واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين للعلاج الأسري

إعداد

جميلة بنت جازع الشهري

أولاً: مشكلة الدراسة:

تعد الممارسة الإكلينيكية هي إحدى العناصر الرئيسة في كثير من المهن الإنسانية سواء في الخدمة الاجتماعية أو في علم النفس، والتي تستهدف مساعدة الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة على مواجهة مشكلاتهم وتعديل أنماط سلوكهم السلبية حتى يستطيعوا التوافق مع المجتمع الذي يعيشون فيه ويصبحوا مصدراً للبناء لا معولاً للهدم. ولعل من أهم أشكال هذه الممارسة العلاج النفسي والطب النفسي والخدمة الإكلينيكية، وتتفق كل أشكال الممارسة الإكلينيكية هذه أنها تتعامل مع الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة لمساعدتها في حل مشكلاتها وتنمية مهاراتها في نواحي الحياة المتعددة. وهي بذلك تشترك معاً في وحدة العميل ووحدة الهدف، وإن كانت قد تختلف في الأسلوب وطريقة التعامل بدرجة أو بأخرى.

ولكن نظراً للطبيعة المعقدة للمشكلات الإنسانية وما تتضمنه من جوانب جسمية ونفسية واجتماعية وسياسية واقتصادية متشابكة ومتداخلة، ظهرت الحاجة إلى التكامل بين هذه التخصصات والذي يتسم بتبادل الأدوار وتحقيق الأهداف بشكل متزامن. وقد أصبح الآن فريق العمل في كل مؤسسة إكلينيكية يتضمن الطبيب النفسي والأخصائي النفسي والأخصائي الاجتماعي، بحيث يؤدي كل عضو دوره في هذا الفريق مع الوضع في الاعتبار دور الأعضاء الآخرين في تنفيذ خطط التعامل مع مشكلات الأفراد والأسر والجماعات الصغيرة. وهذا ما نأمل أن يكون واضحاً وملموساً في مؤسساتنا لأننا لازلنا لا نقبل الآخر ونعتقد أننا الأفضل (عبد المجيد، ٢٠٠٦: ٥).

ولكن ما نجده في بعض المؤسسات التي تتعامل مع المشكلات الأسرية، أن بعض الممارسين جعلوا من أنفسهم أخصائيين اجتماعيين ونفسيين في آن واحد. ومن المعروف أن المشكلات الأسرية مشكلات مُعقدة ومركبة، فهي مثلاً تتمثل في ظاهرة الإيذاء والعنف ضد الأطفال والمسنين والمرأة، كما أنها تتمثل في عدة أنواع من الإيذاء الجسدي والجنسي والنفسي، لذلك فهي تتطلب تأهيلاً خاصاً لكل من يتعامل مع تلك المشكلات.

ونجد أن العلاج الأسري في كثير من الدول المتقدمة لقي مزيداً من العناية الكبيرة التي لم يجدها لدينا. حيث أن هناك منظمات وجمعيات أهلية تُعنى بالعلاج الأسري وتضم جميع المعالجين الأسريين وتقوم بتطوير كل ما هو جديد في هذا المدخل العلاجي. كما أن الجامعات هناك أصبحت تخصص دبلوم منفرد للمعالجين الأسريين، وفي المقابل لا يوجد لدينا معاهد أو مؤسسات خاصة بالعلاج الأسري. إلا أن هناك بعض الدورات القصيرة ولكنها قد لا تكفي لتأهيل المعالجين الأسريين لممارسة العلاج الأسري، حيث أن بعض الجهات الرسمية كوزارة التجارة،

ووزارة الشؤون الاجتماعية تمنح تراخيص لممارسة العلاج الأسري لأشخاص لا يُعرف مدى أهليتهم لمزاولة المهنة من حيث المؤهل العلمي والتخصص.

وتؤكد الملفات الطبية في المستشفيات الحكومية وجود الكثير من المشكلات الأسرية المُعقدة والمركبة، والتي تحتاج إلى تحديد دقيق لواقع الممارسة للتعامل معها. مثل مشكلات الإدمان في مستشفى الأمل للصحة النفسية. وعلى حد علم الباحثة، فإنه لم يسبق دراسة واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين للعلاج الأسري في مجتمعنا، مما يشكل عقبةً أمام من يرغب في تقييم الوضع الراهن لممارسة العلاج الأسري وتصحيحه.

وبناء على ذلك، كان من الضروري أن نتعرف على العلاقة بين التدخل مع الأسرة من منظور الممارسة العامة والعلاج الأسري ونظرياته ومفاهيمه، حيث أن هناك درجة من الارتباط النظري والتداخل العملي في المضامين والتوجهات التي يقوم عليها كل من هذين المفهومين (سليمان وآخرون، ٢٠٠٦: ٢٨٣).

لذلك، فأن ما يهمنا في هذه الدراسة هو إلقاء الضوء حول واقع ممارسة العلاج الأسري من قبل الممارسين الإكلينيكيين. خاصة وأنه لم يسبق التطرق إلى هذا الموضوع من قِبل الباحثين في المجتمع السعودي. كما أننا بحاجة ماسة إلى وجود مثل هذه الدراسات، في ظل ما يطرأ على حياة الأسر من تزايد ملحوظ للمشكلات التي تتطلب تدخل مهني سليم. حيث أن هناك بعض من الأخصائيين الاجتماعين الإكلينيكيين الذين يفتقدون الأساليب العلاجية المناسبة للتدخل في بعض المشكلات التي تتطلب العمل مع الأسرة ككل وليس مع الفرد (المُشكل) فقط.

لذا، فإن المعالج الأسري الذي يعمل في حقل الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية سيكون مؤهلاً للنجاح في هذا المجال خاصة وأنه يمتلك العديد من الفنيّات والأساليب التي تعينه على فهم طبيعة المشكلات الأسرية، وبالتالي الوصول إلى أنسب الحلول التي تعين الأسرة على تجاوز مشكلاتها. إذ أنه يُفترض إذ لم يكن للأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي معرفة تامة بالعلاج الأسري فأنه بالمقابل سيكون هناك إشكاليات تتعلق بواقع الممارسة. كما أننا سنلقي الضوء على مدى تأهيل الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي لممارسة العلاج الأسري بشكل فعّال. من خلال الدورات التدريبية الخاصة.

ولعّل طبيعة المجتمع السعودي المُتحفظة تتصدى لمثل هذا النوع من التدخلات المهنية إذ تعتبرها نوعاً من التطفل على خصوصياتها. ما يجعلنا بحاجة ماسة لتوعية الأسر حول طبيعة العلاج الأسري وما يمتاز به من سرية تامة وحساسية عالية.

وفي ضوء ما سبق يمكن تحديد مشكلة الدراسة الراهنة في عدم وجود معرفة علمية كافية حول طبيعة العلاج الأسري، وواقع ممارسته من قبل الممارسين. مما يجعل لهذه الدراسة أهمية بالغة، إذ أنها ستعيننا على التعرف على واقع ممارسة العلاج الأسري من قبل الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين.

ثانياً: أهمية الدراسة:

أ/الأهمية النظرية:

تعد هذه الدراسة الأولى من نوعها في مجال العلاج الأسري حيث تمثل إضافة حقيقية للتخصص، مما يساعد على النمو المعرفي لحقل الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في المملكة العربية السعودية، لذا يمكننا التعرف على الأهمية النظرية لهذه الدراسة من خلال ما يلي:

١. قلة المراجع والأدبيات المُتعلقة بالعلاج الأسري، ما يعني أن هذه الدراسة سوف تُثري المكتبة العربية في هذا الجانب.
٢. إن هذه الدراسة سوف تُثري الخبرات المهنية من خلال التعرف على واقع الممارسة للعلاج الأسري، وبالتالي سوف تساهم في إثراء الدراسات المقبلة حول تقييم وفاعلية العلاج الأسري .
٣. يعد العلاج الأسري جانب جديد في واقع ممارسة الخدمة الاجتماعية في المملكة، وبالتالي، فهي ستمثل سد لحاجة قائمة.
٤. أن العلاج الأسري بدأ يُعترف به في الدول المتقدمة مثل أمريكا وكندا، كعلاج فعّال لا يقل أهمية عن العلاج الفردي والعلاج الجمعي لذلك فهو يحتاج لدراسات عديدة بغرض تصحيح توازن ديناميكية الأسرة من قبل مختصين متمكنين (فهمي، ١٩٩٦: ١٧١).

ب/الأهمية العملية:

١. أن حجم المشكلات الأسرية في مجتمعنا في زيادة مستمرة ويمكن لكل من يعمل في المؤسسات المعنية بذلك أن يعرف عنها. ولكن لا أحد يعرف كيفية التعامل معها، ولا مدى كفاءة الممارسين للعلاج الأسري. وعليه فإن هذه الدراسة ستقدم معلومات أكثر دقة عن واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين للعلاج الأسري.
٢. أن هذه الدراسة سوف تبرز نقاط الضعف الموجودة في الممارسة من قبل الممارسين، وبالتالي تمكن من معرفة الاحتياجات التدريبية التي يحتاجها الممارسين للعلاج الأسري في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.

