

## رویکرد سیستمی میلان

تاریخ دریافت: ۹۱/۱/۵

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۲/۱۰

دکتر باقر ثنائی\*

### چکیده

رویکرد سیستمی میلان توسط یک گروه چهار نفری در مرکز مطالعات خانواده شهر میلان ایتالیا شکل گرفت. مفاهیم نظری گروه میلان برگرفته از نظریه سیستم‌ها، سبیرنتیک و نظریه اطلاعات است. سبیرنتیک درجه دوم، نشان‌دهنده گره‌های سیستمی خانواده است که رویکرد میلان در برابر آن از فونونی مانند تناقض و ضدتناقض، نظرات بازتعبیری و مناسک تجویزی، و تجویز مناسک بهره می‌گیرد. جلسات این رویکرد کاملاً مشخص و تعریف شده است که شش جلسه را با فرایندهایی مشخص پیش‌بینی می‌کند. در مجموع این رویکرد با بهره‌گیری از مناسک خانوادگی، مفاهیم برگرفته از سبیرنتیک درجه دوم، و گروه درمانگران به مداخله در سیستم خانواده می‌پردازد و در این مقاله سعی شده تا به طور جامع به بررسی آنها پرداخته شود.

واژگان کلیدی: رویکرد سیستمی میلان

---

\*. استاد مشاوره. عضو هیأت علمی دانشگاه خوارزمی (تربیت معلم)

## مقدمه

رویکرد سیستمی میلان یکی از پیشرفت‌های مهم در زمینه خانواده‌درمانی و بلکه درمان به‌طور کلی است. ابتدا به داستان ظهور و مفروضات اساسی رویکرد میلان، و سپس به کاربرد آن به‌طور کلی می‌پردازیم.

این رویکرد توسط یک گروه چهار نفری روانپزشک/ روان‌تحلیلگر در «مرکز مطالعات خانواده»<sup>۱</sup> شهر میلان ایتالیا شکل گرفت. مارا سلوینی پالاتزولی<sup>۲</sup>، لویجی بوسکولو<sup>۳</sup>، جیانفرانکو چکین<sup>۴</sup>، و جولیان پراتا<sup>۵</sup> برای ایجاد یک مفهوم جدید سیستمی و مداخلات نوآورانه، جهت کار با خانواده‌ها به یک همکاری ده‌ساله توأم با تحول دست زدند. رویکرد آنها علی‌رغم ظاهر ساده، بسیار پیچیده است.

ظهور و شکل‌گیری رویکرد میلان را می‌توان به چهار دوره تقسیم کرد. اولین دوره در سال ۱۹۶۷ و هنگامی شروع شد که مارا سلوینی پالاتزولی از لویجی بوسکولو دعوت کرد که در میلان برای کار با زوجها و خانواده‌ها به او ملحق شود. پالاتزولی قبل از آن به عنوان روان‌تحلیلگر روی بی‌اشتهایی روانزاد<sup>۶</sup> کار می‌کرد. بوسکولو هم تحصیلات روانپزشکی خود را در نیویورک تمام کرده بود. سوگیری نظری آنها در دوره اول عمدتاً روان‌تحلیلی بود. در چند سال بعد، همکاران دیگری هم به آنها ملحق شدند که در نهایت هفت تاده نفر درگیر این همکاری بودند.

دوره دوم، در ۱۹۷۱ آنها روان‌تحلیلی را رها کردند و الگوی «مؤسسه پژوهش‌های روانی»<sup>۷</sup> معروف به الگوی پلواتو<sup>۸</sup> را در پیش گرفتند (واتزلاویک، ویکلند، و فیش، ۱۹۷۴). این گروه به خاطر مشاجره بر سر دو الگوی روان‌تحلیلی و سیستمی شکاف برداشت. یک گروه چهار نفری الگوی روان‌تحلیلی را ادامه دادند، و گروه چهار نفری دوم به الگوی پلواتو رو آوردند. همین گروه اخیر است که نهایتاً به عنوان تیم میلان یا «گروه میلان» معروف شدند. آنها پژوهش‌های خود را درباره خانواده و خصوصاً خانواده‌های بی‌اشتهای روان‌پریش<sup>۹</sup> شروع کردند. در این مرحله تأکیدشان بر نوشته‌های هی‌لی، واتزلاویک، و جکسون بود. آنها

1. centro per lo studio della famiglia in Milan, Italy

2. Mara Selvini Palazzoli

3. Luigi Boscolo

4. Gianfranco Cecchin

5. Giuliana Prata

6. anorexia nervosa

7. Mental Research Institute (MRI)

8. Palo Alto

9. psychosis

چند سال، هفته‌ای یک روز به طور رایگان خانواده‌ها را به سبک درمانگران فوق‌الذکر می‌دیدند و روی کار آنها بحث می‌کردند، با این هدف که الگویی برای خانواده‌درمانی تدوین کنند. بالاخره در ۱۹۷۴ اولین مقاله خود را درباره خانواده‌درمانی کودکان چاپ کردند. مفاهیم اولیه گروه میلان در این مقاله منعکس بود: اهمیت ارجاع، کار تیمی، نیت مثبت<sup>۱</sup> (خیر)، و مناسک. چهار سال بعد کتابی چاپ کردند که در آن خانواده به عنوان سیستمی معرفی شده بود که با الگوهای تعاملی مبتنی بر قواعد، رفتار نشانه‌دار را تداوم می‌بخشید. تعادل<sup>۲</sup> سیستم بین «هم‌ایستایی» و «دگرگونی» توضیح داده شده بود. آنها و اتزلاویک را سه بار به میلان دعوت کردند. آنها نظرات و فنونی متفاوت از فنون «مؤسسه پژوهش‌های روانی» ابداع کردند. گروه میلان همواره به ویژگی‌های «هم‌ایستایی»<sup>۳</sup> و «دگرگونی»<sup>۴</sup> سیستم‌ها توجه داشتند. آنها در این دوره خانواده را یک سیستم متعادل تلقی می‌کردند. تمرکز کار آنها بر درمان در زمان حال، و الگوهای تکراری و زائد تعامل بود. در خانواده‌های روان‌پریش، غرور بیجا<sup>۵</sup> باعث تنازع متقارن اعضاء در رابطه با هم می‌شود. یکی از قوی‌ترین و ماندنی‌ترین نظرات این دوره گروه این بود که در تعامل اسکیزوفرنیک، رفتار و نگرش‌های اعضای خانواده صرفاً حرکت‌هایی است که هدف آن تداوم «بازی» خانواده<sup>۶</sup> است. گروه میلان به دنبال «الگوی متعادل ولی پاتولوژیک»<sup>۷</sup> رفتارهایی بود که می‌تواند «نقطه‌گره‌ای»<sup>۸</sup> تلقی شود که در صورت تغییر، به خانواده توان دگرگونی می‌دهد. لذا همین «نقاط‌گره»<sup>۹</sup> سیستم، آماج مداخله درمان قرار گرفت. «نقطه‌گره»، یک الگوی زائد<sup>۱۰</sup> غالباً اضدادی است که خانواده آن را به عنوان یک راه‌حل موقت خلق کرده است. مثال آن این پیام اضدادی است که «خانواده ما یک عضو دشوار دارد که باید تغییر کند، اما وضع ما به عنوان یک خانواده خوب است و بنای تغییر نداریم.» از دید سیستمی، تغییر یک‌بخش، بدون تغییرات مکمل آن در کل سیستم غیرممکن است. لذا گروه میلان دست به ابداع مداخلاتی زد که هدف آن شکستن این الگوهای متناقض بود، طوری که خانواده برای تغییر، آزاد شود. راه آن، مداخله‌ای است که

1. positive connotation

2. equilibrium

3. homeostasis

4. transformation

5. hubris

6. family game

7. pathological homeostatic pattern

8. nodal point

9. "Ps"

10. redundant pattern

ضد این اضداد خانواده<sup>۱</sup> باشد. یعنی مداخله باید «ضد اضداد»<sup>۲</sup> باشد. این روش در آن زمان نوآوری بود. هدف از طراحی «ضد اضداد»، خنثی کردن «بن بست مضاعف آسیب‌زا»<sup>۳</sup> است. مثال متداول آن، این است که «گرچه مادرمانگران عامل تغییر هستیم، اما به نظر ما، شما نباید تغییر کنید.» وقتی تلویحاً القاء می‌شود که تمام رفتارها در یک الگوی متعادل قرار دارد؛ و در بافت درمان، تغییر نکردن تجویز می‌شود، خانواده در یک «بن بست مضاعف درمانی»<sup>۴</sup> قرار می‌گیرد.

دوره سوم وقتی شروع شد که گروه میلان به مطالعه کتاب گام‌هایی به سوی اقلیم‌شناسی ذهن<sup>۵</sup> اثر گریگوری بیتسون (۱۹۷۲) پرداخت. گروه جذب فصل «سیبرنتیک خود»<sup>۶</sup> شد که بیتسون در آن «خطای شناخت شناختی»<sup>۷</sup> افراد الکلیک را توصیف می‌کند. آنها با مطالعه این فصل، شروع کردند به این که سیستم را بیش از متعادل و باثبات، متحول<sup>۸</sup> ببینند. بدین معنا که سیستم در حال تغییر مداوم است، اما این طور به نظر می‌رسد که گیر کرده است. الگوی رفتار خانواده که احساس «گیر کردن» یا ثبات ایجاد می‌کند، معلول خطای شناخت شناختی خانواده است. به نظر می‌رسد که خانواده از یک باور (یا نقشه) منسوخ یا باطل درباره واقعیت خود تبعیت می‌کند. بیتسون تأکید داشت که «نقشه، سرزمین نیست»؛ به عبارت دیگر، باور اعضای خانواده درباره خود با الگوهای واقعی رفتار آنها یکی نیست. گروه میلان به تبع برداشت بیتسون از مفهوم سطوح راسل<sup>۹</sup>، بین سطح معنا<sup>۱۰</sup> و سطح عمل<sup>۱۱</sup> تفکیک قائل شدند. چون معنا از بافت یا زمینه برمی‌آید، به زمینه یا به نشانه‌های زمینه و پیام برآمده از رفتار، در یک زمینه خاص بیشتر توجه می‌شود. رفته رفته مداخله‌ها حالت ایجاد «پیوندهای جدید» یا «تفکیک‌های جدید» در افکار یا رفتار به خود گرفت. اطلاعات درمانی ارائه شده می‌تواند مانند مداخله‌های باز تعبیر کاملاً صریح باشد؛ و یا مانند مناسکی که برای رفتار اعضای خانواده تجویز می‌شود، به صورت تلویحی ارائه شود. اطلاعات به هر صورتی که عرضه شود، هدف آن تحریک خانواده برای مبادرت به الگوهای جدید رفتاری‌شان است.

