

درس نامه خانواده درمانی و زوج درمانی

کاربست های بالینی

جلد اول

فهرست اجمالی

جلد یک

بخش ۱: مقدمه

۱: خانواده‌درمانی: نظریه و درمان: مرور

بخش ۲: خانواده‌درمانی: نظریه‌ها و فنون

خانواده‌درمانی: پیش‌گفتار

۲: خانواده‌درمانی بافتی

۳: درمان سازه‌نگر: از راهبردی، تا سیستمی، و روایتی

۴: خانواده‌درمانی روان‌پویشی

۵: نظریه و کاربرست سیستم‌های چندنسلی خانواده بوئن

۶: خانواده‌درمانی بافتی

۷: خانواده‌درمانی رفتاری

۸: خانواده‌درمانی روان‌آموزشی

۹: مداخله شبکه اجتماعی

۱۰: خانواده‌درمانی حساس به جنسیت

۱۱: فنون خانواده‌درمانی

خانواده‌درمانی: پس‌گفتار

بخش ۳: سنجش خانواده

۱۲: مصاحبه اولیه و تشخیصی خانواده

۱۳: سنجش خانواده

۱۴: چرخه زندگی خانواده

۱۵: خانواده‌های کارآمد و ناکارآمد

۱۶: تشخیص اختلالات ارتباطی خانواده

بخش ۴: خانواده‌درمانی با کودکان و

نوجوانان

۱۷: خانواده‌درمانی با کودکان و نوجوانان

۱۸: خانواده‌درمانی با کودکان

۱۹: آموزش مدیریت والدین

جلد دو

بخش ۵: زوج‌درمانی

۲۰: زوج‌درمانی مرور

۲۱: زوج‌درمانی روان‌پویشی

۲۲: زوج‌درمانی رفتاری

۲۳: خانواده‌های طلاق

۲۴: خانواده‌های ازدواج مجدد

۲۵: غنی‌سازی زناشویی در کاربرست بالینی

۲۶: درمان مسائل جنسی

بخش ۶: خانواده‌درمانی با اختلالات گوناگون

۲۷: متغیرها و مداخله‌های اسکیزوفرنیا

۲۸: افسردگی و خانواده

۲۹: خانواده‌درمانی و بستری روان‌پزشکی

۳۰: اتحادیه ملی بیماری‌های روانی و روان‌پزشکی خانواده

۳۱: خانواده‌های الکلی و دارای سوءمصرف مواد

۳۲: خانواده‌درمانی اختلالات شخصیت

۳۳: تأثیر فرهنگ و نژاد بر خانواده‌درمانی

۳۴: خانواده‌درمانی پزشکی

بخش ۷: پژوهش در زوج‌درمانی

و خانواده‌درمانی

۳۵: وضعیت کنونی پژوهش در خانواده‌درمانی

۳۶: پژوهش در زوج‌درمانی وضعیت کنونی

۳۷: سخن پایانی و جهت‌گیری‌های آتی

فهرست

معرفی نویسندگان ۱۱

بخش ۱: مقدمه

۱. خانواده‌درمانی ۱۵

بخش ۲: خانواده‌درمانی: نظریه‌ها و فنون

- خانواده‌درمانی: پیشگفتار ۴۱
۲. خانواده‌درمانی ساختاری ۴۵
۳. درمان سازه‌نگر: از راهبردی، تا سیستمی، و روایتی ۶۶
۴. خانواده‌درمانی روان‌پویشی ۸۹
۵. نظریه و کاربرد سیستم‌های چندنسلی خانواده بوئن ۱۱۳
۶. خانواده‌درمانی بافتی ۱۳۹
۷. خانواده‌درمانی رفتاری ۱۵۸
۸. خانواده‌درمانی روان‌آموزشی ۱۸۴
۹. مداخله شبکه اجتماعی ۲۰۵
۱۰. خانواده‌درمانی حساس به جنسیت ۲۱۵
۱۱. فنون خانواده‌درمانی ۲۳۷
- خانواده‌درمانی: پس‌گفتار ۲۶۳

بخش ۳: سنجش خانواده

۱۲. مصاحبه اولیه و تشخیصی خانواده ۲۶۹
۱۳. سنجش خانواده ۲۸۷
۱۴. چرخه زندگی خانواده ۳۱۱

۱۵. خانواده‌های کارآمد و ناکارآمد..... ۳۲۵

۱۶. تشخیص اختلالات ارتباطی خانواده..... ۳۴۸

بخش ۴: خانواده‌درمانی با کودکان و نوجوانان

۱۷. خانواده‌درمانی با کودکان و نوجوانان..... ۳۷۲

۱۸. خانواده‌درمانی با کودکان..... ۳۸۵

۱۹. آموزش مدیریت والدین..... ۴۰۹

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۴۲۱

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۴۲۷

معرفی نویسندگان

جودی آرونسون؛ استاد روان‌شناسی، دانشگاه دل‌سیترو دی‌استودیو، مکزیک.

و. رابرت بیورز؛ استاد روان‌پزشکی، مرکز پزشکی جنوب غربی دانشگاه تگزاس، آمریکا.

اسکات و. برونینگ؛ استاد گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده چسناث هیل، آمریکا.

دنیل کارپتر؛ بیمارستان پرسیتریان، نیویورک، آمریکا.

ریچارد شاسین؛ دانشیار روان‌پزشکی، دانشکده پزشکی هاروارد، بیمارستان کمبریج، آمریکا؛ رییس سابق انجمن خانواده‌درمانی آمریکا.

جان ف. کلارکین؛ استاد روان‌شناسی بالینی، موسسه اختلالات شخصیت، دانشکده روان‌پزشکی، بیمارستان پروتستان نیویورک، دانشکده پزشکی ویل دانشگاه کورنل، آمریکا.

مارک پ. کمبز؛ بنیاد دیوروکس، مرکز بتو، مالورن، آمریکا.

کاترین داکومان-ناجی؛ استادیار بالینی دوره تحصیلات تکمیلی خانواده‌درمانی و ازدواج، دانشگاه درکسل، آمریکا؛ رئیس موسسه رشد بافتی.

یان ر. ه فالون؛ دانشکده روان‌پزشکی دانشگاه اوکلند، نیوزیلند.

اریک فرتاک؛ استادیار روان‌شناسی گروه روان‌پزشکی، دانشگاه پروتستان نیویورک، دانشکده پزشکی ویل، دانشگاه کورنل، آمریکا.

