

نوجوان و خانواده در مانی

شکستن چرخهٔ اختلاف و کنترل

جوزف میکوچی

ترجمهٔ مهشید یاسایی



میکوچی، جوزف
نوجوان و خانواده درمانی: شکستن چرخه اختلاف و کنترل / جوزف میکوچی؛
ترجمه مهشید یاسایی. - تهران: ققنوس، ۱۳۸۳.
۳۸۲ ص.

ISBN 964-311-514-3

فهرست نویسی بر اساس اطلاعات فیبا.

عنوان اصلی:
The Adolescent in Family Therapy
Breaking the Cycle of Conflict and Control, c 1998.

کتابنامه: ص. ۳۵۵-۳۷۷.

۱. نوجوانان - روان درمانی. ۲. روان درمانی خانواده. ۳. خانواده - جنبه های
روان شناسی. ۴. والدین و نوجوانان. الف. یاسایی، مهشید، ۱۳۳۳. - مترجم.
ب. عنوان. ج. عنوان: شکستن چرخه اختلاف و کنترل.

۶۱۶/۸۹۱۵۶-۸۳۵

RJ۵۰۳/م۹ن۹

م ۸۳-۹۱۸۲

کتابخانه ملی ایران

این کتاب ترجمه‌ای است از:

The Adolescent in Family Therapy
Breaking the Cycle of Conflict and Control

Joseph A. Micucci

Guilford, 1998



انتشارات قنوس

تهران، خیابان انقلاب، خیابان شهدای زاندارمیری

شماره ۱۰۷، تلفن ۴۰ ۸۶ ۴۰ ۶۶

* * *

جوزف میکوچی

نوجوان و خانواده‌درمانی

شکستن چرخه اختلاف و کنترل

ترجمه مهشید یاسایی

چاپ دوم

۱۱۰۰ نسخه

۱۳۸۸

چاپ شمشاد

حق چاپ محفوظ است

شابک: ۲ - ۵۱۴ - ۳۱۱ - ۹۷۸-۹۶۴

ISBN: 978-964-311-514-2

info@qoqnoos.ir

www.qoqnoos.ir

Printed in Iran

۵۸۰۰ تومان

فهرست

- در باره نویسنده..... ۷
۱. مقدمه..... ۹
- جهنگیری من ۱۰ / اهمیت روابط ۱۱ / پذیرش، احترام، کنجکاوی، صداقت ۱۳ / تعیین مسیر درمان ۱۵ / طرح این کتاب ۲۴ / یادداشت‌ها ۲۴
۲. فرایند درمان: اصول و مشکلات آن..... ۲۵
- چهار مفهوم اساسی ۲۶ / شناسایی چرخه بیماری ۲۴ / بستن قرارداد و تعیین هدف ۳۹ / اختلال در چرخه بیماری ۴۲ / پایان دادن به درمان: فراسوی چرخه بیماری ۶۲ / خلاصه ۶۴ / آنچه در پیش است ۶۵ / یادداشت‌ها ۶۶
۳. رشد نوجوان..... ۶۷
- مروری بر مسائل مربوط به دوران نوجوانی ۶۹ / اوایل نوجوانی ۷۲ / اواسط نوجوانی ۸۴ / اواخر نوجوانی ۱۰۰ / خلاصه ۱۰۹
۴. مشکلات خوردن..... ۱۱۳
- دیدگاه‌ها در مورد بیماری‌های خوردن ۱۱۵ / اصول درمان ۱۲۰ / گام اول: مذاکره در باره قرارداد ۱۲۸ / گام دوم: تشویق همکاری والدین ۱۳۳ / گام سوم: توجه به مشکلات حل نشده ۱۳۵ / گام چهارم: کنار آمدن با عود بیماری ۱۴۲ / گام پنجم: حمایت از رشد فردی ۱۴۶ / گام ششم: حمایت از تغییر و تحول ۱۵۲ / مشکلات و گرفتاری‌ها ۱۵۳ / خلاصه ۱۶۰ / یادداشت‌ها ۱۶۰
۵. افسردگی و خودکشی..... ۱۶۳
- نقش جنسیت در افسردگی نوجوانان ۱۶۴ / پویایی‌های خانوادگی و افسردگی نوجوانان ۱۶۹ / درمان افسردگی نوجوانان ۱۷۳ / مشکلات و گرفتاری‌ها ۱۷۸ / نمونه: پدر گریان ۱۸۳ / خلاصه ۱۹۶

- ۱۹۷..... ۶. خشونت، بزهکاری و سایر مشکلات رفتاری.....
 رفتار مشکل‌زا تا چه حد در دوران نوجوانی معمول است؟ ۲۰۰ / نقش جنسیت در
 مشکلات رفتاری نوجوانان ۲۰۱ / دیدگاه‌های رشد ۲۰۲ / نقش گروه همسال ۲۰۳ / اهمیت
 روابط ۲۰۴ / ارزیابی شدت رفتار مشکل‌زا ۲۰۶ / درمان برای مشکل رفتاری خفیف ۲۰۸ /
 درمان مشکلات رفتاری نسبتاً شدید ۲۱۰ / درمان مشکل رفتاری شدید ۲۱۶ / مشکلات،
 احتیاط‌ها و سایر ملاحظات ۲۲۹ / خلاصه ۲۳۵ / یادداشت ۲۳۶
- ۲۳۷..... ۷. روان‌پریشی.....
 دیدگاه‌های نظری ۲۳۸ / درمان نوجوانان روان‌پریش: مشکلات درمانگران ۲۴۲ / نمونه
 مورد مطالعه: کاهش انزوا در سیستم‌های روان‌پریش ۲۴۷ / خلاصه ۲۶۶
- ۲۶۷..... ۸. کندی پیشرفت تحصیلی و سایر مشکلات مربوط به مدرسه.....
 عوامل مؤثر در کندی پیشرفت تحصیلی نوجوان ۲۶۹ / راهبردهای درمان ۲۸۴ /
 مشکلات و گرفتاری‌ها در درمان ۲۹۹ / مسائل مربوط به مدرسه ۲۹۹ / خلاصه ۳۰۳ /
 یادداشت ۳۰۳
- ۳۰۵..... ۹. مشکلات «ترک خانه».....
 دیدگاه‌های مربوط به ترک خانه ۳۰۸ / چگونه ارزیابی و دخالت کنیم ۳۱۲ / خلاصه:
 چهار اصل ۳۱۸
- ۳۲۱..... ۱۰. خانواده‌هایی با مشکلات چندگانه.....
 نقش مؤسسات اجتماعی در زندگی خانواده‌های دچار مشکلات چندگانه ۳۲۵ / واکنش به
 بحران‌ها و متمایز باقی ماندن ۳۳۱ / تعیین و اولویت‌بندی هدف‌ها ۳۳۳ / تعیین ساخت
 برای درمان ۳۳۶ / ارزش‌ها، کنترل و قدرت ۳۳۸ / مورد پژوهش: دو بلیت ۳۴۱ / خلاصه
 ۳۴۵ / مؤخره: پذیرش، احترام، کنجکاوی، صداقت ۳۴۷
- ۳۵۵..... واژه‌نامه
- ۳۵۹..... منابع
- ۳۷۹..... نمایه

