



# خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت

# فهرست مطالب

۱۱	دیباچه
۱۵	پیشگفتار
۱۹	مقدمه
۲۰	خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت چیست؟
۲۵	اهداف خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت
۲۶	مؤلفه‌های کلیدی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت
۳۲	شیوه‌ متداول بیان مشکل از سوی خانواده در BSFT
۳۴	دربارهٔ این کتاب
۳۷	<b>فصل ۱: مفاهیم اساسی در خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت</b>
۳۸	سیستم‌های خانواده
۴۴	ساختار به‌مثابه نمایش‌نامهٔ خانواده
۵۱	راهبرد
۵۶	بافت
۵۹	تمایز اساسی فرایند و محتوا
۶۵	سخنی با درمانگر
۶۶	نکات کلیدی
۶۸	<b>فصل ۲: پیوستن</b>
۶۸	خلق سیستم درمانی
۷۴	تکنیک‌های پیوستن
۸۶	سخنی با درمانگر
۸۸	نکات کلیدی
۸۹	<b>فصل ۳: تشخیص الگوهای تعاملی در سیستم خانواده</b>
۹۲	سازماندهی

۱۰۰	تشدید
۱۰۹	مرحله رشدی خانواده
۱۱۵	بیمار معلوم
۱۱۹	رفع تعارض
۱۲۳	بافت زندگی
۱۲۹	نکات کلیدی
<b>فصل ۴: مسائل کاربردی در تشخیص</b>	
۱۳۰	تشویق به کنش‌نمایی
۱۳۳	تعریف الگوهای تعاملی سازگار یا ناسازگار
۱۳۷	برنامه‌ریزی درمان بر اساس تشخیص
۱۴۳	رابطه میان ابعاد تشخیص
۱۴۴	نکات کلیدی
<b>فصل ۵: هم‌نوآوری تغییر</b>	
۱۴۶	خلق سیستم درمانی بر اساس پیوستن و تشخیص
۱۴۹	تمرکز بر زمان حال
۱۵۴	تحکیم آموخته‌ها: تقویت تعاملات سازگار در اعضای خانواده
۱۶۵	فرایند بازسازی
۱۹۰	نکات کلیدی
<b>فصل ۶: اجتناب از دام‌های درمانی</b>	
۱۹۲	درمان محتوامحور
۱۹۵	درباره‌گرایی
۱۹۶	مرکزگرایی درمانگر
۱۹۷	سخنرانی کردن و فلسفه‌بافی
۱۹۸	از دست دادن موضع رهبری در سیستم درمانی
۲۰۴	انجام دادن کاری یا پذیرفتن نقشی در خانواده
۲۰۴	غرق شدن در چارچوب خانواده
۲۰۶	ناتوانی در پایان دادن به موضوع
۲۰۸	نکات کلیدی

فصل ۷: مشارکت خانواده در خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت.....	۲۰۹
چالش‌های پیش روی درمانگر.....	۲۱۲
ابعاد تشخیصی <i>BSFT</i> مشارکتی.....	۲۲۰
چطور خانواده‌های بی‌میل را به مشارکت در درمان تشویق کنیم.....	۲۲۴
تکلیف‌دهی.....	۲۲۸
کار با الگوهای تعاملی چالش‌برانگیز در خانواده.....	۲۳۱
نکات کلیدی.....	۲۴۲
فصل ۸: کاربرد خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت در بافت‌های مختلف.....	۲۴۴
اجرای <i>BSFT</i> در بافت خانه.....	۲۴۵
ترکیب‌های خانوادگی.....	۲۴۶
شرایط خاص.....	۲۵۳
نکات کلیدی.....	۲۶۸
فصل ۹: شیوه اجرای خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت.....	۲۷۰
مورد جی جی.....	۲۷۲
مشارکت دادن خانواده.....	۲۷۲
جلسه دوم.....	۲۹۴
جلسات سوم تا پنجم.....	۳۰۳
جلسات ششم و هفتم.....	۳۱۴
جلسه هشتم.....	۳۲۲
جلسات نهم تا دوازدهم.....	۳۲۳
نکات کلیدی.....	۳۳۳
سخن پایانی.....	۳۳۴
منابع.....	۳۳۹
درباره نویسندگان.....	۳۵۱
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۵۳
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۵۷

## مقدمه

آیا به دنبال رویکردی هستید که شما را در درمان خانواده‌های کودکان و نوجوانان شش تا هجده‌ساله که به مشکلات رفتاری و هیجانی مبتلا هستند، کارآمدتر سازد؟ آیا می‌خواهید رویکردی بیابید که توانایی‌ها و مهارت رهبری والدین را تقویت کند و عشق، پرورش و مراقبت را برای خانواده‌هایی که به شدت به آن نیاز دارند به ارمغان آورد؟ آیا می‌خواهید با رویکردی آشنا شوید که خانواده را به صورت کارکردی تعریف کند و به تنوع فرهنگی و ترکیب گسترده خانواده احترام بگذارد؟

چهل و پنج سال پیش، ما هم به دنبال چنین رویکردی بودیم و چهار دهه از عمرمان را صرف ساخت مدلی کردیم که برای خانواده‌درمانگران مفید باشد. سفر ما در سال ۱۹۷۴ آغاز شد، زمانی که مراجعان مان والدینی بودند که نمی‌دانستند چگونه به فرزندان نوجوان‌شان که از کنترل‌شان خارج شده بودند کمک کنند. اینها نوجوانانی بزهکار و افسرده بودند که مواد مخدر مصرف می‌کردند، دائماً با والدین‌شان درگیر می‌شدند، به تحصیل علاقه نداشتند و تمام وقت‌شان را با دوستان ناباب‌شان سپری می‌کردند. والدین این نوجوانان احساس می‌کردند که دیگر هیچ‌راهی برای کمک به آنها باقی نمانده‌است.

این خانواده‌ها در موقعیتی بحرانی قرار داشتند و می‌خواستند هرچه زودتر مشکلات‌شان حل شود. از سوی دیگر، چون احساس می‌کردند که کاری از دست‌شان بر نمی‌آید، به دنبال درمانگرانی بودند که مسئولیت کارشان را بر عهده بگیرند و به آنها آرامش دهند. آنها به دلیل از دست دادن توانایی مدیریت و هدایت فرزندان‌شان، در جست‌وجوی درمانی بودند که به سرعت رفتاری‌هایشان را برطرف کند و از طریق پرورش مهارت مدیریت و راهنمایی به آنها کمک کند تا نوجوانان‌شان را به اعضای مولد در جامعه تبدیل کنند. این خواسته والدین بود اما آنچه فرزندان‌شان می‌خواستند این بود که «والدین‌شان دست از کمک کردن به آنها بردارند!».

