

رویکرد های زوج درمانی و فرهنگ اسلامی

دکتر سید جلال یونسی^۱ زهره شیری^۲

چکیده

در این مقاله به وضعیت زوج‌درمانی در جهان امروزی با تاکید بر ضرورت گسترش آن پرداخته می‌شود. به نقش اساسی خانواده در ایران به عنوان اصلی‌ترین و قدرتمندترین نهاد اجتماعی اشاره شده و به اثراتی که این توانمندی می‌تواند بر روند زوج‌درمانی و پیشرفت و یا ایجاد مانع برای آن داشته‌باشد پرداخته می‌شود. انواع زوج‌درمانی و تکنیکهای مورد استفاده آن به اختصار توضیح داده شده و ضرورت به کارگیری فرهنگ بویژه دستورات دینی در جامعه ایران در فرآیند درمان بویژه دزمانهای شناختی مورد تاکید قرار گرفته و یک نمونه از تکنیکهای منبعث از دستورات دین مبین اسلام در مورد تفکر در مورد دیگران در قلب زوج‌درمانی به تفصیل مورد بحث قرار گرفته و توضیح داده می‌شود.

واژه‌ها: زوج درمانی - رویکردها - فرهنگ ایران - دستورات اسلام

Abstract:

In this article, usage of cultural points in challenging of NAT (Negative Automatic Thought) among couples through couple therapy has been explained. Some comments were used from qoran in the challenge and were more effective for religious people. Domination of extended family in Iran among couples has been described: most of the couples in Iran even after marriage remain under influence of original family so including of whole family in the sessions is necessary during couple therapy.

Key words: Couple therapy, Islamic -Iranian Culture, Extended Family.

استادیار گروه روان شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی دارای دکترای تخصصی در رشته روان شناسی بالینی از دانشگاه لندن.

نگارشناس ارشد روانشناسی بالینی (نشانی: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی - اوین - تهران -

کدپستی ۱۹۸۳۴

مقدمه:

زوج‌درمانی امروزه با چالش‌های متفاوتی روبروست. درحالی‌که شاید ضرورت وجود آن بیشتر از هر زمان دیگری احساس شود. این چالش‌ها عبارتند از: الف- حوزه درمانی نیاز گسترش به سمت انواع مختلف روابط زوجی دارد مانند زوج‌های دارای انحراف جنسی (همجنس‌بازان)، زوج‌هایی از اقلیتهای قومی و زوج‌هایی که اخیراً جدا شده‌اند و یا در حال جدا شدن هستند. ب- کاهش سریع مقبولیت ازدواج در بین مردم (خصوصاً در کشورهای غربی) و کاهش عمر ازدواجها (کرو، ۲۰۰۰). شاید این چالش‌ها در ایران با این شدت و کمیت هنوز مطرح نباشد ولی به‌رحال بالا رفتن آمار طلاق در کشور ما و بالا رفتن میانگین سن ازدواج اختطارهایی است که چالش‌های مذکور را تداعی می‌کند. اگر ده سال پیش میخواستیم سخن از زوج‌درمانی کنیم بهتر بود عنوان زناشویی درمانی را بجای زوج‌درمانی بکار می‌بردیم چرا که در این سالها تغییرات اساسی در نگرش مردم نسبت به ازدواج و امر زناشویی در کشورهای غربی شامل انگلستان، اروپای غربی و شمال آمریکا رخ داده است (ارمیچ و فرانسسکونی ۱۹۹۸). بنابر نظر محققان مذکور از سال ۱۹۶۰ به این طرف مقبولیت ازدواج در کشورهای مذکور روبه کاهش گذاشت: حدود ۳۷ درصد از کودکان متولد شده از والدینی هستند که بدون ازدواج رسمی با هم زندگی کرده‌اند. ۸۹ درصد از مادران نوجوانی که زایمان کرده‌اند اصلاً ازدواج نکرده‌اند. نتیجتاً تعداد کودکان متولد شده در خانواده‌های هسته‌ای با دو والد بیولوژیکی نیز کاهش یافته است.

در بعضی از کشورهای غربی مثل انگلستان و آمریکا به علت تعدد پاره فرهنگها در این کشورها و وجود چندین نژاد و ملیت در آنها، ما شاهد اختلاف نظر عمیق در مردم این کشورها در مورد ازدواج هستیم: نگرش افراد دارای سابقه ملیتی و فرهنگی از کشورهای آفریقایی، آسیایی، کاملاً متفاوت با افراد انگلیسی و آمریکایی می‌باشد. همچنین فرزندان این خانواده‌های مهاجر ممکن است خودشان را در شرایط ناجوری با والدین‌شان در زمینه ازدواج و معیارهای آن بدانند (کرو، ۲۰۰۰). مشاهدات یکی از نویسنده‌گان این مقاله (یونس) در انگلستان موید تعارضها و تضادهای بسیار شدید بین فرزندان و والدین مهاجرت کرده از کشورهای دیگر بود. به گونه‌ای که وظایف زوج‌درمانگران را در این ممالک بسیار سنگین می‌نماید. ضرورت دارد که زوج‌درمانگران از این تضادها و تعارضات که در اثر برخورد فرهنگها پیش می‌آید، آگاه باشند.

