

العلاج الأسري

العلاج الأسري:

يركز العلاج الأسري - كما يدل اسمه - على اعتبار الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض، بمعنى أن المعالج أو المرشد يتعامل مع الأسرة ككل ويعتبر العلاج الأسري من المناهج الحديثة نسبياً في مجال العلاج النفسي، والذي جذب انتباه كثيرين من المشتغلين بالعلاج الإكلينيكي خلال العقدين الأخيرين من هذا القرن، ويتميز العلاج الأسري عن غيره من أنواع العلاج من حيث التكنيك والهدف ووحدة العلاج وهي الأسرة (محمد الشناوى ، ١٩٩٤ ، ومحمود الزبادى ، ١٩٨٧) ، فيختلف مثلاً عن العلاج الجماعى فى أن المتلقين للعلاج يكونون بالفعل وحدة كان لها كيانها من قبل العلاج ، والأسرة المضطربة تأتى إلى العلاج ومعها أنماط من الانحراف لها تاريخ سابق طويل، ومع ذلك فإن الأسرة التى تكون فى حاجة إلى العلاج قليلاً ما ترى نفسها مضطربة أو تعاني من مشاكل . بل إنها فى أكثر الأحيان تفد إلى العيادة النفسية بطفل مضطرب تقدمه بوصفه السبب فى أنهم قدموا إلى العيادة. (محمد نجاتي ، ١٩٨٩) بل ويمتاز فى حالات كثيرة عن العلاج الجماعى للمراهقين والمنحرفين، فالعلاج الجماعى قد يؤدي إلى تفاقم الاضطراب «فحينما يكون الأطفال معاً على انفراد ، يشجعون بعضهم على السلوك المضاد للمجتمع . يقول أحدهم: أنا أدخن الحشيش ، ثم يقول له الآخر : هذا رائع أنا أعرف من أين يشتري » . هذا المثال يوضح أن العلاج الجماعى لمشكلات المراهقين قد يؤدي إلى مشكلة ، ومن ثم فإن العلاج الأسري هنا يكون هو الحل (Gordonk, ٢٠٠٢) .

وعلى الرغم من أن أكثر المشتغلين بالعلاج العائلى يميلون إلى العمل بالأسرة النووية فقط ، أعنى الوالدين والأطفال إلا أن بعضهم يعمل مع الأسرة الممتدة ، وهم حين يدمجون الأجداد فى العلاج إنما يزودون أعضاء الأسرة بفرصة عقد مقارنات عبر الأجيال بين الأبناء والآباء، بل إن من المعالجين من يدمج فى الجماعة الأصدقاء والجيران . (محمد نجاتي ، ١٩٨٩) .

نمو حركة العلاج الأسري:

بدأ العلاج الأسري كطريقة علاجية واضحة فى الولايات المتحدة الأمريكية فى فترة الخمسينيات، رغم أن هناك بعض العوامل التى ساعدت فى ظهور هذا النوع

من العلاج قبل تلك الفترة - وقد تميز عقد الخمسينيات بسيادة الفكر التحليلي النفسى فكان المعالج يوجه جهوده حتى يحصل المريض على الاستبصار بدوافعه ودفاعاته اللاشعورية ، وجزء كبير من هذا الاستبصار يدور حول أن الكثير من علاقات المريض الحالية (بما فيها علاقته بالمعالج) ليست سوى تكرار لعلاقاته الأصلية مع أسرته.

ومضى الوقت ، أصبحت هناك قناعة واضحة بأن أسرة المريض الحالية ، وكذلك أسرته الأولية عامل وسيط هام جدًا فى نجاح العلاج ، ولعله من الملاحظات الشائعة لدى الإكلينيكين أن يجدوا مريضاً قد تحسن تحسناً ملحوظاً لا بسبب العلاج بل بسبب أسرته . وقد قام ناثان آكرمان وهو محل نفسى شهير بإنشاء أول مستشفى فى الولايات المتحدة الأمريكية للصحة النفسية للأسرة .

وقد ظهر تأثير آكرمان فى مقابلاته للأطفال والآباء والأمهات، فقد لاحظ أن التقدم العلاجي لمرضى الفصام يتم فقط حينما يسمح النظام الأسرى بحدوث التغيرات السلوكية الدائمة التى يتطلبها العلاج ، وإلا تنهار كل المحاولات العلاجية فينكص المريض بسبب التأثيرات الأسرية غير المرئية ، بحيث يمكن القول أن التقدم فى العلاج الأسرى قد حدث عندما بدأت الرؤية تنتقل من العضو المريض نفسه إلى رؤيتها فى العلاقات المريضة مع والديه مثلاً ، وعندما تغيرت رؤية المريض من كونه ضحية إلى رؤيته على أنه يعكس فى اضطرابه جانباً محدوداً من مرض والديه أو أعضاء أسرته.

أما العلماء من أمثال سوليفان وفروم وأريكسون وهورنى فقد أثروا تأثيراً كبيراً على العلاج الأسرى من خلال نظرتهم إلى العصاب بوصفه اضطراباً فى العلاقات الشخصية المتبادلة.

ولقد كان نمو حركة الإرشاد الزواجى كمهنة موازياً لنمو حركة العلاج الأسرى ودافعاً لها. وقد أثرت كل حركة منهما على الأخرى بصورة واضحة ، فكثير من الأساليب التى يستخدمها المرشدون فى حقل الزواج والمشكلات الجنسية استخدمت فيما بعد فى حقل العلاج الأسرى. (حامد الفقى ، ١٩٨٤).

أهداف العلاج الأسري:

ما الذى نهدف إلى الوصول إليه من خلال العلاج الأسري؟ يهدف هذا المنهج العلاجى إلى تحسين أداء الأسرة كنظام وذلك من خلال تقييمها أولاً كوحدة كلية ثم وضع خطة تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة بين أفرادها (محمود الزيدى ، ١٩٨٧) ، وتشارك الأسرة المعالج فى إعداد هذه الخطة كما يهدف إلى محاولة تحقيق الانسجام والتوازن فى العلاقات بين أعضاء الأسرة ، وتقوية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة ، وكذلك العمل على تحقيقه نمو الشخصية وأدائها لوظائفها فى جو أسرى مشبع (حامد الفقى ، ١٩٨٤) ، كما يهدف إلى تأكيد وإظهار الفروق بين أفراد الأسرة . أى تنمية هوية وحدود كل فرد وتطوير إحساسه بالاستقلالية دون الشعور بالخوف والقلق من هذا الاستقلال ، فالصحة النفسية تتحقق من خلال القدرة على خلق اتزان بين القوى الموجهة نحو الولاء للأسرة والقوى الموجهة نحو إشباع الذات . (صالح حزين ، ١٩٩٥) .

وأخيراً، يهدف إلى التأكيد على تدرج السلطة داخل الأسرة ، وإعادة بناء الانقسامات بين أعضاء الأسرة ، وإعادة تشكيل وصياغة المشكلات حتى يمكن حلها ، وطلب مساعدة كل أعضاء الأسرة ، وإعادة تشكيل وصياغة المشكلات حتى يمكن حلها ، وطلب مساعدة كل أعضاء الأسرة للاشتراك فى حل مشكلاتهم. (Kottler & Brown, 1992) .

أسباب اللجوء إلى العلاج الأسري:

- توجد أسباب كثيرة مقبولة للعمل مع جماعة الأسرة أكثر من الأفراد هى كما يلي :
- (١) يتأثر الأفراد بشدة ويؤثرون فى أسرهم ، ومن ثم فإن العمل مع شخص مستقل عن أسرته يتجاهل مصدراً هاماً من تطوره النفسى .
 - (٢) من المهم تغيير أنماط التفاعل داخل الأسرة كى يتم تغيير سلوك أعضائها .
 - (٣) عادة ما تؤثر مشكلة العميل على الأعضاء الآخرين فى الأسرة .

- (٤) يحصل أعضاء الأسرة الآخرون على فهم أكبر لأنفسهم ولأنماط تفاعل أسرته من خلال المشاركة في مشكلة عضو معين من أعضاء الأسرة .
- (٥) إذا كانت المشكلة في الأسرة فإن من النادر أن يستمر التقدم الذى يحققه العلاج الفردى ، فالتقدم فى العلاج يحدث عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم ، وإلا فإن كل الجهود تنهار ويعود المريض إلى حالته المرضية وذلك بسبب الصراع أو الصدام الخفى والذى يعبر عن العلاقة الأسرية المرضية .
- (٦) هذا النوع من العلاج هو أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحًا واقتصادية لو قصرنا العمل على الفرد الذى من المفترض أن يكون موضع الإرشاد أو العلاج .
- (٧) يعكس الفرد المريض فى اضطرابه جانبًا من مرض والديه أو أعضاء أسرته .
- (محمد الشناوى ، ١٩٩٤ ، وحامد الفقى ، ١٩٨٤ - ١٩٦٦ ، Ackerman)
- ولكن هذه الأسباب وغيرها لا تعنى أن علينا اللجوء إلى العلاج الأسرى فى كل الحالات والمواقف بل نلجأ إليه بعد تقييم الأسرة ثم نقول نعم أو نقول لا للعلاج الأسرى .

لا فى حالة	نعم فى حالة
أ- يفضل أو يصبر واحد أو أكثر من أعضاء الأسرة على خصوصية التقييم الفردى .	١- المشكلة تتعلق بالطفل أو المراهق .
ب- إذا كان ضروريًا للأسرة أن تقوى محاولات أعضاء الأسرة للانفصال عن الأسرة كزواج الابن مثلاً .	٢- يرى الزوجان أو أعضاء الأسرة أن المشكلة تتعلق بالأسرة .
ج- تفرق أعضاء الأسرة دون رغبة فى التصالح فيما بينهم .	٣- المشكلة المقدمة هى مشكلة أسرية أو زوجية حقيقية تعرض أى من العلاقات الأسرية أو العمل أو الصحة أو قيام الوالدين بدورهما للخطر .
د- للأسرة تاريخ تخريب للجهود العلاجية . ولا يرى بعض	٤- ظهور أزمة أو مرض أو فقدان عمل أو وفاة أو حتى مرحلة انتقال طبيعية فى دورة حياة الأسرة .

٥- حصول أحد أعضاء الأسرة على علاج نفسى (خاصة الإقامة بالمستشفى) .	المعالجين الأسريين أن هذا مؤشر مفارق بل مزيد من التحدى (خاصة بالمهتمين بالعمل المفارق) .
٦- تحسن أحد أعضاء الأسرة أدى إلى مشكلة لدى فرد آخر .	هـ- لا يثق الفرد المقدم للعلاج فى رأى أسرته .
٧- فشل العلاج الفردى أو الجماعى لأحد الأفراد ، مع انغماس الفرد فى مشكلة أسرية أو يحتاج إلى توضيح بعض الأمور الأسرية . أو هناك حاجة لتعاون الأسرة لتسمح للعميل بالتغير .	و- ظهور نوبات ذهان شديدة فى الشخص المريض .

متى ينجح العلاج الأسرى؟

من الضرورى استخدام أسلوب ونموذج علاجى مناسب ذو خلفية نظرية وعملية واضحة؛ لأن اقتحام المعالج مجال الأسرة بدون إلمامه ببناء نظرى وعملى وخطة عمل يحد من كفاءته على تحديد مواطن القوى والضعف ويصبح غير قادر على التدخل وتناول الأمور التى يتعامل معها تعاملًا علميًا مهنيًا (صالح حزين ، ١٩٩٥) ، هذا من جانب، ومن جانب آخر يصبح العلاج أو الإرشاد الأسرى أكثر فاعلية حينما يرغب كل أعضاء الأسرة فى الاجتماع كمجموعة مع المرشد ، وعندما يكون لديهم استعداد لتقبل بعض المسئوليات لتحسين الموقف ، وحينما يكون لديهم دافع لإكمال الحياة الأسرية معًا . وقد يحضر بعض أعضاء على مضض ويرفض البعض تقبل أى مسئولية ، وقد يحاولون إفساد جهود المرشد فى تحسين الأسرة مما يجعل العلاج أكثر صعوبة (Murno et al, 1988)

الطفل والعلاج الأسرى؛

إن الأسر التى تكون فى حاجة إلى العلاج قليلاً ما ترى نفسها مضطربة أو تعاني من مشاكل عائلية . بل إنها فى أكثر الأحيان تفد إلى العيادة النفسية بطفل مضطرب تقدمه بوصفه السبب فى أنهم قدموا إلى العيادة .

على أن الغرض الرئيسى الذى يقوم عليه العلاج العائلى هو أن أعراض الطفل بمثابة انعكاس لصراعات اجتماعية فى داخل الأسرة ، وأن المريض هو الأسرة - لا الطفل - على الدوام ، وأن سلوك الطفل لا يزيد عن أن يكون قناعاً لبعض المشكلات الأكثر خطورة والتي تكون فى الأسرة ، مشكلات قد لا تكون متصلة بالطفل فى بادئ الأمر . من ذلك مثلاً أن الصراع على السيطرة بين الأب والأم قد يظهر فى خلاف حول موضوع التأديب .

