حوليات كلية الآداب

تصْدر عَن كليَة الآدَاب ـ جَامعَة الكوَيْت

الرسَالة الرابعة والعشرون

مفَاهيم العلَاج النفسي الاسرِي وانمَاط التفاعل دَاخل الاسر المريضة
(النشأة وَالتطوّر)

د. حامد عبدالعزيز الفقي
قسم علم النفس ـ جامعة الكويت

الحولية الخامسة
١٩٨٤م ـ ١٤٠٤ هـ

مجلس التحرير

د . عبدالله يوسف الغنيم رئيس مجلس التحرير
د . نجاة عبدالقادر الجاسم رئيسة هيئة التحرير

هيئة التحرير
ا.د. محمد صفي الدين ابو العز
ا.د. فؤاد زكريا
د . محمد سليمان الحداد
د . طارق عبدالله فخرالدين
د . توفيق الفيل
ا.د. محمد عماد الدين اسماعيل
ا.د. سعيد عاشور

ثمن الرسالة

الكويت ٤٠٠ فلس ــ البحرين نصف دينار ــ قطر ٥ ريالات ــ الامارات ٥ دراهم ــ السعودية ٥ ريالات ــ عمان نصف ريال ــ اليمن الجنوبي ٢٠٠ فلس ــ اليمن الشمالي ٣ ريالات ــ العراق ٤٠٠ فلس ــ ج.م.ع. ٢٥ قرشا ــ لبنان ٥ ليرات ــ الاردن ٢٥٠ فلسا ــ سوريا ٥ ليرات ــ السودان ٢٥٠ مليما ــ ليبيا ٤٠ قرشا ــ الجزائر ٥ دنانير ــ تونس ٤٠٠ مليم ــ المغرب ٥ دراهم .

الاشتراك السنوى

للافراد ديناران كويتيان في الكويت ــ ديناران وخمسمائة فلس في الوطن العربي ــ عشرون دولاراً أمريكياً في الخارج بالبريد الجوي.
للشركات والمؤسسات والدوائر الرسمية عشرة دنانير كويتية ــ في الخارج أربعون دولار أمريكيا.
لأعضاء هيئة التدريس والطلاب خصم ٥٠ ٪ .

جميع المراسلات الخاصة بشروط النشر او اية استفسارات اخرى بشان الحوليات توجه إلى رئيس هيئة تحرير الحوليات ــ ص . ب : ١٧٣٧٠ ــ الخالدية ــ الكويت

حوليات كلية الآداب

تصدر عن كلية الآداب - جامعة الكويت

دورية علمية منتظمة تتضمن مجموعة من الرسائل التي تعالج بأصالة موضوعات وقضايا، ومشكلات علمية في مجالات الأدب والفلسفة والتاريخ والاجتماع والجغرافيا وعلم النفس وتمثل معينا علميا للمثقفين العرب.

الحولية الخامسة - الرسالة الرابعة والعشرون

١٩٨٤م - ١٤٠٤هـ

الرسالة الرابعة والعشرون

مفاهيم العلاج النفسي الأسري وأنماط التفاعل داخل الأسر المريضة
(النشأة والتطور)

د. حامد عبد العزيز الفقي
قسم علم النفس - جامعة الكويت

حوليات كلية الآداب - الحولية الخامسة ١٩٨٤م - ١٤٠٤هـ

المؤلف

د. حامد عبد العزيز الفقي

* استاذ مساعد بقسم علم النفس ــ جامعة الكويت.
* دكتوراه الفلسفة في الارشاد النفسي والتوجيه. جامعة تكساس A and M ١٩٦٩.

من أهم مؤلفاته:

١ ــ التأخر الدراسي تشخيصه وعلاجه.
٢ ــ دراسات في سيكولوجية النمو.
٣ ــ نظريات الارشاد والعلاج النفسي (مترجم)

ومن أهم بحوثه المنشورة بالكويت:

١ ــ النمو اللغوي عند الاطفال في مرحلة الروضة بالكويت وعلاقته ببعض جوانب النمو المعرفي الاخرى.
٢ ــ أثر اهمال الام على النمو النفسي للطفل.
٣ ــ الموهبة العقلية بين صدق النظرية والتطبيق.

محتوى البحث

مقدمة	٩
الأهتمام بدراسة العلاقات الأسرية	١٠
أهداف العلاج النفسي الأسري	١٣
الخلفية والتطور في مجال العلاج النفسي الأسري (الأساس النظري)	١٤
تطور الدراسات في مجال العلاج النفسي الأسري : المفاهيم والتصورات :	١٦
١ ــ مفهوم الأم المريضة والأب غير السوي	١٦
٢ ــ مفهوم الألتصاق المرضي بالأم	١٨
٣ ــ المفهوم الذي يقرر أن العضو المريض في الأسرة يعتبر عرضاً لأسرة مريضة .	١٩
٤ ــ مفهوم الأجيال الثلاثة في العلاج الأسري	٢٠
٥ ــ مفهوم الأنفصال الأنفعالي	٢٠
٦ ــ مفهوم استدخال او تمثل اسقاط الأم	٢١
٧ ــ مفهوم الأستقبال المتبادل لأسقاط الطرف الآخر	٢٢
أنماط التفاعل المرضي داخل الأسرة المريضة	٢٤
١ ــ التكافيلة الكاذبة	٢٤
٢ ــ القيد المزدوج	٢٥
٣ ــ الانحياز والإنقسام داخل الأسر الفصامية	٢٦
٤ ــ التوازن المرضي الأسري	٢٦
٥ ــ التكميل او التميم المرضي	٢٧

طرق البحث وأدواته واساليب العلاج الأسري: ٢٨
١ ــ المواقف التجريبية ٣٠
أ ــ أسلوب كشف التناقضات ٣١
ب ــ أسلوب إستخدام ضغط الجماعة ٣٣
٢ ــ أسلوب الملاحظة المباشرة للتفاعل الاسري داخل البيوت ٣٤
٣ ــ الملاحظات الاكلينيكية في دراسة الأسرة ٣٥
٤ ــ الاختبارات النفسية ٣٧
مناقشة حول مفاهيم وأنماط العلاج الأسري ٣٩
دور المعالج النفسي الاسري ٤٤
المفهوم المحوري للعلاج الاسري (عرض وتلخيص) ٤٤
احتراسات ٤٨
تطلعات وإحتياجات المستقبل ٤٨
المراجع ٤٩

ملخص

اهتمت هذه الدراسة بتوضيح العلاج النفسي الأسري وأنماط التفاعل المرضي بين أعضاء الأسر المريضة، ولتحقيق ذلك أوردت مقدمة تحدد معنى العلاج النفسي الاسري وما تقتضيه النظرة الحديثة الى المرض الاسري من تطوير وتغيير في أساليب العلاج التقليدية بعد أن أصبحت العلاقات الاسرية تعتبر مكمن الداء ومحور العلاج.

لقد تم توضيح أسباب الاهتمام بالعلاقات الاسرية وتنوع الدراسات التي تناولتها وتعدد أهدافها وتأثيرها على نمو الشخصية بمظاهره المختلفة، كما تم تحديد أهداف العلاج الأسري وهي تحقيق التوازن والانسجام في العلاقات الاسرية وتنمية القيم الايجابية بين أعضاء الاسرة وتهيئة الجو المشبع الذي يسمح بنمو الشخصية السوية.

لقد عرضت الدراسة الخلفية والتطور في ميدان العلاج النفسي الأسري وأشارت الى النظريات التي مهدت لنشأة ذلك العلاج مثل نظريات التواصل، والدور، والذات، والوجودية، والاستراتيجية، وعرضت وجهات النظر التي توضح مراحل ذلك العلاج منذ كان مرتبطاً بالتحليل النفسي الى أن ساد الاعتقاد بأن العلاقة المرضية بين الأم والطفل هي سبب مرض الشخصية، الى الاعتقاد بأن ظروف البيئة وضغوط الحياة لها دور كبير في حدوث المرض النفسي، الى المرحلة التي أصبح التركيز فيها منصباً على أنماط التفاعل المرضي وعلى العلاقات الاسرية المريضة.

واهتمت الدراسة بعرض مفاهيم العلاج النفسي الأسري مثل «مفهوم الأم المريضة والأب غير السوي» ـ الالتصاق المرضي بالأم منذ الطفولة المبكرة ـ «اعتبار العضو المريض في الاسرة عرضاً لمرض في العلاقات الاسرية» ـ انتقال المرض النفسي عبر أجيال ثلاثة للاسرة ـ «الطلاق الانفعالي» ـ «تمثل واستدخال الاسقاط المرضي» ـ الاستقبال المتبادل للاسقاطات المرضية بين أعضاء الاسرة.

وناقشت الأنماط المرضية للتفاعل الاسري مثل «التكافلية الكاذبة» ـ «القيد المزدوج» ـ الانقسام والتمييز داخل الأسرة» ـ «التوازن والتكميل المرضي داخل الاسرة الخ.

وتناولت الدراسة طرق البحث وأدواته وأساليب العلاج في مجال الأسرة مثل المواقف

التجريبية المضبوطة، وأساليب كشف التناقض، واستخدام ضغط الجماعة، والملاحظة المباشرة وغير المباشرة، والاختبارات الاسقاطية، والمقابلات الاستطلاعية العلاجية.

وأشارت الى الصعوبات التي قد يواجهها المعالج النفسي الاسري وبينت الايجابيات والسلبيات في ذلك العلاج والوضع الراهن له، وتطلعات المستقبل وقدمت بعض الاحتراسات والمقترحات.

مقدمة

يعني مصطلح العلاج الأسري أن الأسرة كلها تعتبر هى المريضة أو الحالة التي تتطلب العلاج، و يتطلب هذا المعنى نظرة جديدة للأمراض النفسية ونظرة جديدة للأنسان كما يتطلب أساليب جديدة للدراسة والعلاج.

و يرتكز العلاج النفسي الأسرى على محورين أساسيين هما: البحث والدراسة، والممارسة العلاجية العملية أو الاكلينيكية.

و يكاد يتفق الباحثون في مجال العلاج النفسي الأسري على ضرورة اعادة النظر في تعريف المرض النفسي. فالعلاقات الأسرية طبقاً للتعريف السابق هى المرض نفسه أو محوره أو موضوعه الأساسي. ولقد نمت هذه النظرة للعلاقات الأسرية نتيجة للملاحظات العلمية للرواد الأوائل وللمجددين أو المحدثين في مجال العلاج النفسي الأسري وخاصة في ميدان الفصام النفسي أو الاسكيزوفرانيا SCHIZOPHRENIA فقد وجد هؤلاء وهؤلاء أنهم عندما يعالجون الفرد المصاب بعيداً عن الأسرة فان أجزاء أو جوانب هامة في المشكلة الكلية للمريض تظل غير واضحة، ولاحظوا أن الأسرة غالباً لا تهتم كثيراً بالعلاج التي ليست هى طرفاً فيه، وأنه من النادر أن يستمر التقدم الذي يحققه العلاج الفردي اذا تم ذلك العلاج بعيداً عن الأسرة أو اذا لم يتضمن احداث تغيير فيها طبقاً لما يقتضيه العلاج، كما لاحظوا وجود حواجز انفعالية كثيرة تظل بعيدة عن متناول العلاج الفردي. وأحس بعض المعالجين للحالات الفردية كأنهم كانوا يعملون في فراغ، وأن التقدم كان يحدث فقط عندما تسمح العلاقات الأسرية بهذا التقدم والا فان كل الجهود تنهار و ينكص

المريض على عقبيه و يعود الى حالته المرضية وذلك بسبب الصراع أو الصدام الخفي والذي يعبر عن العلاقة الأسرية المريضة، فهذه التأثيرات غير المرئية والخارجة عن دائرة العلاج النفسي الفردي يمكن أن تصبح في متناول العلاج النفسي الأسري فقط اذا أخذت الاسرة في الاعتبار كجزء أساسي من البرنامج العلاجي.

لقد حدث التقدم في العلاج النفسي الأسري عندما بدأت تنتقل الرؤية للمرض من العضو المريض نفسه الى رؤيتها في العلاقات الأسرية مع أمه وأبيه وأخوته، وعندما تم ادراك صلة الأسرة كلها بالمشكلة التي يعاني منها العضو المريض من أعضائها، وعندما تعدلت النظرة الى هذا العضو المريض من كونه الضحية الى النظرة اليه على أنه الممثل للأسرة والمعبر عما لديها من علاقات مرضية، وأخيراً حدث التقدم في العلاج الأسرى عندما برز التساؤل حول ما اذا كانت الاسرة لديها الامكانات والاستعداد للتغير الذي يتطلبه العلاج.

الاهتمام بدراسة العلاقات الأسرية:

لقد حفلت العلاقات الأسرية بالكثير من اهتمام الباحثين والدارسين وتنوعت أهداف تلك الدراسات، وتناولت في المقام الأول أهمية وجود العلاقة الدافئة الصحية وضرورتها لنمو شخصية أفراد الأسرة، وتناولت أثر تلك العلاقة على كل مظهر من مظاهر النمو النفسي للفرد وطبيعة العلاقة خلال مراحل النمو المختلفة والعوامل الايجابية والسلبية التي تؤثر فيها.

وتكاد تنحصر أهم أسباب الدراسات الأسرية فيما يلي:

١ ــ ما أكدته الدراسات من تأثير العلاقة بين الأبوين والأطفال على نمو شخصياتهم وعلى مظاهر النمو العقلي واللغوي والاجتماعي والانفعالي لديهم.
٢ ــ ما أكدته آراء التحليليين القدامى والجدد وغيرهم من تأثير الخبرات المبكرة على سلامة الشخصية وعلى الصحة النفسية في المستقبل.

٣ ــ وجود النظرة التقليدية الى تأثير الوراثة الأسرية وتأثير اتجاهات الأسرة وأساليبها في التنشئة الاجتماعية ومستواها الاجتماعي والاقتصادي والثقافي على ذكاء الأطفال وامكاناتهم العقلية والجسمية والنفسية وعلاقاتهم الاجتماعية.

٤ ــ ما كشفت عنه الحركات العلمية ودراسات الصحة النفسية من وجود علاقة بين أنماط التفاعل الأسرى والعلاقات الأسرية و بين ما يصاب به الأ بناء من اضطرابات نفسية أو ما يتعرضون له من انحرافات سلوكية.

فعلى سبيل المثال ذهب بعض علماء التحليل النفسي الى أن النرجسية أو ما يعبر عنه بحب الذات Naricissism ، وتناقض الوجدان أو المشاعر وعدم ثباتها أو توازنها Ambivalence ، والسادية أو الشعور بالتلذذ لإيلام الغير أو تعذيب الآخرين Sadism ، وتعذيب الذات أو الرغبة في إيلام الذات ماسوكيزم Masochism ، والأنماط الشخصية المرضية كالفمية والمثلث الأوديبي والشرجية ونحو ذلك له صلة بطبيعة العلاقة المبكرة بين الطفل وأمه أو من يتقلد دور الأم بالنسبة له.

