

فصلنامه

تازه‌های روان‌درمانی

فصلنامه دانشی، پژوهشی و آموزشی سال دهم، شماره ۳۵ و ۳۶
بهار و تابستان ۱۳۸۴

- ◀ دیدگاه‌های منگامه‌ها
- ◀ روشی تازه در شناخت درمانی
- ◀ خانواده‌های ناکارآمد: منگامه‌های درمانی
- ◀ فرانگرشی به آزادی درمانی، مراجع محوری و روانشناسی فردنگر
- ◀ پژوهش در ایجاد اختلال هویت جنسی
- ◀ ایمان و معنویت در مشاوره و روان‌درمانی
- ◀ خودپنداری، منبع کنترل و رضایت شغلی
- ◀ کتابها و همایشها

هیپنوتیزم

خانواده های ناکارآمد: هنگامه های درمانی

زهرا بهفر، دکتر آقامحمدیان، دکتر طباطبایی، دکتر امین یزدی

چکیده:

خانواده سیستمی متشکل از افراد دارای نقشها و وظایف گوناگون است که به دلیل نیازهای همواره در جریان تغییر و تحول است. اگر چه این سیستم به عنوان یک نهاد اثر پذیر در بطن سایر سیستمهای بزرگتر نظیر فرهنگی که در آن نشو و نما می کند - قرار دارد، لکن خود نیز از زیر سیستمهایی تشکیل شده که تاثیر و تاثرات آنها بر کل سیستم، ساختار و کارکرد آن اثر می گذارد. دیدگاههای مختلفی در آسیب شناسی خانواده وجود دارد. همانطور که بسیاری از این ها به متغیرهای ساختاری نظیر آسیبهای اجتماعی و حوادث منفی (فقدان، طلاق...) توجه کرده اند عده دیگری نیز نقش این حوادث را محدود دانسته و به عوامل واسطه ای یا پیامدی حاصل از آنها نظیر سبکهای والدینی کارکرد خانواده و یا مشکلات اقتصادی - اجتماعی ناشی از حادثه اهمیت داده اند. از این میان کارکرد خانواده یک پدیده بسیار پیچیده است که به کیفیت زندگی خانواده ها در سطح سیستمی یا روابط دوتایی اشاره داشته و مواردی همچون سلامت، شایستگیها و کفایتها و قدرت و ضعف سیستم خانواده را در بر می گیرد و به شیوه های مختلفی نیز مورد سنجش و ارزیابی قرار می گیرد. بنابراین، این مقاله به سئوالهای زیر پاسخ می دهد:

۱ - خانواده ی ناکارآمد چه ویژگیهایی دارد؟

۲ - بر اساس الگوی حلقوی پیچیده کارآمدی و ناکارآمدی سیستمها چگونه تعریف می شود؟

۳ - در کار با خانواده های ناکارآمد چه مفاهیم یا سازه هایی باید مورد ارزیابی و سنجش قرار گیرد؟

فکارشناس ارشد روانشناسی بالینی. مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد با عنوان تاثیر کارکرد خانواده بر اختلافات درون ریزی دختران نوجوان و مقایسه کارکرد خانواده های آسیب دیده و عادی به راهنمایی آقامحمدیان مشاوره دکتر طباطبایی و داوری دکتر امین یزدی می باشد.

سخنرانی ارائه شده در همایش علمی

(11)

شناسی (علمی- پژوهشی)، شماره ۳،

پژوهشی، (علمی- پژوهشی)، شماره ۳

و انتشارات دانشگاه علوم پزشکی و

روستاق ص ۵۳-۷۱

ش یازموزی اسنادی بر سبک اسنادی

شماره ۱۶ و ۱۷ ص ۱۰۱-۱۱۲.

References:

- Abramson, I. Y.; Metalsky, G. of depression. Psychological
Abramson, I. Y. Seligman, M. formation. Journal of Abnorm
Beck, A. T., Epstein, N & Ha on. British Journal of Cogniti
Beck, A. T. Rush, A. J. Show ulford Press.
Fleck, L. & Weiss, K. (2003).
Fromm, E. (1964). The heart
Freud, S. (1960). The Ego and
Kelly, G. A. (1955). The psyc
Leahy, T. H. (1987). A histo
ternational Edition. New Jerse
Teasdale J. D. (1993) Emotio
ces. Behavioural Research and
Wells, A. and Mathews G. (19
Press.
Wells, A. (2001) Emotional Di
ons, LTD. New York
Weissar, M. E. & Beck, A. T. J
77-184.

۴- در حرکت به سوی الگوهای موثر و کارآمدتر در خانواده، چه تغییراتی باید در چه سطوحی صورت گیرد؟
 کلید واژه ها: خانواده های ناکارآمد، الگوی حلقوی پیچیده، کارکرد خانواده

Abstract :

Family is a system consist of individuals with different roles and tasks and is changing due to its needs. This system is influenced by other macrosystems like the culture of the society and its own subsystems as well. Subsystems of a family have considerable impact on the family as a whole and also on its structure and functioning.

These are different perspectives on family psychopathology. Some of them concentrate on structural variables like social impairments and negative events (loss, divorce ...), while others emphasize the consequences and effects of them like parental styles, family functioning and socioeconomic problems. Family functioning is a very complex phenomenon which can be assessed in different ways. It generally refers to the quality of family life at both systemic and dyadic levels and concerns wellness, competence, strenghts and weakness of a family. Therefore, this article tries to answer the following questions: 1. what are the characteristics of a dysfunctional family? 2. what are the characteristics of dysfunctional and functional systems in the Circumplex Model? 3. What concepts on constructs should be assessed in dysfunctional families? 4. What concepts or constructs should be changed toward more functional patterns of systems?

Key words : *Dysfunctional families , Circumplex Model , Family functioning*

مقدمه:

تمرکز اغلب الگوهای آسیب شناسی بر فردی است که کارکرد روانشناختی وی آسیب دیده و یا مختل شده است، اما امروزه با گسترش نظریه های سیستمی، فرد دریافت روابط و تعاملات بین اعضای خانواده مورد بررسی قرار می گیرد و به نظر می رسد که این دیدگاه جامع نگرتر باشد. از آنجا که خانواده اولین واحد اجتماعی است که فرد در آن پا می گذارد، الگوهای تعاملی و ارتباطی در خانواده بر سلامت و بهزیستی اعضای آن تاثیر می گذارد و کیز کاریهایی مشاهده شده در این راستا غالباً هدف درمان قرار می گیرد.