ولذلك يجد الطفل نفسه وقد فرض عليه أن يلعب دوراً فى صراع لا دخل له فيه . وهو عندما يجد نفسه محصوراً بين قوى متحاربة ، يستجيب لذلك بتنمية بعض الأعراض ، والرسوب فى المدرسة ، والسلوك على أنحاء أخرى يمثل استجابته للورطة التى يجد نفسه فيها، وعلينا أن نلاحظ هنا ملاحظة عابرة هى أن الأعراض هنا تعكس صراعاً بين أفراد الأسرة بدلاً من أن تعكس صراعاً نفسياً وداخلياً . (محمد نجاتى ، ١٩٨٩) .

حيث يؤدى السلوك المضطرب للطفل إلى اتزان بناء الأسرة ، فهذا السلوك يحمى الوالدين من بعضهما البعض ، ويقودهما ليجدا عزاء فى مشاركتهما فى إحباطاتهما مع عدم قدرتهما على التحكم فى السلوك ؛ لذا يجب رؤية كل أعضاء الأسرة معاً لتوضيح بناء القوة والتدرج ، ودور المرشد أو المعالج الأسرى مساعدة الوالدين والطفل فى إعادة ضبط أنفسهم . (Brown, & Kottler 1992).

ومن الأساليب المساعدة فى استمرار المرض العائلى اتخاذ كبش للفداء، فنجد أن واحداً من الأطفال يوجه إلى اللوم الدقيق على أنه كان السبب فيما تواجه الأسرة من مشاكل فكثيراً ما نجد المحادثات التى تدور فى الأسرة التى تقوم باتخاذ كبش للفداء تتضمن تعليقات من قبيل «لو لم يكن فلان مريضاً ، لكانت العلاقات بيننا جميعاً طيبة» ، وهم لا يفكرون مطلقاً على عكس ذلك ، فى أن فلان لم يكن ليمرض لو أن العلاقات بينهم كانت طيبة . (محمد نجاتى ، ١٩٨٩) .

أو قد يقوم الوالدان بتدعيم السلوك غير السوى للطفل ، فبعض الآباء والأمهات يثيرون السلوك غير السوى للطفل - عن غير قصد - بالاهتمام الزائد به ؛ لذا يستمر الطفل فى هذا السلوك لأنه يحصل به على اهتمام (Bavelas, & Segel 1983) فنجد مثلاً أن كثيراً من الآباء والأمهات يفسدون عمل المعالج بسبب إشفاقهم على الطفل الوسواسى مع عدم فهمهم لنظرية العلاج ، فهناك من الأهل مثلاً من يرى أن يريح الطفل من العذاب الذى يشفق عليه منه فيقوم بربط حذائه بدلاً منه ؛ لأن الطفل يرى فى ربط الحذاء سبباً للتلوث وعضو الأسرة هنا لا يدرك أنه بذلك يساعد على إعاقة الطفل ويفسد العملية العلاجية برمتها (وائل أبو هندي ، ٢٠٠٣) .

نظريات العلاج الأسرى وفنياته :

يقوم العلاج الأسرى على مجموعة من النظريات اشتق المرشدون منها مجموعة من الأساليب الإرشادية والعلاجية ، وتهدف هذه الطرق والأساليب جميعها إلى إعادة توثيق العلاقات بين أفراد الأسرة وتحقيق توافق أفضل لكل الأفراد فى الأسرة بما فى ذلك المريض أو المسترشد المقصود أصلاً بالعلاج أو الإرشاد (محمد الشناوى ، ١٩٩٤) .

توجد خمسة اتجاهات رئيسية فى العلاج الأسرى وهى :

- ١- الاتجاه السلوكى .
- ٢- الاتجاه المعرفى .
- ٣- الاتجاه السيكوندينامى .
- ٤- اتجاه المنظومات .
- ٥- الاتجاه البنائى .

وقد ظهر التحليل النفسى والعلاج السلوكى لعلاج الأفراد المضطربين ، بينما ظهر اتجاه المنظومات فى الأصل للعمل مع الأسرة المضطربة (Pines, 1996 & Margolin 1990) ، وفيما يلى ستعرض الكاتبة الاتجاهات الخمسة :

(١) المدخل السلوكي في علاج الأسرة:

تمثل الأسرة من وجهة النظر السلوكية البيئة الطبيعية لتعلم السلوك، فالأسرة بحكم العلاقات والتفاعلات اليومية بين أعضائها- تمثل شبكة متداخلة من المواقف والمشاعر والأساليب السلوكية الموجهة من فرد إلى آخر داخل الأسرة ، فقد يدعم سلوك أحد أعضاء الأسرة سلوك لعضو آخر ، ويعارض سلوك عضو ثالث ويتحدى سلوك أحد أعضاء الأسرة سلوك عضو رابع وهكذا، والأسرة تجاه أفراد الأسرة الآخرين ، وعن طريق التعميم ينتقل هذا السلوك في معاملة الآخرين خارج نطاق الأسرة (علاء الدين كفاي ، ١٩٩٩).

ويهدف العلاج السلوكي إلى تغيير سلوك غير مناسب، حيث يكون الدليل على نجاح العلاج هو تغيير سلوكي يمكن قياسه، ولا يميل المعالج السلوكي إلى مفاهيم فرضية عن الوظيفة العقلية كاللاشعور، ولا يفترض - كما يفعل المحلل النفسي - أن المريض لا يفهم مشكلته " الحقيقية "، فما تعلمه الفرد من البيئة يحدد سلوكه وتغيير البيئة يغير السلوك بمعنى أن أسباب المشكلات وحلولها موجودة في البيئة الأسرية الحاضرة . (Eisenbrg, 1983 ;Pines, 1996 & Patterson).

وتوجد أنواع كثيرة ومختلفة من العلاج السلوكي لدرجة أنه يصعب جمعها معاً في طريقة واحدة ، فبعضها يؤكد على الملامح المعرفية وبعضها يؤيد التعزيز أو النمذجة أو ضبط الذات أو التحليل السلوكي ، ومع ذلك تشترك معظم أنواع العلاج في العناصر التالية:

- ١- التأكيد على الحاضر أكثر من الماضي .
- ٢- الاهتمام بتغيير سلوكيات غير وظيفية محددة .
- ٣- الاعتماد على البحث كجزء متكامل لمعرفة نتائج التدخلات العلاجية.
- ٤- القياس الدقيق لنتائج العلاج . (Brown, 1992 & Kottler).

التدخلات السلوكية:

تختلف درجة استخدام التدخلات التالية تبعاً لكل أسرة وللتقييم الإكلينيكي لحاجة أفرادها ، والأشكال الرئيسية للتدخلات السلوكية هي:

- ١- التدعيم.
 - ٢- تدريب أعضاء الأسرة على التواصل.
 - ٣- تدريب أعضاء الأسرة على حل المشكلات.
 - ٤- اتفاقات تغيير السلوك لزيادة السلوك الإيجابي وتقليل تبادل السلبيات بين أعضاء الأسرة.
 - ٥- الاقتصاد الرمزي.
- (علاء الدين كفاي، ١٩٩٨، ١٩٩٩، Dattilio et al.) .

١- التدعيم:

يعتمد العلاج الزوجي السلوكي على مبادئ وفتيات مستقاة من نظرية التبادل Exchange Theory أو ما يسمى نظرية التبادل الاجتماعي Social Exchange Theory ، وتقوم النظرية على مدى تبادل المكافآت والإثابات بين الزوجين باعتبارهما معززات للعلاقة الزوجية.

وتتميز العلاقات الزوجية السعيدة بأعلى قدر من الإثابات لكلا الزوجين وتحدث المشكلة في العلاقات عندما يعطى الزوجان قليلاً من الإثابات للطرف الآخر ، أو يحصلان على خسائر كبيرة في العلاقة ، وتولد المشكلات أيضاً عندما يحدث اختلال في التوازن ، وعندما يحصد أحد الزوجين معظم الإثابات، بينما يدفع الآخر معظم الثمن ، وعندما يستخدم الزوجان الإجبار للحصول على الإثابات التي يريدانها مما يؤدي إلى تعرض الوحدة الزوجية إلى الاضطراب أو سوء لوظائفها.

وعلى ذلك يكون الهدف من العلاج الأسري لدى المعالجين السلوكيين تعليم أعضاء الأسرة طرقاً أكثر كفاءة للتعامل مع بعضهما البعض ، فيتعلمون كيف يمدون بعضهم بإثابات أكثر وبأقل ثمن ، ولكي يفعلوا ذلك يطلب المعالج مثلاً من كل زوج أن يوضح ما الذى يريد أن يحصل عليه من الطرف الآخر ، ثم يساعد الزوجين على الوصول إلى تبادل عادل للسلوكيات المرغوبة أو الإثابات . وقد يستدعى الأمر توزيع واجبات منزلية للتدريب على مهارات وأنماط سلوكية جديدة أو كمساعدة لتثبيت هذا السلوك لإحداث مزيد من الرضا عن العلاقة (صالح حزين ، ١٩٩٥ ، فهد الناصر ، ١٩٩٥ ، ١٩٩٦ ، Pines).

وعلى أى حال لا يحتاج الزوجان الوصول إلى تعادل كامل فى نسبة الإيجابيات والسلبيات التى يتبادلانها كى يكونا سعيدين ، والمفتاح هو التوصل إلى تعادل من التبادل على مر الزمن يقبلانه سوياً . (Baucom; 1998 & Epstein).

(٢) التدريب على التواصل:

أشار إلى أهمية التواصل فى الأسرة عدد كبير من الباحثين والإكلينكيين (Ginsberg & Vogelsong, 1977; Noller, 1984; Henggeler & Borduin, 1990 and Halford, 1998)

فالتواصل اللفظى يساهم فى فهم اتجاهات وسلوك الزوجين لبعضهما ، ويعتبر التواصل مصدراً للرضا العميق فى حد ذاته ، وهو أساس السعادة الزوجية فى مستقبل الزوجين معاً . (Vogelsong, 1977 & Ginsberg).

ويهدف التدريب على التواصل إلى زيادة مهارة أعضاء الأسرة فى التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم بوضوح ، والاستماع بفاعلية لرسائل الآخرين؛ ولتحقيق هذه الأهداف يتم تدريبهم على مهارتى التعبير والاستماع. (Dattilio et al, 1998)

وقد قدم جيرنى اتجاهًا تعليميًا يسمح للمشاركة بتعلم التصرف - كفرد يعبر عن نفسه ويستمع للآخر بتعاطف ، وذلك تبعاً لإرشادات سلوكية معينة ، فمثلاً: على الشخص الذى يعبر عن نفسه رؤية الموقف من وجهة نظر ذاتية أكثر من رؤية الحقائق وعليه التعبير عما يشعر به من مواقف إيجابية تجاه المستمع حين يتقصد ،

وكذلك استخدام الإيجاز والوصف المحدد للأفكار والمشاعر وتوصيل الإحساس بالتعاطف مع مشاعر الشخص الآخر أيضاً ، أما بالنسبة لمهارة الاستماع، فعلى المستمع محاولة التعاطف مع أفكار ومشاعر الذى يعبر عن نفسه (حتى إذا كان ذلك يحتاج إلى عدم الإشارة للاتفاق مع أفكار من يعبر عن نفسه) وتوصيل هذا التعاطف لمن يعبر عن نفسه ، ويكون عليه أيضاً تجنب مقاطعة المتحدث بسؤاله أو إعطائه اختيارات تغيير الموضوع وتجنب الحكم على أفكار المستمع ومشاعره وتوصيل فهم خبرة المتحدث بأن يلخص ويعيد صياغة ما سمعه للتأكد من فهمه. (Vogelsong, 1977 & Ginsberg)

وبنفس هذه الطريقة يقدم المعالج تعليمات شفوية وكتابية عن سلوكيات محددة لكل نخط من المهارات بحيث يأخذ أعضاء الأسرة معهم ، كما يمكن أن يعبر المعالج- باعتباره نموذجاً- عن مهارتى التعبير والاستماع أو يعرض للعملاء عينات من شرائط الفيديو ثم يمارس العملاء مهارات التواصل بشكل متكرر مع المعالج الذى يدرهم على اتباع القواعد الأساسية ، ويطلب المعالج من العملاء أن يبدؤا ممارسة المهارات بموضوعات سهلة نسبياً ، وذلك حتى لا تؤدي أى انفعالات قوية مرتبطة بموضوعات صراع قوية إلى " إلغاء مشاعر " وتداخل مع عملية التعلم ، وبمجرد أن يستطيع أعضاء الأسرة إتقان مهارات التعبير والاستماع الفعال يتقدم المعالج نحو موضوعات أصعب (Dattilio et al, 1998) ، وعادة ما يتم تعليم الزوجين تثبيت المهارات (مثل: ذكر الجملة بمعنى آخر، تقديم أسئلة مفتوحة) اعتماداً على أن كلاً من هذه المهارات هى مهارات تواصل توافقية ، ومع الوقت أصبح التدريب على التواصل أقل توجهاً نحو المهارات المحددة الصغيرة ، وأكثر تأكيداً على تحديد وتغيير نمط عام من التواصل مثل نمط المطالب- المنسحب ، وفيه نجد مطالبة أحد الطرفين للآخر بالتغيير وانسحاب هذا الآخر ، وهذا الانسحاب عادة ما يؤدي إلى تدهور فى الرضا عن العلاقة. (Halford, 1998).

