

به نام آن که جان را فکرت آموخت

خلاصه ای از کتاب «خانواده درمانی»

مولفان: ویلیام دوئرتی و سوزان مک دانیل

ترجمه: علی نیلوفری

نشر: ارجمند

تلخیص: سارا کلهر (دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه تهران)

9

عضو گروه آموزشی دکتر میرسعید جعفری

دانلود سوالات آزمون 

مقدمه

خانواده درمانی یک شیوهی تفکر سیستمی و رابطه‌ای و مجموعه‌ای از راهبردها جهت مداخله در مورد افراد، زوجها، خانواده‌ها و سایر سیستم‌هاست. خانواده درمانی معاصر بر اساس تعداد کسانی که در دفتر کار درمانگر حضور پیدا می‌کنند تعریف نمی‌شود و آن‌ها می‌توانند فقط با یک فرد هم کار کنند. به منظور ارائه‌ی یک تعریف رسمی از خانواده درمانی، به تعریف گروه برجسته‌ای از محققان خانواده درمانی اشاره می‌کنیم که به همت ((موسسه ملی بهداشت روان)) گرد هم جمع شده‌اند:

خانواده درمانی یک رویکرد روان درمانی است که بر دگرگون ساختن تعاملات بین یک زوج در خانواده هسته‌ای یا گسترده، یا میان یک خانواده و سایر سیستم‌های بین شخصی با هدف کاستن از مشکلاتی که ابتدا به وسیله‌ی یک عضو خانواده، خرده سیستم‌های خانواده، خانواده به عنوان یک کل و یا سایر منابع ارجاع عرضه می‌شوند، تمرکز می‌کند.

تمرکز بر تغییر روابط و تعاملات به عنوان راهی جهت درمان مشکلات انسانی در کانون این تعریف قرار دارد. در این‌جا مشکلات ارتباطی به عنوان تنها منبع یا منبع اصلی مشکلات روان‌شناختی معرفی نمی‌شوند و اغلب خانواده درمانگران معاصر این ایده را می‌پذیرند که مشکلات می‌توانند منابع زیستی، روان‌شناختی، خانوادگی، جامعه‌شناختی، فرهنگی و محیطی داشته باشند. تاکید بر روابط و تعاملات به این معنی هم نیست که خانواده درمانگران از مدل‌ها و ابزارهای روان درمانی فردی بهره نمی‌گیرند، بلکه موضوع این است که آن‌ها مهم‌ترین طریق بهبودی را تمرکز بر التیام روابط میان افراد می‌دانند.

هرچند مدل‌های خانواده درمانی بسیاری وجود دارند، اما قلب تمامی رویکردها نظریه‌ی سیستم‌هاست که از زیست‌شناسی، فیزیک، شیمی و سیبرنتیک قرن بیستم حاصل شد.

کمک به درک شیوهی تفکر سیستمی، یکی از اهداف اصلی کتاب حاضر است. از آنجایی که تفکر سیستمی باید به صورت شهودی و نه فقط مفهومی درک شود، ما بین مفاهیم و مثال‌ها در نوسان خواهیم بود. حتی برای خوانندگانی که قصد ندارند در آینده به انجام خانواده درمانی بپردازند، درک پویایی‌های سیستم‌های خانوادگی می‌تواند در موفقیت به عنوان یک درمانگر فردی، اهمیتی حیاتی داشته باشد. همچنین آموزش مولفه‌های رایج در میان مدل‌های مختلف خانواده درمانی و معرفی حال و هوای حاکم بر هر کدام از این مدل‌های خاص، جهت ترغیب خواننده به یادگیری‌های بعدی از اهداف کتاب حاضر است.

تاریخچه

به طور کلی، تاریخچه‌ی مدل‌های روان درمانی منحصرأ خواستگاه‌های حرفه‌ای هر رویکرد؛ یعنی نظریه‌ها، بینش‌های بالینی و شواهد پژوهشی را مورد توجه قرار داده و محیط اجتماعی و فرهنگی را که مدل در آن ظهور کرده است، نادیده می‌گیرد. این یک غفلت نامیمون است زیرا هر رویکرد درمانی به وسیله‌ی محیط تاریخی آن شکل داده

می‌شود. به همین دلیل، ما بحث خود را با بررسی تحولات تاریخی و فرهنگی گسترده‌تر، در ایالات متحده در طول دوره‌ی پا گرفتن خانواده‌درمانی شروع کرده و سپس بر تحولات حرفه‌ای این حوزه تمرکز می‌نماییم.

پیشینه‌ی اجتماعی فرهنگی

هرچند خانواده‌درمانی در دهه‌ی ۱۹۵۰ متولد شد، اما محصول تاثیراتی بود که ابتدا در دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰، یعنی دوره‌ی دغدغه‌های جدی مردم عامه و متخصصان در مورد سلامت خانواده‌های آمریکایی نمایان شده بود. در آن سال‌ها طلاق رو به افزایش نهاده، انسجام خانواده چند نسلی به واسطه‌ی صنعتی شدن و شهرنشینی در مخاطره قرار گرفته و غفلت از کودکان به یکی از دغدغه‌های مهم کل جامعه تبدیل شده بود. آمریکایی‌ها در دهه‌ی ۱۹۵۰، بسیار خانواده‌گرا بودند. خانواده‌ی آمریکایی مستحکم به عنوان حفاظی در مقابل کمونیسم تلقی می‌شد. وفاداری به خانواده و نهادهای اجتماعی تقویت شده اما منتقدان فرهنگی نسبت به از دست رفتن فردیت ابراز نگرانی کردند. خانواده‌درمانی به منظور درمان خانواده ((در هم تنیده)) و مهارکننده ایجاد شد، اغلب پیشگامان بر راه‌های درک و مداخله در پیوندهای بیش از حد مستحکم خانوادگی که مشکلاتی برای افراد ایجاد می‌کرد، متمرکز بودند.

خانواده‌درمانی به همراه رفتار درمانی، نخستین نوع روان‌درمانی بود که در آمریکا پرورش یافت و به معنای دقیق کلمه منعکس‌کننده‌ی علاقه‌ی عمل‌گرای آمریکایی به اقدام و حل مسئله به جای درون‌نگری عمیق و درمان طولانی مدت بود. همراستا با ریشه‌های فرهنگی خانواده‌درمانی، نظریه پردازان پیشگاه روان‌شناسی و روان‌درمانگران نیمه‌ی اول قرن بیستم بودند. ما تاریخچه‌ی حرفه‌ای خانواده‌درمانی را بر اساس طرح پیشنهادی هانا (۲۰۰۷) در سه نسل سازمان داده‌ایم.

نسل اول

بنیان‌گذاران افراطی و نسل اولی خانواده‌درمانی شامل تیم پالو آلتو، موری بوئن، سالوادور مینوچین و مبدعان خانواده‌درمانی راهبردی بودند. این متفکران بزرگ و ذهن‌های درمانگر، شالوده‌ای را پایه‌گذاری کردند که مدل خانواده‌درمانی بر آن استوار گردید. در این بخش جزئیاتی در مورد کار آن‌ها ارائه می‌شود.

تیم پالو آلتو

از جمله نخستین بینش‌هایی که به خانواده‌درمانی منجر شد، کارهای مردم شناختی گریگوری بیتسون در سال‌های ۱۹۳۵-۱۹۳۶ بود. وی ایده‌ی ((شکاف‌زایی)) را مطرح کرد که آن را به عنوان ((فرآیندی از متمایزسازی در هنجارهای رفتار فردی که از تعامل تراکمی بین افراد ناشی می‌شود)) تعریف نمود. بیتسون برخلاف نظریه‌های روان‌شناختی که رفتار را ناشی از عوامل درون فرد می‌دانند و نظریه‌های جامعه‌شناسی که بر تاثیرات محیط بزرگتر تمرکز می‌کنند، بر سطح ((آنچه که در بین اتفاق می‌افتد)) تمرکز نمود. درواقع، او می‌خواست رشته‌ی روان‌شناسی اجتماعی را به صورت ((مطالعه‌ی واکنش‌های افراد به واکنش‌های سایر افراد)) تعریف کند.

از نظر بیتسون شکاف‌زایی مکمل زمانی اتفاق می‌افتد که دو فرد (یا دو گروه) به گونه‌ای رفتار می‌کنند که رفتار آن‌ها پاسخ متضادی (مثلاً تسلط در مقابل تسلیم) را در طرف مقابل برانگیزد. نوع دیگر شکاف‌زایی، متقارن است که در آن، نوع پاسخ‌های فراخوانی شده بین دو فرد یا دو گروه، یکسان هستند. (مثلاً لاف زدن یکی موجب لاف

زدن دیگری می‌شود). اگر هر یک از این الگوها به وسیله‌ی پویایی‌های درونی رابطه محدود نشود، می‌تواند پیشرونده و زیان‌بار باشد. بیتسون با نگارش این مطالب در اواسط دهه‌ی ۱۹۳۰ ایده‌ی فرایندهای تعامل چرخشی را مطرح کرد که به سنگ بنای نظریه‌ی خانواده‌درمانی تبدیل شد. بیتسون به همراه همکار روان‌پزشک خود یورگن راش، نظریه‌ی پیشگام سطوح ارتباطات بین فردی شامل سطوح کلامی (یا دیجیتالی) و غیرکلامی (یا آنالوگ) را عرضه کرد. بیتسون با به کارگیری نظریه‌ی انواع منطقی وایت‌هد و راسل ادعا کرد که کانال آنالوگ ارتباطات، بافت را برای کانال دیجیتالی فراهم کند. این پیام بافتی که ((فرایم)) نامیده می‌شود به ما می‌گوید که پیام کلامی را چگونه تفسیر کنیم و بدینوسیله آن را طبقه بندی می‌نماید.

در سال ۱۹۵۲، بیتسون گرد هم آوردن یک تیم تحقیقاتی جوان را در پالو آلتو کالیفرنیا به منظور مطالعه‌ی ارتباطات انسانی و حیوانی آغاز کرد. بیتسون، جکسون، هیلی و ویکلند در مقاله‌ی کلاسیکی که نویدبخش تولید نظریه‌ی سیستم‌ها بود، نخستین تحلیل مفصل از ارتباطات در خانواده‌ها را ارائه کردند. این تحلیل بر پدیده‌ای متمرکز بود که بیتسون و همکاران او آن را به عنوان یک توالی ارتباطات تعریف کردند که در آن تناقضی بین سطح بافتی و سطح کلامی وجود داشت. تیم پالو آلتو که از این شکل پایدار و مخرب ارتباطات خانوادگی پرده برداشته بودند، اعتقاد داشتند که چنانچه این الگو مستمر و شدید بوده و هنگامی که کودک آزادی لازم برای اشاره به متناقض بودن وضعیت را نداشته باشد، نشانه‌های اسکیزوفرنیک ایجاد می‌شوند. هرچند پژوهش مشاهده‌ای خود این گروه، فرضیه‌شان را تایید نکرد، اما آن‌ها فرایند بی‌سابقه‌ی ضبط و تجزیه و تحلیل تعاملات خانوادگی را شروع کردند. به نظر می‌رسید زمانی که یکی از اعضا سعی دارد تا با آزمودن یک رفتار جدید این الگو را تغییر دهد، خانواده برای متوقف ساختن آن تبانی می‌کند. این در حالی است که بسیاری از این خانواده‌ها از لحاظ هیجانی به یکدیگر بسیار نزدیک هستند. بیتسون و تیم او ادعا کردند که خانواده‌های کژکار قوانین انعطاف‌ناپذیری دارند که عملاً ایجاب می‌کنند عضو دارای نشانه در همین نقش باقی بماند در حالی که سایر اعضای خانواده در رابطه با دنیای بیرون ظاهر مناسب را حفظ می‌کنند. به دنبال انتشار مقاله‌ی فرضیه‌ی بن بست دو سویه در سال ۱۹۵۶، تیم پالو آلتو، شاید عمدتاً به این دلیل که مشهودترین کمک یا آماده‌ترین منبع تامین مالی آن‌ها به حوزه‌ی درک خانواده‌های آشفته مربوط می‌شد، به مسیر مداخلات بالینی کشیده شد. با این وجود، بیتسون از این تمرکز جدید بر روی مداخلات بالینی ناخرسند بود و نهایتاً از حیطه‌ی خانواده‌درمانی خارج شد و به فیلسوفی علاقمند به معرفت‌شناسی و بوم‌شناسی تبدیل گردید. در میانه دهه‌ی ۱۹۵۰ تعدادی از روان‌پزشکان و سایر درمانگران خارج از تیم موسسه پژوهش روانی، عمدتاً بر اساس ترکیبی از نظریه روان‌تحلیلی و اصول سیستمی تازه شکل گرفته، به آزمودن مداخلات خانواده‌درمانی مشغول بودند. اما این در سال ۱۹۶۱ بود که اغلب این آزمایشگران با یکدیگر ملاقات کرده و مجله‌ی جدید فرایند خانواده را پایه‌گذاری نمودند. تلاش برای درک و درمان اسکیزوفرنی دغدغه‌ی مشترک در میان این خانواده‌درمانگران پیشگام بود. هرکدام از این افراد رویکردهای متمایزی برای مداخلات بالینی را بسط دادند و نتیجه‌ی این امر تقسیم شدن خانواده‌درمانی به مکاتب و اردوگاه‌های نظری و بالینی بود.

موری بوئن

به دنبال دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰، موری بوئن که یک روان‌پزشک بود به عنوان نظریه‌پرداز پیشگامی ظهور کرده و جایگزینی را برای گروه پالو آلتوی بیتسون عرضه کرد. بوئن نخستین کسی بود که نظریه‌ای جامع در مورد کارکرد خانواده تدوین نمود. بوئن در سال ۱۹۶۷، مشهورترین سخنرانی عمومی در تاریخ خانواده‌درمانی را ارائه کرد. او در یک کنفرانس خانواده‌درمانی در فیلادلفیا مقاله‌ای با عنوان ((در مورد خودمتمایزسازی)) ارائه داد که توصیفی از خانواده خود او و تلاش‌هایش برای متمایز شدن به عنوان یک بزرگسال، در عین حفظ تماس با آن‌ها بود. بوئن افراد را با یک گذشته‌ی تکاملی زیستی، دست به گریبان می‌دانست که بر کارکرد مغزی پایین‌تر تاکید دارد و اضطراب ستیز-یا-گریز را بر می‌انگیزد. اضطراب نیز به نوبه‌ی خود به خودمتمایزسازی پایین یا ناتوانی در جدا کردن حوزه‌های هیجانی و عقلانی ذهن منجر می‌شود. اضطراب و خودمتمایزسازی پایین در یک سیستم هیجانی خانواده‌ی هسته‌ای که مشخصه‌ی آن امتزاج هیجانی بدون استقلال، گسلش عاطفی از ترس امتزاج و تعارض از طریق شخص ثالث به جای ابراز مستقیم آن (مثلث‌سازی) است، تقویت می‌گردد. در نظریه‌ی بوئن، مشکلات یک خانواده در زمینه‌ی خودمتمایزسازی پایین میان اعضای خانواده و مثلث‌سازی، در صورتی که با اقدامات اصلاحی مواجه نشوند، به نسل بعدی منتقل می‌گردند. قلب التیام درمانی در خانواده‌درمانی بوئن، در درجه‌ی اول خودمتمایزسازی خود درمانگر و پس از آن هم توانایی او برای بیرون ماندن از مثلث‌ها و حفظ یک عینیت غیر-مضطربانه در مواجهه با زمینه‌ی هیجانی خانواده است. هدف، افزایش تمایز یافتگی اعضای خانواده است به گونه‌ای که آن‌ها بتوانند در عین حفظ پیوند هیجانی، ((خود))هایی مجزا باشند. ارزیابی شامل نسل‌نگارهایی است که تاریخچه هیجانی هر کدام از خانواده‌های مبدا را بررسی می‌کنند. پس از مرحله‌ی مقدماتی درمان که بر کاهش واکنش‌پذیری تمرکز دارد، بیماران برای جستجوی خانواده مبدا خود، راهنمایی می‌شوند. نهایتاً، بیماران کمک می‌شوند تا پاسخ‌های خود را به تعاملات عاداتی خانواده تغییر دهند و یک موقعیت ((من)) را که ترکیب‌کننده فردیت و پیوند است، حفظ نمایند. در مواردی که بیماران کارکرد خانوادگی مناسبی پیدا کرده و سطح اضطراب بسیار پایین است، بوئن جلسات آخر را به توضیح آموزشی نظریه‌ی زیربنایی کارش، اختصاص می‌دهد.

