

## Brief Strategy Family Therapy from Theory to Practice: Generating Evidence through Scientific Articles

Latifah Ahmed Almulhim

College of Education || King Faisal University || KSA

**Abstract:** Brief Strategy Family Therapy (BSFT) is an award-winning, evidence-based program that has been listed by SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services since 2008. which is used to overcome some behavioral problems such as bullying; Take drugs; socially unacceptable behavior; school truancy. It is an intervention based on a program designed around the effective role of the family to reduce behavioral problems. The main aim of it, is the restructuring of the family and its relations with each other. It is a short-term, structured, and practical approach that addresses the behavioral problems of children and adolescents. Specifically targets children and adolescents between the ages of 6 and 18, who are at risk for behavioral problems, including substance abuse. Its importance is that it is the only model that is strongly categorized into the three categories: mental health insurance; overcoming the problem of drug abuse; Strengthening pedagogical parenting skills at home. While the Arab studies did not address Brief Strategy Family Therapy as an evidence-based program and intervention, to the knowledge of the researcher. The researcher considered it important to review a summary of this intervention, its objectives, steps, and other studies that dealt with Brief Strategic Family Therapy. Noting the extent to which it can be applied in the Kingdom of Saudi Arabia while presenting a vision that puts theoretical information into practice. This is in addition to presenting suggestions that guide future Arab research for the application of Brief Strategic Family Therapy in Kingdom of Saudi Arabia and Arab countries.

**Keywords:** Emotional or Behavioral Disorders, Brief Strategy Family Therapy, Evidence Based Practices.

## العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة من حيز النظرية إلى التطبيق: توليد الأدلة عبر الدراسات العلمية

لطيفة أحمد الملحم

كلية التربية || جامعة الملك فيصل || المملكة العربية السعودية

**المستخلص:** العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة (BSFT: Brief Strategy Family Therapy) هو أحد البرامج التي أدرجت من قبل منظمة خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services منذ عام 2008، من ضمن البرامج القائمة على الأدلة الحائزة على جوائز. والتي تُستخدم للتغلب على بعض المشكلات السلوكية كالتنمر؛ تعاطي المخدرات؛ السلوكيات الغير مقبولة اجتماعياً؛ التغيب عن المدرسة. وهو تدخل يركز على برنامج مصمم يتمحور حول دور الأسرة الفعال للحد من المشكلات السلوكية. وفي صميمه يتعلق بإعادة هيكلة الأسرة وعلاقتها ببعضها البعض. وهو نهج قصير المدى منظم وعملي يعالج المشكلات السلوكية للأطفال والمراهقين. يستهدف بشكل محدد الأطفال والمراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6 و18 سنة، المعرضين لخطر المشاكل السلوكية، بما في ذلك تعاطي المخدرات. وتبرز أهميته في أنه هو النموذج الوحيد المصنف بقوة في الفئات الثلاث: ضمان الصحة العقلية؛ التغلب على مشكلة تعاطي المخدرات؛ تعزيز المهارات الوالدية التربوية في المنزل. وفي حين أنه لم تتناول الدراسات العربية العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة كبرنامج وتدخل قائم على الأدلة على حد علم الباحثة. فقد ارتأت الباحثة من الأهمية بمكان أن

تستعرض موجز عن هذا التدخل، أهدافه، خطواته، الدراسات الأجنبية التي تناولت العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. والتنويه إلى مدى إمكانية تطبيقه في المملكة العربية السعودية، مع تقديم تصور يضع المعلومات النظرية في حيز التنفيذ. هذا بالإضافة إلى تقديم اقتراحات توجه الأبحاث المستقبلية العربية لتطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة في المملكة العربية السعودية والدول العربية. الكلمات المفتاحية: الاضطرابات السلوكية والانفعالية، العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، الممارسات المبنية على الأدلة.

## المقدمة.

الأسرة هي اللبنة الأساسية في المجتمع، ولها السبق في التأثير في شخصية الفرد وسلوكه وقيمه، خصوصاً في سنوات الطفولة المبكرة (أبو الفتوح، 2017). وهي من أهم المؤسسات التربوية التي تنمي البعد المعرفي والسلوكي في تنشئة الأبناء. حيث تتميز الأسر التي تتمتع بالدفع العاطفي بأنها تيسر عملية التعليم والتعلم، وتحد من ظهور المشكلات السلوكية (أبو الفتوح، 2017). وأحد المآزق التربوية التي تقع فيها الأسر، تحميلها كل ما يرتكبه أبنائها من أخطاء. وقد يكون السبب في ذلك أن معلوماتها التربوية مشوشة ومضطربة وقيمتها متذبذبة، مما ينعكس بشكل سلبي على سلوكيات أبنائها. وهذا يؤكد مرة أخرى على دور الأسرة التربوي وديناميكيته وتفاعلاتها، على بناء شخصية الطفل الفاعلة، المتوازنة، القادرة على الاندماج في المجتمع (بويحيى، 2018).

وبالحديث عن أهمية دور الأسرة، وفي نظرة فاحصة للمملكة العربية السعودية. فيما يتعلق بدور الأسرة في العملية التربوية. نجد أن الضغوط والأعراف الاجتماعية لا تشجع الأسر على المشاركة في القرارات التربوية المهمة التي تتعلق بأطفالهم من ذوي الإعاقة (Dubis & Bernadowski, 2015). وأن مشاركة الأسر محدودة (Almalki et al., 2021). وقد يكون ذلك ناتجاً عن شعورهم بالعار والوصمة (Dubis & Bernadowski, 2015). وقد كشفت دراسة حسين وآخرون (2018) أن أسر الأفراد ذوي الإعاقة تعاني من العديد من المشكلات الاجتماعية والتي تتمثل في الوصمة والعزلة الاجتماعية. إذ أن 54% من عينة الدراسة التي استهدفت أسر الأفراد ذوي الإعاقة، كشفت أن هذه الأسر تشعر بالوصمة تجاه أطفالهم من ذوي الإعاقة. خصوصاً في ظل وجود بعض المشكلات السلوكية والعنف الصادر من أطفالهم من ذوي الإعاقة. بالإضافة إلى العزلة وتجنب حضور الأسرة لبعض المواقف الاجتماعية، نتيماً عن بعض التعليقات السخيفة من الآخرين نحو تصرفات طفلهم من ذوي الإعاقة.

وحتى تستطيع الأسرة مواجهة التحديات التي يفرضها وجود أطفال لديهم مشكلات سلوكية، فإن ذلك يجعلها بحاجة إلى المزيد المساعدة والدعم. وذلك بهدف تمكينها من مواجهة تلك التحديات، والاستفادة مما يمكن أن يقدمه المجتمع عبر مؤسساته من خدمات (أحمد، 2017). وتنعكس العلاقة الإيجابية بين المنزل والمدرسة كأحد مؤسسات المجتمع مع تقدم الأطفال ذوي الإعاقة في حياتهم، وزيادة تحصيلهم الأكاديمي (Almalki et al., 2021). ولما تبينت الدول المتقدمة الدور الفاعل للأسرة، شكل العمل مع الأسر أحد الأسس الهامة في تقديم الخدمات التربوية للأفراد من ذوي الإعاقة (Dubis & Bernadowski, 2015). ومن هذا المنطلق اهتمت الباحثة بأن تركز على العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، وهو برنامج وتدخل قائم على الأدلة (Szapocznik & Hervis, 2020). هو أحد البرامج التي أدرجت من قبل منظمة خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات SAMHSA - Substance Abuse and Mental Health Services منذ عام 2008 (Grove & Kasinetz, 2014). تم تقييمه على نطاق واسع لأكثر من 45 عاماً. وهو فعال لتقييم وتشخيص أنماط سوء التكيف في التفاعلات الأسرية، وتغييرها للوصول إلى التكيف الفعال مما يحد من المشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين من ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (Szapocznik & Hervis, 2020).

### نبذة تاريخية عن العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

تأسس مركز دراسات الأسرة في عام 1972 كمركز إسباني للإرشاد الأسري لتطوير فهم لمشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب الكوبي في ميامي. إذ كان يبدو أن هؤلاء الشباب وعائلاتهم قد أصبحوا أعداء حول صراع ذو نكهة ثقافية: أمريكا مقابل الإسبانية. ولقد بدأ العمل بالعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة على يد د. سزابوكنيك ود. هيرفيس، إذ أدركا أن السلوكيات المشكلة تحدث في سياق العائلات المهاجرة من أصل إسباني التي كانت منغمسة في الثقافة السائدة. كان نهجهما في هذا التحدي المبكر متسقاً مع حركة داخل علم النفس تشير إلى أن السلوك يمكن فهمه بشكل أفضل في السياق الاجتماعي الذي يحدث فيه (Szapocznik & Williams, 2000; McLendon et al., 2007; Szapocznik et al., 2015). وتتهم وجهة النظر السياقية هذه بالتفاعل بين الكائن الحي وبيئته (Williams, 2007; Szapocznik et al., 2015). ولقد اعتمدا إطاراً يدرسون فيه أنظمة الأسرة وهيكلها، واستخدام تدخل يتسق مع خصائص السكان المستهدفين وثقافتهم. وحاولا علاج التحديات النفسية والاجتماعية التي كانوا يواجهونها، من خلال ملاحظة التفاعلات الأسرية. اعتمدا أيضاً في تركيزهما على السلوك ونتائج السلوك والتفاعل بينهما. وفي الآونة الأخيرة، اتسع التركيز السياقي في العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة إلى ما وراء الأسرة وأصبح الاهتمام مركز بشكل أكبر على تأثير الأنظمة الأخرى (على سبيل المثال، المدرسة، الأقران، المجتمع) على الطفل والمراهق (Szapocznik & Williams, 2000; McLendon et al., 2007).

