

Review

Challenges of family therapy: an integrative literature review

Maryam Ordukhani¹, Mohsen Kachooei^{2*}, Samaneh Behzadpoor³

1. Master of Clinical Family Psychology, Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran

2. Assistant Professor of Health Psychology, Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Humanities Faculty, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

*.Corresponding Author: E-mail: Kachooei.m@usc.ac.ir

(Received 2 January 2022; Accepted 22 December 2023)

Abstract

Family therapy is an intervention that focuses on changing interactions between family members and tries to improve the functioning of the family as a unit consisting of individual family members. Therefore, the challenges of family therapy can exist in various cases, including relationships within the family, mental health of people, financial problems, and issues caused by lifestyle and family order. The aim of the current research is to analyze and summarize the studies that we have done in the field of dealing with various challenges of family therapy. The method of the present research was conducted as an integrated background review method, in this way, the library method and systematic review plan were used. The statistical population of this research was all scientific sources and articles in the following domestic and foreign databases with keywords related to the challenges of family therapy, 86 cases were identified as the statistical population, of which 28 documents were based on the sampling method. They were selected based on the purpose of entry and exit criteria. The search was carried out in Normagz, Mag Iran, Ensani, Jihad University Scientific Center, Science Direct, PubMed and Scopus databases in the period of 1378-1400 (2000-2022) and the keywords included family therapy, family-oriented, Iranian family and challenges. A total of 28 studies that met the necessary criteria were included in the analysis. According to the studied samples, the results were classified and analyzed in four categories: 1. Cultural challenges 2. The challenge of family-therapist identity: an identity beyond from the framework of the treatment room, 3. educational challenges and 4. the challenge of forming a therapeutic alliance. The most noteworthy point from the surveys inside and outside of Iran was mostly in the choice of research topic and method. The focus of research in Iran was on the cultural-religious concerns and mainly by analyzing the content of existing texts. While the subject range and methodology in researches outside Iran were wider and directly in the context of family meetings. It is recommended that researchers conduct similar studies relying on the opinions and direct experiences of experts.

Keywords: Challenges, Family-Centered, Family-Therapy, Integrative literature Review.

ClinExc 2023;13(66-88) (Persian).

چالش‌های خانواده درمانی: یک مرور نظام‌مند یکپارچه

مریم اردوخانی^۱، محسن کجویی^۲، سمانه بهزادپور^۳

چکیده

خانواده درمانی مداخله‌ای است که بر تغییر تعاملات بین اعضای خانواده متمرکز است و در آن تلاش می‌شود کارکرد خانواده به عنوان واحدی متشکل از تک تک اعضای خانواده بهبود یابد. بنابراین چالش‌های خانواده درمانی می‌تواند در موارد گوناگونی از جمله روابط درون خانواده، سلامت روحی و روانی افراد، مشکلات مالی و مسائل ناشی از سبک زندگی و نظم خانواده وجود داشته باشد. هدف پژوهش حاضر بررسی و جمع‌بندی تحلیلی مطالعاتی است که در زمینه رسیدگی به چالش‌های گوناگون خانواده‌درمانی پرداخته‌ایم. روش پژوهش حاضر از نوع روش مرور یکپارچه پیشینه انجام شد به این ترتیب از روش کتابخانه‌ای و طرح مروری نظام‌مند بهره گرفته شد. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه منابع علمی و مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی زیر با کلید واژه‌های مرتبط با چالش‌های خانواده درمانی بود که ۸۶ مورد به عنوان جامعه آماری شناسایی شد که ۲۸ سند بر با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. جست‌وجو در پایگاه‌های نورمگز، مگ ایران، انسانی، پایگاه مرکز علمی جهاد دانشگاهی، ساینس دایرکت، پاب مد و اسکوپوس در بازه زمان ۱۴۰۰-۱۳۷۸ (۲۰۰۰-۲۰۲۲) انجام شد و کلیدواژه‌ها شامل خانواده‌درمانی، خانواده‌محور، خانواده ایرانی و چالش‌ها بودند. در مجموع ۲۸ مطالعه که ملاک‌های لازم را داشتند، وارد تحلیل شدند. نتایج با توجه به نمونه‌های مطالعه شده در چهار دسته طبقه‌بندی و تحلیل شدند: ۱. چالش‌های فرهنگی ۲. چالش هویت خانواده‌درمانگر: هویتی فراتر از چارچوب اتاق درمان، ۳. چالش‌های آموزشی و ۴. چالش شکل‌گیری اتحاددرمانی. نکته قابل توجه از خلال بررسی‌ها در داخل و خارج از ایران بیشتر در انتخاب موضوع و روش پژوهش بود. تمرکز پژوهش‌ها در ایران در راستای دغدغه‌های فرهنگی-مذهبی و عمدتاً به روش تحلیل محتوای متون موجود بودند. در حالی که گستره موضوعی و روش‌شناسی در پژوهش‌های خارج از ایران وسیع‌تر و به طور مستقیم در بافت جلسات خانواده بودند. توصیه می‌گردد پژوهشگران مطالعات مشابهی را با اتکا به نظرات و تجربیات مستقیم متخصصان انجام دهند.

واژه‌های کلیدی: چالش‌ها، خانواده‌درمانی، خانواده‌محور، مرور نظام‌مند یکپارچه.

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی خانواده، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۲. استادیار روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

۳. استادیار روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول: مازندران، گرگان، بندرگز، دانشگاه آزاد اسلامی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۱/۰۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۲/۰۸/۰۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۱۱

مقدمه

واحد خانواده گروهی از افراد است که به یکدیگر اهمیت می‌دهند^۱. خانواده‌درمانی شکلی از روان‌درمانی گروهی^۱ (گفتگو درمانی^۲) است که بر بهبود روابط و رفتارهای بین خانوادگی تمرکز دارد^۲. در خانواده درمانی، یک گروه می‌تواند از ترکیب‌های مختلفی از عزیزان، مانند؛ والدین، سرپرستان و فرزندان، خواهر و برادر، پدربزرگ و مادربزرگ، عمه و عمو، دوستان، مراقبان خویشاوندی و غیره تشکیل شود^۳. سیر دگرگونی‌های خانواده در عصر حاضر، حکایت از سست شدن این نهاد و پاسخ ناکافی جامعه ایران به چالش‌های ایجاد شده را دارد. لذا به منظور حفظ ثبات در خانواده ایرانی، ضرورت استفاده از رویکردهای درمانی با محوریت تمرکز بر پویایی‌های فردی و بین فردی در زمینه تحولات ارزشی ایجاد شده در جامعه مورد توجه قرار گرفته است^۴. تعداد بسیاری مراجعین با ماهیت کژکاری‌های رفتاری در سیستم خانواده و تأثیر آن بر کیفیت تعاملات، توجه بیشتر به درمان‌های سیستماتیک خانواده را برجسته ساخته است^۵؛ از طرفی احتمال بروز اختلالات فردی در خانواده‌های با عملکرد ناکارآمد بیشتر است^۶. لذا اهمیت پرداختن به زندگی خانوادگی به عنوان اولین و اصلی‌ترین بستر افراد در روان‌درمانی‌های فردی نیز به چشم می‌خورد^۷. در این میان زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی یکی از رایج‌ترین روش‌های درمانی است که افزایش تعداد ارائه‌دهندگان و مراکز که بر این حرفه تمرکز می‌کنند^{۸،۹}، در کنار افزایش آمار مراجعه خانواده‌ها به مراکز روان‌درمانی^۹، می‌تواند شاهدی بر این مدعا باشد که کاربرد و انواع درمان‌های خانواده در حال گسترش است^{۱۱-۱۲}. با این

حال علی‌رغم پیشرفت در حوزه زوج‌درمانی، ازدواج و خانواده‌درمانی همچنان چالش‌هایی پیرامون پشتیبانی تجربی از مداخلات، شفاف‌سازی هویت حرفه‌ای و منابع علمی و غیره وجود دارند^{۱۳}. خانواده نه تنها یک سیستم است، بلکه به عنوان یک زیرسیستم از جامعه انسانی نیز محسوب می‌شود و عواملی از قبیل؛ نژاد، موقعیت اقتصادی و اجتماعی، آموزش، نقش جنسی، کشور محل اقامت، مهاجرت، مذهب، ارتباطات سیاسی و مرحله چرخه زندگی خانواده، بر آن تأثیر می‌گذارد^{۱۴}. پیچیدگی ناشی از نحوه تأثیر و تعامل این عوامل متعدد در شکل‌گیری ماهیت و مفهوم خانواده در هر فرهنگ، تعریف عملکرد خانواده^۳ یا ناکارآمدی خانواده^۴ را مشکل می‌سازد^{۱۵}. کارآمد به معنای کارآ^۵ است. این مفهوم به قضاوت درباره سودمندی الگوهای خانواده در کسب هدف‌ها اشاره دارد؛ ناکارآمدی به الگوهای خانوادگی ناسودمند و ترسیم تعاملات همراه با استرس و رفتارهای مرضی برمی‌گردد^{۱۶}. خانواده درمانی مداخله‌ای است که بر تغییر تعاملات بین اعضای خانواده متمرکز است و در آن تلاش می‌شود کارکرد خانواده به عنوان واحدی متشکل از تک‌تک اعضای خانواده بهبود یابد^{۱۷}. در خانواده درمانی هدف درمانگر، شناسایی مشکل، بررسی روابط بین اعضای یک خانواده، بررسی نقش و وظایف اعضای خانواده نهایتاً تغییر ساختار خانواده با استفاده از تکنیک موجود و تخصصی است^{۱۸}. خانواده از مشکلات متعددی همچون اختلافات زناشویی، مشکل در ارتباط با فرزند نوجوان، افت تحصیلی فرزندان، ازدواج فرزندان، اعتیاد یکی از والدین، مشکلات رفتاری فرزندان خردسال، مشکلات اخلاقی والدین و یا

³.Functional Functional

⁴.Dysfunctional

⁵.Workable

¹.Group Psychotherapy

².Talk Therapy

فرزندان و یا غیره رنج می‌برند (۱۹). در خانواده درمانی می‌توان دغدغه‌های هر یک از اعضای خانواده را مطرح نمود (۳). بنابر نظریه نظام خانواده^۶ خانواده واحدی است که به‌طوری عمل می‌کند که اعتدال (هومئوستاز) تعامل‌هایش به هر قیمتی حفظ شود. در خانواده درمانی هدف آن است که الگوهای اغلب پنهانی که تعادل این گروه را حفظ می‌کند، آشکار و گروه به مقاصد این الگوی ببرد (۲۰).

خانواده‌درمانی در اواسط قرن بیستم به‌عنوان یک درمان مشهور شناخته شد (۱۱). علت این تاخیر به‌سبب تسلط بلندمدت روانکاوی بود (۲۱). روانکاوی نقش روابط خانوادگی در رشد شخصیت را قبول داشت؛ هر چند فنون درمانی آن فردگرا بود؛ آکرمن صورت‌بندی‌های روانکاوی را در بررسی خانواده بکار گرفت و لذا یکی از بنیانگذاران خانواده درمانی به‌شمار می‌رود (۲۲). آدلر، سالیوان و برتلافی بر ای حوزه تاثیر داشتند. همچنین دو دیدگاه رفتارگرایی و انسان‌گرایی راه را برای ظهور درمان‌های دیگری در خانواده درمانی هموار کردند. سالوادور مینوچین (دیدگاه سیستمی) و موری بوئن (نظریه نظام‌های خانواده) از مهم‌ترین نظریه‌پردازانی در خانواده درمانی محسوب می‌شوند (۲۳-۲۴). تاریخچه خانواده درمانی به سال ۱۹۳۸ و تاسیس شورای ملی روابط خانوادگی برمی‌گردد و دهه‌های ۱۹۴۰ و ۱۹۵۰ را می‌توان زمان شروع اصلی جنبش خانواده‌درمانی در نظر گرفت. در خلال این سال‌ها، بررسی وضعیت بیماران اسکیزوفرنی، وقوع جنگ جهانی دوم، ایجاد مراکز راهنمایی کودک و شکل‌گیری رویکرد سیستمی از جمله مهم‌ترین دلایل رشد و گسترش خانواده‌درمانی محسوب می‌شود.

