

# نوجوان در خانواده درمانی

بهره گیری از قدرت روابط

## فهرست مطالب

۷	در مورد نویسنده
۹	مقدمه
۱۳	۱ مقدمه
۲۵	۲ رشد نوجوانان
۶۵	۳ مفاهیم پایه
۷۹	۴ چگونگی ارزیابی و درمان مشکلات
۱۱۳	۵ اختلال خوردن
۱۵۵	۶ افسردگی و خودکشی
۱۹۳	۷ اضطراب
۲۲۵	۸ رفتار آزارنده و مقابله‌ای
۲۶۳	۹ روان‌پریشی
۲۷۷	۱۰ اُفت تحصیلی و سایر مشکلات مرتبط با مدرسه
۳۰۳	۱۱ ترک خانه
۳۱۳	۱۲ خانواده‌هایی با مشکلات متعدد
۳۲۹	خاتمه: قاعده آرک (پذیرش، احترام، کنجکاوی و صداقت)
۳۳۵	منابع
۳۵۵	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی
۳۵۷	واژه‌نامه فارسی به انگلیسی

تقدیم به

دومینیک میکوچی

(۱۹۸۱-۱۹۲۰)

که مرا به راه درستی هدایت کرد

## در مورد نویسنده

جوزف میکوچی، دارنده دکترای تخصصی، عضو «هیئت روانشناسی حرفه‌ای آمریکا» در رشته روان‌شناسی از دانشگاه کرنل کارشناسی ارشد و دکترای خود را در رشته روان‌شناسی بالینی از دانشگاه مینه‌سوتا دریافت کرد. او در سال ۱۹۸۴ به مرکز راهنمایی کودکان فیلادلفیا پیوست و در آنجا به‌عنوان مدیر گروه نوجوانان از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۳ و در سال‌های ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳ به‌عنوان رئیس بخش خدمت کرد. در حال حاضر، دکتر می‌کوچی استاد روان‌شناسی و رئیس بخش روان‌شناسی در کالج کوئست هیل در فیلادلفیا، پنسیلوانیا است. او مدیر برنامه دکترای روان‌شناسی در روان‌شناسی بالینی است و دوره‌های آموزشی در زمینه ارزیابی روان‌شناختی، رشد نوجوانان و خانواده را بر عهده دارد. دکتر میکوچی عضو انجمن روان‌شناسی آمریکا، ناظر تأیید شده انجمن ازدواج و خانواده‌درمانی آمریکا و دارای گواهینامه هیئت تخصصی روان‌شناسی بالینی از شورای روان‌شناسی حرفه‌ای آمریکا است. دکتر میکوچی همچنین سابقه بالینی در برین‌ماورِ پنسیلوانیا دارد.

## مقدمه

از زمان انتشار اولین نسخه نوجوانان در خانواده‌درمانی رویکرد من برای کار با نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها در حال تکمیل شدن است. همچون نسخه اول، همچنان بر اهمیت روابط خانوادگی در ترویج نتایج بهینه رشد در نوجوانان تأکید دارم. درحالی‌که نوجوانان، مستقل از خانواده‌های خود رشد می‌کنند، همچنان به احساسات، توجه، حمایت و راهنمایی والدین خود نیاز دارند تا با موفقیت با چالش‌های دهه دوم زندگی روبه‌رو شوند. ممکن است به دلیل اینکه روابط خانوادگی با نیازهای تغییر یافته نوجوانان سازگار نیست و یا والدین توجه و حمایت خود را از نوجوان دریغ می‌کنند مشکلاتی پیش بیاید.

در اولین نسخه این کتاب، من همچنین تأکید داشتم که متخصصین بالینی که با نوجوانان و خانواده‌هایشان کار می‌کنند، باید با روند و موضوع تحول طبیعی نوجوانان آشنا شوند. یک چشم‌انداز رشدی برای تمایز میان رفتار طبیعی و معمولی از رفتارهای غیرعادی و غیرطبیعی ضروری است. خانواده‌ها گاهی اوقات به رفتارهای معمولی نوجوانان که در فرهنگ ما وجود دارد، بیش‌ازپیش واکنش نشان می‌دهند و واکنش بیش‌ازحد، خطر ابتلا به مشکلات را تشدید می‌کنند. از سوی دیگر، افسانه‌های گسترده در مورد «طوفان و فشار» در دوران نوجوانی می‌تواند منجر به کاهش انتظارات و عدم ارائه راهنمایی‌های لازم برای نوجوانی شود که از مسیر طبیعی خارج شده‌اند.

کار من همچنان بر مبنای ایده‌های اساسی نظریه سیستم‌های خانواده هدایت می‌شود. نشانه‌ها به خاطر الگوهای تعاملی خاص و مرتبط با آن نشانه‌ها ایجاد می‌شوند، تکامل می‌یابند و باقی می‌مانند. با گذشت زمان، علائم و الگوهای تعاملی به‌طور جدایی‌ناپذیر به هم مرتبط می‌شوند، به‌طوری‌که منجر به تقویت یکدیگر می‌شوند. من این ارتباط بین علائم و الگوهای تعامل بین فردی را چرخه نشانه‌دار می‌نامم. مداخله مؤثر نیاز به فهمیدن شکل خاصی دارد که چرخه نشانه‌دار در یک خانواده اتفاق می‌افتد؛ و تسلط بر تکنیک‌های مختلف می‌تواند جایگزین این الگوهای تعاملی بی‌اثر با الگوهای سازگار و قابل‌انعطاف شود.