1. family paradox

3. pathogenic double bind

5. steps to an ecology of mind

7. epistemological error

9. Russell

11. level of action

2. counterparadoxical

4. therapeutic double bind

6. cybernetics of self

8. evolving

10. level of meaning

درمانگر الگوهای غیر تطابقی را در هم نمی‌شکند، بلکه نقش چاشنی محرک خانواده را برای مبادرت به تغییر خودجوش در ادامه متحول شدن الگوهای رفتاری و باورهای خانواده ایفا می‌کند.

توجه پیدا کردن دانشجویان کارورز به رفتار درمانگر بیش از رفتار خانواده، باعث شد که گروه میلان هم روی اثرات رفتار درمانگر (و تیم درمان) در تعامل با خانواده تمرکز پیدا کند. آنها به مشاهده خود هنگام مشاهده خانواده پرداختند. و بدین ترتیب، دیدگاه سیبرنتیکی مرتبه دوم در فرایند درمان آغاز شد (ثنائی، ۱۳۸۶). نهایتاً به تفکیک سه اصل مصاحبه رسیدند که در یکی از مهمترین مقالات آنها با عنوان «فرضیه پردازی - حلقویت - خشتی بودن: سه رهنمود برای برگزارکننده جلسه درمان»<sup>۱</sup> چاپ شد.

مرحله چهارم وقتی شروع شد که گروه چهار نفری میلان از هم جدا شدند. بوسکولو و چکین از ۱۹۸۰ به بعد به متحول کردن روش‌های جدید ادامه دادند، در حالی که سلوینی و پراتا به پژوهش‌های جدیدی پرداختند. سلوینی و پراتا به دیدن والدین به عنوان زوج پرداختند و به آنها تجویز می‌کردند که بدون اعلام قبلی با گذاشتن یک یادداشت کوتاه برای بچه‌ها و بدون اعلام وقت برگشت خود، به اتفاق بیرون بروند و با هم به خانه برگردند. تجویز و اجرای دقیق این تکلیف اثر بسیار نافذی بر مرزهای روشن و باثبات بین - نسلی در خانواده می‌گذارد. به عبارت دیگر، «با هم بودن» والدین، اتحادها و ائتلاف‌های بین - نسلی گذشته را به هم می‌زند. این مداخله در مواردی بسیار ساختار ساز و دال بر یک الگوی بهنجار است. سلوینی تأکید می‌کند که این مداخله مبنای سیبرنتیکی، و نه ساختی، دارد. اجرای این مداخله توسط سلوینیو پراتا در مورد برخی از خانواده‌های بسیار دشوار نتایج مطلوبی به بار آورد.

بوسکولو و چکین در جبهه‌ای متفاوت از همکاران سابق خود، سودمندی هرگونه مضامین صریح یا تلویحی مربوط به هنجار آسیب‌شناسی<sup>۲</sup> (مربوط به مرزهای بین - نسلی) را زیر سؤال بردند. این‌گونه مفاهیم درمانگر را به دام مواضع ثابت و راکد می‌اندازد. آنها همچنین سودمندی اجرای تکراری یک مداخله را زیر سؤال بردند، زیرا مداخله‌ای که یک بار جواب داده باشد، بعید است که با همان خانواده یا هر خانواده دیگری هم مجدداً جواب

1. Hypothesizing-Circularity-Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of a Session

2. normality of pathology

بدهد. آنها توسط به یک دیدگاه منعطف و کثرت‌گرا<sup>۱</sup> را ترجیح داده و از مداخلات متنوعی<sup>۲</sup> استفاده می‌کنند. همچنین آنها خانواده را به بررسی چاره‌های متنوع<sup>۳</sup> برای حل نشانه‌های مرضی تشویق می‌کنند؛ چاره‌هایی که خانواده در جریان تحول خود می‌تواند آنها را در پیش گیرد. تعهد نسبت به «کثرتِ امکانات»<sup>۴</sup> در سازماندهی جلسات کارآموزی آنها هم دیده می‌شد. بدین معنا که کارآموزان را به دو گروه «برنگران»<sup>۵</sup> و «مشاهده‌گران»<sup>۶</sup> تقسیم می‌کردند. این دو گروه در بین جلسات درمان، نشست‌های جداگانه‌ای برای طرح مداخله‌های جداگانه<sup>۷</sup> خود داشتند. مداخله‌های پیشنهادی گروه برنگران به خانواده ارائه می‌شد. نظرات گروه مشاهده‌گران بعداً در نشست بعد از جلسه درمان ارائه می‌شد. اثر نظرات مستقل دو گروه آن بود که به دانشجویان نشان می‌داد که مفروضات و مداخله‌های متفاوت بسته به شرایط متفاوت، با ارزش و قابل کاربرد است.

با وجودی که دو گروه مستقل میلان هر کدام راه خود را در پیش گرفتند، کار آنها مشترکات زیادی هم دارد. ویژگی خاص فرایند تحولات گروه میلان، خلاقیت زیاد آنها در تولید الگوهای جدید کاربردی بود. یکی از مهمترین عوامل مربوط به گروه میلان خصلت همکارانه آنها به عنوان یک تیم بود. از عواملی که به آزادی آنها برای خلاق بودن کمک کرد، استقلال مالی آنها و نبود محدودیت‌های مستتر در تشکیلات سازمان‌های بزرگ بود. کار آنها مبتنی بر مباحث عمیق درباره‌ی کیس‌های بالینی مشترک آنها بود. آنها خیلی زیاد از آینه‌ی یک‌طرفه استفاده می‌کردند، و مرتباً نقش‌های درمانگر و برنگر را عوض می‌کردند. در مباحث تیمی خود به «آزادی اظهار نظر»<sup>۸</sup> و ابراز واکنش‌های شخصی، و حدس و گمان‌های شهودی درباره‌ی خانواده بهاء می‌دادند. آنها نسبت به واکنش‌های یکدیگر واکنش می‌کردند، و همواره ایده‌ها یا نظرات بدیل خود را ابراز می‌کردند. به نظر می‌رسد که بر اثر همین بازخوردهای تعاملی فی مابین، توانستند یک دیدگاه هرچه سیستمی‌تر را شکل بدهند.

## مفروضات و نظریه

مفاهیم نظری گروه میلان برگرفته از نظریه سیستم‌ها، سبیرنتیک و نظریه اطلاعات است. از بین دیدگاه‌های سیستمی، گروه میلان دنیا را عمدتاً سیستم‌هایی از الگوها و اطلاعات

- |                            |                               |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1. pluralistic             | 2. variety of interventions   |
| 3. variety of alternatives | 4. plurality of possibilities |
| 5. supervisors             | 6. observers                  |
| 7. separate interventions  | 8. open expression            |

می بیند؛ دیدی که بیش از برتالانفی، تابع نظرات بیتسون است. رویکرد آنها به نظریه، انعکاسی<sup>۱</sup> است. وقتی با یک وضعیت بالینی بخصوص مواجه می شوند، سعی می کنند ایده یا مفهومی متناسب با الگوی رفتار مربوط به آن پیدا کنند؛ و وقتی با یک مفهوم نظری مواجه اند، سعی می کنند با یافتن یک مثال رفتاری آن را بیازمایند. در کل ایده هایی را می چسبند که بیش از همه کاربرد بالینی دارد.

یکی از مفروضات گروه میلان این است که «ذهن اجتماعی است»<sup>۲</sup>. پدیده های ذهنی بازتاب پدیده های اجتماعی است. لذا، مشکلات ذهنی<sup>۳</sup>، «مشکلاتی در الگوهای تعامل اجتماعی»<sup>۴</sup> تلقی می شود. این دید به منزله نفی ابعاد بیولوژیکی و روانی رفتار نیست. لذا دیوانه یا «بد» تلقی کردن یک فرد دلالت بر یک الگوی تعاملی خاص برای کسانی دارد که ایشان شخص مورد نظر را آنگونه می بینند. اجتماعی دیدن ذهن باعث می شود که تلاش های درمانی به عوض معطوف شدن به یک فرد بخصوص، معطوف به الگوهای تعاملی اشخاص با هم شود. پیشینه روان تحلیلی گروه میلان آنها را متقاعد کرده است که در کار درمان، مبنا قرار گرفتن «الگوهای مفروض بین - فردی»<sup>۵</sup> بسیار مؤثرتر از مبتنی کردن درمان بر «الگوهای مفروض درون روانی»<sup>۶</sup> است.

نظرات سیستمی گروه میلان برگرفته از فلسفه ذهن<sup>۷</sup> بیتسون است. فلسفه ای که بر یک شناخت شناسی حلقوی<sup>۸</sup> و بسیار پیچیده مبتنی است. آنها درمانگر را هم جزئی از الگوی مورد مشاهده خود درمانگر تلقی می کنند. لذا یک الگوی حلقوی بین درمانگر و الگوهای حلقوی تحت مطالعه و درمان او در خانواده وجود دارد. این فرایند، سیرنیتیک یا سیرنیتیک مرتبه دوم<sup>۹</sup> خوانده می شود که بازتاب دقیق تری از پیچیدگی شناخت شناسی بیتسونی است.

