



جامعة الملك سعود
كلية التربية
قسم علم النفس
الدراسات العليا
قسم علم النفس الإكلينيكي

العلاج الأسري بحث

إعداد الطالبة : اخلاص علي السويداني

بحث مقدم لمقرر : العلاج النفسي
أستاذ المقرر : الأستاذ الدكتور جمال عامر

الفصل الدراسي الأول 1425-1426هـ

الفهرس

رقم الصفحة	الموضوع	م
4-3	المقدمة	1
5	الفصل الأول : المدخل للعلاج الأسري	2
7-6	الأسرة من منظور نفسي	3
8-7	تعريف العلاج الأسري	4
9-8	نبذة عن العلاج الأسري	5
10-9	نمو حركة العلاج الأسري	6
11-10	عوامل ساهمت في ظهور العلاج الأسري	7
12	أنواع المشكلات التي يتعامل معها العلاج الأسري	8-
13-12	أهداف العلاج الأسري	9
14-13	أسباب اللجوء للعلاج الأسري	10
15	متى ينجح العلاج الأسري	11
16-15	مقاومة الأسرة للتغير العلاجي	12
17	الفصل الثاني: العلاج الأسري اتجاهاته وأساليبه	13
18	عملية العلاج الأسري	14
20-18	مراحل العلاج الأسري	15
21-20	نظرة في أساليب العلاج الأسري	16
22	اتجاهات العلاج الأسري	17
33-22	العلاج السلوكي الأسري	18
40-34	العلاج الأسري المعرفي	19
43-41	العلاج الأسري السيكودينامي	20
46-44	العلاج الأسري المنظومي	21
49-47	العلاج الأسري البنائي	22
51-50	تقويم العلاج الأسري	23
52	الخاتمة	24
54-53	قائمة المراجع	25

المقدمة

يتفق الباحثون في مجال دراسة العلاقات الأسرية على أهمية الأسرة فهي نظام اجتماعي له تقاليده الخاصة به وله نفعه بالنسبة للمجتمع الكلي وبالنسبة للفرد . وذلك لأن الفرد في الأسرة له حاجاته الخاصة مثل التعبير عن نفسه وذاته، فالأسرة كجماعة وظيفية تزود أعضائها بكثير من الإشاعات الأساسية التي من بينها توفير مسالك الحب بين الزوجين وبين الآباء والأبناء(الكندي،1992،ص17)

ومن المتعارف عليه أن الاضطراب النفسي ينشأ نتيجة عوامل متعددة ومتداخلة، إذ قد ينشأ نتيجة عوامل وراثية هي حصيلة التاريخ الوراثي للأسرة، أو قد يكون ناتجاً عن خلل واضطراب في المحيط العائلي للفرد المضطرب ، أو بسبب الأمرين معاً ، وهي وجهة النظر الأكثر قبولاً عن أسباب المرض . وبقبولنا هذا الرأي بشقيه فإن الأسرة تكتسب أهمية خاصة وكبيرة في العملية العلاجية ، سواءً كان ذلك في دور التوقع والاحتمال لوقوع المرض ، أو أثناء حدوث المرض فعلاً ، أو في فترات الشفاء من المرض أو عند الاستيعاب النهائي للمريض في إطار ما من عائلة تسعى حثيثاً لتهيئة احد أفرادها للمرض وهي تعي ما تفعله ، أو ترسب المرض في نفسه وهي تعلم بالنتيجة ، لذلك فإن هذه الأسرة التي يتواجد ضمنها المريض النفسي والعقلي هي أسرة تعيش حالة طويلة المدى من التأزم والألم تتناسب مع طول مدة المرض القائم لدى الفرد المريض ، ولهذا فهي في حاجة إلى تفهم وعون ورعاية وعلاج طويل المدى أيضاً وبدرجة لا تقل كثيراً عما يولى للمريض في هذه النواحي . (كمال ، 1994 ، ص 457 ص 459)

ومن هذا المنطلق ركز العلاج الأسري على اعتبار أن الأسرة هي وحدة العمل العلاجي، وليس الفرد المريض أو المضطرب بمفرده، فيتعامل المعالج مع الأسرة ككل.

ويقوم العلاج الأسري على مجموعة من النظريات اشتق المرشدون منها مجموعة من الطرق والأساليب الإرشادية والعلاجية التي تهدف إلى إعادة توثيق الروابط والعلاقات بين أفراد الأسرة وتحقيق توافق أفضل لكل فردٍ منها بما في ذلك المريض أو المسترشد المقصود أصلاً بالعلاج والإرشاد (الشناوي،ص427)

الفصل الأول :

مدخل للعلاج الأسري

الأسرة من المنظور النفسي:

الأسرة:

لكل فرد حاجاته الأساسية ، بعض هذه الحاجات بدنية والبعض الآخر نفسي، ومن السهل تحديد الحاجات البدنية ، بينما تكون الحاجات النفسية (الانفعالية) غير واضحة بنفس الدرجة، ويمكن تلخيص الحاجات في ثلاثة أبعاد هي الحب (المودة)، والقوة والمعنى. والناس بحاجة إلى أن يكونوا قريبين من بعضهم البعض أي بحاجة إلى الانتماء ، وهم أيضا بحاجة إلى التعبير عن أنفسهم ، أي أن يكونوا متفردين ، وأخيراً فإنهم بحاجة إلى أن يكون لديهم معنى أو غرض في حياتهم، وبالنسبة للكثير من الناس فإن الحاجة الأولى (المودة) يمكن أن تتم في إطار الزواج ، وتشبع الحاجة الثانية في إطار العمل أما الحاجة الثالثة فإنها تشبع من خلال إنجاب أطفال، وهذه الحاجات الثلاث يمكن إشباعها من خلال الأسرة، والأسرة هي وحدة اجتماعية يقوم فيها الناس عن طريق الاختيار المتبادل بإشباع حاجاتهم الثلاث.

من هي الأسرة المعتلة:

يميل المعالجون في مدرسة العلاج الأسري إلى الحديث عن تعطيل الأداء أو الاعتلال الوظيفي بدلاً من الحديث عن المرض، ويقصد بالاعتلال الوظيفي للأسرة عدم قدرة أفراد الأسرة على الوصول إلى الأهداف المرغوبة في القرب والتعبير عن الذات والمعنى وعندما لا يكون من الممكن تحقيق هذه الأهداف فإن السلوك المتصف بالأعراض يحدث ، فالأب يبدأ بالانشغال ، وتصبح الزوجة مكتئبة ويصاب الطفل بالخوف من المدرسة. أن الأسرة الصحيحة - أي الأسرة الفعالة في وظيفتها - هي الأسرة التي تشبع حاجات مختلف أفرادها أما الأسرة المعتلة الوظيفية فإنها لا تشبع حاجات أفرادها، أن الفرق بين منظومة أسرة قائمة بوظيفتها وأخرى معتلة لا يكمن في وجود أو اختفاء الصراع ، وإنما في الوصول إلى إشباع الحاجات ، وفي كلتا الحالتين فسوف يكون هناك صراع داخل الأسرة، ومثل هذا الصراع نتوقعه لأن أهداف الأسرة (المنظومات الفرعية) نادراً ما

تتلاقى. على سبيل المثال فإن الوالد في أسرة قد يرغب في أن يكون أولاده في البيت في مناسبة العيد مثلاً مع زوجته وأولاده وهذا الشعور يناسب هدفه في أن تحقق الأسرة التقارب فيما بينهما .

غير أن احد أبناءه س يود أن يمضي العيد مع أصدقائه في مشاهدة إحدى المباريات .وتود ابنتاه أن تقضيا مع جدتهما مع جدتهما لأمهما وتؤيدهما زوجته في ذلك . هنا يبدو أن أهداف الأم والأب والابن والبنات متعارضة أي أنها في صراع وحلها لمثل هذه الاختلافات سيؤدي إلى الإجابة على السؤال المتصل بأداء الأسرة. فالأسرة الصحيحة أو ذات الأداء السليم يمكنها أن توفق بين رغبات وأهداف أفرادها ، في حين أن الأسرة المعتلة الوظيفة لن يمكنها أن تجري مثل هذا التوفيق . ولعلنا نلاحظ في المثال السابق- تلك القضايا الحرجة التي سبق أن اشرنا إليها وهي التي تتصل بعملية التقارب ، والتعبير عن الذات ، والمعنى ، وبصفة خاصة المعنى (الشناوي،ص437)

تعريف العلاج الأسري:

يعرف فرانسو شوز France chose "العلاج الأسري أسلوب علمي مخطط يركز فيه المعالج الأسري على سوء التكيف الأسري في أي ناحية ترتبط بسوء التوظيف الأسري يتركز العلاج على الأسرة كوحدة كلية مستخدماً أشكال المقابلات سواءً فردية أم جماعية لزيادة فعالية التوظيف الأسري" "علي الدين السيد محمد وآخرون، 1991، صص 84-85" وعرفته إحسان زكي بأنه "العلاج النفسي الاجتماعي للنسق الطبيعي للأسرة مستخدمة الوسط الأساسي مع التركيز على المقابلات الأسرية".

وعرفه شاكر قنديل بأنه "العلاج أو الإرشاد الأسري أسلوب مهني منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات فعالة في العلاقات الأسرية أو الزوجية المضطربة وغير الصحية وذلك من خلال عمليات تفاعل صحي بين أفراد الأسرة، وتوفير الفرص المحققة له تحت توجيه المعالج النفسي. والهدف النهائي هو البحث عن الطرق المؤدية لتحقيق التعايش بين جميع أفراد الأسرة، وبحيث تتحقق أفضل صور التفاعل الايجابي، وتختزل بذلك مواقف الصراع والتصادم ، كما أن موقف العلاج الأسري دائماً تفاعلي ووحدة متكاملة ، ولا

يكون المدخل فيه إلا مدخلاً جمعياً ، أي انه موقف لا بد وان يشمل كل أو معظم أفراد الأسرة وبدرجات متفاوتة وفقاً لموقع وأهمية كل فرد فيها. وهذا هو احد أوجه الاختلاف بين ما يسمى العلاج الأسري والإرشاد الزواجي، حيث يقتصر الآخر على الزوجين فقط. ومجال العلاج الأسري مشترك بين عدة تخصصات ، حيث يسهم فيه الطبيب ، والأخصائي الاجتماعي، والمعالج النفسي، وكل من له صلة بالأسرة كوحدة اجتماعية ولو من بعيد كالمدرس أو رجل الدين" فرج عبد القادر طه وآخرون، ب، ت، ص 244"

ويعرف المؤلف "مفتاح عبد العزيز" العلاج الأسري : بأنه أسلوب مهني منظم يهدف إلى تحقيق تغييرات فعالة في العلاقات الأسرية، وذلك من خلال عمليات التفاعل الصحي بين أفراد الأسرة، وتوفير الفرص المحققة له تحت توجيه المعالج النفسي، والهدف النهائي هو البحث عن الطرق المؤدية لتحقيق تعايش بين أفراد الأسرة ، وبحيث تتحقق أفضل صور التفاعل الايجابي ، وموقف العلاج الأسري دائماً تفاعلي، ووحدة متكاملة. ولا يكون المدخل فيه إلا مدخلاً جمعياً . أي انه موقف لا بد وان يشمل كل أو معظم أفراد الأسرة وبدرجات متفاوتة وفقاً لموقع وأهمية كل فرد فيها" مفتاح محمد عبد العزيز، 1995، ص 22" (مفتاح، 2001 ، ص ص 185-186)

نبذة عن 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، والتصور الأساسي الذي يقوم عليه هذا النوع من العلاج هو انه أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحاً واقتصادية أن نتعامل مع كل الأفراد المشتركين في منظومة الأسرة النووية عما لو قصرنا العمل على الفرد الذي من المفترض أن يكون موضع الإرشاد أو العلاج. وتكون مهمة المعالج في هذه الطريقة العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضربة بحيث يختفي السلوك المضطرب(الشناوي، سنة النشر غير موضحة، ص 427)

