

**چگونه یک زوج درمانگر و خانواده درمانگر شوید؟**

از کلاس درس تا اتاق مشاوره  
راهنمای کارآموزان و متخصصان

# فهرست

۱۳	..... تقدیر و تشکر
۱۵	..... مقدمه ترجمه فارسی
۱۷	..... معرفی نویسنده
۱۹	..... پیشگفتار

## بخش اول

۲۷	..... فصل ۱- یک زوج درمانگر و خانواده درمانگر صاحب صلاحیت
۴۵	..... فصل ۲- مهارت‌های پایه درمانگر
۱۱۳	..... فصل ۳- تماس تلفنی اولیه و ارزیابی شکایات و اهداف درمانجویان
۱۴۵	..... فصل ۴- تعیین طرح درمان و اجرای درمان طرح‌ریزی شده
۱۷۹	..... فصل ۵- ارزشیابی پایبندی به طرح درمان و ارزشیابی نتایج درمان
۲۱۷	..... فصل ۶- خاتمه درمان

## بخش دوم: پروتکل‌هایی برای مدل‌های زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی: اجرای درمان‌های مبتنی بر شواهد

۲۳۲	..... مقدمه بخش دوم
۲۳۵	..... فصل ۷- پروتکل اجرای روش زوج‌درمانی گاتمن
۳۰۱	..... فصل ۸- پروتکل اجرای زوج‌درمانی هیجان‌مدار
۳۳۳	..... پیوست الف- چک لیست شخص درمانگر
۳۳۵	..... پیوست ب- رویه‌های خود-آرامش بخش درمانگر
۳۳۷	..... پیوست ج- مجموعه ارزیابی استاندارد برای مشکلات ارتباطی زناشویی
۳۵۱	..... پیوست د- نگارش یادداشت‌های پیشرفت پرونده
۳۵۳	..... پیوست ه- فرم درجه‌بندی مشاهده‌گری‌های درمانگر از رفتارهای ارتباطی و حل مسئله زوجین
۳۵۴	..... پیوست و- جدول تجربه بالینی
۳۵۶	..... پیوست ز- آماده‌سازی یک طرح درمان کتبی
۳۶۵	..... پیوست ح- نگارش خلاصه درمان

- پیوست ط- فرم درجه‌بندی مهارت‌های متناسب‌سازی درمان ..... ۳۶۷
- پیوست ی- موفقیت تکلیف خانگی: راهکارهای درمانگر ..... ۳۶۸
- پیوست ک- آماده‌سازی چک لیست نظارت تخصصی برای زوج‌درمانی ..... ۳۷۰
- منابع ..... ۳۷۳
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ..... ۴۰۱
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ..... ۴۰۵

# فهرست تصاویر، جدول‌ها و کادرها

## فهرست تصاویر

- تصویر ۱-۲ سؤالات یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای غربالگری خشونت خانوادگی ..... ۱۰۱
- تصویر ۱-۴ نمونه‌ای از ثبت نمرات یک مجموعه ارزیابی استاندارد زناشویی ..... ۱۴۸
- تصویر ۲-۴ نمونه‌ای از ثبت یک مجموعه ارزیابی استاندارد زناشویی نمره‌گذاری شده ..... ۱۵۹
- تصویر ۱-۵ بعضی از ترکیب‌های نمرات مقیاس درجه‌بندی نتیجه (ORS) و ... ..... ۱۹۸
- تصویر ۲-۵ درخت تصمیم خانواده‌درمانی ..... ۲۰۵
- تصویر ۳-۵ حوزه‌های حمایت اجتماعی مورد استفاده برای مقابله با عوامل استرس‌زای معنی‌دار زندگی ..... ۲۰۹

## فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۲ دسته‌بندی خطر خودکشی ..... ۷۱
- جدول ۲-۲ بهترین توصیه شده برای افسردگی و اضطراب ..... ۷۳
- جدول ۳-۲ عوامل خطر سازِ سوءرفتار با همسر، کودک و سالمند ..... ۸۹
- جدول ۱-۱ ز مثالی از جدول ارزیابی در یک طرح درمان ..... ۳۶۲

## فهرست کادرها

- کادر ۱-۱ نظارت تخصصی و اتحادهای گسسته ..... ۳۶
- کادر ۱-۲ نقش ناظر تخصصی در ارزیابی و مداخله در خطر خودکشی ..... ۷۵
- کادر ۱-۴ نقش ناظر تخصصی در تعیین طرح درمان ..... ۱۵۳
- کادر ۲-۴ نمونه‌ای از یک طرح درمان ..... ۱۵۷
- کادر ۱-۵ بهبود فرایندهای شناختی درمانگران ..... ۱۸۹
- کادر ۱-۷ ارائه طرح درمان روش زوج‌درمانی گاتمن ..... ۲۵۳



## تقدیر و تشکر

این متن، برگرفته از دوره‌های نظارت تخصصی برنامه‌ی زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی دانشگاه بریگهام یانگ که بیش از چهل سال در آن‌جا تدریس کرده‌ام، است. من از ریاست دانشگاه، هیأت علمی و دانشجویان به‌خاطر همکاری فراوان‌شان تشکر می‌کنم. ریاست دانشگاه که برنامه‌ی "زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی" را با امکانات عالی از جمله اتاق‌های مشاوره مجهز به آینه‌های یک طرفه و تجهیزات ضبط صوتی و تلویزیونی فراهم کرد، و به‌این ترتیب زمینه نظارت تخصصی بر کار درمانی دانشجویان کارورز بسیار تسهیل شد. مسئولان پذیرش کلینیک که با اجرای ابزارهای ارزیابی برای درمانجویانی که از راه می‌رسیدند، همکاری کردند. اعضای هیئت علمی که حمایت و انتقادات سودمندشان را به من ارزانی داشتند بخصوص می‌خواهم از دکتر هیو آلد، دکتر لزلی فینار، دکتر جیمز هارپر، دکتر جوئل ماس و دکتر رابرت اشتاهمان برای بازخوردشان در طی این سال‌ها تشکر کنم.

من به‌خصوص از صدها دانشجوی کارورزی که به من اجازه دادند در شروع کارشان با درمانجویان زوج و خانواده بر آنها نظارت تخصصی داشته باشم، سپاسگزارم. ما برنامه‌ی آموزشی درمانگر که در این متن توضیح داده شده را به کمک یکدیگر تهیه کرده‌ایم.

من از خانواده‌هایی که اجازه دادند جلساتشان توسط من و ناظران تخصصی دانشجوی دکترا مشاهده شود، تشکر ویژه دارم. بدون همکاری زوج‌ها و خانواده‌هایی که به کلینیک آمدند، دانشجویان کارورز، فرصت یادگیری برای زوج‌درمانگر و خانواده‌درمانگر شدن را به دست نمی‌آوردند.

با سپاس و تشکر از نویسندگان و ناشر که اجازه‌ی باز نشر اقلام کپی‌رایت در این کتاب را اعطا کردند. من از نویسندگان ۵۶۳ پژوهش که با این متن همکاری نمودند سپاسگزارم. از جان وایلی و پسران برای اجازه‌ی نقل قول از رویکردهای تجربی آگاهانه از وینگیت، جوینر، واکر و رود (۲۰۰۴) برای موضوعات ارزیابی خطر خودکشی، علوم رفتاری و قانون، (۵) ۲۲، ۶۶۵-۶۵۱ تشکر می‌کنم. همچنین برای اجازه‌ی استفاده از اطلاعات چند جدول در این کتاب، تشکر ویژه دارم. به ویژه:

۱- جدول ۱-۲ "دسته‌بندی خطر خودکشی" بر اساس اطلاعات تحقیق جوینر، واکر، رود و جابز (۱۹۹۹) و وینگیت، جوینر، واکر، رود و جابز (۲۰۰۴) است.

۲- جدول ۳-۲ "عوامل خطر ساز سوءرفتار با همسر، کودک و سالمند" بر اساس اطلاعات تحقیق کوی و مایر (۲۰۰۰)، کیریاکو و همکاران (۱۹۹۹)، لاجز، ویلیامز، ابریان، هارست و هورویتز (۱۹۹۷)، پیلمر و

فینکل هور (۱۹۸۸) و تولان، گورمن-اسمیت و هنری (۲۰۰۶) است.  
۳- تصویر ۱-۲ "سؤالات یک مصاحبه نیمه ساختاریافته برای غربالگری خشونت خانوادگی" بر اساس اطلاعات تحقیق بومبا (۲۰۰۶)، یاکویسون و کریستین سن (۱۹۹۶)، لاجز، ویلیامز، اُبرایان، هارست و هورویتز (۱۹۹۷)، مک کلاسیکی و گریگزبی (۲۰۰۵)، اسلپ و هیمان (۲۰۰۶)، تولان، گورمن-اسمیت و هنری (۲۰۰۶)، ولفل، دانزینگر و سانتورو (۲۰۰۰) است.

از هر تلاشی که برای پیدا کردن دارندگان کپی‌رایت و اخذ اجازه آنها برای استفاده از اقلام کپی‌رایت انجام شد، متشکرم. ناشر برای هرگونه خطا یا از قلم افتادگی در فهرست‌های بالا، پوزش می‌خواهد و سپاسگزار خواهد شد اگر هرگونه تصحیحی را که باید در تجدید چاپ‌ها یا ویراست‌های آینده این کتاب انجام شود، اعلام کنید.