با آغاز فعالیت‌های بالینی‌مان در سال ۱۹۷۴، به تدریج به تأثیر قدرتمند محیط و به‌ویژه خانواده، بر رفتار کودکان و نوجوانان پی بردیم. بسیاری از پژوهشگران گزارش داده‌اند که خانواده هم به‌عنوان یک عامل خطر و هم به‌عنوان یک عامل حافظتی بر رفتارهای کودکان و نوجوانان اثر می‌گذارد (بوگلس و برچمان-توسانت، ۲۰۰۶؛ دونووان، ۲۰۰۴؛ هاوکینز، کاتالونا و میلر، ۱۹۹۲؛ مک‌کاب و سایبستون، ۲۰۱۰؛ موریس، سیلک، استینبرگ، مایرز و رایبسون، ۲۰۰۷؛ بینکوارت، ۲۰۱۷؛ رپتی، تیلور و سیمن، ۲۰۰۲؛ او. اس. شوارتز، شیبیر، داجون و آلن، ۲۰۱۲؛ وایت ویلیامسون و هندرسون، ۲۰۰۶). علاوه بر این، نتایج مجموعه‌ای از تحقیقات در زمینه اپی‌ژنتیک حاکی از آن است که محیط به واسطهٔ تعامل پیوستهٔ میان زیست‌شناسی و محیط به «زیر پوست نوجوانان نفوذ می‌کند» (آکادمی‌های ملی علوم، مهندسی و پزشکی، ۲۰۱۹). اگرچه بسیاری از افراد مشهور اثر وراثت را تغییرناپذیر می‌دانند، یافته‌های مربوط به تعامل ژن-محیط و اپی‌ژنتیک نشان می‌دهند که نحوهٔ بروز وراثت در رفتار به‌طور چشمگیری به عوامل محیطی (هالفون، لارسون، لو، تولیس و راس، ۲۰۱۴) و به‌خصوص، خانواده بستگی دارد (فراگا، بالستار، پاز، روپرو و اشتین، ۲۰۰۵). پس نتیجه می‌گیریم که تجربیات مثبت در خانواده باعث رشد و شکوفایی کودکان و نوجوانان می‌شود و تجربیات نامطلوب رشد آن‌ها را به خطر می‌اندازد. البته بر اساس گزارش اخیر آکادمی‌های ملی علوم، مهندسی و پزشکی (۲۰۱۹) در مورد نوجوانی، مداخله در وضعیت کنونی قادر است تجربیات نامطلوب گذشته را کم‌رنگ سازد. به همین دلیل، ما عقیده داریم که تبدیل الگوهای تعاملی تعارض‌برانگیز خانواده به تعاملات همیارانه و تبدیل خشم اعضا به عشق نسبت به یکدیگر در لحظهٔ اکنون مسیر رشد فرزندان را اصلاح می‌کند.

### خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت چیست؟

با توجه به چالشی که در بالا توصیف کردیم، تصمیم گرفتیم رویکرد منعطفی طراحی کنیم که برای طیف وسیعی از موقعیت‌های خانوادگی در بافت‌های مختلف خدمات‌رسانی کاربرد داشته باشد (در بخش «دیباچه» در این مورد صحبت کرده‌ایم).

برای این کار ابتدا دو مکتب مهم خانواده‌درمانی را با هم ترکیب کردیم: خانواده‌درمانی ساختاری به رهبری سالوادور مینوچین و خانواده‌درمانی راهبردی که از جی هیلی آموخته بودیم. درمانی که ما با ترکیب این دو روش ابداع کردیم، خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت<sup>۱</sup> (BSFT) نام دارد و درمانی خلاصه، مشکل‌محور و کاربردی است. دلیل استفاده از مدل ساختاری این بود که خانواده‌هایی که به ما مراجعه می‌کردند دچار مشکلات متعددی بودند و یکی از ویژگی‌های بی‌نظیر خانواده‌درمانی ساختاری این است که به درمانگر کمک می‌کند تا به‌جای تمرکز روی هر مشکل به‌صورت جداگانه، روی روش خانواده برای مدیریت اعضا متمرکز شود. اگرچه تعداد مشکلات زیاد است، الگوهای تعاملی که سبب بروز و حفظ این مشکلات می‌شوند، محدود هستند. ما برای خلق یک رویکرد کوتاه‌مدت فقط روی گروهی از الگوهای تعاملی که به‌طور مستقیم به علائم کودک/نوجوان مربوط می‌شدند متمرکز شدیم و به این ترتیب، توانستیم فعالیت‌هایمان را در مقام درمانگر مدیریت کنیم. وقتی روی الگوهای تعاملی خانواده متمرکز شدیم کاملاً می‌دانستیم که برای اصلاح روش‌های خانواده در زمینه مدیریت مشکلات متعدد باید چه چیزی را تغییر دهیم. ما با تغییر الگوهای تعاملی خانواده، تغییرات خود-پایایی در محیط خانوادگی ثابت کودک/نوجوان ایجاد کردیم. بنابراین، توانستیم «محیط درمان» را با بافت زندگی روزمره کودک/نوجوان گره بزنیم.

BSFT بر اساس اصول جهانی متداول در فرهنگ‌های مختلف، مانند اهمیت خانواده و تمرکز بر سلامت ارتباطی (کسلو، ۱۹۹۶؛ والش، ۲۰۱۲؛ وین، ۱۹۸۴) که در الگوهای تعاملی منعکس می‌شوند، بنا شده‌است. در همه فرهنگ‌ها، حمایت و تشویق خانواده از اعضای خود برای دست یافتن به بهزیستی و تربیت فرزندان مولد برای فرهنگ یا جامعه خاصی که در آن زندگی می‌کند از وظایف خانواده به‌شمار می‌آید. البته فرهنگ‌ها در نحوه انجام این وظایف متفاوت از هم عمل می‌کنند. مثلاً الگوهای تعاملی، صرف نظر از فرهنگ، در همه خانواده‌ها رخ می‌دهند ولی در برخی فرهنگ‌ها

احتمال بروز برخی الگوهای خاص بیشتر است (هرز و گولون، ۱۹۹۹؛ پوآسا، مالینکروت و سوزوکی، ۲۰۰۰؛ شرم و دومالو، ۲۰۰۸). هدف BSFT این است که الگوهای تعاملی مشکل‌آفرین را شناسایی کند و به درک کاملی از سنت فرهنگی این الگوها دست یابد. هنگام اجرای این رویکرد درمانی به همهٔ سبک‌ها و سنت‌های فرهنگی خانواده توجه می‌شود. ما در این کتاب برای نشان دادن کاربرد BSFT در بافت‌های فرهنگی مختلف مثال‌های بالینی متعددی ذکر می‌کنیم.

### مداخله‌ای مبتنی بر شواهد

BSFT مداخله‌ای مبتنی بر شواهد است که ارزیابی گستردهٔ آن در بیش از چهل‌وپنج سال اثربخشی آن را در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به مشکلات درون‌سازی و برون‌سازی تأیید کرده‌است. اغلب پژوهش‌های BSFT در حوزهٔ نوجوانان روی رفتارهای برون‌سازی، شامل سوء‌مصرف الکل یا مواد مخدر، بزهکاری، تعامل با همسالان ضداجتماعی و اختلال در عملکرد خانواده متمرکز بوده‌اند. BSFT مداخله‌ای کوتاه‌مدت است که به‌طور معمول در دوازده الی شانزده جلسه اجرا می‌شود. تعداد جلسات درمان به شدت مشکل خانواده و تعداد اعضای که مشکل آنها با شکایت نوجوان مرتبط است، بستگی دارد.

