

الفصل الثاني

المنطلقات النظرية والمفاهيم الأساسية للدراسة

المحور الأول: العلاج الأسري Family Therapy:

- مفهوم العلاج الأسري.
- نشأة العلاج الأسري.
- أهداف العلاج الأسري.
- نظريات العلاج الأسري.
- أساليب العلاج الأسري.
- فنيات العلاج الأسري.
- المحاور الرئيسية لبناء البرامج العلاجية الخاصة بالأسرة.
- مهارات اجتماعية تحسن من كفاءة التفاعل بين أفراد الأسرة.

المحور الثاني: الاكتئاب Depression:

- مفهوم الاكتئاب النفسي.
- تصنيفات الاكتئاب النفسي.
- تشخيص الاكتئاب النفسي.
- أعراض الاكتئاب.
- أسباب نشأة الاكتئاب النفسي.
- النظريات المفسرة للاكتئاب.
- العلاقات الأسرية والاكتئاب.
- العلاقات الأسرية والاكتئاب.
- العلاج النفسي الفردي، والعلاج الأسري للاكتئاب.

المحور الثالث: مرحلة المراهقة Adolescence:

- مفهوم المراهقة.
- التفاعلات الأسرية ومرحلة المراهقة.
- الاكتئاب ومرحلة المراهقة.

الفصل الثاني المنطلقات النظرية والمفاهيم الأساسية للدراسة

المحور الأول: العلاج الأسري:

مفهوم العلاج الأسري Family Therapy:

العلاج الأسري هو اتجاه من الاتجاهات العلاجية الحديثة في العلاج النفسي، ويهدف إلى تغيير في عناصر النسق الأسري، وتعديل في سلوكيات أعضاء الأسرة بهدف إحداث تغيير في العلاقات الأسرية، وأما عن مفهوم العلاج الأسري فقد تعددت تعريفاته وفيما يلي تستعرض الباحثة أهم هذه التعريفات.

فيعرف العلاج الأسري على أنه: "أسلوب يقوم على أساس من الاعتقاد بأن الأعراض لدى الشخص هي غالباً تعبير عن مشكلات في العلاقات فيما بين أفراد الأسرة الواحدة، ومادامت الوحدة الأسرية هي التي ينبغي علاجها لا الفرد وحده نجد المعالج لا يلتقي إلا بأفراد الأسرة مجتمعين، وموضوع الحديث لا يكون أبداً ماذا أصاب هذا الفرد؟ وإنما ماذا أصاب العلاقات بين الأفراد؟ وحين تجتمع الأسرة في العلاج النفسي يتمكن المعالج بسرعة من أن يتعرف على الأنماط المضطربة من التفاعل ليناقشها ويعديلها أو يغيرها". (ريتشارد م. سوين، ١٩٧٩: ٧٦١)

كما يعرف بأنه: "عملية مساعدة لأفراد الأسرة (الوالدين - والأولاد - وحتى الأقارب) فرادي أو كجماعة في فهم الحياة الأسرية ومسئولياتها، لتحقيق الاستقرار والتوافق الأسري وحل المشكلات الأسرية. (حامد زهران، ١٩٩٨: ٤٥١)

ويعرف في معجم علم النفس والطب النفسي بأنه: "نوع من أنواع العلاج والإرشاد النفسي يمارس مع أفراد الأسرة كجماعة بدلاً من علاج حالة عضو فيها بمفرده، ولقد طور هذه الطريقة ناثان أكرمان N. Ackerman الذي ذهب إلى أن الأسرة هي المصفوفة التي تحدث فيها جميع التفاعلات الإنسانية وتتطور، فمن المنطقي أن تكون موضع التدخل العلاجي، وهدف العلاج الأسري ليس مجرد تحسين العلاقات؛ بل تعديل التأثيرات الأسرية التي تسهم في اضطراب عضو أو أكثر من أعضاء الأسرة، ويساعد المعالج الأفراد في هذه العملية على أن يعدل استجاباتهم المشوهة أو أنماط دفاعاتهم، ويشجعهم على التواصل على نحو أكثر معنى، وأن يعالجوا صعوباتهم بطريقة بناءة بدرجة أكبر". (جابر عبدالحميد، وعلاء الدين كفاقي، ١٩٩٠)

ويعني مصطلح العلاج الأسري أن الأسرة كلها تعتبر هي المريضة أو الحالة التي تتطلب العلاج، وأن المرض الموجود لدى أحد أعضاء الأسرة هو في الحقيقة عرض أو مظهر لمرض أسري أكبر وأعمق، ويتطلب هذا المعنى نظرة جديدة للأمراض النفسية ونظرة جديدة للإنسان، كما يتطلب أساليب جديدة للدراسة والعلاج". (حامد عبدالعزيز الفقي، ١٩٨٤: ٩)

ويعرف مفتاح عبدالعزيز العلاج الأسري بأنه: "أسلوب مهني منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات فعالة في العلاقات الأسرية، وذلك من خلال عمليات التفاعل بين أفراد الأسرة، وتوفير الفرص المحققة له تحت توجيه المعالج النفسي، والهدف النهائي هو البحث عن الطرق المؤدية لتحقيق تعايش بين أفراد الأسرة، وبحيث تتحقق أفضل صور التفاعل الإيجابي، وموقف العلاج الأسري دائماً تفاعلي، ووحدة متكاملة، ولا يكون المدخل فيه إلا مدخلاً جماعياً. أي إنه موقف لا يبد وأن يشمل كل أو معظم أفراد

الأسرة وبدرجات متفاوتة وفقاً لموقع وأهمية كل فرد فيها (مفتاح محمد عبدالعزيز، ١٩٩٥: ٢٢).

"ويركز العلاج الأسري - كما يدل على ذلك اسمه - على اعتبار أن الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض، بمعنى أن المعالج أو المرشد يتعامل مع الأسرة ككل أي أنه يتعامل مع كل الأفراد المشتركين في منظومة الأسرة النووية وتكون مهمة المرشد أو المعالج في هذه الطريقة العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يخنتي السلوك المضطرب" (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٢٧). وقد ظهر مفهوم العلاج الأسري في مجال الخدمة الاجتماعية؛ حيث أوضحوا أن العلاج الأسري هو عبارة عن "مجموعة من الجهود المهنية المخططة التي تبذل وتعتمد على نظريتي الأنساق والاتصالات للتعامل مع أنماط التفاعلات التي تتسم بالأداء الخاطئ لبعض عناصر نسق العلاقات الأسرية ذات التأثير السلبي على قيام الأسرة وأعضائها بمتطلبات الحياة" (جمال شكري، ١٩٨٦: ٢١).

كما يعرف أيضاً بأنه "التدخل المنظم المخطط للعمل مع الأسرة كوحدة متكاملة، والاستعانة بأنساقها الفرعية لإحداث تغيير فعال في شبكة الاتصالات والتفاعلات، والعمل على تعديل الأنماط السلبية للعلاقات الأسرية" (محمد مدحت أبو بكر الصديق، ١٩٩١: ١٤٣).

وكذلك تم تعريفه على أنه: "أسلوب علمي منظم يستخدمه المعالج مع الأسرة كوحدات متفاعلة هادفة إلى تغيير إيجابي فعال في شبكة الاتصالات والتفاعلات داخل النسق الأسري أو خارجه في علاقات مع الأنساق الأخرى بالمجتمع، ووصولاً بالأسرة إلى مستوى أفضل للأداء الاجتماعي" (حسن عبدالسلام الشيخ، ١٩٩٩: ١٣).

أما جوي ديموند وهاورد ليدل (١٩٩٩) Diamond, G. & Liddle, H. فيعرفون العلاج الأسري بأنه: "أسلوب علاجي يتم فيه التركيز على الأسرة، والانتقال من الاهتمام بالخلافات حول السلوكيات اليومية إلى التركيز على العلاقة بين أعضاء الأسرة، والهدف الأساسي ليس إعادة الصياغة أو إعادة تفسير الصراع، بل هو احتواء الحوار غير المجدي عن طريق خلق جو اجتماعي أسري جيد" (Diamond Guy & Howard, Liddle, 1999: 6).

كما يعرف العلاج الأسري بأنه: "علاج لفردين أو أكثر من نفس نظام الأسرة، أحدهما في الغالب مراهق أو طفل مضطرب هو العميل المحدد مبدئياً ويلقى الاصطلاح نظام الأسرة Family System الضوء على فكرة أن المشاكل المعروضة بواسطة أحد أعضاء الأسرة غالباً ما تعكس مشاكل في الأداء الأسري الكلي وفي النهاية تصبح الأسرة هي العميل، ويتضمن العلاج أعضاء كثيرين بقدر الإمكان، وليس هدف العلاج الأسري مجرد تخفيف مشاكل تخفيف عميل معين ولكن خلق تناغم وتوازن في نطاق الأسرة بمساعدة كل عضو أن يفهم نماذج تفاعل الأسرة والمشاكل التي تخلقها" (حسين فايد، ٢٠٠٥: ٣٩٩).

من الملاحظ للتعريفات السابقة أنها ركزت على وصف لشكل العلاج الأسري كأسلوب علاجي، ولم تختلف التعريفات في تحديد العناصر الأساسية للعلاج الأسري بل اتفقت جميعها على هدف وأسلوب العلاج؛ حيث اتفقوا على أن الأسرة هي المريضة، وأن الشخص الذي يظهر عليه المرض هو مجرد حامل لاضطراب الأسرة.. كما اتفقت على أن الهدف من العلاج هو تغيير طبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة من خلال

تحسين التفاعلات داخل النسق الأسري، وإن ما يتم داخل العلاج هو اكتشاف العمليات المرضية المضطربة والأنماط السلبية من التفاعلات بغرض علاجها وتعديلها. كما أن مفاهيم العلاج الأسري التي تعرضت لها الدراسات من منظور الخدمة الاجتماعية تكاد تكون اتفقت مع باقي المفاهيم على هدف العلاج الأسري إلا أنها ركزت على أنه مجموعة جهود مهنية مبنولة من الأخصائيين الاجتماعيين بهدف خدمة الفرد، ومن ثم خدمة المجتمع؛ حيث إن الأسرة هي المجتمع الأصغر الذي يعيش فيه الفرد. ومع ذلك فإن جميع المفاهيم ألفت الضوء على أن المشكلات السلوكية أو الاضطرابات النفسية التي تختص بفرد معين في الأسرة هي مشاكل في العلاقات بين أفراد الأسرة، وأن الأسرة لها دور وتأثير قوي وفعال يمكنها من دعم أو تدمير الجهود التي تتم من أجل علاج هذا الفرد.

ويجب أن نفرق بين الاستشارة الأسرية والعلاج الأسري؛ حيث إن "الاستشارة الأسرية تشير إلى أن الأسرة ليست في حاجة إلى علاج، وإنما تحتاج إلى بعض الإرشادات التي تمكنها من التعامل بصورة أفضل أو الإجابة على استفسارات معينة للأسرة، والاستشارة الأسرية لا تتعدى أكثر من خمسة لقاءات، ولا يتطلب أن يحدث فيها أمام المعالج اتصالات أو تفاعلات بين أفراد الأسرة على عكس ما يحدث في العلاج الأسري.

هناك بعض الباحثين أوضحوا أن هناك فروقاً بين الإرشاد الأسري والعلاج الأسري، وحددوا هذه الفروق في البيئة التي يتم فيها الإرشاد أو العلاج بمعنى: هل يتم في بيئة تعليمية أم بيئة طبية؟ وكذلك في طبيعة المريض هل هو مستبصر ووعي باضطرابه أم أن الاضطراب النفسي أكثر شدة؟ إلا أنهما لم يختلفوا في تحديد الهدف الذي يسعى إلى إزالة الأسباب والأعراض للمشكلة وتحقيق التوافق النفسي والتوافق الأسري.

فقد حدد حامد زهران (١٩٩٨) أن: "الفرق بين الإرشاد النفسي والعلاج النفسي فرق في الدرجة وليس في النوع، وفرق في العميل وليس في العملية، ومعنى هذا أن عملية الإرشاد النفسي، وعملية العلاج النفسي خطواتهما واحدة مع فرق في درجة التركيز والعمل، وأن هناك فرقاً في العميل، فالعميل في الإرشاد النفسي أكثر استبصاراً ويتحمل قدراً أكبر من المسؤولية والنشاط في العملية أكثر من المريض في العلاج النفسي" (حامد زهران، ١٩٨٠: ٢٥).

وهناك من أشار إلى أنه لا توجد اختلافات، وأن هذه الاختلافات هي اختلافات شكلية؛ حيث أوضح باترسون ١٩٨٦ أنه "لا توجد فروق جوهرية بين الإرشاد والعلاج النفسي؛ سواء في طبيعة العلاقة، أو في العملية، أو في الطرق والأساليب الفنية، أو في الأهداف والنتائج بشكل عام، أو حتى في أنواع العملاء المشتركين، وللسهولة أو لأسباب عملية فإن الإرشاد يسير إلى العمل مع أفراد أقل خطورة في اضطرابهم وعادة يتم ذلك في بيئة غير طبية أما العلاج النفسي فيشير إلى العمل مع حالات أكثر شدة في اضطرابها وعادة ما يتم في بيئة طبية" (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٢١).

هذه الاختلافات الشكلية أدت إلى الخلط عند بعض الباحثين في التفرقة بين المصطلحات الثلاثة: الاستشارة الأسرية Family Consulation، والإرشاد الأسري Family counseling، والعلاج الأسري Family therapy، لذلك حاولت الباحثة إلقاء الضوء على هذه المصطلحات لسهولة التفرقة بينهم.

إن الفروق بين الإرشاد الأسري والعلاج النفسي تكاد تكون فروقاً شكلية كما أوضحها باترسون فالإرشاد الأسري يمكن أن يكون إرشاداً للأطراف المعنية بالمشكلات

الأسرية لتساعد الأسرة على حلها والتغلب عليها، وله طرق وأساليب خاصة به، وهناك دراسات اهتمت بالإرشاد الأسري للمتخلفين عقلياً، وكذلك إرشاد أسري مع المدمنين إلا أن هذه الدراسات كانت تهتم بتوضيح جوانب إرشادية معينة للأسرة لتضعها في الاعتبار عند التعامل مع الشخص المريض وكذلك تقديم فنيات وأساليب إرشادية معينة مع الأسرة لاتباعها مع المريض.

وقد تم استخدام مصطلح علاج أسري في هذه الدراسة؛ لأنه ركز على رؤية تشخيصية اعتمدت على إعادة تمثيل مواقف متنوعة من الحياة الأسرية وهي التي تؤدي إلى سوء التفاعل واضطراب العلاقات، كما اعتمد على رؤية مواقف التفاعل بصورة قريبة من الواقع - قدر الإمكان - لكشف التناقضات وإثارة الاختلافات بين أفراد الأسرة سعياً لتشخيص العمليات الأسرية المرضية الخاطئة التي تمارسها الأسرة؛ حيث إن هذه المواقف التفاعلية يحدث فيها الاتصالات والتفاعلات بصورة طبيعية إلى حد ما، وإن العلاج كان أكثر من مجرد تقديم إرشادات للأسرة لكنه كان عن طريق ممارسة فنيات وأساليب معينة يمارسها أفراد الأسرة معاً في الجلسات العلاجية؛ سعياً لتعديل وعلاج العمليات المرضية، وتدريب أفراد الأسرة على ممارسة سلوكيات جديدة. ومع ذلك فإن الباحثة لا تختلف مع ما أوضحه باترسون في الفروق بين المصطلحين؛ لأن عينة الدراسة هي بالفعل عينة مرضية، وتخضع لإشراف طبي، إلا أن الباحثة تنظر إلى العلاج الأسري بصفة خاصة على أنه أكثر دقة من الإرشاد الأسري.

تاريخ نمو حركة العلاج الأسري (نشأة العلاج الأسري):

لقد مهدت مدرسة التحليل النفسي (المدرسة السيكديناميكية) لظهور بدايات العلاج الأسري؛ حيث اهتم فرويد بعلاقة الطفل بوالديه، واقتصر على هذه العلاقة ثم أكمل هذا الاتجاه الفرويديين الجدد، أمثال "ألفريد أدلر، وأريك فروم، وكارين هورني، وهاري ستاك سوليفان"؛ حيث إنهم ركزوا على الجانب النفسي والاجتماعي معاً فكان لهم تأثير واضح، ولكن بشكل غير مباشر على ظهور اتجاه العلاج الأسري.

فاعتبر إدلر أن الإنسان ليس كائناً غريباً؛ وإنما هو كائن اجتماعي تحركه الحوافز الاجتماعية، ويتم تطبعه اجتماعياً من خلال تعرضه للعلاقات الاجتماعية إلا أن شكل العلاقات الاجتماعية وصياغتها يتحددان بنوع المجتمع ونوع النظم الاجتماعية السائدة فيه". (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١: ١٦٠) كما اهتم أدلر بالتركيبة الأسرية Family constellation ودرس علاقة الإخوة بعضهم ببعض.

أما سوليفان Sullivan فكانت له إسهاماته الواضحة في مجال العلاج الأسري من خلال دراسته لمرض الفصام Schizophrenia حيث توصل إلى: "أن العلاقة الأولية بين الطفل وأمه جانب له أهمية كبيرة في الفصام، وقد أدى ذلك إلى أن حول سوليفان مجرى العلاج من كونه يركز على الجوانب النفسية داخل الفرد Intrapsychic إلى اتجاه العلاقات البينشخصية Interpersonal وبذلك تحرك العلاج إلى مفهوم هذه المنظومة أو النسق System" (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٢٨).

وسوليفان له نظرية خاصة في العلاقات بين الأشخاص فكرتها أن الإنسان في علاقة متبادلة مع الآخرين طوال حياته، حيث ركز سوليفان على نقطة أساسية وهي: "أن فهمنا للاضطراب الانفعالي لا يكون بفهم الصراعات الداخلية؛ بل بفهم طبيعة العلاقات الشخصية المتبادلة للمريض واستجاباته لها" (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤١٢).

'كما تركز هورني في الأساس على دور العوامل الاجتماعية داخل الأسرة كما تتمثل في علاقات الآباء بالأبناء، والأبناء بعضهم ببعض، وكل ذلك من منظور السياق الاجتماعي، ويعد الاضطراب في الشخصية (العصاب) محكوماً بنوع هذه العلاقات ونوع الثقافة السائدة في هذا المجتمع" (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١: ١٨٢).

وبذلك فإننا نجد أن هؤلاء العلماء قد أثروا تأثيراً كبيراً على بدايات ظهور العلاج الأسري من خلال نظرتهم للاضطرابات النفسية بوصفها اضطرابات في العلاقات الشخصية.. وبذلك يتضح أن أفكار وجهود فرويد الجدد قد أدت إلى ظهور العلاج الأسري.. وقد ظهر العلاج الأسري كطريقة علاجية في الولايات المتحدة الأمريكية في الخمسينيات، ووضع الأساس لهذا الاتجاه الحديث مجموعة من الرواد.

ويلخص بارلوف Parloff (١٩٦١) المراحل التاريخية للعلاج النفسي الأسري

في ثلاث مراحل:

١- مرحلة الارتباط بالتحليل النفسي الكلاسيكي وفيها لم يكن الاتصال بين المعالج النفسي والأسرة مفضلاً؛ لأن التفكير العلاجي السائد في تلك المرحلة كان يرى أن إدخال الأسرة في عملية العلاج أسلوب غير فعال؛ بل قد يحدث اضطراب في علاقة التحول Transference التي تحدث في التحليل النفسي بين المعالج والمريض.

٢- مرحلة الاعتقاد بأن علاقة الشخص الذي يرعى المريض وهو الأم غالباً قد يكون لها تأثيرات سلبية، وأنها بالتالي تستحق الدراسة.

٣- مرحلة واكبت التطور الذي حدث في موقف التحليلين الجدد أمثال إريكسون وأدلر وسوليفان، والتي أعطت وزناً أكبر لتأثير الثقافة والبيئة وضغوط الحياة العصرية" (حامد عبدالعزيز الفقي، ١٩٨٤: ١٤-١٥).

ثم ظهر في المرحلة التالية رواد العلاج الأسري الذين وضعوا حجر الأساس في كيفية التعامل مع الأسر المريضة وعلاجها؛ حيث اهتموا باكتشاف الخلل والاضطراب والعمليات المرضية داخل هذه الأسر وتحديد الأهداف المراد تحقيقها مع هذه الأسر وظهرت اتفاقات واختلافات بين هؤلاء الرواد من خلال اتجاهاتهم ومنطلقاتهم النظرية.

وبذلك يتضح أن هناك فريقاً كان رائداً في الاهتمام بدراسات الأسرة، وخاصة في دراسة التفاعلات الأسرية والفصام، ويمكن تقسيمه إلى ثلاث مجموعات:

١- مجموعة جورج باتسون Gregory Bateson: وتتكون هذه المجموعة من ألتو (Weakland) في كاليفورنيا ١٩٥٦.

٢- مجموعة ليدز Lidz: وهذه المجموعة مكونة من تيري Terry، وليدز Lidz، وكورنيلسون Corenlison.

٣- مجموعة موارى بوين Murray Bowen وليومان ويني Lyman: Wynne وهؤلاء الرواد هم الذين ساهموا في ظهور التوجهات النسقية في علاج الأسرة، كما وضعوا مجموعة مفاهيم وعمليات مرضية تخص الأسرة" (Hurlock, Elizabeth, 1978: 387).

اهتم باتسون بدراسة اضطراب عمليات الاتصال وعلاقتها بالفصام، وكذلك علاقتها بالأسرة، وكان له إسهامات في تقديم مفهوم الرابطة المزدوجة Double bind وتفسيره خاصة عند مرضى الفصام، وقد تأثر باتسون ودون جاكسون بأفكار سوليفان.

أما موري بوين Bowen فقد تأثر بأفكار أدلر، خاصة حول علاقات الإخوة، وقدرة الفرد على التغيير "واهتم بوين بعملية العلاقة التكافلية Symbiotic Relationship التي تنشأ بين الأم والطفل المرشح للإصابة بالفصام على أساس أن الفصام نتيجة لرابطة غير ناجحة مع الأم". (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ١٨٥)

وبذلك نمت بدايات حركة العلاج الأسري في الخمسينيات، وتبلورت ونضجت وازدهرت في الستينيات والسبعينيات، وأصبحت طريقة علاجية مهمة تطبق في المستشفيات والعيادات النفسية في الدول المتقدمة، وظهر رواد آخرون أكملوا مسيرة العلاج الأسري مثل كارل وبيتيكر Carl Whitaker وغيره ثم ظهرت اتجاهات ونظريات في علاج الأسرة وما زال حتى الآن هناك مجهودات لاكتشاف طرق وأساليب لكيفية تغيير الأسرة ولتحديد ما الشيء الذي تريد تغييره في الأسرة.

أهداف العلاج الأسري:

لكي يتم تحديد أهداف العلاج الأسري تحديداً دقيقاً فلا بد من التعرف على طبيعة المشكلة الأسرية التي تستجيب لهذا العلاج، وإذا حددنا المشكلة فلا بد من اختيار مدخل العلاج الأسري المناسب لهذه المشكلة؛ لأن هناك مداخل ونظريات للعلاج الأسري وكل مدخل من هذه المداخل له أهدافه الخاصة به وقد وضع بعض المهتمين بمجال العلاج الأسري مجموعة محكات نستطيع على أساسها اختيار الأسرة التي تخضع للعلاج:

١- على المعالج أن يتأكد من أن أعضاء الأسرة لديهم القدرة والرغبة في عقد جلسات علاجية على الأقل مرة كل أسبوع، وأن يكون هناك تجمع أسري ليسهل للمعالج الوصول إليهم.

٢- يقرر المعالج استخدام العلاج الأسري إذا وجد أن المشكلات الأسرية تؤثر بشكل قوي على مدى توافق المريض الذي يعالجه.

٣- ويحدد جاكسون أن العلاج الأسري ليس مسألة من اختيار المعالج؛ بل إن شكل المشكلة هو الذي يفرض على المعالج ماذا يفعل وإذا هو يرى أن العلاج الأسري لا يصلح في مشكلات مثل الخيانة الزوجية، أو إذا كان الزوجان قد قررا الطلاق". (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤٤٨)

وبذلك فإن طبيعة المشكلة التي تعاني منها الأسرة المريضة هي التي تحدد نوع العلاج المناسب لحلها، وكذلك الأهداف التي يسعى هذا العلاج لتحقيقها سعياً لحل هذه المشكلة، ورغم أن كل توجه علاجي للأسرة له أهدافه الخاصة فإن الباحثين وضعوا أهدافاً للعلاج الأسري بصفة عامة وفيما يلي تستعرض الباحثة هذه الأهداف.

تحدد أهداف العلاج الأسري فيما يلي:

- ١- "محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة.
- ٢- تقوية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة.
- ٣- العمل على تحقيق نمو الشخصية وأدائها لوظائفها في جو أسري مشبع" (حامد عبد العزيز الفقي، ١٩٨٤: ١٣).

كما تحدد جانيت روزيلو (١٩٩٩) الأهداف الرئيسية للعلاج الأسري في:

- تقوية وتحسين العلاقات الأسرية.
- تغيير مواطن الخلل الوظيفي للأسرة.
- الحد من الاضطرابات النفسية لدى الفرد حامل الاضطراب في الأسرة (Rossello Jeannette & Bernal Guillermo, 1999: 5)

وهناك باحثون يضيفون على هذه الأهداف أهدافاً أخرى تتمثل في:

- فتح قنوات اتصال مناسبة بين أفراد الأسرة.
- التخفيف من تحمل المسؤوليات الملقاه على عاتق المريض (Edelstien, Karen, 1993: 81).

"وأيضاً يهدف العلاج الأسري بصفة عامة لتحسين الاتصالات بين أعضاء الأسرة وتوجيه التفاعلات والعلاقات بين أعضاء الأسرة؛ مما يقوي من المعايير الأسرية، ويؤدي إلى تحسين الوظيفة الاجتماعية والنفسية والعاطفية للأسرة كوحدة كلية، ويساعدها على مقابلة التغيرات وحل المشكلات التي تعوق الأسرة على أداء وظائفها، ويسعى العلاج الأسري إلى تحقيق هدف مزدوج فهو يسعى للحفاظ على نسق الأسرة ومساعدة الأسرة على التغلب على المواقف والمشكلات التي تواجههم من خلال إطار مرجعي يتمثل في الأسرة" (مفتاح عبدالعزيز، ٢٠٠١: ١٨٦).

كما أن هناك باحثين حددوا الأهداف الأساسية للعلاج الأسري فيما يلي:

- تقوية وتدعيم الروابط الإيجابية وكسر الروابط السلبية من أفراد الأسرة.
- خلق جو اجتماعي أسري جديد واحتواء الحوار غير البناء.
- تحويل التفاعلات السلبية بين الآباء والأبناء من إطار العلاقة المضطربة أو العلاقات المشككة إلى الحوار الإيجابي.
- التركيز على مشكلة اضطراب العلاقات الأسرية (Diamond, Guy & Howard, 1999: 4).

- كما حدد ريتشارد كوزنر (١٩٩٨) أهداف العلاج الأسري في تحقيق القيادة الذاتية، والتوافق الأسري، والتطوير والتحسين لأساليب التواصل بين أفراد الأسرة، وإحداث توازن صحي سليم. (Schwartz, Richard, 1998: 333)

من الواضح أن هذه الأهداف شاملة لأهداف التوجه النسقي بمعنى أنه تم جمع أهداف النظريات البنائية وعبر الجيلية والاستراتيجية والتفاعلية كلها مع بعضها من خلال الدراسات المختلفة؛ ولذلك يصعب جمع هذه الأهداف في بوتقة واحدة، وعلى الرغم من أن هذه الأهداف غير متعارضة فإنها متكاملة إلا أن هناك صعوبة في تحقيق كل هذه الأهداف الأسرية؛ ولذلك فمن الأفضل التركيز على الأهداف التي تناسب طبيعة مشكلة الأسرة ليسهل تحقيقها.

"وقام سبرانكل وفيشر ١٩٨٠ باستطلاع آراء عينة من ستمائة من الإكلينيكين الأعضاء في الجمعية الأمريكية للعلاج الأسري لتحديد أهدافهم كمعالجين، وقد حددوا ٣٤ هدفاً عاماً وبعد دراسة هذه الأهداف استطاع الباحثان تصنيفهما في ثلاثة فئات عامة، وهي: تقوية نظام الأسرة، وتدعيم الشعور بالفردية، وتقوية العلاقة الزوجية" (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤٥٠).

وهذا التحديد يعتبر تحديداً دقيقاً لأن أصحاب التوجه النسقي اتفقوا على هذه الأهداف فهم يعملون على تقوية العلاقات الأسرية بما فيها العلاقة الزوجية، ويترتب على ذلك تقوية النسق الأسري كله كما أن كل فرد يشعر باستقلاليته داخل النسق إلا أن بسوین كان أكثر من تعرض لتدعيم تمايز الفرد داخل أسرته.

نظريات العلاج النفسي الأسري :Family therapy theories

تستعرض الباحثة نظريات العلاج النفسي الأسري لتلقي الضوء على الطريقة التي تتبناها كل نظرية في العلاج ودور المعالج فيها؛ حيث تقسم نظريات العلاج النفسي الأسري إلى قسمين:

القسم الأول: مدخل العلاج النفسي التقليدي:

ويضم هذا المدخل نظريات العلاج النفسي الفردي، ولكن بشكلها الجديد؛ حيث إن هذه النظريات في الآونة الأخيرة، وفي ظل ظهور المدخل النسقي كيفت من فنياتها وأساليبها لتتاسب علاج الأسرة، وتتمثل هذه النظريات في:

١- نظرية العلاج الأسري التحليلي النفسي (العلاج السيكو دينامي).

٢- نظرية العلاج الأسري السلوكي.

٣- النظرية المعرفية، وتشمل:

(أ) العلاج المعرفي الأسري.

(ب) العلاج العقلاني الانفعالي الأسري.

القسم الثاني: المدخل النسقي في إرشاد وعلاج الأسرة:

ويضم هذا المدخل مجموعة من النظريات التي تبنت التوجه النسقي، وتتمثل هذه النظريات في:

١- نظرية الأنساق لبوين أو ما يسمى بمنهج الأجيال المتعددة لبوين.

٢- النظرية البنائية للأسرة لمنوشن.

٣- النظرية الاستراتيجية لهيلي.

٤- النظرية التفاعلية لباتسون.

٥- نظرية العلاج الأسري التجريبي لفرجينيا ساتير وويتنكر.

٦- نظرية العلاج التكاملية (الدمج لأكثر من مدخل علاجي).

وتقوم الباحثة بعرض مدخل العلاج النفسي التقليدي بصورة موجزة، وتتناول باستفاضة المدخل النسقي في العلاج الأسري.

القسم الأول: مدخل العلاج النفسي التقليدي:

نظرية العلاج الأسري التحليلي النفسي (بالعلاج الأسري السيكو دينامي):

يفترض أصحاب التوجه التحليلي في علاج الأسرة مجموعة من الافتراضات، من أهمها: "أن التأثيرات الأسرية المبكرة تترك بصماتها على شخصية المريض، وأن تأثيرات الأسرة لم تظل على مستوى العلاقات بين الفرد والآخرين؛ أي على مستوى العلاقات البينشخصية ولكن تجسدت في وظائف دائمة داخل شخصية الفرد، وهي: الأنا، والأنا الأعلى، والتفاعلات بينها، وهدف العلاج هنا هو تخفيف حدة الأعراض المرضية، ومحاولة تغيير التفاعلات الأسرية.. أما عن دور المعالج الأسري التحليلي فهو يعمل مع الأسرة، ولكن من خلال الفرد المريض، ولا بد أن يعرف المعالج الصلة بين أداء الأنا الأعلى عند المريض في الحاضر وطبيعية عملية التنشئة التي خضع لها في الطفولة ويرسل المعالج الأسري التحليلي رسائل غير لفظية كثيرة إلى أفراد الأسرة وهم من جانبهم يتفهمونها، ويسعى المعالج لفهم المعنى والمغزى اللاشعوري لكل من العمليات الأسرية" (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ٢٤٧-٢٦٢).

ويتضح من ذلك أن الاتجاه السيكو دينامي يركز على خبرات الطفولة المبكرة وأثرها على المشكلة الحالية، والتي يعاني منها المريض، ويهتم باستبصار المريض

بالتأثير اللاشعوري على مشكلاته، وكذلك يركز على الصراعات اللاشعورية والصراعات الداخلية التي تحدث بين الثلاث منظومات (الهو/ الأنا/ الأنا الأعلى)، حيث إن لها التأثير الكبير على الاضطرابات النفسية أكثر من التفاعلات البيئية الشخصية. ويؤخذ على هذا الاتجاه طول فترة العلاج وتركيزه على النواحي اللاشعورية، وتجاهل النواحي الشعورية والمعرفية وكذلك إهماله للبيئة الحالية والسلوك الذي يقوم به الأفراد في هذه البيئة.

أما عن دور المعالج السيكودينامي "فالمعالج الذي تلقى تدريباً على التحليل النفسي يتجنب القيام بالتدخلات المباشرة كالتوجيه والإيحاء والنصح، ويرى أنها تشبع رغبات تكوصية للمعالج في أن يكون والدًا، ويحاول المعالج تحديد عملية "الطرح" التي يتم تمثيلها بين الزوجين ونحو المعالج أيضا - أما أفراد الأسرة فيجبرون أنفسهم على التكيف مع وجهة نظر المعالج، وذلك لأنهم يحاولون تغيير الأنماط القديمة من السلوك" (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٢٥)

كما أن المعالجين الديناميين "يركزون اهتمامهم على الأشخاص السابقين الذين يلعبون دوراً مهماً في تلوين سلوك الشخص المريض حالياً ويميلون كذلك إلى الانتقال بتأثيراتهم إلى الأجيال المقبلة، وعلى الرغم من أن أصحاب النظرية الدينامية يركزون أساساً على نظرية التحليل النفسي فإن رؤيتهم تتجاوز التحليل النفسي التقليدي إلى آفاق أوسع من أنماط التفاعل وانتقال هذه الأنماط عبر الأجيال" (محمود الزبيدي، ١٩٨٧: ٤٣٧).

ومن أهم النظريات التي تعتمد على تطبيق مفاهيم التحليل النفسي في مجال الأسرة نظرية ليدز، ونظرية العلاقات بالموضوع Object Relation. **نظرية ليدز:**

وفكرة ليدز الأساسية هي أن "تمايز الأدوار وفقاً للسن والجنس هو الذي يلعب دوراً أساسياً في العلاج الجمعي للأسرة، والمشكلة الأساسية التي تكمن خلف كل المصاعب الأسرية وفقاً لوجهة نظره هي انحراف شكل العلاقة بين الطفل والوالدين، حيث تنظر إلى الطفل المشكل على أساس أن مشكلاته نجمت عن زواج فاشل، وهذا الزواج الفاشل نجم بدوره عن رجل مختل تزوج من امرأة تعاني أيضاً من الاختلال النفسي، ولكي نفهم الأسرة فلا بد من فهم ديناميات الأفراد" (محمود الزبيدي، ١٩٨٧: ٤٣٩).

وبذلك نجد أن هذه النظرية تتوجه إلى الفرد أكثر ما تتوجه إلى الأسرة رغم أنها تؤكد على أهمية النسق الأسري وأهمية الأدوار في الأسرة، إلا أنها تعتمد على مفاهيم التحليل النفسي لذلك فهي تعمل مع كل فرد في الأسرة بصورة فردية.

نظرية العلاقات بموضوع Object Relations:

"ترتبط هذه النظرية مع النظرية التقليدية "سيكولوجية الأنا" Ego psychology وبصفة خاصة مع نظرية العلاقة التي صاغها رونالد فيربيرن Fairbairn حيث اعتبر أن وجود علاقة مرضية مع موضوع أكثر قوة (الناس) وعدم قدرة الشخص على تكوين علاقة مع أسرة المنشأ يؤثر على منظومة الأسرة الجديدة (أسرته الخاصة)، وفي علاقته مع شريكه ومع الأبناء وفي العلاج تبعاً لهذه النظرية ينظر للفرد المريض على أنه حامل للانشقاقات والبواعث غير المقبولة لدى أفراد الأسرة الآخرين، ويخصص وقت كبير للعمل مع هذه العلاقات السابقة" (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٣٢؛ ومفتاح محمد عبدالعزيز، ٢٠٠١: ١٩٢).

أما بالنسبة للفنيات التي تستخدم في علاج الأسرة التحليلي فتظهر من خلال المعالج المحلل عن طريق تأكيده دائماً على الحاجة إلى إعادة معايشة الخبرات التي تميزت بشحنات انفعالية، وكذلك استخدام المعالج للتفسيرات لتحديد النمط الإسقاطي وحركته داخل الأسرة، ثم إرجاع هذه الإسقاطات إلى أصولها إلى مصادرها الداخلية في الفرد وتوضيح صقلها ودورها في التفاعل بين أفراد الأسرة.

أما عن "دور المعالج السيكودينامي مع الأسرة فهو يأخذ أشكالاً عديدة تبدأ من السيطرة والتسلط والمواجهة والحياد إلى مجرد الملاحظة السطحية للسلوك إلى المشاركة بالإحساس والفهم لما هو أبعد من السلوك الظاهر" (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٣٩-١٤٠).

٢- نظرية العلاج الأسري السلوكي:

"الهدف من العلاج الأسري لدى هؤلاء المعالجين السلوكيين هو تعلم الآباء والأزواج والزوجات طرقاً أكثر كفاءة للتعامل بعضهم مع بعض عن طريق تغيير ما يتحصل عليه الفرد من إثابة مرتبطة بأنماط العلاقات الأسرية غير المرغوب فيها، أو التي يرى المعالج أنها غير سوية، وتعليم أفراد الأسرة مهارات جديدة ونماذج جديدة من السلوك المرغوب فيه". (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٤٨)

وقد يستدعي الأمر توزيع واجبات منزلية للتدريب على مهارات وأنماط سلوكية جديدة أو لمساعدة تثبيت هذا السلوك لإحداث مزيد من الرضا عن العلاقة، وبذلك فالعلاج السلوكي يهتم بتغيير سلوكيات أفراد الأسرة غير المناسبة داخل البيئة الأسرية نفسها.. ولا يكتفي العلاج السلوكي بذلك، بل يحاول إكساب الأسرة بعض المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة التفاعل بين أفراد الأسرة، مثل تدريب الأسرة على مهارات التواصل ومهارة حل المشكلات.

ويتم التغيير وفقاً للاتجاه السلوكي في العلاج الأسري عن طريق هذه الخطوات:

١- التدعيم: حيث يدرّب المعالج أفراد الأسرة على تقديم التدعيم الإيجابي للسلوك المرغوب باستخدام أساليب المكافآت والإثابة أو المكافآت المعنوية، مثل الابتسام أو التقدير الإيجابي أو نظرة عين مشجعة... إلخ وكذلك تقديم التدعيم السلبي للسلوك السلبي غير المرغوب فيه لإطفاء هذا السلوك، ويتم ذلك باستخدام أساليب عقاب أو حرمان من شيء محبوب ومرغوب فيه.

٢- الوصول إلى اتفاقات من أجل تغيير السلوك: حيث يتم التفاوض بين أفراد الأسرة من أجل الوصول إلى اتفاقات تساعد على زيادة السلوك الإيجابي والتقليل من السلوك السلبي بهدف وضع قواعد معينة تحكم السلوك وتحكم العلاقة بين أفراد الأسرة وعلى جميع أفراد الأسرة الالتزام بهذه القواعد.

"وغالباً ما تكتب الاتفاقات بمساعدة المعالج؛ حتى يجعل من الممكن التفاوض عليها وتعديلها بسهولة، والشكلان الرئيسيان للاتفاقات هما اتفاق وضع قواعد تحكم العلاقة Quid pro quo واتفاق الثقة الجيدة Good faith والمقصود به أن يقوم الفرد بالسلوك المطلوب ليحصل على تعزيز إيجابي مستقل عما قام به الطرف الآخر". (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٠٨-١٠٩)

"والفكرة الأساسية التي يقوم عليها العلاج الأسري السلوكي هي أن التغييرات في سلوك الوالدين والأبناء يمكن التحكم فيها بطرق التدعيم المختلفة عن طريق تقديم تدعيم سلبي للسلوكيات غير المرغوبة، التي يتطلب تغييرها لإطفاء هذه السلوكيات ويحل محلها سلوكيات أخرى، وبذلك يحدث التغيير في نماذج التفاعلات القائمة؛ لأن المشكلة الأساسية

تكمُن في البيئة الاجتماعية التي تدعم السلوكيات المنحرفة وليست في الأبناء، ويمثل العلاج السلوكي علاجاً تدريبياً للوالدين؛ حيث يتعلم فيه الآباء تمارين فعالة لقيادة الأسرة لتقلل من السلوكيات غير المرغوبة لأبنائهم" (Forgatch, Marion & Patterson, Gerold, 1998: 85).

ومن هذا يتضح أن العلاج الأسري السلوكي يعالج المشكلة أو الاضطراب النفسي في الأسرة عن طريق تعديل سلوكيات أفراد الأسرة، وتغيير نماذج التفاعلات والعلاقات المضطربة عن طريق الإثابة والمكافآت لتثبيت السلوكيات والتفاعلات المرغوبة، أو تقديم تدعيم سلبي لإطفاء السلوك غير المرغوب، كما أنه يعتمد على إكساب أفراد الأسرة بعض التدريبات والتمارين التي تساعد على اكتساب المهارات المختلفة التي تساعد في الحفاظ على العلاقات الأسرية المترنة.

ومن أهم الفنيات التي يستخدمها المعالجون الأسريون السلوكيون:

- Assertiveness Training. - التدريب على التوكيدية.
- Token Economy. - الاقتصاد الرمزي.
- Problem Solving. - حل المشكلة.
- Positive Reinforcement. - التدعيم الإيجابي.
- Feedback. - التغذية المرتدة.
- Homework. - الواجبات المنزلية.

٣- العلاج المعرفي:

توجد مدارس في العلاج المعرفي:

(أ) العلاج المعرفي لبيك Cognitive therapy.

(ب) العلاج العقلاني الانفعالي لأليس Rational emotive therapy.

وهنا تستعرض الباحثة بإيجاز فكرة عن العلاج المعرفي الأسري والعلاج العقلاني الانفعالي الأسري.
(أ) العلاج المعرفي الأسري:

تبنى فكرة العلاج المعرفي الأسري على الأفكار الأتوماتيكية التي يقوم أفراد الأسرة بتفسيرها بصورة خاطئة وسلبية مما يؤدي إلى وجود أسرة غير متوافقة، أي أن الأسرة تفسر المواقف بمعتقدات وأفكار أتوماتيكية على الرغم من أنه يمكن تفسيرها بصورة أخرى إيجابية، مما يؤثر على مواقف التفاعل بين أفراد الأسرة، ويجعل علاقاتهم مضطربة وهناك ثمانية تحريفات معرفية شائعة تحدث أثناء التفاعل الأسري، هي:

١- الاستنتاج التصفي Arbitrary inference: والمقصود به استنتاج نتيجة معينة من حدث أو واقعة دون أن يكون هناك دليل على ذلك؛ مما يؤدي إلى وجود تحريفات وتفسيرات سلبية بين أفراد الأسرة تحل بالتوازن القائم في الأسرة.

٢- التجريد الانتقائي Selection abstraction: المقصود به عدم إدراك الموضوع بالكامل داخل سياقه بمعنى انتقاء أحداث معينة بحيث يتم تفسير الموضوع في ضوءها وتجاهل أحداث أخرى، أو بمعنى آخر يقصد "بالتجريد الانتقائي التركيز على تفصيل

- مأخوذ من السياق مع تجاهل الملامح الأكثر بروزاً في الموقف، وصياغة الخبرة الكلية مفاهيمياً على أساس هذا العامل" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٥٧).
- ٣- **التعميم الزائد Over generalization**: والمقصود به أن يفسر أفراد الأسرة الموقف في ضوء مواقف مشابهة له حدثت من قبل رغم اختلافه عنهم.
- ٤- **التهويل والتهوين Magnification and minimization**: المقصود به تكبير حجم المشكلة أو التقليل من حجمها، وهي تكون كبيرة فعلاً، أو التكبير من السلوك السلبي والتقليل من السلوك الإيجابي.
- ٥- **التفسير بصفة شخصية أو التعسف الشخصي Personalization**: يعزو الفرد الأسباب والأحداث الخارجية لنفسه دون دليل لتحديد السبب.
- ٦- **التفكير الثنائي Dichotomous thinking**: وهو ما يعرف بالكل أو لا شيء (All or nothing) بمعنى أن تصنف الأحداث إما نجاح كامل أو فشل تام، ولا يوجد تفسير للحدث على أنه شيء يتوسط هذه الأمور.
- ٧- **التسمية واللاتسمية Labeling and mislabeling**: والمقصود بها الطريقة التي يظن الفرد أنه يفكر بها، فمثلاً يسمى فرد من أفراد الأسرة سلوكاً سلبياً معيناً بأنه سلوك دائم في حين أنه يسمى السلوك الإيجابي بأنه سلوك موقفي وهذه التسمية الخاطئة هي التي تؤدي إلى التحريف.
- ٨- **قراءة ما يدور في العقل Mind reading**: وهنا يعتقد أحد أفراد الأسرة أنه يتنبأ بسلوك فرد آخر؛ لأنه يعرف كيف يفكر وكيف يتصرف في ذلك الموقف بناءً على خبرته الشخصية مع هذا الفرد، ويتصرف الفرد الآخر على هذا الأساس إلا أنه قد يكون هذا التنبأ خاطئاً مما يؤدي إلى حدوث مشكلات في التفاعل الأسري. (Dattilio, Frank, 1998: 5-6)
- "ويبحث علاج السلوك المعرفي في زيادة فاعلية الفكر الذي وراء السلوك، وتعديل الطريقة التي على أساسها يفكر الشخص ليتعدل السلوك إلى أفضل، والمنطق وراء هذا الاتجاه هو الصلة التي وضحت بين التسمية Labeling أو الطريقة التي يظن الفرد أنه يفكر بها وبين استجاباته وسلوكه في الواقع والمعالج الأسري المعرفي يقوم بعملية إعادة البناء المنطقي Rational Restructuring وقد حدد ماي May أربع مراحل لإعادة البناء المنطقي، هم:
- ١- تغيير الطريقة التي تفكر بها الأسرة.
- ٢- فحص الأفكار الأتوماتيكية غير العقلانية الموجودة عند أفراد الأسرة.
- ٣- إشعار أفراد الأسرة بأن التمسك بالأفكار غير المنطقية له نتائج على المشاعر التي يخبرونها.
- ٤- تغيير طريقة تفكير أفراد الأسرة عن طريق أن يتعرفوا على التطبيقات السلوكية والنتائج التي تظهر في مجال العلاقات اليبينشخصية لتبنيهم المعتقدات المنطقية. (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٠٣-٣٠٥)
- (ب) **العلاج العقلاني الانفعالي الأسري**:
- وينظر المعالج إلى مشكلة الأسرة من خلال الإطار المفاهيمي للعلاج العقلاني الانفعالي، فهو ينظر إلى الذي يثور حول الشكوى الحالية (A) ويخطط في ذهنه أن الهدف هو تغيير المعتقد (B)، وهو التغيير الذي سيفتح الباب للتغيير في الانفعالات وأساليب السلوك التي تمثل المشكلة (C) والمعالجون العقلانيون الانفعاليون يتناولوا

المشكلات في الإطار العقلاني الذي يشمل النسق الأسري كله بصرف النظر عن عدد من حضروا الجلسة من أفراد الأسرة ولكنهم يحضرون المشكلة والتناول معاً في إطار فردي وليس في الإطار التفاعلي التبادلي بين الجميع". (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٣١-٣٣٨) وعلى هذا الأساس يقوم المعالج الأسري التي يتبنى التوجه العقلاني الانفعالي بتحديد المشكلة المتمثلة في اضطراب العلاقات بين أفراد الأسرة (A)، وأن أسباب وجود هذه المشكلة هي المعتقدات والأفكار غير العقلانية التي يتبناها كل فرد من أفراد الأسرة تجاه باقي أفراد الأسرة (B)، ويستبصر المريض العلاقة بين هذه الأفكار غير العقلانية وبين الاضطراب الموجود، ثم يحاول المعالج أن يغير من هذه الأفكار غير العقلانية؛ حتى يظهر تغير في أساليب السلوك والانفعالات ويترتب على ذلك علاج العلاقات المضطربة بين أفراد الأسرة (C)، لأن كل فرد في الأسرة يعدل سلوكياته نحو باقي الأسرة، ولا يكفي المعالج بذلك؛ بل يساعد أفراد الأسرة على تبني أفكار عقلانية ومعتقدات أكثر منطقية لتحل محل الأفكار غير العقلانية؛ وذلك بهدف الوقاية التامة من هذا الاضطراب وحتى لا يكون عرضة لهذا الاضطراب مرة أخرى.

تعليق على مدخل العلاج النفسي التقليدي في إرشاد وعلاج الأسرة:

من العرض السابق لنظريات العلاج الأسري التي تتدرج تحت العلاج النفسي التقليدي يتضح أن هذه النظريات لم تتغير فهي تتبنى نفس المبادئ والأسس والفروض التي تقوم عليها، بل الأكثر من ذلك أنه تكاد تكون فنياتها وأساليبها هي المعتادة في العلاج النفسي الفردي.. وإنما الاختلاف يرجع إلى طريقة تطبيق هذه الفنيات والأساليب. أي أن هذه النظريات ظهرت في قالب جديد؛ حيث إنها كلفت من فنياتها وأساليبها بما يتناسب مع العلاج الأسري، وتعرضت لمشكلة العلاقات المضطربة بين أفراد الأسرة، ولكن بصورة فردية (كل جزء على حدة) لأنها مازالت تخضع لنفس المبادئ العلاجية الأساسية فهي احتفظت بالمضمون الأساسي لها ولكنها ظهرت بشكل مختلف يتناسب مع طبيعة العملية العلاجية التي يتناولها أو طبيعة المرضى: فنظرية التحليل النفسي تركز على خبرات الطفولة وأثرها على المشكلة الحالية، وتحلل المشكلات الأسرية المضطربة بوضعها ناتجة عن تأثيرات أسرية مبكرة في مرحلة الطفولة، وتركت تأثيراتها على المريض في الوقت الحالي، وإن مشكلة العلاقات بين الأفراد في الأسرة هي في الحقيقة تجسد مشكلة في الوظائف داخل الأجهزة البنائية التي تشكل شخصية الفرد (الهو/ الأنا/ الأنا الأعلى)، واضطراب التفاعلات بين هذه الأجهزة هو الذي يؤثر على اضطراب علاقة الفرد مع الآخرين.. وعلى علاقاته البيئشخصية.

أما النظرية السلوكية فإنها تعتمد على أن التغيير الذي يحدث لفرد في الأسرة، والتدعيم الذي يتلقاه على سلوكه الخاطئ من إثابة هو الذي يؤثر في نماذج العلاقات الأسرية المضطربة ويحل بالتوازن، وعلى أنه إذا قدم التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي للسلوكيات المرغوبة وغير المرغوبة بالطريقة الصحيحة فإن هذا سوف يؤدي إلى تغيير سلوك كل فرد في الأسرة، ومن ثم تتغير أنماط العلاقات في الأسرة المضطربة، أي أن العلاج ركز على مشكلة العلاقات ولكن بصورة فردية، وقد استخدمت السلوكية نفس فنياتها وأساليبها المعتادة في العلاج.

أما العلاج المعرفي الأسري؛ سواء العلاج المعرفي لبيك، أو العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت آيسنر فركز على تغيير الطريقة التي يفكر بها كل فرد في الأسرة عن طريق أن يفكروا ويفحصوا الأفكار الأتوماتيكية غير العقلانية، وطرق التفسير الخاطئة التي يمارسونها في تفسير مواقف التفاعل التي يترتب عليها اضطرابات ونتائج سيئة، ثم

تبنى أفكار جديدة تكون أكثر منطقية وعقلانية من الأفكار القديمة لتحل محلها، وبذلك تفسر الأمور بشكل مختلف مؤدياً إلى نتائج أفضل ويؤدي ذلك إلى حدوث تغيير وتحسن في العلاقات الأسرية.

ومن ذلك العرض يتضح أن نظريات العلاج النفسي الأسري التقليدي تعرضت لعلاج اضطرابات الأسرة ولعلاج مشكلة نماذج العلاقات المضطربة عن طريقة تعديل وتغيير سلوك وتفكير كل فرد في الأسرة مما يترتب عليه إصلاح العلاقات.. على عكس ما تبناه المدخل النسقي في العلاج الأسري؛ حيث تبنى وجهة نظر مختلفة عن الواجهة التي تناولها المدخل التقليدي في علاج الأسرة، وهذا ما سوف توضحه الباحثة في الجزء التالي.

القسم الثاني: المدخل النسقي في إرشاد وعلاج الأسرة:

يعتبر التحول من الأسلوب ذو التوجه للعلاج الفردي إلى نظرية ذات توجه نسقي لعلاج الأسرة بمثابة شيء متكامل وعميق جداً؛ حيث إن العلاج النفسي الفردي كان يمكن الفرد من رؤيته لذاته وليس للمحيط الأوسع الذي ينتمي له. وتكامل النظرية والعلاج الأسري على الأسلوب الفردي في العلاج النفسي متضمنة منظوراً أعمق وأشمل وأكثر تكاملاً وطبيعياً في دراسة العمليات النفسية البشرية في حين تعترف النظريات وطرق العلاج الفردية الحالية بتأثير البيئة الداخلية ووظائف الفرد، وتقوم النظريات ذات التوجه النسقي بالتركيز على علاقات الأسرة على الرغم من تعقدها وتشابكها وسوف تقوم الباحثة بعرض نظريات العلاج الأسري للتعرف على الأساليب العلاجية التي تمارس من خلالها وكيف يمكن أن نتحول من النظرية إلى العلاج.

لقد ظهرت مجموعة من النماذج أو النظريات التي تهتم بإرشاد وعلاج الأسرة، وكل نظرية من هذه النظريات لها فروضها وتوجهاتها النظرية والفنيات والاستراتيجيات الخاصة بها، كما أن كل نظرية تحدد دور المعالج في عملية العلاج الأسري. وتتفق هذه النظريات في فروض أساسية، هي:

- أن الأسرة تعمل بوصفها نسق متكامل للتفاعلات بين أعضائها، وأن هذا النسق له توازن، وأي اضطراب في هذا النسق يخل بالتوازن القائم.
- أن الأسرة مسئولة بالدرجة الأولى عن مرضية أبنائها، فالاضطرابات النفسية أو المشكلات السلوكية التي تظهر لدى الأبناء ما هي إلا أعراض لأسرة مضطربة، وهذا يرجع إلى التفاعلات المرضية داخل النسق الأسري.
- أن الهدف الأساسي من العلاج الأسري هو التغيير، ولكنهم يختلفون في شكل وطبيعة هذا التغيير.
- أنه لا يمكن علاج أجزاء الأسرة (الأفراد) كل على حدة لأن الكل أكبر من مجموع الأجزاء.
- أن هناك عمليات أسرية خاطئة وتفاعلات مرضية داخل النسق الأسري المضطرب، وإذا اكتشف المعالج هذه العمليات المرضية وعالجها أصبح النسق الأسري سويًا ومتوازنًا.

"ومن الضروري عند ممارسة العلاج الأسري أن يستخدم المعالج أسلوباً ونموذجاً علاجياً مناسباً ذو خلفية نظرية وعملية واضحة؛ حيث إن مجرد تحديد المفاهيم والمصطلحات لا يؤدي إلى تغيير الأسرة أو علاجها؛ لذلك لا بد من استخدام أسلوب علاجي محدد ومعروف، وفهم النموذج العلاجي والخلفية النظرية يساعد على تحديد الآتي:

١- متى يقوم المعالج بالتركيز على المشاكل السلوكية بدلاً من الاهتمام بالعلاقات الأسرية؟

٢- كيف يتعرف الأخصائي المعالج على أنماط التفاعل المرضية بين أعضاء الأسرة؟ وما هو أنسب وقت لاقتحام وإبطال هذا النوع من التفاعل؟! (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٠٢).

أصحاب التوجه النسقي هم الرواد الذين تزعموا حركة علاج الأسرة، فكان لهم فضل كبير في وضع أسس ومفاهيم جديدة للعلاج الأسري، كما أن ممارستهم للعلاج الأسري كانت مختلفة عن الممارسة العلاجية للمعالجين أصحاب التوجه التحليلي والسلوكي والمعرفي حيث أن أصحاب مداخل العلاج النفسي التقليدي ساهموا في العلاج الأسري عن طريق أنهم عدلوا وكيفوا من فنيات وأساليب المداخل التقليدية لتناسب علاج الأسرة. أما أصحاب التوجه النسقي فكان محور اهتمامهم من البداية هو الأسرة. ولذلك فقد كان لهم السبق في وضع نظريات للأسرة وطرق ممارسة علاجية مركزها الأساسي هو الأسرة، كما اهتموا بدراسة مفاهيم جديدة تخص الأسرة.. ومن هذا المنطلق وضعوا نظريات للعلاج الأسري. وقبل أن تستعرض الباحثة هذه النظريات توضح أولاً ما المقصود بالمداخل النسقية.

المداخل المقصود بها النظريات أو البدايات التي اهتمت بدراسة الأنساق الأسرية. أما النسق System "فيستند على فكرة أن الكل لا يمكن فهمه إلا من خلال دراسة أجزائه في علاقتها بعضها ببعض وفي علاقتها بالعملية الكلية للأداء، وأننا لا نستطيع فهم كل فرد من أفراد الأسرة بصورة فردية وعلى حدة لو قمنا بدراسته بعيداً عن السياق الكلي؛ لأنه سيكون شيئاً منفصلاً معلقاً في فراغ" (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ٨٣).

وهناك من عرف النسق بأنه "منظومة إنسانية تفاعلية فيها أشخاص يتواصلون مع أشخاص آخرين، ومنظومة الأسرة هي مجموعة معينة من الأشخاص توجد بينهم علاقات قائمة ومستمرة، ونرى هذه العلاقات في شكل تواصل يمكن ملاحظته، وأبسط تعريف للمنظومة أو النسق يضع الأفراد في الخلفية ويضع علاقاتهم في المقدمة" (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٢٦).

وأي تكون يتضمن أجزاء مرتبطة بعضها مع بعض بعلاقات أو تفاعل يمكن أن نطلق عليه "نسق"، والأسرة تتكون من أفراد يرتبط بعضهم ببعض بعلاقات وبتدرجات متفاوتة وبينهم تفاعل ويمكننا أن نطلق على هذا مصطلح النسق الأسري" (عبدالمجيد منصور وزكريا الشربيني، ٢٠٠٠: ٣١).