در ایران آغاز خانواده‌درمانی از سال ۱۳۵۵ با فعالیت دکتر باقر ثنایی با بنیان‌گذاری و تدوین برنامه «مشاوره خانواده» در شورای عالی برنامه‌ریزی در سال ۱۳۶۵ در ایران از طریق تلاش‌های ایشان انجام شد (۱۶). با گسترش فعالیت‌های خانواده‌درمانی، رویکردهای متنوعی از جمله خانواده درمانی ساختاری، تجربه‌نگر، سیستمی، راه‌حل‌محور، راهبردی و روان‌تحلیلی مورد استفاده ای درمانگران ایرانی است (۲۵). در بررسی‌ها در فاصله سال‌های ۱۹۷۵ تا ۱۹۹۹ هیچ‌گونه مدرکی از سوی پژوهشگران ایرانی در حوزه خانواده‌درمانی در پایگاه علمی اسکوپوس ثبت نشده است و این روند در سال ۲۰۱۵ رو به تنزل نیز رفته است. این یافته‌ها می‌تواند نشان‌دهنده لزوم انتشار هرچه بیشتر یافته‌های پژوهشی خانواده‌درمانی ایرانی در سطح بین‌المللی باشد.

چالش‌هایی در حوزه خانواده‌درمانی به اعتراض‌ها و نگرانی‌هایی خصوصاً از جانب والدین در هنگام اجرای مداخلات، ترس از مورد نکوهش واقع شدن، برچسب خوردن اختلال برای کل خانواده، الگوگیری همشیرها هنگام بحث پیرامون فرزندانی که به‌عنوان بیمار معلوم^۷ شناخته شده و... اشاره می‌کند (۲۶). در برخی کتب زوج و خانواده‌درمانی به شرح چالش‌های مشترک در خانواده‌درمانی پرداخته شده است (۲۸-۲۷). برخی از آن‌ها به جریاناتی درون جلسات در ارتباط با انواع خانواده‌ها و برخی به مسائل و مهارت‌هایی از جانب درمانگر اشاره داشتند. از طرف دیگر چگونگی مواجه شدن با چالش‌ها را برعهده علاقه‌مندان به این حوزه گذاشته شده است (۲۹). به اعتقاد وی علی‌رغم آن‌که تمام متخصصان خانواده به جایگاه و نقش خانواده در حل مسائل هم‌رأی هستند، اما وجود رویکردهای متفاوت در این حوزه باعث گردیده که اختلاف نظرانی همچنان در این حوزه

⁷. Identified Patient

⁶. Family System Theory

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر از روش مرور یکپارچه پیشینه^{۱۱} استفاده شد. این روش به بررسی پیشینه‌های پژوهش با رویکرد و روش‌شناسی‌های متفاوت به روش نظام‌دار است (۳۷). برای اجرای مرور یکپارچه پیشینه پنج گام توسط ویتمور و نافل پیشنهاد شده است:

- ۱) فرمول‌بندی مسأله و رسیدن به سؤال پژوهشی و تبیین ضرورت آن است،
- ۲) جستجوی پیشینه که جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی بر اساس روش‌های جستجوی مشخص و اصطلاحات تعریف شده است،
- ۳) انتخاب و ارزیابی داده‌ها که انتخاب اسناد منتخب از بین اسناد بازیابی شده در مرحله قبل بر اساس ملاک‌های مشخص و تعیین شده را در برمی‌گیرد،
- ۴) تحلیل داده‌ها که به معنی یکپارچه‌سازی داده‌های حاصل از اسناد منتخب است و
- ۵) ارائه نتایج.

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه منابع علمی و مقالات در پایگاه‌های اطلاعاتی داخلی و خارجی زیر با کلید واژه‌های جدول شماره یک بود که ۸۶ مورد به عنوان جامعه آماری شناسایی شد که ۲۸ سند بر با روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف براساس معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند. برای به دست آوردن مقالات منتخب جهت ورود به تحلیل، از راهبردهای جستجوی نظامند استفاده شد. سه پایگاه اطلاعاتی Scopus، PubMed و Sciencedirect برای مقالات خارجی و همچنین پایگاه‌های اطلاعاتی نورمگز، مگ ایران، انسانی و پایگاه مرکز علمی جهاد دانشگاهی برای استخراج مقالات داخلی با استفاده از عبارات‌های جستجو که در جدول شماره یک آمده است، استفاده شدند.

چالش‌ساز باقی بماند. در حوزه سنجش خانواده بر سر سازه‌های لازم سنجش خانواده اتفاق نظری حاصل نشده و همانند حوزه فردی که دارای سیستم تشخیصی^۸ اختلالات هستند، حوزه خانواده‌درمانی با فقدان توافق پیرامون سیستم تشخیص‌گذاری دست به‌گریبان است (۳۰). به طوری که اختلاف نظرات پیرامون آن در پژوهش‌ها و کار بالینی هنوز رفع نشدند (۳۱).

ذکر مطالب فوق نشان‌دهنده وجود چالش‌ها و عواملی مشترک در هنگام اجرای مداخلات خانواده‌درمانی فارغ از رویکرد درمانی خاص است، اما آیا سؤالات کلیدی برای پاسخ به چالش‌های مطرح شده در پژوهش‌ها مطرح شده است؟ علیرغم پیچیدگی‌های مذکور، در راستای بررسی کلی از انتشار مقالات علمی در حوزه خانواده-درمانی توسط پژوهشگران ایرانی، به کمبود بررسی‌ها و پژوهش‌های کاربردی و دارای اولویت در این حوزه اشاره داشتند (۳۲-۳۳). بررسی پیشینه پژوهشی حاکی از اجرای پژوهش‌هایی به روش فراتحلیل^۹ و مرور سیستماتیک^{۱۰} با تمرکز بر موضوع اثربخشی مداخلات زوج و خانواده‌درمانی (۳۴-۳۵)، بررسی پژوهش‌های مبتنی بر عملکرد در حوزه خانواده‌درمانی بوده است (۳۶). از این رو به منظور شناخت عمیق‌تر از چالش‌های کاربست‌پذیری خانواده‌درمانی در ایران بررسی مطالعات و پژوهش‌هایی که با هدفی غیر از بررسی اثربخشی رویکردهای مطرح غربی انجام گرفته‌اند، ضرورت می‌یابد. لذا این پژوهش با هدف مرور یکپارچه نظام در حوزه چالش‌های خانواده‌درمانی انجام شد.

^۸.Diagnostic System

^۹.Meta-Analysis

^{۱۰}.Systematic Review

^{۱۱}.Integrative Literature Review

۱. چالش‌های فرهنگی

نظر به آن که یکی از عوامل مؤثر بر نظام خانواده، محیط منحصر به فرد فرهنگی است که خانواده در آن قرار گرفته، پژوهش‌های بسیاری در ایران تمرکز خود را بر نقش فرهنگ بر مداخلات معطوف ساختند. در این راستا مطالعات انجام شده عموماً با هدف غلبه بر چالش‌های فرهنگی مذهبی و با استناد به متون مکتوب، رهیافت بومی‌سازی مداخلات را اتخاذ نمودند. برای مثال شایقی فرد و همکاران (۱۴۰۰) از طریق تحلیل محتوای کیفی به بررسی اشتراکات رویکرد ساختاری ۹ با رویکرد اسلامی پرداختند (۳۸). عزیزی، احمدی، سالاری‌فر (۱۳۹۸) در پژوهش بنیادی نظری خود با بهره‌گیری از روش توصیفی تحلیلی و استنباط از آیات قرآن و احادیث، اصول خانواده‌درمانی اسلامی را تدوین کردند و توجه به این اصول را در تهیه پروتکل‌ها و نظریه‌های خانواده‌درمانی با رویکردهای اسلامی حائز اهمیت دانستند (۳۹). در پژوهش دیگری نیز با اعتقاد به نیازمندی انطباق فرهنگی خدمات مشاوره خانواده، با استفاده از روش تحلیل محتوا به سه طبقه اصلی پیرامون فنون مناسب مشاوره خانواده دست یافتند (۴۰). همچنین در راستای انطباق فرهنگ مذهبی ایران بر خدمات روان‌درمانی، رهیافت تحلیل محتوای کیفی با نشان دادن تفاوت اساسی میان خط فکری علامه طباطبایی با خانواده درمانگران پست‌مدرن، به تدوین اصول کلی در این حوزه برای متخصصان خانواده پرداخت (۴۱). پیاده‌سازی مداخلات خانواده‌درمانی در راستای فرهنگ اسلامی، یک ارائه الگویی مبتنی بر نگرش سیستمی با هدف تأثیر بر رضایت زناشویی و کنش‌وری خانواده ارائه شد (۴۲). در پژوهشی دیگر رویکرد خانواده‌درمانی معنوی مذهبی و تبیین چگونگی تأثیرگذاری مذهب و معنویت بر کارکردهای خانوادگی مبتنی بر مفاهیم موجود در

انتخاب و ارزیابی داده‌ها: جستجوی اولیه در پایگاه‌های اطلاعاتی مذکور منجر به بازیابی ۸۶ مقاله شد. براساس فلوچارت پریزما که در شکل شماره یک ارائه شده است، در نهایت ۲۸ سند فارسی و برای تحلیل نهایی انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: داشتن ارتباط موضوعی براساس کلیدواژه‌های بیان‌شده، انتشار به زبان فارسی یا انگلیسی، انتشار توسط منابع علمی معتبر بین سال‌های ۱۴۰۰-۱۳۷۸ (۲۰۰۰-۲۰۲۲). ملاک‌های خروج آن‌ها شامل در دسترس نبودن متن کامل سند و مقالاتی با هدف اثربخشی رویکردهای مختلف خانواده و زوج‌درمانی بودند. برای بررسی مقالات دو نفر از اعضای تیم پژوهش به‌طور جداگانه جستجو در پایگاه‌ها را انجام دادند. عناوین و چکیده مقالات و در پایان کل متن مقالات منتخب توسط آن‌ها مرور شد.

یافته‌ها

با مرور گزارش‌های حاصل از مقالاتی که برای بررسی نهایی انتخاب شدند، تبیین‌های ارائه‌شده در این پژوهش‌ها بر اساس تعداد فراوانی و ضرورت و اهمیت در مقالات انتخاب شده در چهار دسته طبقه‌بندی شدند که عبارت‌اند از:

۱. چالش‌های فرهنگی
۲. چالش هویت خانواده‌درمانگر: هویتی فراتر از چارچوب اتاق درمان،
۳. چالش‌های آموزشی و
۴. چالش شکل‌گیری اتحاد درمانی. تبیین‌های ارائه شده در این پژوهش‌ها به تفکیک در ذیل آمده است.

متون مکتوب میسر می‌گردد. برخلاف مطالعات فوق، آرمسترانگ و مونرو (۲۰۱۸) در استرالیا با در نظر گرفتن اهمیت تاریخ و زندگی اجتماعی برای جوامع مسلمان با استفاده از روش انعکاس خود قوم‌نگاری، اجرای روایت‌درمانی را در کنار معرفت‌شناسی اسلامی برای مسلمان موثر اعلام کردند. آنها در راستای ارتباط برخی از فنون درمانی پسا ساختارگرایی با طرز تفکر استعاره‌ای مسلمانان، بهره‌بردن از رهنمودهای قرآنی گذشته را دادند (۴۵). در پژوهشی حفظ رهیافتی حساس به فرهنگ مدل خانواده‌درمانی ایرانی را پیرامون نحوه مداخله با خانواده اصلی از طریق روش‌های کمی و کیفی با نمونه‌ای از زنان و مردان ایرانی ارائه شد (۴۶). به‌طور خلاصه به نظر می‌رسد شکاف قابل‌توجهی در دانش نحوه نیازسنجی سپس اجرای پژوهش‌های دارای اولویت و کاربردی وجود دارد. به زبان ساده‌تر می‌توان گفت شناسایی موضوعات کاربردی و درخور اولویت در حوزه پژوهش خانواده‌درمانی در کنار اتخاذ روش‌های پژوهشی متنوع و عملیاتی تأثیر قابل‌توجهی بر بدنه پژوهش‌های منتشر شده می‌گذارد. در نتیجه توجه به این دو موضوع می‌تواند مبین مسیر کارآمد و مفید خانواده‌درمانی در فرهنگ ایرانی باشد.