زوج‌درمانی همچنین زناشویی‌درمانی با این فرض شروع می‌شود که ما باید با زوجهای ازدواج کرده کار کنیم در حالیکه در کشورهای غربی این موضوع کاملاً تغییر یافته است. زوج درمانگران در این کشورها باید فاکتورهای جدید را مد نظر قرار دهند و روشهای جدیدی برای کمک به افرادی که دارای روابط خارج از سنت جامعه دارند (روابط دو همجنس) و یا روابطشان خارج از نرمهای فرهنگی است (روابط بدون ازدواج) مد نظر قرار دهند. همچنین برای زوجهایی که جدا شده‌اند و یا در حال جدایی هستند روشهایی جهت کمک به آنان مورد نظر قرار گیرد. در هر حال ضرورتها و نیازها برای کشور ما تا حد زیادی متفاوت می‌باشد. لذا رویکردها و روشهای زوج‌درمانی باید انطباق با شرایط فرهنگی ایران داشته باشد. در اینجا اهمیت مشاهدات بالینی زوج درمانگران آشکار می‌شود که با این تجارب بتوانند تکنیکها خاص منطبق با فرهنگ ایران را مد نظر قرار دهند. عواملی در ایران در برخورد با زوجین نمایان می‌شود که ناشی از تحت نفوذ بودن زوجین در روابط و اعمالشان از دایره‌ای خارج از روابط زناشویی است: پدر شوهر، مادر شوهر، برادر و یا خواهرشوهر... و مادر و یا پدرزن، خواهر یا برادرزن... و حتی از دایره‌های دورتر بستگان درجه دو و سه. در اینجا زوج‌درمانگر نمی‌تواند این عوامل را نادیده انگارد چرا که در موارد زیادی این عوامل نقش تعیین کننده در روند درمان دارد. زن و یا شوهر در مواقعی از موضع خود و خواست قلبی خود سخن نمی‌گویند بلکه درمانگر شاهد حضور افرادی است که در پشت این دو قرار دارند. جوانان در ایران پس از رسیدن به سن بلوغ و حتی ازدواج همچنان تحت تاثیر والدین و خانواده اصلی شان قرار دارند. برخلاف کشورهای غربی خودشان به تنهایی در مورد ازدواج و چگونگی زندگی مشترکشان (ادامه و یا جدایی) تصمیم نمی‌گیرند. این بازگشت به قدرت و توان بسیار بالای خانواده در ایران دارد که از دوره کودکی در شکل دادن به بسیاری از مفاهیم ذهنی و شخصیتی کودک نقش اساسی را ایفای می‌کند (یونسی، ۱۹۹۸، مهریار و تشکری ۱۹۸۸ قاضی ۱۹۸۶ و نیومن ۱۹۷۷) چنین شرایطی در کشورهای پیشرفته یا دیده نمی‌شود و یا بسیار کم‌رنگ است زیرا که اجتماع و نهادهای مدرن آن جای خانواده را پر کرده‌اند.

رویکردهای متفاوت در زوج‌درمانی:

رویکردهای متنوع و مختلفی در زوج‌درمانی وجود دارد، که نه فقط دارای تکنیکهای مختلفی‌اند بلکه اهداف مختلفی نیز دارند.

زوج‌درمانی روان تحلیل / روان پویایی:

هدف اصلی زوج‌درمانی را در کمک به زوجها جهت درک تعارضات، فرافکنی‌ها، دلبستگی‌ها و دیگر فرآیندهای ناآگاه خودشان و دیگری و بدینوسیله کاهش الگوهای تکراری مضر تعامل و فرافکنی‌های آسیب رسان می‌داند (راشسینزسکی، ۱۹۹۳). معمولاً این نوع زوج‌درمانی شکلی از روان‌درمانی کاملاً دراز مدت می‌باشد و ممکن است نیاز به دو همکار درمانگر وجود داشته باشد. انتظار می‌رود که بهبودی‌های حاصله پایا باشد و تغییرات ناشی از آن نیز نسبت به دیگر اشکال درمان بنیادی‌تر است. با توجه به طولانی بودن این نوع درمان انتظار می‌رود که بسیاری از مردم در ایران به جهت بالا بودن هزینه قادر به سود جستن از آن باشند. ضمناً تجارب چندین ساله بالینی نویسنده مقاله در ایران نشان می‌دهد که زوجین در زمانی به خدمات روانشناختی روی می‌آورند که به نقطه جدی بحران رسیده باشند. چنین افرادی در حقیقت در چند قدمی جدایی قرار دارند لذا دارای آن حد صبر و تحمل جهت درمان‌هایی که آثار اصلی آن در کوتاه مدت ظاهر نمی‌شود، نیستند.

