

خانواده درمانی

تألیف

ویلیام ج. دوئرتی

سوزان ه. مک دانیل

ترجمه

علی نیلوفری

کارشناس ارشد مشاوره خانواده

مدرس دانشگاه



انتشارات ارجمند



انتشارات ارجمند

ویلیام ج. دوئرتی، سوزان ه. مک دانیل

خانواده درمانی

ترجمه: علی نیلوفری

ویراستار: کژال الله مرادی

فروست: ۸۴

ناشر: انتشارات ارجمند با همکاری کتاب ارجمند

صفحه آرا: آیدا روستا

مدیر هنری: احسان ارجمند

سرپرست تولید: پروین عبدی

ناظر چاپ: سعید خانکشلو

چاپ و صحافی: سمارینگ

چاپ دوم، دی ۱۳۹۴، ۱۱۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۹۶۶-۴۹۶-۲۸۴-۴

سرشناسه: دوئرتی، ویلیام جوزف، ۱۹۴۵ - م.

Doherty, William Joseph

عنوان و نام‌پدیدآور: خانواده درمانی / ویلیام ج. دوئرتی،

سوزان ه.، مک دانیل؛ ترجمه علی نیلوفری

مشخصات ظاهری: ۱۶۴ ص، رقعی

شابک: ۹۷۸-۹۶۶-۴۹۶-۲۸۴-۴

ناشر اصلی: American Psychological Association

یادداشت: عنوان اصلی: c۲۰۱۰ Family Therapy

موضوع: روان‌درمانی خانواده

شناسه افزوده: مک دانیل، سوزان ه.، ۱۹۵۱ - م. McDan-

Susan H iel، نیلوفری، علی، ۱۳۵۹- مترجم

رده‌بندی کنگره: ۱۳۸۹ خ ۲ د ۵ / RC ۴۸۸/۵

رده‌بندی دیویی: ۸۹۱۵۶/۶۱۶

شماره کتابشناسی ملی: ۲۰۸۲۷۵۳

این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.

www.arjmandpub.com

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن: ۸۸۹۸۲۰۴۰

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن: ۵۱-۳۸۴۴۱۰۱۶

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن: ۰۱۳-۳۲۳۳۲۸۷۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن: ۰۱۱-۳۲۲۲۷۶۴

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن: ۰۹۱۱-۸۰۲۰۰۹۰

شعبه کرمانشاه: خ مدرس، پشت پاساژ سعید، کتابفروشی دانشمند تلفن: ۰۸۳-۳۷۲۸۴۸۳۸

بها: ۱۰۰۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۱۰۰۰۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

ارسال عدد ۱: دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک

ارسال عدد ۲: دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک

ارسال ایمیل: دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل

فهرست مطالب

۷	۱. مقدمه
۱۳	۲. تاریخچه
۱۴	پیشینه اجتماعی فرهنگی
۱۶	نسل اول
۱۷	تیم پالوآلتو
۲۳	موری بوئن
۲۶	سالوادور مینوچین و خانواده‌درمانی ساختاری
۲۹	خانواده‌درمانی راهبردی
۳۲	سایر مدل‌های نسل اولی
۳۳	نسل دوم
۳۴	درمان راه‌حل‌مدار
۳۵	روایت درمانی
۳۸	خانواده‌درمانی روانی آموزشی و خانواده‌درمانی پزشکی
۴۲	نسل سوم
۴۲	خانواده‌درمانی چندسیستمی
۴۳	خانواده‌درمانی چندتعددی
۴۵	نتیجه‌گیری
۴۷	۳. نظریه
۴۸	سؤالات کلاسیکی که نظریه خانواده‌درمانی به آن‌ها می‌پردازد
۵۱	مفاهیم کلاسیک
۶۲	مفاهیم جدیدتر
۶۸	نسل‌نگار خانواده
۷۱	نتیجه‌گیری
۷۳	۴. فرایند درمان
۷۳	کاربرد نظریه سیستم‌های خانواده

- نشانیگان بیمار به عنوان تابعی از مسائل حل نشده خانواده..... ۷۴
- «بیمار» در خانواده درمانی ۷۷
- دو در مقابل یک: مثلث سازی و ائتلاف های بین نسلی ۷۷
- حرکات موزون تعقیب کننده- فاصله گیر ۷۹
- مشارکت و نقش سیستم بزرگ تر ۸۱
- روابط خانواده درمانگر - بیمار ۸۳
- نقش درمانگر ۸۴
- نقش بیمار و خانواده ۸۵
- راهبردها و تکنیک های کوتاه مدت و بلندمدت ۸۶
- هدف گذاری ۸۷
- فعال سازی ۸۷
- سوالات چرخشی ۸۷
- برونی سازی مشکل ۸۹
- مجسمه سازی خانواده ۹۰
- تلویح مثبت در مورد مقاومت در برابر تغییر ۹۱
- نسل نگارها و خطوط زمانی ۹۲
- تکیه بر نقاط قوت خانواده ۹۳
- نمونه موردی عمیق ۹۳
- موانع و چالش های یک رویکرد سیستم های خانواده ۹۸
۵. ارزیابی ۱۰۱
- حوزه های اصلی پژوهش های نتیجه ای خانواده درمانی ۱۰۳
- آموزش روانی خانواده برای اسکیزوفرنی ۱۰۳
- اختلالات سلوک نوجوانی ۱۰۶
- سوء مصرف مواد در نوجوانان ۱۰۷
- اختلالات رفتاری و هیجانی کودکی ۱۰۹
- بی اشتها بی عصبی در نوجوانان ۱۱۰
- مصرف الکل در بزرگسالان ۱۱۲
- مداخلات مربوط به اختلالات جسمی ۱۱۴
- آیا خانواده درمانی در مورد جمعیت های متنوع مؤثر است؟ ۱۱۵

