

خانواده درمانی کارکردی و مشکلات رفتاری نوجوانان

نوشته

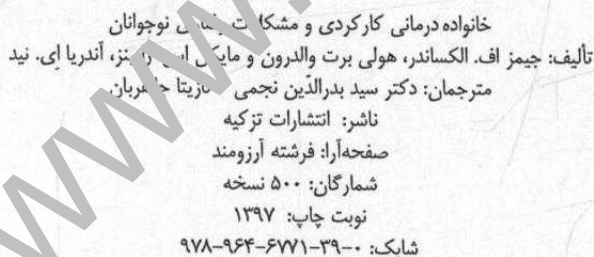
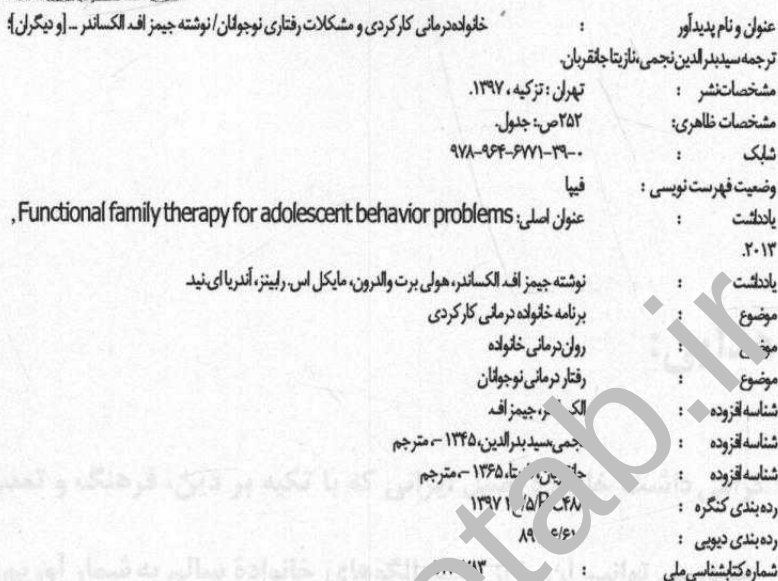
جسراف. الکساندر، هولی برت والدرون
مایکل اس. رابینز، آندریا ای. نید

ترجمه

دکتر سید بدرالدین : جمی
نازیتا جانقربان

انتشارات تزکیه (تهران)

۱۳۹۶ خورشیدی



۱- دفتر مرکزی: تلفن، تماس: ۶۶۸۷۴۷۸۷ همراه ۰۹۱۲۳۸۴۴۸۶۳

tazkihe.book@yahoo.com : ایمیل

info@tazkiehpub.com

پیامک: ۰۲۱۶۶۸۶۱۸۷۰

۲-فروش آنلاین در وبسایت: www.tazkiehpub.com

۳- یخس رشات: ۶۶۶۹۲۸۲۸

قیمت: ۲۰۰۰۰ تومان

فهرست مطالب

۱۱	ساز
۱۵	مقدمه
۲۷	بخش ۱: مبانی پژوهشی و بالینی حمایت کننده
۲۹	فصل ۱: تأثیرات اولیه و حیثیات فرهنگی، نظری و عقلانی توسعه FFT
۳۹	فصل ۲: پژوهش‌های انجام شده در سازوکارهای تغییر
۴۹	فصل ۳: پژوهش‌های انجام شده بر پیامدهای FFT
۷۳	بخش ۲: مدل بالینی FFT
۷۵	فصل ۴: پارامترهای عمومی و جورسازی ۱-۱
۸۷	فصل ۵: مرحله التزام
۹۷	فصل ۶: مرحله انگیزش
۱۲۵	فصل ۷: مرحله ارزیابی رابطه
۱۴۳	فصل ۸: مرحله تغییر رفتار
۱۷۱	فصل ۹: مرحله تعمیم
۱۸۱	فصل ۱۰: آنتونی، یک مثال موردی
۱۹۹	بخش ۳: اجرا و بسط FFT
۲۰۱	فصل ۱۱: ویژگی‌های یک اجرای موفق FFT
۲۱۳	فصل ۱۲: آموزش و نظارت
۲۳۳	فصل ۱۳: کاربرد FFT در جمعیت‌های مختلف
۲۴۷	واژه‌نامه انگلیسی به فارسی

