

# کلیات سنجش خانواده و ازدواج

دکتر باقر ثنائی

عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت معلم

## چکیده

مقاله حاضر به طور مختصر و با دید سنجش به تفاوت رویکرد سیستمی به خانواده با رویکردهای فردی اشاره می‌کند. ساختار و میانی روش‌های سنجش فردی برای پژوهش و درمان خانواده و ازدواج کافی نیست. رشته خانواده و ازدواج برای علمی ماندن و پاسخگویی به مراجعان و سیستم درمانی، به طور جدی به سنجش نیاز دارد. تلاش‌های گوناگون برای شناخت پیچیدگی و ظرایف روابط خانواده و ساختن راهبردهای گوناگون سنجش مورد بحث قرار گرفته است. لزوم ارجحیت سنجش کل خانواده یا بررسی تعامل دوتایی‌ها و سه‌تایی‌ها برای مقاصد پژوهشی و بالینی مطرح شده است. در انتها روش‌های پژوهش در خانواده آمده است که هر کدام جایگاه و کاربرد خود را دارد؛ روش‌هایی که یا مبتنی بر اطلاعات «خود - سنجی» و یا «مشاهده مستقیم» تعامل اعضای خانواده و سعی آن‌ها برای مقابله با مشکلات و سایر پدیده‌های خانوادگی است.

## مقدمه

زمانی بود که در مقابل سؤال درباره کارایی عملکرد بالینی جواب می‌دادیم که مراجعان «برای درمان بر می‌گردند»؛ «دیگران را ارجاع می‌دهند»؛ «طلاق نگرفتند»؛

«خرسند به نظر می‌رسند». ظاهراً این جواب‌ها دیگر چندان به کار نمی‌آید. ما به راهبردها و پرسشنامه‌هایی نیاز داریم که کارها را مستند کند؛ مشخصاً ارزیابی‌هایی که بر حضانت کودک، سوءاستفاده از کودکان، خشونت خانوادگی، طلاق، تعارض زناشویی، و صمیمیت متمرکز باشد.

رشته درمان خانواده و ازدواج از ابتدا متمرکز بر ساختن نظریه سیستمی در مورد خانواده و خلق روش‌های نو برای مداخله در خانواده بود. دوران اولیه خانواده درمانی، دوران ایده‌های بزرگ مانند شناخت‌شناسی، نظریه سیستم‌ها، و سیبرنتیک بود. رویکرد سیستمی بر آن بود که تبیینی برای تمام روان - آسیب‌شناسی‌های اکثر رفتارهای انسان ارائه کند و مداخله‌های خانواده درمانی هم پادزهر تمام مشکلات انسان تلقی می‌شد.

اثر مثبت انقلاب سیستمی قابل اغماض نیست. این انقلاب دید اکثر متخصصان بالینی و بهداشت روانی را نسبت به رفتار فرد متحول کرد. با این حال، کارهای نظری و مداخله سیستمی اوائل نهضت فاقد فناوری اندازه‌گیری فرایندهای زناشویی و خانوادگی بود. لذا، کسانی که علاقمند به درک این فرایندها بودند، وقتی به اطلاعاتی برای اندازه‌گیری فرضیه‌های خود نیاز داشتند، چاره‌ای جز اتکاء به مهارت‌های مشاهده‌ای خود و همکاران خود نداشتند. تعبیر پدیده‌ها و فرایندهای خانواده بستگی به دید ناظر آن داشت، و تابع خصیصه‌های فردی مشاهده‌گر بود. بسیاری از مباحث داغ مربوط به دیدگاه‌های نظری گوناگون بود، وضعی که کمک چندان به مشخص کردن فرایند خانواده سالم و نظایر آن نمی‌کرد. مدافعان هر رویکرد با استفاده از اطلاعات خود، به خانواده از پشت عینک خاص خویش نگاه می‌کردند و دلایلی برای صحت دیدگاه خود ارائه می‌کردند.

چنین وضعی از نظر تاریخی باعث پیدایش بینش‌های مبرم مهمی شد، از جمله پی بردن به اهمیت اثر سیستم اجتماعی بر عملکرد فرد، وجود علیت حلقوی و نظایر آن، اما در عین حال به انتشار خطاهای تأسف بار متعدد نیز منجر شد، از جمله این که ایجاد بن‌بست مضاعف توسط مادر باعث اسکیزوفرنی می‌شود، و این که خشونت خانوادگی یک پدیده متقابل و تعاونی است. لذا، علی‌رغم تمام دستاوردهای مهم و چشم‌گیر نسل اول خانواده درمانگران، باید گفت که ظهور علم واقعی درباره روابط خانوادگی مستلزم به وجود آمدن روش‌هایی برای ارزیابی زوج‌ها و خانواده‌هاست.