خانواده بدون شک مهمترین سازمانی است که بستر ساز رشد و رفاه جسمی، روانی و اجتماعی کودک و عامل رسیدن وی به تعادل (فیزیکی، روانی و اجتماعی) است (۱). اجتماعی شدن و آشنایی با قوانین، نقش ها و ارزش های فرهنگی به طور طبیعی در خانواده

صورت می پذیرد
 تبدیل می شود.
 اعضا را کنار یک
 عقیده داشتن با
 ساختار است که
 وجود چنین ساز
 خود دست یافته
 درمانگران بر این
 باید شبکه روابط
 واحد مطالعه نه
 اعضاء خانواده، بر
 در طول چند
 درباره بیماریهای
 با کیز کاریهایی
 هراس از مدرسه
 درون آریزی و
 ۱۶، ۱۵، ۱۷، ۱۸
 بودن میزان پیوسته
 باشد (۸)
 می دهند و یا الگو
 تری نسبت به خا
 کرده اند. والدین ا
 امروزه این مس
 آمیز والدین و کود
 محبت، تعارض،

Abstract :
 Family is a system changing due to its culture of the society, considerable impact functioning. These are different concentrate on structure (loss, divorce ...), while parental styles, family functioning is a very ways. It generally refers levels and concerns. Therefore, this article characteristics of a dysfunctional and family concepts on constructs systems?
Key words : Dysfunction

و شناختی وی آسیب دیده می، فرد دریافت روابط و می رسد که این دیدگاه که فرد در آن پا می گذارد، ای آن تاثیر می گذارد و کژ رد بد و رفاه جسمی، روانی و می (اجتماعی) است (۱)، به طور طبیعی در خانواده

صورت می پذیرد (۲) و کودک در تعاملات ابتدایی خود با خانواده به یک موجود اجتماعی تبدیل می شود. این سیستم اجتماعی کامل (۳) با ایجاد پیوندهای عاطفی و مراقبتی قوی، اعضا را کنار یکدیگر نگه می دارد. در این هنگامه، اعضای خانواده کنترل، تأیید و اختلاف عقیده داشتن با یکدیگر را تمرین می نمایند. در بخشی از این تعامل، هر خانواده دارای یک ساختار است که می تواند کارآمد یا ناکارآمد، بی نظم و آشفتن یا خشک و انعطاف ناپذیر باشد. وجود چنین سازمانی در خانواده کمک می کند تا در یک چارچوب زمانی و تحولی، به اهداف خود دست یافته و بقای خود را به عنوان یک واحد اجتماعی حفظ نماید (۳). لذا خانواده درمانگران بر این عقیده اند که در بررسی مشکل روانی به هر دلیل و علتی که بروز کرده باشد، باید شبکه روابط و ساختار مراداتی که فرد در آن قرار گرفته است را هدف قرار داد، یعنی واحد مطالعه نه تنها فرد یا واکنشهای والدین است بلکه سیستم و ساختار حاکم بر روابط اعضای خانواده، باید مورد توجه قرار گیرد.

در طول چندین دهه گذشته، با رشد و گسترش مدل جدید زیستی-روانی-اجتماعی، درباره بیماریهای روانی روز به روز بیشتر مشخص شده است که اختلالات روانپزشکی معمولاً با کژ کارهای خانوادگی چشمگیری همراه هستند، از جمله ی این موارد اختلال سلوک، هراس از مدرسه، اختلالات سوء مصرف مواد، افسردگی، اختلالات خوردن، اختلالات درون ریزی و اختلالات برون ریزی را می توان نام برد (۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۷، ۱۸). مثلاً گزارشهای نوجوانان افسرده در مورد خانواده هایشان حاکی از پایین بودن میزان پیوستگی^۱ و وجود مشکلاتی در جو عاطفی و احساس صمیمیت میان اعضا می باشد (۸). نوجوانانی که علائم برون ریزی، اختلال سلوک، افسردگی و اضطراب را نشان می دهند و یا الکل و ماری جوانا مصرف می کنند نسبت به افراد گروه کنترل، برداشت منفی تری نسبت به خانواده خود داشته و گسستگی^۲ بیشتری را در روابط متقابل اعضا گزارش کرده اند. والدین این افراد نیز دیدگاه مشابه با نوجوانان خود را دارند (۵).

امروزه این مساله به صورت عمده مورد قبول قرار گرفته که روابط غیر حمایتی و تعارض آمیز والدین و کودک به افسردگی در نوجوان کمک می کند (۱۴). مسابلی از قبیل نبود گرمی و محبت، تعارض، خصومت و پیوستگی پایین در خانواده با مشکلات درون ریزی در نوجوانان

مرتبط می باشد. (۱۹) هر چند که درباره جنبه های خانوادگی اختلالات کودکان و نوجوانان، پژوهش های کمتری صورت گرفته است اما شواهد بدست آمده از تعدادی مطالعات حاکی از آن هستند که کارکرد روانشناختی مختل شده در دامنه وسیعی از مشکلات روانپزشکی کودکان دیده می شود (۲۰). به همین دلیل از دیرباز کارکرد خانواده، مورد توجه روانشناسان بوده است و در سبب شناسی اختلالات روانی، خانواده درمانگران پویاییهای متعامل بین اعضای خانواده (۲۱) را مورد بررسی قرار می دهند.

خانواده های کارآمد و خانواده های ناکارآمد

کارآمدی عبارتست از اینکه تا چه اندازه الگوهای خانواده در کسب هدفهای آن موثر و سودمند واقع شده اند. ناکارآمدی به الگوهای خانوادگی غیرسودمند و تعاملات همراه با استرس و رفتارهای مرضی اشاره دارد. قضاوت در مورد الگوهای کارآمد (یا ناکارآمد) بستگی به درک بهنجاری/ سلامت و همیتطور ملاحظات اجتماعی - فرهنگی دارد (۲).

