

ارزیابی و درمان خانواده‌ها: رویکرد مک‌مستر

تألیف

کریستین ای. ریان
ناتان بی. اپستین
گابور ای. کیتنر
ایوان دبلیو. میلر
دوآن اس. بیشاپ

ترجمه

دکتر فاطمه بهرامی
دانشیار گروه مشاوره دانشگاه اصفهان

دکتر روناک عشقی
دکتر مجید غفاری
دکتر مهناز جوکار
دکتر محمدمسعود دیاریان
دکتر ناصر یوسفی

<p>عنوان و نام‌پدیدآور: ارزیابی و درمان خانواده‌ها: رویکرد مک‌مستر / نویسندگان کریستین ا. ریان... [و دیگران]: مترجم فاطمه بهرامی... [و دیگران].</p> <p>مشخصات نشر: تهران، کتاب ارجمند، ۱۳۹۱</p> <p>مشخصات ظاهری: ۳۶۸ ص. وزیری</p> <p>شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۱۷-۴</p> <p>وضعیت فهرست‌نویسی: فیبا</p> <p>یادداشت: عنوان اصلی: Evaluating and treating families: the McMaster approach, 2005.</p> <p>موضوع: روان‌درمانی خانواده - فن، روان‌درمانی خانواده - روش‌شناسی، خانواده سنجی.</p> <p>شناسه افزوده: رایان، کریستین ای.، ۱۹۵۰-م، Ryan, Christine E.، بهرامی، فاطمه، ۱۳۴۲-، مترجم.</p> <p>رده‌بندی کنگره: RC۴۸۸/۵/خ۲ ۱۳۹۱</p> <p>رده‌بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۵۶</p> <p>شماره کتابشناسی ملی: ۲۹۴۶۵۴۸</p>	<p>کریستین ریان، ناتان اپستین، گابور کیتنر ایوان میلر، دوآن بیشاپ ارزیابی و درمان خانواده‌ها: رویکرد مک‌مستر فروست: ۱۲۱</p> <p>ترجمه: دکتر فاطمه بهرامی، روناک عشقی، مجید غفاری مهناز جوکار، محمدمسعود دیاریان، ناصر یوسفی ناشر: انتشارات کتاب ارجمند صفحه‌آرا: آیدا روستا، طراح جلد: احسان ارجمند چاپ: سامان، صحافی: روشنگر چاپ اول، تابستان ۱۳۹۱، ۱۱۰۰ نسخه شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۲۰۰-۲۱۷-۴</p> <p>www.arjmandpub.com</p> <p>این اثر، مشمول قانون حمایت از مؤلفان و مصنفان و هنرمندان مصوب ۱۳۴۸ است، هر کس تمام یا قسمتی از این اثر را بدون اجازه مؤلف، ناشر، نشر یا پخش یا عرضه کند مورد پیگرد قانونی قرار خواهد گرفت.</p>
---	--

مرکز پخش: انتشارات ارجمند

دفتر مرکزی: تهران بلوار کشاورز، بین خ کارگر و ۱۶ آذر، پلاک ۲۹۲، تلفن ۸۸۹۷۷۰۰۲

شعبه اصفهان: خیابان چهارباغ بالا، پاساژ هزارجریب، تلفن ۰۳۱۱-۶۲۸۱۵۷۴

شعبه مشهد: ابتدای احمدآباد، پاساژ امیر، انتشارات مجد دانش، تلفن ۰۵۱۱-۸۴۴۱۰۱۶

شعبه بابل: خ گنج افروز، پاساژ گنج افروز، تلفن ۰۱۱۱-۲۲۲۷۷۶۴

شعبه رشت: خ نامجو، روبروی ورزشگاه عضدی، تلفن ۰۱۳۱-۳۲۳۲۸۷۶

شعبه ساری: بیمارستان امام، روبروی ریاست تلفن ۰۹۱۱۸۰۲۰۰۹۰

بها: ۱۸۵۰۰ تومان

با ارسال پیامک به شماره ۰۵۹۹ ۰۵۹۹ ۰۰۰ ۱۰۰۰ در جریان تازه‌های نشر ما قرار بگیرید:

دریافت تازه‌های نشر پزشکی به صورت پیامک	ارسال عدد ۱:
دریافت تازه‌های نشر روان‌شناسی به صورت پیامک	ارسال عدد ۲:
دریافت خبرنامه الکترونیکی انتشارات ارجمند به صورت ایمیل	ارسال ایمیل:

فهرست مطالب

بخش ۱	۱۱
فصل ۱. توسعه و زمینه‌ی تاریخی مک‌مستر	۱۳
فصل ۲. مدل مک‌مستر برای کارکرد خانواده	۳۴
فصل ۳. سیستم خانواده‌درمانی مشکل مدار (PCSTF)	۵۷
فصل ۴. آموزش درمان سیستمی مشکل مدار در خانواده	۱۰۹
فصل ۵. ابزارهای ساخته شده برای مدل مک‌مستر	۱۴۵
فصل ۶. پژوهش با استفاده از مدل مک‌مستر	۱۸۰
فصل ۷. سؤالاتی که اغلب پرسیده می‌شوند	۲۲۶
فصل ۸. نتایج	۲۴۵
بخش ۲	۲۴۹
ابزار خانواده	۲۵۱
مقیاس سنجش بالینی مک‌مستر (ابزار ارزیابی مشاهده‌ای خانواده)	۲۶۱
مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی مک‌مستر در مورد کارکرد خانواده	۲۸۰
مقیاس الحاق PCSFT مک‌مستر	۳۳۵
معیار صلاحیت PCSFT مک‌مستر	۳۴۰
آزمون مفهوم کارکرد خانواده مک‌مستر	۳۴۴
آزمون ادراک کارکرد خانواده مک‌مستر	۳۵۰
مقالات مرتبط	۳۵۴
منابع	۳۶۳

سپاس‌گزاری

در زمان تکمیل نوشته‌ها و تحقیقاتی که رویکرد مک‌مستر را بنا نهادند، کاملاً مشخص نبود که چه تعداد افرادی واقعاً درکار بالینی، آموزشی و تحقیقاتی که طی چند دهه‌ی گذشته می‌شده، مشارکت داشته‌اند. ما دقیقاً مشارکت خاص هر محقق را تعیین نکردیم، زیرا می‌خواستیم برای ارزیابی و درمان خانواده‌ها، رویکرد مک‌مستر مورد توجه قرارگیرد.

با این وجود از همکاران و دوستانی که کمک کردند تا تهیه‌ی این کتاب امکان‌پذیر شود، تشکر می‌کنیم؛ چه افرادی که در روزهای ابتدایی آموزش برنامه‌ها، انجام کارهای بالینی و شرکت در پژوهش‌های انجام شده، مشارکت داشتند و چه آن‌هایی که در دوره‌های اخیر که ما بر ارزیابی‌های رشدی، برنامه‌های آموزشی و آزمون مدل‌های درمانی تمرکز داشتیم، مشارکت کردند. همچنین لازم می‌دانیم از آن‌هایی که مطالب پیش‌نویس را مطالعه کردند، دقیقاً و نکته‌سنجانه انتقاد کردند و چاپ‌های متعدّد دست‌نوشته‌ها، کتاب‌نامه‌ها، ابزار و مطالب راهنما را بازبینی کردند نیز تشکر و قدردانی کنیم.

در مونترال، اشخاص اصلی از جمله: بیل وستلی، ویویان راکف، جان سیگال، هرتا گاتمن و روزلین اسپکتور بر روی مدل مک‌مستر کارکردند. جاش لوی و اسحاق ربنر، با کارهای بالینی خود در دانشگاه مک‌گیل به ما کمک کردند. دورتی هون، کار خود را با ما در مونترال شروع کرد و سپس به مک‌مستر رفت، جایی که او اساساً در برنامه‌ی آموزشی با شل لوین، جاک کلگرن و جک بایلز همکاری کرد. زمانی که به دانشگاه برآون نقل مکان کردیم، لاری بالدوین نقش کلیدی و مهمی در کمک به توسعه‌ی ابزارها و راهنمای مک‌مستر داشت. در آن زمان ران ایونس، بر زمینه‌های بیماری‌های جسمانی و کارکرد خانوادگی توجه کرده بود.

افرادی در دانشگاه برآون، با دادن بازخورد نسبت به کتاب کمک کردند، از جمله: دیو سولومون، ریچ آرچامبالت، جان کلی، کرت لافرانس، سندی کازورا، آلیسون هرو و والتر برآون. لیزا کرونان، سارا نورلاستو، رزلی رگو و کریستین جانسون در تهیه‌ی دست‌نوشته‌ها و گردآوری کتاب‌نامه‌ها و منابع به ما کمک فراوان کردند. در پایان، تشکر خالصانه‌ی خود را بیان کرده و به ادامه‌ی کار و تحقیق با خانواده‌ها چشم امید داریم.

مقدمه

بسیاری از خانواده‌درمانی‌هایی را که امروزه انجام می‌شود می‌توان به انواع ساختاری، استراتژیک، رفتاری، حل مسئله، روایت‌درمانی، روان‌پویایی تعمیم‌یافته، پسامدرن، یا ترکیب و ادغام برخی یا بیش‌تر آن‌ها طبقه‌بندی کرد. بدیهی است که اگر هیچ یک از این درمان‌ها مؤثر و کارآمد واقع نشده باشد ما از هیچ مدل پیشنهادی دیگر راجع به خانواده‌درمانی آگاهی نداریم. بیش از ۲۰۰۰ برنامه‌ی آموزشی فعال خانواده‌درمانی در آمریکا و سایر کشورهای دنیا به کار می‌رود. رشته‌ی خانواده‌درمانی به‌طور گسترده شامل تخصص بهداشت با زمینه‌ها و اصول و قوانین مختلف و تجارب متفاوت می‌باشد. مجلات جدید که بر درمان خانواده متمرکزند، یک پایه و اساس منطقی از آن را نشان داده‌اند و همچنین رشته‌های گسترده‌ای از آن را بازتاب داده‌اند.

توجه تجدید نظر شده‌ای که به یادگیری، فهمیدن و اجرای خانواده‌درمانی شده است، سرچشمه‌های بسیاری دارد. یکی از آن‌ها افزایش تمرکز بر تغییرات در خانواده و ساختار آن و اثرات فرضی این تغییرات می‌باشد. منبع دیگر می‌تواند شامل افزایش خشونت در خانه و مدرسه و ارتباط آن با محیط خانواده باشد. در هر صورت، دلیل این گرایش جدید هرچه که باشد، ضرورت رهبری کردن یک خانواده‌درمانی خوب با به‌کارگیری مدل رفتاری پیشرفته‌ای که سازگاری درونی و اثرات ثابتی دارد را نشان می‌دهد. مدل مک‌مستر این معیارها را دارد. علاوه‌براین، رویکرد مک‌مستر به خانواده‌درمانی به دلیل پایه‌ی نظری محکم آن که زمینه‌ای را برای مدل و فرآیند درمانی جامع و مشارکتی بین درمانگر و اعضای خانواده فراهم می‌کند، مورد توجه قرار گرفته است. بررسی‌های مشابه و آموزش ترکیبی پیشرفته در ارتباط با مدل‌های بالینی، کاربرد گسترده‌ای از آن را ارائه داده‌اند.