زوج‌درمانی رفتاری

این رویکرد هیچگونه فرضی را جهت تعارضات درونی و مکانیزم‌های زیربنایی ندارد. ولسی بر رفتار مشاهده شده و گزارش زوج هاب‌ر حسب سطوح تقویت مثبت و منفی‌ای که هر یک به دیگری جهت تغییر رفتار یکدیگر می‌دهند متمرکز می‌شود (جاکوبسون و مارگولین، ۱۹۷۹). نمونه بارز این رویکرد در استفاده از شرطی‌سازی عاملی اسکینر متجلی می‌شود که زوجین با انجام رفتارهای مطلوب برای یکدیگر و گرفتن پاداش در این زمینه به سمت رضایتمندی هرچه بیشتر از زناشویی گام بر می‌دارند (بلوچ، ۱۹۸۲) درمان شامل دو مؤلفه اساسی است:

۱- گفتگوی متقابل - زوجها از یکدیگر در خواست تغییر رفتار می‌کنند و در اینکه چگونه این هدف می‌تواند در طی موافقت متقابل حاصل شود، مذاکره می‌نمایند ۲- آموزش ارتباط - زوجها تشویق می‌شوند که به طور بارز در مورد احساسات، نقش‌ها و ادراکات صحبت کنند و آنچه را که یاد گرفته‌اند و درک کرده‌اند به یکدیگر بازخورد بدهند. این رویکرد سعی می‌کند که بر موضوعات عملی روزمره متمرکز شود و متضمن طرح‌ریزی انجام تکالیف در خانه در میان جلسات می‌باشد (کرو ۲۰۰۰). درمانگر با آموزش گوش دادن فعال (به جای شنیدن) و پرهیز از ممانعت از بیان و اظهار هریک از زوجین (که در قالب قطع کردن کلام یکدیگر بدون مقدمه) که در طول جلسات درمان انجام می‌شود، سعی در تداوم چنین جلساتی با نظارت

نوبتی هر یک از زوجین در خانه داشته و زوجین را مکلف به دادن گزارش از هریک از جلسات خانگی در طی صورت جلساتی می‌نماید. در موارد حاد با استفاده از این رویکرد می‌توان تغییرات اساسی در رفتارهای زوج در خانه ایجاد کرد: برای مثال در شرایطی که روانشناس بالینی احتمال درگیری فیزیکی و ضرب و شتم را بدنبال مذاکرات رودررو بین زوجین می‌دهد، تکلیف تقلیل مکالمه به مکاتبه را به هر دو زوج می‌دهد تا از این طریق رفتارهای ناشی از هیجانات کنترل نشده را جهت بنخسیده و کنترل نماید.

همچنین تکلیف خود نظاره‌گری جهت کنترل رفتارهای نامطلوب مثل پرخاشگری، فحاشی، ضرب و شتم و ... به هریک از زوجین داده می‌شود تا در قالب جدولهای خود نظاره‌گری در جلسه بعد به در مانگر ارائه دهند. اگر چه هدف اصلی از ثبت رفتارها در این جداول دادن اطلاعات تشخیصی به درمانگر جهت ترسیم خط پایه (Base Line) می‌باشد ولی تجارب کلینیکی نشان می‌دهد که خود نظاره‌گری و گزارش آن به درمانگر تا حدی قادر به کنترل بسیاری از رفتارها در این فرایند می‌باشد.

رویکرد شناختی- رفتاری:

بسیاری از مشکلات یافت شده در تفکر بیماران افسرده مانند تعمیمها فرضهای آزمون نشده و افکار خود کار منفی در ارتباط زوجهای دارای مشکل قابل تشخیص است (بک ۱۹۸۸). هدف درمان تصحیح خطاها و تحریفات شناختی بوسیله تمرکز بر مثبتها به جای منفیها و تشویق مصالحه و گفتگو می‌باشد. این خطاها و تحریفات شناختی تا بدان جا پیش می‌روند که نه تنها در افکار بلکه در تصورات مختلف زوجین از یکدیگر خود را بروز می‌دهند (یونسی ۱۳۷۸). این دیدگاه به خاطر سرعت بالا در اثر بخشی درمانی بیشترین مقبولیت را در کلینیکهای روانشناختی داراست. در ایران چنانچه ترکیبی از عوامل فرهنگی بویژه مذهب را با تکنیکهای CBT داشته باشیم مؤثرتر خواهد بود. در مواردی که زوجین دارای اطلاعات ناصحیح از یکدیگر در مورد رفتارهایشان می‌باشند و یا دارای تصورات تحریف شده از یکدیگر هستند، افکارهای منفی و بدبینانه از یکدیگر شکل می‌گیرد. این تکنیک چنانچه در آمیزه‌ای از فرهنگ موجود در جامعه قرار گیرد دارای بیشترین اثربخشی در تغییر نگرش زوجین نسبت به یکدیگر می‌باشد. برای مثال چنانچه در ایران چالش‌ها با افکار و تصورات

تحریف شده در قالبی از آیات و روایات دینی قرار گیرد برای بسیاری از زوجین که دارای نوعی گرایش مذهبی هستند، اثربخش‌تر خواهد بود.