ه چارلز فیشمن؛ مشورتگر ارشد بیمارستان میدل‌مور، اوکلند، نیوزیلند.

تانا فیشمن؛ مشورتگر گروه مراقبت‌های اولیه و عمومی، دانشکده سلامت و پزشکی، دانشگاه اوکلند، نیوزیلند.

بروس د. فورمن؛ معاون امور دانشگاهی، دانشگاه دل‌سیترو دی‌استودیو، مکزیک؛ مطب خصوصی، فورت‌لادرایدل، آمریکا.

پائول گیلین؛ استاد موسسه مطالعات مذهبی، شیکاگو، آمریکا.

ایرا د. گلیک؛ استاد دانشکده روان‌پزشکی و علوم رفتاری، و مدیر بخش مطالعات اسکیزوفرنیا، مدرسه پزشکی دانشگاه استنفورد، آمریکا.

رابرت-جی گرین؛ استاد مدرسه روان‌شناسی حرفه‌ای در دانشگاه بین‌المللی آلیانت، مدیر برنامه آموزش خانواده و کودک، پردیس سانفرانسیسکو، آمریکا.

ریچارد ا. هی‌من؛ دانشیار پژوهشی دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه ایالتی نیویورک در استونی‌بروک، آمریکا.

هووارد جاردن؛ مدیر بالینی بنیاد دیوروکس، مرکز بنتو، آمریکا.

سوزان م. جانسون؛ استاد روان‌شناسی، دانشکده روان‌پزشکی، موسسه زوج و خانواده دانشگاه آتاوا، کانادا.

مایکل کر؛ مدیر مرکز مطالعات خانواده بوئن، دانشیار بالینی روان‌پزشکی، مدرسه پزشکی دانشگاه جورج‌تون، آمریکا.

دیوید ج. میک‌لوویتز؛ استاد روان‌شناسی دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه کلرادو، آمریکا.

کارول ک. نادلسون؛ مدیر و عضو دفتر امور بانوان؛ استاد بالینی دانشکده روان‌پزشکی، بیمارستان بریگام و زنان، مدرسه پزشکی هاروارد، آمریکا.

درک ک. پولونسکی؛ مدرس دانشکده روان‌پزشکی، مدرسه پزشکی هاروارد، آمریکا.

کریستف سحر؛ دانشکده مهارت‌های خانواده، مرکز پزشکی هانترتون، آمریکا.

استیون ل. سایرز؛ استادیار دانشکده روان‌پزشکی، دانشگاه پنسیلوانیا، آمریکا.

لیندا د. شوویری؛ دانشکده روان‌پزشکی، مدرسه بیماری‌های استخوانی، دانشگاه پزشکی و دندان‌پزشکی نیوجرسی، آمریکا.

الن هریس شعله‌ور؛ دانشیار و مدیر بخش روان‌پزشکی کودک و نوجوان، مدرسه پزشکی دانشگاه تمپل، آمریکا.

ق. پیروز شعله‌ور؛ استاد روان‌پزشکی، دانشگاه توماس جفرسون؛ دانشکده پزشکی رابرت وود جانسون، دانشکده پزشکی و دندان‌پزشکی نیوجرسی، آمریکا.

راس و. اسپک؛ استاد دانشگاه یونین، آمریکا.

مارتا ک. تامپسون؛ استادیار دانشگاه بوستون، آمریکا.

جورج س. ویلاروس؛ روان‌درمانگر بنیاد دیوروکس، مرکز بنتو، آمریکا.

امیلی ب. ویشر؛ استاد مدعو دانشگاه جان ف. کندی، آمریکا.

جان س. ویشر؛ سخنران روان‌پزشکی مدعو مدرسه پزشکی دانشگاه استنفورد، آمریکا.

تایا ب. وایت؛ مطب خصوصی، همکار مدرسه روان‌شناسی حرفه‌ای ماساچوست، آمریکا.

خوان زیلباخ؛ تحلیلگر آموزشی و نظارتی، انجمن و موسسه روان‌تحلیلی بوستون، آمریکا.

بخش ۱

مقدمه

خانواده درمانی

نظریه و درمان: مرور

ق. پیروز شعله‌ور

مقدمه

خانواده درمانی جهت‌گیری نظری و بالینی خاصی است که رفتارهای انسان و اختلالات روانی را در بافت بین فردی می‌بیند (لانسکی، ۱۹۸۹). این جهت‌گیری بیش‌تر در خانواده درمانی پیدا است؛ در واقع، خانواده درمانی اصطلاحی است که کاربست‌های بالینی متعددی را در برمی‌گیرد که ریشه آسیب‌های روانی را در سیستم خانواده، و نه در افراد، می‌جوید. مداخله‌ها برای تغییر سیستم ارتباط خانواده طراحی شده‌اند، و نه تغییر افراد (بل، ۱۹۷۵؛ مینوچین، ۱۹۷۴الف؛ اولسون، ۱۹۷۰؛ شاپیرو، ۱۹۶۶). نظریه‌های خانواده درمانی خانواده را سیستم بین فردی با ترکیب‌های سیرنیتیک می‌دانند. ارتباط بین اجزای سیستم غیرخطی (یا حلقوی) است؛ یعنی تعامل‌ها حلقوی‌اند نه خطی. مکانیزم‌های بازخورد پیچیده و به هم پیوسته است و الگوهای تعاملی اعضای سیستم دائماً بین آنان تکرار می‌شود. نشانگان را نوعی رفتار در مکانیزم تعادل‌جویی قلمداد می‌کنند که به تعامل‌های خانواده نظم می‌دهد (جکسون، ۱۹۶۵؛ مینوچین و همکاران، ۱۹۷۵).

سیستم مجموعه‌ای است که افراد و تعامل‌های آنان را در بر می‌گیرد (اولسون، ۱۹۷۰). مشکل هر فرد را نمی‌توان جدا از بافت آن و کارکردی که داشته است ارزیابی و درمان کرد. این بدان معنا است که نمی‌توان از فرد انتظار داشت تغییر کند مگر این‌که سیستم خانواده‌اش هم تغییر کند (هی‌لی، ۱۹۶۲). از این رو، درمان اصلاح ناکارآمدی‌های رفتاری است که زمینه‌ساز ظهور آشفتگی در سیستم ارتباطی خانواده شده است؛ نقش اعضای خانواده در زمان کمک به و یا کارشکنی در درمان حتی وقتی بیماری روانی مشخص و شناخته شده‌ای وجود دارد، تمرکز بر یک عضو خانواده است. خانواده درمانی به مثابه چارچوب درمانی در پی دستیابی به اهداف زیر است (استین‌گلاس، ۱۹۹۵):

۱. کاوش در پویایی‌های بین‌فردی خانواده و رابطه آن با آسیب‌های روانی،
۲. استفاده از توان‌مندی‌های درونی و منابع کارآمد خانواده،
۳. بازسازی سبک‌های تعاملی ناسازگارانه خانواده، و
۴. تقویت مهارت مسئله‌گشایی خانواده.