خانواده به عنوان یک سیستم زنده به مبادله اطلاعات و انرژی با محیط خارج می پردازد. نوسانها، خواه بیرونی یا درونی، طبعاً واکنشهایی به دنبال دارند که سیستم را به حالت پایدار قبلی خود بازمی گردانند. اما وقتی این نوسانها شدت یابند، ممکن است موجب بروز بحران در خانواده شوند که این تغییر و تحول منجر به پیدایش سطوح متفاوتی از کارکرد می گردد و بدین ترتیب امکان مقابله را فراهم می آورد (۲۲).

در تعریف کارکرد خانواده، چندین مشکل وجود دارد؛ پیچیدگی ناشی از نحوه تأثیر و تعامل این عوامل درونی و بیرونی در شکل گیری ماهیت و مفهوم خانواده در هر فرهنگ، تعریف « کارکرد خانواده » یا « ناکارآمدی خانواده » را مشکل می سازد (۲). مسئله دیگر تعریف مفاهیم بهنجاری یا نابهنجاری است. همواره در تعریف سلامت یا بهنجاری، این خطر وجود دارد که با انتخاب یک سیستم ارزشی به عنوان معیار سلامت، آن معیار برای جمعیتی با سیستم ارزشی دیگر بکار برده شود و از طرف دیگر آنچه کار را باز هم مشکل تر می سازد، ماهیت چند بعدی بشر است، چرا که انتخاب معیاری که بتواند تمام جوانب روانی یا فیزیکی فرد را در بر بگیرد، بسیار دشوار است و در نهایت وجود الگوهای

مختلف نظری
سبب شده که
نهایتاً ممکن است
مورد توجه فر
عین حال تنوع
خانواده های ک
در الگوی
خانواده ای که
برونسازی متفا
و ایجاد تغییر
لذا بر اساس
موقعیت های ام
ناپذیری و مرز
شرایط استرس
گریزناپذیر زند
خود، انعطاف پذ
در تحقیقاتی
تشخیص داده
خانواده هایی با
والدین کم سن
می کرد و پاسخ
بروز بیماریهای
خانواده ها بود.
صورت می گیرد
شرایط جدید پا
در رویکرد ام
بالینی هستند، یع

دکان و نوجوانان ،
مطالعات حاکی از
روانپزشکی کودکان
روانشناسان بوده
عامل بین اعضای

سب هدف های آن
سودمند و تعاملات
نوع های کارآمد (با
جتماعی - فرهنگی

ی با محیط خارج
دارند که سیستم را
ن یابند، ممکن است
به پیدایش سطوح
آورد (۲۲) .

ناشی از نحوه تأثیر و
خانواده در هر فرهنگ،
سازد (۲). مسئله دیگر
ت با بهنجاری، این
ملاط، آن معیار برای
آنچه کار را باز هم
مباری که بتواند تمام
در نهایت وجود الگوهای

مختلف نظری که هر یک به ارزیابی کیفیت های مختلفی از عملکرد خانواده می پردازد، سبب شده که کارآمدی و ناکارآمدی از دیدگاه هر یک مفهوم خاصی داشته باشد. اگرچه نهایتاً ممکن است همه آنها به یک نتیجه برسند، اما سازه های متعددی که از دید هر یک مورد توجه قرار گرفته، کار تعریف و ارزیابی کارکرد خانواده ها را دچار پیچیدگی و در عین حال تنوع نموده است. لذا برای درک مفهوم کارکرد خانواده نیاز به ارائه تعاریفی از خانواده های کارآمد و ناکارآمد می باشد.

در الگوی ساختاری^۱، خانواده دارای کارکرد سالم را اینگونه تعریف کرده اند: « خانواده ای که در آن بین اعضا مکملیت وجود دارد، از ویژگی های دیگر این خانواده، پروساز متقابل اعضا با نیازهای یکدیگر، مرزهای روشن و منعطف، قدرت حل تعارض و ایجاد تغییر مناسب با چرخه حیات خانواده است » (۲۳) .

لذا بر اساس تعریف مینوچین خانواده ناکارآمد، خانواده ای است که در مواجهه با موقعیت های استرس زا به جای منعطف ساختن الگوهای انتقالی و کاهش مرزها، انعطاف ناپذیری و مرزها را افزایش می دهد و مانع کشف راه حل های جدید برای برخورد با شرایط استرس زای جدید می شود و در مقابل، خانواده بهنجار در مقابله با استرس های گریزناپذیر زندگی، ضمن حفظ انسجام خانواده، قادر است به منظور تجدید ساختار خود، انعطاف پذیری لازم را نشان دهد.

در تحقیقاتی که مینوچین با خانواده ها انجام داده است، پنج نوع ساختار ناکارآمد تشخیص داده شد: (۱) خانواده های درهم تنیده^۲؛ (۲) خانواده های از هم گسیخته^۳؛ (۳) خانواده هایی با مردان حاشیه ای^۴؛ (۴) خانواده هایی با والدین غیر درگیر^۵؛ (۵) خانواده هایی با والدین کم سن. در این خانواده ها، ساختار اجتماعی به عنوان یک استرس آشکار ساز عمل می کرد و پاسخهای نامناسب به استرس و دیگر اجزای معادله ناکارآمدی، نقش اساسی در بروز بیماری های روان - تنی داشت. انعطاف ناپذیری یکی از مشکلات مشترک این خانواده ها بود. در چنین خانواده ای، پاسخ به یک استرس بصورت قالبی و نامناسب صورت می گیرد و خانواده در به کارگیری الگوهای قبلی برای مواجهه با موقعیت ها و شرایط جدید پافشاری می کند (۲) .

در رویکرد استراتژیک فرض می شود که خانواده های بهنجار منعطف تر از خانواده های بالینی هستند، یعنی راهبردهایی که برای حل مسائل در نظر می گیرند، تنوع بیشتری دارد (

(۲۴) . هی لی، خانواده کژکار را چنین تعریف می کند: « خانواده ای که قادر به تأمین نیازهای تکاملی اعضا و مقابله با فشارهایی مثل تغییرات ناشی از مراحل تکاملی خانواده، که مستلزم قبول یا از دست دادن عضو باشد، نیست. مرزهای بین اعضا نامشخص است و لذا حمایت و همکاری رخ نمی دهد. غالباً عامل تعادل خانواده، شخصی است که نشانه مرضی را بروز می دهد » (۲۵) . در این الگو خانواده های کارآمد سلسله مراتب سازمانی صریح تری تحت مسؤولیت والدین دارند (۲۶) .