٣. قد تبرز هذه الدراسة أن هناك ممارسين غير مختصين في العلاج الأسري وإذا ثبت أن المختصين أفضل لممارسة العلاج الأسري فسوف توصي الدراسة بضرورة منع غير المختصين لممارسة العلاج الأسري. من خلال سن القوانين والأنظمة التي تتعلق بالتراخيص المهنية.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الى تحقيق الهدف الرئيس التالي: التعرف على واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين للعلاج الأسري، ويندرج تحت هذا الهدف الأهداف الفرعية التالية:

١. التعرف على الإشكاليات المرتبطة باستخدام العلاج الأسري من قبل الممارسين الإكلينيكيين.

٢. التعرف على الأساليب المهنية التي يتبعها المعالج الأسري.

٣. التعرف على النماذج والتكنيكات والمراحل التي يتبعها المعالجين الأسريين في ممارستهم.

٤. التعرف على المهام والأدوار التي يقوم بها المعالج الأسري.

رابعاً: تساؤلات الدراسة:

تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤل الآتي: ما واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين للعلاج الأسري؟ ويندرج تحت هذا التساؤل العديد من التساؤلات الفرعية وهي:

١. ما الإشكاليات المرتبطة باستخدام العلاج الأسري من قبل الممارسين الإكلينيكيين؟

٢. ما الأساليب المهنية التي يتبعها المعالج الأسري؟

٣. ما النماذج والتكنيكات والمراحل التي يتبعها المعالج الأسري؟

٤. ما المهام والأدوار التي يقوم بها المعالج الأسري؟

خامساً: مفاهيم الدراسة:

الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي Clinical Social Worker:

يشير هذا المفهوم للأخصائي الاجتماعي الذي يمارس مهنة الخدمة الاجتماعية، بصورتها المباشرة وذلك بإجراء التدخلات المهنية القائمة على أسس نظرية مع العملاء. سواء كانوا أفراداً أو جماعات أو مجتمعات. والأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي يكون في العادة حاصل على مؤهل علمي في تخصص الخدمة الاجتماعية يخوله لممارسة المهنة (الدامغ، ٢٠٠٠: ٢).

التعريف الإجرائي:

نقصد بالأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي في هذه الدراسة هو "الأخصائي الاجتماعي الذي يمارس دوره في أحد حقول الخدمة الاجتماعية، مستخدماً النموذج الطبي في الممارسة، والذي يعتمد على الدراسة والتشخيص والعلاج.

الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية Clinical Social Work:

الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية هي التطور الحديث لمفهوم خدمة الفرد التقليدية، لذا فهي تعتمد على النموذج الطبي في الممارسة والذي يقوم على ثلاث عمليات أساسية وهي الدراسة والتشخيص والعلاج (الدامغ،٢٠٠٠: ٩). كما ينظر للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية على أنها نوع من أنواع التدخل المباشر في الخدمة الاجتماعية (نيازي، ١٤٢١: ٥٥).

ويُعرّف جولدستين عام ١٩٨٠م الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية بأنها توجه في الممارسة يسعى من خلالها الأخصائيون الاجتماعيون لمساعدة الأفراد الذين يعانون من قصور في أداء وظائفهم أو لديهم مشكلات سلوكية تعيقهم عن ممارسة حياتهم الطبيعية، كما تهدف لمساعدة الأفراد على أداء أدوارهم الاجتماعية بدون وجود اضطرابات تعيقهم عن ذلك (منصور، ٢٠٠٣: ٩).

<u>التعريف الإجرائي:</u>

يقصد بالخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في هذه الدراسة التدخل المهني الذي يقوم به أخصائيون اجتماعيون إكلينيكيين، أو أطباء نفسيون أو معالجون أسريون، وغيرهم من معالجي مشكلات الأسر، وذلك من خلال مؤسسة طبية نفسية أو اجتماعية تهدف إلى مساعدة الأسر على إعادة توازنها وأداء أدوارها الاجتماعية بدون اضطرابات تعيقهم عن ذلك.

العلاج الأسري Family Therapy:

هو العلاج الذي تكون فيه الأسرة هي وحدة المعالجة الأساسية، والذي يمكن أن يُرى فيه أكثر من فرد من أعضاء الأسرة خلال فترة العلاج بشكل فردي أو مشترك، وفي هذا المعنى فإن المعالج الأسري حينما يعمل مع الأم أو الطفل، أو مع الوالدين أو الأطفال أو أي مجموعة من أعضاء الأسرة، فإن المعالجة هنا ينظر إليها على أساس أنها علاج أسري (المغلوث، ١٩٩٩: ١٩). كما يُعرّف بأنه: نمط من أنماط العلاج وفيه يوجه الاهتمام إلى الأسرة برمتها أكثر من كونه موجهاً نحو فرد معين من أفرادها وبذلك هو كلي أو شمولي (القرني والغالي، ٢٠٠٤: ٩٧).

كما أنه: عملية يقوم بها الأخصائي الاجتماعي وغيره من المعالجين لمشكلات الأسرة، حيث يتعامل الشخص المعالج مع أفراد الأسرة الواحدة كجماعة أو كوحدة واحدة من خلال التعرف على طبيعة العلاقات الاجتماعية التي تجمع بين أفراد وأعضاء هذه الخلية وكذلك طرق الاتصال

بينهم وصوره وأنماطه، وكذلك التعرف على الأدوار والمكانات داخل الأسرة، وهناك كثير من الحالات تتطلب التعرف على تاريخ الأسرة والتركيز هنا يكون على الأسرة كنظام موحد وأنماط العلاقات والاتصالات بين أفرادها (رشوان والقرني، ٢٠٠٤: ١٥٥).

ويعرف الدخيل (٢٠٠٦) العلاج الأسري بأنه: التدخل المهني للأخصائي الاجتماعي المتخصص أو المعالج الأسري (family therapist) مع مجموعة من الأعضاء المنتمين لأسرة واحدة. وينظر العلاج الأسري عادة إلى الأسرة كوحدة متكاملة من الأفراد والعلاقات فيما بينهم، كما ينظر إلى أنماط نلك العلاقات بالإضافة أنماط الاتصال المستخدمة بين أفراد العائلة الواحدة. والعلاج الأسري يسعى لتوضيح وتحديد الأدوات والمسئوليات المتبادلة. كما يشجع على تبني سلوكيات بناءة بين أفراد الأسرة. (الدخيل، ٢٠٠٦: ١٠٢). وتتبنى الباحثة هذا التعريف لهذه الدراسة.

الدراسات السابقة:

أولاً: الدراسات العربية:

- دراسة إبراهيم (١٩٩١) بعنوان "العلاقة بين ممارسة العلاج الأسري في خدمة الفرد والتوافق الشخصي والاجتماعي للتلاميذ المتأخرين دراسياً". وسعى الباحث فيها إلى التعرف على فاعلية استخدام العلاج الأسري في زيادة درجة التوافق الشخصي والاجتماعي وعلاقة ذلك بزيادة درجة التحصيل الدراسي للتلاميذ المتأخرين دراسياً.

وقد توصلت الدراسة إلى أن استخدام العلاج الأسري في خدمة الفرد مع التلاميذ المتأخرين دراسياً أدى إلى حدوث زيادة حقيقية جوهرية في درجة التوافق الشخصي والاجتماعي لهؤلاء التلاميذ.

- دراسة عبد العال (١٩٩٢) بعنوان "دراسة تقويمية للممارسة المهنية في الخدمة الاجتماعية بالعيادات النفسية". وسعت الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

١. تحليل أسس الممارسة المهنية للأخصائي الاجتماعي وخصائصها وماهيتها.

٢. التعرف على الأساليب المهنية التي يمارسها الأخصائي الاجتماعي مع المرضى النفسيين والصعوبات التي تواجهه في التنفيذ.

وأوضحت نتائج الدراسة إلى أن هناك فجوة بين الدور الممارس والدور المتوقع من الأخصائيين الاجتماعيين بعيادات ومستشفيات الصحة النفسية .

دراسة شحاتة (١٩٩٦) بعنوان "تقويم إسهامات الدراسات والبحوث العلمية في تدعيم الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد بالمجال الأسري". وسعت الدراسة إلى تحديد مدى إسهام الدراسات

والبحوث العلمية في تدعيم مقومات الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد بالمجال الأسري والوقوف على طبيعة هذه الإسهامات.

وتوصلت الدراسة إلى أن نسبة إسهام الدراسات والبحوث في تدعيم مقومات الممارسة تحددت في ٤٥,٣٦% وتشير هذه النسبة إلى ضعف إسهامات الدراسات والبحوث.

- دراسة عبد العال (١٩٩٧) بعنوان "العلاقة بين ممارسة العلاج الأسري والتخفيف من حدة المشكلات"، وسعت هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين ممارسة العلاج الأسري والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لأسر الأطفال المرضى بالاكتئاب النفسي.

وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسري والتخفيف من حدة المشكلات الأسرية لأسر الأطفال المرضى بالاكتئاب النفسي.

- دراسة شلبي (١٩٩٩) بعنوان " استخدام العلاج الأسري في مواجهة المشكلات الاجتماعية لأسر المسجونين في قضايا المخدرات". وسعى الباحث فيها إلى اختبار فاعلية العلاج الأسري كأحد المداخل العلاجية في خدمة الفرد في علاج مشكلات العلاقات الاجتماعية لأسر المسجونين في قضايا تعاطي المخدرات. وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة إيجابية ذات دلالة إحصائية بين ممارسة العلاج الأسري والتخفيف من المشكلات الاجتماعية المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية لأسر المسجونين في قضايا المخدرات .

- دراسة السماحي (٢٠٠٠) بعنوان "فعالية العلاج الأسري في تخفيض أعراض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة" وتسعى إلى إعداد برنامج للعلاج الأسري يهدف إلى تخفيض بعض أعراض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال ما قبل المدرسة. وتوصلت الى فاعلية العلاج الاسري في تخفيف أعراض الاضطرابات السلوكية لدى اطفال الروضة .

ثانياً: الدراسات الأجنبية:

- "دراسة الأسرة الباثولوجية: السجل الثقافي لعلاج الأسرة في فترة ما بعد الحرب العالمية الثانية". وقد استخدمت هذه الدراسة أحد التقنيات الأكثر شهرة في العلاج الأسري، والتي تدخل في نماذج العلاج الأسري. وهي تقنية التهذيب.

وبصورة عامة فإن نظرية المعالج الأسري تلعب دوراً محورياً بالنسبة للأسرة فيما يتعلق بالعلاقة بين النظام الاجتماعي، والاضطرابات الفردية، مثل التدخل العلاجي في الأسرة الذي أدى إلى التأثير في كلاً من الرفاهية المجتمعية والشخصية (وينستين وآخرون، ٢٠٠٢: ٣٦٧).

- دراسة "تحليل محتوى أربع جرائد بحثية: ما تم كتابته عن العلاج الأسري الطبي". كنمان، .

الغرض من مشروع البحث التأكيد على ما تم كتابته عن العلاج الطبي الأسري في خمس من جرائد للأبحاث العملية والعملية الأسرية: الأسر والأنظمة والصحة والممارسة الأسرية وجريدة العلاج الأسري وجريدة العلاج الأسري والزوجي. لأنه تم التركيز على العلاج الطبي الأسري في عام ١٩٨٤م بواسطة ماك دانيال وهيب ورث ودوهرتي. الجزء الأول من مشروع البحث هو تحليل المحتوى لتحديد المقالات التي ركزت حديثها على العلاج الطبي الأسري الذين تم نشرهم في خمس من جرائد أو مجلات البحث العلمي. النوع الثاني من هذا الاستفسار هو التحليلي النوعي لتلك المقالات وما يتعلق بمصطلح العلاج الطبي الأسري. بلغ إجمالي المقالات ٥,٢٣٤ مقالة و٤٨ من هؤلاء المقالات ركزت على العلاج الطبي الأسري كمحتوى لتحديد ما تم كتابته عن العلاج الطبي الأسري.

برزت خمسة موضوعات وهي الوكالة والمشاركة ودور القوة والتعاون والثقافة وأساس المعرفة والمنافسة. لأخصائي العلاج الأسري دور أو تأثير في الصحة وعلاج المرضى والأسر والمجتمعات والتجارب في بعض الأنظمة المطلوبة على المستوى العالمي لصنع السياسات. يحتاج البحث إلى الإنجاز من قبل علماء وأخصائي العلاج الأسري في هذه المنطقة.

- دراسة: "شرح نظرية العلاج الأسري ذات السياق للعنف المشترك". أدكينز، كاتي سوزان.

الملخص:

الغرض من هذه الدراسة، هو اختبار تناسب نظرية العلاج الأسري وتتضمن تلك الرؤى النماذج النسائية التي تشرح العنف المشترك من خلال نظرية الأجناس ونظريات أدوار النوع والرؤى التي تركز على الأنظمة. وضح الهدف الثاني الترابط ما بين تلك الرؤى والأساسات للأزواج مستخدما تحليل البيانات. وتمت الاستفادة كثير من نموذج المعادلات التأسيسية لعمل نماذج لأربعة واجهات (الحقائق، وعلم النفس الفردي، وأنماط التفاعل النظامي والأخلاقيات المترابطة). متضمنا مقاييس نظريات الأجناس وترابط البالغين كمؤشرات لعلم النفس الفردي. وتبين وجود روابط هامة ما بين الأربعة أبعاد للحقيقة: ما بين الحقائق، وعلم النفس الفردي، وعلم النفس الفردي، وأخلاقيات الترابط، وما بين الأخلاقيات والعنف المشترك. وارتبط اختبار التفاعل النظامي الذي أبرز أخلاقيات الترابط ما بين النساء، ارتكاب الذكور للعنف المشترك. ولم ترتبط مقاييس الأجناس بأخلاقيات الترابط أو العنف المشترك في هذه العينة. تدعم تلك النتائج النموذج ذو الأربعة أبعاد الذي تم تحديده بواسطة بوذورميني- ناجي في وصف الحقيقة وتشير بأن هذا النموذج قد يضيف مفاهيم العنف المشترك وتطور التداخل.

- دراسة: "اهتمام المراهقين المعارضين بالعلاج الأسري: دراسة عملية التغيير الاستكشافية". هايام، جين.

يشير مصطلح الاهتمام بالعلاج الأسري إلى خبرة العملاء بالمراقبة والإحساس بالاهتمام والتفاوض الفعال حول الأهداف والمهام التي تقع على عاتق أخصائي العلاج وأعضاء الأسرة الآخرين (فريدلاندر، اسكيدورو وهيثيرنجتن، ٢٠٠٦). وكانت الدراسة الاستكشافية للدراسة الحالية المرحلة الأولية لتحليل المهمة بخصوص التغييرات الضرورية في اهتمام المراهقين التي تقع بخصوص العلاج الأسري. حيث كان الهدف هو تحديد آليات التغيير بتحليل جلسات العلاج الأسري حيث التغيير في اهتمام المراهقين لم يحدث. اقترحت نتائج المقارنة النوعية أن العناصر الخمسة لأخصائي العلاج الأسري وعنصر الأب أو الوالد الوحيد ضروري للتغيير الناجح في اهتمام المراهقين. وكان الدعم اللفظي من الوالد واضح في أحداث التغيير الناجحة. توفرت نتائج التطبيق إضافة إلى مناقشة نقاط قوى الدراسة ونقاط الضعف. تم تقديم التوصيات للبحث المستقبلي وتتعلق بسلوكيات الوالد وأخصائي العلاج والتي تسهل اهتمام المراهق باختيار استراتيجيات التداخل بناء على السبب الواضح لكره المراهقين للاهتمام.

العلاج الأسري كمدخل علاجي في مهنة الخدمة الاجتماعية

أساليب العلاج الأسري

١. أساليب رئيسة للعلاج الأسري:

أ. الجلسات الأسرية

وهي نوعية متميزة من المقابلات. وتعد أداة أساسية في إحداث التغيير داخل الأسرة وأعضائها، فمن خلالها يعاد تصحيح المشاعر الخاطئة، ويعاد تشكيل الاتجاهات غير المرغوب فيها، ويستخدم المعالج الأسري خلال الجلسات الأسرية أساليب متنوعة التأثير على الأداء النفسي والاجتماعي للأسرة. وتعد علاقة أعضاء الأسرة بالمعالج مؤشراً واضحاً لمدى هذا التأثير. وتستمر هذه الجلسات حتى تستعيد الأسرة توازنها واستقرارها من جديد (المغلوث، ١٩٩٩: ٢٦).

ب. المقابلة المشتركة بين الزوجين

وتكون المقابلة المشتركة ضرورية في حالتين:

أ. عندما تكون هناك مشكلة تتعلق بالاهتمامات المشتركة بين طرفي الأسرة.

ب. عندما تكون المشكلة خاصة بموضوع الزواج ذاته، من حيث دعائم استمراريته أو معوقات نجاحه.

فالمقابلة المشتركة في واقع الأمر مفيدة في معالجة مشكلة الزوجين لأنها تقرب عملية التفاهم بين الطرفين، وتقوي نسق الأسرة وتعيد إليه التوازن والاستقرار.

ويؤدي استخدام المقابلات الأسرية بشكل يضمن لكل أفراد الأسرة تحقيق العديد من الفوائد التي تساعد على استكمال التدخل المهني لأغراضه. وتفيد المقابلات الأسرية فيما يلي:

١. تقدير العلاقات الأسرية، وموقف صاحب المشكلة منها.

٢. تمكين المعالج الأسري من رؤية الأسرة كوحدة، وملاحظة أنماط السلوك المختلفة ونوع القيادة والتبعية والأدوار المختلفة، وطبيعة الصراع بين أعضاء الأسرة.