سالوادور مینوچین و خانواده‌درمانی ساختاری

مسلماً سالوادور مینوچین بیش‌ترین تاثیر را در تحول خانواده‌درمانی به عنوان یک مداخله داشته است. او که در ابتدا در روان‌کاوی کودک آموزش دیده بود، از این شیوه‌ی غیر فعال سرد شد. مینوچین پس از آشنایی با نظریه‌ی سیستم‌های خانواده در گروه پالو آلتو و با سایر پیشگامان خانواده‌درمانی، بعد از سال ۱۹۶۵، به یکی از چهره‌های برجسته در این حوزه تبدیل گردید. مدل خانواده‌درمانی ساختاری مینوچین در طول نخستین سال‌های جنبش سلامت روان جامعه و جنبش ضد فقر پدید آمد. خانواده‌درمانی ساختاری از کار با خانواده‌های فقیر ((کم سازمان یافته)) با تمرکز بر اضطراب، حل مساله و بافت محیطی گسترش پیدا کرد. در ادامه، خانواده‌درمانی ساختاری به کار با خانواده‌های طبقه متوسط ((بیش سازمان یافته)) که بچه‌های مبتلا به اختلالات مرتبط با بی‌اشتهایی عصبی داشتند، گسترش یافت. مینوچین خانواده را به عنوان سیستمی تلقی کرد که از طریق خرده سیستم‌هایی عمل می‌کند که نیازمند وضوح و نفوذپذیری کافی مرزها هستند. والدین یک خرده سیستم اجرایی را تشکیل می‌دهند که مسئول بچه‌هاست؛ ائتلاف‌های بین یک کودک و یک والد علیه والد دیگر، اساساً کژکار است، زیرا چنین ائتلافی

ناقص هنجارهای جهانی سلسله مراتب قدرت در خانواده‌هاست. در نظریه‌ی خانواده‌درمانی ساختاری، خانواده‌ها زمانی دچار مشکل می‌شوند که مرزهای‌شان بسیار خلل‌پذیر (درهم تنیده) یا بسیار انعطاف‌پذیر (گسسته) است. حالت نخست مانع از دست یافتن بچه‌ها به استقلال شده و حالت دوم باعث می‌شود که آن‌ها از حمایت کافی برخوردار نشوند. مشخصه‌ی ((خانواده روان‌تنی)) مجموعه‌ای از ویژگی‌هاست که توصیف آن‌ها جمع‌بندی سهم اولیه خانواده‌درمانی ساختاری در حوزه‌ی خانواده‌درمانی است: مرزهای درهم تنیده والد-کودک، حمایت بیش از حد، انعطاف ناپذیری، ضعف در حل تعارض یا اجتناب از تعارض، مثلث‌سازی و بیراهه روی. یکی دیگر از تأکیده‌های مهم خانواده‌درمانی ساختاری از کارهای مینوچین با خانواده‌های کم درآمد شهری ریشه می‌گیرد. قابلیت انطباق که به عنوان توانایی خانواده جهت دسترسی به / و اجرای الگوهای تعاملی جایگزین تعریف شده است، به خصیصه‌ی اصلی تعیین‌کننده‌ی میزان حفظ کارآمدی خانواده در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای عمده تبدیل می‌شود. نقش درمانگر در شکل کلاسیک آن به گونه‌ای که توسط مینوچین توصیف شده، نقشی بسیار فعال است. نخستین مرحله‌ی درمان الحاق/انطباق است، مرحله‌ی دوم تجدید ساختار الگوهای خانوادگی مشکل‌ساز است که از طریق: (۱) دگرگون ساختن ادراکات مشکل

(۲) فعال‌سازی یا همان تجربه‌ی واقعی یک الگوی خانوادگی جایگزین و

(۳) تعیین تکلیف منزل به منظور تثبیت الگوهای جدید، صورت می‌گیرد. یکی از دلایل غلبه‌ی خانواده‌درمانی ساختاری در طی چهار دهه‌ی گذشته، مجموعه سراسر راهبردهای عملی آن بوده است.

خانواده‌درمانی راهبردی

تیم پالو آلتو، تحت تأثیر میلتون اریکسون، رویکرد درمانی متمایز خود را تدوین نمود. اریکسون نشانه‌ها را اشکال ارزشمندی از ارتباط می‌داند. اریکسون با کار از طریق پیشنهادی غیرمستقیم، القای خلسه و ایجاد بن بست، باورهای جدیدی را در مورد شخص و انعطاف‌پذیری شخصی گسترش داد. در میانه‌ی دهه ۱۹۷۰، هیلی با هدف ایجاد یک رویکرد پیوندی متشکل از درمان اریکسونی و خانواده‌درمانی ساختاری با مینوچین همکاری کردند. این رویکرد با نام خانواده‌درمانی راهبردی شناخته شده و کلو مدانس تبدیل به یکی از همکاران اصلی آن شد. در خانواده‌درمانی راهبردی نشانه‌ها به عنوان اقدامات ارتباطی و استعاری مشتمل بر یک قرارداد میان دو یا چند عضو خانواده تلقی می‌شوند. آن‌ها از بن‌بست‌هایی در زندگی خانواده نشأت می‌گیرند و راهی را برای برون‌رفت از آن فراهم می‌آورند. علاوه بر این، آن‌ها طریقی را برای حمایت یا ثبات بخشیدن به خانواده عرضه می‌دارند. همچنین نشانه‌ها شیوه‌ای هستند که افراد از آن‌ها برای کنترل خانواده استفاده می‌کنند و به تبعیت از نظر مینوچین، نشانه‌ها اغلب از مثلث‌های کژکاری پدیدار می‌شوند که سلسله مراتب نسلی را در خانواده نقض می‌کنند. خانواده‌درمانگران راهبردی، از برجسب‌های تشخیصی اجتناب کردند و بر این باور بودند که اکثر مشکلات به دلیل برخورد نامناسب با دشواری‌های معمولی زندگی تداوم پیدا می‌کنند. بینش در مورد گذشته‌ی فرد و انگیزش‌های درونی او، پیش‌نیاز تغییر نیست، هرچند دگرگونی باورها در مورد خود و خانواده عوامل مهمی برای برانگیختن تغییر هستند. از لحاظ مداخله، رهنمودی و کوتاه مدت است و تغییر سریع را مد نظر دارد. درمانگر در مورد آنچه که موجب حفظ مشکل می‌شود، فرضیه‌ای را صورت بندی می‌کند و سپس طرحی را برای موثرترین راه ایجاد تغییر تدوین می‌نماید. بازتعبیر یک مداخله‌ی کلی است که از طریق تعویض برجسب مشکل یا نسبت دادن نیات خوب به مشکل، موجب تغییر

ادراکات مربوط به آن می‌شود. خانواده‌درمانی راهبردی، بیش از هر چیز با مداخلات متناقض شناخته می‌شود. هدف این تکنیک برخورد خلاقانه با مقاومت خانواده در مقابل تغییر است. ممکن است در مواقعی نشانه را تجویز کند تا این که یک رفتار غیر ارادی، در یک پویایی پیچیده خانوادگی ارادی به نظر برسد. هدف این مداخله، تغییر سریع ۱۸۰ درجه از طریق شکستن قفلی است که نشانه را بر خانواده تحمیل می‌کند. هیلی، بر اساس همکاری‌هایش با مینوچین، تاکید بر کار روی سلسله مراتب‌های ناکارآمد در خانواده‌های دارای فرزندان مشکل‌دار در سنین اواخر نوجوانی را به خانواده‌درمانی راهبردی افزود. هدف آن است که والدین ابتکار عمل را در دست گرفته و از طریق یک اتحاد والدینی قدرتمند، نوجوان را در خانواده به عقب برانند و سپس زمانی که رفتار نوجوان یا جوان به هنجار شد، به تدریج استقلال بیش‌تری به او داده می‌شود. علاوه بر این‌ها، هیلی بر این باور بود که به دنبال پیشرفت در درمان، هنگامی که والدین به مسائل مربوط به خودشان می‌پردازند، خانواده بی‌ثبات می‌شود، پس درمانگر به کمک به والدین می‌شتابد. خانواده‌درمانگران راهبردی خواهان اجتناب از وابستگی خانواده به درمانگر هستند.

سایر مدل‌های نسل اولی

اغلب بنیان‌گذاران خانواده‌درمانی در ابتدا آموزش روان‌کاوی دیده بودند. ناتان آکرمن چهره‌ای کلیدی در تحول مدل روان‌تحلیلی خانواده‌درمانی و بنیان‌گذار موسسه خانواده‌درمانی آکرمن در نیویورک بود. سایر پیشگامان نسل اول خانواده‌درمانی بدون آن که مدل‌هایی را پایه‌گذاری کنند که به جریانی غالب در این حوزه تبدیل شود بر نسل‌های بعدی تاثیر گذاشتند. کارل ویتاکر و ویرجینیا ستیر از سرشناس‌ترین این افراد بودند که بر ابعاد تجربیاتی و عاطفی خانواده‌درمانی با هدف رشد شخصی بیش‌تر و عمق هیجانی (البته به شیوه‌های متفاوت یکدیگر) تاکید کردند. نهایتاً، خانواده‌درمانی رفتاری آخرین رویکردی بود که در میان مدل‌های خانواده‌درمانی نسل اول ظاهر شد. پیشگام این مدل جرال د پاترسون بود که از سنت نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه رفتاری برخاسته بود که هر دو با نظریه سیستم‌های خانواده در تضاد بودند. پاترسون، آموزش والدین را توسعه داد که در ادامه به یکی از نیرومندترین مدل‌های مبتنی بر شواهد برای درمان کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری تبدیل شد. او به طور اخص بر حلقه‌های کنترل اجباری متمرکز شد. با گذشت زمان، پاترسون دیدگاه وسیع‌تری را نسبت به تعاملات خانوادگی در ورای رابطه دو تایی والد-کودک اتخاذ کرد و کار او سیستمی‌تر شد. در سال‌های اخیر، درمان شناختی-رفتاری اهمیت فزاینده‌ای را در درمان مشکلات زناشویی و زوجی پیدا کرده و در دامنه متنوعی از رویکردهای معاصر مبتنی بر شواهد به خانواده‌درمانی ادغام شده است.

نسل دوم

در اواخر دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰، خانواده‌درمانگران به تدریج از سرسپردگی به یک مدل بنیان‌گذار واحد فاصله گرفتند. در همین زمان، افراد نوآور در حال تدوین مدل‌های جدیدی بودند که در دو مسیر متفاوت سیر می‌کردند: یکی از آن‌ها به یک رویکرد محدودتر مبتنی بر نظریه گرایش داشت که دنیای پزشکی را خوار می‌شمرد و دیگری به رویکردهای یکپارچه‌تری متمایل بود که از فعالیت مشارکتی با پزشکان استقبال می‌کرد.

درمان راه حل مدار

درمان راه حل مدار، از خانواده درمانی راهبردی، به ویژه از فاصله‌گیری مدل MRI از نظریه، تاریخچه خانوادگی و آسیب‌شناسی روانی سر برآورد. درمان راه حل مدار حتی بیش از درمان راهبردی از نظریات مربوط به منشا مشکلات اجتناب می‌کرد و به جای آن بر اهداف، منابع و موارد استثنا در رفتار مشکل‌دار و نه بر خود مشکلات تمرکز می‌نمود. درمانگران راه حل مدار با ارائه رویکردی افراطی به سازه‌گرایی به دنبال نوعی از مداخلات درمانی بودند که با فراهم ساختن واقعیت‌های جایگزین از طریق فعال‌سازی توانایی‌های بیمار به حل و فصل سریع مشکل منجر شوند. درمان راه حل مدار تعدادی از تکنیک‌های ابتکاری را به حوزه خانواده درمانی عرضه کرد. در سوال معجزه‌ای، درمانگر می‌پرسد ((اگر یک روز صبح از خواب بیدار شوید و ببینید که معجزه‌ای روی داده و مشکل شما حل شده است، چگونه متوجه خواهید شد؟)) هدف، تحریک تصویرسازی ذهنی در مورد تغییر و القای امید است. یکی دیگر از تکنیک‌های برجسته‌ی راه حل مدار، سوالات مقیاسی است. درمانگران راه حل مدار با طرح این ادعا که بیش از یک مدل اساسی در مورد این که افراد چگونه می‌توانند خود را برای تغییر برانگیزند، هیچ کار نظری دیگری لازم نیست، خانواده درمانگران نسل اول را به چالش کشیدند.

روایت درمانی

پست مدرنیسم در دهه ۱۹۸۰ به شکل روایت درمانی، به خانواده درمانی هجوم آورد. روایت درمانی، نظریه و دانش متخصص را به نفع تاکید سازه‌گرایی بر روایت، داستان و خلق واقعیت، مورد انتقاد قرار داد. از آنجایی که نسخه‌ی وایت و اپستن از روایت درمانی، بیش از بقیه اثرگذار بوده است، ما در این جا بر آن تمرکز می‌کنیم.