عده دیگری از صاحب نظران، اهمیت ویژه ای برای مهارت های حل مسأله و ارتباطی در خانواده، قائل شده اند. به ویژه زمانی که ارتباطات بین والدین و نوجوانان، تعارض آمیز باشد. الگوی مک مستر از کارکرد خانواده^{۱۱}، یک الگوی سیستمی با جهت گیری بالینی است که خصوصیات ساختاری و سازمانی گروه خانواده و الگوهای تبادلی مهم موجود میان اعضای خانواده را معین می کند (۲۷) . بر طبق این الگو شش بعد مهم در کارکرد خانواده وجود دارد که هر بعد بر روی پیوستاری از کارایی تا ناکارایی اندازه گیری می شود. هدف درمان در این الگو آن است که خانواده از یک دامنه ناکارا به سوی کارآمدی حرکت نماید. این شش بعد عبارتند از: حل مسأله، ارتباط، نقش ها، آمیختگی عاطفی^{۱۲}، پاسخ دهی عاطفی^{۱۳}، (آمیختگی در پاسخدهی) کنترل رفتار (۲۸) .

ریس (۱۹۹۱) نیز به ارائه موارد زیر در تعریف خانواده های دارای کارکرد سالم می پردازد که بیشتر بر بعد ارتباط، تأکید دارد (۳)

۱) خانواده های سالم، صریح و روشن حرف می زنند، در بحث ها خشک و انعطاف ناپذیر نیستند، ضمن آنکه بی نظمی و آشفتگی نیز در آنها دیده نمی شود.

۲) آنها در تلاشند تا بیش از آنکه نارضایتی نشان دهند، با یکدیگر به توافق برسند و قادرند بدون حمله به دیگری، ابراز وجود نمایند.

۳) آنها محیطی دوستانه دارند و بدون آشفته کردن یکدیگر، مخالفت خود را ابراز می نمایند.

۴) این خانواده ها طیف گوناگونی از عواطف را به کار می گیرند و می توانند شادمانی یا غمگینی خود را به یکدیگر نشان دهند.

۵) در این خانواده ها حس شوخ طبعی وجود داشته و می توانند به یکدیگر بخندند.

۶) آنها به نیاز یکدیگر برای داشتن حریمی اختصاصی، احترام می گذارند و درگیر

ذهن خوانی نمی شو
از آنچه گفته شد
خانواده تاکید دارند
کارآمدی خانواده به
می شوند در این س
تعاریف در الگوی
این رویکرد ادعا کر
حوزه خانواده به در
تشخیص و ارزیابی
پیوستگی، انعطاف
این رویکرد این اس
خانواده های نامتعاد
پذیری) بر روی یک
پیوستگی (پیوند عا
میدهند تا ضمن این
متفاوت را در بر می
متوسط)، پیوسته (نا
مطلوب و بهینه یک
می شود. بسیاری از
افراطی یا نامتعادل
اعضاء فدای همراهم
استقلال را به قیمت
در بعد انعطاف
وقوتین ارتباطی خا
که در نظام درجه ای
باشد. همانند پیوستگی
به کارکرد مطلوب ن

ن که قادر به تأمین
 مراحل تکاملی خانواده،
 اعضا نامشخص است و
 خاصی است که نشانه
 بد سلسله مراتب سازمانی
 حل مسأله و ارتباطی در
 نوجوانان، تعارض آمیز
 جهت‌گیری بالینی است که
 مهم موجود میان اعضای
 و کارکرد خانواده وجود دارد
 می شود. هدف درمان در این
 یکت نماید. این شش بعد
 دهی عاطفی^{۱۱}، (آمیختگی در
 وهای دارای کارکرد سالم
 بحث‌ها خشک و انعطاف
 به نمی‌شود.
 با یکدیگر به توافق برسند و
 دیگر، مخالفت خود را ابراز
 می‌گیرند و می‌توانند شادمانی
 می‌توانند به یکدیگر بخندند.
 احترام می‌گذارند و درگیر

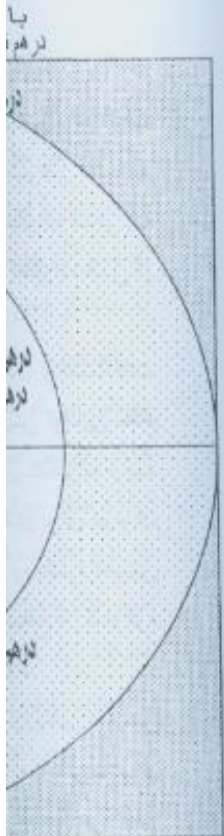
ذهن‌خوانی نمی‌شوند.