در این کتاب ما مرور مکاتب رایج خانواده‌درمانی و همچنین انتقاد از روش‌های مختلف مطالعات و درمان‌های خانواده را ارائه نمی‌کنیم. کتاب‌ها و متون مقدماتی مروری، مدل‌های متنوعی جهت کار بالینی با خانواده‌ها را ارائه می‌دهند که برای بیان نقاط قوت و ضعف رویکردهای مختلف مفید است. برای متخصصان این امری است بسیار عادی که بخش‌ها و فنونی را از مدل‌های مختلف گزینش کرده و برای انجام درمان بیماری‌ها از آن‌ها استفاده کنند. گرچه انگیزه و هدف از این کار قابل احترام است اما گاهی نتیجه‌ی این کار چیزی جز سردرگمی و هرج‌ومرج نمی‌باشد.

ما براین باور هستیم که هیچ توجیه و دلیل قانع‌کننده‌ای وجود ندارد که برای درمان مشکلات خانواده از رویکردهای نامطمئن استفاده کرد. بنابراین یکی از باورهای اساسی ما تأکید بر روشن‌سازی و استحکام کاربرد چهارچوبی مشخص برای درمان، به‌خصوص درمان خانواده‌ها

است. متخصصینی که درحوزه‌ی خانواده کار می‌کنند و با خانواده سر و کار دارند به یک مدلی که فهم‌ساز باشد و کار خانواده را برای آن‌ها فراهم و تسهیل کند و آن‌ها را در امر درمان رهنمون نماید، نیاز دارند. رویکرد McMaster یک چارچوب مفهومی برای ارزیابی و تشخیص ساز و کار و درمان خانواده‌ها ارائه می‌دهد.

مدل McMaster درکارکرد خانواده (MMFF) دراصل بر مبنای نظری چگونگی کارکرد خانواده برمی‌گردد. این مدل پس از سال‌ها کار با انواع گوناگون خانواده‌هایی که مشکلات خانوادگی متعددی را تجربه کرده بودند، به وجود آمد. روش درمانی که از این مدل به دست آمد، درمان سیستمی مشکل مدار خانواده بود (PCSTF) که اشاره به مدلی درمانی داشت. در نگارش این کتاب از عبارت "رویکرد McMaster" استفاده می‌شود تا هم مدل، روش‌های ارزیابی و درمان خانواده‌ها و نیز چارچوب فلسفی بنیادی ما را در برگیرد.

اهداف

نگارش این کتاب سه هدف دارد: اول این‌که برنامه‌های آموزشی، تحقیقاتی و بالینی ما، منجر به فراهم شدن تعداد زیادی کتاب، مقاله، رساله و کتابچه‌ی راهنما شده است، که جنبه‌های بالینی و نظری گوناگون و یافته‌های تحقیقاتی مبتنی بر MMFF را مد نظر قرار می‌دهد. اغلب از ما خواسته می‌شد تا حاصل کارهایمان را در یک مجله شامل تمام جنبه‌های رویکرد McMaster ارائه دهیم به طوری که به سؤالات زیر پاسخ داده شود:

۱. چگونه مدل اولیه شکل گرفت و گسترش یافت؟
۲. چگونه اجزای اصلی مدل شامل تئوری، تشخیص و درمان مورد استفاده واقع می‌شوند و با یکدیگر در ارتباط هستند.
۳. چگونه یافته‌های تحقیقاتی و بالینی، ما را در پیشبرد و توسعه‌ی تحقیقات کمک می‌کنند.

انگیزه‌ی دوم این‌که ما متوجه شدیم که درحین استفاده‌ی دیگران از MMFF و PCSTF، اغلب مفاهیم و نظریات اولیه یا کم‌رنگ شده و یا بد معرفی گردیده بودند. احساس ما این بود که اگر مدل را به تفصیل شرح دهیم و روند ایجاد و توسعه‌ی آن را بازگو کنیم و صراحتاً نشان دهیم که ارتباط بین مدل و رویکرد درمان، تشخیص و کاربردها به چه صورت است، استفاده‌کنندگان تصویر یکپارچه‌تری از مدل به دست خواهند آورد و بهتر قادر خواهند بود که مفاهیم مدل و در نهایت خود مدل را به شکل اصلی آن به کار گیرند.

و سرانجام این‌که روزبه‌روز این امر روشن‌تر می‌شود که دارودرمانی به تنهایی برای پاسخ‌گویی به مسائل و مشکلاتی که از طرف بیماران روانی و بهداشتی مطرح می‌شود کافی و یا اصلاً مناسب

نیست. یک حد مجاز ممکن است برای درمان با دارو در نظر گرفته شود یا ممکن است دارودرمانی بنا به علل مختلف مجاز نباشد (مثل استفاده‌ی دارو برای بیمارانی که تحمل مصرف آن را ندارند، عدم تفکیک نشانه‌های بیماری‌ها و دیگر این‌ها که مشکلات مطرح شده‌ای که بیش‌تر مربوط به مسائل خانوادگی هستند). خانواده‌درمانی یک روش درمانی است که یک درمانگر می‌تواند آن را به‌عنوان یک روش مکمل برای کمک به بیماران و اعضای خانواده آن‌ها یا به‌عنوان یک روش درمان اصلی به‌کارگیرد. هرچند خانواده‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، اما برای یک مدل درمان مورد استفاده از جمله خانواده‌درمانی، این یک ضرورت است که مراحل آن به روشنی تعریف و مشخص گردد به‌طوری‌که فرآیند درمان موفقیت‌آمیز باشد. برنامه‌های آموزشی به‌جای این‌که دانشی عمیق و فهم حداقلی از یک روش خانواده‌درمانی را فراهم کنند، اغلب بر روی ارزیابی زمینه‌ی نظری و روش‌ها تأکید می‌کنند. دانشجویان ممکن است ارتباط اهداف مختلف یا تکنیک‌های گوناگون با خانواده‌درمانی را درک کنند، ولی به‌ندرت قادر خواهند بود که کارکرد خانواده را ارزیابی کنند چه رسد به این‌که اقدام به خانواده‌درمانی کنند. نتیجه‌ی پایانی اغلب یک چیز درهم برهمی از اهداف و راهبردهای ناقصی است که نه کمکی به درمانگرها می‌کند و نه به خانواده‌ها. رویکرد McMaster یک چارچوب مشخص برای استخراج اطلاعات از خانواده‌ها، به‌دست آوردن یک تشخیص دقیق و اجرا کردن یک طرح درمانی عملی را فراهم می‌کند. با توجه به فشارهایی که اخیراً به‌واسطه‌ی پرداخت خسارت‌های رایج بهداشتی وجود دارد، اهمیت یک مدل به‌عنوان یک روش درمان با محدودیت زمانی مشخص می‌گردد.

مخاطبان

این کتاب برای دانشجویان، انترن‌ها، درمانگران مجرب، مربی‌ها و پژوهشگران خانواده تهیه شده است. از آن‌جاکه هدف ما این بوده است که تا حد ممکن طیف مخاطب این کتاب گسترده‌تر باشد، به‌نظر می‌رسد که رویکرد McMaster برای مددکاران اجتماعی، پرستاران، بیماران روانی، درمانگرهای خانواده، مشاوران مذهبی، پزشکان خانواده، کسانی که با امراض کودکان سروکار دارند، روان‌شناسان و روان‌پزشکان با طیف گسترده‌ای از مشکلات مطروحه، مناسب باشد. به‌علاوه از آن‌جایی‌که پدیدآورندگان اولیه‌ی این رویکرد متخصصان حرفه‌ای بودند که به پژوهش علاقه‌ی زیادی داشتند، آن‌ها دریافته‌اند که این مدل می‌باید بتواند هم مورد استفاده متخصصان بالینی و هم پژوهشگران قرار گیرد.

ما امیدواریم این کتاب ابزار مناسبی برای همه‌ی کسانی باشد که علاقه‌مند به یادگیری و یاد دادن رویکرد McMaster هستند. اجزای مدل شامل ارزیابی خانواده، درمان خانواده و پژوهش‌های

خانواده، یک سیستم یکپارچه‌ای را شکل می‌دهد. البته ما این مدل را طوری ایجاد کرده‌ایم که بتوان هر کدام از این اجزا را به صورت مستقل نیز مورد استفاده قرار داد.

طرح کلی کتاب

سعی ما بر این بوده است که طرح این کتاب نیز همانند مدلی که این کتاب توضیح می‌دهد سیستماتیک باشد. در سراسر این کتاب مثال‌هایی از جنبه‌های بالینی مربوط به مشکلات خانوادگی عنوان کردیم و خلاصه‌هایی از مطالعات موردی انجام شده و یا جلساتی خانوادگی که مشخصاً با تأکید بر رویکرد McMaster به مشکلات بوده را ارائه شده است. هر مورد بالینی با دقت مورد مصاحبه قرار گرفته و جهت رازداری سعی شده که نام‌ها، مکان‌ها و موقعیت‌ها پنهان بماند به گونه‌ای که خانواده‌ها و افراد مورد شناسایی قرار نگیرند. با پژوهش‌های بالینی که ما در طول ۴ دهه انجام داده‌ایم، اکنون قادر هستیم که یک ترکیب از مشکلات خانوادگی را با بیان نمودن مثال‌هایی از ارزیابی‌ها و درمان‌های صورت گرفته، توصیف کنیم.