۱۱۷.....	نتیجه‌گیری
۱۲۱.....	۶. تحولات آینده
۱۲۲.....	خانواده‌درمانی در مدارس
۱۲۳.....	خانواده‌درمانی در مراقبت پرورشگاهی
۱۲۴.....	خانواده‌درمانی و فرزندخواندگی
۱۲۵.....	خانواده‌درمانی در دادگاه‌ها
۱۲۶.....	خانواده‌درمانی در زندان‌ها
۱۲۷.....	خانواده‌درمانی با خانواده‌های نظامی
۱۲۸.....	خانواده‌درمانی و تکنولوژی‌های بازوری
۱۳۰.....	خانواده‌درمانی در مورد عوارض ژنتیکی
۱۳۱.....	خانواده‌درمانی با بزرگسالان مسن‌تر
۱۳۱.....	خانواده‌درمانی در مراقبت تسکینی و آسایشگاه
۱۳۲.....	خانواده‌درمانی و درگیر ساختن جامعه
۱۳۵.....	۷. خلاصه
۱۳۷.....	تکامل خانواده‌درمانی پس از بنیان‌گذاران
۱۳۹.....	خانواده‌درمانی مؤثر نشان می‌دهد
۱۴۰.....	ایده‌ها و تکنیک‌هایی که در میان مدل‌های مختلف خانواده‌درمانی مشترک هستند
۱۴۵.....	فهرست واژگان کلیدی
۱۵۵.....	منابع

مقدمه

خانواده‌درمانی بسیار پیش از کار با خانواده‌ها در رابطه با مشکلات بین شخصی آنان است. خانواده‌درمانی یک شیوه تفکر سیستمی و رابطه‌ای و مجموعه‌ای از راهبردها جهت مداخله در مورد افراد، زوج‌ها، خانواده‌ها و سایر سیستم‌هاست. خانواده‌درمانی معاصر بر اساس تعداد کسانی که در دفترکار درمانگر حضور پیدا می‌کنند تعریف نمی‌شود؛ بلکه هرچند خانواده‌درمانگران معمولاً ترجیح می‌دهند که به اعضای مختلف خانواده دسترسی داشته باشند، اما آن‌ها می‌توانند فقط با یک فرد هم کار کنند. علاوه بر این، خانواده‌درمانگران از رویکرد سیستمی خود به منظور ایجاد روابط مشارکتی میان خانواده‌ها و سازمان‌های اجتماعی ارائه‌دهنده خدمات، استفاده می‌کنند. گستره خانواده‌درمانی دربرگیرنده طیف کامل تمامی مشکلاتی است که توسط روان‌درمانگران و همچنین تیم‌های متشکل از متخصصان پزشکی و روان‌شناختی، درمان می‌شوند.

به منظور ارائه یک تعریف رسمی از خانواده‌درمانی، به تعریف گروه برجسته‌ای از محققان خانواده‌درمانی اشاره می‌کنیم که به همت «مؤسسه ملی بهداشت روان» گرد هم جمع شده‌اند:

خانواده‌درمانی یک رویکرد روان‌درمانی 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 وسیله یک عضو خانواده، خرده سیستم‌های خانواده، خانواده به عنوان یک کل و یا سایر منابع ارجاع عرضه می‌شوند، تمرکز می‌کند (وین^۱، ۱۹۸۸، ص. ۹).

تمرکز بر تغییر روابط و تعاملات به عنوان راهی جهت درمان مشکلات انسانی در کانون این تعریف قرار دارد. در این جا مشکلات ارتباطی به عنوان تنها منبع یا منبع اصلی مشکلات روان‌شناختی معرفی نمی‌شوند؛ هر چند برخی از پیشگامان برجسته در این حوزه، تشخیص روان‌پزشکی و منابع زیستی بیماری روانی را رد کرده‌اند، اما اغلب خانواده‌درمانگران معاصر این ایده را می‌پذیرند که مشکلات می‌توانند منابع زیستی، روان‌شناختی، خانوادگی، جامعه‌شناختی، فرهنگی و محیطی داشته باشند. تأکید بر روابط و تعاملات به این معنی هم نیست که خانواده‌درمانگران از مدل‌ها و ابزارهای روان‌درمانی فردی بهره نمی‌گیرند، بلکه موضوع این است که آن‌ها مهم‌ترین طریق بهبودی را تمرکز بر التیام روابط میان افراد می‌دانند.

به عنوان مثال، یک فرد میانسال و مبتلا به افسردگی خفیف را در نظر بگیرید که با یک درمانگر بر روی رابطه بغرنج خود با والد سالخورده‌ای که اکنون آسیب‌پذیر است، کار می‌کند. درمانگران در سایر مدل‌های عملی، این بیمار یا مراجع^۲ را برای درک دشواری‌های این رابطه مادام‌العمر یاری داده و همچنین او را برای درک احساسات آزرده‌گی و دوگانگی فعلی‌اش در مورد این والد، کمک خواهند کرد. اما احتمالاً یک خانواده‌درمانگر، عناصر زیر را هم به کار خود با این شخص خواهد افزود: (۱) کاوش جامع در مورد نحوه آسیب‌رسانی پویایی‌های خانواده گسترده مبدأ (پویایی‌های فعلی و نه فقط پویایی‌های گذشته) به رابطه والد-فرزند و تداخل احتمالی آن‌ها در تلاش‌های بیمار در جهت تغییر؛ (۲) ترغیب بیمار برای کار بر روی التیام رابطه فعلی به عنوان

1- Wynne

۲- از آنجایی که بخش اعظم کار ما در محیط‌های پزشکی بوده است، ما به طور کلی از واژه «بیمار» استفاده می‌کنیم نه از واژه «مراجع». هر چند اذعان داریم که بسیاری از مشاوران و درمانگران «مراجع» را ترجیح می‌دهند.

یک حرکت سالم برای خود بیمار، والد او و بقیه اعضای خانواده؛ و (۳) دعوت به تسهیل این التیام از طریق کار مستقیم با بیمار و والد و حتی سایر اعضای خانواده در صورت تناسب. همچنین یک خانواده‌درمانگر به منافعی هم توجه دارد که از بهبود این رابطه کلیدی خانوادگی - پیش از مرگ والد سالخورده- عاید نسل‌های بعدی خواهد شد.