در دهه‌های ۱۹۷۰ و ۱۹۸۰ میلادی، خانواده‌درمانی با تمرکز بر پیمان بی‌همتای خود و محدودیت‌های سایر رویکردها، خود را یک سر و گردن بالاتر از سایر رویکردهای درمانی می‌دید. در دهه ۱۹۹۰، خانواده‌درمانی به دوره بلوغ رسید و ویژگی‌های منحصربه‌فرد سایر مدل‌های درمانی، پیچیدگی رفتارها و سازگاری انسان، و محدودیت‌های خود را شناخت. این بلوغ به خانواده‌درمانی کمک کرد نقش مسئولانه و پیش‌گامی برای خلق رویکردهای چندسیستمی و چندبُعدی به اختلالات گوناگونی نظیر سوءمصرف الکل و مواد مخدر، بیماری‌های روانی، و اختلالات روانی شدید به خود بگیرد که در لابلای فصل‌های کتاب توضیح می‌دهیم.

تاریخچه

ریشه‌های خانواده‌درمانی را باید در ابتدای دهه ۱۹۰۰ و با ظهور جنبش راهنمایی کودک (۱۹۰۹) و مشاوره ازدواج (دهه ۱۹۲۰) جست. درمان روان‌تحلیلی موازی با جلسه‌های محرمانه با زوجها برگزار می‌شد، و شالوده نظری مستحکمی برای بررسی‌های اولیه مسائل زناشویی و خانواده ایجاد کرد. ظهور رسمی خانواده‌درمانی به اواخر دهه ۱۹۴۰ و اوایل دهه ۱۹۵۰ میلادی و در مناطقی از آمریکا برمی‌گردد. آکرمِن، بوئن، واین، بل، بیتسون، جکسون، هی‌لی، ستیر، لیدز، و فلیک از پیش‌گامان خانواده‌درمانی بودند؛ و یک شعبه شبه‌مستقل دیگر خانواده‌درمانی در میلان، ایتالیا، ظاهر شد. علاوه‌بر این متخصصان نام‌دار، چهره‌های مهم دیگری نظیر کارل ویتاکر، سالوادور مینوچین، و ایوان بوزورمنی‌ناجی به شکل‌گیری و بسط خانواده‌درمانی کمک کرده‌اند.

بعضی جنبش‌های سلامت روانی نیز تولد خانواده‌درمانی را تسهیل کردند. جامعه‌شناسان شیفته مطالعه خانواده خیلی زود آستین‌ها را بالا زدند و دست به کار شدند (برجس، ۱۹۲۶)، و تأثیر آنان بر روان‌پزشکی به ظهور روان‌پزشکی اجتماعی انجامید که بر اهمیت تفاوت‌های فرهنگی و موقعیت‌های اجتماعی در ایجاد، بسط، و بهبودی اختلالات روانی تأکید دارد (لی‌تون، ۱۹۶۰؛ اشپیگل، ۱۹۷۱). توسعه نظریه روان‌تحلیلی و روان‌شناسی ایگو این باور را ترویج کرد که نشانگان هم در شخصیت افراد نهفته است و هم متناسب با محیط خانوادگی ظاهر می‌شود. در دوره نظریه روان‌تحلیلی که روان‌شناسی خود بیش‌ترین نفوذ و فراگیری را داشت، کارن هورنای (۱۹۳۹)، اریک فرام (۱۹۴۱)، و

هری استک سالیوان (۱۹۵۳) بر اهمیت مؤلفه‌های اجتماعی و فرهنگی رفتار اصرار داشتند. مکتب روان‌تحلیلی «بین‌فردی» سالیوان (۱۹۵۳) بر جنبه‌های ارتباطی و بین‌فردی انسان تأکید دارد. نظریه‌آبی‌رئتیکی رشد انسان از یک اریکسون (۱۹۵۰) نشان می‌دهد بین فرآیند بلوغ فردی و محیط اجتماعی و فرهنگی رابطه متقابل وجود دارد. علاقه‌ای که به واکاوی رابطه مادر-کودک به وجود آمد برخاسته از کارهای دیوید لوی (۱۹۴۳) درباره «حمایت افراطی مادرانه» بود، به علاوه مفهوم‌پردازی فریدا فرام-ریچمن هم که باور داشت آشفتگی‌های رابطه مادر-کودک به ظهور اسکیزوفرنیا می‌انجامد، بر این جریان اثرگذار بودند. پژوهش‌های جان بالبی (۱۹۴۹) در زمینه دلبستگی مبنای نظری مکتب روابط شیء در خانواده‌درمانی را مهیا کرد.

گسترش گروه‌درمانی در ایالات متحده آمریکا پس از سال ۱۹۲۴ نیز منجر به ارتقای دانش درباره کارکرد فرآیند خرده‌گروه‌ها، رفتارهای نشانه‌دار در گروه‌ها، و روش‌های اصلاح رفتار فردی در گروه شد. ظهور نظریه یادگیری و رفتاردرمانی نیز بر پیوند رفتارهای نشانه‌دار با پیش‌آمدهای محیط خانواده تأکید داشت. نارضایتی از رویکردهای روان‌درمانی سنتی کودک نیز الهام‌بخش بعضی نقش‌آفرینان خانواده‌درمانی خاصه جان بل (۱۹۷۵) و ناتان آکرمن (۱۹۵۴) شد. ناتان آکرمن روان‌تحلیلگر، روان‌پزشک کودک، و گروه‌درمانگری بود که طلسم حکم‌فرمایی روان‌تحلیلگران کودکی را شکست که والدین و فرزندان‌شان را در کلینیک‌های راهنمایی کودک جداگانه درمان می‌کردند (آکرمن، ۱۹۵۴). با نقشی که آکرمن ایفا کرد مفاهیم تعارض‌ها و دفاع‌های مشترک، رابطه هم‌زیستی، و کاربرد تعبیر، مواجهه، و دستکاری استعاره‌ها در روان‌درمانی شکل گرفت (سیمون، ۱۹۸۵).