تشکر ویژه از ویراستارم کارن شیلد در انتشارات جان وایلی، بریتانیا، که وقفه یک سال و نیمه من برای خدمت به‌عنوان مشاور سلامت روان برای مبلغان کلیسای عیسی مسیح قدیسان آخرالزمان در ژاپن و کره جنوبی را صبورانه تحمل کرد. همچنین تشکر از استن واکفیلد که برای کمک به من جهت اتصال به انتشارات وایلی بریتانیا، نقش یک نماینده را ایفا کرد.

در آخر، می‌خواهم از حمایت و تشویق همسرم شریل و فرزندانمان استنلی، مارسیا و کریستین تشکر کنم.

## مقدمه ترجمه فارسی

استقبال روزافزون جامعه از خدمات روان‌شناسان از یک سو، و ضرورت توسعه و ارتقاء سطح خدمات سلامت روان با توجه به گسترش و شیوع نگران‌کننده آسیب‌های روانی و اجتماعی از سوی دیگر، الزام‌هایی دوگانه را برای جامعه روان‌شناسی کشور به وجود آورده است: تربیت تعداد بیشتری از روان‌شناسان برای پاسخگویی به این نیازها و البته همزمان با آن افزایش سطح کیفی آموزش‌ها برای این گروه که لامحاله به معنی تخصصی‌تر شدن این آموزش‌ها نیز می‌باشد.

در همین راستا یکی از مهم‌ترین چالش‌های امروز روان‌شناسی بالینی در ایران، موضوع فراهم کردن تجربه‌های عملی و بالینی کافی، مؤثر و کارآمد برای دانشجویان این رشته‌ها است. نکته‌ای که در اخلاق حرفه‌ای تحت عنوان ایجاد صلاحیت‌های لازم حرفه‌ای برای اقدام به صورت مستقل مورد تأکید و توجه جدی قرار دارد. تردیدی نیست که نقش دپارتمان‌های روان‌شناسی دانشگاه‌ها در برنامه‌ریزی و تأمین امکانات و تجهیزات مورد نیاز برای آموزش بالینی دانشجویان، و نیز نقش نهادهای صنفی تخصصی از جمله انجمن‌های علمی روان‌شناسی و خصوصاً سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره جمهوری اسلامی ایران در سازماندهی و تدوین استانداردهای لازم و اعمال مؤثر و فعال تدابیر نظارتی برای اطمینان از وجود دوره‌های کارآموزی و کارورزی کافی در این دوره‌ها، نقشی محوری و اساسی است. اما مسأله مهم دیگر در این خصوص نیز تهیه و تدوین منابع لازم و علمی برای تسهیل انتقال تجربه‌های ناب بالینگران و متخصصان با تجربه، به بالینگران جوان و هدایت گام‌به‌گام و عملی آنها در چارچوب خدمات بالینی است.

کتاب "چگونه یک زوج‌درمانگر و خانواده‌درمانگر شوید؟" یکی از منابع بسیار خوب و مفید در این حوزه است. مطالب این کتاب متمرکز بر افزایش کیفیت و عمق دانش بالینی فرد و ظرافت‌های آن از سوی دیگر است. نویسنده تلاش کرده به شکلی عملی و ساده ظرایف و دقایق مسایل و مشکلات خاصی را که لزوماً در هیچ نظریه‌ای مورد توجه و بحث قرار نگرفته (مانند اتحاددرمانی، اتحادهای گسسته، استرس درمانگر، انتقال متقابل، استفاده از نظارت تخصصی)، ولی در هر نوع اقدام بالینی مبتلا به فرایند درمان خواهد بود را و یک درمانگر ممکن است در جریان فعالیت حرفه‌ای خود با زوج‌ها و خانواده‌ها با آن روبه‌رو شود به دقت توصیف کند. علاوه بر این، کتاب به برخی موضوعات خاص بالینی که نیازمند توجه فوری و ویژه هستند، مانند خودکشی و خشونت توجهی خاص و بسیار عالی نشان داده و تلاش کرده که به شکلی عملی راهکارهای مؤثر در برخورد با این موقعیت‌ها را توضیح دهد. از زاویه‌ای دیگر این کتاب نشان‌دهنده



توجه و پابندی عمیق روان‌شناسی علمی به رعایت اصول اخلاق حرفه‌ای و تأمین بهترین خدمات ممکن برای مراجعین و متقاضیان دریافت خدمات تخصصی روان‌شناختی است. انتخاب هوشمندانه این کتاب برای ترجمه، نتیجه تجربه عمیق و گسترده بالینی مترجم بوده و شایسته تحسین فراوان است. سرکار خانم نیره قشنگ سال‌ها درگیر فعالیت‌های کمک‌آموزشی بالینی در دانشگاه فردوسی مشهد بوده و اینک نیز خود به‌عنوان دانشجوی دکتری بالینی مشتاقانه درگیر دریافت و نیز ارائه اینگونه خدمات و آموزش‌های بالینی است و به‌خوبی فوریت و ارزش فراهم کردن فرصت تجربه‌های عملی و بالینی در آموزش مؤثرتر روان‌شناسان بالینی را درک کرده و لمس می‌کند. علاوه بر این تلاش قابل توجه ایشان در ارائه متنی خوب و روان نیز مستوجب تقدیر و تشکر است.

### **محمدعلی مظاهری**

عضو هیئت علمی دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

دانشگاه شهید بهشتی

## معرفی نویسنده

دکتر دی. یوجین مید، استاد بازنشسته زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی دانشگاه بریگهام یانگ است. او عضو فلو انجمن زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی آمریکا و عضو انجمن روان‌شناسی آمریکاست. مید، در سال ۱۹۶۷ به بخش رشد و تکامل کودک و روابط خانوادگی دانشگاه بریگهام یانگ پیوست و به مدت چهل سال زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی تدریس کرد. او در طول این مدت، کلاس‌هایی را پایه‌گذاری کرد که عبارت‌اند از: الف) کلاس‌های زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی رفتاری؛ ب) کلاس‌های کارآموزی که فرصت‌هایی را برای شروع تمرین با زوجها و خانواده‌ها در اختیار دانشجویان قرار می‌داد؛ ج) کلاس آموزش درمان مشکلات جنسی و د) کلاس نظارت تخصصی طراحی شده برای آموزش دانشجویان دکترای جهت نظارت تخصصی سطح بالاتر دانشجویان زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی. او در همایش‌های سالانه و دوره‌های تابستانی انجمن زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی آمریکا نیز تدریس کرده است.



## پیشگفتار

کتاب دی. یوجین مید، «چگونه یک زوج‌درمانگر و خانواده‌درمانگر شوید؟»، گام شایانی در پیشینه آموزشی زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی (MFT) است. این کتاب فرا رسیدن دورانی را نشان می‌دهد که در آن جدی‌تر از هر نوشته آموزشی دیگری به اهمیت "پژوهش آگاهانه" توسط زوج‌درمانگران و خانواده‌درمانگران (MFTs) می‌پردازد (کارام و اسپرنکل، ۲۰۱۰). اکثریت زوج‌درمانگران و خانواده‌درمانگران، پژوهش اصیل رسمی را به‌عنوان بخشی از حرفه‌شان انجام نمی‌دهند؛ اما این نوشته، گواه محکمی برای این توقع است که همه زوج‌درمانگران و خانواده‌درمانگران از دانش پژوهشی و ابزار تحقیقاتی برای اخذ تصمیمات بالینی آگاهانه خود استفاده کنند. خواننده باید توجه داشته باشد که اکثریت پزشکان نیز پژوهش اصیل انجام نمی‌دهند. اما چه تعداد از ما مایلیم مشتری پزشکی باشیم که از دانش و ابزار پژوهشی (مانند سنجش فشارخون) برای اخذ تصمیم بالینی آگاهانه استفاده نمی‌کند؟

من به مدت چهار سال عضو بالینی انجمن زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی آمریکا (AAMFT) و همچنین مدرس زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی بوده، و تعداد زیادی مدل و روش آموزشی دیده‌ام که به کار گرفته شده‌اند. در بخش زیادی از تاریخچه این رشته، آموزش بر مجموعه‌ای از نوشته‌های "روش من این است" متکی بوده که آنها تا حد زیادی مبتنی بر تجربه و ترجیحات نظری نویسندگان، با اندک توجهی به شواهد تأییدی بوده‌اند. نمونه بارزی از صراحت مید، این هشدار اوست: "شما باید درباره به‌کارگیری تکنیک جدیدی که در یک کارگاه آموزشی یا همایش ملی ارائه می‌شود، به یک اندازه محتاط باشید. مهم نیست که ارائه‌دهنده آخرین مدل نظری چقدر باجذب است؛ درمانگران محتاط دنباله‌روی آن نخواهند شد. نباید اجازه داد که مبالغه‌جانشین شواهد علمی گردد" (صفحه ۱۰۴).