هرچند مدل‌های خانواده‌درمانی بسیاری وجود دارند، اما قلب تمامی رویکردها نظریه سیستم‌هاست که از زیست‌شناسی، فیزیک، شیمی و سبیرنتیک قرن بیستم حاصل شد.

ویژگی‌های فنی نظریه سیستم‌ها در فصل بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت ولی در همین جا تأکید می‌کنیم که این شیوه تفکر، پا را از سوگیری تقلیل‌گرای^۱ فرهنگ غرب در مورد درک پدیده‌ها از طریق تجزیه آن‌ها به بخش‌های کوچک‌تر، فراتر می‌گذارد. مفروضه تقلیل‌گرا در حیطه روان‌درمانی این است که مشکلات روان‌شناختی را می‌توان با درک نحوه کارکرد افراد (از لحاظ روان‌شناختی یا زیست‌شناختی) بدون یک درک پیچیده از محیط بین شخصی آنان، تبیین کرد. دان جکسون^۲ (۱۹۵۷) و سایر پیشگامان خانواده‌درمانی از درمان کودکان و مشاهده عود مشکلات آن‌ها به دنبال بازگشت به خانه، دچار سرخوردگی شدند. آن‌ها به درک نظری نحوه تأثیرگذاری محیط اجتماعی نزدیک، بر آنچه که به عنوان اختلالات ریشه‌دار فردی تلقی می‌شد، روی آورده و به نظریه کلی سیستم‌ها و نظریه سبیرنتیک به عنوان راهی جهت درک نحوه کارکرد خانواده‌ها دست پیدا کردند.

سخنی درباره واژه‌شناسی: هر چند اصطلاحاتی از قبیل روان‌درمانی گروهی خانوادگی و درمان سیستم‌های خانواده، گاهی اوقات در ادبیات تخصصی مورد استفاده گرفته‌اند، ولی ما از اصطلاح «خانواده‌درمانی» استفاده می‌کنیم، زیرا این اصطلاح از

1-reductionist
2-Don Jackson

یک حرکت سالم برای خود بیمار، والد او و بقیه اعضای خانواده؛ و (۳) دعوت به تسهیل این التیام از طریق کار مستقیم با بیمار و والد و حتی سایر اعضای خانواده در صورت تناسب. همچنین یک خانواده‌درمانگر به منافی هم توجه دارد که از بهبود این رابطه کلیدی خانوادگی - پیش از مرگ والد سالخورده- عاید نسل‌های بعدی خواهد شد.

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

ویژگی‌های فنی نظریه سیستم‌ها در فصل بعدی مورد بحث قرار خواهد گرفت ولی در همین جا تأکید می‌کنیم که این شیوه تفکر، پا را از سوگیری تقلیل‌گرای^۱ فرهنگ غرب در مورد درک پدیده‌ها از طریق تجزیه آن‌ها به بخش‌های کوچک‌تر، فراتر می‌گذارد. مفروضه تقلیل‌گرا در حیطه روان‌درمانی این است که مشکلات روان‌شناختی را می‌توان با درک نحوه کارکرد افراد (از لحاظ روان‌شناختی یا زیست‌شناختی) بدون یک درک پیچیده از محیط بین شخصی آنان، تبیین کرد. دان جکسون^۲ (۱۹۵۷) و سایر پیشگامان خانواده‌درمانی از درمان کودکان و مشاهده عود مشکلات آن‌ها به دنبال بازگشت به خانه، دچار سرخوردگی شدند. آن‌ها به درک نظری نحوه تأثیرگذاری محیط اجتماعی نزدیک، بر آنچه که به عنوان اختلالات ریشه‌دار فردی تلقی می‌شد، روی آورده و به نظریه کلی سیستم‌ها و نظریه سیبرنتیک به عنوان راهی جهت درک نحوه کارکرد خانواده‌ها دست پیدا کردند.

سخنی درباره واژه‌شناسی: هر چند اصطلاحاتی از قبیل روان‌درمانی گروهی خانوادگی و درمان سیستم‌های خانواده، گاهی اوقات در ادبیات تخصصی مورد استفاده گرفته‌اند، ولی ما از اصطلاح «خانواده‌درمانی» استفاده می‌کنیم، زیرا این اصطلاح از

1-reductionist
2-Don Jackson

اواخر دهه ۱۹۵۰ به طور بسیار گسترده‌تری مورد استفاده بوده است. یکی از دلایل ما برای استفاده از این اصطلاح آن است که خانواده‌درمانی همیشه چند رشته‌ای (مشمتمل بر متخصصانی که خود را روان‌شناس خانواده، روانپزشک خانواده، مشاور خانواده، پرستار روانپزشکی خانواده، مددکار بالینی و درمانگران ازدواج و خانواده می‌دانند) بوده است، همچنین ما عمدتاً از اصطلاح کلی «خانواده‌درمانگر» بهره می‌گیریم، زیرا تمامی گروه‌های مذکور را شامل می‌شود.