این نگرش‌های منفی در مورد یکدیگر می‌تواند در قالب: ۱- اتهام زدن به یکدیگر در جهت عدم وفاداری به زندگی زناشویی و حتی ارتباط با جنس مخالف غیر از همسر قانونی بیان شود. ۲- در قالب کتمان بعضی از اطلاعات اساسی زوجین از یکدیگر آشکار شود به گونه‌ای که جوی بدبینانه را در خانواده حاکم کند. در این گونه موارد زوج اتهامات دروغگویی را به یکدیگر می‌زنند اتهاماتی مانند رفتن یکی از زوجین به جاهایی که همسر نمی‌داند: خانه مادر، خواهر و دوست و یا مکانهایی که بیرون از دایره روابط فامیلی قرار دارد.

چنانچه زن و شوهر دارای اعتقادات مذهبی در حد معمول باشند می‌توان با طبقه‌بندی اطلاعات آنان از یکدیگر با استفاده از دستورات دینی به چالش در مورد اطلاعات بدون دلیل و مدرک پرداخت. نمونه‌ای از طبقه‌بندی که ما در کلینیکهای روانشناختی در موقع زوج‌درمانی در این زمینه داریم در جدول ذیل نشان داده شده است. ما در روند زوج‌درمانی به زوجین گوشزد می‌کنیم که شما هرگونه اطلاعاتی که در ذهن دارید چه در مورد خودتان و چه در مورد دیگران (شامل همسرتان) می‌تواند در یکی از این طبقات قرار گیرد.

جدول طبقه‌بندی اطلاعات زوجین از یکدیگر

ردیف	نوع اطلاعات	درصد اطمینان	درصد عدم اطمینان
۱	یقین	۱۰۰ از ۱۰۰	صفر
۲	ظن	۹۹ تا ۵۱ در صد	۴۹ تا ۱ در صد
۳	شک	۵۰ تا ۵۰ در صد	۵۰ در صد
۴	وهم	۴۹ تا ۱ در صد	۵۱ تا ۹۹ در صد
۵	عدم (هیچ)	صفر	صفر

برای مثال زن و یا شوهری که اتهام ارتباط با غیر را به دیگری می‌زند و یا اطلاعاتی از دیگری دارد می‌توان از آنان خواست که خارج از هرگونه مصلحت‌اندیشی این اطلاعات موجود در ذهنشان (که منفی است و بر علیه طرف دیگر است) را در یکی از طبقات قرار دهند و صراحتاً بگویند که در کدام طبقه قرار می‌گیرد و درصد اطمینان و عدم اطمینان خود را بیان

کنند. این تکنیک عملاً میتواند در کلینیک در حضور روانشناس بالینی اجرا شود و هم بعد از اجرا شدن در کلینیک و تفهیم تکنیک به زوجین به عنوان یک تکلیف در خانه پیگیری شود و در جلسات بعد طی جداولی (به عنوان تکلیف انجام شده) جهت بررسی به درمانگر ارایه شود. جالب است که متذکر شویم که تجارب بالینی ما نشان می‌دهد که اکثریت بسیار بالای زوجین (بیش از ۸۰ درصد) دارای اختلاف و حتی در وضعیت نزاع اطلاعات خودشان از همسرشان را در سطح وهم، شک و یا در مواردی محدود در سطح ظن با درجه اطمینان پایتتر از ۷۰ درصد گزارش کرده‌اند. در این حال درمانگر توجه زوجین را به آیات و روایات دینی که در این مورد است معطوف می‌دارد که ظن را با هر سطحی حتی در سطوح بالای اطمینان (۹۹ درصد) به شدت زیر سوال برده و خطا اعلام می‌کند و پرهیز از آن را در تفکر موکدا خواستار است (قرآن کریم). در مرحله دوم این تکنیک از آنان می‌خواهد که اطلاعات مثبت از یکدیگر را (که له هر یک از زوجین است) در این جداول طبقه‌بندی کنند و درصد اطمینان خود را ذکر کنند. در این مقطع تجارب کلینیکی ما نشان می‌دهد: زمانی که زوج‌درمانی ادامه یافته و تکلیف فوق مرتباً از طرف زوجین انجام شده و پیگیری می‌شود اطلاعات از یکدیگر در جنبه‌های مثبت با درجات بالایی از اطمینان بیان می‌شود. به طوری که درصد خطا به طور ملموسی کمتر است. این تکنیک (در هر دو مرحله) می‌تواند به عنوان تکلیف خانگی به هر دو زوج داده شود تا زوجین ملزم به پرکردن جداول و آوردن آن به کلینیک در جلسات زوج‌درمانی به عنوان وسیله‌ای مطمئن و قابل قبول جهت چالش افکار و تصورات منفی در مورد یکدیگر از جانب درمانگر استفاده شود. بسیاری از شناخت درمانگران تاکید بر استفاده از عناصر فرهنگی و مذهبی در مقابله و چالش با تحریفات شناختی و افکار و تصورات منفی دارند. همانگونه که دالوس (۲۰۰۰) تاکید دارد که اعضای یک خانواده در شکل دادن به الگوی اعتقادی خودشان از تعدادی از ساختارهای ذهنی هسته‌ای ممکن است استفاده کنند، که این ساختارها و ابعاد می‌تواند در جوامعی متأثر از مذهب و اعتقادات مذهبی باشد. استفاده از زبان استعاره و ضرب‌المثل‌های استخراج شده از فرهنگی که مراجع در آن زندگی می‌کند و بدان اعتقاد دارد از مواردی است که در چالشها با افکار و تصورات، تاکید بر کاربرد آن در جلسات درمان شده است (یونسی ۱۳۷۸ و ادوارد ۱۹۹۰).

