة أخرى المقاومات الشعورية واللاشعورية التي سيديها أفراد الأسرة التشخيص المشكلة عندما يكتشفوا أن المرشد لم يخضع لهم ولم يقنع بوجهة نظرهم في حصر المشكلة في العضو الذي حدده كمرريض، وعليه أن يستمر في العمل مع الأسرة " بأن يسبح ضد تيارها " محاولاً تحديد المشكلة بالاستعانة ببعض الأسئلة منها:

- كيف يرى كل فرد من أفراد الأسرة المشكلة؟

- لماذا تعتبر الأسرة السلوك الأعراضية أو العرض مشكلة؟ وهل هناك أحد من أفراد

الأسرة لا يعتبر هذا العرض (السلوك الأعراضية) مشكلة؟

- من أكثر أفراد الأسرة إنزعاجاً من المشكلة؟

- كم عدد مرات حدود العرض؟ ومتى يحدث؟ وأين يحدث؟ أو من الذي يستجيب له

أولاً؟ وبأي طريقة؟ وما الذي يحدث قبل حدوث العرض مباشرة؟ وما الذي يحدث بعده؟

- متى بدأ العرض؟ ولماذا أتت الأسرة في هذا الوقت إلى الإرشاد أو العلاج؟

- متى بدأ العرض؟ ولماذا أتت الأسرة في هذا الوقت إلى الإرشاد أو العلاج؟
- ما جوانب المشكلة التي لا يراها أفراد الأسرة ويراهها المرشد؟
- من هو العضو في الأسرة الذي يحدد المشكلة لهم؟ ومن الذي يتحدث من المشكلة في الجلسات الإرشادية؟
- ما مدى اتفاق أفراد الأسرة على تحديد المشكلة؟ وإذا لم يكونوا متفقين فماذا يحدث؟
- هل طلب أفراد الأسرة المساعدة من قبل؟ وممن؟ وكيف كانت استجابتهم لذلك؟
- هل تم طلب المساعدة من أفراد الأسرة الممتدة؟ أو الأقارب؟ أو الأصدقاء؟
- هل عرضت على الأسرة بعض الحلول؟ وماهي؟ وما موقف الأسرة من كل منها؟
- مَنْ مِنْ أفراد الأسرة الذي يأخذ زمام المبادرة في المواقف الجديدة في الأسرة؟ (كفافي علاء الدين، 2008، ص 334-338).

✓ مرحلة التفاعل:

وعادة ما لا تتضح المشكلة تمام الوضوح في هذه المرحلة المبكرة من العملية الإرشادية لأن المقاومات عند بعض أفراد النسق لازالت عامة وفاعلة، وسواء اتفق أفراد الأسرة على تحديد طبيعة المشكلة أم لم يتفقوا فإن الوقت قد حان في هذه المرحلة أن يدخل المرشد إلى **مرحلة التفاعل (Interaction Stage)** وفي خلال المرحتين السابقتين (مرحلة الالتحاق **Joining Stage**) ومرحلة تحديد المشكلة (**Problem Statement Stage**) كان المرشد يحافظ أو يبقي على مركزيته وتركيزه على الشبكة الاتصالية، ويتكلم مع كل أفراد الأسرة بالتناوب، ويمنع المقاطعات، وتميل هذه الإجراءات إلى تخفيض التوتر في الأسرة من ناحية وتوافر النظام والاتصال الواضح نسبياً من ناحية أخرى، وتقيم من المرشد قوة وتعمره قائداً للعملية الإرشادية من ناحية ثالثة. وإذا كان هدف المرحلة السابقة هو تمكين

الأسرة من أن ترى مشكلتها على النحو الصحيح، فإن هدف هذه المرحلة (التفاعل) هو توضيح أنماط التفاعل التي أبقّت على المشكلة والمدخل الذهبي للوصول إلى هذا الهدف- كما يرى معظم مرشدي ومعالجي الأسرة - هو أن يطلب المرشد من أفراد الأسرة أن يعبر كل منهم تعبيراً غير مقيد عن نفسه، وأن يتفاعلوا بحرية وتلقائية في وجود المرشد أو بتعبير " منوشن " أن يرقصوا في حضوره.

وهذا الاستعراض أو الرقص يمكن أن يحدث على نحو سهل وطبيعي إذا كان أفراد الأسرة غير متفقين على طبيعة المشكلة التي تواجهها الأسرة. وعندما يكون هذا صحيحاً ويتأكد منه المرشد، فإنه يشجع أفراد الأسرة على أن يناقشوا اختلافاتهم، وأن يحاولوا أن يصلوا إلى اتفاق. وخلال هذه المرحلة يكون من المفيد للتفاعلات في المقابلة أن يتنازل المرشد عن مركز الشبكة الاتصالية، حيث كان يقوم بدور المنسق لكل الاتصالات.

وعليه في هذه الحال أن يحول كل الاتصالات التي توجه له من أعضاء الأسرة مرة أخرى إلى أفراد الأسرة الآخرين والمرشد لا يترك الأمور تتفاعل بعيداً عنه ولكن دوره فقط في هذه المرحلة يكون أنسب عندما يمارس في حدود التوجيه والتدخل حين الحاجة، مثل أن يتناقش اثنان من أعضاء الأسرة ويصلا إلى طريق مسدود فعليه أن ييسر هذا الاتصال وأن يساعدهما على استمرار الحوار، فمهمته في هذه المرحلة- مرحلة التفاعل- ان يكون ميسراً (Facilator) لهذا التفاعل.