وعلى الرغم من أن أكثر المشتغلين بالعلاج العائلي يميلون إلى العمل بالأسرة النووية فقط، أعنى الوالدين والأطفال إلا أن يعظمهم يعمل مع الأسرة الممتدة، وهم حين يدمجون الأجداد في العلاج إنما يزودن أعضاء الأسرة بفرصة عقد مقارنات عبر الأجيال بين الأبناء والآباء بل أن من المعالجين من يدمج في الجماعة الأصدقاء والجيران "محمد نجاتي ، 1989" (المؤمن ، 2004، ص96)

وكان المعالج فيما مضى ينفق وقتا كبيرا كي يساعد المريض على إدراك أن الكثير من أشكال علاقاته الحالية (بما فيها علاقته مع المعالج) ليست سوى تكرار لعلاقاته الأصلية مع أسرته، ولم يكن المهم هنا شكل الأسرة كما هو موجود فعلا بل إدراك المريض لها. وقد كان المعالج يتحاشى قدر الإمكان أي اتصال بأسرة المريض خشية أن تضطرب العلاقة الطرحية بينه وبين المريض. وبمضي الوقت ، أصبحت هناك قناعة واضحة بان أسرة المريض الحالية وكذلك أسرته الأولية عامل وسيط هام جدا في النجاح العلاجي. (الزيايدي، 1987، ص412)

نمو حركة العلاج الأسري :

إن بدايات العلاج الأسري تعود إلى منتصف الخمسينات، حيث بدأ العلاج الأسري كطريقة علاجية واضحة في الولايات المتحدة الأمريكية (المؤمن ، 2004، ص 97) ، حيث كان موضوع الفصام هو الموضوع الذي بدأت معه هذه الحركة (الشناوي ، ص428)، وقد تميزت تلك الفترة من الزمن بسيادة الاتجاه التحليلي في العلاج فكان المعالج يوجه جهوده نحو وصول المريض لاستبصاره بدوافعه ودفاعاته اللاشعورية "الفقي، 1984"

وركز على موضوع الغرائز وما وراء الغرائز والعقدة الاوديبية ، كما ركز على علاقة الطفل بوالديه في المجال الأسري.

وقد كان لـ الفريد أدلر Adler تأثير هام وغير مباشر على العلاج الأسري إذ اهتم بجانب التركيبية الأسرية Family constellation وبذلك لم يقصر البحث على علاقة

الطفل بوالديه كما فعل فرويد، وإنما وسع دائرة التفاعلات الأسرية في حياة الفرد لتشمل الإخوة أيضاً وعلاقتهم ببعضهم البعض، كما ركز أيضاً على الشعور والايجابية ، وقدرة الفرد على التغيير وهي عناصر أساسية في العلاج الأسري.

كما بحث سوليفان Sullivan في مرض الفصام وعلاقته بأنماط التفاعل داخل الأسرة ، حيث رأى أن العلاقة الأولية بين الطفل وأمه جانب له أهميته في الفصام.

(الشناوي، ص 428)

وبمضي الوقت أصبحت هناك فناعة واضحة بأن أسرة المريض الحالية، وكذلك أسرته الأولية عاملاً وسيطاً هاماً في نجاح العلاج، ولعل من الملاحظات الشائعة لدى الإكلينيكين أن يجدوا مريضاً قد تحسن تحسناً ملحوظاً لا بسبب العلاج بل بسبب أسرته "الفاقي، 1984" (المؤمن، 2004، ص98)

عوامل ساهمت في ظهور حركة العلاج الأسري:

1) نمو حركة العلاج الجمعي:

نمت حركة العلاج الجمعي وتطورت في السنوات التي تلت الحرب العالمية الثانية نظراً للحاجة الماسة لعلاج العديد من المرضى في فترة زمنية محددة ، وقد أكدت هذه الحركة على مناخ العلاقات الشخصية المتبادلة داخل الجماعة وأثره في العملية العلاجية . وتعد هذه الحركة الأولية التي أدت إلى انطلاق حركة العلاج الأسري . وعلى الرغم من الاعتراف بان العلاج الجمعي منهج عام لا يخص جماعة محددة كالأسرة إلا أن الأسلوب الذي اتبعه المعالجون وهو وضع جماعة من الناس في جلسة واحدة مع معالج واحد هو الذي خلق الفرصة لبزوغ فكرة علاج الأسرة كوحدة واحدة وفي جلسات مشتركة.

2- ظهور حركة إرشاد الأطفال:

ظهر هذا الحقل من الإرشاد في الولايات المتحدة الأمريكية ، وتطور خلال الثلاثينات والأربعينات.

وأصبح هناك اهتمام متزايد بالمشكلات الانفعالية للأطفال وبأثر الآباء كأحد على أبنائهم باعتبارهم سبباً من أسباب هذه المشكلات . وقد تركز الاهتمام في البداية على الأم نظراً

لأهمية علاقة الطفل بأمه في النمو الانفعالي للطفل. وتدرجيا اكتشف المعالجون أن الأب كذلك له تأثيره الهام والخطر في هذا النمو ، ومع نمو الخبرة الإكلينيكية لاحظ المعالجون أن الوالدين غالبا ما يغرقون أبناءهم في مشكلاتهم الانفعالية الشخصية ، كما أنهم يقاومون أحيانا أي تغيير علاجي يحدث للطفل ، بل وأحيانا يوقفون علاج أطفالهم عندما يحرز تقدما علاجيا ملحوظا، ومن هنا بدأ الإكلينيكيون يشركونهم في العملية العلاجية . وقد أخذت هذه الخطوة في البداية لمساعدة الآباء والأمهات على فهم أطفالهم . وكان شكل العلاج يقوم على أساس تولي المعالج علاج الطفل (وهو المريض الأساسي) وتولي الأخصائي الاجتماعي مقابلة الوالدين . ومع تزايد الخبرة أصبح واضحا أن كل شخص في الأسرة يسهم بطريقة أو بأخرى في تفجير المشكلة، ومن الصعب أن نخضع كل واحد منهم لعلاج فردي ، ومن ثم فلا مانع من أن يتولى معالج واحد أمور الأسرة برمتها.

3- نمو حركة الإرشاد الزواجي:

لقد كان نمو حركة الإرشاد الزواجي كمهنة موازيا لنمو حركة العلاج الأسري ودافعا لها. حقيقة أن كل حركة منهما نمت بعيدا عن الأخرى ولها جذورها الأولية الخاصة . إلا أن كلا منهما أثرت على الأخرى بصورة واضحة ودفعتها للنماء، كما أن العاملين في الحقل الأسري، أولوا اهتماما كبيرا بأهمية أساليب التفاعل الأسري وأثرها في نمو الاضطرابات السلوكية ، وقد أفادت نتائج دراستهم في هذا المضمار المرشدون في حقل الزواج.

4- الدراسات التي قام بها الإكلينيكيون في مجال دراسة الفصام :

لقد كان للمجهودات الكبيرة التي بذلها وبيذلها الإكلينيكيون في دراسة مشكلة الفصام دور كبير في ظهور حركة العلاج الأسري، فلقد قام باحثون كثر بدراسة هذه المشكلة في محاولة لتقصي أسبابها ، كل يسعى لتحديد عامل مستقل وتوضيح دوره في هذه الظاهرة المحيرة . وقد استطاعت هذه الدراسات أن تكشف لنا أهمية التركيب الأسري وأثره في تطور العملية الفصامية (الزيادي، 1987، ص413ص 414)

أنواع المشكلات التي يتعامل معها العلاج الأسري:

- 1- مشكلات الانفصال عن الأسرة، مثلما نجد بعض الأفراد الاعتماديين الذين اضطرتهم إلى الانفصال عن الوالدين نتيجة الزواج أو السفر للدراسة أو الالتحاق بالعمل... الخ.
- 2- الأسر التي يتبادل فيها أعضاؤها إسقاطاتهم، حيث نجد كل فرد في الأسرة يرى السمة الشخصية أو المشاعر الذاتية في الآخرين في حين أنه عاجز تماماً عن رؤيتها في نفسه.
- 3- الأسر التي تتسم ببناء معرفي مشوش وعلاقات غير متسقة.
- 4- الأسر التي تتسم بعلاقات شخصية متبادلة يسودها الجمود الزائد .
(الزيايدي، 1987، ص449)

أهداف العلاج الأسري :

- 1) يهدف هذا المنهج العلاجي إلى تحسين أداة الأسرة كنظام وذلك من خلال تقييمها أولاً كوحدة كلية ثم وضع خطة تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة بين أفرادها (الزيايدي، 1987، ص411)
- 2) كما يهدف إلى محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة ، وتقوية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة ، وكذلك العمل على تحقيقه نمو الشخصية وأدائها لوظائفها في جو أسري مشبع " حامد الفقى ، 1984 "
- 3) يهدف إلى تأكيد وإظهار الفروق بين أفراد الأسرة. أي تنمية هوية وحدود كل فرد وتطوير إحساسه بالاستقلالية دون الشعور بالخوف والقلق من هذه الاستقلال ، فالصحة النفسية تحقق من خلال القدرة على خلق اتزان بين القوى الموجهة نحو الولاء للأسرة والقوى الموجهة نحو إشباع الذات "صالح حزين، 1995"
- 4) 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 للاشتراك في حل مشكلاتهم . (Kottler & Brown 1992) (المؤمن ،
2004،ص98)

5) يهدف للتعامل مع الضغوط التي يمارسها أعضاء الأسرة مع بعضهم البعض وكذلك
الضغوط الخارجية التي تؤثر على الأسرة.

6) يهدف العلاج الأسري إلى مساعدة الأسرة للاستمرارية لإشباع احتياجاتها المادية
الاجتماعية والمتطلبية لدى أعضاء الأسرة من خلال:

- تغيير نسق العلاقات الخاطئة بالأسرة.
 - تغيير نمط الاتصالات داخل وخارج الأسرة المُعَوَّقة لأداء الأسرة لوظائفها.
 - حل المشكلات الفردية لأفراد الأسرة.
 - تغيير بعض القيم والاتجاهات السالبة لدى الأسرة ككل والتركيز على الأساليب العلاجية
التي تدفع بالأسرة إلى القيام بأدوارها حتى تستمر الأسرة بشكل متوازن.
- " علي الدين السيد محمد وآخرون، 1987، ص225" (مفتاح، 2001، ص 188)

أسباب اللجوء إلى العلاج الأسري :

- توجد أسباب كثيرة مقبولة للعمل مع جماعة الأسرة أكثر من الأفراد هي كما يلي:
1. يتأثر الأفراد بشدة ويؤثرون في أسرهم ، ومن ثم فإن العمل مع شخص مستقل عن
أسرته يتجاهل مصدراً هاماً من تطوره النفسي.
 2. من المهم تغيير أنماط التفاعل داخل الأسرة كي يتم تغيير سلوك أعضائها.
 3. عادة ما تؤثر مشكلة العميل على الأعضاء الآخرين في الأسرة.
 4. يحصل أعضاء الأسرة الآخرون على فهم أكبر لأنفسهم والأنماط تفاعل أسرته
من خلال المشاركة في مشكلة عضو معين من أعضاء الأسرة.
 5. إذا كانت المشكلة في الأسرة فإن من النادر أن يستمر التقدم الذي يحققه العلاج
الفردى ، فالتقدم في العلاج يحدث عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم ، وإلا فإن
كل الجهود تنهار ويعود المريض إلى حالته المرضية وذلك بسبب الصراع أو الصدام
الخفي والذي يعبر عن العلاقة الأسرية المرضية.