۲. چالش هویت خانواده درمانگر

هویتی فراتر از چارچوب اتاق درمان در جریان تحولات نظریات این حوزه، چشم‌انداز سایبرنتیک مرتبه دوم کانون توجه خود را به شخص درمانگر معطوف گرداند و این گونه متذکر شد که درمانگر نقش جدا افتاده‌ای از مجموعه خانواده ندارد، بلکه به‌عنوان عضوی جدید، وارد سیستم خانواده می‌شود (۴۷) از این‌رو پژوهش‌های متعددی تمرکز خود را بر شخص خانواده‌درمانگر به

نظریات فشار روانی و نقش و شبکه حمایت اجتماعی بیان شد و به‌کارگیری این روش را به متخصصان خانواده در مواقعی همچون بروز اختلافات مذهبی در خانواده‌ها میان نوجوانان با والدین و یا هنگام بروز نشانگان بالینی به جهت تسهیل پیمودن مسیر درمان برای مراجعین پیشنهاد شد (۴۳). در مطالعات مذکور، توجه به بعد فرهنگی-مذهبی در خدمات خانواده‌درمانی به‌منزله نقطه قوتی محسوب می‌گردد، در عوض، تنوع زیادی در روش‌شناسی مطالعات به چشم نمی‌خورد. مسئله این است که با رجوع به منابع مکتوب، آیا مشکلات مربوط به این بعد از خانواده‌درمانی، به درستی و به‌طور کامل شناسایی می‌شوند که مطابق با آنها در مداخلات درمانی به کار رفته شوند؟ به عبارتی دیگر نکته‌ای که در این مطالعات نادیده گرفته شده است، بر میزان استناد به نتایج مبتنی بر متون و منابع مرتبط و نه نظرات مستقیم کارشناسان پیرامون غلبه بر تفاوت‌های فرهنگی در مشاوره با خانواده است.

در بعد اولویت‌سنجی پژوهشی، از طریق روش ترکیبی تحلیل محتوا و پیمایشی با مراجعه به ۲۰ کارشناس با رویکرد اسلامی و همچنین استفاده از ۱۱۰ منبع از میان منابع اسنادی محققین به این نتیجه دست یافتند که گرایش خانواده با ۳۰ نیاز پژوهشی در فقه روان‌شناسی، در جایگاه دوم قرار گرفته است (۴۴)، اما آیا مفهوم بومی‌سازی فرهنگی در این معنای کلی که خانواده‌درمانگر بتواند در فرهنگ ایران مداخلات را بکار ببندد تنها حول بعد بومی‌سازی رویکردهای مذهبی و اسلامی معنا می‌یابد؟ چرا که با بررسی مطالعات فوق باید این چنین اذعان داشت که محوریت تمرکز این پژوهش‌ها نشان‌دهنده این موضع است که رفع چالش‌های حوزه خانواده‌درمانی به میزان رسیدگی به چالش‌های فرهنگی-مذهبی و عمدتاً از طریق تحلیل

گلسر (۲۰۰۰)، مدارس نیازمند خانواده‌درمانگران و فعالیت سیستمی هستند (۵۲). به خصوص که در مشکلات افراد خصوصاً فرزندان، افرادی بیش از خانواده آن‌ها نقش دارند. از این رو تعیین ضرورت مشارکت مدارس، خدمات اجتماعی دیگر و... از اهداف این نوع از درمان است (۵۳). به نظر می‌رسد میزان چگونگی این مشارکت، همکاری خانواده‌درمانگران با مدارس، چالش‌های همکاری میان سیستم‌های مختلف و... سهم قابل توجهی در اولویت‌های پژوهشی این حوزه داشته باشند. در همین راستا، به‌زعم دهدشت و قبادی (۱۳۹۹) عینیت بیشتر نظریه‌هایی مانند نظریه سیستمی که متمرکز بر سطح خرد خانواده است، ممکن است باعث شود که درمانگران خانواده در مداخلات خود، بیشتر متمرکز بر شرایط اقتصادی و مهارت‌های زناشویی و... شوند و از تأثیرات سطوح کلان جامعه مانند تغییر ساختار معنایی خانواده و... که محصول پدیده مدرنیته در جامعه ایران است، غافل بمانند (۴). لذا بر اساس آنچه ذکر شد، به نظر می‌رسد موضوعی همچون شفاف ساختن هویت حرفه‌ای خانواده‌درمانگر نقش به‌سزایی در پیشرفت مسیر این حرفه ایفا کند. از طرفی بیان مطالب و اشاره‌هایی که درمانگران و مشاوران خانواده را به فعالیت‌هایی فراتر از ارائه مداخلات در چارچوب اتاق درمان به سمت همکاری با سایر خدمات بهداشتی سوق می‌دهد تا حدی در مقاله حاضر ذهنیتی شبیه به تعریفی که از مفهوم «روان‌شناس به پاخواسته» شده است (۵۴)، ایجاد می‌کند.

۳. چالش آموزشی

در راستای بررسی سطح کیفی آموزش ارائه‌شده به درمانگران و مشاوران این حوزه، مطابق با بررسی پژوهش‌های مبتنی بر عملکرد در حوزه خانواده‌درمانی از سال ۱۹۹۲ تا ۲۰۰۹ توسط لو و لین (۲۰۱۲)، پیشنهادهایی

لحاظ هویت حرفه‌ای و رشد شخصی و شغلی وی معطوف کرده‌اند. با این حال، وجود پرسشهایی از قبیل آنکه خانواده‌درمانی چیست و چه کسی خانواده‌درمانگر است؟ (۴۸)، می‌تواند تدام‌بخش چالش‌های این حوزه در بعد تعیین هویت حرفه‌ای درمانگر آن محسوب شوند. در این راستا دسته‌ای از مطالعات و وظایف خانواده‌درمانی را در سطح کلان جامعه مانند اقدامات اجتماعی در نظر گرفتند (برای مثال ۴۹-۵۰). برای نمونه از نظر نقش خانواده‌درمانی در کمک به خانواده‌ها در هنگام موارد بالینی پیچیده مانند، ابتلای هم‌زمان به بیماری جسمی و روان‌شناختی یکی از اعضا، تیسر و نیچترلین (۲۰۱۸)، در پژوهش خود از طریق مصاحبه با دو متخصص خانواده‌درمانی با سابقه طولانی در زمینه کمک به خانواده‌های دارای بیمار حاد و مزمن، به بررسی نقش خانواده‌درمانگران در تسهیل رابطه درمانی میان پزشکان و متخصصان بالینی و همچنین چگونگی حمایت خانواده‌ها توسط آن‌ها پرداختند. نتایج به‌صورت ملاحظاتی برای خانواده‌درمانگران در هنگام مواجهه با این شرایط ارائه شدند؛ که عبارت‌اند از:

۱. افزایش آگاهی درمانگران سیستمی از تعاریف اعضای خانواده نسبت به وضعیت فعلی مانند بررسی روایت بیماری از نظر آن‌ها از طریق پرسشگری‌های حلقوی
۲. بررسی تاریخچه تاب‌آوری خانواده
۳. بررسی تجربه خانواده با جامعه پزشکی و... در نهایت، مهم‌ترین نقش خانواده‌درمانگر در این پژوهش، ماندن در کنار خانواده برای پیمودن مسیر درمانی، مطرح شده است (۴۹).

از طرفی در خصوص مشارکت مدارس نیز خانواده‌درمانگران کار در مدارس را به‌منظور غلبه بر مشکلات میان والدین و مدارس و کمک به مشکلات فرزندان خانواده آغاز کرده‌اند (۵۱)، چرا که به اعتقاد

حرفه است. به خصوص که دهقانی و عباسی (۱۳۸۶) در پژوهش خود استدلال کردند که اصطلاحات بکار رفته در این حوزه از تعاریف چندان دقیقی برخوردار نمی‌باشند و همچنین ادغام رشته‌های گوناگون در حوزه خانواده می‌تواند زمینه‌ساز اختلاف نظر میان متخصصان رشته‌های مختلف باشد، لذا پیشنهادهایی را برای استفاده از روش تحقیق دلفی مطرح کردند (۶۱). در این راستا مرادی عباس آبادی، صرامی فروشانی و رباط‌میلی (۱۴۰۰)، تحت پژوهشی از طریق مصاحبه با روان‌درمانگران حوزه خانواده و با تحلیل محتوای موضوعی به این نتیجه رسیدند که شناخت آن‌ها از روان‌درمانی در سه مضمون اصلی و هشت مضمون فرعی قرار دارد که مضامین اصلی عبارت هستند از:

- ۱- برداشت شخصی از روان‌درمانی،
- ۲- نحوه فعالیت‌های روان‌درمانی و
- ۳- منابع مورد استفاده روان‌درمانی.

از یافته‌های حائز اهمیت این پژوهش می‌توان به اشتراک نظر درمانگران در استفاده ترکیبی از نظریات مختلف در راستای منطبق‌سازی آن‌ها با فرهنگ ایرانی و تأکید بر همخوانی آموزش‌ها با ویژگی‌های شخصیتی منطقی و عاطفی، کوشش درمانگر در جهت تحلیل درمانی خود برای ایجاد جلسات متمرکز، اشاره کرد. بعلاوه در راستای تعامل میان رشته‌های گوناگون، تأکید بر سوق دادن روحیه همکارانه در جامعه مانند پشتیبانی‌های قانونی و بیمه‌ای بود و خانواده‌درمانگران به دانش و آگاهی فردی درمانگران نسبت به علوم اجتماعی همچون حقوق و مدیریت، اشاره داشتند (۶۲).

علاوه بر موارد فوق می‌توان به مطالعه و امپلر و همکاران (۲۰۱۷) که به طور مستقیم با هدف پرداختن به چالش‌ها در عمل بالینی انجام گرفته است، اشاره داشت. آن‌ها با دسته‌بندی کلی چالش‌ها در حیطه‌هایی همچون شناخت

مبنی بر توجه درمانگران نسبت به موضوعات مربوط به جنسیت، قدرت، آموزش و اتحاد درمانی در طول مداخلات خانواده‌درمانی داده شده است (۲۱). از سویی دیگر ایجاد چارچوبی از صلاحیت‌های بالینی مورد نیاز برای درمانگران ازدواج و خانواده به منظور بهبود کیفیت مداخلات خانواده‌درمانی (۵۵)، توسعه و توصیه به استفاده بیشتر از فهرست صلاحیت‌ها (۵۶) و توضیح فرآیند تعریف صلاحیت در حوزه خانواده و ازدواج از طریق روش‌های ارزیابی سایر مشاغل (۵۷)، در کل می‌توانند حاکی از اهمیت ارتقای آموزش مهارت‌های علمی و کاربردی درمانگران باشد. بنابراین، همانطور که توسط تحقیقات تأیید شده است (به عنوان مثال ۵۹-۵۸)، درمانگرانی که با سیستم‌های پیچیده‌ای مانند زوج‌ها و خانواده‌ها کار می‌کنند، به مهارت‌ها و استعدادها و بیشتری نیاز دارند. آنچه در این خصوص اهمیت دارد آن است که آیا فرایند فراگیری دانش و مهارت‌ها به گونه‌ای است که درمانگران و مشاوران بتوانند در اتاق درمان به گونه‌ای اعمال کنند که منجر به نتایج بهتر شود و در راستای اهداف درمانی گام برداشته شود؟ این نکته درحالی است که در پژوهش آتشک (۱۳۹۰)، که از طریق روش کتابخانه‌ای و فراتحلیل اسناد و مدارک رشته‌های با پسوند خانواده انجام شد، نتایج حاکی از آن بودند که رشته‌هایی همچون خانواده‌درمانی و مشاوره خانواده و... نیازمند افزودن برخی از دروس هستند و در این راستا پیشنهادهایی مبنی بر توجه به مباحث نوظهور حیطه خانواده در این رشته‌های تحصیلی در برنامه‌ریزی نظام آموزشی مطرح شد (۶۰). از طرف دیگر آنچه مبرهن است آن است که اجرای پژوهش‌های دارای اولویت و در پاسخ به چالش‌های مشترک خانواده‌درمانی نیازمند بررسی سطح کیفی آموزش ارائه شده به درمانگران و مشاوران این حوزه و نحوه شناخت و برداشت آن‌ها از

بررسی پژوهش‌هایی پرداخته شده است که در خارج از ایران با هدف ارتقای آموزش و مهارت دانشجویان و درمانگران این حوزه انجام گرفته‌اند.

