

الأسرة والمرض النفسي

- مقدمة.
- الضغوط التي تواجهها أسر المرضى النفسيين.
- الخدمات التي تحتاجها أسر المرضى النفسيين.
- دور الأخصائيين النفسيين كمستشارين للأسرة.
- علم النفس والمرض النفسي داخل الأسرة.

obeikandi.com

مقدمة:

الأمراض النفسية فريدة فى أسبابها ، وهى عبارة عن تصنيفات من الاضطراب يتم علاجها بأساليب طبية ونفسية ، ولكن ينظر إليها باعتبارها ناتجة عن سلوك الآخرين .

ويعانى حوالى ٣٠ مليون أمريكى من نوع أو أكثر من الاضطرابات العقلية ، ويشمل هذا العدد ٦, ١ مليون مريض بالفصام ، ٤, ٩ مليون يعانون من اضطرابات وجدانية (Taube & Barret , 1985) . ويقدر أن أكثر من ٥ ملايين طفل مصابون بالتوحد autism والاكئاب وغيرها من الاضطرابات العقلية الهامة التى لو تركت بدون علاج تعوق النمو المعتاد . وهذه الإحصائيات الحديثة تعكس فى الشعور الأمريكى بالجملة الشائعة : « واحد من كل خمسة أمريكيين مصابون بمرض عقلى » .

وبعض هؤلاء الملايين مشردون ، معزولون ، ويعانون من الوحدة ، ولا يوجد نظام دعم أسرى للمرضى النفسيين ، ولا يهتم أحد بما إذا ماتوا أو ظلوا على قيد الحياة، ولكن معظم هؤلاء المرضى النفسيين الذين يبلغ عددهم ٤٢ مليون نسمة من البالغين والأطفال لهم أسر : والدين ، أبناء وآخرون يهتمون بهم ويشاركونهم حياتهم ومتاعهم على السواء .

وأعضاء الأسرة هؤلاء بحاجة إلى كل المساعدة التى يستطيع علم النفس أن يقدمها كعلم أو كمهنة ، ليس فقط للمصابين ولكن لأعضاء الأسرة الآخرين كذلك .

وكثير من علماء النفس فى ميادين الممارسة الإكلينيكية والبحوث أو المواقع الإدارية يعملون من أجل تقديم تلك المساعدة المطلوبة ، ولكن هناك فى الآونة الأخيرة بعض القصور ، وقد يفيد تعزيز الاتصال وتحسين نظام الدعم لأعضاء الأسرة علم النفس بقدر ما يفيد الأشخاص المرضى النفسيين وأسراهم .

الضغوط التى تواجهها أسر المرضى النفسيين

رغم زيادة الأدلة على وجود الاستعداد للإصابة بالمرض ، ووجود عدد غير قليل من عوامل الضغط البيئية التى يمكن أن تعزز الإصابة بالمرض ، فإنه يستمر النظر للأسرة كإحدى العوامل السببية خاصة فى مرض الفصام ، بالإضافة لذلك فإن البيانات المؤكدة التى تظهر نتيجة لتكرارات البحوث ، والنجاح المحقق للتدخلات التعليمية النفسية ذات الصلة قد حولت الاهتمام من البحث عن أسباب المرض إلى البحث عن احتمال تكرار الانتكاسة. وقد حذر الباحثون من أن الأحداث البيئية الأسرية تكون بحاجة إلى الاكتشاف ، فالعديد من الأسر يمكن أن يصيبها الاضطراب من جراء إمكانية النظر إليهم باعتبارهم مقدمو الرعاية الوحيدون للمرضى الذين لا يدخلون المؤسسات. وهذا دور اجتماعى غير مرغوب يمكن أن يفضى إلى أفراد معرضين للمخاطر خاصة المرضى الذين يعيشون بين الوالدين كبار السن ، أو بين أطفال صغار ، أو بين الأقارب الآخرين الذين يمكن أن تتأثر صحتهم النفسية بمعايشة الأقران ، والمآسى الناجمة عن الاضطراب النفسى الذى يعانى منه أحد أفراد الأسرة (Lefley , 1987) .

وتظل مسألة الانحراف التنبؤى فى أسر الأشخاص المصابين بالمرض النفسى قائمة إذ حذر العديد من الباحثين من أن الانحراف فى هذه الأسر ، عندما يظهر قد يكون بمثابة رد فعل لتجربة المعيشة مع فرد يعانى من اضطراب عقلى ، وعلى أية حال ، فقد ركزت وجهة النظر القائلة بالتفاعل بدرجة كبيرة على الاستجابات المماثلة للعيوب المعرفية وأساليب الاتصال الشاذة مع عضو الأسرة المصاب بالفصام ، وليس على الأثر المأساوى للمرض العقلى على نظام الأسرة ، ورغم وجود ادعاءات بوجود اضطراب معرفى بين أسر الأفراد المصابين بالمرض العقلى فإن القابلية للأسى القائم يدل على وجود قيمة وظيفية لأعراض مرض المريض ويعتبرونها أموراً متكررة . ومن ثم : يمكن النظر لأسر المضطربين عقلياً فى ضوء نموذج «القلق ، التوافق ، والتكيف» بأن تلك السلوكيات الأسرية بمثابة إستراتيجيات توافق. وتمثل تلك الاستراتيجيات

أنماط توافق إيجابية لمواجهة الضغط المزمن للمرض النفسى وأنماط الأزمات التى تصاحبه (Lefley & Hatfield , 1987) .

ومن بين الضغوط التى تواجهها أسر المرضى النفسيين – ما يلى :

أ – تحدى المرض النفسى للأسرة :

تواجه أسر المرضى النفسيين بعض التحديات القاسية التى تفرضها الحياة . على سبيل المثال: فإن والدى الأطفال المصابين بالفصام ، يودى المرض أحياناً إلى تحريف سلوك وشخصية أبنائهم بشكل كبير ، ويولد ضغطاً لا حد له فى الأسرة إذا كان المريض يعيش فى البيت ويخلق ضغوطاً مالية مرهقة من أجل العلاج والرعاية المنزلية ، وقد توصم الأسرة كلها فى الوسط المحيط ، وفى الغالب تتحمل الأسرة عبء تقديم الرعاية ، حيث أن أكثر من ثلثى الرعاية التى تقدم للمرضى العقلين يقدم عن طريق أعضاء الأسرة (Lamb , 1984) .

ويعنى عدم الإلحاق بالمؤسسات بالـ deinstitutionalization فى نظام الصحة العقلية أن عدداً قليلاً من المرضى العقلين الكبار يقيمون بمستشفيات الصحة العقلية وغيرها من مواقع الرعاية طويلة الأجل . وبعض هؤلاء الناس يستطيعون المعيشة بمفردهم ، ويتولون حاجاتهم الخاصة من التطبيب أو أشكال العلاج الأخرى . والبعض الآخر يحتاج للمساعدة من جانب أفراد الأسرة فى إدارة مرضهم ، والملايين يعيشون مع أقاربهم ، الوالدين فى غالب الأحيان ، ومواقف المعيشة تلك مواقف ضاغطة بشكل غير معقول فى غالبية الأحيان بسبب جوانب المرض المعقدة الكثيرة التى لا يمكن التنبؤ بها وبسبب الصعوبات العديدة التى ينطوى عليها العلاج وإعادة التأهيل ، وتنهمك الأسر فى تلك التعقيدات ليس فقط بدافع الحب ولكن أيضاً بمقتضى المسئوليات القانونية (لكونهم الأوصياء الوحيدين على المريض العقلى الكبير) وذلك بسبب الحقيقة البسيطة فى أنهم موجودون ولا يوجد سواهم فى الغالب .

ونظراً لأن الأمراض العقلية الشديدة مثل الفصام يمكن أن تتطلب رعاية مدى

الحياة ، فإن أفراد الأسرة قد لا يجدون الراحة من الضغط والجفاف فى مجالات أخرى من مجالات حياتهم. وفى إحدى الدراسات الحديثة ، وُجد أن متوسط عمر مقدمى الرعاية من الوالدين للأفراد المصابين عقلياً هو ٥٩ عاماً (Williams , 1986 Willam, Sommer & Sommer) ، وينزعج أفراد الأسرة بسبب نضوب نوعية حياتهم خلال فترة طويلة من تقديم الرعاية بدون تفويض ، وينزعج الوالدان عن الأثر على الأطفال الآخرين فى الأسرة ، وينزعجون عما يمكن أن يحدث لعضو الأسرة المريض بعد وفاتهم .