این گونه روش‌ها و ابزارها، عناصر اساسی خلق دانش و کارهای بالینی است. علم، به ساختن ابزار سنجش متکی است. بدون تلاش برای سنجش، ابزاری جهت کاربردی کردن متغیرهای مستقل و وابسته و آزمودن فرضیه نداریم. اگر در این زمینه کار نکنیم، رشته خانواده درمانی در وضعیت قبل از دانش<sup>۱</sup> شدن خودگیر خواهد بود. کار بالینی هم گرفتار همین مشکل بی‌ابزاری و روش‌های سنجش برای پی‌گیری پیشرفت درمان است. فناوری ابزارسازی به کندی صورت می‌گیرد. ابزارها نه تنها باید در رابطه با سازه‌های اصلی ساخته شوند، بلکه باید معتبر و پایا باشند و به هنجارهایی مبتنی بر نمونه‌های متنوع و کافی متکی باشند. ساختن یک ابزار خوب سال‌ها وقت می‌برد. فناوری ابزارسازی مستلزم ساختن ابزارهای متنوعی است که هر کدام ضرورت و کاربرد خود را دارد. هر حیطه‌ای از سباحث و مسائل و درمان‌های خانواده و ازدواج ابزارهای خاص خود را می‌طلبد. اینک برای سنجش وضعیت زوج‌ها و خانواده‌ها مقیاس‌های معتبری در اختیار است. تعداد زیادی مقیاس‌های پیچیده و «خوب ساخته شده» برای سنجش وضعیت ازدواج و خانواده مطرح است. امروزه سنجش خانواده و ازدواج با ۱۰ سال قبل کاملاً فرق دارد. آن زمان، سنجش مبتنی بر پرسش‌نامه غیررسمی متکی به نظریه بود. سنجش امروز رسمی‌تر و مبتنی بر پاسخگویی است. تعجب آور نیست که درمان خانواده و زناشویی همانند درمان فردی تحت فشار برای مقرون به صرفه بودن و پاسخگو بودن در قبال نتایج باشد. یکی از دلایل این تحول، تغییرات مربوط به مراقبت بهداشتی و از جمله مراقبت کنترل شده<sup>۲</sup> است. علاوه بر مسائل مالی مربوط به پاسخگویی، تغییرات اجتماعی مهم خانواده، و پیشرفت‌های علمی و پژوهشی بر فرایند سنجش اثر گذاشته و به انتظار همگانی برای راهبردهای روشن‌تر سنجش منجر شده است. از جمله تغییرات مؤثر بر سنجش خانواده و ازدواج این است که در گذشته سنجش‌ها بیشتر متوجه مسائل ازدواج و قبل از ازدواج بود، در حالی که اینک تمرکز سنجش (و حتی دادگاه‌ها) معطوف به حضانت کودک و خشونت خانوادگی است. بالاخره این که پژوهش‌های اخیر به ظهور راهبردهای مؤثری منجر شده است که برای تربیت و درمان خانواده و ازدواج، ارزش و

کاربرد بالینی قابل ملاحظه‌ای دارد. در اینجا به مرور اثر تغییرات و پژوهشهای انجام شده بر فرایند سنجش و دلالت‌های آن برای امروز و آینده درمان خانواده و ازدواج می‌پردازد. امروزه مراجعات متعددی به کارشناسان بالینی برای انجام سنجش یا کسب اطلاعات بالینی صورت می‌گیرد. این مراجعات از طرف خانواده‌ها برای سنجش وضع افراد، روح‌ها یا خانواده‌ها جهت اطمینان از متناسب بودن آن‌ها برای ازدواج، صحیح بودن اقدام آن‌ها به جدایی از همسر یا طلاق؛ واکنش مناسب آن‌ها در قبال خشونت خانوادگی، و حضانت کودک است. برنامه‌های تربیت مشاور و روانشناس بالینی، غالباً دانشجویان را برای کار با «فرد» آماده می‌کند، نه کار با زوجها و خانواده‌ها. حتی کسانی که مدارکی در زمینه مشاوره و درمان خانواده و ازدواج دریافت می‌کنند، اطلاعات و تجربه زیادی درباره سنجش خانواده و ازدواج کسب نکرده‌اند. به همین خاطر، لازم است یک چشم‌انداز درباره انواع راهبردهای کلی و خاص برای جمع‌آوری و هماهنگ کردن اطلاعات مصاحبه، پرسشنامه‌های خودسنجی، روش‌های مشاهده، اطلاعات عرضی<sup>۱</sup>، و نظایر آن در فرایند برنامه‌ریزی و مداخله درمانی ارائه شود. روش‌های عنوان شده عموماً در راستای همان سنجش‌های مربوط به «فرد» است. باید نظرات مربوط به سنجش در رویکردهای خانواده درمانی بررسی شود. باید دید که آیا سنجش‌های رسمی<sup>۲</sup> خانواده اساساً با رویکردهای معاصر خانواده درمانی، مانند درمان نقلی<sup>۳</sup> و سیستم‌های سازه‌گرایی اجتماعی<sup>۴</sup> سازگار است یا خیر. توجه به روش‌ها و راهبردهای سنجش‌های مؤثر برای افراد، زوجها و خانواده‌ها و تأکید بر ویژگی‌های روانسنجی از نوع اعتبار و پایایی مهم است.