موری بوئن (۱۹۶۱، ۱۹۶۶، ۱۹۷۸) یکی از اولین چهره‌ها و متفکران مستقل خانواده‌درمانی بود. او تأثیر مستمری بر خانواده‌درمانگرانی که پس از او آمدند داشت. او به واسطه پیشینه روان‌تحلیلی‌اش در تحقیق و مشاهده رفتار اعضای خانواده‌های دارای بیمار اسکیزوفرن بستری پیش‌تاز بود. مشاهدات او نتایج متعددی به بار آورد که بعضی از آنها تأثیر ژرفی بر خانواده‌درمانی به جا گذاشت. گرچه کارهای او در بطن سیستم‌های بین‌نسلی خانواده و مفاهیم روان‌پویشی قرار گرفت، با این حال، تأثیر انکارناپذیر او بر همه مکاتب خانواده‌درمانی پیدا است. پژوهش‌های او زمینه شناخت پدیده «تمایز نیافتگی» و پیوند آن با انتقال «اضطراب» در سیستم خانواده شد. ردپای اصطلاح اولیه او را که «خانواده‌های دارای «خود نامتمایز جمعی» نام داشت می‌توان در بسیاری از دگرگونی‌های بعدی دید. تمایز نیافتگی مفهومی بنیادینی است که ارتباط تنگاتنگی با سایر مفاهیم نظری او مثل اضطراب، مثلث بین‌فردی، هم‌جوشی زوجی و خانوادگی، و سیستم فراقلمی خانواده دارد (فصل ۵، نظریه و کاربری سیستم‌های چندنسلی خانواده بوئن، را ببینید).

کاوش‌های واین و همکارانش درباره جنبه‌های روان‌پویشی اسکیزوفرنیا باعث شناخت ساختار و نقش‌های ویژه خانواده‌های اسکیزوفرنی‌ساز شد (رایکوف و همکاران، ۱۹۵۹؛ واین و همکاران، ۱۹۵۸). اقدامات واین بر این درک بنا شد که همه تجربه‌های انسانی بر نیاز بنیادین او به ارتباط با دیگران و تلاش مادام‌العمر برای ایجاد هویت شخصی متکی است. این مفهوم منجر به شناسایی دو پدیده «شبه‌تفاهم»^۱ و «شبه‌خصومت»^۲ شد. شبه‌تفاهم بر پایه نیاز شدید برای با هم بودن به بهای چشم‌پوشی از تمایز یافتگی هویت افراد در ارتباط، و رد واگرایی در احساسات و ادراک‌هایی که افراد دارند بنا نهاده شد. واین و سینگر پژوهش‌های متعددی طراحی کردند تا پدیده انحراف در ارتباط^۳ در خانواده‌های دارای بیمار جوان اسکیزوفرن را بشناسند؛ سپس این خانواده‌ها را با گروهی از بیماران بزرگسال مرزی و «روان‌پریش» مقایسه کردند. کارهای اصلی واین و سینگر که در دهه ۱۹۶۰ چاپ شدند (سینگر و واین، ۱۹۶۵ الف، ۱۹۶۵ ب؛ واین، ۱۹۶۸؛ واین و سینگر، ۱۹۶۳) توضیح دقیقی درباره انحراف در ارتباط به دست داد که در پژوهش‌های طولی بی‌شماری که تاکنون ادامه داشته به کار رفته است (فصل ۲۷، متغیرها و مداخله‌های اسکیزوفرنیا، را ببینید). لیدز و همکارانش پژوهش وسیعی درباره خانواده‌های دارای بزرگسالان مبتلا به اسکیزوفرنیا انجام دادند که در آنها رابطه ناکارآمدی والدینی/همسری را با ظهور آسیب‌های روانی در فرزندان بررسی کردند. لیدز و همکاران (۱۹۵۷) دو نوع خانواده را معرفی کردند: «تفرقه‌جو»^۴ که نشان‌گر کشمکش‌های همیشگی و مداوم بودند، و «انحرافی»^۵ که همواره در حال ارزیابی ظاهراً مسالمت‌آمیز برای ناکارآمدی‌های گوناگون بودند. خانواده‌های تفرقه‌جو (که خصومت‌های زناشویی آشکار مشخصه آنان است) باعث شکست رفتارهای اسکیزوفرنیایی می‌شوند، در حالی که اسکیزوفرنیای مزمن محصول و نتیجه خانواده‌های انحرافی است (که ویژگی آنان برونی‌سازی‌های پنهان با همسر ناکارآمد است) (فصل‌های ۱۶، تشخیص اختلالات ارتباطی خانواده؛ و ۲۷، متغیرها و مداخله‌های اسکیزوفرنیا، را مطالعه کنید).

گروه پالواتو کاوش‌های خود را در دهه ۱۹۵۰ و به واسطه تلاش‌های بیتسون، جکسون، هی‌لی، ویکلند، و سپس ستیر آغاز کرد. آنان الگوهای ارتباطی، سیبرنتیک، نظریه سیستم‌ها، و پدیده «بن‌بست مضاعف»^۶ را در موقعیت‌های زندگی اولیه یا کنونی بیماران اسکیزوفرنیا تبیین کردند. مطالعه کارهای میلتون اریکسون برای هی‌لی و ویکلند سودمند بود و به مشاهدات جورواجوری ختم شد که در کتاب راهبردهای روان‌درمانی (هی‌لی، ۱۹۶۳) و سایر کتاب‌های هی‌لی منتشر شده‌اند. جکسون در سال

1. pseudo-mutuality
2. pseudo-hostility
3. communication deviance (CD)
4. schismatic
5. eschewed
6. double bind

۱۹۵۹ مؤسسه پژوهش‌های روانی^۱ را به‌عنوان مرکز بزرگ خانواده‌درمانی تأسیس کرد که با آمدن ویرجینیا ستیر و جی‌هی‌لی در سال ۱۹۶۲ غنی‌تر شد. پس از مرگ جکسون در سال ۱۹۶۸، چند پیش‌گام و نظریه‌پرداز از جمله بل، ریسکین، ویکلند، و واتسلاویک همکاری خود را با مؤسسه پژوهش‌های روانی ادامه دادند و بعدها مکتب درمان‌های کوتاه‌مدت راهبردی را با تأکید بر مداخله‌های تناقضی بنا نهادند (استاتون، ۱۹۸۰) (فصل ۳، درمان سازه‌نگر: از راهبردی، تا سیستمی، و روایتی، را ببینید).