درمانگران روایتی، بر این باورند که مردم ((توصیف‌های انباشته از مشکل)) را در مورد زندگی خود بسط می‌دهند که درمانگران هم معمولاً از طریق تشخیص و درمان مشکل مدار سنتی، آن را تقویت می‌نمایند. هدف درمان، آزاد کردن افراد از داستان‌های ظالمانه زندگی آنان است؛ داستان‌هایی که ناشی از فرهنگ غالبی (از جمله درمان) است که آن‌ها برای توصیف مشکلات خود آموخته‌اند. وظیفه‌ی درمانگر این است که از این روایت ((سازه‌گشایی)) کند و بیمار را کمک نماید تا دوباره مالکیت زندگی خود را به دست گیرد. در این شیوه‌ی تفکر، درمان به شکلی از گفتگو تبدیل می‌شود که شامل ((داستان‌سازی دوباره)) است. روایت‌های جایگزینی که در این داستان‌سازی دوباره شناسایی و خلق می‌شوند حس دگرگون‌شده‌ای از خود را ایجاد می‌کنند که مجزا از مشکل است. وایت و اپستن با تمرکز بر سناریوهای فرهنگی، آشکارا رویکردی چند فرهنگی و کثرت‌گرا دارند که با سرکوب اجتماعی در تمامی اشکال آن در تضاد است. درمانگران روایتی بر تکنیک تاکید نمی‌کنند، اما تعدادی فعالیت رایج دارند. درمانگر یک موضع مثبت و کنجکاوانه را اتخاذ می‌کند و اغلب تحت تاثیر آنچه که بیمار در درمان عرضه می‌کند، قرار می‌گیرد. درمانگر از موضع دور درباره مشکل صحبت می‌کند تا بیمار را برای ((بیرونی ساختن)) مشکل یاری دهد. درمان، معمولاً یک سری از سوالات است که بررسی می‌کند مشکل چگونه خانواده را کنترل می‌کند و خانواده چگونه گاهی اوقات مشکل را کنترل می‌نماید (استثناها و نتایج منحصر به فرد). هدف، آزاد ساختن خانواده از سازه‌های محدودکننده‌ی آن‌هاست به نحوی که بتوانند سازه‌های جایگزینی را خلق کرده یا زندگی خود را ((بازنویسی)) کنند. درمانگر روایتی بیش از هر مدل دیگر خانواده درمانی، دیدگاه‌های اجتماعی را در مدل‌های بالینی خود گنجانده‌اند. درمانگران روایتی راه‌هایی را برای دسترسی به شبکه‌های اجتماعی بیماران و کمک به آن‌ها جهت

ایستادن در مقابل فرهنگ و سیستم درمانی غالب آزموده‌اند. با آن که روایت درمانی همچنان یک نیروی برجسته در حیطه خانواده درمانی ایالات متحده است، دیگر به همان شکل نابی که مبدعان اولیه آن عرضه کردند، انجام نمی‌شود. یکی از دلایل این امر آن است که انجام درمان در ایالات متحده بدون انطباق با سیستم تشخیص DSM دشوار است. و در سطح وسیع تر هم، نیکولز ادعا کرده است که درمانگران روایتی در واکنش به انعطاف‌ناپذیری‌های خانواده درمانی نسل اول، انعطاف‌ناپذیری خاص خود را در پیش گرفته، خالص بودن نظریه سیستم‌ها را به نفع خالص بودن دیدگاه مدرنیست سازه‌گرایی اجتماعی رد کردند.

خانواده درمانی روانی آموزشی و خانواده درمانی پزشکی

خانواده درمانی در ابتدا به منظور درمان اسکیزوفرنی ایجاد شد اما پس از آن که فرضیه‌ی بن‌بست دوسویه برای اسکیزوفرنی مورد حمایت قرار نگرفت و پس از آن که هیچ حمایت پژوهشی برای سایر نظریه‌های خانوادگی علت‌شناسی اسکیزوفرنی به دست نیامد، این رویکرد بی‌اعتبار گردید. متعاقباً، مطالعات دوقلوها و سایر مطالعات زیست‌شناختی، وجود یک عامل ژنتیکی نیرومند را برای اسکیزوفرنی به اثبات رساندند. تعدادی از روان‌پزشکان و سایر خانواده‌درمانگران شاغل در محیط‌های بیمارستان روانی، یک سری از مطالعات را انجام دادند که نشان می‌داد درمان روانی آموزشی خانواده در پیشگیری از عود و بستری مجدد در میان مبتلایان به اسکیزوفرنی موثر است. نظریه‌ای که پشت درمان روانی آموزشی خانواده قرار داشت بر حول هیجان ابراز شده یا درگیری مفرط بحرانی والدین در رابطه با بیماری روانی فرزندان‌شان متمرکز بود. هیجانات ابراز شده، آن‌گونه که به وسیله‌ی مصاحبه خانوادگی کامبرول ارزیابی می‌شوند، به عنوان یک عامل پیش‌بینی کننده عود و بستری مجدد در اسکیزوفرنی شناخته شدند.

آموزش روانی خانواده با خانواده‌های مجزا موثر است اما عمدتاً با گروه‌های خانوادگی متشکل از بستگان بیمار اجرا می‌شود. درمانگران به خانواده کمک می‌کنند تا محدودیت‌گذاری محتاطانه و غیرواکنشی و حل مساله را به همراه سایر راهبردها جهت حمایت از یک محیط خانوادگی سالم بیاموزند. از یک سو، این مدل معتبرترین درمان خانوادگی برای اختلال روانی جدی است، اما در این محیط‌های روان‌پزشکی که در سیطره درمان‌های پزشکی قرار دارند، کاربرد گسترده‌ای ندارد.

خانواده درمانی پزشکی، همانند آموزش روانی خانواده در مورد مشکلات مرتبط با سلامت، از یک چارچوب زیستی-روانی-اجتماعی استقبال می‌کند: بدن، ذهن، خانواده، جامعه و محیط‌های گسترده‌تر؛ که در دهه ۱۹۸۰ به وسیله‌ی خانواده‌درمانگرانی متبلور شد که در محیط‌های پزشکی کار می‌کردند. خانواده درمانی پزشکی حوزه‌ی خانواده درمانی را به ورای کار با مشکلات سلامت روان گسترش داد به طوری که تمام حوزه‌ی مشکلات مربوط به سلامت و به ویژه بیماری‌های مزمن پزشکی را دربرگیرد. مک دانیل، هپ ورث و دوهرتی، همانند سایر خانواده‌درمانگران پزشکی بر مشارکت نزدیک بین درمانگران، پزشکان و سایر ارائه‌دهندگان تاکید کردند. آن‌ها اهداف این کار را به عنوان افزایش میانجی‌گری و ارتباطات (استقلال و به هم پیوستگی) در بیماران، خانواده‌ها و سیستم‌های ارائه‌دهنده صورت‌بندی کردند. خانواده درمانی پزشکی یک فرامدل، یعنی یک چارچوب فراگیر است که در درون آن یک درمانگر می‌تواند از مدل درمانی ترجیحی خود استفاده نماید.

تحولات مهم دیگری هم در نسل دوم خانواده‌درمانی وجود داشتند که به مدل‌های درمانی مشخص یا پایدار منجر نشدند. به عنوان مثال، مدل خانواده‌درمانی میلان در دوره‌ای به عنوان پیشرفتی در خانواده‌درمانی راهبردی شکوفا گردید. خانواده‌درمانی فمینیستی هم که در دهه ۱۹۸۰ به عنوان انتقادی از مفروضه‌های مرد مدار در مدل‌های نسل اول ظهور کرد، درخور توجه ویژه است.

نسل سوم

خانواده‌درمانگران معاصر بیش از اسلاف خود یکپارچه‌نگر و التقاطی هستند و مدل‌های در حال ظهور هم منعکس‌کننده این تغییر می‌باشند. این مدل‌ها آشکارا بیش از مدل‌های قبلی مبتنی بر پژوهش و شواهد هستند.

خانواده‌درمانی چندسیستمی

درمان چندسیستمی در دهه‌ی ۱۹۹۰، به عنوان شیوه‌ای جهت کار با کودکان بسیار چالش‌برانگیز و مشکلات نوجوانان توسط هنگلر و همکاران او ابداع شد. این مدل یک رویکرد منزل‌محور است که در آن، درمانگران به منظور کاهش جرم، سو مصرف مواد و سایر مشکلاتی که تهدید جایابی بیرون از منزل را ایجاد می‌نمایند، با خانواده و سیستم‌های اجتماعی کار می‌کنند. درمانگر در کارش هدف‌مدار و عمل‌گرا بوده و با تکالیف و توالی‌های تعاملی خاصی که برای هر خانواده‌ای متناسب می‌شوند، با آن‌ها کار می‌کند. درمان چندسیستمی از حمایت‌های پژوهشی قابل توجهی برخوردار شده و به طور گسترده به وسیله گروه‌های دولتی و آژانس‌ها در سراسر ایالات متحده اقتباس شده است.

خانواده‌درمانی چند بُعدی

خانواده‌درمانی چند بُعدی توسط هووارد لیدل، کسی که در ابتدا به عنوان یک خانواده‌درمانگر ساختاری و راهبردی آموزش دیده بود، به منظور درمان مشکلات ریشه‌دار سو مصرف مواد در نوجوانان ایجاد شد. این رویکرد همانند درمان چندسیستمی در کار با خانواده‌های کم درآمد و پر چالش به موفقیت دست یافته است و بر این فرض استوار است که مشکلات پیچیده مستلزم مداخله در سیستم‌های چندگانه تحول و تاثیر هستند: نوجوان، والدین، خانواده و سیستم‌های اجتماعی. توجه زیادی به الحاق با نوجوان به عنوان یک فرد و با والدین قبل از درگیر ساختن سایر سیستم‌ها شده است. مدیریت رفتاری و پیوندهای عاطفی در خانواده هم مورد تمرکز قرار می‌گیرند. خانواده‌درمانی چند بُعدی به عنوان یک مدل پژوهشی درمان، گسترش پیدا کرد و برخلاف درمان چندسیستمی در همین اواخر به محیط‌های اجتماعی راه پیدا کرده است.

سایر مدل‌های خانواده‌درمانی مبتنی بر شواهد، در سال‌های اخیر بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته‌اند. خانواده‌درمانی کارکردی با هدف درمان مشکلات رفتاری کودکان بسط پیدا کرد. رویکردهای شناختی-رفتاری خانواده‌درمانی یک سنت پژوهشی غنی را از روان‌درمانی فردی، با خود به خانواده‌درمانی آوردند. زوج‌درمانی شناختی-رفتاری، کاهش سرزنش، افزایش رفتارهای مثبت و آموزش همدلی و حل مساله سازنده را هدف خود قرار داده است. زوج‌درمانی هیجان‌مدار، از نظریه‌ی دلبستگی برای درمان زوجها بهره می‌گیرد. این مدل با تاکید مضاعف بر حالات هیجانی شامل یک فرآیند ساختاری سه مرحله‌ای است: فرونشانی تعارض، بازسازی پیوند دلبستگی بین همسران و تثبیت دستاوردها.

نظریه

هدف اغلب نظریه‌ها در خانواده‌درمانی تبیین چگونگی بروز مشکلات روان‌شناختی و ارتباطی به واسطه‌ی کارکردها و پویایی‌های سیستم‌های خانواده است. توجه داشته باشید که ما می‌گوییم ((بروز مشکلات ... به واسطه‌ی ...)) نه ((... به علت ...)). دلیل این امر آن است که نظریه‌ی سیستم‌ها به نفع یک درک پیچیده‌تر که به نحوه‌ی تاثیرگذاری شرکای حرکاتی هماهنگ بر یکدیگر نزدیک‌تر است، از زبان علیت خطی اجتناب می‌کند.

سوالات کلاسیکی که نظریه خانواده‌درمانی به آن‌ها می‌پردازد

هر نظریه مجموعه‌ای از سوالات پیش‌برنده دارد که تلاش می‌کند به آن‌ها پاسخ دهد و با تحول نظریه‌ها در گذر زمان و با نمایان شدن سوالات جدید، نظریه‌ها هم دامنه‌ی دسترسی خود را توسعه می‌دهند.

۱- چگونه افراد در درون خانواده‌ها، به نشانه‌ها دچار می‌شوند؟ این یک سوال اساسی در تحول خانواده‌درمانی بود که با تمرکز بر اسکیزوفرنی شروع شد و سپس دامنه‌ی گسترده‌ای از مشکلات روانی-اجتماعی را در بر گرفت. گاهی اوقات تاکید بر این است که چگونه پویایی‌های خانواده به شروع یک مشکل خاص منجر شده‌اند و گاهی هم بر این تاکید می‌شود که خانواده چگونه خود را بر حول یک اختلال سازمان داده و به این طریق مشکل را استمرار می‌بخشد. تمامی نظریه‌های خانواده‌درمانی تاکید زیادی بر فرآیندهای اینجا و اکنون دارند، در حالی که برخی از آن‌ها بر فرآیندهای دراز مدت خانواده مبدا هم تاکید می‌کنند.

۲- خانواده‌ها چگونه سطحی از پیوند بین شخصی را حفظ می‌کنند به طوری که هم الفت عاطفی و هم استقلال فردی/امکان‌پذیر گردد؟ بوئن، خانواده را متمایل به در هم تنیدگی می‌دانست. مینوچین، خانواده‌ها را مایل به در پیش گرفتن دو حد افراطی در هم تنیدگی یا فقدان درگیری می‌دانست. همچنین مینوچین بر اهمیت خرده سیستم‌های تمایز یافته در خانواده تاکید داشت.

۳- چگونه تعارض خانوادگی غیر قابل کنترل می‌شود؟ یک رویکرد اساسی جهت درک تعارض خانوادگی بر پویایی‌های سیستم‌ها که نخستین بار در دهه‌ی ۱۹۳۰ توسط بیتسون شناسایی شدند، مبتنی می‌باشد: فرایندهای چرخشی که تعاملات منفی به وسیله‌ی آن‌ها به صورت متقارن تا سطوح مخرب شدت می‌یابند. رویکرد استاندارد دوم در رابطه با تعارض خانوادگی، بررسی نقش اشخاص ثالث (الگوهای مثلثی) در حفظ تعارضات غیر قابل حل است. رویکرد سوم بر ویژگی‌های کلی سیستم‌های خانوادگی از قبیل به هم پیوستگی مفرط یا در هم تنیدگی متمرکز است که باعث می‌شوند تلاش اعضای خانواده برای ابراز وجود و حفظ استقلال، به تعارض جدی بیانجامد.

۴- خانواده‌ها چگونه می‌توانند الگوهای کژکار را تغییر دهند؟ در اینجا، تمرکز اصلی بر این بوده است درمانگران چگونه می‌توانند خانواده‌ها را برای تغییر یاری دهند. درمانگر از رابطه‌ی درمانی به منظور فراخوانی الگوهای خانوادگی جدید استفاده می‌کند که خانواده در منزل آن‌ها را درونی‌سازی می‌کند.

مفاهیم مورد استفاده در تمامی نظریه‌های خانواده‌درمانی، نسبتاً اندک هستند. ما در ادامه به مفاهیم جدیدتر و در حال ظهور خواهیم پرداخت. هرچند ابزارهای ارزیابی رسمی برای این مفاهیم و سایر مفاهیم خانواده‌درمانی وجود دارد، پیچیدگی پویایی‌های خانواده چنان است که ابزارهای ارزیابی اندکی می‌توانند ظرافت‌های یک خانواده‌ی خاص را نشان دهند. ما در این‌جا بر نحوه‌ی برداشت خانواده‌درمانگران از پویایی‌های در حال ظهور خانواده در مصاحبه بالینی، از اخذ تاریخچه و مشاهده مستقیم خانواده‌ها در اتاق درمان، تاکید می‌کنیم.

۱- به هم پیوستگی و فردیت. خانواده‌های دارای سطح به هم پیوستگی بالا، فرزندی را پرورش می‌دهند که بسیار معاشرتی بوده و برای ترک عاطفی منزل با مشکل مواجه هستند و خانواده‌هایی که از تفکیک بالایی برخوردارند، فرزندی غیر معاشرتی را پرورش می‌دهند که در اعتماد به دیگران مشکل دارند. آنچه که مورد توجه خانواده‌درمانگران است کشمکش بر سر پیوند و استقلال، فقدان مهرورزی و حمایت نسبت به یک عضو وابسته خانواده و ناتوانی یک عضو خانواده برای تصمیم‌گیری و ایفای نقش‌های مستقل در بافت فرهنگی‌اش می‌باشد. در اتاق درمان، در هم تنیدگی را می‌توان در صحبت کردن اعضای خانواده به جای یکدیگر و ذهن‌خوانی مشاهده کرد. گسستگی اعضای خانواده هم در عدم پاسخدهی آن‌ها به سرنخ‌های هیجانی و ناتوانی در پیوستن به فرایند التیام و تغییر قابل مشاهده است.