(٢) التدريب على حل المشكلات:

حل المشكلة من المنظور السلوكى هو عملية مساعدة تهدف إلى تمكين الأسرة من أن تتعامل بكفاءة أكبر مع مدى عريض من المشكلات الموقفية. وعلى الرغم من أن

حل المشكلة يبدأ من قضية معينة إلا أن المعالج الأسرى عليه أن يعمل من خلال مواجهة هذه القضية على ترقية مهارة حل المشكلة بحيث يمكن أن تستخدمها الأسرة في المواقف الأخرى بدون مساعدة من أحد (علاء الدين كفاى ، ١٩٩٩).

والخطوات الأساسية لحل المشكلات هي :

- ١- يوافق أعضاء الأسرة على وجود مشكلة فى علاقتهم بالتالى ويتجنبون التحدث عن قانونية المشكلة.
- ٢- وضع تعريف واضح ومحدد للمشكلة بمصطلحات سلوكية تحدث أو لا تحدث ، وتحديد ما بمصطلحات إيجابية أكثر منها سلبية.
- ٣- الحصول على وقت محدد للمناقشة (ليس أثناء الشجار).
- ٤- التركيز على مشكلة واحدة فى وقت محدد.
- ٥- تحديد عدد من الحلول السلوكية المحددة للمشكلة (باستخدام فترة عصف ذهنى فعال إذا كان ذلك ضرورياً) دون الحكم على أفكار الذات أو الآخر.
- ٦- تقييم كل حل بديل ومقترح بتحديد مميزاته وعيوبه واختيار حل عملى ومناسب لكل الأفراد.
- ٧- الاتفاق على فترة محاولة لتطبيق الحل وتقييم تأثيره. (Pines, 1996 and Dattilio et al, 1998).

(٤) اتفاقات تغيير السلوك :

إذا أراد المعالج أن يبدأ اتفاقاً بين أعضاء الأسرة ليقبل من سلوك سلبى معين عليه أن يحدد السلوك بدقة ويوصل إلى سلوك أكثر إيجابية ليكون بديلاً مناسباً للسلوك السلبى للفرد ، كما يمكن أن يطلب المعالج من كل فرد كتابة بعض السلوكيات الإيجابية التى يجب أن يحصل عليها من الآخرين، وفى بعض الأحيان يطلب المعالج الزواجى السلوكى من كل طرف الدخول فى (أيام حب) حيث يقوم الفرد ببء بعض السلوكيات الإيجابية من النوبة التى يفضلها الشخص الآخر (Dattilio et al, 1998)

وقد قام ريتشارد ب. ستورت Richard B. Stuart بالمحاولات الأولى لتطبيق المبادئ السلوكية مع الزوجين وعالج أربعة أزواج وزوجات كانوا على وشك الطلاق ، وكان الأساس أن الزوج يريد جنسًا أكثر والزوجة تريد مزيدًا من التحدث ، ويساعد العلاج الزوجين على التفاوض للوصول إلى اتفاق بحيث يحصل الزوج على درجة لكل خمس عشرة دقيقة من الحوار ، وعندما يحصل الزوج على ثمانى درجات يمكن أن ييادها للحصول على علاقة جنسية ، وكانت النتيجة تزايد معدل الكلام بشكل دال وكذلك معدل الجماع الجنسي ، وبعد عدة جلسات لم يرغب أى من الزوجين فى إكمال إجراءات الطلاق (Pines, 1996).

ومن الشائع إنهاء كل جلسة علاج باتفاق يحدد السلوكيات التى سيقوم بها كل عضو فى الأسرة أثناء فترة ما بين الجلسات ، ويعتبر التسجيل الكتابى للاتفاقات مع إبقاء نسخة للمعالج ونسخة ثانية تأخذها الأسرة كمرجع يومية مفيد جدًا عندما يراجع المعالج نجاح الواجب المنزلى فى الجلسة التالية (Dattilio et al, 1998) ، وغالبًا ما تكتب الاتفاقات بمساعدة المعالج، كما أن كتابة الاتفاقات يجعل من الممكن التفاوض عليها وتعديلها بسهولة ، والشكلان الرئيسيان من الاتفاقات هما:

١- اتفاق وضع قواعد تحكم العلاقة Quid pro quo.

٢- اتفاق الثقة الجيدة Good faith.

وفى الاتفاق الأول تكون التغيرات المطلوبة مرتبطة بطرفين، بمعنى أنه إذا غير أحدهما سلوكه سيتغير الطرف الآخر بالطريقة المطلوبة، فعلى سبيل المثال: إذا أرادت روث من ديفيد أن يقضى وقتًا أطول يتحدث معها وهو يريد أن يقضى وقتًا أطول مع زملائه سيكون الاتفاق الذى يحكم العلاقة مكتوبًا كالآتى: إذا قضى ديفيد ساعة فى التحدث مع روث ستقضى روث ساعة مع زملاء ديفيد ، ونجد فى هذا الاتفاق أن تغير سلوك أحد الطرفين ينتقل إلى الطرف الآخر ، وإذا لم تحقق الجزء الخاص بك من الاتفاق لا يجبر الطرف الآخر على التغير والعكس صحيح ، ومشكلة هذا النوع من الاتفاقات هى أن الزوجين (خاصة المشكلين) قد يتوقفان عند (ابدأ أنت أولاً). (Pines, 1996)

وقد استخدم باترسون وزملاؤه (Patterson et al, 1975) هذا النوع من الاتفاقات فى برنامج علاج سلوكى استمر لمدة ست جلسات وشارك فيه عشرة أزواج وزوجات متوسطى عدم الرضا وتعلم الأفراد استخدام طرق مناسبة لتغيير السلوك وتحديد هذا السلوك بدقة ، وأيضاً تعلموا مهارات التفاوض والقواعد التى تحكم العلاقة، فوافق أحد الزوجين على تغيير بعض جوانب سلوكه مقابل أن يغير الطرف الآخر سلوكه ، كما اشترط الزوجان نتائج تترتب على مخالفة هذا الاتفاق وكانت النتائج تحسن السلوك الميسر للأزواج والزوجات وتبادل هذا السلوك ، كما انخفض مستوى سلوك التفكير ، وقل تبادل الاستشارات المزعجة ، وقد امتدت نتائج التدريب لمدة طويلة.

أما فى اتفاق الثقة الجيدة فيقوم الفرد بالسلوك المطلوب ليحصل على تعزيز إيجابى مستقل عما قام به الطرف الآخر ، فمثلاً إذا تحدث ديفيد مع روث لمدة نصف ساعة يستطيع أن يختار الفيلم الذى سيشاهدانه هذا الأسبوع ، وفى مثل هذا الاتفاق لا يوجد فائدة من انتظار أن يتغير الآخر أولاً. (Dattilio et al, 1998)

بمعنى أنه فى هذا الاتفاق نطلب من الزوجين إحداث تغيير إيجابى لصالح العلاقة ، وبالتالي يكون العبء على كلا الطرفين كى يسعيا مجدية لتحسين هذه العلاقة ، وبذلك نجد أن الهدف تغيير سلوك فى العلاقة وهو الملمح الهام فى العلاج الزوجى السلوكى (Halford, 1998)

يوجد نمط ثالث من اتفاقات تغيير السلوك يركز على زيادة الأنشطة المشتركة للزوجين أو لأعضاء الأسرة، حيث يشكو الأزواج والزوجات وأعضاء الأسر المضطربة من نقص الترابط ونقص قضاء وقت إيجابى قصير مع بعضهم ، وسواء كانت قلة الأوقات والأنشطة المشتركة ناتجة عن المشاعر السالبة للأعضاء تجاه بعضهم البعض أو ناتجة عن الانشغال بالعمل وأنشطة المدرسة والأصدقاء ، يكون على المعالج أن يناقش معهم دور عدم الاندماج معاً فى سلوك مشترك فى إبقاء نقص المودة ، وبالتالي يستطيع المعالج إشراكهم فى جلسة عمل لحل المشكلة حيث يمكن أن يشتركوا فى عدد من الأنشطة المختلفة.

وتساعد الأنشطة المشتركة المكتوبة العملاء في تحديد الأنشطة التي يرغبها أى من الأعضاء ، ويكون من ضمن الواجب المنزل اتفاق على الاشتراك فى واحد أو أكثر من الأنشطة المشتركة لفترة محددة من الوقت فى يوم أو أيام محددة. (Dattilio et al, 1998).

(٥) الاقتصاد الرمزي:

يشير هذا الأسلوب إلى استخدام بعض المثيرات بعد تشريطها بمدعمات طبيعية كوسائل لحفز الفرد على التعلم وتدعيم السلوك المرغوب لديه وإنقاص السلوك غير المرغوب أيضاً.

ويستخدم أسلوب الاقتصاد الرمزي فى العلاج الأسرى ويطبق مع أحد أفراد الأسرة بعد أن يكون المعالج قد حدد السلوك وأساليب السلوك المرغوبة وحدد لكل منها عدداً من النقاط أو العملات . ويمكن أن يستبدل بها تشكيلة من المكافآت ، ويمكن أن يعاقب الفرد أيضاً على السلوك غير المرغوب فيه أو على التقدم فى تعلم واكتساب السلوك المرغوب فيه بالخصم أو التقليل من النقاط التى حصل عليها . (علاء الدين كفافى ، ١٩٩٩).

(٢) العلاج الأسرى المعرفى:

كلمة معرفى Cognitive هى النسبة إلى كلمة Cognition ، وتعنى المعرفة أو الإدراك ؛ ولذا يترجم هذا النوع من العلاج " بالإدراكى " ولكن ننوه هنا أن المقصود بكلمة معرفة أو إدراك فى هذا السياق إنما تعنى عدداً من العمليات الذهنية التى يتمكن بها المرء من معرفة أو إدراك العالم الخارجى ، وأيضاً الداخلى له ، فهذا النوع من العلاج النفسى يضع الخلل فى جزء من العملية المعرفية - وهى الأفكار أو التصورات عن النفس والآخرين والحياة - ويجعله مسؤولاً فى المقام الأول عن نشوء الأعراض العصابية (قتيبة الجالبى وفهد البحى ، ١٤١٦).

أهداف العلاج المعرفى:

أنسب ما تكون الفنيات المعرفية حين تقدم إلى أناس لديهم القدرة على الاستبطان وعلى التأمل فى أفكارهم الخاصة وخيالاتهم. إن المدخل المعرفى هو

فى جوهره امتداد وتحسين لما دأب الناس على فعله بدرجات متفاوتة منذ المراحل الأولى لتطورهم الفكرى. والفنيات العلاجية مثل: تسمية الأشياء والمواقف وغربة الفروض وتنقيها كلها قائمة على مهارات يستخدمها الناس على السجية ودون اطلاع على العمليات الداخلة فيها، غير أن بناء الأحكام قد يغدو عادة متأصلة بحيث يتطلب تصحيحها خطوات عديدة، فعلى الفرد أولاً أن يصبح واعياً بما يفكر فيه، ويتوجب عليه ثانياً أن يميز بين أى الأفكار هى الزائفة المنحرفة، وعليه عندئذ أن يستبدل الأحكام المختلة بأحكام دقيقة، وهو بحاجة فى النهاية إلى تغذية مرتجعة تنبئه بمدى صحة ما حققه من تغيير. (أرون بيك، ٢٠٠٠).

أنواع العلاج المعرفى:

أطلق كوتلر وبراون (Browb, 1992 & Kottler) على العلاج المعرفى: العقلانى الانفعالى أو المعرفى السلوكى أو العقلانى السلوكى، بينما ميز راتشمان وويلسون (Wilson, 1980 & Rachman) بين ثلاث مدارس فى العلاج المعرفى وهى: العلاج العقلانى الانفعالى لأليس Rational Emotive Therapy، والعلاج المعرفى على طريقة بيك Cognitive Therapy، والعلاج القائم على تعليم وتوجيه الذات Trainig self instructional لمينكنبوم Menichenbaum، والحقيقة أن كلاً من أليس وبيك بدءا باتباع نظريات وأساليب التحليل النفسى، بينما كان مينكنبوم معالماً سلوكياً يسعى مع غيره إلى تطوير المفاهيم السلوكية وتطوير فعالية العلاج السلوكى.

* ويرى العلاج العقلانى الانفعالى أن الناس يولدون بإمكانية أن يكونوا عقلانيين أو غير عقلانيين ولدى البعض ميل نحو عدم العقلانية أكثر من غيرهم، وتتفاعل هذه الاختلافات مع البيئة (خاصة الوالدين) مما يؤدي إلى إحداث مستويات مختلفة من اللاعقلانية فى كل منا، وتحدث الانفعالات السالبة نتيجة للتفكير غير العقلانى، فأحداث الحياة لا تخلق مشاعر سيئة بل طريقة تفكيرنا فى الأحداث. (Browen, 1992 & Kottler).

ويتضمن العلاج العقلانى الانفعالى تدريب المريض على اكتشاف وتحديد وتعديل هذه المعتقدات ، ويتم تحقيق هذا الهدف بالعديد من الوسائل مثل قيام المعالج بتحدى هذه المعتقدات اللاعقلانية بأسلوب مباشر وقيام المريض بالواجبات المنزلية من تحد للأفكار اللاعقلانية.(Dryden, 1991 & Newell).

