

خانواده درمانی تجربه‌ای: مطالعه مروری

Experiential Family Therapy: Review Study

Hamed Kashanaki
Ph.D. Student, Health
Psychology, University of Tehran
hamedkashanaki@gmail.com

**Dr Seyyed Mohammad Reza
Rezazadeh**
Professor assistant of
Psychology, University of
Tehran

حامد کاشانکی

دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، دانشگاه
تهران

دکتر سیدمحمد رضا رضازاده

استادیارروانشناسی دانشگاه تهران

چکیده

Abstract

This article is a review of the history, theoretical and empirical birthplace of experiential family therapy, its principles, the study of Satir communication experiential therapy, the similarity of this therapy with experiential Dynamic therapies and the role of a therapist in this treatment. The method of the present study is a review and it includes articles and applied studies of treatment and their effectiveness and the latest revisions related to this type of treatment. In this paper, it was found that Satir experiential therapy emphasizes on communication styles, expressions of emotion, freedom and love more than other therapeutic approaches, and it aimed to integration and evolution of person. this goal

مقاله حاضر مروری بر تاریخچه، زادگاه نظری و تجربی خانواده درمانی تجربه‌ای، اصول و اساس آن، بررسی درمان ارتباطی تجربه‌ای ستیر و شباهت آن با درمان‌های پویایی و تجربه‌ای و مداخلات و نقش درمانگر تجربه‌ای در درمان می‌باشد. روش پژوهش حاضر از نوع مروری و در برگیرنده مقالات و مطالعات کاربردی درمان ستیر و بررسی اثر بخشی آن‌ها و آخرین تجدید نظرها در ارتباط با این نوع درمان است. در این مقاله مشخص شد که رویکرد درمانی ستیر، بیش از سایر رویکردهای درمانی بر سبک‌های ارتباطی، بیان احساسات، آزادی و عشق تأکید دارد، و هدفی جز رشد و تحول فردی و رسیدن به انسجام ندارد. البته این هدف مهارت و شجاعت درمانگر را می‌طلبد و طبعاً مستلزم

requires the therapist's skill and courage, and it requires a high level of self-awareness and integrative self-knowledge or the alignment of therapists.

آگاهی و خودشناسی انسجامی بالا یا همترازی در درمانگران این رویکرد است.

واژه‌های کلیدی: خانواده درمانی، ستیر، تجربه

ای، ارتباط

Keywords: Family therapy, Satir, Experiential, Communicative

دریافت: بهمن ۹۶، پذیرش اسفند ۹۶

مقدمه

خانواده، منبع بزرگ حمایت، صمیمیت و دلبستگی انسان است. نیاز به عشق یا دلبستگی، بنیادی‌ترین نیاز روانی و بیولوژیکی آدمی است. شناخت و پیشروی در عشق مستلزم بیان افکار و تجربه احساسات با هدف نزدیکی می باشد (باگاروزی^۱، ۲۰۱۴). عشق مهمترین سوخت صمیمیت، به معنی بیان عواطف بدون بازداری است. عدم آمادگی والدین برای تجارب احساسی عمیق به دلیل ژنتیک و یادگیری دربرخورد با مواضع وصل و فصل نوزاد، بازداری احساساتی مثل عشق، خشم و گناه را در پی دارد. تجارب احساسات منفی مانند خشم و گناه در خانواده‌ها تقبیح می‌شود و این سختگیری یا سهل‌گیری (بی توجهی) در ابراز احساسات و ارتباطات، مایه شکل‌گیری وجدان ناسالم و درنهایت مشکلات عزت‌نفس کودک می‌شود (قربانی، ۱۳۹۳). در رویکرد درمانی ستیر، مشکل به عدم توانایی برای انتقال صریح و موثر احساسات و هر نشانه که مانع رشد عاطفی اعضا شده است، اطلاق می‌شود (سیف و یادگاری، ۱۳۸۶). در این روش، هدف از درمان، ایجاد ارتباط روشن بین اعضای خانواده و رشد عزت‌نفس است (کار، آ، ۲۰۱۲). بازداری‌زدایی احساسات در روابط اعضا، مهم‌ترین مکانیزم درمان ستیر می‌باشد. ستیر معتقد است شیوه پیام‌رسانی و ارتباط ناکارآمد