۲- انطباق‌پذیری. مفهوم انطباق‌پذیری خانواده یا انعطاف‌پذیری از این اصل نظریه‌ی سیستم‌ها که ارگانیسم‌های موفق پیوسته خود را با محیط انطباق می‌دهند، اقتباس شده است و یکی از پایه‌های اصلی نظریه‌ی خانواده‌درمانی است. درمانگران خانواده، انطباق‌پذیری را در چگونگی سازگاری خانواده با چالش‌های گذشته و نحوه‌ی برخورد آن با چالش‌هایی که اکنون در درمان ارائه می‌شوند، می‌بینند.

۳- مرزها. این مفهوم که در خانواده‌درمانی ساختاری بیش از هر نظریه‌ی دیگر مورد استفاده قرار می‌گیرد در نظریه‌ی سیستم‌ها ریشه دارد. مینوچین مرزها را به عنوان قواعد خانوادگی تعریف کرد که تعیین می‌کنند چه کسی و چگونه در خانواده و خرده سیستم‌های آن مشارکت می‌کند. مرزها باید روشن باشند تا این که اعضای خانواده بدانند که چگونه با یکدیگر و با جهان ارتباط برقرار کنند. پژوهش‌های پائولین باس، پیامدهای ((ابهام مرز)) را که در آن اعضای خانواده نمی‌دانند چه کسی داخل و چه کسی بیرون از خانواده و خرده سیستم‌های آن است، نشان می‌دهد.

۴- مثلث‌ها. آرایش‌های تعاملی سه‌تایی در قلب شیوه‌ی تفکر خانواده‌درمانگر در مورد تعاملات مشکل‌ساز خانواده هستند. بوئن یک مثلث را به عنوان یک ((آرایش هیجانی سه نفره)) تعریف کرده و آن‌ها را سنگ بنای هر سیستم هیجانی، از جمله خانواده می‌داند. بوئن ادعا کرد که سیستم‌های دو نفره در مواجهه با اضطراب شدید بی ثبات می‌شوند و این امر آن‌ها را به سمت درگیر ساختن یک شخص ثالث -اغلب آسیب‌پذیرترین عضو خانواده به منظور ایجاد یک مثلث باثبات‌تر سوق می‌دهد. خانواده‌درمانگران اغلب به عنوان راهی جهت درک مثلث‌های هیجانی در خانواده بر رازهای خانواده تمرکز می‌کند: چه کسی از راز خانوادگی آگاهی دارد و چه کسی محرم دانسته نشده و بی‌خبر مانده است، سپس وقتی که راز آشکار شد چه کسی برافروخته می‌شود.

۵- *ائتلاف‌ها*. شکل متفاوتی از مفهوم مثلث در خانواده‌درمانی ساختاری و راهبردی که بر اتحادهای منفی بین دو یا چند نفر از اعضای خانواده علیه یکدیگر دلالت دارد، ائتلاف نامیده شده است. برخی از ائتلاف‌ها شامل سه عضو اصلی واحد سه‌تایی هستند در حالی که ائتلاف‌های دیگر می‌توانند شامل گروه‌های بزرگ‌تری باشند. واژه‌ی ائتلاف به صورت انحصاری توسط مینوچین در بحث سه نوع، سه‌تایی خانوادگی انعطاف‌ناپذیر مورد استفاده قرار گرفت. سه‌تایی انعطاف‌ناپذیر اول که مثلث‌سازی نامیده می‌شود الگویی است که در آن یکی از والدین از کودک می‌خواهد که در مشاجرات والدینی از او جانبداری کند. مفهوم دوم، بیراهه‌روی، الگویی است که والدین به واسطه‌ی آن و از طریق تقویت رفتار انحرافی کودک، هماهنگی خود را حفظ می‌کنند؛ تمرکز بر مشکلات کودک به آن‌ها امکان می‌دهد تا از روبرو شدن با تعارض خود، اجتناب کنند. نهایتاً، ائتلاف‌های بین نسلی، از نظر مینوچین، هیلی و بسیاری نظریه‌پردازان دیگر، به عنوان یک الگوی کژکار اساسی در خانواده‌ها تلقی می‌شوند. این‌ها عمدتاً زمانی اتفاق می‌افتند که یکی از والدین و یکی از فرزندان علیه والد دیگر جانبداری می‌کنند.

۶- *انتقال بین نسلی*. یک اصل کلیدی در خانواده‌درمانی این است که الگوهای تعاملی خانواده گرایش دارند که در طی نسل‌های مختلف تکرار شوند و ممکن است مشکلاتی را برای نسل‌های بعدی ایجاد نمایند. بوزورمنی-نگی به توصیف چگونگی انتقال ((استحقاق مخرب)) در طی نسل‌ها می‌پردازد که زمانی می‌افتد که کودکی احساس می‌کند از داشتن والدینی دلسوز و مسئول محروم بوده است و با یک حس طلبکار بودن از جهان بزرگ شده و به یک والد بی‌توجه و غیرمسئول برای نسل بعد تبدیل می‌شود. بوئن توضیح می‌دهد که چگونه زمانی که اعضای خانواده با قطع روابط خانوادگی با اضطراب و تعارض‌شان برخورد می‌کنند، الگوهای ((گسلش)) میان اعضای خانواده می‌توانند کنترل چندین نسل را در اختیار بگیرند.

۷- *سیستم‌های باور خانواده*. کانتور، لهر و کنستانتین، نظریه‌ی الگوهای خانواده را ارائه کردند. الگوهای خانواده، جهان‌بینی بنیادی خانواده هستند، یعنی باورها و ارزش‌های اساسی آن در مورد این که کارکرد خانواده باید چگونه باشد. مدل خانواده‌درمانی میلان بر باورهای خانوادگی خاصی در مورد نشانه‌های اعضای پریشان خانواده تاکید کرد. رسیدن به یک اجماع با خانواده بر سر این که وضعیت عضو بیمار آن‌ها هم جنبه‌ی جسمانی و هم جنبه‌ی هیجانی دارد، مستلزم احترام به قدرت سیستم‌های باور خانواده است.

۸- *فراوندهای خود*. رویکردهای عمده جهت درک ((خود)) در خانواده عبارتند از: خانواده‌درمانی روابط شی و خانواده‌درمانی بوئن. جیمز فریمو یکی از پیشگامان به کارگیری نظریه‌ی روابط شی برگرفته از روان‌کاوی در خانواده‌درمانی بود. نظریه‌ی روابط شی بر چگونگی شکل‌گیری ((خود)) در رابطه با افراد مهم زندگی به ویژه والدین تاکید دارد. روابط مشکل‌ساز والد-کودک به دو پارگی‌های درونی (به عنوان مثال خوب-بد) در کودک منجر می‌شوند که در بزرگسالی به شی‌های محبوب فراقکن می‌شوند. وقتی که فرد بخش مفقوده‌ی ((خود)) را به دیگر اعضای خانواده فراقکنی می‌کند، ایده‌آل‌سازی به سرخوردگی منجر می‌شود. در نظریه‌ی بوئن، خودمتمایزسازی پیش‌نیاز روان‌شناختی کارکرد خانوادگی سالم است. فقط یک ((خود)) تمایز یافته می‌تواند به نحو سازنده‌ای با شدت هیجانی روابط خانوادگی، بدون توسل به رفتار واکنشی یا گسستگی برخورد کند. خانواده‌درمانگران همیشه با ((خودهای)) چندگانه در خانواده سروکار داشته و به همین دلیل مدل‌های موثری از نقش ((خود)) را در اختیار دارند. اما خانواده‌درمانگران ((خود)) را در قالب بین شخصی آن می‌بینند، یک ((من)) هرگز از یک ((ما)) جدا نمی‌شود. ریچارد شوارتز، یک مدل درمان

سیستم‌های درونی خانواده را عرضه کرد که در آن درمانگر از اصول سیستمی برای کار با ((بخش‌های)) چنگانه‌ی ((خود)) فرد بیمار کار کرده است و به طور مکرر تعارضات بین شخصی را منعکس می‌کند.

۹- چالش‌های چرخه‌ی زندگی خانواده. تمامی الگوهای خانواده در بافت موقعیت خانواده در دوره‌ی زندگی‌اش اتفاق می‌افتند. فعالیت‌های بتی کارتر و مونیکا مک‌گلدریک، کارهای دانشمندان رشد خانواده را به حوزه‌ی خانواده‌درمانی وارد ساخت. به عنوان مثال، جای شگفتی نیست که بسیاری از خانواده‌ها زمانی برای درمان مراجعه می‌کنند که فرزندان به سن نوجوانی رسیده‌اند و خانواده با چالش مدیریت به منظور حفظ پیوند با رهبری والدین، در زمانی که نوجوان استقلال بیش‌تری را طلب می‌کند، مواجه است. مدل‌های اولیه‌ی چرخه‌ی زندگی خانواده هسته‌ای تمرکز داشتند، ولی همان ایده‌ها را می‌توان در مورد پیچیدگی‌های خانواده‌های گسترده هم به کار گرفت.

مفاهیم جدیدتر

خانواده‌درمانی هم راستا با آگاهی اجتماعی جدید در مورد جنسیت و فرهنگ گسترش پیدا کرده است. امروزه خانواده‌درمانی به ریشه‌های خود در ارتباط با جستجوی رابطه‌ی زیست‌شناسی و سیستم‌های خانواده بازگشته و حیطه‌ی خود را برای توجه به تأثیرات جامعه و سیستم‌های بزرگ‌تر بسط داده است.

۱۰- جنسیت و سیستم‌های خانواده. نظریه‌ی سنتی سیستم‌های خانواده و نظریه‌های خانواده‌درمانی، در توصیف خانواده‌ها جنسیت را نادیده گرفتند. خانواده‌درمانگران فمینیست که شروع کار آن‌ها از دهه‌ی ۱۹۸۰ بود، مدعی بودند که جنسیت یک اصل سازمان‌دهنده‌ی اساسی سیستم‌های خانواده است. دیدگاه جنسیت، خانواده‌درمانگران را در درک این نکته یاری داده است که زنان کسانی هستند که بیش‌تر برای درمان مراجعه می‌کنند. هم‌چنین چنانچه درمانگر بافت اجتماعی بزرگ‌تر جنسیت در خانواده‌ها و فرهنگ بزرگ‌تر را درک نکند، کاملاً محتمل است که زنان به دلیل مشکلات خانواده مقصر شناخته شوند.

۱۱- نژاد، قومیت و خانواده‌ها. در دهه‌های نخستین خانواده‌درمانی، نژاد و قومیت نیز همانند جنسیت مقولات مفهومی برجسته‌ای نبودند. حجم انبوهی از آثار مکتوب از جمله کتاب ((قومیت و خانواده‌درمانی)) اثر مک‌گلدریک، پیرس و گیوردانو و کتاب ((خانواده‌های سیاه‌پوست در درمان)) اثر بوید-فرانکلین، مسیرهای خلاقانه‌ای را به سمت درک نقش معانی فرهنگی در خانواده‌ها گشود. این‌ها هم‌چنین موجب آمادگی بیش‌تر نظریه‌ی خانواده‌درمانی جهت تأثیرپذیری از محیط اجتماعی خانواده‌های رنگین‌پوست شد- محیطی که احتمالاً مشخصه‌ی آن بالاتر بودن سطح فقر و بی‌کاری، کمبود فرصت‌های آموزشی و قرار گرفتن بیش‌تر در معرض جرم و جنایت است. نادیده گرفتن نقش فقر و تبعیض در مشکلات خانواده نه تنها موجب حذف مفاهیم تبیینی مهم می‌شود بلکه به بزرگ‌نمایی ارزش تبیینی مفاهیم خانواده‌درمانی سنتی که بر الگوهای تعاملی درون خانواده متمرکز هستند، می‌انجامد.

۱۲- خانواده و سیستم‌های بزرگ‌تر. دهه‌ی ۱۹۸۰ شاهد احیای تأکید بر درک نحوه‌ی تعامل خانواده‌ها با محیط اجتماعی بلافصل آن‌ها بود. فرض اساسی زیربنای کار بر روی خانواده‌ها و سیستم‌های بزرگ‌تر این بوده است که خانواده‌ها- تاحدودی- به واسطه‌ی تعاملات‌شان با سیستم‌های محیطی عمده از قبیل خدمات بهداشتی، مدارس، سیستم‌های قضا و اجرای قانون و سیستم‌های بهداشت روان و خدمات اجتماعی شکل

می‌گیرند. بنابراین درک مشکلات خانواده مستلزم راهی برای تحلیل تعاملات خانواده با محیط نهادی است. درمان خانواده هم به عنوان پیامد آن، اغلب نیازمند مداخله و همکاری با نهادهای عمده‌ای است که تأثیرات بلافصلی بر خانواده دارند. ایوان ایمبر بلاک، در کتاب خود با عنوان ((خانواده‌ها و سیستم‌های بزرگ‌تر)) یکی از نخستین پیشگامان به کارگیری مفاهیم سیستم‌های خانواده در روابط خانواده و نهادها بود.

۱۳- سیستم‌های زیستی-روانی-اجتماعی. در دهه‌ی ۱۹۸۰ دیگر برای خانواده‌درمانگران که در کنار پزشکان و پرستاران کار می‌کردند، ممکن نبود که نقش بیماری‌های جسمی از قبیل سرطان، دیابت و بیماری‌های قلبی را در کارکرد خانواده و نحوه‌ی تأثیرگذاری فرایندهای خانوادگی در دوره‌ی درمان این بیماری‌ها را نادیده بگیرند. خانواده‌درمانگران، مدل زیستی-روانی-اجتماعی جورج انگل را که ادعا می‌کرد بیماری و سلامتی به طور کامل در بافت عوامل زیستی، روان‌شناختی و اجتماعی اتفاق می‌افتند، اقتباس کردند.

۱۴- هیجان/ابراز شده. در دهه‌ی ۱۹۸۰ یک مفهوم جدید سیستم‌های خانواده که با پژوهش‌های قانع‌کننده‌ای همراهی می‌شد، به حوزه‌ی خانواده‌درمانی وارد گردید. ایده‌ی هیجان ابراز شده با هدف درک نحوه‌ی تأثیرگذاری تعاملات خانواده بر دوره‌ی سیر -و نه بر علت- اسکیزوفرنی، بسط پیدا کرد. بسیاری از مطالعات پژوهشی نشان داده‌اند که هیجان ابراز شده به ریسک بالای عود و بستری مجدد در میان افراد مبتلا به بیماری‌های روانی و به طور خاص اسکیزوفرنی منجر می‌شود. یک شاخص اساسی سطوح بالای هیجان ابراز شده، استفاده‌ی خودانگیخته‌ی عضو خانواده از سخنان انتقادی در مورد بیمار است؛ از قبیل این که ((او تنبل است)) یا ((او هیچ‌وقت بزرگ نخواهد شد)).