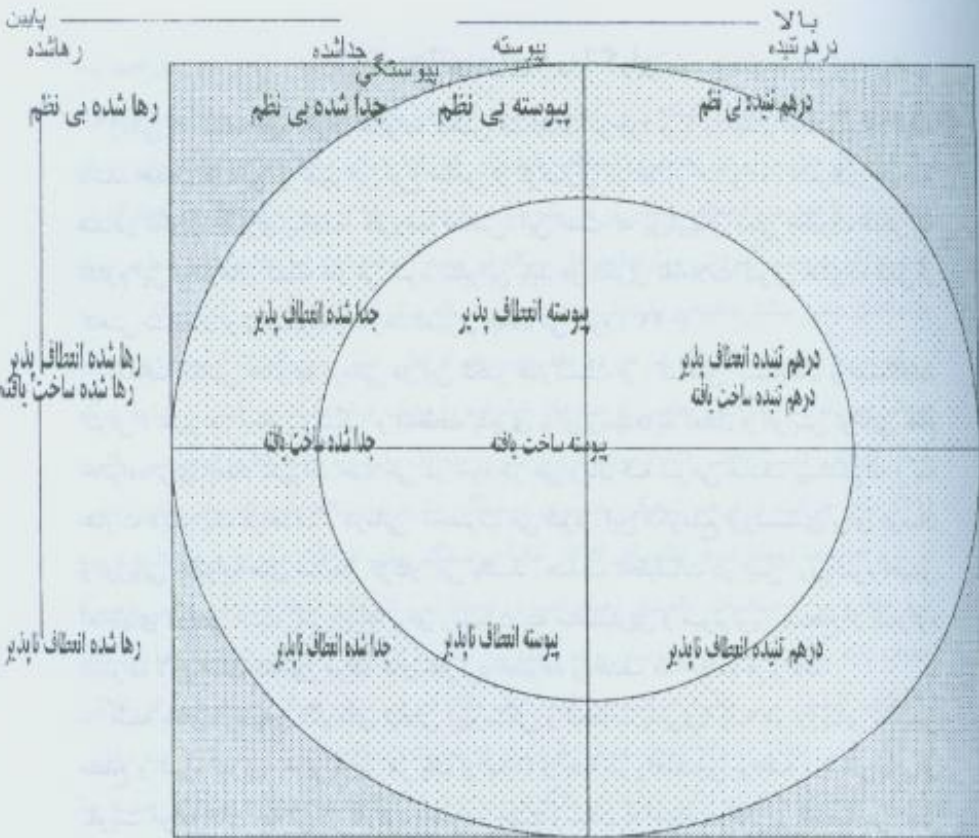
از آنچه گفته شد می‌توان فهمید که اغلب الگوها بر نوع ساختار منعطف یا انعطاف‌ناپذیر خانواده تأکید دارند و از طرف دیگر پیوند عاطفی میان اعضا نیز از ابعاد اساسی در تشخیص کارآمدی خانواده به شمار می‌رود و مهارت‌های ارتباطی نیز نشان می‌دهد که چگونه اعضا قادر می‌شوند در این ساختار ویا رابطه تغییراتی ایجاد نمایند. این سه مفهوم استخراج شده از این تعاریف در الگوی حلقوی پیچیده^{۱۳} مبنای کار قرار گرفته است و از اینجاست که نظریه پردازان این رویکرد ادعا کرده‌اند که مفاهیم مذکور را در پی خوشه بندی بیش از پنجاه مفهوم رایج در حوزه خانواده به دست آورده‌اند (۲۹) و لذا رویکرد خود را رویکردی جامع برای تعریف تشخیص و ارزیابی ناکارآمدی یا کارآمدی خانواده می‌دانند.

پیوستگی، انعطاف‌پذیری^{۱۴} و ارتباط^{۱۵} ابعاد اساسی الگو را شامل می‌شوند. فرض اساسی این رویکرد این است که زوجها و خانواده‌های متعادل کارکرد مؤثرتری نسبت به زوجین و خانواده‌های نامتعادل دارند. کارکرد خانواده بر اساس ابعاد پیوستگی و انعطاف‌پذیری (سازش‌پذیری) بر روی یک پیوستار چهار سطحی سنجیده می‌شود. زوجین و خانواده‌هایی که در بعد پیوستگی (پیوند عاطفی اعضای خانواده نسبت به یکدیگر) متعادلند به اعضای خود اجازه می‌دهند تا ضمن اینکه به خانواده وابسته نباشند، پیوندشان را با آن حفظ نمایند. پیوستگی سطح متفاوت را در بر می‌گیرد که عبارتند از رها شده (خیلی پایین)، جدا شده (پایین تا متوسط)، پیوسته (متوسط تا بالا) و در هم تنیده (خیلی بالا). فرض بر این است که کنش مطلوب و بهینه یک سیستم با سطوح متعادل و مرکزی پیوستگی (جدا شده و پیوسته) همراه می‌شود. بسیاری از خانواده‌ها یا زوجین که جهت درمان مراجعه می‌کنند، غالباً در حوزه افراطی یا نامتعادل قرار دارند، هنگامی که پیوستگی خیلی بالاست، استقلال و خودمختاری اعضا فدای همراهی و توافق آنها می‌شود و بر عکس در نظام‌های رها شده اعضا این استقلال را به قیمت قربانی کردن دلبستگی و تعهد به خانواده به دست می‌آورند (۲۹ و ۳۰).

در بعد انعطاف‌پذیری که حاکی از توانایی نظام خانواده برای تغییر ساختار قدرت نقش‌ها و توانین ارتباطی خانواده در پاسخ به فشارهای موقعیتی و تحولی است تعادل به این معناست که در نظام درجه‌ای از ثبات حفظ شود و در عین حال وقتی که لازم باشد، تغییر امکان‌پذیر باشد. همانند پیوستگی فرض بر این است که سطوح مرکزی (ساخت یافته^{۱۶} و انعطاف‌پذیر^{۱۷}) به کارکرد مطلوب نزدیک‌ترند در حالیکه سطوح انتهایی و افراطی در این بعد (انعطاف‌ناپذیر^{۱۸} و

بی نظم^{۲۲}) برای خانواده ها در چرخه زندگی درد سر ساز و مشکل آفرین خواهد بود. چهار سطح انعطاف پذیری عبارتند از: انعطاف ناپذیر (خیلی پایین)، ساخته یافته (پایین تا متوسط) انعطاف پذیر (متوسط تا بالا) و بی نظم (بسیار بالا). همانطور که گفته شد نظامهای متعادل (ساخته یافته و انعطاف پذیر) در طی زمان کارآمدتر می باشند. در یک ارتباط ساخته یافته و انعطاف پذیر، نوعی رهبری دموکراتیک حاکم است، حلقه های مذاکره باز بوده و مشارکت فعالانه فرزندان را می پذیرد. تغییر نقشها در ارتباط انعطاف پذیر بیش از بعد سوم (ارتباط) که یک بعد تسهیل گراست، برای حرکت و جایجایی بر روی ابعاد دیگر اهمیت می یابد (۲۹ و ۳۰). بر این اساس سه گروه عمده و ۶ نوع خانواده که قابل واگذاری به این ۳ گروه هستند به وجود می آیند. این سه گروه اصلی عبارت اند از: خانواده های نامتعادل^{۲۳} (افراطی) متوسط^{۲۴} (کنساری) و خانواده های متعادل^{۲۵}. اگر چه در سالهای اخیر با ایجاد تغییراتی که در الگو صورت گرفته خانواده ها به دو گروه متعادل و نامتعادل تقسیم شده است.





