

# مسائل اخلاقی و حرفہای در خانواده و زوج درمانی

ویراست دوم

مگان جی. مورفی

لورنا ہکر

ترجمہ:

دکتر اسماعیل اسدپور

مصطفی قلاوند

ساجدہ سخنور

سولماز معصومی نسب

ویراستار:

محمد حسینی

## مسائل اخلاقی و حرفه‌ای در خانواده و زوج‌درمانی

ویرایش دوم کتاب *اخلاق و مسائل حرفه‌ای در خانواده و زوج‌درمانی*، بر پایه‌ی اصول محکم چاپ اول آن نوشته شده است. این نسخه‌ی جدید به دستورالعمل‌های انجمن ازدواج و خانواده‌درمانی آمریکا (۲۰۱۵) و نیز دستورالعمل‌های اخلاقی سایر سازمان‌های حرفه‌ای می‌پردازد و شامل سه فصل جدید است: یکی در مورد خانواده‌درمانی خانه‌محور که روشی معمول برای عرضه‌ی درمان به مراجعان به‌ویژه آن‌هایی است با خدمات محافظت از کودکان مشغول هستند؛ یکی دیگر از فصل‌ها مربوط به مقررات قابلیت بیمه‌پذیری و پاسخ‌دهی بیمه‌ی سلامت (HIPAA) مصوب سال ۱۹۹۶ و نیز مقررات فناوری اطلاعات سلامت برای مقررات اقتصادی و سلامت بالینی (HITECH) اختصاص داده شده که درمان‌گران باید از آن‌ها آگاهی داشته باشند. سومین فصل هم در مورد مسائل حرفه‌ای است که در آن موضوعاتی مانند تبلیغات، هویت حرفه‌ای، نظارت و اخلاق پژوهشی بحث شده است. این کتاب با هدف فراهم‌سازی متن آموزشی برای دانشجویانی که می‌خواهند درمان‌گران زوج و خانواده شناخته شوند تهیه شده است.

**دکتر مگان جی. مورفی**، درمان‌گر مجاز حوزه‌ی خانواده و زوج‌درمانی، دانشیار و مدیرگروه دوره‌ی خانواده و زوج‌درمانی در دانشگاه پردو نورث‌وست در همدان ایالت ایندیانا است. او در حال حاضر عضو کمیسیون اعتباربخشی آموزش زوج و خانواده‌درمانی است و به‌طور مشترک ویراستاری کتاب *خانواده‌ها در طول زمان: چشم‌اندازی به طول زندگی*<sup>۲</sup> (انتشارات دانشگاه آکسفورد، ۲۰۰۰) را بر عهده داشته است.

**دکتر لورنا هکر**، استاد تمام و مدیر مرکز زوج و خانواده‌درمانی دانشگاه پردو نورث‌وست است. وی در زمینه‌ی امنیت و محرمانگی مراقبت‌های سلامت تحت قوانین HIPAA و HITECH گواهی‌نامه‌ی صلاحیت حرفه‌ای فعالیت دارد. او ویراستار چاپ نخست *اخلاق و مسائل حرفه‌ای در خانواده و زوج‌درمانی* بود و برخی از دیگر آثار چاپ شده‌اش شامل این کتاب‌ها است: *کتابچه‌ی درمان‌گر: تکالیف‌خانه، جزوه‌ها و فعالیت‌های کاربردی در روان‌درمانی*<sup>۳</sup> (جلد ۱، ۲ و ۳)؛ *کتابچه‌ی درمان‌گر برای کودکان و نوجوانان*<sup>۴</sup> و *مقدمه‌ای بر خانواده و زوج‌درمانی*<sup>۵</sup> (انتشارات راتلج). دکتر هکر همچنین کتاب *رازگشایی از HIPAA: پیروی از مقررات برای متخصصان سلامت روان*<sup>۶</sup> (انتشارات لاگر) را منتشر کرده است.

---

<sup>۱</sup> Purdue University Northwest in Hammond, Indiana

<sup>۲</sup> *Families Across Time: A Life Course Perspective*

<sup>۳</sup> *The Therapist's Notebook: Homework, Handouts, and Activities for Use in Psychotherapy*

<sup>۴</sup> *The Therapist's Notebook for Children and Adolescents*

<sup>۵</sup> *An Introduction to Marriage and Family Therapy*

<sup>۶</sup> Routledge

<sup>۷</sup> *HIPAA Demystified: HIPAA Compliance for Mental Health Professionals*

<sup>۸</sup> Loger Press

«ویرایش دوم کتاب مورفی و هکر با آوردن داستان‌های موردی روشن‌گر استادانه نوشته شده و و حتی جامع‌تر از نسخه‌ی اصلی است. فصل‌های جدید در مورد HIPAA و HITECH، درمان خانه محور و مسائل فعالیت حرفه‌ای خصوصی این کتاب را تبدیل به مرجعی ضروری برای تمامی خانواده و زوج درمان‌گران و نیز درمان‌گران خصوصی کرده است.»

**دکتر ولکر تامس**، زوج و خانواده‌درمان‌گر و استاد بازنشسته‌ی دانشگاه آیووا.

«کتاب اخلاق و مسائل حرفه‌ای در خانواده و زوج‌درمانی شامل مراقبت‌های پیشگیرانه و مداخلات برای زوج و خانواده درمان‌گران بالینی است. ویراستاران برجسته و نویسندگان همکار در این صفحات پیشنهادها و توصیه‌های عملی خود را برای اجرای بهترین روش‌ها عرضه کرده‌اند. نویسندگان با زحمت و دقت بسیار به گره‌گشایی از مسائل پیچیده‌ی اخلاقی، قانونی و فنی پرداخته‌اند که همین کتاب را برای مطالعه آسان‌تر می‌کند اما برای متخصصان بالینی باتجربه و دانشجویان زوج و خانواده درمانی نیز آموزنده است. نمونه‌های مختلفی که از انواع فرهنگ‌ها در این کتاب آمده به ما نشان می‌دهد که چگونه متخصصان بالینی می‌توانند از مشکلات ذاتی پیش‌پا افتاده در عمل بالینی دوری کنند و به اهمیت مراقبت از خود نیز می‌پردازد. مطالعه‌ی این کتاب باید برای دانشجویان دوره‌های خانواده و زوج‌درمانی الزامی شود!»

**دکتر استفانی بروکس**، درمان‌گر مجاز بالینی، زوج و خانواده درمان‌گر مجاز،

رییس دپارتمان زوج و خانواده درمانی، مشاور رییس حرفه‌های سلامت دانشگاه درکسل

«این کتاب منبعی ضروری در مورد مسائل اخلاقی در درمان بالینی خانواده و زوجها است. ویرایش دوم شامل بررسی جامع قوانین جدید HIPAA و HITECH و آخرین دستورالعمل‌های اخلاقی AAMFT است. این کتاب برای نمایش نکات ضروری از مثالهایی روشن و صریح بهره برده. این کتاب را به هر دانشجوی، مربی، یا ارائه‌دهنده‌ی زوج و خانواده درمان‌گران مجوز دار اکیداً توصیه می‌کنم.»

**دکتر آندره آ. ک. ویتنبورن**، استادیار مطالعات انسان و خانواده، دانشگاه ایالتی میشیگان

(۱) معرفی

لورنا هکر و مگان جی مورفی

(۲) تصمیم‌گیری اخلاقی از دیدگاه ارتباطی

الیزابت شاو

(۳) مسائل حقوقی در خانواده و زوج‌درمانی

روث آگدن هالستد و جان هالستد

(۴) تأثیر مقررات «قانون انتقال‌پذیری و پاسخ‌گویی بیمه‌ی سلامت» و «فناوری اطلاعات سلامت برای قانون سلامت

اقتصادی و بالینی» بر زوج و خانواده درمان‌گران

لورنا هکر، کورتنی ال ماینر و مگان جی. مورفی

(۵) خود‌درمان‌گر: آگاهی، آمادگی و اخلاق‌مداری

جرد ا. دورتسکی و ملانی مک‌کلیلان

(۶) قدرت، امتیاز ویژه و اصول اخلاقی در زوج و خانواده درمانی

لورنا هکر و مگان جی. مورفی

(۷) جنسیت، مرزها و اصول اخلاقی

ترز آل. یانگ و زنه ای. جونز

(۸) مدیریت خطر در درمان

امبر سامپسون

(۹) معنویت و مذهب

ربکا آ. کاب، جیکب ب. پریست و تایمیر ب. استراکن

(۱۰) اصول اخلاقی درمان کودکان در خانواده‌ها

لورنا هکر و کاترین فورد سوری

۱۱) مسائل اخلاقی، حقوقی و حرفه‌ای در میانجی‌گری و هماهنگی والدین  
جولیا ام. برنارد، نیکل مانیک و مایک کلاین

۱۲) مسائل اخلاقی در کار بالینی

ز. سیدا ساهین و جولیا رامیش

۱۳) مسائل اخلاقی در خانواده درمانی سیستمی و ساختارگرایی اجتماعی

جوزف ال. وچلر و ریچل ام. مور

۱۴) مسائل اخلاقی در خانواده و زوج درمانی آنلاین

مارکی ال. سی. تویست و کاترین مری هرتلین

۱۵) ملاحظات اخلاقی و بالینی خانواده‌درمانی خانوادگی (خانه محور)

کیران م. حسین، م. ایوان تامس، شانون پولزوس و لیا ال هلو

۱۶) اخلاق حرفه‌ای‌گری

مگان جی. مورفی و امبر سامپسون

نخست این‌که آسیب‌مرسان.

بقراط (۴۶۰ تا ۴۰۰ سال پیش از میلاد)

## مقدمه

به احتمال زیاد به دلیل تمایل به کمک به مردم، رشته‌ی خانواده و زوج‌درمانی را انتخاب کرده‌اید و احتمالاً حتی فکر آسیب‌رساندن به مراجعانتان باعث برانگیخته شدن احساس وحشت در شما می‌شود. با این همه، بدون دانش مناسب شاید تصمیماتی بگیری که به مراجعان، به شغل خودتان و حتی به کلیت این رشته آسیب جدی برساند. فصل‌های این کتاب به شما آموزش می‌دهد تا در مورد موضوعات مهم در رابطه با در هم آمیختن مسائل اخلاقی، حقوقی، بالینی و حرفه‌ای که زوج و خانواده درمان‌گران با آن مواجه می‌شوند اطلاعات مورد نیاز خود را کسب کنید.

این کتاب بازنگری و ویرایش نخست آن است که توسط هرک در سال ۲۰۱۰ انجام شد. این کتاب به موضوعات روز مسائل اخلاقی و حرفه‌ای پرداخته که بعضی از آن‌ها از زمان نگارش تغییر کرده، دگرگون شده یا به تازگی مطرح شده‌اند. مثلاً در این ویرایش فرآیند تصمیم‌گیری اخلاقی مبتنی بر رابطه جایگزین تصمیم‌گیری خطی شده که این روش نو اتکای بیشتری به بافت مراجعان و مسئولیت‌های درمانگر در هنگام اتخاذ تصمیمات اخلاقی نسبت به مراجعان دارد. مسائل مربوط به قدرت و صلاحیت درمان‌گر به روز شده‌اند تا تمرکز بر مسائل مربوط به قدرت در انتخاب نظریه‌های ما، روابط درمانی و در روابط مراجعان با یکدیگر ایجاد شود. قدرت درمان‌گر با توجه به حفظ مرزهای جنسی و نحوه برخورد با آزار جنسی دقیق‌تر بررسی شده است. پیچیدگی‌های نظریه‌ی درهم‌تنیدگی نیز توضیح داده شده است.