أما إذا اتفق أعضاء الأسرة حول طبيعة المشكلة التي أحضرتهم إلى الإرشاد أو العلاج النفسي فإن المرشد يطلب منهم أن يمثلوا الموقف المؤدي إلى المشكلة، مثل الموقف الذي يرفض فيه الابن (س) الامتثال لأوامر الأم أو الأب ماذا يحدث؟ وما موقف كل فرد في الأسرة من ذلك؟ ويرى مرشدو الأسرة: أنه من المفيد أن تجعل الأسرة تؤدي أو تفعل شيئاً عملياً خاصاً بالمشكلة بدلاً من الحديث عنها فقط ومن الضروري أن يفعل المرشد كل ما في وسعه ليساعد الأسرة على أن تبني نماذج من السلوك صحيحة وسليمة في الخيال توطئه لمحاولة جعل هذا الخيال يحدث في الواقع.

وبناء هذه النماذج من السلوك خطوة هامة ومفيدة. ولكن المشكلة في بعض الأسر أن أعضاء الأسرة ليسوا تواصلين، فالحدود بين الأنساق الفرعية سميكة وصلبة، ويكون المرشد في هذه الحال غير قادر على أن ينتقي معلومات كافية لبناء سلوك تفاعلي سليم وصحيح. وبعض المرشدين اديهم نماذج من مواقف تفاعلية سوية معدة مسبقاً وتناسب مواقف أسرية شائعة، يمكن أن يدرّب عليها الأسرة المنغلقة. ومن الممارسات التي يتحمس لها بعض المرشدين الأسريين، خاصة عندما يعملون مع أسرة بها أطفال صغار، أن يسألوا الأسرة أن تتقذ عن طريق التمثيل في الجلسة يوماً من حياة الأسرة بكل تفاعلاتها. وإذا نجح الأسلوب فإنه يمثل فرصة أمام المرشد ليرى بعينه كيف تتفاعل الأسرة، ويستطيع حينئذ أن يصحح ما يراه مؤدياً إلى المشكلات وأن يبرر هذا التصحيح للأسرة جيداً وأن يدرّبهم على السلوك المصحح وحتى يروا نتائج التفاعل الجديد ويقتنعوا به مما ييسر التمسك بما تعلموه من أنماط جديدة.

إن من أهداف المرحلة التفاعلية أيضاً هو وقوف المرشد على هرمية الأسرة والكشف عن أي تحالفات ثابتة، ولمعرفة طبيعة الحدود بين الانساق الفرعية هل هي متميعة أو صلبة وجامدة، وما مدى نفاذيتها. ويأمل المرشد في هذه المرحلة أيضاً أن يكشف عن التابع التفاعلي المتكرر طوال فترة معينة، والذي يبقى على سلوك المشكلة، وعندما يحصل المرشد على هذه المعلومات فإنه يكون في وضع يسمح له بتتمة التدخلات التي تؤدي إلى تغيير مفيد.

ولكي يحقق المرشد أهداف هذه المرحلة فإنه يضع القواعد الأساسية للعمل الإرشادي وأن يشرحها لأعضاء الأسرة جيداً لأنها سيتعاملون على أساسها. وفي مقدمتها أن الأسرة جاءت إلى الإرشاد أو العلاج النفسي لأنها "هي" تحتاج إلى ذلك، وأن المرشد لم يحضر الأسرة ليقوم بذلك العمل الساذج والتقليدي وهو علاج الفرد في وجود أسرته، وإنما هو يتعامل مع أسرة تحتاج الإرشاد أو العلاج بما فيها العضو الذي تميل الأسرة إلى اعتباره المريض.

وتكون هذه هي فرصة المرشد ليعير في توازن النسق ويجعله يختل مقدمة لبناء النسق من جديد على أسس تفاعلية سوية ومضمون الصفقة بين المرشد وعضو الأسرة، هي أن هذا العضو هو منفذ المرشد للولوج إلى داخل النسق الأسرى، وليصبح كما قلنا أحد مفرداته في مقابل هذه المكانة التي أتاحها له المرشد. وكما قلنا فإن على المرشد أن يكون منتبها حتى لا يستغل عضو الأسرة هذه المكانة التي أتاحها له المرشد استغلالا سيئاً، وأن يتمادى في الحصول على المكاسب، بل ينبغي أن يعرف أن عليه واجبات ومسئوليات مثل باقي أعضاء الأسرة، وأنه لن ينقلب من عضو منبوذ إلى عضو مميز أو مدلل مع ملاحظة أن عضو الأسرة الذي استفاد حتى الآن من العملية الإرشادية عرضة للتفكير في ألا يستمر في الإرشاد - مثله مثل الآخرين - عندما يكتشف أن خطة الإرشاد تطوله أيضاً وتفرض عليه تغيرات ربما لم يكن يريدتها (كفافي علاء الدين، 2008، ص 339-343).