مقدمه

نوجوانان را درگیر با مشکلات رفتاری، با عناوین گوناگونی چون نوجوان مقاوم به درمان، بزهکار جرن، جوان در معرض خطر، جوان خشن و متخلف جوان نام برده می‌شوند. این افراد ممکن است دچار اختلال رفتار از هم گسیخته یا اختلال سوء مصرف مواد بوده و یا در نظام‌های قضایی پرونده کیفری داشته باشند. رفتارها، هیجان‌ها و شیوه‌های تفکر آنان آن قدر دردسرساز است که اغلب نه تنها خانواده، ایشان بلکه جامعه را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. کتاب پیش روی شما، با تمرکز بر این دسته از جرن، نوجوانان هایشان و درمان موفقیت آمیز آن‌ها تدوین شده است. بدون اینکه بخواهیم خود را درگیر عرصه‌ای چون نحوه نام گذاری‌ها کنیم، باید بدانیم که این افراد از جمله مقاوم‌ترین و دشوارترین جمعیت در برابر درمان به شمار می‌روند. اگرچه اعضای خانواده اغلب از رفتار جوانان خود گلایه مند هستند و به شدت بر ضرورت تغییر آنان تأکید می‌ورزند، اما جوانان به ندرت با تصمیم شخصی پای به درمان می‌کنند. و غالباً چنین به نظر می‌رسد که با رفتار خویش مشکلی ندارند. اغلب انگیزه درمان برخاسته از سکاکی است که در محیط اجتماعی نزدیک فرد (مانند خانواده یا مدرسه) یا نظام‌های اجتماعی رسمی مانند مراجع قضایی جوانان، مراکز رفاه کودکان) تشخیص داده می‌شوند. فارغ از اینکه منبع ارجاع چه باشد معمولاً نوجوانان انگیزه‌ای برای درمان شدن ندارند.

در عین حال که والدین و دیگر اعضای خانواده، ظاهراً به طور مؤکد مشکلات خانواده را نتیجه رفتار بد نوجوان می‌دانند، نظرات آن‌ها حول محور «فرد دشوار» (نوجوان نیازمند تغییر) دور می‌زند و اغلب قالب تنبیهی به خود می‌گیرد (آنچه او لازم دارد این است که کسی به او پس گردنی بزند و یک درس درست و حسابی به او بدهد!). بنابراین، بعضی از اعضای خانواده هم ممکن است نسبت به درمان نوجوان بی انگیزه و بی میل باشند.

حتی وقتی که درمانگران موفق می‌شوند والدین و نوجوانان را وارد جلسات درمان کنند باز هم با چالش‌های دیگری روبرو می‌گردند. تعاملات همراه با خصومت، خشم، ناامیدی و ناکامی در خانواده، همگی شرایطی را پیش می‌آورند که مانع از تغییر انطباقی می‌شود. جای تعجب نیست

که در بسیاری از بافتارها، ۵۰٪ از جوانان ارجاع شده برای درمان، در اولین یا دومین مراجعه دیگر باز نمی گردند. (کازدین، مازوریک و سیگل، ۱۹۹۴). والدین یا جانشینان شان، اغلب خودشان با چالش های قابل توجهی چون فقر، افسردگی، اشکال مختلف اختلال استرس پس از ضربه، چالش های باقیمانده از گذشته، سوء مصرف مواد، و مشکلات رابطه ای (مانند کشمکش های زناشویی، داشتن دوست پسر^۱ در صورت تنها بودن مادر) رو به رو هستند، که خود باعث پیچیده تر شدن شرایط می شود.

با توجه به وجود موانع چندوجهی بر سر راه تغییر انطباقی، باید در درمان، نظام خانواده به طور تمام عیار و کلی مد نظر قرار گیرد. برنامه های درمان موفق باید فراتر از یک شیوه ساده یا یک رویکرد رایج آموزشی متمرکز بر شخص باشد. این برنامه ها باید بر بهبود مهارت های فرزندپروری رابطه مدار مطابق والدین با ظرفیت های رشدی نوجوان و کار با محدودیت های والد تأکید داشته باشند. به علاوه، برنامه ها در درمان می بایست به نظام های مختلف بوم شناختی مؤثر بر زندگی نوجوان و خانواده ها مداخله داشته باشند (برونفن برنر، ۱۹۷۹). جوانان و خانواده ها در خلاء زندگی نمی کنند و اعمال مداخلات بدون در نظر گرفتن پیچیدگی و گوناگونی عوامل مرتبط با آن ها، مقرون به فایده نخواهد بود.