٣. يمكن للمعالج الأسري عند استخدام أسلوب المناقشة وتوجيه التفاعل؛ أن يُغيِّر أنماط الاستجابة لأنه يعطي الفرصة للتعبير عن المشاعر السلبية، وتوجيه المقابلة بشكل يحقق وجود هدف مشترك، يمكّن للأسرة أن تسعى إلى الالتقاء، وبذلك يخفف من حدة وعمق المشكلات الأسرية.

وتحتاج المقابلة الأسرية إلى دقة الملاحظة ومهارة كبيرة من المعالج في قيادة المناقشة وتوجيه التفاعل بلباقة، وعدم التهيب من مواجهة الانفعالات المتصارعة (المغلوث، ١٩٩٩: ٢٧).

٢. أساليب مساندة للعلاج الأسري:

أ. أساليب التدعيم:

وتشمل: التعاطف- التدعيم- التشجيع- الواقعية.

ب. أساليب الاتصال المتعددة:

١. فتح قنوات الاتصال.

٢. غلق قنوات الاتصال.

٣. تخفيف الضغط عن بعض قنوات الاتصال.

٤. زيادة تحميل بعض قنوات الاتصال.

٥. تجنب الأحداث العارضة.

٦. التركيز على مضمون الرسالة.

٧. اختيار الوقت المناسب للرسالة.

٨. استقبال رد لفعل أو رجع الرسالة. مع التأكيد على مردود هذه الاتصالات في تكوين علاقات ودية (المغلوث، ١٩٩٩، ٢٨).

الاستراتيجيات المستخدمة في العلاج الأسري:

يعتمد التدخل المهني في العلاج الأسري على استخدام ثلاث استراتيجيات هي إستراتيجية تحسين الاتصال والاستخدام الفعّال لقنوات الاتصال بين أعضاء الأسرة، وإستراتيجية تغيير البناء الأسري، وإستراتيجية تغيير القيم والعادات (حبيب وحنا، ٢٠١١: ٢٩٦). وقد أوردها (غرايبه، ٢٠٠٤) فيما يلي:

١. إستراتيجية بناء الاتصالات الأسرية:

وهي تساعد المعالج الأسري في تقوية الجانب الإيجابي، وتغيير الجانب السلبي من أنماط هذه الاتصالات بين أعضاء الأسرة. مثل تجنب المتغيرات التي تؤدي إلى سوء الفهم في عملية الاتصال، واستبعاد الخبرات المؤلمة فيها.

٢. إستراتيجية تغيير القيم وتوضيح المعايير الأسرية:

مثل تغيير القيم التي تؤدي إلى تأزم الموقف داخل الأسرة.

٣. إستراتيجية إعادة التوازن الأسري:

وتعين هذه الإستراتيجية المعالج الأسري على تقييم الموقف الأسري الراهن، وتعيين حاجة الأسرة

الإجراءات المنهجية:

نوع الدراسة: يمكن وصف الدراسة الحالية بأنها دراسة وصفية، إذ تهدف إلى وصف واقع العلاج الأسري كأحد الأساليب الفعالة في مواجهة المشكلات الأسرية.

منهج الدراسة: تم استخدام منهج المسح الاجتماعي، حيث أنه أحد المناهج الرئيسة التي تستخدم في البحوث الوصفية. وبالتالي، فإن الدراسة الحالية اعتمدت على منهج المسح الاجتماعي عن طريق العينة، الذي تم توظيفه في هذه الدراسة، وذلك للتعرف على واقع استخدام العلاج الأسري في مواجهة المشكلات الأسرية من قبل الممارسين الإكلينيكيين.

مجالات الدراسة:

أولاً- المجال المكاني:

يتحدد المجال المكاني للدراسة في المستشفيات الحكومية الرئيسية غير الخاصة في مدينة الرياض .

ثانياً- المجال الزماني:

تم تطبيق هذه الدراسة في خلال شهري ربيع الأول وربيع الثاني من عام ١٤٣٨هـ.

ثالثاً- المجال البشري:

وقد شمل الأخصائيين الاجتماعيين والأخصائيات الاجتماعيات الممارسين للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية، والمعالجين الأسريين في جميع الأقسام الطبية، بما فيها أقسام الصحة النفسية العاملين في المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض.

عينة الدراسة:

تم عمل حصر شامل للمستشفيات الحكومية في مدينة الرياض، وقد بلغ عدد الأخصائيين الاجتماعيين/ الأخصائيات الاجتماعيات الممارسين للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية في المستشفيات في جميع الأقسام الطبية، بما فيها أقسام الصحة النفسية؛ ما يقارب (١٨١) مفردة ممثلة لعينة الدراسة.

أداة جمع البيانات:

تم جمع بيانات هذه الدراسة عن طريق أداة الاستبانة، حيث احتوت مجموعة من الأسئلة التي أعدت بغرض جمع المعلومات لهذه الدراسة. فالاستبانة تتيح للباحث التحديد الدقيق لما يرغب جمعه من معلومات. وتتعدد أجزاء الاستبانة بتعدد التساؤلات أو الفروض. وكانت على النحو التالي:

الجزء الأول: البيانات الأولية أو الديمجرافية حول خصائص مجتمع الدراسة.

الجزء الثاني: عبارة عن مجموعة أسئلة توضح مدى فاعلية الأنظمة المهنية في المؤسسات التي يمارس فيها الممارس الإكلينيكي دوره المهني.

الجزء الثالث: مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بواقع ممارسة العلاج الأسري من قبل الممارسين المهنيين للخدمة الاجتماعية الإكلينيكية.

الجزء الرابع: مجموعة من الأسئلة التي تتعلق بالاحتياجات التدريبية لممارسة العلاج الأسري.

صدق وثبات الأداة:

الصدق:

لقد تم الاعتماد على ثلاثة أنواع من الصدق للتأكد من صدق أداة الاستبانة وتتمثل في التالي:

١.الصدق الظاهري:

ويعني أن الأداة صادقة في صورتها الظاهرية لأن اسمها متعلق بالوظيفة المراد قياسها ومناسباً للغرض الذي وضعت من أجله. ويعد هذا النوع من الصدق أبسط الأنواع لأنه يعتمد على تقدير الباحث نفسه، كما يعتمد على قدرة غير المتخصص في التعرف على المقصود من الأداة وما يراد منها قياسه من خلال ارتباط فقرات القياس بعنوانها (العساف، ١٩٨٩: ٤٣٠).

وللتحقق من صدق الأداة ظاهرياً، فقد تم عرضها على عدد من غير المتخصصين للتأكد من صدقها، وارتباط فقراتها بعنوانها.

٢.صدق المحتوى:

ويشير هذا النوع من الصدق إلى محتوى الأداة وشكلها. ومدى ملائمة المحتوى وشموله للموضوع قيد الدراسة (عوض، ٢٠٠٨: ٢٤٩). وللتحقق من صدق محتوى أداة الاستبانة في هذه الدراسة فقد تم عرضها على مجموعة من المتخصصين في الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية لتحليل محتوى عبارات الأداة والتأكد من مدى تمثيلها وارتباطها بمفاهيم هذه الدراسة وأهدافها.

الثبات:

يعرف الثبات reliability بأنه المعلومة التي يتم التوصل إليها عن طريق إحدى أدوات جمع البيانات، والتي يمكن أن يتوصل إليها الباحث لو تم ذلك بعد فترة من الزمن. فالثبات هنا خاص بالمقياس لا بالمبحوث، أي أن المبحوث لن يغير تلك البيانات لو أنه تم اختياره ضمن دراسة أخرى لنفس الظاهرة الأولى وبالتالي ما توصل إليه الباحث الأول سوف يكون مثل ما يتوصل إليه الباحث الآخر أو قريب منه بشكل كبير، كما أن الباحث لو طبق المقياس على مجتمع آخر سوف يحصل على نتائج لها نفس مدلول القياس الأول. وهناك أنواع متعددة من اختبارات قياس ثبات أدوات القياس، وقد تم في هذه الدراسة التأكد من ثبات الأداة عن طريق الأسلوب التالي:

- **عرض وتحليل نتائج الدراسة .**

أولاً: خصائص مفردات العينة:

جدول رقم (١) يوضح توزيع عينة الدراسة وفق متغير الجنس

الجنس	العدد	النسبة
ذكر	٥١	%٢٨,٢
أنثى	١٣٠	%٧١,٨
المجموع	١٨١	%١٠٠

يوضح الجدول رقم (١) جنس مفردات العينة، حيث كان عدد الذكور ٥١ مفردة فقط وبنسبة ٢٨,٢%، بينما بلغ عدد الإناث ١٣٠ مفردة بنسبة ٧١,٨%. موزعين على المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض. ويرجع ذلك إلى وجود كلية مختصة للخدمة الاجتماعية للبنات؛

بالإضافة إلى جامعة الملك سعود، و جامعة الإمام محمد بن سعود بقسميها البنين والبنات، لذا يلحظ بأن مهنة الخدمة الاجتماعية ربما يغلب عليها العنصر النسائي.