و يرى العلماء المشار إليهم أن عملية تكو ين الذات الأ ولى أو الأنا Ego تسير في خط متواز مع العلاقة بالأم، فتحقيق نوع أو درجة من الوعي العقلي والانفعالي المبدئي بالاستقلال عن الأم أو بالانفصال البدني عنها يعتبر أساساً لنمو الذات، ولذا فانه من الضروري تشجيع النشاط الحركي المستقل للطفل، وتشجيع النشاط الذاتي الأكثر تعقيداً مثل الاستكشاف والاستطلاع في جوانب البيئة من حوله حتى يتم الانفصال الذاتي أو تتضح الذات لدى الطفل بالتدريج ودون التعرض لنوع أو آخر من أمراض العلاقات الأسرية التي سبقت الأشارة اليها. فالعصاب الطفلي مثلا Infantile Neurosis قد يكون نتيجة لما تتعرض له علاقة الطفل الصغير بأمه من إعاقة أو اضطراب خلال مراحل تكو ين الذات ونموها، وفي حالات كثيرة يشتد اضطراب العلاقة بين الصغير والأم فتشتد الاعاقة النفسية وتصل الى مرحلة الذهان الطفلي Infantile psychosis.

وتفيد دراسات كانر Kanner (١٩٧٥) وماهلر Mahler وفيرر وسيتلاج Furer، and Set lage (١٩٧٥) وماهلر وفيرر (١٩٧٥) أن الأطفال الصغار الذين

عجزوا عن تنمية علاقة طبيعية مع الأمهات تسمح لهم بالاستقلال عن دائرة الأمومة بالتدريج وهى الدائرة التي يطلق عليها علماء التحليل النفسي الفلك السيمبيوتي «Symbiotic Orbet» ــ وهى حالة تكون فيها صورة الأم وجسمها وصدرها وصوتها وحركاتها ومظهرها وأماكن تواجدها هى الدائرة المغناطيسية التي يسبح داخلها الطفل وتشكل عالمه الذي لا ينفصل عنه ولا يستطيع الخروج منه ــ هؤلاء الأطفال فقدوا القدرة على الاستجابة الى ما يصدر عن البيئة من مثيرات خارج دائرة الأم، و بذلك فقدوا القدرة على تكو ين علاقة موضوعية بالأمومة وفقدوا القدرة على تحقيق النضج والنمو الذاتي، ومثل هؤلاء الأطفال قد يظهر عليهم الخوف الشديد لمجرد الاحساس بالانفصال أو البعد البدني عن دائرة الأم، وكثيراً ما يتعرض هؤلاء الأطفال الى ألوان مختلفة من الاعاقة اللغو ية أو الحركية، و يفقدون القدرة على الاستفادة من الأمومة كمنطلق لتحقيق تفاعل ايجابي مع الواقع من حولهم وكأساس لنشأة الذات وتكو ينها ونموها والتي سبقت الاشارة الى أنها مرتبطة بالعلاقة الطبيعية و بالتفاعل الطبيعي بين الطفل الصغير والأم، وغالباً ما يحس الطفل من هؤلاء الذين تعرضت علاقاتهم الأولى مع الأم الى الاعاقة بأنه جزء من الأم غير منفصل عنها فهى جزء من ذاته غير متميز وغير مستقل الوجود عنه في العالم الخارجي، بل ان هذا العالم الخارجي ليس له وجود في دائرة الأمومة لديه، و يؤدي هذا الاحساس الى العجز عن تكو ين العلاقات الاجتماعية والنفسية الصحية مع الأب والأخوة وغيرهم كأشياء أو كذوات خارجية مستقلة، و يصبح نمو الذات لديه معوقاً وغير متوازن، و يتعطل نمو الخصائص المرتبطة بمراحل النمو و يتأخر النضج النفسي المرتبط بهذه المراحل.

وتعتبر اللحظات التي ينفصل فيها الطفل عن ملاصقة صدر الأم أو يستقل فيها بالحركة والنشاط على بعد منها تعتبر ضرورية لنمو الذات أو نمو الأستقلال الذاتي ونمو الأحساس بالانفصال البدني عن الأم.

وتعتبر الفترة التي يتم فيها بالتدريج تكون الذات أو ولادة الذات ونمو الاستقلال الذاتي في العامين الأول والثاني من عمر الطفل من أخطر المراحل التي

تمر بها العلاقة النفسية بين الطفل والأم وأبعدها أثراً فيما يتعرض له من اضطرابات أو ما يتمتع به من صحة نفسية في المستقبل.

وقد اعتبرت ماهلر Mahler (١٩٧٥) عملية تكون أو ولادة الذات نوعاً من التفرد والانفصال النفسي Separation and Individuation واعتبرت الفترة التي يحدث فيها ذلك من أخطر مراحل نمو العلاقات الطبيعية بين هذه الذات التي تشهد عملية الولادة أو التكون المبدئي و بين العالم الخارجي عن دائرة الأمومة وهى فترة الولادة النفسية التي يمر بها الطفل بعد أن مر بعملية الولادة البيولوجية الأولى، و ينتقل فيها الطفل من عالم ليس له فيه علاقات تجعله يميز بين ذاته و بين غيره الى مرحلة وعي بالذات وشعور بدائي بكيان ذاتي أو بوجود ذاتي. وتتيح الولادة النفسية أو ولادة الذات للطفل تنمية القدرة على التواصل وتكو ين العلاقات مع الآخرين و ينتقل بذلك الى مرحلة الوعي المتنامي بالذات و يتدرج هذا النمو بعد ذلك في مراحل محددة ليس هذا موضع تفصيلها.

أهداف العلاج النفسي الأسرى:

نظراً لأن الضغوط النفسية والاجتماعية والاقتصادية وغيرها والتي تتعرض لها الأسرة وخاصة في ظل الأوضاع العالمية الراهنة تعتبر مدمرة وتؤدي أحياناً الى تحطيم القيم الأسرية الراسخة والى كثرة الصراعات واضطراب العلاقات وتعارض الرغبات والدوافع والحاجات وازدياد القلق والتوترات، فقد اتجه العلاج الأسري الى ما يلي:

١ ــ محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في العلاقات بين أعضاء الأسرة.
٢ ــ تقوية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة.
٣ ــ العمل على تحقيق نمو الشخصية وأدائها لوظائفها في جو أسرى مشبع.

الخلفية والتطور في مجال العلاج النفسي الأسري: (الأساس النظري):

على الرغم من أن فرويد قصر اهتمامه في العلاج أو في التحليل النفسي على العالم السيكولوجي الداخلي للفرد ولم يشجع اشتراك الأسرة في عملية علاج أحد أفرادها، وعلى الرغم من أن نظرته الى الفرد تقوم على افتراض أنه نظام مغلق إلا أنه عند الحديث عن الأساس النظري الذي مهد لنشأة العلاج الأسري وأدى الى تطوره لا يمكن اغفال التحليل النفسي كأحد المصادر الهامة التي استفاد منها ذلك العلاج. ويمكن حصر الاساس النظري الذي مهد لنشأة العلاج الأسري وتطوره فيما يلي:

١ ــ نظرية التواصل وخاصة ما اهتم منها بالعلاقات والمعاني ومستوياتها في السلوك اللفظي وغير اللفظي.

٢ ــ نظرية الدور وخاصة ما يتصل منها بتأثير نمو الدور الاجتماعي على تشكيل هوية الفرد. وعلى الرغم من أن نظريات الدور تتضمن قضايا نفسية إلا أن الدراسات التي تتصل بالدور الاجتماعي للأسرة يغلب عليها الطابع الاجتماعي.

٣ ــ نظريات الذات أو الأنا Ego وخاصة ما اهتم منها بالمستويات الانفعالية الأولى أو حاولت تحديد بعض المفاهيم في مجال الذات مثل مفهوم حدود الذات ومفهوم اللاذات، والفردية في مقابل التعاضدية أو الاعتمادية التعاضدية.

٤ ــ نظريات الاستراتيجية (لـ هالى/Haley) ١٩٦٣ والتي اهتمت بتحديد شبكة العلاقات التي يضع الأفراد أنفسهم فيها وتحديد السلوك التفاعلي في هذه الشبكات.

وحديثاً لعبت النظرية الوجودية دوراً هاماً في العلاج الأسري، وهناك وجهات نظر حاولت توضيح المراحل التي مر بها العلاج الأسري ومنها ما يلي:

١ ــ وجهة نظر بارلوف Parloff (١٩٦١) والذي يصف المراحل التاريخية للعلاج النفسي الأسري و يصفها في ثلاث مراحل:

أ ــ مرحلة الارتباط بالتحليل النفسي الكلاسيكي. وفيها لم يكن

الا تصال بين المعالج النفسي و بين الأسرة مفضلاً لأن التفكير العلاجي السائد في تلك المرحلة كان يرى ان إدخال الاسرة في عملية العلاج أسلوب غير فعال ، بل قد يحدث أضطراباً في علاقة التحول Transference التي تحدث في التحليل النفسي بين المعالج والمريض .

ب ــ مرحلة الاعتقاد بأن علاقة الشخص الذي يرعى المريض وهو الأم غالباً قد تكون لها تأثيرات سلبية وأنها بالتالي تستحق الدراسة .

ج ــ مرحلة واكبت التطور الذي حدث في موقف التحليليين الجدد من أمثال اريكسون وهورني وفروم ومن قبلهم سوليفان Erikson,Horney, and Sullivan والتي أعطت وزناً أكبر لتأثير الثقافة والبيئة وضغوط الحياة العصرية على الشخصية .

وقد ظهرت في نهاية المرحلة الثانية وخلال المرحلة الثالثة أساليب جديدة في العلاج ، فقد استخدم سلافون Slavon العلاج الجمعي Group therapy وأستخدم مورينو السيكودراما Psychodrama ، وساعدت نتائج استخدام هذه الأساليب الجمعية في تبديد القلق الذي ساد في المرحلة الأولى والخوف من وجود أي شخص آخر غير المريض في غرفة العلاج على عملية التحول والتحول المضاد .

٢ ــ وجهة نظر جاكسون وساتير Jackson and Satir (١٩٦١) والتي أبرزت عدة عوامل يعتقد بأنها كانت السبب في الاهتمام الحالي بالعلاج الأسري وخاصة مع حالات الفصام ومن بين تلك العوامل :

* الدراسات النفسية والاجتماعية التي أثبتت وجود فروق بين مرضى الفصام من مختلف الطوائف والفئات الاجتماعية والسلالية والثقافية في الولايات المتحدة الأمريكية .

* ظهور عيادات توجيه الأطفال وممارسة العلاج النفسي الأسري فيها مع أسر الأطفال المرضى في نفس الزمان والمكان الذي يعالج فيه هؤلاء الأطفال .

* ظهور نظريات التفاعل الشخصي المتبادل والتي أعطت وزناً أكبر للتفاعل المتبادل وتأثيره على حالة المريض.

٣ــ وجهة نظر هالي Haley (١٩٥٩) والتي تقرر أن التحول الى العلاج النفسي الأسري حدث نتيجة للدراسات التي أجريت على حالات الفصام، والتي أدت الى الانتقال أو التحول عن الفكرة القديمة والتي كانت ترى أن الاضطراب في الأسرة يرجع الى أن أحد أعضائها مريض بالفصام الى فكرة جديدة مؤداها أن الأسرة التي يوجد بها مريض بالفصام هى أسرة بها أم مريضة وأب غير سوي، وأن علاج المصاب لابد أن يركز على ثلاثة أعضاء في الأسرة على الأقل هم المريض والابوان حالة كونهم في مواقف تفاعلية مرضية.

تطور الدراسات في مجال العلاج النفسي الأسري: (المفاهيم والتصورات):

١ــ مفهوم الأم المريضة والأب غير السوي:

The pathogenic Mother and the inadequat Father

فيما بين الخمسينات والستينات سادت فكرة أن وجود شخص مريض بالفصام يدل على وجود أم مريضة وأب غير سوي في الأسرة، وأكدت نتائج عدة دراسات هامة في هذه الفترة ذلك الفرض. فقد أفادت دراسة دافيد ليفي David Levy (١٩٤٣) وجود معامل ارتباط بين اتجاهات التحفظ الزائد لدى الأم و بين حرمانها في طفولتها من الحب والحنان، وهذا يعني أن حرمان الامهات في طفولتهن من الحب أدى الى محاولتهن الحصول على ما حرمن منه في الطفولة من أبنائهن بعد أن صرن أمهات وقد فرق ليفي بين أنواع من السلوك المتحفظ لدى الأمهات:

أ ــ السلوك الشديد التحفظ الذي يتسم بالتسلط والسيادة.

ب ــ السلوك الشديد التحفظ الذي يتسم بالتسامح.

وذهب ليفى الى أن أطفال الأمهات من النوع الأول المتسلط يغلب على سلوكهم الاذعان والخنوع داخل المنزل ويجدون صعوبة في تكوين صداقات وأصدقاء خارج المنزل أو في المدرسة، كما ذهب الى أن هؤلاء الأطفال قد يعانون من

صعوبات في مواقف التغذية ولكن ليست لهم مشكلات كثيرة في مواقف النوم والنظافة والتدريب عليها.

أما أطفال الأمهات من النوع المتسامح المتحفظ فقد غلب عليهم العناد وعدم الطاعة داخل البيت، ولكن سلوكهم يعتبر عادياً خارج البيت أو في المدرسة و يرتفع تحصيلهم عادة وقد استخدم مصطلح «الأم الفصامية» بواسطة فروم ريتشمان Fromm Reichman (١٩٤٨) ليشير الى الأم العدوانية المستبدة النابذة القلقة كما استخدم مصطلح «الأب غير السوي» ليشير الى الأب المذعن المستسلم أو اللامبالي.

وقد فرق ريتشارد وتيلمان Reichard and Tilman (١٩٥٠) بين ثلاثة أنواع من الأمهات أو الأباء:

١ ــ الأم الفصامية Schizophrenic Mother النابذة أو الرافضة رفضاً صريحاً.
٢ ــ الأم الفصامية Schizophrenic Mother النابذة أو الرافضة رفضاً خفياً أو مقنعاً.
٣ ــ الأب السادي الفصامي المستبد Naricissistic schizophrenic Father

ووصفت دراسات أخرى في هذه الفترة الأم المريضة بالقسوة والنبذ أو بعد ابنائها عن التعلق بها، والميل الى التعبير اللفظي عن العدوانية والميل كثيراً الى استخدام العقاب وخاصة مع الاناث من الاطفال، وشدة الضبط عليهن، والنبذ المقنع والذي يعبر عنه كثرة الندم أو الحسرة والشعور بالذنب.