در باره نویسنده

دکتر جوزف میکوچی از دانشگاه کورنل در رشته روان‌شناسی مدرک لیسانس و در رشته روان‌شناسی بالینی از دانشگاه مینه‌سوتا مدرک دکترای خود را گرفت. او در مرکز پزشکی مینه‌پولیس، مینه‌سوتا و رابرت وودجانسون، مؤسسه ادیسون و نیوجرسی به کار اشتغال داشته است. در سال ۱۹۸۴ میکوچی در مرکز مشاوره کودک در فیلادلفیا مشغول به کار شد و از سال ۱۹۸۷ تا ۱۹۹۳ به عنوان رئیس واحد نوجوانان و از ۱۹۹۱ تا ۱۹۹۳ به عنوان روان‌شناس ارشد آن مرکز خدمت می‌کرد. هم‌اکنون استاد روان‌شناسی در کالج چسناث‌هیل در فیلادلفیاست و درس‌های دوره فوق‌لیسانس در رشته خانواده‌درمانی و سنجش را تدریس می‌کند.

او یکی از اعضای انجمن روان‌شناسی آمریکا، آکادمی خانواده‌درمانی آمریکا (AFTA) و رئیس انجمن خانواده‌درمانی و مسائل زناشویی است. دکتر میکوچی هم‌اکنون در پنسیلوانیا مسئول مشاوره و درمان بیماران است.

مقدمه

تینا ۱۶ ساله در ۶ ماه گذشته ۲۰ پوند وزن کم کرده است چون نمی‌تواند غذا بخورد، والدینش رز و بیل که از هم جدا شده‌اند با هم بر سر نجات تینا اختلاف دارند.

جنی ۱۶ ساله دقایقی بعد از این که او و مادرش موقع شام به قول هر دو مکالمه دلپذیری داشتند، یک مشت استامینوفن را بلعید.

کیت ۱۵ ساله بی‌بندوبار شده است، شب‌ها بیرون از خانه می‌ماند و مواد مخدر مصرف می‌کند و والدینش هم کاری از دستشان بر نمی‌آید.

جمال ۱۳ ساله در عرض ۴ ماه گذشته دو بار بستری شده است و اکنون برای سومین بار قرار است بستری شود؛ چون صدا می‌شود و کارهای عجیب می‌کند.

تاد ۱۳ ساله در سه درس نمره نیاورده و والدینش در حیرتند؛ زیرا تاد به آنان اطمینان داده بود که در مدرسه خوب پیش می‌رود.

این کتاب در باره نوجوانانی مثل تینا، جنی، کیت، جمال و تاد است. در این ضمن با نوجوانان دیگری نیز آشنا می‌شویم. بارت، درد معده‌اش باعث شد که بتواند به پدر غیر قابل تحملش نه بگوید؛ تیرون که در حال رها کردن مدرسه است و ظاهراً از قوانین مادرش در مورد رفت و آمد سرپیچی می‌کند و تامی که بی‌بندوباری‌های جنسی‌اش والدینش را وحشتزده کرده است. اگر شما درمانگری هستید که با نوجوانان سر و کار دارید، این داستان‌ها برایتان چندان ناآشنا نیست. اگر درمانگری هستید که قصد دارید در کار طاقت‌فرسا با نوجوانان و خانواده‌های آنان راهی بیابید، این کتاب راهنمای مفیدی خواهد بود.

هرچند من در این کتاب بر نوجوانان تمرکز کرده‌ام، بسیاری از اصولی که ارائه می‌کنم سنین مختلفی را شامل می‌شود. من امیدوارم بتوانم ویژگی‌های منحصر به فردی را که در

کار با نوجوانان یافته‌ام روشن کنم، بعضی از اسطوره‌ها را در این مورد رد کنم و شما را برانگیزانم تا علاقه‌مندانه با گروهی از نوجوانانی کار کنید که از نظر بعضی از درمانگران کار کردن با آن‌ها دشوار است.

من بیشتر با نظریه کار می‌کنم تا تکنیک؛ برای من طرز فکر درمانگر مهم‌تر از تکنیک‌هایی است که به کار می‌برد. تکنیک مانند ابزار است. هر قدر بیشتر داشته باشید، هنگام انجام کار انتخاب‌های بیشتری خواهید داشت - ولی ابتدا باید ببینید می‌خواهید چه کنید. آشنایی با تکنیک‌های مختلف به درمانگر احساس امنیت در مهارت می‌دهد، اما تکنیک بدون نظریه مانند بدن بدون روح است.

ولی از نظر بسیاری از درمانگران، نظریه چیزی انتزاعی است و از این رو احساس می‌کنند که چندان کمکی به آنان در کار با خانواده‌ها نمی‌کند. بسیاری از درمانگران خود را درمانگر «التقاطی» می‌نامند که معمولاً به این معناست که خود را متعهد به الگوی خاصی نمی‌دانند. متأسفانه التقاطی بودن ممکن است باعث سردرگمی درمانگر شود؛ به این معنا که به اصطلاح مبدل می‌شود به آدم «همه‌کاره و هیچ‌کاره» که اصلاً نمی‌داند چگونه عقاید مختلف در نظریه‌های متفاوت را به صورت کلی و منسجم درآورد.

من امیدوارم در این کتاب بتوانم با ایجاد تعادل بین نظریه و تکنیک به این معضل پردازم. آنچه من ارائه می‌کنم راه‌حلی عملی است برای مشکلات بالینی متداول. کوشیده‌ام علت پیشنهادهای خود را بیان کنم و کاربرد آن‌ها را در نمونه‌هایی که به آن اشاره کرده‌ام نشان دهم. گاهی روشی گام به گام پیشنهاد کرده‌ام. البته خوانندگان می‌دانند که این گام‌ها معمولاً در همه موارد قابل پیگیری به صورت مرتب و دنبال هم نیست. بنابراین باید با توجه به قضاوت علمی خود در کاربرد آن‌ها بکوشند.

جهتگیری من

جهتگیری من در کار درمان الگوی خانواده‌درمانی ساختی است که توسط سالوادور مینوچین در نوشته‌های معروف و گوناگون تشریح شده است.

(Minuchin, 1974, 1984; Minuchin & Fishman, 1981; Minuchin, Lee, & Simon,

1996; Minuchin & Nicholse, 1993; Minuchin, Rosman, & Baker, 1978)

ولی نمی‌خواهم وابسته به یک نظریه باشم و این الگوی پایه را به عقاید و الگوهای از سایر مکاتب خانواده و درمان انفرادی می‌افزایم.