### رویکردی مبتنی بر نقاط قوت

BSFT جدیدترین درمان مبتنی بر نقاط قوت است. BSFT از نقاط قوت برای تبدیل رفتارهای مشکل‌دار اعضای خانواده به تعاملات سازنده استفاده می‌کند. برای مثال وقتی خانواده‌ای دچار درد می‌شود به او کمک می‌کنیم تا نگرانی، دلسوزی و عشق نفهته در پشت این درد را کشف کند. اگر اعضای خانواده با هم دعوا می‌کنند، دربارهٔ ارتباطات قوی میان آنها صحبت می‌کنیم. اگر مادری از یکی از فرزندانش مراقبت می‌کند و از دیگری غافل شده‌است، به او کمک می‌کنیم تا شیوهٔ مراقبتش را مدیریت کند و از همهٔ فرزندانش به اندازهٔ کافی مراقبت کند. اگر پدری از پسرش عصبانی است، تعریف جدیدی از خشم او ارائه می‌کنیم و آن را با برجسب نگرانی در مورد



آینده پسر توصیف می‌کنیم. در این حالت، پدر را تشویق می‌کنیم تا در مورد این نگرانی با پسرش صحبت کند، «پسرت می‌داند که تو عصبانی هستی، اما بهتر است داستان دیگری را که پشت خشم پنهان است برای او تعریف کنی. به او بگو که چطور مراقبش هستی، چرا نگرانش هستی و چه امیدهایی برایش در سر می‌پرورانی». پس BSFT رویکردی خوش‌بینانه و مبتنی بر نقاط قوت است که می‌کوشد در موقعیت مناسب، تعاملات منفی را به تعاملات مثبت تبدیل کند.

چنین تغییری امکان‌پذیر است زیرا می‌دانیم که در پشت تعاملات منفی، پیوندهای مبتنی بر عشق وجود دارند. خوب است که در اینجا به گفته‌ی الی ویزل (۱۹۸۶)، برنده‌ی جایزه‌ی نوبل اشاره کنیم، «نقطه‌ی مقابل عشق، نفرت نیست، بلکه بی‌تفاوتی است» (ص ۶۸). تا زمانی که اعضای خانواده با یکدیگر تعارض دارند، ارتباط قدرتمندی میان آنها حاکم است و از بی‌تفاوتی به‌دور هستند. ما در BSFT فرصتی در اختیار اعضای خانواده قرار می‌دهیم تا تعاملات‌شان را به گونه‌ای تغییر دهند که در مسیر رسیدن به شادی قرار گیرند. ما معتقدیم که همه‌ی خانواده‌ها توانایی مراقبت از اعضای خود را دارند و همه‌ی افراد ذاتاً مایل هستند که خوشبخت باشند اما ممکن است راه رسیدن به خوشبختی را گم کرده باشند. به همین دلیل، در BSFT خانواده‌ها را یاری می‌دهیم تا بر عواملی مانند ترس، عصبانیت، تردید، بی‌اعتمادی، عدم خودکارآمدی و بی‌تجربگی که مانع خوشبختی و سلامت روان آنها هستند غلبه کنند. در فصل‌های آینده در مورد نظریه و پژوهش‌هایی صحبت می‌کنیم که از تجربه و باورهای عمیق ما در مورد اثرات عشق و عصبانیت پشتیبانی می‌کنند.

خانواده‌ی جیمز به این دلیل که نوه‌ی نوجوان آنها از مقررات رفت‌وآمد پیروی نمی‌کرد، به مدرسه نمی‌رفت و با مادر بزرگش مشاجره می‌کرد به درمانگر مراجعه کردند. او توسط افسری که دستگیرش کرده بود برای معالجه ارجاع داده شده بود. به محض اینکه جلسه آغاز شد، مادر بزرگ به نوه‌اش گفت که مایه تأسف آنها هست و همیشه آزارشان داده‌است. وقتی درمانگر از نوه خواست تا به مادر بزرگش پاسخ دهد، نوه گفت، «تو اصلاً برای مهم نیست که من مادرم را از دست داده‌ام». درمانگر متوجه شد که هیچ‌یک از اعضای خانواده به درد او گوش نمی‌دهند. پس وظیفه‌ی درمانگر این

بود که به مادر بزرگ کمک کند تا به درد نوه‌اش گوش دهد. برای اینکه مادر بزرگ بتواند به درد نوه‌اش گوش دهد، درمانگر باید به او کمک می‌کرد تا نوه‌اش را به چشم فردی که درد می‌کشد ببیند. مادر بزرگ شکایت‌های زیادی از نوه‌اش داشت. او با عصبانیت و با لحنی تحقیرآمیز به نوه‌اش گفت، «من از دست تو مریض شده‌ام. تو همیشه مرا آزار می‌دهی. من خیلی پیرتر از آن هستم که بار تربیت کردن تو را به دوش بگیرم و بتوانم تو را تربیت کنم. درمانگر به مادر بزرگ گفت، «درد و ناکامی شما را احساس می‌کنم. هر دوی شما زنی هستید که درد عمیقی را تحمل می‌کند. هر دو متحمل رنج بزرگی شده‌اید چون یکی از شما دخترش و دیگری مادرش را از دست داده‌است [شناخت و هیجان]. مادر بزرگ، به نوه‌ات بگو که چه حالی داری و چقدر دلت برای دخترت تنگ شده‌است [رفتار]». وقتی مادر بزرگ در این مورد صحبت کرد، درمانگر توانست در مورد دل‌تنگی او برای دخترش حرف بزند. درمانگر رنج نوه را پررنگ کرد و به مادر بزرگ گفت، «مادر بزرگ، شما با تجربه‌تر از نوه‌تان هستید [شناخت]؛ متأسفانه شما پیش‌تر هم عزیزی از دست داده‌اید [هیجان]. چه چیزی می‌توانید به نوه‌تان بگویید تا درد او را برای از دست دادن مادرش کمتر کنید [رفتار]؟».

در این مثال دیدیم که BSFT نه تنها بر اساس نقاط قوت پیش می‌رود، بلکه بر اینجا-و-آنکون متمرکز می‌شود تا نحوه تعامل مادر بزرگ و نوه و رفتار آنها با یکدیگر را تغییر دهد. اصلاح رفتار متقابل اعضای خانواده، کانون تمرکز درمان به‌شمار می‌آید. در مثال بالا برای تغییر ادراک اعضای خانواده نسبت به یکدیگر از بازسازی شناختی<sup>۱</sup> (بک، ۲۰۱۱) نیز استفاده کردیم. این کار هیجان متقابل اعضا را تغییر می‌دهد و در نتیجه، شکل‌گیری یک شیوه تعاملی جدید را تسهیل می‌کند. در نهایت، BSFT می‌کوشد اعضای خانواده را مجدداً به یکدیگر پیوند دهد تا عشق و رابطه مبتنی بر مراقبت متقابل میان آنها جاری شود.

یکی دیگر از ویژگی‌های BSFT که نشان می‌دهد این رویکرد مبتنی بر نقاط قوت است، نگرش تشخیصی آن است. اغلب رویکردهای تشخیصی در زمینه سلامت روان،

مانند طبقه‌بندی بین‌المللی آماری بیماری‌ها و مشکلات بهداشتی مرتبط (ویرایش دهم؛ سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۲) و راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (چاپ پنجم؛ انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳) روی اختلالات متمرکز شده‌اند اما BSFT هم تعاملات سازگار و هم تعاملات ناسازگار را تشخیص می‌دهد. BSFT از تعاملات سازگار یا نقاط قوت برای حمایت از تلاش‌های درمانگر برای تغییر تعاملات ناسازگار بهره می‌گیرد.