أما الأسر التي تردد فيها ظهور حالات فصام شديدة أدت الى وضعها في المستشفى فقد أفادت دراسات ليدزوليدز Lidz and Lidz (١٩٤٩) أن نسبة عالية من هذه الأسر كانت حياتها غير مستقرة وفي ٤٠٪ من هذه الأسر كان الأب ميتاً قبل أن يصل سن الأبناء المرضى ١٩ عاماً. وأفاد إليسون وهاملتون Ellison and Hamilton (١٩٤٩) أن ٣٠٪ من المرضى بالفصام أتوا من بيوت مضطربة أو غير مستقرة إما بسبب وفاة أحد الأبوين في فترة كان الأطفال فيها في مراحل مبكرة، أو بسبب الانفصال أو الطلاق. وكان ٦٠٪ من الأمهات في دراسة أليسون وهاملتون من النوع

الذي يتسم بشدة التحفظ وأكثر من ٣٠٪ من الأ باء اتسموا بالعدوانية الشديدة. وأفادت دراسات أخرى وجود العدوان الجسدي المباشر على الأطفال من الأ بو ين وذلك قبل أن يصاب هؤلاء الأطفال بالفصام.

وأرجع جونسون وزوريك Johnson and Szurek (١٩٤٩) اسباب السلوك المنحرف لدى الأطفال الصغار الى الخلل أو الخطأ في نمو الضمير أو الأنا الأعلى لديهم تبعاً للخلل أو الخطأ الموجود لدى الآباء في هذا الصدد أي في تكو ين ونمو الضمير أو الانا الأعلى.

مفهوم الالتصاق المرضي بالأم: The Abnormal Symbioic tie

ظهر هذا المفهوم في الخمسينات وكثرت الاشارة اليه في الحديث عن العلاقة الأسرية المرضية في كتابات ماهلر Mahler (١٩٧٥) والتي سبقت الاشارة اليها في الحديث عن العلاقة الالتصاقية المرضية Symbiotic relation. وقد وصفتها ماهلر بأنها حالة من الاستغراق في التخيل أو الذهول أو الشعور بالتوحد والالتصاق بالأم يعجز فيها الطفل عن الأستفادة من العلاقة الطبيعية مع الأم والتي تعده للتفاعل مع العالم من حوله.

وقد أشار ليمنتاني Limentani (١٩٥٦) الى وجود التصاق مرضي بين الفصاميين من البالغين أوالراشدين الكبارو بين أمهاتهم، وقرر وجود رغبة لاشعورية قو ية لدى البعض منهم للعودة أو النكوص الى مرحلة الطفولة المبكرة والى استئناف الالتصاق والتعلق المرضي بالأم، وكثيراً ما تتجه أو تتحول هذه الرغبة الى المعالج النفسي و يعبر عنها المريض الكبير بصور طفلية وسلوك طفلي، و يعبر الأذعان والخنوع في تجر بة ليمنتاني العلاجية عن الخوف من معارضة رغبات الأم، وعن المشاعر التي ترسبت في أعماق هؤلاء الفصاميين الكبار بعدم الأهمية وفقدان القيمة الذي غرسه في نفوسهم الانصهار أو الالتصاق المرضي بالأم والدوران في «فلكها الالتصاقي» الذي سبقت الاشارة اليه.

وفي (١٩٥٥) اهتم هيل Hill بدراسة العلاقة الالتصاقية المرضية وأثرها في حالات الفصام وقرر أن شخصية الأم حاضرة دائماً تعيش حية في وجدان المريض كجزء من الأنا أو الذات الخاصة به، ووصف أمهات الأطفال الفصاميين بأنهن من النوع الذي يغمر الأطفال بالحب المشروط الذي يصل بالابن المريض الى الاعتقاد بأن شفاءه قد يسبب المرض لأمه و بأن بقاءه مريضاً سوف يحقق له الاحتفاظ باهتمام الأم والالتصاق بها و بحنانها سليماً معافى، ومن أجل هذا الاحساس يتوقف نمو الشخصية المستقلة لدى المريض.

و يلاحظ أن وصف هيل للمفهوم السيمبيوتي يختلف عن الوصف التقليدي لهذا المفهوم فهو يجعله نوعاً من الاعتمادية المرضية المتبادلة بين الطفل والأم، وتفسير هيل لهذا المفهوم يقترب من تصور العلاقة الكلية بين أعضاء الأسرة كسبب للفصام.

٣ ــ المفهوم الذي يقرر أن العضو المريض في الأسرة يعتبر عرضاً لأسرة مريضه:

انتقد بلّ وسبيجال Bill and Spiegal (١٩٥٩) التركيز على بعض المظاهر الجزئية المنعزلة في الأسرة وعلى بعض سمات العلاقات الأ بو ية أو الأخو ية واعتبارها المسئولة عن حالات المرض بالفصام بين أعضاء الأسرة. وأشار الباحثان الى ظهور الاهتمام بوظيفة الأسرة كوحدة اجتماعية بيولوجية ذات علاقة بالاضطرابات العقلية، وعدم الاكتفاء بدراسة بعض العوامل الدينامية أو بعض المواقف المختارة والنظر الى بعض مظاهر العلاقات الأسرية وسماتها على أنها هى السبب في الظاهرة المرضية كما لو أن الأسرة كوحدة اجتماعية بيولوجية نفسية ليست قائمة.

وقد أدى الاهتمام بهذا المفهوم الجديد الى الاهتمام بالمريض وهو داخل الاسرة والى التخلي عن النظرة الثنائية في العلاج النفسي والتي تضع الفرد المريض في جانب والأسرة أو البيئة في جانب آخر، و يقوم هذا المفهوم الجديد أو التصور الجديد للأسرة على افتراض أن العضو المريض في الاسرة يعتبر عرضاً مرضياً من أعراض

الأسرة المريضة، و بالتالي فان العلاج الفردي معه لا يؤدي الى نتائج هامة، ويجب تبعاً لذلك علاج الأسرة كلها كوحدة اجتماعية بيولوجية لتحقيق التوازن الذي يسمح للمريض وغيره من أعضاء الأسرة أن يحسن أداءه السيكولوجي. وقد أكدت نتائج العلاج الجماعي للأسرة والذي قام به مدلفورت Midelfort (١٩٥٧) مع الأسر المصاب بعض أفرادها بالفصام ونتائج دراساته في هذا الصدد أن سلوك المريض بالفصام يعكس أو يعبر عن وجود المرض بالأسرة كلها بصفة عامة.

كما اكد بوين Bowen (١٩٦٠) هذه الحقيقة حين قرر أن رد الفعل الفصامي لدى المريض هو عرض لمرض أعم موجود في الأسرة. وقد عدل بوين أسلوبه في العلاج كما فعل ميدلفورت وحرص على أن يحضر جلسة العلاج اكبر عدد ممكن من أفراد أسرة المريض ونادى كما نادى ميدلفورت من قبل بضرورة تشجيع أفراد الأسرة والاقارب على المواظبة على حضور جلسات العلاج.

٤ ــ مفهوم الأجيال الثلاثة في العلاج الأسرى:

The Three Generations Concept

يقوم هذا الفرض على ما يلي: ما في الجدين المباشرين من عدم نضج يكتسب بواسطة أحد أبنائهما وهو غالباً الأكثر التصاقاً بالأم، وعندما يكبر هذا الابن و يتزوج زوجة على نفس الدرجة من عدم النضج فان عدم النضج يتكرر في الجيل الثالث و يؤدي الى ظهور مريض في الأسرة وهو الطفل الذي يكون على درجة عالية من عدم النضج بينما يكون أخوته أو أخواته الآخرون أكثر نضجاً وقد أشار اليه بوين ١٩٦٠.

٥ ــ مفهوم الانفصال الانفعالي: The Emotional Divorce

استخدم بوين (١٩٦٠) هذا المفهوم أيضاً ليوضح نوع الحياة الزوجية التي يحياها آباء الأبناء المصابين بالفصام، و يصف هذا المفهوم عدداً من المظاهر السلوكية للزوجين والتي تدل على أن العلاقة الزوجية بينهما وان كانت تعاني القليل

من المشكلات العلنية، و يظهر الأ بوان فيها نوعاً من التوافق أو الاذعان المعلن لقواعد الحياة الزوجية وتقاليدها إلا أنه لا مشاركة انفعالية بينهما تسمح بتبادل التنفيس عن المشاعر الحبيسة القو ية التي قد يعاني منها أحدهما أو كلاهما، بل على العكس قد تبدو صورة الحياة الزوجية لطيفة من حيث المظهر وخاصة في المواقف والمناسبات العامة ولكن عندما يوجد الزوجان وحدهما معاً فأنه لا تسامح بينهما ولا مشاركة وجدانية و يتصف الزوجان اللذان تسود بينهما حالة الطلاق الانفعالي المشار اليها بعدم النضج و بأنكار أو محاولة أحدهما اخفاء عدم النضج المشار اليه ومحاولة المبالغة في مظاهر النضج الكاذب ومحاولة الآخر التصرف بصورة يتضح فيها عدم النضج. والطرف الذي يأخذ صورة الكفء الناضج و يتصرف بمظهر من الكفاءة الكاذبة المبالغ فيها هوالذي عادة ما يستقل باصدار القرارات الأسرية أو التي تتأثر بها الأسرة كلها، يفعل ذلك مع أنه في الحقيقة والواقع غير ناضج وغير كفء لاتخاذ مثل هذه القرارات، وكثيراً ما تكون الظروف المحيطة بالأسرة وحدها هى التي تفرض القرار أو تحرك الأسرة في اتجاه أو آخر، وكثيراً ما تشرك هذه الأسرة آخرين من ذوي التأثير عليها لكي يصدر القرار. و يلاحظ في مثل هذه الأسر التي تعاني من الطلاق الوجداني أن مظهر الكفاءة والنضج لا يثبت ولا يستقر لدى طرف واحد من الزوجين ولكنه يتأرجح بينهما و يتغير بتغير المواقف التي تستلزم اصدار القرارات الأسرية.

٦ ــ مفهوم استدخال أو تمثل اسقاط الأم:

Internalized Mother Projection

وقد أشار بو ين Bowen الى أن الاسقاط كحيلة دفاعية يلعب دوراً رئيسياً في العلاقة بين الطفل المصاب بالفصام وأمه حيث تسقط الأم على الطفل شعورها هى بعدم الكفاءة و بالعجز و يستدخل الطفل أو يمتص هذا الاسقاط و يتقبله أو يتمثله و يسلك بعدم نضج تبعاً له، وتوجه الأم كل عنايتها ورعايتها اليه وهى في الحقيقة انما تهتم بذاتها الحقيقية أو بصورتها عن نفسها التي أسقطتها على الأ بن فتمثلها وتقبلها.

٧ ــ مفهوم الاستقبال المتبادل لاسقاط الطرف الآخر:

Reciprocal projection of one another

أشار بوين Bowen الى أنه لاحظ حالات من هذا النوع التي يستقبل فيها شخص ما إسقاط شخص آخر بالتبادل فيما يشبه عمية التحول Transference للمشاعر وانتقال القلق بين الأشخاص وخاصة بين الأم وطفلها .

وحديث بوين عن الاسقاط المتبادل يشبه حديث سوليفان Sullivan (١٩٤٨) عن تقديم القلق أو إحداثه لدى الآخرين بطريقة غير مباشرة Anxiety Induction . وقد اعتقد سوليفان أنه من الممكن إثارة القلق واشاعة التوتر بين الأشخاص في بعض المواقف وخاصة اذا كانت هناك علاقة سابقة بينهم ذات شحنة انفعالية عالية .

والتهديد الانفعالي الاساسي لدى الأم في حالة وجود العلاقة الالتصاقيه الاعتمادية المرضية بينها و بين طفلها والتي يشعر فيها كل منهما بأنه لا يستطيع أن يستقل أو ينفصل عن الآخر ــ التهديد الأساسي يكمن في تقدم النمو الطبيعي لطفلها فتقدم الطفل في النمو في تلك الحالة وانتقاله الى مستوى أكثر نضجاً يثير الأم و يدفعها الى مزيد من التدخل والتهديد لحاجات ومطالب نمو الطفل ، وأحياناً تلجأ دون وعي منها الى الثأر والانتقام لتوقف نزعة طفلها نحو التقدم الطبيعي في النمو، تلك النزعة التي تهدد التوازن الانفعالي لديها والذي درجت عليه خلال السنوات الاولى من حياة الطفل والتصاقه بها ، فعدم نضج الطفل وعدم تقدمه نحو النمو الطبيعي أصبح ضرورياً للاحتفاظ بتوازنها الانفعالي . وكثيراً ما تبدو هذه الظاهرة في مرحلة المراهقة وهى المرحلة التي يتحرك فيها كل مراهق عادي نحو الاستقلال حيث يتحقق النمو الجسمي والجنسي والاجتماعي والانفعالي عادة في هذه المرحلة ، ولكن تحرك المراهق نحو الاستقلال الطبيعي المشار اليه يثير استجابات حادة لدى الأم التي تعاني من العلاقة الالتصاقية المرضية (السمبيوتية)التي سبقت الاشارة اليها ، وتحاول ارغام المراهق الطفل في نظرها على العودة الى الوراء الى المرحلة التي يظهر فيها عاجزاً عن الانفصال عنها وعن تحقيق الاستقلال الذاتي .

وقد أورد بو ين Bowen مثالا لمراهق عمره (١٥) عاماً أصيب بالذهان نتيجة لعجزه عن تحرير نفسه من الر بقة المرضية مع أمه، وربما ينجح بعض المراهقين في التحرر خلال المرحلة الثانو ية ولكنهم ينكصون على اعقابهم خلال المرحلة الجامعية أو بعدها نتيجة لضغوط الحياة الى جانب الأم المستبدة.

وقد أشار بو ين Bowen الى أنه أمكن كسر حدة النمطية الأسرية الجامدة لدى بعض الحالات المريضة من الاسر التي عالجها، وقرر أنه لاحظ أن التحسن والتقدم كان يحدث في الأ بناء المرضى حينما كانت العلاقات الانفعالية بين الأ بو ين تتحسن، وأن الاضطراب كان يعود لهؤلاء الأ بناء ثانية عندما تضطرب علاقة الأ بو ين.

وقد أشار برودي Brodey (١٩٥٩) الى هذه الظاهرة بالقول بأن الطفل الذي لديه الاستعداد للفصام النفسي يعتبر أرضاً خصبة للمعركة التي يحاول الأ بوان حل صراعاتهما عليها، وأنه من أجل جذب انتباه الأ بو ين نحوه بدلا من التركيز على أنفسهما فان الأ بن المريض يعبر عن صراعات الأ بو ين بصورة مرضية تجعل من الصعب عليهما صرف انتباههما أو محاولة حل صراعاتهما بعيداً عنه، والسعي الى حل الصراعات اذا أرادا لها أن تنحل من خلاله، و يتشبث الابن المريض ببقاء الصراع وعدم الوصول الى الحل ليحتفظ بالاهتمام والانتباه المرضي من الابو ين، و بذلك تقع الأسرة سجينة حلقة مفرغة على درجة عالية من النرجسية التي تلف جميع أفرادها وتحيط بكل منهم.