من نمی‌خواهم یک الگوی تازه برای خانواده‌درمانی ارائه دهم، در ضمن صرفاً قصدم توصیه «التقاط‌گرایی فنی»^۱ نیست. بلکه می‌خواهم با اجرای بعضی از اصول اساسی خانواده‌درمانی ساختی این اصول را گسترش دهم و با مفاهیمی از سایر الگوها ادغام کنم. برای مثال، همان‌گونه که در فصل بعدی توضیح خواهم داد، مفهوم اصلی در رهیافت من «چرخه بیماری»^۲ است، مفهومی که با مکاتب خانواده‌درمانی با عنوان «استراتژیک» یا «سیستماتیک» ارتباط دارد. اما از طریق این چرخه می‌توان الگوهای مخرب ساخت خانواده را در توضیحات مینوچین دید: حد و مرزهای ضعیف، سلسله‌مراتب ناپایدار، انحراف مسیر، مثلث‌بندی. با نگاه کردن از زاویه اندکی متفاوت می‌توان دید که چگونه دیدگاه منحصر به فرد هر یک از افراد خانواده در مورد واقعیت دیدگاه دیگری را در «اکولوژی عقاید» (Bogdan, 1984)، شبکه‌ای از «روایت‌های متصل به هم»^۳ یا «بن‌بست‌های دوسویه»^۴ (Elkaim, 1997) و تکمیل تقویت می‌کند. از دیدگاه دیگر، ممکن است افرادی را مشاهده کنیم که به نحو نامحسوسی از هم متمایزند. (Bowen & Kerr, 1988)، یا واکنش آنان بر اساس بازمانده‌های «احقاق حقی مخرب»^۵ است. (Boszormenyi-Nagy & Spark, 1973).

آنچه اهمیت دارد زبان به کار رفته برای توصیف‌گر رفتاری یک خانواده نیست، بلکه فرضیه‌هایی در مورد این مسئله است که چرا خانواده‌ای به بن‌بست رسیده و چگونه می‌توان به آن یاری کرد.

اهمیت روابط

به عقیده من، قدرتمندترین وسیله برای کمک به فرد برای تغییر، روابطی است که فرد با دیگران دارد. هرچه بیشتر به اصل درمان نزدیک می‌شویم بیش‌تر درمی‌یابیم که کیفیت رابطه درمانی کلید تعیین‌کننده موفقیت یا شکست در درمان است. مطمئناً من با این نکته موافقم که رابطه ما با درمانجویان اهمیت بسیار دارد ولی من در این جا نه فقط در باره رابطه درمانی، بلکه در باره پتانسیل درمانی روابط طبیعی در زندگی فرد سخن می‌گویم.

همان‌گونه که در فصل بعدی توضیح خواهم داد، اعضای خانواده‌ای که برای درمان مراجعه می‌کنند، غالباً در روابط خود با یکدیگر به نوعی دچار انزوا و بی‌ارتباطی‌اند. شاید

1. technical eclecticism

2. symptomatic cycle

3. interlocking Narratives

4. reciprocal double bind

5. destructive entitlement

آن چنان درگیر حل و فصل مشکل خود می‌شوند که دیگر به سایر جنبه‌های روابط خود فکر نمی‌کنند. شاید مدت‌های طولانی از تضادها و مشکلات خود اجتناب کرده‌اند، به نحوی که بخش‌هایی از وجود خود را از یکدیگر مخفی کرده‌اند و به جایی رسیده‌اند که دیگر با یکدیگر پیوندی احساس نمی‌کنند.

روابط در این‌گونه خانواده‌ها حمایتگرانه نیست. اعضای خانواده یکدیگر را سد راه می‌دانند و نه حمایتگر. آنان در الگوهای از تنش متقابل درگیر شده‌اند که مانع از رشد می‌شود. گاهی روابط بیرون از خانواده جبران‌کننده روابط سرد خانوادگی می‌شود. ولی در بسیاری از موارد همه روابط تا حدودی به دلیل نبودن «پایه‌ای ایمن» در خانواده مسموم می‌شود (Bowlby, 1988).

یکی از جنبه‌هایی که درمان انفرادی را از خانواده‌درمانی متمایز می‌کند تأکید نسبی بر رابطه با درمانگر است در برابر روابط با افراد دیگر در زندگی فرد. درمانگران فردی رابطه درمانی را به عنوان بونه آزمایشی برای تغییر می‌دانند. درمانگران خانواده به فراسوی الگوهای مخرب خانواده، یعنی به پتانسیل قدرت‌درمانی روابط خانوادگی می‌نگرند. از این رو، خانواده درمانگر می‌خواهد به اعضای خانواده کمک کند تا روابط با یکدیگر را تغییر دهند.

هدف عمده من در کار درمان این است که با استفاده از روابطم با اعضای خانواده به آنان کمک کنم که روابط خود را با یکدیگر تغییر دهند. رابطه درمانی اهمیت اساسی دارد: در بافت یک رابطه با درمانگر، اعضای خانواده بخش‌هایی از خود را که در تبادلات خانوادگی سرکوب شده بود، تجربه می‌کنند. ولی من معتقدم که رابطه خانوادگی به خودی خود هدف نیست بلکه وسیله‌ای است برای رسیدن به هدف.

به اعتقاد من، هدف از درمان این است که افراد را قادر کند تا روابطی پایدار و معطوف به رشد با افرادی واقعی در زندگی داشته باشند: در مورد نوجوانان مشکل‌داری که با خانواده اصلی خود زندگی می‌کنند هدف من کمک به خانواده است تا بتوانند به جوانان خود و به یکدیگر کمک کنند. اگر نوجوانی با خانواده خود زندگی نمی‌کند و در خانه گروهی یا اقامتگاه‌های مخصوص زندگی می‌کند در این صورت به او کمک می‌کنم تا بتواند روابط بهتری با افراد اطراف خود داشته باشد. اگر درمانجویی با دیگر افراد ارتباطی ندارد و منزوی است با او رابطه‌ای برقرار می‌کنم تا بتواند به کمک آن با دیگران ارتباط برقرار کند.

من زمانی درمان را موفقیت‌آمیز می‌دانم که اعضای خانواده (یا تک‌تک درمانجویان)

راه‌هایی بیابند تا بتوانند به آنچه از رابطه با دیگران می‌خواهند دست یابند و به این ترتیب دیگر نیازی به ادامه ارتباط با من نداشته باشند. رابطه درمانی در حکم کاتالیزور بین دو ماده عمل می‌کند و سبب تغییر شکل روابط در زندگی درمانجویان می‌شود. ولی درمان نه در رابطه درمانی بلکه در ارتباط با سایر افراد مهم در زندگی فرد روی می‌دهد.

پذیرش، احترام، کنجکاوی، صداقت

از این رو، من پیشنهاد می‌کنم درمانگران توجه خاصی به ایجاد رابطه خوب با اعضای خانواده کنند و از این روابط به عنوان تخته پرشی برای تسهیل تغییر استفاده کنند. مینوچین، (۱۹۷۴) این فرایند را ملحق شدن^۱ نامیده است. ولی ملحق شدن صرفاً یک تکنیک نیست، بلکه مستلزم تغییری مبتنی بر تجربه از سوی درمانگر است و از طریق تلاشی عمدی و آگاهانه در درگیر کردن تک‌تک اعضای خانواده در ارتباط میسر می‌شود. درمانگر برای این که بتواند به نحو مؤثر درگیر رابطه شود، باید به حرف‌های تک‌تک اعضای خانواده گوش کند و سعی کند مشکل را از دیدگاه منحصر به فرد هر یک از افراد خانواده بررسی کند و به چیزی در باره فرد مورد علاقه او پی ببرد. در این صورت، این رابطه درست مانند هر رابطه دیگری که برای درمانگر مهم است از طریق انتقال آنچه مایلیم آن را آرک^۲ درمان بنامم حمایت می‌شود: پذیرش (Acceptance)، احترام (Respect)، کنجکاوی (Curiosity) و صداقت (Honesty).