اگرچه مید تصدیق می‌کند که بعضی اوقات یافته‌های متناقضی از پژوهش وجود دارند که به‌طور معمول هر دو جنبه را نشان می‌دهند، اما راه‌کارهای او برای آموزش، تا حد امکان براساس شواهد هستند. تسلط آشکار او بر پیشینه پژوهشی روان‌درمانی نیز به‌طور جدی من را تحت تأثیر قرار داد. اگرچه این نوشته درباره آموزش زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی است، اما مید از بینش‌های مبتنی بر شواهدی برگرفته از روان‌شناسی بالینی و مشاوره در آن استفاده کرده است؛ به ویژه در قسمت‌هایی از این نوشته به موضوعاتی پرداخته است که هنوز در پیشینه پژوهشی زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی گزارش نشده‌اند. به‌همان اندازه که گرایش مبتنی بر شواهد مید قدرتمند است، نوشته او روشن می‌کند که یک

رویکرد علمی، به کارگیری بی‌حاصل اصول توسط درمانگران، با لباس سفید آزمایشگاه نیست؛ بنابراین او به‌طورکلی به‌این قبیل مسائل توجه فراوانی دارد؛ به‌طوری که رویکردهای اعتبارسنجی شده را با نیازها و خصوصیات درمانجویان و مسائل "خودِ درمانگر" که به‌طور معمول به‌خوبی در رویکردهای تجربه‌گرا به آنها پرداخته نمی‌شود، انطباق می‌دهد. با این حال، در همراهی با خواست نویسنده برای عملیاتی کردن آنچه بعضی ممکن است "جنبه دقیق" درمان در نظر بگیرند، مید ضمائم از ابزار ارزیابی‌ای که خودش ابداع کرده مانند: "چک‌لیست شخص درمانگر" و "رویه‌های خود-آرامش‌بخش درمانگر" را در کتاب گنجانده است. نوشته می‌دیش از هر متن آموزشی‌ای که تا به حال مرور کرده‌ام، به کاربرد ابزار ارزیابی گرایش دارد.

مورد دیگری که در این نوشته تحسین می‌کنم، بازشناسی عوامل مشترک مناسب است (اسپرنکل، دیویس و لیوف، ۲۰۰۹). هرچند درمان‌های اعتبارسنجی‌شده تجربی به‌بهترین شکل اثبات کرده‌اند که بر هیچ روش درمانی و درمان‌های جایگزین متعدد (مانند "درمان‌های معمول") ارجحیت ندارند، اما در حال حاضر شواهد کمی وجود دارند که یک درمان زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی (MFT) اعتبارسنجی‌شده تجربی بر درمان دیگر ارجحیت دارد. بنابراین درمانگری که پژوهش آگاهانه انجام می‌دهد تمایل خواهد داشت که (در صورت امکان) از یک رویکرد اعتبارسنجی‌شده تجربی برای مشکل کنونی استفاده کند؛ زیرا این رویکردها به‌طور معمول اثربخش‌تر از درمان‌های جایگزین "خودمانی" رایج هستند. درمانگری که پژوهش آگاهانه انجام می‌دهد، همچنین آزاد است که از بین مدل‌های اعتبارسنجی‌شده تجربی، (در صورتی که چند مدل برای مسئله‌ای خاص وجود داشته باشد) یک مدل را بسته به تناسب آن با جهان‌بینی درمانگر، نیازهای درمانجو و آموزش و مهارت‌های درمانگر و ناظر تخصصی، انتخاب کند. برای مثال: هرچند درمان هیجان‌مدار (EFT) و زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (IBCT) هر دو حجم زیادی از شواهد مؤثر را ارائه داده‌اند که بر روش‌های جایگزین رایج برای درمان آشفتگی زناشویی ارجحیت دارند (یعنی آنچه را که اسپرنکل و همکاران، ۲۰۰۹، آن را "کارایی مطلق" نامیده‌اند، اثبات کرده‌اند)، اما در حال حاضر هیچ پژوهشی که کارایی (EFT) را با زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه‌نگر (IBCT) مقایسه کند وجود ندارد (که اسپرنکل و همکاران، ۲۰۰۹، آن را "کارایی نسبی" بین مدل‌های زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی (MFT) نامیده‌اند).

پس همان‌طور که مید ذکر کرده است، عاملی که (در صورت مساوی بودن سایر عوامل) درمانگر ممکن است در انتخاب از بین این دو مدل درمانی استفاده کند، می‌تواند این باشد که آیا مشکل کنونی یک "آسیب دلبستگی" است که درمان هیجان‌مدار (EFT) به‌طور ویژه با آن تناسب خوبی خواهد داشت، یا بیشتر یک مسئله ارتباطی و حل مشکل است که زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه (IBCT) می‌تواند تناسب قوی‌تری با آن داشته باشد؟ "مساوی بودن سایر عوامل" یک توصیف‌کننده مهم است؛ زیرا در بعضی موارد انتخاب یک مدل از میان رویکردهای مبتنی بر شواهد، یک چالش طاقت‌فرسا برای درمانگر یا ناظر تخصصی خواهد بود.

راه دیگری که نوشته حاضر از طریق آن رویکرد عوامل مشترک مناسب را تصدیق می‌کند این است که روشن می‌سازد بزرگترین بخش از واریانس نتایج موفق در رویکردهای اعتبارسنجی شده تجربی، به این دلیل است که آنها مکانیسم‌های تغییر مشترک که در همه درمان‌های موفق به کار می‌افتند را فعال یا نیرومند می‌سازند. بدین ترتیب، بزرگترین بخش از واریانس درمان موفق، چیز منحصر به فردی در مورد درمان نیست؛ بلکه مکانیسم‌های تغییر مشترک است که در همه موفق یافت می‌شوند. این رویکرد، مخالف ارزش مدل‌ها به‌عنوان یک نقشه راه ارزشمند برای موفقیت درمانی نیست؛ زیرا داشتن یک مدل یا نقشه راه، تعیین‌کننده است. این رویکرد، این موضوع را نیز رد نمی‌کند که بعضی جنبه‌های منحصر به فرد مدل‌ها می‌توانند به‌طور ویژه برای درمانجویان و درمانگران خاصی سودمند باشند. به بیان دقیق‌تر، وقتی صحبت از توضیح واریانس نتیجه به میان می‌آید، به نظر می‌رسد که اشتراکات، (از قبیل: ایجاد اتحادهای درمانی قدرتمند، کمک به افراد برای نگاه متفاوت به مشکلاتشان، به‌کارگیری مداخلات به‌طور روشن پذیرفتنی برای درمانجویان) ابعاد منحصر به فرد مدل درمانی را مغلوب می‌سازند. همچنین چیزهایی که ابداع‌کنندگان مدل به‌عنوان ابعاد منحصر به فرد ارائه می‌دهند، فقط شکل‌های متفاوتی از یک موضوع مشترک است. برای مثال: مجاب کردن درمانجویان برای نگاه متفاوت به مشکلاتشان، ممکن است ارتقای "بینش"، "چارچوب‌دهی مجدد" یا "آفرینش یک روایت جدید" نامیده شود. اسامی متفاوت هستند اما مکانیسم‌های تغییر پایه، اغلب به‌طور کامل یکسان هستند.

به همین دلیل، مید سه فصل اول کتابش را به ارتقای مهارت‌های پایه و پرداختن به مسائلی اختصاص می‌دهد که تا حد زیادی مستقل از مدل‌های خاص هستند. پس شگفت‌آور نیست که او یک بخش بسیار جامع درباره اتحاد درمانی و یکی از بهترین بخش‌ها در مورد اتحادهای گسسته (برای مثال: وقتی درمانگر با یکی از اعضای خانواده رابطه محکمی دارد اما با دیگری خیر) را در کتابش دارد که من در هیچ متنی ندیده‌ام. او همچنین به موضوعاتی مانند: چگونه یک شنونده همدل شوید؟، یادگیری نحوه برخورد با مسائل خود درمانگر مانند: استرس درمانگر، انتقال و انتقال متقابل، درمان شخصی و نحوه بهترین استفاده از نظارت تخصصی می‌پردازد. در حقیقت، یکی از نقاط قوت واقعی این نوشته این است که مید در هر فصل، اطلاعاتی برای نحوه استفاده درمانگر از نظارت تخصصی برای پرداختن به مسایلی که با آن مواجه می‌شود و همین‌طور راه‌کارهایی برای نظارت تخصصی دارد.

این نوشته اگرچه متنی برای درمانگران تازه‌کار است، اما حاوی یکی از جامع‌ترین بحث‌ها در مورد برخورد با درمانجوی مستعد برای خودکشی و همچنین پرداختن به مسائل خشونت، خشونت بالقوه، وظیفه اعلام هشدار و گزارش‌دهی مسائل است که من در هیچ‌جا ندیده‌ام. این مسائل به‌جای موکول شدن به بخش جنبی کتاب، در یک بخش برجسته در ابتدای کتاب قرار گرفته‌اند، این کار تا اندازه‌ای به این دلیل است که تحقیقات نشان می‌دهند؛ برای مثال: خشونت خانوادگی چقدر شایع است و درمانگرانی که به‌طور مستقیم درباره آن سؤال می‌کنند چقدر کم هستند؟

در بخش اول نوشته، نویسنده بر انجام مراحل مختلف درمان به ترتیب وقوع، تمرکز دارد که عبارت‌اند

از: شروع با تماس تلفنی اولیه و ارزیابی شکایات و اهداف درمانجویان (فصل ۳)؛ پیشروی به تعیین و اجرای طرح درمان (فصل ۴)؛ ارزشیابی پایبندی به طرح درمان و ارزیابی نتایج درمان (فصل ۵) و خاتمه درمان (فصل ۶). در تمام این مراحل، همه اظهارات براساس پژوهش آگاهانه هستند. هر بخش نیز همان‌طور که مید تصریح کرده، به‌طور کامل غیرمعمول است؛ برای مثال: درمانگر ممکن است با هر مسئله غیرمنتظره‌ای در تماس تلفنی اولیه مواجه شود.