طی ۴۰ سال گذشته، محققان و درمانگران زیادی خانواده درمانی کارکردی (FFT) را به عنوان یک مدل مداخله ای ساختاریافته، کوتاه مدت و قوی، برای خانواده های نوجوانان بزهکار و مصرف کننده مواد، توسعه داده و مورد آزمایش و پالایش قرار داده اند. FFT یک مدل مبتنی بر توانایی و قوت است که بر عوامل خطر و حفاظتی مؤثر بر نوجوانان و محیطشان، تمرکز دارد. جلسات این درمان که معمولاً در درمانگاه ها و محیط خانه تشکیل می شود، به طور میانگین در قالب ۱۲ جلسه و طی مدت ۳ تا ۴ ماه تنظیم می شود. همچنین می توان جلسات را در مدرسه، مراکز بهداشت روانی، مراکز رفاه کودک، دفاتر کانون اصلاح و تربیت و نظام های مراقبت های دوره نقاهت، برگزار کرد. از آنجاکه، برخی از خانواده ها بی خانمان هستند، مجرای FFT می تواند منعطف باشد. مدل مورد استفاده درمانگران FFT برای این خانواده های پرچالش، مبتنی بر افزایش التزام، ابقاء و تغییر مثبت است.

با توجه به مقاومت اغلب خانواده ها در برابر تغییر، اولین هدف FFT برانگیختن اعضای خانواده برای تغییر و تقویت تعاملات خانواده است. تنها پس از دستیابی به این اهداف اولیه است که FFT می تواند مشکل موجود (یعنی رفتار مسئله ساز نوجوان) را آماج خود سازد. بدیهی است،

۱- خوانندگان گرامی توجه داشته باشند که نوشته برگردانی اصیل از متنی مبتنی بر فرهنگ رایج در کشوری دیگر است که ممکن است پاره ای از رفتارهای متداول در یک فرهنگ، خارج از شئون فرهنگی جامعه ای دیگر باشد. به این دلیل در سراسر متن دخیل و تصرفی در جهت حذف مثال ها صورت نگرفته است (م).

در بیشتر موارد در صورت عدم تعریف، نتایج خاص نهایی مطلوب درمانگران FFT، والدین و منبع ارجاع (مانند مراجع قضایی نوجوانان یا نظام سلامت روان)، به شدت تحت تأثیر ماهیت و منبع ارجاع دهنده قرار می‌گیرد. معمولاً از درمانگران و نظام‌های درمانی خواسته می‌شود تا اهدافی مانند جلوگیری از بازداشت دوباره، کاهش ارتکاب دوباره جرم، جلوگیری از خودزنی، بازگرداندن نوجوانان به مدرسه، جلوگیری از بیرون ماندن از منزل، ترک مصرف مواد، و اموری نظیر اینها را مد نظر قرار دهند. در هر حال FFT چشم‌انداز وسیعی از فرآیند تغییر و پیامدهای بالینی را اضافه کرده است. درمان در FFT شامل مراحل است که هر کدام دربردارنده مجموعه‌ای از فرآیندهای مداخله‌ای (تربیتی و اجرایی تکنیک‌های خاص) و پیامدهای مرتبط است. این مراحل نه تنها برای دستیابی ورء به معیار پیامد اعمال شده خارجی، که برای تنظیم دوباره الگوهای تعامل خانواده طراحی شده‌اند. بنابراین، روابط مثبت‌تر خانواده ورای درمان ادامه می‌یابد و بدین سان اعضای خانواده تشویق به ایجاد، ایجاد دوباره و سپس ابقاء راه‌های مثبت جدید می‌شوند.