6. هذا النوع من العلاج هو أكثر منطقية وأسرع وأكثر نجاحاً واقتصادية لو قصرنا العمل على الفرد الذي من المفترض أن يكون موضوع الإرشاد أو العلاج.
7. يعكس الفرد المريض في اضطرابه جانباً محدوداً من مرض والديه أو أعضاء أسرته (المؤمن، 2004، ص98-ص99)
- ولكن هذه الأسباب وغيرها لا تعني أن علينا اللجوء إلى العلاج الأسري في كل الحالات والمواقف بل نلجأ إليه بعد تقييم الأسرة ثم نقول نعم أو نقول لا للعلاج الأسري

جدول رقم(1)

يوضح متى يمكن استخدام العلاج الأسري ومتى لا يمكن استخدامه

نعم - في حالة	لا - في حالة
1- المشكلة تتعلق بالطفل أو المراهق.	أ- يفضل أو يصر واحد أو أكثر من أعضاء الأسرة على خصوصية التقييم الفردي.
2 - يرى الزوجان أو أعضاء الأسرة أن المشكلة تتعلق بالأسرة .	ب- إذا كان ضرورياً للأسرة أن تقوي محاولات أعضاء الأسرة للانفصال عن الأسرة ، كزواج الأبن مثلاً.
3- المشكلة مقدمة هي مشكلة أسرية أو زوجية حقيقية تعرض أي من العلاقات الأسرية أو العمل أو الصحة أو قيام الوالدين بدورهما للخطر.	ج - تفرق أعضاء الأسرة دون رغبة في التصالح فيما بينهم
4 - ظهور أزمة أو مرض أو فقدان عمل أو وفاة أو حتى مرحلة انتقال طبيعية في دورة حياة الأسرة.	د - للأسرة تاريخ تخريب للجهود العلاجية .
5 - حصول أحد أعضاء الأسرة على علاج نفسي (خاصة الإقامة بالمستشفى).	ولا يرى بعض المعالجين الأسريين أن هذا مؤشر مفارق مزيد من التحدي (خاصة بالمهتمين بالعمل المفارق)
6 - تحسن أحد أعضاء الأسرة أدى إلى مشكلة لدى فرد آخر.	هـ - لا يثق الفرد للعلاج في رأي أسرته.
7 - فشل العلاج الفردي أو الجماعي لأحد الأفراد ، مع أنغماس الفرد في مشكلة أسرية أو يحتاج إلى توضيح بعض الأمور الأسرية ، أو هناك حاجة لتعاون الأسرة لتسمح للعمل بالتغيير.	و - ظهور نوبات ذهان شديدة في الشخص المريض.

متى ينجح العلاج الأسري؟

من الضروري استخدام أسلوب ونموذج علاجي مناسب ذو خلفية نظرية وعملية واضحة لأن اقتحام المعالج مجال الأسرة بدون إلمامه ببناء نظري وعملي وخطة عمل يحد من كفاءته على تحديد مواطن القوى والضعف ويصبح غير قادر على التدخل وتناول الأمور التي يتعامل معها تعاملاً عملياً مهنيًا " صالح حزين ، 1995" هذا من جانب ومن جانب آخر يصبح العلاج أو الإرشاد الأسري أكثر فاعلية حينما يرغب كل أعضاء الأسرة في الاجتماع كمجموعة مع المرشد ، وعندما يكون لديهم استعداد لتقبل بعض المسؤوليات لتحسين الموقف ، وحينما يكون لديهم دافع لإكمال الحياة الأسرية معاً ، وقد يحضر بعض أعضاء على مضض ويرفض البعض تقبل أي مسؤولية ، وقد يحاولون إفساد جهود المرشد في تحسين الأسرة مما يجعل العلاج أكثر صعوبة (Murno et al ، 1988)
(المؤمن، 2004، ص100)

مقاومة الأسرة للتغيير العلاجي:

"يعمل المعالج الأسري مثله مثل المعالج الفردي على أساس أن لكل عرض مرضي وظيفة. ويكون لاضطراب أو العجز وظيفة تكيفية . وحدث التغيير في الأسرة يمكن أن يدخلها في موقف جديد ، سيترتب عليه فقدان العرض . فماذا عن الوظيفة التي يؤديها وجود العرض؟ حيث يمكن أن يظهر على الأسرة درجة من الانزعاج والاضطراب أكثر من تلك التي جاءت بها إلى العلاج.

ولذا فمن المتوقع أن نجد الأسرة تتشبث بالعرض وتقاوم التغيير. وعلى المعالج ان يكون منتبها إلى ظاهرة المقاومة جيدا ومستعدا لها. ولا بد وان يتوقع أن الأسرة ستعمل كل ما في وسعها للاحتفاظ بالأعراض ، لأنها تحظى بقدر من الثبات والتوازن الخاص بها والمعتمد على وجود الأعراض ، ومن شأن اختفاء الأعراض ، أن يزلزل الثبات وان يختل التوازن . (كفاي، 1999، ص10)

فقد يؤدي مرض عضو في الأسرة إلى اتزان عضو آخر والى انسحاب عضو ثالث مما يؤدي إلى تماسك زائف ومرضيين بين أفرادها(السيد، 19990، ص96)

وعلى المعالج الأسري أن يتصرف بحيوية وفاعلية وتركيز على منطقة معينة من مناطق المشكلة التي يعتقد انه يسهل إقناع الأسرة بتقبلها والاستعداد للتغيير بشأنها . ومع الحسم والمزيد من التوضيح يمكن أن ينتقل إلى نقطة أخرى حتى تألف الأسرة النظرة الجديدة وتضعف قوة المقاومة. " (كفاقي، 1999، ص10)

الفصل الثاني

العلاج الأسري اتجاهاته وأساليبه

عملية العلاج الأسري:

تختلف المدة التي يستغرقها العلاج الأسري اختلافاً كبيراً باختلاف أهداف العلاج ويمكن أن تتراوح بين عدة جلسات إلى عدة سنوات، وهذا يتوقف على مجموعة من العوامل. وهناك طرق علاجية أسرية تستغرق وقتاً أطول مقارنة بغيرها من العلاجات الأسرية.

مراحل العلاج الأسري:

إن المعالج وقد جمع أفراد الأسرة جميعهم في المقابلة الأولى يمضي في العملية العلاجية في سلسلة من المراحل والأطوار، وفيما يلي وصف لهذه المراحل:

1- الإعداد (التهيئة):

أحياناً تسمى هذه المرحلة "التسخين" وفيها يسمح المعالج لأفراد الأسرة الذين يدخلون إلى الغرفة التي يجلس فيها أن يجلسوا حيث يشاءون وينبغي على المرشد أن يجهز عدداً من المقاعد تزيد على عدد الحاضرين. مع إعطائهم الفرصة لحرية الجلوس. وهذا يعتبر أول لقاء واتصال حيوي مع الأسرة ، ومع كيفية تنظيمهم لأنفسهم وعلاقاتهم ببعضهم البعض . وهذه الجلسة تساعد في معرفة كيف توزع الأسرة نفسها ؟ هل يجلس الوالدان بجوار بعضهما البعض؟ هل يجلس أحد الأطفال بينهما؟ هل يبعد أحد الأفراد مقعده ويجلس بعيداً عن الآخرين؟ هل تجلس البنات قريبات من بعضهن؟ هل البنون بعيداً عن بعضهم؟ هذه الكيفيات التي يجلس بها أفراد الأسرة تعطي تصوراً للمشكلات والانشقاقات والترابطات ومدى الانسجام الموجود في الأسرة.

فهذه المرحلة البسيطة لها أهمية لأن المعالج هو في الواقع شخص خارجي بالنسبة للأسرة ، وهو خاضع لحكم الأسرة عليه فيما إذا كان يسمح له أن يشترك معها أي أن يكون ضمن حدودها، وعملية مواعته لذاته مع ظروف الأسرة ، إن المعالج يعرض نفسه للأسرة قبل أن يطلب منهم أن يعرضوا أنفسهم.

2- إعادة تسمية المشكلة Relabeling The Problem:

في هذه المرحلة بعد أن تمكن المعالج من مقابلة كل أو معظم أفراد الأسرة، يبدأ المرشد (المعالج) في هذه المرحلة بأن يقول للأب: ماذا يمكنني أن نقدم لكم؟ مثل هذه الجملة أو التساؤل توصل للأسرة ببعض الاتجاهات ذات أهمية لدى المعالج ، وبذلك يدفع الوالد بأن يحدد مطالبه في صورة معينة كان يحدد شخصاً ما أو مشاعر معينة أو سلوكاً معيناً على أنه يمثل مشكلة. وربما بعض الأسر قد لا يوافقون على ما قرره الوالد حول المشكلة. وبدلاً من أن يعلق المعالج مباشرة فإنه يمكن أن يلخص هذه المرحلة بقوله " يبدو أن وجهات نظركم مختلفة بعض الشيء حول ماهية المشكلة القائمة في الأسرة" أما المرحلة التالية فتكون إعادة تسمية المشكلة واتباع هذه الأسلوب فإن المعالج يتجنب الخلاف مع أفراد الأسرة حول ما هي المشكلة الحقيقية.

3- بسط المشكلة Spreading The Problem:

تهتم هذه المرحلة اهتماماً كبيراً بالصراع الموجود في الأسرة وذلك من خلال التنبيه إلى الطرق المختلفة التي يمكن أن نحدد بها المشكلة. وبما أن المعالج قد استمع إلى الوالدين ولصياغتهم للمشكلة وكذلك استمع إلى تعليقات الأبناء أو معارضتهم فإنه قد يكون في مقدوره صياغة المشكلة في صورة مختلفة. وفي صورة فروض، بحيث يجعل الجميع يفكرون بشكل مختلف حول القضايا الحقيقية في هذه المنظومة. وبهذه الطريقة فإن المعالج يركز على حاجة الأسرة للمساعدة الخارجية المتخصصة كما يحاول أن يعمل على تقليل مشاعر الإثم وزيادة التفاؤل والأمل ، ويُسْتَفَاد من التعليقات حول الإثم والألم التي تعانيه الأسرة وكذلك احباطاتها وغيرها من الأحاسيس والمشاعر في الإشارة إلى عجز منظومة الأسرة عن حل مشكلاتها الخاصة.

4- الحاجة للتغيير Need for Change:

تبدأ هذه المرحلة بسؤالٍ يوجهه المعالج للأسرة عن الحلول التي تمت محاولتها في الماضي في التعامل مع تعاستها وآلامها . وهذه المهمة تدفع الأسرة وتحركها نحو التغيير وقد يوجه المعالج السؤال التالي: ماذا فعلتم حول هذه المشكلة ؟ أو هل فعلتم شيئاً نحو هذه المشكلة؟ وتفيد هذه الأسئلة لتعزيز وعي الأسرة بعد قدرتها على 1- الوصول إلى أساليب ناجحة للتعامل مع المشكلة. 2- الإشارة إلى أنه لا يوجد شيء بناءً قد تم عمله بالنسبة للمشكلة إلى الآن.

ومن خلال هذا لا يمكن التركيز على إيجاد حلول أو محاولات جديدة لحل المشكلة أو تنمية أساليب جديدة للحل، وفي الحالتين يجب أن يكون التركيز على ماهية التغيير بين كل أفراد الأسرة. ويركز المعالج على تغيير السلوك وعدم قدرة أفراد الأسرة حتى هذا الوقت على إجراء مثل هذه التغييرات ، وبهذه الصورة فإن المشكلة تُختصر إلى سلوك وتظل في حدود الأسرة.

5- تغيير المسارات Changing Pathways:

تبدأ المرحلة الخامسة عندما يبدأ المعالج في الإجراءات التنفيذية مع الأسرة عن طريق الإيحاءات، وتكون البداية محاولة تغيير مسارات الاتصالات عن طريق تدخلات المعالج: مثال قد يطلب من أحد الوالدين الذي يجد أنه غير مشترك أن يكون مسئولاً عن سلوك أحد الأطفال وبذلك فإنه يبني عاطفةً أو رابطةً بين هذا الوالد (الأب أو الأم) وهذا الطفل بينما يفصل بشكل ما بين هذا الطفل والوالد الآخر وربما يطلب منه أو منها التوقف مثلاً يوماً عن الكلام مع الطفل دون أن يخبر الوالد الذي يهتم بالطفل.