درمانگر به رابطه متعهد می‌ماند و با ارج نهادن بر رابطه، دیگری را متعهد می‌کند که برای رابطه ارزش قائل شود. این مسئله به خصوص در مورد نوجوانانی که غالباً احساس می‌کنند که بزرگسالان آنان را نمی‌پذیرند و برای آنان احترام قائل نیستند و با آنان صادق نیستند، اهمیت دارد.

این موضوع مرا متوجه نکته دیگری می‌کند؛ نکته‌ای که هدف عمده من در نوشتن این کتاب بوده است. به عقیده من غالب نوشته‌ها در مورد درمان نوجوانان تصویر متناقضی ارائه می‌کند. از سویی، هدف عمده، حمایت از فرایند فردیت یافتن و کمک به جدایی نوجوان از خانواده است. از سوی دیگر، بسیاری از رهیافت‌های خانواده‌درمانی با نوجوانان بر اهمیت کمک والدین به نوجوانان تأکید می‌کنند و بر رابطه بین والدین و نوجوانان و به خصوص نیاز نوجوان به حمایت از سوی والدین تأکید کم‌تری می‌شود.

سوزان ماکی (Susan Mackey, 1996) یکی از معدود نویسندگانی است که بر اهمیت تقویت کیفیت رابطه بین والدین و نوجوان، به عنوان جزء اصلی درمان، تأکید می‌کند:

من معتقدم که دلبستگی نوجوان به والدین همراه با احساس امنیت ممکن است نفوذ همسالان را کاهش دهد و در نتیجه نوجوان بیش‌تر احتمال دارد بپذیرد که والدین او را محدود کنند. در ضمن، من معتقدم که دلبستگی همراه با احساس امنیت به والدین امکان می‌دهد در برابر رفتارهای پرخاشگرانه نوجوانان احساس امنیت بیش‌تری کنند و در نتیجه کم‌تر واکنش شدید نشان دهند. از آن‌جا که آنان احساس می‌کنند که فرزندانشان به آنان دلبستگی دارند، اطمینان خاطر بیش‌تری در این مورد پیدا می‌کنند که فرزندان به هنگام رو در رویی با مشکلات از آنان کمک بخواهند. از این رو، در صورتی که والدین در ارتباط خود با فرزندان احساس ایمنی نکنند. درست نیست بی‌آن‌که ابتدا به مسائل مربوط به رابطه بین آن‌ها اشاره کنیم از آنان بخواهیم که از نوجوانان خود حمایت کنند (صص ۴۹۷-۴۹۸).

محققان فمینیست به این نکته اشاره کرده‌اند که تعادل بین بلوغ و جدایی در مورد زنان صدق می‌کند، زیرا زنان می‌خواهند روابط تداوم داشته باشد، حتی وقتی که به ادراک روشن‌تری از هویت فردی دست می‌یابند. (Jordan, Kaplan, Gilligan, Lyons & Hanmer, 1990; Miller, Stiver, & Surrey 1991; Josselson, 1987 Bergman, 1995;) اخیراً معلوم شده که تأکید بر استقلال و آسیب‌ناپذیری موجب مشکلاتی در رشد روانی پسران نیز شده است. (Pollack, 1995). اولگا سیلورشتاین^۱ و بت رَش باوم^۲ (۱۹۹۴) به این نکته اشاره کرده‌اند که والدین به خصوص مادران تشویق می‌شوند که از پسران نوجوان خود کناره‌گیری کنند تا مردانگی آنان سرکوب نشود؛ آنان می‌نویسند:

غالباً در سال‌های نوجوانی مثل سال‌های کودکی زندگی پسرانمان این مسئله را تشخیص نمی‌دهیم که این ما هستیم که از آنان کناره‌گیری می‌کنیم. در واقع این بازی کناره‌گیری دوجانبه است و مدت‌هاست که ادامه دارد. در واقع سرنوشت تغییرناپذیر نوجوانان پسر این است که باید از والدین دور شوند و این نوعی اعتقاد فرهنگی است. اگر به دلایلی نتواند یا آمادگی برای جدایی نداشته باشد و اگر با خانواده خود خوشحال و راضی باشد و نخواهد از آنان جدا شود، نگران می‌شویم. در این مواقع ممکن است متوسل به اجبار و فشار شویم که همین منجر به احساس یأس و ناراحتی و شاید فاجعه شود. (صص ۱۲۳-۱۲۴).

در فصول بعدی توضیح خواهیم داد که چگونه انتظارات فرهنگی در مورد نحوهٔ درست بزرگ کردن پسرها و دخترها ممکن است در الگوهای تبادل خانوادگی تأثیر بگذارد و همین به بروز علائم دامن می‌زند. در این جا آنچه می‌خواهم بر آن تأکید کنم، اهمیت روابط پایدار در زندگی نوجوان به خصوص با والدین است.

والدین برای این که بتوانند به نحو متناسبی با نوجوان رفتار کنند - نه او را سرکوب کنند و نه بیش از حد به او پر و بال بدهند - باید بتوانند با او همدلی کنند. به قول وینیکات^۱ (۱۹۶۵) والدین «به قدر کفایت خوب» با نیازهای نوجوان خود را همساز می‌کنند و براساس آن واکنش نشان می‌دهند. به همین دلیل کتاب‌های «خودآموز» در مورد چگونگی تربیت نوجوانان صرفاً رهنمودهایی کلی ارائه می‌دهد. اساس یک ارتباط خوب بین والدین و نوجوان همدلی، پذیرش، احترام، کنجکاوی و صداقت است.

تعیین مسیر درمان

یکی از اهداف من در خانواده‌درمانی کشف این نکته است که چه چیز مانع از آن می‌شود که اعضای خانواده بتوانند با یکدیگر رابطه‌ای پایدار داشته باشند، آنچه ما در خانواده‌های دچار مشکل می‌بینیم الگوهای کم‌حرکی یا پرتحرکی است. گاهی اعضای خانواده به طور ناگهانی در برابر یکدیگر واکنش نشان می‌دهند و به نظر می‌رسد که از قبل چندان در مورد واکنش خود فکر نکرده‌اند در سایر مواقع، اعضای خانواده آن چنان از یکدیگر جدا هستند که واکنشی به یکدیگر نشان نمی‌دهند.

متأسفانه بسیاری از درمانگران هنگام کار با خانواده‌ها دچار دوگانگی مشابهی می‌شوند. آنان ممکن است آن چنان تحت تأثیر مقاومت ظاهری خانواده در برابر تغییر قرار بگیرند که از این تکنیک درمانی به تکنیک دیگری متوسل شوند، بی‌آن که این امکان را فراهم کنند که از یک راه درمان به موفقیت برسند (شکست بخورند) - و این یکی از ضعف‌های روش «التقاطی» است. سایر درمانگران آن چنان وابسته به یک دیدگاه هستند که چیز دیگری را نمی‌بینند و در برابر واکنش خانواده حساسیت نشان نمی‌دهند.