سؤالات و نظرات دانشجویانم، ناظرها، شرکت‌کنندگان در کارگاه‌های آموزشی و خوانندگان اولین نسخه باعث شد تا تجدیدنظری در این نسخه داشته باشم. قالب کلی این نسخه مشابه نسخه اولیه آن است. ابتدا خلاصه‌ای از نکات اساسی در مورد رشد عادی نوجوانان مطرح شده و سپس، چارچوب اساسی خود را برای درک اینکه چگونه مشکلات در خانواده‌ها ایجاد و تکامل می‌یابند ارائه می‌دهم. در فصل‌های بعد، من این چارچوب را به انواع مختلفی از مشکلات مرتبط می‌کنم. تمام

فصل‌ها تجدیدنظر شده‌اند یا بسط یافته‌اند؛ این تغییرات در برخی از فصل‌ها بیشتر است. برخی از موارد که در این نسخه تجدیدنظر شده‌اند (نسخه دوم) عبارت‌اند از:

- اضافه کردن فصلی کاملاً جدید در مورد اضطراب (فصل ۷).
- گسترش بخش درمان مسائل مربوط به دل‌بستگی و اینکه چگونه می‌توان آن‌ها را در درمان خانواده گنجانده.
- اضافه کردن بخشی دربارهٔ هویت نژادی و قومی به فصل رشد نوجوانان (فصل ۲).
- بحث تکنیک‌های مداخله گسترش یافته است. فصل دو («فرایندهای درمان») به دو فصل گسترش یافته است، یکی مفاهیم نظری را بررسی می‌کند و بخش دیگر، تکنیک‌های خاص مداخله را توصیف می‌کند.
- اضافه کردن بیش از ۲۰۰ منبع جدید و به‌روز.
- اضافه کردن نمونه‌های موردی جدید.

باید به نکته‌ای در مورد مثال‌های ارائه‌شده در این کتاب اشاره کنم. قصد من در ارائه نمونه‌های موردی، ارائه شواهدی تجربی برای اثربخشی اصول و تکنیک‌هایی که آنها را قبول دارم نیست، بلکه خواسته‌ام نشان دهم که بالینگران چگونه می‌توانند این اصول و تکنیک‌ها را در شرایطی که به‌طور معمول با آن مواجه می‌شوند به‌کار بگیرند. نمونه‌های این کتاب «موردهای بالینی» مطالعه‌شده به معنای دقیق آن نیستند. به‌منظور محافظت از محرمانه بودن، همهٔ پرونده‌ها به شکل‌های مهمی تغییر یافته‌اند. هر زمان که من از جلسات بالینی دیالوگی را گزارش می‌کنم، گفتگوهای اعضای خانواده برای محافظت از حریم خصوصی و ناشناس ماندنشان بازنویسی شده‌اند. برخی موارد از نوع عمومی هستند. بسیاری از موارد ترکیبی از شرایط و نمونه‌های بالینی هستند. چند موردی که در این کتاب مورد بحث قرار گرفته‌اند نه خانواده‌های بالینی واقعی بلکه «خانواده‌های شبیه‌سازی شده» بودند. مورد دوم اشاره به روش توسعه‌یافته توسط همکار من اسکات براونینگ به‌منظور آموزش دانشجویان در خانواده‌درمانی دارد (نلسون، کالینز و برونینگ، ۲۰۰۵). خانواده‌درمانگر با تجربه، بازیگران را برای ترسیم یک خانواده آموزش می‌دهد به‌گونه‌ای تعامل می‌کند که گویی اعضای خانواده واقعی برای درمان مراجعه کرده‌اند. درمانگر نخستین بار این «خانواده» را زمانی که در شخصیت واقعی خود هستند ملاقات می‌کند. برای اولین بار آن‌ها آنها را در غالب شخصیت، ملاقات می‌کند و سپس به انجام یک یا چند جلسه درمان خانواده با آن‌ها به‌عنوان «خانواده واقعی» می‌پردازد. در طول این فرایند، مربی همچنان به هدایت بازیگران برای حفظ شخصیت و تعامل با روش‌های معمول خانواده‌های واقعی در درمان کمک می‌کند. وقتی که من در این شرایط درمانگر بودم، متوجه شدم که تجربهٔ ذهنی من با آنچه به‌طور معمول هنگام درمان خانواده‌ها در محیط‌های بالینی واقعی تجربه می‌کنم یکسان است. من از

دکتر براونینگ برای کمک به ایجاد خانواده‌های شبیه‌سازی شده و همچنین از بازیگران به خاطر صرف زمان و انرژی برای کمک به این پروژه سپاسگزارم.

ویراستار من انتشارات گیلفورد در جیم ناگنوت، در تجدیدنظر ویرایش جدید حضور بسیار مؤثری داشته است. همچنین از ویراستار مجموعه، مایکل پیک نیکولز، برای ارائه نظراتش در مورد پیشنهادهای اولیه برخی از فصل‌ها ممنون هستم. مایک نقشی جدی در ارائه انتقادات نسبت به فصل‌های نسخه اول کتاب داشت و این نقش همچنان در این نسخه بازبینی شده نیز ادامه پیدا کرد.