ويقدم نظام الرعاية للمرض العقلى حلولاً ناقصة . إذ تختلف كل من الرعاية داخل المؤسسات والرعاية الخارجية اختلافاً كبيراً فى الجودة من مجتمع لآخر . وتقاوم مؤسسات الصحة العقلية العامة باستمرار عجز التمويل . إن خدمات التدخل فى الأزمات فى معظم المجتمعات غير كافية بشكل مخيف ، وكذلك الحال بالنسبة للخدمات النفسية الاجتماعية وخدمات إعادة التأهيل المهنى للأشخاص المختلين عقلياً . رغم الدليل المؤكد على نجاح كثير من برامج إعادة التأهيل التجديدي (Backer , Liberman, and Kuehnel, 1986) .

ب- الأعباء الأسرية :

إن التراث الذى يتناول أحداث الحياة المأسوية فى أسر المرضى يوجه اهتماماً لعوامل الضغط المستمرة أو المزمنة بدرجة أقل مما يوجه للأحداث المنفصلة ، ومع ذلك فعند استعراض المقاييس التى تستخدم على نطاق واسع ، حول الأحداث الضاغطة المرتبطة بالمرض فسوف نجد أن كل حدث رئيسى يمثل حقيقة أن أحد الأقارب المقربين أصبح مريضاً عقلياً وهى حادثة من الأحداث المدمرة المأساوية التى يمكن أن تتعرض لها الأسرة .

والأبحاث التى تتناول ضغوط المعيشة مع المرضى النفسيين نادرة نسبياً رغم أهميتها الاجتماعية البارزة فى عصر عدم اللجوء للمؤسسات ، وعلى مدار السنين ظهرت أدبيات ضئيلة عن العبء العائلى ، وكانت تغطى فئتين وصفيتين :

«العبء الموضوعى» الذى يتناول المشكلات الموضوعية الفعلية ، «والعبء الذاتى» الذى يتناول الألم النفسى الناجم عن المرض . وهناك دليل على شيوع العبء الموضوعى لدى الأسر التى يعانى أحد أعضائها من عجز عقلى أو عضوى منظور . وفى الغالب تتعرض الأسر لصعوبات مالية بسبب العقاقير الطبية والتبعية الاقتصادية للمريض ، واختلال الوظائف الأسرية ، وتقييد الأنشطة الاجتماعية ، وتغير العلاقات مع الأصدقاء والأقارب بسبب زيادة مطالب تقديم الرعاية ، ومن الأمور المألوفة أيضاً تركيز الانتباه على المريض مع الالتزامات المستمرة التى تؤدى فى الغالب إلى إهمال أفراد الأسرة الآخرين (Black , et al, 1985) . وفى حالات كثيرة : يتطلب المرض تبادل الأدوار والمهن من أجل تقديم الرعاية الأساسية ، وقد أشار تركلسين Therkelsen (١٩٨٣) إلى عدم الإلحاق بالمؤسسات كقضية نسائية لأن رعاية المريض المزمّن كانت عبر العصور تلقى على كاهل المرأة . وفى عالم اليوم فإن ذلك يعنى أن اختيارات العمل لدى المرأى سوف تكون محدودة بدون مكافآت تعويضية مقابل القيام بدور التضحية بالذات الذى لم يعد يلقى الاستحسان من المجتمع .

وهناك مكونات للعبء الموضوعى والعبء الذاتى خاصة بالمرض العقلى وبصرف النظر عن فئة التشخيص للمرض النفسى فإن هناك دورات من الاستفحال وانتكاس الأعراض مع أنماط مصاحبة من الأمل وخيبة الأمل بين أفراد الأسرة . ومن الناحية الموضوعية يعنى ذلك فشل المريض فى تنفيذ وظائف الدور الملائم للعمر بأى شكل من الأشكال ، بالإضافة لذلك فإن الأسر تنفق كثيراً من الوقت والجهد فى البحث عن المساعدة والتغلب على تعقيدات نظام الصحة العقلية ، كما أن تفاعلاتهم مع مقدمى الخدمة غالباً ما تكون محبطة ومربكة ومهينة (Unger & Anthony, 1984) . وتتعرض الأسر لعوامل الضغط فى شكل أزمات دورية تتضمن تفاعلات مع خدمات الطوارئ أو الشرطة ، أو إجراءات الإيداع الإيجابى فى المستشفيات التى تضع الأسر فى موقف معاكس ضد من يجنونهم ، وصعوبة إيجاد بدائل ملائمة للإيداع فى المستشفيات ، خاصة مع الأشخاص ذوى

السلوك الشاذ أو المنحرف ، والأثر السلبي للمريض على باقى أفراد الأسرة ، خاصة الأطفال والمراهقين ، هو الحزن المستمر ، ويمكن أن يؤدي إلى الحاجة إلى التدخلات الطبية وجيل جديد من أدوية العلاج النفسى .

وتسبب قضية ضبط السلوك توترات مستمرة بين المرضى والأسرة : فلا بد أن يتعرض الأقارب كثيراً لسلوك عدوانى أو سلوك بذىء من المريض ، نوبات نفسية غير متوقعة ، وأحداث غير مقبولة اجتماعياً فى الأماكن العامة ، صراعات مع الجيران ، أنماط من ضياع النقود أو تبديدها ، ضعف صحة الشخص ، تدمير الممتلكات وأخطار الحريق ، أنماط نوم عكسية تجعل الأسرة فى حالة يقظة ، ورفض العلاج الطبى رغم أنماط الانتكاس المعروفة ، والأعراض الإيجابية للمريض مثل البارنويا يمكن أن تتغير بأنماط سلبية من حالات اللامبالاة ونقص الانتباه ، وحالات الصمت الطويل ، وفى أى الحالات : يُحرم أعضاء الأسرة من المزايا المتبادلة للتفاعل الإنسانى التى ينتظرها الناس ممن يحبونهم .

وتبين الدراسات المتعلقة بتجارب الأسر أثار الضغط على الصحة النفسية والصحة البدنية أحياناً لمقدمى الرعاية ، وعجز مقدمى الرعاية عن عمل الخطط الشخصية أو تحقيقها . وقلقهم عما سيحدث للمريض ((عندما أرحل عن الحياة)) خاصة بين الوالدين كبار السن للمرضى المزمنين . ويذكر المرضى أيضاً محنة القرارات الخاصة بالإيداع الإجبارى فى المستشفى للأشخاص الذين يؤدى سلوكهم أو إهمالهم الذاتى تهديداً للحياة وشعوراً بالذنب بسبب ترك شخص محبوب لهم فى المستشفى، والأوضاع الاجتماعية قليلة الجودة - وهى اختيارات غير سعيدة يكرهها المريض ويمقتها (Lefley , 1987) .

وربما كان أكثر عوامل الضغط تدميراً بالنسبة للأسرة هو معرفة كيفية التوافق مع غضب المريض بسبب حياة البؤس التى يعيشها ، وحتى المرضى المتكسبين يكونون على علم دائماً بإعاقة أدائهم الوظيفى وأهدافهم المتواضعة فى المستقبل بالنسبة للآخرين فى مجموعتهم العمرية . وتخزن الأسرة غالباً على فقد الشخص

المريض ، ولكن حزن المرضى أنفسهم على ضياع مراحل التعليم ، والطموحات التى لم تتحقق ، والمعيشة المقيدة يمكن أن تكون ضاغطة بشكل فريد بالنسبة لمن يجوبونهم ويشعرون بهم .

ج- وصم العائلات بالعار :

رغم أنه قد دارت مناقشة حول وصم ذوى المرض النفسى ، فإن هذه الوصمة تمتد إلى أسرهم . وتقوم الحواجز الاجتماعية مراراً مع الأقارب المقيمين بعيداً . وقد تؤدى سلوكيات مرضى الاضطراب النفسى إلى عزل العائلة ، وتبديد شهرتها وتعرض العلاقات بالأصدقاء والجيران للخطر (Lefley , 1989) .