نسل‌نگار خانواده

نسل‌نگار خانواده یک شیوه‌ی ارزشمند جهت کنار هم چیدن بسیاری از مفاهیم ارزیابی خانواده در یک نقشه‌ی بصری است. بسیاری از خانواده‌درمانگران از نسل‌نگارها به منظور جمع‌آوری و سازماندهی اطلاعات جمعیت‌شناختی اساسی در مورد عضویت در خانواده، ازدواج‌ها، طلاق‌ها، مرگ و میرها، ناتنی‌ها و سقط جنین‌ها شروع می‌شود. سپس درمانگر می‌تواند اطلاعات مهم سیستم‌های خانواده از قبیل گسلش‌ها، روابط پر تعارض و دور و روابط در هم تنیده را هم اضافه نماید.

فرایند درمان

در این فصل به چگونگی خانواده‌درمانی در عمل به عنوان یک رویکرد درمانی و به بررسی این موضوع می‌پردازیم که این رویکرد چگونه افراد، خانواده‌ها و گاهی اوقات حتی متخصصان را تغییر می‌دهد.

کاربرد نظریه سیستم‌های خانواده

خانواده‌درمانی می‌تواند به دلیل توجهش به بسیاری از سیستم‌های موثر بر این که بیمار کیست و با چه شکایتی به درمان می‌آید، پیچیده به نظر برسد. ما در این جا مثال‌هایی را در مورد شیوه‌های به کارگیری نظریه‌ی سیستم‌های خانواده و هم‌چنین نمونه‌هایی از مفاهیم کلیدی در فرایند درمان را ارائه می‌دهیم.

نشانگان بیمار به عنوان تابعی از مسائل حل نشده‌ی خانواده

نظریه‌ی سیستم‌های خانواده بر این ایده استوار است که نشانه‌های یک فرد یا محصول محیط بین شخصی هستند یا به واسطه‌ی آن تقویت می‌گردند. گاهی اوقات این الگوها، از تعارضات حل نشده اخیر برمی‌آیند؛ در مواقع دیگر آن‌ها محصول سال‌ها و حتی نسل‌ها سازگاری مشکل‌ساز هستند. مثال: دینا، ۱۸ ساله بود که به همراه دختر دو ساله‌اش دونا، توسط دبرا مادر آمریکایی-ایرلندی و ناپدری‌اش، دان به درمان آورده شد. مشکل از آن‌جایی شروع شده بود که با تولد نوه‌ی خانواده، مسئولیت بچه‌داری بر دوش مادر بزرگ و پدربزرگ گذاشته شده بود و دختر خانواده با این واقعیت جدید زندگی‌اش انطباق پیدا نکرده بود و به عنوان یک نوجوان ترجیح می‌داد که فارغ از قید و بند مراقبت باشد. درمانگر به همراه خانواده یک نسل‌نگار را بر روی کاغذی که رو سه پایه بود، رسم کرد. او متوجه شد که پدر زیستی دینا (فرد) قبل از تولدش مادر او را ترک کرده و مادرش قبل از تولد فرزندش با ناپدری‌اش (دان) ازدواج کرده است و دینا شناختی نسبت به پدر زیستی خود ندارد. درمانگر در مورد رویدادهای مهم مرتبط با سلامتی سوال کرد و متوجه شد که سه ماه قبل از بارداری دینا، دان دچار سکته‌ی قلبی شده بود. وقتی که خانواده بیش‌تر در مورد تاریخچه‌ی خود صحبت کردند، آشکار شد که آن‌ها بارداری را با فقدان (مانند زمانی که فرد، دبرا را ترک کرد) تداعی می‌کنند و این که حمله‌ی قلبی دان، همسر و دختر را از یک فقدان جدید بیمناک کرده بود. بارداری دینا این مضمون قدیمی را تکرار کرد؛ انتقال بین نسلی یک الگوی مرتبط با فقدان احتمالی پدر، که با تولد یک کودک تداعی می‌شود.

بیمار در خانواده درمانی

صرف نظر از این که چند نفر برای دریافت کمک در اتاق کار درمانگر حضور یافته‌اند، هر موردی را می‌توان از یک دیدگاه سیستم‌های خانواده درک کرد. گاهی اوقات یک نفر مانند دینا به عنوان بیمار معرفی می‌شود و خانواده هم همکار و شریک درمان است. گاهی اوقات مثلاً در زوج درمانی، ارجاع بر یک رابطه متمرکز شده و در اینجا رابطه تبدیل به بیمار می‌شود. در هر حال، درمانگر یک ارزیابی زیستی-روانی-اجتماعی را انجام داده و عوامل فردی، رابطه‌ای و اجتماعی موثر بر تداوم مشکل را، شناسایی می‌کند. پس یک طرح درمان سیستمی، بر سطح یا سطوح سیستمی متمرکز می‌شود که در آن درمانگر، بیمار و خانواده می‌توانند به بیش‌ترین نیرو برای تغییر دست پیدا کنند.

دو در مقابل یک: مثلث‌سازی و ائتلاف بین نسلی

جوی، ۱۰ ساله به دلیل امتناع از رفتن به مدرسه به درمان آورده شد. ریک و سالی، پدر و نامادری او هر روز صبح با التماس و چرب‌زبانی و گاهی اوقات هم کشان کشان با کتک و جیغ او را به مدرسه می‌برند. اغلب جوی به دلیل اخلاص در مدرسه مجدداً به خانه برگشت داده می‌شود و سالی نیز که می‌خواهد یک نامادری ((خوب)) و نه ((بد ذات)) باشد، نهایت تلاش خود را می‌کند که جوی را با بازی‌های تصویری و شیرینی‌های خانگی آرام کند. در واقع، سالی فکر می‌کرد که ریک به پسرش سخت می‌گیرد و از این که ریک اکنون پس از ازدواج‌شان بسیار بیش‌تر از قبل سر کار می‌ماند، سرخورده شده بود. سالی و جوی جز در مواقع نزاع‌های هر روز صبح بر سر مدرسه رفتن، رابطه‌ای صمیمانه پیدا نکردند. ریک هم به سهم خود متوجه نبود که رویکرد دور و محدود او در رابطه با فرزندپروری، وی را به ضلع دورتر مثلث فرستاده و موجب نزدیک‌تر شدن همسر و پسرش شده است. طرح درمانی شامل ملاقات

با ریک و سالی جهت به هم نزدیک کردن بیش تر آن ها و کمک به آن ها جهت پذیرش مشترک مسئولیت رفتار جوی بود. ائتلاف های بین نسلی کم و بیش از خانواده هایی که در درمان حضور پیدا می کنند، مشاهده می شوند. هرچه این ائتلاف ها بلند مدت تر و ریشه دارتر باشند، درمان آن ها دشوارتر است.

حرکات موزون تعقیب کننده - فاصله گیر

جورج، ۴۲ ساله و ماریا، ۳۳ ساله از طریق اینترنت با یکدیگر آشنا شده و سه سال از آشنایی آن ها می گذشت. در بخش اعظم این مدت، آن ها زندگی خود را بر حول آزمایش ژنتیک ماریا سازمان داده بودند. ماریا به تدریج بینایی و تعادل خود را از دست می داد. جورج در صورتی موافق بچه دار شدن شان بود که احتمال تکرار اختلال ماریا در فرزندشان بالا نباشد و اما ماریا بالفطره خوش بین بود. هر دوی آن ها تا حدودی در مورد بارداری، دغدغه یا تردید داشتند، اما تعاملات آنان باعث قطبی شدن این دغدغه ها در رابطه ی آن ها، به شکل نگرانی جورج و اصرار ماریا شده بود. این تعقیب و گریز که در نظریه ی بوئن، تعقیب کننده-فاصله گیر نامیده می شود، بارها و بارها در دفتر کار درمانگر تکرار می شود. خانواده درمانگر فضا را برای زوج ها فراهم می سازد تا در مورد دغدغه های شان صحبت کنند، مواضع یکدیگر را تایید نمایند و برای پیشگیری از قطبی شدن با یکدیگر همکاری کنند. به طور معمول، درمانگر سعی دارد تعقیب کننده را کمک کند تا الگو را به صورتی که نمایان می شود، ببیند و با اضطراب خود ((آرام بگیرد)) نه این که همسرش را تعقیب کند. در مثال بالا درمانگر پیشنهاد می کند: «من فکر می کنم مفید است که چند هفته در مورد این موضوع صحبت نکرده و هر کدام سعی کنید تمام جنبه های مختلف این موقعیت را برای خود روشن کنید. سپس، ماریا به بیان تمام دغدغه ها بپردازد و جورج هم تمام خوش بینی های موجود را مطرح کند. فقط ببینید که این چه احساسی به شما می هد و از این تمرین چه چیزهایی می آموزید.» اغلب زمانی که تعقیب کننده، خود را عقب می کشد، فاصله گیر پا پیش می گذارد به نحوی که انگار یک فاصله ی قابل پیش بینی در یک رابطه وجود دارد که باید حفظ شود. برای بسیاری از زوجین لازم است که مدتی یک الگوی رفتاری متفاوت را در پیش گیرند تا یک تعادل حیاتی جدید و سالم تر پدید آید.

مشارکت و نقش سیستم بزرگ تر

در مشکلات بسیاری از بیماران، کسانی بیش از خانواده های آنان نقش دارند؛ آن ها مدرسه، آژانس های ارائه دهنده خدمات اجتماعی، وکیل، پزشک و سایر متخصصان بهداشت روانی را دارند. هدف خانواده درمانگر شناسایی بازیگران اصلی موثر بر مشکل و همچنین تعیین ضرورت مشارکت آن ها در درمان است. در موقعیت مربوط به جورج و ماریا، متخصص ژنتیک یک بازیگر اصلی بود. برای درمانگر مهم بود که با اجازه گرفتن از زوج، با او گفتگو کند. درمانگر با وی گفتگو می کند و از اون می خواهد همانند جورج، با زبان احتمالات با آن ها صحبت کند. گاهی اوقات ایجاد تغییر در یک بخش از سیستم، موجب تغییر در بخشی دیگر می شود.

روابط خانواده درمانگر - بیمار

در خانواده درمانی رابطه ی بین اعضای خانواده و نه رابطه ی بین درمانگر با خانواده در درجه ی اول اهمیت قرار دارد. در خانواده درمانی، روابط واقعی کانون درمان هستند. صحبت به طور معمول بین اعضای خانواده است نه با درمانگر. بخشی از چالش پیش روی درمانگر بسط دادن چیزی است که ایوان بوروزمنی نگه آن را ((طرفداری چند جانبه))

یا ائتلاف با تمامی اعضای خانواده، نامیده است. این اصطلاح به ضرورت ایجاد روابط نیرومند حاکی از اعتماد و انصاف با هر کدام از اعضای خانواده، بدون جانبداری از / و ایجاد ائتلاف ناخواسته با یک عضو خانواده علیه عضو دیگر، توسط درمانگر اشاره دارد. این نوع بی طرفی (یا به بیان بهتر، اتحاد چند جانبه) بخشی از جنبه های التیام در بیش تر خانواده درمانی هاست.

نقش درمانگر

خانواده درمانگر مسئول ساختار درمان است. این بدان معنی است که درمانگر زمان بندی جلسات را سازمان می دهد، مکان و چگونگی برگزاری آن ها و هم چنین اعضای شرکت کننده را تعیین می نماید. ممکن است او تکالیف خانگی را هم به منظور تشخیص مشکل و آزمون تمایل خانواده برای تغییر تعیین کند. خانواده درمانگر مسئول گفتگوها در جلسه درمان نیز هست. درمانگر خواهان شنیدن داستان های افراد و خانواده و درک سیستم های باور آن هاست و می خواهد همانند یک مردم شناس کاربردی خانواده را در پیدا کردن راه حل برای رنج و مشکلات شان از درون فرهنگ و سیستم ارزش های خود آنان یاری دهد. هم چنین ممکن است درمانگر با نقش معلم گونه، بیماران را آموزش داده یا به آنان نشان دهد که چگونه رفتار آن ها بر یکدیگر تاثیر می گذارد.

نقش بیمار و خانواده

در حالی که درمانگر مسئول درمان است، خانواده هم مسئول ابتکار عمل برای تغییر می باشد. این نکته بسیار مهم است که سرمایه گذاری و انگیزش درمانگر برای تغییر نباید بیش از خانواده باشد. هنر درمانگر در این است که انگیزش بیمار و خانواده را برای تغییر افزایش دهد. ساندر و مولی به دلیل نوعی خشونت خفیف همسر به درمان مراجعه کرده بودند (ساندر و ضربه ای به بازوی مولی زده بود). آن ها هر دو می گفتند که می خواهند این شیوهی ارتباطی مخرب را قبل از آن که شدت پیدا کند، متوقف سازند. این زوج نمی توانستند بر سر زمان حضور به توافق برسند و زمانی را که مشخص کرده بودند بعد از زمان معمول کار درمانگر بود. درمانگر به آنان گفت که تمام سعی اش را خواهد کرد که زمان مناسبی را به آن ها اختصاص دهد، اما این زمان حتما باید در محدوده ی ساعات کار معمول او باشد. ویتاکر و برامبری این را ((نبرد بر سر ساختار)) نامیده اند و اصرار دارند که برای موفقیت درمان لازم است که درمانگر در این نبرد پیروز شود. هم چنین درمانگر از آن ها خواست که هر کدام از آن ها هرگاه احساس کردند در آستانه ی عصبانی شدن هستند، آن را یادداشت کرده و یادداشت ها را با خود به جلسه درمان بیاورند و به این وسیله بر روی افزایش انگیزش خود برای تغییر کار کنند. ویتاکر این را ((نبرد بر سر ابتکار عمل)) نامید و اصرار داشت که برای موفقیت درمان باید خانواده برنده این نبرد باشند.

راهِبردها و تکنیک های کوتاه مدت و بلند مدت

هدف گذاری در ابتدای کار، به خانواده و درمانگر امکان می دهد تا بر پیشرفت و نتایج درمان متمرکز مانده و بتوانند آن را ارزیابی کنند. تکنیک هایی از قبیل تلویح مثبت و تهیه ی فهرست نقاط قوت خانواده به گسترش ارزیابی مشکل معرف خانواده کمک می کنند. سوالات چرخشی، فعال سازی و برونی ساختن مشکل، تکنیک هایی هستند که شکایت معرف را در بافت قرار می دهند.

هدف‌گذاری

خانواده‌درمانی، یک درمان فعال است. در ابتدای درمان، درمانگر درصدد تعریف مشکل معرّف، تعیین افراد درگیر در مشکل، شناسایی الگوی بین شخصی رفتار مرتبط با مشکل و تعیین معیارهای هر کدام از اعضای خانواده برای تشخیص موفقیت درمان برمی‌آید. هدف‌گذاری به یک فعالیت گروهی تبدیل می‌شود که در آن درمانگر تلاش می‌کند خانواده را جهت مذاکره بر سر اهداف مشترک قابل تحقق به زبان خودشان، یاری دهد. این کار آسان نیست. گاهی اوقات ممکن است هدف‌گذاری چندین جلسه را به خود اختصاص دهد. مثال: سونیا، اظهار داشت که هدف او از زوج‌درمانی این است که شوهرش رینولدز هیچ‌گاه نسبت به او ابراز خشم نکند. بنابراین درمان بر اصول روانی آموزشی به منظور به هنجارسازی خشم متمرکز گردید به طوری که پس از آن بر این هدف مناسب تمرکز شد که سونیا می‌خواهد رینولدز خشمش را به چه صورتی نسبت به او ابراز کند.