معیارهای جدید مراقبت برای حفظ محرمانگی اطلاعات شفاهی، کتبی یا اطلاعات دیجیتال مراجعان تحت قوانین HIPAA و HITECH مطرح شده است. قوانین HITECH حسابرسی‌های HIPAA را الزامی کرده و بسیاری از دعاوی قضایی، صرف نظر از این‌که شما «تحت پوشش» هستید یا خیر، با استناد به مقررات HIPAA به‌عنوان استاندارد حفاظت از حریم شخصی مراجع به جریان می‌افتند. مقررات امنیتی HIPAA بر اهمیت حفظ حریم خصوصی اطلاعات دیجیتال مراجع تأکید می‌کند، اما معمولاً بسیاری از ما که به «ارتباط نزدیک» بیش از «فناوری‌های پیشرفته» علاقه داریم آن‌ها را نادیده می‌گیریم. هم‌چنین در این ویرایش در مورد مسائل اخلاقی درمان آنلاین با چارچوبی که از آن به مفهوم‌سازی الکترونیکی درمان مسائل بالینی و اخلاقی نام برده شده نیز بحث خواهیم کرد.

تعامل زوج و خانواده درمان‌گران با نظام حقوقی بررسی شده و به خواننده یاد می‌دهد چگونه ضمن تمرکز بر وظیفه‌ی همواره مهم در قبال محافظت یا هشدار، بتواند به احضاریه‌ها پاسخ مناسب بدهد. علاوه بر این، فرصت‌های شغلی درمان‌گر مانند نقش میانجی یا هماهنگ‌کننده‌ی والدین که با نظام حقوقی مرتبط هستند بررسی خواهد شد. گذشته از این به نقش زوج و خانواده درمان‌گران در مسائل مربوط حضانت کودکان و هم‌چنین به پدیده‌ی رو به افزایش بیگانگی والدین از کودک می‌پردازیم.

در اولین ویرایش خط‌مشی و رویه‌های مربوط به مرکز مشاوره توضیح داده شد. در این کتاب، ما هم‌چنین شرایط ایجاد فعالیت خصوصی مثل اطلاعات مربوط به راه انداختن کسب‌وکار، پذیرش در پنل‌های بیمه و مستندات ضروری را توضیح داده‌ایم.

می‌دانیم که در این عصر درمان‌گران بیش از پیش به درمان خانه‌محور روی می‌آورند و این موضوع توجه ویژه‌ای به اصول اخلاقی از جمله محرمانگی، مرزها و ایمنی‌ها را می‌طلبد. در این کتاب مسائل مربوط به خودِ درمان‌گر مورد توجه قرار گرفته که شامل دانستن ارزش‌های خود، اجرای برنامه‌ی خود مراقبتی و نشانه‌های هشداردهنده برای فرسودگی شغلی و خستگی از شفقت است. در پایان، فصل‌هایی درباره‌ی اخلاق حرفه‌ای‌گری اضافه شده تا یادآور شویم که ما با اقدامات و رفتارهایمان

در واقع نماینده‌ی شغل و حرفه‌ی خود هستیم. یعنی هر درمان‌گر به واحدی بزرگ‌تر از فرد - یعنی تمام حوزه‌ی خانواده درمانی - مرتبط است.

این کتاب برای متخصصانی است که می‌خواهند شرایط پیچیده‌ای را درک کنند که زوج و خانواده درمان‌گران‌ها خود را در آن گرفتار می‌یابند. هم‌چنین برای زوج و خانواده درمان‌گرانی است که همگام با آموزش سیستمی مشکلات چند سطحی را درک می‌کنند و با آن‌ها سروکله می‌زنند و از با تجزیه و تحلیل منطقی برای آن راه‌حلهایی می‌یابند که به بهترین وجه نیازهای افراد درگیر را برآورده می‌کند. در این‌جا نیز مثل نسخه‌ی ۲۰۱۰ اصول اخلاقی برای در نظر گرفتن مشارکت اخلاقی و تصمیم‌گیری برای خوانندگان توضیح داده می‌شود. در جهانی ایده‌آل تمام درمان‌گران در زمینه‌ی فلسفه‌ی اخلاقی آموزش می‌بینند، اما چنین دنیای ایده‌آلی به وضوح خارج از محدوده‌ی این کتاب است. بنابراین این کتاب را می‌توان متنی مقدماتی در دوره‌های رشته‌ی زوج و خانواده‌درمانی دانست و به متخصصانی که دوست دارند عمق دانش خود را در این باره افزایش دهند یا به آن‌هایی که می‌خواهند دانش خود را در مورد اخلاق حرفه‌ای تازه کنند پیشنهاد می‌شود.

بدون شک هنگام رویارویی با معضلات اخلاقی این کتاب دچار سردرگمی می‌شوید. پاسخ به معضلات اخلاقی اغلب پیچیدگی به همراه دارد و منجر به گفتن «بستگی دارد» می‌شود. متغیر بسیاری در ارزیابی تصمیمات اخلاقی صحیح در نظر گرفته می‌شوند. داشتن تحمل در برابر ابهام‌ها برای هر کسی که واقعاً می‌خواهد با معضلات اخلاقی روبرو شود ضروری است. پیش از انتخاب بهترین راه‌حل (و دیدگاه‌ها) باید بتوان از بسیاری از راه‌حل‌های متفاوت را بررسی کرد. گاهی بهترین راه‌حل واضح است؛ اما بعضی وقت‌ها هم چند مورد «بهترین» هستند که باید سبک و سنگین بشوند. گاهی اوقات، هیچ‌یک از گزینه‌های یک معضل اخلاقی رضایت‌بخش نیستند و حتی شاید متناقض باشند. منع از تصمیماتی اضطراب را کاهش می‌دهند احتمالاً منجر به معضل‌های (اخلاقی، بالینی یا قانونی) بدتر از مشکل پیش‌آمده در آغاز خواهد شد. اگر چه برخی از تصمیمات اخلاقی/بالینی باید به سرعت گرفته شود، اما شرایط زیادی وجود دارد که در آن درمان‌گر می‌تواند با آهسته کردن روند موقعیت را به خوبی بسنجد.

در این کتاب داستان‌های متعددی را خواهید یافت که بسیاری از آن‌ها بر اساس تجربیات واقعی هستند تا به خواننده درک درستی از مسائل اخلاقی که احتمالاً طی درمان بروز می‌کنند ارائه دهد. در برخی موارد شاید مسائل اخلاقی یا حقوقی پیش آمده کاملاً آشکار باشد، درحالی‌که در موارد دیگر ممکن است چنان لطیف و ظریف باشد که مجبور شوید نکات مبهمی را جست‌وجو کنید؛ همین کار پیگیری مسائل اخلاقی را فعالیتی چالش‌برانگیز و ارزشمند می‌کند. در همه‌ی داستان‌های موردی اطلاعات شناسایی شده از مراجعان و اطلاعات مربوط به موارد خاص تغییر یافته‌اند تا محرمانگی مراجع رعایت شود.

متأسفانه، در تجربه‌ی شخصی‌مان، با درمان‌گرانی روبه‌رو شده‌ایم که از قاعده‌ی «آسیب نرساندن» پیروی نکرده و با تخطی از مسئولیت‌های حرفه‌ای و اخلاقی خود به مراجعان آسیب زده‌اند. در برخی موارد آسیب‌های جدی وارد شده است. ما افرادی را دیده‌ایم که باور دارند هیچ اشتباه اخلاقی‌ای مرتکب نمی‌شوند؛ این به‌تنهایی موضع بسیار خطرناکی است که آن‌ها را خارج از قلمروی گفت‌وگو قرار دهد و روابط در مرتبه‌ی دوم و پس از مقاصدشان قرار می‌گیرد. امید است هر چه بیشتر در این کتاب سیر می‌کنید بیشتر درگیر گفت‌وگو شوید. پس تلاش ما این است که درمان‌گران در مورد اصول و چگونگی کمک اخلاقی به مراجعان با اهداف مثبت آموزش ببینند و حداقل «به دیگران آسیب نرسانند». این کتاب آموزش، بینش و ابزارهایی را در راستای کمک به شما در راستای آماده‌سازی مناسب برای عمل اخلاقی در نقش زوج و خانواده درمان‌گر فراهم می‌کند.

## پیشگفتار مترجمان

مباحث مربوط به اخلاق حرفه‌ای به اخلاقیات، حقوق و هویت حرفه‌ای اشاره دارند و مدت‌زمانی است که در کشورهای مختلف و در گروه‌های شغلی و حرفه‌ای گوناگون به آن توجه می‌شود و تلاش‌هایی برای تدوین کدها و استانداردهای اخلاقی صورت گرفته است. اخلاق حرفه‌ای به چگونگی رفتار، ادب و عمل شخص هنگام انجام کار حرفه‌ای می‌پردازد. این کار می‌تواند شامل مشاوره، طبابت، روان‌درمانی، پژوهش و هر شغل دیگری باشد. در واقع اخلاق حرفه‌ای مجموعه‌ای از اصول و استانداردهای سلوک بشری است که رفتار افراد و گروه‌ها در یک ساختار حرفه‌ای را تعیین می‌کند و مفهوم آن از علم اخلاق اتخاذ شده است. به عبارت دیگر، مجموعه قوانین اخلاقی که از ماهیت حرفه یا شغل به دست آمده، اخلاق حرفه‌ای نام دارد.

هدف از اخلاق حرفه‌ای، مسئولیت اخلاقی است که فرد در شغل خود دارد. مثلاً روان‌درمان‌گر و مشاور و یا یک پزشک در جایگاه یک شخص حقیقی مسئولیت‌های اخلاقی دارد که برگرفته از شغلی است که بر عهده دارد. به گونه‌ای که اگر شغل دیگری می‌پذیرفت مسئولیت‌های اخلاقی وی تغییر می‌کرد. لذا هر شغلی به اقتضای حرفه‌ای مشخص آن مسئولیت‌های اخلاقی ویژه‌ای می‌آفریند.

وقتی کار با زوج‌ها و خانواده مطرح می‌شود، موضوعاتی پیش می‌آید که پرداختن به مسائل اخلاقی را ایجاب می‌کند. ارزیابی هر خانواده باید با در نظر گرفتن حقوق و تعهدات هر عضو خانواده انجام شود. در فرآیند کمک به خانواده‌ها و زوجین بین انتخاب شیوه‌های درمانی و در نظر گرفتن موضوعات حرفه‌ای، ارتباط وجود دارد. مداخلات درمانی باید مبتنی بر عوامل اخلاقی و قانونی باشند. این امر که موضوعاتی مرتبط با خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی، به‌درستی توسط متخصصان و عموم مردم درک شود، حائز اهمیت است.

زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران باید در حرفه و دانش خود و در ارتباط با موضوعات اخلاقی، قانونی و هویت حرفه‌ای هوشیار باشند. اگر چنین نباشد نتیجه ممکن است انجام دادن اعمالی بالینی یا شخصی باشد که هر چند با هدف خیرخواهانه انجام می‌شوند اما عملاً زیان‌آور هستند. خانواده درمان‌گران احتمالاً نسبت به دیگر انواع درمان‌گران با تعارض‌ها و چالش‌های اخلاقی بیشتری مواجه هستند. به‌منظور سالم برخورد کردن متخصصان بالینی خانواده و زوجین، آن‌ها باید به آیین‌نامه‌های اخلاقی و اساسنامه قانونی، وفادار مانده و طبق بالاترین استانداردهای ممکن، فعالیت داشته باشند. آن‌ها باید به‌عنوان زوج درمان‌گران یا خانواده درمان‌گران شکل‌دهنده‌ی هویتی منسجم باشند.

متخصصان بالینی به‌منظور یک خانواده درمان‌گر اخلاقی و کارآمد، باید از ارزش‌های موجود در نظریاتی که می‌پذیرند و خانواده‌هایی که به آن‌ها خدمت می‌کنند، آگاه بوده و دانش کافی نسبت به آن‌ها داشته باشند. از این‌رو کتاب حاضر، منبع بسیار ارزشمند درسی و تخصصی برای دانشجویان و متخصصان در حیطه‌ی خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی هست که موضوعات مرتبط با اصول اخلاقی، حقوق و هویت خانواده درمان‌گران و زوج درمان‌گران را بررسی می‌کند. نداشتن دانش کافی متخصصان این حوزه ممکن است آن‌ها را در فرآیند درمان با خانواده‌ها دچار مشکلات جدی کند و موجب تأمین نشدن هدف مشاوره، ضرر و شکست مادی و معنوی شود.

دکتر اسماعیل اسدپور، مصطفی قلاوند

تابستان ۱۳۹۹



## ❖ فصل اول

### • مقدمه

### • لورنا هکر<sup>۱</sup> و مگان جی. مورفی<sup>۱۰</sup>

خانواده‌ی لینکلن<sup>۱</sup> به دلیل نگرانی‌هایشان در مورد دختر بزرگ خود ایس<sup>۲</sup>، که ۱۵ ساله است، به درمان‌گر مراجعه کردند. ایس قانون خاموشی در ساعات معین شب را زیر پا گذاشته و خانواده نگران این مسئله هستند که [شاید] او مواد مصرف می‌کند. دکتر شیندل تمامی اعضای خانواده از جمله کلی و سم لینکلن<sup>۳</sup> والدین او، خود ایس و خواهر کوچک‌ترش میسی<sup>۴</sup> ۱۲ ساله را ملاقات می‌کند. خانواده درمانی بر هدایت والدین به هماهنگ کردن اقدامات مرتبط با فرزندپروری خود در راستای تقویت سلسله مراتب والدینی متمرکز می‌باشد. در طی دوره درمان، دکتر شیندل پیامی صوتی از مادر سم، خانم لینکلن دریافت می‌کند که در آن وی از این‌که کلی و سم والدینی فاقد صلاحیت هستند ابراز نگرانی کرده و اعلام می‌کند که او و شوهرش مایل هستند سرپرستی نوه‌هایشان را بر عهده بگیرند. خانم لینکلن در پیامش ابراز می‌کند که مشخص شده است سم از روی ناامیدی و به دلیل بدرفتاری ایس او را کتک زده است.

اخلاق<sup>۵</sup> یعنی این‌که چگونه اقدام کنیم، چه قوانینی بر رفتار ما حاکم هستند، کدام «کار درست» را باید انجام دهیم و از کدام یک باید پرهیز کنیم. هم‌چنین یعنی این‌که چگونه رفتار خود را توجیه کنیم. هنگام اتخاذ تصمیم‌های اخلاقی، زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران نیاز به دلایلی مستدل برای پشتیبانی از اقدامات خود دارند. درک ما از اخلاق تحت تأثیر میزان دانش ما و شواهد موجود می‌باشد و توسط ارزش‌ها، جهان‌بینی و بافت ما شکل می‌گیرد (رابرتس<sup>۶</sup> و دایر<sup>۷</sup>، ۲۰۰۴). اخلاق در برگیرنده شناخت<sup>۸</sup> و عاطفه<sup>۹</sup> و «حساسیت اخلاقی»<sup>۱۰</sup> است که این مورد خود شامل فهم این مطلب است که اعمال ما بر رفاه سایرین تأثیر می‌گذارد (ولفل<sup>۱۱</sup> و کیچنر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۳). هم‌چنین برای این‌که بتوان تصمیم‌هایی توانمندساز و تعاملی گرفت، نخست باید ارزش‌ها و اخلاقیات مراجعان را به درستی درک کرد.

هنگام مواجهه با موقعیت‌هایی که موجب سردرگمی‌های اخلاقی می‌شود، زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران می‌توانند با استفاده از چهار معیار زیر تصمیم‌گیری کنند:

- مؤلفه‌های اخلاقی کدام است؟
- مؤلفه‌های بالینی کدام است؟
- آیا مسائل قانونی بالقوه‌ای وجود دارند؟
- آیا مسائل حرفه‌ای جهت تأمل کردن وجود دارند؟

---

<sup>۱</sup>Lorna Hecker  
<sup>۲</sup>Megan J. Murphy  
<sup>۳</sup>Lincoln  
<sup>۴</sup>Elise  
<sup>۵</sup>Kelly and Sam Lincoln  
<sup>۶</sup>Macy  
<sup>۷</sup>Ethics  
<sup>۸</sup>Roberts  
<sup>۹</sup>Dyer  
<sup>۱۰</sup>cognition  
<sup>۱۱</sup>affect  
<sup>۱۲</sup>moral sensitivity  
<sup>۱۳</sup>Welfel  
<sup>۱۴</sup>Kitchener

مؤلفه‌های اخلاقی در مورد این که متخصصان باید چگونه در بافت روابط حرفه‌ای و موقعیت‌های خاص رفتار کنند اطلاعاتی ارائه می‌دهند. اغلب اوقات معضل‌های اخلاقی زمانی بروز پیدا می‌کنند که آسایش و امنیت افراد در خطر باشد. برای مثال، زمانی که یک خانواده درمان‌گر پس از ملاقات خانواده‌ای به بد رفتاری والدین با فرزندشان شک می‌کند، یک مسئله‌ی اخلاقی نمود پیدا خواهد کرد؛ زیرا آسایش کودک در خطر است. چنان‌که در مثال بالا نیز می‌توان تصور کرد دکتر شیندل احتمالاً باید در حال بررسی دقیق موضوع باشد. با این حال، معضل اخلاقی از یک سو در خلال مسائل بالینی است و از سوی دیگر به دلیل اساس نامه‌های گزارش شده با مسائل قانونی ادغام شده است.

مؤلفه‌های بالینی به بافت درمانی که در آن مسئله‌ی اخلاقی اتفاق می‌افتد مربوط می‌شوند. معمولاً مسائل اخلاقی برخاسته از بافت بالینی هستند و می‌توانند بر روابط درمانگر-مراجع تأثیر بگذارند. تأثیر مسائل اخلاقی ممکن است ارزشی مثبت یا منفی داشته باشد. برای مثال، درمانگری که از لحاظ اخلاقی و قانونی باید گزارشی از والدین به سازمان‌های حفاظت از کودکان رد کند، ممکن است با این کارش تا حد زیادی به رابطه‌ی درمانگر-مراجع لطمه بزند؛ زیرا این امر محرمانه بودن اطلاعات والدین و اعتماد آن‌ها به درمان‌گر را زیر سؤال می‌برد. علاوه بر این، مراجعان ممکن است احساس کنند که به آن‌ها خیانت شده و از این بابت که درمان‌گر مسئولان ذی‌ربط را در رابطه‌ی درمانی دخیل کرده است عصبانی شوند. اشتاینبرگ،<sup>۲۳</sup> لوین<sup>۲۴</sup> و دووک<sup>۲۵</sup> (۱۹۹۷) دریافتند که ۲۷٪ از افراد زمانی که به سازمان‌های حفاظت از کودکان گزارش می‌شوند درمان را رها می‌کنند. در مقابل نیز ممکن است بسیاری از والدین هنگامی که بفهمند درمان‌گر یک اجبار قانونی برای گزارش به سازمان‌های حفاظت از کودکان داشته است نسبت به بهبود مهارت‌های فرزند پروریشان علاقه‌مند شوند و در نتیجه بدرفتاری و خشونت دیگر رخ ندهد.

ممکن است مسائل قانونی در یک وضعیت اخلاقی وجود داشته یا نداشته باشند. در مورد والدینی که با کودکی بدرفتاری می‌کنند، تمامی ۵۰ ایالت [آمریکا] اساس نامه‌هایی درباره‌ی بدرفتاری با کودکان ارائه کرده‌اند؛ با وجود این، اگرچه ممکن است این ارسال چنین گزارش‌هایی یک الزام قانونی باشد، اما ظاهراً همه‌ی درمان‌گران این کار را در تمام موقعیت‌ها اخلاقی یا مقتضی نمی‌دانند. جانکوفسکی<sup>۲۶</sup> و مارتین<sup>۲۷</sup> (۲۰۰۳) دریافتند که در موارد بدرفتاری با کودک، خانواده درمان‌گران در ایلینوی<sup>۲۸</sup> تصمیم گرفته‌اند که بد رفتاری با کودک را بر اساس فرضیات جهان‌بینی خودشان، اصول اخلاقی، تجارب زندگی و بالینی قبلی، عوامل موقعیتی مانند نوع و شدت بدرفتاری یا خشونت، تعداد شواهد موجود برای آن‌ها، مشخصه‌های مراجعه‌کنندگان مانند سن، سابقه‌ی فردی و عوامل تعاملی مانند تمایل مراجعان بالغ برای انجام درمان، گزارش دهند. حتی اگر درمان‌گران متوجه باشند که قانوناً ملزم به گزارش بدرفتاری هستند، ممکن است این اجبار قانونی برای آن‌ها اخلاقی جلوه نکند. در سایر موارد، ممکن است عدم گزارش بدرفتاری و خشونت در حال انجام از نظر درمان‌گر غیراخلاقی باشد.

در آخر، هر موقعیتی مؤلفه‌های حرفه‌ای مختص به خود را نیز دارد. به طور کلی نوع رفتار خود درمان‌گران بر حرفه‌شان تأثیر می‌گذارد. برای مثال، درمان‌گری که همیشه برای حضور در جلسات تأخیر دارد، اگرچه این عمل باعث بروز یک مسئله‌ی اخلاقی جدی نشده، ولی به شکلی رفتار کرده که موجب خدشه به حرفه‌ای‌گری و حرفه‌ی او شده است. اگر، همان‌طور که قبلاً در موردش بحث شد، درمان‌گر خشونت را گزارش نکند و بدرفتاری با کودک ادامه داشته باشد یا موجب مرگ وی شود، این اتفاق علاوه بر این که یک تراژدی است، تأثیری منفی بر زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران خواهد داشت.