ومن أهم المداخل أو النظريات النسقية التي ظهرت في علاج الأسرة:

- ١- النظرية النسقية لبووين أو النظرية عبر الجيلية Intergenerational theory
- ٢- النظرية البنائية لمنوشن Structural theory
- ٣- النظرية الاستراتيجية لهيلي Strategic theory
- ٤- النظرية التفاعلية لباتسون Interaction theory
- ٥- نظرية العلاج الأسري الخبراتي Experiential family theory
- ٦- النظرية التكاملية Integrative theory

وكل نظرية من هذه النظريات لها مفاهيمها الخاصة بها، وتحدد شكل وأسلوب العلاج الأسري، والفنيات التي تطبقها أثناء الممارسة العلاجية، وقد اتفقت هذه النظريات

في مبادئ أساسية، هي مبادئ نظرية الأنساق العامة General system theory (GST).

"ومن أهم مؤسسي نظرية الأنساق العامة بيرتا لانفي (1986) Ludwig Von Bertalanffy وهو عالم بيولوجي وتبنى وجهة نظر أن حياة أي كائن حي تشتمل على زوجين، وأسرة وعناصر متفاعلة، ولها تأثيرات متبادلة بينهم، والتركيز يجب أن يكون على كيفية حدوث التفاعلات، وكذلك كيف أن التفاعل بين الأجزاء يؤثر على النسق كله، فمثلاً لو لم يستطيع فرد في النسق الأسري تأدية وظائفه داخل النسق وفقاً لطاقاته وقدراته التي تتوقعه عن أداء هذه الوظائف، فإن النسق الأسري كله سوف يجد صعوبة في تحمله لوظائف هذا الفرد المقصر.

ومن أهم المفاهيم الأساسية التي تتبناها نظرية الأنساق العامة هو مفهوم "الدائرة السببية Circular causality"، ويقصد بها أننا عندما نريد التعرف على أسباب المشكلة فإننا ندخل في هذه الدائرة، وفكرتها أن الأحداث تكون مترابطة من خلال سلسلة من التفاعلات لدوائر التغذية المرتدة، ويمكننا أن نرى العمليات التي تحدث داخل الأسرة بهذه الطريقة، فالدائرة السببية عبارة عن سلسلة من الأفعال وردود الأفعال التي تؤدي إلى نفس الأفعال مرة أخرى فمثلاً نجد سلوك كل زوج استجابة ومحركاً لسلوك الطرف الآخر، وأيضاً التركيز على الأسر سيئة الأداء الوظيفي يتم تغييره من الأفراد إلى وحدة الأسرة نفسها ليعود العائد مرة أخرى على الأفراد وهكذا. (Hurlock, B. Elizabeth, 1978: 387)

"ونظرية الأنساق لها جذورها في علم النفس الجشطلتي الذي يتبنى مفهوم الصيغة الكلية، والمبدأ الأساسي عند الجشطلت هو أن تحليل الأجزاء لا يمكن أن يقدم فهماً جيداً للأداء الوظيفي للكل وقد حددت إيفلين سيبيرج (1985) Evelyn Sieburg المبادئ النسقية العامة، هي:

- 1- مبدأ الوحدة الأساسية: ويقرر هذا المبدأ أن الكل الشامل عبارة عن نسق واحد هائل يمكن النظر إليه باعتباره مكوناً من أي عدد من الأنساق الفرعية المحددة.
- 2- مبدأ تغير النسق: ويشير هذا المبدأ إلى أن خصائص أي نسق تتأثر بكل جزء من أجزائه؛ لأنه عندما تتغير العلاقة بين أجزائه فإنه يتم إعادة تشكيل النسق بأكمله، والتغير نوعان: الأول من الدرجة الأولى، وهو تغير يصيب المكونات الداخلية وعلاقتها بعضها ببعض، والثاني من الدرجة الثانية؛ وهو تغير يحدث نتيجة دخول معلومات جديدة إلى النسق من خارج حدود النسق.
- 3- مبدأ القابلية للحياة: النسق الأسري يظل حياً ما دام مستمراً في التغير وإصلاح نفسه في الوقت الذي يبقى نسقاً لا ينوب في غيره من الأنساق ويتوافق مع الضغوط التي يصطدم بها، وهنا لا نكون أمام خلل في طاقة النسق الأسري ويطلق عليها الطاقة المعطلة Entrophy التي تؤدي إلى مزيد من التخبط والعشوائية.
- 4- مبدأ التمييز بين الأنساق: ويوضح هذا المبدأ التمييز بين الأنساق المنفتحة Open systems والأنساق المغلقة Closed systems فعندما يتعرض النسق لتتابع حالات معينة يكون في حالة تحول وإن لم يؤدي هذا التحول إلى إنتاج جديد فإنه يؤدي إلى إعادة ترتيب أجزاء النسق؛ أي أننا أمام نسق مغلق والتغير الذي يحدث في هذا النسق من الدرجة الأولى، والنسق الأسري المغلق يسعى إلى الحفاظ على التوازن داخل حدوده ويقطع الصلة بمن حوله؛ لذلك فهو عرضة للضعف والانهيار، أما النسق

المنفتح فهو في حال تبادل دائم للمعلومات وغير مقطوع الصلة بما حوله، ويتوافق مع المعلومات الداخلة إليه، ويقاوم عناصر الهدم، لأنه يتفاعل مع البيئة المحيطة في إطار القيم والتقاليد.

٥- **حدود النسق الأسري**: كل نسق له حدود ينحصر داخلها، وتضم هذه الحدود كل العلاقات والأحداث المتضمنة في النسق والتي تختلف عن تلك العلاقات والأحداث القائمة خارج حدوده، وتقوم الحدود بدور مرشحات تسمح أو تمنع دخول أو خروج طاقات، وبالتالي فهناك حدود ذات نفاذية عالية وحدود تتخفف في درجتها في النفاذية، لذا قد تكون الحدود سميكة وقد تصل إلى درجة أقرب إلى التميع.

٦- **التوازن الحيوي Homeostatis**: لكل نسق خاصية الحفاظ على ذاته أو خاصية التوازن الحيوي؛ أي الحفاظ على سلوك النسق الأسري وضبطه داخل نطاق الحدود المطلوبة لدرجة أن حدوث أي شيء خارج نطاق المدى المقبول للنسق يصاحبه توتر أو عدم توازن، فتستثار ميكانيزمات التوازن الحيوي لاستعادة التوازن.

٧- **التغذية الراجعة (المرتدة) Feedback**: وهي وسيلة يحتفظ من خلالها النسق الأسري بالاستقرار، وهناك تغذية مرتدة سالبة تشير إلى قوة حافزة لإحداث التغيير؛ حيث إنها تساعد النسق على استعادة حالة الثبات والاتزان.

٨- **مبدأ المحصلة النهائية الواحدة Equifinality**: وهو أن النسق المنفتح يكون أكثر من النسق المنغلق فيما يتعلق بالطريقة التي يتعامل بها مع المدخلات فلو أغلقت إحدى الطرق نجد النسق المنفتح يبحث عن طرق بديلة، وبمعنى آخر يمكن الوصول إلى نفس الهدف بطرق مختلفة وهذا هو مبدأ المحصلة الواحدة؛ حيث يمكن أن تؤدي عمليات كثيرة مختلفة إلى نفس النتائج أو نفس المحصلة.

٩- **مبدأ الاتصال البيئي**: تحت الظروف الضاغطة الخارجية، قد يلجأ النسق الأسري إلى تركيز وتكثيف الجهد والضغط أو تحميل الأمر لفرد واحد، وقد يلجأ نسق أسري آخر إلى توزيع الضغوط والأعباء على النسق بأكمله، مما يجعل النسق يتحمل درجات عالية من الضغوط؛ لأنه يجند أكثر من عضو في الأسرة ليشارك في التحمل بدرجة أو بأخرى. ومع توافر البناء والتكوين للنسق تستطيع الأجزاء الداخلية أن تتصل بعضها ببعض ببعض اتصالاً تبادلياً منسجماً ومتوافقاً يسمح لكل المكونات في النسق بأن تقوم بوظائفها على نحو صحيح مما ينعكس بالتالي على أداء النسق ككل (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ٩٢-٩٦).

وتضيف كارين إديلشتين (١٩٩٣) أنه من أهم مبادئ النظرية النسقية ما يلي:

- "أن النسق الأسري والأنساق الفرعية وكل منهم له حدود، وأن الأفراد في علاقات متبادلة داخل الأنساق في كل من البيئة الاجتماعية والمادية، وأنه في داخل هذه التفاعلات والأحداث والسلوك تدور العمليات طبقاً لمبدأ الدائرة السببية التي ترى أنه لا يمكن التحكم في جزء في النسق دون السيطرة على بقية الأجزاء الأخرى.. وطبقاً لنظرية الأنساق فإن الكل أكبر من مجموع الأجزاء.

- المحافظة على الاتجاه المرضي في الأسرة لحمايتها من التغيير والإبقاء عليه كما هو، وهو ما يمكن أن نسميه بالتوازي الحيوي Homestasis.

- كل من التغذية المرتدة الإيجابية والتغذية المرتدة السلبية لها دور في الأسرة فالتغذية المرتدة الإيجابية تعزز من الأنشطة للنسق والتغذية المرتدة السلبية التي تتواجد بغرض التصحيح والإمداد بالمعلومات وتحديد العلاقات بين أفراد الأسرة". (Edelstien,

Karen, 1993: 84)

وهذه هي المبادئ العامة للأنساق، التي يتفق عليها أصحاب التوجه النسقي.. ويمكن أن نستخلص من هذه المبادئ أن الأسرة تعمل كنسق متكامل، وهذا النسق له توازنه الخاص به، ويحدث داخله تفاعلات بين أفراد الأسرة والأسرة هي المسئولة بالدرجة الأولى عن صحة أو مرض أحد أبنائها، وأن الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية التي تظهر لدى الأبناء ما هي إلا أعراض لأسرة مضطربة أو أسرة مريضة نتيجة للتفاعلات الخاطئة التي تحدث داخل النسق الأسري.

وتتفق نظريات التوجه النسقي على أن الاضطراب النفسي أو السلوك المشكل هو نتيجة للتفاعلات السيئة السلبية داخل النسق الأسري، الذي يؤثر على اضطراب في العلاقات بين أفراد الأسرة، وفيما يلي تعرض الباحثة نظريات التوجه النسقي.

نظرية العلاج الأسري عبر الجيلي لبوين:

Bowen Transgenerational Family:

تنسب هذه النظرية إلى ميرري بوين Murry Bowen وبوين هو أحد مؤسسي العلاج الأسري، وأطلق على هذه النظرية اسم نظرية الأنساق لبوين Bowen system theory، وربما أطلق عليها هذا الاسم، لأن بوين أحد أعلام وجهة النظر النسقية وأطلق على هذه النظرية مسميات أخرى مثل منظومة الأسرة أو منهج بوين أو العلاج الأسري عبر الجيلي Intergenerational or transgenerational أو نظرية الأجيال الثلاثة في العلاج الأسري Three generations theory وأطلق عليها هذا الاسم (عبر الجيلي أو الأجيال الثلاثة)؛ لأن بوين يرجع مرضية الأبناء إلى الآباء، ومرضية الآباء لوجود بعض الاضطرابات عند آبائهم، وبذلك فالمرض عند الأبناء يرجع للاضطرابات عند أسرهم الأصلية، ويمر بالأجيال الثالثة وظهرت هذه النتيجة لبوين أثناء دراسته لمرض الفصام؛ حيث "يعتقد بوين Bowen أن الفصام يحدث نتيجة لعملية أسرية سارت عبر ثلاثة أجيال على الأقل على النحو التالي: الجد والجدة قد يكونان أسوياء نسبياً إلا أن بعض روابطهما التي تتسم بعدم السواء تركت بصماتها على طفل واحد وهو غالباً الأكثر التصاقاً بالأم، وهذا الطفل سوف يكبر ويشب مختلاً بعض الشيء، ويتزوج من امرأة تعادله في الاختلال النفسي ويقيمان معاً روابط تتسم بالاضطراب الواضح. وهذا الاضطراب يعود فيصب في طفل واحد (وهو أيضاً الأكثر التصاقاً بالأم)، وهذا الطفل الذي تتراكم فيه مصائب جيلين سابقين سوف يصبح أكثر أعضاء الأسرة اختلالاً حيث تنفجر فيه الأعراض المرضية" (محمود الزيايدي، ١٩٨٨: ٤٣٩).

"فجوهر نظرية بوين للعلاج الأسري هو عمليات الانتقال لأجيال متعددة (آخر ثلاثة أجيال) من خلال الأسرة المريضة، فالمعالجين عبر الجيلين يركزون في علاجهم على شمول تراث المشاعر والعواطف للأسرة السابقة (الجيل السابق)، والتي كانت متواجدة من قبل وتركت أثرها على الأسرة الحالية، وكذلك طرق الاتصال مع شبكة الأسرة الممتدة والتفاعلات والعلاقات والتدعيم المستمد من الأسرة الأصلية؛ أي أنه يهتم برؤية الأسرة النووية من خلال طبيعة علاقاتها وتفاعلاتها مع الأسرة الأصلية وما تركته من أثر عليها" (Edlestien, Karen, 1993: 95).

ولذلك يرى "بوين أن: "مرض العلاقات الأسرية الحالية لا بد أنه على صلة أكيدة بخبرات مواقف لم تحل في العلاقات بين أعضاء الأسرة الأصليين لكل عضو (أسرة الزوج، أسرة الزوجة)؛ ولذلك عند التدخل لعلاج الأسرة نركز على اكتشاف وتتبع أنماط العلاقات ومدى انتقالها من جيل إلى جيل" (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٤١).

ومن الملاحظ أن بوين متأثر بالتحليل النفسي خاصة في تحليل للعلاقات الأسرية المضطربة وتفسيرها في ضوء ما حدث مع الجيلين السابقين وتتبع هذه العلاقات على مدار ثلاثة أجيال، والهدف من نظرية علاج الأنساق الأسري لبوين هو "تعليم الناس أن يستجيبوا، وليس مجرد أن يصدروا ردود أفعال لمنظومتهم، وتعني الاستجابة Responding أن نأخذ في الاعتبار حاجات الأسرة، ولكن في النهاية نقوم بالاختيار على المنطق وليس على المشاعر بحيث يتمكن الفرد من أن يصبح ذاتاً قوية ثابتة متميزة عن منظومتها الأسرية، وفي نفس الوقت على صلة بهذه المنظومة، ويميل هذا الأسلوب العلاجي إلى أن يستمر لوقت طويل" (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٣٢).

يعني هذا أن الهدف الأساسي للنظرية عبر الجيلية هو أن: "يتميز الفرد عن أسرته الأصلية، وهذا شرط ضروري للصحة النفسية، وتمثل عملية التمايز بداية القدرة على تحديد الحدود والهوية التي تخص هذا الفرد بعيداً عن أسرته ليُدمج الجوانب المتعارضة للذات، ويسمح بالصراعات النفسية أن تحدث، ويناضل باستمرار بين قلقه من الاستقلالية أو الاعتمادية والرغبة في التمايز، والهدف المبدئي من هذا العلاج هو تشجيع التمايز لكل أعضاء الأسرة، والتمايز يجب أن يحدث عبر الأجيال؛ فمثلاً الآباء في الأسرة يكونون متميزين عن آبائهم. لذلك فإن أعضاء الأسرة يتم تشجيعهم ليعودوا إلى أسرهم الأصلية من المنشأ ويعيدوا حل الصراعات التي قد تعوقهم عن تحقيق التمايز. ورأى بوين أن الفصام نقطة نهاية لإعادة حل الصراع نتيجة لنقص في تمايز العلاقات البينشخصية التي تم نقلها من جيل إلى جيل". (Mikloiz, David, J. 1994: 475)

وإذا تحقق هذا الهدف وحدث تمايز لكل فرد من أفراد الأسرة فإن هذا التغيير سوف يدفع الأسرة إلى توازن جديد، وبذلك يؤدي هذا التمايز إلى تحسن الأسرة المريضة، وكذلك اختفاء الأعراض التي تظهر عند الابن.

والهدف الآخر لهذه النظرية هو: "تقليل الشحنات الانفعالية المرتبطة بسلوك الفرد، وتفسير القلق حتى يستطيع أفراد الأسرة أن يفكروا بطريقة مباشرة، فيستقيم التفكير ويتفادون الحاجة لتشويه وتشابك الأفكار خصوصاً عندما يتناول الانفعالات التي تظهر في التواصل بين أعضاء الأسرة" (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٤١).

فكان بوين عندما يتحدث إلى الزوج العنيف يقول له: لا تحدثني كيف تشعر بل حدثني كيف تفكر؛ حيث يعتقد أن مضمون المواقف المشحونة بالعاطفة يكون القلق الذي يعوق عملية التواصل وحل الصراع"، (Minchin & Nichols, 1998: 109)

ويمكن تلخيص أهداف نظرية بوين في هدفين، هما:

١- تحقيق التمايز الذاتي لكل فرد من أفراد الأسرة.

٢- تخفيض الشحنات الانفعالية والقلق في جو الأسرة.

فروض النظرية عبر الجيلية لبوين:

تفترض هذه النظرية مجموعة من الفروض، وهي بمثابة أفكار أساسية لنظرية بوين وأهم هذه الفروض:

١- المثلث المرضي Perverse triangle:

والمقصود بعملية التثليث أنه: "عندما تحدث صراعات بين فردين (الوالدين)، وتصبح العلاقة الثنائية بينهما غير مستقرة، فإن الفردين اللذين توجد بينهما هذه العلاقة يحاولان أن يسحبا طرفاً ثالثاً (الطفل) ليكون معهما مثلثاً، وربما تضمن نظام الأسرة عدة مثلثات وغالباً ما تكون متداخلة، وتظهر عندما يحدث التوتر بين أي عضوين في الأسرة، ومن الملاحظ أنه كلما كانت درجة اندماج الأسرة عالية كان احتمال حدوث عملية التثليث أكبر" (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ٣٧٦).

والمثلث المرضي هو عملية من العمليات المرضية التي تمارسها الأسرة، ويدل على وجود علاقات أسرية غير مستقرة ومضطربة، ويظهر المثلث المرضي الروابط الضعيفة التي تربط أفراد الأسرة بعضهم ببعض، مما يؤدي إلى جمود الأدوار الأسرية وسوء في أداء الوظائف داخل النسق الأسري.

والفرضية التي يتبناها بوين هي أن علاج اضطرابات العلاقات الأسرية وأداء الأسرة لوظائفها على نحو جيد، وتنوع ومرونة الأدوار الأسرية يتوقف على كسر علاقات التثليث داخل النسق الأسري وكسر الروابط الضعيفة بين أفراد الأسرة ليعود المثلث إلى حالة سواء وثبات واستقرار وتغيير شكل العلاقات الأسرية إلى الصورة المستقرة والمتوازنة إيجابياً.

٢- العمليات الانفعالية في الأسرة النووية

Nuclear Family Emotional Processes:

عندما ينشأ التوتر في النسق الأسري فإن هناك أربع طرق محتملة تسلكها الأسرة لكي تخفف التوتر، وكأنها ميكانيزمات لتخفيض التوتر عند الأسرة:

(٢-أ) التباعد الانفعالي: هو نوع من الاستجابة قد يتضمن الابتعاد المادي أو الابتعاد المعنوي بمعنى أنه يتعامل مع الطرف الآخر كما لو كان غير موجود.

(٢-ب) الصراع الزوجي: طريق آخر لحل التناقض بين الحاجة إلى التقارب والاندماج من ناحية، والحاجة إلى الابتعاد والاستقلال من ناحية أخرى ويظهر التذبذب بين فترات التقارب الزائدة وفترات الشجار ثم التباعد.

(٢-ج) سوء أداء الوظائف عند الزوجين: يقوم فيه أحد الزوجين بالاستسلام، ويتبنى حلاً وسطاً؛ لكي يحتفظ بالانسجام لتخفيض التوتر في النسق، إلا أن هذا الأسلوب يؤدي إلى شعور الزوج الذي استسلم بأن التفويض تم على حسابه مما يؤدي إلى اضطراب الوظائف عند الزوج الآخر.

(٢-د) تضرر الأطفال: عندما يحدث القلق والتوتر بين الزوجين فإن الصراع بينهما يمكن أحياناً أن يتجنب إذا ما ركز انتباههما على أحد الأطفال بدلاً من التركيز على الطبيعة الحقيقية للتوتر، وهذا ما يحتمل أن يحدث خصوصاً بين الزوجين غير المتميزين (المندمجين)، وهو ما يشجعه البعض باتخاذ كبش فداء بين الزوجين غير المتميزين.

٣- عملية إسقاط الأسرة Family projection process:

ترتكز هذه النظرية أساساً على مفاهيم التحليل النفسي كالإسقاط والمخاوف اللاشعورية... إلخ، وهذه هي الوسيلة التي يمر بها عدم التمايز من الوالد إلى الطفل وغالباً ما يحدث ذلك من قبل الأم، فالأم قد تسقط مخاوفها الشخصية وربما شعورها بأنها غبية أو قاصرة على الطفل، ومن هنا ستعامله كما لو كان يتصف بهذه الصفات بالفعل، ويستجيب الطفل بدوره إلى تفسيرها ويصبح قلقاً.

٤- البتر الانفعالي Emotional Cut off:

يحاول بعض الناس لكي يتعاملوا مع أسرهم المندمجة الأصلية اللجوء إلى حل متطرف؛ حيث إنهم يحاولون تخفيض القلق الناتج عن المعية الشديدة بالذهاب إلى أقصى الطرف الآخر، ويفصلوا أنفسهم بالكامل عن النسق الأسري الأصلي (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ٣٧٦-٣٨٠).

وقد تناولت الباحثة توضيح المفهومين التاليين في بداية عرض النظرية، وهما:

٥- تمايز الذات Differentiation of self:

٦- عملية النقل عبر أجيال متعددة

Multigenerational Transmission process:

العملية العلاجية ودور المعالج فيها طبقاً لنظرية بوين:

في نظرية الأنساق نجد أن المشكلة القائمة أو أسباب المشكلة (فكرة السببية) ظهر في صورة دائرة بمعنى إذا أردنا معرفة السبب في المشكلة علينا أن ندور في دائرة مفرغة؛ لأن سلوك كل زوج هو في نفس الوقت استجابة ومحرك لسلوك الطرف الآخر فإذا اشتكت الزوجة للمعالج عن شيء قام به زوجها يحاول المعالج أن يكشف عما سبق هذا الحدث وما الذي تبعه" (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٣١).

وفي الجلسة العلاجية يعمل بوين عادة مع الزوجين وقد يستبعد عامداً وجود الطفل كطرف ثالث مع الزوجين حتى ولو رأى الوالدان أن الطفل هو العضو المريض في الأسرة؛ لأنه يعتقد أن مشكلة الأسرة دائماً بين الزوجين، وأن مشكلة الطفل ليست أكثر من مجرد أعراض لسوء أداء النسق الانفعالي بين الزوجين. ويرى أنه إذا ما استطاع أن يقيم التوازن الانفعالي داخل الأسرة فإن مثل هذه المشكلات ستختفي (علاء الدين كفاي، ١٩٩٩: ٣٨١).

أي أن التغيير في الطرفين الأساسيين يحدث تغييراً في الطرف الثالث وهذا هو جوهر العملية العلاجية عند بوين.

أما عن دور المعالج تبعاً للنظرية عبر الجيلية فهو دور إيجابي حيث إنه يقوم بعدة مهام:

- يرى بوين أن المعالج هو المسئول عن دفع أفراد الأسرة إلى المبادرة بالتصرف أو الاستمرار في العلاج، وكذلك عليه مساعدة أفراد الأسرة على مواجهة الماضي كما يعيد نفسه في الوقت الحاضر.
- ويجب على المعالج أن يخلق جواً أو بيئة تجعل أعضاء الأسرة قادرين على الاحتفاظ بأهدافهم وأدوارهم، وعلى المعالج أن يلعب دور الموجه الذي يساعدهم على اتخاذ قراراتهم في كيفية تحقيق أهدافهم. (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٤٣)
- والمعالج وفقاً لنظرية بوين يعمل على تحرير الفرد من الارتباط والتعلق الزائد عن الحد بالأجيال السابقة، ومساعدة كل فرد من أفراد الأسرة على أن يحقق التمايز.

فنيات العلاج الأسري عبر الجيلي أو النسقي:

من أشهر الفنيات التي يستخدمها المعالجين النسقيين:

- | | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| ١- التدخلات المتناقضة | Paradoxical interventions |
| ٢- وصف العرض | Prescribing the symptom |
| ٣- اختلاق أزمة | Creating crisis |
| ٤- إعادة التشكيل أو إعادة التأطير | Reframing |
| ٥- التغذية الراجعة الموجبة | Positive feedback |

نقد النظرية النسقية أو عبر الجيلية:

"تفتقر نظرية بوين إلى بعض الدقة العلمية على الرغم من أن بوين صمم مقياساً لقياس تمايز الأنا في محاولة منه لتغليف نظريته بثوب علمي إلا أن طريقة التصحيح في هذا المقياس مازالت ذاتية إلى حد بعيد" (محمود الزيايدي، ١٩٨٨: ٤٤١).

يؤخذ على هذه النظرية، وعموماً على نظريات العلاج الأسري، عدم دقة طرق التشخيص داخل النسق الأسري لأنه لتحديد التفاعلات والعلاقات داخل الأسرة، وكذلك لتحديد العمليات المرضية داخل الأسرة نستخدم أساليب ملاحظة أو اختبارات إسقاطية، وهذه الأساليب تعتبر غير موضوعية بدرجة كافية تجعل الباحثين يتفوقون على العمليات المرضية والتفاعلات المرضية داخل الأسرة.

كما يؤخذ عليها أنها تركز على العلاقة بين الزوجين؛ حيث إنهما المسئولان مسئولية كاملة عن كل ما يحدث في العلاقة.. وعلى الرغم من أهمية هذه العلاقة فإن علاقة الأبناء مع الآباء وعلاقات الإخوة وشبكة العلاقات والاتصالات الأسرية كلها عوامل أساسية تسهم في اضطراب النسق.

نظرية العلاج الأسري البنائي لمنوشن

Structural family therapy for Minuchin:

أسس هذه النظرية العالم سلفادور منوشن Salvador Minuchin وتعرف هذه النظرية باسم النظرية البنائية للعلاج الأسري؛ وذلك لأنها "تبحث عن تغيير الأبنية والتركيبات"؛ أي الاتحادات والانشقاقات داخل الأسرة، ويعمل المعالج بهذه الطريقة على الحدود بين الأنظمة الفرعية داخل الأسرة Sub-systems مع التركيز على الحدود بين الوالد والطفل". (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٣٣)

حيث إن إرشاد الأسرة البنائي مبني على نظرية الأنساق العامة، والمعالجون البنائيون يؤيدون حدوث تغيرات داخل النسق الأسري، وبصفة خاصة التغيير في نماذج التفاعل في الأنساق الفرعية للأسرة، مثل النسق الزواجي أو النسق الأخوي وإقامة حدود واضحة بين أعضاء الأسرة" (Hurlock, Elizabeth B., 1987: 404).

وتفترض هذه النظرية أن أي اضطرابات نفسية أو مشكلات أسرية ناتجة من وجود بناء أسري مضطرب، ولكي تعالج هذه الاضطرابات وتحل المشكلات الأسرية فلا بد من إعادة بناء النسق الأسري بشكل مختلف عن البناء القائم.

"حيث يحدد منوشن أن هذه المشكلات جزء من البناء وتحتاج إلى فنيات معينة للتعامل معها؛ فمثلاً نجد النسق الزواجي كل شريك يحاول أن يظهر كيف يكون الشريك الآخر ظالماً فتكون الشكاوى المقدمة والاتهامات المتبادلة بينهما تظهر في تعبيراتهم "هي تكون" أو "هو يكون" وكأنهم يأتون للعلاج لتصفية الحسابات لكن المعالجين الأسريين البنائيين يرون أن كليهما خطأ أنه لا يكون هو — أنها لا تكون هي أنها تكون نماذج البناء التي تصنع الأسرة كنسق من الحياة التي تخضع للتواصل والترابط من خلال القواعد الصارمة وغير المنطوقة، والتي تحكم هذا البناء". (Minuchin & Nichols, 1998: 108)

وكما تفترض المدرسة البنائية أن الأعراض تستمد بقاءها من طبيعة واتجاه الحركة داخل بناء الأسرة، ومن الأدوار التي تمارسها الأسرة ككل والتي تعطيها نمطاً خاصاً بها. وهذه الأدوار وما تتضمنه من مسئوليات متبادلة بين أفراد الأسرة تؤدي إلى ظهور الأعراض وتساعد على استمرارها في عضو أو أكثر" (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٤٥).

العناصر الأساسية في بناء الأسرة من منظور النظرية البنائية لمنوشن تتضمن (الأنساق الفرعية، والتدرج الهرمي، والحدود) وبناء الأسرة هو الذي يحدد من يؤدي هذه المهام داخل الأسرة (أدوار الأسرة)، وقواعد الحصول على المهام التي تم القيام بها وكيفية التواصل بين أعضاء الأسرة وبعضهم البعض، وكيفية حلهم للمشكلات، ويسلك

أعضاء الأسرة بطرق متبادلة أو متكاملة مع بعضهم البعض وإذا كانت أدوار الأسرة وقواعدها الخاصة "بمن يفعل ماذا" عبارة عن تقسيمات اختيارية للعمل في البداية فإنها تصبح مع الوقت ذات حصانة أو تصاب بالجمود لأنها لا توظف ويمكن أن تكون قواعد الأسرة صريحة أو ضمنية، وتحكم مدى واسعاً من السلوكيات التي تعتبر ملائمة لكل عضو من أعضاء الأسرة.

وبرغم أن هناك أوقاتاً يظل فيها هذا البناء ثابتاً أو مستقراً فإن كل الأسر تمر بفترات مشقة Stress ونمو تنجم عن مطالب داخلية أو خارجية للتغيير ويوجب التغيير على الأسرة أن تتكيف وتتفاوض (تعديل قواعد الأسرة) من أجل الوفاء بحاجات أعضاء الأسرة" (بيرل رس. بيرمان، ٢٠٠٤: ٢٩٨).

أما عن أهداف العلاج الأسري البنائي فالهدف الأساسي هو إعادة بناء النسق الأسري، وهذا يتحقق من خلال الأهداف الآتية: "الهدف الأول تغيير تنظيم الأسرة، والهدف الثاني تغيير وظائفها، وهذان الهدفان هما السبيلان إلى أن تحل الأسرة مشكلاتها ولكي يتحققا فإن التدخلات يجب أن تكون مباشرة وعيانية مادية وعملية وموجهة بالفعل". (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٨٦)

وعلى هذا الأساس يمكن أن نلخص أهداف العلاج الأسري البنائي فيما يلي:

- ١- تشخيص العناصر المرضية في النسق الأسري وعلاجها.
 - ٢- تغيير تنظيم النسق الأسري عن طريق تغيير في طبيعة العلاقات والتفاعلات بين أفراد الأسرة.
 - ٣- تغيير وظائف الأسرة عن طريق تحديد الأدوار والمسئوليات وتحديد القواعد التي تحكم العلاقات الأسرية.
- وإذا تحققت هذه الأهداف داخل الأسرة فسوف يتحقق توازن أسري جديد يختلف عن التوازن المختل الذي كانت الأسرة تبقى عليه، ولكي تكون الأسر أكثر نجاحاً وسعادة وأكثر قوة يجب ألا تكون متوازنة فقط؛ بل يجب أن تكون:

- ١- مترابطة.
- ٢- يتفهم كل فرد فيها الآخرين.
- ٣- يقضي أفراد الأسرة أوقاتاً مشتركة بعضهم مع بعض.
- ٤- أن يكون لديها نماذج اتصال جيدة.
- ٥- أن يكون لها درجة عالية من الاتجاهات الدينية.
- ٦- أن تكون قادرة على التعامل مع الأزمات بالأساليب الإيجابية المناسبة (Hurlok, B. Elizabeth, 1978: 391).

وقد حدد منوشن بعض التصنيفات للأسر، وذلك بهدف التعرف على طبيعة الأسرة وما يحدث داخلها من أنماط تفاعل، وبذلك يسهل تقديم الخدمة العلاجية المناسبة لطبيعة كل أسرة، حيث يسهل التنبؤ باستجاباتهم حسب نمطها ويسهل على المعالج تقديم الأساليب والفنيات المناسبة لها.

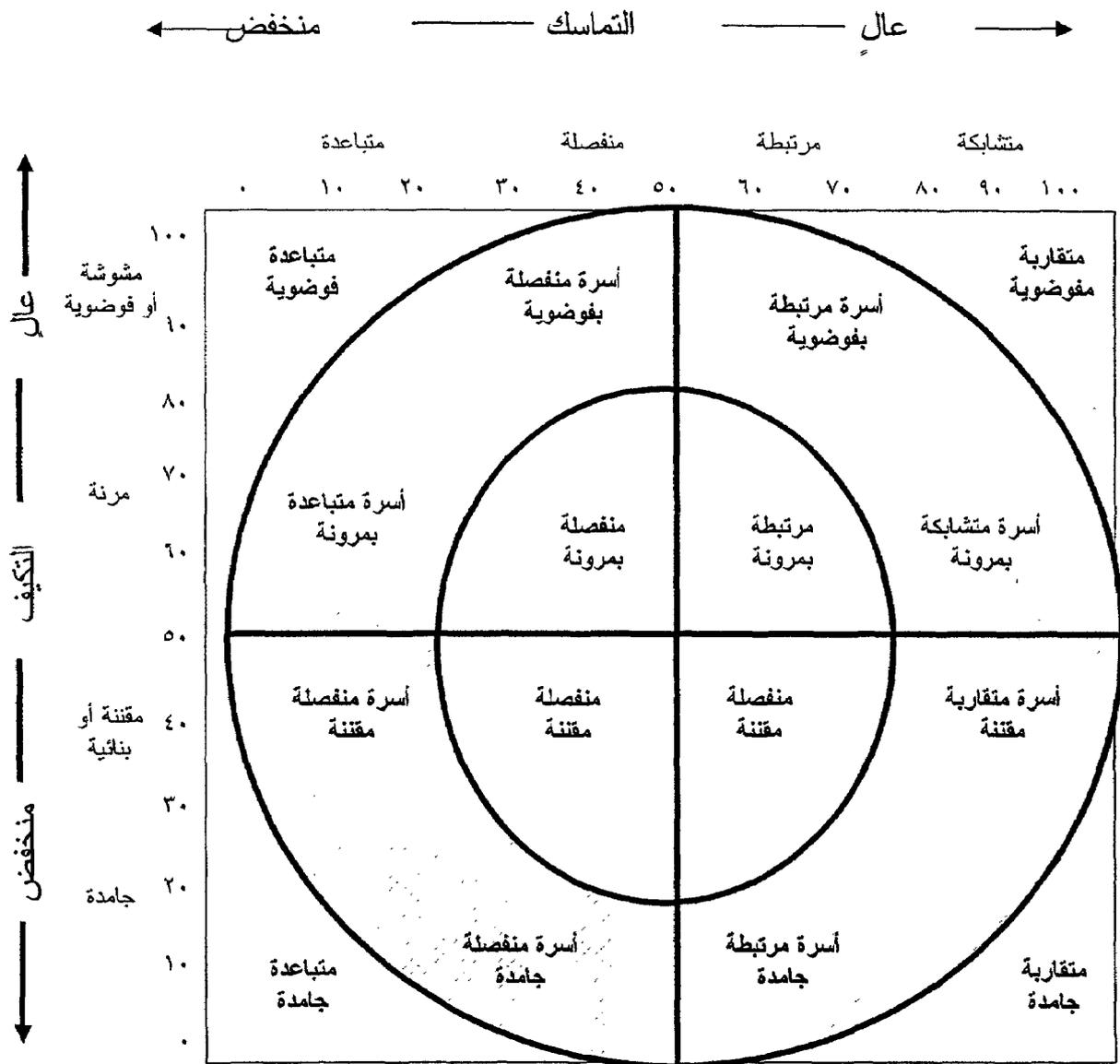
التصنيف الأول: صنف منوشن الأسر من حيث درجة تماسكها إلى أربعة أسر:

- أسرة متشابكة أو متداخلة *enmeshed family* ويقابلها أسرة متباعدة *Detached Family* والأسرة المتشابكة هي أسرة مندمجة بعضها مع بعض اندماجاً زائداً عن الحد، وفيها يكون الأفراد معتمدين أحدهم على الآخر أو غير متميزين ويريد أفراد هذه الأسرة أن يتحرروا من الأعباء داخل الأسرة، وأوضح تشبيه لها أنها مثل خيوط العنكبوت المتشابكة التي لا ينفصل بعضها عن بعض أبداً، أما الأسرة المتباعدة ففيها كل فرد يعيش في عالمه، ولا يشعر أحد منها بأي ضغط على فرد آخر والاتصالات فيها قليلة، وهناك الأسرة المرتبطة *Connected family* وهي الأسرة الأكثر سواء لأنها أسرة متماسكة ومترابطة ونهتهم بتأكيد صالح أفراد الأسرة الآخرين ويليها

الأسرة المنفصلة Seperated family وفيها الاتصالات محدودة بين أفراد هذه الأسرة ويسلك الأفراد فيها كأفراد داخل أسرة وليس كتجمع.

- أما التصنيف الثاني فقد صنف منوشن الأسرة من حيث درجة تكيفها إلى أربع أسر:
- ١- أسرة مشوشة أو مهوشة Choatic family تقابل الأسرة المتباعدة في سلوكها وتفاعلاتها.
 - ٢- أسرة جامدة Rigid family تقابل الأسرة المتشابكة.
 - ٣- أسرة مرنة Flexible family تقابل الأسرة المترابطة.
 - ٤- أسرة مقننة Standard family تقابل الأسرة المنفصلة (علاء كفاي، ١٩٩٩: ٣٨٦-٣٨٢).

وهذه التصنيفات توضح طبيعة الأسرة من حيث شكل التفاعلات التي تحدث فيها وطبيعة العلاقات بين أفراد هذه الأسر وأنماط الاتصال الموجودة فيها، وهذه البيانات تحدد اتجاه سير العملية العلاجية، وهناك علاقة بين التصنيف الأول والتصنيف الثاني لمنوشن ويوضح هذه العلاقة الشكل البياني التالي:



شكل رقم (١/٢)

يوضح نموذج للدائرة المعقدة التي توضح تصنيفات الأسر من حيث درجة تماسكها ودرجة تكيفها كما حددها منوشن

(Hurlock, B. Elizabeth, 1978: 392)

ولكي تؤدي الأسرة دورها بصورة إيجابية وعلى نحو جيد فيجب أن تكون أسرة وظيفية ويقصد منوشن بالأسرة الوظيفية الأسرة جيدة الأداء الوظيفي، بمعنى أنها الأسرة التي تؤدي وظائفها المطلوبة منها على نحو جيد.. وهذه الأسر لكي نحكم عليها بأنها جيدة الأداء الوظيفي فلا بد أن تخضع للمعايير الآتية:

١- الموارد الوالدية: وهي قدرة الوالدين على تلبية الحاجات الأساسية لأبنائهم (من رعاية وحماية - واحتياجات أساسية)، وإذا كانت الأسرة تمتلك موارد معينة فيجب أن تستغلها وتوظفها لصالح الأبناء والسيطرة على سلوكياتهم.

٢- الاتصال بين أفراد الأسرة: وفيها يكفي لأفراد الأسرة أن يتصلوا بشكل يكفي لحل مشاكلهم، ووفقاً لساتير Stair فإنه يوجد ميل عادي لتقليل التقارب في فترات الضغط، وفي الأسرة المختلة وظيفياً يكون الاتصال القريب هو القاعدة وليس الاستثناء؛ لذلك نجد هذا النظام يتسم بالصراخ واللوم والتهمك مما يخل بالتوازن الأسري.

٣- السلطة الوالدية: وفيها تحكم على هل الوالدان فعالان في تأكيد السلطة؟ الوالدان في الأسرة الوظيفية لديهم دور ومواقف تنفيذية في تنظيم الأسرة أما في الأسرة المختلة وظيفياً يستسلم الوالدان، ويلقون بالسلطة لتجنب الصراع مع الأبناء، مما يؤدي إلى أن الأبناء في هذه الأسر غالباً ما يكونون خارج السيطرة؛ لذلك فالأسرة المختلة وظيفياً هي الأسرة المريضة التي تحتاج إلى علاج أسري، أما الأسرة الوظيفية فإذا حدث فيها أي مشكلة فيكفي الاستشارة الأسرية لأنها تؤدي الوظائف الأساسية على نحو فعال. (Golden, Larry, 1990: 2)

وتضيف كارين أدليشتين أنه في الأسر ذات الأداء الوظيفي الجيد نجد الحدود واضحة؛ حيث إن الحدود والهيمية والسلطة داخل الأسرة التي تعكس الوظائف والحدود الواضحة النفاذة هي التي تسهل من التفاعلات مع الأنساق الفرعية ووفقاً لمنوشن فإن الأسرة لها مهمتين من المهام النفسية التي يجب أن تقوم بها:

المهمة الأولى: الدعم لأعضائها ومواكبتها لمتطلبات النمو ومواجهة التغيرات النمائية.
المهمة الثانية: تقديم التغذية الراجعة للأسرة والانتقال من تحديد الفردية إلى الطرق التي ترتقي بالإحساس بكل من الانتماء والانفصال. والأسر التي تتجز هذه المهام يمكن أن نطلق عليها أسرة وظيفية". (Edelstien, Karen, 1993: 89)

وبذلك فإن هناك أربعة من نماذج العلاقات غير المرنة تجعل الأسرة غير قادرة على تنظيم سلوكياتها بطرق تقابل احتياجات الأعضاء الأساسية، وبالتالي تفشل في أداء وظائفها وتكون أسرة مختلة وظيفياً، وهذه النماذج هي: الأسرة المتداخلة (المتشابكة)، والأسرة المتباعدة، وكذلك الأسرة الجامدة والأسرة المهوشة.

فروض نظرية العلاج الأسري البنائي:

تفترض هذه النظرية مجموعة من الفروض، هي:

١- أن مشكلات واضطرابات الأسرة ناتجة عن بناء أسري مضطرب، ولا تحل هذه المشكلات إلا بإعادة ترتيب بناء الأسرة.

٢- إن بناء الأسرة المضطرب يتضمن خللاً في التفاعلات بين أفراد الأسرة واضطراباً في علاقاتهم بعضهم ببعض وعدم قيام الأسرة بأدائها لوظائفها أو حدوث سوء في أداء هذه الوظائف وتوضح وظائف الأسرة في الأدوار التي يمارسها كل فرد في الأسرة والمسئوليات المتبادلة بين أعضائها.

- ٣- أن هناك طبيعة خاصة لكل أسرة، ويجب معرفتها أثناء مرحلة التشخيص ليسهل توجيه الخدمة العلاجية التي تناسب طبيعة هذه الأسرة.
- ٤- أن العلاج البنائي يعتمد على التغيير في تنظيم النسق الأسري والتغيير في وظائف الأسرة، هذا ويتم إعادة تنظيم النسق الأسري عن طريق التعرف على الأنماط المرضية التي تتكرر باستخدام استراتيجيات وفنيات محددة، ثم إزالة العناصر المرضية من النسق الأسري.
- ٥- تحديد الحدود وتحديد القواعد التي تحكم العلاقات والتفاعلات، وهذه الحدود والقواعد متفق عليها من جميع أفراد الأسرة ليلتزم بها الجميع، وبذلك يمكن إعادة بناء الأسرة وفقاً للحدود والقواعد الجديدة.
- ٦- أن هناك مقاومة من الأسر لأي تغيير يحدث؛ لأنها اعتادت هذا الوضع، والعلاج والتغيير يخل بالتوازن القائم لهذه الأسر (التوازن الحيوي والهموسستازي)، ويجب على المعالج أن يتغلب على هذه المقاومة للأسر.
- العملية العلاجية ودور المعالج فيها وفقاً لنظرية منوشن:**
- ووفقاً لمنوشن لكي نحدد مدى ضرورة أو نوع التدخلات العلاجية المطلوبة فلا بد من تحليل البناء الأسري والذي يتضمن الأنساق الفرعية (كيفية تشكل جماعات فرعية)، والتدرج الهرمي فيها (تدرج المشاركين في المسؤولية)، وحدودها (كيفية التفاعل)، وبافتراض أن الأداء الأسري يتسم بالكفاءة فإن ذلك سوف يشجع نوعاً من الاستقلالية الملائمة ارتقائياً (الفردية Individuation)، وكذلك نوعاً من الارتباط الملائم ارتقائياً (الإحساس بالانتماء) لكل أعضاء الأسرة.
- أما إذا كان الأداء داخل النسق الأسري غير فعال فغالباً ما يتدخل لتغيير هذا البناء مع افتراض أن التغيير في البناء سوف يدفع أعضاء الأسرة إلى تطوير المزيد من الطرق الفعالة للارتباط ببعضهم البعض" (بيرل س. بيرمان، ٢٠٠٤: ٢٩٣).
- ويقوم المعالج الأسري البنائي بمنح أعضاء الأسرة فرصاً للتفاعل والحوار حتى يمكن ملاحظتهم، وفرصة ملاحظة تفاعلات الأسرة تمكن المعالج من الوصول إلى افتراضات معينة حول بناء الأسرة والقواعد التي تحكم العلاقات فيها، وبعد ذلك يصبح هدف المعالج هو الأنماط المرضية التي تتكرر، فيتناولها المعالج مستخدماً الاستراتيجيات حتى يتمكن من تغيير القواعد التي تحكم التفاعلات فيمكن إعادة بناء الأسرة والتفاعلات فيها (صالح حزين، ١٩٩٦: ١٤٦).
- "والمعالجون البنائيون الذين يعملوا مع الأسر يجب أن يكون لديهم خطوط إرشادية لتحديد كيف، ومتى، وأين، وماذا عن التدخل العلاجي للعمليات الأسرية الموجودة". فالمعالجون يخططون في عقولهم بناء الأسرة، ويحددون أن هذا البناء يرتبط بنماذج إساءة الوظائف، وعلى المعالج أن يعمل على إقامة هزيمة جديدة للآباء لتغيير ووضع حدود واضحة وطرق مناسبة للتفاعل. وعلى المعالج لكي يعيد بناء وترتيب النسق الأسري أن يختار من الفنيات ما يناسبه فهو يمتلك طرقاً مختلفة ليمارس أبسط الفنيات فمثلاً يرتب جلسة أفراد الأسرة بحيث يوجه بعض الأفراد المتحدثين في وجه الأفراد الآخرين ليرى عملية التواصل بينهم، وكذلك يستخدم فنية إعادة التشكيل وفيها يساعد الأسرة أن ترى مشكلتها بإدراك مختلف فمثلاً لو أساء الطفل السلوك فإننا نسمي سلوكه (شقاوة - أنه غير مطيع) بدلاً من أن نسميه (جنوناً) نتيجة رؤية الطفل والأحداث بصورة أقل من المرضية" (Hurlock, Elizabeth, B. 1978: 391).

هناك عدد من الأهداف يجب أن يأخذها المعالج البنائي في الاعتبار، وهي:
أولها: أن يوجد تآلف والدياً قوياً، وأن يدعم سلطة النسق الفرعي الوالدي على الأنساق الفرعية للطفل، إذا لم تكن هذه الملامح البنائية موجودة بالفعل.
والثاني: أن يقوي الحدود ويشجع التفرد إذا كانت الأسرة مرتبكة أو متشابكة.
والثالث: أن يزيد التواصل المباشر بين أعضاء الأسرة ويشجع الارتباط العاطفي إذا كانت الأسرة تعاني من التفكك والانفصال (بيرل س. بيرمان، ٢٠٠٤: ٢٩٤).

العملية العلاجية في العلاج البنائي تتم على مرحلتين:

- ١- المرحلة الأولى: أن تتيح لأفراد الأسرة فرصاً للتفاعل ووضعهم في مواقف ليحدث بينهم تفاعلات ومناقشة وحوار، ومن خلال ذلك يمكن للمعالج أن يقوم بالتشخيص، لأنه يحدد طبيعة هذه الأسرة والقواعد التي تحكمها، ويحدد موضع الخلل الذي يوجد في بناء هذه الأسرة وكذلك يحدد العمليات المرضية الموجودة في هذه الأسرة.
 - ٢- المرحلة الثانية: بعد أن ينتهي من مرحلة الملاحظة والتشخيص يدخل في المرحلة العلاجية ويستخدم فيها المعالج فنياته وأساليبه واستراتيجياته التي تمكنه من إزالة الاضطراب والعناصر المرضية، ثم يضع مع الأسرة قواعد جديدة تحكم التفاعلات الأسرية، وبذلك يتغير سلوك الأسرة، ويتمكن المعالج من إعادة البناء الأسري.
- ومن الملاحظ أن دور المعالج الأسري البنائي هو دور إيجابي فعال، فهو يعطي توجيهات مباشرة لدفع الأسرة إلى ممارسة أنماط جديدة من التفاعل، وهو ملاحظ لتفاعلات الأسرة، ومدعم ومعزز لأفراد الأسرة على تطبيق القواعد الجديدة، ويخلق مواقف تفاعلية معينة لتسهيل حدوث تفاعل بين أفراد الأسرة.
- "والعلاج البنائي قصير المدى، وربما يبدأ المعالج عمله مع الأسرة ككل في مقابلة كل أفراد الأسرة، وفيما بعد قد يعقد جلسات فرعية موازية أو متتالية لحسم أو حل بعض المشكلات الفرعية التي تخص مجموعة فرعية، وبعدها يعود المعالج إلى الجلسات الشاملة" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٨٦).

ويحدد منوشن دور المعالجين الأسريين البنائيين في نقطتين أساسيتين:

- تحليل نماذج التفاعل.
 - جعل أفراد الأسرة يتخلون عن ردود أفعالهم الآلية، ويساعدهم ذلك على اكتشاف فرديتهم واستقلاليتهم وقوتهم.
- ويكون التدخل متناقضاً لنساعدهم على فهم سياقهم، فنحن نتفاوض معهم ليتحملوا مسؤولية تغييراتهم.

وفي إحدى الحالات التي قام منوشن بعلاجها نتبع بعض المبادئ الآتية:

- بدأ بتحليل نماذج من التفاعل داخل النسق الزواجي، وركز في البناء الزواجي على أن الأحداث والموضوعات بين الزوجين لا تكون مستقلة؛ وإنما تكون محدودة ولها قوة متبادلة، أما أن تدعم أو أن تستقطب ويركز في البناء الزواجي على المشكلات الزواجية، وطرق التواصل بين الزوجين والمشاعر والعواطف المتبادلة بينهما، والقواعد التي تحكم علاقتهما، مركزاً على (التعاطف والتسامح وتشجيع استقلالية كل طرف عن الآخر. وكان يربط العاطفة بالتفكير، فكان يقول للزوج ربما تستطيع أن تبدأ في التفكير عن ماذا تستطيع عمله لتكون مثيراً لردود الأفعال العاطفية عند الطرف الآخر، وكيف أن دائرة الاستفزاز المتبادل تقودهم للعنف)، وكان من خلال نماذج التفاعل التي تحدث أمامه يكتشف الثغرات في البناء الزواجي وكذلك يحلل

نماذج من التفاعلات في النسق الأخوي، والنسق الوالدي إلى أن يصل إلى اكتشاف الاضطراب والخلل في التوازن الكلي للعلاقة.

ويرى منوشن أن المعالج البنائي بأدواته وفنائه يستطيع علاج هذا الخلل والاضطراب، لأنه يستطيع التحكم في علاقاتهم، فيستطيع أن يشجع الحوار بين أفراد الأسرة من البداية كطريقة لاكتشاف طرق التواصل بينهم، كما أنه يستطيع أن يوقف زيادة الاحتكاك أو تبادل عواطف معينة مع بعض الأسر، ويستطيع تهدئتهم، ويجعلهم يفكرون، ويشجعهم لكي يكونوا متميزين ومستقلين، ويستخدم تفاصيل ويركز عليها ويتجاهل أخرى. فهو يمتلك القدرة على التحكم في العلاقات الأسرية وتحسين كفاءتها إلى المستوى المطلوب" (Minuchin & Nichols, 1998: 108-132).

ومن ذلك يتضح أن منوشن يركز في علاجه على إيجاد التعاطف الذي يسمح بوجود الاختلافات في الأسرة، وتعليم أفراد الأسرة كيف يرون المواقف بإدراكات مختلفة عن طريق شرح البدائل واستخدام الفنيات المعروضة، وأهم فنية في العلاج البنائي هي إعادة التشكيل Reframing .. والتفكير والتأمل في شرح البدائل حيث يؤدي ذلك إلى إدراك الموقف بإدراكات مختلفة مما يشجع على التخلي والتنازل عن بعض الأفكار، وإيجاد مرونة في علاج المشكلات المختلفة.

فنيات العلاج الأسري البنائي:

Re-enacting	- إعادة التمثيل
Reframing /Restructing	- إعادة البناء
Home Work	- الواجبات المنزلية
Joining	- المشاركة
Observation	- الملاحظة
Reinforcement	- التدعيم

ويضيف Dattillio أن هناك تكنيكات وفنيات إضافية مثل عمق التنفس، وإعادة البناء المعرفي للمعتقدات يمكن أن يكون إسهاماً جيداً ضد الوقاية من مشاجرة أو جدالات مستقبلية (Dattillo & Padesky, 1990: 110).

من الملاحظ أن العلاج الأسري البنائي يهتم بالبناء؛ لذلك فهو يركز على تغيير التفاعلات بين أفراد الأسرة، ويتم العلاج مع أفراد الأسرة جميعها. أما العلاج الأسري عبر الجيلي فهو يركز على الأجيال السابقة التي تؤثر في سلوك المريض، وهدف المعالج أن يحرر الفرد ويجعله متميزاً عن الأجيال السابقة، وذلك بالكشف عن تأثيراتهم عليه وبدخله، وكما تظهر في سلوكه؛ ولذلك يجب أن تحل المشكلة أولاً مع الأسرة الأصلية من المنشأ، ثم يترتب على ذلك حلها في الأسرة النووية ومثال على ذلك من الدراسة الميدانية التي قامت بها الباحثة حالة "بنت مريضة بالاكنتاب النفاعلي تشكو من سوء معاملة والدتها لها ومن إهمالها في جوانب كثيرة من حياتها، وتفضيل أختها الأكبر عنها، والغريب في الأمر أن الأم تشكو من نفس الشكوى من والدتها التي كانت تهملها وتفضل أختها الكبرى عليها.. ووفقاً لنظرية بوين فإن علاج هذه الحالة يتم عن طريق أن تحل الأم مشكلتها مع أسرتها الأصلية أولاً؛ لأن هذا سوف يترتب عليه إدراك الأم لمشكلة ابنتها ومساعدتها في حلها، أما العلاج وفقاً لنظرية منوشن فيركز على أن هناك تفاعلاً خاطئاً بين الأم والابنة يتطلب إعادة البناء وإحداث تغيير في التفاعلات والعلاقات بينهما، ووضع قواعد لتحكم العلاقة، وأن تغير الأم من سلوكها مع الابنة؛ مما يترتب عليه تغيير في سلوك الابنة ومن ثم إعادة بناء الأسرة.

وتتفق نظرية العلاج الأسري البنائي مع نظرية العلاج الأسري السلوكي في عدة جوانب، هي:

- ١- "كلاهما يركز على السلوك الحالي لأعلى الأحداث التاريخية.
- ٢- وعلى التفاعلات بين الناس أكثر من الديناميات الفردية.
- ٣- وعلى السلوك الظاهر القابل للملاحظة لا على السلوك الجواني الذي نستنتجه.
- ٤- وعلى زيادة قدرة الفرد على التعاون من أجل حل المشكلات.
- ٥- كما أن كليهما يركز على استراتيجية العلاج القصير ويميلان إلى استخدام الأساليب المباشرة من قبل المعالج". (محمود الزياتي، ١٩٨٧: ٤٤٥)

٣- نظرية العلاج الأسري الاستراتيجي لهيلي:

Strategic family therapy for Haly:

تتسبب هذه النظرية إلى جاي هيلي Jay Haly وهو رائد من رواد حركة العلاج الأسري، وقد تطورت هذه المدرسة العلاجية نتيجة لأفكار دون جاكسون Don Jackson الذي صاغ مفاهيم تتصل بتكوين وحل المشكلات. والأفكار الرئيسية التي تشتمل عليها هذه المدرسة:

- ١- "إن العرض المرضي الموجود يمثل المشكلة.
- ٢- مثل هذه المشكلات (الأعراض) تنتج عن توافقات خاطئة في الحياة، وخاصة في نقاط حرجة، مثل الميلاد والموت.
- ٣- تستمر المشكلات لأن الطول التي تجرب تزيدها عمقا.
- ٤- على العكس من ذلك فإن الشفاء يوجد غالباً في العمل على تركيز المشكلة والهدف من العلاج في هذه الطريقة هو النصيح بأساليب تدفع الناس إلى السلوك المختلف". (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٣٤)

"ويحقق العلاج الاستراتيجي أهدافه في علاج الأسرة عن طريق خلخلة النسق الأسري وجعله غير متوازن لأن هذه الخلخلة ستفتح الطريق أمام التغيير العلاجي ويحدث هذا التغيير عن طريق:

- الهدف الأول: إحداث تغيير في سلوك العضو الذي حددته الأسرة كمريض.
- الهدف الثاني: إحداث تغيير في أنماط التفاعل بين أفراد الأسرة ومن ثم خلخلة النسق الأسري". (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٧٣)

"والعلاج الأسري الاستراتيجي هو علاج مختصر ومباشر وحاسم لحل الصراعات والمشكلات الجارية، فهو يعتبر اتجاهاً فنياً أكثر من كونه نظرياً، والعلاج الاستراتيجي يعكس التغييرات الحادثة للشخص المريض فضلاً عن مشاركة أفراد الأسرة في عملية العلاج" (Edelstein, Karen, 1993: 93).

والفرض الأساسي الذي تتبناه نظرية العلاج الأسري الاستراتيجي هو: أن التغيير في الفرد المريض والمضطرب نفسياً سوف يكون بداية لحدوث تغييرات في النسق الأسري كله على الرغم من أن الأسرة هي المريضة، إلا أن علاج العضو الحامل فيها للمرض سوف يؤدي إلى علاج الأسرة بكاملها؛ لأننا نحدث تغييرات في الأسرة من خلال هذا العضو المريض.

العملية العلاجية ودور المعالج فيها وفقاً لنظرية العلاج الأسري الاستراتيجي:

العلاج الأسري هنا يتم على مرحلتين:
المرحلة الأولى: إجراء مقابلات مع العضو المريض نفسياً في الأسرة، والتغير الذي يحدث لهذا العضو سوف يتبعه تغيرات لأفراد الأسرة كلها؛ لذلك يتم علاج هذا العضو وعمل تغيرات معينة له بحيث تؤثر على النسق الأسري.

المرحلة الثانية: أن يركز المعالج الاستراتيجي على سوء أداء الأسرة لوظائفها وطبيعة العلاقات التي تؤدي دورها على نحو سليم.

أما عن "دور المعالج الاستراتيجي في العملية العلاجية فكما حدد هيلي أن المعالج الاستراتيجي نشط وفعال وليس سلبياً 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" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٧٢).