FFT در مطالعات زیادی به در جستجوی پیامدهای درمانی با تمرکز بر طیفی از رفتارهای مسئله‌ساز نوجوانان بوده است، به‌ویژه افزایش گذاشته شده و بسیار مؤثر شناخته شده است. کارآمدی و اثربخشی FFT در مکان‌های مختلف محله‌های گوناگون (مانند بارتون، الکساندر، والدرون، ترنر و واربرتون، ۱۹۸۵؛ گوردون، گراوز و آرثون، ۱۹۹۵؛ والدرون و ترنر، ۲۰۰۸) و در گروه‌های فرهنگی و قومی مختلف (مانند الکساندر، پو و پارکین، ۱۹۹۶؛ فیلکر، والدرون، ترنر، برودی و هاپز، ۲۰۰۸؛ والدرون، اسلستیک، برودی، ترنر و پترسون، ۲۰۰۱) و در میان ارائه‌کنندگان خدمات با پیشینه و آموزش‌های متفاوت (مانند بارتون و همکاران، ۱۹۸۵؛ گوردون، درآمده است. FFT منجر به التزام و ابقاء بیشتر در درمان (مانند گوردون، آرثون، گاستافسون و گین، ۱۹۸۸؛ والدرون و همکاران، ۲۰۰۱) شده و درمانی مناسب برای جوانان بزهکار و نوجوانان به‌راستلا به‌سلوک و سوء مصرف مواد به‌شمار می‌رود (الکساندر و همکاران، ۱۹۹۸؛ والدرون و ترنر، ۲۰۰۰). علاوه بر این، شواهدی مبنی بر اثرات پیشگیری‌کننده FFT برای خواهر و برادر نوجوان مشکل‌دار اثر بخشی بلندمدت مداخله وجود دارد (کلین، الکساندر و پارسونز، ۱۹۷۷). معمولاً این اثر پیشگیرانه مانع از اجرای الگوهای رفتاری جوان ارجاع شده، توسط والدین و خواهر و برادر کوچک‌تر می‌شود.

به واسطه نتایج پیش‌گفت، مرکز پیشگیری از سوء مصرف مواد و دفتر دادگستری جوانان و پیشگیری از بزهکاری، FFT را به‌عنوان برنامه شایان توجه و مؤثر برای پیشگیری از بزهکاری و سوء مصرف مواد معرفی کرده‌اند (الواردو، کندال، بیسلی و لی-کوانس، ۲۰۰۰)؛ همچنین، مرکز مطالعه و پیشگیری از خشونت به‌منظور تعیین برنامه‌های درمانی و پیشگیرانه مبتنی بر پژوهش برای خشونت و سوء مصرف مواد جوانان، اقدام به بررسی بیش از ۱۰۰۰ برنامه نموده است (FFT). <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints>. یکی از ۱۱ طرح اولیه

شناخته شده برای پیشگیری از خشونت به شمار می رود (الیوت ۱۹۹۸). در همین رابطه، ریاست دایره پزشکی ارتش آمریکا نیز FFT را به عنوان یک برنامه موفق برای پیشگیری و درمان خشونت و برون ریزی جوانان معرفی کرده است. تأکیدات یاد شده، خود انعکاسی از کیفیت و اثربخشی همراه با شواهد FFT برای جوانان مسئله دار و خانواده هایشان می باشد.

علاوه بر رعایت یک سری مفاهیم تخصصی در نوشتن این کتاب، کوشش خواهیم کرد نحوه ایجاد، توسعه و اجرای FFT را به زبانی ساده توضیح دهیم. ما سعی کرده ایم به منظور برقراری ارتباط با شما و کمک به حل مسایل تان، از اتخاذ یک لحن علمی و سنتی خودداری کرده و لحن کاملاً شخصی مان را حفظ کنیم. از آنجا که اغلب از نمونه های جوانان و خانواده های خاص (البته با هویتی ناشناس) استفاده کرده ایم، متخصصان می توانند واقعیت بالینی این جوانان و خانواده ها را تجربه کنند. ما نه تنها اهداف راهبردی و روش هر مداخله را توصیف می کنیم، بلکه مراحل و تغییرات خاص موجبه و منفی برای موفقیت را نیز بیان می نماییم. در عین حال، ما با توجه به قدرتی که FFT به واسطه پیشگیری، تدریس و آموزش کسب کرده است، اطلاعات مرتبط با تصمیم گیرندگان، مدیران برنامه، ناظران و پژوهشگران بالینی و حتی قانون گزارانی که مسئول تخصیص بودجه برای تدارک کارآمدترین خدمات هستند را بیان کرده ایم.

در ادامه مقدمه، تغییر به عنوان یک آید، شدی در رویکرد FFT را مفهوم سازی کرده و شما را با ۵ مرحله اصلی درمان FFT آشنا می نمائیم. سپس به توضیح ساختار این کتاب می پردازیم.