---

<sup>۲۳</sup>Steinberg  
<sup>۲۴</sup>Levine  
<sup>۲۵</sup>Doueck  
<sup>۲۶</sup>Jankowski  
<sup>۲۷</sup>Martin  
<sup>۲۸</sup>Illinois

داستان مطرح شده در آغاز این فصل را در نظر بگیرید. دکتر شیندل با مسائل اخلاقی بالقوه‌ای مواجه است. اول این که او نمی‌تواند بدون داشتن اجازه‌ی کتبی از مراجعانش با مادر سم صحبت کند. این یک مسئله‌ی اخلاقی است، اما چون محرمانه بودن از لحاظ قانونی تعریف می‌شود، یک مسئله‌ی قانونی نیز هست. از لحاظ بالینی دکتر شیندل باید در رسیدگی کردن به پیام صوتی محتاط باشد. او می‌خواهد از اتحاد و ائتلاف با مادر سم اجتناب کند؛ چون در این صورت درمان از مسیر خود خارج شده و اعتماد درمانی تضعیف خواهد شد. با این حال او می‌داند که اطلاعات موجود می‌تواند به درمان مربوط باشد - خواه واقعاً خشونت در میان باشد و خواه این ادعا دروغ باشد- تخریب والدین که توسط خانم لینکلن بیان شده از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. از نظر قانونی، در موقعیت دکتر شیندل، او ملزم به گزارش احتمال خشونت علیه کودک است. از نظر حرفه‌ای، اگر دکتر شیندل درباره‌ی سم، کلی و الیس با مادر سم صحبت کند، رفتاری غیرحرفه‌ای انجام داده است؛ زیرا رازداری اساس و پایه‌ی درمان است. اگر عموم مردم نتوانند بر روی اصل رازداری حساب کنند، هیچ دلیلی برای مراجعان باقی نمی‌ماند تا به زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران اعتماد کنند. در نهایت آن‌که اصلاً دکتر شیندل نمی‌تواند این موضوع را به مادر سم «تأیید یا تکذیب» کند که خانواده‌ی لینکلن مراجع وی هستند.

تمامی تصمیمات اخلاقی باید در این چهار حوزه مورد ارزیابی قرار گیرند. فرآیند تصمیم‌گیری اخلاقی بسیار گسترده و پیچیده است که در فصل دوم با عنوان تصمیم‌گیری اخلاقی از منظر ارتباطی توسط الیزابت شاو مورد بحث و بررسی قرار گرفته است. در این فصل، او روشی را با مبنای ارتباطی تر و بافتی تر در زمینه‌ی تصمیم‌گیری‌های اخلاقی توصیف می‌کند، که با مدل‌های گام‌به‌گام آشنا برای بسیاری از متخصصان درمانی در تضاد است. اصول اخلاق حرفه‌ای، راهنمایی برای مسئولیت‌های اخلاقی بنیادین ما می‌باشند که بستری را برای محافظت از مراجعان فراهم می‌کنند. اگرچه این اصول «بایدها» و «نبایدها»ی خاصی را در اختیار ما قرار می‌دهند، اما در شرایطی که پیچیدگی‌ها فراتر از اصول حرفه‌ای رفته نمی‌تواند در تصمیم‌گیری‌های اخلاقی به زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران کمک کنند.

### ریشه‌های فلسفی تصمیم‌گیری اخلاقی

در طول تاریخ، درمان‌گران در بررسی تصمیمات اخلاقی از فلسفه وام گرفته و اصول اخلاقی چون: خودمختاری، ضرر نرساندن، عدالت، سودرسانی، راست‌گویی و وفاداری را به کار برده‌اند (نش ۲۰۰۲، سجویک ۱۹۸۱).

- خودمختاری<sup>۲۹</sup> به احترام به افراد و حق آن‌ها در تصمیم‌گیری برای خودشان در ارتباط با سلامت و آسایش آن‌ها اطلاق می‌شود. وقتی از مراجعان می‌خواهیم رضایت آگاهانه خود را برای درمان اعلام کنند، به خودمختاری آن‌ها احترام گذاشته و اطلاعاتی را ارائه می‌کنیم تا آن‌ها بتوانند درباره‌ی نحوه مراقبت‌شان تصمیمی مستقلانه بگیرند. حتی نام‌گذاری «مراجع»<sup>۳۰</sup> در برابر «بیمار»<sup>۳۱</sup> آذاری می‌زانی از خودمختاری است که ما معتقدیم مراجعان باید این خودمختاری را داشته باشند.
- ضرر نرساندن<sup>۳۲</sup> به معنی «در وهله‌ی اول، آسیب نرساندن» است. در رضایت آگاهانه ما درباره‌ی خطرات و مزایای درمان به مراجعان آموزش می‌دهیم. فرضیه‌ی ضرر نرساندن این است که مزایای درمان بیشتر از خطراتش است.

---

<sup>۲۹</sup>Autonomy  
<sup>۳۰</sup>client  
<sup>۳۱</sup>Patient  
<sup>۳۲</sup>Nonmaleficence

- عدالت<sup>۳۳</sup> به معنای رفتار عادلانه با تمامی انسان‌ها است. زمانی اصول عدالتی اعمال می‌شود که دستورالعمل‌های اخلاقی باعث شوند درمان‌گران خدماتی بدون تبعیض (مثلاً بر اساس نژاد، سن، قومیت، جنسیت، مذهب، گرایش جنسی) ارائه کنند.
- سودرسانی<sup>۳۴</sup> به اعمالی اطلاق می‌شود که هدف از آن‌ها انجام کارهای خوب برای دیگران است؛ ارزش مراقبت در زوج درمان‌گری و خانواده درمان‌گری برگرفته شده از این اصل می‌باشد.
- راست‌گویی<sup>۳۵</sup> به اهمیت گفتن حقیقت اشاره دارد. ما می‌خواهیم که با مراجعانمان صادق و روراست باشیم. مدت‌ها است که سؤالاتی پیرامون استفاده از مداخلات تناقضی و دست‌کاری‌های عاطفی (مانند خانواده درمانی راهبردنگر) و اخلاقی بودن این قبیل مداخلات به دلیل فقدان شفافیت وجود داشته است (لکین، ۱۹۸۸).
- وفاداری<sup>۳۶</sup> به احترام به تعهدات و افزایش اعتماد اطلاق می‌شود. برای مثال، وقتی درمان‌گران قول می‌دهند که رازدار باشند، مراجعان انتظار دارند که آن‌ها (البته در چارچوب محدودیت‌های قانونی) به این قول پایبند باشند.

حال، بیایید بار دیگر مسئله‌ی خانواده‌ی لینکلن را بررسی کنیم. هنگام در نظر گرفتن خودمختاری مراجع، ممکن است دکتر شیندل ارزیابی کند که باید چقدر از زمان درمان را به شخص الیس اختصاص دهد تا بدین‌گونه به افزایش خودمختاری او در جایگاه یک نوجوان احترام بگذارد. هم‌چنین ممکن است وی در حال ارزیابی خودمختاری کلی و سَم باشد تا درمان را بدون دخالت مادر سَم پیگیری کند؛ با این حال، دکتر شیندل از طرفی نمی‌خواهد باعث آسیب رساندن شود (اصل ضرر نرساندن) و از طرف دیگر باید الیس را هم از مورد خشونت قرارگرفتن و هم از درگیر مواد مخدر شدن در امان نگاه دارد (اصل سودرسانی). به همین ترتیب، در ارزیابی اصل عدالت نیز ممکن است این سؤال برای دکتر شیندل پیش بیاید که آیا عادلانه است مورد کلی و سَم را بر اساس گفته‌های یک مادر بزرگ بدخواه که احتمالاً به سود خود و نه به سود خانواده رفتار کرده گزارش کند. دکتر شیندل می‌خواهد که با این خانواده همه چیز به‌خوبی پیش برود، یعنی به پدر و مادر کمک کند تا نقش والدینی خود را در ارتباط با الیس بازستانند و او را هم از آسیب حفظ کنند (اصل سودرسانی). همچنین موضوع گزارش دادن ادعای مادر بزرگ مبنی بر خشونت به مسئولان مربوطه نیز مطرح است، چرا که او در این شرایط از لحاظ قانونی ملزم به این کار است (مثلاً گزارش مورد مشکوک به خشونت و بی‌توجهی). دکتر شیندل در وهله‌ی نخست باید نسبت به خانواده وفادار باشد و حالا می‌ترسد فاش کردن موضوع تماس تلفنی مادر سَم، به رابطه‌ی او با خانواده‌ی لینکلن آسیب برساند؛ به علاوه، او ممکن است به درستی نسبت به تأثیری که رد کردن گزارش سَم و کلی به سازمان‌های محافظت از کودکان بر روی رابطه درمانی خواهد گذاشت نگران باشد (اصل وفاداری). این‌ها تنها مثال‌های اندکی از مؤلفه‌های اخلاقی هستند که می‌توانند صرفاً در یک تصمیم‌گیری اخلاقی دخیل باشند. زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران به طور روزانه تصمیماتی با پیامدهای اخلاقی اتخاذ می‌کنند.

در طول تاریخ، تصمیم‌گیری اخلاقی به روش خطی همراه با اقدامات پایه‌ای شامل تعریف مشکل، گردآوری داده، ارزیابی اصول اخلاقی که پیش از این ذکر شد و سپس گرفتن یک تصمیم انجام می‌شد؛ اما همان‌طور که الیزابت شاو (فصل ۲ را ببینید) ذکر کرده، مدل‌های تصمیم‌گیری شناختی - خطی ما، بافت روابطمان را در نظر نمی‌گیرند. می‌توان این‌طور در نظر گرفت که فرهنگ‌ها و قوانین خاص حاکم بر خانواده‌ها در تعیین آنچه عملی خیرخواهانه به حساب می‌آید با هم تفاوت دارند.

---

<sup>۳۳</sup>Justice  
<sup>۳۴</sup>Beneficence  
<sup>۳۵</sup>Veracity  
<sup>۳۶</sup>Lakin  
<sup>۳۷</sup>Fidelity

یک فرهنگ ممکن است مجازات اعدام را شکلی از عدالت تلقی کند، درحالی که فرهنگی دیگر آن را از لحاظ اخلاقی نفرت‌انگیز بداند. اگرچه بعضی از موارد اخلاقی با کمی تفکر به راحتی قابل تشخیص می‌باشد (مثل محرمانه نگاه داشتن اطلاعات درمان)، اما برخی دیگر نیازمند بررسی بافت ارتباطی مراجع به منظور ارزیابی «درست» بودن آن اقدام است. بافت ما تفکر اخلاقی مان را شکل می‌دهد. برای مثال، افرادی که باورهای اخلاقی خود را بر مفهومی از یک موجودیت الهی بنا کرده‌اند، احتمالاً منبع اخلاقیات خود را بیرونی و عینی می‌بینند. درمقابل، آن‌هایی که چنین نیستند بیش تر اخلاق را امری درونی و ذهنی می‌بینند. ما می‌توانیم این تفاوت را در فرهنگ ایالات متحده در وضعیت بغرنج میان ایدئولوژی محافظه‌کاران و آزادی‌خواهان مشاهده کنیم (گودوین و دارلی، ۲۰۰۸).<sup>۹</sup> بافت فرهنگی و جهان‌بینی، در بطن تمام تصمیم‌های اخلاقی هستند. در فصل‌های بعدی، اطلاعاتی درباره‌ی تصمیم‌گیری اخلاقی پیرامون مسائل مختلفی که زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران روزانه با آن‌ها مواجه هستند، ارائه می‌شود.