این کتاب شامل ۲ بخش است. بخش اول شامل تاریخچه و چگونگی توسعه و پیشرفت مدل، عملکرد، فرآیندهای اجرایی و کاربردی، ارزیابی‌های صورت گرفته و پژوهش‌ها است. بخش دوم ابزارها و وسایل ارزیابی را معرفی می‌کند که ما در زمان استفاده از مدل مک‌مستر آن‌ها را ساختیم. فصل ۱، اصول MMFF و جایگاه آن را در متون تاریخی ترسیم می‌کند. ما چگونگی تشکیل این مدل را از نظریه‌های روان‌شناسی اولیه و چگونگی کامل شدن این تفکر را با استفاده از مشاهدات انجام شده از تجارب بالینی و پژوهشی‌مان نشان می‌دهیم. این فصل همچنین مقدمه‌ای را بر کار اصلی و دستیابی مدل McMaster توسط ناتان اپستین معرفی می‌کند و چگونگی تکامل فرضیات او را مورد بحث و بررسی قرار می‌دهد. فصل ۲ توصیفی کامل از MMFF با طرح‌بندی از تعاریف و مفاهیم ابعاد هر خانواده و خلاصه‌سازی تفاوت‌های موجود در خانواده‌های بهنجار را ارائه می‌دهد. فصل ۳، سیستم‌های مشکل‌دار خانواده‌درمانی (PCSTE) و روش درمانی موجود بر پایه‌ی MMFF را توصیف می‌کند و همچنین شامل مراحل خاص پیگیری برای استفاده‌ی رویکرد McMaster در خانواده‌درمانی است. فصل ۴، برنامه‌ی کاری برای پایه‌گذاری یک برنامه‌ی درمانی برای آموزش PCSTE است. براساس تجاربی که در برنامه‌های رشدی داریم، مفاهیم، فرضیات و عناوین کلیدی موجود در برنامه‌های درمانی را مورد بحث قرار می‌دهیم. در فصل ۵، ما بر ابزارهای توسعه‌یافته براساس مدل تمرکز می‌کنیم که شامل یک ابزار ارزیابی خود گزارشی، یک مقیاس ارزیابی بالینی و یک مصاحبه‌ی ساختاریافته با حضور درمانگر و یا یک فرد آموزش دیده است. ما مثال‌هایی از موارد مورد مطالعه قرار گرفته برای هر ارزیابی و جهت کاربرد آن در موارد

بالینی، پژوهشی و آموزشی ارائه می‌دهیم. فصل ۶، بررسی یافته‌های پژوهشی ما پس از چندین دهه، یک طرح کلی از تلاش‌های تحقیقاتی صورت گرفته، راهنمایی‌های جدید برای طرح‌های آینده و عناوین تحقیقاتی را که ما کار نکرده‌ایم بیان می‌کند. در فصل ۷ ما به سؤال‌های دوره‌ای به‌وجودآمده در رابطه با مدلمان، ابزارها، یافته‌های تحقیقاتی، روش‌های آموزشی و مباحث بالینی پاسخ می‌دهیم. این سؤال‌ها اساساً برآمده از برنامه‌ی ما هستند و ممکن است در کنفرانس‌ها و یا دیگر کارگاه‌های آموزشی توسط محققان یا مترجمان و مفسران ارزیابی‌های ما مطرح شده باشند. ما معتقدیم که مدل ما برای اهداف بالینی و پژوهشی کاملاً مفید و کارآمد است و ارائه دهنده‌ی مشارکتی جهت زمینه‌سازی علوم رفتاری در درمان‌های کلی به‌ویژه در خانواده‌درمانی است. در نوشتن این کتاب هدف ما ارائه‌ی یک راهکار مفید، ویژه و قابل قیاس برای ارزیابی و درمان خانواده‌ها است. ما امیدواریم به این هدف هر چه زودتر دست یابیم.

بخش ۱

فصل ۱

توسعه و زمینه‌ی تاریخی مک‌مستر

شروع بررسی مفاهیم کارکرد خانواده طبق مدل مک‌مستر^۱ در دانشگاه مک‌گیل^۲ در شهر مونترال کانادا بیش از ۵۰ سال پیش آغاز شد. تحت سرپرستی ناتان اپستین^۳ گروهی از محققین روان‌شناسان بالینی کار خود را در درمان خانواده با تمرکز بر روی دو موضوع اصلی شروع کردند:

۱- تحقیق روی خانواده‌های غیربالینی، ۲- تحقیق بر روی فرآیند و نتیجه‌ی اجرای خانواده‌درمانی منظور از خانواده‌ی غیربالینی، خانواده‌ای است که اعضای آن هیچ بیماری روانی مشخصی ندارند. خانواده ممکن است سالم باشد یا نباشد و ممکن است کارکرد خانوادگی ضعیف یا خوبی داشته باشد.

مدلی که مفهوم‌سازی شد و از نیمه‌ی دهه‌ی ۱۹۵۰ تا دهه‌ی ۱۹۷۰ مورد آزمایش قرار گرفت، ابتدا در دانشگاه مک‌گیل و بعد در دانشگاه مک‌مستر در هامیلتون، مورد بررسی قرار گرفت و سپس در دانشگاه براون^۴ در شهر پرایدنس^۵ در جزیره‌ی رود^۶ جایی که اپستین برنامه‌ی تحقیق خانوادگی را ایجاد کرده بود مجدداً به اجرا گذاشته شد و کامل گردید.

مدل اولیه برای بعضی از ابزارها و راهنماها (مثل طرح ارزیابی خانواده و درمان سیستم‌های متمرکز بر مشکل خانواده)^۷ PCSTF در دانشگاه مک‌مستر شروع شد و بعد از این که گروه به دانشگاه براون نقل مکان کرد، کامل شد و برای توزیع آماده گردید.

مقیاس‌های دیگری برای ارزیابی کارکرد خانوادگی (مقیاس درجه‌بندی بالینی مک‌مستر و مصاحبه‌ی ساختاریافته‌ی کارکرد خانواده‌ی مک‌مستر به‌طور کامل در دانشگاه براون کامل شد و گسترش یافت. امروزه اعضا و انجمن‌های برنامه‌ی تحقیقات خانواده به آموزش و مطالعه‌ی این مدل ادامه داده و آن را به‌طور روزانه در کلینیک‌ها با اهداف درمانی علاوه بر اهداف پژوهشی مورد استفاده قرار می‌دهند).

1- MC master model of family function(MMFF)

2- McGi

3- Nathan Epstein

4- Brown

5- Providence

6- Rhode

7-problem centered systems Therapy of the Family(PCSTF)

ما فکر می‌کردیم که یک روش مفید برای معرفی رویکرد مک‌مستر جهت کار با خانواده‌ها، ارائه‌ی یک زمینه‌ی تاریخی کوتاه از شروع مفاهیم مدل مک‌مستر باشد. آسان‌ترین روش برای رسیدن به این هدف، معرفی ابداع‌کننده‌ی مدل و بحث درخصوص مکاتب فکری خاصی که بر او تأثیر گذاشتند و بر آن اساس مدل ایجاد شده بود.

ناتان اپستین پایه‌گذار برنامه‌ی پژوهش خانواده و توسعه‌دهنده‌ی اصلی این مدل، در ابتدا آموزش را به‌عنوان یک بزرگسال و یک روان‌پزشک کودک دریافت کرد. او تعلیمات اضافی در روان‌کاوی را ادامه داد که حاصل مجموعه کارهای ارزشمندی از روان‌پزشکان در طول دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ بود. در طول آموزش، او (اپستین) در زمینه‌ی روان‌پزشکی کودک کار کرد و کودکان، نوجوانان و خانواده‌ها را ویزیت می‌کرد. اپستین به رشد کودکان علاقه داشت، این‌که چگونه آن‌ها فکری‌کنند و رفتاری‌کنند. نه به‌خاطر این‌که بخواهد کودکان را درمان کند بلکه برای این‌که می‌خواست که فکر و درمان بزرگسالان را بهتر بفهمد. آموزشی که او در مورد کار با کودکان و خانواده‌هایشان و دیدگاه‌شان دریافت کرد، باعث شد که افکار و تمرکز اپستین تغییر کند. بلافاصله، این تغییر جهت منجر به رشد مدل مک‌مستر برای ارزیابی و درمان خانواده‌ها، ایجاد یک گروه پژوهشی سازمان‌یافته در مورد موضوعات خانواده و ایجاد یک برنامه‌ی آموزشی برای متخصصان بالینی و درمانگران شد. گرچه اپستین در توسعه‌ی رویکرد مک‌مستر تلاش زیادی کرد، بسیاری از متخصصان بالینی و محققان دیگر نیز نقشی کلیدی در طرح مدل، درمان، ابزارها، آموزش و تحقیق بازی کردند. اگر مشارکت، تلاش‌های بی‌وقفه و بینش‌های بالینی آن‌ها دردانشگاه‌های مک‌گیل، مک‌مستر و براون نبود، پیشرفتی حاصل نمی‌شد. در این فصل ابتدا ما پیشرفت اپستین به‌عنوان یک محقق و درمانگر را بیان خواهیم کرد که چگونه او تجربه‌های بالینی را با یافته‌های پژوهشی درهم آمیخته و سپس تصویر منحصربه‌فرد مدل مک‌مستر را بیان کرده و نشان می‌دهیم چگونه اجرای بالینی، آموزش و تحقیق با همدیگر پیشرفت کرد و فلسفه و افکاری را معرفی می‌کنیم که بر مدل اثر دارند و رویکرد ما را در ارزیابی و درمان خانواده‌ها هدایت می‌کنند.

آموزش اولیه

اوایل دهه‌ی ۱۹۵۰ کار روان‌پزشکی کودک برای برقراری ارتباط بین نقش مادر در رفتار فرزندش شروع شد. بسیاری از درمان‌گران متوجه شدند که اعضای دیگر خانواده بر بیمار معلوم تأثیر دارند. نایتان آکرمن به‌طور خاص این دیدگاه را توسعه داد و با کل اعضای خانواده کار روان‌درمانی را شروع کرد که در این زمان، این دیدگاه، انقلابی به‌حساب می‌آمد. نایتان آکرمن در کار با نوجوانان بیمار ترسیمی از کل خانواده و محیط خانواده تدوین می‌کرد. او استدلال کرد وقتی که خانواده بر

رشد کودک اثر متمرکزی دارند، آن احساس ایجاد نمی‌شود که برای تغییر در کودک باید کودک مجزا از دیگر اعضای خانواده درمان شود. تا این لحظه اِپستین متأثر از این روش آکرمن بوده است. آکرمن نظریه‌های خانواده‌درمانی و فنون‌های درمانی خانوادگی را باهم درآمیخت و آن را روشی مؤثر برای درک و آموزش بیماران می‌دانست. در فرآیند جلسات درمان، او به عامل‌های معنادار در زندگی بیمار توجه می‌کرد، آن‌را راه آسانی برای درمانگران می‌دانست که از این طریق به واکنش‌های خانوادگی که منجر به رفتارهای بیمار می‌شوند، پی ببرند.