1. Bagarozzi

2. carr

(غیرمستقیم، مبهم، ناقص، تحریف شده، نامناسب، و ناهمخوان) شاخص نظام خانوادگی بدکار به شمار می آید (گلدنبرگ و گلدنبرگ^۱، ۱۳۸۵). الگوی درمانی ستیر بر ناهمخوانی بین پیام‌ها در ارتباط تأکید دارد (روبینز، ۲۰۰۴). در نتیجه گفتگوی مستقیم بین اعضای خانواده را تسهیل می نماید و آنها را ترغیب می کند تا در پیام‌رسانی‌های خود همخوان عمل کنند و بدون قیدوشرط احساسات را با وضعیت بدنی هماهنگ سازند (گلدنبرگ، ۱۳۸۵). هماهنگی بین گفتار و وضعیت بدنی در گام اول نیازمند تجربه احساس است. درمان‌های فردی هرکدام به نوعی به بازسازی احساسات می پردازند. در روانکاو، فرد با بینش یافتن به شیوه دفاع درمقابل احساسات زیرین و اضطراب درمان می شود (دوانلو، ۱۹۹۶). در درمان شخص‌محور، خودشناسی با کشف معنی تجارب صورت می گیرد (میادری و راجرز، ۱۹۸۴). شناخت درمانی معطوف به آگاهی از باورهای نادرست و تحریف شده است (بک و ویشار، ۱۹۹۵). آگاهی به ناهشیار در درمان ستیر، در آشکارسازی مفهوم ارتباطات و پیام‌رسانی‌ها، فرا پیام‌ها و آزادی در بیان فکر و احساس نمود دارد. ستیر به اعضا کمک می کند تا به جای تکرار ناراحتی گذشته، تعاملاتشان را در زمان حال مورد تجزیه و تحلیل قرار دهند (تامسون و همکاران^۲، ۲۰۰۳). بررسی احساسات در زمان حال و آزادی در تجربه احساس، جزو اصول درمان‌های پویشی است (قربانی، ۱۳۹۲). خواستگاه درمان ستیر را می توان در اصل انسان‌گرایانه و تغییر در خارج از چارچوب‌های انعطاف‌ناپذیر خانواده و قابلیت تغییر بیمار در تجربه ارتباط و احساس بررسی کرد. پژوهش‌های بسیاری (برمودز^۳، ۲۰۰۸؛ کوهن^۴، ۲۰۰۹؛ آرمسترانگ^۵، ۲۰۰۲) اثربخشی درمان ستیر را بر افزایش صمیمیت و سلامت اعضای خانواده نشان داده‌اند. این پژوهش به بررسی تاریخچه، اصول بنیادی و فلسفی روان‌درمانی تجربه‌ای

1. Goldenberg & Goldenberg

2. Tompson et al

3. Bermudez

4. Cohen

5. Armstrong

ستیر، مقایسه آن با دیگر رویکردها، نحوه شکل‌گیری مداخلات درمانی و شباهت آن با درمان‌های پویایی می‌پردازد.

خانواده‌درمانی تجربه‌نگر: مدل انسان‌گرایانه خانواده‌درمانی

خانواده درمانی تجربه‌ای، تلفیقی یکپارچه از روان‌شناسی انسان‌گرای آبراهام مزلو، درمان‌هایی مانند کارل راجرز^۱، فریتز پرلز^۲، نظریه‌های سیستمی و ارتباطی خانواده مانند گریگوری باتسون^۳، دان جکسون^۴ و واتزلویک^۵ است. با این حال، خانواده‌درمانی تجربه‌ای، سیستم منسجمی از یک نظریه واحد نیست (بکوار و بکوار^۶، ۲۰۱۲). در این درمان گرایش بر ارتباط خانواده‌درمانی با رویکردهای تجربه‌گر مدنظر است تا اینکه مدل تجربه‌نگر پیروی شود. خانواده‌درمانی تجربه‌ای در نهایت به سه شاخه اصلی تقسیم می‌شود: رویکرد نمادین تجربه‌ای کارل ویتاکر^۷، رویکرد گشتالت تجربه‌ای والتر کمپلر^۸ و رویکرد ارتباطی تعاملی ستیر (بکوار، ۲۰۰۶). با این حال، درمانگران تجربه‌ای همانند انسان‌گرایان معتقدند به تعداد درمانگران این حوزه، برداشت‌های منحصر به فرد و مدل‌سازی شخصی از درمان می‌شود (بالدوین^۹ و ستیر، ۱۹۸۷؛ ناپیر^{۱۰} و ویتاکر^{۱۱}، ۱۹۷۸).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

