العلاج الأسري متعدد الأبعاد الموجه للمراهق المتعاطي للمخدرات

Multidimensional family therapy for adolescent substance abuse

نهاد بوزغاية*

جامعة باتنة 1 (الجزائر)

nihed.bouzeghaya@univ-batna.dz

تاريخ الاستلام : 2022/12/20 ؛ تاريخ القبول: 2023/01/20 ؛ تاريخ النشر : 2023/03/19

ملخص الدراسة:

تلقى ظاهرة تعاطي المراهقين للمخدرات إهتماما مكثفا وقلقا واسع النطاق؛ لما لهذه الظاهرة من تأثير كبير على سلوك المراهقين وعلاقاتهم مع الآخرين وأدائهم في المجتمع، مسببة بذلك هاجسا يؤرق الوالدين وكل فرد في الأسرة، بإعتبار أن هذه الأخيرة تعمل كنظام وكل ما يؤثر على المراهق له صدى على باقي أفراد الأسرة، وبالتالي للأسرة دور كبير في حل مشكلة تعاطي المراهق للمخدرات وتأثيره عليه، إنطلاقا من مبادئ العلاج الأسري متعدد الأبعاد.

وفي إطار هذا الطرح جاءت هذه الورقة البحثية لتوضح مفهوم العلاج الأسري متعدد الأبعاد، والإفتراضات الكامنة وراءه، وصولا إلى بروتوكول العلاج الأسري متعدد الأبعاد الموجه للمراهقين المتعاطين للمخدرات.

الكلمات المفتاحية: المراهق؛ تعاطي المخدرات؛ العلاج الأسري متعدد الأبعاد.

Abstract:

The phenomenon of adolescent drug use receives intense attention and widespread concern, because of this phenomenon's significant impact on adolescent behavior, their relationships with others, and their performance in society, causing an obsession that haunts parents and every member of the family, given that the latter acts as a system and everything that affects the adolescent has repercussions the rest of the family members, and therefore the family, have a major role in solving the problem of adolescent drug abuse and its impact on them, based on the principles of multidimensional family therapy.

Within the framework of this proposition, this paper came to explain the concept of multidimensional family therapy, and the assumptions behind it, and multidimensional family therapy protocol to substance abused adolescents.

Keywords: adolescent; substance abused; multidimensional family therapy.

– مقدمة:

تُعرف المراهقة بأنها فترة ظهور بعض السلوكيات المضطربة والظروف التي لا تؤثر فقط على الصحة خلال تلك الفترة العمرية، ولكنها تؤدي أيضًا إلى اضطرابات في مرحلة الرشد. فغالبًا ما تبدأ السلوكيات غير الصحية مثل: التدخين والشرب وتعاطي المخدرات خلال فترة المراهقة؛ وترتبط ارتباطًا وثيقًا بزيادة معدلات الاعتلال والوفيات وتمثل تحديات صحية عامة رئيسية؛ كالبطالة وضعف الصحة والحوادث والانتحار والأمراض النفسية وانخفاض متوسط العمر المتوقع، كلها عوامل تؤدي إلى تعاطي المخدرات. **(Das et al.,2016, ps61-s62)** هذه الأخيرة لها تأثير كبير على الأفراد والأسر والمجتمعات حيث أن آثارها تراكمية، مما يساهم في حدوث مشكلات صحية اجتماعية وجسدية ونفسية مكلفة. **(Sussman et al., 2008)**

وهنا وجب إجراء أحد التدخلات النفسية من أجل مساعدة المراهقين على مزاولة حياتهم بشكل أفضل، وتغطي التدخلات النفسية–الاجتماعية لعلاج مشاكل الكحول والمخدرات مجموعة واسعة من التدخلات العلاجية، والتي لها خلفيات نظرية متنوعة، تهدف إلى إحداث تغييرات في سلوكيات تعاطي المخدرات لدى المريض بالإضافة إلى عوامل أخرى مثل الإدراك والعاطفة بإستخدام التفاعل بين المعالج والمريض. **(Jhanjee,2014, p112)**

ولقد تم إحراز خطوات كبيرة في تخصص علاج تعاطي المخدرات للمراهقين، مما أدى إلى العديد من العلاجات الواعدة والفعالة، ومع ذلك، يواجه المجال الآن العديد من الأسئلة المتعلقة بما إذا كانت العلاجات قابلة للتعميم عبر السياقات، وما هي العلاجات الأكثر فعالية في معالجة الخصائص المتنوعة للعملاء.

(Henderson et al., 2010, p 886)

فإن الاستمرار في تطوير وتقييم ونشر التدخلات الأكثر فاعلية سيكون ضروريًا لرفاهية المراهقين، فكما هو الحال، هناك مجموعة متنوعة من مناهج العلاج المتاحة لتعاطي المخدرات للمراهقين، ويركز البعض على العلاج الفردي للمراهقين من خلال العلاج السلوكي المعرفي، والعلاج المعزز للدوافع، والاستشارات الدوائية الداعمة، وتم تصميم البعض الآخر لمعالجة المراهقين بإستخدام العلاج الجماعي؛ كالعلاجات الأسرية التي لها تاريخ طويل في علاج تعاطي المخدرات لدى المراهقين، وقد وُجد أن العلاجات الأسرية فعالة للغاية في الحد من تعاطي المخدرات.