فعال‌سازی

پس از هدف‌گذاری در مورد برخورد با خشم، درمانگر از رینولدز خواست که نشان دهد وقتی که از سونیا عصبانی است، چگونه عمل می‌کند. فعال‌سازی داخل جلسه، به درمانگر و بیماران امکان می‌دهد تا مشکل را به صورت دست اول مشاهده کنند. سپس بیماران می‌توانند در مورد این تجربه بیان‌دیشند و درمانگر می‌تواند آن‌ها را به سمت راه‌های ارتباطی جایگزین هدایت کند. درمانگر از رینولدز خواست تا وقتی به خانه می‌رسد، در مورد روز سختی که داشته با سونیا صحبت کند و اطمینان حاصل کند که روز پردردسر خودش را بر سر کسی که بیش‌تر از هرکسی دوست دارد، خالی نمی‌کند. پس از آن که زوج این شیوه ارتباطی جدید را امتحان کردند، درمانگر توصیه کرد: (((به هنگام ابراز احساسات خود در مورد یک عادت تحریک‌کننده، این‌گونه شروع کنید ((وقتی که لباس‌هایت را بر روی کف اتاق رها می‌کنی، این کار من را عصبانی می‌کند. من احساس می‌کنم که تو می‌خواهی من تمام کارهای مربوط به تمیز کردن خانه را انجام دهم. حتی اگر ما هر دو در بیرون شاغل هستیم.))

سوالات چرخشی

خانواده‌درمانگران معمولاً از تکنیک‌های مصاحبه‌ای استفاده می‌کنند که ماهیت روابط درون خانواده را آشکار می‌نمایند. یکی از آن تکنیک‌ها که سوالات چرخشی نامیده می‌شود، گاهی اوقات سو تفاهمات دیرینه را آشکار می‌سازد. مثال:

درمانگر: سونیا، وقتی که رینولدز لباس‌هایش را روی کف اتاق رها می‌کند، می‌خواهد با این کارش چه چیزی را به تو بگوید؟
سونیا: او از من می‌خواهد زن خانه‌دار بهتری باشم. او می‌خواهد که من به عنوان بخشی از این وظیفه، کارهای او را انجام دهم. ولی من خانه‌دار خوبی نیستم.

رینولدز: (به نظر می‌رسد شوکه شده است) نه این آزمون مهارت‌های تو نیست. من همیشه در اتاق خوابم شلخته بودم. ولی حالا که یک هم‌اتاقی دارم، باید این عادت را اصلاح کنم.

برونی‌سازی مشکل

یک تکنیک خانواده‌درمانی که توسط مایکل وایت، معرفی شد مشکل را به بیرون از یک فرد یا یک رابطه انتقال می‌دهد. برونی‌سازی مشکل، رفتار سرزنشی را که می‌تواند مانع از حل مشکل شود، کاهش می‌دهد. مثال: بیل و استلا به دلیل این که استلا دوره‌های مکرر منگی را تجربه می‌کرد، برای درمان مراجعه کردند. دوره‌های نظارت طولانی مدت در بیمارستان نشان داد که این دوره‌ها منشا روان‌زاد دارند. متخصص عصب‌شناس با این تصور که زمان وقوع آن‌ها با استرس رابطه زناشویی ارتباط دارد، آن‌ها را برای زوج‌درمانی ارجاع داد. در جلسه دوم، پس از هدف‌گذاری که شامل کاهش دوره‌های منگی و بهبود وضعیت ازدواج آن‌ها بود، درمانگر خواست تا این دوره‌ها را به عنوان چیزی خارج از خودشان تلقی کنند. درمانگر پرسید: ((آنها شبیه چه هستند؟ آنها چه رنگی‌اند؟ آیا اسم دارند؟ آیا آنها شبیه یک حیوان، یک سیاره یا یک شخص هستند؟)) در کمال تعجب مشاهده شد که بیل و استلا اختلاف نظر اندکی در مورد ماهیت این دوره‌ها دارند. این تمرین تا حدودی به حساسیت‌زدایی هر دوی آن‌ها برای صحبت در مورد دوره‌ها که تا پیش از این مرموز و تا حدودی ترسناک بودند، کمک کرد. دو جلسه پس از برونی‌سازی این نشانه، استلا آشکار ساخت که بیل گاهی اوقات او را به لحاظ هیجانی آزار می‌داده است. او متوجه شد این دوره‌های منگی در واکنش به آزارهای هیجانی بیل ظاهر می‌شود.

مجسمه‌سازی خانواده

تکنیک دیگری که هم به منظور ارزیابی و هم به عنوان مداخله مورد استفاده قرار می‌گیرد، مجسمه‌سازی خانواده است. اغلب پیش می‌آید که درمانگر از یک عضو خانواده می‌خواهد که همانند یک مجسمه‌ساز ژست فیزیکی سایر اعضای خانواده را به گونه‌ای که منعکس‌کننده تصور او از کارکرد خانواده باشد، تنظیم نماید. ممکن است درمانگر ایجاد سه مجسمه را خواستار شود: یک مجسمه از یک زمان مهم در گذشته، یکی برای زمان حال و سومی هم به گونه‌ای که نشان‌دهنده کارکرد خانوادگی مطلوب آینده از نظر عضو مجسمه‌ساز باشد. ممکن است به هر یک از اعضای خانواده یک بار فرصت انجام این کار داده شود به طوری که دیدگاه‌های متفاوت (مثلاً دیدگاه زوج) به نمایش درآمده و مورد بحث قرار گیرند.

تلویح مثبت در مورد مقاومت در برابر تغییر

در روان‌درمانی فردی، درمانگر سعی دارد تا موانعی را که بر سر راه مشکل توسط بیمار قرار دارد شناسایی کند. در خانواده‌درمانی، همین فرایند تبدیل به یک تمرین تعاملی می‌شود که در آن درمانگر با تلویحی مثبت به مقاومت اشاره می‌کند. این تلویح مثبت به بیمار و خانواده امکان می‌دهد تا از تغییر حمایت کنند.

نسل‌نگارها و خطوط زمانی

نسل‌نگارها و خطوط زمانی، ابزارهای ارزشمندی برای درمانگر جهت سازمان دادن به اطلاعات پیچیده در مورد تاریخچه و روابط خانواده هستند. این ابزارها اغلب مداخله‌های مستقل می‌باشند. نصب آن‌ها بر روی سه پایه‌ی اتاق درمان به خانواده امکان می‌دهد تا شکاف‌های موجود در اطلاعات خود (مانند زمانی که دیانا نام پدر زیستی خود را نمی‌دانست) و الگوهای نسل‌های مختلف را مشاهده کنند. خطوط زمانی به خانواده‌ها امکان می‌دهند تا رویدادهای

مهم، از قبیل از دست دادن شغل، بیماری یا مرگ را به شکل‌گیری نشانه پیوند دهند. نسل‌نگارها و خطوط زمانی می‌توانند سرزنشی را نیز که ممکن است در صورت تضعیف صمیمیت در خانواده روی دهد، کاهش دهند.

تکیه بر نقاط قوت خانواده

خانواده‌درمانی سیستمی به عنوان راهی جهت حل و فصل نشانه‌ها یا مشکلات، بر نقاط قوت فردی و خانوادگی تمرکز می‌کند. فرض بر این است که بزرگ‌نمایی رفتارهای مثبت اغلب از توجه دقیق به آسیب‌شناسی، موثرتر است. این بدان معناست که اهداف همیشه در قالبی مثبت قرار می‌گیرند (آنچه که خانواده خواهان افزایش آن است نه آنچه که می‌خواهد کاهش پیدا کند). جمع‌آوری اطلاعات برای یک نسل‌نگار، همیشه سوال کردن در مورد نقاط قوت فردی و خانوادگی است. به عنوان مثال: چه چیزی از مادر بزرگ‌تان یاد گرفته‌اید؟ چه چیزهایی را می‌خواهید حتماً به فرزندتان هم منتقل کنید؟ سوال معجزه‌ای هم که در فصل ۲ و در بحث درمان راه‌حل‌مدار مورد اشاره قرار گرفت، یک نمونه از رویکرد مبتنی بر نقاط قوت است.

موانع و چالش‌های رویکرد سیستم‌های خانواده

هر کدام از چالش‌های این رویکرد نقاط قوت آن را هم آشکار می‌کنند. احتمالاً بزرگ‌ترین چالش این است که فرهنگ غرب فرهنگی بسیار فردمحور و تقلیل‌گراست. در چنین فرهنگی، بسیاری از بیماران پیوند بلافصلی بین رفتار و مشکل خود نمی‌بینند. در همان حال، این چالش یکی از ارزشمندترین موهبت‌های این نظریه هم هست و درواقع، تمرکز مفرط فرهنگ ما بر فرد را اصلاح کرده و افراد را تشویق می‌کند تا نسبت به کسانی که دوست‌شان دارند، مسئول‌تر باشند. به واسطه‌ی همین مشکل، گاهی اوقات به سختی می‌توان بیماران را برای آوردن اعضای خانواده‌شان به درمان، متقاعد ساخت. چالش دیگر، پیچیدگی نظریه‌ی سیستم‌ها و خانواده‌درمانی است. آموزش معمولاً ((زنده)) است که در آن ناظر یا گروه می‌توانند جلسه را مشاهده کرده و بازخورد فوری را به درمانگر ارائه دهند. ضبط ویدئویی هم اغلب به منظور جمع‌آوری اطلاعات مرتبطی که جذب تمامی آن‌ها در یک جلسه‌ی سریع با افراد متعدد برای یک شخص غیرممکن است، مفید خواهد بود. خانواده‌درمانگران در سطوح متعددی کار می‌کنند - زیستی، فردی، زوجی، خانوادگی، سیستم بزرگ‌تر و فرهنگ - آن‌ها مشکل را در تمامی این سطوح ارزیابی کرده و سپس در مورد این که در کجا می‌توان به بیش‌ترین نیرو برای تغییر دست یافت، قضاوت می‌نمایند. در حالی که پیچیدگی کار یک چالش است، اما بازنمایی صحیحی از تجربه‌ی انسانی فراهم می‌آورد.

ارزیابی

خانواده‌درمانی توسط نسلی از درمانگران پایه‌گذاری شد که ایده‌ی جدید متهورانه‌ای در مورد علل بیماری روانی و مجموعه‌ای از ابزارهای مداخلاتی ابتکاری داشتند. با وجود این‌ها زمانی که نوبت به درمان رسید، اغلب بنیان‌گذاران اثربخشی مدل‌های درمانی را بدیهی یافتند: آن‌ها متخصصانی هوشمند بودند و خانواده‌ها هم در درمان تغییر می‌کردند و علاوه بر این، در آن زمان سنت تجربی اندکی جهت ارزیابی اثربخشی هر شکل روان‌درمانی وجود داشت. تا زمان ظهور نسل‌های دوم و سوم خانواده‌درمانی مطالعات جهت ارزیابی نظام‌مند اثرات خانواده‌درمانی شروع نشد. دو چالش عمده‌ی پیش روی محققان اثربخشی خانواده‌درمانی، ماهیت نسبتاً کلی نظریه‌ی سیستم‌های خانواده و عدم صراحت بسیاری از تکنیک‌های مداخله‌ای بودند. اما در اواخر دهه ۱۹۷۰، ندهای نیرومندی پدیدار شدند که

از خانواده‌درمانی می‌خواستند ارزشمندی خود را به عنوان یک روش درمانی به اثبات برسانند. گورمن و نیسکرن از جمله نخستین کسانی بودند که اندک پژوهش‌های کارایی موجود در این حوزه را جمع‌آوری کرده و خواهان شواهد تجربی بیش‌تر برای حمایت از خانواده‌درمانی شدند. تقریباً در همان زمان، این حوزه یک تغییر جهت اساسی از موسسات آموزشی غیر دانشگاهی به سمت برنامه‌های آموزشی مبتنی بر دانشگاه را در زمینه‌های روان‌شناسی، درمان زناشویی و خانواده‌درمانی شروع کرد.

به طور خلاصه، پس از سه دهه پژوهش، ما اکنون می‌دانیم که خانواده‌درمانی برای درمان گسترده‌ای از اختلالات رفتاری و مشکلات مربوط به سلامت روان موثر است. شواهد اندکی وجود دارند که نشان دهند یک شکل از خانواده‌درمانی، همواره از شیوه‌ای دیگر برتر است. زمانی که خانواده‌درمانی با روان‌درمانی فردی بزرگسالان مقایسه می‌شود، تفاوت‌های کلی اندکی قابل مشاهده هستند - به استثنای مورد برجسته‌ی درمان الکلیسم - با وجود این، در حوزه‌های مختلف درمان کودکان، نوجوانان و جوانان، خانواده‌درمانی بر درمان فردی برتری دارد.

حوزه‌های اصلی پژوهش‌های نتیجه‌ای خانواده‌درمانی

پژوهش خانواده‌درمانی عمدتاً بر آن مسائلی متمرکز بوده که خانواده‌درمانی در مورد آن‌ها، موثرتر از سایر اشکال روان‌درمانی نشان داده است. بخش حاضر نمونه‌ای از این پژوهش‌ها را ارائه می‌دهد.

آموزش روانی خانواده برای اسکیزوفرنی

همان‌طور که قبلاً اشاره کردیم، خانواده‌درمانی با امید مداوای روانی - اجتماعی اسکیزوفرنی شروع شد و تا اعتقاد به تعامل‌پذیری بیماری با یک مبنای زیستی نیرومند پیش رفت. با این وجود، با گذشت زمان رویکرد زیستی تنها، به دلیل در رفت و آمد بودن بیماران بین خانه و بیمارستان به دنبال فروپاشی‌های روان‌پزشکی مکرر در طی سالیان، رونق خود را از دست داد. پژوهش‌های مربوط به هیجان ابراز شده، از رویکرد نویدبخش جدیدی به درمان خبر می‌دادند که درمان دارویی را به منظور کاهش تعاملات منفی خانوادگی با درمان خانواده ترکیب می‌کرد. این رویکرد جدید که آموزش روانی خانواده نامیده شد، از جنبه‌های مهمی با خانواده‌درمانی سنتی تفاوت داشت و آن هم این بود که پویایی‌های خانواده را علت بیماری نمی‌دانست بلکه بر این باور بود که خانواده در تحت کنترل درآمدن بیماری یا عودهای مکرر، نقش دارد. اشکال متعددی از درمان روانی آموزشی خانواده در مورد اسکیزوفرنی وجود دارد که درمان تک خانواده و درمان در گروه‌های خانوادگی از آن جمله‌اند. درمان شامل یک عنصر آموزشی و یک عنصر تغییر خانواده است. به خانواده‌ها آموزش داده می‌شود که اسکیزوفرنی یک بیماری مغزی است که از عوامل متعددی که برخی از آن‌ها شناخته شده و برخی هم ناشناخته هستند، ناشی می‌شود و در خانواده‌ها استمرار پیدا می‌کند - یعنی دارای یک عنصر ژنتیکی است - اما مشکلات خانوادگی نمی‌توانند علت آن باشند. با وجود این، زمانی که بیماری روی می‌دهد، برخی استرس‌های روانی - اجتماعی خاص در خانواده موجب ریسک عود می‌شوند و خانواده‌ها می‌توانند گام‌هایی را در جهت بهبود ارتباطات و قابلیت‌های حل مساله‌ی خود به منظور کمک به پیشگیری از عود بردارند. این شامل آموختن حمایت‌گری به جای مداخله، کاهش سطوح هیجانات روزمره، اجتناب از تعارض شدید و مشارکت در حل مساله سازنده می‌باشد. این رویکرد با سایر خدمات شغلی و توان‌بخشی همراهی می‌گردد که در آن خانواده در کمک به عضو بیمار جهت مشارکت در جامعه، درگیر می‌شود.

