



## اثر بخشی خانواده درمانی

حوریه ارجمند<sup>۱\*</sup>، شراره یزدان پناه<sup>۲</sup>

۱- دانشجوی کارشناسی پیوسته روان شناسی

۲- کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی

### چکیده

خانواده درمانی مداخله‌ای است که بر تغییر تعاملات بین اعضای خانواده متمرکز است و در آن تلاش می‌شود کارکرد خانواده به عنوان واحدی متشکل از تک تک اعضای خانواده بهبود یابد. در خانواده درمانی هدف درمانگر، شناسایی مشکل، بررسی روابط بین اعضای یک خانواده، بررسی نقش و وظایف اعضای خانواده نهایتاً تغییر ساختار خانواده با استفاده از تکنیک موجود و تخصصی است. خانواده از مشکلات متعددی همچون اختلافات زناشویی، مشکل در ارتباط با فرزند نوجوان، افت تحصیلی فرزندان، ازدواج فرزندان، اعتیاد یکی از والدین، مشکلات رفتاری فرزندان خردسال، مشکلات اخلاقی والدین و یا فرزندان و یا غیره رنج می‌برند. اختلافات زناشویی یکی از مشکلاتی است که خانواده امکان دارد از آن رنج برد.

**کلمات کلیدی:** خانواده درمانی، خانواده درمانی ساختاری، موری بوین، زوج درمانی



مقدمه:

تاریخچه خانواده درمانی و شکل گیری رویکردهای مختلف خانواده درمانی :

سال های قبل از دهه ۱۹۴۰

- تاکید بر فرد، منابع اجتماعات و روان تحلیل گری بود.
- مهارت های تربیت فرزند/ زندگی خانوادگی را گروفس، آدلر و موسسات همتراز خانه آموزش می دادند. مشاوره ازدواج توسط استون، مود و پوپنو آغاز شد.
- شورای ملی روابط خانوادگی در سال ۱۹۳۸ شروع به کار کرد.

۱۹۴۹- ۱۹۴۰

- انجمن مشاوران زوج درمانی آمریکا در سال ۱۹۴۲ تاسیس شد.
- میلتون اریکسون روش های درمانی را رواج داد که در مراحل بعد، از سوی خانواده درمانی پذیرفته می شود.
- اولین اثر درباره ی زوج درمانی (روابط زناشویی) همزمان توسط میتل من در ۱۹۴۸ منتشر شد.
- مطالعه خانواده های اسکیزوفرنیک توسط لیدز، لایمن و این، صورت گرفت.
- جنگ جهانی دوم، برای خانواده ها استرس فراوانی به وجود آورد.

۱۹۵۹- ۱۹۵۰

- آکرمن رویکرد روان تحلیلی را برای کار کردن با خانواده ها مطرح کرد:
- گروه بیتسون مطالعه الگوهای ارتباط را در خانواده آغاز کردند.
- موسسه تحقیقات روانی توسط جکسون در سال ۱۹۵۹ شروع به کار کرد.
- ویته کر اولین کنفرانس را درباره خانواده درمانی در ایسلند در سال ۱۹۵۵ برگزار کرد.
- بوون پروژه NIMH را درباره مطالعه ی خانواده های دارای اعضای اسکیزوفرنیک آغاز کرد.
- بوزومنی-نگگی کار بر روی درمان در بافت را شروع کرد.

۱۹۷۹- ۱۹۶۰

- هیلی رویکردهای درمانی اریکسون را پالایش و معرفی کرد. و به کلینیک راهنمایی کودک نقل مکان کرد.
- اولین نشریه در خانواده درمانی به نام فرایند خانواده منتشر شد.
- شبکه ی خانواده درمانی شروع به کار کرد.
- انجمن طرفدار زوج درمانگران و خانواده درمانگران در این سال ها فعالیت می کرد.



- انجمن خانواده درمانی میلوایکی (ویسکانسین) در دهه ۱۹۷۰ و با رویکرد راه حل محور، شروع به کار کرد.
- کتاب اضمداد و اضمداد متقابل توسط گروه میلان منتشر شد. نفوذ خانواده درمانگران از کشورهای دیگر در آمریکا آغاز شد.
- جی هیلی کتاب درمان نامتعارف و روان درمانی خانواده را منتشر کرد.

۱۹۸۰-۱۹۸۹

- اعضای انجمن طرفدار زوج درمانگران و خانواده درمانگران، به ۱۴۰۰۰ عضو رسید.
- نظریه پردازان فمینیست، به رهبری هار-موسستین مفروضه‌های خانواده درمانی را به تدریج زیر سوال بردند.
- بخش "روانشناسی خانواده" در انجمن روانشناسی آمریکا تاسیس شد.
- انجمن بین‌المللی مشاوران ازدواج و خانواده در انجمن مشاوره آمریکا تاسیس شد.
- رهبران جدیدی در خانواده درمانی ظهور کردند که بسیاری از آنها زن بودند.
- شیوه‌های تحقیق در خانواده درمانی متداول شد و مورد بازبینی قرار گرفت.
- حجم انتشارات در خانواده درمانی چند برابر شد و نشریات ادواری رسانه‌ای خانواده درمانی به ۵۰۰۰۰ رسید.