کارل ویتاکر در سال ۱۹۴۶ و وقتی در دانشگاه اموری بود به مطالعه خانواده‌ها علاقه‌مند شد. خلاقیت او در کاربرد خیال‌پردازی‌های ناهشیار، انتقال متقابل، و مشارکت همه اعضای خانواده در درمان منجر به شکل‌گیری مکتب تجربه‌گرایی در خانواده‌درمانی شد. استفاده‌گیرای او از احساسات، حالت‌های چهره، و جمله‌ها خودشکوفایی بیمار را هدف قرار داده بود. او از اصول نظری متفاوت طفره می‌رفت، و درگیر کردن فرزندان در جلسه‌های خانوادگی برای او ثمربخش بود.

ریشه کاوش‌های اروپاییان در خانواده‌درمانی را می‌توان در دو مرکز جست: مکتب خانواده‌درمانی میلان، و خانواده‌درمانی روابط شی در انگلستان. مارا سلوینی-پالاتزولی در دهه ۱۹۶۰ میلادی و در شهر میلان ایتالیا و وقتی در کنار بوسکولو، چکین، و پراتا سرگرم پژوهش در زمینه اسکیزوفرنیا و بی‌اشتهایی عصبی بودند سنگ‌بنای مکتب خانواده‌درمانی میلان را گذاشت. این گروه تحت‌تأثیر پژوهش‌های لیدز و واین و مداخله‌های تناقضی مؤسسه پژوهش‌های روانی بودند (فصل ۳، درمان سازه‌نگر: از راهبردی، تا سیستمی، و روایتی، را ببینید). رویکرد تحلیلی به گروه با تلاش‌های نظریه‌پردازان روابط شی اعم از میدلفورت، فالکرز، بیون، و اسکاینر آغاز شد. اخیراً رویکرد روابط شی به خانواده در ایالات متحده آمریکا رسمیت و وجاهت بیش‌تری یافته است (به فصل ۴، خانواده‌درمانی روان‌پویشی، مراجعه کنید).

در سال ۱۹۶۵، سالوادور مینوچین به کلینیک راهنمایی کودک فیلادلفیا نقل مکان کرد، و در کنار جی‌هی‌لی مکتب خانواده‌درمانی ساختاری را بنیان نهاد که برای خانواده‌هایی که بچه‌هایی با اختلالات رفتاری دارند کاربرد گسترده‌ای دارد. آنان اصطلاح «خانواده‌های روان‌تنی»^۲ را برای خانواده‌هایی وضع کردند که بیمارانی با نشانگان بی‌اشتهایی عصبی یا سایر اختلالات روان‌تنی دارند (مینوچین و همکاران، ۱۹۷۸) (به فصل ۲، خانواده‌درمانی ساختاری، رجوع کنید).

در سال ۱۹۶۲ در گالوستون تگزاس، آمریکا، گروه درمان اثرهای چندگانه^۳ تلاش‌های کم‌فروغی در زمینه خانواده‌درمانی با کودکان و نوجوانان انجام داد. تغییرات اخیر خانواده‌درمانی با کودکان مرهون

1. Mental Research Institute (MRI)

2. psychosomatic families

3. the Multiple Impact Therapy (MIT)

تلاش‌ها و پژوهش‌های پترسون و همکاران (۱۹۸۲، ۱۹۹۲)، فورهند و مک‌ماهون (۱۹۸۱الف)، الکساندر و پارسونز (۱۹۷۳)، خوان زیلباخ (۱۹۸۶)، و دیوید و ژیل شارف (۱۹۸۷) است. دو گروه نخست دانش ما را درباره رفتارهای بزه‌کارانه افزایش داده‌اند. زیلباخ برای درگیر کردن فرزندان در خانواده‌ها شیوه سیستمی را تدوین کرده است. صورت‌بندی و توصیه‌های دیوید و ژیل شارف عمدتاً برای تعامل خانواده‌ها با نوجوانان‌شان کاربرد دارد (فصل‌های ۱۷، خانواده‌درمانی با کودکان و نوجوانان: مرور؛ ۱۸، خانواده‌درمانی با کودکان: مدلی برای مشارکت همه اعضای خانواده؛ و ۱۹، آموزش مدیریت والدین، را ببینید).

پژوهش روی دوقلوها و فرزندخوانده‌ها در دهه ۱۹۶۰ تأثیر عوامل ژنتیکی، آناتومی، و زیست‌شیمیایی را در سبب‌شناسی اسکیزوفرنیا نشان داد. از آن طرف، پژوهش‌هایی نظیر پروژه مطالعات فرزندخواندگی فنلاند (تیناری و همکاران، ۱۹۸۳) نیز نقش مهم و انکارناپذیر خانواده و محیط را در انتقال ژنتیکی آشکار کردند. این یافته‌ها کاربرد مداخله‌های خانوادگی را در اختلالات روانی تسهیل کرد. در پی ناامیدی‌های اولیه بررسی اسکیزوفرنیا در بیمارستان‌های روان‌پزشکی، خانواده‌درمانی به سمت محیط بیماران سرپائی رفت که خانواده‌درمانی را از اقدامات پزشکی جدا می‌کرد. اخیراً مداخله‌های خانوادگی در محیط بیماران بستری ابزار قدرتمند و اثرگذاری برای کاهش مدت بستری و خطر عود شناخته می‌شود (گلیک و کسلر، ۱۹۸۰؛ گلیک و همکاران، ۱۹۹۳) (فصل‌های ۲۸، افسردگی و خانواده: بافت بین‌فردی و عملکرد خانواده؛ و ۲۹، خانواده‌درمانی و بستری روان‌پزشکی، را ببینید).