وفى حالة المرض العقلى هناك أيضاً جزء وراثى يمكن أن يزيد من الوصمة الذاتية للأسرة . وكل من جماعة المهنيين والمجتمع يمكن أن يعكسوا قيمة تعطى رسالة خاصة باستحقاق الأسرة اللوم بسبب توليد المرض أو تكراره ، ذلك المرض المدمر الذى يصيب الأحباب . ورغم نجاح العديد من الوالدين فى التغلب على الكابوس المرعب لمحاولة تقرير كيف ، ومتى ، ولماذا وفى أى ظروف كان يمكن أن تؤدى سلوكياتهم لتلك النتائج الرهيبة - وقرروا أنهم ليسوا مسئولين بالضرورة عن مرض أبنائهم ، إلا أنه يتبقى لديهم شعور بالذنب لا مبرر له . وغالباً لا يؤنب أفراد الأسرة أنفسهم بسبب الاستجابات الغاضبة للإثارة ، والمطالب التى تكون ضاغطة ، والتطلعات التى ربما تكون عالية ، والفشل فى التمييز بين السلوك الاختيارى وغير الاختيارى لدى الشخص الذى ينظر إليه على أنه مريض (Lefley, 1987) .

د- الضغط من جانب أخصائى الصحة النفسية :

غالباً ما يتحمل والدى المرضى العقلين غير الملتهقين بالمستشفيات - والذين يظل كان كثير منهم مرضى لمدة ٢٠ سنة أو أكثر - يتحملون ضغوط حياة مرض أطفالهم الكبار نتيجة ازدهار الأفكار التى تشير إلى المرض الوراثى فى الأسرة ونماذج العلاج المرتبطة . بالإضافة إلى أن وسائل الإعلام تخبرهم أن هناك

«عائلات تصنع الجنون» كما يتلقوا رسائل من ممارسى الصحة النفسية مؤداها ، كما يقول جولدستين Goldstein (١٩٨١) ، تخبرهم أن «مرض المريض كان خطأهم ، وأنهم يجب أن يذهبوا ملقين بالذنب ، ويتركوا للأخصائى المهنى علاج الدمار». وتتضمن التقارير الذاتية عن تجارب الأسر أربعة مصادر محتملة للخلل المرضى الوراثى ، وهذه المصادر تتضمن : الأثر النفسى المزعج للاستجابات التجنبية للاقتراحات الأسرية المرتبطة بالمعلومات والمساندة ، خاصة عندما تكون الأسرة فى حالة ضغط ، ورسائل مزدوجة ملزمة ، وأنماط تدخل يمكن أن تؤدي نتائجها إلى أبعاد نظام مساندة المريض ، ونبوءة مؤكدة يمكن أن تعزز أنواعاً معينة من السلوك فى تفاعلات الأسرة مع مقدم الرعاية .

وُيُبين استطلاع آراء العائلات وجود سخط عام عن نظام تقديم الخدمة فى علاج الأشخاص ذوى الخلل العقلى الشديد . وهناك فشل واضح لهذا النظام فى تقديم المساعدة الجوهرية أو المعلومات للأشخاص الذين يقومون بدور رئيسى فى تقديم الرعاية أو استمرار الدعم . وتذكر الأسر وجود إحباطات فى محاولة استخلاص إجابات عن أسئلة مشروعة وفى التعامل مع اتصالات غامضة وأحياناً عدائية من جانب أخصائى الصحة النفسية . وعلى النقيض من الاستبعاد السابق لأعضاء الأسرة ، فإن الممارسة المعاصرة تتمثل فى دفعهم إلى العلاج النفسى - حتى بدون معلومات واضحة ، والموافقة الظاهرة عن علم ، وكثير من الأسر تنظر للعلاج الأسرى على أنه نموذج علاجى مفروض من أعلى وغير ملائم فى الغالب بتجاهل حاجاتهم المعلقة فى إنشاء تطلعات ملائمة وإدارة السلوك الصعب . (McElroy, 1987) .

وتشير نظرية الرباط المزدوج للمرض الوراثى إلى التنافر المعرفى الذى تثيره الرسائل المتناقضة من أخصائى الصحة النفسية ، وهناك اختلاط للاختيارات فى التعامل مع المعالجن النفسيين المتعددين ذوى القناعات وطرق العلاج المختلفة ، بالإضافة لذلك فإن هناك توجيهات متضاربة حول السلوك الملائم لمقدمى الرعاية

من أفراد الأسرة . وقد وصف ثيورر Thurer (١٩٨٣) مخاطر الصحة النفسية لمقدم الرعاية المثقل بالأعباء ، خاصة أم المريض العقلى الراشد المقيم فى البيت . فهى تعاني من ألم مرض طفلها ، والعار الذى يلحقها لكونها «سبب» ذلك المرض ، وعبء متابعة خطة علاج يمكن ألا تكون واقعية من حيث الوقت والجهد والنقود ، من باقى أفراد الأسرة . وفى نفس الوقت فإنها تحاول أن توازن بين النصائح المتضاربة التى تتلقاها من الأخصائيين المهنيين .

وعندما لا تسير الأمور بيسر تلقى اللوم . وإذا اثنت طفلها عن مخاطر لا لزوم لها ، فقد تعتبر مبالغة فى الحماية . وإذا شجعت الاستقلال وبجئت عن الإلحاق السكنى ، فقد تعتبر مهملة أو رافضة . وإذا امتنعت عن اتباع أى نصيحة مهنية ، يمكن أن توصف بأنها «مدمرة» (Thurer, 1983) .

وكثير من الأسر تتعرض لمقالات فى وسائل الإعلام الشعبية تتناول تربية الطفل وفروض الملمومة الوالدية عندما يعاق الأطفال عاطفياً . فهل تنشئ تلك النظريات على تنوعات من السلوك تتضمن تحقيق توقعات سلبية مدركة من المعالجين أو الباحثين ؟ لقد تمت مناقشة نظريات الاختلال المرضى الوراثى لبعض الأسر فى الأدبيات ولكن هذه التساؤلات التجريبية للوصمة الذاتية فى الاستجابة العائلية لا تزال بحاجة إلى الحسم .

هـ - المعالجين وأقارب المرضى النفسيين :

هناك بعض الدلائل على أن المحددات الأساسية للعبء الأسرى - بما فى ذلك وصمة العار - تتعمم بين الأفراد بصرف النظر عن مستوى التعقيد أو سهولة الوصول لنظام العلاج . وفى دراسة شملت ٨٤ من أخصائيين الصحة النفسية مع أعضاء من أسر مرضى نفسيين مزمنين ، وجد لفلى Lefley (١٩٨٧) أن المعالجين لا يختلفون عن أفراد الأسرة العاديين فى تقييمهم للعبء النفسى لسلوك المرضى . علاوة على ذلك : فإن أخصائيى الصحة النفسية أثبتوا انسجاماً مع أفراد الأسرة فى تخصيص الأولوية لاكتساب معلومات عن : الأعراض والمعالجات الطبية ،

وأساليب التحكم فى السلوك ، والاشتراك مع جماعة دعم باعتبارها أهم الخدمات التى يمكن أن تقدم لهذه الأسر . ورغم حقيقة أن المشتركون فى الدراسة كانوا يقومون بالفعل بممارسة العلاج النفسى ، فقد اعتبروا أن الانضمام لجماعة الدعم الذاتى والانفصال المعيشى عن المريض بمثابة استراتيجيات توافق أكثر فاعلية من العلاج الفردى أو الأسرى . ومعظم هؤلاء الأخصائيين المهنيين الذين عايشوا المريض لسنوات طويلة ولاحظوا المسار التطورى والمسار اللاحق للمرض درسوا التاريخ المرضى للأسرة . وكان الأبناء يكرهون ذلك من الوالدين مما يوحى بأن الدفاع عن دور مزعوم فى سبب المرض لم يكن محددًا أساسيًا للإجابة .