من معتقدم درمانگر باید موضع خاصی در برابر خانواده داشته باشد؛ موضعی که براساس در نظر گرفتن عوامل مسئله‌ساز در خانواده است و در عین حال که خانواده سرگرم

و درگیر فرایند تغییر است موضع خود را حفظ کند. درمانگر باید بر روی این فرضیه (یا چارچوب فرمول‌بندی) ثابت بماند و از زوایای مختلف آن را بیازماید و فقط زمانی آن را کنار بگذارد (دقیق‌تر بگویم آن را متعالی کند) که به دقت آن را بررسی کرده باشد.

همین که درمانگری گفتگویی را در بین اعضای خانواده ترتیب داد (مثلاً از پدر و پسر خواست که در مورد نمره‌های پسر گفتگویی بکنند)، باید دست‌کم تا آخر جلسه گفتگو را پیگیری کند. درمانگر باید قبل از این که گفتگوی تازه‌ای را آغاز کند (البته تا جلسه بعد باید دست نگه دارد) با افراد خانواده در مورد علت شکست (در صورت شکست) گفتگو کند و سپس فرضیه خود را در مورد این که چه چیز باید تغییر کند، بهبود بخشد. اگر درمانگر نتواند مسئله را با افراد خانواده در میان بگذارد، در این صورت نباید گفتگوی تازه‌ای را آغاز کند و باید همچنان گفتگوی اصلی را پیگیری کند تا آن که این گفتگو به موفقیت بینجامد. یا این که اطلاعات تازه‌ای به دست آورد و به کمک آن‌ها در فرضیه خود تجدید نظر کند.

در این جا پیشنهادهای دیگری در مورد این که چگونه درمانگر می‌تواند در مورد زمان و چگونگی دخالت در مسائل خانوادگی تصمیم‌گیری کند، ارایه می‌شود:

قبل از اقدام به عواقب آن فکر کنید

در بعضی از رهیافت‌ها در مورد درمان، ارزیابی (تشخیص) قبل از درمان است. در خانواده‌درمانی، تمایز بین ارزیابی و درمان تمایزی ساختگی است.

از دیدگاه سیرتیک درمانگر همیشه بخشی است از آنچه او مشاهده می‌کند و این که تصور کنیم درمانگر مشاهده‌گری منفعل است که از بیرون سیستم خانواده را می‌بیند توهمی بیش نیست (Atkinson & Heath, 1990).

بی‌آن که بخواهم در مورد این که چه چیز درمان محسوب می‌شود و چه چیز درمان محسوب نمی‌شود حاشیه بروم، می‌خواهم این نکته را نشان دهم که یک درمان خوب از داشتن فرضیه‌ای در باره خانواده رشد می‌کند و برای این که چنین فرضیه‌ای فرمول‌بندی شود، درمانگر باید این امکان را داشته باشد که خانواده و راه‌های تبادل اعضا با یکدیگر را مشاهده کند. اگر روش درمان درمانگر بر اساس تجربه او با خانواده و بر اساس منطقی واضح و روشن باشد، در این صورت درمانگر با احساس امنیت بیش‌تری می‌تواند بر روش درمانی خود پافشاری کند. درمانگر با آزمودن چند راه درمان و بررسی بازخورد آن می‌تواند خانواده را بهتر بشناسد. البته، درمانگری که بیش از حد بر این استراتژی متکی باشد، در دام

درمان به شیوهٔ آزمون و خطا خواهد افتاد. در بهترین حالت کار او در هم و مغشوش و در بدترین حالت باعث سردرگمی و درماندگی اعضای خانواده می‌شود و ممکن است به کار درمان ادامه ندهند. از این رو، من توصیه می‌کنم که درمانگران قبل از انتخاب هدفی برای درمان در مورد خانواده فرضیه‌ای اتخاذ کنند. یکی از راه‌های انجام این کار استفاده از چرخهٔ بیماری است که در فصل بعدی بررسی می‌شود.

از ساده آغاز کنید

هرچند خانواده‌ها و افراد تشکیل‌دهندهٔ آن پیچیده‌اند، درمانگرانی که از اتخاذ موضعی به دلیل ترس از پیچیدگی ظاهری خانواده خودداری می‌کنند، ممکن است تسلیم ضعف خود شوند. مثالی می‌آوریم:

فرض کنید والدینی با شما در بارهٔ پسرشان که شب‌ها دیر به خانه می‌آید، در کارهای خانه کمکی نمی‌کند، تکالیف مدرسه را انجام نمی‌دهد و با والدین مدام بحث می‌کند، مشاوری می‌کنند. مدتی خانواده را مشاهده می‌کنید و متوجه می‌شوید که مادر بر جلسه مسلط است، پسر گفتگوها را قطع می‌کند تا از خود دفاع کند و پدر فقط از زمانی در گفتگو مشارکت می‌کند که شما با او حرف بزنید. ممکن است به این فرضیه برسید که پدر و پسر آشکارا با هم بر ضد مادر ائتلاف کرده‌اند یا این که پسر پرخاش می‌کند تا پدر را وارد بحث کند، یا این که پسر و مادرش با هم رابطهٔ بسیار نزدیکی دارند، حال آن‌که پدر خارج‌گود است.

یکی از راه‌هایی که درمانگر می‌تواند در پیش بگیرد این است که اطلاعات بیش‌تری کسب کند و بعد بتواند از میان این فرضیه‌ها یکی را انتخاب کند. یکی دیگر از راه‌ها این است که تشخیص دهد که هر یک از این فرضیه‌ها با فرضیهٔ دیگر همخوانی دارد؛ این که مادر و پدر مثل یک تیم کار نمی‌کنند اگر خانواده‌درمانگر خوبی باشید تشخیص می‌دهید که صرفاً با پرسش از والدین که با هم خوب کنار می‌آیند یا نه آن اطلاعاتی را که برای ارزیابی فرضیهٔ خود به آن نیاز دارید، به دست نمی‌آورید.

لازم است ببینید وقتی که از آن‌ها می‌خواهید که هر دو در فرایند تصمیم‌گیری مشارکت کنند، چه می‌کنند. پس از پدر و مادر بخواهید با یکدیگر در این باره گفتگو کنند که وقتی پسر دیر به خانه باز می‌گردد به او چه بگویند.

تا این‌جا همه چیز به نظر عادی می‌رسد، ولی از این به بعد ممکن است همه چیز

پیچیده تر شود. فرض کنید والدین گفتگویی را که از آن‌ها خواسته‌اید آغاز کنند ولی چیزی نمی‌گذرد که پسر گفتگوی آنان را قطع می‌کند. شما انتظار چنین عکس‌العملی را داشتید پس برای آن آماده‌اید. شما مانع مداخله او می‌شوید و از والدین می‌خواهید به گفتگوی خود ادامه دهند.