در تعداد زیادی از مطالعات پژوهشی که آموزش روانی خانواده به همراه مدیریت پزشکی را، با مدیریت پزشکی به همراه مشاوره حمایتی استاندارد برای بیماران مقایسه کرده‌اند، آموزش روانی خانواده نشان داده است که در پیشگیری از عود و بستری مجدد بسیار موثر است. در سال‌های اخیر با تثبیت این یافته‌های مثبت، محققان تمرکز خود را به جنبه‌های بیش‌تر بیماری به ویژه اثرات آن بر زندگی روزمره و مشارکت در جامعه تغییر داده‌اند. در این حوزه‌ها هم نتایج مثبت بوده و از افزایش مشارکت بیمار در توان‌بخشی حرفه‌ای، افزایش میزان استخدام و بهبود کارکرد اجتماعی در نتیجه آموزش روانی خانواده و حمایت جامعه حکایت دارند.

متأسفانه این رویکرد مبتنی بر شواهد جهت درمان اسکیزوفرنی، هنوز به طور گسترده در یک حوزه درمانی متعهد به یک رویکرد فردی زیستی-پزشکی نفوذ نکرده است. اشاعه، در کانون تلاش‌های فعلی راهبران این حوزه کاری مهم قرار دارد. در همین حال، محققان در حال تکرار اثرات مثبت آموزش روانی خانواده در مورد اسکیزوفرنی بر روی یک بیماری روانی جدی دیگر که آن هم مبنای زیستی دارد (یعنی اختلال دو قطبی) هستند که درمان‌های فردی غیر از درمان‌های روانی-داروشناختی اثربخشی خاصی در مورد آن نداشته‌اند.

اختلالات سلوک نوجوانی

سه مدل خانواده‌درمانی در درمان اختلالات سلوک نوجوانی موثر نشان داده‌اند که عبارتند از خانواده‌درمانی کارکردی، درمان چند سیستمی و برنامه مراقبت پرورشی درمان از مرکز یادگیری اجتماعی اورگان. از این میان، درمان چند سیستمی ایجاد شده توسط هنگلر و همکاران که شواهد بیش‌تری در مورد آن وجود دارد، یک رویکرد مبتنی بر منزل است که همکاری نزدیکی با مدارس و سایر سیستم‌های اجتماعی برقرار می‌کند. درمان فشرده و شامل ۶۰ ساعت خدمات مستقیم در عرض ۳ تا ۶ ماه است. درمانگران در یک زمان با مراجعان معدودی کار می‌کنند و به صورت ۲۴ ساعته در ۷ روز هفته در دسترس خانواده‌ها هستند. روش‌های بالینی در درمان چند سیستمی (MST) از خانواده‌درمانی راهبردی، خانواده‌درمانی ساختاری، آموزش رفتاری والدین، درمان‌های شناختی-رفتاری و درمان‌های اکوسیستمی گرفته شده‌اند. در صورت لزوم، مداخلات روان-داروشناختی هم در آن گنجانده می‌شوند. پژوهش‌های نتیجه‌ای معمول در MST شامل جوانان مراجعه‌کننده با رفتار ضد اجتماعی جدی و در معرض ریسک حاد جایگزینی خارج از منزل می‌باشند. کاهش میزان اعتیاد به ارتکاب جرم، در دامنه‌ای از ۲۵ تا ۷۰ درصد در میان مطالعات پژوهشی در مقایسه با گروه‌های کنترل دریافت‌کننده مراقبت استاندارد قرار داشته است. MST نشان داده است که یک شیوه‌ی بسیار موثر جهت درمان اختلال سلوک نوجوانی است.

سو مصرف مواد در نوجوانان

رو و لیدل در بررسی نتایج خانواده‌درمانی در مورد سو مصرف دارو توسط نوجوانان، خانواده‌درمانی را از هر مداخله‌ی دیگری موثرتر یافتند. خانواده‌درمانی چند بُعدی (MDFT) برای سو مصرف نوجوانان توسط لیدل و همکارانش، از مدل‌های خانواده‌درمانی ساختاری و راهبردی اقتباس شد. MDFT سه مرحله‌ی متشکل از جلسات فردی و خانوادگی دارد. مرحله‌ی نخست اتحادهای درمانی را با نوجوانان، والدین/خانواده و طرف‌های مهم خارج از خانواده، برقرار می‌کند. در این‌جا هدف‌ها تعیین شده و مورد توافق قرار می‌گیرند. مرحله‌ی دوم، نوجوان را در ایجاد مهارت‌های برخورد با استرس و برقراری ارتباط با دیگران؛ والدین را در بسط مهارت‌های بهتر در برقراری ارتباط با نوجوان؛ و کل خانواده را نیز در یادگیری راه‌های بهتر جهت برخورد با چالش‌های روابطشان یاری می‌دهد. مرحله

سوم، خانواده را کمک می‌کند تا با دنیای بیرون ارتباط برقرار کرده و برای زندگی خانوادگی خود پس از پایان درمان برنامه‌ریزی کنند. خانواده‌درمانی کارکردی در دهه ۱۹۷۰ توسط جیمز الکساندر و به عنوان شیوه‌ای جهت درمان کودکان و نوجوانان مقابله‌ای ایجاد گردید و به یکی از نخستین مدل‌های مبتنی بر شواهد در این حوزه تبدیل شد. هدف خانواده‌درمانگران کارکردی کمک به خانواده برای دستیابی به اهداف از طریق ابزارهای سازنده‌تر به جای ابزارهای نشانه‌ای است. سه مرحله درمان عبارتند از: مشارکت و برانگیختن، تغییر رفتار و تعمیم.

بر اساس جمع‌بندی رو و لیدل، خانواده‌درمانی چند بُعدی، خانواده‌درمانی کارکردی و درمان چند سیستمی، در مقایسه با درمان‌های استاندارد، در زمینه‌های زیر برتری نشان داده‌اند:

- مشارکت و باقی ماندن در درمان.
- اثرات بر مصرف دارو.
- مشکلات رفتاری و هیجانی مربوطه.
- کارکرد خانوادگی.
- اثربخشی هزینه.

اختلالات رفتاری و هیجانی کودکی

این اختلالات شامل طیف گسترده‌ای است که شواهد مربوط به اثربخشی خانواده‌درمانی در مورد برخی از مشکلات این طیف، نیرومند، در مورد برخی متوسط و در مورد برخی دیگر ناچیز است. نیرومندترین شواهد، مربوط به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای است که مدل برنامه آموزش والدین (PT) در مرکز یادگیری اجتماعی اورگان یکی از تایید شده‌ترین درمان‌ها در کل حوزه روان‌درمانی است. PT با والدین کار می‌کند تا ایجاد رفتارهای سازنده‌تر در کودکان از طریق تعیین یک هدف و تقویت تقریب‌های متوالی به سمت آن هدف را، به آنان آموزش دهد. هم‌چنین به والدین آموزش داده می‌شود که چگونه بر روابط فرزندان‌شان در بیرون نظارت داشته باشند و چگونه درخواست‌های‌شان را به شیوه‌ای موثر (کوتاه و ساده) مطرح کنند. هم‌چنین شواهد فزاینده‌ای نشان می‌دهند که PT به ویژه در درمان اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی (ADHD) موثر است. پژوهش‌های محدودتری در مورد خانواده‌درمانی برای مشکلات ((درونی‌سازی)) در کودکان، به ویژه اضطراب و افسردگی وجود دارد و جز این نمی‌توان نتیجه‌گیری کرد که به نظر می‌رسد نتایج با درمان فردی قابل مقایسه هستند.

بی‌اشتهایی عصبی در نوجوانان

رویکردهای درمان فردی، از درمان بی‌اشتهایی عصبی عاجز مانده‌اند. نتایج مربوط به درمان استاندارد خوش‌بینانه نیستند. یک تیم فوق‌العاده خلاق در کلینیک راهنمایی کودک فیلادلفیا به رهبری سالوادور مینوچین، نخستین کسانی بودند که به طور جدی از خانواده‌درمانی برای درمان بی‌اشتهایی عصبی سخن گفتند. هرچند این یک مطالعه ارزیابی نظام‌مند نبود، اما به شکل‌گیری مدل‌های دیگر کمک کرد که از آن میان، مدل خانوادگی مودزلی که در لندن و بر مبنای خانواده‌درمانی راهبردی بسط یافت، بیش از بقیه مورد ارزیابی قرار گرفته است. مدل مودزلی برای نوجوانانی تهیه شد که با خانواده‌های‌شان زندگی می‌کنند. این یک مدل نسبتاً کوتاه مدت است (اغلب ۲۰ جلسه در طی ۶ ماه) که در آن درمانگر با جسارت در مراحل اولیه بیماری مداخله می‌کند. مودزلی، والدین را به طور

مستقیم مسئول مجبور کردن فرزندشان به خوردن غذا می‌کند. کل خانواده تشویق می‌شود تا با تلقی بی‌اشتهایی به عنوان چیزی که نوجوان را در برگرفته یا او را گول می‌زند نه به عنوان بخشی از شخصیت او، آن را ((برونی‌سازی)) کنند. رویکرد مودزلی، والدین را علت اختلال خوردن تلقی نمی‌کند. پس از بازیابی وزن ایده‌آل و بازگشت سایر شاخص‌های سلامت به روال عادی، نوجوان مجدداً مسئولیت غذا خوردن خود را بر عهده می‌گیرد. در مراحل بعدی درمان، درمانگر با حمایت از استقلال نوجوان، برقراری مرزهای مناسب والد-فرزند و کمک به والدین در رابطه با مشکلات فردی و نیازهای زناشویی‌شان به شیوه‌ای مناسب، به مسائل طبیعی رشد نوجوان می‌پردازد. این مدل خانواده‌درمانی پس از انتشار راهنمای درمانی آن برای استفاده‌کنندگان، راه خود را به تعداد فزاینده‌ای از مراکز درمانی در ایالات متحده باز کرده است.

مصرف الکل در بزرگسالان

در اواسط دهه‌ی ۱۹۷۰ ((موسسه ملی سو مصرف الکل و الکلیسم ایالات متحده)) خواستار انجام پژوهش‌های نتیجه‌ای در مورد خانواده‌درمانی شد. بیش‌ترین پژوهش‌ها در مورد رویکرد زوج‌درمانی رفتاری (BCT) صورت گرفته است که در دهه ۱۹۷۰ و به منظور به کارگیری نظریه یادگیری اجتماعی و نظریه رفتاری در مورد روابط زناشویی با تاکید بر آموزش ارتباطات و قراردادهای رفتاری با هدف افزایش تعاملات مثبت و کاهش تعاملات منفی تدوین گردید. هدف BCT، آن‌گونه که در مورد مشکلات الکل به کار گرفته می‌شود، ایجاد حمایت برای پرهیز از مصرف و بهبود کیفیت روابط و کارکرد در میان زوج‌هایی است که با الکلیسم دست به گریبان می‌باشند. پژوهش‌ها نشان داده است که BCT در مقایسه با درمان‌های استاندارد فردی، موجب پرهیز بیش‌تر و کارکرد ارتباطی بهتر می‌شود. هم‌چنین این رویکرد، خشونت خانگی و مشکلات هیجانی را در بچه‌ها کاهش می‌دهد.

مداخلات مربوط به اختلالات جسمی

حوزه‌ای از خانواده‌درمانی که از ثمربخشی فزاینده‌ای برخوردار است، درمان روانی-اجتماعی اختلالات جسمی، به ویژه عوارض پزشکی مزمنی است که رویکردهای زیستی-پزشکی در مورد آن‌ها رضایت‌بخش نبوده‌اند. پژوهش‌ها، اثرات نیرومند روابط خانوادگی بر سلامت جسمی و عوامل ریسک پزشکی را نشان داده‌اند. این تاثیر از طریق کیفیت روابط خانوادگی موثر بر استرس و سلامت جسمی و هم‌چنین از طریق نحوه‌ی حمایت خانواده‌ها از تلاش‌های فرد برای مدیریت فعالیت‌های مرتبط با سلامت خود و یا برعکس، تضعیف این تلاش‌ها می‌دهند. عوامل حمایتی خانواده که در ادبیات پژوهشی یافت می‌شوند، عبارتند از صمیمیت خانواده، مهارت‌های سازگاری مراقب، روابط حمایتی متقابل، سازمان خانوادگی روشن و ارتباطات مستقیم در مورد بیماری. عوامل ریسک خانواده هم شامل تعارض یا انتقاد، استرس‌های بیرونی، انزوای خانواده و انعطاف‌ناپذیری می‌باشد. این حوزه از پژوهش خانواده‌درمانی هنوز در ابتدای راه است، اما پیوسته شواهد مثبتی را در چند زمینه نشان داده است. برجسته‌ترین زمینه‌ها، سلامت و کارایی افراد مبتلا به جنون بوده است. هم‌چنین پژوهش‌های نویدبخشی هم در مورد اثربخشی مداخلات خانواده بر تعدادی از اختلالات کودکان از جمله آسم و دیابت شیرین وجود دارد.

آیا خانواده‌درمانی در مورد جمعیت‌های متنوع موثر است؟

ارزیابی خانواده‌درمانی در مورد جمعیت‌های متنوع، نیازمند کارهای بسیار بیش‌تری است. به دلیل کارهای اولی مینوچین، هیلی و دیگران با جمعیت‌های کم‌درآمد اقلیت‌های قومی، این حوزه دلایلی دارد تا خوش‌بین باشد که این روش فقط به جمعیت سنتی درمان، یعنی مردم سفیدپوست و تحصیل کرده متعلق به طبقه متوسط محدود نیست. شایان توجه این که، مدل‌های مبتنی بر شواهد اخیر (MST و MDFI) برای اختلالات بی‌اعتنایی مقابله‌ای و اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان، در مورد بچه‌ها و خانواده‌های متعلق به گروه‌های دارای موقعیت اجتماعی پایین که مورد توجه سیستم حمایت از کودک و سیستم قضاوت کیفری قرا گرفته‌اند، موثر بوده‌اند. هم‌چنین، کارهای حوزه زاپوزنیک نشان داده است که چگونه می‌توان خانواده‌درمانی را در مورد جوانان و خانواده‌های اسپانیولی با تاکید خاص بر نحوه‌ی مشارکت دادن خانواده در درمان به کار گرفت. از طرف دیگر، عملاً هیچ پژوهشی در مورد نحوه‌ی تاثیر خانواده‌درمانی بر گروه‌های مهاجران غیر غربی که هیچ سنتی از درمان روانی ندارند، وجود ندارد. ممکن است جنبه‌ی گروهی خانواده‌درمانی برای مردمان متعلق به فرهنگ‌های گروهی، سنتی مطلوب باشد اما برای کار با نسل‌های اولیه این مهاجران باید پیشرفت‌های بالینی بیش‌تری را به این حوزه بیافزاییم. یک نمونه نویدبخش اخیر از کاربرد خانواده‌درمانی در مورد گروه‌های غیر غربی مربوط به هنگ کنگ است که در آن جا تیمی متشکل از متخصصان و محققان یک عنصر خانواده‌درمانی را به برنامه آموزش روانی خود برای درمان آسم کودکان اضافه کردند. چارچوب مداخله‌ای آن‌ها متشکل از پنج جلسه مدیریت آسم و شش جلسه مدیریت هیجانی با ترکیبی از جلسات گروهی مشترک والد-کودک، جلسات مجزای کودک و والد و جلسات مشترکی بود که در آن والدین و بچه‌ها با یکدیگر صحبت کرده و راه‌های حل و فصل مشترک مسائل مرتبط با موضوع مورد بحث در آن روز را می‌آموزند. نتایج نشان داد که در مقایسه با وضعیت کنترل لیست انتظار، این مداخله در زمینه شاخص‌های زیستی و سازگاری با آسم برای کودکان مفید است و هم‌چنین برای والدین و روابط خانوادگی نیز در رابطه با اغلب نتایج رابطه‌ای، سودمند بود.