۱۹۹۰

- خانواده درمانی‌های راه حل محور، فراگیر شدند. در کنار آن، رویکرد حمایتی وایت واپستین معرفی شد.
- رشد عضویت متخصصان انجمن‌های خانواده درمانی روزافزون بود.
- اعتباربخشی به برنامه‌ها و تلاش برای صدور پروانه در سطح استانی افزایش یافت.
- مراقبت بهداشتی اصلاح شد و جایگاه فراهم کننده اصلی بهداشت روانی به طرز فزاینده‌ای اهمیت پیدا کرد.
- تنش بین انجمن‌های تخصصی در خانواده درمانی بیشتر شد.
- روند کار در این دهه عبارت بود از عدم سرسپردگی به مکاتب خانواده درمانی و حرکت به سوی یکپارچگی و وحدت. به دنبال آن، علاقه‌ی مجددی به نظریه سیستم‌ها به وجود آمد. در کار با خانواده به کار کردن زبان و معانی زبان توجه شد.
- "خانواده (Family)" به عنوان یک سیستم اجتماعی، شامل گروهی از افراد است که از طریق ازدواج، تولیدمثل و پرورش فرزندان با هم زندگی می‌کنند. این سیستم و سازمان اجتماعی در طول تاریخ نقش حیاتی برای رشد و پیشرفت و اجتماعی شدن نوع انسان ایفا کرده است. خانواده بدون شک مهم‌ترین سازمانی است که بستر ساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کودک و عامل رسیدن وی به تعادل (فیزیکی، روانی و اجتماعی) است (وود، ۱۹۹۶). اجتماعی شدن و آشنایی با قوانین، نقش‌ها و ارزش‌های فرهنگی به طور طبیعی در خانواده صورت می‌پذیرد (وتر و گیل ۱۹۸۷)؛ و کودک در تعاملات ابتدایی خود با خانواده به یک موجود اجتماعی تبدیل می‌شود. به همین دلیل هم از دیرباز عملکرد خانواده مورد توجه روان‌شناسان بوده است (والش، ۱۹۹۳).



اما خانواده نه تنها یک سیستم است، بلکه به عنوان یک زیرسیستم از جامعه انسانی نیز محسوب می‌شود و عواملی از قبیل نژاد، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، آموزش، نقش جنسی، کشور محل اقامت، مهاجرت، مذهب، ارتباطات سیاسی و مرحله چرخه زندگی خانواده، بر آن تاثیر می‌گذارد (کاسلو و همکاران، ۱۹۹۵).

پیچیدگی ناشی از نحوه تاثیر و تعامل این عوامل متعدد در شکل‌گیری ماهیت و مفهوم خانواده در هر فرهنگ، تعریف "عملکرد خانواده (Family Functional)" یا "ناکارآمدی خانواده (Dysfunctional)" را مشکل می‌سازد (والش، ۱۹۹۳).

"کارآمد" اساساً به معنی "کارآ (Workable)" است. این مفهوم به قضاوت درباره سودمندی الگوهای خانواده در کسب هدف‌ها اشاره دارد. ناکارآمدی به الگوهای خانوادگی ناسودمند و ترسیم تعاملات همراه با استرس و رفتارهای مرضی برمی‌گردد. در موقعیت‌های مشکل‌ساز، فشارزا یا تنش‌آمیز خانواده‌ها استرس را تجربه می‌کنند و اعضای خانواده در این شرایط احساس ناراحتی، تنش و عجز می‌کنند. موقعیت استرس‌زا ممکن است سیستم خانواده را مختل کند، مگر این که خانواده بتواند الگوی ناکارآمد موجود خود را با شرایط جدید تطبیق دهد و آن را اصلاح نماید (بالارد، ۱۹۷۹). مک کویین و همکاران (۱۹۸۰) خاطر نشان کرده‌اند استرس‌هایی که خانواده‌ها با آن‌ها مواجه هستند به دو نوع تقسیم می‌شوند: طبیعی و غیرطبیعی. در این نگرش استرس «طبیعی» خانواده در ارتباط با دوره‌های انتقالی به دوره والد شدن، جداسازی فرزندان، بازنشستگی و مانند آن برمی‌گردد.

استرس‌های «غیرطبیعی» خانواده همراه با جنگ، بلایا، بیماری، از دست دادن عضوی از خانواده، مهاجرت و غیره است. (به نقل از موسوی، ۱۳۸۲).

واقعیت این است که اگر یکی از اعضای خانواده دارای اشکال رفتاری - روانی باشد، می‌توان رد پای آن را در روابط خانوادگی جست‌وجو کرد. در بسیاری از موارد اشکال رفتاری عضو خانواده مانند کودک یا نوجوان مستقیماً از روابط غلط خانوادگی سرچشمه می‌گیرد. (احمدی، ۱۳۸۴).

سال‌ها قبل، عده‌ای از روان‌درمان‌گرها متوجه شدند که درمان کودکان بهانه‌ای برای والدین است تا خودشان جهت "مصاحبه‌های درمانی" به درمانگاه مراجعه نکنند.

بسیاری از متخصصان بالینی از روی حدس متوجه شده بودند این خیلی بی‌معنی است که هفته‌ای دو ساعت روی کودک کار کنند و بعد او را به خانه‌ای بفرستند که تغییر نکرده است (محیطی که در ایجاد مشکل وی نقش داشته است). در نتیجه، گفت‌وگو با والدین در هنگام بازی کردن کودک در اتاق بازی درمانگاه متداول شد. درحقیقت بسیاری از متخصصان بالینی متقاعد شدند که این مصاحبه‌ها نقش موثری در بهبود رفتار کودکان بازی می‌کنند تا تجربه‌های اتاق بازی. خانواده‌هایی که دارای کودکان علامتی (بیمار) هستند، معمولاً خواسته‌های ضد و نقیضی (Contradictive) از درمانگر دارند و خواهان آن هستند که نشانه‌های مرضی، بدون ایجاد هرگونه تغییر در سیستم آنان تغییر یابد. نحوه برخورد درمانگر با این گونه تناقض‌ها،