### مثال‌های موردی از مسائل اخلاقی

آنچه در ادامه می‌آید، مثال‌هایی از مسائل اخلاقی مربوط به فصل‌های این کتاب است. اکثر داستان‌ها، برگرفته از رویدادهای واقعی هستند. البته اسامی و جزئیات برای حفظ رازداری مراجع تغییر یافته‌اند.

مارتین<sup>۹</sup> گارآموزخانواده درمانی در مرکز خانواده و زوج‌درمانی دانشگاه بود و با جوانی به نام جرد<sup>۱۰</sup> گار می‌کرد که برای مشاوره‌ی مدیریت خشم ارجاع داده شده بود. اگرچه جرد در آغاز نسبت به مشاوره محتاط بود سرانجام بیان کرد که در گذشته عضو یک باند تبهکاری بوده است، اما زندگی خود تغییر داده و در حال حاضر همراه با همسرش پدر دو فرزند کوچک است. معلوم بود که او از فعالیت در باند دست کشیده، شغلی دست و پا کرده و اکنون به زوج درمانی خود و همسرش تمایل دارد. جرد به خاطر مشاهده‌ی خشونت‌های قابل توجه در مدتی که عضو باند تبهکار بوده علائم اختلال استرس پس از سانحه<sup>۱۱</sup> را نشان می‌داد. اگرچه در ظاهر خودش را فردی بی‌باک جلوه می‌داد، هر چه در طول درمان احساس راحتی بیشتری می‌کرد در مقابل درمان‌گرش آسیب‌پذیرتر می‌شد. جرد درباره‌ی این که دوستان کمی داشته و به هیچ‌کدام اعتماد نداشته، صحبت کرد. او خانواده‌ی پر هرج و مرجی داشت که اعضای آن به‌طور مکرر با هم درگیر بودند و تنها زمان بی‌پولی سراغ او را می‌گرفته‌اند. او بیش تر از همه به همسرش اعتماد داشت، اما حتی در مورد او نیز محتاط بود. او گفت که با سه تا از رفقای باند عهد بسته و این عمیق‌ترین اعتمادی بوده که تجربه کرده بود. او توضیح داد که بین سه دوست رازی وجود داشته که توافق کردند آن را به هیچ‌کس نگویند. با گذشت زمان برای درمان‌گر روشن شد که این رویداد یک اقدام جنایی بوده است. در نهایت جرد به گونه‌ای صحبت کرد که درمان‌گر مطمئن شد این مردان یکی از اعضای باند رقیب را کشته‌اند.

کمی بعد، مارتین برای شهادت درباره‌ی دخالت جرد در قتل به دادگاه احضار شد. گرچه جرد فکر کرده بود هر آن چه گفته محرمانه بوده است، استثنایی برای حق قانونی جرد وجود داشت که در اساس نامه‌ی ایالت تعیین شده بود. در این بخش اساس نامه به‌طور مشخص بیان می‌شود:

«اطلاعات مربوط به جلسات رسمی مراجعه‌کنندگان به مرکز درمانی زوجین و خانواده اطلاعات خاصی بوده که درمان‌گر نمی‌تواند آن را برای افراد دیگر فاش کند، مگر تحت شرایط زیر: (۱) اقدامات جنایی از جمله قتل در شرایطی

<sup>۹</sup>Goodwin & Darley

<sup>۱۰</sup>Martin

<sup>۱۱</sup>Jared

<sup>۱۲</sup>Post-traumatic stress disorder (PTSD)

که افشاسازی به طور مستقیم با واقعیت یا وقایع مربوط به قتل مرتبط باشد...» (برگرفته از دستورالعمل ایندیانا IC ۶-۲۳-۲۵).

اگرچه این مورد استثنا در رضایت آگاهانه‌ی مرکز درمان خانواده و زوجین به طور مفصل آمده است، به هر حال جرد بار این اطلاعات را از دوش خودش برداشت ولی مارتین را در یک موقعیت قانونی بسیار سخت قرارداد. قاضی به مارتین دستور داد تا برای آنچه جارد در جلسات درمان به طور محرمانه در اختیار او قرار داده بود، شهادت دهد. مارتین مجبور شد دستور قاضی را اطاعت کند. رازداری و مصونیت قانونی بیشتر در فصل ۳ تعریف و مورد بحث قرار خواهند گرفت؛ هم‌چنین رضایت آگاهانه برای درمان در فصل ۱۲ به طور مفصل بیان خواهد شد.

خانم لی<sup>۲۲</sup> با ۱۰ ساله‌اش رز<sup>۲۳</sup> به مرکز درمان مراجعه نموده و بیان کرد که به دلیل تجربه‌ی طلاق گرفتن او در پارسال، خواهان جلسات درمانی برای رز است. به نظر رسید که رز یک دختر کلاس چهارمی صمیمی و خوش برخورد است. خانم لی بیان کرد که به دنبال مکانی امن برای رز می‌باشد تا او بتواند از نگرانی‌های خود پیرامون طلاق مادرش صحبت کند. دکتر اسنو<sup>۲۴</sup> خانواده درمان‌گر آنها، از خانم لی خواست که برای جلسه‌ی بعدی با خودش یک کپی از آخرین حکم حضانت کودک را بیاورد. خانم لی نیز همین کار را انجام داد و به این ترتیب دکتر اسنو مطمئن شد که خانم لی تنها ولی قانونی رز است. رز با خانم لی زندگی می‌کرد و فقط یک هفته در میان در آخر هفته‌ها به علاقه‌ی یک‌شب در هر هفته آقای لی را می‌دید. دکتر اسنو ابتدا خانم لی و رز را در دو جلسه با هم و سپس رز را به تنهایی در دو جلسه‌ی دیگر ملاقات کرد. خانم لی بیان کرد که او از آقای لی خواسته تا به جلسات درمان بپیوندد، اما او گفته که علاقه‌ای به این کار ندارد. دکتر اسنو هیچ تلاشی برای تماس با آقای لی نکرد. در طول هفته‌ی پنجم درمان، دکتر اسنو یک تماس تلفنی از جانب آقای لی داشت که بابت تحت درمان بودن رز بسیار عصبانی بود. آقای لی مدعی بود که چرا به او اطلاع داده نشده که دخترش تحت درمان است.

دکتر اسنو به درستی متوجه شده بود که فقط به رضایت قانونی خانم لی برای درمان رز نیاز دارد، چون خانم لی تنها ولی قانونی رز بود. با این حال، آقا و خانم لی در حضانت فیزیکی رز به طور مشترک سهم بودند که نشان‌دهنده‌ی مسئولیت او در فرزندپروری طبق یک مبنای مشخص بود. خانم لی به دروغ گفته بود که آقای لی علاقه‌ای به درمان ندارد؛ او هرگز از آقای لی نخواست بود تا در درمان به آنها ملحق شود. دکتر اسنو در چارچوب قانونی درستی عمل کرد، اما از نظر بالینی با تصمیم‌گیری بر کنار گذاشتن آقای لی از درمان دقیق عمل نکرده بود. چنان‌که قابل پیشبینی است ممکن بود این اشتباه منجر به شکایت اخلاقی شود، مخصوصاً در رابطه با مسائل مربوط به حضانت نگرانی که روز افزونی وجود دارد (گرینبرگ<sup>۲۵</sup>؛ مارتینیدیل<sup>۲۶</sup>؛ گولد<sup>۲۷</sup> و گولد-سالتمن<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۴). فصل ۱۰ به اخلاق در درمان کودکان در خانواده خواهد پرداخت.

یک مرکز مشاوره در ویسکانسین<sup>۲۹</sup> مجبور شد تا وقوع یک سرقت و ربوده شدن اطلاعات شخصی بیماران را به ۵۰۹ نفر از آنها اعلام کرده و بگوید یک نفر لپ‌تاپ بدون رمز عبور یکی از درمان‌گران مرکز را دزدیده است. این لپ‌تاپ حاوی اسنادی از سلامت روانی بیماران سرپایی، بررسی وضعیت سلامت روان و ارزیابی‌های روان‌شناسی

---

<sup>۲۲</sup>Lee  
<sup>۲۳</sup>Rose  
<sup>۲۴</sup>Snow  
<sup>۲۵</sup>Greenberg  
<sup>۲۶</sup>Martindale  
<sup>۲۷</sup>Gould  
<sup>۲۸</sup>Gould-Saltman  
<sup>۲۹</sup>Wisconsin

بود. هم‌چنین اسامی مراجعان، شماره‌های تأمین اجتماعی، سوابق درمانی، تشخیص‌ها و اظهارنظرهایی درباره ظرفیت کاری و نیز اطلاعات شخصی از خود درمان‌گر در آن نگاه‌داری می‌شده است. علاوه بر این که به مراجعان اعلام شد که اطلاعات شخصی‌شان گم‌شده، این مرکز مشاوره از سوی قانون فدرال ملزم شد رسانه‌های محلی را مطلع کرده و اطلاعاتی درباره‌ی سرقت را در تارنمای مرکز مشاوره قرار دهد (شودا، ۲۰۱۵).

به دلیل زندگی در عصری که از لحاظ دیجیتالی در حال پیشرفت‌های فزاینده است، زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران موظف‌اند در حفاظت از اطلاعات ذخیره شده‌ی مراجعان در قالب‌های دیجیتال حساس‌تر باشند (هکر و مورفی ۲۰۱۵). در مقوله‌ی بالا نه تنها اطلاعات مشاوره‌ای شخصی مراجعان رבוده شده، بلکه اطلاعات دیگری هم بود که مراجعان را در معرض سرقت هویت قرار می‌داد. قانون مسئولیت‌پذیری و قابلیت انتقال بیمه‌ی سلامت (HIPAA) ۱۹۹۶، نهادهای تحت پوشش را ملزم می‌داند تا هم از اطلاعات نوشتاری و هم از اطلاعات الکترونیکی محافظت کنند. با وقوع یک سرقت، قانون فناوری اطلاعات سلامت برای سلامت اقتصادی و بالینی (HITECH) ۲۰۰۹، ملزم دانسته که سرقت‌های بیش از ۵۰۰ مدرک به مراجعان مربوطه اطلاع داده شود، اخبار و رسانه‌ها در جریان قرار گرفته و اعلانی در تارنمای سازمان گذاشته شود. هم‌چنین HITECH مجازات و جرائمی را برای نقض حریم خصوصی تعیین می‌کند. اگر درمان‌گر لپ‌تاپش را رمز گذاری می‌کرد، از نظر قانونی نقض حریم خصوصی به حساب نمی‌آمد و مرکز مشاوره ملزم به انجام هیچ اقدامی انجام نمی‌شد. مقررات HIPAA و HITECH در فصل ۴ معرفی می‌شوند.