ایده‌های این کتاب در طول سال‌ها فعالیت من، در مرکز راهنمایی کودکان فیلادلفیا (PCGC) در دهه‌های ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ شروع شده بود. به‌ویژه جان برنر و مایکل سیلورف به خاطر آنچه در طول دوره من در PCGC به من آموختند، بسیار سپاسگزارم. از همکارانی که در اولین نسخه همکاری کردند و همچنان در این نسخه تجدیدنظر شده نیز حضور دارند تشکر می‌کنم: مولی هاندمن، استیو سیمماز، جان سارگنت، گای دیاموند و مرحوم پگی اسپیگل. از دکتر کارول جین ویل، دکتر ویلیام ت. واکر و هیئت‌مدیره کالج چستن هیل سپاسگزارم که در سال ۲۰۰۵ این فراغت را فراهم کردند که به ایده ارائه شده در فصل هشتم این نسخه اصلاح شده منجر شد. والدین و خانواده‌ام که فضای امنی برای من به وجود آوردند که به من اجازه داد تا امروز آن چیزی باشم که اکنون هستم.

سرانجام و مهم‌تر از همه، همراهی و تشویق جیم دیویس همچنان منبع یادگیری من است و به من یادآوری می‌کند که روابط نزدیک ما، پایه و اساس همه آنچه را که ما هستیم و آنچه ما به دست می‌آوریم شکل می‌دهد.

## مقدمه

لوئیس (۱۶ ساله) در جدالی تلخ با پدرش گیر کرده است. هر گفتگویی به بحث تبدیل می‌شود. در همین حال، نمرات لوئیس نزول می‌کند و رابطه او با خانواده‌اش نیز وخیم‌تر می‌شود.

کالب (۱۳ ساله) نمی‌تواند قبل از انجام تشریفات خاص، به رختخواب برود و این تشریفات شبانه‌اش نیز هرشب طولانی‌تر می‌شود. والدین کالب نیز او را از این کار منع نمی‌کنند، چراکه بیم دارند این کار او را بی‌نهایت هراسان کند.

تینای (۱۶ ساله) در طول ۶ ماه گذشته ۹ کیلو وزن کم کرده است چراکه چیزی نمی‌خورد. به نظر می‌آید که والدین مطلقاً او، بیل و رز، بیشتر علاقه دارند باهم نزاع کنند تا اینکه راهی برای کمک به دختر خود بیابند.

جنی (۱۵ ساله) بعد از آنچه از نظر والدینش مکالمه صرفاً دوستانه بود، یک‌مشت قرص خورد.

کیت (۱۵ ساله) تمام شب را بیرون منزل سپری کرده و مواد مخدر مصرف می‌کند. وقتی والدینش سعی می‌کنند او را محدود یا تنبیه کنند، کیت با خشونت آن‌ها را تهدید می‌کند. در نتیجه والدین وحشت‌زده او از روبه‌رو شدن با او خودداری می‌کنند.



این کتاب درباره نوجوانانی مانند لوئیس، کالب، تینا، جنی و کیت است. در این مسیر، با نوجوانان دیگری مانند آن‌ها برخورد خواهیم داشت: بارت (۱۶ ساله) که هر وقت به درخواست‌های پدر مستبدش «نه» می‌گوید، دچار دردهای شکمی شدیدی می‌شود. تیران (۱۷ ساله) که در سن رفتن به دانشگاه است و نمی‌تواند از قوانین ساده وضع شده از سوی مادرش برای منع رفت‌وآمد پیروی کند و یا تمی (۱۴ ساله) که بی‌قیدی در مسائل جنسی باعث هراس والدینش شده است. اگر شما درمانگری هستید که با نوجوانان سروکار دارید، در داستان‌هایی که تعریف می‌کنم نقاط مشترکی خواهید یافت. اگر به‌عنوان درمانگری که با نوجوانان و خانواده‌هایشان سروکار دارد، به دنبال راهنمایی برای طی چنین مسیر سختی هستید امیدوارم در این کتاب آن را برای شما فراهم کنم.

به یک معنا کارکردن با نوجوانان تفاوتی با افراد دیگری که برای کمک به ما مراجعه می‌کنند ندارد. اصول اولیه برخاسته از تفکر سیستم‌های خانوادگی<sup>۱</sup> که در این کتاب مطرح می‌کنیم، برای حل مسائل



دیگر در چرخه زندگی انسان نیز می‌توانند مفید باشند. به‌دیگرسخن، به علت فرایندهای تحولی‌ای که در طول این دوره زندگی روی می‌دهد کار با نوجوانان، دارای چالش‌های ویژه‌ای است. بر همین اساس، معتقد هستم درمانگری که با نوجوانان کار می‌کند، باید با تغییرات تحولی دوران نوجوانی آشنا باشد. در فصل ۲، اصول تحول طبیعی در نوجوان را مرور می‌کنم و دستورالعمل‌هایی برای چگونگی تفکیک رفتار هنجار دوران نوجوانی از رفتارهای نابهنجار یا مشکل‌ساز این دوره ارائه می‌دهم. از جمله مسائل مهم در این مرحله از زندگی، جدال میان میل به وابستگی و میل به استقلال است. اینکه چگونه خانواده و نوجوانان برای رسیدن به تعادل بین وابستگی و استقلال تبادل نظر می‌کنند، عامل حیاتی برای تعیین چگونگی موفقیت نوجوانان گذر از دوره نوجوانی است.