تغییر به عنوان یک فرآیند رشدی

به نظر ما در FFT، تغییر یک فرآیند رشدی به حساب می آید؛ به این منوال که نتایج هر مرحله بر فرایندها و نتایج مراحل بعدی اثری آشکارگونه دارد. نتایج حاصل در اثنا و در بین جلسات، در طول زمان یکی پس از دیگری ظاهر می گردند. برای مثال میزان پیروی اعضای خانواده از دستورات درمانی در خلال مرحله تغییر رفتار، با توانایی درمانگر در کاهش کشمکش و ایجاد اتحاد متعادل با اعضای خانواده در خلال مرحله انگیزش مرتبط است. اگرچه کاهش منفی گرایی درون خانواده در جلسه اول به نوبه خود نتیجه مهمی است، چنانچه درمانگران نتوانند به رابطه مرکزیت بخشند و در عین حال، خانواده را امیدوار ایجاد کنند، اثرات مثبت چنین کاهش زودگذر خواهد بود. از درمانگران FFT انتظار می رود که اهداف میان مدت پس از پایان جلسه یا مرحله درمان خود و اهداف نتایج بلندمدت شان را معین کنند. چنین کاری به هیچ وجه یک پیشرفت خطی ساده نیست اما حاکی از توالی منسجمی در گام های اجرایی با خانواده ها است. برای مثال، درمانگران مستقیماً سراغ مرحله تغییر رفتارهای افراد ارجاع شده نمی روند؛ آن ها ابتدا باید با جذب اعضای خانواده به درمان راه را هموار کنند و تغییر را به اعضای خانواده القاء نمایند؛ یا با ایجاد بافتار و

شرایطی کمتر منفی و حتی امیدوارانه تر، به آن‌ها انگیزه دهند. همچنین، آن‌ها باید نحوه ارتباط رفتارهای مشکل ساز نوجوانان معرفی شده را با روابط درون خانواده و نیازهای بقیه افراد معین کنند. بنابراین، اگرچه FFT نهایتاً بر بهبود مشکلات خاصی چون خشونت، بزهکاری و مصرف مواد مخدر در نوجوان تمرکز دارد، اما فرآیند تغییر، خود پویا و چندوجهی است و در سراسر درمان به چشم می‌خورد. این دیدگاه پویای نتایج، حاکی از ارتباط میان فعالیت‌های درمانگر و مراجع در مراحل مختلف فرآیند درمان است. بر اساس اظهارات گارمن، نیسکرن و پینسوف (۱۹۸۶)، این نکته شامل مشخص کردن رفتارهای درمانگر همراه با نتایج آنی و میان مدت (OS کوچک^۱) و نتایج بلندمدت (O^۲ بزرگ^۲) درمان است. تغییر در سطح خرد، در پاسخ خانواده به مداخلات اختصاصی آغاز می‌شود. سپس در سراسر درمان تکامل می‌یابد، و سرانجام در نتایج مشاهده شده به دنبال تکمیل درمان - و پس از آن - نمایان می‌گردد.

همچنین ریکردی FFT حول سازه منحصربه‌فرد کارکردهای رابطه شکل گرفته است (به همین جهت با عنوان «بواد درمانی کارکردی شناخته می‌شود»). این سازه به درمانگران FFT کمک می‌کند تا روش‌ها، خود را با نیازهای هر نوجوان و خانواده به صورت فردی و انحصاری درآورده تا عوامل حمایتی مرتبط با هر خانواده را ایجاد نموده و ارتقاء بخشند. بنابراین، در حالی که مدل مداخله‌ای FFT، قابلیت انعطاف و تعدیل بر اقدامات و چگونگی انجام وجوه منحصربه‌فرد آن برای هر نوجوان و خانواده را به درمانگر می‌دهد، چهارچوب ساختارمند برای درمان فراهم می‌آورد. پس دیدگاه پویای فرآیند تغییر به درمانگران یاری می‌سازد تا بدون از دست دادن تصویر کلی و بزرگ کار بر اهداف آنی جلسه تمرکز کنند.