دکتر استفن<sup>۳</sup> زوج درمان‌گر و خانواده درمان‌گر موفق بود که یک زوج جوان را تحت درمان قرارداد که در نهایت تصمیم به طلاق گرفتند. دکتر استفان بعد از اینکه شوهر دوره‌ی درمان را رها کرد به دیدن زن جوان، جیل<sup>۴</sup> ادامه داد. در طول دوره‌ی درمان، دکتر اغلب از جیل تعریف کرده و به او می‌گفت که چطور در زندگی‌اش هیچ‌کس قدرتان خاص بودن او نبوده است. او به جیل گفت واقعاً خیلی باهوش‌تر از آن‌چه شوهرش فکر می‌کرده است. جیل که زندگی عاطفی‌اش کاملاً تهی شده و از طرفی به دلیل فرآیند در حال تعلیق طلاقش آسیب‌پذیر شده بود، تحت تأثیر این تمجیدها قرار گرفت. دکتر هم‌چنین با احساسات جیل نسبت به طلاقش همدردی کرد. به نظر می‌رسید که بیش‌تر از آن‌که یک درمان‌گر باشد، دوست خوبی برای جیل بود. او در طول جلسات کنار جیل می‌نشست و دستش را می‌گرفت. زمان جلسات آن‌ها به مرور طولانی‌تر می‌شد و او اغلب آخرین مراجع دکتر در طول روز بود. او در نهایت شروع به نوازش بازوها و پشت جیل کرد و حتی در جلسات بعدی، جیل را در آغوش گرفت و روی سرش دست کشید. او بیان کرد که هدفش راحتی جیل بود. جیل سردرگم بود؛ او فکر نمی‌کرد که این کار بخشی از درمان است، اما به دکتر استفان اعتماد داشت. در نهایت، جیل درمان را رها کرد. چند ماه بعد، جیل به درمان‌گر دیگری مراجعه کرد. جیل از افسردگی و خشم رنج می‌برد، بارها به خودکشی متمایل شده بود و یادآوری فلش‌بک‌های آن موقعیت آزارش می‌داد.

<sup>۳</sup>Shuda

<sup>۴</sup>The Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)

<sup>۵</sup>The Health Information Technology for Economic and Clinical Health (HITECH)

<sup>۶</sup>Stephen

<sup>۷</sup>Jill

تمامی دستورالعمل‌های حرفه‌ای سلامت روان (مثلاً انجمن ازدواج و خانواده درمانی آمریکا<sup>۵۵</sup>، انجمن مشاوره‌ی آمریکا<sup>۵۶</sup>، انجمن ملی مددکاران اجتماعی<sup>۵۷</sup>، انجمن روان‌شناسی آمریکا<sup>۵۸</sup>، صمیمیت جنسی با مراجعان را ممنوع می‌کنند. آنچه در این دستورالعمل‌ها بیان نشده، آسیب بلندمدت ناشی از این نوع تخطی‌ها است. آسیب وارد شده به جیل بزرگ بود. یک درمان‌گر باید همیشه متعهد به مرزهای درمانی در درمان باشد. یک ناظر همیشه باید متعهد به مرزهای بین ناظر و درمان‌گر باشد. اساتید و ناظران بالینی باید همیشه به مرزهایشان با دانشجویان خود متعهد باشند. مسئولیتی که ضمیمه‌ی قدرت و مصونیت درمان‌گر است در فصل ۶، با عنوان قدرت، مصونیت و اخلاق مورد بحث قرار می‌گیرد. همین‌طور در فصل ۷ که تمایلات جنسی، مرزها و اخلاق نام دارد مدیریت مرزهای درمانی حول تمایلات جنسی مورد بررسی قرار می‌گیرد. درمان‌گر باید خودش را کنترل کند تا از وضعیت‌های فجیع مانند آنچه در فصل ۵ با عنوان خودِ درمان‌گر، مورد بررسی قرار گرفته، اجتناب کند.

جزمین<sup>۵۹</sup> و دوریان<sup>۶۰</sup> با مراجعه به یک زوج-خانواده درمان‌گر به نام جو<sup>۶۱</sup> از مشکلات ارتباطی خویش، که اغلب از گارسن بودن جزمین در یک کافه‌ی محلی ناشی می‌شد، صحبت کردند. دوریان از «توجه زیادی» برخی مشتری‌ها به جزمین احساس حسادت می‌کرد و معتقد بود که جزمین در محل کار لباس‌های وسوسه‌انگیزی می‌پوشد. جزمین مخالف بود و باور داشت اگر خوب لباس بپوشد انعام بهتری دریافت می‌کند. جو خیلی زود متوجه شد که این بحث‌ها بالا می‌گرفته و خصوصاً مواقعی که جزمین مست بوده رفتارهایی مانند سیلی زدن، هل دادن و فحاشی از او سر می‌زده است. دوریان خراش‌هایی روی گردنش داشت و همسایه‌ها در یک مورد با پلیس تماس گرفته بودند.

درمانگر، جو در مثال بالا، در تصمیم‌گیری درباره‌ی که آیا جزمین و دوریان را به صورت زوج یا فردی ببیند دچار تردید شده است. این زوج خشونت شریک صمیمی (IPV)<sup>۶۲</sup> را تجربه می‌کنند که در بعضی از موارد زوج‌درمانی توصیه شده، اما در سایر موارد زوج‌درمانی می‌تواند باعث افزایش خطر باشد. در خطر بودن و مسئولیت درمان‌گر نیز از جمله ملاحظات است که باید هنگام درمان خشونت شریک صمیمی در نظر گرفته شود. در فصل ۸، مدیریت خطر از طریق ارزیابی جامع IPV<sup>۶۳</sup> بالقوه بررسی می‌شود تا به خواننده در تصمیم‌گیری‌های درمانی کمک کرده که خطرات مربوط به مراجعان (و خود درمان‌گر) را کاهش می‌دهد.

جک<sup>۶۴</sup> پدر ۷۲ ساله‌اش را به دلیل نگرانی فزاینده نسبت به افسرده شدن او بعد از مرگ مادرش (همسر رابرت)<sup>۶۵</sup> برای درمان آورد. درمانگر، دکتر مک‌دانلد<sup>۶۶</sup> به مدت شش جلسه رابرت را ملاقات کرد، اما بعد از آن درمان را رها کرد. در طول آن شش جلسه، رابرت مکرراً به درمان‌گر می‌گفت که فقط می‌خواهد به همسرش ملحق شود. رابرت در درمان بهبود نیافت و دکتر مک‌دانلد ناگزیر او را برای ارزیابی جهت استفاده از داروهای ضدافسردگی به یک روان‌پزشک ارجاع داد. دکتر دکتر مک‌دانلد نه با روان‌پزشک تماس گرفت و نه جک را از گرایش پدرش به خودکشی مطلع ساخت. رابرت مقدار زیادی از قرص خوابی را که توسط روان‌پزشک تجویز شده بود، خورد و فوت کرد. پسرش از دکتر مک‌دانلد به خاطر قصور حرفه‌ای و معالجه‌ی غلط شکایت کرد.

<sup>۵۵</sup>American Association for Marriage and Family Therapy

<sup>۵۶</sup>American Counseling Association

<sup>۵۷</sup>National Association for Social Workers

<sup>۵۸</sup>American Psychological Association

<sup>۵۹</sup>Jasmine

<sup>۶۰</sup>Dorian

<sup>۶۱</sup>Joe

<sup>۶۲</sup>Intimate partner violence (IPV)

<sup>۶۳</sup>Jack

<sup>۶۴</sup>Robert

<sup>۶۵</sup>McDonald



دکتر مک‌دانلد در طول درمان رابرت *استاندارد مراقبت مناسب* را رعایت نکرد. او قانوناً می‌توانست تخطی از رازداری را توجیه کرده و تمایل به خودکشی رابرت را به جک اطلاع دهد (گرچه او حتی می‌توانست برای انجام این کار از خود رابرت هم اجازه بگیرد). او هم‌چنین با طرف دیگر درمان تماس نگرفت تا اطلاعات مهم در رابطه با این مراجع را ارائه دهد. احتمالاً دادگاه مراقبت معالجه‌ی او مصداق قصور حرفه‌ای تلقی خواهد کرد. در فصل ۸، عوامل خطر و خودکشی مورد بحث قرار می‌گیرند.

آمیسا<sup>۷</sup> یک زوج درمان‌گر و خانواده درمان‌گر دارای مجوز (LMFT)<sup>۸</sup> بود و هارولد<sup>۹</sup> را که از همسرش لارا<sup>۱۰</sup> جدا شده بود درمان می‌کرد. هارولد از جدایی ناراحت بود و امید داشت که این جدایی موقتی باشد. او می‌خواست دوباره با لارا و دو فرزندش زندگی کند. با این حال به نظر می‌رسید لارا نظرات دیگری دارد. طبق گفته‌ی هارولد، لارا به او طعنه زده و گفته که او «مردانگی ندارد» و با توجه به مشکلات درآمدی و دائم‌الخمری هارولد، می‌تواند مرد بهتری نسبت به او پیدا کند. هارولد شک کرده بود که لارا دوست‌پسر داشته و مکرراً درباره‌ی این موضوع در جلسات با آمیسا صحبت می‌کرد. او گفت که اگر مِچ لارا را با این مرد بگیرد، هردوی آن‌ها را خواهد کشت. آمیسا از هارولد پرسید که آیا جدی می‌گوید و او پاسخ داد که حرفش «۵۰ درصد جدی» است. دو هفته بعد، هارولد به جلسه آمد و معلوم بود که مست است. او اظهار کرد که مِچ لارا را با مردی از همکارانش در رختخواب گرفته و قصد دارد «حق» لارا و این مرد را کف دستشان بگذارد». او از درمان‌گر به خاطر کمک‌هایش تشکر کرد و پیش از آن‌که آمیسا بتواند مداخله کند، ناگهان جلسه را ترک کرد.

حال آمیسا با یک دوراهی روبه‌رو است. او از طرفی به هارولد قول رازداری داده و از طرف دیگر نگران سلامتی لارا و معشوقه‌اش است. علاوه بر این، طبق اساس‌نامه ایالتی و دستورالعمل‌های اخلاقی‌اش، *وظیفه‌ی در قبال هشدار دادن* به قربانیان مورد نظر دارد. آیا آمیسا یک ارزیابی از خشونت هارولد انجام داده است؟ آیا او می‌تواند به طور معقول احتمال بروز خشونت از سوی هارولد را پیش‌بینی کند؟ آیا او اطلاعاتی برای تماس با لارا دارد؟ آیا او باید پلیس را باخبر کند؟ آیا او باید با لارا تماس بگیرد؟ این گونه مسائل مربوط به مدیریت خطر نیز در فصل ۸ مورد بررسی قرار می‌گیرند.

