



خانواده درمانی هیجان مدار با کودکان و مراقبان

رویکردی برای آگاهی از تروما



مریس فروغی

مترجمین

سمیرا جلالی، مهسا فروغی

عنوان و نام پدیدآور: خانواده‌درمانی هیجان‌مدار با کودکان و مراقبان: رویکردی برای آگاهی از تروما / ویرایش مریس فروغی؛ مترجمین سمیرا جلالی، مهسا فروغی.

مشخصات نشر: تهران: انتشارات روان‌شناسی و هنر، ۱۳۹۹.

مشخصات ظاهری: ۲۷۱ ص؛ ۲۱/۵×۱۴/۵ س.م.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۰۶۳-۹۹-۶

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: عنوان اصلی: Emotion focused family therapy with children and caregivers: a trauma-informed approach, 2018.

موضوع: روان‌درمانی خانواده

موضوع: Family psychotherapy

شناسه افزوده: فروغی، مریس، ویراستار

شناسه افزوده: Foroughe, Mirisse

شناسه افزوده: جلالی شاهکوه، سمیرا، مترجم

شناسه افزوده: Jalali Shahkoh, Samira

شناسه افزوده: فروغی، مهسا، مترجم

رده بندی کنگره: RC۴۸/۵

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۹۱۵۶

شماره کتابشناسی ملی: ۶۱۲۳۲۵۹

روان‌شناسی

خانواده‌درمانی هیجان‌مدار با کودکان و مراقبان؛ رویکردی برای آگاهی از تروما |

نویسنده: مریس فروغی |

مترجمین: دکتر سمیرا جلالی، دکتر مهسا فروغی |

ناشر: روان‌شناسی و هنر |

طراح جلد: احسان رضوانی |

ویرایش: گروه ویرایشی روان‌شناسی و هنر |

لیتوگرافی، چاپ و صحافی: طیف‌نگار |

نوبت چاپ: اول- ۱۳۹۹ | تیراژ: ۵۰۰ جلد | قیمت: ۵۰/۰۰۰ تومان |

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۷۰۶۳-۹۹-۶

ISBN: 978-600-7063-99-6

تمامی حقوق برای ناشر محفوظ است |

انتشارات روان‌شناسی و هنر: تلفکس: ۸۸۹۹۶۵۰۶ | صندوق پستی: ۱۷۳۴-۱۳۱۴۵ |

www.ravanhonar.com |

فهرست مطالب

همکاران.....	۹
پیشگفتار: مداخله مبتنی بر مراقب.....	۱۳
فصل ۱: مروری بر درمان هیجان مدار.....	۲۷
فصل ۲: روش های درمانی هیجان مدار برای کودکان و نوجوانان.....	۶۵
فصل ۳: توسعه و مؤلفه های اصلی EFFT.....	۱۰۳
فصل ۴: خانواده درمانی هیجان مدار در عمل.....	۱۳۳
فصل ۵: پردازش موانع والدین.....	۱۶۳
فصل ۶: EFFT و تروما : مشارکت والد دارای دلبستگی اجتنابی.....	۱۹۵
فصل ۷: منابع عملی.....	۲۳۱
واژه نامه.....	۲۶۳

خانواده درمانی هیجان مدار با کودکان و مراقبان

در کتاب حاضر، روش خانواده درمانی هیجان مدار (EFFT) به عنوان یک مداخله مبتنی بر شواهد برای کودکان معرفی می شود که از طریق ادغام شیوه های هیجان مدار و ترومای والد، تغییرات خانوادگی را تسهیل می سازد. گروهی از نویسندگان متخصص، از جمله بنیانگذاران EFT و EFFT در تألیف این فصل ها همکاری و مشارکت دارند؛ در این فصول، یافته های اخیر حاصل از آزمایش های بالینی در کنار یک دیدگاه غنی و بسیار شناخته شده EFFT قرار گرفته اند، دیدگاهی که به صورت عملی بر روی مراجعین به کار می رود. همچنین در کتاب بسیار کاربردی حاضر، مطالعات موردی گویا، راهبردهای مداخله یا باید و نبایدها و کاربرگ های بالینی ارائه می شود.