(همچنین با استفاده از تکنیک تعریف مسئله (مشکل) Definition of Problem سعی در واضح ساختن و عینی نمودن اتهام و یا اطلاعات منفی زوجین از یکدیگر می‌شود. اهمیت این

تکنیک از این نظر است که در ایران اتهاماتی که به صورت عدم وفاداری همسر به زندگی و ارتباط با جنس مخالف غیر از همسر قانونی بیان می‌شود به خاطر ابهام و عدم وضوح برای هردو زن و شوهر بسیار آشفته کننده است بگونه‌ای که می‌تواند تداوم حیات یک زندگی مشترک را کاملاً به زیر سوال ببرد. در حالیکه واضح‌سازی مسئله ضمن اینکه برای درمانگر از نظر تشخیص مشکل کمک می‌کند ذهن زوجین را نسبت به گستره اتهام و اطلاعات موجود روشن می‌سازد که نتیجتاً کاهش رفتارهای مبتنی بر هیجان‌های کنترل نشده را در پی خواهد داشت (هیجاناتی که در مواقعی به ضرب و جرح و حتی قتل طرف مقابل منتهی می‌شود. شاید چنین عکس‌العملهایی در کشورهای غربی به علت آزادی بالای روابط جنسی با این شدت و فراوانی موجود در ایران وجود نداشته باشد). زوجین وقتی وارد جلسه درمان می‌شوند در ذهن خود ابری بزرگ از مشکلات مربوط به یکدیگر با خود حمل می‌کنند (به علت عدم وضوح مشکل و عدم وجود مرزها برای تحدید مشکل)

با استفاده از این تکنیک دقیقاً از زوجین می‌توان خواست که سطح ارتباط زوج دیگر را با جنس مخالف غیر از همسر قانونی مشخص کند:

- ۱- ارتباط کلامی معمولی.
- ۲- ارتباط کلامی همراه با لغات و کلمات محبت آمیز
- ۳- ارتباط کلامی همراه با لغات و کلمات عاشقانه
- ۴- ارتباط کلامی همراه با لغات و کلمات عاشقانه و ارتباط فیزیکی (تنها لمس نمودن اعضای از بدن به غیر از ارگانهای جنسی)
- ۵- ارتباط کلامی در سطح عاشقانه همراه با بوسیدن
- ۶- ارتباط کلامی عاشقانه همراه با لمس ارگانهای جنسی
- ۷- مقاربت کامل جنسی

ملاحظه می‌شود اتهامی به صورت کلی در مورد ارتباط با جنس مخالف زده می‌شود در حالی که این اتهام می‌تواند در یکی از سطوح فوق باشد که هر سطحی عکس‌العمل ویژه خود را برای زوجین داراست. یکی از وظایف یک زوج‌درمانگر مشخص کردن مشکل و مسئله است تا زوجین دارای ذهنی باز و روشن نسبت به مسئله باشند. یکی از عوامل ضروری برای ادامه یک زندگی مشترک داشتن ذهنیتی کمتر ابهام‌آمیز و نسبتاً روشن از یکدیگر است. تجارب

کلینیکی ما نشان می‌دهد که تکنیکهای فوق خصوصاً برای همسرانی که دارای گرایشهای پارانوئید کونه هستند، دارای اثر بخشی بالا هستند.