وذلك بناء على وجهة نظر مفادها أن الأسرة هي حجر الأساس بالنسبة للطفل، بالتالي لا بد من استهداف التفاعلات العائلية الأساسية. وفي ظل تلك المؤشرات فالأسرة هدف أساسي للتدخل، لأنها تلعب دوراً محورياً في تطور مشاكل السلوك (Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2013; Szapocznik et al., 2015; Szapocznik & Hervis, 2020). لأنه نادراً ما تظهر هذه المشكلات السلوكية بمعزل عن غيرها. إذ تحدث هذه المشكلات في مجموعات قد تتضمن العديد من السلوكيات التي تنطوي على مشاكل، مثل التغيب عن المدرسة؛ والتخريب؛ ومشاركة العصابات؛ والارتباط مع الأقران المنحرفين؛ والصراع مع الوالدين؛ وضعف الأداء الأكاديمي؛ والحضور؛ والعنف؛ وتعاطي المخدرات؛ والسلوكيات الجنسية الخطرة؛ والانحراف. غالباً ما يتسبب انتشار المشكلات السلوكية عبر بيئات متعددة في معاناة كبيرة للأباء وموظفي المدرسة والمجتمع ككل (Szapocznik & Williams, 2000; Horigian et al., 2004; Szapocznik et al., 2012; Szapocznik et al., 2013; Szapocznik et al., 2015). ويتفاهم التحدي الذي يواجهه مستشاري الصحة العقلية من خلال حقيقة أن المشكلات السلوكية تحدث غالباً في سياقات الاضطراب العائلي والاجتماعي الشديد. ولهذا السبب تم تصميم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة خصيصاً لتزويد العائلات بالأدوات اللازمة للتغلب على مشاكل سلوك المراهقين والخلل الوظيفي الأسري الذي غالباً ما يصاحب مشاكل الأطفال والمراهقين ذوي السلوك المضطرب. من خلال: التدخلات المركزة لتصحيح أنماط سوء التكيف للتفاعل الأسري؛ واستراتيجيات بناء المهارات لتقوية العلاقات الأسرية (Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2012; Szapocznik et al., 2015).

ولأن الأسرة هي السياق الأقرب والأكثر تأثيراً على نمو الطفل. ينظر العلاج الاستراتيجي الموجز إلى الأسرة باعتبارها القوة الأساسية التي تشكل الطريقة التي يفكر ويشعر ويتصرف بها الطفل. وأن هذه العلاقات الأسرية قد تنبئ بتعاطي المخدرات والسلوكيات المعادية للمجتمع ذات الصلة. تظهر الأبحاث أيضاً، أن تعاطي المخدرات والمشاكل السلوكية لدى المراهقين يمكن أن تتغير نتيجة للتغيرات في العلاقات الأسرية. وبالتالي يُعتقد أن العلاقات الأسرية تلعب دوراً محورياً في تطور و / أو الحفاظ على مشاكل السلوك، وبالتالي فهي هدف أساسي للتدخل (Szapocznik & Williams, 2000; Briones et al., 2008; McLendon et al., 2007; Szapocznik et al., 2013; Szapocznik et al., 2015).

(2015). تتضمن بعض مشكلات التفاعل الأسري التي تم تحديدها على أنها مرتبطة بالمشكلات السلوكية لدى الأطفال والمراهقين: سيطرة الوالدين؛ ضعف جودة التواصل بين الوالدين والطفل؛ عدم وجود قواعد سلوكية وعواقب واضحة؛ عدم الاتساق بين الوالدين في تطبيق القواعد والعواقب؛ عدم الإشراف أو المراقبة الوالدين؛ الترابط الضعيف بين الوالدين والطفل؛ ضعف التماسك الأسري؛ ضعف التنشئة وقلّة والتوجيه (Szapocznik et al., 2013; Szapocznik & Hervis, 2020).

ومن خلال العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة تعتبر الأسرة نفسها جزء من نظام اجتماعي أكبر، فكما أن الأطفال يتأثرون بأسرهم فإن الأسرة تتأثر بالنظام الاجتماعي الأكبر الذي توجد فيه. فلا بد أيضا من فهم التأثير المباشر للأقران والمدرسة والتي على تطور المشكلات السلوكية للأطفال. في العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، يشمل هذا الاهتمام بالسياق الاجتماعي أيضًا اهتمامًا بعلاقات الوالدين مع أقران أطفالهم والمدارس والأحياء بالإضافة إلى التركيز على العلاقات الفريدة بين الآباء والأفراد وأنظمة الدعم خارج الأسرة (على سبيل المثال، العمل، مدمنو الكحول المجهولون) (Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2013; Szapocznik et al., 2015). فالعائلات تدخل العلاج الاستراتيجي الموجز بشبكات النظامية الطبيعية غير الرسمية. تشمل الأمثلة الأكثر شيوعًا لهذه الشبكات الطبيعية الأصدقاء وأفراد الأسرة الممتدة والمدارس والعمل. من المتوقع أن يقوم أخصائيو العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة بفحص هذه الشبكات لتحديد المشاكل المحتملة أو مجالات القوة التي يمكن الاستفادة منها في العلاج (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2015). وعلى غرار فلسفة اللامركزية، فالفكرة هي أنه من المرجح أن تحافظ الأسرة على تغييرات إيجابية إذا تضمنت التغييرات أنظمة ستستمر في التفاعل عندما لا يعود الأخصائي (أو الخدمات الاجتماعية) منخرطًا مع الأسرة. كما يعترف العلاج الاستراتيجي الموجز بتأثير العوامل الثقافية في تطوير مشاكل السلوك والحفاظ عليها. على سبيل المثال، عندما يتعرض الوالدان للتمييز في طفولتهما، فقد يؤثر ذلك على أدوار الأبوة والأمومة تجاه أطفالهم. وعندما يتعرض الأطفال للتمييز، فقد يؤثر ذلك على تقييمهم لوالديهم وعلى أساليبهم الوالدية تجاه أبنائهم في المستقبل (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2002).

#### الأهداف المرجوة من العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

تنقسم أهداف العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة كبرنامج وتدخل مبني على الأدلة (BSFT: Brief Strategy Family Therapy) إلى قسمين، أهداف مرجو تحقيقها للأطفال والشباب المراهقين، وأهداف مرجو تحقيقها للأسرة (US department of health and human services, 2011; CEBC, 2014):

#### للأطفال / الشباب المراهقين:

يقلل العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة من مشاكل السلوك مع تحسين ضبط النفس للأطفال والمراهقين؛ كما يساهم في تقليل ارتباطهم مع أقرانهم المعادين للمجتمع؛ والتقليل من تعاطيهم المخدرات؛ وتطوير سلوكيات الأطفال والمراهقين الاجتماعية الإيجابية (Szapocznik et al., 2012; US department of health and human services, 2011; CEBC, 2014).

#### للأسرة:

العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة يحسن الأنماط الغير متكيفة من التفاعلات الأسرية (أداء الأسرة)؛ يحسن من مهارات التواصل الأسري وحل النزاعات وحل المشكلات؛ كما أنه يحسن من الترابط الأسري والتعاون والصلة بين

الطفل والأسرة؛ يحسن من مهارات الأبوة والأمومة الفعالة؛ بما في ذلك الإدارة الناجحة لسلوك الأطفال والمراهقين؛ والتأثير الإيجابي على التفاعلات بين الوالدين والطفل (Santisteban et al., 2006; US department of health and human services, 2011; Szapocznik et al., 2012; CEBC, 2014).

يهدف العلاج الاستراتيجي الموجز بشكل أساسي الحفاظ على الأسرة. أي بدلاً من إخراج الطفل أو المراهق ذو المشكلات السلوكية من الأسرة أو حث أفراد الأسرة على مغادرة المنزل، يجب أن يكون التركيز على تغيير ديناميكيات الأسرة ما أمكن. وضمن هذا النهج للحفاظ على الأسرة، يجب تحديد هدفين: أولاً: القضاء على السلوكيات المشككة لدى الأطفال والمراهقين أو الحد منها، مثل تعاطي المخدرات والسلوكيات الأخرى التي تنطوي على مخاطر، والمعروفة باسم "الأعراض"؛ ثانياً: تغيير التفاعلات الأسرية المرتبطة بالسلوكيات المشككة لدى الأطفال والمراهقين، والمعروفة باسم "التفاعلات المستهدفة بالتغيير". مثال على التفاعلات المستهدفة بالتغيير، يحدث عندما يوجه أحد الوالدين غضبه نحو الأطفال والمراهقين الذين يظهرون السلوك الإشكالي. بالتالي فإن سلبية الوالدين في هذا الموقف تجاه الطفل والمراهق، تؤدي إلى زيادة السلوكيات الإشكالية لدى الأطفال والمراهقين. وكنتيجة لذلك تزيد هذه السلوكيات المشككة للطفل والمراهق من سلبية الوالدين على مستوى أنظمة الأسرة (Robbins et al., 2008; Szapocznik et al., 2012). هنا لا بد أن يتدخل أخصائي العلاج الاستراتيجي الموجز لتغيير الطريقة التي يتصرف بها أفراد الأسرة تجاه بعضهم البعض. وذلك لقطع دورة السلبية بين التفاعلات الأسرية والسلوك المشكك للأطفال والمراهقين. سيحدث هذا أفراد الأسرة على التحدث والتصرف بطرق تعزز تفاعلات أسرية أكثر دعمًا، والتي بدورها ستجعل من الممكن للأطفال والمراهقين من التقليل أو الحد من مشكلاتهم السلوكية (Szapocznik et al., 2012).

### العلاج الاستراتيجي الموجز والمشكلات الأكثر خطورة

كما تمت مراجعة العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة لمعالجة مشكلات أكثر خطورة، إذ تم وصفه كعلاج لعدد من عوامل الخطر التي جلبها الأسر والشباب في ميامي بحسب (Robbins & Szapocznik, 2000):

#### أ- التخفيف من عوامل خطر الهجرة:

تخلق عملية الهجرة مشاكل تحتاج إلى علاج. على سبيل المثال، تهاجر العديد من العائلات على مراحل؛ إذ يأتي أحد الوالدين، عادة الأم، إلى الولايات المتحدة بمفردها لتأسيس مكان للعائلة. ثم يتم إحضار الأطفال إلى هذا البلد. بالنسبة للعديد من العائلات، هذه العملية مطولة، ويتم فصلهم لسنوات عديدة. علاوة على ذلك، غالبًا ما تفشل عملية لم الشمل في تلبية توقعات أفراد الأسرة. غالبًا ما يصاب الأطفال بخيبة أمل عند وصولهم إلى الولايات المتحدة ويرون أنهم يعيشون في مجتمع فقير وخطير داخل المدينة. وبالمثل، غالبًا ما يشعر الآباء بخيبة أمل عندما يواجهون أطفالًا غاضبين ومنفصلين عاطفيًا. نتيجة لذلك، غالبًا ما يتضمن العلاج محاولة إعادة الروابط بين الوالدين والطفل وإنشاء هياكل أسرية جديدة تشمل الوالد المنفصل عن الأسرة (Robbins & Szapocznik, 2000; Santisteban et al., 2006).

