

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/363925039>

الاسرة والاضطرابات النفسية

Book · September 2022

CITATIONS

0

READ

1

1 author:



Aiche Sabah

Hassiba Benbouali University of Chlef

95 PUBLICATIONS 3 CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

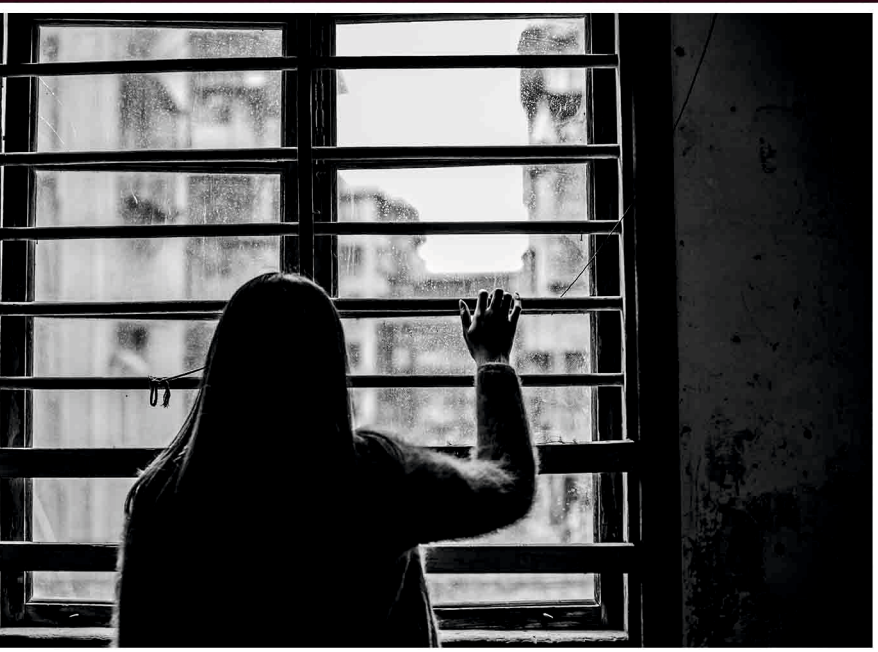


Sibling relation [View project](#)



أسر المعاقين [View project](#)

الأسرة والاضطرابات النفسية



تأليف:

الدكتورة عايش صباح

الأسرة والاضطرابات النفسية

تأليف: الدكتورة عايش صباح

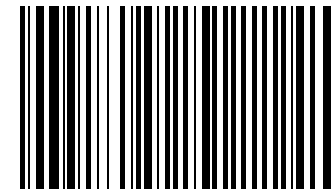
الأسرة والاضطرابات النفسية



تأليف:

الدكتورة عايش صباح

0674-21-00-16-000-2



06742100160002

طبعة رويغي

ع. الأمير خالد - الأغواط - الجزائر

Rue Emir Khaled - B.P. N°: 50RP, LAGHO

TEL / FAX: 029.14.21.32 / Mobile: 06.61.6

E.mail: rouighi_imp@yahoo

مطبعة رويغي

الأغواط - الجزائر

rouighi_imp@yahoo.fr

الهاتف / الفاكس: 029.14.21.32

06.61.64.11.15



الطبعة الأولى

1443هـ / 2022م

الإيداع القانوني: السداسي الثاني 2022^{ème} Semestre DL 2

حقوق التأليف محفوظة للمؤلف



الاسرة والاضطرابات النفسية

الدكتورة عايش صباح

طبعة 2022

أهدي هذا الكتاب الى روح والدي الطاهرة

عائش محمد

اللهم ارحمه كما رباني صغيرا

_____ قائمة المحتويات _____

6	❖ مقدمة
8	❖ الأداء الأسري الوظيفي وغير الوظيفي
75	❖ الأسرة واضطرابات النمو العصبية
97	❖ الأسرة والفصام
127	❖ الأسرة والاضطرابات ثنائية القطب
144	❖ الأسرة واضطراب الاكتئاب
182	❖ اضطرابات القلق والنسق الأسري
197	❖ الأسرة واضطراب ما بعد الصدمة
223	❖ الأسرة والاضطرابات الانفصالية
255	❖ الأسرة والاضطرابات الجنسية
284	❖ الأسرة والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية
316	❖ الأسرة واضطرابات التغذية والأكل



مقدمة

تبدو المعاناة النفسية متأصلة في الحياة الإنسانية، ويمكن أن تسبب هذه المعاناة اضطرابات نفسية بمرور الوقت، وتتخذ أشكالاً ومعاني مختلفة حسب الثقافات المختلفة، والاضطرابات النفسية سواء كانت سبباً أم نتيجة، هي تعبير عن الاختلاف والاضطراب، من الذات إلى الذات أو من الذات اتجاه مجموعة من الأفراد. وتجد الأسرة نفسها في خط المواجهة أمام هذه الاضطرابات النفسية، وتعيش حياتها في محاولة دائمة لمتابعة المريض ورعايته، وعندما ينتج عن ذلك عبء نفسي وصعوبات نفسية مستمرة، يصبح التأثير على التوازن الأسري أمراً حتمياً.

وعند تناول الأسرة والاضطرابات النفسية نجد هناك العديد من الاخذ والجذب، حيث ترى نظريات العلاج الأسري المختلفة التي تتدرج تحت مسمى "أنظمة الأسرة" بأن التفاعلات المختلة في الأسر هي السبب الأساسي الذي يؤدي إلى العديد من الأعراض النفسية المختلة لدى الأفراد. وقد كان لقضايا اللوم والشعور بالذنب تأثيراً سلباً بشكل خاص عند مناقشة أصول الاضطرابات النفسية المختلفة خصوصاً اضطراب الفصام. من جانب آخر، تشير الدلائل المتزايدة حالياً أن الأطياف المعقدة للاضطرابات النفسية مرتبطة بالجينات غير المتجانسة وعوامل الخطر البيئية التي تؤثر على العمليات الفيزيولوجية المرضية المتنوعة.

إن تحديد الاضطرابات بأنها أمراض دماغية حقيقية تنجم أساساً عن مشاكل نفسية وشخصية، أو قد تتبع من الاثنين مازالت محل أخذ وجذب. وفكرة أن التربية بمفردها أو النسق الأسري وحده هو المسؤول عن هذه الاضطرابات قد عفا عليها الزمن الآن مما يبعث على الارتياح الشديد للأسر التي ألقى باللوم عليها في ألم أعضائها، لكن هذا لا ينفي أن الإجهاد الأسري أو الخلل الوظيفي غالباً ما يشارك في ظهور

الأعراض والحفاظ عليها. وعلى الرغم من أن التفاعلات الأسرية المختلفة وظيفياً يمكن أن تكون عوامل خطر لتفاقم أعراض الاضطراب النفسي بمجرد حدوث الاضطراب بالفعل، لكن من الواضح أنها ليست عوامل خطر لتطوره الأولي.

في هذا الكتاب، نحاول الإحاطة بدور الأسرة في الاضطرابات النفسية وكذا تأثيرها بهذه الاضطرابات، كما نقدم مجموعة من الاضطرابات النفسية من منظور أسري وفق DSM5، وهذا الكتاب موجه في الأساس الى طلبة علم النفس لمساعدتهم في فهم الجوانب المتعلقة بالأسرة والاضطرابات النفسية.

عايش صباح

الشلف 01.04.2022

الفصل الأول: الأداء الأسري الوظيفي وغير الوظيفي

الأداء الأسري الوظيفي وغير الوظيفي

Functional and Dysfunctional Families

في الجملة الافتتاحية من كتاب آنا كارنينا Anna Karenina، قال تولستوي (1960) أن "كل العائلات السعيدة تبدو متشابهة؛ لكن لكل عائلة تعيسة طريقها الخاصة Happy families are all alike; every unhappy family is unhappy in its own way"، على الرغم من أن المرء قد يتردد في عدم الاتفاق مع تولستوي، إلا أن العائلات ذات الأداء الوظيفي متشابهة ولكنها تظل متنوعة، فضلاً عن خصائص الأسر المختلفة وظيفياً والفريدة من نوعها.

وإن التمييز بين الأسر الوظيفية والأسر المختلفة يمكن أن يثير لدى كثير من الناس اليوم مشاعر قوية، إن لم تكن مختلطة. مع دخولنا العقد الثالث الألفية الجديدة، كيف نحدد مفهوم الوظيفي؟ أو المختل؟ أو بالأحرى كيف نحدد مفهوم الأسرة؟ أي تصنيف للأسر الوظيفية أو غير الوظيفية يمكن أن ينتج عنه عدم ثقة لدى بعض المجموعات من المجتمع. على سبيل المثال: يجب على الأسر التي لديها فرد مصاب بمرض عقلي شديد أن تواجه ضربة مزدوجة، أن تكافح يومياً لرعاية هذا الشخص ومن ثم يتم تصنيف أسرتها على أنها مختلة وفقاً لبعض تعريفات المصطلح.

حتى مفهوم الأسرة مثير للجدل. كيف يتم تعريف الأسرة في عالم اليوم؟ بالتأكيد يعتقد الكثير من الناس الآن أن الصورة النمطية بالأمس للأب والابن يعيشون في منزل أنيق مع طفلين أو ثلاث يزورون الجد والجدة في المزرعة كل صيف هي صورة ساذجة ولا تصدق. هل تعاني الأسرة من اختلال وظيفي عندما يجبرها الفقر والحرمان على بذل جهود غير تقليدية للبقاء على قيد الحياة؟ علاوة على ذلك، كيف يجب أن يتعامل أخصائيو الصحة النفسية مع هذه القضايا؟ هل يرتبط الأداء الوظيفي الاسري بالأداء الوظيفي لدى الأفراد؟ إذا كان الأمر كذلك، كيف يرتبط به؟

لا توجد إجابة نهائية لأي من هذه الأسئلة المهمة. لكن من المهم مناقشة هذه الأمور قبل الحكم على وظيفية الاسرة من عدمها. سوف نتناول فيما يلي كل من الأداء الاسري الوظيفي وغير الوظيفي من أجل إزالة بعض اللبس حول هذين المفهومين.

أولاً: الأداء الاسري

تعتبر الأسرة المؤسسة الاجتماعية الأساسية التي توفر التعلم الأول لأفرادها بسبب وظائف التنشئة الاجتماعية والتربية (Carvalho, Fernandes, & Relva, 2018)، حيث ينظر إلى الأسرة في كل المجتمعات على أنها الوحدة الاجتماعية الأكثر ديمومة ومركزية للأداء الصحي للأفراد والمجتمع الأوسع، فالأسر هي المصدر الأساسي لتنمية الفرد والإطار الأساسي الذي يبدأ فيه الأطفال في اكتساب معتقداتهم ومواقفهم وقيمهم وسلوكياتهم التي تعتبر مناسبة للمجتمع (Roman et al., 2016)، ووفقاً لنظرية أنساق الأسرة family systems theory، تعمل الأسر

كأنساق منظمة تسعى جاهدة للحفاظ على قابلية البقاء وإنجاز وظائف الأسرة من خلال الأدوار والتواصل، وقد تمت دراسة أداء الأسرة على نطاق واسع بين منظري أنظمة الأسرة، وتتميز الأسر الوظيفية بشكل عام بجودة التفاعلات والعلاقات الأسرية المتعلقة بقدرة الأسرة على أداء المهام الأسرية والتعامل مع المتطلبات اليومية والأحداث الانتقالية، ويفترض منظرو الأنظمة أنه عندما تعمل العائلات بشكل جيد، وتكون الأدوار قابلة للتكيف، والتواصل فعال، والتفاعلات والعلاقات إيجابية، وتدير الأسرة المطالب وتحقق الأهداف بسهولة يكون أدائها جيدا، وعلى العكس من ذلك، يعتبر منظرو الأنظمة أن الأسر ذات الأداء المنخفض لديها تواصل غير فعال، وعلاقات متوترة أو سلبية، والعديد من النزاعات، ويصعب تحقيق أهداف الأسرة وتتطلب استثمارًا كبيرًا في الطاقة (Pierce, 2017).

ويشير الأداء الاسري Family functioning إلى الخصائص الاجتماعية والبنائية للبيئة الكلية للأسرة، ويشمل التفاعلات والعلاقات داخل الأسرة، لا سيما مستويات الصراع والتماسك والقدرة على التكيف والتنظيم وجودة الاتصال. ويحدث الأداء الصحي للأسرة داخل بيئة عائلية تتميز بتواصل واضح وأدوار محددة جيدًا وتماسك وتنظيم جيد للتأثير. في المقابل يحدث ضعف أداء الأسرة داخل العائلات التي تعاني من مستويات عالية من الصراع وعدم التنظيم وضعف السيطرة العاطفية والسلوكية (Lewandowski, Palermo, Stinson, Handley, & Chambers, 2010)، ويعرف أيضا على أنه قدرة النسق الاسري على العمل كوحدة، والتكيف مع المواقف المختلفة خاصة تلك التي تسبب التوتر (Carvalho et al., 2018)، ويعرف أيضا بأنه أنماط العلاقات أو العمليات الأسرية عبر الزمن

(Kristi, 2011) ، ويتم تعريف أداء الأسرة - الإيجابي والسلبي - من قبل (Pezzullo, 2010) من خلال مجموعة متنوعة من السمات العاطفية، والمشاركة المعرفية وخصائص التنمية، وعادات الصحة البدنية، والعلاقات داخل الأسرة والترابط الاجتماعي، ويتميز الأداء الأسري الإيجابي بالتقارب العاطفي والدفع والدعم والأمان، وتوقعات جيدة للتواصل، وتفاعلات محفزة وتعليمية، واستراتيجيات تعزيز الصحة البدنية، وعلاقات عالية الجودة بين جميع أفراد الأسرة، وإشراك أفراد الأسرة في الأنشطة المجتمعية، ومجالات الأداء الأسري ليست متنافية ، ولكنها تتفاعل وتكمل بعضها البعض.

وقد تعددت الاطر النظرية لمفهوم الاداء الأسري، وقد قسمها (Dai & Wang, 2015) إلى نوعين من النظريات، الاتجاه الأول موجه نحو النتائج result oriented، ويحدد عمل الأسرة بسمات معينة للأسرة. والاتجاه الثاني موجه نحو العملية process oriented، ويصف وظيفة الأسرة من خلال المهام التي تقوم الاسر بأدائها.

ممثلو النظريات الموجهة نحو النتائج هما اولسون من خلال نموذج للأنظمة الزوجية والأسرية Circumplex Model of Marital and Family Systems الذي يعتبر أحد أهم مساهماته في مجال علم نفس الأسرة ، وقد تم تطوير النموذج في الأصل بواسطة David Olson و Douglas Sprenkle و Candyce Russell بهدف سد الفجوة التي رأوها قائمة بين النظرية والبحث والممارسة في العلاج الأسري، وصاغ لويس جوتمان مصطلح "Circumplex" لوصف العلاقة

الدائرية للمتغيرات المترابطة المنظمة حول بعدين متعامدين، وأسس أولسون وزملاؤه نموذجهم الدائري في نظرية الأنظمة الأسرية ونظمه حول الأبعاد المتعامدة للتكيف الأسري family Adaptability (أي قدرة النسق الأسري على التغيير عند مواجهة الإجهاد الظرفي أو التتموي) والتماسك الأسري family Cohesion (أي الترابط العاطفي داخل الأسرة)، كما تصور أولسون وزملاؤه الاتصال Communication كبُعد رئيسي ثالث يسمح للعائلات بالتحرك على طول محاور التكيف والتماسك (Wilde, 2019)، ومن خلال البحث عن التفاعلات الأسرية، ميز أولسون 16 نوعاً من العلاقات الزوجية والأسرية، ووفقاً لأولسون، يتم تحسين أداء الأسرة من خلال التوازن عبر المجالات الأساسية الثلاثة: المرونة والتماسك والتواصل، وفي المقابل، يشمل أداء الأسرة الصحي حدوداً واضحة ، وقواعد مطبقة ، واستقلالية فردية ، وتواصل واضح (Elmore & Henry, 2018).

النموذج الثاني للنظريات الموجهة نحو النتيجة هو نموذج بيفرز النسقي للأداء الاسري الوظيفي Beavers Systems والذي تعد كفاءة الأسرة ونمط الأسرة Family competence and family style البعدين الرئيسيين لأداء الأسرة ضمن هذا النموذج. ونطاقات بُعد الكفاءة تتراوح من المستوى الأمثل optimal إلى المستوى الكافي adequate والمتوسط midrange والحدّي borderline إلى الاختلال الوظيفي الشديد dysfunctional. أبعاد النمط تتراوح من المركزية إلى الطرد والنبذ، وعندما يتم الجمع بين البعدين، فإنهما يحددان بشكل تخطيطي تسع مجموعات أسرية متميزة، ثلاثة منها وظيفية نسبياً وستة منها يُعتقد أنها مشكلة بما يكفي لتتطلب التدخل السريري (Beavers & Hampson, 2000).

ويمثل الاتجاه الثاني الموجه نحو العملية process oriented نظرية الأداء الأسري McMaster ونظرية سكينر للأداء الأسري الموجهة نحو العملية.

نهج McMaster هو طريقة للتفكير في الأسرة والحياة الأسرية والطرق التي تنظم بها الأسر نفسها لإدارة الحياة اليومية. تطورت من أصولها في جامعتي ماكجيل وماكماستر McGill and McMaster في كندا في الستينيات والسبعينيات تحت قيادة ناثن إبستين Nathan Epstein، إلى جامعة براون في الولايات المتحدة الأمريكية حيث يواصل برنامج أبحاث الأسرة صقلها ودراستها وتعليمها تحت قيادة جابور كيتنر Gabor Keitner. يتكون منهج McMaster من ثلاثة أجزاء مترابطة: التطبيق السريري، والبحث، والتدريب. يقيم التطبيق السريري أداء الأسرة عبر ستة أبعاد من الحياة الأسرية، ويوفر بروتوكولاً لتقييم كيفية تحديد الأسر للمشكلات والتعامل معها، ويقدم نهجاً لإجراء العلاج عندما تظهر المشكلات في أداء الأسرة (المشكلة) والعلاج بالأنظمة المركزية للأسرة، ويوفر مجموعة من الإرشادات لإدارة عملية العلاج. ويركز البحث على مجموعة من الأدوات التي تم التحقق من صحتها والتي تجمع البيانات التجريبية والسريرية حول كيفية إدراك أفراد الأسرة، ويقيم البحث أيضاً فعالية النموذج في مجموعات سكانية مختلفة، ويتبع التدريب والإشراف تنسيقاً يحاكي المبادئ السريرية الموضحة في النموذج (Keitner, Mansfield, & Archambault, 2019).

أما نظرية سكينر للأداء الأسري الوظيفي Skinner's Family Process Model Theory فقد تم اقتراحها من قبل سكينر في عام 1980، والتي تؤكد على

التفاعل بين الفرد والمجموعة الكلية (الأسرة). تستخدم هذه النظرية مفاهيم نظرية McMaster لتشكيل بنية وظيفية أكثر منهجية ووضوحًا للأسرة، وفي الوقت نفسه يعتبر سكينر الأسرة بمثابة نظام تشغيل ديناميكي، ويأخذ في الاعتبار عوامل الخلفية العائلية مثل أفراد العائلة والقيم والقواعد (Dai & Wang, 2015).

ثانياً: الأداء الوظيفي للصحة للأسرة Healthy Family Functioning

- الأداء الصحي للأسرة هو القدرة على إنجاز المهام المهمة لرعاية الأسرة، والتكيف مع الظروف المتغيرة، وتحقيق التوازن بين احتياجات الفرد والنظام الأسري.
- قد يكون لدى الأسرة مناطق تعمل بشكل صحي وغير صحي.
- من المهم تحديد المرونة ونقاط القوة في الأسر.
- ولعلاج الأسر بفعالية يحتاج المعالجون إلى فهم ما يندرج ضمن المعدل الطبيعي للأداء وأنواع السلوكيات التي ينبغي أن تثير القلق وتشير إلى الحاجة إلى التدخل، كما يحتاج المعالجون إلى معرفة ما الذي يشكل أداءً صحياً للأسرة من أجل فهم الانحرافات عنها.

وعلى الرغم من أن مفهوم الحياة الطبيعية قد يكون بديهياً، إلا أن ما يشكل "طبيعياً normal" من حيث أداء الأسرة مفتوحاً لوجهات نظر عديدة، إذ من الصعب وصف الفرد بصحة جيدة أو طبيعية، وعندما يحاول الفرد وصف أسرة صحية أو طبيعية، فإن المتغيرات التي يجب مراعاتها تتضاعف بشكل كبير، وتشمل المتغيرات

التفاعل بين أفراد الأسرة، وتفاعل الأسرة مع الثقافة المحيطة بها، وببيولوجيا الأفراد المعنيين، وتوقع الشخص الذي يقوم بالتقييم.

ومع ذلك، هناك حاجة ماسة إلى تعريف عملي لما هو مقبول بشكل عام من أجل تقييم الحاجات التي تحتاج إلى التدخل والمجالات الأسرية التي يجب استهدافها في التدخل العلاجي.

تم تقديم عدد من التعريفات المختلفة للحالة الصحية، ويمكن تعريف الحالة الصحية بالصحة وغياب المرض، وفي حالة عدم وجود أعراض أو اضطرابات في أي فرد من أفراد الأسرة، يمكن اعتبار أن الأسرة تعمل بطريقة صحية. ومع ذلك، مثلما قد لا يعني انتشار الأعراض أن أداء الأسرة غير وظيفي، فإن قلة الأعراض لدى أفراد الأسرة قد لا تعني بالضرورة أن أداء الأسرة صحي.

فهناك حالات تقبل فيها الأسر بأنماط سلوكية معينة دون وجود دليل على وجود ضائقة أو خلل وظيفي، وقد تكون مع ذلك عرضة لخطر محتمل، ويمكن رؤية أمثلة على ذلك في الأسر التي تُترك فيها السلوكيات المحفوفة بالمخاطر (مثل تعاطي المخدرات).

إن أحد الأفكار المفيدة حول الحالة الطبيعية هو التفكير في تلك الجوانب الاسرية التي تتمتع بالصحة أو المثالية فيما يتعلق بإنجاز الوظائف الأسرية المهمة، فالأسرة السليمة قادرة على إنجاز الوظائف العائلية الهامة، والتي تؤدي إلى النمو الناجح ورفاهية أفراد الأسرة.

كما تلبي الأسرة التي تعمل بشكل صحي الاحتياجات المتنوعة لأفرادها وفي نفس الوقت تتكيف مع الخصائص الفردية لمختلف الأعضاء، بمعنى آخر، هناك توافق بين الطريقة التي تتمكن بها الأسر من تحقيق أهدافها مع الأخذ بعين الاعتبار أسلوب أو مزاج أفراد الأسرة، وإن التوافق بين احتياجات الفرد والنسق ككل هو ما يجعلها ناجحة.

كما أن الوظيفة الأساسية للأسرة هي توفير بيئة آمنة لتطوير وصيانة الاحتياجات الاجتماعية والنفسية والبيولوجية لأفراد الأسرة، وفي سياق أداء هذه الوظائف يتعين على الأسر التعامل مع مجموعة متنوعة من المشكلات أو المهام والتي يمكن تجميعها على النحو التالي: مجالات المهام الأساسية، ومجالات المهام التنموية، ومجالات المهام الخطرة.

تشمل مجالات المهام الأساسية توفير الطعام والمال والنقل والمأوى من قبل أفراد الأسرة لبعضهم البعض. وتشمل مجالات المهام التنموية نمو الأفراد داخل الأسرة على مدار فترة زمنية وقدرة نظام الأسرة على تشجيع وتغذية هذا النمو، وتشمل مراحل النمو تحديات الطفولة والمراهقة والكهولة والشيخوخة. على مستوى الأسرة، يمكن أن تشمل المهام التنموية مراحل انتقالية مثل بداية الزواج، وتربية الأطفال الصغار، والتعامل مع التغييرات في الوظيفة، ومغادرة الابن للمنزل، وقضايا التقاعد، والتعامل مع الشيخوخة. وتتضمن مجالات المهام الخطرة الأزمات الأسرية الناشئة عن المرض والحوادث وفقدان الدخل وتغيير الوظيفة والتهديدات الأخرى التي تهدد سلامة الأسرة. ومن المحتمل أن تتطور الأسر غير القادرة على التعامل بفعالية مع

مجالات المهام هذه إلى مشاكل مهمة سريريًا وتؤدي وظائف الأسرة المزمّنة غير المكيّفة (Keitner, Heru, & Glick, 2009).

سوف نتطرق إلى مفهوم الأسرة كنسق وظيفي من خلال العناصر التالية:

الأسرة كنسق The Family as a System

إن الفكرة المركزية في طريقة التفكير هذه التي تسمى "نظرية الأنساق الأسرية"، هي فكرة الكلية Wholeness والتي غالباً ما يترجمها القول المأثور "الكل هو أكبر من مجموع الأجزاء"، وطبقاً لهذا القول لا يمكن لأحد أن يفهم ظاهرة معينة دون النظر إليها ككل، وتعتبر هذه الكلية عن ترابط عناصر النسق وتماسكه، ويرى هذا النهج أن المجموعة الأسرية تعمل كنظام مفتوح وديناميكي، ولكل أسرة أسلوب فريد أو متطلبات ثقافية أو علاقات أدوار أو قواعد أو طرق للتعامل مع التوتر والتعبير عن المشاعر (Whiteside, Aronoff, & Ward, 2011).

وتختلف الأسر عن المجموعات البشرية الأخرى بطرق عديدة، بما في ذلك مدة العلاقات وكثافتها ووظيفتها، بالنسبة لمعظم الناس تشكل الأسرة أهم مجموعاتهم فيما يتعلق بالتطور النفسي الفردي، والتفاعل العاطفي، والحفاظ على احترام الذات، والأسرة عبارة عن مجموعة من الأفراد يختبرون فيها أقوى أشكال الحب والكراهية، ويستمتعون برضاها العميق، ويعانون من خيبات أملهم الأكثر إيلاماً.

وتتشكل خصائص الأسرة وحدة مختلفة عن مجموع مكوناتها البسيطة، ومعرفة صفات جميع الأفراد في الأسرة لا يختلف عن فهم نظام الأسرة ككيان، وللأسرة تاريخ

ووظيفة خاصة بها تختلف تفاصيلها عن تلك الخاصة بأفرادها، ويجب التفكير في الأزواج والأسر باعتبارهم سياقات تفاعلية تجري فيها المعاملات بين الأجزاء المكونة له باستمرار، ومن هذا المنظور سيؤثر عمل عضو واحد على الأسرة بأكملها (والعكس صحيح)، إن أي تموج ينطلق في أي مكان، داخليًا أو خارجيًا، والذي يؤثر على الأسرة سوف يتردد صداها في جميع أنحاء نظام الأسرة.

في الوقت نفسه يحافظ الاستقرار الأساسي على مكانة كل فرد داخل الأسرة، فالأسرة هي نسق من التوازن الديناميكي، تتأرجح بين فترات التوازن النسبي وفترات عدم التوازن، ويرتبط أفراد الأسرة عادة بالأدوار الاجتماعية والدعم والاحتياجات المتبادلة والتوقعات وروابط الخبرات الطويلة الأمد.

وتعمل عدد من العوامل باستمرار، بشكل أو بآخر، للحفاظ على توازن النظام الأسري ومنعه من التغير الحاد أو السريع، ويشير التوازن الأسري عمومًا إلى مفهوم أن الأسرة عبارة عن نظام مصمم للحفاظ على حالة مستقرة نسبيًا حتى عندما يتعرض النظام بأكمله أو أي جزء منه إلى قوة غير متوازنة سوف تعمل ردود الفعل على استعادة التوازن الموجود مسبقًا، ومع ذلك من الضروري أن تنتقل الأسرة إلى توازن جديد في كثير من الأحيان، ويحدث هذا في نقاط الانتقال في دورة حياة الأسرة بعد حدوث تغيير كبير في الحياة، أو بعد صدمة كبيرة (على سبيل المثال، إذا أصيب أحد أفراد الأسرة في حادث سيارة ولم يتمكن من متابعة حالته المعتادة المتعلقة بدوره في الأسرة). إن التفكير في الأنماط المميزة لتحقيق التوازن الأسري يجعلنا نعتقد أن للأسر أنماط أو أساليب مشابهة لتلك الخاصة بالأفراد، وتتكون هذه الأساليب من مخططات حل المشكلات وأنماط التفكير والشعور والتفاعل (Glick, Rait, Heru,)

(Ascher, 2016)، ومفتاح لتحديد عائلة وظيفية هو تحديد ما إذا كانت الأنماط المميزة تسمح بالمرونة والتحول استجابة للتوتر، وتحديد وتعزيز العمليات الرئيسية التي تمكن الأسر من التعامل بفعالية أكبر وتخرج من الأزمات أو الضغوط المستمرة سواء من داخل الأسرة أو من خارجها (Walsh, 1996). ولكي يعمل نسق الأسرة يجب أن يكون له خصائص معينة، حددت Walsh (1993) عشر عمليات تميز الأسر الوظيفية (انظر الجدول 1).

(الجدول 1): العمليات التي تميز الأسر الوظيفية (Walsh 1993)

العمليات التي تميز الأسر الوظيفية

1. التواصل والتزام الأعضاء كوحدة رعاية تعتمد على التضامن المتبادل.
2. احترام الفروق الفردية والاستقلالية والاحتياجات المنفصلة، وتعزيز تنمية ورفاهية أعضاء كل جيل، من الأصغر إلى الأكبر.
3. بالنسبة للأزواج، علاقة تتميز بالاحترام المتبادل والدعم والتقاسم العادل للسلطة والمسؤوليات.
4. القيادة والسلطة الأبوية أو التنفيذية الفعالة من أجل رعاية الأطفال وحمايتهم وإدماجهم في المجتمع، ورعاية أفراد الأسرة الضعفاء الآخرين.
5. الاستقرار التنظيمي، الذي يتسم بالوضوح والاتساق والقدرة على التنبؤ بأنماط التفاعل.
6. القدرة على التكيف، والمرونة في تلبية مطالب التغيير الداخلية أو الخارجية، والتعامل بفعالية مع الضغوط والمشاكل التي تنشأ، والتغلب على التحديات والتحويلات المعيارية وغير الطبيعية عبر دورة الحياة.
7. التواصل المفتوح الذي يتميز بوضوح القواعد والتوقعات، والتفاعل الممتع، والتعبير العاطفي والاستجابة التعاطفية.

8. عمليات فعالة لحل المشاكل وحل النزاعات.
9. نظام عقائدي مشترك يمكن من الثقة المتبادلة والتحكم في المشكلات والارتباط بالأجيال الماضية والمستقبلية والقيم الأخلاقية والاهتمام بالمجتمع الإنساني الأكبر.
10. موارد كافية للأمن الاقتصادي الأساسي والدعم النفسي الاجتماعي في شبكات الأقارب والصداقة الممتدة ومن النظم الاجتماعية المجتمعية الأكبر.

ويعتمد نموذج آخر على ثلاثة أبعاد فقط - حل المشكلات، والتنظيم، والمناخ العاطفي، وتعتبر هذه الأبعاد أساسية لتقييم نظرة عامة سريعة، وتمثل جوهر التقييم الشامل لمقياس الأداء الوظيفي Global Assessment of Relational Functioning scale GARF (Family, 1996) الذي يستخدم الآن في العديد من الإعدادات السريرية.

جميع الأسر لديها صراعات، ومشاعر أفراد الأسرة تجاه بعضهم البعض قد تكون مختلطة، ومحبتهم لا تكون دائما ثابتة، علاوة على ذلك فإن الزواج الطويل الأجل الذي يعمل بشكل جيد للغاية أمر نادر الحدوث (يقدره الأطباء أنه يمثل حوالي 5% من جميع الزوجات)، والثقافات المختلفة تشدد على بعض العمليات المذكورة في الجدول، على سبيل المثال تولي بعض الثقافات أهمية أكبر لدور الطفل كأحد أفراد الأسرة أكثر من تعزيز الاستقلال الذاتي؛ وتهتم الثقافات الأبوية بالحفاظ على تسلسل هرمي واضح أكثر من التقاسم العادل للسلطة، لكن معظم هذه العمليات ضرورية لوظيفة الأسرة بغض النظر عن شكلها (Glick et al., 2016).

وحسب دراسات كل من (Defrain & Asay, 2007; Krysan, Moore,)
(Zill, 1990; Stinnett & DeFrain, 1985) تحمل الأسر الصحية الخصائص
التالية:

- الالتزام تجاه الأسرة وأفرادها.
- تقدير أفراد الأسرة لبعضهم البعض (أي اتصال اجتماعي).
- الاستعداد لقضاء بعض الوقت معًا.
- أنماط الاتصال الفعال.
- درجة عالية من التوجه الديني/ الروحي.
- القدرة على التعامل مع الأزمات بطريقة إيجابية (أي القدرة على التكيف).
- تشجيع الأفراد.
- أدوار واضحة.

الالتزام Commitment

فكرة الالتزام هي في صميم عمل الأسرة الصحي، وفي الأسر الصحية لا يكرس الأفراد رفاهية الأسرة فحسب، بل أيضًا العمل من أجل نمو كل فرد، والالتزام تجاه الأسرة هو الأساس الذي يجعل أفراد الأسرة يمنحون وقتهم وطاقاتهم للأنشطة المتعلقة بالأسرة. وينطوي الالتزام على بقاء الفرد مخلصًا للأسرة وأعضائها من خلال أحداث الحياة الجيدة والضارة، وهو يقوم على كل من العاطفة، والأزواج والأفراد الذين لم يفكروا في التزامهم تجاه بعضهم البعض أو المتناقضين حول مدى التزامهم يصعب عليهم الاستمرار في الزواج والعمل مع بعضهم البعض، وغالبًا ما تكون النتيجة هي

الخيانة الزوجية (Blow & Hartnett, 2005) مما يزيد الأمور سوءًا ويزيد من احتمالات الضائقة الزوجية والصراع والطلاق (E. S. Allen, Rhoades, Stanley, Loew, & Markman, 2012).

التقدير Appreciation

يتعزز التزام أفراد الأسرة تجاه بعضهم البعض عندما يعبرون عن تقديرهم لفظيا أو جسديا، وفي الأسر الصحية يميل الأزواج إلى بناء تقدير بعضهم البعض عن طريق الحب المتبادل والاحترام والمجاملات، ويقوم أفراد الأسرة الآخرين بفعل نفس الشيء مع بعضهم البعض، كما يتجنبون الشجارات التي تتخذ شكل هجمات شخصية أو عنف.

الاستعداد لقضاء الوقت معًا Willingness to Spend Time Together

تقضي الأسر الصحية وقتا كميا ونوعيا معًا، فالوقت الذي يقضيه أفراد الأسرة معًا يجب أن يكون وقتًا صحيًا لا يقضيه أحد في ساعات من المشاحنات أو الجدل أو العبث أو التمر، ويحتاج الوقت أيضا إلى أن يكون كافيا، ومن غير المحتمل أن يتطور التفاعل النوعي خلال بضع دقائق معًا، والأحداث التي تشمل كلا من الوقت النوعي والكمي تتراوح بين النزاهات الأسرية إلى الإجازات، إلى السهرات الخاصة التي تشمل الترفيه مثل اللعب أو الأحداث الرياضية أو الحفلات، وتشمل أيضًا الطقوس والتقاليد مثل الاحتفال بأعياد الميلاد واحتفالات الذكرى السنوية، والمشاركة في

التفاعلات الأسرية في أوقات الوجبات، ومشاركة طقوس الفرح والحزن معاً، مثل التخرج وحفلات الزفاف والجنائزات، والفكرة وراء قضاء الوقت معاً هي مشاركة الأفكار والمشاعر، وفي هذه العملية يفكر أفراد الأسرة في أنفسهم كوحدة متماسكة وليس مجرد مجموعة عشوائية من الأفراد.

أنماط الاتصال الفعال Effective Communication Patterns

التواصل يهتم بإرسال واستقبال المعلومات اللفظية وغير اللفظية بين أفراد الأسرة، ويشمل مهارات تبادل أنماط المعلومات داخل نظام الأسرة، وعندما تكون الأسر في صحة جيدة يصغي الأعضاء لرسائل بعضهم البعض ويلتقون بصورة دقيقة وواضحة، إذ يوجد داخل هذه الأسر دعم وفهم وتعاطف، ولا توجد منافسة على "وقت التكلم" أو الصمت، إذ يتم إرسال الرسائل وتلقيها بطريقة حساسة وباهتمام كبير.

من ناحية أخرى، يميل أفراد الأسر المختلفة وظيفياً إلى حجب أو عدم التعبير عن مشاعرهم ورغباتهم وحبهم وكرهم لبعضهم البعض، وقد حدد Brock and Barnard (2008) الخصائص المثلى لحالات التواصل الأسري المثالي، وذكر أنه في أفضل الظروف يكون التواصل داخل الأسر كبير الحجم ويتضمن أنماط المشاركة، وتكون الرسائل بين أفراد الأسرة واضحة ومتطابقة، بالإضافة إلى ذلك تتعامل الأسر الصحية مع مجموعة واسعة من المواضيع وتكون مفتوحة للتحدث بدلاً من الصمت، وعندما تكون المحادثات صعبة يحاول أفراد الأسرة توجيهها في اتجاهات إيجابية من خلال استخدام الفكاهة أو التعليقات الهادئة أو تغييرات الموضوع، وتُعرف

هذه العملية باسم "الإصلاح"، وعندما يكون هناك صراع تسعى هذه الأسر إلى حلها من خلال النقاش بدلاً من "التثبيط".

التوجه الديني/الروحي Religious/Spiritual Orientation

التوجه الديني/الروحي للحياة هو سمة من سمات "الغالبية العظمى من أسر العالم"، ويرتبط الانخراط في البعد الديني/الروحي للحياة أيضًا بإحساس عام بالصحة الزوجية والأسرية ورفاههما، وتساعد المعتقدات والممارسات الروحية الأسرية على التكيف والمرونة، وكذلك لإيجاد المعنى والمبادئ الأخلاقية التي يمكن أن تعيش من خلالها، حيث توصلت دراسة (S.-S. Kim, Kim-Godwin, & Koenig, 2015) أن روحانية الأسرة عززت صحة الأسرة من خلال تعزيز الالتزام الأسري، وتحسين الرفاهية العاطفية، وتطوير سلوكيات صحية جديدة، فيما توصل (Sabatier, Mayer, Friedlmeier, Lubiewska, & Trommsdorff, 2011) أنه في جميع الثقافات كان للتدين تأثير إيجابي على التوجه الأسري للمراهقين، والذي كان بدوره مرتبطًا بارتياح أعلى للحياة.

القدرة على التعامل مع الأزمات بطريقة إيجابية Ability to Deal

with Crises in a Positive Manner

هناك أنواع مختلفة من الأزمات التي تؤثر على الأسر في دورة حياتها، وعادة ما يكون أكثر أنواع الأزمات شيوعًا هو الحدث المتوقع expected event، والحدث المتوقع هو حدث يمكن التنبؤ به ويحدث فعليًا، على سبيل المثال ترك الفرد لأسرته الأصلية من أجل بناء نفسه أو الحصول على عمل أو الزواج، وفي هذه الحالات

تكون الطبيعة العامة للحدث معروفة، لكن التفاصيل دائما فريدة من نوعها ومن هنا تأتي الأزمة، وتستخدم الأسر التي تعمل بشكل جيد في هذه الأوقات استراتيجيات مواجهة مثل التفاوض، وطلب المشورة ممن هم أكثر خبرة، واستخدام الفكاهة، والتعبير عن المشاعر للتعامل مع مثل هذه التحولات.

هناك أيضا اللاأحداث nonevents وتعكس الظروف والنتائج التي تكون مرغوبة ومتوقعة ولكن لا تحدث، وهي سلبية، بمعنى أنها أحداث لا تحدث كما هو متوقع، وقد يكون عجز الزوجين عن إنجاب أطفال أصحاء أو تحقيق أهدافهم المالية في الحياة مثالا على اللاحث، وفي مثل هذه الظروف تغرق الأسر في أزمة لا يدركها الآخرون، وتدير الأسر السليمة هذه المواقف من خلال التعبير عن مشاعرها ودعم بعضها البعض.

أخيرا هناك خسائر غامضة ambiguous losses يصفها Betz and Thorngren (2006) بطريقتين: (1) "عندما يكون الشخص غائبا جسديا ولكنه حاضر نفسيا"، مثل طفل تم التخلي عنه للتبني، جندي مفقود في العمل، أو الأب المطلق الذي لم يعد يعيش مع أطفاله، و (2) "شخص ما يكون حاضرا جسديا ولكن غائبا نفسيا" مثل الأم التي تتدهور ببطء مع مرض الزهايمر، أو شقيق يدمن استعمال الكحول، أو الزوج الذي يتهاوى مع العمل. تقر الأسر السليمة بهذه الخسائر وتعترفها، وتعترف بأنها لا تسيطر على معظمها، وتسعى للحصول على الموارد المتاحة للتعامل معها بطرق مخططة وهادفة ومثمرة.

تشجيع الأفراد Encouragement of Individuals

الأسر هي المسؤولة عن تشجيع تنمية مواهب وقدرات أفرادها، وتتم هذه العملية عادةً بشكل منهجي وطوال دورة حياة الأسرة، والتشجيع مهم بشكل خاص في بعض النقاط في دورة الحياة، وأهم اللحظات هي:

- مرافقة أطفال المدارس في العملية التعليمية.
- مرافقة المراهقين الذين يواجهون التغيرات الجسدية ومجموعات الأقران.
- الشباب الذين يغادرون منازل والديهم للاستقرار في حياة مليئة بالطموحات والإمكانيات.

وضوح الأدوار Clear Roles

توصف أدوار الأسر السليمة بأنها واضحة ومناسبة ومخصصة بشكل مناسب ومتفق عليها بشكل متبادل ومتكاملة، وتعتبر بعض الأدوار ضرورية مثل توفير الموارد المادية، والبعض الآخر غير ضروري، ويتم تحديد الأدوار داخل الأسر بناءً على عدد من العوامل مثل العمر والثقافة والتقاليد، وتسعى العائلات الصحية إلى جعل الأدوار قابلة للتبادل والمرونة قدر الإمكان، وأدوار الأسر السليمة واضحة ومناسبة وموزعة بشكل مناسب ومتفق عليه (Gladding, 2014).

دورة الحياة الزوجية والأسرية Marital and Family Life Cycle

تختلف متطلبات أنساق الأسرة على مدى دورة حياة الأسرة وحسب مرحلة تطورها، وتواجه الأسر مطالب مختلفة في نقاط زمنية مختلفة؛ ومع ذلك فإن الأسر التي تعمل بشكل جيد في المجالات الموضحة أعلاه قادرة على تلبية هذه المطالب

بفضل طرق التعامل مع الانساق التي تمكنت من تطويرها بطريقة فعالة، أما الأسر التي لديها مهارات أقل فعالية في التعامل مع بعض الأبعاد المحددة هي أكثر عرضة للصعوبات في طريقها عبر المراحل المختلفة من الحياة الأسرية (Keitner et al., 2009).

ولأن وظيفة الأسرة المركزية هي تربية الأطفال إلى مرحلة البلوغ، يحتاج النسق إلى التأكد من إتقان المهام النفسية والاجتماعية المختلفة في كل مرحلة من مراحل دورة حياة الأسرة، ويعتمد مدى تحقيق هذا الإتقان على التكيف الفردي لأفراد الأسرة وعلى مرونة ووظيفة الأسرة ككل، وقد تتداخل الضغوطات خلال أي من هذه المراحل مع إنجاز المهام التنموية العادية.

وعلى الرغم من أن قدرة الأسرة على الانتقال بنجاح من مرحلة تنموية معينة إلى أخرى قد تعتمد على كيفية التعامل مع المراحل السابقة، تجد الأسر نفسها في بعض الأحيان أكثر ملائمة لمواجهة تحديات مرحلة ما أكثر من مرحلة أخرى، على سبيل المثال قد يكون الزوجان على خلاف في بداية الزواج ولكنهما يعملان جيداً خلال مرحلة ما بعد الإنجاب. وتستند قدرة الزوجين على التواصل بوضوح وحل المشكلات والحصول على علاقة خالية من الإسقاط والمخططات المعرفية غير المتوافقة على احتياجات الأفراد النفسية والسلوكيات التي يجلبونها من عائلاتهم الأصلية والديناميات الزوجية وحالة التطور الزوجي. في الجدول رقم 2 من دورة الحياة يتم تحديد أنماط معيارية معينة من الإجهاد بواسطة دورات الحياة الفردية والأسرية، والقضية المركزية في الزواج هي التوفيق بين الاحتياجات الفردية

واحتياجات العلاقة، وتميل سلوكيات ومعتقدات الأزواج المختلين إلى أن تكون أكثر صلابة من سلوك الأزواج المتكثفين جيداً (Glick et al., 2016).

الجدول رقم 2: دورة حياة الأسرة ونمو البالغين

مرحلة البلوغ المبكر (سن 20-40 سنة)	منتصف البلوغ (سن 40-60 سنة)	البالغون الأكبر سنا (60 سنة فأكثر)
<p>سن 20-30 سنة</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. إنشاء حياة مستقلة، إنشاء منزل، أصدقاء، إلخ. 2. إعادة التفاوض حول العلاقة مع الآباء والأمهات. 3. اتخاذ القرارات حول الاختيار المهني. 4. استكشاف العلاقة الحميمة عن طريق الزواج. 5. قد يتعامل مع الأبوة والأمومة <p>سن 30</p> <p>- إعادة التفكير في الخيارات المبكرة "تصحيح المسار".</p> <p>سن 30-40 سنة</p>	<p>40-50 سنة</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. التعامل مع تعقيدات القيادة: قد يصبح مسؤولاً عن الأطفال أو شيخوخة الآباء. 2. الانتقال إلى منتصف العمر: إعادة تقييم أهداف الحياة والعمل والعلاقات. <p>50-60 سنة</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. الاستقرار في الحياة التي تم اختيارها في الأربعينيات. 2. قبول الواقع كأن يصبح الفرد وحيداً. 3. التعامل مع دور الجد. 	<p>سن 60 سنة فأكثر</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. إجراء مراجعة للحياة. 2. التخلي عن كون الفرد قائد الجيل 3. التعامل مع التغيرات الجسدية للشيخوخة <p>سن 75 فأكثر</p> <p>التركيز على العمل على الرغم من الشيخوخة الجسدية</p>

	<p>4. التعامل قضايا الشيوخوخة والوفيات.</p>	<p>1. الاستقرار حول بناء الحياة المختارة.</p> <p>2. تعميق الالتزام بالعمل والعلاقات الحميمة الزوجية.</p> <p>3. تجربة الذات مثل الكبار تماما.</p>
--	---	--

دورة الحياة الفردية Individual Life Cycle

تتأثر قضايا الأسرة بشدة بعمر الأفراد البالغين، وتؤثر المرحلة التنموية الخاصة بهم وقضايا الحياة التي يتعاملون معها على نظام الأسرة، وإن معرفة المجالات التي تثير القلق في المراحل المختلفة من دورة الحياة يمكن أن يساعد المعالج على فهم المشاكل التي يحتمل أن تواجهها الأسر ووضعها في سياق أفضل. ويمكن تقسيم المراحل التنموية للبالغين تقريبًا إلى مرحلة البلوغ المبكر (من سن 20 إلى 40 عامًا)، ومراحل سن البلوغ (من سن 40 إلى 60 عامًا)، وسن البلوغ (من سن 60 عامًا وما فوق).

البلوغ المبكر Early Adulthood

تتضمن مهام مرحلة البلوغ المبكرة الانطلاق من أسرة الشخص الأصلية وتطوير الشعور بالهوية وهيكّل الحياة والمسار الوظيفي والتوجه نحو علاقة حميمة

وملتزمة، كما يتم إعادة التفاوض على العلاقات مع الآباء والأمهات، وفي سن 30-40 يميل الأفراد إلى الاستقرار في بنية حياة مختارة مع التزام عميق بالعمل والعلاقات الحميمة عن طريق الزواج. مع ولادة الأطفال، تؤدي ضغوط رعاية الأسرة والالتزام في العمل إلى الحاجة إلى تحمل مسؤوليات متعددة، وتزداد معها الضغوط لتحقيق توقعات الدور في هذه المجالات المتعددة مع إيجاد الوقت الكافي للمهام الفردية الأكثر تعقيداً، وكذا الانتقال الناجح في هذه المراحل يسمح للأفراد بتجربة أنفسهم كبالغين تماماً.

منتصف البلوغ Mid-Adulthood

في هذه المرحلة يصبح الأفراد أكثر ارتياحاً لأدوارهم المتعددة وإذا نجحوا يكون لديهم شعور أكبر بالفعالية والكفاءة، بالنسبة للبعض قد تكون هناك حاجة لإعادة تقييم أهداف وعلاقات العمل مما يؤدي إلى بعض التحولات في منتصف العمر والقلق المرتبط بعملية إعادة التقييم هذه، وهناك ميل مع مرور الوقت لقبول ما أصبح الشخص عليه والبدء في التعامل مع حقيقة الشيخوخة والموت، إنه أيضاً وقت قد يحتاج فيه الأفراد إلى الاهتمام بوالديهم الى جانب بأطفالهم.

البالغون الأكبر سناً Older Adulthood

في هذه المرحلة يبدأ الأفراد في مراجعة حياتهم بشكل أكثر منهجية، وقد ينتقلون تدريجياً من الشعور بالحاجة إلى تولي مسؤولية توفير المزيد من الدعم للجيل

القادم. كذلك وجود المشاكل الطبية وواقع القيود الجسدية نتيجة للشيخوخة، ومع إمكانية التقاعد يصبح إيجاد معنى جديد في الحياة أمراً مهماً، ويمكن أن يؤدي هذا إلى التنمية الفلسفية والروحية.

دورة الحياة الأسرية Family Life Cycle

تمر الزيجات والأسر أيضاً بمراحل مختلفة من التطور والنمو، ومن المفيد أن يكون لدينا بعض المفاهيم لهذه المراحل المختلفة لفهم القضايا التي قد تطرحها أسرة معينة بشكل أفضل.

الخطوبة والزواج المبكر Courtship and Early Marriage

من الأفضل القيام بتكوين العلاقة الزوجية عندما يكمل كلا الشخصين مهام إعادة هيكلة علاقتهما بالوالدين، ويتعلما بشكل كاف عن نفسيهما ليصبحا واعيان بمشاكلهما المميزة، وأن يكون لديهما ما يكفي من الحرية والمغامرة بحيث تشعرهما متطلبات العلاقة المكثفة بالراحة بدلاً من التضيق.

يجب عليهما إثبات الهوية كزوجين، وتطوير طرق فعالة للتواصل وحل المشكلات، والبدء في إنشاء نمط متبادل يتعلق بالوالدين والأصدقاء والعمل، يجب أن تتطور الكفاءة في الحياة الحميمة وحياة العمل والأبوة والأمومة في وقت واحد، وبشكل عام يكون الرضا الزوجي أكبر في السنوات الأولى ويبدأ في الانخفاض ويصل إلى نقطة منخفضة عندما يصبح الأطفال مراهقين، ومع ذلك فإن حالات

الطلاق هي الأعلى أيضًا في السنة الأولى حيث تتلاشى زيجات الأزواج غير المتكافئين.

نقاط التوتر الشائعة في الزيجات المبكرة للبالغين هي إنجاب الأطفال، ومحاولة الزواج المتكافئ في ثقافة اللامساواة، والتحولت الدائمة في منتصف العمر عندما يمر أحد الشركاء أو كلاهما بفترة من إعادة تقييم أنفسهم. الأفراد في كثير من الأحيان يدخلون في الزواج مع توقعات غير واقعية، ويميلون إلى الرغبة في شخص مألوف ومريح - بمعنى آخر مثلهم في نفس الوقت - ويرغبون في أن يكمل الشخص الآخر تلك الأجزاء التي يشعرون بأنها ناقصة في أنفسهم أو تسبب لهم مشاكل، ويؤدي عدم قبول الفروق الفردية بين الأزواج إلى محاولات من جانب أحد الأفراد لجعل الآخر أكثر شبها بهم، مما يؤدي في كثير من الأحيان إلى الصراع وخيبة الأمل.

وصف (Lewis, 1998) خمسة أبعاد مهمة في تحديد نوعية العلاقة الزوجية، وتشمل هذه الأبعاد أولاً مسألة السلطة ومن المسؤول، وثانياً حاجة الشركاء إلى تحديد درجة التقارب أو المسافة ومقدار الأنشطة والقيم المشتركة التي يرتاحون إليها، وثالثاً يجب تطبيق الحدود لتحديد من يتم تضمينه أو استبعاده من نظام الزواج والأسرة، ورابعاً حاجة الشركاء إلى الشعور بالتزام متساو بعلاقاتهم مع وحدة الأسرة، خامساً حاجة الشركاء أيضاً إلى التفاوض بشأن درجة العلاقة الحميمة التي يشعرون بالراحة بها والدرجة التي يرغبون فيها بمشاركة نقاط الضعف الخاصة بهم.

الأطفال Children

مع وصول الأطفال يميل أفراد الأسر إلى التقارب أكثر مع تركيز داخلي مكثف على الأطفال، وتحتاج الأدوار إلى إعادة تعريف، كما يجب تخفيف حدود الأسرة للسماح لأفراد الأسرة الممتدة بالمشاركة في التمتع بمسؤوليات رعاية الأطفال وتبادلها.

قد يكون من الصعب على الوالدين إيجاد وقت كاف لبعضهم البعض مع متطلبات متعددة من العمل والصيانة المنزلية والأبوة والأمومة، وعندما يصبح الأطفال مراهقين، يضغطون من أجل مزيد من الحكم الذاتي، أين يبدأ الآباء أيضًا في الصراع مع الرغبات المتناقضة من أجل تقارب الأسرة وسلامتها من ناحية والحرية من ناحية أخرى. يجب أن تكون الأسر في هذه المرحلة قوية ومرنة وقادرة على دعم النمو، وأن يكونوا قادرين على الحفاظ على الحدود مع السماح لأطفالهم في نفس الوقت بزيادة الاستكشاف والاستقلالية. بالنسبة لغالبية الأسر التي تعمل بشكل جيد فإن المراهقة ليست مرحلة للفوضى والتمرد، وتحتاج الأسرة إلى التطور مع تحول المراهقين إلى صغار بالغين، ومواصلة عملية النمو من خلال إعادة هيكلة العلاقات للسماح بمزيد من الحكم الذاتي مع الاستمرار في الارتباط والتواصل بطريقة ذات معنى.

في الأسر الصحية، يتم تنفيذ الأدوار والوظائف الأساسية اللازمة للتكيف مع الأسرة من خلال أنظمتها الفرعية (مثل النسق الزوجي والاخوي)، ويمكن تصنيف هذه النظم الفرعية وفقًا لتقسيم العمل أو المهام النفسية والاجتماعية داخل الأسرة، على سبيل المثال يقدم الزوجان بعضًا من الرفقة الاجتماعية والعاطفية والحميمية، بينما يقدم الوالدان الرعاية والدعم والإرشاد للأطفال، وفي النظام الفرعي الأخوي يتعلم

الأطفال المشاركة في الموارد وتوثيقها والتفاوض بشأنها وتطوير المهارات الاجتماعية، ويوفر الأطفال للآباء الولاء والشعور بالهدف، ولا يتم ترتيب النظم الفرعية للأسرة من الناحية الوظيفية فحسب ، بل أيضًا بشكل هرمي ، حيث يشغل الآباء عادة مناصب السلطة فيما يتعلق بنسلهم.

العش الفارغ Empty Nest

عندما يغادر الأبناء المنزل يحتاج الآباء إلى إعادة تحديد أدوارهم وأولوياتهم، إنها فرصة للآباء والأمهات لقضاء المزيد من الوقت معًا، والشعور بأنهم أقل ضغطًا، واستكشاف الاهتمامات الفردية، إنه أيضًا وقت محتمل لظهور المشاكل الشخصية بين الوالدين التي تم تهميشها من خلال التركيز على احتياجات الأطفال، وهناك حاجة في هذه المرحلة الحياتية إلى إعادة تحديد الأهداف والمعنى، وفي الوقت نفسه إيجاد طرق للاتصال بشكل أوثق بشريك الحياة.

التقاعد Retirement

يعتبر تقاعد أحد الشركاء أو كلاهما فترة هامة أخرى من انتقال الأدوار في الأسرة، وهذه مرحلة حياة تعد بفرص وتحديات جديدة، حيث يتطلب التقاعد من الأفراد إعادة تحديد هويتهم ومكانتهم في المجتمع، وحل هذه التحديات يؤثر حتماً على العلاقات، ويتيح إيجاد اهتمامات وأهداف جديدة والشعور بالاتصال والتمتع بوقت فراغ جديد. يتعين على الأزواج إيجاد طرق لإدارة مقدار الوقت المتزايد الذي يقضونه معًا، وأن يجدوا طرقًا داعمة من دون غضب أو تحسر، وسيكون للصحة والاستقرار

المالي للزوجين تأثير كبير على قدرتهم على تجربة هذه المرحلة من حياتهم بطريقة صحية.

الموت والحزن Death and Grieving

مع تقدم الأزواج في العمر وزيادة المشاكل الصحية سيتعين عليهم التعامل مع وفاة أصدقائهم وشركائهم، وفي نهاية المطاف أنفسهم، وهناك العديد من التحديات في هذه المرحلة من الحياة، إذ يجب أن يتعامل الأفراد مع وفاتهم وأن يجدوا طرقًا لحل القضايا التي تهمهم قبل الموت، ومن المحتمل أن يكونوا قلقين بشأن صحة شريكهم وتجربة مخاوف الضياع والاعتماد والعزلة. كما يحتاج الأزواج إلى إيجاد طرق لمناقشة شواغلهم والتخطيط سويًا للكيفية التي يريدون التعامل بها مع المشكلات التي يحتمل مواجهتها، وإن إشراك الأبناء وأفراد الأسرة الممتدة يمكن أن يخفف من مخاوف كثيرة، إلا أن المشاكل الأسرية التي لم يتم حلها يمكن أن تجعل هذه العملية أكثر صعوبة.

مرونة الأسرة Family Resilience

أشارت والش Walsh (1996، 2003) أن المرونة تتطلب منظورًا تنمويًا يتعلق بكيفية تعامل الأسر مع الضغوط بمرور الوقت، وقد رأت أن المسار لكل أسرة فريد من نوعه مما يلغي إمكانية اكتشاف "مخطط لأي نموذج فردي لـ" الأسرة المرنة"، وقالت في وقت لاحق (2007) أنه يجب على الممارسين الحفاظ على هذا التركيز في ما يتعلق بالتعافي ومرونة الأسرة، لأن البحث عن "حل سريع" قد يمنع التعافي

طويل الأجل، وأن "مرونة" الأسرة تظهر من الضغوطات السابقة بمستوى أداء متساو أو أعلى، مما يعني أيضًا أنها عملية طويلة الأجل.

وتصف المرونة الأسرية المسار الذي تتبعه الأسرة أثناء تكيفها والتنبؤ بمواجهتها التوتر في الوقت الحاضر وعلى مدار الوقت، وتستجيب الأسر المرنة بشكل إيجابي لهذه الظروف بطرق فريدة اعتمادًا على السياق والمستوى التنموي والمزيج التفاعلي لعوامل الخطر والحماية والتوقعات المشتركة للأسرة، ويركز هذا التعريف على عدة عناصر أساسية، منها أنه لا ينبغي اعتبار المرونة بناءً ثابتًا مطبقًا على بعض الأسر وليس غيرها، بل مسارات فريدة قد تتبعها الأسرة استجابةً لضغوطات محددة، ومن المهم التفكير في المرونة في الوقت الحالي وعلى المدى الطويل، لأن العديد من العوامل التي تكون في البداية محمية أو مفيدة للأسر قد تعرضها للخطر في وقت لاحق، كما يشير هذا التعريف إلى أن الشكل الذي ستبدو عليه المرونة بالفعل وكيف سيتم تقييمه سيختلف وفقًا للضغوط المعينة، وأخيرًا يقر هذا التعريف بأهمية عوامل الخطر والحماية التي تتفرد بها كل أسرة، حيث تلعب العوامل الفردية والسياقية دورًا رئيسيًا في كيفية الاستجابة للضغوطات وكيفية تطوير المسارات (DeHaan, Hawley, & Deal, 2013).

ومن جوانب مرونة الأسرة:

- تنظيم الأسرة واضح.
- الاتصال المباشر.
- التماسك والترابط والدعم المتبادل.

• التكيف الإيجابي مع الشدائد (Keitner et al., 2009).

ويمكن اعتبار المرونة الأسرية كسمة، مما يعني أنه يمكننا أن نرى العامل الوقائي كمفتاح أساسي للأسرة من أجل البقاء والنهوض من الشدائد، ويوجد عامل الحماية داخل الأسرة في شكل سمات إيجابية يمكن أن تشجع الأسر على الخروج من الأزمة.

يعرّف مكوبين وماكوبين (1988) مرونة الأسرة بأنها خصائص وأبعاد وقدرات تعمل على مساعدة الأسر على حل المشكلات من خلال إيجاد الحلول وزيادة قدرة أفراد الأسرة على التكيف مع حالات الأزمات، وإن المرونة الأسرية هي جهد أسري يعقبه القدرة على التكيف والنجاح في مواجهة الضغوط في الحاضر والمستقبل، ويمكن للأسر المرنة أن تستجيب بشكل إيجابي لهذه الظروف بطريقة نموذجية، وتعتمد على السياق، ومستوى النمو، والتفاعل بين عوامل الحماية وعوامل الخطر ومنظور الأسرة حول المشكلة.

والمرونة الأسرية تعني أن كل شيء سوف يعمل بشكل جيد وفقا لسياق المشاكل التي تواجهها الأسرة، كما تصف المرونة الأسرية أيضًا الصدمة كنمط من السلوك الإيجابي، وقدرة الأفراد على العمل في المواقف العصيبة في محاولة للتعافي (Herdiana, Suryanto, & Handoyo, 2018).

تم تطوير إطار المرونة الأسرية لـ **Walsh** كخريطة مفاهيمية للعمليات الرئيسية لتوجيه التقييم والتدخل في الممارسة السريرية والمجتمعية، ويسترشد هذا الإطار بثلاثة عقود من البحث في العلوم الاجتماعية والبحوث السريرية حول أنظمة الأسرة التي تعمل بشكل جيد وعلى المرونة الفردية والأسرية، وقد تم تحديد تسع

عمليات للمرونة من خلال ثلاث مجالات لأداء الأسرة: أنظمة المعتقدات الأسرية، والعمليات التنظيمية للأسرة، وعمليات التواصل وحل المشكلات. يمكن استهداف هذه العمليات لتعزيز قدرات الأسرة على التعافي من الأزمات والسيطرة على تحديات الحياة المستمرة، وتهدف التدخلات إلى بناء نقاط القوة الأسرية عند معالجة المشاكل، وبالتالي تقليل المخاطر والضعف، وعندما تصبح الأسرة أكثر قدرة على التعامل مع الإجهاد، يكتسب الأعضاء القدرة على مواجهة تحديات المستقبل، والمفاهيم الرئيسية التي جاء بها نموذج وولش تتمثل في:

أنظمة اعتقاد الأسرة : Family Belief Systems

يتم تعزيز المرونة الأسرية من خلال المعتقدات المشتركة التي تساعد الأعضاء على تحديد معنى لمواقفهم المليئة بالضغط، وتسهيل نظرة إيجابية ومفعمة بالأمل، وتقديم قيم وممارسات وأهداف متسامية أو روحية. يمكن مساعدة الأسر على اكتساب الشعور بالتماسك، وإعادة صياغة الأزمة كتحدٍ مشترك يمكن فهمه وإدارته ومعالجته. إن تطبيع ضائقة الأعضاء ووضعها في سياقها على أنها طبيعية أو مفهومة في حالة الأزمة الخاصة بهم يمكن أن يخفف ردود أفعالهم ويقلل من اللوم والعار والشعور بالذنب، وإن التأكيد على نقاط القوة الأسرية في خضم الصعوبات يقاوم الشعور بالعجز والفشل واليأس لأنه يعزز الثقة المشتركة وروح "القدرة على العمل". كما أن تشجيع أفراد الأسرة يعزز الجهود لأخذ زمام المبادرة والمثابرة في محاولات التغلب على الصعوبات، ومن أجل المرونة، يركز أفراد الأسرة طاقاتهم على إتقان ما هو ممكن، وقبول ما هو خارج عن إرادتهم، وتعلم تحمل عدم اليقين. الموارد الروحية المشتركة، مثل القيم، والإيمان العميق، والممارسات التأملية (مثل الصلاة، والتأمل)،

والمشاركة الدينية الجماعية يمكن أن تعزز الروابط الأسرية والمرونة، ويجد الكثيرون الشفاء والمرونة من خلال التواصل مع الطبيعة، والتعبير الإبداعي في الفنون، والعمل الاجتماعي التعاوني لتخفيف المعاناة أو إصلاح الظروف الصعبة والضارة، يمكن أن تكون الشدائد تحويلية، وتنتج أولويات حياة جديدة، وهدفًا، ونموًا إيجابيًا.

العمليات التنظيمية للأسرة : Family Organization :

يتم تعزيز المرونة من خلال بناء أسري مرن لمواجهة تحديات الحياة، وفي مواجهة التغييرات المدمرة وإعادة التنظيم الهيكلي، تحتاج الأسر إلى إعادة الاستقرار - وخاصة طمأنة الأطفال وغيرهم من أفراد الأسرة الضعفاء - من خلال توفير الأمن والاستمرارية والاعتمادية. القيادة القوية والدعم المتبادل والعمل الجماعي يسهل المرونة، ويمكن حشد أعضاء الأسرة الممتدة والشبكات الاجتماعية كشريان حياة علائقي، كما أن دعم النسق الأكبر (على سبيل المثال سياسات مكان العمل) ضروري أيضًا، ولا يكفي مساعدة الأسر على "التغلب على الصعاب" بل من الأهمية بمكان العمل على تمكينهم من الازدهار.

عمليات الاتصال وحل المشكلات : Communication Processes :

يتم تسهيل المرونة الأسرية من خلال معلومات واضحة ومتسقة حول أوضاع أفراد الأسرة وخياراتهم السلبية، فالتعبير العاطفي المفتوح والتعاطف المتبادل يقوي الروابط الأسرية، وتوفر التفاعلات الممتعة، ومشاركة المرح، والفرح، والفكاهة فترة راحة من المعاناة والصراع، وتنشيط الطاقات والروابط. في حل المشكلات التعاوني، يمكن مساعدة الأسر في المواقف المشبعة بالمشاكل على تصور مستقبل أفضل

واتخاذ خطوات ملموسة نحو تحقيق أهدافهم، وتصبح الأسر أكثر قدرة على التعلم من خلال التعلم من الأخطاء والتحول من وضع الاستجابة للأزمات إلى الموقف الاستباقي، والتنبؤ والاستعداد لمواجهة التحديات المستقبلية (Walsh, 2013).

تعمل هذه العمليات الرئيسية للمرونة الأسرية بطريقة تفاعلية وتأزيرية، على سبيل المثال يشارك المعنى المشترك في تعزيز وتسهيل التواصل الواضح وكلاهما يتيح حل المشكلات بشكل فعال، ويمكن العثور على التغذية الروحية بطرق متنوعة، من خلال القيم والممارسات الدينية أو الإنسانية المشتركة في الحياة الأسرية، ومن خلال الانخراط في مجتمع ديني، أو بالتواصل مع الطبيعة، أو في النشاط الاجتماعي لمساعدة الآخرين أو تحسين الظروف المعقدة (Walsh, 2017) .

إن مفهوم المرونة الأسرية، والقدرة على الصمود والتعافي من الأزمات والمحن له إمكانات قيمة للبحث والتدخل وأساليب الوقاية التي تهدف إلى تقوية الأزواج والأسر. كما يوفر مفهوم المرونة الأسرية إطارًا مفيدًا لتحديد وتقوية العمليات الرئيسية التي تمكن الأسر من التغلب على الأزمات والضغوط المستمرة.

ثالثاً: المشاكل والخلل الوظيفي من منظور الانساق الأسرية

Dysfunctional Families

في العنصر السابق وصفنا تنظيم الأسرة الوظيفية وسلوكها، في هذا العنصر، سوف نركز على المشاكل والطرق التي تؤدي بالأسر إلى الخلل الوظيفي، ونناقش أنواع الاختلالات التي تتجلى في أنظمة الأسرة المختلة وظيفياً، بما في ذلك معتقدات الأسرة الخاطئة والطقوس، ضغوط دورة الحياة، وعدم قدرة الأسرة على إنجاز المهام الأسرية.

وتشير **الأسرة المختلة وظيفياً** إلى نمط الأسرة المرتبط عموماً بانخفاض مستويات الصحة والرفاهية والسعادة والنتائج الإيجابية مقارنة بالأسر الأخرى، لكن يجب ألا يكون تصور الأسرة المختلة وظيفياً عبارة عن انقسام مزدوج إلى قسمين

منفصلين، بل سلسلة متصلة من حيث درجات الخلل الوظيفي، إذ قد تكون بعض الأسر تعاني من خلل وظيفي أكثر أو أقل من الأسر الأخرى مع تباين مدى وشدة الاختلال الوظيفي.

تدرس العديد من التخصصات -مثل علم الاجتماع، وعلم النفس، والعمل الاجتماعي، والطب، وعلم الإجرام- الأسر المختلفة وظيفياً، ونظراً لأن العديد من التخصصات تدرس الأسر المختلفة وظيفياً فإنه توجد العديد من التعاريف ووجهات النظر والحلول المختلفة للأسر المختلفة.

توجد أنواع مختلفة من الأسر المختلفة وظيفياً، وكذلك أشكال مختلفة من العنف الاسري التي تصنف عادةً على أنها مختلة، على سبيل المثال تعتبر جميع أشكال إساءة معاملة الأطفال المزمدة أو الشديدة - الجنسية والعاطفية والجسدية - مختلة وظيفياً، وكذلك إهمال الطفل، والعنف الزوجي هو أيضاً خلل في الأداء الوظيفي الاسري بسبب الأضرار الجسدية والعاطفية التي تلحق بالضحية والبيئة السلبية والمهددة التي يعيش فيها الأطفال.

الاستخدام المزمّن والمسيء للمخدرات أو الكحول داخل الأسرة هو اختلال وظيفي بسبب النتائج المرتبطة بمثل هذا النشاط، إذ يرتبط هذا الاستخدام المزمّن والمسيء بمستويات أعلى من العنف العاطفي والجسدي وتناقص التفاعل بين الوالدين والطفل، والنتائج التي تلحق بالأبناء هي انخفاض مستويات النجاح الأكاديمي، واحترام الذات، وغيرها من مؤشرات الرفاه العام، علاوة على ذلك هناك احتمال سلبي آخر

يتمثل في تعاطي المخدرات أو الكحول بين الأطفال والبالغين لأبوين مدمنين على المخدرات أو الكحول.

غالبًا ما تنتج الأسر المختلة وظيفيًا عن الفقر المزمن لا سيما في المناطق التي توفر القليل من الفرص الاقتصادية، وعدم كفاية البرامج التعليمية، والافتقار إلى الأمل بشكل عام في المستقبل، تعاني مثل هذه الأسر من مستويات منخفضة من التحصيل الدراسي، وخطط قليلة للمستقبل، ومستويات عالية من النشاط الإجرامي، وإدمان المخدرات والكحول، والبطالة، والتشرد، ومع وجود عدد أقل من الوسائل لتحقيق النجاح من المرجح أن تُعتبر الأسر التي تعيش في فقر مزمن مختلة.

وتشير بعض نتائج الأبحاث إلى أن الأسر التي تعاني من إعاقات عاطفية أو جسدية لديها معدلات أعلى من التوتر والانفصال الزوجي، ومع ذلك فإن العديد من الأسر في مواقف مماثلة لا تصبح مختلة.

لا يبدو أن هناك حدثًا معينًا أو ظرفًا اجتماعيًا يسبب أو يخلق أسرة مختلة وظيفيًا على الرغم من هذه الافتراضات، والأرجح أن الطريقة التي ينظر بها أحد أفراد الأسرة أو الأسرة إلى الحدث أو الظرف الاجتماعي هي العامل الحاسم فيما إذا كانت الأسرة ستكون أكثر وظيفية أم لا.

وبالتالي، قد تحتوي الأسر فردًا معاقًا وتبقى وظيفية بدرجة عالية، في حين قد تواجه أسرة أخرى نفس الحدث وتصبح مختلة بسبب الدعم غير الكافي، وكذا التعريف الذاتي للحدث كأزمة، وعدم وجود تجارب إيجابية سابقة.

وفيما يتعلق بوقوع الأسرة المستمر في الاختلال الوظيفي، فإن هذا يرتبط بعدد من الخصائص المختلة وظيفياً داخل الأسرة ما يعني أن الأسر التي لديها عدة عناصر مرتبطة بخلل وظيفي ستندرج في فئة "الاختلال الوظيفي"، على سبيل المثال، فإن الأسرة التي تعاني من فقر مزمن، يقودها أحد الوالدين المدمنين على المخدرات أو الكحول أين يوجد أيضاً إساءة معاملة للأطفال والزوجة، هي أكثر اختلالاً من الأسرة التي وقعت فيها حادثة واحدة من العنف الزوجي، وكلما كانت الأسرة أكثر اختلالاً في الأداء الوظيفي زاد ذلك من صعوبة حصول الأبناء على رفاهية نفسية في الحياة.

والاختلال الوظيفي في الأسرة هو مشكلة اجتماعية لسببين رئيسيين، أولاً قد يتعرض أفراد الأسرة القريبين من الاختلال الوظيفي للضرر أو المشقة بسبب طبيعة الأسرة، ثانياً قد ينتقل نمط الأسر المختلة وظيفياً إلى الجيل الثاني فيما يعرف باسم "انتقال الأجيال intergenerational transmission"، ومع ذلك فإن الانتقال عبر الأجيال ليس مطلقاً، إذ في حين أن بعض أفراد الأسرة سوف يعيدون نمط الأسرة المختلة وظيفياً فإن الكثير منهم لن يفعلوا ذلك (Parrillo, 2008).

كيف تصبح الاختلالات الوظيفية مشكلة؟، ما الذي يؤدي إلى حدوث الأعراض؟، وكيف يتم إدراك أن المشاكل الأسرية مؤلمة بما يكفي لتدخل خارجي؟، هذه هي القضايا التي تثير اهتمام منظري الأسرة (والمنظرين الفرديين قبلهم) وستشغل المعالج الأسري عند بدء تقييم الزوجين أو الأسرة.

ومن أجل مقارنة التفسيرات النسقية مع وجهات النظر التقليدية من المهم أن نعيد النظر بإيجاز في المقاربات التحليلية في شرح الأعراض، حيث ركز فرويد على البيانات التي تم الحصول عليها من تعبيرات المرضى عن أفكارهم ومشاعرهم وتجاربهم الداخلية، ورأى أن علم النفس المرضي يرتبط بكل من الصراع الداخلي بين الرغبات وآليات التحكم داخل النفس، ولاحظ ببراعة أن الأنماط والدفاعات المختلفة وظيفياً التي تعيق حياة المريض (وفي بعض الأحيان المحلل) أعيد تنشيطها في إطار العلاج بأشكال مماثلة، والأكثر شيوعاً في شكل التحويل نحو المحلل النفسي، وأكد نهج التحليل النفسي لفرويد على المريض كفرد، وكان تركيزه السريري على التجربة الداخلية التي كان يعتقد أن لها جذورها في التاريخ المبكر للفرد.

فيما يؤكد منظور الأنساق على ما يسمى بالسببية الدائرية¹، حيث يتم الحفاظ على السلوك العرضي بواسطة حلقات التغذية الراجعة الدائرية داخل النسق الأسري، وفي الأنظمة الحية لا يمكن للمرء ببساطة تعيين جزء واحد من النسق ليكون له تأثير سببي مباشر على جزء آخر؛ بمعنى آخر قد تكون هناك طرق مختلفة لنفس نقطة النهاية، أو قد تؤدي أحداث مماثلة إلى نتائج مختلفة، وفي هذا الصدد يقدم المنظور

¹ - السببية الدائرية **Circular Causality**: يستخدم هذا المفهوم على وجه الخصوص في نظرية الأنساق، ليصف السبب وراء موقف، حادثة، سلوك، مشكلة، أو نمط على أنه جزء من سلسلة معقدة من التفاعلات التبادلية المؤثرة. فسلوك جزء في النسق التنظيمي، يؤثر في سلوك آخر والذي بدوره يؤثر في السلوك في الجزء الأول وهكذا تستمر العملية بطريقة دائرية (الدخيل، 2013)

النسقي موقفاً مريحاً للأطباء الذين تبنا وجهة النظر النفسية الاجتماعية، إذ لا يجب مراعاة هذه العوامل في تقييم نظام المريض فحسب، ولكن يجب مقارنة التداخلات الضيقة مع تلك التي تتناول بوضوح الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية.

مفهوم الأداء الاسري غير الوظيفي Dysfunctional family

الاسرة ذات الأداء الاسري غير الوظيفي هي الأسرة التي تضر علاقاتها المتبادلة بالصحة العاطفية والبدنية ورفاهية أفرادها بدلاً تعزيزها، وعلى الرغم من أن هذا المصطلح يستخدم عرضاً في الثقافة الشعبية إلا أن المهنيين والنفسيين يعرفون الأسرة المختلة وظيفياً بأنها أسرة لا تؤدي فيها العلاقات بين أفراد الأسرة إلى الصحة النفسية والجسدية، إن الإيذاء الجنسي أو البدني، وإدمان الكحول والمخدرات، والجنوح والمشاكل السلوكية، واضطرابات الأكل، والعدوان الشديد هي بعض الحالات المرتبطة عادة بالعلاقات الأسرية المختلة.