آن‌ها به گفتگو ادامه می‌دهند، ولی مادر بر سر پدر داد می‌کشد و به او می‌گوید که هرگز به موقع حضور نداشته؛ می‌گوید که زندگی زناشوییشان رو به زوال است و تهدید می‌کند که اگر شوهر تغییری نکند او را ترک می‌کند. در پاسخ پدر با در ماندگی از خود دفاع می‌کند و بعد سکوت می‌کند. سرانجام، مادر رو به شما می‌کند و اعلام می‌کند که از این‌که مدام سعی کرده زندگیشان را نجات دهد خسته شده و تاریخچه‌ای از رابطه‌شان را گزارش می‌کند مبنی بر این‌که پدر در ۵ سال گذشته شدیداً الکلی بوده و وضعیت مالی آنان بارها رو به وخامت گذاشته است. بسیاری از درمانگران با مشاهده همه این‌ها و اتهامات مادر به پدر ممکن است نتیجه‌گیری کنند که اکنون «مشکل واقعی» خانواده معلوم شده است: پسر پر خاشگیری می‌کند تا فکر والدین را از مشکلاتی که خانواده را تهدید به جدایی می‌کند، منحرف کند. شما این فرضیه را برای خانواده مطرح می‌کنید و پیشنهاد می‌کنید که خانواده تعهد کند که وضعیت زناشویی را بهبود بخشند، حتی شاید پیشنهاد کنید که نوجوان را گاهی به تنهایی ببیند و از او «حمایت» کنید. سکوت آن‌ها را حمل بر موافقت با پیشنهاد خود می‌کنید و به کار ادامه می‌دهید.

شش جلسه بعد در حیرتید که چرا هیچ چیز تغییر نکرده است. زندگی زناشویی آنان نه بهتر شده و نه بدتر. پسر همچنان قوانین خانواده را زیر پا می‌گذارد و مادر نیز اظهار ناخرسندی می‌کند که دیگر به این جلسات نخواهد آمد، چون «هیچ فایده‌ای ندارد». اشتباه کجاست؟

احتمالاً یکی از اشتباهات این است که درمانگر به سرعت فرضیه اول خود را (این‌که والدین مثل یک تیم کار نمی‌کنند) به خاطر فرضیه دوم (این‌که پسر پر خاش می‌کند تا میزان تنش بین والدین را کنترل کند) نادیده گرفت. البته درمانگر ظاهراً متوجه نشد که وقتی در جلسه اول از والدین خواست که همکاری کنند، چه اتفاقی افتاد. آنان هر چند که ابتدا با هم گفتگویی را آغاز کردند ولی کار را تمام نکردند. بلکه در میان گفتگوهای خود این بحث را که با «پسر چه باید بکنند» به «مشکل ازدواج آن‌ها چیست» تغییر دادند. هر چند که دومی در وهله اول به نظر می‌رسد که مسئله عمیق‌تری برای این خانواده باشد، ولی آنچه در شش

هفته بعدی می‌گذرد سبب می‌شود که در این مورد ما را به شک بیندازد. در حقیقت والدین می‌توانند هفته‌ها در باره مسائل زناشویی حرف بزنند، ولی حتی ۵ دقیقه هم نمی‌توانند در باره مسائل پرورشی فرزند گفتگو کنند. شاید لازم بود درمانگر زودتر به این نکته پردازد و والدین را متوجه کاری که به آنان محول شد بکند و «من اطمینان دارم که بین شما مسائلی هست که مایلید آن را مطرح کنید و اگر بخواهید بعداً می‌توانیم در باره این مسائل حرف بزنیم، ولی در حال حاضر تقاضای من از شما این است که در باره این موضوع با هم گفتگو کنید که وقتی پسران دیر به خانه می‌آید، به او چه بگویید». درمانگر ممکن است هنوز هم با این فرضیه موافق باشد که پرخاشگری پسر راهی برای حفظ موقعیت خانواده است، ولی در ضمن فرضیه اول را به خاطر این فرضیه دوم نادیده نمی‌گیرد، دست‌کم تا زمانی که کاملاً روشن شود که هیچ پیشرفتی در امر فرزندپروری حاصل نشده، مگر این‌که به مسائل زناشویی اشاره شود. حتی در این صورت هم درمانگر قبل از وارد شدن به مسائل زناشویی باید در این مورد که چگونه مسائل زناشویی مانع از همکاری بین والدین در فرزندپروری می‌شود فرضیه روشنی داشته باشد تا آن‌که بتواند به سرعت به مسائل فرزندپروری بازگردد.

متمرکز باشید

یکی از دلایلی که من بر اهمیت بستن قرارداد درمانی در فصل بعدی تأکید می‌کنم این است که قرارداد مانع از این می‌شود که درمانگر در چنین دام‌هایی گرفتار شود.

در این مورد خاص، خانواده به دلیل بدرفتاری پسر به درمانگر مراجعه کرده بود. این زوج به دلیل مشکلات زناشویی مراجعه نکرده بودند. از این رو، لازم است در قرارداد مشکل مطرح شود؛ (پسر بدرفتاری می‌کند) فرضیه‌ای در مورد علت این مشکل ارائه شود (زیرا شما دو نفر به عنوان یک تیم کار نمی‌کنید) و برنامه‌ای برای حل مشکل طرح‌ریزی شود (پس ما به شما کمک می‌کنیم تا مثل یک تیم کار کنید و در عین حال در نظر داشته باشید پسران در حال رشد است و باید در تعیین قوانین دخالت داشته باشد) اگر زوج به دلیل مشکلات زناشویی مراجعه کرده باشند، در این صورت باید قرارداد بر رابطه آنان متمرکز باشد و هر مسئله‌ای که مربوط به فرزندپروری است در صورت مطرح شدن باید در ارتباط با مشکلی باشد که شما و خانواده برای حل آن قرارداد بسته‌اید. علاوه بر تمرکز کامل برای درمان، لازم است درمانگر در هر جلسه درمانی با خانواده بر موضوعی تمرکز داشته باشد.

این به این معنی نیست که درمانگر نباید به مسئله‌ای که اعضای خانواده در شروع جلسه مطرح می‌کنند، گوش کند، بلکه باید در سطح متفاوتی کار کند. برای مثال، در سطحی کار کند که الگوهای ارتباطی منطقی (فرایند) را مطرح می‌کند، نه این که موضوعات یا تضادهای خاص را (موضوع).

درمانگر می‌تواند از طریق هر مضمونی که خانواده ارائه می‌کند در سطح فرایند کار کند، ولی هدف باید همیشه کمک به خانواده باشد تا راه‌های مؤثرتری برای حل و فصل تضادها بیابد نه رسیدن به حل و فصل موضوع خاصی. از این رو، در این مثال، اگر والدین در باره این موضوع که آیا به پسر باید اجازه دهند تا ساعت ۱۰:۳۰ بیرون از خانه بماند یا ساعت ۱۱ بحث می‌کنند، مهم‌ترین مسئله ساعت دقیق بیرون ماندن از خانه نیست، بلکه کمک به خانواده است تا به نحوی خود را از این بن‌بست رها کنند.