استفاده از یک رشته تعاریف دوباره جدی و موثر است که به گونه‌ای نشانه مرضی را به سیستم ربط می‌دهد که شخص نمی‌تواند بدون ایجاد تغییر در دیگری در خود تغییری ایجاد کند. با انجام چنین کاری درمانگر امکان یک گفت‌وگوی درمانی را فراهم می‌سازد. در چنین گفت‌وگویی موضوع اصلی، دیگر نحوه رفع نشانه مرضی نیست، بلکه محور بحث حول عواقب حذف نشانه مرضی می‌چرخد. بدین معنی که گفت‌وگوی درمانی دیگر محدود به بررسی مشکل و مسائل مربوط به آن، مانند بیمار کیست؟ علت آن چیست؟ و چه طور می‌توان از دست آن خلاص شد؟، نمی‌شود. بلکه مسئله اصلی مورد بحث این است که سیستم خانواده چگونه قادر است بدون آن مشکل به کار خود ادامه دهد؟ چه کسانی در غیاب آن مشکل متاثر خواهند شد؟ چگونه تحت تاثیر آن قرار می‌گیرند و بالاخره این که این بار چه کار خواهند کرد؟

از طریق این گونه تعریف دوباره مدون، ذهن اشخاص دچار بحران و تلاطم مفهومی می‌شود و به تبع آن خانواده به طور فزاینده‌ای حس می‌کند که نظم دادن از طریق نشانه مرضی دشوار می‌باشد و برای نظم بخشیدن به شیوه دیگری روی می‌آورد (مینو چین و فیشمن، 1381) این تجربه‌های بالینی راه را برای ظهور جنبش خانواده درمانی هموار کردند (فریس 2002).  
تعریف خانواده درمانی:

خانواده درمانی مداخله‌ای است که بر تغییر تعاملات بین اعضای خانواده متمرکز است و در آن تلاش می‌شود کارکرد خانواده به عنوان واحدی متشکل از تک تک اعضای خانواده بهبود یابد. بالینگری که به خانواده درمانی می‌پردازد می‌کوشد الگوهای بین نسلی غیرقابل انعطافی را که سبب ناراحتی در درون افراد یا در روابط بین فردی می‌شود، درهم بشکند. در خانواده درمانی می‌توان دغدغه‌های هر یک از اعضای خانواده را مطرح نمود. اما این روش درمانی بیشتر بر روی کودکان موثر است. زیرا واقعیت روزمره کودکان مستقیماً تحت تاثیر بافت خانواده قرار دارد.  
مسائل نظری:

بنابراین نظریه نظام خانواده (Family System Theory)، خانواده واحدی است که به طوری عمل می‌کند که اعتدال (هومئوستاز) تعامل هایش به هر قیمتی حفظ شود. در خانواده درمانی هدف آن است که الگوهای اغلب پنهانی که تعادل این گروه را حفظ می‌کند، آشکار و گروه به مقاصد این الگو پی ببرد. خانواده درمانگران عموماً معتقدند عضوی از خانواده که برچسب بیمار به او تعلق گرفته، کسی است که از نظر خانواده "مشکل" تلقی می‌شود، باید سرزنش گردد و لازم است کمک شود. حال آن که هدف خانواده درمانگر آن است که به خانواده کمک کند که دریابند علائم آن فرد بیمار، فی‌الواقع در خدمت کارکرد محوری خانواده یعنی حفظ اعتدال آن بوده است. در فرآیند خانواده درمانی الگوهای ارتباطی تکرار شونده و نهایتاً قابل پیش‌بینی کشف می‌شود که رفتار فردی را که بیمار تلقی شده، تداوم می‌بخشد و نیز بازتاب آن است.  
وجه لاینفک نظریه نظام خانواده درجاتی از این اعتقاد است که رابطه زن و شوهر قویاً بر ماهیت نظام اعتدالی خانواده اثر می‌نهد.



یکی از خانواده درمانگران صاحب نظر این مفهوم را به این صورت بیان کرده است که زن و شوهر "معماران خانواده‌اند" (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).  
سیر تحول خانواده درمانی:

خانواده درمانی در اواسط قرن بیستم به عنوان یک درمان مشهور شناخته شد. بخشی از این تاخیر معلول سلطه طویل‌المدت روان‌کاوی بود (فیرس، ۲۰۰۲). روان‌کاوی آن گونه که فروید بدان شکل داده بود، نقش روابط خانوادگی در رشد شخصیت را قبول داشت؛ هر چند فنون درمانی آن فردگرا بود. "آکرمن" کسی بود که صورت‌بندی‌های روان‌کاری را در بررسی خانواده به کار گرفت و لذا یکی از بنیان‌گذاران خانواده درمانی به شمار می‌آید. "آدلر" و "سالیوان" نیز بر این حوزه رشد تاثیر گذاشته‌اند. نظریه عمومی سیستم‌ها که توسط زیست‌شناسی به نام "برتلانفی" پیشنهاد شده است، پدیده‌های ظاهرا بی‌ارتباط را مولفه‌های یک نظام کلی "خود تنظیمی" می‌داند که دائما در جست‌وجوی حالت استقرار در موقعیت‌های متغیر است. در مورد خانواده تاکید بر این موضوع است که اجزا چگونه یک کل را می‌سازند؟ چگونه سازمان می‌یابند و چه طور با هم تعادل دارند؟ (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۱۳۸۶). همچنین دو دیدگاه رفتارگرایی و انسان‌گرایی راه را برای ظهور درمان‌های دیگری در خانواده درمانی هموار کردند. از مشکلات افراد تفسیرهای سیستمی به عمل آمد و مشکلات آنان تظاهر یک اختلال خانوادگی در نظر گرفته شد. این دیدگاه جدید در مورد مشکلات بالینی بیش از هر جایی در مفهوم‌بندی اختلالات روانی شدیددی چون اسکیزوفرنی مشهود بود. "تئودور لیدز" و گروه تحقیقاتی وی در سبب‌شناسی اسکیزوفرنی، نقش خانواده را مطرح کرده‌اند. وقتی زن و شوهری نمی‌توانند نیازهای روانی و هیجانی یکدیگر را رفع کنند، یکی از آنها اتحاد بیمارگونه‌ای با فرزندش برقرار می‌کند و در نهایت اسکیزوفرنی وی را تسریع می‌کند.  
مشاهدات "باون" (۱۹۶۰) روی بیماران مبتلا به اسکیزوفرنی که همراه با پدر و مادرشان برای مدتی در بیمارستان زندگی می‌کردند، وی را به این نتیجه رساند که کل واحد خانواده بیمار است، نه بیمار. (فیرس، ۲۰۰۲)  
خصوصیات کلی خانواده درمانی:

خانواده درمانی دارای خصوصیتی است که آن را از درمان انفرادی متمایز می‌کند. برای مثال، اعضای خانواده دارای ملاک قضاوت، پیشینه و زبان مشترکی هستند که ممکن است برای درمانگر ناآشنا باشند. درمانگر باید با نقش‌های خانواده و خرده فرهنگ مخصوص آن آشنا شود. سپس از این آشنایی در جهت ارتباط با اعضای خانواده یا رویارویی با آنان استفاده کند. در عین حال درمانگر باید گسلش عاطفی خود را حفظ کند و یک بخش خانواده را به نفع بخش دیگر رها نکند. البته این کار دشواری است. چون اعضای خانواده غالبا درمانگر را وارد منازعات خود بر سر قدرت یا دفاع‌های خویش در برابر ارتباط آزاد می‌کنند. یکی از بخش‌های معمول خانواده درمانی، اخذ شرح حال و سنجش است. مشکل فعلی باید مطرح و بررسی شود. ممکن است پسر خانواده بزه‌کار باشد یا دختر خانواده روابط جنسی متعددی داشته باشد. بررسی تفسیر هر یک از اعضای خانواده از مشکل، کار جالب و از لحاظ تشخیصی کار مهمی است. معمولا شرح حال خانواده گرفته می‌شود. این کار نیز



می تواند تبعاتی داشته باشد. وقتی مشکل خانواده در چارچوب خانواده های پدری والدین خانواده و زندگی دوران تجرد و ازدواج آنان مورد بررسی قرار می گیرد، شیوه ارتباط کودکان بهتر و درک آنان بیشتر می شود. طرح یک چشم انداز کلی از سابقه و پیشینه خانواده - پدر بزرگ ها و مادر بزرگ ها و هدف ها، آرزوها، ترس ها و ضعف های آنان - قوه درک همدلی و تحمل اعضای خانواده را افزایش می دهد. به این ترتیب ملاک قضاوت جدیدی فراهم می آید.

کودک به تدریج می فهمد که قربانی شدن آرزوهای مادر در پای خانواده، برای مادرش چه معنایی و پدرش چه برداشتی از سوء رفتار پدر خود داشته است. والدین در محیط کنترل شده خانواده درمانی (با بررسی وضعیت فعلی فرزندان شان) به یاد فشار همسالان روی خودشان می افتند (فیرس، ۲۰۰۲).

خانواده درمانی ساختاری:

ساختار گرایان برای بررسی سنجش خانواده عمدتاً می کوشند به ساختار و الگوهای تبدلی جاری آن توجه کنند. آنها به بستر و یا زمینه اجتماعی که رفتار بدکار خود را در آن نشان می دهد، توجه خاصی دارند.

موضوع اصلی ساختار گرایان در ارزیابی خانواده:

۱- سازمان مرتبه ای خانواده ۲- توانایی خرده نظام ها در اجرای کارکردهای خود ۳- اتحادها و تبانی های احتمالی خانواده ۴- نفوذ پذیری مرزهای فعلی و انعطاف پذیری یا ناپذیری آن در شرایط مقتضی.

به طور کلی ارزیابی توان خانواده برای تغییر الگوهای تبدلی کهنه و یا از کار افتاده در راس امور قرار دارند. هدف اصلی هر ارزیابی از نظر ساختار گرایان تدوین یک نقشه ورود به خانواده، انطباق با شیوه مرسوم آن در رو به رویی با مسائل و به محض ورود طرح ریزی مداخله های درمانی است.

فنون مداخله ساختاری:

کوشش های درمانی و ساختاری معطوف به زمان حال هستند و بر این اصل تکیه دارند که عمل مقدم بر شناخت است. از لحاظ درمانی نوک پیکان آنها متوجه الگوهای تعامل خانوادگی است که اعضای خانواده را و می دارد از نشانه های بیمار آشکار فراتر روند و از این رهگذر بتوانند کل رفتار خود را در بستر ساختارهای خانواده بیابند.

به نظر مینوچین ساختار گرایان برای بررسی و حذف ساختارهای انعطاف ناپذیر که کارساز نیستند، رهبری، هدایت و تشویق خانواده را به عهده می گیرند. به نظر مینوچین و همکاران وی، موثرترین راه برای تغییر رفتار بدکار و حذف نشانه های بیمارگون، تغییر الگوهای تبدلی ای است که این رفتار و علائم را حفظ می کنند.