ويعتمد مفهوم الأسرة المختلة وظيفياً على المقاربة النسقية في تشخيص وعلاج الصحة النفسية، حيث تُرى أعراض الشخص في سياق العلاقات مع أشخاص ومجموعات أخرى بدلاً من اعتبارها مشاكل خاصة بالعميل. لا يوجد تعريف دقيق لمصطلح "الأسرة المختلة وظيفياً"، وفي الاستخدام الشائع يميل المصطلح إلى جذب جميع أنواع اضطرابات العلاقة التي تحدث في نسق الأسرة وأُسقائها الفرعية (الآباء، الأطفال). ويعتمد المهنيون ومقدمو الخدمات النفسية بشكل متزايد على العلاج الأسري والزوجي كوسيلة فعالة لعلاج اضطرابات الصحة النفسية المختلفة، وخاصة عند الأطفال.

وفيما يلي بعض خصائص أنظمة الأسرة المختلة وظيفيًا:

- إلقاء اللوم، وعدم تحمل المسؤولية عن الأفعال والمشاعر الشخصية، وعدم احترام مشاعر أفراد الأسرة الآخرين.

- حدود فضفاضة أو جامدة للغاية بين أفراد الأسرة، على سبيل المثال قد يعتمد الوالد بشكل مفرط على الطفل للحصول على الدعم العاطفي (حدود فضفاضة)، أو منع الطفل من تطوير الحكم الذاتي من خلال اتخاذ جميع القرارات المتعلقة به (حدود صلبة).

- قد تكون الحدود بين الأسرة ككل والعالم الخارجي فضفاضة للغاية أو جامدة للغاية.

- ميل أفراد الأسرة لسن أدوار محددة_ على سبيل المثال مقدمي الرعاية، البطل، كبش الفداء، المثالي، الفتاة أو الولد الشرير، الأمير الصغير أو الأميرة - وتعمل هذه الأدوار المحددة على تقييد المشاعر والتجارب والتعبير عن الذات.

- الميل إلى تعيين "مريض محدد identified patient" من أحد أفراد الأسرة المعترف به بأنه غير سليم عقلياً أو جسدياً، والذي قد يكون أو لا يكون في علاج لكن أعراضه هي علامة على صراع الأسرة الداخلي، وغالبًا ما تعمل مشاكل المريض الذي تم تحديده على إخفاء المشكلات العائلية الكبيرة، على سبيل المثال قد يُعتبر الطفل متسلطاً ومثيراً للقلق في المدرسة ويطلق عليه "الطفل المشكلة" عندما يعبر عن الصراعات والمشاكل مثل سوء المعاملة في المنزل من خلال سوء التصرف (Dysfunctional Family, "2008).

المقاربة النسقية والخلل الوظيفي في الأسرة

مثلاً تم إيلاء اهتمام للآراء الاختزالية التي أكدت على الحياة الداخلية للفرد والجهاز العصبي الحيوي، من المهم فتح العدسة بنفس القدر والنظر إلى نفس الظواهر من منظور العلاقات الشخصية والأنساق. ونظراً لأن النظرية والممارسات التحليلية النفسية الحالية تتجه نحو منظور العلاقات الشخصية والنسقية بشكل مطرد خلال العقدين الماضيين، فإن التركيز المتجدد على السياق لا يرتبط فقط بمجال العلاج الأسري، بل إنه يمثل جزءاً من أرجوحة أكبر في مجال الطب النفسي والعلاج النفسي المناسب.

وجهات نظر تاريخية

ركز فرويد على الحياة الداخلية للفرد، ولن نتعمق في تاريخ نظرة أنظمة الأسرة إلى الأعراض، ولكن ببساطة سنبرز بطريقة مبسطة بضع خطوات حاسمة على طول الطريق. وفي البداية سيكون من المفيد مراجعة المفاهيم الأساسية لنظرية الأنساق، فأبحاث نظريات الانساق في الاسباب المرضية كما هو مطبق في الاضطرابات النفسية مثل الفصام مؤرخة الآن، ومن أهم المفاهيم التفاعلية الرائدة حول الأعراض هي مصطلح الرابطة المزدوجة عن (Bateson, Jackson,) (Haley, & Weakland, 1956a).

ويعرف مصطلح **الرابطية المزدوجة** الجمود في التواصل بين الأفراد في النظام العلائقي، والذي كان من شأنه من الناحية الافتراضية أن يؤدي إلى استجابات الفصام لدى الفرد، والرابطية المزدوجة وفقاً لبينسون Bateson هي معضلة تواصلية بسبب التناقض بين رسالتين أو أكثر، وبهذه الطريقة لا يهم ما يجري لأن أي خيار هو خطأ، وتتسبب حالة التواصل هذه في المعاناة ويمكن أن تؤدي إلى بعض الاضطرابات النفسية، وبدلاً من كون مرض انفصام الشخصية اضطراب في اختبار الواقع، كان يُنظر إليه على أنه محاولة الفرد التعامل مع واقع التواصل المضطرب، وبعبارة أخرى كان الفصام منطقيًا عند فهمه في سياق عدم الاتصال وحرمان الاتصال.

بدأ **جاكسون Jackson** في إلقاء نظرة على القواعد والقيم الأسرية التي تم الحفاظ عليها من خلال ما اعتبره **ميكانيزمات الاستتباب** أو التوازن الاسري الداخلي homeostatic mechanisms (Jackson & Yalom, 1964)، وفي عمله الأولي اقترح أن الأعراض خدمت وظيفة التوازن، أي أنها تعمل على إبقاء الأسرة تعمل ضمن نفس النطاق الضيق من السلوك، نتيجة لذلك استخدمت الأسر المختلفة وظيفيًا بعضًا فقط من مجموعة كاملة من السلوكيات المتاحة لهم من أجل الحفاظ على الوضع الراهن الذي أنتج سلوك الأعراض في المقام الأول.

وفي المعهد الوطني للصحة العقلية حاول **بوين Bowen** ولاحقاً **Wynne**

أيضًا فهم مسببات الفصام من منظور الانساق، واستنتج بوين (1978) الذي درس أسرًا كاملة من مرضى الفصام أن العلاقات بين شخصين (مثل الزواج) كانت غير

مستقرة في جوهرها، واقترح أنه عندما يواجه النسق الاسري الإجهاد قد يستقطب نسق عاطفي مؤلف من شخصين أو يثلث شخصاً ثالثاً، فينتقل القلق بين الثنائي الأصلي إلى الشخص الثالث، وعلى الرغم من أن التثليث يحدث في جميع الأسر إلا أن التثليث المرضي يرتبط بالأسر التي يوجد فيها تصلب حول مثلث من المثلاثات تحت طائلة التغيير أو الإجهاد، ويمكن أن تمتد عملية التثليث هذه لتشمل جميع أفراد الأسرة وحتى الأفراد المحيطين في الأسرة والغرباء مع نمو العدوى العاطفية.

عزا وين Wynne وزملاؤه الأمراض النفسية إلى عمليات التواصل الأسرية المنحرفة، وأن خصائص الأسر قد عرقلت التطور الطبيعي للأفراد، ومن بين العمليات التي لاحظوها كانت الصفات غير الواقعية لكل من المشاعر الإيجابية والسلبية (على سبيل المثال المشاعر الزائفة التي تخفي الصراع وتعرقل العلاقة الحميمة، والتتافر الزائف الذي يحجب الانشغاقات والمحاذاة)، والحدود الأسرية الصارمة (ما يسمى الأسوار المطاطية)، والأنماط المشوهة الاتصالات (أي انحراف الاتصالات).

لا تزال نظريات جاكسون وبوين ووين عناصر أساسية لفهم لكثير من الخلل الوظيفي الأسري، وتساعدنا هذه النظريات على فهم عدم الزواجي والأسري بشكل عام ومشاركة الأسرة في الكثير من الأعراض النفسية لأفرادها، وعلى الرغم من أن هذه الأنواع من الخلل الوظيفي للأسرة لا تخلق الذهان لكنها تنتج مستويات من التوتر لدى أفراد الأسرة التي يمكن أن تنتج أعراضاً أخرى أو تضخم العمليات الذهنية وتحافظ عليها في الأفراد الذين يحملون استعدادات للإصابة بالاضطرابات النفسية.

أخيراً أسس **ليدز (1963)** تحقيقاته الأولية في نظرية التحليل النفسي متحدياً وجهة النظر السائدة في ذلك الوقت، حيث أن رفض الأمهات لابنائهن كان السمة المميزة في علم النفس المرضي، وقد نظر ليدز إلى دور الآباء والمشاكل في الأدوار الزوجية، على وجه الخصوص تم تحديد **الانقسام الزوجي** على أنه الفشل في التوافق، في حين أن **الانحراف الزوجي** يعكس الزوجات التي كان فيها المرض النفسي موجوداً في أحد الشركاء وقد سيطر على الآخر، فيما اعتقد رواد آخرون في التحليل النفسي (على سبيل المثال **أكرمان 1958**) أن مشاكل الأسرة نشأت استجابة للبيئة المباشرة والنفسية الفردية.

المنظورات الحالية Current Perspectives

تم تحديد المحددات البيولوجية لمعظم الاضطرابات النفسية الكبرى وذلك باستخدام طرق التصوير والباثولوجيا العصبية neuropathological والكيمياء العصبية. وإن فكرة أن التربية بمفردها أو النسق الأسري الحالي وحده هو المسؤول عن هذه الاضطرابات قد عفا عليها الزمن الآن مما يبعث على الارتياح الشديد للأسر التي أُلقي باللوم عليها في ألم أعضائها، لكن هذا لا ينفي أن الإجهاد الأسري أو الخلل الوظيفي غالباً ما يشارك في ظهور الأعراض والحفاظ عليها. حيث يضيف الشخص المصاب بالذهان ضغوطاً على الأسرة، وتضغط أنواع معينة من الخلل الوظيفي للأسرة (مثل التثليث وحدود الأسرة الصارمة) على الشخص المريض، لذلك يجب التحقيق في مستويات ضعف الأسرة كجزء من تقييم وعلاج الذهان.

تفسيرات الأنساق الأسرية للأعراض كثيرة كثره المدارس والنظريات والممارسات السريرية في هذا المجال، ومع ذلك يبدو أن مجموعة صغيرة من الفرضيات قد تم تأييدها بشكل شائع، لذلك فإن المنظورات الحالية تعرف الأعراض بأنها مشاكل تزعج الآخرين في الأسرة، وتمتلك الأعراض الخصائص التالية:

- قد تظهر نتيجة للتواصل الإشكالي أو الأنماط التفاعلية في الأسرة.
 - قد تشير إلى طريق مسدود عند نقطة نمو معينة في دورة حياة الأسرة.
 - قد تكون جزءاً من سلوك الحل الذي فشل في مهمته.
 - قد تعكس مشاكل في بنية الأسرة وتنظيمها.
 - قد يتم التعبير عنها عندما تتعرض جوانب حياة الأسرة للتغيير أو الانفصال.
- وإن أقوى مؤشر على الرضا العام عن الحياة ليس جودة العلاقة المركزية للشخص فحسب، بل "علاقة جيدة ومستقرة تحمي من الضعف الوراثي والاستعدادات الوراثية للإصابة بالاضطرابات الطبية والنفسية" (Glick et al., 2016).

سوف نتناول بعض وجهات النظر الأكثر تأثيراً في تفسير وعلاج مشاكل أنظمة الأسرة، ويمكن اعتبار كل طريقة من الطرق التالية بمثابة فرضية يمكن للمختص النفسي اختبارها عند التعامل مع حالاته.

المشاكل البنائية Structural Problems

تعتبر النظرية البنائية الأسرية أن الأسرة تقوم بدور وظيفي عندما تتمكن من الحفاظ على التماسك بين أعضائها مع السماح بالتمايز الفردي الخاص بهم، ويكون الاختلال الوظيفي عندما يتم التضحية إما بالتماسك أو التمايز من أجل الآخر.

وتتظر النظرية إلى الأسرة كنسق تتمثل وظيفته في "دعم أفرادها وتنظيمهم ورعايتهم وتنشئتهم اجتماعيا"، ولتحقيق هذه الوظيفة يجب على الأسرة وضع قواعد تقيد الحريات الفردية، إذ يجب أن يقبل أفراد الأسرة درجة من الترابط (على سبيل المثال، بين الزوجين) وشكل من أشكال التسلسل الهرمي (على سبيل المثال، بين الوالدين والأطفال)، لكن تحتاج الأسرة أيضًا إلى تغيير تلك القواعد بما يتوافق مع تطورها (على سبيل المثال يصبح الأطفال مع نموهم أقل اعتمادًا على رعاية الوالدين وسيطرتهم وأكثر حرية لاستكشاف علاقات جديدة)، وكذلك التوافق مع الأحداث الخارجية (الانتقال إلى مدينة أخرى، وفقدان وظيفة، والطلاق، وتغيير الظروف المالية).

تعرقل التغييرات في المطالب الداخلية أو الخارجية أنماط العلاقات الأسرية الثابتة، فعندما يصل الأطفال إلى سن المراهقة يجب معالجة النزاعات حول قضايا السيطرة والاستقلال، ولا يتم تحديد الأسر الوظيفية من خلال غياب التوتر والصراع ولكن بقدرتها على تحمل الصعوبات والتعامل معها بطرق لا تتعارض مع رفاهية ونمو أفرادها؛ ومن خلال تفاعل الأسرة بطلاقة مع محيطها الاجتماعي، تنجح في الحفاظ على هويتها مع السماح لأفرادها بالتمايز، وعلى العكس من ذلك تصبح الأسر مختلة وظيفياً عندما لا تستطيع معالجة الإجهاد الناتج عن الحفاظ على أنماط علائقية لم تعد قادرة على التكيف، على سبيل المثال يواصل الوالدان وابنتهما المراهقة علاقتهما مثلما كانت الفتاة في الثامنة من عمرها.

بعض الأسر تفشل في النمو لأن أفرادها ليسوا على صلة كافية مع بعضهم البعض، فعدم وجود استجابة متبادلة يعوق التفاوض على الصراع، والمثال لهذا النوع من البناءات هو الأسرة المنفصلة التي تغرس في الأطفال شعورا زائفا بالاستقلال، ولديها تسامح مفرط مع السلوكيات المنحرفة، قد تتحمل الأسرة أو لا تتحمل المسؤولية عن بداية المشكلة، ولكن بمجرد وجودها تتجاهل الأسرة المشكلة أو ترفض تحمل مسؤولية معالجتها.

في الطرف الآخر يوجد الأسر المتشابكة التي فيها تقارب مفرط بين الأعضاء، أين تلتف الأسرة حول نفسها من خلال الاهتمام المشترك المبالغ فيه، والشعور بالهوية الفردية المحدود، وصعوبة التكيف مع السياقات الاجتماعية غير الأسرية ؛ مرة أخرى قد تكون الأسرة مسؤولة أو لا تكون مسؤولة عن بداية المشكلة، ولكن بمجرد وجودها يكون للتشابك الصارم بين الأدوار والسلوكيات الفردية تأثير مشلول في أوقات الانتقال عندما تكون هناك حاجة لاستجابات مختلفة (Colapinto, 2017).

وتمثل مشكلات الانحيازات والائتلافات والاتحادات جانباً آخر من الصعوبات البنائية، إذ في نسق من ثلاثة أشخاص توجد فرص كبيرة لاثنتين من الأعضاء للتحالف أو لاستبعاد العضو الثالث، وقد وصف Minuchin ثلاثة أنواع مختلفة من المثلثات:

1. **التثليث Triangulation**: والذي يقدم فيه الوالدان مطالب قوية ومتساوية

للطفل، ويستجيب الطفل بعدم قدرته على الاختيار بين مطالب الوالدين بالانتقال ذهاباً وإياباً بين الوالدين، أو عن طريق التمرد.

2. **الالتفاف Detouring**: حيث يتم وضع النزاع الوالدي جانبا والاهتمام برعاية

الطفل، أو مهاجمة الطفل لأنه يسيء التصرف (أي السلوك العدائي واللوم)، والالتفاف يتطلب أن الطفل لا يزال يمثل مشكلة حتى يتمكن الوالدان من تجنب الصراع.

3. **تحالف مستقر Stable coalition**: التحالف المستقر يكون بين أحد

الوالدين والطفل، حيث يرتبط أحد الوالدين بالطفل ارتباطاً وثيقاً إما استجابة للمشاركة غير الكافية للوالد الآخر أو من أجل منع مشاركة الوالد الآخر. ويمكن تشبيه مشاكل البناء الأسري بالمشاكل البنائية في المنزل: إذا تركت دون مراقبة تظهر الأعراض تدريجياً ويمكن أن تزداد سوءاً.

الحل كمشكلة The Solution as the Problem

في نهج الحل كمشكلة يتم شرح الأعراض على أنها مشاكل في قواعد النسق أو أنماط التفاعل المتكررة، إذ تواجه جميع الأسر مشاكل يومية في حياتها - على سبيل المثال كيفية القيام بالأعمال المنزلية، وتوصيل الأطفال إلى المدرسة أو الواجبات المنزلية، وتقديم حلول وسط عند حدوث مشاكل واختلافات، كما تواجه جميع الأسر صعوبات في مرحلة ما من حياتهم، وفي مواجهة المشكلات يميل كل فرد من أفراد الأسرة إلى التعامل مع المشكلة بطرق معينة من التفكير والشعور والعمل، وهذه

الاستجابات الأولية قد تكون أو لا تكون فعالة للمشكلة المحددة، وإذا كان أفراد الأسرة غير قادرين على تغيير سلوكهم عندما تكون طرق معالجتهم للمشكل غير فعالة، فقد يستمرون في تكرار نفس السلوك غير الفعال إلى الحد الذي تصبح فيه مشكلة بسيطة أو غير موجودة مشكلة كبيرة، لنأخذ المثال التالي:

اعتقدت السيدة ب. أن الأطفال يجب أن يأكلوا أنواعًا وكميات محددة من الطعام، وعندما لم يفعل أطفالها ذلك عاقبتهم، الطفل الأكبر صبي سهل الانقياد وله شهية جيدة، وقد استجاب بتناول الطريقة التي طلبتها الأم فشعرت السيدة ب بأنها أم جيدة، إلا أن الطفلة الأصغر سنًا كانت مزاجية ولديها شهية مضطربة ورفضت أن تأكل، واصلت السيدة ب. تطبيق نفس السلوك لحل المشكلات أي العقوبة، وكانت النتيجة معركة لا هوادة فيها واضطراب في الأكل - وهو ما لم ترغب السيدة ب في تحقيقه.

هذا النموذج يفترض أن سوء التعامل مع المشكلة الأصلية يحدث عندما:

- الحل ينطوي على إنكار وجود مشكلة، ولا يتم فعل شيء.
- محاولة تغيير شيء غير قابل للتغيير أو غير موجود أصلاً.
- يتم اتخاذ الإجراءات على المستوى الخطأ.

في المثال السابق يمكننا النظر في العديد من الاحتمالات:

- لم يكن سلوك الأكل المشكل الأصلي للطفلة، حيث أنها كانت تتمتع بصحة جيدة ولا تفقد الوزن، بل تكمن المشكلة في نظام الاعتقاد الخاص بالسيدة ب وهو أن تكون أمًا جيدة يجب أن تطعم الطفل جيدًا وتطلب الانضباط في الأكل.

- إذا كان الطفل بحاجة إلى تناول المزيد من الطعام، فربما كان من الممكن اتخاذ إجراء على مستوى مختلف - وهو مناقشة الطفل حول ما يجب تناوله وكيف يحتاج إلى تناول الطعام - وليس على مستوى الانضباط، وإذا كان الطفل لا يأكل بسبب القلق بشأن تشاجر الوالدين فإن المشكلة تحتاج إلى حل بمعالجة المشكلة بين الوالدين.

- عندما فشلت محاولات السيدة ب في الانضباط صعدت سلوكها السابق بدلاً من تغيير حلها (أي المطالبة بالطاعة)، وعندما أصيب الطفل بمشكلة خطيرة في الأكل رفضت السيدة "ب" تصديقها وأصررت على أن هذا كان مجرد عصيان بسيط، ما جعل المشكلة تزداد سوءاً.

وتوضح هذه النتيجة النقطة الأولى - تحدث الأعراض عندما ينطوي الحل على إنكار وجود مشكلة.

في بعض الأحيان تكون المشكلة تعارضاً في سلوكيات حل المشكلات بين أفراد الأسرة، لنأخذ المثال التالي:

بقيت طفلة في المنزل لمدة أسبوع بسبب الزكام، لقد قضت وقتاً ممتعاً مع والدتها التي شعرت بالوحدة والملل وكانت سعيدة لوجودها في المنزل، وعندما تعافت من الزكام احتجت وقالت إنها لا تزال مريضة، أرادت والدتها إبقاء ابنتها في المنزل وبدأ والدها في الصراخ ويقول إن الأم أفسدت الطفل وأنه يجب عليها الذهاب إلى المدرسة، أثارت هذه الحجة قلق الطفلة وبدأت في التقيؤ وسمح لها ذلك بالبقاء في المنزل مرة

أخرى، وأخيرا طورت الطفلة رهاب المدرسة، وهكذا سمحت لها هذه العملية بتكوين تحالف مع والدتها ضد والدها، ويمكن القول أن المشكلة قد غيرت بناء الأسرة.

في بعض الأحيان تكون المشكلة حقيقية للغاية، ولكن الحل غير فعال.

لننظر إلى الحالة التالية:

عندما بدأ زوج السيدة C الشرب حاولت حمايته بالتغطية عليه، ووصفته بأنه مريض وما إلى ذلك، وهذا سمح له هذا بمواصلة سلوكه في الشرب وخلق أيضًا مشكلة جديدة، فقد أصيبت زوجته بالاكئاب بسبب هذا الموقف، وعندما توقفت عن دعمه وقالت إنها ستتركه إذا استمر السلوك أصبحت أقل اكتئابًا، كما طلب هو المساعدة وتوقف عن الشرب.

عندما تصبح محاولة الحل هي المشكلة فإن الطريقة لتغيير الوضع هي القيام بشيء آخر، وفي معظم الحالات يصبح من مهام المعالج أن يدرك أن الحل أصبح هو المشكلة وأن يساعد الأسرة على إيجاد طرق بديلة للسلوك، ويتضمن ذلك فهم المعتقدات التي تكمن وراء السلوكيات وتجعل من الصعب تغييرها وإجراء فحص دقيق لاتصالات جميع أفراد الأسرة لتحديد كيف ولماذا فشل حل المشكلات.

Family Beliefs and Myths الأسرية المعتقدات والأساطير

للأفراد والأسر أنظمة معتقدات تحدد -جزئيًا- مشاعرهم وسلوكياتهم، هذه البنى التحتية قد يشار إليها بأساطير الأسرة، وغالبا ما أثبت أنها تساهم في الحفاظ

على صعوبات الأسرة لذلك وجب أن يكون معالجو الأسرة على دراية بها إذا أرادوا فهم سلوك الأسرة الذي قد يبدو غير مفهوم، على سبيل المثال في مثال عائلة C المکور اعلاه، فإن اعتقاد الزوجة بضرورة أن تقف المرأة الصالحة إلى جانب زوجها يجعل من المستحيل عليها التوقف عن تغطية زوجها، فقط عندما أصبحت الزوجة مكتئبة للغاية وفقد زوجها وظيفته نتيجة لإدمانه على الكحول تمكنت من تغيير اعتقادها إلى ما يلي: "في النهاية لا يمكنك السماح لشخص آخر بتدمير حياتك" وعلى كل فرد أن يضع بعض الحدود (Glick et al., 2016).

أسطورة الأسرة هي قصة أنشأها وحفظها أفراد الأسرة وتستخدمها الأسر كآلية دفاعية من قبل الجميع وليس من قبل فرد واحد في وحدة الأسرة، ويمكن استخدام الأساطير كآلية أسرية للحفاظ على التوازن (على سبيل المثال الوضعية الأسرية السابقة) أو كوسيلة لتوجيه الأسرة نحو التغيير أثناء الأزمة، وتحدد الأسطورة أن المظهر الخارجي للأسرة يجب أن يكون أكثر أهمية من السعادة الفردية لأفراد الوحدة، وفي الأسر المنخرطة في أسطورة يكون التمايز بين أفراد وحدة الأسرة محدودًا، حيث يتخذ الشكل "نحن" بدلاً من "أنا"، ويضعف الاختيار، وببساطة تعتبر الأساطير الأسرية معتقدات يتشاركها جميع أفراد الأسرة المهتمين بالموقف المتبادل لكل فرد داخل وحدة الأسرة، ولا يواجه الجميع هذه المعتقدات على الرغم من الآثار المترتبة على تشويه الواقع في كيفية عمل وحدة الأسرة وتصرفها وتفاعلها.

ترتبط الأساطير الأسرية بالخبرة المشتركة للأسرة وتصف الوظائف والعناصر المختلفة للتفاعلات بين أفراد الوحدة الأسرية، وتبدأ أسطورة الأسرة بأزمة لم يتم حلها

(مثل الحداد والاكتئاب والخسارة وما إلى ذلك) وعادة ما تستخدم كآلية دفاعية تنتشر من الوالدين إلى أطفالهم.

وتوازن الأسرة هو مصطلح يصف التفاعلات بين أفراد الأسرة التي تعطي الأولوية للتوازن - والإجماع العاطفي للوحدة الاسرية، ويساعد استخدام الأساطير الاسرية في الحفاظ على هذا التوازن لدى جميع أفراد الأسرة، والأساطير هي الصورة الداخلية للوحدة والتي تساهم فيها من خلال العمل والعاطفة، ويتم الحفاظ عليها باستمرار لإعطاء مظهر خارجي يظهر أن الأسرة بخير، وتصف الأساطير التفاعلات بين أفراد الأسرة وإن كانت خاطئة، ويتم قبولها من قبل الجميع دون أي تحدٍ لحماية صورة الأسرة والحفاظ على الأسطورة سليمة، كما أن الأسطورة تشرح سلوك أفراد الأسرة بينما تحجب الدوافع.

وهناك ثلاث صور لدور الأسرة المرتبطة بأساطير الأسرة وهي:

(1) الصورة الذاتية المثالية the ideal self-image، وهو دور يسعى كل فرد من أفراد الأسرة إلى تحقيقه أو يتوقع تحقيقه.

(2) صورة دور الإجماع a consensus role image، والذي يصف الأدوار التي يتفق جميع أفراد الأسرة على أنه يجب على كل فرد القيام بها.

(3) صورة دور الإنكار repudiated role images، والتي يمكن ملاحظتها من خلال مقدار القلق والشدة أو النفور العاطفي عندما يتم رفض الأدوار المحددة لأحد أفراد الأسرة أو تُنسب إلى شخص آخر.

تخدم أسطورة الأسرة أيضا غرضين آخرين، أولاً كما ذكر سابقا يتم استخدامها كآليات دفاعية للحماية من الحقائق غير السارة التي قد تحدث داخل الأسرة، وبهذه الطريقة قد يتم تجنب أفراد الأسرة المواجهة مع المشاعر غير المرغوب فيها أو المشاعر والأحكام الصادرة عن بعضهم البعض، ثانياً يمكن أن تساعد الأساطير في إخفاء أو إنكار حقيقة سوء المعاملة المستمرة بين أفراد الأسرة، والتي يتم إدامتها من قبل أفراد من أفراد الأسرة، وتدعم الأساطير الهوية الداخلية للأسرة ومبررات السلوكيات والتفاعلات الجيدة أو السيئة التي تحدث بين أفراد الأسرة، وتحمي الأسطورة أفراد الأسرة من مواجهة التجارب المؤلمة التي قد تسبب اضطراباً عاطفياً أو غموضاً في كيفية تعامل أفراد الأسرة مع بعضهم البعض بطريقة غير لائقة.

الاسر التي تسعى للعلاج غالبا ما تتعرض آليات دفاعها للخطر، ويتم إعطاء الطبيب الفرصة لاختيار ما إذا كان سيتواطأ مع الأسرة في أسطورة أو تحدي مضيقهم قدماً في آليات دفاعاتهم والتي من المحتمل أن تكون سبباً في اختلال وظيفتهم، ومن المحتمل أن تحاول الأسرة تجنب المعالج للانضمام إليهما للمساعدة في إعادة تأسيس الأسطورة المهددة والمحافظة على حالتها السابقة.

من أجل أن يكون التدخل فعالا يحتاج المعالجون إلى الموازنة بين مقاربتهم واحترام آليات دفاع الأسرة (أي الأسطورة) والحفاظ على القدرة على تجنب التواطؤ مع تلك المعتقدات. ويعتبر التحدي المباشر للأساطير المتأصلة حافزاً قوياً للتغيير، لذلك يجب على المعالجين محاولة تأسيس إجماع قائم على الواقع من أجل تشجيع التغيير الصحي في الأسر التي تعاني من خلل وظيفي وانهييار لأساطيرهم المسبقة.

في العلاج الأسري يمكن أن تؤدي المعتقدات وظائف تكيفية أيضًا، إذ تستخدم العديد من الأسر المعتقدات كوسيلة لتقديم الدعم وبقاء الأسرة قوية، على سبيل المثال الأسرة التي تؤمن أن الله سيعينهم في أوقات الشدة (أي الصعوبة المالية وموت أفراد الأسرة وما إلى ذلك) وأنهم سيستمرون بفضل رعاية الله سيكون لها نظرة أكثر إشراقاً.

ونظرًا للطبيعة المزدوجة للأساطير الأسرية وقيمتها الوظيفية يمكن أن تكون الأساطير بمثابة وسيلة للمعالجين لفهم كيف تنظم الأسرة نفسها أثناء الأزمة، وهذا يوفر وسيلة لهم إما للانضمام إلى الأسرة من أجل تشجيع المخططات التكيفية والوظيفية لأساطيرهم أو لإعادة توجيه السلوكيات التي قد تكون معارضة للممارسات التكيفية التي تم تشكيلها حديثاً.

يتمثل دور المعالجين في فهم النظام المتأصل (أي الأدوار والمعتقدات وما إلى ذلك) من أجل المساعدة في جعل الأسطورة مفيدة للأسرة أو تشجيع التغيير الصحي للنظام، إذ بالنسبة للعديد من الأسر يتم الحفاظ على الخرافات طالما أنها توفر الاستقرار لنظام الأسرة، وإذا كانت الأسر قادرة على إيجاد طرق أخرى للتعامل مع المشاكل التي قد تنشأ يمكن للمعالجين مساعدتهم في العمل السليم والفعال.

مثال عن أسطورة الأسرة:

كانت الأم **جين** قلقة بشأن صحة ابنتها (18 عاماً) التي غالباً ما تكون ضعيفة ومكتئبة وتتعب بسرعة، الأب (**جون**) كان يأخذ إجازة من العمل ليأخذ ابنته وزوجته لرؤية طبيب ولم يتم التوصل إلى أي أمراض جسدية من قبل الطبيب، لكن

في نهاية المطاف تم إيجاد طبيب من شأنه أن يديم أسطورة مرض الابنة، وكانت الأدوية الموصوفة تسمح بافتراض أن الابنة كانت في الواقع مريضة بدنيا.

وصف جون زوجته بأنها تواجه صعوبة في إدارة البيت بسبب القلق، مما يتطلب منه أن يخاطر بفقدان وظيفته من أجل تيسير رعاية ابنته، وغالبا ما كان الزوج جون يعطي أولوية للعمل على زوجته وعائلته، وبسبب أنه أكثر تفضيلا للعمل وكان مريحا له خلقت زوجته جين الاضطراب من أجل كسب اهتمام من زوجها، وكان انشغالها بصحة ابنتها بمثابة أسطورة أو آلية دفاعية من أجل الحصول على مزيد من الاهتمام من زوجها وحماية نفسها وهويتها كزوجة .

لاحقا أعربت الابنة عن رغبتها في الذهاب إلى كلية الطب مما تسبب لجين في زيادة القلق والضيق. مرة أخرى توقف جون عن العمل من أجل نقل زوجته وابنته إلى مكتب الطبيب لتلقي العلاج وهذا ما جعل الابنة تشك في قدرتها على التغلب على مرضها (مثل القلق والاكتئاب والتعب بسهولة)، ومع ذلك قررت متابعة رغبتها في الالتحاق بكلية الطب لأنها ستكون محاطة بأشخاص قادرين على رعايتها في حالة استمرارها في المعاناة ونتيجة لذلك لم تعد أسطورة الأسرة الحالية مستمرة، مما تسبب في زيادة الضغط لدى والدتها وتوتر في العلاقة الوالدية.

من خلال البحث عن علاج لمرض جسدي حاولت الأسرة - وبالأخص الأم- إعادة تأسيس أسطورة ابنة مريضة، فعندما أدركت جين أنها غير قادرة على الحفاظ على الأسطورة بنجاح بحثت عن طبيب ينضم إليها (أي الأسرة) لتأسيس أسطورة للحفاظ على التوازن (Lopez, 2018).

النظام الاجتماعي الأكبر والاختلال الوظيفي The Larger Social System and Dysfunction

لا تشمل نظرية الانساق الأسرة فحسب بل تشمل المجتمع الأوسع، فالأسرة لا تعيش في فراغ بل هي في الأساس نظام فرعي للمجتمع وللثقافة التي تتضمنها، وغالبًا ما تفرض الثقافة ضغطًا هائلًا على النسق الأسري، قد يكون التوافق بين الأسرة والثقافة ضروريًا في سياقات معينة أو في حالات الهجرة، كما أن أدوار الجنسين التقليدية تؤثر بقوة على اتجاه الحياة الأسرية، على سبيل المثال فإن الأسرة التي لديها أم مفرطة في المشاركة وأب بعيد ليست مجرد أسرة تعاني من مشكلات؛ إنها النتيجة النهائية لنمط تاريخي وثقافي يتم فيه تشجيع الأزواج على رؤية قيمتهم في الجانب المالي وتعتبر الزوجة كقائمة على رعاية الأطفال والمنزل، وفي الأسر المتصلبة أو الضعيفة هذا سوف يخلق فجوة كبيرة بين الأزواج.

الآثار المترتبة على العلاج - تطور الأعراض في شخص معين

Implications for Treatment—The Development of Symptoms in a Particular Person

النظم الزوجية والأسرية شأنها شأن الأفراد، لها أنماط مميزة في التعامل مع الإجهاد، والخط الدفاعي الأول للأسرة عادة ما يكون استحضار وتقوية وتأکید أنماط

التكيف المميزة التي استخدمتها الوحدة الأسرية family unit في الماضي، وإذا كانت هذه الأنماط غير مناسبة أو غير قادرة على التكيف قد يكون نوع الاضطراب الناتج عن الأسرة مشابهاً للطابع الجامد غير المرن للفرد المصاب باضطراب الشخصية، وإذا كانت آليات التكيف غير متوفرة أو فشلت في التعامل بشكل مناسب مع الموقف فقد يصاب فرد أو آخر من أفراد الأسرة أيضًا بأعراض، هذه الأعراض في أفراد الأسرة قد تسبب وصف الفرد بأنه سيء أو مريض، وقد تشارك المؤسسات الاجتماعية الأخرى (الشرطة، رعاية الأطفال، مراكز الصحة النفسية المجتمعية) مع هذا الفرد في محاولة للتعامل مع تعبير الأعراض المحدد فيأخذ الفرد بعد ذلك دور المريض المحدد، وفي أكثر الأحيان سيتم تجاهل السياق الأسري الذي تنبثق منه أعراض الفرد أو يتم التقليل من أهميته أو عدم الاهتمام به بشكل كافٍ، بل سيتم التعامل مع ما يسمى بأفراد الأسرة الذين يقال إنهم شريريون أو مريضون أو أغبياء أو مجنونون وسيتم إما علاجهم أو تحسينهم، وفي حالة التحسن قد يصبح المريض المحدد قريباً من الأعراض عندما يعود إلى السياق الأسري أو يتسبب في أعراض لأحد أفراد الأسرة، وبالتالي سوف تحتاج إلى معالجة اضطراب الأسرة الأساسي.

غالبًا ما يكون حامل الأعراض ضعيفًا من الناحية البيولوجية، وأحد المبادئ الرئيسية للعلاج الأسري هو أن العضو الذي يعاني من الأعراض في الأسرة قد يشير إلى حدوث اضطراب في جميع أنحاء نظام الأسرة، ولا يمكن دائمًا ربط أنماط التفاعل داخل الأسرة بوضوح بأي خلل وظيفي محدد، إذ لا يتم فهم الأسباب التي تظهر نوعاً معيناً من الاضطرابات في نظام الأسرة أو أحد أفراد الأسرة بشكل واضح، ولكن ربما تميل بعض الاتجاهات الوراثية وظروف الحياة إلى تطوير عرض واحد أو آخر في

حالة معينة. وبالمثل فإن الأسباب التي تجعل أحد أفراد الأسرة بدلاً من الآخر يصاب بالأعراض لم يتم البت فيها نهائياً، لكن تم اقتراح عدة أسباب لتفسير هذه الظاهرة:

1. **الحساسية الفردية أو الاستعداد الوراثي:** يؤدي العامل البيولوجي إلى

اضطراب المحور الأول مثل انفصام الشخصية أو الاضطراب الثنائي القطب

أو اضطراب نقص الانتباه/ فرط النشاط وقد تساهم أيضاً الاختلافات المزاجية

الفطرية .

2. **المرض البدني للطفل:** قد تسقط المشكلات الأسرية على طفل مصاب

بمرض مزمن أو حادث، بالإضافة إلى ذلك فإن مقدار الرعاية التي يحتاجها

الطفل المريض قد تشوه وظيفة الأسرة مما يؤدي إلى زيادة الاعتناء بالطفل

المريض والغضب والاستياء من قبل الأخوة والأخوات.

3. **جنس طفل:** قد يتوافق جنس الطفل مع صعوبة الوالدين، على سبيل المثال

إذا شعر الأب بعدم الكفاية خاصة مع الذكور الآخرين فقد يصبح ابنه حاملاً

للأعراض.

4. **الترتيب الميلاد للأشقاء:** قد يتلقى الطفل الأكبر ضغطاً كبيراً من الوالدين

لينضج سريعاً ويؤدي أداءً جيداً، في حين أن الطفل الأصغر سناً غالباً ما

يكون مصاباً بالطفولية ويبقى معتمداً.

5. **أسطورة الأسرة التي تعلق على فرد معين:** قد يُعرف بعض أفراد الأسرة باسم

الشخص الغبي، أو الشخص الذكي، أو الشخص الكسول، أو الشخص الجيد

المظهر، أو الشخص القبيح، فالأسماء الأولى للأطفال والأسماء المستعارة

تكشف عن هذه الأساطير، ويتم تسمية الأطفال في بعض الأحيان باسم

الأجداد أو أشخاص آخرين مهمين في ماضي الوالدين، وقد يحمل هؤلاء الأطفال معهم أسطورة مرفقة تحمل أسمائهم، وقد يصبح أحد أفراد الأسرة الذي يحمل العرض كبش فداء الأسرة، أو قد يكون هذا الفرد من الناحية النفسية أو الأضعف أو الأصغر أو أكثر أفراد الأسرة حساسية، وغير قادر على التعامل مع اضطرابات الأسرة المعممة.

مشاكل دورة الحياة والخلل الوظيفي Life Cycle Problems and Dysfunction

على الرغم من أن بعض الأسر قد تعاني من مشاكل مستمرة طوال حياتها، إلا أن بعض الأسر لن تواجه صعوبات إلا في فترات محددة من دورة الحياة، وتتعرض الأسرة للضغط الداخلي الناتج عن التغييرات التنموية في أفرادها وأنظمتها الفرعية، وللضغط الخارجي الناتج عن مطالب استيعاب المؤسسات الاجتماعية الهامة التي تؤثر على أفراد الأسرة، وترتبط مشاكل الأسرة العرضية قد تكون بما يلي:

- عدم القدرة على التعامل بشكل مناسب مع مهام المرحلة الأسرية الحالية.
 - الحاجة إلى الانتقال إلى مرحلة الأسرة الجديدة.
 - ضغوط الأحداث الغير متوقعة المثيرة.
- في حالة التحولات المعيارية والمتوقعة في الحياة الأسرية فإن عدم قدرة الأسرة على السيطرة على المهام الحالية قد يكون سبباً للتعبير عن الأعراض، على سبيل المثال يحتاج الزوجان إلى الوصول إلى مرحلة معينة من نموها الشخصي وفي

علاقاتهما مع عائلتهما الأصلية قبل أن يكونا مستعدين كشخصين مستقلين للنظر في الزواج.

وتعتمد مواجهة الأفراد والوحدة الزوجية للتحديات الحالية على مقدار التحكم في هذه المراحل وغيرها من المراحل السابقة، ويمكن تطبيق هذه الفرضية نفسها على كل مرحلة من مراحل الأسرة، حيث لا تنتقل بالضرورة كفاءة الأسرة في مرحلة معينة إلى قدرات مماثلة من الكفاءة في المرحلة التنموية التالية.

على الرغم من أن التحولات التنموية المتوقعة قد تكون مرهقة لأفراد الأسرة إلا أن إجراء تغييرات غير متوقعة أو خاصة يمكن أن يكون أكثر صعوبة في التعامل معها، وقد تغطي الأحداث غير العادية في دورة حياة الأسرة على قدرات أنظمة الأسرة على التعامل مع التغييرات التنموية، تشمل الأمثلة الشائعة لمثل هذه الأحداث على البطالة أو المرض أو الحوادث أو الجريمة أو الوفاة في الأسرة، وقد تتطلب هذه الأحداث من الأسرة استكشاف طرق جديدة لتنظيم نفسها مؤقتًا لإدارة الضغوط الإضافية التي يشكلها الحدث، وللأنظمة الزوجية والأسرية - مثل الأفراد- أنماط مميزة للتغلب على التوتر.

عادة ما يتمثل خط الدفاع الأول للأسرة في استحضار وتعزيز الأنماط التكيفية المميزة التي استخدمتها وحدة الأسرة في الماضي، وإذا لم تنجح فإن أنماط الأسرة ستضطرب.

أسرار سامة Toxic Secrets

الأسرار الأسرية قد يعرفها بعض الأعضاء ولكن لا يعرفها الآخرون (على سبيل المثال قد تعرف الأم وابنتها فقط أن الابنة تعرضت للإجهاض لكن الأب لا يعرف) ، وأسرار يعرفها الجميع ولكن لا أحد يعترف بها (على سبيل المثال الأب لديه إدمان على الكحول)، أو أسرار يشك بها معظم أفراد الأسرة ولكن لا يريدون أن يعرفوا عنها (على سبيل المثال الأم تعيش علاقة غرامية).

الأسرار تمنع التواصل الواضح، وتشوه الانتلاقات، وتحير الأطفال الذين يعرفون أن هناك شيئاً ما خطأ ولكن ليس بوسعهم فعل شيء، وتساهم الأسرار في جو من عدم الواقعية للأسرة وهو أمر سيء لنمو الأطفال واختبار الواقع، وبالتالي كجزء من مشاكل دورة الحياة وفي وقت معين قد يؤدي السر إلى خلل وظيفي، يجب أن يجد المعالج طريقة للكشف عن السر بعناية وإعطاء الوقت لدعم الجميع في الأسرة، ونادراً ما يكون من مصلحة الأسرة الاحتفاظ بسرية كبيرة.

أداء المهام في الأسرة المختلة وظيفيا Task Performance in the Dysfunctional Family

تؤدي أوجه القصور المختلفة في أداء وظائف الأسرة إلى توترات وتشوهات ومشاكل وأعراض في حياة الأسرة، وتتمثل المهام الأسرية الرئيسية الثلاثة فيما يلي

(1) في توفير الاحتياجات الأساسية، (2) تطوير تحالف زوجي نشط ، (3) تربية الأبناء وإقامة علاقات اجتماعية معهم.

وفي الأسرة المختلة وظيفياً إما أن هذه المهام لا تتم معالجتها أو يتم التعامل معها بشكل مختلف وأقل كفاية مقارنة بالعائلات الصحية، وقد يتعرض أداء المهام في الأسرة للخطر بسبب بيئة غير صحية، أو بسبب المرض البدني أو العقلي الفردي لأحد أفراد الأسرة أو أكثر، أو بسبب نزاع خطير بين أفراد الأسرة لا سيما بين الزوجين أو القائمين على رعاية البالغين.

توفير احتياجات الأسرة الأساسية Providing for the Family's Basic Needs

عدم القدرة على توفير الاحتياجات الأساسية للأسرة أمر شائع في أوقات الحرب أو الفقر أو الكساد الاقتصادي، ويتطلب الحفاظ على سلامة الأسرة في مواجهة الفقر المدقع براعة وتحمل يصعب الحفاظ عليه على أساس يومي في حالة عجز البالغين أو الاكتئاب.

ومع ذلك فإن الموارد المالية الكافية يمكن أن تمنع توفير الاحتياجات الأساسية في حالة غياب البالغين الذين يرعون الطفل (خاصة الأم المسؤولة في الغالب عن أداء وظائف الأسرة يومياً) بسبب الإدمان أو الذهان أو العنف.

الحفاظ على زواج وظيفي: مشاكل الجنس والألفة والالتزام

Functional Marriage: Issues of Sex, Intimacy, and Commitment

الزواج هو واحد من العلاقات الإنسانية القليلة التي تعمل بعمق على مستويين: كعلاقة رومانسية قوية وكشراكة فاعلة في الحياة اليومية، وهذا يتطلب مجموعة معقدة من المهارات والمشاعر وكذلك القدرة على التغيير من وضع إلى آخر.

من الممكن أن تكون الحياة الزوجية خالية من الحميمية، لكن الزوجين يعملان جيداً على مستوى "رفيق الحجرة" ليصبحا والدين ويدعمان الأسرة، يمكن أن تكون مهارات حل المشكلات والتواصل لدى هؤلاء الأزواج واضحة، لكن الاتصال الحميم غائب، وغالباً ما يتم كسر هذه الزيجات عندما يغادر الأطفال.

ومن الممكن أيضاً أن تكون الحياة الزوجية مفعمة بالمتعة والعاطفة، لكن الممارك الشرسة حول مسائل القوة والسيطرة تجعل الأمر صعباً للغاية، وعندما يصبح الزوجان أكثر اختلالاً وظيفياً يغلب الغضب على المشاعر الإيجابية والتواصل وإنجاز المهام، وترك الزوجين في معركة مستمرة معزولة وصامتة، أو هيمنة أحد الزوجين على الآخر قد يؤدي بهؤلاء الأزواج إلى تشكيل مثلث بين الطفل أو أحد الوالدين.

قائمة المراجع:

- الدخيل ، عبد العزيز عبد الله.(2013). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية : إنجليزي - عربي = Dictionaray of Social Works : Terminology English – Arabic. دار المناهج: عمان.

- Beavers, R., & Hampson, R. B. (2000). The Beavers systems model of family functioning. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 128-143 .
- Carvalho, J., Fernandes, O. M., & Relva, I. C. (2018). Family functioning and its relation to parental discipline. *Child and adolescent social work journal*, 35(1), 31-44 .
- Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of family functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 3(12), 134 .
- Elmore, C. A., & Henry, J. S. (2018). Olson, David. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds),(*Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-2). Cham: Springer International Publishing.
- Keitner, G., Mansfield, A., & Archambault, R. (2019). McMaster Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1827-1834). Cham: Springer International Publishing.
- Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010).(Systematic review of family functioning in families of children and adolescents with chronic pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027-1038 .
- Pezzullo, L. (2010). Positive family functioning. Final report by Access Economics Pty Limited for Department of Families: Housing, Community Services and Indigenous Affairs. Canberra: Access....
- Pierce, J. L. (2017). *Family Functioning and Responsiveness in Family Child Care Providers*. The Ohio State University .
- Roman, N. V., Schenck, C., Ryan ,J., Brey, F., Henderson, N., Lukelelo, N., . . . Saville, V. (2016). Relational aspects of family functioning and family satisfaction with a sample of families in the Western Cape. *Social Work*, 52(3), 303-312 .

- Sholevar, G. (2003). *Textbook of family and couples therapy: Clinical applications*. American Psychiatric Publishing, Inc..
- Wilde, J. L. (2019). Circumplex Model of Marital and Family Systems, The. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 441-443). Cham: Springer International Publishing.
- Allen, E. S., Rhoades, G. K., Stanley, S. M., Loew, B., & Markman, H. J. (2012). The effects of marriage education for army couples with a history of infidelity. *J Fam Psychol*, 26(1), 26-35. doi:10.1037/a0026742
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). The double bind. *Behavioral Science*, 1(4), 251-254 .
- Blow, A., & Hartnett, K. (2005). Infidelity in committed relationships I: A methodological review. *Journal of marital and family therapy*, 31, 183-216. doi:10.1111/j.1752-0606.2005.tb.01555x
- Colapinto, J. (2017). Family Function and Dysfunction in Structural Family Therapy. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-3). Cham: Springer International Publishing.
- Defrain, J., & Asay, S. (2007). Strong Families Around the World. *Marriage & Family Review*, 41, 1-10. doi:10.1300/J002v41n01_01
- DeHaan, L. G., Hawley, D. R., & Deal, J. E. (2013). Operationalizing Family Resilience as Process: Proposed Methodological Strategies. In D. S. Becvar (Ed.), *Handbook of Family Resilience* (pp. 17-29). New York, NY: Springer New York.
- Dysfunctional Family Dysfunctional family. (2008). In W. Kirch (Ed.), *Encyclopedia of Public Health* (pp. 308-308). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Family, G. f. t. A. o. P. C. o. t. (1996). Global assessment of relational functioning scale (GARF): I. Background and rationale. *Family process*, 35(2), 155-172 .
- Gladding, S. T. (2014). *Family therapy: History, theory, and practice*: Pearson Higher Ed.

- Glick, I. D., Rait ,D. S., Heru, A. M., & Ascher, M. (2016). *Couples and family therapy in clinical practice, 5th ed*: Wiley-Blackwell.
- Herdiana, I., Suryanto, S., & Handoyo, S. (2018). *Family Resilience: A Conceptual Review*.
- Jackson, D. D., & Yalom, I. (1964). FAMILY HOMEOSTASIS AND PATIENT CHANGE. *Current psychiatric therapies*, 4, 155-165 .
- Keitner, G. I., Heru, A. M., & Glick, I. D. (2009). *Clinical manual of couples and family therapy*: American Psychiatric Pub.
- Kim, S.-S., Kim-Godwin, Y., & Koenig, H. (2015). Family Spirituality and Family Health Among Korean-American Elderly Couples. *Journal of religion and health*, 55. doi:10.1007/s10943-015-0107-5
- Krysan, M., Moore, K. A., & Zill, N. (1990). *Identifying successful families: An overview of constructs and selected measures*: Child Trends.
- Lewis, J. M. (1998). For better or worse: interpersonal relationships and individual outcome. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 582-589 .
- Lopez, M. (2018). Family Myths. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-3). Cham: Springer International Publishing.
- Parrillo, V. N. (2008). *Encyclopedia of social problems*: Sage Publications.
- Sabatier, C., Mayer, B., Friedlmeier, M., Lubiewska, K., & Trommsdorff, G. (2011). Religiosity ,family orientation, and life satisfaction of adolescents in four countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1375-1393 .
- Stinnett, N., & DeFrain, J. (1985). Family strengths inventory. *Secrets of strong families*, 180-182 .
- Walsh, F. (1996). The Concept of Family Resilience: Crisis and Challenge. *Family process*, 35, 261-281 .

- Whiteside, M. F., Aronoff, C. E., & Ward, J. L. (2011). How the Family Works as a System *How Families Work Together* (pp. 19-54). New York: Palgrave Macmillan US.

الفصل الثاني: الأسرة واضطرابات النمو العصبية

الأسرة واضطرابات النمو العصبية neurodevelopmental disorder

الاضطرابات النمائية العصبية هي مجموعة من الظروف التي تترافق مع بداية مرحلة النمو، وتظهر عادة بشكل مبكر مع بداية النمو، وغالبا ما تبدأ لدى الطفل قبل دخوله مرحلة الدراسة الأساسية، وتتصف بقصور في التطور، مما يتسبب في تدهور الأداء الشخصي والاجتماعي والأكاديمي والوظيفي، ويتراوح نطاق العجز في النمو من قصور محدود يتمثل في العجز عن التعلم أو السيطرة على الوظائف الجسدية إلى إعاقات شاملة في الذكاء والمهارات الاجتماعية. وغالبا ما تحدث العصبية النمائية مترافقة مع أعراض أخرى، فعلى سبيل المثال، الأطفال الصابون بالتوحد يعانون من إعاقات عقلية (اضطراب التطور العقلي)، وكثير من الأطفال الذين يعانون من اضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه يعانون أيضا من صعوبات تعلم محددة. في بعض الاضطرابات يتضمن التشخيص الطبي أعراض الإفراط والقصور والتأخر في الوصول إلى مراحل التطور المطلوبة. فعلى سبيل المثال، يتم تشخيص التوحد فقط عندما تكون خصائص الصعوبات في التواصل الاجتماعي مرافقة مع تكرار مفرط في السلوكيات، والاهتمامات المحدودة، والإصرار على الرتبة. ويتصف اضطراب النمو الفكري (الذهني) بقصور في القدرات العقلية العامة، مثل التفكير المنطقي (الاستدلال)، القدرة على حل المشاكل، التخطيط، التفكير المجرد، الحكم، التعلم الأكاديمي، والاستفادة من الخبرات، وينتج عن القصور الذهني ضعف في القدرة على الوظيفية التكيفية (عودة وفيري، 2016).

وتشمل اضطرابات النمو العصبية Neurodevelopmental Disorders من دليل الإحصاء والتشخيص الخامس DSM-5 للرابطة الأمريكية للأمراض النفسية APA الاعاقات الذهنية Intellectual Disabilities وتشمل إضرابات النمو الذهني Intellectual Developmental Disorder ، تأخر النمو الشامل Global Developmental Delay، الاعاقة الذهنية غير المحددة Unspecified Communication disorders، اضطرابات التواصل Intellectual Disability وتشمل اضطراب اللغة Language Disorder ، اضطراب صوت الكلام Speech Sound Disorder ، اضطراب الطلاقة في مرحلة الطفولة المبكرة (التأته) Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering)، اضطراب التواصل الاجتماعي (العملى) Social (Pragmatic) Communication Disorder ، واضطراب التواصل غير المحدد Unspecified Communication Disorder ، واضطراب طيف التوحد Autism Spectrum Disorder ، واضطراب نقص الإنتباه/فرط الحركة (ADHD) Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ، واضطراب التعلم المحدد Specific Learning Disorder، والاضطرابات الحركية Motor Disorders، واضطرابات النمو العصبي الأخرى Other Developmental Disorders للتفصيل في الاضطرابات النفسية أكثر يرجى الرجوع الى المرجع التالي (الحماي، 2015).

دور النمو العصبي في الأسرة

يتأثر الآباء بالاهتمام المتزايد بالنمو العصبي، ونظرًا لتزايد البحث في مجال النمو العصبي والجهود المبذولة لضمان تلبية الأطفال لمراحل النمو، يزداد بالمقابل وعي الآباء بأهمية النمو العصبي الصحي مع تطور تعريف النمو العصبي، وتستمر الأبحاث الناشئة في إظهار أن النمو العصبي هو التفاعل بين الميراث الجيني والبيئة، وبسبب هذا التفاعل بين الجينات والبيئة فإن للآباء دورًا حاسمًا يلعبونه في احتمال حدوث اضطرابات النمو العصبي سواء كانوا واعين ومدركين للدور الذي يلعبونه أم لا، على سبيل المثال قد يكون أحد الوالدين مصابًا باضطراب تعلم محدد، وضعف في القراءة (والمعروف أيضًا باسم عسر القراءة)، ويكون على دراية بزيادة احتمال إصابة طفله باضطراب لغوي محدد بسبب المكونات الوراثية للاضطراب. إن الأصل البيولوجي لاضطرابات التعلم المحددة وفقًا لـ APA (2013) هو تفاعل العوامل الوراثية والجينية والبيئية، والمظاهر السلوكية لعسر القراءة هي صعوبة في تعلم الكلمات المطبوعة تحديدًا، وسيكون الشخص على دراية بالتحديات بالنظر إلى التقارير المدرسية والتقييمات التعليمية أو النفسية المحتملة، وقد يكون الشخص المصاب بعسر القراءة مدرّسًا أيضًا أن قريبًا بيولوجيًا عانى أيضًا في المدرسة.

وقد يشعر الآباء الذين ليس لديهم اضطراب عصبي نمائي معروف بالقلق بشأن اضطراب طيف التوحد بسبب زيادة تناوله في وسائل الإعلام والاهتمام البحثي حول هذا الاضطراب، بالإضافة إلى ذلك هناك عوامل خطر غير محددة متعددة لاضطراب طيف التوحد، وقد يؤدي نقص عوامل الخطر الواضحة إلى تساءل الوالدين عن دوره أو دورها في الإصابة باضطراب طيف التوحد. يعرض كلا المثالين الدور

الذي يلعبه الوالدين في النمو العصبي واضطرابات النمو العصبي، وعوامل الخطر على وجه التحديد في الأسر.

قد يكون لدى الأسر فضول لمعرفة كيفية تعزيز النمو العصبي الصحي، وبالمثل قد تتساءل الأسر عن أسباب النمو العصبي غير الطبيعي، وفهم السبب الجذري لاضطراب النمو العصبي أو مسببات الاضطراب العصبي النمائي هو عنصر رئيسي لفهم النماء العصبي ككل. تلعب الأسر دورًا في مسببات الاضطرابات العصبية النمائية نظرًا لأن معظم الاضطرابات العصبية النمائية لها مصادر سببية متعددة، بما في ذلك الوراثة، وتشمل العوامل المساهمة المسببات الوراثية والبيولوجية والنفسية الاجتماعية والبيئية، ولدى الأسر والمختصين والمهنيين فرصة للتأثير على هذه الاسباب للمساهمة بطريقة إيجابية أو سلبية (Russo & King, 2017).

الخلفية الثقافية للاضطرابات النمائية العصبية

اضطرابات النمو، مثل اضطراب طيف التوحد وضعف اللغة المحدد وغيرها هي اضطرابات بيولوجية تعتمد حاليًا على معايير محددة سلوكيًا للتشخيص والعلاج. السلوكيات المحددة التي يتم تضمينها في أطر التشخيص والنقطة التي تشكل فيها الاختلافات الفردية في السلوك ما هو غير طبيعي هي قرارات عشوائية إلى حد كبير، لذلك من المرجح أن تتأثر هذه القرارات بشدة بالقيم والتوقعات الثقافية (Norbury & Sparks, 2013).

توجد الاضطرابات العصبية النمائية في المجتمع من خلال العدسة الثقافية، والتي بدورها تشمل العادات العلانقية التي يمكن أن تلعب دورًا في اضطراب النمو

العصبي، وتؤثر الثقافة على كيفية ارتباط الناس بالاضطرابات العصبية النمائية والتعامل معها، وتحديد الاضطرابات العصبية النمائية إلى حد أن الاختلافات الثقافية بين الأشخاص تعمل كحواجز للتقييم والعلاج المناسب للاضطرابات العصبية النمائية في جميع أنحاء العالم. بمجرد أخذ ذلك في الاعتبار يصبح من الواضح أن نهج الأنظمة الأسرية هو الخيار العلاجي الأكثر ملاءمة لأنه، في أنظمة الأسرة، تكون وجهات نظر الأسرة وأهدافها وعلاقاتها وأنظمة القيم هي النقطة الرئيسية التي تهم العلاج.

وغالبًا ما يتم تعميم المعلومات حول الاضطرابات على الأفراد في بقية العالم مع القليل من الاعتبار للعوامل الثقافية المتنوعة، ليس فقط مقارنة الثقافات الغربية بالثقافات الشرقية، ولكن أيضًا مقارنة الدول الغربية فيما بينها مع مراعاة سكانها المتنوعين ثقافياً (عند الاقتضاء). إن البحث المستمر مع مقارنة ثقافية حول الاضطرابات العصبية النمائية سيوسع الفهم حول الاضطرابات المذكورة وسيلقي المزيد من الضوء على كيفية ظهور الاضطرابات العصبية النمائية بشكل مختلف في البيئات الثقافية التي لا تعد ولا تحصى في جميع أنحاء العالم (Russo & King, 2017).

تقييم أنظمة الأسرة

عندما يبدأ الآباء أو مقدمو الرعاية الأساسيون في التعرف على السلوكيات أو الأعراض المرتبطة بأي من الاضطرابات المذكورة أعلاه ، يتم تكليفهم بسرعة بمهمة تأمين الموارد المناسبة لتشخيص الأعراض أولاً ثم معالجتها من أجل تعزيز

قدرات الطفل الذهنية والاجتماعية والعاطفية والعلائقية. هناك مجموعة متنوعة من الطرق التي يمكن للوالدين من خلالها المضي قدمًا في طلب التقييم لأطفالهم، وغالبًا ما يكون مقدم الرعاية الأولية أو طبيب الأطفال هو نقطة الاتصال الأولية لأن دور طبيب الأطفال هو مراقبة نمو الطفل، وكذلك إحالة الوالدين إلى المتخصصين الذين تم تدريبهم على معالجة مجالات النمو المختلفة. (Ramisch & Piland, 2020).

عندما يقترح أن الفرد يعاني من اضطراب في النمو العصبي، فمن الضروري الحصول على تشخيص دقيق، في كثير من الأحيان يتم الخلط بين الأطفال والمراهقين والبالغين الذين يتعاملون مع تشخيص مشتببه به، لذا من المهم أن يقوم أفراد الأسرة وخاصة الآباء والأوصياء على الأطفال والمراهقين الذين يُعتقد أنهم يعانون من اضطراب في النمو العصبي بتعيين موظفين مؤهلين قادرين على تحديد ما إذا كان أطفالهم أو المراهقون يستوفون معايير الاضطراب. قد يقوم المستشارون أو الطبيب ذو التدريب والخبرة في الاضطرابات العصبية النمائية بإجراء تقييم أولي لاضطراب النمو العصبي، وفي كثير من الحالات سيتطلب التشخيص الأولي مزيدًا من التقييم والملاحظة، ويعتمد التشخيص الدقيق من قبل الطبيب على سلوكيات وخصائص يمكن ملاحظتها عبر مجموعة متنوعة من البيئات والمواقف، بالإضافة إلى تاريخ شامل للنمو المبكر.

ونظرًا لأن اضطرابات النمو العصبي معقدة ومتعددة الأوجه، فمن المستحسن أن يشارك أفراد أسرة الشخص الذي يعاني من الأعراض في عملية التشخيص، وفي كثير من الأحيان يجب على الأسرة التنسيق مع العديد من مقدمي الرعاية والأطباء

لتحقيق تشخيص أو علاج دقيق، على وجه التحديد غالبًا ما يشارك أفراد أسرة الأشخاص الذين يعانون من اضطراب النمو العصبي في عملية التقييم للحصول على التشخيص ليس فقط من أخصائي الصحة النفسية والطبيب ، ولكن أيضًا تقييمات المعالجين الفيزيائيين والمهنيين وأطباء الأعصاب والأطباء النفسيين وأخصائيي أمراض النطق واللغة.

وبالمثل، إذا كان الفرد المشتبه في إصابته باضطراب في النمو العصبي في برنامج مدرسي، فيجب إشراك معلم لديه معرفة بالأداء الأكاديمي للفرد في عملية التقييم لتحديد ما إذا كان الدعم التعليمي مطلوبًا أم لا، ويجب تشجيع آباء الأطفال الذين يعانون من اضطراب عصبي نمائي مشتبه فيه على مناقشة المخاوف مع طبيب الأطفال لتحديد خيارات التقييم الخاصة بهم، وبالنسبة للرضع والأطفال الصغار قبل عامهم الثالث، يمكن للوالدين الانضمام إلى برامج التدخل المبكر في منطقتهم للحصول على خدمات التدخل المبكر.

إذا كان الأطفال في السن الثالثة (الأطفال الذين يقتربون من سن ما قبل الروضة) حتى خمس سنوات (الأطفال في سن الروضة) ويحتاجون إلى التقييم، يمكن للوالدين الاتصال بالمنطقة التعليمية المحلية للحصول على معلومات، ويجب على الدول من خلال المدارس المحلية، "تحديد وتقييم كل طفل قد يكون لديه إعاقة تتطلب خدمات التعليم الخاص"، وعندما يكون هناك شك في أن طفلاً يعاني من إعاقة، فإن الوالدين والمعلمين يتحملون المسؤولية والحق في طلب تقييم كامل وشامل ومتعدد التخصصات، ومع ذلك قد ترغب بعض العائلات في الحصول على رأي ثانٍ أو تقييم ثانٍ.

يمكن أن يساعد التشخيص المبكر والدقيق لاضطراب النمو العصبي الأسر في الوصول إلى الخدمات المناسبة، وتوفير هدف علاج مشترك للمهنيين الذين يعملون مع العميل والعائلة، ووضع سياق للأسر ومقدمي الرعاية لفهم تحديات العميل. يجب مراجعة أي تشخيص لاضطراب النمو العصبي بشكل دوري لمعرفة التغييرات في نمو الطفل أو المراجعات لفئات التشخيص، ويعد التعاون عبر فريق متعدد التخصصات من المهنيين ذوي التدريب والخبرة الخاصة بالاضطراب العصبي النمائي ومشاركة الأسرة أمرًا ضروريًا في تقييم وتشخيص الاضطرابات العصبية النمائية المحددة (Russo & King, 2017).

أدوات أو تقنيات التقييم المستخدمة بشكل شائع للاضطرابات العصبية

النمائية

هناك العديد من التقنيات لتشخيص الاضطراب العصبي النمائي، بشكل عام تتم مراجعة المعلومات التاريخية في البداية مع الوالد (الوالدين) والطبيب، وعادة ما تكون هناك زيارات لاحقة لتقييم العوامل الطبية أو التنموية أو السلوكية أو العصبية التي تؤثر على الأداء، وقد يتم تضمين كل ما يلي في التقييم:

• مقابلات مع الطفل والآباء.

• التقييم النفسي الاجتماعي مع تاريخ عائلي كامل.

• الجينوغرام الأسري.

• مقاييس تقييم سلوك الطفل التي يكملها الآباء والمعلمون.

•المعلومات المبلغ عنها من الوالدين أو مقدمي الرعاية.

•مراقبة سلوك الطفل في المنزل والمدرسة والمكتب.

•الاختبارات النفسية.

•مراجعة السجلات الطبية.

•مراجعة سجل المدرسة.

•اختبار الذكاء واختبار الأداء.

•الفحص الطبي للأطفال.

•فحص النمو العصبي.

• تقييم الرؤية والسمع والكلام واللغة (Russo & King, 2017).

تدخلات أنظمة الأسرة

هناك عدد كبير من أساليب التدخل للأفراد والأسر الذين يتعاملون مع اضطرابات النمو العصبي، في نهاية المطاف تختلف مناهج التدخل في الطريقة المستخدمة لمعالجة الأهداف، ويمكن أن تتراوح التدخلات من العلاجات السلوكية إلى الاستراتيجيات الاجتماعية العاطفية إلى التقنيات التنموية. أيضًا يمكن أن تختلف أهداف برنامج التدخل من العلاج الفردي للشخص المصاب باضطراب في النمو العصبي إلى التدخلات الشاملة التي تشمل الآباء ومقدمي الرعاية مع فريق متعدد التخصصات لمعالجة مجموعة واسعة من المهارات أو السلوكيات.

نظرًا لأن الاضطرابات العصبية النمائية متعددة الأوجه واحتياجات الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات النمو العصبي معقدة، غالبًا ما تصبح الأسر بمثابة معلمين ومدعين ومتدخلين أنفسهم، وتعمل برامج التدخل الشاملة مع أولياء الأمور ومقدمي الرعاية لتطوير استراتيجيات فعالة للعمل المحدد وتوفير التغذية المرتدة من أجل نمو وتطوير أهداف وغايات العلاج. يجب أن يكون الأطباء على دراية بالسياقات الاجتماعية للمنزل، والمدرسة، والمجتمع عند اختيار التدخلات، كما يجب على الأطباء دمج الثقافة والجنس واللغة عند اتخاذ قرار بشأن أنشطة علاجية محددة، أخيرًا يجب أن يدرك الأطباء أنه بمرور الوقت ستتغير التفاعلات والعلاقات الأسرية، وبالتالي ستتغير احتياجات الأسرة لتدخلات محددة بمرور الوقت، في النهاية عند التخطيط للتدخلات، يجب إيلاء اهتمام دقيق لأولويات الأسرة واهتماماتها. هناك عدد من التدخلات العلاجية المختلفة للاضطرابات العصبية النمائية ذات الطبيعة النسقية، وعندما يختار الطبيب تدخلاً يمكن أن يطابق التدخل مع أهداف وغايات علاج الأسرة وأدائها الحالي حول الاضطراب (Russo & King, 2017).

تحديد الأهداف مع الأسر Setting goals with families

يجب أن يعمل المعالجون مع الأسر في المراحل الأولى من العلاج للتفاوض بشأن الأهداف الأولية ومعالجة بعض الضغوطات والعوائق التي قد يواجهونها. قد تحتاج بعض الأسر إلى المساعدة في معالجة المشكلات السلوكية، بينما قد يحتاج البعض الآخر إلى إرشادات للحصول على التشخيص الصحيح، أو التنقل إلى الموارد، أو تطوير خطة انتقالية. يمكن للمعالج أن يعمل مع نظام الأسرة لتحديد من

يجب أن يدرج في جلسات العلاج، وتقييم المساهمات المحتملة للأجداد أو الأشقاء البالغين. كنقطة انطلاق، يعتبر كل من يشارك في الرعاية الروتينية المباشرة لأفراد الأسرة المشخص موردًا أو مصدرًا محتملاً للتحديات المرتبطة بديناميات التعامل مع الآخرين، وبالتالي فإن إشراك جميع مقدمي الرعاية في وقت مبكر من عملية العلاج على الأقل سيلقي الضوء على الجوانب التي قد تحتاج إلى تدخل. بالإضافة إلى ذلك فإن إشراك الأشقاء والاستماع إلى وجهات نظرهم حول تجربتهم يمكن أن يؤدي في كثير من الأحيان إلى الإبلاغ عن الخلل في العلاقات التي قد تكون موجودة في الأسرة. غالبًا ما يكون الأشقاء مراقبون رائعون لديناميكيات الأسرة ويمكن أن يكونوا مخبرين قيّمين فيما يتعلق بالدورات الإشكالية problematic cycles التي تحتاج إلى الاهتمام. سيكون من المهم أيضًا حضور النظام الفرعي للوالدين أو العلاقة بين الزوجين، والتحقق معهم لمعرفة ما إذا كانوا سيستفيدون من الدعم الإضافي بشكل فردي أو كزوجين، للمساعدة في تعزيز علاقتهم.

تطبيق العلاج الموجز المتمركز حول الحل Solution focused brief therapy

إن النموذج المختصر والعملي الذي يمكن استخدامه مع الأسر التي تعيش مع إعاقة أحد أفرادها هو العلاج الوجيز الذي يركز على الحل، ويفترض هذا النهج أن الأسر تمتلك الموارد ونقاط القوة والمهارات اللازمة لمعالجة المشكلات، لكن النظرة الضيقة للمشكلة تصبح عائقًا أمام التعرف على الحل (الحلول)، يمكن للمعالجين الذين يستخدمون هذا النهج في مساعدة الأسر من خلال تسليط الضوء على الأشياء التي يقومون بها بشكل جيد واستكشاف الاستثناءات exceptions في المشاكل، والتي

يمكن أن تطلعهم على الحلول الأفضل لهم. تتمثل إحدى فوائد العلاج الموجز الذي يركز على الحل في التركيز على اللحظة الحالية، مما يسمح للعملاء بتحديد أهدافهم المرجوة، ومن الفوائد الأخرى لهذا النموذج تطوير أهداف محددة وقابلة للقياس وقابلة للتحقيق. هناك أوقات يمكن فيها للمستقبل للمجهول المرتبط بالشخص المحبوب أن يصرف الانتباه عن الحاضر، وبالتالي فإن هذا النموذج يحافظ على الاهتمام باللحظة الحالية ويدعم الأسر في تحديد التغييرات التي ستفيدهم أكثر. إحدى الفوائد النهائية لهذا النموذج هي ببساطة الطبيعة المختصرة للنموذج، إذ غالبًا ما تصف العائلات التي تدير متطلبات الحياة اليومية إلى جانب المطالب الفريدة المتعلقة باحتياجات الطفل المعاق أنها تتجذب في جميع الاتجاهات بسبب تلبية الطلبات العديدة، وبالتالي فإنهم يميلون إلى الرغبة في حلول عملية وفعالة ونتائج سريعة. على سبيل المثال عندما تبدأ عائلة لديها طفل مصاب بمجموعة من الأعراض في التشخيص أو بداية العلاج، يمكن للطبيب الذي يستخدم علاجًا موجزًا يركز على الحل أن يطرح السؤال المعجزة وأسئلة القياس اللاحقة لمساعدة الأسرة على تحديد ما يريدون ليكونوا مختلفين.. من خلال هذه العملية قد يكون الآباء أو مقدمو الرعاية قادرين على توضيح الأهداف التي يرغبون فيها لأطفالهم مثل المشاركة الاجتماعية بشكل أكبر، أو تكوين صديق جديد، أو مغادرة المنزل في الصباح دون انهيار. باستخدام المهارات التي تمتلكها الأسرة بالفعل، سيساعد الطبيب الذي يركز على الحلول الأسرة في اكتشاف الطرق التي يمكن من خلالها تغيير السلوكيات الحالية بحيث يمكن تحقيق هذه الأهداف واستخدام أسئلة القياس لمراقبة التقدم (Ramisch & Piland, 2020).

معالجة عدة أنظمة فرعية داخل الأسرة

يتحمل مقدمو الرعاية والآباء والأشقاء وأحيانًا الأجداد مسؤولية توفير الرعاية والدعم مدى الحياة للأفراد المصابين بإعاقات، وبالتالي من المهم أيضًا تلبية الاحتياجات العلائقية والعاطفية لأفراد الأسرة هؤلاء.

النظام الفرعي للوالدين Parental subsystem

النظام الفرعي للوالدين هو شريان الحياة للطفل المصاب والأشقاء، يمكن أن يكون عمل مقدم الرعاية مضر برفاهية الأطفال، كما أن عدم وجود شخصية أبوية أو تغيير في وظائف وأدوار مقدم الرعاية يمكن أن يكون مزعجًا لنظام الأسرة ككل.

تطبيق العلاج الأسري البنائي applying structural family therapy

في وقت مبكر من الستينيات، بدأ سلفادور مينوتشين وغيره من معالجي الأسرة البنيويين النظر في بنية الأسرة من أجل حل المشكلات التي كانت تحافظ عليها التنظيمات الأسرية المختلة. يعتقد المعالجون الأسريون أن معظم المشاكل ليست ناجمة عن الأمراض الفردية، بل بسبب عدم قدرة الأسرة على إيجاد بناء قادر على العمل للتعامل مع المشكلة. الهدف الأسمى لمعالجي الأسرة البنائية هو مساعدة الأسر على إيجاد البناءات المناسبة التي تعمل في الوقت الحاضر، وهذا مفيد بشكل

خاص للأسر التي لديها أطفال يعانون من إعاقات نمو عصبي والذين قد لا يدركون أن بناءهم الحالي لا يعمل وأن هناك بناءات أخرى محتملة متاحة لهم والتي قد تكون أكثر فائدة وتكيفاً، وتتعلق بتغيير من يعمل كمقدم رعاية مباشر أو أساسي للطفل المشخص. على سبيل المثال يمكن أن ينتهي الأمر بالجد في موقع أن يصبح مقدم الرعاية الأساسي المسؤول عن حفيده أو حفيدته بسبب إهمال الوالدين أو السجن المتعلق بتعاطي المخدرات أو القضايا القانونية، في هذه الحالة يجب على الجد الذي ربما كان قد فكر في التقاعد قبل هذه الأزمة الأسرية غير المتوقعة أن يواصل العمل من أجل تحمل احتياجات الدعم والرعاية للطفل، وبالتالي فإن معالج الأسرة البنيوي الذي يعالج الأسرة حيث لا يكون أحد الوالدين قادراً على أن يكون مقدم الرعاية الأساسي أو الحفاظ على مسؤولياته الأبوية من شأنه أن يساعد الأجداد على إعادة تحديد أدوارهم أثناء انتقالهم إلى دور مقدم الرعاية الأساسي.

تطبيق العلاج الأسري عبر الجيلي-Applying Trans-

Generational Family Therapy

في إطار العلاج الأسري عبر الجيلي، عرّف كير وبوين Kerr and Bowen (1988) مفهوم "تمايز الذات-differentiation of self" على أنه قدرة الفرد على الانفصال عن أسرته ومع ذلك يظل قريباً منها عاطفياً، ويمكن لأفراد الأسرة من خلال التمييز التعرف على مشاعرهم واتخاذ قراراتهم الخاصة خارج الأسرة. هدف معالجي الأسرة هو مساعدة العملاء على إدراك أنماط الأسرة التي تم تناقلها عبر الأجيال المختلفة وإبعاد أنفسهم عن تلك الأنماط التي لا يتخذون فيها قراراتهم بأنفسهم

بالضرورة. يمكن أن يكون العلاج الأسري عبر الجيلي مفيداً لمقدمي الرعاية الذين يعانون من عبء مقدم الرعاية حيث تدعم النظرية فكرة أن أنماط التكيف للفرد يتم تعلمها من عائلته، وعندما يأتي الطفل المعاق إلى الأسرة قد يستخدم مقدم الرعاية عن غير قصد أنماطاً غير قادرة على التكيف مع تعويض نقص المعرفة أو المهارات المتعلقة برعاية الطفل. وبشكل أكثر تحديداً قد يحاول الوالد الذي يعاني من ضغوط وإجهاد تقديم الرعاية لطفل معاق أن يخفف بعضاً من هذا الضغط من خلال الانخراط في علاقة غرامية. وهكذا ، في هذا المثال ، يمكن النظر إلى التصرف الجنسي مع طرف ثالث على أنه تطور لـ "مثلاث" في محاولة لنزع فتيل القلق. قد تكون استجابة التأقلم غير الفعالة هذه مدمرة للعائلة لأن نتيجة العلاقة الغرامية قد تؤدي إلى الطلاق، مما يؤدي إلى انتقالات عديدة لجميع المعنيين (على سبيل المثال، الانتقال، تغيير المدارس، فقدان دخل الأسرة، فقدان دعم الأسرة الممتدة، إلخ)، يمكن للمعالجين عبر الأجيال مساعدة مقدمي الرعاية في التعرف على الحلول غير المتكيفة لديهم وتطوير حلول أكثر فعالية لمعالجة الأعراض العاطفية، بالإضافة إلى المساهمة في الرؤى وفهم أنماط الخيانة الزوجية بين الأجيال والتي قد تكون واضحة في تاريخ الأسرة (Ramisch & Piland, 2020).