وفي دراسة تتبعية لمظاهر العلاقات الأسرية المرضية وتأثيرها على المصابين بالفصام من أعضاء هذه الأسر ناقش ليدز وأخرون Lidz et.,al., (١٩٥٧) حالة خمس مجموعات من الآبا المصابين بالفصام أو الذين تضم أسرهم مصابين به كنتيجة للعلاقات الزوجية الـ ثلة أو العلاقات الجنسية الشاذة المحرمة بين بعض أفراد تلك الأسر أو نتيجة لما تتصف به تلك العلاقات من مظاهر الاهمال أو النبذ أو العدوان أو نحو ذلك. وفي مراجعة نتائج دراساتهم (١٩٦٠) لاحظ الباحثون أن القلق الذي

يتعرض له الطفل من قبل الأم قد يكون سببه سوء العلاقة بينها و بين الأب، وأن السلوك النابذ من أحد الأ بو ين نحو الأطفال قد يعبر عن الرغبة في التخلص من العلاقة الزوجية التي يمثل هؤلاء الأطفال روابطها وعراها.

وقد استخدم ليدز ومن معه مصطلحات مثل الفصام Schism والالتواء أو عدم التوازن Skew لوصف العلاقات الزوجية أو الأسرية المضطر بة والتي يفشل فيها كل من الزوجين في إشباع الحاجات العميقة للطرف الآخر، وقد تظل تلك العلاقات الزوجية قائمة رغم الشجار المتصل، وقد يبدو على السطح شيء من الانسجام الظاهري المفعل الذي يغلف الخلاف الدفين بين الزوجين، وتؤدي العلاقات الزوجية المنفصمه أو الملتو ية الى محاولة استقطاب الأطفال الى هذا الجانب أو ذاك، والى تكو ين أحلاف وأحزاب داخل الأسرة الواحدة.

أنماط التفاعل المرضي داخل الأسر المريضة:

في دراسة لأسر المرضى الفصاميين الذين اقتضت حالا تهم وضعهم داخل المستشفيات، قام ليمان، وواين، وريكوف، وداى، وهيرتش، Lyman,Wynne,Ryekoffi,Day, and Hirch بوضع مفاهيم توضح التفاعل المرضي وأساليب التواصل داخل الأسر المريضة. وقد اعتمد الباحثون في جمع المادة العلمية على ملاحظات الفنيين والاداريين العاملين بالمستشفى، وعلى نتائج المقابلات الجماعية العلاجية مع جميع أعضاء كل أسرة والمقابلات الفردية مع كل عضو على حدة. وقد وصف الباحثون بعض نماذج وأشكال العلاقات والتفاعلات الشخصية المتبادلة داخل الأسر المريضة تحت العناو ين أو المفاهيم التالية:

١ ــ التكافلية أز التعاونية الكاذبة: Pseudo Mutuality

وهى نوع أو شكل من الترابط الأسرى يهتم فيه أعضاء الأسرة بتحقيق الانسجام بين الأدوار المحددة لكل منهم على حساب الهو ية الفردية، واذا كان

تحقيق الهوية الشخصية والأستقلال الذاتي هو معيار التكافلية أو التعاونية السليمة، فان التكافلية الكاذبة تحول دون تحقيق ذلك. فالاحتفاظ بالوحدة المظهرية و بالتعاون المظهري والانسجام العلني هو الهدف، و يزعم الباحثون أن التكافلية الكاذبة تنطوي على مخاطر تهدد نمو الشخصية، فمحاولات الاستقلال الذاتي أو التفرد الشخصي أو السلوك التباعدي يفسر في هذه الأسر المريضة على أنه نوع من قطع العلاقة أو الرابطة الأسرية، و بالتالي فأنه ينبغي تجنبه. وقد لاحظ واين وآخرون (١٩٥٨) أن السائد في الأسر المريضة هو قلة عدد الأدوار الثابتة، وكثرة تبادل الأدوار، وتعتبر النزعة الأنفرادية أو الاستقلالية فيها من أهم الأخطار التي تهدد الانسجام والوحدة المظهرية في هذه الأسر، واذا ما ألم بالأسرة مكروه فقد يكون السبب فيه فى نظر الأسرة وجود نزعة استقلالية لدى البعض من أفرادها.

٢ ــ القيد المزدوج The double - bind

وقد استخدمه باتسون وجاكسون وهالي وو يكلاند (١٩٥٦) لوصف مواقف من التواصل اللفظي وغير اللفظي بين أعضاء الاسر المريضة، وتضم هذه المواقف اثنين احدهما على الأقل يعتبر الضحية، وتدور موضوعات أو تذكر خبرات هامة تعرض لها الشخص الضحية وتقتضي المواقف ألا يحدث تواصل يهدد بالعقاب بسبب الخروج على الطاعة وأن يحدث في الموقف نفسه تواصل يمنع الشخص الضحية من الهرب من حقل أو ميدان التواصل، و يدرك الشخص الضحية حياته على أنها مبنية على عدد من التفاعلات ذات القيد المزدوج مع الأشخاص الأكثر أهمية في حياته وهما الأ بوان.

وقد وصف باتسون وآخرون (١٩٥٦) أمّ المريض الذي يعاني من موقف القيد المزدوج في علاقته بأسرته بأنها أم متوترة وتغلب عليها العدوانية بسبب أن العلاقة الألتصاقية المرضية بينها و بين ابنها المريض بالفصام مهددة، ولكنها تلجأ الى حيلة دفاعية هى تكو ين رد الفعل لتداري عدوانيتها نحو ابنها المريض وتغدق عليه الحنان والمحبة وخاصة عند غياب الشخصية القو ية من البيت وهى شخصية الأب عادة. وتنحصر مشكلة هذه الأم في محاولة ضبط قلقها على انفصال الطفل عنها وذلك

بمباشرة لون من التواصل والتقارب الانفعالي معه، وقد يدرك الطفل أن هذا الحب الشديد من الأم يخفي عدوانية عميقة لديها نحوه، ولكنه يعي أنه لكي يستطيع الاحتفاظ بما تقدمه له من حب وحنان فان عليه أن يخفي عنها مايعلمه وألا يدعها تطلع على هذه الحقيقة أو تكتشفها في داخل نفسه، فهو يدرك أن من الخطر عليه أن يفسر مشاعرها الحقيقية، وهو غير متقبل لمشاعرها المظهرية وحنانها المزيف ولكنه مضطر الى الاحتفاظ به وعدم الكشف عن زيفه، فهو محاط بالقيد المزدوج.

٣ ــ الانحياز أو التحالف والانقسام داخل الأسر الفصامية:

Alignment and split in the family

ناقش واين (١٩٦١) أنماط الانحياز أو التحالف Alignment ومظاهر الأنشقاق والانقسام Split داخل الأسر الفصامية، و يطلق نمط التحالف أو الانحياز على نموذج من العلاقات التفاعلية يتحد فيه اثنان أو أكثر من أعضاء الأسرة و يرتبطون ببعضهم في جو من المشاعر الايجابية المتبادلة ويمثلون جبهة متحدة لتحقيق أهداف التحالف القائم بينهم، أما نمط الانقسام فيعني أن هناك نموذجاً من العلاقات المنقسمة أو الانقسام المصحوب بمشاعر سلبية. والتحالف والانقسام في الاسر المريضة يحدد الى حد كبير درجة التوازن الانفعالي السائد بين أفرادها.

وقد أشار واين أيضاً الى مفهوم العدوانية المظهرية أو الكاذبة Pseudo hostility وتصف نموذجاً من العلاقات التي تسودها الضوضاء والصراخ والعراك والجلبة والتوتر ولكن تظل العدوانية بين أعضاء الأسرة على المستوى السطحي، وتخدم العدوانية الكاذبة عملية الاحتفاظ بالقلق المرضي وإعاقة كل ما يهدئه من علاقات المودة.

٤ ــ التوازن المرضي الأسري: **Abnormal family homeostasis**

و يصف نموذجاً من العلاقات التفاعلية المرضية بين أعضاء الأسرة،

و يفترض هذا المفهوم حدوث تغيرات في أحد الأعضاء نتيجة لتغيرات حدثت في عضو آخر في الأسرة. وفي المثال الذي أورده جاكسون (١٩٥٧) لهذا النموذج المرضي اتصل زوج بالطبيب النفسي بالتليفون وأخبره بأن زوجته التي تعالج عند هذا الطبيب تعاني من حالة اكتئاب متقطعة وأنها قد عزمت على الانتحار وطلب منه الحضور فوراً، وقد أجاب الطبيب مندهشاً بأنه يعلم أن حالة الزوجة قد تحسنت وأنها لن تقدم على الانتحار، و بعد يوم من هذه المكالمة أطلق الزوج النار على نفسه، ولم تنتحر زوجته.. وفسر جاكسون ذلك بأنه لما كانت الأسرة تعاني من حالة التوازن المرضي الداخلي بين الزوجين ولما علم الزوج أن زوجته بدأت تتغير وتقلع عن إهلاك نفسها بادر هو باهلاك نفسه.

٥ ــ التكميل أو التتميم المرضي للحاجة:

Pathologic need complementarity

وقد طور بوزورميني ناجي Bozormenyi - Nagy (١٩٦٢) على أساس خبرته العملية في العلاج الأسري والفردي المفهوم السابق ليشير الى نموذج من العلاقات المرضية بين الآباء والأطفال. وقد شرح بوزورميني كيف ان الحاجات اللاشعورية للاباء تكمل البناء النفسي للأطفال، وكيف تنتقل الحاجات اللاشعورية لدى الأ باء الى الابناء نتيجة لمتطلبات الأنا الأعلى والتي يتقلبها ويمتصها الأ بناء باذعان، و بتقبل متطلبات الأنا الأعلى لدى الآباء بواسطة الأ بناء يتحقق لهؤلاء الابناء اشباع للحاجة الى الاعتمادية وهكذا يشبع الأ بناء حاجات الأنا الأعلى للآباء و يشبع الآباء حاجات الاعتمادية للأ بناء أي يكمل و يتمم كل من الآباء والأ بناء اشباع الحاجات بالتبادل و يغذي كل من الطرفين متطلبات النرجسية لدى الطرف الآخر. و يؤدي انشغال الطفل بالاشباع المتبادل أو التكميلي الى الفشل تحقيق الهو ية المستقلة الخاصة به والتي تنمي وجوده المستقل عن الأسرة.

و بناء على مفهوم التكميل أو التتميم عند بوزورميني ناجي فان الآباء الذين حرموا من آبائهم عن طريق الموت أو الانفصال قد يلجئون لا شعورياً الى

التخفيف من مشاعر الفقد الاليمة عن طريق تنمية علاقات بديلة مع أطفالهم وخاصة اذا كان الطرف الثاني (الزوج أو الزوجة) قد فشل في اشباع تلك الحاجة و يأخذ الأ بن في هذه الحالة صورة الجد الفقيد أو تأخذ البنت صورة الجدة الفقيدة وقد دافع بوزورميني ناجي عن مفهوم التكميل أو التتميم وفضله على مفهوم واين عن التبادلية أو التعاونية الكاذبة أو المظهرية لأن هذه الأخيرة عبارة عن ر باط مزيف وخبرة فارغة اما التكميل أو التتميم وان كان في طبيعته نكوصاً ولكنه يؤكد خبرة الانتماء والارتباط والتوحد بين أفراد الاسرة.

طرق البحث وأدوات وأساليب العلاج الأسري:

أما بالنسبة لطرق البحث في الأسرة والمشكلات التي تواجه الباحثين فيها فقد عقد (فرامو1965 J ,.Framo) لذلك فصلا بعنوان (البحث المنظم لديناميات الأسرة) ضمن كتاب (العلاج الشامل للأسرة).

وقد بين (فرامو) ان دراسة الاسرة استفادت من الاساليب والادوات التي استخدمت في دراسة الجماعات الصغيرة وان هناك ما يشبه الاجماع بين الباحثين على أن الاسرة هى المحور لدراسة هذه الجماعات، وفرق بين محتوى الدراسات في الجماعات الصغيرة ومحتواها في دراسة الأسرة، ففي الجماعات الصغيرة يتركز الاهتمام غالباً في الأنظمة الاجتماعية والثقافية وفي دراسة الشخصية، فيما تهتم دراسات الأسرة بمشكلاتها وبما يرفع من فاعليتها وكفاءتها و يعدل من اتجاهاتها و يقلل من صراعاتها و يطور مستو ياتها و ينمي أدوار كل عضو فيها.

و يرى (فرامو) أن دراسات الجماعات الصغيرة داخل المصنع أو المدرسة أو الجيش أو داخل المؤسسة الاجتماعية أو الاقتصادية أو السياسية المعينة قد حققت تقدماً من حيث طرق البحث وأدوات الملاحظة ومن حيث محتوى الدراسات وموضوعاتها حيث تناولت قضايا التعاون والتنافس وصنع القرار واختيار الأفراد، وشبكة الا تصال ونمو الشلل، وتوزيع السلطة، والترابط بين العضو والجماعة، وتأثير المتغيرات الشخصية في سلوك الجماعة ونحو ذلك من الموضوعات.

وقد يرجع التقدم المشار اليه والذي حققته دراسات الجماعات الصغيرة الى صعوبة إخضاع الاسرة للتجارب التي تجرى على الجماعات داخل المؤسسات المشار اليها .

ولقد تأثرت دراسات الأسرة سواء من حيث المنهج وطرق البحث أو من حيث المتغيرات أو المحتوى او موضوعات الدراسة بدراسات الجماعات المشار اليها . فاذا كان موضوع القيادة من أهم الموضوعات التي أجريت عليها الدراسات في الجماعات الصغيرة على الرغم من التحفظات التي أوردها (كارت رايت Cart wright وزاندر Zander ١٩٦٢) على هذه الدراسات إلا أن البحث عن دور القائد في داخل الأسرة ومن له السيادة على الآخرين بين أعضائها وهل القيادة فيها ثابتة أو متحركة يعتبر من تأثير دراسات الجماعات الصغيرة على دراسات الأسرة .

وتعتبر فكرة القيادة وضرورة وجود الدور القيادي داخل الأسرة فكرة ثقافية ، وما تكشف عنه الدراسات في هذا الصدد من أن الزوج أو الأب هو السيد أو القائد في الأسرة في كثير من المجتمعات لا يعبر عن الحقيقة والواقع حيث كشفت الملاحظات العلمية الدقيقة لسلوك الأسر بصورة شاملة عن أن القيادة تنتقل وتتحرك داخل الأسرة ، كما أنه في كثير من الأسر يتقلد الأب دوراً ثانوياً بالمقارنة الى دور الأم أو الزوجة ، بل إنه في بعض الحالات قد يتقلد الأ بناء دور الآباء (Schmideberg, 1948) ولقد تفرعت دراسات البحث عن القيادة داخل الأسرة النوو ية وأشارت تلك الدراسات الى ان هناك محورين أساسيين هما : محور القوة والسيادة أو التوجيه ، ومحور التنفيس ، والمحوران متقابلان ، حيث يهتم الأول بالسلوك العملي الموجه نحو تحقيق الأهداف و يهتم الثاني بالسلوك الانفعالي الاجتماعي ، فاذا أخذت الأم دور القوة وأصبحت الموجه للسلوك نحو الأهداف وأخذ الأب دور التنفيس والاهتمام بالجوانب الانفعالية فسوف تتأثر الأدوار التي يتقلدها الأطفال نتيجة لعمليات التوحد أو التقمص والتقليد التي يقومون بها . و يؤكد الباحثون في هذا الصدد خطورة استيلاء الأ بناء على أدوار الآباء لما يعبر عنه من رفض للأ بوة قد ينمو مع الأ يام وقد يؤدي الى النكوص المرضي في المستقبل كلون من الحنين الى تحصيل واشباع مافات أوانه من عطف الأ بوة خلال الطفولة المبكرة .