متعادل متوسط نامتعادل

شکل ۱-۲ الگوی حلگری پیچیده: نقشه خانواده، اقتباس از السن، ۱۹۹۶.

بین خواهد بود، چهار یافته (پایین تا متوسط) شد نظامهای متعادل که ارتباط ساخته یافته و به باز بوده و مشارکت از بعد سوم (ارتباط) که میت می باید (۲۹ و ۳۰). گروه هستند به وجود طی) متوسط^۴ (کناری) در الگو صورت گرفته

تلویحاتی برای درمانگران

زمانی که هدف درمانگران خانواده کاهش مشکلات موجود و با نشانگان اعضای خانواده باشد، اهداف درمانی بر تغییر این نوع خاص از کژکاری در نظام خانواده، متمرکز خواهد شد. در الگوی حلقوی پیچیده مفروضه اساسی، این است که پویاییهای فعلی خانواده منجر به تداوم این رفتارهای نشانه دار می شود. بنابراین باید در الگوی تعاملات کنونی خانواده قبل از کاهش نشانگان و یا اینگونه رفتارها، تغییری ایجاد می شود. (۲۹)

اهداف اساسی خانواده درمانی در این الگو عبارتست از: کاهش نشانگان و مشکلات کنونی، تغییر در ابعاد پیوستگی و انعطاف پذیری برای رسیدن به تعادل و افزایش توانایی نظام خانواده برای ایجاد تغییرات اصلاحی در خود در طی زمان که نوعی هدف پیشگیرانه و به عبارت دیگر یک فراهدف^{۲۶} درمانی محسوب می شود. این الگو منبع ارزشمندی برای درمان و ارزیابی خانواده های شدیداً کژکار می باشد. هدف تحقیقات در این رویکرد تعیین آماجهای درمانی است یعنی اینکه برای رسیدن به مناسبترین و موثرترین سطح از کارکرد خانواده لازم است کدامین مولفه های کارکرد خانواده را هدف مداخلات قرار داد.

طبقه بندی توصیفی الگوهای تبدلی (پیوستگی و انعطاف پذیری) چه در ارزیابی (تعیین سطح و شیوه کارکرد خانواده در هر یک از ابعاد) و چه در راهنمایی برنامه درمانی (برای تقویت مولفه های خاصی از کارکرد خانواده جهت رسیدن به اهداف واقعی و اختصاصی)، می تواند موثر واقع شود. بنابراین درمان خانواده محدود به کاهش یا از بین بردن الگوهای افراطی و کژکار نمی باشد بلکه به طور منظم به سمت ارتقاء الگوهای کارآمدتر گام بر می دارد (۳۰) به دلیل ماهیت پویای الگو، تغییر در یکی از ابعاد تأثیرات مواجی بردگیری باقی می گذارد. در بعد پیوستگی مشکلات خانواده وقتی ایجاد می شود که اعضا نتوانند بین خود مختاری و صمیمیت تعادلی بیابند (۲۹). مانند بسیاری از زوجین که نمیخواهند یا نمیتوانند به میزان متناسبی از پیوستگی دست یابند. در سیستم خانواده، پویاییها در این بعد، پیچیده تر می باشد. یک نوع از این مشکلات که در واقع نوعی مثلث سازی^{۲۷} است، اتحاد درهم تنیده مادر - نوجوان با یک پدر رها شده است. مشخص است که واحد دوگانه زناشویی در این سیستم از صمیمیت لازم برخوردار نیست. یک استراتژی مناسب در اینجا افزایش میزان همکاری والدین می باشد که به شکستن این اتحاد قوی بین والد و نوجوان کمک می کند.

در بعد انعطاف
گونه ای که رو
یک راه حل من
دو پارویی با اس
تصمیم گیریها
به ساختار دهی
در مورد خا
درمانی می توانا
هدف درمانی د
(۲۹). مثلاً حرک
در نوع خانواده
طور مداوم بین
اهداف باید برآو
« انعطاف ناپذیر
درمانگر برای جا
بریدگی اعضا از
هیچی را القاء نک
ضروری هستند،
این نوسانات افرا
درمانگر باید
بیشرفت چنین ظ
افراطی سوق خوا
اهدافی عینی و متو
نوسانات افراطی -
طی زمان حفظ نما
اکتساب مهارتها
دار، افراد شیوه ها:

شانگان اعضای خانواده
خانواده، متمرکز خواهد
ی فعلی خانواده منجر به
ت کنونی خانواده قبل از

ن نشانگان و مشکلات
ادل و افزایش توانایی نظام
ی هدف پیشگیرانه و به
مع ارزشمندی برای درمان
، در این رویکرد تعیین
بوترترین سطح از کارکرد
بالات قرار داد.

چه در ارزیابی (تعیین
بایی برنامه درمانی (برای
ت واقعی و اختصاصی)، می
بین بردن الگوهای افراطی
آمدتر گام بر می دارد (۳۰)
بردیگری باقی می گذارد. در
رانشد بین خود مختاری و
وآهند با نمیتوانند به میزان
این بعد، پیچیده تر می
است، اتحاد در هم تنیده مادر
گانه زناشویی در این سیستم
جا افزایش میزان همکاری
ن کمک می کند.