(Horigian et al., 2016, p603-604)

ففي أحد دراسات الحديثة وجد أن المشاركة والدعم الأسري يعملان على تخفيف مخاطر تعاطي المراهقين للمخدرات، وإن الارتباطات المتسقة بين العوامل الأسرية وسلوكيات مشاكل المراهقين، بالإضافة إلى الدعم التجريبي القوي للتدخلات الأسرية التي تم اختبارها في عدد من التجارب المضبوطة بدقة في العقدين الماضيين، قد أثبت بقوة مشاركة الأسرة كمكون حاسم في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات لدى المراهقين. ولأن العوامل الأسرية تتنبأ بمجموعة من المشاكل في مرحلة المراهقة، بما في ذلك الضيق الداخلي والسلوكيات الخارجية، فإن التدخل لتغيير التفاعلات والأنماط السلبية داخل الأسرة قد يكون أيضًا حاسمًا في التأثير على الاضطرابات المصاحبة وكذلك تعاطي المخدرات في سن المراهقة. **(Rowe,2010, p564)**

ولعل أحد أهم برامج العلاج الأسري هو العلاج الأسري متعدد الأبعاد (MDFT)، إذ يتفوق هذا العلاج على مجموعة متنوعة من الأساليب العلاجية، بما في ذلك بعض الأساليب الأسرية الأخرى والعلاج المعرفي السلوكي، في الحد من اضطرابات تعاطي المخدرات، والجنوح وتحسين الانسجام الأسري والأداء المدرسي، ويستهدف هذا العلاج عوامل الخطر والحماية من المجالات الإجتماعية المؤثرة في النمو لدى المراهقين، مثل العائلة والأصدقاء والمدرسة. **(Nielsen et al., 2021, p235)**

وإنطلاقا من هذا الطرح، جاءت هذه الورقة النظرية لتعرض العلاج الأسري متعدد الأبعاد أحد أهم العلاجات الأسرية والمتخصصة في علاج المراهقين المتعاطين للمخدرات، والذي سيتم التطرق فيه إلى مفهومه ومبادئه وأهدافه وصولا إلى بروتوكوله العلاجي.

1- العلاج الأسري متعدد الأبعاد:

1-1- مفهومه:

العلاج الأسري متعدد الأبعاد (MDFT) هو علاج استشاري قائم على أسرة المراهقين الذين يعانون من سلوكيات إدمان واضطرابات سلوكية، فهو نهج سريري تكاملي تم تطويره على مدى أكثر من عشرين عامًا من قبل مركز أبحاث العلاج حول تعاطي المخدرات لدى المراهقين (CTRDA) في كلية الطب بجامعة ميامي.

(Bonnaire,2016, p387)

إذ يركز هذا العلاج على الأسرة وبرنامج الوقاية من إساءة استخدام المواد المخدرة للشباب الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات والسلوكيات التي تنطوي على مشاكل (مثل العدوانية والتغيب عن المدرسة والإضطرابات النفسية الأخرى).**(Liddle et al., 2001)**

فهو علاج متعدد الأنظمة يركز على الأسرة ويتضمن 12 أسبوعًا من الجلسات في العيادة التي تعمل مع المراهقين وعائلاتهم. ويستهدف العلاج الأسري متعدد الأبعاد الأداء النفسي الاجتماعي لأفراد الأسرة، وعلاقات أفراد الأسرة، والنظم الاجتماعية المؤثرة خارج الأسرة.**(Liddle, 2002, p02)**

العلاج الأسري المتعدد الأبعاد (MDFT) هو علاج متكامل وقائم على الأسرة وموجه نحو النظم المتعددة، يستهدف على وجه التحديد المراهقين الذين يتعاطون المخدرات ويظهرون مشاكل سلوكية ذات الصلة، الهدف منه هو تقليل الأعراض وتعزيز الأداء النمائي من خلال تسهيل التغييرات في العديد من المجالات السلوكية. ويعمل المعالجون في آن واحد في أربعة مجالات للعلاج المترابط تبعا للمخاطر والحماية الخاصة للفرد وأسرته:

(1) يساعد مجال المراهقين على الانخراط في العلاج والتواصل مع والديهم وغيرهم من البالغين والتواصل معهم بفعالية، وعلى تطوير الكفاءة الاجتماعية والسلوكيات البديلة لتعاطي المخدرات.

(2) يشرك مجال الوالدين في العلاج ويزيد من مشاركتهم السلوكية والعاطفية مع أطفالهم.

(3) يركز المجال التفاعلي الأسري على الحد من النزاعات وتحسين الارتباطات العاطفية وأنماط الاتصال وحل المشكلات باستخدام دورات الأسرة المتعددة للمشاركين.

(4) يعزز المجال خارج نطاق الأسرة الكفاءة الأسرية في جميع النظم الاجتماعية التي يشارك فيها المراهق (مثل المدرسة، ونظام قضاء الأحداث، والمرافق الترفيهية). يلتقي المعالجون بمفردهم مع المراهق، وحدهم مع الوالدين (الوالدين) و/أو بالاشتراك مع المراهق والوالدين (الوالدين)، اعتمادًا على مجال العلاج والمشكلة المحددة التي يتم معالجتها. **(European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2014, p02)**

1-2- مبادئه الأساسية:

وفقًا لمبادئ العلاج الأسري متعدد الأبعاد، فإن أصول السلوك الإدماني لدى المراهقين متعددة العوامل. وبالتالي يستند هذا العلاج على معرفة عوامل الخطر وعوامل الحماية المرتبطة بالسلوك الإدماني. وفي الواقع، جعلت العديد من الدراسات في مجال الإدمان والمراهقين من الممكن تحديد العوامل المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى تعاطي المراهق ولكن يمكنها أيضًا حمايته من مثل هذا السلوك. ومع ذلك، في الممارسة السريرية، من الصعب تحديد العوامل التي تسبب التعاطي وأيها نتيجة له. في الواقع، تتفاعل العوامل المختلفة المتضمنة مع بعضها البعض بطريقة تراكمية. وبالتالي، ووفقًا لهذا النموذج، فإننا لا نفكر من حيث العناصر السببية ولكن من حيث عوامل الخطر وعوامل الحماية. يُنظر بعد ذلك إلى أصل السلوك الإدماني لدى المراهقين أو علاجه أو حتى حله كنتيجة للتفاعل بين عوامل الخطر والحماية هذه.