دکتر مریس فروغی، یک روان شناس بالینی و مدیر خدمات روان شناسی در مرکز روان شناسی کیندرکر، و همچنین سرپرست آزمایشگاه تحقیقاتی روان شناسی مراقبت های اولیه است. او عضو کمی هیئت مدیره دانشگاه یورک در تورنتو و اولین توسعه دهنده برنامه پژوهشی EFFT است. دکتر فروغی، جایزه اولین روان شناس حرفه ای انجمن روان شناسی آنتاریو و جایزه خدمات نوآورانه پی اف سی ۲۰۱۷ را از انجمن روان شناسی کانادا دریافت کرده است.

همکاران

کریستینا کردیرو، در حال حاضر دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی رشد - بالینی دانشگاه یورک در تورنتو است. علایق پژوهشی و بالینی وی، تحت راهنمایی دکتر مولر، در زمینه روش‌های درمانی مبتنی بر دلبستگی و ترومای درون خانوادگی است. او بیش از ده سال تجربه کار با کودکان و خانواده‌های جوان را در محیط‌های آموزشی دارد و یک درمانگر رفتاری آموزش‌دیده است.

دکتر جوان دولهانتی، روان‌شناس بالینی مشاوره و نظارت و مربی سازمانهای سلامت روان در سراسر کانادا و در سطح بین‌المللی است، او همراه با دکتر گرینبرگ، روش درمانی هیجان‌مدار را به‌منظور استفاده در اختلالات خوردن بسط داد و یکی از توسعه‌دهندگان روش خانواده درمانی هیجان‌مدار است.

لائورا گلدشتاین، از سال ۲۰۱۴ تحت نظارت دکتر فروغی کار کرده است، روش‌های درمانی هیجان‌مدار و مرتبط را یاد گرفته، با کودکان و خانواده‌ها کار کرده و پژوهش‌های بالینی انجام داده است. او در حال حاضر دانشجوی سال آخر کارشناسی ارشد در رشته روان‌شناسی رشد و بالینی در دانشگاه یورک است که تحت نظارت دکتر مولر کار می‌کند و او اکنون در پژوهش خود شاخص‌های غیرکلامی و

فرازبانی مربوط به آسیب‌های روحی بین‌نسلی و درون خانواده و مشکلات دلبستگی را بررسی می‌کند. او مدرک افتخاری لیسانس از دانشگاه یورک و دیپلم هنرهای آزاد از دانشگاه سنکا دارد.

دکتر لزی گرینبرگ، استاد ممتاز بازنشسته پژوهش در رشته روان‌شناسی در دانشگاه یورک در تورنتو است و اولین توسعه‌دهنده روش درمانی هیجان‌مدار است. او متون منتشر شده گسترده‌ای دارد. او جایزه انجمن روان‌شناسی آمریکا برای مشارکت حرفه‌ای ممتاز در تحقیقات کاربردی، جایزه حرفه پژوهشی ممتاز انجمن بین‌المللی برای پژوهش روان‌درمانی و جایزه کارل راجرز از انجمن روان‌شناسی آمریکا را دریافت کرده است.

ادل لافرانس، یک روان‌شناس بالینی و استادیار گروه روان‌شناسی در دانشگاه لورنتین در کانادا است. او به‌طور مشترک روش خانواده‌درمانی هیجان‌مدار را توسعه داده است. دکتر لافرانس به متخصصان بالینی، گروه‌های آموزشی و سازمانها در سراسر دنیا مشاوره و آموزش می‌دهد و بر کار آنها نظارت می‌کند. او نویسنده چندین متن منتشر شده در زمینه اختلالات خوردن و سلامت روان است و پروژه‌های متعددی را برای ترویج مداخلات خانواده‌مدار راهنمایی می‌کند.