* أما العلاج المعرفى عند بيك فقد تطور مستقلاً عن العلاج العقلانى الانفعالى وإن كان يتشابه معه فى كثير من الأفكار الخاصة بنشأة واستمرار المشكلات النفسية حيث يهتم هو الآخر بتعديل أنماط التفكير.

ويكمن الاختلاف الرئيسى بين الطريقتين فى أن العلاج العقلانى الانفعالى يهدف منذ البداية إلى الكشف عن المعتقدات اللاعقلانية الأساسية عند المريض ، بينما يهتم العلاج المعرفى عند بيك منذ البداية بالأفكار الأوتوماتيكية ، ولا يهتم بفحص الافتراضات الأساسية عند المريض إلا فى المراحل الأخيرة من العلاج. (Scott, 1991 & Twaddle)

* ويتضمن التدريب على توجيه وتعليم الذات مراحل ست هى: تحديد المشكلة - مواجهتها - تركيز الانتباه - استخدام تقارير وعبارات المواجهة - تصحيح الأخطاء - التعزيز الذاتى.

وبطريقة أخرى يركز العلاج المعرفى على تحديد وتعديل التقارير الذاتية السلبية مع قيام المعالج بدور المدرب والمعزز ، فضلاً عن التدريب على مهارات حل المشكلة ومواجهتها ، كذلك يتفق المعالجون المعرفيون فى القول بأن الإنسان مسؤول عن أفعاله، وبالتالي فهو قادر على تغييرها.(Menichenbaum, 1976)

ومن الأسس الهامة فى تطور العلاج السلوكى فى السنوات الحديثة هو المساهمة الكبيرة للاتجاه المعرفى فيه ، والتي أدت إلى ما يعرف أحياناً بالاتجاه المعرفى السلوكى.(Eysenek, 1991)

العوامل المعرفية للمشكلات الأسرية:

نموذج بيك المعرفي:

ينتشر التمسك بمعتقدات غير عقلانية أو غير وظيفية عن العلاقة بدرجة أكثر في حالات عدم التوافق الزوجي ، كما ترتبط شدة المعتقدات غير العقلانية العامة بمستوى منخفض من توافق الزوجين (Krieshek, & DeBord, Roman 1996) ويظهر التفاعل العصابي في الزواج عندما يتصرف الزوج والزوجة مع بعضهما بطريقة غير عقلانية ، ويظهر هذا التفاعل من الأفكار والمعتقدات ونظام القيم وغير العقلانية من جانب أحد الزوجين ، ويجب مهاجمة هذه المعتقدات ونظم القيم إذا كان الغرض إيقاف التفاعل العصابي (إبراهيم إبراهيم ، ١٩٨٥).

الأفكار الأتوماتيكية:

تعرف الأفكار الأتوماتيكية بأنها تيار من الأفكار والمعتقدات والصور الشعورية التي توجد لدى الأفراد من لحظة لأخرى وتظهر في مواقف محددة مثل: " لقد تأخرت زوجتي ثانية إنها لا تهتم بمشاعري " ، وتشير كلمة أوتوماتيكي إلى الطبيعة التلقائية لهذه الأفكار ، وقد لاحظ المعالجون المعرفيون كيف أنه من الشائع أن يتقبلها الأفراد كأمر مسلم به بدلاً من التساؤل عن مدى مصداقيتها. (Dattilio et al, 1998)

وتتميز هذه الأفكار عن المجرى العادي للأفكار التي نلاحظها خلال التفكير أو التداعي الحر بخصائص؛ ذلك أنه حين يعاني الشخص من نوع معين من السيكيوباثولوجيا ، فإن نسبة كبيرة من الأفكار الأتوماتيكية تعكس مضامين الموضوعات المعينة لهذه الزملة السيكيوباثولوجيا ، ويغلب أن تكون هذه الأفكار سريعة وعند حافة الوعي. وهي غالباً تسبق بعض الوجدان مثل الغضب أو الحزن أو القلق ، وأن يتسق مضمونها مع هذا الوجدان. وهي أفكار معقولة تماماً بالنسبة للمريض ويسلم بأنها دقيقة، ولها صفة الحتمية. وقد يحاول الشخص حبسها ولكنها تلح في الظهور. (لويس مليكة ١٩٩٠).

التحريف المعرفى للأفكار الأوتوماتيكية :

يفسر أفراد الأسرة غير المتوافقة المواقف على نحو سلبي بصورة منتظمة رغم إمكانية تفسيرها على نحو أكثر قبولاً، وهناك ثمانية تحريفات معرفية شائعة تحدث أثناء التفاعل الزوجي والأسري تتضح فيما يلي:

١- الاستنتاج التعسفي Arbitrary inference :

استنباط نتيجة من حدث في غياب دليل لذلك ، فعلى سبيل المثال الرجل الذى تأخرت زوجته نصف ساعة عن موعدا من العمل قد يستنتج " لابد أنها على علاقة بشخص آخر " .

٢- التجريد الانتقائي Selection abstraction :

وفيه يتم إدراك المعلومة خارج سياقها، فيلاحظ الفرد تفاصيل معينة ويتجاهل معلومات أخرى مهمة ، فمثلاً: حينما رفض جون أن يعير سيارته لأحد أولاده وصفته نانسي بأنه أنانى وليس لديه استعداد أن يتحمل التعب من أجل أسرته ، وحينما طلب منها المعالج تسجيل اللحظات التى أظهر فيها جون اهتمامه لتحدى فكرة " عدم الاهتمام " دونت نانسي ما يلي: " سألتى عن كيفية قضاء اليوم فى العمل - أخذ الأولاد إلى المدرسة حينما لم يلحقوا أوتويس المدرسة " .

٣- التعميم الزائد Over generalization :

يعتبر حدوث مصادفة أو اثنتين ممثلاً لمواقف مشابهة سواء كانت ترتبط بها حقيقة أم لا، فعلى سبيل المثال فشل الزوج فى إكمال أحد الأعمال المنزلية جعل الزوجة تستنتج " أنه لا يعتمد عليه " .

٤- التهويل والتصغير Magnification and minimization :

بمعنى تهويل أو تكبير تأثير السلوك السلبي للزوج وتصغير أو التقليل من تأثير سلوكه الإيجابى .

٥- أخذ الأمور على محمل شخصي Personalization :

أخذ الأمور على محمل شخصي أو (التنسب الشخصي) شكل من الاستنتاج التعسفي حيث يرجع الفرد الأحداث الخارجية لنفسه عندما يظهر دليل غير كاف لتحديد السبب، فعلى سبيل المثال: وجدت الزوجة أن زوجها يعيد ترتيب الفراش بعد أن قضت وقتًا قبله في ترتيبه بنفسها فتستنج " لا ترضيه طريقة ترتيبى ".

٦- التفكير الثنائي Dichotomous thinking :

تصنيف الخبرات على أنها نجاح كامل أو فشل تام ، وهذا ما يعرف "بالكل أو لا شيء All or nothing " أو " التفكير الاستقطابى "، فعلى سبيل المثال تقول الأم لابنها الذى ينظف غرفته: " لا تزال هناك أتربة على مكتبك " ويرى ابنها " أنها لا ترضى أبدًا بما فعله " .

٧- التسميات الشخصية Labeling and mislabeling :

إذا عمل أحد الزوجين شيئًا سالبًا يفسره الآخر على أنه يفعل ذلك دائمًا بعكس الأفراد فى الزواج السعيد حيث يرجعون التصرفات الخاطئة على أنها موقفية " لأنه فى حالة مزاجية سيئة أو أنه تحت ضغوط ويحتاج للنوم " ، ومن ناحية أخرى إذا ما قام بتصرف إيجابى يفسرونه على أنه شىء ثابت وداخلى للطرف الآخر " إنه شخص مهتم ومحب لذلك تصرف بهذه الطريقة " ، ولكن فى الزواج غير السعيد نفس السلوك الإيجابى يروونه موقفاً عابراً " ، لقد تصرف كذلك لأنه نجح فى عمله هذا الأسبوع " .

٨- قراءة الأفكار Mind reading :

شكل آخر من الاستنتاج التعسفى - حيث يعتقد الفرد أنه قادر على معرفة ما يفكر به عضو آخر فى الأسرة أو ما الذى سيفعله فى المستقبل القريب - دون تواصل لفظى مباشر بين الطرفين ، فعادة ما يكون لدى المتزوجين غير المتوافقين تنبؤ سلبى للطرف الآخر ، فمثلاً تقول الزوجة: " أعرف ما الذى سيفعله توم

عندما يعرف أنني سأتأخر غداً في العمل " ، وبرغم أن هذه التنبؤات قد تكون دقيقة بناء على الخبرة السابقة بالشخص الآخر إلا أن قراءة الأفكار تتضمن المخاطرة باستنتاجات خاطئة لا تعتمد على المعلومات المتاحة فقط. (Gottman, 1998 1998; Dattilio et al, 1983; Abrahms).

المخططات Schemes :

إن كلاً من الأفكار الأوتوماتيكية والتحريفات المعرفية- القائمة عليها- تشكلها مخططات الفرد، والتي تتضمن معتقدات جوهرية كونها الفرد عن العالم وكيف يعمل، والمخططات هي بناءات معرفية ثابتة قد تصبح جامدة وغير مشروطة وكثير منها يكون عن العلاقات وعن طبيعة التفاعلات بين أعضاء الأسرة تعلمها الفرد في فترة مبكرة من حياته من خلال المصادر الأولية، مثل أسرة الأصل والأخلاقيات الثقافية ووسائل الإعلام وخبرات العلاقات ، وهذه المخططات أو المعتقدات غير الوظيفية عن العلاقات لا تكون- في العادة- واضحة تماماً في عقل الفرد بل تظهر كمفاهيم مشوشة " لما يجب أن يكون " ، فمثلاً يعتقد بعض الرجال أن فتح الباب للمرأة طريقة يعبر بها عن أدبه أو إظهار الاحترام ، والمرأة التي تربت في بيئة مختلفة قد تفسر هذا الاهتمام على أنه عدم احترام لاستقلاليتها خاصة إذا كان هذا زائداً عن الحد.

هذه الأنواع من المخططات هي أساس تصنيف وترميز وتقييم الخبرات خلال حياة الفرد.... وتكون هذه المخططات في بعض الأحيان شعورية وواضحة جداً ولكن في الأغلب لا يعي الأفراد بالمعتقدات الأساسية التي توجه استجاباتهم إلى تفاعلات الأسرة وعياً كاملاً.

عند الزواج يحضر كل زوج بعض المخططات من أسرته الأصلية ومن خبرات أخرى حياتية ، ورغم أن هذه المخططات تؤثر على إدراك كل طرف وعلى استنتاجاته ، فإن ما يحدث في العلاقة الزوجية يمكن أيضاً أن يعدل المخططات قبل ظهورها.

وقد شرح بيك كيف يتطور كل فرد " إطار Frame " أو نظام ثابت من الأفكار يتعلق بصفات الآخر ، وكيف أن إدراكاته المترتبة عليه وتفسيراته لسلوك الآخرين يتشكل بهذا الإطار، فمثلاً: ملاحظة امرأة أن زوجها لديه اعتقاد قوى بأن الآخرين يرونه " أنانى " ستميل إلى ملاحظة سلوك للزوج متسق مع هذه الفكرة وترجع السلوك السلبي له إلى صفة " الأنانية " ، كما أن لكل زوجين نظاماً من المعتقدات عن نفسيهما كزوجين مثل " توجد اهتمامات مشتركة بيننا " ، نحن نشكل عالمين مختلفين " ، " هدفنا تربية أطفال بأخلاق حميدة " . (Baucom, 1998 & Dattilio , Esptein).

التدخلات المعرفية:

" يمكن تطبيق الفنيات البنائية المعرفية التى استخدمت من قبل فى حالات الاكتئاب والقلق وغيرها من الاضطرابات لتغيير أنماط التفاعلات المضطربة لدى الأسرة. (Dattilio et al, 1998) ، ويتكون العلاج من مجموعة إجراءات تهدف إلى تحديد ومواجهة الأفكار السلبية بصورة تسمح بتطوير بدائل إيجابية مناسبة وأفكاراً توافقية تتعامل من جديد مع الواقع ، وغالباً ما تظهر الاستجابة للعلاج فى أغلب الحالات الواضحة خلال الجلسات القليلة الأولى (صفوت فرج وآخرون ، ٢٠٠٠).

يؤكد المرشد فى المرحلة الأولى على تحديد المشكلة وعلى مهارات الإرشاد ، وفى المرحلة الثانية يتم تحديد التفكير غير العقلانى وتصحيحه فيتعلم العميل الوسائل الفعالة للتعامل مع مشكلته وتجريب البدائل فى الواقع ، ثم يتحرك العلاج بسرعة نحو خطة العمل فيطلب من العميل أن يتصرف بطريقة مختلفة بناء على أفكاره العقلانية الجديدة عن خبرات الحياة ، وفى الخطوة الأخيرة يركز المعالج على عملية الوقاية وتثبيت الاستفادة مما تعلمه العميل خلال الجلسات ، وكما هو الحال فى أى تعليم جديد لا يودى الفرد الأنماط الجديدة بكفاءة فى البداية؛ لذا يكون التعزيز ضرورياً ويتطلب العلاج التدريب على تحديد الأفكار الأتوماتيكية ، ثم تحدى الأفكار غير الوظيفية (Beck, & Deubeis 1988 and Brown, 1992).