رهبران دیگر در زمینه‌ی روان‌پزشکی و رشد انسانی در دانشگاه کلمبیا بر دیدگاه اولیه‌ی اِپستین تأکید کردند. آبرام کاردنیر^۱ از پیشگامان روان‌پزشکی فرهنگی به نقش فرهنگ اقتصاد، تاریخ و الگوهای اجتماعی و تجارب در تأثیر بر عواطف فردی و رفتار گروهی اشاره کرد. دو چهره‌ی معروف دیگر که محرک این ایده بودند، یکی ساندوررادو^۲ بود که کارهای او متمرکز بر روان‌پوشی انطباقی^۳ بود و دیگری دیوی دلوی^۴ بود که او بر تدریس روش‌شناسی تحقیق و فرآیند ترکیب یافته‌های تحقیقی با ادراک از رفتار انسانی تأکید داشت. تأثیر متقابل بین دیدگاه نظری و کار بالینی و ترکیب این دو باهم، منجر به تشکیل دیدگاه اِپستین شد و اِپستین مثل آکرمن معتقد بود که نمی‌توان به کودک کمک کرد مگر این‌که در چارچوب بافت خانوادگی با او کار کرد. اِپستین دریافت که اگر فقط بر کودک متمرکز شد، درمان مؤثر نخواهد بود. او بیان داشت، در صورت ندیدن خانواده همراه با کودک بحث درمان و مداخله‌ی بالینی ناقص خواهد بود. او تصمیم گرفت که درمان کودک را متوقف کند تا زمانی‌که خانواده در جلسه حاضر خواهند بود.

اِپستین خانواده را در جریان درمان تعریف می‌کرد. او راه‌های مختلف را در جریان درمان با اعضای خانواده و بیمار آزمایش می‌کرد.

او چندین رویکرد را در جریان درمان مورد استفاده قرار می‌داد که عبارتند از: ۱- دیدن مادر با کودک بیمار در جلسه‌ی درمان، ۲- حضور پدر و مادر در جلسه، همراه یا بدون کودک یا نوجوان بیمار، ۳- حضور مادر، به‌ویژه در جلسات گروه‌درمانی همراه با کودک بیمار و دیدن مادر در جلسات گروهی هفتگی بدون حضور کودک بیمار، ۴- دیدن پدر و مادر با همدیگر در مواقعی که فقط یکی از والدین، بیمار را به جلسه می‌آورد و ۵- آوردن اعضای مختلف خانوادگی در جریان درمان فرد بیمار. از آن زمان تاکنون، این رویکرد بیش‌ترین کاربرد را دارد و در جلسات به فراوانی دیده می‌شود که برای حل مشکلات، افراد تمام اعضای خانواده را به جلسه‌ی درمانی دعوت می‌کنند.

1- Abram Kardiner
3- Adaptational psychodynamics

2- Sabdor Rado
4- David Levy

مبانی نظری

در سال‌های اولیه، مدل مفاهیم بنیادی این بود که درمان‌گران در کار با خانواده به عوامل درون‌روانی (درون‌فردی) تمرکز می‌کردند و رویکرد اصلی روش روان‌تحلیلی بود. برای مثال، الگوهای واکنش خانواده، پاسخ‌های فکری برای آسیب‌شناسی رفتاری و درون‌فردی بیمار معلوم به حساب می‌آمد که قابل تعبیر و تفسیر است. سپس مفاهیم تحلیل و رفتار مشاهده‌شده اعضای خانواده در جلسه‌ی درمان تفسیر و تعبیر می‌شد.

مفاهیم ممکن است شامل فرافکنی نقش، جابه‌جایی، ادغام و فرافکنی قسمتی از اشیا یا موضوعات، تمایلات‌آدپی، رقابت خواهر - برادری، انکار و سرکوب عاطفی باشد. رویکرد تحلیلی اولیه، تدریجاً به رویکردی تبدیل شد که بیش‌تر بر جنبه‌های تعاملی رفتارهای درون‌خانوادگی متمرکز بود. درمان‌گران شروع کردند به تأکید روی عواطف ایجاد شده در زمینه‌ی تعاملات خانوادگی مداوم و مهم و همچنین تخیلات و تعارضات درون‌روانی مرتبط. هدف اولیه همچنان همان برطرف کردن تعارضات درون‌روانی بیمار معلوم بود که منجر به علایم با رفتارهای آسیب‌شناسی می‌شد و معالجه برای آن صورت می‌گرفت.

هنگامی که اپستین پس از پایان تحصیلاتش در دانشگاه کلمبیا به مک‌گیل بازگشت به همراه چند تن از همکارانش یک سری مطالعات در مورد خانواده را آغاز کردند. مطالعات اولیه، خانواده‌های غیربالینی را در بر می‌گرفت و با مطالعات بعدی که بر خانواده‌های با یک بیمار معلوم متمرکز بود، همپوشانی داشت. خواه این‌که خانواده‌ها، مورد مطالعه‌ی بالینی بودند یا نه، کارکرد اصلی خانواده فراهم کردن محیطی برای رشد روانی - اجتماعی و همچنین حفظ اعضا در نظر گرفته می‌شد. با گذشت زمان اپستین و همکارانش به این باور رسیدند که در تعیین رفتار هریک از اعضای خانواده، خانواده، به‌عنوان یک سیستم، قدرتمندتر از مجموعه‌ای از عوامل روانی جدا از هم عمل می‌کند. این رهیافت که در نتیجه‌ی یک سری مطالعات تحقیقاتی کوچک به‌دست آمده بود، منجر به یک تغییر بنیادین در رویکرد اپستین به مسئله‌ی درمان خانواده شد. در عمل، تغییر رویکرد به درمان، از شیوه‌ی روان‌تحلیلی و تعاملی اولیه به شیوه‌ی سیستمی حتی در بهترین شرایط، بسیار دشوار بود. در رویکرد سیستمی، خانواده به‌عنوان عاملی که بایستی مورد ارزیابی قرار گیرد در نظر گرفته می‌شود؛ در واقع در این دیدگاه این خانواده است که عمیقاً درگیر مشکل و رفتاری است که در حال بررسی می‌باشد. آموزش و تجربه‌ی ۱۵ ساله‌ی اپستین و همکارانش باید مورد اصلاح قرار می‌گرفت و نگرشی جدید به‌وجود می‌آمد. این نگرش جدید، جنجالی بود زیرا فرضیه‌های گذشته در زمینه‌ی درمان بیماران و خانواده‌ها را زیر سؤال می‌برد و نیز برای اصلاح فرآیندهای بالینی از داده‌های تحقیقاتی بهره می‌جست. امروزه معالجه بر مبنای شواهد، حامیان زیادی دارد اما در دوره‌های گذشته، رابطه‌ی بین عملکرد بالینی و یافته‌های تحقیقاتی بسیار ناچیز

بود. در طول دوره‌ی گذار، زمانی که شیوه‌ی جدید هنوز کاملاً توسعه نیافته بود، تمایلی طبیعی برای اِپستین وجود داشت که در زمان درمان به سمت رویکرد روان‌تحلیلی اولیه برود. امروزه ممکن است اِپستین آگاهانه و عملاً تصمیم به استفاده از رویکرد روان‌تحلیلی بگیرد تا به نگاهی تازه برای گسترش فهم و پیشرفت درمانی دست یابد.

رویکردهای خانواده‌درمانی

همان‌طور که اشاره شد، آموزش روان‌تحلیلی اِپستین، علاقه‌ای قوی به تعامل بین شخصیت و محیط اطراف در او ایجاد کرد. اِپستین، پس از دوره‌ی آموزش تکمیلی که نزد آکرمن^۱ گذراند، توجه فزاینده‌ای به خانواده به‌عنوان جنبه‌ای مهم از محیط فرد نشان داد. تعجبی ندارد که بدانیم درمان‌گران، خانواده را از چشم‌اندازی متفاوت مطالعه می‌کنند. حداقل سه شیوه‌ی مفهومی مهم نشانگر پیشرفت‌های اولیه در زمینه‌ی درمان خانواده می‌باشند که زمینه را برای توسعه‌ی آتی این مدل نیز فراهم آوردند.

این شیوه‌ها عبارتند از:

- (۱) مدل روان‌پویایی فردی، (۲) مدل تعاملی و
- (۳) مدل سیستم‌ها.

تفکرات اِپستین درباره‌ی این مدل‌ها، در طول زمان تکامل یافت و دچار همپوشانی‌هایی نیز گشت. این مدل‌های سه‌گانه و مثال‌های مربوط به آن‌ها، که تقریباً در سه مرحله، به ترتیب حاصل می‌شوند، در ادامه توضیح داده شده‌اند.

مرحله‌ی ۱

مدل روان‌پویایی فردی

جهت‌گیری مفهومی که اِپستین در مرحله‌ی اول از عملکرد بالینی خود در مورد خانواده‌ها به‌کار برد، بر مبنای یک مدل روان‌پویایی فردی بود که در آن درمان‌گران، خانواده را به‌عنوان پس‌زمینه‌ای برای فهم تعارضات روانی بیمار معلوم^۲ در نظر می‌گرفتند اما تمرکز اصلی درمان، روی بیمار بود و خانواده تنها به‌عنوان زمینه‌ای که در آن ساختارها و فرآیندهای روان‌پویایی فردی انجام می‌گرفت، در نظر گرفته می‌شد. اعضای مهم خانواده گاهی در نظر گرفته می‌شدند، اما تمرکز همیشه بر فرد بود.

1- Ackerman

2- Identified patient

مثال:

دونالد، کودک ۷ ساله، که دچار اضطراب شدید و فلج‌کننده بود برای درمان ارجاع داده شده بود. او درگیر یک رابطه‌ی همزیستی قوی با مادرش بود. معاینه نشان داد که اضطراب او ناشی از اضطراب جدایی شدید بود. او ظاهراً دچار هراس از مدرسه بود، اما این تنها جنبه‌ای از عدم تمایل او نسبت به دوری از مادرش بود. مادر نیز شدیداً باعث حفظ این رابطه‌ی همزیستی می‌شد چرا که از این طریق نیازهای روانی خود را ارضا می‌کرد.

درمان متمرکز بر پسر بود و در ابتدا به شکل جلسات درمانی فردی که به شکل بازی و سرگرمی بود انجام می‌شد. اپستین گه‌گاه با مادر صحبت می‌کرد و درفاصله‌ی بین جلسات از او گزارشاتی در مورد بیمار می‌گرفت. در طول این ملاقات‌های کوتاه، او مادر را تشویق به خلاص کردن خود از این رابطه‌ی بسیار شدید می‌کرد و او را ترغیب می‌کرد تا رابطه‌ی سالم‌تر با فرزندش برقرار کند. اپستین پدر را چند ماه بعد ملاقات کرد، آن هم در پی آگاهی از ناخشنودی مادر در رابطه‌اش با پدر.

اپستین پدر را تنها یافت و با برخی از مشکلات روانی او به‌صورت ظاهری روبه‌رو شد. او هیچ‌گاه این زوج را یا به‌طور کلی‌تر این خانواده را باهم ملاقات نکرد.

بیمار و مادرش گزارشاتی در مورد خانواده به درمانگر عرضه می‌کردند. اما همراه با جزئیات زیادی نبودند و استفاده‌ی گسترده‌ای در درمان بیمار معلوم نداشتند. بعد از چندین سال ملاقات‌های منظم، بیمار نسبتاً از اضطراب رها شده بود و یک ارتباط گرم و صمیمی داشت و هنوز به‌نظر می‌رسید آن دو اجازه دارند وظایف مستقلی داشته باشند.