پریانجالی میثال، دانشجوی کارشناسی ارشد در دانشگاه تورنتو است و در حال تکمیل تحصیلاتش در دانشکده علوم دارویی است که در آنجا در حال پژوهش در زمینه مداخلات روان‌شناختی برای کاهش درد و ترس از آمپول در بزرگسالان است. او مدرک لیسانس افتخاری در رشته روان‌شناسی از دانشگاه یورک دارد و مدت‌ها است علاقه‌مند به روان‌شناسی بالینی است، به‌ویژه مداخلات و روش‌های درمانی که می‌تواند به بهبود و بازیابی سلامت روان‌شناسی کمک کند.

دکتر رابرت تی. مولر، عضو انجمن بین‌المللی مطالعه تروما و جدایی (ISSTD)، استاد دانشگاه یورک، نویسنده «تروما و مراجع اجتنابی» است که در سال ۲۰۱۱ جایزه ISSTD را برای بهترین کتاب نوشته‌شده در زمینه تروما دریافت کرد. مولر، به‌عنوان

محقق پیشرو در چندین برنامه درمان تروما در سطح بین‌المللی سخنرانی می‌کند. مجله آن‌لاین او، «گزارش تروما و سلامت روان»، سالانه بیش از صد هزار خواننده دارد.

سارا لین ریپیندا، دانشجوی سال آخر مقطع دکتری با راهنمایی دکتر مولر، در آزمایشگاه دلبستگی در دانشگاه یورک است. پژوهش اخیر او بر روش اتحاد درمانی^۱ و پاسخ درمانی^۲ میان کودکان در درمان تروما متمرکز شده است. مطالعه بالینی او شامل درمان بزرگسالان و کودکان بازمانده از تروما در هردو شرایط بستری و سرپایی است.

جینیو و رانا، از سال ۲۰۰۸، تحت نظارت دکتر گرینبرگ آموزش دیده است. در طی این مدت، او در زمینه روش، پژوهش و نظریه درمانی هیجان‌مدار تخصص کسب کرده است. به‌تازگی، مدل جدیدی برای درک اجتناب مراجع از هیجان‌ات دردناک خود و همراه با آن یک راهنما برای درمانگران روش درمانی هیجان‌مدار ارائه داد که در آن توضیح می‌دهد این درمانگران چگونه می‌توانند برای کمک به مراجعان جهت غلبه بر اجتناب خود مداخله کنند. او در همایش‌های مختلف بین‌المللی درباره یافته‌های سخنرانی کرده است.

۱. Therapeutic alliance: همکاری بین مراجع و درمان‌گر برای نیل به اهداف توافق‌شده

2. Treatment response

مداخله مبتنی بر مراقب

«پرورش کودکانی قدرتمند آسان تر از بهبود حال مردان شکست خورده است.»

فردریک داکلاس

به عنوان یک درمانگر تازه کار، این نقل قول شعار من بود. قرار نبود بر روی ترومای بزرگسالان کار کنم. تصمیم گرفتم با کودکان کار کنم، چراکه درمان آنها آسان تر بود، به اصل و ریشه نزدیک تر بودند، بیشتر تابع تغییر بودند و کمتر دفاع می کردند. دست کم، این گونه تصور می کردم و هنوز معتقدم که این سه فرض آخر درست هستند؛ اما اولین مورد قطعاً درست نیست. اگر معنای واقعی درمان، حمایت از شخصی برای تغییر از حالتی آشفته به فردی سالم باشد، می توان گفت درمان کودکان راحت تر نیست. به راستی تغییر وضعیت سلامت روانی کودک ضرورتاً مستلزم - یا باید مستلزم - مهم ترین افراد زندگی آنها؛ والدین باشد؛ و والدین، اغلب بزرگسالانی با تاریخچه ای طولانی از رنج - هایی عمیق هستند؛ بنابراین، علی رغم تمام تلاش هایم، به هیچ وجه کار با بزرگسالان را کنار نگذاشتم - من در یک قدمی آن بودم؛ اما آنها همه جا بودند؛ در اتاق انتظار، روی