الف) الحاق

الحاق یعنی همسازی درمانگر با سازمان و سبک خانواده. الحاق نوعی رابطه حسنه و ایجاد اعتماد است. استفاده از خویشتن در سیستم درمانی پر قدرت ترین ابزار در روند ایجاد تغییر در خانواده است.



خانواده درمانگران در درمان، شخصی جالب و با نشاط و تا حدودی حقیقی هستند که وارد خانواده می شوند و خود را با سازمان خانواده منطبق می کنند و نمی گزارند آنها را نادیده بگیرند و اعضای خانواده را وادار می کند تا با شیوه های برگزیده آنها مطابقت داشته باشند. ساختار گراها در آغاز از سبک عاطفی خانواده تبعیت می کنند. ساختار گرایان عمداً افرادی ملعبه گر هستند و مجموعه ی طرحها و شیوه های مداخلاتی دقیقی را که به قصد بر هم زدن تعادل سازمان کنونی خانواده طراحی شده اند، تعقیب می کنند. مینوچین توصیه می کند که درمانگران ابتدا به خانواده بپیوندند تا تجربه دسته اولی از فشارهای خانواده داشته باشند. به محض ملحق شدن در جستجوی حیطه های انعطاف پذیر و قابل تغییر، به سراغ ساختار خانواده بروند.

۴ روش برای پیوستن به خانواده در رویکرد ساختی وجود دارد:

۱- رد گیری:

در رد گیری درمانگر از محتوای حرفهای خانواده یعنی حقایق پیروی می کند. درمانگر نماد های زندگی خانواده ( مضامین زندگی، ارزش ها، رویداد های مهم خانواده ) را که از فحوای پیام رسانی اعضا به دست آمده می گیرد و عمداً آنها را در گفتگو با خانواده مورد استفاده قرار می دهد. در ساده ترین شکل رد گیری عبارت است از طرح سوال های تصریح کننده، ارائه نظرهای تصریح کننده و یا شرح و تفصیل یک نکته.

۲- تقلید یا شبیه سازی:

درمانگران از روش یا محتوای ارتباطی خانواده، مانند آنها می شوند. یعنی تقلید سبک، نحوه و دامنه عاطفی خانواده را به کار بردن. برای مثال شوخی کردن با خانواده اهل شوخی. درمانگران برای برون سازی سبک و حیطه عاطفی خانواده از تقلید استفاده می کنند. درمانگر در تمامی امور زندگی شبیه اعضای خانواده می شود.

۳- برون سازی:

که در آن درمانگر برای رسیدن به اتحاد درمانی خانواده خودش را با خانواده سازگار می کند.

۴- تایید عضوی از خانواده:

فرایند تایید اعضای خانواده شامل استفاده از یک کلمه یا عبارت احساسی برای انعکاس احساس ابراز شده یا نشده ی آن عضو خانواده یا استفاده از توصیف عاری از قضاوت در مورد رفتار است. تایید می تواند: ۱- به صورت پاسخ همدلانه باشد ۲ - توصیفی عاری از قضاوت از اعضای خانواده باشد ۳- توصیف یکی از ویژگیهای ظاهراً منفی در یکی از اعضای خانواده همزمان با نادیده انگاشتن مسئولیت او در بروز آن خصلت باشد.

در کل درمانگر فقط می تواند به وسیله الحاق در خانواده تغییرات ساختاری به وجود آورد که متضمن کوشش درمانگر برای تماس با یکایک اعضای خانواده است. از طریق بی پرده گویی از خود، آینه کردن یا پیدا کردن یک نقطه مشترک به خانواده می توان ملحق شد.





(ب) بازسازی:

قلب رویکرد ساختاری است و متضمن تغییر ساختار خانواده است. اصلاح کردن عملکرد معمول خانواده است. ممکن است متضمن تغییر دادن نقشهای اعضای خانواده باشد تا آنچه خودمانی بوده به چیزی چالش انگیز مبدل شود. منظور از این فن آن است که عملکرد مختل شناسایی شود و با شیوه های سالم تر عجزین گردد. منطق زیر بنایی بازسازی این است که خانواده از طریق الگوهای تعادلی سلسله مراتب موجود کارسازتر شود. درمان روندی است که نحوه انجام کارها را زیر سوال می برد.

(ج) اضداد:

مداخله ی اضداد در صورت پیگیری، موفق به انجام کاری می شود که ظاهراً متضاد چیزی است که قصد انجام دادن آن کار وجود داشته است. از این فن به عنوان یک ابزار بالینی برای برخورد با مقاومت در برابر تغییر، جلوگیری از جنگ قدرت بین خانواده و درمانگر استفاده می شود.

معیار کاربرد این فن بر اساس ارزیابی درمانگران از میزان مقاومت خانواده، در برابر تغییر در آن جز از سیستم است که از طریق نشانه مرضی تنظیم می گردد. زمانی از این فن استفاده می شود که از طریق مداخله مستقیم مثل توضیح منطقی و پیشنهاد منطقی الگوهای تکراری و پایدار، مرادده ها از بین نمی رود.

موفقیت مداخله اضدادی بستگی به این دارد که خانواده تا چه اندازه با دستورالعمل درمانگر مخالفت یا پیروی کند، در غیر این صورت این فن معنای خود را از دست می دهد و موجب عقب نشینی و کنار کشیدن خانواده می شود. سه فن عمده در برابر اضداد عبارتند از:

۱- تعریف مجدد:

هدف از تعریف مجدد تغییر در برداشت خانواده از مشکلی است که با آن رو به رو است.