در زوج‌درمانی منطقی - هیجانی (درايون، ۱۹۸۵) تمرکز بر روی استفاده از کلمات در ارتباط زوج می‌باشد و بر اجتناب از فاجعه‌آمیز قلمداد کردن و تشویق امکان تغییر تاکید می‌شود. همچنین تحلیلی از چرخه‌های تکراری آشفتگی‌های شناختی و رفتاری نیز در آن وجود دارد که در آن زوجها تشویق می‌شوند تا برحسب انگیزه‌ای مثبت و انعطاف‌پذیری تعامل و تفکر کنند. یکی از کاربردهای این تکنیک در ایران این است که می‌توان زوجین را تشویق به خواندن یکدیگر با کلمات محبت‌آمیز داشت. تجارب کلینیکی نشان می‌دهد که نداشتن مهارتهای بیان جرات‌آمیز احساسات و عواطف باعث می‌شود که زوجین قادر به بیان محبت و عشق خود به طرف مقابل نباشند. این نقیصه در ایران به نظر این مولف بیشتر از کشورهای پیشرفته به چشم می‌خورد به گونه‌ای که در مراوده بسا یک زن و شوهر ایرانی در خارج از خانه و یا حتی داخل خانه شاید مشکل بتوان حدس زد که این دو زن شوهرند و یا خواهر و برادر و یا فامیل و... زیرا که زبان مراوده به خاطر پایین بودن سطح رفتارها و مهارتهای جرات‌آمیز کمتر نشان‌دهنده مکنونات قلبی زوجین در رابطه با عشق و محبت یک طرف به طرف دیگر است. در جلسات درمان (حتی در خانه) زن و یا شوهر با ضمایر و الفا بی‌همدیگر را مخاطب قرار می‌دهند که دقیقاً شبیه الفاظی است که فردی غریبه و یا آشنای خانواده‌گی و فامیلی خود را مورد خطاب قرار می‌دهند. علیرغم اینکه دستورات موکد از بزرگان دین بویژه پیامبر عظیم‌الشان است (ص) که همسر خود را دوست داشته باشید و این را به زبان آورید ولی چنین رفتارهایی در میان خانواده‌های ایرانی به خاطر پایین بودن سطح رفتارهای جرات‌آمیز دارای فراوانی بسیار کمتری نسبت کشورهای پیشرفته دنیاست. گرچه تحقیق علمی در این مورد وجود ندارد و آنچه که گفته می‌شود تنها براساس مشاهدات بالینی مولف می‌باشد. این امر لزوم و ضرورت تحقیق جامع بین فرهنگی را آشکار می‌سازد. آموزش جهت بیان جرات‌آمیز عواطف و احساسات قلبی یکی از وظایف زوج درمانگر در این رویکرد است.

در زوج‌درمانی سیستمیک رابطه بین زوجین بصورت یک ماهیت یگانه یا قوانین و مکانیزمهای مخصوص خودش در نظر گرفته می‌شود. این ماهیت بی‌همتا خودش فاصله‌ها و مرزهای بیرونی و درونی‌اش را تنظیم می‌کند. توانایی خود - تنظیمی در بحران (همواستایس)

و تغییر و انطباق در طول زمان را نیز دارد. درمانگر می‌کوشد که این ویژگی‌های رابطه را بشناسد و تغییراتی را در طی استفاده از تکنیکهای ژنوگرام خانواده، طراحی کنشهای موجود در خانه در شکلها و طرحهای قابل فهم و عینی و بحث راجع به اسطوره‌ها و داستانهای خانواده را فراهم کند. همچنین تکنیکهای فعالتری نیز وجود دارد مانند ایجاد تعارض در جلسات درمانی و تنظیم مرزهای مناسب برای هر یک از افراد خانواده و مشخص شدن جایگاه مناسب برای هر یک از اعضای خانواده از مواردی است که زوج‌درمانگر معتقد به این رویکرد در پیش روی خود دارد.

چندین رویکرد التقاطی دیگر نیز وجود دارد مانند آنچه ویکس (۱۹۸۹) مطرح کرد که در آن از نوعی تحلیل فردی، تعاملی و جنبه‌های میان نسلی رابطه، که همراه با یک مداخله عمدتاً سیستمیک می‌باشد استفاده می‌شود. رویکرد دیگر از برگ - کراس (۱۹۹۷) است که در آن ترکیبی از مفاهیم منطقی هیجانی، جامعه‌شناختی، روان‌پویایی، سیستمیک و انسان‌گرایی، با هدف درک و تغییر روابط زوجها استفاده می‌شود.

رویکرد رفتاری - سیستمها: این رویکرد که اخیراً در کلینیک زوج‌درمانی بیمارستان مادزلی لندن استفاده می‌شود (کراو و ریدلی ۲۰۰۰) تعاملات زوجها را با استفاده از ایده‌های رفتاری و سیستمیک مورد توجه قرار می‌دهد. این رویکرد بیشتر عناصر عملی و ملموس و قابل دسترس هردو رویکرد رفتاری و سیستمیک را مورد استفاده قرار می‌دهد؛ مانند: گفتگوهای متقابل، آموزش ارتباط با یکدیگر بدون مرکزیت درمانگر (به گونه‌ای که زوجها به جای واسطه قرار دادن درمانگر خود مستقیماً با یکدیگر در جلسه درمان صحبت می‌کنند - کاربرد افعال در گفتگو با ضمایر دوم شخص به جای سوم شخص)، استفاده از بحثهای جدی بین زوجین، تکالیف در خانه که از طرف درمانگر تعیین می‌شود، جداول زمانی برای انجام بعضی از فعالیتها در خانه، و امر و نهی‌های متناقض می‌باشد (دستورات و اجرای آن علی‌رغم میل زوجین). در مورد تکالیف در خانه، درمانگر می‌تواند زوجین را مکلف به داشتن جلسات بحث و گفتگو در طی ساعاتی خاص در طول هفته بنماید که هردو به صورت چهره به چهره به گفتگو پرداخته و اجازه دهند هر طرف بدون سانسور به گفتگو پرداخته و نتیجتاً یکی از زوجین به عنوان مسئول جلسه موضوعات مورد بحث را جمع‌بندی نموده و یادداشت نماید (موضوعات مورد توافق و موضوعات مورد اختلاف).