یکی دیگر از ملاک های مفهوم بیتسونی ذهن این است که محرک تعامل اجزاء ذهن، «تفاوت»<sup>۱۰</sup> است. «تفاوت»، یک پدیده غیرجوهری<sup>۱۱</sup> است که در فضا یا زمان واقع نیست. تفاوت جرم نیست، بلکه تفکیک شناختی مربوط به سازمان یافتگی است. تفاوت همیشه یک

1. reflexive

3. mental problems

5. hypothetical interpersonal patterns

7. philosophy of mind

9. second order cybernetics

11. non-substantial phenomenon

2. mind is social

4. problems in patterns of social interaction

6. hypothetical intrapsychic patterns

8. circular epistemology

10. difference

رابطه است و رابطه همیشه حلقوی است. اگر کودکی پرخاشگر توصیف شود، صحبت از «تفاوت» او با کودکانی است که از او فعل پذیرترند. «تفاوت» در یک رابطه حلقوی مطرح است، و دلالت بر تمایز پرخاشگری و فعل پذیری دارد. ما از تفاوتی که خود ترسیم کرده‌ایم غافل می‌مانیم و شروع می‌کنیم به این که اشخاص را صاحب ویژگی‌های خاصی همچون پرخاشگر یا فعل پذیر تلقی کنیم. لذا، به عوض این که بگوییم این کودک در مقایسه با آن بچه‌ها پرخاشگرتر است، می‌گوییم این کودک پرخاشگر است. این دو عبارت تجلی سطوح منطقی متفاوتی است. در افکار و گفتار روزانه از بخش دوم عبارت فوق استفاده می‌کنیم و تکیه را بر ویژگی‌های توصیفی<sup>۱</sup> به عنوان «صفت»<sup>۲</sup> اشخاص می‌گذاریم، نه این که بر تفاوت بین - فردی تأکید کنیم که زیربنای این صفات است. یعنی بیش از عبارات رابطه‌ای حلقوی<sup>۳</sup>، تمایل به عبارات توصیفی خطی<sup>۴</sup> داریم<sup>۵</sup>. به نظر گروه میلان، عادات زبانی ما، ما را به سوی تفکر خطی و تملکی به عوض تفکر حلقوی دو جانبه سوق می‌دهد. نکته‌ای که به «دیکتاتوری شرطی‌سازی زبانی»<sup>۶</sup> معروف است. اگر در بیان، فعل «می‌نماید» را به جای «هست» بگذاریم، رابطه‌ای و حلقوی دیدن پدیده‌ها آسان‌تر می‌شود. مثال آن گفتن «او افسرده می‌نماید» به عوض «او افسرده هست»، است. با استفاده از جمله دوم، پدر را از محیط جدا می‌کنیم و توجه را به درون او به عنوان مبنای افسردگی معطوف می‌سازیم. در حالی که اگر جمله اول گفته شود، این به ذهن می‌آید که چه کسی افسردگی نشان می‌دهد و اثر آن چیست. در این صورت، چنین به ذهن می‌رسد که در محیط پدر و روابط او چه می‌گذرد که او چنین «تفاوتی» را در رفتارش نشان می‌دهد. فن جابه‌جا کردن افعال بسیار ساده و در عین حال مفید برای کارآموزانی است که در حال یادگیری تفکر در چارچوب شناخت‌شناسی حلقوی‌اند. متأسفانه زبان گفتاری و شنیداری اسیر مشکل «خطی بودن»<sup>۷</sup> است. با این حال، زبان از این قابلیت برخوردار است که با استفاده از استعاره، تشبیه، قیاس و داستان تصاویر و الگوهای رفتاری را به ذهن متبادر کند. ما به خوبی می‌دانیم که زبان، یعنی ابزار اصلی مادر درمان، یکی از منابع اصلی سد و مسخ کردن<sup>۸</sup> مضامین هم است.

1. descriptive characteristics

2. quality

3. circular relational statements

4. linear descriptive statements

۵. این همان خطای رایج در نگرش خطی DSM است که با زدن «انگ» بیماری به مراجع باعث شکل گرفتن سیستم آسیب می‌شود.

6. tyranny of linguistic conditioning

7. linearity

8. distortion

همان‌طور که ملاحظه شد، دید اولیه گروه میلان بر این بود که سیستم اساساً باثبات و متعادل است. دیدگاه متأخرتر آنها بر این است که سیستم اساساً متغیر و متحول است، گرچه باثبات به نظر می‌رسد. دلالت‌ها و تبعات این دو دید متفاوت بسیار مهم است. اگر درمانگر ابتدا سیستم را باثبات و با ساختار می‌بیند و بعداً آن را منعطف و متغیر، پس او عامل و شخص تعیین‌کننده است، لذا می‌توان گفت رویکرد او دستورالعملی<sup>۱</sup> است. تکلیف درمانی چنین درمانگری آن است که ماهیت ساختار ناسازگار خانواده<sup>۲</sup> را مشخص کند، ساختار سازگارانه‌تری<sup>۳</sup> را فرضیه‌سازی<sup>۴</sup> کند، و سیستم را از وضعیت اول به وضعیت بعدی «سوق دهد». درمانگر را وقتی دستورالعملی تلقی می‌کنیم که «می‌داند» ساختار ناسازگار چیست، و وقتی ساختار دیگری را در نظر می‌گیرد، «می‌داند» نتیجه‌انتهایی این راه یا «خانواده درمان یافته»، چیست. به اعضای خانواده می‌گوید که چطور باید رفتار کنند. در مقابل این روش، کار درمانگر غیردستورالعملی یا تسهیلگرانه<sup>۵</sup> است. درمانگر دستورالعملی سعی می‌کند نقاط «گره» ظاهری را شناسایی کند و برای آن نقاط «روابط»ی را به سیستم وارد کند تا خانواده بدون نیاز به نشانه مرضی، آزاد شده و به تحول خود ادامه دهد. از آنجا که در دیدگاه تحولی، مشخص نیست خانواده چگونه باید باشد، رویکرد درمانگر مبتنی بر آن نمی‌تواند دستورالعملی باشد؛ یعنی درمانگر نمی‌تواند به اعضای خانواده بگوید چگونه باید رفتار کنند.

## تحول سیستم

فرض گروه میلان بر این است که الگوهای رفتاری خانواده از طریق کوشش و خطا متحول می‌شود. هرگاه عملی با مناسبت خاصی هماهنگ باشد و اعمال آن با موفقیت همراه باشد، در شرایط مشابه تکرار خواهد شد، و بدین وسیله یک الگوی رفتاری برقرار می‌شود. افراد درگیر در آن موقعیت، برای توصیف الگوی به وجود آمده، یک «واقعیت اجتماعی»<sup>۶</sup> می‌سازند. این «سازه واقعیت»<sup>۷</sup>، در فرایند تعاملی اعضای سیستم (خانواده) شکل می‌گیرد. به رفتارها و رخداد‌های خاص و به الگوهای ربط‌دهنده آنها، «معانی اجتماعی»<sup>۸</sup> یا توافقی داده

1. directive

2. maladaptive family structure

3. more adaptive structure

4. hypothesizing

5. facilitative

6. social reality

7. construction of reality

8. consensual meanings

می‌شود. این «واقعیت» وقتی به وجود آمد، تبدیل به نقشه‌ای می‌شود که رفتار اعضای خانواده را در راستای الگوهای باطل کانالیزه می‌کند. بدین معنا که الگوهای اولیه رفتار منجر به نقشه‌های کثیری<sup>۱</sup> می‌شود که آنها هم به نوبه خود به الگوهای رفتاری سمت و سو می‌دهند. بدین صورت است که رابطه مهم بین معنا و عمل، و نقشه و سرزمین به وجود می‌آید. الگوهای بین فردی رفتار بر باورهای خانواده اثر می‌گذارد و این باورها نیز به نوبه خود بر الگوهای رفتار اثر می‌گذارد. تغییر در یک سطح، محرک تغییر در سطح دیگری می‌شود و بالعکس. البته، نه همیشه. تغییر رفتار لزوماً به تغییر باورها، و تغییر باورها به تغییر رفتار منجر نمی‌شود. وقتی الگوهای رفتار متحول می‌شود، اما نقشه‌های شناختی ملازم آن تغییر نمی‌کند، شکاف بین آنها افزایش می‌یابد. معمولاً نقشه در نهایت تغییر می‌کند تا با تغییرات الگوهای رفتاری جور شود، اما در این فاصله با مداخلات درمانی می‌توان سعی کرد رفتارها را با نقشه هماهنگ کرد. وقتی باورهای «قدیمی» رفتارهای فعلی را به سوی الگوهای باطل «قدیمی»<sup>۲</sup> سوق می‌دهند، به نظر می‌رسد که خانواده «گیر» کرده است، در حالی که تحولات مداوم رفتار آنها از نقطه تطابق آن با نقشه فراتر رفته است. به هر صورت، تحول سیستم هرگز متوقف نمی‌شود. در تداوم تحول خانواده، تغییرات رفتاری حول نقطه «گیر» خانواده با باور بازدارنده<sup>۳</sup>، تطابق پیدا می‌کند. با تداوم حفظ نقشه از دور خارج شده، میزان تناقض، مسخ و بازداری آن قدر افزایش پیدا می‌کند تا سیستم هرچه بیشتر و بیشتر «نشانه‌دار» می‌گردد.

### تغییر درمانی

اگر سیستم در حال تغییر دائمی است، ربط آن با درمان چیست. درمان همانا تغییر الگوهای متغیر موجود است. اگر خانواده الگوی رفتاری توأم با محدودیتی ایجاد کرده که رفتار نشانه‌دار جزئی از آن است، درمانگر باید به آنها کمک کند تا به آزادی لازم برای یافتن «راه‌حل‌های» بدیل دست پیدا کنند. مشاور یا درمانگر ممکن است با تغییر درمانی در سطح معنا یا عمل وارد شود. رفتار اعضای خانواده دور از دسترس مستقیم، و در سطح نوروفیزیولوژی است. عمل هر فرد خودجوش است، و گروه میلان هم به خودجوشی بهاء می‌دهد. از آنجا که عمل با معنا پیوند دارد، درمانگر می‌تواند به تغییر رفتار با استفاده از

1. generation of maps

2. old redundant patterns

3. constraining belief

نقشه‌های صریح یا تلویحی خانواده نزدیک شود. نقشه‌های فردی یا جمعی را می‌توان مستقیماً با القاء یا طرح معانی تازه تغییر داد، و یا غیرمستقیم با تجویز اعمال جدید در قالب یک رفتار مناسبی، که به خانواده کمک می‌کند تا خودشان معانی تازه‌ای برای رفتار خود کشف کنند. لذا دو مقوله عمده مداخلات درمانی عبارتند از: نظرات باز تعبیری<sup>۱</sup> و مناسبک تجویزی<sup>۲</sup>.

در مورد مقوله اول، وارد کردن اطلاعات تازه با استفاده از تفاوت‌ها و پیرنگ کردن پیوندهای رابطه‌ای<sup>۳</sup> در رفتار و باورهای اعضای خانواده صورت می‌گیرد. قسمت اعظم این اطلاعات تلویحی است و فقط به این معنا «تازه» است که طرح سؤالات، آنها را آشکار می‌کند. برقراری پیوندهای تازه، اطلاعات مضاعفی را وارد باز تعبیرها یا بازنگری‌های خانواده می‌کند. استفاده از این اطلاعات تازه به خانواده این توان آن را می‌دهد که با رو آوردن به «واقعیت‌های» بدیل، نقشه‌های «از دور خارج شده» را کنار بگذارند، و راحت‌تر به الگوهای بدیل رو بیاورد. لذا، گروه میلان فعالیت درمانگر را محرک تغییر دادن منظومه باورهای خانواده به عنوان بخش مهمی از فرایند تغییر و درمان خانواده می‌بیند. این تغییر ممکن است آگاهانه نباشد. در واقع، این تغییر وقتی مؤثرتر است که در سطح عمیق‌تری صورت بگیرد که همان سطح شناخت‌شناسی خانواده است، یعنی در سطح الگوهای ادراک و شناخت خانواده. نظرات اضدادی، با تحریک لزوم بازنگری تمایزهای شناختی فراموش شده گذشته، می‌تواند اثر نفوذی داشته باشد.