با در نظر گرفتن کمبودهای پژوهشی در ارزیابی مهارت‌های کارآموزان، ابزاری برای تحلیل چارچوب بازگشتی ارائه شد؛ این ابزار جهت یادداشت کردن، ردیابی و جمع‌بندی مکالمات درمانی ایجاد شد و پیرو سه قانون اجرا می‌شود:

۱. شروع از شکایات مراجع و هویت محدود او،
۲. نام‌گذاری جلسه با شناسایی هویت مدبر مراجع و،
۳. پیاده‌سازی هویت مدبرانه برای مراجع.

فواید این روش از نظر تجربه شرکت‌کنندگان شامل: افزایش سرعت در مرور و سازمان‌دهی کار درمانگر، کمک به تسهیل ارتباط درمانی با توجه به شکایات مراجع، سوق دادن توجه به نقاط قوت، پیوند میان کل جلسات و ایجاد یک داستان برای هر مراجع به صورت فهرستی از عناوین، تقویت خلاقیت و مثبت‌گرایی، ارتقای هویت مدبرانه و تقویت حضور در لحظه برای درمانگر، مشخص شدن مسیر و اهداف درمانی، کمک به ناظرین برای تقویت مهارت‌های نظارتی و تقویت روحیه تیمی برای دانشجویان خانواده درمانگر (۶۳). همچنین در یک مطالعه اخیر نشان داده شده که مشارکت دانشجویان کارشناسی ارشد رشته ازدواج و خانواده‌درمانی در دوره‌های آموزش عوامل مشترک تجربه با تجربه رضایت‌بخشی همراه بوده است. به‌طوری‌که منجر به افزایش حس اعتماد و آرامش در آن‌ها در کار با مراجعین، درک بهتر مدل‌های حوزه ازدواج و خانواده‌درمانی، ارتقا و انعطاف‌پذیری در عملکرد بالینی، توانایی‌های بهتر در اتحاد درمانی و افزایش درک آن‌ها از فرآیند و تغییرات درمانی شده

هویت، نام تجاری و منابع علمی جامع در کنار پشتیبانی‌های تجربی، عواملی همچون؛

۱. پذیرش ماهیت بین‌رشته‌ای این حوزه،
۲. سازمان‌دهی مدام اثربخشی درمان براساس مشکل اصلی تا مدل درمانی،
۳. تداوم خلاقیت و ابتکار در توسعه نظریه و
۴. بهره‌گیری بیشتر از سایر روش‌های پژوهشی متنوع‌تر، را به‌عنوان پاسخی به چالش‌ها مطرح کردند (۱۳).

در راستای پاسخی دیگر به چالش‌های حوزه خانواده-درمانی نیز می‌توان به پژوهش‌های خدایاری فرد و آسایش (۱۴۰۰) اشاره داشت، آن‌ها در پژوهش خود با بهره‌گیری از اصول نظریه شناختی رفتاری، مراحل تغییر رفتار پروجسکا و دی‌کلمنته و تجربیات حرفه‌ای خود از طریق طرح تک آزمودنی AB، به ارائه یک فن سیستمی برای تغییر رفتار پرداختند. با توجه به تأثیر مشکلات رفتاری اعضا در ایجاد و تداوم اختلالات و کشمکش‌های خانوادگی، این فن هم‌زمان به صورت جلسات خانوادگی و فردی بر اعضای یک خانواده اجرا و اثربخشی آن مورد تأیید قرار گرفت (۱۱). نکات درخور توجه این بررسی را می‌توان پیرامون نزدیک‌تر شدن به اهمیت بستر خانواده و دیدن آن به‌عنوان یک مراجع در سرتاسر درمان حتی در حین کار بر روی یک عضو، ارزیابی اولیه در جمع خانواده، کمک گرفتن از اعضا در ارائه بازخورد و انگیزه برای تغییرات رفتاری و همچنین تقویت نقش خودکارآمدی فردی، بیان نمود. همچنین این مطالعه در تلاش برای غلبه بر عدم به‌کارگیری فنون مختلف خانواده‌درمانی ارائه‌شده در منابع مکتوب، با تلفیق رویکردها و اصول مختلف و حتی ترکیب جلسات فردی در کنار خانوادگی به‌سبب اجتناب از مراجعه به‌صورت خانوادگی، بوده است. در ادامه به

تجانس جنسیت با وی و... (۷۰-۶۹)، چنین تصور می‌شود که در جلسات خانواده‌درمانی ایران، موضوع سنجش با تنیدگی بیشتری همراه باشد. در این باره نکته درخور توجه این است که در صورت صحت این فرضیه، پژوهش‌هایی که در حوزه خانواده‌درمانی اجرا شدند، تا چه اندازه به دنبال راه چاره به این چالش‌ها بودند؟ در مجموع می‌توان اذعان داشت مرور مطالعات حاکی از وجود ابهاماتی در آموزش، سنجش و جریانات درون جلسات خانواده‌درمانی است که از نظر پژوهشگران و بالینگران این حوزه در جامعه ایران پنهان مانده است.

۴. چالش شکل‌گیری اتحاد درمانی

اتحاد درمانی به‌عنوان یک مؤلفه مهم در موفقیت انواع روان‌درمانی‌ها تلقی شده است (۷۱). از طرفی خانواده‌درمانی، از منظر اتحاد درمانی با چالش‌ها و پیچیدگی‌های فراوانی همراه است (۷۲). چرا که درمانگر در حال مواجهه با چندین عضو از یک خانواده و همچنین در سنین مختلف در یک زمان است، و به همین سبب نیازمند مهارت‌های بیشتری هنگام ارائه مداخلات به زوج‌ها و خانواده‌ها است (۴۴). از این رو پژوهش‌های بسیاری در پیشینه این حوزه در خارج از ایران وجود دارند که غالباً با استفاده از روش‌های مختلف رویکرد کیفی راهکاری برای چالش‌های مهارتی شکل‌گیری و حفظ اتحاد در جلسات خانواده‌درمانی ارائه دادند. برای نمونه روبر، تریچتا و ساندت (۲۰۲۱)، باهدف ایجاد اتحاد در جلسات خانواده‌درمانی، به ارائه ابزار بازخورد مکالمه به‌خصوص در زمان حضور فرزند خردسال خانواده پرداختند. استفاده از این ابزار به این صورت است که در پایان جلسات از اعضای خانواده خواسته می‌شود فرم ابزار که شامل تصاویر رضایت‌مندی و عدم رضایت بودند را به روش خودشان پر کنند تا در جلسه بعد

بود (۶۴). همچنین از آنجایی که موضع خانواده‌درمانی، متمرکز بر بافت بین‌فردی در ضمن توجه به سهم و اختیار هر یک از اعضا است، لذا دی‌مول و همکاران (۲۰۱۸)، با این فرض که مراجعین احساس عامل بودن و تأثیرگذاری خود در روابط را ازدست‌داده‌اند، مطالعه خود را از طریق ارائه موارد بالینی و با هدف بازسازی این احساس در اعضا در روابط خانوادگی حین جلسات خانواده‌درمانی به‌عنوان یک روش درمانی بررسی کردند (۶۵). اجرای بیشتر چنین پژوهش‌هایی در حوزه خانواده به سبب نوآورانه بودن و پاسخ به چالش‌های مختلف در حین مداخلات ضروری به نظر می‌رسد.

در راستای اهمیت سنجش و مداخلات این حوزه نیز می‌توان به پژوهشی که توسط نارس، شدید و هرتلین (۲۰۱۸) انجام شد توجه داشت. آن‌ها موضعی برای درمانگر در جلسات خانواده‌درمانی مطرح کردند با عنوان «دانستن اما ندانستن». این شرایط معمولاً در زمانی آشکار می‌شود که اعضا در جلسات خانوادگی سعی در فریب دادن درمانگر یا پنهان کاری و... را دارند، بنابراین برای جلوگیری از نتایج زیان بار آن، استفاده از ژنوگرام فریب را به خانواده‌درمانگر پیشنهاد دادند که با طرح سؤالات مشخص به درمانگر کمک می‌کند تا الگوهای رفتاری که در طول زمان و در طول نسل‌ها اتفاق افتاده را پیرامون اعتماد و فریب، جمع‌آوری و به‌این ترتیب بر چالش سنجش در چنین شرایطی غلبه کند (۶۶). این درحالی است که به دلیل تلقی مفهوم آبرو در ساختار معنایی حریم خصوصی ایرانیان با ایجاد نگرانی‌هایی از قضاوت شدن پیرامون مسائل خصوصی و خانوادگی و به‌تبع آن دشواری در بیان این مسائل مقابل فرد ناآشنایی مانند درمانگر (۶۸-۶۷)، در کنار تمایلاتی در مراجعین نسبت به برخی ویژگی‌های خاص روان‌درمانگران مانند

درمانگر در حضور خانواده به آن‌ها پردازد. طبق روش بررسی موردی سودمندی دریافت بازخورد از مراجعین به روش کیفی برخلاف اقدامات کمی برای نظارت بر پیشرفت درمان نشان داده شد. در نهایت پیشنهاد پژوهشگران در جهت دریافت بازخورد از مراجعین از تجربیاتشان در درمان است، به طوری که از طریق کمک به درمانگر برای هماهنگی خود با تجربیات و انتظارات اعضای خانواده از درمان باعث بهبود کیفیت رابطه با آن‌ها می‌شود و از جهت دیگر با تکیه بر اصول اخلاقی، درمانگر با استفاده از این روش در دریافت بازخورد، نه در برابر عوامل کنترل‌کننده خارجی بلکه با تمرکز بر مراجعین خود با دریافت مستقیم نظرات، در قبال آن‌ها پاسخگو هست (۷۳). همچنین برینارسکا و همکاران (۲۰۱۹)، به روش بررسی موردی پژوهشی را با هفت درمانگر با رویکرد سیستمی اجرا کردند. روش آن‌ها از طریق بررسی مقایسه خاطرات زندگی درمانگر و ارتباطشان در جلسات درمان با تحلیل تأثیرات احتمالی صدای شخصی بر فرایند درمان بلافاصله بعد از جلسات درمانی بود. نتایج حاکی از آن بودند که آنالیز تأثیرات صدای شخصی بر صدای حرفه‌ای درمانگران در روند درمان، با افزایش آگاهی آن‌ها از دیدگاه خود مانند مشاهده افکار و احساساتشان در طول جلسه و همچنین با عمیق‌تر کردن انعکاس تجربیات بافت شخصی درمانگر، می‌تواند به ابزاری برای کمک به شغل وی مانند تسهیل در ایجاد اتحاد درمانی تبدیل گردد؛ بنابراین مضامین برانگیخته شده زندگی درمانگر در طول جلسات درمانی از طریق مشاهده شباهت میان خانواده‌ها با زندگی شخصی و گذشته آن‌ها می‌تواند با تحلیل و آگاهی و نظارت مدام درمانگران در جهت بهبود خدمات عمل کند (۷۴).

با تمرکز بر تسهیل رشد شخصی خانواده‌درمانگران ضمن پیشرفت شغلی، پژوهش گیورپولو و تسلیو (۲۰۲۰)، باهدف نشان دادن چگونگی تجربه رشد انعکاس‌پذیری کارآموزان خانواده‌درمانی از طریق فرایندهای گروهی انجام شد. مصاحبه با ۱۰ متخصص سلامت روان که در سال سوم برنامه چهارساله آموزش خانواده‌درمانی سیستمی بودند، به اکتشاف ۹ مضمون فرعی در قالب سه مضمون اصلی منجر شد. نتایج این پژوهش نشان داد که کارآموزان بخشی از رشد شخصی را در فرایند رشد انعکاس خود تجربه می‌کنند (۷۵). از طرف دیگر اهمیت این موضوع با بررسی آن در جلسات غیرحضوری برجسته‌تر می‌شود؛ اورلوسکی و همکاران (۲۰۲۲) پژوهش خود را با هدف دستیابی به تجربه زوج و خانواده‌درمانگران از کیفیت و نحوه شکل‌گیری اتحاد درمانی به‌هنگام تشکیل جلسات به شیوه آنلاین، در زمان همه‌گیری کوید-۱۹، به اجرا درآوردند. طبق نتایج علی‌رغم موفقیت شرکت‌کنندگان در بهره‌گیری از فنون خلاقانه برای برقراری ارتباط، به چالش ترمیم اتحاد میان اعضای خانواده به دلیل دسترسی دشوار به اعضا و مضامین دیگری اشاره داشتند (۷۶).