وتتمثل المبادئ العشرة للعلاج الأسري متعدد الأبعاد فيما يلي:

1. تعاطي المراهقين للمخدرات ظاهرة متعددة الأبعاد، حيث يمكن أن تساهم الجوانب البيولوجية والاجتماعية والمعرفية والشخصية والبين الشخصية والعائلية والنمائية في تطور مشاكل المخدرات واستمرارها وتفاقمها وتأزمها.

إن الأداء الأسري له دور فعال في إيجاد بدائل جديدة لنمط الحياة لدى المراهقين تتكيف مع نموهم. وتعتبر علاقات المراهق مع الوالدين والأشقاء وأفراد الأسرة الآخرين مجالات أساسية للتقييم والتغيير، حيث توفر البيئة الأسرية اليومية للمراهق العديد من الفرص الأساسية لإعادة تتبع أداء الوظائف النمائي. **(Liddle, 2010, p417)**

2. توفر الأعراض الحالية للمراهق أو أفراد الأسرة الآخرين، وكذلك الأزمات المتعلقة بالمراهق، معلومات تقييم نقدية وفرص تدخل مهمة.**(Liddle et al.,2005, p130)**

3. التغيير متعدد الأوجه، ومتعدد التحديدات، وموجه نحو المرحلة؛ إذ ينشأ التغيير السلوكي من التفاعل بين الأنظمة ومستويات الأنظمة والأشخاص ومجالات الأداء والعمليات الشخصية والعلاقات بين الأشخاص. **(Liddle, 2010, p417)**

4. الدافع مرن؛ لن يكون الدافع للدخول في العلاج أو التغيير موجودًا دائمًا لدى المراهقين أو والديهم. يختلف تقبل العلاج والدافع بإختلاف أفراد الأسرة والأفراد الآخرين ذوي الصلة خارج الأسرة. حيث لا تعد عدم الرغبة في العلاج أمرا مرضيًا، ويعد تحفيز المراهقين وأفراد الأسرة حول المشاركة في العلاج والتغيير مهمة علاجية أساسية.**(Liddle, 2010, p417-418)**

5. التحالفات العلاجية المتعددة مطلوبة وهي تخلق أساسًا للتغيير. ينشئ المعالجون علاقات عمل فردية مع المراهق، والآباء أو مقدمي الرعاية، والأفراد من خارج الأسرة الذين يشاركون أو يجب أن يشاركوا مع المراهقين. **(Liddle, 2010, p418)**

6. التدخلات فردية؛ على الرغم من أن لها جوانب عامة (على سبيل المثال، تعزيز كفاءة المراهق أو الوالد داخل الأسرة وخارجها)، يتم تخصيص التدخلات وفقًا لكل الأسرة، وأفراد الأسرة، والظروف البيئية للأسرة. تستهدف التدخلات عوامل الخطر المعروفة المسببة للمرض والمتعلقة بتعاطي المخدرات والسلوكيات المضطربة. **(Liddle et al.,2005, p130)**

7. التخطيط والمرونة وجهان لعملة علاجية واحدة؛ إذ أن صيغ الحالات هي مخططات مبنية اجتماعياً توجه المعالج طوال العملية العلاجية، وتتم مراجعة هذه التركيبات على أساس المعلومات الجديدة، والخبرات أثناء العلاج، والتغذية الراجعة، وبالتعاون مع أفراد الأسرة وغيرهم من خارج الأسرة ذات الصلة، يقوم المعالجون باستمرار بتقييم نتائج جميع التدخلات، وبإستخدام عملية التغذية الراجعة هذه، يقوم المعالج بتغيير خطة التدخل وتعديلها وفقًا لذلك. **(Liddle et al.,2005, p130)**

8. العلاج ومكوناته المتعددة هي مراحل؛ إذ أن تنظيم وتنفيذ خطط التدخل وعملية العلاج الشاملة في العلاج الأسري متعدد الأبعاد تتم وفق مراحل. **(Liddle et al.,2005, p131)**

9. تم التأكيد على مسؤولية المعالج؛ يتحمل المعالجون مسؤولية تحفيز المشاركة وتعزيز الحافز لجميع الأفراد المعنيين؛ وضع جدول أعمال عملي وتركيز إكلينيكي؛ استنباط بدائل متعددة الأبعاد ومتعددة الأنظمة؛ توفير التركيز

الموضوعي والاتساق طوال فترة العلاج؛ تحفيز تغيير السلوك؛ تقييم النجاح المستمر للتدخلات؛ ومراجعة التدخلات حسب الحاجة وفقًا للتغذية الراجعة من التدخلات.**(Liddle et al.,2005, p131)**

10. سلوك المعالج ومواقفه أساسيان للنجاح؛ إذ أنهم حريصون على عدم اتخاذ مواقف متطرفة إما مؤيدين للأطفال أو من دعاة فلسفة "الحب القاسي"؛ إذ يجب عليهم أن يدركوا أن قدرتهم على أن يظلوا إيجابيين وملتزمين ومبدعين وحيويين في مواجهة التحديات هو أمر أساسي في تحقيق النجاح مع المراهقين وعائلاتهم **(Liddle et al.,2005, p131)**