✓ مرحلة إقرار الهدف:

وبعد مرحلة الاتصالات الأولية وإجراءات إقامة أول مقابلة. وبعد إجراء المقابلة الأولى، وهي المقابلة التي يلتحق من خلالها المرشد بالنسق الأسرى ليكونا معاً نسقاً جديداً. وبعد بداية العمل الفعلي ممثلاً في محاولة تحديد المشكلة وبداية التفاعل الحقيقي الذي يهدف إلى تغيير المعتقدات والأفكار التي يقوم عليها توازن النسق الأسرى، وبالتالي تغيير النسق وإقامته على أساس تفاعلات جديدة وتوازن يعتمد على علاقات سوية. عند هذه المرحلة - ونحن مازلنا في بدايات العملية الإرشادية - على المرشد - وخاصة عندما يصبح جزءاً من النسق - أن يعقد اتفاقاً مع أعضاء الأسرة حول كيفية مواجهة المشكلة وحلها بعد تحديد معالمها، وهذا الاتفاق قد يكون مكتوباً وقد يكون شفويّاً غير مكتوب.

المهم أن طرفي الاتفاق المرشد من ناحية وأفراد الأسرة من ناحية أخرى يكون كل منهما على بينة بتفاصيل هذا الاتفاق وأهدافه ومراحله ووسائل تنفيذه وواجبات كل طرف

وحقوقه عند الطرف الآخر، وصياغة الاتفاق تعتمد على طبيعة المشكلة وعلى أعضاء الأسرة وبنائها، وإذا أردنا نتائج جيدة فإننا لا بد وأن نبدأ بداية جيدة. كما يقول " هيلي ".

ويصوغ المرشد الاتفاق حسب طبيعة المشكلة وبناء الأسرة وعلى النحو الذي يكفل زلزلة التوازن القائم وإحلال توازن جديد أكثر سواء مكانه. وترى " سو والروند- سكر " أنه من الأمور المقيدة عقد اتفاقية مع الأسرة عند الوصول إلى نهاية الجلسة الثانية؛ لأن هذه الاتفاقية سوف تقوم بوضع الحدود حول استمرار العلاقة بين المعالج والأسرة. وهذه الاتفاقية ليست مجرد وضع المسؤوليات الخاصة بالأنوار والمهام المطلوبة لتحقيق الغايات المطلوبة للرغوية. ولكنها تعد أيضاً ضماناً لاستيفاء ومساندة وتثبيت نسق التغيير العلاجي.

ويرى المرشدون أن الاتفاقية ينبغي أن تغطي أهداف العلاج. وتتحدد الأهداف بناء على إمكانيات وقدرات النسق الأسرى وتتضمن الاتفاقية أيضاً مسؤوليات أفراد الأسرة ومسؤوليات المرشد وتحديد من سيتابعون حضور الجلسات، وكما قلنا ربما يكون من الحيوي ضرورة حضور الأجداد أو الأعمام أو الأخوال ما دامت شخصيات مؤثرة في بعض أفراد الأسرة وتفاعلاتهم. وهذا يعنى أن المرشد قد يركز في بعض مراحل العمل على التفاعل مع العضو المحدد كمريض، ثم يتحول عنه إلى الوالدين وطبيعة علاقاتهما، وقد يتحول من هذين إلى الجد أو الجدة وهكذا، كما تشمل الاتفاقية بالطبع مكان وموعد الجلسات وجدول عقدها أسبوعياً أو شهرياً (كفافي علاء الدين، 2008، ص 344).

✓ نماذج العلاجات النسقية:

تعتبر نظرية الأسرة توجه نظري و تخصص عيادي ينظر إلى سلوك الأشخاص والاضطرابات العقلية من منظور السياق البيئشخصي Lansky (1989)، و يظهر هذا التوجه بوضوح من خلال العلاج الأسري الذي يمثل مصطلحا جامعا لعدد من الممارسات العيادية القائمة على فكرة أن الاضطرابات النفسية تتموقع على مستوى النسق الأسري بدلا من الفرد، حيث تم على هذا الأساس تصميم علاجات بهدف إحداث التغيير داخل النسق العلائقي للأسرة وليس في الفرد (نقلا عن Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

و على غرار مدرسة Palo Alto فهناك حركة رائدة في مجال العلاج الأسري والتي ظهرت في سنوات الخمسينيات و هي "Family Institute de New York" بزعامة المحلل النفسي N. Ackerman (Villeneuve et Toharia, 1997)، بالإضافة إلى وجود علاجات أسرية مستلهمة من نظريات أخرى كالسلوكية مثلا، نعرض فيمايلي أهم النماذج العلاجية الأسرية و الأسرية النسقية.

• العلاج الأسري التحليلي:

يتكفل المعالج الأسري التحليلي بكامل الأسرة، ويهتم بالاتصال - وبالصرعات - بين أفراد الأسرة وذلك بتمحوره على الحياة الداخلية لكل فرد. هدفه هو تغيير الجهاز النفسي الأسري الذي يتضمن نفسية كل فرد.