پیرامون بسیاری از تکنیک‌هایی که در کار با نوجوان و خانواده آن‌ها سودمند است بحث کرده و آن‌ها را نشان می‌دهم. باوجوداین، تکنیک‌ها باید برای نیل به آنچه در ذهن درمانگر است، به‌خوبی برنامه‌ریزی شوند چراکه ابزار کار درمانگر محسوب می‌شوند و آگاهی از تکنیک‌های بیشتر فرصت‌های بیشتری به درمانگر می‌دهد. آشنایی با انواع تکنیک‌ها، می‌تواند به درمانگر احساس اطمینان دهد- اما باید اول باید بدانید چه چیزهایی را پایه‌ریزی کنید. آشنایی با انواع‌واقسام تکنیک‌ها از منظر تنوع عملکرد به درمانگر امنیت می‌دهد، اما استناد به آنها بدون قاعده‌ای مشخص می‌تواند منجر به درمان‌های واکنشی و اتفاقی گردد که هم درمانگر و هم خانواده را مأیوس می‌سازد.

بسیاری از درمانگران فکر می‌کنند که نظریه‌ها بسیار انتزاعی هستند و مرتبط با چیزی نیستند که آن‌ها برای رسیدن به هدف خود در کار با نوجوانان و خانواده‌اش دنبال می‌کنند. بسیاری از درمانگران با مشاهده موفقیت‌های درمانی در برخی مدارس، درمانگری را موضوعی «التقاطی» دانسته و این معمولاً بدین معنا است که آنها از متعهد شدن به یک مدل خاص خودداری می‌کنند. متأسفانه، مکتب التقاطی ممکن است پریشانی و ناامیدی را رواج دهد و درمانگر را در وضعیت «همه‌کاره و هیچ‌کاره» قرار دهد و باعث شود درمانگران هیچ راهنمایی برای پیوستن ایده‌های مختلف از نظریه‌های متفاوت و ایجاد یک کل منسجم نداشته باشند.

امیدوارم در این کتاب با برقراری تعادل بین نظریه و تکنیک به معضل مطرح شده پردازم. امیدوارم آنچه ارائه می‌دهم راه‌حل‌های عملی برای حل مشکلات بالینی باشد. سعی کرده‌ام تا برای هریک از پیشنهاداتم توجیهی قابل‌قبول ارائه کنم و کاربرد آن را در موارد کلینیکی نشان دهم. دربرخی از موارد، یک رویکرد گام‌به‌گام را پیشنهاد کرده‌ام. مطمئن هستم که خواننده درخواست یافت که مراحل ذکرشده در موارد نادری گسسته بوده و عمدتاً متوالی و مرتبط به هم هستند. با به‌کارگیری این ایده‌ها قضاوت بالینی صحیحی را انجام خواهد داد.

## جهت‌گیری‌های من و تاثیر آنها

راهنمای اصل کار من، نظریه سیستم‌های خانوادگی است؛ بنابراین تمرکز من تنها بر روی فرد نیست،

بلکه بر شبکه‌ای از روابط متمرکز می‌شوم که افراد در آن مشارکت می‌جویند. فرضیه اصلی نظریه سیستم‌های خانوادگی این است که مسائل و علائم در بستری میان‌فردی روی می‌دهد. این مسائل مختص شرایط درونی یک فرد نیستند، بلکه محصول الگوهای خاص و تکرارپذیر از تعامل میان‌فردی موجود، بین شخص دارای علائم و نزدیکانش است. این ایده را در فصل ۳، در بحث پیرامون چرخه نشانه‌دار توضیح خواهم داد و در فصل ۴، تکنیک‌هایی از چشم‌انداز نظریه سیستم‌های خانوادگی را شرح می‌دهم.