روش دیگر درمان، تجویز رفتارهایی است که نقشه موجود خانواده را تغییر می‌دهد و با این کار به خانواده توان تغییر کردن می‌بخشد. تجویز مناسبک را بعداً مفصل‌تر توضیح می‌دهیم. فعلاً به اهمیت زمان در ارائه تجویز می‌پردازیم. زمان یکی از ابعاد ذاتی هر الگوی رفتاری است. زمان عملاً مخلوق بعد تسلسلی الگوهای رفتاری است. به این صورت که با تغییر تسلسل، می‌توان زمان را تغییر داد. با تغییر زمان هم می‌توان الگوهای رفتار را تغییر داد. لذا مداخلات مربوط به تغییر تسلسل یا زمان‌بندی، اسباب تغییر درمانی می‌شود. یکی از دشوارترین جنبه‌های بن‌بست مضاعف، همزمانی دستورات متضاد<sup>۴</sup> است. انجام همزمان رفتارهای متضاد غیرممکن است. تجویز مناسبک می‌تواند مربوط به جدا کردن زمانی

1. reframing opinions

2. prescribing rituals

3. relational connections

4. incompatible injunctions

رفتارهای متضاد باشد که همانا تجویز تسلسل است. مثال آن مناسک روزهای فرد و زوج است. وقتی والدین تلاش‌های تأدیبی یکدیگر را خنثی می‌کنند، درمانگر با تجویز کردن روزهای متفاوت برای دستورات تأدیبی هر کدام از آنها، تسلسل را مشخص می‌کند، و بدین ترتیب «زمان» را وارد رابطه می‌کند. تعیین زمان‌های متفاوت برای رفتارهای متفاوت والدین نسبت به بچه‌ها، امکان عمل صحیح را فراهم می‌کند و کودک را از «گیر» در بن بست مضاعف می‌رهاند. به عکس، حذف زمان، رفتار الگو شده را فلج می‌کند و اثر کانالیزه کردن نقشه‌های مربوطه را از بین می‌برد. این کار وقتی رخ می‌دهد که درمانگر با مداخله‌ی اضدادی باعث بن بست مضاعف می‌شود. تجویز اضدادی، رفتارهای متضاد را در زمان حال به هم متصل می‌کند. لذا، اضداد با ارائه‌ی همزمانی، تسلسل زمان را از بین می‌برد، و مناسک با ارائه‌ی تسلسل، زمان ایجاد می‌کنند.

### الگوی کلی کاربرد رویکرد میلان

ساختار جلسات درمان، پنج مرحله دارد: پیش - جلسه<sup>۱</sup> (۵ تا ۲۰ دقیقه) که طی آن درمانگران اطلاعاتی برای جلسه کسی می‌کنند. خود جلسه<sup>۲</sup> (۵۰ تا ۹۰ دقیقه) که طی آن سؤالاتی مطرح می‌شود. این مرحله را اعضای مشاهده‌گر گروه می‌توانند قطع کنند. بحث درباره‌ی جلسه<sup>۳</sup> (۱۵ تا ۴۰ دقیقه) که طی آن درمانگران دور از خانواده تبادل نظر می‌کنند که جلسه را چگونه به انجام برسانند. نتیجه‌ی جلسه<sup>۴</sup> (۵ تا ۱۵ دقیقه) که طی آن درمانگران «نظر و تجویز» خود را به خانواده عرضه می‌کنند، در حالی که بقیه مشغول مشاهده‌اند. و بحث از واکنش خانواده نسبت به نظر و تجویز<sup>۵</sup> (۵ تا ۱۵ دقیقه) که بعد از رفتن خانواده و در بین خود اعضای تیم صورت می‌گیرد. حسن بزرگ این روش مرزبندی صریح بین سیستم درمان از سیستم خانواده و میزان وقت تخصیص داده شده‌ی درمانگر به همکاران تیم درمانی است. زمان بحث و گفتگو با همکاران برای دستیابی به شناخت حلقوی و حفظ آن در مقابل دید خطی خانواده بسیار مهم است. اگر این کار به خوبی صورت بگیرد، تیم مانند یک ذهن سیستمی<sup>۶</sup> عمل می‌کند که نه فقط باورهای خانواده را از مفروضات درمانی تفکیک می‌کند، بلکه به تعامل این دو گروه نیز توجه دارد.

1. preession

2. session

3. discussion of the session

4. conclusion of the session

5. discussion of the family's reaction to the comment or prescription

6. systemic mind

پذیرش در مرکز میلان به عوض منشی، توسط خود اعضای تیم و فقط در ساعت مقرر انجام می‌شود. علتش آن است که طرز تماس اولیه خانواده و اطلاعات مربوط به منطق تماس آنها برای برقراری رابطه درمانی بسیار مهم است. چه کسی خانواده را ارجاع داد؟ کدام عضو خانواده تلفن کرده است؟ درمانگر با دقت به پیام‌های پنهان در آهنگ صدا و کلمات تلفن‌کننده توجه می‌کند. چه انتظارات پنهان یا آشکاری ابراز می‌شود؟ از تمام این نشانه‌ها برای تدوین فرضیه‌های اولیه مربوط به ماهیت مشکل و نحوه واکنش خانواده به مداخله‌های آینده استفاده می‌شود. اعضای تیم از دانش کلی خود درباره خانواده و تجارب کار با کیس‌های مشابه برای تدوین فرضیه استفاده می‌کنند. آنها درباره انواع سؤالاتی هم بحث می‌کنند که می‌تواند اطلاعاتی به بار آورد یا باعث فرضیه‌ها شود. بدین ترتیب است که درمانگر قبل از ملاقات خانواده به نظراتی درباره آنها دست یافته است. در مباحث «پیش‌جلسه»‌های بعدی، رخدادهای جلسه قبل و سایر تماس‌ها و اتفاقات مورد تبادل نظر قرار می‌گیرد. آنها درباره پیشرفت حاصل شده یا نشده فرضیه پردازی می‌کنند؛ فرضیه‌هایی که می‌تواند در جلسه بعد به کار درمانگر بیاید.

درمانگر از همان لحظه تلفن اولیه سعی می‌کند بی‌طرفی خود را حفظ کند. مثلاً وقتی مادری زنگ می‌زند که بگوید دخترش اختلال دارد، درمانگر با مادر هم موضع نمی‌شود که از او بپرسد «مشکل دخترش» از کی شروع شد، بلکه از او می‌پرسد: «مشکل شما با دخترتان از کی شروع شد؟» فرض درمانگر بر این است که تلفن‌کننده نیز احتیاج به کمک دارد. این فرض مانع از ائتلاف درمانگر با تلفن‌کننده می‌شود. تماس تلفنی کوتاه برگزار می‌شود، زیرا تماس طولانی‌تر با مراجع به منزله اتحاد تلویحی درمانگر با اوست. حتی تماس سایر متخصصان برای ارجاع دادن خانواده کوتاه برگزار می‌شود و از آنها خواسته می‌شود که خود خانواده تماس بگیرد. برای جلوگیری از سوگیر شدن درمانگر، از اطلاعات زیاد گرفتن، قبل از دیدن خانواده پرهیز می‌شود. از خانواده یا متخصص ارجاع‌دهنده سؤال می‌شود که چه کسی تصمیم گرفت که خانواده به این مرکز مراجعه یا ارجاع داده شود؟

اصل مصاحبه تماماً صرف سؤال کردن می‌شود. به همین علت، گاه این رویکرد را روش سقراطی<sup>۱</sup> می‌خوانند. سؤالات اولیه کلی و باز-پاسخ<sup>۲</sup> است. روشی که به خانواده فرصت می‌دهد که تمام نگرانی‌های خود در این زمان بخصوص را بیان کنند. درمانگر با پیشرفت

1. socratic method

2. open-ended

مصاحبه در سؤالات خود روی مسائل دقیق‌تر می‌شود. نسبتاً با سرعت از همه سؤال می‌کند و به ندرت به کسی اجازه می‌دهد که بیش از چند دقیقه صحبت کند. تعامل اعضای خانواده با یکدیگر مورد مشاهده دقیق است. درمانگر در این مرحله هیچ نظری نمی‌دهد و هیچ تلاشی برای تغییر دادن خانواده به عمل نمی‌آورد. مثلاً، هرگز کسی را از سرزنش کردن دیگری منع نمی‌کند و یا از کسی نمی‌خواهد که در صورت گریه ناشی از احساس تنهایی دیگری از او حمایت کند. درمانگر وقتی هم مداخله می‌کند، به صورت غیرمستقیم است. مثلاً می‌پرسد: پدرتان در خانه عصبانیت بیشتری بروز می‌دهد یا اینجا؟ یا اینکه اگر در خانواده شما کسی از غصه گریه کند، معمولاً چه کسی از او دلجویی می‌کند؟ لذا گروه میلان در حین مصاحبه از کسی نمی‌خواهند که رفتار خود را تغییر دهد. بلکه صرفاً «اطلاعات» یا «اطلاعات مربوط به تفاوت‌ها»<sup>۱</sup> را به صورت ربط‌های صریح یا تلویحی در قالب سؤال یا ابراز نظر بیان می‌کنند. تغییر اساسی<sup>۲</sup>، اگر هم صورت بگیرد در خارج از جلسه مصاحبه است. این شیوه با سبک کار درمانگرانی که تغییر را در خود جلسه شروع می‌کنند، متفاوت است.