كما توجد عدد من للتدخلات الموجهة نحو الأسرة والمستخدم في اضطرابات النمو العصبي نتطرق إليها فيما سيلي:

الإعاقة الذهنية Intellectual Disability

الإعاقة الذهنية هي عجز مميز في القدرات العقلية العامة، على وجه التحديد قد تلاحظ الأسر المهارات الحركية البطيئة والمهارة اللغوية وتطوير مهارات المساعدة الذاتية مقارنة بالأقران، وبالمثل قد يكون هناك فشل في النمو الفكري أو مشاكل في تحقيق التوقعات المدرسية، قد يجد بعض الآباء أيضًا تحديات اجتماعية مثل صعوبة التكيف مع المواقف الجديدة وصعوبة الفهم واتباع القواعد العامة. يتم تقديم الأفراد ذوي الإعاقة الذهنية في الغالب في النظام التعليمي عبر خطة التعليم الفردي، ومع ذلك قد تكون التدخلات أو الخدمات المقدمة للأسرة والفرد قبل سن المدرسة هي الأفضل، وتشمل التدخلات الأسرية على سبيل المثال لا الحصر الأنواع التالية:

خطة خدمة الأسرة الفردية Individualized Family Service Plan:

توضح خطة خدمة الأسرة الفردية الاحتياجات المحددة للطفل والخدمات التي ستساعده على النمو، وقد تكون التدخلات المبكرة عديدة ويمكن أن تشمل علاج النطق أو العلاج المهني أو العلاج الطبيعي أو الاستشارة الأسرية أو الخدمات الغذائية، ويمكن للمستشارين المساعدة في تطوير وتنسيق مثل هذه الخطط.

التدخل للتخفيف من الإجهاد Stress Intervention: غالبًا ما ترتبط

الخدمات المرتبطة بالإعاقات الذهنية بتعليم الآباء حول أفضل السبل لتعزيز نمو الطفل ومساعدة الآباء في رفاههم، ونظرًا لأن آباء الأطفال ذوي الإعاقات الذهنية معرضون بشكل متزايد لخطر الإجهاد وقضايا الصحة النفسية الأخرى، يُقترح التدخل للتخفيف من الإجهاد على الوالدين، على وجه التحديد تُظهر التدخلات الجماعية السلوكية المعرفية المصممة لتقليل إجهاد الأمهات أقوى دليل بحثي للنجاح.

اضطرابات التواصل: اضطراب التواصل هو عجز في تلقي وإرسال أو معالجة أو فهم المفاهيم أو الرموز اللفظية وغير اللفظية ، وتشمل الاضطرابات المحددة في مجال اضطراب التواصل صعوبة التعلم، واضطراب صوت الكلام، واضطراب الطلاقة في الطفولة (التلعثم)، واضطراب التواصل الاجتماعي، واضطراب التواصل غير المحدد.

التدخلات بوساطة الوالدين: يتم تشجيع الآباء على استخدام نهج التدخل الفردي في المنزل مع أطفالهم، يمكن أن يؤدي استخدام التدخلات المستفادة من جلسة (جلسات) مع أخصائي تعلم اللغة أو غيره من المتخصصين المدربين مثل المعلمين والمعلمين الخاصين والمهنيين إلى زيادة نتائج تعلم الطفل، ويمكن للوالدين أيضًا المساعدة في التنسيق بين مختلف المهنيين.

علاج النطق: هناك العديد من الخيارات لعلاج النطق، يستطيع أخصائي النطق واللغة العمل مع الطفل والوالدين لصياغة أفضل نهج علاجي، وتحت مظلة علاج النطق قد يستخدم المختص طرقًا مختلفة أو خيارات علاجية متعددة.

اضطراب طيف التوحد (ASD) - تدخلات أسرية: هناك العديد من التدخلات لاضطراب طيف التوحد، تتراوح من التدخلات السلوكية التقليدية إلى تدخلات التواصل الاجتماعي، ويتم تشجيع الأطباء على إجراء المزيد من الأبحاث حول التقنيات وأساليب العلاج التي قد تدعم الطفل والأسرة الذين يعملون معهم.

علاج الاستجابة المحورية (PRT) Pivotal Response Treatment

مستمدة من التحليل السلوكي التطبيقي، ويعتمد على اللعب وعلى مبدأ أنّ الطفل هو المتحكم بالعلاج، ويعالج ما يسمى المجالات "المحورية" في التنمية، مثل التحفيز، والاستجابة للإشارات المختلفة، والإدارة الذاتية، وبدء التفاعل الاجتماعي، ويؤدي إلى التحسن عبر مجموعة متنوعة من المجالات والمهارات، ويتم تشجيع الآباء ومقدمي الرعاية وكل من يشارك في حياة الطفل على تبني المهارات والتقنيات المستخدمة في علاج الاستجابة المحورية، وبشكل أكثر تحديداً يمكن للوالدين قيادة علاج الاستجابة المحورية الذي يعتبر واحداً من أكثر العلاجات التي تم أثبتت كفاءتها وفعاليتها في علاج اضطراب طيف التوحد.

نموذج التواصل الاجتماعي والتنظيم العاطفي ودعم المعاملات SCERTS
ModelThe Social Communication, Emotional Regulation,
and Transactional Support SCERTS

يتضمن نموذج التواصل الاجتماعي والتنظيم العاطفي ودعم المعاملات استخدام تدخلات مختلفة لتحقيق التواصل الذي يبدأه الطفل والتقدم الحقيقي، أي القدرة على التعلم وتطبيق المهارات بطريقة وظيفية عفوية في مجموعة متنوعة من الإعدادات، تم اشتقاق هذا النموذج من العمل التجريبي والسريري، وعلى هذا النحو يُلاحظ أنه يتماشى مع الممارسة القائمة على الأدلة في علاج اضطراب طيف التوحد وغيرها من الاضطرابات النمائية العصبية المرتبطة عادةً بالتوحد أو تشخيصها.

نموذج دنفر Denver Model: تم تصميم نموذج دنفر لمعالجة اضطراب طيف التوحد من خلال العلاج القائم على اللعب والذي يقوده الطفل والذي يركز على

تنمية مهارات التواصل الاجتماعي من خلال الاستشارة الفردية وتفاعلات الأقران في المدرسة أو بيئة الرعاية والتعليم النفسي في المنزل، وهذا النموذج متجذر في المشاركة الأبوية العميقة والمشاركة المشتركة في الأنشطة، وقد أظهر الأطفال المشاركون في هذا النموذج لمدة عامين تحسناً في القدرات المعرفية واللغوية والسلوك التكيفي، بالإضافة إلى بعض أعراض التوحد.

اضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط ADHD - التدخلات الموجهة نحو

الأسرة

هناك تدخلات عديدة لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، تتراوح التدخلات من التدخلات النفسية إلى التدخلات المدرسية، وغالبًا ما يشعر الآباء بالانجراف لطلب المساعدة الدوائية ويمكنهم إهمال فعالية التدخلات الأخرى، يتم تشجيع الأطباء على البحث عن التدخلات التي تعمل مع الأسرة وخلق العافية للطفل في جميع مجالات حياته.

تدريب سلوك الوالدين: يتضمن التدريب على سلوك الوالدين في المقام الأول على أربعة برامج لتدخلات التدريب على السلوك للآباء (لمرحلة ما قبل المدرسة)، تتضمن هذه البرامج مساعدة الوالدين في إدارة السلوكيات الإشكالية وتطوير استراتيجيات تربية فعالة، تشمل البرامج Triple P (برنامج الأبوة والأمومة الإيجابية لمرحلة ما قبل المدرسة) ، وبرنامج الأبوة لمدة لا تصدق Incredible Years Parenting Program، والعلاج التفاعلي بين الوالدين والطفل Parent-Child Interaction Therapy ، وبرنامج New Forest الأبوة والأمومة، وتعتبر جميع

البرامج الأربعة فعالة في علاج اضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وهذه البرامج قد تكون مفيدة لاضطرابات النمو العصبي الأخرى التي تظهر مع السلوكيات التخريبية (مثل الإعاقة الذهنية و ASD).

برامج تدريب المعلمين: توفر برامج المعلم للمعلمين فرصة تعلم الاستراتيجيات السلوكية لتحسين بيئة الفصل الدراسي، وتقدم منظمة الأطفال والكبار الذين يعانون من اضطراب نقص الانتباه / فرط النشاط (CHADD) العديد من التدريبات للمعلمين المهتمين بتحسين تفاعلهم مع الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، وتقدم الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال أيضًا اقتراحات متعددة لما يمكن للمدرسين القيام به لمساعدة الطلاب المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه.

اضطراب التعلم المحدد Specific Learning Disorder

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية، اضطراب التعلم المحدد هو تشخيص شامل واحد مع محددات للعجز في القراءة والرياضيات والتعبير الكتابي، وتتم ملاحظة خصائص اضطراب التعلم المحدد بناءً على التاريخ الطبي والتنموي والتعليمي والعائلي للطفل. النهج الواسع لتشخيص اضطراب التعلم المحدد هو محاولة لضمان أن الأشخاص الذين يعانون من قصور في التعلم يتلقون الخدمات المناسبة.

الدعم الأسري: يميل علاج اضطرابات التعلم إلى التركيز على مساعدة الطفل أو المراهق في أداء الفصل الدراسي، وتعليم الطفل كيفية تعزيز نفسه في المدرسة،

وتحديد نقاط القوة التعليمية للطفل أو المراهق، وتعزيز احترام الذات والثقة العامة، وأخيرًا تحسين مجموعة المهارات الاجتماعية والسلوكية للطفل.

هناك العديد من العوامل الوسيطة التي يمكن أن تؤثر على نجاح الشخص المصاب باضطرابات التعلم، قد يتأثر تقدير الذات بما يدركه الشخص المصاب باضطراب في التعلم هو دعم الأسرة ، ويمكن للوالد الداعم أو أحد أفراد الأسرة إحداث فرق من خلال دعم الطفل لتحديد نقاط قوته وتحسين أدائه في الفصل الدراسي، بالإضافة إلى ذلك يمكن للوالد الداعم أو أحد أفراد الأسرة المساعدة في الدفاع عن الطفل في المدرسة، وبالتالي صياغة نموذج مناسب للدعوة الذاتية للاحتياجات التعليمية.

غرفة المصادر المدرسية School Resource Room: قد يكون الطفل مؤهلاً للحصول على مساعدة بدوام جزئي أو بدوام كامل في المدرسة اعتمادًا على ما يوصي به برنامج التعليم الفردي، ويمكن تقديم خدمات متخصصة في غرفة المصادر لموضوعات أكاديمية محددة، وعادةً ما يحتفظ الطلاب بجدول زمني "رئيسي" لبعض المواد والأنشطة اعتمادًا على محدد (محددات) اضطراب التعلم المحدد.

الاضطرابات الحركية Motor Disorders: ترتبط الاضطرابات الحركية بضعف التنسيق التنموي أو الحركة المتكررة أو اضطرابات التشنج اللاإرادي المختلفة، ومع الاضطرابات الحركية يمكن للفرد أن يشعر بالحرج، وغالبًا ما تكون مجموعات الدعم والتتقيف النفسي حول هذه الاضطرابات إضافة إيجابية لأي تدخل أسري.

التدخل المبكر: يرتبط تحديد المشكلات التنموية الحركية ومعالجتها في وقت مبكر من حياة الطفل بتسهيل مكاسب النمو الحركي، وعلى الرغم من أن نتائج التدخل المبكر على التطور الحركي قد لا تتجاوز ما يمكن تفسيره بالنضج، فإن التدخل المبكر يساعد في التطور المعرفي في المجموعات المعرضة للخطر.

قائمة المراجع:

- عودة، محمد محمد وفقيري، ناهد شعيب.(2016). الدليل التشخيصي للاضطرابات النمائية العصبية. مكتبة الانجلو مصرية: مصر.
- الحمادي، أنور.(2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. لبنان: الدار العربية للعلوم ناشرون.

- Norbury, C. F., & Sparks, A. (2013). Difference or disorder? Cultural issues in understanding neurodevelopmental disorders. *Developmental Psychology*, 49(1), 45 .
- Ramisch, J. L., & Piland, N. (2020). Adolescents, and Families Living with Neurodevelopmental Disorders. *The Handbook of Systemic Family Therapy, Systemic Family Therapy with Children and Adolescents*, 2, 369 .
- Russo, J., & King, J. H. (2017). *DSM-5® and Family Systems*: Springer Publishing Company.

الأسرة والفصام

Family and Schizophrenia

مقدمة:

الفصام هو اضطراب عقلي خطير يبدأ عادة خلال فترة البلوغ المتأخرة أو في السنوات الأولى من البلوغ، ويتميز بالتشوهات البنائية للفكر والإدراك والمشاعر، ويؤثر هذا الاضطراب على الوظائف الأساسية التي تتعلق بالإحساس بالتفرد والفردانية وتقرير المصير بالنسبة للشخص، ويمكن أن يكون السلوك مضطرباً بشكل خطير خلال مراحل معينة من الاضطراب، وبالتالي يكون له عواقب اجتماعية غير مواتية، ويختلف مسار الفصام من فرد لآخر ويمكن تحقيق الشفاء التام في ثلث الحالات، ومع ذلك يمكن أن يتبع مساراً مزمناً وانتكاسياً مع الأعراض المتبقية وعدم كفاية الاستقرار الاجتماعي (Kotrotsiou, Papathanasiou, & Stella, 2006).

يعتبر مرض انفصام الشخصية في كل من العقل الشعبي والأوساط العلمية أكثر أنواع الأمراض العقلية تدميراً مع شدته الكبيرة وأحياناً أعراضه الغريبة، ويؤثر الفصام على حوالي 1 ٪ من السكان، ويشمل أعراضاً مثل عدم القدرة على تكوين روابط عاطفية دائمة مع الأصدقاء والزوجين؛ وعدم وجود ردود عاطفية طبيعية للأحداث، والأوهام والهلوسة، سمعت امرأة تظهر عليها أعراض مرض انفصام الشخصية في أحد البرامج الحوارية الإذاعية عندما اشتكت من أن الحكومة كانت تستمع إليها أثناء تسوقها في السوبر ماركت المحلي، ظنت أن الهوائي هو رادار

كبير في قاعدة عسكرية محلية قد ركز عليها وهي تتجول في المتجر، على الرغم من أن معتقداتها كانت وهمية إلى حد بعيد إلا أن حديثها مع مضيف برنامج الحوارات كان معقولاً تماماً، هذا المثال يحمل القليل من الفكاهة، لكن مسار حياة مرضى المصابين بأمراض الفصام خطير ويمكن أن يكون مأساوياً؛ إن عدم قدرتهم على شغل الوظائف أو تكوين روابط عاطفية دائمة يجعلهم خارج صداقات الحياة اليومية" (Rowe, 1994).

تطورت مفاهيم الفصام منذ أن وصفها Bululer في عام 1911 بشكل كبير وأصبح الأشخاص المتأثرين من حيث المبدأ الآن فاعلين في علاج الفصام، ومع ذلك خلال القرن العشرين كان هناك تطور تدريجي للمكان الممنوح لأسر الأشخاص الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية "... لفترة طويلة كانت الأسرة تعتبر هي المسبب الرئيسي للفصام، ليعترف بها كشريك في الرعاية منذ 1980، إذ ساعدت الطفرات على المستويات المفاهيمية والطبية والنفسية الاجتماعية على رفع "الوصمة العقلية النفسية" لدى الأسر والاهتمام بتجربتها ومن ثم مساهمتها الإيجابية" (Castillo & Plagnol, 2016).

وقد تم ذكر العديد من الآراء حول دور الأسرة في التسبب في مرض انفصام الشخصية، لكن اليوم أصبحت هذه الآراء غير مقبولة على نطاق واسع، بل تم الاعتراف مؤخراً بالدور الإيجابي للأسر في برامج رعاية الاضطرابات العقلية (Kotrotsiou et al., 2006).

فرضية المسببات الأسرية

فرضية الام الفصامية "schizophrenogenic mother"

من ثلاثينيات القرن العشرين بدأت فكرة أن الفصام هو استجابة غير مناسبة للبيئة المحيطة ونتيجة فشل التفاعلات الأسرية، ومصطلح "الأم المسببة للفصام" هو صورة نمطية سلبية وجدت في الأدب النفسي من 1950 حتى 1970، وتشير إلى أمهات الأفراد الذين يصابون بالفصام ويعني أن الأم قد تسببت في المرض، وتُنسب إلى فريدا فروم-رايخمان عمومًا صياغة هذا المصطلح في عام 1948 (Fromm-Reichmann, 1948) عندما كتبت في ذلك: "...يتميز مرض انفصام الشخصية بالشكوك المؤلمة والاستياء من الآخرين وذلك بسبب الخبرات السلبية المبكرة والرفض الذي واجهه المصاب من الأشخاص المهمين منذ طفولته كقاعدة عامة، ولا سيما الأم المسببة لانفصام الشخصية schizophrenogenic mother".

كما ساهم ثلاثة مؤلفين في نظرية السببية الأمومية لمرض انفصام الشخصية هم: بيتسون ، ليدز، ووين (Bateson, Jackson, Haley, & Weakland, 1956b; Lidz, Cornelison, Fleck, & Terry, 1957b; Wynne, 1981)، وكان سياق النظرية يرى بأن التفاعلات بين الأم والطفل في وقت مبكر لها تأثير أساسي وحاسم على المرض النفسي (Seeman, 2016).

كان لتعبير "الأم المسببة لانفصام الشخصية" تأثير سلبي لعدة عقود على تصور أمهات مرضى الفصام، حيث وصفت "المسببات للفصام" بأنهن "باردات"، "متسلطات"، "رافضات"، "مفرطات في الحماية"، ويتم وصف الآباء باستخدام لغة أكثر حيادية: "غير فعال"، "غير كفء"، "غير مبال"، وتعتبر العلاقة بين الأم والاصابة بالفصام إما من وجهة نظر عدم القدرة على حب طفلها بإخلاص، أو من وجهة نظر طرق الاندماج المرضية، وعلى أية حال فإن هذا النوع من العلاقة - وبالتأكيد بشكل لا واعي- سيكون له تأثير في منع الطفل من تكوين نفسه كموضوع مستقل (Castillo & Plagnol, 2016).

على الرغم من أن الخصائص التي تحدد الأم الشيزوفرينوجينية تختلف من دراسة إلى أخرى إلا أن الوصف العام هو أنها أم مفرطة في الحماية، وتسعى بمهارة إلى إخضاع أطفالها وزوجها السلبي غير الفعال، نظرًا لأن التعريف لم يكن محددًا كان من الصعب تقبل الفكرة من قبل الباحثين في العقود الأخيرة، وفي هذا السياق أشار (Parker, 1982) إلى المشكلات المنهجية المرتبطة بالدراسات التي أجريت على مفهوم الأم الفصامية، وتضمنت هذه المشكلات عينات غير عشوائية، وغياب الضوابط الكافية، والتحيز القائم على الاختصاص، والأهم من ذلك عدم النظر في دور القصور التنموي للأطفال كمصدر للسلوكيات المفرطة والمهيمنة لدى الأم، وهذا هو المفتاح لأنه في الوقت الحالي يُعتبر الفصام اضطرابًا تنمويًا يبدأ في حياة الجنين قبل تعرض الطفل لأنماط تربية الوالدين.

الأسرة المسببة للمرض The pathogenic family

مع ظهور العلاج الأسري الذي بدأ في الخمسينيات من القرن الماضي انصب التركيز على أسرة مريض الفصام، وتم عزو تطور الفصام بسهولة عند الطفل إلى تشوهات في العلاقات بين الزوجين والوالدين أين سيكون الطفل محاصرًا في النسق الناجم عن هذه التشوهات، وفيما يلي نحاول استعراض أنماط التواصل داخل هذه الأسر من خلال تحديد الأنماط التي من المحتمل أن تفسر ظهور مرض انفصام الشخصية.

نموذج الرابطة المزدوجة لبيتسون ومدرسة بالو ألتو 1956: هذا النوع

من التواصل لا يتفق فيه الكلام مع المعنى، كما يتضمن عدم انسجام بين المواقف والوجدان لما فيه من غرابة وتناقض ولا معقولية وهي صفات تدل على عمق الاضطراب النفسي بشكل عام، بل هي صفات تميز الفصام بشكل خاص، والمعنى الشائع لهذا المفهوم "إذا عملته فأنت مذنّب، وإذا لم تعمله فأنت مذنّب" وعادة ما

تكون الاستجابة النفسية للرسائل المستمرة ذات الربط المزدوج إحباطا ويأسا واكتئابا، وأهم العناصر الضرورية لحدوث وضعية "رابطة مزدوجة" هي:

1- أن تحدث بين شخصين أو أكثر، وهي ليست دائما مفروضة من قبل الأم وحدها ولكنها أكثر مقارنة بالأب أو الإخوة.

2- هي خبرة متكررة.

3- رسالة سلبية أولية.

4- رسالة ثانوية تعكس مستوى أكثر تجريدا وهي معززة بالعقاب أو ببعض العلامات المهددة للبقاء.

5- رسالة سلبية ثالثة، تمنع الضحية من الهرب من الوضعية.

6- ليس من الضروري أن تكون هذه العناصر متجمعة كلها.

تفترض وضعية الرابطة المزدوجة أن كل فرد يفقد قدرته على تمييز الأنماط المنطقية، وخصائص هذه الوضعية:

- الفرد متورط في علاقة شديدة، ومن المهم له أن يحدد وبكل دقة نوع الرسالة التي أرسلت له.
- كذلك هو في وضعية يقوم الطرف الآخر بإرسال نوعين من الرسائل، إحداها تتناقض الأخرى.

- هو غير قادر على ترجمة الرسائل التي أرسلت إليه، حتى يتعرف على النوع الذي يرد به، بمعنى آخر لا يستطيع أن يطرح اقتراحاً من نوع ما بعد الاتصال (خرشي، 2009، ص 17، 18).

اقتراح ليدز وآخرون (Lidz, Cornelison, Fleck, & Terry, 1957a)

فرضية أن مرض انفصام الشخصية هو سلوك مكتسب وغير متوافق للفرد الذي يعيش في بيئة غير صحية حيث يصبح المريض كبش فداء للصراعات الوالدية.

وقد ميزوا نوعين من الزوج الوالدي في البيئة الأسرية والذي يمكن أن يحفز الفصام في الطفل: الانقسام الزوجي والانحياز الزوجي المنحرف، استخدم ليدز Lidz هذا التعبير في وصف خصائص الأسرة التي تؤثر سلباً في التكوين النفسي للأبناء مثل المرأة التي تكون لها السيادة على الزوج والسيطرة على القرار في الأسرة، وتقوم نظرية تيودور ليدز بالنسبة لدور الأسرة في التسبب في المرض النفسي كالفصام على الانحراف أو عدم التماثل Skew ، والانفصال Schism بين الوالدين حتى وهما في مكان واحد مثل الطلاق العاطفي Emotional divorce (الشربيني & صادق، 2009).

الأسر في الانفصال الزوجي يمزقها نزاع دائم بين الوالدين مما يجعل الأسرة مقسمة بشكل مزمن إلى فصائل متعارضة، ويقوض كل من الوالدين قيمة الآخر في نظر الطفل، والأم الأكثر سلبية لا تجد معنى للحياة ولم تكن ترغب في ابنتها كفتاة، إنها لا تستطيع ضمان حد أدنى من احترام الذات لابنتها، بالنسبة للأب فهو مستبد لكنه يشك في رجولته ويعلم عدم الثقة للطفل، وهذه البيئة هي التي تأتي منها الإصابة بالفصام.

في الانحراف أو عدم التماثل الزوجي، نادراً ما يختلف الوالدان علناً ويكون مناخ الأسرة هادئاً إلى حد ما، إنها عائلة متناغمة على ما يبدو، ولكن أحد الزوجين يلتزم بشكل سلبي بالمفاهيم الغربية أو الوهمية للآخر وخاصةً حول كيفية تربية الأطفال وقيادة الحياة الأسرية.

يتحدث Singer et Wynne عن التبادلية الزائفة أو اتفاق الوالدين

الوهمي، وفي هذه الأسر "المندمجة" يهتم أفراد الأسرة باندماجهم المتبادل أكثر من اهتمامهم بالتمييز بين هويتهم، ويضحون بنموهم الشخصي لإرضاء أسطورة وجود روابط توحد أفراد الأسرة.

في أعقاب هذا التصور كانت مقالة (Searles, 1959) الشهيرة "الجهد المبذول لدفع شخص آخر للجنون" منذ فترة طويلة مرجعا رئيسيا لأسر الفصام، وقد تم تلخيص الأطروحة الرئيسية للمقال من خلال هذه الأسطر الأولى من المقدمة: "..... من بين جميع العوامل المرضية المسببة للفصام التي هي عوامل معقدة بلا شك، ومتغيرة إلى حد كبير من حالة إلى أخرى، يبدو أن هناك مكوناً محدداً يمكن في كثير من الأحيان - وحتى، كما أعتقد، بشكل منتظم - هو الأكثر فعالية، لقد أوضحت تجربتي الإكلينيكية أن الفرد يصبح مصاباً بالفصام جزئياً نتيجة لجهد مستمر وطويل، أو إلى حد بعيد جهد غير واعٍ من جانب شخص ما أو أشخاص مهمين جداً في تربيته لإغرائه بالجنون. أعلم جيداً أنه سيكون من غير المناسب اختزال المسببات المرضية المعقدة لمرض انفصام الشخصية إلى صيغة بسيطة تقيد أن الفرد يصبح مصاباً بالفصام لأن بعض الأفراد الآخرين يدفعونه إلى الجنون. مثل هذه الصيغة لن تتصف النشاط النفسي للفرد في الموقف أو تعقيد تلك العلاقات الشخصية أو العمليات الجماعية المعقدة للسياق الأسري أو العمليات الاجتماعية الديناميكية الأكبر التي تتضمن الأسرة، لكن هناك جزءاً، غالباً ما يكون جزءاً من

الأسرة بأكملها، عاجزًا عن التعامل مع ظروف كبيرة ومأساوية تتجاوز قدرة أي أسرة على التحكم فيها أو تجنبها".

كما يشير الاقتباس أعلاه، يجمع Searles بين أطروحته ومبادئه المتعددة التي تدرك مدى تعقيد الفصام، ومع ذلك تصور المقالة فكرة أن يجد المرء دائمًا تفاعلات أسرية مضطربة في تطور مرض انفصام الشخصية، والجهات الفاعلة هي الوالدين في المقام الأول (حتى إذا تم استحضار الإخوة أيضًا)، وغالبًا ما تكون الأم.

إن النماذج المبكرة للتفاعلات الأسرية -بغض النظر عن فائدتها المفاهيمية والسريرية الهائلة- قد ساهمت في تعزيز دائم لفكرة أن الأسرة كانت مسؤولة عن أمراض أفرادها على الرغم من أن هذه الفكرة تتعارض مع "روح" العمل النسقي، إذا يقترح النموذج النسقي رؤية أسرية نسقية للأعراض، إلا أنه تم اعتماد مفهوم "رؤية مرضية أسرية"، وبهذا المعنى فإن "الالتهامات المسببة للأمراض التي كانت تُطبق سابقًا على أحد الوالدين قد تم تعميمها على نسق الأسرة".

من المؤكد أن العلاجات النسقية ستركز أكثر فأكثر على موارد الأسرة وسيكون لديها اهتمام دائم بالعمل مع جميع أعضائها وليس فقط الشخص الذي يُسمى بالفصامي، ومع ذلك فإن فكرة "الأسرة المسببة للفصام" التي يتعين مواجهتها "تعني أن التواصل الأسري مسؤول عن سلوك" مريض معين. "بالإضافة إلى ذلك فإن المفاهيم التي تكمن في قلب النموذج النسقي (مثل أفكار الانتقال بين الأجيال، والأسرار الأسرية، والولاءات غير المرئية، والأساطير الأسرية، واستخدام طرق معينة مثل الجينوغرام) سوف تسهم في زيادة عبء المسببات على الأسر، ولا أدل على ذلك من القول المأثور المنسوب إلى موراي بوين "إن الأمر يحتاج إلى ثلاثة أجيال على الأقل لإصابة الفرد بالفصام".

Don't Blame Us لا تلمونا

يحاضر مايكل كير Michael Kerr وهو من رواد رائد العلاج الأسري حول شيء يسميه "عربة الواقع reality wagon" ومدى سهولة سقوط العربة. على الجانب الأول من عربة الواقع يوجد الاعتقاد بأن "كل هذا خطئي"، وعلى الجانب الآخر هناك اعتقاد بأنه "لم يكن لدي أي علاقة به".

في مجتمع حر حديث أي شخص يتخذ موقفا متطرفا عند مناقشة ما يحدث فإنه يعيش في عالم الخيال، إذ على الرغم من أن الكثير مما يحدث لنا خارج عن إرادتنا فإننا جميعًا إلى حد ما مؤلفو حياتنا الخاصة، وإن رد فعلنا والتعامل مع ما ترميه الحياة إلينا يلعب دورًا كبيرًا في تحديد مستقبلنا، واللوم في غير محله والشعور بالذنب غير المناسب يتداخل مع محاولات حل المشاكل ومشاكل العلاقات، وكلاهما يؤدي إلى مشاعر سيئة والصراع بين الأشخاص. وبالنسبة لمناقشة أصول الاضطرابات العقلية المختلفة خصوصًا الفصام، كان لقضايا اللوم والشعور بالذنب تأثيرًا سيئًا، لأن تحديد الاضطرابات بأنها أمراض دماغية حقيقية تنجم أساسًا عن مشاكل نفسية وشخصية، أو قد تنبع من الاثنين مازالت محل أخذ وجذب.

على الرغم من أن التفاعلات الأسرية المختلة وظيفيًا يمكن أن تكون عوامل خطر لتفاقم أعراض الفصام بمجرد حدوث الاضطراب بالفعل، لكن من الواضح أنها ليست عوامل خطر لتطوره الأولي، لأن أداء أدمغة هؤلاء الأفراد بشكل غير طبيعي هو أمر مؤكد على الرغم من حقيقة أنه بعد عقود من الجهد من قبل علماء الأعصاب لم نتمكن من تحديد طبيعة المشكلات العضوية في هذا الاضطراب بدقة، وغالبًا ما يستشهد نقاد الطب النفسي بهذه الحقيقة الأخيرة على أنها "دليل" على أن الفصام ليس مرضًا حقيقيًا.

هذه الحجة ضعيفة لأننا نعرف أن المشكلة الرئيسية في أدمغة مرضى الفصام هي طبيعة شبكة الاتصالات بين ملايين خلايا الدماغ المعروفة باسم المشابك العصبية، ونحن لسنا قريبين من فهم كيفية تكوين الشبكات العصبية أو وظيفة الدماغ البشري العادي، كما أن معرفتنا بكيفية تأثير الجينات والتأثيرات البيئية المختلفة لتحديد الخلايا العصبية التي ترتبط مع غيرها في مراحله الأولى ضرورية لفهم الشبكات العصبية المرضية.

في الماضي عندما عرفنا عن وظائف المخ أقل مما نعرفه اليوم كان المحللون النفسيون يعتبرون الفصام اضطرابًا وظيفيًا أو نفسيًا أوجدته أم مصابة بالفصام، ودون الخوض في التفاصيل يُعتقد أن والدة الفصام المزعومة تدفع طفلها إلى الجنون، ولم تكن هذه الفكرة مبنية على الملاحظة الفعلية للطريقة التي تتفاعل بها أفراد أسر مرضى الفصام مع بعضهم البعض، لكنها كانت مبنية على نظريات التحليل النفسي للعقل.

التحق بالمحللين النفسيين في إلقاء اللوم على التفاعلات الأسرية المختلة التي تسبب مرض انفصام الشخصية مجموعة من المعالجين المعروفين باسم المعالجين النفسيين الأسريين الذين كانت تفسيراتهم للسلوك الإنساني المختل تختلف تمامًا عن تفسيرات المحللين، والعديد من نظرياتهم قوية للغاية، ومع ذلك فقد قوضوا مصداقيتهم من خلال إعداد تفسيرات لمرض انفصام الشخصية الذي بدا أيضًا أنه يلقي باللوم على الوالدين.

قام بعض المعالجين الأسريين، على عكس التحليليين، بملاحظة أسر مرضى الفصام أثناء العمل، وعندما حاول مُنشئ الانساق الأسرية لأول مرة دراسة سلوك الأسرة في ظل ظروف خاضعة للرقابة تم اختيار الأسر الأسهل بالنسبة لهم لعزلهم ومن ثم ملاحظتهم هم ومرضى الفصام الذين تم إضفاء الطابع المؤسسي عليهم، وأدت الملاحظات الأولية لهذه الأسر إلى نظرية الارتباط المزدوج للفصام التي

افترضت أن مرض انفصام الشخصية سببه استمرار الوالدين في إخبار صغارهم بمعضلات مستحيلة لا يمكن حلها. سيطلب الوالدان تصرفات معينة لكن الأطفال الذين وضعت عليهم هذه المطالب سيكونون منبوذين إذا اتبعوا التعليمات، ومنبوذين إذا لم يفعلوا، فلا يُسمح لهم بالتعليق على الارتباط الذي وُضعوا فيه، وكأطفال لم يكونوا أيضًا أحرارًا في الانتقال على الأسرة.

لا شك أن الارتباط المزدوج في الأسر موجود كخاصية مهمة للسلوك الإنساني وله آثار غير ملحوظة على متلقيها، والرسائل المختلطة ومهارات التواصل الضعيفة هما من السمات المميزة والأكثر أهمية للأسر المختلة وظيفياً.

كانت مشكلة المعالجين الأسريين الأوائل الذين طبقوا هذه الفكرة على مرض انفصام الشخصية أنهم لم يقارنوا بين مرضى الفصام وأسر المرضى الذين يعانون من أنواع أخرى من الاضطرابات النفسية والانفعالية، ولو فعلوا ذلك لكانوا قد رأوا أن الروابط المزدوجة كانت شائعة بنفس القدر إن لم تكن أكثر شيوعاً في العديد من الأسر التي لا تنتج طفلاً مصاباً بالفصام كما هو الحال في الأسر التي تفعل ذلك.

قد تكون الروابط المزدوجة أيضًا جانبًا من سمات الأسرة التي تتميز بمستويات عالية من التعبير العاطفي *expressed emotion*، والتي تُعرف بأنها مستويات عالية من الغضب والعاطفة في الأسرة ككل، وقد أظهرت المشاعر العالية المعبر عنها في العديد من الدراسات أنها عامل خطر للتفاقم الحاد للاضطراب لدى مرضى الفصام الذين يُعرف بالفعل أنهم مصابون بالاضطراب.

قد يكون تم تمثيل الأسر التي لديها مشاعر عالية التعبير في بالمستشفيات، حيث يتم إدخال المرضى الذين يعانون من الاضطراب فقط في المستشفى، مما دفع أخصائيي العلاج الأسري لرؤية ذلك بشكل متكرر أكثر مما لو كانوا قد أدرجوا

ملاحظات للأسر التي لديها أعضاء مصابون بالفصام والذين كانوا أكثر استقراراً. انظر المرجع (D. M. Allen, 2010).

نحو نظرة جديدة على الأسر

بمرور الوقت تذبذب الطب النفسي في نظرياته عن التكوين النفسي psychogenesis ، حيث انتقل من التنشئة إلى الطبيعة ومن ثم التفاعل بين الاثنين، وفي الوقت الحالي مع الفهم الأفضل لعلم التخلق epigenetics- الذي يعنى بالتأثيرات البيئية التي تؤثر على التعبير عن الجينات حيث يقوم الباحثون بقياس التغيرات التي تطرأ على السلوك والتعبير الجيني- أصبح التقدير أن أحداث الحياة المبكرة على الرغم من أنها قد لا تسبب انفصام الشخصية إلا أنها يمكن أن تؤثر على ظهور الأعراض وشدتها، وتهدف العلاجات الأسرية للأطفال المعرضين لخطر الفصام (بسبب تاريخ الأسرة أو المظاهر المبكرة للانسحاب أو التفكير الذهاني) في الوقت الحالي إلى الحد من التوتر الأسري وزيادة الدعم بدلاً من تغيير أنماط الأبوة والأمومة، ويميل العلاج الأسري لأسر المراهقين أو البالغين الذين يصابون بالفصام في الوقت الحالي إلى التأكيد على الإرشاد والعلاج النفسي - التربوي Psycho-educational Treatment (إرشادات حول مرض انفصام الشخصية وعلاجه) ويهدف إلى تعزيز الشفاء بدلاً من اكتشاف الأنماط المسببة للأمراض لتربية الأطفال، فوالدة الفرد المصاب بالفصام لم تعد مسؤولة عن التسبب في المرض، وفي تحول تاريخي مثير للاهتمام أصبحت الأمهات الآن في طليعة الطاب على خدمات تحسين رعاية ابنها الفصامي ولا يخلجن من إصدار الأحكام -عند الضرورة - في المهن المساعدة التي اعتادت على الاستغناء عنها(Seeman, 2016) .

تأثير الفصام على الأسر

ما يقرب من 1% من سكان العالم يعانون من مرض انفصام الشخصية في حياتهم، ويظهر المرض عادة في سن المراهقة المتأخرة أو في مرحلة البلوغ المبكر، ويتميز الفصام بمجموعة من الأعراض تختلف من شخص لآخر إلا أنها ترتبط عادةً باضطرابات شديدة في أداء المريض، وعلى الرغم من أنه يمكن السيطرة على هذه الأعراض عن طريق الدواء إلا أن مسار المرض غالباً ما يتسم بانتكاسات أو تفاقم هذه المظاهر الذهانية، وما زال ثلث المصابين تقريباً يعانون من أعراض مستمرة على الرغم من تناول الدواء بطريقة مثالية، هناك أيضاً عيوب طويلة المدى في الأداء تُعرف باسم الأعراض السلبية، وتشمل الخمول وضعف الحافز والتباطؤ العقلي العام والعواطف المقيدة والصعوبات الشخصية الواضحة.

وبسبب المشكلات الواسعة النطاق فإن هذا المرض يحتاج متطلبات عاطفية وعملية ومالية كبيرة على المقربين من الفصامي، وعادةً ما يكون الوالدين أو الزوج أو الشريك، ومن المحتمل أن تستمر هذه المطالب على مدار فترة طويلة، وقد لا تتوفر المشورة والمساعدة والدعم بسهولة. في ظل هذه الظروف قد تواجه موارد التأقلم الخاصة بأفراد الأسرة تحدياً كبيراً، وبالتالي ليس من المستغرب أن يؤدي تأثير المرض إلى نتائج سلبية من حيث الضيق والعبء الشخصي للعديد من مقدمي الرعاية (Sartorius, Leff, Lopez-Ibor, Maj, & Okasha, 2005).

الضيق والعبء لدى أسر مرضى الفصام

مفهوم العبء burden: إن رعاية المصابين بالفصام يخضع مقدمي الرعاية للتجارب السلبية في الغالب، والتي بدورها تؤثر سلبًا على مقدمي الرعاية أنفسهم.

يقدم الجدول التالي معلومات وأمثلة عن كيفية تأثير رعاية أفراد الأسرة المصابين بالفصام سلبًا على مقدمي الرعاية أنفسهم، في مراجعة (Lippi, 2016) لآثار اضطراب الفصام على الأسرة من خلال ما ورد في الدراسات المتعددة قام بتقسيمها إلى عبء موضوعي وعبء ذاتي والجدول التالي يوضح ذلك.

جدول رقم 1: يوضح أمثلة على العبء الموضوعي والشخصي الذي يعاني منه أفراد الأسرة أو مقدمو الرعاية لمرضى الفصام (Lippi, 2016)

العبء	الوصف المقدم من قبل أفراد الأسرة ومقدمي الرعاية
Objective	- إهمال أفراد الأسرة الآخرين وتعطيل الحياة الأسرية وتدهور العلاقات الاجتماعية والعائلية ومشاكل أو انهيار الحياة الزوجية.
Burdens	- الاضطرابات والقيود في الأنشطة الاجتماعية والوظيفية والترفيهية اليومية.
العبء الموضوعي	- العزلة الاجتماعية ونقص الدعم الاجتماعي.
	- انحسار الدعم عن طريق فقدان الاتصال مع الأصدقاء والعائلة والجيران.
	- فقدان العمل أو الدخل و انخفاض الإنتاجية وكثرة التغيب.
	-زيادة النفقات الطبية والمشاكل المالية.
	- زيادة عبء العمل وتولي مهام كثيرة مثل التسوق والإصلاح وغسيل الملابس والأعمال المنزلية.
	-التغييرات في الروتين المنزلي.
	-إهمال الهوايات.
	- الصعوبات في الذهاب في عطلة أو نزهات آخر الاسبوع.
	- صعوبات في دعوة الناس إلى المنزل.

- التزامات الإشراف على المريض والاضطرار لمرافقته خارج المنزل.
- وجود نمط حياة فوضوي وسوء نوعية الحياة.
- الحاجة إلى خدمات الرعاية.
- المعاناة من وصمة العار المتعلقة بالمرض.
- الشعور بالذنب واللوم الذاتي لعدم التعرف على الأعراض في وقت مبكر أو التسبب في المرض ("نظرية الأم الفصامية").
- اللامبالاة والحرمان نتيجة لإصابة فرد الأسرة بالفصام .
- مشاعر الخسارة.
- القلق المتعلق غالبا بمستقبل المريض.
- الخوف (خصوصا من عنف المريض).
- التوتر والقلق و"الإجهاد" و "الصدمة".
- الحزن والبكاء والضيق مما يؤدي إلى الاكتئاب.
- التكاليف العاطفية والمتعلقة بالرعاية، ومشاكل الصحة النفسية والاعتلال النفسي.
- مشاكل جسدية.
- مشاعر الاستياء والارتباك وفقدان السيطرة واليأس والإحباط.
- العجز واليأس.
- الوحدة و الفراغ.
- الإحراج في المواقف الاجتماعية والوصمة.
- مشاعر عدم وجود تأثير على المرض على الرغم من الرعاية والتضحية بالنفس.
- مشاعر عدم القدرة على العناية الكافية بالمريض.
- الاستنفاد الناتج عن زيادة الطاقة التي ينفقها أفراد الأسرة في التعامل مع سلوك المريض الفصامي وأعراضه الذهانية، وسوء الرعاية الذاتية، وسوء الالتزام بالأدوية والارتباك.
- قلة النوم الناتجة عن الضوضاء المفرطة من المريض.
- بذل جهد عاطفي في تشجيع نشاط المريض والالتزام بالدواء.

**subjective
burden**

العبء الذاتي

-تدني احترام الذات ومشاعر الدونية.

- "في النهاية" ، "الشعور بالتهميش" و "نقص الدعم".

هذه الجوانب السلبية التي يعاني منها أقارب المرضى نتيجة لدورهم في تقديم الرعاية تُعرف مجتمعة باسم "العبء"، وقد بذلت محاولات في الأدب لتعريف "العبء" بشكل أفضل على أنه وجود مشاكل نفسية اجتماعية وعاطفية خطيرة أو صعوبات أو أحداث سلبية أو مواقف مرهقة أو تغيرات مهمة في الحياة تؤثر على أفراد الأسرة من أقرباء المريض.

كما تم تعريفه على أنه مدى إدراك مقدمي الرعاية لصحتهم العاطفية والبدنية والحياة الاجتماعية والوضع المالي كمعاناة نتيجة لرعاية أحد الأقارب، ويمكن تصنيف العبء وفقا للطرف المتضرر، على سبيل المثال عبء الأسرة هو العبء الذي تعاني منه الأسرة كوحدة، بينما العبء الفردي يتعرض له مقدم رعاية واحد أو فرد من أفراد الأسرة.

العبء ليس فقط المطالب الموضوعية المرتبطة بالرعاية ولكن أيضًا رد الفعل الشخصي لمقدمي الرعاية، لذلك يُشار إلى العبء الموضوعي في المشكلات العملية والصعوبات والآثار السلبية الملموسة والملاحظة للمرض على الحياة الأسرية مما يؤدي إلى تغييرات كبيرة في الحياة. من ناحية أخرى فإن العبء الشخصي الذاتي هو المدى الذي يشعر فيه مقدمو الرعاية بالفعل بالعبء بسبب الموقف مما يؤدي إلى ردود فعل نفسية تؤثر على الرفاه، وللحصول على أمثلة على العبء الموضوعي والشخصي الذي تم وصفه من قبل أفراد الأسرة أو مقدمي الرعاية انظر الجدول أعلاه .

للأعباء الموضوعية والذاتية تأثير مباشر على بعضها البعض، إذ يمكن أن يؤدي انخفاض المشاركة في الأنشطة الاجتماعية نتيجة الاضطراب إلى قضاء ساعات طويلة في رعاية قريب مريض إلى زيادة أعراض الاكتئاب، والتي بدورها يمكن أن تؤدي إلى انخفاض الرغبة في المشاركة في الأنشطة الاجتماعية. وقد كشفت الأبحاث أن أفراد الأسرة الذين يعتنون بأقارب مصابين بالفصام عانوا من مستويات أعلى بكثير من الأعباء الموضوعية والذاتية مقارنة بأولئك الذين يعتنون بالأقارب المصابين بأمراض جسدية مزمنة أو غيرها من الاضطرابات النفسية المزمنة مثل الاضطرابات الاكتئابية واضطراب ثنائي القطب والوسواس القهري (Lippi, 2016).

دور الأسرة في رعاية مرضى الفصام

جلبت حركة إزالة المؤسسات deinstitutionalisation التي بدأت في عقدي الستينيات والسبعينيات الكثير من المرضى من العيادات العقلية إلى المجتمع مما نقل ثقل المسؤولية إلى الأسرة التي بدأت دورها المهم في رعاية المرضى، وقد أظهرت الأسرة من العديد من مزايا مشاركتها في علاج الفصام والاكتئاب والكحول والمخدرات، وكذلك اضطرابات الأطفال النفسية. فالأسرة تشكل تكملة للعلاج الطبي وتشكل عاملاً هاماً للتقليل من عودة المرض، وحتى أخصائيو الصحة يمكنهم معرفة السلوكيات الفعالة للمريض من خلال الأسرة، وبهذه الطريقة يمكن إطلاع المعالجين على القضايا المتعلقة بالمرض وردود فعل المرضى، بينما تتعلم الأسرة بدورها حل المشكلات الناتجة عن المرض.

وتؤكد المنظمة الدولية للزمالة العالمية لمرض الفصام (WSF World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD)) على حقيقة أن تبادل المعرفة بين الأسر ومعالجي الصحة العقلية أمر حيوي لأن

وجود تحالف علاجي وتعاون مستمر يهدف إلى تنمية الثقة بالنفس لجميع المشاركين في رعاية المرضى، وهذا ما يسمى "الانتقال من الرعاية السلبية إلى المشاركة الفعالة".

ومع ذلك، عادة ما يتحمل أفراد الأسرة عبء عاطفياً كبيراً بسبب مرض قريبهم، وإلى جانب العبء العاطفي فإن عبء رعاية ودعم المرضى العقليين يقع على عاتق الأسرة وحدها، وخلال السنوات الأخيرة على وجه الخصوص مع إزالة المؤسسات ورعاية المرضى العقليين خارج المؤسسة أصبح دور الأسرة في المجتمع أكثر أهمية، لأنه يشكل نظام الدعم الطبيعي والرئيسي للمرضى ومصدر الرعاية الأساسي إن لم يكن الوحيد.

وتعاني الأسرة في كثير من الأحيان من نتائج التحامل الاجتماعي وتصبح غير قادرة على العمل بفعالية، وتشير التقديرات إلى أن أسرة واحدة من كل أربع أسر لديها فرد واحد على الأقل يعاني من اضطراب عقلي أو سلوكي، ولا تُجبر هذه الأسر على تقديم الدعم المادي والعاطفي فحسب، بل تعاني أيضاً من الآثار السلبية للوصمة والتمييز.

على الرغم من أن عبء رعاية أحد أفراد الأسرة المصاب باضطراب عقلي أو سلوكي لم يتم دراسته بشكل كافٍ، إلا أنه يمكن الاستدلال عليه ببعض المؤشرات، إذ يتعلق عبء الأسرة بالصعوبات المالية، وردود الفعل العاطفية تجاه المرض، والقلق من التعامل مع السلوك المضطرب، والحد من الأنشطة الاجتماعية، وغالباً ما تتحمل الأسرة نفقات علاج المرض العقلي إما بسبب نقص التأمين الطبي أو لأن التأمين قد لا يغطي الأمراض العقلية.

وبصرف النظر عن العبء المباشر الذي تضطر الأسر إلى تحمله، يجب أن نفكر في الأعباء الأخرى التي تؤثر على أداء الأسرة، حيث تُجبر الأسر التي لديها فرد

يعاني من اضطراب عقلي على إجراء تعديلات وحلول توفيقية تثبط عزيمة أفراد الأسرة الآخرين على تحقيق ديناميتهم في العمل والعلاقات الاجتماعية والترفيه، إذ من الصعب جدا تقدير أو حتى تحديد هذا البعد الإنساني للعبء الناجم عن الاضطرابات العقلية (Kotrotsiou et al., 2006).

العلاج الأسري والتدخلات الأسرية:

على الرغم من عدم وجود نهج فريد للتدخلات الأسرية إلا أن العلاجات الأسرية الموجهة لأسر الفصامين عادة ما تشمل التعليم النفسي، والحد من التوتر، والمعالجة العاطفية، وإعادة التقييم المعرفي، وحل المشكلات بشكل منظم، ويتكون التدخل من مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية النفسية للعمل مع أقارب الأشخاص الذين يعانون من الذهان، ويهدف إلى تطوير علاقة تعاونية بين الأسرة وفريق العلاج من أجل مساعدة المرضى على إحراز تقدم نحو الشفاء، ويتم تقديم التدخلات دائما من قبل متخصصي الصحة العقلية ولكن يمكن أن يختلفوا في الاتجاه النظري أو الطريقة أو طول العلاج.

لقد أثبتت النتائج أن العلاج الأسري له تأثير إيجابي على تعافي المريض مع انخفاض كبير في إعادة الانتكاس، وكذلك التحسن في أدائهم الاجتماعي، علاوة على ذلك هناك صلة بين هذه التدخلات والالتزام بالأدوية (Pilling et al., 2002)، وقد ذكرت دراسات قليلة فقط أن التدخلات الأسرية تعمل على تحسين تجربة الرعاية والالتزام بدور الرعاية، على الرغم من أن جميع هذه الدراسات حول التدخل الأسري أظهرت سلسلة من النتائج، فإن برامج التدخل وأهداف الدراسات عادة ما تركز بشكل رئيسي على المرضى بدلاً من مقدمي الرعاية، كما أظهرت العديد من الدراسات نتائج مشجعة بعد تطبيق برامج تربوية نفسية للمرضى الذين يعانون من مرض انفصام الشخصية وأسرهم، حيث لاحظت دراسة أجراها (Magliano, 2005) تحسناً واضحاً

في الأداء الاجتماعي لمقدمي الرعاية وأيضًا انخفاض مستويات العبء لديهم، بالإضافة إلى ذلك أثبتت بعض برامج التدخل هذه فعاليتها في زيادة إدراك مقدمي الرعاية للفعالية الذاتية والدعم الاجتماعي، وكذلك مستويات الرضا، وقد اقترح أن يتم توفير التعليم النفسي بشكل روتيني لأفراد الأسرة من أجل إبقائهم على اتصال مع الخدمات الصحية.

كما أن التدخل التربوي النفسي يقلل من الانتكاس ويحسن الالتزام بالأدوية التي يتلقاها المريض، أيضا يسمح لأفراد الأسرة بزيادة معارفهم واستراتيجيات المواجهة، ومع ذلك تظهر الدراسات أن العلاج الفعال لمرضى الفصام يحتاج إلى مزيد من المراقبة وإشراك المهنيين الصحيين لأن كل من الأسرة والمرضى سيواجهون مشاكل طويلة الأجل ويحتاجون إلى الدعم والاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع هذه الصعوبات، وبالتالي يجب أن تكون الخدمة للمريض والأسرة دائمة (Caqueo-Urizar, Rus-Calafell, Urzúa, Escudero, & Gutiérrez-Maldonado, 2015).

النهج السريري A clinical approach :

يعطي (Burbach, 2018) وصفًا لنهج متكامل ومرن للعمل مع الأسر وشبكات الدعم الأوسع نطاقًا، في قلب هذا النهج الموجه نحو الموارد هناك علاقة علاجية تعاونية تُقدّر فيها آراء الجميع وتحترم، وإذا قام المعالج بإنشاء مساحة آمنة بدرجة كافية فسيتمكن المريض وأفراد الأسرة من مشاركة أفكارهم ومشاعرهم وإيجاد حلول أكثر فاعلية لاهتماماتهم الحالية، وتمكين النسق بأكمله من تغيير أنماط التفاعل غير المفيدة من خلال تحولات في معتقداتهم وتقييم دوافع بعضهم البعض وأفعالهم

ومن خلال ممارسة سلوكيات جديدة، ويمكن وصف هذا التدخل النظامي التعاوني الموجز من خلال سبعة مراحل متداخلة:

المرحلة 1: تبادل المعلومات وتقديم الدعم العاطفي والعملية

الخطوة الأولى الأكثر أهمية في أي تدخل أسري هي تزويد أفراد الأسرة بالدعم والمعلومات المصممة خصيصًا لذلك، وإن توفير الدعم العاطفي للأسر يتضمن في المقام الأول الاستماع إلى تجاربهم والتحقق من صحتها، وغالبًا ما يتضمن ذلك قبولًا بأن الأسرة تشعر بأنها خُذلت بسبب الثغرات أو أوجه القصور في خدمات الصحة العقلية.

الخطوة الأساسية التالية هي تطبيع ردود فعلهم على هذه الأحداث المؤلمة قبل استكشاف فهمهم وتقديم المعلومات من أجل مساعدتهم على الشعور بأنهم أكثر قدرة على التأقلم، ويُطلق على هذا النهج أحيانًا التعليم النفسي psychoeducation للتمييز بينه وبين أشكال العلاج الأخرى، ولكن هناك خطر من أن يرى الاخصائيون دورهم "كمدرسين" وأن العائلة ستشعر بأنها "مستمعة" وغير متمكنة. المطلوب هو أكثر من مجرد "محاضرة أبوية" أو توفير منشورات ومعلومات، وإذا تم استخدام المنشورات فيجب أن تكون ببساطة مساعدة لهذه العملية، إن ما يجب أن يحدث هو محادثة يكتشف فيها الطبيب كيفية فهم أفراد الأسرة للتجربة الذهانية ويساعدهم على البناء على هذا الأساس حتى يتطور لديهم فهم أكثر تماسكًا.

المرحلة 2: تحديد موارد المريض والأسرة والشبكة الأوسع

إلى جانب الاستماع إلى المشكلات التي تواجه الأسرة والاعتراف بها من المهم أيضًا اغتنام أي فرصة لتحديد نقاط القوة والكفاءات لكل فرد. العلاج الذي يركز على الحلول والعلاج السردي وغيره من التقنيات العلاجية القائمة على الكفاءة مفيدة في هذا الصدد، على سبيل المثال قد يعلّق الطبيب "أنت تتكيف بشكل جيد مع ...". أو "ما الذي استندت إليه للعثور على القوة اللازمة للاستمرار في تلك المرحلة؟"، في الاجتماع الأولي من المفيد استكشاف المساهمات المحتملة لأفراد الأسرة والشبكة الأوسع والأمور التي حاولوا القيام بها للمساعدة في إيجاد الحلول.

عندما يتصرف المريض بطريقة غير عقلانية خلال أوقات الأزمات قد يمثل خطراً عليهم أو على الآخرين، وهنا يمكن أن تكون الشبكة الأوسع موردًا لا يقدر بثمن، إذ من المهم مراقبة المريض ومساعدته على شغل وقته، لكن قد يصبح هذا غير مفيد إذا شعر المريض بمراقبة أو ضغط مفرط، قد يكون لدى بعض أعضاء المجتمع الآخرين علاقات أقل تعقيدًا مع المريض وقد يكونون أكثر ملاءمة للقيام بهذه المهمة، أو قد يكونوا قادرين على مشاركتها. إلى جانب تسخير الشبكة الأوسع لحل مشكلات معينة واغتنام أي فرص لتعزيز الكفاءات، من المهم أيضًا ملاحظة الاستثناءات في المشاكل وعندما يجد الأفراد - المرضى أو أفراد الأسرة- حلولاً لمشاكلهم. غالبًا ما يقوم الأشخاص بالإبلاغ عن حلول جزئية للمشاكل ولكنهم يناقشونها كإخفاقات، من خلال استكشافها يمكن للمعالج أن يساعد الأفراد على إدراك أنهم قادرون على التعامل مع صعوباتهم وبالتالي تشجيعهم على تجديد جهودهم، كما أن المناقشات التي تزيد من إحساس المريض والآخرين بالأمل في المستقبل ستكون مفيدة من الناحية العلاجية وينبغي أن يكون هذا هو الهدف الشامل للطبيب.

المرحلة 3: تشجيع التفاهم المتبادل

غالبًا ما تصبح العلاقات مشحونة عندما يطور أحد أفراد الأسرة التفكير المشوش، أو التشنجات الإدراكية، أو المخاوف، أو السلوكيات المنسحبة، أو عدم الاهتمام بالأنشطة اليومية المرتبطة عادة بالذهان، من المرجح أن يكون التدخل القصير فعالاً إذا كان متاحاً في أقرب وقت ممكن قبل أن تصبح هذه المشكلات راسخة، ويشير المعالجون النسيقيون إلى الأسر والشبكات الأوسع التي تغيرت وتكيفت مع الموقف الجديد المجهّد باسم "الانساق المنظمة للصدمات trauma-organised systems"²، فغالبًا ما تكون الانساق المنظمة للصدمات غير صحية لجميع

² - الأسر المنظمة للصدمات Trauma-Organized Families: ابتداءً من أوائل التسعينات، وصف أرنون بنتوفيم Arnon Bentovim، وهو محلل نفسي بريطاني ومعالج أسري وطبيب نفسي للأطفال، الانساق المنظمة للصدمة بأنها طريقة مفاهيمية لفهم الاعتداء الجسدي والجنسي داخل العائلات. لقد استمد فكرة "الانساق المنظمة" من العمل السابق الذي قدم فكرة "الانساق المنظمة للمشكلات"، بمعنى أنظمة العمل الاجتماعي المحددة من قبل المشاركين بنشاط في الاتصال حول مشكلة معينة بحيث تصبح طريقة التواصل بدورها هي المشكلة، كما اعتمد على عمل موراي أ. سترأوس وريتشارد ج. جيليس Murray A. Straus and Richard J. Gelles على العائلات المسيئة التي لاحظت عملية الاستجابات العاطفية المتشابكة التي يجتمع بها الأفراد الذين يعانون من صعوبات تكملية والطبيعة التبادلية الناتجة عن التفاعل المسيء في الحياة الأسرية. كما رأى بينتوفيم، فإن العلاقات في مثل هذه المواقف "يتم تنظيمها" من خلال الأحداث المؤلمة وتصبح "أنظمة عمل بلا عقل" والتي تهيمن على الحياة الأسرية بسبب السرية والولاء وأنماط الصدمة والعنف التي تتكرر في

المعنيين، ويصبح أفراد الأسرة غاضبين، أو منتقدين أو معادين، ويصبح المريض غاضبًا ويقاقل، وفي كثير من الأحيان ينسحب، وكلاهما أكثر عرضة للانتكاس. وقد يصبح أفراد الأسرة خائفين للغاية ومراقبين ومتيقظين بشكل مفرط، حتى يشعر المريض "بالاختناق" ويصبح عالقًا في "دور إعاقة مزمنة"، ومن المرجح أن يعاني المريض من نوبات أخرى من الذهان، وأفراد الأسرة أكثر عرضة لخطر الإصابة بمشاكل نفسية شائعة مثل القلق والاكتئاب.

بالإضافة إلى توفير مساحة آمنة لجميع أفراد الأسرة للتعبير عن مخاوفهم وإحباطاتهم ومشاعرهم الأخرى، يستجيب المختص النفسي من خلال الاستماع النشط، وكخطوة أولى، يحاول المختص جعل كل شخص حاضرًا للتعبير عن أفكاره ومشاعره، وسيتطلب ذلك مهارات تيسير، حيث يقوم المعالج "بإحضار" أفراد الأسرة

العلاقات الأسرية، وبالإشارة إلى مفهوم الديناميات المؤلمة في نظام الأسرة، وصف Bentovim كيف ينظم الاعتداء الجسدي والجنسي ويخلق نمط شخصية الطفل الذي تعرض للإساءة وبالتالي يساعد في تحديد الاختيار اللاحق للشركاء، والحياة الأسرية، وأنماط الأبوة والأمومة، ثم إعادة تمثيل سوء المعاملة في الجيل القادم، وأشار Bentovim بشكل خاص إلى الصعوبة الهائلة التي واجهها في كسر ما أسماه "محرمة الصمت" *taboo of silence* داخل الأسرة المسيئة، هذا التحريم ضد الإشارة إلى الحدث الصادم خلق "فجوة" في المحادثة الأسرية مماثلة للفجوة الموجودة في ذهن الشخص المصاب ونتيجة لذلك يتم حذف المحنة الساحقة لحدث صادم كما هو الحال مع أي حديث عن أحداث ذات أهمية كبيرة. كما رآها بنتوفيم، كانت النتيجة ظهور قصص ذاتية الاستدامة، والتي بدورها خلقت أنساق منظمة الصدمة حيث تم إعادة تمثيل السلوك التعسفي وتعزيزه. كما أوضح، كان جوهر الانساق المنظمة للصدمة هو "أنها تركز على العمل، وليس الحديث أو التفكير" (Bloom, 2012)

والتأكد من عدم شعور أي شخص بالصمت وعدم سيطرة أحد على المحادثة. يمكن تشبيه هذا دوره بدور موصل الأوركسترا - المطلوب هو لمسة خفيفة فقط معظم الوقت، على سبيل المثال استخدام الفكاهة أو طرح سؤال. في بعض المناسبات، هناك حاجة إلى نهج أكثر حزمًا وأكثر نشاطًا لتوجيه المحادثة، إذ يجب على المعالج التوقف عن المناقشات التي تركز على اللوم بشكل مفرط أو تتسبب في الضرر إذا لم يكن أفراد العائلة قادرين على القيام بذلك بأنفسهم. وعلى الرغم من أن المختصين يجب أن يتبنوا موقفًا محترمًا ومثيرًا للفضول وغير حكمي non-judgmental عند العمل مع العائلات ويجب أن يظلوا منفتحين بشأن الأشياء التي تتم مناقشتها واستكشاف ما إذا كانت مفيدة للفرد والأسرة أم لا، فإن هذا لا يعني تجاهلهم القيم الأخلاقية أو الأخلاق الخاصة، فإذا تم الكشف عن الاستغلال أو إساءة المعاملة أو أي سلوك ضار آخر، ينبغي معالجة ذلك في الجلسات واتباع الإجراءات الوقائية المناسبة أو تطبيق القانون.

غالبًا ما تكون المحادثة الآمنة التي يشعر فيها الجميع بالإصغاء تجربة عاطفية قوية ويمكن أن تكون في حد ذاتها كافية لمساعدة الأشخاص على تطوير علاقات أكثر إيجابية وداعمة ، وغالبًا ما تكون جلسة الأسرة هي المرة الأولى التي يكشف فيها الشخص عن مدى تجاربه الذهانية والضيق الناتج عنها، وهذا يؤدي إلى تحول كبير في جو الأسرة. يمكن أن تؤدي مشاركة هذه التجارب إلى نقاش حول الكيفية التي يفضل الفرد أن يستجيب بها أفراد الأسرة ، وكذلك تحسين استراتيجيات المواجهة.

من المستحسن أن يعلق المختص النفسي على أي جوانب إيجابية من العلاقات الأسرية، حيث يمكن أن يفيد ذلك الجو العاطفي في الجلسة ويساعد على

نقل الجلسات إلى نقطة يشعر فيها أفراد الأسرة بالتمكين والقدرة على التعامل مع المشكلات وحلها. لذلك من المفيد إجراء ملاحظات مثل: "أنتم عائلة متقاربة وداعمة"، "وهذا يوضح حقًا مدى اهتمامك بـ X" أو حتى "حقيقة أنك هنا اليوم تظهر أنك تهتم وترغب في المساعدة"، ومع ذلك سيحتاج المختص النفسي في بعض الأحيان إلى استكشاف المشكلات بمزيد من التفصيل ومعالجة النمط التفاعلي غير المفيد بشكل أكثر وضوحًا.

المرحلة 4: تحديد وتغيير أنماط التفاعل غير المفيدة

عندما يبلغ أفراد الأسرة عن مشاكلهم بطريقة عامة ويستخدمون اللوم، من المفيد استكشاف المواقف الأسرية ومساعدة أفراد الأسرة على إدراك أنهم جميعًا يساهمون في نمط متكرر أو "حلقة مفرغة" ويلقون فيها، ويتيح استكشاف تسلسل السلوك (أو "التعميم") فيما يتعلق بحوادث معينة (مثل "لنلق نظرة على ما حدث مساء أمس") تحديد مشاعر المشاركين ومعتقداتهم وأفعالهم.

يمكن للمختصين رسم "دورة تفاعلية معرفية" توضح السلوك (المشكلة) والظروف المؤدية إليه والتقييمات وردود الفعل العاطفية والاستجابات له، ويمكن أن يكون استكشاف هذه الدورات التفاعلية المعرفية تجربة علاجية قوية حيث يدرك أفراد الأسرة المختلفون أنهم أساءوا تفسير دوافع بعضهم البعض وقاموا عن غير قصد بتعزيز سلوك المشكلة. هذه التقنية لا تؤدي فقط إلى زيادة الفهم المتبادل والتحسين الناتج في المناخ العاطفي في الأسرة، ولكن يمكن أن تساعد أيضًا في تحديد أهداف محددة للتدخل، وإذا لم يكن استكشاف الدورات التفاعلية كافياً ولم يحدث التغيير

"العفوي" للمشاعر والمعتقدات، فقد يتطلب الأمر مزيدًا من التدريب على المهارات المعرفية والسلوكية، مما ينقلنا إلى المرحلة 5.

المرحلة الخامسة: تحسين مهارات إدارة الإجهاد والتواصل وحل المشكلات

غالبًا لا يكفي تقديم معلومات حول الإجهاد والضعف للحد من التوتر العاطفي في الأسرة (وتقليل احتمالية الانتكاس)، بل ما يصبح مطلوبًا هو مساعدتهم على تطوير مهارات إدارة الإجهاد. يمكن أن تكون تقنيات مثل التأمل أو الاسترخاء أو تمارين التنفس البسيطة مفيدة جدًا، قد يكون أفراد الأسرة أقل تقبلًا لهذه الأفكار، ولكن خفض مستويات الإجهاد حتى لشخص واحد يمكن أن يفيد جو الأسرة العام وبالتالي فهو يستحق العناء، ويمكن أن تساعد هذه الأنشطة أيضًا على تقوية العلاقات الزوجية أو الأسرية. تعاني بعض عائلات المصابين بالذهان من صعوبات اتصال محددة، لكن العديد من الأشخاص يعانون من تفاعلات عائلية مجهدة بسبب مهارات الاتصال السيئة ويمكن أن يستفيدوا من الممارسة باتباع إرشادات للتواصل الواضح والمباشر والايجابي.

المرحلة 6: التأقلم مع الأعراض وتخطيط الوقاية من الانتكاس

يشعر معظم المصابين بالذهان وأقاربهم وأصدقائهم بالقلق من إمكانية الانتكاس وكذلك أي أعراض مستمرة ، وغالبًا ما يتم التركيز عليه خلال جلسات الأسرة. يعد استكشاف العوامل التي أدت إلى نوبة ذهانية - الاستعداد ("المشاكل الكامنة") والعوامل المسببة ("المحفزات") - بالإضافة إلى تسلسل الأعراض البادئة

والذهانية مفيدًا جدًا كتقنية علاجية. ويؤدي "سرد" أو "دمج" التجربة الذهانية إلى نتائج أفضل من "إغلاقها" أو "دفنها"، كما أنها تمكن المريض والأسرة والمهنيين من تحديد علامات تحذيرية محددة للانتكاس والاتفاق على خطة تدخل إذا تكرر الانتكاس.

من المفيد أيضًا استخدام أي فرصة لتسهيل المحادثة حول الأعراض ولتشجيع تطوير استراتيجيات التأقلم، وتماشياً مع النهج التعاوني الذي يركز على الحل، غالبًا ما يتضمن هذا صقل مهارات التأقلم أو "تحسين إستراتيجية التأقلم". في بعض الحالات يمكن استخدام تقنيات من العلاج السلوكي المعرفي الفردي للذهان في أجزاء من جلسات الأسرة، مع تقديم الدعم لأفراد الأسرة أثناء الجلسات وفيما بينها.

7- الانهاء Ending

مهما كانت مكونات التدخل، من الجيد مراجعة التقدم في "نقاط التعلم الرئيسية" في نهاية كل جلسة ("كيف وجدت جلسة اليوم؟"، هل يمكنك التفكير في شيء ما يمكنك استبعاده من اجتماعنا اليوم؟)، ويجب إجراء مراجعة وتفكير مماثل حول النقاط الرئيسية في نهاية مسار العلاج.

من المفيد أيضًا تشجيع الأسرة على تدوين الملاحظات وإعطائهم ملخصًا للنقاط الرئيسية، سيساعد ذلك على تعزيز العمل. من المفيد أيضًا مناقشة كيفية الحفاظ على الإستراتيجيات الجديدة والنظر في كيفية منع "الهفوات" أو الاستجابة لها خاصةً في نهاية العلاج، على سبيل المثال "ماذا ستفعل إذا لاحظت أن عاداتك/مشكلاتك غير المفيدة تعود مرة أخرى؟" (Burbach, 2018).

قائمة المراجع:

- Allen, D. M. (2010). *How dysfunctional families spur mental disorders: A balanced approach to resolve problems and reconcile relationships*: ABC-CLIO.
- Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J., & Weakland, J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral science*, 1(4), 251-264 .
- Burbach, F. R. (2018). Family therapy and schizophrenia: a brief theoretical overview and a framework for clinical practice. *BJPsych Advances*, 24(4), 225-234 .
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 145 .
- Castillo, M.-C., & Plagnol, A. (2016). Le regard sur les familles de personnes schizophrènes : histoire et perspectives. *PSN*, 14(1), 53-67 .
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273 .
- Kotrotsiou, E., Papathanasiou, I., & Stella, K. (2006). (Schizophrenia and Family. *ICUs & Nursing Web Journal* .
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1957a). The intrafamilial environment of schizophrenic patients: II. Marital schism and marital skew. *American journal of Psychiatry*, 114(3), 241-248.
- Lidz, T., Cornelison, A. R., Fleck, S., & Terry, D. (1957b). The intrafamilial environment of the schizophrenic patient. *Psychiatry*, 20(4), 329-350 .
- Lippi, G. (2016). Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *South African Journal of Psychiatry*, 22(1), 1-7 .
- Magliano, L. (2005). Efectividad de una forma de intervención psicoeducativa sobre familias de pacientes esquizofrénicos. *World Psychiatry (edición en español)*, 3(1), 45-49 .

- Parker, G. (1982). Re-searching the schizophrenogenic mother. *Journal of Nervous and Mental Disease* .
- Pilling, S., Bebbington, P., Garety, P., Kuipers, E., Geddes, J., & Martindale, B. (2002). Meta-analysis of psychological treatment in psychosis I: family work and individual CBT. *Psychol Med*, 32, 763-782 .
- Rowe, D. C. (1994). *The limits of family influence: Genes, experience, and behavior*: Guilford Press.
- Sartorius, N., Leff, J., Lopez-Ibor, J. J., Maj, M., & Okasha, A. (2005). *Families and mental disorders*: Wiley Online Library.
- Searles, H. F. (1959). The effort to drive the other person crazy—an element in the aetiology and psychotherapy of schizophrenia. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 1-18 .
- Seeman, M. V. (2016). Schizophrenogenic Mother. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-2). Cham: Springer International Publishing.
- Wynne, L. C. (1981). Current concepts about schizophrenics and family relationships. *The Journal of nervous and mental disease*, 169(2), 82-89 .
- الشربيني, إ. ل., & صادق, م. ع. (2009). معجم مصطلحات الطب النفسي: مركز تعريب العلوم الصحية.
-

الفصل الرابع: الأسرة والاضطرابات ثنائية القطب

الأسرة والاضطرابات ثنائية القطب

Bipolar Disorder and Family

مقدمة:

الاضطرابات ثنائية القطب والاضطرابات ذات الصلة هي حالات معقدة ومزمنة تتميز بفترات من الاكتئاب الشديد والمزاج المرتفع، ويعاني الأفراد المصابون بالاضطراب ثنائي القطب من ضعف ملحوظ في الأداء المهني والشخصي، وقد ثبت أن هذه الصعوبات تستمر على الرغم من الهدوء السريري في ما يقرب من نصف الأفراد الذين تم تشخيصهم، ويُصنف الاضطراب ثنائي القطب على أنه السبب الرئيسي التاسع للإعاقة في جميع أنحاء العالم، ويعاني غالبية المرضى الذين يعانون من الاضطراب ثنائي القطب من تشخيص مرضي نفسي آخر على الأقل؛ ويمكن أن يسهم في نتائج مرضية أسوأ، وتتراوح معدلات الانتحار المكتمل بين الأفراد المصابين بالاضطراب ثنائي القطب بين 15 و 60 ضعفًا عن عموم السكان، وسيحاول 25-50٪ ممن تم تشخيصهم الانتحار خلال حياتهم. الاضطراب ثنائي القطب له مكون وراثي قوي، ولكن التأثيرات البيئية مثل الإجهاد أو الصدمة قد تؤثر على بداية المرض وشدته، وقد اقترحت بعض الأبحاث أن العوامل النفسية، بما في ذلك الاختلافات المزاجية أو الخلل المعرفي، قد تكون أيضًا بمثابة نقاط ضعف

لتطور الاضطراب، والتشخيص الدقيق أمر بالغ الأهمية لضمان العلاج الفعال وإدارة هذه الحالة المنهكة في كثير من الأحيان (Connolly & Miller, 2019).

دور الأسرة في مسار المرض ثنائي القطب

يؤكد التفكير الحالي حول مسار الانتكاس وما بعد بداية الهدأة للاضطراب ثنائي القطب على النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الذي يدمج الأدوار التفاعلية للضعف الجيني، والاستعدادات البيولوجية، والتوتر الأسري أو أحداث الحياة، والضعف النفسي. من الواضح أن المرض وراثي، وهناك أدلة قوية على وجود خلل في أجهزة الناقل العصبي (لا سيما الدوبامين والسيروتونين) والنظام الحوفي القشري limbic-cortical system، على وجه التحديد، قد يتداخل النشاط المرتفع في اللوزة الدماغية وتقلص نشاط المناطق القشرية الأمامية مع القدرة على تنظيم العاطفة.

تم توصيف الضغط الأسري على أنه إقامة المريض مع أقارب يتميزون بمواقف عالية من التعبير العاطفي، ويشير التعبير العاطفي المرتفع إلى مستويات عالية من النقد والعداء أو الانخراط العاطفي من أحد الأقارب القائمين على الرعاية (عادةً أحد الوالدين أو الزوج) أثناء أو بعد نوبة المرض الحادة للمريض مباشرة، يتم تقييمها عادةً من خلال مقابلة العائلة (Camberwell, Kottgen, Mollenhauer,) (Sönnichsen, Jurth, & Hand, 1985)، على الرغم من توفر تقييمات بديلة وجيزة ذات موثوقية وصلاحية مقبولة تم إيرادها في المقال التالي (Hooley & Parker, 2006)، والمرضى الذين يعانون من الفصام، أو الاضطراب ثنائي

القطب، أو الاضطراب الاكتابي الرئيسي المتكرر الذين يعودون إلى منازلهم في عائلات عالية التعبير العاطفي بعد نوبة حادة هم أكثر عرضة مرتين إلى ثلاث مرات للانتكاس في الأشهر التسعة اللاحقة مقارنة بالمرضى الذين يعودون إلى عائلات منخفضة التعبير العاطفي حسب دراسة (Barrowclough & Hooley, 2003).

مقاربة علم النفس المرضي التطوري للتعبير العاطفي

تناول البحث حول الآليات الكامنة وراء الارتباط بين التعبير العاطفي والانتكاس سؤالين:

(أ) كيف يصبح الأقارب الذين يقدمون الرعاية في حالة تعبير عاطفي مرتفع؟

(ب) ما هي المتغيرات التي تتوسط في الارتباط بين التعبير العاطفي وانتكاسات المرضى؟

تبدأ مقاربة علم النفس المرضي التطوري في فهم الأدوار السببية والتفاعلية للتعبير العاطفي الأبوي في اضطرابات المزاج لطفل يعاني من اضطرابات مزاجية (على سبيل المثال، التهيج، وقلة تحمل الإحباط، وعدم استقرار المزاج، والقلق الشديد) أو ضعف الأداء المعرفي، وتعكس هذه الاضطرابات المبكرة جزئيًا قابلية الطفل الوراثية للإصابة باضطراب ثنائي القطب أو الفصام أو الاضطرابات النفسية الأخرى. يتم إقران الطفل بأحد الوالدين الذي يتفاعل - بحكم البيولوجيا العصبية الخاصة به والتاريخ الاجتماعي - مع سلوك الطفل بالإحباط والعداء (يتم التعبير عنه على أنه انتقادات متكررة للطفل)، أو بالذنب والقلق (يتم التعبير عنه في سلوكيات وقائية

مفرطة)، وقد يساهم التعرض المتكرر للانتقادات أو القلق أو الإفراط في المشاركة خلال الفترة التي يطور فيها الطفل إحساسًا بالهوية في الشك الذاتي والنقد الذاتي والمعتقدات الأساسية حول العلاقات على أنها مكروهة وملئنة بالصراعات. قد تتداخل هذه المخططات الخاصة بالنفس مع اكتساب الطفل لمهارات التنظيم الذاتي العاطفي، كما ينعكس في الاكتئاب والقلق والعدوانية وعدم القدرة على تحمل حالات التأثير السلبية، في المقابل تغذي ردود أفعاله السلبية المواقف والسلوكيات ذات التعبير العاطفي العالي لدى الوالدين، والتي تساهم بشكل كبير في تغذية نقاط الضعف العاطفية والمعرفية للطفل (Miklowitz, 2007).