۲- معکوس سازی بر مبنای اطاعت - بی اعتنایی:

که در آن درمانگر یکی از اعضای خانواده را به تغییر نگرش، راجع به موضوعی حساس هدایت می کند، به این امید که موجب ارائه پاسخ متضادی از سوی عضو دیگر خانواده شود. این فن زمانی مفید است که یکی از اعضا با درمانگر همکاری کند و رفتارش را تغییر دهد و دیگری در برابر درمانگر ایستادگی کند و باعث تغییر در این فرد شود.

۳- مداخلات مستقیم مبنی بر اطاعت:

به کارگیری پند و اندرز، توضیح و تبیین، پیشنهاد، تعبیر و تفسیر و تکالیفی است که مو به مو باید اجرا شود. هدف از این مداخله: تغییر مستقیم قوانین و نقش های خانواده است.

# 8<sup>TH</sup> International conference ON PSYCHOLOGY OF EDUCATION SCIENCES AND LIFESTYLE

Tbilisi - Georgia

September 2021



Ministry of National Education  
of Turkey



Kocaeli University  
Faculty of Education

CINLU

ظریه سیستم های خانواده بوئن در اصل توسط موری بوئن در دهه ی ۱۹۷۰ مطرح شد . این دیدگاه به خاطر مرتبط ساختن ویژگی های شخصی با نقش اجتماعی مردان و بی اهمیت جلوه دادن ویژگی های مرتبط با نقش اجتماعی زنان , مورد انتقاد قرار گرفته است .

رد نظریه بوئن توسط درمانگران فمینیستی حاکی از فرصتی است که از دست داده شده است . نظریه فمینیستی به وضوح چگونگی نهفته شدن نابرابری قدرت در نقش های جنسی را بیان می کند . و دستورالعملی را برای تغییر اثر بخشی خانواده ارائه می دهد . بویژه مفهوم تمایز یافتگی بوئن به معنی یافتن تعادل میان نیاز شخص به منحصر به فرد بودن و در عین حال در همان زمان به طور عاطفی در ارتباط با افراد مهم در زندگی اش قرار دارد , روش خوبی برای کمک به تغییر زنان می باشد . موری بوئن :

موری بوئن ، یکی از طراحان خانواده درمانی بود .بخش عمده ه ای از نظریه و کاربرت او از کار با افراد اسکیزوفرنیک در خانواده ها بوجود آمد .او معتقد بود زمانی می توان خانواده ها را بهتر شناخت که از دیدگاه سه نسلی بررسی شوند زیرا الگوهای روابط میان فردی ، اعضای خانواده را در طول چند نسل مرتبط می کنند.بوئن معتقد است بسیاری از مشکلات خانوادگی به این خاطر روی می دهد که اعضای خانواده خود را از لحاظ روان شناختی از خانواده پدری مجزا نساخته اند. این امر در واقع نقطه مشترک خانواده هایی است که یک یا هر دو والد هنوز پایبند خانواده شان هستند و در تعیین روابطشان با همسر خود لازم است آن را مد نظر قرار دهند .به عبارت دیگر این والدین هنوز بخشی از « توده خود» یا «نظام هیجانی» خانواده پدریشان هستند .

درمان از نظر بوئن اساساً ترغیب خانواده خصوصاً والدین به کشف و انطباق روابطشان با والدین و همه افراد خانواده گسترده است . از جمله مفاهیم کلیدی او مفاهیم تمایز بین خود مثلث بندی هستند .  
کنیک بازگشت به خانواده

تکنیک بازگشت به خانواده در نظریه بوئن خانواده درمانگر با استفاده از تکنیک بازگشت به خانواده به فرد یا اعضای خانواده ای که با آن ها کار می کند، آموزش می دهد که برای کسب شناخت بهتر از خانواده ای که پدر آن بزرگ شده اند، به خانه بازگرد (بوئن، ۱۹۷۶). هدف این تکنیک، این است که با این گونه اطلاعات، افراد می توانند خودشان را مشخص و واضح تر متمایز سازند. چنین فرایندی با اشخاص اجازه می دهد که در درون تمامی بافت خانواده ای که جزئی از آن هستند، کامل تر عمل کنند. قبل از بازگشت به خانه، ممکن است، مرجعان برای حفظ آرامش خود به تمرین نیاز داشته باشند (بوئن، ۱۹۷۶).

مراحل رشد درمانگر در خانواده درمانی

به نظر مک کولوم (۱۹۹۰)، درمانگرانی که قبلاً در درمان فردی آموزش دیده اند، از نظر یادگیری اجرای خانواده درمانی سه مرحله رشدی را پشت سر می گذارند:

1. آن ها برای کسب مهارت های لازم برای کار با خانواده متمرکز می شوند.



2. آنها می آموزند که نظریه سیستمی را در کار بالینی خود به کار گیرند.

3. مرحله خود درمانگر است، آن‌ها بر مسائل شخصی تر در رابطه با کار بالینی از قبیل درک چگونگی تاثیر گذاری خانواده

مبدا آن‌ها بر کارشان با خانواده متمرکز می شوند.

در اصل، مرحله مهارتی اولیه با تلاش درمانگر تشخیص کاری که باید با مرجعان انجام دهد، مشخص می شود. سپس این تمرکز در مرحله نظریه به سمت تفکر تغییر جهت می دهد. در مرحله نهایی، درمانگر با استفاده از خود در بودن با یک خانواده متمرکز می شود. هر چند هر مرحله تاکید خاص خود را دارد، اما ممکن است هر از چندگاهی هر سه مرحله با همدیگر همپوشی پیدا کنند.