دستگاه پیغام‌گیر، در آن ایمیل‌های سرشار از اضطراب، نگران بودند که روند درمان قرار بود چقدر طول بکشد و به من اجازه دادند که «اصل ماجرا» یعنی تمام جزئیات مهم (و معمولاً بیشتر منفی) را بدانم و کودک اغلب در بحث‌های ما حذف می‌شد. دست‌کم، آنها منبع مهمی از بازخورد و بخش مهمی از زندگی کودک خود بودند. علاوه بر این، آنها مهم‌ترین عضو «سیستم» گسترده کودک بودند.

پس از چندین سال ارائه خدمات در زمینه سلامت روانی فردی، در اواسط قرن بیستم، نظریه سیستم‌های خانوادگی روشی جایگزین برای درمان فردی پیشنهاد داد و بسیاری از درمانگران کودک دریافتند که ما باید با تمام بخش‌های سیستم، از جمله بزرگسالان در زندگی کودک کار کنیم. سیستم‌های خانوادگی همه چیز را تغییر داد؛ اما برای اکثر ما که بر روی سلامت روانی کودکان کار می‌کردیم، هنوز کودک، «بیمار معلوم» بود. در حقیقت، حتی اگر احساس می‌کردیم که درواقع به لحاظ روان‌شناختی، والدین همان افراد پریشان‌حال در خانواده بودند که برخی اوقات کودک خود را از داخل عدسی‌هایی معیوب و کج‌و‌معوج می‌دیدند که تصویری از کودکی تحمل‌ناپذیر، تعلیم‌ناپذیر، نافرمان و خارج از کنترل یا به‌نحوی بدرفتار را منعکس می‌کرد، چه‌کاری می‌توانستیم انجام دهیم؟ چیزی در این باره نگفتیم و فقط سعی کردیم به کودک کمک کنیم تا با آن مقابله کند و همچنین تلاش کردیم والدین را مجاب کنیم به اینکه چگونه باید کودک خود را ببینند، درک کنند و با او به تفاهم برسند که عمده‌تاً موفقیت‌آمیز نبود.

نمی‌توانستید به والدین بگویید که مشکل از آنها بود. بسیار خب، می‌توانستید، اما با توجه به ارتباط دوستانه شما با آنها احتمالاً پیامد عظیمی خواهد داشت. برخی از درمانگران درواقع این‌گونه با والدین رفتار می‌کنند، برخی اوقات آنها دیگر هرگز بیمار خود را نمی‌بینند و شاید والدین درمانگر دیگری پیدا کنند. در اوایل دوره آموزشی‌ام، در انجمن‌های بزرگ نظارت بر مدارس، سازمان‌های سلامت روانی، بیمارستان‌های آموزشی شناخته‌شده همراه با متخصصان ناظر بسیار با استعداد و با تجربه کار کردم. با این حال، نه‌تنها حتی ناظران من برای صحبت با والدین درباره کارهایی که انجام می‌دادند یا نمی-

دادند، هیچ راهی نداشتند بلکه در بهبود کودک آنها هم مداخله می کردند. ما همه می خواستیم به خانواده ها احترام بگذاریم و منتظر بمانیم تا به درکی از امور برسند. رویکردهای انسانگرایانه و مراجع مدار به ما می گویند که افراد، متخصص تجربه های خود هستند و این رویکردها با تأکید بر تبعیت از مراجع در جلسه، هرگونه واکنش گستاخانه یا اظهار نظر بحث انگیز را دشوار می سازند؛ واکنش یا اظهار نظری که با نحوه تصور والدین از خود یا تصویری که می خواهند از خود داشته باشند، در تضاد باشد. از این رو، هنگامی که حتی، دیدیم نحوه واکنش آنها مانع بهبود کودک بود یا به نحوی به حفظ مشکلات کودک منجر می شد، چیزی نگفتیم.