#### ب- الصراعات العائلية الكبيرة:

الصراع الشديد والمستمر هو سمة مشتركة لعائلات الشباب الذين يعانون من مشاكل سلوكية. تتداخل المستويات العالية من الصراع مع قدرة الوالدين على حل المشكلات والتواصل بشكل فعال وتنشئة أطفالهم وتوجيههم. يركز العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة على تقييم أسلوب حل النزاع للأسرة، وتطوير تدخلات محددة لمساعدة العائلات على التفاوض وإعادة حل خلافاتهم بشكل أكثر فعالية (Robbins & Szapocznik, 2000).

### ج- مشاكل وصراعات الأحياء:

لا يمكن تجاهل التأثير القوي للأحياء ذات الظروف القاسية والمتهورة على الشباب ساكنيها. إذ تظهر لدى هؤلاء الشباب العديد من المشكلات السلوكية. وفي الواقع، تظهر الأدلة أن التغييرات الإيجابية التي تم إجراؤها في العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة غالبًا ما كانت لشباب نشأوا في ظروف قاسية ومتهورة في وسط المدينة. نتيجة لذلك، توسع هذه الاستراتيجية من العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، لتشمل العلاقة بين العائلات والأنظمة المتعددة التي تؤثر على الأطفال والشباب (Robbins & Szapocznik, 2000).

### الفئة المستهدفة من العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

يستهدف العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، الأطفال والمراهقين المشخصين باضطرابات سلوكية أو انفعالية، أو المعرضين لخطر التشخيص بالاضطرابات السلوكية والانفعالية. تم تقييمه على نطاق واسع لأكثر من 45 عاما في الولايات المتحدة الأمريكية (Szapocznik & Hervis, 2020). يتم تقديمه كتدخل علاجي ضمن برنامج في إطار الممارسات المبنية على الأدلة، أو كتدخل وقائي مبكر من الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (Robbins et al., 2002; Szapocznik & Hervis, 2020). كما أن المشكلات النموذجية التي يستهدفها العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، يعكس حقيقة أنه مصمم ليس فقط لعلاج المراهقين الذين يتعاطون المخدرات (Santisteban et al., 2006; Robbins et al., 2010). ولكن أيضًا يعالج الأطفال والشباب ذوي المشكلات السلوكية الأخرى، بما في ذلك الافتقار إلى الترابط المدرسي وقلة التحصيل؛ والتحدي المعارض؛ والعدوان؛ والانحراف؛ والسلوك الجنسي المحفوف بالمخاطر؛ والابتعاد عن الأنشطة المؤيدة للمجتمع (Szapocznik et al., 2003; Briones et al., 2008). لدى الأطفال والشباب من عمر ست سنوات إلى ثمانية عشر سنة (Robbins et al., 2002; Nickel et al., 2006; US department of health and human services, 2011; CEBC, 2014). على الرغم من أن تركيز العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة هو معالجة تعاطي المخدرات والمشاكل السلوكية ذات الصلة. يقوم الأخصائيون كذلك بالعمل بشكل علائقي مع العائلة بأكملها. أي أن العلاقات الأسرية مستهدفة للتغيير بدلاً من المشاكل الفردية (Robbins et al., 2002; Nickel et al., 2006; Briones et al., 2008; Robbins et al., 2011; Szapocznik & Hervis, 2020).

### كيف يحصل المستفيدين على العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة هو تدخل داخلي قصير المدى يركز على المشكلة. يستغرق متوسط العلاج ما يقرب من 12-16 جلسة ويستمر حوالي ثلاث أشهر إلى أربع أشهر. بالنسبة للحالات الأكثر شدة، مثل المراهقين الذين يتعاطون المخدرات، يمكن مضاعفة متوسط عدد الجلسات ومدة العلاج. وقد يستمر العلاج حتى تحقق الأسرة تغييرات في المعايير السلوكية الرئيسية حتى وإن تجاوزت عدد الجلسات المحدد (Robbins et al., 2002; Robbins et al., 2011; Szapocznik et al., 2012; Farrell et al., 2015; Horigian et al., 2016; Szapocznik & Hervis, 2020). معدل يتراوح من (8-24) جلسة، يتم تقديمها عاد مرة واحدة في الأسبوع لمدة ساعة إلى ساعة ونصف على مدار أربع أشهر (Horigian et al., 2016). قد يعمل أخصائيو العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة في العيادة مع الأطفال الذين يعانون من مشاكل واضطرابات السلوك. كما يمكن أن يقدم العلاج للمراهقين الذين يتعاطون المخدرات وأسرههم في المنزل أو المجتمع. إن الانتقال إلى العلاج المنزلي ينتج عن عدة عوامل. فقد يتعامل الأخصائيون مع العائلات غير المنظمة و / أو غير المهيأة لحضور الجلسات، أو العائلات التي تفتقر إلى الموارد اللازمة (مثل وسائل المواصلات والمال)

للوصول إلى المكتب. بالتالي يكون المنزل ضروريًا ومناسبًا للحالات الأكثر خطورة (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2002).

يفترض العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة أن أنماط التفاعل في الأسرة مرتبطة ارتباطًا مباشرًا بالمشكلات السلوكية. فبدلاً من التركيز ببساطة على ما يحدث في الأسرة (على سبيل المثال: ما قاله الأب عندما صرخ على الأطفال). يركز العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة على كيفية حدوث التفاعلات (على سبيل المثال: من شارك في النزاع عندما حدث؛ من رد على من؛ ما سبق وتبع الحادثة). أيضاً التنبه إلى الرسائل التي يتم توصيلها من خلال طبيعة التفاعلات أو أسلوب الاتصال. بما في ذلك كل ما يتم توصيله بشكل غير لفظي، مثل: العواطف، نبرة الصوت، والعلاقات كما أنه يحاول تضمين العائلة بأكملها في العلاج (Robbins et al., 2002). إذ يحاول الأخصائيون إشراك أفراد الأسرة المترددين، لا سيما خلال المرحلة المبكرة من العلاج. وتعتمد الفلسفة الأساسية للعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، على أن أخصائيو العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة سيكونون قادرين على فهم مشاكل الأسرة ومعالجة مشاكل سلوك الشباب بشكل أكثر فعالية إذا نظروا إلى أنماط التفاعل المباشرة في الأسرة (Robbins & Szapocznik, 2000).

هدف الأخصائي هو الدخول والخروج من التفاعلات الأسرية، وخلق الفرص في الجلسة التي من شأنها دفع تفاعلات الأسرة في اتجاه جديد أكثر إيجابية. ثم ينتقل الأخصائي بعد فترة وجيزة إلى دور مركزي ويتحرك بسرعة للخروج منه. من الناحية المثالية، عندما يغادر الأخصائي نظام الأسرة، ستكون الأسرة قادرة على الاستجابة بشكل إيجابي للتحديات الداخلية والخارجية. يُسمح بالاستثناءات عند حدوث أزمات أو عندما تنشأ مواقف تتطلب تدخلاً خبيراً (على سبيل المثال، الأفكار أو السلوكيات الانتحارية، والعنف / سوء المعاملة الأسري (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2002; Farrell et al., 2015).

يتم تشجيع الأخصائيين على أن يظلوا لا مركزيين في العلاج، لأن التغييرات الإيجابية التي تحدث في العلاج من المرجح أن تستمر بعد العلاج إذا نشأت التغييرات وقُبلت من قبل الأسرة. تنعكس هذه الفلسفة في الموقف القائل بأن الأخصائيين عندما يتركون النظام، يمكن للعائلة الاستمرار في الاستجابة بشكل تكيفي للتحديات الداخلية والخارجية. بالطبع، يُسمح بالاستثناءات عندما تحدث أزمات أو عندما تفتقد العائلات مهاراتها بشكل كبير. ولكن حتى في هذه الظروف، ينتقل الأخصائي لفترة وجيزة إلى دوره المركزي من جديد لمساعدة الأسرة على تطوير مجموعة جديدة من المهارات (Robbins et al., 2002). لا بد أن يكون لدى الأخصائي في العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة ثلاثة أهداف رئيسية: القضاء على المشكلة الأسرية أو تقليصها إلى حيث لا يعود السلوك يمثل مشكلة بالنسبة للأسرة؛ زيادة الإلتقان لإدارة الحياة الأسرية بكفاءة؛ تحسين أداء الأسرة من خلال تصحيح أنماط التفاعل بطرق تسمح للعائلة بتقليل السلبية المزمنة الناتجة عن النزاعات التي لم يتم حلها؛ وزيادة شعور أفراد الأسرة بالانتماء والتماسك؛ وتحسين قدرة أفراد الأسرة على التعاون في الأبوة والأمومة وغيرها من جوانب الحياة العائلية. في النهاية، هدف العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة هو تحويل التفاعلات العائلية من الصراع إلى التعاون، من الغضب إلى الحب، من السلبية إلى الإيجابية (Robbins & Szapocznik, 2000; Szapocznik et al., 2015; Horigian et al., 2016; Szapocznik & Hervis, 2020).

#### خطوات تنفيذ العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

يحتوي العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة على ثلاث مكونات رئيسية: 1- "الانضمام" و 2- "التشخيص" و 3- "إعادة الهيكلة" (Robbins & Szapocznik, 2000; Szapocznik & Williams, 2000; Robbins et al., 2002).