کمک به درک شیوه 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 خانواده‌درمانی بپردازند، درک پویایی‌های سیستم‌های خانوادگی می‌تواند در موفقیت به عنوان یک درمانگر فردی، اهمیتی حیاتی داشته باشد. خانواده و همسران همیشه در تلاش‌های بیماران جهت بهبودی و تغییر نقش دارند؛ درمانگر فقط یکی از بازیگران و معمولاً آخرین آن‌هاست. وقتی که درمانگران شاهد ممانعت اعضای خانواده از بهبودی بیمار خود هستند، فقدان یک درک جامع از سیستم‌های خانواده، برخی از درمانگران فردگرا را به سمت سرزنش قضاوتی خانواده (که هیچ کمکی به بیمار نخواهد کرد) سوق می‌دهد. اما، خانواده‌درمانگران با درکی دلسوزانه‌تر، به این نکته توجه دارند که خانواده‌ها کاری را که بلدند، انجام می‌دهند و ممکن است گاهی اوقات تغییر را تهدیدآمیز ببینند و همچنین بدون این‌که لزوماً بدخواه یا مبتلا به آسیب روانی باشند، نقش‌های مألوف و آشنای خود را ایفا می‌کنند. یک خانواده‌درمانگر، حتی در صورتی که فقط یک فرد بیمار باشد، کل سیستم خانواده و ورای آن را کانون تمرکز درمان می‌داند. این موضع سیستمی و بوم‌شناختی^۱ است که به طرز منحصر به فردی تفکر و کاربست خانواده‌درمانی را شکل می‌دهد. همچنین آموزش مؤلفه‌های رایج در میان مدل‌های مختلف خانواده‌درمانی و معرفی حال و هوای حاکم بر هر کدام

تاریخچه

به طور کلی، تاریخچه مدل‌های روان‌درمانی منحصراً خاستگاه‌های 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 وسیله محیط تاریخی آن شکل داده می‌شود. ما، بیماران زمان خود را با ابزارهایی که در آن لحظه تاریخی مناسب‌ترین به نظر می‌رسند، درمان می‌کنیم و این همان کاری بود که فروید^۱ در اروپای اواخر دوران ویکتوریا با روان‌کاوی انجام داد (گی^۲، ۲۰۰۶). به همین دلیل، ما بحث خود را با بررسی تحولات تاریخی و فرهنگی گسترده‌تر، در ایالات متحده در طول دوره پافروتن خانواده‌درمانی شروع کرده و سپس بر تحولات حرفه‌ای این حوزه تمرکز می‌نماییم. در بخش اول بحث خود از کتاب دوهرتی^۳ و باپتیست^۴ (۱۹۹۳)، بهره می‌گیریم.

1-Freud
3-Doherty

2-Gay
4-Baptist

پیشینه اجتماعی فرهنگی

هر چند خانواده‌درمانی در دههٔ ۱۹۵۰ متولد شد، اما محصول تأثیراتی بود که ابتدا در دهه‌های ۱۹۲۰ و ۱۹۳۰، یعنی دورهٔ دغدغه‌های جدی مردم عامه و متخصصان در مورد سلامت خانواده‌های آمریکایی نمایان شده بود (هاوارد^۱، ۱۹۸۱). در آن سال‌ها طلاق رو به افزایش نهاد، انسجام خانواده چند نسلی به واسطه صنعتی شدن و شهرنشینی در مخاطره قرار گرفته و غفلت از کودکان به یکی از دغدغه‌های مهم کل جامعه تبدیل شده بود. در دوره پیشرفت قبلی (۱۹۲۰-۱۸۹۰)، اصلاحات اجتماعی به عنوان راهی جهت حل مشکلات اجتماعی خانواده‌ها، تلقی شده بود، اما زمانی که پس از جنگ جهانی اول، دوره پیشرفت رو به افول نهاد، فرهنگ آمریکایی و اروپایی به اصلاحات اجتماعی پشت کرده و به بُعد شخصی زندگی روی آورد.

آمریکایی‌ها در دههٔ ۱۹۵۰، بسیار خانواده‌گرا بودند. دغدغه‌های نیرومندی در مورد انسجام خانواده آمریکایی به عنوان یک نهاد وجود داشت و پس از جنگ جهانی دوم بر بازگشت به نقش‌های جنسیتی سنتی تأکید می‌شد. خانوادهٔ آمریکایی مستحکم به عنوان حفاظی در مقابل کمونیسم تلقی می‌شد (تایلر-می^۲، ۱۹۸۹). دهه ۱۹۵۰ شاهد پیوندهای خانوادگی نزدیک اما در همان حال تردید و دوگانگی در مورد آن‌ها بود. وفاداری به خانواده و نهادهای اجتماعی تقویت شده اما منتقدان فرهنگی نسبت به از دست رفتن فردیت ابراز نگرانی کردند (کتاب ویت^۳ با عنوان «آدم سازمان» (۱۹۵۶) در ردیف پرفروش‌ترین‌ها بود). فرزندپروری تمام وقت مادران، مورد ستایش قرار گرفت، ولی در همان حال «مادران سلطه‌جو»^۴ به دلیل مشکلات رفتاری فرزندانشان مورد سرزنش واقع شدند و روان‌شناسان در مورد الگوهای نقش مردانه برای پسران ابراز نگرانی می‌کردند (لامب^۵، ۲۰۰۳). خانواده‌درمانی به منظور درمان خانواده «در هم

1-Howard
3-Whyte
5-Lamb

2-Tyler-May
4-overbearing

تینده»^۱ 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. هر مدل درمانی به وسیله فرهنگی که از آن نشأت گرفته است، شکل داده شده و برای انطباق با تغییرات فرهنگی به چالش کشیده می‌شود. ما اکنون در دوره متفاوتی از خانواده‌درمانی هستیم که در آن دغدغه‌های عمده‌تری در مورد تضعیف پیوندهای خانوادگی وجود دارد (دوهرتی، ۱۹۹۵). بخشی از ماجرای جاری خانواده‌درمانی، مربوط به همین نوع انطباق است.

و نکته آخر در مورد بافت: خانواده‌درمانی به همراه رفتار درمانی، نخستین نوع روان‌درمانی بود که در آمریکا پرورش یافت و به معنای دقیق کلمه منعکس‌کننده علاقه عمل‌گرای آمریکایی به اقدام و حل مسأله به جای درون‌نگری عمیق و درمان طولانی مدت بود.

آمریکایی‌ها خود را کسانی می‌دانند که پس از جنگ جهانی دوم مجدداً دنیا را ساختند. پس چرا به عنوان راهی جهت درمان مشکلات هیجانی به یک شیوه عمل‌گرا و خوش‌بینانه خانواده‌ها را از نو نسازیم. اگر بخواهیم یک عبارت امروزی را به کار بگیریم می‌توانیم بگوییم که خانواده‌درمانی همیشه منعکس‌کننده روحیه اصیل «آره، ما می‌توانیم» بوده است.