برخی اوقات، به عنوان یک درمانگر کودکان، شخص می تواند ارتباط بسیار مستحکمی با کودک برقرار کند و والدین را به خاطر بی توجهی به نیازهای کودک سرزنش کند. در مواقعی مانند این، ابراز همدلی نهفته ای از سوی درمانگران نسبت به مضامین غیرکلامی کودک مانند «تو واقعاً خوبی عزیزم، تقصیر پدر و مادرت - چند سال تحمل کن، بعد می تونی بری.» وجود دارد. درک تمام برداشت های درست بالینی ما برای والدین بسیار سخت خواهد بود، چراکه آنها آن قدر مشغول سرزنش کودک بودند و دست روی نقص های او گذاشته بودند و نمی توانستند متوجه نقش خود در تشخیص عیب شوند که برخی اوقات این کار برای بزرگسالی که نمی توانست از پس کودک خود بریاید، بسیار راحت بود. قطعاً ما هم آن قدر مشغول سرزنش والدین بودیم که نمی توانستیم درک کنیم که چگونگی رفتار ما با آنها یعنی فقدان مربی اصلاحی و عدم همدلی صریح، فاصله بیشتری بین والد و کودک ایجاد می کرد.

مسلماً، کودکان در چنین محیطی برای مدت طولانی «خوب» نخواهند ماند. والدین هرچه بیشتر با واکنش های شدید به رفتار معمولی کودک، هرچند برخی اوقات بیش از اندازه حساس، این پیام را به او منعکس کنند؛ «تو یه مشکلی داری»، کودک بیشتر به این باور می رسد که درست است من مشکل دارم، من نافرمانم، من مریضم، من مشکل دارم، من دارم والدینم را دیوانه می کنم، من دیوانه هستم، تا اینکه کودک در نهایت،

سایه‌ای از ظرفیت‌های واقعی آنها می‌شود و معمولاً به شدت نیازمند تایید والدین است، درحالی‌که برخی اوقات قاطعانه بر این موضوع سماجت می‌کرد که دیوانه نبود و مشکل از والدینش بود، سایر مواقع با تمام وجود می‌پذیرفت که او بیمار، مایه دردسر و ناامیدی بود.

زمانی‌که با این کودکان کار می‌کردم بسیاری از مواقع احساس درماندگی و نومیدی می‌کردم، متوجه شدم که من فقط بخشی از این فرایند بودم که برای تسکین ناراحتی والدین و مقصردانستن کودک طراحی شده بود. در جلسات فردی با کودک، به شدت سعی می‌کردم اعتماد به نفس آنها را بازسازی کنم، به آنها حس «خوبی» بدهم و دست‌کم رابطه‌ای داشته باشیم که در آن ارزشمند، سالم و قابل درمان دیده شوند. می‌توانستم سردرگمی آنها را احساس کنم، از طرفی می‌توانستند شوق رسیدن به تصویر مثبتی را که از خود داشتند در نگاه من ببینند، درعین حال نیازی در خود می‌دیدند که تصویر دیگر یعنی همان کودک آشفته را حفظ کنند - زیرا صرف نظر از اینکه چقدر روش اتحاد درمانی ما پیشرفت کرده بود، این واقعاً آن چیزی نبود که برای احساس کامل بودن نیاز داشتند. هرگز قرار نبود مادر یا پدر یا مراقب اصلی آنها را عوض کنم. مشکل این بود، من بر روی رابطه اشتباه کار می‌کردم. رابطه‌ای که آنها نیاز داشتند در آن احساس سلامت کنند رابطه - ای با اشکال اولیهٔ دلبستگی آنها بود. مکانی که نیاز داشتند در آن احساس کامل بودن کنند، خانهٔ خودشان بود؛ و شخصی که آنها در گروه درمانی خود نیاز داشتند، والدین‌شان بود. من فقط می‌توانستم یک تسهیل‌کننده باشم.