آنچه در این بخش منحصر به فرد است، استفاده از تماس تلفنی برای ارزیابی و ارزشیابی "مستمر" با استفاده از ابزارهای پایا و معتبر است، که در هیچ متن آموزشی ندیده‌ام. حجم فزاینده‌ای از شواهد وجود دارد که ارزیابی "مستمر"، درست همان‌طور که علم پزشکی را متحول کرد (برای مثال: پزشکان در هر ویزیت، فشارخون را اندازه می‌گیرند و در صورتی که شرایط، هشدار دهنده باشد، برای مثال قند خون بالا باشد، توصیه می‌کنند که آزمایش خون روزی یکبار یا بیشتر انجام شود)، این ظرفیت را دارد که روان‌شناسی را نیز متحول کند. پژوهشگرانی مانند انکر، دانکن و اسپارکز (۲۰۰۹) و لامبرت، هانسین و فینچ (۲۰۰۱) اثبات کرده‌اند درمانگرانی که با استفاده از ابزار معتبر، جلسه به جلسه بازخورد می‌گیرند، نسبت به درمانگرانی که این کار را انجام نمی‌دهند، مستقل از اینکه گرایش نظری یا مشکل کنونی‌شان چه باشد، نتایج بهتری کسب می‌کنند. مید تصریح می‌کند که درمانگران به‌طور منظم از ابزار کوتاه (مانند مقیاس تجدیدنظر شده سازگاری زناشویی برای زوجین (RDAS: باسبی، کران، لارسون و کریستن‌سن، ۱۹۹۵)) و از بعضی ابزارها (مانند مقیاس درجه‌بندی نتیجه (ORS: میلر و دانکن، سورل و براون، ۲۰۰۵)) در هر جلسه استفاده کنند. آماده کردن واقعی خواننده این است که به‌جای انتظار داشتن از او برای پیدا کردن این ابزارها، تا حد امکان تعداد بیشتری ابزار در مجموعه‌های مفصلی از ضمایم، گنجانده شوند.

بخش دوم کتاب نیز حاوی یک "اولین" دیگر در بین متون زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی (MFT) است. مید دو پروتکل را برای اجرای زوج‌درمانی‌های اعتبارسنجی شده تجربی پیشنهاد می‌دهد که "روش زوج‌درمانی گاتمن" و "درمان هیجان‌مدار" با زوجین هستند. این فصول، راه‌کارهایی برای پیاده‌سازی این درمان‌ها به‌صورت جلسه به جلسه ارائه می‌دهند و در عین حال راه‌کارهایی را نیز برای ارزیابی، استفاده از ابزارهای سنجش، تهیه طرح‌های درمان و غیره که مید در گذشته آنها را به ترتیب در نوشته آورده است، اضافه می‌کنند. این پروتکل‌ها، جانشینی برای راهنماهای درمانی ابداع کننده مدل نیستند؛ بلکه بیشتر راه‌کارهایی برای نحوه استفاده از آنها هستند.

بخش سوم نوشته، مجموعه‌های مفصلی از ضمایم هستند که شامل ابزار ارزیابی یا اطلاعاتی راجع به‌جایی که می‌توان آن را به راحتی یافت، است. این ضمایم نه تنها به‌طور استثنایی مفید هستند، بلکه باعث صرفه‌جویی عمده‌ای در وقت خواننده و متخصص بالینی می‌شوند؛ زیرا بسیاری از آنها در دسترس عموم قرار دارند و می‌توان آنها را کپی کرد.

این کتاب در مجموع باعث پریشانی خیال نمی‌شود. چالش‌برانگیز است، اما نه از نظر دشواری در فهم - زیرا روشن و خوب نوشته شده- بلکه همچون فراخوانی برای متخصصان بالینی است تا بسیار

دقیق باشند. این کتاب، چالشی برای زوج‌درمانگران و خانواده‌درمانگران است تا از رویکرد مبتنی بر شواهد برای کارشان استفاده کنند تا بی‌شبهت به چیزی که از پزشکان انتظار دارند تا خودشان و خانواده‌هایشان برای درمان به نزدشان بروند، نباشند. این کتاب، دفاعیه‌ای برای ارزیابی تمام و کمال و اثبات پیشرفت و موفقیت حاصل از به کارگیری بهترین علم موجود است. همچنین ادعانه‌ای برای بلوغ این رشته است و فراتر از "حقیقت در کنار ادعا" است که توسط پیشگویان با جذب ارائه می‌شود. این کتاب از این رشته می‌خواهد، از زمان گذر کند. مسئله‌مید این نیست که "هنر" همچون "علم" در درمان وجود داشته باشد؛ بلکه فقط این است که نیازهای اولی در خدمت دومی باشند. من این کتاب را توصیه می‌کنم؛ زیرا سهم مهمی در پیشینه آموزشی دارد. نگارش و انتشار کتاب «چگونه یک زوج‌درمانگر و خانواده‌درمانگر شوید؟» علامت مثبتی برای آینده زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی (MFT) است.

داگلاس ا.ج. اسپرنکل

استاد ممتاز بازنشسته دانشگاه پردیو

سرمدبیر سابق مجله زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی





# بخش اول



## فصل ۱

# یک زوج درمانگر و خانواده‌درمانگر صاحب صلاحیت

### مقدمه

این کتاب برای کمک به شما جهت انتقال از کلاس درس به اتاق مشاوره طراحی شده است. شما در کلاس درس، دانش نظری لازم برای انجام درمان را کسب کرده‌اید و در اتاق مشاوره، تبدیل این دانش نظری به دانش تجربی را آغاز خواهید کرد. در کلاس درس آموختید که به توصیف‌های کلامی رفتارهای درمانجو پاسخ دهید و در اتاق مشاوره یاد خواهید گرفت که بلادرنگ پاسخگوی رفتارهای واقعی وی باشید. احساس مسئولیت شما برای تلاش جهت کمک به درمانجویان برای رسیدگی به پیچیدگی‌های زندگیشان، آغاز خواهد شد. اولین ملاقات با درمانجویان، هیجان‌انگیز و درعین حال اضطراب‌آور است؛ اما شما در این کار تنها نیستید. شما از حمایت و راهنمایی ناظر تخصصی خود که یک درمانگر با تجربه است، برخوردار خواهید بود. بنابراین این کتاب مخصوص ناظران تخصصی نیز هست و به آنان کمک خواهد کرد تا حمایت و راهنمایی مورد نیاز درمانگران جدید برای تبدیل شدن به درمانگران صاحب صلاحیت را به آنها ارائه نمایند.

هدف شما به‌عنوان یک درمانگر جدید، تبدیل شدن به درمانگر باکفایتی است که تازه شروع به کار کرده است. به گفتهٔ ومپولد (۲۰۰۱) درمانگران صاحب صلاحیت کسانی هستند که درمانجوی آنان، نتایج موفق کسب کند. بنابراین هدف شما باید کمک به درمانجویان برای دستیابی به اهداف درمانی‌شان باشد. اهداف ناظر تخصصی، کمک به شما برای درمانگر باصلاحیت شدن و درعین حال، تأمین آسایش درمانجویان شما است. اما چگونه می‌توان به درمانجویان کمک کرد تا نتایج موفق کسب کنند؟ درمان موفق، تابعی از چهار عامل است که به‌نظر می‌رسد در همهٔ مدل‌های درمان، مشترک هستند (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲).

### نقش عوامل مشترک در نتایج درمان

تحقیقات بیست سال اخیر مشخص کرده‌اند که حدود ۸۰ درصد از درمانجویانی که متحمل روان‌درمانی می‌شوند بیشتر از کسانی که روان‌درمانی نمی‌شوند بهبود می‌یابند (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲). این تحقیقات

همچنین مشخص کرده‌اند که حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد از زوج‌ها و خانواده‌هایی که زوج‌درمانی یا خانواده‌درمانی را به پایان می‌رسانند، نتایج موفق‌تری کسب می‌کنند (شادیش و بالدوین، ۲۰۰۲).

مقایسه مدل‌های درمان فردی با یکدیگر نشان داده است که هیچ‌یک از آن‌ها، کارآتر از دیگری نیست (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲). این امر درباره مدل‌های زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی نیز صحت دارد؛ یعنی زمانی که این مدل‌ها به صورت شانه‌به‌شانه مقایسه می‌شوند، هیچ مدل زوج‌درمانی یا خانواده‌درمانی بر دیگری برتری ندارد (شادیش و بالدوین، ۲۰۰۲، ۲۰۰۵).