در بعد انعطاف پذیری مشکلات حول محور تعادل یابی بین ثبات و تغییر می چرخد به
گونه ای که روابط بسیار آشفته و بی نظم یا بسیار انعطاف ناپذیر و خشک را باعث می شود.
یک راه حل مناسب برای نظامهای انعطاف ناپذیری که رفتارهای محدودی داشته و در زمان
رویارویی با استرس انعطاف ناپذیرتر می شوند، سوق دادن آنها به سمت روابط دموکراتیک در
تصمیم گیریهاست. آموزش مهارتهای حل مساله نیز مفید خواهد بود اما نظامهای بی نظم نیاز
به ساختار دهی بیشتر داشته و باید شیوه های حل مساله پیشرفته تری را بیاموزند (۳۰)

در مورد خانواده هایی که در هر دو بعد بصورت افراطی عمل می کنند، استراتژی های
درمانی می تواند الگوهای خاصی از سازمان خانواده را هدف قرار دهد. در این شرایط یک
هدف درمانی دست یافتنی اتخاذ نزدیکترین الگوی متعادل به شیوه نامتعادل رایج می باشد
(۲۹). مثلاً حرکت از در هم تنیدگی به سوی پیوستگی، تا در نهایت به طور تدریجی تغییر کلی
در نوع خانواده ایجاد شود. نظامهای کژکار غالباً موضعگیرهای افراطی همه یا هیچ داشته و به
طور مداوم بین احساسات نامیدی (هیچ تغییری ایجاد نمی شود) و انتظارات غیر واقعی (همه
اهداف باید برآورده شود) در نوسان بوده و لذا بین سطوح افراطی «در هم تنیده - رها شده» یا
«انعطاف ناپذیر - بی نظم» حرکت می کنند. یک نظام در هم تنیده ممکن است در برابر تلاش
درمانگر برای جدایی، مثلاً زمان جدایی فرزندان از خانواده، مقاومت کرده و آن را به معنی
بریدگی اعضا از خانواده تلقی نماید. درمانگران باید احتیاط کنند تا چنین فرضهای همه یا
هیچی را القاء نکنند. ترس از تغییر و یا از دست دادن الگوهایی که برای حیات خانواده و فرد،
ضروری هستند، از عمده منابع مقاومت در درمان می باشد. درمانگران باید آگاه باشند تا از
این نوسانات افراطی که نوعی فرایند کوتاه مدت تغییر است، پیشگیری کنند (۲۹ و ۳۰).

درمانگر باید در ساختار دهی و نظارت بر تعاملات خانواده فعال باشد تا بتواند جلوی
پیشرفت چنین ظرفیتهای همه یا هیچی که خانواده را به سمت نوع دیگری از رفتارهای
افراطی سوق خواهد داد بگیرد. در کار با خانواده های نامتعادل ضروری است که درمانگر
اهدافی عینی و متوسط را برگزیند تا ایجاد تغییرات کوچک منجر به کاهش اضطراب شود و از
نوسانات افراطی خانواده پیشگیری نماید و خانواده نیز بتواند این تغییرات تعدیل یافته را در
طی زمان حفظ نماید.

اكتساب مهارتهای ارتباطی مثبت نیز فرایند تغییر را تسهیل می کند. در خانواده های مشکل
دار، افراد شیوه های مناسب ابزار وجود را برای بیان خواسته ها و امیال خود نمی دانند.

آموزش چگونگی ابزار احساسات به شیوه سازنده و مهارتهای گوش دادن و ارائه بازخورد همدلانه به یکدیگر، بسیار مفید خواهد بود. ضمناً گرچه داشتن مهارتهای ارتباطی موثر، ضروری است اما شرط کافی برای تغییر در ابعاد پیوستگی و انعطاف پذیری نمی باشد. این مهارتها می توانند سطح آگاهی افراد را از نیازها و اولویتهای کنونی خانواده افزایش دهند، اما تغییر در ابعاد پیچیده تر است و داشتن مهارتهای ارتباطی خانواده ها را قادر می سازد تا به صورت واضح نوع رابطه مطلوب و ایده ال خود را در این ابعاد، بروز دهند (۲۹). مجهز ساختن خانواده ها یا زوجین به مهارتهای مذاکره و صحبت کردن و ایجاد تغییرات در ابعاد پیوستگی و انعطاف پذیری، آنها را به هدفی فراتر از حل مشکلات فعلی یا رفع نشانگان موجود می رساند و این هدف نیاز آنها به ایجاد تغییر بر حسب نیاز یا ضرورت در طی زمان است. که متأسفانه به دلیل تمرکز بیش از اندازه خانواده ها و حتی درمانگران بر کاهش مشکلات موجود، کمتر مورد دستیابی واقع می شود.

یادداشتها

1. Family dysfunctions
2. Internalizing disorders
3. Externalizing disorders
4. Cohesion
5. Disengagement
6. Family functioning
7. Structural
8. Enmeshed
9. Disengaged
10. Mc Master Model of Family Functioning
11. Affective involvement
12. Responsive involvement
13. Circumplex model of marital and family systems
14. Flexibility
15. Communication
16. Separated
17. Connected
18. Disengaged
19. Structured
20. Flexible
21. Rigid
22. Chaotic
23. Unbalanced (entreme)

منابع:

۱. ۲۴. سالاری، راشد
۲. موسوی، اشرف
۳. مینوچین، سالو
۴. انتشارات امیرکبیر
۵. مینوچین، سالو
۶. تهران: انتشارات زک
۷. هی. سی. جیو
۸. امیرکبیر (تاریخ انش

Items of family
14-30.
(1998). Family
ogy, 12 (1),81-92.
port , adolescent
12-214.

Factors of adolescent
logy, 8(3),347-35
ullford.
y functioning and
ournal of Family

ily functioning to
Philadelphia, P. A.
Brunner/Mazel.
avior, Journal of

g college women;
iscaling, 3(1),5-12.

An examination of
t with depression .
isorders, 37,35-65

ن دادن و ارائه بازخورد
ارتباطی موثر ،
پذیری نمی باشد. این
خانواده افزایش دهند، اما
را قادر می سازد تا به
دهند (۲۹). مجهز ساختن
بیرات در ابعاد پیوستگی و
فع نشانگان موجود می
ن در طی زمان است. که
روان بر کاهش مشکلات

1. Family dysfunctions
2. Internalizing disorder
3. Externalizing disorder
4. Cohesion
5. Disengagement
6. Family functioning
7. Structural
8. Enmeshed
9. Disengaged
10. Mc Master Model of F
11. Affective involvement
12. Responsive involvement
13. Circumplex model of F
14. Flexibility
15. Communication
16. Separated
17. Connected
18. Disengaged
19. Structured
20. Flexible
21. Rigid
22. Chaotic
23. Unbalanced (extreme)

24. Midrange
25. Balanced
26. Metagoal
27. Traingulation

منابع :

۲۴ . سالاری، رضیه سادات.(۱۳۸۰). مقایسه کارکرد خانواده در نوجوانان افسرده و بهنجار. پایان نامه تحصیلی کارشناسی ارشد (چاپ نشده)، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

۲. موسوی، اشرف سادات.(۱۳۸۴). خانواده درمانی کاربردی با رویکرد سیستمی. تهران: دانشگاه الزهرا

۳۳. مینوچین، سالوادور.(۱۳۷۵). خانواده و خانواده درمانی (چاپ دوم)، ترجمه باقرنصایی ذاکر، تهران: انتشارات امیرکبیر(تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۷۴).