گروه میلان در دومین دوره تکامل خود، جلسه را با دو درمانگر زن و مرد در جلسه و دو نفر پشت آینه برگزار می‌کردند. هدف از این کار ارائه الگوی رفتار زن و مرد به زوج بود. بعدها به این نتیجه رسیدند که کیفیت سؤالات و فرضیه‌های زیربنایی آن از همه مهمتر است. همچنین دریافتند که آموزش دادن به خانواده اشتباه است. تیم ناهمجنس درمانگران حسادت والدینی آنها را برمی‌انگیخت که احساس خوبی نبود. به علاوه، مفروضات درمانی متفاوت هر یک از درمانگران در جلسه می‌توانست با نظر دیگری تداخل پیدا کند. اینک به طور معمول یکی از اعضای تیم مصاحبه می‌کند و بقیه در پشت آینه به مشاهده می‌پردازند. مشاهده‌گران هم منفعل نیستند. آنها درباره ربط فرایندهای بین فردی فرضیه‌پردازی می‌کنند و هر از گاهی درمانگر را به خارج از جلسه می‌خوانند و پیشنهادات خود را برای ادامه کار به او ارائه می‌کنند.

در قسمت سوم جلسه، در یک تنفس مفصل کل اعضای گروه به بحث عمیق درباره اطلاعات حاصله می‌پردازند. زمان بارش مغزی<sup>۳</sup> مفصل است. اعضای گروه تشویق می‌شوند که تمام استنباط‌های شهودی خود را ابراز کنند، حتی اگر نگرش خطی باشد. سپس

1. news of differences

2. substantive change

3. brain storming

به طرف یک شناخت حلقوی و سیستمی حرکت می‌کنند: چرا این رفتار را بروز می‌دهد؟ این رفتار روی چه کسی اثر می‌گذارد؟ این مباحثه فرصتی است برای عنوان شدن تمام احتمالات ممکن و نیز برای تحلیل اثرات هرگونه مداخله درمانی. اگر گروه درباره یک مداخله کارساز به توافق نرسد، معلوم است که گروه سردرگم شده است. این سردرگمی اولین مرحله در شناخت فرایند جاری بین خانواده و گروه درمان است. مباحث این مرحله بسته به اطلاعات موجود، پیچیدگی وضع خانواده، و مهارت اعضای گروه می‌تواند مختصر و یا بسیار مفصل باشد و وقت زیادی را به خود اختصاص دهد. بهتر است نظرات گروه و مداخله درمانی در همان روز که اطلاعات کاملاً در حافظه‌ها هست ارائه و اعمال شود. اگر مباحث گروه خیلی مفصل باشد، خانواده را مرخص می‌کنند، ولی از آنها می‌خواهند که چند روز بعد برای دریافت نتایج مباحث گروه مراجعه کنند. راه دیگر آن است که هنگام مرخص کردن خانواده به آنها گفته می‌شود که برایشان نامه‌ای فرستاده خواهد شد. گاه فرستادن نامه به طور عمدی انتخاب می‌شود تا پیام درمانی گروه به کل اعضای خانواده از جمله اعضای غایب در جلسه هم برسد. معطل شدن خانواده برای دریافت نظرات تیم درمان اثر نهایی آن را روی خانواده تشدید می‌کند.

چهارمین قسمت جلسه، یک مداخله دقیقاً برنامه‌ریزی شده برای پایان جلسه است. مداخله‌ای که می‌تواند بازتعبیر باورهای خانواده، یک نظر سیستمی مانند تجویز تغییر کردن یا نکردن، اعلان ناتوانی درمان، یک حرکت یا قاعده قیاسی، و نظایر آن باشد. این کار در اوایل درمان می‌تواند تبیین این باشد که چرا خانواده چنین معضلی را تجربه می‌کند. معمولاً ابلاغ نظر تیم موجز و مختصر است. کلمات و جمله‌بندی‌ها با دقت انتخاب می‌شود و گاه به شیوه هیپنوتیک تکرار می‌گردد. عموماً محتوای مداخله غیرمنتظره است. عنصری از غافلگیری در آن وجود دارد که خانواده را تا حدی گیج و سردرگم می‌کند. معمولاً بعد از آن هم حتی با وجود سؤال یا درخواست خانواده، تعامل یا بحث در حداقل نگه داشته می‌شود. اشخاص ناآشنا با این شروع کار، با پایان غیرمنتظره مصاحبه غافلگیر می‌شوند. علت پایان نسبتاً ناگهانی جلسه این باور است که شناخت و پی بردن کامل خانواده، مشکل‌زا و چه بسا اشتباه است. آنچه تیم درمان ارائه می‌کند اطلاعاتی جدید، چشم‌اندازی تازه، و چیزی کاملاً متفاوت از دانسته‌های قبلی خانواده است. نتیجه سعی در حالی کردن یک «بازتعبیر» به خانواده در خود جلسه درمان، باعث درون‌سازی ضعیف نظرات تیم درمان در دیدگاه پیشین

خود خانواده می‌شود. برون‌سازی زمان بر است. لذا بهتر است تنشی بین دیدگاه‌های درمانگر و خانواده باقی بماند. این کار باعث می‌شود که خود خانواده دیدگاه سومی پیدا کند که از هر دوی آنها مفیدتر و کارسازتر است. به همین علت درمانگر فقط نتیجه‌گیری گروه را ارائه می‌کند و بعد از صحنه تعامل با خانواده خارج می‌شود. گاه ممکن است خانواده با واکنش کاملاً منفی و حتی خصمانه، با نظر گروه مخالفت و آن را بی‌اعتبار کند. در این صورت درمانگر بحث را با چنین اظهارنظری تمام می‌کند: امروز نظر ما همین است. ممکن است نظر شما متفاوت باشد. می‌توانیم جلسه بعد درباره آنها صحبت کنیم. اگر مداخله به صورت تجویز مناسبی باشد؛ وقت بیشتری صرف جزئیات و پاسخ به سؤالات اعضای خانواده می‌شود. در همین صورت هم درمانگر سعی نمی‌کند توضیح کامل بدهد. بلکه آن قدر می‌گوید که توجه خانواده برای اجرای آن جلب شود.

در پس - جلسه<sup>۱</sup>، بحث اعضای گروه با تکیه روی واکنش آنی اعضای خانواده نسبت به مداخله و نسبت به یکدیگر شروع می‌شود. از بازخوردهای کلامی و غیرکلامی آنها برای ارزیابی روایی فرضیه زیربنایی مداخله درمانی استفاده می‌شود. اگر به نظر برسد که مداخله به هدف نزده است فرضیه‌های دیگری مورد بحث قرار می‌گیرد. اگر به نظر برسد که مداخله مناسب بوده است، گروه سعی خواهد کرد واکنش خانواده را در فاصله جلسات پیش‌بینی کند. اگر مداخله متناسب باشد، خانواده قطعاً بیش از گروه درمان، راه‌حل برای مشکل خود پیدا می‌کند. تمرین کردن پیش‌بینی، تمرین خوبی برای هوشیاری نسبت به محدودیت‌های شناخت‌شناسی خطی است. از جمله سایر مباحث پس - جلسه، یکی هم نقد مداخله درمانی و طرز ارائه و بهسازی آن است. در نهایت هم خلاصه‌ای از مصاحبه همراه با توصیف کامل مداخله در گزارش‌های بالینی ثبت می‌شود. در جلسه بعد می‌توان ارزیابی کرد که آیا خانواده همان را که ما گفتیم شنیده است. اینکه درمانگر با چه دقتی گفته‌های خود را در جلسه قبل به خاطر داشته باشد، برای خانواده نشانه آن است که تا چه حد تلاش‌های درمانی برای او جدی است.

شیرازه رویکرد میلان قسمت‌های پنجگانه جلسات یا کار تیمی نیست، بلکه تفکر حلقوی مبتنی بر شناخت‌شناسی حلقوی است. هرگاه درمانگری به تفکر سیستمی برسد و بتواند مداخله‌های سیستمی ابداع کند، بدون تیم هم می‌تواند کار کند؛ البته تیمی کار کردن

1. postsession

مزایای خود را دارد. دربارهٔ اندازهٔ بهینه و ساختار تیم، چکین (۱۹۸۳) معتقد است که تیم دو نفری کوچک و تیم شش نفری بزرگ است. اگر گروه خیلی کوچک و کم تجربه باشد، ممکن است با چسبیدن خانواده به الگوهای رفتاری خود مشکل پیدا کند. اگر تیم زیادی بزرگ باشد برای رسیدن به مفروضات و مداخله‌های سیستمی مشکل همکاری و جهت‌گیری مشترک پیدا خواهد کرد. به هر حال، برای کار تیمی به عوض تقلید گروه میلان، می‌توان در محیط خود ترکیب و سازماندهی‌های تیمی را تجربه و بهترین را انتخاب کرد.

رویکرد میلان به «درمان مختصر درازمدت»<sup>۱</sup> معروف است. آنها در مرحلهٔ دوم تحول خود به تبعیت از شیوهٔ «مؤسسهٔ پژوهش‌های روانی»، یک قرارداد جلسه‌ای می‌گذاشتند که درمان مختصر محسوب می‌شود. اما همین جلسات با فواصل یک ماهه برگزار می‌شد که می‌شود درازمدت. احتمال تکرار این برنامه هم بود که در مجموع درمان بیش از یکی دو سال به طول می‌انجامید. این الگو برای خانواده‌های روان‌پریش به کار می‌رفت. گروه میلان بعدها منقطع تر شدند و هر زمان فقط دربارهٔ یک جلسه مذاکره می‌کردند. هرگاه صحبت از تعداد جلسات شود، نظر گروه این است که بیش از ده جلسه نخواهد بود. فاصلهٔ جلسات هم بسته به نوع مداخله از یک هفته تا شش ماه است. آنها با تجربه و پژوهش دریافتند که خانواده‌هایی که با فواصل یک ماهه ویزیت می‌شوند، سریع‌تر از خانواده‌هایی خوب می‌شوند که جلسات آنها هفتگی است. واکنش اعضای خانواده نسبت به مداخله و نسبت به یکدیگر باعث زنجیره‌ای از بازخوردها می‌شود که تداوم آن، دگرگونی خانواده را به بار می‌آورد. این احتمال وجود دارد که برگزاری جلسات نزدیک‌تر، قبل از آن که مداخلهٔ اولیه به بار بنشیند، می‌تواند باعث تغییر جهت خانواده و درمانگر شود. به علاوه، با مکرر دیدن خانواده، درمانگر جزئی از راه‌حل رفتاری خانواده می‌شود و باعث می‌شود که خانواده سریع خوب نشود، زیرا در صورت خوب شدن، درمانگر درمان را خاتمه می‌دهد و خانواده درمانگر را از دست می‌دهد.