ورغم اختلاف الأساليب العلاجية بين مدارس العلاج الأسري ، فإنها تشترك في أن المعالج يخبر الأسرة أن كل فردٍ فيها هو جزء من العملية العلاجية ، وأن أي مشكلة لا ينظر إليها مطلقاً على أنها ذات خاصية شخصية لهذا الفرد، وإنما ينظر إليها على أنها مشكلة اثنين أو أكثر من أفراد الأسرة. وأن سلوك الأسرة (هنا والآن) هو الذي يوجد هذه المشكلة أو يعمل على استمرارها.

فالمقابلة الأولى لها أهمية كبيرة في العلاج الأسري كما في سائر طرق العلاج لأنها تتصل بمسألة التعاقد العلاجي. ويجب أن يُحدد بوضوح المقصود بالعلاج الأسري وكذلك أهدافه. (مفتاح، 2001، ص ص 199-203)

نظرة في أساليب العلاج الأسري:

إن من الواضح لمن يتبع وضع المريض في العلاج الأسري، يلحظ انه من المتعذر إتباع تقنية معينة في العلاج الأسري، لان عدد العوامل والمتغيرات الفعالة في العلاج الأسري ، هو عدد كبير جدا ، مما يقتضي أن يبرمج العلاج العائلي بصورة فردية تتناسب وحالة المريض ووضعه الأسري ، ولكن بالإمكان إتباع قواعد معينة يمكن اعتبارها روتينية في كل حالة مرضية ومن أهم هذه القواعد :

- (1) ضرورة البحث في ديناميات العائلة النفسية وذلك في أدوارها وأطوارها المتعاقبة منذ بدء تكوين العائلة.
- (2) محاولة تعيين طريقة أو طرق التعامل والاتصال بين أفراد الأسرة مع المريض ومع بعضهم البعض ، وتقدير ما إذا كان هذا التعامل طبيعياً وملائماً ، أم مرضياً وغير ملائم.
- (3) ضرورة الوقوف ومعرفة موقف الأسرة تجاه الحالة المرضية ، هل الموقف ايجابي يهدف إلى مساعدة المريض واستيعابه في نطاق الأسرة والعائلة؟ أم انه موقف سلبي يميل إلى رفض المريض وإنكار مسؤولياتهم نحوه؟
- (4) محاولة التقليل من الصراعات العائلية القائمة والتي لها أن تدفع بالمريض إلى حالة من الانعزال تجنباً لواقع غير محتملٍ من المشاحنات الأسرية.
- (5) محاولة تدعيم اعتماد المريض على نفسه وتحريره من التواكل الأسري وإعطائه فرصة تكوين هويته الفردية وتعريضه لتجارب الواقع، وتدريبه على تحمل مسؤولية نفسه في الحياة اليومية.
- (6) يقتضي هذا العلاج محاولة فهم المواقف والحوادث والحساسيات العائلية التي أدت إلى ترسيب الحالة المرضية في البداية، والتي ترتبط بالانتكاسات المرضية اللاحقة.

(7) إن البحث في العوامل الستة التي سبق ذكرها، تقرر فيما إذا كان من الأفضل للمريض أن يعالج في المستشفى أو خارجه ، وإذا كان من الأفضل أن يظل في البيت أو أن يتم معالجته في مكان آخر غير البيت، وإذا كان من الضروري عزل المريض عن فرد أو آخر من أفراد عائلته ، أو أن توجد هناك رابطة قائمة بينه وبين قيام الحالة المرضية في المريض.

(كمال،1994، ص ص458-459)

والقول بأنه من المتعذر استخدام تقنية محددة معينة لا يعني الركون إلى العلاج العشوائي ، ولا يعني بأنه لا توجد أساليب معروفة في العلاج ، بل نعني منها الانفتاح على علاجات متعددة ينتقي منها الأخصائي ما يناسب حالة مريضه فيراعي فردية كل حالة ، وسنتطرق للأساليب والاتجاهات المناسبة في العلاج فيما يلي ..

اتجاهات العلاج الأسري:

يقوم العلاج الأسري 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 في الأسرة بما في ذلك المريض أو المسترشد المقصود أصلاً بالعلاج أو الإرشاد (الشناوي ، ص427)

وتوجد خمسة اتجاهات رئيسة في العلاج الأسري وهي:

- 1- الاتجاه السلوكي.
- 2- الاتجاه المعرفي.
- 3- الاتجاه السيكودينامي.
- 4- اتجاه المنظومات.
- 5- الاتجاه البنائي.(المؤمن،2004،ص102)

العلاج السلوكي الأسري :

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 احد أفراد الأسرة سلوكا معيناً لعضو آخر، ويعارض سلوك عضو ثالث ويتحدى سلوك عضو رابع وهكذا. والأسرة في النهاية تمثل مجالا أوليا يتعلم فيه عضو الأسرة كيف يسلك تجاه أفراد الأسرة الآخرين، وعن طريق التعميم ينتقل هذا السلوك في معاملة الآخرين خارج نطاق الأسرة (كفاي، 1999، ص10)

كما أن من الواضح لمن يتتبع وضع المريض في العلاج الأسري، يلحظ انه من المتعذر إتباع تقنية معينة في العلاج الأسري، لان عدد العوامل والمتغيرات الفعالة في العلاج الأسري ، هو عدد كبير جدا ، مما يقتضي أن يبرمج العلاج العائلي بصورة فردية تتناسب وحالة المريض ووضعه الأسري ، ولكن بالإمكان إتباع قواعد معينة يمكن اعتبارها روتينية في كل حالة مرضية ومن أهم هذه القواعد :

- 1) ضرورة البحث في ديناميات العائلة النفسية وذلك في أدوارها وأطوارها المتعاقبة منذ بدء تكوين العائلة.
- 2) محاولة تعيين طريقة أو طرق التعامل والاتصال بين أفراد الأسرة مع المريض ومع بعضهم البعض ، وتقدير ما إذا كان هذا التعامل طبيعياً وملائماً ، أم مرضياً وغير ملائم.
- 3) ضرورة الوقوف ومعرفة موقف الأسرة تجاه الحالة المرضية ، هل الموقف ايجابي يهدف إلى مساعدة المريض واستيعابه في نطاق الأسرة والعائلة؟ أم انه موقف سلبي يميل إلى رفض المريض وإنكار مسئولياتهم نحوه؟
- 4) محاولة التقليل من الصراعات العائلية القائمة والتي لها أن تدفع بالمريض إلى حالة من الانعزال تجنباً لواقع غير محتملٍ من المشاحنات الأسرية.

5) محاولة تدعيم اعتماد المريض على نفسه وتحريره من التواكل الأسري وإعطائه فرصة تكوين هويته الفردية وتعريضه لتجارب الواقع، وتدريبه على تحمل مسؤولية نفسه في الحياة اليومية.

6) يقتضي هذا العلاج محاولة فهم المواقف والحوادث والحساسيات العائلية التي أدت إلى ترسيب الحالة المرضية في البداية، والتي ترتبط بالانتكاسات المرضية اللاحقة.

7) إن البحث في العوامل الستة التي سبق ذكرها، تقرر فيما إذا كان من الأفضل للمريض أن يعالج في المستشفى أو خارجه ، وإذا كان من الأفضل أن يظل في البيت أو أن يتم معالجته في مكان آخر غير البيت، وإذا كان من الضروري عزل المريض عن فرد أو آخر من أفراد عائلته ، أو أن توجد هناك رابطة قائمة بينه وبين قيام الحالة المرضية في المريض.

(كمال، 1994، ص ص 458-459)

أسس العلاج السلوكي الأسري :

يحدد العلماء السلوكيون الهدف النهائي الشامل للعلاج الأسري السلوكي بأنه تغيير "اتساقات التدعيم" حتى يتعلم أفراد الأسرة أن يقدموا التدعيم الايجابي المناسب للسلوك المرغوب فيه ، بدلاً من تدعيم السلوك اللاتكفي. وقد يكون التدعيم - وهو الملمح الرئيس في عملية تعلم السلوك- بسيط مثل نظرة العين المشجعة أو الابتسامة الحقيقية أو كلمة التقدير ، وقد يكون سلوكاً أكثر تعقيداً مثل منح الفرد بعض الامتيازات.

وهناك سلوك شائع بين الآباء ينتج عنه تدعيم لأساليب خاطئة ، مثل سلوك الوالد الذي يعمد ابنه إلى تحطيم الأثاث في المنزل فيلجأ الوالد إلى إشغاله في نشاط آخر ، فهذا السلوك الوالدي قد يدعم السلوك التحطيمي للأبداً لأنه يحقق له ميزتان: الأولى أنه لفت نظر الوالد ، والثانية إجبار الوالد على التورط معه. وهذه الصورة من التدعيم غير المقصودة هي ما يُعرف بالتعلم العرضي أو التعلم المصاحب. وفي سياق التفاعل الأسري يمكن أن يظهر هذا النوع من التعلم إذا ما عارض أحد الوالدين الآخر أمام الطفل

بخصوص أمر يتعلق بالطفل نفسه، لأن هذا التعارض يخلق عند الطفل انطباعاً بأنه محور اهتمام الأسرة . وقد يسيء فهم هذا التعارض بين الوالدين . وقد تستخدم التعارض بينهما لتحقيق ما يريد .

ولم يحاول المعالجون السلوكيون أن يختاروا إطاراً مرجعياً معيناً أو إطاراً محدداً ينسبون له الصعوبات التي تعترض الأسرة مثل افتراض أن المشكلات والصعوبات التي تتبع من الخبرة المبكرة في حياة الفرد ، أو يرتبط بالعوامل البيولوجية ، أو يعود إلى السياقات البيئية الشخصية ، وإنما عمدوا إلى تحليل التجاوزات الدقيقة التي تزيد من حدوث السلوك أو الاستجابة ، واهتموا بالعوامل التي من شأنها أن تدفع السلوك أو الاستجابة في الاتجاه المرغوب فيه .

ويعتمد العلاج السلوكي الأسري على التحليل السلوكي للنسق الأسري والتحليل السلوكي الأولي يتضمن تقدير وظائف الأسرة. وقد يستغرق هذا التقدير عدة

جلسات فردية وثنائية وجمعية، وربما يتضمن التقدير ملاحظات طبيعية لتفاعلات الأسرة. ويبحث المعالج السلوكي الأسري خلال التقدير بصفة خاصة عن:

- إقامة تحالف علاجي مع كل أفراد الأسرة.
- استخدام المشكلة المقدمة كنقطة بداية لتحليل وظائف الأسرة.
- معلومات تفصيلية عن ملاحظات كل فرد في الأسرة وأفكاره ومشاعره حول المشكلة المقدمة.

- معلومات حول تفاعل كل فرد في الأسرة داخل النسق الأسري واتجاهاته ومشاعره وسلوكه نحو أعضاء الأسرة الآخرين وكذلك دافعيته.

وربما تبدو أنماط السلوك الأسري غير منظمة أو حتى فوضوية للملاحظ الخارجي، ولكن الأنماط السلوكية نادرا ما تكون عشوائية. وإذا كانت لدينا الفرصة للملاحظة المستمرة للأسرة في حياتها اليومية فسنجد أن أنماطا سلوكية معينة تتكرر وتحدث باستمرار. وهي الأنماط التي تُكتسب بمضي الوقت، وتعتمد على حقيقة أن الناس يميلون إلى أن يفعلوا الأشياء بالطريقة التي تنتج لهم أعظم المكافآت وتبعد عنهم الألم والمعاناة.