وقد يطول المقام بتتبع التأثيرات التي لحقت بدراسات الأسرة سواء من حيث الطرق والأدوات أو محتوى الموضوعات نتيجة لتأثير دراسات الجماعات الصغيرة واعتبار الأسرة جماعة من تلك الجماعات، وليس ذلك هدفاً لهذه الدراسة، اما طرق البحث وأدواته التي استخدمت في دراسة القضايا والمشكلات والعلاقات ومظاهر التفاعل بين أفراد الأسرة فتشمل ما يلي :ـــ

١ ـــ مواقف تجريبية مصممة ومضبوطة مثل :
ـــ أسلوب كشف التناقضات أو إثارة الاختلاف في وجهات النظر لإزالة التحفظ وتشجيع التلقائية بين أعضاء الاسرة.
ـــ أسلوب استخدام ضغوط الجماعة.

٢ ـــ أسلوب الملاحظة المباشرة داخل البيوت وفي المواقف الطبيعية في الحياة اليومية العادية.

٣ ـــ أسلوب الملاحظة غير المباشرة أثناء المقابلات الأكلينيكية العلاجية مع الأسر المريضة أو المضطربة وتشمل الملاحظات الأكلينيكية أساليب لعب الأدوار بالتبادل بين أعضاء الاسرة، والمقابلات الفردية مع كل عضو من الأسرة منفرداً ثم مقابلة الاسرة ككل.

٤ ـــ أسلوب الاختبارات والمقاييس النفسية وخاصة الاختبارات الاسقاطية في المواقف العلاجية.

٥ ـــ المقابلات الاستطلاعية مع الاسر العادية أو غير المريضة.

و يرى فرامو أن استخدام التجارب والمواقف التجريبية بصورها المختلفة في دراسه الاسرة بصفة عامة محفوف بالصعوبات وكثيراً ما يؤدي الى نتائج مضللة. فأفراد العينة في التجربة يختلفون فيما بينهم في درجة الاستعداد والتهيؤ والرغبة في التعاون عن أفراد الاسرة الحقيقية التي يعلم أفرادها أنهم يعيشون في مواجهة مستمرة قبل اجراء الدراسة و بعدها.

والاسر التي يتم تشكيلها بهدف اجراء التجربة هى في الواقع جماعات وقتية عارضة لا تتوفر فيها خصائص الجماعات الحقيقية ولا خصائص الاسر الطبيعية

والتفاعل بين أعضاء جماعات التجربة هو تفاعل مظهري لا يعبر عن الصور الحقيقية للتفاعل الحقيقي داخل الأسرة الطبيعية كما أن اهتمام المجرب أو الباحث بالمناقشات والألفاظ وبمدى المشاركة اللفظيه لأعضاء الجماعات التجريبية في المناقشات التي تكلف بها الجماعة يصرفه عن ادراك التأثير الحقيقي للأعضاء والذي لا تكشف عنه الكلمات أو المناقشات في الأسر الحقيقية وانما تعبر عنه وسائل أو رموز خفية أخرى يتعارف عليها أعضاء الأسرة المعينة وتشمل النظرات وتقطيبات الوجه أو حركته أو ابتسامته أو غير ذلك من الأشارات أو الايماءات. فالفرد في اسرته لا يستمد التأثير والتأثر من مجرد اشتراكه في المناقشة أو في اتخاذ القرار وانما يستمد قوته أو قيمته من أهميته الحقيقية أو العملية في الأسرة ومن أهمية الأدوار التي يضطلع بها داخلها ودرجة اعتماد الأسرة عليه في حياتها أو في اشباع حاجاتها وتحقيق أهدافها ومثل هؤلاء الأفراد صمتهم قد يكون أبلغ تأثيراً في التفاعل الأسري من كثير من الالفاظ والمناقشات التي يقوم بها غيرهم.

١ ــ المواقف التجريبية:

أ ــ اسلوب كشف التناقضات:

قام (ميلز Mels ١٩٥٣) بتشكيل جماعات ثلاثية يتآلف اثنان منها فيما بينهم و يشكلان جبهة واحدة ضد الثالث، و يضطر هذا الشخص الثالث الذي يشكل وحده جبهة مستقلة الى أن تكون علاقته قائمة على القوة اذا وضع في دور القائد وقد وجد أن هذا القائد في نظر الشخصين المتآلفين قد أصبح مهرباً أو نظر اليه على أنه عدو مشترك يحتم وجود الاتحاد والتعاون والترابط بينهما ليتمكنان من مجابهته. وقد طور (ستوردت بك Stordt beck) هذا الأسلوب واستخدمه في دراسة تجريبية لأسر ثلاثية العدد صممت على أساس تكوين جبهة من اثنين ضد الثالث كما سبقت الاشاره اليه ولكن (ستوردت بك) لم يؤكد ما وصل اليه (ميلز) من نتائج وقرر أن التقسيم الثلاثي والذي يستخدم في دراسة بعض الجماعات الصغيرة لا يصلح لدراسة الأسرة.

ومن الدراسات التي استخدمت أسلوباً قريباً من الأسلوب السابق في دراسة الجماعات الصغيرة ما قام به (فستنجر و بيبتون ونيوكومب) (١٩٥٢) (Festinger,Pepitone and Newcomb) من إثارة الاستخفاف والاشمئزاز بين أعضاء الجماعات التجريبية بحيث ينظر البعض منهم الى البعض الآخر على أنهم غير مهمين، وقد كانت النتيجة تشجيع السلوك غير المتحفظ والتخفف من القيود والضوابط السلوكية التي تمارس عادة داخل الجماعة، ومع ان التلقائية أو عدم الضبط والتحفظ كثيراً ما تقع أثناء التفاعل الطبيعي بين أعضاء الأسرة الا أنه أمر مختلف عن ذلك الذي صممت على أساسه التجربة، فما يحدث بين أفراد الأسرة هو شيء من رفع الكلفة بسبب شدة الروابط وقوتها وليس بسبب الازدراء أو الاستخفاف بالآخرين كما يحدث داخل الجماعات التجريبية أو العفوية، فالأسرة الطبيعية تبني نظاماً للضبط داخل نفوس أفرادها ويختلف هذا النظام من أسرة الى أسرة في طبيعته ودرجته وأسلوب ممارسته وفي المواقف والمظاهر السلوكية التي تخضع له، فبعض الأسر تشجع ألواناً من السلوك خارج الأسرة أو تتقبله على الأقل ولكنها لا تسمح بممارسته داخل الأسرة، كما أن هناك أعمالا وتصرفات يمارسها الأعضاء داخل الأسرة في حرية وتلقائية ولكنهم لا يستطيعون ممارستها خارج الأسرة ولا داخلها أمام شخص غريب، ولما كانت الأسر الطبيعية ذات قوة ضاغطة ونظام للضبط يختلف عن الجماعات التجريبية أو الثانوية أو العفوية ونحوها والتي تحفل بالمنافسات وسوء التفاهم والاختلاف في الرأي (كجماعات النوادي وجماعات الموظفين) فان ما يصلح من أساليب لدراسة تلك الجماعات قد لا يصلح لدراسة الاسرة، فمثل هذه الجماعات المشار اليها يمكن الانسحاب منها دون نتائج نفسية خطيرة بعكس الأسرة، ولذا فان ما يحدث داخل الأسرة الطبيعية من خلافات وتجارب قاسية وخبرات مؤلمة واحباطات شديدة له آثار نفسية مدمرة لنمو شخصية الفرد ومعوقة لحريته وانطلاقه ونضجه النفسي الذي يساعده على الاستقلال عن الأسرة فيما بعد.

إن الاستقلال عن الأسرة والعيش بعيداً عنها لأسباب أخرى غير المنازعات والصراعات والخلافات وسوء التفاعل أو التفاهم ليست له آثار نفسية سلبية في أغلب

الأحوال بل انه قد يمهد الطريق الى الاستقلال المادي والى النضج النفسي في المستقبل. فالولاء للأسرة والمبني على روابط الدم والعشره والمعايشة والألفة النفسية يفوق كل الولاءات الأخرى في الجماعات المختلفة، وتظهر قوة هذا الولاء المتبادل بين أعضاء الأسرة حينما تتعرض كلها أو بعض أفرادها للخطر أو النقد أو التحقير أو التهديد حيث يتحول الى قوة هجومية كاسحة (Killan ,1952).

ب ــ أسلوب استخدام ضغط الجماعة:

بحث آش (Ashe ١٩٥١) وشريف (Sherif) وكانتريل (Cantril) (١٩٤٧) خلال تجارب معملية تأثير الاقناع على الأفراد الذين يتعرضون لضغط من الجماعة التي ينتمون اليها ويخضعون لمعاييرها وضوابطها حتى ولو كانت تلك المعايير مجافيه للحق والواقع في نظرهم.

وكان (آش) ومن معه في تجاربهم يتفقون مع غالبية الأعضاء على نقطة معينة ثم يستخدمون إجماع الغالبية للضغط على أحد الأعضاء ممن لم يعلموا شيئاً عن التجربة وذلك بهدف الكشف عن قوة تأثير الاجماع والجماعة وملاحظة مدى المقاومة التي يبديها الفرد في هذا الموقف ومدى استعداده لتغيير رأيه وتعديل ادراكه المحسوس مسايرة للجماعة.

و يلاحظ أن ضغوط الأسرة لا تأخذ هذه الصور التجريبية ولكنها أكثر قوة وأكثر تعقيداً من تلك الضغوط التجريبية المشار اليها.، ففي داخل الأسرة كثيراً ما يضطر الفرد الى مسايرة الكثير من الأمور التي يقررها الآباء دون أن يؤخذ رأيه حتى وإن بدت له غير منطقية أو غير طبيعية، و يتقبل عضو الأسرة هذا الضغط القوى ليساير الضوابط الأسرية التي تحفظ كيان الأسرة ونظامها، وتلجأ الأسرة غالباً الى أساليب مختلفة لاقناع أفرادها لكي يسايروا ضوابطها ونظامها، وتتدرج هذه الأساليب من محاولات الشرح والتبرير، الى التهديد والعقاب البدني المباشر، الى الحرمان من الحب أو التهديد بالنبذ والكراهية ونحو ذلك.

وتعتمد فاعلية ضغوط الأسرة وتأثيرها على أفرادها على ما تشبعه العلاقة الأسرية من حاجات ودوافع نفسية ومادية واستغلال هذه الحاجات والتهديد بالحرمان من الحب والحنان له تأثيرات سلبية كثيرة حيث تؤدي الى القلق والى الشعور بالذنب (وايتنج وتشايلد ١٩٥٣) فارغام الأطفال على المسايرة والخضوع لضغوط الأسرة باستخدام عبارات مثل : (سوف تكونون سبب موتي أو هلاكي، أو نحو ذلك من المواقف التي يهدد فيها الأب المريض أو الأم المريضة بالوقوع فريسة للنوبة المرضية اذا لم يرضخ الأ بناء لآرائهم ورغباتهم) يؤدي الى الشعور بالذنب والى القلق والعصاب في المستقبل.

٣ ــ أسلوب الملاحظة المباشرة للتفاعل الأسري داخل البيوت في الحياة اليومية الطبيعية:

وقد اعتمدت هذه الملاحظات على استخدام مقاييس التقدير لسلوك الآباء والتي طورها(فلس)Fels, parent behavior rating scales وقد صمم هذه المقاييس (تشامني) (Champney) (١٩٤١) واستخدمها (بلدو ين) (Baldwin) (١٩٤٩)، والدراسات التي قام بها (بيشوب) (Bishop) (١٩٥١) (وموستكاز) (Moustakas) وسيجيل (Sigel) و(سكالوك) (Schaloc) (١٩٥٦) تعتبر أيضاً من الدراسات التي اهتمت بالتفاعل الأسري بين الآباء والأطفال واستخدمت أسلوب الملاحظة المباشرة في المواقف الطبيعية داخل البيوت وقد أفادت مثل هذه الدراسات في وضع جداول لتصنيف الملاحظة الخاصة بتفاعل الاطفال والأمهات إلا أنها لم تصل الى التعامل العميق الكامل مع طبيعة التفاعل الداخلي للاسرة، كما أن مثل هذه الملاحظات لا تستمر عادة لوقت طو يل حيث لا تسمح طبيعة الاسر بذلك بالاضافة الى أن هذه الملاحظات لا تأخذ في الاعتبار عوامل أخرى لها تأثير على طبيعة التفاعل الأسري وذلك مثل مقومات الزواج في الأسرة وتأثيرات أسر الزوجين وغيرهم على العلاقات التفاعلية داخل الأسرة المعينة وتأثيرات العوامل الأسرية مجتمعه على طبيعة التفاعل بين الأطفال والامهات.

وقد سبقت الاشارة الى أن أسلوب كشف التناقضات وإثارتها بين أعضاء الأسرة في المواقف التجريبية والتي استخدمها (ستوردت بك) (Stordtbeck) (١٩٥١) وكان يطلب فيها أحياناً من الزوجين أن يقارنا بين أسرتين أو ثلاث من معارفهم من حيث درجة السعادة والنجاح والطموح وغير ذلك من القضايا الخلافية التي تستثير الجدل والمناقشة والاختلاف، مثل هذه التجارب أثبتت أنه حين تستخدم تلك الأساليب مع الأسر الطبيعية في مواقف الملاحظة المباشرة في المنزل لا تجدي في الكشف عن طبيعة التفاعل الأسري إذ أن الأسرة تحاول دائماً ان تظهر نفسها بمظهر التماسك والتعاون والترابط والقوة وخاصه أمام الغرباء، وتتفق هذه الحقائق الاخيرة مع ما كشف عنه (واين) (Wynne) (١٩٥٨)، والذي أطلق عليه مصطلح (التضامن الكاذب) (Pseudo Mutuality)، وذلك من خلال ملاحظاته الاكلينيكية في علاج بعض الأسر المضطربة، فقد قرر نتيجة لهذه الملاحظات أن هناك حاجة أو دافعاً الى إظهار الأسرة أمام العالم الخارجي في صورة من القوة والتماسك وأن هذا الدافع يمنع التعرف الحقيقي على طبيعة التفاعل في الشئون الداخلية الخاصة بالأسرة.