در حوزه فکری و کار عملی خود در مورد خانواده‌ها و نوجوانان، تحت تأثیر نظریه‌های مختلفی بوده‌ام (مینوچین، ۱۹۷۴؛ مینوچین و فیشمن، ۱۹۸۱؛ مینوچین، نیکلاس و لی، ۲۰۰۷). مفاهیم بسیاری را نیز از خانواده‌درمانی ساختاری، اقتباس کردم که چگونگی سازمان‌دهی خانواده را شرح می‌دهد: زیرسیستم‌ها<sup>۱</sup>، مرزها<sup>۲</sup>، سلسله‌مراتب و اتحادها<sup>۳</sup>. همچنین تکنیک‌های بسیاری را از خانواده‌درمانی ساختاری<sup>۴</sup> اقتباس کرده‌ام که مربوط به این مدل بوده و شامل ملحق شدن<sup>۵</sup>، کنش‌آوری<sup>۶</sup>، استفاده از امور مکمل<sup>۷</sup> و برهم زدن تعادل هستند. این تکنیک‌ها را با جزئیات بیشتر در فصل ۴ توصیف می‌کنم. چارچوب اصلی برای هدایت جلسه اول را از کارهای جی هی لی (۱۹۸۷) وام گرفته‌ام. از مدل‌های درمانی‌ای که «راهردی»<sup>۸</sup> نامیده می‌شوند، این ایده را اقتباس کرده‌ام که افراد در چرخه‌ای گرفتار می‌شوند که مشکل را زنده نگه می‌دارد و تلاش آن‌ها برای حل مشکل اغلب مسائل را وخیم‌تر می‌کند (فیش، ویکلند و سگال، ۱۹۸۲). از روایت‌درمانی‌پیشی را اقتباس کردم که مبتنی بر آن، زبان تجربه ما را از واقعیت شکل می‌دهد و به ارزش صحبت پیرامون مشکل، گویی که آن‌ها نیروی خارجی تأثیرگذار بر تمام اعضای خانواده‌اند و نه نقص و کاستی‌ها در خود شخص، پی برده‌ام (وایت و اپستون، ۱۹۹۰). کار من همچنین متأثر از ایده‌هایی است که در اصل در حیطه نظریه روان‌پوشی شکل یافته‌اند. به‌خصوص برای کارهایی ارزش قائل هستم که اهمیت دل‌بستگی‌های عاطفی در طول عمر را بررسی می‌کنند (اینورث، ۱۹۸۹؛ بولبی، ۱۹۸۸). به‌طور خاص، معتقد هستم که تأکید بر افزایش استقلال نوجوانان از خانواده، نیاز نوجوانان به حمایت والدین و مهرورزی آن‌ها را چندان مورد توجه قرار نداده است (مک کی، ۱۹۹۶). از این‌رو، ایده‌ها و روش‌هایی را از درمان هیجان‌مدار<sup>۹</sup> بیان کرده و مورد استفاده قرار داده‌ام (جانسون، ۲۰۰۴). به‌خصوص بر احساس‌های «ملایم‌تر» مانند جریحه‌دار شدن و غم تأکید می‌کنم که اغلب در پس تعامل خصمانه و حاکی از خشم مبهم باقی می‌مانند (رجوع شود به میکوچی،

- 
1. subsystems
  2. boundaries
  3. hierarchy, and alignments
  4. structural family therapy
  5. Joining
  6. enactment,
  7. Complementary
  8. strategic
  9. emotionally focused therapy

۲۰۰۶). موضوع مهم دیگر، اهمیتی است که خانواده‌درمانی بافت‌نگر<sup>۱</sup> بر مسئولیت و وفاداری متقابل میان اعضای خانواده می‌دهد (باسزورمنیا-ناگی و اسپارک، ۱۹۷۳).

به‌علاوه معتقد هستیم که بعضی تکنیک‌هایی که به‌صورت مرسوم مربوط به مدل‌های درمان فردی هستند، می‌توانند برای خانواده نیز مفید باشند. آموزش مهارت‌های فرزندپروری مبتنی بر روش‌های رفتاری، می‌تواند برای بسیاری از والدین مفید باشد. شواهد زیادی وجود دارند که نشان می‌دهند تکنیک‌های شناختی- رفتاری می‌توانند در بهبود علائم افسردگی و اضطراب مفید باشند (کارترایت-هاتن، رابرتس، چیتس بیزان، فاسرجیلا و هرینگتن، ۲۰۰۴؛ لوینسون، کلارک، هیز و اندروز، ۱۹۹۰). اخیراً توجه به تلفیق تکنیک‌های رفتاری- شناختی<sup>۲</sup> با ذهن آگاهی و پذیرش احساس منفی معطوف شده است (سگال، ویلیامز و تیزدال، ۲۰۰۲). این روش‌ها مغایر با نظریه سیستم‌های خانوادگی نیستند و در حقیقت تلفیق دیدگاه‌های مبتنی بر خانواده با درمان‌های شناختی- رفتاری می‌تواند در درمان کودکان و نوجوانان مؤثر باشد (بگلز و سیکوریلند، ۲۰۰۶؛ کندال، هادسون، گوش، فلانری-شروود و سوی، ۲۰۰۸).

### تشخیص و برچسب زدن

استفاده مناسب از برچسب‌های تشخیصی از چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۳</sup> (انجمن روان‌پزشکی آمریکا؛ DSM-IV-TR)، می‌تواند مفید و سودمند باشد. برچسب‌های تشخیصی ارتباط میان درمانگران را تسهیل می‌کنند و درمانگران را از ابعاد مختلف مشکل مراجع که ممکن است به‌راحتی از اظهارات فرد درک نشود مطلع و آگاه می‌سازند. چنین برچسب‌هایی اگر برای آسیب‌شناسی افراد و نسبت دادن مشکل به یک فرد و نه کل خانواده مورداستفاده قرار بگیرند، می‌توانند مشکل‌ساز باشند. این برچسب‌ها اگر معرف و مشخصه فرد محسوب شوند، مثل زمانی که پدری می‌گوید: «پسرم نقص توجه دارد» نیز مشکل‌ساز هستند. به‌همین دلیل، مطرح کردن چنین برچسب‌های شناختی با والدین امری است که نیاز به توجه و ملاحظه‌ای خاص دارد.