-
- 1 . Carl Rogers
 - 2 . Fritz Perls
 - 3 . Gregory Bateson
 - 4 . Don Jackson
 - 5 . Paul Watzlavick
 - 6 . Becvar and Becvar
 - 7 . Carl Whitaker
 - 8 . Walter Kempler
 - 9 . Baldwin
 - 10 . Napier
 - 11 . Whitaker

روان‌شناسی انسان‌گرا، نظریه سیستم‌های خانواده^۱، خانواده درمانی تجربه‌ای

انسان‌گرایی، تجربه‌نگری و وجودگرایی یا نیروی سوم در پاسخ به محدودیت‌های نیروی دوم یا رفتارگرایی یعنی رد تجربیات درونی شخص شکل گرفت، ولی همچنان ایده‌های روان‌پویشی نیروی اول را یدک می‌کشید؛ در حالیکه با تاکید فروید روی گذشته بیمار، برداشت‌ها و تحلیل‌های انتزاعی مخالف بود. تمامی روان‌شناسان انسان‌گرا – تجربه‌ای بر این باورند که رابطه درمانی در ابراز صادقانه و دقیق تجارب بیمار و درمانگر، تجربه حال و اصالت و همدلی ریشه دارد (گرینبرگ^۲، واتسون^۳ و لیتر^۴، ۱۹۹۸). روان‌شناسان انسان‌گرا علاقمند به گسترش دیدگاهشان در راستای خودشکوفایی، رسیدن به ظرفیت‌های انسانی، توانایی و آزادی هستند (نیکولز^۵ و شوارتز^۶، ۲۰۰۸). نظریه سیستم‌های خانواده به نوعی تجدید حیات رفتارگرایی به دلیل تاکید بر رفتار قابل مشاهده، بی‌ثمر بودن تلاش‌های درونی و اعتقاد به جعبه سیاه ذهن شناخته می‌شود (واتزلوویک، بیولاس^۷ و جکسون^۸، ۲۰۱۱). مشکلات در این رویکرد، و رای‌علیت خطی^۹ است. خانواده‌درمانگران تجربه‌ای با نظریه‌های سیستمی در زمینه قوانین ناکارآمد قدیمی و غیرقابل انعطاف سیستم حسی خانواده مشکل دار، هم‌نواایی دارند. آنها معتقدند سیستم خانواده زمانی در سطح ایده‌آل قرار دارد که اعضا، رشد و تحول یکدیگر را تسهیل کنند یا مانع آن نشوند و ارزش برابر برای تجارب یکدیگر قائل باشند و رفتارهای بیمارگون زمانی مشاهده می‌شود که اعضا تلاشی ناهشیار جهت حفظ الگوهای قدیمی و ناکارآمد خود دارند. طراز کردن سیستم در

1. Family Systems Theory

2. Greenburg

3. Watson

4. Lietaer

5. Nichols

6. Schwarts

7. Bevelas

8. Jackson

9. linear causality

خانواده‌درمانی سیستمی هدف است (فیش^۱، ویکلند^۲ و سیگال^۳، ۱۹۸۲)؛ درحالی‌که این هدف با نظر تجربه‌گرایان که تغییر را مستلزم تغییرات فردی می‌دانند، در تضاد است.

مدل تجربه‌ای: فرض‌های اساسی نظری

تمامی مدل‌های خانواده‌درمانی ارتباط نزدیک با نظریه سیستم‌ها دارند. بکوار و بکوار (۲۰۰۶) با در نظرگرفتن نقش اساسی نظریه‌های پست‌مدرن و سیستم‌ها، فرض‌هایی بنیادی برای مدل تجربه‌ای خانواده‌درمانی مطرح کرده‌اند. لازم به ذکر است منظور از روان‌شناسان سنتی در اصول زیر، موارد قبل از رویکردهای سیستمی و تجربه‌ای مثل رویکردهای مدرن و تقلیلی^۴ است.

پرسش چگونه «جای چرا»: طبق نظریه سیستمی زمانی که از چرا می‌پرسیم، فرض می‌کنیم خانواده در سازگاری شکست خورده است در حالیکه با پرسیدن چگونه، مسیر مشکل‌ساز زمان حال بررسی می‌شود. تمامی روان‌شناسان تجربه‌نگر بر این اصل توافق دارند و درک سیستمی آنها از مشکل، منوط به بررسی رفتار خانواده در زمان حال و تاکید انسانی بر کیفیت تجربه لحظه درمان است.