لزلی<sup>۱۱</sup>، خانواده درمان‌گر و زوج درمان‌گری دارای مجوز و در حال درمان چیترا<sup>۱۲</sup> و گوپال<sup>۱۳</sup> است. این زوج جوان هندی که در آمریکا بزرگ شده‌اند با والدین گوپال، که از هند به آمریکا مهاجرت کرده بودند، زندگی می‌کردند. مراسم ازدواج چیترا و گوپال برنامه‌ریزی شده بود. بزرگ‌ترین عامل استرس‌زا برای این زوج، این بود که چیترا با والدین گوپال کنار نمی‌آمد و حس می‌کرد که با او ناعادلانه رفتار می‌کنند. از او انتظار می‌رفت که همه‌ی کارهای خانه و بیشتر پخت‌وپز را انجام دهد. گوپال حس می‌کرد که در یک تعارض وفاداری بین چیترا و والدینش گیر افتاده است. لزلی حدس زد که این وضعیت به نظر شبیه یک «زود پز»<sup>۱۴</sup> است و زوجین با این نظر موافق بودند. لزلی نسبت

---

<sup>۷</sup>Standard of care

<sup>۸</sup>Amisha

<sup>۹</sup>licensed marriage and family therapist (LMFT)

<sup>۱۰</sup>Harold

<sup>۱۱</sup>Laura

<sup>۱۲</sup>Leslie

<sup>۱۳</sup>Chitra

<sup>۱۴</sup>Gopal

<sup>۱۵</sup>: pressure cooker

به ماهیت پدرسالارانه و جنسیت‌گرای محیطی که چیترا در آن زندگی میکرد نگران بود. او پیشنهاد کرد چیترا برای مدت کوتاهی از آن‌جا نقل مکان کرده تا در این بازه‌ی زمانی فشار موجود در خانواده کمتر شود.

لزلی اجازه داد که ارزش‌های غربی خودش مسیر درمان را به پیش ببرد و بدین ترتیب به حق چیترا و گوپال در تصمیم‌گیری برای خودشان احترام نمی‌گذاشت. چیترا احتمالاً از پیامدهای ناگوار پیشنهاد لزللی اذیت خواهد شد. این مسائل را می‌توان از چند دیدگاه در فصل ۵ به نام خودِ درمان‌گر؛ در فصل ۶ به نام قدرت، مصونیت و اخلاق؛ و در فصل ۹ به نام معنویت و مذهب مورد بررسی قرار داد. در خلال این فصول، ارزش‌های درمان‌گر به منظور درک میزان اثرگذاری ما (درمانگران) بر درمان و نیز نحوه‌ی تأثیر درمان بر ما بررسی می‌شوند.

دکتر مونستون<sup>۵</sup> یک دفتر خصوصی دارد و در کار خود نسبتاً موفق است. دکتر برای تمیز کردن دفترش دارد خدمتکاری به نام خانم انگرید<sup>۶</sup> دارد که شب‌ها تمیزکاری می‌کند و دکتر او را هر شب بعد از اتمام کار آخرین مراجعانش می‌بیند. در طول سال‌ها، این دو با هم دوست شده‌اند و دکتر با وضعیت خانوادگی انگرید آشنا شده است. خانم انگرید برای امرارمعاش نظافت می‌کند و شوهرش هم مکانیک اتومبیل است. یک روز بعد از ظهر، خانم انگرید این مسئله را با دکتر در میان گذاشت که دختر نوجوانش، آیریس<sup>۷</sup>، در مدرسه به دردسر افتاده و اخیراً به دلیل مصرف ماری‌جوانا دستگیر شده است. خانم انگرید برای دریافت کمک به دکتر مونستون پناه آورده بود. او از دکتر مونستون تقاضا کرد تا آیریس را ببیند و دکتر مونستون گرچه با این قرار ملاقات راحت نبود، موافقت کرد تا فقط یک جلسه آیریس را ارزیابی کرده و سپس متناسب با نیازش او را ارجاع دهد. خانم انگرید و شوهرش دیوید<sup>۸</sup>، با درخواست دکتر مونستون به جلسه‌ی ارزیابی پیوستند. در طول ارزیابی خانواده، خانم انگرید، دیوید و آیریس، یک مجادله‌ی اساسی باهم داشتند که دکتر مونستون مجبور شد قاطعانه در آن مداخله کرده تا نظم جلسه را به‌دست بیاورد، چون نزدیک بود که کار به کتک‌کاری بکشد. دکتر مونستون تصمیم گرفت این مورد را ارجاع دهد، اما دفعه‌ی بعد که خانم انگرید را دید، او از صحبت با دکتر امتناع کرد.

دکتر مونستون به شیوه سختی عبرت گرفت که نباید در یک ارتباط چندسویه<sup>۹</sup> وارد شد. گرچه تقاضای خانم انگرید ممکن است بی‌ضرر به نظر برسد، اما درمان کسی که قبلاً دکتر با او ارتباط کاری داشته وضعیتی نامناسب را به‌وجود می‌آورد. دکتر مونستون در جایگاه بالاتری قرار دارد؛ لذا او مسئول حراست از حد و مرزهای یک ارتباط مناسب است. قدرت، مصونیت و روابط چندسویه به‌طور مفصل در فصل ۶ بحث خواهند شد.

سیمون<sup>۱۰</sup> زوج درمان‌گر و خانواده درمان‌گری دارای مجوز بود که در یک مرکز دولتی کار می‌کرد. او با یک زوج متأهل، جریک<sup>۱۱</sup> و تامکا<sup>۱۲</sup> کار می‌کرد که فرزندشان را بر اثر یک سندروم مرگ ناگهانی نوزاد ازدست داده بودند. جریک و تامکا هر دو اهل خانواده‌هایی با سنت‌های مذهبی شدید بودند و دعا را به‌عنوان راهکار مقابله‌ای اصلی برای مدیریت فقدان رخ داده استفاده می‌کردند. سیمون اگرچه خودش به‌طور خاص فردی مذهبی یا معنوی نبود، اما ایمان قوی زوجین را تحسین کرده و به آن احترام می‌گذاشت. در اولین سالگرد از دست دادن فرزندشان، این زوج

---

<sup>۵</sup>Moonstone

<sup>۶</sup>Ingrid

<sup>۷</sup>Iris

<sup>۸</sup>David

<sup>۹</sup>multiple relationship

<sup>۱۰</sup>Simone

<sup>۱۱</sup>Jerrick

<sup>۱۲</sup>Tameca

مغموم بودند. وقتی سیمون از آن زوج پرسید به نظر آن دو چه چیزی در آن روز بیشتر کمک‌شان می‌کند، از سیمون خواستند که اگر دوست دارد با آن‌ها دعا کند.

مشکلی که سیمون با آن روبه‌رو شده این است که جریک و تامکا درخواست بهره‌گیری از معنویات در درمان را داشتند، هرچند که این درخواست جزئی بود و سیمون هرگز صراحتاً در مورد این موضوع یا ارزش‌های معنوی خودش با جریک و تامکا صحبت نکرده بود. بنابراین، به نظر خودش، در موقعیتی غیرمعمول قرار گرفته است. اگر از دعا کردن سرباز زند ممکن است حس بیگانه شدن را به مراجعانش منتقل کند و اگر همراهشان دعا کند، دچار حس ریاکاری و صادق نبودن شده و این برخلاف ارزش‌های شخصی‌اش است. هم‌چنین او باید درمان را درچارچوب شیوه‌ی خود انجام دهد تا اخلاقی باشد. در فصل ۹، فهم معنویت و مذهب به‌عنوان یک مسئله‌ی چند فرهنگی و هم‌چنین مسائل اخلاقی مربوط به مداخلات روحی و مذهبی با مراجعان مورد بررسی قرار می‌گیرد.

الکس<sup>۳</sup> یک مراجع جدید داشت: جوانی ۱۶ ساله به نام آیدن و والدینش. والدین نگران دو مسئله هستند، اول سبک زندگی ناسالمی که آیدن در پیش گرفته و دوم انتخاب‌های او در دوست‌یابی است. به نظر نمی‌رسد که دوست‌دختر داشته باشد، اما ظاهراً با بسیاری از دوستانش «زیادی صمیمی» است. وقتی الکس به‌تنهایی آیدن را می‌بیند، آیدن خودش را یک پنسکشوال<sup>۴</sup> (همه‌جنس‌گرا) معرفی می‌کند (فردی که از لحاظ جنسی صرف‌نظر از جنسیت به همه علاقه دارد). آیدن هیچ ایرادی در این موضوع نمی‌بیند و ذکر می‌کند که بسیاری از دوستانش باورهایی مشابه او دارند. این افشاسازی برای الکس به دو دلیل هشدار محسوب می‌شود: یکی این‌که برخلاف ارزش‌های ارتباطی خود او است و دیگر این‌که می‌داند والدین آیدن با پی بردن به «خطاکار»<sup>۵</sup> بودن فرزندشان رنجیده خواهند شد.

این دوره‌ای که الکس با آن مواجه شده، غیرمعمول نیست؛ زیرا بسیاری از درمان‌گران با مراجعانی مواجه می‌شوند که ارزش‌هایی متفاوت از ارزش‌های خودشان دارند. با این حال، ارزش‌های جنسی درمان‌گران با مراجعان می‌تواند خیلی متفاوت باشد و در این مورد الکس باید تصمیم بگیرد در میان چندین تناقض میان ارزش‌ها، از جمله تضاد با ارزش‌های خودش، چگونه با آیدن و خانواده‌اش رفتار کند. دو راهی‌های ارزشی از این دست در فصل ۹ بررسی خواهند شد.

دکتر رودریگز<sup>۶</sup> در شهر سن آنتونیو<sup>۷</sup> از ایالت تگزاس<sup>۸</sup> به کار کمک به والدین در حال طلاق مشغول بود. باب<sup>۹</sup> و لیندا<sup>۱۰</sup> یکی از این زوج‌ها بودند که دادگاه آن‌ها را به دکتر ارجاع داده بود. به دلیل ماهیت آزاردهنده‌ی رفتارشان و حضور مکرر در دادگاه به خاطر مشاجره بر سر کوچک‌ترین امور مربوط به فرزندان، دادگاه به طور کامل از مداخله در کار آن‌ها اجتناب کرده بود. دکتر رودریگز به باب و لیندا کمک کرد تا درباره‌ی برنامه‌ی فرزندپروری خود به یک توافق برسند و حتی روشی را برای تعویض لباس بچه‌ها طبق توافق میان آن‌ها ایجا کرد. او اغلب مانند یک مربی و داور عمل می‌کرد، زیرا باب و لیندا در زمان‌هایی چنان تند و زننده بودند که نمی‌توانستند مستقیم و بدون مداخله‌ی نفر سوم با یکدیگر ارتباط برقرار کنند. وقتی این زوج نمی‌توانستند بدون درگیری با هم حرف بزنند، دکتر از آن‌ها می‌خواست تا به یکدیگر ایمیل زده و یک کپی از آن را نیز برای او ارسال کنند تا درگیری کاهش یابد. دکتر رودریگز

---

<sup>۳</sup>Alex  
<sup>۴</sup>pansexual  
<sup>۵</sup>sinful  
<sup>۶</sup>Rodriguez  
<sup>۷</sup>San Antonio  
<sup>۸</sup>Texas  
<sup>۹</sup>Bob  
<sup>۱۰</sup>Linda

با آن‌ها درباره‌ی حل مشکلات مربوط به تکالیف فرزندان و مسائل پیرامون تعطیلات کار کرد. او از طرف دادگاه مأمور بود و این قدرت را داشت تا به استثنای مسئله‌ی حضانت در مورد موضوعاتی که زوج نمی‌توانستند به توافق برسند، برایشان تصمیم بگیرد.