ويتطلب العلاج التدريب على تحديد الأفكار الأتوماتيكية ثم تحدى الأفكار غير الوظيفية ، وسنوضح هذا فيما يلى:

١- التدريب على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية :

تعتبر زيادة قدرة الفرد على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية مطلباً أولياً لتعديل الأفكار المشوهة وغير المناسبة ، ويسمح هذا التحديد للأفراد " بالتفكير فيما يقولونه لأنفسهم " عن الموقف ويسمح بتعلم طرق جديدة أو بديلة للتفكير ، وكى نحسن مهارة تحديد الأفكار الأوتوماتيكية نطلب من الفرد الاحتفاظ بمذكرة لكتابة وصف مختصر للظروف المحيطة بفترة الصراع فى العلاقة ، كما يجب وصف الموقف والأفكار الأوتوماتيكية التى تأتى على البال والاستجابات الانفعالية الناتجة.

مثال (٦٠) :

الموقف / الحدث	الفكرة الأوتوماتيكية	الاستجابة الانفعالية
ذهبت ربما إلى أهل زوجها	إنها تستهزئ بى ولا	غضب
وألقت التحية على حماتها	تحترمنى ، وتعاملنى على	
فلم ترد.	أننى أقل منها.	

(ناديا التيمى ، ١٤١٨)

ومن خلال هذا التسجيل يستطيع المعالج أن يشرح للزوجين أو لأعضاء الأسرة كيف ارتبطت الأفكار الأوتوماتيكية بالاستجابات الانفعالية ، وكيف يسهم ذلك فى الإطار السالب للآخرين. وبمجرد أن يتعلم الأفراد تحديد الأفكار الأوتوماتيكية بدقة يؤكد المعالج على ربط الأفكار بالاستجابات الانفعالية والسلوكية ، ويساعد ذلك على مواجهة الميل العام لأعضاء الأسرة لعدم مسئوليتهم فى تأثيرهم على ما يشعرون به . (Dattilio et al, 1998) .

٢- إستراتيجيات تحدى الأفكار غير الوظيفية :

من الأساليب التى تستخدم فى العلاج المعرفى:

أ- الإبعاد وفض المركزية Distancing and decentering :

بعض المرضى يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا منها موقفاً موضوعياً ويتأملونها بمجدية وينظرون إليها نظرة موضوعية. وتسمى هذه العملية الأبعاد أو الاقتصاد أو فرض مسافة ، ويتفحصوا أفكارهم الأوتوماتيكية

بوصفها ظواهر نفسية لا بوصفها معادلة للواقع. أما فض المركزية فيعنى صرف نظر الفرد إلى نفسه بوصفها بؤرة كل الأحداث.

ب- تدقيق الاستنتاجات Authenticating conclusions :

على الرغم مما نحاوله مع المرضى ليصبحوا قادرين على أن يميزوا بين العمليات العقلية الداخلية والمثيرات الخارجية، إلا أنهم لا يزالون بحاجة إلى أن يتعلموا أساليب الحصول على المعلومات الدقيقة ، ويمكن للمعالج النفسى أن يستخدم فنيات معينة لكى يحدد ما إذا كانت استنتاجات المريض غير دقيقة أو غير مبررة ، فيشارك معه فى تطبيق قواعد الاستدلال الصحيح وهى التحقق أولاً من صدق الملاحظات ثم تتبع المسار المنطقى الذى يؤدى إلى النتائج. (أرون بيك ، ٢٠٠٠).

"فحين نطلب من المريض التفكير فى شرح بديل للموقف فإنه يعنى أن تفسيره الأولى متحيز ، أو أنه يقوم على استنتاج قليل الاحتمال، وقد يمكنه حينئذ أن يعى أنه قد حاول لوى الحقائق كى تتفق مع استنتاجاته الخاطئة ". (لويس مليكة ، ١٩٩٠).

ويتطلب ذلك من العميل جمع المعلومات التى تدعم أفكاره عن العلاقة والأسباب والتوقعات المعدلة (الجديدة) ، ومثل هذه المعارف هى إسقاط لصراعات العميل وتحتاج إلى تحديد مباشر فى الجلسات ويتضح دور المرشد فى المثال التالى:

تلاحظ الزوجة أن الزوج ينسى إكمال المهام ، يطلب منها المعالج التركيز على استعادة أى استثناءات لرؤيتها لزوجها "دائم النسيان" ، وهذا التناقض يعزز بالفعل النقطة التى يحاول المعالج الوصول لها ، ويمكن أن يستخدم إستراتيجية أخرى بأن يطلب من الزوجة أن تكتب يومياً متى ينسى إكمال المهام ومتى يكملها وتهدف هذه التدخلات أن يصل العميل بنفسه إلى استنتاجاته بأن رؤيته للطرف الآخر غير دقيقة (Dattilio et al, 1998).

ج- إعادة التشكيل أو إعادة صياغة المشكلة Reframing :

يلجأ إليه المعالج المعرفى لصياغة مدرك جديد من بيانات قديمة ، أى لاتخاذ وجهة نظر مختلفة عن المشكلة الموجودة ، ويتضمن إعادة التشكيل - على وجه

الخصوص - أخذ الشيء خارجاً ووضعته في مجرى آخر ، ومن خلال إعادة التشكيل يعاد صياغة السلبى إلى إيجابى ، فمثلاً: يقول المعالج للزوجة: "إنك تثورين حينما يفعل زوجك ذلك ، ولكنه ربما يفعله لا لأنه عدوانى ، ولكن لأنه يهتم بك إلى حد كبير ؛ ولأن لديه حاجة حقيقية لك ، ولا يريد أن يظهر ضعفه ". (لويس مليكة ، ١٩٩٠ - Stevens - Smith, 1992 & Smith - ١٩٩٠).

العلاج المعرفى مقابل الأنواع الأخرى من العلاج:

يعتمد العلاج أو الإرشاد المعرفى على التجربة ، ويختلف عن العلاج التحليلى فى أنه لا يركز على الخبرات الماضية ولا على العمليات اللاشعورية. وإنما يكون التركيز على مشكلات الفرد (هنا والآن) وخاصة خلال الجلسات وبين الجلسات كما يختلف عن الإرشاد أو العلاج السلوكى فى أنه يؤكد على المحتوى الداخلى للفرد مثل: أفكاره ومشاعره ورغباته وأحلام يقظته واتجاهاته.

وفى جملة واحدة يمكن القول أن العلاج النفسى المعرفى يهدف إلى اكتساب الفرد لبعض طرق التفكير الموضوعى. (Beck, et al, 1979).

والجدير بالذكر أن هناك كثيراً من المعالجين الذين يدمجون العلاج السلوكى والعلاج المعرفى معاً ليكونوا منهما ما يسمى بالعلاج السلوكى - المعرفى ، وقد حقق مثل هذا النوع نتائج إيجابية فى بعض الدراسات (داليا مؤمن ، ٢٠٠٠ - Dattilio et al, 1998).

(٢) العلاج الأسرى السيكودينامى:

أثرت أعمال سيجموند فرويد فى دراسة التفاعلات الزوجية والأسرية خاصة رؤيته للأمراض النفسية على أنها تتطور أثناء التفاعل مع الآخرين ، وأنه من الممكن علاجها من خلال علاقة علاجية فأعاد - بذلك - رؤية الأمراض النفسية بشكل مختلف كيقياً ، وقد أكد فرويد تأكيداً واضحاً على الصراعات اللاشعورية وداخل - النفسية أكثر من التفاعلات " البينشخصية " كأسباب ضرورية للاضطرابات النفسية.

وبالابتعاد عن التحليل النفسى الكلاسيكى ظهر اتجاهان رئيسيان فى العلاج:
 الأول: ظهر بين المعالجين الزواجين الذين لجأوا إلى علاج الزوج والزوجة
 علاجًا مشتركًا (كأن يعالجا معًا فى نفس الجلسة).
 والثانى: ظهر بين المعالجين الأسريين الذين لجأوا إلى علاج الفصامين مع
 أسرهم. (Fincham, 1990 & Bradbury).

الدور الرئيسى للطفولة واللاشعور:

يؤكد الاتجاه السيكوندينامى على دور الدفعات الغريزية وخبرات الطفولة
 والقوى اللاشعورية ، ويصبح المعالج شاشة للمريض يسقط عليها موضوعات
 الطفولة غير المحلولة واللاشعورية والتي تستعيد دورها فى حياة المريض الراشد ،
 فالمريض " يطرح " هذه الروابط الانفعالية الماضية على المعالج، وبمجرد أن تصبح
 موضوعات الطفولة اللاشعورية فى متناول العقل الشعورى- يبدأ المريض فى فهم
 الارتباط بين الحاضر والماضى ويُحل الطرح وينتهى العلاج. (Pines, 1996).

فحقيقة أن الصراعات الداخلية لكل فرد يتم تمثيلها مع الآخرين المهمين الذين
 تشترك صراعاتهم وتكامل ، هى مفتاح تطبيق النظرية التحليلية النفسية للعلاج
 الزوجى والأسرى. ويركز المنظرون والممارسون للتحليل النفسى على الصراعات
 الداخلية التى تظهر أثناء العلاج الفردى ، وخاصة فى الطرح على المعالج ،
 ويحاول المعالجون الزوجيون ذوو الاتجاه التحليلى تحديد هذا الطرح الذى يتم تمثله
 بين الزوجين ونحو المعالج أيضًا (Sander, 1998) ، بينما يرفض المحللون النفسيون
 الأرثوذكس فكرة العمل مع الزوجين معًا؛ لأن الصراع وهو أهم ملمح فى العلاج
 - يقل بمحور الطرف الآخر (زوج أو زوجة).

كما يؤكد المعالجون الزوجيون ذوو التوجه السيكوندينامى على صراعات
 الطفولة غير المحلولة وعلى الدوافع اللاشعورية التى تبدأ من اختيار شريك الحياة ،
 وفى حالة استمرار العلاقات الزوجية غير السعيدة والمضطربة ، ويرون أن الفرد
 يخلق مشكلاته الزوجية ، فاختيار شريك الحياة ليس اختيارًا عشوائيًا أو نتيجة

للصدفة، بل يختار الفرد الشريك المناسب لإشباع حاجاته التي لم تشبع في الطفولة " بحيث يدرك كل فرد شريك حياته - إلى حد كبير - تبعاً لحاجاته هو الذاتية (فيرى مثلاً شريك حياته يحمل صفات للذات منكراً أو منشطة)، فالمرأة التي تشعر أنها غير قابلة للحب تختار رجلاً لا يمكنه أن يظهر حباً، وبالتالي يمكن أن تلومه هو ، ويختار الزوجان بعضهما لإصلاح جوانب مفقودة في علاقاتهما الأولية بالموضوع ، جوانب يعيدان خبرتها ، كلٌ في الآخر بواسطة التوحد الإسقاطي. والمصدر الرئيسى لعدم التوافق بينهما هو أن الزوجين يسقطان جوانب من ذواتهما على شركاء حياتهما ثم يحارباها في شركائهم " . (Pines, 1996).

فتصبح العلاقة الزوجية علاقة نستطيع من خلالها استعادة العلاقة بالموضوعات المبكرة، فيظل القديم يعيد نفسه في الحاضر حتى يجد له حلاً و خلاصاً من خلال إعطاء الطرف الآخر - بشكل لا شعوري - دور الصور الوالدية المحبوبة أو المرهوبة (عائشة يونس، ١٩٩٥).

عملية العلاج:

يهدف علاج الاضطرابات الزوجية إلى تخفيف الضيق واضطراب وظيفة العلاقة وإلى تقوية العلاقة، وإلى تقوية المصادر المشتركة لحل المشكلات، وإلى تقليل الصراع مع تحسين مستوى التعامل بين الزوجين، كما يهدف إلى تشجيع استخدام بدائل للضوابط والدفاعات ضد الجوانب المرضية بحيث تكون أكثر ملاءمة، وكذلك يهدف إلى زيادة تكامل العلاقات على المستوى الجنسي والانفعالي والاجتماعي لتدعيم المناعة ضد الإحباط الانفعالي ولزيادة نمو العلاقة ونمو كل طرف كفرد وليتلاءم نمط الزواج مع احتياجات مزيد من نمو الأسرة. (Ackerman, 1966).

تؤكد مفاهيم التحليل النفسي على أن كثيراً من الصراعات اللاشعورية تعاد في الطرح الكلى لحياة الراشد، وعندما يحصل المرضى على فهم واستبصار لهذه الأنماط العصابية يصبحون أكثر واقعية، فالتغيير من خلال الاستبصار بالمشاعر والفهم يعد هدفاً مقبولاً لهذا الاتجاه " . (Sander, 1998).