الگوها و علیت متقابل: روان‌شناسان تجربه‌ای از اصل رویکرد سیستمی در مشاهده تاثیر متقابل اعضا استفاده می‌کنند، آنها مسئولیت‌پذیری شخصی والدین را در برخورد با کودک دارای نشانه‌های ناسالم بالا می‌برند و این فرض که ممکن است بیماری کودک متأثر از مشکلات ارتباطی والدین باشد را مد نظر دارند (بکوار، بکوار و نیکولز، ۲۰۰۸).

-
1. Fisch
 2. Weakland
 3. Siegal
 4. positivism
 5. what

کل گرایی^۱: در حالیکه روان شناسان سنتی اعتقاد به تقلیل گرایی دارند، روان شناسان تجربه‌ای بیشترین تاکید را نسبت به بقیه خانواده درمانگران بر کل دارند. برای مثال ویتاکر افراد را بدون حضور اعضای خانواده نمی‌پذیرد (ویتاکر و کیت، ۱۹۸۲). برآورد کلی روان شناسان تجربه نگر از احساس این است که مهم‌ترین جنبه درمان است و تاکید مضاعف روی احساسات در کل فضای خانواده، گرایش این درمان را به کل گرایی نشان می‌دهد (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۸).

ذهنی و ادراکی^۳: رویکرد سنتی بر این باور است که تشکیل دانش برای انسان به صورت عینی اتفاق می‌افتد در حالیکه در روش تجربه‌ای درک افراد نسبت به واقعیت محدود است و تحت تاثیر نوع پردازش هر فرد قرار دارد. روانشناسان تجربه‌نگر با رویکرد پست مدرن در اعتقاد به فرآیند ذهنی و ادراکی در یک‌کریف قرار می‌گیرند. ارتباطی و بافتی^۴: خانواده‌درمانگران تجربه‌ای معتقدند: افراد به طور طبیعی سالم و آزاد هستند، پس بافت روابط سبب مشکل شده‌است.

دیالکتیک و نسبی^۵: پست مدرن معتقد است هیچ نظریه‌ای بر دیگری ارجحیت ندارد و صحیح و غلطی وجود ندارد. منطق دیالوگ این است: همانطور که حق، صددرصد با من است، تو هم صددرصد حق‌داری (قربانی، ۱۳۹۰). درمان تجربه‌ای مانند گفتگویی است که در آن، اعضای خانواده با مدیریت درمانگر تلاش می‌کنند تا ارزش‌ها و تجارب یکدیگر را درک کنند و تعاملی سازنده داشته باشند.

فعال بودن یا عاملیت^۶: فعال بودن درمانگران تجربه‌ای با روان تحلیل‌گران قابل‌مقایسه است (ستیر و بالوین، ۱۹۸۳). آنها در تلاشند تا مستقیماً هیجان‌ات سرکوب‌شده را بازسازی و فعال کنند.

1. wholistic

2. Keith

3. Subjective/perceptual

4. contextual

5. Relativistic

6. Proactive

خانواده‌درمانی تجربه‌ای و فرض‌های نظریه ارتباطات^۱:

نظریه ارتباطات توسط باتسون و همکاران بنیان‌گذاری شد. نظریه ارتباطات در خانواده‌درمانی با بررسی ساختار، استعاره‌ها و معنادهی به ارتباط نقش‌آفرینی می‌کند (کارول^۲، ۲۰۰۸). ستیر ابتدا درمانگر راهبردی بود که نظریه ارتباطات را مطرح ساخت ولی درنهایت، روش تجربه‌ای را استفاده کرد. روش او همنوایی بالایی با تئوری ارتباطات داشت. از بین بردن موانع ارتباطی بین اعضا، از بین بردن چالش‌های دریافتی پیام‌های اعضا و بررسی مشکل به عنوان ارتباط ناموزون از مبانی نظریه ارتباطی ستیر است.

مفروضه‌های اساسی خانواده درمانگران تجربه‌ای ستیر

مفروضه‌های اساسی این روش، همان مفروضه‌های انسان‌گرایی است. به طور دقیق‌تر درمانگران این روش سعی بر شکوفاسازی استعداد افراد در فضایی صمیمی و آزادانه، ابهام‌زدایی ارتباطات، ایجاد فضایی برای برقراری ارتباط و تجارب بدون سانسور، ایجاد توانایی در ابراز آزادانه احساسات، توجه لحظه‌به‌لحظه به تغییرات در جلسه درمان، درک تجارب برای رسیدن به فردیت و معنادهی به پیام‌های ناموزون اعضا را دارند. درمانگر مانند یک مربی روانشناختی به اعضا یکپارچگی بدن، احساس، رفتار و گفتار را می‌آموزد و حد نهایت آزادی را برای رشد آن‌ها قائل است (نیکولز و شوارتز، ۲۰۰۸؛ بکوار و بکوار، ۲۰۰۴؛ گرینبرگ، ۱۹۹۸؛ ستیر، ۱۹۷۲).