در این زمان، من در یک مجموعهٔ درمانی کودکان پیش دبستانی و نوزادان در یک سازمان شناخته شدهٔ سلامت روان کودکان در تورنتو کار می‌کردم. تحت نظارت متخصصان سلامت روان نوزادان، یک روش درمانی دوطرفه، بازی درمانی کودک-والد، تحت عنوان «تماشا کن، صبر کن و متحیر شو^۱» را آموزش دیدم. در این رویکرد، به جای اینکه یکی از طرفین در ایجاد رابطه‌ای ثانویه باشم که هرگز نمی‌توانست به معنای واقعی

کلمه و کاملاً مانند رابطه اصلی بین کودک و مراقب اولیه او باشد، در نهایت من ابزاری شفافبخش در رابطه کنونی بین والد و کودک بودم. هنگامی که یک کودک در روش «تماشا کن، صبر کن و متحیر شو» به من نزدیک می شد تا به من چیزی را نشان بدهد یا چیزی بگوید، او را به سمت مادر یا پدر هدایت کردم. این رابطه آنها بود که اهمیت داشت و رابطه من با والدین در روش درمانی دوطرفه، حتی مهم تر از آن چیزی بود که من با کودک ایجاد می کردم. همه چیز در روش «تماشا کن، صبر کن و متحیر شو» به طور ماهرانه ای والد را تشویق می کرد که نقش شفادهنده را به خود بگیرد، کسی که با نیازهای کودک همدردی می کرد، به چگونگی تأمین آن نیازها فکر می کرد و تصمیم می گرفت از کدام راهکار برای چه مدت و در چه زمانی استفاده کند و مشخص بود که آنها چه زمانی بهترین راه درمان آن کودک را پیدا کرده بودند. من شاهد موضوع جالبی بودم، یکی از والدین شروع بسیار موفقیت آمیزی داشتند، متوجه شدم که آنها می توانند مالکیت کامل رابطه بین والدین و کودک را به عهده بگیرند و از اینکه تمام این تفاوت ها را در شکل دادن هویت کودک خود، غلبه بر موانع و سلامت روانی او ایجاد کرده بودند، احساس قدرت می کردند. باور والدین به توانایی خود برای پاسخگویی به نیازهای کودک خود، عامل مهمی بود و وظیفه من بود که به خاطر آنها این موضوع را باور کنم طوری که آنها نیز به این باور برسند. باور من به والد به بازگرداندن اعتماد به نفس والدین کمک می کرد، رابطه والدین و کودک را بهبود می بخشید و از سلامت روانی کودک محافظت می کرد.

«تماشا کن، صبر کن و متحیر شو» در میان آنچه آموخته بودم، اولین رویکردی بود که والدین را عامل تغییر و درمان کودک می انگاشت. هرچند، این رویکرد زمان خیلی زیادی، اغلب یک سال درمان دوطرفه را می طلبید و این امر بستگی به درک و تصور والدین از امور داشت. به نظر می رسید برخی از والدین باورهایی نسبت به کودک و خودشان داشتند که بسیار مستحکم بودند، از این رو، اینکه بنشینیم، تماشا کنیم و منتظر باشیم فایده ای نداشت. در آن موارد، هیچ راهی وجود نداشت که سر راه والدین قرار بگیریم - اگر آنها نمی توانستند راه حل را که در میان دست های آنها بود، ببینند، من باید

منتظر می‌ماندم تا آن را ببینند و برخی اوقات این موضوع برای رابطه بین والد و کودک و سلامت روانی کودک گران تمام می‌شد.