بر نقطه قوت تأکید شود

درمان مؤثر باید افراد را تشویق کند تا نقطه قوت خود را دریابند و از این توانایی‌ها به نحو خلاقانه‌ای استفاده کنند. غالب اوقات، خانواده‌ها هنگامی به درمان رو می‌آورند که درگیر مشکلات و آسیب روانی‌اند. درمانگران، غالباً با پرسیدن سؤالاتی که برای کسب اطلاعات بیشتر در مورد مشکل است، جلسه را آغاز می‌کنند و غالباً تأکیدشان بر این است که اشکال کار کجاست. البته برای درمانگر مهم است که تصویر روشنی از گرفتاری خانواده و علت شکست تلاش‌های قبلی برای حل مشکل پیدا کند، ولی برای انجام این کار درمانگر نباید نقاط قوت خانواده را نادیده بگیرد، زیرا از همین نقاط قوت است که الگوهای جدید و راه‌حل‌های تازه پدید می‌آید. یکی از تکالیف عمده درمانگر این است که افراد را با آن ویژگی‌هایی که خودشان قبلاً تشخیص نداده بودند. آشنا کند، کاری کند که خود را دست‌کم نگیرند و مسائل پنهان را دوباره کشف کنند. این نگرش را هیچ کس بهتر از مینوچین در گفته مشهور خود بیان نکرده است، «شما شروتمندتر از آن هستید که فکر می‌کنید» (Minuchin & Nichols, 1993, p. 47).

خود را کنترل کنید

این نکته با نکته قبلی ارتباط نزدیکی دارد. غالباً درمانگران خیلی سریع در تبادل‌های خانواده دخالت می‌کنند تا به افراد خانواده در یافتن راه‌حل‌های تضادها به نحوی مؤثر کمک

کنند. به یقین درمانگر باید به هنگامی که بحثی بی حاصل یا شدید درمی گیرد، دخالت کند، ولی باید به هنگام انجام این کار عاقلانه رفتار کند. درمانگران باید نقشی تسهیل کننده داشته باشند و نه هدایتگر.

درمانگران بیشتر باید خانواده‌ها را مشاهده کنند و کم‌تر به آنان بگویند چه کنند. هنگامی که درمانگری مرتباً تبادل‌های خانواده را قطع می‌کند، به طور ضمنی این پیام را القا می‌کند که خانواده فاقد توانایی‌های لازم برای حل مشکل است. این پیام ممکن است سبب ایجاد وابستگی به درمانگر شود و اعضای خانواده مسئولیت تغییر را برعهده نگیرند. درمانگر باید تا آنجا دخالت کند که تبادلی پرثمر و طولانی بین اعضای خانواده ایجاد کند و به آرامی سعی کند آنان را در جهت موضوع مورد بحث هدایت کند یا صرفاً آنان را تشویق کند تا فراسوی بحثی که در آن درجا می‌زنند بروند. در این جا مثالی در موردی که قبلاً جایی در باره آن بحث کرده‌ام می‌آورم (Micucci, 1995).

راب ۱۵ ساله بعد از این که به دنبال یک دعوی شدید با پدرش کاردی از جیب بیرون آورد، در بیمارستان بستری شد. او تهدید می‌کرد که بیمارستان را ترک می‌کند، از این روی جلسه خانوادگی ترتیب داده شد و قرار شد والدین راب، گیل و لن و مونیکا خواهر ۱۲ ساله او هم در آن شرکت کنند. درمانگر از گیل و لن خواست در این مورد که راب می‌خواهد بیمارستان را ترک کند، بحث کنند و بگویند در این مورد چه باید کرد.

همین که گیل و لن شروع به بحث کردند، مخالفت‌ها و اختلافات آن‌ها آشکار شد و درمانگر متوجه شد آن‌ها می‌کوشند شخص سومی را وارد بحث کنند تا اختلافشان را حل کند. ابتدا، با حمله به راب کوشیدند اختلاف خود را نادیده بگیرند و به او گفتند که کاری کرده که همه آنان احساس بدی پیدا کنند و چقدر کله شق بوده که نگذاشته در بیمارستان به او کمک شود. درمانگر مداخله کرد تا از این گفتگوها جلوگیری کند و لن و گیل را دوباره به سمت گفتگوی خودشان هدایت کرد. همین که اختلاف بین آن‌ها دوباره بالا گرفت، مونیکا پیشنهادی کرد و پدر و مادر هر دو رو به سمت او کردند. دوباره درمانگر مداخله کرد تا از این مثلث‌سازی جلوگیری کنند. لن و گیل سپس از درمانگر تقاضا کردند تا راهنماییشان کند. درمانگر بدون این که حالت دفاعی به خود بگیرد، احساس درماندگی لن و گیل را پذیرفت، ولی به آنان اطمینان داد که می‌توانند به کمک یکدیگر به راه حلی برسند و این که اگر او بخواهد مسئولیت را به عهده بگیرد در واقع بی‌احترامی به نقش آن‌هاست به عنوان والدین راب. سرانجام، گیل و لن بعد از این که برای چند دقیقه با هم بحث کردند، به این نتیجه رسیدند که راب باید در بیمارستان بماند. درمانگر از این که والدین به راه حلی رسیدند آنان را تشویق

کرد و از آن‌ها خواست با لحنی آرام ولی مطمئن با راب حرف بزنند. «ما اجازه نمی‌دهیم تو امروز به خانه برگردی. از این که پدر و مادر خوبی برایت نبودیم متأسفیم و می‌خواهیم کاری کنیم که تو بتوانی زودتر به خانه برگردی، ولی باید در مورد شرایط بازگشت تو به خانه حرف بزنیم. اگر می‌خواهی حتماً از بیمارستان مرخص شوی، باید به کانون بزهکاری یا جایی شبیه این بروی ولی نمی‌توانی با ما به خانه بیایی.» هر چند راب اعتراض و تهدید کرد، ولی از درخواست خود برای ترخیص از بیمارستان منصرف شد (Micucci, 1995, p. 158).

به خاطر داشته باشید که تغییر چگونه روی می‌دهد

مایکل نیکولز (Micheal Nichols, 1987) اشاره کرده است که در خانواده درمانی تمایز بین تغییر در خانواده و تغییر فردی مبهم است. نیکولز معتقد است که افراد تغییر می‌کنند نه خانواده‌ها.

در خانواده درمانی وقتی بحث از تغییر می‌شود، با این سؤال مواجه می‌شویم که چه کسی تغییر می‌کند. درمانگران تغییر نمی‌کنند، سیستم‌ها تغییر نمی‌کنند، افراد تغییر می‌کنند. دقیق‌تر بگوییم، درمانگران آغازگر تغییرند، سیستم‌ها دستخوش تغییر می‌شوند ولی این تک‌تک افرادند که باید تغییر کنند. یکی از عواقب نادیده گرفتن فرد این است که مسئولیت تغییر به عهده درمانگر گذاشته می‌شود. این درست نیست، زیرا تغییر نهایتاً از طریق افراد و در درون سیستم روی می‌دهد. ما ممکن است در باره خانواده‌ها فکر کنیم - که با مرزها و مثلث‌سازی‌ها سازمان می‌یابد - و ممکن است خانواده‌ها را گردهم جمع کنیم. ولی در واقع هیچ خانواده‌ای در کار نیست. خانواده چیزی انتزاعی است. تعداد افراد در اتاق درمان مهم نیست. تنها کسی که می‌تواند تغییر کند، فرد است (ص. ۳۸).