(Szapocznik et al., 2003; Horigian et al., 2004; Lindstrøm et al, 2013; Horigian et al., 2016) العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة هو نهج مرن يمكن استخدامه مع مجموعة واسعة من العائلات، على سبيل المثال: الأسر ذات الوالدين، والأسر التي يغيب فيها أحد الوالدين، والأسرة ذات التبني، والأسر متعددة الأجيال. في مجموعة متنوعة من الأماكن على سبيل المثال: عيادات الصحة العقلية، المكاتب التي تقدم برامج لعلاج سوء المعاملة، وغيرها من أماكن الخدمة الاجتماعية. كما يمكن أن يقدم العلاج الاستراتيجي الموجز ضمن مجموعة متنوعة من طرق العلاج، على سبيل المثال: كتدخل أولي للمرضى الخارجيين، بالاقتران مع العلاج الدوائي، كخدمة رعاية لاحقة / رعاية مستمرة للعلاج النفسي، والحفاظ على الأسرة أو لم شملها. علاوة على ذلك، فإن نهج العلاج الاستراتيجي الموجز قابل للتطبيق عبر العديد من المجموعات العرقية / الثقافية (Szapocznik et al., 2012).

#### الانضمام:

الانضمام هو عملية إشراك الشباب وأفراد الأسرة في العلاج من خلال إقامة علاقة علاجية جيدة. يحدث الانضمام على المستوى الفردي (يقيم الأخصائي علاقة مع كل فرد من أفراد الأسرة). وعلى مستوى الأسرة (ينضم الأخصائي إلى نظام الأسرة لإنشاء نظام علاجي جديد من خلال تواجده كعضو مؤقت في الأسرة). من خلال التعرف على أنماط التفاعل المميزة للأسرة واحترامها والحفاظ عليها. يحاول الأخصائي إقامة تحالف مع أفراد الأسرة كل على حدة، والأسرة ككل (Robbins & Szapocznik, 2000; Szapocznik & Williams, 2000; Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2012; Lindstrøm et al, 2013).

#### التشخيص:

يركز العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة على تحديد العلاقات الأسرية غير الملائمة، وحدود الأسرة، وأنماط التفاعل غير القادرة على التكيف. قبل التشخيص، يجب أن يخلق الأخصائيون سياقاً علاجياً يكون فيه أفراد الأسرة أحراراً في التفاعل بأسلوبهم الطبيعي (Horigian et al., 2004; Horigian et al., 2016). تسمح هذه المرحلة للأخصائي بمراقبة سلوك الأسرة مباشرة، والتشخيص على هذا الأساس. سيكشف "تشخيص" التحالفات والحدود والأنماط كيف تساهم خصائص التفاعلات الأسرية في الصعوبات التي تواجهها الأسرة. يشمل التشخيص رؤية أنماط التفاعل الأسري وتأثيرها على مشاكل الشباب في سياقها الطبيعي (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2012; Lindstrøm et al, 2013; Horigian et al., 2016).

#### إعادة الهيكلة:

الهدف من إعادة الهيكلة هو تغيير أنماط التفاعل الأسري غير القادرة على التكيف إلى طرق تفاعل أكثر تكيفاً ونجاحاً. مكونات إعادة الهيكلة الرئيسية هي "العمل في الوقت الحاضر" و "إعادة الصياغة" و "العمل مع الحدود والتحالفات". في العمل في الوقت الحاضر؛ يركز العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة في المقام الأول على التفاعل الحالي بين أفراد الأسرة. ينصب التركيز الرئيسي خلال جلسات العلاج على عمليات التفاعل بين أفراد الأسرة (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2003; Horigian et al., 2004; Robbins et al., 2011; Lindstrøm et al, 2013).

أما في إعادة الصياغة؛ فالهدف منها هو تعطيل أنماط التفاعل غير القادرة على التكيف وإنشاء سياق جديد للتفاعلات الأسرية. تقدم إعادة الصياغة بدائل إيجابية للعائلة، على سبيل المثال، تحويل آراء أفراد الأسرة عن



الشباب ذو المشكلات السلوكية ومنها تعاطي المخدرات من "شاب مضطرب" إلى (على سبيل المثال) "شاب ضعيف يعاني من الألم". يمكن أيضًا تعديل أنماط التفاعل في الأسرة في عملية إعادة الصياغة (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2003; Horigian et al., 2004; Szapocznik et al., 2012; Lindström et al, 2013). تهدف إعادة الصياغة إلى تعديل التفاعلات الأسرية المحبطة والغير فعالة، إلى تفاعلات أكثر إيجابية تحسن التواصل وتزيد الكفاءة. تشمل هذه التدخلات: (أ) توجيه التفاعلات الأسرية أو إعادة توجيهها أو منعها، (ب) تغيير التحالفات الأسرية، (ج) مساعدة العائلات على تطوير مهارات حل النزاعات، (د) تطوير مهارات إدارة السلوك الفعالة، (هـ) تطوير مهارات القيادة الأبوية (Robbins & Szapocznik, 2000; Robbins et al., 2009; Robbins et al., 2011; Robbins et al., 2011; Szapocznik et al., 2012; Horigian et al., 2016).

وأخيرا في العمل مع الحدود والتحالفات الأسرية. تحتاج هذه العائلات إلى قيادة أبوية قوية، في شكل تحالف قوي بين الوالدين مع القدرة على اتخاذ قرارات تنفيذية معًا. بالنسبة للوالدين الوحيدين، هناك حاجة إلى دور أبوي قوي. سيعمل الأخصائي على استعادة تحالف الوالدين في العائلات التي يكون فيها هذا التحالف ضعيفًا أو معطلًا. أما بالنسبة للوالدين الوحيدين، سيعمل الأخصائي على إنشاء / أو تعزيز المكانة الأبوية القوية. في العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة سيمهد الأخصائي أيضًا إلى وضع حدود واضحة بين أفراد الأسرة، وبالتالي السماح لجميع الأفراد ببعض الخصوصية والاستقلالية داخل الأسرة. من المسلم به أن الحدود والتحالفات يمكن أن تختلف حسب الجنس والعمر، وأن هذه العملية ستكون حساسة لمثل هذه القضايا (Robbins & Szapocznik, 2000; Szapocznik et al., 2003; Horigian et al., 2004; Lindström et al, 2013).

#### العوائق المحتملة لتطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز كما وردت في الدراسات:

هناك تحديات عملية لتقديم الخدمات في المنزل. غالبًا ما يقضي أخصائيو العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة وقتًا طويلاً في سياراتهم في التنقل. وقد يجرون جلسات في مجتمعات شديدة الخطورة أحيانًا. كلا الحالتين تساهم في الإرهاق. وأيضًا، هناك تحديات فيما يتعلق باستكمال ملاحظات الجلسات، قد يكون حفظ هذه البيانات في مكان آمن أمرًا صعبًا بالنسبة للأخصائيين الذين قد يكملون الجلسة في وقت متأخر من المساء. ولا يرغبون في العودة إلى المكتب قبل العودة إلى منازلهم. مما يستوجب التوصية بتزويد المعالج بصندوق أمانات، يحفظ فيه الملاحظات في جميع الأوقات. ربما يكون القلق الأكثر بروزًا بشأن التكلفة هو حقيقة أن تقديم الخدمات في المنزل قد ينتج عنه 2 - 4 ساعات من وقت الموظفين لجلسة واحدة. قد يمثل هذا الواقع أكبر حجرة عثرة للعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة (Robbins et al., 2002; Szapocznik et al., 2012).

من ناحية أخرى، أظهرت الأبحاث أن تدخلات العلاج الاستراتيجي الموجز التي يتم تقديمها في العيادة فعالة. ولكن من ناحية أخرى، كشفت الأبحاث أيضًا أن الحالات الحرجة من الأسر والمراهقين، قد يواجهون صعوبة في الانخراط في التدخل التقليدي القائم على العيادة. ومن المسائل التي يجب مراعاتها أيضًا، عند إجراء العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة القلق الواقعي من أن إشراك أفراد الأسرة الإضافيين يؤدي إلى صعوبة أكبر في تحديد مواعيد الجلسات. فقد تعني إضافة أحد الوالدين أو الوالدين أو غيرهم من البالغين الذين يعملون أثناء النهار. أنه قد يلزم إجراء الجلسات أثناء المساء أو في عطلات نهاية الأسبوع. أما بالنسبة للحصول على الخدمات في العيادة، فقد يؤدي تمديد الساعات إلى المساء وعطلات نهاية الأسبوع إلى زيادة تكاليف الدعم التشغيلي والإداري (Robbins et al., 2002).

### استعراض لأهم الدراسات التي تناولت العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

تم استخدام العديد من قواعد البيانات في البحث للحصول على المعلومات التي ستتم مناقشتها في هذه الدراسة، تم الرجوع لقواعد البيانات ERIC، Academia، EBSCO، Emerald، ProQuest، Sage، Springer. شملت الكلمات الرئيسية التي تم البحث عنها: Brief Strategic Family Therapy، العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. مع الأخذ بعين الاعتبار البدء بحصر الدراسات من آخر مراجعة منهجية؛ أن تكون الدراسات تجريبية أو شبه تجريبية؛ ان تستخدم الدراسة العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة بشكل أساسي؛ درست فعاليته وتأثيره على الحد من تعاطي المخدرات، أو تحسين المشكلات السلوكية للأطفال والمراهقين، أو زيادة جودة العلاقات الأسرية.

ولقد قامت الباحثة باختيار الدراسات المنشورة والمؤهلة للمراجعة، وعددها ست دراسات. إبتداء من أحدث مراجعة منهجية Systemic Review للعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. تتناول الباحثة في يلي عرضا للدراسات التي تناولت العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة حسب التسلسل الزمني من الأقدم إلى الأحدث.

ركزت المراجعة المنهجية لـ Lindström et al. (2013) على استعراض الدراسات التي تناولت العلاج الاستراتيجي الموجز، وتأثيره في الحد من تعاطي المخدرات الغير أفيونيه بين الشباب مثل الكوكايين والحشيش. أشارت النتائج أنه يجب التعامل مع البيانات بحذر شديد نظرا للكمية الصغيرة من البيانات المتاحة، وبالتالي القوة الإحصائية المنخفضة للكشف عن فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز. فليس هناك دليل على فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز على الحد من استخدام العقاقير والمخدرات مقارنة ببرامج العلاج المجتمعية، والعلاج الجماعي. وليس هناك دليل على فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز على العلاقات الوظيفية للأسرة، ما عدا الدراسات ذات الظروف المضبوطة. ونتائجه غير مجدية على السلوك المشكل الخطر نظرا لاختلاف التدابير الفردية المستخدمة في الدراسات، إلا أنها مجدية في انخفاض الجنوح القائم على الأقران. لم يتم الإشارة إلى أي دراسات قيمت مشاركة الأطفال والشباب التربوية والمهنية الفعالة. كما لا يوجد دليل على أن العلاج الاستراتيجي الموجز يقلل من تعاطي المخدرات الغير أفيونيه مقارنة بالعلاجات الأخرى. مما يؤكد على الحاجة إلى التجارب العشوائية المضبوطة والمصممة بشكل جيد في هذا المجال.