البته چند استثنای قابل توجه وجود دارد که بیان می‌کند درمان خاصی برای طبقات خاصی از مشکلات، اثربخش است (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲). برای مثال: درمان مواجهه‌ای برای اضطراب، اجتناب و رفتارهای تشریفاتی، نسبت به سایر اشکال درمان ارجحیت دارند (لامبرت، ۱۹۹۲). به‌طور مشابه، تکنیک‌های مواجهه‌سازی، نقش عمده‌ای در درمان اختلال هراس در مبتلایان به بازار هراسی دارند (کراسک، ۱۹۹۹؛ میکلسون و مارکیونه، ۱۹۹۱). همچنین درمان شناختی-رفتاری<sup>۱</sup> (CBT) به‌عنوان درمان اثربخش افسردگی، به‌طور قابل ملاحظه‌ای در تحقیقات مورد تأیید قرار گرفته است (کلارک، بک و آفورد، ۱۹۹۹). با این حال، به‌نظر می‌رسد که عوامل مشترک حتی در این موارد ویژه نیز نقش مهمی ایفا می‌کنند.

### سهم عوامل مشترک در نتایج موفق درمانجو

بر طبق پیشینه پژوهشی عوامل مشترک، چهار عامل در واریانس نتایج درمان، نقش دارند (هابل، دانکن و میلر، ۱۹۹۹؛ اسپرنکل، بلو و دیکی، ۱۹۹۹). این چهار عامل عبارت‌اند از: (۱) اتحاد؛ (۲) آنچه درمانجویان به فضای درمان می‌آورند؛ (۳) اثر دارونما و (۴) تکنیک‌های درمانی. اتحاد، رابطه بین درمانجویان و درمانگر است که ۳۰ درصد از واریانس نتیجه درمان را تشکیل می‌دهد. آنچه درمانجویان به فضای درمان می‌آورند، تقریباً ۴۰ درصد از واریانس را تشکیل می‌دهد (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲) و شامل مشکلات کنونی، آمادگی برای تغییر، مهارت‌های اجتماعی و نظام‌های حمایتی آنان است (آسای و لامبرت، ۱۹۹۹). عامل سوم، انتظارات درمانجو برای کسب نتیجه موفق است که بعضی محققان به آن، «اثر دارونما» ناشی از آمدن به درمان می‌گویند و ۱۵ درصد از واریانس نتیجه را تشکیل می‌دهد (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲). عامل چهارم، تکنیک‌های درمانی به کار گرفته شده توسط درمانگر است که در مدل درمانی مورد استفاده درمانگر گنجانده می‌شوند. تکنیک‌های درمانی برای تداوم گفتگوی درمانی بین درمانگر و درمانجویان، مورد استفاده قرار می‌گیرند (فرانک و فرانک، ۱۹۹۱، ۲۰۰۴). محققان بر این باورند که تکنیک‌های درمانی، ۱۵ درصد باقیمانده واریانس نتیجه را تشکیل می‌دهند. این چهار عامل در تمام مدل‌های درمانی، مشترک هستند و به‌نظر می‌رسد که در کسب نتایج موفق درمانجو در روان‌درمانی فردی (لامبرت و بارلی، ۲۰۰۲) و همچنین زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی مؤثر می‌باشند (اسپرنکل و همکاران، ۱۹۹۹).

دو مورد از این عوامل یعنی آنچه درمانجویان به فضای درمان می‌آورند و اثر دارونما، در اصل عوامل

1. cognitive behavioral therapy (CBT)

مربوط به درمانجو هستند و شما به عنوان درمانگر نمی‌توانید آنها را به‌طور مستقیم دست‌کاری کنید. دو عامل دیگر یعنی اتحاد و تکنیک‌های درمانی، عواملی هستند که شما می‌توانید آنها را تحت تأثیر قرار دهید.

در این قسمت، هر یک از عوامل مشترک به‌طور جداگانه مورد بررسی قرار خواهد گرفت؛ هرچند تفکیک آنها در عمل، کار دشواری است. برای مثال: اثر دارونما ممکن است در ابتدا به اعتماد درمانجو به شما کمک کند و بنابراین پیشرفت اتحاد را تسهیل کند. ایجاد و حفظ اتحاد با نحوه استفاده شما از تکنیک‌های درمانی ارتباط دارد (بلو و همکاران، ۲۰۰۷). تفکیک نقش تکنیک‌های درمانی از رویه‌های ایجاد اتحاد، کار دشواری است. به گفته محققان، اتحاد از سه مؤلفه تشکیل می‌شود: اعتماد درمانجویان به درمانگر، توافق درمانجویان با درمانگر روی اهداف درمانی و همچنین توافق درمانجویان با تکنیک‌های مورد نیاز برای دستیابی به اهدافشان (بوردین، ۱۹۷۹).

بنابراین، در همان زمانی که با مشارکت درمانجویان بر روی شفاف‌سازی و تعیین اهدافشان کار می‌کنید، آنها اعتماد کردن به شما را آغاز خواهند کرد. هنگامی که با احترام و همدلی، ارتباط برقرار می‌نمایید و مراقبت‌های مربوط به امنیت آنان در جلسات درمان را اجرا می‌کنید، درمانجویان به این اطمینان می‌رسند که شما چه به‌صورت فرد و چه به‌صورت زوج یا خانواده، طرفدار آنها هستید. بدین ترتیب، دو مؤلفه از اتحاد تحقق می‌یابند: اول، توافق روی اهداف و دوم، اعتماد درمانجویان به شما به‌عنوان درمانگرشان. سپس شما یک طرح درمان متناسب با نیازها و اهداف درمانجویان را پیشنهاد می‌کنید. اگر درمانجویان موافق باشند که این درمان برای کمک به آنها جهت دستیابی به اهدافشان مناسب است، مؤلفه سوم اتحاد یعنی توافق روی روش‌ها یا مدل درمانی، تحقق می‌یابد. در نهایت، مدل درمانی به‌عنوان ساختاری برای گفتگوی مداوم درباره مشکلات، نیازها و اهداف درمانجویان عمل می‌کند که در حین آن، درمانجویان راه‌حل‌هایشان را فرمول‌بندی کرده و رفتارها و روابطشان را تغییر می‌دهند (فرانک و فرانک، ۱۹۹۱، ۲۰۰۴). بنابراین اگرچه محققان دریافته‌اند که تکنیک‌های درمانی فقط مسئول ۱۵ درصد از واریانس نتیجه درمان هستند اما این ۱۵ درصد، ناچیز نیست.

هرچند آشکار است دو مورد از عوامل مشترک یعنی "آنچه درمانجویان به فضای درمان می‌آورند" و "انتظارات درمانجو" به‌طور مستقیم توسط شما به‌عنوان درمانگر، قابل دست‌کاری نیستند، اما چندراه بالقوه وجود دارد که می‌توانید از طریق آنها بر ادراک درمانجویان از اتحاد، تأثیر بگذارید. این راه‌ها در این فصل به تفصیل مورد بحث قرار خواهند گرفت. اما چیزی که شاید مهم‌تر باشد، اجرای تکنیک‌های درمانی و همچنین مهارتی است که تکنیک‌ها با آن به‌طور مستقیم تحت کنترل شما اجرا می‌شوند. تحقیقات نشان داده‌اند که تفاوت درمانگران در مهارت اجرای درمان (لوپورسکی و همکاران، ۱۹۸۶) حاکی از این است که درمانگران می‌توانند نحوه اجرای اثربخش‌تر درمان را بیاموزند. شما با بهبود مهارت‌های خود در اجرای درمان، احتمال کسب نتایج موفق توسط درمانجویان‌تان را افزایش می‌دهید (بلو و همکاران، ۲۰۰۷).

## اتحاد درمانی

همان‌طور که در بالا گفته شد، اتحاد درمانی، حدود ۳۰ درصد از کل واریانس نتیجه درمان را تشکیل می‌دهد (آسای و لامبرت، ۱۹۹۹). اتحاد از سه عامل تشکیل می‌شود: الف) اعتماد درمانجویان به درمانگر و برقراری ارتباط با او؛ ب) توافق درمانجویان و درمانگر روی اهداف درمانی و ج) موافقت درمانجویان با تکالیف تعیین‌شده در طرح درمان (بوردین، ۱۹۷۹؛ هیتزینگتون و فریدلندر، ۱۹۹۰؛ جانسون و تالیتمن، ۱۹۹۷؛ پینسُف و کترال، ۱۹۸۶). شما به‌عنوان یک درمانگر می‌توانید با انجام این اقدامات به‌طور مثبت به برقراری اتحاد درمانی کمک کنید: الف) برقراری ارتباط محترمانه، مراقبت‌کننده و همدلانه (فصل ۲ را ملاحظه نمایید)؛ ب) کمک به درمانجویان برای شفاف‌سازی و تعیین اهدافشان (فصل ۳ را ملاحظه نمایید)؛ ج) تعیین طرح‌های درمانی متناسب با این اهداف (فصل ۳) و د) برخورد اثربخش با شکاف‌های موجود در اتحاد درمانی.