تصميم العلاج الأسري متعدد الأبعاد يأخذ بعين الاعتبار عوامل الخطر والحماية المتعددة، كما أنه يقر بأن استخدام الشباب للمخدرات مرتبط بأبعاد متعددة: الحياة المنزلية والأصدقاء والمدرسة والمجتمع . **(Liddle et al., 2004)**. على هذا النحو، فإنه يدعو إلى الحاجة إلى نهج متعدد الأبعاد لحل مشكلة تعاطي المخدرات لدى الشاب، وبالتالي يهدف إلى تعديل مجالات متعددة من الأداء من خلال التدخل مع الشاب وأفراد الأسرة وغيرهم من أعضاء شبكة دعم الشباب. (Austin et al., 2005). وهذا يعني أيضًا أن العلاج الأسري متعدد الأبعاد يقوم على تحالفات علاجية متعددة، مع الشخص الشاب الذي يتعاطى المخدرات، والآباء وأفراد الأسرة الآخرين، وفي النهاية مسؤولي المدرسة وقضاء الأحداث. في حين أن بعض الشباب لديهم والد واحد فقط وعدد قليل من الأشخاص الآخرين المهمين ذوي الصلة بالعلاج، قد يكون لدى البعض الآخر العديد من الآباء (المربين مثلا) والعديد من الأشخاص الآخرين المهمين ذوي الصلة بالعلاج، وهو تحدٍ يجب على المعالج التعامل معه.

ويركز العلاج على الخصائص الفردية للشباب والآباء والأفراد الرئيسيين الآخرين في حياة الشباب، وكذلك على الأنماط العلائقية التي تساهم في تعاطي المخدرات والسلوكيات الأخرى التي تنطوي على المشاكل. يتم استخدام مجموعة متنوعة من الأساليب العلاجية لتحقيق ذلك، وتحسين سلوكيات الشباب والأسرة، والمواقف، والأداء عبر مجموعة متنوعة من المجالات، وإلى جانب معالجة مشاكل الأدوية، قد يؤدي العلاج الأسري متعدد الأبعاد إلى انخفاض في السلوك المنحرف والانتماء إلى أقرانه الجانحين، وقد يعمل العلاج الأسري متعدد الأبعاد أيضًا على تحسين السلوكيات المدرسية والدرجات، وقد يشارك الشباب الذين يتلقون العلاج الأسري متعدد الأبعاد في عدد أقل من الأفعال الجنسية غير المحمية، وأخيرًا، أظهر العلاج الأسري متعدد الأبعاد أيضًا انخفاضًا في الضيق الداخلي، بما في ذلك أعراض الاكتئاب والقلق. **(Rasmussen et al., 2012, p06)**

2- بروتوكول العلاج الأسري متعدد الأبعاد:

2-1-مراحل التقييم والتدخل في العلاج الأسري متعدد الأبعاد:

يتكون منهج العلاج الأسري متعدد الأبعاد من ثلاث مراحل، حيث يقوم المعالجون المدربون بإجراء جلسات علاج أسبوعية (جلستان على الأقل في الأسبوع) ، على مدار فترة تتراوح من 6 إلى 9 أشهر. في المرحلة الأولى، ينصب التركيز على تعزيز الدافع العلاجي بشكل مكثف، وبناء تحالفات علاجية متعددة، وصياغة خطة علاج للمراهقين. في المرحلة الثانية، يتم تنفيذ تدخلات خطة العلاج التي تستهدف الشباب وأسرهم، والتي تشمل التثقيف حول المراهقة، والنمو السلوكي، وعوامل الخطر للسلوك المضطرب، والوقاية من الانتكاس؛ تحسين التواصل

والعلاقات الأسرية؛ وتقوية مهارات الوالدين التربوية. في المرحلة الثالثة، ينصب التركيز على تعزيز التغيير (أي الاتفاق على خطة للوقاية من الانتكاس) وإتمام المراهقين لبرنامج العلاج. إذا لزم الأمر، يمكن توفير جلسات تقوية.
(National Institute of Justice, 2012)

وفيما يلي مراحل التقييم والتدخل في العلاج الأسري متعدد الأبعاد:

المرحلة الأولى: التحالفات العلاجية (3أسابيع)

يعد إشراك كل من الشاب والأسرة أحد النقاط الرئيسية في المرحلة الأولى من العلاج الأسري متعدد الأبعاد، وتشمل استراتيجيات المشاركة صياغة تحالفات علاجية مع المراهق وأفراد الأسرة وأنظمة دعم الأسرة الإضافية الأخرى. يخلص (Liddle, 2002) في دليل العلاج الأسري متعدد الأبعاد إلى أن المرحلة الأولى مهمة وتتضمن "تقديم العلاج كعملية تعاونية" و"تحديد الأهداف العلاجية ذات المغزى بالنسبة للمراهقين و"توليد الأمل "و" الاهتمام بتجربة المراهقين". ينصب التركيز على تخصيص العلاج لكل فرد من أفراد الأسرة المعنيين، يتم تحقيق ذلك من خلال تطوير أهداف العلاج الشخصية والفردية لكل مشارك.

تستمر المرحلة الأولى عادة لمدة ثلاثة أسابيع وهي موجهة لتحفيز الأسرة وإعدادها للعلاج، وشرح للعائلة العلاج، وخلق التوقعات، وسيلتقي المعالج بأشخاص ذوي صلة بالعائلة. في بعض الحالات، يعتبر الأشقاء والأقارب أشخاصًا ذوي صلة، وفي حالات أخرى يكون الأصدقاء أو الأخصائي الاجتماعي على سبيل المثال مناسبين، اعتمادًا على من يقضي الشباب المتعاطي للمخدرات وقتهم. تعتبر بداية المرحلة الأولى حاسمة وقد تكون مهمة صعبة لإشراك الأسرة بشكل إيجابي؛ خاصة وأن المراهق يمكن أن يكون مقاومًا، وغالبًا ما ينكر تعاطي المخدرات ويفتقر إلى التعاون. تهدف المرحلة الأولى إلى تشكيل التحالفات العلاجية لبرنامج العلاج الأسري متعدد الأبعاد ويشترط أن تكون مرنة وقابلة للتكيف مع البيئات الاجتماعية المختلفة، والهياكل والثقافات الأسرية.
(Rasmussen et al., 2012, p09)

المرحلة الثانية: إجراء التغييرات (5 أسابيع)

في المرحلة الثانية، سيتخذ المعالج إجراءات من خلال حشد المراهق وشبكة الأسرة، من خلال العمل مع الأنظمة المختلفة (المدرسة، الأقران، الأسرة، العاملون في المجتمع) ، ومن خلال ممارسة وتدريب أفراد الأسرة على مهارات التعامل مع التوتر والتواصل وكذلك منع أو الاستعداد للانتكاسات.