تماس خانواده در فواصل جلسات واجد اهمیت است. اعضای که در این فواصل به هر بهانه‌ای و از جمله روشن‌تر شدن دستورالعمل‌ها و مداخله‌ها تماس می‌گیرند، ممکن است در پی ائتلاف با درمانگر باشند. لذا باید مراقب این‌گونه تماس‌ها و هرگونه سعی برای خنثی کردن فرایند درمان بود. لذا در صورت تماس خانواده، سعی درمانگر در خنثی ماندن و

1. long brief therapy

هدایت مراجع به مطرح کردن سؤالش در جلسه بعد است. اگر اصرار به دریافت پاسخ باشد، جواب درمانگر این است که باید با سایر اعضای تیم درمان مشورت کند. لذا از مراجع خواسته می‌شود که در وقت تعیین شده برای پاسخ زنگ بزند. گاه وقتی موارد اورژانس مانند خودکشی در بین باشد، درمانگر به طور عمدی مسئولیت کار را بر عهده می‌گیرد، اما بعداً به خانواده توضیح می‌دهد که چرا شخصاً تصمیم به عمل گرفت. برخورد بعدی درمانگر که از موضع خنثی صورت می‌گیرد، رابطه درمانگر را تسهیلگرانه و درمانی می‌کند.

### اصول کار بالینی

گروه میلان کار خود را بر سه اصل اساسی استوار کردن است که عبارتند از فرضیه پردازی، حلقویت و خنثی بودن. این سه اصل با هم متفاوت ولی بهم مرتبط‌اند. اگر مصاحبه بر طبق این اصول اجرا شود، احتیاجی به مداخله رسمی در پایان جلسه نیست. به عبارت دیگر، روش «سؤال کردن» آن قدر اطلاعات وارد سیستم می‌کند که خود به خود امکان تغییر را فراهم کند. درمانگر مجبور نیست در انتهای جلسه یک موضع قطعی<sup>۱</sup> بگیرد. از سوی دیگر ممکن است لازم باشد چنین موضعی بگیرد و با عبارات خلاصه خود ربط‌های جدید را چسب بزند تا خانواده به دیدگاه بدیلی دست پیدا کند. با این حال، روش مصاحبه میلان به خودی خود و بدون ارائه مداخله پایان جلسه هم اثر درمانی دارد و مهارت‌های با ارزشی به درمانگران عرضه می‌کند (سلوینی پالاتزولی و همکاران، ۱۹۸۰ الف).

### فرضیه پردازی

فعالیت ذهنی درمانگر برای رسیدن به نقشه یا تبیین بدیلی<sup>۲</sup> در مورد مشکل ارائه شده توسط خانواده است. نقشه‌ای که هادی فعالیت اجرایی درمانگر است. فرضیات هم جهت دهنده به درمانگر برای طرح انواع سؤالات است و هم نتیجه سؤالات، تأیید یا رد فرضیات است. لذا فرضیه‌ها به مصاحبه نظم و جهت می‌دهد. خطی و یا حلقوی بودن مفروضات را شناخت‌شناسی درمانگر تعیین می‌کند. اگر مفروضات حلقوی<sup>۳</sup> باشد، نظم سیستمی<sup>۴</sup> ایجاد می‌کند و اگر خطی باشد، نظم تجزیه‌گرا<sup>۵</sup> به بار می‌آورد. برای کسی که بخواهد به درمان سیستمی بپردازد، مهم است که حلقوی و سیبرنتیکی بیندیشد.

1. definitive position

2. alternative explanation

3. circular hypothesis

4. systemic order

5. reductionistic order

محتوای هر فرضیه از منابع متعددی استخراج می‌شود. یکی از آنها اطلاعات موجود درباره خانواده است. به طور کلی، وزنی که به مشاهدات رفتاری و اطلاعات قیاسی داده می‌شود بیش از نظرات توصیفی و اطلاعات کمی است. منبع دیگر فرضیه‌پردازی تجربی بالینی با سایر خانواده‌هایی است که مشکل یا الگوهای تعاملی مشابه داشته‌اند. منبع سوم، نظریه به طور کلی است. گروه میلان از انواع مفاهیم و نظرات مربوط به نظریه‌های معاصر روانشناسی از جمله نظریه روان تحلیلی، نظریه سه جناحی‌ها، نظریه دلبستگی، و نظریه ساختی استفاده می‌کنند. کدام نظریه، مهم نیست. مهم آن است که نظریه به درمانگر برای ربط دادن رفتارهای مرتبط اعضای خانواده کمک کند. چهارمین منبع برای فرضیه‌پردازی رخدادهایی است که برای درمانگر یا تیم درمان چشمگیر است. مثلاً گروه میلان یک وقتی دنبال مشخص کردن بهترین ازدواج با قوی‌ترین دلبستگی دو تایی به عنوان موضوع محوری در مرکز رفتارهایی همچون بی‌تفاوتی، جلب توجه، حسادت و نظایر آن بودند. قبل‌تر دنبال فداکاری به خاطر وفاداری به خانواده بودند. گروه‌های درمانی مختلف در رابطه با یک خانواده ممکن است به فرضیه‌های متفاوتی برسند؛ و یا یک گروه ممکن است در زمان‌های مختلف با یک خانواده فرضیه‌های متفاوتی عنوان کنند. هدف فرضیه‌پردازی این نیست که «حقیقت» خانواده مشخص شود، بلکه هدف رسیدن به «مفیدترین» تبیین درباره کلیت خانواده از منظر گروه درمان در آن لحظه بخصوص است.

فرضیه درمانگر وقتی مفید است که با فرضیه خانواده درباره وضعیت متفاوت باشد. اولین مرحله برای رسیدن به فرضیه آن است که فرضیه یا باورهای خانواده را در مورد مشکل خانواده دریابیم. لذا معمولاً درمانگر در آغاز کار از خانواده می‌خواهد که نظر خود را درباره وضعیت جاری خانواده بگویند. دیدگاه خانواده معمولاً خطی است. لذا درمانگر باید دنبال چیز دیگری باشد تا با دست یافتن به ربط‌های ناشناخته بر خانواده بتواند چاره<sup>۱</sup> یا بدیل‌هایی برای حل مشکل ارائه کند. یک سؤال متداول برای دست یافتن به فرضیه‌های بدیل این است: «اگر...، چه می‌شود؟» مثلاً «اگر سیامک به دنیا نیامده بود، الان رابطه شما به عنوان یک زوج چگونه بود؟» یا «اگر ناگهان مادر دچار یک مرض فلج‌کننده شود، چه بر سر رابطه پدر - فرزندی خواهد آمد؟» اگر چنین سؤالاتی از یک عضو خانواده به عمل آمد، لازم است که نظر موافق و مخالف بقیه اعضای خانواده هم کسب شود. با چنین سؤالی از بقیه می‌توان به

1. alternative

اتحادها و ائتلاف‌های درون خانواده پی برد. نظر موافق نشانه همسو بودن است. علاوه بر این که با این‌گونه سؤال کردن سایر اعضای خانواده هم با درمانگر درگیر می‌شوند و ذهنیت ائتلاف درمانگر با یک عضو از بین می‌رود. وقتی به یک فرضیه سیستمی رسیدیم باید آن را با طرح سؤالاتی آزمایش کنیم. احتمالاً خانواده این فرضیه را که با فرضیه خطی آنها متفاوت است، رد می‌کند. لذا درمانگر باید سؤالاتی برای تبیین رفتار یا رخدادهایی که گواه بر فرضیه‌ای در حد یک بار بچسبد و شواهد متضاد با آن را نبیند، نگرش سیستمی خود را از دست داده است. لذا فرضیه باید با بازخوردهایی ناشی از سیستم تعاملی درمانگر - خانواده متحول شود.

حلقویت سؤالات نشانه سیستمی بودن فرضیه‌پردازی است. سؤالات محرک رو آمدن اطلاعات است. سؤالات بر دو مفروضه مبتنی است، یکی این که اطلاعات در تفاوت‌ها نهفته است و دیگری این که معنی رفتار از محیط یا زمینه<sup>۱</sup> برمی‌آید. نمونه‌های آن سؤالات تفاوت<sup>۲</sup>، سؤالات فرضی<sup>۳</sup>، سؤالات اثر رفتاری<sup>۴</sup> و سؤالات سه جناحی<sup>۵</sup> است.

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، بیتسون بر اهمیت «تفاوت» یا تمایزهای ادراکی در شناخت فرایندهای ذهنی تأکید داشت. «تفاوت»، محرک تعامل بین بخش‌های مختلف ذهن است. تفاوت همواره بازتاب رابطه بین دو چیز است، و لذا دو جانبه و حلقوی است، و مرتبط با شناخت سیستمی است. بسیاری از درمانگران «سؤال تفاوت» می‌کنند، اما مفهوم تفاوت مستتر در آن را تشخیص نمی‌دهند. شناخت آگاهانه ساختار زیربنایی این سؤالات الگویی را در مصاحبه شکل می‌دهد که در امور اطلاعات درباره سیستم فوق‌العاده نافذ است.

درباره انواع گوناگونی از تفاوت‌ها می‌توان تفحص کرد. یک تمایز کلی بین سؤالات مربوط به تفاوت «فضا»<sup>۶</sup> و تفاوت «زمان»<sup>۷</sup> است. از جمله تفاوت‌های فضا، تفاوت بین «اشخاص» و بین «روابط» را شامل می‌شود. مثلاً تفاوت بین اشخاص مانند این که «چه کسی به مادر نزدیک‌تر است؟» و تفاوت بین روابط این که «مادر از دست چه کسی بیشتر عصبانی می‌شود؟» مثال تفاوت بین نظرات، ادراکات، ارزش‌ها و باورها این است: «عصبانی شدن در این خانه نشانه اهمیت دادن نسبت بهم یا بی‌خیال بودن است؟» شکل دیگری از تفاوت فضا

1. context

2. difference questions

3. hypothetical questions

4. behavioral effect questions

5. triadic questions

6. spatial difference

7. temporal difference

به چارچوب زمانی غیر از زمان حال مربوط می‌شود. مانند این که «او قبل از عروسی به چه کسی نزدیک تر بود؟» (گذشته)؛ «پنج سال بعد، چه کسی به او نزدیک تر خواهد بود؟» (آینده). تفاوت‌های مربوط به زمان بسیار پیچیده‌تر است. آنها به تغییرات فضا که در فاصله دو نقطه زمانی رخ داده یا می‌دهد، مربوط‌اند. مثلاً تفاوت بین دو واقعه در گذشته: «دعا قبل یا بعد از حمله قلبی بیشتر بود؟» یا تفاوت بین گذشته و حال: «الان پدر و دختر به هم نزدیک‌ترند، یا وقتی او کوچک بود؟» و یا تفاوت بین گذشته و آینده: «اگر به جای مادر که دائم می‌گذارد و می‌رود، پدر برود، چه می‌شود؟» و بالاخره تفاوت بین دو رخداد در آینده: «اگر مادر دست از حمایت او بردارد، پدر بر خورداش را با او عوض می‌کند؟» سؤالات معطوف به آینده را سؤالات فرضی هم می‌نامند. سؤالات فرضی خصوصاً وقتی مفید است که خانواده نظر به احتمالات بدیل در معنا و عمل دارد (بیتسون، ۱۹۷۲).