تقترب النماذج الفضائية من تلك الخاصة بالعلاج النسقي كقاعة كبيرة، و حضور معالجان اثنان، و تطبّق ثلاثة قواعد أساسية هي: التداوي الحر الجماعي، انسحاب المعالج (لا يعطي النصائح)، والحضور الثنائي الجيل (bi-générationnelle) (Blanchet, 2004). يقوم المعالج بوضع الإطار، يسمح بالخطاب ويستعمل تقنيات كتحليل المحتوى، تفسير المقاومات والتحويلات الأسرية، إلخ. ويحاول المعالج أن يكشف الهوامات التي تدور

داخل المجموعة الأسرية والتي تؤسس العلاقات داخل المجموعة. كما أنه يتقرب أيضا الدفاعات الجماعية وإذا كانت الحاجة لذلك فيفسرها. إذ يتعلق الأمر بالسماح للأفراد بتحديد صراعاتهم اللاشعورية داخل الجماعة الأسرية و على إرصانها، وتاما مثل التحليل النفسي الفردي، فإن السيرورة العلاجية تفترض مبدئيا نكوص جماعي حتى تسمح بظهور الأجهزة النفسية الفردية المستقلة (Blanchet, 2004).

يستخدم العلاج الأسري السيكوديناميكي خاصة مع الأسر التي لديها عددا من التثبيطات الخفيفة أو المتوسطة التي تحدّ من شخصيات أفرادها ممّا يمنعهم من التمتع والنجاح في الحياة، يعرف هؤلاء الأفراد بذوي العصابات، و بالرغم من درايتهم بآثار السياقات على سلوكهم و مبادئ التعزيز التي تؤثر على سلوكياتهم و على نجاحهم الاجتماعي و المهني غير أن أنساقهم ذات الصراعات تحدّ من تكيّفهم مع الأحداث وخصوصا إذا اختاروا شريك ذو ميول عصابية، إذ يمكن أن يكون للزوج (couple) صراعات مشتركة ضمن حياة هوامية صراعية لاشعورية مع استعمال دفاعات مشتركة لاحتواء هوماتهما والأخطار الضمنية الكامنة، ويبقى تعطيل هذه الميكانيزمات العصابية ليس بالسهل خاصة لدى الأسر التي تعاني من الاضطرابات النرجسية التي يصعب تحديدها و التي تحتاج إلى تحالف قوي بين الأسرة و المعالج . (Pirooz Sholevar & Schwieri, 2003).

• العلاج الأسري السلوكي:

تمثل الأسرة من وجهة العلاج الأسري السلوكي بيئة طبيعية لتعلم السلوك، فالأسرة – بحكم العلاقات والتفاعلات اليومية بين أعضائها – تمثل شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر والأساليب السلوكية الموجهة من فرد إلى آخر داخل الأسرة، فقد يدعم سلوك أحد أعضاء الأسرة سلوك عضو آخر، ويعارض سلوك عضو ثالث ويتحدى سلوك عضو رابع، وهكذا. والأسرة في النهاية تمثل مجالا حيويا أوليا يتعلم فيه عضو الأسرة كيف يسلك تجاه

أفراد الأسرة الآخرين، وعن طريق التعميم ينتقل هذا السلوك في معاملة الآخرين خارج نطاق الأسرة.

ويحدد العلماء السلوكيون الهدف النهائي و الشامل للعلاج الأسري السلوكي بأنه تغيير "اتساقات التدعيم" (Contingencies Of Reinforcement) حتى يتعلم أفراد الأسرة أن يقدموا التدعيم الاجتماعي المناسب للسلوك المرغوب فيه بدلاً من تدعيم السلوك اللاتكثيفي (كفافي، 1999).

تزيد فعالية العلاج السلوكي الأسري لما يشترك مع العلاج الأسري الاستراتيجي مع الأسر التي تعاني من نقص " التنظيم السلوكي" بجعل أفراد الأسرة يطلعون على أثر السياقات على سلوكهم، و مساعدتهم على تعلم مبادئ التعزيز الإيجابي مما ينقص اللجوء إلى التجنب و لعب السلطة، إذ توسع العلاجات مقارباتها بدمج مفاهيم خاصة بمقاربات أسرية أخرى، فأصبح النموذج الأسري السلوكي الإدماجي يعتمد على: (1) أهمية تقبل الأعراض قبل محاولة تغييرها و (2) أهمية العمل الجماعي مع المفحوصين، مما يساهم في خفض المقاومة للعلاج واعتبار المفحوصين على أنهم شركاء في علاجهم (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

• العلاج البنيوي:

"سلفادور منوشن" (Salvador Minuchin) رائد آخر في علاج الأسرة. وقد قدم إسهامات في كل من النظرية والممارسة، و "منوشن" ملتزم بوجهة نظر الأنساق العامة، ويظهر اهتماما واضحا بمفاهيم مثل التوازن الحيوي (Homeostasis) والتغذية المرتدة (Feedback) وحدود النسق (System Boundaries) والأنساق الفرعية (Subsystems) وصفات النسق المفتوح والنسق المغلق (Open and closed systems properties)

وتتسم نظرية "منوشين" بالكلية، وينظر إلى أساليب السلوك الخاصة بالفرد كمؤشرات على بناء الأسرة الكلي ويرفض وجهة النظر الخطية، وينحاز لوجهة النظر التفاعلية التبادلية. وعلى الرغم من أنه تدرب تقليدياً في الطب النفسي فإن "منوشين" اهتم فقط وعند الحد الأدنى بمساعدة الأسر لتستبصر وتفهم مشكلاتها، ولم يهتم بالنمو بالمعنى العلاجي، وبدلاً من ذلك اهتم في العلاج البنائي على أن يتعامل المريض مع الحقيقة أو الواقع. وتركيز العلاج يكون على مشكلات الأسر التي جاءت بها إلى العلاج والمشكلات التي أثرت في السياق، وينظر إلى مشكلات الأسر على أنها ناتجة من البناء الأسري، وتظل قائمة ببقائه ولا تحل المشكلات إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة (Benoit, Malarewicz, Beaujean,) (Colas, et Kannas 1988).