وإحدى الطرق في تقدير أنماط التفاعلات الأسرية هي مسح التدعيم Reinforcement Survey وهو التوجه بسؤال إلى كل فرد من أفراد الأسرة ليصف الأنشطة التي تمارسها الأسرة أكثر من غيرها ، وكذلك الناس والأماكن والموضوعات التي يقضون معظم الوقت على اتصال بها، ويطلب منهم كذلك تسمية أو تحديد الأنشطة والأماكن والناس والأشياء التي يحبون أن يقضوا معظم الوقت فيها أو معها . والتباين بين المدعمات الحالية والمدعمات المرغوبة غالباً مما يساعد في الكشف عن مناطق عدم الإشباع في الأسرة.

ويهدف التحليل السلوكي في النهاية إلى تحديد السبب الرئيس في لجوء الأسرة إلى نمط من السلوك من شأنه أن يسهم في الضيق والتوتر الذي يعانيه واحد أو أكثر من أفراد الأسرة، وخلال التحليل الوظيفي يبحث المعالج عن إجابات للأسئلة التالية:

- كيف تعيق المشكلة هذا الفرد وأسرته في الحياة اليومية؟
- كيف تساعد المشكلة المقدمة هذا الفرد وأسرته في التكيف مع الحياة اليومية؟
- ماذا يحدث إذا أهملت المشكلة ؟
- ماذا سيكسب هذا الشخص أو الأسرة إذا ما حُلَّت هذه المشكلة واختفت؟
- من الذي يدعم المشكلات بالانتباه والتعاطف؟
- تحت أي ظرف تقل حدة المشكلة؟ و أين؟ ومتى؟ ومع من؟
- تحت أي ظرف تزيد حدة المشكلة ؟ وأين ؟ ومتى؟ ومع من؟

(كفاي ، 1999، ص ص 10-12)

أساليب العلاج السلوكي الأسري وفنياته:

من المفترض أن يكون لدى المعالج صورة واضحة ودقيقة عن تتابع الأحداث السلوكية التي تسبق الاستجابة والتي تليها - لعله يقصد الاستجابة المرضية للمريض - . ورصد هذا التتابع يتطلب من المعالج أن يجمع بيانات تفصيلية من أعضاء الأسرة عن طبيعة السلوك الذي يتورط فيه العضو، الذي حددته الأسرة باعتباره المريض، أو الذي يعتبره المعالج رمز الأزمة الأسرية. وأشهر الأساليب السلوكية التي تستخدم في علاج الأسرة هي :

1- التدريب على التوكيدية.

2- الاقتصاد الرمزي.

3- حل المشكلة.

(كفاي، 1999، ص12)

التدريب على التوكيدية Assertiveness Training:

ويعد هذا الأسلوب وسيلة سلوكية نفسية تدفع الفرد إلى القيام بسلوك معين للتعبير عن رأيه والوصول إلى حقه بطريقة ترضيه وتخفف من مشاعر القلق. ومن المهم في حالة استخدام أسلوب تأكيد الذات أن تكون الأهداف واضحة ومن هذه الأهداف :

- تعديل الاستجابات الخارجية في التعامل مع الموقف.

- التخلص من مشاعر الذنب.

- التأكيد على التعبير الخارجي للتخلص من مشاعر القلق.

وتجدر الإشارة إلى أن تأكيد الذات لا يعني عدوانية الفرد تجاه الآخري للحصول على حقوقه (الرشيدى والسهل ، 2000 ، ص470)

جدول رقم (2)

ويمكن أن نشير إلى أهم الفروق بين المفهومين في الجدول التالي:

التوكيدية	العدوان
تمثل تعبيراً مناسباً للموقف	تمثل تعبيراً غير مناسب في الشدة للموقف.
تتضمن أمانة انفعالية واستجابة لحاجات الناس ومشاعرهم	يتم على حساب الآخرين.
تعكس ثقة بالنفس واحتراماً للذات.	يعكس التفوق والاستعلاء
يشعر الناس معها بالاحترام.	يشعر الناس في ظلّه بالإهانة والتهديد
تستخدم لإقرار وضع أو رأي	يستخدم للتحدي وفرض النفوذ بالقوة

إن المدخل السلوكي الأسري يؤكد على أهمية ممارسة الاتصال المباشر والواضح لكل فرد من أفراد الأسرة نحو الأفراد الآخرين ، من حيث التعبير عن أفكاره وعن مشاعره، حيث يسهم هذا الاتصال الواضح في توفير حل فعلي للمشكلات ولتحقيق الأهداف الشخصية والأسرية حيث أن التعبير عن المشاعر الايجابية النوعية يعتبر عاملاً حاكماً تماماً مثل التعبير عن المشاعر السلبية. ومعظم برامج التدخل في العلاج السلوكي الأسري تتضمن تأكيداً واضحاً على التواصل الايجابي.

ويطلب المعالج السلوكي الأسري من أفراد الأسرة أن يعيدوا تقديم أو تمثيل محاولاتهم للاتصال مع مشاعرهم وان يدرّبوا من قبل المعالجين وأفراد الأسرة القادرين . وقد تُستخدم التعليمات والتغذية الراجعة والاقتداء (النمذجة) والتدعيم الايجابي في تشكيل مهارات الاتصال متى تم التعبير عنها بأسلوب واضح مختصر ومباشر يناسب كل عضو من أعضاء الأسرة وحتى يتطابق التعبير اللفظي مع التعبير غير اللفظي .

- ويمكن أن يفيد التدريب التوكيدي في مجال علاج الأسرة في المواقف التالية:
- في مساعدة عضو الأسرة في أن يؤكد ذاته في إطار الأسرة عندما يجد انه لم يُعامل بعدالة.
 - في تمكين عضو الأسرة في الاستجابة بشكل أكثر مباشرة وتوكيدية في الأحداث والمواقف التي يكون لها نتائج هامة بالنسبة له.
 - في مساعدة عضو الأسرة على أن يعبر عن الحب والعاطفة نحو بعض الأشخاص المهمين في حياته (كفاي، 1999، ص 12 ص 13)

2- الاقتصاد الرمزي Token Economy

يشير هذا الأسلوب إلى استخدام بعض المثيرات بعد تشربطها بمدعمات طبيعية كوسائل لحفز الفرد على التعلم ودعم السلوك المرغوب لديه وإنقاص السلوك غير المرغوب ايضاً عن طريق زيادة رصيد من هذه العلامات أو النجوم أو النقاط أو إنقاصه . كأن نمنح الفرد بعض النجوم أو العلامات أو أي شيء من هذا القبيل متى ما اصدر الاستجابة المطلوبة، على أن يبدل الفرد التلميذ هذه النجوم أو العلامات بشيء يرغب فيه أو يحبه ويحدد لكل سلوك مطلوب تعلمه عدداً من النقاط يحصل عليها الطفل إذا ما أدى السلوك ، كما تحدد المكافآت وقيمة كل منها . وعلى الفرد الطفل أن يحسب كم عدد النقاط أو النجوم التي ينبغي أن يحصل عليها حتى ينال المكافأة .

ويستخدم أسلوب الإقصاء الرمزي في العلاج الأسري ويُطبق مع احد أفراد الأسرة بعد أن يكون المعالج قد حدد السلوك وأساليب السلوك المرغوبة وحدد لكل منها عدداً من النقاط . ويمكن أن يستبدل بها تشكيلة من المكافآت على أن يكون محدداً كم هو عدد النجوم أو النقاط المطلوب جمعها حتى يحصل الفرد على المكافأة وأن يكون ذلك معروفاً لأفراد الأسرة جميعاً . ويمكن أن يعاقب الفرد ايضاً على السلوك غير المرغوب فيه أو على عدم التقدم في تعلم واكتساب السلوك المرغوب فيه بالخصم والتقليل من النقاط أو العلامات أو النجوم التي حصل عليها.

جدول رقم (3)

مثال عن خطة لاستخدام الاقتصاد الرمزي لزيادة سلوك الأبناء

نقاط المكافآت	نقاط السلوك المرغوب فيه	نقاط المكافآت	نقاط السلوك المرغوب فيه
نقطتان	فجان قهوة	نقطتان	تمشيط الشعر
10 نقاط	تناول الطعام في مطعم	3 نقاط	فرش السرير
5 نقاط	قطعة واحدة من الايس كريم	5 نقاط	اخذ سلة المهملات إلى الخارج
5 نقاط	شريحة واحدة من الكعك	5 نقاط	غسيل الأطباق

(كفاي، 1999، ص13ص14)

3-التدريب على حل المشكلات:Problem Solving

حل المشكلة من المنظور السلوكي 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 الأسري عليه أن يعمل من خلال مواجهة هذه القضية على ترقية مهارة حل المشكلة بحيث يمكن أن تستخدمها الأسرة في المواقف الأخرى بدون مساعدة من احد (كفاي، 1999، ص14)

الخطوات الأساسية لحل المشكلات هي:

- 1- يوافق أعضاء الأسرة على وجود مشكلة في علاقتهم .
- 2- وضع تعريف واضح ومحدد للمشكلة بمصطلحات سلوكية تحدث أو لا تحدث ، وتحديدتها بمصطلحات ايجابية أكثر منها سلبية.
- 3- الحصول على وقت محدد للمناقشة (ليس أثناء الشجار)
- 4- التركيز على مشكلة واحدة في وقت محدد.
- 5- تحديد عدد من الحلول السلوكية المحددة للمشكلة (باستخدام فترة عصف ذهني فعال إذا كان ذلك ضروريا) دون الحكم على أفكار الذات أو الآخر.
- 6- تقييم كل حل بديل ومقترح بتحديد مميزاته وعيوبه واختيار حل عملي ومناسب لكل الافراد. "(pines,1996 and Dattilio et al, 1998)"
(المؤمن ،2004،ص 107)

العلاج السلوكي الأسري والفصام:

من المعروف الآن أن نسبة كبيرة من المرضى العقلين تعيش في داخل اسر عادية. في الولايات المتحدة الأمريكية - مثلا- تدل الإحصائيات على أن 73% من الفصاميين تعيش خارج المستشفيات والمصحات العقلية ، أي في كنف الأسرة ورعاية الأقارب ، وقد حدث هذا التغير بالطبع بعد تطور الرعاية الطبية وتطور العقاقير المضادة للذهان منذ 40 عاما، وكان ينظر لهذا التغير في وقته على انه علامة ايجابية وصحية، لكن صحبته للأسف تغيرات سلبية ومشكلات تتعلق بالأسرة . لقد أصبحت أسرة الفصامي معرضة للضغوط والتوترات النفسية بسبب معاشتها لمريض عقلي في المنزل. وفي أحسن الأحوال تجد الأسرة نفسها مقيدة عن الحركة والتفاعل الايجابي بالمجتمع الخارجي إما بسبب المريض نفسه وما يحتاجه لرعاية ، أو بسبب إحساس الأسرة بالخجل منه ، أو بسبب مخاوف الأفراد أو الجماعات الخارجية نفسها من الاحتكاك بمريض عقلي.

وفي مثل هذا الجو تختل أنماط الاتصال والتفاعل الايجابي، وتكون عواقب ذلك وخيمة حتى المريض نفسه، مما يجعله معرضاً للانتكاس وعودة الأعراض الفصامية للظهور، ولهذا فقد تطور العلاج السلوكي الأسري في مرحلة الثمانينات من القرن الماضي، ومناهجه تهدف بشكل عام لتحقيق هدفين رئيسيين:

1- تعديل الآثار السلبية الموجهة من الأسرة للمريض.

2- إعانة الأسرة ومساندتها على التعايش مع المرض العقلي.

ومن بين أهم التطورات في العلاج الأسري الفصامي تلك التي ظهرت بالاعتماد على ما يُسمى بنموذج فالون (Falloon Model) وبمقتضى هذا النموذج الذي ابتكره العالم السلوكي والمعالج الأسري " فالون " يهتم المعالج بتدريب أفراد الأسرة الفصامية جميعهم على أنماط فعالة من الاتصال والتفاعل فيما بينهم ، وينقسم العلاج وفق هذا النموذج إلى أربعة عوامل هي:

1- التقييم: أي تحديد المشكلات وأنواعها في داخل الأسرة.