معیارهای رایج رابطه‌درمانی (رابطه بیمار و درمانگر) و خانواده‌درمانی تجربه‌ای

(ستیر)

1. Communication Theory

2. Carroll

به عقیده اسپرنکلی^۱ و بلو^۲ (۲۰۰۴) رابطه‌درمانی در خانواده‌درمانی سه ملاک رایج دارد که در درمان‌های فردی دیده نمی‌شود: بررسی مشکلات در بافت سیستم اجتماعی، مداخلات در سطح سیستمی و همبودهای مضاعف روابط درمانی. روانشناسان تجربه‌نگر تمامی این معیارها را در فرآیند درمان منعکس کرده‌اند. آنها بیان می‌کنند که ابراز منحصر به فرد توانایی‌های بیمار، موتور محرکه رشد شخصی آنها است و این توانایی درمانگران است که استعدادهای منحصر به فرد خود را ابراز کنند و صمیمیت را شکل دهند.

الگوی‌های ارتباطی درمان ستیر: انسجام و تعارض

ستیر (به نقل از بلوم^۳، ۲۰۰۶) پنج الگوی ارتباط را معرفی کرده‌است که افراد در شرایط استرس‌زا از آنها به صورت کلامی و غیرکلامی استفاده می‌کنند. ۱. سازشگر^۴) فرد به دیگران بیش از خود اهمیت می‌دهد و از تعارض به منظور برقراری انسجام دوری می‌کند). ۲. سرزنشگر^۵ (فرد با بی‌اهمیت جلوه‌دادن دیگران عزت‌نفس خود را حفظ می‌کند). ۳. بی‌ربط‌گو^۶ (فرد بر این باور است که با اظهار عقاید واقعی نمی‌تواند به عزت‌نفس دست یابد؛ در نتیجه انرژی خود را صرف مهملات می‌کند). ۴. حسابگر^۷ (در این الگو فرد فقط در سطح شناختی فعالیت و فاصله عاطفی را با اطرافیان حفظ می‌کند). ۵. الگوی همتراز^۸ (انسجام در لحن، ابراز و تجربه احساس و انتقال متناسب پیام آن) در ۴ الگوی اول، انتقال پیام (گفتار، رفتار و لحن) با تناقض همراه است و موجب می‌شود دریافت‌کننده پیام احساس واقعی خود را به طرف مقابل ابراز نکند.

-
- 1 .Sprenkle
 - 2 . Blow
 - 3 . Bulum
 - 4 . placate
 - 5 . blamer
 - 6 . distracting
 - 7 . computing
 - 8 . justified

این عدم انسجام ناشی از نپذیرفتن نقاط ضعف انتقال‌دهنده است. پایین بودن خودشناسی انسجامی^۱ (قربانی، واتسون^۲ و هارگیس^۳، ۲۰۰۸) می‌تواند تبیین مناسبی برای این الگوهای نامناسب باشد. توجه، آگاهی، تحمل پردازش احساسات کنونی و گره‌زدن آنها به گذشته و معنادهی به تجارب از ویژگی‌های خودشناسی انسجامی است (قربانی، ۱۳۹۳). در الگوی پنجم یا الگوی همتراز، افراد بدون پنهان‌کاری و فریب، افکار و احساسات خود را ابراز می‌کنند (مور^۴ و کرامر^۵، ۲۰۰۰).

اهداف درمانی ستیر: تعامل صادقانه و بازداری زدایی احساسات

مدل درمانی ستیر به افراد کمک می‌کند تا عواطف خود را نشان‌دهند و قوانین نانوشته منع‌کننده ارتباط مناسب را تغییر دهند (نیلسون^۶، ۲۰۰۶). هدف درمان افزایش همزمان تعلق اعضا به یکدیگر و استقلال آنها است (نظری، ۱۳۸۶). بالارفتن توانایی در برقراری ارتباط مناسب در وصل و فصل از جمله اصولی است که در درمان‌های پوشی تجربه‌ای لحاظ می‌شود. تغییر الگوهای ارتباطی مطرح‌شده از اهداف درمان است. در رابطه با چگونگی ابراز احساسات، سرزنش‌کنندگان معمولاً احساسات خود را نسبت به دیگران در نظر نمی‌گیرند (انکار و حمله به خود هنگام تجربه احساسات). حسابگران احساس خود را نسبت به موضوع بحث حذف می‌کنند (جداسازی). بی‌ربط‌گویان هر چیزی را حذف می‌کنند (منحرف کردن احساسات) و سازشگران احساسات را نسبت به خودشان حذف می‌کنند (انکار و برونی‌سازی احساسات). رویکرد تجربه‌ای به افراد کمک می‌کند تا عواطف سرکوب‌شده را شناسایی و ارتباط