## اهداف خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت

خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت سه هدف اصلی دارد:

- رفع مشکل خانواده یا کاهش آن تا جایی که رفتاری برای خانواده مشکل‌ساز نباشد.
- تقویت تسلط و صلاحیت اعضای خانواده، زمانی که تسلط<sup>۱</sup> به سطح مورد نیاز مهارت اعضای خانواده برای مدیریت صحیح زندگی خانوادگی اشاره دارد؛ و
- بهبود عملکرد خانواده از طریق اصلاح الگوهای تعاملی. در این حالت، نگرش منفی مزمن اعضای خانواده که ناشی از درگیری‌های حل‌نشده است کاهش می‌یابد، احساس تعلق و انسجام میان آنها تقویت می‌شود و توانایی آنها برای همکاری در امر تربیت و سایر ابعاد زندگی خانوادگی بهبود پیدا می‌کند.

به‌طور کلی، هدف BSFT این است که تعاملات تعارض‌برانگیز را به تعاملات همیارانه، خشم را به عشق، نگرش منفی را به نگرش مثبت و احساس بی‌تفاوتی را به مراقبت از یکدیگر تبدیل کند. در این درمان، خانواده‌ها تغییر می‌کنند زیرا عشقی که پشت خشم آنها نسبت به یکدیگر نهفته است نمایان می‌شود.

## مؤلفه‌های کلیدی خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت

در فصل‌های بعد، برخی مؤلفه‌های کلیدی BSFT را که برای درک آن ضرورت دارند توضیح می‌دهیم. در اینجا برخی ابعاد مهم BSFT را مرور می‌کنیم تا شما را با ابزارهایی که درمانگر BSFT در اختیار دارد آشنا سازیم، از جمله تمرکز بر الگوهای تعاملی خانواده؛ شناسایی اعضای تشکیل‌دهنده خانواده؛ رویکرد تشخیصی سیستمی؛ هم‌نوآوری تغییر در هیجان، شناخت و رفتار؛ و BSFT مشارکتی.

### تمرکز بر الگوهای تعامل خانوادگی

شاید مهم‌ترین چیزی که دوست داریم در رویکرد ما به آن پی ببریم این است که باید روی شیوه تعامل اعضای خانواده متمرکز شوید نه روی آنچه در مورد آن صحبت می‌کنند. این نکته یکی از مبانی نظری مهم BSFT است و کاربردهای عملی زیادی دارد. در واقع، در مقام درمانگر BSFT باید بیاموزید که تمرکز زیاد بر محتوای تعاملات خانواده و مشکلات آنها مانع از کمک کردن شما به آنها می‌شود، درست همان‌طور که خود خانواده قادر به کمک به خودش نیست زیرا تحت فشار مسائل محتوایی زیادی قرار دارد. در برخی خانواده‌ها روش تعامل در مورد مسائل مختلف تغییر نمی‌کند؛ به عبارت دیگر، آنها در مورد مشکل مصرف مواد فرزندان‌شان و ناهار امروز ظهر، به یک شیوه صحبت می‌کنند.

مثلاً پدر می‌گوید که برای ناهار استیک می‌خواهد و مادر می‌گوید که ماهی دوست دارد. چالش این گفت‌وگو، نظرات متفاوت درباره غذای مورد علاقه نیست، بلکه نحوه مذاکره در مورد این تفاوت‌ها و به توافق رسیدن (یا نرسیدن) است. در طی گفت‌وگو در مورد ناهار، مادر به پدر می‌گوید، «تو هیچ‌وقت با من موافقت نمی‌کنی». مادر با گفتن این جمله موضوع بحث را از اینکه قرار است ناهار چه بخوریم به اینکه رابطه شخصی ما چگونه رابطه‌ای است تغییر می‌دهد. وقتی یکی از اعضای خانواده موضوع بحث را تغییر می‌دهد، خانواده نمی‌تواند در مورد موضوع اصلی به توافق برسد. به همین دلیل اعضای خانواده عصبانی و ناکام می‌شوند و در مورد غذایی که مورد توافق

همه باشد به نتیجه نمی‌رسند.

در چنین خانواده‌ای هنگام گفت‌وگو در مورد هر مسأله‌ای، چه مربوط به وضع قوانین برای رفت‌وآمد نوجوانی باشد که مواد مخدر مصرف می‌کند و چه انتخاب مکانی برای سفر در تعطیلات، همین الگوی تعامل میان والدین تکرار می‌شود. ما در BSFT به اعضای خانواده اجازه می‌دهیم که مشکلات محتوایی‌شان را برطرف کنند اما خودمان در مقام درمانگر همچنان روی آموزش شیوه حل مشکلات به آنها متمرکز می‌مانیم. وظیفه درمانگر در کار با چنین خانواده‌ای این است که به والدین یاد دهد با متمرکز ماندن روی موضوع مورد بحث، تفاوت‌های نظری یکدیگر را بپذیرند و به نتیجه‌ای مورد توافق دست یابند.

وظیفه ما درمانگران BSFT این است که به خانواده کمک کنیم به شیوه‌ای سازنده که به حذف علامت منجر می‌شود، با یکدیگر تعامل داشته باشند (رفتار کنند) (در بخش‌های بعدی به تفصیل در این مورد صحبت می‌کنیم).

## شناسایی اعضای خانواده

از منظر BSFT، خانواده شامل همه افرادی است که نقشی در خانواده دارند، از جمله بیمار معلوم (پکونات و زاپوزینک، ۲۰۰۰). پس باید بدانیم که اصطلاحاتی مانند مادر و پدر در BSFT همیشه به افرادی اشاره می‌کنند که در چنین نقش‌هایی قرار دارند. در آمریکای قرن بیست‌ویکم، خانواده‌ها شکل و اندازه‌های مختلفی داشتند. بسیاری از خانواده‌ها از پدر، مادر و فرزندان بیولوژیکی تشکیل نشده‌اند، بلکه با حضور افرادی متفاوت با نقش‌های خاص، شامل والدین سببی، فرزندان سببی، پدربزرگ/مادربزرگ، عمه‌ها/خاله‌ها، عموها/دایی‌ها، فرزندان آنها و غیره شکل گرفته‌اند. در برخی فرهنگ‌ها، پدرخوانده‌ها/مادرخوانده‌ها نیز نقش ارتباطی مهمی در خانواده دارند. برای مثال، لاتین‌ها مادرخوانده را *comadre* یا *مادریار* (کسی که به مادر کودک کمک می‌کند) می‌نامند. هر زمان که در BSFT اصطلاحاتی مانند مادر و پدر را به کار می‌بریم، به نقش افراد در این موقعیت‌ها اشاره می‌کنیم.