تركز المرحلة الثانية بشكل أكبر على السلوك وتتضمن جهودًا لزيادة السلوكيات الاجتماعية للشباب والشبكات الاجتماعية الإيجابية والسلوكيات والمواقف المضادة للمخدرات. هناك أيضًا تركيز على القضايا النمائية، بما في ذلك التركيز على زيادة التفاعلات الأسرية المناسبة من الناحية النمائية. التدريب على مهارات حل المشكلات واتخاذ القرار، وسيعمل المعالج مع المراهق والوالدين بشكل فردي وكلاهما معًا كعائلة ليرى كيف يتواصلون ويعاملون بعضهم البعض. يقوم المعالج بتقييم جوانب مختلفة من حياة الشاب ولبدء عملية التغيير، يسأل المعالج، "ما هي الجوانب المفقودة في حياة المراهق والأسرة؟ ما هي مجموعة الظروف وما هي الأنشطة اليومية المحددة والعمليات الشخصية والبين شخصية.**(Rasmussen et al., 2012, p09-10)**

المرحلة الثالثة: ختم التغييرات ونهاية العلاج (4 أسابيع)

في المرحلة الثالثة، سيحافظ المعالج على التغييرات في السلوكيات والعواطف وأنماط التفكير لأفراد الأسرة. هذه هي المرحلة التي يستعد فيها المعالج لنهاية جلسات العلاج الأسري متعدد الأبعاد.

في هذه المرحلة الأخيرة، يعمل المعالج مع المراهق والعائلة لتعميم المهارات والسلوكيات المكتسبة حديثًا للمواقف المستقبلية للحفاظ على التغييرات الإيجابية. لا يتضمن العلاج الأسري متعدد الأبعاد مكونًا للعناية اللاحقة.**(Rasmussen et al., 2012, p10)**

2-2-جلسات العلاج الأسري متعدد الأبعاد وأهدافها:

يتم تنفيذ المراحل الثلاث من خلال أربعة أنواع من جلسات العلاج:

1) جلسات مع المراهقين.
2) جلسات مع الوالدين.
3) جلسات مع أفراد الأسرة الآخرين وأنظمة خارج الأسرة.
4) جلسات النظم الإجتماعية ذات الصلة.

2-2-1-أهداف العلاج الأسري متعدد الأبعاد:

تتركز أهداف العلاج الأسري متعدد الأبعاد فيما يلي:

بعد المراهقين:

. تحسين الوعي الذاتي، وتعزيز الذات والثقة.
. تطوير أهداف ذات مغزى قصيرة وطويلة المدى في الحياة.
. تحسين التنظيم العاطفي، وإستراتيجيات التعامل، ومهارات حل المشكلات.
. تحسين مهارات التواصل.
. تعزيز النجاح في المدرسة/ العمل.
. تعزيز العلاقات والنشاطات الإجتماعية المؤيدة.
. الحد من تعاطي المخدرات، والإنحراف، والمشكلات السلوكية.
. تحسين مشاكل الصحة النفسية.**(Dakof, s.d, slide 27)**

أيضا يساعد المعالج المراهقين على التعرف على مشاعرهم وأنماط تفكيرهم، التواصل بشكل فعال مع الوالدين والآخرين، التحكم في غضبهم ودوافعهم، اكتساب الكفاءة الاجتماعية. **(Liddle, 2002, p30)**

بعد الوالدين:

. تعزيز العمل الجماعي للوالدين.
. تحسين مهارات وممارسات الأبوة والأمومة.
. إعادة بناء الروابط العاطفية بين الوالدين والمراهقين.**(Dakof, s.d, slide 27)**

. الحد من نزاع الوالدين وتعزيز العمل الجماعي، ومساعدة الآباء على إيجاد طرق عملية وفعالة للتأثير على المراهقين. **(National Institute of Justice, 2012)**

بعد الأسرة:

. تعزيز التواصل الأسري ومهارات حل المشكلات.

. تقوية الروابط العاطفية ومشاعر الحب ومهارات التواصل بين أفراد الأسرة.

. تحسين الأداء اليومي للأسرة.**(Dakof, s.d, slide 27)**

بعد المجتمع:

. تحسين علاقات الأسرة مع أنظمة المجتمع مثل : المدرسة، المحكمة، مكان العمل، الحي.