همراستا با ریشه‌های فرهنگی خانواده‌درمانی، نظریه‌پردازان پیشگام روان‌شناسی و روان‌درمانگران نیمه اول قرن بیستم بودند. فروید این عقیده افراطی را مطرح ساخت که اختلالات روان‌شناختی از مشکلات حل‌نشده دوران کودکی نشأت می‌گیرند که آن هم به نوبه خود در روابط خانوادگی اولیه ریشه دارد. آدلر^۲ با تأکید فراوانش بر «به هم پیوستگی اجتماعی»^۳ روابط خانوادگی فعلی را بیش از پیش در کانون توجه قرار داد و پیشگام ملاقات همزمان با اعضای خانواده در درمان، به عنوان ضمیمه‌ای برای سایر

1-enmeshed

2-Adler

3-social embeddedness

اشکال درمان بود (هافمن^۱، ۱۹۹۴؛ نیکولز^۲، ۲۰۰۸). در ایالات متحده، هری استاک سالیوان^۳ (۱۹۵۳)، یک نظریه بین شخصی روان‌پزشکی را بسط داد که بر خانواده‌درمانگران پس از وی تأثیر گذاشت. در انگلستان، جان بالبی^۴ (۱۹۴۹) در دهه ۱۹۴۰، دیدن همزمان والدین و بچه‌هایشان را شروع کرد، هرچند که این کار همواره به عنوان کمکی برای درمان فردی (که درمان اصلی به حساب می‌آمد) صورت می‌گرفت. هیچ‌کدام از این اشخاص برجسته گام بعدی را به سمت صورتبندی یک مدل خانواده‌درمانی که در آن خانواده با چارچوب خاص خود، به عنوان سنگ بنای فرایند درمان تلقی شود، برنداشتند (نیکولز، ۲۰۰۸).

ما تاریخچه حرفه‌ای خانواده‌درمانی را بر اساس طرح پیشنهادی هانا^۵ (۲۰۰۷) در سه نسل سازمان داده‌ایم. نسل اول بنیان‌گذاران افراطی بودند که وضعیت موجود را به چالش کشیده، برای ارائه نظریه‌های جدید به خارج از دنیای درمان دست یازیدند و الگوی حوزه خانواده‌درمانی را پی نهادند. نسل دوم، چالش‌گرانی بودند که مفروضه‌های بنیان‌گذاران را زیر سؤال برده، از خارج از حوزه این رشته الهام گرفتند و مدل‌های خود را عرضه نمودند و نسل سوم هم تلفیق‌کنندگانی بودند که مدل‌های تخصصی مبتنی بر شواهد را برای جمعیت‌های خاص بسط دادند.

نسل اول

بنیان‌گذاران افراطی و نسل اولی خانواده‌درمانی شامل تیم پالوآلتو^۶، موری بوئن^۷، سالوادور مینوچین^۸، و مبدعان خانواده‌درمانی راهبردی^۹ 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.

1-Hoffman
3-Harry Stack Sullivan
5-Hanna
7-Murray Bowen
9-Strategic family therapy

2-Nichols
4-John Bowlby
6-Palo Alto Team
8-Salvador Minuchin

بالینی ترکیب کردند و این وحدتی بود که در ابتدای شکوفایی حوزه خانواده‌درمانی در طول دهه ۱۹۷۰ جای آن خالی می‌نمود (وین، ۱۹۸۳). هر کدام از این افراد از واژگان منحصر به فردی برای توصیف فرایندهای خانواده استفاده کردند و بسیاری از آنها رویکردهای متمایزی را برای مداخله بالینی بسط دادند. نتیجه این امر تقسیم شدن خانواده‌درمانی به مکاتب و اردوگاه‌های نظری و بالینی بود، و این فرایند واگرایی تا دهه ۱۹۸۰ یعنی زمانی که نسل دوم خانواده‌درمانگران رهبری را در دست گرفتند، ادامه پیدا کرد.

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 پالوآلتوی بیتسون (گروهی که نظریاتی در مورد تغییر در خانواده‌درمانی ارائه کرد، اما به عمد از بسط نظریه‌ای جامع‌تر در مورد فرایند و کارکرد خانواده خودداری نمود) عرضه کرد (واتزلوویک، بیوین^۱ و جکسون، ۱۹۶۷). هر چند سایر خانواده‌درمانگران در طول این دوره نقش مهمی را در زمینه پژوهش و کار بالینی ایفا می‌کردند، اما بوئن نخستین کسی بود که نظریه‌ای جامع در مورد کارکرد خانواده تدوین نمود (بوئن ۱۹۷۸؛ کیر^۲ و بوئن، ۱۹۸۸). بوئن پسر یک رهبر تشیع جنازه و عضو یک خانواده پیچیده و درهم‌تنیده در تِنسی بود. او در دوران آموزش روان‌پزشکی به زیست‌شناسی و نظریه تکامل علاقمند بود. وی پس از دریافت آموزش اولیه در درمان روان‌کاوی، به خانواده‌ها به عنوان یک سیستم طبیعی علاقه پیدا کرد. بوئن ابتدا در کلینیک مینگر^۳ در کانزاس مشغول به کار شد و سپس در سال ۱۹۵۴ به مؤسسه ملی بهداشت روان (جایی که به انجام پژوهش در مورد خانواده‌ها و اسکیزوفرنی پرداخت) نقل مکان کرد و تدوین نظریه و درمان

1-Beavin

2-Kerr

3-Menninger

سیستم‌های خود را شروع نمود. در سال ۱۹۵۹ او به دانشکده پزشکی جرج تاون رفت و یک برنامه آموزشی خانواده‌درمانی را بنیان‌گذاری کرد که همچنان نام او را بر خود دارد.

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»^۱ 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، ۱۹۷۹). علاوه بر این، آن مقاله تلاشی قابل توجه برای متمایز ساختن مدل او به عنوان چیزی بیش از یک تکنیک برای کار بر روی مسایل مربوط به خانواده مبدأ و ادعای ضرورت رشد خود درمانگر هم بود.