وعبر بعض المستجيبين عن الغضب فى تعليقاتهم على أثر نظريات أسباب المرض لتدريبهم السابق وعن عدم حساسية بعض الزملاء تجاه ألم الأسرة ، ومع ذلك فقد كانوا غير مريحين فى مناقشة المرض النفسى لدى الأسرة مع الزملاء . وعند إخضاعهم لأساليب «التخلى عن التكتم الشخصى» ، أعرب ٢٦٪ فقط من العينة بأنه ليس لديهم أى شعور بالندم بشأن التحدث علنًا عن المواقف ، بينما عبر ٢٦٪ آخرون عن التردد الشديد . وقد ذكر أكثر من ٩٠٪ من المستجيبين أنهم استمعوا مرارًا للزملاء وهم يبدوون ملاحظات سلبية أو مهنية عن أعضاء الأسرة . ومع ذلك : ورغم أن ثلث العينة ذكروا أنه رغم عدم موافقتهم على ما يسمعون فقد لاذوا بالصمت . ومع التضارب حول دور ملائم لعضو الأسرة - المعالج ، فقد شعرت الغالبية بأنهم عاجزين أو غير مستعدين للإسهام بالمعلومات أو الخبرة للعلاج الناجح للحالة . وعلاوة على كل ذلك : فقد شعرت الجماعة بعدم الارتياح عن التحدث عن تجاربهم الشخصية أو زملائهم . ورغم أن ٧٢٪ مروا بالعلاج النفسى الشخصى لمعالجة أثر مرض قريبهم ، فقد كان هناك فى بعض الحالات تردد واضح للكشف الكامل عن إحساساتهم بالغضب والتنافر المعرفى مع المعالج . وهكذا بالنسبة لأخصائى الصحة النفسية ذوى الأقارب للمختلين عقليًا ، فإن عبء الأسرة يمكن أن يتفاقم بسبب الصراع على الأدوار بسبب الوصمة الواضحة من جانب الزملاء أو التناقضات المزعجة بين الخبرة والتدريب .

الخدمات التي تحتاجها أسر المرضى النفسيين :

الاستشارة النفسية الأسرية :

لنبدأ الموقف الذى كانت تواجهه أسر الأفراد المرضى النفسيين قبل أواخر الخمسينات . ففي ذلك الوقت إذا ظهرت أعراض المرض العقلى الشديد على شخص محبوب ، فقد كان من السهل الوصول إلى الرعاية إذ كان المريض ينقل إلى المستشفى ، سواء تم ذلك باختياره أو رغماً عنه . وكانت المستشفى تبعد عن مقر إقامة الأسرة لحماية الأقران من العناصر المثيرة للقلق فى المجتمع ، وكان المريض يظل فى المستشفى لعدة سنوات ، إن لم يكن طول حياته نظراً لأن العلاج لم يكن ناجحاً . ولم يكن هناك أى اتصالات بين الوالدين والأخصائيين المهنيين سوى الاتصالات الأولية التى كانت تقدم فيها النصيحة للأقارب بعدم توقع معجزة وأن يستأنفوا حياتهم فى البيت واضعين فى اعتبارهم أن المريض سيغيب لفترة طويلة .

وكانت زيارة المريض لا تلقى الترحيب للعديد من الأسباب ، ومن بين تلك الأسباب أن زيارات الأسرة كانت تهيج المريض ، وبالتدرج : أصبحت الأسر بمثابة حامل للمرض الاجتماعى غير المحدد آنذاك . وبجانب ذلك : فإن تلك الزيارات كانت تضاعف من حزن الأقارب الذين كانوا يتعرضون مراراً للازدراء وعدم تحسن الشخص المحبوب لديهم . وفى تلك الأحيان كانت العائلات تنعى حظها بشكل أو بآخر وتواصل حياتها متخففة من مسئوليات الرعاية المستمرة ، حيث كان يقوم بها المستشفى بشكل دائم .

لقد تغير الوضع كثيراً : إن ظهور المعالجين النفسيين عام ١٩٥٠ وتأكيدات السياسات الاجتماعية النفسية على عدم الإلحاق بالمؤسسات فى الستينات وحركة حقوق المرضى فى السبعينات كان لها أثر قوى على حياة كل من المرضى والعائلات . وفى الوقت الحالى ، يقدر أن ثلثى مرضى الأمراض النفسية فى الولايات المتحدة يعودون للمعيشة مع أسرهم (Goldman , 1982) . إن ما يربو على مليون مريض فى العام يعودون للمعيشة مع والديهم، ونصف مليون آخرين

يعودون للمعيشة مع الأزواج والزوجات .

لقد استفاد كثير من هؤلاء المرضى من العلاج الطبى استفادة كبيرة من أنهم يعانون من مجموعة كبيرة من الأعراض المتخلفة ونواحى العجز والإعاقة . وتعرضهم للانتكاس لم يعد ظاهراً بسهولة معينة لإعادة إلحاقهم بالمستشفيات . ورغم أن الحقوق المدنية للمرضى مكفولة بشكل جيد والآثار السلبية للبقاء المطول فى المؤسسات لم تعد قائمة ، فإن الأسر تتحمل عبء رعاية أحد الأقارب شديدي المرض العقلى بدون معلومات كافية ، أو خدمات أو إهمال وفى مناخ تغلب عليه العزلة والوصمة بالعار .

احتياجات الأسرة :

سواء أردنا وأرادت الأسرة أم لم تُرد ، فإن تلك الأسر تجد نفسها بشكل متزايد دوراً أساسياً فى شبكة تقديم الرعاية . ومن بين الاحتياجات التى تقوم بها الأسرة:

أ - خلق بيئة توازن بين حاجات المريض والأعضاء والأسوياء على السواء .

ب - إيجاد خدمات ، أو تحديد الخدمات الملائمة ، واللجوء إلى الخدمات الملائمة وترتيب عملية دفع النفقات ، وإقناع أقاربهم المرضى بالذهاب ، والترتيب لعملية الانتقال .

ج- معرفة كيفية التوافق مع أعراض المرض العقلى لدى الأقارب بما فى ذلك الانسحاب الاجتماعى ، نقص الدافعية ، الحديث أو السلوك الشاذ والأفكار أو السلوك المدمر للذات .

د- معرفة كيفية التعرف على علامات التحذير بحدوث انتكاسة وشيكة والتصرف السليم إذا ظهرت تلك العلامات ، بما فى ذلك استدعاء الشرطة أو المشاركة فى عملية الإرسال الإجبارى للمستشفى .

هـ- تقبل الصراع الحتمى داخل الأسرة والذى يحدث فى حالة وجود أناس ذوى وجهات نظر متعارضة ، وأساليب توافق مختلفة ، أدوار أسرية وحاجات

مختلفة فى ظل القلق والكبح المزمن .

و- التعامل مع قضية الإحساس بوصمة العار بتقرير مَنْ يخبر وماذا يخبر استجابة للأصدقاء أو أعضاء الأسرة الموسعة الذين يفضلون الابتعاد أو يوجهون اللوم للأسرة بسبب المرض وتقديم النصح الناضج .

ز- إيجاد طريقة للقضاء على الشعور بالذنب ، الغضب ، الإحباط ، الخوف ، وأهم من ذلك الحزن الدائم الذى يمكن أن يدمر . رغم أنه حزن معتاد تمامًا .

ورغم ما هو معروف من أن العبء الأسرى لم يقيّم تقييماً سليماً ، فإن الدراسات تبين أن الأقارب يعانون من مشكلات عاطفية ، زواجية ومشكلات صحية نتيجة للمعيشة الدائمة فى موقف مثير للقلق . والأسر التى لديها مشكلات صحية أو مشكلات شخصية أو الذين يتعاملون مع مريض شديد الاضطراب يدفعون أعلى ثمن . علاوة على ذلك فإن البرامج التجديدية إلى نخدم المجتمع التى تحسن دخل المريض لا تقلل عبء الأسرة بشكل جوهري .

تقييم الأقارب للمساعدة المهنية :

حقيقة: لقد تغيرت الأوضاع جذرياً بالنسبة لأسر المرضى النفسيين خلال نصف القرن الماضى فهل حدث تغيير موازى فى نوع أو كم الخدمات المهنية ؟ وتبين دراسات مسحية عديدة أن ذلك التغيير - من وجهة نظر الأسر - لم يحدث على الإطلاق . وقد ذكر هولدن ولوين Holden & Lewine (١٩٨٢) أن ٧٤٪ من الأقارب الذين تم استطلاع رأيهم كانوا غير راضين عن اتصالمهم بالأخصائين المهنيين العاملين فى مجال الصحة النفسية . وقد شكوا من نقص المعلومات المتعلقة بالمرض ، ونقص المساعدة فى قضايا الإدارة العملية ، ونقص المساعدة أثناء الأزمات . وقد وجد هوتفيلد Hotfield (١٩٧٨) أن الأصدقاء والأقارب كانوا يقيسون العلاج بالقيمة المحسوسة لهذا العلاج من جانب مقدمى الرعاية من أفراد الأسر . وذكر أيضاً أنه لا يوجد ارتباط بين ما حدده الأقارب كحاجات خاصة بهم والتركيز الفعلى للاهتمام فى موقف العلاج النفسى . وقد أوضح ماك ألروى

McElroy (١٩٨٧) وجود عدة انفصالات بين آراء الأخصائيين المهنيين وآراء الأقارب .