فنيات العلاج الأسري الاستراتيجي:

١- التدخلات المتناقضة Paradoxical intervention.

- التكاليف المنزلية Homework.

- إعادة التأطير Reframing.

نظرية العلاج الأسري التفاعلي لباتسون:

Interaction family therapy for Batson:

تنسب هذه النظرية إلى "جوريجوري باتسون" Batson وهو رائد من رواد حركة العلاج الأسري، ويهدف العلاج التفاعلي إلى حل المشكلات القائمة كما يوضحها المريض من وجهة نظره، وإحداث تغيير في النسق الأسري، وكذلك تغيير في قواعد النسق.

ويعتمد المعالج التفاعلي على مجموعة مبادئ يبني على أساسها العلاج التفاعلي، وقد حدد هذه المبادئ ويكلاند Weakland وتتلخص هذه المبادئ فيما يلي:

١- "المشكلات التي تدفع الناس إلى طلب العلاج النفسي هي أساساً نتاجاً لصعوبات الحياة اليومية.

٢- كما تظهر المشكلات عندما تتعرض الأسرة لتحولات تحدث في الفترات الحرجة أو فترات الانتقال خلال دورة مراحل حياة الأسرة، خاصة وإن لم تُحسن الأسرة مواجهة هذه المشكلات.

٣- تنمو المشكلات عبر طريقتين: الأولى التهويل بمعنى أن نتعامل مع صعوبة عادية على أنها مشكلة والثاني هو التهوين من المشكلة ويقصد به التعامل مع المشكلة الحقيقية على أنها صعوبة عادية، والذي يخلق المشكلة هو عدم التقدير الصحيح لحجم وخطورة الصعوبة.

٤- نتعد المشكلات بصورة كبيرة عندما تحدث تغذية مرتدة موجبة للمشكلات التي لم يتم حلها والتوصل لحلها.

٥- علاج المشكلات يتطلب تغييراً في أنماط السلوك غير المرغوبة حتى تقطع دائرة التغذية المرتدة الموجبة الخبيثة". (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٣٦٨-٣٦٩)

يتضح من هذه المبادئ أن العلاج الأسري التفاعلي يركز على المشكلات القائمة بين أفراد الأسرة وأسباب ظهورها، وكيف تتعقد هذه المشكلات حتى تؤدي إلى صراعات تؤثر في التفاعلات وفي طبيعة العلاقات داخل النسق الأسري؛ ولذلك يركز الاتجاه التفاعلي على حل المشكلات القائمة أولاً، ثم يترتب على ذلك تغيير في النسق ووضع قواعد جديدة حتى لا يتكرر حدوث نفس المشكلات مرة أخرى.

العملية العلاجية ودور المعالج التفاعلي فيها:

المعالج التفاعلي هو معالج مباشر وحازم وفاعل، ويتم العملية العلاجية بمقابلة أفراد الأسرة، ويتم التركيز في هذه الجلسات على المشكلات التي أدت إلى اضطراب العلاقات لمحاولة حلها وعلاجها؛ حتى لا تعود مرة ثانية، وأيضاً التركيز على مشكلة الاتصال بين أفراد الأسرة لأنها مشكلة كبيرة تؤدي إلى حدوث تفاعلات خاطئة مما يؤدي إلى اضطراب العلاقات، والتغير في النسق يتم عن طريق تغيير طرق الاتصال بين أفراد الأسرة ووضع قواعد تحكم طرق التفاعل داخل النسق الأسري.

فنيات نظرية العلاج التفاعلي الأسري:

- إعادة التسمية أو إعادة التأطير Relabeling or Reframing
- التكاليفات المنزلية Homework assignments
- وصفات الأعراض Symptom preseriotians

ونظراً لاهتمام باتسون بالاتصالات البينشخصية بين الأفراد فقد اجتمع مع جاكسون وهيلي وويكلاند في مشروع بحثي يهدف إلى دراسة نمط الاتصال في الأسر التي بها أفراد فصاميون، وقد توصلوا إلى مفاهيم جديدة توضح أنماط التواصل الخاطئة في الأسرة وأثرها على التفاعل ومن أهم هذه المفاهيم:

- الرابطة المزدوجة أو القيد المزدوج Double Bind
- التوازن الحيوي أو الهيموستازي الأسري Family homeostasis

مفهوم الرابطة المزدوجة أو القيد المزدوج Double bind:

"الرابطة المزدوجة تُعد أسلوباً من أساليب التواصل بين أفراد الأسرة المريضة بحيث تصبح الرسالة الواحدة تحمل معنيين أو أكثر على مستويات مختلفة، وهذه المعاني على علاقة خاصة بعضها ببعض، ولكنها غير متوائمة أو متفقة منطقياً إن لم تكن متناقضة." (صالح حزين، ١٩٩٦: ٤٢)

وبذلك نجد أن الشخص متلقي هذه الرسالة (وهو غالباً المريض) مقيد بهذا النوع من التواصل لا يستطيع أن يحدد ما يفعل وما لا يفعل، فهناك تناقض في الرسالة المقدمة إليه، فيوجد تناقض في القول مع الفعل، فمثلاً تقدم الرسالة بهذا الشكل (على المستوى اللفظي أفعل ذلك وعلى المستوى غير اللفظي (إشارات - إيماءات) أو أفعال وسلوكيات معنية تشير إلى الرسالة المناقضة لا تفعل ذلك وإلا سوف تتال العقاب).

مفهوم التوازن الحيوي الأسري Family homestasis:

وضع هذا المفهوم جاكسون Jakson وقد بني على أساس مفهوم الرابطة المزدوجة، "وضع جاكسون وويكلاند تعريفاً لهذا المفهوم حيث اعتبراه حالة مرضية من الاتزان الذي يعتمد على التأثير والتأثر فإذا حدث تغير في أحد أفراد الأسرة فإن هذا التغير يؤدي إلى تغير في فرد آخر وبذلك تتمتع هذه الأسر بنوع من الاتزان المرضي الذي يعتمد على نمط من العلاقات المرضية القوية" (صالح حزين، ١٩٩٦: ٤٤).

"في بعض الأحيان يكون للتوازن الحيوي مميزات؛ حيث إنه يمكن أن يساعد الأسرة في إنجاز أهدافها التي تتلاءم مع دورة حياتها، لكن غالباً ما يمنع الأسرة من أي تحرك نحو مراحل أخرى من النمو" (Hurlock, B. Elizabeth, 1978: 402).

وهذا المفهوم يوضح أن التغيير في فرد من الأسرة يترتب عليه تغيير في الأسرة كلها، وهذا يتفق مع وجهة نظر هيلي في العلاج الأسري حيث كان يعالج الفرد المريض ليغير من النسق ثم يعود ليحدث تغييرات في النسق الأسري مرة أخرى ليتناسب مع الفرد الذي تم علاجه؛ لأنه إذا تم علاج الفرد المريض فسوف يترتب على ذلك أنه سوف يمارس سلوكاً سويماً مختلفاً عما كان يمارسه من قبل لكنه يمارس هذه السلوكيات داخل أسرته التي اعتادت سلوكه المرضي، وتوافقت معه، فعندما يسلك المريض سلوكاً آخر فإنه سوف يخل بالتوازن القائم داخل الأسرة وأوضح مثال يوضح هذا المفهوم المثال الذي قدمه جاكسون وهو لزوجة كانت تشكو من اكتئاب حاد وميول انتحارية، ومع استمرار العلاج بدأت الزوجة تبرا من اكتئابها، وتغيرت رؤيتها للحياة، وأصبحت تجد في كثير ما تقوم به هدفاً وأملاً ومعنى، وتخلصت من دفعاتها الانتحارية فانتحر الزوج. ويعلق جاكسون على ذلك بقوله أن الأسرة تشكل نظاماً دينامياً ثابتاً بين أعضائها.

"كما أن خصائص هؤلاء الأعضاء وطبيعة التفاعل فيما بينهم يعملان على الإبقاء على هذه الحالة الثابتة. ومن هنا فعلاج العضو المريض وتغيير سلوكه لا بد وأن يخل بالتوازن القائم" (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤٣٤).

وهذا المفهوم يدعم استخدام العلاج الأسري وإحداث التغيير في النسق الأسري كله؛ لأن العلاج الفردي للفرد المريض الذي يعود لأسرته مرة أخرى سوف يؤدي إما إلى انتكاس الفرد وعودته للمرض مرة أخرى أو ظهور الأعراض المرضية عند أفراد آخرين في الأسرة وبذلك تظل الأسرة مريضة".

نظرية العلاج الأسري الخبراتي *Experientia L. family therapy*

تتسبب هذه النظرية لفرجينيا ساتير Virginia Satir وكارل ويتكير Carl Whitaker وهما اثنان من أهم الرواد في العلاج التجريبي.

اهتمت ساتير في الفترة م (١٩٦٧-١٩٧٢) بالتركيز على أهمية الاتصالات الواضحة داخل النسق الأسري، أما ويتكير فقد اهتم في الفترة التالية عن (١٩٧٦-١٩٧٧) بمشاركة الأسر في الخبرات التي يخبرونها، وهو يصور الجانب المتطرف *Extrem* للمدرسة التجريبية كما أنه من أكبر المنشقين على الفلسفة الوجودية والفرضية التي يبني عليها هذا المدخل هي "أن الأعراض المرضية وإساءة الوظائف في الأسرة هي أعراض لأسرة مريضة، وتظهر هذه الأعراض في شكل رسائل لفظية في التفاعل وأثناء الاتصال الجاري في النسق الأسري، وأهداف العلاج وفقاً لهذه النظرية بصفة عامة هي:

١- أن يكون الاتصال واضحاً ومباشراً.

٢- أن يحدث نمو للأسرة وللأفراد عن طريق المشاركة في الخبرات، وكانت ساتير تسعى لتحقيق الأهداف الفرعية الآتية لعلاج إساءة الوظائف الأسرية:

(أ) تحقيق قيمة واستحقاق الذات في الأسرة.

(ب) أن يكون الاتصال بين أفراد الأسرة محدداً وواضحاً وأميناً.

(ج) أن تكون القواعد الأسرية مرنة وإنسانية ومناسبة.

(د) أن يكون النسق الأسري منفتحاً ومرتبلاً بالمجتمع وأماناً ومليء بالأمل، أما أهداف ويتكبر فكان منها سعيه إلى إكمال نواحي متعددة من البناء الأسري ومشاركتهم في الخبرات.

وكانت سائير تؤمن بأنه عندما يواجه أفراد الأسرة ضغوطاً معينة فإنها تؤثر في طرق اتصالاتهم، وعادة ما يلجئون إلى تقمص أربعة أدوار غير منتجة لمواجهة هذه الضغوط:

- ١- دور المتسامح (وهو الذي يوافق ويحاول أن يرضى ويحب).
- ٢- دور اللائم (وهو الذي يسيطر ويتصيد الأخطاء).
- ٣- دور الملموم ومتحمل المسؤولية (هو مفكر ولكنه يستقل بعواطفه بعيدة عن تفكيره).
- ٤- دور المربك أو اللاهي (وهو الذي يفسر الأمور ويثرثر باستمرار في موضوعات ليس له أي علاقة بها).

وهذه الأدوار الأربعة غير منتجة وتؤدي إلى إساءة الأسرة في أدائها لوظائفها المختلفة، وتساعد سائير الأسر عن طريق أنها تعلم أعضائها أن تكون مشاعرهم الشخصية ملكاً لهم، ويستطيعون السيطرة عليها، وأن يسمعوها بصفة مستمرة للشخص الآخر ليحدوا من لعب الأدوار غير المنتجة ويرتقوا بالمودة والألفة، كما أنها ركزت على أهمية الوضوح والتدعيم واختلافات التفاوض لتحسن الأسرة من وظائفها.. وكان التركيز المبدئي لسائير على مهارات الاتصال حيث إنها استخدمت تدريبات عملية، مثل فنية التصوير الأسري التي تساعد الأسر على أن يصبحوا أكثر وعي بوضعهم ومكانتهم. أما ويتكبر فهو يؤدي التجارب الإبداعية وغير المنطقية في العلاج الأسري، ويطور الأشكال التي يطبق بها الطرق والفنيات المناسبة وفقاً لطرقه الخاصة؛ فمثلاً يعرف عنه أنه يذهب لينام ويشارك في الحلم مع الأسرة، وبذلك فهو يظهر سلوكياته غير التقليدية أو المألوفة ليظهر مجهوداته الخاصة ليكون أميناً وطبيعياً وتلقائياً مع الأسرة.

أما عن دور المعالجين التجريبيين فهم مثل المحللين النفسيين يهتمون بالأفراد وكذلك بالإنساق الأسرية، ويعتبرون المشكلات النفسية الداخلية هي التي توضح شكل المرضية في هذه الأسر.

"ومعظم المعالجين الأسريين التجريبيين يصفون نماذج من إساءة الوظائف الأسرية مستخدمين الأفراد أو اثنين من أفراد الأسرة كوحدة للتحليل، وهم يرون أن إساءة الوظائف الأسرية هي بداية لصنع الناس غير القادرين على تحقيق الاستقلالية أو الألفة الحقيقية، خاصة مع الأفراد المتباعدين عن أنفسهم وعن الآخرين، وبذلك فهم يسعون إلى تحقيق النمو لهؤلاء الأفراد وهذا هو الهدف الرئيسي لهذا المدخل العلاجي". (Hurlock, Elizabeth, B. 1978: 403-404)

الاتجاه التكاملية في العلاج الأسري:

Integrative theory in family therapy:

يقصد بالاتجاه التكاملية في العلاج الأسري اتجاه يجمع أكثر من نظرية، فيمكن أن يدمج تحته نظريتين من نظريات العلاج الأسري أو أكثر، وهذا يتوقف على طبيعة المشكلة أو الاضطراب في الأسرة الذي يحتاج إلى أن يجمع بين أساليب علاجية وأهداف وفنيات وتوجهات نظرية لعلاج مشكلة أسرية واحدة، ويفضل أن يطلق عليه اتجاه أكثر من نظرية؛ لأنه يمكنه دمج نظريتين أو أكثر حسبما يتطلب علاج المشكلة، والشرط الأساسي لاستخدام هذا الاتجاه هو أن النظريات التي تدمج تحته يجب أن تتكامل ولا تتعارض بمعنى ألا يعارض توجهاً نظري توجهاً آخر في مبادئه أو فروضه أو توجهاته

لأن المعالج الذي يتبنى هذا الاتجاه كأنه تبني نظرية واحدة لها أسس ومبادئ وأهداف وفروض وتوجهات كلها في اتجاه واحد سعياً لتحقيق الهدف المطلوب، وهذا الاتجاه يسهل على المعالج استخدام طرق وأساليب وفتيات متنوعة تساعد على تحقيق أهدافه وهذا الاتجاه يكسب المعالج الأسري مرونة وحرية حركة بين التوجهات النظرية التي يتبناها ليسهل عليه التعامل مع المشكلة بأكثر من طريقة.

"وظهرت دراسات تجريبية حديثة في مجال العلاج الأسري، وتبنت الاتجاه التكاملي كأساس لتوجهاتها النظرية، ودمجت أكثر من نظرية علاجية، وحقق هذا الاتجاه فاعلية في علاج المشكلات الأسرية والعلاقات الأسرية المضطربة، على الرغم من أن التراث الأدبي للعلاج الأسري كان نادراً ما يدمج أكثر من توجه نسقي، إلا أنه مؤخراً بدأ الاتجاه التكاملي في الظهور في بعض الدراسات التجريبية" (Edelstein, Karen, 1993: 87)

ويمكن في هذا الاتجاه أن ندمج بين النظرية البنائية لمنوشن والنظرية الاستراتيجية لهيلي؛ حيث إنهما لا يتعارضان وبينهما جوانب مشتركة كثيرة وبالفعل الدراسات التي دمجت هذين المدخلين حقق فيها العلاج الأسري نجاحاً ملحوظاً (Hurlock, Elizabeth, 1978; Diamond, Guy, 1995) كما أن هناك نظريات لا يمكن دمجها معاً مثل النظرية البنائية لمنوشن والنظرية عبر الجيلية لبوين؛ لأن البنائية تهتم بالحاضر وبالعلاقات المضطربة الحالية، وإزالة العناصر المرضية، وإعادة البناء الحالي، أما نظرية بوين فهي تهتم بالماضي وبالعلاقات السابقة عبر ثلاثة أجيال وبالمشكلات التي لم تحل مع الأسرة النووية، ويرجع الاضطراب الأسري إلى علاقات أسرية قديمة، وفي دراسة إديلشتين أثناء العلاج تم الانتقال من العلاج البنائي إلى العلاج عبر الجيلي لبوين، ولم يتم الجمع بينهما؛ لأن طبيعة المشكلة تطورت، وكانت تحتاج إلى التعمق في دراسة أفراد الأسرة الممتدة مما أدى إلى تغير التوجه النظري في مراحل العلاج.

وظيفة المعالجون الاستراتيجيون البنائيون هي مساعدة الزوجين على الحصول على سلوكيات جديدة لأن سلوكهم القديم أصبح لا يعمل، أو بمعنى آخر عادة ما يوجد سلوكاً معيناً يكون مستهدفاً للتغيير ولو استطاع المعالج تعديله فإنه يساعد الزوجين على أن يمارسوا السلوك الآخر المعدل، ومن هنا يحدث التغيير في وظائف السلوك، وهذا يتطلب معالجاً نشطاً ومباشراً ومحدداً لأهدافه، ومركز على المشكلة، ولديه خطة مرسومة محددة.

ويمكن للمعالج أن يختار ما يناسبه من فنيات تتناسب مع الهدف المراد تحقيقه، ومن أهم الفنيات التي يمكن استخدامها في هذا المدخل (البنائي الاستراتيجي): فنية إعادة التشكيل، ويقصد بها إدراك جديد للسلوك، وفنية التدخلات المتناقضة وفيها يصر الشخص على فعل عكس ما يريده، ووصفات الأعراض وفيها يطلب المرشدون من المرضى أن يتظاهروا بعمل تغييرات معينة، وكذلك فنية الواجبات المنزلية وهي تكليفهم بالقيام بمهام منزلية معينة (Hurlock, B. Elizabeth, 1978: 397).

وعموماً فإن المرونة في استخدام الاتجاهات النظرية المختلفة حسبما تتطلب طبيعة المشكلة قد يؤدي إلى نتائج أفضل.. ومن الملاحظات في بعض الدراسات أنها دمجت العلاج النفسي الفردي مع العلاج الأسري؛ حيث كانت من العناصر الناجحة التي يتحدد على أساسها العلاج الناجح، كما أنها تزيد من مصداقية مدخل العلاج الأسري، ف نماذج العلاج الأسري تكون فعالة إذا تم تطبيقها بمفردها أو أحققها بالعلاج الفردي، وقد

حدث هذا فعلاً في دراسة كارين أو إيدلشتين (١٩٩٣) فالمهم هو توظيف إطار العمل الكامل الذي يخدم المشكلة والأسرة.

تعليق على نظريات العلاج الأسري ذات التوجه النسقي:

ومن الملاحظ بعد استعراض الباحثة لنظريات العلاج الأسري، وخاصة النظريات النسقية، أنهم جميعاً يتفقون على فرض أساسي واحد وهو أن الأسرة كلها نسق متكامل للتفاعل، وله توازن خاص به، وأنه إذا مرض أحد أجزاء هذا النسق فهذا يشير إلى أن جميع الأجزاء مريضة، ومن الخطأ علاج جزء واحد؛ لأنه سوف يؤثر على باقي الأجزاء كما أنه من الخطأ علاج كل جزء بمفرده، لأن الكل أكبر من مجموعة الأجزاء، وهذه الأجزاء في حالة ديناميات لذلك يجب علاج الكل أي علاج النسق الأسري بكامله وهو في حالة تفاعلات وتواصل أي في حالة حركة وقد اتفقت هذه النظريات على هدف أساسي وهو إحداث تغيير في النسق الأسري.

أما اختلافهم فظهر في تحديد أعضاء الأسرة الذي سيخضعون للعلاج، وتحديد الأساليب والفتيات التي يستخدمها كل معالج حسب توجهه النظري، وكذلك تحديد أنواع التغيير المطلوب إحداثها في الأسرة وأيضاً تحديد كيفية التغيير أو الطرق العلاجية التي تحقق هذا التغيير، بالإضافة إلى أن كل نظرية لها أهداف أخرى خاصة بها.

وقد ركزت الباحثة في عرضها للنظريات على الفروض التي تفترضها كل نظرية ودور المعالج فيها والعملية العلاجية، والأهداف الأساسية التي تسعى كل نظرية لتحقيقها، فتمثل الهدف الأساسي للنظرية عبر الجيلية في تحقيق التمايز لكل فرد في الأسرة، وأن هذا التمايز يحدث عبر ثلاث أجيال؛ ولذلك فالعلاج يتطلب أن نعيد حل الصراعات التي تعوق تحقيق التمايز عبر الأجيال السابقة.

أما الهدف الرئيسي للنظرية البنائية فتمثل في إعادة بناء النسق الأسري وتغيير الوظائف التي يقوم بها، وهذا هو جوهر العلاج عند البنائيين وإعادة ترتيب بناء الأسرة المضطرب، وإزالة العناصر المرضية وتعديل سوء الأداء الوظيفي للأسرة، وكل ذلك يتم في نماذج التفاعلات الجارية بين أعضاء الأسرة ولا يتطلب هذا تحليل أو حل صراعات قديمة مع أجيال سابقة.

أما هدف النظرية الاستراتيجية، والنظرية التفاعلية فكان التركيز على حل المشكلات القائمة بين أفراد الأسرة، وسوف يترتب على ذلك خلخلة في النسق الأسري مما يؤدي إلى توازن أسري جديد.

أما العلاج التجريبي فقد هدف إلى تحسين مهارات الاتصال بين أفراد الأسرة؛ لأنه يفترض أن الضغوط التي تواجه أفراد الأسرة تؤثر في طرق اتصالاتهم مما يؤدي إلى وجود اضطرابات في الأسرة؛ إلا أن هذه النظرية تركز على جوانب عملية أكثر من الجوانب النظرية كما أنه يمكن أن يتداخل هذا الهدف في كل النظريات السابقة لأن تحسين طرق التواصل هدف مبدئي وأساسي لتدعيم العلاقات المضطربة.

أما الاتجاه التكاملي فلاحظت الباحثة أن أكثر النماذج شيوعاً في الدمج هو البنائي الاستراتيجي، ونتائج بعض الدراسات قد أشارت إلى أن العلاج الأسري يمكن إحقاقه بالعلاج النفسي الفردي ليحقق فعالية ونجاحاً أكيداً، وأنه إذا أردنا دمج توجيهين نسقيين فهذا يتطلب أن يتكاملوا معاً والباحث الحرة في اختيار توجهاته النظرية التي تخدم طبيعة المشكلة التي يقوم بدراستها.

كما لاحظت الباحثة أن أكثر النظريات شمولاً والتي اهتمت بدراسة جوانب كثيرة في الأسرة، هي النظرية البنائية لمنوشن، ولأن طبيعة الدراسة الحالية تهتم بدراسة

الاكتئاب عند المراهقين الذين يواجهون ضغوطاً معينة في أسرهم التي تحتاج إلى تحليل من حيث البناء والوظيفة، ومن أجل إعادة البناء وتحليل الوظائف التي تقوم بها هذه الأسر وتحسينها لتصبح أسراً جيدة الأداء الوظيفي فقد تبنت الباحثة في دراستها الحالية النظرية البنائية لمنوشن كاتجاه نظري، وأساس للممارسة العملية مع حالات الدراسة، ولسهولة تحقيق الأهداف وعلاج المشكلة استعانت الباحثة ببعض الفنيات العلاجية الأخرى من نظريات العلاج الأسري بصفة عامة وهذا ما أتاحتها المعالجون الأسريون عموماً بأن يكون هناك مرونة في استخدام الفنيات لتحقيق الأهداف المطلوبة.

أساليب العلاج الأسري:

تفرق الباحثة بين مصطلحين متداخلين معاً هما أساليب العلاج الأسري وفنيات العلاج الأسري، فتقصد بفنيات العلاج الأسري الطرق والاستراتيجيات التي يمارسها المعالج مع الأسرة أثناء تطبيق البرنامج العلاجي، والهدف الذي تحققه هذه الفنيات هو إما الحصول على معلومات في المرحلة التشخيصية أو تغيير سلوكيات الأسرة في المرحلة العلاجية.

أما الأساليب فالمقصود بها أدوات أو وسائل المعالج التي يستخدمها مع الأسرة لتحديد طبيعة هذه الأسرة أو للحكم على الأسرة في مدى تقبلها للعلاج. وهذه الأدوات أو المقاييس يجب أن تكون مقننة وفيما يلي تعرض الباحثة بعض أساليب وأدوات العلاج الأسري.

١- أسلوب المقابلة Interview:

المعالج يقوم بعمل مقابلات مع أفراد الأسرة، وكذلك يقوم بملاحظتهم والمشكلة الرئيسية التي تقابله هي تقنين المقابلات، وكذلك ما جمعه من خلال ملاحظاته بمعنى تصنيف المادة التي جمعها إلى فئات ليسهل وضع درجات لهذه الفئات، ومن ثم يسهل اتخاذ قرار مع الحالات التي تم معها المقابلة. ومن الأساليب المشهورة التي استخدمت أسلوب المقابلة مع الأسر، وكان هناك محاولات لتقنين هذه المقابلات ما يلي:

(أ) طريقة ويلتوك:

وتشتمل هذه المقابلة على ثمانية أعمال يقوم بها كل أعضاء الأسرة، وهذه الأعمال مسجلة على جهاز تسجيل، بينما يلاحظ الباحث الأسرة من خلال نافذة زجاجية ذات اتجاه واحد. وهذا الإجراء يسهل ملاحظة التفاعل الأسري بعيداً عن المراقبة، وتصور الأسرة في المواقف الثمانية على شريط فيديو، ثم نعطي درجات استناداً إلى أبعاد محدودة بعضها يخص بناء الأسرة والبعض الآخر يخص شكل تفاعلاتها.

(ب) المقابلة الأسرية المحددة:

وهذا الأسلوب وضعه باتسون وزملاؤه وقد صمم لإعطاء الباحث الفرصة للحصول على قدر كبير من المعلومات في فترة زمنية ساعة من الزمن، وتتخلص هذه المقابلة في خمسة أعمال، وبعد إجراء المقابلة يقوم المعالج بعرض نتائجها على أعضاء الأسرة؛ لكي يروا أسلوب تفاعلهم بعضهم مع بعض، ويعد هذا الإجراء أداة إكلينيكية تحفز عملية العلاج. (محمود الزياي، ١٩٨٧: ٤٢٤)

وعلى الرغم من أنهم حاولوا تقنين هذين الأسلوبين فإن الدرجات التي سيضعها المعالج على الأعمال التي تقوم بها الأسرة مازالت تخضع لتقديره الذاتي، وبذلك فهي تعتبر غير موضوعية على الرغم من أن هذين الأسلوبين يتيحان الفرصة لحدوث مواقف تفاعل مهمة عن طريق المهام التي يطلبها المعالج منهم.

٢- أسلوب الملاحظة Observation:

هناك العديد من المقاييس الموضوعية التي تمدنا ببيانات عن التفاعلات الأسرية، وهي مقاييس مقننة كل عنصر فيها يصف سلوكاً معيناً بالدرجات.. واستخدام الملاحظات السلوكية مع هذه المقاييس يمكننا من فهم طبيعة تفاعلات الأسرة بصورة أكبر ويمكننا من تفسير استجاباتها على نطاق أوسع وأعمق مما تعطيه المقاييس الموضوعية بمفردها، كما أنها تقيم كيف أن كل عضو من أعضاء الأسرة يتقهم سلوك العضو الآخر.

لذلك فمن المهم للمعالج الأسري بصفة خاصة أن يلاحظ عينة من التفاعلات الأسرية بصورة مباشرة والمعالج يمكنه أن يسجل ملاحظاته السلوكية من اللحظة الأولى التي يدخل فيها أفراد الأسرة مكتب المعالج، فهو يهتم بملاحظة العمليات اللفظية والغير لفظية التي تحدث بين أعضاء الأسرة وهم يتحدثون إلى المعالج، وكذلك وهم يتحدثون كل مع الآخر.

وعلى الرغم من أن محتوى الموضوعات التي يتم طرحها للمناقشة بين أفراد الأسرة لها أهميتها هدف الملاحظة السلوكي النسقي هو تحديد سلوكيات معينة من خلال أفراد الأسرة، وتتبع تطور هذه السلوكيات بين أفراد الأسرة، والتي تكون أما سلوكيات مرضية أو سلوكيات غير مرغوبة. "والملاحظة للتفاعلات الأسرية تأخذ أشكالاً مختلفة، ويتوقف هذا على:

(أ) مقدار ما يحدده البنائون للاستفادة به في إعادة البناء الأسري.

(ب) تحديد المعايير السلوكية التي يحددها المعالجين أو كما يحددها نظام الترميز الذي

يحدد نقاط معينة تخضع للملاحظة Coding system.

وعلى الرغم من أن سلوك الأسرة الذي يظهر أثناء تفاعلاتهم قد يختلف بعض الشيء عن التفاعلات النمطية الطبيعية التي تحدث في المنزل فإن أفراد الأسرة أظهروا نماذج دالة من السلوك أثناء تفاعلاتهم عندما أعطوا الفرصة للحديث عن قضايا تخص علاقاتهم، ومع بداية التدخلات مع المعالج أصبح أفراد الأسرة أكثر راحة في جلسة المكتب وفي حضور المعالج.. وكانوا يركزون انتباههم على الاستجابات المتبادلة بينهم أكثر من العفوية والتلقائية التي تحدث بينهم في المنزل.

والهدف للبنائين من هذه الملاحظات هو الاستفادة من ملاحظة التفاعلات والاتصالات بين أفراد الأسرة بصورة طبيعية كلما أمكن تحقيق ذلك؛ للاستفادة بهذه الملاحظات في الحصول على بيانات والاستفادة منها في إعادة بناء النسق الأسري.

أما المعالجون السلوكيون المعرفيون فإنهم يهتمون بالتفاعلات غير البنائية؛ حيث يمدون الأسرة بموضوعات محددة للمناقشة ويحددون لهم الهدف من مناقشة هذه الموضوعات، وغالباً ما يعطون تعليمات محددة للأسرة لتتبعها ولتحركهم لحل المشكلة على عكس البنائين الذين يستخدمون فنية مثل إعادة التمثيل "Enactment" عند منوشن ليروا طرق الاتصال والتفاعلات بينهم بصورة طبيعية أي أن الاختلاف هو أن المعالجين السلوكيين المعرفيين ربما يكونوا أكثر مباشرة في هذه العمليات من المعالجين البنائين.

أما المعالجون البنائون فأتثناء رؤيتهم وملاحظتهم للمناقشات والمواقف الأسرية يستطيعون تحديد المشكلة التي تعوقهم ومواطن الضعف وخطط التدخل التي تحسن من طرق حل مشكلتهم.

أما عن تقييم أساليب الملاحظة فهناك بعض المعالجين يبدعون الملاحظة دون وضع تحديد مسبق لفئات من السلوك ليلاحظوها، والبعض الآخر يبحث عن نماذج تتسم

بالتكرار ليظهر فيها لعب الأدوار ويوضح الشكوى الحالية للأسرة باستخدام مبدأ أساسي وهو تحليل الوظائف.

وغالباً ما يلاحظ المعالجون الأسريون سلوكيات سابقة يتبعوها إلى أن يستطيعوا السيطرة والتحكم في كل سلوك سلبي يقوم به أعضاء الأسرة، والملاحظة التي تحدد هذه السلوكيات توجه انتباه المعالجين إلى السلوك المشكل المراد التحكم فيه والذي يهدد بناء الأسرة. (Dattilo, Frank, M., 1998: 16-18)

وبذلك فإن أسلوب الملاحظة من الأدوات الأساسية التي لا يمكن الاستغناء عنها في العلاج الأسري، وفي تحديد شكل وطرق التفاعلات والاتصالات المختلفة بين أعضاء الأسرة، وسواء كانت الملاحظة مقننة أو غير مقننة، محددة بمعايير أو عفوية، فهي في كل الأحوال تساعد المعالج في رؤية النسق الأسري بصورة أعمق وأوضح مما توضحه المقاييس الموضوعية لذلك، ففي العلاج الأسري يحاول المعالج تصميم مواقف تفاعلية معينة بغرض كشف التناقضات أو إثارة الاختلافات، ووجهات النظر أو استنفاذ كل فرد في الأسرة نحو الآخرين لملاحظة انفعالاتهم وطرق تواصلهم أو مواقف أخرى لتبادل المشاعر الإيجابية أو السلبية لملاحظة مدى مصداقيتهم في التعبير عن ذلك.. لذلك فالملاحظة من الأساليب التي تمكنا من الكشف عن أشياء لا نستطيع أي أساليب أخرى الكشف عنها.

٣- الأساليب الإسقاطية:

من أشهر الوسائل الإسقاطية التي استخدمت مع الأسرة بالفعل اختبار تفهم الموضوع T.A.T، واختبار الرورشاخ.. وكانت هناك محاولات لتطبيق هذين الاختبارين، ولكن بصورة جماعية مع أفراد الأسرة جميعاً منها:

(أ) "محاولات فيريرا Ferira: التطبيق الأسري لاختبار تفهم الموضوع، وهذه الطريقة تتلخص في أن نطلب من أفراد الأسرة جميعاً أن يتخيلوا ثلاثة قصص تُبنى على ٩ صور، وقد وضعوا طريقة مقننة للتصحيح مكنتهم من التفرقة بين الأسرة السوية والأسرة المريضة.

(ب) محاولات روزمان Rosman: وضع روزمان اختباراً مماثلاً لاختبار تفهم الموضوع، ويدعي اختبار تفهم الموضوع للتفاعل الأسري F.I.A.T. ويتكون هذا الاختبار من عشرة صور تمثل مواقف أسرية مألوفة؛ حيث تعرض الصور على أعضاء الأسرة مجتمعين، ويطلب منهم إعطاء قصة مشتركة عن كل صورة.

(ج) محاولة إيبشتين Epstein: وهذه المحاولة استخدمت على اختبار الرورشاخ، وتتخلص الطريقة في تطبيق الاختبار أولاً على أعضاء الأسرة منفردين، ثم يتبع ذلك عرض البطاقات على أعضاء الأسرة مجتمعين؛ حيث يطلب منهم الاتفاق على استجابة موحدة، ويقوم الفاحص بتسجيل مناقشاتهم؛ حتى يتمكن من دراسة أنماط التفاعل السائدة داخل الأسرة.

(د) طريقة روزنتال Rosenthal: تطبق هذه الطريقة أيضاً على اختبار الرورشاخ؛ حيث تطبق البطاقات ١، ٢، ٣ فقط بصورة فردية، وأما بقية البطاقات فتطبق جميعاً حيث يطلب من كل أعضاء الأسرة الاتفاق على استجابة موحدة، وهذه الطريقة تمكنا من التعرف على تقدير مدى المرضية في التفاعل الأسري.

وهذه المحاولات أثارت - وما تزال - تأثيراً جديلاً كبيراً بين الإكلينيكين، وهي تتعرض لأوجه نقد كثيرة، إلا أنها توجه الانتباه إلى إمكانية استخدامها بعد تقنينها استخداماً يساعد في عملية التشخيص النفسي الأسري بصورة أكثر دقة وعمقاً (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤٢١-٤٢٦، صالح حزين، ١٩٩٦: ١٩٠-١٩٣).

وهناك اختبار رسم الأسرة وهو يعتبر من المقاييس الإسقاطية، وقد وضعه جيسي رايت وماري ماك انتاير، ومن أهم الدراسات التي أجريت على هذا الاختبار دراسات محمود الزيايدي (١٩٨٧) للتعرف على قدرة الاختبار التمييزية بين المكتئبين والأسوياء، وحدد ١٢ عنصراً لتصحيحه كميًا، وتفسيره بشكل موضوعي، وهذه العناصر هي: عدد الألوان - حجم الذات - حجم الأشخاص - التمايز بين الجنسين - الفاعلية الأسرية - العزلة الذاتية - العزلة الأسرية التفاصيل - الاهتمام الذاتي - المساحة البيضاء - التنظيم.

وفيه يطلب من المفحوص أن يرسم صوراً لأفراد أسرته، وهناك اختبار آخر يشبه هذا الاختبار، وهو اختبار رسم الأسرة المتحركة، والفرق بينهما أنه يطلب من المفحوص أن يرسم صوراً لأفراد أسرته في حالة حركة، والأساليب الإسقاطية هي وسيلة مهمة ومفيدة، خاصة إذا كانت مع الأسرة، لأن التفاعل الأسري وطبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة يحتاجان إلى اختبارهما بطرق غير مباشرة، وفي هذه الأساليب يسقط أفراد الأسرة مشاعرهم وتفاعلاتهم معاً على الصور المقدمة لهم، إلا أن هذه الأساليب تفتقر إلى الموضوعية، وتخضع أيضاً لأساليب الحكم الذاتية، كما أن هناك محاولات أخرى للكشف عن التفاعلات وطبيعة العلاقات بين أفراد الأسرة ظهرت في دليل التفاعلات الأسرية الذي وضعه هاولزو لكودبش، وقام صالح حزين بترجمته وإعداده إلى العربية وهو بمثابة اختبار استقاطي يهدف إلى عرض العلاقات بين أعضاء الأسرة والكشف عن مشاعر واتجاهات الأفراد المكبوتة، ويتكون هذا الاختبار من ٤٠ صورة مقسمة كالتالي: ١٦ صورة منها للاستعمال مع الأسر ذوي الأطفال الذكور، ١٦ صورة نستعمل مع الأسر ذوي الأطفال الإناث، ٨ صور تستعمل مع كل الأسر. وهذا يعني أن في هذا الدليل يوجد ٢٤ صورة تقدم للوالدين والأطفال في كل الأسر على أنواعها، أما إذا كان في أسر أطفال بنين وبنات فتقدم للأسرة الأربعة صوراً، إلا أن هذا الاختبار يخضع للتقديرات الذاتية مثلما يحدث في جميع الاختبارات الإسقاطية التي تفتقر إلى الموضوعية، إلا أن ظهور هذه المحاولات وغيرها من الاختبارات الإسقاطية لو أحسن تقنينها ربما تكون أفضل الطرق لقياس تفاعلات الأسرة بصورة غير مباشرة.

٤ - المقاييس الموضوعية:

هناك بعض المقاييس والاختبارات التي ظهرت مؤخراً وتبحث في مشكلات الأسرة وتهتم بأفراد الأسرة، وهذه المقاييس موضوعية ولها صدق وثبات على درجة عالية، ولها معايير محددة يسهل تصحيحها وفق هذه المعايير.

وكانت هناك محاولات قديماً لوضع مقاييس موضوعية مع الأسر ومن هذه المحاولات محاولة بومان باستخدام اختبار وكسلر بلفيو "وتتلخص هذه المحاولة في تطبيق اختبار وكسلر فردياً على كل أعضاء الأسرة، ثم تطبيقه عليهم مرة أخرى في جلسة جماعية. وهنا يستخدمان فقط اختباري الفهم العام والمتشابهات، ثم يقومان ببعض المقارنات مثل مقارنة نسبة ذكاء كل فرد في الأسرة بنسبة الذكاء الجماعية التي حصلت عليها الأسرة ككل". (محمود الزيايدي، ١٩٨٧: ٤٢٧)

وحديثاً ظهرت مقاييس موضوعية تهتم بالبيئة الأسرية، والمناخ الأسري والتفاعلات الأسرية والأنماط المرضية في الأسرة والمشاعر الأسرية والمشكلات الأسرية والنوافق الزوجية... إلخ، وتطبق هذه المقاييس بإحدى الطرق الآتية:

(أ) تطبق إما على الأبناء فقط ولا تطبق على الآباء بحيث تظهر المشكلات أو الأبعاد الموجودة في المقياس بصفة عامة من وجهة نظر الأبناء وكما يدركها الأبناء.

(ب) أو تطبق على الأبناء مرة، وعلى الآباء مرة أخرى..، وهناك مقاييس معينة منقسمة جزء للأبناء وآخر للآباء والنتيجة يكون لدينا إدراك الأبناء للمشكلات الأسرية مثلاً، وإدراك الآباء لهذه المشكلات، ونقارن بين النتيجة.

وتعتمد طريقة التطبيق على الهدف الذي يريد الباحث تحقيقه وعلى طبيعة المشكلة التي تعاني منها الأسرة. ومن أمثلة المقاييس التي اهتمت بالتفاعلات الأسرية وبالأسرة:

- مقياس العلاقات الأسرية والتطابق بين أعضاء الأسرة إعداد موس وترجمة فتحي عبدالرحيم وحامد الفقي (١٩٨٠)، ويهدف إلى التعرف على العلاقات والاتجاهات السائدة بين أفراد الأسرة ودرجة التطابق النفسي بين أعضائها.

- اختبار التفاعل الأسري إعداد عفاف حسن (١٩٩٨) ويهتم بالمشاكل العائلية.
- مقياس التواصل الأسري إعداد إلهامي عبدالعزيز (١٩٨٧)، ويهدف إلى التعرف على انتماء الفرد للأقارب.

- وهناك مقاييس كثيرة تهتم بقياس التوافق الزوجي من أشهرها مقياس التوافق الزوجي لنوجلاس شنايدر Douglas Shnyder ويهتم بالتعرف على طبيعة ومصادر الضيق الزوجي ويطبق بشكل منفصل على كل من الزوج والزوجة.

- مقياس الانتماء الأسري إعداد إلهامي عبدالعزيز ١٩٨٧ ويهدف إلى التعرف على إحساس الفرد بالانتماء لأسرته الصغيرة.

الفنيات الأساسية في الإرشاد والعلاج الأسري:

المقصود بالفنيات Techniques أو الاستراتيجيات المستخدمة في العلاج الأسري استراتيجيات يتبعها المعالج الأسري مع الأسرة لتحقيق غرض معين، مثل الحصول على معلومات عن الأسرة، أو لتحريك الأسرة من مرحلة لمرحلة أخرى أو لإقناع الأسرة بتغيير سلوكيات معينة تمارسها.. وغيرها من الأهداف الكثيرة.

وتحديد فنيات العلاج الأسري جزء مهماً يجيب على تساؤل مهم وهو كيف؟ أو الكيفية التي يتم من خلالها التدخل مع الأسر لمعرفة ما يلي:

- كيف يمكن التدخل بالأسلوب والاستراتيجية المناسبة مع هذه الأسر؟

- كيف يتم تطبيق العلاج الأسري مع الأسرة المريضة؟

- كيف تسير خطوات برنامج العلاج الأسري؟

- كيف ننقل بالأسرة من مرحلة التشخيص إلى مرحلة العلاج؟

- كيف تستبصر الأسرة بمرض أحد أبنائها؟

- كيف نقتنع الأسرة بأنها السبب في نشأة المرض لدى أحد أبنائها؟

- كيف يمكن أن تسهم الأسرة في علاج أحد أبنائها من المرض النفسي؟

ولكي تجيب فنيات العلاج الأسري على كل هذه التساؤلات فيجب أن يمتلك المعالج الأسري أكبر عدد من الفنيات، وألا يلتزم أو يتقيد بفنيات محددة تخص نظرية معينة، ويكون لديه المرونة في استخدام الفنيات المناسبة في الوقت والمرحلة المناسبة من العلاج، وتشير الدراسات إلى أن المعالج الأسري غالباً ما يتجاوز حدود عدد الفنيات المرتبطة عادة بإحدى النظريات، وذلك لأنه لا يستخدم استراتيجيات وفنيات معينة لإقناع فرد فقط، وإنما يستخدم الفنيات التي تناسب جميع أفراد الأسرة وتناسب طبيعة الشخص المريض وتناسب طبيعة المرض نفسه، وطبيعة الأسرة في حد ذاتها، وكذلك إلى طبيعة ما وصلت إليه الأسرة من علاقات وتفاعلات ومشكلات واتصالات خاطئة وسوء أدائها لوظائفها...إلخ.

وفيما يلي تعرض الباحثة أهم الفنيات المناسبة للعلاج الأسري:
"ويجب أن يتم تطبيق كل فنية بحكمة وألا ينظر إليها كعلاج، ولكن كوسيلة للمساعدة في تحريك الأسرة، فإن تحديد "متى"، و"أين"، و"كيف" لكل تدخل علاجي يحتاج دائما إلى الحكمة التخصصية ويعتمد على المهارات الشخصية للمعالج (Smith, Rebert et al, 1992: 1).

والفنيات المقترحة هنا تعتبر أمثلة لأساليب من التي يمارسها المعالجون ويكيفونها طبقاً للمشاكل القائمة الموجودة بالأسرة وبالتركيز على وظيفة العلاج الأسري.

وفيما يلي عرض لأهم الفنيات المستخدمة في العلاج الأسري:

١- الجينوجرام أو (التخطيط العرقي أو الوراثي) The genogram

الجينوجرام فنية أساسية ومهمة ورئيسية في العلاج الأسري وتساعدنا في الحصول على قدر كبير من المعلومات المهمة والمنظمة و"الجينوجرام كتكنيك قد تم استخدامه في العلاج الأسري، وهو يعطي صورة بيانية لتاريخ الأسرة، وهو يكشف ويوضح الهيكل الأساسي والديموجرافي للأسرة من خلال الرموز، ويقدم صورة لثلاثة أجيال تحتوي على أسماء وتواريخ زواج وطلاق وموت وحقائق أخرى مرتبطة بها، وكذا كمية هائلة من البيانات؛ حيث إنها تمثل صورة من شجرة العائلة توضح أصل العائلة وجنورها. (Smith, Robert et al, 1992: 2)

وحتى يمكن تجميع معلومات عن الأجيال المختلفة بصورة طبيعية والجينوجرام يجعل نقاط المناقشة تؤدي إلى مواضع ذات مغزى متعلقة بالفرد "ويستخدم أسلوب الجينوجرام في رسم تاريخ الأسرة على لوحة تكون شبيهة بشجرة الأسرة تسمى خريطة الأسرة Family genogram، وهذه الخريطة تمكن المرشد النفسي من أن يرى الأعراض في داخل سياق أكثر امتداداً وتأصيلاً، وتتظم خريطة الأسرة البيانات عن الأسرة لمدى ثلاثة أجيال، وتقدمها في صفحة واحدة مرئية، وبذلك تساعد هذه الخريطة في التعرف على الأنماط عبر الجيلية، والأدوار الأسرية، ومراكز الأخوة الولادية، والمثلثات الهامة، وتوقيت الأحداث الهامة في حياة الأسرة كل ذلك في فحص دقيق ومختصر" (روز ماري لامبي، ٢٠٠١: ١٣٤-١٣٥).

"والجينوجرام يساعد في التعرف على الأسرة بصورة واضحة وعلنية، وفيه يتحرك كل الأعضاء في الأسرة نحو عمليات الاتصال لذلك ففنوات الاتصال غالباً ما تكون مفتوحة أمامهم ليعبر ويوضح كل منهم عن تربيته ووضع داخل هذه الخريطة موضعاً علاقته بالآخرين وغالباً ما يكون الجينوجرام موضعاً لثلاثة أجيال حقيقية للأسرة والجينوجرام يساعد أفراد الأسرة والمرشدين في تحديد نماذج عبر جيلية للأسرة ووظائف الأسرة التي لها تأثير على الحاضر" (Hurlock, Elizabeth, B. 1978: 402).

"ويعد تحويل البيانات عن الأسرة من الصورة اللفظية إلى الصورة المرئية للتاريخ الماضي للأسرة طريقة مبتكرة لاستقطاب انتباه واهتمام الأبناء نحو مادة قد تكون جديدة تماماً بالنسبة لهم، والتي قد تصبح نقطة البدء، ويمكن من خلالها تنمية حوار ثنائي وجداني عبر الحدود الجيلية (الأبناء مع الآباء)، كما أن هذا الأسلوب يمكن المعالج من الحصول على قدر كبير من المعلومات، ولكن ينبغي أن نؤكد أن هذا الاستعراض التاريخي لأحداث وقائع سابقة ينطلق من الحاضر الذي تعيشه الأسرة مع المعالج وليس للبحث عن أسباب المشكلة "الحالية" في "الوقائع الماضية" في هذه المرحلة (علاء كفاقي، ١٩٩٩: ٢٠٩).

"والجينوجرام طريقة للوصول إلى القضايا الجوهرية في شكل خطوط بدلاً من الكلام عنها، ويمثل هذا التخطيط خريطة توضح منظومة العلاقات في الأسرة وهذا الأسلوب هو أفضل طريقة للتعرف على الحدود داخل الأسرة وبين الأسرة والعالم الخارجي. وهذه الطريقة تستخدم كثيراً بواسطة المعالجين الذين يسرون على طريقة بوين". (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٥٤)

يمثل الجينوجرام أداة تشخيصية جيدة، حيث يجمع أكبر كم من المعلومات عن الأسرة النووية والأسرة الممتدة عبر ثلاثة أجيال ويوضح الحدود بين الأفراد وهذا الأسلوب يستخدم في المرحلة المبكرة من العلاج.

٢- جلسات الأسرة الإرشادية **Family council meeting**:

هي تكتيك مهم وأساسي في برامج الإرشاد والعلاج الأسري، وهي عبارة عن مقابلات أو لقاءات تجمع بين أفراد الأسرة والمعالج، ويتم تنظيم هذه الجلسات بترتيب مسبق مع أفراد الأسرة يتم فيه تحديد الوقت المناسب لمشاركة ومقابلة الأسرة بعضها مع بعض، ومكان المقابلة وإبراز القواعد التي تحكم الجلسة، وتتضمن هذه المقابلات موضوعات للمناقشة تقوم الباحثة بتحديدتها مسبقاً، وتشمل اهتمامات الأسرة - طبيعة علاقاتهم بعضهم ببعض - ومشكلات الأسرة... الخ.

وتهدف هذه الجلسات إلى الحصول على قدر كبير من المعلومات في فترة قصيرة، وتكون فرصة لجمع معلومات مهمة عن طريق الملاحظة داخل الأسرة (ملاحظة التفاعلات غير المباشرة، التواصل غير اللفظي... الخ)، كما أنها تتيح فرصاً لأفراد الأسرة للتعبير عن أنفسهم وتسهيل عمليات الاتصال بينهم، وكذلك المشاركة الأسرية وتعطي هيكلاً وشكلاً واضحاً ومترابطاً للأسرة، يتم من خلالها التوضيح والشرح والتفسير وتقديم المبررات، وطرح الأسئلة، ومناقشة موضوعات مهمة في حياة الأسرة، وكذلك التوجيه والإرشاد والتصحيح والتعديل والتغيير في بناء الأسرة.

"وتساعد جلسات الأسرة الإرشادية في إعطاء هيكل للأسرة، وكذا في المشاركة الأسرية الكاملة وتيسر وسائل الاتصال بين أعضاء الأسرة. والإرشاد في هذه الجلسة يجب أن يشمل الأسرة من الداخل، وأي أعضاء غائبين يجب إبلاغهم بالقرارات ويجب أن يكون هناك قائمة اهتمامات للأسرة ومهاجمة آخرين أثناء هذه الجلسات يعتبر أمراً غير مقبول" (Smith, Robert, 1992: 4).

٣- أساليب الملاحظة **Observation Techniques**:

(أ) أسلوب الملاحظة المباشرة **Direct observation technique**: وتتم في المواقف الطبيعية من خلال الأحداث اليومية العادية في الجلسة وتلاحظها الباحثة عن طريق الجلسات الأسرية التي تجمع بين الباحثة وأفراد الأسرة.

(ب) أسلوب الملاحظة غير المباشرة **Indirect observation technique**: وتتم داخل الجلسات الأسرية، ولكنها محددة مسبقاً؛ حيث تتم الملاحظة للتفاعل الأسري من خلال مواقف تجريبية مصممة أو مضبوطة مثل لعب الأدوار بين أفراد الأسرة أو عن طريق إعادة تمثيل مواقف معينة لملاحظة نقاط معينة ومحددة تحددها الباحثة قبل إجراء الموقف.

٤- أساليب المناقشة التأملية Reflective discussion techniques:

"وقد حدد تيلبري Tilbury أن هذه المناقشة تدور حول الأفكار المتبادلة بين أفراد الأسرة لاستدعاء الحوادث والخبرات السابقة لتفسير وتكوين قدر من الاستبصار بالمواقف الحالية للأسرة". (عبدالصبور سعدان، ١٩٨٠: ٥٧)

وتشمل أساليب المناقشة التأملية الإيجابية "طرح أفكار جديدة والتوضيح والتفسير، وتصحيح المشاعر، وربط الأحداث الحاضرة بالماضي" (عبدالناصر عوض، ١٩٨٥: ٧٧٠).

٥- صور الأسرة Family photos:

"تتميز فنية "الإطلاع على ألبوم صور الأسرة" بتقديم ثروة من المعلومات عن توظيف الماضي والحاضر لهذه الأسرة، فأحد استخداماته هو التغلغل في ألبوم صور الأسرة الجماعية. إن الاستجابات (الشفوية وغير الشفوية) بالنسبة للصور والأحداث غالباً ما تعتبر كاشفة لعلاقات الأسرة وتقاليدها وهيكلها وقواعدها ونماذج الاتصال فيها حيث يُطلب من الأعضاء أن يحضروا صوراً مهمة للأسرة ويناقشوا أسباب إحضارها وخلال مناقشة هذه الصور تتضح أشياء كثيرة عن هذه الأسرة خاصة فيما يتعلق بعلاقاتهم بأسرتهم وبالأجيال السابقة (Smith, Robert, et al, 1992: 3).

هذه الفنية تكشف عن اتجاهات كل عضو من أعضاء الأسرة نحو الآخرين، وهي أقرب ما تشبه الاختبارات الإسقاطية حيث إنها تكشف عن أشياء معينة غير التي تظهر في الصور، وهذا يفيد المعالج في التعرف على الكثير من المعلومات التي تفيده في مرحلة التشخيص وفي الكشف عن طبيعة العلاقات في هذه الأسرة.

٦- تصوير الأسرة Family sculpting:

"لقد تطورت فنية تصوير الأسرة بواسطة كل من ديوهل وكاننتور (١٩٧٣) Duhl, Kantor and Duhl، وتقدم هذه الفنية من أجل إعادة بناء نسق الأسرة، ومعالج الأسرة يمكنه استخدام فنية "تصوير الأسرة" في أي مرحلة من مراحل العلاج. ويصور أعضاء الأسرة العلاقات بينهم في مدة زمنية محددة؛ حيث يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يقوموا بتنظيم الأسرة مادياً (أوضاعهم ومكانتهم وأدوارهم في الأسرة)، وأفراد الأسرة البالغين غالباً ما يكونون مصورين جيدين للأسرة عند منحهم فرصة للاتصال غير الشفوي للتعبير عن مشاعر وأحاسيس الأسرة، ويعتبر تصوير الأسرة أداة فحص مشهورة، وتمنح الفرصة للتدخل العلاجي في المستقبل". (Smith, Robert, et al, 1992: 2-3)

ويقصد بهذه الفنية التصوير في الفراغ وكأن فرد من أفراد الأسرة يقوم بتجسيد لأفراد أسرته كما يراهم بالفعل يجسد الأفراد في علاقاتهم ببعض .. ويصور مشاعرهم تجاههم، وكذلك يصور الأدوار التي يقوم بها أفراد الأسرة كما يراها، وبذلك يسهل التعرف على علاقات أفراد الأسرة بعضهم ببعض عن طريق أن يقوم كل فرد في الأسرة بتصوير باقي أفراد الأسرة في الفراغ.

"كما تطلق فنية تصوير الأسرة على العملية التي عن طريقها يمكن تمحيص أبعاد التقارب والقوة داخل الأسرة في صورة غير لفظية (أشبه بمن ينحت تمثالاً) على سبيل المثال فقد يطلب من الأب أن يصف والديه ومكانه في الأسرة ليس من خلال الكلمات ولكن عن طريق التصوير في الفراغ وهذا الأسلوب يتميز بأنه يصنع مشاعر مرئية حول تركيبات الأسرة، كما أنه يشرح لأفراد الأسرة الحالية الأسباب التي تجعل الوالدين

يتصرفان بطريقة معينة، والمفهوم الذي يبني عليه هذا الأسلوب هو أن الناس يميلون إلى تكرار الأنماط السابقة" (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٥٣).

وهذه الفنية يمكن أن تفيد المعالج الأسري في الحصول على معلومات عن النسق الأسري وعن طبيعة علاقاتهم معاً وعن مشاعرهم بعضهم تجاه بعض بصورة قد لا يحصل عليها من التواصل والتعبير اللفظي.

٧- إعادة التمثيل Re-enactment:

يعتبر تكنيك تمثيل الأسرة من الأدوات المهمة في التدخل العلاجي؛ حيث إن تمثيل الأسرة لموقف معين أو إعادة تمثيل مواقف سابقة أو لعب الأدوار بالتبادل بين أعضاء الأسرة يعطي الفرصة للتعرف على طبيعة العلاقات وأنماط التواصل، وأداء الوظائف داخل النسق الأسري.

"يرى معالجو الأسرة أنه من المفيد أن تجعل الأسرة تؤدي شيئاً عملياً خاصاً بالمشكلة بدلاً من الحديث عنها فقط، ويساعد ذلك الأسرة على أنها تبني نماذج من السلوك صحيحة وسليمة في الخيال توطئه لمحاولة جعل هذا الخيال يحدث في الواقع. ومن الممارسات التي يتحمس لها بعض المرشدين الأسريين خاصة عندما يعملون مع أسرة بها أطفال صغار، أن يسألوا الأسرة أن تنفذ عن طريق التمثيل في الجلسة يوماً من حياة الأسرة بكل تفاعلاتها، وإذا نجح هذا الأسلوب فإنه يمثل فرصة أمام المعالج ليرى بعينه كيف تتفاعل الأسرة ويستطيع حينئذ أن يصحح ما يراه مؤدياً إلى المشكلات وأن يدرّبهم على السلوك المصحح" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ٢١٣-٢١٤).

"والميزة الواضحة في هذه الطريقة هي أن المعالج يمكنه أن يتأكد بنفسه مما يجري في الأسرة بدلاً من أن يعتمد على التقارير أو العرض وحده، ويعتبر هذا الأسلوب من الأساليب الفعالة، وقد أطلق عليه مورينو "سيكودراما الموقف"؛ حيث إن كثيراً من المشكلات داخل الأسرة تتصل بعدم قدرة فردين على التحدث مع بعضهما البعض، وفي مثل هذه الجلسات فإن مشكلات الاتصال (التخاطب) تصبح هي الموضوع الرئيسي؛ فمثلاً إذا اشتكى الأب من أنه عندما يتحدث مع ابنه فإن زوجته تتدخل، فإن المعالج قد يطلب منهما أن يبدأ الحديث ويطلب من الأم أن تدخل إلى مناقشتهما". (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٥٣)

وعلى الرغم من أن إعادة تمثيل الأسرة لموقف معين هو موقف مصطنع فإنه يكشف جوانب كثيرة من أهمها الانفعالات وطرق التواصل وطبيعة العلاقات والأدوار التي يقوم بها هؤلاء الأفراد؛ ولكي تطبق هذه الفنية بصورة صحيحة فيجب أن يوضح المعالج أنه أثناء إعادة تمثيل التمثيل بنفس الطريقة والأسلوب والانفعال وحتى نبرة الصوت وتبادل النظرات وطريقة التواصل بصفة عامة. فكلما اقترب إعادة تمثيل الموقف من الموقف الأصلي ساعد ذلك المعالج على سهولة تشخيص هذه الأسرة وتحديد الاتصالات الخاطئة فيها، وكذلك تحديد اتجاهاته في العلاج.