نظریه بوئن با استفاده از یک استعاره زیستی جهت پیوند دادن فرد و تمایز یافتگی از خانواده، به شرح این موضوع می‌پردازد که چگونه فرایندهای خانوادگی، خودمتمایزسازی فرد را به منظور تحقق تعادل میان کارکردهای عقلی و هیجانی و توازن میان استقلال و با هم بودن در روابط اجتماعی، تقویت یا تضعیف می‌کنند. بوئن افراد را با یک گذشته تکاملی زیستی، دست به گریبان می‌داند که بر کارکرد مغزی پایین‌تر تأکید دارد و اضطراب ستیز - یا - گریز^۲ را بر می‌انگیزد. اضطراب نیز به نوبه خود به خودمتمایزسازی پایین یا ناتوانی در جدا کردن حوزه‌های هیجانی و عقلانی ذهن منجر می‌شود. اضطراب و خودمتمایزسازی پایین در یک سیستم هیجانی خانواده هسته‌ای که مشخصه آن امتزاج هیجانی^۳ بدون استقلال، گسلس عاطفی^۴ از ترس امتزاج و تعارض از طریق شخص ثالث به جای ابراز مستقیم آن (مثلث‌سازی^۵) است، تقویت می‌گردد. در نظریه بوئن، مشکلات یک خانواده در زمینه خودمتمایزسازی پایین میان

1-Differentiation of Self
3-emotional fusion
5-triangulation

2-fight - or- flight
4-emotional cutoff

اعضای خانواده و مثلث‌سازی، در صورتی که با اقدامات اصلاحی مواجه نشوند، به نسل بعدی منتقل می‌گردند.

بوئن در مدل درمانی خود از تأکید بر تکنیک کاست. قلب التیام درمانی در خانواده‌درمانی بوئن، در درجه اول خودتمایزسازی خود درمانگر و پس از آن هم توانایی او برای بیرون ماندن از مثلث‌ها و حفظ یک عینیت غیر مضطربانه در مواجهه با زمینه 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 نسل‌نگار^۱هایی است که تاریخچه هیجانی هر کدام از خانواده‌های مبدأ را بررسی می‌کنند. در جلسات درمان، درمانگر بر همسران (یا تک والد^۲ یا رهبر خانواده) تمرکز کرده و مبادله‌های داخل درمان را به منظور تضعیف واکنش‌پذیری^۳ و کمک به آن‌ها برای لمس حیطه‌های دارای اهمیت هیجانی به شیوه‌ای آرام و محتاطانه، کنترل می‌نماید. عدم واکنش‌پذیری درمانگر در تعدیل زمینه هیجانی اهمیت اساسی دارد. پس از مرحله مقدماتی درمان که بر کاهش واکنش‌پذیری تمرکز دارد، بیماران برای جستجوی خانواده مبدأ خود، تمرکز بر مسایلی از قبیل شناسایی گسلس‌های عاطفی، یافتن بستگان گم شده، ربط دادن زمان‌های تغییر، نشان دادن مثلث‌های به هم پیوسته، توجه به شباهت‌های نشانه‌ها، مشکلات و موقعیت کسانی که در طی نسل‌های مختلف دچار نشانه شده‌اند، راهنمایی می‌شوند (فریدمن، ۱۹۸۵). نهایتاً، بیماران کمک می‌شوند تا پاسخ‌های خود را به تعاملات عادی خانواده تغییر دهند و یک موقعیت «من»^۴ 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 نظریه زیربنایی کارش، اختصاص می‌دهد.

1-genogram
3-reactivity

2-single parent
4-"I" position

سالوادور مینوچین و خانواده‌درمانی ساختاری

مسئلاً سالوادور مینوچین بیشترین تأثیر را در تحول خانواده‌درمانی به عنوان یک مداخله داشته است. او به عنوان یک آرژانتینی یهودی با حس نیرومندی از خویشاوندی و تمایل به مقابله با مراجع رسمی قدرت پرورش یافت. او که در ابتدا در روان‌کاوی کودک آموزش دیده بود، زمانی که در اوایل دهه ۱۹۶۰ کار خود را با کودکان خانواده‌های کم درآمد در مدرسه ویلت‌ویک برای پسران در نیویورک شروع کرد از این شیوه غیر فعال دلسرد شد. مینوچین پس از آشنایی با نظریه سیستم‌های خانواده در گروه پالوآلتو و با سایر پیشگامان خانواده‌درمانی، بعد از سال ۱۹۶۵، یعنی زمانی که به عنوان نخستین رئیس کلینیک راهنمایی کودک در فیلادلفیا انتخاب شد، به یکی از چهره‌های برجسته در این حوزه تبدیل گردید. در همان کلینیک راهنمایی کودک بود که جی هیلی در دهه ۱۹۷۰ به منظور ایجاد یک برنامه آموزشی نیرومند به او ملحق شد. سایر همکاران کلیدی در فیلادلفیا، برالیو مونتالو^۱، هری آپونت^۲ و ماریان والترز^۳ بودند. مدل خانواده‌درمانی ساختاری^۴ مینوچین در طول نخستین سال‌های جنبش سلامت روان جامعه و جنبش ضد فقر - که تلاش‌هایی جهت ایجاد جایگزین‌هایی برای درمان‌های مبتنی بر بیمارستان و درمان روان‌کاوی در مطب خصوصی بودند- پدید آمد. خانواده‌درمانی ساختاری از کار با خانواده‌های فقیر^۵ کم سازمان یافته^۶ با تمرکز بر اضطرار، حل مسأله و بافت محیطی گسترش پیدا کرد. مدل آموزشی عملی و قابل تعلیم، با تأکید بر مشاهده مستقیم، هدایت از پشت آینه یک طرفه و مرور جلسات ضبط شده به صورت ویدئویی بود. در ادامه، خانواده‌درمانی ساختاری به کار با خانواده‌های طبقه متوسط^۷ «بیش سازمان یافته»^۶ که بچه‌هایی مبتلا به اختلالات مرتبط با بی‌اشتهایی عصبی^۷ داشتند، گسترش یافت.