در چند دهه اخیر، شاهد تغییر عمده‌ای در کار سنجش بوده‌ایم. سنجش در گذشته انحصاراً بر سنجش خصلت‌های شخصی و آسیب‌شناسی فردی (نشانه‌های مرضی و عملکردهای معیوب) متمرکز بود، تا حد زیادی متوجه ارزش و اهمیت پرداختن به اثر ویژگی‌های خانواده، الگوهای روابط، آشفتگی‌های سیستمی، و عملکردهای معیوب بر نگرش، رفتار، آسنگی، و رفتار افراد شده است. این تغییر نگرش، سنن متعددی دارد،

1. Collateral information

2. Formal assessment

3. Narrative therapy

4. Social constructionist systems

اما علت اصلی آن رسیدن به این واقعیت است که فرد از سیستم، یعنی پایگاه آسیب‌شناسی جدا نیست.

شناخت‌شناسی غیرسیستمی سنتی که اساس الگوی پزشکی است به ترکیبی از مشاهدات درمانگر و پویایی‌های فردی تمرکز دارد، شناخت‌شناسی سیستمی که اساس خانواده درمانی سیستمی است، بر کل سیستم، از جمله پویایی‌های روابط تمرکز دارد. در سنجش سیستمی، تشخیص بسته به مشاهده کارشناس بالینی و فعال کردن عملکردهای رابطه‌ای<sup>۱</sup>، الگوها، و سبک‌های رفتاری است، نه صرفاً سبکی به ملاک‌های تشخیصی و نشانگان فردی و ویژگی‌های معیوب بر اساس تشخیص مبتنی بر DSM. درمان و تشخیص خانواده، با وارد کردن اشخاص بیشتری از محیط «بیمار معلوم» به فضای درمان، به فرد به عنوان جزئی از روابط سیستمی نظر می‌کند. به طور خلاصه، از دیدگاه سیستمی، سنجش و تشخیص بسنده آن است که کل سیستم خانواده در آن درگیر باشد.

تفاوت نظرات درباره سنجش خانواده و ازدواج. گرچه شناخت‌شناسی سیستمی خبر از سنجش و تشخیص در خانواده درمانی می‌دهد، اما این بدان معنا نیست که خانواده درمانگران درباره ابزارهای مناسب سنجش و تشخیص خانواده و ازدواج به توافق رسیده‌اند. حتی درباره آموزش دادن روش‌ها و ابزار سنجش به خانواده درمانگران هم توافقی وجود ندارد. گرچه برخی از برنامه‌های تربیت مشاور خانواده و ازدواج، روش‌های رسمی سنجش را تدریس و برنگری<sup>۲</sup> می‌کنند، اما بسیاری هم این کار را نمی‌کنند. علت آن بی‌اهمیت دانستن سنجش از نظر بعضی رویکردها نیست، بلکه به این خاطر است که سنجش از نظر آن‌ها دشوار است.

شناخت جایگاه سنجش در رویکرد اصلی خانواده درمانی لازم به نظر می‌رسد. با مقایسه هفت رویکرد اصلی (رفتاری، ساختی، استراتژیک، بوئی، تجربیاتی، متمرکز بر راه‌حل، و اشتراکی<sup>۳</sup>)، متوجه می‌شویم که بنا به هر نظریه، عوامل و متغیرهای عملکرد کارآ و مختل متفاوت و مخصوص به آن‌ها است. لذا اگر آنچه مورد سنجش قرار می‌گیرد از نظریه‌ای به نظریه‌ای تغییر کند، تعجب‌آور نیست. مثلاً سنجش رسمی و گرفتن

1. Relational functioning

2. Supervision

3. Collaborative

سرگذشت در خانواده درمانی رفتاری مهم است، اما هیچکدام آن‌ها در خانواده درمانی تجربیاتی مورد نظر نیست. سنجش جزو طبیعی فرایند خانواده درمانی تجربیاتی تلقی می‌شود؛ سنجیدن خانواده، همزمان با کسب اطلاعات از آن‌ها و آشنا شدن درمانگر با اعضای خانواده به صورت فردی و گروهی صورت می‌گیرد. در خانواده درمانی ساختی، اهداف و نتایج بالینی بسته به تغییر ساخت خانواده و مرزهای آن دارد؛ در صورتی که در رویکرد اشتراکی، اثربخش بودن روابط خانواده و ازدواج مورد نظر است. سؤالی که مطرح می‌شود این است که آیا یک رویکرد یکپارچه به سنجش خانواده و ازدواج امکان‌پذیر است، یا خیر؟ بسیاری معتقدند در صورتی چنین رویکردی ممکن است که یک مجموعه عوامل و پویایی‌های مشترک در مورد طرز رفتار و روابط اعضای خانواده در اختیار باشد.

در این راستا، دو حرکت در جهت ایجاد سیستم یکسان تشخیص روابط<sup>۱</sup> صورت گرفته است. یکی به نام طبقه‌بندی اختلالات روابط<sup>۲</sup> که «کمیته خانواده‌گپ»<sup>۳</sup> عنوان کرده است (کاسلو<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶)؛ و دیگری معرفی سنجش جامع عملکرد روابط<sup>۵</sup> در DSM-IV و DSM-IV-TR مربوط به انجمن روانپزشکی آمریکا (۲۰۰۰).