هدف درمان در رویکرد رفتاری سیستمها، مقدمتاً بهبود سازگاری زوجین در رابطه‌شان می‌باشد. همچنین این امیدواری وجود دارد که زوجین در طول جلسات درمان به نوعی بینش رفتاری برسند که در خانه بدون حضور درمانگر بتوانند با استفاده از این رویکرد مشکلات خود را حل کنند.

شواهدی دال بر تاثیر زوج‌درمانی:

مروری در ادبیات پژوهشی مبنی بر اثر بخشی زوج‌درمانی توسط باوکوم و دیگران (۱۹۹۸) انجام شده است. بعد از پژوهشی که در سراسر ادبیات تحقیقی در این زمینه کردند. آنها ابتدا دریافتند که نسبت عدم بهبود درمانی در این تکنیک بسیار پایین است. آنها نتیجه‌گیری کردند که زوج‌درمانی رفتاری در مقایسه با ۱۷ مورد مطالعه دارای میانگین تاثیر بیشتری برای استرسها و اختلافات زناشویی بود همچنین نتیجه این تحقیق نشان داد که احتمال اینکه این بهبودی برای یکسال و بیشتر ادامه یابد بسیار زیاد است. کراو (۱۹۷۸) رویکرد رفتاری را با رویکرد تفسیری (که به تفسیر صحبتها و اعمال زوجین می‌پردازد به جای تمرکز بر رفتار مشاهده شده) و نوعی درمان حمایتی غیر معین در زوج‌درمانی مورد مقایسه قرار داد و نتیجه گرفت که درمان رفتاری نسبت به درمان حمایتی در پایان درمان برتر بود و درمان تفسیری در حد متوسط قرار داشت و بهبودی‌ها برای مدت ۱۸ ماه پیگیری پابرجا بودند. اسنایدر و ویلز (۱۹۸۹) نتایج زوج‌درمانی رفتاری را در مقابل زوج‌درمانی بینش‌مدار مورد مقایسه قرار دادند و دریافتند که بهبود مساوی در هر دو نوع شیوه وجود دارد و هر دو نسبت به گروه کنترل در فهرست انتظار برتری داشتند. نتایج مشابهی توسط محققین دیگر بدست آمده است حتی در مقایسه زوج‌درمانی سیستمیک با زوج‌درمانی رفتاری محققین دریافتند که هر دو دارای نسبت بهبودی برای مراجعین به طور مساوی بودند (کراو ۲۰۰۰).

کدام نوع مشکلات برای زوج‌درمانی مناسبند؟

کراو (۲۰۰۰) مواردی که مناسب و یا غیرمناسب برای زوج‌درمانی هستند متذکر گردیده است. موارد مناسب عبارتند از:

- ۱- مشکلات ارتباطی که توسط هر دو زوج مورد تایید قرار می‌گیرد.
- ۲- مواردی که یکی از زوجین در موقعیتها بالینی مثل روانپزشکی و یا مشاوره زبان به شکایت از همسر خود می‌گشاید.

۳- مواردی که نوعی اختلال در روابط جنسی بین زوجین وجود دارد (ناتوانی‌ها جنسی، بی‌ میلی‌ها و تمایلات تشدید شده جنسی).

۴- مواردی که زوجین از درجاتی از افسرده‌گی و اضطراب شکایت می‌کنند.

۵- حسادت‌های کشنده و خطرناک که بین زوجین ممکن است وجود داشته باشد می‌تواند در زوج‌درمانی مورد درمان قرار گیرد.

موارد نامناسب عبارتند از:

۶- در شرایطی یکی از زوجین و یا هر دو دچار اختلالات سایکوتیک باشند.

۷- اگر یکی از زوجین و یا هر دو دارای وابستگی به الکل و یا اعتیاد به مواد مخدر باشند. البته زمانی که بحران در تحت کنترل باشد می‌توان درمان را آغاز کرد.