موارد کاربرد و یا منع کاربرد خانواده‌درمانی

خواه رفتارهای بیمارگون در یک یا چند عضو خانواده مشاهده شود خواه نشود، یکی از نشانه‌های آشکار و مشخص خانواده‌درمانی وجود تعارض‌های علنی و استرس‌زا در خانواده است. از خانواده‌درمانی می‌توان برای مشکلات پنهانی ارتباط اعضای خانواده کمک گرفت که می‌تواند رفتارهای ناکارآمد را در یک یا چند عضو خانواده افزایش دهد. همچنین، هرگاه سایر اعضای خانواده مسبب تداوم و حفظ اختلالی شوند می‌توان دست به دامن خانواده‌درمانی شد. شناخت مشکلات پنهان خانواده در مقایسه با ناکارآمدی‌های آشکار در یک یا چند عضو خانواده، نقش و کارکرد ویژه خانواده‌درمانی است. کاربرد اخیر خانواده‌درمانی، درمان اختلالات روانی مهمی نظیر اسکیزوفرنیا، افسردگی، سوءمصرف الکل، اختلال سلوک^۱ و اختلالات جسمانی‌شکل^۲ است. مداخله‌های

1. conduct disorder
2. somatoform disorder

خانواده‌محور با این دسته از اختلالات غالباً ماهیت روان‌آموزشی دارند و با سایر مدل‌های درمانی نظیر دارودرمانی ترکیب می‌شوند. خانواده‌درمانی یا سایر مدل‌های درمانی باید بر اساس ماهیت و شرایط تعامل، ساختار، مرزها، تعارض‌ها، استرس‌ها، و منابع و توانمندی‌های خانواده انتخاب شوند. کاربرد خانواده‌درمانی برای بیماران بستری، روان‌پریش، و افسرده نشان‌گر تأثیر مفید و شفاف‌بخش ترکیب مدل‌های درمانی چندگانه، خاصه با دارودرمانی روانی، بوده است. کاربرد خانواده‌درمانی روان‌پویشی در درمان اختلالات شخصیت مرزی و خودشیفته روبه‌فزونی است (فصل‌های ۴، خانواده‌درمانی روان‌پویشی؛ ۲۷، متغیرها و مداخله‌های اسکیزوفرنیا؛ ۲۸، افسردگی و خانواده: بافت بین‌فردی و عملکرد خانواده؛ و ۳۲، خانواده‌درمانی اختلالات شخصیت، را ببینید).

موارد منع استفاده خانواده‌درمانی بیشتر نسبی‌اند تا مطلق. مثلاً قبل از این‌که خانواده به درمان متعهد شوند، نباید درباره مسائل خانوادگی طولانی‌مدت، پرتنش، یا حساسی که می‌تواند اتاق مشاوره را مثل بمب منفجر کند گفت‌وگو کرد. یکی دیگر از موارد نسبی منع کاربرد، مشارکت خانواده در گفت‌وگوهای استرس‌زا است که در آن یک یا چند عضو خانواده به شدت آشفته می‌شوند و بستری آنان ضرورت پیدا می‌کند.

مدل‌های خانواده‌درمانی

تنوع چشم‌گیر مدل‌های خانواده‌درمانی پرسش‌هایی را درباره زمینه مشترک مدل‌های خانواده‌درمانی ایجاد کرده است. هر مدل احتمالاً بر ابعاد متفاوتی از سیستم خانواده متمرکز می‌شود که آن را از سایر مدل‌ها متمایز می‌کند. تأکید پیش‌گامان خانواده‌درمانی بر ابعاد گوناگون خانواده در درمان‌هایشان بیانگر و بازتاب تفاوت‌های ناآگاهانه بیماران بوده است که آنان درمان می‌کردند. مسیر و جهت‌های بعدی که خانواده‌درمانگران دنبال کردند به چشم‌پوشی از نتایج مشابهی انجامید که رویکردهای متنوع خانواده‌درمانی را به ویژگی‌های رایجی پیوند می‌زد که در اختلالات گوناگون مشاهده می‌شد، و بالتبع هر مدل با خانواده‌ها یا اختلالات خاصی جفت‌وجور می‌شد. مثلاً خانواده‌های دارای اختلالات شدید یا مزمن که مذاکره‌هایی برای جدایی موفقیت‌آمیز از نسل قبلی خود داشته‌اند در مقایسه با خانواده‌هایی که از پس این گفت‌وگوها برنیامده‌اند، از درمان متفاوتی سود می‌برند. خانواده‌درمانی روان‌آموزشی با بیماران به‌غایت آشفته همان اثربخشی را نشان داده است که مدل‌های به‌کار رفته برای درمان بیماران مقاوم به درمان نشان داده‌اند. این مدل چارچوب هوشمندانه‌ای برای مداخله‌های چندوجهی^۱ تیم‌های بین‌رشته‌ای^۲ فراهم کرده است که فرصت الحاق به تیم درمان را برای اعضای خانواده مهیا می‌کند.

1. multimodal interventions
2. multidisciplinary teams

بدبینی شدید بعضی خانواده‌درمانگران علیه تشخیص‌های فردی، درمان پزشکی، یا بستری سابقه غیرپزشکی، و تازه‌کاری و بی‌تجربگی آنان را در مواجهه با بعضی بیماران نشان می‌دهد. مثلاً خانواده‌درمانگرانی که برای درمان اختلالات رفتاری شدید در خانواده‌هایی که فرزندان جوان دارند آموزش دیده‌اند، ممکن است از خانواده‌هایی که درگیر بیماری‌های مزمن‌اند و یا بیماران بزرگسالی که همواره به خدمات بستری و دارودرمانی نیازمندند درک چندانی نداشته باشند. چنین چشم‌انداز و درک محدودی با تمایل‌های ضدتخصص‌گرایی، ضدزیستی، و ضدپزشکی در بعضی خانواده‌درمانگران ترکیب شده است.

شواهد قویاً بیانگر کاربرد متفاوت مدل‌های خانواده‌درمانی برای بیماران جورواجور است. مدل‌های خانواده‌درمانی بین‌نسلی بوئن و بافتی بوزورمنی-ناجی خاصه برای خانواده‌هایی کاربرد دارد که اعضایشان از اختلالات درازمدت یا مزمن رنج می‌برند، یا نسل‌هایشان برای جدایی و تمایز بین‌نسلی گفت‌وگوهای مناسبی نداشته‌اند. خانواده‌درمانی ساختاری و راهبردی متناسب خانواده‌هایی است که هرچند به‌خوبی از نسل‌های پیشین جدا شده‌اند و سازگاری پیش از بحران رضایت‌بخشی در خانواده هسته‌ای آنان وجود دارد، اما در موقعیت‌های بحرانی و بغرنجی گرفتاراند. خانواده‌درمانی رفتاری برای زوج‌درمانی و کودکانی کاربرد دارد که با اختلالات سلوک دست به‌گریبان‌اند. خانواده‌درمانی‌های روان‌پویشی و تجربی برای خانواده‌هایی که از نظر خودشیفتگی آسیب‌پذیراند کاربرد دارد. اعضای چنین خانواده‌هایی اغلب درگیر طیف گسترده‌ای از اختلالات شخصیت یا «روان‌نژند» هستند، اما طوری مدیریت شده‌اند که سطح بهینه‌ای از کارکردشان را حفظ کرده‌اند، با این حال، لذت چندانی از زندگی نصیب‌شان نمی‌شود. درمان شبکه اجتماعی مختص خانواده‌های ناتوانی است که به‌طور جدی در معرض خطر فروپاشی خانواده و شبکه اجتماعی‌اند.