اطلاعات اضافی را با نظم دادن به یک رشته تفاوت‌ها یا طبقه‌بندی تفاوت‌های مثلاً مربوط به اعضای خانواده حاصل می‌شود. مثلاً «چه کسی بیش از همه معتقد است که مغز محمود اشکال دارد؟» «او این نظر را چگونه ابراز می‌کند؟» «نفر بعدی کیست؟» «چه کسی کمتر از همه معتقد است که سیستم عصبی او اشکال دارد؟» هر یک از اعضا هم می‌تواند طبقه‌بندی خودش را داشته باشد. دست آخر هم می‌توان خواهان تأیید و تکذیب بقیه اعضای خانواده درباره نظرات شد. پاسخ به این سؤالات نه فقط اطلاعاتی درباره منظومه باورهای<sup>۱</sup> خانواده و کارکرد آن به دست می‌دهد، بلکه اطلاعاتی هم درباره اتحادها و ائتلاف‌ها و نظایر آن فراهم می‌کند. وقتی از سؤالات تفاوت استفاده می‌کنیم مهم است که درباره تفاوت‌هایی سؤال کنیم که تفاوت ایجاد می‌کند، یعنی موضوعاتی که نتیجه و اهمیت دارد. بسیار مهم است که کارآموزان به ارزش این‌گونه سؤالات پی ببرند، زیرا سؤال درباره تفاوت‌های کوچک و نامربوط به اعتبار متخصص ماهر لطمه می‌زند. وقتی موضوع مورد تفحص حساس باشد، ممکن است اعضای خانواده سردرگم شوند و یا از دادن پاسخ اکراه داشته باشند. اگر این طور شد، سؤال خود را معکوس کنید و عکس آن را مطرح کنید.

«سؤالات اثر رفتار»، دنبال ربط بین رفتارهای خودجوش و بی‌اختیار اعضای خانواده نسبت به یکدیگر است. برای این نوع سؤالات کاری به نیت و یا احساس افراد نداریم. «وقتی دختر غذا نمی‌خورد، مادر چه می‌کند؟» «پدر چه می‌کند؟» «وقتی مادر داد می‌زند، پدر چه

1. belief system

می‌کند؟» در این‌گونه سؤالات، مهم «تسلسل رفتاری» و «فضا» و «زمان» وقوع آن است. نقش هر حرکت در فضای تعاملی سیستم بزرگتر، معنای خاصی به آنها می‌دهد. معنای عمیق و سیستمی یک رفتار تکراری در اثر آن روی سایرین است نه در نفس خود آن رفتار. باید تسلسل رفتار را تا رسیدن به یک حلقه کامل<sup>۱</sup> دنبال کرد. باید دقت کرد که چه رفتار یا چه رخدادی، چه اثری روی حرکت بعدی دارد. گاه به علت بُعد زمانی، پی بردن به ربط و وقوع یک رفتار با رفتار یا رخداد دیگر مشکل یا غیرممکن می‌شود. لذا باید توجه داشت که اثر یک رفتار یا یک رخداد ممکن است در دم قابل مشاهده نباشد، و مدت‌ها بعد ظاهر شود. درمانگری که شناخت‌شناسی حلقوی داشته باشد، دنبال کشف پیوندهای گم‌شده رفتارهاست.

سؤالات سه جناحی از ویژگی‌های کار گروه میلان است. آنها این سنت درمانگران را که هر کس برای خودش حرف می‌زند، به چالش کشیده‌اند. سؤال سه جناحی سؤالی است که در آن از یک نفر خواسته می‌شود که درباره رابطه دو نفر دیگر صحبت کند. این سؤالات عمداً اشخاص را دعوت می‌کند که به «غیبت در حضور»<sup>۲</sup> خود شخص بپردازند. مثلاً پدر در مورد تعامل مادر و فرزند، و یا فرزند در مورد تعامل پدر و مادر صحبت کنند. جالب است که در این موارد آدم‌ها محو سخنان گوینده می‌شوند. با اینکه ممکن است احساس آسیب‌پذیری داشته باشند، اما شدیداً کنجکا و نظرات درباره خودشان هستند. سؤالات سه جناحی با سؤال از شخص چهارم درباره تعامل سه نفر دیگر پیچیده‌تر می‌شود. مثلاً این که «وقتی مادر و پدر دعوا می‌کنند، مامان بزرگ چه می‌کند؟» «طرف کدام یک را می‌گیرد؟» پاسخ این‌گونه سؤالات اطلاعات مفیدی درباره الگوهای تعامل مثلثی به دست می‌دهد. واکنش‌های غیرکلامی اعضا نسبت به سخنان گوینده نیز اطلاعات خوبی به دست می‌دهد. سؤالات سه جناحی بسیار نافذ است و اثر درمانی قابل توجهی روی خانواده دارد. اعضای خانواده شناخت بهتری از خانواده خود به عنوان یک سیستم پیدا می‌کنند. این سؤالات که درباره روابط متقابل اعضاست، قطعاً حلقوی است. لذا به تغییر دید خانواده از دید خطی به حلقوی کمک می‌کند. درثانی به اعضاء کمک می‌کند که فرایندهای سیستمی خانواده خود را بهتر ببینند (مشاهده کنند). و سوم اینکه نظرات یک ناظر خارجی با نظرات یک ناظر داخلی متفاوت است. او اثرات رفتارهای گوناگون را بر طرفین تعامل روشن‌تر از خود آنها می‌بیند. چهارم این که

1. full circle

2. gossiping in the presence

احتمال بی طرفانه بودن اطلاعات شخص خارجی و لذا مؤثرتر بودن آن روی خانواده و درمانگر بیشتر است. با این ترتیب، باید سعی کرد مناسب‌ترین شخص را برای پاسخ به سؤالات سه جناحی انتخاب کرد. گاه شخص سوم آن قدر در ائتلاف با یکی از دو نفر دیگر است که نمی‌تواند یک ناظر بی طرف باشد. پنجم این که اشخاص درگیر رابطه اثر آن را شخصاً تجربه کرده‌اند، در حالی که رابطه مشاهده شده و اثر آن روی ناظر سطح بالاتر رابطه مشاهده‌گر - مشاهده شده را نشان می‌دهد.

شکل دیگری از سؤال سه جناحی، سؤال ذهن خوانی<sup>۱</sup> است. وقتی یکی از اعضا ساکت است و یا از دادن جواب امتناع می‌کند، درمانگر می‌تواند از شخص دیگری سؤال کند که «اگر برادرت امروز در این باره... صحبت می‌کرد، چه می‌گفت؟» از کسی که درباره اش صحبت می‌شود، تأیید یا تکذیب نمی‌خواهیم، اما به واکنش‌های غیرکلامی او توجه می‌کنیم. سکوت هم پیامی است که اثر خود را دارد. ماهیت این اثر روی خانواده می‌تواند در پاسخ مشاهده‌گر مشهود باشد. همین‌طور اگر عضوی از خانواده غایب باشد می‌توان مشابه همین سؤال را درباره او کرد. انواع سؤالات حلقوی بی‌نهایت است. در واقع، خود سؤالات می‌تواند مشکل‌زا شود. سؤالات مکرر و تندتند می‌تواند برای خانواده و درمانگر گیج‌کننده شود. برای اینکه چنین مشکلی در جلسه برای متخصص پیش نیاید، باید کارش مبتنی بر فرضیه باشد. فرضیه به سؤالات درمانگر نظم و همبستگی می‌دهد. مشکل دیگری که درمانگران کم‌تجربه در سؤالات حلقوی پیدا می‌کنند این است که ممکن است خانواده احساس کند پشت آنها کلکی نهفته است و لذا باعث ناراحتی شود. سؤالات درمانگر با تجربه طبیعی‌تر است، طوری که خانواده هیچ احساس خاصی در مورد سؤالات نمی‌کند (سلوینی پالاتزولی و همکاران، ۱۹۸۰ الف).

به هر حال، سؤالات خطی معمولی در مورد افکار و احساسات شخصی هم اطلاعات ارزشمندی به ما می‌دهد. از نظر گروه میلان تفکر خطی نیز برای درک سیستمی لازم است. **خشتی بودن یک اصل مربوط به نگرش یا عملکرد درمانگر نسبت به خانواده است.** این اصل، احساس احترام، پذیرش، کنجکاوی، مجذوبیت و حتی تحسین نسبت به سیستم است. این اصل ناقض هرگونه پیشداوری نسبت به طبقه، نژاد، قومیت، هنجار اجتماعی و هرگونه دغدغه درباره بیمار یا تشخیص پاتولوژیک است. درمانگر خشتی علاقه به سرزنش هیچ

1. "mind reading" question

کسی و تغییر سیستمی ندارد. او شدیداً کنجکاو و علاقمند به این است که چگونه سیستم چنین است که هست. به نظر او هر چیزی معنایی دارد. به خاطر ماهیت تکاملی موجودات زنده، خانواده نمی‌تواند هیچ‌چیز را به‌طور دیگری باشد مگر آنچه که اینک هست. سیستم، خود تبیین‌گر خویش است. درمانگر به چالش کشف همین «تبیین» پاسخ می‌دهد، آن هم با تعامل عاری از پیشداوری با خود سیستم. به عبارت دیگر، «خنثی بودن»، موضع درمانگر را رقص کاشفانه او با خانواده نشان می‌دهد. درمانگر موضع بی‌طرفی را از همان اولین تعامل با خانواده حفظ می‌کند. درمانگر و گروه درمان در فرایند مداخله به این می‌اندیشند که خانواده گیر کرده<sup>۱</sup> و در حیرت‌اند که چه باید کرد.