وكانت شكاوى الأسر من نوعين أولاً ، فهم يذكرون أنهم يعاملون بإهمال . ويبدو الوضع كما لو كانوا لا يزالان فى فترة البيمارستانات حيث كان هناك القليل مما يعرفه أخصائيو الصحة النفسية وما يستطيعون عمله سوى حماية الأسرة من عبء الرعاية المستمرة . وينتج الإهمال أيضاً عن التمسك الصارم بنموذج طبي يتجاهل أثر المرض على الشبكة الاجتماعية والآثار المتكررة لاضطرابات تلك الشبكة على المريض .

وفى حالة المرضى الداخليين : يؤثر نقص الوقت ، والإزعاج ، واللوائح التى تعطل العمل سلبياً على استعداد المعالجين لقضاء الوقت مع أسر المرضى (Bernheim & Switalski, 1988) . وبالنسبة للمرضى الخارجيين : فإن التفسيرات الصارمة للتنظيمات السرية وزيادة الاعتماد على نموذج واحد للرعاية أثبت أنه غير ملائم لهؤلاء الأفراد كان لها نتيجة سيئة مماثلة .

ومحور الشكوى الثانية هو أن ما يمارس كعلاج نفسى أسرى ننظر إليه باعتباره محدثاً للشعور بالذنب ، ومثبطاً ومحبطاً (Grundebum, 1984) ، وبتكرار الأسى يكون جدول أعمال الأسرة مختلفاً عن جدول أعمال المعالج النفسى . ونموذجهما للمرض العقلى لا يتطابقان ، وأهدافهما للجلسات تكون غير متشابهة . ولا تلتقى أفكارهم حول ما يعتبر تدخلات مفيدة . ولأسباب كثيرة فإن الأسر يمكن ألا تتيج لأخصائى الصحة النفسية أن يعرفو شعورهم بضآلة المساعدة التى يقدمها هؤلاء الأفراد بشكل مباشر وعلى الأقل فإن سخط الوالدين على العلاج النفسى الأسرى أكثر من إدراك هذا السخط من جانب أخصائى الصحة النفسية .

ماذا تريد أسر المرضى النفسيين :

إن كثيراً من أسر المرضى النفسيين تحتج بشدة على معاملتها مثل معاملة »

المريض غير المحدد». وهم يجدون هذه الفكرة مضادة للبداهة كما أنها مهينة ، ولا تؤدي إلى مساعدة مثمرة . وعلى الجانب الآخر ، فإنهم يحتجون بنفس الدرجة من الشدة بسبب تجاهلهم . وما يجدونه مفيداً معروفاً جيداً الآن .

وأسر المرضى النفسيين تريد بشكل عام مزيجاً من المعلومات ، التعليم ، فرصاً للتنفيس الانفعالي والدعم ، وتوفير الأخصائيين المهنيين أثناء الأزمات ، والاتصال بالأسر الأخرى التي لديها صعوبات مماثلة . وهى ترغب فى فهم ما يشكل تطلعات معقولة من جانبهم بالنسبة لأقاربهم المرضى وكيف يستطيعون المساعدة على شفائهم . ويودون أن تكون لهم مشاركة رئيسية فى العلاج والتخطيط لتسديد النفقات . كما أوضح وينج وكريير Wing & Creer (١٩٧٤) وهولدن ولويين Holden & Lewine (١٩٨٢) فإن توقعات الأقارب من المهنيين متواضعة بشكل عام وكلها يقع فى نطاق الممكن .

التشاور مع الأسر : دور جديد :

ماذا سنسمى ذلك النوع الجديد من الخدمة التى بدأنا التعرف عليها الآن ونقدمها لأسر المرضى النفسيين ؟ لقد سميت مراراً « المشورة المساندة للأسرة » وهو لفظ يؤكد على اهتمام تلك الخدمة بالقوى التوافقية وليس بالمرض نفسه (Bernheim, 1982) ، كما يمكن جعلها نوع من التعليم « وهى بذلك خدمة لا تصيب الأسرة بالخرى ، فهى «تعليم نفسى» وهو لفظ يحاول أن يشير إلى شىء أبعد من التعليم الذى يُعد ويُقدم (Hogart , Anderson & Reiss, 1980) . بالإضافة لذلك فإن هذه الخدمة هى نوع من «العلاج السلوكى الأسرى» الذى يركز على جانب بناء المهارات . وعلى أية حال ، فإن اللفظ الجديد يُشعر كل من العاملين فى مجال حركة الأسرة وفى مجال العلاج النفسى للأسرة أنه يعبر عن العمل وهو التشاور مع الأسرة « Family Consultation .

إن اقتراضات العلاقات التشاورية عديدة :

أولاً : أن الذى يحصل على الاستشارة يفترض أنه كفاء ، رغم أن لديه

معلومات فى مجال يتوفر لمقدم المشورة خبرة خاصة به ، ويوجد الآن نموذج لسلوك الأسرة يمكن أن يؤيد هذا الفرض الأول . وعلى ذلك يتأتى أن الهدف الأول للمستشار هو جلب معلومات تُعد لمساعدة طالب الاستشارة على تقويم الموقف والاختيار فيما بين بدائل العمل الموجودة .

ثانياً: أن طالب المشورة يحتفظ بسلطة الاختيار . فالأهداف تحدد بواسطة طالب الاستشارة (ربما بعد مناقشة متبادلة للأراء المختلفة) . وإذا كان أخصائى الصحة النفسية يطبقون هذا المبدأ على عملهم ، فإن ذلك يعنى أنهم يجب أن يعترفوا بآثار المعالجة الطبية الوراثية iatrogenic ويجب أن نتعرف على الأشكال المختلفة للمساعدة المهنية المتاحة والتي قد تكون أكثر قوة بالنسبة لبعض الأسر على الأقل ، من أى شىء يمكن أن نقدمه لهم .

ثالثاً: تتم المشورة بناء على طلب طالب المشورة ، ومن أجل طالب المشورة . وإنها لعبة عادلة للمستشارين المنتظرين أن يحاولوا إقناع طالبى المشورة المنتظرين أن الخدمة يمكن أن تكون ذات فائدة بالنسبة لهم . ولكن لا يمكن فرض الوصاية على الاستشارة نفسها . ويمكن أن يوحى تطبيق هذا المبدأ ضرورة : أن نتوقف عن طلب المشاركة الأسرية أثناء علاج العضو المريض . ونستطيع أن نقترح ونشجع ونترلف أو نقنع ولكن لا نصر .

رابعاً: يمكن حدوث عدة أشياء عقب الاستشارة . وثمة شىء يمكن أن يحدث هو لا شىء . فقد يشعر طالب الاستشارة أن الحاجات الحالية تمت تليتها أو أن ما يقدم لا يكفى لتلبية حاجته أو حاجاتها . وفى عملنا : قد يختار طالب المشورة الالتحاق بجماعة دعم الأسر ، ويكتسب معلومات أكثر عن المرض من خلال القراءة ، أو التدريب على بعض أنواع المهارات أو العلاج النفسى - الفردى ، أو الزوجى ، أو الأسرى أو الجماعى ، ويمكن اختيار أى توليفة من تلك الأمور .

إن دور والتزامات المستشار واضحة تماماً . وبعد تقديم معلومات كافية للسماح لطالب المشورة بتحديد الأهداف والاستراتيجيات يقرر المستشار ما إذا كان لديه

الخبرة والاهتمام لتقديم الخدمة (إذا كانت هناك حاجة لمزيد من الخدمة) . وإذا كان الأمر كذلك ، يتم التفاوض على العقد . وإذا كان الأمر على عكس ذلك ، فإن المستشار يمكن أن يحول الأمر إلى خبير أكثر ملائمة أو على الأقل يقدم النصيحة الأساسية عن كيفية العثور على ذلك الخبير . وهذا يعني أن الممارسين المديرين فى مجال العلاج النفسى الأسرى ولكن معلوماتهم محدودة عن الأسباب كان لهم أن يحاولوا تقديم خدمة دائمة لأقارب الشخص المختل عقلياً بدرجة كبيرة .

ويقوم الاستشارى بتقييم كفاءة خدمته طبقاً لكيفية تلبيتها للطلبات الظاهرية المعلنة لطالب المشورة . ويعتبر رضا العميل ، وليس تحقيق جداول أعمال منفصلة هى النتيجة الجوهرية . والمشورة تسبق وتكون كامنة فى نسيج الخدمات التى تؤدى بالفعل إلى تقليل فرص الانتكاسة .