وفي دراسة Valdez et al. (2013) تحققت من فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة لدى عصابات المراهقين الأمريكيين المكسيكيين وأولياء أمورهم. تم اختيار مائتين من المراهقين ومقدمي الرعاية لهم من أسرهم بصورة عشوائية. وتضمنت الدراسة التحقق من أثر العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة على تعاطي المراهقين للمخدرات، وأثره على حل النزاعات، والعصابات، ووعي الوالدين بمشكلة تعاطي المخدرات، والتماسك الأسري، والمشاكل السلوكية للأطفال، والتوتر بينهم. تم تقييم المشاركين وتقديم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة لمدة 16 أسبوعًا، ومتابعة نتائجه ستة أشهر. وأظهرت النتائج فروق ذات دلالة إحصائية على المجموعات التي تم مراقبتها واستخدام العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة معها كأسلوب للتدخل: فيما يتعلق بتحسين المشكلات السلوكية، وادمان الكحول. لم يتم العثور على أي تأثير على الحد من استخدام المخدرات. قد تكون هناك حاجة إلى تعديلات مستقبلية لتقليل من استخدام المخدرات.

بينما قيمت المراجعة المنهجية في دراسة Lindström et al. (2014) فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة في الحد من تعاطي المخدرات الغير أفيونيه. ولقد توصلت الدراسة إلى ثلاث دراسات مؤهلة للتفسير والمراجعة. ولقد كانت النتائج مختلطة حول فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. فلا يبدو أنه أفضل أو أسوأ، في التأثير أو الحد من تعاطي المخدرات أو العلاقات الوظيفية الأسرية بالمقارنة بأساليب العلاج الأخرى. لكن له آثار إيجابية في الاحتفاظ بالنتائج في الدراسات ذات الظروف المضبوطة. الاحتفاظ بنتائج العلاج تم تقييمه بناء على مؤشرات النتائج المستمرة

والنتائج الإيجابية لمشكلة تعاطي المخدرات. مع الأخذ بعين الاعتبار أن عدد الدراسات المشمولة محدودة وغير كاف من حيث جودتها.

وحاولت دراسة (Horigian et al (2015) الكشف عن تأثيرات العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة على تعاطي الوالدين للمخدرات، والعلاقة بين استخدام الوالدين للمخدرات وتعاطي المراهقين للمخدرات. ولقد أظهرت النتائج أن العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة فعال في الحد من تعاطي الوالدين لدى للمخدرات، وفي الحد من تعاطي المراهقين للمواد المخدرة في العائلات التي فيها الوالدين يتعاطون المخدرات في الأساس. وقد يقلل العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة أيضاً من استخدام الكحول بين الوالدين، عن طريق تحسين العلاقات الأسرية.

في حين هدفت دراسة (Horigian et al. (2015) لاختبار النتائج طويلة المدى للعلاج الاستراتيجي الموجز بالمقارنة مع أساليب العلاج التقليدية. في عدة جوانب: معدلات استخدام المخدرات؛ عدد الاعتقالات؛ السلوكيات الموجهة للخارج من قبل المراهقين. والذين تم اختيارهم عشوائياً للعلاج لمدة ثلاث إلى سبع سنوات بعد التوزيع العشوائي. وتم تقييم هذه المشكلات من خلال الجدول الزمني للمتابعة، والتقرير الذاتي للبالغين، والتقرير الذاتي للحالات. ولقد أبلغت الدراسة عن انخفاض في حالات الاعتقال والسلوكيات الموجهة للخارج، ولم تكن هناك فروق في الحد من استخدام المخدرات. وتوصلت الدراسة إلى استنتاج مفاده أن العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، قد تكون له آثار طويلة المدى في خفض عدد حالات الاعتقال؛ والسلوكيات الموجهة للخارج. ويمكن تفسير هذه النتائج لأثر العلاج الاستراتيجي الموجز في تحسين العلاقات الوظيفية الأسرية. وتتفق هذه الدراسة مع الأدب السابق التي أبلغت عن نتائج طويلة المدى لفاعلية العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة لدى الأسر التي لديها مراهقين يتعاطون المخدرات مقارنة بأساليب العلاج والتدخل الأخرى.

أخيراً دراسة (Sheehan & Friedlander (2015) التي حاولت معرفة إلى أي مدى يساهم التحالف العلاجي في الاحتفاظ بنتائج العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. وذلك من خلال تحليل شرائط فيديو لثمانى جلسات أولية عمل فيها أخصائين العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة مع العائلات.

**تلخيص جمعي للدراسات التي تناولت العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة (النتائج والمعوقات):**

كشفت تحليل وتلخيص الدراسات السابقة عن محورين متعلقين بطبيعة العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، أولاً: نتائج الدراسات؛ وما يرتبط منها من منهجية الدراسة، العينة والبيئة التي طبقت فيها الدراسة، فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. ثانياً: المعوقات والقيود المتعلقة بتطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة؛ وما يرتبط بها من قوة تأثير العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، ومدى قابلية تعميم نتائجه. وسيتم تناول كل محور بالتفصيل فيما يلي:

## النتائج.

### منهجية الدراسات والعينة والبيئة

اعتمدت دراستي (Lindstrøm et al. (2013) و (Lindstrøm et al. (2014) على المراجعة المنهجية للدراسات التي تناولت العلاج الاستراتيجي الموجز، وتأثيره في الحد من تعاطي المخدرات الغير أفيونيه بين الشباب مثل الكوكايين والحشيش. وكانت الدراسات المؤهلة للمراجعة في (Lindstrøm et al. (2013) تتضمن المعايير التالية: عينة الأطفال والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 11-21 عاماً الذين يتعاطون المخدرات الغير أفيونيه؛ الدراسات التجريبية الشبه العشوائية أو غير عشوائية في تصميمها؛ تم استخدام العلاج الاستراتيجي الموجز للسرة كتدخل أساسي. على أن يكون

التركيز في الدراسات على العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة للحصول على نتائج في أحد المتغيرات وهي: استخدام العقاقير والمخدرات، العلاقات الوظيفية في الأسرة، المشكلات السلوكيات الخطرة الذي لها تأثير على الآخرين، مشاركة الأطفال والشباب التربوية والمهنية الفعالة. وتم فيها المراجعة النهائية لأربع أوراق تصف ثلاث دراسات استوفت الشروط المطلوبة. أما في Lindstrøm et al. (2014) كانت تصاميم الدراسات المؤهلة للمراجعة تتضمن مجموعتين على الأقل مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة؛ لدراسات تجريبية عشوائية أو شبه عشوائية؛ للشباب الذين تتراوح أعمارهم من 11- 21 عاما؛ المسجلين في العيادات الخارجية المعتمدة على العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة الذين يتعاطون المخدرات الغير أفيونية؛ على أن تلك التدخلات مقدمة في بيئة العيادات الخارجية من أجل تقييم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة.

في حين طبقت الدراسات الأربع Valdez et al. (2013) و Horigian et al. (2015) و Horigian et al. (2015) و Sheehan & Friedlander (2015) منهج التجارب العشوائية. استخدمت Valdez et al. (2013) المنهج التجريبي المختلط، لما مجموعه 200 من العائلات الثنائية المكونة من المراهق ووالدهم الأساسي الوصي عليهم. واشتملت على المراهقين الأمريكيين من أصول مكسيكية الذين تتراوح أعمارهم بين 12- 17 عام؛ والذين أُبلغ عن استخدامهم للكحول والمخدرات الغير مشروعة في ست مناسبات على الأقل؛ وتم تحديد المراهقين المنتسبين للعصابات من قبل متخصصين قاموا ببناء علاقة مع المراهقين وفحصهم لضمهم في الدراسة. تضمنت دراستي Horigian et al. (2015) و Horigian et al. (2015) اختيار 480 من المراهقين والآباء بصورة عشوائية. بهدف عقد مقارنة بين الأساليب التي تعتمد على تطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة وأساليب العلاج المعتادة. في Horigian et al. (2015) تم استبعاد المراهقين الذين يقيمون في منازل مستقلة، أو خارج المنطقة الجغرافية للتطبيق. ولقد شكلت العينة ما مجموعه 78% من الذكور، بمتوسط عمر 16 سنة. من أسريولوجية أحادية الوالد أو أسرة مكونة من والدين. 69% من هؤلاء المراهقين استوفوا معايير تعاطي المخدرات؛ 50% شخصوا بأن لديهم مشكلات سلوكية موجبة للخارج (كالسلك العدواني أو مخالفة القواعد)؛ و52% أفادوا بواحد على الأقل من المشكلات السلوكية الموجبة للداخل (كالقلق والاكتئاب والانسحاب). وفي ذات السياق في دراسة Horigian et al. (2015) كان على المراهقين أن يبلغوا بأنفسهم عن تعاطي المخدرات الغير مشروعة خلال فترة الثلاثين يوما السابقة للتقييم، أو تم إحالتهم من قبل المؤسسات لعلاج مشكلة تعاطي المخدرات. كما تم تقييم مؤشر شدة الإدمان على الكحول والمخدرات في الأسر من قبل أحد الوالدين أو الوالدين المشاركين في تقديم الرعاية للمراهقين.