جدول رقم (٢) يوضح توزيع عينة الدراسة وفق متغير العمر

العمر	العدد	النسبة
أقل من ٣٥ سنة	١١٩	%٦٦,٤
من ٣٥ سنة إلى أقل من ٤٥ سنة	٤٧	%٢٦,١
٤٥ سنة فأكثر	١٥	%٨,٥
المجموع	١٨١	%١٠٠

يتضح من الجدول رقم (٢) أن غالبية مفردات العينة كانت ممن تبلغ أعمارهم أقل من ٣٥ سنة بنسبة ٦٦.٤% من مجموع مفردات العينة، جاء بعدها من كانت أعمارهم بين ٣٥ سنة إلى أقل من ٤٥ سنة وبنسبة ٢٦,١%.

جدول رقم (٣) يوضح توزيع عينة الدراسة وفق متغير التخصص

التخصص	العدد	النسبة
خدمة اجتماعية	١١١	%٦١,٣
علم نفس	٣٣	%١٨,٢
علم اجتماع	٣١	%١٧,٢
تخصصات أخرى	٦	%٣,٣
المجموع	١٨١	%١٠٠

يبين الجدول رقم (٣) أن غالبية مفردات العينة من المختصين في الخدمة الاجتماعية بنسبة ٦١.٣% أي فوق النصف بقليل، وهذا يدل على أن يوجد ما نسبته ٣٨.٧% تقريباً ممن يمارس المهنة غير متخصصين في الخدمة الاجتماعية وهذه من إشكاليات الممارسة، حيث بلغت نسبة المختصين في علم النفس ١٨.٢% تلتها نسبة ١٧.٢% المختصين في علم الاجتماع. فيما بلغت نسبة التخصصات الأخرى ٣.٣% فهناك المختصين في الجغرافيا والأدب الانجليزي. مما يثير التساؤلات حول ماهية العلاقة بين تلك التخصصات ومهنة الخدمة الاجتماعية. وهذا بلا شك مما يُضعف المهنة ويحد من فاعليتها.

جدول رقم (٤) يوضح توزيع عينة الدراسة وفق متغير المؤهل العلمي

المؤهل العلمي	العدد	النسبة
البكالوريوس	١٥٧	%٨٦,٧
الماجستير	١٥	%٨,٣
الدكتوراه	٥	%٢,٨
تخصصات أخرى	٤	%٢,٢
المجموع	١٨١	%١٠٠

يبين الجدول رقم (٤) أن غالبية مفردات العينة ممن يحملون درجة البكالوريوس، وهو المؤهل الذي يفترض أن يكون الممارس حاصلاً عليه، حيث بلغ عددهم ١٥٧ مفردة وبنسبة قدرها ٨٦,٧%، بينما بلغ عدد من يحمل درجة الماجستير ١٥ مفردة بنسبة ٨,٣%، تلتها درجة الدكتوراه بخمس مفردات بنسبة ٢,٨%، وهي نسبة متوقعة، على اعتبار أن معظم خريجو مرحلة البكالوريوس يتوجهون مباشرة للممارسة.

(٦) يوضح توزيع عينة الدراسة وفق متغير سنوات الخبرة

سنوات الخبرة	العدد	النسبة
أقل من سنة	٣٥	١٩,٣
سنة إلى أقل من ٥ سنوات	٤٨	٢٦,٥
٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات	٥٣	٢٩,٣
١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة	٢٢	١٢,٢
٢٠ سنة فأكثر	٢٣	١٢,٧
المجموع	١٨١	%١٠٠

يتضح من الجدول السابق رقم (٦) أن سنوات الخبرة لمفردات العينة بلغت ٥٣ مفردة لمن قضوا ما بين ٥ سنوات إلى أقل من ١٠ سنوات أي بنسبة ٢٩,٣%. تلتها ٤٨ مفردة لمن قضوا ما بين سنة إلى أقل من ٥ سنوات وبنسبة ٢٦,٥%. ثم جاءت نسبة حديثي التخرج الذين لم تتجاوز خبرتهم السنة، حيث بلغت ٣٥ مفردة وبنسبة ١٩.٣%. ثم ٢٣ مفردة لمن لديهم ٢٠ سنة فأكثر من الخبرة وبنسبة ١٢,٧%. كما بلغ عدد من قضى ١٠ سنوات إلى أقل من ١٥ سنة ٢٢ مفردة وبنسبة ١٢,٢%. حيث أن للخبرة دوراً كبير في فاعلية الممارسة.

ثانياً: إجابة التساؤل الرئيس الأول:

ما واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين الإكلينيكيين للعلاج الأسري؟

وتتضمن الإجابة عن التساؤل الرئيس الأول الإجابة عن التساؤلات الفرعية التالية:

أولاً: الإجابة عن التساؤل الفرعي الأول:

ما الإشكاليات المرتبطة باستخدام العلاج الأسري؟

إن ما يعكس لدينا واقع ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين للعلاج الأسري هو التعرف على الإشكاليات المرتبطة بممارسته. سواء كانت إشكاليات إدارية، أو إجرائية، أو مهنية، أو ثقافية، أو مالية، أو حتى بشرية. لذا سيتم استعراض إجابة عينة الدراسة عن الإشكاليات التي تؤثر سلباً على ممارستهم للعلاج الأسري.

جدول رقم (٧) الإشكاليات الإدارية التي تؤثر سلبياً على ممارسة العلاج الأسري

الرقم	الإشكالية	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	تأخر الأخصائيين	٢٦	١٤,٤	١٥٥	٨٥,٦	٣
٢	عدم وجود آلية واضحة للمواعيد	١١٩	٦٥,٧	٦٢	٣٤,٣	١
٣	تغيب الأخصائيين	٢٥	١٣,٨	١٥٦	٨٦,٢	٤
٤	طول ساعات الدوام	٥٤	٢٩,٨	١٢٧	٧٠,٢	٢
٥	عدم وعي إدارة المستشفى بأهمية ومتطلبات العلاج الأسري	١١	٦,١	١٧٠	٩٣,٩	٥

يتضح من الجدول رقم (٧) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ١١٩ مفردة وبنسبة ٦٥,٧% أجابوا بأن عدم وجود آلية واضحة لمواعيد العملاء تشكل إشكالية من الناحية الإدارية، في المقابل أجاب ٦٢ مفردة وبنسبة ٣٤.٣% أنهم لا يرون أنها تشكل إشكالية إدارية.

كما يوضح الجدول أن ٥٤ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٢٩,٨% أفادوا بأن طول ساعات الدوام يعد من الإشكاليات الإدارية في المستشفيات التي يعملون بها، في مقابل ١٢٧ مفردة وبنسبة ٧٠,٢% لا يعانون من طول ساعات الدوام في عملهم.

كما يوضح الجدول بأن ١١ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٦,١% يرون بأن إدارة المستشفى ليس لديها وعي بأهمية العلاج الأسري ومتطلباته، وبالتالي فهي تشكل عائق أمام

الممارسين في ممارسة العلاج الأسري بفاعلية. فيما ذكر ١٧٠ مفردة وبنسبة ٩٣,٩% بأن إدارة المستشفى لديها الوعي الكافي بأهمية العلاج الأسري.

جدول رقم (٨) الإشكاليات المهنية التي تؤثر سلبياً على ممارسة العلاج الأسري

الرقم	الإشكالية	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	عدم ملائمة الوصف الوظيفي للأخصائي مع طبيعة العمل الذي يقوم به	٤٠	٢٢,١	١٤١	٧٧,٩	٥
٢	عدم تخصص العاملين في مجال العلاج الأسري	١١٦	٦٤,١	٦٥	٣٥,٩	١
٣	انعدام الكفاءة المهنية	٤١	٢٢,٧	١٤٠	٧٧,٣	٤
٤	نقص الخبرات المهنية	٦٩	٣٨,١	١١٢	٦١,٩	٢
٥	انعدام التطوير المهني	٦٩	٣٨,١	١١٢	٦١,٩	٢
٦	قلة اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين بالعلاج الأسري وتركه لغير المختصين	٩	٥,٠	١٧٢	٩٥,٠	٦

يتضح من الجدول رقم (٨) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ١١٦ وبنسبة ٦٤,١% أجمعوا بأن من أبرز الإشكاليات المهنية المرتبطة بممارسة العلاج الأسري هي عدم تخصص العاملين في مجال العلاج الأسري. وبالتالي فإن ذلك ينعكس على الممارسة المهنية، فيما أكد ٦٥ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٣٥.٩% أنهم لا يرون عدم تخصص العاملين في العلاج الأسري من الإشكاليات المهنية.

ويوضح الجدول كذلك أن ما مجموعه ٦٩ مفردة وبنسبة ٣٨,١% أفادوا بأن نقص الخبرات المهنية في مجال العلاج الأسري تعد من الإشكاليات المهنية في ممارسة العلاج المهني. فيما أجاب ١١٢ مفردة وبنسبة ٦١,٩% أجابوا بأنهم لا يعدون نقص الخبرات من الإشكاليات المهنية في ممارسة العلاج الأسري.