هر مدل خانواده‌درمانی مفاهیم نظری و فنون متفاوتی به کار می‌گیرد. بعضی مدل‌ها را می‌توان طبق شباهت‌هایشان در یک دسته جای داد. مدل‌های بین‌نسلی دربرگیرنده نظریه سیستم‌های چندنسلی خانواده بوئن و خانواده‌درمانی بافتی بوزورمنی-ناجی است. مدل‌های ارتباطی/سیستمی شامل خانواده‌درمانی ساختاری و راهبردی می‌شود. مدل راهبردی از چند زیرگروه تشکیل شده است. مدل‌های ارتباطی/سیستمی با خانواده‌درمانی رفتاری ارتباط زیادی دارد؛ و مدل‌های روان‌پویشی و تجربی در یک طبقه جا می‌گیرند.

خانواده‌درمانی روان‌پویشی

خانواده‌درمانی روان‌پویشی بر بلوغ فردی، رشد شخصیت، تجربه‌های اوایل کودکی، تحلیل نشانگان و تعارض‌ها در بافت سیستم خانواده تأکید دارد. این مدل توجه خاصی به زندگی «ناهشیار» اعضای

خانواده و تحلیل ناکافی پیام‌های رشدی مهم توسط اعضای خانواده نشان می‌دهد. رویدادهای روان‌خراش در زندگی خانواده‌های امروزی یا گذشته منبع مهم بازخوردهای ناکارآمدی‌اند که منجر به نشانگان، بازداری احساسات، فقدان لذت، و نابالغی می‌شود. مفاهیم نظری رایج عبارت است از: تعارض‌های ناهشیار مشترک، واکنش انتقالی درون‌خانوادگی، انتقال دوگانه یا سه‌گانه خانوادگی در درمان، همانندسازی فرافکن، و مجموعه‌ای از مفاهیم روان‌تحلیلی روابط شی. مفهوم «محیط امن» در نظریه روابط شی به ایجاد رابطه همدلانه درمانگر و اعضای خانواده اشاره دارد که اجازه می‌دهد تعارض‌های پنهان گذشته سر باز کند (شارف، ۱۹۹۵؛ شارف و شارف، ۱۹۸۷) (فصل ۴، خانواده‌درمانی روان‌پویشی، را ببینید).

مدل روان‌پویشی کارآترین مدل برای کار با رفتارهای بیمارگون درازمدت چندانگانه است که ارتباط پیچیده‌ای با رگه‌های شخصیتی دارد. این رفتارها لذت‌نبردن از زندگی، خودشیفتگی، و محدودیت‌های شخصیتی را شامل می‌شود. روابط خودشیفته خود را با سرزنش‌های دوجانبه، شیفتگی، و حساسیت نسبت به احساس گناه و شرمساری نشان می‌دهد که در خانواده‌درمانی روان‌پویشی به‌خوبی به آنها توجه می‌شود (لانسکی، ۱۹۸۱، ۱۹۸۶). اختلال شخصیت مرزی در خانواده‌هایی ظاهر می‌شود که استفاده افراطی از همانندسازی فرافکن، گسستگی متقابل، و ترس از دل‌کنندن دارند که راست‌کار راهبردهای خانواده‌درمانی روان‌پویشی است. خانواده‌درمانی روان‌پویشی را می‌توان با درمان فردی درآمیخت تا از فواید آن نیز بهره‌مند شد. آکرمن، استرلین، شاپیرو، زینر، سون، و فریمو از مهم‌ترین نام‌هایی‌اند که در این زمینه نقش بی‌بدیلی ایفا کرده‌اند. اخیراً کاربرد جامع نظریه روابط شی در خانواده‌درمانی در نتیجه کارهای زینر و شاپیرو (۱۹۷۴) و شارف و شارف (۱۹۸۷) به ثمر نشسته است (فصل ۴، خانواده‌درمانی روان‌پویشی، را ببینید). از کاربردهای جدید مدل روان‌پویشی، رویکرد جذاب و پژوهش‌بنیان هیجان‌مدار سوزان جانسون است (جانسون و ویفن، ۱۹۹۹؛ جانسون و همکاران، ۲۰۰۱) که ریشه در کاربرد نظریه دلبستگی دارد و تلاش می‌کند بین عواطف «دفاعی» و «دلبستگی» که به فرآیند درمانی کمک می‌کند تمایز قائل شود (فصل ۲۰، زوج‌درمانی: مرور، را ببینید).

خانواده‌درمانی تجربی

خانواده‌درمانی تجربی بر ابراز احساسات، خیال‌پردازی‌های هشیار یا ناهشیار، و واکنش‌های انتقالی درون‌خانوادگی متمرکز است و از درمانگر می‌خواهد با کمک تجربه‌هایی که در خانواده دارد احساسات خانواده را تشریح کند. از این رو، ارتباط صریح، انعطاف‌پذیری نقش‌ها، کاوش، و رفتارهای خودانگیخته تشویق و تقویت می‌شود. کارل ویتاکر و ویرجینیا ستیر مهم‌ترین پیش‌گامان این رویکرد هستند (گارمن و نیسکرن، ۱۹۸۱ب).