نتیجه گیری:

هدف از خانواده درمانی: کمک به اعضای خانواده در شناسایی و درک بهتر تاثیر رفتارهای خاص بر روی سایر افراد می باشد. در واقع خانواده درمانی کمک می کند که اعضای خانواده روش های جدیدی را در مورد ارتباط با سایر افراد و حل اختلافات، یاد بگیرند و همچنین این روش درمانی یک سری راه های ارتباطی جدیدی را مابین اعضای خانواده ایجاد می کند. انواع مختلف خانواده درمانی چه روش هایی می باشند؟

یک سری روش های مشاوره ای وجود دارند که برای تعریف خانواده درمانی مورد استفاده قرار می گیرد و عبارتند از:

۱- ساختار درمانی در تعریف خانواده درمانی

ساختار درمانی روشی است که توسط سالوادور مینوچین معرفی شده است. تمرکز این روش درمانی بر روی پنج اصل خاص می باشد.

پنج اصل خاص مربوط به ساختار درمانی عبارتند از:

درمانگر ساختاری به جای تمرکز بر روی وضعیت روانی افراد، بر روی تعاملات و بر هم کنش های بین فردی متمرکز می شود و یک ماتریس هویت (تعریف: ماتریکس هویت بر مبنای تعاملات شخصی در داخل خانواده به صورت زوج زوج می باشد) تشکیل می دهد. ساختار خانواده که بر مبنای تعاملات اجتماعی بین تک تک اعضا می باشد.

در واقع ساختار خانواده ی خوب، ساختاری است که دارای عملکرد خوب بر مبنای نحوه واکنش و توسعه خانواده و بر اساس نیازهای خانواده باشد. درمانگر خانواده، به خانواده برای رشد یافتن فراتر از محدودیت های مربوط به الگوهای رشد و توسعه یافتن به عنوان یک نهاد کمک می کند.

لذا ۵ اصل ساختار درمانی شامل:

۱. وضعیت روانی تک تک اعضای خانواده

۲. تعاملات بین فردی بر اساس ماتریس هویت

۳. تشکیل ساختار خانواده بر اساس تعامل اجتماعی



۴. توسعه خانواده و پاسخگویی به نیاز اعضای خانواده

۵. در نظر گرفتن الگوهای رشد خانواده به عنوان یک نهاد (یا یک کل منسجم)

۲-روش درمان استراتژیک. در تعریف خانواده درمانی

خانواده درمانی استراتژیک نظریه ای می باشد که از ترکیب یک سری روش های روان درمانی به دست آمده است. پنج بخش مختلف مربوط به روش درمان استراتژیک شامل: یک مرحله اجتماعی ابتدایی، مرحله مشکل، مرحله تعامل، مرحله هدف و مرحله تعیین وظیفه می باشد.

۳-روش درمان سیستماتیک:

روش درمان سیستماتیک ریشه در خانواده درمانی دارد و برخی مواقع به عنوان روش درمان سیستم های خانواده شناخته می شود.

یک سری روش های درمان سیستم های خانوادگی وجود دارند که منجر به تشکیل مفهوم فعلی روش درمان سیستماتیک شده اند.

در سال های اخیر روش درمان سیستماتیک از علیت خطی فراتر رفته است و در حال حاضر مشکلات را به عنوان واقعیتی که تحت تاثیر موارد اجتماعی و زبان شناختی قرار گرفته اند، در نظر می گیرد.

۴-روایت درمانی:

تفاوت روایت درمانی نسبت به سایر روش ها ماین است که فرد را تشویق می کند تا خود واقعیش باشد و از مجموعه مهارت خودش برای شناسایی مشکل و همچنین به حداقل رسانی مشکلات مربوط به زندگی روزمره استفاده کند.

ایده مربوط به روایت درمانی عبارت از این مورد می باشد که افراد یک سری داستان های شخصی را ایجاد می کنند و این داستان به آنها کمک می کند تا خودشان را بشناسند و همچنین به این نتیجه برسند که ابزارهای مناسبی برای زندگی شان در اختیار دارند.

نکته مهمی که در روایت درمانی وجود دارد عبارت از کمک کردن به فرد روایت کننده برای داشتن یک دید مشخص، رشد یافتن و حمایت شدن در زندگی خودش و راهنمایی کردن وی در مسیر زندگی می باشد.

۵-روش درمان میان نسلی:

روش درمان میان نسلی این توانایی را در اختیار درمانگران قرار می دهد تا تعاملات و برهم کنش های موجود مابین افراد یک خانواده را در مابین نسل های مختلف بررسی کند.

مشاهدات و تحلیل های درمانگر خانواده از تعاملات موجود به درمانگر کمک می کند تا مشکل اصلی موجود در داخل گروه خانواده را مشخص کند. درمانگر علاوه بر مشکلات موجود، همچنین موقعیت های چالش زا یا استرس زا مربوط به آینده را هم مشخص می کند.



مفاهیم مربوط به روش درمان میان نسلی به صورت مکرر توسط سایر درمانگران به کار گرفته می شود تا در دوره های درمانی برگزار شده، یک دید مناسبی از مشکلات موجود به دست بیاید.

۶-ارتباط درمانی:

درمان مشکلات ارتباطی یک نیاز رایج می باشد، به خصوص در رابطه با ارتباط درمانی و زمانی که مشکلات مابین زوجین ناشی از نبود ارتباط باشد. مشکلات ارتباطی مابین زوجین می تواند به دلیل تفاوت های موجود در پس زمینه های فرهنگی و یا تجربیات شخصی ایجاد شود.