ونظريات التوجه النسقي جميعها تستخدم هذه الفنية لأنها تهتم بالتواصل والتفاعلات بين أفراد الأسرة "فقد كان منوشن لا يهتم فقط بما يقوله أفراد الأسرة كل عن الآخر، بل كان يمنحهم الفرصة ليمثلوا مشاكلهم أثناء الجلسة فيؤلف المعالج عن قصد سيناريو لتمثيل وتفعيل صراعات الأسرة وغيرها من مشكلاتها في الجلسة بدلاً من مجرد وصفها". (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٣٧)

وفي هذه الفنية لا بد من تدخل المعالج بصورة إيجابية وفعالة وحازمة مع الأسرة حتى تبدأ الأسرة في إعادة تمثيل الموقف أو الأدوار. لأنه أثناء قيام الباحثة بتطبيق

البرنامج العلاجي لاحظت أن الأسرة تقاوم إعادة تمثيل الموقف وتكتفي بوصفه، وفي هذه الحالة يجب على المعالج أن يصمم على أن تعيد الأسرة تمثيل الموقف مبرراً ذلك بأن مجرد وصف الموقف لا يمكنه من تخيله، ومن تخيل أشياء كثيرة غير واضحة من عملية الوصف، وأنه لكي يكمل العلاج لابد أن تساعد الأسرة فيما يطلبه، ويمكن أن يساعد الأسرة بتدخل مبدئي في عملية إعادة التمثيل؛ فمثلاً (إذا كان الموقف فيه الأب منفعلاً وصوته عالٍ يقوم المعالج بنقص دور الأب مع الأسرة ويبدأ نفس السيناريو الذي وصفوه ولكن يتحدث بصوت منخفض وهادئ ولا يظهر أي انفعال وعندما يعلق أفراد الأسرة بأن الأب كان منفعلاً أكثر من ذلك على المعالج أن يقول لهم كيف؟ أريد تمثيل الموقف كما حدث وبنفس الصورة حتى أستطيع أن (أعيش معكم الموقف).

٨- رقص الباليه الأسري **Family Choreography**:

"في هذا الأسلوب تتعدى الترتيبات التمثيل المبدئي، حيث يُطلب من أفراد الأسرة أن يقوموا بوضع أنفسهم في مواقع توضح رؤيتهم للأسرة ثم يظهرون كيف يريدون أن يصبح موقع الأسرة. ويطلب من أفراد الأسرة أن يعيدوا تمثيل أدوار أفراد الأسرة ويحاولوا جعلها السيناريو المفضل. إن هذا الأسلوب يساعد في تماسك الأسرة ويخلق مواقف حية" (4: 1992, Rebert, Smith, et al) هذا التكنيك يساعد في الكشف عن وجهة نظر أفراد الأسرة فيما يتمنون أن يصبحوا عليه، وكيف يريدون أن يصبح دور كل عضو من أعضاء الأسرة.

٩- الكرسي الخالي **The empty chair**:

"أسلوب الكرسي الخالي غالباً ما استخدم بواسطة المعالجين الجشطالت وقد تم تكيف هذا الأسلوب للعلاج الأسري، وفيه يعبر أحد الشريكين عن مشاعره للآخر (الكرسي الخالي) ثم يلعب دور الآخر ويستمر في الحوار أن التعبير عن المشاعر نحو أسرة غائبة ونحو الآباء والأطفال يمكن ترتيبها والتعرف على المناخ النفسي والعلاقات بينهم عن طريق استخدام هذه الفنية" (3: 1992, Smith, Robert, et al).

١٠- التمسير أو رسم المسارات أو الرسم الاستشفافي **Tracking**:

"أغلب معالجي الأسر البنائين يستخدمون التمسير (رسم المسارات) حيث يرى المعالجون البنائيون أن التمسير جزء جوهري في عملية ربطهم بالأسرة. وأثناء عملية التمسير يستمع المعالج باهتمام لقصص الأسرة ويسجل بعناية الأحداث ونتائجها. حيث أن ما يحدث من النقطة "أ"، والنقطة "ب" أو "ج" لإنشاء "د" يمكن أن يكون مساعداً عند تصميم التدخلات العلاجية. (2: 1992, Robert, Smith, et al)

١١- معالجة عدة أسر **Multiple family therapy**:

"يشتمل هذا الأسلوب على العمل مع عدة أسر في وقت واحد وهذا من شأنه أن يجعل الأسرة تشعر أن هناك أسر أخرى تعاني من مشكلات كما يجعل الأسر تلعب دوراً علاجياً فيما بينها ويخفف من التوترات تجاه المعالج إذا وجدت (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٥٤).

١٢- إعادة التشكيل أو ما يسمى "بإعادة التأطير" **Relabeling or reframing**:

المقصود بهذه الفنية إعادة صياغة المشكلة بشكل مختلف وجديد ووضعها في إطار جديد و"إعادة التأطير هنا تعني أن نغير وجهة النظر المفهومية في علاقتها مع إدراكنا للموقف ووضعها في إطار آخر يناسب الحقائق تماماً ولكنه يغير المعنى ومن هنا فإن القضية في أبسط عباراتها هي أن إعادة التسمية العلاجية تعني تقديم سلوك المتعالج

من زاوية أو في صياغة إيجابية لبتجنب النقد واللوم"، "وعلى دور المعالج أن يعيد تأطير Reframe المشكلة أي النظر إليها من زاوية أخرى، وهذا التأطير الجديد هو الذي يسمح بالرؤية الجديدة وبالتالي لحل المشكلة، وعملية إعادة التأطير Reframing ليست سهلة بل إنها تمثل تحدياً كبيراً أمام المرشد أو المعالج ويتوقف على نجاحها إلى حد كبير نجاح العملية الإرشادية أو العلاجية. (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٦-٢٢)

و"أغلب معالجي الأسر يستخدمون إعادة التشكيل كوسيلة للارتباط بالأسرة، وتقديم إدراك مختلف للمشاكل المقدمة حيث إن إعادة التشكيل عبارة عن انتزاع شيء ما من ترتيبه المنطقي ووضعه في تصنيف آخر ويمكن تحويل إعادة التشكيل السلبية إلى إعادة تشكيل إيجابية (Smith, Robert, et al, 1992: 2).

وقد أطلق منوشن على نفس المعنى مصطلح إعادة البناء Restructuring حيث نقصد به أيضاً إحداث تغيير، وبناء وتشكيل سلوكيات إيجابية جديدة (وإعادة البناء يعني مواجهة وتحدي الأسرة في محاولات لإحداث تغيير علاجي ومن أمثلة إعادة البناء: تقييم مهام أعضاء الأسرة، وتصعيد الضغوط في الأسرة، ووضع قواعد سلوكية جديدة في الجلسة العلاجية). (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٣٧)

١٣- وصفات الأعراض Symptom prescribing:

"يقوم هذا الأسلوب على فكرة التناقض، وهي صورة من الرابطة المزدوجة التي يُطلب فيها من المريض أن يفعل المزيد من الأعمال التي يدركها كأعراض متعبة أو مزعجة فيطلب من الطفل الذي يثير الضجة ألا يتوقف عن فعل ذلك بل يزيد من الضجة وقد استخدم إريكسون 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 هذا الأسلوب شبيهة بأسلوب الغمر Flooding الذي يستخدمه المعالجون السلوكيون" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٦).

من الملاحظ أن هذه الفنية تتشابه تماماً مع فنية التدخلات المتناقضة والاختلاف بينهما في أن فنية وصفات الأعراض تمارس أثناء الجلسة العلاجية.

١٤- التدخلات المتناقضة:

وفيها يقوم المعالج بإعطاء تعليمات متناقضة فمثلاً بدلاً من أن تطلب من المريض التوقف عن سلوكه تطلب منه أن يستمر في هذا السلوك أكثر وهذا شيء لا يتوقعه المريض (علاء كفاقي، ١٩٩٩: ٣٧٤).

١٥- تعديل السلوك Behavior modification techniques:

"ويستخدم بعض المعالجين للأسرة أساليب فنية مطورة من مدرسة العلاج السلوكي إلا أنهم يصورون هذه الأساليب بشكل مختلف. وعلى سبيل المثال فإن المعالج قد يستخدم أساليب تعديل السلوك مع أسرة لديها مشكلة طفل لديه عادة التبول الليلي اللاإرادي ومع ذلك فإن المعالج يحافظ على تشخيصه للمشكلة على أنها مشكلة علاقات وهي تعبر عن تعليق غير لفظي على جانب منها أما المعالج السلوكي فإنه سينظر إلى مشكلة التبول اللاإرادي على أنها هي المشكلة التي يتعامل معها. (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٥٤)

١٦- التغذية الراجعة Feedback:

وهي عبارة عن استرجاع جزء معين في جلسات سابقة ومناقشته وتقييمه وتعديل السلوك الذي حدث فيه.

ويذكر جيرسون Gerson أن التغذية الراجعة تكنيك علاجي يدفع الأسرة إلى تصرفات جديدة تجعل أنماط السلوك القديمة غير واردة، وعادة ما يستخدم ليتفاعل عكسياً مع التغذية المرتجعة السالبة كميكانيزم يخلق أزمة تحدث تقدماً علاجياً ويحمي الأسرة من البقاء ثابتة فمثلاً يحاول المعالج أن يحمي الأسرة من استخدام العضو المعروف أنه مريض لإخفاء موضوعات أسرية أخرى (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٣٣).

"والتغذية الراجعة تعمل على التصحيح عن طريق التخفيف من المدخلات حتى يعود النسق إلى حالة الاتزان، وهناك التغذية الراجعة الموجبة التي تعمل على تضخيم رد الفعل، واستقرار النسق الأسري يتحقق من خلال عمليات التغذية الراجعة سواء السالبة أو الموجبة". (عبدالمجيد منصور وزكريا الشربيني، ٢٠٠٠: ٣٨). ويقصد بالتغذية الراجعة السالبة أن نعيد تصحيح النسق المضطرب عن طريق إعادة تأسيس حالة من التوازن السابق الذي كانت تتبناه الأسرة (التوازن المختل).

١٧- أساليب التدعيم **Sustaining Techniques**:

وتتمثل أساليب التدعيم الأسري في التعاطف والتدعيم – والتشجيع – والمشاركة.

١٨- الواجبات المنزلية أو التكاليف المنزلية **Homework Assignments**:

"يشير هذا الأسلوب إلى التصرفات التي يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يقوموا بها فيما بين الجلسات، ولهذا الأسلوب قيمة في أن يجعل جلسات العلاج تقع حيث يمكن أن توجد حلول المشكلات، وليس فقط حيث يجري الكلام وبالإضافة إلى ذلك فإنها تعود أفراد الأسرة على أن يفهموا أنهم إذا غيروا سلوكهم فإنهم يمكن أن يغيروا كيف يشعرون وكيف يفكرون كذلك". (محمد محروس الشناوي، ١٩٩٤: ٤٥٣)

وغالباً ما يطلب المعالج الأسري هذه التكاليف من أعضاء الأسرة، بأن يقوموا بممارسة سلوكيات أو مهام معينة من شأنها أن تخفف من حدة المشكلة أو أن لا يسلكوا سلوكيات أخرى من شأنها أن تزيد من المشكلة وعلى الأسرة الالتزام بتعليمات المعالج وعمل هذه التكاليف بالطريقة التي ذكرها المعالج.

١٩- الأيام الخاصة بالإجازات القصيرة، والخروجات الخاصة:

Special days, Mini-vacations, special outings:

"الأزواج والأسر يظهرون عادات سلوكية معينة يمكن تأكيدها عندما يقضي أعضاء الأسرة وقتاً قليلاً كل مع الآخر (مع بعضهم) في بعض الحالات يشعر أفراد الأسرة بعدم الأمان والتقدير، وفي هذه الحالات يُطلب من الأزواج أن يظهروا الاعتناء ببعضهم ويمكن ترتيب أيام الرعاية والاهتمام **Caring days** والأوقات الخاصة التي يمكن إعدادها وترتيبها بأفعال خاصة في العقل" (Smith, Ropert, et al, 1992: 3). لذلك فتخصيص وقت أكبر للرعاية والعناية يشعر باهتمام كل منهم بالآخر وتترك أثر طيب عند الزوجين أو عند أفراد الأسرة جميعاً.

٢٠- أساليب بناء مهارة الاتصال:

communication skill-building techniques:

"تعتبر عمليات ونماذج الاتصال غالباً من العوامل الرئيسية في الصحة النفسية للأسرة، ويمكن تحديد أساليب الاتصال الخاطئة الموجودة في الأسرة من خلال ملاحظة طرق ونظم الاتصال الخاطئة التي يتم ملاحظتها داخل جلسة أو جلسيتين من الجلسات الأسرية، وتتوع الفنيات والأساليب يمكنها من التركيز مباشرة على بناء مهارة الاتصال بين الزوجين أو بين أعضاء الأسرة كلها ومن أهم الطرق والوسائل المستخدمة في بناء مهارة الاتصال مهارات الاستماع التي تعبر عن حالة الاهتمام وتعكس المشاعر المعبرة. وبعض

المعالجين يحاولون تعليم الزوجين كيفية محاربة الخوف وكيفية الاستماع أو ينصح المعالجون باقي أعضاء الأسرة كيفية التعبير عن أنفسهم مع الكبار البالغين، إن معالج الأسرة يبحث أساساً عن نماذج الاتصال الخاطئة التي يمكن أن تمزق النسق الأسري (Smith, Robert, 1992: 2).

"وعندما تفشل الأسرة في توفير المناخ الذي يساعد على تعليم أفرادها كيف يحققون التوازن بين الحاجات الاتصالية بالآخرين والحاجات الاستقلالية عنهم فإن الباب يكون مفتوحاً لمختلف صور الاتصال الخاطئ والذي ينتهي باضطراب جو الأسرة وتحويلها لبؤرة مولدة للاضطراب كما ينبغي أن ينتبه المرشد ليس فقط إلى ما يقوله أفراد الأسرة ولكن إلى إشاراتهم وإيماءاتهم وتعبيرات وجوههم وحركاتهم الجسمية وغيرها من علامات اللغة غير اللفظية Non-verbal فهذه العلامات تقول الكثير مما يمكن أن يفيد المرشد في فهم الأسرة لتفاعلاتها" (علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩: ١٥٩-٢١٠).

٢١- اختلاف أزمة Creating crisis:

"وضع هذا المصطلح دون جاكسون Don Jackson وهو معالج مهتم بنظرية التواصل، ويشير المصطلح إلى فكرة أن يعتمد المعالج اختلاق أزمة أو استفزاز موقف شديد كي يوقف التوازن الأسري ويجبر الأسرة على التغيير (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٣٣).

٢٢- التقليد Mimesis:

هذا التكنيك العلاجي يساعد المعالج في المرحلة التمهيديّة من العلاج ليحدث ألفة وود بين المعالج وأفراد الأسرة وكذلك في مرحلة بناء التحالفات العلاجية مع أفراد الأسرة لأن هذا التكنيك يجعل الأسرة تشعر بأن المعالج شخص مألوف لها وطبيعته مثل طبيعتهم وفي هذا التكنيك العلاجي يقوم المعالج بتقليد الأسرة ليكيف نفسه مع طبيعة هذه الأسرة فمثلاً إذا كانت الأسرة مرحة فهو يمرح معها.

٢٣- الفحص Probe:

"هذا التكنيك يمكن أن يسمى (بجس النبض)، وهو تصرف يقوم به المعالج لاختبار مرونة مناطق معينة في الأسرة كأن يطلب من أفراد الأسرة أن يغيروا أماكن جلوسهم أثناء جلسة العلاج، وأن يطلب من الأب التحدث مع الأطفال في حين تحتفظ الأم بالصمت، وما إلى ذلك وتسمح هذه الطريقة للمعالج بأن يلاحظ المناطق التي بها مصاعب وأن يحدد الأهداف العلاجية ويرى مصدر السلطة ويعتبر الفحص أداة تشخيصية وعلاجية معاً" (داليا مؤمن، ٢٠٠٤: ١٣٧).

٢٤- وضع العميل للتحكم في العرض

Putting the client in control of the symptom:

"هذا الأسلوب يستخدم بكثرة من جانب معالجي الأسرة الاستراتيجيين يحاول المعالج أن يضع التحكم في أيدي الفرد أو النسق، ويقوم المعالج بدور المرشد الذي ينصح ويوصي فمثلاً الاستمرار في عرض مثل القلق .. فالتوجهات الخاصة التي يتم توجيهها من المرشد للعميل مثل متى وأين ومع ومن ولما للكمية المطلوبة من الوقت الذي يجب على الفرد أن يقوم بفعل هذه الأشياء. بينما يتبع العميل هذا التوجيه، والإحساس بالتحكم في الأعراض ينمو ويزداد نتيجة لتغيير المتغير التابع. (Smith, Robert, et al, 1992: 4)

٢٥- الاتحادات الاستراتيجية Strategic alliances:

هذا الأسلوب غالباً ما يتم استخدامه بواسطة معالجي الأسرة الاستراتيجيين بحيث تتضمن المقابلة مع أحد أفراد الأسرة كوسيلة داعمة للمساعدة في تغيير هذا الشخص، ومن المتوقع أن التغيير الفردي يؤثر على النسق الداخلي للأسرة، وغالباً ما يطلب من

الفرد أن يتصرف وأن يستجيب بشكل مختلف وهذا الأسلوب يحاول تمزيق النسق الأسري أو نماذج السلوك الخاطئ (Robert, Smith, et al, 1992: 4).
"معظم معالجي الأسرة المتخصصين والممارسين لهذا النوع من العلاج الآن يذهبوا لأبعد من أن يتقيدوا بعدد من الفنيات التي عادة ما تتزامن مع نظرية واحدة". (Robert, Smith, et al, 1992: 1) حيث يستخدم المعالجون الأسريون التنوع بين فنيات نظريات العلاج الأسري حسب ما تتطلب حالة الأسرة التي يعالجها.
وقد انفتحت الباحثة من هذه الفنيات مجموعة فنيات تتناسب مع طبيعة المشكلة التي تعاني منها حالات الدراسة.

من الملاحظ أن هناك العديد من الفنيات المستخدمة في العلاج الأسري هي فنيات مشتقة من العلاج السلوكي مثل التدعيم أو إعادة التشكيل أو تعديل السلوك وصفات العرض حيث تشبه هذه الفنية فنية العمر في العلاج السلوكي وكذلك أساليب حل المشكلة وربما يرجع ذلك إلى أن أصحاب التوجه النسقي كيفوا من فنيات العلاج النفسي التقليدي مع ما يتناسب من توجهاتهم ويحقق أهدافهم ويصلح تطبيقه مع الأسر، وقد يرجع ذلك إلى أن اتجاه العلاج الأسري اتجاه حديث وفنائه لا تكفي لتحقيق الأهداف التي يسعى العلاج الأسري لتحقيقها لذلك لجأ أصحاب هذا التوجه إلى فنيات من مدارس أخرى وتكييفها مع طبيعة اتجاهاتهم.

المحاور الرئيسية لبناء البرامج العلاجية بالأسرة

تختلف تفاصيل البرنامج العلاجي من أسرة إلى أسرة لأن كل أسرة تعاني من مشاكل وعمليات مرضية تختلف عن غيرها حتى وإن كانت هذه الأسر تعاني من مشكلات وعمليات مرضية واحدة إلا أن تفاصيل البرنامج العلاجي قد تختلف بما يتناسب مع طبيعة وتركيب وطريقة استجابة كل أسرة.

وفيما يلي تعرض الباحثة الاختلافات بين هذه البرامج في النقاط الآتية:

- ١- تختلف الفترة الزمنية التي يستغرقها برنامج العلاج الأسري فقد يستغرق مجموعة جلسات صغيرة وقد تصل إلى سنوات مثل دراسة كارين ادليشتين (١٩٩٣) والتي استغرقت ٤ سنوات وهناك دراسة تستغرق ٦ أشهر مثل دراسة Guy Diamond (١٩٩٥)، ويتوقف هذا الاختلاف في المدة الزمنية على الأهداف الذي يريد المعالج تحقيقها وكذلك على التوجه النظري الذي يتبناه الباحث فمثلاً الأسر التي يتم علاجها وفقاً للنظرية عبر الجيلية أو نظريات العلاج التحليلي الأسري تستغرق فترة علاج أطول مما يستغرقه العلاج البنائي أو العلاج الاستراتيجي وهذا يرجع لاختلاف أهداف كل نظرية فالنظرية عبر الجيلية تهتم بإحداث تغيير عبر جيليه على علاقات الأسرة النووية بالأسرة الممتدة وهذا يستغرق وقتاً طويلاً، ونظرية التحليل النفسي الأسري تتطلب تغييرات عميقة جداً في طبيعة التفاعلات. أما العلاج البنائي والاستراتيجي فيهتم بإحداث تغييرات في الأعراض وفي سلوك الأسرة الحالي وهذا يستغرق وقتاً أقصر.
- ٢- تختلف هذه البرامج أيضاً في علاج العمليات المرضية للأسرة المريضة لأنها تختلف من أسرة لأسرة حتى وإن كانت المشكلة واحدة، فمثلاً في هذه الدراسة والتي تتناول العلاج الأسري لأسر المكتئبين وكل الأسر فيها ابن مراهق يعاني من الاكتئاب إلا أن العمليات المرضية كانت مختلفة مع كل أسرة ولذلك كانت هناك عدد جلسات مع أسرة، وجلسات أكثر مع أسرة أخرى وتختلف طبيعة الجلسات وفقاً

طبيعة العملية المرضية التي تعاني منها الأسرة واستجابة الأسرة لعلاج هذه العملية.

٣- تختلف البرامج في الأهداف والفنيات مع كل أسرة لأن أهداف كل برنامج توضع من أجل علاج مشكله معينة فلا بد أن تتفق الأهداف مع طبيعة المشكلة، وبالطبع فالفنيات ما هي إلا وسائل لتحقيق هذه الأهداف فباختلاف المشكلة والأهداف تختلف الفنيات العلاجية.

٤- كما تختلف البرامج أيضا في تحديد دور المعالج وهذا يتوقف على التوجه النظري الذي يتبناه المعالج.

- ولكن تتفق معظم برامج العلاج الأسري على أن المرحلة الأولى من العلاج الأسري هي مرحلة تمهيد وتهيئة يتم فيها التهيئة وعقد التعاقد.

ثم يليها مرحلة متوسطة يتم فيها تشخيص المشكلة أو الاضطراب ويليها مرحله أخرى يتم فيها علاج المشكلة أو حلها. تسير بهذه المراحل ولكن كل برنامج حسب التوجه النظري يتناول علاج المشكلة بأساليب مختلفة.

تتمثل المحاور الرئيسية لبناء برامج العلاج الأسري، فيما يلي:

- لكي يبني أي برنامج علاجي فلا بد أن يكون له أسس وفروض ومبادئ. ويكون له توجه نظري قائم عليه وتكون هذه الفروض والأسس متناسبة مع التوجه النظري للبرنامج

- عمليات التدخل الأساسية التي يمارسها المعالج الأسري تحدد "من يريد ماذا" وتتمثل عمليات التدخل الرئيسية في العمليات الآتية:

○ عملية تحديد وتوجيه الهدف/ وفيها يتم توجيه الاهتمام من الخبرات الماضية والحاضرة إلى الأهداف المستقبلية.

○ عملية الفلترة/ ويتم فيها انتقاء تعليقات معينة من أفراد الأسرة والتركيز عليها وتجاهل تعليقات أخرى.

○ عملية التخصيص/ وفيها يتم التركيز على مناقشة موضوعات معينة لتحقيق الأهداف المحددة.

○ عملية التحالفات والمطاردات وفيها يتحالف المعالج مع بعض الأفراد في الأسرة ويطارد أفراد آخرين للضغط عليهم لتغيير اتجاهاتهم نحو الآخرين

(Roger, Lowe, 2004).

- ويجب على المعالج الأسري أن يكون لديه تصور مسبق عن شكل البرنامج الذي يطبقه على الأسرة. فيكون محدداً أهدافه التي تتناسب مع طبيعة المشكلة أو الاضطراب النفسي وأن يحدد المهام العلاجية التي يجب أن يقوم بها مع الأسرة، ويحدد الفنيات المناسبة التي تساهم في تحقيق المهام العلاجية وأهداف البرنامج كذلك يحدد الوسائل الممكنة التي لا بد من توافرها فترة تطبيق البرنامج.

- وأيضاً يجب على المعالج الأسري أن يكون دوره واضحاً بالنسبة له ويحدد دوره من خلال التوجه النظري الذي يتبناه ويكون مرناً في تحديد أدواره لأن كل أسرة لها طبيعة معينة. وقد تختلف استجاباتها من أسرة إلى أسرة. ومن موقف إلى آخر فالأساس أن المعالج له أدوار محددة يقوم بها في التدخلات العلاجية ولكن المرونة في التحول من دور إلى آخر حسب ما يتطلب الموقف ويجب في كل الأحيان أن يكون إيجابياً وحازماً ويوجه الجلسات ولا يترك الأسرة هي التي توجه الجلسة حتى لا يدخل في مناهات تبعده عن هدفه الأصلي الذي يريد تحقيقه.

- في كل برامج العلاج الأسري توجد صعوبات ومشاكل كثيرة يقابلها الباحث يجب أن يعد نفسه لمواجهة هذه الصعوبات فمثلاً يجهز المكان المناسب الذي يطبق فيه الجلسة الأسرية أو يتفق مع الأسرة من البداية على عقدها في المنزل. يفكر كيف يتغلب على مقاومة الأسرة لأن الأسرة تقاوم من البداية تدخل فرد خارجي في خصوصياتها وبعد أن تثق به. تبدأ في مقاومة التغيير الذي يحدث لها. هذا بالإضافة إلى تفكيره في كيفية الحصول على عينة لأن الأسر ما زالت حتى الآن لا تـري فائدة من تواجدها في الجلسة الأسرية لأن الابن هو المريض وليست الأسرة فإقناع الأسرة بمبدأ التدخل في العلاج أمر صعب خاصة وأنها لا تعرف المعالج من قبل.
- في برامج العلاج الأسري من البداية يجب على المعالج أن يعقد تعاقداً مع أفراد الأسرة (ويفضل أن يكون مكتوباً) يلزمهم بحضور الجلسات ويظهر لهم مدى خطورة المشكلة وأن تدخلهم سوف يحلها بصورة أسرع.
- في برامج العلاج النفسي بصفة عامة وبرامج العلاج الأسري بصفة خاصة لا بد في المراحل الأولى من البرنامج أن يكون للمعالج مع الأسرة علاقة ود وألفة وثقة حتى نطمئن له الأسرة.
- يجب على المعالج أن يقسم البرنامج العلاجي إلى مراحل ويحدد الأهداف والمهام والفنيات التي تناسب كل مرحلة.
- مراحل برامج العلاج الأسري غالباً ما تقسم إلى ثلاثة مراحل (مرحلة مبدئية، ومرحلة تشخيصية، ومرحلة علاجية).
- كما يجب على المعالج الأسري أن يهتم بملاحظة ودراسة التفاعلات الأسرية ويهتم بالأسرة ككل ولا ينسى المريض الذي يكون حاملاً لاضطراب الأسرة لأنه هو أيضاً يحتاج إلى اهتمام ورعاية من المعالج فيجب عليه أن يعالج التفاعلات والعمليات المرضية للأسرة بشرط ألا يتجاهل الابن المريض ويعطيه اهتمامه أيضاً.
- يجب أن يضع المعالج الأسري مجموعة ملاحظات وأسئلة في ذهنه ويسجلها مكتوبة بحيث يخرج من الجلسة بإجابات عن هذه الأسئلة وتسجيل للملاحظات التي كان يحددها من قبل (مثلاً أوضاع الجلوس - طرق التواصل غير اللفظي التي يمارسها أعضاء الأسرة - تسجيل الانفعالات.....الخ).
- وفيما يلي تعرض الباحثة مراحل العلاج الأسري لبعض نماذج من برامج العلاج الأسري التي كانت تهدف إلى علاج الاكتئاب.
- في دراسة عن العلاج الأسري للمراهقين المكتئبين (١٩٩٥) قام كل من جوي ديموند وليوني سيكولاند Guy Diamand & Lynne Siqueland بتحديد مراحل العلاج الأسري إلى ثلاثة مراحل، وكل مرحلة منها تتضمن بعض المهام العلاجية وهذه المراحل هي:
- ١- المرحلة المبدئية من العلاج:
- والهدف من هذه المرحلة هو وضع أسس للبرنامج العلاجي وتشتمل هذه المرحلة على مهمتين أساسيتين:
- (أ) عقد التعاقد مع أفراد الأسرة وتحديد الهدف من العلاج.
- (ب) المهمة الثانية هي إعادة صياغة المشكلة بطريقة جديدة بحيث يتم الانتقال من التركيز على اكتئاب المراهق إلى التركيز على العلاقات البين شخصية.
- ٢- المرحلة المتوسطة من العلاج:
- وهدفها كسر حلقة الأعراض وتشتمل هذه المرحلة مهام علاجية منها:

- كسر روابط وأساليب تمارسها الأسرة سلبية مثل كسر عزلة المراهق كسر رابطة بين المراهق والسلطة في المنزل. وبناء روابط جديدة قوية مثل بناء شبكات عمل مع الأسرة الممتدة أو تدعيم روابط إيجابية قديمة مثل تقوية وتدعيم علاقة الأسرة الممتدة مثلاً. وتدعيم النسق الاجتماعي للأسرة.

٣- المرحلة النهائية من العلاج:

- هدفها إعادة بناء الأسرة والحياة الاجتماعية وتأسيس الأسرة كسياق اجتماعي وتضمنت هذه المرحلة بعض المهام العلاجية من أهمها:
- مناقشة الموضوعات الحاسمة والتي تثير الجدل في الأسرة والمشكلات المتعلقة بالمراهق المكتئب.
- مساعدة المراهق على الاتصال بطرق إيجابية مع الوالدين وتشجيع استقلالية المراهق.
- تدريب الآباء على أن يكونوا بدورهم معززين ومدعمين نحو المراهق لتشجيعه لأن يكون أكثر حزمًا ويعرف ذاته.
- يحاول المعالج من خلال مواقف التفاعل أن يساعد الأسرة لتمتلك خبرات إيجابية أكثر فيما يتعلق بالتدعيم من أجل التغيير وحل المشكلة.
- توزيع المسؤوليات، وإدراك شكل العلاقات الأسرية بشكل جديد.
- وقد طور كل من جوي ديموند وليوني سيكولاند من برنامجهما حول العلاج الأسري لكتاب المراهقين سنة (٢٠٠٣) حيث أضافوا أشياء جديدة وظهر هذا التطوير في البرنامج فيما يلي:

في المرحلة العلاجية تم التطوير في النقاط التالية من أجل إعادة البناء:

- لا بد في البداية من بناء تحالفات مع أفراد الأسرة لتكون العلاقة بين المعالج والمراهق قوية، وكذلك بين المعالج والوالدين مما يؤثر على الأسرة في تعلقها بالمعالج حتى لا تقاوم التغيير لأنه وصل لمرحلة حرجة وهي مرحلة تغييرات في الأسرة لذلك فلا بد من تقوية التحالفات.
- يكون هناك جلسة لمناقشة الاكتئاب وربطه بأساليب التدعيم التي تقدمها الأسرة.
- خصص الباحثان جلسات لإعادة تشكيل العلاقات المضطربة، ووضع قواعد لتحكم العلاقات الجديدة.
- وكذلك جلسة لإعادة تعلق كل فرد من الأسرة بالأسرة وأخيراً جلسات للارتقاء بالكفاءة.

أما كارين اديلشتين Karen Edelstein ١٩٩٣ فقد قامت بدراسة استخدام مدخل العلاج الأسري مع اكتئاب الطفولة والمراهقة وقسم الفريق العلاجي مراحل العلاج لأسرة الحالة التي تعاني من الاكتئاب إلى أربعة مراحل:

المرحلة المبدئية في العلاج:

- وتم فيها تحديد أهداف العلاج الأسري المراد تحقيقها لأفراد الأسرة والمهام المتضمنة في هذه المرحلة.
- (أ) تكوين علاقة طيبة تتضمن التعاطف والمساندة والمساعدة بين الفريق العلاجي وبين المراهق وأسرته.
- (ب) عقد التعاقد العلاجي بين المعالجين وأفراد الأسرة.

(ج) التعرف على الأسباب التي دفعت المريض وأسرته للبحث عن العلاج.
(د) تحديد خصائص الأسرة وتحديد الثغرات ونقاط ضعفها وتحديد العمليات المريضة فيها.

المرحلة المتوسطة:

تمت هذه المرحلة في المستشفى (حيث أقام جون وأسرته هناك ست أسابيع) وخلالها تم عمل جلسات بنائية تم فيها تأسيس مهارات الاتصال والتركيز على قدرة الأسرة على التعبير بطرق فعالة، وتم خلالها بحث العلاقات بين أفراد الأسرة وكذلك تحديد السياق العلاجي حيث تم تنفيذ الخطة العلاجية ومحاولة إيجاد التماسك وتحديد وظائف للأسرة ومناقشة المشكلات والقضايا التي تعاني منها الأسرة.

وكان المراهق يتلقى العلاجات الآتية (علاج بالعقاقير، وعلاج نفسي فردي للمراهق، وعلاج أسري للمراهق وأسرته). وفي هذه المرحلة قرر المعالجون الأسريون الانتقال من المدخل البنائي إلى عبر الجيلي لضرورة ذلك حيث أن العلاج يتطلب ذلك.

مرحلة نهاية العلاج:

تم فيها ملاحظة التفاعلات ودعم الأسرة وكذلك دعم مشاركة الأسرة الممتدة في مشكلات الأسرة النووية

مرحلة ما بعد العلاج:

تم فيها متابعة جون (المراهق الذي يعاني من الاكتئاب) وأسرته للتأكد من نجاحهم في أداء أدوارهم وفقاً للتغيرات البنائية الجديدة، واستمرت فترة متابعة الحالة خمسة سنوات وخلالها تم التأكد من نجاح هذا النوع من العلاج مع المريض وأسرته.

أما جوي ديموند ، وهوارد ليدل Diamand Guy & Howard Liddle (1999) فقد قاما بدراسة عن تحويل التفاعلات السلبية بين المراهقين ووالديهم من علاقة المأزق إلى الحوار الإيجابي باستخدام العلاج الأسري وتم تقسيم مراحل البرنامج إلى ما يلي:

مرحلة المشكلة: (المأزق بين أفراد الأسرة - الصراع) وقد تمثلت المشكلة فيما يلي:

- يأس الوالدين من الابن المراهق ومن الصراعات بينهما.
- خوف الوالدين من بناء توقعات خاصة بالابن.
- شعور المراهق بالاستقلال ونبذ سلطة الوالدين.
- شعور المراهق بالعجز وسوء الظن لديه.

مرحلة التغيير (استراتيجية التدخل):

وتعتمد هذه المرحلة على مهارات المعالج ومراحل تدخله الانتقالي وفيها:

(أ) يقوم المعالج بمحاصرة شعور العداة لدى الوالدين بأن يستدر منهما نوعاً من التندم فمثلاً (هل من الباعث على خيبة الأمل أن العلاقة بينك وبين ابنك قد آلت إلى هذا المآل).

(ب) على المعالج أن يقوم بتحويل مجرى الحديث عن السلوكيات إلى الحديث عن نوعية العلاقة.

(ج) يحاول المعالج أن ينجح في أن يحافظ على رباطة جأش الوالدين واستدرار تعاطفهم مع المراهقين.

مرحلة حل المشكلة وتشمل:

- التركيز على مضمون العلاقة بين الأفراد أثناء المناقشات.

- فض الفراغ عن طريق المواجهة.
وقام سلامة منصور (١٩٩٧) بدراسة عن العلاج الأسري للاكتئاب وقسم مراحل البرنامج إلي:

- مرحلة تمهيدية:
- مرحلة تنفيذية:
- استغرق تنفيذ البرنامج خمسة أشهر وتم من خلال:
- مقابلات مهنية: مع الطفل المكتئب ثم مع الوالدين.
- مقابلات مشتركة: مع الوالدين.
- وتم فيها تعديل للعلاقات الزوجية غير السوية وتنمية القيم وإعادة توزيع الأدوار وتحسين شكل الاتصال، وكان المعالج في هذا البرامج يقوم بثلاثة أدوار وهي: (التربوي، والخبير، والمساعد).

- مرحلة الإنهاء أو التقويم:
كما قام مفتاح محمد عبد العزيز (٢٠٠١) بتحديد مراحل العلاج الأسري وهي:

- ١- الإعداد والتهيئة.
- ٢- إعادة تسمية المشكلة .Relabeling the Problem
- ٣- بسط المشكلة .Spreading the Problem
- ٤- الحاجة للتغيير .Need for Change
- ٥- تغيير المسارات .Changing Pathways

وفي برنامج علاج أسري للاكتئاب لريموند Raymond A.G. (١٩٨٧) حدد المهام العلاجية المتضمنة في البرنامج على هذا النحو التالي:

- عقد التعاقد، وتوقعات الأسرة من العلاج.
- تحديد المشكلة التي يشعر بها أفراد الأسرة خاصة فيما يتعلق بالعلاقات بين أفراد الأسرة والتواصل فيما بينهم.
- مساعدة أفراد الأسرة على اكتشاف مشاعرهم نحو الطلاق، والتركيز على العلاقات الأسرية مثل: (ماذا يعني لهم أن يكونوا بدون أحد الوالدين، التعرف على مشاعر أفراد الأسرة نحو عدم وجود الأب، وافتقادهم له واستمرار الحياة بدونه).
- إعطائهم فرصة للتعبير عن مشاعرهم تجاه بعضهم ومساعدتهم في التعبير عن مشاعرهم والتأكيد على المشاعر الإيجابية وتدعيمها.
- إتاحة الفرصة لحدوث مواقف تفاعل كأن يطلب من أفراد الأسرة أن يتحدثوا عن موقف في المنزل ويعبروا عن مشاعرهم تجاه أفراد الأسرة في هذا الموقف (مع إعادة تمثيل لهذه المواقف).
- إعطاء واجبات منزلية حيث يطلب المعالج من أفراد الأسرة أن يكتبوا ١٠ أشياء يعتقد كل منهم أنها أشياء مفيدة للأسرة.
- تدريب تخيلي وفيه تتخيل الأسرة أنهم في دائرة والأيدي متشابكة وأنهم يمشون معاً.
أما في البرنامج العلاجي الذي قدمه منوشن فكان البرنامج مقسماً إلى مرحلتين:
المرحلة الأولى: مرحلة تشخيصية للتعرف على نماذج التفاعلات:
حيث يقوم بدراسة للنسق الزواجي - للنسق الوالدي - للنسق الأخوي.

ويتعرف فيها على المشكلات وطرق التواصل والتفاعلات والمشاعر المتبادلة واكتشاف الثغرات الموجودة في البناء وفي علاقاتهم. وتحديد الثغرات في كل نسق على حدة ثم اكتشاف الخلل والاضطراب في التوازن الكلي للعلاقة.

المرحلة الثانية: المرحلة العلاجية:

وهي مرحلة إعادة البناء وفيها يتم تحليل التفاعلات. ومساعدة أفراد الأسرة على تحقيق الاستقلالية والتميز - وتنمية التعاطف بين أفراد الأسرة وإعادة تشكيل رؤية الأسرة للمواقف المختلفة بإدراك مختلف، وتدريبهم على مهارات معينة تحسن من طرق تفاعلاتهم، ويركز البرنامج على توزيع المسؤوليات وإعادة أداء الأسرة لوظائفها بصورة أفضل، وتحديد الحدود والقواعد التي يمكن أن تحكم هذه العلاقة في هذا البناء الجديد. وكان يتم في هذه المرحلة إعادة بناء النسق الأسري وتغيير الوظائف عند أفراد الأسرة. وهذا البرنامج يمثل ممارسة عملية وتطبيقاً واضحاً لنظرية البنائية لمنوشن.

مهارات أساسية تحسن من كفاءة التفاعل بين أفراد الأسرة:

أكدت معظم برامج العلاج الأسري على أهمية تدريب أفراد الأسرة على ممارسة مهارات معينة تساعد الأسرة في تحسين كفاءة التفاعل داخل النسق الأسري. حيث أن كثيراً من سوء التواصل واضطرابات العلاقات الأسرية يرجع إلى افتقاد الأسرة لبعض المهارات الاجتماعية الهامة مثل مهارات التواصل - مهارة حل المشكلة - مهارة التفاوض - الخ.

"العلاج الأسري يزيد من اكتساب الطفل والأسرة المهارات الاجتماعية ويعمل على الارتقاء بمهارات أخرى خارج وضع العلاج وداخل علاقات الأقران، ويعمل على زيادة مستواهم في الكفاءة الاجتماعية" (Pottash, Joyce, Grabensteher, 1994). وفيما يلي تلقي الباحثة الضوء على بعض هذه المهارات والتي تساعد الأسرة على تأدية وظائفها بصورة أفضل وتقوي من العلاقات الأسرية:

مهارات الاتصال Communication Skills:

مهارات الاتصال هي من أهم المهارات التي يجب إكسابها للأسرة لأن افتقاد هذه المهارة يؤدي إلى عدم وجود تفاعلات أو علاقات في الأسرة لأن التواصل هو الذي يخلق الحالة الديناميكية للنسق الأسري ولذلك فتحسن هذه المهارة يبني عليه نجاح العلاج أو فشله وأهداف تدريب أفراد الأسرة على مهارات الاتصال تتمثل في:

- تزويد أعضاء الأسرة بالمهارات التي تمكنهم من التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بصورة واضحة، والاستماع إلى الرسائل بفعالية، وإرسال رسائل استنتاجية مرغوبة فضلاً عن الرسائل غير المرغوبة.
- ولتقليل سوء الفهم بين أعضاء الأسرة حيث أن مهارات الاستماع والحديث الفعالة تقلل من حدة مناقشة الصراعات، وتزيد من إدراك كل فرد لوجهات نظر الأفراد الآخرين المستعدين لاحترام أفكاره ومشاعره.

وبذلك فإن جوهر عملية الاتصال ليتمثل في تدريب أفراد الأسرة على مهارات التعبير والاستماع فوظائف الشخص المعبر (الذي يتحدث) والذي يعبر بإيجاز ووضوح وبصورة محددة وهو يصف أفكاره ومشاعره ويكون متعاطف مع الشخص المستمع والذي تشتمل رسائله على مشاعر إيجابية عن المستمع خاصة عندما يوجه له نقد. أما وظائف الفرد المستمع فعليه أن يحاول التأكيد على معتقدات وأفكار المتحدث حتى ولو لم يوافق عليها كما أن عليه يتعاطف معه ويفهمه، ويتجنب إرباكه بسؤاله لأسئلة أو بإعطاء

رأي يغير من الموضوع، ويتجنب الحكم على أفكاره ومشاعره ويتجنب سوء الفهم للمتحدث فيمكنه أن يعود ليلخص ويكرر مره ثانية ما قاله المتحدث.

وأشارت نتائج بعض الدراسات إلى أن "العلاج الأسري يسهم بفعالية في تحسين مهارات الاتصال بين المراهقين وأسرهم من خلال أساليب التدعيم والمشاركة" (Thlotson Suzanna, Marie, 1994).

"المعالج التقليدي يعطي تعليمات عن سلوكيات محددة خاصة بهذه المهارات بصورة شفوية أو مكتوبة ليأخذها أفراد الأسرة في المنزل أما المعالج الغير تقليدي فيمكنه أن يعبر عن هذه المهارات (مهارات الحديث والاستماع من خلال شريط فيديو) يوضح فيه كيف يمارسون هذه المهارات ثم يُطلب منهم أن يبدعوا في تطبيق هذه المهارات في الموضوعات التي تخص مشكلتهم لاكتشاف مواطن الخلل والثغرات في طرق تواصلهم وإصلاحها، والتفاعلات البنائية تحدد لمبادئ التي تقلل من الرسائل الهدامة الغير مرغوبة". (Dattillo, Frank, M. 1998:19)

وإذا كانت ممارسة مهارات الاتصال بين أفراد الأسرة تتم بصوره إيجابية فإن هذا يؤدي إلى وجود مناقشة بناءة وحوار فعال بين أفراد الأسرة مما يؤدي إلى اتجاه الأسرة نحو أسلوب أفضل لحل المشكلات والتفاوض بسهولة اتخاذ القرارات التي تخص الأسرة، فهذه المهارات تبني على بعضها البعض فإذا كان الأساس سليماً تتدرج المهارات إلى أن تصل إلى أفضل توافق ممكن.

• مهارة حل المشكلة Problem Solving:

لكي نمثلك استراتيجية حل المشكلة فلا بد أن نعد أنفسنا لاكتساب بعض المهارات الأساسية لبناء اتصال جيد. فيجب أن نتعلم أن نتحدث ونعبر عن أفكارنا ونستمع جيداً ويكون لدينا القدرة على الاستماع والتلخيص لوجهة نظر الطرف الآخر وحتى تكون هناك نقطة جيدة لبدء التفكير في حل المشكلة فكل طرف يمكنه أن يكتب النقاط الرئيسية التي يريد أن يوضحها للطرف الآخر قبل البدء في حل المشكلة، وكذلك فإن الحلول المثالية هي التي يفترض أنها تقابل بعض احتياجات وتوقعات الطرف الآخر في النهاية.

وقد طور جاكبسون ومارجولين Jacobson & Margolin أسلوب حل المشكلة اليدوي حيث حدد خطوات استراتيجية لبناء وإعادة حل الصراع وأهم المبادئ التي يعتمد عليها حل المشكلة الناجح ما يلي:

١- تحديد جدول أعمال إيجابي معين لتحديد المشكلات القائمة.

٢- تركيز المناقشة على مشكلة واحدة فقط في المرة الواحدة.

٣- التركيز على الحلول بدلاً من اللوم وتبادل الحلول الوسيطة.

وهذه المهارات أساسية في تحديد المشكلة والتفكير في حلول لها لأن أي مشكلة يجب أن تكون محددة مثل (مشكلة تقسيم المسؤوليات على الأبناء). إن هذا المدخل البسيط لإعادة حل المشكلة قائم على وجود فكرة مفاجئة لكل الحلول الممكنة. حيث يقوم المعالج بتشجيع أفراد الأسرة لخلق أكبر عدد من الحلول الممكنة حتى وإن كانت تبدو بعيدة الاحتمال أو مستبعدة حتى يسهل اختيار أحد الحلول المتفق عليها. والمرونة بين الأطراف المعنية بالمشكلة لتسهل إيجاد بدائل لحل المشكلة. وأثناء حل المشكلة يظهر عدد من القضايا المختبئة مثل دور السلطة في التفاعلات القائمة بين أفراد الأسرة والمعتقدات التي ربما تتعارض مع حل المشكلة الناجح (Dattillo, Frank M. &

.Padsky, Christine A., 1990:69-70)

ويحتاج اكتساب مهارة حل المشكلات تدريب أفراد الأسرة على ممارسة هذه المهارة أثناء الجلسات العلاجية وتدريبهم على إيجاد حل مشكلات مشابهة لمشكلاتهم ثم الانتقال التدريجي لمواجهة مشكلاتهم حتى يصبح اتباعهم لخطوات حل المشكلة أمراً طبيعياً وآلياً ويسهل تطبيقه على أي مشكلة تواجههم ولكي يصل أفراد الأسرة إلى مهارة حل المشكلة فهذا يتطلب أن يكونوا قد اكتسبوا مهارات اتصال جيد، ومهارات مناقشة فعالة. ولكي يطبق أفراد الأسرة أساليب حل المشكلات فلا بد أن يتدربوا على ممارسة الخطوات الأساسية العملية لحل المشكلة والتي تتلخص فيما يلي:

١- إدراك المشكلة وتسميتها:

ويقصد بها في هذه المرحلة بداية الشعور والإحساس بأن لديك مشكلة. متى يكون هناك مشكلة؟. عندما تشعر بوجود المشكلة، وتحدد ما هي هذه المشكلة.

٢- أن تحيطك المشكلة بالشمول:

بمعنى أن تكون جزء منها فتهتم بالتفكير في حل المشكلة أي أنك تبذل مجهوداً وتستغرق في التفكير لحل المشكلة لأنك أصبحت جزءاً منها، وأصبحت موضع اهتمامك وإلا سوف تترك الآخرين يفكرون لك إذا كانت المشكلة لا تهمك.

٣- توليد بدائل وإيجاد أكبر عدد من الحلول الممكنة لهذه المشكلة:

عندما تصبح جزء من المشكلة. فهل التفكير يكون في حلول بديلة أم هدامة؟. هل تفكر في العديد من الطرق التي قد تساعدك في حل مشكلتك؟. وكيف تكون مرناً ومتعاطفاً لإيجاد بدائل تراعي مشاعرك وتراعي مشاعر الآخرين لحل هذه المشكلة.

٤- تقدير البدائل واختيار الحل الأفضل:

ويتم في هذه المرحلة تقييم الحلول واختيار الحل المناسب. وهو الحل المنطقي والعملية والذي يسهل تنفيذه في الواقع. وأن تمتلك الحجج والمبررات لإقناع الآخرين بتطبيق هذا الحل.

٥- إجراء المبادرة بحل المشكلة وتقييم الحل:

عندما أجد أن الحل مجد وعملي ويحقق بالفعل حلاً للمشكلة ويحقق الهدف منه وأن تقييمي لهذا الحل بأنه أفضل الحلول لأن مميزاته تفوق عيوبه في هذه الحالة تستطيع أن تتخذ القرار بحل المشكلة. بل أكثر من ذلك تستطيع أن تطبق نفس الحل مرة ثانية في مواقف مشابهة

٦- تحقيق الحل:

وفي هذه المرحلة يقوم أفراد الأسرة باختيار مشكلة من المشاكل التي تؤثر في طبيعة علاقاتهم مثلاً ويطبقوا الخطوات العملية لحل المشكلة ويقارنوا بين هذه الطريقة المنظمة في التفكير والتي تساعدهم على إيجاد حل مناسب وبين الطرق المعتادة التي كانوا يلجئون إليها من قبل (L'Abate Luciano & Weinstein, Steven E. 1987:61-62).

أي أنه يمكن تلخيص الخطوات الأساسية لحل المشكلات في الأسرة فيما

يلي:

- ١- أن يتفق أفراد الأسرة على وجود مشكلة في علاقتهم ببعضهم.
- ٢- أن يحددوا المشكلة ويعرفوها تعريفاً واضحاً ومحدد للمشكلة في صورة مصطلحات سلوكية أي توضح السلوكيات بمعنى تحدث أو لا تحدث ويفضل أن تكون المصطلحات السلوكية في صورة إيجابية.

- ٣- الاتفاق على توفير وقت مناسب ومحدد للمناقشة وليس أثناء الصراع.
- ٤- التركيز على مشكلة واحدة في وقت واحد.
- ٥- تحديد عدد من الحلول السلوكية المحددة للمشكلة.
- ٦- تقييم كل بديل عن طريق تحديد مميزاته وعيوبه واختيار حل عملي ومناسب لكل الأفراد.
- ٧- الاتفاق على فترة محاولة لتطبيق الحل وتقييم تأثيره (Dattillo & Padesky, 1990: 20).

ويمكن أن يستخدم أفراد الأسرة الخطوات العملية لحل المشكلة في أي مشكلات تواجههم فمثلاً يمكن تطبيق هذا الأسلوب لتحسين طرق التواصل بين أفراد الأسرة أو لإعادة حل الصراعات داخل النسق الأسري. فمثلاً في تحسين طرق التواصل بين أفراد الأسرة نعرض مشكلة من مشكلات سوء التواصل بين أفراد الأسرة ويتم تطبيق خطوات حل المشكلة لتحسين طرق التواصل بين أعضاء الأسرة وفقاً للخطوات الآتية:

- ١- إدراك المشكلة وتسميتها:
- المشكلة تتمثل في أنني لا أستطيع أن أعبر عن أفكاري ومشاعري بصورة واضحة ومحددة. وأن الآخرين لا يستطيعوا فهم ما أقوله بسهولة أي أن المشكلة محددة في: كيف أستطيع أن أعبر عن مشاعري نحو أفراد أسرتي بصورة واضحة وصريحة، وكيف أعبر عما أفكر فيه؟
- ٢- أن تحتويك المشكلة:
- أبذل مجهوداً وأفكر في الأضرار التي تعود على من هذه المشكلة وأفكر كيف يمكنني أن أرسل رسائل واضحة. وهل أفكر بمنطقية وعقلانية. أم أفكر بعواطفية فقط أثناء تواصلتي مع الآخرين. وما السلوك المناسب الذي يجب أن أفعله.
- ٣- توليد بدائل للحلول الممكنة وهي:
- يجب أن أسأل بعض الأسئلة واجد لها إجابات صريحة وواضحة، وأن أفرق بين الاتصال اللفظي والاتصال غير اللفظي فمثلاً:
- هل تلميحاتك وإيماءاتك وإشاراتك تتناقض مع ما تقوله؟
- هل أنت متأكد من أنك تفهم كل التلميحات الغير واضحة عند الآخرين؟
- هل تستطيع أن تعبر بما تقوله عما تفكر فيه؟
- هل رسائلك التي ترسلها واضحة وذات معنى واحد ومحددة ومقتعة؟
- هل أمتلك التوازن بين العقل والتفكير في تواصلتي مع الآخرين؟
- إجابات هذه الأسئلة هي البدائل والحلول الممكنة للمشكلة.
- ٤- تقدير البدائل واختيار الحل الأفضل:
- بأن أقيم مزايا وعيوب كل حل، وأحدد منطقية الحل الذي يعالج المشكلة.
- ٥- إجراء المبادرة بحل المشكلة وتقييم الحل:
- أخذ القرار بحل المشكلة المناسب وتطبيقه على المشكلة فمثلاً:
- أن ألاحظ طرق التواصل للآخرين في المناسبات المختلفة والتي تجعلهم اجتماعيين.
- أن أكون أكثر وعياً بالآخرين وبتوقعاتهم وبتواصلاتهم غير اللفظية.
- أن أراقب نفسي وأنمي تعاطفي مع الآخرين أفهم الطريقة التي أشعر بها وأحدد مدي مناسبة السلوك للموقف أو الأحداث.

٦- تحقيق الحل:

يمكن لأفراد الأسرة أن يتخيلوا أي موقف وفي وجود أحداث ضاغطة أخرى. وتعتبر عن بعض المشاعر القوية أو تعبر عن وجهة نظرها وتطبق الحل الذي وصلت إليه في مواجهة أي مشكلات أو أحداث ضاغطة أخرى، كما يمكن استخدام أسلوب حل المشكلة لإعادة حل الصراعات القائمة بين أفراد الأسرة.

- فهم طبيعة الصراعات الموجودة في الأسرة وتحديدتها.
- تحديد فنيات الصراعات المتبادلة وفيها نحدد علامات حل الصراع عندك وعند الآخرين.
- تحديد الصراع الإيجابي والحلول التي تساعد على تحويل الصراع إلى صراع إيجابي.
- مناقشة الطرق التي تحسن من أساليب صراعاتك ويتم فيه تحليل العادات السلبية وإسقاطها وتجاهلها ومكافأة العادات الإيجابية التي تحسن من المشاركة بين أفراد الأسرة كهدف لإنهاء الصراع القائم.
- تطوير أساليب الصراع الأفضل عن طريق أن أتمسك بالأفكار والعادات الإيجابية وأطبقها لإنهاء أي صراع آخر وتحويله إلى صراع إيجابي وأن يكون المدخل الإيجابي هو أفضل مدخل متفق عليه من أفراد الأسرة لإنهاء الصراعات المحتمل وجودها بعد ذلك.

وبذلك يمكننا استخدام أسلوب حل المشكلات وتطبيقه على أي مشكلات بين شخصية بين أفراد الأسرة. وتطبيق هذه المهارة في الحياة العملية يساعدنا في أن نتفق ونختلف معاً ونتناقش ونتواصل بفاعلية إلى أن نصل إلى إجراء المفاوضات داخل النسق الأسري بسلاسة وبصورة إيجابية مما يؤدي إلى اكتساب الأسرة لمهارة التفاوض. ومجرد أن يكتسب أفراد الأسرة هذه المهارة فهذا يحسن من كفاءة التفاعل داخل النسق الأسري ويساعد في علاج أي عمليات مرضية أو اضطرابات نفسية. بل ويعمل على وقاية الأسرة وتحصينها من الإصابة بأي اضطرابات.

مهارة التفاوض:

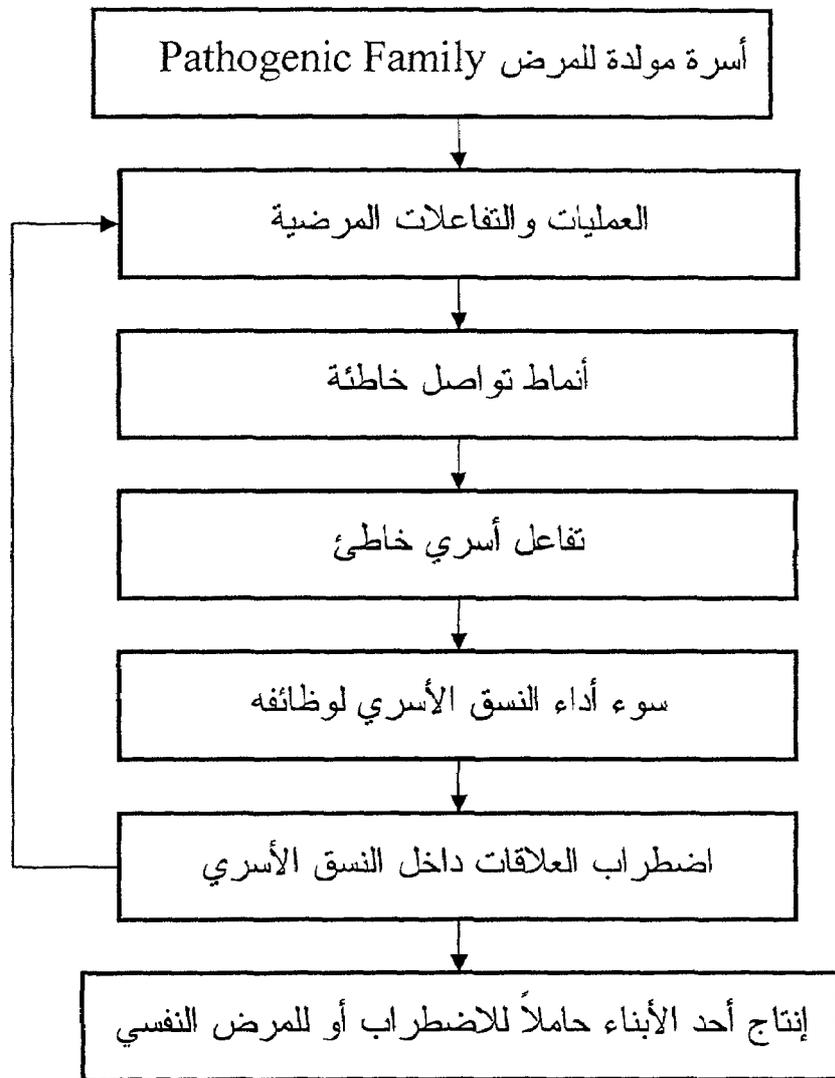
اكتساب أفراد الأسرة لمهارة التفاوض تكون أساساً لمواجهة المشكلات التي تواجه الأسرة والعلاج الأسري يسهم بدوره في إحداث حالة تغيير للأسرة من عدم التفاوض في الأسرة إلى وجود مساحة للتفاوض والمشاركة في اتخاذ القرار.