العلاج الزوجي والأسري لاضطراب ثنائي القطب

تتشارك معظم مناهج العلاج الأسري للاضطراب ثنائي القطب في عدد من المكونات الأساسية، بما في ذلك التربية النفسية حول الأعراض، والمسار، وعلاج الاضطراب ثنائي القطب، وأهمية العلاج الدوائي طويل الأمد، والتدريب على مهارات التواصل وحل المشكلات لتقليل الصراع الأسري، وتطوير خطة الوقاية من الانتكاس. يتم تقديم معظم هذه العلاجات جنبًا إلى جنب مع المريض وأفراد أسرته، وتبدأ جميع العلاجات تقريبًا بتقييم المريض ومخاوف الأسرة.

خلال مرحلة التقييم، من المرجح أن يستخدم المعالجون مقاييس التقرير الذاتي والمقابلات لفهم كيفية أداء العائلات في المجالات المختلفة (على سبيل المثال، حل المشكلات، والتواصل، والتقارب)، وفي الجلسات الأولى يتم تعليم أفراد الأسرة والمصابين بالاضطراب ثنائي القطب عن الاضطراب بما في ذلك المسار المتوقع

للاضطراب والطرق المختلفة التي يمكن أن تظهر بها أعراض الهوس والاكتئاب، بعد زيادة فهم الاضطراب يقدم المعالجون مزيداً من المعلومات حول العلاجات الدوائية والنفسية المتاحة لمعالجة الأعراض الحالية ولمنع الانتكاس، وأحد الأهداف الرئيسية هو العمل مع الأسرة لتحسين الالتزام بالأدوية لأن هذا جانب مهم للوقاية من الانتكاس. تتضمن المرحلة التالية من العلاج معظم الأساليب وتركيزاً أكثر عمقاً على المشكلات التي تواجهها الأسرة، وطرق حل المشكلات، والنظر في حلول جديدة من شأنها أن تعمل بشكل جيد لكل من الشخص المصاب بالاضطراب ثنائي القطب وأفراد أسرهم، وقد يشمل هذا العمل إدارة الأزمات، والتدريب على الاتصال، والتركيز على معالجة مشكلة واحدة في كل مرة باستخدام استراتيجيات معرفية وسلوكية منهجية، وقد يعمل أفراد الأسرة معاً على أفضل الاستراتيجيات للتواصل وحل الأزمات التي يمكن أن تحدث إذا أصبح المريض مهووساً أو لديه ميولاً إلى الانتحار.

تختلف العلاجات الأسرية لاضطراب ثنائي القطب إلى حد ما في بؤر العلاج والأشكال، فبينما يميل العلاج المرتكز على الأسرة إلى التركيز على معرفة المرض وطرق الحد من الصراع الأسري والحماية المفرطة، يركز نموذج ماكماستر McMaster على ستة أبعاد وُجد أنها تختل كثيراً ولا بد من أخذها بعين الاعتبار في مسار العلاج: حل المشكلات، والتواصل، والأدوار، والاستجابة العاطفية والمشاركة العاطفية والتحكم في السلوك. تم تطبيق نماذج العلاج الأسري مع المرضى البالغين والمراهقين وتم تنفيذها مع العائلات الفردية وكعلاجات جماعية متعددة العائلات (Johnson, Swerdlow, Pearlstein, & McMaster, 2019).

العلاج المركّز على الأسرة للاضطراب ثنائي القطب Family Focused Therapy(FFT) for Bipolar Disorder

العلاج الذي يركز على الأسرة (Miklowitz & Johnson, 2008) هو تدخل علاجي قائم على الأدلة ومحدود زمنياً وموجه للبالغين والمراهقين المصابين بالاضطراب ثنائي القطب ومقدمي الرعاية لهم، وقد تم تصميمه ليتم تنفيذه بعد النوبات الأخيرة من الاضطراب وغالبًا بالتزامن مع العلاج الدوائي. تتكون طريقة العلاج هذه من جلسات مشتركة مع أفراد الأسرة المباشرين ومقدمي الرعاية ويركز على التعليم النفسي فيما يتعلق بأعراض اضطراب ثنائي القطب، والتدريب على تحسين الاتصالات، والتدريب على مهارات حل المشكلات التي تهدف إلى الحد من الصراع وحل مشاكل الأسرة.

يستند العلاج المرتكز على الأسرة على البحث عن التعبير العاطفي، وهو بناء تم تطبيقه في العمل مع أسر المرضى المصابين بالفصام والاكتئاب الشديد والحالات النفسية الأخرى، ويشير التعبير العاطفي *expressed emotion* إلى التعبير عن المواقف النقدية، أو العداء، أو الانخراط العاطفي المفرط (الحماية المفرطة، الاستجابات العاطفية المبالغ فيها، أو التضحية بالنفس المفرطة) من قبل مقدمي الرعاية تجاه المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية كبيرة.

لقد ثبت باستمرار أن التفاعلات الأسرية ذات التعبير العاطفي المرتفع والتفاعلات الأسرية السلبية للغاية تتنبأ باحتمالية الانتكاس بين مرضى اضطراب ثنائي القطب.

الهدف الأساسي من العلاج المرتكز على الأسرة هو مساعدة المرضى والأقارب في فهم المرض والتعامل معه بشكل فعال، واستخدام مهارات التواصل وحل المشكلات لتعديل الدورات غير الفعالة للتفاعلات الأسرية، ودعم المرضى وأقاربهم في تطوير المعرفة والبصيرة المطلوبة بشكل فعال لتقديم العلاج المناسب.

ويعتبر David J. Miklowitz من رواد هذا العلاج وهو أستاذ الطب النفسي في قسم الطب النفسي للأطفال والمراهقين في جامعة كاليفورنيا ألف عدة مقالات وكتب عن الاضطراب ثنائي القطب وانفصام الشخصية بالتعاون مع معلمه وزميله مايكل ج. غولدشتاين، قدم ميكلوفيتز مساهمات كبيرة في البحث والتطوير للتدخلات التي تركز على الأسرة للاضطراب ثنائي القطب.

تم تطوير العلاج المرتكز على الأسرة في البداية في منتصف الثمانينيات كتدخل للمرضى المصابين بمرض ثنائي القطب والذين تم نقلهم للتو إلى المستشفى بسبب نوبة من الهوس أو الاكتئاب وكانوا في طريقهم إلى المنزل للعيش مع الوالدين أو الزوج أو غيرهم من مقدمي الرعاية العائليين المهمين، وظهر النموذج كتعديل لإدارة السلوك الأسري (Fackina, 2017)، حيث قام (Falloon et al., 1985) بمقارنة النهج القائم على الأسرة والذي يهدف إلى تعزيز قدرة حل المشكلات للمريض ومقدمي الرعاية في أسرته مع النهج الموجه نحو المريض بكثافة مماثلة على مدى

عامين، بعد تسعة أشهر كان المرضى الذين تديرهم عائلاتهم يعانون من تفاقم أقل لمرض انفصام الشخصية، وانخفاض معدلات الإصابة بالاضطرابات النفسية الفصامية، وعدد أقل من حالات الدخول إلى المستشفى، واتجاه نحو أعراض عجز أقل وخفض جرعة مضادات الذهان.

أدت الأدلة الداعمة لفعالية العلاج إلى توسيع نطاق التربية النفسية الأسرية ليشمل الاضطرابات النفسية الأخرى المتكررة والمضطربة بما في ذلك الاضطراب ثنائي القطب. تشير الأبحاث السابقة بقوة إلى أن كيفية ارتباط أفراد الأسرة ببعضهم البعض تؤثر على مسار الاضطراب ثنائي القطب، وتؤدي إلى رؤية موسعة لاضطراب ثنائي القطب باعتباره مشكلة عائلية، وتوضح النتائج باستمرار النمط الدوري للتفاعل، حيث تؤثر الاضطرابات العاطفية والسلوكية التي يعاني منها المريض أيضًا على أفراد الأسرة المقربين، وتؤثر تأثيرات البيئة الأسرية المجهدة سلبيًا على مسار المرض.

تم اشتقاق المفهوم الأولي للعلاج المرتكز على الأسرة من الملاحظة التي مفادها أن المرضى الذين تم تشخيص إصابتهم بالاضطراب ثنائي القطب والذين يعيشون في أسر عالية الصراع وعالية الإجهاد ينتكسون بشكل متكرر أكثر من أولئك الذين يعيشون في بيئات منخفضة الصراع ومنخفضة الإجهاد، ومن المرجح أن ينسب الأقارب الذين يعانون من ارتفاع التعبير العاطفي في الحالة المزاجية السلبية المتعلقة بالمريض والسلوكيات إلى عوامل شخصية يمكن التحكم فيها مثل الكسل أو نقص التركيز أكثر من عزوها إلى عوامل لا يمكن السيطرة عليها مثل وجود أعراض لديهم.

غالبًا ما تتميز البيئات الأسرية عالية التعبير العاطفي بنمط من تفاعلات الهجوم المضاد داخل ثنائي مقدم الرعاية والمريض الذي لا يستطيع أي من الثنائي حله بشكل فعال، من هذه الملاحظات ظهرت بؤرتان رئيسيتان للعلاج المرتكز على الأسرة: (أ) تقليل مستوى السلبية في التفاعلات ثنائية الاتجاه بين المريض وأفراد الأسرة و (ب) زيادة الدرجة التي تُعزى بها الحالة المزاجية السلبية والأحداث والسلوكيات المتعلقة بالمريض إلى البيولوجية والحدود الجينية التي يفرضها الاضطراب.

أُرست هذه الملاحظات ونتائج الأبحاث الأساس المنطقي لتطوير برنامج التدخل المرتكز على الأسرة الموجه لذوي اضطراب ثنائي القطب والذي يعتمد على البنات الأساسية الناجحة لبرامج تربوية نفسية تم تطويرها مسبقًا لمرضى الفصام، مثل التربية النفسية للأسرة ومجموعات الوالدين ومؤتمرات تثقيف الوالدين، وبالإضافة إلى إدارة الدواء، يحتاج برنامج الأسرة إلى التركيز على ستة أهداف محددة حتى يكون له تأثير كبير على العلاقات الأسرية المصاحبة لنوبات الاضطراب. الأهداف الستة للعلاج المرتكز على الأسرة تشمل:

(1) مساعدة المريض والأقارب في دمج الخبرات المرتبطة بنوبات الاضطراب ثنائي القطب.

(2) مساعدة المريض والأقارب في قبول فكرة التعرض للنوبات المستقبلية.

(3) مساعدة المريض والأقارب في قبول الاعتماد على أدوية استقرار الحالة المزاجية للسيطرة على الأعراض.

(4) مساعدة المريض وأقاربه في التمييز بين شخصية المريض والاضطراب ثنائي القطب.

(5) مساعدة المريض والأسرة في التعرف على أحداث الحياة المجهدة التي تؤدي إلى تكرار الاضطراب ثنائي القطب وتعلم كيفية التعامل معها.

(6) مساعدة الأسرة في إعادة العلاقات الوظيفية بعد النوبة.

تسترشد هذه الأهداف بثلاثة افتراضات مهمة يقوم عليها العلاج الأسري المرتكز على الأسرة وهي:

(1) نوبة الاضطراب ثنائي القطب تؤثر بشدة على الأسرة بأكملها.

(2) كل حلقة من الاضطراب تنتج حالة من عدم التنظيم في نظام الأسرة.

(3) الهدف العام للبرنامج الموجه نحو الأسرة هو مساعدة الأسرة على الوصول إلى حالة توازن جديدة.

لا تشير أهداف العلاج المرتكز على الأسرة إلى أي افتراض لخلل وظيفي في الأسرة قبل بداية المرض، بدلاً من ذلك يتركز الاهتمام بشكل خاص على الخلل الذي يحدث في سياق الاضطراب، مع الافتراض الأساسي أنه عندما تكتسب الأسرة فهماً للاضطراب وتتعلم كيفية تقليل الصراع الأسري وتوظف بنشاط خطة إدارة المرض ستتحسن نتائج الاضطراب على المدى الطويل (Fackina, 2017).

الاستراتيجيات والتقنيات

عندما يبدأ المرضى بالعلاج المرتكز على الأسرة لا يتم استقرارهم بشكل كامل من نوبة حادة حديثة في كثير من الأحيان؛ لذلك يتم قبل العلاج إجراء تقييم وظيفي أولي للمريض وعائلته لتحديد ما إذا كان العلاج المرتكز على الأسرة مناسباً، وإذا كان الأمر كذلك، وضع خطة علاج فردية تحدد مجالات التغيير المستهدفة. الغرض من التقييم الوظيفي هو تقييم معرفة الأسرة بالاضطراب، واستراتيجيات التكيف، ومهارات التواصل، ونقاط القوة والضعف للمريض وكل فرد من أفراد الأسرة. تشمل أهداف التقييم ما يلي: (1) تطوير تحالف علاجي أولي مع كل فرد من أفراد الأسرة، (2) الحصول على تاريخ نفسي شامل من منظور المريض وكذلك أفراد الأسرة الرئيسيين، (3) تقييم مستوى الضيق في الأسرة، و (4) تحديد كيف يمكن تعزيز الموارد والمهارات الفردية والعائلية واستخدامها في إدارة الاضطراب، والتواصل بشكل فعال، وحل المشكلات.

بعد التقييم، يتم تقديم العلاج المرتكز على الأسرة في ثلاث وحدات تركز على المكونات المترابطة للتعليم لزيادة الفهم والتعامل الفعال مع الاضطراب وبناء المهارات لتعديل التفاعلات الأسرية غير المنتجة. يتم إجراء الوحدات في 21 جلسة على مدار 9 أشهر وتشمل التربية النفسية (جلسات أسبوعية لمدة 3 أشهر)، والتدريب على تحسين الاتصال (جلسات أسبوعية ثم كل أسبوعين لمدة 3 أشهر)، والتدريب على مهارات حل المشكلات (كل أسبوعين ثم جلسات شهرية حتى الشهر 9).

تتكون وحدة التربية النفسية من العلاج المرتكز على الأسرة من جلسات موجهة تربوياً تتناول الأعراض، والعلاج، والإدارة الذاتية لاضطراب ثنائي القطب، ويبدأ بمناقشة الأحداث والمحفزات التي أدت إلى أحدث نوبة مرضية، وإذا كان ذلك مناسباً، مناقشة تجربة الاستشفاء.

يحدد الأطباء المرضى على أنهم "خبراء" مرضهم ويشجعونهم على تبادل الخبرات المتعلقة بالاكنتاب أو الهوس في محاولة للمساعدة في تثقيف أفراد الأسرة حول ما مروا به. أفراد الأسرة مدعوون أيضاً لمشاركة ذكرياتهم وللمساعدة في وضع جدول زمني متفق عليه للنوبة والذي يساعد الطبيب في تطبيع الأعراض من خلال تسليط الضوء على الطبيعة العرضية والارتباطات البيولوجية والتزامن مع الأعراض الأخرى لمرض ثنائي القطب (مثل الأرق أو انخفاض الحاجة إلى النوم؛ التهيج أو الابتهاج).

بعد تحديد المسار المتوقع لمرض ثنائي القطب، تركز التربية النفسية على المسببات والعلاج والإدارة الذاتية لمرض ثنائي القطب، بما في ذلك كيف يمكن للأسرة مساعدة المريض على التعافي. تتعرف الأسرة على فكرة أن النوبات تنشأ كتفاعلات بين عوامل الخطر والعوامل الوقائية الجينية والبيولوجية والعائلية والاجتماعية والبيئية في مراحل مختلفة من التطور. من الأهمية بمكان تعزيز الاعتراف بالدور المؤثر للتوتر في إثارة الأعراض، بما في ذلك الصراع الأسري المستمر والضغط المساهمة التي تم تحديدها من النوبات السابقة.

تستمر التربية النفسية في تطوير وتنفيذ خطة الوقاية من الانتكاس، والتي تشمل التعرف على الأعراض البادرية prodromal للهوس أو الاكتئاب، وتحديد السياقات التاريخية التي زادت من خطر الانتكاس، ووضع خطة تدخل وقائي مبكر لتقليل الآثار التخريبية وتقليل احتمالية حدوث نوبات من الهوس والاكتئاب في المستقبل.

يجب أن تتضمن خطط التدخل الوقائي خطوات ملموسة يمكن للمريض وعائلته اتخاذها في حال بدأ المريض يعاني من أعراض متزايدة. قد تشمل التدخلات الطبية السريرية (على سبيل المثال، تحديد الأشخاص الذين يتصلون بالعاملين الطبيين أو المتخصصين السريريين؛ تعديل الدواء)، النفسي الاجتماعي (على سبيل المثال تجنب التفاعلات المتضاربة؛ تحديد الطرق التي يجب على الأقارب التواصل بها مع أحد أفراد الأسرة الذين يعانون من أعراض متزايدة)، أو الاستراتيجيات العملية (على سبيل المثال، تتبع المزاج والنوم؛ تقنيات إدارة الإجهاد؛ هيكل بيئة منخفضة التوتر). أخيرًا، تختتم التربية النفسية بمناقشة أنواع المقاومة أو العوائق التي تحول دون علاج اضطراب ثنائي القطب. يتعرف المرضى وأفراد الأسرة على مظاهر الإنكار والمقاومة وكيف يمكن توقعها من خلال فحص معتقدات المريض وأفراد الأسرة حول مرض ثنائي القطب، والمشاركة السريرية، واستخدام الأدوية لزيادة الالتزام بالعلاج.

تتكون وحدة التدريب على تعزيز الاتصال (communication enhancement training CET) في العلاج المرتكز على الأسرة من تعليمات

وممارسة استراتيجيات التحدث والاستماع الفعالة من أجل تقليل المستويات العالية من التعبير العاطفي، ومقاطعة أنماط التفاعل السلبية، وبالتالي تحسين المناخ العاطفي للبيئة الأسرية بعد النوبة. تهدف وحدة التدريب على تعزيز الاتصال بشكل خاص إلى الحد من التعبيرات غير المنضبطة والتأثير السلبي وإعادة التوازن في التعبير عن الشاء والتعاطف مقابل النقد. يتم تحقيق ذلك من خلال اكتساب أربع مهارات اتصال أساسية: التعبير عن المشاعر الإيجابية، والاستماع النشط، وتقديم ردود إيجابية للتغييرات في سلوكيات الآخرين، والتعبير عن المشاعر السلبية بشكل بناء حول سلوكيات معينة. يتم تعلم كل مهارة من خلال المعالج الذي يقوم بتحديد ونمذجة مكونات المهارة، يليه أفراد الأسرة الذين يمارسون المهارة ويتلقون التعليقات من المعالج وأفراد الأسرة الآخرين حول كيفية أداء المهارة، وتقوم الأسرة بتطوير المهارات في المنزل بين الجلسات وكذلك أثناء الجلسات الجماعية بتوجيه من المختص.

يلاحظ (Miklowitz 2008) أهمية تعليم هذه المهارات للعائلات بهذا الترتيب المحدد بناءً على الأساس المنطقي الذي يفيد في نزع فتيل المشاعر السلبية وتعزيز الأمل في الأسرة. القيام بذلك يمكن أن يعزز زيادة التواصل المفتوح ويخفف من بعض الانزعاج المرتبط بمناقشة مسائل النزاع. كما أن مهارات الاستماع النشط تعد ضرورية في إنشاء أساس للمهارات الأخرى، وتعزيز جو تعاوني، والمساهمة في مشاعر التحقق من صحة تجربة أفراد الأسرة عند تعلم المهارة الأولى. بعد ذلك، قد يشعر أفراد الأسرة بمزيد من الراحة والاستعداد للتفاوض بشأن النزاعات وتقديم طلبات إيجابية للتغيير في سلوك عضو آخر. أخيرًا، في حالة عدم فعالية الجهود المبذولة

للتفاوض بشأن التغيير يتم تشجيع الأعضاء على التعبير عن المشاعر السلبية بشأن سلوكيات معينة. يتمثل الهدف الشامل للتدريب على تعزيز الاتصال في زيادة التعاون العائلي والتحقق من الداء الوظيفي بطريقة حقيقية بحيث يتم حل النزاعات، ويمكن الوصول إلى المهارات المكتسبة أثناء التبادلات الأقل إرهاقًا واستخدامها عند نشوب الصراع أو اشتداده.

تم تصميم الوحدة النهائية للعلاج المرتكز على الأسرة لإشراك أفراد الأسرة في عملية حل المشكلات التي تتضمن سلسلة من الخطوات المتتابعة. تحدد العائلات أولاً نزاعات أسرية محددة وتعمل على صياغة تعريف متفق عليه للمشكلة، من المهم في البداية أن تمتلك العائلات تجارب ناجحة في حل المشكلات من أجل تعزيز السلوكيات التكيفية والمرغوبة داخل الأسرة؛ لذلك يوصى بأن تتناول التمارين التدريبية مواضيع المشاكل التي ليس لها شحنة عاطفية قوية قبل معالجة مخاوف أكثر أهمية. ثم يقومون بعصف ذهني وتوليد العديد من الحلول الممكنة كمجموعة، وتقييم مزايا وعيوب كل حل، والاتفاق على حل واحد أو مجموعة من الحلول التي يطورون من أجلها خطة تنفيذ، وتسجل الأسرة نتائج كل خطوة وتعيد تقييم حالة المشكلة الأصلية. يتم تقليص الجلسات النهائية كل ثلاثة أشهر. جلسات الصيانة مكرسة لإعادة النظر في أهداف العلاج المرتكز على الأسرة ومراجعة تحقيق الهدف والتحضير للإنهاء. إذا استمرت الأسرة في مواجهة صعوبات كبيرة، أو كان المريض يعاني من عدم استقرار في الأعراض أو كان غير ملتزم طبياً، فيمكن النظر في جلسات إضافية. إذا كان المريض بالغاً يوضح الطبيب أن المريض لديه سلطة اتخاذ القرار بشأن تناول الدواء أم لا ، ومع ذلك يشجع المريض أيضاً على توضيح وجهة نظره، والنظر

في وجهات نظر بديلة، وموازنة المخاطر المحتملة والفوائد في عملية صنع القرار. إذا كان المريض مرافقاً فقد يقترح الطبيب جلسة منفصلة للوالدين حتى يتمكنوا من الاتساق في نهجهم وتقديم توقعاتهم لاستخدام الأدوية بطريقة موحدة.

أخيراً، يُنظر إلى عملية التغيير على أنها معززة بشكل كبير من خلال مقارنة الرعاية التعاونية، ويتضمن ذلك قيام الطبيب بتطوير تحالف عمل مع المريض والأسرة ونمذجة الاحترام والقبول والمسؤولية المشتركة في محاولة للحد من اللوم والذنب. إن الاعتراف بجهود المريض وعائلته لإدارة حالتهم والتعامل معها، حتى لو لم تنجح، أمر ضروري لبناء علاقات علاجية قوية مع كل فرد. يساعد الطبيب أيضاً الأسرة على فهم العديد من العوامل المتفاعلة التي تؤثر على التغيير بما في ذلك الإجهاد والضعف الوظيفي والظروف البيولوجية والمساءلة الشخصية. تؤكد الرعاية التعاونية على إشراك الأقارب في التخطيط المشترك للرعاية بين المريض والأسرة ومقدمي الرعاية بناءً على العوامل المحددة والمتفق عليها وتعزيز الشعور بأن آراء جميع أفراد الأسرة ذات قيمة مما يزيد من احتمالية الالتزام بالبرنامج ونجاحه بشكل عام. تم العثور على أن الاستراتيجيات التي تعزز التعاون تقلل اليأس لدى المرضى وتعزز أداء الحياة بمرور الوقت (Fackina, 2017).

قائمة المراجع:

- Barrowclough, C., & Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical psychology review*, 23(6), 849-880 .
- Connolly, S. L., & Miller, C. J. (2019). Bipolar Disorders. In D. L. Segal (Ed.), *Diagnostic Interviewing* (pp. 239-260). New York, NY: Springer US.
- Fackina, K. A. (2017). Family Focused Therapy for Bipolar Disorder. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-9). Cham: Springer International Publishing.
- Falloon, I. R., Boyd, J. L., McGill, C. W., Williamson, M., Razani, J., Moss, H. B., . . . Simpson, G. M. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Clinical outcome of a two-year longitudinal study. *Archives of general psychiatry*, 42(9), 896-887 , (
- Hooley, J. M., & Parker, H. A. (2006). Measuring expressed emotion: An evaluation of the shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 20(3), 386 .
- Johnson, S. L., Swerdlow, B., Pearlstein, J., & McMaster, K. (2019). Bipolar Disorder in Couple and Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 268-272). Cham: Springer International Publishing.
- Köttgen, C., Mollenhauer, K., Sönnichsen, I., Jurth, R., & Hand, I. (1985). The Camberwell-Family-Interview as Diagnostic and Therapeutic Tool *Epidemiology and Community Psychiatry* (pp. 517-524): Springer.

- Miklowitz, D. J. (2007). The role of the family in the course and treatment of bipolar disorder. *Current directions in psychological science*, 16(4), 192-196 .
- Miklowitz, D. J., & Johnson, S. L. (2008). *Bipolar disorder*: John Wiley & Sons Inc.

الفصل الخامس: الأسرة واضطراب الاكتئاب

الأسرة واضطراب الاكتئاب

Family and Depressive Disorders

مقدمة:

يتميز الاكتئاب بمجموعة من الأعراض، والتي تتطوي على المزاج المكتئب، أو فقدان الاهتمام والمتعة في الأنشطة، أو تغيير الشهية والوزن، أو عدم انتظام النوم، أو الإثارة الحركية، أو التعب وفقدان الطاقة، أو الشعور بعدم القيمة والذنب، أو صعوبة التركيز، أو أفكار الموت والانتحار؛ وتشير التقديرات في الولايات المتحدة إلى أن ما يقرب من شخص واحد من بين كل 6 أشخاص بالغين (16.6 ٪ من السكان) سوف يستوفي معايير اضطراب الاكتئاب الشديد في وقت ما من حياتهم، في حين أن المسوحات العامة للسكان في 18 دولة (انظر (Bromet et al., 2011) قدرت معدل انتشار الاضطراب الاكتئابي الرئيسي مدى الحياة بنسبة 14.6 ٪ في البلدان المرتفعة الدخل و 11.1 ٪ في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، لذلك من المحتمل أن يكون لدى العديد من الأشخاص تجربة شخصية مع الاكتئاب، سواء مع أنفسهم أم من خلال وجود شريك أم فرد من العائلة مصاب بالاكتئاب (Robustelli & Whisman, 2019).

النموذج الحالي الأكثر استخداما لفهم وعلاج الاكتئاب هو النموذج الطبي الحيوي، والذي يؤكد على دقة الأعراض، ذلك أن الدعامة الأساسية لعلاج الأمراض النفسية المعاصرة هو العلاج الدوائي والعلاج النفسي الحديث، ويمكن أن يكون العلاج الدوائي والعلاج النفسي علاجاً فعالاً للاكتئاب، لكن على الرغم من فعالتهما إلا أن الكثير من المرضى لا يستجيبون بشكل جيد للعلاج، حيث تم التوصل إلى أن مرضى العيادات الخارجية الذين يعانون من الاكتئاب الخفيف إلى المعتدل شهدوا معدلات الشفاء بنسبة 46% من خلال تناول الأدوية ، و 46% عن طريق متابعة العلاج النفسي (Casacalenda, Perry, & Looper, 2002)، وقد لفت النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الانتباه إلى أن البيئة الاجتماعية التي تتطور فيها نوبة الاكتئاب قد تكون وسيلة فاعلة أكثر للتحكم في علاجه.

وهناك العديد من الأسباب لفت الانتباه إلى السياق الاجتماعي للاكتئاب، من بينها الفعالية غير الكافية للعلاجات البيولوجية والنفسية في حد ذاتها، وارتباط التفاعلات الاجتماعية مع الاكتئاب، كما أن الاكتئاب قد يؤدي إلى ضغوط وأعباء على الأسرة، ويركز العلاج الأسري على الأداء النفسي والاجتماعي للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الاكتئاب. وتعتبر العلاقات والتفاعلات الأسرية من أكثر الجوانب الهامة في العمل النفسي، إذ من الطبيعي أن المريض يؤثر بشكل كبير على الأشخاص الآخرين المحيطين به في المجال الاجتماعي له، وعلاوة على ذلك فإن الطرق التي يستجيب بها المحيطين للمرض لها تأثير قابل للقياس وهام سريريا على الأعراض وسيرورة المرض.

الاسرة والاكتئاب:

الأسرة أثناء الاكتئاب: التوتر بين الأشخاص لا يعتبر تمهيدا للاكتئاب فقط، ولكن ضعف الحياة الزوجية والأسرية خلال مرحلة الاكتئاب أمر شائع، وغالبا ما يؤدي إلى صعوبات في مجالات الأسرة المتعددة، فالتواصل وحل المشكلات وأداء الأدوار هي مجالات مختلفة من الحياة الأسرية سوف تتعطل، وهناك أيضا عبء كبير للأسرة من المخاوف المالية، والشعور بالعزلة الاجتماعية، وفقدان المكانة، والتوتر المزمن، ومخاوف من تكرار نوبة الاكتئاب.

إن إشكالية أداء الأسرة خلال نوبة الاكتئاب ليس مؤلما للأسرة فقط، ولكن له أيضا تأثير على اضطراب الاكتئاب في حد ذاته، إذ أن المرضى المصابون بالاكتئاب والذين لديهم توتر في الحياة الزوجية يظهرون تباطؤا في الاستجابة للعلاج، ومع ذلك يمكن أن يستمر الاكتئاب لفترة أقصر في تلك الأسر القادرة على تحسين أدائها. وإن كنا لا نعرف العلاقة السببية بين الاكتئاب وإشكالية أداء الأسرة، فمن المرجح أن هناك أنماطا من التفاعل بين قابلية المريض للاكتئاب وكيفية تعامل الأسرة معه يعزز بعضها بعضا.

قد يرجع الاكتئاب إلى الاستعداد الوراثي، والخبرات المبكرة في الحياة، والمتغيرات الشخصية، وأحداث الحياة اليومية، والنزاعات الأسرية الثابتة، وبغض النظر عن

مسببات الاكتئاب، فإن أسرة المريض والمحيطين به يجب يتعاطوا مع الاكتئاب ويتعاملوا معه. إذا كان نظام الدعم والمساندة الأسرية والاجتماعية يستجيب بفعالية، قد يكون مرض الاكتئاب قصير نسبيا، ويتم الشفاء بسهولة أكبر، أما إذا كانت الأسرة غير قادرة على الاستجابة بشكل كاف مع المريض بسبب صعوبات الأسرة نفسها، فإن المرض قد يمتد لفترات طويلة، ويصبح المريض أقل احتمالا لاستعادة عافيته، وأكثر عرضة للانتكاس في الأوقات اللاحقة.

وإذا كان العلاج الدوائي والعلاج النفسي مفيدا في التعامل مع الضعف الوراثي، والخبرات المبكرة في الحياة وضغوط الحياة الحالية، فإن العلاج الأسري يعزز كفاءة الأسرة في الاستجابة للمرض، وهناك العديد من النماذج التي تم تطويرها لفهم بداية الاكتئاب ومساره بما في ذلك نقاط الضعف الوراثية والبيولوجية، والخصائص المعرفية، وعوامل الخطر البيئي (مثل الشدائد المبكرة، والإجهاد). ونظراً لأن الاكتئاب يرتبط بصعوبات في مجموعة متنوعة من المجالات، بما في ذلك الأداء الشخصي، فقد كان هناك اهتمام طويل الأمد بفهم كيفية تأثير العلاقات الزوجية والأسرية على الاكتئاب والتأثير عليه.

من ناحية، قد تزيد أعراض الاكتئاب من احتمال حدوث المشاكل الزوجية أو الأسرية، على سبيل المثال قد ينسحب الشخص المصاب بالاكتئاب ويكون غير مهتم بالانخراط في أنشطة الأسرة مما قد يزيد الصراع مع أفراد الأسرة الآخرين. من ناحية أخرى فإن التوتر الناتج عن مشاكل الزوجين أو الأسرة مثل ضعف التواصل، أو انخفاض الدعم الاجتماعي، أو زيادة الانتقادات واللوم، قد يزيد من احتمال إصابة

الشخص بالاكتئاب. على الرغم من أن الناس قد يصابون بالاكتئاب لعدة أسباب، فمن المحتمل أن يؤثر الاكتئاب فور ظهوره على العلاقة الزوجية والأسرية مما قد يؤدي بدوره إلى زيادة ثبات الاكتئاب أو شدته مع مرور الوقت. بمعنى آخر قد يساهم الاكتئاب في مشاكل الزوجين والأسرة، مما قد يؤدي إلى زيادة الضغط العصبي وفقدان الدعم، وبالتالي الحفاظ على أعراض الاكتئاب أو تفاقمها، نتيجة لذلك من المحتمل أن تكون مشاكل الزوجين والأسرة شائعة بين الأفراد المصابين بالاكتئاب، وبالتالي فمن المحتمل أن يصبحوا محور اهتمام سريري في مجموعة متنوعة من إعدادات العلاج. كما تتنبأ المشاكل الزوجية أو الوالدية بالاستجابة الضعيفة للتدخلات الفردية والدوائية للاكتئاب، ربما لأن هذه التدخلات لا تحل بشكل مناسب المشكلات الزوجية أو العائلية أو غيرها من العلاقات الشخصية، مما يشير إلى أن هذه العلاجات غالباً ما تكون غير مكتملة دون إيلاء بعض الاهتمام للزوجين أو قضايا الأسرة (Robustelli & Whisman, 2019).

أولاً: مشاكل الزوجين

لشرح علاقة الخلافات الزوجية بالاكتئاب، يمكن الاعتماد على الاطار النظري لتفسير الاكتئاب للباحث (Hammen, 1991) فيما سماه: "توليد الضغط" (stress generation)، إذ تحول تركيز أبحاث الاكتئاب خلال العشرين سنة الماضية إلى وعي أكبر بالعلاقة المعقدة والمتبادلة بين الإجهاد والاكتئاب، بمعنى أن نموذج التعرض للإجهاد التقليدي للاكتئاب لا يزال محط اهتمام كبير من الأبحاث، فقد تم إيلاء المزيد من الاهتمام لهذا النموذج، حيث يلعب الاكتئاب أو عوامل الضعف

المسببة للاكتئاب دورًا نشطًا في توليد الضغوط النفسية التي تعرض الأفراد لخطر شديد للاكتئاب في المستقبل.

رغم أن العديد من الباحثين علقوا على احتمال وجود علاقة بين الاكتئاب والضغوطات اللاحقة، فإن (Hammen, 1991) كان أول من قام بصياغة واختبار نموذج توليد الإجهاد، ووفقًا لمنظور توليد الإجهاد فإن الأفراد المعرضين للاكتئاب ليسوا مجرد محبيين سلبيين على الأحداث المجهدة في حياتهم، ولكنهم عاملون نشيطون في خلق ضغوطات الحياة المكتتبة. بمعنى أن الأفراد المعرضين للاكتئاب عند مقارنتهم بأولئك الذين ليس لديهم مثل هذا الضعف من المحتمل أن يتعرضوا لمعدل أعلى من الأحداث التابعة (التي تصنف كنتيجة) لا سيما داخل المجالات الشخصية، ولكن ليس الأحداث المستقلة أو المصيرية، كما تتأثر هذه الأحداث التابعة - إلى حد ما - بخصائص غير قابلة للتكيف (على سبيل المثال، الأنماط المعرفية والسمات وأنماط الارتباط والقيم والتوقعات) وسلوكيات الفرد، وبالنظر إلى الأحداث الشخصية والتابعة مقارنة بالأحداث المستقلة، تبدو أكثر تنبؤًا بالاكتئاب، فإن توليد ضغوط الحياة التابعة بدورها قد يكون لها دور في الحفاظ على الاكتئاب الحالي أو زيادة في احتمال ظهور الاكتئاب وتكراره لاحقًا، وهكذا فإن توليد التوتر إلى حد ما قد يفسر مسار الاكتئاب المزمن في كثير من الأحيان (Liu & Alloy, 2010).

يصف توليد الضغط " (stress generation) نمطًا معينًا من العلاقة السببية بين العلاقات الأسرية والاكتئاب، ويفترض النموذج أن الأفراد المصابين بالاكتئاب يمكنهم توليد الضغط في بيئاتهم الشخصية بطرق متنوعة، وأن الإجهاد

الشخصي الذي يتم توليده يمكن أن "يعيد التغذية الراجعة" لتفاقم أعراض الاكتئاب أو الحفاظ عليها.

في أحد الأمثلة التجريبية للدورة المفرغة التي تميز الخلاف الزوجي والاكتئاب، وجد (Davila, Bradbury, Cohan, & Tochluk, 1997) أن الاكتئاب تنبأ بسلبية أكبر في سلوك الدعم تجاه الزوج والذي بدوره توقع حدوث المزيد من الإجهاد الزوجي، أخيرًا عند إغلاق الحلقة المفرغة، تنبأ مستوى الإجهاد الزوجي بأعراض الاكتئاب اللاحقة، ويسلط هذا العمل الضوء على الحلقة المفرغة التي يمكن أن تعمل على تآكل الإيجابيات في العلاقات بمرور الوقت.

وبالمثل، في دراسته لعمليات انتشار الاكتئاب الأساسي أكد (Joiner, 2014) (Brown, & Kistner, 2014) ميل الأشخاص المصابين بالاكتئاب إلى البحث عن ردود فعل سلبية، والسعي للحصول على تأكيدات مفرطة، وتجنب الصراع والانسحاب، وإحداث تغييرات في آراء شركائهم، مما يوضح أيضًا خطر حدوث دورات مفرغة تؤدي إلى المواقف العصبية أكثر في الحياة الزوجية، وغالبًا ما يؤدي السلوك الناجم عن الاكتئاب لدى الفرد إلى زيادة الضغط الشخصي أو تحويل استجابة الآخرين في اتجاه سلبي، نتيجة لهذه الخطوط المتقاربة من الاستقصاء، ينظر الآن إلى الاكتئاب والخلاف الزوجي كمكونات لدائرة مفرغة أكبر تخلق حلقة مكتفية ذاتيًا، وتوفر الأبحاث الحديثة أيضًا توضيحات حول الأحداث الأسرية وكيف يمكن أن تؤدي إلى إثارة أو تفاقم أعراض الاكتئاب لدى الأشخاص المعرضين للخطر، وبالتالي بدء عملية توليد الإجهاد.

على سبيل المثال وجد (Cano & O'Leary, 2000) أن الأحداث المهيمنة، مثل خيانة الزوج وتهديدات بفض الرابطة الزوجية أدت إلى زيادة ستة أضعاف في تشخيص الاكتئاب، كما توصل (Whisman and Bruce, 1999) إلى أن عدم الرضا الزوجي زاد من خطر التشخيص اللاحق للاكتئاب 2.7 مرة في عينة مجتمع تمثيلية كبيرة، ومرة أخرى ظل الخطر المتزايد كبيراً بعد السيطرة على المتغيرات الديموغرافية والتاريخ الشخصي للاكتئاب، وقد توقع الصراع الزوجي مع الإيذاء البدني زيادة أعراض الاكتئاب مع مرور الوقت بعد السيطرة على الأعراض السابقة. كما تشير هذه الدراسات، قد تكون الضائقة الزوجية وأنواع معينة من الأحداث الزوجية قوية بما يكفي للتعجيل بحدوث اكتئاب. وتماشياً مع هذا الأدب المتنامي، تم توسيع نطاق أهداف العلاج الزوجي للاكتئاب، وتم تصور الهدف من العلاج الزوجي للاكتئاب هو توقيف الدورات المفرغة التي تؤدي إلى استمرار الخلاف الزوجي وأعراض الاكتئاب (Beach, Dreifuss, Franklin, Kamen, & Gabriel, 2008).

كما أن الارتباط بين الأداء الزوجي والاكتئاب لا يقتصر على أعراض الاكتئاب، حيث استمرت الأبحاث الحديثة في إثبات وجود ارتباطات هامة بين الجودة الزوجية والاكتئاب الشديد، على سبيل المثال وجدت دراسة (Whisman, 2007) التي أجريت على السكان في الولايات المتحدة باستخدام معايير التشخيص DSM-4 أن الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الشديد أبلغوا عن مستويات أعلى من الخلاف الزوجي مقارنةً بالأشخاص الذين لا يعانون من الاكتئاب الشديد. كما وجدت

دراسة (Overbeek et al., 2006) أن جودة الحياة الزوجية الأساسية تنبأت بحدوث (حالات الإصابة الكلية وحالات الإصابة الجديدة) الاكتئاب الشديد في الفترة من 1 إلى 3 سنوات في عينة سكانية من الناس من هولندا.

وتشير الدراسات المتاحة عن نوعية العلاقة الزوجية والاكتئاب إلى أن العلاقات الزوجية بين الرجال والنساء المصابين بالاكتئاب الذين يبحثون عن علاج غالباً ما تكون (ولكن ليس دائماً) مجهدة وملينة بالاسى، ويتوافق هذا الاستنتاج مع العمل الذي يشير إلى أن الرضا الزوجي هو أقوى مؤشر على الرضا عن الحياة عبر العديد من المجالات المحددة لرضا الحياة (Carr, Freedman, Cornman, & Schwarz, 2014; Kasapoğlu & Yabanigül, 2018)، ويرتبط انحلال الزواج بقوة مع الزيادات في الأعراض الاكتئابية وحدث الاكتئاب الشديد لكل من الرجال و النساء، ومن المرجح أن توفر الأبحاث التي تتناول العلاقة بين الجودة الزوجية والاكتئاب تقديراً متحفظاً للارتباط بين الوظيفة الزوجية والاكتئاب، لأن هذه الدراسات لا تأخذ في الاعتبار جميع جوانب الأداء الزوجي التي قد ترتبط بالاكتئاب (Beach & Whisman, 2012).

التنشئة العاطفية الوالدية Parental socialization of emotion

تتضمن التنشئة الاجتماعية الوالدية للعاطفة معتقدات وأهداف وقيم الآباء فيما يتعلق بتجربة الأطفال العاطفية وتعبيرهم، وعلى وجه الخصوص تشير التنشئة الاجتماعية للعاطفة الوالدية إلى الوعي الوالدي بعواطف الطفل، وقبولها، ودرجة تعليم الوالدين للطفل بشأن إدارة عواطفه، وتتضمن التنشئة العاطفية الوالدية بعض

السلوكيات الوالدية مثل النمذجة (كيف يُظهر الآباء مشاعرهم لأطفالهم)، والتدريب (كيف يعلم الآباء أطفالهم عن المشاعر)، والاحداث العارضة (كيف يستجيب الآباء لعواطف أطفالهم)، وتشجيع التعبير (كيف يعلم الآباء والأمهات أطفالهم التعبير عن مجموعة كبيرة من المشاعر في سياق الأسرة).

كما هو واضح في هذا الوصف، فإن التنشئة الاجتماعية الوالدية للعاطفة تشير إلى سلوكيات أكثر تحديداً متعلقة بالمشاعر لدى الآباء بدلاً من أساليب التأديب العامة.

وتعتبر النمذجة أول عملية للتنشئة الاجتماعية لعاطفة للطفل، وفيها يتعلم الأطفال عن المشاعر ومتى وأين يعرضونها من خلال مشاهدة العروض العاطفية للآخرين، وإن تعبيرات البالغين العاطفية، واستجاباتهم لأنفسهم والآخرين، وأنماط مواجهتهم العاطفية توفر نماذج من السلوك العاطفي للطفل لتقليده، وعن طريق النمذجة يسهم الآباء في فهم الأطفال للعاطفة وتعزز النمذجة أيضاً عملية حل المشكلة والتعلم لدى الأطفال.

تتمثل عملية التنشئة الاجتماعية العاطفية الثانية في التدريب، واستناداً إلى فرضية التدريب يشجع الوالدان الطفل على فهم واستكشاف العواطف مباشرة، ووفقاً لجوتمان وآخرون (1996) فإن عاطفة الوالد التي تُعتبر تسهياً للتعبير العاطفي تتميز بالآباء الذين يعرضون العواطف لأنفسهم ولأطفالهم، والنظر في المشاعر السلبية لأطفالهم على أنها مناسبة لتعزيز العلاقة بين الوالدين والطفل واعتبارها فرصة

لإثبات الصدق مع الأطفال، والتحقق من عاطفة أطفالهم وحل المشاكل معهم من خلال مناقشة استراتيجيات إدارة الموقف الذي تتسبب في المشاعر السلبية.

وفقاً لفرضية الاحداث العارضة كآلية ثالثة، يتعلم الأطفال الكثير عن المشاعر من كيفية استجابة الآخرين لفظياً وغير لفظي لعروضهم العاطفية الخاصة بهم، واستجابة الآباء والأمهات السلوكية والعاطفية تساعد استجابات مشاعر أطفالهم أيضاً في التمييز بين المشاعر، كما تشير التنشئة الاجتماعية للعواطف إلى وجود حالات مجزية وعقابية تسهم في التنشئة الاجتماعية للمشاعر عند الأطفال، وترتبط المكافأة في التنشئة الاجتماعية للعاطفة بنتائج أكثر إيجابية للطفل ويتم دعمها عندما يساعد مقدمو الرعاية الطفل على الحفاظ على التأثير الإيجابي ومساعدته على تقليل التأثير السلبي بناءً على عواطف الأطفال (على سبيل المثال السعادة بعد سعادة الطفل أو "الهتاف" بعد غضب الطفل)(Kılıç, 2014).

دور الآباء في مساعدة الأطفال على تعلم التعبير عن عواطفهم وتنظيمها أمر راسخ وترتبط السلوكيات الوالدية التي تدعم فهم الأطفال للعواطف بمزيد من الكفاءة العاطفية لديهم، على سبيل المثال فإن أطفال الأمهات اللاتي يستخدمن لغة أكثر تواتراً أو تطوراً في العواطف، أو أكثر قبولاً لعواطف أطفالهن أكثر قدرة على تنظيم العواطف، من ناحية أخرى فإن الأطفال الذين تستجيب أمهاتهم لمشاعرهم بتقليل ردود الفعل أو العقوبة هم أقل عرضة لاستخدام استراتيجيات تنظيم السلوك البناء.

ويعتبر الاكتئاب - على الأقل جزئيًا - اضطراب في تنظيم الانفعال، ومع ذلك تشير النتائج الأولية إلى أن استجابات أولياء الأمور العاطفية ترتبط بتأثير أقل على العرض، وعلى العكس من ذلك فإن استجابات الآباء المهملة والعقابية ترتبط بمشاكل عاطفية وسلوكية، واستنادًا إلى نتائج الدراسات السابقة حول التنشئة الاجتماعية للوالدين للعاطفة (Boucher, Lecours, Philippe, & Arseneault, 2013; Kılıç, 2014; Schwartz, Sheeber, Dudgeon, & Allen, 2012) يمكن القول التنشئة الاجتماعية العاطفية للوالدين التي تتسم بقلّة التعاطف الإيجابي وغير العاطفية قد تؤدي إلى سوء التنظيم السلوك الإيجابي والتي بدورها قد تخلق خطر الإصابة بالاكتئاب.

ما وراء الانفعال "الميتا انفعالية: Meta-emotion"

قد تؤثر عدة أنواع من ردود الوالدين على السلوك التعاطفي الإيجابي للأبناء. وقد تؤثر فلسفة أولياء الأمور ومواقفهم حول المشاعر - ما أطلق عليه "الميتا انفعالية".

يشير مصطلح ما وراء الانفعال إلى ردود أفعال الفرد الانفعالية كدالة لإدراكه وتفكيره وتدبره تجاه انفعالاته ومشاعره الشخصية، وعادة ما يصنف تحت اسم "الانفعالات من الدرجة الثانية عن الانفعالات الأولية"، ويشير جوتمان وآخرون (1997) إلى أن التعبير الأكثر شيوعًا عما وراء الانفعال هو "الانفعال حول الانفعال" أو "التفكير في الانفعال"، أو عمليات الوعي بالانفعالات من حيث طبيعتها ومحدداتها ومصاحباتها وتداعياتها، واتخاذ موقف منها على مستوى الضبط والتنظيم

والتعبير". وهو تعبير مشابهة لتعبير " ما وراء المعرفة " Met-cognition والذي يقصد به " المعرفة عن المعرفة، أو التفكير في العمليات المعرفية والوعي بها قبل وأثناء وبعد التعامل مع المهام المعرفية أو حل المشكلات. "

وعلى ذلك جاء تعريف (Gottman, Katz, & Hooven, 1997) لما وراء الانفعال Meta-emotion ونصه "مجموعة منظمة ومهيكلية من الانفعالات والمعارف حول الانفعالات، وتتضمن انفعالات ومشاعر الشخص ذاته، أو انفعالات ومشاعر الآخرين". ويشير ما وراء الانفعال Meta-emotion تبعاً لهذا التصور إلى فكرة مفادها أنه عندما ينشط أو يستثار لدى الشخص انفعال ما، فإنه يتعامل في نفس الوقت مع الانفعالات اللاحقة أو التالية subsequent emotions والتي تنشأ من إدراكه وتفكيره في الانفعال الأصلي الذي تعايش معه أو مر به، ويمثل ما وراء الانفعال بناء على ذلك كيف يفسر الشخص انفعالاته ومشاعره وكيف يتعامل معها على مستوى الضبط والتنظيم والتعبير (أبو حلاوة، 2019).

يتضمن الميثل انفعالية الوالدية وحي أولياء الأمور وقبولهم للعاطفة وكذلك قدرتهم على تدريب الأطفال خلال اللحظات العاطفية، ويمكن للآباء الذين يدركون عواطف أطفالهم التعرف بسهولة على تعبيرهم العاطفي، وينقل الآباء الذين يقبلون العاطفة أن مشاعر الأطفال مرحب بها ومهمة، ويتضمن تدريب الوالدين استخدام اللحظات العاطفية كفرصة للحميمية، والمشاركة في حل المشكلات الموجهة للأطفال للتعامل مع المواقف العاطفية الصعبة، وقد يعزز الوعي الأبوي وقبول وتدريب

عواطف الأطفال من تجربة الأطفال والتعبير عن التعاطف الإيجابي (Katz et al., 2014).

المناخ الاسري وعلاقته بالاكنتاب:

تم التحقيق في العديد من العوامل الأسرية فيما يتعلق بتأثيرها على تطور الاكنتاب والحفاظ عليه، ويمكن اعتبار هذه العوامل في سلسلة متصلة من الجوانب "الكلية" إلى "الدقيقة" للبيئة الأسرية، وذلك من خلال:

(1) الضغوط الأسرية الواسعة، مثل الأمراض النفسية الوالدية، والصراع الزوجي، والحرمان الاقتصادي.

(2) أسلوب الأبوة والأمومة، بما في ذلك المواقف والمعتقدات التي تشكل المناخ العاطفي للأسرة.

(3) ممارسات الأبوة والأمومة، والتي تشير إلى سلوكيات التنشئة الاجتماعية الوالدية المحددة (Boucher et al., 2013).

ويمكن تقسيم عوامل المناخ الأسري إلى صلب hard ولين soft، وتشمل العوامل البيئية الصعبة هيكل الأسرة ومستوى تعليم الوالدين والوضع الاقتصادي للأسرة، وقد توصل عدد متراكم من الدراسات إلى نتائج غير متسقة فيما يتعلق بربط البيئة الأسرية الصعبة بالاكنتاب.

أولاً: بالنسبة لبنية الأسرة: لقد هدفت دراسة (Reynisdóttir, 2016) إلى معرفة تأثير البنية الأسرية التي تؤثر على مزاج الأطفال المكتئبين عندما تم التحكم في الوقت الذي يقضيه الأطفال مع الآباء، كما تم فحص ما إذا كانت البناءات الأسرية المختلفة لها تأثير على المزاج المكتئب وما إذا كان يختلف حسب الجنس، أظهرت النتائج وجود اختلاف بين الجنسين، حيث يعاني الأولاد من مزاج مكتئب أقل من البنات، بغض النظر عن بنية الأسرة، وتشير النتائج إلى أن أولئك الذين يعيشون في أسرة وحيدة الوالد يبدون حالة مزاجية أكثر من الاكتئاب مقارنة بأولئك الذين يعيشون في أسر سليمة ومشتركة، وكان هناك علاقة هامة بين بناء الأسرة والمزاج المكتئب عند السيطرة على الوقت الذي يقضيه الطفل مع الوالدين.

كما بحثت دراسة (Laukkanen, Hakko, Riipinen, & Riala, 2016) عن ارتباط بناء الأسرة للمراهقين بالاكتئاب، وقد تميز المراهقون المصابون بالاكتئاب بخلفية أسرية ذات والد وحيد (58%)، وكان الاكتئاب لدى المراهقين مرتبطاً أكثر بنوع الجنس وخلفية الأسرة ذات الوالد الوحيد ، ولكنه كان أقل ارتباطاً بالذهان الاعتالي أو الاضطرابات السلوكية.

ثانياً: المستوى التعليمي: تم التوصل إلى أن طلاب الجامعات المولودين لأمهات حاصلات على تعليم جامعي أو أعلى لديهم درجات اكتئاب أقل من المولودين لأمهات حاصلات على مستوى تعليمي أقل حسب دراسة كل من (Lowe, Lipps, 2013; Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2009; & Young, 2009; Park, Fuhrer, & Quesnel-Vallée, 2013)

ثالثاً، الحالة الاجتماعية والاقتصادية للأسرة وأعراض الاكتئاب، حيث بحثت دراسة (Xu, Cui, Xing, & Parkinson, 2019) ارتباط الوضع الاجتماعي والاقتصادي مع أعراض الاكتئاب لدى المراهقين وكذا الشعور بالتماسك. وجدت الدراسة أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي، ورعاية الأم، والإحساس بالتماسك ارتبطت إيجابياً ببعضها البعض وارتبطت سلباً بأعراض الاكتئاب، حيث توصلت إلى أن الوضع الاجتماعي والاقتصادي كان مرتبطاً بأعراض الاكتئاب لدى المراهقين بشكل غير مباشر من خلال رعاية الأم بشكل منفصل، وكذلك من خلال رعاية الأم و الشعور بالتماسك للمراهقين بالتتابع، كما توصلت دراسة (Ibrahim, Kelly, & Glazebrook, 2012; Mojs et al., 2012) أن طلاب الجامعات من الأسر ذات الوضع الاقتصادي المتدني يعانون من ارتفاع معدل الاكتئاب مقارنة بالطلاب من الأسر ذات الوضع الاقتصادي المعتدل أو الجيد.

وتنقسم بيئة الأسرة اللينة إلى عوامل واضحة (مثل دور الوالدين، وتنظيم الأسرة وقواعدها وما إلى ذلك) والعوامل الضمنية (ثقافة الأسرة، والعلاقة بين الوالدين والطفل، وتفاعل أفراد الأسرة وما إلى ذلك).

البيئة المرنة هي البيئة الاجتماعية داخل الأسرة التي تعتبر عاملاً مهماً فيما يتعلق بالصحة العقلية للمراهقين، وتعمل الأسر كواحدة من النظم المصغرة الرئيسية في إنشاء والحفاظ على السلوك غير المتكيف من خلال عمليات وظيفية متعددة، ويعتبر التماسك والصراع هما الأكثر أهمية في توقع حدوث تكيف نفسي صحي للمراهقين، ويرتبط الاكتئاب بين الشباب بارتفاع الصراع الأسري، وانخفاض تماسك

الأسرة والخلاف الزوجي، ولا سيما الصراع الزوجي (Yu et al., 2015). وقد ذكر (Halberstadt & Eaton, 2002) أن المستويات العالية للتعبير السلبي للأسرة قد يكون لها تأثير سلبي على التعبير والتنظيم العاطفي.

الاكتئاب في العلاج الأسري والزواجي:

هناك العديد من الأساليب المعتمدة على الزوجين والتي تم تطويرها وتقييمها كعلاج للاكتئاب، ويعتمد المنهج الذي تم دراسته على نطاق واسع على إطار السلوك المعرفي، ويتبع العلاج الزوجي السلوكي المعرفي للاكتئاب عمومًا ثلاث مراحل.

المرحلة الأولى تنطوي على القضاء على الضغوطات الرئيسية وإعادة تأسيس الأنشطة الإيجابية في العلاقة، يعالج المعالجون أولاً السلوكيات السلبية الشديدة في العلاقة بما في ذلك الاعتداء اللفظي أو البدني، والتهديدات بمغادرة العلاقة، والشؤون خارج نطاق الزواج اعتمادًا على شدة ونطاق هذه المشكلات، وقد يحيل المعالجون أحد الشركاء أو كليهما إلى علاجات إضافية أو بديلة لمعالجة هذه المشكلات، وتحدث زيادة في تكرار سلوكيات الرعاية وأنشطة الرفقة ودعم احترام الذات أيضًا خلال هذه المرحلة.

تركز المرحلة الثانية من العلاج على مهارات الأزواج لتحسين التواصل وقدرتهم على حل المشكلات في علاقتهم من خلال التعليم، والنمذجة، والممارسة، وردود الفعل، سواء داخل أم خارج جلسات العلاج، ويتعلم الأزواج مهارات الاتصال التقديرية والتعبيرية الفعالة (على سبيل المثال تبادل الأفكار والمشاعر، ومهارات

الاستماع غير اللفظية والنشطة) ومهارات حل المشكلات (مثل تحديد المشكلات، وتبادل الأفكار وتقييم إيجابيات وسلبيات الحلول، وتنفيذ الحلول).

تركز المرحلة الأخيرة من العلاج على مساعدة الأزواج على ترسيخ المكاسب التي تحققت في المراحل المبكرة من العلاج وتعلم استراتيجيات لمنع الانتكاس من مشاكل الاكتئاب والعلاقة (على سبيل المثال تحديد الحالات الشديدة الخطورة، التعرف على علامات التحذير من تكرار الاكتئاب)، وفي حين أن النهج السلوكي المعرفي هو العلاج الأكثر شيوعاً للزوجين لعلاج الاكتئاب، فقد تم أيضاً استخدام الأساليب الأخرى القائمة على الزوجين لعلاج الاكتئاب (Whisman & Beach, 2012؛ Whisman & Robustelli, 2016)، على سبيل المثال العلاج الزوجي المركّز عاطفياً (والذي يدمج بين نظرية التعلق والتقنيات المستمدة من مقاربات النظم التجريبية والأسرية) والعلاج النسقي (الذي يجمع بين المفاهيم والتقنيات الإستراتيجية والبنائية مع مناهج النسوية والسردية والبنية الاجتماعية) كعلاج للاكتئاب، وقد قيمت الدراسات أيضاً تأثير تضمين الشريك أو الزوج في العلاجات الفردية، مثل تضمين الشريك في العلاج السلوكي المعرفي أو العلاج النفسي.

أفاد تحليل محتوى دراسة (Barbato & D'Avanzo, 2008) التي قامت بتقييم فعالية علاجات الاكتئاب القائمة على الزوجين أنه لا يوجد فرق بين العلاج الزوجي والعلاج النفسي الفردي (العلاج السلوكي المعرفي الأكثر شيوعاً) في علاج الاكتئاب، ولم تكن هناك بيانات كافية لدراسة المقارنة بين العلاج الزوجي والدوائي،

ومع ذلك كانت التدخلات القائمة على الزوجين أكثر فعالية بكثير من العلاج النفسي الفردي في تحسين العلاقة عندما كان الخلاف موجود.

كما يشمل علاج الزوجين الموجه نحو المواجهة Coping-oriented couple therapy عناصر من العلاج الزوجي السلوكي المعرفي، لكنه يركز في المقام الأول على تعزيز فهم التجارب المجهدة وتعزيز الدعم الذي يركز على العاطفة ويركز على المشكلات. ويوفر العلاج القصير للزوجين التعليم النفسي ويستخدم التقنيات المعرفية والسلوكية لتحسين الضائقة والأعراض لدى الشخص المصاب بالاكتئاب وشريكه.

قدمت الأبحاث أيضًا الدعم للفعالية المحتملة لتدريب الوالدين كعلاج للاكتئاب، وتسعى برامج تدريب الوالدين إلى تحسين سلوك الأبوة ونوعية العلاقة بين الوالدين والطفل، وقد أظهرت نتائج العديد من الدراسات أن مناهج الأبوة والأمومة تظهر نتائج واعدة للتخفيف من أعراض الاكتئاب الوالدي وكذلك تعزيز نتائج الطفل

كما ثبت أن العلاج الأسري فعال في علاج الاكتئاب لدى المراهقين، والعلاج الواعد هو العلاج الأسري القائم على التعلق attachment-based family therapy الذي يسعى إلى زيادة التقارب العاطفي بين الآباء والمراهقين، وتحسين جودة العلاقات بين الوالدين والطفل ، وتسهيل زيادة التواصل ، وزيادة استقلالية المراهقين مع الاستمرار في تلقي الدعم من والديهم (Robustelli & Whisman, 2019).

فعالية العلاج الأسري:

يستند نموذج العلاج الأسري على الاعتقاد بأن الناس هم نتاج سياقهم الاجتماعي أو نظام الأسرة، وأن الفرد لا يمكن فهمه بمعزل عن فهم السياق الأوسع، واختلال التوازن بين أفراد الأسرة، والتحالفات غير اللائقة، أو صعوبات الاتصال يمكن أن يخلق مشاكل داخل الأسرة، مما يؤدي إلى ظهور أعراض الاكتئاب لدى أحد الأفراد. كما أنه يكاد يكون من المستحيل علاج المريض بنجاح بدون مشاركة وثيقة من بقية أفراد الأسرة، وبالنظر إلى أن معظم عوامل الخطر تحدث ضمن إطار الأسرة، فإنه يبدو من الطبيعي أن يكون التركيز على الأسرة في التدخل العلاجي للمرضى الذين يعانون من الاكتئاب.

وقد أجرى (G. Diamond, Siqueland, & Diamond, 2003) استعراضاً للتجارب السريرية العشوائية التي شملت الآباء كمشاركين أساسيين في علاج الاضطرابات النفسية والذهنية للأطفال والمراهقين، وخلصوا إلى أن العلاج الأسري القائم على التعلق (Attachment-based family therapy ABFT) كان فعالاً في علاج العديد من الاضطرابات، سواء كان التدخل عن طريق العلاج الأسري مستقلاً أو تكملة لعلاجات أخرى، وهو علاج جديد واعد للمراهقين المصابين بالاكتئاب وهناك ما يبرر إجراء المزيد من الأبحاث حوله، كما أن هناك دراسات أثبتت فعالية العلاج الأسري للاكتئاب، حيث وجد (Trowell et al., 2007) في دراسة مقارنة أن 11 جلسة من جلسات العلاج الأسري كانت مؤثرة تماماً مثل برنامج يحتوي على 25 جلسة من العلاج النفسي الفردي، إلى جانب 12 جلسة

مساعدة للوالدين، ووجدوا أن 75% من الحالات لم تعد تستجيب للاكتئاب بعد العلاج الاسري، و81% تعافوا بعد المتابعة خلال الستة أشهر التالية، وقد تم استخدام نموذج العلاج الأسري التكاملي المستخدم من قبل Byng-Hall (1995) and Will and Wrate's (1985).

وفي دراسة تجريبية باستخدام نموذج التعلق القائم على العلاج الأسري لعلاج الاكتئاب مع 32 مرافقا (G. S. Diamond, Reis, Diamond, Siqueland, & Isaacs, 2002) تم التوصل إلى أن 81% من الحالات المعالجة لم تعد تستجيب للاكتئاب بعد العلاج، في حين أن 87% من الحالات تم شفاؤهم من الاكتئاب بعد ستة أشهر من المتابعة، وتم إتباع التسلسل التالي في التدخل العلاجي: إعادة صياغة العلاقات، بناء تحالفات مع المراهقين أولاً ثم مع الوالدين، إصلاح العلاقات مع الآباء والمراهقين، وبناء كفاءات الأسرة.

هذه مجموعة من الدراسات حول علاج الاكتئاب تم إجراؤها باستخدام العلاج الأسري بمختلف أنواعه وهي تؤكد فعاليته في علاج الاكتئاب.

مهارات للتدخل في العلاج الأسري للاكتئاب:

إن إشراك الأسرة في عملية العلاج أمر ضروري بغض النظر عن السياق الذي يعمل فيه الأطباء، ويمكن مساعدة الأسر بأشكال مختلفة للتعامل مع الاكتئاب، وفيما يلي سلسلة متصلة من مستويات التدخل والمهارات العامة اللازمة لتكون ناجحة في كل مستوى.

1- تقديم التغذية الراجعة والمعلومات اللازمة إلى الأسرة حول الاكتئاب وطريقة العلاج من خلال الأسرة (التثقيف النفسي)، إذ يجب على المختص النفسي أن يكون على استعداد للحديث مع الأسر، وتقديم معلومات عن التشخيص والعلاج مع أفراد الأسرة، وهذا يشمل إعلام أفراد الأسرة على التأثيرات البيولوجية، وآثار الاكتئاب على الإدراك، وأثره على العلاقات (الأسرة، الزواج، والعمل والمدرسة والمجتمع)، وأثر هذه العلاقات على الاكتئاب. يحتاج المختص أن يبقى منفتحاً وصادقاً لبناء الثقة والألفة، فضلاً عن التعامل الطبيعي مع الخوف والتردد من جانب أفراد الأسرة.

2- أخذ تاريخ المريض لفهم أفضل لما يحدث. حيث يحتاج المختص للمهارات المدرجة سابقاً، والقدرة على طرح الأسئلة باحترام عن تاريخ الأسرة وبنيتها (البيولوجية والنفسية والعلائقية) ونقاط القوة والضعف ومحاولة إيجاد حلول، وكذا الموارد والداخلية والخارجية، ومعتقدات العائلة حول المرض، والمريض، والعلاج، وهذا يحتاج إلى القدرة على الاستماع والإنصات الجيد، ومعرفة أساسية بنمو الأسرة وتحولاتها، والثقة في تحديد التفاعلات السيئة بين أفراد الأسرة ووقفها.

3- الاجتماع بالأسرة من أجل حل مشاكل التفاعل بين التأثير والتأثر بالاكتئاب. ويتطلب التدخل في هذا المستوى المهارات المذكورة في البنود السابقة وكذلك الثقة في توضيح القضايا وحل المشكلات في سياق الأسرة. ينبغي للمختص أن يكون لديه القدرة على التعرف على المشاكل الخاصة بكل فرد على حدة.

4- العلاج الأسري وهو يتطلب جميع المهارات المذكورة في البنود السابقة فضلاً عن وجود التدريب، والخبرة.

الالتزام:

تظهر البحوث فعالية متزايدة للتحالف بين المعالج والعميل على نتائج العلاج بدلا من النموذج المتبع في العلاج، معظم المعالجين الأسريين يولون اهتماما خاصا لإقامة تحالف علاجي قوي مع الأسرة ككل، أو مع نظم فرعية معينة مثل المراهقين أو الآباء. وإذا كان المعالج قادرا على الحفاظ على نظرة إيجابية، فإن هذا سوف يزيد من القدرة على إشراك الأسرة في تحالف علاجي صحيح. ولإشراك الأسرة (وخاصة الوالدين) على نحو فعال في العملية العلاجية، يجب أن يكون المعالج قادرا على الاعتقاد بإيجابية في معظم التفاعلات الأسرية (حتى في خضم بعض الحالات الراهية) وعرض التفاعلات كما هي، بدلا من الحكم على تصرفاتهم.

المعتقدات الأساسية:

واحد من الجوانب الأكثر صعوبة عند التعامل مع الأسر هو الحفاظ على منظور أكثر إيجابية. الكثير من التدريب في المراكز الصحية يتركز في الغالب على المرض، والعجز، وعلم الأمراض، لتأمين المطالب الصحية. لذلك طغت وجهة النظر الطبية. وهذا يخلق حالات غامضة (على سبيل المثال، عندما يكون المريض الذي يعاني من الاكتئاب لا يستجيب للعلاج الأول، عادة يتم التنقل للدواء أو العلاج النفسي الفردي). وهنا يجب أن تكون الإحالة إلى العلاج الأسري، وهذا تعبير على أنه "إذا كانت العلاجات الفردية والدوائية لم تنجح، يجب أن تكون الأسرة هي التي تؤثر على الاكتئاب لدى المريض". الخطوة المقبلة هو أن نؤمن بأن الأسرة هي التي تسبب الاكتئاب أو على أقل تقدير، التدخل بكامل جهودنا للتعامل معها على هذا الأساس.

وعلى العكس، فإن أفراد الأسرة قد يعتبرون أن العمل مع المريض بالاكنتاب دون جدوى، ويتمسكون برأيهم عن طريق تعلقهم ببعضهم البعض مما يؤدي إلى تعزيز أنماط غير فعالة من التفاعل، والتي يمكن أن تؤدي إلى أخذ صورة سلبية عن الأسرة من قبل فريق العلاج.

كل مختص يحمل مجموعة من التصورات الشخصية، والمهنية، والاجتماعية والثقافية (الإيجابية والسلبية) حول المعتقدات والأفكار الموجودة لدى الأسر والتي تؤثر تلقائياً على الاكنتاب فيها. هذا يختلف من بلد إلى آخر، ولكن من المهم أن تكون على علم، إذا لزم الأمر، إلى تحدي هذه المعتقدات إذا أردنا إشراك الأسر بنجاح. وإن كان التعامل مع الأسر في أوقات الضغط المرتفع والمشاكل العاطفية، يمكن أن يكون مخيفاً للمهنيين الذين يتعاملون معهم. فإنه يمكن للأطباء تطوير طرق التفكير والتعامل مع تلك الأسر الذين لديهم قاعدة أقل إيجابية أو قوة.

الثقافة والعرق:

إن الافتراضات الثقافية لكل من الأسرة والطبيب المعالج أثناء عملية العلاج سوف تؤثر على نتائج العلاج. إذ لا بد من وجود فكرة عن قضايا العرق والثقافة والجنس لفئات محددة لأنه لا بد من علاج الأسر من خلفيات ثقافية مختلفة. الطبيب لا يمكن أن يكون خبيراً في كل الثقافات، فمن الضروري أن يقوم بتثقيف نفسه ورفع وعيه بقيم ومشاكل جميع الثقافات. وحتى لو يتمكن من التعرف على جميع الثقافات، ينبغي معالجة كل أسرة ككيان واحد. ويجب أن تكون القاعدة الأساسية: عندما تكون في شك، اطلب من الأسرة أن شرح ما تحتاج إلى معرفته كي تبني ثقته.

مثال على القضايا الثقافية التي تؤثر على العلاج الأسري هو حساسية من بعض الأمريكيين من أصل أفريقي إلى تقديم معلومات عن الأسرة من خلال الجينوغرام في العلاج المبكر، قبل تأسيس الثقة مع الطبيب. أو الصراع بين الأجيال لدى بعض المهاجرين الجدد بين الرغبة في "التثاقف" أو الاحتفاظ بثقافتهم الأصلية.

إعادة الصياغة:

عند التعامل مع الأسر، فإن المختص يبدأ على الفور بالتأثر بها بقدر ما يريد التأثير عليها. فالتفاعلات الأسرية أو سبل التعامل مع القضايا التي تكون صعبة على الطبيب النفسي يمكن أن يؤدي إلى إصدار أحكام وردود فعل لا لزوم لها. أساليب الانضباط، أو التعبير عن الغضب والألم، على سبيل المثال لا الحصر، يمكن أن ينظر إليها من قبل الأطباء بوجود نوايا سيئة، مما يؤدي إلى محاولات تغيير طرق هؤلاء الناس دون فهم القصد.

تقنية تعرف باسم "إعادة صياغة" تستخدم التحول إلى وجهة نظر أو سلوك يدل على نوايا ايجابية، مثال إعادة صياغة لهجة الأب بصوت عال وغازب عندما فشل ابنه في الصف بأنها "الطريقة التي تحاول بها إظهار قلقه حول مستقبل ابنه". إذا وافق الأب أن هذه هي رسالته أو نيته (للتأثير على مستقبل إيجابي لولده)، يمكنك إشراكهم في تقييم ما إذا كان هذا الأسلوب فعالاً. إذا اتفق الاثنان على أن هذا العمل جيد ويحسن أداء الابن كلما يصرخ والده، يفترض أن يستمر الأب في استخدام هذا الأسلوب. على العكس من ذلك، إذا كانوا يوافقون على أنه لا يعمل أو أن لديه بعض الآثار السلبية الأخرى، يمكن للمرء إشراكهم في استكشاف طرق أخرى أكثر فعالية.

وسائل تقييم العلاج: يمكن استخدام مجموعة من الأدوات

كالتالي:

1. الجينوغرام Genogram:

هي قائمة من المخططات المتعلقة بأفراد الأسرة وعلاقاتهم، تمثل ثلاثة أجيال على الأقل، ويسعى تاريخ الأسرة هذا إلى أكثر من جرد التواريخ والأسماء، إنه يسعى إلى فهم معنى العلاقات الأسرية وتقدير الاتجاهات والقيم عبر الأجيال. قد يختلف التركيز فيما يتعلق بتاريخ الاكتئاب، والاضطرابات النفسية الأخرى عبر الأجيال، والمعتقدات حول الأسباب أو علاج الاكتئاب، ونمط التفاعلات والعلاقات الوالدية عبر الأجيال، والصدمات). ومحاولة إيجاد الحلول للتعامل مع الاكتئاب بالنظر إلى التحولات العائلية والصراعات، والعلاقات بعد الطلاق هي المجالات الأخرى الممكنة للاستكشاف.

2. الجداول الزمنية TIMELINES:

ويمكن استخدام الجداول الزمنية لتعقب الاكتئاب ومراقبته، فضلا عن متابعة التأثيرات أو الأحداث التي حدثت في وقت قريب من بداية الاكتئاب. وهذا قد يؤدي إلى إيجاد روابط بين الأحداث داخل الأسرة وظهور الاكتئاب. إذ أن بداية نوبة الاكتئاب قد تكون قريبة إلى حدث ما أو بعض الأحداث الأخرى، فالأحداث أو الصدمات السابقة يمكن أن ينظر إليها من خلال الجداول الزمنية كما قد يرتبط مع بداية الاكتئاب.

3- الخرائط البنوية STRUCTURAL MAPS:

الخرائط البنيوية هي تمثيلات بصرية لتفاعلات الأسرة، وكيفية ارتباطها ببعضها البعض، وتسعى الخرائط البنيوية للحصول على التسلسل الهرمي للأسرة، والنظم الفرعية، والسلطة، والقرب والمسافة في العلاقات، فضلا عن الحدود الفاصلة بين النظم الفرعية والأفراد. ويتم من خلالها تقييم الجوانب التي تساعد أو تعيق الأسرة في مساعدة المريض بالاكتئاب، ويتم تحديد الموارد ونقاط القوة وكذلك طرق تفاعل الأسرة التي كانت فعالة في الماضي ولكن الآن تعرقل السير الطبيعي للأسرة وتتسبب في الصراع.

الخطوط العريضة للعلاج:

فيما يلي وصف موجز لما يحدث عادة أثناء العلاج الأسري: تحديد الأهداف، والمراحل، والقضايا، والمشاكل. هذه ليست إلزامية ولا ممثلة لجميع أنواع العلاج الأسري، التي تختلف اختلافا كبيرا وفقا لممارس والنظرية التوجه - على الرغم من أن المهارات الأساسية متشابهة.

المشاركون الرئيسيون في عملية العلاج:

القاعدة العامة هي الحصول على أكبر عدد ممكن من أفراد الأسرة للمرحلة الأولى، فالآباء على الرغم من أنهم أعضاء رئيسيون في الأسرة، إلا أنهم غالبا يكونون غير متوفرين أو مترددين، لذلك فإن شرح الأساس المنطقي لدعوة أكثر من فرد بغض النظر عن المريض بالاكتئاب يعتبر التحدي الأول.

المرحلة الأولى:

التوجيه والتقييم (من الجلسة 1-3):

المرحلة الأولى عادة ما تتم عبر خمس مراحل، وهي لا تحتاج إلى شرح: التحية والتوجيه، الاجتماع بالأسرة، تحديد المشكلة/والتغيير، التفاعل، وملخص وتخطيط العلاج. وتهدف هذه المرحلة إلى: (1) تثقيف الأسرة عن المختص النفسي وطريقة العلاج، (2) إنشاء علاقة علاجية، (3) الشروع في تقييم الأسرة عن طريق الخريطة البنيوية، الجينوغرام، والجدول الزمني، الخريطة الإيكولوجية، المقابلة شبه المنظمة. 4- ابرام عقد العلاج.

تبدأ المرحلة الأولى عن طريق تحية كل فرد من أفراد الأسرة بشكل فردي (عادة من الأكبر إلى الأصغر)، ويسأل كيف يريدون أن تتم الإشارة إليهم، يعقبه شرح من هو المختص النفسي وكيف يمكن أن يшиروا إليه. ثم يقوم المختصون في وقت لاحق بإعطاء معلومات أساسية عن أنفسهم، وأسلوبهم، والأساس المنطقي لاستخدام العلاج الأسري، والتأكيد على السرية.