جهت‌گیری درون‌روانی اپستین به حدی در طول این دوره‌ی درمانی قوی بود که تمرکز درمان آن‌ها روی بیمار معلوم بود. (با مقداری درمان حمایتی که به‌صورت فردی با والدین انجام می‌گرفت)، علی‌رغم این‌که درحقیقت آسیب‌شناختی خانواده نشان داد که زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی ممکن است در درمان مفید باشند. شناخت این مسئله که اعضای خانواده بر یکدیگر اثر دارند (نه فقط بیمار بلکه کل اعضای خانواده) بعداً یک مفهوم کلیدی در الگوی مک-مستر شد.

مرحله‌ی ۲

مدل تعاملی

در مرحله‌ی تعاملی، کار اپستین متمایز از مرحله‌ی قبلی است. با این وجود همپوشی‌هایی در هر دو از لحاظ مفهومی و زمانی وجود دارد. تعامل بین چند تن از اعضای خانواده (معمولاً دو نفر)

مشاهده شد و در طول جلسات درمانی برای اعضا تغییر گردید. تعاملات معمولاً به فرآیند درون‌روانی اعضای تعامل، مربوط است اما درجه‌ی جزئیات، فراوانی و شدت مثل مرحله‌ی قبل درون‌روانی را ندارد.

فرض اصولی دیدگاه درمان تعاملی شبیه مرحله‌ی قبل است؛ آسیب‌شناسی‌روانی براساس ساختار درون‌روانی بیمار معلوم و یک یا چند عضو خانواده می‌باشد. تعاملات بین اعضای خانواده مشاهده می‌شود و به‌عنوان کلید قفل فرآیندهای آسیب‌شناختی درون‌روانی مورد استفاده قرار می‌گیرد.

مثال:

مشکل این بود که یک مرد متأهل در اواخر دهه‌ی دوم زندگی‌اش از ناتوانی جنسی شکایت کرده بود. بررسی‌های روان‌پویایی نشان داد که این مرد تعارض شدیدی در ارتباط با خانم‌ها و کنار آمدن با پرخاشگری‌اش داشت. او جوان‌ترین فرد خانواده بود که با چند خواهر و یک مادر زندگی می‌کرد که توجه و محبت زیادی به او داشتند. براساس توصیف بیمار، زنان دوست‌داشتنی اما قدرتمند هستند. او یک فرد متبسم، خندان و جلب‌توجه‌کننده بود.

او همان‌طور که همه‌ی خشم و پاسخ منفی را سرکوب کرده بود، با یک عشق حمایتی زیادی روبه‌رو بود. هزینه‌ای که او برای این حالت شادی پرداخت می‌کرد تقریباً برابر با اتمام و توقیف خشم‌ها و پاسخ‌های پرخاشگرانه‌اش بود. به هر حال رویاها و خیال‌پردازی‌های او در مورد زنان، قسمتی از ترس و خشم گسترده‌ی او نسبت به آن‌ها را آشکار کرد. او زن‌ها را به‌عنوان افراد ویرانگر، خطرناک و غرق‌کننده دید. ایستین همسرش را تحت زوج‌درمانی قرارداد. بررسی همسرش نشان داد که او یک زن شدیداً آسیب دیده است که در کودکی آسیب دیده و محرومیت زیادی کشیده بود. این زن نه تنها از آن مرد، بلکه از هرکس دیگری هم متنفر بود، بدون این‌که تمیزی بین آن‌ها قائل شود. او خشم بی‌اندازه‌ی خود را به درون خودش ریخته بود.

مرکز توجه درمان بر روی تعامل زوجین (زن و شوهر) با یکدیگر و این‌جا و اکنون بود. در طی جلسه‌ی درمان و در بین جلسات، مرد بر ناتوانی جنسی‌اش غلبه کرد اما این شرایط با سردمزاجی زن جابه‌جا شد. جلسات هفتگی در طول چند ماه منجر شد تا زوجین در یک ارتباط نسبتاً رضایت‌بخش قرارگیرند. مرکز توجه درمان روی این بود که چطور بتوانند الگوی تعاملی‌شان که یک الگوی مخرب و باعث تقویت تعارض‌های درون‌روانی آن‌ها شده بود را تبدیل به یک حمایت دوجانبه برای به‌حداقل‌رساندن آسیب‌شناختی درون‌روانی کنند.

وقتی رابطه‌ی آنان برای چندین ماه ثابت و استوار شد اپستین درمانش را خاتمه داد. هر دو تشویق شدند که اگر احساس نیاز کردند، تماس مجدد با اپستین برقرار کنند. در حقیقت آنان سال‌ها به صورت مداوم وقتی مشکلی در ارتباط با همدیگر، با کودکان و محیط خارج از خانواده داشتند با اپستین تماس می‌گرفتند.

در این مثال اپستین کانون توجه و مرکز درمانی را در سطح تعاملی قرار داد. این رویکرد منجر به نتایج منطقی شد. سه عامل از این مرحله از کار اپستین، نمودی از بخش‌های یکپارچه‌ی مدل مک‌مستر می‌باشند:

(۱) تأکید روی این‌جا و اکنون؛

(۲) استفاده از نیرومندی اعضای خانواده، به‌عنوان عنصر سازنده‌ی فعال در فرآیند درمان؛

(۳) باز بودن و پذیرش و تشویق فعال خانواده از سوی درمانگر برای مراجعه‌ی مجدد در صورت نیاز.

مرحله‌ی ۳

الگوی سیستمی

در مرحله‌ی سیستمی، کار اپستین با خانواده به‌عنوان یک سیستم باز در نظر گرفته می‌شود. ساختار، سازمان و الگوهای گذار که به وسیله‌ی سیستم خانواده نمایان می‌شود، شاخص مهمی است که رفتار اعضای خانواده را نشان می‌دهد. تغییرات درونی یا بیرونی که بر سیستم خانواده اثر می‌گذارد، بر رفتار کل اعضای سیستم هم اثرگذار است.

در درمان خانواده‌ها، تمرکز بر ناهماهنگی سیستم، ساختار، سازمان یا الگوهای گذار است. فرآیند درون‌روانی اعضای سیستم در درجه‌ی دوم اهمیت قرار دارد. فرض اساسی این است که اگر متغیرهای مربوط به سیستم خانواده خوب کار کند، می‌تواند بر فرآیندهای درون‌روانی اعضای خانواده اثر مثبت بگذارد.

مثال:

این قضیه را پزشک خانواده‌ای بیان نمود که برای مدتی تلاش کرده بود که به خانواده در رفع مشکلشان کمک کند. موضوع فعلی این بود که مادر شوهر، در چهار سال گذشته با این خانواده زندگی می‌کرد و موجب اصطکاک دائم بین زن و مادر شوهر شده بود. این وضعیتی هم‌چنین باعث بگومگو بین زن و شوهر و فشار روحی کلی و ناخوشایندی در کل خانواده شده بود. تمام خانواده درگیر مشاوره بودند، شوهر، زن، مادر شوهر و سه پسر نوجوان. ارزیابی بالینی به پویایی خانوادگی زیر اشاره داشت:

همسر از تلاش خود برای محبت دیدن و مورد توجه مادر شوهر قرارگرفتن به ستوه آمده بود. مادر شوهر به نیازهای زن واقف بود و از توانایی که در اختیارش بود، بهره می‌برد. زن از دست مادر شوهر عصبانی بود و از شوهر شدیداً به این خاطر که جلوی مادرش نمی‌ایستد و از او نمی‌خواهد که نسبت به همسرش مهربان‌تر باشد، انتقاد می‌کرد. شوهر احساس کرد که در آشتی بین همسر و مادرش گرفتار شده است. فرزندان پیوسته به اهم در خانه مشاجره داشتند و ارتباط کمی با هم داشتند و به‌نظر می‌رسید که به جهت رفتار بزرگ‌ترهای خود، دچار سکوت ناراحت‌کننده‌ای بودند. شوهر معتقد بود شاید دلیل این مشکل خود اوست، زیرا چندان توجه کافی به همسرش نکرده است. این حرف شوهر، بحث را به یکی از موضوعات محوری در خانواده سوق داد، یعنی زن، چندان محبتی از شوهرش ندیده است. زن از آن‌جایی که فرزندانش مستقل‌تر می‌شدند و چون نمی‌توانست حمایت آن‌ها را جلب کند، به دنبال هدف جایگزین یعنی مادر شوهرش بود. نتیجه‌ی این شرایط، بگو مگوی دائم با مادر شوهر بود که سپریلا شده بود. درمان، مبتنی بر بازکردن نظام خانواده از طریق ارتباط با کل واحد خانواده بود. بر اصلاح الگوهای ارتباطی درون نظام خانواده تأکید شد و زن و شوهر به گسترش رابطه به‌صورت بازتر و مشخص‌تر، ترغیب شدند. زن به بیان درخواست آن چیزی که احساس می‌کرد از شوهرش می‌خواهد، ترغیب گردید و شوهر به سازگار شدن با همسرش تشویق شد تا بگو مگوهایی که احساس می‌کرد بین همسرش و مادرش وجود دارد کاهش دهد. خانواده چند جلسه از درمان را به‌خوبی پشت سر گذاشتند. در طول این جلسات، خانواده به‌هیچ وجه بررسی روان‌کاوی نشدند.

اپستین به‌جای پرداختن به تعارضات درون‌روانی تک‌تک اعضای خانواده، بر ساختار، سازمان و الگوهای تعاملی خانواده تأکید کرد. متغیرهای سیستمی که بررسی کرد، عبارت بود از تخصیص اختیار و قدرت، تقسیم کار در خانه و الگوهای ابراز عواطف و تعلق درون خانواده و کانال‌های ارتباطی. این عوامل در شکل اصلاح‌شده‌ی مدل مک‌مستر دیده می‌شود.

ترکیب دیدگاه‌ها

گرچه روشن است دیدگاه‌های نظری و درمانی مذکور همپوشی زیادی باهم دارند، مثال‌های ارائه شده نشان می‌دهد چگونه تأکید در فهم مشکلات رفتاری و در نتیجه، در شیوه‌های اتخاذشده برای درمان خانواده‌ها فرق می‌کند. تا این زمان اپستین آموزش خود را در کلمبیا به اتمام رساند و به مونترال برگشت جایی که به کار خود در زمینه‌ی بالینی، آموزشی و تحقیقات در حوزه‌ی مطالعات خانواده ادامه داد. از آن‌جایی که افراد در دهه‌ی ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ اعتقاد داشتند که روان‌درمانی خانواده

مسئول آسیب‌شناسی درون‌روانی تک‌تک اعضای خانواده می‌باشد، کانون آموزش آن‌ها بر تشخیص و نام‌گذاری آسیب‌شناسی بود. بعدها نتیجه‌ی منطقی این بود که از این تفکر غالب صرف‌نظر کردند. به عبارت دیگر، اگر خانواده مسئول آسیب‌شناسی‌روانی تک‌تک اعضای خانواده باشد، در نتیجه خانواده باید مسئول رفتار سالم اعضای هم باشد. اپستین بر توجه به نقاط قوت خانواده تأکید کرد و این نظر را در تفکرش و همچنین در عمل بالینی خود گنجانید.