وتركز المفاهيم الرئيسية لهذا العلاج على أنماط التفاعل داخل الأسرة لفهم البنية والتنظيم الأسري، حيث يرى Minuchin أن بنية الأسرة تعود إلى القواعد التي تطورت مع مرور الزمن انطلاقاً فيمن يتعامل مع من. كما يفترض في بناء الأسرة أن يكون هناك ترتيب هرمي وفقاً لامتلاك الوالدين سلطة أكبر من الأطفال، وكذلك هناك طبيعة خاصة لكل أسرة بأدوار وقواعد وأنماط تفاعل، وعلى المعالج ملاحظة الديناميات لإحداث التغيير المناسب بها (أبو أسعد ، الختاتنة، 2014).

ويقوم العلاج الأسري البنيوي على مفاهيم أساسية وهي: البنية والقواعد والخريطة الأسرية والتكامل (La complémentarité) والعرض والتكيف والتغيير والحدود (Bloch, 1994)

يفترض المعالج الأسري البنيوي أن التنظيم الوظيفي داخل الأسرة يجب أن يتميز بحدود مناسبة بين الأنساق التحتية: الوالدين، الإخوة، وحدة الأسرة باعتبارها كل، والفردية. انطلاقاً من هذا المفهوم الذي يساعد على تشخيص الأسرة في وصف اللاوظيفية: تشابك، أي الأسرة (أو الأنساق التحتية) التي تكون قريبة من بعضها أكثر من اللزوم، أو منفكة لِمَا يكون أفراد الأسرة متباعدين جداً عن بعضهم (Pirooz Sholevar & Schwoeri, 2003).

إن تكرار نفس الأنماط من التفاعلات هو الذي يخلق النماذج البنيوية المختلفة داخل الأسرة، كما تتحدد طبيعة البنية الأسرية بواسطة الحدود العاطفية التي تبقي أفراد الأسرة في حالة تباعد أو تقارب، أما الحدود الصلبة أو المنتشرة (diffuses) فتشير إلى تسوية بين كلا من الأنساق التحتية والأنساق خارج الأسرة. تدل الحدود الصلبة على وجود تفكك داخلي وما بين الأنساق، في حين تتميز الحدود المنتشرة بعلاقات متشابكة (Becvar & Becvar, 1993).

• العلاج الاستراتيجي:

تأثر Jay Haley بأعمال Milton Erickson فقام بوضع منهج محوره التغيير ووصف التوجيهات و هي المقاربة الاستراتيجية (El Kaïm, 1995)، فقد لاحظ Haley أنه في الأسر ذات الاختلال الوظيفي من خلال بعض أسر الفصامين، " يقوم كل واحد بإقصاء ما يقوله الآخر، فما كان يجب أن يقال، على كل حال لا يجب أن يقال بهذه الصفة" Postel et al , p 568 (1993) ، كما حصر Haley المشروع العلاجي، إذ لا يتعلق الأمر بالنسبة له بتغيير البنية الأسرية بأكملها و إنما "بتغيير بعض المقاطع التفاعلية، ومن ثم الوصول إلى الحل البسيط للمشكلة المطروحة، و هو الحل الذي يسمح في حد ذاته بإعادة تنظيم النسق" (نقلا عن Blanchet, 2004).

فهي نظرية لا تركز على إعادة حل قضايا الماضي، بل تركز على حل المشاكل الحالية مع ميل العلاج إلى الاختصار، مركزا على العملية أكثر من المحتوى، وتوجيهها إلى التعامل مع من يعمل، وتحت أي ظرف، والنظر إلى المشكلة المقدمة على أنها المشكلة الواقعية ومجازا لأداء النسق الأسري، وفيها يعطي المعالج عظيم الأهمية للقوة، الضبط، والهرمية في الأسرة والجلسات الأسرية (أبو أسعد، الختاتنة، 2014، ص 119).

لقد عارض Haley مثل غيره من المعالجين النسقيين، التفسيرات النفسية الداخلية للأمراض مؤكدا بدلا من ذلك على اضطرابات وظائف العلاقات و الأنماط الاتصالية داخل

النسق الأسري الذي يحدث فيه المرض، و يؤكد هذا المدخل العلاجي على الأسلوب أكثر مما هو على النظرية، خاصة الفنيات التي تثبت فاعليتها، لأن الطابع البرجماتي أو العملي هو المسيطر على هذه المداخل، و كان Haley "هيلي" يقول أن المنظرين أو المعالجين في مجال البحث يحتاجون إلى نظريات معقدة، أما العياديون المنشغلون بالممارسة و العلاج فهم في حاجة إلى نظريات مبسطة Haley (1976, p 100) (نقلا عن كفاي، 1999).

يتميز المعالج الاستراتيجي بكونه نشط وفعال وليس سلبيًا، فهو الذي يحدد المشكلات القابلة للحل، وهو الذي يقرر الأهداف، وهو الذي يصمم التدخلات التي تحقق هذه الأهداف، وهو الذي يفحص الاستجابات من المتعالجين ويفحص نتائج علاجه ويعمل على تصحيحها باستمرار Haley (1976, p 17).