من لحظة الاتصال الأولى وإلى نهاية العلاج، والمختصون يكافحون من أجل إنشاء علاقة مع العميل والحفاظ عليها من خلال إظهار أن المعالج قادر وراغب في "تقديم كل ما هو جيد، وأن يشعر العميل بالراحة لأن الطبيب ينظر إليه بإحساس، واحترام، وثقة، وتفاهم. ثم المرحلة الاجتماعية التي تمثل جهداً متعمداً لمعرفة كل فرد من أفراد الأسرة (الكفاءات، نقاط القوة، المهارات، والجوانب الإيجابية لكل فرد وكذلك الأسرة) وليس محاولة التعرف على المشاكل فقط.

وفي أعقاب ذلك، يسعى المعالج للحصول على تصور واضح للمشكلة من قبل كل عضو من أعضاء الأسرة، ويوجهه نحو التغيير عن طريق تحديد التغيرات التي يريدها كل فرد من أفراد الأسرة فيما يتعلق بالمشكلة. وهذا يتطلب طرح أمثلة وتوضيح ما لذي حاولت الأسرة فعله، ما نجح منها وما لم ينجح.

في مرحلة التفاعل، يبدأ الأطباء بتنفيذ المهام التي تؤدي إلى التفاعل بين أفراد الأسرة، والتعرف على المشكلة في غرفة العلاج.

إبرام عقد العلاج يتطلب الحصول على ردود فعل للأسرة، وتوضيح خطة العلاج والتفاوض من أجل الاجتماع بهم، ووضع خطة العلاج بالتعاون مع الأسرة. ردود الفعل ينبغي أن تلخص انطباعات المعالج بعد جمع البيانات من شتى أدوات التشخيص وعوامل الخطر الموجودة في هذه الأسرة الفريدة من نوعها.

إذا لم يتم الاتفاق مع الأسرة حول خطة المعالج، يمكن الاتفاق على التعامل مع العناصر التي تؤثر أو تتأثر بالاكتئاب. ويمكن مناقشة المهام أثناء الجلسة، ومن المهم تطبيق مقياس الاكتئاب لقياس شدة الأعراض، والتي يمكن أن تستخدم في وقت لاحق لتقييم التقدم المحرز والنتائج. بحلول نهاية الجلسات 2 أو 3، من المتوقع عموماً أن يضع المختص والأسرة خريطة علاجية تحتوي على أهداف قابلة للقياس بشكل تعاوني.

المرحلة الثانية: التدخل ودفع الأسرة من أجل التغيير (3-8 دورات أو 10)

في هذه المرحلة يسعى المعالج لتقديم خبرات مباشرة للأسرة، ووسائل فعالة وكافية للتفاعل، مع الأخذ في الاعتبار الأهداف التالية: توجيه الأسرة نحو التغيير والحفاظ على العلاج، خفض الأنماط التي تؤثر سلبا على أعراض الاكتئاب أو العلاقات الأسرية، وتسهيل التفاعلات الإيجابية أثناء الجلسة ومراجعة المهام أثناء الجلسات عن طريق الواجبات المنزلية.

تبدأ كل دورة عن طريق مراجعة القضايا السابقة، ووضع جدول عمل، وتوضيح ما إذا كانت مواضيع أخرى تحتاج إلى التعامل معها. وتنتهي من خلال مناقشة نتائج التجارب أو الواجبات المنزلية.

يتم التركيز على ما تم انجازه، هل كان ناجحا وإيجابيا، ويتم دائما توجيه الأسرة نحو الهدف النهائي بالعودة إلى التغييرات المطلوبة التي حدثت أم لا. ويحاول المعالج أيضا مساعدة الأسرة في عرقلة التفاعلات السلبية التي سبق تحديدها.

المرحلة الثالثة: الاستعراض والتقييم (الدورات 12-8):

تبدأ هذه المرحلة مع إعادة النظر في العلاج بواسطة إعادة تطبيق مقياس الاكتئاب وطلب إجراء تقييم من قبل الآباء والأمهات والأطفال من التقدم المحرز في تحقيق أهداف العلاج. إذا تحققت الأهداف، ينصب التركيز على عملية إنهاء العلاج واستراتيجيات منع الانتكاس. إذا لم تتحقق الأهداف ولكن تم إحراز تقدم في علاج الأسرة قد يوافق المختص على مواصلة العلاج وفقا للمرحلة الثانية. وإذا لم يحدث

تقدم يمكن بعد ذلك التفكير في خيارات الإحالة المناسبة (Alpert & Fava, 2014; Mufson, 2004).

مثال سريري

تم تشخيص ديان باضطراب الاكتئاب الجسيم major depressive disorder، وكانت الحالة شديدة الخطورة. كانت تعيش مع بوتر معًا لمدة 5 سنوات ولديها ابنة عمرها عامين. كان كلا الشريكين يركزان على حياتهم المهنية، والقليل من وقت الفراغ الذي يقضيانه مع ابنتهما.

ركزت المرحلة المبكرة من العلاج على زيادة تواتر سلوكيات رعاية الشركاء، مثل إرسال الرسائل النصية لبعضهم البعض على مدار اليوم، وشراء الهدايا الصغيرة لبعضهم البعض، وتخصيص مزيد من الوقت لرعاية المسؤوليات المنزلية التي تراكمت وتسببت في ضغوط كبيرة لكلا الشريكين. زادوا أيضًا مقدار الوقت الذي يقضونه مع بعضهم البعض عن طريق الذهاب في كثير من الأحيان للتزج سيرا على الأقدام، وتناول العشاء معًا، ونقل ابنتهم إلى الحديقة. لقد عملوا أيضًا على زيادة دعم احترام الذات من خلال ملاحظة بعضهم بعضًا وتكميلهما للأشياء التي اعتبروها عادةً أمرًا مسلمًا به.

في المرحلة الثانية من العلاج، عمل المعالج مع ديان وبوتر على تحسين الاتصال وحل المشكلات. في التقييم الأولي، اشتكى كلا الشريكين من أنه بسبب جداولهم المزدحمة، لم يقضوا الكثير من الوقت في التحدث وتخصيص الوقت الذي يقضونه لمحادثات موجزة.

عمل المعالج مع الزوجين على تبادل الأفكار والمشاعر حول تجاربهم بدلاً من مجرد الحديث عن "الحقائق". وجدت ديان أن هذا مفيد بشكل خاص، كما ذكرت أنها كانت تشعر في كثير من الأوقات أنها بعيدة عن بيتير، مما ساهم في شعورها العام بالعزلة والشعور بالوحدة. كما تعلم الزوجان مهارات حل المشكلات وممارستها وعملوا من خلال مجموعة متنوعة من القضايا المتعلقة بإدارة الوقت وتوازن نمط الحياة ورعاية الأطفال.

في المرحلة الأخيرة من العلاج، استعرض المعالج مع الزوجين المهارات التي تعلموها في العلاج، وكذلك ناقش أهمية التخطيط للتوترات المحتملة والقادمة في حياتهم، بما في ذلك المشاكل الصحية المزمنة لدى أحد أفراد الأسرة المقربين.

في نهاية العلاج، لم تعد ديان تعاني بمعايير اضطراب الاكتئاب الشديد، وقد تحسن رضا كلا الشريكين بشكل ملحوظ (Robustelli & Whisman, 2019).

قائمة المراجع:

أبو حلاوة، محمد السعيد. (15 أكتوبر، 2019). مصطلحات سيكولوجية، ما وراء الانفعال "الميتا". انفعالية Meta-emotion. [تحديث حالة]. فيسبوك. (رابط المنشور على فيسبوك)

https://web.facebook.com/permalink.php?story_fbid=102

20810355074888&id=1418746315

- Alpert, J. E., & Fava, M. (2014). *Handbook of chronic depression: Diagnosis and therapeutic management* (Vol. 25): CRC Press.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of Couple Therapy as a Treatment for Depression: A Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121-132. doi:10.1007/s11126-008-9068-0
- Beach, S. R., Dreifuss, J. A., Franklin, K. J., Kamen, C., & Gabriel, B. (2008). Couple therapy and the treatment of depression. *Clinical handbook of couple therapy*, 4, 545-566 .
- Beach, S. R., & Whisman, M .A. (2012). Affective disorders. *Journal of marital and family therapy*, 38(1), 201-219 .
- Boucher, M., Lecours, S., Philippe, F., & Arseneault, S. (2013). Parental socialization of emotion and depression in adulthood: The role of attitudes toward sadness .*Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 63(1), 15-23 .
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N., Alonso, J., de Girolamo, G., . . . Kessler, R. (2011). Cross-National Epidemiology of DSM-IV Major Depressive Episode. *BMC medicine*, 9, 90. doi:10.1186/1741-7015-9-90
- Cano, A., & O'Leary, K. D. (2000). Infidelity and separations precipitate major depressive episodes and symptoms of nonspecific depression and anxiety. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 774 .
- Carr, D., Freedman, V. A., Cornman, J. C., & Schwarz, N. (2014). Happy marriage, happy life? Marital quality and

- subjective well-being in later life. *Journal of Marriage and Family*, 76(5), 930-948 .
- Casacalenda, N., Perry, J. C., & Looper, K. (2002). Remission in major depressive disorder: a comparison of pharmacotherapy, psychotherapy, and control conditions. *American Journal of Psychiatry*, 159(8), 1354-1360 .
- Davila, J., Bradbury, T. N., Cohan, C. L., & Tochluk, S. (1997). Marital functioning and depressive symptoms: Evidence for a stress generation model. *Journal of personality and social psychology*, 73(4), 849 .
- Diamond, G., Siqueland, L., & Diamond, G. (2003). Attachment-Based Family Therapy for Depressed Adolescents: Programmatic Treatment Development. *Clinical child and family psychology review*, 6, 107-127. doi:10.1023/A:1023782510786
- Diamond, G. S., Reis, B. F., Diamond, G. M., Siqueland, L., & Isaacs, L. (2002). Attachment-based family therapy for depressed adolescents: A treatment development study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1190-1196 .
- Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (2013). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*: Routledge.
- Halberstadt, A. G., & Eaton, K. L. (2002). A meta-analysis of family expressiveness and children's emotion expressiveness and understanding. *Marriage & Family Review*, 34(1-2), 35-62 .

- Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 555 .
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., & Glazebrook, C. (2012). Analysis of an Egyptian study on the socioeconomic distribution of depressive symptoms among undergraduates. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(6), 927-937 .
- Joiner ,T. E., Brown, J. S., & Kistner, J. (2014). *The interpersonal, cognitive, and social nature of depression*: Routledge.
- Kasapoğlu, F., & Yabanigül, A. (2018). Marital Satisfaction and Life Satisfaction: The Mediating Effect of Spirituality. *Spiritual Psychology and Counseling*, 3(2), 177-195 .
- Katz, L. F., Shortt, J. W., Allen, N. B., Davis, B., Hunter, E., Leve, C., & Sheeber, L. (2014). Parental Emotion Socialization in Clinically Depressed Adolescents: Enhancing and Dampening Positive Affect. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42(2), 205-215. doi:10.1007/s10802-013-9784-2
- Kılıç, Ş. (2014). A better understanding of parental emotional socialization behaviors with an illustrative context .
- Laukkanen, M., Hakko, H., Riipinen, P., & Riala, K. (2016). Does family structure play a role in depression in adolescents admitted to psychiatric inpatient Care? *Child Psychiatry & Human Development*, 47(6), 918-924 .
- Liu, R. T., & Alloy, L. B. (2010). Stress generation in depression: A systematic review of the empirical literature and recommendations for future study. *Clinical psychology review*, 30(5), 582-593 .

- Lowe, G., Lipps, G., & Young, R. (2009). Factors associated with depression in students at The University of the West Indies, Mona, Jamaica. *West Indian Medical Journal*, 58(1), 21-27 .
- Mojs, E., Warchol-Biedermann, K., Glowacka, M. D., Strzelecki, W., Ziemska, B., & Marcinkowski, J. T. (2012). Are students prone to depression and suicidal thoughts? Assessment of the risk of depression in university students from rural and urban areas. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 19(4) .(
- Mufson, L. (2004). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*: Guilford Press.
- Overbeek, G., Vollebergh, W., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R., & Engels ,R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 284 .
- Park, A. L., Fuhrer, R., & Quesnel-Vallée, A. (2013). Parents' education and the risk of major depression in early adulthood. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48(11), 1829-1839 .
- Reynisdóttir, S. (2016). *The association between family structures and depressive symptoms among children*.
- Robustelli, B. L., & Whisman, M. A. (2019). Depression in Couple and Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 740-743). Cham: Springer International Publishing.

- Schwartz, O. S., Sheeber, L. B., Dudgeon, P., & Allen, N. B. (2012). Emotion socialization within the family environment and adolescent depression. *Clinical psychology review*, 32(6), 447-453 .
- Trowell, J., Joffe, I., Campbell, J., Clemente, C., Almqvist, F., Soininen, M., . . . Tomaras, V. (2007). Childhood depression: a place for psychotherapy. *European child & adolescent psychiatry*, 16(3), 157-167 .
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of abnormal psychology*, 116(3), 638 .
- Whisman, M. A., & Beach, S. R. (2012). Couple therapy for depression. *Journal of Clinical Psychology*, 68(5), 526-535 .
- Whisman, M. A., & Robustelli, B. L. (2016). Intimate relationship functioning and psychopathology. *Oxford Handbook of Relationship Science and Couple Interventions*, 69-82 .
- Xu, F., Cui, W., Xing, T., & Parkinson, M. (2019). Family Socioeconomic Status and Adolescent Depressive Symptoms in a Chinese Low- and Middle- Income Sample: The Indirect Effects of Maternal Care and Adolescent Sense of Coherence. *Frontiers in Psychology*, 10(819). doi:10.3389/fpsyg.2019.00819
- Yu, Y., Yang, X., Yang, Y., Chen, L., Qiu, X., Qiao, Z., . . . Zhu, X. (2015). The role of family environment in depressive symptoms among university students: a large sample survey in China. *PloS one*, 10(12), e0143612 .

الفصل السادس: اضطرابات القلق والنسق الأسري

اضطرابات القلق والنسق الأسري

family system and Anxiety Disorders

مقدمة:

تتشترك اضطرابات القلق في السمة الرئيسية للخوف المفرط أو القلق الشديد مع الاضطرابات السلوكية المصاحبة. والقلق هو عاطفة إنسانية طبيعية يشعر بها جميع الأشخاص، لكن لا يعتبر أن الفرد يعاني من اضطراب القلق، يجب أن يعاني من ضائقة أو ضعف كبير عبر مجالات متعددة في الأداء (على سبيل المثال، الأسرية أو الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية).

وتتشترك اضطرابات القلق في السمات الرئيسية للخوف الشديد أو القلق، وتجنب المحفزات المخيفة، والأعراض الجسدية الشائعة لتجربة القلق، وعلى الرغم من أن DSM-5 يميز اضطرابات القلق المختلفة، إلا أن الأدبيات البحثية تدعم عوامل مماثلة تحافظ على كل من اضطرابات القلق، والسمة المميزة التي تميز اضطراب القلق حسب DSM-5 هي الاستجابة المعرفية والاستجابة الجسدية والاستجابة السلوكية.

الاستجابة المعرفية لاضطرابات القلق تثير القلق، حيث يميل الأفراد المصابون بالقلق إلى إظهار خطأين معرفيين: المبالغة في تقدير احتمال وقوع حدث

سلبي (أي التفكير في حدث أو نتيجة سلبية) والتهويل (أي التفكير في أسوأ سيناريو سيحدث).

المكون الجسدي هو الاستجابة الجسدية للخوف مثل توتر العضلات وصعوبة التنفس والدوار وغيرها من الأعراض المرتبطة بتنشيط الجهاز العصبي الودي.

الاستجابة السلوكية للقلق هي التجنب النشط للمثيرات المخيفة.

ومن أجل تلبية معايير اضطراب القلق إلى جانب السمات الأساسية، يجب أن يعاني الفرد من الاضطراب لفترة زمنية محددة، على سبيل المثال، في اضطراب القلق الاجتماعي (المعروف أيضًا باسم الرهاب الاجتماعي) فإن السمة الأساسية هي الخوف من التقييمات السلبية من قبل الآخرين، ويترتب على ذلك أن السمة الأساسية للخوف أو القلق أو كليهما ستكون ثابتة عبر المجالات الفردية الأخرى. قد يخشى الفرد أن يتم تقييمه من قبل الآخرين (التركيز الأساسي على قلقه)، وبالتالي فإن الفرد المصاب باضطراب القلق الاجتماعي سيقلق بشأن الحكم عليه من قبل الآخرين وتقييمه بشكل سلبي. قد يعتقد هذا الفرد أنه إذا تحدث في الفصل فإن زملائه سيحكمون على الأداء: "سوف يعتقدون أنني غبي" (المكون المعرفي)، لذلك قد يتجنب الفرد إلقاء الخطب أو التحدث في الفصل (المكون السلوكي). (Russo, Coker, & King, 2017)

تشمل اضطرابات القلق مجموعة متنوعة من الاضطرابات النفسية، يتعرف الإصدار الحالي من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية DSM-5

على سبع اضطرابات متميزة ضمن هذه الفئة. تتميز هذه الاضطرابات عمومًا بوجود مخاوف (تُعرّف على أنها تصورات عن تهديد وشيك)، والقلق (يُعرّف بأنه قلق بشأن التهديد المستقبلي)، والتوتر المزمن، والحذر، والتجنب، والاضطراب السلوكي المرتبط بذلك. بالإضافة إلى هذه الأعراض، تشترك اضطرابات القلق أيضًا في الآليات الكامنة وراء مسبباتها والحفاظ عليها، على الرغم من وجود تباين كبير في كيفية ظهور هذه الاضطرابات.

أحد الآثار المترتبة على هذه الآليات المشتركة هو أن هناك ارتفاع نسبي في الاعتلال المشترك بين اضطرابات القلق، وتعتبر اضطرابات القلق أيضًا شائعة بشكل خاص في عموم السكان، حيث تقترب تقديرات الانتشار مدى الحياة من 30٪ في الولايات المتحدة. قد يكون العديد من الأفراد على دراية نسبية باضطرابات القلق بسبب انتشارها الواسع، لكن لا يزال سوء الفهم سائدًا بشأن أفضل السبل لرعاية الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات. بدون المشاركة في عملية العلاج، قد يحاول أفراد الأسرة وغيرهم من الأشخاص المهمين طمأنة أحبائهم والعناية بهم، الأمر الذي قد يقوض في الواقع فعالية بعض العلاجات، لذلك، من المهم أن يفكر الأطباء في دمج المنظور الزوجي والأسري في نهجهم عند علاج اضطرابات القلق (Labrecque, Tobias, & Whisman, 2019).

العوامل الأسرية في التطور وخطر القلق

Family Transmission الانتقال الأسري

إحدى السمات التي تم فحصها جيداً لاضطرابات القلق (ADs) هي أنها تميل إلى "التوارث في العائلات" وتنتقل من الآباء إلى الأطفال، وتتوافر حتى الآن أدلة على أن هذا يمكن أن يُعزى جزئياً (30-40%) إلى العلامات البيولوجية/الجينية (Telman, van Steensel, Maric, & Bögels, 2018). في دراسة أجراها (Hettema, Neale, & Kendler, 2001) تمت من خلال تحليل محتوى بيانات مأخوذة من دراسات الأسرة والتوائم حول اضطراب الهلع واضطراب القلق العام والرهاب واضطراب الوسواس القهري لاستكشاف أدوار العوامل الوراثية والبيئية في مسبباتها. تم التوصل إلى أن الدراسات الأسرية أظهرت عددا كبيرا منها دليلاً على وجود مستويات أعلى من القلق واضطرابات القلق بين أقارب الدرجة الأولى للأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق، وبالنسبة لاضطراب القلق العام لوحظ دور مهم محتمل للبيئة الأسرية المشتركة. اضطراب الهلع، واضطراب القلق العام، والرهاب، والوسواس القهري جميعها لها تراكم أسري كبير. بالنسبة لاضطراب الهلع واضطراب القلق العام وربما الرهاب، تفسر الجينات بشكل كبير هذا الانتقال الأسري، أما دور البيئة الأسرية في اضطراب القلق العام غير مؤكد.

فيما توصلت دراسة (Eley et al., 2015) أن كلا من القلق والعصابية تنتقل من خلال الانتقال البيئي المباشر environmental transmission من الآباء إلى أبنائهم المراهقين. في المقابل، لم يكن هناك دليل على انتقال جيني كبير، حيث ينشأ الارتباط بين قلق الوالدين والأبناء إلى حد كبير بسبب الارتباط المباشر بين الوالدين وأطفالهم بغض النظر عن الارتباطات الجينية. قد يعكس نقص النقل الجيني وجود تأثيرات وراثية مختلفة على هذه السمات في مرحلة المراهقة والبلوغ، ويتمشى

الانتقال البيئي المباشر مع نظريات القلق التنموية التي تشير إلى أن الأطفال والمراهقين يتعلمون السلوكيات المقلقة من آبائهم من خلال عدد من المسارات مثل النمذجة.

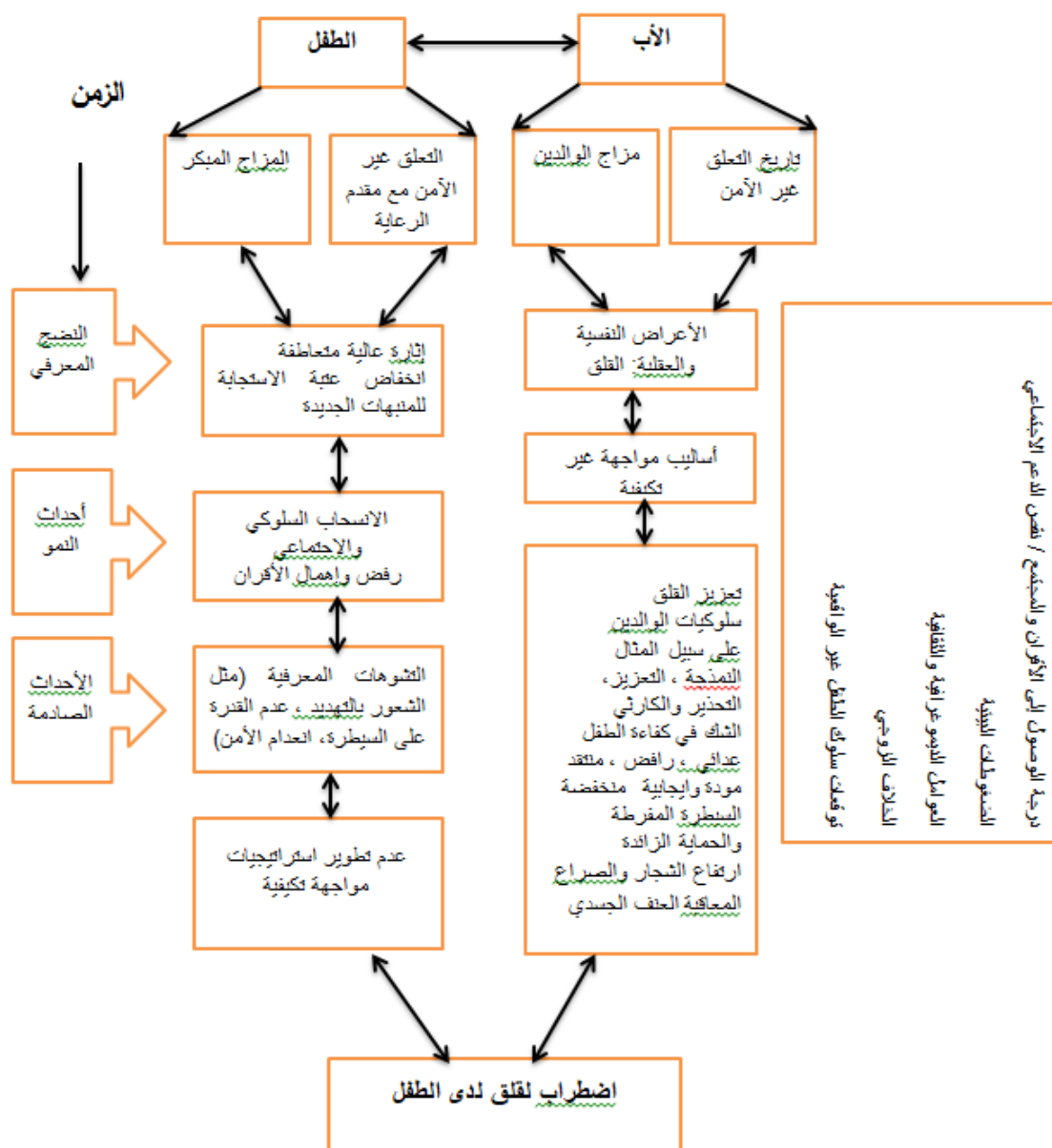
فيما بحثت دراسة (Telman et al., 2018) في (1) انتشار اضطرابات القلق لدى الآباء والأشقاء للأطفال (ن = 144) الذين تتراوح أعمارهم بين 8-18 عامًا ذوي اضطرابات القلق، (2) خصوصية العلاقات بين الطفل - الأم ، والطفل - الأب ، والطفل - الأشقاء من ذوي اضطرابات القلق. تم استخدام المقابلات السريرية لتقييم اضطرابات القلق الحالية لدى الأطفال والأشقاء، واضطرابات القلق الماضية والحالية لدى الآباء، وقد أظهرت النتائج أن الأطفال المصابين باضطرابات القلق كانوا أكثر عرضة بمرتين إلى ثلاث مرات لأن يكون لديهم أحد الوالدين على الأقل مع اضطرابات القلق الحالية أو مدى الحياة مقارنة بالأطفال في العينة الضابطة، وكان الأطفال المصابون باضطرابات القلق أكثر عرضة لأن يكون لديهم أمهات مصابات باضطرابات القلق الحالية، وآباء لديهم اضطرابات قلق مدى الحياة، أما الأشقاء فلا يوجد لديهم أي من اضطرابات القلق الحالية أو مدى الحياة. كما تم التوصل إلى وجود علاقة بين الأم والطفل فيما يتعلق باضطراب القلق الاجتماعي، واضطراب القلق العام، ومن المثير للاهتمام أن جميع الآباء والأشقاء المصابين باضطراب القلق الاجتماعي جاءوا من أسر أطفال يعانون من اضطراب القلق الاجتماعي. وكان آباء الأطفال المصابين باضطراب القلق الاجتماعي أكثر عرضة للإصابة باضطرابات القلق مدى الحياة، وتشير النتائج إلى أن الأطفال المصابين باضطرابات القلق غالبًا ما يكون لديهم آباء مصابين باضطرابات القلق، وخاصة

اضطراب القلق الاجتماعي الذي يعتبر أكثر انتشارًا في أسر الأطفال المصابين باضطراب القلق الاجتماعي، ويجب مراعاة تأثير اضطرابات القلق (الاجتماعية) الخاصة بالوالدين عند علاج الأطفال المصابين باضطرابات القلق.

إن التأثير الرئيسي للعوامل الوراثية أو البيئية غير محتمل لأي اضطراب، ومن الأرجح أن تكون اضطرابات القلق نتاجًا للارتباطات والتفاعلات المعقدة بين الجينات والبيئة والتي يصعب للغاية نمذجتها من بيانات التوائم، ما يبدو أنه صحيح هو أن هناك أساسًا وراثيًا قويًا لاضطرابات القلق والذي يعتبر أضعف من بعض الاضطرابات مثل الفصام أو الاضطراب ثنائي القطب. قد يكون هناك أيضًا بعض التأثير من العوامل البيئية والعائلية المشتركة، ولكن من المحتمل أن يكون هذا أضعف بكثير من بعض الاضطرابات مثل الاضطرابات الخارجية أو تعاطي المخدرات وقد يتفاعل مع التركيب الجيني للطفل. كان هناك أيضًا عدد أقل بكثير من الأبحاث حول العوامل البيئية المساهمة في اضطرابات القلق مقارنة بالعديد من الاضطرابات الأخرى (Rapee, 2012).

دور الأبوة والأمومة والبيئة الأسرية في تطوير والحفاظ على اضطرابات القلق هو مجال بحثي ناشئ ومثير يبشر بإظهار النماذج والتدخلات المسببة، وعلى الرغم من أن هذا المجال لا يزال في مهده، إلا أن الأدلة تتراكم للإشارة إلى أن العوامل الأسرية المحددة وسلوكيات الأبوة والأمومة تؤثر على مستويات أعراض القلق لدى الأطفال، وتؤكد النماذج النظرية الحالية لفهم تطور اضطرابات القلق لدى الأطفال على العلاقة المتبادلة بين عوامل الوالدين والطفل في سياق الضغوطات البيئية، وأحد

هذه النماذج هو نموذج (Ginsburg & Schlossberg, 2002) ، والمقدم في الشكل 1 ، يصور هذه العلاقات.



الشكل رقم 1: النموذج التنموي لقلق الطفولة (Ginsburg & Schlossberg, 2002)

على الرغم من أن العديد من عناصر هذا النموذج لا يزال يتعين تقييمها تجريبياً، إلا أنه يعد بمثابة نقطة انطلاق مفيدة لتحديد عوامل الطفل والوالد والعوامل البيئية المرتبطة بتطور القلق لدى الأطفال.

فيما يتعلق بعوامل الخطر الخاصة بالأطفال، يُفترض أن الحالة المزاجية المبكرة - أي التثبيط السلوكي (بسبب الاستعداد الوراثي على الأرجح) - تؤدي إلى انخفاض عتبة الاستجابة للإثارة غير المألوفة والجديدة ومستوى أعلى من الاستشارة العاطفية. قد تؤدي هذه الاستجابة بدورها إلى انسحاب سلوكي واجتماعي وتعلق غير آمن بمقدم الرعاية، ومن المحتمل أن تؤثر عوامل الأطفال هذه على سلوكيات الأبوة والأمومة.

من ناحية الوالدين، يُفترض أن المزاج وتاريخ التعلق غير الآمن يهيئان الآباء للأعراض النفسية/العقلية، وخاصة القلق، ويُعتقد أن المستويات العالية من القلق لدى الوالدين تتداخل مع تنمية مهارات التأقلم التكيفية الخاصة بهم وتؤدي إلى سلوكيات أبوية معينة تعزز القلق والتي بدورها تزيد من تعرض أطفالهم للإصابة باضطراب القلق. من الواضح أن سلوك الوالدين أو التفاعل الأسري ما هو إلا جزء من تفاعل معقد للعوامل التي تؤثر على تطور اضطرابات القلق لدى الأطفال.

هناك أيضاً عدد من العوامل البيئية التي من المحتمل أن تؤثر على التفاعلات الأبوية والأسرية. على سبيل المثال، يمكن أن تؤثر البطالة، وموت أحد الأحباء، ونقص الدعم الاجتماعي والعزلة الاجتماعية، والخلافات الزوجية، بشكل

عام، أو حول إدارة السلوك القلق بشكل خاص، على سلوك الأبوة (Ginsburg, Siqueland, Masia-Warner, & Hedtk, 2004).

العوامل الديموغرافية للأسرة Family Demographics

ورد في مقال (Rapee, 2012) "ربما يكون من المدهش أن هناك القليل من الأدلة على ارتباط العوامل الديموغرافية للأسرة بشدة بالقلق، بما في ذلك حجم الأسرة أم تكوينها أم ترتيب الميلاد أم الظروف المعيشية". ويتابع الكاتب، لقد فشلت العديد من الدراسات الكبيرة في الإبلاغ عن علاقات متسقة بين تشخيص اضطرابات القلق في الطفولة والعوامل الديموغرافية، الاستثناء الوحيد هو البيانات التي تشير إلى وجود علاقة محتملة بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة ووجود القلق في الطفولة، فقد تم إظهار دعم هذه العلاقة في دراسة طويلة واحدة أظهرت أن الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة أثناء الطفولة التي تم تقييمها من خلال مستوى وظيفة الأم والأب كان مؤشراً هاماً لتشخيص اضطراب القلق العام في مرحلة البلوغ (Moffitt et al. 2007 as cited in Rapee, 2012)، وهناك القليل من الأدلة على أن العوامل الديموغرافية الأخرى تزيد من خطر القلق. وتشير الدلائل المتسقة إلى أن البالغين الذين يعانون من القلق، وخاصة الرهاب الاجتماعي، هم أقل عرضة للزواج من الأفراد غير المضطربين، وهذا على الأرجح نتيجة للاضطراب أكثر من كونه سبباً.

العلاج الزواجي والأسري لاضطرابات القلق:

يُعتقد عمومًا أن اضطرابات القلق تنشأ عندما تتحرف القدرة البشرية على التعلم والتجنب. عندما تتناسب بشكل مناسب مع المخاطر المطروحة يمكن أن يكون لعمليات التعلم والتجنب هذه نتائج وظيفية تكيفية (على سبيل المثال، تعلم عدم لمس الموقد الساخن)، ومع ذلك عندما تنمو روابط الخوف وسلوك التجنب بشكل غير متناسب مع الخطر الفعلي الذي يمثله أو يتم تعميمه بشكل غير لائق يمكن أن يكون لها عواقب سلبية كبيرة على الحياة (على سبيل المثال، الخوف من حرق المنزل إلى حد رفض تشغيل الموقد في الشتاء). يمكن أن يكون التجنب في مواجهة الأخطار الحقيقية أمرًا حيويًا للبقاء على قيد الحياة، لكن يمكن لهذه العملية نفسها أيضًا أن تثير قلقًا سريريًا عن طريق إزالة فرص تحدي المعتقدات التي تدعم المخاوف. تستند المخاوف عادةً إلى المعتقدات الكارثية حول نتيجة مواقف معينة (على سبيل المثال، أن نوبة هلع مستقبلية ستؤدي إلى الموت، كما يظهر في اضطراب الهلع؛ أو سيتم رفض الفرد وإحراجه إذا تم تقييمه من قبل الآخرين كما يظهر في اضطراب القلق الاجتماعي)، لذلك فإن اكتساب الخبرة مع الموقف المخيف ورؤية أن المخاوف لا "تتحقق" توفر دليلًا مقنعًا ضد الاعتقاد وتشكل الأساس لعلاج اضطراب القلق الفعال. ومع ذلك فإن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات القلق يتجنبون المخاطر المتصورة، وعند الانخراط في التجنب، فإن حقيقة أن الخوف لا "يتحقق" تُعزى إلى نجاح التجنب كإجراء مضاد.

على الرغم من أن التجنب يعتبر عادة مسعى فردياً، فمن المهم أيضاً التفكير في كيفية مساعدة العلاقات بين الأشخاص في تعزيز التجنب والحفاظ على معتقدات الخوف. قد يكون من الصعب ملاحظة شخص عزيز يعاني من أعراض القلق المزعجة. على سبيل المثال، قد يحاول الزوج تخفيف أعراض القلق لشريكه المرتبط باضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) من خلال استيعاب تجنب الشريك للتجمعات الاجتماعية أو المواقف الاجتماعية الأخرى التي تسبب عدم الراحة. من المفهوم أن أفراد الأسرة يرغبون في إراحة أحبائهم من أعراض القلق لديهم وجعلهم يشعرون بضيق أقل، وعلى الرغم من أن هذه السلوكيات قد تهدف إلى أن تكون داعمة، إلا أنها لا تساعد في القضاء على المخاوف ويمكن أن تكون بمثابة سلوكيات أمان بين الأشخاص، وبالتالي من المهم النظر في دور شركاء العلاقة وأفراد الأسرة الآخرين في فهم اضطرابات القلق وعلاجها.

هناك العديد من الأسباب التي تجعل العلاجات القائمة على الزوجين أو الأسرة علاجات فعالة لاضطرابات القلق، كما أن العلاقة أو الخلاف الأسري قد يؤدي إلى زيادة احتمالية إصابة الشخص بالقلق، على سبيل المثال، قد يكون الخلاف بين الشركاء مرهقاً وبالتالي يزيد من خطر التعرض لأعراض مثل القلق أو القلق بشأن العلاقة، كما قد تزيد أعراض القلق من احتمال حدوث مشاكل في العلاقة، على سبيل المثال إذا اختار الشخص المصاب باضطراب القلق الاجتماعي (الرهاب الاجتماعي) عدم حضور التجمعات الاجتماعية التي يرغب شريكه في حضورها، فقد يؤدي ذلك إلى توتر علاقته، وبالتالي زيادة احتمالية ضعف أداء العلاقة. أخيراً، قد يكون لأعراض اضطرابات القلق وعمل العلاقات تأثير ثنائي الاتجاه، حيث يُظهر

الأفراد المصابون باضطراب القلق سلوكيات تؤدي إلى الخلاف في العلاقة، والتي بدورها تؤدي إلى استمرار القلق بشأن حالة العلاقة، والذي يمكن أن يؤدي بدوره إلى تفاقم السلوكيات والأعراض التي يمكن أن توتر العلاقة، وبالتالي من المحتمل أن يكون تفاعل أعراض القلق مع عمل الزوجين والأسرة معقدًا.

تم تطوير العديد من الأساليب النظرية لإشراك الشركاء أو أفراد الأسرة الآخرين في علاج اضطرابات القلق، وفي حين أن بعض العلاجات موصوفة للاستخدام مع اضطرابات القلق المحددة، فإن البعض الآخر لديه إمكانية تطبيق علاج أوسع. لقد أظهر العلاج السلوكي المعرفي المشترك - Cognitive-behavioral conjoint therapy أنه تدخل فعال يعتمد على الزوجين لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة، ويستهدف كلاً من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة بالإضافة إلى أداء العلاقات من خلال توفير التعليم النفسي psychoeducation فيما يتعلق باضطراب ما بعد الصدمة، والتدريب على مهارات الاتصال لتحسين تعديل العلاقة، وأنشطة النهج السلوكي لمواجهة التجنب، والتدخلات المعرفية التي تهدف إلى معالجة المعتقدات التي تعزز مصادر مشاكل العلاقة وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة. كما ثبت أن تضمين الشركاء أو الوالدين في التدخلات القائمة على الزوجين أو الأسرة فعال في علاج الوسواس القهري، ويكمل هذا العلاج السلوكي المعرفي الفردي بالتعرض ومساعدة الزوجين أو الأسرة، ومنع الاستجابة للتأقلم، والتدريب على التواصل. العلاج الزوجي المركز عاطفياً Emotionally focused couple therapy هو نهج آخر قائم على الزوجين مع وجود أدلة تشير إلى أنه قد يكون علاجًا فعالًا للزوج ، حيث يتعلم الأزواج تحديد وفهم المشاعر المتعلقة

بالصدمة وتلك المرتبطة بالخلاف في العلاقة والعمل على تكوين اتصال عاطفي داعم. نهج آخر قائم على الزوجين لاضطراب ما بعد الصدمة هو العلاج الاستراتيجي strategic approach therapy، والذي يستهدف كلاً من أعراض التجنب المرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة ويعزز مهارات التواصل والعلاقات الصحية.

تطبيق المفهوم في العلاج الزوجي والأسري

تتشترك غالبية الأساليب القائمة على الزوجين والأسرة لاضطرابات القلق في العديد من المكونات الرئيسية، ولأجل تطوير خطة العلاج، من الضروري أولاً تقييم أعراض القلق لدى الفرد وتأثير هذه الأعراض على أداء الفرد في مجالات متعددة، بما في ذلك علاقاته الحميمة والعائلية. من المهم أيضاً تحديد السلوكيات التي يتخذها كل من الأفراد وشركائهم أو أفراد الأسرة الآخرين للحفاظ على قلقهم، من خلال محاولة تقليل ضائقة الشخص أو تقليل الصراع المرتبط بأعراض الشخص، إذ قد يعزز الشركاء أو أفراد الأسرة القلق عن غير قصد، لذا فإن تحديد العوامل التي تحافظ على القلق عنصر مهم في مرحلة تقييم العلاج.

عنصر شائع آخر للنهج القائم على الزوجين والأسرة هو التثقيف النفسي psychoeducation. تماماً مثل العلاجات الفردية، تتضمن العلاجات القائمة على الزوجين والأسرة تثقيفاً نفسياً عاماً حول طبيعة القلق، بالإضافة إلى موضوعات محددة مهمة مثل التعلم المعزز والتجنب، كما يتضمن أيضاً التثقيف النفسي في النهج القائم على الزوجين والأسرة مناقشة الطرق التي قد يعزز بها الشريك

أو أحد أفراد الأسرة أعراض القلق لدى الفرد، نظرًا للتأثير ثنائي الاتجاه للقلق وأداء الزوجين والأسرة، ويشمل التثقيف النفسي أيضًا بشكل عام التثقيف بشأن الطرق التي يمكن أن تؤثر بها أعراض القلق سلبًا وتتأثر بوظائف الزوجين والأسرة.

قائمة المراجع:

- Eley, T. C., McAdams, T. A., Rijdsdijk, F. V., Lichtenstein, P., Narusyte, J., Reiss, D., . . . Neiderhiser, J. M. (2015). The intergenerational transmission of anxiety: a children-of-twins study. *American Journal of Psychiatry*, 172(7), 630-637 .
- Ginsburg ,G. S., & Schlossberg, M. C. (2002). Family-based treatment of childhood anxiety disorders. *International Review of Psychiatry*, 14(2), 143-154 .
- Ginsburg, G. S., Siqueland, L., Masia-Warner, C., & Hedtke, K. A. (2004). Anxiety disorders in children: Family matters. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 28-43 .
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578 .
- Labrecque ,L. T., Tobias, M., & Whisman, M. A. (2019). Anxiety Disorders in Couple and Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of*

- Couple and Family Therapy* (pp. 120-123). Cham: Springer International Publishing.
- Rapee ,R. M. (2012). Family Factors in the Development and Management of Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 69-80. doi:10.1007/s10567-011-0106-3
- Russo, J., Coker, J. K., & King, J. H. (2017). *DSM-5® and Family Systems*: Springer Publishing Company.
- Telman, L. G., van Steensel, F. J., Maric, M., & Bögels, S. M. (2018). What are the odds of anxiety disorders running in families? A family study of anxiety disorders in mothers, fathers, and siblings of children with anxiety disorders. *European child & adolescent psychiatry*, 27(5), 615-624 .

الفصل السابع: الأسرة واضطراب ما بعد الصدمة

الأسرة واضطراب ما بعد الصدمة

Trauma- and Stress or-Related Disorders

مقدمة:

كفئة تشخيصية، تمثل الصدمات والإجهاد أو الاضطرابات ذات الصلة Trauma- and Stress or-Related Disorders مجموعة جديدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الخامسة؛ DSM-5)، حيث أن النسخة السابقة من DSM - الطبعة الرابعة تصور اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) بين اضطرابات القلق، قد يجادل البعض بأن هذا التغيير انعكس على تطور حقيقي للبحث والفهم حول الصدمة وعواقبها على الأفراد والأسر والمجتمعات، وجادل آخرون بأن هذا التغيير لا يعكس سوى رفض APA الاعتراف بالآثار الكاملة لأبحاث الصدمات، وفي أحد أكثر المشاريع البحثية شمولاً من مركز السيطرة على الأمراض والوقاية منها Center for Disease Control and Prevention، تم تحديد التعرض لمحن الطفولة كعامل أساسي يساهم في قائمة لا تزال تنمو من الإعاقات الفسيولوجية والعاطفية، وتشير التطورات في دراسة انتقال الصدمات بين الأجيال بالإضافة إلى البحث في عواقب سوء المعاملة في مرحلة الطفولة المبكرة إلى أن عواقب التعرض للصدمات يمكن اختبارها وانتقالها من جيل إلى جيل. ببساطة، لا يقتصر التعرض المؤلم لمحنة على الشخص الذي عانى وتذكر حادثاً مؤلماً فحسب، بل يؤثر أيضاً على أسرته (Russo, Coker, & King, 2017).

في القرن الحادي والعشرين، كما في الماضي، يتعامل البشر مع آثار الصراع، والهجرة، والمجاعة، والمرض، والقسوة الشخصية، والخوف الشديد والاضطراب العاطفي. احتمالية تعرض الشخص لحدث صادم في حياته عالية جدًا، لكن فقط نسبة صغيرة من الأشخاص المعرضين لمثل هذه الأحداث المجعدة تتطور لديهم عواقب طويلة المدى، هؤلاء الأفراد يعتبرون مصدومين، ويمثلون مجموعة من الاضطرابات تشتمل على عدم انتظام العاطفة، والعدوان على الذات والآخرين، والأعراض الجسدية، واضطرابات المزاج والسلوك، قد يكون التعرض لحدث صادم مقيدًا، ويقتصر على حلقة واحدة أو غير متكررة، وقد يصاب الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).

لكن هيرمان (Herman 1992، 2015) تشير إلى أن تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة فشل في التقاط آثار التجارب الصادمة التي تطول وتكرر، وحددت ثلاث مجالات واسعة للاضطراب:

الأول عرضي symptomatic: غالبًا ما تبدو صورة الأعراض لدى الناجين من الصدمات الطويلة أكثر تعقيدًا وانتشارًا وثباتًا من اضطراب ما بعد الصدمة البسيط.

والثاني خاص characterological: الناجون من سوء المعاملة لفترات طويلة يطورون تغيرات مميزة في الشخصية، بما في ذلك تشوهات العلاقة والهوية.

المجال الثالث يتعلق بقابلية الإصابة بالأذى المتكرر للناجي، سواء على يد نفسه أو على أيدي الآخرين. يقترح هيرمان أن ظروف السيطرة القسرية التي لا يرى الشخص أملًا في الهروب منها تلعب دورًا مهمًا في تطوير اضطراب ما بعد الصدمة

المعقد. يخلق سوء المعاملة والإهمال والعلاقات الأسرية المضطربة سياقًا لتطور اضطراب ما بعد الصدمة المعقد، وتقوض مثل هذه الظروف نمو الطفل وتنظيم المشاعر والمهارات اللازمة للعلاقات الشخصية ويؤثر كل من عمر البداية ومدة الشدائد على قابلية التأثر لتطور اضطراب ما بعد الصدمة واضطرابات الإجهاد الشديد غير المحدد بطريقة أو بأخرى (Papero, 2017).

الأسرة تحت الضغط The Family Under Stress

الأسرة هي أحد الأمثلة على "غشاء الصدمة trauma membrane"، أي البيئة الوقائية المحيطة بالناجين من الصدمة، وفي ظل أفضل الظروف توفر الأسرة دعمًا إضافيًا وهيكلًا وموارد لمواجهة لأحد أفراد الأسرة المصاب بصدمة نفسية، ومع هذا الدعم يكون رد الفعل الصحي والتكيف الإيجابي أكثر احتمالية، ومع ذلك في ظل ظروف التعرض لصدمة مزمنة أو متعددة أو مستمرة قد تفقد الأسرة قدرتها على أداء وظيفتها الوقائية، وغالبًا ما يرتبط التعرض المتكرر بردود فعل شديدة ومستمرة لدى العديد من أفراد الأسرة ويمكن أن يؤدي أيضًا إلى إجهاد نسقي.

بدأت الجهود لتحديد التكيفات المعقدة للصدمة في الأسر في عام 2009 خلال اجتماع لجنة الخبراء الذي أجراه مركز علاج الصدمات للأسرة (FITT) Family Informed Trauma Treatment، واتفق الخبراء الذين شاركوا في هذا الاجتماع على ما يلي:

يتعرض عدد كبير جدًا من الأسر لظروف مؤلمة متراكمة، ويتم تحديد التكيفات المعقدة للصدمة في الأسر من خلال شدة الصدمة المتراكمة ومدتها

وإزّمانها chronicity وطبيعة استجابة الأسرة، وتلك العائلات التي ضعفت قوتها بسبب الضغوطات الصادمة المتراكمة تظهر ضائقة وتعطل أداء الأسرة.

ويرتبط تكيف الأسرة مع الصدمات بخصائص سياق الأسرة مما يجعل من الضروري فهم تجاربها وظروفها، ومن المرجح أن تحدث التكيفات المعقدة للصدمة عندما تتعامل الأسر مع الظروف الصادمة المتراكمة، وتحدث الظروف الصادمة المتراكمة عندما يحتوي سياق الأسرة على ضغط عالٍ، وتعرض لصدمة، وضغوط ثانوية مرتبطة به، وتهديدات مستمرة. بالنسبة للعديد من العائلات، فإن تجارب المحن والصدمات هذه مترابطة، ويؤدي العيش في ظروف قاسية إلى زيادة مستويات التوتر بشكل عام وخطر التعرض للصدمات.

وبمجرد التعرض للصدمة، يزداد خطر التعرض الإضافي لصدمة أخرى، وقد يؤدي التعرض للصدمة أيضًا إلى سلسلة من الضغوط الثانوية أو المتتالية المرتبطة بالحدث أو الأحداث الأصلية، أخيرًا تتعامل الأسر التي تعيش في ظروف صادمة متراكمة مع التهديدات المستمرة التي لا يمكن التنبؤ بها والتي لا يمكن السيطرة عليها، وترتبط الظروف الصادمة المتراكمة بخمس فئات من الضغوط الأسرية، بدءًا من الضغوطات المعيارية إلى الأحداث أو الصدمات الكارثية. وتشمل **الضغوطات المعيارية** جميع الأعباء المرتبطة بإنجاز مهام الحياة الأسرية اليومية، ومن المعلوم أن هناك فترات معينة من دورة حياة الأسرة (على سبيل المثال، العائلات التي لديها أطفال رضع أو أطفال صغار) مرتبطة بمستويات أعلى من الإجهاد المعياري، ويمكن أن تزيد الضغوط المعيارية من الشعور بالإرهاق عندما تتعامل

الأسر أيضًا مع التعرض للضغوط والصدمات الأخرى، وتواجه الأسر أيضًا ضغوطًا مرتبطة بالتحويلات التنموية الفردية والأسرية المتوقعة، ومع الزواج يأتي التفاوض على أدوار جديدة، وعلى الرغم من توقع هذه الأدوار، فإن هذه التحويلات تخلق ضغوطًا وتتطلب من الأسرة التكيف مع الظروف المتغيرة. بالإضافة إلى التحويلات المعيارية والمتوقعة، تعاني العديد من الأسر من الإجهاد المرتبط بالتحويلات غير المتوقعة، وسيكون الطلاق أو الانفصال أو إبعاد الطفل عن الأسرة أمثلة على مثل هذه التحويلات، ويخلق عدم القدرة على التنبؤ مزيدًا من الضغط ويتطلب عادةً المزيد من الموارد الأسرية من أجل التكيف الناجح. وتواجه الأسر أيضًا مجموعة متنوعة من الضغوطات أو المتاعب السياقية المتعلقة بظروف المجتمع، على سبيل المثال تواجه الأسر التي تعيش في فقر موارد مجتمعية محدودة، بما في ذلك المساكن المزدهمة والمتدنية والمدارس المحرومة، وفرص العمل المحدودة، والمتاعب المتعلقة بالحصول على الخدمات من أنظمة الخدمات المكتظة، ووصمة العار المتعلقة بوضعهم من الطبقة الدنيا في المجتمع. وأخيرًا، فإن الضغوطات الشديدة، والتي يشار إليها غالبًا باسم الصدمات أو الأحداث الكارثية، تؤثر أيضًا على الأسر.

كما هو الحال مع الاستجابات الفردية للصدمات، فإن استجابة الأسرة تكون في جزء كبير منها مستندة إلى طبيعة تعرضهم للصدمة ومع تجربتهم مع الضغوط الثانوية المرتبطة بها. أحد المتغيرات ذات الأهمية لاستجابة الأسرة هو عدد الصدمات التي تعرضت لها. لسوء الحظ بالنسبة للعائلات التي تعرضت لظروف مؤلمة متراكمة، فإنها غالبًا ما تواجه صدمات متعددة على مدار سنوات عديدة وعبر عدة أجيال.

بعد الأحداث الكارثية، غالبًا ما يتعين على العائلات التعامل مع عدد من المتاعب (على سبيل المثال، إعادة التوطين بعد إعصار أو فيضان، والإجراءات القانونية بعد الاغتصاب أو القتل، والانفصال بعد الإساءة داخل الأسرة)، وتتراكم الضغوط الثانوية أو المتتالية المرتبطة بالحدث أو الأحداث الأصلية وتطيل التأثير وتتطلب جهودًا مستمرة للتكيف، معظم الأسر التي تعيش في ظروف صادمة متراكمة لا تتعامل مع ردود فعل ما بعد الصدمة ، ولكنها تواجه مخاطر حقيقية وحالية، ونوبات الخطر الفعلي ليست عامل الضغط الأساسي، إن عامل الضغط المزمن هو الوجود المستمر لإمكانية التعرض للقوى الخطرة التي لا يمكن السيطرة عليها أو تجنبها، وعدم اليقين بشأن تكرار أو استمرار التهديدات بالتعرض يزيد من خطر سوء التكيف (Kiser, 2015).

في حين أن العديد من الباحثين والأطباء قد ركزوا على الفرد المصاب بالأعراض، فقد توجه البعض إلى استجابة الأسرة لواحد أو سلسلة من الأحداث المجردة أو المؤلمة، ويشيرون إلى الأسرة كنظام ويستخدمون مصطلحات مثل الاستقرار الديناميكي (Hill, 1949) dynamic stability، والنسق الديناميكي لمحاولة نقل الطبيعة المتغيرة لاستجابات الأسرة للتحديات. وقد قام (Figley 2013) Kiser and بالاعتماد على عمل (Hill 1949) و McCubbin and Patterson (1983) باقتراح أن الإصابة المؤلمة لأحد أفراد الأسرة قد تؤثر على الأسرة بأكملها مما يوحي بأن مثل هذه العائلات عرضة لـ "الأداء الوظيفي النسقي غير الصحي systemic dysfunction"، ويقترحون أن فعالية استجابة الأسرة لحدث صادم تنطوي في المقام الأول على التفاعل بين ثلاثة عوامل: (1) سياق مجموعة

الضغوطات الحالية، (2) تصور الأسرة لهذه الضغوطات، و (3) موارد التعافي للأسرة، ولاحظوا في نموذجهم، كما فعل باحثون آخرون، أن العائلات لديها مجموعة من الفعالية التكيفية: بعض العائلات تزدهر، وبعضها يكافح ولكن يحقق تكيفًا عمليًا، والبعض الآخر يفشل في التكيف. ويبدو أن معيار التكيف الناجح هو قدرة الأسرة على الاستمرار في تلبية احتياجات أفرادها. يؤكد Hill (1949) أنه في الأسر المتكيفة جيدًا "... الاحتياجات الأساسية لجميع الأفراد المتعلقة بالمودة والأمن والنمو يتم تلبيتها وإشباعها بطريقة مُرضية *satisfying*". ويشير (McCubbin and Patterson 1983) إلى أن التكيف الجيد يشمل "... (1) الحفاظ على تكامل الأسرة أو تعزيزها (أي درجة الارتباط والمودة في وحدة الأسرة)، (2) التعزيز المستمر لكل من نمو الأعضاء نمو وحدة الأسرة، و (3) الحفاظ على استقلال الأسرة وإحساسها بالسيطرة على التأثيرات البيئية، وتشمل مؤشرات ضعف التكيف التوتر المطول في الأسرة والضعف العاطفي لواحد أو أكثر من أفراد الأسرة، وتدهور سلامة الأسرة، وتدهور صحة ونمو فرد أو أكثر من أفراد الأسرة، وتدهور في رفاهية وحدة الأسرة، وتقييد استقلال الأسرة. يمكن للمرء أن يستنتج أن مصطلح الأداء الوظيفي النسقي غير الصحي *systemic dysfunction* يشير إلى تدهور عمليات التعامل مع الشدائد. وتتضمن العمليات الصحية في التعامل مع الشدائد تعزيز الحفاظ على قدرة الأسرة على تلبية احتياجات أفرادها، كما تتضمن هذه العمليات قبولًا واضحًا للتحدي والحاجة إلى الاستجابة، والاعتراف بمسؤولية الأسرة في معالجة المشكلات، والإدارة الجيدة للتفاعل بين الأشخاص، والمرونة في الأدوار الأسرية، والتواصل المفتوح والفعال، والتوجه نحو المشكلة، والاستخدام الحكيم والفعال للموارد، والمناخ

العام داخل الأسرة الذي يعكس "الفهم المشترك" للوضع والثقة في القدرة على التكيف والتعامل مع الموقف شديد التوتر.

في تقريره السنوي عن مشروعه البحثي في المعهد الوطني للصحة العقلية (NIMH) لعام 1959، وجه موراي بوين الانتباه أيضًا إلى أنماط رد فعل الأسرة استنادًا إلى دراسة العائلات التي تم تشخيص أحد أفرادها على أنه مصاب بالفصام، لاحظ بوين (2013) أن العائلات "... تقدم صورة جماعية للعجز وعدم الملاءمة"، وذكر بوين أن أداء الأسرة يتحسن عندما يشارك أحد الوالدين في حل المشكلة التي تواجهها الأسرة. وتوصل بوين وفريقه البحثي تدريجيًا إلى النظر إلى الأسرة كوحدة أو نظام تعكس فيه أعراض الفصام تركيز الأسرة المكروية على فرد. اقترح أن تصبح الأسرة وحدة العلاج وليس الفرد وأن يتم توجيه العلاج إلى عجز الأسرة. قادت أبحاث بوين إلى النظر إلى الأسرة "كنظام وظيفي مرن ومتغير باستمرار..." ، ويشير مصطلح الوظيفي functional إلى أن الأسرة لديها مهمة يتعين القيام بها أو غرض يتعين إنجازه، وأضاف أن نظام الأسرة البشرية هو نظام طبيعي يخضع لقوانين النظم الطبيعية الأخرى، وإذا نظر المرء إلى النسق الأسري كنسق طبيعي وظيفي functional natural system، فيمكن عندئذٍ استنتاج العديد من المهام. يجب أن تستجيب وحدة الأسرة لظروف بيئتها بطريقة تسمح للأسرة بتلبية الاحتياجات البيولوجية لأفرادها، ويجب أن تستخرج الموارد من البيئة للحفاظ على الحياة، على سبيل المثال، الغذاء والمأوى والموارد الأخرى التي تحافظ على الحياة، وبهذا المعنى فإن الأسرة لها وظيفة اقتصادية. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن توفر إطارًا لتكاثر الأجيال القادمة وتطورها، لذلك لديها وظيفة تجديد أو نمو، ويجب أن يطور نظام

الأسرة الوظيفي أيضًا عمليات الاستجابة للتحديات البيئية التي تهدد قدرة الأسرة على أداء مهامها بكفاءة وفعالية، وبالتالي فإن لها وظيفة صيانة وحماية. وتتضمن وظيفة الصيانة الحفاظ على عمليات استجابة الأسرة الجيدة، وتتضمن وظيفة الحماية وظائف التقييم والدفاع عند تقييم التهديد. ويشير مصطلح وظيفي أيضًا إلى فكرة أن كل شخص في نظام الأسرة لديه وظيفة أو دور يؤديه، وقد تعكس المناصب أو الأدوار الوظيفية في نظام الأسرة مهامًا محددة يجب القيام بها، على سبيل المثال، رب الأسرة أو مقدم الرعاية للأطفال. كما أنها تحدد مسؤوليات معينة يتحملها أفراد الأسرة لأداء مهام وحدة الأسرة الواسعة، ويشير المصطلح أيضًا بشكل عرضي إلى الأدوار أو المواقف التي يتخذها أفراد الأسرة استجابةً لبعضهم البعض في التسلسلات المتبادلة والديناميكية للسلوك أو الأنماط التفاعلية. ويعتمد نظام الأسرة طاقته التحفيزية من العاطفة التي يتم التعبير في تفاعل العلاقات. ويعيش الفرد الذي يعاني من الأعراض symptomatic ويعاني ضمن نظام الأسرة الديناميكي والمدفوع عاطفياً، ويشارك كل فرد من أفراد الأسرة، ويستجيب للآخرين ويستجيب له الآخرون، وفي شبكة من التفاعلات المتبادلة، ينظم regulates كل شخص الآخرين وينظمه الآخرون بدورهم، وتصبح الطبيعة الديناميكية للنظام أكثر وضوحًا مع زيادة القلق والتوتر، وتتشكل سلاسل التفاعل، وتظهر الظاهرة التي يشير إليها بوين باسم "المثلث العاطفي emotional triangle"، وتتصرف الأسرة بشكل مختلف عندما يكون الهدوء عما تكون عليه عندما يكون المناخ متوترًا. ويرى بوين أن اضطرابات التوازن يمكن أن تنشأ كرد فعل على الضغوط داخل الأسرة ومن الخارج. وتعكس الضغوطات الداخلية الترابط بين أفراد الأسرة والمطالب الملقاة على عاتق بعضهم البعض، ويعكس

الضغط الخارجي بشكل عام حاجة الأسرة للاستجابة للظروف المتغيرة التي تتحدى قدرة الأسرة على الحفاظ على أسلوب حياتها وطرق عملها، ويمكن أن تؤثر هذه الضغوط على جميع الأسر، ولكن تلك التي لديها نقص في التمايز (تبعية كبيرة بين أفراد الأسرة أو عدم التمايز) تبدو أكثر عرضة للاضطرابات من الأسر التي يقترب فيها التوازن من الخمسين والتي يعتقد بوين أنها الأمثل (Papero, 2017).

رد فعل الفرد المصاب بالصدمة يُفهم بصورة أفضل في سياق تجربته كعضو في نظام الأسرة، ويؤثر رد فعل الفرد المصاب بالصدمة على الطريقة التي تعمل بها الأسرة بأكملها، ويحافظ الاستتباب على الصدمة ويجعلها مستعصية على الحل بشكل متزايد.

لاحظت الشبكة الوطنية لإجهاد الطفل (2011) أن الصدمات تؤثر على الأسرة وأفراد الأسرة من خلال الطرق الست التالية:

1. يمكن أن يؤثر الضغط الناتج عن الصدمة سلبًا على العلاقات الحميمة بين البالغين عندما يعاني أحد الشريكين أو كلاهما من اضطرابات في القدرة على التواصل وإدارة عواطفهم والانخراط في علاقات حميمة.
2. أحد الوالدين أو كلاهما الذين يكافحون من أجل الاستجابة للصدمة الشخصية قد ينتهي بهم الأمر بقدرات ضعيفة لا تساعد أطفالهم على النمو والتطور.
3. يمكن أن يسمح عدم توفر الدور الوالدي وقلة فعاليته بتطور أو تفاقم مشاكل الأطفال.

4. يمكن أن تتعرض علاقات الأشقاء للخطر عندما تؤثر الصدمة بشكل كبير على أحد أعضاء العائلة.

5. الأحداث الصادمة يمكن أن تضعف قدرة الأسرة على دعم ورعاية بعضهم البعض.

6. يمكن أن تتطلب الأحداث الصادمة من الأسر بذل الوقت والجهد والمال بطرق لم تكن مطلوبة من قبل.

يمكن أن يؤدي هذا التغيير في الطريقة التي يتم بها تخصيص موارد الأسرة إلى انخفاض القدرة على الوفاء بالالتزامات الأسرية المهمة، مثل الدعم والسلامة والغذاء والصحة والمودة، وفي بعض العائلات قد يصبح الناجي من الصدمة "كبح فداء" في الأسرة، يتحمل اللوم لأنه يعاني من أعراض وسلوكيات معقدة قد تكون مشكلة في وحدة الأسرة، قد يتسبب هذا في انحياز بعض أفراد العائلة إلى جانب الناجي أو ضده. في حين أن بعض الأسر قد تشعر بالسوء تجاه الناجي، فإن الاستياء من المعاملة التفضيلية والشعور بالذنب لوجود هذه المشاعر السلبية غالبًا ما يكونان السمة البارزة. (Russo et al., 2017)

اضطراب ما بعد الصدمة في العلاج الزوجي والأسري

اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) هو اضطراب منتشر وفتاك يتميز بأعراض تسلل ذكريات الماضي؛ والتجنب المستمر للمثيرات والعواطف والأفكار المرتبطة بالحدث الصادم؛ والتغيرات السلبية في الإدراك والحالات المزاجية (على

سبيل المثال الحالة العاطفية السلبية المستمرة)؛ والتغيرات في الاستثارة والتفاعل (على سبيل المثال اضطرابات النوم). ويرتبط اضطراب ما بعد الصدمة ارتباطاً وثيقاً بالعلاقات الحميمة ومشاكل العلاقات الأسرية، كما يرتبط اضطراب ما بعد الصدمة في أحد الشريكين الحميين بمشاكل نفسية وعبء مقدم الرعاية للشريك الآخر، وبالنظر إلى هذه الارتباطات، والدور الفعال للدعم الاجتماعي في التعافي من الصدمات، تم بذل جهود لتطوير التدخلات القائمة على الزوجين والأسرة لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة. يمكن أن تتخذ التدخلات القائمة على الزوجين والأسرة لاضطراب ما بعد الصدمة عدداً من الأشكال بما في ذلك التدخلات بمساعدة الشريك، والعلاج العام للزوجين، والتعليم والمشاركة الأسرية. سوف نتطرق الى العلاج المعرفي السلوكي المشترك لاضطراب ما بعد الصدمة cognitive-behavioral conjoint therapy وهو علاج محدد للاضطراب مع الأدلة لتحسين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وتحسينات في أداء العلاقة، وتحسينات في الصحة النفسية للشريك، ويستخدم مصطلح "مشترك conjoint" بدلاً من "زوجان couple"، لأنه لا يلزم تطبيق العلاج حصرياً على الأزواج الحميمة، لأن العديد من القضايا ذات الصلة بالأزواج تتعلق أيضاً بالثنائيين في العلاقات الأخرى (على سبيل المثال، الأشقاء، الوالدين والطفل والبالغين).

العلاج المعرفي السلوكي المشترك لاضطراب ما بعد الصدمة-cognitive-behavioral conjoint therapy

إن الأساس المنطقي للعلاج المعرفي السلوكي المشترك لاضطراب ما بعد الصدمة ينبع من نظرية (Monson, Fredman, & Dekel, 2010) المعرفية

السلوكية البينشخصية لاضطراب ما بعد الصدمة cognitive-behavioral interpersonal theory of PTSD، وتفسر هذه النظرية الارتباط بين اضطراب ما بعد الصدمة ومشاكل العلاقات الحميمة، ومن الأمور الأساسية في النظرية المعرفية السلوكية البينشخصية هو التمييز بين الشفاء "الطبيعي" و "المعوق" بعد الصدمة. بالمقارنة مع الاضطرابات العقلية الأخرى التي تتطور بمرور الوقت، يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة اضطراب "التعافي المعوق"impeded recovery"، إذ بعد التعرض للصدمة يعاني معظم الأفراد من ضائقة تختفي بمرور الوقت دون تدخل، ولا يتم تشخيص هؤلاء الأفراد باضطراب ما بعد الصدمة ويعتبر هذا "التعافي الطبيعي"، بالمقابل هناك فئة من الأفراد من لن تصل إلى التعافي الطبيعي وسيتم تشخيصهم باضطراب ما بعد الصدمة. وفقاً للنظرية المعرفية السلوكية البينشخصية هناك عوامل شخصية وداخلية تعيق أو تسهل التعافي الطبيعي. يُعتقد أن المتغيرات السلوكية والمعرفية والعاطفية تتفاعل داخل كل فرد وبين الأفراد في الثنائي، وتؤثر هذه المتغيرات المتفاعلة بدورها على بيئة العلاقة التي يشترك فيها الثنائي، ورفاهية كل فرد، إما بتسهيل أو إعاقة التعافي من الصدمات. وتقول النظرية أن التجنب السلوكي أساسي للحفاظ على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومشاكل العلاقات الحميمة، وبالنسبة للفرد المعرض للصدمة يتم تكيف بعض المحفزات المرتبطة بالحدث الصادم بشكل كلاسيكي لإثارة الضيق بعد الصدمة، ويتم الحفاظ على هذه الضائقة من خلال التعزيز السلبي لتجنب هذه المحفزات. غالباً ما يعدل الأشخاص المحيطون سلوكهم استجابةً لضيق الفرد المعرض للصدمة ولتجنب أو تقليل الصراع المتعلق بأعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وهي ظاهرة يشار إليها باسم "التكيف"

مع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. ويُفترض أن الإدراك المرتبط بالصدمة يعيق التعافي من الصدمات ويساهم في ضائقة العلاقة، قد يقوم الأفراد داخل الثنائي الزوجي أو الأسري بتقييم الإشكالية حول سبب الصدمة (على سبيل المثال، "لو لم أخرج في تلك الليلة، لما تعرضت للاغتصاب") أو استخلاص استنتاجات من الصدمة التي تتداخل مع معالجة الصدمة والعلاقات الناجحة (على سبيل المثال، "من الخطر الاقتراب من الآخرين"). الاضطرابات في العمليات المعرفية مثل نقص الانتباه وتركيز والاهتمام الانتقائي بالسلبية والتهديد شائعة أيضًا بعد الصدمة ويمكن أن تسهم في توتر العلاقة، على سبيل المثال يمكن أن يمتد الانتباه الانتقائي للتهديد إلى تصورات عن سلوك الشريك، مثل الشك في أن نوايا الشريك خبيثة.

فيما يتعلق بالعوامل العاطفية في التعافي من الصدمات ومشاكل العلاقات الحميمة، ترى النظرية أن الأفراد الذين يعانون ويعبرون عن مجموعة من المشاعر المرتبطة بالصدمة (على سبيل المثال، الخوف، الغضب، الذنب، الحزن، الخجل) هم أكثر عرضة للتعافي الطبيعي. من خلال اختبار العواطف والتعبير عنها يكتسب الأفراد شعورًا بالإتقان وتنظيمًا أفضل للعاطفة، ويمكن للتعبير عن المشاعر أيضًا تسهيل العلاقة الحميمة والتقارب بين الأشخاص. على العكس من ذلك فإن تجنب التجربة العاطفية والتعبير يمكن أن يؤدي إلى عجز في التواصل داخل الثنائي والعلاقة، ومن خلال النظرية المعرفية السلوكية الينشخصية لاضطراب ما بين الصدمة كإطار توجيهي، يعمل العلاج المعرفي السلوكي المشترك لاضطراب ما بعد الصدمة بشكل متزامن على تحسين أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ويعزز أداء العلاقة عن طريق الحد من التجنب السلوكي والعاطفي وتعديل الإدراك المرتبط

بالصددمات من خلال التدخلات الثنائية المعرفية والسلوكية (Monson, Ennis, & Fredman, 2019).

العلاج السلوكي المعرفي المشترك هو تدخل لاضطراب ما بعد الصدمة مصمم لتقليل اضطراب ما بعد الصدمة وأعراضه المرضية المصاحبة وتعزيز الرضا عن العلاقة، ويتكون العلاج من 15 جلسة منظمة في 3 مراحل تعتمد على بعضها البعض وتتضمن تمارين أثناء الجلسة وخارجها لزيادة اكتساب المهارات واستخدامها.

يمكن إجراء جلسات العلاج مرتين في الأسبوع للمرحلتين 1 و2 كلما أمكن ذلك وأسبوعيًا خلال المرحلة 3، تركز المرحلة الأولى من العلاج المعرفي السلوكي على تحديد الأساس المنطقي للعلاج وإرساء السلامة داخل العلاقة، في الجلسة 1 يتم تزويد الأزواج بالتثقيف النفسي حول التأثيرات المتبادلة لأعراض اضطراب ما بعد الصدمة وأداء العلاقات، والأساس المنطقي لأهداف العلاج المعرفي والسلوكي، ولمحة عامة عن مسار العلاج. كما يتم تحديد أهداف محددة لتحسين اضطراب ما بعد الصدمة وعمل الزوجين، وفي نهاية الجلسة الأولى يُطلب من الزوجين القيام بأشياء لطيفة لتعزيز الإيجابية في علاقتهما وتقليل الانتباه الانتقائي للسلبية.

يُطلب من كل شريك أيضًا إكمال أسئلة تأثير الصدمة، وهي مجموعة من الأسئلة المصممة لاستنباط أفكار كل شريك حول كيفية تأثير اضطراب ما بعد الصدمة على علاقته والسبب (الأسباب) المتصورة للحدث (الأحداث) الصادمة، بالإضافة إلى أفكار كل شريك عن نفسه وشريكه والعالم بشكل عام في مجالات الثقة والسيطرة والتقارب العاطفي والحميمية الجسدية.

في الجلسة 2، يتم مشاركة هذه الردود بصوت عالٍ، ويتعلم الزوجان أيضًا كيف يمكن أن يساهم اضطراب ما بعد الصدمة في مجموعة من السلوكيات العدوانية أو الانسحابية، ويتعلمون استراتيجيات لتسهيل الشعور المشترك بالأمان، مثل التعرف على علامات الإنذار المبكر للغضب، واستراتيجيات إدارة الصراع، ويمارسون هذه المهارات داخل وخارج الجلسة.

في المرحلة الثانية، يتم تدريس تعميم التجنب فيما وراء ذكريات الصدمة المحددة لتجنب المشاعر ودوره في الحفاظ على كل من اضطراب ما بعد الصدمة ومشاكل العلاقات.

في الجلسة 3، يستخدم الزوجان مهارة الاتصال المتمثلة في الاستماع التأملي للبدء في إنشاء قائمة بالأشخاص والأماكن والمواقف والمشاعر التي تجنبوها كزوجين نتيجة لاضطراب ما بعد الصدمة.

بدءًا من الجلسة 4 وخلال بقية العلاج، تصبح قائمة "التجنب" هذه القائمة المهام الخاصة بهم، ويتم الانتهاء من القائمة بعد كل جلسة بطريقة متدرجة، ويتم إيلاء اهتمام خاص لاختيار الأنشطة التي ستعالج التجنب السلوكي وتتضاعف في نفس الوقت باعتبارها أنشطة مجزية مشتركة للزوجين. مهارات الاتصال التي يتم تقديمها وممارستها في كل جلسة تبني بعضها على بعض خلال الجلسات العديدة التالية لمساعدة الزوجين على التعرف على مشاعرهم ومشاركتها وملاحظة الطريقة التي تؤثر بها أفكارهم على مشاعرهم وسلوكياتهم.

في الجلسة 6، يتعلم الزوجان عملية التدخل المعرفي الثنائي التي تهدف إلى زيادة المرونة بشكل تعاوني في تفكير كل شريك وتقييم الإدراك الذي يحافظ على اضطراب ما بعد الصدمة ومشاكل العلاقة، ويقوم كل شريك باختيار الأفكار التي تخضع لهذه العملية لتحسين الرضا عن العلاقة وأعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

في الجلسة 7، يتم تعليم الزوجين مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار لتسهيل العمل السلوكي بناءً على تصورات أكثر دقة للمشكلات والقرارات التي يجب اتخاذها، وتستفيد المرحلة الأخيرة من العلاج من تحسين مهارات الاتصال لدى الزوجين وميلهم المتطور إلى الاقتراب بدلاً من تجنبها عن طريق فحص المعتقدات التي قد يحملها كل منهما والتي تساهم في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ومشاكل العلاقة، وتركز المناقشات بشكل مباشر على حل التقييمات الإشكالية للصدمة ثم تنتقل إلى معتقدات جوهرية وإشكالية محددة تحافظ على اضطراب ما بعد الصدمة وصعوبات العلاقة، وتشمل هذه المجالات الثقة والسيطرة والتقارب العاطفي والحميمية الجسدية. يوجه المعالج الزوجين للتحقيق في كيفية تأثير الصدمة على الأفكار في كل مجال أساسي وتحدي أي تقييمات تؤثر على أداء الفرد والعلاقات، ويتوج العلاج بمناقشة إمكانية العثور على الفوائد والنمو بعد الصدمة وينتهي بمراجعة المكاسب التي تحققت في العلاج والتحديات المتوقعة في المستقبل (Monson, Fredman, et al., 2012).

نظراً لطبيعة وأهداف العلاج المعرفي السلوكي المشترك لاضطراب ما بعد الصدمة، يجب مراعاة العديد من المشكلات في تطبيقه السريري. أولاً، لا يعتبر العلاج المعرفي السلوكي علاجاً مساعداً للزوجين والأسرة للعلاج الفردي لاضطراب

ما بعد الصدمة، بل هو علاج قائم بذاته ومخصص للاضطراب بين الزوجين والأسرة لمعالجة اضطراب ما بعد الصدمة وتعزيز العلاقات.

لا يقوم المعالجون بإجراء جلسات فردية مع أعضاء الثنائي إلا أثناء عملية التقييم، بمجرد بدء العلاج يمكن أن يؤدي الاجتماع مع أحد الشركاء عندما يكون الشريك الآخر غائبًا إلى تقويض الإطار المشترك، ويتم في هذا العلاج تشجيع المشاركين على تطبيق المهارات المكتسبة في العلاج على علاقاتهم مع الآخرين المقربين خارج الثنائي (على سبيل المثال، الأطفال وزملاء العمل)، بالإضافة إلى ذلك يمكن تطبيق العلاج على الثنائي من غير الأزواج، ويتم تقديمه بنفس الطريقة تقريبًا كما هو الحال مع ثنائي الزوجين مع تغييرات طفيفة فقط في محتوى الجلسة (على سبيل المثال يتم تحويل المحتوى المتعلق بدور الجنس للتركيز على التقارب الجسدي، الراحة في القرب الجسدي من الآخرين، والعاطفة الجسدية مع أفراد الأسرة والأصدقاء).

في العلاج المعرفي السلوكي المشترك لاضطراب ما بعد الصدمة CBCT، يتم تعريف "الإنهاء الجيد" من خلال تقليل شدة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة وتحسينات في أداء العلاقة (على سبيل المثال زيادة الرضا عن العلاقة)، ويجب مراقبة هذه النتائج طوال جلسات العلاج الخمسة عشر باستخدام تدابير التقرير الذاتي على الأقل (Monson et al., 2019).