وأخيرا في دراسة Sheehan & Friedlander (2015)، تم اختيار 246 من المراهقين الذين يتعاطون المخدرات، والذين تتراوح أعمارهم بين 13 و 17 عاما بشكل عشوائي في ثمان وكالات مجتمعية. تم تقديم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة بحيث تكون من 12 إلى 16 جلسة على مدى أربع أشهر. تم الاعتماد على شدة وطبيعة المشاكل الأسرية، جنبًا إلى جنب مع التغيرات السلوكية المبلغ لتحديد المدة المناسبة لتقديم التدخل. كما كان يجب إحالة المراهق للعلاج من تعاطي المخدرات أو الإبلاغ عن تعاطي المخدرات غير المشروع خلال فترة 30 يومًا قبل تقديم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. كان جميع المراهقين الذين تم اختيارهم من الذكور. تباينت الأسس الخلفية العرقية / الإثنية، وهيكل العائلات الثمانية التي معظمها من والد واحد (عائلة أمريكية من أصل أفريقي، وخمس عائلات من أصل إسباني، وعائلتان من البيض). والجدير بالذكر أن الخصائص الديموغرافية للعائلات كانت متطابقة بشكل جيد مع سياسات التدخل التي قدمها أخصائيو العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، والبالغ عددهم أربعة.

### فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

تعاطي المخدرات غير الأفيونية والكحول. لا يظهر تحليل التحاليل الجمعي أي تأثير ذات دلالة إحصائية للعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة فيما يتعلق بالحد من تعاطي المخدرات الغير أفيونية مقارنة بأساليب العلاج الأخرى، من برامج العلاج التقليدية، أو برامج العلاج المجتمعية أو العلاج الجماعي (Lindstrøm et al, 2013; Lindstrøm et al, 2014; Horigian et al., 2015). وتختلف دراسة Horigian et al. (2015) في نتائجها في أن العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة فعال في الحد من تعاطي الوالدين لدى للمخدرات، وفي الحد من تعاطي المراهقين للمواد المخدرة في العائلات التي فيها الوالدين يتعاطون المخدرات في الأساس. بل قد يقلل العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة أيضاً من استخدام الكحول بين الوالدين، عن طريق تحسين العلاقات الأسرية. وتضيف دراسة Valdez et al. (2013)، نتيجة مفادها أن العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة يقلل من استخدام الكحول لدى الوالدين، مما يعني الحد من توافره في الأسرة، الأمر الذي يضمن تقنين حصول المراهقين على الكحوليات.

المشكلات السلوكية والعلاقات الوظيفية الأسرية. العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، قد تكون له آثار طويلة المدى في خفض عدد حالات الاعتقال؛ والسلوكيات الموجهة للخارج. ويمكن تفسير هذه النتائج لأثر العلاج الاستراتيجي الموجز في تحسين العلاقات الوظيفية الأسرية. خصوصاً وأنه يحفز الأدوار الوالدية الإيجابية؛ ومراقبة الوالدين والانضباط؛ والتماسك الأسري؛ الذي يعتقد أنه بدوره يؤثر على المشكلات السلوكية بين المراهقين. خصوصاً حينما يُنظر إلى هذه السلوكيات على أنها أعراض لأنماط عائلية متصدعة (Valdez et al., 2013; Horigian et al., 2015; Horigian et al., 2015). وعلى النقيض من ذلك تشترك دراستي Lindstrøm et al. (2013) و Lindstrøm et al. (2014) في أن نتائج العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة غير مجدي على المشكلات السلوكية الخطرة، نظراً لاختلاف التدابير الفردية المستخدمة في الدراسات. كما أنه ليس هناك دليل على فعالية العلاج الاستراتيجي الموجز على العلاقات الوظيفية للأسرة.

الاحتفاظ بالنتائج الإيجابية بعد التدخل. تظهر النتائج أنه يوجد تأثير ذات دلالة إحصائية للاحتفاظ بالنتائج الإيجابية للعلاج الاستراتيجي الموجز، مقارنة ببرامج العلاج الأخرى؛ برامج العلاج التقليدية؛ برامج العلاج المجتمعية؛ والعلاج الجماعي (Lindstrøm et al, 2013; Lindstrøm et al, 2014). وأن الاستجابات الإيجابية للأخصائيين خلال تقديمهم التدخل، بعد سلوك العميل السلبي قد تساهم في الاحتفاظ بالنتائج الإيجابية للعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. ولا بد من فحص وملاحظة السلوكيات القائمة بين مقدم العلاج والعميل، بشكل أدق للحصول على مؤشرات الاحتفاظ بهذه النتائج (Sheehan & Friedlander, 2015).

### المعوقات والقيود

#### قابلية تطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

أجريت جميع الدراسات في الولايات المتحدة الأمريكية، وكانت جميعها تفتقر إلى متابعة ما بعد التدخل التي كانت ستسمح بتوثيق الآثار المتراكمة أو طويلة المدى. لذلك هناك احتمال أن وقت المتابعة لم يكن طويلاً بما يكفي لاكتشاف التغييرات المهمة (Lindstrøm et al, 2013; Lindstrøm et al, 2014). وكما في دراسة Horigian et al. (2015) قامت بتقييم الوالدين فقط عند خط الأساس، وبعد 12 شهراً من التوزيع العشوائي. التي لم تتبّع الخدمات التي تم تقديمها للأباء لتقييم آثار الاحتفاظ بالعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة.

### جودة تأثير العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة:

عدد الدراسات التي فحصت إذا ما كان العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، يقلل من استخدام المخدرات الغير أفيونيه للشباب قليلة. بالإضافة إلى أن الدقة المنهجية وكفاءة الإبلاغ في الدراسات المشمولة كانت غير كافية بشكل عام، للسماح بتقييم ذات ثقة لتأثير العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة للشباب مستخدمي المخدرات الغير أفيونيه (Lindstrøm et al, 2013; Lindstrøm et al, 2014). وقد يكون العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة فعالاً في الحد من تعاطي المخدرات أثناء العلاج، من خلال تعزيز ضوابط الانضباط من قبل الوالدين كما في دراسة Valdez et al. (2013). إلا أن تعرض الشباب والمراهقين مرة أخرى للأقران من العصابات، يقلل من الآثار الإيجابية المستقبلية للعلاج. وعلى الرغم من أن تقارير الوالدين عن سلوك الأطفال والمراهقين كانت إيجابية، إلا أن أداء الأسرة لم يتم رصده بشكل دال باستخدام مقياس التكيف الأسري المستخدم في الدراسة (Valdez et al., 2013).

### موثوقية المقاييس المستخدمة في الدراسات وقيود مرتبطة بالعيينة:

أظهرت بعض المقاييس المستخدمة في الدراسات موثوقية منخفضة نسبياً، وقد يكون لذلك تأثير سلبي على النتائج. مما قد يبرز الحاجة إلى استخدام مقاييس أخرى للعلاقات الأسرية. مثل مقياس البيئة الأسري، الذي لا يركز فقط على التماسك الأسري، ولكن يركز على طرق التعبير والصراع (Valdez et al., 2013). قد يتمثل أحد القيود المحتملة الأخرى، في اختيار عينة صغيرة بناء على ما هو متوافر. مما قد يحد من قابلية تعميم النتائج. وفي الخصائص الديموغرافية للعائلات التي تلقت العلاج كان أغلبها من الذكور (Sheehan & Friedlander, 2015). أو أن المجموعة التجريبية التي تلقت العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة كانت ذات نسبة أكبر من الإناث (Valdez et al., 2013). وأشدها كانت في دراسة التي عينتها الأصلية مكونة من 480 مشاركاً، وافق 378 فقط على إعادة الاتصال بهم لإجراء دراسات لاحقة. من بين هؤلاء، تمكن الباحثين الوصول وتقييم عدد 261 من الأسر فقط (Horigian et al., 2015). وفي دراسة (Horigian et al., 2015) تم فقدان ما نسبته 31.8% من الوالدين لمتابعة نتائج العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة.

### الفجوة في الدراسات التي تم استعراضها:

قد يكون العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة غير فعال في الحد من مشكلة تعاطي المخدرات لدى الأطفال والمراهقين. إلا أنه قد يكون فعالاً نسبياً في تحسين المشكلات السلوكية، وتحسين جودة العلاقات الأسرية. جميع الدراسات التي تم استعراضها تم تطبيقها في الولايات المتحدة الأمريكية. لا يوجد أي دراسة عن العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة تم تطبيقها في المملكة أو العالم العربي على حد علم الباحثة. مما قد يقلل من قوة تأثير العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، وقابلية تعميم النتائج. مع ضرورة الأخذ بعين الاعتبار أن عدد الدراسات المشمولة محدودة وغير كاف من حيث جودتها. كما أثبت العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة أن له آثار إيجابية في الاحتفاظ بنتائج التدخل، مقارنة بأساليب العلاج الأخرى التقليدية، مثل برامج العلاج المجتمعية، أو العلاج الجماعي. مما يستوجب أن تقيم الدراسات المستقبلية النتائج قصيرة المدى وطويلة المدى للعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، على الأطفال والمراهقين في البيئات العربية وفي المملكة العربية السعودية.

### مدى إمكانية تطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز في المملكة العربية السعودية:

في الوقت الذي يتزايد فيه الاهتمام بالتدخلات والممارسات المبنية على الأدلة، والتي تؤدي بدورها إلى تحسين تحصيل وسلوكيات الطلاب ذوي الإعاقة بشكل عام وذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية بشكل خاص

(Alhussain, 2016). ومع صدور القوانين التي تدعم استخدامها في الدول المتقدمة (No Child Left Behind Act, 2002; Individual with Disabilities Act, 2004; Every Student Succeeds Act, 2015) وفي حين أن ما سبق يعتبر مؤشرات على أهمية استخدامها مع الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة. إلا أن مستوى تطبيقها ووعي التربويين بها وبأهميتها في المملكة العربية السعودية لا يزال محدوداً. ولقد استقصت دراسة (Alhussain, 2016) معرفة عدد 333 من معلمين التربية الخاصة والعامة واستخدامهم للممارسات المبنية على الأدلة. وقد أبلغ المشاركون عن معرفة متوسطة بهذه الممارسات، واستخدامها بشكل محدود مع الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية. ولم يكن التخصص والمستوى التعليمي وسنوات الخبرة في التدريس مرتبطة بمدى معرفتهم بالممارسات المبنية على الأدلة. كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة قوية بين المعرفة بالممارسات المبنية على الأدلة واستخدامها. كما بينت دراسة حسن وآخرون (2019) أن الأخصائيين لديهم نقص في معرفة الممارسات المبنية على الأدلة، في مجال: تحديد الاستراتيجيات الفعالة؛ وتقييم ومراقبة تقدم الحالات. مما يستوجب الاهتمام بهذه الممارسات في المدارس؛ وتقديم البرامج التدريبية وتدريب التربويين عليها؛ تقييم الممارسات الفعالة والقابلة للتطبيق في المملكة العربية السعودية؛ وحث القيادات المدرسية على تحفيز المعلمين على استخدامها مع الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة؛ واستحداث البرامج التي تعتبر في أساسها ممارسات مبنية على الأدلة (الحسين، 2017). مع ضرورة توجيه الاهتمام للبرامج والتدخلات والممارسات المبنية على الأدلة في مجال الأبحاث والدراسات العربية؛ استحداث معايير لاختيار أفضل هذه البرامج المبنية على الأدلة من خلال الاستعانة بمعايير مجلس الأطفال الغير عاديين في أمريكا (عيد، 2020).