ويبين الجدول كذلك أن ٩ من مفردات العينة وبنسبة ٥,٠% أشاروا إلى أن من الإشكاليات المهنية في ممارسة العلاج الأسري قلة اهتمام الأخصائيين الاجتماعيين بالعلاج الأسري وتركه لغير المختصين. فيما أشار غالبية أفراد العينة وعددهم ١٧٢ وبنسبة ٩٥,٠% إلى عكس ذلك.

جدول رقم (٩) الإشكاليات الثقافية التي تؤثر سلبياً على ممارسة العلاج الأسري

الرقم	الإشكالية	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	قلة وعي الناس بأهمية العلاج الأسري	١٢٩	٧١,٣	٥٢	٢٨,٧	١
٢	عدم حضور الزوجين معاً للجلسات العلاجية	٩٣	٥١,٤	٨٨	٤٨,٦	٢
٣	عدم تقبل الأسرة لتدخل المعالج الأسري	٩٢	٥٠,٨	٨٩	٤٩,٢	٣
٤	عدم الالتزام بالمواعيد المحددة	٩	٥,٠	١٧٢	٩٥,٠	٤

يوضح الجدول رقم (٩) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ١٢٩ وبنسبة ٧١,٣% أجابوا بأن من أبرز الإشكاليات الثقافية المرتبطة بممارسة العلاج الأسري، قلة وعي الناس بأهمية العلاج الأسري. بينما أشار ٥٢ مفردة وبنسبة ٢٨,٧% لا يرون إشكالية في ذلك.

كما يوضح الجدول أن ما مجموعه (٩٣) وبنسبة ٥١,٤% يرون أن عدم حضور الزوجين معاً للجلسات العلاجية تعد من الإشكاليات الثقافية التي ترتبط بثقافة المجتمع. بينما ذكر ٨٨ مفردة أنها لا تعد من الإشكاليات الثقافية.

وكذلك يوضح الجدول أن ٩ مفردات من مفردات العينة ذكروا بأن عدم التزام الحالات بالمواعيد المحددة لهم من قبل المعالج الأسري تعد من الإشكاليات الثقافية. بينما ذكر ١٦٦ وبنسبة ٩٥,٠% عكس ذلك.

جدول رقم (١٠) الإشكاليات البشرية التي تؤثر سلبياً على ممارسة العلاج الأسري

الرقم	الإشكالية	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	قلة المعالجين المختصين	١٦٠	٨٨,٤	٢١	١١,٦	١

يتضح من الجدول رقم (١٠) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ١٦٠ وبنسبة ٨٨,٤% يرون أن من أبرز الإشكاليات البشرية هي قلة المعالجين المختصين في مجال العلاج الأسري مما يؤثر سلباً على واقع الممارسة. بينما يرى ٢١ مفردات وبنسبة ١١,٦% أنها لا تشكل مشكلة.

رابعاً: الإجابة عن التساؤل الفرعي الثاني:

ما الأساليب المهنية التي يتبعها المعالج الأسري؟

حتى نتعرف على الأساليب المهنية التي يتبعها المعالجون الأسريون لابد من استعراض إجابات مفردات العينة على الأسئلة التي تناولت الجانب المتعلق بالأساليب العلاجية المستخدمة في الخدمة الاجتماعية.

جدول رقم (١١) الأساليب المهنية التي يتبعها المعالج الأسري

الرقم	الأسلوب	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	الاعتماد على التعاطف	٥٧	٣١,٥	١٢٤	٦٨,٥	٥
٢	استخدام الإيحاء	٣٧	٢٠,٤	١٤٤	٧٩,٦	٧
٣	استخدام التدعيم	٦٥	٣٥,٩	١١٦	٦٤,١	٣
٤	استخدام السلطة	١١	٦,١	١٧٠	٩٣,٩	٨
٥	استخدام التشجيع	٦٩	٣٨,١	١١٢	٦١,٩	٢
٦	استخدام النصح	٧٢	٣٩,٨	١٠٩	٦٠,٢	١
٧	استخدام المواجهة	٣٩	٢١,٥	١٤٢	٧٨,٥	٦
٨	استخدام التنفيس	٤	٢,٢	١٧٧	٩٧,٨	٩
٩	جميع ما ذكر	٦٥	٣٥,٩	١١٦	٦٤,١	٣

يوضح الجدول رقم (١١) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ٧٢ وبنسبة ٣٩,٨% تستخدم أسلوب النصح مع عملائهم. بينما ذكر ١٠٩ مفردة وبنسبة ٦٠,٢% أنهم لا يمارسون النصح مع عملائهم.

ويوضح الجدول أن غالبية أفراد العينة وعددهم ٦٩ مفردة وبنسبة ٣٨,١% ذكروا بأنهم يستخدمون التشجيع مع عملائهم أثناء الممارسة. فيما ذكر ما مجموعه ١١٢ مفردة وبنسبة ٦١,٩% أنهم لا يستخدمون أسلوب التشجيع مع عملائهم أثناء الممارسة.

بينما يوضح الجدول أن ٤ مفردات فقط وبنسبة ٢,٢% يمارسون التنفيس، فيما ذكر ١٧٧ مفردة وبنسبة ٩٧,٨% أنهم لا يمارسون التنفيس مع أفراد الأسر التي يتعاملون معها.

كما يتضح من الجدول أن ٦٥ مفردة وبنسبة بلغت ٣٥,٩% أنهم يمارسون جميع الأساليب العلاجية السابقة الذكر، فيما أجاب ١١٦ مفردة وبنسبة ٦٤,١% أنهم لا يمارسون أي أسلوب مما سبق؛ علماً بأنها من الأساليب الأساسية في الخدمة الاجتماعية.

خامساً: الإجابة عن التساؤل الفرعي الثالث:

ما النماذج والتكنيكات والمراحل التي يتبعها المعالجين الأسريين؟

يمتاز العلاج الأسري بتعدد نماذجه واختلاف تكنيكاته ومراحله، ولمعرفة ما يستخدمه الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي؛ وضعنا في استبانة هذه الدراسة مجموعة من الأسئلة التي كشفت لنا هذا الجانب، وسيتم استعراضها فيما يلي:

جدول رقم (١٢) النماذج والتكنيكات والمراحل التي يتبعها المعالجون الأسريين

الرقم	النماذج والتكنيكات المستخدمة	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	المقاييس الاجتماعية	١٠٢	٥٦,٤	٧٩	٤٣,٦	١
٢	مقاييس العلاقات العائلية	٥١	٢٨,٢	١٣٠	٧١,٨	٢
٣	مقياس مدى تحصيل الأهداف	١٥	٨,٣	١٦٦	٩١,٧	١٠
٤	مقياس التوافق الزواجي	٤٣	٢٣,٨	١٣٨	٧٦,٢	٣
٥	مقياس تحقيق المهام	٢٠	١١,٠	١٦١	٨٩	٧
٦	مقياس الرضا عن الحياة الزوجية	٣٣	١٨,٢	١٤٨	٨١,١	٤
٧	مقياس الضغوط الناتج عن التأقلم مع المتغيرات	٣٠	١٦,٦	١٥١	٨٣,٤	٥
٨	مقياس أنماط الشخصية	٣	١,٧	١٧٨	٩٨,٣	١٢
٩	الاعتماد على الخرائط الإيكولوجية	٣٠	١٦,٦	١٥١	٨٣,٤	٥
١٠	استخدام الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية	١٦	٨,٨	١٦٥	٩١,٢	٩
١١	استخدام الجينوجرام	١٧	٩,٤	١٦٤	٩٠,٦	٨
١٢	استخدام الـ eco map	٥	٢,٨	١٧٦	٩٧,٢	١١

يوضح الجدول رقم (١٢) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ١٠٢ مفردة وبنسبة ٥٦,٤% ذكروا بأنهم لا يستخدمون مقاييس اجتماعية في ممارستهم، في مقابل ٧٩ مفردة وبنسبة ٤٣,٦% أجابوا بأنهم يستخدمون مقاييس اجتماعية أثناء ممارستهم للعلاج الأسري.

كما يوضح الجدول أن ما مجموعه ٥٥ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٢٨,٢% ذكروا بأنهم يستخدمون مقياس العلاقات العائلية عند تعاملهم من الأسرة، بينما أجاب ١٣٠ مفردة بعكس ذلك.

ويوضح الجدول أن ٥ مفردات من مفردات العينة وبنسبة ٢,٨% أجابوا بأنهم يعتمدون على الـ eco map في تشخيص مشكلة الأسرة، بينما أجاب ١٧٦ مفردة وبنسبة ٩٧,٢% بأنهم لا يعتدون عليه.

كما يوضح الجدول أن ٣ مفردات فقط من مفردات العينة وبنسبة ١,٧% ذكروا بأنهم يستخدمون مقياس أنماط الشخصية مع عملائهم، بينما ذكرت ١٧٨ مفردة وبنسبة ٩٨,٣% أجابوا بأنهم لا يمارسون هذا النوع من المقاييس.