مطالعات و تحقیقات او را واداشت تا این سؤال را پرسد که به لحاظ بالینی چه کاری انجام داده و چه چیزی باعث شد که او به کارهای نظری که آموزش دیده بود و به اظهارات پیشروان این حوزه‌ی مطالعاتی، اعتقاد پیدا نماید. یکی از اصولی که موجب سؤال می‌شد، اعتقاد به این بود که اگر والدین به لحاظ احساسی سالم باشند و هیچ‌گونه آسیبی را نشان ندهند، پس فرزندان آن‌ها هم سالم بوده و هیچ‌گونه آسیبی را نشان نمی‌دهند. اعتقاد بسیار راسخ دیگر در این زمینه این بود که والدینی که رابطه‌ی جنسی سالم ندارند، قادر به داشتن خانواده‌ای با کارکرد خوب نیستند. کار بالینی و تحقیقاتی وی حکایت از چیز دیگری داشت. علاوه‌براین مشاهده کرد که بسیاری از والدین، دچار بیماری‌روانی شدید یا مشکلات احساسی هستند، اما فرزندانشان سالمند و در مقابل برخی فرزندان ناسالم، از خانواده‌هایی بودند که از قرار معلوم، عملکردشان بسیار خوب و سالم بود و در واقع خواهران و برادران هم عملکرد سالمی داشتند. معلوم گردید بین یافته‌های مطالعات آن‌ها و خانواده‌درمانی‌ای که او و همکارانش در کلینیک انجام می‌دادند، ناهماهنگی وجود داشت.

اپستین همان‌طور که با استفاده از فرضیه‌های نظری که در آن آموزش دیده بود، به درمان خانواده‌ها می‌پرداخت، پی برد که برخی از اصول فرضی و زیربنایی نظری، با آنچه که او مشاهده کرده و در تحقیقات به آن‌ها رسیده، منافات دارد. او استدلال کرد که اگر یافته‌های تحقیق صحیح باشند، پس برخی از جنبه‌های رویکردهای نظری براساس اصول نادرستی پایه‌گذاری شده‌اند. او و همکارانش به داده‌ها بازگشتند تا آن‌ها را بررسی و بازبینی کنند. آن‌ها متقاعد شدند که اطلاعات صحیح هستند. سپس او فرضیات بالینی را که همکارانش به آن فکر می‌کردند دنبال کرد، این روند باعث شد تا دوباره به کار کلینیکی‌شان فکر کنند. بنابراین اپستین به شخصه باعث تغییر قابل توجهی در جهت‌گیری درمانی خود شد. اپستین به رویکرد سیستم‌ها علاقه‌مند شد و به همراه همکارانش شروع به ساخت مدلی برای درک و درمان خانواده‌ها کرد. آن‌ها ایده‌های اصلی راز نظریه‌ی سیستم‌ها قرض گرفتند اما کانون توجه نظری آن را گسترش دادند. یک مزیت فوق‌العاده جالب توجه برای استفاده از رویکرد سیستم‌ها این بود که امکان حفظ جایگاه نظریه‌ی فروید و دیدگاه رشدی را که یافته‌های تحقیقاتشان آن‌ها را باطل نکرده بود، فراهم می‌ساخت. به علاوه برخی عناصر رفتاری که برای کار با خانواده نویدبخش و قابل استفاده بود، به شکل مدل ساخته شد. به تعبیری نتیجه التقاطی بود. مفاهیم و نظریه‌هایی که در کلینیک برای خانواده فوق‌العاده مهم

بودند در مدل گنجانده شدند. با این حال مدل به طریقی ساخته شد که یک چارچوب را به‌وضوح ترسیم می‌کرد، مفاهیم تعریف شدند و روش درمانی تا حدّ ممکن عملی شد. اپستین و همکارانش با عبرت‌گیری از تجربه‌ی گذشته مطمئن شدند که مدل، قابل آزمایش بود. طی فرآیند ساخت یک مدل جدید مبتنی بر نظریه‌ی سیستم‌ها، گروه‌درمانی و کارهای پژوهشی، یادگرفتند تا حواس خود را جمع‌کنند، مفاهیمی را که واضح نبودند، دوباره تعریف‌کنند و روی روش‌های درمان خانواده مجدداً کارکنند. این کارمهیج و چالش‌زا و تغییر در رویکرد درمانی و ارزیابی خانواده، منجر به ایجاد PCTF و MMFF شد.

رویکرد مک‌مستر و انواع دیگر خانواده‌درمانی

مدل مک‌مستر یکی از انواع مدل سیستم‌های خانواده است. واضح است که اپستین و همکارانش، زمانی که مدل جدید را ساختند عناصر سایر مدل‌ها، نظرات و دیدگاه‌ها را در آن گنجانده‌اند. ما برای قرار دادن مدل مک‌مستر در یک موقعیت برابر با سایر درمان‌های خانواده و روش‌های سیستمی، راهنمایی را فراهم آوردیم که از چندین دیدگاه نظری تشکیل شده است. این نظریات یا دیدگاه‌های درمانی، ممکن است شامل مدل‌های سیستمی، مدل‌های روان‌پویایی و تعاملی که قبلاً توضیح داده‌ایم یا مجموعه‌ای از آن‌ها باشد.

به‌علاوه، دیدگاه‌ها یا مفاهیم سایر مدل‌ها که به‌وضوح در این‌جا مورد بحث قرار نگرفتند، ممکن است شامل رویکردهای جدیدتر مانند رفتار درمانی، روایت درمانی، پست مدرن، زوج درمانی یا رویکردهای درمانی ویژه باشد.

تمام مدل‌های استفاده‌کننده از روش سیستمی خصوصیات مشترک دارند از جمله، توانایی دستیابی به چشم‌انداز کلی و منطقی لازم برای درمان خانواده‌ها. اگر فرض اصلی این مدل‌ها این باشد که سازمان، ساختار و الگوهای تعاملی، نقش مهمی در تعیین سلامت عاطفی اعضای خانواده بازی می‌کنند، از نظریه‌ی سیستم‌ها تبعیت می‌کنند که مبنی بر این اصل است که تغییر درمانی در این عناصر می‌تواند نتیجه‌ی مطلوب را به‌وجود آورد. تغییر درنظام خانواده باید باعث تغییر درکارکرد سیستم شود. از این‌رو، در درمان خانواده، به اختلال در سیستم و چگونگی ایجاد تغییر برای اصلاح کارکرد سیستم توجه می‌شود.

علی‌رغم موضوع متداول تغییر سیستم، کانون تغییر^۱ و مکانیزم‌های تغییر^۲، دو حیطة دارند که مدل‌های سیستم خانواده را از یکدیگر متمایز می‌سازد.

1- The focus of change

2 -The mechanisms of change

کانون توجه به متغیرهای سیستم مانند تخصیص قدرت، تقسیم کار، الگوهای ابراز احساسات و دخالت مؤثر درون خانواده، روابط خانوادگی و نظام‌های فرعی خانواده اشاره دارد که از نظر میزان اهمیتی که در بخش درمان دریافت می‌کنند، متفاوت هستند. مکانیزم‌های تغییر که بین مدل‌ها متفاوت هستند عبارتند از تعیین مرزها، هدایت یا بازسازی رفتار خانواده، تعیین وظایف، حل مشکلات، استفاده از تقویت منفی و تقویت‌های مثبت و تغییر گفت‌وگو، راهنمایی و آموزش خانواده و تسهیل ارتباط.

رویکرد مک‌مستر از چند نظر از سایر روش‌های درمانی متفاوت است. در بخش زیر، شش حیطه‌ی مهم را مورد بحث قرار می‌دهیم که روش مک‌مستر را از سایر درمان‌های خانوادگی متمایز می‌سازد. ما این نکات را مورد بحث قرار می‌دهیم تا رویکرد مک‌مستر بیش‌تر مورد توجه قرار گیرد نه این که سایر مدل‌ها را بازنگری و مرور کنیم.

- **اساس درمانی:** مدل مک‌مستر بر مبنای سیستم‌های نظام خانواده قرار دارد که خانواده در آن به‌عنوان سیستمی شامل سیستم‌های درونی (فردی، زوجی) در نظر گرفته می‌شود که با سایر سیستم‌ها (خانواده‌ی گسترده / مدرسه / کلیسا / کنیسه / محل کار) مرتبط است. در مدل مک‌مستر گروه خانواده‌ی پویا را نمی‌توان فقط به ویژگی‌های فردی یا تعاملات بین اعضا تنزل داد. شناسایی خانواده به‌عنوان یک سیستم به شناسایی جایگاه مشکل و فشار در سیستم کمک می‌کند، به‌طوری که درمانگر می‌تواند مقاصد، اهداف و روش‌های درمان را شناسایی کند. این روش از روش‌هایی که بر فرد درون بافت خانواده متمرکز است، تفاوت دارد. همچنین این مدل از مدل‌های سیستم خانواده که در آن‌ها تأکید بر خرده سیستم‌ها، الگوهای تبادلی تکرار شونده، ساختار خانواده یا فرآیندهای خانوادگی است که از بستگان درجه یک یا مشکل موجود دور می‌شوند، متفاوت می‌باشد.

- **چارچوب زمان:** مدل مک‌مستر دارای محدودیت زمانی است، چون تعداد جلسات درمانی محدود است (معمولاً تعداد جلسات ۶-۱۲ می‌باشد) و نسبت به مدل‌های نامحدود یا جلسات طولانی که چندین سال ممکن است به‌طول بیانجامد، محدود می‌باشد. خانواده‌ها در هر دوره بر روی یک سری از مشکلات کار می‌کنند. همچنین مدل مک‌مستر بر مشکلات این‌جا و اکنون، تمرکز دارد که در تضاد با الگوهای درون‌نسلی، ریشه‌یابی مشکلات گذشته و تجزیه‌ی سیستماتیک موضوعات دوران کودکی قرار دارد. با کمک درمانگر، اعضای خانواده یاد می‌گیرند تا چگونه بر تعارضات خود (چه عاطفی و چه رفتاری) و اثرات آن‌ها (هم عاطفی و هم رفتاری)، به‌ویژه دربار‌ه‌ی تبادلات روزمره برچسب بزنند. آن‌چه برای درمانگرها مهم است،

آن است که چه چیزی در حال اتفاق افتادن است، نه این که چه چیزی در گذشته اتفاق افتاده است. البته این دلیل بر این نیست که به حادثه‌ی آسیب‌زا و مشکلات طولانی مدت گذشته توجه نمی‌شود یا جایگاهی در جلسات درمانی ندارد. اگر مشکلاتی که در گذشته رخ داده، در کارکردهای فعلی خانواده مؤثر باشد (همین‌طور که در اغلب موارد این‌چنین است)، بنابراین آشکار است که آن‌ها ممکن است با اهمیت باشند و لازم است تا در جهت شناسایی هر چه بهتر موضوعات فعلی فهمیده شوند. هر چند تأکید این روش این است که اعضای خانواده موضوعات فعلی، مقاومت‌ها یا موانع را برای حل مشکلات بررسی کنند.