1. Integrative Self Knowledge

2. Watson

3. Hargis

4. Moore

5. Kramer

6. Nelson.

سازنده برقرارکنند (نورکراس^۱ و پروچاسکا^۲، ۱۳۸۷). ستیر معتقد است درمان فرآیندی است که برای رسیدن به بهزیستی از طریق آزادسازی ظرفیت و توان بالقوه ذاتی خانواده به کار گرفته می شود. از بعد انسانگرا می توان این اهداف را در درمان ستیر یافت: ۱. آزادی در آنچه اینجا و الان می بینیم و می شنویم تا چیزی که باید باشیم، بودیم یا خواهیم بود. در درمانهای پویشی می توان این هدف را در افزایش بهوشیاری^۳ جست (قربانی، ۱۳۹۰). ۲. آزادی در گفتن چیزی که احساس و فکر می کنیم تا چیزی که باید گفته شود. ۳. آزادی در لمس احساسی که تجربه می شود تا چیزی که باید تجربه می شد. ۴. آزادی در درخواست کردن؛ تا اینکه برای درخواست منتظر اجازه طرف مقابل باشیم. ۵. آزادی در ریسک کردن جهت دریافت حق خود تا اینکه بخواهیم از ترس مسئولیت شکستن چارچوبها در امان بمانیم. با شکسته شدن چارچوب ذهنی، فرد به عمیق ترین و دردناک ترین تجاربش نزدیک می شود و تغییراتی ژرف در نحوه عشق ورزی او حاصل می شود (مالان^۴، ۱۳۹۱).

اثر بخشی درمان ستیر در ایران: مرور و تحلیل پژوهشها

در یک پژوهش با به کارگیری روش درمانی ستیر روی دختران مقطع راهنمایی مشخص شد این درمان، پرخاشگری کلامی و جسمانی را کاهش می دهد، با افزایش مهارت های استدلال همراه است و از این طریق رابطه والد-فرزند را بهبود می بخشد. در واقع این روش با مورد توجه قرار دادن پرخاش به خود و اطرافیان، باعث می شود افراد در تعامل های بعدی خصوصا در سنینی که چالشها با خانواده به اوج خود می رسد، توانایی خودمهارگری هیجانانگیز را کسب کنند (موسوی، جلویاری و تبریزی، ۱۳۹۲). در پژوهشی دیگر مشخص شد که درمان کوتاه مدت ستیر در ارتقای

1. Norcross

2. Prochaska

3. mindfulness

4. Malan

صمیمیت بین زوجین موثر است. زمانیکه به احساسات زوجین توجه شود؛ عشق و صمیمیت بیشتر می‌شود. زمانی که عشق در زندگی کمرنگ باشد، خصومت ناشی از نادیده گرفته شدن عشق منجر به استفاده از کنترل کننده‌ها برای حفظ ارزش خود می‌شود و نفرت ناشی از نادیده گرفتن عشق، در مسیرهای ناسالم مانند جنگ قدرت، استفاده ابزاری از فرزندان با ایجاد احساس گناه و رقابت با والدین همسر متجلی می‌شود (نظری، اسدی و شاهینی، ۱۳۸۸)

بازنمایی شخصی مولف از درمان ستیر: جمع بندی، نقد و نتیجه‌گیری

ظهور روان‌شناسی انسانگرا و نظریه‌های پست‌مدرن در دهه اخیر، دگرذیسی تمرکز درمان‌ها از شناخت به هیجان مثل بهوشیاری مبتنی بر کاهش استرس^۱ و بهوشیاری مبتنی بر شناخت درمانی^۲ و اثر بخشی بالای (عباس^۳، ۲۰۰۶) درمان‌های تجربه‌ای مانند روان درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت^۴ و رویکردهای دیالوگی^۵ نشان دهنده اهمیت تجارب احساسی در درمان است.