در این میان لارنر (۲۰۱۵) در مقاله خود موضوع اتحاد را با توجه به بعد اخلاقی بیان کرد. به زعم وی رویکرد درمانی و دانش درمانگران به‌عنوان بخشی از هویتشان در صدای حرفه‌ای آنان طنین انداخته که به‌نوبه خود زمینه خروج از ارتباط درمانی و مراجع‌محوری را در جلسات خانواده‌درمانی فراهم می‌سازد. بر این اساس با تشریح یک مورد بالینی به چگونگی بازسازی زبان تخصصی درمانگران از طریق زبان و گفتار مراجعین در عین حفظ و به‌کارگیری دانش تخصصی متکی بر گفتگو رابطه‌ای پرداخته است؛ بنابراین، به درمانگران به‌خصوص با رویکرد سیستمی و روایی که در جهت

تغییر الگوها و داستان‌های ناکارآمد مراجعین عمل می‌کنند، استفاده از این مهارت یک‌زبانه بودن را برای شکل‌گیری اتحاد درمانی بهتر و حفظ اخلاق‌مداری در درمان توصیه کرده است (۷۷). همچنین هولیاک و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود بر پایه این باور که درمان بالینی سیستمی نوعی وکالت برای درمانگران محسوب می‌شود و زمانی که آن‌ها در ارتباط با مراجعین خود در موضع من-تو باشند که باعث شکل‌گیری ارتباط انسان نوع‌دوستانه با مراجعین می‌شود، می‌توانند برای آن‌ها یک دفاع در سطح خرد به اجرا بگذارند. بدین گونه اتحاد درمانی مؤثری را با مراجعین شکل می‌دهند. در این پژوهش از طریق تشریح یک مورد بالینی، سودمندی دفاع خانواده‌درمانگر نه به‌عنوان یک تکنیک بلکه به‌عنوان فرایندی دائمی که در جلسات خانواده‌درمانی رخ می‌دهد، نشان داده شد. به اعتقاد پژوهشگران، تلاش خانواده‌درمانگران باید در جهت درونی‌سازی این مفهوم به‌عنوان بخشی از هویت حرفه‌ای خود برای تسهیل رابطه‌درمانی با عضو نشانه‌دار و اعضای خانواده او باشد (۷۸). در مجموع غالب مطالعات در این بخش به لحاظ هدف در راستای رفع چالش اتحاد درمانی در جلسات خانواده‌درمانی بودند و عمدتاً با اتکا به پشتوانه نظری به سمت ارائه راهکاری عملی برآمده بودند.

بحث

حرکت رو به رشدی در زمینه پژوهش‌هایی با ماهیتی فراتر از بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی غربی زوج و خانواده‌درمانی دیده می‌شود. هدف این پژوهش ترکیب و تلفیق نتایج تحقیقات انجام شده در حوزه خانواده‌درمانی برای شناسایی عوامل چالش-برانگیز رایج بود. مطالعات مورد بررسی برآمده از

ترکیب مجموعه تحقیقات کیفی و کمی بودند. یافته‌ها نشان دهنده چهار مضمون مهم چالش‌های فرهنگی، چالش هویت خانواده‌درمانگر: هویتی فراتر از چارچوب اتاق درمان، چالش‌های آموزشی و چالش شکل‌گیری اتحاد‌درمانی بود. به‌طور کلی بررسی مطالعات حاکی از آن است که تلاش‌های پژوهشی در طیف وسیعی از سطوح کلان مانند ابعاد فرهنگی، اجتماعی، مذهبی، اخلاقی تا موارد مشخص‌تر مانند پیشرفت خدمات درمانی از طریق آموزش و ارتقای کارآموزان و درمانگران صورت گرفته است. تمرکز پژوهشی در غالب آثار خارج از ایران بیشتر معطوف به جریان‌ات و پویایی‌های موجود در جلسات خانواده‌درمانی در راستای ارتقاء خدمات درمان از طریق تعدیل مشکلات این حرفه بودند. در این خصوص در حیطه بهبود کیفیت آموزش درمانگران خانواده از طریق بکارگیری روش‌های متنوع پژوهش، گام‌هایی در جهت رسیدگی به موضوعات پیچیده‌ای همچون شکل‌گیری اتحاد درمانی و بهبود کیفیت آن در طول مداخلات، رشد شخصی و شغلی درمانگران خانواده و زوج برداشته شده است. با این حال، علی‌رغم وجود پژوهش‌های بسیاری که در زمینه آموزش و ارتقای درمانگران این حوزه وجود دارد، در مورد اینکه وجود چه عواملی به صورت فطری و اکتسابی در درمانگران حوزه ازدواج، زوج و خانواده‌درمانی آنها را تبدیل به افراد کارآمد و مؤثر می‌کند، همچنین در این خصوص که آن‌ها چگونه آموزش‌ها را فرا می‌گیرند و در اتاق درمان آن را به کار می‌گیرند، همچنان اطلاعات کمی در دسترس است (۴۴). از سمتی دیگر تحلیل مطالعاتی که در ایران با هدفی غیر از اثربخشی رویکرد درمانی غربی انجام شده بودند، نشان‌دهنده آن بودند که کمتر به تحلیل‌های اکتشافی مسائل غالب درون جلسات درمانی پرداخته شده است.

لذا به نظر می‌رسد بررسی سطح دانش فعلی درمانگران و مشاورین این حوزه در ایران مبهم است. چرا که عمده پژوهش‌ها، حول بومی‌سازی خانواده‌درمانی با تمرکز بر بعد فرهنگی - مذهبی بوده است. نکته درخور توجه در خصوص این پژوهش‌ها جنبه نظری بودن آن‌ها و محدودیت در انتخاب و اجرای روش پژوهش بودند. اکثر آن‌ها به روش تحلیل اسناد انجام شده بودند. به این صورت که با موضعی انتقادی به ماهیت غیربومی نظریات و فنون خانواده‌درمانی، با مراجعه به متون مکتوب و در برخی موارد کارشناسان حوزه‌های اسلامی درصدد غلبه بر این چالش برآمده بودند و نتایج آن را در غالب پیشنهادهای در مداخلات ارائه داده‌بودند. از آنجا که اغلب این پژوهش‌ها به وضوح نتایجی از کاربست‌پذیری و اثربخشی آن توسط درمانگران و مشاوران خانواده اعلام نکردند، به نظر می‌رسد نیاز جدی به ترسیم طیف گسترده‌تر و کارآمدتری از یافته‌های پژوهشی درخصوص پاسخ به سایر چالش‌های موجود این حوزه وجود دارد. ابعادی نظیر آموزش و جایگاه حرفه‌ای که عمده‌تاً چالش‌های آن توسط دانشجویان، درمانگران، مشاوران، اساتید، صاحب‌نظران و سیاست‌گزاران حوزه ازدواج، زوج و خانواده‌درمانی در ایران به‌طور مستقیم تجربه می‌شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی تحقیقات در مورد چالش‌های خانواده‌درمانی مختص ایران نسبتاً محدود است. با این حال، عوامل فرهنگی، اجتماعی، و سیستمی منحصر به فرد در بافت ایرانی می‌تواند پیامدهایی برای خانواده‌درمانی داشته باشد. برخی از چالش‌های بالقوه شناسایی شده در ادبیات و عملکرد خانواده‌درمانی در این پژوهش ذیل ۴ چالش شناسایی شده چالش‌های فرهنگی، چالش

شکل‌گیری اتحاد درمانی، چالش هویت خانواده‌درمانگر: هویتی فراتر از چارچوب اتاق درمان، چالش‌های آموزشی در ایران عبارتند از:

۱. انگ و موانع فرهنگی: جستجوی درمان، به ویژه برای مسائل مربوط به سلامت روان، اغلب در جامعه ایران مورد انگ است. نگرانی‌های مربوط به سلامت روان ممکن است به عنوان منبعی از شرم یا ضعف تلقی شود، که پذیرش و درخواست کمک برای خانواده‌ها را به چالش می‌کشد. درمانگران باید برای کاهش انگ و محیطی امن و قابل قبول برای خانواده‌ها تلاش کنند.

۲. هنجارها و ارزش‌های فرهنگی: فرهنگ ایرانی به نقش‌های خانوادگی، سلسله‌مراتب و مفاهیم احترام اهمیت زیادی می‌دهد. این ارزش‌های فرهنگی ممکن است بر پویایی قدرت در خانواده‌ها تأثیر بگذارد و بر استقلال فردی در درمان تأثیر بگذارد. خانواده‌درمانگران باید این هنجارها و ارزش‌های فرهنگی را دنبال کنند تا به‌طور موثر همه اعضای خانواده را در فرآیند درمانی مشارکت داده و توانمند کنند.

۳. پویایی جنسیتی: نقش‌ها و انتظارات جنسیتی سنتی در خانواده‌های ایرانی رواج دارد. نابرابری‌های جنسیتی و عدم توازن قدرت می‌تواند به‌طور قابل توجهی بر تعاملات خانوادگی و تصمیم‌گیری تأثیر بگذارد. خانواده‌درمانگران باید نسبت به این پویایی‌ها حساس باشند و آنها را در درمان برای تقویت برابری و توانمندسازی مورد توجه قرار دهند.

۴. تأثیرات مذهبی: دین نقش مهمی در جامعه ایران دارد و باورها و اعمال مذهبی می‌تواند بر پویایی خانواده و فرآیندهای تصمیم‌گیری تأثیر بگذارد. خانواده‌درمانگر باید آگاه و به ارزش‌های دینی احترام بگذارند و در صورت لزوم آنها را در درمان بگنجانند.

۵. عدم آگاهی و آموزش: کمبود خانواده درمانگر و دسترسی محدود به برنامه های آموزشی و نظارت در ایران وجود دارد. این کمبود متخصصان واجد شرایط می تواند چالش هایی را در زمینه دسترسی و ارائه خانواده درمانی با کیفیت ایجاد کند. گسترش فرصت های آموزشی و افزایش تعداد خانواده درمانگران آموزش دیده برای مقابله با این چالش بسیار مهم است. از آنجایی که حوزه خانواده درمانی همچنان در حال تکامل است، چندین رویکرد درمانی به دلیل تأثیر بالقوه آنها بر خانواده درمانی در آینده نزدیک برجسته می شوند. در اینجا به برخی از آنها اشاره می کنیم:

- روایت درمانی،
- درمان مختصر راه حل محور^{۱۲}،
- خانواده درمانی متمرکز بر عاطفه^{۱۳}،
- خانواده درمانی ساختاری،
- رویکردهای یکپارچه،
- رویکردهای مبتنی بر ذهن آگاهی،
- رویکردهای آگاه از تروما و
- رویکرد آنلاین و از راه دور.

در حالی که این رویکردها نویدبخش آینده خانواده درمانی هستند، مهم است که توجه داشته باشیم که درمان باید همیشه متناسب با نیازها و شرایط منحصر به فرد هر خانواده باشد.