دور الأخصائيين النفسيين كمستشارين للأسرة:

كمعالجين ، يتمتع علماء النفس والأخصائيين النفسيين بخبرة خاصة تمكنهم من تقديم الخدمة لأسر الأفراد المرضى النفسيين . وخليفتنا فى الإدارة السلوكية تضعنا فى موقف مثالى لتقديم المشورة للأسرة والمعالجين عن البيئات التأهيلية النامية . وخبرتنا فى التدريب على المهارات يمكن أن تكون فى المتناول كذلك فى أن الأقارب يستفيدون غالباً من التدريب على حل المشكلات ، ومهارات الاتصال وإدارة القلق .

والبعض منا الذين يحملون فى مجال الخدمة العامة ، عليهم التزام خلقى وأدى بتوسيع نظرنا لكى تشمل الاهتمام بأعباء أقارب المرضى . وقضايا السرية وتضارب المصالح فى العلاقة العلاجية تتطلب الحساسية ولكن يجب ألا تشكل حواجز لهذا العمل .

علم النفس والمرضى داخل الأسرة:

استجابة علم النفس:

لمدة مائة سنة تقريباً كان علماء النفس يدرسون ويبحثون فى المرض النفسى وقدموا إسهامات كثيرة لعلم أسباب الأمراض ، والتشخيص والعلاج لمرضى

الفصام وغيره من الاضطرابات النفسية ، وكان علماء النفس فى مقدمة الممارسين للعلاج القائم على المجتمع ، الذين يساعدون الأشخاص المرضى على تطوير المهارات المطلوبة للمعيشة المستقلة .

وقد قدم كثير من علماء النفس دعمًا هامًا لأفراد الأسرة على التوافق مع المرضى النفسيين المحبوبين من خلال الخدمات التى تقدم فى مواقف الصحة العقلية ، ومن خلال تقديم المشورة وعلاج أعضاء الأسرة كأفراد . وقد تحققت الميزة غير المباشرة من خلال إسهامات علم النفس فى تلك المجالات مثل التعامل مع القلق وحسم الصراعات الأسرية التى تظهر بسهولة فى الأسر التى بها شخص مصاب عقليًا .

ولكن استجابة علم النفس كانت غير كاملة . وهناك مشكلات كثيرة تشمل ما يلى:

- ١- هناك جهل كبير بين الأخصائيين النفسيين فى الممارسة الفردية وفى مؤسسات الصحة النفسية بالقضايا التى تهتم الأسر والتحديات المعيشة العملية التى تواجهها الأسر عندما يصاب أحد أفرادها بمرض نفسى (مثل الحاجة إلى رعاية تعويضية ، الأعباء المالية ، مشكلات الأبناء ، الصراع الزوجى بين الوالدين الوصمة بالعار فى المجتمع ، مشكلات تتعلق بالنظام القانونى ، وغير ذلك) .
- ٢- هناك نقص فى خدمات المشورة والخدمات العلاجية لأفراد الأسرة أنفسهم .

٣- استمرت النظريات القديمة عن الأسر كعامل سببى فى تطور الأمراض النفسية الرئيسية مثل الفصام ، ونقل تلك المعتقدات إلى الأسر يعمق شعورهم بالذنب والإحساس بالخزى . وقد تم استبعاد مثل تلك النظريات بدرجة كبيرة فى نطاق علم النفس ، ولكنها مستمرة بين الممارسين الذين لا علم لهم بأحدث البيانات العلمية .

٤- هناك نقص فى الاتصال بأفراد الأسرة حول القضايا المتعلقة بعلاج

الشخص المريض وإعادة تأهيله وعدم إشراك الأسرة بشكل كامل فى التخطيط للعلاج (وهى عملية هامة ، خاصة بالنسبة للأسر التى تتحمل مسئولية تقديم الرعاية) .

وقد يتوفر لأفراد الأسرة فهما محدودًا لأدوار الأخصائيين النفسيين فى نظام الصحة النفسية ونشاطهم فى مجال البحث . علاوة على ذلك ، فإن الأسر التى تعرضت لتجربة سيئة مع أحد الأخصائيين النفسيين (أو حتى التى سمعت عن أسرة حدثت لها مثل تلك التجربة) . يمكن أن تصنف بطريقة خاطئة كل علماء النفس باعتبارهم « ضد الأسرة » أو « جاهلون بقضاياها » . وفى واقع الأمر : فإن العديد من علماء النفس يتعاملون مع قضايا الأسرة بنوع من الحساسية أو بعضهم يمارس ويكتب انطلاقًا من كونهم أعضاء أسرة أيضًا . والبعض الآخر يعكس فهمًا شاملًا لقضايا الأسرة ، ويتعاملون مع موضوعات مثل سوء استغلال المرضى النفسيين .. وهذه القضية خاصة بمرض الفصام كمرض عقلى أو الوصمة (Backer, 1986) .

إن ما سبق ليس مقصودًا كاتهام ولكنه مجرد اعتراف بالعنف البشرى والجهل الموجودان فى العلاقة الجديدة بين علماء النفس وأفراد الأسرة . وهذه مجرد دعوة لتعزيز وتوسيع العلاقات الفعالة القائمة بالفعل بين كثير من علماء النفس الفرديين وأفراد الأسرة .

الأسر تستجيب لنفسها :

كجزء من مشاركة المواطن فى الصحة النفسية ، وعدم إلحاق المرضى النفسيين بالمؤسسات ، ونمو نظام الصحة العقلية للجماعة . أصبحت الأسر أكثر نشاطًا عن ذى قبل فى رعاية أفراد الأسرة المصابين بمرض نفسى . وكان أهم تطور وحيد هو ذلك الذى حدث فى الولايات المتحدة الأمريكية حيث تم إنشاء التحالف القومى للمرضى النفسيين عام ١٩٧٩ ، وهو مؤسسة دعم وتعليم أصبح لها الآن أكثر من ٨٥٠ فرعًا فى جميع أرجاء الولايات المتحدة ويمثل أكثر من ٧٠٠٠٠ أسرة . وقد

نشأ التحالف القومى للمرضى النفسيين كجماعة من جماعات الدعم المتبادل ، وامتد الآن ليشمل الجهود التعليمية والتجمع على المستوى المحلى ومستوى الولاية والمستوى الفيدرالى . ورغم أن التحالف القومى للمرضى النفسيين شخصيات مألوفة ، فقد كان رئيس التحالف القومى للمرضى العقلين عضواً فى لجنة الاختيار لإيجاد مدير جديد للمؤسسة القومية للصحة النفسية . ويعتبر الاتحاد القومى للبحوث فى ميدان مرض الفصام والاضطرابات العاطفية ، وهو مؤسسة خدمية تهتم بتدبير الاعتمادات المالية للبحوث فى أسباب وعلاجات الأمراض العقلية الحادة نتيجة مباشرة من نتائج التحالف القومى للمرضى العقلين . (Baker & Richardson, 1989) .

كيف بدأ بناء الجسور :

إن أول اتصال مستمر هام بين جمعية علم النفس الأمريكية والتحالف القومى للمرضى العقلين - وهما المؤسستان اللتان تمثلان الجماهير ذات المصلحة - قد تم حديثاً ، وفى الاجتماع السنوى فى أغسطس ١٩٨٧ لجمعية علم النفس الأمريكية فى مدينة نيويورك تم عقد اجتماع مشترك للمؤسستين مع استعراضات قدمها الرؤساء المنتخبون والمديرون التنفيذيون للجمعيتين ويعطى تخطيط هذا المؤتمر توضيحاً مفيداً لكلا التحديين اللذين يواجهان علماء النفس وأفراد الأسرة وبعض الحلول الممكنة التى يمكن أن تتوفر .

وفى أواخر عام ١٩٨٦ دارت مناقشة موسعة حول التجارب السلبية التى تعرض لها ممثل التحالف القومى للمرضى العقلين عندما كان متحدثاً زائراً فى اجتماع جمعية علم النفس الأمريكية عام ١٩٨٦ . لقد تعرض المتحدث لهجوم لفظى من جانب أحد علماء النفس من الجمهور : «ألا تعرفون أنتم يا أعضاء الأسرة أنكم مسئولون فى الحقيقة عن مرض أبنائكم؟» . وتلا ذلك صمت من جانب علماء النفس الموجودين فى هيئة المتحدثين ومن الجمهور . وبعدم كلامهم ، كان علماء النفس يدعمون هذه النظرة غير الصحيحة التى عبر عنها هذا الشخص

بشكل غير مباشر . وقد تعزز تمييز دائم لعلماء النفس ، وكانت النتيجة عدم استعداد بين زعماء التحالف الأمريكى للمرضى العقلين حتى للتفكير فى مزيد من التفاعل .