(Dakof, s.d, slide 27)

2-2-2-جلسات العلاج الأسري متعدد الأبعاد:

وتتمثل هذه الجلسات فيما يلي:

1- جلسات مع المراهقين:

يستنبط المعالجون قصة حياة المراهق، وهو تقييم مهم واستراتيجية تدخل، خلال الجلسات الفردية المبكرة، ويقدم صورة مفصلة عن شدة وطبيعة تعاطي المراهق للمخدرات والظروف ومسار تعاطي المخدرات بمرور الوقت، والتاريخ العائلي، والعلاقات مع الأقران، والمشاكل المدرسية والقانونية، وأحداث الحياة المهمة. تتضمن إحدى التقنيات المفيدة، الطلب من المراهق برسم الخريطة البيئية (ecomap) التي تمثل مساحة حياته الحالية. سيشمل ذلك الحي، مع الإشارة إلى المكان الذي يتسكع فيه المراهق أو يذهب لشراء المخدرات وتعاطيها، والمكان الذي يعيش فيه الأصدقاء، وموقع المدرسة أو العمل، وبشكل عام، مكان الحدث في بيئته، ويستفسر المعالجون عن صحة المراهقين وقضايا نمط حياتهم، بما في ذلك السلوك الجنسي. **(Liddle,2009, p345)**

وخلال هذه الجلسات، سيساعد المعالج المراهق على معرفة المزيد عن مشاعره وأنماط تفكيره وكيفية التحكم في غضبه ودوافعه وبالتالي التواصل بشكل أكثر فعالية مع والديهم والآخرين.**(Rasmussen et al., 2012, p10)**

يتكون جزء كبير من العمل من إعداد الآباء والمراهقين في جلسات فردية حتى يتمكنوا من الالتقاء في جلسات مشتركة للحديث عن القضايا التي لها معنى بالنسبة لهم. يُستخدم الوقت الفردي مع المراهقين لتطوير بدائل لسلوكيات التكيف الاندفاعية والمدمرة مثل: تعاطي المخدرات والكحول، ويتطلب تحقيق الأهداف العلاجية مع المراهق أن يقوم المعالج بوضع التدخلات المصممة لتعزيز المهارات الاجتماعية والحياتية في ثقافة الأقران ومعالجة تأثير الحياة في الشوارع اعتبارًا من تصور المراهق لتلك الحياة وعواقبها على مستقبله. بهذه الطريقة، يسهل المعالج عملية إشراك المراهق بتأثيرات الأقران الاجتماعية والتأثيرات العائلية الإيجابية.**(Liddle, 2002, p30-31)**

2- جلسات مع الوالدين:

يشمل التقييم مع الوالدين نقاط القوة والضعف لدى الوالدين من حيث المعرفة والمهارات والأسلوب الأبوي العام، بالإضافة إلى معتقدات الأبوة والأمومة والارتباط العاطفي بطفلهم. حيث في تقييم المعرفة والكفاءات الأبوية،

يستفسر المعالج بالتفصيل عن ممارسات التربية ويلاحظ ويشارك في مناقشات الوالدين والمراهقين، ويبحث عن أشياء مثل التعبيرات الداعمة ومهارات الاتصال في طرق علاقتهم بالمراهق. عند مناقشة أسلوب ومعتقدات الأباء والأمهات، يسأل المعالج الوالدين عن تجاربهم الخاصة، بما في ذلك حياتهم الأسرية عندما كانوا يكبرون. يتم إيلاء اهتمام كبير لالتزام الوالدين والاستثمار العاطفي للمراهق، حيث يعمل المعالجون بجد لاستنباط وإحياء درجات متواضعة من الأمل حول مساعدة مراهقهم على العودة إلى المسار الصحيح. يجب أن يكون الآباء متجاوبين مع دورهم في تسهيل التغييرات المطلوبة. يتم أيضًا تقييم مشكلات الصحة النفسية للوالدين وتعاطي المخدرات كعقبات محتملة أمام الأب والأم، وعند الإشارة، تكون الإحالات للعلاج الفردي لتعاطي المخدرات أو الكحول أو مشاكل الصحة النفسية الخطيرة مناسبة وتستخدم أحيانًا في العلاج الأسري متعدد الأبعاد.**(Liddle,2009, p345)**

فقد يشعر الأبوين ربما بفقد الدافع أو الإيمان بقدرتهم على تربية المراهق والتأثير عليه. إذ تتضمن التدخلات إعادة الاتصال الأبوي، مثل تعزيز مشاعر الحب الأبوي والتواصل العاطفي، والتحقق من صحة جهود الوالدين السابقة، والاعتراف بالظروف الماضية والحاضرة الصعبة، وتتخذ هذه التدخلات الخطوة الأولى نحو التغيير، وتنمي دافع الوالدين، وتدريجيًا، استعدادهم لتحسين العلاقات والإستراتيجيات الوالدية. وزيادة مشاركة الوالدين مع المراهق (على سبيل المثال، إظهار الاهتمام، بدء المحادثات، خلق بيئة جديدة بين الأفراد في المعاملات اليومية) إذ يوفر هذا أساسًا جديدًا للتغيير السلوكي.**(Liddle,2009, p347)**

- **جلسات التفاعل بين المراهق والوالدين:**

ينص (Liddle,2010) على أن "العلاج الأسري متعدد الأبعاد يقدم تركيزًا سريريًا فريدًا في كيفية تأسيس العلاقات الفردية مع الوالدين والمراهقين، ويعمل مع كل منهم على حدى في جلسات فردية ويستهدف التغييرات التفاعلية الأسرية والعمل أيضًا مع الأفراد والآباء فيما يتعلق بالسياق الاجتماعي للمراهق والأسرة".

(Liddle,2010,p146)

فمجرد أن يتم إنشاء الأساس العلاجي بنجاح مع المراهقين والآباء من خلال التحالفات العلاجية، وشرح برنامج العلاج، وبدء عملية صياغة الأهداف مع الوالدين والمراهق على حدى، وزيادة مشاركة الوالدين مع المراهق، يطلب المعالج التغيير المباشر في العلاقة بين الوالدين والمراهقين.**(Liddle, 2002, p32)**