استدلال مشابهی را می‌توان برای کاربرد اصطلاح اختلال عملکردی در ارجاع به خانواده بکار برد. این اصطلاح برای توصیف خانواده‌های ویژه‌ای به کار می‌رود که مکرراً درگیر تعامل مشکل‌ساز می‌باشند و عضوی از خانواده نشانه‌دار بوده یا عملکرد نامناسبی دارد. در چنین موردی، اصطلاح اختلال عملکردی صرفاً توصیفی بوده و چندان اثرات زیانباری ندارد. متأسفانه، این اصطلاح می‌تواند به همان شکل که برچسب‌های تشخیصی برای بیماران به کار می‌روند برای برچسب زدن به خانواده‌ها به کار رود. از این رو، ترجیح می‌دهم اصطلاح اختلال عملکردی را در مورد خانواده به کار نبرم. در عوض فکر می‌کنم این عبارت مناسب توصیف الگوهای تعاملی باشد که بی‌نتیجه‌اند، چراکه نشانه‌ها را افزایش

---

1. contextual  
 2. cognitive-behavioral treatments  
 3. diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
 4. American Psychiatric Association

داده یا حفظ می‌کنند. در مقابل، تعاملات کارکردی<sup>۱</sup> اشاره به روابطی دارد که هدفشان حل تعارض، تحریک رشد بیشتر و تقویت ارتباط بین اعضای خانواده است. در صورتی که این اصطلاح این‌طور به کار برده شود، مشخص می‌شود که اعضای خانواده تعاملات متعددی با یکدیگر دارند که می‌توانند کژکارکردی و یا کارکردی باشند. کمک به خانواده‌ها در جهت بهره‌مندی خلاقانه از تعامل‌های کاربردی، راهی برای تغییر الگوهای تعاملی کژکارکرد است.

## زیست‌شناسی، داروها و سیستمها

شواهد حاکی از آن است که برخی نشانه‌های رفتاری و احساسی به فیزیولوژی مغز و شیمی اعصاب مرتبط می‌شوند. آسیب‌های ذهنی مربوط به بعضی از سندرم‌ها را می‌توان با استفاده از دارو کاهش داد. دانستن چگونگی تشخیص این الگوها و سندرم‌ها می‌تواند به درمانگر کمک کند تا ارزیابی مناسبی از این موضوع داشته باشد که آیا نیاز به مشاوره پزشکی وجود دارد یا خیر؟ منظورمان این نیست که درمانگر دیدگاه سیستمی را کنار بگذارد، بلکه هدف تشخیص عامل‌های زیستی است که می‌تواند رفتار و احساس‌های را تحت تأثیر قرار دهد. این امر درمانگر را قادر می‌سازد تا خانواده‌ها را به سمت تغییرات ممکن راهنمایی کند به جای آنکه انرژی‌شان صرف تغییری شود که به علت تأثیر زیستی تقریباً غیرممکن است.

حتی در مواردی که تأثیرات زیستی مانند اسکیزوفرنی و اختلال‌های حاد خلقی قابل فرض هستند، روابط خانواده بر شدت نشانه‌ها و احتمال عود اثر می‌گذارند (هولی، ۲۰۰۷؛ رایس، هارولد، شلتن و تاپار، ۲۰۰۶)؛ بنابراین در مواردی که درمان با دارو به نظر لازم می‌آید، کار کردن بر روی روابط خانواده به کاهش شدت نشانه‌ها کمک کرده و در درازمدت عملکرد را بهبود می‌بخشد. برای مثال در مورد بحث‌شده در فصل ۹، دارو به کاهش رنجش ذهنی دختری مبتلا به روان‌پریشی کمک کرد؛ اما فرایند درمان، تعارض‌های شدید بین مادر و مادر بزرگ را هدف قرار داد که فشار روانی بسیاری را در دختر ایجاد می‌کرد و مانع آن می‌شد که او از تمام توانمندی‌های خود در جهت عملکرد مناسب بهره جوید.

از سوی دیگر، مصرف دارو نکات منفی‌ای دارد که کمترین اثر آن، عوارض جانبی دارو همچون اثرهای ناشناخته مصرف دارو برای مدتی طولانی و احتمال بی‌اثر شدن دوز مصرفی دارو برای بیمار است. ممکن است خانواده‌ها بیش‌ازحد متکی بر استفاده از دارو شده و انگیزه کمتری برای تلاش در جهت تغییر تعاملات رفتاری خود داشته باشند. درمانگرها نیز ممکن است به جای آنکه به حرف اعضای خانواده گوش دهند و سعی در فهمیدن آن‌ها کنند بر شناسایی اختلال تمرکز کنند. اگر درمانگر توانایی تجویز نداشته باشد تعارض میان درمانگر و روان‌پزشک ایجاد می‌شود که هم

خانواده درمانی و هم داروشناسی را بی‌اثر می‌کند.

برای اجتناب از چنین مشکلاتی نیاز به چشم‌انداز کلی‌تری است که در نتیجه آن، همه عوامل مرتبط بر یک مشکل و نیز تعامل میان آن‌ها را می‌توان مدنظر قرار داد. هدف از دیدگاه کلی حمایت از نظرگاه‌های مختلف به‌جای رد یک نظر در حمایت/از نظری دیگر است؛ بنابراین، اگرچه عوامل زیستی نقشی در بروز مشکل ایفا می‌کنند، نمی‌توان آن‌ها را تنها «علت» یا «علت اصلی» مشک در نظر گرفت. این مطلب در مورد تجربه‌های تروماتیک زندگی، محرومیت‌های محیطی، تعصبات فرهنگی یا تعاملات خانوادگی نیز صحت دارد. یک عامل واحد نمی‌تواند علت اصلی باشد، بلکه همه عوامل با یکدیگر کار می‌کنند. دیدگاه سیستمی، مجموع عوامل و تعامل میان آن‌ها را هدف قرار می‌دهد؛ بنابراین، با تمرکز بر تعامل خانواده در این کتاب، قصد ندارم آن را «علت» اصلی مشکل نوجوانان تلقی کنم. با وجود این، امیدوارم نشان دهم که نگاه کردن به مشکلات از منظر نظریه سیستم‌های خانوادگی می‌تواند عینکی مفید فراهم کند که فراتر از مدل‌های دیگر رفته و فرصتی برای تغییر و تحول‌های مناسب فراهم آورد.