ويهدف العلاج الأسري إلى وجود المفاوضات مع كل شخص في الأسرة ليصبح مفاوضاً من خلال اكتشاف ذاته وقد توصلت النتائج إلى أن تخفيف المشاكل في الأسر باستخدام أسلوب التفاوض كمدخل للعلاج الأسري وهذا أدى بدوره إلى نجاح العلاج الأسري" (Heemsbergen, Jacquelin, 1993).

"حيث أن القوة التي تحكم العلاقة بين أفراد الأسرة يمكن تحديدها في ثلاث عمليات متداخلة وهي (صنع واتخاذ القرار، وحل المشكلات، وإعادة حل الصراع). وجوهر عملية التفاوض هو قوة هذه العلاقة التي يمكن أن نحددها عن طريق المعادلة الآتية: (ill x will x skill) بمعنى (اضطراب أو صعوبة معينة x عزم وإرادة x مهارة) تؤدي إلى تفاوض إيجابي ويمكن تمثيلها كالتالي: مستوى اضطراب الوظائف داخل النسق الأسري يمثل (الاضطراب ill)، ودافعية أفراد الأسرة للتفاوض يمثل (الإرادة will)، والقدرة على التفاوض (هي المهارة skill) وأي عدد من النماذج الأسرية يمكن تقييمها

من خلال عناصر هذه المعادلة التي تمثل جوهر عملية التفاوض " (L. Abate & Weinstein Steven E., 1987:371).

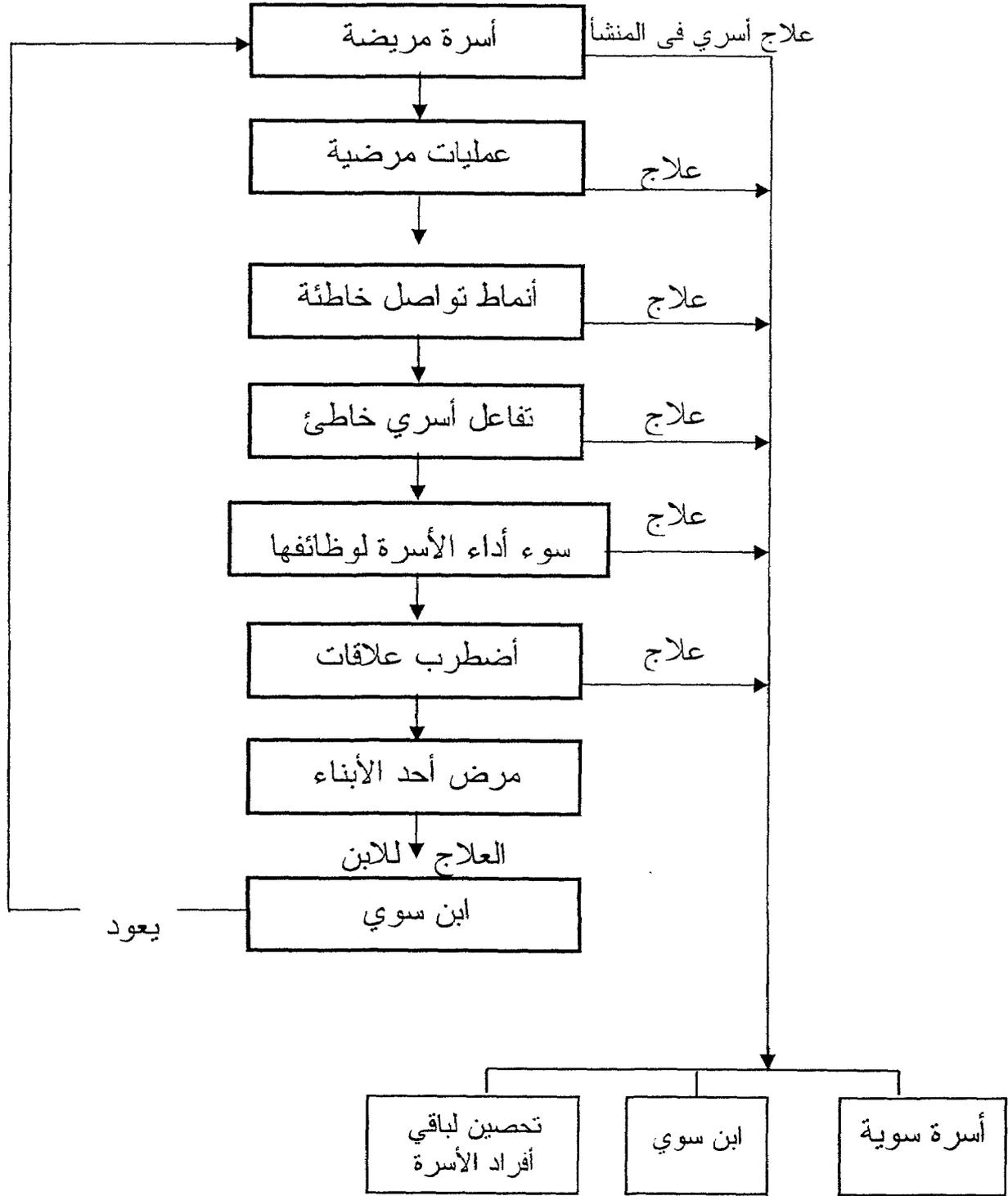
والشكل التالي يوضح تتابع هذه الأحداث.



شكل رقم (٢/٢)

يوضح الأسباب المؤدية إلى الاضطراب النفسي للأبناء

وهذه الأسباب ليست مستقلة عن بعضها وإنما تعرضها الباحثة بهذا الشكل بغرض توضيح الأسباب ولكنها أسباب متداخلة مع بعضها فالعمليات المرضية ما هي إلا صور من أنماط التواصل الخاطئة والتفاعلات السلبية التي تؤدي إلى تعقد أكبر في عملية التواصل والتفاعلات للنسق الأسري.



ششكل رقم (٣/٢)

يوضح تطبيق العلاج الأسري للأسرة المريضة

المحور الثاني: الاكتئاب:

مفهوم الاكتئاب Depression

تعددت مفاهيم ومعاني الاكتئاب، ولذلك فقد أصبح مصطلح "الاكتئاب" يصاب بالتشوش. فالإكتئاب مصطلح استخدمه العديد لوصف انفعالاتهم عند الشعور بالحزن أو الضيق مثل "إنني مكتئب قليلا اليوم" أو "لقد شاهدت فيلما أصابني بالاكتئاب" استخدمه عامة الناس لوصف مزاجهم المتقلب مما أدى إلى تشوش المعنى على الرغم من أن الإكتئاب هو اضطراب انفعالي يتسم باضطرابات وانحرافات مزاجية يتجاوز مجرد التقلبات المزاجية العادية لذلك فالاستخدام المتخصص لمصطلح الإكتئاب له العديد من الأبعاد والمستويات التي يجب وضعها في الاعتبار عندما نوضح ما المقصود بالاكتئاب وحتى لا يحدث خلط أو تداخل في المفاهيم أو تشويش في المعاني تحدد الباحثة مفهوم الإكتئاب تحديداً دقيقاً من خلال العرض التاريخي التالي لأهم التعريفات للاكتئاب.

يعرف مصطفى زيور (١٩٧٥) الإكتئاب على أنه "حالة من الألم النفسي يصل في الميلانخوليا إلى ضرب من جحيم من العذاب مصحوباً بالإحساس بالذنب الشعوري، وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي" (مصطفى زيور، ١٩٧٥: ١٢-١٣).

ونلاحظ في هذا التعريف أن مصطلح الميلانخوليا كان يطلق قديماً على مفهوم الإكتئاب.

أما ريتشارد م. سوين فيشير إلى الإكتئاب الاستجابي Reactive depression على أنه "حالة عصبية تتضمن القنوط الذي يدوم فترة تجاوز الحد السوي المعقول" (ريتشارد م. سوين، ١٩٧٩: ٤٠٢).

ويحدد محمود الزياي (١٩٨٠) الاستجابة الاكتئابية Depressive reaction بأنها "تتسم بالشعور الشديد باليأس، ويظهر هذا الشعور بشدة عند أي فقدان أو تهديد بالفقدان. مثل حالة وفاة في الأسرة أو ضائقة مالية أو الفشل في دراسة.. الخ. والاستجابة بما فيها من شعور باليأس والعجز والتركيز والأرق وفقدان الثقة بالنفس ولوم الذات يختلف عن الإكتئاب العادي الذي ينتاب الأسوياء في ظروف الضغط العادية في أنها تكون استجابة حادة ومستمرة. كذلك يختلف الإكتئاب العصبي عن الإكتئاب الذهاني في أن العصبي المكتئب لا يزال على صلة بالواقع. في حين أن الذهاني المكتئب فقد صلته بواقعه المحيط" (محمود الزياي، ١٩٨٠: ٣١٢-٣١٣).

ومن الملاحظ أن هذا التعريف ركز على توضيح الفروق بين الإكتئاب العصبي والإكتئاب الذهاني. كما فرق بين الإكتئاب العادي والإكتئاب المرضي وهذه التحديدات الدقيقة للمفاهيم تساعدنا في التشخيص الدقيق للأعراض التي يعاني منها المريض.

أما تعريف الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث (DSM-III) للإكتئاب فيضعه تحت اسم "اضطراب اليأس" أو "اضطراب عسر المزاج" Dythymic disorder، وأنه يتسم وفقاً للتشخيص الفارق differential diagnosis بالتقلب المزاجي العادي، واضطراب العصاب القهري أو الاعتماد الكحولي ويسمى هذا الإكتئاب بالانفعالي أو العصبي أو بالاستجابة الاكتئابية depressive reaction. أما الإكتئاب الذهاني فيكون مصحوباً بحالة من الهوس مع عدم وجود أعراض ذهانية مثل الهلوسات" (APA, 1982: 103). وقد حدد الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث مفهوم الإكتئاب في مصطلحات اضطرابات العصاب القهري أو اكتئاب عصبي أو اكتئاب

تفاعلي وهي مدرجة تحت اضطرابات عسر المزاج فهو ركز على تحديد المصطلحات لتجنب حدوث خلط بين المفاهيم.

أما مفهوم الاكتئاب عند المسلمين الأوائل فقد عرفوه منذ القدم باسم "الهم والوجد" كما أطلق عليه بعضهم "الوسواس والمالخنوليا" ويرجع سبب الاكتئاب عندهم إلى الإفراط في العمليات العقلية كالفكر والتذكر والإدراك مما يجلب الهم، وأعراض الاكتئاب تكمن في سمات وخصائص الوجد" ويبدو ذلك بوضوح في التحسر على ما فات... والقلق الشديد على ما هو آت... والندم والحسرات على الذنوب والآثام مما يجلب الهم والحزن ويجعل الإنسان الفرد نهياً للأفكار السوداء والوسواس المرضية" (يوجين ليفيت، ١٩٨٥: ٢٠١-٢٠٣).

كان المفهوم غير واضح قديماً ومتداخل مع مفاهيم أخرى كما ظهر في هذا التعريف، ويعرف يوجين ليفيت وبرنارد لوبين ١٩٨٥ الاكتئاب فيشير إلى أن "لفظة الاكتئاب" تصف حالة مزاجية وليس بالضرورة حالة باثولوجية أو عرضاً أو مجموعة أعراض متشابهة، أما الظواهر التي يحتويها مرض الاكتئاب ما هي إلا مزيج من الاضطرابات الفسيولوجية أساساً وبعض من مجموعة عقد لأعراض هذه الاضطرابات الفسيولوجية والنفسية بالإضافة إلى أنماط من السلوك المعتاد وغير المدرك واللذين قد يؤديان بالمريض إلى حالة من الحزن المتكرر" (يوجين ليفيت، ١٩٨٥: ١٠).

ويتضح من هذا التعريف أنه كان يوجد خلط بين الاكتئاب العادي والاكتئاب المرضي قديماً وما زال عند بعض الناس حتى الآن لذلك تركز التعريفات على التعرف بينهما.

ويضع الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية تعريفاً للاكتئاب العصابي بأنه "عصاب يتسم بمزاج من التعاسة والأفكار غير السارة، بالإضافة إلى العجز عن مجاراة شئون الحياة اليومية، وضعف الطاقة، وصعوبة التركيز، وسرعة الإنهاك وتبكيه، ويضطرب النوم عادة، ويغلب الأرق في أول الليل على اليقظة المبكرة" (أحمد عكاشه، ١٩٩٨: ٤٥٢-٤٥٣).

ويعرف بيك Beck ١٩٨٧ الاكتئاب بأنه "أحد الاضطرابات الوجدانية التي تتسم بحاله من الحزن الشديد، وفقدان الحب وكراهية الذات، والشعور بالتعاسة، وفقدان الأمل، وعدم القيمة، ونقص النشاط، والاضطراب المعرفي متمثلاً في النظرة السلبية للذات، وانخفاض تقديرها وتشويه المدركات وتحريف الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة، ونقص الفعالية العقلية" (Beck, A. & Burns, D. 1987:120).

ويعرف عبد الله عسكر (١٩٨٨) الاكتئاب على أنه "يعد مشكلة من المشكلات التي تعوق الفرد في توافقه وتطوره حتى إذا وصل إلى درجة شديدة كان التعطل أو التأخر في توافقه بصفة عامة فيكون الاضطراب الانفعالي متمثلاً في عدم القدرة على الحب وكراهية الذات التي تصل إلى التفكير في الموت والانتحار حيث يسيطر التناقض الوجداني (صراع الحب والكراهية) على المسرح وكذلك الاضطراب المعرفي متمثلاً في انخفاض تقدير الذات وتشويه المدركات واضطراب الذاكرة وتوقع الفشل في كل محاولة للنجاح واستشعار خيبة الأمل في الحياة، وعدم القدرة على التركيز الذهني في قضية بعينها هذا بالإضافة إلى الاضطراب البدني متمثلاً في اضطراب الشهية للطعام، واضطرابات النوم وكثرة البكاء وتناقص الطاقة الذي يستتبعه حالة من التأخر النفسي والبدني". (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١١)

كما يعرفه كمال دسوقي في ذخيرة علم النفس بأنه "اتجاه انفعالي، باثولوجي في النهاية أحياناً، ينطوي على شعور بعدم الكفاية وبفقدان الأمل، ويصاحبه عموماً انخفاض النشاط الجسمي النفسي، والتكدر والاعتماد، وخفض المبادأة والأفكار النكده، قد يكون الاكتئاب عرضاً للكثير من الاضطرابات العقلية خصوصاً مثل ذهان الهوس والاكتئاب، وقد يكون هناك استجابة اكتئابية مسماة أيضاً بالاكتئاب الاستجابي وفيه أشخاص خالين تماماً من الاضطراب العقلي ويعانون الاكتئاب، والاكتئاب في الفرد السوي يمثل: حالة جزع تتميز بمشاعر عدم الكفاية، وخفض النشاط، والتشاؤم من المستقبل أما في الحالات المرضية فهو حالة بالغة الشدة من عدم الاستجابية للتنبيهات مع الحط من قدر النفس، وتوهّمات عدم الكفاية وفقدان الأمل" (كمال دسوقي، ١٩٨٨ : ٣٧٢).

ويوضح هذا التعريف الفرق بين الاكتئاب العادي والاكتئاب المرضي كما يوضح الأعراض التي تصاحب الاكتئاب.

أما في معجم علم النفس فيعرف الاكتئاب بأنه "حالة انفعالية من الحزن المستمر التي تتراوح بين حالات الخور المعتدلة نسبياً والوجوم إلى أقصى مشاعر اليأس والقنوط، وغالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة وفتور الهمة والأرق وفقدان الشهية وصعوبة في التركيز وفي إتخاذ القرار، وللاكتئاب أنماط مختلفة ودرجات متباينة" (جابر عبد الحميد، وعلاء الدين كفاي، ١٩٩٠ : ٩١٦).

ومن الملاحظ أن تعريفات الاكتئاب في المعاجم تقديم توضيح وشرح لمعني المصطلح نفسه مع توضيح لأعراض الاكتئاب وتوضيح الفروق بين الاكتئاب العادي والاكتئاب المرضي.

يعرف إ.م. كولز E. M. Cols الاكتئاب بأنه "خبرة ذاتية وجدانية وتسمى حالة مزاجية أو انفعالية، والتي قد تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمي أو عقلي أو إجتماعي، وزملة مركبة من أعراض معرفية ونزوعية "إدارية" وسلوكية وفيزيولوجية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هي الأكثر شيوعاً وبخاصة في الطب النفسي" (إ.م. كولز، ١٩٩٢ : ٢١٧).

أما الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية والعقلية (١٩٩٤) فقد حدد المفاهيم تحديداً أكثر دقة حتى لا يحدث خلط بين المصطلحات وأطلق على مفهوم الاكتئاب مصطلح الاضطرابات الوجدانية أو الاضطرابات المزاجية وألغى مصطلح اكتئاب عصابي أو اكتئاب تفاعلي وكذلك ألغى مصطلح اكتئاب عقلي واستبدل هذه المفاهيم بمصطلحات جديدة أكثر تحديداً.

فالاكتئاب العصابي أو التفاعلي هو اضطراب من الاضطرابات المزاجية ويشخص بأنه "عسر مزاج" Dysthymia

ويحدد DSM(IV) اضطرابات عسر المزاج Dyshymic disorder بأنه "مزاج مكتئب مزمّن معظم اليوم ويحدث معظم الأيام ويمتد على الأقل لمدة عامين مع ملاحظة أنه في حالة الأطفال والمراهقين قد يكون المزاج المكتئب لفترة زمنية سنة على الأقل ويحدد DSM(IV) معايير محددة لاضطراب عسر المزاج حيث يتطلب وجود اثنين أو أكثر من هذه المعايير لتشخيص هذا الاضطراب وهذه المعايير هي ضعف الشهية، أو فقدان الشهية، أرق أو نوم زائد، ضعف الطاقة أو التعب وضعف تقدير الذات، وضعف التركيز أو صعوبة اتخاذ قرار والشعور بفقدان الأمل أو اليأس" (APA, (DSM), (1994 : 345).

كما يعرف الاكتئاب العصابي (ديسثيميا) *Dysthymia* بأنه "اضطراب الوجدان المزمن الذي يتضمن اكتئاب (أو استثارة الوجدان في الأطفال والمراهقين) أغلب فترات اليوم وفي أغلب الأيام ولمدة سنتين على الأقل في الراشدين (وسنه على الأقل في الأطفال والمراهقين)... بالإضافة إلى بعض الأعراض المصاحبة الآتية: نقص الشهية أو زيادتها، أرق أو زيادة النوم، نقص الطاقة والشعور بالإجهاد، ونقص اعتبار الذات، صعوبة التركيز واتخاذ القرارات والشعور بالعجز، ولتشخيص هذا الاضطراب يجب أن تظل الأعراض مدة سنتين لا تختفي خلالها مدة تزيد عن شهرين، ولا تتفق مواصفاته مع نوبة الاكتئاب العظمي خلال مدة السنتين، وأن لا يكون طارئاً على اضطراب ذهاني مزمن مثل الفصام، وأن لا يكون راجعاً إلى سبب عضوي". (محمود حمودة، ١٩٩٠: ٣٠٤)

ومن الواضح أن هذا التعريف يتفق تماماً مع التحديد الجديد للاكتئاب كما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية.

كما يعرفه إنجرام ريك *Ingram Rick* ١٩٩٤ بأنه "اضطراب سيكولوجي وفي نهايته القسوى يمكن أن يوصف بأنه حالة ذهانية لا يستطيع الفرد تأدية عمله، والاكتئاب قد يكون عرضاً في حد ذاته مثلاً عندما تكون حزناً، والاكتئاب هو مجموعة من الأعراض تتجمع معاً (مثل الحزن، المفهوم الذاتي السلبي، واضطرابات النوم، واضطرابات الشهية) فالعرض الخاص بالاكتئاب هو في حد ذاته خلل وظيفي سيكولوجي" (Ingram Rick, 1994 : 113).

ويحدد معجم علم النفس مصطلح الاكتئاب الاستجابي بالتحديد *Reactive depression* في أنه "اكتئاب عارض وغير متكرر بشكل دوري، العامل المرسب فيه تعرض المريض لحادث مكرر بشدة مثل فقدان شخص محبوب أو فقدان العمل أو نكسة سلبية، ويعالج الاكتئاب الاستجابي عادة بالعقاقير المضادة للاكتئاب، وفي بعض الحالات بالصدمة الكهربائية كإجراء طوارئ. ويسمى هذا الاكتئاب أيضاً بالاكتئاب خارجي المنشأ *Neurotic depressive* والاستجابة الاكتئابية العصابية *exogenous depression* والاستجابة الاكتئابية *Depressive reaction*" (جابر عبد الحميد، علاء الدين كفاي، ١٩٩٥: ٣١٧٨).

يوضح هذا التعريف وصفاً للاكتئاب الاستجابي وأسبابه موضحاً أن أسبابه نفسية وخارجية. كما يوضح أنواع العلاج المختلفة التي تستخدم لعلاج الاكتئاب. ويشير أحمد عكاشة إلى أن عسر المزاج ويطلق عليه مصطلح نوبة اكتئابية خفيفة الشدة *Depressive Episode, Mild Severity* هو "المزاج الكئيب، وفقدان الاهتمام والاستمتاع وزيادة الإحساس بالتعب. وهي أعراض ينظر لها في العادة باعتبارها أكثر أعراض الاكتئاب نموذجية" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٣٢-٣٤٥).

ويعرف حامد زهران الاكتئاب (١٩٩٧) بأنه حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف الأليمة وتعب عن شيء مفقود، وأن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه" (حامد زهران، ١٩٩٧: ٥١٤).

ويركز عبد الستار إبراهيم على وضع حدود فاصلة بين الاكتئاب العادي والاكتئاب المرضي كما يتضح في تعريفه حيث يذكر عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) أنه "ليس الاكتئاب هو مجرد هذا الحزن المؤقت على وفاة عزيز أو ذلك الهبوط في المزاج الذي يملكنا بين الحين والآخر، وليس هو مجرد إحساس بوحدة تنفّس بزيارة صديق أو مبادلة الحديث مع أحد الرفاق أو الزملاء. عندما يذكر الاكتئاب تذكر معه الكثير من خصائص

الاضطراب النفسي بما فيها المزاج العكر والتشاؤم، والشعور بالهبوط، والعجز، وببطء عمليات التفكير وبطء التذكر انتقاء الذكريات الحزينة والمهينة أى يعبر الاكتئاب عن كل تلك الآلام النفسية والجسمية والمنغصات التي تمضي عليها الأيام والشهور وهذا هو الاكتئاب المرضي الذي أصبح اليوم بالإمكان التعرف عليه، وعلاجه نفسياً بكفاءة عالية" (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٦٧).

كما يعرف الاكتئاب "بأنه حالة من الشجن المتواصل والحزن المستمر لا يدرك الفرد مصدرها على الرغم من أنها تتجم عن خبرات أليمة وأحداث مؤثرة انفعالية قد مرت به. وتتميز هذه الحالة بهبوط في الطاقة النفسية والحركية، والشعور بالأعباء من أقل مجهود، وبالقلق وعدم الارتياح وفقدان الاهتمام بالناس والأشياء والأحداث، والنشاطات والهوايات والترفيه. وعدم المقدرة على الاستمتاع بالحب والأحاسيس المبهجة في الحياة. كما تتميز بسيادة مشاعر اليأس والذنب وفقدان القيمة والثقة بالنفس، اللامبالاة بالأحداث الجارية، وفقدان المقدرة على التركيز والتحكم أو الضبط والتوجيه الذاتي ويصاحب بعض الحالات هذات وأوهام وهلاوس" (عبد المطلب القريطي، ١٩٩٨: ٣٨٩).

تعددت التعريفات لمفهوم الاكتئاب وعلى الرغم من كثرة هذه التعريفات إلا أنها لم تختلف مع بعضها ولكن يكمل بعضها البعض. حيث أن كل تعريف كان يركز على جانب معين فهناك بعض التعريفات ركزت على أعراض الاكتئاب ووصف حالة الشخص الذي يعاني من الاكتئاب، وتعريفات أخرى ركزت على أسباب الاكتئاب، كما تناولت بعض التعريفات التفرقة بين أنواع الاكتئاب المتداخلة معاً وتحديد المفاهيم تحديداً دقيقاً. وفيما يلي تستخلص الباحثة من التعريفات السابقة بعض النقاط الهامة التي يجب وضعها في الاعتبار عند دراسة الاكتئاب.

• من العرض التاريخي السابق لتعريفات الاكتئاب يتضح أن مصطلح الاكتئاب تدرج في عدة مصطلحات حيث إنه قديماً كانوا يطلقون على الاكتئاب مصطلحات مثل سودوى/سوداوية وكذلك مصطلح الميلانخوليا وأيضاً مسمى (الهم والوجد) وكان يرتبط بمشاعر اليأس والعجز ثم بعد فترة من الزمن أطلق عليه الاكتئاب العصابي أو الاكتئاب التفاعلي، ومؤخراً ومع ظهور الدليل الإحصائي التشخيصي للاضطرابات النفسية الرابع تم إلغاء مصطلحات اكتئاب عصابي أو اكتئاب تفاعلي واستبدلت باضطرابان "عسر المزاج" Dysthymic Disorder أو بالاستجابة الاكتئابية Depressive Reaction أو نوبة الاكتئاب الخفيفة, Depressive episode, mild severity ويندرج اضطراب عسر المزاج تحت الاضطرابات المزاجية Mood Disorders في تصنيفات الأمراض النفسية في الدليل الرابع لتشخيص الاضطرابات النفسية.

• كما أوضحت التعريفات السابقة الحدود الفاصلة بين الاكتئاب الاستجابي والاكتئاب الإكلينيكي المرضي حيث أوضحت أن الاكتئاب المرضي هو شكل حاد من الاكتئاب ويحتاج إلى علاج. ويظهر وجوده من خلال مجموعة من الأعراض تظهر في صورة اضطرابات نفسية وسلوكية وفسولوجية، والاكتئاب الإكلينيكي وفقاً للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع يحدد الاكتئاب الإكلينيكي على الأقل بخمسة أعراض إكتئابية من ثمانية تدوم على الأقل فترة أسبوعين.

أما الاكتئاب الاستجابي فيشير إلى التحولات المزاجية التي يمر بها كل فرد ويعبر عنه عادة بمشاعر الحزن فهو يصف حالة مزاجية سيئة في وقت معين ولا تستمر لفترة

طويلة والاكتئاب الاستجابي يعتبر عرضا يكشف عن المزاج الحزين. ولا يكون حاداً ولا يحتاج إلى علاج ويمكن أن نطلق عليه بعض المشاعر الاكتئابية العارضة أو مشاعر الحزن.

والفرق بين الاكتئاب الاستجابي والاكتئاب المرضي هو فرق في حدة المرض وأزمانه واستمراريته بمعنى أن الاضطراب هو شكل نهائي من المزاج العادي فالشعور بالحزن إذا زادت حدته واستمر فترة طويلة ازدادت الأعراض ودخل في طور الاكتئاب المرضي. فإذا وضعنا على أحد طرفي متصل المزاج الحزين ومع زيادة شدة وحدة العرض الاكتئابي واستمراريته يمكن أن يصل في نهاية المتصل إلى الاضطراب (الاكتئاب المرضي).

أما الأنواع الأخرى من الاكتئاب والمحكات التي نستطيع من خلالها التفرقة بينها فقد أوضحها التشخيص الفارق بصورة أكثر دقة من التعريفات النظرية وسوف تستعرضها الباحثة في جزء تشخيصي للاكتئاب.

وبذلك فقد ساهمت هذه التعريفات في تحديد المفاهيم تحديداً دقيقاً تجنباً لحدوث خلط أو سوء فهم أو تداخل المفاهيم مع بعضها، وقد اتفق الباحثون على أعراض الاكتئاب كما ذكرت في تعريفات الاكتئاب.

تصنيف الاكتئاب:

هناك العديد من المحاولات لتصنيف الاكتئاب، وقد تنوعت تصنيفات الاكتئاب، وهذا التنوع أدى إلى خلط بعض أنواع الاكتئاب، وتداخل بعض المفاهيم معاً لذلك سوف تستعرض الباحثة أهم هذه التصنيفات.

أقدم تصنيف للاكتئاب هو التصنيف الذي يصنف الاكتئاب على أنه نوعين اكتئاب عصابي، واكتئاب ذهاني وهو التصنيف الشائع والذي انتشر بين الباحثين. "فقد اهتم الباحثون وعلماء النفس بالتفرقة بين هذين النوعين الاكتئاب العصابي الذي يرجع لأسباب نفسية والاكتئاب الذهاني وهو الذي يتمثل في الجوانب العقلية والهلاوس. ولقد أنقسم علماء الطب النفسي في تفسيرهم للاكتئاب إلى فريقين.

الأول: يعتقد أن استجابة الاكتئاب أو الاكتئاب التفاعلي أو ما يسمى أحياناً بالاكتئاب النفسي هو نفس المرض المعروف بالاكتئاب الذهاني أو العقلي ولكن تختلف شدته وأنه تغير كمي وليس كيفياً، والفريق الثاني: يؤمن بأن استجابة الاكتئاب تختلف في أسبابها وأعراضها وعلاجها ومصيرها عن الاكتئاب الذهاني" (احمد عكاشة، ١٩٩٨: ١٣٢).

وهذا التصنيف كان من أكثر التصنيفات استخداماً وكان التمييز بين الاضطرابات الاكتئابية الذهانية والعصابية يتضح في أن الاكتئاب الذهاني يشير إلى اضطراب يصاحبه هلاوس وأوهام إلا أن فصل هذين الاضطربين عن بعضهم أمر صعب حيث أن هناك سمات متداخلة بينهما. فالإكتئاب الذهاني هو نفسه إكتئاب حاد أو إكتئاب ذاتي النشأة أما الإكتئاب العصابي فهو يتدرج من الإكتئاب التفاعلي إلى الإكتئاب غير الحاد إلى الإكتئاب المزمن إلى الإكتئاب الثانوي الذي يؤدي إلى اضطراب الشخصية. فهناك معانٍ كثيرة جداً ممكنة للعرض العصابي، ولذلك فكان من المنطقي إسقاط "مصطلح العصاب" من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية في النسخة الثالثة المعدلة كما أن هناك تصنيف آخر يعتمد على التمييز بين المكونات البيولوجية والسيكولوجية وهذا التصنيف مبني على الأسباب الرئيسية في حدوث الاكتئاب ويفترض هذا التصنيف أن هناك إكتئاباً ذاتي النشأة (بيولوجي) ناتجاً عن عوامل فسيولوجية داخلية أو تغيرات كيميائية وهذا يدعم التفسيرات الجينية والبيولوجية لنظريات الاكتئاب، وإكتئاب تفاعلي

سيكولوجي خارجي المنشأ ناتج عن التغيرات البيئية، ويعتمد على وجود أحداث سلبية في حياة الإنسان. وأيضاً من التصنيفات الشائعة للاكتئاب هو تقسيم الاكتئاب إلى اضطراب اكتئابي أحادي القطب وهو يشير إلى حدوث الاكتئاب فقط، واضطراب اكتئابي ثنائي القطب ويشار إليه أحياناً باسم الاكتئاب الهوسي ويفترض فيه أنه اضطراب دوري له أطوار هوسية واكتئابية". (Ingram E. Rick, 1994: 114-116)

أي أن التصنيفات القديمة للاكتئاب اتخذت ثلاثة محاور:

الأول: تصنيف الاكتئاب العصابي، والاكتئاب الذهاني.

الثاني: تصنيف الاكتئاب ذاتي المنشأ الذي يرجع لأسباب بيولوجية، والاكتئاب التفاعلي السيكولوجي الذي يرجع لأسباب نفسية.

الثالث: تصنيف الاكتئاب إلى اضطرابات اكتئابية أحادية القطب، واضطرابات اكتئابية ثنائية القطب.

وهذه التصنيفات انتشرت بين الباحثين حتى وقت قريب حيث مازالوا يحاولون البحث عن أهم الفروق بين هذه الأنواع من الاكتئاب.

فقد أوضح عبد الله عسكر (١٩٨٨) "أن أهم ما يميز الاكتئاب الذهاني عن الاكتئاب العصابي، تلك الاختلالات الإدراكية التي تتمثل في الهلوس والهذات والاضطرابات العضوية من فقدان الشهية للطعام، واضطراب النوم، والتأخر النفسي الحركي الشديد والذي يصل إلى حالة الثبات والذهول، والذي يميز ما هو ذهاني عما هو عصابي في الوقت نفسه نجد أن هذه الفروق مجرد فروق كمية في الدرجة وليست فروقاً نوعية. فقد يكون اكتئاب ذهاني من النوع الحاد ويكون اكتئاب عصابي من النوع الخفيف ولكن المادة واحدة والاستعداد واحد وإن اختلفت الأسباب المعجلة بحدوث الاكتئاب" (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٧٢).

ومن مؤيدي هذا الرأي أوتوفينخل الذي يصر "علي عدم التفرقة بين ما هو اكتئاب عصابي وما هو اكتئاب ذهاني من حيث النشأة، ويظهر ذلك في قوله في أن الحدود الفاصلة بين الاكتئاب العصابي بما تتطوي عليه من صراعات تناقض العاطفة بين المريض وموضوعاته حول الإمدادات النرجسية وبين الاكتئاب الذهانية، فالصراعات بين الأنا العليا والأنا هي فعالة عند كل من لديه حاجات نرجسية، وبقايا من الأمل في المعونة الخارجية يمكن أن تظل فعالة في كل الأذهن الاكتئابية الشديدة". (أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٦١)

وهناك تصنيف آخر مختلف وهو تصنيف الدليل التشخيصي الإحصائي للاضطرابات النفسية الثالث (DSN-III) والذي أعدته رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية وهذا الدليل يستند إليه معظم الأطباء النفسيين في التشخيص ويصنف الاكتئاب إلى:

- ١- الاكتئاب السوداوي Melancholia Depression
- ٢- الهوس الاكتئابي Manic-depression
- ٣- الاكتئاب الذهاني Psychotic - depression
- ٤- الاكتئاب الفصامي Schizo - Depression
- ٥- الاكتئاب العصابي Depressive Neurosis
- ٦- اكتئاب غير قياسي (شاذ) Atypical Depression

(APA, 1982 : 97-105)

وأخيراً فقد ورد في الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) تصنيف للاضطرابات الوجدانية أو للاكتئاب، وقد اتفق هذا التصنيف مع التصنيف العاشر العالمي للاضطرابات العقلية (ICD-10) والذي تصدره منظمة الصحة الدولية ويعتبر هذا التصنيف أحدث تصنيف متفق عليه من قبل الأطباء النفسيين ويتم تشخيص الأمراض النفسية والعقلية تبعاً لهذا التصنيف.

وقد صنف الاضطرابات المزاجية بهذا الشكل:

١- اضطرابات اكتئابية Depressive Disorders

ويندرج تحت الاضطرابات الاكتئابية ما يلي:

(١-١) اضطراب اكتئابي أساسي Major Depressive Disorder.

(يحدث إما في نوبة واحدة أو في نوبات متكررة).

(٢-١) اضطراب عسر المزاج Dysthymic Disorder.

(٣-١) اضطرابات اكتئابية غير محددة من نوع آخر Depressive Disorder

Nos (Not otherwise specified).

٢- اضطرابات قطبية Bipolar Disorder.

ويندرج تحت هذه الاضطرابات:

(١-٢) اضطراب أحادي القطب Bipolar I Disorder.

ويشمل هذا الاضطراب (نوبة هوس واحدة - نوبة هوسيه متكررة - نوبة هوس

حديثة - نوبة حديثة مختلطة - نوبة اكتئابية - نوبة غير محددة).

(٢-٢) اضطراب ثنائي القطب Bipolar II Disorder.

وهي عبارة عن (نوبة هوس / اكتئاب).

(٣-٢) Cyclothymic Disorder. الاضطراب النوبائي.

(٤-٢) Bipolar Disorder Not otherwis

Specified

٣- اضطراب مزاجي راجع إلى حالات طبية عامة

Mood Disorder Due to Indicate the general Medical condition

٤- اضطراب مزاجي راجع إلى استخدام المخدر والعقاقير

Substance Induced Mood Disorder

٥- اضطراب اكتئابي غير محدد (APA, DSM, Mood Disorder Nos

829 : 1994).

وقد حدد هذا الدليل معايير واضحة ومحددة لكل نوع من الاضطرابات الاكتئابية

حيث حدد الأعراض التي تميز الاضطراب عن غيره من هذه الاضطرابات ... كما حدد

بعض المعايير التي تفرق بين هذه الاضطرابات في التشخيص الفارق في الدليل وذلك

لسهولة تشخيص نوع الاكتئاب.

ويضيف أحمد عكاشة (١٩٩٨) تصنيف آخر قائم على أساس درجات الاكتئاب أو

حدة الاكتئاب (خفيفة - متوسطة - شديدة) حيث يصنف نوبات الاكتئاب فيما يلي:

١- نوبة اكتئابية خفيفة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية

Depressive episode, mild Severity

- ٢- نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع أو بدون أعراض جسدية
Depressive episode, moderate Severity
- ٣- نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية
Severe Depressive episode without psychotic
- ٤- نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية
Severe Depressive episode with psychotic
- ٥- اضطراب اكتئابي متكرر
Recurrent Depressive Disorder
- ٦- اضطرابات وجدانية مستمرة (Affective) Disorders (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٣٤٥-٣٤٦).

من العرض السابق لتصنيفات الاكتئاب يتضح أن العلماء والباحثين اختلفوا في تصنيف الاكتئاب فهناك من صنف أنواع الاكتئاب وفقاً للأسباب التي أدت إليه سواء أسباب عضوية أو وراثية أو كيميائية أو بيئية وصنفوا على أساسها اكتئاب داخلي المنشأ أو خارجي المنشأ، وفريق آخر اهتم بتصنيف الاكتئاب وفقاً لشدة وحدة المرض بدءاً من الاكتئاب الخفيف حتى الاكتئاب الذهاني، وهناك من صنفه وفقاً للأعراض الإكلينيكية، ومع كثرة وتعدد تصنيفات الاكتئاب والتي قد تؤثر على التشخيص الجيد للاكتئاب حيث يحدث تداخل لبعض المفاهيم والمصطلحات مما يؤدي إلى سوء فهم وخطأ بين المفاهيم إلا أن ما يجب التركيز عليه هو التفرقة بين ثلاثة أشياء:

- ١- الاكتئاب كعرض مرضي عرض لأي مرض آخر أو ظهوره كعرض لفترة زمنية معينة أو ظهوره نتيجة لموقف معين وانتهائه بانتهاء الموقف.
(مثل الاكتئاب الموسمي - والاكتئاب الثانوي)
 - ٢- الاكتئاب كمرض نفسي: ويصاحبه مجموعة من أعراض الاكتئاب وترجع أسباب ظهوره إلى أسباب نفسية مثل (الاكتئاب التفاعلي والاكتئاب المزمن - الحاد).
 - ٣- الاكتئاب كمرض عقلي: ترجع أسباب ظهوره إلى أسباب عضوية أو وراثية أو كيميائية ويظهر فيها الاضطرابات العقلية والهالوس مثل (اضطرابات الهوس والاكتئاب - الاكتئاب الذهاني).
- وما يهمنا في هذه التصنيفات هو التعرف على نوع الاكتئاب الذي يعاني منه المريض ليسهل تشخيصه، ومن ثم يسهل علاجه لذلك فلا بد من الربط بين التشخيص والأعراض وبين أنواع الاكتئاب.

تشخيص الاكتئاب Depression Dignosis

تعرض الباحثة نقطتين أساسيتين في تشخيص الاكتئاب الأولى: هي مشاكل التشخيص.
الثانية: معايير التشخيص الجيد.

أولاً: المشاكل التي تعوق عملية تشخيص الاكتئاب:

التصنيفات المتعددة للاكتئاب أدت إلى الخطأ وصعوبة التشخيص حيث يوجد أنواع كثيرة من الاكتئاب وقد تتداخل الأعراض بينهم لذلك فلا بد من تحديد أي الأنواع من الاكتئاب يعاني منه الفرد، ويتوقف هذا التحديد على الأعراض المصاحبة لكل نوع حيث أنه لا توجد مقاييس سيكومترية تحدد نوع الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد وهذه مشكلة أخرى.

ويشير حامد زهران (١٩٩٧) إلى أن تشخيص الاكتئاب سهل ولكن يجب:

- التفرقة بين الاكتئاب التفاعلي والاكتئاب المزمن.
- التفرقة بين الاكتئاب العصبي والاكتئاب الذهاني.
- التفرقة بين الاكتئاب ونوبات الاكتئاب كأعراض مبكرة للفصام.
- التفرقة بين الاكتئاب وبين أعراض الاكتئاب المصاحب للأمراض الجسمية الخطيرة مثل أمراض القلب والشلل العام.
- الاحتراس حين يغطي المريض اكتتابه بتمسكه بالأعراض العضوية المصاحبة للاكتئاب مثل فقد الشهية أو الأرق أو البرود الجنسي.
- الاحتراس في حالة الاكتئاب الياسم Smiling Depression فقد تغطي وجه المكتئب ابتسامة خادعة مضللة. (حامد زهران، ١٩٩٧ : ٥١٨)

وهذا يوضح مشكلة أخرى من مشاكل تشخيص الاكتئاب وهي أن الأعراض متداخلة بين مرض الاكتئاب وبين الأمراض النفسية الأخرى وغالباً ما يتغلب المعالج على هذه المشكلة باستخدامه أدوات القياس المناسبة التي تساعده على التشخيص الدقيق للاكتئاب أما مشكلة التفرقة بين أنواع الاكتئاب المختلفة فقد لا تصلح المقاييس السيكومترية في تحديد أنواع الاكتئاب لأنها غالباً تهتم بالتعرف على وجود الاكتئاب من عدمه ولا تعطي أهمية لنوع الاكتئاب، ويمكن للمعالج أن يتغلب على هذه المشكلة باستناده إلى التشخيص السيكائيري الذي غالباً ما يعتمد على الأعراض التي يشكو منها المريض فتكون محدداً لنوع الاكتئاب هذا بالإضافة إلى التشخيص الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية حيث يحدد معايير تشخيصيه محددة لكل نوع من أنواع الاكتئاب.

وعلي الرغم من أن الدليل الرابع التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-IV) أداة جيدة ومحك رئيسي في تشخيصي الاضطرابات الوجدانية خاصة وأنه يحدد أعراضاً لكل نوع من أنواع الاكتئاب إلا أنه استبعد الصور الخفيفة من الاضطرابات الوجدانية مثل الاكتئاب البسيط Simple Depression وكأنه يهتم بالحالات الحادة من الاكتئاب فقط، وعلي الرغم من أن الدليل الرابع تطوير لما سبقه إلا أن الدليل الثاني (DSM II) اهتم بتصنيف الاكتئاب، وفقاً لدرجة حدته فتعرض بدءاً من الاكتئاب البسيط إلى الاكتئاب الحاد ومع ذلك فقد أغفل كل من الدليل الثالث (DSM-III)، والدليل الرابع (DSM-IV) هذه النقطة واهتموا بالاكتئاب الحاد بصوره المختلفة.

كما أن الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية قد صنف الاكتئاب العصبي أو ما يسمى بالاكتئاب التفاعلي (حيث أنه أسقط كلمة عصاب تماماً من الدليل) باعتباره اضطراب عسر المزاج Dysthmic Disorder وهذا الاضطراب يستلزم استمرار الأعراض لمدة عامين أو على الأقل عام في حالة الأطفال والمراهقين. أي أنه اكتئاب مزمن إلى حد ما حيث يُميز بينه وبين اضطراب الاكتئاب الرئيسي Major Depressive Disorder بأنه أقل حدة وأكثر أزماناً. في هذه الحالة كيف يمكننا تشخيص الاكتئاب التفاعلي خاصة وإذا ظهرت الأعراض واستمرت ست أو تسع أو أحد عشر شهراً فلا نستطيع تصنيفه Dysthmic Disorder لأن معياره الأساسي أن تستمر الأعراض على الأقل سنة، وهذا يؤكد أن الدليل الرابع (DSM IV) اهتم بتصنيف الحالات الحادة من الاكتئاب بصفة عامة... ولم يذكر في تصنيفاته الحالات البسيطة أو الخفيفة من الاكتئاب.

معايير التشخيص الجيد:

لكي يكون التشخيص دقيقاً ومحددًا، وحتى لا يحدث تداخل بين المفاهيم ويترتب عليها سوء التشخيص فيجب أن تكون هناك معايير محددة للتشخيص الجيد للاكتئاب تساعدنا في تحديد كل نوع من أنواع الاكتئاب وتحديد الأعراض المميزة لكل نوع على حدة.

ويهدف التشخيص إلى تحديد كمي وكيفي لخصائص الظاهرة ولذلك "تتطلب عملية التشخيص توفير نوعين من المعرفة: معرفة بالنظريات، ودراسة بالفنيات تلك التي تعنى الطرائق التي نحصل بها على المعطيات اللازمة لإقامة التشخيص، وتشمل هذه الفنيات:

١- فنيات تاريخية: والتي تتمثل في معرفة تاريخ حياة الشخص منذ أشهر الحمل الأولى حتى اللحظة الراهنة من خلال المقابلة الشخصية.

٢- فنيات حالية: (الملاحظة المباشرة) وتستند إلى الاتصال بين الحالة والقائم بالتشخيص من خلال موقف المقابلة.

٣- فنيات اختبارية: حيث يمكن الاستعانة ببعض الاختبارات الإسقاطية.

٤- فنيات تحليلية: تفسير الأحلام والهفوات والأعراض البدنية.

ومنطق التشخيص لا يقتصر على (رص) الوقائع دون وحدة كلية، فلا بد من تأويل هذه المعطيات، بمعنى إعادة بناءها بناءً جديداً يتكشف من خلال الصورة الكلية للحالة، ويمكن تحقيق تشخيص جيد للاكتئاب عن طريق الوصف الظاهري للحالة متمثلاً في الأعراض المرضية ودراسة دينامية الظاهرة لدى كل حالة بعينها والذي يعين على الوصف الداخلي لطبيعة التثبيت، والنكوص، والدفاع، وعلاقة الأنا بالهي والانا العليا وعلاقة هذه الوحدة بالعالم الخارجي (عبد الله عسكر، ١٩٨٨ : ٢٧٦ : ٢٧٧).

ويتضح من ذلك أن أكثر الطرق التي تساعدنا في تشخيص الاكتئاب هي تاريخ الحالة وأساليب الملاحظة والمقاييس الإسقاطية وطرق التفسير التحليلية للظاهرة وهي في حالة دينامية.

ويضيف عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) أن هناك طريقتين في التعرف على الاكتئاب بمعناه المرضي والتميز إكلينيكيًا. "وتتمثل الطريقة الأولى في: طريقة الفحص الإكلينيكي، ويتم بلقاء المريض وجها لوجه وسؤاله بطريقة منهجية منظمة عن مختلف الظروف الاجتماعية والنفسية والطبية التي أحاطت بشكواه، وعادةً ما يحاول الأخصائي النفسي خلال هذا الفحص أن يضع تشخيصه المناسب للحالة بما يتوافق له من خبرة أو الرجوع للدلة التشخيصية للأمراض النفسية والعقلية. أما الطريقة الثانية: فهي السيكومترية من خلال استخدام المقاييس النفسية والسلوكية لتشخيص الاكتئاب وما تكشفه من جوانب من الأنماط السلوكية التي تظهر لدى الفرد وجوانب تفاعلاته الاجتماعية". (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ : ٦٨)

ومن الملاحظ أن كل من هذين الطريقتين الإكلينيكي والسيكومتری يكمل كل منهم الآخر حيث أن كل منهما له مزاياه الخاصة به فمثلاً في المقاييس السيكومترية نجدها سهلة التطبيق على أعداد كبيرة ويمكن تطبيقها خلال فترة زمنية قصيرة كما يسهل تصحيحها وتقدير الدرجة للتعرف على المكتئبين من غيرهم وبذلك فهي تصلح للبحوث المسحية التي تجرى على أعداد ضخمة، ومن أشهر المقاييس النفسية التي تستخدم في تشخيص الاكتئاب مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس مينسوتا للشخصية المتعدد الأوجه والذي يحتوي على مقياس مستقل للاكتئاب مكون من ٦٠ عبارة.

أما الطريقة الإكلينيكية فمن خلال مقابلة المريض والتعرف على الأعراض التي يشكو منها والظروف المحيطة به يمكن التعرف على تاريخ الحالة المرضية

ويمكن من خلالها استخدام أساليب الملاحظة والأساليب الإسقاطية Projective Techniques مثل اختبار تفهم الموضوع Thematic Apperception Test (T.A.T) أو اختبار بقع الحبر لرورشاخ Rorschach-ink-blot-test حيث أفادت الدراسات أن استخدام هذين الاختبارين فعال في تشخيص الاكتئاب (عبد الله عسكر ١٩٨٨، عبد الستار إبراهيم ١٩٩٨).

وهكذا فإن الجمع بين أكثر من طريقة في تشخيص الاكتئاب يجعل التشخيص واضحاً ومحدداً وموضوعياً كما يكشف عن الجوانب النفسية والاجتماعية في حياة المريض.

ولكي يكون التشخيص دقيقاً ومحدداً يجب الرجوع إلى التشخيص الفارق الذي يوضح الأعراض التي تميز كل نوع من أنواع الاكتئاب عن غيره.

أعراض الاكتئاب Depression Symptom

الاكتئاب يفصح عن نفسه من خلال زملة أعراض أو مجموعة من الأعراض والعرض الرئيسي الذي يميز الاكتئاب والذي يظهر بوضوح هو حدوث المزاج الحزين الذي يستمر طوال اليوم وتقريباً كل يوم حتى أسبوعين على الأقل، ولكن ليس هذا العرض وحده هو المحك الذي نحكم في ضوئه على وجود الاكتئاب ولكن يظهر معه عدد من الأعراض مثل نقص أو زيادة الشهية، وأرق أو زيادة عدد ساعات النوم، ونقص الطاقة كل يوم تقريباً، والشعور بعدم القيمة، والإحساس بالذنب، وفقدان القدرة على التركيز، والتفكير وأحياناً أفكار عن الانتحار والموت هذه هي الأعراض الشائعة من الاكتئاب ولتحديدها بصورة أكثر دقة تستعرض الباحثة آراء الباحثين في تجميعهم لأعراض الاكتئاب.

هناك مجموعة من الباحثين قسموا أعراض الاكتئاب إلى مجموعات من الأعراض وهي:

"الأعراض المزاجية: وهي تعرف بالاضطرابات الانفعالية ويظهر فيها المزاج الحزين للمكتئب، والأعراض الدافعية: وهي تشير إلى تلك السلوكيات التي تشير إلى التوجه نحو الهدف. فغالباً ما يعاني المكتئبون من عجز في هذا النطاق وقد يجد البعض صعوبة في أداء الأعمال الخفيفة الرتيبة، والأعراض البدنية: وتشير إلى التغيرات البدنية التي تصاحب الاكتئاب مثل التغير في أنماط النوم والشهية والرغبة الجنسية وأخيراً الأعراض المعرفية: وتظهر في فقد القدرة على التركيز، واتخاذ القرارات، والتقييم المنخفض لأنفسهم" (Ingram, Rick, E., 1994 : 114).

ويشير عزت إسماعيل (١٩٨٤) إلى التصنيف الرباعي للأعراض بصورة أكثر تفصيلاً حيث يوضح الأعراض كالتالي:

١- الأعراض المزاجية: تتلخص في مشاعر الحزن والتعاسة وعدم السعادة واليأس وقلة الحيلة وعدم الأهلية. ومن الشائع أن يكون المكتئب أشد اكتئاباً عند الاستيقاظ، ثم ترتفع حالته المزاجية مع مرور ساعات النهار ويعاني المكتئب من فقدان الاهتمامات بنشاطات الفرد بل أن الأمر يمتد إلى الوظائف البيولوجية مثل الغذاء والجنس حتى يفقد المريض الرغبة إليها.

٢- الأعراض المعرفية: يتمثل في عوامل معرفية سالبة تجعل المريض يعتقد بان كل صورة نشاطاته مصيرها الفشل وأن المستقبل ميئوس منه كما يصاحب المزاج

المكتئب تدهور في القدرات المعرفية ونقص في فاعلية الوظائف الذهنية، لو قد تنمو لديه مشاعر الإثم والرغبة في الموت والانتحار.

كما يعاني المكتئب من تقدير ذات منخفض Self Esteem فهو يعتقد أنه فاشل وأنه السبب في ذلك الفشل ويستشعر بالنقص وعدم الكفاءة.

٣- الأعراض الدافعية: تتمثل في بطء المبادأة للاستجابات الإرادية ويجد صعوبة كبيرة في أن يبدأ يومه وقد يصل الأمر في الصور المتطرفة إلى نوع من شلل الإرادة كما يعاني من صعوبة اتخاذ قرارات.

٤- الأعراض البدنية: تشيع الشكاوي البدنية التي قد تؤدي إلى توهم المرض وعادة ما يحدث نقص في الوزن نتيجة فقدان الشهية وأحيانا ما تحدث زيادة في الوزن بسبب الشراهة في تناول الطعام تعبيراً عن الرغبة الملحة في تلقي العطف والمساندة من الآخرين ويؤدي تناقص الوزن واضطرابات النوم إلى الشعور بالضعف والتعب وقصور في الطاقة.

إلا أن الباحث يري أن التصنيف الرباعي هو تصنيف صناعي غير واقعي فمشاعر التعاسة مثلاً التي يستشعرها المريض تتضمن مشاعر الحيلة وعدم الأهلية واليأس، وهي جميعاً نوع من العمليات المعرفية أي الخاصة بالعمليات العقلية وتداول المعلومات". (عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ٢٥-٢٦)

كما يحدد ميشيل يابكو Michael Yapke أعراض الاكتئاب في الاضطرابات البدنية والتي تظهر في صورة أرق وإجهاد واضطرابات الشهية ونقص الرغبة الجنسية، والاضطرابات المعرفية حيث يظهر نقص في القدرة على التفكير بوضوح والملاحظة وتذكر التفاصيل واتخاذ قرارات سليمة، وكذلك الاضطرابات الانفعالية فيسبب الشعور بالحزن واليأس والشعور بالذنب واللامبالاة، أما من ناحية الجانب السلوكي فيظهر اضطرابات وسلوكيات غير اجتماعية وذات أثر تدميري على الذات. كما يمكنه التأثير على العلاقات الشخصية مما يؤدي إلى العداوة أو الانسحاب (Yapke, Michael, 2001: 1).

كما يوضح عزيز حنا (١٩٩١) أن مفتاح تشخيص الاكتئاب هو التغير في النواحي النفسية والبيولوجية، وهذا التغير الذي يشمل الانفعالات والوجدان وأخيراً فسيولوجيا السلوك. كما يشير إلى أن المزاج الاكتئابي هو العرض الأساسي والغالب في أكثر من (٩٠%) من مرضى الاكتئاب كما أن الإحساس بالذنب ولوم الذات عاملان مشتركان أيضاً بالنسبة لمرضى الاكتئاب ويحدد زملة أعراض الاكتئاب في عدة عوامل هي:

- ١- عامل المزاج مصحوب بأحاسيس فقدان الأمل، وفقدان الحماس أو انخفاضه.
- ٢- عامل اتهام الذات الذي يمثل مفهوم عقاب الذات والإحساس بالذات.
- ٣- العامل الجسمي الذي يتضمن العديد من الشكاوي الجسمية واضطرابات النوم (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١: ٣١٥).

أما عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) فيحدد أعراض الاكتئاب في مجموعة من الأعراض المترابطة بعضها مادي (عضوي)، وبعضها معنوي (ذهني ومزاجي)، وبعضها الثالث إجتماعي، وهذه الأعراض هي التي نسميها الزملة الاكتئابية وهي تشمل ببساطة على جوانب السلوك والأفكار والمشاعر التي تحدث مترابطة أغلبها أو بعضها والتي تساعد في النهاية على وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه ويمكن تفصيل هذه الزملة من الأعراض على النحو التالي:

- الانهباط والكدر .
 - ضعف مستوى النشاط الحركي والضمول .
 - الشعور بتأقل الأعباء .
 - الشكاوى الجسمية والألام العضوية .
 - توتر العلاقات الاجتماعية .
 - مشاعر الذنب واللوم المرضي للنفس .
 - الإدراك السلبي للبيئة والتفكير الانهزامي (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ : ٢١-٢٦) .
- "والشخص المكتئب يرى الأحداث على ما هو عليه وليست كما هي عليها، وقد يدخل في هذا الإطار المخاوف والتوهمات المرضية فقد يكون في السكون موت، وفي الضوء الشديد تحد، وفي اللون الأحمر دماء، وفي اللون الداكن جنائز... كل هذه بحسب الحالة التي يصل إليها الاكتئابي، وقد نجد مثل هذه التحريفات تعبيراً داخلياً عن المعاناة والألم النفسي فيصف الفرد المثير أو ما يدركه وصفاً يعبر عن ذاته، وقد تكون المدركات عكس ذلك وقد تصل إلى حد الهلاوس (إدراك بغير موضوع) في الحالات الذهانية الشديدة" (عبد الله عسكر، ١٩٨٨ : ٥٦) .
- أي أن الشخص المكتئب يدرك الأشياء كما يراها هو على حسب الحالة التي هو عليها مما يؤدي إلى تحريفه الإدراكي للأحداث .
- ومن هذا العرض يتضح أن الباحثين اتفقوا في الأعراض المصاحبة للاكتئاب وأن الحزن وتقدير الذات المنخفض ولوم الذات هي أكثر الأعراض التي تصاحب الاكتئاب .
- أما إذا أردنا التعرف على أعراض كل نوع من أنواع الاكتئاب فإننا نلجأ في هذه الحالة إلى التشخيص الفارق الذي يميز أعراض كل نوع من أنواع الاضطرابات الوجدانية وهذا يظهر بوضوح في أعراض الاكتئاب كما يعرضها الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) فقد حدد معايير تشخيصيه أو أعراض الاضطرابات الاكتئاب الرئيسي Major Depressive Disored وتتمثل هذه الأعراض في الأعراض التالية:
- أ- مزاج حزين أو فقدان الاهتمام والبهجة والاستمتاع بالأشياء في معظم الأنشطة .
 - ب- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض التالية وتتواجد يومياً لمدة لا تقل عن أسبوعين .
- ١- وجود مزاج حزين مكتئب معظم اليوم، وتقريباً كل يوم (مشاعر حزن أو إحساس بالفراغ) .
 - ٢- فقد الاهتمام والاستمتاع بصورة كلية بمعظم الأنشطة في اليوم وتقريباً كل يوم .
 - ٣- فقدان واضح في الوزن أو زيادة ملحوظة في الوزن (مثلاً التغير لأكثر من ٥% من وزن الجسم خلال شهر) ويكون ذلك مصحوباً بضعف أو تزايد في الشهية للطعام تقريباً كل يوم .
 - ٤- الأرق أو زيادة في عدد ساعات النوم .
 - ٥- بطء أو تأخر نفسي حركي تقريباً كل يوم على ألا يكون ذلك مجرد مشاعر ذاتية من عدم الاستقرار أو البطء .
 - ٦- قصور في الطاقة وسرعة الشعور بالتعب تقريباً كل يوم .
 - ٧- الشعور بالذنب أو الإحساس بالذنب بصورة مبالغ فيها والذي قد يصل إلى حد (الهذات) .