• العلاج البينجيلي:

تتسب نظرية العلاج البينجيلي لـ M. Bowen الذي يعد أحد الرواد الذين ساهموا في تطور حركة العلاج الأسري، حيث تعد نظريته في النسق الأسري بمثابة إرشاد أسري متعدد الأجيال، يقوم على الافتراض القائل بإمكانية فهم الأسرة عبر تحليلها طبقا لمنظور أجيال ثلاثة، و بذلك يتضح أن هذه النظرية تمتد بجذورها إلى التحليل النفسي، حيث ينظر أنصار هذه النظرية إلى أن ما يعانيه الفرد من أعراض ما هي إلا انعكاس لتجسيدات أو تشبيهات مجازية لنوع العلاقة الوالدية، و التي لا تخرج عن كونها نتاجا لصراعات الآباء التي لم تحل مع الأسرة الأصل، و هنا يتعاضم دور المعالج في تحليل المعاني اللاشعورية للتواصل الأسري و الكشف عن العوامل اللاشعورية المرتبطة بالمشكلة (أبو أسعد ، الختاتة، 2014، ص 118).

لقد بدأ "بوين" حياته منحازا إلى التوجه التحليلي، وربما كان ذلك وراء استخدامه مصطلحا مثل " أنا الأسرة الكتلية غير المتميزة Ego Mass Undifferentiated Family " ولكنه ما لبث أن بدأ يتساءل عن جدوى المنهج التحليلي التقليدي. وعمل مع المرضى

الفصاميين، وبدأ في الاهتمام بعلاقات المريض الفصامي بأمه بالذات، وانتهى "بوين" من ذلك إلى أن هناك علاقة تعايشية أو تكافلية (Symbiosis Relationship) بينهما، ووصف المريض وأمه بأنهما مثبتين عاطفياً، وأن هذه العلاقة التعايشية الخاصة بين المريض وأمه ليست إلا جزءاً من نسق انفعالي غير سوي تتورط فيه الأسرة، ولذا أرجع "بوين" الفصام إلى اضطراب نسق الأسرة العلائقي.

وتفترض نظرية " بوين " أن هناك قوتين طبيعيتين تعملان في مجال العلاقات الإنسانية وهما: التفرد (Individuality) والاستقلال (Autonomy) من ناحية، والمعية (Togetherness) والاندماج (Fusion) من ناحية أخرى. وعلى الأسرة أن تحدث التوازن بين هاتين القوتين (كفافي، 1999).

• العلاج الإنساني:

تعد فرجينيا ساتير (Virginia Satir) الرائدة في العلاج الإنساني، حيث تؤكد على أهمية الترابط الأسري في نموذج أطلقت عليه العلاج الأسري المشترك (Conjoint Family Counseling) وتؤكد هذه النظرية على التواصل ومهارات التواصل لمساعدة أعضاء الأسر ليصبحوا أكثر وعياً، لذلك ترى ساتير أن الاستراتيجية الجوهرية لفهم كيفية تفاعل أعضاء الأسرة تتم من خلال تحليل عملية التواصل بين أعضاء الأسرة.

يهدف اتجاه ساتير إلى إعادة بناء أساليب التواصل الأسرية السالبة، المتمثلة في أسلوب المصلح، والتي توصف بأنها غير فعالة، وتعوق التواصل المباشر المفتوح. كما يهدف على حث الأسرة على تقليل الرسائل الخفية، حيث ترى ساتير أنه إذا كان هناك اتصال فإنه يوجد تواصل عيني (Eye Contact)، ولتعلم الاتصال فإن ساتير قامت بتعليم الأسرة سلسلة من التفاعلات عن أثر الاتصال وخاصة عند عدم النظر أو اللمس أو التكلم بانسجام. حيث يتعرف الزوجان على أهمية التواصل الجيد، وكذلك فإن فائدة هذا التكتيك

تتمثل في زيادة احترام الذات وتحرك العائلة من الانغلاق إلى نسق منفتح، وترى ساتير أن النسق المفتوح هو من صفات الأسرة الفعالة بينما النسق المغلق هو متصلب ويغلب عليه عدم التكيف.

ترى ساتير أن شكاوي وألم الأسر هي أعراض لاختلال وظيفي، وأسلوب المعالجة يتضمن المراحل و الخطوات التالية:

تأسيس الثقة ← تطوير الوعي من خلال زيادة الخبرة ← خلق فهم جديد لدى أعضاء الأسرة لبعضهم ← مساعدة أعضاء الأسرة على تجربة الفهم الجديد وأهميته ← استخدام سلوكيات جديدة خارج المعالجة ← زيادة التواصل والعناية بأعضاء الأسرة (أبو أسعد، الختاتنة، 2014).

• العلاج الرمزي الخبراتي:

هو علاج على علاقة قوية بالتصورات الوجودية والإنسانية، ويشدد على الحرية، واتخاذ القرار الذاتي، والنمو، وتحقيق الذات، والتركيز على هنا والآن (Here and now) في التفاعل بين الأسرة والمعالج أكثر من اكتشاف الخبرات الماضية.