## پارادوکس کنترل

تلاش برای کنترل دیگران، اغلب هسته اصلی مشکلاتی است که توجه درمانگران را جلب می‌کند. خانواده‌ها به این دلیل برای درمان مراجعه می‌کنند که عضوی از خانواده آنها رفتاری ناخوشایند دارد. سایر اعضای خانواده با توسل به راهکارهایی چون استدلال، گفتگو، خواهش، تشویق، نکوهش، تهدید یا تنبیه تلاش می‌کنند فرد را متقاعد کنند تا تغییر کند و اگر این راهکارها در ایجاد تغییرات مطلوب اثربخش نباشند، خانواده به درمانگر به‌عنوان فردی متخصص در تغییر افراد رجوع می‌کند.

یک مشکل با این رویکرد این است که وقتی افراد حس می‌کنند تحت کنترل یا دستکاری دیگری هستند، کمتر تمایل به تغییر و تحول در خود نشان می‌دهند. تلاش برای کنترل منجر به قطع ارتباط، بیگانگی و رنجش می‌شود. وقتی که افراد تحت کنترل قرار می‌گیرند، به‌جای تلاش برای تغییر رفتارهای خود جهت خوشایند عزیزانشان، تمام سعی خود را خواهند کرد تا از کنترل آن‌ها خارج شده و با مقاومت در برابر تحول، خودمختاری خود را نشان دهند: اگر آن‌ها در پاسخ به تلاش دیگران برای عوض کردن رفتارشان تغییر کنند، بخش‌هایی از وجود خودشان را از دست می‌دهند و به این نتیجه می‌رسند که پذیرش آن‌ها در خانواده مشروط به تغییر آن‌ها است.

همچنین به‌عنوان عاملی برای پیچیدگی بیشتر، هرچه اعضای خانواده تأکید بیشتری برای کنترل و یا تغییر رفتار فرد نشانه‌دار در خانواده داشته باشند، رفتار خودشان بیش از پیش تحت کنترل نشانه‌ها در خواهد آمد و شرایط بغرنج‌تر خواهد شد. تلاش‌های ناموفق برای حذف نشانه منجر به تلاش‌های (ناموفق) دیگر خواهد شد که موجب می‌شود تعامل خانواده محدود به روابط موجود پیرامون نشانه شود. تداوم این امر تعامل موجود در خانواده را به‌شدت متأثر خواهد ساخت. هر چه اعضای خانواده

بیشتر بر تغییر افراد دیگر تمرکز می‌کند کمتر بر تغییر خود متمرکز می‌شوند. همچنین هرچه بیشتر بر نشانه‌ها توجه کنند، کمتر به کیفیت رابطه با یکدیگر و شخص نشانه‌دار اهمیت می‌دهند. همان‌طور که در فصل ۳ بیان کرده‌ام این فرایند، چرخه نشانه‌دار نام دارد و مشکل اصلی خانواده‌هایی را شکل می‌دهد که برای درمان مراجعه می‌کنند.

## بهره‌گیری از قدرت روابط

از نظر من، قدرتمندترین منبع در جهت کمک به تغییر رفتار در فرد نشانه‌دار، تعامل او با دیگران است. اهمیت تعامل تا به حدی است که می‌توانیم کیفیت روابط درمانی را عامل تعیین‌کننده موفقیت و یا شکست درمان تلقی کنیم. بدون تردید، رابطه ما با مراجع بسیار مهم است؛ اما من در اینجا تنها پیرامون رابطه درمانی صحبت نمی‌کنم بلکه هدف من بهبود روابط طبیعی در زندگی شخصی افراد است.

همان‌طور که در فصل ۳، توضیح داده‌ام خانواده‌ای که برای مشاوره رجوع می‌کنند، اغلب انزوای عمیق و روابط از هم‌گسیخته را تجربه کرده‌اند. شاید توجه بیش‌ازحد آن‌ها برای مشکلی که جهت حل آن به درمانگر رجوع می‌کنند، باعث شود که از دیگر جنبه‌های مهم روابط خود غافل شوند. شاید تلاش آن‌ها برای اجتناب از هر نوع رویارویی و برخوردی باعث شده است که جنبه‌های فردی‌شان را از یکدیگر پنهان کنند و در درازمدت تا حدی از یکدیگر دور شوند تا جایی که دیگر ارتباطی میان آن‌ها وجود نداشته باشد.

روابط در چنین خانواده‌هایی دیگر حفظ نمی‌شوند. اعضای خانواده همدیگر را به‌عنوان موانع و نه منابع می‌بینند. آن‌ها در یک الگوی تعاملی قرار دارند که مانع از رشدشان می‌شود. گاهی اوقات روابط خارج از خانواده می‌تواند جایگزین روابط ناموفق خانواده باشد؛ اما حتی چنین روابطی به علت عدم وجود «بنیان ایمن» در خانواده می‌توانند تا حدی مسئله‌ساز باشند (بولبی، ۱۹۸۸).