يتم إجراء تغييرات مباشرة أثناء الجلسة في العلاقة بين الوالدين والمراهق من خلال أسلوب العلاج الأسري البنائي، عادةً ما يتضمن العلاج استنباط موضوعات مهمة في الحياة اليومية للأسرة، في جلسة عائلية، وإعداد و/ أو مساعدة أفراد الأسرة لمناقشة ومحاولة حل المشكلات بطرق جديدة، وتقوم الطريقة بتوجيه وتدريب وتشكيل تفاعلات عائلية إيجابية وبناءة بشكل متزايد. من أجل أن تتضمن المناقشات بين الوالدين والمراهقين حل المشكلات وتحسن العلاقات، ويجب أن يكون الآباء والمراهقون قادرين على التواصل دون إلقاء اللوم المفرط أو الدفاعية أو الاتهامات، ومساعدة المراهقين والآباء على الابتعاد عن المواقف المتطرفة وغير المرنة لأن هذه الإجراءات تخلق حلًا سيئًا للمشكلات، وتجرح المشاعر، وتضعف الدافع والأمل في التغيير، ويقوم المعالجون الماهرون بتوجيه المحادثات داخل الجلسة والتركيز عليها حول الموضوعات المهمة بطريقة حساسة للمريض.**(Liddle,2009, p347-348)**

3- جلسات مع الأسرة:

قد يؤثر العلاج الأسري متعدد الأبعاد على متعاطي المخدرات الشباب من خلال آليات مختلفة. إحدى الآليات التي تؤثر بشكل إيجابي على متعاطي المخدرات الصغار هي التركيز على أنظمة الأسرة، على إعتبار أن للأسرة قدرة على دعم المراهق والتأثير عليه للتغيير نحو السلوك الإيجابي، والتي في هذه الحالة تساوي أسلوب الحياة غير المتعاطي للمخدرات. ترتبط التحسينات في العلاقات الأسرية والسلوك الأسري بتدخلات العلاج الأسري متعدد الأبعاد الذي يركز على تدريب التواصل الأسري والدعم الاجتماعي.**(Rasmussen et al., 2012, p13)**

تبدأ عملية التقييم عادة بإجتماع يشمل الأسرة بأكملها، مما يسمح للمعالج بمراقبة التفاعل الأسري والبدء في تحديد المساهمة التي يقدمها الأفراد في حياة المراهق والظروف الحالية. يتم تقييم التفاعل الأسري بإستخدام كل من استفسارات المعالج المباشرة وملاحظات أثناء جلسات الأسرة، وكذلك المقابلات الفردية مع أفراد الأسرة، حيث يجتمع المعالج بشكل فردي مع المراهق والوالد (الوالدين) وأعضاء آخرين من الأسرة خلال الجلسة الأولى أو الثانية؛ إذ توضح هذه اللقاءات الفردية المنظور الفريد لكل فرد من أفراد الأسرة، ووجهات نظرهم المختلفة للمشاكل الحالية، وكيف سارت الأمور على نحو خاطئ (على سبيل المثال؛العلاقات الأسرية) ، وما الذي يرغبون في رؤيته يتغير مع المراهق وفي الأسرة.**(Liddle et al.,2005, p131)**

على الرغم من أن النجاح في العمل الفردي والتفاعل مع المراهق والوالدين أمر أساسي لتغيير تعاطي المراهقين للمخدرات، يمكن لأفراد الأسرة الآخرين أيضًا أن يكونوا مهمين في عملية التغيير، وبالتالي فإن المعالجين يقومون بتضمين الأشقاء أو الأصدقاء البالغين للآباء أو أفراد الأسرة الممتدة في التقييم والتدخلات. تتم دعوة هؤلاء الأفراد ليكونوا جزءًا من جلسات الأسرة، ويتم عقد اجتماعات معهم بمفردهم وكذلك وفقًا لإرشادات تكوين جلسة العلاج الأسري متعدد الأبعاد. **(Liddle,2009, p348)**

4 – النظم الإجتماعية ذات الصلة:

وتتضمن تقييم التأثيرات خارج الأسرة، إذ يتم جمع المعلومات من جميع المصادر ذات الصلة، ويتم دمج هذه المعلومات مع تقارير المراهقين والأسرة من أجل تجميع أكمل صورة ممكنة عن أداء كل فرد وأداء الأسرة بالنسبة للأنظمة الخارجية والظروف الراهنة.**(Liddle,2009, p345)**

بالتالي يوفر التقييم في العلاج الأسري متعدد الأبعاد خريطة علاجية، توجه المعالجين إلى مكان التدخل في المجالات المتعددة لحياة المراهق. لا تقتصر العملية على تحديد مجالات المشاكل المختلفة والأعراض والاضطرابات المتزامنة، بل تشمل أيضًا عوامل الخطر والحماية في جميع المجالات ذات الصلة، بحيث يمكن استهداف هذه العوامل للتغيير، وهذا من خلال سلسلة من المقابلات الفردية والعائلية، والاجتماعات مع المدرسة، والمحكمة، وغيرهم من المتخصصين في مجال الصحة النفسية، وملاحظات التفاعلات الأسرية الموجهة، يسعى المعالج إلى الإجابة على الأسئلة الهامة حول الأداء في كل مجال، فالتقييم هو عملية مستمرة طوال فترة العلاج، تتكامل باستمرار مع التدخلات لفحص مخطط العلاج وحلها.**(Rasmussen et al., 2012, p13)**

. خاتمة:

يعد العلاج الأسري متعدد الأبعاد علاجا عائليا تم التحقق منه تجريبياً لتعاطي المخدرات والجنوح لدى المراهقين، حيث اعتمدت أفكاره الأساسية أولاً على العلاج الأسري، ومفاهيم الأنظمة وعلم نفس الأسرة، ومجالات أخرى من علم النفس بما في ذلك المجتمع، والتقاليد المعرفية، والسلوكية، تميز هذا العلاج بالأسلوب الشمولي في معالجة المراهق الذي يعاني من مشاكل تعاطي المخدرات، فهو في مبادئه العلاجية لا يركز على المراهق فقط، بل يمتد إلى علاقة هذا الأخير مع والديه وأسرته ومحيطه الإجتماعي الذي يتفاعل فيه ومع أفراده، ولهذا أثبت هذا العلاج فعاليته وشموليته في علاج المراهقين المتعاطين للمخدرات، فتعاطي المخدرات يؤثر على علاقات المراهقين مع والديهم وأفراد أسرهم وأصدقائهم، فبدلا أن يكون هؤلاء طرفا في النزاع مع المراهق، قد يكونون طرفا في حل مشكلته مع التعاطي ومساعدته على تجاوز ذلك حسب مبادئ هذا العلاج، فبالنظر إلى مبادئ هذا العلاج الممثلة في هذه الورقة ومراحله ومفاهيم التدخل فيه، نجد بأن هذا العلاج يقوم في حقيقته على هدفين رئيسيين يتعلقان بعلاقات المراهقين داخل وخارج نظام الأسرة هما؛ مساعدتهم على تكوين علاقات قوية وجيدة ومناسبة مع أفراد أسرهم، بما في ذلك الوالدين والأشقاء، أما خارج الأسرة، فالهدف من العلاج هو مساعدة المراهقين على تكوين علاقات قوية والناجحة في أنظمة أخرى خارج المجموعة العائلية، كمجموعة الأصدقاء، وشبكات الدعم الاجتماعي الأخرى.

وبالتالي نقترح في الأخير حرص الأخصائيين النفسانيين على وضع نشرات إعلامية توعية تؤكد على أن الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات هي مسؤولية الأسرة، وتفعيل برامج تثقيفية للأسرة مرافقة للبرامج العلاجية النفسية للمدمنين توعيهم بالتداعيات النفسية للإدمان عند المراهق ودورهم في علاجه.

ضرورة إجراء تربصات وتكوينات تدريبية للأخصائيين النفسانيين حول هذا العلاج حتى يتم إعتماده في مراكز الإدمان وتعاطي المخدرات.

. قائمة المراجع

Austin, A. M., Macgowan, M. J., & Wagner, E. F. (2005). ***Effective family-based interventions for adolescents with substance use problems: A systematic review****. Research on Social Work Practice,15, 67–83.*

Bonnaire, C. (2016). ***Thérapie familiale multidimensionnelle: conceptualisation du cas en termes de facteurs de risque et de facteurs protecteurs****. Therapie Familiale, 37(4), 387-406.*

Dakof, G. (s.d). ***Introduction to Multidimensional family therapy (MDFT) An Evidence Based Program.*** *[PowerPoint slides]. https://slideplayer.com/slide/12832137/*

Das, J. K., Salam, R. A., Arshad, A., Finkelstein, Y., & Bhutta, Z. A. (2016). ***Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews****. Journal of Adolescent Health, 59(4), S61-S75.*

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2014). ***Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review****. Luxembourg: Publications Office of the European Union.*

Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E., & Liddle, H. A. (2010). ***Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials****. Journal of consulting and clinical psychology, 78(6), 885.*

Horigian, V. E., Anderson, A. R., & Szapocznik, J. (2016). ***Family-based treatments for adolescent substance use****. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 25(4), 603-628.*

Jhanjee, S. (2014). ***Evidence based psychosocial interventions in substance use****. Indian journal of psychological medicine, 36(2), 112-118.*

Liddle, H. A. (2002). ***Multidimensional Family Therapy for Adolescent Cannabis Users, Cannabis Youth Treatment (CYT) Series****, Volume 5.*

Liddle, H. A. (2009). ***Multidimensional Family Therapy: A Science-Based Treatment System for Adolescent Drug Abuse.*** *The Wiley-Blackwell Handbook of Family Psychology, 341-353.*

Liddle, H. A. (2010). ***Multidimensional family therapy: A science-based treatment system****. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 31(2), 133-148.*

Liddle, H. A. (2010). ***Treating adolescent substance abuse using multidimensional family therapy****. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 2, 416-434.*

Liddle, H. A., Dakof, G. A., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). ***Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial****. The American journal of drug and alcohol abuse, 27(4), 651-688.*

Liddle, H. A., Rodriguez, R. A., Dakof, G. A., Kanzki, E., & Marvel, F. A. (2005). ***Multidimensional family therapy: A science-based treatment for adolescent drug abuse****. Handbook of clinical family therapy, 128-163.*

Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Ungaro, R. A., & Henderson, C. E. (2004). ***Early intervention for adolescent substance abuse: pretreatment to posttreatment outcomes of a randomized clinical trial comparing multidimensional family therapy and peer group treatment****. Journal of psychoactive drugs, 36(1), 49-63.*

National Institute of Justice. (2012). ***Program Profile: Multidimensional Family Therapy (MDFT)****.* *https://crimesolutions.ojp.gov/ratedprograms/267*

Nielsen, P., Christensen, M., Henderson, C., Liddle, H. A., Croquette-Krokar, M., Favez, N., & Rigter, H. (2021). ***Multidimensional family therapy reduces problematic gaming in adolescents: A randomised controlled trial****. Journal of behavioral addictions, 10(2), 234-243.*

Rasmussen, P. S., Lindstrøm, M., Kowalski, K., Filges, T., & Jørgensen, A. M. K. (2012). ***PROTOCOL: Multidimensional Family Therapy (MDFT) for young people in treatment for non-opioid drug use****. Campbell Systematic Reviews, 8(1), 1-63.*

Rowe, C. L. (2010). ***Multidimensional family therapy: addressing co-occurring substance abuse and other problems among adolescents with comprehensive family-based treatment****. Child and Adolescent Psychiatric Clinics, 19(3), 563-576.*

Sussman, S., Skara, S., & Ames, S. L. (2008). ***Substance abuse among adolescents****. Substance use & misuse, 43(12-13), 1802-1828.*