صاحب النظرية ويتكر (Carl Whitaker) وأسلوبه يختلف عن الأساليب الأخرى في العلاج الأسري، حيث يعتمد أسلوبه على الحدس من قبل المعالج، وتلقائية ردود الأفعال للموقف الحالي، وزيادة وعي المسترشد لإمكاناته الداخلية، وفتح قنوات التفاعل الأسري.

ينطلق (ويتكر) من مفهوم الحاجة الذاتية للفرد في العائلة، والافتراض الإجرائي أن جميع الأعضاء لهم الحق أن يكونوا هم أنفسهم، ولكن حاجة الأسر من الممكن أن تقمع وتكبت من قبل بعض أفراد الأسرة نفسها. ويتميز أسلوب (ويتكر) في العلاج الأسري، بأنه برجماتي (نفعي)، حيث يرى أن بعض النظريات الأسرية تعيق وتعرقل العمل العلاجي

الأسري، وذلك عند قيام المعالج بتبرير سلوكيات بعض أفراد الأسرة، أو قد يستخدمها المعالج لضبط قلق أفراد الأسرة بدلا من علاجه (أبو أسعد، الختاتنة، 2014).

• المقاربة الإدماجية:

المقاربة الإدماجية لا تعد مقاربة جديدة بل تم وصفها منذ الثمانينات مثلا في أعمال Stanton (1981) و Pinsof (1983) و Lebow (1987)، إذ بين Stanton كيف يمكن استخدام العلاج البنيوي مع العلاج الاستراتيجي، حيث يقوم بدمج هذين العلاجين ويستخدمهما بالتعاقب، فيبدأ عادة بالمقاربة البنيوية مع استخدام المقاربة الاستراتيجية حتى يعيق مقاومات محاولات التغيير، ليعود مرّة أخرى للمقاربة البنيوية.

كما وصف باحثون آخرون أمثال G. Salem و F. Seywert (1983) تركيبة من العلاج الفردي و العلاج الأسري، و هو ما يعمل على سدّ الهوة الموجودة بين النموذجين العلاجيين.

يرى Pinsof (1983) أن الإدماج يجب أن يقوم على إطار نظري تحتي أحادي العوامل (Unifacteurs) والذي يمكن أن تدمج معه نظريات وممارسات أخرى، ويرى كلا من Villeneuve و Toharia أن الإدماج لا يعني الانطلاق من الصفر و العمل على تطوير نموذج له حدوده الخاصة و إنما هو توليف ما سبق معرفته مع الإبقاء على العناصر الأكثر أهمية في مختلف المقاربات و دمجها بصيغة مفيدة خاصة بكل أسرة. فالهدف الأساسي هو تحسين فعالية العلاج.

يمكن للمعالج أن يصمم نمودجه الخاص بإدماج عناصر نظرية وتقنية صادرة عن مختلف المدارس، وذلك مع الحفاظ على نظرية الأنساق كمخطط أساسي، ويرى J. Lebow (1984) أن العيادي يعمل " كحرفي" أكثر منه "علمي"، فيبني نمودجه حسب الأسرة وأيضا

حسب خصائصه الفردية وولائه النظري والأخلاقي، فهو ليس مجبراً على ربط تقنية معينة مع مقارنة معينة، بل يمكنه حتى أن يغيّر التقنيات حسب ما يريد، فالإمكانيات المتاحة للمعالج لدمج مختلف العناصر بصفة شخصية تعبر عن تطور حركة العلاج الأسري. وحتى يستعمل المعالج الإدماج من الضروري أن يكون لديه تحكّم في مقارنة علاجية تزوده بإطار نظري أحادي العوامل وهو ما يتكلم عنه Pinsof، وعلى هذه المقاربة أن تكون متسقة وواسعة، بالإضافة إلى اعتمادها على نظرية التغيير، وعلى هذا الأساس يمكن دمج تقنيات صادرة عن مقاربات مختلفة للغاية، شرط أن يتحكم المعالج في استعمالها، إذ يمكن وضع استراتيجية علاجية مثلاً في إطار مقارنة غير استراتيجية من أجل خلطة النسق بصفة مؤقتة.

يسمح اللجوء إلى نماذج علاجية متنوعة في المقاربة الإدماجية إلى ربط (وفي آن واحد) العديد من المظاهر أو العديد من المستويات وإلى فهم أحسن لتعدّد الواقع الأسري.

تتطابق الحالات التي تستعمل فيها المقاربة الإدماجية مع العلاج الأسري بصفة عامة، باختصار فإنه يمكن استخدام هذه المقاربة في حالات عيادية متنوعة، و خصوصاً لما لا تجيب المشكلة الأسرية لمقاربة موحدة، كما تستعمل مع الأسر التي يعاني أحد أفرادها من اضطراب في الشخصية مثل اضطراب نرجسي أو حالة حدية (Villeneuve et Toharia, 1997).