هنگامی که با خانواده‌های دارای کودک و نوجوان کار می‌کنیم، خانواده را همه

افرادی تعریف می‌کنیم که در زندگی روزمره کودک/نوجوان مشکل‌دار نقش مهمی دارند. این تعریف، کسانی را که در یک خانه زندگی می‌کنند شامل می‌شود، اما افراد گذرا (مانند عمه یا دوستی را که مرتباً «سرزده» به خانه آنها می‌آید) دربر نمی‌گیرد. البته سایر افرادی که در همان خانه زندگی نمی‌کنند ولی در تربیت کودک/نوجوان نقشی مشابه والدین یا همشیرها دارند (مانند پدری که مجدداً ازدواج کرده‌است یا مادربزرگی که تا زمانی که والد مجرد از سر کار به منزل باز می‌شود، از کودک مراقبت می‌کند) عضو خانواده در نظر گرفته می‌شوند. به عقیده ما، همه افرادی که به‌طور مستمر با کودک/نوجوان مشکل‌دار ارتباط دارند جزئی از خانواده به‌شمار می‌آیند و باید در درمان مشارکت کنند. ممکن است نیاز نباشد که همه اعضای خانواده در تمام جلسات درمان شرکت کنند، اما حضور همه آنها در جلسه اول الزامی است زیرا به ما کمک می‌کند نحوه عملکرد سیستم خانواده را در حضور تمام قسمت‌های پازل آن تشخیص دهیم. در ادامه، با توجه برنامه درمان، برخی اعضا از شرکت در برخی جلسات معاف می‌شوند.

## تشخیص سیستمی<sup>۱</sup>

BSFT درمانی مبتنی بر تشخیص است که به بررسی الگوهای تعاملی می‌پردازد. آنچه که در BSFT تشخیص داده و درمان می‌شود، الگوهای تعاملی اعضای خانواده است. به‌عبارت دیگر، درمانگر BSFT به‌جای شناسایی اعضای مشکل‌آفرین، الگوهای تعاملی ناسازگار خانواده را شناسایی می‌کند. البته اینها برچسب‌هایی ثابت نیستند، بلکه الگوهای تعاملی‌ای را که در خانواده تکرار می‌شوند به‌صورت پویا توصیف می‌کنند. الگوهای تکراری تعامل نشان می‌دهند که اعضا در حلقه‌ای از رفتارهای تکرارشونده با یکدیگر رفتار می‌کنند. متأسفانه، این الگوها در خانواده‌هایی که جمعیت بالینی ما را تشکیل می‌دهند نسبتاً نامنعطف شده‌اند و تقریباً به‌راحتی در هر محتوایی که در خانواده روی می‌دهد به‌چشم می‌خورد. چون کانون تمرکز در BSFT الگوهای تعاملی است،

تشخیص نیز به توصیف نحوه تعامل اعضای خانواده می‌پردازد. به همین دلیل، در BSFT فقط الگوی‌های تعاملی شناسایی شده و مربوط به مشکل فعلی را تغییر می‌دهیم. تشخیص‌های سیستمی به خلاصه بودن BSFT کمک می‌کنند زیرا این درمان به‌طور کامل بر اساس تشخیص پیش می‌رود. تشخیص یک نقشه راه روشن برای طراحی برنامه‌های درمانی خاص در اختیار درمانگر قرار می‌دهد و سنجش درمان را تسهیل می‌کند. علاوه بر این، چون انواع تعاملات (برخلاف محتوای تعاملات) محدود هستند، تعداد اهداف تعاملی در BSFT هم محدود است.

هنگام تشخیص تعاملات خانوادگی ترجیح می‌دهیم که از دو اصطلاح سازگار و ناسازگار<sup>۱</sup> استفاده کنیم تا نشان دهیم که الگوی تعاملی در BSFT پدیده‌ای منعطف است. به عبارت دیگر، الگوی تعامل به‌مثابه تابعی از درمان تغییر می‌کند. بهتر است از اصطلاحاتی مانند کارکردی یا سالم و ناکارآمد یا ناسالم استفاده نکنیم زیرا این اصطلاحات ظاهراً نامنعطف هستند و با نگرش فلسفی و تجربه ما در مورد قابل تغییر بودن الگوهای تعامل خانوادگی تعارض دارند.

### راهبرد به‌مثابه مبنای نظری BSFT

راهبرد در BSFT سه بعد اصلی دارد: برنامه‌ریزی شده‌است، مشکل محور است و کاربردی است. درمانی که برای اصلاح تعاملات ناسازگار تشخیص داده شده در هر خانواده طراحی می‌شود، برنامه‌ریزی شده‌است. به بیان دیگر، جلسات طبق یک برنامه مشخص پیش می‌روند تا تغییرات لازم برای غلبه بر همه تعاملات ناسازگار خاص در خانواده ایجاد شوند. دوم اینکه، راهبرد نیازمند این است که برنامه‌ها به‌صورت مشکل محور طراحی شوند زیرا ما نمی‌خواهیم همه ابعاد ناسازگار خانواده را اصلاح کنیم بلکه فقط آنهایی را اصلاح می‌کنیم که با علائم کنونی خانواده ارتباط مستقیم دارند. اغلب هنگام حل مشکل یا علائمی که خانواده در طلب رفع آنهاست باید طیفی از تعاملات مرتبط با مشکل فعلی را درمان کنیم. به‌عنوان مثال والدین برای ایفای

---

1. adaptive and maladaptive

مؤثر نقش خود باید با هم همکاری کنند. این همکاری ارتباط نزدیکی با تعاملات زن و شوهر دارد، به طوری که برای بهبود مهارت‌های فرزندپروری آنها ابتدا باید تعاملات-شان را اصلاح کنیم. بعد سوم راهبرد این است که BSFT کاربرد می‌کند، به این معنا که درمان بر اساس فرهنگ و ویژگی‌های خانواده طوری برنامه‌ریزی می‌شود که حداکثر اثربخشی را داشته باشد. کاربرد بودن مستلزم این است که درمان را با خصوصیات منحصر به فرد خانواده تطبیق دهیم. برای مثال، ممکن است دو خانواده هر دو به مشکل عدم تعادل در خرده‌سیستم والدی دچار باشند. اگر در خانواده اول، پدر قدرت بیشتری نسبت به مادر داشته باشد، ما باید مادر را توانمند کنیم، اما اگر در خانواده دوم قدرت مادر بیشتر از پدر باشد لازم است پدر را توانمندتر سازیم. البته در این مسیر باید به واقعیت‌های بالینی، فرهنگی و سایر مسائل بافتی خانواده نیز دقت کنیم.

### هم‌نوآوری تغییر در هیجان، شناخت و رفتار

در سال‌هایی که به توسعه و اصلاح BSFT مشغول بودیم آموختیم که تغییر رفتار کافی نیست زیرا دستیابی به تغییر بلندمدت در خانواده به رقص هماهنگ میان شناخت، هیجان و رفتار بستگی دارد (بک، ۲۰۱۱؛ گرینبرگ و سافران، ۱۹۸۷؛ استروامپفل و گلدمن، ۲۰۰۲). به بیان دیگر، برای اینکه اعضای خانواده به گونه‌ای متفاوت رفتار کنند همیشه لازم است علاوه بر تغییر رفتار، شناخت و هیجان آنها را نیز طوری تغییر دهیم که رفتار جدید با افکار و هیجانات اعضای خانواده، در زمانی که به شیوه‌ای جدید و سازگارتر رفتار می‌کنند، همخوانی داشته باشد.

### خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت مشارکتی<sup>۱</sup>

همهٔ مواردی که در بالا ذکر کردیم زمانی خوب و مفید خواهند بود که خانواده برای حل مشکل خود به درمانگر مراجعه کند، اما اگر چنین نکردند چه می‌شود؟ ما از همان

---

1. Brief Strategic Family Therapy Engagement



ابتدای فعالیت‌مان متوجه شدیم که راضی کردن خانواده مشکل‌دار برای دریافت درمان بسیار دشوار است، به‌خصوص خانواده‌هایی که نوجوانان آنها رفتارهای برون‌سازی دارند. علاوه بر این، دریافتیم که بسیاری از سازمان‌های اجتماعی در سراسر کشور با چالش مشابهی مواجه هستند. به همین دلیل، در دهه ۱۹۸۰ سعی کردیم بفهمیم که خانواده‌ها، به‌ویژه آنهایی که اعضا با یکدیگر تعارض دارند، با چه موانعی برای مراجعه به روان‌شناس مواجه هستند.

BSFT مشارکتی برای غلبه بر این چالش مطرح شد. ما بر اساس آموخته‌هایمان در مرحله طراحی BSFT متوجه شدیم که انواع تعاملات خانوادگی که منجر به بروز مشکل می‌شوند، با تعاملی که منجر به علامت «مقاومت» نسبت به درمان می‌شود، یکسان هستند. در واقع، خانواده‌ها بسیار باثبات هستند. به عبارت دیگر، اعضای خانواده الگوهای تعاملی آموخته‌شده را در همه انواع محتویاتی که باید در مورد آنها مذاکره کنند تکرار می‌کنند. مثلاً اگر اعضا روشی ثابت برای نشستن دور میز شام داشته باشند، سایر عادت‌ها هم تقریباً به همین شکل تکرار می‌شوند. پس برای درمان سیستم خانواده باید انعطاف‌ناپذیری در رفتار اعضای خانواده با یکدیگر را شناسایی و اصلاح کنیم. به همین دلیل در BSFT مشارکتی، ما در اولین تعامل با عضوی که برای درمان اقدام کرده‌است سعی می‌کنیم تشخیص دهیم که چقدر الگوهای تعامل خانوادگی در توانایی خانواده برای شرکت در درمان در مقام یک خانواده کامل اختلال ایجاد می‌کند. در فصل هفتم در مورد مفهوم مشارکت در BSFT بیشتر صحبت می‌کنیم.

خانم رورا توسط افسری که پسرش را دستگیر کرده بود به BSFT ارجاع داده شده بود. هنگامی که او برای تعیین وقت ملاقات با کلینیک تماس گرفت، درمانگر اشتیاق خانم رورا برای کمک به پسرش را تأیید کرد (این بخشی از فرایند پیوستن است). در این تماس تلفنی، درمانگر در مورد اهمیت حضور کل خانواده در جلسه اول صحبت کرد، مشخص کرد که کدام یک از اعضای خانواده می‌توانند یا باید در زندگی این پسر نقش داشته باشند و موانع حضور هر یک از اعضا در جلسه اول درمان را پیش‌بینی کرد. او بر اهمیت مشارکت هر یک از اعضای خانواده تأکید کرد و توضیح داد که این درمان تنها زمانی اثربخش است که همه اعضای خانواده در درمان شرکت کنند و

اگرچه ممکن است نیاز نباشد که همه آنها در تمام جلسات شرکت کنند، لازم است که همه اعضا در اولین جلسه حضور داشته باشند، «آیا همه اعضا می‌توانند در جلسه اول شرکت کنند؟». فقط در صورتی که خانم رورا در مورد حضور همه اعضا در جلسه اول اطمینان می‌داد، درمانگر می‌توانست قرار ملاقات را تعیین کند. او مکالمه تلفنی را با عبارتی تشویق‌کننده و انگیزشی به پایان رساند، «خوشحال می‌شوم که با شما و خانواده‌تان کار کنم. امیدوارم که با همکاری یکدیگر به پسران کمک کنیم».

اگر خانم رورا می‌گفت که یک یا برخی از اعضای خانواده نمی‌توانند یا نمی‌خواهند در خانواده‌درمانی شرکت کنند، یا خودش نمی‌خواست که یکی از اعضا در جلسات شرکت کند یا در مورد شرکت یکی از آنها تردید داشت، درمانگر باید مدل BSFT مشارکتی را اجرا می‌کرد.

### شیوه متداول بیان مشکل از سوی خانواده در BSFT

طبق تجربه ما، خانواده به‌طور معمول کودک/نوجوانی را به کلینیک می‌آورد و از درمانگر می‌خواهد که «او را درست کند». اما اگر با دقت به وضعیت خانواده نگاه کنیم به راحتی می‌بینیم که کل خانواده دچار آشوب است. در چنین خانواده‌هایی هیجاناتی مانند خشم، احساس گناه، ترحم، ناامیدی و نارضایتی بیداد می‌کند. خطوط ارتباطی میان اعضا خراب شده است. برخی خانواده‌ها از روی ناامیدی و شاید هم به این دلیل که منبع دیگری مانند اداره پلیس، سازمان بهزیستی، یا مدیر مدرسه از آنها چنین خواسته است به کلینیک مراجعه می‌کنند.

هنگام مراجعه خانواده به درمان، اعضا خودشان را در رنج و درد توصیف می‌کنند و از درمانگر می‌خواهند که تغییراتی در آنها ایجاد کند. آنها به‌طور معمول می‌خواهند که کودک/نوجوان، یعنی همان عضوی که او را مسئول همه این رنج‌ها می‌دانند، درمان شود. چون اعضا عقیده دارند که این فرد مسبب همه مشکلات است، به درمانگر می‌گویند، «او را درست کن و جلوی کارهایش را بگیر، یا مدتی طولانی جای دیگری بفرستش و وقتی درست شد به خانه بازگردانش».

نوجوانان اغلب با بیش از یک مشکل مواجه هستند. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که

بسیاری از مشکلات رفتاری نوجوانان هم‌زمان روی می‌دهند (دونوان و جسور، ۱۹۸۵؛ دونوان، جسور و کوستا، ۱۹۸۸، ۱۹۹۱؛ کازدین، ۱۹۹۲). علاوه بر این، محققان اظهار می‌کنند که خانواده نقش بسیار مهمی در پیشگیری، افزایش و حفظ رفتارهای مشکل‌آفرین نوجوانان ایفا می‌کند (کوتسورث و همکاران، ۲۰۰۲؛ دونوان، ۲۰۰۴؛ هاوکینز و همکاران، ۱۹۹۲؛ مک‌کاب و سایستون، ۲۰۱۰؛ پینکوارت، ۲۰۱۷؛ استون، بکر، هوپر و کاتالانو، ۲۰۱۲؛ زاپوزینک و کونسورث، ۱۹۹۹؛ ویت و همکاران، ۲۰۰۶). برخی مشکلات تعاملی خانواده که با رفتارهای برون‌سازی نوجوانان ارتباط دارند عبارت‌اند از:

- افراط/تفریط والدین در مداخله در امور فرزندان
- افراط/تفریط والدین در کنترل فرزندان
- کیفیت پایین ارتباط والد-فرزند
- فقدان قوانین و پیامدهای روشن برای رفتارهای فرزندان
- عدم ثبات در اجرای قوانین و پیامدهای رفتاری
- نظارت ناکافی بر دوستان فرزندان
- دل‌بستگی ضعیف والد-فرزند
- انسجام خانوادگی ضعیف
- بی‌توجهی به پرورش و راهنمایی فرزندان
- منفی‌نگری شدید

بسیاری از این الگوهای تعاملی در نوجوانان مبتلا به رفتارهای درون‌سازی نیز دیده می‌شوند (بوگلس و برچمان-توسانت، ۲۰۰۶؛ موریس و همکاران، ۲۰۰۷؛ رپتی و همکاران، ۲۰۰۲؛ او. اس شوارتز و همکاران، ۲۰۱۲). مشکلات تعاملی خانواده بخش جدایی‌ناپذیر نیم‌رخ کودک/نوجوان مبتلا به رفتارهای درون‌سازی و برون‌سازی به‌شمار می‌آید و بسیاری از این مشکلات با آغاز و حفظ علائم او ارتباط دارند. به همین دلیل، برای دست یافتن به یک بافت خانوادگی سالم لازم است تعاملات اعضای خانواده را اصلاح کنیم. در چنین بافتی، علائم آسیب‌رسان کودک/نوجوان از میان می‌رود و مسیر رشد سالم و هموار می‌شود. در BSFT به رفع همه مشکلات خانوادگی‌ای که پیش‌تر

ذکر کردیم می‌پردازیم.