جدول رقم (١٣) عدد الجلسات التي يستغرقها العلاج السري

الإجابة	العدد	النسبة
جلستين إلى اقل من ٥ جلسات	٥١	٢٨,٢
خمس إلى اقل من ٨ جلسات	٣٠	١٦,٦
ثمانية إلى اقل من اثني عشر جلسة	١٣	٧,٢
خمسة عشر جلسة فأكثر	٨	٤,٤
المجموع	١٨١	%١٠٠

يوضح الجدول رقم (١٣) عدد الجلسات التي يستغرقها العلاج الأسري أن غالبية مفردات العينة وعددهم ٥١ مفردة وبنسبة ٢٨,٢% ذكروا أن عملهم مع الأسرة يستغرق من جلستين إلى أقل من خمس جلسات فقط. في حين ذكر ٣٠ مفردة وبسبة بلغت ١٦,٦% أن يحتاجون ما بين خمس إلى أقل من ثمانية جلسات. فيما جاءت النسب الأخرى متقاربة، حيث ذكر ١٣ مفردة وبنسبة ٧,٢% أن يستغرقون ما بين ثمانية إلى أقل من أثني عشر جلسة تقريباً في علاج الأسرة. يليها ما مجموعه ٨ مفردات وبنسبة ٤,٤% ذكروا بأن جلساتهم مع الأسر تتراوح ما بين خمسة عشر جلسة فأكثر، وهو العدد المفترض في العلاج الأسري.

جدول رقم (١٤) إجابة مفردات العينة حول ما إذا كانوا يعتمدون في ممارسة العلاج الأسري على استخدام النظريات

الإجابة	العدد	النسبة
نعم	٨١	٤٤,٨
لا	١٠٠	٥٥,٢
المجموع	١٨١	%١٠٠

يوضح الجدول رقم (١٤) أن ٨١ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٤٤,٨% يعتمدون في ممارسة العلاج الأسري على استخدم النظريات. بينما ذكر عدد كبير بلغ ١٠٠ مفردة وبنسبة ٥٥,٢% أنهم لا يستخدمون النظريات أثناء الممارسة ما يعكس واقع ممارسة العلاج الأسري الذي يخلو من أهم مقومات الممارسة الإكلينيكية الفعالة.

جدول رقم (١٥) النظريات التي يعتمد عليها المعالجين الأسريين في ممارستهم

الرقم	المصدر	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	نظرية الأنساق العامة	٥٢	٢٨,٧	١٢٩	٧١,٣	٤
٢	نظرية الاتصال	٣٧	٢٠,٤	١٤٤	٧٩,٦	٦
٣	نظرية الدور	٤٧	٢٦,٠	١٣٤	٧٤	٥
٤	النظرية الوظيفية البنائية	٢٥	١٣,٨	١٥٦	٨٦,٢	٨
٥	نماذج المدرسة السلوكية	٣٧	٢٠,٤	١٤٤	٧٩,٦	٦
٦	النظرية التفاعلية	٣	١,٧	١٧٨	٩٨,٣	٩
٧	إستراتيجية بناء الاتصالات داخل وخارج النسق	٦٠	٣٣,١	١٢١	٦٦,٩	٣
٨	إستراتيجية تغيير القيم الأسرية	٦٢	٣٤,٣	١٩٩	٦٥,٧	٢
٩	إستراتيجية إعادة التوازن الأسري	٨٥	٤٧,٠	٩٦	٥٣	١

يوضح الجدول رقم (١٩) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ٨٥ مفردة وبنسبة ٤٧% أشاروا إلى أنهم يعتمدون على إستراتيجية إعادة التوازن الأسري أثناء الممارسة. فيما ذكر ما مجموعه ٩٦ مفردة وبنسبة ٥٣,٠% أجابوا بأنهم لا يستخدمون هذا الإستراتيجية في الممارسة.
كما يوضح الجدول أن ٦٢ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٣٤,٣% أشاروا إلى أنهم يستخدمون إستراتيجية تغيير القيم الأسرية أو إعادة بنائها، بينما ذكر ١١٩ مفردة وبنسبة ٦٥,٧%.
كما يوضح الجدول أن ٣ مفردات فقط من مفردات العينة وبنسبة ١,٧% يستخدمون النظرية التفاعلية. بينما ١٧٨ مفردة بنسبة ٩٨,٣% لا يستخدمون هذه النظرية في الممارسة.

ومما سبق يلاحظ أن هناك ما يقارب ٤٤ إجابة مفقودة مما يدل على عدم اعتماد تلك المفردات على أي نوع من الإستراتيجيات اللازمة في الممارسة.

سادساً: الإجابة عن التساؤل الفرعي الرابع:

ما المهام والأدوار التي يقوم بها المعالج الأسري؟

هناك العديد من الأدوار والمهام التي يمارسها المعالج الأسري إضافة إلى الأدوار الأساسية التي يقوم بها، مما يسهم في إحداث التغيير المطلوب في الأسرة والمساهمة أداء دوره التكاملي مع الفريق الطبي المعالج في المستشفى الذي يعمل به. كما أن هذه المهام التي يقوم بها تنفذ على كافة المستويات (الأصغر- والأوسط- والأكبر).

وللتعرف على تلك الأدوار والمهام التي يقوم بها المعالج الأسري سيتم عرض إجابات مفردات العينة حول السؤال المتعلق بهذا الجانب.

جدول رقم (١٦) المهام والأدوار التي يقوم بها المعالجين الأسريين

الرقم	المهام	الموافقة				الترتيب
		نعم		لا		
		تكرار	نسبة	تكرار	نسبة	
١	حضور اجتماعات العمل الدورية	٥٤	٢٩,٨	١٢٧	٧٠,٢	٩
٢	حضور الندوات والمؤتمرات	٨٠	٤٤,٢	١٠١	٥٥,٨	٣
٣	إجراء الدراسات والبحوث	١٧	٩,٤	١٦٤	٩٠,٦	١٥
٤	مقابلة العملاء	٩٠	٤٩,٧	٩١	٥٠,٣	١
٥	وضع الخطط العلاجية	٥٦	٣٠,٩	١٢٥	٦٩,١	٨
٦	توعية المجتمع وتثقيفه	٥٤	٢٩,٨	١٢٧	٧٠,٢	٩
٧	تحديد حاجات العملاء	٥٧	٣١,٥	١٢٤	٦٨,٥	٧
٨	المشاركة في دراسة الحالة	٤٩	٢٧,١	١٣٢	٧٢,٩	١١
٩	تقديم الاستشارات	٧٠	٣٨,٧	١١١	٦١,٣	٥
١٠	المرور على المرضى	٨٦	٤٧,٥	٩٥	٥٢,٥	٢
١١	كتابة التقارير المهنية والتسجيل	٧٢	٣٩,٨	١٠٩	٦٠,٢	٤
١٢	تقويم وتوثيق العملية العلاجية	٢٨	١٥,٥	١٥٣	٨٤,٥	١٣
١٣	تطبيق الاختبارات والمقاييس	١٩	١٠,٥	١٦٢	٨٩,٥	١٤
١٤	الاتصال بالهيئات والمؤسسات ذات العلاقة	٥٨	٣٢,١	١٢٣	٦٧,٩	٦
١٥	متابعة الحالات بعد العلاج	٣	١,٧	١٧٨	٩٨,٣	١٦
١٦	جميع ما سبق من مهام وأدوار للمعالج الأسري	٣٩	٢١,٥	١٢٤	٧٨,٥	١٢

يوضح الجدول رقم (١٦) أن غالبية مفردات العينة وعددهم ٩٠ مفردة وبنسبة بلغت ٤٩,٧% أشاروا إلى أن مقابلة العملاء من أهم الأدوار والمهام التي يقومون بها ضمن جدول أعمالهم اليومية، فيما أشار ٩١ مفردة وبنسبة ٥٠,٣% بعدم قيامهم بهذا الدور.

ويوضح الجدول كذلك أن غالبية مفردات العينة وعددهم ٨٦ وبنسبة بلغت ٤٧,٥% أشاروا إلى أن من المهام التي يقومون بها هي المرور على المرضى. فيما ذكر ٩٥ مفردة أي ما نسبته ٥٢.٥% أشاروا إلى أن المرور على المرضى لا يعتبر من ضمن مهامهم التي يقومون بها. كما يوضح الجدول أن غالبية مفردات العينة وعددهم ٨٠ مفردة وبنسبة ٤٤,٢%، يحرصون على حضور الندوات والمؤتمرات كأحد مهامهم، بينما ذكر ما مجموعه ١٠١ مفردة وبنسبة ٥٥,٨% لا يحرصون على حضور تلك اللقاءات.

كما يتضح من الجدول أن ١٧ مفردة فقط من مفردات العينة وبنسبة ٩,٤% أجابوا أن من ضمن المهام التي يقومون بها إجراء الدراسات والبحوث ذات الصلة بالعمل الاجتماعي والتي تساهم في تحسين وتطوير المهنة. فيما أشار غالبية المفردات وعددهم ١٦٤ مفردة وبنسبة بلغت ٩٠,٦% أنهم لا يشاركون في إجراء الدراسات والبحوث العلمية والاجتماعية.