1-Braulio Montalvo
3-Marianne Walters
5-under – organized
7-anorexia nervosa

2-Harry Aponte
4-Structural Family Therapy
6-over - organized

مینوچین خانواده را به عنوان سیستمی تلقی کرد که از طریق خرده سیستم‌هایی عمل می‌کند که نیازمند وضوح و نفوذپذیری کافی مرزها هستند. مینوچین اشاره کرد که خانواده‌ها دارای کارکردهایی از جمله اجتماعی شدن بچه‌ها و حمایت متقابل زوجین هستند که از طریق خرده سیستم‌هایی با مرزهای مناسب به انجام می‌رسند. والدین یک خرده سیستم اجرایی را تشکیل می‌دهند که مسئول بچه‌هاست؛ ائتلاف‌های بین یک کودک و یک والد بر علیه والد دیگر، اساساً کژکار هستند، زیرا چنین ائتلافی ناقض هنجارهای جهانی سلسله مراتب قدرت در خانواده‌هاست.

در نظریه خانواده‌درمانی ساختاری، خانواده‌ها زمانی دچار مشکل می‌شوند که مرزهایشان بسیار خلل‌پذیر (درهم‌تنیده) یا بسیار انعطاف‌ناپذیر (گسسته) است. حالت نخست مانع از دست یافتن بچه‌ها به استقلال شده و حالت دوم باعث می‌شود که آن‌ها از حمایت کافی برخوردار نشوند. تمامی این پویایی‌های خانوادگی برای درمانگرانی که الگوهای تعامل خانواده را تجزیه و تحلیل می‌کند، مشهود هستند. مینوچین، به همراه لیمن وین (کسی که مدل زیستی - روانی - اجتماعی^۱ مورد نظر او امکان تأثیر متقابل زیست‌شناسی و پویایی‌های خانواده را فراهم نمود) از پیشگامان بودند. مینوچین و همکارانش در کار کلاسیک خود بر روی کودکان مبتلا به دیابت‌های حساس نوع I، نشان دادند که چگونه تغییرات متابولیسمی کودکان در برخی از انواع خانواده‌های درهم‌تنیده با تعاملات والدینی همبستگی داشت. مشخصه «خانواده روان‌تنی»^۲ مجموعه‌ای از ویژگی‌هاست که توصیف آن‌ها جمع‌بندی سهم اولیه خانواده‌درمانی ساختاری در حوزه خانواده‌درمانی است: مرزهای درهم‌تنیده والد-کودک (فرزندپروری بسیار درگیرانه و واکنش‌پذیری مفرط)، حمایت بیش از حد، انعطاف‌ناپذیری، ضعف در حل تعارض یا اجتناب از تعارض، مثلث‌سازی (دست به یکی کردن دو عضو خانواده بر علیه شخص ثالث، بویژه زمانی که یکی از والدین با

1-Biopsychosocial
2-psycho-somatic family

یک کودک بر علیه والد دیگر ائتلاف می‌کند) و بیراهه‌روی^۱ (زمانی که والدین با تمرکز بر رفتار منفی کودک و در نتیجه تقویت آن، انسجام کاذب خود را حفظ می‌کنند؛ مینوچین، رزمن^۲ و بیکر^۳، ۱۹۷۸).

یکی دیگر از تأکیده‌های مهم خانواده‌درمانی ساختاری از کارهای مینوچین با خانواده‌های کم درآمد شهری -خانواده‌هایی که ممکن است در پاسخ به محیط خصمانه‌ای که قابلیت انطباق آن‌ها را تخریب می‌کند، دچار کژکاری شوند- ریشه می‌گیرد. قابلیت انطباق که به عنوان توانایی خانواده جهت دسترسی به / و اجرای الگوهای تعاملی جایگزین تعریف شده است، به «خصیصه اصلی»^۴ تعیین‌کننده میزان حفظ کارآمدی خانواده در مواجهه با رویدادهای استرس‌زای عمده تبدیل می‌شود.

نقش درمانگر در شکل کلاسیک آن به گونه‌ای که توسط مینوچین (۱۹۷۴) توصیف شده است نقشی بسیار فعال، همانند یک طراح رقص یا کارگردان است. نخستین مرحله درمان الحاق^۵ / انطباق^۶ است: پیوند با خانواده از طریق مؤدب بودن، تأیید احساسات و ترس‌های اعضا و نشان دادن اولیه احترام به قوانین تعاملی آن‌ها. مرحله دوم تجدید ساختار الگوهای خانوادگی مشکل‌ساز است که از طریق (۱) دگرگون ساختن ادراکات مشکل (از قبیل عدم تأکید بر نشانه‌ها یا تعویض برجسب^۷ آن مثلاً استفاده از لجبازی به جای اضطراب)؛ (۲) فعال‌سازی^۸ یا همان تجربه واقعی یک الگوی خانوادگی جایگزین (از قبیل ممانعت از قطع سخن دیگران، نامتعادل‌سازی^۹ ائتلاف‌ها، یا تقویت مرزهای بین نسل‌های مختلف)؛ و (۳) تعیین تکلیف منزل به منظور تثبیت الگوهای جدید (از قبیل واگذاری مسئولیت غذا خوردن با دختر مبتلا به بی‌اشتهایی عصبی به پدر غیر درگیر) صورت می‌گیرد. یکی از دلایل غلبه خانواده‌درمانی ساختاری در طی چهار دهه گذشته، مجموعه سراسر راهبردهای

1-detouring

3-Baker

5-joining

7-relabeling

9-unbalancing

2-Rosman

4-master trait

6-accommodation

8-enactment

عملی آن بوده است. خانواده‌درمانی ساختاری در طول سالیان، با جلب شدن توجه مینوچین و همکاران او به افراد در خانواده‌ها و در سیستم‌های بزرگ‌تر، دستخوش تغییر شده و این رویکرد بر بسیاری از رویکردهای دیگر خانواده‌درمانی تأثیر گذاشته است.