چشم‌انداز آینده خانواده درمانی تحت تأثیر عوامل متعددی از جمله پیشرفت در فناوری، تغییرات در هنجارهای اجتماعی و تمرکز فزاینده بر حساسیت فرهنگی قرار گیرد. برخی از زمینه‌های کلیدی وجود دارد که محققان و کارشناسان معتقدند آینده خانواده درمانی را شکل خواهند داد:

- یکپارچه سازی فناوری
 - تأکید بر پیشگیری و مداخله زودهنگام
 - پاسخگویی و تنوع فرهنگی
 - ادغام شیوه های مبتنی بر شواهد
 - مراقبت مشارکتی و سیستمی
 - دسترس پذیری و مقرون به صرفه بودن.
- به طور کلی، انتظار می رود که آینده خانواده درمانی با افزایش استفاده از فناوری، تمرکز بر پیشگیری و مداخله زودهنگام، پاسخگویی فرهنگی، شیوه های مبتنی بر شواهد، همکاری بین رشته‌ای و بهبود دسترسی و مقرون به صرفه بودن مشخص شود. هدف این پیشرفت‌ها افزایش اثربخشی و گستردگی خانواده درمانی است و تضمین می کند که خانواده‌ها می توانند حمایتی را که برای شکوفایی نیاز دارند دریافت کنند.
- برای پیشبرد تحقیقات خانواده درمانی، چندین راه حل می توان در نظر گرفت:
- تخصیص بودجه بیشتر برای تحقیقات خانواده درمانی
 - مشارکت های پژوهشی بین مؤسسات دانشگاهی، ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی و سازمان های اجتماعی
 - سنجش نتیجه و شیوه های استاندارد شده
 - انجام مطالعات طولی می تواند بینش های ارزشمندی در مورد اثرات دراز مدت خانواده درمانی ارائه دهد
 - گنجاندن نمونه های متنوع فرهنگی در مطالعات تحقیقاتی
 - انتشار و اجرا استراتژی های انتشار می تواند شامل کارگاه های آموزشی، وبینارها و دستورالعمل های تمرینی باشد که یافته های پژوهش را در دسترس درمانگران و دیگر متخصصان قرار دهد.

^{۱۲}. SFBT

^{۱۳}. EFFT

➤ تصدیق و گنجاندن باورهای مذهبی و معنوی در درمان، در مواقعی که مناسب و مورد نظر خانواده‌ها باشد، می‌تواند به رفع نیازها و ارزش‌های آنها کمک کند. درمانگران باید در مورد چگونگی کمک دین و معنویت به عملکرد و رفاه خانواده باز باشند.

➤ افزایش فرصت‌های آموزشی و دسترسی به نظارت برای خانواده درمانگران در ایران برای ایجاد نیروی کار قوی ضروری است. این می‌تواند شامل همکاری با موسسات بین‌المللی، برنامه‌های آموزشی آنلاین و ابتکارات محلی برای افزایش مهارت‌ها و دانش خانواده درمانگران باشد. توجه به این نکته حائز اهمیت است که این پیشنهادات مبتنی بر ملاحظات و توصیه‌های کلی است، زیرا تحقیقات خاص در مورد چالش‌های خانواده درمانی در ایران محدود است. انطباق و تعدیل این پیشنهادات براساس نیازها و زمینه‌های خاص خانواده‌های ایرانی ممکن است برای تمرین مؤثر ضروری باشد.

▪ یکپارچه‌سازی فناوری به معنای گنجاندن فناوری در تحقیقات خانواده‌درمانی مانند پلتفرم‌های دیجیتال، برنامه‌های کاربردی تلفن همراه و واقعیت مجازی می‌تواند روش‌های جمع‌آوری داده‌ها را گسترش دهد، به شرکت‌کنندگان بیشتری دسترسی پیدا کند و مداخلات نوآورانه‌ای ارائه دهد.

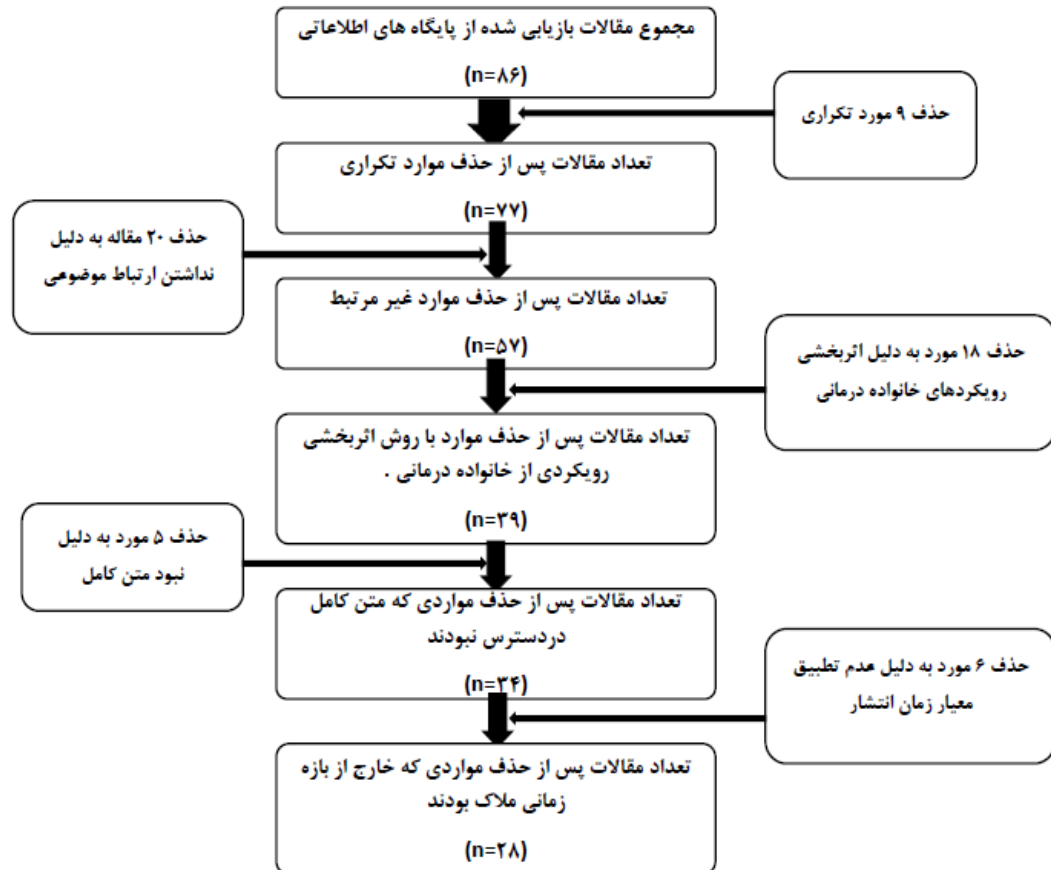
با اجرای این راه‌حل‌ها، پژوهش خانواده‌درمانی می‌تواند درک خود را از مداخلات مؤثر ارتقا دهد، پایه شواهد را تقویت کند و در نهایت نتایج را برای خانواده‌هایی که به دنبال درمان هستند بهبود بخشد. تلاش‌های مشترک بین مؤسسات تحقیقاتی، پزشکان بالینی، سیاست‌گذاران و خود خانواده‌ها در پیشبرد این پیشرفت‌ها بسیار مهم است.

پیشنهاد‌های عملی برای رفع این چالش‌ها در خانواده درمانی در ایران ممکن است شامل موارد زیر باشد:

➤ درمانگران باید شایستگی فرهنگی و درک سنت‌ها، ارزش‌ها و باورهای ایرانی را برای تعامل مؤثر با خانواده‌ها توسعه دهند. احترام، انعطاف‌پذیری و توجه به تفاوت‌های فرهنگی می‌تواند به ایجاد یک فضای درمانی ایمن کمک کند.

➤ ایجاد روابط و همکاری با رهبران مذهبی و جامعه می‌تواند به کاهش انگ و افزایش پذیرش درمان در جامعه کمک کند. همکاری با یکدیگر می‌تواند آگاهی از سلامت روان را ارتقا دهد و ارجاع به خدمات خانواده درمانی را تسهیل کند.

➤ آموزش افراد، خانواده‌ها و جوامع در مورد خانواده‌درمانی و مزایای آن می‌تواند به غلبه بر انگ و تشویق رفتار کمک‌جویانه کمک کند. کمپین‌های آگاهی عمومی، کارگاه‌ها و مطالب آموزشی می‌توانند نقشی حیاتی در رفع باورهای غلط و افزایش آشنایی با خانواده‌درمانی ایفا کنند.



شکل شماره ۱: فلوجارت مراحل انتخاب و ورود مقالات به مطالعه مطابق با پروتکل پریزما

| جدول شماره ۱: راهبردهای جستجو در پایگاه‌های داده‌ای | |
|---|--|
| پایگاه داده‌ای | راهبرد جستجو |
| Sciece direct, PubMed, Scopus | Title: ("Family Therapy*" OR "Family Counseling" OR "Family Therapist*" OR "Family Centered" OR "Iranian Family*" OR "Systemic Therapy") AND ("Challenge*" OR "Difficulties" OR "complications" OR "actions*") |
| مگ ایران، نورمگز، انسانی و مرکز علمی جهاد دانشگاهی | عنوان: ("خانواده‌درمانی*" یا "مشاوره‌خانواده" یا "خانواده‌درمانگر*" یا "خانواده‌محور" یا "خانواده‌ایرانی*" یا "درمان سیستمی") و ("چالش‌ها*" یا "دشواری‌ها" یا "پیچیدگی‌ها" یا "تدابیر*") |