ومن جانب آخر يحتل الآباء الصدارة في نمو أطفالهم، وتعزيز قبول الأطفال والمراهقين ذوي الإعاقة في المجتمع. كما أن إشراكهم في العملية التعليمية مع المدرسة تعزز من تعلم الطلاب ذوي الإعاقة، وتمكنهم من الدفاع عن حقوق أطفالهم (Aldabas, 2015; Almutairi, 2018). ومن المهم إعلام الآباء بأهميتهم وحقوقهم في المشاركة في العملية التربوية، وتوعية المعلمين بضرورة ذلك (Aldabas, 2015; Almutairi, 2018). فقد ثبت أن مشاركة أولياء الأمور تحسن من التحاق الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية بالمدرسة؛ وتزود من فرص التحاقهم ببرامج الجامعات والتعليم العالي ودرجات اختباراتهم التحصيلية؛ ترفع ثقتهم بأنفسهم واحترامهم لذواتهم؛ وتقلل من معدل تسربهم من المدرسة (Almutairi, 2018). ولا بد لنظام التعليم السعودي أن يدعو أولياء الأمور للمشاركة بفاعلية في تعليم أطفالهم (Aldabas, 2015). لأنه بالنظر للواقع المعاش، لا يشارك الآباء في المملكة العربية السعودية في العملية التربوية المتعلقة بأطفالهم من ذوي الإعاقة (Alquraini, 2011; Battal, 2016; Alnaim, 2018; Almalki et al., 2021). وقد يؤدي ذلك إلى أن يتلقى أطفالهم خدمات لا تناسبهم (Burke, 2013)، أو قد يؤدي ذلك بالمدارس إلى استخدام سياسة عدم التسامح Zero Tolerance Policy عندما يشكل المتعلمين -خصوصاً الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية- خطراً على المؤسسات التعليمية. فسياسة عدم التسامح تستدعي المدارس لوضع إجراءات تأديبية صارمة، بهدف توفير بيئة أكثر أماناً للطلاب. في حين تفشل هذه السياسة في استيعاب حقيقة أن هذه المشكلات السلوكية خارجة عن سيطرة بعض الطلاب. وذات علاقة بتشخيصهم بالاضطرابات السلوكية والانفعالية أو بمشكلات أخرى أسرية، مما يجعلهم عرضة للطرد؛ أو التعليق أو التسرب الدراسي؛ أو إعادة الصف؛ أو تحويلهم لنظام الأحداث. بالتالي فإن تطبيق سياسة عدم التسامح، وتطبيق أقصى العقوبات على الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية قد يشكل عبئاً على النظام التعليمي. ويعسر على الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية اللحاق بأقرانهم، مما قد يكون أمراً محبطاً (Alnaim, 2018).

جميع هذه التداعيات تحتم استحداث برامج وتدخلات مبنية على الأدلة تستهدف الأسرة، مثل العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة في المملكة العربية السعودية. والذي أثبت فعاليته كبرنامج قائم الأدلة مع العديد من

المشكلات التي يعاني منها الطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية من خلفيات عرقية مختلفة. بهدف زيادة جودة العلاقات الأسرية، والتي تؤدي بدورها إلى تحسين جودة التعليم والحياة للطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية (Robbins et al., 2002; Nickel et al., 2006; Briones et al., 2008; Robbins et al., 2011; Szapocznik & Hervis, 2020) في المملكة العربية السعودية.

### تصور عملي لتطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز في المملكة العربية السعودية:

تدعم الأدلة العلمية المستندة على البحث العلمي فعالية لعلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة، في الحد من المشكلات السلوكية وتعاطي المخدرات والقلق والمزاج واضطرابات الأكل والاضطرابات الذهانية. مما يستوجب دمج نموذج العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة الذي تم مراجعته في هذه الورقة. في برامج التدريب قبل التأهيل للأخصائيين النفسيين الأسريين، وفي الدورات القصيرة للتطوير المهني المستمر للممارسين المتمرسين الذين يقدمون خدمات الصحة العقلية للأطفال والمراهقين (Carr, 2016).

يمكن أن يتم تقديم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة من قبل الأخصائيين الحاصلين الماجستير على علم النفس الأسري، أو الحاصلين على البكالوريوس الذين لديهم المهارات اللازمة لتقديم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة في علم النفس الإرشادي. على أن يتمتع الأخصائيين بمجموعة من المهارات: مهارات التعامل مع الآخرين؛ الانفتاح على تعلم المعلومات الجديدة؛ الاعتراف بدور العلاقات في التأثير على السلوك؛ القبول والاحترام لجميع أفراد الأسرة؛ التحدث مع العائلات بطريقة مريحة؛ القدرة على تحفيز الحوار بين أفراد الأسرة (Robbins et al., 2002).

لا ينبغي أن يكون توفير مكان لتطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة في المملكة العربية السعودية عقبة أمام تقديم الخدمات. من الممكن تقديم تصور مقترح بأن تكون هناك مكاتب لتقديم الخدمة في الاحياء مستقلة عن المدارس، حتى يشعر الأسر والأطفال أو المراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية بالراحة والانفتاح حول مشكلاتهم الأسرية بعيدا عن أجواء المدرسة. وتكون مراكز تقديم الخدمة مدعومة من قبل إدارة التربية الخاصة في وزارة التربية والتعليم. وأن يلتزم هذا المكتب بتقديم الخدمات النفسية مجانا، في كل حي، ويكون هذا المكتب مسؤول عن عدد محدد من الحالات لمدارس الحي ذاته، يتم ترشيح هذه الحالات لمكتب الخدمات النفسية في الحي، من قبل الأخصائي النفسي في المدرسة لتلقي العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة. خصوصا إذا استقر الأخصائي النفسي من الأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية، وجود مشكلات أسرية. وأن يركز الأخصائي على تطبيق خطوات العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة لتغيير ديناميكيات الأسرة، وتزويد العائلات بالأدوات اللازمة للتغلب على مشاكل سلوك المراهقين والخلل الوظيفي الأسري. مع الأخذ بعين الاعتبار أنه توجد عوائق محتملة عند التطبيق، لابد من دراستها والعمل على حلها. من حيث قابلية أخصائي العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة لزيارة المنازل. وأن تكون المكاتب ملتزمة بالدعم في الأوقات الحرجة والطوارئ مثل أيام الجمعة والسبت؛ أو زيارة المنازل مساءً.

### الخاتمة:

لا زلنا بحاجة إلى المزيد من الدراسات العربية الطولية التجريبية، التي تقيم مثل هذه التدخلات والبرامج والممارسات المبنية على الأدلة للطلاب ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية. خصوصا التدخلات التي تهتم بإشراك الوالدين والأسرة وتؤمن بدورها وسياقها الفاعل في العملية التربوية. قد تكون هذه الدراسات مهمة أيضا لتطوير بروتوكولات العلاج الأسري لتلبية الاحتياجات العلاجية الفريدة على المستويين النظري والعملي. للأطفال والمراهقين ذوي الاضطرابات السلوكية والانفعالية الذين لا يستجيبون لبروتوكولات العلاج الروتينية القائمة على الأسرة.



## التوصيات والمقترحات.

مجال تنفيذ العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة جديد تماماً في المملكة العربية السعودية، ومعظم ما كُتب في هذه الدراسة هو تصور نظري. ولإزالة أماننا الكثير لتعلمه حول كيفية تطبيق العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة بشكل ناجح في مدارسنا، وتقييمها بطريقة تسهل تبني هذا النوع من الخدمات بما يضمن الاستدامة والاستفادة لتحقيق النتائج المرجوة. ويمكن تقييم نتائج العلاج الاستراتيجي الموجز في المملكة العربية السعودية على مستويات متعددة بما في ذلك:

- 1- التغييرات في أداء الأسرة والسلوك المشكل لدى الأطفال والمراهقين.
- 2- التزام الأخصائيين بتطبيق خطوات العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة.
- 3- توفير التكاليف والموارد اللازمة لتنفيذ التدخل.
- 4- رضا الأخصائيين عن عملهم ونتائج حالاتهم.
- 5- دعم وزارة التربية ومكاتب التربية الخاصة لتقديم العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة.
- 6- التحقق من استدامة العلاج الاستراتيجي الموجز للأسرة.