قائمة المراجع:

1. أبو أسعد أحمد عبد اللطيف، الختاتة سامي محسن. (2014). سيكولوجية المشكلات الأسرية. عمان: دار المسيرة.
2. النابلسي محمد أحمد. (1991). الصدمة النفسية، علم النفس الحروب والكوارث. دار النهضة العربية.
3. تشيكو بوكوسالة هدى. (2019). دراسة التوظيف الأسري لأسرة المفحوص المعين أثناء الأزمة في الاستجابات العقلية من خلال رائز الإدراك الأسري. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله.
4. سعيد حسني العزة. (2015). الإرشاد الأسري، نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
5. عايش محمد صباح. (2022). العلاج الأسري النسقي. عمان: دار ابن النفيس للنشر.
6. عطوف محمود ياسين. (1988). الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض النفسجسمية). لبنان: منشورات بحسون الثقافية.
7. كفاي علاء الدين. (1999). الإرشاد والعلاج النفسي الأسري. القاهرة: دار الفكر العربي.
8. كفاي علاء الدين. (2008). علم النفس الأسري. عمان: دار الفكر ناشرون وموزعون.
9. محمد حسن غانم. (2011). الاضطرابات النفسجسمية. القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
10. مصطفى الخشاب سامية. (2008). النظرية الاجتماعية ودراسة الأسرة. القاهرة: الدار الدولية للاستثمارات الثقافية ش.م.م.

11. مؤمن داليا. (2004). الأسرة والعلاج الأسري. القاهرة: دار السحاب للنشر والتوزيع.
12. Becvar, D. S. and Becvar, R. J. (1993). Family therapy: A systemic integration. Boston: Allyn and Bacon.
13. Benoit, J. C., Malarewicz, J. A., Beaujean, J., Colas, Y. et Kannas, S. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris: Les éditions ESF.
14. Blanchet, A. (2004). *Introduction aux psychothérapies*. Paris : Edition Armand Colin.
15. Blanchette, L. (1999). *L'approche systémique en santé mentale*. La presse de l'Université de Montréal.
16. Bloch, D. A. (1994). *Techniques de base en thérapie familiale*. Paris : Erès.
17. Bougeul, F. (2000). *Familles en crise, approches systémique des relations humaines*. Paris : Médecine & Higiène.
18. Brillon, P. (2004). *Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique ? : guide à l'intention des thérapeutes*. Québec : Quebecor.
19. Broderick, C. B. (1993). *Understanding Family Process: Basics of Family Systems Theory*. SAGE Publications.
20. Côté, L. (1996). Les facteurs de vulnérabilité et les enjeux psychodynamiques dans les réactions post-traumatiques. *Santé mentale au Québec*, 21(1), 209-227.
21. Crettenand, M-L., Cucchia, A-T. (2006). Indications et contre-indications à la thérapie d'orientation systémique. *Perspectives psy*. 3(45), 267-273.
22. Crocq, L. (2007). *Traumatismes psychiques, prise en charge psychologique des victimes*. Paris: Elsevier-Masson.
23. De Clercq, M., (1995). Les répercussions des syndromes de stress post-traumatique sur les familles. *Thérapie familiale*. 16, 185-193.
24. De Clercq, M., et Lebigot, F. (2001). *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
25. Delage, M. (2002). Aide à la résilience familiale dans les situationstrauumatiques. *Thérapie familiale*, 23 (3), 269-287. DOI : 10.3917/tf.023.0269

26. Delage, M. (2007). Attachement et système familiaux. Aspects conceptuels et conséquences thérapeutiques. *Thérapie familiale*, 28, 391-414. DOI : 10.3917/tf.074.0391.
27. Doutrelugne, Y., Cottencin, O., et Betbèze, J. (2013). *Thérapie brèves : Principes et outils pratiques*. ELSEVIER MASSON.
28. El Kaïm, M. (1995). *Panorama des thérapies Familiales*. Paris: DU SEUIL.
29. Ferreri, F., Peretti, C.-S., Ferreri, M. (2007). Pathologie psychotraumatique, pathologies secondaires à des traumatismes majeurs, stress aigu et état de stress post traumatique. In J.-D. Guelfi, et F. Rouillon, (Eds.). *Manuel de psychiatrie*. Belgique : Elsevier Masson.
30. Héril, A. (1995). *Les thérapies familiales*. Paris : Morisset.
31. Lemperrière, Th., Féline, A., Gutmann, A., Ades, J., et Pilate, C. (2000) *Psychiatrie de l'adulte/ Paris : Masson*.
32. Lévi-Strauss, C. (1979). *Textes de et sur Claude Lévi-Strauss*. Paris : Gallimard.
33. Onnis, A, Luigi et al. (2001). Prévention de la chronicité en psychosomatique : approche systémique de l'asthme infantile. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 2(27), 167-192. DOI 10.3917/ctf.027.0167.
34. Pirooz Sholevar, G., Schwoeri, L. D. (2003). *Textbook of family and couples therapy, Clinical applications*. American psychiatric publishing, Inc.
35. Rougeul, Françoise. (2003). *Familles en crise, approches systémiques des relations humaines*. Genève : Georg Editeur.
36. Salem, G. (2005). *L'approche thérapeutique de la famille*. Paris : Masson.
37. Smith, S. G. (1996). *Clinical utility of the Family Adaptation and Cohesion Evaluation Scales III (FACES-III)*. PhD in philosophy, Texas Tech University.
38. Villeneuve, G., et Toharia, A. (1997). *La thérapie familiale apprivoisée*. Les Presses de l'Université de Montreal.
39. Watzlawick, P., Helmick Beavin, J. & Jackson, D.D. (1972). *Une logique de la communication*. Paris: Seuil.