| جدول شماره ۲: مطالعات انجام شده در حوزه خانواده‌درمانی | | | |
|--|--|--|--|
| نویسندگان و سال | روش پژوهش | هدف | نتایج |
| شایقی فرد و همکاران (۱۴۰۰) | تحلیل محتوای کیفی | بررسی اشتراکات رویکرد ساختاری با رویکرد اسلامی | ارائه بسته آموزشی حاصل از تلفیق رویکرد ساختاری مینوچین و اسلام که دارای اشتراکات متعددی هست و مشاوران و روانشناسان خانواده می‌توانند در برنامه‌ها و کاربست‌های بومی مشاوره و روان‌درمانی ساختاری از مفاهیم مشترک استفاده کنند. |
| عزیزی، احمدی، سالاری فر (۱۳۹۸) | توصیفی-تحلیلی و روش استنباط از آیات قرآن کریم و احادیث معصومین(ع) | تدوین شناسایی اصول خانواده‌درمانی بر اساس منابع اسلامی | ۳۰ مورد به عنوان اصول خانواده‌درمانی بر اساس منابع اسلامی استخراج شدند. برخی از این اصول عبارت‌اند از: خدامحوری، اعتقاد به معاد، خوش‌بینی و خوش‌گمانی، صبر و استقامت و ... |
| فارسانی، صفی و بهمنی (۱۳۹۸) | تحلیل محتوا | برنهادهای مقدماتی در زمینه مشاوره خانواده با رهیافت مبتنی بر فرهنگ ایرانی-اسلامی | پژوهشگران به فئونی تحت سه طبقه اصلی دست یافتند که عبارت هستند از: فنون برقراری رابطه، فنون درمانی و غنی‌سازی روابط زناشویی. |
| آینه‌چی و جان‌بزرگی (۱۳۹۶) | محتوای کیفی | نشان دادن تفاوت اساسی میان خط فکری علامه طباطبایی با خانواده‌درمانگران پست‌مدرن | ارائه اصول کلی در این حوزه برای متخصصان خانواده |
| جان‌بزرگی (۱۳۹۵) | مرور منابع مذهبی و متون علمی و انجام ۱۰ جلسه خانواده‌درمانی با نگرش معنوی | طراحی الگوی مداخلات خانواده‌درمانی سیستمی با نگرش معنوی | یافته‌ها حاکی از تفاوت معناداری در رضایت زناشویی و عملکرد خانواده قبل و بعد از درمان بودند |
| خدایاری فرد و عابدینی (۱۳۹۱) | مروری بر تاریخچه کاربرد فنون معنوی و مذهبی در خانواده‌درمانی و ارائه اصول اساسی این رویکرد | معرفی رویکرد خانواده‌درمانی معنوی مذهبی | با استفاده از مفاهیم موجود در نظریات نظریه نقش، فشار روانی و شبکه حمایت اجتماعی چگونگی تأثیرگذاری مذهب و معنویت بر کارکردهای خانواده در کنار فنون عفو و مثبت‌نگری ارائه شد. |
| مهدی زاده و موسوی (۱۳۹۸) | روش ترکیبی تحلیل محتوا و پیمایشی | شناسایی نیازهای پژوهشی در فقه روان‌شناسی | گرایش خانواده با ۳۰ نیاز پژوهشی در فقه روان‌شناختی در اولویت دوم قرار دارد. |
| آرمسترانگ و مونزو (۲۰۱۸) | روش انعکاس خود-قوم‌نگاری | اجرای روایت‌درمانی در کنار معرفت‌شناسی اسلامی. | مناسب بودن روایت‌درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی برای جمعیت مسلمانان با توجه به اهمیت استعاره، تخیل و داستان مشخص شد. |
| چراغی (۱۳۹۶) | تهیه سؤالات و تحلیل عامل اکتشافی بر روی آنها و اجرا بر زنان و مردان ایرانی | تهیه ابزار سنجش کیفیت رابطه همسران با خانواده‌های یکدیگر بر اساس مدل سیستمی مثلثی خانواده ایرانی | پس از تحلیل عامل اکتشافی سه عامل اتحاد با همسر، مرزبندی منعطف بین همسر با خانواده‌اش و پیوستگی با خانواده همسر استخراج شد. |
| تیشور و نیچترلین (۲۰۱۸) | مطالعه موردی در کنار مصاحبه با دو متخصص خانواده‌درمانی | بررسی نقشی برای خانواده‌درمانگر در کمک به خانواده‌ها و پزشکان در زمینه بیماری‌های حاد یا مزمن | ارائه ملاحظاتی برای خانواده‌درمانگران هنگام برخورد با مورد های بالینی پیچیده مانند درگیری همزمان عضو خانواده به بیماری جسمی ناشناخته و ابتلای به یک اختلال روانشناختی |
| روچانو (۲۰۰۴) | مطالعه موردی | ایجاد مدل خانواده‌درمانی اجتماعی به-منظور درگیر ساختن خانواده‌های کم درآمد | این رویکرد از یک موضع دوگانه استفاده می‌کند که درمانگر و مراجع با سه سطح تعامل یکسان درگیر شوند. ۱. رشد و تغییر فردی و خانوادگی، ۲. دسترسی به منابع جامعه و ۳. توسعه رهبری و اقدامات شهروندی. درمانگر در این رویکرد به عنوان تسهیل‌کننده فرایندهای فردی و خانوادگی عمل می‌کند. هم به عنوان درمانگر هم مربی و انتظار می‌رود به مشاغل درمانی شهروندی/اجتماعی تبدیل شود. |
| دهدست و قبادی (۱۳۹۹) | فراتحلیل کیفی | تبیین شاخص‌های گسست در خانواده-ایرانی متأثر از فرایند نوسازی | به‌منظور ایجاد پایداری در خانواده ایرانی باید به رویکردهای درمانی متوسل شد که علاوه بر توجه به پویایی‌های فردی و بین فردی به بررسی تغییرات ایجاد شده در بافت اجتماع بپردازد. |
| آتشک (۱۳۹۰) | روش کتابخانه‌ای و فراتحلیل اسناد | بررسی اهداف و ضرورت‌های رشته‌های مربوط به خانواده | هدف مشترک تمام رشته‌های مرتبط با خانواده، تربیت کارشناس و مشاور است و تربیت مدرس تنها در رشته‌های فقه خانواده و مشاوره خانواده است. بیشترین فصل مشترک دروس این رشته‌ها، فقه و اصول و سایر مسائل اسلامی خانواده و کمترین فصل مشترک، مطالعات تطبیقی خانواده و سنجش و اندازه‌گیری خانواده است. |
| دهقانی و عباسی (۱۳۸۶) | بررسی ادبیات روش دلفی | بحث و تشریح تاریخچه روش تحقیق دلفی در مطالعات حوزه ازدواج و خانواده | به دلیل کاربرد بالا روش دلفی و نیاز حوزه خانواده درمانی استفاده از این روش پیشنهاد شده است. |
| مرادی عباس‌آبادی، صرامی فروشانی و رباط میلی (۱۴۰۰) | تحلیل محتوای موضوعی | واکاو نحوه درک روان‌درمانگران مراکز خانواده از فرایندها و شکل‌گیری روان‌درمانی | نتایج نشان داد شناخت روان‌درمانگران و مشاوران مراکز خانواده از روان‌درمانی، برپایه برداشت‌های شخصی که کسب کرده‌اند، فعالیت‌هایی که انجام می‌دهند و منابع مورد استفاده آن‌ها، شکل گرفته است. |
| خدایاری فرد و آسایش (۱۴۰۰) | طرح تک آزمودنی AB | ارائه فن تغییر رفتار سیستمی | اثربخشی معنادار بر تغییر رفتار ناکارآمد زموذنی‌ها حاکی از پیشنهاد استفاده از این روش به خانواده‌درمانگران بود. |
| ریتر و همکاران (۲۰۲۰) | بررسی پژوهش‌ها و ادبیات حوزه و مطالعه موردی | توسعه مهارت‌های درمانگران از طریق ارائه ابزار با عنوان تحلیل چارچوب بازگشتی | سودمندی RFA به عنوان یک روش تحقیق کیفی و ابزار درمانی برای ترسیم گفت‌وگو روان‌درمانی (نام گذاری جلسات درمان) ثابت شد. |
| دی‌مول و همکاران (۲۰۱۸) | بررسی ادبیات احساس‌عاملیت در خانواده درمانی | چگونگی بازسازی احساس‌عاملیت و اختیار اعضا در خانواده‌درمانی | خانواده‌درمانی با موضع مشارکتی خود تمرکز خود را بر عملیات افراد در بستر روابط بین‌فردی می‌گذارد. تأثیرگذاری این روش با ارائه مورد بالینی در جلسات درمان گزارش شد. بر این اساس درمانگر باید به نیت مراجع عنینت ببخشد، به‌گونه‌ای که او را متوجه تأثیرگذاری خود در روابط سازد؛ از طریق آگاه ساختن وی از وجود تفاوت میان قصد و تأثیر رفتار به‌عنوان فرایندی در جلسات خانواده‌درمانی در حضور سایر اعضا خانواده انجام می‌شود. |
| فیف، دی‌آینثلو، اسکات و سولیون (۲۰۱۹) | تحلیل محتوا | مروری ۲۰ ساله بر تحقیقات عوامل رایج در ازدواج و خانواده درمانی | عوامل مشترک در ادبیات شناسایی شده شامل: مفهوم سازی رابطه‌ای، گسترش سیستم درمان مستقیم و اتحاد درمانی گسترش یافته است. |

| جدول شماره ۲: مطالعات انجام شده در حوزه خانواده‌درمانی | | | |
|--|--|---|--|
| نورس، شدید و هرتلین (۲۰۱۸) | بررسی ادبیات انواع مختلف فریب و تأثیرات سیستمک آن بر روابط و روند درمانی | ارائه راهکار کلی برای خانواده درمانگران و زوج درمان زمانیکه مشکل مراجعین خیانت و فریب در جلسات درمان است. | اثرات مثبت بهره‌گیری از ژنوگرام فریب تأیید شد. |
| لو و لین (۲۰۱۲) | مرور اسناد | ارزیابی کمی روند تحقیقات خانواده-درمانی | موضوعات اصلی در تحقیقات پیرامون افراد تحت درمان، موارد تحت درمان و مسائل درمانی بودند. در طول درمان بایستی به مسائل جنسیت، آموزش و اتحاد درمانی توجه ویژه‌ای شود. |
| وامیلر و همکاران (۲۰۱۷) | ادبیات حوزه و بررسی پژوهش | پیشنهاد راه‌هایی برای پرداختن به چالش‌ها در تعریف حرفه و عمل | راه‌هایی رسیدگی به چالش‌ها شامل: پذیرش ماهیت بین‌رشته‌ای این حوزه، سازماندهی مداوم اثربخشی درمان بر اساس مشکل به جای مدل مداخله، ادامه نوآوری در توسعه تئوری، و استفاده از روش‌های تحقیقاتی متنوع‌تر و معنادارتر بودند |
| روبر، تریجتا و ساندت (۲۰۲۱) | مطالعه موردی | ایجاد اتحاد در جلسات خانواده‌درمانی به ویژه خانواده‌های دارای فرزند خردسال. | سودمندی ابزار بازخورد مکالمه ^{۱۴} به‌خصوص در زمان حضور فرزند خردسال به عنوان یک منبع غنی برای تسهیل ایجاد اتحاددرمانی در جلسات خانواده‌درمانی بررسی شد |
| برینارسکا و همکاران (۲۰۱۹) | بررسی موردی | مشاهده و توصیف مضامین شخصی در ذهن درمانگر از حیث تأثیرگذاری آن‌ها در روند درمان | مضامین زندگی‌نامه درمانگر ممکن است در طول جلسات درمانی از طریق مشاهده شباهت میان خانواده و درمانگر برانگیخته شود. IRP ^{۱۵} بعنوان ابزاری مفید برای اکتشاف پدیده‌هایی همچون صدای درونی درمانگر که توسط مواردی حین خانواده-درمانی یا زوج‌درمانی مورد استفاده قرار می‌گیرد، معرفی شد |
| گیوربولو و تسلیو (۲۰۲۰) | تحلیل پدیدار شناختی تفسیری ^{۱۶} | چگونگی تجربه توسعه انعکاس کاراموزان خانواده‌درمانی سیستمی از طریق فرایندهای گروهی | نتایج شامل ارائه سه مضمون اصلی و نه زیرمقوله بودند. ایجاد انعکاس از طریق چالش‌ها و پاداش‌ها {۱-۱} چالش مواجهه با انعطاف‌پذیری ۲-۱ پردازش انعکاسی از احساسات ناراحت‌کننده و ۳-۱ بازتاب به عنوان توانمندسازی؛ یک فضای انعکاسی مشروط در گروه آموزشی {۱-۲} پرورش ایمنی و اعتماد، ۲-۲ ارزیابی چندین دیدگاه و ۳-۲ تعیین مسئولیت درمانی {مواجهه با پویایی‌های هویت از طریق فرایندهای گروه بازتابنده {۱-۳} دیدن خود از طریق دیگران، ۲-۲ تجربه تغییرات شخصی و ۳-۲ تصور موقعیت‌های چندگانه |
| اورلوسکی و همکاران (۲۰۲۲) | پدیدارشناسی و تحلیل مضمون | دستیابی به تجربه زوج و خانواده-درمانگران از کیفیت و نحوه شکل‌گیری اتحاددرمانی به‌هنگام تشکیل جلسات به شیوه آنلاین | نتایج حاکی از ۴۰ مضمون بود. علی‌رغم موفقیت در بهره‌گیری از فنون خلاقانه برای برقراری ارتباط، به چالش ترمیم اتحاد میان اعضای خانواده به دلیل دسترسی دشوار به آن‌ها اشاره داشتند. برخی مضامین چالش‌ساز عبارت بودند از: تمایل کم خانواده به درمان‌های غیرحضور، مشکلات تنظیم فضای فیزیکی، کنترل دشوار پویایی‌های جلسه، دسترسی دشوار به اعضای خانواده... |
| لارنر (۲۰۱۵) | ملاعه موردی | بحث پیرامون خانواده‌درمانی اخلاقی | اخلاق فرایندی، به رابطه‌مندی خانواده‌درمانی و اتحاد درمانی مؤثر معنا می‌دهد |
| هولیاک و همکاران (۲۰۲۰) | مطالعه موردی | نگاهی به هویت حرفه‌ای خانواده-درمانگران و کمک در ایجاد اتحاد درمانی مؤثر | نتایج به درمانگر کمک می‌کند تا هویت حرفه‌ای خود را به عنوان وکیل مدافع تشخیص دهند که منجر به ایجاد اتحاد درمانی و فضای امن در قالب نوعی دفاع از مراجع در سطح متوسط می‌شود. |