مسئله‌ای که می‌تواند بعدها مورد بررسی قرار بگیرد این است که اگر ما به بازنمایی ذهنی افراد از دیگران معتقد هستیم؛ پس چه نیازی به حضور همه اعضا در درمان است؟ وقتی فرد در جلسه درمان بتواند با بازنمایی‌ها در ذهنش دیالوگ برقرار کند دیگر چه نیازی به حضور فیزیکی آنهاست؟ به‌عنوان مثال زنی که از شوهر خود به دلیل رفتار سلطه‌گرانه خشمگین است، زمانیکه به این بینش می‌رسد که ارتباط ناسالم او ریشه در احساس گناه و میل به زندگی با مردی شبیه پدر سلطه‌گرش دارد، به شفقت خود و عزت‌نفس می‌رسد. در نتیجه هنگام سلطه‌گری شوهر مقاومت می‌کند. در اینجا بدون حضور شوهر، زن توانست رابطه سازنده با او برقرار کند. با این تغییر، میل

1. MBSR

2. MBCT

3. abbas

4. ISTDP

5. DIALOGICAL SELF.

شوهر به سلطه‌گری با عدم ارضا این تمایل دفاعی ناسالم در محیط خانواده خنثی می‌شود. می‌توان گفت میل به درمان شدن یا پیمان‌درمانی در همه اعضا یکسان نیست و حتی گاهی اوقات حضور شوهر سلطه‌گر همزمان در کنار زن، مانع از ابراز آزادانه تجارب احساسی زن در جلسه درمان می‌شود.

اگر خانواده را محل شکوفایی استعداد، عشق و آزادی بدانیم باید در تعریف ویژگی‌های رویکرد سیستمی تجدیدنظر داشته باشیم. اگر سیستم معنا داشته باشد نقطه وحدت و ثبات سیستم هدفمند در محیط انسانی، عشق و آزادی است. پس هرگاه سیستم با کنترل همراه شود، بدکار می‌شود و زمانیکه با عشق همراه شود، به جریان می‌افتد. حال بسته به رویکرد ما دارد که کنترل را در سیستم تقویت کنیم تا ثبات پیدا کند (ولی در واقع احساسات سرکوب و دفاع‌ها تقویت شده‌اند) یا تجربه عشق را جاری سازیم تا اعضا شکوفا شوند. در این مطالعه مروری مشخص شد رویکرد درمانی ستیر بیشتر از دیگر روش‌های خانواده‌درمانی با تجربه احساس، آزادی و عشق همراه است و هدفی جز تجارب آزادانه احساس و انسجام ندارد. تحقق این هدف، مسئولیت‌پذیری و شجاعت می‌طلبد و مستلزم خودشناسی انسجامی یا همترازی درمانگر است. هدف نهایی از درمان، همترازی اعضا در محیط خانواده و تجربه وحدت ذهن و بدن در آگاهی به احساسات است. این آگاهی در خودشناسی انسجامی، مفهومی درون‌روانی است و نوعی دیالوگ با خود فرد محسوب می‌شود در حالیکه در درمان ستیر، دیالوگ در روابط بیرونی و با اثر بیرون در درون نمود پیدا می‌کند.

منابع

- پروچاسکا، جیمز، ونورکراس، جان. (۱۳۸۷). *نظریه های روان درمانی* (ترجمه ی م. دهقانی). تهران: رشد. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۷).
- ستیر، ویرجینیا. (۱۳۸۴). *آدم سازی*. (ترجمه ب. بیرشک). تهران: رشد. (انتشار به زبان اصلی ۱۹۸۸).
- قربانی، نیما. (۱۳۹۰). *رواندرمانگری پویایی فشرده و کوتاه مدت؛ مبادی و فنون*. تهران: انتشارات سمت.
- قربانی، نیما. (۱۳۹۳). *من به روایت من*. تهران: بینش نو.
- گلدنبرگ، ایرونه، و گلدنبرگ، هربرت. (۱۳۸۵). *خانواده درمانی* (ترجمه س. قشبندی، ح. حسین شاه‌ی براواتی، و ا. ارجمند). تهران: نشر روان. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۰).
- گودرزی، محمود. (۱۳۸۶). *بررسی تاثیر رویکرد ارتباطی ستیر بر عملکرد زوج های ناکارآمد*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.
- مایکل پی، نیکولز، و ریچارد، شوارتز (۱۳۹۱). *خانواده درمانی- مفاهیم و روش ها* - (ترجمه ی م. دهقانی، زاده محمدی، علی، و طهماسبیان، کارینه). تهران: نشر دانژه. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۱۰).
- موسوی، معصومه، جلویاری، فرحناز، و تبریزی، مصطفی. *اثر بخشی آموزش رویکرد ارتباطی ویرجینیا ستیر بر رابطه والد-فرزند دختران نوجوان*. *روانشناسی کاربردی* (۲۸)، ۸.
- نظری، علی محمد، اسدی، مسعود، و شاهینی، علی (۱۳۸۸). *تاثیر خانواده درمانی ستیر بر صمیمیت زوج ها*. *زن و مطالعات خانواده*، ۵، ۱۲۹-۱۰۹.
- هالفورد، کیم (۱۳۸۷). *زوج درمانی کوتاه مدت* (ترجمه م. تبریزی، م. اردکان، و ف. جعفری). تهران: انتشارات فراوان. (انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).