2- إعطاء معلومات دقيقة عن المرض العقلي يوضح من خلالها دور العوامل البيولوجية والاجتماعية دون تحيز.

3- تدريب أفراد الأسرة على التفاعل والتواصل.

4- تدريبهم على حل المشكلات.

وتتم جلسات العلاج أما في العيادة النفسية مع كل أفراد الأسرة ، أو في داخل الأسرة ذاتها حتى تتاح للمعالج فرصة الاطلاع المباشر على ظروف الأسرة وتفاعلاتها على الطبيعة، ولتجنب إلغاء المواعيد . وعادة ما يقوم المعالج بقاء كل فرد من أفراد الأسرة على حدا في البداية وقبل أن يجمعهم معا في جلسات العلاج مع الأسرة حتى يتعرف على احتياجات ومشكلات كل منهم على انفراد ومدى ما يعرفونه عن الفصام وتقديرهم الخاص للمشكلة. ونظراً لأن هذا النموذج يركز على تدريب مهارات الاتصال فقد ركز (فالون) وزملاؤه على اكتشاف المتغيرات المختلفة التي يتضمنها هذا المفهوم حتى تدريب كل منها على حدا بوضوح المكونات الرئيسة التي يتضمنها هذا النوع من التدريب.

جدول رقم (4)

المكونات الرئيسية لمهارات الاتصال والتي يتم علاجها في الأسرة الفصامية.

خطواتها	مهارة الاتصال
<ul style="list-style-type: none"> • انظر إلى الشخص • عبر وقل شيئاً يوحي بأنك تسمعه. • اسأل أسئلة توضيحية . • تحقق منه عما تسمع بين الحين والآخر. 	الإصغاء
<ul style="list-style-type: none"> • حافظ على تعبيرات وجه ودية. • ابتسم • عبر بالضبط عما يُسعدك من تصرفاته. 	التعبيرات الناتجة عن مشاعر ايجابية
<ul style="list-style-type: none"> • حافظ على تعبيرات وجه ودية. • قل بالضبط ما تطلب منه أن يؤديه. • اخبره عما سيؤدي إليه انجاز ذلك من شعور لديك. 	التماسات ايجابية
<ul style="list-style-type: none"> • انظر إليه بتعبيرات وجهيه سارة ولكن تحدث بحزم • قل بالضبط ما فعله الشخص من شيء ضايقك. • اخبره عن شعورك الذي أدى إليه تصرفه السلبي. • اقترح عليه تصرفاً بديلاً لتجنب حدوث ذلك في المستقبل. 	التعبير الجاد عن المشاعر السلبية
<ul style="list-style-type: none"> • -انظر إلى الشخص • وضح وجهة نظرك. • أصغ إلى وجهة نظره. • - كرر ما سمعته منه. 	التفاوض والتصالح
<ul style="list-style-type: none"> • وضح أن الموقف الآن أصبح متأزماً • اخبر الشخص أن الموقف لا يسمح الآن باتصال ايجابي. • قل إنك يجب أن تبتعد مؤقتاً. • وضح متى سترجع وأظهر رغبتك في الحل بعد العودة. 	الابتعاد عن الموقف المتأزم

وفي تقرير اجري في التسعينات عن العلاج السلوكي للفصام ، تبين أن هذا النموذج من العلاج الأسري قد أدى في دراسة مضبوطة على 36 فصامياً إلى نتائج ايجابية وواضحة . ومن ابرز هذا النتائج أن الانتكاسات الفصامية وصلت إلى 17% فقط من المجموعة التي خضعت للعلاج الأسري مقابل 83% في المجموعة الضابطة التي لم تتلق هذا العلاج. كذلك عموماً نسبة العودة للمستشفى وتناقصت كمية العقاقير المضادة للذهان ، وزادت فرص النجاح الاجتماعي والمهني في داخل المجموعة التي حظيت بهذا النوع من العلاج.

وعلى العموم ، فإن نتائج العلاج السلوكي ايجابية للغاية ، وتوحي بإمكانيات علاجية واعدة. (إبراهيم،1994،ص ص 485-490)

العلاج الأسري المعرفي:

يركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك- حيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره، والمعنى الذي يعطيه لحدث ما . ويسلم العلاج المعرفي بأن كثيراً من الاستجابات الوجدانية والسلوكية والاضطرابات النفسية تعتمد إلى حد بعيد على معتقدات فكرية خاطئة يبينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به- ومن ثم : فإن اضطرابات الشخصية بأشكالها المختلفة عادةً ما يُصاحبها طرق غامضة متناقضة من التفكير عن الذات والبيئة .. ولهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج النفسي على تغيير مفاهيم المريض ، وإعادة تشكيل مدركاته حتى يتيسر له التغيير في سلوكه" عبد الستار ابراهيم: 1983(عبد المعطي، 2003،ص 397)

كما ظهرت فنيات علاجية متنوعة في إطار العلاج المعرفي ومن أشهرها:

- 1- العلاج المعرفي الذي أرساه آرون بيك Aaron Beck
 - 2- العلاج العقلاني الانفعالي لآلبرت اليس Albert Ellis
 - 3- العلاج المعرفي عند ريمي Victor Charles Raimy
 - 4- العلاج المعرفي لـ Meichenbaum
- وتعتبر نظرية بك في العلاج هي الأكثر جذباً للباحثين والمهتمين بالعلاج المعرفي بصورة عامة(المحارب، 2000 ، ص38)

فأسلوب بك يُعد الأكثر انسجاماً مع مستجدات البحوث التي تصدر عن الباحثين في علم النفس الاستعرافي - يقصد بها الكاتب علم النفس المعرفي- وعلم النفس الاجتماعي، وغيرها من العلوم ذات العلاقة بالعمليات الاستعرافية لدى الإنسان ، كما أن بيك أخذ بعين الاعتبار واستفاد من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد في نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التي بنى عليها نظريته ، كما تميز بأنه يتعامل مع كل حالة

حسب ظروفها، حيث تتم صياغة مشكلة كل مريض بشكل يختلف عن غيره من المرضى بناءً على وضعه الخاص بالاضطراب الذي يعاني منه (المحارب، 2000، ص9) ويبدو انه لهذه الأسباب ركز العلاج الأسري على فنيات طريقة بك في العلاج المعرفي أكثر من غيرها من العلاجات.

العوامل المعرفية للمشكلات الأسرية :

ينتشر التمسك بمعتقدات غير عقلانية أو غير وظيفية عن العلاقات بدرجة أكثر في حالات الأزواج الذين يعانون من عدم التوافق الزوجي، كما ترتبط شدة المعتقدات غير العقلانية العامة بمستوى منخفض من توافق الزوجين، ويظهر التفاعل العصابي في الزواج عندما يتصرف الزوج والزوجة مع بعضهما وضد بعضهما بطريقة غير عقلانية ، ويظهر هذا التفاعل من الأفكار والمعتقدات ونظام القيم غير الواقعية وغير العقلانية من جانب احد الزوجين، ويجب مهاجمة هذه المعتقدات ونظم القيم إذا كان الغرض إيقاف التفاعل العصابي" ابراهيم ،1985" (المؤمن ،2004،ص113)

الأفكار الأوتوماتيكية:

تعرف الأفكار الأوتوماتيكية 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 (المؤمن ، 2004،ص113)

ويشير المحارب (2000) إلى هذه الأفكار بالأفكار التلقائية ويرى أنها - أي الأفكار التلقائية- تقع تحت تحكم الفرد . فالأفكار التلقائية تقلت من سيطرة الفرد وتزعجه ولكن من الممكن تدريبه على مراقبة ورصد هذه الأفكار ثم التخلص منها أو إبطال مفعولها غير الايجابي عليه (المحارب، 2000، ص47)

التحريفات المعرفية:

- اقترح بك عدد من الأساليب غير الفعالة التي يتم من خلالها تحريف الأفكار التلقائية:
- 1- التفكير بطريقة كل شيء أو لا شيء (صح أو خطأ)، (أبيض أو أسود): التفكير الثنائي أو النظر إلى الموقف وكأنه محصور في احتمالين فقط (إذا لم أحقق أقصى درجات النجاح فإني شخص فاشل) وليس على أساس انه متصل يشتمل على درجات كثيرة بين طرفيه.
 - 2- التوقعات المأسوية: توقع حدوث نتائج سلبية (سأكون متضايق جداً ، أو لن أستطيع عمل أي شيء بالمرّة) دون اخذ وجود نتائج أخرى يكون احتمال حدوثها اكبر من احتمال حدوث النتائج المتوقعة بعين الاعتبار.
 - 3- التقليل من أهمية أو تجاهل الجوانب الايجابية: يقنع الفرد نفسه ، بدون مبرر، بأن الخبرات أو الأعمال التي قام ليس لها قيمة: أدت هذه المهمة بشكل جيد ، ولكن هذا لا يعني أنني إنسان كفاء ، كنت محظوظ فقط)
 - 4- التفكير العاطفي: الاعتقاد بصحة شيء ما لأن الفرد يشعر بقوة انه كذلك ويتجاهل الأدلة المناقضة لحكمه: الاعتقاد بصحة شيء ما لأن الفرد يشعر بقوة انه كذلك ويتجاهل الأدلة المناقضة لحكمه : (أعرف إنني أنجزت الكثير من الأشياء الخاصة بعملتي ولكنني أشعر أنني إنسان فاشل)
 - 5- التصنيف (إطلاق الصفات): يصف الفرد نفسه أو الآخرين بصفات سلبية ثابتة ويتجاهل وجود أدلة تتناقض مع ما تم التوصل إليه من أحكام : (أنا إنسان غير محظوظ، هو شخص لا خير فيه)
 - 6- التضخيم / التقليل: وهو أن يقوم الفرد عندما يقوم نفسه أو يقوم شخصاً آخر أو موقفاً معيناً وبدون مبرر بتضخيم الجوانب السلبية والتقليل من أهمية النواحي الايجابية :على سبيل المثال:(الحصول على درجات متوسطة يدل على أنني شخص غير كفاء ، والحصول على درجات عالية لا يعني أنني شخص ذكي)

- 7- التجريد الانتقائي: التركيز على التفاصيل السلبية بدلاً من الصورة الكاملة: حصولي على تقدير منخفض في هذه المادة- مادة واحدة في كشف الدرجات مُقابل العديد من التقديرات المرتفعة- يعني أنني لم أقم بما يجب علي القيام به كما ينبغي)
- 8- قراءة الأفكار: اعتقاد الشخص بأنه يعرف ما يفكر به الآخرون وتجاهل الأمور الأكثر احتمالاً: (هو يعتقد أنني لا اعرف شيئاً عن المشروع)
- 9- المبالغة في التعميم: التوصل إلى حكم سلبي عام لا يتناسب مع ما حدث فعلاً: (نظراً لأنني لم أكن مرتاحاً أثناء المقابلة فأنا شخص يفتقر إلى المهارات الاجتماعية)
- 10- الشخصنة: وهو أن يتصور الشخص انه هو السبب في التصرفات السلبية للآخرين.
- 11- استخدام (يجب) و(لا بد): وجود أفكار محددة لا تتغير لدى الفرد حول الكيفية التي يجب أن يتصرف بها هو ويتصرف بها الآخرون واعتبار عدم القيام بذلك سلوك يصعب تحمله: (وقوعي في الأخطاء أمرٌ غير مقبول بالمرة، يجب أن أكون دائماً في أحسن حالاتي)
- 12- التركيز على الجوانب السلبية في المواقف: مثل ،مدرس ابني لا يستطيع عمل أي شيء كما يجب ، إنه متبلد الشعور سيء وكثير الانتقاد تجاه طلابه (المحارب، 2000، ص ص 256 - 257)

المخطوطة Schema

إن كلاً من الأفكار الأوتوماتيكية والتعريفات المعرفية القائمة عليها تشكلها مخططات الفرد، والتي تتضمن معتقدات جوهرية كونها الفرد عن العالم وكيف يعمل (المؤمن، 2004، ص115) والمخطوطة كلمة مرادفة لخطة وطريقة وبناء وإطار وبرنامج، ويُقصد بكلمة مخطوطة في العلاج المعرفي: القوة التي توجه سلوك الفرد (المحارب، 2000، ص52)

وعند الزواج يُحضر كل زوج بعض المخططات من أسرته الأصلية ومن خبرات أخرى حياتية، ورغم أن هذه المخططات تؤثر على إدراك كل طرفٍ وعلى استنتاجاته، فإن

ما يحدث في العلاقة الزوجية يمكن أيضاً أن يعدل المخططات قبل ظهورها (المؤمن،2004،ص116)

ومما لا شك فيه أن اكتشاف المخطوطة لكل فرد من أفراد الأسرة له أهمية كبرى عند تطبيق العلاج المعرفي كأسلوب من أساليب العلاج الأسري. ويتطلب هذا النوع من العلاج التدريب على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية ثم تحدي الأفكار

تحديد الأفكار الأوتوماتيكية (التلقائية):

هناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية. ومن أشهر هذه الفنيات:

أ- مناقشة أحدث الخبرات الانفعالية:

في هذه الطريقة يُطلب من المريض تذكر أحدث خبرة انفعالية يتذكرها جيداً ، ويحاول المعالج حث المريض على تذكر أفكاره التي ارتبطت بانفعالاته في تلك اللحظة.