- **رابطه‌ی اعضای خانواده با درمانگر:** میزان باز بودن ارتباط خانواده با درمانگر و وضوح نقش اعضای خانواده و درمانگر به هم مرتبط هستند. در رویکرد مک‌مستر اعتقاد به ارتباط مستقیم و واضح بین درمانگر و اعضای خانواده و بین اعضای خانواده با خودشان، بخش مهمی از مدل است. از آنجایی که این مدل بر مبنای نظریه‌ی ارتباطات ترسیم شده است، این تأکید تعجب‌برانگیز نیست. روشنی و مستقیم بودن، دو اصل مهم در این مدل هستند.

نقش درمانگر و اعضای خانواده در بسیاری از رویکردهای خانواده‌درمانی مشخص و متمایز است. اغلب درمانگرها به عنوان یک هدایت‌کننده، تسهیل‌کننده، دست‌کاری‌کننده، مربی و راهنما عمل می‌کنند. زمانی که از رویکرد مک‌مستر استفاده می‌شود، درمانگر به عنوان یک عامل سازمان‌دهنده، روشن‌کننده و تسهیل‌کننده برای اعضای خانواده می‌باشد و اعضای خانواده مسئول انجام دادن بیش‌تر کارها در طول دوره‌ی درمان می‌باشند. درمانگر، تسهیل‌کننده‌ی ارتباط روشن، باز بودن و برقراری توانایی برای حل مشکلات می‌باشد.

البته به عنوان یک متخصص بالینی درمانگر ممکن است گاهی به عنوان یک مربی باشد اما تأکید بر یک همکاری فعال بین اعضای خانواده و درمانگر در سراسر دوره‌ی درمان است.

از اعضای خانواده انتظار می‌رود تا کاملاً در جلسات ارزیابی خانواده شرکت کنند و برای حل مشکلات خانواده، باز، مستقیم و فعال باشند. هدف از این مدل کمک به اعضای خانواده است تا در همسان کردن و حل مشکلات خودشان شرکت کنند. اعضای خانواده یاد می‌گیرند چطور مسئول پیدا کردن جواب‌ها برای مشکلاتشان هستند. این رویکرد مخالف با مدل مستقیم است که درمانگر مسئولیت آن را برعهده می‌گیرد و در پی توصیف مشکل و پیدا کردن راه‌حل آن است. در فرآیند ارزیابی و کار خانواده، به سوی راه‌حل مشکل هر عضو خانواده برای کمک به خودشان و حل مشکل دیگران و رشد همدیگر دست به کار می‌شوند.

- **پیش:** در یک سطح خلاصه‌تر موضوع فلسفی آشکار که در رویکردهای خانواده‌درمانی در مورد بینش وجود دارد این است که آیا وجود بینش در مورد مشکلات خانواده برای ایجاد،

لازم است یا نیاز نیست که در ابتدا بینش حاصل شود، بلکه بینش به تدریج ایجاد شده و تغییرات را راه‌اندازی می‌کند. مدل‌های روان‌پویایی^۱ و مدل‌های روان‌کاوی^۲ ادعا می‌کنند که بینش^۳ برای تغییرات لازم است. در مقابل، مدل‌های مبتنی بر نظریه‌ی سیستم (مثل مدل‌های رفتاری) بینش را یک عنصر ضروری، برای تغییرات نمی‌دانند.

در رویکرد مک‌مستر، بینش نسبت به یک مشکل، یک عنصر سازنده‌ی کافی و ضروری برای این‌که تغییراتی در سیستم اتفاق بیافتد، نیست. موضوع این نیست که چه چیزی در افراد آسیب ایجاد می‌کند بلکه مهم آن است که در فرآیندی که در داخل خانواده اتفاق می‌افتد چه رفتاری ایجاد می‌شود. درمان موجب تغییرات در سیستم می‌شود و از این طریق تغییرات در رفتار یک فرد به وجود می‌آید.

روش‌های زیادی وجود دارند که بر تغییر در رفتار اثر بگذارند و اغلب بر فرد متمرکز هستند. برای مثال، مدل‌های رفتاری اغلب رفتارهای خاص در بیمار را هدف قرار می‌دهند و به‌طور مثبت رفتارهای خوب را تقویت می‌کنند یا به روش منفی رفتارهای ضعیف را تقویت می‌کنند. روش‌های دیگر، از روش‌های تناقض برای تغییر مؤثر استفاده می‌کنند. جو یا مرزها را دست‌کاری می‌کنند، الگوهای ارتباطی را دوباره ایجاد می‌کنند و یا تکالیف و وظایف را تعیین می‌کنند.

مدل مک‌مستر تکالیف و وظایفی را تعیین می‌کند که به‌وسیله‌ی اعضای خانواده موافقت شده است، اما همچنین از چانه‌زنی، میانجی‌گری و توافق بر تغییرات مؤثر استفاده می‌کند. در جلسات درمانی تکنیک‌های مورد استفاده را به خانواده آموزش می‌دهند تا آن‌ها را برای گفت‌وگو کردن در موارد محسوس و عینی استفاده کنند. زمانی که اعضای خانواده تکنیک‌ها را یاد می‌گیرند، می‌توانند آن‌ها را به سطوح و حوزه‌های بسیاری از زندگی تعمیم دهند. هدف گفت‌وگو کردن در فرآیند درمان خانواده این است که زمینه‌ای فراهم شود تا حداکثر رضایت در افراد در سیستم خانواده به‌وجود آید.

تقویت منفی ممکن است گاهی مورد استفاده قرار گیرد تا رفتارها را تغییر دهد، اما درمانگر باید در درجه‌ی اول بر انتخاب‌ها تأکید کند، در طول هر دوره از درمان اعضای خانواده ممکن است تغییرات پیشنهاد شده را بپذیرند یا نپذیرند. هر گزینه‌ای که انتخاب شود نتایج و پیامدهایی در بر دارد که در جلسات درمان مورد استفاده قرار می‌گیرد تا تأثیر تغییر را نشان دهد.

1- Psychodynamic

2- Psychoanalytic

3- Insight

• **وضوح مفاهیم و درمان:** میزان روشنی در روش درمان، مدل‌های خانوادگی را از هم تفکیک می‌کند. در مقابل مدل‌های دیگر، نظریه‌ی سیستمی موجب مفهوم‌سازی نسبتاً آسان رفتارهای افراد در سیستم می‌شود و یک فهم واضح از فرآیند درمانی را فراهم می‌کند.

مفاهیم و روش‌ها نباید کم اهمیت جلوه داده شوند. به‌عنوان توسعه‌دهندگان روش مک-مستر، ما احساس می‌کنیم که اگر مفاهیم درمانی دائماً به‌کار بروند، در نتیجه درمانگران منطقاً در اکثریت مواردی که درمان می‌کنند، مؤثر می‌شوند. روایی و اعتبار سازه‌های رویکرد مک-مستر، تضمین می‌کند که روش‌های ارزیابی کارکرد خانواده‌ها به آسانی برای افراد غیرمتخصص قابل تدریس خواهد بود، قابل انتقال به موارد مختلفند و قابل تعمیم به مشکلات گوناگون خانواده‌اند. به‌علاوه، پژوهش بالینی بی‌پرده و روشن می‌شود و به‌وضوح می‌تواند به‌طور تجربی آزمون شود. در حقیقت به‌خاطر علاقه‌ی ما به آزمایش مدل، در ابتدای برنامه‌هایمان تصمیم گرفتیم که اگر یک مفهوم به‌طور کاربردی معنی ندهد از مدل حذف شود. بعضی مفاهیم که علاقه‌های بالینی‌مان را در برمی‌گرفتند (مخصوصاً آن‌ها که ریشه‌ی روان-پویایی دارند) حذف می‌شدند زیرا ما قادر به کاربردی کردن آن‌ها نبودیم. توجه ما به معنی کردن مفاهیم مدل سرانجام باعث شد که بتوانیم عناصر درمانی رویکرد را راحت‌تر توضیح دهیم.

ما می‌توانستیم فرآیند درمانی مدل مک‌مستر را به یک سری موارد ساده و عناصر مجزا تقسیم کنیم تا بتواند آموزش داده شود و تحلیل و ارزیابی گردد.

• **قابلیت انتقال^۱:** در ارتباط با میزان وضوح، آسانی انتقال عقاید، مفاهیم و تکنیک‌ها، یک رویکرد درمانی را می‌سازد. به دلیل تأکیدی که قبلاً بر وجود وضوح در تعریف سازه‌ها داشتیم، مدل مک‌مستر از یک موقعیت آموزشی به موقعیت دیگر به آسانی قابل انتقال است. علاقه‌ی ما به تدریس الگو و اجرای پژوهش، نیروی محرکی بود که منجر به ایجاد و ارائه‌ی تعاریف یکسان از مفاهیم شد. دلیل دیگری که منجر به تعریف واضح مفاهیم شد، واکنش به رویدادهایی بود که به‌طور دوره‌ای در بافت خانواده‌درمانی رخ می‌داد. به‌این معنی که هرچند تماشای اصل درمان در عمل آسان است، اما مشکل است (اگر غیرممکن نباشد) که رویکرد درمانی را به شخص دیگری انتقال دهیم. از آنجایی که مهارت‌های درمانی به درمانگر مربوطه ارتباط دارد، هیچ توضیح سازمان‌یافته‌ای وامکان تدریس مفاهیم وجود ندارد. به‌علاوه بعضی تکنیک‌ها (مانند دست‌کاری کردن) می‌تواند مخرب باشد زیرا حتی زمانی که نوآموزان از کارشناسان خبره تقلید کنند، اما اگر فهم واضحی از مفاهیم نداشته باشند (به‌خاطر این که یا آن‌ها

1- Transportability

تعریف نشده بودند و یا بسیار بد تعریف شده بودند) چندین برداشتی امکان‌پذیر است. روشنی مفاهیم و روش‌ها، موجب کاهش وابستگی به درمانگر و کاهش رویکردهای فردی به درمان می‌شود. اگر سرانجام مشخص نباشد که یک روان‌درمانگر با بیمارانش یا اعضای خانواده چه می‌کند در نتیجه او الگوی نقش خوبی نیست. رویکردهای ناپیوسته یا نامعلوم، "وابستگی به درمانگر" را به جای "استقلال از او" افزایش می‌دهند.