٨- نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو التردد وعدم القدرة على الحسم واتخاذ القرارات تقريبا كل يوم.

٩- أفكار ومعتقدات متكررة حول الموت وأفكار انتحارية متكررة دون وجود خطة محددة أو محاولة انتحار في وجود خطة محددة لإتمام عملية الانتحار.

ويشخص اضطراب الاكتئاب الرئيسي إذا استمرت هذه الأعراض من شهرين من بعد فقدان شخص محبوب بشرط أن الأعراض السابقة لا ترجع إلى تأثيرات نفسية مباشرة ناتجة عن تعاطي مواد مخدرة أو عقاقير أو حالات طبية عامة (APA, DSM-IV, 1994: 327).

أما أعراض اضطراب عسر المزاج Dysthmic Disorder أو ما يطلقون عليه الاكتئاب العصابي فهي:

يكون المزاج مكتئب معظم اليوم وأكثر الأيام عن المعتاد ويستمر لمدة عامين على الأقل مع ملاحظة أنه في حالة الأطفال والمراهقين يكون المزاج في صورته غضب وسرعة انفعال ويستمر على الأقل عاما واحداً، ويتطلب وجود اثنين أو أكثر من هذه الأعراض للدلالة على وجود اضطراب عسر المزاج Dysthmic disorder:

- ١- فقد الشهية أو ضعفها.
- ٢- أرق أو زيادة في عدد ساعات النوم.
- ٣- نقص الطاقة وسرعة الشعور بالتعب.
- ٤- نقص تقدير الذات.
- ٥- نقص القدرة على التركيز وصعوبة اتخاذ قرارات.
- ٦- الشعور باليأس وفقدان الأمل.

والصورة الأساسية لهذا الاضطراب هي مزاج حزين مكتئب مزمّن يظهر معظم اليوم أو لعدة أيام ويستمر على الأقل عامين (أو عام في حالة الأطفال والمراهقين) والمرضي الذين يعانون من هذا الاضطراب يصفون حالاتهم المزاجية على أنها حزن وانخفاض في المعنويات ونقص في الاهتمام دائماً ما يرون أنفسهم غير مرغوب فيهم. (APA, (DSM), 1994: 349)

أما التشخيص الفارق فقد حدد الفرق بين اضطراب الاكتئاب الرئيسي Major Depressive Disorder، واضطراب عسر المزاج Dysthmic Disorder في أن الفرق بينهما مبني على الشدة والاستمرارية أو الإزمان حيث أن اضطراب عسر المزاج أقل في الشدة ويستمر فترة أطول من اضطراب الاكتئاب الرئيسي.

أسباب الاكتئاب:

تعددت أسباب الاكتئاب واختلف الباحثون وعلماء النفس في تحديد أسباب مباشرة للاكتئاب فكل منهم حدد الأسباب التي تتناسب مع آرائه ومنطلقاته النظرية والأكثر من ذلك أن نظريات الشخصية اختلفت في تحديد أسباب الاكتئاب فكل نظرية فسرت الاكتئاب وحددت أسباب نشأته بشكل مختلف عن النظريات الأخرى، وتبدو أسباب الاكتئاب متداخلة ومتفاعلة مع بعضها، ولكن المشكلة التي واجهت الباحثين في هذا النطاق هي أن هذه الأسباب هي التي أدت إلى حدوث الاكتئاب بصورة مباشرة بمعنى أنها حدثت قبل ظهور المرض فكانت سببا في ظهوره أم أن هذه الأسباب ظهرت أثناء ظهور المرض فكانت عوامل مهيئة لظهوره واستمراريته، أم أن هذه الأسباب كانت نتيجة لظهور الاكتئاب أيهما يؤدي لحدوث الآخر.

ولذلك تتمثل الصعوبة الرئيسية في بحث أسباب الاكتئاب في تعقد هذا الموضوع، "فعلی الرغم من أن الدراسات قد أوضحت أن هناك متغيرات محددة ترتبط بالاكتئاب إلا أن ذلك لا يؤيد أن هذه المتغيرات تتسبب في حدوث الاكتئاب، فقد تكون هذه المتغيرات ظهرت بعد الإصابة بالاكتئاب، وبذلك فهي تصبح نتيجة ممكنة للاكتئاب بدلاً من أن تكون سبباً فيه". (Ingram, Rick E., 1994: 121)

ولذلك فيمكن أن نعتبر آراء الباحثين والنماذج النظرية المتنوعة التي تفسر الاكتئاب كلها إسهامات في تفسير بعض المؤثرات أو الجوانب المختلفة من الاكتئاب حتى تظهر الدراسات والبحوث التي تستطيع قياس المتغيرات أو الأسباب الرئيسية بفعالية قبل إصابة الشخص بالاكتئاب وتؤكد أن هذه المتغيرات سبب في حدوث الاكتئاب، ويشير عبدالستار إبراهيم ١٩٩٨ إلى أن "الاكتئاب يحدث عادة بسبب التقاء مجموعة من العناصر، فيمكننا القول بأن العوامل البيوكيميائية والوراثية هي المسؤولة عن الاكتئاب دون غيرها أو أن العامل الشخصي والأزمات هي المسؤولة.. فالحديث جدلاً أشبه بالحديث عن أيهما مسؤول عن وجود الآخر أي البيضة أم الدجاجة" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٩٠).

وفيما يلي تعرض الباحثة آراء بعض الباحثين في تحديد أسباب الاكتئاب قبل عرض النظريات المفسرة للاكتئاب.

يرجع البعض الاكتئاب إلى عدة عوامل وراثية مهينة لحدوثه وإن كانت نسبة ذلك ضئيلة جداً ويرجع البعض الآخر الاكتئاب إلى عوامل نفسه ومنها على سبيل المثال:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية.
- الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك) وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد حبيب أو فراقه أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة.
- الصراعات اللاشعورية.
- الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق.
- ضعف الأنا الأعلى واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق والعنوسة وسن اليأس وتدهور الكفاية الجنسية.
- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال.. إلخ).
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي.
- سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلاً من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات. (حامد زهران، ١٩٩٧: ٥١٥-٥١٦)

وهناك باحثون يقسمون أسباب الاكتئاب إلى:

- ١- عوامل وراثية: حيث تشير بعض الدراسات إلى شيوع الاكتئاب بين التوائم المتشابهة والأقارب.
- ٢- عوامل بيوكيميائية: نتيجة اضطراب الإفرازات الهرمونية أو اضطرابات في الجهاز العصبي.

٣- عوامل نفسية وشخصية: كخصائص للشخصية الأكثر استهدافاً للاضطراب ومنها سمات الشخصية المنطوية كالحجل والانسحابية والشعور بالنقص وتدني مفهوم الذات والإحباطات الشديدة.. إلخ.

٤- عوامل بيئية اجتماعية: ومن بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة "كإهمال الأبناء ونذهم والقسوة الشديدة عليهم، والخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما والتفكك الأسري، والانفصال المبكر للوالدين أو عنهما، والخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري". (عبدالمطلب القريطي، ١٩٩٨: ٣٩٣)

"ومهما تعددت الأسباب فإن الاكتئاب النفسي هو في النهاية نتيجة لفقدان الإنسان لقدرته على التوافق داخلياً مع الحياة من حوله بما فيها مؤثرات وأحداث بعضها يجلب السرور، والبعض الآخر يدعو إلى الحزن والكآبة مثل الخسارة، والفرق والاحباط ومتطلبات الحياة المتلاحقة، وبدلاً من التفاعل مع هذه الأمور بصفة مؤقتة والانصراف إلى الحياة، يستمر فرط تأثير الإنسان واهتمامه، ويتغير مزاجه ويعيش حالة الاكتئاب". (لطفى الشربيني، ب.ت: ٢٢)

وأياً كانت الأسباب فهي تختلف من حالة لأخرى حيث يتوقف هذا على استعداد الفرد للإصابة بالاكتئاب، والعوامل المهيئة التي تساعد على ظهور المرض لديه، وتاريخ الحالة، والظروف التي يمر بها هذا الفرد لذلك فإن الفحص الأكلينيكي يساعدنا في التعرف على أسباب الاكتئاب لكل حالة على حدة حيث أن هناك أشخاص يمكن أن يكونوا أقل عرضة من غيرهم للإصابة بالاكتئاب. فقد أشارت نتائج إحدى الدراسات إلى أنها "كشفت عن أن الأشخاص المتزوجون أقل احتمالاً للإصابة بالاكتئاب سواء الاكتئاب الأحادي أو الثنائي القطب، وقد فسرت الدراسة أسباب ذلك في احتمالين الأول: أن الزواج يقدم علاقة وقائية ضد الضغوط والعوامل التي يمكن أن تُعجل بحدوث الاكتئاب حيث أن نشوب الصراعات المدعمة بين الزوجين قد يساعدهم في التعامل بفاعلية أكثر مع المشاكل في حياتهم أو أن الاحتمال الآخر هو أن الأشخاص المكتئبين يفتقدوا الثبات الانفعالي الداخلي في حين أن طبيعة العلاقة الزوجية الناجحة تحقق الثبات الانفعالي للزوجين ومن ثم تعمل على وقايتهم من الاكتئاب" (Ingram, Rick, E., 1994: 118).

وترى الباحثة أن الاحتمال الثاني هو الأكثر منطقية حيث أن العلاقة الزوجية الناجحة تقي من الإصابة بالاكتئاب أما الاحتمال الأول فهو يعتمد على أن كل زوج يفرغ شحناته الانفعالية وتوتراته من خلال صراعاته مع الآخر بدلاً من كبتها الأمر الذي يجعل الطرفين أكثر هدوءاً، وكان هذه الصراعات والخلافات تكسبهم المناعة الكافية لمواجهة أي صراعات أخرى، ولكن ما الذي يضمن أن هذه العلاقة المتوترة المليئة بالصراعات تكون هي السبب في إصابة أي منهما بالاكتئاب.

وللتعرف على أسباب الاكتئاب بصورة أكثر تحديداً تستعرض الباحثة النظريات المفسرة للاكتئاب.

النظريات المفسرة للاكتئاب Theories of Depression

تعددت النماذج النظرية المفسرة للاكتئاب، وكل نظرية منها حددت أسباب نشأة الاكتئاب وفسرت كيفية حدوثه بصورة مختلفة عن النظريات الأخرى. فكل نظرية فسرت الاكتئاب وفقاً لما تتبناه من مذاهب فلسفية ومنطقات نظرية ولذلك تقسم الباحثة هذه النظريات إلى قسمين:

(أ) النظريات النفسية.

(ب) النظرية البيولوجية.

(أ) النظريات النفسية: وتشمل:

أولاً: نظرية التحليل النفسي أو النموذج النفسي الدينامي في تفسير الاكتئاب.

ثانياً: النظريات المعرفية السلوكية في تفسير الاكتئاب وتشمل:

١- نموذج بيك المعرفي في تفسير الاكتئاب.

٢- نظريات العجز المتعلم لسليجمان.

٣- نظريات التدعيم.

ثالثاً: النظرية الفينومينولوجية أو الوجودية الظاهرية:

(ب) النظريات البيولوجية وتشمل:

١- النظرية الجينية أو الوراثة.

٢- النظرية البيوكيميائية أو الطب النفسية.

٣- النظرية الفسيولوجية.

(أ) النظريات النفسية:

النظريات النفسية جميعها فسرت الاكتئاب في ضوء الأسباب النفسية والاجتماعية والمعرفية. فالإكتئاب هو نتاج للبيئة التي يعيشها الفرد المكتئب ولا يولد الإنسان مكتئباً بطبيعته، ولكن ما يصيبه بالإكتئاب يتمثل في الظروف الاجتماعية التي يعيشها والتي يترتب عليها عدم إشباع حاجاته النفسية وعدم قدرته على تعلم كيفية مواجهة الإحباطات والضغط في بيئته.

أولاً: النموذج النفسي الدينامي النفسي للإكتئاب

The Psychodynamic Model of Depression:

يعتبر فرويد وإبراهيم المساهمان الأصليان في المدخل الدينامي النفسي للإكتئاب "وقد توصل كل منهما إلى أن ما يميز الحزن العادي عن الاكتئاب هو الغضب الذي يتحول ضد الذات. فالأسوياء يشعرون بحزن عميق بسبب الفقد أما المكتئابون فتكون استجاباتهم رفضاً وغضباً، ولأن فقد الشخص هو مصدر الحب فالشخص المكتئب لا يمكنه التعبير عن هذا الغضب بوضوح، ولذلك يحوله داخلياً ويبدأ في تنمية الإحساس بالذنب ولوم الذات والشعور بالدونية. ويشير فرويد إلى أن هناك علاقة بين خبرات الطفولة المبكرة والإكتئاب النفسي حيث يرى أن الشخص المريض بالإكتئاب قد عانى في مراحل طفولته المبكرة من خبرة فقد حقيقي أو إدراكه لفقد من يحب، وأن هذا الفقد صاحبه غضب شديد ورفض، ولم يستطيع أن يستبدل هذا الشخص الذي فقده فليجأ إلى الحيل الدفاعية حيث توجه إلى إنكار الفقد، والتوحد مع شخصية المفقود، وبذلك يصبح الطفل هو سبب غضب نفسه وكنتيجة طبيعية لذلك الغضب من الذات يبدأ في إلقاء اللوم على نفسه وبسبب معاناة الفرد لهذا التتابع منذ الطفولة فيصبح شخصاً بالغاً سريع التأثر بالإكتئاب بدلاً من مواجهة الضغوط التي يمر بها" (Ingram, Rick, E., 1994: 120).

أي أن فرويد وإبراهيم يشيران إلى أن الإكتئاب ناتج عن أسلوب معاقبة الذات نتيجة الغضب الموجه نحو الذات، وإن الإكتئاب يرجع إلى الخبرات السابقة في مرحلة الطفولة.

حيث فسّر فرويد وإبراهيم "الإكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية، وإن المكتئب يحمل شعوراً متناقضاً ناحية موضوع الحب الأول (الأم) ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عند الإحساس بالحب والكرهية، وعندما يصاب بفقدان عزيز ينكص لحاجاته الأولية وبعمليات دفاعية لا شعورية من الإسقاط والإدماج

والنكوص، وللتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود، يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته، نحو الأنا ومن هنا يبدأ المكتئب في الانغلاق والعدوان الذاتي، واتهام الأنا، والإحساس بالدونية والتي تطلق الميول الانتحارية، أما نوبات الابتهاج فهي تعبير عن الحرية الطفولية في إطلاق العنان لكل غرائزه (أحمد عكاشه، ١٩٩٨: ٣٥٩).

أي أن السبب المباشر للاكتئاب في نظر فرويد هو فقدان موضوع الحب والنكوص للمرحلة الفمية.

يرى "إبراهيم أن المرحلة الفمية هي نقطة التثبيت المفضلة لدى الاكتئابى وهذا ما يفسر اضطراب الأكل لدى مرضى الاكتئاب، وترى نظرية التحليل النفسي أنه يمكن تلخيص العوامل المثيرة للاكتئاب في:

١- تغير في التوازن الخاص بالدوافع الغريزية أي الحب والعدوان.

٢- تغير في علاقة المريض بموضوع الحب.

حيث أن فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١: ٣١٩).

فالمكتئب يعتمد بشكل متطرف على الآخرين في تقديره لذاته، ويحتاج المكتئب إلى سيل منهمر من الحب والإعجاب، وعندما لا يتم إشباع حاجته للحب فإن تقديره لذاته ينهار وعندما يستشعر خيبة الأمل، فإنه يجد صعوبة في تحمل الإحباط وبعبارة أخرى يمكن القول بأن المكتئب شخص مدمن على الحب" (عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ١٥٢).

يرى رادو Rado أن الاكتئاب ما هو إلا "صرخة بحث عن الحب" ويصف فينخل Fenichel المكتئب بأنه إنسان مدمن للحب والنظرة الأشمل للاكتئاب أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات، وأن الاكتئاب يحدث نتيجة للفشل في إرضاء أو نتيجة لإحباط - أي حاجة من الحاجات الثلاثة (الحاجة إلى الحب والتقدير، والحاجة إلى القوة والأمان، والحاجة لمنح الحب) والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل أي منها" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٩٨).

ومن ذلك يتضح أن المنظرين للنموذج النفسي الدينامي يؤكدون على أن اضطراب العلاقة بالموضوع وفقد الحب وإدراك الذات لقلة حيلتها، وعدم قدرتها على تحقيق أهدافها وطموحاتها يؤدي إلى ضعف تقدير الذات ومن ثم إلى الإصابة بالاكتئاب. "وتتمثل العملية الدفاعية المضادة للاكتئاب في حركة مستمرة بين الرغبة في إزالة حالة الاكتئاب وما يصاحبها من آثار جانبية مؤلمة، وبين الرغبة في الإبقاء على نفس الحالة إذا كانت ميكانيزما ضد الشعور بالفقدان كمحاولة لاسترضاء واستعطاف أو إكراه الأنا العليا أو الموضوعات الخارجية على توقف العقاب ومحاولة تحقيق الانتماء والشعور بالحب والأمن والقوة. أما إذا فشلت هذه العملية الدفاعية، فشل تحقيق استعادة تقدير الذات وشعر المريض بفقدان الرغبة في الحياة ودخل الاكتئاب في أطوار مأسوية والتي تعجل بحوث الانتحار" (عبدالله عسكر، ١٩٨٨: ١٧١).

أي أن الشخص المصاب بالاكتئاب يرغب في الشفاء للتخلص من الأعراض المؤلمة للاكتئاب وفي الوقت نفسه يكثف جهوده للمحافظة على هذا الاكتئاب لانتزاع الدعم من المحيطين به.

وعلى هذا الأساس يمكن تلخيص وجهة النظر التحليلية في تفسيرها للاكتئاب وفي تحديد أسبابه في النقاط التالية:

• فقدان موضوع الحب واضطراب العلاقة بالموضوع في مراحل الطفولة المبكرة. فالإحباط وعدم إشباع الحاجة إلى الحب، وإشباع الرغبات الجنسية في مراحل الطفولة المبكرة تجعل الفرد يشعر بالحب والكره معاً تجاه موضوع الحب

ولصعوبة التعبير عن ذلك، ولتوحد الفرد مع موضوع الحب تتحول الكراهية للذات بفعل مشاعر الذنب.

• الاكتئاب هو نتاج الصراعات المبكرة لأجهزة الشخصية الثلاثة داخل البناء النفسي للفرد (الهو ID – الأنا Ego – الأنا الأعلى Super Ego) حيث أن المكتئب يتميز بأنا أعلى صارم وقاس وشديد يلوم ويأنب باستمرار في الوقت الذي يحاول فيه الهو إشباع رغباته الجنسية والعنوانية وعندما تضعف الأنا في التوفيق بينهما يقع الفرد فريسة للاكتئاب.

• قلة حيلة الأنا في تحقيق طموحاتها وأهدافها مما يؤدي إلى ضعف تقدير الذات.

• أسلوب معاقبة الذات الناتج عن الرفض والغضب لخبرة فقدان.

• الفشل في إشباع الحاجة إلى الحب والتقدير، والقوة والأمان والحاجة لمنح الحب.

ثانياً: النظريات المعرفية السلوكية في تفسير الاكتئاب:

لأنه لا يمكن الفصل بين جوانب التفكير والجوانب المعرفية المختلفة وبين السلوك والفعل فكلًا منهم يكمل الآخر لذلك تعرض الباحثة النظريات المعرفية السلوكية في تفسيرها للاكتئاب بصورة إجمالية.

تفترض النظريات المعرفية جميعها أن الاكتئاب ناتج عن أنماط تفكير ذات خلل وظيفي أو عن التشويه المعرفي والتفكير المحرف والتي لا تساعد فقط على حدوث الاكتئاب بل تعمل على استمراره وتدهور المريض إلى حالات أكثر سوءاً.

وتلخص النظريات المعرفية السلوكية فيما يلي:

١- نظرية المخطط المعرفي السلبي للاكتئاب لبيك.

٢- نظرية العجز المتعلم لسيلجمان.

٣- نظريات التدعيم.

النموذج المعرفي في تفسير الاكتئاب وفقاً لآراء بيك أو نظرية المخطط المعرفي

السلبي للاكتئاب.

يمثل المخطط المعرفي حجر الزاوية بالنسبة لنظرية بيك إذ يفترض علماء النفس المعرفيون أن كل الأفراد يمتلكون مخططات معرفية تساعدهم على حجب معلومات محددة خارج بينتهم، والسماح بدخول المعلومات الهامة.

"وطبقاً لآراء بيك، فإن الأفراد المصابون بالاكتئاب يمتلكون مخططاً ذاتياً معرفياً سلبياً يعمل انتقائياً على حجب المعلومات الإيجابية عن الشخص المكتئب ويسمح بدخول المعلومات السلبية، ويقترح بيك أنه في وقت ما في الطفولة، يقوم الأطفال المصابون بالاكتئاب بتطوير هذا المخطط ربما بسبب النقد الزائد من قبل الآباء أو ربما بسبب أحداث الحياة السلبية، ومن ثم عندما يكونون أشخاصاً بالغين وتحدث أنواع مشابهة من الأحداث فينشط المخطط السلبي ويبدأ في غربلة خبرتهم الشخصية بأسلوب سلبي، وبالإضافة إلى حجب المعلومات انتقائياً فإن المخطط السلبي يعمل أيضاً على نشأة الثالوث المعرفي السلبي ويعمل هذا الثالوث على إعداد الأفراد مسبقاً لرؤية أنفسهم، وعالمهم، ومستقبلهم بطريقة سلبية غير واقعية، فقد يعتقد الأشخاص المصابون بالاكتئاب بأنهم قليلي الشأن وأن بهم عيب، ولا يوجد أي شيء جدير بالاهتمام في حياتهم، وأن مستقبلهم لا يحمل لهم شيئاً إلا البؤس والتعاسة، ويشير بيك إلى أن تلك النظرة السلبية هي بالتأكيد تشويه لحياة الإنسان" (Ingram, Rick E., 1994: 118-119).

"استخدم بيك مفهوم المنظومة أو البنية المعرفية لتفسير هذا النسق العريض من التشويهاات السلبية فعندما يكون الشخص مكتئباً، تنتشط المنظومات السلبية وتسيطر على

العمليات المعلوماتية. ويرى بيك أن المنظور السلبي للأفراد المكتئبين يعمل بمثابة طوق يحاصر الذات، وعالمها، ومستقبلها، وهذا ما يشكل الثلاثي المعرفي السلبي، حيث يتظر الفرد إلى الذات باعتبارها معطوبة أو غير مناسبة بالمعنى النفسي أو الأخلاقي أو الفيزيقي (الجسمي)، وتميل الخبرات غير السارة لأن تعزي لهذا العيب، وتفسر الخبرات بطريقة سلبية، وينظر إلى الحياة باعتبارها تعرض متطلبات متطرفة، وتفسر التفاعلات مع البيئة باعتبارها تمثل هزيمة أو إحباطاً، وتقود نظرة الشخص المكتئب في الحياة إلى توقعات سلبية، وتوقع الفشل. ويرى بيك في كل هذا تفسير للدافعية المنخفضة التي عادة ما تصاحب الاكتئاب وبافتراض أن الأفراد المكتئبين يتوقعون نتائج غير سارة من أعمالهم، فإن تعطل خصائصهم، وقصورهم الذاتي يبدو مفهوماً" (براند ن. ب. برادلي، ٢٠٠٠: ١٣٢).

ويعتبر هذا ملخص لنظرية بيك، ولعل هذا هو ما يفسر الأعراض التي يمر بها المكتئب من أفكار سلبية عن نفسه وتقديره المنخفض لذاته. ومن ذلك نستنتج أن بيك يرجع أسباب حدوث الاكتئاب إلى سببين رئيسيين: الأول: الثالث المعرفي السلبي.

الثاني: التحريفات الإدراكية أو أخطاء المنطق في الثالث المعرفي السلبي Cognitive Triad حيث يدرك المكتئب أفكاراً ومعتقدات سالبة عن ذاته وعن قدراته وكفاءته لذلك فهو يشعر بأنه لا قيمة له مما يؤدي إلى المعاناة من تقدير ذات منخفضة، ولذلك فإن أي فشل أو خبرة سلبية يمر بها يعزوها إلى نقص في قدراته وكفاءته أما التفكير في عالمه بصورة سلبية فيتضمن أفكاره ومعتقداته وطرق تفسيره لما يدور حوله مع المحيطين به من أسرة وأصدقاء وخبراته التي يمر بها في حاضره فنجدته يسيء تفسير علاقات المحيطين به معه، ويسيء تفسير العقبات التي تعترضه فيرى كل الأشياء التي تحدث له سيئة. ويسيء تفسير الضغوط الثانوية التي تواجهه أما مستقبله فينظر إليه نظرة تشاؤمية مليئة باليأس وأن ما يحدث اليوم من أحداث سلبية وضغوط وعقبات سوف يحدث أسوأ منها في الغد لأنه هو ذلك الشخص العاجز الذي لا يمتلك قدرات وكفاءات تعينه على مواجهة هذه الأحداث. ويلخص بيك النظرية المعرفية في أن الاكتئاب هو اضطراب في استراتيجيات التفكير، وتكوين نظم فكرية سلبية ناحية الذات والعالم والمستقبل، ومن ثم يتجه العلاج نحو تغيير هذه النظم الفكرية السلبية بأسلوب العلاج المعرفي بعد تقنيته للثقافة والحضارة الغربية (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٥٩).

أما عن أخطاء المنطق أو التحريفات الإدراكية للمكتئبين فقد حدد بيك أساليب التفكير لدى المكتئبين في الأساليب الآتية:

- ١- "التهويل والتهوين Magnification & Minimization وفيها يتم المبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي، والتهوين من المزايا والنجاح الشخصي.
- ٢- المبالغة في التعميم Overgeneralization يقصد بها تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل بمعنى الانتهاء لنتائج شمولية حول قيمته وقدراته وأدائه.
- ٣- الكل أو لا شيء: إدراك الأشياء على أنها إما سيئة تماماً أو لا شيء (ليس لها فائدة على الإطلاق).

٤- عزل الأشياء عن سياقها: يقصد به مفهوم التجريد الانتقائي Selective abstraction أي الانتقاء السلبي يعني عزل خاصية عن سياقها العام مع تأكيدها في سياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.

٥- التفسير السلبي لما هو إيجابي: تفسير الأمور التي يكون من الواضح أنها إيجابية تفسيراً سلبياً.

٦- القفز إلى الاستنتاجات: إدراك أن الموقف ينطوي على تهديد وخطر دون أن تكون هناك دلائل على ذلك.

٧- قراءة المستقبل سلبياً وحتمياً: يقصد به التوقع السلبي للمستقبل والتصرف كما لو كان هذا التوقع حقيقة.

٨- التأويل الشخصي للأمور: أن ينسب الشخص لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها. (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٨٠-١٩٢) وبذلك فالمكتئب يرتكب عدة أخطاء في طرق التفكير التي يفكر بها تؤثر على تحريف إدراكه وقصوره وتشويهه المعرفي وتكون سبباً في حدوث الاكتئاب.

وتمثل نظرية التحكم في الذات في الاكتئاب Self Control theory of Depression أحد النظريات المعرفية المفسرة لنشأة الاكتئاب حيث تقوم هذه النظرية على فرضية أن المكتئب يفقد القدرة على التحكم الإيجابي في الذات، ومن ثم يلجأ إلى معاقبة الذات وتقييمها تقييماً سالباً.

"وتفترض هذه النظرية ثلاث عمليات هامة في التحكم في الذات وهي:

١- مراقبة الذات Self-Monitoring ويقصد بها ملاحظة الفرد لسلوكه الخاص وعادة ما يلاحظ الشخص المكتئب سلوكه بطريقتين مميزتين: فهم ينتبهون بشكل مرضي إلى الأحداث السلبية، كما يهتمون بالأفعال المباشرة ولا يهتمون بالنتائج المؤجلة المترتبة على السلوك.

٢- تقييم الذات Self-Evaluation وتنطوي على تقييم الفرد لمعايير أو مستويات داخلية، وهناك نمطان من السلوك غير التكيفي لتقدير الذات تميزان الاكتئابيين. فغالباً ما يفشلون في عمل ضبط داخلي بمعنى عزو أسباب الفشل لأنفسهم، وأسباب النجاح للحظ كما أنهم يضعون معايير متشددة لتقييم الذات.

٣- أما التدعيم الذاتي Self-Reinforcement فيعد تقديم الإنسان لنفسه أملاً للمكافأة العارضة أو للعقاب. (عبدالله عسكر، ١٩٨٨: ٥٧-٥٨)

نظرية العجز المتعلم في الاكتئاب لسليجمان

Hearned Helplessness theory of Depression

يعد سليجمان و ابرامسون Seligman & Abramson من رواد هذه النظرية حيث توصل سليجمان إلى أن الأشخاص المصابين بالاكتئاب ربما يكونوا قد تعلموا مبكراً أن استجاباتهم للمواقف الضاغطة لا تؤثر أو تُغير في هذه المواقف وبالتالي لا فائدة من أي استجابة يقومون بها لأن الموقف الضاغط سيظل كما هو وبالتالي عندما تواجه الفرد مشاكل صعبة فبدلاً من البحث عن حل يقلع عنها ويصبح مكتئباً، وقد توصل سليجمان لنتائجه ولهذه النظرية من خلال أبحاثه التي أجراها على الحيوان.

"ويعتبر نموذج "تعلم العجز وقلة الحيلة" نموذج معرفي لأنه يشير إلى أن السبب الأساسي للاكتئاب هو حالة "توقع" إذ يتوقع المرء أن أحداثاً سيئة سوف تقع له، وأنه ليس هناك ما يمكن عمله لمنع حدوثها والافتراض الأساسي الذي قدمه سليجمان هو أن السبب

الكافي لإحداث الاكتئاب هو توقع المرء عدم قدرته على التحكم في نتائج استجاباته. فالقصور في حالة الاكتئاب الذي يماثل القصور في حالة تعلم قلة الحيلة والعجز إنما يقوم عندما يتوقع المرء أحداثاً سيئة وأن استجاباته لن تكون لها تأثيرها على تلك الأحداث (عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ١٥٩).

وقد تعرض نموذج سليجمان للنقد مما أدى إلى أن إبرامسون قدم Abramson تعديلاً رئيسياً على نظرية العجز المتعلم "إذ يرى إبرامسون أن توقع عدم السيطرة على النتائج وحده لا يكفي لكي يصاب الشخص بالاكتئاب حيث أنه سبب غير كاف لأن هناك مواقف كثيرة في الحياة لا يمكننا السيطرة على نتائجها ومع ذلك لا تؤدي بنا إلى الاكتئاب، ولهذا فيقترح إبرامسون أن هناك مجموعة من العوامل هي التي تعد الشخص مسبقاً للإصابة بالاكتئاب.

"ويشير إبرامسون إلى أن المكتئب يستخدم أسلوب العزو الداخلي حيث أنه يعتبر نفسه مسؤولاً عن الأحداث السلبية وهناك ثلاثة أبعاد تسهم في هذا العزو وبناء توقعات اليأس وهي (البعد الداخلي في مقابل البعد الخارجي، والبعد الثابت، وغير الثابت، والبعد العام والبعد الخاص) حيث أن المكتئب يعزو فشله إلى عوامل داخلية وثابتة محددة وشاملة للأحداث السلبية في حين يعزو النجاح إلى عوامل خارجية وغير دائمة أو متغيرة وخاصة". (Igram, Rick E., 1994: 119)

مما يجعل الأشخاص المكتئبين لديهم عجز وقلة حيلة ومن أهم أوجه النقد التي وجهت لهذه النظرية أيضاً أنها نقلت نتائج تجاربها من الحيوان إلى الإنسان فإنه من المؤكد أن شكل الاكتئاب عند الإنسان يختلف عن الحيوان.

٣- نظرية التدعيم Reinforcement Depression

يعتبر ليونسون Lewinsohn ووينستين Weinstein من السلوكيين اللذين درسوا ظاهرة الاكتئاب في نظريات التعلم الاجتماعي ويعتبر مفهوم التدعيم أو نقص التدعيم من المفاهيم الأساسية لدى السلوكيين والتي تفسر ظاهرة الاكتئاب حيث تفسر النظرية السلوكية أسباب حدوث الاكتئاب بهذه الصورة "أن افتقاد التدعيم والاهتمام نتيجة لموت أو فقدان من نحب يحرماننا مصدر هائلاً من مصادر الدعم النفسي والمعنوي مما يجعلنا مستهدفين للاكتئاب أو بمعنى آخر أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لخسارة شخص أو مهنة أو علاقة اجتماعية، كانت من قبل مصدر ثري من مصادر التدعيم" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٤٥-١٤٦).

في حين أن نظرية التحليل النفسي كانت ترجع سبب الاكتئاب لخبرة الفقد في حد ذاته (فقد الحب في المراحل الأولى) أما السلوكية فترجع سبب الاكتئاب إلى التدعيم المفقود والذي كان يستمدّه المكتئب من موضوع الفقد.

وتوضح النظرية السلوكية أن الاكتئاب لا يرجع إلى فقدان المحبوب فحسب، فقد تنطفت التعزيزات المعادة لعدة أسباب مثل التغيرات في الحالة المهنية أو المكان، وعلى هذا فإن مفاهيم المدرسة السلوكية تعزي الاكتئاب إلى انخفاض في النشاط عند انخفاض التعزيز. وأن الاكتئاب غالباً ما تنقصه المهارات الاجتماعية التي تمكنه من العثور على شخص آخر بسهولة في مجال العلاقات الاجتماعية" (عزيز حنا وآخرون، ١٩٩١: ٣٢٠).

وقد ركزت "أغلب النتائج على افتراض أن التدعيم الإيجابي هو الذي يؤدي إلى تحسن حالات الاكتئاب، ويؤدي خفض هذا التدعيم إلى حدوث الاكتئاب، وعلى الرغم من كون نظريات التدعيم هي النموذج الأساسي الذي يرتبط بظهور الاكتئاب كاستجابة لمثير مكروه أو نقص التدعيم الإيجابي إلا أنها تعد القاعدة الأساسية لنظريات التعلم الاجتماعي

والتي تركز على المهارات الاجتماعية والقدرة على اكتساب التدعيم الإيجابي من خلال العلاقات الاجتماعية المتبادلة" (عبدالله عسكر، ١٩٨٨: ٥١).

ومن ذلك يتضح أن الاكتئاب سلوك متعلم ومكتسب عن طريق الظروف الاجتماعية المحيطة بالفرد، وأن أساليب التدعيم الإيجابية والسلبية تقدم تفسيراً لسبب نشأة واستمرار الاكتئاب هذا بالإضافة إلى افتقاد الفرد لبعض المهارات الاجتماعية التي تحفزه وتدفعه إلى استخدام المدعّمات في حياته. وبذلك فقد قدمت النظرية السلوكية تفسيرات منطقية عن تقدير الذات المنخفض وعلاقته بالاكتئاب وأسباب نشأة الاكتئاب.

وقد اعتبرت النظرية المعرفية السلوكية من أكثر النظريات فعالية في تفسير الاكتئاب وفي علاجه حيث قدمت هذه النظرية تفسيرات كثيرة مرتبطة بظهور الاكتئاب وبأعراضه كما قدمت فنيات متعددة تسهم في علاجه، وقد أشارت هذه النظرية إلى تدعيم العلاقات الشخصية المتبادلة بين المكتئب ومن حوله لما لها من فائدة كبيرة حيث أنه في نتائج بعض الدراسات أتضح أن الاكتئابيين في مواقف التفاعل كانوا أقل قدرة في المهارات الاجتماعية عن غيرهم.

كما أتضح أنه "هناك علاقة مطردة بين زيادة الاكتئاب والتباعد الاجتماعي، وخفض مستوى الفعل والحركة، كما تبين أن المكتئبين يتفاعلون مع أعداد أقل من الناس بالمقارنة بغير المكتئبين وأن مستوى نشاطهم اللفظي كما يتمثل في حجم الكلام وطول الجملة وطريقة النطق كلها تتأثر بالحالة الاكتئابية" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٤٥) لذلك فمن المهم أن تلقي الباحثة الضوء على المدخل البين شخصي وكيفية تفسيره لظاهرة الاكتئاب.

المدخل البينشخصية للاكتئاب

Interpersonal Approaches to Depression

تركز هذه المدخل على التفاعلات بين الأشخاص من المكتئبين وبيئاتهم وكيف تسهم هذه التفاعلات في حدوث اضطراب الاكتئاب، ويفسر المدخل البين شخصي ظاهرة الاكتئاب بأن "المصابين بالاكتئاب ربما يستخدمون أعراض اضطرابهم لانتزاع ردود أفعال محددة من الآخرين حيث أن الأفراد المكتئبين يحاولون السعي وراء الحصول على تعزيز من الآخرين من خلال القيام بهذا السلوك لوضع الآخرين في وضع العناية والدعم لهم.

ومع ذلك فإن هذه السلوكيات قد يكون لها آثار متناقضة حيث أن بعض الأشخاص يقدموا الدعم والتعاطف للفرد المكتئب، فيقوم المكتئب بمحاولات مستمرة في الحفاظ على هذا الدعم فيزيد من السلوك السلبي المرتبط بالاكتئاب (تزداد أعراض الاكتئاب في الظهور) مما يؤدي إلى بُعد الأشخاص عنه وتجنبه لأن التدعيم الذي يقدموه لا فائدة منه. كما أن المكتئب يقوم بمحاولات مضجرة لاستقطابهم مرة أخرى لأن المكتئب يريد منهم التواجد بالقرب منه، وقد وصف الباحثون الاكتئاب بأنه مرض "معدّي" بسبب هذه الآثار فكلما بدأ الأشخاص في الانسحاب.. يكثف المكتئب جهوده لانتزاع الدعم وتبدأ الدورة" (Ingram, Rick E., 1994: 119).

وهذا المدخل يتفق في تفسيره للاكتئاب مع نظريات التدعيم حيث أن التدعيم السلبي للاكتئاب يزيد من ظهور أعراض الاكتئاب في حين أن التدعيم الإيجابي يخفض من الاكتئاب.. كما أنه يشير إلى افتقاد المكتئب للمهارات الاجتماعية لا يمكنه من التعامل مع الناس المحيطين وأن المكتئب يسعى من أجل الحصول على الدعم من الآخرين.

وفي هذا الصدد تشير نتائج بعض الدراسات إلى أن: "المكتئبين بالمقارنة بغير المكتئبين يعانون من اضطراب العلاقات الاجتماعية في الأسرة والعمل حتى بعد علاجهم من الاكتئاب بالوسائل الطبية الكيميائية، كما أن الفشل المتكرر في العلاقات الاجتماعية يؤدي إلى الإحباط ومشاعر الفشل ومن ثم إلى الاكتئاب، كما تبين أن تدريب المهارات الاجتماعية لدى المرضى بالاكتئاب والعاديين، تصحبه تغيرات علاجية واضحة في الشخصية بما فيها انخفاض مستوى الاكتئاب أو الشفاء منه، والاستجابة الجيدة للعلاج الطبي والعقاقير المضادة للاكتئاب" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٥١-١٥٥).

وبذلك فإن هذه النتائج تشير إلى أهمية العلاقات البين شخصية في علاج الاكتئاب ومن ثم فإنها تدعم فعالية العلاج الأسري بصورة غير مباشرة في علاج الاكتئاب حيث أنه يهتم بالعلاقات البين شخصية في الأسرة.

المدخل الفينومينولوجي للاكتئاب:

Phenomenology Approache to Depression:

العلاج بالمعنى لفرانكل أو النظرية الوجودية Existential theory

يقصد بالفينومينولوجيا هي علم وصف الظواهر لذلك فهي تفسر الاكتئاب عن طريق وصف لخبرة وتجارب الاكتئاب وذلك من خلال دراسة للأعراض الإكلينيكية التي يشكو منها المكتئب ورائد هذه النظرية هو فيكتور فرانكل V. Frankl, صاحب اتجاه العلاج بالمعنى Logotherapy والذي اهتم بدراسة ظاهرة الفراغ أو الإحباط الوجودي أو الشعور الزائد باللامعنى في الحياة حيث كان يرى أن شعور الإنسان بالملل والضيق والاعترا ب والإحساس بأوقات فراغ ضائعة كل ذلك يؤدي إلى الإحساس بالفراغ الوجودي.

ويشير أوتوفينزل إلى أن "الشعور بالفراغ هو خواء الذات من الموضوعات وهذا الفراغ أو ما يسمى بالفقدان، إنما يتمثل فينومينولوجيا في الاكتئاب حيث تكون الصيغة الذاتية "أني فقدت كل شيء، إذن الدنيا الآن خاوية" وذلك إذا كان تقدير الذات يرجع بصفة أساسية إلى فقدان الإمدادات الخارجية، أو تكون الصيغة "أني فقدت كل شيء لأنني لا أستحق أي شيء" وذلك إذا كان فقدان تقدير الذات يرجع بصفة أساسية إلى فقدان الإمدادات الداخلية من الأنا العليا" (أوتوفينزل، ١٩٦٩: ٧٥٨).

ويوضح مصطفى زيور هذه الفكرة في قوله: "أن يوجد الإنسان يصبح معادلاً للقدرة على أن يوجد فقولي أنا أكون" أنا موجود" لا معنى له إلا بقدر ما يتضمنه من قدرة أيضاً بقولي: "أنا موجود لأنني أتواصل تواصلًا وجدانياً ديكالكتيكيا مع عالمي وفي عالمي" ولكن مفهوم الصيرورة ينبغي أن يظل واضحاً في أذهاننا لأنه فيما أرى لب مرض الاكتئاب والهوس، والأرضية التي تتشكل فوقها باقي الأعراض بحيث نستطيع أن نقول ما يميز الاكتئاب إنما هو تدهور القدرة على الصيرورة التي يترتب عليها.. إنخفاض في الشعور بالوجود أي في الشعور بالكينونة. ذلك لأن الكينونة لا معنى لها بغير الصيرورة. وهذا الشعور بنقصان في الكينونة الذي نجد مسحه منه في معظم الأمراض النفسية والعقلية يصل في ذروته في الاكتئاب الشديد حتى يصل إلى الشعور بالفراغ" (مصطفى زيور، ١٩٧٠: ٢٢).

"وإذا كان الوجود تواصلًا ديكالكتيكيا بين الذات والعالم، ببعدي الزمان (الآن)، والمكان (هنا) بمفهوم وجودي فإن اضطراب الوجود لدى الاكتئاب يؤدي بدوره إلى اضطراب الزمان والمكان حيث تتسحب الذات من العالم بشقيه الزماني والمكاني، وذلك

ما يبدو في وصف الاكتئاب لخبراته قائلاً فراغ في الزمان، فراغ في المكان" (عبدالله عسكر، ١٩٨٨: ١٩٩).

ومن ذلك يتضح أن النظرية الوجودية في تفسيرها للاكتئاب ترجع سبب الاكتئاب إلى فقدان معنى الحياة، وأن الحياة أصبحت بلا معنى ولا قيمة بالنسبة له والإحساس بالملل والفراغ الوجودي وانخفاض في الشعور بالوجود والكينونة وهذا هو جوهر النظرية الوجودية.

المداخل البيولوجية في تفسير الاكتئاب Biological Approaches

تشير المداخل البيولوجية إلى أن الاكتئاب هو اضطراب وظيفي يحدث نتيجة لاضطرابات في التنظيم الهرموني والكيميائي والفسولوجي. ويعتبر العديد من الأطباء أن سبب الاضطرابات الوجدانية في المقام الأول يرجع إلى ظاهرة بيولوجية أو فسيولوجية أو وراثية (جينية) وأحياناً تعتبر هذه العوامل الثلاثة متفاعلة معاً.

فقد تقترح التفسيرات الوراثية أن أفراد محددين يرثون استعداداً مسبقاً للعمليات الفسيولوجية المضطربة، وقد تركز المداخل البيولوجية على إرجاع الاضطرابات الوجدانية إلى الناقلات العصبية حيث يكون هناك اضطراب في توازن العناصر الأمينية أو اضطراب في نسبة المعادن أو اضطراب هرموني في إفرازات بعض الغدد الصماء وبذلك فإن المدخل البيولوجي في تفسير الاكتئاب يرجع أسباب الاكتئاب إما إلى أسباب وراثية أو أسباب عضوية.

١- النظرية الوراثية أو الجينية:

يشير المدخل الوراثي إلى أهمية العامل الوراثي في نشأة الاضطرابات الوجدانية حيث أن هناك أشخاص محددين يرثون سرعة التأثر بالاضطرابات الانفعالية، وقد دعمت نتائج بعض الدراسات تأثير المكونات الوراثية في الاضطرابات الوجدانية خاصة في ما يتعلق بالاضطرابات ثنائية القطب.

وقد أجريت هذه الدراسات على الأسرة والتوائم "ولقد دعمت دراسات التوائم التفسيرات الجينية فقد قام العديد من الباحثين ببحث معدل التوافق للاضطرابات الانفعالية في التوائم وتوصلوا إلى أن ظهور الاضطرابات الوجدانية ثنائية القطب في التوائم المتماثلة يمثل حوالي ٧٠% في حين يمثل هذا الاضطراب ١٥% فقط في التوائم المتأخية. وهذه النتائج تؤكد وجود مكون جيني يؤثر في هذا الاضطراب على الأقل.

كما أشارت النتائج إلى حدوث الاضطرابات الانفعالية في الأقارب من الدرجة الأولى بالاضطراب ثنائي القطب يكون أعلى بكثير من احتمالية حدوثه في الناس بصفة عامة. وأيضاً أظهرت النتائج أنه عندما يظهر حوالي ٥% فقط من السكان أعراض اضطراب ثنائي القطب فإنه يتم تشخيص ١٥% تقريباً منهم لديهم تاريخ أسري من الإصابة لهذا الاضطراب" (Ingram, Rick E., 1994: 120).

وقد عرض أحمد عكاشه (١٩٩٨) لعدد من الدراسات التي تعرضت لأثر العامل الوراثي في الاضطراب بأمراض الهوس والاكتئاب كاضطراب وجداني وأشارت نتائج هذه الدراسات إلى أن نسبة الإصابة بالاضطرابات الوجدانية بين التوائم المتشابهة تصل إلى ٦٥%، وبين التوائم المتأخية حوالي ١٤% ونقل نسبة الإصابة بين أفراد العائلة كلما تقدم سن المريض بين المصابين، وكلما وجدت مسببات نفسية وجسمية أما نوع الموروثات المسببة للمرض فينتفق معظم العلماء على أنها موروثات سائدة ذات تأثير غير كامل أي أن العامل الوراثي في هذه الأمراض يفوق ما وجدناه مع الفصام ولكن لا

يمنع ذلك تأثير العوامل البيئية في إظهار الاستعداد الوراثي" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ١٥٣-١٥٤).

وهذه النتائج تدعم التفسيرات الجينية والمدخل الوراثي إلا أن هذا المدخل لا يعمل بمعزل عن المداخل الأخرى بمعنى أن البيئة ونظريات التعلم قد يكون لها دور أيضاً مع هذا المدخل فقد يكون هناك شخص يرث جينات معينة تجعله سريع التأثر بالاضطرابات الانفعالية، ولكنه تعلم كيفية التعامل مع الأحداث الضاغطة بفاعلية لمواجهةها بصورة أكثر إيجابية فسوف يختلف عن الفرد الذي لم يتعلم استراتيجيات مواجهة الأحداث الضاغطة بل قد يكون عرضه ليفسر أي أحداث أو مواقف تقابله بأنها مواقف محبطة وأحداث ضاغطة تعرضه للاضطراب الانفعالي.

وبمعنى آخر فإنه "أيا كان تأثير الموروثات الجينية، فلا بد لها أن تلتقي وتصطبغ بعوامل نفسية اجتماعية أخرى توجهها إلى المرض أو الصحة. لكن العلماء المتحمسين للتفسير البيولوجي للأمراض النفسية كالإكتئاب، اتجهوا إلى البحث عن عوامل أخرى عضوية (غير المورثات الجينية)، ربما تكون مسؤولة عن تطور الاستجابة الاكتئابية وظهورها حيث أنه تعذر وجود نمط وراثي واضح بالنسبة للإكتئاب الخالص بما فيه الاكتئاب العصبي أو الاكتئاب الاستجابي بما يشير إلى صعوبة وجود تفسير وراثي بسيط لكل أنواع الاكتئاب" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨: ١٠٣).

إلا أنه "لا يمكن إغفال الجانب الوراثي والاستعداد النشوئي للإصابة بالإكتئاب وبخاصة مع تطور الدراسات الانثروبولوجية التي أسهمت في تطور النظريات العضوية في الشخصية والسلوك والتي أتاحت المجال لإقرار علم الوراثة النفسي لدرجة القول بتوريث الخصائص الاجتماعية والسلوك ذاته" (عبدالله عسكر، ١٩٨٨: ٣١).

٢- النظرية الفسيولوجية:

تتناول هذه النظرية الأساس العصبي التشريحي للاضطرابات الوجدانية ولذلك فإن هذه النظرية تتناول حقائق لها علاقة مباشرة بالطب النفسي حيث أنها تفسر أسباب نشأة الاضطرابات الوجدانية في ضوء الحقائق المتعلقة بوظائف مناطق مخية معينة حيث ترجع الاضطرابات الانفعالية إلى وجود اختلال أو حالة مرضية في الجهاز العصبي الطرفي المسئول عن تنظيم الانفعالات "وملخص هذه النظرية أن هناك مناطق معينة بالمخ ذات علاقة وثيقة بالتعبير الانفعالي، بل إنها تلعب أيضاً دوراً مهماً فيما يمكن أن يحدث للبدن كاستجابة لفاعلية الشحنات الانفعالية، وقد كشفت البحوث عن أن التغييرات الوجدانية يمكن إحداثها عن طريق تنبيه أو تدمير أجزاء معينة في الجهاز الطرفي. كما يبدو أنه لا يوجد جانب واحد من مكونات الجهاز الطرفي يعتبر مسئولاً عن نمط انفعالي معين مثل الخوف أو الهياج أو العدوان" (عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ١٩٣-١٩٤).

وهناك دلائل تشير إلى وجود علاقة بين الاضطرابات الانفعالية واضطرابات الجهاز العصبي "فقد لوحظ أن كثيراً من أمراض الجهاز العصبي تبدأ في هيئة اكتئابية أو ابتهاجية مثل زهري الجهاز العصبي، الشلل الاهتزازي، وتصلب شرايين المخ، وإن شفاء مرضى الاكتئاب بالجلسات الكهربائية وأحياناً بالعمليات الجراحية في الدماغ يشير إلى اضطراب أساسي في الجهاز العصبي" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٦١).

وما يدعم هذه النظرية أيضاً "أن هناك عوامل وتغيرات عضوية قد تكون مسؤولة بشكل ما عن تطور الاكتئاب حيث أن الاكتئاب يستدل عليه من خلال وجود مؤشرات بدنية وتشمل هذه المؤشرات العضوية بالاستثارة العصبية كالإفراط الحركي أحياناً، والبطء في الكلام والخمول الشديد، واضطرابات النوم واضطرابات الشهية للأكل فضلاً

عن بعض الاضطرابات والأعراض العضوية الأخرى كالإمساك وفقدان الرغبة الجنسية" (عبدالستار إبراهيم، ١٩٩٨، ١٠٢).

وبذلك فإن أصحاب الاتجاه الفسيولوجي يرجعون أسباب نشأة الاكتئاب إلى اضطراب وخلل وظيفي في مناطق معينة في المخ وهذا هو ما يفسر الأعراض العضوية والبدنية التي تظهر في الاكتئاب ولذلك يلجأ بعض الأطباء النفسيين إلى العلاج بالجلسات الكهربائية وعقاقير معينة حيث أنه يترتب على هذا الخلل الوظيفي اضطراب في الناقلات أو الموصلات العصبية في المخ وهذا ما سوف يتم توضيحه في النظرية البيوكيميائية.

٣- النظرية البيوكيميائية Bio-Chemistry Theory

تفترض النظرية البيوكيميائية أن الاكتئاب نتيجة لاختلال العناصر الكيميائية في الجسم ويحدث ذلك لسبب من الأسباب الآتية:

- ١- إما يحدث نتيجة قصور في بعض أنواع من الأمينات الأحادية والتي تشمل (الكاتيكول أمين Catecholamine والأندول أمين Indoleamine).
- ٢- أو يحدث نتيجة اضطراب نسبة المعادن (الصوديوم والبوتاسيوم).
- ٣- أو يحدث نتيجة اضطراب هرموني في الجسم وهذا يظهر عن طريق إسهام بعض الغدد الصماء (النخامية والكظرية Piuitary adrenal) في نشأة واستمرار الاكتئاب.

وتحاول الباحثة توضيح هذه الفروض بصورة موجزة.

التفسير الأول هو التفسير الأميني للاكتئاب حيث يفترض هذا التفسير أنه لا بد أن يكون هناك توازن في العناصر الأمينية حتى يكون الفرد مستقراً ومتوازناً انفعالياً أما إذا زادت أو نقصت هذه الأحماض (الكاتيكول أمين والاندول أمين) فتسبب حدوث اضطرابات انفعالية حيث أن نقصها يعمل على وجود الاكتئاب أما زيادتها فتؤدي إلى الهوس، وهذه الأمينات هي "موصلات عصبية" Neuro Transmittes وتشمل أنواع معينة فالأحماض الأمينية الكاتيكول أمين تشمل (النورابنفرين NE، ابنفرين) والاندول أمين يشمل (السيروتونين وهستامين) وهي مركبات كيميائية ووظيفتها الأساسية نقل التنبيه العصبي من خلية إلى أخرى.

ويوضح إنجرام (١٩٩٩) "أن النورابنفرين NE هو المسئول عن إفراز الأدرينالين، وقد توصل الباحثون إلى أن النورابنفرين يستنزف في حالة الاكتئاب في حين يفترض أن زيادة النورابنفرين هي المسئولة عن النوبات الهوسية - كما اتضح أن الموصلات العصبية الأندولامين والسيروتونين (5HT) تلعب دوراً في الاكتئاب، ومن الصعب جداً قياس مستويات النورابنفرين في المخ مباشرة ولكن يمكن قياس مستوى تركيزه في الدم والبول، ولذا يتم تقديم دليل غير مباشر عن أداء هذه الناقلات العصبية من خلال فحص آثار الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب.

وقد أشارت الدراسات التي أجريت على الحيوانات أن العقاقير المضادة للاكتئاب لها تأثير في زيادة كل من النورابنفرين والسيروتونين، وأن هذه الأنوية فعالة بشكل عام في علاج الاكتئاب للبشر.

وقد اعتبر الباحثون أن فاعلية هذه العقاقير في خفض أو استنزاف الموصلات العصبية، ومن ثم في علاج الاكتئاب دليلاً يدعم النظريات البيوكيميائية في فرضية أن النورابنفرين والسيروتونين هما السبب في الاضطرابات الانفعالية ولكن هناك حقيقة أن الأسبرين يسكن الصداع ولكن الصداع لا ينتج عن استنزاف الأسبرين في المخ، وحيث

أن الفاعلية الكيميائية الحيوية لأحد العقاقير لا تعكس بالضرورة القصور العضوي، ولذلك فصعوبة قياس هذه الكيماويات مباشرة جعل من الصعب تماماً تأكيد دورها بشكل مستقل في الاضطرابات الانفعالية. وقد أقر الباحثون مؤخراً أن هذه العقاقير قد تكون فعالة في تخفيض الاكتئاب ولكن استنزاف النورابنفرين قد يكون هو السبب في الاكتئاب أو قد يكون نتيجة لخلل واضطراب في وظائف الجهاز العصبي" (Ingram Rick E., 1994: 121).

ولكن ظهرت بحوث ودراسات لتؤيد هذه النظرية ولتثبت أن استنزاف هذه الموصلات هي السبب في الاكتئاب فقد "ظهر ما يؤيد نظرية الموصلات العصبية في نشأة مرض الاكتئاب الابتهاجي وهو وجود هذه المواد بنسبة أعلى من أي جزء آخر في المخ في المناطق الخاصة بالانفعال، وكذلك وجد أن نسبة هذه الموصلات في المرضى المنتحرين من مرضى الاكتئاب تقل في هذه المراكز الدماغية بشكل واضح وذلك بعد تحليلات دقيقة في المخ بعد وفاتهم وكذلك بالتشريح والدراسة الكيميائية لمخ بعض مرضى الاكتئاب الذين لاقوا حتفهم لأسباب عديدة أثناء علاجهم بعقاقير مضادة للاكتئاب وجد أن نسبة هذه الموصلات العصبية تزيد تدريجياً خلال العلاج وتصل إلى أقصاها في خلال ثلاثة أو أربعة أسابيع مما يؤدي إلى العلاقة الوثيقة بين اضطراب الاكتئاب ونسب هذه الموصلات العصبية في المخ" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٦٢).

ثانياً: أما التفسير الثاني والذي يرجع سبب الاكتئاب لاضطراب في نسبة المعادن فيشير إلى أن بعض جوانب الاكتئاب قد تكون نتيجة لخلل في توازن البوتاسيوم والصوديوم عند المكتئبين، وقد أجرى حديثاً الكثير من الأبحاث عن علاقة مرضى الاكتئاب الهوسي بنسبة المعادن في الجسم وعمليات التمثيل الغذائي المختلفة فقد وجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية صوديوم تزيد عن ٥٠% عن طبيعته أما الشخص المصاب بنوبة الهوس فتزيد هذه النسبة إلى ٢٠٠% وبشفاء هؤلاء المرضى تعود هذه النسبة إلى طبيعتها" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٦١).