یکی از ویژگی‌هایی که درمان فردی را از خانواده‌درمانی مجزا می‌کند، تأکید نسبی بر رابطه با درمانگر در مقابل روابط با افراد در زندگی روزمره است. خانواده‌درمانگر رابطه درمانی را وسیله‌ای برای رسیدن به هدف می‌داند و آن را فی‌نفسه هدف تلقی نمی‌کند. هدف از رابطه درمانی کمک به اعضای خانواده برای تغییر روابطشان با یکدیگر است؛ از روابطی که مانع رشد می‌شوند تا روابطی که رشد را بهبود می‌بخشند. خانواده‌درمانگر فراتر از الگوهای مشکل‌ساز در خانواده می‌رود تا نیروی بالقوه روابط میان اعضای خانواده را در جهت بهبود شرایط هدف قرار دهد.

در بستر رابطه با درمانگر است که اعضای خانواده جنبه‌هایی از وجود خود را تجربه می‌کنند که در روابط با خانواده سرکوب می‌شد. برای مثال، هنگامی که پدر و پسر نوجوانش در تقابل باهم باقی‌مانده‌اند، از رابطه با پدر بهره می‌گیرم تا او را تشویق کنم که دلسوزتر باشد و از رابطه با پسر استفاده می‌کنم تا از او بخواهم که خویشتن‌دارتر باشد. بدین ترتیب، پدر و پسر ابعاد جدیدی از وجود خودشان را تجربه می‌کنند که می‌تواند زمینه‌ساز الگوهای تعاملی جدید و قابل تبلور در خانواده باشد.

از نظر من، هدف از درمان توانمند ساختن افراد در تجربه از روابط پایدار و بهبودیابنده با افراد واقعی در زندگی‌شان است. در مورد نوجوانان مشکل‌دار که هنوز با والدین خود زندگی می‌کنند، هدف من کمک به اعضای خانواده است تا بتوانند به منابع بهتری در بهبود شرایط نوجوانان و نیز بهبود روابط با یکدیگر در خانواده تبدیل شوند. اگر نوجوان با خانواده خود زندگی نمی‌کند و به‌جای آن در خانه‌های تیمی یا پانسیون زندگی می‌کند، هدف من کمک به آن‌ها برای استفاده بهتر از روابط موجود در زندگی روزمره‌شان است. اگر یکی از مراجعانم از دیگر افراد جدا شده و منزوی باشد، رابطه‌ام را با او بهبود می‌بخشم و او را تشویق می‌کنم که روابط پایدار با افراد دیگر در زندگی‌اش داشته باشد.

از نظر من درمان زمانی موفقیت‌آمیز است که اعضای خانواده و یا مراجعان من دریابند که چگونه می‌توانند نیازهای خود را طی روابط پایدار و مناسب با افراد دیگر در زندگی‌شان برآورده سازند به‌طوری‌که دیگر نیازمند ارتباط با من به‌عنوان درمانگر نباشند. رابطه‌ی درمانی همچون کاتالیزوری شیمیایی عمل می‌کند که واکنش بین دو ماده را تسهیل می‌کند به کاتالیزه شدن روابط در زندگی مراجعان می‌انجامد؛ اما درمان واقعی در رابطه‌ی درمانی رخ نمی‌دهد، بلکه محصول روابط مراجع با اشخاص مهم زندگی‌اش است.

## قاعده آرک<sup>۱</sup>

من پیشنهاد می‌کنم که درمانگران توجه خود را معطوف به بهبود روابطشان با اعضای خانواده دارای مشکل کنند و از این روابط برای تسهیل تغییر بهره‌جویند. مینوچین (۱۹۷۴) این فرایند را *ملحق شدن* نامیده است؛ اما ملحق شدن صرفاً یک تکنیک نیست و نیازمند تغییرات تجربی از سوی درمانگر است که محصول تلاشی آگاهانه و عامدانه برای مشارکت دادن اعضای خانواده در رابطه‌ای مناسب و پایدار است. درمانگران برای ملحق شدن درست باید با دقت به تک‌تک اعضای خانواده گوش دهند و سعی کند تا مشکل را از نقطه‌نظر آن‌ها ببینند تا مشکل فرد نشانه‌دار در خانواده را بهتر درک کنند. سپس رابطه‌ی ایجادشده از طریق آنچه من آرک (ای آر سی اچ) می‌نامم و شامل این موارد است حفظ می‌شود.<sup>۲</sup> پذیرش، احترام، کنجکاوی و صداقت می‌شود.

• پذیرش به معنی درک کشمکش‌های اعضای خانواده و نیز این مطلب است که همه‌ی اعضای یک خانواده تحت تأثیر روابط مشکل‌ساز قرار خواهند گرفت. پذیرش به معنی «قبول» بی‌چون‌وچرای شرایط افراد مشکل‌دار نیست که طی آن افراد به شیوه‌های کلامی و یا فیزیکی به یکدیگر آسیب می‌رسانند بلکه منظور، خودداری از قضاوت کردن در مورد افراد و اجتناب از نگاه تک‌بعدی به شرایط

1. ARCH

2. Acceptance, respect, curiosity & honesty