ويبدأ العلاج باكتشاف المشكلات البارزة ، ويصل المعالج أثناء عملية العلاج - خطوة بخطوة- إلى فهم المحتوى الخاص بالاضطراب الزواجي .

ومن المفيد عند البداية رؤية الزوجين داخل مصفوفة جماعة الأسرة، بما فيهم كل الذين يلعبون دوراً في الصراعات كالأطفال والأجداد حتى الأقارب من بعيد، ومن ثم عند مرحلة مناسبة يركز المعالج على الزوجين لاستبعاد أعضاء الأسرة الآخرين، ويمكن إعداد هذه الترتيبات مرة أو مرتين كل أسبوع، وما يتكرر عادة هو إنكار الطبيعة الحقيقية للصراع الزواجي وإخفائها وعقلنتها وراء الإزاحات والإسقاطات على علاقات أخرى، كعلاقة الوالد-الطفل والوالد-الجد ، فالأزواج والزوجات الذين تتميز علاقاتهم بوجود صراعات غير قادرين على حلها عادة ما يحتفظون بمسافة دفاعية بوضع أعضاء آخرين من الأسرة فيما بينهم . وفي بعض الأحيان يقيم كل فرد تحالفاً دفاعياً مع شخص أو آخر من الأقارب ويتم مسرحة هذه الوسيلة ببلاغة بحيث يبقى الوالدان أطفالهما أو أحد الأجداد بينهما كدليل على وجود حاجز بينهما. (Ackerman, 1966) .

إن المعالج الذي تلقى تدريباً على التحليل النفسي يتجنب القيام بالتدخلات المباشرة كالتوجيه والإيحاء والنصح ، ويرى أنها تشبع رغبات نكوصية للمعالج في أن يكون والدًا.

وحينما يطلب الزوجان أن يأخذ المعالج جانب أحدهما، أو أن يصدر حكماً أو يقترح حلولاً سريعة لخلافتهما ، يفسر المعالج هذه المقاومة للوعى بالذات.

وتسمح استمرارية الجلسات بدرجة من الإكمال والتعمق الذي يسر استكشاف الدوافع اللاشعورية وذلك من خلال العمل مع الزوجين معاً. (Sander, 1998).

فالمنطق في رؤية الزوجين معاً أننا لا نركز على الوظائف التشريحية والمرضية لشخصيات الأفراد، ولكننا نركز على ديناميات العلاقة والتي هي وظائف الدور المتبادلة التي تحدد علاقات الزوج والزوجة. (Fincham, & Bradbury 1990).

ويساعد المعالج الزوجين على فهم ما هو مشكلة بالفعل، ويعمق فيهما الصدق العاطفى الذى يحتاجان إليه، ويوضح الطبيعة الفعلية للصراعات بحل الحواجز والدفاعات المخفاة وإيضاح الخلط وعدم الفهم.

كما يكتشف المعالج الصراعات الحالية وأصلها، ويكشف التعارض بين الواقع والمثالى فى علاقة والدى الزوجين، ويتعامل مع إسقاطات وطرح أحد الطرفين على الآخر، وفى تشجيعه لاختبار الواقع يستخدم ذاته بانفتاح كأداة لمثل هذا الاختبار، وحينما يسقط أحد الزوجين حاجاته غير المشبعة- على العلاقة يستقبلها المعالج بتأكيد وتدعيم، مما يزيد أمل كل طرف فى الحصول على الرضا من الآخر ... كما أن المهمة العلاجية الضرورية هى التعامل مع التنافس الذى يعد الملمح الرئيسى للاضطراب الزواجى (Ackerman, 1966).

ومع تعميم أفكار التحليل النفسى فى وسائل الإعلام تشبع الناس بكثير من أفكار التحليل النفسى ويدعوا فى استخدامها فى تفسير سلوكهم وسلوك الآخرين، فقد تعذر المرأة زوجها فى أنه يكرر معها لعب أدوار عدائته غير المحلولة تجاه أمه، فينتقل تركيزها من وجود مشكلة داخل العلاقة إلى مشكلة بداخله مما يجعل الرجل موضوعاً للوم ويحرر المرأة من مسئولية الدور الذى تلعبه فى العلاقة. (Pines, 1996).

نقد الاتجاه السيكوندينامى:

- إن إسهامات الاتجاه السيكوندينامى فى مجال العلاج الزواجى والأسرى تتضمن:
- (١) التركيز على تأثير خبرات الطفولة والدوافع اللاشعورية فيما يبدو أنه سلوك غير عقلانى.
 - (٢) التأكيد على دور الدوافع اللاشعورية فى اختيار شريك الحياة وفى خلق مشكلات الزوجين.
 - (٣) رؤية الناس على أنهم مدفوعون لخلق ظروف حياتهم (حتى مشكلات علاقتهم) وذلك لإشباع حاجات نفسية هامة.

أما الاعتراض الرئيسى لنقاد الاتجاه السيكوندينامى، بالإضافة إلى طول العلاج وعدم فاعليته مع الأعراض العيانية، أنه يرجع أهمية كبيرة جداً لخبرات الطفولة المبكرة ولا يعطى أهمية كافية للبيئة الحالية وسلوك الناس فيها. وهناك نقد آخر موجه إلى ميله لإرجاع قوة كبيرة جداً إلى اللاشعور وعدم إرجاع قوة كافية للعقل الشعورى والحاجات الروحانية والأهداف المستقبلية كى يحدد مرضاً نفسياً شديداً وكى يوقع سبب المعاناة على الشخص المريض، كما أنه فى شرحه للمشكلات الزوجية يحدد علاقة خطية بين الماضى والحاضر، فصدّمت الطفولة تعبر عن نفسها من خلال المشكلات الحالية.

الاتجاه السيكوندينامى فى مقابل الاتجاه السلوكى :

لكل من الاتجاهين السيكوندينامى والسلوكى رؤية مختلفة تماماً عن الطبيعة الإنسانية، فبالنسبة للمعالج السيكوندينامى فإن العمليات اللاشعورية التى تحركها خبرات الطفولة تعبر عن ماهية الإنسان ، أما المعالج السلوكى فإن ماهية الإنسان لديه تعبر عن السلوك الظاهر ، وبالتالي هذا السلوك هو مركز العلاج. (Pines , 1996).

وإذا كان العلاج المهتم بالاستبصار يستكشف التأثير اللاشعورى على المشكلات، فإن العلاج السلوكى يركز على تحسين مهارات " بينشخصية " محددة.

وتختلف نتائج الدراسات فيما يتعلق بتأثير النوعين من العلاج، فيرى بعض الباحثين عدم وجود دليل محدد على أن العلاج السلوكى يفوق أياً من العلاج الذى يركز على المشاعر أو الذى يركز على الاستبصار، وأن بعض الإجراءات العلاجية فى العلاج الزوجى السلوكى تماثل الإجراءات فى النوعين من العلاج. (1998, Halford, Snyder , 1991) ، بينما توصل البعض الآخر إلى أن للعلاج الزوجى الموجه نحو الاستبصار تأثيراً طويلاً المدى عن العلاج الزوجى السلوكى ، (et al, 1991) وأنه رغم عدم وجود اختلافات فى معدلات الطلاق والرضا الزوجى بعد ستة أشهر من أى نوع من العلاج، زادت نسبة الطلاق بين الذين حصلوا على علاج سلوكى مقارنة بمن حصلوا على علاج ، زادت نسبة الطلاق بين الذين حصلوا على علاج سلوكى مقارنة بمن حصلوا على علاج مهتم بالاستبصار ، وبالتالي فإن التدريب على المهارات " البينشخصية " وحدها تقدم مساعدة مؤقتة للمشكلات الزوجية الحقيقية (Bower, 1991).

وفى كلتا الحالتين عندما يحضر أعضاء الأسرة للحصول على مساعدة ، فإنهم يحصلون عليها تبعاً لتوجهات المعالج التى قد لا تتفق - إلا قليلاً - مع وجهة نظرهم، وعندما تسلم أعضاء الأسرة أمرهم " للخير " على أمل إنقاذ علاقاتهم، فإنهم يجربون أنفسهم على التكيف مع وجهة نظر المعالج؛ وذلك لأنهم يحاولون تغيير الأنماط القديمة من السلوك؛ ولأنهم يعتقدون أن العلاج سيحسن الأمور، وعادة ما يحدث هذا التحسن. (Pines , 1996) .

(٤) العلاج الأسرى المنظومى :

يطلق على هذا الاتجاه علاج ميلانو المنظومى، ويرجع إلى مارا سيلفينى بالازولى Mara Selvini palazzli التى أنشئت عام ١٩٦٧ مركزاً للعلاج الأسرى فى ميلانو، وظهر العلاج المنظومى بشكل أوضح عام ١٩٧٨ على يد لوجى باسكولا Liogi Bascola وجينفرا نكوسشيني Gianfrancocecchini وجوليان براتا Guilian Prata بالإضافة إلى مؤسسة مارا بالازولى.

وقد استفاد هذا الاتجاه من أفكار باتسون Bateson وتأثير بيول واتزوليك Paul Watzlauick وأتراه إيداع سيلفينى وزملائها ، وقد أثرت جماعة ميلان على عدد كبير جداً من المعالجين الأسريين ، وبرغم أن الطرق البحثية والجو الحماسى لسلفينى بالازولى قد اعتنقه عدد كبير ومتزايد من المعالجين فإنها أيضاً تعرضت للنقد (Sprenkle,1990 & DiNicola 1985, Piercy).

تعريف المنظومة أو النسق System :

التعريف العام للمنظومة هى أنها مجموع لأجزاء أو وحدات بينهما اتصال داخلى، وتؤثر هذه الأجزاء على بعضها البعض، وقد تتكون هذه الوحدات من أعضاء- كما هو الحال فى جسم الإنسان- أو من أفراد كما هو الحال فى الأسرة - أو من مجموعات- كما هو الحال فى المجتمعات والأمم ، وتتجمع هذه الوحدات وتبادل التأثير من خلال التواصل (Elkin, 1999).

وبشكل أكثر دقة يمكن تعريف أى منظومة إنسانية تفاعلية على أنها " أشخاص يتواصلون مع أشخاص آخرين " ، فمنظومة الأسرة هى مجموعة معينة من الأشخاص توجد بينهم علاقات قائمة ومستمرة ، ونرى هذه العلاقات فى شكل تواصل يمكن ملاحظته .

ونلاحظ أنه حتى أبسط تعريف للمنظومة يضع "الأفراد" فى الخلفية ويضع علاقاتهم فى "المقدمة" ، وتجعل هذه العلاقات والأنماط منظومة الأسرة كلاً وليس تجميعاً، فإذا كان الاتجاه غير المنظومى للأسرة يدرس كل عضو فى الأسرة كشخصية فردية- مع وضع خطة " لتجميع " هذه الشخصيات مع بعضها البعض لتكوين الأسرة- يتساءل الاتجاه المنظومى كيف سنفهم الأسرة من خلال فهم الأعضاء كأفراد؟ إننا بذلك لن نستطيع أن نرى المربع، بل سنرى أربعة خطوط فقط. فعلياً أن نركز على الكل والآن نرى الأجزاء إلا فى سياق ذلك الكل بدلاً من جمع الأجزاء وانتظار أن نضيفها إلى الكل فى يوم ما. (Baveles, 1983 & Segal).

أهم المفاهيم فى نظرية المنظومات :

من أهم المفاهيم التى يتكرر استخدامها فى نظرية المنظومات مفهوم التغذية المرتجعة Feedback، ولها نوعان سالب وموجب، ويقصد بالتغذية المرتجعة السالبة Negative Feedback محاولة تصحيح المنظومة المضطربة بإعادة تأسيس حالة من توازنها فى الماضى، مثل قيام الطفل بدوره " التصرف كمريض " كى يعيد التفاهم بين الوالدين فتعمل هذه التغذية المرتجعة السالبة على بقاء حالة من التوازن الأسرى المستمرة ، أما التغذية المرتجعة الموجبة Positive Feedback فسوف تشير إليها الكاتبة مع فنيات العلاج. (Gerson & Barsky, 1979 & Segal 1983 Bavelas).

ومن المفاهيم الهامة أيضاً مفهوم ما وراء أو بعد التواصل Metacommunication ، أى المعلومات عن التواصل نفسه حيث يصاحب الرسائل اللفظية وغير اللفظية ما يجعل المتلقى يفسر تلك الرسائل بطريقة معينة ، وفى بعض الأحيان يشار إلى هذين المستويين الثانيتين من التواصل بالمحتوى Content والعملية Process ، والمحتوى هو

المعلومات الواضحة في الرسالة بينما العملية فهي السياق (في الغالب الواضح) المرشد لفهم المعلومات في الرسالة، ومن المفيد للإكلينيكي الالتفات إلى المستويين في الحديث مع المرضى بما فيه من تحديد مباشر للمجاز وللرسائل غير الواضحة... وبالتالي يستطيع الإكلينيكي أن يتدخل علاجياً ويقدم تفسيرات قائمة ليس فقط على ما يقوله المريض، ولكن أيضاً ما يوصله عبر التواصل غير اللفظي عن عملية التواصل مثل نغمة الصوت ولغة الجسم وشدة المشاعر.