٣ ــ الملاحظات الاكلينيكية في دراسة الأسرة:

استخدم بعض الباحثين أسلوب الملاحظات الاكلينيكية لدراسة التفاعل بين أفراد الأسر المريضة، ومن هؤلاء (لفنجر) (Levinger) (١٩٥٩) و (فريرا) (Ferreira) (١٩٦٣) و (تتشنر) (Titchener) و (دزمور) (Dizmure) و (جولدن) (Golden)، و (اميرسون) (Emerson) (١٩٦٣) و (تتشنر واميرسون) (١٩٥٨).

وقد أفاد (لفنجر) أن تبادل الأدوار بين الزوج والزوجة له تأثيرات سلبية على الأطفال وكثيراً ما يؤدي الى اضطرابهم، ولكنه لم يورد ملاحظات على الطريقة. اما (فريرا) فقد عقد مقارنة بين أسر مريضة وأسر عادية فيما يتصل بعملية اتخاذ قرارات جماعية موحدة بعد الوصول الى قرارات فردية خاصة، وقد وجد أن درجة الاتفاق بين قرارات الافراد كأفراد وقرارات الأسرة ككل كانت عالية بين الأسر العادية أو السليمة ومنخفضة بين الأسر المريضة. أما (إميرسون وتتشنر) (١٩٥٨) فقد درسا العلاقات التفاعلية داخل الأسرة وتأثيرها على سمات شخصية الفرد وحاول

الباحثان الربط بين سمات الشخص ونمط التفاعل داخل الأسرة التي ينتمي اليها واستخدما بعض المقاييس الفرعية مثل مقياس الدور وعمليات التوحد ودرجة القرب أو البعد في الروابط الأسرية، وعملية الاتصال، وعقدا مقابلات مع الأسرة ككل ولاحظا التفاعل عن طريق تسجيل الصوت والنظر من وراء الزجاج العاكس للرؤية من وجه واحد كما سجلا التفاعل غير اللفظي بواسطة الجداول التصنيفية لـ (بالز) والتي سبقت الأشارة اليها.

وقد أفاد الباحثان أنهما استفادا كثيراً من الحقائق المتعلقة بالأسرة بواسطة هذه الطريقة ولكن يؤخذ عليها كثرة التشويش والاضطراب الذي يمكن أن تسببه الأجهزة، كما أن التسجيل الصوتي لا يعبر عن التأكيدات التي تصحب الكلام عادة من خلال الملامح. ولا يعبر عن ردود الأفعال غير اللفظية التي يبديها الأعضاء على أثر سماع بعض الحقائق أو التعليقات.

لقد ثبت من الأساليب الاكلينيكية وما سبقها من أساليب أن الدافع لدى الأسرة الى أن تبدو في نظر الآخرين سليمة متماسكة أقوى كثيراً من جميع الأساليب التجريبية التي حاولت الدراسات المختلفة استخدامها للكشف عن حقيقة التفاعل الداخلي ودرجة الترابط الانفعالي بين أفرادها، ولم يشذ عن هذه القاعدة إلا بعض الأسر غير السوية، أو بعض الأسر التي كانت تقع تحت ضغوط معينة، وهكذا تبدو البحوث في مجال ديناميات الأسرة وطبيعة التفاعل بين أفرادها محفوفة بالصعوبات الخاصة بالمنهج و بالطريقة، وما يصلح لدراسة الجماعات الصغيرة من أساليب وطرق قد لا يصلح بالضرورة لدراسة الأسرة، فالأسرة ليست مجرد تجمع من الأفراد كالكثير من جماعات الدراسة، والاعتماد على عبارات لفظية لأفراد الأسرة يصفون بها أنفسهم وأسرهم أو يصفون أعضاء آخرين في الأسرة تعتبر مضللة أو خادعة، كما أن الاهتمام بالتفاعل المظهري أثناء التجارب أو المقابلات المصممة لا يكشف عن النبض الداخلي الحقيقي لعمليات التفاعل العميقة داخل الأسرة.

٤ ــ الاختبارات النفسية:

إن الاتجاه الحديث في دراسة الأسرة يعتمد على الاختبارات النفسية، وخاصة الاختبارات المنظمة بطريقة تجعل الكشف عن ديناميا تها أمراً ممكناً. لقد اعتمدت (سكلر) (Schler) ومساعدوها (١٩٥٧) على بطارية اختبارات فردية إسقاطية لمحاولة التعرف على التفاعل الأسري وقامت بتحليل التشابه بين الأطفال والآباء في نماذجهم وحاجاتهم وصراعاتهم عن طريق مقارنة إجاباتهم بمعلومات جمعها معالجون نفسيون خلال جلسات عقدت مع أفراد الاسرة ثم مع الاسرة ككل لمدة عامين، وقد أظهرت المقارنة تشابهاً لدرجة عالية فيما يتصل بالخصائص الشخصية للأفراد ولكن محاولات الكشف عن طبيعة التفاعل الأسري لاقت نجاحاً محدوداً.

وقد اقترح (رومان) (Roman) و(بومان) (Boman) (١٩٦٠) طريقة سمياها طريقة اختبار التفاعل، وقد بنيا طريقتهما على الفرض النظري الذي يقرر أن الجماعة عبارة عن كل دينامي ذي خصائص متفردة لا يمكن استنباطها من خصائص كل فرد على حدة، وتقوم هذه الطريقة على اختبار كل فرد على حده ثم استخدام اختبارات مثل (وكسلر والرورشاخ) واختبار تفهم الموضوع (T.A.T) ونحوها كاختبارات جماعية مع تعليمات تفيد بأنهم كجماعة يجب أن يصلوا الى اجابات موحدة.

و بهذه الطريقة تم وصف ثلاث أنواع من التفاعل وهى:

١ ــ التعزيز وفيه تكون استجابة الجماعة هى نفس استجابة الفرد عندما تم اختباره على انفراد.

٢ ــ الانبثاق وفيه تكون استجابة الجماعة مختلفة عن استجابة جميع الأعضاء حين تم اختبارهم منفردين.

٣ ــ الاختيار وفيه تتفق استجابة الجماعة كجماعة مع استجابة عضو على الاقل من أفرادها عندما تم اختباره منفرداً من قبل.

وقد استطاع الباحثان بهذه الطريقة تقديم مادة وصفية إكلينيكية تساعد في

الكشف عن أنواع التفاعل المختلفة، و يعتبر ذلك ميزه من ميزات استخدام الاختبارات في دراسة التفاعل بين أفراد الأسرة.

و يرى الباحثان أن استخدام اختبارات التفاعل لا توضح فقط كيف تتم هذه العملية ولكنها توضح أيضاً خصائص الجماعة كجماعة وتقدم مادة علمية هامة عن تأثير الجماعة على الخصائص الشخصية والعقلية لأفرادها وقد استخدم (لوفلاند) (Laveland) و (واين) (Wynne) و (سنجر) (Singer) (١٩٦٣) اختبار (رورشاخ) في دراسة الأسرة وطلبوا من كل فرد من أفراد الأسرة أن يقوم بتفسير بقع الحبر التي يتكون منها الاختبار للآخرين وذلك من غير وجود الباحث أثناء هذه العملية و بدون إشعارهم بضرورة الا تفاق فيما بينهم على تفسير موحد لكل صورة.

وتدل نتائج هذه الدراسة على وجود تأثير للجماعة ككل على خصائص كل فرد من أفرادها وخاصة فيما يتصل بصعوبات الا تصال وأساليب التفكير ونماذجه.

و يرى (فرامو) (Framo) أن الملاحظات المباشرة في دراسة الأسرة تعتبر غير فعالة كما سبقت الاشارة اليه لأنها عادة ما تؤدي الى التصنع أو التكلف أو التحفظ أو نحو ذلك من السلوك الذي لا يعبر عن الصورة الواقعية للتفاعل الأسرى كما أن المقاومة الخفية التي تبديها الأسرة خوفاً من انكشاف أمورها وخوفاً على العلاقات والروابط الداخلية بين أفرادها يجعل الحصول على معلومات هامة من أصعب الأمور في حياة الأسرة.

ومن أجل ذلك يفضل الباحثون الملاحظات غير المباشرة في المواقف الطبيعية حيث تغلب التلقائية وحرية التصرف على سلوك الأسرة، ولكن المشكلة هى كيف يتم ذلك. ان تحقيق هذا الهدف يقتضي وضع حياة الأسرة كلها تحت ضبط الأدوات العلمية الحديثة دون أن تشعر بذلك ولكن هذا في حد ذاته أسلوب غير أخلاقي لا تقره الدراسات العلمية. إن المتغيرات الهامة ذات التأثير القوي في التفاعل الأسري تظهر بصورة تلقائية حينما يندمج أعضاء الاسرة في نشاط تفاعلي يستغرق وقتاً طو يلا وذلك يقتضي تطو ير أساليب وأدوات خاصة للدراسة ولا يمكن تحقيق ذلك في الأسر

السليمة أو العادية، إذ أنه من الحقائق الثابتة أن تلك الأسر لا تسمح بالكشف عن أسرارها ولا بالوقوف على نظامها التفاعلي الداخلي بين أفرادها، وقد يكون من الممكن تحقيق ذلك في الأسر المريضة أو التي تعاني أو يعاني بعض أفرادها من أمراض عقلية أو انحرافات سلوكية. ففي مثل هذه الأسر يمكن استخدام الموقف العلاجي للأسرة ككل ولكل فرد من أفرادها على حدة وسيلة للكشف عن نظام التفاعل وطبيعته بين أفرادها حيث يؤدي المرض أو الانحراف والرغبة في الحصول على المساعدة والعلاج الى الحديث عن الكثير من الأسرار.

٥ ــ وفي النهاية يعتقد فرامو أن عقد سلسلة من الجلسات الاستطلاعية مع بعض الأسر السليمة أو العادية لمناقشة بعض الموضوعات أو القضايا العادية أو العامة التي تتعرض لها الأسر عادة ومناقشتها بصورة جماعية يعتبر أحد الأساليب المفيدة في دراسة التفاعل الأسري، ولكنه يرى أن الموقف العلاجي مع الأسر المريضة يقدم فرصاً أفضل لفهم عملية التفاعل في مشكلات أخرى غير عادية أو غير عامة.

(Boszoremenyi, and Framo, 1965)

مناقشة حول مفاهيم وأنماط العلاج الأسري

يتيح العلاج الأسري لأعضاء الأسرة مجتمعين فرصة التنفيس عن المشاعر الحبيسة بصورة رمزية أو غير مباشرة وأحياناً بصورة مؤلمة ومؤذية، فالمواجهة والحضور المادي لأعضاء الأسرة داخل المناخ العلاجي قد يكشف الأمور الدفينة ويجعلها تبدو صريحة فتسهل عملية التفريغ الانفعالي، ويجد أعضاء الأسرة الفرصة لأن يقولوا لبعضهم البعض الأشياء التي لم يستطيعوا من قبل الافضاء بها. ولكن الأمر لا يبدو بهذه البساطة إذ أن الدراسات التي سبقت الأشارة اليها وغيرها قد كشفت عن حقائق كثيرة و بينت أن كل أسرة تكاد تنفرد بنظامها التفاعلي وأسلوبها التواصلي وتتميز بخصائصها ومعتقداتها وقيمها وخرافاتها ونظام الدور فيها وشبكة الأتصالات والارتباطات أو الانقسامات الداخلية بينها.

إن اجتماع الأسرة في الجلسة العلاجية قد يتيح الفرصة للأعراض المرضية لكي تتجسم وتظهر على حقيقتها، وقد يبرز الدوافع والرغبات المسببة لعدم التوافق،

وقد يكشف عن الاسقاطات والتبريرات وردود الفعل المرضية وغير ذلك من الحيل والتصرفات التي توضح الكثير من أسباب المرض وأبعاده المختلفة داخل الأسرة.

لقد سبقت الاشارة الى أن الأعراض المرضية لدى بعض أعضاء الاسرة تخدم عمليات تحقيق التوازن المرضي بين الصراعات الخفية في الأسرة، والى أن السلوك انما يتحدد و يتقرر من خلال التفاعل بين هذه القوى والصراعات الخفية، كما يتقرر بالأنظمة الدافعية للآخرين من أعضاء الاسرة وخاصة من لهم أهمية في إشباع أو إحباط الحاجات والدوافع بالاسرة.

لقد أدى الكشف عن هذه الحقائق الى حدوث التحول في التفكير العلاجي الأسرى وأصبح المعالجون النفسيون في مجال الأسرة يدركون أن الأسرة المريضة تحتفظ بدرجة ما من التوازن الداخلي، وأن الصراعات الداخلية مرتبطة بالنظام الكلي للتفاعل، و بطبيعة العلاقات السائدة في الأسرة، وأن العمل مع الفرد المريض وحده وتقدمه في العلاج بعيداً عن الأسرة قد يؤدي الى سقوط عضو آخر منها في المرض لكي يعود التوازن للنظام الكلي، ولذا فانه لا مناص من العمل مع الأسرة.

ان الكشف عن طبيعة العلاقات والتفاعلات ونظام الدوافع والقيم وتوزيع الأدوار هو محور العلاج الأسري وهو المفتاح لكثير من مشكلات هذا العلاج، ولا يمكن للأسلوب التقليدي في العلاج الفردي أو علاج كل فرد من أعضاء الأسرة على حدة أن يكشف عن هذه العلاقات والأنظمة التفاعلية في الأسرة.

لقد انتهت الفترة التي كان العلاج الأسري فيها يعتمد على جمع البيانات عن الأسرة المريضة من خلال التقارير الفردية للمرضى عن أسرهم أو من خلال المقابلات الفردية مع كل من أعضاء الأسرة على أنفراد، وحقق العلاج الأسري تقدماً حقيقياً عندما حاول ملاحظة الأسرة كلها في مواقف تفاعلية طبيعية.

لقد استفاد العلاج الأسري من العمل مع أسر المصابين بالفصام، وأصبحت المبادىء والمفاهيم التي سبقت الاشارة اليها تستخدم ليس فقط في علاج الفصام

الأسري ولكن أيضاً في علاج الصعوبات والاضطرابات الانفعالية المختلفة في حياة الأسرة.

إن مراكز الصحة النفسية ومستشفيات الأمراض العقلية القائمة حالياً يجب أن تتغير وتتطور تبعاً لتطور التفكير العلاجي الأسري، وأن تعد بصورة تجعلها مراكز نفسية وعقلية للأسرة، إن مؤسسات الخدمة النفسية والاجتماعية ومؤسسات الأحداث والجانحين ونحوها تواجه نفس الموقف الذي تواجهه مراكز الصحة النفسية ومستشفيات الأمراض العصبية.

ان المرشدين والأخصائيين والأطباء النفسيين العاملين في المؤسسات والمراكز والمعاهد والمدارس والمصانع في مجالات الوقاية والارشاد والعلاج والتوجيه والتأهيل والرعاية وغير ذلك من المجالات يحتاجون الى إعادة النظر في مفاهيمهم وأساليبهم وأدواتهم على ضوء ما أحرزه العمل في مجال العلاج الأسري من تقدم وما كشف عنه من حقائق.