دکتر رودریگز در تگراس زندگی می‌کند، در آن‌جا درمان‌گران این اختیار قانونی را دارند که به عنوان فرد هماهنگ‌کننده میان والدین احمّل کنند. زوج درمان‌گران و خانواده درمان‌گران در حال ارتقای نقش‌هایشان در سایر عرصه‌ها هستند تا بتوانند برای خانواده‌های دچار مشکل مفید باشند. این نقش‌ها با خانواده‌های دچار اختلال که با نظام قانونی تعامل دارند، به‌طور مفصل در فصل ۱۱ آورده شده است.

زوج درمان‌گر و خانواده درمان‌گر دارای مجوزی به نام کارن<sup>۲</sup> خانواده‌ی کرامر<sup>۳</sup> را به مدت ۱۲ جلسه ملاقات کرد. خانم و آقای کرامر نگران افسردگی پسر ۱۶ ساله‌شان دارنل<sup>۴</sup> بودند. کارن خانواده را به‌صورت مرتب می‌دید و نیز بخشی از جلسات را به شخص دارنل اختصاص می‌داد تا میزان افسردگی و تمایلات خودکشی‌گرایانه‌ی وی را ارزیابی کند. او به‌طور پیوسته و اصولی علائم و نشانه‌های افسردگی را در وی ارزیابی می‌کرد و اگرچه در ابتدا علائم افسردگی در وی دیده می‌شد، اما طی پیشرفت فرآیند خانواده درمانی علائمش بهبود یافت. او هم‌چنین به والدین آموزش داد که در مورد افسردگی دارنل مواظب چه چیزهایی باشند و از آن‌ها خواست تا هرگاه این علائم بدتر شدند، به او اعلام کنند. والدین روند رو به بهبود دارنل را تایید کردند. این خانواده با خیال این که درمان موفقیت‌آمیز بوده، پس از ۱۲ جلسه به آن خاتمه دادند. سه هفته بعد دارنل خودش را کشت. کمی بعد، کارن در کمال تعجب دریافت برای قصور درمان در این پرونده از او شکایت شده است. در شکایت‌نامه آمده بود که درمان او پایین‌تر از استانداردهای مراقبتی بود. برای سوابق و مدارک عملکرد او در پرونده‌ی روند درمان دارنل نیز احضاریه آمده بود. متأسفانه کارن فقط ثبت کرده بود که در حال انجام خانواده درمانی است و ذکر نکرده بود که به‌طورخصوصی نیز دارنل را ملاقات کرده است. او هرگز جایی ثبت نکرده بود که دارنل را برای افسردگی و تمایلات خودکشی‌گرایانه به‌طور فردی ارزیابی می‌کرده است.

کارن به‌درستی درمان دارنل را مستند نکرده و اکنون به دردسر افتاده است. سیمپسن<sup>۵</sup> و استیسی<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) بیان داشتند که کیفیت مستندات قصور یا عدم آن را قابل تشخیص خواهد کرد. اساساً کارن هیچ سندی برای دفاع نداشت؛ فقط جلسات خانواده درمانی مستند شده بودند. او هم‌چنین هیچ ارزیابی خودکشی انجام نداد، چون افسردگی دارنل بهبود پیدا کرده بود و ارزیابی را لازم ندانست، اما توجیه او برای انجام ندادن این کار نیز مستند نشده بود. مستندسازی در فصل ۱۲ بررسی خواهد شد.

مادری دل‌وایس به نام بارب<sup>۷</sup> درباره‌ی جید<sup>۸</sup> فرزند ۲۵ ساله‌اش با رابین<sup>۹</sup> تماس گرفت. بارب از سویی برای حفظ کارش در تقلا بود و از طرفی به جید مشکوک بود که شاید معتاد است. دان<sup>۱۰</sup> که پدر جید است و سایر خواهر و

---

<sup>۱</sup>parent coordinators  
<sup>۲</sup>Karen  
<sup>۳</sup>Kramer  
<sup>۴</sup>Darnell  
<sup>۵</sup>Simpson  
<sup>۶</sup>Stacy  
<sup>۷</sup>Barb  
<sup>۸</sup>Jade  
<sup>۹</sup>Robyn  
<sup>۱۰</sup>Don

برادرهای بزرگ‌تر جید یعنی تیم،<sup>۱</sup> سِث<sup>۲</sup> و ونِدی<sup>۳</sup> که به ترتیب ۳۳، ۳۰ و ۲۷ ساله هستند سایر اعضای خانواده را شامل می‌شوند. بارب از روبین می‌پرسد که کدام عضو خانواده باید تحت درمان قرار گیرد. روبین می‌گوید مایل است تمام اعضای خانواده وارد درمان شوند. بارب می‌گوید که او، دان و جید در جلسه‌ی اول حاضر خواهند بود، اما تیم، سِث و ونِدی احتمالاً تمایلی به درمان نشان نخواهند داد.

تعیین این که چه کسانی باید در درمان شرکت کنند یکی از اولین تصمیماتی است که لازم است درمان‌گر بگیرد. پاسخ روبین به نقش درمان‌گر بستگی دارد و این نیز وابسته به آن است که درمان‌گر رویکردی سنتی یا پست‌مدرن نسبت به درمان داشته باشد. طبق رویکرد سنتی ممکن است او اصرار داشته باشد که تمامی اعضای خانواده به درمان ملحق شوند و خطر از دست دادن خانواده را بپذیرد؛ زیرا به دلایل متعددی تمام اعضای خانواده به درمان ملحق خواهند شد. یا اینکه طبق رویکرد پست‌مدرن روبین می‌تواند با بارب همکاری کند تا در مورد حضور افرادی که احتمال حضورشان بیش‌تر است و مشکل پیش آمده را یک مشکل می‌دانند صحبت کنند. پاسخ ابتدایی او برای این تماس تلفنی، دارای دلایلی اخلاقی برای دوره‌ی درمان است، موضوعی که در فصل ۱۳ به نام *مسائل اخلاقی در خانواده درمانی‌های ساخت‌گرای اجتماعی و سیستماتیک* بررسی خواهد شد.

لاوسن<sup>۴</sup> زوج درمان‌گر و خانواده درمان‌گر دارای مجوز در ایالت ویسکانسین<sup>۵</sup> است. او تصمیم گرفت تا فعالیت خود را با عرضه‌ی درمان الکترونیکی تکمیل کند. او وب‌سایتی راه انداخت و آن را رمزگذاری کرد. مراجعان مستقیماً از طریق این سایت ایمیل می‌فرستادند و سپس منشی وی یک جلسه‌ی درمانی تلفنی را برای آن‌ها ترتیب می‌داد. با وجود این که شیوه‌ی درمان الکترونیکی او نسبتاً به تازگی راه افتاده بود، یک بار جلسه‌ای با مراجعی از آیداهو<sup>۶</sup> داشت. در طول این جلسه، مراجع فاش کرد که مقدار خیلی زیادی قرص خواب مصرف کرده است.<sup>۷</sup>

حال لاوسن با چالش‌های متعددی روبرو است. آیا او اطلاعات تلفنی درستی دریافت کرده تا بتواند به سرعت مکان مراجع را مشخص کرده و فردی را برای مراقبت فوری اعزام کند؟ آیا این مراجع رضایت آگاهانه امضا کرده تا آن‌ها بدانند که در موارد اورژانسی چه اتفاقی رخ خواهد داد؟ آیا مراجع ممکن است اطلاعات تماس خود را به‌دروغ گفته باشد و لاوسن از مداخله عاجز کند؟ اگر او مداخله کند، آیا جوازش در بیرون مرزهای این ایالت نیز معتبر است؟ اگر او آن‌چه شیوه‌ی درمانی «معمول و مرسوم» است را انجام ندهد، آیا بیمه قصور حرفه‌ای او را پوشش خواهد داد؟ این مسائل به‌طور مفصل در فصل ۱۴ به نام *خانواده درمانی و زوج درمانی اخلاقی الکترونیکی* بررسی خواهند شد.

دفتری که نانسی<sup>۸</sup> دُز آن کار می‌کرد قراردادهایی دولتی برای انجام خانواده درمانی در منزل داشت. خانواده‌ها برای درمان تعهد داشتند. بعد از ترتیب دادن قرار ملاقاتی تلفنی، نانسی به سمت منزل خانواده‌ای که برایش مأمور شده بود ماشین گرفت اما دید که هیچ‌کس در خانه نیست. او بعداً در همان روز با خانواده تماس گرفت و آن‌ها عذرخواهی کرده و گفتند که مشغول خرید بوده‌اند و به اتوبوس نرسیدند. مراجعان او، پدر و مادری جوان به نام‌های جان<sup>۹</sup> و ایلین<sup>۱۰</sup> بودند که یک نوزاد دختر داشتند. وقتی سرانجام نانسی توانست با این خانواده جلسه‌ای داشته باشد، مادر

Tim  
Seth  
Wendy  
Lawson  
Wisconsin  
Idaho

<sup>۱۱۷</sup> این دو ایالت در دو سوی کشور و با فاصله‌ای بسیار زیاد نسبت به هم قرار دارند.

Nancy  
John  
Eilene

جان، ملبا، اصرار داشت در جلسه حاضر باشد، و اغلب از اینکه این زوج در قبال نوزاد مسئول نیستند و نیازهای نوزاد را درک نمی‌کنند، شکایت داشت و معتقد بود او تنها کسی است که به‌طور منظم پوشک بچه را عوض می‌کند. درمانگر معذب بود از این که به ملبا بگوید که اجازه‌ی حضور در جلسه را در خانه‌ی خودش ندارد و نگران بود که این درخواست مشکلی را در اتحاد درمانیش با خانواده ایجاد کند.

در فصل ۱۵، اصول اخلاقی مربوط به انجام درمان در منزل بررسی خواهد شد. درمان در منزل، چالش‌های منحصر به فردی با توجه به رازداری، مرزها و ایمنی، که تنها تعدادی از این مسائل هستند پیش خواهد آورد. وضعیت نانسی منحصر به فرد نیست، چرا که مراکز و منابعی که از سوی دولت تأمین مالی می‌شوند از عرضه‌ی درمان برای خانواده‌ها در خانه‌های خودشان سود بسیاری می‌برند.