ومن أمثلة ذلك نوضح ما يلي:

P لاحظ الإكلينيكي خلال جلسة العلاج النفسي أن للمريضة عدة قصص عن أشخاص مهمين في حياتها قاموا بإفشاء أسرارها، فيسأل المعالج المريضة إذا كانت تتساءل بشكل مباشر إن كانت تستطيع أن تثق فيه أم سيشفى هو أيضاً سرها.

P تلاحظ المعالجة أن المريض يعبر عن مشكلات وإحباطات عاطفية كل أسبوع قرب نهاية جلسة العلاج النفسي، فقدمت هذه الملاحظة للمريض الذي يقول: "أطمئن إلى التعبير عن هذه المواضيع في نهاية الجلسة بدلاً من بدايتها؛ لأنني سأشعر بالإحباط أو الرغبة في البكاء أمامك".

P مريض يشكو في العلاج الجماعي أنه يشعر بالوحدة وما زال يجهل أو يرفض المرضى الآخرين حين يحاولون تقديم نصيحة أو حين يتعاطفون معه، ويطلب المعالج من أعضاء المجموعة: "هل يستطيع أحد منكم مساعدته ليفهم ما يفعله في المجموعة مما يفسر له لماذا يشعر بالوحدة حتى مع وجود الآخرين؟" (Elkin, 1999).

P وقف الزوج في صمت طويل بعد سؤال من الزوجة، قد يكون تفسير ذلك "لا أريد الإجابة" أو "لم أسمعك" أو "انتهت المناقشة" (Bavelas, Segal 1983).

P وقد وضع كل من باتسن وجاكسون وهيلي وويكلاند (Jackson, Haley, 1956 and Weakland, Batson) فرض الرسائل ذات القيد المزدوج - bind Double والمكونات الضرورية لحدوث الرسالة هي:

- ١- أن تحدث بين شخصين أو أكثر.
 - ٢- هي خبرة متكررة.
 - ٣- رسالة سالبة بصفة مبدئية.
 - ٤- فى نفس الوقت تحمل معنى يناقضها فى مستوى أكثر تجريداً وهى معززة بالعقاب وبعلامات تهدد البقاء.
 - ٥- تجعل هذه الرسائل الفرد غير قادر على الهرب من الموقف . (Batson et al, 1956). ومن هذه الرسائل على سبيل المثال استجابة مريض فصامى " أمى بحس أنها هتخفنى من كتر حبها لى - المذاكرة مثلاً طول الوقت زى ما يكون عايزة تعاقبنى علشان أنجح ويقولوا عليها إنها كويسة مش علشانى أنا " (عفاف حسن ، ١٩٩٨).
- فهذا النوع من التواصل لا يتفق فيه الكلام مع المعنى ، كما يتضمن عدم انسجام بين المواقف والوجدان لما فيه من غرابة وتناقض ولا معقولية ، وهى صفات تدل على عمق الاضطراب النفسى بشكل عام، بل هى صفات تميز الفصام بشكل خاص، (Leena,1987) والمعنى الدارج لهذا المفهوم "إذا عملته فأنت مذب وإذا لم تعمله فأنت مذب"، وعادة ما تكون الاستجابة النفسية للرسائل المستمرة ذات القيد المزدوج إحباطاً وياساً واكتئاباً.
- فقد وضع كل من جاكسون وويكلاند Jackson and Weakland فكرة اتزان الأسرة Family homeostasis على أساس مفهوم القيد المزدوج ووضعا تعريفاً لمفهوم الاتزان داخل الأسرة الذى يعتمد على التأثير والتأثر ، فإذا حدث تغير لدى أحد أفرادها فإن هذا التغير يؤدي تغيراً فى فرد آخر ، والأسر المريضة تتميز بنوع من الاتزان المرضى الذى يعتمد على غمط من العلاقات المرضية القوية بين أفرادها ، فيبدو سلوكهم الظاهر غريباً أو غير متسق ، ويرجع ذلك إلى وجود نوع خاص من الاتزان المرضى فى سلوكهم أى وجود نوع من العلاقات والأنماط التى تخضع لقانون خاص يقاوم شتى أنواع الضغوط التى تهدف إلى تغييره ، وأن الرسائل ذات القيد المزدوج تلعب دوراً أساسياً فى هذه الحالة (Gurguis, 1985 & Howells).

ومن المصطلحات الهامة أيضاً مصطلح الحدود Boundary ويشير إلى تقسيم بين عناصر فى المنظومة ويشمل مفاهيم عن المكان والزمان والعلاقات بين الأفراد ، وعادة نجد لدى الأفراد الأصحاء حدوداً مرنة يمكن التحكم فيها تبعاً للظروف ومن أمثلة كسر الحدود Boundary Violations ما يلى :

P يصل مريض نفسى متأخراً عن مواعيد الجلسات بمدة ٤٥ دقيقة ولكن من الصعب أن يترك المكتب حتى إذا كانت ساعته قد انتهت (كسر لحدود الوقت).

P يناقش طالب طب مقيم حالة مريض أثناء الصعود المزدحم بالعاملين والمرضى والأسر (كسر حدود الخصوصية).

وقد نجد لدى المرضى قدرة غير سوية على تنظيم الحدود ، وعادة ما يستفيد هؤلاء المرضى من الانتباه لهذه الموضوعات، فمثلاً يضع المعالج حدوداً مرتبطة بأوقات المقابلات (مثل بدء وإنهاء المواعيد فوراً) وحدوداً شخصية (مثل عدم السماح بالتلامس أو بسلوك غير مناسب) . (Elkin,1999).

العملية العلاجية:

يؤكد هذا الاتجاه على رسم وتحديد العلاقات المتبادلة بين أعضاء الأسرة ، ويرى أن التغير فى أحد أعضاء الأسرة سيؤدى بالضرورة إلى تغير فى الأفراد الآخرين؛ لذلك يعتبر العلاج الزوجى والأسرى أقل اعتماداً على وحدة العلاج (الفرد أو الزوجين أو الأسرة) ولكنه يهتم بالعلاقات فيما بين أعضاء الأسرة . (Piercy & Gerson, 1979 , Sprenkle,Barsky 1990) .

فلا يركز المعالج مثلاً على فردين هما الزوجان ولكن على المنظومة الجديدة التى خلقها معاً ، ويمكن رؤية منظومة الزوجين على أنها وجود هوية أكثر من مجموع أجزائها، وأن التغير فى جزء واحد من المنظومة (أحد الزوجين) لابد أن يسبب تغييراً فى الجزء الآخر (الزوج الآخر) مما يسبب تغييراً فى الجزء الأول وهكذا. فمثلاً غضب أحد الزوجين قد يسبب انسحاباً دفاعياً فى الآخر مما يزيد

غضب الأول ويزيد انسحاب الثاني وقد يؤدي إلى ثورة عنيفة - فى الأول - وقد يجعل الثانى يغلق كل محاولات التواصل (Pines, 1996)، ويعتبر نموذج المنظومات طريقة لوضع السلوك والخبرة فى سياق، وتكمن قوته فى توسيع السياق حتى يتم احتواء المشكلة الموجودة، كما تظهر أهميته فى إمكانية تطبيقه على الثقافات المختلفة، حيث إن الأسرة فى كل ثقافة هى التى تقدم تعريفاً لنفسها. (DiNicola, 1985).

والهدف من العلاج هنا هو تعليم الناس أن يستجيبوا وليس مجرد أن يصدروا ردود فعل لمنظومتهم، وتعنى الاستجابة أن نأخذ فى الاعتبار حاجات الأسرة، ولكن فى النهاية يقوم الاختيار على المنطق وليس على المشاعر، بحيث يتمكن الفرد من أن يصبح ذاتاً قوية ثابتة متميزة عن منظومتها الأسرية، وفى نفس الوقت على صلة بهذه المنظومة، ويميل هذا الأسلوب العلاجى إلى أن يستمر لوقت طويل. (محمد الشناوى، ١٩٩٤).

وفى حين أن العلية فى النظرية السيكوندينامية خطية (مشكلات الحاضر ناتجة عن أحداث الماضى)، وفى النظرية السلوكية الأحداث هى سلسلة خطية من ارتباط بين مثير واستجابته (م - س)، نرى فى نظرية المنظومات أسباب الأحداث كدائرة، فسلوك كل زوج هو نفس الوقت استجابة ومحرك لسلوك الطرف الآخر، فإذا اشتكت الزوجة للمعالج عن شىء ما قام به زوجها، يحاول المعالج أن يكشف عما سبق هذا الحدث (إذا كان هناك شىء ما قامت به الزوجة لتستفز هذا السلوك) وما الذى تبعه (ما الذى فعلته كاستجابة لتصرف الزوج).

ويرى المعالج الزواجى أنه لا يوجد موقف سلبي تماماً فلا يكون أحد الزوجين ضحية ولا نستطيع وضع اللوم على شخص واحد؛ لأن كليهما يسهمان فى كل تفاعل ويرغم أنه فى مواقف معينة يظهر أحد الزوجين كالضحية والآخر كالجانى ولكن ذلك وهم نابع من رؤية أحد الزوجين فاعل والآخر مفعول به، ويحاول المعالج أن يغير من هذه الرؤية، فمثلاً يذكر أن الضحية تحصل على شىء ما من لعبها لهذا الدور كأن يقال عنها: إنها ضحية أو إنها "الشخص الجيد" (Pines, 1996).

وفى الجلسة العلاجية يعمل "بوين" - وهو أحد أعلام هذا الاتجاه - عادة مع الزوجين ، وقد يستبعد عامداً وجود الطفل المريض كطرف ثالث مع الزوجين حتى ولو رأى الوالدان أن الطفل هو العضو المريض فى الأسرة ؛ لأنه يعتقد أن مشكلة الأسرة دائماً بين الزوجين ، وأن مشكلة الطفل ليست أكثر من مجرد أعراض لسوء أداء النسق الانفعالى بين الزوجين، ويرى أنه إذا ما استطاع أن يقيم التوازن الانفعالى داخل الأسرة فإن مثل هذه المشكلات ستختفى (علاء الدين كفاى ، ١٩٩٩).

فنيات الإرشاد المنظومى:

١- التدخلات المتناقضة Paradoxical interventions :

بدلاً من أن نطلب من أحد الزوجين التوقف عن سلوكه نطلب منه أن يستمر فى هذا السلوك أكثر- وهو الشيء غير المتوقع- فعلى سبيل المثال: يشكو الزوج من أن زوجته لها مطالب كثيرة ومتطفلة، بينما تشكو الزوجة من زوجها بأنه بارد ومتباعد، فبدلاً من أن نطلب منه أن يقضى معها وقتاً أطول ويعبر عن مزيد من الدفء- عليها أن تستفزها أكثر، وعلى الزوج أن ينسحب أكثر ، والمفترض أن يدرك كل منهما سخافة تصرفاتهما المضطربة (Pines, 1996).

٢- وصف العرض Prescribing the symptom :

هذه الفكرة موجودة فى نظريات التواصل عند جاكسون وهيلى Jackson and Haley ، وتشير إلى أن نطلب من أحد أعضاء الأسرة الجلسة أن يستمر فى سلوكه بطريقة مبالغ فيها، فيطلب من الطفل الذى يثير الضجة ألا يتوقف عن فعل ذلك بل يزيد من الضجة. وهو يختلف عن الفنية السابقة فى أنه يكون أثناء جلسة العلاج. وبذلك لمحقق هدفين:

الأول: إلقاء الضوء على السلوك يفيد فى جذب انتباه الشخص مما يجعله يغير من نفسه.

والثانى: أن المعالج يتحكم فى الموقف حينما يحدث تناقضاً وهو طريقة أخرى لتعزيز التغيير.

(فمثلاً إذا طلب المعالج من الزوجة السيطرة فإنها فى الحقيقة لم تعد قائدة، بل تنصاع لتنفيذ ما يأمرها به المعالج). وهذه الطريقة تلقى الضوء أيضاً على سلوك المريض حتى يصبح انحرافه واضحاً لبقية أعضاء الأسرة. وقد استخدم ملتون اريكسون هذه الفنية مع طفل كان يعانى من قضم أظافره بتوجيهه لزيادة قضم الأظافر إلى أقصى ما يستطيع. الأمر الذى جعل الطفل يعتبرها عادة مضجرة ومؤلة وتوقف عن ممارسة العادة كلية. ويلاحظ أن هذا الأسلوب شبيهاً بأسلوب الغمر Flooding الذى يستخدمه المعالجون السلوكيون (علاء الدين كفافى، ١٩٩٩ Barsky, 1979 & Gerson).

٣- اختلاق أزمة Creating a 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 كى يوقف التوازن الأسرى ، ويجبر الأسرة على التغيير Barsky, (1979 & Gerson).

٤- استخدام طريقة مباشرة :

يطلب المعالج من الزوجين أنه من الآن فصاعداً على الزوج أن يطلب كل شىء كان يحصل عليه تلقائياً فى السابق من زوجته (طعامه ، ملابسه النظيفة... إلخ)، ومن المتوقع أن يغير ذلك من القواعد التى تحكم العلاقة الزوجية (القاعدة أن الزوج يحصل على ما يريده دون أن يطلب، بينما على الزوجة أن تطلب مراراً لتحصل على ما تريده) ، وبمجرد أن تتغير القواعد فيوقف هذا النمط مضطرب الوظيفة وتحل مشاكل الزوجين وينتهى العلاج. (Pines, 1996).