ويوضح الجدول التالي أهم العلاجات الأسرية والزواجية لاضطرابات ما بعد الصدمة من إعداد (Monson, Macdonald, & Brown-Bowers, 2012)

أهم الرواد	وصف مختصر	التدخل العلاجي
Sherman,) 2003; Sherman, Sautter, Jackson, Lyons, & Han, (2006	برنامج SAFE هو برنامج تعليمي متعدد الدورات للعائلات التي تتعامل مع مجموعة واسعة من الأمراض العقلية (على سبيل المثال اضطراب ما بعد الصدمة، والاكتئاب الشديد، والاضطراب ثنائي القطب، والفصام). يرحب البرنامج بالعديد من أفراد الأسرة (الزوج، الوالد، الأشقاء)، يتضمن 14 جلسة من المواد التعليمية التي تغطي مجموعة من الموضوعات المقنعة لأحبائهم من الأشخاص المصابين بمرض عقلي و4 جلسات للتدريب على المهارات في حل المشكلات وتقليل التوتر. يتم توفير المواد في ورش عمل مدتها 90 دقيقة مرة واحدة شهرياً ويعتمد الحضور على اهتمام أفراد الأسرة. تم الإبلاغ عن بيانات موضوعية قليلة عن برنامج SAFE؛ ومع ذلك أفاد أفراد الأسرة بارتياح كبير للبرنامج في دراسة	Education and Engagement Support and Family Education Program(SAFE) التعليم والمشاركة: برنامج الدعم والتعليم (SAFE) الأسري

واحدة وتشير التقارير إلى أن المهارات المكتسبة ساعدت أسر المشاركين.

Glynn et al.,)	قام (Glynn et al., 1999) في تجربة	Behavioral
(1999	سريرية عشوائية بتجريب نسخة من	Couple/Family
Cahoon,)	العلاج السلوكي الأسري بعد العلاج	Therapy
1985; Sweany,	المعرفي السلوكي الفردي، تضمن هذا	(BCT/BFT)
(1989	العلاج الأسري (1) التنقيف النفسي عن	العلاج السلوكي
	اضطراب ما بعد الصدمة يخاطب بشكل	للزوجين/ الأسرة
	صريح توقعات الأقارب ويدربهم على	
	التعرف على المكاسب المتوسطة	
	وتعزيزها في خدمة التقدم على المدى	
	الطويل	
	(2) التدريب على المهارات في التواصل	
	(أي التعبير البناء عن المشاعر	
	والاستماع التعاطفي) وحل المشكلات	
	والتدريب على إدارة الغضب.	
	تم تقديم العلاج الأسري السلوكي في 8	
	جلسات أسبوعية لمدة ساعتين. أظهر	
	أولئك الذين تلقوا العلاج الأسري	
	السلوكي والعلاج الفردي مهارات حل	

المشكلات الشخصية أفضل بكثير من أولئك الذين تلقوا العلاج الفردي فقط. شمل اختبار العلاج الزوجي السلوكي في دراسات أخرى أهدافاً لزيادة التفاعلات الإيجابية، وتحسين التواصل، وتعليم مهارات حل المشكلات، وتعزيز العلاقة الحميمة بين الشركاء الحميمين. كشفت هذه الدراسات بشكل عام عن تحسن كبير في أداء العلاقات، ولكن تأثيرات أقل على أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الفردية.

Partner- Assisted Interventions Lifestyle Management Course (LMC)	LMC عبارة عن تدخل جماعي منظم (Devilly, 2002) ومكثف للمحاربين القدامى وشركائهم يتكون من 5 من الدورات التدريبية بقيادة مستشارين من ذوي الخبرة في علاج قدامى المحاربين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة. يعتمد التدخل على المبادئ السلوكية المعرفية والتصورات الخاصة باضطراب ما بعد الصدمة ويتم العلاج لكلا الزوجين في وقت واحد. تضمنت الموضوعات التي
---	--

التدخلات بمساعدة تم تناولها التثقيف حول اضطراب ما
الشركاء: دورة إدارة بعد الصدمة الاسترخاء والتأمل والرعاية
أسلوب الحياة الذاتية والنظام الغذائي والتغذية وإدارة
الإجهاد والتواصل وإدارة الغضب وحل
المشكلات. في إحدى الدراسات، تبين
أن البرنامج يقلل من القلق والاكتئاب
والتوتر لدى كل من قدامى المحاربين
وشركائهم وأعراض اضطراب ما بعد
الصدمة لدى قدامى المحاربين، لكن لم
يثبت أنه يحسن الرضا عن العلاقة.

Johnson,)	العلاج النفسي المركز على الزوجين	Emotionally
(2002	للصدمات هو علاج قصير المدى (12	Focused Couple
MacIntosh &)	إلى 20 جلسة)، وهو تدخل تجريبي	Therapy for
(Johnson, 2008	يركز على تحديد ومعالجة العواطف	Trauma (EFCT
	المرتبطة بالتجارب الصادمة. يهدف	for Trauma)
	العلاج أيضًا إلى فهم كيفية ارتباط هذه	العلاج النفسي المركز
	المشاعر بسلوكيات وأنماط التعلق	على الزوجين
	الأوسع وكيفية تأثيرها على العمليات	للصدمات
	العلائقية والتواصل، وينقسم العلاج	
	النفسي المركز على الزوجين من أجل	

اضطراب ما بعد الصدمة إلى ثلاث
مراحل رئيسية:

(1) استقرار الأسرة من خلال تقييم
وتحديد وتبادل أنماط التفاعل السلبي ؛

(2) بناء مهارات العلاقات بين الزوجين
من خلال القبول والتواصل ؛

(3) دمج المكاسب العلاجية والتخطيط
من خلال تطوير استراتيجيات المواجهة
 وأنماط التفاعل الإيجابية.

وجدت دراسة لضحايا الاعتداء
الجنسي من الإناث البالغات والشركاء
الذكور تحسينات في أعراض اضطراب
ما بعد الصدمة وتحسينات مهمة سريريًا
في رضا الأزواج عن العلاقة.

Sautter,) SAT Strategic هو تدخل من 10 جلسات يهدف
Glynn, Approach إلى تقليل التجنب المجهد وأعراض
Thompson, Therapy التخدير العاطفي لاضطراب ما بعد
Franklin, & الصدمة. تجمع SAT بين تقنيات الحد
العلاجات (SAT) من القلق القائم على الشريك، وتبادل
الاستراتيجية السلوك، وتقنيات زيادة تعرض الأزواج
(Han, 2009)

تدريباً للمواقف التي تسبب القلق،
وتجنب المواقف والتبادلات العاطفية
الإيجابية. هناك ثلاث مراحل علاجية
واسعة هي:

(1) التعزيز التحفيزي والتثقيف
النفسي حول اضطراب ما بعد الصدمة،
وتحديداً أعراض التجنب وتأثيرها على
العلاقات؛

(2) تعزيز العلاقة وزيادة الحميمة
العاطفية؛

(3) تقليل القلق بمساعدة الشريك
باستخدام التعرض المتدرج. النتائج
الأولية من تجربة غير خاضعة للرقابة
وجدت تحسينات في تجنب السلوك
والتخدير العاطفي. لم يتم الإبلاغ عن
أي بيانات تتعلق بآثار الرضا عن
العلاقة.

قائمة المراجع:

- Cahoon, E. P. (1985). AN EXAMINATION OF RELATIONSHIPS BETWEEN POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER, MARITAL DISTRESS, AND RESPONSE TO THERAPY BY VIETNAM VETERANS (COUPLES GROUPS, RAP GROUP THERAPY).
- Devilly, G. J. (2002). The psychological effects of a lifestyle management course on war veterans and their spouses. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9), 1119-1134 .
- Glynn, S. M., Eth, S., Randolph, E. T., Foy, D. W., Urbaitis, M., Boxer, L., . . . Salk, J. D. (1999). A test of behavioral family therapy to augment exposure for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(2), 243 .
- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*: Guilford Press.
- Kiser ,L. (2015). *Strengthening family coping resources: Intervention for families impacted by trauma*: Routledge.
- MacIntosh, H. B., & Johnson, S. (2008). Emotionally focused therapy for couples and childhood sexual abuse survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34(3), 298-315 .

- Monson, C. M., Ennis, N., & Fredman, S. J. (2019). Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Couple and Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 2276-2280). Cham: Springer International Publishing.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., & Dekel, R. (2010). Posttraumatic stress disorder in an interpersonal context *Interpersonal processes in the anxiety disorders: Implications for understanding psychopathology and treatment*. (pp. 179-208). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Monson, C. M., Fredman, S. J., Macdonald, A., Pukay-Martin, N. D., Resick, P. A., & Schnurr, P. P. (2012). Effect of cognitive-behavioral couple therapy for PTSD: A randomized controlled trial. *Jama*, 308(7), 700-709 .
- Monson, C. M., Macdonald, A., & Brown-Bowers, A. (2012). Couple/family therapy for posttraumatic stress disorder: Review to facilitate interpretation of VA/DOD Clinical Practice Guideline. *Journal of Rehabilitation Research & Development*, 49(5) .
- Papero, D. V. (2017). Trauma and the family: A systems-oriented approach. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 38(4), 582-594 .
- Russo, J., Coker, J. K., & King, J. H. (2017). *DSM-5® and Family Systems*: Springer Publishing Company.
- Sautter, F. J., Glynn, S. M., Thompson, K. E., Franklin, L., & Han, X. (2009). A couple-based approach to the reduction

- of PTSD avoidance symptoms: Preliminary findings.
Journal of Marital and Family Therapy, 35(3), 343-34 .9
- Sherman, M. D. (2003). Rehab rounds: the support and family education (SAFE) program: mental health facts for families. *Psychiatric services*, 54(1), 35-37 .
- Sherman, M. D., Sautter, F., Jackson, M. H., Lyons, J. A., & Han, X. (2006). Domestic violence in veterans with posttraumatic stress disorder who seek couples therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(4), 479-490 .
- Sweany, S. L. (1989). Marital and life adjustment of Vietnam combat veterans: A treatment outcome study .

الفصل الثامن: الأسرة والاضطرابات الانفصالية

الأسرة والاضطرابات الانفصالية

Dissociative Disorders

مقدمة:

اشتمل الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس على ثلاث فئات رئيسة للاضطرابات الانفصالية هي: فقدان الذاكرة الانفصالي Amnesia Dissociative واضطراب تبدد الفردية/الغربة عن الواقع Depersonalization/derealization disorder واضطراب الهوية الانفصالية Dissociative Identity Disorder، الذي كان يعرف من قبل باسم اضطراب تعدد الفردية Multiple Personality Disorder.

وتحدث جميع الاضطرابات الانفصالية بسبب ميكانيزم يسمى الانفصال Dissociative، وهو ينتج من عدم وصول الوعي إلى بعض عناصر المعرفة أو الخبرة. وبالتالي يرتبط الانفصال بعدم قدرة الوعي على أداء دوره الطبيعي في تكامل إدراكاتنا، وانفعالاتنا، ودوافعنا، وغيرها من جوانب الخبرة في الوعي. وهناك بعض الأنواع الشائعة من الحالات الانفصالية الخفيفة – مثلما يحدث في حالة فقدان الوعي الذاتي عندما لا ينتبه أحد الأفراد إلى منحى على الطريق أثناء عودته إلى منزله بسبب انشغاله بالتفكير في بعض المشكلات. ونجد في يومنا هذا أن أصحاب النظريات التحليلية النفسية والسلوكية يرون بصفة عامة أن الانفصال المرضي هو

رد فعل تجنبى يحمي الفرد من التعرض شعوريا إلى الأحداث الضاغطة الشديدة - مثل التدريب العسكري المتطور على البقاء على الحياة، فمعظم المشاركين قد سجلوا لحظات من الانفصال المتوسط، وتعد معرفة الباحثين قليلة عن الاضطرابات الانفصالية مقارنة بالاضطرابات الأخرى، وهناك جدل كثير حول الأسباب المستهدفة لهذه الاضطرابات بجانب أفضل العلاجات (ann m.kring، john m.neale، 2016).

الاعتبارات العلائقية Relational Considerations

نظراً لأن الاضطرابات الانفصالية يتم اختبارها في المقام الأول باعتبارها عملية داخلية فردية، فقد تم تجاهل أهمية وتأثير الأنظمة العلائقية لدى العميل بطريقة غير مقصودة، حيث تلعب الأنظمة العلائقية دوراً مهماً في قابلية التأثر بالاضطرابات الانفصالية أو الحماية منها.

عائلة المنشأ وعوامل الخطر

ترتبط العديد من عوامل خطر الإصابة بالاضطرابات الانفصالية بالأسرة الأصلية للعميل (وهي الأسرة التي يولد فيها العميل أو يكون متبنى فيها) بما في ذلك تجارب التعلق المبكرة والتجارب المسيئة، وعادةً ما يكون للعائلة الأصلية تأثير أساسي على نمو الشخص وتجارب الحياة المبكرة.

خبرات التعلق المبكرة والبيئة الأسرية

تدعم العديد من الأبحاث الفكرة القائلة بأن التعلق المضطرب أو غير الآمن هو عامل خطر في تطور الاضطرابات الانفصالية، مما يجعل النظر في تفاعلات

العمل المبكرة مع الأشخاص المهمين (على سبيل المثال أحد الوالدين، مقدم الرعاية) مهم للمعالجين، على وجه التحديد ترتبط الخبرات التي تتعلق بتنمية القدرة على التعلق الآمن بتطور الاضطرابات الانفصالية، وغالبًا ما تتضمن هذه التجارب مستويات غير كافية من التماسك والمودة أو مستويات عالية من الفوضى والصراع. وعلى الرغم من أن هذه الديناميكيات لا توضح تفاعلات الإساءة العلنية، إلا أن العنصر الحاسم لهذه السمات الشخصية هو أنها غالبًا ما تؤدي إلى رغبة الطفل في العلاقات الشخصية التي توفر الاهتمام، حتى لو كان هذا الاهتمام غير صحي، وينتهك الحدود، ويعرض الطفل لخطر للإيذاء، وقد ناقش (Main, Hesse, and Seigel, 2016 as cited in (Russo, Coker, & King, 2017) التفاعل بين السلوك المرعب أو المخيف لدى أحد الوالدين وتطور سلوك الرضيع غير المنظم، ووصفوا حالة الطفل في هذا الظرف بأنها خوف بلا حل، فسلوكيات الوالدين لا يجب أن تصل إلى مستوى الإساءة الصريحة؛ وتضمنت الأمثلة علامات الخوف التي لا يمكن تفسيرها في الوالد (والتي قد يتعلم الطفل من أجلها أن يرى نفسه على أنه مصدر خوف)، وإصدار أصوات غريبة أو مخيفة (باستخدام صوت "دراكولا")، ويجب على الطفل أن يجد طريقة للحفاظ على التعلق مع مقدم الرعاية الأساسي الخاص به، حتى عندما يظهر مقدم الرعاية على أنه غير متسق أو عاجز أو خائف أو مخيف، يجب على الطفل أن يرفض المفهوم القائل بأن هناك شيئًا ما خطأ في الوالد بحيث يتم دعم الثقة بالوالد (وبالتالي في قدرة الطفل على البقاء مع الوالد).

يعني رفض هذا الاستنتاج أن الطفل يجب أن يبذل جهودًا مختلفة للدفاع عن نفسه نفسياً ضد الأفعال والتفاعلات مع الوالدين، بما في ذلك فصل

الإدراك الواعي عن طريق الانفصال عن الذكريات، وتبرير ما يحدث، وقد يتجلى هذا في تحمل الطفل كل اللوم والمسؤولية ("أنا سيء"، "أنا مخيف"، "أنا غير محبوب")، تغيير واقع الموقف (الاغتراب عن الواقع)، والهروب من الموقف في عقله (التفكك)، وبشكل أساسي، يستخدم الطفل الاستجابات الانفصالية.

يجادل فورد (Russo, Coker, & King, 2017) as cited in (2009)

Ford بأن التعلق المضطرب يغير فعليًا الذاكرة العاملة في سرد تاريخ الحياة ويتجلى في صورة انفصال بنائي. إن التعلق المضطرب المتمثل في تجربة الوالد ومقدم الرعاية وربما الآخرين كما هو الحال دائمًا متغير وغير متوقع ويتسبب في جعل العلاقات مصدرًا للقلق بدلاً من مصدر الراحة كما هو الحال في التعلق الآمن. بدون قاعدة مستقرة مع الآخرين، قد لا يكون لدى الطفل نسق خارجي لضبط العواطف (على سبيل المثال، البكاء بين ذراعي الأم) وبدلاً من ذلك سوف يتحول إلى دفاعات البقاء الانفصالية الداخلية.

يرى (Main and Hesse (1990) as cited in (Russo, Coker,

& King, 2017) أن التعلق المضطرب يمكن اعتباره انتقال تأثير الصدمات والخسائر التي لم يتم حلها من جيل إلى جيل، فإذا كان الوالد غير قادر على حل تجاربه المؤلمة فلن يكون قادرًا على الاستجابة بالطريقة المتناسقة والمستقرة التي يتميز بها التعلق الآمن، مما يؤدي إلى الاستجابات غير المنظمة لدى الرضيع.

يمكن أن تؤثر الصدمة على نظام الأسرة بطرق متنوعة وعلى مستويات عديدة، وقد تحدث الصدمة على يد أحد الوالدين نتيجة الإهمال أو نقص الحماية، وقد تؤدي التجارب المؤلمة إلى ردود فعل سلبية مثل السكوت أو الإنكار أو نقص

الدعم أو التشهير أو الذنب أو الإيذاء الإضافي لأفراد الأسرة (ليس فقط لأفراد الأسرة الذين عانوا مباشرة الصدمة أو سوء المعاملة)، قد يعاني الآباء الذين عانوا من تجاربهم المؤلمة بشكل كبير عندما يحين دورهم لحماية أطفالهم ودعمهم والاستجابة لهم، وعندما تحدث تجربة مؤلمة لطفلهم قد تتراوح ردود الأهل بين العدائية أو القلق إلى الانسحاب أو التفكك أو الكف، وليس من الصعب أن نرى كيف يمكن لهذه التجارب وردود الفعل المؤلمة أن تؤدي إلى استمرار استجابات الصدمات بين الأجيال.

تجارب صادمة Traumatic experiences

تتضمن تجارب الاضطهاد إخضاع فرد أو مجموعة من قبل أفراد أو مجموعات أو أنظمة تمتلك المزيد من القوة وتشمل التقليل من القيمة والسيطرة وانتهاك الحقوق، ومن بين ديناميكيات الاضطهاد انتهاك الحدود، الشعور بالعجز، والرفض، والدونية، وعلى الرغم من أن الاضطهاد قد يثير تلقائيًا أفكارًا عن الأفعال (أو التقاعس) التي تركزها النظم الاجتماعية المنظمة مثل الحكومات أو المؤسسات الأخرى ذات الطبيعة الشمولية، فإن النظام القمعي الأكثر شيوعًا هو الأسرة، ويمكن أن يُنظر إلى الاضطرابات الانفصالية على أنها "متلازمة انتهاك حقوق الإنسان المزمنة للطفولة chronic human rights abuse syndrome of childhood"، التي تصف تجربة الطفل في الأسرة المسيئة بأنها تجربة يتم فيها رفض الحقوق والاحتياجات الأساسية وإهمالها وإبطالها.

يتفق خبراء الاضطرابات الانفصالية على أن التجارب الأكثر شيوعًا التي تؤدي إلى درجات مرضية أو سريرية من الانفصال تشمل صدمات الطفولة الشديدة والمستمرة، وعلى الأخص الاعتداء الجنسي والجسدي، وتسمح الاستجابات الانفصالية للطفل بالبقاء على قيد الحياة، والهروب عقليًا، والتكيف باستمرار مع المواقف المسيئة، وتتطلب هذه المواقف مثل هذا الفصل الإبداعي بين الوعي والذاكرة عندما يكون نفس الشخص الذي يوفر الأمان والحماية هو المصدر الأساسي للخطر.

عوامل الحماية

سيرغب المعالجون الذين يعالجون العميل المصاب باضطرابات الفصام في تجنب القفز إلى استنتاج مفاده أن نظام أسرة العميل مسيء أو مسؤول عن تطوير أعراض الانفصال والحفاظ عليها. لكن أفراد الأسرة يمكن أن يلعبوا دورًا مهمًا في الحماية من تطور أو تفاقم أعراض الانفصال، وبالمثل قد يكونوا مشاركين مهمين في العلاج. على سبيل المثال، عالج أحد المعالجين امرأة جاءت من أسرة منشأ تضمنت ثقافتها انتشار الاعتداء الجنسي والتلاعب والعزلة، وقد كانت المدافعة والحامية الأساسية للعميل هي جدتها لأمها. أدركت الجدة حدود حمايتها داخل ثقافة الأسرة وعلمت حفيدتها كل ما يمكنها فعله حول كيفية تقليل آثار الإساءة، بما في ذلك كيفية الانفصال، وعلى الرغم من أن الأدوات التي نقلتها جدتها سمحت للعميلة بالبقاء على قيد الحياة في طفولتها، إلا أن هذه الأدوات ستصبح مشكلة وضارة عندما لا يكون العميل في خطر دائم. لذلك بالنسبة للبعض، حتى في مواجهة تجربة مؤلمة قد يكون هناك فرد أو أكثر من أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو غيرهم ممن يقدمون الدعم

والحماية، ويمكن أن يكون لوجود هؤلاء الأفراد وأنظمة المجتمع تأثير علاجي هائل على الناجي وبناء المرونة.

عائلة الاختيار Family of Choice

سيختار العديد من الأفراد الذين عانوا من صدمة مزمنة في عائلاتهم الأصلية العائلات التي سيكملون فيها حياتهم لاحقًا، وقد تقوم هذه العائلات المختارة بتكرار أنماط عائلات المنشأ أو نموذجًا جديدًا للعمل. تمهد مخططات التفاعلات العلائقية المبكرة الطريق لتجارب العلاقات في وقت لاحق من الحياة، وتستمر أنماط العلاقات السلبية التي لا تتلقى أي تدخل أو تغيير أو حل بمرور الوقت ومن المرجح أن تظهر في علاقات الأسرة المختارة، كالعلاقات الحميمة مع الشريك أو الزوج، وعلى الرغم من استمرار هذه النماذج العلائقية في العلاقات اللاحقة من الحياة بالنسبة للناجي إلا أن وجود الاحترام والاستقلالية في هذه العلاقات يمكن أن يعيد تقدير الذات واحترام الذات الذي لم يكن قادرًا على التطور بشكل فعال في مرحلة الطفولة المبكرة، وقد تشمل السمات العلائقية التي قد تتطور في علاقات الأسرة المختارة في وقت لاحق من الحياة التواصل والترابط والتعلق والحميمية (العاطفية والجنسية)، لأن النماذج المبكرة للتفاعلات العلائقية والعائلية المستفادة من العائلة الأصلية تظهر في ديناميكيات الأسرة المختارة، وعلى العكس من ذلك فإن التفاعلات والديناميكيات داخل الأسرة المختارة يمكن أن تعزز أو تخدم دورًا علاجيًا لأحد الناجين من البيئات الأصلية المؤلمة. يجب على المعالجين النظر في القيمة المذهلة لتدخلات العلاج النفسي عند

علاج العملاء الذين ظهرت عليهم أعراض انفصالية. إن معالجة النماذج العلائقية المختلة التي تعلمها العميل مبكرًا، والتي تُرى الآن في السياق الذي يعمل فيه حاليًا (الأسرة المختارة)، سيسمح بالتطبيق المباشر والفوري للاستراتيجيات الجديدة.

التدخلات الأسرية النسقية

تختلف مقاربات انساق الأسرة بناءً على المنظور النظري النسقي المحدد (على سبيل المثال، البنائية والاستراتيجية والسردية)، ومع ذلك، تركز علاجات أنساق الأسرة مع الناجين من الصدمات المعقدة (التي يمكن تطبيقها على المرضى الذين يعانون من اضطرابات انفصالية أيضًا) على العديد من المجالات الأساسية بما في ذلك الأدوار (مثل ، كبش الفداء، المنفذ) ، والقواعد (على سبيل المثال، لا تكسر الصمت)، الأساطير والأسرار (على سبيل المثال "الحقائق" الأساسية حول الأسرة، وإخفاء الحقيقة عن أفراد الأسرة الآخرين أو المجتمع) ، والتسلسل الهرمي والحدود، والتواصل وحل المشكلات الأنماط (على سبيل المثال، جامد، التحكم في الاتصال والتعامل) . قد يوفر دمج استكشاف هذه الموضوعات في العلاج الأسري مع العملاء المنفصلين الإضاءة وفرصة للحل والتعليم حول جوانب ديناميكيات الأسرة التي تتأثر بشكل واضح بالتجارب والبيئات المؤلمة.

علاج الاضطرابات الانفصالية

التركيز الأساسي لعلاج هذه الاضطرابات الانفصالية هو التكامل. يحدث العلاج في سلسلة من المراحل التي تعمل نحو التكامل أو ربط عناصر الأداء التي تم فصلها، عند معالجة العملاء المنفصلين، يمكن للمعالج تطبيق نهج أنظمة الأسرة

داخليًا (داخل العميل الذي ينفصل) وخارجيًا (داخل عائلة العميل/ النظام الاجتماعي). هناك تركيز كبير على نماذج العلاج الفردية، والتي يرى بعض الخبراء أنها تأتي على حساب النماذج النظامية، مثل العلاج الزوجي والأسري، وعلى الرغم من التركيز السائد على العلاج الفردي، فإن العلاج الزوجي والأسري، خاصة إذا تم إجراؤه بشكل متزامن وبالتوافق مع تسلسل العلاج الفردي يمكن أن يساعد ويحل الاستجابات المؤلمة التي من المحتمل أن تكون قد نشأت في نظام العلاقات. عند تطبيق أي نموذج من العلاج، فردي أو نسقي، فإن البيئة الأسرية الحالية للعميل أمر مهم لنجاح العلاج.

قبل استكشاف التدخلات النسقية، يجب أن يكون لدى المعالجين أساس متين لمراحل العلاج الموصي بها لاضطرابات الانفصال. وبغض النظر عن النموذج العلاجي المطبق، هناك إجماع بين الخبراء في هذا المجال على أن استخدام نهج العلاج الموجه إلى المرحلة phase-oriented treatment approach ، والمعروف أيضًا بالنهج الثلاثي أو ثلاثي الأطوار tripartite or triphasic approach ، (المراجعة هذا العلاج بالتفصيل يرجى الاطلاع على المرجع التالي (Trauma & Dissociation, 2011) وتشمل هذه المراحل (أ) السلامة، والاستقرار، وإدارة و تقليل الأعراض safety, stabilization, and symptom management/reduction ؛ (ب) معالجة المواد / الذكريات المؤلمة processing of traumatic material/memories؛ و (ج) التكامل والقرار وإعادة التأهيل integration, resolution, and rehabilitation .

إدراج الأسرة في العلاج

يجب توخي الحذر عند استخدام العلاج النفسي الأسري لعميل مصاب باضطراب الشخصية الانفصالية، كما أظهرت الأبحاث، هناك نسبة عالية جدًا من الأفراد المصابين باضطراب الشخصية الانفصالية قد تعرضوا لصدمات الطفولة مثل الاعتداء الجسدي أو الجنسي، بالإضافة إلى ذلك هناك مجموعة متزايدة من الأبحاث التي توضح أن زنا الأقارب المستمر، حتى خلال مرحلة البلوغ، هو أكثر شيوعًا مما كان يعتقد الكثيرون، وبالتالي، حتى لو كان المعالج يعالج فردًا بالغًا مصابًا باضطراب الشخصية الانفصالية، فلا يمكن له أن يفترض أن العميل خارج النسق المسمي. وبالمثل، لأن أنماطًا معينة من الإساءة قد تحدث في الأسرة المختارة أيضًا، يجب على المعالج أن يقيم بعناية تضمين هذه العائلة في العملية. في بعض الحالات، قد يكون جلب أفراد الأسرة للعلاج، أو حتى اقتراحهم، أمرًا غير منتج، وفي أسوأ الأحوال يسبب الصدمة.

قبل الانخراط في أي علاج أسري، يجب أن يكون المعالج قادرًا على تأكيد التقييم الشامل، والمناقشة مع العميل بأن العلاج الأسري يمكن إجراؤه مع أفراد الأسرة الأمنين وغير المسيئين. وسيحتاج المعالج إلى فحص كيفية تعامل العميل مع الجلسة والعوامل التي يمكن أن تسبب الصدمة مرة أخرى، والعلاقة العلاجية، وينظر العميل إلى المساحة المادية لمكتب العلاج على أنها مساحة آمنة. يجب أن تتضمن المناقشة بين المعالج والعميل أفضل طريقة للحفاظ على سلامة وأمن العلاقة عند انضمام أفراد الأسرة، وتعد الحدود المحددة جيدًا بين جميع المشاركين أمرًا بالغ الأهمية ويمكن

أن تسمح بجلسة أكثر إنتاجية للجميع، على سبيل المثال، معالج مع أنثى بالغة مصابة باضطراب الشخصية الانفصالية التي كانت تعاني من صراع مع عدد قليل من أفراد عائلتها المختارة. طلب أحد أفراد الأسرة السماح لهم بالحضور إلى الجلسة للمشاركة في العلاج، ووافق العميل على هذا الطلب. لمدة أسابيع قبل انعقاد هذه الجلسة، ركزت الجلسات على مساعدة العميل على الشعور بالسيطرة، ومراجعة استراتيجيات المواجهة التي يمكن استخدامها قبل وأثناء وبعد الجلسة، وما هي الموضوعات التي قد تكون مفيدة أو تهم العميل. بالإضافة إلى ذلك، ناقش المعالج النسقي المكان الذي يريد العميل أن يجلس فيه الأشخاص في المكتب، وقد أعطى هذا العامل الذي يبدو ثانويًا للعميل إحساسًا بالاتساق والثقة. وبغض النظر عما سيحدث، يمكن أن يكون لدى العميل توقع معقول بأن المعالج (والمكتب) سيظلان كما هما.

قد يكون أفراد الأسرة قادرين على تقديم ملاحظات حول الأعراض وتحديات وسلوكيات العميل والتقدم العلاجي بطريقة لا يستطيع العميل وحده القيام بها، ويمكن لأفراد الأسرة المساعدة في رسم خرائط النظام الداخلي؛ حيث قد يتفاعل أفراد الأسرة مع أجزاء من الذات بينما يظل العميل غير مدرك، وقد يبدو نشر هذه المعلومات في الوعي أكثر أمانًا ويسهل تنظيمها في مكتب العلاج الآمن بدلاً من المنزل.

إذا كان أفراد الأسرة غير مدركين أو لا يمتلكون معلومات بشأن الانفصال والاضطراب الانفصالي للعميل، قد يكون المعالج قادرًا على أن يكون معلمًا ومدافعًا عن العميل. لن يكون المعالج قادرًا على تقديم معلومات حالية وموضوعية حول

اضطرابات الانفصام فحسب، بل سيكون أيضًا قادرًا على تقديم اقتراحات حول كيفية دعم أفراد الأسرة وتمكينهم مع العميل، وتشمل الموضوعات المفيدة التي يجب مناقشتها التعرف على التحولات الانفصالية لدى العميل، وفهم دوافع الانفصال، والتعرف على أنماط التواصل والتفاعل المفيدة وممارستها (خاصة في الصراع والضغط الشديد)، ومعرفة كيفية المشاركة في تنظيم العميل، وتقييم استخدام الحدود للعميل وجميع أفراد الأسرة. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تكون مشاركة أفراد الأسرة في علاج العميل، حتى لو لم تكن في مكتب العلاج، مفيدة للغاية للعميل والمعالج.

يمكن لأفراد الأسرة المشاركة في خطط السلامة، كونهم المصدر المباشر للدعم والتدخل إذا أصبح العميل انتحاريًا، أو لديه نية في إيذاء نفسه، أو انخرط في سلوكيات مدمرة (مثل تعاطي المخدرات)، ويمكن للمعالج توفير التعليم والموارد لدعم أفراد الأسرة في البقاء على "خط المواجهة".

من الأمور الحاسمة في العلاج الأسري الاعتراف بأن المواضيع التي تم استكشافها قد تثير ردود فعل سلبية وذكريات مؤلمة لدى أفراد الأسرة، وليس فقط لدى العميل. الذكريات أو المواضيع التي يعمل العميل من خلالها قد يكون من الصعب على أفراد الأسرة معالجتها أو الاعتراف بها. إذا أمكن تسليط الضوء على نقاط القوة ومهارات التأقلم والتفاعلات الإيجابية للعائلة، فقد تكون هذه الجلسات مفيدة جدًا، لكن إذا لم يكمل المعالج النسقي التقييم المناسب لنقاط القوة ومهارات التأقلم هذه قبل معالجة المواضيع، فقد تؤدي الجلسة إلى نتائج عكسية للجميع .

عندما تكون الأسرة مستقرة بشكل كافٍ وتعمل في بيئة عائلية آمنة (جسدية وعاطفية ونفسية) ، قد يكون أفراد الأسرة فعالين للغاية في مساعدة العميل على معالجة المواضيع المؤلمة والمعتقدات المشوهة ومشاعر العار، ونظرًا لأن العائلات التي تحدث فيها الصدمات وسوء المعاملة غالبًا ما تواجه آثارًا سلبية على مستوى النسق نتيجة الصدمات، فقد يكون من الصعب تحقيق الاستقرار والأمن، كما قد يؤدي العلاج الأسري مع نسق أسري مسيء إلى استمرار الرسائل المشوهة والمخزية، حتى لو لم يراها المعالج في الجلسة.

لذلك، مع التقييم الكافي للسلامة والعلاقات الصحية، يمكن أن يكون العلاج الأسري نهجًا قيمًا للعميل المصاب باضطراب انفصالي، واضطراب الشخصية الانفصامية.

يمكن لهذا النهج الذي يركز على الأنساق أن ينقل للعميل رسالة مفادها أنه على الرغم من أنه يشعر بالوحدة، وأنه غير محبوب ومنعزل، إلا أن هناك فرصة لتجارب شخصية وعلائقية مختلفة الآن، وبعد جلسة مع شريك العملية، وبتعبير مذهول على وجهها صرحت أنها حتى بعد أن تعاملت بصراع مع شريكها، لا يزال ملتزمًا بالعلاقة. كانت العملية قادرة على الانخراط في تجربة جديدة للتعبير عن مشاعرها، والعمل من خلال الصراع مع شخص تهتم به بعمق، ورؤية العلاقة تستمر بطريقة متسقة وصحية، هذا النوع من العلاج التصالحي لا يمكن أن يتم بشكل فعال ببساطة في المحادثة بين العميل والمعالج وحده.

نموذج أنظمة الأسرة الداخلية Internal Family Systems

تستخدم أنظمة الأسرة الداخلية (IFS) نظرية أنظمة الأسرة - وهي فكرة أنه لا يمكن فهم الأفراد بشكل كامل بمعزل عن وحدة الأسرة - لتطوير تقنيات واستراتيجيات لمعالجة المشكلات بفعالية داخل المجتمع الداخلي للشخص أو الأسرة. ويفترض هذا النهج القائم على الأدلة أن كل فرد يمتلك مجموعة متنوعة من الشخصيات الفرعية، أو "الأجزاء"، ويحاول التعرف على كل جزء من هذه الأجزاء بشكل أفضل لتحقيق الشفاء. ومن خلال تعلم كيفية عمل الأجزاء المختلفة كنظام وكيف يتفاعل النظام العام مع الأنظمة الأخرى والأشخاص الآخرين، يمكن للأشخاص الخاضعين للعلاج في كثير من الأحيان، بمساعدة أخصائي الصحة النفسية المدربين، أن يصبحوا أكثر قدرة على تحديد جذور الصراع وإدارة أي ظهور للمضاعفات وتحقيق رفاهية أكبر (GoodTherapy, 2018).

يرى علاج أنظمة الأسرة الداخلية (IFS) أن الحالة الطبيعية للعقل تكون متعددة - أي احتواء الشخصيات الفرعية التي تسمى في أنظمة الأسرة الداخلية بالأجزاء، تحتوي الأجزاء على صفات وقدرات قيمة وvaluable ولكنها تُجبر على الخروج من حالتها الطبيعية القيمة بسبب الصدمات أو حوادث التعلق، ويُجبر البعض على القيام بأدوار وقائية والبعض الآخر محبوس داخل العقل بحيث لا يتمكن الناس من الوصول إليهم. نظرًا لأن ريتشارد شوارتز Richard Schwartz كان معالجًا أسريًا عندما بدأ عملاؤه في وصف أجزائهم، فقد استمد من نظرية أنظمة الأسرة فهم الطريقة التي يعمل بها هذا النظام الداخلي للأجزاء التي يصفها عملاؤه ووجد أوجه

تشابه مذهلة، كما وجد أن العديد من تقنيات العلاج الأسري يمكن استخدامها بفعالية في الأنظمة الداخلية وكذلك الخارجية (Schwartz & Goldsmith, 2019).

أنظمة الأسرة الداخلية هو نموذج جديد من العلاج النفسي طوره ريتشارد شوارتز والذي تم تصميمه في المقام الأول لتقديم المشورة للأزواج وقبل الزواج. إنه متجذر في مفهوم تعدد النفس والبنى التحتية المتأصلة فيها، وبشكل أساسي يدعو المعالج إلى مقابلة العميل مثلما يكون تنمويًا وعاطفيًا ومعرفيًا. لقد اعترفت بعض النماذج النفسية بوجود التعددية multiplicity بصفاتها خاصية طبيعية لشخصيات البشر. أبرزها كتب فرويد (1960) عن الهوية والأنا والأنا الأعلى الذي يمثل كل منها جانبًا مختلفًا من شخصية الفرد، وقد أدركت نظرية فرويد أن بعض الجوانب كانت واعية والبعض الآخر غير واعية. تحدث كارل يونج (1968) عن النماذج الأولية والمعقدة، وتضمنت نظريته التعرف على الشخصيات الفرعية التي يمكن أن تؤثر على الفرد إما بوعي أو بغير وعي. العلاج المعرفي والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني يعلم المشاركين كيفية ضبط ومحاولة تغيير "الأفكار التلقائية" و"المعتقدات غير العقلانية"، وتعتبر ميزات العلاج المعرفي والعلاج السلوكي الانفعالي العقلاني ذات صلة بأنظمة الأسرة الداخلية من حيث أنها تمثل إدراك هذه النماذج للحوارات الداخلية التي تعد جزءًا طبيعيًا من النفس البشرية. يسعى الأساس النظري لأنظمة الأسرة الداخلية إلى فهم وشرح هذه الشخصيات الفرعية و"اتصالاتهم" مع بعضهم البعض. لقد قام شوارتز (1995) - على غرار تدوين فرويد للاوعي وتفكيك يونغ للشخصية- بوصف الوجود داخل كل فرد بنظام داخلي من "الأجزاء" أو "الشخصيات

الفرعية" أو "الشخصيات الداخلية" التي تخلق تفاعلاتها العالم الداخلي للفرد (Green, 2008).

تم تطوير هذا النوع من العلاج في أوائل التسعينيات من قبل ريتشارد شوارتز الذي طور مقاربتة العلاجية بعد الاستماع إلى الأشخاص في العلاج يتحدثون عن الأجزاء الداخلية داخل أنفسهم. في حين أن مفهوم الكيانات داخل النفس المتعددة لم يكن جديداً (افترض سيغموند فرويد وجود الهوية والأنا والأنا العليا)، دفع تدريب شوارتز في التفكير المنظومي إلى التفكير بجدية في التفاعلات والعلاقات بين هذه الكيانات الداخلية. وجد أجزاء داخلية تلعب أدواراً مشتركة ولكنها ديناميكية: يمكن تغيير العلاقات بين الأجزاء إذا تدخل الفرد بحذر واحترام، وقد بدأ شوارتز في تصور العقل البشري كأسرة داخلية وبدأ في تطبيق التقنيات التي تعلمها كمعالج أسري في العلاج (GoodTherapy, 2018).

فرضية نموذج أنظمة الأسرة الداخلية هو أن العالم داخل النفس للفرد ليس متجانساً، ويتكون العالم الداخلي من مجموعة من "الأجزاء"، والأجزاء عبارة عن شخصيات فرعية، كل منها "نظام منفصل ومستقل لديه مجموعة من العواطف، وأسلوب التعبير، ومجموعة من القدرات والنوايا والوظائف"، ويفترض نموذج نظام الأسرة الداخلي أن العالم داخل النفس تحكمه مبادئ نظامية، ويعمل بشكل أفضل عندما تقوده الذات، حسب Schwartz (2001) الذات The Self منفصل عن أجزاء الشخص، إنه جوهر الإنسان الذي يمتلك صفات مثل الرحمة والفضول والهدوء والثقة (Burgoyne, 2017b).

وقد وجد أنه تمامًا مثل الأشخاص في الأسر الخارجية، كانت بعض الأجزاء مستقطبة مع أجزاء أخرى وبعضها "أبوي" - كانت مسؤولة عن إدارة وحماية النظام. مرة أخرى مثل الأشخاص الخارجيين، "يتم نفي" أجزاء أخرى في أذهان العملاء لأنهم تحملوا الألم أو الخزي أو الرعب الذي يمكن أن يغرق النظام، ومثل الأسر المختلة، تفتقر الأنظمة الداخلية للعملاء أيضًا إلى القيادة الفعالة، كما لو لم يكن هناك إمكانية للوصول إلى أحد الوالدين الداخليين المؤهلين. عندما جرب شوارتز تقنيات العلاج الأسري مع الأنظمة الداخلية وجد أن أحد الوالدين الداخليين القادر موجود حتى داخل العملاء المشخصين بشدة ولكن تمت تغطيته بأجزاء واقية. عندما تعلم مساعدة العملاء في الوصول إلى ما أطلق عليه اسم "ذاتهم"، وجد أنهم سيبدؤون في شفاء علاقاتهم الداخلية والخارجية. لقد تطور نموذج أنظمة الأسرة الداخلية إلى شكل شامل من العلاج النفسي يُستخدم في جميع أنحاء الولايات المتحدة وأوروبا مع الأفراد والأزواج والعائلات، وهو قائم على الأدلة وأصبح نهجًا بارزًا لعلاج الصدمات بالإضافة إلى اعتباره نهجًا رئيسيًا للعلاج الأسري، ويتضمن مساعدة العميل في العثور على جزء منه ويركز عليه ويعمل على تغييره ويصبح فضوليًا حيال ذلك، وبدلاً من مجرد ملاحظة أجزائه الداخلية كما هي مع ممارسة اليقظة، يسأل العميل أسئلة عنها، فيتعلمون كيف حاولت أجزائهم حمايتهم، ويعرب العملاء تلقائيًا عن تعاطفهم وتقديرهم لأولئك الأعداء الداخليين السابقين وتبدأ عملية التحول. من خلال هذا النوع من العمليات التفاعلية الداخلية يكون العملاء قادرين على معالجة الأجزاء المنفية، وإطلاق الحماية من أدوارهم المقيدة، واستعادة ثقة جميع أجزاء القيادة الذاتية. من الصعب وصف تطبيق نموذج أنظمة الأسرة الداخلية للعمل مع الأزواج أو الأسر

في بضع كلمات ولكن للتخيص، يبدأ معالج نموذج أنظمة الأسرة الداخلية بمساعدة أفراد الأسرة في العثور على أجزائهم المتورطة في نزاعاتهم أو المساهمة في مشاكلهم. يقاطع معالجو نموذج أنظمة الأسرة الداخلية هذه التسلسلات ويطلبون من كل عضو العثور على الأجزاء التي كانت تتحدث والاستماع إليها، وكذلك التعرف إذا ما كانت تلك الأجزاء تحميها، ثم يتم تشجيع أفراد الأسرة على الكشف لبعضهم البعض عما تعلموه من تلك الاستكشافات والقيام بذلك من خلال ذاتهم المنفتحة. نجد أنه عندما يتحدث الناس مع بعضهم البعض من خلال الذات، فإنهم قادرون على علاج علاقاتهم بأنفسهم، لذا فإن وظيفة المعالج هي الاحتفاظ بهم في تلك المساحة من القلب المفتوح (Schwartz & Goldsmith, 2019).

هناك ثلاثة أنواع مختلفة من الأجزاء في نموذج أنظمة الأسرة الداخلية:

المدراء Managers: هو مفهوم موجود في نموذج نظام الأسرة الداخلي، الذي أسسه ريتشارد كارول شوارتز (شوارتز 1987، 1989، 1995، 2001)، ويحتوي النظام الفرعي المعروف باسم المديرين على أجزاء من الشخصية غالبًا ما تكون "الوجه" العام للفرد. تتحكم هذه الأجزاء في الانطباعات، ويتم سماعها في أغلب الأحيان، وهي معروفة بشكل أفضل للآخرين. المدراء هم حماة يتحملون المسؤولية عن السلامة اليومية للفرد؛ ويحاولون منع أي شخص من الشعور أو التعرض للأذى، والضعف، والإذلال، والهجر، والرفض، ورد الفعل، ويدعم المديرون في حالتهم غير المتطرفة الفرد لتوجيه حياته بطريقة مناسبة اجتماعيًا.

غالبًا ما يعمل المديرون كرواة يستوعبون ويعكسون قيم الثقافة، وعندما يكون المدراء متطرفين فإنهم يطالبون بالامتثال للموضوعات السردية، ويمارسون سيطرة مفرطة، ويسيطرون ويخلون توازن النظام الداخلي. حدد شوارتز عددًا من الأشكال الشائعة التي قد يتخذها المدير في حالة متطرفة، ومن بينها الناقد الداخلي، ورئيس المهام، وطالب الموافقة، والمتشائم، ومقدم الرعاية، والضحية، والمقلد الذاتي. يلقي المديرون باللوم على الأجزاء المعرضة للأذى ويتحملون مسؤولية إبقائهم محتجزين، وتمت مقارنة تجربة المديرين بالتجربة الداخلية لطفل أبوي (تقمص السلطة الأبوية) ³parentified child. على الرغم من شعورهم بالإرهاق عندما يتعرضون

³ - الوالدية (تقمص السلطة الأبوية) Parentification: الأبوة هي نوع من عكس الدور، وتشويه الحدود، والتسلسل الهرمي المقلوب بين الوالدين وأفراد الأسرة الآخرين حيث يتحمل المراهقون مستويات غير مناسبة من الناحية التنموية من المسؤولية في الأسرة الأصلية، إن الأبوة والأمومة تتعلق بنظام الأسرة والأنظمة الفرعية بقدر ما تتعلق بالفرد. في الواقع، ظهرت المفاهيم والتعريفات الأصلية للتربية الأبوية في الغالب من نظريات الأنظمة (على سبيل المثال، نظرية أنظمة الأسرة، نظرية النظم البيئية. تم تقديم مصطلح الأبوة من قبل منظري أنظمة الأسرة Minuchin et al. (1967) الذي أكد أنه في عملية الأبوة، "يتخلّى الوالد (الوالدان) عن الوظائف التنفيذية عن طريق تفويض الأدوار المؤثرة إلى الطفل الأبوي أو عن طريق التخلي التام عن الأسرة نفسياً أو جسدياً". عند تحديد الأبوة والأمومة، شجع مونشن وزملاؤه الباحثين والممارسين على التفكير في أنواع السلوكيات المرتبطة بالتربية الأبوية. حددوا أيضًا نوعين من الأبوة على أساس مهام وأدوار ومسؤوليات الطفل: الأبوة الفعالة والأبوة العاطفية. المراهقون الذين يختبرون التربية الأبوية الفعالة يؤدون

للتهديد، عادةً ما يضاعف المديرون استراتيجياتهم المعتادة للدفاع عن الشخص ضد التهديدات المتصورة.

المنفيون Exiles

المنفيون هو مفهوم موجود في نموذج نظام الأسرة الداخلي الذي أسسه ريتشارد كارول شوارتز (شوارتز 1987، 1989، 1995، 2001)، ومثل نظام

واجبات مثل إعداد وجبات الطعام، والقيام بالأعمال المنزلية، والتعامل مع الأمور المالية، في حين أن المراهقين الذين يعانون من الأبوة العاطفية يستجيبون للاحتياجات العاطفية للوالدين أو الأشقاء (بما في ذلك قضايا مثل تدني احترام الذات) أو يتصرفون مثل المقرب وصانع السلام للعائلة. يُقترح أن تكون الأبوة العاطفية أكثر ضررًا (أي مرتبطة بنتائج سلبية مثل الاكتئاب أكثر من التربية الفعالة). في التصور اللاحق للأبوة، شدد Boszormenyi-Nagy and Spark (1973) على الأخلاق والوظيفة وانتقال الأبوة بين الأجيال. لقد أخذوا في الاعتبار وشجعوا الآخرين على النظر في الوظيفة التي تخدمها الأبوة داخل نظام العلاقات الأسرية. فكروا، "ما الذي يكسبه البالغ من خلال عملية الأبوة؟". أكد Boszormenyi-Nagy و Spark أنه على الرغم من وجود نقص ضمني في الأخلاق المتعلقة بتسليم الآباء سلطتهم وأدوارهم ومسؤولياتهم في نظام الأسرة إلى أطفالهم، إلا أن هناك أيضًا وظيفة تتمثل في أن الأدوار والمسؤوليات المحددة أو المتنازل عنها، والقوة التي يبرهن عليها المراهق تمكن الأسرة - إلى حد ما - من أن تكون "طبيعية". وبالتالي، فإن "مناورة الأبوة" تقي باحتياجات نظام الأسرة الشامل واحتياجات بعض الأفراد المضمنين في النظام (على سبيل المثال، الآباء والأشقاء) - أي يتلقى الآباء الرعاية، ويتلقى الأشقاء الرعاية، والأطفال تلقي الرعاية (Hooper, 2011).

الأسرة، فإن النظام داخل النفس له هيكل منظم، يتم تحديد هيكل نظام الأسرة الداخلي من خلال عدة أنظمة فرعية، تسمى: المديرون ورجال الإطفاء والمنفيون.

يمثل المنفيون نظامًا فرعيًا للأجزاء التي تم عزلها داخل النظام لحمايتها أو لحماية النظام منها، الألم الذي يحمله المنفيون، والمعنى الذي تعنيه الأجزاء (وغالبًا ما تكون الثقافة) لسماتهم، يولد تفاعلًا لدى المديرين ورجال الإطفاء الذين يريدون حماية الفرد من الضرر المتخيل الذي يُفترض أنه سيحدث في حالة خروج المنفى إلى السطح. التفاعلات النمطية التي تحدث في محاولة لإبعاد المنفيين عن "ساحة اللعب" داخل النفس والشخصية تولد ضائقة كبيرة واختلالًا وظيفيًا داخل وبين الأفراد. يحمل المنفيون أفكارًا ومشاعر وذاكرات يعتبرها باقي النظام غير مقبولة، وغالبًا ما يكون المنفيون أجزاء تم عزلها من أجل حماية الفرد من التأثير أو الأحاسيس الغامرة، وبالإضافة إلى التجارب المؤلمة أو التي لا تطاق، يحمل المنفيون ما أسماه شوارتز "الضرر اليومي"، حيث تعد الآثار المؤلمة والمشوهة للعنصرية والتمييز على أساس الجنس ومعايير الهوية الجندرية أمثلة عن ذلك، بالإضافة للتجارب الشخصية، وغالبًا ما تكون عائلة الأصل أو الصفات المخزية المتكررة من الأنظمة الأكبر سببًا في شعور الفرد بعدم الجدارة أو أنه معيب بطريقة ما.

لاحظ شوارتز أن المنفيين، بالنظر إلى تجربتهم، يمتلكون أيضًا سمات مفيدة، فالحساسية والضعف والبحث عن الحميمية هي أمثلة على الموارد التي يمتلكها المنفيون والتي يصعب الوصول إليها من قبل المديرين ورجال الإطفاء الذين تتمثل وظيفتهم في منع المنفيين من الظهور أو الشعور.

رجال الإطفاء Firefighters:

مثل نظام الأسرة، فإن النظام داخل النفس له هيكل منظم، ويتم تحديد هيكل نظام الأسرة الداخلي من خلال عدة أنظمة فرعية، تسمى: المديرين ورجال الإطفاء والمنفيين.

يشارك المدراء ورجال الإطفاء في هدف مشترك: منع المنفيين من الظهور، ويحمي المديرين النظام بشكل استباقي، بينما يقوم رجال الإطفاء بحماية النظام بشكل تفاعلي، ويتم عزل المنفيين داخل النظام لحمايتهم أو لحماية النظام منهم، والألم الذي يحمله المنفيون، والمعنى المخصص لصفاتهم يولد تفاعلاً لدى كل من المديرين ورجال الإطفاء الذين يريدون حماية الفرد من الضرر المتخيل الذي يمكن أن يحدث إذا كان المنفى على السطح. التفاعلات النمطية التي تحدث في محاولة لإبعاد المنفيين عن "ساحة اللعب" داخل النفس والشخصية تولد ضائقة كبيرة واختلالاً وظيفياً داخل النفس وبين الناس.

يحتوي النظام الفرعي المعروف باسم رجال الإطفاء، وتتمثل وظيفة رجل الإطفاء في "إطفاء" التأثيرات أو الأفكار أو الدوافع غير المرغوب فيها أو غير المقبولة، وأطلق شوارتز على هذا النظام الفرعي اسم "رجال الإطفاء" لأنهم "يفعلون كل ما يلزم لإخراجنا من حالة التأهب الكبير"، ويتراوح ما يفعلونه بين أشكال الإلهاء المقبولة اجتماعياً في بعض الأحيان (على سبيل المثال، الإفراط في تناول الطعام، والتلفاز، والتمارين الرياضية، والتسوق، والنوم) إلى التصرف المفرط (على سبيل المثال، الأفكار أو الأفعال الانتحارية، وإيذاء النفس، وتعاطي المخدرات، والأنشطة

القهرية، والسرقة) ، ويتسم رجال الإطفاء بردود الفعل، ولا يهتمون بالعواقب، وغالبًا ما يتمردون على العار الذي يوجهه المدير إليهم .

ويحتفظ رجال الإطفاء في حالتهم غير المتطرفة بالطاقة التي امتصوها أثناء بقائهم حاضرين في التجارب التي ربما تكون أجزاء أخرى قد انفصلت عنها، ورجال الإطفاء في حالتهم القصوى هم من المدافعين التفاعليين الذين غالبًا ما يختبرهم الشخص على أنه خارج عن السيطرة (Burgoyne, 2019).

التقنيات العلاجية:

في نموذج أنظمة الأسرة الداخلية، يعمل الناس على فهم الذات الداخلية من خلال استخدام تمارين وتقنيات بسيطة لكنها فعالة، وترتبط العديد من التمارين بالتحكم الفعال في التنفس، مما يعزز الاسترخاء والوضوح العقلي.

تشمل الأساليب والتمارين الشائعة في نموذج أنظمة الأسرة الداخلية:

- استخدام الرسوم البيانية لتوضيح العلاقات بين الأجزاء.
- **تقنية الغرفة :** في هذا التمرين يشاهد جزء واحد بينما تتفاعل الذات مع جزء آخر (يكون جزء الملاحظة مستقطبًا) ، وتستخدم هذه التقنية لتجميع الأجزاء المستقطبة معًا.

- **تمرين الجبل أو المسار :** في بيئة آمنة، يتخيل الأشخاص في العلاج أنفسهم يسرون على طول مسار جذاب، إذا كان بإمكان المرء أن يرى نفسه في الصورة، فإن المعالج سيشجع الشخص على الانتقال إلى الجسد ومشاهدة المشهد من الداخل، ويطلب من الفرد الانتباه بعناية للأفكار والمشاعر والأحاسيس التي تنشأ، ويُعتقد أن هذا التمرين يساعد الشخص على استكشاف العالم الداخلي وفهمه بشكل أفضل.

- **التعرف على من هناك :** يتم تشجيع الفرد على التنفس والاسترخاء والتركيز على العالم الداخلي والتعرف على الأجزاء الحالية بشكل أفضل.

- **الشعور بالقلب:** يتم تشجيع الفرد على التنفس والاسترخاء والشعور بالقلب، هل تشعر بالانفتاح العاطفي؟ قد يطلب الفرد من الحماة التراجع لبعض الوقت حتى يمكن فهم المنفيين بشكل أفضل (GoodTherapy, 2018).

تطبيق المفهوم في العلاج الزوجي والأسري

تتفاعل أجزاء الفرد داخل نفسيته، وبين الأشخاص، ومع الأنظمة الأكبر التي يتعاملون معها، والنفي المثار يؤدي إلى خلل في التنظيم على جميع مستويات النظام. لا يمكن متابعة التدخل في المنفي بشكل فعال حتى يتم التعاون مع المديرين ويتم الوصول إلى الذات، يكون الهدف بعد ذلك مواجهة المنفيين من أجل توفير سياق شخصي وداخل نفسي آمن للمنفيين من خلال سرد قصصهم وتلقي الرعاية، وكذا تحرير المنفيين من عبء المعتقدات المتطرفة التي تسبب ضائقة عميقة للفرد وتولد رد فعل في النظام الداخلي، وأخيرا تحديد الأدوار غير المتطرفة لهذه الأجزاء داخل

النظام الداخلي، بحيث يمكن أن تكون نقاط قوتها موردًا للفرد (Burgoyne, 2017a).

يعتقد نموذج أنظمة الأسرة الداخلية أن الأشخاص مدفوعون إلى تفاعلات شديدة مع بعضهم البعض من خلال أجزاء منهم تحمل معتقدات وعواطف متطرفة من التجارب السابقة ويتم تجميدها في الوقت المناسب في تلك الصدمات أو إصابات التعلق، وبالتالي فإن العلاجات التي تركز حصريًا على أنماط الاتصال في الوقت الحاضر ذات قيمة محدودة لأنها لا تطلق هذه القيود التي غالبًا ما تكون غير واعية، هذا مشابه للمقاربات الديناميكية النفسية. على عكس تلك الأساليب، طور نموذج أنظمة الأسرة الداخلية تقنية تسمح للعملاء بالوصول إلى تلك الأجزاء اللاواعية بسرعة نسبية ومساعدتهم على تفريغ المعتقدات والعواطف التي تدفعهم. لقد قام نموذج أنظمة الأسرة الداخلية أيضًا بإزالة العديد من العمليات التي تعتبرها تلك الأساليب علامات على الخلل الوظيفي. على سبيل المثال يُنظر إلى أعراض مثل التفكك، والغضب، ونوبات الهلع، والتفكير في الانتحار، واضطرابات الأكل، وما إلى ذلك، على أنها أنشطة لأجزاء من العميل تم تجميدها في وقت كانت هناك حاجة إلى هذه الأنشطة مرة واحدة بدلاً من كونها عمليات نفسية مرضية، يمكن استخدام تلك الأجزاء المسببة للأعراض لخدمتهم والتفاوض معها بدلاً من محاربتها، بمجرد اقتناعهم بأن أنشطتهم لم تعد ضرورية، يتحولون إلى صفات قيمة.

من خلال هذا الأساس المنطقي، يساعد معالجون نموذج أنظمة الأسرة الداخلية العملاء على الدخول في حالة من القيادة الذاتية تشبه اليقظة، ثم التعرف على

مشاعرهم وأفكارهم التي تبدو مدمرة. يتعلمون دائماً أن تلك الأجزاء منهم ليست كما تبدو ويمكنهم بدء علاقات جديدة تماماً قائمة على التعاطف مع هؤلاء الحماة الداخليين والأجزاء الضعيفة التي يحمونها. بينما يقوم العملاء بمعالجة أجزائهم، يصبحون قادرين أكثر على القيادة الذاتية في حياتهم الخارجية أيضاً، من خلال "الشماني نقاط" للقيادة الذاتية: الفضول والهدوء والثقة والرحمة والشجاعة والإبداع والوضوح والترابط مع بعضهم البعض.

عندما يتأذى الناس، غالباً ما يتم إجبار أجزائهم على الخروج من حالاتهم ذات القيمة الطبيعية إلى أدوار لا يريدونها ولكنهم يعتقدون أنها ضرورية للحفاظ على سلامة الشخص، فيما يلي وصف موجز للأدوار المشتركة التي يتم فرضها على الأجزاء: حماة (مديرين أو رجال إطفاء) والمنفيين.

يعمل الحماة دورين متميزين: المديرين ورجال الإطفاء، المدراء هم الأجزاء المسؤولة عن منع حدوث التجارب السلبية، وحماية الأجزاء المعرضة للخطر والمنفية، المنفيون هم الأجزاء الأكثر تضرراً من الصدمات، وبالتالي يُنظر إليهم على أنهم أعباء على العميل لأنهم الآن يحملون المشاعر والذكريات والمعتقدات والأحاسيس الصادمة. يخشى العملاء من إعادة تجربة كل ذلك ويغلقون تلك الأجزاء المصابة في "الكهوف أو الأقبية" الداخلية، ومن أجل حماية المنفيين الضعفاء، يقوم المديرين بالتخطيط والتنظيم والقلق وما إلى ذلك.

يظهر رجال الإطفاء عندما يكون المدير غير قادر على حماية المنفى، ورجال الإطفاء هم من الأطراف المتطرفة الذين سيفعلون أي شيء لوقف الألم (إخماد

النيران)، ويتصرف رجال الإطفاء دون أي اعتبار للعواقب ويكونون مدفوعين بالتخفيف الفوري للسلوكيات مثل تعاطي المخدرات والعنف والغضب، ويحدث الاستقطاب عندما يكون المدير على خلاف مع رجل الإطفاء مما يؤدي إلى عدم الانسجام داخل النظام ككل. قد يحكم المدير السلوكيات الصارمة المتعلقة بالنظام الغذائي والتمارين الرياضية، بينما يستجيب رجل الإطفاء لفشل المدير في الإفراط في تناول الطعام، ويريد كل من المدير ورجل الإطفاء الشيء نفسه (للحفاظ على المنفى آمنًا)، لكن أفعالهم المستقطبة تخلق التنافر.

في نموذج أنظمة الأسرة الداخلية، بالإضافة إلى الأجزاء الواقية، هناك جوهر غير قابل للتغيير الذاتي، أو الذات الحقيقية. حسب (Schwartz 1995) الذات ليست جزءًا ولا تتكون من أجزاء، بالأحرى هذا هو ما نحن عليه عندما تخرج أجزاء من الأدوار المتطرفة ولم تعد تقود النظام، وتمثل القيم الثمانية للذات الصفات التي يصل إليها المرء عندما تكون الذات، وليس الأجزاء، في الصدارة: الفضول والرحمة والهدوء والثقة والشجاعة والوضوح والإبداع والترابط. عندما يمكن للفرد أن يأخذ خطوة إلى الوراء، والمعروفة باسم عدم الاندماج مع جزء، تظهر القيادة الذاتية.

يهدف نموذج أنظمة الأسرة الداخلية إلى تعزيز القيادة الذاتية داخل الأفراد والأزواج والعائلات وشفاء المنفيين المثقلين، ويبدأ علاج نموذج أنظمة الأسرة الداخلية بالتركيز على مظهر من مظاهر الجزء الذي يمكن أن يكون عاطفة أو معتقدًا أو إحساسًا أو ذاكرة يريد العميل أن يبدأ بها أو يتدخل في حياته، ويتضمن ذلك تحديد موقع الجزء داخل أو حول الجسم، وملاحظة ما إذا كان يظهر كصورة أو

إحساس. إذا بدا أن الفرد ممزوج بجزء آخر، أو أجزاء أخرى كثيرة، سيسأل المعالج عما إذا كانت هذه الأجزاء يمكن أن تمنح المساحة الفردية، أحيانًا عن طريق الذهاب إلى غرفة أخرى أو مكان مختلف. يمكن للمرء بعد ذلك أن يبدأ في معرفة كيف يشعر العميل تجاه الجزء، وبالتالي تقييم ما إذا كان في نفسه أم لا. إشارة إلى واحدة من الثماني نقاط ("أشعر بالفضول حيال هذا الجزء"، "أشعر بلطف تجاه الجزء الخاص بي") يعني أن الذات في الصدارة ويمكن للمرء أن يواصل العمل مع الجزء المستهدف (Schwartz & Goldsmith, 2019).

عند تطبيق نموذج أنظمة الأسرة الداخلية للعملاء الذين يعانون من اضطراب انفصالية، وبالتحديد اضطراب الشخصية الانفصالية، قد يلاحظ المعالج أن أفراد الأسرة الداخليين أكثر فصلًا وغالبًا ما يتعذر الوصول إليهم مع بعضهم البعض مقارنة باستخدام نموذج أنظمة الأسرة الداخلية مع غيرهم من العملاء الذين لا يعانون من اضطرابات انفصالية. وبالمقارنة مع الأسرة الداخلية لغير الانفصاليين، فإن العميل الذي يعاني من اضطرابات انفصالية سيكون لديه عائلة تتميز بالعزلة، والانفصال، والاستقطاب، وهناك جهود حماية أكبر تبذل. على الرغم من أن المعالج يعرف أن التكامل، أو على الأقل التعاون الداخلي، هو الهدف من العلاج، فقد يرى العميل هذا الهدف في البداية على أنه تهديد لأن النظام الانفصالي يجعل العميل يشعر أنه يستطيع البقاء على قيد الحياة. إن هدف نموذج أنظمة الأسرة الداخلية هو تسهيل التماسك والتعاون الإيجابي بين العميل وجميع أجزاء النظام الداخلي للعميل، ويتم تنظيم علاج أنظمة الأسرة الداخلية في أربع خطوات متميزة يتم تضمينها في مراحل العلاج الثلاث.

تتضمن هذه الخطوات (أ) التفاوض مع أجزاء المدير للوصول إلى الذات أو الطاقة الذاتية (المرحلة 1)؛ (ب) مشاهدة تجارب الجزء (الأجزاء) في المنفى (المرحلة 2) ؛ (ج) تفرغ جزء (أجزاء) المنفى من المشاعر المؤلمة والمتطرفة (المرحلة 2) ؛ و (د) تطوير الصفات الإيجابية لتحل محل الأعباء السابقة (المرحلة 3). في كل خطوة من خطوات علاج أنظمة الأسرة الداخلية يعمل المعالج على الوصول إلى الأجزاء الداخلية من الذات، ويمكن تحقيق هذا "الوصول" إلى نظام الأسرة الداخلي من خلال "الاستبصار insight" أو "الوصول المباشر direct access". يدعو الوصول من خلال الاستبصار العميل إلى تحديد ووصف تجربته مع الجوانب الذاتية الداخلية والعالم الخارجي، وإبلاغ المعالج بذلك، قد يبدو هذا وكأن العميل يقول صراحةً "هناك جزء في هذا الجانب يشتمك (المعالج)". هذا التقرير شائع جدًا في بداية العلاج حيث أن الأجزاء الواقية قد ترى الطبيب النسقي على أنه يحاول الإخلال بالنظام الذي ساعد العميل على البقاء لفترة طويلة. يمكن أن يكون الوصول من خلال الاستبصار مفيدًا جدًا للعميل بين الجلسات حيث يمكنه العمل مع الأجزاء الداخلية ببساطة من خلال التفكير والمراقبة والحوار الداخلي، وعند استخدام الوصول المباشر يتحدث المعالج مباشرة إلى الحالات الذاتية الداخلية ويستمع بينما تتحدث الجوانب الذاتية بصراحة مع بعضها البعض، ويسمح هذا النوع من الوصول أيضًا للجوانب الداخلية بتطوير علاقات مع الطبيب، وهو ما يجادل (Schwarz 1995) أنه قد يسمح للأجزاء بالتعبير عن نفسها تمامًا للمعالج، وتوفير رؤية أفضل للنظام الداخلي، والسماح للمعالج بالتدخل بشكل أكثر مباشرة مع الجوانب الداخلية. في الجلسة، قد يبدو هذا وكأن المعالج يقول "أود أن أطلب التحدث إلى جزء أو أجزاء

منك يمكنها مشاركة المزيد حول. . . " في كثير من الحالات، يتم استخدام كلا النوعين من الوصول خلال نفس الجلسة. على سبيل المثال، إذا رأى الطبيب النفسي نظرة ثاقبة أو ملاحظة مباشرة من جزء واحد، فقد يسأل بعد ذلك عما إذا كان هذا الجزء على استعداد لمشاركة تلك الرؤية داخليًا مع أجزاء أخرى، إما أثناء الجلسة أو طوال الأسبوع. يشجع هذا المزيج التعاون بين الأجزاء الداخلية والمعالج النفسي، والأهم من ذلك زيادة التواصل والتعاطف والتفاعل المثمر في نهاية المطاف داخل نظام الأسرة الداخلي. تتمثل الخطوة الأولى في علاج أنظمة الأسرة الداخلية في الوصول إلى أجزاء المدير والتفاوض معها، كما لوحظ سابقًا، قد تنتظر هذه الأجزاء إلى المعالج باعتباره خصمًا لأن المعالج يحاول على ما يبدو تعطيل جمود أداء الأجزاء المختلفة.

يمكن أن يؤدي إظهار الاحترام للمديرين إلى قطع شوط طويل في العمل على جعل جميع الأجزاء تعمل معًا. قد يؤدي عدم القيام بذلك إلى بدء تفاعل متسلسل يتم فيه تنشيط جزء (أجزاء) المنفى، مما يؤدي لاحقًا إلى إثارة ردود فعل رجال الإطفاء، مما يؤدي إلى استمرار انقطاع الاتصال. في هذه الخطوة الأولى، يتم تشجيع الأجزاء على تطوير وإظهار التعاطف مع بعضها البعض.

يمكن أن يساعد تعليم وتثقيف العميل بلغة علاج أنظمة الأسرة الداخلية على تصور ورسم خريطة للنظام الداخلي بمنهج غير حكمي، مما يقلل من المقاومة والإنكار الذي قد يحدث. تعكس الخطوة الثانية في علاج أنظمة الأسرة الداخلية المرحلة الثانية من إرشادات (2011) ISSTD، وتشمل العمل من خلال المواضيع

المؤلمة، وهنا يتم تفعيل مهارات التأقلم التي تم العمل عليها في المرحلة الأولى وشارك العميل في اختيار ذاكرة (جزئية أو كاملة) للحصول على شاهد. تتم هذه الشهادة من قبل أجزاء لم تشارك بشكل مباشر في الحدث نفسه أو الذين لديهم القدرة على تحمل عبء الحدث، هذه الشهادة تخفف العبء عن جزء (أجزاء) المنفى ويتم تقاسم الذاكرة المؤلمة داخل النظام. يمكن أن يؤدي البدء بكميات صغيرة جدًا من حدث معين (على سبيل المثال، ثانيتان في الموضوع) إلى تمكين العميل، بما في ذلك أجزاء العميل، من الشعور بالاستقرار والتحكم، وقد يرغب المعالج الذي يعمل مع العميل في استخدام تشبيه الفيلم وتشجيع العميل على مراجعة الذاكرة في مقاطع مختصرة.

في المرحلة الثالثة من علاج أنظمة الأسرة الداخلية مع العميل الانفصالي، تتم معالجة المواد المؤلمة. قد يحدث تكامل الأجزاء وقد يواجه العميل المزيد من الوصول والوعي بالقيادة الذاتية، وغالبًا ما يتحول التركيز إلى مجالات أخرى من الحياة، مثل أداء العمل أو العلاقة والرضا، وبعد هذا التحول، قد يستفيد العميل من الانخراط في العلاج الزوجي التكميلي أو الجماعي (Russo et al., 2017).

قائمة المراجع:

Abnormal المرضي (2016). [john m.neale](#)، [ann m.kring](#) psychology "أستناداً علي الدليل التشخيصي الخامس". ترجمة: أمثال هادي الحويلة وآخرون. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

Burgoyne, N. (2017a). Exiles in Internal Family Systems Therapy. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin

- (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-3). Cham: Springer International Publishing.
- Burgoyne, N. (2017b). Managers in Internal Family Systems Therapy. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-3). Cham: Springer International Publishing.
- Burgoyne, N. (2019). Firefighters in Internal Family Systems Therapy. In J. L. Lebow, A .L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1178-1179). Cham: Springer International Publishing.
- GoodTherapy. (2018). Internal Family Systems (IFS)
- Green, E. J. (2008). Individuals in conflict: An internal familysystems approach. *The family journal*, 16(2), 125-131 .
- Hooper, L. M. (2011). Parentification. In R. J. R. Levesque (Ed.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 2023-2031). New York, NY: Springer New York.
- Russo, J., Coker, J. K., & King, J. H. (2017). *DSM-5 ®and Family Systems*: Springer Publishing Company.
- Schwartz, R., & Goldsmith, J. (2019). Internal Family Systems in Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1575-1580). Cham: Springer International Publishing.
- Trauma, I. S. f. t. S. o., & Dissociation. (2011). Guidelines for treating dissociative identity disorder in adults, third revision. *Journal of Trauma & Dissociation*, 12(2), 115-187 .

الفصل التاسع: الأسرة والاضطرابات الجنسية

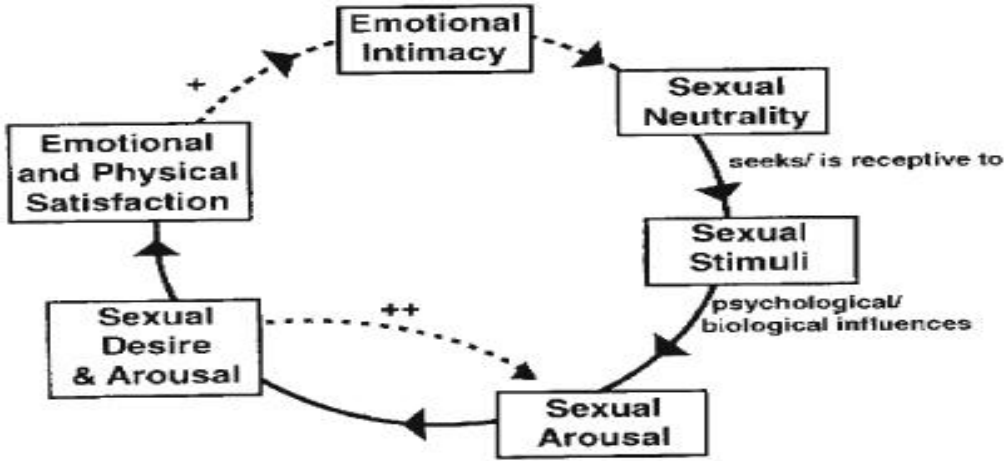
الأسرة والاضطرابات الجنسية

مقدمة:

الاضطرابات الجنسية sexual dysfunctions هو مصطلح يستخدم لوصف المشاكل الجنسية المختلفة بما في ذلك انخفاض الرغبة أو الاهتمام، وتناقص الإثارة، وصعوبات النشوة الجنسية، وعسر الجماع، ويرتبط ضعف الوظيفة الجنسية بانخفاض الصحة النفسية وانخفاض الرضا عن الحياة بشكل عام لدى كل من النساء والرجال. في الأدبيات السابقة، تشمل عوامل الخطر الشائعة المرتبطة بالعجز الجنسي لدى النساء والرجال سوء الحالة الصحية العامة، ووجود أمراض مزمنة مثل مرض السكري، وأمراض القلب والأوعية الدموية أو أمراض الجهاز البولي التناسلي، والاضطرابات النفسية، والعوامل الاجتماعية الديموغرافية. كما أن نقص الدراسات التي تحقق في انتشار الخلل الوظيفي الجنسي والتنبؤ به لدى الشباب (أقل من 40 عاماً) من عامة السكان، يعيق الاستنتاجات الثابتة فيما يتعلق بكل من مدى المشكلات في هذه الفئة العمرية وعوامل الخطر المرتبطة بها (Ljungman, Lampic, & Wettergren, 2020).

الوظيفة الجنسية عند النساء

تطورت دراسة الوظيفة الجنسية عند النساء إلى ما وراء التصورات المبكرة التي ركزت على الغموض والارتباطات المحتملة بالسحر إلى التفسيرات النفسية التي تطورت في القرنين التاسع عشر والعشرين. بدأ التطور النفسي يؤتي ثماره في القرن العشرين مع نظريات فرويد التي ركزت على العلاج على التحليل النفسي، وقد تم إجراء التحقيقات العلمية في الوظيفة الجنسية من قبل Masters and Johnson في الستينيات من القرن الماضي وعززها بحث أجراه كابلان في العلاج النفسي والتمارين السلوكية، وفي القرن العشرين أدت القدرة على علاج الرجال الذين يعانون من ضعف الانتصاب إلى زيادة الاهتمام بالوظيفة الجنسية للمرأة خاصة عند النساء بعد انقطاع الطمث، وقد أدى ذلك إلى نظريات بديلة للوظيفة الجنسية بخلاف النموذج التقليدي وكذلك إعادة تصنيف الخلل الوظيفي الجنسي للإناث. لنموذج التقليدي للوظيفة الجنسية للرجال والنساء، كما اقترحه ماسترز وجونسون، خطي ويتضمن أربع مراحل: الرغبة، والإثارة، والذروة، والقرار، وتصف النماذج الأحدث علاقة أكثر دائرية بين الرضا والحميمية (الشكل 1). يصعب وصف معايير الوظيفة الجنسية، حيث يجب أن يشير الخلل الوظيفي إلى الضيق الفردي، وليس شيئاً يسبب الضيق لدى الشريك فقط. على الرغم من ندرة بيانات الانتشار لمعدلات النشاط الجنسي، فإن البيانات المتاحة تدعم الاستنتاج القائل بأن المرأة نشطة جنسياً طوال فترة حياتها، وتشير البيانات المأخوذة من المسح الوطني لنمو الأسرة إلى أنه على الرغم من انخفاض معدلات النشاط الجنسي مع تقدم العمر إل أن النشاط الجنسي يستمر لدى 47% من النساء المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 66 و 71 عاماً وثلاث النساء فوق سن 78 (Rogers & McCarty, 2004).



شكل 1. الترابط بين العلاقة الحميمة والإثارة الجنسية والرغبة والرضا انظر المرجع (Rogers & McCarty, 2004).