۲۲ . مینوچین، سالوادور و فیلمن، اچ جازلز.(۱۳۸۱). فنون خانواده درمانی، ترجمه فرشاد بهاری و فرح سیاه، تهران: انتشارات رشد (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۹۶).

۲۵ . می لسی، جسی .(۱۳۷۰). روان درمانی خانواده(چاپ پنجم)، ترجمه باقرنصایی ذاکر، تهران: انتشارات امیرکبیر(تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۱۹۷۶).

References:

6 . Bernstein,G.A, Svingen, P.H., & Garfinkel, B.D.(1990). School Phobia: Patterns of family functioning. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29,24-30.

7 . Clarke, D.B., Neighbors, B.D., Lesnick, L.A., Lynch, K.G., & Donovan, J.E. (1998). Family functioning and adolescent alcohol use disorders. *Journal of Family Psychology*, 12 (1),81-92.

8 . Cumsill,P.E & Epstein, N.(1994). Family cohesion, family adaptability, social support , adolescent depressive symptoms in outpatient clinical family. *Journal of Family Psychology*, 8(2),202-214.

17. Doherti, W., & Allen, W., (1994) Family functioning and parental smoking as predictors of adolescent cigarette use: A six-year prospective study. *Journal of Family Psychology*, 8(3),347-35

21 Franklin, N.B & Hafer-bray, B.(2000) *Reaching out in family therapy*. Newyork: Guilford.

9 . Gorman-Smith, D., Tolan, P.H., Henry, D.B & Florshiem, P.(2000). Patterns of family functioning and adolescent outcomes among urban african american adm mexican american families. *Journal of Family Psychology*, 14,436-457.

10 . Gorman-Smith, D., Tolan, P.H., Zelli, A. & Huesman, R.(1996). The relation of family functioning to violence among inner-city minority youth. *Journal of Family Psychology*, 10(2),115-129.

26 . Griffin, W.A., & Green, S.M. (1999). *Models of family therapy: The essential guide*. Philadelphia, P.A: Brunner/Mazel.

15 . Hollis, C. (1996) Depression, family environment and adolescent suicidal behavior. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(5),622-360

16 . Holstone, J.I. & Cashwell, C.S. (2000). Family functioning and eating disorders among college women: A model of prediction. *Journal of Collage Counseling*, 3(1),5-12.

12 . Kashani, J.M., Allan, W.D., Dählmeier, J.M., Rezvani, M. & Reid, j.c. (1995). An examination of family functioning utilizing the circumplex model in psychiatrically hospitalized children with depression . *Journal of Affective Disorders*, 37,35-65

فرانگرد

چکیده:

رواندرمانی، یک
در رواندرمانی، در
در میان متخصصان
متاسفانه در کشور
متخصص در روش
مکتب، ایدئولوژی
بکار می برند و نسبت
علمی آنها متکی نیست
تنها با اتخاذ موضعه
هدایت کننده و اصلاح
واژه های کلیدی
خودآرمانی، خودآ
زندگی، علاقه ی

crets . one part
chanism and t
among the exp
who are depen
w , and as long
is long as the m
cientific view a
ecomposition a

- 13 . Kashani, J.M., Suarez, L., Jones, M.R., Reid, J.C. (1999). Perceived family characteristic differences between depressed and anxious children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 52,269-274.
- 27 . Keithner, G.I., Miller, I.W. & Ryan, C.E. (1996). Mood disorders and the family. In F.W. Kaslow(Ed). *Handbook of relational diagnosis on dysfunctional family patterns* (pp.434-447). New York: Wiley.
- 3 . Martin, D., Martin, M. (2000). Understanding dysfunctional and functional family behavior for the at-risk adolescent. *Adolescence*, 35,785-793.
- 18 . McArdle, P., Wiegiersma, A., Gilv, M., Stoeckel, I., arry, E., Koltz, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M., Brinkley, A.,BlomPierolini, A., Michels, I., Johnson, R. & Quensel, S. (2002). *Addiction*, 97(3),329-337
- 28 . Miller (2000)
- Millikan, E., Wamboldt, M.Z. & Bihun, J.T (2002). Perception of the family, personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 41(12),1486-1494.
- 29 . Olson, D.H., (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2),144-167
- 30.Olson, D.H. (1996). Clinical assessment and treatment interventions using the Family circumplex model. In F.W. Kaslow(ed) *Handbook of relational diagnosis on dysfunctional family patterns*(pp 59-79). New York.
- 5 . Prange, M.E., Greenbaum, P.E., Silver, S.E., Friedman, R.M., Kutash, K. & Duchnowski, A.J. (1992). Family functioning and psychopathology among adolescent with severe emotional disturbances. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20(1),83-102.
- 11 . Shek, D.T.L. (2002). Family functioning and Psychological Well-being, school adjustment and problem behavior in chinese adolescents with and without economic disadvantage. *Journal of Genetic Psychology*, 163(4),497-503.
- 1 . Wood, B. (1996). A developmental biopsychosocial approach to the treatment of chronic illness in children and adolescents. In R. Mikesell, D.Lusterman and S. McDaniel (eds), *Integrating Family Therapy: Handbook of family psychology and systems theory* (pp 437-457). Washington, DC: American Psychological Association.
- 13 . Yahav, R. (2002). External and internal symptoms in children and characteristics of the family systems: A comparison of the linear and circumplex models. *The American Journal of Family Therapy*, 30,39-56.
- 19 . Sheeber, L. , Mops , M . , Alpert , A . , Davis , B . , & Andrews , J . (1997) . Family support and conflict : prospective relations to adolescent depressio . *Journal of Alonormal child psychology* , 25 , 333 - 344 .
- 20 . Tamplin , A . , Goodyer , . . .
- 30 . Olson (1996)