در روان‌درمانی فردی، باید تنها به اتحادی که درمانجو به‌عنوان درمانگر با شما برقرار می‌کند توجه کنید؛ اما در خانواده‌درمانی، باید به اتحادی که هر یک از اعضای خانواده با شما برقرار می‌کند توجه نمایید (فریدلندر، اسکودرو و هیتزینگتون، ۲۰۰۶؛ پینسُف، ۱۹۹۵). اعضای خانواده ممکن است اهداف درمانی متفاوتی داشته باشند. بنابراین، هر یک از اعضای خانواده، اتحاد خاص خودش را با درمانگر تشکیل می‌دهد. وقتی اعضای خانواده در اتحادشان با درمانگر تفاوت داشته باشند به این اتحاد، گسسته گفته می‌شود (بک، فریدلندر و اسکودرو، ۲۰۰۶؛ توماس، ورنر-ویلسون و مورفی، ۲۰۰۵). پینسُف و کترال (۱۹۸۶) اولین کسانی بودند که اتحاد گسسته را تعریف کردند. اتحادهای گسسته، زمانی روی می‌دهند که یکی از اعضای خانواده، اتحاد با درمانگر را بالا درجه‌بندی کند و عضو دیگری از خانواده، آن را پایین درجه‌بندی کند. اتحادهای گسسته ممکن است منجر به تصمیم‌گیری درمانجویان برای کناره‌گیری از درمان، قبل از دستیابی به اهدافشان شوند.

## دلایل احتمالی اتحادهای گسسته

در خانواده‌درمانی ممکن است اهدافی که برای ورود به درمان و ماندن در درمان وجود دارند به تعداد اعضای خانواده‌ای باشند که در اتاق مشاوره حضور دارند (فریدلندر، اسکودرو و هیتزینگتون، ۲۰۰۶). اعضای خانواده قبل از آمدن به درمان، اتحادهایی با یکدیگر تشکیل داده‌اند. فریدلندر و همکارانش (۲۰۰۶) این اتحادهای بین اعضای خانواده را تابعیت‌های خانوادگی می‌نامند و گارفیلد (۲۰۰۴) به آنها وفاداری خانوادگی می‌گوید. اعضای خانواده ممکن است احساس متفاوتی نسبت به وحدت خانوادگی داشته باشند، که از سازگاری کامل تا سرگردانی بین ماندن یا نماندن در خانواده، متغیر است. پس نباید تعجب‌آور باشد که آنها اتحادهای متفاوتی با درمانگر تشکیل دهند (فریدلندر، اسکودرو و هیتزینگتون، ۲۰۰۶؛ سیمونلز و هُرواث، ۲۰۰۴).

دلایل اتحادهای گسسته هنوز به‌خوبی مشخص نشده‌اند. ساختار قدرت خانواده، شاید یکی از عوامل

مسبب اتحادهای گسسته باشد. تفکیک قدرت، ممکن است تابعی از تفاوت‌های جنه و رشد بدنی یا تابعی از تفاوت‌های بین زن و شوهر و بین والدین و فرزندان باشد. سلسله مراتب قدرت در خانواده ممکن است باعث گردد که بعضی از اعضای خانواده از لحاظ پرخاشگری و حتی آزار روانی و جسمی، نسبت به بعضی دیگر از اعضا آسیب‌پذیر شوند (فصل ۲ را ملاحظه کنید). بنابراین، بعضی از اعضای خانواده تحریک خواهند شد که از خانواده‌درمانی اجتناب کنند و بعضی دیگر، انگیزه پیدا خواهند کرد که برای دفاع از خود به جلسات خانواده‌درمانی بیایند. شما می‌بایست نسبت به مسائل قدرت، حساس بوده و برای تأمین امنیت هر یک از اعضای خانواده آماده باشید. تفاوت‌های قدرت بین اعضای خانواده، ممکن است بر اساس جنسیت، نژاد، سواد و کنترل منابع مالی خانواده نیز ایجاد شوند.

اگرچه ایده تأثیر جنسیت بر اتحادها به‌طور روشن مورد تأیید قرار گرفته است، اما نتایج تحقیقات متناقض هستند. کوئین، داتسون و جُردن (۱۹۹۷) دریافتند که نمرات زنان در مقیاس اتحاد، نتیجه را پیش‌بینی می‌کردند؛ اما این مسئله در مورد نمرات شوهران، صحت نداشت. از سوی دیگر، سیمونلز و هُرواث (۲۰۰۴) به این نتیجه رسیدند که وقتی اتحاد مرد قوی‌تر بود رابطه بیشتری با نتیجه درمان داشت. آنها همچنین دریافتند که وقتی زن و شوهر از نظر قدرت اتحاد، توافق داشتند و زمانی که قدرت اتحاد در طول دوره درمان افزایش یافت، رابطه بین اتحاد و نتیجه، بیشتر شد. نوبلُخ-فِدرز، پینسُف و مان (۲۰۰۴) دریافتند که نشانه‌های روان‌شناختی فردی در زوج، تشکیل اتحاد را پیش‌بینی نکردند. به‌طور مشابه، محمود حسین، رایت، ترمبلائی و پویتراس-رایت (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که نشانه‌های روان‌پزشکی، اتحاد را پیش‌بینی نکردند؛ اما سازگاری زناشویی را پیش‌بینی کرد. در هر دو مطالعه، بالاتر بودن آشفتگی زناشویی در شوهران، پیش‌بینی کننده اتحاد ضعیف بود. در مطالعه نوبلُخ-فِدرز، آشفتگی زناشویی زنان در مصاحبه پذیرش و گزارش‌های مسائل خانواده مبدأ، گرایش به اتحاد گسسته را پیش‌بینی کرد. اما در مطالعه محمود حسین، سازگاری زناشویی شوهر و نشانه‌های روانی زن با اتحادهای گسسته ارتباط داشتند.

رازهای خانواده، منبع دیگری از دشواری‌های اتحاد در خانواده‌درمانی هستند (فریدلندر و همکاران، ۲۰۰۶). بعضی از اعضای خانواده از این می‌ترسند که رازها فاش شوند؛ اما بعضی دیگر نگرانند که این رازها فاش نشوند. در این شرایط، مسئله امنیت در جلسات درمان، یک مسئله جدی برای اعضای خانواده و بنابراین برای درمانگر است. شما به‌عنوان درمانگر باید نگرانی‌های مربوط به امنیت در سیستم درمان را از بدو شروع درمان یعنی اولین تماس تلفنی مشخص کنید (فصل ۳ را ملاحظه کنید).

وقتی زوجین یا اعضای خانواده، انگیزه‌های درهم‌آمیخته‌ای داشته باشند و نگران تفکیک قدرت و رازهای خانواده باشند، درمانگر به احتمال زیاد با اتحادهای گسسته سر و کار خواهد داشت. هیت‌رینگتون و فریدلندر (۱۹۹۰) و سایر محققان (محمود حسین و همکاران، ۲۰۰۵؛ سیمونلز و هُرواث، ۲۰۰۴) وجود اتحادهای گسسته بین اعضای خانواده و درمانگر را به‌طور تجربی بررسی کرده‌اند. سیمونلز و هُرواث دریافتند که وقتی زن و شوهر از نظر قدرت اتحاد، توافق داشتند و هنگامی که قدرت اتحاد از جلسه اول تا سوم افزایش یافت، بین اتحاد و نتیجه، همبستگی‌های محکمی به‌وجود آمد. به‌طور مشابه، سافران،



موران، سامستاگ و استیونز (۲۰۰۲) در روان‌درمانی فردی، شواهدی دال بر این یافتند که اگر اندازه‌گیری با ابزار ارزیابی اتحاد نشان دهد که اتحاد، در حد متوسط است و یا اگر نمرات آن در طول دوره درمان افزایش یابند، اتحاد، نتایج مثبتی را پیش‌بینی می‌کند.

جانسون، رایت و کترینگ (۲۰۰۲) دریافتند که نمرات اتحاد اعضای خانواده در خانواده‌درمانی، تغییراتی را در نشانه‌روانی آشفتگی مادران، پدران و نوجوانان پیش‌بینی کردند. همچنین توافق با درمانگر درباره حوزه تکالیف درمانی مربوط به اتحاد، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده نتیجه در مادران و نوجوانان بود؛ درحالی که توافق روی حوزه اهداف درمانی، قوی‌ترین پیش‌بینی کننده نتیجه در پدران بود. بک و همکاران (۲۰۰۶) نیز در یک مطالعه کیفی با استفاده از چهار پرونده، اتحادهای موجود در خانواده‌ها را بررسی کردند. آنها به‌طور جالب توجهی، معیارهای مستقیم اتحادهای گسسته با درمانگر را تنها در دو پرونده از چهار پرونده پیدا کردند. بک و همکاران (۲۰۰۶) در این مطالعه دریافتند که بیشتر مشکلات، بر عدم توافق اعضای خانواده با درمانگر روی اهداف درمانی، تمرکز نداشتند؛ بلکه بر عدم توافق آنها روی اهداف جهت شروع درمان، متمرکز بودند. در این دو پرونده که شامل شوهران و پدران بودند، چنین به‌نظر می‌رسید که بیشتر تعارض بین زوجین وجود داشت.