الوظيفة الجنسية عند الرجال

أفاد 75% من الشباب (25-34 سنة) بأنهم مارسوا الجنس خلال الـ 30 يوماً الماضية، و 78% أفادوا بأنهم مارسوا العادة السرية (Ljungman et al., 2020; Mercer et al., 2013) وفيما يتعلق باختلالات الجنسية، فإن المشكلة الجنسية الأكثر دراسة لدى الرجال هي ضعف الانتصاب، ومع ذلك فإن معدلات انتشار الضعف الجنسي تختلف اختلافاً كبيراً بين الدراسات، والتي ارتبطت بالاختلاف في المنهجيات في الأبحاث السابقة. كما تم الإبلاغ على أن الانتشار يختلف بين البلدان، حيث أبلغ الرجال في الولايات المتحدة عن معدلات أعلى من الضعف الجنسي مقارنة بالرجال في البرازيل والمكسيك والبلدان الأوروبية، وفي

مراجعة الأدبيات السابقة ذكر مكابي وآخرون (Ljungman et al., 2020; McCabe et al., 2016) أن 1-10% من الرجال الذين تقل أعمارهم عن 40 عامًا يبلغون عن ضعف الانتصاب وأن الانتشار يزداد بشكل ملحوظ بعد 40 عامًا، وفيما يتعلق بالخلل الوظيفي المرتبط بانخفاض الرغبة أو الاهتمام فقد تم الإبلاغ عن معدلات انتشار أعلى بلغت 20-22% في الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 20-39 سنة، أما الصعوبات التي تتعلق بالوصول إلى النشوة الجنسية، أو تأخر النشوة الجنسية فقد تم الإبلاغ عنها من قبل 8% من الرجال الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 40 عامًا في الولايات المتحدة، وفي دراسة عالمية للرجال أكبر من 40 عامًا (Ljungman et al., 2020; Nicolosi et al., 2004) تم الإبلاغ عن انتشار ضعف النشوة الجنسية بنسبة 5-8% في معظم مناطق العالم باستثناء شرق وجنوب شرق آسيا حيث كان الانتشار 10-15%، ومع ذلك هناك القليل من الدراسات التي أبلغت عن مشاكل النشوة الجنسية، و في دراسة كبيرة من أستراليا (Smith et al., 2013) تم الإبلاغ عن أن المشكلات الجنسية هي الأكثر حدوثًا عند الرجال (من سن 20 إلى 64 عامًا)، حيث كانوا "يفتقرون إلى الاهتمام بممارسة الجنس" (11%) و "الوصول إلى النشوة بسرعة كبيرة جدًا" (7%) (Ljungman et al., 2020).

تعريف الاضطرابات الجنسية:

تشمل الاختلالات الجنسية مجموعة متنوعة من الاضطرابات، وعادةً ما يعاني هؤلاء الأفراد الذين من اختلال وظيفي جنسي من اضطرابات كبيرة في القدرة على الاستجابة جنسيًا أو ايجاد المتعة في التجارب الجنسية، وتُصنف الاضطرابات

عادةً إلى أربع فئات: (1) اضطرابات الرغبة، (2) اضطرابات الإثارة، (3) اضطرابات النشوة، (4) اضطرابات الألم.

كما هو محدد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الخامسة؛ DSM-5؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013)، تشمل اضطرابات الجنسية:

تأخر القذف

اضطراب الانتصاب

اضطراب النشوة الجنسية الأنثوي

الاهتمام الجنسي للإناث/ اضطراب الاستثارة

آلام الحوض

اضطراب الرغبة الجنسية عند الذكور

القذف المبكر (المبكر)

الخلل الجنسي الناتج عن مادة/ دواء

ضعف جنسي آخر محدد

ضعف جنسي غير محدد

تحدث الاضطرابات الجنسية بين الرجال والنساء وهي أكثر شيوعًا مع تقدم العمر، وفي حين أن الأداء الجنسي له أسس بيولوجية، فإن الخلل الوظيفي الجنسي يمثل تفاعلًا معقدًا من العوامل البيولوجية والاجتماعية والثقافية والنفسية، ويتطلب تشخيص الخلل الوظيفي الجنسي من خلال استبعاد المشكلات الأخرى، مثل تعاطي

المخدرات أو الأدوية، أو عنف الشريك، أو الحالات الطبية، ويتضمن التشخيص عادةً مقابلة سريرية دقيقة واستبعاد العوامل الأخرى المساهمة، وتشمل العوامل التي يجب مراعاتها أثناء التقييم عوامل الشريك وعوامل العلاقة والعوامل الفردية والعوامل الثقافية والدينية والعوامل الطبية، وقد يشمل العلاج الأدوية والعلاج الجنسي والتثقيف النفسي والارشاد النفسي (Graham, 2018).

الاختلالات الجنسية شائعة بين الرجال والنساء، وقد خضع الخلل الوظيفي الجنسي كمفهوم لتحولات كبيرة في الفهم منذ أوائل القرن العشرين، مع مفاهيم التحليل النفسي التي تنطوي على صراعات غير واعية، إلى نهج ماسترز وجونسون السلوكي المباشر، لعصر الطب الحيوي في بداية القرن الحادي والعشرين. ويستمر تصور الخلل الوظيفي الجنسي في التطور بدمج تعقيد العوامل والتعريفات الفردية والثقافية، وينص التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشكلات الصحية ذات الصلة (الطبعة العاشرة ؛ ICD-10 ؛ منظمة الصحة العالمية 2016) على أن الخلل الوظيفي الجنسي هو أي "تغيير في الوظيفة الجنسية يُنظر إليه على أنه غير مُرضٍ، وغير مجزي، وغير كافٍ"، والتشخيص والدليل الإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الخامسة؛ DSM-5؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013) يستشهد بمجموعة من الميزات التي يجب مراعاتها أثناء التقييم والعلاج، مثل عوامل العلاقة والأمراض النفسية أو الضغوطات، ومع ذلك يحذر الكثيرون من أن المجال لم يعبر بعد عن فهم مقنع لآلية معظم الاختلالات الجنسية، وقد بدأ العلاج المعاصر للاختلالات الجنسية في الاعتراف بهذا التعقيد، بما في ذلك التعاون متعدد التخصصات بين المعالجين الجنسيين وأطباء المسالك البولية وأطباء أمراض النساء

وأطباء الأمراض الجلدية والمعالجين الفيزيائيين وغيرهم من المهنيين (Fisher & Fisher, 2019).

الأسرة والصحة الجنسية

على الرغم من أننا نقر بأن العوامل الهيكلية (الجنس والالاقتصاد والثقافة والقانون) على المستوى الكلي تشكل كيفية عمل الأسر نفسها، فإن هذه العوامل الهيكلية تعمل على مستويات اجتماعية وبيئية مختلفة، ولكن من المهم أن نعترف بأنه عندما ينتقل المرء من المستوى الجزئي إلى المستوى الكلي تصبح العوامل الهيكلية أكثر قوة، ويمكن التمييز بين عمليتين مختلفتين، الأولى داخل الأسرة، حيث يقوم الآباء بتشكيل قدرات الأطفال وسلوكياتهم، والثانية إعادة إنتاج العوامل الهيكلية الكلية التي تؤثر على المجتمع الأوسع من قبل الأسرة باعتبارها الموقع الأساسي للتنشئة الاجتماعية، ونعني بكلمة "الآباء" أي مقدم رعاية أساسي، بما في ذلك الآباء البيولوجيين والأجداد والأعمام والعمات والأشقاء الأكبر سنًا.

هناك ثلاث عمليات رئيسية يمكن من خلالها للأسر والآباء أن يؤثرُوا على السلوك الجنسي للأطفال في وقت لاحق. أولاً، من المرجح أن تعزز بيئة التنشئة عالية الدفء ومنخفضة العداء ثقة الطفل ووعيه بالذات واستقراره العاطفي، وهذا بدوره قد يساعد الطفل على التفكير في نواياه المستقبلية وتحديد احتياجاته الجنسية. ثانياً، الصفات الشخصية ضرورية لتطوير المهارات الشخصية والكفاءة الاجتماعية خلال فترة المراهقة، على سبيل المثال القدرة على التعبير عن الاحتياجات وتقييم تصرفات الآخرين. وقد ثبت أن هذه الكفاءة التفاعلية مرتبطة بالسلوك الجنسي الآمن،

ثالثاً، في مرحلة المراهقة المبكرة، تعمل توقعات الآباء لسلوك أطفالهم-والتي يتم التعبير عنها من خلال قيمهم الجنسية الخاصة، ونصائحهم وقواعدهم لأطفالهم وتشكيلهم الأدوار (عن قصد أو غير مقصود) - على التأثير في السلوك الجنسي لأطفالهم.

يتأثر كل من هيكل الأسرة، الذي نشير به إلى تكوين أولئك الذين لديهم علاقات أسرية مستمرة مع بعضهم البعض، والتفاعل بين الوالدين والطفل بشدة بالفقر، وتقل احتمالية بقاء الوالدين معاً إذا كان الآباء يبحثون عن عمل في مكان آخر أو إذا أدت المصاعب المادية إلى تفاقم التوترات الزوجية، كما أن المصاعب الاقتصادية غالباً ما تعني أن الآباء لديهم وقت أقل يقضونه مع أطفالهم بسبب ساعات العمل الطويلة، مما يقلل من ارتباطهم بأطفالهم وقدرتهم على تنظيم سلوكهم.

الطريقة الثالثة التي تؤثر بها الأسر، ولا سيما الآباء على الأطفال على المستوى الهيكلي، هي الآلية الرئيسية للتنشئة الاجتماعية، إذ عندما يقوم الآباء بتربية أطفالهم، فإنهم ينقلون المعتقدات والممارسات الاجتماعية والثقافية إلى جيل جديد، ومع ذلك يتم تصفية هذه العملية من خلال بيئتها الهيكلية الحالية (على سبيل المثال، الظروف الاقتصادية والفقر)، والخصائص الشخصية والمسارات الاجتماعية.

هناك علاقة بين التأثيرات الهيكلية على المستوى الكلي والعمليات الأسرية، حيث تتشكل ممارسات الوالدين الأبوية من خلال عوامل هيكلية أوسع، وبالتالي إعادة إنتاجها. وبالتالي يمكن النظر إلى الأبوة والأمومة على أنها "ممارسة اجتماعية" كلاسيكية تنتج وتُنتج بواسطة الهياكل الاجتماعية، وتؤثر معايير النوع الاجتماعي

على العلاقات الزوجية بين الوالدين وتشكل كيفية معاملة الوالدين لأطفالهم، على سبيل المثال في الاهتمام الموجه إليهم وهم أطفال، أو تخصيص العمل المنزلي أو في القيود المفروضة على الأنشطة العامة. هذا يقود الأطفال إلى اكتساب عناصر الهوية الجنسية منذ سن مبكرة جدًا ويضع توقعات لأدوار الجنسين المناسبة. في معظم المجتمعات، يتم تنشئة الفتيات اجتماعياً لقبول أشكال مختلفة من تفوق الذكور، هذا يقيد ثقتهم بأنفسهم، ويحد بدوره من قدرتهم على تأكيد اهتماماتهم في التعامل مع الأولاد، وعندما يتعلق الأمر ببداية علاقة جنسية، فإن الشباب يطورون أدوارهم الجنسية من حيث الهويات الجنسية التي تعلموها سابقاً، وفي الواقع يجادل البعض بأن أحد الدوافع الرئيسية للجنس المبكر هو تطوير وتأكيد الهوية الجنسية للفرد، ومن الأمثلة المتطرفة على كيفية قيام الوالدين بإعادة إنتاج العلاقات بين الجنسين من خلال انتقال العنف المنزلي بين الأجيال، حيث يكون الأولاد الذين يشهدون العنف المنزلي أكثر عرضة للإساءة إلى شركائهم (على سبيل المثال) ، فهذه إحدى الطرق المباشرة التي يمكن أن تسبب فيها الأبوة القاسية مشاكل الصحة الجنسية والإنجابية، وهناك بالطبع أمثلة أكثر إيجابية لتأثير الوالدين على العلاقات بين الجنسين (Wamoyi, Wight, & Remes, 2015).

العوامل المساهمة في الاضطرابات الجنسية:

هناك عدد من العوامل العامة التي تساهم في العافية الجنسية: فيزيولوجية الفرد، والقضايا النفسية للفرد، والقضايا النسقية. من الناحية الفسيولوجية، هناك حالات لا حصر لها يمكن أن تسهم في تطور المشكلات الجنسية والحفاظ عليها،

وتشمل على سبيل المثال لا الحصر الأدوية، والناقلات العصبية، وأمراض القلب، ومشاكل العضلات والعظام، وتلف الأعصاب، والصدمات الفسيولوجية، والاختلالات الهرمونية. قد لا يتمكن المعالجون الذين يعتبرون الفسيولوجيا ليست جزء من العافية الجنسية للزوجين من معالجة المشكلة المعروضة. تشمل العوامل النفسية الفردية التي تساهم في المشاكل الجنسية المرضية الحالات الشائعة التي يمكن أن تؤثر سلبًا على الحياة الجنسية للزوجين كالاكتئاب والقلق واضطرابات الشخصية واضطرابات المزاج الأخرى، كما يمكن أن تكون الصدمة أيضًا تجربة فردية من شأنها أن تساهم بشكل سلبي في تطور المشكلات الجنسية، على سبيل المثال قد يعاني الأشخاص الذين يتعرضون للاعتداء الجنسي من مستويات عالية من القلق عندما يواجهون مواقف جنسية، وفي حالة الاكتئاب والقلق واضطرابات المزاج قد يساهم الاكتئاب نفسه في المشكلة الجنسية، وكذلك أي أدوية يتم تناولها للتحكم في الاكتئاب أو القلق. بالنسبة للزوجين قد تساهم العوامل العلائقية في الحفاظ على المشكلة الجنسية، هذه العوامل العلائقية التي تساهم في مشاكل الجنس تشمل (على سبيل المثال لا الحصر) عدم القدرة على تنظيم العلاقة الحميمة العاطفية والجسدية، وعدم التوافق، وصراعات القوة، والإهمال المتصور، والمخاوف، مما قد يؤدي إلى تخريب الجهود لمعالجة المشكلة الجنسية. أخيرًا ، من خلال الاعتراف بالمساهمات الفردية لكل من الزوجين في المشاكل الزوجية يمكن للمعالجين دمج عمل الزوجين بشكل أفضل في علاج العجز الجنسي والمضي نحو الحفاظ على الصحة الجنسية (Hertlein, Timm, & D'Aniello, 2020).

FAMILY OF ORIGIN عائلة المنشأ

بناءً على دراسة استقصائية أجريت على أكثر من 1000 مضطرب جنسيا وشركائهم، خلص (Carnes as cited in (Schneider, 2000 إلى أن كلا من الإكراه الجنسي والإدمان لهما جذور في الأسرة المختلة التي تعرض فيها الطفل للإيذاء أو الإهمال. وفي دراسة استقصائية للمدمنين على الجنس أفاد 83% أنهم تعرضوا للاعتداء الجنسي كأطفال، وفي مثل هذه الحالات لدى الأطفال، يتعلمون الخلط بين الجنس والرعاية، وفي دراسة استقصائية تتعلق بالاعتداء الجنسي والجسدي والعاطفي الذي يعاني منه المضطربون جنسيا في مرحلة الطفولة، وجد Carnes& (Schneider, 2000) علاقة تنبؤية مهمة بين تواتر الاعتداء الجنسي والجسدي في الطفولة وعدد الأنواع المبلغ عنها من السلوكيات الجنسية المضطربة في مرحلة البلوغ. ويميل المضطربون جنسيا الذين لديهم تاريخ أكثر خطورة من إساءة معاملة الطفولة إلى الإدمان أو الإكراهات المتعددة في مرحلة البلوغ (الجنس، والاعتماد على المخدرات، واضطرابات الأكل، والقمار القهري، والإنفاق القهري، وما إلى ذلك).

إحدى طرق تصنيف الأسر هي النموذج الدائري الذي طوره أولسون وزملاؤه. يضع هذا النموذج العائلات على محورين، أحدهما يتعلق بدرجة التماسك في الأسرة (بدءًا من التماسك إلى عدم التماسك)، والآخر يصف قدرة الأسرة على التكيف (من التفاعلات الفوضوية إلى الصلبة)، وينتج عن هذه المصفوفة المكونة من هذين المحورين 16 خلية. في استطلاع Carnes لعام 1991، عندما طُلب من

المستجيبين تصنيف عائلاتهم الأصلية باستخدام نموذج Circumplex، وقعت أغلبية واضحة (68.1%) في خلية واحدة من أصل 16 خلية، وهي الأسرة الصلبة المنفصلة the rigid disengaged family. هذه الأسر لديها قواعد غير مرنة ورعاية غير كافية، والأسرة الدينية الصارمة هي نموذج أولي. تمتلك أسر العديد من المضطربين جنسيا تاريخًا متعدد الأجيال من السلوك المضطرب، بما في ذلك تعاطي المخدرات والإدمان الجنسي واضطرابات الأكل والمقاومة المرضية. أفاد Carnes and (Schneider, 2000) أن Schneider as cited in (Schneider, 2000) أن شركاء المدمنين الجنسيين غالبًا ما يأتون من خلفية عائلية مماثلة لخلفية المدمنين على الجنس: (62.5%) من المدمنين وصفوا عائلاتهم بأنها جامدة وغير مرنة، ووصف الشركاء عائلتهم المختلة بأنها غالبًا ما تكون مليئة بالإدمان والإكراه، ولم يتم فيها تلبية احتياجاتهم العاطفية كأطفال، وقد تعرض الكثيرون للإيذاء الجنسي ونشأوا معتقدين أن الجنس هو أهم علامة على الحب، أو أن الحب يجب كسبه من خلال الجنس، وكانوا يخشون الجنس ولديهم اضطرابات في الرغبة الجنسية أو الإثارة أو النشوة الجنسية، ووصفوا حاجة كبيرة لموافقة الآخرين وواجهوا صعوبة في وضع الحدود المناسبة، وغالبًا ما كان لديهم سلسلة من العلاقات مع الأشخاص الذين يعانون من أنواع الإدمان أو الإكراهات المختلفة. ومن الأمثلة على الزوجين اللذين تكمل اضطرابات أحدهما الآخر، كان أحد الزوجين مدمنًا جنسيًا يفضل البغايا على الجنس الزوجي، بينما زوجته التي تعرضت للاعتداء الجنسي في طفولتها لم تكن مهتمة بالجنس، وكانت ممتنة لزوجها لعدم اهتمامه الجنسي بها، وعندما سعى الزوج إلى العلاج من إدمانه

الجنسي تمكنت زوجته لأول مرة من مواجهة الإساءة التي ارتكبتها في طفولتها في الماضي وعجزها الجنسي (Schneider, 2000).

عملية ومحتوى التقييم في الأزواج

يتم التعامل مع القضايا الجنسية في العلاج الزوجي من خلال العلاج الزوجي المتكامل حيث يتم لفت الانتباه إلى أنظمة دعم متعددة، بما في ذلك الاهتمامات الفسيولوجية والعاطفية والعلائقية، وإلى تقييم ديناميكيات الزوجين في عمل العلاج الجنسي باعتبارها عملية شاملة ومستمرة تحدث في البداية ويتم الحفاظ عليها طوال فترة العلاج، وأنها عملية ضرورية لتأسيس التشخيصات وتوجيه المزيد من الأسئلة لتقييم وتحسين الصحة الجنسية للزوجين.

يتم تصميم الجزء الأول من التقييم للحصول على معلومات أساسية عن العلاقة والتاريخ الصحي لكل شخص ومعلومات حول المشكلة الجنسية، ولأن مناقشة المشكلة الجنسية يمكن أن تسبب الخجل والإحراج، يحتاج المعالج إلى متابعة هذه الأسئلة بطريقة حساسة، وبناءً على المعلومات الواردة يمكن للمعالج أن يسأل عن مجالات أخرى للوظيفة الجنسية. يحتاج المعالج إلى استبعاد أي اعتبارات بيولوجية تكمن وراء المشكلة الجنسية، وقد تعكس القضايا الجنسية المشاكل والمخاوف على مستويات مختلفة في الأزواج، ومشاكل الزوجين والمشاكل الجنسية تبقى وتؤدي إلى تفاقم بعضها البعض، ويمكن أن تخفي المشاكل الجنسية مشاكل الزوجين أو قد يتم الحفاظ عليها دون وعي من قبل الزوجين لتجنب العلاقة الحميمة، ويتمثل أحد التقييمات الرئيسية في تحديد ما إذا كانت الصعوبة الجنسية ناتجة عن خلل وظيفي

أساسي أم ثانوي. الاختلالات الجنسية الأولية هي المشكلة الأولى التي تظهر، وقد تكون المسببات فسيولوجية، أو نفسية، أو قد تحتوي على عناصر من كليهما، وتتبع المشاكل الجنسية الثانوية المشكل الأولى، وغالبًا ما تكون نتيجة لمحاولات الزوجين لإصلاح المشكل الأولى، وغالبًا ما تكون ذات طبيعة نفسية.

على سبيل المثال، أبلغت إحدى العملاء عن تلف في الأعصاب بعد الجراحة التي تركتها غير قادرة على ممارسة الجنس، ذكرت أن ممارسة الجنس مع زوجها كان يتحول إلى جلسة علاج، لأنها كانت تجبر نفسها على ممارسة الجنس لمحاولة معرفة ما إذا كانت ستشعر بشيء ما. عندما كانت غير قادرة على الشعور، انتهت بها الأمر بالبكاء، وتولى زوجها دور مواساتها والاستماع إلى ألمها بشأن الموقف. ذكرت أنها بدأت في تكوين ارتباط سلبي بالجنس نتيجة هذه التفاعلات، في هذا المثال كان الخلل الوظيفي الجنسي الأساسي نتيجة لتلف الأعصاب، وكان الخلل الوظيفي الثانوي هو النفور من الجنس. في كثير من الحالات يظهر الخلل الوظيفي الجنسي الثاني كإقران تكييف كلاسيكي لحالة الجسم الفسيولوجية (غالبًا القلق) مع منبه حميد (في هذه الحالة، النشاط/ السلوك الجنسي). يبدو أن انتشار تطور خلل الوظائف الجنسية الثانوية هو نفسه تقريبًا بالنسبة للرجال والنساء، لهذه الأسباب قبل بدء العمل على المشاكل الجنسية يجب على المعالج أولاً حل مشاكل الزوجين.

عملية التقييم

يبدأ دمج العلاج الزوجي في العمل مع الاختلالات الجنسية بمرحلة التقييم، ويتم تنظيم هذه الجلسات كمزيج بين الجلسات الفردية والمشاركة، حيث تسمح

الجلسات الفردية بإخراج المعلومات دون الحكم، في الجلسة الأولى، يُرى الأزواج معًا، ويوصى بأن تكون مدة الجلسة الأولى 1.30 د- إلى ساعتين لتفسير المشكلات التي ستظهر، الجلسات الثانية والثالثة عبارة عن جلسات فردية - واحدة لكل شريك، يحتاج المعالج في الجلسة الفردية إلى سياسة أسرار واضحة يتم تحديدها وإبلاغ العملاء بها. من الناحية المثالية سيكون المعالج قد ناقش سياسة الأسرار هذه في الجلسة السابقة مع وجود كلا العميلين؛ يتم تطوير سياسة الأسرار من قبل المعالج وتحد من الظروف التي سيتم فيها الاحتفاظ بالأسرار، لكن إذا كان السر سيؤثر على عملية العلاج يجب اعلام العملاء بضرورة الكشف عن هذا السر. يتم الكشف عن المشكلات والأسرار في الجلسات الفردية، بعد الجلسات الفردية (الجلسة الرابعة)، يلتقي المعالج بالزوجين ويراجع خطة العلاج، وتشتمل خطة العلاج على خمس مجالات: سيكولوجية الفرد، والقضايا الثنائية، والقضايا البيولوجية الفردية، والقضايا النفسية، والقضايا الاجتماعية والثقافية. ستكون هذه المجالات هي محور العلاج مع العملاء والمعالج الذي تفاوض بشأن الأولوية التي سيتم معالجتها فيها، ومن المهم أن يوازن المعالج خطة العلاج مع الإشارة إلى كلا الشريكين على نفس الدرجة تقريبًا.

محتوى التقييم

من الثابت أن التعبير عن الجنس في سياق علائقي والرفاهية الجنسية هو نتيجة تفاعل معقد بين الرفاه النفسي والعاطفي والسيولوجي، على سبيل المثال تتضمن تنبؤات الرغبة الجنسية لدى الرجال تعديل العلاقة والعوامل المعرفية مثل المواقف التقييدية حول الجنس، ووجود الأفكار المثيرة والعار والحزن، وقد تم إثبات

العلاقة الحميمة العاطفية في دراسة واحدة على الأقل على أنها أقوى مؤشر على الرضا الجنسي لدى كل من الرجال والنساء (Pascoal, Narciso, & Pereira, 2013 as cited in (Hertlein et al., 2020) التي تساهم في الخلل الوظيفي الجنسي لدى الرجال تميل إلى المبالغة في التركيز على البيولوجيا بدلاً من أنظمة الاعتقاد والعواطف والقضايا العلائقية، كل مجال من هذه المجالات هو محتوى مهم يحتاج إلى تقييم. تشير مجموعة من المؤلفات إلى المسببات المعقدة لعلم وظائف الأعضاء وعلم النفس في علاج الاختلالات والمشاكل الجنسية، ويمكن فهم العلاقة الجنسية للزوجين، جزئياً، على أنها تتكون من جوانب في علاقة الزوجين، بما في ذلك الجنس، والإثارة الجنسية، والترابط بين الأشخاص، والإنجاب. وقد أدى النظر في الجوانب المختلفة لعلاقة الزوجين إلى ضمان نهج العلاج الجنسي البنوي the constructivist sex therapy approach الذي وصفه (Zumaya et al. (1999 as cited in (Hertlein et al., 2020) التعلق وفهم المعنى والاستجابة والسلوك الجنسي.

المجال 1: تثبيت المساهمة البيولوجية Establishing the biological contribution

أحد المجالات التي يجب تقييمها قبل أي شيء هو ما إذا كان هناك أي مساهمة بيولوجية في مشكلة التقديم وإلى أي درجة تؤثر المشاركة البيولوجية على الصحة الجنسية. كما ذكرنا سابقاً هناك عدد من الحالات البيولوجية التي يمكن أن تساهم في ظهور الأعراض الجنسية. في حالة آدم البالغ من العمر 72 عامًا لاحظ

أنه فقد القدرة على الممارسة الجنسية، وقد تضمن جزء من التقييم تحديد لقاء مع زوجة آدم للتأكد من عدم وجود صعوبات في العلاقة قد تساهم في الخلل الوظيفي الجنسي، كانت العلاقة بين آدم وزوجته قوية جدًا، ولم يكشف بشكل فردي عن الأمراض التي من شأنها أن تسهم في الخلل الوظيفي الجنسي الذي كان يعاني منه، وقد كشفت مراجعة الأدوية التي كان آدم يتناولها بعد نوبة قلبية أن هذه الأدوية قد تكون السبب الأكثر احتمالاً لخلل وظيفته، لذلك تحول العلاج النفسي إلى مساعدة الزوجين في التعامل مع الدواء والتحدث إلى طبيب القلب حول المشكلة.

المجال 2: تقييم المساهمات النفسية الفردية Assessing individual psychological contributions

تلعب المتغيرات النفسية والاجتماعية دورًا مهمًا في تطوير المشكلات الجنسية والحفاظ عليها، وتشمل متغيرات المريض التي تساهم في المشكلة الجنسية الاكتئاب، والقلق، والأنماط الجنسية الخاصة، والتوقعات غير الواقعية. قد يكون الاكتئاب أحد المجالات التي يتم فيها اختزال النشاط الجنسي بسبب الأفراد والعجز عن إجراء التغييرات، وقد يكون إحساس المرء بالاحترام مساهمة نفسية أخرى، على سبيل المثال كانت جيني تعاني دائمًا من صورة جسدها، ولم تشعر بالراحة مع جسدها بأي صفة، ونتيجة لذلك رفضت ممارسة الجنس مع شريكها، وفي هذه الحالة تعتبر مشاكلها الفردية التي تتعلق بصورة جسدها هو العامل الأساسي الذي يساهم في المشكلة الجنسية. ومن المجالات النفسية الأخرى المساهمة تجربة الصدمة، وهذا يشمل التماس تاريخ الصدمة والتأكد من كيفية تأثير الصدمات التي حدثت على تقدير

الذات الجنسي للعميل، على سبيل المثال جاء جويل وماجي للعلاج من أجل الطلاق، وفي سياق أخذ تاريخ كل منهما كشف جويل عن تاريخ إعطاء والدته الجنس الفموي oral sex في طفولته، وذكر جويل أن هذا لم يكن مؤلماً ولكن يمكن اعتباره النقطة التي تدرب فيها ليكون حبيباً جيداً. من منظور فردي، لم تكن هناك صدمة فحسب، بل كانت هناك أيضاً بعض التشوهات المعرفية الشديدة التي تحيط بهذا السلوك الجنسي، أدى هذا التشويه إلى ارتفاع قيمة جويل للجنس في العلاقة (بما يتجاوز الالتزام العاطفي وبناء العلاقة الحميمة)، إذ لم يكن لزوجته نفس القيمة فيما يتعلق بالجنس وكان عدم التوافق الجنسي سبباً رئيسياً وراء رغبة مارج في الطلاق. متغيرات الشريك هي مجموعة أخرى من المساهمات النفسية والاجتماعية، وتتضمن هذه المتغيرات عدم اهتمام الشريك الفردي بالجنس، والمرض لدى الشريك الآخر (الصحة العقلية أو الصحة البدنية)، والأدوية، والتغيرات البيولوجية والهرمونية، وما إلى ذلك. هناك أيضاً متغيرات جنسية يجب أخذها في الاعتبار في التقييم، على وجه التحديد يحتاج المعالجون إلى تقييم عدم التوافق من حيث الاهتمام والأنشطة والتكرار، أخيراً، تشمل المتغيرات السياقية التي يجب معالجتها الضغوط الثقافية والتنموية والمجتمعية مثل التنافس والتوظيف والشؤون المالية ومخاوف الأطفال والآباء وغيرهم.

المجال 3: تحديد المساهمات الديناميكية للزوجين Identifying the couple dynamic contributions

يعمل المعالج على تقييم علاقة الزوجين وسياقهما على نطاق أوسع بالإضافة إلى دورهما في الحفاظ على المشكلة الحالية. لتحديد مساهمة الزوجين في العلاقة

يحتاج المعالج إلى طرح أسئلة محددة حول كيفية مساعدة ديناميكيات الزوجين في تطوير والحفاظ على المشكلة الجنسية. يجب أن يقوم المعالج بتقييم عوامل الخطر مثل الغضب والاستياء والمخاوف (لا سيما العلاقة الحميمة) وأساليب إدارة الصراع وصراعات السلطة. على سبيل المثال يلاحظ بعض الأزواج الذين لا يشعرون بالرغبة أنهم إذا امتنعوا عن ممارسة الجنس مع شريكهم فإنهم هم المسيطرون، يجب أن يستفسر المعالج عن تأثير المشكلة الجنسية على كل من الشركاء، وأسهل طريقة لطرح هذا السؤال هي أن تقول: "ما هو تأثير هذه المشكلة على علاقتك؟". تشمل مجالات البحث المحددة لتقييم تأثير المشكلة الجنسية على الزوجين ما يلي:

- تاريخ العلاقة مع بعضهم البعض والرضا عن العلاقة بشكل عام.
- منظور الزوج للجنس (أي هل الجنس عفوي، ممتع، إلخ) قبل المشكلة الجنسية وبعد المشكلة الجنسية.
- تأثير المشكلة الجنسية على تواصل الزوجين.
- الرضا الجنسي العام وما إذا كان قد تغير نتيجة المشكلة.
- التوافق الجنسي.
- الآثار الخارجية الأخرى للمشكلة الجنسية، إذ قد يعاني الشريك أيضًا من مشكلة جنسية تم تطويرها إما استجابة للمشكلة التي يعاني منها الشريك الآخر، أو من شيء آخر في العلاقة. يحتاج المعالج إلى الانتباه إلى توفير وجهة نظر منهجية في طرح الأسئلة حول تطور المشكلات الجنسية في العلاقة.

كذلك يعتبر اكتساب الفهم من خلال الحصول على تاريخ شامل - علاقي وجنساني قضية مؤثرة في الصحة الجنسية للزوجين، ويقوم المعالج بجمع معلومات حول الطبيعة المحددة للمشكلة الجنسية، ووقت ظهورها، وشرح الأفكار حول حدوثها، ومواقف الزوجين المحددة تجاه الجنس وما شابه، كما يجب أن يأخذ المختص في الاعتبار أعمار الزوجين، وكوكبة الأسرة، والثقافة، والمهنة، والحالة الصحية، ومستويات التوتر، والصحة العقلية، وتعاطي المخدرات، ويجب أن يستفسر المعالج أيضًا عن أحداث دورة الحياة التي يمر بها الزوجان، ويجب على المعالج أن يتبنى منظور "من وماذا وأين ومتى" في جميع تاريخ العلاقة، وتشمل هذه المجالات تقييم الانجذاب الأولي لبعضهم البعض، والظروف التي أحاطت بتطور علاقتهم، والصفات المحددة التي يقدرونها حول شريكهم.

تفسح هذه المحادثات التاريخية استكشاف الأسرة الأصلية لكل شخص، والمواقف حول العلاقات الزوجية، والتجارب المبكرة مع النشاط الجنسي (جنبًا إلى جنب مع تقييم ما إذا كانت أي من هذه التجارب قسرية)، كما يمكن للمعالجين تقييم فهم كل شريك للعلاقة الجنسية والعلاقة الحميمة والتجارب الجنسية المبكرة والرسائل المكتسبة من تجاربهم السابقة. أخيرًا، يجب على المعالجين أن يكونوا واعين لتقييم الصدمات داخل العلاقة الحالية وكذلك خارجها.

التواصل بين الزوجين هو جزء لا يتجزأ من العلاج الجنسي والعلاج الزوجي، إذ أن كيفية تواصل الأزواج ومناقشة علاقتهم له تأثير عميق على كيفية تجربتهم لعلاقتهم الجنسية، والعلاج بالاتصال هو نوع من العلاج الزوجي يركز بشكل خاص

على تعليم مهارات الاتصال بين الزوجين وطرق التعاون والتكيف مع بعضهما البعض، ويهدف هذا النوع من العلاج إلى التأثير على العلاقات الجنسية بين الزوجين من خلال تعزيز قدرة الزوجين على التحدث بصراحة عن تصوراتهم حول العلاقة الرومانسية والعلاقة الجنسية. يؤثر العلاج بالاتصال بشكل غير مباشر على العلاقة الجنسية بين الزوجين من خلال تحسين العلاقة العامة، حيث وجدت دراسة أجراها Everaerd and Dekker (1981) as cited in (Hertlein et al., 2020) أن العلاج الجنسي والعلاج بالتواصل هما طريقتان فعالتان في علاج الاضطرابات الجنسية، ووجد أن العلاج بالاتصال فعال للغاية في تحسين الرضا الجنسي للإناث، ويسلط عمل (Manara (1991) as cited in (Hertlein et al., 2020) الضوء على ثلاثة مستويات من التدخل تهدف إلى تحسين الاتصال. تم تصميم المستوى الأول لمعالجة الاتصالات المتضاربة conflictual communication بما في ذلك الرسائل المتناقضة والتعبير عن الصراع في العلاقة، ويطلب منهم الانتباه إلى الأنماط العلائقية المتعلقة بالقوة والعدوانية. المستوى الثاني يشمل معالجة القضايا الأخرى في علاقة الزوجين ومهاراتهم الجنسية. المستوى الثالث مساعدة الزوجين على دمج المهارات المكتسبة في المستويين الأول والثاني وتطبيق المعلومات على الزوجين والعلاقة الجنسية.

أظهرت الأبحاث أن المشكلات الجنسية غالبًا ما تكون نتيجة الإحباط والصراعات في العلاقات الرومانسية، وتتميز العلاقة الحميمة بالانفتاح والتقارب العاطفي من خلال المودة والتواصل والاحترام والرضا والالتزام، وقد تم تحديد ثماني مجالات من العلاقة الحميمة: التوافق، التعبيرات الودية، المودة والحب، الالتزام،

التواصل حول الاحتياجات والرغبات الجنسية، المتعة المتبادلة في السلوكيات الجنسية والثقة.

العلاقة الحميمة جانب مهم من جوانب فهم الصحة النفسية للزوجين، والسلوك الجنسي هو أحد مظاهر مستوى العلاقة الحميمة بينهما، والعلاقة الحميمة هي عنصر حاسم في الرضا الجنسي والرضا العام عن العلاقة، فالعلاقة الحميمة والجنس مرتبطان بشكل معقد. الأداء الجنسي هو إحدى الطرق التي يتم التعبير عنها في العلاقات الحميمة ويجب معالجتها مباشرة عندما يبلغ الأزواج عن مخاوفهم في هذا المجال. هناك جانب مهم أساسي من العلاج الزوجي هو تقييم أسلوب التعلق لدى الزوجين، حيث يُظهر البالغون الذين طوروا أسلوب تعلق آمن مستويات منخفضة من القلق وتجنب العلاقات الوثيقة ويشعرون بالراحة في إظهار الحب وقبول الحب، في المقابل يعاني البالغون الذين طوروا أسلوب التعلق المستغرق preoccupied بقلق شديد، لكنهم لا يتجنبون العلاقة الحميمة، بينما يتميز أسلوب التعلق الراض بـتجنب العلاقة الحميمة، وأولئك الذين لديهم أسلوب التعلق القلق يعانون من مستويات عالية من القلق والتجنب، ومن المنطقي أن أنماط التعلق قد ترتبط بالأداء الجنسي (Hertlein et al., 2020).

التدخلات الأسرية للاضطرابات الجنسية:

من أوائل القرن العشرين إلى الستينيات، كان أسلوب العلاج السائد للمشاكل الجنسية هو التحليل النفسي، وهو نهج فردي طويل الأمد يركز على الصراعات العميقة غير الواعية الناشئة عن التفاعلات المرضية مع الوالدين أثناء الطفولة

المبكرة، والتي تتدخل في التعبير الصحي عن النشاط الجنسي في مرحلة البلوغ. لم يعالج التحليل النفسي الأعراض بشكل مباشر، بل كان يهدف إلى حل المخاوف والصراعات اللاواعية من خلال وضعها في الوعي، وتضمنت السلوكية على عكس التحليل النفسي التقييم المباشر وعلاج الخلل الوظيفي الجنسي في مناخ يسوده زيادة السماح الجنسي، وبالاعتماد على نظريات التعلم لدى بافلوف وسكينر وولب صاغت السلوكية الخلل الوظيفي الجنسي كاستجابات مكتسبة يمكن إخمادها. لقد بنى ماسترز وجونسون Masters and Johnson (1970) نموذجهما على هذه المفاهيم معتمدين على الفرضية النظرية القائلة بأن الجنس هو وظيفة فسيولوجية طبيعية، والعوامل التي تتداخل مع هذه الوظيفة الطبيعية مثل القلق يمكن أن تنطفئ، واستند نهجهم في علاج الاختلالات الجنسية على أبحاثهم - الأولى من نوعها - في علم وظائف الأعضاء الجنسية للإنسان، ومن هذا البحث اقترحوا نموذجًا من أربع مراحل، يركز على الأعضاء التناسلية والذي بدأ بطريقة خطية من خلال الإثارة، العتبة، هزة الجماع، والاسترخاء، ويتم تقييم وعلاج الخلل الوظيفي الجنسي لأي مريض في المرحلة التي حدثت فيها المشكلة، تعرض ماسترز وجونسون لانتقادات حسب باحثة الجنس شيري هايت Shere Hite التي اشارت إلى ان نموذج ماسترز وجونسون فشل في التعرف على التحيز الثقافي في تصورهم للخلل الوظيفي.

تضمنت الحقبة الطبية الحيوية في منتصف الثمانينيات حتى الوقت الحاضر محاولات طبية ودوائية لعلاج الاختلالات الجنسية مع جرعة منخفضة من مضادات الاكتئاب الموصوفة لتأخير القذف، والحقن والأدوية مثل الفياجرا، والتستوستيرون لانخفاض الرغبة الجنسية بين كل من الرجال والنساء، في حين أن تسويق الفياجرا

والأدوية المماثلة كان له تأثير إيجابي على التصورات عن النشاط الجنسي لكبار السن أين وجد أن هذه الأدوية فعالة إلى حد ما، فإن نسبة كبيرة من الرجال توقفوا عن العلاج، وقد انخفضت الفعالية بالنسبة للرجال الذين يصاحبهم نزاع زوجي مزمن أو مرض نفسي أو قلة الرغبة. الآراء الحديثة للاختلالات الجنسية آخذة في التطور، والبعض يشكك في الفكرة نفسها، ومع وجود كم كبير من أبحاث الصحة الجنسية المخصص للبحوث الجنسية، يتوجه البعض للاهتمام بأفضل السبل لتصوير الخلل الوظيفي، فيما لا يزال البعض الآخر حائراً بشأن التساؤل: متى يكون الخلل الوظيفي الجنسي خلل وظيفي حقيقي أم مجرد استجابة طبيعية لبعض المشكلات الأخرى، كذلك شك الباحثون والأطباء في الدقة التمثيلية والمنفعة السريرية لكل من نموذج المراحل الأربع والنموذج ثلاثي الأطوار المنقح - خاصة بالنسبة للنساء. من خلال نموذجها غير الخطي (2015)، لاحظت باسون Basson أن العديد من النساء لا يعانين من الرغبة العفوية، مدركين أن الرغبة يمكن أن تكون إما عفوية أم تفاعلية، وقد تحدث بعد الإثارة. في هذا النموذج، يتم النظر في العوامل السياقية مثل العلاقة والدوافع للجنس مثل الرغبة في إرضاء الشريك أو الشعور بالقرب عاطفياً، والرضا لا يتوقف على النشوة الجنسية، ومع ذلك هناك حاجة إلى بحث مستمر (Fisher & Fisher, 2019).

التدخلات الأسرية هي امتدادات طبيعية للتقييمات، وغالباً ما يتم تقديم التدخلات في وقت واحد مع التقييم وليس بالتتابع.

Natural/Biological Systems التدخلات النظم الطبيعية/البيولوجية

Interventions

يعتقد الممارس الذي يستخدم نهج الأنظمة البيولوجية أو الطبيعية أن أنماط الصعوبات التي يتم اختبارها في الوقت الحاضر يتم تناقلها عبر الأجيال، ومن خلال إنشاء رسم بياني للعائلة يتكون من ثلاثة أجيال على الأقل لنظام العميل يمكن للمعالج أن يبدأ في التعرف على أنماط السلوكيات التي تساهم في مشكلة التقديم. يبدأ المعالج بالأسرة المباشرة للعميل في الجيل الحالي، ثم يتفرع إلى باقي الأجيال. يطرح المعالج أسئلة تتعلق بالعلاقات بين الأشخاص، وتحولات دورة الحياة التنموية، والأحداث المهمة، ويتم الإشارة إلى كل هذه المعلومات في الرسم البياني للعائلة، مع إيلاء اهتمام خاص لاستخدام رموز معينة للأشخاص وأنماط الارتباط وأحداث دورة الحياة. من خلال إنشاء الرسم البياني للعائلة يمكن رؤية وظائف الأسرة وفهمها عبر دورة الحياة وعبر الأجيال، ويستخدم الرسم البياني للعائلة كأداة للتدخل. من خلال توضيح وفهم التفاعل التاريخي في الأسرة يمكن للعملاء بمساعدة الممارس تحديد وتنفيذ طرق أكثر استجابة للتعامل مع الصعوبات التي يواجهونها. يسعى المعالجون إلى مساعدة العملاء على زيادة مستوى التمايز لديهم أو يجب أن يكون كل منهم مرتبطاً ومستقلاً في العلاقات. يعزز المعالجون التمايز من خلال تدريب العميل على الحفاظ على حالته العاطفية دون تأثير لا داعي له من الآخر، وكلما زاد العملاء من قدراتهم على الاستجابة بشكل جيد وصحي تزداد مستويات تمايزهم، ومع هذه الزيادة يمكن للعملاء بعد ذلك أن يتعاملوا مع الصعوبات التي يواجهونها كالدعوة للتواصل بطرق أكثر

تأكيدًا لعلاقاتهم، ويمكنهم إنشاء طريقة جديدة مترابطة للوجود والتي تؤكد استقلالهم عن بعضهم البعض وارتباطهم ببعضهم البعض.

تدخلات الأنظمة السيبرانية Cybernetic Systems Interventions

تشجع الأساليب المستنيرة بالفهم السيبراني على تغيير سلوكيات العملاء أو معتقداتهم حتى يتمكنوا من الحصول على تجربة شخصية مختلفة، وبعد تقييم محاولات العملاء للتخلص من مشاكلهم، يقوم المعالج من خلال التوجيهات (أو المهام السلوكية) بتشجيع العملاء على القيام بشيء آخر غير ما كانوا يفعلونه، يمكن أن تكون التوجيهات المستندة إلى أهداف العملاء إما مباشرة أو غير مباشرة، التوجيهات المباشرة توجه العملاء صراحةً إلى وضع أنفسهم بشكل مختلف في مواجهة الصعوبات التي يواجهونها، على سبيل المثال بعد اكتشاف أن الصعوبة تتبع دائماً نمطاً يمكن التنبؤ به، قد يتدخل المعالج بإخبار العملاء بتغيير المكان الذي يمارسون فيه الجنس أو من يبدأ به. هذا التغيير في كيفية ارتباط العملاء ببعضهم البعض يغير بالضرورة الطريقة التي يرون بها الصعوبة. من خلال توجيه العملاء لفعل شيء مختلف يتم تقويض الدورة المعتادة للمشكلة. قد يستخدم المعالج أيضاً توجيهات غير مباشرة مثل التناقض أو إدخال استعارة لتغيير السياق الأساسي للمشكلة. في هذه التدخلات لم يعد العملاء يرون الصعوبات التي يواجهونها بنفس الطريقة، لذلك سوف يتصرفون بشكل مختلف تجاه المشكلة، على سبيل المثال عندما يُطلب من العميل الذي قد يتجنب ممارسة الجنس أن "يتباطأ"، أصبح تردده الآن هو الاستجابة المناسبة وليس الإشكالية. في هذه الأساليب السيبرانية يتم تحدي المعتقدات والإجراءات

الأساسية (أو عدم التصرفات) التي تُبقي العملاء عالقين في مشكلة، وبذلك تتغير علاقة العملاء بالمشكلة، ولم تعد طرقهم القديمة في التواصل منطقية لأن السياق قد تغير.

تدخلات أنظمة اللغة Language Systems Interventions

السؤال هو التدخل الرئيسي المستخدم في مناهج أنظمة اللغة، إن الطريقة التي يطرح بها المعالجون الأسئلة والنتيجة المقصودة قد تحدد مسار المشكلة. غالبًا ما يتدخل المعالجون عن طريق الجمع بين المعتقدات السائدة التي تبقى المشكلة في مكانها مع المعتقدات البديلة التي قد لا يتم إدراكها أو توضيحها بعد. يسعى الممارس من خلال المحادثات العلاجية إلى تفكيك المشكلة وإعادة بناء الحلول التي يولدها العميل، ويسعى المعالج إلى وضع نفسه على أنه غير خبير في حياة العملاء وحلولهم. والعميل أكثر خبرة في المحادثات التوليدية التي تنتج مناهج بديلة للأغراض العميل، ومن خلال السماح للعملاء بالمشاركة في موقف فضولي تجاه صعوباتهم واختيار طرق بديلة للفهم والتفاعل يسمح المعالج بحل المشاكل. الاعتقاد الأساسي في مناهج أنظمة اللغة لما بعد الحداثة هو أن المشكلات تنشأ اجتماعيًا وغالبًا ما ينظر إليها العملاء على أنها داخلية، ويسعى معالج ما بعد الحداثة القائم على نهج أنظمة اللغة إلى تسليط الضوء على تلك التصورات المبنية اجتماعيًا ودعوة العملاء لاختيار المزيد من القصص المؤكدة لحياتهم، ويفعلون ذلك من خلال البحث عن أوصاف غنية للمشكلة، وطرح أسئلة تصنع المعنى، ومن خلال التفكير الفضولي

بين استكشاف العملاء والمعالج للصعوبة يمكن تحقيق الحقائق البديلة والتفاهات وطرق الارتباط (Russo & King, 2017).

قائمة المراجع:

- Fisher, M. A., & Fisher, A. R. (2019). Sexual Dysfunctions in Couple and Family Therapy. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 2637-2641). Cham: Springer International Publishing.
- Graham, K .M. (2018). Sexual Dysfunctions. In J. Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 1-2). Cham: Springer International Publishing.
- Hertlein, K., Timm, T. M., & D'Aniello, C. (2020). Integrating couple therapy into work with sexual dysfunctions. *The Handbook of Systemic Family Therapy*, 3, 363-383.
- Ljungman, L., Lampic, C., & Wettergren, L. (2020). Sexual Dysfunction Among Young Adults in Sweden—A Population-Based Observational Study. *Sexual Medicine*.
- McCabe, M .P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., . . . Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual

- Medicine 2015. *The journal of sexual medicine*, 13(2), 144-152.
- Mercer, C. H., Tanton, C., Prah, P., Erens, B., Sonnenberg, P., Clifton, S., . . . Datta, J. (2013). Changes in sexual attitudes and lifestyles in Britain through the life course and over time: findings from the National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal). *The Lancet*, 382(9907), 1781-1794.
- Nicolosi, A., Laumann, E. O., Glasser, D. B., Moreira Jr, E. D., Paik, A., & Gingell, C. (2004). Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: the global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology*, 64(5), 991-997.
- Rogers, R. G., & McCarty, T. (2004). Sexual Dysfunction *Encyclopedia of Women's Health* (pp. 1183-1185). Boston, MA: Springer US.
- Russo, J., & King, J. H. (2017). *DSM-5® and Family Systems*: Springer Publishing Company.
- Schneider, J. P. (2000). Compulsive and addictive sexual disorders and the family. *CNS spectrums*, 5(10), 53-62.
- Smith, A. M., Lyons, A., Ferris, J. A., Richters, J., Pitts, M. K., Shelley, J. M., . . . Heywood, W. (2013). Incidence and persistence/recurrence of men's sexual difficulties: findings from the Australian Longitudinal Study of Health and Relationships. *Journal of sex & marital therapy*, 39(3), 201-215.
- Wamoyi, J., Wight, D., & Remes, P. (2015). The structural influence of family and parenting on young people's sexual and reproductive health in rural northern Tanzania. *Culture, health & sexuality*, 17(6), 718-732.

الفصل العاشر: الأسرة والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية

الأسرة والاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية Somatic Symptom and Related Disorders

مقدمة:

تعرف الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية بأنها الاهتمام الزائد بالأعراض الجسمية أو الصحة، وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الرابع المعدل يشار إلى هذه الاضطرابات بالأعراض الجسمية التي لا يُعرف لها سبب عضوي، وتسمى هذه الاضطرابات "جسدية الشكل somatoform" لتأكيد أن الأعراض تأخذ شكل الإحساسات الجسدية أو الجسمية bodily soma sensations، ولكن أصبح هناك صعوبة واضحة مع مرور الوقت في تمييز ما إذا كانت بعض الأعراض سببها بيولوجي أم لا، إذ لا يتفق الأطباء عادة حول السبب الطبي للعرض. بعض الأفراد ربما يكون لديهم ظرف صعب تشخيصه بسبب قصور في المعلومات والتكنولوجيا الطبية، بالإضافة إلى أن أغلب الأفراد مروا بخبرة واحدة على الأقل من عدم تشخيص العرض الجسدي الذي أصيبوا به في حياتهم (شويخ، 2017).

عادةً ما يصف اختصاصيو الصحة النفسية الأعراض الجسدية بأنها "جسدية" لتمييزها عن الأعراض المعرفية والعاطفية أو غيرها من الأعراض غير الجسدية، في المقابل غالبًا ما يشار إلى الأعراض الجسمية على أنها أعراض "جسدية" من قبل أولئك الذين يمارسون المهن الطبية والجراحية وغيرها من مهن الرعاية الصحية غير

النفسية. وتنتشر الأعراض الجسدية بشكل كبير، حيث تمثل أكثر من نصف حالات المرضى الخارجيين، وما يقرب من نصف هذه الشكاوى من الألم (مثل الصداع وآلام الصدر وآلام البطن وآلام الظهر وآلام المفاصل)، والربع من الجهاز التنفسي العلوي (مثل السعال والتهاب الحلق وأعراض الأذن أو الأنف)، وأعراض غير الجهاز التنفسي العلوي (مثل التعب والأرق والدوخة والخفقان). ويعاني حوالي 80% من الأفراد في عموم السكان من واحد أو أكثر من الأعراض كل شهر ممن يسعون للحصول على الرعاية، وتتطلب هذه الطبيعة الشاملة للأعراض الجسدية وضع بعض العتبات لتمييز "الأشخاص" الذين يعانون من أعراض مشتركة من الأفراد المؤهلين كـ "مرضى". قد تتضمن بعض العتبات شدة الأعراض: مدتها أو استمرارها، درجة الضعف المهني أو الاجتماعي، مستوى ضائقة المريض أو مخاوفه أو قلقه، قرار طلب العلاج أو استخدام الرعاية الصحية، والتكاليف المالية المباشرة وغير المباشرة. وغالبًا ما لا يتم تحديد التشخيص الطبي الدقيق الذي يفسر الأعراض، حيث يفقر ثلث الأعراض الجسدية على الأقل إلى تفسير مادي مناسب ويُشار إليها بمجموعة متنوعة من العلامات بما في ذلك الخلل الوظيفي، أو مجهول السبب، أو الجسدي، أو غير المبرر، ويتحسن حوالي ثلاثة أرباع المرضى الخارجيين الذين يعانون من شكاوى جسدية في غضون أسبوعين، في حين أن 20-25% من الأعراض تصبح مزمنة أو متكررة.

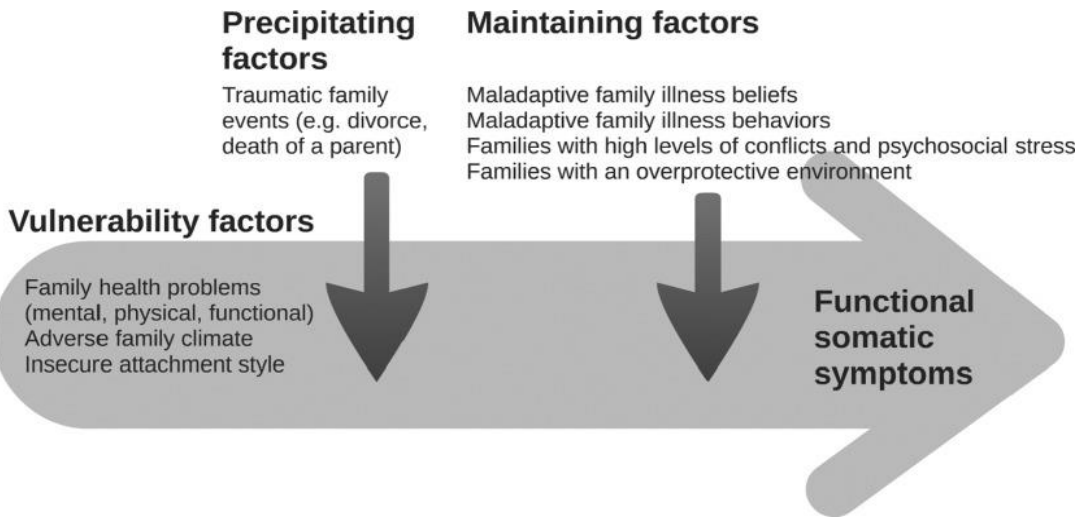
المتلازمات الجسدية الوظيفية: تتكون هذه الحالات من مجموعة من الأعراض الجسدية التي لا يُفهم سببها بشكل جيد وتشمل اضطرابات مثل متلازمة القولون العصبي، وآلام العضلي الليفي، ومتلازمة التعب المزمن، والاضطراب

الصدغي الفكي، والتهاب المثانة الخلالي، وغيرها، تساءل الخبراء عما إذا كانت هذه كلها اضطرابات منفصلة أم أنها جزء من مجموعة من الحالات الجسدية سيئة التفسير والتي تشترك في سمات مشتركة. دعماً لهذا الأخير كشفت الدراسات التوليفية أن هذه الاضطرابات تتداخل كثيراً، سواء على مستوى متلازمات معينة (يعاني نصف إلى ثلثي المرضى الذين يعانون من متلازمة واحدة أيضاً من متلازمات إضافية أو أكثر) وكذلك من حيث الأعراض الفردية. ثانياً، إنها متشابهة في معدلات الاعتلال النفسي المشترك، وخاصة الاكتئاب والقلق. ثالثاً، تستجيب المتلازمات الجسدية الوظيفية بشكل مشابه لبعض العلاجات التي تُعتبر تقليدياً علاجات "نفسية"، مثل مضادات الاكتئاب والعلاج السلوكي المعرفي (Kroenke, 2020).

تأثير الأسرة في الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية

غالبًا ما يستخدم إطار العمل النفسي الاجتماعي في فهم تأثير الأسرة في الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، حيث يتم أخذ المساهمة النسبية للعوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في الاعتبار لشرح مسببات الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، وعلى الرغم من أن الأدبيات تستند أساساً إلى التجارب والملاحظات السريرية بدلاً من البحث التجريبي المنهجي إلا أنها تتفق عمومًا على أن التأثيرات الأسرية مهمة لكل من تطوير وإدامة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، وغالبًا ما تصنف النماذج التفسيرية السائدة للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية عوامل الخطر المحتملة possible risk factors إلى عوامل الضعف vulnerability factors (القابلية لتطوير الاضطرابات المرتبطة

بالأعراض الجسدية)، والعوامل المسببة precipitating factors (العوامل التي تؤدي إلى ظهور الأعراض)، وعوامل المحافظة maintaining factors (العوامل التي تديم العملية المرضية) كما هو موضح في الشكل الذي يقدم نظرة عامة موجزة عن العوامل الأسرية المقترحة التي وُجد أنها مرتبطة بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية لدى الشباب.



شكل رقم 1: العوامل الأسرية المرتبطة بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية (Hulgaard, Dehlholm-Lambertsen, & Rask, 2019)

عوامل الضعف والعوامل المسببة المرتبطة بالأسرة: تم وصف العديد من المشكلات الصحية الأسرية على أنها تزيد من التعرض للاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، وأمهاات الأطفال الذين يعانون من الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية يبلغون عن المزيد من الأعراض الجسدية والاكتئاب والقلق، كما أن المناخ الأسري السلبي المشحون بالضغط النفسية والاجتماعية والمستويات العالية من

الصراع المستمر، قد تشكل بيئة يزداد فيها تعرض الطفل لتطوير وصيانة الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، كما تظهر الدراسات (Craig et al., 2002; Garralda and Rask, 2015; Schulte and Petermann, 2011) أن البالغين الذين يعانون من الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية قد تعرضوا في كثير من الأحيان للإساءة أو الإهمال من قبل الوالدين وللنزاعات أو الأحداث الصادمة داخل الأسرة، ويدعم ذلك دراسة سكانية حديثة (Hulgaard et al., 2019) as cited in (Hulgaard et al., 2014 as cited in (Hulgaard et al., 2019) et al., 2019) تبين أن المراهقين من عائلات مفككة (طلاق أو وفاة أحد الوالدين) لديهم مخاطر متزايدة لتطوير الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، كما تلعب أنماط التعلق أيضًا دورًا في تطوير الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية، حيث تم وصف الأهمية المحتملة للتعلق غير الآمن لتطور الأعراض الجسدية لدى البالغين (Hulgaard et al., 2019).

العوامل الأسرية المحافظة على الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية

قد تكون التفاعلات الأسرية، بما في ذلك العلاقات بين الوالدين والأولاد، والعلاقات الأسرية الممتدة بين الوالدين، ذات أهمية أساسية في الحفاظ على الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. أثبتت الدراسات النوعية والكمية (Christensen et al., 2015; Frostholm et al., 2014; Salmon et al., 1999 as cited in (Hulgaard et al., 2019) أن المعتقدات والسلوكيات غير القادرة على التكيف حول المرض كعوامل تحافظ على الاضطراب، كما تم

التحقيق في دور معتقدات وسلوكيات الوالدين في الاستجابة لشكاوى الطفل الجسدية، وقد ثبت أن المشاركة الأبوية العالية والتركيز على أعراض الطفل يزيد من الشكاوى.

تشير الأدبيات والممارسات السريرية إلى أن أنماطاً عائلية معينة قد تؤثر على الأعراض لدى الأطفال المصابين بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية. تشكل الأسر التي تعاني من ضغوط نفسية اجتماعية ومستويات عالية من الصراع بيئة لا يتم فيها تعجيل الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية للطفل فحسب، بل يتم الحفاظ عليها أيضاً، كما تم اقتراح نمط عائلي آخر يتميز بالغياب الواضح للصعوبات الاجتماعية أو الأسرية أو النفسية ليكون مرتبطاً بالاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية في مرحلة الطفولة. في مثل هذه الأسر، تم وصف الشباب الساعين للكمال والآباء الذين يتمتعون بالحماية المفرطة، والذين قد يكونون متورطين بشكل مفرط في الأعراض، على أنهم يديمون الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية للطفل (Hulgaard et al., 2019).

النظرية النفسية الجسدية Psychosomatic Theory

إن بناء تصور شامل للأعراض الجسدية في مرحلة الطفولة، وتأثير الأسرة على الجسدية Somatization، يساعد نموذج نظري منظم يحدد المسارات التي تؤثر بها العلاقات الأسرية على الأعراض الجسدية للأطفال وتفاقم المرض، وكذلك الآثار المتبادلة للجسدية على العلاقات الأسرية. بالنظر إلى الارتباطات متعددة المستويات المتضمنة في الأدبيات، فإن النماذج النظرية ذات الأساس في نظرية النظم (von Bertalanffy, 1968) وثيقة الصلة بشكل خاص (Woods, 2020).

The biopsychosocial النفسي الاجتماعي النموذج model (BPS)

تم تقديم النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي (BPS) باعتباره تحدياً للنموذج الطبي الحيوي في أواخر السبعينيات. بحسب إنجل (Engel 1977/1980) لم يترك النموذج الطبي الحيوي مجالاً صغيراً للجوانب الاجتماعية والنفسية والسلوكية للمرض واختصر جميع الأعراض إلى أصل فسيولوجي أو كيميائي حيوي. علق إنجل على أن التجربة الإنسانية للمرض لا يتم تقييمها بشكل جيد من خلال النتائج المخبرية أو الاختبارات التشخيصية التي غالباً ما تستخدم في النموذج الطبي الحيوي، وبالتالي فهي تستحق أن ينظر إليها ضمن إطار أكثر شمولاً. افترض إنجل أن الخبرة الصحية للفرد تنتج عن تقاطع العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تعمل على مستويات متعددة من النظام (أي المستويات الجزيئية والفردية والشخصية والثقافية). شجع إنجل على تطبيق نموذج BPS مع نظرية الأنظمة في محاولة لممارسة الطب من منظور يتضمن استحضار المستويات المتعددة للمؤسسة، وهذا المنظور مفيد لفهم الحالة وتقديم العلاج للأفراد والأزواج والأسر.

في السنوات التي تلت اقتراح إنجل للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، كان هناك نقاش حول تطبيقه. جادل البعض بأن هذا النموذج يبتعد عن الطب ويمكن أن يؤدي بمقدمي الخدمات إلى تفويت القضايا الطبية الحيوية المهمة بسبب الاهتمام بالقضايا النفسية والاجتماعية، ومع ذلك فقد شجع آخرون مقدمي الخدمات على التفكير في النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي كتوجيه بدلاً من نهج محدد. يعترف (2004) Borrell-Carrió et al. بالنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي كفلسفة

لرعاية السريرية ودليل سريري عملي. كفلسفة، إنها طريقة لفهم كيفية تأثير المرض على مستويات متعددة من نسق المريض، كدليل عملي، يجب أن يهدف الطبيب إلى فهم تجربة العميل الشخصية من أجل تطوير تشخيص دقيق ووضع خطة علاج تركز على العميل. يعتمد التنفيذ الناجح للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي على منظور مقدم الخدمة، ومهارات التعامل مع الآخرين، والتعاطف، والمرونة التشخيصية. علاوة على ذلك، فإن مهارات المقابلة والقدرة على إنشاء علاقات مع العملاء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين مهمة للتنفيذ الناجح. وتعد مهارات المقابلة القوية مهمة لجمع المعلومات الصحية ذات الصلة لكل مجال (على سبيل المثال، البيولوجية والنفسية والاجتماعية) في سياق قصة العميل (العملاء) والقدرة على جمعها معًا بطريقة تعكس واقع العميل واحتياجاته. وعند وضع تصور لاحتياجات العميل، فإن القدرة على التعاون مع مقدمي الخدمات الآخرين (على سبيل المثال، الطبيب والطبيب النفسي ومستشار المدرسة) أمر ضروري لتوفير علاج شامل ومتناسك (Aamar & Kolobova, 2019)

استنادًا إلى نظرية الأنظمة، يمثل النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي تكاملًا للمعلومات البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تم جمعها من قبل الطبيب في رعاية المرضى. بالإضافة إلى المرض كأساس للممارسة السريرية، فإن النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي يصور المرض باعتباره استجابة اجتماعية للمرض، ويوسع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي النهج الطبي الحيوي التقليدي من خلال إضافة الأبعاد البشرية الغنية للمعاناة والعلاقات بين الطبيب والمريض، والتي يمكن

لكلاهما إحداث تأثيرات قوية على مسار الرعاية واتجاهها ونتائجها، بما في ذلك جودة الحياة (Frankel, 2014).

يُعرف جورج إنجل على نطاق واسع بأنه مطور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي الحالي، وكان أيضًا المؤيد الرئيسي للنموذج من خلال عمله الطبي والنفسي. في حين يُذكر إنجل كثيرًا كطبيب نفسي، حيث بدأ إنجل حياته المهنية في مجال الطب الحيوي وشغل منصبًا مزدوجًا في أقسام الطب النفسي والطب في المركز الطبي بجامعة روتشستر لمعظم حياته المهنية، ويقترح الكثيرون أن هذا التعيين المزدوج يعكس التزامه بتلبية الاحتياجات البيولوجية النفسية الاجتماعية لمرضاه (Amar & Kolobova, 2019).

نشر إنجل العديد من الكتب والمقالات حول العلاقة بين العاطفة والمرض وحول دمج هذه الأفكار في التدريب الطبي والممارسة السريرية. وتحت إدارته، أصبح البرنامج في جامعة روتشستر مركزًا رائدًا في تطوير النظرية النفسية الجسدية. وبمرور الوقت، طور "النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي" الذي يفترض أن الصحة والمرض هما نتيجة تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، تم وصف هذا النموذج في بحثه عام 1977 بعنوان "الحاجة إلى نموذج طبي جديد: تحدٍ للطب الحيوي"، الذي نُشر في مجلة Science وخلاصة هذه الورقة كما يلي:

"النموذج السائد للمرض اليوم هو نموذج طبي حيوي، ولا يترك مجالًا كبيرًا في إطاره للأبعاد الاجتماعية والنفسية والسلوكية للمرض. يوفر النموذج البيولوجي

النفسي الاجتماعي مخططاً للبحث وإطاراً للتدريس وتصميماً للعمل في العالم الحقيقي للرعاية الصحية."

الأدبيات الآن مليئة بالعمل الذي يتناول النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، كإطار نظري ونهج للممارسة السريرية. كما لاحظ *Borrell-Carrió*، *Suchman, & Epstein* (2004)، فإن "النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي هو في نفس الوقت فلسفة للرعاية السريرية ودليل سريري عملي. من الناحية الفلسفية، إنه طريقة لفهم كيفية تأثر المعاناة والمرض بمستويات متعددة من التنظيم، من المجتمع إلى الجزيئي. على المستوى العملي، إنه طريقة لفهم تجربة المريض الشخصية كمساهم أساسي في التشخيص الدقيق والنتائج الصحية والرعاية الإنسانية" (Gellman, 2013).

من خلال استخدام النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، يروج الأطباء والباحثون لفكرة أن هناك ثلاث مجالات للصحة يجب الاهتمام بها بشكل جماعي في العلاج والبحث. قبل النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، كان النموذج الطبي الحيوي هو الأداة الأساسية المستخدمة لشرح وإدارة الصحة. وفقاً للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، فإن المجالات الثلاثة للصحة هي البيولوجية والنفسية والاجتماعية. الفرضية الأساسية لهذا النموذج هي أنه على الرغم من وجود ثلاث مجالات مختلفة للصحة، إلا أنها مرتبطة ارتباطاً وثيقاً، مما يعني أنه لا يمكن فهم أحد مجالات الصحة أو البحث عنه أو معالجته دون فحص كيفية تأثير المجالات الأخرى للصحة عليه أو كيف تتأثر به. الحجة الرئيسية التي قدمها مؤيدو النموذج

البيولوجي النفسي الاجتماعي هي أن الصحة العامة يتم فهمها بشكل أوضح في المساحة التي تتداخل فيها المجالات الثلاثة.

المجال البيولوجي Biological

يرتبط المجال البيولوجي للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بشكل عام بقضايا ومخاوف الصحة الفسيولوجية والطبية الحيوية. التركيز على المجال البيولوجي يسلط الضوء على أهمية الخبرة الفسيولوجية لصحة الفرد، وقد يشمل ذلك معالجة مرض أو حالة معينة، وتتبع المؤشرات الحيوية أو الأدوية أو العلاجات التي تغير الاستجابة الفسيولوجية لمرض ما أو لتعزيز الصحة. من الاعتبارات المهمة للأطباء أن الضيق في كثير من الأحيان في المجالات الأخرى يمكن أن يظهر نفسه من الناحية الفسيولوجية، مثل الإجهاد الذي يؤدي إلى الصداع المزمن أو القرحة. على العكس من ذلك، يمكن أن يكون للقضايا المتعلقة بالصحة الفسيولوجية أيضاً تأثير سلبي على المجالات الأخرى مثل المعاناة مع تنظيم الحالة المزاجية بين الأفراد الذين يعانون من مرض السكري الذي لا يتم التحكم فيه بشكل جيد. لذلك، يجب أن يدرك الأطباء أنه بالنسبة لبعض المرضى، قد يكون المجال البيولوجي للصحة هو المؤشر الأول على وجود خطأ ما أو الإشارة الأولى التي يستجيبون لها لطلب العلاج.

المجال النفسي Psychological

غالباً ما يشير التركيز في المجال النفسي للصحة على معالجة مشكلات واضطرابات الصحة النفسية. شدد إنجل على أهمية المجال النفسي على الصحة

العامة للمريض، حتى أنه ربط الصلة بين الصحة النفسية لمرضى القلب وعمل القلب، والتي لا تزال علاقة مقبولة بشكل عام ومدروسة بشدة في مجال الرعاية الصحية، لذلك سيكون التركيز من الناحية السريرية على تشخيص الصحة النفسية كما هو محدد في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية. ويمكن تقييم الأعراض المرتبطة بهذه التشخيصات باستخدام فحوصات الصحة النفسية أو من خلال مقابلة سريرية. يشمل المجال النفسي أيضًا تقييم المشكلات المتعلقة بوظيفة الحالة العقلية بما في ذلك المظهر والسلوك والموقف والتوجه والمزاج والتأثير والفكر والكلام، ويتم تقييم هذه المشكلات بشكل متكرر من خلال اختبار الحالة العقلية. أخيرًا، يقع أي اختبار متعلق بالأداء النفسي أيضًا في نطاق هذا المجال، وغالبًا ما يتم إكمال هذا المستوى من الاختبار النفسي بواسطة طبيب نفسي أو أخصائي نفسي ويتضمن اختبارًا لاضطرابات النمو العصبي واضطرابات الإدراك العصبي.

المجال الاجتماعي Social

في حين أنه يمكن تحديد الجوانب البيولوجية والنفسية للنموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بسهولة، فإن المجال الاجتماعي للصحة غالبًا ما يبدو أكثر غموضًا. يمكن أن يُعزى ذلك جزئيًا إلى العدد الهائل من القضايا التي تقع ضمن اختصاص المجال الاجتماعي. يستحضر الأطباء والباحثون عددًا لا يحصى من القضايا الاجتماعية بما في ذلك ديناميات الأسرة، وتوافر الدعم الاجتماعي، والوصول إلى الموارد، والتوظيف والمشاكل المالية، وتاريخ تعاطي المخدرات، والعوامل الديمغرافية، وتأثير التوقعات والاحتياجات العرقية والثقافية، وقضايا السلامة، وتاريخ

السجن أو الاضطهاد. وإذا كانت نماذج الاستبيانات أو أدوات الفحص جيدة التصميم قد توفر بعض الأفكار حول الصحة الاجتماعية للفرد، فإن معالجة الآثار المترتبة على الصحة الاجتماعية غالبًا ما تكون أكثر صعوبة. الحقيقة الصعبة التي يواجهها الباحثون والأطباء في كثير من الأحيان هي أن الجوانب الاجتماعية للصحة تكون أكثر صعوبة في العمل والتغيير.

المجال الروحي Spirituality

هناك مجال إضافي مقترح للصحة سعى بعض دعاة النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى لفت الانتباه إليه في السنوات الأخيرة وهو: الصحة الروحية. يجادل الباحثون والأطباء بأن دور المجال الروحي يحتاج إلى دراسة فيما يتعلق بمساهمته في الصحة. جادل سولماسي (2002) بأن النموذج الشامل الذي يركز على قيمة العلاقات يجب أن يشمل أيضًا الروحية، والتمييز بين الروحية والتدين مهم هنا، إذ بدلاً من التأكيد على الصلاة أو الإيمان بقوة أكبر، فإن المجال الروحي يهتم أكثر بتحديد معتقدات الفرد وقيمه، ويمكن استخدام هذه المعتقدات والقيم بدورها لإعلام المريض بكيفية فهم المريض لصحته وشرحها وفهمها لها (Aamar & Kolobova, 2019).

يتم تطبيق النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي بسهولة لتصور الجسدية وتفاقم المرض، حيث تتأثر الأعراض الجسدية بالتنشئة الاجتماعية العاطفية عبر ممارسات الأبوة والأمومة والأعراض الجسدية للوالدين والقلق على صحة الوالدين. كما تتأثر الأعراض الجسدية أيضًا بمعتقدات مرض الأسرة والنزاع الأسري، بالإضافة

إلى ردود أفعال مقدمي الرعاية الصحية الذين يسعون وراء الأصول البيولوجية لعرض الأعراض، يضع النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي نظريات التفاعل الديناميكي بين كل من هذه المستويات من نظام الفرد، ويؤكد على أهمية التدخل من خلال نموذج مفاهيمي لمختلف جوانب صحة الفرد (Woods, 2020).

نموذج أمراض أنظمة الأسرة Family systems illness model

على غرار نموذج إنجل (1977) البيولوجي النفسي الاجتماعي، يستند نموذج مرض أنظمة الأسرة الذي وضعه رولاند (1984) إلى نظرية الأنظمة، ويسلط الضوء على تقاطعات الجوانب النفسية والاجتماعية والطبية الحيوية للمرض كما واجهتها الأسر بمرور الوقت. يركز هذا النموذج النظري، وهو نهج قائم على القوة، على إمكانية المرونة والنمو عند مواجهة مرض مزمن، ويحدد كيفية انتشار الأمراض بمرور الوقت في السياق التنموي للمريض الفردي وعائلته. تتراوح مراحل المرض، بما في ذلك الأزمات والمراحل المزمنة والنهائية، من التشخيص إلى الوفاة. تفرض كل مرحلة متطلبات نفسية اجتماعية جديدة على الأسرة، والتي قد تخلق ضغوطًا وتوترًا عندما تتقاطع مع المراحل النمائية، مما يتطلب تحولات في آليات التكيف الخاصة بالعائلة. يعكس نظام المعتقدات الصحية للأسرة نموذجًا يتشكل من القيم المشتركة والثقافة والعرق والسياسات التاريخية (Woods, 2020).

ربما يكون أحد أكبر مساهمات الدكتور رولاند في مجال العلاج الزواجي والأسري هو تطويره لنموذج أمراض الأسرة، وأنماط الأمراض النفسية والاجتماعية، ومراحل وقت المرض، وإعادة توازن انحرافات الأسرة، وامتداده للمعتقدات الصحية،

ودورة الحياة ونماذج التواصل الأسري للأسر التي تعاني من أمراض حادة ومزمنة. تم تطوير نموذج أمراض النظم الأسرية لأول مرة كإجابة على الاحتياجات غير الملباة للعائلات التي تعيش مع المرض. في هذا النموذج، ابتكر نموذجًا بيئيًا ثلاثي الطبقات: (1) المركز (نوع المرض أو الإعاقة أو الخسارة)، (2) الوسط (دورات الحياة الفردية والعائلية)، و (3) الطبقة الخارجية (النظم العقائدية)، و كان الغرض من هذا النموذج هو إظهار التفاعل بين عمليات المرض الفردية ونظام الأسرة والثقافة.

من خلال إنشاء نماذج الأمراض النفسية والاجتماعية، تمكن الدكتور رولاند من تصنيف الأمراض حسب أوجه التشابه البيولوجي من أجل فهم أفضل للمكونات النفسية والاجتماعية للمرض، وقد تم تصنيف الأمراض حسب البداية (الحادة مقابل التدريجية) ، أو الدورة (تقدمية، أو ثابتة، أو عرضية) ، أو النتيجة (احتمال أن تكون قاتلة) ، أو القدرة على التنبؤ (درجة عدم اليقين).

وضمن هذا النموذج يتم وضع الأمراض على جدول زمني من ثلاث مراحل إما أزمة (مزيد من التوجيه من المتخصصين في الرعاية الصحية)، أو مزمنة (المسار اليومي للمرض)، أو نهائية (تصبح حتمية الموت واضحة)، مع التركيز على كيفية تأثير التحولات من مرحلة إلى أخرى على هيكل الأسرة. يركز نموذج رولاند على المعتقدات التي لدى الأفراد والأسر حول المرض - مثل معتقداتهم حول العلاقة بين العقل والجسم، والتحكم، وقواعد الاتصال، والافتراضات حول أسباب المرض، والتوارث عبر الأجيال. ركز الدكتور رولاند أيضًا على الأسر التي يتعين عليها "إعادة

التوازن" عندما تكون حياتها مشوهة أو غير متوازنة بسبب الأمراض المزمنة. الأسر التي تعمل بشكل جيد هي تلك التي تكون قادرة على تعديل مواقفها في مجالات مثل مسؤولية المرض، والحدود، وأدوار المريض ومقدمي الرعاية (Haralson & Brimhall, 2017).