در واقع من معتقدم که درمانگران در طول دوره درمان تغییر می‌کنند (دست‌کم درمانگران بهتری می‌شوند) و تمایز بین «در حال تغییر بودن» و «تغییر کردن» بستگی به چارچوب مرجع شما دارد. البته، من فکر می‌کنم که نیکولز نکته مهمی را مطرح می‌کند که در آن به اصل انجام درمان اشاره می‌شود. الگوها فقط وقتی تغییر می‌کنند که یک یا چند فرد، که در الگو شرکت می‌کنند، آنچه را انجام می‌دهند تغییر دهند.

مفهوم چرخه بیماری (که در فصل بعدی تشریح خواهد شد) بر این مبناست که خانواده‌ها در الگوهای تکراری درگیر می‌شوند و همین سبب می‌شود که نشانه بیماری باقی بماند. خانواده به این دلیل در الگوها درگیر می‌شود که تک‌تک اعضای خانواده درگیر آند. یک پدر به این دلیل واکنش خاصی از خود نشان می‌دهد که زنش واکنش خاصی از خود

نشان می‌دهد و پسرش واکنش خاصی از خود نشان می‌دهد و به همین ترتیب. الگو زمانی تغییر می‌کند که دست‌کم یک فرد تغییر کند و تغییر را تا اندازه‌ای ادامه دهد تا الگوی نشانه‌ای از بین برود و الگوهای تازه تبادل جایگزین شود.

من معتقدم روابط مهم فرد در واقع بوته آزمایشی است که در آن تغییر واقع می‌شود. البته یک فرد ممکن است در باره موقعیتی فکر کند و بتواند تغییر کند، بی آن‌که درمانگری در کار باشد، ولی تغییری که این فرد می‌کند باید توسط دیگری مورد توجه قرار گیرد تا این تغییر معنی‌دار و مداوم باشد. درمانگران می‌توانند به این فرایند کمک کنند. همان‌گونه که در فصل بعدی توضیح می‌دهیم، درمانگر می‌تواند با بخشی که معمولاً در رابطه با دیگران آشکار نیست، ارتباط برقرار کند و سپس به فرد کمک کند تا از این بخش از وجودش به نحو خلاقانه‌ای استفاده کند و یا این‌که درمانگر می‌تواند به سایر اعضای خانواده کمک کند تا به تغییرات کوچکی که در رفتار فرد دیگر دیده می‌شود، توجه کنند و به این ترتیب تغییر را آشکارتر کنند و تأثیر بالقوه آن را در سایر اعضای خانواده بزرگ‌تر جلوه دهند.

افراد را به حرکت وادارید

عمیق‌ترین تغییرات (آن نوعی که ما امیدواریم که در درمان به‌وقوع بپیوندد) دربرگیرنده تغییر در نحوه‌ای است که یک فرد خود و دیگران را تجربه می‌کند. تجربه شامل نحوه تفکر، چگونگی احساس و کارهای ماست. یکی از دلایلی که من چندان اعتقادی به روش‌های روایتی در درمان ندارم این است که این‌گونه روش‌ها بسیار شناختی‌اند. درمانگر به هنگام کاوش در پیچیدگی‌های زبان فرد در واقع می‌کوشد تا تغییری تجربی ایجاد کند، ولی ظاهراً آن را به نحوی انجام می‌دهد که تأکید بسیاری بر تفکر می‌کند. یکی از مزایای عمده روشی مانند نمایش^۱ - زمانی که اعضای خانواده در حضور درمانگر با هم گفتگو می‌کنند - این است که این کار می‌تواند تجربه بسیار متفاوتی را در لحظه ایجاد کند که سپس می‌توان این تجربه را از طریق در هم تنیدن داستان با روایتی در باره این تجربه گسترده‌تر کرد.

حرکت در درمان زمانی روی می‌دهد که فردی تحت تأثیر گفتار و کردار کس دیگری قرار گیرد. اعضای خانواده به هنگامی که فردی در خانواده تحت تأثیر (از لحاظ عاطفی) گفته‌ها یا اعمال دیگری (نه همیشه درمانگر) قرار بگیرند، نوع ارتباطشان را با یکدیگر تغییر می‌دهند.

طرح این کتاب

در فصل بعدی من اصول کلیدی برای درمان نوجوانان و خانواده‌هایشان را بررسی می‌کنم. در فصل ۳ خلاصه کوتاهی در مورد آنچه امروزه نوجوان «بهنجار» نامیده می‌شود ارائه می‌کنم. من معتقدم که آشنایی با تاریخچه رشد نوجوان برای هر درمانگری که با نوجوانان کار می‌کنند ضروری است. درمانگران باید با رفتارهایی که در نوجوانان طبیعی یا غیرطبیعی است آشنا باشند تا بتوانند میزان گرفتاری را ارزیابی کنند و راهنمایی مناسب را برای والدین ارائه دهند.

در شش فصل آینده، اصول درمان را که در فصل ۲ در مورد مشکلات معمول خانواده‌ها با نوجوانان ارائه داده‌ام به کار می‌برم. اختلالات خوردن، افسردگی و خودکشی، رفتار پرخاشگرانه، روان‌پریشی، مشکلات مربوط به مدرسه و مشکلات مربوط به اصطلاح «فرار از خانه». در فصل ۱۰ به مشکلات معمول در کار با خانواده‌های دچار مشکلات چندگانه و خانواده‌های کم‌درآمد می‌پردازم و راه‌هایی برای اجتناب از این مشکلات پیشنهاد می‌کنم. در این بین مثال‌هایی خواهم آورد، بعضی مفصل و بعضی کوتاه تا چالش‌ها و سرخوشی‌های کار کردن با نوجوانان و خانواده‌های آنان را مشخص کنم.

یادداشت‌ها

۱. غالب مثال‌های این کتاب بر اساس موارد واقعی است که هویت افراد به دلیل محرمانه ماندن تغییر داده شده است.
۲. اصطلاح دچار اختلال اخیراً بازتاب بدی داشته است، زیرا به نادرستی در مورد خانواده‌ها (مثلاً خانواده‌های دچار اختلال) به کار برده شده است و نه الگوهای رفتار. من این اصطلاح را به کار می‌برم تا نشان دهم که یک الگوی رفتاری مضر؛ بی‌حاصل یا بی‌اثر است. به ندرت کل خانواده دچار اختلال است، هرچند اعضای خانواده ممکن است غالباً درگیر الگوهای تبادلی مختل شوند.
۳. بعضی از رهیافت‌های درمان از جمله «درمان متمرکز بر راه‌حل» به طور کلی بر جستجو و تشویق نقاط قوت متمرکز است و حتی بحث‌های طولانی در باره مشکل را منع می‌کند. من مستقیماً بر مشکلات و اختلالات متمرکز می‌شوم ولی از نقاط قوت برای کمک به اعضای خانواده برای حل مشکل استفاده می‌کنم.