سنجش خانواده و درمان‌های نقلی و سازه‌گرایی اجتماعی. آنچه قلب سنجش خانواده را نشانه گرفته این است که سنجش رسمی خانواده با درمان‌های نقلی و سازه‌گرایی اجتماعی سازگار نیست. عده‌ای بر آن اند که سنجش رسمی یک اجماع مدرن است که بر حقیقت عینی تمرکز دارد و لذا با سازه‌گرایی اجتماعی و دیدگاه پُست مدرن سازگار نیست. بعضی از الگوهای سنجش خانواده، مانند الگوهای سیستم‌های خانواده بیورز<sup>۶</sup> و روش‌های سنجش آن، از قبیل مقیاس‌های تعاملی بیورز<sup>۷</sup>، و پرسشنامه خودسنجی خانواده<sup>۸</sup> با خانواده‌درمانی ساختی و رویکردهای مربوطه مشترکات زیادی دارد؛ با این

1. Uniform system of relational diagnosis

2. Classification of Relational Disorders (CORD)

3. GAP Committee on the Family

4. Kaslow

5. Global Assessment of Relational Functioning (GARF)

6. Beavers

7. Beavers Interactional Scales

8. Self-Report Family Inventory (SFI)

حال، به نظر می‌رسد که کاربرد سنتی این نوع الگوها و روش‌های سنجشی با رویکردهای نقلی و سایر رویکردهای سازه‌گرایی مشترکات ناچیزی دارد.

برخی معتقدند که الگوهای سنجش خانواده مانند الگوی یورز را می‌توان الگوی سازه‌گرایی اجتماعی هم تلقی کرد. مثلاً نمرات «پرسشنامه خودسنجی خانواده» را می‌توان الگوی سازه‌گرایی اجتماعی محسوب کرد. این پرسشنامه را می‌توان به عنوان شناخت و بینش موضعی از دید یک مراجع بخصوص تلقی کرد، نه به عنوان یک شناخت کلی از خانواده. لذا، یک نکته این است که درمانگر نتایج سنجش را در میان بگذارد و نشان دهد که مهارت‌های مربیگری، حل مشکل، و ارتباط (گفتگو) می‌تواند احساس آشفتگی را کاهش دهد و به حل مشکل مربوط به کارآیی کمک کند. نکته دیگر آن است که درمانگر معتقد باشد و ابراز کند که مراجع در ابراز منویات خود یا حل مشکلات ضعیف است. کار<sup>۱</sup> (۲۰۰۰) معتقد است پایبندی به سازه‌گرایی اجتماعی به عنوان چارچوب کار بالینی مانع پایبندی به پژوهش کمی که ریشه در الگوهای تجربی عملکرد خانواده دارد، نیست.

### سنجش و انواع خانواده و ازدواج

موفقیت در درمان خانواده، همانند درمان فردی، بستگی به سنجش دقیق ماهیت مشکل و راه‌حل‌های بالقوه دارد. لذا این مطالب مطرح است: (۱) تعریف خانواده و راهبردهای شناخت آن، چه کسانی در سنجش خانواده گنجانیده شوند؛ (۲) ویژگی‌های مهم عملکرد خانواده چیست؛ (۳) کدام عامل بر مشاهده عملکرد خانواده اثر دارد؛ (۴) نکات مربوط به سنجش خانواده؛ (۵) کاربرد بالینی سنجش خانواده.

خانواده و خانواده سالم چیست؟ ترکیب خانواده‌های امروزی کاملاً متنوع است، شامل خانواده‌های دو والدی سنتی، خانواده‌های تک‌والدی، خانواده خواننده‌ها<sup>۱</sup>، خانواده گسترده، خانواده‌های شبه‌تباری<sup>۲</sup>، و بسیاری صورت‌های دیگر. مزید بر اینها، زندگی مشترک<sup>۳</sup> یا خانواده‌های همجنس‌باز است که رابطه بیولوژیکی ندارند. لذا،

1. Carr

2. Stepfamilies

3. Quasi-kin-families

4. Cohabitation

«مؤسسه ملی بهداشت روانی<sup>۱</sup>»، خانواده را این طور تعریف می‌کند، «شبکه تعهد متقابل<sup>۲</sup>». اشخاصی که در گذشته نقش‌های بیولوژیکی یا قانونی داشتند، اینک به خاطر حمایت از یکدیگر و عنایت به بافت اجتماعی خود، اعضای خانواده تلقی می‌شوند.

این که کدام اعضای خانواده چه نقشی ایفا می‌کنند، با گذشت زمان و بسته به شرایط، قابل تغییر است؛ خصوصاً با استحاله ازدواج، وقوع طلاق و بیمار شدن اعضا. تنوع ترکیب خانواده یک چالش بی‌مانند برای سنجش است. برخی چالش‌ها از این قرار است: (۱) خانواده را چطور تعریف کنیم و چطور مشخص کنیم که چه کسانی باید در مشاوره شرکت داده شوند، (۲) مرزهای خانواده را در هر کیس کجا قرار دهیم، (۳) با سیال بودن خانواده و تغییر آن با گذشت زمان چه کنیم (مثلاً، شروع و پایان یک رابطه رمانتیک، یا تغییر مرزها بر اثر مداخله درمانی را کجا قرار دهیم).