ويشير الجدول رقم (٧٦) أن ٣ مفردات فقط وبنسبة ١,٧% من بين مفردات العينة هم فقط الذين يقومون بمتابعة الحالات بعد العلاج. في مقابل ١٧٨ مفردة وبنسبة ٩٨,٣% لا يقومون بتلك المهمة.

سادساً: نتائج الدراسة:

وتوصلت هذه الدراسة من خلال التحليل إلى عدة نتائج من أبرزها:

- بلغ عدد الذكور (٥١) مفردة بنسبة ٢٨,٢%، بينما بلغ عدد الإناث (١٣٠) مفردة بنسبة ٧١,٨%. موزعين على المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض.

أن غالبية مفردات العينة كانت ممن تبلغ أعمارهم أقل من ٣٥ سنة بنسبة ٦٦,٤% من مجموع مفردات العينة، جاء بعدها من كانت أعمارهم بين ٣٥ سنة إلى أقل من ٤٥ سنة وبنسبة ٢٦,١%.

أن غالبية مفردات العينة من المختصين في الخدمة الاجتماعية بنسبة ٦١,٣% أي فوق النصف بقليل، وهذا يدل على أنه يوجد ما نسبته ٣٨,٧% تقريباً ممن يمارس المهنة غير متخصصين في الخدمة الاجتماعية.

أن ما مجموعه ١٣١ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٧٢,٤% أجابوا بأن لديهم غرفة خاصة بمقابلة الحالات، وهو مطلب رئيس في مقابلة العملاء حيث يوفر لهم قدر من الراحة

الخصوصية، وتحقيقاً لمبدأ السرية مما يشعرهم بالطمأنينة، ويوثق العلاقة المهنية بينهم وبين الأخصائي الاجتماعي.

أن ٥٤ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٢٩,٨% أفادوا بأن طول ساعات الدوام يعد من الإشكاليات الإدارية في المستشفيات التي يعملون بها، في مقابل ١٢٧ مفردة وبنسبة ٧٠,٢% لا يعانون من طول ساعات الدوام في عملهم.

أن ما مجموعه ٥٥ مفردة من مفردات العينة وبنسبة ٢٨,٢% ذكروا بأنهم يستخدمون مقياس العلاقات العائلية عند تعاملهم مع الأسرة، بينما أجاب ١٣٠ مفردة بعكس ذلك.

أن غالبية مفردات العينة وعددهم ١٦٤مفردة وبنسبة ٩٠,٦٥ ذكروا بأن لديهم في مجال عملهم ميثاق أخلاقي لممارسة المهنة.في مقابل ١٧ مفردة وبنسبة ٩,٤% أشاروا إلى أنه لا يوجد ميثاق أخلاقي يلزمهم بالتقيد به في مجال عملهم.

توصيات الدراسة:

بعد أن تم استعراض نتائج الدراسة، ومناقشتها سيتم فيما يلي تقديم توصيات الدراسة:

- ✓ التوسع في الكتابات العربية والمقالات العلمية حول العلاج الأسري، إذ أن معظم المؤلفات الأجنبية لا تتوافق مع خلفية مجتمعنا الثقافية.
- ✓ تشجيع الباحثين لإجراء دراسات وبحوث مختصة في العلاج الأسري، للتعرف على مدى فاعليته في الممارسة، وللوقوف على احتياجات المعالجين الأسريين والمهنة.
- ✓ إعادة النظر في مقررات الخدمة الاجتماعية لمرحلة البكالوريوس، إذ أنها تخلو من منهج متخصص في العلاج الأسري.
- ✓ توجيه المستشفيات بإنشاء وحدات مختصة بالعلاج الأسري، ومستقلة إدارياً، ويخصص لها ميزانية خاصة، وتخضع لتقويم مستمر من جهة رسمية تُعنى بتقويم الممارسين المهنيين المرخص لهم.
- ✓ توعية المجتمع بضرورة تقبل المعالج الأسري، كطرف مختص بعلاج مشكلات الأسرة، وحريصاً على تجاوز المحن التي قد تعيق استقرارها ونموها، ويتمتع بأخلاقيات المهنة التي تحتم عليه المحافظة على أسرارها.
- ✓ إقامة ورش عمل دورية، تستهدف الممارسون بالعلاج الأسري والأخصائيين الاجتماعيين، وذلك عن طريق استقطاب مدربين من خارج البلاد ومن داخلها، وتكون تحت إشراف مباشر من وزارة الصحة ووزارة الشؤون الاجتماعية.

المراجع العربية

- إبراهيم، عمرو أحمد محمد (١٩٩١م). العلاقة بين ممارسة العلاج الأسري في خدمة والتوافق الشخصي والاجتماعي للتلاميذ المتأخرين دراسياً: دراسة تجريبية على تلاميذ الحلقة الثانية في التعليم الأساسي بإدارة مصر الجديدة التعليمية. رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية: جامعة الفيوم.
- البريثن، عبد العزيز عبد الله (٢٠٠٨م). الإرشاد الأسري. عمان: دار الشروق لنشر والتوزيع.
- الدامغ، سامي بن عبد العزيز (٢٠٠٠م). الخدمة الاجتماعية الإكلينيكية- التخصص الجديد في الخدمة الاجتماعية. مجلة الدراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. كلية الخدمة الاجتماعية- جامعة حلوان.
- الدخيل، عبد العزيز بن عبد الله (٢٠٠٦م). معجم مصطلحات الخدمة الاجتماعية والعلوم الاجتماعية. الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
- رشوان، عبد المنصف حسن و القرني، محمد مسفر (٢٠٠٤م). المداخل العلاجية المعاصرة للعمل مع الأفراد والأسر. الرياض: مكتبة الرشد.
- زيدان، علي حسين وآخرون (٢٠٠٢م). نماذج ونظريات معاصرة في خدمة الفرد. جامعة حلوان: كلية الخدمة الاجتماعية.
- سليمان، حسين وعبد المجيد، هشام والبحر، منى (٢٠٠٥م). الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية مع الفرد والأسرة. بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- السماحي، زينب محمد موسى (٢٠٠٠م). فعالية العلاج الأسري في تخفيض بعض أعراض الاضطرابات السلوكية لدى أطفال الروضة. رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق: جمهورية مصر العربية.
- شحاته، فوزي محمد منصور (١٩٩٦م). تقويم إسهامات الدراسات والبحوث العلمية في تدعيم الممارسة المهنية لطريقة خدمة الفرد بالمجال الأسري. رسالة دكتوراه كلية الخدمة الاجتماعية جامعة القاهرة فرع الفيوم.
- شلبي، نعيم عبد الوهاب (١٩٩٩م). استخدام العلاج الأسري في مواجهة المشكلات الاجتماعية لأسر المسجونين في قضايا المخدرات. رسالة دكتوراه، كلية الخدمة الاجتماعية: جامعة الفيوم.
- غرايبه، فيصل محمود (٢٠٠٤). الخدمة الاجتماعية في المجتمع العربي المعاصر. عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.

- فهمي، سامية محمد (١٩٩٦م). ممارسة الخدمة الاجتماعية في المجال النفسي. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- القرني، محمد مسفر والغالي، سهير عبد الحافظ (٢٠٠٤م). العلاج الأسري ومواجهة الخلافات الأسرية. الرياض مكتبة الرشد.
- المغلوث، فهد حمد (١٩٩٩م). العلاج الأسري، أساسياته- نماذجه- تطبيقاته. الرياض: المركز الخيري للإرشاد الاجتماعي والاستشارات الاجتماعية.
- نيازي، عبد المجيد طاش (٢٠٠٠م). مصطلحات ومفاهيم إنجليزية في الخدمة الاجتماعية. الرياض: مكتبة العبيكان.

Adkins, Katie Suzanne. (2010). A Contextual Family Therapy Theory explanation for intimate partner violence. Proquest Dissertations. Vol.0628, lss. 0168. Source: Digital Dissertations (Legacy Platform).

7) Muniz de la Pena, Cristina. (2010). How Do Therapists Ally with Adolescents in the Context of family therapy? An Examination of Relational Control Communication Patterns. Proquest Dissertations and Theses. Vol.0603, lss. 0668. Source: Digital Dissertations (Legacy Platform).

8) Kinman, Karen. (2010). A content analysis of five scholarly journals: What has peen written about medical family therapy. Vol.0628, lss. 0925. Source: Digital Dissertations (Legacy Platform).

9) Tyndall, Lisa E. (2010). Medical Family Therapy: Conceptual clarification and consensus of an emerging profession. Proquest Dissertations and Theses. Vol.0602, lss. 0600. Source: Digital Dissertations (Legacy Platform).

11) Weinstein, Deborah Fran. Proquest Dissertations And Theses. (2002). The Pathological family: A cultural history of family therapy in post-World War II America. (Ph.D. dissertation). United States-Massachusetts: Harvard