تحولات آینده

با آشکار شدن سودمندی نظریه سیستم‌های خانواده، تعداد بافت‌ها برای خانواده‌درمانگران افزایش یافته است. در این فصل، ما برخی از جدیدترین حوزه‌های کار خانواده‌درمانگران را - که همگی حیطه‌هایی برای تحولات آینده هستند - مورد بحث قرار می‌دهیم.

خانواده‌درمانی در مدارس

به مدت سالیان متمادی، خانواده‌ها و پرسنل مدرسه در مواقع ناموفق بودن کودک در یادگیری به دلیل ناتوانی‌های یادگیری یا مشکلات رفتاری با یکدیگر اختلاف نظر داشته‌اند. به طور اخص‌تر، مدرسه، والدین را به دلیل قصور در برانگیختگی یا تربیت مناسب کودک سرزنش می‌کند و والدین هم مدرسه را به دلیل عدم یادگیری کودک ملامت می‌نمایند. اخیراً، خانواده‌درمانگران بیش‌تری کار در مدارس را به منظور غلبه بر این مشکل شروع کرده‌اند. برخی از مدارس، ((مراکز حمایت خانواده)) دارند که در آن معلمان، والدین و بچه‌ها می‌توانند به منظور تهیه طرحی جهت کمک به کودک در رشد تحصیلی و هیجانی به دور هم جمع شوند. گاهی اوقات به دلیل تفاوت فرهنگ‌های خانواده‌ها

و معلمان، رسیدن به مشارکت دشوار است. تمرکز بر منافع کودک - چیزی که همه طرفین می‌توانند بر سر آن به توافق برسند - می‌تواند به کلید موفقیت تبدیل شود. خانواده‌درمانگر یک رویکرد سیستمی را برای درک عناصر مربوط به خانه و مدرسه فراهم کرده و محیط هماهنگ و ایمنی را برای یادگیری و رشد کودک خلق می‌نماید.

خانواده‌درمانی در مراقبت پرورشی‌گاهی

زمانی که پای مباحث مربوط به اهمیت زیست‌شناسی، دلبستگی و فرزندپروری به میان می‌آید، خانواده‌درمانگران مهارت‌های خاصی برای عرضه دارند. ایالات متحده با بحران ملی کیفیت مراقبت‌های پرورشی‌گاهی مواجه است؛ کشمکش‌های فراوانی در مورد این سوال که چه هنگام باید بچه‌ها را از والدین‌شان گرفته و به مراقبت پرورشی‌گاهی سپرد و چه زمانی خانواده‌های زیستی باید ((احیا شوند)) در جریان است. خانواده‌درمانگرانی که همکاری نزدیکی با سازمان‌های خدمات اجتماعی دارند، می‌توانند ارزیابی‌ها و حمایت‌هایی را برای خانواده‌های زیستی و رضاعی فراهم آورند. خانواده‌درمانگران می‌توانند نقش رایزن را برای برنامه‌های حمایت از گروه‌های والدین رضاعی ایفا کنند. هم‌چنین آن‌ها می‌توانند در کمک به والدین زیستی جهت توسعه مهارت‌های والدینی و مهارت‌های زندگی لازم جهت درخواست استرداد فرزندان‌شان با تعیین ناتوانی آن‌ها در ادامه فرزندپروری، نقش مهمی ایفا کنند.

خانواده‌درمانی و فرزندخواندگی

فرایند پذیرش فرزند می‌تواند پر استرس باشد. یک خانواده‌درمانگر می‌تواند در طول این فرایند حمایت ارزشمندی به حساب آید، فرد یا زوج را در فرایند تصمیم‌گیری یاری دهد و آن‌ها را در ارزیابی سوابق خودشان و کسب مهارت‌های فرزندپروری که ممکن است در حال حاضر فاقد آن‌ها باشند، کمک نماید. برخی فرزندپروری باز را برمی‌گزینند و می‌خواهند که این کودک والد(ین) زیستی خود را بشناسد. در این موقعیت‌ها، یک خانواده‌درمانگر می‌تواند در مذاکره بر سر توافقات خاص در مورد تماس با کودک، والد(ین) زیستی و والد(ین) خوانده کمک موثری داشت. سایر والدخوانده‌ها نمی‌خواهند که والدین زیستی کودک را بشناسند یا با آن‌ها رابطه‌ی مداوم داشته باشند. برخی از فرزندخوانده‌ها تمایلی به آشنایی با والدین زیستی‌شان ندارند ولی برخی دیگر خواهان آشنایی با آن‌ها هستند. خانواده‌درمانگر در این وضعیت‌های دارای بار هیجانی می‌تواند مفید باشد.

خانواده‌درمانی در دادگاه‌ها

دادگاه‌ها، به ویژه دادگاه‌های خانواده، شاهد حضور افراد بسیاری هستند که درگیر دادخواهی‌های مشتمل بر مشکلات هیجانی و خانوادگی می‌باشند. طلاق معمول‌ترین موقعیتی است که خانواده‌ها را به دادگاه می‌آورد. کلید موفقیت فرزندان طلاق این است که والدین آن‌ها توانایی همکاری با یکدیگر به خاطر بچه‌ها را داشته باشند. درمانگران می‌توانند دوره‌های روانی-آموزشی را برای زوجین در حال طلاق به منظور تقویت مهارت‌های همکاری و تمرکز هر دو طرف بر سلامت بچه‌ها، فراهم کنند. بسیاری از بچه‌ها بین منازل والدین طلاق گرفته‌ی خود در رفت و آمدند. خانواده‌درمانگران می‌توانند والدین را در برقراری سیستمی که برای فرزندان‌شان مفید باشد، یاری دهند.

خانواده درمانی در زندان‌ها

آگاهی از این واقعیت که بسیاری از زندانیان والدین و فرزندان دارند و این که حفظ این پیوندهای خانوادگی در ایام زندان می‌تواند به تسهیل بازگشت مناسب‌تر به جامعه کمک کند، در حال افزایش است. در شماره‌ای از مجله ((فرایند خانواده)) در سال ۲۰۰۸ یکی از مقالات حاوی گزارش یک پژوهش ارزیابی در مورد مداخلات روانی-آموزشی زوجین برای زندانیان بود. این برنامه کارکرد زوج را در میان همبندها و همسران آنان افزایش داد. یک ابتکار نویدبخش دیگر با حمایت شورای جرم و عدالت واقع در مینه‌سوتا صورت گرفت که شامل کار با مجرمان در پنج زندان، همسران آن‌ها و فرزندان‌شان بود. یک چالش عمده، حصول دسترسی و اعتماد مسئولان زندان است. پروژه‌ی شورای جرم و عدالت، به واسطه‌ی نتایج گروه‌های روانی-آموزشی فرزندپروری، احترام کادر و مسئولان اجرایی زندان را کسب کرده است؛ مردانی که حضور در این گروه‌ها را تجربه می‌کنند به زندانیانی همکاری‌کننده تبدیل می‌شوند.

خانواده درمانی با خانواده‌های نظامی

خانواده‌های نظامی به ویژه در دوران جنگ با چالش‌های خاصی مواجه هستند. ممکن است پدران یا مادران برای مدت طولانی جهت خدمت در مناطقی دوردست از یکدیگر یا از فرزندان‌شان دور باشند. خانواده‌درمانگران می‌توانند زوجین را در برنامه‌ریزی برای جدا شدن از یکدیگر و فرزندان یاری دهند. حفظ اهمیت و جایگاه والد در دور از خانه به وظیفه تمامی کسانی که نقشی در فرزندپروری بر عهده می‌گیرند، تبدیل می‌شود. برخی از زوج‌ها و خانواده‌ها، در زمانی که عضو غایب خانواده از انجام وظیفه در نیروهای مسلح به منزل باز می‌گردد از ایجاد انتقال و بازگشت به وضعیت سابق ناتوان هستند. در این موقعیت‌ها، خانواده‌درمانگران می‌توانند در تسهیل کاهش ریسک جدایی مخرب و طلاق و تمرکز بر منافع فرزندان - در مواقعی که پای فرزند هم در میان است - به خانواده کمک کنند. برای خانواده‌هایی که در جریان خدمات فعال، عضوی از خانواده را از دست می‌دهند، خانواده‌درمانگران می‌توانند ناظر سوگواری و فقدان و تسهیل‌کننده‌ی فقدان باشند. این درمانگران، خانواده را در یافتن راه‌هایی جهت بزرگداشت سرباز قربانی و حفظ یاد و خاطره او در آینده کمک می‌کنند.

خانواده درمانی و تکنولوژی‌های باروری

از دهه ۱۹۸۰، تکنولوژی‌های باروری امکان بچه‌دار شدن را برای زوج‌های مبتلا به ناباروری فراهم آورده‌اند. این علوم با تکنولوژی رو به پیشرفت خود، پیشاپیش درک ما از دلالت‌های اخلاقی، روان‌شناختی و بین شخصی این فرایندها حرکت می‌کنند. خانواده‌درمانگران پزشکی به خوبی برای کار با زنان، همسران آن‌ها و تیم‌های مراقبت‌های بهداشتی جهت کمک به تصمیم‌گیری‌ها در مورد درست بودن استفاده از این تکنولوژی‌ها و زمان مناسب آن، مجهز می‌باشند. اکنون اغلب مراکز باروری در ایالات متحده از زوجینی که از بارورسازی آزمایشگاهی با اسپرم یا تخمک‌های اهدایی استفاده می‌کنند، درخواست می‌نماید یک ارزیابی روان‌شناختی را انجام دهند تا از توانایی آن‌ها برای تصمیم‌گیری، درک روش‌ها و توافق بر سر آن‌ها و همچنین تامل در مورد مسائل مختلف مرتبط با آن، اطمینان حاصل شود. در مورد زوجینی که اهداکنندگان آشنا را انتخاب می‌کنند، خانواده‌درمانگران پزشکی می‌توانند نقش مهمی را در کمک به زوج جهت تعریف خودشان به عنوان والدین کارکردی ایفا کنند.

خانواده‌درمانی در مورد عوارض ژنتیکی

شکستن کد ژنتیکی در آستانه قرن جدید در حال ایجاد انقلابی در پزشکی است. درک عنصر ژنتیکی بیماری‌های مزمن از قبیل سرطان سینه یا دیابت به خانواده‌های مبتلا امکان می‌دهد تا در مورد انجام آزمایشات مربوط به جهش ژنتیکی تصمیم‌گیری کنند. خانواده‌درمانگران پزشکی می‌توانند همکاری نزدیکی را با متخصصان ژنتیک و مشاوران ژنتیکی جهت کمک به اعضای خانواده در تصمیم‌گیری و گفتگو در مورد هر گونه جهش ژنتیکی داشته باشند.

خانواده‌درمانی با بزرگسالان مسن‌تر

زمانی که یک بزرگسال مسن بیمار شده یا توانایی‌هایش را از دست می‌دهد، این وضعیت زوجها و خانواده‌ها را برای سازمان‌دهی مجدد جهت حمایت از عضو بیمار به چالش می‌کشد. در مورد بچه‌ها، بیماری جدی والدین مسن اغلب به معنای یک نقطه‌ی گذر مهم در نقش در رابطه با والدین بوده و آن‌ها که از وابستگی به استقلال حرکت کرده‌اند، اکنون باید نقش مراقب را بر عهده بگیرند. خانواده‌درمانی می‌تواند به التیام جراحات قدیمی و ایجاد الگوهای جدید ارتباطات در مواقع لزوم کمک کند.

خانواده‌درمانی در مراقبت تسکینی و آسایشگاه

خانواده‌درمانی پزشکی می‌تواند در انتهای زندگی بسیار سودمند باشد. ممکن است تصمیم‌گیری برای بیمار و خانواده جهت انتخاب تسکین یا تسلی، مراقبت به جای تداوم مداخله و تلاش برای معالجه، دشوار باشد. این تصمیم‌گیری شامل ارتباط با تیم مراقبت‌های بهداشتی، بیمار (در صورت توانایی) و خانواده است. گاهی اوقات این ارتباط در سیستم مراقبت‌های بهداشتی پراکنده، مستلزم تلاش قابل توجه خانواده است و می‌تواند به وسیله‌ی یک خانواده‌درمانگر پزشکی تسهیل شود. خانواده‌درمانی در دوره مراقبت تسکینی یا آسایشگاه می‌تواند محیط نگهدارنده ایمنی را برای خانواده‌ها جهت حل و فصل تعارضات قدیمی و ابراز قدرشناسی و خشنودی نسبت به یکدیگر و امیدواری‌های آنان نسبت به نسل آینده فراهم آورد.

خانواده‌درمانی و درگیر ساختن جامعه

خانواده‌درمانی به عنوان یک جنبش و نه صرفاً شیوه‌ی دیگری جهت انجام کار بالینی - شروع شد و پیشگامانی از قبیل گریگوری بیتسون و ویرجینیا ستیر به مسائل اجتماعی بزرگ‌تر علاقمند بوده و می‌خواستند تفاوتی را فراتر از فعالیت‌های بهداشت روانی مرسوم پدید آورند. در حال حاضر برخی تحولات نویدبخش در این جبهه وجود دارد که مدل خانواده‌درمانی اجتماع روجانا برای درگیر ساختن خانواده‌های شهری کم‌درآمد و مدل بهبودپذیری اجتماعی پیوند سیستم‌های انسانی لاندو، با تخصص در کار با جوامع مبتلا به گذر سریع یا فقدان آسیب‌زا، از آن جمله‌اند. یک مدل در حال ظهور دیگر از درگیر ساختن جامعه برای خانواده‌درمانگران و سایر متخصصان پروژه خانواده‌ها، دموکراسی و مراقبت بهداشتی شهروندی است. دوئرتی و همکارانش، ابتکارات شهروندی را در حوزه‌های مختلف مشکلات، پایه‌گذاری کرده‌اند. این کار بر اهمیت مشارکت شهروندی به منظور تقویت زندگی خانوادگی و بر ضرورت ارتقای مدل‌های سنتی ارائه‌دهنده / مشتری در خدمات بهداشتی و ارائه خدمات تخصصی تاکید داشته و چشم‌اندازی را ارائه می‌دهد که در آن خانواده‌ها و شهروندان متخصص با یکدیگر جهت ایجاد ابتکارات عمومی همکاری می‌کنند.

با حرکت جامعه از مدل نقص‌مدار فردی به سمت مدل قوت‌مدار رابطه‌ای در درک رفتار انسان، این فرصت‌ها به رشد خود ادامه می‌دهند و به همراه این‌ها، نیاز به خانواده‌درمانگران خلاق و با استعداد هم افزایش می‌یابد.