سایر موقعیت هایی که می توانند منجر به ایجاد مشکلات ارتباطی شوند شامل:

۱. آسیب،
۲. رازداری،
۳. مشکلات سلامت روانی
۴. و غیره

گزینه های زیادی برای شناسایی مشکلات ارتباطی وجود دارند که می توانند مربوط به پیشرفت فردی یا دو فرد موجود در یک رابطه صمیمی و زناشویی باشند.

یک درمانگر آموزش دیده می تواند به یک فرد کمک کند تا در رابطه با بهترین استراتژی هایی که می تواند شامل بهبود مهارت ها و توانایی ارتباطی باشد، تصمیم گیری مناسبی داشته باشد.

استراتژی ها شامل گوش دادن فعال، ارتباط آزاد و ارتباط واسطه ای می باشد.

آموزش روان شناختی:

روش مربوط به آموزش دادن به افراد دارای شرایط سلامت روانی و خانواده های آنها به منظور کمک به آنها برای قوی شدن و حمایت از شرایط موجود، آموزش روان شناختی نامیده می شود.

آموزش روان شناختی یک ابزار قوی در برابر بدنام سازی مربوط به شرایط سلامت روانی و افرادی می باشد که به صورت روزمره با چنین چالش هایی مواجه هستند.

آموزش روان شناختی برای چهار هدف گسترده از ذهن تعریف شده است:

- مبادله اطلاعات؛
- تجویز دارویی و حمایت درمانی؛
- آموزش و حمایت به صورت خود کمکی؛
- دسترسی به یک محیط ایمن به منظور بیان کردن احساسات درونی و خالی کردن خود

مشاوره رابطه ای:



تنها مشکلات ساده و راحت موجود در زندگی شما که می توانند منجر به ایجاد استرس شوند یا یک سری محدودیت هایی را برای هر رابطه ای ایجاد کنند، صرفاً مربوط به مشکلات رابطه ای نمی باشند.

سایر مشکلاتی که می توانند منجر به بروز استرس شوند شامل بیماری مزمن، نبود ارتباط موثر، تفاوت های فرهنگی، خیانت و نبود کلی اعتماد می باشد.

معمولاً مشاوره ارتباطی زمانی ایجاد می شود که یک زوج تلاش می کند تا مشخص کند که آیا بر روی رفع مشکلاتشان کار کنند و به روابط مشترک ادامه دهند یا اینکه باید از رابطه موجود صرف نظر کنند.

یک سری از روش های درمانی دیگری هم وجود دارند که در این مقاله بیان نشده اند و عبارت از هدایت کردن، نظریه سیستم ها، واقعیت درمانی، جنوگرام و سایر موارد می باشند.

به منظور به دست آوردن اطلاعات بیشتر در رابطه با این روش های درمان یا روش های درمانی که در بالا لیست شده اند، با یک درمانگر خانواده مشورت کنید.



## منابع :

- آرتور اس. ربر. (۱۹۹۵). فرهنگ روان شناسی. ترجمه یوسف کریمی و همکاران (۱۳۹۰)، انتشارات رشد، تهران.
- جرالد کوری (۲۰۰۵). نظریه و کاربرد مشاوره و روان درمانی (ویراست هفتم). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۸۷)، انتشارات ارسباران، تهران.
- احمدی، سید احمد (۱۳۸۴). مقدمه ای بر مشاوره و روانشناسی. اصفهان. نشر دانشگاه اصفهان .
- سانتراک، جان دبلیو. (۱۳۸۵). زمینه روانشناسی. ترجمه مهرداد فیروزبخت. تهران. انتشارات رسا .
- فیرس، ای. جری و تیموتی، جی . ترال. (۱۳۸۵). روان شناسی بالینی. ترجمه مهرداد فیروزبخت و سیف الله بهاری. تهران. انتشارات رشد .
- کاپلان و سادوک. (۱۳۸۵). خلاصه روانپزشکی. ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران . انتشارات ارجمند .
- گلدنبرگ، ایرنه و گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۸۶). خانواده درمانی . ترجمه حمیدرضا حسین شاهی برواتی و همکاران. تهران. انتشارات روان .
- موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۲). خانواده درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی. تهران. انتشارات دانشگاه الزهراء، پژوهشگاه زنان .
- مینوچین، سالوادور و فیشمن، اچ. چارلز. (۱۳۸۱). فنون خانواده درمانی. ترجمه فرشاد بهاری و فرح سیا. تهران. انتشارات رشد .
- مینوچین، سالوادور. (۱۳۷۳). خانواده و خانواده درمانی. ترجمه باقر ثنایی. تهران. انتشارات امیرکبیر .
- Askari, Mahin. (2012). Comparison the effects of communication and conflict resolution skills training on marital satisfaction. *International Journal of Psychological Studies*, 4. 182-195
- Berger, K. A., Lynch, J., Prows, C. A., Siegel, R. M., & Myers, M. F. (2013). Mothers' perceptions of family health history and an online, parentgenerated family health history tool. *Clinical Pediatrics*, 52, 74-81.
- Chung, H., & Gale, H. (2006). Comparing self-differentiation and psychological well-being between Korean and European American students. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 28, 367-381.
- Regina, W.F. (2011). *Applying family systemstheory to mediation: A practitioner's guide*. Lanham, Boulder New York: University Press of America, Inc.
- Skowron, E. A. & Dendy, A. K. (2004). Differentiation of self and attachment in adulthood. *Journal of Contemporary Family Therapy*, 26, 337-357.