نظریه سیستم‌های خانواده

نظریه سیستم‌های خانواده بوئن یکی از نحله‌های پرنفوذ خانواده‌درمانی است. بسیاری از مکتب‌های خانواده‌درمانی مفاهیم بوئن را قرض گرفته‌اند. بنیادی‌ترین مفهوم بوئن «تمایز یافتگی» از خانواده اصلی و خلق خود واقعی در مواجهه با مثلث‌سازی خانوادگی است. تمایز یافتگی و بلوغ وقتی شکل می‌گیرد که فرد بتواند خود را در بافت روابط خانوادگی‌اش تعریف کند. شکست این فرآیند در پدیده‌های «تمایز نیافتگی» و «گسلس هیجانی» اتفاق می‌افتد. نقش اساسی در تمایز نیافتگی را گیر افتادن در مثلث‌سازی ای بازی می‌کند که در آن والدین از نظر عاطفی از هم بریده‌اند و فرزندان را واسطه خود قرار می‌دهند تا اضطراب ارتباط‌شان را فرو نشانند. مفاهیم بنیادین بوئن عبارت است از: «تمایز یافتگی»، «اضطراب» در سیستم، «مثلث‌سازی»، «انتقال بین‌نسلی بیماری»، «فرآیند شناختی در برابر هیجانی»، «سیستم فراقلمی خانواده»، و «زوج‌های باکفایت و بی‌کفایت»^۱. ژنوگرام خانواده ابزار کارگشا و منحصربه‌فرد این مدل است. مداخله‌های بوئن بر پایه فن «تمرکز بر درمانگر» استوار است (بوئن، ۱۹۷۸)، که در آن درمانگر به تمایز نیافتگی خانواده و تلاش‌های آنان برای مثلث‌سازی با او واکنش نشان می‌دهد. درمانگر خانواده را به کنکاش و سیر در خانواده اصلی تشویق می‌کند؛ و از آنان می‌خواهد در برابر این وسوسه که در تعارض‌هایشان با نسل پیشین مثلث‌سازی کنند بایستند (فصل ۵، نظریه و کاربرت سیستم‌های چندنسلی خانواده بوئن، را ببینید).

خانواده‌درمانی بافتی

این مدل بین‌نسلی خانواده‌درمانی را ایوان بوزورمنی — ناجی معرفی کرد (۱۹۸۷پ، ۱۹۸۷ت) تا به مفاهیمی چون وفاداری، احساس دین، حق، و پایه‌های اخلاقی روابط خانوادگی بپردازد. وی نشانگان را نتیجه اخلال در این ابعاد می‌داندست (به فصل ۶، خانواده‌درمانی بافتی، مراجعه کنید).

رویکرد ارتباطی و سیستمی به خانواده‌درمانی

رویکرد سیستم‌ها به خانواده‌درمانی با اصول نظریه عمومی سیستم‌ها و سبیرنتیک در هم می‌آمیزد که بر علیت حلقوی و مکانیزم پس‌خوراند برای حفظ تعادل حیاتی خانواده تأکید دارد. خانواده تلاش می‌کند در برابر اجبار و نیروهای محیطی برای تغییر، تعادل حیاتی خود را حفظ کند. خانواده‌های انعطاف‌ناپذیر سعی می‌کنند تعادل حیاتی خود را به هر قیمتی حفظ کنند، که نتیجه‌ای جز ناسازگاری با نیازها و تقاضاهای محیطی ندارد. در این شرایط، تنش‌های شدید منجر به ظهور تعامل‌های بیمارگون یا رفتارهای ناسازگار در یک یا چند عضو خانواده می‌شود. مرزهای خانوادگی خشک و مکانیزم‌های

1. overadequate-inadequate couple

تبادل جویی، انعطاف‌پذیری خانواده برای سازگاری با نیازهای درونی گذر از چرخه زندگی را کاهش می‌دهد. خانواده‌درمانی‌های ساختاری و راهبردی مهم‌ترین رویکردهای ارتباطی/سیستمی به خانواده‌درمانی‌اند.

خانواده‌درمانی ساختاری

خانواده‌درمانی ساختاری را سالوادور مینوچین و همکارانش ابداع کرده‌اند (مینوچین، ۱۹۷۴الف). همکاری با هی‌لی و مونتالوو این رویکرد را غنی‌تر کرد. «مرز» مفهوم نظری بنیادی در خانواده‌درمانی ساختاری است. دو مفهوم خانواده «تنیده» و «گسسته» خانواده‌هایی را توضیح می‌دهد که اعضای آن یا به زندگی هم سرک می‌کنند یا اصلاً در قیدوبند و دسترس هم نیستند. مدل ساختاری بر مرزسازی برای خانواده، ترفندهای قاطع و زیرکانه درمانگر، و واگذاری وظائف به خانواده اصرار می‌ورزد. روش‌های «الحاق» به خانواده خاصه بر افزایش اثرگذاری درمانگر در جلسه‌های درمان تأکید دارد؛ این روش‌ها را در فصل ۳، درمان سازه‌نگر: از راهبردی، تا سیستمی، و روایتی، توضیح داده‌ایم. درمانگر با کمک ترفندهای جورواجوری که برای الحاق به خانواده می‌آفریند، الگوهای ناکارآمد را از بین می‌برد، و سلسله‌مراتب والدینی را مستحکم می‌کند، که در نهایت به تغییر جایگاه و موقعیت اعضای خانواده می‌انجامد. درمانگر در جلسه درمان مرزهای روشن و انعطاف‌پذیر می‌آفریند، و خانواده را تشویق می‌کند از الگوهای ارتباطی جدید استفاده کند. خانواده‌درمانی ساختاری در درمان اختلالات روان‌تنی و خاصه شفای بی‌اشتهایی عصبی و اختلالات خوردن کودکان و نوجوانان آزمون پس داده است. اثربخشی آن برای اختلالات روان‌تنی و مشکلات رفتاری در موردپژوهی‌ها، مشاهده‌ها، و نتیجه‌پژوهی‌های زیادی گزارش شده است (مینوچین و همکاران، ۱۹۷۸) (به فصل ۲، خانواده‌درمانی ساختاری، رجوع کنید).

خانواده‌درمانی راهبردی

خانواده‌درمانی راهبردی بر نیاز به تدوین راهبردهایی پافشاری می‌کند که خانواده‌درمانگر با کمک آنها مانع از تلاش‌های خانواده‌ای می‌شود که می‌خواهند با توسل به نشانگان و الگوهای خانوادگی ناکارآمد تعادل حیاتی سیستم را حفظ کنند. خانواده‌درمانی راهبردی، هم‌چون خانواده‌درمانی روان‌پویشی، رویکرد مفصل و جامعی است که مقاومت‌های درون سیستم‌های خانواده را تعدیل می‌کند. اگر انتظار مقاومت دارید، خاصه اگر گمان می‌کنید در برابر مداخله‌ایتان می‌ایستند، باید دست به دامن روش‌های محیرالعقول و خلاقانه‌تری شوید. یکی از فنون (مداخله تناقضی) سعی دارد مقاومت را کاهش دهد، و با سست کردن تغییر ساختار تعامل‌های خانواده را عوض کند. مداخله‌های تناقضی