يؤكد (Rolland 1994) على الحاجة إلى تتبع معتقدات الأسرة حول الوضع الطبيعي، والسيطرة والإتقان، والتفاؤل والتشاؤم، وقواعد الاتصال، وقصص الأمراض العابرة للأجيال، من بين معتقدات أخرى، ويؤثر نظام المعتقدات الصحية للأسرة على المعنى الذي ستضعه الأسرة على جسدة الطفل، بما في ذلك إحساسهم بالسيطرة على صحة الطفل وما إذا كانوا يعتبرون الأعراض على أنها وصمة عار. وضمن التصنيف النفسي الاجتماعي للأمراض، يصف (Rolland 1988) الأمراض التي غالبًا ما تُعتبر جسدية في الطبيعة (أو المتفائمة نفسيًا) على أنها غير مميتة وغير مسببة للعجز، مع أعراض حادة (مثل الصداع النصفي والربو) أو أقل حدة (التهاب القولون التقرحي، الالتهاب، أمراض الأمعاء)، ويتحدد رد فعل الأسرة تجاه تطور أعراض من هذا النوع من خلال متطلبات ما قبل المرض للطفل ومرونة الأسرة، وهناك حاجة إلى مزيد من المرونة بشكل خاص نظرًا للطبيعة العرضية للأعراض الجسدية التي لم يتم تفسيرها بشكل كامل من خلال الأصول البيولوجية وعدم اليقين بشأن وقت تكرارها.

على الرغم من أن نموذج أمراض النظم الأسرية يهدف إلى تنظير الآثار النفسية والاجتماعية لأي مرض، إلا أنه نادرًا ما تم تطبيقه على أعراض جسدية

معينة أو مرض معين، ويتضمن الاستثناء التطبيقات الحديثة للنموذج لمتلازمة التعب المزمن. ونظرًا لأن هذا النهج النظري يوفر تصورًا مناسبًا للجسدية عند الأطفال، فإن البحث مطلوب لتحديد أفضل السبل لتطبيق النموذج واستنباط التقاطعات المحددة لأنظمة المعتقدات الأسرية ومتطلبات الأمراض ذات التأثير النفسي والاجتماعي (Woods, 2020).

نموذج الأسرة النفسية الجسدية Psychosomatic family model

يعد نموذج الأسرة النفسية الجسدية لمينوشين وزملائه أحد أشهر وجهات النظر المؤثرة في مجال العلاج الأسري. في عام 1975، نشر مينوشين وزملائه مقالاً عن "نموذج مفاهيمي للمرض النفسي الجسدي عند الأطفال"، حيث وصفوا ثلاثة شروط ضرورية لتطور المشكلات النفسية الجسدية لدى الأطفال والحفاظ عليها، هذه العوامل المسببة للأمراض هي: (1) نوع معين من تنظيم الأسرة، (2) مشاركة الطفل في نزاع الوالدين، و (3) الضعف الفسيولوجي للطفل، ويمكن أن يتميز تنظيم الأسرة بأربعة أنماط تفاعلية: التداخل، والصلابة، والحماية المفرطة، والافتقار إلى حل النزاع (Kog, Vandereycken, & Vertommen, 1985).

كان مينوشين وزملائه (1975) من بين أول من تحدوا النموذج المفاهيمي السائد للأمراض الجسدية باعتبارها خطية وركزوا على المريض الفردي، وقد جادلوا بأنها فشلت في توفير المعلومات الكافية للنهج العلاجي الفعال (Woods, 2020)، حيث تمت إعادة النظر في دور الأسرة في ضوء أكثر إيجابية من قبل سلفادور مينوشين وزملائه في مركز إرشاد الطفل في فيلادلفيا، وظهرت هذه المجموعة ما

يشار إليه بالنموذج الاسري النفسي الجسدي، وهو نموذج كان له تأثير كبير على جهود العلاج النفسي (Agras, 2010).

وضع مينوشين وزملائه (1975) نظرية مفادها أن التفاعلات الأسرية تؤثر على التفاعل العاطفي للطفل (الضعيف فسيولوجياً)، والذي يصاحبه استجابة فسيولوجية. قد يتم إعاقة تنظيم هذه الاستجابة بسبب عملية الأسرة وعلاقاتها ببعضها البعض. أخيراً، يحدد المؤلفون أن الأعراض النفسية الجسدية للطفل تساهم في الحفاظ على التوازن الأسري، ومساعدة الأسرة على تجنب الصراع. لذلك فهم يسلطون الضوء على أن "الاضطراب يُنظر إليه على أنه موجود في عمليات التغذية الراجعة للطفل والأسرة". كما حدد مينوشين وزملائه (1975) أنواع المعاملات الأسرية الموجودة في الأسرة والتي تساهم في تطور الأعراض الجسدية لدى الأطفال والحفاظ عليها.

هذه الأشكال من التفاعل الأسري التي تصف أسر الأطفال الذين يعانون من أعراض جسدية يمكن العثور عليها في عمل مينوشين، النوع الأول هو التشابك الذي يتميز بالترابط العائلي، والحدود المائعة والمنتشرة بين الأفراد والأنظمة الفرعية للأسرة، والتطفل، وتأثيرات التموج العاطفي، والشعور غير المحدد بالذات للأفراد. والثاني يشمل الحماية المفرطة، مع القلق الشديد بشأن رفاية أفراد الأسرة الآخرين، وقلة الاستقلال الذاتي للأطفال. النوع الثالث هو الصلابة، والتي تحدد التزام هذه الأسر الشديد بالتوازن، والنضال مع المرونة. ويصفون أسرة الطفل المصاب بمرض نفسي كما يلي: "عندما تحدث أحداث تتطلب التغيير، يصر أفراد الأسرة على

الاحتفاظ بأساليب مألوفة للتفاعل، وبالتالي يجب تطوير دائرة التجنب، و"حامل الأعراض" هو طريق التقاف مفيد بشكل خاص، أخيراً يميز الافتقار إلى حل النزاع تفاعلات هذه الأسر نتيجة للتشابك والصلابة والحماية المفرطة". ولا يتم حل المشاكل في الأسرة ويتم تجنبها باستمرار، ويحدد مينوشين وزملائه (1978) ثلاثة أنماط لتجنب الصراع تستخدمها الأسر، بما في ذلك التثليث والتحالف بين الوالدين والطفل، وكلاهما يشمل الطفل المريض بمحاذاة أحد الوالدين أو الوالد الآخر، وكذلك الالتفاف، مما يعكس جبهة أبوية موحدة تركز على تحديد طفلهم المريض بأنه المشكلة الوحيدة للأسرة.

ينتج عن هذه الأنواع من المعاملات عرض المرض كوسيلة للتواصل، وقد يحدث تفاقم المرض الموجود، أو قد تبدأ أعراض جسدية جديدة، كما تصبح الأعراض الجسدية جزءاً من عمليات التغذية الراجعة للأسرة، مما يعزز الطبيعة المفرطة في الحماية للأسرة ويمكن الأسرة من تجنب الصراع. بالإضافة إلى ذلك، تواجه الأسرة النفسية الجسدية تحدياً بسبب عدم القدرة على التنبؤ، والحاجة إلى المرونة، التي تظهرها أعراض غير مفسرة طبياً، ويتم تقليل استقلالية الطفل المريض وتقوية العلاقة بين الأسرة، مما يؤدي إلى إنشاء عملية تماثلية تتطلب تدخلاً نسقياً في العلاج الأسري (Woods, 2020).

النموذج السلوكي الحيوي الأسري Biobehavioral family model

النموذج السلوكي الحيوي الأسري (BBFM) هو نموذج بيولوجي نفسي اجتماعي نسقي متعدد المستويات، يفترض مسارات تأثير متبادلة بين الأسرة والوظائف الفردية، ويعتمد هذا النموذج على افتراضات الترابط بين العمليات العلائقية والعاطفية والبيولوجية المتوافقة مع النموذج الحالي "لعلم الأعصاب الاجتماعي والعاطفي social and affective neuroscience". يفترض النموذج السلوكي الحيوي الأسري أن أنماط عملية العلاقات الأسرية تؤثر على بعضها البعض بشكل جماعي، وهذه الانماط إما أنها تحمي أو تحفز الخلل الوظيفي العاطفي والفسولوجي والنمائي لدى أفراد الأسرة. تم تطوير النموذج السلوكي الحيوي الأسري من قبل بياتريس إل وود Beatrice L. Wood، وهذا النموذج ليس نموذجًا للخلل الوظيفي الأسري، بل هو نموذج تكويني لسبعة أبعاد لعملية الأسرة المعيارية. يتوسط خلل التنظيم العاطفي والفسولوجي الفردي آثار عملية العلاقات الأسرية على الأداء البدني للفرد.

توفر الطبيعة البعدية dimensional للنموذج النظر في كل من الآثار الوقائية والسلبية للعلاقات الأسرية على أفراد الأسرة. تشمل الأبعاد السبعة المتصلة: (1) القرب بين الأشخاص؛ (2) التسلسل الهرمي للأجيال؛ (3) الاستجابة؛ (4) جودة العلاقة بين الوالدين؛ (5) المناخ الأسري العاطفي؛ (6) التعلق الآمن؛ و (7) التفاعل السلوكي الحيوي.

عملية العلاقات الأسرية التي تتميز بالإيجابية من شأنها أن تخفف من آثار الإجهاد (الداخلي والخارجي) على الفرد، في حين أن العملية الأسرية التي تتميز

بالسلبية ستتقل إجهاد الأسرة الداخلي وتفاقم الضغط الخارجي للفرد. تم استخدام هذا النموذج لتوجيه البحث حول آثار الإجهاد في العلاقات الأسرية على الأمراض المرتبطة بالإجهاد، ولتوجيه العلاج، وتوجيه التدريب للتدخل الأسري النسقي، وقد ركز النموذج السلوكي الحيوي الأسري في الأصل على الطفل، ولكن يمكن تطبيق النموذج على المرضى عبر الحياة. من حيث المبدأ يمكن للنموذج أن يعالج العمليات الأسرية والفردية التي تؤثر على أي فرد من أفراد الأسرة (بالغ أو طفل) يعاني من مرض جسدي أو نفسي. هذا التفسير المتكامل لمصطلح "المرض" تبرره التطورات البحثية التي توضح بشكل متزايد المساهمة المتبادلة للعوامل النفسية والبيولوجية في كل من الأمراض الجسدية والنفسية، ويمكن القول إن ثنائية المرض النفسي مقابل المرض الجسدي هي انقسام عفا عليه الزمن (Wood, 2017).

أبعاد النموذج السلوكي الحيوي لأسري

القرب Proximity: يتم تعريف القرب من خلال من هو قريب بناءً على مدى مشاركة أفراد الأسرة في المساحة الشخصية والمعلومات الخاصة والعواطف، إنه مشابه للتماسك الأسري.

التسلسل الهرمي للأجيال Generational hierarchy: يشير إلى مدى مسؤولية مقدمي الرعاية عن الأطفال من خلال توفير الرعاية والتوجيه ووضع الحدود وتحالف الوالدين القوي وغياب التحالفات عبر الأجيال.

الاستجابة Responsivity: تشير إلى مدى استجابة أفراد الأسرة السلوكية والعاطفية والفيولوجية لبعضهم البعض، وتعتمد الاستجابة على التفاعل السلوكي الحيوي (أي العاطفي/ الفسيولوجي والسلوكي) لكل فرد من أفراد الأسرة، وتسمح المستويات المعتدلة من الاستجابة العاطفية/ الفسيولوجية بالاستجابة التعاطفية بين أفراد الأسرة، ويمكن أن تؤدي المستويات العالية للغاية من الاستجابة إلى تفاقم ردود الفعل العاطفية/ الفسيولوجية غير القادرة على التكيف في الأسرة، مما قد يؤدي إلى تفاقم الاضطرابات العاطفية أو الجسدية المتأثرة بالتوتر. تؤدي المستويات المنخفضة للغاية من الاستجابة إلى الإهمال أو التجنب، وتعكس مستويات الاستجابة على مستوى الأسرة تنظيم العاطفة أو عدم تنظيمها، كما أن تنظيم العاطفة على مستوى الأسرة والتفاعل السلوكي الفردي مترابطان.

جودة العلاقة الوالدية- والدية Parent-parent relationship quality: تشير إلى الدعم المتبادل والتفاهم والخلاف التكيفي (الاحترام والحل) مقابل العداء والرفض والصراع الذي لم يتم حله، وجودة العلاقة بين الوالدين هي عنصر أساسي في تحديد المناخ العاطفي على مستوى الأسرة.

المناخ العاطفي للأسرة Family emotional climate: يشير إلى الكثافة والتكافؤ العام للتبادل العاطفي للأسرة. إنه يؤثر في جميع جوانب العلاقات الأسرية، وبالتالي فمن المحتمل أن يكون عاملاً رئيسياً يساهم في الحالة العاطفية لدى أفراد الأسرة، ويشمل المناخ العاطفي العائلي السلبي العداء والنقد والهجمات اللفظية وما إلى ذلك، وتشمل الجوانب الإيجابية الاحترام، والقبول، والرعاية، والدفع،

والدعم، والتأكيد، وما إلى ذلك. يتميز المناخ العاطفي للأسرة بكثافة وتوازن التبادل العاطفي السلبي والإيجابي بين أفراد الأسرة، ويمكن تفسير هذا التوازن أو عدم التوازن على أنه يعكس جانبًا واحدًا من تنظيم العاطفة على مستوى الأسرة أو عدم تنظيمه.

التعلق Attachment: التعلق الآمن يمكن أن يحمي الطفل من أحداث الحياة الصعبة، وفي النموذج السلوكي الحيوي الأسري، التعلق يتوسط أو يخفف تأثير عملية العلاقات الأسرية على أفراد الأسرة الفرديين، ويتداخل بناء التعلق مع بنية التقارب والتسلسل الهرمي للأجيال في النموذج السلوكي الحيوي الأسري، ومع ذلك فإن تركيبتهما متميزة، مما يشير إلى وجود تأثير مستقل على تجربة أفراد الأسرة ووظيفتهم. يشير القرب في النموذج السلوكي الحيوي الأسري إلى مقدار وشدة التبادل الجسدي والعاطفي بين جميع أفراد الأسرة. في المقابل، يشير بناء التعلق إلى العلاقات الثنائية، ولا يشمل فقط سعي فرد من أفراد الأسرة إلى التقارب والتهدة عندما يكون تحت التهديد أو الإجهاد، ولكن أيضًا التناغم (أي الانتباه الحساس والإدراك والاستجابة) لفرد اتجاه آخر من العائلة، مما يساعد الفرد على تعديل استجابته العاطفية/ الفسيولوجية. وبالتالي، فإن التعلق ينطوي على مفهوم سلامة التناغم التعاطفي الثنائي وتنظيم العاطفة، لكن القرب لا يفعل ذلك. قد تكون درجة القرب من الأسرة (أو عدم وجودها) انعكاسًا لأمن التعلق أو انعدام الأمن بين الثنائيات في الأسرة، وقد يساهم القرب أو التماسك الأسري في أمان التعلق المستمر والتناغم التعاطفي.

التفاعل السلوكي الحيوي Biobehavioral reactivity: هو البناء المحوري للنموذج السلوكي الحيوي الأسري، ويتم تصويره على أنه الدرجة أو الشدة التي يستجيب بها فرد من أفراد الأسرة من الناحية الفسيولوجية والعاطفية والسلوكية للمحفزات العاطفية.

الاضطرابات المرتبطة بالأعراض الجسدية في الممارسة السريرية

التقييم الأسري: يتطلب تقييم كل مجال من مجالات العلاقات الأسرية التي تؤثر على تطور الأعراض الجسدية الموصوفة أعلاه والحفاظ عليها على مستوى الأسرة.

يمكن أن يتم تقييم جودة العلاقة الأسرية باستخدام مجموعة متنوعة من التدابير، بما في ذلك (Olson, 2010) Faces IV manual ، أو بطارية تقييم الأسرة (Epstein, Baldwin, & Bishop, 1983) من بين مقاييس أخرى، بالإضافة إلى المقابلات والملاحظات حول العمليات الأسرية. من الأهمية بمكان التعرف على وجهات نظر كل فرد من أفراد الأسرة حول أداء الأسرة، يمكن أيضًا التعرف على التقييم العلائقي باستخدام رسم الجينوغرام، وتتمثل فائدة هذا النهج في التحايل على مقاومة الأسر واستخدام طريقة تقييم جذابة ومناسبة من الناحية التنموية، والتي تلتقط بصريًا عمليات الأسرة وتوضح العلاقات الأسرية أثناء إنشاء مخطط جينوغرام.

تعتبر معتقدات صحة الأسرة ضرورية أيضًا للتقييم، ويقترح Rolland (2005) أن يستفسر الأطباء عن معتقدات الأسرة فيما يتعلق بردود فعل الأسر حول المرض، والصلات بين العقل والجسم، ومعاني الأعراض والافتراضات حول مسببات المرض وآثاره ومساره ونتائجه، والعوامل بين الأجيال التي تؤثر على معتقدات الأسرة والسلوكيات. سيساعد توضيح هذه المعتقدات المشتركة (بالإضافة إلى الاختلافات بين أفراد الأسرة) أيضًا في إبراز القيم الأسرية فيما يتعلق بمركز الضبط الصحي، ودور الرعاية الصحية في التكيف والاستجابة للأعراض الجسدية والمرض.

يوفر (Kazak et al., 2001) أداة للتقييم النفسي الاجتماعي، وهي شاشة مختصرة لتقييم المجالات المعرضة للخطر (على سبيل المثال، مخاوف الطفل العاطفية والسلوكية، والمشاكل الزوجية، وقلة الموارد أو الدعم الاجتماعي) في مواجهة الضيق المرتبط بالمرض. تم استخدام هذه الأداة مع الأسر التي تواجه سرطان الأطفال، ومرض التهاب الأمعاء، وأمراض الجهاز الهضمي لدى الأطفال، ومرض فقر الدم المنجلي، والعناية المركزة لحديثي الولادة (Woods, 2020).

العلاج النسقي: استهداف السوابق وعوامل المحافظة

العلاج القائم على الأسرة **Family-based treatment**: في مراجعة منهجية حديثة للتدخلات الأسرية للأعراض الجسدية الوظيفية، (Hulgaard et al. 2017 as cited in (Woods, 2020)) تم استعراض 16 ورقة، 11 منها صنفت على أنها تطبيقات للعلاج الأسري القائم على العلاج المعرفي السلوكي (بما في ذلك العلاج بالقبول والالتزام) وصُنفت أربعة منها على أنها اختبار للعلاج الأسري

النسقي، إلى جانب نهج واحد مختلط. تم وصف مناهج العلاج الأسري النسقي بشكل غامض وتضمنت التركيز على العلاج الأسري البنائي والاستراتيجي والعلاج الأسري التكاملي، وجميع الدراسات الـ 16 التي تمت مراجعتها، بغض النظر عن التوجه النظري، ركزت على المعتقدات المرضية للأسر. من بين دراسات العلاج الأسري النسقي الأربعة تم استخدام دراستي حالة، ودراسة واحدة مضبوطة، ودراسة غير مضبوطة، وتم تصور الطفل المصاب بأعراض جسدية على أنه حامل الأعراض، ووصفت الأعراض الجسدية بأنها تعبير عن إشكالية العلاقات الأسرية. لذلك ركز هؤلاء المؤلفون على بناء القبول للأصول النفسية الاجتماعية للأعراض الجسدية داخل الأسرة، والعمل بنشاط لتغيير العلاقات الأسرية من خلال معالجة المشاركة المفرطة للوالدين ومشاكل العلاقة بين الوالدين من خلال تعزيز حدود النظام الفرعي للأسرة. قد يكون العلاج الأسري السردى فعالاً بشكل خاص لقضايا جسدية معينة، بما في ذلك التبرز اللاإرادي. العلاج الأسري النسقي المقترن بالعلاج الدوائي كالمعتاد فعال أيضاً في تحسين أعراض الربو لدى الأطفال والتفاعلات العائلية الإشكالية، مع الحفاظ على الفوائد بعد العلاج لمدة عامين ونصف، وبشكل عام يعتبر العلاج النسقي فعال بشكل واضح في علاج العوامل النفسية التي تؤثر على المرض الجسدي، في المقابل يركز العلاج المعرفي السلوكي المستند إلى الأسرة على فهم الوالدين والأطفال للأحاسيس الجسدية وتفسيرها والاستجابة لها، ووصف العلاقة بين وظائف الأعضاء والتوتر، والتأكيد على إدارة الأعراض. تم إثبات أن العلاجات السلوكية التي تركز على التربية النفسية الأسرية psychoeducation حول الأعراض الجسدية، والتدريب على الاسترخاء للأطفال، وأنظمة المكافآت التي يفرضها الوالدان من أجل الالتزام

الطبي والرعاية الذاتية فعالة في علاج التبرز اللاارادي، وآلام البطن المتكررة، ومرض السكري من النوع الأول الذي يتم التحكم فيه بشكل سيئ.

أخيرًا، على الرغم من أن النموذج السلوكي الحيوي الأسري هو نظري وليس إكلينيكي، إلا أنه يعمل على توجيه التدخلات القائمة على الأسرة، على وجه التحديد، يقترح (Woods, Miller, and Lehman, 2015 as cited in (Woods, 2020)) أنه يجب على الأطباء أولاً الاعتراف بتأثير مرض الطفل على الأسرة وتحديد كيف يؤثر الإجهاد على المرض بشكل مباشر وعبر السلوك الصحي، ثانيًا، يجب على الأطباء مراقبة المناخ العاطفي للأسرة وتحديد مصادر القوة (على سبيل المثال، الدفء والتعلق الآمن) ومناطق الإصلاح (مثل العداء والنقد وتمزق التعلق)؛ يقترح (Woods, 2020 as cited in (Wood, 2019 as cited in (Woods, 2020)) كذلك تحديد الأنماط الأسرية المتطرفة في مجالات المناخ العاطفي للأسرة وتحديد كيفية ارتباط هذه العمليات العائلية بمرض المريض، قبل استهداف هذه الأبعاد العلائقية بالتدخل، بالإضافة إلى ذلك فإن تحسين الجوانب الإيجابية والداعمة لاستجابة الأسرة أثناء العمل على تنظيم التفاعل السلوكي الحيوي لأفراد الأسرة قد يعمل على حماية الأسر من الآثار المتبادلة للأعراض الجسدية. قد يكون التدخل الأسري لتحسين المناخ العاطفي من خلال تقليل الاندماج، وتطوير حدود واضحة وثابتة، وزيادة الدفء بشكل خاص للأطفال الذين يعانون من أعراض جسدية ومرض نفسي-اجتماعي. إن زيادة معرفة الأطفال وأسرهم حول الأعراض الجسدية أو المرض المزمن، وكيف يؤثر التوتر أمر بالغ الأهمية أيضًا، مثل التقييم والتدخل في المعتقدات الصحية للأسرة والمعنى الذي تضعه على أعراض الطفل أو مرضه (Woods, 2020).

تدخلات نظام الرعاية الصحية Health-care system interventions

بالتوازي مع انشغال الأسرة بالأعراض الجسدية للطفل، قد يكون تركيز الطبيب حصرياً وغير ملائم على الجوانب الطبية الحيوية والفسولوجية لعرض المريض، والذي يطلق عليه التثبيت الجسدي somatic fixation، ويحدث عندما يركز المريض أو الطبيب حصرياً على الجوانب الطبية الحيوية لمرض معقد. تعزز العوامل الفردية والأسرية والثقافية التعبير عن التجربة العاطفية من خلال الأعراض الجسدية. يقيم الطبيب أو فريق العلاج علاقة تعاونية مع المريض والأسرة من خلال دمج التقييمات الطبية الحيوية والنفسية الاجتماعية واحترام دفاعات المريض (McDaniel, Campbell, & Seaburn, 1991)، قد يتراوح التثبيت الجسدي في شدته من الاهتمام إلى المشكلات الطبية الحيوية وعلاجها، ويحتاج فقط إلى التركيز النفسي الاجتماعي البحت، مع نقطة ارتكاز بيولوجية نفسية، وعلى الرغم من أن معظم الأطباء يركزون على التفسيرات الطبية الحيوية للأعراض الجسدية، فبمجرد أن يكون المريض معروفاً بالتحول إلى الجسدية، من المرجح أن يبالغوا في التأكيد على الأصول النفسية والاجتماعية، هذه الأيديولوجية السائدة (التي واجهها إنجل (1977) ومينوشين وآخرون (1975) في نماذجهم المنهجية للصحة) يعززها تركيز نظام الرعاية الصحية الأوسع على التشخيص والخدمات الطبية.

ويصف ((Woods, 2020) as cited in (McDaniel et al, 2005)) أيضاً

التثبيت الجسدي بأنه عملية تفاعلية تعكس عدم تطابق نظام المعتقدات الصحية بين

الطفل وعائلته ومقدم الرعاية الصحية، بعبارة أخرى قد يعتقد المريض أو أسرته أن أعراضه من أصل عضوي أو تفاقم متوقع لمرض مزمن قائم، بينما يتصور الطبيب أن الأعراض الجسدية للطفل هي سبب نفسي. يدافع هؤلاء المؤلفون عن نهج متعدد الخطوات للتثبيات الجسدي للأطباء. تتضمن هذه الخطوات:

أ) التقييم البيولوجي النفسي الاجتماعي لمشكلة العرض من خلال تقييم المجالات الطبية الحيوية الأولى، ثم النفسية الاجتماعية.

ب) إثارة أعراض المريض واتباع موقف واسع وفضولي تجاه جمع المعلومات من أجل التحقق من صحة المريض.

ج) متابعة علاقة تعاونية بين المريض والأسرة والطبيب.

د) استنباط المعاني المنسوبة للأعراض من قبل المريض والأسرة والتفاوض بشأن تفسير تشخيصي مقبول للطرفين لعرض الأعراض.

هـ) التركيز على مرونة المريض والأسرة ونقاط القوة والموارد، من بين العديد من مبادئ الرعاية البيولوجية النفسية والاجتماعية.

وبالمثل، سلط (Cottrell 2016 as cited in Woods, 2020) الضوء على حاجة الأطباء للتركيز على التقييم البيولوجي النفسي الاجتماعي، وتقديم التثقيف النفسي فيما يتعلق بأصول الأعراض الجسدية، ووضع خطة علاج متفق عليها مع المريض وعائلته، والهدف الأسمى للعلاج يتمثل في تحسين أداء المريض مع

انخفاض الاستفادة من الرعاية الصحية، في حين أن الهدف الشامل للتدخل في نهج مقدم الرعاية الصحية هو تحويل الطبيب ونظام الرعاية الصحية نحو تصور بيولوجي نفسي اجتماعي ونهج علاجي للأعراض الجسدية (Woods, 2020).

قائمة المراجع:

Abnormal النفس المرضى (2016). [john m.neale](#)، [ann m.kring](#) psychology "أستناداً علي الدليل التشخيصي الخامس". ترجمة: أمثال هادي الحويلة وآخرون. مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.

Aamar, R. O., & Kolobova, I. (2019). Biopsychosocial Model in Couple and Family Therapy. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-7). Cham: Springer International Publishing.

Agras, W. S. (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*: Oxford University Press.

Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster family assessment device. *Journal of marital and family therapy*, 9(2), 171-180 .

Frankel, R. M. (2014). Biopsychosocial Model. In A. C. Michalos (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 406-408). Dordrecht: Springer Netherlands.

- Gellman, M. D. (2013). Engel, George. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 701-700). New York, NY: Springer New York.
- Haralson, D. M., & Brimhall, A. S. (2017). Rolland, John. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-2). Cham: Springer International Publishing.
- Hulgaard, D., Dehlholm-Lambertsen, G., & Rask, C. U. (2019). Family-based interventions for children and adolescents with functional somatic symptoms: a systematic review. *Journal of Family Therapy*, 41(1), 4-28 .
- Kazak, A. E., Prusak, A., McSherry, M., Simms, S., Beele, D., Rourke, M., . . . Lange, B. (2001). The Psychosocial Assessment Tool (PAT)©: Pilot data on a brief screening instrument for identifying high risk families in pediatric oncology. *Families, Systems, & Health*, 19(3), 303 .
- Kog, E., Vandereycken, W & ., Vertommen, H. (1985). The psychosomatic family model. A critical analysis of family interaction concepts. *Journal of Family Therapy*, 7(1), 31-44 .
- Kroenke, K. (2020). Somatic Symptoms. In M. D. Gellman (Ed.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 2110 - 2113). Cham: Springer International Publishing.
- McDaniel, S. H., Campbell, T., & Seaburn, D. (1991). Treating somatic fixation: a biopsychosocial approach: when patients express emotions with physical symptoms. *Canadian Family Physician*, 37, 451 .
- Olson, D. H. (2010). *Faces IV manual*: Life Innovations.

- Wood, B. (2017). The Biobehavioral Family Model. In J. Lebow, A. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1-8). Cham: Springer International Publishing.
- Woods ,S. B. (2020). Somatization and Disease Exacerbation in Childhood :Systemic Theory, Research, and Practice. *The Handbook of Systemic Family Therapy, Systemic Family Therapy with Children and Adolescents*, 2, 321 .

الفصل الحادي عشر: الأسرة واضطرابات التغذية والأكل

الاسرة واضطرابات التغذية والأكل Feeding and Eating Disorders

مقدمة:

تتميز اضطرابات التغذية والأكل باضطراب مستمر في الأكل، أو سلوك متعلق بالأكل مما ينتج عنه استهلاك أو امتصاص متغير للغذاء، وهذا يضعف إلى حد كبير الصحة الجسدية أو الأداء النفسي الاجتماعي. ان الأفراد الذين يعانون من هذه الاضطرابات يوردون أعراضا مرتبطة بالأكل تشبه تلك التي يوردها عادة الأفراد الذين يعانون من اضطرابات استعمال المواد، مثل الاشتياق وأنماط من الاستخدام القهري. وقد يعكس هذا التشابه تورط نفس الأنظمة العصبية، بما في ذلك المتضمنة للتنظيم وضبط النفس والمكافأة في كلا المجموعتين من الاضطرابات.

ومع ذلك، فإن المساهمات النسبية للعوامل المتميزة والمشاركة في تطور ودوام اضطرابات الأكل واستعمال المواد لا تزال غير مفهومة بالقدر الكافي. أخيراً، لم يتم تضمين السمنة في الدليل الخامس كاضطراب نفسي. فالسمنة (الدهون الزائدة في الجسم) تنتج من زيادة على المدى الطويل لاستهلاك الطاقة بالمقارنة مع حجم المصروف من الطاقة. وهناك مجموعة من العوامل الفيزيولوجية والسلوكية والبيئية الوراثية والتي تختلف باختلاف الأفراد تساهم في تطور البدانة، وبالتالي، لا تعتبر

السمنة اضطراباً نفسياً. ومع ذلك، فهناك مشاركة كبيرة بين السمنة وعدد من الاضطرابات العقلية (على سبيل المثال، اضطراب الشراهة للطعام، واضطرابات الاكتئاب وثنائي القطب، والفصام). الآثار الجانبية لبعض الأدوية النفسية تسهم بشكل مهم في تطور السمنة، وقد تكون السمنة أحد عوامل الخطر لتطور بعض الاضطرابات العقلية (على سبيل المثال، الاضطرابات الاكتئابية)(الحمادي، 2015، ص 225).

التغذية واضطرابات الأكل هي مجموعة من التشخيصات في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الخامسة؛ DSM-5؛ الجمعية الأمريكية للطب النفسي 2013) التي تتضمن الخصائص التالية: الاضطراب المستمر في الأكل أو السلوكيات ذات الصلة، والاستهلاك المتغير أو الامتناع من الغذاء، وإعاقات كبيرة في الصحة أو الأداء النفسي والاجتماعي. غالباً ما يشبه تقرير الأعراض المرتبطة بالأكل تلك التي تم الإبلاغ عنها لدى الأفراد الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات (Graham, 2018).

الاعتبارات الأسرية familial considerations

السياق الأسري **Familial context**: غالباً ما ترتبط الأسرة بوظيفة اضطراب الأكل حيث يؤثر اضطراب الأكل على العلاقات الأسرية، وغالباً بطرق سلبية، ذلك أن تأثير تجربة الفرد المصاب باضطراب الأكل المؤلمة لا يقتصر على الفرد بل يتعداه للأسرة (Blessitt, Baudinet, Simic, & Eisler, 2020)، حيث أبلغت أسر الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الأكل عن مستويات عالية من

القلق بشأن ابنتهم أو ابنهم بالإضافة إلى مستويات عالية من الضيق الشخصي والشعور بالأعباء وزيادة مستويات القلق والاكتئاب (Anastasiadou, Medina, Pradas, Sepulveda, & Treasure, 2014 as cited in (Blessitt et al., 2020)، وإن الطريقة التي تتكيف بها العائلات مع وجود المرض الذي يهدد الحياة ستختلف بالطبع اعتمادًا على طبيعة أنماط العلاقات الأسرية الموجودة مسبقًا ومرحلة دورة الحياة الأسرية بالإضافة إلى خصائص أفراد الأسرة الفردية. وعادةً ما تصبح العائلات التي لديها طفل أو مراهق مصاب بفقدان الشهية العصبي أكثر تقييدًا في استجاباتهم، مع شعور بأن الوقت قد توقف مصحوبًا بإحساس قوي بالعجز، وفي أسر أخرى (الأكثر شيوعًا حيث يظهر الشاب مع أعراض الشراهة أو في أسر المرضى الأكبر سنًا الذين يعانون من مرض طويل الأمد)، قد تكون هناك مستويات متزايدة من السلبية في العلاقات الأسرية مع مستويات عالية من النقد أو العداء (Blessitt et al., 2020).

لهذا السبب، يجب تصور اضطرابات الأكل من خلال منظور تنموي وكذلك من منظور أنظمة الأسرة، مع ملاحظة الأحداث التاريخية المتعلقة بتطور اضطرابات الأكل وأنماط التفاعل الأسري في الوقت الحاضر. يقترح (Carter and McGoldrick 1999) أن الأفراد يتأثرون بالضغط الرأسية (الأنماط بين الأجيال) والضغط الأفقية (تلك التي تحدث في حياة الفرد بما في ذلك الوقت الحاضر). بداية، من المهم ملاحظة أن الأفراد لا يولدون مصابين باضطرابات الأكل (على الرغم من أن الأفراد قد يولدون ولديهم استعداد للإصابة باضطرابات الأكل)، وقد تظهر اضطرابات الأكل في لحظات من التطور المعياري للطفل أو البالغ، وقد ترتبط

البداية أحيانًا بحدث صادم، بينما في حالات أخرى قد يكون مرتبطًا بسلسلة أصغر من التفاعلات التي تتقاطع مع الرسائل الاجتماعية الثقافية. على سبيل المثال قد يتطور اضطراب الأكل كطريقة للتعامل مع الأفكار أو المشاعر السلبية، "لا يمكنني الحصول على دعوة الى الحفلة"، "أنا سمين، ولن يعجب بي أحد بهذا الشكل" أو "أحتاج إلى زيادة وزن مثل أبطال المصارعة حتى أتمكن من تحقيق أهدافي". لا تعتبر أي من هذه الأحداث مؤلمة من خلال عدسة اضطراب ما بعد الصدمة، لكنها تمثل تحديًا للفرد وقد يكون اضطراب الأكل محاولة استجابة لهذه التحديات، على الأقل في البداية.

ومثل أي تحد تنموي، يتم تخفيف العواقب السلبية من خلال الدعم والتحقق من الصحة والتشجيع من قبل الأصدقاء والأسرة. يمكن للأصدقاء المقربين وأولياء الأمور أن يكونوا مؤثرين بشكل خاص في هذه النقاط الرئيسية بطريقة إيجابية وسلبية. على الرغم من أن ردود فعل الأحباء يمكن أن تساهم في تطور اضطراب الأكل ومساره وتؤثر عليه، فإن هذا لا يعني أنهم مسؤولون عن تطور اضطراب الأكل. غالبًا ما تتطور اضطرابات الأكل من خلال عملية سرية وخبيثة، وغالبًا ما يكون الأصدقاء المقربون والعائلة في حالة جهل بصراعات أحبائهم. يمكن لمقدمي الدعم الإيجابي (العائلة والأصدقاء والموجهين والمدربين ومقدمي الخدمات الصحية) أن يكونوا بمثابة موارد قوية للأفراد الذين يحاولون التعافي من اضطراب الأكل عندما يعرفون عن اضطراب الأكل وأعراضه، وقد يستجيب أفراد الأسرة بطرق غير مفيدة، مما يؤدي دون قصد إلى نفور أحبائهم. وعادة ما يكون هناك جانب علائقي يحيط بتطور اضطراب الأكل، ومع ذلك، من المهم النظر في السياق التاريخي حول كيفية

النظر إلى دور الأسرة في تطوير اضطرابات الأكل، والمحافظة عليها، وعلاجها، والشفاء منها.

في البداية، اعتقد المعالجون الأسريون الأوائل أن اضطرابات الأكل يمكن أن تكون نتيجة مباشرة لاختلال ديناميكيات الأسرة وبنيتها، وبنى آخرون علاجاتهم على فرضية أن الآباء ليسوا أبدًا سببًا لاضطراب الأكل ويجب أن يُنظر إليهم فقط كمورد، ما بدا وكأنه رد فعل عنيف لهذه النظرية.

ومن أجل مساعدة أفراد الأسرة أن يصبحوا موردا إيجابيا، يستلزم حدوث تغييرات على مستوى العلاقات الأسرية لتحقيق الدعم الإيجابي في التعافي من اضطرابات الأكل على المدى الطويل. يمكن أن تشمل هذه العلاقات أفراد العائلة والأصدقاء، ويجب ألا ينظر إلى الاعتبارات الأسرية التي يمكن أن ترتبط بظهور اضطراب الأكل أنها تنبؤات سببية بل عوامل مساهمة، على سبيل المثال، يمكن لبعض ردود أفراد الأسرة إثبات صحة اضطراب الأكل، عندما يمتدح الأب ابنته لرغبتها في تناول نظام غذائي أكثر صحة.

قام بعض الباحثين بفحص السياق الأسري للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الأكل لتوضيح العوامل التي قد تساهم في هذا الاضطراب، على سبيل المثال (Gillet, Harper, Larson, Berrett, & Hardman, 2009 as cited in Linville & Blow, 2020); ، حدد بعض الخصائص الموجودة في السياقات الأسرية للأفراد الذين يعانون من اضطراب الأكل ومنها: (أ) انتقادات عالية ، (ب) التركيز على الوزن والمظهر ، (ج) تأييد النموذج المثالي الرفيع ، (د) الرقابة الأبوية

القسرية ، (هـ) الصلابة ، (و) المستويات العالية من قواعد الأسرة المقيدة ، (ز) انخفاض مستويات التماسك.

في شبكة الأسرة أو الأصدقاء حيث يتم إعطاء الأولوية القصوى للمظاهر الخارجية، عادة ما تُقابل جهود فقدان الوزن أو الظهور بطريقة معينة بمدح وموافقة سخية. في بعض الحالات، قد تكون هذه هي الطرق الوحيدة التي يمكن للفرد من خلالها الحصول على المدح أو التحقق من صدق أحد أفراد الأسرة. في حالات أخرى، قد يكون اضطراب الأكل رد فعل لرد فعل عاطفي سلبي، مثل مخاوف من عدم حب الشريك أو رفضه، وقد تتطور اضطرابات الأكل أيضًا كرد فعل على الطرق التي يتعامل بها أفراد الأسرة مع المشاعر السلبية. وعلى الرغم من أن استجابات الأسرة يمكن أن تؤدي إلى تفاقم اضطرابات الأكل، يجب أن يكون مقدمو العلاج حريصين على عدم السماح لأفراد الأسرة بالشعور باللوم على اضطراب الأكل.

عوامل النمو Developmental factors

يتقدم الأطفال خلال مراحل نموهم بطرق مختلفة وبسرعات مختلفة، ويمكن أن تختلف هذه العمليات التنموية بين الذكور والإناث. البلوغ هو وقت التغيرات الجسدية السريعة، وتتضمن هذه التغيرات بعض التغييرات في الجسم التي قد تكون غير مريحة (تتجاوز الشعور بالراحة المعتادة) بالنسبة للفرد، بما في ذلك الدورة الشهرية ونمو الثدي وزيادة الوزن ونمو شعر الجسم. من الناحية المثالية، يجب أن يكون الآباء أو مقدمو الرعاية داعمين ومتاحين لأطفالهم خلال هذه السنوات، ولكن قد لا يكون هذا هو الحال دائمًا، كما أن المراهقين لا يشعرون دائمًا بالراحة في

مناقشة هذه القضايا مع والديهم، فيصبح اضطراب الأكل إحدى الاستراتيجيات للتعامل مع هذه التغيرات، ويشعر المراهق أنه عندما يصاب بالهزال الشديد يمكن أن تتضاءل آثار البلوغ. يعاني الأفراد خلال مرحلة المراهقة من تغيرات كبيرة في ذواتهم النفسية والاجتماعية والمعرفية والجسدية، غالبًا ما يواجهون بدورهم حساسية متزايدة حول التغيرات الجسدية بالإضافة إلى رسائل حقيقية ومتصورة حول أجسامهم.

حسب Stice et al., 2013 as cited in (Linville & Blow, 2020) فإن ذروة ظهور فقدان الشهية العصبي يكون عندما تتراوح أعمار الإناث بين 19 و 20 عامًا، وللشره المرضي العصبي بين سن 16 و 20 عامًا، والشره عند تناول الطعام بين سن 18 و 20 عامًا.

الأحداث العائلية المجهدة (الضغوطات الأفقية) Stressful family events (horizontal stressors)

تحدث الأحداث المجهدة أثناء سياق التطور المعياري، وغالبًا ما تظهر اضطرابات الأكل خلال فترة المراهقة. خلال هذا الوقت، تتغير ديناميكيات الأسرة عندما يكتسب المراهق المزيد من الاستقلال، وتتغير حدود الأسرة. يمكن أن تتوقف هذه العمليات التنموية المعيارية أو تتحرف عن مسارها بسبب أزمات لا يمكن التنبؤ بها. قد تزيد هذه الأزمات بشكل كبير من مستوى التوتر الأسري، والتعبير عن المشاعر (على سبيل المثال، المزيد من الغضب)، وتوافر مقدمي الرعاية مثل الآباء لتقديم الدعم الإيجابي. تشمل الأمثلة على أحداث الحياة غير المعيارية الطلاق، أو المشاكل الزوجية الصعبة (على سبيل المثال، علاقة أحد الوالدين)، أو مرض أحد

أفراد الأسرة (مثل السرطان) أو حادث سيارة، أو حدث عائلي صادم مماثل. قد تؤدي هذه الأحداث إلى شعور المراهق بالوحدة أو انعدام الدعم أو العيش وسط التوتر بين الوالدين. تحدث هذه الديناميكيات أيضاً أثناء الأحداث المجهدة الأخرى للمراهق، مثل التحصيل الأكاديمي في الثانوية أو التحديات الرياضية، كما يتعين على بعض الأفراد التعامل مع سوء المعاملة، ويمكن أن تأتي هذه الإساءة مباشرة من أحد أفراد الأسرة في شكل اعتداء جنسي وجسدي وعاطفي أو من مرتكب الجريمة خارج الأسرة، ويمكن أن تؤثر جميعها على ظهور اضطراب الأكل.

الديناميات التفاعلية للأسرة **Family interactional dynamics**

ديناميات الأسرة مهمة لأن أفراد الأسرة يتعاملون مع العديد من أحداث الحياة، ومن المهم فهم كيفية استجابة الأسرة لهذه الأحداث والمواقف الصحية الصعبة، ومن المهم أيضاً مراقبة وتقييم كيفية تأثير هذه الاستجابات على الأفراد عاطفياً واجتماعياً وجسدياً. قد تستجيب العائلات للأحداث المحيطة باضطرابات الأكل بعدة طرق. عندما ننظر إلى عمل الأسرة بشكل أكثر شمولاً، يمكننا فحص المكونات البنائية والتنظيمية للأسرة، ويجب أن يكون لدى مختصي الأسرة بعض الفهم لكيفية إدارة الأسرة لأعمالها الروتينية والقيام بأدوارها، هذه هي المجالات الرئيسية لمعالجي الأسرة النسقيين لتقييمها عند العمل مع العملاء الذين يعانون من اضطرابات الأكل وعائلاتهم.

تشير الدلائل إلى أن خصائص الأسرة مثل التماسك والقدرة على التكيف يمكن أن تؤثر على سلوكيات اضطرابات الأكل (Linville & Blow, 2020)، حيث

توصلت دراسة (Cromley, Neumark-Sztainer, Story, & Boutelle, 2010) أن تقرير المراهقين عن انخفاض الرضا عن الجسم والمشاركة في أشكال أكثر "شدة" أو أقل صحية من سلوك التحكم في الوزن ارتبط بسلوكيات التحكم في الوزن لدى الوالدين. وارتبط تقرير المراهقين عن الإفراط في تناول الطعام بانخفاض درجات التماسك الأسري والقدرة على التكيف، كما أشارت النتائج إلى أن العديد من المتغيرات الخاصة بالوالدين والأسرة ترتبط بسلوكيات التحكم في الوزن ونوبات الإفراط في تناول الطعام والرضا عن الجسم وأهمية النحافة لدى المراهقين الذين يعانون من زيادة الوزن.

تتجاهل بعض الأسر أو لا تدرك وجود صراع داخلي لدى أحد أفراد الأسرة الآخرين، وهذا يؤدي إلى انقطاع الاتصال ونقص الدعم. قد يكون الآباء الآخرون مندمجين بشكل مفرط في رعاية ابنائهم، وهي مجموعة فرعية من الآباء تسمى أحيانًا "الآباء الهليكوبتر" ⁴ helicopter parents ، يقوم الآباء في هذه العائلات بالإفراط في الرد وإنقاذ أحبائهم (Linville & Blow, 2020).

معتقدات الأسرة وقيمها Family beliefs and values

⁴ -تم تسمية والدي الهليكوبتر بهذا الاسم لأنهم مثل طائرات الهليكوبتر، "يحلّقون في السماء"، ويشرفون على كل جانب من جوانب حياة أطفالهم باستمرار، ومن المعروف أيضًا أن الوالدين الهليكوبتر يشرفون بشدة على أطفالهم في جميع جوانب حياتهم، بما في ذلك التفاعلات الاجتماعية، إذا الوالد المروحي هو أحد الوالدين الذي يولي اهتمامًا كبيرًا لتجارب ومشاكله، والوالد الذي "يحمي" فوق طفله لتوجيهه إلى "أفضل" مستقبل على الإطلاق، أو يطير لإنقاذه بمجرد ظهور مشكلة.

يمكن أن تؤثر القيم والمعتقدات الثقافية على بداية اضطراب الأكل ومجرى حياته. هناك قيم ومعتقدات مختلفة حول مواضيع مثل الوزن والطعام والتمارين الرياضية والجمال في الثقافات حول العالم، وتتغلغل هذه القيم في الحياة الأسرية. ومن خلال وسائل الإعلام، هناك أيضًا تركيز على المظاهر الخارجية، وقد زادت مواقع التواصل الاجتماعي مثل Facebook وInstagram وSnapchat من انتشار الصور التي تركز على الوزن والصورة، وهذا يؤثر على الأفراد في جميع أنحاء العالم.

تاريخ الأسرة الأصلية Family-of-origin history

كما يجب إجراء تقييم متعمق للأسرة، ومعرفة علاقة أفراد الأسرة بالعميل، وما إذا كان أحد أفراد الأسرة مصدرًا مفيدًا (الدعم العاطفي للتعافي)، وإذا لم يكن كذلك، فهل يمكن لأحد الأفراد أن يصبح موردًا؟، ما الذي يجب أن يحدث حتى نحقق ذلك؟ بالنسبة للعملاء الأصغر سنًا، فإننا ننظر إلى القضايا الزوجية بين الوالدين - هل هناك توتر، هل يتفاهمون بشكل جيد؟، ويتم تقييم ما إذا كان الآباء قادرين على العمل معًا لدعم طفلهم وما يجب أن يحدث لهم للقيام بذلك. يمكن أن يكون تثليث الطفل في مشاكل الوالدين أيضًا مشكلة في تطور اضطراب الأكل. يتم نقوم أيضًا بتقييم مكانة الأسرة، بما في ذلك القضايا المتعلقة بالصدمات النفسية، والصحة العقلية، والإدمان، والأكل، والمرض، كما يجب تقييم الأسرة الأصلية، بغض النظر عن عمر العميل (Linville & Blow, 2020).

تطور الأساليب النسقية لعلاج اضطرابات الأكل

History of the Development of Systemic Approaches to Treating Eating Disorders

يعود الاهتمام بأسر المرضى الذين يعانون من مرض فقدان الشهية العصبي إلى أقدم وصف له باعتباره مرضًا ورد في صحيفتي (1874) Gull (1873) Lasègue، حيث قدم الطبيب النفسي لاسيج Lasègue، الذي وصف المرض بأنه "فقدان الشهية الهستيري" hysterical anorexia، وصفًا تفصيليًا لاستجابات الأسرة للمرض والتفاعلات بين المرضى وأسرهم. كان وصفه للاستجابة الأسرية النموذجية هو: "لدى الأسرة طريقتان فقط في الاستجابة تستنفذهما دائمًا - التوسلات والتهديدات - وكلاهما بمثابة محك، ومع مرور الوقت يبدأ الأقارب والأصدقاء ينظرون إلى القضية على أنها ميؤوس منها"، وشدد على كيفية تضيق الأفكار والمشاعر بالنسبة لكل من المرضى ومن حولهم، لدرجة أن "الردود تصبح أكثر اتساقًا" وأن "كل أولئك الذين شاركوا هذه المشاهد الأسرية المؤلمة سيدركون أن هذه اللوحة ليست مكثفة بالتأكيد ولا قاتمة جدًا"، ولكن بمجرد أن "تبدأ الفتاة الصغيرة في القلق من الظهور الحزين لمن يحيطون بها"، ... تكون قد حانت اللحظة الآن كي يستأنف الطبيب سلطته، إذا كان حريصًا على إدارة الحالة (Lasègue's quotes taken from Vandereycken & van Deth, 1990 as cited in (Blessitt et al., 2020).

غالبًا ما يتم تذكر تعليقات لاسيج حول الأسرة لتوصيته بإبعاد المريض من الوالدين، وهي وجهة نظر شاركها مع Gull الإنجليزي (1874) أيضًا بطريقة معدلة

مع بعض الباحثين الحاليين، لكن ما يميل إلى النسيان هو إدراك لاسيخ لإمكانية التنبؤ باستجابة الأسرة لأعراض المرض واستجابة المريض لرد فعل العائلة العاطفي، مما يؤدي إلى أنماط ثابتة وصعبة التغيير، ومع ظهور العلاج الأسري أصبحت هذه الأنماط من التفاعلات الأسرية نفسها أهدافاً لتدخلات العلاج. وبحلول سبعينيات القرن الماضي، بدأ عدد متزايد من الرواد في هذا المجال في تطبيق مفاهيم جديدة لاضطرابات الأكل (مينوتشين وآخرون، 1975؛ سيلفيني، بالازولي، 1974) وإشراك الأسر بنشاط في علاج فقدان الشهية العصبي لدى أطفالهم، وقد كان فقدان الشهية العصبي بالنسبة لعدد من الرواد في مجال العلاج الأسري نموذجاً لتطوير نماذج فهم دور العلاقات والتواصل في العلاج الأسري.

كان مينوشين وزملاؤه في فيلادلفيا يطورون النموذج البنائي للعلاج الأسري لفقدان الشهية العصبي مع تصور مهم للسياق الأسري لفقدان الشهية العصبي مثل "الأسرة النفسية الجسدية psychosomatic family"، التي تتسم بالجمود، والتشابك، والإفراط في المشاركة، وتجنب الصراع أو عدم حل النزاع. قدمت فكرة "الأسرة النفسية الجسدية" نموذجاً توضيحياً مقنعاً للغاية لفقدان الشهية العصبي مفتوحاً لإمكانية التغيير من خلال التدخلات السريرية. بالإضافة إلى ذلك، فإن النتائج الإيجابية لمجموعة حالات مؤلفة من 52 مريضاً من المراهقين تم علاجهم عن طريق العلاج الأسري البنائي كانت ملهمة حقاً. وتماشياً مع التفكير في أن الأسرة ليست هي "سبب" المرض " (في الواقع لم يعتبروا فقدان الشهية العصبي مرضاً)، فقد افترضوا أن أنماط المعاملة التي تتميز بالتشابك، والحماية الزائدة، والصلابة، وتجنب الصراع كانت سبباً ضرورياً لتطور فقدان الشهية العصبي، وقد حدث عندما كان لدى طفل في الأسرة

"ضعف" موجود. لم يصف مينوشين الطريقة التي يمكن من خلالها اعتبار الطفل "ضعيفاً" على الرغم من أننا قد نفترض أن ما لاحظته في مرضاه سيعزى الآن بشكل أكثر دقة إلى السمات المزاجية والشخصية المحددة بيولوجياً والتي تم وصفها سابقاً على أنها عوامل مهيئة رئيسية لفقدان الشهية العصبي.

وصف مينوشين "للأسرة النفسية الجسدية" لا تدعمه الأدلة التجريبية حسب (Konstantellou, Campbell, & Eisler, 2011 as cited in (Blessitt et al., 2020) ، ولكن وصفه السريري الدقيق للطرق التي تغير بها الأسر، بمرور، علاقاتها وتضخيم استجاباتها وأنماطها السلوكية التفاعلية مع ترسيخ متطلبات المرض قدم فهماً حاسماً لأنماط المعاملات التي يمكن أن تسهم في الحفاظ على الاضطراب. إن أنماط التفاعل الأسري في مرض فقدان الشهية العصبي أكثر تنوعاً بكثير مما تقترضه نظرية مينوشين، وبالتالي لا توفر نموذجاً توضيحياً شاملاً (Blessitt et al., 2020).

كان مينوشين وزملاؤه مؤثرين بشكل خاص في تصورهم للسياق الأسري للقمع العصبي باعتباره "أسرة سيكوسوماتية"، حيث يُنظر إلى الضعف لدى الطفل على أنه يتفاعل مع نمط معاملات محدد، يتميز بالصلابة والتشابك والإفراط في المشاركة وتجنب الصراع، وحيث يُفهم أن الطفل واضطراب الأكل يلعبان دوراً رئيسياً في التوسط في إدارة الصراع في الأسرة. قدمت "الأسرة السيكوسوماتية" نموذجاً توضيحياً مقنعاً لقابلية التغيير من خلال العلاج الأسري. بالإضافة إلى ذلك، فإن النتائج التجريبية الإيجابية من سلسلة حالات مؤلفة من 52 مراهقاً تم علاجهم من

خلال العلاج الأسري البنائي كانت ملهمة حقًا. في أوائل الثمانينيات من القرن الماضي، بدأ فريق البحث السريري في مستشفى مودسلي بمعهد الطب النفسي في لندن بقيادة البروفيسور جيرالد راسل عمله في تقييم العلاج الأسري لاضطرابات الأكل بطريقة أكثر منهجية من خلال التجارب البحثية. لقد دمج نهج العلاج الأسري الذي تم تطويره لهذه الدراسات (Dare et al. 1990) العديد من الأفكار من النماذج البنائية والاستراتيجية المبكرة والأساليب السردية المتطورة حديثًا. تم تنقيح نهج مودسلي تدريجيًا في سياق سلسلة من التجارب العشوائية الإضافية (Eisler et al. 2015a).

على الرغم من أن النتيجة الرئيسية لدراسات مودسلي المبكرة دعمت فعالية العلاج الأسري، إلا أن هناك عددًا من الجوانب على سبيل الاستجابة التفاضلية للمراهق مقارنة بأولئك البالغين الذين يعانون من المرض، والاستجابة المختلفة لأسر المرضى. إن الافتقار إلى نموذج توضيحي أسري موثوق تجريبيًا لاضطرابات الأكل إلى جانب الأدلة المتزايدة على أهمية العوامل العصبية الحيوية والاستعدادات الوراثية لاضطرابات الأكل قد تطلب تحولًا في الإطار المفاهيمي للعلاج الأسري الذي يركز على اضطرابات الأكل. ويعكس هذا التحول أيضًا التطورات الأكثر عمومية في نظرية العلاج الأسري من منتصف الثمانينيات وما تلى ذلك، مما يؤكد على دور الأسرة كمورد رئيسي في العلاج بدلاً من اعتبارها نسق مختل يتطلب العلاج ويركز العلاج على عوامل المحافظة بدلاً من النماذج التفسيرية للمسببات الأسرية (Simic & Eisler, 2019).

سيتم وصف الطريقة التي استمر بها العلاج في التطور والتي يتم ممارستها حالياً بشيء من التفصيل، لقد كانت التحولات الرئيسية على النحو التالي:

أولاً، هناك نهج قوي متعدد التخصصات (MDT) multidisciplinary team يتضمن تركيزاً طبياً، والذي يضع بالضرورة المعالج في منصب "خبير" فيما يتعلق بالمعرفة والمخاطر المرتبطة بالمرض.

ثانياً، هناك تركيز أكثر وضوحاً على معالجة عوامل المحافظة بما في ذلك فهم تأثير الجوع على الأداء النفسي ودور عوامل الضعف المؤهبة (الاستعدادات) لتطوير اضطراب الأكل.

ثالثاً، هناك استخدام أكثر تفكيراً وهادفاً للغة والمعنى واستكشافها خلال العلاج (على سبيل المثال، التركيز المبكر على إحساس الوالدين بالكفاءة الذاتية والاهتمام بدلاً من السيطرة والفوز بالمعارك، واستكشاف الروايات والمعتقدات العائلية والزوجية والثقافية والفردية) (Blessitt et al., 2020).

علاج مودسلي الأسري لاضطرابات الأكل Maudsley Family Therapy for Eating Disorders

في أدبيات اضطرابات الأكل، تم استخدام عدد من المصطلحات لوصف العلاج الأسري مع التركيز على اضطرابات الأكل، على سبيل المثال، العلاج الأسري مودسلي Maudsley Family Therapy for Eating Disorders، العلاج النسقي مودسلي Maudsley model therapy، أو العلاج القائم على

الأسرة family-based treatment. ما يجعل هذا العلاج مميزًا هو أن العلاج الأسري يعالج مشكلة محددة جدًا، أي اضطراب الأكل، ويقوم بذلك من خلال استخدام الأسرة باعتبارها المورد الأكثر قيمة في العلاج لإحداث تغيير مبكر في سلوكيات الأكل قبل معالجة القضايا الأوسع للفرد، وتنمية دورة حياة الأسرة.

قام جيمس لوك ودانييل لو جرانج وستيوارت أجراس James Lock, Daniel Le Grange, and Stuart Agras (من جامعتي ستانفورد وسان فرانسيسكو) بالتعاون مع كريستوفر داري Christopher Dare من مودسلي Maudsley بتطوير نسخة من العلاج المستخدم في دراسات مودسلي المبكرة. هذا الدليل المعروف باسم العلاج القائم على الأسرة family-based treatment تمت مراجعته لاحقًا بواسطة Lock and Le Grange في عام 2013. كما طور (Le Grange and Lock (2007) نسخة معدلة من دليل الشره المرضي لدى المراهقين. كانت أدلة العلاج القائم على الأسرة مؤثرة في هذا المجال وشجعت على استخدام أوسع لنهج العلاج الأسري المبني على الأدلة في علاج اضطرابات الأكل. كما تم تقديم مساهمات نظرية مهمة من قبل أندرو واليس Andrew Wallis وزملاؤه في سيدني، حيث قاموا بدمج مجموعة واسعة من التقنيات المنهجية في دليل العلاج القائم على الأسرة الأكثر توجهاً نحو السلوك واستكشاف استخدام النهج في سياق برنامج قبول الأسرة، كما قام كل من ستيفاني كنتاتز ووالتر كاي Stephanie Knatz, Walter Kaye وزملائه في جامعة كاليفورنيا سان دييغو بتعديل نهج مودسلي باعتباره تدخلًا مكثفًا وجيزًا كبديل للعلاج الاقليمي.

الإطار النظري لمقاربة مودسلي

لقد تطور نهج العلاج الأسري Maudsley لاضطرابات الأكل على مر السنين وتم تشكيله من خلال تطوير أدلة العلاج الأسري كجزء من الدراسات البحثية التي ساعدت في بلورة المفاهيم النظرية، وكان لها تأثير كبير على الممارسة. وعلى عكس فكرة مينوشين عن "الأسرة النفسية الجسدية" التي تصور اضطراب الأكل كتعبير عن صراع شخصي أساسي، أكد نهج مودسلي على أن اضطراب الأكل هو مرض وأن الأسرة ضرورية كمصدر لمساعدة الشاب على البدء في عملية الشفاء. وبالرغم من أن العديد من التدخلات في هذا النهج يمكن التعرف عليها بسهولة على أنها نشأت في نهج بنائي أو استراتيجي، إلا أن هدفها كان مختلفًا. على سبيل المثال، لم تكن التدخلات التي تشجع الوالدين على العمل معًا تهدف في المقام الأول إلى استعادة الأداء المعياري للأسرة ولكن لتغيير أنماط السلوك حول الأكل لتمكين استعادة الأكل، والبدء في عكس الآثار الجسدية والنفسية للجوع ووقف بعض الأنماط التي كانت تحافظ على المرض.

كان التحول المفاهيمي الرئيسي هو الافتراض بأن ما يواجهه المعالج هو عائلة أعادت تنظيمها حول مرض قد يهدد الحياة، بدلاً من نظام عائلي كان يعبر عن خلل وظيفي من خلال سلوك أحد أفرادها، إذ لوحظ تأثير فقدان الشهية على الحياة الأسرية من خلال إحداث تغييرات كبيرة لجميع العائلات. تأخذ مشاكل الأكل دورًا مركزيًا في الحياة الأسرية، ويتم تضيق التركيز الزمني على هنا والآن، وتصبح

أنماط الحياة اليومية غير مرنة، ويسود الحياة الأسرية جو من العجز. ومع إعادة تنظيم الأسرة حول المرض، قد تبدأ أنماط التفاعل المتغيرة في الحفاظ على المرض إما من خلال تعزيز السلوكيات الإشكالية، أو التدخل في آليات التكيف الطبيعية التي تحافظ على استقرار الأسرة، والتكيف مع التغييرات المناسبة في دورة حياة الأسرة، وتلبية احتياجات الأعضاء بشكل مناسب.

التغييرات في تنظيم الأسرة تسير جنباً إلى جنب مع تطور المرض والجوانب الجسدية والنفسية التي تحافظ عليه. تعزز عملية التجويع العديد من النزعات المزاجية والبيولوجية العصبية تجاه اضطرابات الأكل مثل عدم المرونة الإدراكية، وقلة ضبط النفس، وفي نفس الوقت تعطي العمليات الشخصية داخل الأسرة معنى لتشكيل سلوكيات محددة. على سبيل المثال المستويات المرتفعة من القلق الاستباقي التي يعاني منها الشاب المصاب بفقدان الشهية العصبي قبل تناول الوجبة يتوازى مع قلق الوالدين من عدم قدرتهم على إطعام أطفالهم في مواجهة مرض قد يهدد حياتهم. تؤدي كثافة التفاعلات الناتجة حول الطعام وأوقات الوجبات إلى عدم قدرة الأسرة تدريجياً على التركيز على أي شيء آخر غير الحاضر مما يجعل كل وجبة غير مكتملة تبدو وكأنها فشل مطلق، مع شعور الوالدين بأنه لا يوجد شيء يمكنهم القيام به للمساعدة.

الاستراتيجيات والتقنيات

يركز العلاج القائم على الأسرة على الوصول إلى نقاط القوة الأسرية وتوحيد موارد الأسرة مع مساعدة العائلات على إيجاد طرق أكثر فعالية لإدارة سلوك الطفل

في أوقات الوجبات ودعم التعافي. يساعد المعالجون المرضى وعائلاتهم على عكس آثار المرض وعدم الاستجابة لسلوكيات اضطراب الأكل كوسيط لعلاقاتهم. تماشياً مع النماذج البنائية والاستراتيجية للعلاج الأسري، أكدت الروايات المبكرة للعلاج القائم على الأسرة السيطرة الأبوية على سلوك الشاب كهدف رئيسي في العلاج. تعطي التصورات الحديثة للعلاج القائم على الأسرة مزيداً من التركيز على دعم إحساس الوالدين بالفعالية والرعاية وتطوير رواية مشتركة بين الشباب وأولياء أمورهم بأن رعاية الوالدين هي الدعم المطلوب لإدارة الصعوبات والتغلب على المرض، ويساعد المعالج أيضاً العائلات على إعادة التواصل مع مهام دورة حياة الأسرة منفصلة عن اضطراب الأكل.

وأهم الأهداف التي يسعى هذا العلاج لتحقيقها:

- أ) - التركيز على العمل مع الأسرة لمساعدة الطفل على التعافي، مقروناً برسالة قوية مفادها أن الأسرة لا يُنظر إليها على أنها سبب المشكلة.
- ب) - توقع أن يأخذ الوالدان زمام المبادرة في إدارة تناول طعام أطفالهما في المراحل الأولى من العلاج مع التأكيد على الطبيعة المؤقتة لهذا الدور.
- ج) - إضفاء الطابع الخارجي على اضطراب الأكل لتقليل الشعور بالذنب واللوم ودعم تطوير روايات جديدة أكثر إيجابية.
- د) - تحويل التركيز على قضايا دورة الحياة التنموية للمراهقين والأسرة في مراحل العلاج اللاحقة.

يصف Eisler وزملاؤه أربع مراحل للعلاج هي:

المرحلة 1 - الانضمام وتطوير التحالف العلاجي.

المرحلة 2 - مساعدة العائلات على إدارة اضطرابات الأكل.

المرحلة 3 - استكشاف قضايا التنمية الفردية والأسرية.

المرحلة 4 - إنهاء العلاج ومناقشة الخطط المستقبلية.

الهدف الرئيسي خلال المرحلة الأولى من العلاج هو إشراك الأسرة، بما في ذلك الشاب المريض الذي قد ينكر وجود اضطراب في الأكل. ويتمثل دور المعالج في إنشاء قاعدة آمنة وبناء شعور مشترك مع الأسرة بهدف العلاج. إن إضفاء الطابع الخارجي على المحادثات ووصف فقدان الشهية كقوة شبه خارجية يعطي معنى جديدًا لأعراض اضطراب الأكل، مما قد يساعد الآباء على إعادة النظر في مشاعرهم وإعادة صياغة شعورهم بالذنب واللوم التي غالبًا ما تكون موجودة في العائلات التي تتعامل مع فقدان الشهية. الموقف العلاجي هو امتلاك خبرة في اضطرابات الأكل وتقديم تثقيف نفسي حول اضطرابات الأكل وآثار الجوع، وتقديم المشورة بشأن خطط الوجبات، ومناقشات حول كيفية إدارة أوقات الوجبات، فضلاً عن تقييم ومناقشة المخاطر الطبية وغيرها. يشمل تطوير التحالف العلاجي العلاقة مع الفريق متعدد التخصصات، مع التأكيد على أهمية إدارة المخاطر الطبية والجسدية.

يؤدي هذا بسلاسة إلى مرحلة العلاج الثانية بهدف علاجي يتمثل في تحدي معتقدات الوالدين حول استحالة إدارتهم لسلوكيات اضطراب الأكل لدى أطفالهم.

غالبًا ما يقترح المعالج خيارات ويعطي أمثلة لما جربته العائلات الأخرى. الهدف من هذه المرحلة هو دعم الوالدين لإدارة سلوكيات أكل أطفالهم ودعمهم في تناول الطعام بانتظام وبشكل كافٍ لتحقيق تغذية أفضل وزيادة ثابتة للوزن من أجل التعافي. يستكشف المعالج أيضًا مع الأسرة الدور الذي اكتسبه فقدان الشهية في إدارة العواطف والمشاعر والعلاقات الشخصية.

ينصب التركيز الأولي للعلاج بشكل أساسي على التغيير السلوكي وزيادة الوزن. هناك عدة أسباب لهذا التركيز. أولاً، يهدف تحسين التغذية إلى عكس الآثار الجسدية والنفسية للجوع الذي يلعب دورًا رئيسيًا في الحفاظ على اضطراب الأكل. ثانيًا، التغييرات الملموسة في الشاب، والتي يمكن للمعالج أن يسلط الضوء عليها على أنها ناتجة عن دعم الوالدين المتجدد، من المرجح أن تعزز إحساس الوالدين بالفعالية وهو أمر حيوي في ضمان الحفاظ على التغييرات المبكرة والبناء عليها. ثالثًا، بمجرد تطوير سرد مشترك حول أهمية رعاية الوالدين ودعم التعافي، فإن القدرة على التنبؤ واتساق إدارة الوالدين للوجبات (بما في ذلك الاعتماد على خطة الوجبات في هذه المرحلة من العلاج) يناسب حاجة الشاب إلى اليقين الذي يميز الأفراد الذين يصابون باضطراب في الأكل. أخيرًا، هناك أيضًا دليل تجريبي من العديد من الدراسات على أن التغيير السلوكي المبكر من المؤشرات القوية للعلاج.

يمثل الانتقال إلى المرحلة 3 تحولًا كبيرًا في التركيز العلاجي. أولاً، أحد الأهداف الحاسمة في هذه المرحلة هو نقل مسؤولية الأكل من الوالدين إلى المراهق. غالبًا ما يولد هذا القلق ويجبر المعالجين على التفكير في توقيت العملية ووتيرتها

بحذر لتجنب شعور الأسرة بالإرهاق. يهدف التحول المهم خلال المرحلة 3 أيضًا إلى معالجة عدم اليقين، حيث يتم سحب المشاركة الأبوية المنظمة ببطء، مما يزيد من ثقة المريض. ثانيًا، ينتقل محتوى الجلسات بعيدًا عن التركيز على إدارة الأكل والوزن إلى قضايا تنمية المراهقين والأسرة، ومدى ارتباطها باضطراب الأكل، وكيف يرغبون في تغييرها في المستقبل.

الانتقال من المرحلة 3 إلى المرحلة 4 هو تحول تدريجي أكثر ويشير إلى نهاية العلاج. ويشمل استكشاف قضايا دورة الحياة الأسرية بعد فقدان الشهية ورحلة الأسرة من خلال العلاج ومناقشة قضايا المسؤولية عن إدارة أي صعوبات متبقية أو مستقبلية وطلب المساعدة إذا لزم الأمر. تتميز كل من المرحلتين 3 و4 بتغيير في العلاقة بين المعالج والأسرة بشكل أقل اعتمادًا، مما يفتح المجال أكثر للتفاوض والفضول حول الحلول الممكنة التي تناسب كل عائلة، كما يسمح ذلك للمعالج أن يعمل جنبًا إلى جنب مع العائلة لإفساح المجال أمام ظهور معاني جديدة وفرصة لقصص وروايات مفضلة جديدة تُعد العائلات للنهاية العلاجية والحياة بعد فقدان الشهية.

الاختلافات والتعديلات في العلاج الأسري الذي يركز على اضطرابات الأكل

العلاج الأسري لفقدان الشهية العصبي لدى المراهقين (FT-AN) Family

Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa

يأتي أهم اختلاف في العلاج الأسري لفقدان الشهية العصبي لدى المراهقين

من أعمال دانيال لو جرانج وجيمس لوك Daniel Le Grange and James

.Lock

دليل العلاج الأسري (Lock and Le Grange 2013) Family FBT based treatment ودليل العلاج الأسري لفقدان الشهية العصبي لدى المراهقين (Eisler et al. 2016) (FT-AN) Family Therapy for Adolescent (Anorexia Nervosa) لمودسلي متشابهان من الناحية المفاهيمية ولكنهما يختلفان في التفاصيل. يصف لوك ولو جرانج ثلاث مراحل (استعادة الوزن، ونقل السيطرة على الأكل إلى المراهقين، وقضايا المراهقين). بشكل عام، المراحل في الدليلين متشابهة مع تسلسل مماثل ولكن مع تركيز مختلف وطرق التعامل مع القضايا ذات الصلة. هذا يسلط الضوء على أنه عند وصف مراحل العلاج، لا ينبغي اعتبارها مطلقة ولكن كتوضيح لأهمية النقاط الانتقالية في العلاج، مثل إعادة مسؤولية تناول الطعام إلى المراهق، وتحويل تركيز العلاج بعيداً عن الأكل والوزن إلى قضايا تنمية وهوية المراهقين وتنمية الأسرة، أو معالجة قضايا إنهاء العلاج.

يوصي لوك ولو جرانج بوجبة عائلية كتدخل روتيني في الجلسة 2. يتجنبون عموماً إعطاء نصائح غذائية صريحة للآباء ويستكشفون مع الوالدين ما جربوه وما قد يحتاجون إلى تعديله. يوصي إيسلر Eisler وزملاؤه أيضاً بتناول وجبة عائلية في وقت مبكر من العلاج، لكنهم يؤكدون على استخدامها كأداة للتفاعل بشكل أساسي. يصف دليل Maudsley الحالي الاحتمالات الأخرى لاستخدام الطعام كجزء من العلاج. يوصي دليل Maudsley FT-AN أيضاً بالنصائح الغذائية وخطط الوجبات المكتوبة للآباء الذين يشعرون أنها ستكون مفيدة لهم. تعد خطط الوجبات خيارات يمكن للعائلات الاختيار من بينها وليست مخصصة للمرضى الفرديين ما لم يكن لدى المريض احتياجات غذائية محددة (على سبيل المثال ، مرض طبي أو ممارسات

غذائية محددة ثقافيًا في الأسرة). لا يشارك اختصاصيو التغذية بشكل روتيني في العلاج بشكل مباشر ولكن قد تتم دعوتهم أحيانًا للانضمام إلى جلسات العلاج الأسري، إذا لم تؤد خطة الوجبة القياسية إلى زيادة ثابتة في الوزن أو قرب نهاية العلاج عندما يتحمل الشاب مسؤولية التخطيط للوجبات في محاولة للتحرك نحو الأكل الطبيعي بشكل متزايد.

العلاج الأسري للشه المرضي العصبي لدى المراهقين (FT-BN) Family

Therapy for Adolescent Bulimia Nervosa

لدى FT-BN العديد من أوجه التشابه مع FT-AN ولكنها متميزة بعدة طرق. تهدف التعديلات إلى معالجة الاختلافات بين الشباب وأسرههم. غالبًا ما يكون المراهقون الذين يصابون بالشه العصبي أكثر تفاعلًا اجتماعيًا مع أقرانهم، ويكون مرضهم أقل وضوحًا، ومن الناحية المزاجية يكونون أكثر عرضة لمواجهة صعوبات في تنظيم العواطف والاندفاع وتحمل الضيق. قد تساعد الأعراض النهامية في صرف انتباه الشاب عن التأثير غير المحتمل، لكنها غالبًا ما تؤدي إلى ردود فعل سلبية قوية في الأسرة، مما يثير الغضب والإحباط بسبب الصعوبات العاطفية والعلائقية التي غالبًا ما تصبح أساسية في الحياة الأسرية.

على غرار FT-AN ، تركز المراحل المبكرة من العلاج على تطبيع سلوك الأكل ، لكن عملية تحقيق ذلك مختلفة. قد يتقبل الشاب الذي يعاني من الشه العصبي من ناحية أنه يعاني من مشكلة بسهولة أكبر، ولكن من ناحية أخرى، غالبًا ما يكون أقل استعدادًا لقبول الدعم من أسرته، خاصةً عندما يلاحظ زيادة النقد أو

العداء. لذلك، فإن إشراك الأسرة بأكملها في العلاج والاتفاق على الأهداف المشتركة يمكن أن يكون أكثر صعوبة ويتطلب درجة أكبر من التفاوض بين الشاب وأولياء الأمور حول الدور الذي يجب أن يلعبوه في تقديم المساعدة والدعم (Le Grange and Lock 2007).

عادةً ما يكون المسار الزمني للعلاج مختلفًا، حيث يكون أقل كثافة في المراحل المبكرة وغالبًا ما يكون أقصر بشكل عام. في تطبيق FT-BN في (Maudsley (Schmidt et al. 2007)، تم دمج عدد من مكونات العلاج المعرفي السلوكي في العلاج (على سبيل المثال، شرح السلوك المعرفي للروابط بين تقييد الطعام، والنهم، والقيء، والأفكار والمشاعر) إما في سياق جلسات عائلية أو في جلسات فردية متزامنة (Simic & Eisler, 2019).

الحمادي، أنور.(2015). خلاصة الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات العقلية. لبنان: الدار العربية للعلوم ناشرون.

- Blessitt, E., Baudinet, J., Simic, M., & Eisler, I. (2020). Eating Disorders in Children, Adolescents, and Young Adults *The Handbook of Systemic Family Therapy, Systemic Family Therapy with Children and Adolescents, 2*, 397 .
- Cromley, T., Neumark-Sztainer ,D., Story, M., & Boutelle, K. N. (2010). Parent and family associations with weight-related behaviors and cognitions among overweight adolescents. *Journal of Adolescent Health, 47*(3), 263–269 .
- Graham, K. M. (2018). Feeding and Eating Disorders. In J. S . Kreutzer, J. DeLuca, & B. Caplan (Eds.), *Encyclopedia of Clinical Neuropsychology* (pp. 1415–1415). Cham: Springer International Publishing.
- Linville, D., & Blow, A. J. (2020). Systemic Treatment of Eating Disorders Across the Life Cycle. *The Handbook*

of Systemic Family Therapy, Systemic Family Therapy and Global Health Issues, 4, 357 .

Simic, M., & Eisler, I. (2019). Maudsley Family Therapy for Eating Disorders. In J. L. Lebow, A. L. Chambers, & D. C. Breunlin (Eds.), *Encyclopedia of Couple and Family Therapy* (pp. 1804–1813). Cham: Springer International Publishing.