ولا ينبغي أن يغيب عن الاذهان لحظة أن كشف الأسرة وتعريتها وتعريض العلاقات والتفاعلات والصراعات الداخلية بينها للملاحظة المباشرة الموضوعية وللتأمل والفحص والتشخيص الدقيق ليس أمراً سهلا، وليس مجالا مفتوحاً لغير المتخصصين والدارسين المتعمقين كما أنه محفوف بالكثير من المحاذير والأخطار.

وفي هذا المقام ينبغي التنبيه الى أن العلاج الأسري لايزال في بداية الطريق ويحتاج الى كثير من البحث والدراسة والتطوير حتى يصل الى درجة كافية من الصدق والتقنين ومن القدرة على الكشف والتنبؤ.

إن سوء الفهم وسوء الاستخدام والتطبيق للعلاج الأسري قد يسيء الى هذا الأسلوب أو يجعل ضرره أكثر من نفعه، ولا يكفي في ممارسته مجرد الخبرة من خلال دورة تدريبية وانما لابد من تحقق الكفاءة المبنية على الدراسة والتدريب المتخصص.

لقد أشار الباحثون في ميدان العلاج الأسري الى بعض الصعوبات التي

يمكن أن يواجهها الممارسون له ومنها المآزق التي يجد المعالج نفسه فيها في مواجهة الأسرة المريضة حين تكتشف تلك الأسرة أن قيمه أو نظام القيم لديه يختلف عن قيمها، أو أن ثقافته أو عقائده أو خلفياته الاجتماعية أو وضعه الطبقي أو السلالي أو نحو ذلك يختلف أو يتناقض مع الأسرة، إن النتيجة المتوقعة لمثل هذا التناقض هو الفشل المتبادل أو العجز المتبادل بين المعالج والأسرة عن الفهم وتحقيق التقدم المطلوب.

وقد تؤدي طبيعة الأسلوب العلاجي إلى إحداث الا ثارة وابراز التناقض في الأسرة وكسر حدة النظام المرضي للتفاعل والتواصل الفصامي داخل الأسرة، وقد تكون إثارة الحوار والجدل هدفاً يصل من ورائه المعالج الى ما يريد ملاحظته ولكن النتائج قد تكون على عكس المتوقع فقد تزداد حدة التوتر والنزاع وعدم الانسجام وتحدث الثورات، وقد يقع الهياج والعدوان المادي من بعض المصابين بالهستيريا أو بالادمان من أعضاء الأسرة، وقد يتطور الشقاق و يقع الانفصال أو الطلاق (جاكسون ١٩٦١ ــ سكافر وهالبرين ١٩٦٢).

وقد ينخدع المعالج الأسري بما يدور أمامه من تفاعل ومناقشات وجدل وتناقضات و يظن أنها تكشف عن الصراعات الحقيقية الدفينة والعلاقات المرضية المسئولة عن المرض بينما هى في الواقع لا تكشف عن شيء وقد تكون لمجرد استهلاك وقت المقابلة العلاجية فقد سجل هالي Haley (١٩٦٢) وجود عدم اتفاق بين ما يقال في المقابلة العلاجية للأسرة و بين ما يقصد أن يقال أو ما ينبغي أن يقال، وذهب هالي الى أن المريض قد يهرب من المناقشة المعقولة بل و يعوقها أحياناً و يدخل مع المعالج في متاهات ومناقشات لا صلة لها بالصراع الحقيقي لأنه يريد بوعي أو بغير وعي أن يظل مريضاً حتى يستطيع بعجزه ومرضه أن يتحكم في الآخرين وذلك باجبارهم على رعايته.

ولتحقيق الرصد الموضوعي للعلاقات والتفاعلات المرضية أثناء علاج أسرة المريض بالفصام ككل اقترح وايتاكر ومالون ووارکنتن Whitaker, Malone and Warkentin (١٩٦٢) أن يوجد أكثر من معالج واحد لعلاج

مريض واحد ضمن أسرته وأطلقوا على هذا النوع من العلاج الشامل للعلاقات الأسرية مصطلح «العلاج التجريبي».

وقد ساعد صدور مجلة تهتم بالبحوث المنظمة في مجال العلاج الأسري على يد جاي هالي الذي سبقت الاشارة اليه بعنوان «عملية الأسرة» Family process (١٩٦٢) على إحداث بعض التطويرات العملية التي أثرت على تقدم هذا اللون من العلاج.

وقد قدمت مجلة «عملية الأسرة» المشار اليها عرضاً لمختلف طرق وأساليب دراسة الأسرة وعلاجها كما أوردت بعض المشكلات الخاصة بتصميم البحوث والدراسات في مجال علاج الأسرة وأساليب اختيار العينة وأدوات القياس وغير ذلك من أساليب الملاحظة الأسرية التي تساعد العاملين في هذا الميدان.

وقد أشار فرامو Framo (١٩٦٢) الى عدد من الصعوبات والظواهر التي تهدد نجاح وتقدم العلاج الأسري أثناء سير العملية العلاجية، وتناول مشكلات الرفض للمعالج وظاهرة التحول ومشكلات العمل كفريق في مجال العلاج الأسري داخل البيوت الطبيعية حيث تعيش تلك الأسر، وقد وصف فريدمان (Fried man ١٩٦٢) تلك الطريقة بأنها تمتاز باجراء الملاحظة المباشرة في الموقع الطبيعي حيث تعيش الأسرة.

وتحدث سون وسبيك وجونجريز Sonne, Speck, Jiungreis ١٩٦٢ عن لون من الرفض للعلاج يقع في بعض الأسر المريضة بقصد المناورة التي تمنع بها الأسرة حدوث التقدم نحو النضج والعلاج، وتدفع بها القلق الذي يثيره ذلك العلاج.

ومن أساليب المناورة التي يلجأ اليها بعض أعضاء الأسر المريضة أثناء جلسة العلاج الضحك عند نقاط معينة أو رداً على أسئلة من نوع معين كوسيلة لاخفاء بعض المعلومات أو لاخفاء أسرار الأسرة والاحتفاظ بوحدتها أمام الغرباء، أو لصرف المعالجين عن خطة معينة أو عن أنواع معينة من التساؤلات.

وقد أشار سبيجال (١٩٥٧) الى أن أحد المصادر الرئيسية للتوتر في الأسرة التي يوجد اضطراب عقلي لدى بعض أفرادها هو الصراع بين الأدوار فيها، وصراع الدور يمكن أن يتم تمثله وامتصاصه أو استدخاله من قبل أحد أو بعض أعضاء الأسرة، و يؤدي بذلك الى صعوبات داخل الأسرة وخارجها، ومواقف التفاعل التي يبرز فيها صراع الدور تؤدي الى حالات من عدم التوازن الأسري، وقد وصف سبيجال عدة طرق يمكن بها اعادة التوازن للأسرة ومنها طريقة «تعديل الدور» وتمثل التعديل أو استدخاله ضمن إطار الحياة اليومية العادية.

دور المعالج النفسي الأسري:

وقد وصف بل Bell (١٩٦١) المعالج الأسري بأنه واحد من المتخصصين يساعد الأ بو ين والأسرة على ممارسة ضوابط تدريجية معقولة على سلوكهم وسلوك أطفالهم خلال فترة العلاج، و يساعدهم على الحديث عن المشكلات، ويمنع أو يقي الأ بو ين من ممارسة سلطتهم بصورة خاطئة أو غير عادلة وخاصة أثناء الموقف العلاجي، ومن وظيفة المعالج الأسري أيضاً أن يكبح جماح نفسه هو من أن يصبح منافساً للأ بو ين في العطف على الأ بن المريض وأن يشجع الأ بن المريض على الكلام والتعبير عن ذاته.

وقد أشار جروتجان Grotjahan (١٩٦٠) الى أن المعالج أو المرشد يسعى الى فهم الأعصبة الأسرية التي يتمم أو يكمل بعضها بعضاً والعمل على علاجها.

المفهوم المحوري للعلاج الأسري: (عرض وتلخيص)

إن المفهوم المحوري للعلاج الأسري هو أن المرض الموجود لدى أحد أعضاء الأسرة هو في الحقيقة عرض أو مظهر لمرض أسري أكبر وأعقد، وربما كان أهم خدمة قدمها العلاج النفسي الأسري والدراسات المرتبطة به هو تناول المرض المشترك بين أعضاء الأسرة دون وعي منهم واعتبار هذا المرض المشترك عاملا هاماً من عوامل الاضطراب العقلي أو الفصام الموجود لدى البعض منهم، لقد دفعت هذه الحقيقة

الكثيرين من العلماء الى دراسة الأسر الفصامية ككل ومباشرة العمل العلاجي معها لمواجهة الفصام الذي ظهر لدى البعض من أفرادها .

إن النموذج الجديد للعلاج الأسري يختلف عن النموذج التقليدي للعلاج الفردي الذي تزعمه التحليل النفسي القديم منذ بدأ هذا اللون من العلاج ، فالتحليل النفسي كنموذج يقوم على دراسة حالة الفرد كظاهرة ، و يعتمد في إحداث التغيير في ذلك الفرد على شخص آخر من الخارج هو المحلل النفسي . والظاهرة المرضية والعلاجية ليست بالضرورة اجتماعية من وجهة نظر التحليل النفسي ، إذ أن الأشخاص والمواقف التي تؤثر في مسرح الحياة اليومية العادية للمريض لا تتواجد على مسرح العلاج الذي ينحصر داخل الدائرة الثنائية للمريض والمعالج ، وما يوجد من الأشخاص والمواقف انما هو من إدراك أو تصور المريض .

أما نموذج العلاج الأسري فيعتبر ظاهرة اجتماعية ونفسية كاملة ، فالأحداث الداخلية في نفس المريض وأصولها التفاعلية المتبادلة مع بقية أعضاء الأسرة تؤخذ كلها في الاعتبار أثناء عملية العلاج ، و يتواجد الأطراف جميعهم بالفعل على مسرح العلاج ، إن عدداً كبيراً من الدراسات قد انصب على التفاعلات والعلاقات الأسرية المرضية منذ الأربعينات وحتى السبيعنات وأكد بعضها عدداً من المفاهيم النظرية التي تعبر عن الأنماط والنماذج المرضية للتفاعل والعلاقات والأدوار في الأسر المريضة ، وقدم بعضها قدراً كبيراً من المادة العلمية ومن الملاحظات والاحصاءات والنتائج التي تصور الوضع المتطور لذلك العلاج ، ولقد اتجه الجهد الأكبر في الدراسات الأسرية المشار اليها الى محاولة الربط بين السمات المرضية لدى المرضى من الأبناء و بين مثيلاتها أو أشباهها أو مسبباتها لدى الآباء .

واهتم بعض هذه الدراسات بالعلاقات الثنائية المرضية بين الأم والمريض ، وأدت هذه الدراسات في النهاية الى سيادة التصور الجديد للعلاج الأسري وأساليبه وهو التصور الذي ينظر الى الأسرة كلها والى النظام الذي تسير عليه في حياتها على أنه هو المحور الأساسي ومركز الاهتمام في عملية العلاج وليس العضو المريض فقط أو

العلاقة الثنائية المتبادلة بينه و بين الأسرة كما كان عليه الحال في النموذج العلاجي التقليدي.

و بالرغم من أن العلاج النفسي الأسري استفاد الكثير من النظريات المختلفة خاصة من نظريات التحليل النفسي، والتواصل، والدور، إلا أن هذا الاساس النظري لم يسلم من النقد. وقد أشار ميسنر Meissner (١٩٦٤) كما أشار آخرون في الآونة الأخيرة الى أن نظرية التواصل لم تقدم تفسيراً واضحاً لعملية الانهيارات العصابية أو الذهانية، ولم توضح الفرق مثلا بين التواصل الذهاني والتواصل قبل الاصابة بالذهان.

ونظرية الدور لم توضح لماذا يأخذ أحد المرضى في الأسرة دون غيره دور الذهاني مثلا، و يتشكك ميسنر في قدرة أي نظرية أخرى على أن تواجه بفاعلية كل تعقيدات الأحداث والعلاقات والتفاعلات داخل النظام الأسري. وتستدعي ملاحظات ميسنر كسابقيه مزيداً من الدراسة ولوناً من التكامل بين مختلف النظريات في البحث والعلاج الأسري.

إن المفاهيم أو النماذج المرضية التي سبقت الاشارة اليها لا تصف فقط الظواهر المرضية في العلاقات والتفاعلات الأسرية ولكنها تصور أيضاً تدرج الفكر العلاجي الأسري وتطوره. لقد بدأ هذا العلاج بالتركيز على الآباء وعلى العلاقات القائمة بين الابوين، وحاول تتبع هذه العلاقات من جذورها لدى الأجداد والتعرف على آثارها على الأحفاد والبحث عن الأسباب التي أدت الى وجودها على هذا النحو المرضي أو ذاك. لقد تنوعت التصورات حول الأسباب وتعددت فرآها البعض حرماناً من الاشباع العاطفي أو إسقاطاً أو تعويضاً مرضياً أو خبرات أليمة مترسبة، ورآها البعض غير ذلك من ألوان الضغوط والتفاعلات السلبية.

لقد تغيرت النظرة الى مفهوم الفصام والأعراض الفصامية منذ نظر اليه من خلال الأسرة فالاضطرابات الفصامية في الفكر والوجدان مرتبطة بأسرة و بيئة مضطربة شبيهة، وهذا الأضطراب في الفكر والوجدان لدى المريض يمكن أن يزول

عن طريق العلاج الفردي أو غير الأسري، ولكنه سوف يعود الى الاندلاع من جديد لدى عضو أو أكثر من نفس الأسرة.

والفصام لدى أحد الأعضاء قد يكون تعبيراً عن ظاهرة التوازن الأسري الداخلي المرضي الذي سبقت الأشارة اليه، وقد يكون وسيلة مرضية يضبط بها المريض سلوك الأسرة، و يتحكم من خلالها في مصيرها، ويحفظ بذ لك توازنها المريض، والفصامي ليس في جميع الأحوال ضعيفاً مستسلماً كما كان عليه التصور القديم قبل تطور العلاج الأسري، فهناك في العلاقات والتفاعلات الأسرية المرضية بعض المعززات أو الحوافز التي تدفع العضو المريض الى لعب دور المريض بالفصام والى التشبث بهذا الدور دون وعي منه، بل ان بعض الفصاميين يحرصون على هذا الدور الفصامي حرصهم على الحياة، اذ يوفر لهم الاشباع والاهتمام والحنان المطلوب.