خانواده‌درمانی راهبردی

تیم پالواتو، تحت تأثیر میلتون اریکسون^۱ -هیپنوتراپیست بلند آوازه‌ای که بر تغییرات فوری و حل مسأله غیرمتعارف و نه بر شخصیت یا علت‌شناسی بیماری روانی تمرکز داشت- رویکرد درمانی متمایز خود را تدوین نمود. اریکسون نشانه‌ها را اشکال ارزشمندی از ارتباط می‌دانست. اریکسون با کار از طریق پیشنهادهای غیرمستقیم، القای خلسه و ایجاد بن‌بست، باورهای جدیدی را در مورد شخص و انعطاف‌پذیری شخصی گسترش داد.

تا سال ۱۹۶۷، تیم پالواتو متشکل از هیلی، ویکلند، واتزلاویک و بودین^۲، ترکیبی از نظریه سیستم‌های خانواده، هیپنوتراپی اریکسونی و سازه‌گرایی^۳ (تمرکز بر ادراکات ذهنی از جهان) را در قالب رویکردی که آن را درمان کوتاه مدت^۴ می‌نامیدند، تدوین کرده بودند (ویکلند، فیش^۵، واتزلاویک و بودین، ۱۹۷۴). در میانه 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^۶ شناخته شده و کلو مدانس^۷ (۱۹۸۱) 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

1-Milton Erickson
3-constructivism
5-Fisch
7-Chloe Madans

2-Bodin
4-brief therapy
6-strategic family therapy

بر این، آن‌ها طریقی را برای حمایت یا ثبات بخشیدن به خانواده عرضه می‌دارند؛ مانند زمانی که یک کودک با رفتار برون‌ریزی^۱ خود توجه والدین را از مشکلات زناشویی‌اشان منحرف می‌سازد. 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. افراد با نحوه تلاش خود برای حل مشکلات، آن‌ها را حفظ می‌کنند، همانند زمانی که یک تعقیب‌کننده به تعقیب یک فرد فاصله‌گیر ادامه می‌دهد یا وقتی که یکی از همسران سعی دارد همسر افسرده خود را سر حال بیاورد، در حالی که او واقعاً نیازمند این است که احساس ناخوشایند خود را بیان کند. بینش در مورد گذشته فرد و انگیزش‌های درونی او، پیش‌نیاز تغییر نیست، هر چند دگرگونی باورها در مورد خود و خانواده عوامل مهمی برای برانگختن تغییر هستند.

خانواده‌درمانی راهبردی از لحاظ مداخله، رهنمودی و کوتاه مدت است و تغییر سریع را مد نظر دارد. درمانگر در مورد آنچه که موجب حفظ مشکل می‌شود - چگونگی سازمان‌دهی دنیای بین شخصی بر حول نشانه و تلاش‌ها برای حل آن - فرضیه‌ای را صورتبندی می‌کند و سپس طرحی را برای مؤثرترین راه ایجاد تغییر تدوین می‌نماید. بازتعبیر^۲ یک مداخله کلی است که از طریق تعویض برجسب مشکل (به عنوان مثال، تعبیر مدرسه‌هراسی کودک به عنوان امتناع از مدرسه) یا نسبت دادن نیات خوب به مشکل (امتناع از مدرسه راهی است که به مامان دلیلی می‌دهد تا در منزل بماند و از کودک مراقبت کند) موجب تغییر ادراکات مربوط به آن می‌شود.

1-act out

2-reframing

خانواده‌درمانی راهبردی، بیش از هر چیز با مداخلات متناقض^۱ شناخته می‌شود. گاهی اوقات ممکن است که درمانگر از تکنیک متناقض محدود کردن تغییر استفاده کرده و مصرانه از خانواده بخواهد که سرعت بهبود خود را کندتر نمایند، مبدا تبعات منفی برای آن‌ها داشته باشد. هدف این تکنیک برخورد خلاقانه با مقاومت خانواده در مقابل تغییر است. ممکن است در مواقعی نشانه را تجویز کند تا این‌که یک رفتار غیر ارادی، در یک پویایی پیچیده خانوادگی ارادی به نظر برسد. به عنوان مثال، ممکن است والدین همشیره‌های ناسازگار را تشویق کنند که برای نزاع‌های بعدی از قبل برنامه‌ریزی کنند و یا کودکی که از طریق بروز نشانه‌های جسمی به نفع خود بهره‌برداری می‌کند تشویق می‌شود که در زمان‌های خاصی بیمار شود. 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، تأکید بر کار روی سلسله مراتب‌های ناکارآمد در خانواده‌های دارای فرزندان مشکل‌دار در سنین اواخر نوجوانی را به خانواده‌درمانی راهبردی افزود (هیلی، ۱۹۷۶). هدف آن است که والدین ابتکار عمل را درست گرفته و از طریق یک اتحاد والدینی قدرتمند، نوجوان را در خانواده به عقب برانند و سپس زمانی که رفتار نوجوان یا جوان به‌هنگار شد، به تدریج استقلال بیشتری به او داده می‌شود. این بر خلاف مفروضه رایج در میان درمانگران است که بر اساس آن، نوجوانان بزرگتر باید به تنهایی درمان شوند و از کنترل والدین آزاد گردند. علاوه بر این‌ها، هیلی بر این باور بود که به دنبال پیشرفت در درمان، هنگامی که والدین به مسایل مربوط به خودشان می‌پردازند، خانواده بی‌ثبات می‌شود، پس درمانگر به کمک به والدین می‌شتابد. تمام این کارها با بیشترین سرعت ممکن انجام می‌شوند و زمانی که درمانگر تغییر خانواده را تأیید می‌کند، درمان پایان می‌یابد. خانواده‌درمانگران راهبردی خواهان اجتناب از وابستگی خانواده به درمانگر هستند.