همچنین، استفاده از رویکرد دوطرفه مبتنی بر بازی جهت توانمندسازی والد برای درمان کودک، ناگهان از شش سالگی متوقف شد. برای کودکان هفت سال به بالا، معمولاً درمان فردی را پیشنهاد می‌دهیم. امکان خانواده‌درمانی هم وجود داشت؛ اما با همان رویکرد نبود، «مراجع» در روش خانواده‌درمانی، خانواده بود و ما به تمام اعضای خانواده نیاز داشتیم تا به‌طور داوطلبانه در فرایند درمان شرکت کنند که هدف آن بررسی ارتباط و پویایی درون خانواده بود. اگر یک فرد پانزده‌ساله که برای درمان معرفی شده نمی‌خواست والدینش مداخله کنند، بسیار خب، ما چه کسی بودیم که وارد حریم خصوصی آنها شویم و بتوانیم آنها را برای درمان فردی راضی کنیم؟ آنها پانزده‌ساله بودند. می‌توانستیم آنها را برای گذار به بزرگسالی آماده کنیم... گذاری فارغ از این امید که می‌توانستند حتی آنچه را به لحاظ عاطفی از والدین‌شان نیاز داشتند به‌دست بیاورند. می‌توانستیم به آنها آموزش بدهیم محدودیت‌های والدین خود را بپذیرند، یاد بدهیم با زندگی مقابله کنند، به آنها نشان بدهیم به‌خودی‌خود خوب خواهند شد. دست‌کم تازمانی که درمان ادامه پیدا کند؛ آنها ما، درمانگران را در کنار خود دارند. به‌علاوه آنها خودشان، دوستان‌شان و بقیه مردم دنیا را خواهند داشت. این بهترین کاری بود که می‌توانستیم انجام دهیم، اما آیا برای کودک هم بهتر بود؟

در طول فرایند درمان فردی کودک، والدین معمولاً حتی سپاسگزار خواهند بود که کودک آنها «مکانی امن برای صحبت کردن» دارد چراکه کاملاً آگاه بودند که نمی‌توانستند چنین مکان امنی را برای آنها فراهم کنند و به‌علاوه قادر نبودند از پس نیازهای کودک خود بریایند. به همین دلیل آنها به کمک حرفه‌ای ما نیاز داشتند. ما متخصص بودیم. به‌نحوی کودک آنها، راه خود را گم کرده بوده (و البته هریک از والدین درواقع خودش را به‌خاطر آن موضوع سرزنش می‌کرد، اگرچه فقط تعداد کمی از آنها آشکارا درباره آن صحبت می‌کردند) و قرار بود ما نیازهای کودک را از دست‌های غیرقابل

اطمینان آنها بیرون بکشیم و به دست‌های توانای خود بسپاریم و کاری بهتر از آنچه آنها می‌توانستند، انجام دهیم. این پیامی ضمنی بود که در برخی مدل‌های مراقبت تحت عنوان «جدایی والدین از کودک^۱» آشکار شد.

سایر والدین به کاری که انجام می‌دادیم شک داشتند (که برای آنها معما بود که چرا تقریباً به‌طور کامل از آن حذف شده بودند)، برخی از والدین به ثمربخش بودن درمان شک می‌کردند و بر این باور بودند که ما درمانگرانی راحت‌گیر و نامعلوم بودیم که طرف کودک را می‌گرفتیم و متوجه نبودیم که خواسته واقعی کودک چیست. برخی اوقات، این والدین در اواسط دوره، کودک را برای درمان نمی‌آوردند یا در مدیریت مراحل آغازین و میانی درمان، یعنی زمانی که پریشانی هیجانی اغلب افزایش می‌یابد، دچار مشکل می‌شدند و بدون اینکه حتی به این روش درمانی شانس اثربخشی بدهند دیگر به دنبال دارو هم برای کودک نمی‌رفتند.