تعداد تعاریف خانواده سالم و کارآ برابر تعداد نظریه‌های عملکرد خانواده و روابط خانوادگی است. گرچه بسیاری از نظریه‌ها همپوشی‌هایی دارند، اما ابعاد ویژه هر کدام برای توصیف فرایندهای سالم خانواده مهم است. مرور نظریه‌های خانواده سالم خارج از حوصله بحث حاضر است. اما مرور مختصر جنبه‌های مشترک رویکردهای سیستمی به خانواده و ازدواج برای روشن شدن مفروضه‌های اساسی بحث لازم است.

خانواده و ازدواج سالم با حفظ ارتباط (یا گفتگوی) روشن و مؤثر، الگوهای تعاملی متقابلاً سودمند، مرزهای روشن بین نسل‌ها و زیر منظومه‌ها، و توقعات متأثر از انتظارات درونی اعضا و انتظارات بیرونی محیط، و بالاخره رفاه و عملکرد تک‌تک اعضای خانواده ارتقاء پیدا می‌کند. بین حفظ ثبات خانواده و تغییراتی که سلامت اعضا را ارتقاء می‌دهد، تعامل وجود دارد. از نظر مینوچین (۱۳۸۳، ص. ۳۹ - ۴۰) یک خانواده عادی، یعنی زوجی که در رابطه با هم، در تربیت بچه‌ها، در رابطه با خویشاوندان، و در مقابله با دنیای خارج مشکلات بسیاری دارند، اما مانند تمام خانواده‌های سالم دائم با این مشکلات دست و پنجه نرم می‌کنند و تبادل نظر می‌کنند تا زندگی مشترک ممکن گردد.

1. National Institute of Mental Health (NIMH)

2. A network of mutual commitment



در خانواده درمانی هنوز به یک نظریه یگانه دربارهٔ عملکرد خانواده نرسیده‌ایم. دربارهٔ یک سیستم تشخیصی خانواده<sup>۱</sup>، مانند DSM-IV برای روان آسیب‌شناسی فرد، توافق حاصل نشده است؛ و بسیاری از متخصصان دربارهٔ سازه‌ها یا فرایندهای لازم برای سنجش خانواده اختلاف نظر دارند. عده‌ای هم سنجش رسمی<sup>۲</sup> را برای کار بالینی غیرلازم می‌دانند. تعریف «مؤسسه ملی بهداشت روانی» از خانواده نشانهٔ پیچیدگی سنجش آن است، زیرا دامنهٔ وسیعی از اعضای بالقوه خانواده را شامل می‌شود. یکی از رهنمودهای ممکن آن است که ترکیب خانواده را به اهداف درمان مربوط کنیم. مثلاً اگر هدف یک «خانواده خوانده» خرسندی باشد، اعضای دعوت شده برای درمان هم می‌تواند افراد مرتبط با آن باشد، یعنی می‌تواند بچه‌ها و یا کسانی را شامل شود که از بچه‌ها مراقبت می‌کنند تا اسباب عملکرد مطلوب خانواده فراهم شود.

### ویژگی‌های عملکرد خانواده

تلاش‌های صورت گرفته برای شناخت پیچیدگی و ظرایف روابط خانواده و فرایندهای آن به راهبردهای گوناگون سنجش منجر شده است. پنج نوع ویژگی خانواده در پژوهش‌ها و ارزیابی‌های خانواده مورد سنجش قرار گرفته است. این ویژگی‌ها از این قرار است: ترکیب خانواده، فرایند خانواده، الگوی روابط، عواطف خانواده، و سازمان خانواده.

ترکیب خانواده مربوط به ترکیب اعضای خانواده (مانند تک‌والدی بودن)، ساخت خانواده (مانند زندگی مشترک یا خانواده طلاق)<sup>۳</sup>، عوامل قومی (مانند خانواده اسپانیایی - تبار)، و جهتگیری جنسی (مانند همجنس‌بازی) است.

فرایند خانواده مربوط به تعامل‌ها و مراودات و الگوهای تبادل رفتاری اعضا و مبادلات رفتاری آن‌ها در موارد تعارض، ارتباط یا حل مشکلات است.

الگوی روابط مربوط به تسلسل تعامل اعضای خانواده است. تعامل‌هایی که به نتایج مثبت یا منفی منجر می‌شود. مثلاً، تسلسل تعامل منجر به طلاق مشخص است: انتقاد زوج‌ها از هم، توهین، حالت دفاعی، و بالاخره به بن‌بست کشاندن رابطه. نسبت عبارات

1. Family diagnostic system

2. Formal assessment

3. Divorced family

مثبت به منفی در بین زوج‌های خرسند پنج به یک است. این نسبت در بین زوج‌های ناخرسند و رو به طلاق یک به یک است. آن‌ها حالت دفاعی دارند و حرف یکدیگر را نمی‌شنوند؛ و نهایتاً با به بن‌بست کشاندن هرگونه تلاش طرف مقابل باعث توقف تعامل می‌شوند.

عواطف خانوادگی مربوط به آهنگ و حجم تعامل عاطفی و نحوه تجربه یا تعبیر گفتگوها است. عواطف منفی نشانه مشکلات مزمن مانند اسکیزوفرنی، الکلیسم یا اختلال روحیه است. ابراز عواطف غالباً با فرهنگ و قومیت ارتباط دارد. کم یا زیادی بودن و مثبت یا منفی بودن عواطف، مهم و قابل توجه است. عواطف منفی معمولاً زندگی خانوادگی را تخریب می‌کند. عواطف بسیار بالا و شدید هم می‌تواند مشکل‌آفرین باشد.