## درباره این کتاب

در این کتاب با معرفی برخی مفاهیم به درمانگران کمک می‌کنیم تا خانواده را به شکل ارگانیک یا سیستمی ببینند که عضوی از آن دچار علائم شده‌است. علاوه بر این، راهکارهای ورود به خانواده، ارزیابی و تشخیص الگوهای ناسازگار تعاملات خانوادگی و شیوه تبدیل الگوهای ناسازگار تعاملات خانوادگی به الگوهای سازگار را توصیف می‌کنیم و راهبردهای مفیدی برای راضی کردن خانواده‌های بی‌میل به مشارکت در خانواده‌درمانی پیشنهاد می‌دهیم.

در فصل اول، مفاهیم نظری اساسی BSFT را مطرح می‌کنیم. در فصل دوم، شیوه پیوستن به اعضای خانواده برای خلق به سیستم اثرگذار همیارانه را شرح می‌دهیم. رویکرد سیستمی (ارتباطی)-تشخیصی BSFT را در فصل سوم و شیوه اجرای آن در بافت بالینی را در فصل چهارم توضیح می‌دهیم. نکات کلیدی درباره مهارت‌های کاربردی برای درمانگران BSFT در آینده را در بخش «سخنی با درمانگران»، در انتهای فصل اول و دوم، شرح داده‌ایم. از فصل سوم تا آخر کتاب نیز کاربرد BSFT را به صورت عملی مرور خواهیم کرد؛ بنابراین، در تمام فصول این کتاب پیشنهاد ویژه‌ای برای درمانگران مطرح می‌شود.

چگونگی تغییر الگوهای ناسازگار در تعاملات خانوادگی، که با مشکلات جوانان مرتبط هستند، در فصل پنجم توصیف می‌شود. از طریق این فرآیند، تعاملات ناسازگار بازسازی و به تعاملات سازگار تبدیل می‌شوند. در فصل ششم انواع چالش‌هایی را که مانع موفقیت درمانگر در اصلاح تعاملات خانوادگی ناسازگار می‌شوند شرح می‌دهیم. در فصل هفتم به تفصیل در مورد شیوه دعوت از خانواده‌هایی صحبت می‌کنیم که برخی از اعضای آنها تمایلی به خانواده‌درمانی ندارند. فصل هشتم به کاربرد BSFT در بافت‌های عملی، انواع ترکیب‌های خانوادگی و شرایط خانوادگی تشدیدکننده علائم اختصاص داده شده‌است. در نهایت، با توصیف یک نمونه موردی در فصل نهم، فرصتی برای تحکیم آموخته‌های این کتاب فراهم می‌کنیم و به شما کمک کنیم تا شیوه

اجرای اصول BSFT را در فعالیتهای بالینی خود بهتر بیاموزید. برای حفظ اصل رازداری تلاش کرده‌ایم در تمام نمونه‌های موردی، هویت مراجعان و جزئیات زندگی خانوادگی آنها را پنهان سازیم.

ما در این کتاب، BSFT را بر مبنای نظریه‌ای روشن و تکنیک‌های مداخله‌ای شرح داده‌ایم. اما اجرای این رویکرد به قضاوت بالینی نیز نیاز دارد. برای اجرای BSFT به شیوه‌ای مؤثر باید به خلاقیت و انعطاف‌پذیری بالینی نیز توجه کنیم. به همین دلیل، به درمانگری کارآموز یا کسانی که تازه فعالیت درمانی خود را آغاز کرده‌اند پیشنهاد می‌کنیم که قبل از اجرای BSFT در برنامه آموزشی این رویکرد شرکت کنند.

# فصل ۱

## مفاهیم اساسی در خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت

در این فصل در مورد اصول اساسی و مفاهیم نظری خانواده‌درمانی راهبردی کوتاه‌مدت (BSFT) صحبت می‌کنیم، اما پیش از آن فلسفه رفتار انسان و تغییر رفتار انسان را شرح می‌دهیم.

مهم‌ترین باور ما این است که خانواده مرکز جهان کودک است. ما قبول داریم که سیستم‌های بافتی-اجتماعی بر بهزیستی کودک تأثیر می‌گذارند اما خانواده را مهم‌ترین عامل تأثیرگذار بر زندگی او می‌دانیم.

دوم اینکه، به عقیده ما زمانی کارکرد خانواده سازگار است که به‌طور پیوسته زمینه‌ای برای فرد مهیا کند که با هر شرایط متغیری سازگار شود و در عین حال، بهترین خودش باشد. از سوی دیگر، خانواده‌ای ناسازگار است که حداقل یکی از اعضای آن برای حفظ ثبات در سیستم خانواده به علائم رفتاری یا عاطفی مبتلا شود. روشن است که در این عبارت یک حالت دورانی دیده می‌شود زیرا خانواده عامل حفظ علائم و علائم نیز عامل حفظ سیستم خانواده است. مینوچین و همکاران (۱۹۷۵) این حالت را نظریه کارکرد علائم<sup>۱</sup> می‌نامند؛ به عبارت دیگر، علائم در حفظ الگوهای تعاملی ناسازگار خانواده نقش دارند.

---

1. functionality of symptoms theory

سوم اینکه، به عقیده ما، علائم با الگوهای تعامل خانوادگی ناسازگار مرتبط هستند. به همین دلیل، بهترین رویکرد برای رها شدن از علائم اختلال این است که آن دسته از تعاملات خانوادگی ناسازگار را که به علائم اختلال مربوط هستند تغییر دهیم. در پنج بخشی که ادامه این فصل ذکر می‌شوند، شیوه استفاده از این رویکرد را توضیح می‌دهیم؛ در دو بخش اول به بررسی سیستم‌ها و ساختار خانواده و در سه بخش بعد توصیف راهبرد درمان، بافت درمان و فرایند خانواده در برابر محتوا می‌پردازیم.

## سیستم‌های خانواده

نظریه سیستم‌های خانواده<sup>۱</sup> (بوئن، ۱۹۷۴؛ برودریک، ۱۹۹۳؛ گالوین، دیکنسون و مارو، ۲۰۰۶؛ تایتلمن، ۲۰۱۴) به وابستگی متقابل اعضای خانواده اشاره می‌کند. طبق این نظریه، اعضای خانواده از طریق توالی کنش-واکنش با هم ارتباط دارند و رفتار یکی از اعضا سبب فعال شدن رفتار عضو دیگری می‌شود. به همین دلیل، در نظریه سیستم‌های خانواده رفتارهای کودک/نوجوان به آنچه که در خانواده جریان دارد نسبت داده می‌شود.