¹⁴.Dialogical Feedback Tool

¹⁵.Interpersonal Process Recall

¹⁶.Interpretative Phenomenological Analysis

References

1. Tseng W-S, Hsu J. Culture and family: Problems and therapy: Routledge; 2018.
2. Taibbi R. Doing family therapy: Craft and creativity in clinical practice: Guilford Publications; 2022.
3. Asen E, Dawson N, McHugh B. Multiple family therapy: The Marlborough model and its wider applications: Routledge; 2018.
4. Dehdast K, Ghobadi S. Explanation Factors Of Rupturing In Iranian Family Influenced By Modernization: A Qualitative Meta Analysis. Counseling Culture and Psychotherapy. 2020;11(43):121-158.
5. Khodayarifard M, Asayesh MH. Explaining Theoretical Foundations and Practical Application of "Systemic Behavior Modifying Technique": Providing a New Technique in Counseling and Psychotherapy. Journal of Psychology. 2021;97(1):118.
6. Lebow JL. Step-Families in Family Therapy and Family Science. Wiley Online Library; 2018: 3-6.
7. Kerr C. Family art therapy: Foundations of theory and practice: Routledge; 2011.
8. Lebow J. What does the research tell us about couple and family therapies? Journal of clinical psychology. 2000;56(8):1083-1094.
9. Trull TJ, Prinstein M. Clinical Psychology: Cengage Learning; 2012.
10. N A. Examining the causes and reasons for the orientation to psychotherapy. 2015.
11. Nichols MP, Schwartz RC. Family therapy: Concepts and methods: Gardner Press New York; 1984.
12. Carr A. Family therapy: Concepts, process and practice: John Wiley & Sons; 2012.
13. Wampler KS, Blow AJ, McWey LM, Miller RB, Wampler RS. The profession of couple, marital, and family therapy (CMFT): Defining ourselves and moving forward. Journal of Marital and Family Therapy. 2019;45(1):5-18.
14. Scabini E, Manzi C. Family processes and identity. Handbook of identity theory and research. 2011:565-584.
15. Parsons T. Family structure and the socialization of the child. Family: Socialization and interaction process: Routledge; 2014: 35-131.
16. Arjamand H., Yazdan Panah S. Effectiveness of family therapy. 8th International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle 1400.
17. Diamond G, Liddle HA. Resolving a therapeutic impasse between parents and adolescents in multidimensional family therapy. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1996;64(3):481.
18. McGoldrick M, Preto NG, Hines PM, Lee E. Ethnicity and family therapy. Handbook of family therapy: Routledge; 2014: 546-82.
19. Madanes C. Strategic family therapy. Handbook of family therapy: Routledge; 2014: 396-416.
20. Fitzgerald M, London-Johnson A, Gallus KL. Intergenerational transmission of trauma and family systems theory: An empirical investigation. Journal of Family Therapy. 2020;42(3):406-424.
21. Broderick CB, Schrader SS. The history of professional marriage and family therapy. Handbook of family therapy: Routledge; 2014: 3-40.
22. Larner G. Towards a common ground in psychoanalysis and family therapy: On knowing not to know. Journal of Family Therapy. 2000;22(1):61-82.
23. Minuchin S. Structural family therapy. Families and family therapy: Routledge; 2018: 1-11.
24. Rakow CM. Making Sense of Human Life: Murray Bowen's Determined Effort toward Family Systems Theory: Taylor & Francis; 2022.
25. Khodayarifard M, Rehm LP, Khodayarifard S. Psychotherapy in Iran: A case study of cognitive-behavioral family therapy for Mrs. A. Journal of clinical psychology. 2007;63(8):745-753.
26. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015.
27. Rivett M, Street E. Family therapy: 100 key points and techniques: Routledge; 2009.
28. Patterson J, Williams L, Edwards TM, Chamow L, Grauf-Grounds C. Essential skills in family therapy: From

- the first interview to termination: Guilford Publications; 2018.
29. A M. Family Therapy: Practical Tips. Mehrkavian Publications. 2015.
 30. Sinatra GM, Heddy BC, Lombardi D. The challenges of defining and measuring student engagement in science. Taylor & Francis; 2015: 1-13.
 31. Pourmovahed Z, Ardekani SMY, Mahmoodabad SSM, Mahmoodabadi HZ. Implementation of the McMaster model in family therapy: effects on family function in married couples. Iranian Journal of Psychiatry. 2021;16(1):60.
 32. Siahposh M, Motamedi A, Sohrabi F. The effect of cognitive behavioral family therapy on general health and marital satisfaction of families with mentally retarded children in Khorramabad city. Knowledge & Research in Applied Psychology. 2021;22(2):47-58.
 33. Asnafi AR, Ommati E. Survey of scientific production of Iranian researchers in family therapy field. Caspian Journal of Scientometrics. 2016;3(2):7-15.
 34. Stratton P, Silver E, Nascimento N, McDonnell L, Powell G, Nowotny E. Couple and family therapy outcome research in the previous decade: What does the evidence tell us? Contemporary Family Therapy. 2015;37:1-12.
 35. Retzlaff R, von Sydow K, Beher S, Haun MW, Schweitzer J. The efficacy of systemic therapy for internalizing and other disorders of childhood and adolescence: A systematic review of 38 randomized trials. Family process. 2013;52(4):619-652.
 36. Lou Y-C, Lin H-F. Estimate of global research trends and performance in family therapy in Social Science Citation Index. Scientometrics. 2012;90(3):807-823.
 37. Whittemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. Journal of advanced nursing. 2005;52(5):546-553.
 38. Shayeghifard H, Refahi Z, Fallah MH, Vaziri-Yazdi S. Qualitative content analysis comparing the structure of the family from the perspective of Islam and the structural approach of Minuchin. Psychological Methods and Models. 2022;12(46):113-130.
 39. Azizi M, Ahmadi M, Salari Far MR. Fundamentals of family therapy based on Islamic sources. Islam and Psychological Research. 2020;5(12):27-42.
 40. KavehFarsani Z, safi s, Bahmani A. Introductory in family counseling with islamic-iraninan culture-based approach. Family Counseling and Psychotherapy. 2019;9(1):49-74.
 41. Ayenehchi A, Janbozorgi M. The Criticism on the Epistemological Presumptions of Postmodern Family Healers in view of Allameh Tabatabaee. Gender and Family Studies. 2017;5(1):83-112.
 42. Janbozorgi M. The Influence of Systemic Spiritual Family Therapy on Marital Satisfaction and Family Functioning. Islamic research paper on women and family. 2016;4(6):9.
 43. Khodayarifard M. Spiritual-Religious Family Therapy: History, Theoretical and Experimental Bases and its Techniques and Principles. Psychology. 2013;4:427-432.
 44. Blow AJ, Karam EA. The therapist's role in effective marriage and family therapy practice: The case for evidence based therapists. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. 2017;44:716-723.
 45. Mahdizadeh H, Mousavi A. Research Need Assessment in Fighh of psychology. Basic Humanities Research. 2020; 5(4): 45- 66.
 46. Armstrong AM, Munro L. Insider/Outsider: A Muslim Woman's Adventure Practicing 'Alongside' Narrative Therapy. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy. 2018 Jun; 39(2): 174-185.
 47. Cheraghi M, Mazaheri MA, Mootabi F, Panaghi L, Sadeghi M, Salmani KH. Family Triad Systemic Scale: An Instrument for Assessment of Relationships between Couple and Families of Origin. Journal of Family Research. 2017;13(51):343-360.
 48. Goldenberg H, Goldenberg I. Family Therapy: An overview, 9th ed. Cengage Learning, 2017.
 49. Lebow JL. Family Therapy and the Mental Health Professions Across the Globe. Family process. 2019 Jun; 58(2): 269-272.
 50. Tisher M, Nichterlein M. Love in Times of Cholera: Systemic

- Reflections on Supporting Families Through the Journey (s) of Illness. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2018 Jun; 39(2): 243-256.
51. Rojano R. The Practice of Community Family Therapy. *Family Process*. 2004 Mar; 43(1): 59-77.
 52. Fine MJ. Family-school intervention. R.H. Mikesell, D, D. Lusterman, S. H. McDaniel (Eds), Washington DC: American Psychological Association, 1995.
 53. Glasser W, Marny A. Every student can succeed. Chula Vista, CA: Black Forest Press; 2000.
 54. Doherty WJ, McDaniel SH. Family therapy. American Psychological Association, 2010
 55. Available from: <https://iranpa.org>. Newsletter of the Iranian Psychological Association, Accessed Summer 59, 2021.
 56. Northey Jr WF. Marriage and Family Therapy Core Competencies Task Force: Final Report to the Board of Directors. Unpublished Manuscript. Alexandria, VA: American Association for Marriage and Family Therapy. 2004.
 57. Nelson TS, Chenail RJ, Alexander JF, Crane DR, Johnson SM, Schwallie L. The Development of Core Competencies for the Practice of Marriage and Family Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2007 Oct; 33(4): 417-438.
 58. Miller JK, Todahl JL, Platt JJ. The Core Competency Movement in Marriage and Family Therapy: Key Considerations from Other Disciplines. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2010; 36(1):59-70.
 59. Blow AJ, Sprenkle DH, Davis SD. Is Who Delivers the Treatment More Important than the Treatment Itself? The Role of the Therapist in Common Factors. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2007 Jul; 33(3): 298-317.
 60. Atashak M. Integration of Family Disciplines in Iran's Higher Education. Knowledge in Islamic University. 2011; 15(3): 68-90.
 61. Deghani M, Abasi M. The Delphia Method in Marriage and Family Therapy (Concepts & Applications). *Journal of Family Research*. 2008; 3(12): 839-853.
 62. Moradiabbasabadi F, Saramiforoushani GH, Rabetmilli S. Evaluation of the Understandings of Psychotherapists in the Family Counseling Centers about Psychotherapy, *Journal of Family Research*. 2021; 17(65):99-115.
 63. Reiter MD, Jung WF, Popham J, Fitzgerald C, Garcia E, de Perez MG, Lockhart T, Villanueva N. Training Through Naming: A Process of Psychotherapist Skill Development Utilizing Recursive Frame Analysis. *Qualitative Report*. 2020 Aug 1; 25(8): 2085-2099.
 64. Fife ST, D'Aniello C, Scott S, Sullivan E. Marriage and family therapy students' experience with common factors training. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2019; 45(2): 191-205.
 65. De Mol J, Reijmers E, Verhofstadt L, Kuczynski L. Reconstructing a sense of relational agency in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2018 Mar; 39(1): 54-66.
 66. North J, Shadid C, Hertlein KM. Deception in Family Therapy: Recognition, Implications, and Intervention. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2018 Mar; 39(1): 38-53.
 67. Rashtbari AR, Saed O. Cultural Aspects of Ethics in Psychotherapy. *Journal of Medical Ethics*. 2018; 12(43): 159-172.
 68. Zabihzadeh A, Mazaheri MA, Hatami J, Panaghi L, Nikfarjam MR. Semantic Structure of Privacy in Iranian Culture: A Study Based on Correspondence Analysis. *Social Psychology Research*. 2017; 7(26): 19-36.
 69. Mazaheri MA, Hatami J, Panaghi L, Ghashang N, Zabihzadeh A. Marital Privacy in Therapeutic Communication between Psychotherapist and Client: A Qualitative Study Based on Couples? Perspective in Iranian Culture. *Journal of Family Research*. 2018; 14(54): 160-181.
 70. Ahmadi kh. Studying the Family's Needs of Counseling Services. *The Women and Families Cultural-Educational Journal*. 2008; 3(10): 67-91.
 71. Ziede JS, Norcross JC. Personal Therapy and Self-care in the Making of Psychologists. *The Journal of psychology*. 2020; 154(8): 585-618.

72. Friedlander ML, Escudero V, Welmers-van de Poll MJ, Heatherington L. *Alliances in Couple and Family Therapy*, 3rd ed. New York: Oxford University Press, 2019.
73. Rober P, Van Tricht K, Sundet R. 'One Step up, but Not There Yet': Using Client Feedback to Optimise the Therapeutic Alliance in Family Therapy. *Journal of Family Therapy*. 2021; 43(1): 46-63.
74. Bryniarska A, Tomaszewicz AK, Janusz B, Józefik B. Personal therapists' voices in the systemic first consultations. *Dialogical analysis. Psychotherapia*. 2019; 4(191): 17-28.
75. Givropoulou D, Tseliou E. Developing Reflexivity through Group Processes in Psychotherapy Training: An Interpretative Phenomenological Analysis of Systemic Family Therapy Trainees' Experience. *Family process*. 2021 Jun; 60(2): 346-360.
76. Orłowski EW, Friedlander ML, Megale A, Peterson EK, Anderson SR. Couple and Family Therapists' Experiences with Telehealth during the COVID-19 Pandemic: A Phenomenological Analysis. *Contemporary Family Therapy*. 2022; 44(2): 101-114.
77. Larner G. Ethical Family Therapy: Speaking the Language of the Other. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2015 Dec; 36(4): 434-449.
78. Holyoak D, McPhee D, Hall G, Fife S. Microlevel advocacy: A Common Process in Couple and Family Therapy. *Family process*. 2020; 60(2): 654-669.