واضح است که شما به‌عنوان یک درمانگر، باید در مقابل شکل‌گیری مثلث‌های هیجانی دو طرفه با زن یا شوهر، از خود محافظت کنید (بوئن، ۱۹۷۸؛ رایت، ۱۹۹۸؛ توماس و همکاران، ۲۰۰۵). مثلث‌هایی که بین شما و یکی از اعضای خانواده یا گروه‌هایی از اعضای خانواده تشکیل می‌شوند، از قبیل متحد شدن با والدین بر ضد نوجوان، این پتانسیل را دارند که شکاف‌هایی در اتحادها به‌وجود آورند. به علاوه، منفی‌گرایی یا تدافعی شدن در پاسخ منفی به درمانجو، ممکن است برای اتحاد درمانجو-درمانگر زیان‌آور باشد.

### شناسایی شکاف‌های موجود در اتحاد

مقابله درمانجو با درمانگر و کناره‌گیری درمانجو از درمانگر یا برنامه درمانی، اغلب علامت گسستگی در اتحاد است (سافران و موران، ۱۹۹۶؛ سافران و همکاران، ۲۰۰۲). مقابله، زمانی مشاهده می‌شود که درمانجو، خصومت یا خشم خود را نسبت به شما یا فرایند درمان به‌طور آشکار ابراز می‌کند. علامت فراوان‌تر گسستگی، کناره‌گیری درمانجو است. درمانجو ممکن است از شما، فرایند درمان یا فرایندهای هیجانی خودش کناره‌گیری کند. مثال‌های کناره‌گیری شامل انفعال یا امتناع از صحبت کردن و دیر آمدن یا غیبت در جلسات هستند. البته برای ابراز گسستگی اتحاد، آمیزه‌ای از راه‌های مختلف وجود دارند که درمانجو از طریق آنها، کناره‌گیری خشم‌آلود یا خصمانه خود را آشکار می‌سازد.

به‌نظر می‌رسد اتحاد گسسته در زوج‌درمانی یا خانواده‌درمانی، باید به‌عنوان گسستگی درمانی تلقی شود (فریدلندر، اسکودرو و هیترینگتون، ۲۰۰۶؛ پینسُف، ۱۹۹۵). در خانواده‌درمانی، یکی از اعضای خانواده ممکن است با شما مقابله نماید یا به فرایند درمان حمله کند؛ درحالی که عضو دیگری از خانواده شاید شما یا فرایند درمان را به‌صورت مثبت و سودمند تجربه نماید. در اتحاد گسسته، یکی از اعضای خانواده

ممکن است از فرایند درمان، از شما یا از تعامل با سایر اعضای خانواده کناره گیری کند. هنگامی که یک اتحاد گسسته وجود دارد، دو عامل برای تعیین قدرت گسستگی اتحاد، ذکر می شوند (پینسُف، ۱۹۹۴). عامل اول، به تعادل رسیدن شدت اتحاد منفی یکی از اعضای خانواده در برابر درجه مثبت گرایی اتحاد یکی دیگر از اعضای خانواده و عامل دوم، قدرت زیرسیستم از قبیل زیرسیستم والدینی که بر ادامه حضور اعضای خانواده در جلسات درمان تأثیر می گذارد. برای مثال، اتحاد محکم مثبت شما با یک پسر نوجوان، ممکن است برای متعادل ساختن اتحاد منفی شما با والدین او کافی باشد. پینسُف (۱۹۹۴) اظهار می دارد که شما در تلاش برای کمک به درمانجویان جهت ادامه درمان باید توجه دقیقی به اتحاد خود با قوی ترین زیرسیستم داشته باشید. اما این مسئله، کوتاهی در توجه کردن به اتحاد با زیرسیستم های کم قدرت تر را توجیه نمی کند. توماس و همکاران (۲۰۰۵) مشخص کرده اند که شوهران و زنان، قدرت اتحاد را از راه های متفاوتی اعمال می کنند. بنابراین خانواده درمانگران باید به اتحاد خود با یکی از زوجین و اتحاد بین زوجین، توجه خاصی داشته باشند.

### شناسایی اتحادهای گسسته

گسستگی های اتحاد و اتحادهای گسسته، به طور مکرر در درمان روی می دهند. بنابراین، مهارت شما در تعیین و ترمیم آنها مهم است (سافران و همکاران، ۲۰۰۲). یکی از راه های شناسایی و ترمیم اتحادهای گسسته، ارزیابی اتحاد در پایان هر جلسه است. انجام این کار در سه جلسه اول، اهمیت ویژه ای دارد (سیموندز و هرواث، ۲۰۰۴). البته انجام آن در سراسر طول درمان نیز مهم است؛ زیرا اتحاد همواره در معرض تغییر است (سافران و همکاران، ۲۰۰۲). بعضی از درمانگران با پرسیدن سؤالی شبیه به این در پایان هر جلسه، اتحاد را ارزیابی می کنند: "آیا من در این جلسه، چیزی گفتم یا کاری کردم که شما را آزار داد یا اذیت کرد؟" شما برای پرسیدن این سؤال و سپس پذیرش بازخورد درمانجو بدون تدافعی شدن، باید جرأت زیادی به خرج دهید. بعضی از درمانگران برای سهولت این کار از یکی از ابزارهای متعدد پایا و معتبر خود گزارش دهی درمانجو از قبیل: مقیاس درجه بندی جلسه<sup>۱</sup> (SRS: دانکن و همکاران، ۲۰۰۳)، فرم خود گزارش دهی سیستم مشاهده اتحادهای خانواده درمانی<sup>۲</sup> (SOFTA-0: فریدلندر و همکاران، ۲۰۰۶) و پرسشنامه تجدیدنظر شده کمک به اتحاد<sup>۳</sup> (Haq-II) II: لوب ورسکی و همکاران، ۱۹۹۶) استفاده می کنند. تنها ۴ آیتم، فقط یک یا دو دقیقه زمان می برد و به راحتی در همان جلسه نمره گذاری می شود [۱].

مقیاس درجه بندی جلسه (دانکن و همکاران، ۲۰۰۳) یک ابزار سنجش با گزینه های اجباری است که گزینه های آن با خطوط ۱۰ سانتی متری از هم جدا شده اند. برای مثال، آیتم اول بانام "رابطه" در انتهای سمت چپ، بیانگر این است که "من احساس کردم حرفم شنیده نشد، درک نشدم یا مورد احترام قرار نگرفتم" و

1. Session Rating Scale (SRS)  
2. System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-0)  
3. Revised Helping Alliance Questionnaire-II (Haq-II)

در انتهای سمت راست (در امتیاز ۱۰) بیانگر این است که "من احساس کردم حرفم شنیده شد، درک شدم و مورد احترام قرار گرفتم." از درمانجویان خواسته می‌شود که روی خط و در نزدیکی عبارتی که "بیشترین تناسب را با تجربه آن‌ها" دارد علامت بگذارند. هنگامی که درمانجویان تمایل دارند اتحادشان با درمانگر را بالا درجه‌بندی کنند، هرگونه علامت‌گذاری در ۹ سانتی‌متری یا کمتر، باید باعث پرسش درمانگر شود. برای مثال، اگر یک درمانجو، آیتم "رابطه" را در ۹ سانتی‌متری یا کمتر علامت بزند شما می‌توانید بپرسید: "در این جلسه چه اتفاقی افتاد یا چه اتفاقی نیفتاد که شما احساس کردید حرفتان شنیده نشد، درک نشدید یا مورد احترام قرار نگرفتید؟" بعد از اینکه با دقت به پاسخ درمان‌جو گوش کردید باید تلاش برای ترمیم شکاف را بلافاصله آغاز کنید. برای این کار، اول، مسئولیت سهل‌انگاری را بپذیرید؛ دوم، احساسات و افکار درمانجو را تأیید کنید و سوم، برای ایجاد تغییرات در جلسات بعدی پیشنهاد دهید. برای مثال، شما می‌توانید چیزی شبیه به این بگویید: "من متأسفم که بعضی اوقات به‌نظر می‌رسید به حرف شما گوش نمی‌کنم. شما حق دارید که از رفتار من آزرده شوید. من در جلسه بعد تلاش بیشتری خواهم کرد تا شما متوجه شوید که من به‌طور واقعی به حرف شما گوش می‌دهم. اگر در آینده به‌نظر رسید که به شما توجه نمی‌کنم آیا در همان زمانی که این اتفاق افتاد به من می‌گویید؟ من به‌طور واقعی می‌خواهم زمانی که با یکدیگر هستیم تا حد امکان سودمند باشد." این موضوع باید در یادداشت‌های مربوط به درمانجو نوشته شود، تا به‌صورت یک یادآور برای تغییر رفتار شما در جلسه بعد عمل کند. استفاده مستمر از مقیاس درجه‌بندی جلسه، شناسایی زود هنگام گسستگی‌های اتحاد را آسان‌تر خواهد کرد و تلاش‌های فوری برای ترمیم اتحاد را تسهیل خواهد کرد.