- Abbass, A. A. (2006). Intensive short-term dynamic psychotherapy of treatment-resistant depression: a pilot study. *Depression and anxiety*, 23(7), 449.
- Armstrong, S. A. (2002). Expressive Arts in Family Therapy: Including Young Children in the Process Stephen A. Armstrong and Chris S. Simpson. *TCA Journal*, 30(2), 2.
- Bagarozzi, D. A. (2014). *Enhancing intimacy in marriage: a clinician's guide*. Routledge.
- Baldwin, M. & Satir, V. (1987). *The use of self in therapy*. New York: Hawthorn.
- Banmen, J. (Ed.). (2006). *Applications of the Satir growth model*. Avanta.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1995). Current psychotherapies. *Cognitive therapy*, 229-261.
- Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (2012). *Family therapy: A systemic integration*. Pearson Higher Ed. - Bernard, M. L., & Bernard, J. L. (1983). Violent

- intimacy: The family as a model for love relationships. *Family Relations*, 283-286.
- Bermudez, D. (2008). Adapting Virginia Satir Techniques to Hispanic Families. *The Family Journal*, 16(1), 51-57.
- Blume, T. W. (2006). *Becoming a family counselor: A bridge to family therapy theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Carr, A. (2012). *Family therapy: Concepts, process and practice*. John Wiley & Sons.
- Carroll, D. W. (2008). *Psychology of language*. USA: Thompson Wadsworth.
- Cohen, B. (2009). *The effect of Satir brief therapy on patients in a maternity hospital*.
- Davanloo, H. D. (1996). 14. Unlocking the Unconscious. *Essential Papers on Short-Term Dynamic Therapy*, 300.
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Josey-Bass.
- Ghorbani, N., Watson, P. J., & Hargis, M. B. (2008). Integrative Self-Knowledge Scale: Correlations and incremental validity of a cross-cultural measure developed in Iran and the United States. *The Journal of Psychology*, 142(4), 395-412.
- Greenburg, L. S., Watson, J. C., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford.
- Jackson, D. D. (1957). The question of family homeostasis. *Psychiatric Quarterly supplement*, 31, 79-90.
- Malan, D. (1995). *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. CRC Press.
- Meador, B. D., & Rogers, C. R. (1984). Person-centered therapy. *Current psychotherapies*, 2, 131-84.
- Moore, M& Kramer, D. (2000), Satir for beginners: Incongruent Communication patterns in romantic function. *Win* 54, 4.249-237.
- Napier, A. Y. & Whitaker, C. A. (1978). *The family crucible*. New York: Harper & Row.
- Neill, J. R. & Kniskern, D. P. (1982). *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. New York: Guilford.
- Nelson-Jones, R. (1991). *Human relationship skills*. Sydney: Holt, Rinehart & Winston.
- Robbins, M., Sexton, T., & Weeks, G. (2004). *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples*. Routledge.
- Satir, V., & Baldwin, M. (1983). Satir step by step. *Science and Behavior Books, Palo Alto CA*, 269.
- Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy: A guide to theory and technique*. Palo Alto, CA: Science and Behavior.
- Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Science and Behavior Books.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). The Satir Model. *Science & Behavior Books, Inc*.
- Sprenkle, D. H. & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(1) 113-129.
- Thompson, R. A., Egan, G., Eisenberg, S., Delaney, D. J., Rogers, C. R., & Hoffman, L. (2003). *Counselling Techniques*. New York: Brunner-Routledge.

- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., Jackson, D. D., & O'Hanlon, B. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. WW Norton & Company.
- Whitaker, C. & Keith, D. V. (1982). *Symbolic-experiential family therapy*. In J. R. Neill & D. P. Kniskern (Eds.), *from psyche to system: The evolving Therapy of Carl Whitaker* (pp. 330-378). New York: Guilford.