سازمان خانواده مربوط به نقش‌ها و قواعد گفته و ناگفته و انتظارات عملکردی است. این عوامل عبارتند از مرزها، سلسله مراتب تصمیم‌گیری، توزیع کار و حمایت عاطفی. مرزها به دوری یا نزدیکی عواطفی و روانی اعضا با هم و با دنیای خارج مربوط است. مرزها بسته به مرحله تکامل خانواده تغییر می‌کند. مثلاً، مرزهای مادر و خردسال و یا مرزهای هم‌والدهای همسن و سال بسیار باز و منعطف است. مرزهای حول وجود افراد و خانواده هسته‌ای با خانواده گسترده از عوامل فرهنگی متأثر است.

گوناگونی و پیچیدگی خانواده مربوط به تنوع در عواملی است که قبلاً بیان شد. مثلاً، فرایند خانواده در بین قومیت‌های مختلف متفاوت است. خانواده یک سیستم پویاست، نه یک سیستم ایستا، لذا همراه با تکامل خانواده، ماهیت ترکیب، فرایند، عواطف و سازمان آن هم استحاله پیدا می‌کند.

عوامل مؤثر بر مشاهده عملکرد خانواده. شرایط مشاهده عملکرد خانواده شامل تعامل‌های قابل مشاهده و تعبیر و تفسیر آن، و شرایط مشاهده و پرسش‌های به عمل آمده، بسیار مهم است. مثلاً، رفتار خانواده در محیط کلینیک بهتر از رفتار آن‌ها در محیط خانه است. مراحل تکامل خانواده نیز بر رفتار اثر دارد. سومین عامل مؤثر بر عملکرد

## 1. Siblings

خانواده، ویژگی‌های فرهنگی و قومی است؛ و بالاخره تعامل خانواده با محیط اطراف آن مهم است. لذا این عوامل باید در تعیین بهنجار بودن تعامل خانواده در نظر گرفته شود. اکثر مقیاس‌های به اصطلاح عینی را می‌توان با توجه به بافت وسیع‌تر زندگی و فرهنگ خانواده تعبیر و تفسیر کرد. متخصص می‌تواند از یک مقیاس برای گروهی از خانواده‌های یک قوم استفاده کند و از استنباط خود درباره نحوه عملکرد و مقایسه آن‌ها با هم بهره ببرد.

### مسائل مربوط به سنجش خانواده

در انتخاب راهبرد سنجش خانواده باید مشخص کرد که چه جنبه‌هایی از عملکرد خانواده به اهداف پیشگیری یا درمان مرتبط است. برخی از این ابعاد عبارتند از اعضای که باید مورد ارزیابی قرار گیرند، روش‌های انتخابی برای سنجش، و روش‌های بررسی سیستم خانواده. سنجش نحوه تعامل اشخاص در رابطه (مانند تعارض) و متمایز کردن آن از احساس‌ها یا نگرش‌ها (مانند خشم) نسبت به رابطه مهم است. غالباً مقیاس‌های پژوهش خانواده مبتنی بر اطلاعات خود - سنجی افراد یا اعضای خانواده است. این اطلاعات ممکن است درباره عملکرد زوج یا کل خانواده صحت کامل نداشته باشد. بین گزارش یا نظرات اعضای مختلف نسبت به عملکرد خانواده تفاوت دیده می‌شود. مثلاً، رضایت زن و شوهرها از رابطه زناشویی و یا علت جدا شدن متفاوت است. بررسی این تفاوت‌ها برای اهداف پیشگیری و درمان مفید است. کار بالینی نشان می‌دهد که پل زدن تفاوت‌ها دارای ارزش درمانی برای بهتر کردن کیفیت رابطه است.

گرچه سنجش ادراک یا برداشت فرد برای ارزیابی بعضی از جهات سیستم خانواده (مانند متمایزسازی خود) مناسب است، اما این دسته از ارزیابی‌ها، عیار صحیحی از کل سیستم خانواده نیست. اطلاعات کسب شده از افراد قابل تبدیل شدن به عیار رابطه‌ها هست. معیارهای در سطح خانواده را می‌توان از میانگین پاسخ‌های اعضای خانواده به دست آورد. خود - سنجی هر عضو را می‌توان با سایر اعضا مقایسه کرد تا میزان توافق روی مسائل واجد اهمیت برای پیشگیری و درمان مشخص شود.