أما التفسير الثالث المتعلق باضطراب الهرمونات في الجسم فقد وجد أنه "يصاب مرضى المكسيديما بنقص إفراز الغدة الدرقية يصاحبه أعراض اكتئابية شديدة حوالي ٤٠% من الحالات بل تبدأ الحالة أحياناً بأعراض نفسية وعقلية قبل ظهور العلامات العضوية، وقد يصاب المريض بمرض جريف (بزيادة إفرازات الغدة الدرقية) بنوبات الانبساط الحاد أثناء نشاط هذا المرض. كما تصاب نوبات الذهان الدوري من اكتئاب أو هوس بمرض كوشنج "زيادة أفراد الغدة الأدرينالية فوق الكليتين" أو أحياناً خلال علاج المرضى بعقار الكورتيزون" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٦٠).

تعليق على نظريات الاكتئاب:

من العرض السابق للنظريات التي فسرت أسباب نشأة الاكتئاب يتضح أن كل مدخل نظري له اتجاهاته النظرية المستقلة وكل نظرية فسرت أسباب الاكتئاب بصورة مختلفة عن النظريات الأخرى فنجد أن المداخل البيولوجية ركزت في تفسيرها للاكتئاب على العامل الجيني أو الوراثي، والعامل الفسيولوجي، والعامل البيوكيميائي فقد أوضح العامل الكيميائي أن الاكتئاب يحدث نتيجة لاضطراب في التنظيم الهرموني أو في التنظيم الكيميائي (الخاص بتوازن الأحماض الأمينية) لدى الفرد.

أما العامل الوراثي فقد أرجع سبب الاكتئاب إلى العوامل الوراثية حيث تبين أن هناك أفراد لديهم استعداد وراثي للإصابة بالاكتئاب وهم الأفراد الذين لهم تاريخ أسري سابق مع الاكتئاب (إصابة الوالدين - أو أحدهما بالاكتئاب)، وأن البيئة تساعد على

ظهور الاكتئاب ولكن في الأساس الوراثة والجينات هي التي تلعب الدور الأكبر في الإصابة بالمرض.

وكذلك الاتجاه الفسيولوجي الذي ركز على الجوانب العضوية حيث فسر أسباب الاكتئاب في ضوء الاضطراب والخلل الوظيفي الذي يحدث في مناطق في المخ وبذلك يتضح أن المدخل البيولوجي ركز على الجوانب العضوية والوراثية ولم يتعرض للجوانب النفسية في تفسيراته للاكتئاب.

أما المداخل النفسية فقد ركزت على الجوانب النفسية والاجتماعية في تفسيرها للاكتئاب إلا أن كل نظرية تناولت جانب من هذه الجوانب إما معرفي أو نفسي تحليلي أو اجتماعي وفي ضوء هذا الجانب فسرت أسباب نشأة الاكتئاب.

ف نجد أصحاب نظرية التحليل النفسي أشاروا إلى أن مجرد فقدان موضوع الحب أو اضطراب العلاقة بالموضوع في الطفولة المبكرة سبب كافي للاكتئاب، كما أوضحوا أن الشخص المكتئب قد حدث له عملية تثبيت عند المرحلة الفمية من مراحل النمو النفسي.

أما أنصار النظريات المعرفية السلوكية فقد وجدوا أن الاكتئاب يحدث نتيجة تناقص التدعيم الإيجابي، وتزايد التدعيم للمواقف السلبية الخاطئة مما يؤدي إلى اضطراب معرفي يظهر في تشويه وتحريف الأفكار والمعتقدات والى أنماط من التفكير ذات خلل وظيفي مما يؤدي إلى انخفاض تقدير الذات والشعور بالاكتئاب.

كما أوضحت نظرية العجز المتعلم أن السبب الكافي لأحداث الاكتئاب هو توقع الفرد عدم قدرته على التحكم في نتائج استجاباته وبالتالي يتعلم الفرد قلة الحيلة والعجز حتى يصاب بالاكتئاب.

أما عن المداخل البين شخصية فقد أوضحت أن التفاعلات بين الأشخاص وافتقاد المهارات الاجتماعية وافتقاد الدعم والتعاطف تسهم في حدوث الاكتئاب، وأن المكتئب دائماً يسعى من أجل الحصول على الدعم من الآخرين وهذا المدخل يلقي الضوء على أهمية العلاج الأسري للاكتئاب.

وأخيراً فسرت النظرية الوجودية الاكتئاب حيث أرجعت سبب الاكتئاب إلى شعور الفرد بالملل والضيق والاعتراب والشعور بالفراغ الوجودي والشعور الزائد بالامعنى في الحياة، ومن ثم انخفاض في الشعور بالوجود والكينونة مما يؤدي إلى حدوث الاكتئاب.

وبعد استعراض النظريات التي فسرت أسباب الاكتئاب يتضح أن أسباب الاكتئاب كثيرة ومتعددة وإذا أردنا أن نحدد أسباب معينة للاكتئاب فهذا يتوقف إما على النظرية التي نبتناها لأنه لا توجد نظرية واحدة تجمع الأسباب والجوانب الهامة التي يمكن في ضوءها تفسير الاكتئاب أو يتوقف على تحديد أسباب الاكتئاب في ضوء ما يمكن أن تستخلصه من جميع النظريات التي فسرت الاكتئاب بحيث يمكن رؤية ظاهرة الاكتئاب من جميع الجوانب.

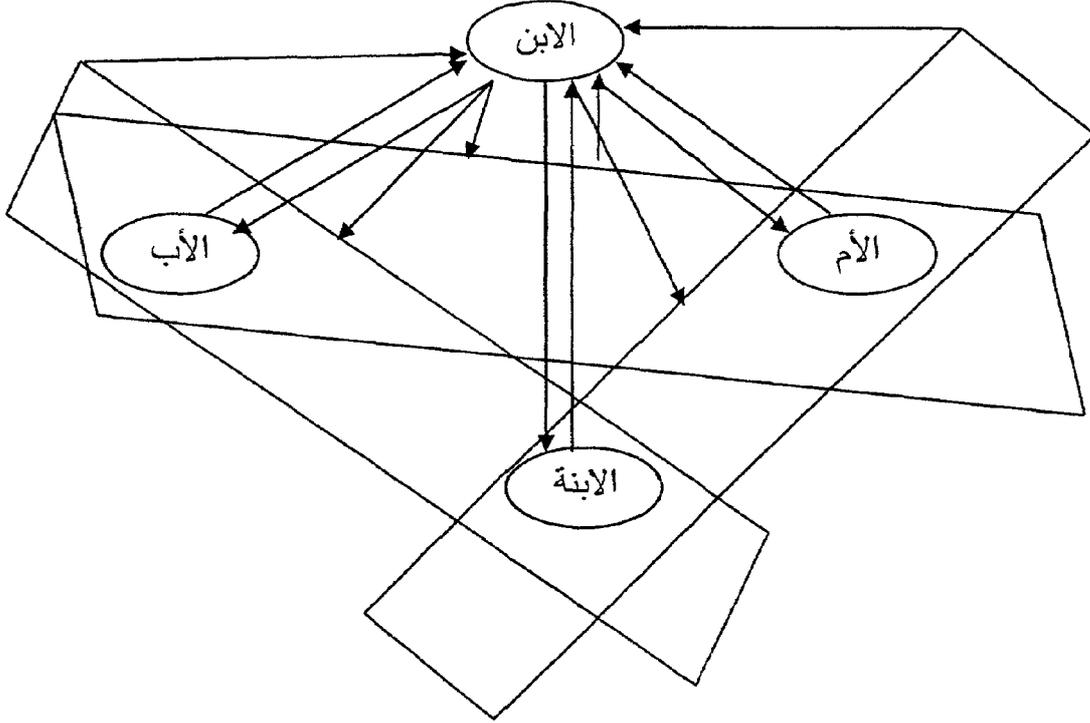
العلاقات الأسرية والاكتئاب

نعني بالعلاقات الأسرية تلك الروابط التي تربط أفراد الأسرة بعضهم ببعض داخل النسق الأسري، وهذه الروابط إما أن تكون روابط حميمة وقوية تعمل على استقرار العلاقات الأسرية وأمنها، وفي هذه الحالة فيجب تقوية وتدعيم هذه الروابط...، وأما أن تكون روابط ضعيفة تعوق استقرار النسق الأسري حيث تعمل على اضطراب العلاقات الأسرية وفي هذه الحالة يفضل كسر هذه الروابط ليحل محلها روابط أكثر قوة تعيد الاستقرار والأمان إلى العلاقات الأسرية.

والنسق الأسري مكون من شبكة من العلاقات المتداخلة مع بعضها فمثلاً إذا كانت الأسرة النووية مكونة من أربع أشخاص هم الأب والأم والابن والابنة. ففي هذه الحالة

إذا أردنا دراسة سلوك الابن داخل هذا النسق فيجب أن ندرس ونحلل ١٢ علاقة مختلفة. وتتمثل هذه العلاقات في العلاقات التالية:

- | | |
|--------------------|---------------------------|
| ١- الابن مع الأب | ٧- الابن مع الأب والأم |
| ٢- الأب مع الابن | ٨- الأب والأم مع الابن |
| ٣- الابن مع الأم | ٩- الابن مع الأم والأب |
| ٤- الأم مع الابن | ١٠- الأم والابنة مع الابن |
| ٥- الابن مع الابنة | ١١- الابن مع الأب والأخت |
| ٦- الابنة مع الابن | ١٢- الأب والابنة مع الابن |
- والشكل التالي يوضح شبكة العلاقات المتداخلة لهذه الأسرة.



شكل رقم (٤/٢)

يوضح شبكة العلاقات المتداخلة لهذه الأسرة

(علاء الدين كفاقي، ١٩٩٩)

- ويتم الكشف عن طبيعة هذه العلاقات عن طريق دراسة:
 - التفاعلات داخل النسق الأسري وتظهر من خلال مجموعة الأفعال المتبادلة التي تحدث بين أفراد الأسرة.
 - وسائل الاتصال التي يتبادلها أفراد الأسرة أثناء تفاعلاتهم.
 - الأدوار والوظائف التي يقوم بها أفراد الأسرة.
- وبعد دراسة وتحليل هذه العمليات داخل النسق الأسري، فلا بد من وضع قواعد لتحكم العلاقات الأسرية وتحافظ على استقرارها.
- وقد وضع الإسلام قواعد لتقوية الروابط الأسرية وحماية الأسرة من عوامل الضعف والتفكك والأخطار التي تهدد كيانها لأن الأسرة هي أساس المجتمع وفي ظلال الأسرة يتربى الأبناء الصالحين وتنمو مشاعر الأبوة والأمومة والبنوة والأخوة تنمو مشاعر إيجابية كل مع الآخر لذلك فأول أساس وضعه الإسلام لبناء الأسرة هو حسن الاختيار

للزوجين وفي الحديث الشريف "تخيرو لنطفكم فإن العرق دساس" ثم حدد الإسلام القواعد التي ينبغي أن تحكم العلاقة الزوجية فالعلاقة بين الزوجين لها قواعد وأركان متينة وهي السكن والموودة والرحمة والتي أشار إليها القرآن وذكرها الله تعالى في قوله "وَمِنْ آيَاتِهِ أَنْ خَلَقَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا لِتَسْكُنُوا إِلَيْهَا وَجَعَلَ بَيْنَكُمْ مَوَدَّةً وَرَحْمَةً إِنَّ فِي ذَلِكَ لآيَاتٍ لِقَوْمٍ يَتَفَكَّرُونَ" (سورة الروم آية ٢١). كما حدد حقوق وواجبات كل من الزوجين، والمشاكل التي غالباً ما نلاحظها بين الزوجين أن كل منهم ينتظر حقوقه من الطرف الآخر مما يثير المشاكل على الرغم من أنه إذا أدت الواجبات وروعت الحقوق لأن الحقوق هي في الحقيقة واجبات على الآخرين فحق الزوجة هو واجب على الزوج، وحق الزوج واجب على الزوجة، وحق الأولاد واجب على الوالدين وحقوق الوالدين واجبات على الأولاد. فلو أدى الناس واجباتهم روعيت الحقوق تماماً. فداء الواجب أولاً لذا فيجب على كل من الزوجين أن يعرف ما هي الواجبات عليه وقد حدد الحديث النبوي الشريف العلاقة التي تحكم جميع أفراد الأسرة والتي تحدد أن الكل مسئول في قول الرسول ﷺ "كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته" فالزوج مسئول والزوجة مسئولة وكذلك الأبناء عليهم مسئولية أيضاً كما حدد الإسلام القواعد التي تحكم العلاقات بين الآباء والأبناء وعندما تضطرب هذه العلاقات وتتهار هذه القواعد تظهر مشاكل في التفاعلات وطرق الاتصال وخلل في الأدوار وتقصير في أداء الأفراد لواجباتهم لذلك يهتم العلاج الأسري بدراسة العلاقات الآتية:

(أ) العلاقة بين الزوجين Relation ship between couple لأن هذه العلاقة رغم أنها خاصة بين الوالدين إلا أن لها تأثيراً كبيراً على الأبناء. وهناك دراسات علاج اهتمت بتصحيح العلاقة بين الزوجين فقط وترتب على ذلك علاج لمشاكل أبنائهم. ويهتم في هذه العلاقة بتحليل طبيعة التفاعلات التي تحدث بين الزوجين وأساليب التواصل التي يتعاملان بها، وأداء كل زوج لواجباته نحو الزوج الآخر، والمشكلات التي عادة ما يتكرر حدوثها بينهما والأسس والأساليب التي يمارسونها في حل مشكلاتهم، وطبيعة العلاقة الخاصة بين الزوجين وأثرها على مشاكلهم وعلي الأبناء وتحديدهم والتزامهم بالقواعد التي تحكم هذه العلاقة (مثل المعاشرة الطيبة - التفاهم - التقبل والاحترام والتسامح المتبادل - وقيام كل منهم بدوره المطلوب منه).

(ب) كما يهتم بدراسة وتحليل العلاقة بين الآباء والأبناء The relationship between parents and Childrenn حيث يهتم فيها بتحليل التفاعلات وأساليب التواصل بينهم وكذلك وظائف كل منهم نحو الآخر وأساليب التنشئة الاجتماعية فيجب على الآباء توفير بيئة نفسية آمنة ومترنة لأبنائهم ويوفرا لهما الرعاية الكاملة. وحيث أثبتت نتائج إحدى الدراسات أن "سلوكيات الأبناء الذين ينشئون في جو أسري يتميزون بسلوكيات ديمقراطية من الآباء تختلف عن سلوكيات الأبناء الذين ينشئون في جو أسري يتصف بسلوكيات تسلطية ديكتاتورية أو سلوكيات فوضوية متسيبة" (ماهر محمود عمر، ١٩٨٨-٤٧٢). وكذلك على الأبناء واجبات معينة يجب القيام بها نحو آبائهم.

(ج) وأيضاً يهتم بدراسة وتحليل العلاقة بين الأبناء حيث يهتم بدراسة التفاعلات وأساليب التواصل والوظائف بين الأخوة بعضهم البعض ودراسة الأدوار التي يقوم بها كل منهم نحو الآخرين ويحدد القواعد التي تحكم طبيعة هذه العلاقة. ويكشف العلاج الأسري عن مواقع الخلل والاضطرابات والعمليات المرضية التي تتواجد في أي علاقة من العلاقات السابقة لعلاج هذا الاضطراب المرضي حيث أن

العلاقات الأسرية لها فعالية وقوة وتأثير أما في السقوط إلى المرض النفسي والاستمرار فيه أو للارتقاء بنمو المهارات الاجتماعية الإيجابية.

"حيث ان العلاقات الشخصية المتبادلة وطريقة إدراك الرسائل ومدى اتساقها هذا بدوره يؤدي إلى أن المعالج لا يكثر كثيراً بتوجيه الأسئلة ذات الأهمية التشخيصية. فمثلاً: عندما يلاحظ اكتئاباً لدى أحد الأعضاء لا يسعى إلى سؤاله عن نمط نومه أو أنواع الأرق التي يعاني منها وعن فقدان الشهية وغير ذلك من العلامات المرتبطة بالاكتئاب. بل هو يسعى إلى أن يفهم وظيفة هذا الاكتئاب في نظام الأسرة". (محمود الزبيدي، ١٩٨٧: ٤٥٦)

تأثير الاكتئاب على العلاقات الأسرية:

فهناك علاقة وطيدة تربط بين العلاقات الأسرية والاكتئاب وكذلك علاقات ارتباطية أخرى تربط بين العلاقات الأسرية وتقدير الذات والاكتئاب.

مما لا شك فيه أن الأسرة تسهم في نمو وتقدير الذات لدى أبنائها فإذا كانت الأسرة تربي أبنائها بصورة إيجابية، وتدرك مميزاته وتعبر عن ذلك للابن، بل أكثر من ذلك بأن تقدم الدعم المناسب ففي هذه الحالة تنمو لدى الابن ذات إيجابية ويكون تقديره لذاته عالياً. أما إذا كانت الأسرة تحمل ابنها ما لا طاقة له به بمعنى أنها تحمله تفوق قدراته وإمكاناته وتحكم بصفة مستمرة على سلوكياته الخاطئة متجاهلة هذا الإنسان والمميزات الأخرى التي يمتلكها بالإضافة إلى تقديم تدعيم سلبي له فهذا يسهم بدور كبير في تقدير ذات منخفض لدى هذا الابن ويظهر التدعيم الإيجابي أو التدعيم السلبي من خلال "الرسائل النفسية الإيجابية المتميزة بعبارات الاستحسان والتشجيع والتسامح والتقبل والمحبة الموجهة من الآباء إلى الأبناء تسهم إلى حد كبير في بناء وتدعيم مفهوم الذات واحترامها وتأكيداتها وإدراكها والوعي بها عندهم، ذلك على عكس الرسائل النفسية السلبية المتصفة بعبارات اللوم والتأنيب والتوبيخ والنبذ والرفض الموجهة من الآباء إلى أبنائهم حيث أنها تتسبب في عرقلة مفهوم الذات عندهم وخلخلتها واهتزازها مما يخلق شعور لديهم بقلّة احترامهم لأنفسهم وعجزهم عن تأكيد ذاتهم بالطرق السوية المشروعة" (ماهر محمود عمر، ١٩٨٨: ٤٧٩).

وتقدير الذات المنخفض لدى الأبناء وخاصة لدى المراهقين يؤدي بهم إلى الإصابة بالأمراض النفسية المختلفة وبصفة خاصة الاكتئاب النفسي حيث أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة دالة بين تقدير الذات والاكتئاب. فكلما أنخفض تقدير الذات ازداد معدل حدوث الاكتئاب (Booth Ronald, 1993 Guarino, Mary, 1994)، رواية محمود دسوقي ١٩٩٥، زينب شقير ١٩٩٥). أي أن التدعيم الأسري يرتبط بتقدير الذات للأبناء، وتقدير الذات يرتبط بحدوث الاكتئاب.

وقديما اهتم علماء النفس والباحثون بدراسة العلاقة بين المتغيرات الأسرية والفصام أما في الآونة الأخيرة ظهر الاهتمام بدراسة العلاقة بين المتغيرات الأسرية والاكتئاب لإيجاد الدليل لتدعيم فرضية "أن هناك حيلة بين المتغيرات الأسرية ومدى تأثيرها على الاضطرابات الوجدانية وقد توصلت نتائج الدراسات إلى أن هناك علاقات بين التفاعلات الأسرية وأساليب التواصل والوظائف والأدوار الأسرية وبين حدوث الاكتئاب الوالدي أو علاقات الأب والأم ممزقة لدرجة أصابت الأبناء بالاكتئاب أو علاقات الأسرة كلها مضطربة مما أثر على اكتئاب الأبناء.

وتتأثر العلاقات الأسرية وتضطرب بصفة عامة سواء كان الاكتئاب عند الآباء أو الاكتئاب عند الأبناء.

(أ) تأثير الاكتئاب الوالدي على العلاقات الأسرية:

الأباء شخصيات هامة وبارزة في الأسرة يقومون بأدوار هامة في حياة أبنائهم ويؤثرون في عمليات التواصل لدى الأبناء لذلك فعندما يكون كل من الأبوين مصابا بالاكتئاب فإن الأطفال يصبحون في خطر أكبر عما إذا كان أحد الوالدين فقط مصاب. وإذا كان أي من الأبوين مصابا بالاكتئاب فإن ذلك يؤثر على تواصل الطفل.

"إذا كانت الأم مصابة بالاكتئاب فإنها تقوم بخلافات مع أطفالها، والأم تفشل أن تكون أما مسئولة، وتكون غير قادرة على أن تؤدي دورها على الوجه الأكمل وتفقد قدراتها على العطاء، وقد قيم ويسمان Weissman نوع الأضرار الناتجة لقدرة الأم المكتتبة على التوافق في المنزل فوجد أن الأمهات المصابات بالاكتئاب قد شعروا بأنهن مسئولات بشكل جزئي عن حياة أطفالهن، وأن هناك صعوبة في التواصل بالنسبة لهم مع أبنائهم وبالتالي هذا يؤثر على التواصل للأبناء، وأن الأم فشلت في الدور الأموي الذي تلعبه حيث أنها تفقد المرونة في معالجة الأمور المتعلقة بأبنائها.

وأن الحزن واليأس والتوتر لدى الأم له تأثير على نمو التواصل السليم على الأبناء خاصة في المراحل الأولى من عمرهم فهي لا تمتلك القدرة على ان تصبح في عملية تواصل كاملة معهم كما أنها غير قادرة على أن تمنح الاستقرار والتنشئة السليمة لأبنائها المراهقين، فهي غير قادرة على تحديد حدود لسلوكيات المراهق كما أنها تفقد القدرة على التواصل العاطفي مع أولادها وتفقد قدرتها على المرونة في استخدام مهارات التواصل الملائمة وقد أتضح أن المراهقين أبناء الأمهات المكتتبات لديهم مشاكل سيكولوجية فهم أقل توافقاً من نظرائهم، وهم يعانون من اضطرابات سلوكية، ومشاكل دراسية، وصراعات حادة مع الآباء. وللدرد من هذه السلوكيات والاضطرابات فلا بد من علاج اكتئاب الأم (Edelstein, Karen, 1993).

ويتضمن ذلك أن اكتئاب الأم يؤثر على اضطراب العلاقات في الأسرة حيث أنها تفشل في أداء دورها كأم والتفاعل محدود داخل هذه الأسرة ويكاد يكون التواصل معدوماً خاصة إذا كان الأب غير موجود في مثل هذه الأسر وكذلك غياب العلاقات الدافئة بين أفراد هذه الأسر. كل هذه العوامل تسهم في مرضية الأسرة.

وتدعم نتائج الدراسة السابقة دراسة أخرى توصلت إلى أن :

"المزاج الاكتئابي للأم يؤثر على سلوك المراهق وعلى استخدامه لأساليب اتصال سلبية، وكذلك يؤثر على العلاقة بين الآباء والمراهقين وهذا الاتصال السلبي والعلاقة المضطربة تخلق بيئة مليئة بالمخاطر مما يجعل المراهق عرضة للاضطراب وللمشاكل السلوكية" (Corona, Rosalie, 1999).

أما بالنسبة للأب المكتتب فلم تتوصل الباحثة لدراسات عن الأب المكتتب وتأثيره على العلاقات داخل الأسرة وإن كان من المتوقع أن يؤثر على اضطراب العلاقات الأسرية أيضاً لأنه سوف تضطرب العلاقة بينه وبين زوجته وهذا سوف يؤثر مباشرة على الأبناء كما أن الأب يرمز للقوة والسلطة داخل الأسرة كذلك فتضرب العلاقة بينه وبين أبنائه لانعدام التواصل بينهم، ولكن ربما يكون تأثيره على اضطراب العلاقات داخل الأسرة أقل من تأثير الأم المكتتبة ولكن هذا الأمر يحتاج إلى دراسات توضح هذه النقطة.

(ب) تأثير اكتئاب الابناء المراهقين على العلاقات الأسرية:

أما بالنسبة للأسر التي بها مراهقون يعانون من الاكتئاب. أشارت نتائج الدراسات أن هناك ارتباط بين العلاقات الأسرية داخل النسق وبين الاكتئاب وفيما يلي تعرض

الباحثة نتائج بعض الدراسات التي تدعم أن هناك علاقة بين اضطراب العلاقات الأسرية واكتئاب المراهقين موضحة المتغيرات الأسرية التي تؤثر في اكتئاب الأبناء المراهقين. تشير الدراسات إلى "أن العلاقات الأسرية الممزقة لها تأثير على نمو الاضطرابات الوجدانية بين الشباب وأن ما يجري في محيط الأسرة يؤثر على نمو الاضطرابات الوجدانية بين الأطفال والمراهقين" (Diamond, Guy, 1995, Edlestien Karen, 1993).

ودعمت هذه النتائج دراسة أخرى تشير إلى أن "العلاقة الأسرية المشككة، والتدعيم الاجتماعي القليل من الأسرة من أهم العوامل التي تؤثر على الاكتئاب" (Brodere, Rebecca, 1996).

"كما أن صراع المراهق مع الوالدين، وكذلك الصراع بين الوالدين لهم تأثيرات مباشرة وكبيرة على المراهق وبصفة خاصة عند الإناث" (Brown Margaret, 1995). "وكذلك أثبتت نتائج إحدى الدراسات أن هناك علاقة واضحة وذات دلالة إحصائية بين خصائص شخصية الأمهات مثل العصبية والذهنية وبين الأعراض الاكتئابية عند الأبناء وكذلك وجود علاقة بين الضغوط الوالديه وبين الأعراض الاكتئابية عند الأبناء" (أمل على إبراهيم ١٩٩٧).

"وعلى هذا الأساس فإن البيئة غير الآمنة والملئبة بالخلافات والصراعات من أهم وأخطر العوامل التي تؤثر في اكتئاب المراهق" (Booth, Ronald, 1993, Scheer, David, 1995).

كما "توجد علاقات دالة بين أبعاد الرعاية والحماية الزائدة كأبعاد بين الارتباط وبين الأعراض الاكتئابية، وكذلك من أهم العوامل التي يمكنها أن تسهم في حدوث الاكتئاب إدراك المراهق للارتباط الوالدي غير الآمن" (Morales, Alejandra, 1999). وأيضاً "أدراك المراهق للرفض الوالدي يؤثر في تقدير الذات ثم يؤثر في اكتئاب المراهق" (السيد على أحمد ١٩٩٢، Heller, Benjamin 1996).

واتفقت مجموعة من الدراسات على "أهمية التدعيم المباشر من الأسرة حيث أن زيادة التدعيم الإيجابي ترتبط بكفاءة الذات العالية وينمي دورهم في الأسرة تنمية إيجابية، وأن نقص التدعيم الحميم من الأسرة للمراهق وبصفة خاصة من الوالدين يكون مصحوباً بزيادة في الاكتئاب" (Swart, Jana 1992, Mendal, Dena 1993, Lyons Janice 1994, Lewis, Marian 1995, Goodness Kelly 1996).

وقد أضح أيضاً أن هناك علاقة سالبة بين اكتئاب الطفولة والتوافق الزوجي، وعلاقة إيجابية دالة بين اكتئاب الطفولة والمثلث المرضي للطفل" (Marchesano, Dolores, 1993).

وكذلك دعمت هذه النتيجة أن العلاقات والتفاعلات المضطربة بين الوالدين تترك تأثيراً غير مباشر على اكتئاب الابن ودخوله المثلث المرضي، وأن العمليات المرضية التي تحدث داخل الأسرة تتبأ بالمريض النفسي للمراهق وأن اضطراب العلاقات والوظائف بين أفراد الأسرة ينبأ باكتئاب المراهق وممارسة السلوك اللااجتماعي وأن نقص الحدود والروابط داخل النسق الأسري يؤدي إلى نمو أعضاء في الأسرة مصابين بالاكتئاب" (Bouger, Alan 1992, Pool, Elsa, 1993, O'connor, Thomas, 1995).

كما أن هناك مجموعة من الدلائل تشير إلى أن العوامل البين شخصية وبصفة خاصة علاقات الأسرة تلعب دوراً هاماً في نمو وتطور واستمرارية المرضية عند الأبناء بصفة عامة، ونمو الاكتئاب بصفة خاصة وتتمثل هذه العوامل في:

١- العلاقة أو الرابطة الضعيفة بين الطفل والوالدين خاصة في الأسر المتشابهة والإهمال الذي يحكم هذه العلاقة.

٢- هناك مستوى عالي من العداة والخصومة والنقد الموجه بين الوالدين والمراهق.

٣- وجود المرض النفسي عند الآباء بصفة عامة، ووجود الاكتئاب بصفة خاصة يؤثر على العلاقات الشخصية بين الآباء والأبناء نتيجة لافتقار الآباء الكثير من المهارات في تفاعلاتهم مع الأبناء (مثل التواصل، والمناقشة، ومهارات حل المناقشة.... الخ).

٤- تأثير الدور الأبوي أو الدور الوالدي غير الفعال على العلاقة بالأبناء البحوث التجريبية حددت هذه العوامل السابقة ذكرها كعوامل مؤثرة في اكتئاب المراهقين من بداية ظهور الاكتئاب وخلال فترة الاكتئاب وايضا على نتائج الاكتئاب (Dianomaont, Guy & Siqueland Lynne, 1995:78).

ومن العرض السابق لما توصلت إليه نتائج الدراسات يتبين لنا أن العلاقات الأسرية المضطربة والتي تمثلت في الصراعات بين الوالدين أو الصراعات بين الوالدين والمراهق والتفاعلات المرضية وأساليب التواصل الخاطئة متغيرات هامة تساهم في ظهور الاكتئاب عند الأبناء وكذلك البيئة الأسرية غير الآمنة وأساليب التنشئة الخاطئة وأساليب التدعيم السلبي وإدراك المراهق لأسرته كلها عوامل تسهم في حدوث الاكتئاب.

وهذه النتائج تتفق مع الاتجاهات النظرية لأصحاب التوجه النسقي والذين أسسوا نظرياتهم على فرضية هامة وهي أن هناك علاقة بين المتغيرات الأسرية وبصفة خاصة العلاقات الأسرية المضطربة ونشأة المرض النفسي عند الأبناء وأن الابن الذي رشحته الأسرة لأن يكون مريضاً أو مضطرباً نفسياً ما هو إلا أنه حامل لاضطرابات ومرضية الأسرة ويعبر عن ذلك في مرضيته هو ليحافظ على توازن الأسرة المختل.

ودعمت الدراسة الميدانية التي قامت بها الباحثة هذه النتائج فلاحظت الباحثة أن أسر المراهقات المكتئبات يظهر فيها اضطراب في العلاقات الأسرية بوضوح وبصفة خاصة العلاقة بين الزوجين وهذا يظهر من خلال كثرة الخلافات والصراعات بين الزوجين، وأساليب تواصلهم الخاطئة وممارسة أساليب التجاهل والإهمال والنبذ أو الصراخ والاعتداء بالضرب....، ويحملان مشاعر كره كما لو كانوا أعداء، وفقد في الثقة المتبادلة بينهما هذا بالإضافة إلى التقصير العمدي في أداء واجبات كل منهم نحو الآخر مبرراً ذلك بأن الطرف الآخر هو الذي بدأ بالتقصير، وأن العلاقة العاطفية بينهم يكاد يكون هناك انفصال عاطفي بينهما. كل هذا أثر تأثيراً كبيراً وواضحاً في اكتئاب الأبناء المراهقات وعلى الرغم من ذلك فإن الأسر تربي أن الأبناء هم المرضى وأن الأسرة ليس لها أي علاقة بهذا الاكتئاب.

كما لاحظت الباحثة مع آباء المراهقات المكتئبات أنهم يشكون من علاقتهم السابقة مع آبائهم حيث يصفون آبائهم بأنهم كانوا يمارسون أساليب عنيفة في معاملتهم مثل الضرب والإهانات المستمرة والقسوة كما أنهم عانوا من الحرمان لانخفاض مستوي المعيشة عند آبائهم في حين أنهم يرون من وجهة نظرهم أنهم يوفرون بيئة أفضل بكثير من التي عاشوها سابقاً لذلك فليس من حق الأبناء أن يلوموا عليهم. ومن الطريف مع إحدى الحالات أن الأم شكت من سوء معاملة أمها لها وتفضيل أختها الصغيرة عليها وأن

البنيت المكتتبة شككت نفس الشكوى من أمها وعند مواجهة الأم بهذه الحقيقة أنكرت وقالت أنها تعامل أبنائها معاملة واحدة وأن هناك فرقاً بين ما كانت تجده مع أمها، ومع ما تشعر به البنيت المكتتبة الآن وأن إحساسها خاطئ، واستمرت في الدفاع عن نفسها.

وقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن "الأباء للأطفال المكتتبين اتصفوا بأنهم سريعو الغضب، ذوي ميول تأديبية، ومستخفون ومهملون ويقومون باستمرار بتوجيه غضبهم في اتجاه أبنائهم أو يستعملون وسائل تأديبية عنيفة (Edelstein, Karen, 1993).

وتضيف الباحثة أنهم يفتقدون المهارات الاجتماعية التي يمكن أن تحسن من كفاءة التفاعل من مهارات التواصل ومهارة حل المشكلات، ومهارات المناقشة والتفاوض وكذلك استخدامهم لأساليب التدعيم المناسبة للموقف.

ومن هذا المنطلق اتجهت مجموعة من الدراسات التجريبية القليلة للتعرف على جدوى وفعالية العلاج الأسري من اكتئاب المراهقين من خلال علاج العلاقات الأسرية المضطربة والبحث عن العمليات المرضية التي أدت إلى اضطراب هذه العلاقات وقد توصلت نتائج هذه الدراسات إلى أن العلاج الأسري حقق نجاحاً عظيماً مع هذه الأسر حيث خفض من درجة الاكتئاب لدى الأبناء. كما صحح التفاعلات الخاطئة ونمى أساليب تواصل جديدة وعالج العلاقات الأسرية المضطربة (Edelstein, Karen 1993, Diamond, Guy 2003).

علاج الاكتئاب:

تتعدد أساليب وطرق العلاج النفسي التي تستخدم في علاج الاكتئاب وذلك وفقاً لتعدد المداخل النظرية التي تفسر الاكتئاب.

فهناك المدخل البيولوجي والذي يركز فيه الأطباء النفسيون على العلاج بالعقاقير أو بالصدمات الكهربائية، وأحياناً بالتدخل الجراحي. هذا بالإضافة إلى بعض النصائح والاستشارات النفسية التي يقدمها الأطباء النفسيون لمرضى الاكتئاب أما المداخل النفسية فهي تركز على الأساليب النفسية والاجتماعية في العلاج، ولكن كل نظرية من النظريات تفسر الاكتئاب في ضوء أسباب محددة لذلك فهي تقدم علاجاً لهذه الأسباب فهم يهتمون بالبحث في الأسباب سعياً لإزالة الأعراض وإعادة تعديل السلوك بشكل إيجابي. فنظرية التحليل النفسي تبحث في جذور المرض وتعود بالمرضى المكتتب إلى مرحلة الطفولة المبكرة للكشف عن صراعات الطفولة، واستعادة الخبرات الصادمة والدوافع والرغبات المكبوتة في اللاشعور بغرض حل الصراع الأوديبي والتثبيت عند المرحلة الفمية وتقوية دفاعات الأنا لتستطيع مواجهة صراعاتها.

أما النظريات المعرفية السلوكية (السلوكية - العجز المتعلم - المعرفية لبيك) فهي تهتم بإزالة الأعراض وتغيير الأفكار اللامنطقية واللاعقلية فالنظرية المعرفية لبيك تتمثل في إعادة بناء البنية المعرفية للفرد المكتتب عن طريق تعديل أفكاره ومعتقداته الغير منطقية وإحلال أفكار ومعتقدات فعالة وإيجابية ومنطقية بدلاً منها وعندما تتغير أساليب التفكير للفرد المكتتب تتحسن رؤيته إلى ذاته وعالمه ومستقبله ومن ثم تزول الأعراض الاكتئابية لديه أما النظرية السلوكية فتهم بإزالة الأعراض المرتبطة بالسلوك المضطرب أو السلوك الشاذ وإيداله بسلوكيات سوية وأكثر إيجابية ويتم ذلك عن طريق استخدام أساليب التدعيم الإيجابية كما ركزت هذه النظرية على أهمية إكساب المكتتب بعض المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة التفاعل الاجتماعي في المواقف المختلفة وكذلك نظرية العجز المتعلم لسايجمان تهدف إلى تغيير الأفكار والمعتقدات المرتبطة

بتوقعات المكتئب السلبية بحيث يدرك أن استجاباته سوف تكون فعالة ويتجنب التوقع السلبي للأحداث.

وبذلك فيمكننا القول بأن النظريات المعرفية السلوكية تهدف إلى تغيير الأفكار غير المنطقية ويترتب على ذلك إزالة السلوك المضطرب، أو تعديله إلى سلوك إيجابي وكذلك المحافظة على السلوك الإيجابي بأساليب التدعيم الإيجابية، ومن ثم نزول أعراض الاكتئاب.

وتركز النظرية الوجودية (الفيونومينولوجية) على العلاج بالمعنى وتعتمد على شعور الفرد المكتئب بمعنى وهدف في الحياة يشعره بوجوده وبذلك فيعتمد العلاج في البحث عن المعنى حيث يبحث المعالج عن أهداف لها معنى في حياة الفرد المكتئب مما يقلل من اكتئابه فاكتشاف المكتئب لمعنى وهدف في حياته يقضي على الملل والضيق والفرغ الوجودي ومن ثم على الأعراض الاكتئابية.

وبصفة عامة يتوقف نجاح العلاج على استعداد المريض وتقبله للعلاج وعلي طبيعة حالته التي تتطلب نوعاً معيناً من هذه العلاجات والبحث في الأسباب بالإضافة إلى الاتجاه النظري الذي يتبناه المعالج.

وفيما يلي تعرض الباحثة بصورة موجزة أنواع العلاج المختلفة والتي تستخدم في علاج الاكتئاب.

علاج الاكتئاب وفقاً للمدخل البيولوجي

العلاجات الطبية للاكتئاب:

"كون المنظور الطبي يركز بصفة أساسية على طبيعة الاختلالات الوظيفية لعمل الجهاز العصبي المركزي والمستقل، وكذلك الاضطرابات الهرمونية واضطراب عملية الهدم والبناء وما يتبع ذلك من اضطرابات معرفية وبدنية فإن علاج الاكتئاب من هذا المنظور ينصب على الوسائل المعروفة لدى معظم المشتغلين في الطب النفسي بداية بالعقاقير الدوائية ونهاية بالصددمات الكهربائية والتدخل الجراحي". (عبد الله عسكر، ١٩٨٨ : ١٧٨)

أولاً: العلاج بالعقاقير:

- العقاقير المضادة للاكتئاب:

تنقسم العقاقير المضادة للاكتئاب إلى:

١- عقاقير منبهة للجهاز العصبي:

ومن أمثلتها مشتقات الامفيتامين "المنشطات مثل (ديكسرين، بريلودين، اليدبران، ريتالين، مكساتون، وغيرها).

وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية في الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر، وبعث الطاقة والحيوية، ولزيادة النشاط، إلا أنه قد اكتشف حديثاً مضار لهذه العقاقير، وأهمها الإدمان كما يضعف مفعول العقار مع طول مدة استخدامه، كما أن تناول المريض لهذه الأدوية لمدة طويلة، وبكميات كبيرة قد تعرضه لحالات من الذهان البارانوي. ويجب الحد من استعمال هذه المجموعة إلا تحت إشراف طبي مباشر خاصة أن التنبيه الذي تحدثه وقتياً ولا يزيد عن عدة ساعات ومن ثم يكون استعمالها في الاكتئاب غير ذي موضوع.

٢ - عقاقير مضادة للاكتئاب تنقسم إلى:

أ- العقاقير الخفيفة المضادة للاكتئاب Monoamine Oxidase Inhibitors (Irreversible) "المانعة لأكسدة المركبات الحادية الأمينية":

مثل الباربلان Marplan، والنارديل Nardil، والبارستلين Parstelin، وتعمل كل العقاقير المانعة لأكسدة المركبات الأحادية الأمينية على زيادة نسبة الموصلات العصبية في المخ وخاصة النوراديينالين والسيروتونين والدوبامين والتي تنخفض نسبتها أثناء الاكتئاب، ومن ثم تمنع هذه الأدوية أكسدة هذه الموصلات، والتخلص منها، وبالتالي ترتفع نسبتها في المخ في المشتبكات العصبية ويبدأ المريض في التحسن بعد مدة من وصول ارتفاع نسبة هذه الهرمونات إلى الدرجة الشافية ولكن هذه الأدوية لها آثار جانبية مثل الدوار وانخفاض ضغط الدم، وصعوبات التبول.... الخ.

ب- عقاقير متوسطة مضادة للاكتئاب:

ومن أمثلتها عقاقير نوفريل Noveril وهو ذو فائدة في علاج حالات الاكتئاب النفسي أو الذهاني.

ج- عقاقير شديدة مضادة للاكتئاب (المركبات الحلقية الثلاثية والثنائية والأحادية):

من أمثلتها التوفرانيل Tofranil، والانافرانيل Anafranil والترينبرول Tryptizol وتفيد هذه المجموعة في الاكتئاب الشديد، وتتشابه أعراضها الجانبية مع أعراض العقاقير الخفيفة.

د- المركبات الحلقية الرباعية:

ومن أمثلتها لوديوميل، والميانسرين.

هـ- مركبات أخرى مضادة للاكتئاب:

يزداد الاهتمام بالعقاقير الجديدة المضادة للاكتئاب في الوقت الحالي كمحاولة للتغلب على الآثار الجانبية للعقاقير المتوفرة حالياً ولسرعة الفاعلية، ولتجنب التأثير على القلب، وقد ظهرت في السنوات الأخيرة عديد من العقاقير لها فاعلية خاصة نحو أحد الموصلات العصبية دون غيرها مما يزيد من تأثيرها على الاكتئاب وهي:

(هـ-١) المانع الانتقالية إعادة امتصاص السيروتونين:

Selective Serotonin Reuptake Inhibitors:

تتميز هذه المجموعة بالعمل على زيادة الموصل العصبي "السيروتونين" في المشتبكات العصبية، وتعديل حاسية المستقبلات، وتتميز بقوة فاعليتها، وقلة الأعراض الجانبية، وعدم تفاعلها مع العقاقير الأخرى المستعملة مع الأمراض الأخرى، ولا تحدث تأثيراً على ضربات القلب. وقد يعاني المرضى من بعض الأعراض الجانبية مثل فقد الشهية والغثيان والقيء والتوتر ومن هذه المجموعة (عقار الفلوفوكسامين Faverin، والفلوكسيتين Prozac، والباروكستين Seroxat).

(هـ-٢) المانع لإعادة امتصاص النورادرينالين والسيروتونين:

ومن أمثلتها فنلافاكسين Efexor، ومترازيبين Rimeron. ويدعي البعض زيادة فاعليتها مع قلة الآثار الجانبية عن المانع الانتقالية لإعادة امتصاص السيروتونين. (عبد الله عسكر، ١٩٨٨، ١٧٨-١٧٩، أحمد عكاشة، ١٩٩٨، ٣٨٣-٣٨٩)

ويصنف عزت إسماعيل (١٩٨٤) مضادات الاكتئاب في تصنيفين إما وفقاً لتركيبها مثل الأحماض الأمينية ثلاثية الحلقات وفيها العقاقير ثلاثية الحلقات تعوق إعادة تعاطي الأمينيات إلى النهايات العصبية قبل المشتبكية، ومن ثم تعمل على زيادة مستوى الأمينيات

عند المستقبلات بعد المشبكية Presynaptic Receptors أو تصنيف هذه المضادات وفقاً لفاعليتها مثل العقاقير الكافة لأكسدة الأحماض الأمينية الأحادية على إعاقة وتكسير النواربنفرين في داخل الخلية العصبية" (عزت إسماعيل، ١٩٨٤ : ١٩٨-١٩٩).

"والعقاقير هي أداة مفيدة لتخفيف الأعراض وعلاج الاكتئاب، ومن الأدوية الحديثة التي أثبتت الدراسات فاعليتها في علاج الاكتئاب عقار Prozac، وعموماً فإن التحدث مع الطبيب النفسي عن كيفية استخدام الأدوية ومعرفة أثارها وتأثيرها على المريض هي الطريقة الأفضل لاكتشاف فعالية هذه الأدوية بالنسبة للمريض وتساعد الطبيب في اتخاذ القرار بشأن حالة المريض الصحية" (Yapke, Michael, 2001:3).

وتشير إحدى الدراسات إلى أن هناك عاملين يؤثران في فاعلية العلاج ونجاحه وهما:

١- فاعلية العلاج بالعقاقير وتتمثل في المواظبة على العلاج وعلي الطبيب النفسي تحديد المستويات الملائمة من الجرعات ومتابعة واستمرارية العلاج مع الطبيب.

٢- الدعم النفسي لمساعدة المريض على الشفاء من الاكتئاب ويركز هذا العامل على دور الطبيب وما يقدمه للمريض المكتئب من دعم نفسي (Walling, D. Anne, 1999:1).

وهناك العديد من الدراسات التي أثبتت فعالية استخدام العقاقير الحديثة في تخفيف الاكتئاب وقد أشارت إحدى الدراسات إلى أن "مضادات الاكتئاب الحديثة تظهر بمعدل عقار جديد كل عام وهذه المضادات الحديثة لعلاج الاكتئاب أصبحت أكثر أماناً (أقل في الآثار الجانبية) وأصبح المريض أكثر قدرة على تحملها لأنها أصبحت أقل في الأعراض الجانبية. كما أن فاعليتها تتساوى مع مضادات الاكتئاب التي تسبقها في الفترة الزمنية. وقد أثبت عقار البروزاك Prozac فاعليته في علاج الاكتئاب. (Martin, Andrew, 1998:133).

وقد أثبتت العديد من الدراسات الحديثة فعالية العقاقير الحديثة في علاج الاكتئاب (Walling, D. Anne, 1999, Yapke Michael 2001, Zoltan, Rihmer, 1999).

ثانياً: العلاج بالجلسات الكهربائية

Electro – Convulsive Therapy

"لقد أثار العلاج بالجلسات الكهربائية نقاشاً حاداً بين عامة الناس والمهنيين كذلك، وفي بداية الأمر وصف هذا العلاج في بعض الصحف من قبل الأطباء بأنه علاج وحشي وضار، وما زال الموقف الآن يتطلب نوعاً من التوعية بشأن هذا الأسلوب العلاجي ولكن الأمر يختلف الآن تماماً، إذ يعطي المريض قبل الجلسة الكهربائية مباشرة عقاقير تعمل على عدم حدوث مضاعفات للقلب وعلي استرخاء الجهاز العضلي، وتناقص الجانب الحركي من النوبة التشنجية كما تعمل حالة التخدير قصيرة الأمد على جعل الموقف العلاجي إنسانياً ومن الحقائق المعروفة أن اضطراب الذاكرة هو أحد الآثار الجانبية لاستخدام العلاج بالجلسات الكهربائية على أن طبيعة هذا الاضطراب، والمدة التي يستغرقها مازالت موضع نقاش" (عزت إسماعيل، ١٩٨٤ : ٢٠٨).

ويشير أحمد عكاشة ١٩٩٨ إلى أن الجلسات الكهربائية تعطى لمرضى الاكتئاب في الحالات الآتية:

- ١- عندما لا يستجيب الاكتئاب للعلاج بالعقاقير، وتزداد شدته بالرغم من مضادات الاكتئاب المختلفة.
- ٢- الحالات الانتحارية الشديدة، والأفكار السوداوية المتكررة.
- ٣- ذهان الهوس تحت الحاد، والهوس الحاد خاصة أن استجابة المصابين بهما للعلاج بالعقاقير تستغرق مدة من الزمن.
- ٤- حالات الاكتئاب المصحوبة بالهبوط الحركي أو الإثارة والتهيج الشديد.
- ٥- اكتئاب المسنين، حيث أن مضاعفات العقاقير في هذا العمر تفوق جلسات الكهرباء والتي تعتبر الآن أحسن علاج للاكتئاب في هذا السن" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٩٤).

ثالثاً: العلاج بالتدخل الجراحي:

وهناك نوعان شائعان من الجراحات النفسية:

- الأولى: جراحات التخفيف من الاكتئاب التفاعلي Reactive Depression وحالات القلق، وعصاب الوسواس القهري، وتجري أغلب هذه الجراحات في المربع الأسفل وسط الفص الجبهي والأجزاء المحيطة في المخ.
 - الثانية: جراحات تجري في حالات السلوك العدواني الشديد حيث تجري الجراحة على الدوائر العصبية التي تربط بين "الأميجد" و "الهيپوثلاموس".
- (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٣٩٥، صلاح مكاوي ١٩٩٧ : ٦٨)

العلاج النفسي للاكتئاب

يشير أحمد عكاشة (١٩٩٨) إلى أن "خلط العلاج النفسي والعلاج الكيميائي هو أحسن السبل لمواجهة اضطراب الاكتئاب خاصة للوقاية من النكسة وأكثر العلاجات النفسية المستعملة في الاكتئاب هي العلاج النفسي المعرفي والعلاج النفسي البين شخصي" (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٣٨١).

سوف تعرض الباحثة بصورة موجزة أنواع العلاج النفسي للاكتئاب حيث أن كل نوع من أنواع العلاج يستند إلى نظرية من النظريات التي تبحث وتفسر أسباب نشأة الاكتئاب، وعلي هذا الأساس يقوم العلاج بالبحث في الأسباب لإزالة الأعراض ومن ثم علاج الاكتئاب.

العلاج النفسي التحليلي للاكتئاب:

تلخص نظرية التحليل النفسي العوامل المثيرة للاكتئاب في عاملين:

أولاً: تغير في التوازن الخاص بالدفعات الغريزية، أعني الحب والعدوان، وكذلك تغير في ميكانيزمات الدفاع.

ثانياً: تغير في علاقات المريض بالموضوع وصورته.

أن فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب سواء كان المريض لم يعد محبوباً، أو أنه لم يعد يشعر أنه محبوب أو من جهة أخرى لم يعد يسعه أن يحب أو أن يكون محباً فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدها في أساس كل حالات الاكتئاب (مصطفى زيور، ١٩٧٥ : ١٣).

ومن ثم فإن المنظور العلاجي للتحليل النفسي في حالات الاكتئاب العصابية يهدف إلى تصفية الصراعات الطفلية الأساسية، وأثناء تحليلنا للعصاب الرئيسي.

ويشير أوتو فينجل (١٩٦٩) إلى ثلاثة صعوبات أساسية يتحتم على التحليل النفسي التغلب عليها في علاج الحالات الاكتئابية العصبية، والاضطرابات الهوسية الاكتئابية كالتالي:

الأولى: وترتبط بالثبوت الفمي، والثانية: تتعلق بالطبيعة النرجسية للمريض وما يترتب عليها من صعوبات في تحقيق العلاقة الطرحية، أما الصعوبة الثالثة فتتعلق بعدم استجابة المريض للتأثير التحليلي حيث أن الأنا العاقلة التي عليها أن تتعلم مواجهة صراعاتها عن طريق التحليل غير موجودة ببساطة (أوتوفينجل، ١٩٦٩: ٨١٩-٨٢٠).

ويركز العلاج النفسي التحليلي على العلاقة الطرحية بين المريض والمعالج وكذلك تصفية صراعات الطفولة وما يتعلق بها من تثبيت فمي أو صراع أوديبى حيث أن تصفية وحل هذه الصراعات من العوامل المؤثرة في علاج الاكتئاب.

"ويشير عبد الله عسكر (١٩٨٨) إلى أن التحليل النفسي يسعى إلى محاولة تخفيف حدة التثبيت الفمي ومحاولة حل الصراع الأوديبى وتقوية دفاعات الأنا، وتخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب مع إعادته التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعياً لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج" (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٧٧-١٧٨).

"فالهدف الرئيسي للتحليل النفسي هو مساعدة الفرد كي يكتسب استبصاراً بما في أعماقه من خبرات ودوافع ثم كتبها ويستخدم المحلل النفسي بغرض التوصل إلى محتويات اللاشعور طرماً معينة منها التداعي الحر Free Association تحليل الأحلام والنقل أو التحويل Transference، والتفسير ولما كانت الاستجابة الاكتئابية هي أساساً حالة وجدانية تتصف بفقدان تقدير الذات Self Esteem فإن المهمة العلاجية تكون في التعرف على ظروف ذلك الفقد، والعوامل التي تجعل المريض معرضاً لها، ومن جهة أخرى فإن الأهداف العلاجية لا تقتصر على خفض حدة الأعراض الاكتئابية، وإنما تعمل أيضاً على إنماء نوع من الاستبصار يزود المريض بقدر أكبر من المناعة لأي نوبات اكتئابية تالية، ويسمح بقدر أكبر من التوافق الناجح في الحياة" (عزت إسماعيل، ١٩٨٤: ٢١٣-٢٢٠).

ومن ذلك يتضح أن الأهداف العلاجية للتحليل النفسي تتمثل في ما يلي:

- التعرف على الأفكار والدوافع والمشاعر والصراعات النفسية المكبوتة داخل اللاشعور وتفريغها في الشعور ليعي بها ويستبصرها المريض فالاستبصار عامل هام في نجاح التحليل النفسي.
- الكشف عن الأساليب والميكانيزمات الدفاعية التي يلجأ إليها المريض وذلك لمواجهة الصراع والمشكلة الحقيقية التي يمر بها.
- إجراء تعديل في الذات المثالية Ego-Ideal لمساعدة المريض في تعديل نظريته لقدراته وإمكاناته ومن ثم لتقديره لذاته.
- إعادة حل الصراع الأوديبى ومحاولة تخفيف حدة التثبيت الفمي.
- تعديل في الأنا الأعلى الصارم الشديد القسوة لمحاولة تقليل الشعور بالذنب لدى المريض المكتئب، ولو أن الشعور بالإثم صفة أساسية من صفات المكتئب والبحث عن الأنا العاقلة التي تساعد المكتئب على مواجهة صراعاته بصورة واقعية وتقوية دفاعات الأنا وبما أن السبب الرئيس للاكتئاب وفقاً لنظرية التحليل النفسي هو فقدان الموضوع واستجابة المكتئب لهذا الفقد بصورة سلبية وإحباطه

الناتج عن عدم إشباع حاجاته للحب، وصراعاته فإن علاج الاكتئاب وفقاً للتحليل النفسي يعتمد على حل هذه الصراعات واستبصار المريض بها وبذلك تخفف من حدة الأعراض الاكتئابية، وإكساب المريض بعض الخبرات عند مواجهة الفقد لموضوعات أخرى.

ورغم أن التحليل النفسي قد حقق نجاحاً وفعالية في علاج الاكتئاب في فترة زمنية معينة فقد أوضحت دراسة عبد الله عسكر ١٩٨٨ أن هذا العلاج التحليلي النفسي له فعالية كبيرة في علاج الاكتئاب.

إلا أنه في الفترة الأخيرة أجري عبد الرحمن سليمان (١٩٩٩) دراسة مسحية على البحوث والدراسات التي تناولت الاكتئاب في السنوات العشر الأخيرة وقد توصل إلى أن الدراسات الحديثة تخلو تماماً من الإشارة إلى أسلوب التحليل النفسي بصورتيه التقليدية كوسيلة للتخلص من الاكتئاب... وهذا معناه عزوف الباحثين عن اللجوء إلى استخدامه. وأن ذلك ربما يرجع إلى الفترة الزمنية الطويلة التي يتطلبها التحليل النفسي في الوصول إلى الشفاء أو إلى تراجع فاعليته في تخفيف أنواعه أو ربما يكون ذلك لطبيعة المرض في حد ذاته ذلك أن الاكتئاب ليس نوعاً واحداً وإنما هو يظهر من خلال العديد من الأشكال وبالتالي يحتاج علاجه إلى تنوع صور وأشكال العلاج.

كما يشير الباحث إلى أن أكثر الأساليب العلاجية التي استخدمت حديثاً في علاج الاكتئاب وقد ثبتت فعاليتها وجدواها العلاج المعرفي السلوكي بكافة أشكاله وصوره المكثفة قصيرة المدى، والممتدة طويلة المدى، وأساليبه الإرشادية، وعلي عينات متباينة أطوالاً ومراهقين وراشدين ومسنين حيث حقق هدفه بشكل فعال في خفض الأعراض الاكتئابية. (عبد الرحمن سليمان، ١٩٩٩: ٦٨)

العلاج المعرفي السلوكي Behavioral Cognitive Therapy

العلاج المعرفي السلوكي شكل من أشكال العلاج النفسي استخدمه وطوره "آرون بيك" يهدف إلى تغيير نماذج التفكير بغرض التغلب على المشكلات الانفعالية والسلوكية التي تواجه الفرد، وهذا العلاج هو أكثر أنواع العلاج شيوعاً واستخداماً في علاج الاكتئاب حيث أثبتت نتائج بعض الدراسات مدي فاعلية العلاج المعرفي - السلوكي في علاج الاضطرابات الاكتئابية وبصفة خاصة لدى الشباب والمراهقين (صلاح الدين عراقي ١٩٩١، هشام عبد الله ١٩٩١، أمينة مختار ١٩٩٣)، (Lewinson Peter, & Clark Gregory, 1999, Brent David et al, 1999).

ومن هذا يتضح أن هذا العلاج له دور كبير وهام وفعال في علاج الاكتئاب حيث أنه يركز على أهم جانبيين التفكير والسلوك لأن تغيير المعارف والمعتقدات وطرق التفكير ينتج عنها تغيير في الانفعالات وأنماط السلوك.

ويشير بيك إلى أن "أنصار نظريات العجز المتعلم ونظريات التدعيم والنظريات المعرفية يؤكدون على ضرورة العمل على تعديل سلوك المريض بحيث يمكنه أن يكون قادراً على العودة إلى الاعتقاد بأن استجاباته ستحقق إشباعاً لرغباته ويعود ذلك إلى تخفيض كم المثيرات المكروهة والتي تسبب ألماً مؤدياً إلى الاكتئاب مع تحصينه تدريجياً ضد فكرة العجز وإكسابه القدرة على أداء المهام بالتدرج بحيث توكل إليه مهام خفيفة ثم تتفاوت درجة شدتها بمدي تقدم المريض.

ولقد طور بيك العلاج المعرفي للاكتئاب ليهدف إلى نتائج مشابهة حيث يري أن العلاجات الناجحة تعد كتغيير في الوضع المعرفي السلبي إلى وضع أكثر إيجابية، وبذلك فالمهمة الأولى للمعالج تتركز في تعبير التوقعات السلبية للمريض إلى توقعات أكثر تفاؤلاً" (عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٨٠).