ب- استخدام التخيل أو لعب الأدوار لإعادة الخبرة الانفعالية.

ج- تحديد معنى الحادثة : وذلك بإلقاء المزيد من الأسئلة حول الحادثة الانفعالية مثل: ما لذي يعنيه الموقف بالنسبة لك إذا ما فكرت فيه الآن؟

د-تحديد الاعتقادات والافتراضات الأساسية غير الفعالة بدقة

(المحارب، 2000، ص ص 130-134)

والمثال التالي يوضح معنى تحديد الاعتقادات والافتراضات غير الفعالة

الموقف / الحدث	الفكرة التلقائية	الاستجابة الانفعالية
زوج سهى يقرأ الصحف والمجلات ، في حين أنه لم يتحدث معها	يجدني مملة لذلك لا يرغب في الحديث معي	غضب وغيظ

(التميمي،1418،ص 174)

تحدي الأفكار التلقائية:

من الأساليب المستخدمة في تحدي الأفكار التلقائية:

أ- الأبعاد وفض المركزية Distancing and decente ring

بعض المرضى يصبحون بالملاحظة المتكررة لأفكارهم قادرين على أن يقفوا منها موقفاً موضوعياً ويتأملونها بجدية وينظرون إليها نظرة موضوعية. وتسمى هذه العملية الإبعاد أو الاقتصاد أو فرض المسافة، ويتفحصون أفكارهم الأوتوماتيكية بوصفها ظواهر نفسية لا بوصفها معادلة للواقع. أما فض المركزية فيعني صرف نظر الفرد لنفسه بوصفه بؤرة لكل الأحداث.

ب-تدقيق الاستنتاجات Authenticating Conclusions

وتعني أن يجمع الشخص المعلومات التي تدعم أفكاره عن العلاقة والأسباب والتوقعات المعدلة (الجديدة)، ومثل هذه المعارف هي إسقاطات لصراعات العميل وتحتاج إلى تحديد مباشر في الجلسات (المؤمن، 2004، ص119)
مثال:

بدر كان يستعد للذهاب إلى ابنه لتناول الطعام، وشعر بالحزن لأنه كبير في السن ولأنه لا يجتمع مع عائلته. وأبنائه كثيراً

الفكرة التلقائية	الفكرة المؤيدة	الدليل الذي يتعارض مع الفكرة التلقائية	الفكرة المعدلة
عائلتنا لم ولن تعود كما كانت	لم يعد الأولاد في حاجة إلي	طلب مني زوج ابنتي النصيحة بخصوص بناء غرفة جديدة.	صحيح أن أولادي لم يعودوا بحاجة الي كما كانوا في السابق ولكنهم يستمتعون بالجلوس معي ويطلبون النصح مني

(المحارب، 2000، ص 213 إلى ص224)

ج- إعادة التشكيل أو إعادة صياغة المشكلة Reframing:

يلجأ إليه المعالج المعرفي لصياغة مدرك جديد من بيانات قديمة، أي لاتخاذ وجهة نظر مختلفة عن المشكلة الموجودة ، ويتضمن إعادة التشكيل صياغة السلبي إلى إيجابي فمثلاً يقول المعالج للزوجة " انك تثورين حينما يفعل زوجك ذلك، ولكنه ربما يفعله ليس لأنه عدواني، بل لأنه يهتم بك إلى حد كبير ، ولأن لديه حاجة حقيقة لك ، ولا يريد أن يُظهر ضعفه" الويس مليكة-1990، " Stevens-Smith & Smith 1992) المؤمن (،2004،ص119)

العلاج الأسري السيكودينامي

يؤكد الاتجاه السيكودينامي على دور الدفعات الغريزية وخبرات الطفولة والقوى اللاشعورية ، ويصبح المعالج شاشة للمريض يسقط عليها موضوعات الطفولة غير المحلولة واللاشعورية والتي تستعيد دورها في حياة المريض الراشد، فالمريض يطرح هذه الروابط الانفعالية الماضية على المعالج وبمجرد أن تصبح موضوعات الطفولة اللاشعورية في متناول العقل الشعوري- يبدأ المريض في فهم الارتباط بين الحاضر والماضي ويحل الطرح وينتهي العلاج.

فحقيقة أن الصراعات الداخلية لكل فرد يتم تمثيلها مع الآخرين المهمين الذين تشترك صراعاتهم وتتكامل ، هي مفتاح تطبيق النظرية التحليلية النفسية للعلاج الزوجي والأسري. ويركز المنظرون والممارسون للتحليل النفسي على الصراعات الداخلية التي تظهر أثناء العلاج الفردي ، وخاصةً في الطرح على المعالج ، ويحاول المعالجون الزوجيون ذوو الاتجاه التحليلي تحديد هذا الطرح الذي يتم تمثيله بين الزوجين ونحو المعالج . كما يؤكد المعالجون الزوجيون ذوو التوجه السيكودينامي على صراعات الطفولة غير المحلولة وعلى الدوافع اللاشعورية التي تبدأ من اختيار شريك الحياة، وفي حال استمرار العلاقات الزوجية غير السعيدة المضطربة. ويرون أن الفرد يخلق مشكلاته الزوجية، فاختيار شريك الحياة ليس اختياراً عشوائياً أو نتيجة للصدفة بل يختار الفرد شريك حياته لإشباع حاجاته التي لم تشبع في الطفولة، بحيث يدرك كل فرد شريك حياته - إلى حد كبير- تبعاً لحاجاته هو الذاتية .

عملية العلاج:

يهدف علاج الاضطرابات الأسرية إلى تخفيف الضيق واضطراب وظيفة العلاقة والى تقوية العلاقة والى تقوية المصادر المشتركة لحل المشكلات والى تقليل الصراع مع تحسين مستوى التعامل بين أفراد الأسرة، كما يهدف إلى تشجيع استخدام بدائل للضوابط وللدفاعات ضد الجوانب المرضية بحيث تكون أكثر ملاءمة، وكذلك يهدف إلى زيادة

تكامل العلاقات على المستوى الجنسي والانفعالي ولزيادة نمو العلاقة ونمو كل طرف كفرد وليتلاءم نمط الزواج مع احتياجات مزيد من نمو الأسرة. وتؤكد مفاهيم التحليل النفسي على أن كثيراً من الصراعات اللاشعورية تعاد في الطرح الكلي 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.

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

ومن المفيد عند البداية رؤية الزوجين داخل مصفوفة جماعة الأسرة، بما فيهم كل الذين يلعبون دوراً في الصراعات كالأطفال والأجداد وحتى الأقارب البعيدين، ومن ثم عند مرحلة مناسبة يركز المعالج على الزوجين لاستبعاد أعضاء الأسرة الآخرين، ويمكن إعداد هذه الترتيبات مرة أو مرتين كل أسبوع، وما يتكرر عادةً هو إنكار الطبيعة الحقيقية للصراع الزوجي وإخفائها وراء الإزاحات والإسقاطات على علاقات أخرى كعلاقة الوالد- الطفل والوالد- الجد، فالأزواج والزوجات الذين تتميز علاقاتهم بوجود صراعات غير قادرين على حلها عادةً 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 يُبقي الوالدان أطفالهما أو احد الأجداد بينهما كدليل على وجود حاجز بينهما.

إن المعالج الذي تلقى تدريباً على التحليل النفسي يتجنب القيام بالتدخلات المباشرة كالتوجيه والإيحاء والنصح، ويرى أنها تشبع رغبات نكوصية للمعالج في أن يكون والداً. وحينما يطلب الزوجان أن يأخذ المعالج جانب احدهما أو أن يصدر حكماً أو يقترح حلاً سريعاً لخلافتهما، يفسر المعالج هذه المقاومة بالوعي للذات.

وتسمح استمرارية الجلسات بدرجة من الإكمال والتعمق الذي ييسر استكشاف الدوافع اللاشعورية وذلك من خلال العمل مع الزوجين معاً. 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. ويساعد المعالج الزوجين على فهم ما هو مشكلة بالفعل، ويعمق فيهما الصدق العاطفي الذي يحتاجان إليه، ويوضح الطبيعة الفعلية للصراعات بحل الحواجز والدفاعات المخفأة وأيضا الخلط وعدم الفهم.

كما يكتشف المعالج الصراعات الحالية واصلها ويكشف التعارض بين الواقع والمثالي في علاقة والدي الزوجين، ويتعامل مع إسقاطات وطرح احد الطرفين على الآخر ، وفي تشجيعه لاختبار الواقع يستخدم ذاته بانفتاح كأداة لمثل هذا الاختبار، وحينما يسقط احد الزوجين حاجاته غير المشبعة على العلاقة، يستقبلها المعالج بتأكيد وتدعيم مما يزيد أمل كل طرف في الحصول على الرضا من الآخر.. كما أن المهمة العلاجية الضرورية هي التعامل مع التنافس الذي يعد الملمح الرئيس للاضطراب الزواجي(المؤمن،2004،ص 121-124)

العلاج الأسري المنظومي

يطلق على هذا العلاج علاج ميلانو المنظومي ، ويرجع الى مارا سيلفيني بالازولي Mara Selvini Palazzli التي أنشأت عام 1967 مركزا للعلاج الأسري في ميلانو، وظهر العلاج المنظومي بشكل اوضح عام 1987 على يد لوجي باسكولا Liogi Bascola وجينفرا نكوسشيني Gianfrancocecchini وجوليان براتا Guilian Prata بالإضافة إلى مؤسسة مارا بالازولي. وقد استفاد هذا الاتجاه من أفكار باتسون Bateson وتأثر ببول واتزوليك Paul Watzlawick وأثراه إبداع سيلفيني وزملائها ، وقد أثرت جماعة ميلان على عدد كبير من المعالجين الأسريين .(المؤمن،2004،ص126)

فنيات الإرشاد المنظومي:

1- التدخلات المتناقضة Paradoxical interventions:

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

2- وصف العرض Prescribing the symptom:

هذه الفكرة موجودة في نظريات التواصل عند جاكسون وهيلي Jackson & Haley وتُشير إلى أن نطلب من أحد أعضاء الأسرة أثناء الجلسة أن يستمر في سلوكه بطريقة مبالغ فيها فيطلب المعالج من الطفل الذي يثير ضجة أن لا يتوقف عن فعل ذلك بل يزيد

من الضجة. وهو يختلف عن الفنية السابقة في أنه يكون أثناء جلسة العلاج ، وبذلك نحقق هدفين:

الأول : إلقاء الضوء على السلوك يفيد في جذب انتباه الشخص مما يجعله يغير من نفسه.
الثاني: أن المعالج يتحكم في الموقف حينما يحدث تناقضاً وهو طريقة أخرى لتعزيز التغيير .