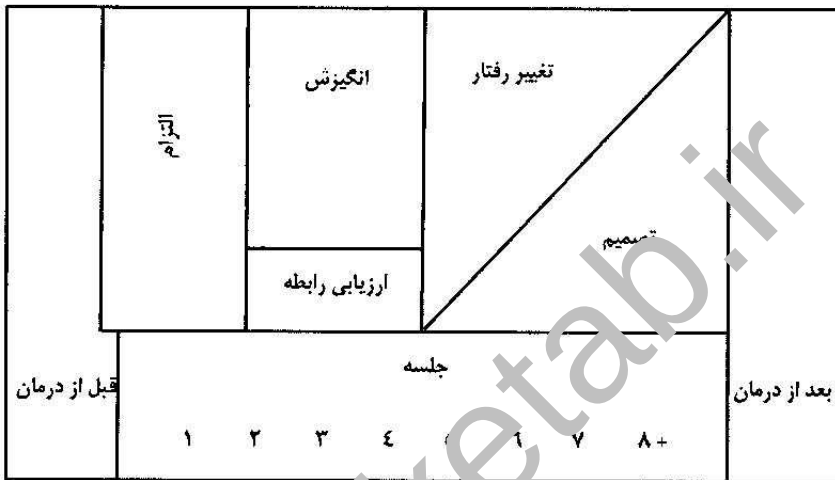
مروری کلی بر FFT

مراحل پنج‌گانه FFT که آن‌ها را به طور تصویری در شکل ۱ مشاهده می‌کنید شامل: التزام، انگیزش، ارزیابی رابطه، تغییر رفتار و تعمیم است. همان‌گونه که در شکل دیده می‌شود مراحل در قالب‌های مشخص جدا از هم نیستند و همپوشی‌هایی بین آنها، به ویژه بین مرحله انگیزش و ارزیابی رابطه و بین مرحله تغییر رفتار و تعمیم به چشم می‌خورد. برای مثال، درحالی که در ابتدای جلسه اول یا دوم اهداف مرحله ارزیابی کم‌اهمیت‌تر است، غلبه با اهداف و تکنیک‌های مرحله انگیزش می‌باشد. به تدریج، با افزایش انگیزش خانواده و کاهش نیاز به تلاش‌های مداخله‌ای برای حفظ انگیزه تأکید به مرحله ارزیابی رابطه تغییر می‌کند. چنین تغییری نیز بین مراحل تغییر رفتار و تعمیم صورت می‌گیرد.

1-little outcomes

2-big outcomes

به منظور جلوگیری از ترک و ریزش و ایجاد دوره مثبت تغییر، FFT شدت مداخله را ابتدا در مرحله التزام و سپس در مرحله انگیزش، بیشتر می نماید تا رکود و ایستایی منفی ساخته شده توسط خانواده ها در زمان ملاقات با درمانگر FFT، را بشکند. میزان ماندگاری اعضای خانواده در درمان وابسته به میزان موفقیت درمانگر در اصلاح اسنادهای منفی، کاهش کشمکش ها، ایجاد اتحاد متعادل با اعضای خانواده در ابتدای درمان و ایجاد چهارچوبی برای خانواده به منظور افزایش تمایل شان به روابط و نتایج بهتر، می باشد.



شکل ۱: مداخله خانواده درمانی کارکردی

این پیشرفت، FFT را از بیشتر رویکردهای درمانی خانواده جدا می کند؛ به نظر ما دلیل این امر میزان بالای حفظ و ادامه درمان با خانواده هایی است که معمولاً از قبل در سطح پایینی از هر دو مورد قرار دارند. در ادامه شاهد توصیف مختصری از هر مرحله، و در جدول شماره ۱ خلاصه کوتاهی از اهداف، عوامل مورد هدف، مهارت های درمانگر، تمرکز مداخله، و نشانه های موفقیت برای هر مرحله خواهید بود.

مرحله التزام

هدف از مرحله اصلی التزام، افزایش درک و فهم اعضای خانواده از اعتبار و پاسخ دهی درمانگر است. همان گونه که در شکل ۱ مشاهده می شود، قبل از اینکه جلسه اول آغاز شود، تعیین اهداف و روش های این مرحله مفید است. درمانگران، از هنگام اولین تماس های تلفنی با خانواده، تمایل خود را به گوش کردن، کمک کردن، احترام گذاشتن و پاسخ دادن به خانواده ابراز می دارند. در این مرحله برای دستیابی به نتایج درمان، هر مورد بالقوه ای که ممکن است با فرهنگ و قومیت مرتبط باشد، همچون حساسیت قومی و نژادی درمانگر و اعضای خانواده و نیاز به زبان انتخابی خانواده، محترم شمرده می شود. بنابراین از ابتدا مداخلات به گونه ای طراحی می شوند که نسبت به حرمت و توانش فرهنگی اطمینان حاصل شود.