وتؤكد كل المفاهيم المرضية الأسرية التي سبقت الاشارة اليها، مثل التعاضدية أو الالتصاق المرضي والتعاونية الكاذبة، والقيد المزدوج، والأجيال الثلاثة، والتكميل أو التتميم المرضي للحاجة، والتوازن المرضي الأسري وغيرها تؤكد كلها أن ظهور العرض الفصامي لدى عضو أو أكثر في الأسرة يعتبر ضرورة يقتضيها النظام الأسري المرضي المتوتر، فهو لون من الاسقاط الأسري المريض على رأس أحد أعضائها لما تعانيه من توترات متعاقبة، فكأن الأسرة تخفف من توتراتها وتهدىء من صراعاتها وتحتفظ بتوازنها المريض أو تماسكها المزيف باسقاط مرضها على عضو معين فيها، وتستجيب الذات أو الأنا لدى هذا العضو المعين لحاجة الأسرة الى التخفيف والتهدئة والتوازن والتماسك فتتحطم تلك الذات وتنهار استجابة لتلك الحاجات المرضية للأسرة وتنسحق أو تنغمر في سلوك فصامي مرضي معبر عن تقبل هذا الاسقاط الأسري المريض، و يستمر هذا الفصام طالما استمر النظام الأسري الذي أدى اليه لأنه جزء من هذا النظام، فالمريض من وجهة نظر الآخرين ضحية أسرة ولكنه من وجهة نظر نفسه ومن وجهة نظر الأسرة هو شيء مختلف فهو فدائي أو بطل ضحى بنفسه من أجل الأسرة ونظامها، فهو عضو هام في الأسرة يلعب دور الشهيد من أجلها.

احتراسات:

من العرض السابق لبعض الدراسات وما كشفت عنه من وجود مآزق ومصاعب وتعقيدات في عملية العلاج الأسري يمكن القول بأن الكثير من أساليب هذا العلاج يحتاج الى تطوير، ومعاييره تحتاج الى مزيد من تحقيق الصدق والموضوعية كما أن مفاهيمه ينقصها التكامل والاكتمال، وقد أدى هذا الوضع الى تعدد التصورات للدور الذي ينبغي أن يقوم به المعالج الأسري، فبينما اتفق كثيرون من الباحثين على ضرورة أن يكون المعالج الأسري من نفس السلالة والديانة التي تنتمي اليها الاسرة المريضة، اختلف كثيرون حول النظرة اليه والى الدور الذي يتقلده فاقترح ميدلفورت Midelfort أن يعمل المعالج الأسري كعضو مساعد للأسرة فهو أحد أعضائها المساعدين لها في علاج مشكلاتها، واقترح اكرمان Akerman أن يتقلد دور الصديق الرزين أو الحكيم The Wise Friend، وذهب وايتاكر Whitaker الى أن دوره هو توجيه الفيضان الوجداني للحياة الفصامية التي يحياها المريض بحيث يجعلها موضع تركيز وتأمل، وذهب آخرون الى أن الدور الذي يقوم به المعالج الأسري يتوقف على التصور الذي يبني عليه العلاج.

واذا كانت التصورات والمفاهيم الخاصة بهذا العلاج لم تكتمل بعد كما سبقت الاشارة اليه فأن دور المعالج الأسري سوف يظل موضع خلاف.

تطلعات واحتياجات المستقبل:

على ضوء ما تقدم يمكن القول بأن العلاج الأسري رغم ما حققه خلال العقود الأربعة الماضية من تقدم، فأنه يحتاج الى أساليب أكثر تطوراً وشمولا تستطيع ملاحظة وتشخيص الوان التفاعل ونماذج العلاقات أثناء عملية العلاج، وتقويم الأمراض الأسرية البالغة التعقيد وعلاجها، واذا كان هذا العلاج الأسري قد اقتحم مضمار مستويات من الأمراض الأسرية البالغة التعقيد رغم عمره القصير نسبياً بالمقارنة الى غيره من أساليب العلاج فأن المستقبل القريب سوف يشهد بناءاً نظرياً أكثر تكاملا وأساليب ووسائل وأدوات أكثر دقة ووضوحاً وشمولا بفضل الباحثين والدارسين المخلصين.

Important References

1. Ackerman, N.W. (1962). Family psychotherapy and psychoanalysis the implications of difference. Family Process 1, 30-34.

2. Fromm, Reichman. (1948) In Gene R. Medinnus (Editor) Readings in the psychology of Parent-Child Relations. New York: John Wiley and Sons. Inc., 1967.

3. Lidz, R.W. and Lidz, T. (1949). The Family environment of schizophrenic patients. Amer. J. Psychiat. 106, 332-345.

4. Lidz, T. and Fleck, S. (1960). Schizophrenia, Human Integration, and the role of the Family. In D.D. Jackson (ed.) Etiology of Schizophrenia. New York: Basac Book, PP. 323-345.

5. Limentani, D (1956) Symbiotic identification in Schizophrenia. Psychiatry 19, 231-236.

6. Love land, N.T. Wynne, L.C., and Singer, M.T. (1963). The Family Rorschach: A new method for studying family interaction. Family Process 2, 187-215.

7. Meissner, W.W. (1964). Thinking about the family; psychiatric aspects. Family Process 3, 1-40.

8. Midel Fort, C.F. (1957). The family in Psychotherapy. New York: McGraw. Hill.

9. Mills, T.M. (1953). Power relations in three-person groups. Amer. Social Rev. 18, 351-357.

10. Moreno, J.L. (1954). Interpersonal therapy, group therapy, and the formation of the unconscious. Grp. Psychother 7, 191-204.

11. Moustakas, C.E. Sigel, I.E. and Schalock, H.D. (1956), An objective method for the measurement and analysis of child-adult interaction. Child Development 27, 109-134.

12. Schaffer, L., Wynne, L.C., Day, J., Ryckoff, L.M., and Halperin, A. (1962). On the nature and sources of the psychiatrists, experience with the family of the Schizophrenic. Psychiatry 25, 32-45.

13. Schmideberg, M., (1948). Parents as children. Psychiat. Quart.
Suppl. 22, 207-218.

14. Sivadon, P. (1957). Du Milieu Familial a normal au milieu familial Pathogene. Paper read at world Fed. Ment. Health.

15. Sohler, D. Holzberg, J.D., Fleck, S., Cornelison, A.R. Kay, E., and Lidz, T. (1957). The prediction of family interaction from a battary of projective techniques. J. Proj. Tech. 21, 199-208.

16. Spiegal, J.P. (1957). The resolution of role conflict within the family. Psychiatry 20, 1-16.

17. Whiting, J.W.M., & Child, I.L., (1953). Child training and personality. Yale Univer. Press.

References

1- Ashe (1951) in Framo, J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo, J., Intensive Family Therapy. Harper and Row New York., 1965

2. Baldwin, Kalharn, and Breese. (1949) in William Martin E. and Celia Stendler. Child Behavior and Development. New York: Harcourt, Brace & World, Inc., 1959.

3. Bell, (1961) in Framo. J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York. 1965.

4. Bill, and Spiegal, (1959) in Zuk, H., and Rubinstein, D., "A Review of Concepts in the study and Treatment of families of Schizophienics". in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

5. Bishop, (1951), in Framo J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

6. Bowen, M. (1960) A family concept of schizophrenia. In D.D. Jackson (Ed.) Etiology of schizophrenia. New York: Basic Books, pp. 346-372.

7. Boszormenyi-Nagy, I (1962). The concept of schizophrenia from the perspective of family treatment. Family Process 1, 103-113.

8. Boszormenyi-Nagy, I., and Framo, J.L. (1962) Family concept of hospital treatment of schizophrenia. in J. Masserman (Ed.) Current psychiatric therapies, vol. II. New York: Grune & Stratton, pp. 159-166.

9. Brodey, W.M. (1959). Some family operations and schizophrenia. A.M.A. Arch. gen. Psychiat. 1, 379-402.

10. Cartwright, and Zander. (1962) in Framo. J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

11. Champney, (1941). in Framo. J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

12. David, L., in Zuk. H., and Rubinstein. D., "A Review of concepts in the study and treatment of families schizophrenics" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

13. Ellison, E.A., and Hamilton, D.M. (1949). Hospital treatment of dementia praecox. Amer. J. Psychiat. 106, 454-461.

14. Erikson, Horney, Fromm, and Sullivan. in Zuk H., and Rubinstein, D., "A Review of Concepts in the study and treatment of Families Schizophrenics in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

15. Ferreira, (1963) in Framo. J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

16. Festinger, Pepitone and Newcomb (1952), in Framo J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

17. Framo, J.L., (1962) Theory of the technique of family treatment of schizophrenia. Family Process 1, 119-131.

18. Friedman, (1962) in Framo J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

19. Grotjahn, (1960) in Framo J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

20. Haley, J. (1963) Strategies of psychotherapy. New York: Grune & Stratton.

21. Haley, J. (1959) Family of the schizophrenic: a model system. J.nerv. ment Dis. 129. 357-374.

22. Hill,(1959) in Zuk, G., and Rubinstein. "A review of concepts in the study ad treatment of families of schizophrenics". in Boszormenyi - Nagy, and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

23. Jakson, D.D.(1961). the monad, the dyad, and the family therapy of schizophrenics. In A. Burton (Ed.) Psychotherapy of the psychoses. New York: Basic Books, pp. 318-328.

24. Jakson, D.D. and Satir, V. (1961). A review of psychiatric development in family diagnosis and family therapy. In N. W. Ackerman, F. Beatman. and S.N. Sherman (Eds.) Exploring the base for family therapy New York: Fam. Serv. Ass. of Amer.

25. Jakson, D.D. (1957) The question of family homeostasis. Psychiat. Quart. Suppl. 31, 79-90.

26. Johanson, A.M., and Szurek, S.A. (1954) Etiology of anti-social behavior in delinquents and psychopaths. J.A.M.A. 154, 814-817.

27. Kanner, L., (1919) Problems of nosology and psychodynamics of early infantile autism. Amer. J. Orthopsychiat. 19. 416-426.

28. Killan,(1952) in Framo, J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

29. Levinger, (1959) in Framo, J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

30. Mahler, Margaret S. Pine, Fred and Bergman, A. The Psychological Birth of Human Infant. Symbiosis and Individuation. Basic Books, Inc., Publishers, New York: 1975.

31. Parloff,(1961) in Zuk,G., and Rubinstein, D., "A Review of Concepts in the study and treatment of families of schizophrenic" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

32. Patson, et.,al.,(1958) in Zuk, G., and Rubinstein, D., "A Review of concepts in the study and treatment of families of scheizophrenic" in Boszormenyi - Nagy, and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

33. Reichard, and Tillman, (1950) in Zuk, G., and Rubinstein, D., "A Review of concepts in the study and treatment of families of scheizophrenic" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

34. Roman,and Boman (1960) in Framo, J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

35. Sckaver, and Halbreen, (1962) in Framo, J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

36 Sherif,and Cantril,(1947) in Framo, J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

37. Sonne, Speck, Jungreis, (1962) in Framo J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

38. Speagal,(1957) in Framo, "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

39. Stordtbeck, (1951) in Framo, "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

40. Sullivan, H.S. (1948) The meaning of anxiety in psychiatry and in life. Psychiatry 11, 1-13.

41. Titchener, J.L., D'Zmura, T., Golden, M., and Emerson, R. (1963), Family transaction and derivation of individuality. Family Process 2, 95-120.

42. Wynnel, C.,(1961) The study of intrafamilial alignments and splits in exploratory family therapy. In N.W. Ackerman, F. Beatman, and S.N. Sherman (Eds.) Exploring the base for Family therapy. New York: Fam. Serv. Ass.of Amer., pp. 95-115.

43. Wynnel, C. Ryckoff, I.M., Day, J., and Hirsch, S.I. (1958) Pseudo-mutuality in the family relations of schizophrenics. Psychiatry 21, 205-220.

44. Whitaker, Malone, and Warkentin, (1962) in Framo, J., "Rationale and Techniques of Intensive Family Therapy" in Boszormenyi - Nagy. I.. and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

45. Zuk, Gerald H., and Rubinstein, david. "A Review of concepts in the study and treatment of families of schizophrenics" in Boszormenyi - Nagy. I., and Framo J., Intensive Family Therapy. Harper and Row. New York., 1965.

Concepts of Family Psychotherapy and the Pathologic Systems of Family Interaction

"The Evolution & the Development"

Summary

The main object of this study was to explain the basic concepts of family psychotherapy and the pathologic Systems of family interaction.

The core concept of family psychotherapy now is that the sick member in the family is a symptom or aspect of the whole family pathology. The emphasis recently has been shifted to the pathogenic relationship within the family. The family psychotherapy strives to maintain family uniformity; balanced relations; positive interactions; strong family values; and greater personality development.

Throughout this study, concepts of family psychotherapy i.e: "Pathogenic mother and inadequate Father"; Symbiotic tie between mother and Child"; "three - generation"; emotional divorce"; and reciprocal psyche of another member in the family have been explained.

Among the pathologic family systems that have been discussed in the study were "Pseudo mutulaity"; "double-bind"; "Family split and bias"; "pathologic balance; and "Complementarity". Methods, tools, and techniques of family research and treatment have been examined. Controlled experimental situations; groups pressure; direct and indirect observation; projective tests; and therapeutic interviews have been evaluated.

The need for more evaluation of family treatment techniques has been indicated. It is expected that the near future will show new developments in the field of family psychotherapy and techniques.

THE AUTHOR

Dr. Hamed Abdel Aziz El-Feky

★ PH. D in Counseling and Guidance from Texas A&M University 1969.

★ Associat Professor, Department of Psychology, Kuwait University.

PUBLICATIONS:

1- Slow Learning.
2- Studies in Developmental Psychology.
3- Theories of Counseling and Psychotherapy, (Translated into Arabic Language). Published many studies in different fields e.g.
1- Language development of Kender Gartin children in Kuwait.
2- The Effects of careless mother on Psychological development of the child.
3- Mental Gift between theoritical and practical validity.

TWENTY-FOURTH MONOGRAPH

CONCEPTS OF FAMILY PSYCHOTHERAPY AND THE PATHOLOGIC SYSTEMS OF FAMILY INTERACTION

"The Evolution And The Development"

Dr. Hamed Abdel Aziz El-Feky
Psychology Department - Kuwait University

Annals Of The Faculty Of Arts
Volume, V 1984

ANNALS OF

THE FACULTY OF ARTS

Issued by the Faculty of Arts, Kuwait University

A SCIENTIFIC PERIODICAL COMPRISING SEVERAL AUTHENTIC MONOGRAPHS ON TOPICS RELEVANT TO THE FIELDS OF PHYLOSOPHY, HISTORY, SOCIOLOGY, GEOGRAPHY AND PSYCHOLOGY.

Volume V, 1984

ANNALS OF
THE FACULTY OF ARTS

Issued by the Faculty of Arts, University of Kuwait

TWENTY - FOURTH MONOGRAPH

CONCEPTS OF FAMILY PSYCHOTHERAPY AND THE PATHOLOGIC SYSTEMS OF FAMILY INTERACTION

" The Evolution And The Development "

Dr. Hamed Abdel Aziz El-Feky

Department of Psychology
University of Kuwait

Volume No. 5, 1984

Kuwait University Press