٥- إعادة التشكيل أو إعادة التأطير Reframing :

عندما يتعرض الفرد أو الأسرة لأزمة فإنهم يفكرون بطريقة جامدة تجعلهم غير قادرين على التكيف مع الضغوط، وهذا التكنيك يشجع الأفراد أو أعضاء الأسرة على تغيير وجهة نظرهم عن الموقف أو المشكلة، وعلى المرشد أن يستخدم لغة

تناسب الأفراد حتى يكون تدخله فعالاً وسهل الفهم (Elkin, 1999)، وعادة ما يأتي العميل إلى جلسة الإرشاد بفكرة مقتنع بها عن الشيء الخاطئ، ولماذا هو خطأ مثل "زواجى سينهار لأن زوجتى تريد الرجوع مرة ثانية إلى الدراسة وتعمل بدلاً من أهميتها بالأسرة"، ويكون دور المرشد هنا إعادة تعريف الشكوى من تحديد الموضوعات التى يمكن أن تستجيب للتغيير حتى تزداد إرادة الأسرة لتعمل بهذه الموضوعات. (Brown, 1992 & Kottler).

٦- التغذية المرتجة الموجبة Positive feedback :

تكنيك علاجى يدفع الأسرة إلى تصرفات جديدة تجعل أنماط السلوك القديمة غير واردة، وعادة ما يستخدم ليتفاعل عكسياً مع التغذية المرتجة السالبة كميكانيزم يخلق أزمة تحدث تقدماً علاجياً ويحمى الأسرة من البقاء ثابتة. فمثلاً: يحاول المعالج أن يحمى الأسرة من استخدام العضو المعروف أنه مريض لإخفاء موضوعات أسرية أخرى (Barsky, 1979 & Gerson).

نقد لاتجاه المنظومات:

إن الإسهام الرئيسى لاتجاه المنظومات فى مجال العلاج الأسرى هو تأكيده على المكون الثالث فى علاقة الزوجين- الزوجين كمنظومة مستقلة- ومن الإسهامات الأخرى فكرة السببية التى تسير فى دائرة، ودوائر التغذية المرتجة، حيث إن التغير فى أحد الطرفين يسبب دائماً تغييراً فى الطرف الآخر، كذلك رؤية الأعراض كجزء من سياق محدد للزوجين، وأن هذه الأعراض وظيفة فى المنظومة.

وكل الاتجاهات العلاجية- تعرض اتجاه المنظومات للنقد؛ ذلك لأنه يهتم كثيراً بالحاضر وليس بالماضى، وفى السنوات الأخيرة تعرض لنقد عدد من الكاتبات لعدم اهتمامه بموضوعات تتعلق بالجنس Gender لأن بعض مفاهيم مثل التكميل والدائرية تتجاهل الاختلاف فى السلطة (القوة) بين الرجل والمرأة وترى أن الزوجين مسئولان عن كل ما يحدث فى العلاقة. ففى حالة حدوث عنف تسأل المرأة ما الذى فعلته قبل أن تتعرض للهجوم (مثل: كيف استفزت ذلك الهجوم ؟) فלغة المساواة بين

الجنسين المستخدمة فى مناقشة حالات إساءة معاملة أحد الزوجين وأنماط مثل المتابع والمتابع لا تشرح حقيقة أن المرأة هى الضحية فى معظم حالات الإساءة، بالإضافة إلى أنه لا يوجد للسؤال لماذا بدأ هذا النظام (بأن المرأة فى وضع أقل) والحقيقة الواضحة هى تجاهل المشكلة المرتبطة بالجنس. (Pines, 1996).

(٥) العلاج الأسرى البنائى:

أول ما ينبغى فهمه لبناء أسرة جديدة هو وجود شىء من التكامل فى كل علاقة. ففى أى علاقة زوجية يتصرف أحد الطرفين نحو الآخر، لهذه المقولة البسيطة مردود أو تداعيات عميقة: تعنى أن تصرفات أى من الزوجين معتمدة على تصرفات الطرف الآخر فهى حتمية تبادلية وعرضة لقوى متبادلة. كما أنها تتحدى المعتقدات الراسخة فى ذات الفرد.

قد يبدو أن العلاج الزواجى يسير ضد المنطق، فما يريد الزوجان إنما هو مؤشرات على أشياء أخرى. فقد يريد الزوج مثلاً أن يقول للعالم إلى أى مدى زوجته ظالمة وإلى أى مدى يفتقد إلى المشاعر وصعوبة الحياة مع مثل هذه الزوجة. وفى أوقات يريدان حلول نهائية فيطرحون شكاوهم بشكل فردى مثل الاتهام "هى كذا" أو "هو كذا" ويحضران للعلاج لتصفية الحسابات. ولكن المعالج الأسرى يرى أن كلاهما خطأ فالأمر ليس "هو" أو "هى" ولكن النموذج البنائى الذى صنع منهما أسرة. الأسرة التى هى نظام يجمع بين شخصين مرتبطين بحياة مترابطة تحكمها قواعد حازمة وإن كانت غير منطوقة (Nicholas & Minuchin, 1998).

فهذا الاتجاه- والذى ينسب إلى سلفادور مينوشين- يرى أن أعراض الفرد تمثل وتعبّر عن فشل الأسرة فى تعديل بنائها حسب التغيرات البيئية، حيث لم يعد البناء الأسرى يستطيع أن يوفر متطلبات التطور والنمو لأعضاء الأسرة، كما ترى المدرسة البنائية أن الأعراض تستمد بقاءها من طبيعة واتجاه الحركة داخل بناء الأسرة وفى الأدوار التى تمارسها ككل والتى تعطىها نمطاً خاصاً بها. (صالح حزين، ١٩٩٥).

وتتمشى نظرية سلفادور مينوتشين بوضوح مع الأسس والفروض والمعانى والتطبيقات الأخرى للبنائية، ويؤكد العلاج الأسرى البنائى على العلاقات بين الوالدين والأطفال، حيث يعتبر كل مجموعة فرعية هى مجموعة فرعية من النظام أو نسق فرعى Swosystem، وقد أدت ملاحظات مينوتشين عن الأسرة إلى توضيح مدى الارتباط والحدود بين وداخل هذه الانساق الفرعية، فأشار إلى صفات كل من النسق المفتوح Open system والنسق المنغلق Closed system وحدود النسق . System boundaries

وتتسم نظرية مينوتشين بالكلية وينظر إلى أساليب السلوك الخاصة بالفرد كمؤشرات على بناء الأسرة الكلى فيرفض وجهة النظر اللحظية وينحاز لوجهة النظر التفاعلية التبادلية. (علاء الدين كفاى ، ١٩٩٩ - ١٩٨٥، DiNicola).

إن المعالجين المؤمنين بالاتجاه البنائى يضعون مركز الثقل حول أساليب التوازن الأسرى، أى القوانين والقواعد الفعلية التى تحكم العلاقات والتفاعلات واتجاهاتها داخل الأسرة لإحداث نوع من التوازن سواء كان هذا الاتجاه سوى أو مرضى. وهذه القواعد عادة ما تتحكم فى سلوك الأسرة دون وعى كامل من أعضائها ، ولذلك لا يمكن أن يحدث أى تغير فى السلوك المرضى لأعضاء الأسرة أو تغير فى بناء الأسرة دون أن يحدث تغير حقيقى فى القواعد التى تحكم العلاقات أو التفاعلات الداخلية لها. (صالح حزين ، ١٩٩٥).

أهداف العلاج الأسرى البنائى:

إن الهدف الأساسى من العلاج البنائى هو إحداث تغيير فى بناء الأسرة ، ويندرج تحت هذا الهدف عدة أهداف: أولها: تغيير تنظيم الأسرة ، والثانى: تغيير وظائفها ، إضافة إلى تحاليل الأنماط الهدامة من التفاعل بين أعضاء الأسرة وتغييرها إلى أنماط تفاعل إيجابية. كما أن من أهداف العلاج البنائى إعادة بناء نظام الأسرة مما يودى إلى التغيير أو إلى خبرة جديدة للفرد، ولا يهتم العلاج بالعلاقات المتبادلة بين أفراد الأسرة فقط، بل يهتم بالأفراد أيضاً فيساعدهم على أن يكتشفوا فرديتهم وقوتهم

ومسئولياتهم حتى يصلوا إلى القدرة على أخذ مسئوليتهم فى الاختيار والتغيير. علاء الدين (Nicholas & Minuchin, ١٩٧٧ ، ١٩٩٨ ، Kaffy, ١٩٩٩).

فنيات العلاج البنائى :

١- التكيف Accomodation :

يقوم العلاج البنائى بالتكيف الشخصى مع الأسرة كأن يتوقف عن لزمة خاصة به فى حضور الأسرة التى تأتى للجلسة. وتستخدم هذه الفنية لتحقيق المشاركة الناجحة مع الأسرة، بمعنى أنها طريقة تستخدم للوصول إلى التحالف العلاجى.

٢- تمثيل أنماط التعامل Enacting transactional patterns :

لأن الطريقة البنائية تؤكد على التفاعلات- أثناء العلاج - لم يهتم مينوتشين 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 فى الجلسة الأسرية نفسها بدلاً من مجرد وصفها، وفى حالة الضرورة يساعد المعالج أفراد الأسرة على عرض كيف يتعاملون مع المواقف الحياتية. وتمكن هذه الطريقة المعالج من استنتاج ما بداخل الأسرة من قواعد متعارف عليها والتى تحكم بناء الأسرة.

٣- المشاركة Joining :

طريقة علاجية يندمج فيها المعالج مع منظمة الأسرة وأسلوبها كي تتقبله الأسرة بطريقة أكثر انفتاحاً وتتقبل حدوث التغير العلاجى.

٤- التقليد Mimesis :

التقليد أو الانسجام البيئى هو تكنيك علاجى يستخدمه المعالج ليكيف نفسه مع نمط الأسرة ومن ثم يبنى التحالف العلاجى. مثال: يمزج مع الأسرة المرححة ، ويتحدث ببطء مع الأسرة التى تتحدث ببطء.

٥- الفحص Probe :

الفحص أو ما يمكن أن يسمى " جنس النبض " هو تصرف يقوم به المعالج لاختبار مرونة مناطق معينة في الأسرة، كأن يطلب من أفراد الأسرة أن يغيروا أماكن جلوسهم أثناء جلسة العلاج ، أو 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 ، وأن يختبر مقاومة ومرونة منظومة الأسرة ، ويرى مصدر السلطة في الأسرة. ويعتبر الفحص أداة تشخيصية وعلاجية.

٦- إعادة البناء Restructuring :

يعنى مواجهة وتحدى الأسرة في محاولة لإحداث تغيير علاجي. ومن أمثلة إعادة البناء: تقييم مهام أعضاء الأسرة ، وتصعيد الضغوط في الأسرة ، وتصعيد الضغوط في الأسرة ، ووضع القواعد السلوكية داخل جلسة العلاج.

٧- الوقوف بجانب أحد الأنساق الفرعية Side - Taking

تكنيك بنائي يستخدمه المعالج الأسري لمساندة نسق فرعى في الأسرة، فعلى سبيل المثال قد يأخذ المعالج جانب الأم ضد الأب أو العكس، أو يأخذ جانب الأطفال الصامتين ضد الوالدين ليساعدهم على الكلام والمشاركة في الأفكار والمشاعر. (DiNicola , 1985 , Gerson & Barsky , 1979)

وإذا ما تمعنا في الفنيات السابقة، سنلاحظ أن التدخلات معظمها مباشرة وعيانية وعملية وموجهة بالفعل Action Oriented ، علماً بأن العلاج البنائي قصير المدى. وربما يبدأ العلاج 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 كفاي، ١٩٩٩).

أما بالنسبة لموقف الاتجاه البنائى نحو المقاومة فيمكن القول أن فريقاً كبيراً من أصحاب الاتجاه البنائى فى العلاج عادة ما يرجعون مقاومة أعضاء الأسرة لنشاط المعالج إلى رغبتهم فى إعادة الاتزان إلى ما كان عليه حتى إذا كان اتزاناً مرضياً. كما يعتقدون فى أهمية الطريقة التى تقدم بها الأهداف العلاجية والتعليمات التى تساعد على تفادى المقاومة والتقليل منها أو التغلب عليها حتى قبل أن تظهر بشكل واضح. ويتبنى أصحاب هذا الاتجاه افتراض أن الأسرة لا تقاوم التغيير بشكل عام فقط، بل تدخل المعالج بشكل خاص كفرد ليس من داخل الأسرة. فالمقاومة فى الأسرة تأخذ أشكالاً كثيرة، فنجد أن أعضاء الأسرة ينتقون ما يريدون سماعه، فمن خلال تاريخهم المشترك قد ربوا وتعودت آذانهم على ألا تسمع أموراً معينة. ومن هنا يقع على عاتق المعالج جعل الأسرة قادرة على سماع رسائله والوعى بها. (صالح حزين، ١٩٩٥).