گام‌های اولیه در رشد مدل مک‌مستر

زمانی که چارچوب اصول مدل مک‌مستر شرح داده شد، اپستین و همکاران روی ساختار درمانی و تعریف روش‌های درمانی کار کردند. کارهای تحقیقاتی و بالینی بر خانواده‌درمانی در حال اجرا، حتی با یک نمونه‌ی تحقیقی غیربالینی ساده متمرکز بود. مقایسه‌ی کارهای مقدماتی با خانواده‌های بالینی و غیربالینی به درک تفاوت در کارکرد خانواده‌ی سالم و ناسالم کمک می‌کند. بر مبنای مطالعات آزمایشی اصلی آن‌ها، گروه اپستین یک سیستم طبقه‌بندی از خانواده را توسعه دادند که شامل یک سری از ابعاد خانواده بود که زندگی خانواده را توصیف می‌کرد. توجه گروه روی ابعادی متمرکز شد که احساس می‌کردند در درک خانواده‌ها و توسعه روش‌های درمانی بیش‌ترین اهمیت را دارند. همچنان‌که کارهای بالینی و پژوهشی پیشرفت کرد، مفهوم‌سازی ابعاد، مورد بازنگری قرار گرفت تا مبنای بالینی و نظری بیابند و با دقت تعریف شوند. ابعاد خانواده در یک سیستم طبقه‌بندی شکل گرفت که آن را شمای طبقه‌بندی گروه خانواده^۱ نامیدند. علی‌رغم پیشرفت، هنگام کار با طرح مذکور، محدودیت‌هایی در روش‌شناسی تحقیقاتی پیدا شد. اهداف اصلی مطالعات، پیدا کردن عوامل پیش‌بینی‌کننده‌ی نتیجه برای ایجاد ابزارهای ارزیابی دقیق تعامل مؤثر درون جلسات و ارزیابی نتیجه‌ی درمان بود. به این خاطر که اپستین و همکارانش قاطعانه به لزوم ترکیب دیدگاه پژوهشی و بالینی معتقد بودند، تصمیم گرفتند بعضی از نظریه‌هایشان را به‌طور تجربی زودتر از بقیه آزمایش کنند. تجربیات اپستین قبلاً در کلمبیا به او اهمیت فهم سؤال در خصوص یافته‌های تحقیقی و تلفیق آن‌ها با رویکرد درمانی را نشان داده بود. مطالعات اولیه، فرآیندهای تعاملی که در زمان توسعه‌ی مدل ارزیابی و درمان بسیار مهم هستند را برجسته کرد. به‌عنوان مثال، به این خاطر که آن‌ها از تبادلات درمانی مورد علاقه‌یشان تعریف کاربردی دقیق و پیشرفته‌ای ارائه نداده بودند، اپستین و همکارانش زود دریافتند که نمی‌توانند اطلاعات معتبر یا دقیق گردآوری کنند. سؤالی که از روان‌درمانگر در اوایل پژوهش پرسیده می‌شد تنها ادراکات کلی درمانگر را آشکار می‌ساخت نه آنچه را که در طول هر جلسه رخ می‌داد. محققان دریافتند که

1-Family category schema

ارزیابی عینی از جلسات ضبط شده، به‌طور کلی تصویر متفاوتی از درمان را نسبت به آنچه که توسط روان‌درمانگران گزارش می‌شود، نشان می‌دهد. بعضی مشکلات پیرامون کدگذاری تعاملات مؤثر بود. برخی دیگر از مشکلات زمانی به‌وجود آمد که هدف، تصمیم‌گیری در این مورد بود که در طول جلسه چه کسی با چه کسی صحبت کند، یا چه کسی از چه کسی عصبانی است. آشکار شد که تلاش برای ارزیابی مفاهیم، مخصوصاً مفاهیم عاطفی مثل بهزیستی، احساسات خنثی و احساسات مثبت، مشکل‌آفرین بود.

نتایج حاصل از این تحقیقات مقدماتی، به گروه پژوهشی کمک کرد که در مورد فرآیند پژوهش و اهداف آن مجدداً فکر کنند. اپستین و همکارانش یاد گرفتند که از روش تفکر برنامه‌ساز و بلندمدت استفاده نمایند. این مسئله در واقع گروه را به سمت ارائه‌ی یک تعریف دقیق‌تر از مدل و تدوین راهنمای درمان سوق داد به‌طوری‌که هر درمانگری که در این تحقیقات دخالت داشته باشد بتواند خانواده‌ها را تقریباً با روشی مشابه درمان کند. تدوین یک راهنمای درمانی در حال حاضر به‌عنوان گام اولیه در آزمایش یک الگوی درمان شناخته شده است. اپستین و گروه او یاد گرفتند که استانداردهای پروتکل تحقیقاتی بسیار مهم است و اتکا به حدس‌های بالینی و مفهوم‌سازی‌های غیردقیق کافی نیست.

تجارب تحقیقاتی اولیه نیز به گروه مذکور یاد داد که به‌منظور پیشرفت واقعی، نیاز است که ابزارهایی توسعه یابد تا بتوان از طریق آن‌ها به‌طور مؤثر ساختارهای کلیدی مدل مک‌مستر را ارزیابی کرد. پس از ارزیابی مجدد روند تحقیقاتی که قبلاً تکمیل گردید، گروه تصمیم گرفت تا یافته‌های خود را مرتب نموده و دو جریان اصلی و عمده‌ی کاری را به‌طور هم‌زمان توسعه دهد. این دو زمینه شامل توسعه‌ی ابزار و درمان خانواده بود. چون در این حیطه‌ها، هم محقق و کارشناس بالینی دخیل بودند، بنابراین امکان شناسایی و تصحیح مشکلات و مسائل یا پیشرفت‌های غیرمناسب در تکنیک‌های درمانی یا راهبردهای روش‌شناسی وجود داشت. ما اکنون معتقدیم که بررسی مستمر فعالیت‌های تحقیقاتی و بالینی که از شروع توسعه‌ی الگو ایجاد شده بود در واقع یکی از نقاط قدرت عمده‌ی رویکرد مک‌مستر بوده و دلیلی برای تداوم این مدل محسوب می‌شود.

- **درمان خانواده:** کاری که در مونترال کانادا شروع شده بود، زمانی که اپستین به دانشگاه مک‌مستر در هامیلتون انتاریو^۱ نقل مکان نمود، ادامه یافت. در انتاریو بود که طرح برنامه‌ی خانواده با مدل مک‌مستر در کارکرد خانواده تلاقی نمود. مفاهیم این مدل نه تنها کاملاً تعریف و عملیاتی شده بودند بلکه، با مخاطبانی جدید مورد ارزیابی مجدد قرار گرفتند. بدین معنی که اپستین و همکارانش لیستی از دانشجویان را فراهم کردند تا ببینند آیا الگوی نظری مزبور قابل

بسته‌بندی و آموزش توسط دیگران هست، به طوری که هم قابل آموزش و هم قابل یادگیری باشد. اپستین نمی‌خواست که این مدل وابسته به معلمان باشد تا تنها از طرف آن‌ها پذیرش حاصل شود. توسعه‌دهندگان در هر مرحله نظر خودشان را در مورد پیشرفت برای دانشجویان و گروه‌های مختلف در دانشگاه ارائه نمودند. این مربیان شامل روان‌پزشکان، روان‌شناسان، مددکاران اجتماعی، محققان در علوم رفتاری و اجتماعی و همچنین پزشکان خانواده بودند. بازخورد حاصل از این متخصصان با این مدل تلفیق شد.

در تمام سال‌هایی که کار تحقیقاتی و بالینی توسط اپستین و همکارانش انجام می‌شد، روند خوبی به سمت تکمیل و یکپارچگی مدل کارکرد خانواده‌ی مک‌مستر طی می‌شد. چند سال پس از نقل مکان و جابه‌جایی اپستین به دانشگاه براون که با دوتن از همکارانش به نام‌های دوان بیشاپ^۱ و گابور کیتنر^۲ انجام شد، کار روی این مدل نیز به پایان رسید. در دانشگاه براون، گروه‌بالینی و تحقیقاتی، یک مدل درمانی و راهنمای درمانی را تکمیل نمودند که در واقع اساس کار درمانی خانواده به حساب می‌رفت. آن‌ها کاری را که انجام داده بودند را مدت‌ها پیش در مونترال و در انتاریو انجام داده بودند را ادامه دادند. نتیجه‌ی این تلاش‌ها - سیستم‌های مشکل‌محور کارکرد خانواده - یک راهنمای دقیقی در مورد ارزیابی و درمان خانواده بر مبنای چارچوب نظری مدل کارکرد خانواده مک‌مستر بود. راهنمای درمان نیز در همان زمان کامل شد و یک برنامه‌ی آموزشی و تمرینی جدیدی را در اختیار درمانگر و مؤسسات گذاشت. مدل درمانی و رویکرد مک‌مستر به سرعت تبدیل به یک بسته‌ی جامع شد که عناصر درمانی، پژوهشی و آموزشی را در خود جای می‌داد.

- **ساخت ابزار:** همان‌طور که آن‌ها روی مدل مک‌مستر و راهنمای درمان کار می‌کردند، گروه تحقیقاتی تصمیم گرفتند که ابزارهای لازم برای ارزیابی را بسازند. توسعه‌ی مدل و ابزارهای مربوطه، رابطه‌ی نزدیکی باهم داشتند. شکاف‌های موجود در برنامه‌های تحقیقاتی، به دلیل وجود شکاف در ارزیابی بالینی در جلسات درمانی بودند. یک‌بار دیگر اهمیت رابطه پژوهش - درمان، نشان داده شد. بدین معنی که در صورت عدم وجود ارزیابی‌ها و مقیاس‌های معتبر، تحقیق نمی‌توانست پیشرفتی داشته باشد. برای مثال سنجش نتایج به‌طور ذهنی توسط درمانگر یا خانواده انجام گرفت. این ارزیابی‌های ذهنی نه تنها مستعد سوگیری بود، بلکه همبستگی بین آن‌ها و ارزیابی‌های عینی‌تر، واضح نبود. آگاهی این نقاط ضعف باعث شد که تصمیمی گرفته شود که براساس آن ابزارهایی ایجاد شود که ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب داشته باشد و از لحاظ درمانی هم مفید باشد. اولین کار این بود که روشی برای ارزیابی کارکرد خانواده

1- Duane Bidhop

2- Gabor Kietner