خنثی بودن دلالت بر این دارد که درمانگر نسبت به تک تک اعضای خانواده، الگوهای تعاملی و باورهای آنها برخورد فراموضعی<sup>۲</sup> دارد. او از ورود به سیستم و تبدیل شدن به عضوی از سیستم پرهیز می‌کند. البته این به معنی نافع‌ال، دور یا سرد بودن نیست، زیرا این حالات خنثی بودن نیست و موجب نظر منفی خانواده می‌شود.

خنثی بودن نسبت به اشخاص به معنی طرفداری نکردن از کسی و یا موافقت و مخالفت با کسی نیست. چون مخاطب قرار دادن هر عضوی جایگاه او را ارتقاء می‌دهد، باید به همه توجه کرد و همه را مورد خطاب قرار داد. باید سعی کرد زمان صحبت کردن اعضای خانواده متعادل باشد و از ائتلاف‌های مشابه درمانگران ساختاری پرهیز شود. خنثی بودن نسبت به نظرات، باورها، اهداف و ارزش‌ها دشوارتر است چون ممکن است درمانگر با بعضی از نظرات و باورهای خانواده هم‌نظر باشد. در این مورد باید در یک سطح گفته‌های خانواده را تأیید و در سطح دیگری رد کرد: «تأیید» با گوش کردن، و «رد» با چالش از طریق سؤالات. سؤالاتی مانند «چه کسی بیش از همه از مشاخره لذت می‌برد؟» این فرضیه خانواده را که مشاخره بد است، به چالش می‌کشد. اگر نظام قوی باورهای<sup>۳</sup> خانواده مشکل‌آفرین باشد، درمانگر برای به چالش کشیدن آن باید به یک رشته سؤال بپردازد تا بتواند دیدگاه بدیلی را القاء کند. گرچه ممکن است به نظر برسد که این سؤالات خنثی نیست، اما در رابطه با نقش خانواده در تعامل با درمانگر، اثر خنثی‌سازی دارد. علاوه بر اینها، درمانگر باید نسبت به تغییر رفتار هم‌خنثی باشد. نباید برای خانواده اهداف خاصی معین کند، گرچه نقش او کمک

1. being stuck

2. metaposition

3. strong belief system

به تغییر اشخاص است. اگر درمانگر شدیداً به تغییر مراجع یا خانواده پيله کند، مشکلات جدی پیدا می‌شود. گاه انگیزه خانواده برای تغییر و مقاومت آنها نادیده گرفته می‌شود. هدف درمانگر فراتغییر<sup>۱</sup>، یعنی تغییر در حد توان خانواده برای تغییر است. هدف بالا بردن آزادی مؤثر خانواده برای تغییر و آزادی تغییر است. خنثی بودن در اینجا یعنی پرهیز درمانگر از اتخاذ مواضع صریح له و علیه هر پی‌آمد یا تغییر خاصی. به عبارت دیگر، درمانگر هیچ هدف درمانی خاصی عنوان نمی‌کند. هدف یک فراهدف<sup>۲</sup> است، یعنی کمک به خانواده که قابلیت خود-التیامی<sup>۳</sup> خویش را پیدا کند و راه حل‌های خودش را بپردازد. و بالاخره این که درمانگر باید نسبت به خنثی بودن هم خنثی باشد. یعنی از خنثی بودن برای تأثیر خاصی روی خانواده استفاده نکند. درمانگر وقتی در خنثی بودن موفق است که اعضای خانواده نتوانند بفهمند که درمانگر طرفدار کیست، چه چیزی را درست می‌داند، و چه تغییری از آنها انتظار دارد.

**مداخله‌ها.** خانواده‌ها انتظار دارند که درمانگر مشکل آنها را حل کند، و گاه صریحاً خواستار آن می‌شوند. قبول این درخواست و دادن دستورالعمل صریح یک خطای درمانی محسوب می‌شود. احتمالاً دوستان و خویشان و برخی متخصصان قبلاً رهنمودهایی داده و ناموفق بوده‌اند و به همین خاطر است که امروز خانواده برای درمان مراجعه کرده است. درخواست خانواده بسیار و سوسه کننده است، اما احتمال شکست آن بالاست. مهمتر این که دادن دستورالعمل<sup>۴</sup> خودگردانی خانواده را سلب می‌کند و آزادی آنها را محدود می‌سازد. هدف گروه میلان ارتقاء خودگردانی و آزادی است، نه محدود کردن آن. به علاوه، هیچ کس پیچیدگی‌های زندگی دیگری را آن قدر نمی‌داند که از اوج صلاح آنها مطمئن باشد.

اگر پیشرفت درمان مطلوب نباشد، دو راه برای پی بردن به وضعیت وجود دارد. یکی وسعت دادن به حیطة مشاهده یا گسترش دادن سیستم<sup>۵</sup> تحت نظر درمانگر، و دیگری افزودن منابع گروه<sup>۶</sup> درمان. لذا هر جزئی از سیستم درمانگر-خانواده را می‌توان برای ارزیابی مجدد سیستم درمانی تغییر داد. بسط سیستم درمانی در صورتی است که استنباط درمانگر این باشد که برخی عناصر مهم برای درک الگوی مشکل را از قلم افتاده است. بسط حیطة خانواده با پرداختن به خانواده اصلی و یا شبکه اجتماعی خانواده، مانند دوستان صورت می‌گیرد که اگر لازم باشد به جلسات درمان هم دعوت می‌شوند. تماس با خانواده اصلی غالباً در تداوم

1. metachange

2. metagoal

3. self-healing capacity

4. giving directives

5. expanding the size of the system

6. expanding the resources of the team

نقشه‌های «از دور خارج شده» که عامل الگوهای مشکل زای فعلی است، نقش کلیدی دارد. البته درمانگر نباید آن قدر غرق خانواده شود که از پیوندهای برون خانوادگی غافل بماند. مثلاً متخصصان یاوری ممکن است عمیقاً با خانواده درگیر باشند. از این جهت بررسی خانواده و رای آن مهم است، زیرا به خانواده به عنوان جزئی از کل، توان آزاد شدن برای تغییر خودجوش تر را می‌بخشد. در چنین شرایطی هدف مداخلات می‌تواند سیستم خانواده و شبکه‌ی مربوط به آن باشد.

روش دیگر برای بررسی فقدان تغییر درمانی در رویکرد میلان، بسط منابع درمانگر یا تیم درمان است. درمانگر با برنگری و مشورتگری، دروندادهای بیشتری کسب می‌کند که ذهنیت درمانی او را بسط داده و ظرفیت دیدگاه‌های بدیل را بالا می‌برد. خانواده و اعضای آن از قدرت اغوای زیادی برخوردارند و می‌توانند برداشت‌ها و تبیین‌های خود را درباره‌ی ماهیت مشکل به درمانگر یا تیم درمان بقبولانند. غالباً برآورد انتظارات درمانگر برای تغییر از نظر دور می‌ماند. این فرض درمانگر که خانواده باید تغییر کند، در عمل وضعیت را ثابت نگه می‌دارد. در بعضی از خانواده‌ها، هرچه درمانگر بیشتر برای تغییر تلاش می‌کند، خانواده کمتر تغییر می‌کند. در بعضی خانواده‌ها هم هرچه درمانگر بیشتر سعی می‌کند عقاید خانواده را تغییر دهد، خانواده هم بیشتر سعی می‌کند عقاید درمانگر را تغییر دهد. الگوی اخیر از نوع روابط متقارن<sup>۱</sup> است که در آن هر یک از طرفین سعی می‌کند دیگری را تغییر دهد. در چنین شرایطی تیم میلان تمرکز را بر درمان کردن «نیاز درمانگر به کمک کردن» خانواده می‌گذارد تا خانواده بتواند بنا به خواست خود تغییر کند. زاویه دیگر نگاه به این قضیه آن است که سیستم خانواده و سیستم درمان نتوانسته‌اند الگویی برای تعامل خود پیدا کنند که تحول دو جانبه‌ی آن ارضاءکننده باشد.

### جمع‌بندی

مشخصه‌ی بارز رویکرد میلان این است که درمانگر در موضع مشاهده‌گر فرایند تعامل سیستم موقت خانواده/درمانگر است. همین موضع همزمان مشاهده‌گر اثرات رفتارهای خاص و نیز مشارکت‌کننده/عامل بودن، است که تغییر را ممکن می‌سازد. پیچیدگی شناخت‌شناسی سیبرنتیک مرتبه‌ی دوم که بیتسون (۱۹۷۹) دنبال آن بود در همین نکته نهفته است.

1. symmetrical relationships

روش مشاوره‌ای گروه میلان به شیوه‌ای است که اطلاعات نهفته در خانواده را آشکار می‌کند؛ و با روش‌های نوآورانه خود قابلیت خانواده را برای یافتن راه‌حل‌های عاری از نشانه مرضی تسهیل می‌کند.

روش کار تیمی گروه میلان هر روز مورد استفاده تعداد بیشتری از متخصصان قرار گرفته است.

## منابع

ثنائی، ب. (۱۳۸۶). سیبرنتیک مرتبه اول و دوم در مشاوره و درمان خانواده. مجموعه مقالات مشاوره خانواده و ازدواج. پنجمین سمینار انجمن مشاوره ایران. تهران: سازمان مرکزی انجمن اولیاء و مربیان.

Barker, P. (2007). *Basic Family Therapy*. New York: Wiley-Blackwell.

Bateson, G. (1972). *Step to an Ecology of Mind*. San Francisco: Chandler.

Bateson, G. (1979). *Mind and Nature: A Necessary Unity*. New York: Dutton.

Burbatti, G. & Formenti, L. (1995). *The Milan Approach to Family Therapy*. New York. Jason Aronson.

Gelcer, E.; McCabe, A. & Smith-Resnick, C. (1990). *Milan Family Therapy: Variant and Invariant Methods*. New York: Rowman & Littlefield.

Selvini Palazzoli, M. (1980). Why a Long Interval between Sessions? The Therapeutic Control of the Family-Therapist Supra-System. In M. Andolfi and Zwerling (eds.) *Dimensions of Family Therapy*. New York: Guilford.

Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. and Prata, G. (1977). Family Rituals: A Powerful Tool in Family Therapy. *Family Process*, 16, 445-453.

Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. and Prata, G. (1980 a). Hypothesizing-Circularity- Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of a Session. *Family Process*, 19, 3-12.

Selvini Palazzoli, M.; Boscolo, L.; Cecchin, G. and Prata, G. (1980 b). The Problem of the Referring Person. *Journal of Marital and Family Therapy*, 6, 3-9.

Selvini Palazzoli, M.; and Prata, G. (1982). Snares in Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 8, 443-450.

Watzlawick, P., Weakland, J.H., & Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York: Norton.