وثمة محنة أخرى هى أن ذلك حدث فى مجال العلاقات المحسنة بدرجة كبيرة بين الأسر وجمعية العلاج النفسى الأخرى . لقد طور العلاج النفسى اتصالاً إيجابياً مع التحالف القومى للمرضى النفسيين ، وأوضح علماء النفس متحدثين رسميين لحركة الأسرة .

وعلى ذلك فقد تم اقتراح « بناء جسور » بين علماء النفس وأسر المرضى النفسيين، بدءاً بالمؤتمر المشترك ، الذى حضره أكثر من ٢٠٠ شخص وضم كل من علماء النفس وأعضاء الأسرة . وهذا المؤتمر الذى استمر نصف يوم رمز إلى بداية تحسن الاتصال والمشاركة . وقد عبر رئيس جمعية علم النفس الأمريكية استركلاند بونى Strickland Bonnie عن أمله فى إمكانية عقد اجتماع سنوى مشترك وقد عقد المؤتمر الثانى « لبناء الجسور » ارتباطاً باجتماع يونيو ١٩٨٨ السنوى للتحالف القومى لعلماء النفس فى كولورادو ، وتبع ذلك عديد من المؤتمرات السنوية التى أرسى قواعد التواصل بين أسر المرضى النفسيين والتحالفات والجمعيات النفسية على مستوى العالم .

الحاجة قائمة لمزيد من بناء الجسور :

يمكن اتخاذ خطوات أخرى لتعزيز الاتصال وبناء مشاركة سليمة بين علماء النفس وأسر المرضى العقلين .

١- الاتصالات المشتركة : أن مطبوعات أقسام « علم النفس والتى تتناول توجهات علماء النفس يجب أن تكون فى متناول أسر المرضى النفسيين . وهناك تفكير فى خطط لإعداد مقالات عن موضوعات لخدمة أسر المرضى النفسيين . وثمة خطوة تالية قد تكون إعداد اتصال مشترك عن المبادئ والممارسات الخاصة بالخدمات النفسية لعائلات المرضى النفسيين، لكى تنشر على جميع المستويات .

٢- العمل المحلى : تستطيع جمعيات علم النفس تقديم فرص اتصال عن طريق المؤتمرات والمطبوعات بالإضافة إلى التعرف على أفراد الأسرة ، ويمكن إنشاء فرصاً ماثلة بواسطة فروع تحالفات للمرضى العقلين على مستوى كل دولة وعلى المستوى المحلى لكل مجتمع ، بالتعرف على علماء النفس فى أقاليمهم الذين يقدمون خدمات فعالة لأفراد الأسرة .

٣- برامج التدريب : يمكن تصميم برامج تعليم قبل الخدمة ومستمرة لعلماء النفس لتوفير المعلومات الحديثة عن القضايا والاهتمامات الأسرية . وبالمثل يمكن تقييم التعليم لأفراد الأسرة عن النظرية والتطبيق فى مجال علم النفس ، مثلما يقدم فى الاجتماعات المحلية لجمعيات رعاية المرضى النفسين .

٤- تحديد جدول الأعمال : يستطيع علماء النفس وأفراد الأسرة الاتصال - فيما بينهم ومع الهيئات التشريعية والجمهور - بشأن جداول أعمال السياسة العامة المتعلقة بخدمات وبحوث الصحة النفسية (Baker & Richardson, 1989) .

تحديد جداول أعمال لمواجهة المرض النفسى داخل الأسرة :

فى يناير ١٩٨٨ مثل دونالد ريتشاردسون التحالف القومى للمرضى العقلين للإعداد لمشروع صحة الأم فى القرن الحادى والعشرين برعاية إدارة الصحة العامة والمعهد الطبى . وكل التوصيات الخمسة عشرة التى تم تقديمها لجلسات يناير ١٩٨٨ لإدارة الصحة العامة والمعهد الطبى تشعبت إلى علم النفس ، مما يمثل أول قطع فى إعداد جداول الأعمال ، والتى يمكن مواصلتها سنويًا من جانب إدارة الصحة العامة والتحالف القومى للمرضى العقلين وهى :

١- يجب تحقيق المساواة فى تمويل البحوث المتعلقة بالمرض النفسى بالنسبة لاهتمامات الصحة العامة الأخرى بزيادة مخصصات بحوث الاضطرابات النفسية لمستويات تتناسب مع مستوى نفقات الفرد بالنسبة لأمراض السرطان وتصلب الشرايين المتعددة . ونظرًا لأن الكثير من الباحثين فى مجال الصحة العقلية

والجامعات المختلفة هم من علماء النفس ، فإن علم النفس يمكن أن يستفيد بشكل مباشر من هذا الجهد . وسوف تتأكد مصداقية البحوث المرتبطة بالصحة النفسية والتي يقوم بها علماء النفس .

٢- إن مبادرة الفصام التي قدمها المعهد القومى للصحة العقلية والالتزام بدعم تلك المبادرة ومحاولات الأبحاث الأخرى طويلة الأجل نسبياً يجب أن تستمر من خلال التمويل المضمون - ونفس المنطق ينطبق هنا . وبشكل خاص ، يتم الاستفادة من أبحاث الصحة النفسية التي قام بها علماء النفس فى السنوات العديدة الأخيرة .

٣- يجب عمل خريطة وراثية شاملة خلال الحقبة القادمة . ويمكن أن يؤدي الفهم الجيد لاسهامات الوراثة فى الصحة العقلية إلى تسهيل البحث فى مجال الانحرافات السلوكية وكيف تنشأ خلال فترة الحياة .

٤- يجب تقديم حوافز لعلماء النفس الشبان لكي يدخلوا ويظلوا يعملون فى مجال بحوث الصحة العقلية بحيث تحدث زيادة أساسية فى عدد الباحثين خلال السنوات العشرة الأولى من القرن الحادى والعشرين ... ويمكن أن يكون علماء النفس من بين العلماء الشبان الذين يتأثرون بتلك الحوافز ، ويمكن أن تتأثر برامج تدريب خريجي علم النفس تأثراً إيجابياً بهذا التطور . وبالفعل تقوم جمعية علم النفس الأمريكية بالاشتراك مع التحالف القومى للمرضى العقلين بإعداد منحة سنوية لتشجيع جهود البحث لعلماء النفس للشبان ، ويجب أن تحزو حزوها جمعيات علم النفس فى كل بلدان العالم والجمعية العالمية للصحة النفسية ، ومنظمة الصحة العالمية .

٥- العلاجات الطبية الحديثة التى لها آثار جانبية عكسية أقل من الأدوية الحالية يجب أن تطوّر لها لعلاج المرض النفسى . ويجب أن تهتم مراكز البحوث العالمية فى مجال الصحة العقلية بشدة بتلك الأبحاث ، والمنتجات التى تنشأ بمشاركة المشروعات الخاصة ، ويجب أن تشمل قيود براءة ملائمة لتحديد السعر وضمان

توفر الأدوية وإمكانية الحصول عليها . ويمكن أن يشترك علماء النفس فى تلك البحوث لأن الآثار السلوكية الجانبية من بين أهم الآثار التى يجب دراستها فى معظم العلاجات . علاوة على ذلك ، يستطيع علماء النفس المساعدة فى إعداد واختبار العلاجات السلوكية لتقليل الآثار الجانبية التى لا يمكن التخلص منها .

٦- يجب نقل كل المرضى العقلين من المؤسسات الإصلاحية ، ويجب استبدال الوظائف العقابية والاحتجازية بعناية وعلاج حقيقيين .

٧- يجب إلغاء القاعدة التى تقضى بمعاينة الأشخاص المرضى العقلين فى بيوت التمريض أو المؤسسات الداخلية أو تعديلها . ومرة أخرى ، تؤيد القيم الأخلاقية لعلم النفس تغيير تلك السياسة . وبزيادة عدد علماء النفس الذين يدخلون مجال الاستشارة والعمل فى مؤسسات الرعاية طويلة المدى ، وهذا التطور يمكن أن يتيح مزيداً من الفرص لتقديم خدمات نفسية للمرضى النفسانيين .