سیستم از اجزایی تشکیل شده است که به یکدیگر وابسته و به هم مرتبط هستند. خانواده نیز سیستمی است متشکل از افراد (یا قسمت‌هایی) که به رفتار یکدیگر پاسخ می‌دهند. بررسی مشکلات انسانی از دیدگاه سیستمی به درک روابط پیچیده و وابستگی متقابل اعضای خانواده کمک می‌کند. هم در دنیای فیزیکی و هم در دنیای اجتماعی مثال‌های بسیاری در مورد شیوه کار سیستم‌ها وجود دارد.

به سیستم گردش خون بدن‌تان فکر کنید. وقتی قلب‌تان تند می‌زند احتمالاً فشار خون‌تان بالا می‌رود، صورت‌تان برافروخته می‌شود و ممکن است سریع نفس بکشید. چرا این اتفاق می‌افتد؟ زیرا شیوه عملکرد سیستم‌ها به این صورت است که تغییر یک قسمت بر سایر قسمت‌های سیستم نیز تأثیر می‌گذارد. هنگامی که بادکنکی باد می‌شود و دهانه آن با گره‌ای بسته می‌شود تا هوا درون آن محبوس شود، بادکنک و هوا

(قطعات) به هم وابسته می‌شوند. اگر قسمتی از بادکنک را فشار دهید، هوا از یک طرف به طرف دیگر حرکت می‌کند و سبب فشردن بیش از حد آن قسمت می‌شود. اگر بخش زیادی از بادکنک فشرده شود، هوای محبوس در بادکنک به قدری بخش دیگر بادکنک را نازک می‌کند که بادکنک می‌ترکد. میان زمین و ماه هم یک سیستم گرانشی وجود دارد. زمین، ماه را در مدار خود نگه می‌دارد و ماه نیز سبب جزر و مد دریاهای روی زمین می‌شود. پس جهان بر مبنای سیستم کار می‌کند.

با استفاده از این مثال‌ها درک می‌کنیم که سیستم‌ها از قسمت‌هایی تشکیل شده‌اند که در تعامل مداوم با یکدیگر هستند و هرگونه تغییر در یکی از قسمت‌های سیستم باعث ایجاد تغییر در سایر قسمت‌ها می‌شود. همین امر در مورد خانواده‌ها هم صادق است.

خانواده نیز سیستمی است متشکل از چند نفر که از نظر شناختی، هیجانی و رفتاری با هم ارتباط دارند. اگر کودکی به شدت بیمار شود، خانواده مجبور است شرایطی ایجاد کند تا والدین بتوانند کودک را نزد پزشک ببرند و از او مراقبت کنند. این بدان معناست که والدین فرصت کمتری برای انجام کارهای معمولی (مانند آشپزی و مراقبت از خانه) خواهند داشت. سایر کودکان هم احساس می‌کنند نادیده گرفته شده‌اند و لازم است برای حفظ کارکرد مؤثر خانواده کارهای زیادی که فراتر از توان‌شان است انجام دهند. وقتی والدی احساس می‌کند که در شرایط محیطی نامساعد و زیر فشار عوامل مختلف (مانند فقر، استرس شغلی، تبعیض، طرد شدن، مهاجرت، خیانت) قرار دارد و از او حمایت نمی‌شود، آنگاه آسیب‌پذیرترین اعضای خانواده، یعنی فرزندان، دچار استرس می‌شوند و به احتمال زیاد علائم در آنها بروز می‌کنند.

## خانواده ارگانیکسی کامل است

مفهوم مهمی که نظریه سیستم‌ها به ما می‌آموزد این است که خانواده ارگانیکسی کامل است. به عبارت دیگر، خانواده پدیده‌ای بسیار فراتر از ترکیب افرادی است که آن را تشکیل داده‌اند. طی سال‌های زیادی که اعضای خانواده در کنار هم هستند، سیستم خانواده به گونه‌ای شکل می‌گیرد که هر یک از اعضای آن هزاران بار به شیوه‌های



مورد انتظار رفتار می‌کنند. به این ترتیب، هر عضو می‌آموزد که در بافت خانواده به شیوه‌ای خاص عمل کند و واکنش نشان دهد، پاسخ دهد، رفتار کند و فکر کند. رفتار هر یک از اعضای خانواده و واکنش‌های خاصی را در سایر اعضای خانواده برمی‌انگیزد و با گذشت زمان بارها این اتفاق روی می‌دهد. این توالی‌ها تعیین‌کننده شکل و سبک تعامل خانواده هستند. هر فردی در خانواده رفتاری منحصر به فرد دارد که قابل پیش‌بینی است زیرا این رفتارها با گذشت زمان تکرار شده‌اند و شکل گرفته‌اند. در نتیجه، کل ارگانیسم (خانواده) بر اساس رفتارهای مکرر اعضا در طول سال‌ها رشد می‌کند، به طوری که رفتارهای هر فرد با رفتارهای سایر اعضای خانواده مطابقت دارد، درست همان‌طور که قطعه‌ای در پازل جای می‌گیرد تا تصویر کاملی شکل گیرد.

اجازه دهید استعاره‌ای ذکر کنیم. وقتی در مورد کتابی صحبت می‌کنیم، مثلاً می‌گوییم *ماجراهای هاکل برفرین* نوشته مارک تواین، آنچه این کتاب (کل ارگانیسم) را خاطره‌ساز می‌کند نه فقط شخصیت‌ها، بلکه تعامل شخصیت‌ها برای خلق داستانی دوست‌داشتنی است. به همین ترتیب، خانواده نیز الگویی است که از چند عضو و توالی مکرر رفتارهایی که داستان خانواده را خلق می‌کنند پدید می‌آید.

برای روشن‌تر شدن این موضوع، چند مثال دیگر هم ذکر می‌کنیم. هر وقت مادر و ناپدری جیسون پنج‌ساله با هم مشاجره می‌کنند، جیسون عصبی می‌شود، فریاد می‌کشد و قهر می‌کند. سپس مادر و ناپدری مشاجره خود را تمام می‌کنند و سعی می‌کنند جیسون را آرام کنند. وقتی این توالی در طی زمان تکرار می‌شود، جیسون ناخواسته می‌فهمد که می‌تواند با جلب توجه والدینش به رفتار منفی‌اش، به مشاجره آنها پایان دهد. به زودی جیسون یاد می‌گیرد که برای جلوگیری از بروز مشکلی میان والدینش، زمانی که والدینش در کنار هم هستند کاری کند که در مرکز توجه قرار گیرد. به تدریج، این تاکتیک‌های حواس‌پرتی به بخشی از شیوه رفتار او در انواع سیستم‌ها تبدیل می‌شود؛ او در خانواده هسته‌ای، مدرسه و بعدها در محل کار و زندگی مشترکش نیز همین‌طور رفتار می‌کند (بورکت، ۱۹۹۱؛ هالفورد، ساندرس و بهرسن، ۲۰۰۰؛ کورنر و فیتزپاتریک، ۲۰۰۲؛ بی. اف. رایبنسون و پست، ۱۹۹۵؛ ویتون و همکاران، ۲۰۰۸). اما رفتار حواس‌پرتی جیسون مانع از آن می‌شود که مادر و ناپدریش مشکلاتشان را با هم