3- 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 استنزاف موقف شديد كي يوقف التوازن الأسري، ويجبر الأسرة على التغيير.

4- استخدام طريقة مباشرة:

يطلب المعالج من الزوجين انه من الآن فصاعداً على الزوج أن يطلب كل شيء كان يحصل عليه تلقائياً في السابق من زوجته (طعامه ، ملابسه النظيفة..الخ) ومن المتوقع أن يغير ذلك من القواعد التي تحكم العلاقة الزوجية (القاعدة أن الزوج يحصل على ما يريد دون أن يطلب، بينما على الزوجة أن تطالب مرارا لتحصل على ما تريده) وبمجرد أن تتغير القواعد فيوقف هذا النمط مضطرب الوظيفة وتحل مشاكل الزوجين.

5- إعادة التشكيل أو إعادة التأطير Reframing:

عندما يتعرض الأسرة أو الفرد لازمة 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 تتناسب وخبرات الأفراد حتى يكون تدخله فعالا وسهل الفهم. وعادة ما يأتي العميل إلى جلسة الإرشاد بفكرة مقتنع بها عن الشيء الخاطئ ولماذا هو خطأ مثل " زواجي سينهار لأن زوجتي تريد الجوع مرة ثانية إلى الدراسة وتعمل بدلاً من اهتمامها بالأسرة" ويكون دور المرشد

هنا إعادة تعريف الشكوى مع تحديد الموضوعات التي يمكن أن تستجيب للتغيير حتى تزداد إرادة الأسرة لتعمل بهذه الموضوعات.

6- التغذية المرتجة الموجبة Positive feedback:

تكنيك علاجي يدفع الأسرة إلى تصرفات جديدة تجعل أنماط السلوك القديمة غير واردة، وعادة ما يستخدم ليتفاعل عكسياً مع التغذية المرتجة السالبة كميكانيزم يخلق أزمة تُحدث تقدماً علاجياً ويحمي الأسرة من البقاء ثابتة على وضعها السلبي. فمثلاً يحاول المعالج أن يحمي الأسرة من استخدام العضو المعروف أنه مريض لإخفاء موضوعات أسرية أخرى (المؤمن، 2004، ص ص 132-134)

العلاج الأسري البنائي:

اهداف العلاج البنائي:

(1) تغيير تنظيم الأسرة.

(2) تغيير وظائفها.

وهذان هما السبيلان لكي تحل الأسرة مشكلاتها، ولكي يتحقق هذان الهدفان فإن التدخلات تكون مباشرة وتكون عينية مادية وعملية وموجهة بالفعل علماً بأن العلاج البنائي قصير المدى.

وربما يبدأ المعالج عمله مع الأسرة ككل في مقابلة تجمع 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. وقد يعمد المعالج إلى خلق نوعين من التفاعل أولهما أن يشجع التفاعل بين أعضاء الأسرة. ولكن المعالج لا يتدخل في المناقشة وبدلاً من ذلك فإنه يسلك كمراقب أو مقوم أو معلق، وهو ما يسمى بتيسير الانخراط، وثانيهما هو مركزة الانخراط مما يرقى بالتفاعل بين أفراد الأسرة والمعالج. وفي عبارة أخرى فإن المعالج يمكن أن يشارك من داخل النسق ، أو يمكنه أن يلاحظ ويعلق من خارج النسق معتمداً على ماهية الحاجات التي يُعاد بناؤها في أي لحظة (كفافي، 1999، ص18)

فنيات العلاج البنائي:

1- التكيف Accommodation:

يقوم المعالج البنائي بالتكيف الشخصي مع الأسرة كأن يتوقف عن لزمة خاصة به في حضور الأسرة التي تأتي للجلسة. وتُستخدم هذه الفنية لتحقيق المشاركة الناجحة مع الأسرة ، بمعنى أنها طريقة تُستخدم للوصول الى التحالف العلاجي.

2- 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 فرصةً ليمثلوا مشاكلهم أثناء الجلسة، فيؤلف

المعالج عن قصد سيناريو لتمثيل وتفعيل صراعات الأسرة وغيرها من مشكلاتها في الجلسة الأسرية نفسها بدلاً من مجرد وصفها وفي حالة الضرورة يُساعد المعالج أفراد الأسرة على عرض كيف يتعاملون مع المواقف الحياتية. وتمكن هذه الطريقة المعالج من استنتاج ما بداخل الأسرة من قواعد متعارف عليها والتي تحكم بناء الأسرة.

3- المشاركة **Joining**:

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

4- التقليد **Mimesis**:

التقليد أو الانسجام البيئي هو تكنيك علاجي يستخدمه المعالج ليكيف نفسه مع نمط الأسرة ومن ثم يبني التحالف العلاجي . مثال : يمزح مع الأسرة المرححة، ويتحدث ببطء مع الأسرة التي تتحدث ببطء.

5- الفحص **Probe**:

الفحص أو ما كان يُسمى "جس 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 يُلاحظ المناطق التي بها مصاعب، وان يحدد الأهداف العلاجية، وأن يختبر مقاومة ومرونة منظومة الأسرة ، ويرى مصدر السلطة في الأسرة. ويعتبر الفحص أداة تشخيصية وعلاجية.

6- إعادة البناء **Restructuring**:

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

7- الوقوف بجانب أحد الأنساق الفرعية **Side-Taking**:

تكنيك بنائي يستخدمه المعالج الأسري لمساندة نسق فرعي 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 (المؤمن، 2004، ص 36-38)

ومن الممكن ايضاً اللجوء إلى معالجة عدة أسر Multiple-Family Therapy ويتضمن هذا الأسلوب العمل مع عدة أسر في وقت واحد ، وهذا من شأنه أن يجعل الأسرة تشعر أن هناك أسراً أخرى تعاني من مشكلات كما يجعل الأسر تلعب دوراً علاجياً بينها ويخفف من التوترات تجاه المعالج إن وجدت (مفتاح، 2001،ص204)

تقويم العلاج الأسري:

رغم حداثة العلاج الأسري كمدرسة علاجية أصبح لها أسسها النظرية وترتيباتها العلاجية ، فإن الكتابات قد تعددت فيها بدرجة كبيرة، ويمكن أن نتعرف على الجوانب الآتية في هذه المدرسة.

أولاً- المميزات:

1- تخرج هذه النظرية بالفرد صاحب المشكلة من إطاره الشخصي وبصفة خاصة تفاعلاته الداخلية واستقباله لخبراته إلى اعتباره فردا في منظومة وجزءا من علاقات وجانبها في بناء.

2- في بعض الحالات مثل حالات إدمان المخدرات وغيرها ، قد يكون الفرد صاحب المشكلة الذي عرف عنه انه المدمن أو الجانح أو غير ذلك هو في الواقع ضحية للأسرة أكثر من كونه ضحية لتصرفاته.

3- العودة إلى منظومة الأسرة مع تغير شخصي يؤدي إلى انتكاسة في الحالة، والعودة إلى المرض ما لم يكن هناك علاج للمنظومة كلها.

4- على الرغم من إدراك كثير من أصحاب نظريات العلاج النفسي إلى الدور الذي تلعبه الأسرة في نمو شخصية الطفل بل وإنتاجها للسلوك الذي يقوم به سواء السلوك الصحيح أو المريض، فإن كثيرا من النظريات لم تهتم بإدخال الأسرة كطرف في العلاج .

ثانياً- المشكلات:

1- قد يؤدي وجود المعالج وسط الأسرة إلى زيادة المشكلات تناقصها.

2- يجب أن تكون هناك محاذير في استخدام مثل هذه الطريقة العلاجية في بيئتنا الشرقية عموما ومجتمعاتنا الإسلامية بصفة خاصة حيث لمجتمعاتنا تقاليدها الخاصة.

3- إن التركيز على العلاقات بين الزوجين باعتبار أنها عنصر هام في توليد للمشكلات قد يخل بالعلاقة بينهما.

4- ليس من المتوقع في كل حالة أن يلقي هذا العلاج قبولا من جميع أفراد الأسرة.

5- طول الوقت الذي تفترضه بعض النماذج والذي قد يصل إلى سنوات.

(الشناوي،ص459،ص460)

الخاتمة

إن من حسن الحظ للمريض النفسي أو العقلي وعائلته في مجتمعنا ، هو أن الرابطة العائلية هي أكثر قوة وتماسكا مما هو عليه الحال في المجتمعات الغربية، وهو واقع يعطي إمكانية أعظم للاتصال الشخصي والعاطفي بين أفراد الأسرة، ويقلل من عزلة الفرد ، كما أن له أن يعطي الشعور للفرد المهياً للمرض بأنه غير مهمل أو منبوذ من المجال العائلي وكما هو ملاحظ فإن درجة أعظم من التعاطف والرعاية والاهتمام تتوافر في عائلات المريض في مجتمعنا مما يقلل كثيراً من إمكانية قيام حالة من التبرم والضجر والرفض للمريض ومرضه، وهذه كلها ايجابيات في مجال العلاج الأسري، غير أن هناك سلبية هامة في الحياة الأسرية للمجتمعات العربية وهذه السلبية تساعد على تأكيد الحالة المرضية ، وهي أن الأسر العربية تميل في معظم الأحوال إلى غمر الأبناء ممن تظهر عليهم خصائص الاتجاه نحو المرض ، بفيض من العاطفة، و ربما يقلل ذلك من إمكانية توصل الفرد إلى هوية ذاتية ناضجة وقادرة على التعامل بكفاءة مع الواقع ، مما له أن يدفع المريض أكثر وأكثر نحو حالة من الانطواء واللاواقعية ، ولهذا يقتضي الحد من مثل هذه الاتجاهات في الرعاية الأسرية للمريض (كمال، 1994ص460)

قائمة المراجع

- 1- ابراهيم ، عبد الستار (1994): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: دار الفجر للنشر والتوزيع.
- 2- التميمي،ناديا .(1418) : فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في حل بعض المشكلات الزوجية .رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة الملك سعود
- 3-الرشيدي، بشير صالح و السهل ، راشد علي (2000): مقدمة في الإرشاد النفسي . الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 4-الزيادي، محمود (1987): علم النفس الإكلينيكي : التشخيص والعلاج. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
- 5- السيد،صالح حزين(1990)اختبار دليل التفاعلات الأسرية دراسة في الصدق والثبات.مجلة علم النفس العدد الثالث عشر.
- 6-الشناوي، محمد محروس (لم توضح السنة):نظريات الإرشاد والعلاج النفسي . القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- 7- عبد المعطي ، حسن مصطفى (2003): علم النفس الإكلينيكي. القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
- 8-كفافي، علاء الدين(1999): علاج الأسرة : العلاجات التحليلية والسلوكية والنفسي. مجلة علم النفس العدد الثاني والخمسون.
- 9- كفافي، علاء الدين(1999):الاسرة :علاج التفاعلات الاسرية: التشخيص.مجلة علم النفس .العدد خمسون
- 10- كمال ، علي(1994) العلاج النفسي قديماً وحديثاً . بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- 11- الكندي، احمد محمد مبارك.(1993) :علم النفس الأسري. الكويت : مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- 12- المحارب،ناصر ابراهيم(2000): المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي.الرياض: دار الزهراء.
- 13- مفتاح، عبد العزيز(2001): علم النفس العلاجي اتجاهات حديثة. بيروت .دار قباء للنشر.
- 14- المؤمن ، داليا (2004): الاسرة والعلاج الاسري . القاهرة:دار السحاب للنشر والتوزيع .