٨- يجب إعداد برنامج متكامل لإسكان وعلاج المرضى العقلين . لقد تم إجراء بحوث عظيمة على نظم الخدمة المتكاملة للمرضى النفسانيين بواسطة علماء النفس ، ويمكن أن يكون تحرك علماء النفس إلى نظام الإسكان والعلاج المتكامل جزءاً من الهدف الذى قدرته الجمعية العالمية للصحة النفسية .

٩- يجب إنشاء نظام تدخل عند وقوع الأزمات فى جميع الأرجاء ويمكن أن يسمح باستجابة علاجية سريعة فى الأزمات النفسية بدون الضرورة للنقل للمؤسسات العلاجية . لقد طالب علماء النفس الموجودين فى مراكز الصحة النفسية ، إدارات الشرطة وغيرها من المؤسسات المجتمعية بضم الأخصائيين المهنيين المدربين فى مجال علم النفس إلى فرق التدخل فى الأزمات .

١٠- يجب توسيع مؤسسات العلاج على الأقل إلى المستوى المعبر عنه فى التشريع الذى يقضى بخلق مراكز صحة عقلية فى المجتمع . ويعمل كثير من علماء النفس فى الاستشارة أو مراكز الصحة العقلية ، وكثير منهم يتمتعون بمهارات قد

تكون مفيدة فى المواقف المجتمعية إذا ما حدث ذلك التوسع .

١١- يجب أن يزداد التأكيد على محاربة وصمة المرض العقلى من خلال الإعلام العام . لقد تزعم علماء النفس دراسة الوصمة وأثرها على المرضى النفسىين ، وأسرههم والمجتمع . وكثيراً ما لعب علماء النفس أدواراً هامة فى إعداد تعليم عام وحملات فى وسائل الإعلام عن المرضى النفسى . مثال ذلك تلك الندوة الدولية التى نظمتها روزالين كارتر عن الصحة العقلية فى أكتوبر ١٩٨٨ ، والتى خصصت للدراسة متعددة المناهج للطرق التى تستطيع بها وسائل الإعلام تثقيف الجمهور حول المرض النفسى .

١٢- يجب إعطاء أولوية عليا لتقليل الانتحار بين الأشخاص المختلين عقلياً . ولم يكن الاهتمام المهنى من جانب علماء النفس بقضية الانتحار كبيراً . وبعض وسائل التدخل الفردى الهامة كانت مبنية على السلوك ، وعلماء النفس منهمكون بدرجة كبيرة بإعداد مناهج أسرية ومجتمعية لمواجهة تلك المشكلة .

١٣- يجب إنشاء برامج تعويض للعملاء وعائلات المرضى النفسىين ، لقد تعامل علماء النفس مع إدارة الضغوط والوقاية فى مختلف المجالات وكانوا من بين الرواد فى إعداد رعاية تعويضية فى مجالات ذات ارتباط مثل الخدمات التى تقدم لكبار السن .

١٤- يجب إعداد سياسة رعاية طويلة الأجل تعكس حقيقة أن كثيراً من مقدمى الرعاية الأسرية من كبار السن . لقد زاد دور علم النفس فى الرعاية بعيدة المدى فى السنوات الأخيرة من نمو مؤسسات مثل منظمة علماء النفس فى نيويورك لتقديم الرعاية بعيدة المدى وعمل بعض علماء النفس المؤثرين مثل كارول ويندلاند Carol Wendland فى مؤسسة بيفرلى . ويستطيع علم النفس أن يسهم بطرق كثيرة فى إعداد سياسة إنسانية قليلة التكلفة يمكن أن تقدم خدمات خاصة للمرضى النفسىين مع مقدمى الرعاية العائلية للكبار .

١٥- يجب تعزيز جمع البيانات ، خاصة فيما يتعلق بنظم بحوث الخدمات

لإخبارنا بما يصلح ولماذا ، والبحث فى أسباب المرض عند حدوث مشكلات بين المرضى النفسيين ، مثل التشرذم والإيدز . إن علماء النفس القوي فى مجال البحث يضعهم فى مقدمة نظم بحوث الخدمات وبحوث أسباب الأمراض فى المعهد القومى للصحة العقلية وفى مواقف أخرى . والنشاط المعزز فى هذا المجال يمكن يتيح مزيد من الاستفادة الفعالة من علماء النفس فى تلك البحوث التطبيقية وكذلك تقديم قاعدة معرفة مفيدة لتطوير بحوث علم النفس والخدمات المتعلقة بمشاكل الصحة الحرجة مثل الإيدز .

وكما يستدل من هذا التحليل الموجز ، فإن علماء النفس وأسر الأفراد المضطربين عقلياً لديهم الكثير من الاهتمامات المشتركة . وعن طريق العمل معاً ، يمكن أن تحصل الأسر والأعضاء المضطربين عقلياً على خدمات قيمة والمعرفة التى يقدمها علم النفس أكثر كثير مما يمكن أن يستمد من عملية التعاون الوثيق .

وعلم النفس له فرصة التواجد « فى مكان العمل » بالنسبة لمجموعة هامة من جداول الأعمال وتكوين تحالف مبكر ذا جمهور قوى يسمع صوتهم بشكل متزايد.



المراجع

- ١- حسن مصطفى عبد المعطى (١٩٩٤) : البناء النفسى المميز لخصائص شخصية أبناء المرضى النفسيين . مجلة كلية التربية - جامعة أسيوط ، العدد ١٠ ، المجلد الثانى .
- 2- Backer, T.E., (1986) : Powers untapped : Mass media depiction of mental illness .In. J.J. Houpt (Ed.), Proceedings of the First International Rosalynn Carter Symposiu on Mental Health Policy (pp. 18-29). Atlanta : Carter Center.
- 3- Backer, T.E., Liberman, R.P., & Kuchnel, T. (1986) . Dissemination and adoption of innovative psychosocial interventions. Journal of Consuling and Clinical Psychology, 54,111-118.
- 4- Backer, T.E. & Richardson (1989) : Building bridges: Psychologists and families of the mentally ill. American Psychologist, 44,3,546-550.
- 5- Bemheim, K.F., & Switalski, T. (1988): Mental health staff and patients' relatives : How they view each other. Hospital and Community Psychiatry, 39,63-68.
- 6- Bemheim , K.F.(1989) : Psychologists and families of severely mentally ill : The role of family consultation. American Psychologist, 44,3,561-564.
- 7- Black. M.M., Cohn, J.F., Smull, M.W., & Crites, L.S. (1985) : Individual and family factors associated with risk of institutionalization of mentally related adults. American Journal of Menal Deficiency, 90 (3), 271-276.
- 8- Creer, C., & Wing, J.K.(1974). Schizophrenia at home. London: Institute of Psychiatry.
- 9- Goidman, H.H. (1982) : Mental illness and family burden : A public health perspective. Hospital and Community Psychiatry, 33,557-560.
- 10- Gronebaum, H. (1984) : Comments on Terkelsen's "Schizophrenia and the family : II, Adverse effects of family therapy". Family Process, 23,421-428.

11- Hatfield, A.B. & Lefley, H.P. (1987): Families of the mentally ill : Coping and adaptation , New York: Guilford.

12- Hogarty, G.E., Anderson, C.M., Reiss D. 1. Kornblith, S.J., Greenwald, D.P., Javna, C.D., Madonia, M.J., & Environmental/ Personal Indicators in the Course of Schizophrenia Research Group. (1986). Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the after-care treatment of schizophrenia : 1. One year effect of a controlled study on relapse and expressed emotion. Archives of General Psychiatry. 43,633-642.

13- Holden, D. P., & Lewine, R.R. J. (1982) : How families evaluate mental health professionals, resources, and satisfaction of illness. Schizophrenia Bulletin, 8,628-633.

14- Lamb, H.R. (Ed.) (1984), The homeless mentally ill : A task force report of the American Psychological Association.

Washington, DC. American Psychological Association.

15- Lefley, H.P. (1987), The family's response to mental illness in a relative. In A. Hatfield (Ed.). Families of the mentally ill: Meeting the challenges (New Directions in Mental Health Services No. 34, pp 3-21). San.

16- Lefley, H. (1989) : Family burden and family stigma in major mental illness. American Psychologist, 44, 3,556-560.

17- McElroy, E. (1987) : Beat of a satisfied drummer. In A. B Hatfield & H. P. Lefley (Eds.) , Families of the mentally ill:

Coping and satisfaction (pp. 225-243). New York : Guilford.

* * *