و اگر همه‌چیز نسبتاً خوب پیش می‌رفت و ما یک اتحاد درمانی قوی با کودک آنها ایجاد می‌کردیم، والدین ما را تحمل می‌کردند زیرا کودک آنها جایی برای درودل داشت، به این ترتیب خانواده می‌توانست همان‌طوری عمل کند که پیش از این عمل کرده بود و والد مجبور نخواهد بود به مقابله با عدم توانایی کودک برای مقابله بپردازد. ما به آنها ابزار دادیم، آنها دیگر می‌توانستند با آن مقابله کنند. به اندازه کافی خوب بود. آن‌گونه که آنها انتظار داشتند ما کودک‌شان را «درمان» نکردیم اما طوری بر زخم آنها مرهم گذاشتیم که عملکرد بهتری در مدرسه داشته باشند، کمتر در خانه بحث کنند و حال‌شان بهتر شود. اینها شاخص‌های مهمی از عملکرد خوب بودند، همان چیزی که می‌خواستند. بفرمایید کودک شما بازگشته، کمی بهتر از زمانی که شما به ما تحویل دادید؛ و حس صلاحیت والدین؟ آیا تغییر کرده بود؟ آیا آنها آن توانمندسازی‌ای را که والدین در روش بازی درمانی دوطرفه احساس کرده بودند، حس کردند؟ نه اصلاً، چگونه می‌توانستند؟ عامل تغییر،

روابط درمانی کودک-درمانگر بود؛ ما چندین روش پنهانی برای برقراری ارتباط با کودک آنها داشتیم که آنها هرگز نمی‌توانستند پی‌ببرند؛ و تمام اینها محرمانه بود، به هر حال کودک حریم خصوصی داشت. ما همگی با این روش عظیم جدایی والدین از کودک موافقت کردیم. والدین، کودک را به یک درمانگر متخصص تحویل می‌دادند و در بهترین حالت قدردان این بودند که کسی می‌توانست به کودک‌شان کمک کند زیرا آنها قطعاً نمی‌توانستند آن شخصی باشند که این کار را انجام می‌دهد، درست است؟ اشتباه.

این مدل در هیچ شرایطی به مراتب بیشتر از اختلالات خوردن شکست نخورد؛ و همان‌طور که مشخص شد، احتمالاً حس شایستگی والدین در هیچ شرایطی به مراتب بحرانی‌تر از اختلالات خوردن نبود. برای کودکی که در آستانه مرگ بود و از خوردن داروهای که به شدت نیاز داشت، امتناع می‌ورزید، شواهد به وضوح نشان دادند که این قدرت والدین مجهز به دانش و فن متخصص بود که در نهایت کودک را شفا داد و شانس زندگی دوباره را به او داد و نه فقط دانش و فن متخصص.

هنگامی که والدین در درمان خانواده‌مدار (FBT) با استفاده از رویکرد FBT مادرلی شرکت کردند، میزان بهبودی کودکان، از اواسط دهه سی سالگی به اواسط دهه هشتاد سالگی، بدون عود مجدد بیماری، افزایش می‌یافت، یعنی دوره‌ی شرایطی را که قبلاً تحت عنوان «اختلال مزمن عودکننده» شناخته شده بود تغییر داد. با آموزش مراقبت به والدین به‌طور شگفت‌آوری کشف کردیم که کودک درمان خواهد شد و بهبودی او مدت‌ها پس از ترخیص از بیمارستان باقی خواهد ماند. این تحقیق حرفه و موضوع پایان‌نامه دکترای مرا تغییر داد. دو سال پس از اینکه من تصمیم گرفتم نشان دهم چرا افراد مبتلا به اختلالات خوردن را نمی‌توان درمان کرد، با کمک به والدین برای اینکه بتوانند سر رشته امور را به دست بگیرند، موفقیت در درمان می‌توانست به‌طرز چشمگیری افزایش پیدا کند که آگاهی از این موضوع الگوی جدیدی بود. در عین حال، معانی بسیاری داشت.

اما چرا در اختلالات خوردن متوقف می‌شود؟ درمانگران در حال حاضر برای افراد مبتلا به اختلالات خوردن (ED) روش درمانی خانواده‌مدار را پیشنهاد می‌دهند؛ اما