روش دیگر، مشاهده مستقیم تعامل اعضای خانواده و سعی آن‌ها برای حل مشکل است؛ کاری که نظرات گوناگونی را شکوفا می‌کند. تعامل اعضای خانواده حول یک

تکلیف، الگوهای تعاملی مثبت و منفی خانواده را نشان می‌دهد. فیشر و همکاران (۱۹۸۵) این مقوله از سنجش‌ها را سنجش مرادده‌ای<sup>۱</sup> نامیدند. سنجش مراددهات مستلزم نوعی مشاهده مستقیم (از طریق یک تکلیف استاندارد یا یک تعامل با ساختار) است. این نوع سنجش منعکس‌کننده تعامل در سطح سیستمی است؛ عیار تعامل تمام اعضای خانواده یا تمرکز بر چند فردی است که در مباحث خانواده اغلب به نظر می‌رسند. سنجش مرادده‌ای مشاهده شده تجلی دیدگاه یک فرد خارجی از خانواده است؛ این گونه سنجش درباره تعامل خانواده، قضاوت یک فرد متخصص را می‌طلبد. اختلاف نظر بر سر لزوم سنجش کل خانواده برای پژوهش و کار بالینی حل نشده است. گاه بررسی تعامل دوتایی‌ها مانند زوج، سه‌تایی‌ها مانند والدین و فرزند، مفیدتر از بررسی کل خانواده است؛ و می‌تواند به برنامه درمانی منجر شود. تغییر رفتار چند عضو یک کل محسوب می‌شود. قبول این که بسیاری از جنبه‌های عملکرد خانواده در فرایندها و تعامل اعضای بخصوصی مانند زوج نهفته است، باعث متمایز شدن صحنه سنجش خانواده و مداخله در آن می‌شود. بدیهی است که گاه برداشت‌های فردی و گاه پرداختن به عملکرد کل خانواده یا زیرمنظومه‌های آن مفیدتر است. تلاش‌های اخیر، در صحنه ارزیابی متوجه کل خانواده، زیرمنظومه‌ها و خصوصیات فردی بوده است.

بدیهی است که بدون توافق بر سر عیار زین سنجش خانواده، پژوهشگران و متخصصان بالینی به بیش از یک روش ارزیابی متکی خواهند بود. دوروشی که در سنجش خانواده از همه متداول‌تر است، یکی ابزارهای خود-گزارشی و دیگری روش‌های مشاهده رفتاری<sup>۲</sup> تعامل خانواده است. بالاخره این که نتایج این دو روش همواره با هم موافق و همسو نیست، اما از همپوشی و اجماع برخوردار است.

## روش‌های خود-گزارشی

گزارش افراد از شیوه عملکرد خانواده متداول‌ترین ابزار سنجش روابط و فرایندهای خانوادگی در فعالیتهای پژوهشی است. این گزارش‌ها شامل برداشت اعضا درباره خانواده، درجه‌بندی رفتار توسط اعضا، و گزارش حالت عاطفی و هیجانی حین بروز

1. Transactional assessment      2. Behavioral observation

رفتار بخصوصی است. خود-گزارشی مزایای بسیاری دارد: این نوع سنجش اقتصادی است، برای جمع‌آوری یا کسب اطلاعات در کلینیک و یا جلسات مکرر درمان به منظور اندازه‌گیری تغییرات، بسیار آسان است. لذا روش‌های خود-گزارشی برای اندازه‌گیری تغییرات ناشی از پیشگیری، آموزش و درمان بسیار مناسب است. البته برای انتخاب ابزار مناسب جهت اندازه‌گیری تغییر مورد نظر باید دقت کرد. می‌توان از ابزارهای سنجش عملکرد خانواده با توجه به تناسب نظری یا تجربی ناشی از نتایج پژوهش‌های پیشگیری یا درمان استفاده کرد. بعضی از گزارش‌ها می‌تواند اهداف جهانی داشته باشد، مانند این که نقش و مسؤلیت خانم‌ها در خانه چیست.

### روش‌های مشاهده‌ای

دامنه روش‌ها و ابزارهای مشاهده خانواده از مقیاس‌های کیفی تا ابزارهای کمی است. رویکردهای کیفی شامل فعالیت‌های تجربیاتی<sup>۱</sup> برای درگیر کردن خانواده در فرایند تغییر است. سعی در سنجش الگو و زمان بروز تعامل‌های مورد نظر درمانگر است. سه بُعد مشاهده از این قرار است: چه چیزی مشاهده شود، در کجا مشاهده شود، و چگونه مشاهده شود. برای ایجاد امکان مقایسه باید یک تکلیف بخصوص (مثلاً، مشکل انضباطی بچه را حل کنید) به تک‌تک خانواده‌های مورد مشاهده داد. تکلیف باید مربوط به مشکل رایج خانواده باشد. گاه تکلیف می‌تواند با نیت تحریک رفتار یا تعامل خاصی داده شود.

در مورد چه چیزی مشاهده شود، می‌توان به اعضای خانواده تکلیفی برای حل یک مشکل متداول داد. این گونه تکالیف الگوهای تعاملی اختلافات، خلاقیت‌ها و روش‌های حل مشکل خانواده را آشکار می‌کند. تفریحات، درست کردن پازل، صحبت درباره اتفاقات روز یا وصف وضع کیفی خانواده باشد. برای این منظور از تجارب با ساختار نیز می‌توان استفاده کرد.

تکالیف متفاوت باعث آشکار شدن تعامل‌های متفاوت خانواده می‌شود. مثلاً گفتگو درباره تفاوت‌ها، اعضا را به دفاع از موضع و ارزش‌های خود می‌کشاند و می‌تواند مسائل

1. Experiential

قدرت، فشار گروه، و استقلال را آشکار کند. تکالیف مربوط به برنامه‌ریزی می‌تواند تعامل‌های مثبت را بیشتر برانگیزد.