## قائمة المراجع.

### أولاً- المراجع بالعربية:

- أبو الفتوح، هبة محمد. (2017). دور الأسرة في تربية أطفالها. الوعي الإسلامي: وزارة الاوقاف والشؤون الإسلامية، (622)، 68-69. مسترجع من <http://search.mandumah.com.sdl.idm.oclc.org/Record/835293>
- أحمد، صلاح حمدان الحاج. (2017). المشكلات التي تواجه أسر الأطفال ذوي الإعاقة واستراتيجيات التضامن التشاركية من وجهة نظر أولياء الأمور. مجلة العلوم الإنسانية: جامعة العربي بن مهيدي - أم البواقي، (7)، 302-325. مسترجع من <http://search.mandumah.com.sdl.idm.oclc.org/Record/936606>
- بو يحيى، ثريا. (2018). دور الأسرة في تربية الأطفال. مجلة بحوث ودراسات قانونية: جمعية الحقوقيين، (14)، 106-101. مسترجع من <http://search.mandumah.com.sdl.idm.oclc.org/Record/996914>
- حسن، هشام فتحي، الداخ، فتحي طاهر، وحسين، خليل معيوف محمد. (2019). آراء الأخصائيين حول الممارسات المبنية على الأدلة العلمية المقدمة للأطفال المصابين باضطراب طيف التوحد. مجلة جامعة الزيتونة: جامعة الزيتونة، (32)، 182-201. مسترجع من <http://search.mandumah.com.sdl.idm.oclc.org/Record/1036130>
- حسين، بوسي حسين عبدالعال، حبيب، عالية، وإسماعيل، فوزي عبد الرحمن. (2018). الأسرة ومشكلة الإعاقة. مجلة البحث العلمي في الآداب: جامعة عين شمس - كلية البنات للآداب والعلوم والتربية، (6)، 387-408. مسترجع من <http://search.mandumah.com.sdl.idm.oclc.org/Record/929643>
- الحسين، عبد الكريم بن حسين. (2017). الممارسات المبنية على الأدلة في التربية الخاصة الطريقة المثلى للتعامل مع الطلبة ذوي الإعاقات. مجلة التربية الخاصة والتأهيل: مؤسسة التربية الخاصة والتأهيل، (6)، 52-91. مسترجع من <http://search.mandumah.com.sdl.idm.oclc.org/Record/868206>

- عيد، يوسف محمد يوسف. (2020). الممارسة المبنية على الأدلة في التربية الخاصة. *المجلة العربية للعلوم للإعاقة والموهبة: المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب*, (14)، 475- 486. مسترجع من <http://search.mandumah.com.sdl.idm.oclc.org/Record/1086287>

#### ثانياً- المراجع بالإنجليزية:

- Aldabas, R. A. (2015). Special Education in Saudi Arabia: history and areas for reform. *Creative Education*, 6(11), 1158.
- Alhossein, A. (2016). Teachers' Knowledge and Use of Evidence-based Teaching Practices for Students with Emotional and Behavior Disorders in Saudi Arabia. *Journal of Education and Practice*, 7(35), 90-97.
- Almalki, S., Alqabbani, A., & Alnahdi, G. (2021). Challenges to Parental Involvement in Transition Planning for Children with Intellectual Disabilities: The perspective of special education teachers in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities*, 111, 103872.
- Almutairi, R. A. (2018). Teachers and Practitioners' Perceptions of Transition Services for Females with Intellectual Disability in Saudi Arabia.
- Alnaim, M. (2018). Special Education Teachers' Perceptions about Parent Involvement in the Education of their Elementary School age Children with Learning Disabilities in Saudi Arabia. *ProQuest LLC*.
- Alnaim, M. (2018). The Impact of Zero Tolerance Policy on Children with Disabilities. *World Journal of Education*, 8(1), 1-5.
- Alquraini, T. (2011). Special Education in Saudi Arabia: challenges, perspectives, future possibilities. *International Journal of Special Education*, 26(2), 149-159.
- Battal, Z. M. B. (2016). Special Education in Saudi Arabia. *International Journal of Technology and Inclusive Education*, 5(2), 880-886.
- Briones, E., Robbins, M. S., & Szapocznik, J. (2008). Brief Strategic Family Therapy: engagement and treatment. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26(1-2), 81-103.
- Burke, M. M. (2013). Improving Parental Involvement: training special education advocates. *Journal of Disability Policy Studies*, 23(4), 225-234.
- Carr, A. (2016). Family Therapy for Adolescents: A research-informed perspective. *Australian and New Zealand journal of family therapy*, 37(4), 467-479.
- Dubis, S., & Bernadowski, C. (2015). Communicating with Parents of Children with Special Needs in Saudi Arabia: parents' and teachers' perceptions of using email for regular and ongoing communication. *British Journal of Special Education*, 42(2), 166-182.
- Every Student Success Act, 114-95, 20 U.S.C. §§ 6301 (2015).

- Farrell, J., Betsinger, S., Chen, D., Acuna, R., Lowther, J., & Zabel, M. (2015). Brief Strategic Family Therapy in Maryland: FY 2014 implementation report.
- Grove, C. E., & Kasinetz, P. (2014). Brief Strategic Family Therapy: an evidenced-based family intervention in support of the Woods family.
- Horigian, V. E., Anderson, A. R., & Szapocznik, J. (2016). Taking Brief Strategic Family Therapy from Bench to Trench: evidence generation across translational phases. *Family process*, 55(3), 529-542.
- Horigian, V. E., Feaster, D. J., Brincks, A., Robbins, M. S., Perez, M. A., & Szapocznik, J. (2015). The Effects of Brief Strategic Family Therapy (BSFT) on Parent Substance use and the Association between Parent and Adolescent Substance Use. *Addictive behaviors*, 42, 44-50.
- Horigian, V. E., Feaster, D. J., Robbins, M. S., Brincks, A. M., Ucha, J., Rohrbaugh, M. J.,... & Szapocznik, J. (2015). A cross-sectional Assessment of the Long Term Effects of Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Substance Use. *The American journal on addictions*, 24(7), 637-645.
- Horigian, V., Robbins, M., Szapocznik, J. (2004). Brief Strategic Family Therapy. *Brief strategic and systemic therapy review*. Individuals with Disabilities Education Act, 20 U.S.C. §§ 1400 (2004).
- Lindstrøm, M., Saidj, M., Kowalski, K., Filges, T., Rasmussen, P. S., & Jørgensen, A. M. K. (2013). Brief Strategic Family Therapy (BSFT) for Young People in Treatment for non-opioid Drug Use: a systematic review. *Campbell Systematic Reviews*, 9(1), 1-95.
- McLendon, T., McLendon, D., Petr, C., & Radohl, T. (2007). Best Practices for Families with Children who Experience Substance Abuse, Juvenile. *University of Kansas. School of Social Welfare*.
- Nickel, M., Luley, J., Krawczyk, J., Nickel, C., Widermann, C., Lahmann, C.,... & Loew, T. (2006). Bullying Girls—Changes after Brief Strategic Family Therapy: a randomized, prospective, controlled trial with one-year follow-up. *Psychotherapy and psychosomatics*, 75(1), 47-55.
- No Child Left Behind Act, P.L. 107-110, 20 U.S.C. §§ 6319 (2002).
- Robbins, M. S., & Szapocznik, J. (2000). Brief Strategic Family Therapy. *Family Strengthening Series. Juvenile Justice Bulletin*.
- Robbins, M. S., Alonso, E., Horigian, V. E., Bachrach, K., Burlew, K., Carrión, I. S.,... & Szapocznik, J. (2010). Transporting Clinical Research to Community Settings: designing and conducting a multisite trial of brief strategic family therapy. *Addiction Science & clinical practice*, 5(2), 54.
- Robbins, M. S., Bachrach, K., & Szapocznik, J. (2002). Bridging the Research-practice Gap in Adolescent Substance Abuse Treatment: the case of brief strategic family therapy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(2), 123-132.
- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Puccinelli, M. J., Henderson, C., & Szapocznik, J. (2011). Therapist Adherence in Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abusers. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(1), 43.

- Robbins, M. S., Feaster, D. J., Horigian, V. E., Rohrbaugh, M., Shoham, V., Bachrach, K.,... & Szapocznik, J. (2011). Brief Strategic Family Therapy versus Treatment as Usual: results of a multisite randomized trial for substance using adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology, 79*(6), 713.
- Robbins, M. S., Mayorga, C. C., Mitrani, V. B., Szapocznik, J., Turner, C. W., & Alexander, J. F. (2008). Adolescent and Parent Alliances with Therapists in Brief Strategic Family Therapy with Drug-using Hispanic Adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy, 34*(3), 316-328.
- Robbins, M. S., Szapocznik, J., Horigian, V. E., Feaster, D. J., Puccinelli, M., Jacobs, P.,... & Brigham, G. (2009). Brief Strategic Family Therapy™ for Adolescent Drug Abusers: a multi-site effectiveness study. *Contemporary clinical trials, 30*(3), 269-278.
- Santisteban, D. A., Suarez-Morales, L. O. U. R. D. E. S., Robbins, M. S., & Szapocznik, J. (2006). Brief Strategic Family Therapy: lessons learned in efficacy research and challenges to blending research and practice. *Family process, 45*(2), 259-271.
- Szapocznik, J., & Hervis, O. E. (2020). *Brief Strategic Family Therapy*. American Psychological Association.
- Szapocznik, J., & Williams, R. A. (2000). Brief Strategic Family Therapy: twenty-five years of interplay among theory, research and practice in adolescent behavior problems and drug abuse. *Clinical child and family psychology review, 3*(2), 117-134.
- Szapocznik, J., Hervis, O., & Schwartz, S. (2003). Brief Strategic Family Therapy for Adolescent Drug Abuse (NIH Publication No. 03-4751). *NIDA Therapy Manuals for Drug Addiction*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Szapocznik, J., Hervis, O., (2010, April). *Brief Strategic Family Therapy*. The California Evidence-based Clearinghouse for Child Welfare. Retrieved April 11, 2021, from <https://www.cebc4cw.org/program/brief-strategic-family-therapy/>
- Szapocznik, J., Muir, J. A., Duff, J. H., Schwartz, S. J., & Brown, C. H. (2013). Brief Strategic Family Therapy: implementing evidence-based models in community settings. *Psychotherapy research, 25*(1), 121-133.
- Szapocznik, J., Muir, J. A., Duff, J. H., Schwartz, S. J., & Brown, C. H. (2015). Brief Strategic Family Therapy: implementing evidence-based models in community settings. *Psychotherapy research, 25*(1), 121-133.
- Szapocznik, J., Schwartz, S. J., Muir, J. A., & Brown, C. H. (2012). Brief Strategic Family Therapy: an intervention to reduce adolescent risk behavior. *Couple and Family Psychology: Research and Practice, 1*(2), 134.
- US Department of Health and Human Services. (2011). *Evidence based and promising practices*. Guide to EBPs.