"ويصف بينز (١٩٨٠) العلاج المعرفي في علاج الاكتئاب بأنه علاج مزاجي جديد New Mood Therapy، فعن طريق تحديد المعارف المحرفة، وإخضاعها للتحليل المنطقي، والاختبار الأمبيرقي، فإن المعالج والعميل معاً يعملان ليحولاً تفكير العميل الى واقع وبذلك يمهدان لخلق مزاج جديد للشخص المكتئب . والتدخلات السلوكية المستخدمة في العلاج المعرفي هدفها المباشر معرفة الوجهة، لتغيير سلبية العميل، والتجنب، والافتقار إلى الرضا، ولتقدم له البيانات التي تدحض الاعتقادات زائدة التعميم فيما هو غير ملائم (صلاح عراقي، ١٩٩١: ١٨).

ومن ذلك يتبين أن الأفكار غير العقلانية وغير المنطقية تلعب دوراً كبيراً في اضطرابات السلوك حيث أن أفكار المريض عن ذاته وعن عالمه ومستقبله وتحريف وتشويه أفكاره خاصة أفكاره وصورته عن نفسه يؤدي إلى ظهور سلوك مضطرب كما يظهر في أعراض الاكتئاب.

العلاج المعرفي وفقاً لآراء بيك:

"إن هدف العلاج المعرفي للمنظور الذي قال به بيك هو تصحيح المفاهيم السالبة من خلال مهام معرفية، حيث يمكن لهذه المهام أن تكشف للمريض عدم صدق أفكاره وأساليب العلاج تكون مواجهة العمليات العقلية المعرفية فهي تهدف إلى:

- ١- التعرف على هذه الأفكار غير الواقعية وتصحيحها.
 - ٢- تعلم اقتحام المشاكل والتفوق عليها وبخاصة تلك المواقف التي يعتقد بعدم إمكانية مواجهتها" (عزت إسماعيل ، ١٩٨٤ : ٢٤٣).
- "والعلاج المعرفي وتنمية التفكير العقلاني والإيجابي من خلال إعادته على تنمية طرق جديدة من التفكير في الذات والعالم بغرض التخفيف من أعراض الاكتئاب وتتم الخطة العلاجية لتخفيف درجة الاكتئاب كالتالي:

- المتابعة اليومية لنمو الأفكار اللاعقلانية باستخدام استمارة للتحليل العقلاني.
 - عملية دحض للأفكار المرضية.
 - تدعيم الخواطر وأساليب التدعيم العقلانية الإيجابية والتي تعزز الثقة بالنفس.
 - عقاب الذات عند الفشل في تعديل الأفكار السلبية.
 - مكافأة الذات أثر النجاح في عمليات التعديل (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ ، ٣٣١).
- كما يهدف العلاج المعرفي للاكتئاب إلى إعادة صياغة المكونات المعرفية لدى العميل بحيث يكون أكثر دافعية، ويمثل هذا المنظور العلاجي كلا من بيك Beck والذي يتضمن علاجه خفض مستوي التشويشات المعرفية لدى المكتئب وتعديل نظراته السلبية لذاته وللخبرة وللمستقبل. أما أليس Ellis فيهتم بدحض الأفكار غير العقلانية لدى العميل والتي تشمل توقعات اللا معقولة ومبالغته في المستويات والمعايير وبتضخيم السلبيات. أما كيلي Kelly فيهدف إلى تعديل تخيلات الفرد وتفسيراته السالبة للأحداث من خلال نظريته في البناءات الشخصية" (هشام عبد الله، ١٩٩١ : ١٢٨).

العلاج المعرفي وفقاً لآراء سليجمان:

"تشير نظرية العجز المتعلم وفقاً لما قال به سليجمان إلى أن العلاج الهادف إلى تعليم مهارات اجتماعية يعمل على مناهضة الاكتئاب من خلال تعليم المرء القدرة على السيطرة على الجوانب الوجدانية وتقدير الآخرين له. وذلك خلال سلوكه هو والخطة العلاجية تهدف إلى تغيير معتقد (أن الفرد يتوقع عدم فاعلية الاستجابة في السيطرة على الأحداث

المستقبلية) بحيث يدرك المرء أن استجاباته سوف تكون لها فاعليتها وبحيث يتجنب توقع قيام أحداث سيئة.

أما الطرق العلاجية المبنية على التعديل الذي استحدثه إبرامسون على هذا النموذج فتعتمد على استراتيجيات أربع تهدف إلي:

- ١- قلب توقعات المريض باليأس (إحداث تعديل في توقع اليأس).
- ٢- إحداث تغيير في الأهداف غير الواقعية بحيث يصبح أكثر واقعية.
- ٣- العمل على إنقاص أهمية الأهداف التي لا يمكن تحقيقها.
- ٤- قلب توقعات المريض بأن الآخرين لديهم القدرة على السيطرة على أهدافهم الهامة، في حين أنه أي المريض لا يمتلك هذه القدرة، بحيث يعزو عدم القدرة على السيطرة على الأحداث إلى عوامل خارجية بدلاً من أن يعزوها إلى عوامل داخلية". (عزت إسماعيل، ١٩٨٤ : ٢٤٤)

العلاج السلوكي للاكتئاب

"من الأساسي بالنسبة للمعالجين السلوكيين البدء في التحديد الدقيق والنوعي للسلوك الذي نرغب في تعديله أو علاجه حيث أن الاكتئاب ما هو إلا مجموعة من أنماط سلوكية (الأرق - الكسل - الشكاوي الجسمية الخ) والعلاج يتطلب الاهتمام بخلق شروط وأنماط جديدة من التفاعل بين الفرد والبيئة، ولا يقف دور المعالجين السلوكيين عند مجرد اكتشاف الاضطراب وتحديد ومقداره (أي التشخيص) بل يساعدون المريض على التحديد الدقيق لأنماط السلوك والجيد الذي يجب أن يتجه إليه الاهتمام بدلاً من السلوك المرضي. كما يساعدونه في وضع الخطة العلاجية وتنفيذها في اتجاه التخلص من هذا الاضطراب بكل الأساليب المعدة لهذا الغرض. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨ ، ٢٢٣)

والمكتئب غالباً ما تنقصه المهارات الاجتماعية Social Skills أي تنقصه المهارات وصور السلوك المختلفة التي تساعد المرء على التكيف السوي خلال علاقاته الاجتماعية وتفاعله مع الآخرين وبشكل يرضي به تقديره لذاته كما أن الاكتئاب ينشأ من التدعيم السالب من البيئة ويقوم أسلوب تصحيح ذلك بتعلم صور سلوكية توافقية يتم الحفاظ عليها من خلال برامج تدعيمية لهذا السلوك فالنظريات السلوكية تربي أن المظاهر الأساسية في الاكتئاب تعود إلى خفض في معدلات السلوك التوافقي، وخفض في معدلات الإثابة التي يحصل عليها المكتئب من الآخرين ولتحقيق أهداف العلاج يستعين المعالج السلوكي بأسلوبين، هما التدريب على المهارات الاجتماعية اللازمة لتحقيق توافق سوي خلال تفاعل الفرد مع الآخرين، والتدريب التوكيدي حيث يمكن للمريض عن طريق هذين الأسلوبين أن يتعرف على النتائج الإيجابية لسلوكه، وأن يتزايد استخدامه للسلوك الفعال والذي يؤكد على قدراته التوافقية في علاقاته مع الآخرين وإطفاء السلوك الاكتئابي" (عزت إسماعيل، ١٩٨٤ : ٢٣٩ - ٢٤٠).

وبلخص صلاح عراقي (١٩٩١) فنيات العلاج المعرفي السلوكي والتي تمكننا من تخفيض الأعراض الاكتئابية في الفنيات الآتية:

١- جدول أنشطة مع المريض:

هو جدول نشاط في ذاته يساعد المريض على أن ينظم يومه.

٢- واجب المهمة المرحلي:

الهدف من هذه الطريقة هو أن نعطي المريض مسلسلاً من نجاحات ويبدأ المعالج بواجب بسيط حيث يكون قادراً على أن يحدد أنه يدخل في نطاق مقدرة المريض وبالعامل معاً يصمم المعالج والمريض أنشطة أكثر تعقيداً.

٣- العلاج البارِع والسار:

نَجعل المريض يواصل إدارة وتوجيه وتفسير "لأنشطته" وأن يدون البراعة لكل خبرة بارعة، والسُرور لكل خبرة سارة والهدف أن يخرق عمى Blindness المرضي المكتئبين إلى المواقف التي يكونون فيها ناجحين.

٤- إعادة التقييم المعرفي:

الهدف منه هو تعديل النماذج الخاطئة في الاعتقاد والتفكير وهناك سبع خطوات لتحقيق ذلك:

٤-١- تحديد التتابع بين المعارف الاكثائية والحزن.

٤-٢- تحديد التتابع بين المعارف والدافعيات (رغبات التجنب ونزاعات الانتحار).

٤-٣- فحص أو استكشاف المعارف الاكثائية.

٤-٤- فحص وتقييم وتعديل هذه المعارف.

٤-٥- تحديد التعميم المفرط، والاستدلال الاعتباطي والاعتقاد المنفرع ثنائياً.

٤-٦- تحديد الافتراضات المتضمنة.

٤-٧- فحص وتقييم وتحديد المقدمات والافتراضات القاعدية.

٥- العلاج البديلي:

تتكون هذه الطريقة من طريقتين:

أ. دراسة تفسيرات بديلة للخبرات حيث أن المريض يكون غير قادر على أن يعرف إنحرافه وأن يحل تأويلات دقيقة أكثر.

ب. دراسة طرائق بديلة للتعامل مع المشاكل النفسية والموقفية وعن طريق مناقشة الطرائق المختلفة التي تتعامل مع مشاكله يجد المريض حلولاً للمشاكل التي يعتبر نفسه غير قادر على حلها.

٦- التدريب المعرفي:

تستخدم للكشف عن المشاكل التي تعوق المريض بأن ينفذ أنشطة موجهة الهدف وعن طريق تخيل نفسه يتقدم خلال الخطوات المتضمنة في النشاط الخاص يكون المريض قادراً على أن يروي العقبات النوعية التي يتوقعها.

٧- الواجبات المنزلية:

يتم تحديدها بكل جلسة ويكون المريض بشكل عام متوقفاً أن ينفذ أنشطة فعلية التي سوف تبطل أعراضه الإكثائية بالإضافة عادة ما يحتفظ بسجل بالتفكيرات الأتوماتيكية والعينة النوعية تتكون من كتابة المعارف السلبية أسفل في أحد الأعمدة والاستجابة العقلانية في العمود الآخر. (صلاح الدين عراقي، ١٩٩١: ٦٤-٦٥)

كما يوجد أساليب علاجية أخرى تجمع بين المنظور المعرفي والسلوكي معاً منها التعديل المعرفي والسلوكي Modification Cognitive - Behavior، والتعديل المعرفي السلوكي بالتدريب التوكيدي Cognitive - Behavior Modification والعلاج المعرفي الاسترخائي Assertiveness training Cognitive - Relaxation Therapy.

ومن ذلك يتضح أن هناك نظريات عديدة اهتمت بعلاج الاكتئاب كل نظرية قدمت علاج للاكتئاب وفقاً للأسباب التي فسرت على أساسها أسباب نشأة الاكتئاب. كما أنه يوجد مذاهب وتصورات أخرى استخدمت في علاج الاكتئاب مثل بعض الجهود الفردية المبنية على تصور علاجي إسلامي للاكتئاب أو هناك دراسات عربية استخدمت برامج إرشادية أو علاج نفسي مستندة في ذلك إلى تصور علاجي ينطلق من نظرية أجنبية مثل دراسة (محمد توفيق، ١٩٩٧) وغيره.

العلاج بالمعني Logo Therapy:

إنشاء فرانكل العلاج بالمعني Logo Therapy أو كما يسميه العلاج المعنوي "وكان لفرانكل مبدأ هام وأساسي في تفكيره وهو "أن من لديه سبباً للحياة يمكن أن يتحمل تقريباً أي طريقة للحياة" ويساعد العلاج المعنوي الفرد في المشكلات ذات الطبيعة الروحية والفلسفية: المشكلات التي ترتبط بمعني الحياة والموت والعمل والمعاناة والحب. الدافع الأساسي في نظام فرانكل لدى الإنسان هو "إرادة المعني The Will - to - Meaning وهو دافع أساسي أكبر من دافع اللذة أو التخفيف من التوتر أو القوة أو تحقيق الذات ويحدث الإحباط الوجودي حين تهدد هذه الحاجة ويصف فرانكل ما ينتج عن ذلك من إحساس باللامعني بأنه "فراغ وجودي" وبذلك يساعد العلاج بالمعني المرضى على إيجاد هدف وغرض لوجودهم ويهتم بقيمتهم وصراعاتهم الفلسفية وذلك بقصد أن تكون لهم خبرة بمسئوليتهم عن حاجاتهم وأفعالهم، وباختصار يعالج منهج فرانكل بصورة مباشرة مشكلات المعني والفلسفة والوجود ويقود المريض إلى الوعي والمسئولية، ويشير إلى التعامل مع المشكلات الوجودية للإنسان.

والعلاج الوجودي ليس نظاماً للعلاج ولكن اتجاه نحو العلاج ليس مجموعة من أساليب جديدة ولكن اهتمام بفهم بنية الوجود الإنساني وخبرته التي يتعين أن تكون وراء كل الأساليب (لويس كامل مليكة، ١٩٩٦: ٢٢٤-٢٢٧).

وتحاول نظرية العلاج بالمعني أن تبحث في عالم المريض عن بقايا المعني وتدعيم هذه البقايا والوصول بالذات إلى الارتقاء والاندماج في العالم بحثاً عن الوجود من خلال التواصل بين الأنا والآخر. (عبد الله عسكر، ١٩٩٨، ١٧٧).

وطالما أن الفرد المكتئب يعاني من فقدان المعني وليس له هدف محدد في حياته ويعاني من الفراغ الوجودي فإن العلاج بالمعني يعالج سبب الاكتئاب عن طريق البحث عن معني أو هدف للفرد المكتئب للارتقاء بالذات إلى أفضل مستوى ويستخدم المعالجون الوجوديون بعض الفنيات التي تساعدهم في تحقيق أهداف العلاج وفي علاج الاكتئاب منها على سبيل المثال.

- | | |
|----------------------------|---|
| Paradoxical Intention | ١- فنية المقصد المتناقض ظاهرياً |
| Dereflection | ٢- فنية إيقاف الإمعان الفكري |
| Logoanalysis | ٣- فنية تحليل المعني |
| Logodrama | ٤- المسرحيات النفسية القائمة على المعني |
| The Socratic Dialogue | ٥- الحوار السقراطي |
| Improvisation | ٦- الارتجال |
| Values Awareness technique | ٧- فنية الوعي بالقيم |
| Self Distancing technique | ٨- فنية تباعد الذات |
| Parable Method | ٩- فنية أسلوب القصة الرمزية |

Focusing Technique	١٠-فنية التركيز
Situational Reconstruction	١١-فنية أعاده البناء الموقفي
Compensatory Self improvement	١٢-فنية تحسين الذات التعويضية
Modifiction of Attitudes Technique	١٣-فنية تعديل الاتجاهات

كما أن العلاج بالمعني علاجاً مرناً يسمح باستخدام فنيات من مدارس علاجية أخرى بشرط أن تساعد هذه الفنيات الفرد على اكتشاف المعني في حياته" (صلاح مكاوي، ١٩٩٧: ١١٣).

وقد قام صلاح مكاوي (١٩٩٧) بدراسة موضوعها فاعلية برنامج العلاج بالمعني في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي وقد أثبتت نتائج الدراسة فاعلية البرنامج ونجاحه في علاج الاكتئاب حيث وجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المجموعة التجريبية من المكتئبين، والمجموعة الضابطة والتي تتجانس تماماً مع المجموعة التجريبية باستثناء تطبيق برنامج العلاج بالمعني وذلك في اختبار بيك للاكتئاب مما يشير إلى نجاح البرنامج في علاج الاكتئاب.

العلاج الأسري للاكتئاب:

العلاج الأسري للاكتئاب علاج يعتمد على المدخل البين شخصي بين أفراد الأسرة حيث أنه يعتبر أن الأسرة جميعها هي المريضة وأن الشخص المكتئب ما هو إلا الفرد الضحية الذي يفصح عن مرضية الأسرة لذلك فالعلاج الأسري يهتم في البحث عن أسباب الاكتئاب داخل الأسرة ويرجع أسباب الاكتئاب إلى اضطراب العلاقات وأنماط التفاعل وسوء التواصل بين أفراد الأسرة وكذلك سوء الأداء الوظيفي في الأسرة، ولذلك قد بنى العلاج على تعديل هذه العلاقات وأنماط التواصل والتفاعل ومن ثم تحسين الأسرة من أدائها لوظائفها، حيث يوجد صعوبات حقيقية لدى الكثير من الأشخاص المكتئبين في التدريب على المهارات الاجتماعية والتدريب التوكيدي حيث أنهم يشكون من الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية، ومن الأمور الهامة: التدريب على كيفية إقامة صلات اجتماعية وبدء المناقشة مع الآخرين والمحافظة على استمرارها وعدم إمعان المرء التفكير في المشكلات الشخصية وأن يتدرب على أن يكون مستمعاً جيداً" (براندن. ب. برادلي: ٢٠٠٠، ١٤٢).

وتركز الباحثة في هذا الجزء على الدراسات التي أثبتت فعالية العلاج الأسري في علاج الاكتئاب لدى المراهقين وكذلك الجوانب التي ركز عليها العلاج الأسري في علاج الاكتئاب.

هناك العديد من الأسباب التي دعمت استخدام العلاج الأسري مع المراهقين المكتئبين:

أولاً: تشير الدراسات النمائية إلى أن العلاقات الصحية السوية بين الأطفال والوالدين يكون لها تأثير إيجابي على نمو المراهق.

كما أكد الباحثون أن نمو المراهق السوي يعتمد على قدرة الوالدين والمراهق على التفاوض وتحقيق التمايز والاستقلالية للمراهق. وتشير إحدى الدراسات إلى أن السياق الأسري يتوسط نمو الأنا وتقدير الذات.

ثانياً: هناك دلائل تشير إلى أن هناك ارتباط بين العلاقات الأسرية والاكتئاب عند المراهقين وقد عرضتها الباحثة في المحور الأول من هذا الفصل.

ثالثاً: الدراسات التجريبية المتعددة والتراث السيكولوجي والمنطلقات النظرية للتوجه النسقي كل هذه العوامل أمدتنا بتدعيم مبدئي لكفاءة العلاج الأسري في علاج الأبناء من الاضطرابات النفسية كما أوضحت بعض الدراسات التجريبية أن العلاج الأسري نموذج فعال لعلاج الاكتئاب.

وهذه النتائج تشير إلى أن مدخل العلاج الأسري يندرج بداخلة العمليات البين شخصية في الأسرة والتي تؤدي إلى الإسهام في علاج الاكتئاب.

"وفي إحدى الدراسات التي أجريت على الاكتئاب توصلت إلى أن نموذج العلاج المركز على الأسرة لعلاج الاكتئاب علاج فعال حيث أنه في دراسة كوتنير Keitner (1987) تم متابعة المرضى من الأسر الذين تحسنوا في الأداء الوظيفي في الأسرة بدءاً من طور الاكتئاب الحاد إلى طور المتابعة فأظهرت النتائج أن الأسر الذين تحسنوا في أدائهم الوظيفي استغرقوا وقتاً أقصر في علاج الاكتئاب للأبناء (مدة ٤ شهور من أسر المرضى الذين لم يتحسنوا في الأداء الوظيفي حيث استغرقوا ٨,١ شهور).

كما أن هناك مجموعة عوامل تؤدي إلى أن العلاج الأسري نموذج فعال في علاج الاكتئاب للمراهقين:

(أ) قصر الفترة التي يطبق فيها العلاج الأسري تشجع المراهقين على الدخول في مثل هذه البرامج، وكذلك إحساس المراهق بأن هناك أشخاص آخرين يتحملون معه المسؤولية ولا يكون الضوء مسلطاً عليه بمفرده كما يحدث في العلاج الفردي.

(ب) العلاج الأسري للمراهقين المكتئبين يبحث عن تخفيض مرضية المراهق أي تقليل اكتئابه عن طريق توزيع المسؤوليات بين أفراد الأسرة سعياً لحدوث تغيير داخل الأسرة.

(ج) الدلائل في الدراسات أشارت إلى شمول الوالدين في العلاج يقلل الندم الناشئ عن خوف من العقوبة أو الاحتكار بالوالدين.

(د) إذا كان الآباء والأبناء يعانون من الاكتئاب فيمكن للمعالجين الأسريين أن يعالجوا الاكتئاب عند الآباء والأبناء في وقت واحد حيث يعمل المعالجون الأسريون على أن يغيروا ويؤثروا في الاكتئاب الوالدي ومن ثم سوف تتغير طبيعة التفاعلات بين الآباء والأبناء ويتبعوا ذلك التأثير إلى أن يقودهم لعلاج اكتئاب الأبناء" (Diamond, Guy, & Siqueland Lynne, 1995: 79).

وهذه العوامل توضح أنه لا يمكن توافرها في العلاج النفسي الفردي حيث أن العلاج الفردي يركز ويتعامل الفرد المريض ولا يقوم بتوزيع المسؤوليات على أفراد الأسرة. وإذا تم علاج الابن من اكتئابه وعاد إلى أسرته فإن طريقة تفاعلاته سوف تتغير مما يعرضه للعقاب أو الخوف منهم وربما يعود للمرض مره أخرى.

المحور الثالث: المراهقة:

مفهوم المراهقة Adolescence:

كلمة مراهقة Adolescence مشتقة من الفعل اللاتيني Adolescere ومعناه "التدرج نحو النضج البدني والجنسي والعقلي والانفعالي" فالمراهقة إذن هي المرحلة التي يعبرها الطفل لكي ينتقل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ليصبح راشداً ناضجاً سواء كان رجلاً أم امرأة وتمتد هذه المرحلة طوال العقد الثاني تقريباً من عمر الفرد فهي تبدأ بحدوث البلوغ الجنسي وتنتهي بالوصول إلى سن الرشد" (علاء الدين كفاي، ١٩٩٧: ٤١٤).

كما تعرف بأنها مرحلة الانتقال من مرحلة الطفولة (مرحلة الإعداد لمرحلة المراهقة) إلى مرحلة الرشد والنضج فالمراهقة مرحلة تأهب لمرحلة الرشد وتمتد في العقد الثاني من حياة الفرد من الثالثة عشرة إلى التاسعة عشرة تقريباً أو قبل ذلك بعام أو بعامين أو بعد ذلك بعام أو عامين أي بين (١١-٢١ سنة) ولذلك تعرف المراهقة أحياناً باسم Teenagers ومن السهل تحديد بداية المراهقة ولكن من الصعب تحديد نهايتها ويرجع ذلك إلى أن بداية المراهقة تتحدد بالبلوغ الجنسي، بينما تتحدد نهايتها بالوصول إلى النضج في مظاهر النمو المختلفة". (حامد زهران، ١٩٩٠: ٣٥٣)

ويعرفها كمال دسوقي (١٩٨٨) بأنها "الفترة التي فيها يكتمل النضج الجنسي من حيث إنه للمرة الأولى تصل غريزتنا الجنس والتناسل إلى تمام النضج وتتحدان في مسعى واحد ثم إنه أيضاً يمكن اعتبار المراهقة سن الإنشاء النهائي لهوية أنا إيجابي سائد" (كمال دسوقي، ١٩٨٨: ٦١).

وهناك مسميات كثيرة أطلقها الباحثون على مرحلة المراهقة فهناك من أطلق عليها فترة الأزمات النفسية أو فترة العواصف والتوترات وترجع هذه التسمية إلى ما يعانيه المراهق في هذه المرحلة من صراعات نفسية وإحباط وقلق كما أن هناك من يسميها بأنها فترة حرجة حيث أنها فترة نمو سريعة ومرحلة من العمر لها حساسية خاصة لأنها مرحلة ميلاد للذات وتحديد الهوية وما يترتب على ذلك من توافق نفسي أو سوء توافق حيث "يمر الفرد خلال مرحلة المراهقة بعملية انتقال من مرحلة الطفولة التي تتميز بالاعتماد على الآخرين وعدم تحمل المسؤولية إلى الاعتماد على النفس وتقدير مسؤولية الراشدين، ويبدأ الآباء في تخفيف قبضتهم ونقل المسؤولية من عاتقهم إلى عاتق الشباب الذي بدأت خطواته على طريق النضج" (محمود حسن، ١٩٧٧: ٣٧١).

وتعتبر مرحلة المراهقة من أهم المراحل في حياة الإنسان لما لها من طبيعة خاصة، وأهم ما يميز هذه المرحلة أنها مرحلة انفعالية انتقالية تتوسط مرحلتين كمون لأن مرحلة المراهقة والتي تتصف بثوراتها الانفعالية تتوسط مرحلة الطفولة المتأخرة ومرحلة الرشد.

وفي مرحلة المراهقة تتحدد خصائص المراهقة حيث يحدث فيها تغيرات نمو معقدة وفيما يلي تعرض الباحثة خصائص هذه المرحلة بصورة موجزة.

النمو الجسمي في مرحلة المراهقة:

يحدث طفرة في النمو الجسمي للمراهق في هذه المرحلة حيث يكون النمو سريعاً أما النمو الجنسي فأهم ما يميزه هو حدوث البلوغ في هذه المرحلة والذي يؤثر على جميع جوانب النمو الأخرى.

وصورة الجسم Body Image التي تتشكل للمراهق في هذه المرحلة يكون لها تأثير كبير على تقديره لذاته وعلى جوانب نموه الأخرى الانفعالية والاجتماعية. فصورة الجسم كلما اقتربت من صورة الجسم المثالي كما تحددها الثقافة السائدة يرضى المراهق عن صورة جسمه ويرفع من تقديره لذاته.. ويكون متوافقاً اجتماعياً ويكون هناك ثبات انفعالي إلى حد ما.. أما إذا ابتعدت صورة جسمه عن صورة الجسم المثالي فيظهر سوء توافق في جميع جوانب النمو وبصفة خاصة في الجانب النفسي والاجتماعي، ولا يقصد بصورة الجسم شكل الجسم كما هو كائن ولكن يقصد به صورة الجسم كما يدركها المراهق حيث تعتمد صورة الجسم على تقييم المراهق لجسمه وبينى هذا التقييم على تقييمات الآخرين المحيطين به.

لذلك فمن أهم مطالب النمو الجسمي التي يجب أن تؤخذ في الاعتبار هي أن يتقبل المراهق التغيرات التي تحدث له نتيجة النمو العضوي والبلوغ.

النمو المعرفي في مرحلة المراهقة:

ينضج المراهق عقلياً فيفكر بصورة أفضل من مرحلة الطفولة حيث أصبح يتحمل مسئولية سلوكياته ويتحمل عواقب أخطائه وأهم ما يميز النمو المعرفي هو النضج العقلي وتمايز القدرات العقلية فتزداد قدرته على الانتباه ويصبح قادراً على استخدام التفكير الاستنتاجي مما يجعله يفكر في حلول لمشاكله بصورة أكثر نظاماً عما كان يحدث في مرحلة الطفولة كما أصبح التفكير النقدي سمة أساسية تميز طريقة تفكيره وكذلك ينمو التفكير الابتكاري في هذه المرحلة لذلك فنلاحظ أن هناك فروق واضحة عندما نعرض مشكلة على فرد في مرحلة الطفولة، وفرد في مرحلة المراهقة فنجد أن استجابات الطفل تختلف عن استجابات المراهق، وتظهر في هذه الاستجابات النضج العقلي وطرق التفكير والقدرات العقلية التي يستخدمها كل فرد في تفكيره. لذلك فالمراهق يحتاج إلى تكوين المبركات والمهارات العقلية المختلفة كما يحتاج تشجيع من الأسرة ومن المحيطين في أن ينمي هذه القدرات (القدرة على التفكير الناقد، والتفكير الإبداعي) كما أنه في حاجة إلى تدريبيه على استخدام هذه القدرات العقلية في حياته العملية وتطبيقها على مشاكله الخاصة وأيضاً يحتاج الفرصة للحصول على المعلومات وزيادة ثقافته.

النمو الاجتماعي في مرحلة المراهقة:

يتحقق نضج في العلاقات الاجتماعية للمراهق حيث يكون مجموعة من الأصدقاء ويحاول إقامة شبكة من العلاقات الاجتماعية مع المحيطين به. ويمتلك قدر من الذكاء الاجتماعي ويحاول توظيفه في أن يكون محبوباً من الآخرين ومتوافقاً معهم لينتج التوافق الاجتماعي الذي يرضى عنه، ويحاول اكتساب المهارات الاجتماعية التي تحسن من كفاءة تفاعلاته مع الآخرين، كما أنه في حاجة لتكوين علاقات جديدة ناجحة لذلك فيجب تشجيعه على المشاركة في المناسبات الاجتماعية المختلفة لتدعيم هذا الجانب، ولممارسة المهارات الاجتماعية في حياته الاجتماعية.

ومن الطبيعي أن النضج الذي يحدث للمراهق في جميع الجوانب لا يحدث فجأة وإنما يحدث بصورة تدريجية فمثلاً في بداية مرحلة المراهقة يظهر بداية نضج وتدرج إلى أن يكتمل النضج في نهاية المرحلة فمثلاً في الجانب الانفعالي نجد المراهق في بداية مرحلة المراهقة في ثورة انفعالية تتدرج هذه الثورة لتهدأ حتى ينضج انفعالياً في نهاية مرحلة المراهقة.

النمو الانفعالي في مرحلة المراهقة:

خصائص النمو الانفعالي للمراهق تتسم بعدم الثبات الانفعالي فالمرهق يكون منقلب المزاج وسريع الانفعال وتتسم انفعالاته بالشدة والحدة والعنف ويعبر عن هذه الانفعالات في ثورة وتمرد وعناد ورفض مما يجعل هذا الجانب غير مستقر عند المراهق ويرجع عدم استقرار انفعالاته وحدثها إلى التغيرات الجسمية ونتيجة البلوغ الذي يؤثر على جوانب نموه وبصفة خاصة الجانب النفسي مما يؤدي إلى حالته الانفعالية المضطربة.

"ولا شك أن العوامل الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في الإثارة الانفعالية للمراهق. فالمرهق يقع في فئة عمرية غير مستقرة، فلا هو بطفل ولا هو ببالغ. وشك المراهق في دوره الاجتماعي وفي مشاعره يسبب له الكثير من المشكلات التي يعيشها بالإضافة إلى صراعاته مع والديه والمشكلات العاطفية وعلاقاته بأقرانه، والعنصر الهام هو أن المراهق عادة ما يحاول السعي من أجل استقلاله دون أن يضحى بأمنه. والأسرة عادة لا تعترف به بوصفه شخصاً ناضجاً ومن ثم نراه يسعى نحو زملائه طالباً العون والتقبل والتعبير عن استقلاليتهم، والولد الذي لا يشعر بالأمن بالنسبة لمكانته في البيت يتأثر بشدة قيم شلته ومعتقداته أكثر من الولد الذي يشعر بالإشباع من خلال علاقاته داخل أسرته" (محمود الزيايدي، ١٩٨٠: ٢٢٩).

ويتأثر النمو الانفعالي للمراهق بالصراعات التي تواجهه حيث:

- يواجه المراهق صراع الاعتمادية والاستقلالية فهو يرغب في الاستقلال عن والديه ليعتمد على نفسه ويحقق ذاته، ولكن لا يستطيع لأنه مازال في حاجة إليهما وهو في حاجة إلى المساندة والدعم والاعتماد عليهما لأنه لم ينضج بعد.
 - صراع الانتماء لمرحلة الطفولة أم الانتماء لمرحلة المراهقة حيث يقع المراهق في صراع يسلك كطفل أم كناضج فالكبار مازالوا يعاملوه على أنه مازال طفلاً ولكنهم في نفس الوقت يطلبوا منه أن يسلك سلوك الكبار الناضجين وقيموا سلوكه بطرق تزيد من هذا الصراع فيقع في صراع كيف يسلك كطفل لا يتحمل أي مسئوليات أم كناضج عليه واجبات ومسئوليات.
 - الصراع بين إشباع الحاجات الجنسية وبين الموانع الخارجية متمثلة في القيم الدينية والمجتمع والقوانين.
 - الصراع بين تحقيق الذات والضغوط الخارجية متمثلة في المجتمع والمعايير والقيم الاجتماعية ويقف المراهق أمام هذه الصراعات وعليه إما أن يواجه هذه الصراعات ويجد حلاً مناسباً لحل هذه الصراعات أو يؤجل حلها لوقت آخر وفي هذه الحالة يلجأ إلى ميكانيزمات الدفاع كوسيلة مؤقتة لحل هذه الصراعات أو أنه لا يجد حلاً ويقع فريسة لهذه الصراعات مما يؤدي إلى إصابته بالاضطرابات النفسية.
- والمرهق يحتاج إلى الشعور بالأمن والاستقرار خاصة مع الأسرة كما أنه في حاجة إلى الحب والقبول والتقبل الاجتماعي كما أنه في حاجة إلى الدعم والمساندة وكذلك في حاجة إلى تحقيق وتأكيد الذات وتحديد هويته ويحتاج من الأسرة أن تشبع احتياجاته النفسية وتراعي مطالب نموه في هذه المرحلة وأن تعي خصائص هذه المرحلة لتستطيع القيام بدورها وبالوظائف المطلوبة منها تجاه ابنها المراهق وتحديد الطرق المناسبة لكيفية التعامل معه (Hurlock, Elizabeth, 1978، حامد زهران، ١٩٩٠، وعلاء الدين كفاي، ١٩٩٧).

العلاقات الأسرية والمراهقة Family Relationship & Adolescence

يتأثر المراهق في سلوكه الاجتماعي بخبرات طفولته الماضية وبالمناخ الأسري السائد في مرحلة المراهقة فمثلاً التدليل الزائد في مرحلة الطفولة يجعل هذا الطفل في مراهقته لا يستطيع الاعتماد على نفسه كما أن المناخ السائد في الأسرة يؤثر في شخصية المراهق فالمناخ الديمقراطي الهادئ المستقر يشبع حاجات المراهق في الشعور بالأمان والأمان والحب والقبول أما المناخ المضطرب فيؤثر على اضطراب المراهق.

واضطراب العلاقات الأسرية أو استقرارها من أكثر العوامل التي تؤثر في شخصية المراهق وكثرة الصراعات والخلافات بين الآباء والأبناء خاصة الأبناء المراهقين تحتاج إلى وقفة للتعرف على أسباب هذه الصراعات، وقد ترجع أسباب الخلاف بين المراهقين وآبائهم إلى ثلاثة عوامل رئيسية:

١- ما يفرضه الآباء من قيود على المراهقين لإقرار الحزم وتدريبهم على النظام وما يصحب هذه القيود من ثورة المراهقين عليها ورفضهم إياها.

٢- مبالغة المراهق في نقده لوالديه ولأخواته ولحياته العائلية والآباء الذين ضحوا في سبيل أبنائهم ليحققوا لهم حياة كريمة يرون أن هذا النقد نوعاً من العقوق.

٣- قد يكون الخلاف ناجماً من نوع الحياة الاجتماعية التي يحياها الفرد في مراهقته، وخاصة في اختلاط المراهق بالجنس الآخر" (عبدالمجيد منصور، وزكريا الشربيني، ٢٠٠٠: ٧٣).

هناك متغيرات أسرية كثيرة تؤثر في الصحة النفسية للأبناء وخاصة الأبناء المراهقين إلا أن الباحثة تلقي الضوء على العلاقات الأسرية لما لها من أهمية كبيرة وتأثير على حياة كل فرد في الأسرة فأساليب التفاعلات ونماذج الاتصالات وأداء كل فرد لوظائفه نحو باقي الأفراد كل ذلك يؤثر في طبيعة العلاقات في الأسرة فالعلاقة بين الوالدين كلما كانت مضطربة كلما كان أبنائهم أقل توافقاً كما أن اتفاق الوالدين على أساليب واحدة في تنشئة الأبناء ووجود علاقة مستقرة بينهم ينعكس ذلك على طرق تفاعلاتهم معاً وبالتالي على طرق تفاعلات كل منهم مع الأبناء، ومن ثم بين الأبناء وبعضهم البعض أي أن العلاقة بين الوالدين هي الأساس الذي يحكم شكل التفاعلات والعلاقات في النسق الأسري بأكمله.

كما أن أساليب التنشئة التي يستخدمها الوالدان في معاملة أبنائهم لها أثر كبير في تحديد شكل هذه العلاقة فالوالدان اللذان يستخدمان أساليب سوية في تنشئة أبنائهم مثل الديمقراطية والحب والتقبل والتسامح يختلف عن الوالدين اللذين يستخدمان أساليب غير سوية مثل التسلط والتشدد والإهمال والنبذ والقسوة.. إلخ بالطبع فإن هذه الأساليب تؤثر على طبيعة العلاقة بين الوالدين والأبناء بصفة عامة وبين الوالدين والابن المراهق بصفة خاصة نظراً لأنها في مرحلة عمرية حرجة تجعله يثور ويتمرد على هذه الأساليب.. وعلى السلطة والضبط واحترام النظام.

وتتمثل أهم مشكلات المراهق مع والديه بصفة عامة في شعوره بالاستقلال حيث يشعر كثير من المراهقين باستقلالهم عن والديهم وعدم الرغبة في الخضوع لهم، خاصة وإن كان الوالدان يبدون سلبية تجاه مشكلات أبنائهم السلوكية وينبذ المراهق سلطة والديه بل أنه يعتبر والديه أندادا له. والصراعات التي تدور غالباً بين المراهق والآبوين غالباً ما تكون حول مشاكل الالتزام، والسلطة وافتقار الحماية والحب، واللوم والتأنيب المستمر من الوالدين لهم والإهمال والتجاهل وفقد الثقة بل والإهانة وتصل مناقشة وحل هذه المشكلات

إلى طريق مسدود فيشعر كل من المراهق والأبوين باليأس من انتهاء هذه الصراعات" (Diamond, Guy & Howard, Liddle, 1999).

واضطراب وتوتر العلاقة بين الوالدين تجعل كلا منهما يحاول أن يستقطب الابن لصالحه ويبعده عن الطرف الآخر وتبدأ التحالفات المرضية والمثلث غير السوي في الظهور مما يجعل الابن المراهق يقع فريسة لتوتر علاقة والديه.

كما أن الضغوط النفسية التي تتمثل في اضطراب العلاقات الإنسانية داخل الأسرة لا سيما علاقة الأب بأبنائه والأم بأبنائها تعد محاور للاضطراب النفسي لدى الأبناء وقد أشارت نتائج إحدى الدراسات أن أطفال الأمهات المصابات بالاكتئاب يكونون أقل توافقاً وأكثر ميلاً للاكتئاب" (سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢).

والمشكلة الجوهرية في العلاقة بين الأبوين والمراهق هي أن المراهق يعيش فترة حساسة من حياته لما يصاحبها من تغيرات عضوية ونفسية واضطرابات جنسية كما أنه يعاني من صراعات كثيرة في هذه المرحلة ويحتاج إلى تحقيق ذاته واستقلالته وهويته ويكون له مطالب خاصة واحتياجات معينة وهذه الفترة لكي تكون مرحلة انتقالية إيجابية في حياة المراهق فهذا يتطلب أن تكون الأسرة على وعي بما يحدث في هذه المرحلة لتراعي مطالب واحتياجات هذه المرحلة والمشكلة تظهر عندما لا تعي الأسرة خصوصية هذه المرحلة أو عندما تفشل في تأديتها للمهام المناسبة لمتطلبات هذه المرحلة ويترتب على ذلك ثورة وتمرد ورفض المراهق.. وأحياناً إحباط وانسحاب وانطواء.. ومن هنا تبدأ مشكلات المراهقين في الظهور.

ويفسر الباحثون هذه الظاهرة على أنها: "رد فعل للضغط المستمر من البيئة المعقدة المتزايدة الضغوط، فالمراهقون يعانون من الشعور بفقدان الطفولة والتي يجب أن يتركوها خلفهم وأن يتحملوا فترة قاسية ليتوافقوا مع المرحلة الجديدة من النضج. وعندما يريد المراهقون أن يعبروا عن هويتهم الجديدة فلا يسمح لهم بحقوقهم ومسئولياتهم عند البلوغ، فهم لم يعودوا أطفالاً ولكنهم ليس لديهم امتياز الناضجين في الإفصاح عن رغبتهم الجنسية أو شغل مكان في القوة العاملة. والمشكلة الحقيقية هي أن المجتمع التنافسي يضع ضغطاً على المراهقين كي ينجحوا، وهذا غالباً ما يجبرهم لإظهار توقعات شخصية شديدة الخيال وبعيده عن الواقع، والمراهقين لم يتعلموا أن يصبحوا شديدي التحمل للإحباطات كما أن الأدوار الغير واضحة للجنسين يمكن أن تكون محيرة ومحبطة أيضاً للمراهقين" (Peters, J. Lori, 1985: 3).

وقد يكون تفاعل الوالدين نحو هذه الأمور هو تفاعل دفاعي ومتعارض مما يسبب اضطراباً في الأسرة، ويفشل الوالدان في منح أبنهما المراهق المساعدة اللازمة التي يحتاج إليها في هذه المرحلة الحرجة من النمو. وفي الجلسات الأسرية فإن ضغط هذه المشكلات على الأداء الوظيفي لكل من الوالدين والمراهق يجعلها تطفو بصورة واضحة وحيه الأمر الذي يمكن الأخصائي من تفسير هذه التفاعلات وتوضيحها وكذلك يتمكن من ملاحظة العلاقة بين استجابة الوالدين واضطراب المراهق، وهذا يساعد أفراد الأسرة في إصلاح الخلل الموجود في العلاقات الأسرية". (إقبال بشير وآخرون، ب.ت: ١٤٤)

ومما لا شك فيه أن توتر واضطراب هذه العلاقات يؤثر على المناخ الأسري السائد وعدم شعور المراهق بالدفع والحب والتعاطف داخل أسرته يكون بمثابة تهئية بيئة صالحة لجنوح المراهق أو لاتجاهاته إلى الانحراف في حين أنه عندما يصبح الوالدان رمزاً ومصدراً لعلاقة مليئة بالحب والأمن والتعاطف فإن هذا سوف يسهم بشكل كبير في بناء شخصية المراهق بناءً إيجابياً.

والأسرة لها دور كبير في تشكيل خصائص مرحلة المراهقة حيث تسهم الأسرة بدور أساسي في تشكيل خصائص النمو الانفعالي والاجتماعي ويظهر ذلك في تقدير المراهق لذاته وتحديد هويته "فالطفل الذي ينشأ في أسرة تحيطه بالعناية والتقبل، يرفع ذلك من قدراته واهتماماته ومهاراته، وفي نفس الوقت يمكن أن يتسبب الوالدان في أن يدرك الطفل نفسه كشخص غبي أو مشاكس أو غير موثوق به وذلك إذا اتبعا أساليب خاطئة في تنشئته الاجتماعية داخل الأسرة" (حامد زهران، ١٩٩٠: ٤٣١).

وشعور المراهق بتقدير والديه له تقدير إيجابي يحسن من نظرتهم لذاته ويقوى من العلاقة بين المراهق والديه وتشير ماكوبي Maccoby ١٩٨٠ إلى أنه كلما كبر الأبناء فإن الآباء للمراهقين يتجهون إلى زيادة استخدام استراتيجيات ديمقراطية مثل المناقشة والتفسير، والتقليل من استخدام وسائل ثابتة وراسخة ومناسبة لأبنائهم بصورة تدريجية فالأسر التي يتم إدراكها من قبل أبنائها المراهقين على أنها متماسكة تميل إلى أن تكون ذات علاقة بالبناء والوظيفة النفسية الإيجابية في حين أن تلك الأسر التي تبدو المصاعب والمشاكل والتوتر مسيطر عليها تميل إلى أن تكون أسر ذات علاقة بالوظيفة السلبية" (Edlesten, Karen, 1993).

فكلما كان المناخ الأسري ديمقراطياً كانت العلاقات الأسرية مستقرة، وهذا يساعد المراهق على تخطي الصراعات النفسية التي تواجهه، وتكون هذه العلاقات الأسرية حجر الأساس لإقامة علاقات إيجابية أخرى خارج الأسرة وتنمية الجانب الاجتماعي عند المراهق سواء مع أقرانه أو مع المحيطين به بصفة عامة.

ولكي تكون العلاقات الأسرية ناجحة وإيجابية مع الأبناء المراهقين خلال مرحلة المراهقة فهذا يتطلب من الأسرة وضع قواعد لضبط هذه العلاقات وفيما يلي تعرض الباحثة أهم هذه القواعد:

١- التعاطف: تعاطف المراهق مع والديه وتفهمه لموقفهم، والعكس صحيح تعاطف الوالدين مع المراهق وتفهمهم لحاجاته ومطالبه والضغط التي تواجهه تجعلهم على استعداد للقيام بأي عمل لتخفيف ما يعانيه المراهق، والتعاطف يوجه العلاقة المضطربة إلى اتجاه آخر أساسه التراحم والتفهم والاحترام المتبادل الذي يقوى من الرابطة بين المراهق والوالدين.

"ويعتمد نجاح العلاج الأسري على قدرة المعالج على إيجاد نوع من التعاطف بين الآباء والمراهقين حيث أن التعامل بمهارة مع العواطف الحساسة واستغلالها الاستغلال الأمثل يؤدي إلى تخفيف الميل للعوان والحصول على الدعم والتعاطف مع المحيطين، وإذا لم ينجح المعالج في إيجاد هذا التعاطف فسينظر المراهق إلى الموقف كله على أنه محاولة أخرى فاشلة.

ويتدخل العلاج الأسري لحل مشاكل المراهق مع والديه بأن يتعرف على جذور الصراع ويزيد قدرة الوالدين على فهم ابنهم المراهق مما يزيد من تعاطفهم معه، ويمكن المراهق من حرية التعبير عن مشاعره ثم ينتقل من التركيز على الجانب السلوكي (سلوك المراهق وسلوك الأبوين) أو محاولات حل المشكلات السلوكية إلى التركيز على العلاقة بين الأبوين والمراهق وقبل البدء في العلاج فلا بد من إصلاح روابط التقارب بين الوالدين والمراهق فيجب أن يكون لدى أفراد الأسرة أساس من الثقة والتقارب قبل تعلم مهارات الاتصال والبحث عن حلول للمشاكل واستخدام أساليب التدعيم" (Diamond, Guy & Howard, Liddle, 1999) والأكثر من ذلك أن العلاج الأسري من البداية يحاول المعالج أن يشعر الأسرة بأنه متعاطف

معها ومتفهم لطبيعتها ومشكلتها وهذا هو الأساس الذي يجعل الأسرة تثق في المعالج وتفصح له عن خصوصياتها.

٢- تنمية الاستقلالية الذاتية للأبناء المراهقين: وهذا يتوقف على وجود مناخ ديمقراطي في الأسرة يسمح للأبناء بالتعبير عن مشاعرهم وأفكارهم واتجاهاتهم وتقدير الدعم للأبناء هذا المناخ يفتح المجال لإقامة مناقشة فعالة وحوار إيجابي وهذا يسهم بدوره في تعديل الأفكار الخاطئة عند المراهق مما يسمح له بتحقيق ذاته وتحديد هويته.

٣- تحويل اتجاه السلطة الوالدية حيث أن المشكلة الأساسية في العلاقة بين الأبوين والمراهق هي فرض السلطة حيث يفرض الآباء نظراً وقواعد صارمة على الأبناء بهدف الضبط والنظام وتقويم الأبناء، ويستجيب المراهقون لهذه السلطة في صورة رفض وتمرد لذلك فالقاعدة التي تضبط هذه السلطة هي أن تكون السلطة.. سلطة تعاونية فمن "أجل بناء علاقة سليمة بين الوالدين والمراهقين فيجب على الوالدين تحويل مبدأ السلطة من كونه أحادي الجانب إلى مبدأ تعاوني بين الوالدين والمراهق لأن الإخفاق في هذا الصدد يؤدي عادة إلى حالات من الصراع الأسري".

(Diamond, Guy & Howard, Liddle, 1999)

٤- المشاركة الإيجابية والصدقة استخدام الوالدين لأسلوب توجيه النصائح لابنائهم خاصة في مرحلة المراهقة يجعل الأبناء ينفرون من هذه الطريقة ولا يستجيبون لهذه النصائح لأنهم يعتقدون أنها شعارات يرددونها، وأنه من الصعب تطبيق هذه النصائح لحل مشاكلهم في حين أن إيجاد روح من الصداقة والمشاركة بين الآباء والمراهقين تجعل الآباء يشاركون المراهقين في اهتماماتهم ويتعرفون على مطالبهم واحتياجاتهم ويشاركونهم في حل مشكلاتهم ومواجهة الضغوط التي تعترضهم هنا يتحول العطاء بعد أن كان من الآباء إلى الأبناء أصبح العطاء أمراً متبادلاً بين الآباء والأبناء.. وهذا يجعلهم يدركون أدوارهم ووظائفهم كل تجاه الآخر مما يحسن العلاقة بينهما.

٥- مناقشة مشكلات العلاقة: في معظم الصراعات والمشكلات التي تحدث بين الآباء والمراهقين يكون محور الصراع أو المشكلة هي السلوكيات الخاطئة التي يفعلها المراهق ورد فعل الآباء الذي يظهر في سلوك مضاد لسلوك الابن وعند المناقشة يتم مناقشة السلوكيات ونتجاهل تماماً مشكلات العلاقة بين الطرفين والتي تؤدي إلى ظهور هذه السلوكيات والصراعات لذلك فيجب الانتقال من مناقشة السلوكيات اليومية إلى مناقشة مشكلات العلاقة التي أدت إلى وصول العلاقات بينهما إلى هذا الحد.

وقد توصلت نتائج إحدى الدراسات إلى أن تحويل مجرى الصراع من اللوم والتأنيب على المشكلات السلوكية والانتقال تدريجياً إلى مناقشة اضطرابات العلاقة قد ساعدت في حل الصراعات بين الوالدين والمراهق (Diamond, Guy & Howard, Liddle, 1999).

وقد توصلت نتائج العديد من الدراسات إلى أن العلاج الأسري كان له دور كبير في حل الصراع بين المراهق والوالدين وقد حقق نجاحاً وفعالية مع الأسر التي تدرك وتحدد مشكلات أبنائها المراهقين.

ففي دراسة جون كريستوفر زيغلير Ziegler, Cristopher, John (1993) والتي اهتمت بفحص الصراعات والخلافات القائمة بين المراهقين وأبائهم نتيجة لاختلاف وجهات النظر أسفرت نتائج هذه الدراسة عن أن المراهقين مازالوا يعانون من غلق

الحوار مع أعضاء الأسرة الآخرين، وأن أساليب العلاج الأسري تكمل أساليب العلاج النفسي الفردي لمساعدة المراهقين على إعادة حل التناقض والصراع بين المراهقين والآباء (Ziegler, Christopher, 1993).

وقد دعمت نتائج بعض الدراسات والتي اهتمت بالعلاج الأسري للمراهقين استخدام المدخل البنائي مع الأسر التي تعرف وتحدد مشكلات أبنائها المراهقين حيث أنه حقق تأثيراً وفعالية في علاج مشكلات المراهقين وتستند هذه الدراسات إلى أن أصحاب الاتجاه البنائي يقرون بأن بناء الأسرة يجب أن يتغير لكي يتناسب ويتوافق مع التغيرات النمائية التي تحدث للمراهق، وأن الأسرة إذا كانت غير قادرة على عمل هذه التغيرات الضرورية فربما تزداد المشكلات بين المراهقين وأسرها وقد أسفرت نتائج هذه الدراسات عن أن العلاج الأسري البنائي وسيلة علاجية فعالة ومؤثرة في علاج مشكلات المراهقين خاصة مع الأسر التي تحدد مشكلاتها مع أبنائها (Smyth, John, 1992; Brodovsky, Willam, 1993; Enns, Richard, 1993).

الاكتئاب والمراهقة Depression & Adolescence ::

هناك نقطة مشتركة بين الاكتئاب ومرحلة المراهقة وهي تقدير الذات فالمرهق يبحث عن تحقيق ذاته وتشكيل هويته، وتقديره لذاته كلما كان مرتفعاً كلما ساعده على مواجهة صراعاته، والمكتئب سبب اكتابه هو انخفاض تقديره لذاته والذي يؤثر على توافقه النفسي وحياته بصفة عامة.

أما عن مدى شيوع الاكتئاب لدى المراهقين فقد قرر جينسن Jensen ١٩٧٥ أن البحوث التي سألت المراهقين عمئذا كانوا يشعرون بحالات اكتئاب معتدلة، فلقد أقر حوالي ٣٣% في كل ٧ إلى ٨ مراهقين، ٢٢% من ٩ إلى ١٠ مراهقين يخبرون الاكتئاب على الرغم من أن التشخيص الرسمي في العيادات النفسية والمستشفيات يبين معدلاً أقل مما سبق بالنسبة للاكتئاب لدى المراهقين، وتعتمد هذه التقديرات على نظرة واسعة إلى كون الاضطراب الاكتئابي يعد مركباً سيكولوجياً ويكون البالغون فقط هم القادرون على إبراز الأعراض الاكتئابية" (عبدالله عسكر، ١٩٨٨ : ٢٠).

"وتشكل الأمراض الوجدانية نسبة كبيرة من المترددين على العيادات النفسية ففي الإحصائيات الواردة من أوروبا وأمريكا نجد أنها تذكر أن الاكتئاب يشكل من ٢٠-٣٠% من مجموع الحالات النفسية وتقترب الأرقام في مجتمعنا من هذه النسب (لطفي الشربيني، ١٩٨٥ : ١٦) أي أن نسبة الاكتئاب تصل إلى (٢٤,٥%) موزعة كالاتي (١٠,٧%) اكتئاب تفاعلي (عسر المزاج)، (٨,٦%) ذهان المرح والاكتئاب (اضطراب ثنائي القطب) (٥,٢%) اكتئاب سنة اليأس (نوبة اكتئابية متأخرة)". (أحمد عكاشة، ١٩٩٨ : ٣٥٢)

كما توصلت العديد من الدراسات إلى أن "النساء أكثر عرضة من الرجال بمقدار الضعف للإصابة بالاكتئاب أحادي القطب ويرى بعض الباحثين أن معدلات الاكتئاب المختلفة بين النوعين هي معدلات مصطنعة، ففي الحقيقة يعاني الرجال والنساء من معدلات مماثلة في الاكتئاب، ولكن النساء تكون أكثر قدرة في التعبير عن أعراض الاكتئاب، وقد أثبت عدد آخر من الباحثين أن النساء أكثر احتمالاً لمواجهة العوامل الضاغطة التي تؤدي إلى الاكتئاب.

واقترح عدد آخر وجود اختلافات هرمونية بين الرجال والنساء تعد النساء مسبقاً للإصابة بالاكتئاب، وأخيراً اقترح بعض الباحثين وجود فروق في الميول المعرفية حيث

تميل المرأة إلى التفكير في أحداث سلبية في حين يكبح الرجال استجاباتهم المعرفية، ومن ثم استجاباتهم العاطفية أيضاً" (Ingram, Rick, E. 1994: 117).

"وبعض الباحثين يرجعون اكتئاب وانتحار المراهقين إلى ضعف الوحدة الأسرية حيث أنهم يفترضون أن المؤسسات الاقتصادية والسياسية اخترقت الأسرة وأوصلتها إلى أن تكون وحدة استهلاكية، ولم تعد قادرة على أداء وظيفتها كنظام لدعم أبنائها، ولم تعد قادرة على أن تمد أعضاء الأسرة بشعور الاستقرار والانتماء.

لذلك فإن الآباء محتاجون لأن يصبحوا أكثر انفتاحاً ويقظة – كلما أمكن لأطفالهم البالغين ولمشاكلهم، وأن أفضل وسيلة لعلاج اكتئاب المراهقين ومنعهم من الانتحار هي فتح قنوات الاتصال بأبنائهم لأنه في كثير من الأحيان يتعمد المراهقون إخفاء مشاكلهم لأنهم لا يريدون إغضاب الأشخاص الذين يحبونهم.. ولذلك فمن الأهمية أن يؤكد الآباء على المراهقين أنهم يمكنهم مشاركتهم مشاكلهم، وأن يقدموا لهم الدعم الكافي.. فالآباء في حاجة إلى الانضمام في عملية الاستشارة الأسرية (Peters, Lori J., 1985: 1-4).

والمراهق يختلف عن الطفل في مقاومته للضغوط الأسرية واستسلامه للمرض النفسي فالطفل عادة ما يستسلم إلى الضغوط الأسرية التي تمارسها الأسرة معه أما المراهق فغالباً ما يقاوم هذه الضغوط ويبحث عن حلول لذلك فغالباً ما تكثر الصراعات بين المراهق وأسرته وإذا لم يستطع مواجهة هذه الضغوط أو حل مشاكله مع أسرته يقع فريضة للمرض النفسي.

ولأن المراهقين لهم مطالب واحتياجات نفسية كثيرة تحتاج إلى إشباع كما أنهم يعانون من صراعات عديدة فهم يبحثون عن المساعدة والتقبل ويبحثون عن الذات والهوية التي تشكل شخصيتهم، وينتظر مساعدة الأسرة في إشباع هذه الاحتياجات.. وعندما لا تشبع احتياجاتهم ولا يتمكنوا من حل صراعاتهم. بل وعندما يعيشون في بيئة أسرية غير آمنة وسط علاقات أسرية مضطربة يؤثر ذلك في تقديرهم لذاتهم، وتصبح الأنا ضعيفة عند هؤلاء المراهقين ولا تتمكن من حل الصراعات التي تواجهها.. ويقع المراهق تحت تأثير هذه الضغوط التي تجعله عرضة للإصابة بالاكتئاب.

وقد أشارت نتائج بعض الدراسات التي استهدفت دراسة ديناميات الأسرة ذات المراهقين المكتئبين أن العلاقات الأسرية فيها تتميز بالتجاهل والتشوش والصراع حيث أن المراهقين المكتئبين يروا آبائهم على أنهم متجاهلين ومهملين ورافضين والأسر التي لديها مراهقين يعانون من الاكتئاب أكثر عرضة لاستخدام استراتيجيات حل الخلافات والصراعات بطرق عنيفة وعدوانية، وأن السلوك الوالدي له تأثير كبير على نمو الأطفال المراهقين الانتحاريين والمساء معاملتهم والذين يكون لديهم الاكتئاب عارضاً مشتركاً" (Edlestein, Karen, 1993).

وقد أشارت نتائج إحدى الدراسات إلى فاعلية علاج الاكتئاب للمراهقين عن طريق استخدام العلاج البينشخصي حيث يرفع تقدير الذات لدى المراهقين ويساعد على التوافق الاجتماعي فيعمل على تحسين العلاقات البينشخصية للمراهق المكتئب مما أدى إلى علاجه من الاكتئاب (Rossello Jeannette & Bernal Guillermo, 1999).