در مورد کجا مشاهده شود، می‌توان گفت که به خاطر محدودیت‌های اجرایی و مالی، اکثر مشاهده‌ها در محیط کلینیک صورت می‌گیرد. مشاهده مستقیم می‌تواند در محیط طبیعی مانند خانه یا مدرسه صورت گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهد که خانواده‌ها نسبت به مشاهده و اجرای تکالیف در مانگر یا تکالیف با ساختار واکنشگری کمی دارند. برای رسیدن به حداکثر دستاورد بهتر است که محیط مشاهده با دقت انتخاب شود. مثلاً، مشاهده در خانه برای پی بردن به مشکل بچه‌ها می‌تواند کارسازتر باشد. مشاهده‌های درازمدت‌تر در محیط طبیعی برای بعضی مشکلات نادرتر، مانند رفتار توام با سوءاستفاده ممکن است ضرورت پیدا کند.

در مورد چگونه مشاهده کردن خانواده‌ها می‌توان گفت که هدف از مشاهده می‌تواند دستیابی به یک درجه‌بندی جهانی (مانند این‌که تعامل مثبت و منفی چیست)، یا یک رفتار خاص و دقیق (مانند تعداد دفعات انتقاد والدین از رفتار فرزند) باشد. در مورد رفتار خاص می‌توان الگوهای مرتبط با آن رفتار را پیدا کرد. مثلاً، این‌که آیا انتقاد والدین باعث «گله» نوجوان می‌شود یا باعث «طغیان» او می‌گردد. به هر حال، نحوه مشاهده بسته به هدف از مشاهده است. برای اطلاعات بیشتر در مورد مشاهده رجوع کنید به کتاب زمینه مشاوره و راهنمایی تألیف رابرت گیبسون، ترجمه باقر ثانی، انتشارات رشد.

### کاربرد بالینی سنجش خانواده

با وجود در اختیار بودن مقیاس‌های خوب خانواده (ثنائی، ۱۳۸۰)، متخصصان بالینی اغلب از سنجش‌های رسمی و استاندارد در کار خود استفاده نمی‌کنند. ولی دلایل متعددی برای استفاده از آن‌ها وجود دارد. ارزیابی‌هایی که قبل از مداخله‌های پیشگیری یا درمانی صورت گیرد، اطلاعات خوبی درباره مشکلات، علل مشکلات، و نقاط قوت خانواده به ما می‌دهد، و به ما اطمینان می‌دهد که مسائلی از قلم نیفتاده باشد. به علاوه، سنجش‌های خانواده مشکل را از دید سیستمی باز تعریف می‌کند. بسیاری از ابزارهای خانواده برای پژوهش و نه کاربرد بالینی ساخته شده است؛ لذا دستورالعملی هم برای کاربرد بالینی ندارد. البته این وضع اخیراً رو به بهبود است.

نتایج ابزارهای استاندارد برای مقایسه عملکرد خانواده‌ها با اطلاعات بهنجار موجود است. اما با توجه به محدودیت‌های فعلی ابزارها، بهتر است از این اطلاعات برای ارائه پیشنهاد و نه اسناد آسیب‌شناختی استفاده شود. ضمناً نباید از تناسب هنجار با ساختار خانواده و زمینه قومی آن غافل بود. با استفاده از سنجش‌های اولیه و مقایسه آن‌ها با سنجش‌های بعد از درمان می‌توان تغییرات حاصل از مداخله اندازه‌گیری کرد. این کاری است که با نهضت پاسخگویی، به صورت جزئی از فرایند درمانی درآمده است؛ ضمن این که اگر متخصص بالینی بتواند اثر کار درمانی خود را نشان بدهد، مورد مراجعات بیشتری قرار خواهد گرفت. استفاده از ابزارها به خود متخصصان هم امکان مقایسه خانواده‌ها و کسب اطلاعاتی را می‌دهد که می‌تواند در آینده مورد استفاده آن‌ها قرار گیرد. در انتها بدیهی است که ساختن ابزارهای بیشتر می‌تواند پدیده‌های پیچیده روابط خانوادگی را بیشتر و بهتر آشکار کند.

## منابع

- ثنائی، ب.؛ علاقبند، س. و هومن، ع. (۱۳۸۰). مقیاس‌های سنجش خانواده و ازدواج. تهران: انتشارات بعثت.
- گیبسون، ر. و میشل، م. (۱۳۸۴). زمینه مشاوره و راهنمایی. ترجمه ثنائی، ب.؛ احمدی، ا.؛ شریفی، ح. پ.؛ علاقمند، س.؛ و حسینیان، س. تهران: انتشارات رشد.
- مینوچین، س. (۱۳۸۴). خانواده و خانواده درمانی. مقدمه و ترجمه باقر ثنائی. تهران: انتشارات امیرکبیر.
- Carr, A. (2000). Editorial: Empirical approaches to family assessment. *Journal of family Therapy*, 22, 121-127.
- Fisher, L.; Kokes, R. F.; Ransom, D. C.; Phillips, S.L. & Rudd, P. (1985). Alternative strategies for creating "relational" family data. *Family Process*, 24, 213-224.
- Kaslow, F. (E.d). (1996). *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns*. New York: Wiley.