راه دیگر برای یادگیری شناسایی شکاف‌های اتحاد، استفاده از سیستم مشاهده اتحادهای خانواده‌درمانی (SOFTA-0) است که جهت ارزیابی اتحادهای درمانی برای مشاهده‌گران ابداع شده است (فریلندرن، اسکودرو، هرواث و همکاران، ۲۰۰۶). فریلندرن، اسکودرو، هرواث و همکاران توصیه می‌کنند که شما و ناظر تخصصی‌تان، جلسات ضبط شده دیجیتالی یا ویدئویی‌تان را مشاهده کنید و اتحاد هر یک از اعضای خانواده را درجه‌بندی نمایید. سیستم مشاهده اتحادهای خانواده‌درمانی (SOFTA-0) یک راهنمای آموزشی سودمند و یک سیستم پشتیبانی آنلاین دارد که به شما کمک می‌کند نحوه مشاهده شکاف‌های اتحاد را بیاموزید [۲]. شما با بازبینی نوارهای ضبط شده جلسات خود و گفتگو با ناظر تخصصی‌تان درباره اتحاد درمانجویان، توانایی خود برای تشخیص شکاف‌ها را افزایش خواهید داد. شما با بازبینی مکرر و پیوسته نوارهای جلساتتان، درست مانند ورزشکاران و هنرمندانی که از بازبینی نوارهای ویدئویی اجراهای خود سود می‌برند می‌توانید مهارت‌های خود را به‌عنوان یک درمانگر تا حد زیادی بهبود بخشید.

### مداخلاتی برای ترمیم اتحادهای گسسته

سافران و موران (۱۹۹۶؛ سافران و همکاران، ۲۰۰۲) دریافتند درمانگرانی که موفق به ترمیم گسستگی‌های اتحاد می‌شوند، کسانی هستند که کناره‌گیری یا پاسخ‌های منفی درمانجویان را زودتر از درمانگران ناموفق

تشخیص می دهند. شما به محض شناسایی یک شکاف باید توجه درمان جویان را به رفتاری که حاکی از گسستگی در اتحاد است معطوف کنید. تظاهرات ناشی از احساسات منفی درمان جویان را تشخیص دهید، این احساسات را تأیید کنید و سپس به درمان جویان کمک کنید که احساسات خود را ابراز کنند و شفاف سازی نمایند. به گفته سافران و همکاران (۲۰۰۲) اقدامات ترمیمی درمانگر به طور کلی عبارت اند از: الف) اظهار نظر کردن به صورت غیرتدافعی، غیرانتقادی و به شیوه ارتباط اینجا و اکنون؛ ب) پذیرفتن مسئولیت پاسخ های شناختی، رفتاری و هیجانی درمانگر به ارتباط؛ ج) نشان دادن رفتارهای حمایت کننده و آرامش بخش به شرکت کنندگان و د) بیان کردن عبارات اعتباریابی و قدردانی. برای مثال، اگر یکی از اعضای خانواده به شما و برنامه درمانی، احساسات منفی نشان دهد شما باید خیلی زود به صورت غیرانتقادی و غیرسرزنش گرانه بپرسید که چه اتفاقی افتاده است؟ شما می توانید چیزی شبیه به این بگویید: "من متأسفم. آیا من چیزی گفتم یا کاری کردم که شما را آزار داد؟" بعد از اینکه درمانجو توضیح داد شما می توانید بگویید: "من می توانم بفهمم که آنچه گفتم ممکن است تا چه حد خشن به نظر برسد. به من اجازه دهید که آن را به روش بهتری بازگو کنم."

پینسلف (۱۹۹۴) برای ترمیم گسستگی های اتحاد، چند تکنیک را از نظریه روان کاوی استخراج کرده است. پینسلف، تمرکز بر تجربیات فردی و جمعی زوج های متأهل از درمانگر و تجربه درمانی را توصیه می کند. این توصیه با یافته های سافران و موران (۲۰۰۴) مبنی بر اینکه تمرکز فوری بر تجربه در همان جلسه منجر به ترمیم اتحاد می شود، مطابقت دارد. پینسلف همچنین تغییر بافت درمان از طریق ملاقات فردی زوجین را توصیه کرده است. پینسلف و کنترال (۱۹۸۶) توصیه کرده اند که بر اتحاد درمانجو یا زیرسیستمی که بیشترین قدرت را در رابطه دارد تمرکز شود. برای این کار ممکن است به عضو قوی تر از بین دو نفر، وقت بیشتری برای ملاقات فردی داده شود. بک و همکاران (۲۰۰۶) در یک مطالعه کیفی روی چهار پرونده، شواهدی را در دو پرونده یافتند مبنی بر اینکه اتحاد های گسسته، بیشتر از اینکه تابعی از احساسات اعضای خانواده نسبت به درمانگر باشند، تابعی از تفاوت های آنها در تابعیت خانوادگی شان بودند. این محققان همانند پینسلف (۱۹۹۴) درمان جویان را برای درمان، به زیر واحدهای خانوادگی تقسیم کردند. بک و همکاران (۲۰۰۶) اظهار داشته اند که تقسیم کردن جلسه به چند زیر واحد، به درمانگر اجازه می دهد که یک بافت درمانی ایمن را برای هر یک از اعضای خانواده فراهم سازد. اما هر فردی می تواند درست به همین اندازه ادعا کند که درمان جویان باید به همراه یکدیگر ملاقات شوند تا درباره مسائلشان بحث کنند. به نظر می رسد ملاقات زوج یا خانواده به صورت مشترک موجه است زیرا تفاوت در تابعیت اعضای خانواده از یکدیگر ممکن است یک مؤلفه حیاتی در اتحاد گسسته آنها باشد. اعضای خانواده از یک گفتگوی مشترک درباره پاسخ های متفاوتشان به الف) یکدیگر؛ ب) درمانگر؛ ج) اهداف درمانی و د) مداخلات درمانی، سود خواهند برد حتی اگر این مکالمه، سرشار از هیجانات باشد. شما ممکن است در این مکالمه به عنوان یک مربی عمل کنید پس مراقب باشید که منفی گرایی را تلافی نکنید و با یکی از اعضا یا زیرگروه های خانواده بر ضد یک عضو دیگر، متحد نشوید.

شما باید برای تقسیم کردن خانواده به دو یا چند واحد جداگانه جهت درمان تصمیم بگیرید و از بازبینی سیاست‌های خود برای ملاقات فردی اعضای خانواده در جلسات جداگانه، قبل از تقسیم کردن آنها اطمینان حاصل کنید (برای بحث بیشتر درباره ملاقات فردی اعضای خانواده، فصل ۳ را ملاحظه کنید). مسائل مهم رازداری و مثلث‌بندی باید قبل از ورود به جلسات فردی، به همراه درمانجو ب مورد بحث و بررسی قرار گیرند.

### چکیده: برقراری و حفظ اتحاد درمانی

به‌طور خلاصه می‌توان گفت، ادراک هر یک از اعضای خانواده دربارهٔ اتحاد با درمانگر مؤلفهٔ مهمی در کسب نتایج موفق است. شما می‌توانید با برقراری ارتباط محترمانه، مراقبت‌کننده و همدلانه در حین مشارکت با درمانجویان برای تعیین اهداف و روش‌های درمان، اتحاد را تسهیل کنید. شما باید با اجتناب از جانبداری کردن از یکی از اعضا یا زیرگروه‌های خانواده در برابر دیگری، نیازهای ایمنی هر یک از اعضای خانواده را مورد توجه قرار دهید. همان‌طور که الکساندر و همکارانش (۲۰۰۰) مطرح کرده‌اند، هر یک از اعضای خانواده باید در هنگام خروج احساس کند که شما طرفدار او هستید (الکساندر، پو، پارسونز و سکستون، ۲۰۰۰). همچنین می‌توانید با تلافی نکردن منفی‌گرایی درمانجو، اتحاد را تسهیل کنید. منفی‌گرایی نسبت به درمانگر یا درمان، ممکن است نتیجهٔ شکاف در اتحاد باشد و به‌محض شناسایی باید عنوان شود. علامت دیگر شکاف در اتحاد، رفتار اجتنابی یا گریزی درمانجو از قبیل تدافعی شدن، کناره‌گیری از فرایند درمان در طول جلسه و یا دیر آمدن یا غیبت در جلسات است. شما باید به روشی غیرتدافعی و غیرتنبیه‌گرانه با رفتاری که حاکی از گسستگی اتحاد است، به‌محض وقوع در جلسه درمان مقابله کنید. درمانگران موفق، شناسایی و ترمیم زودهنگام گسستگی‌های اتحاد را به یکی از ویژگی‌های برجستهٔ خود تبدیل می‌کنند. اجرای یکی از ابزارهای درجه‌بندی اتحاد، از قبیل مقیاس درجه‌بندی جلسه (دانکن و همکاران، ۲۰۰۳) در پایان هر جلسه می‌تواند شناسایی زودهنگام شکاف‌های اتحاد را تسهیل کند.

### زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی مبتنی بر نظریه یا مبتنی بر شواهد

درمانگران و مشاوران خانواده از مدل‌های درمانی به‌عنوان وسیله‌ای برای کمک به درمانجویان جهت برقراری

#### کادر ۱-۱ نظارت تخصصی و اتحادهای گسسته

ناظران تخصصی باید درمانگران تازه‌کار را یاری کنند تا شکاف‌های موجود در اتحاد‌های درمانی را تشخیص دهند و از تلاش‌های آنان برای ترمیم گسستگی‌های اتحاد، حمایت نمایند. کارورزان برای سؤال کردن از درمانجویان درباره احساسات منفی که ممکن است نسبت به درمان و درمانگران داشته باشند، باید جرأت زیادی به خرج دهند. بنابراین، اگر شما یک شکاف بالقوه را در اتحاد شناسایی کردید،