۸- در مواردی که یکی از زوجین حاضر به همکاری نیست و تمایل به حضور در جلسات ندارد ممکن است که به طور جدی در پیشرفت زوج‌درمانی خلل ایجاد شود. تجارب بالینی ما نشان می‌دهد که در ایران بیشتر از ۴۰ درصد موارد یکی از زوجین (ترجیحا مرد) تمایل به حضور در جلسات درمانی را ندارد. در این گونه موارد می‌توان در مراحل اولیه از شیوه‌های رفتاری مربوط به شرطی‌سازی عاملی استفاده کرد. و با آموزش تکنیکها به زوجه از وی خواست تا به طور موقت شرطی‌مطلوب برای مرد در زندگی زناشویی ایجاد کند اگر چه ممکن است در کوتاه مدت نتیجه‌ای به عنوان عامل تقویت از شوهر نبیند. تجارب نشان می‌دهد که اکثر موارد با ایجاد تغییر در رفتار زوجه (به سمت مطلوب شوهر) متعاقبا زوج تمایلاتی در جهت شرکت در جلسات درمانی نشان می‌دهند. در این گونه موارد با توجه به خصوصیات فرهنگی حاکم بر ایران. می‌توان از عوامل نفوذ بر روری زوجین استفاده کرد. در موارد حاد و بحرانی می‌توان از افرادی مثل پدرشوهر، مادرشوهر و یا خواهر و یا برادرشوهر و یا بالعکس پدر یا مادرزن و یا برادر و یا خواهرزن و هر فردی دیگر که ممکن است در این زمینه نفوذ داشته باشد استفاده کرد و از آنان خواست که در جلسات درمان شرکت جویند.

نتیجه‌گیری:

زمانه معاصر یک موقعیتی جهت مبارزه‌جویی برای زوج‌درمانی است. در جنبه‌های رفتاری و بهبود ارتباطات به نظر می‌رسد که زوج‌درمانی بالقوه عاملی ارزشمند در افزایش ثبات در زندگی زوج‌هاست. در یک نگاه به طور واضح نمی‌توان اعلام کرد که بهترین رویکرد برای درمان کدام است؟ اما به نظر می‌رسد که زوج‌درمانی رفتاری و یا زوج‌درمانی سیستمها و

رفتاری مناسب‌ترین شیوه باشد. یکی از فواید درمان به صورت زوجی این است که فرد احساسی از حالت استیگما (وصله نا جور بودن) را به خاطر برچسب بیمار بودن کمتر میکند چرا که درمان در قالبی از زوج صورت می‌گیرد و نتیجتاً احترام به نفس بیمار بهبود می‌یابد که تسریع در امر درمان را بدنبال دارد (کراو ۲۰۰۰).

پیشرفتهای در تکنیکها و حتی یافته‌های علمی در مورد زوج‌درمانی با کندی بیشتری نسبت به سایر مدل‌های درمانی می‌باشد. متأسفانه تحقیقات صورت گرفته در این زمینه کمتر به عامل فرهنگ توجه دارند در حالیکه هر چه از درمان در سطح فردی به سمت درمان زوجی و خانواده‌گی پیش می‌رویم فرهنگ به عنوان عاملی بسیار موثر خود را بیشتر نمایان می‌سازد. به طوری که اغراق‌آمیز نخواهد بود که تصور شد که هر جامعه‌ای احتیاج به زوج‌درمانی خاص و مبتنی بر فرهنگ خویش را دارد. بسرای مثال حاکمیت خانواده گسترده در ایران که دارای اثرگذاری بالابری اعمال و رفتار و افکار زوجین قبل و بعد از دواج بوده و هست (یونسی ۱۹۹۸) در زوج‌درمانی تکنیکهای خاص خود را می‌طلبد. البته ممکن است کشورهای اسلامی دارای خصوصیات مشابه ایران باشند چرا که حاکمیت روح جمع‌گرایی (در مقابل فرد گرایی) آنان را در حاکمیت و نفوذ خانواده (اصلی) بر زوجین (حتی بعد از دواج) مشترک می‌سازد (الظهرانی و کاپلویتز ۱۹۹۳).

منابع:

یونسی، سید جلال. (۱۳۷۸). کار و تصورات در شناخت‌درمانی. تازه‌های روان‌درمانی. شماره ۱۳-۱۴.

References:

1. Al-Zahrani, S. S. and Kaplowitz, S.A. (1993). Attributional biases in individualistic and collectivistic Cultures: A comparison of Americans with Saudis. *Social Psychology Quarterly*, 56 (3), 223- 233.
2. Baucom, D. H. Shoham, V., Mueser, K. T., Daiuto, A.D. & Stickle, T. R. (1998). 3. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, PP. 53- 58.
4. Beck, A. (1988) *Love is Never Enough*. New York, Harper and Row.
5. Berg- Cross, L. (1997) *couples Therapy*. Thousand Oaks, CA, Sage Publications.
6. Bloch, S. (1982). *What is Psychotherapy?* Oxford University Press.UK.
7. Crowe, M. (2000). Couple therapy today. *Sexual and Relationship Therapy*, 15(1). 9-14.
8. Crowe, M. (1978). Cojoint marital therapy: a controlled out come study, *Psychological Medicine*, 8, pp. 623- 636.

9. Crowe, M. (1995). Management of jealousy in Couples. *Advances in Psychiatric Treatment*, 1, pp. 71-77.
10. Crowe, M. & Ridley, J. (1986) *The negotiated timetable: a new approach to marital conflicts involving male demands and female reluctance for sex*, *Sexual and Marital Therapy*, 1, pp. 157- 173.
11. Crowe, M. & Ridley, J. (2000). *Therapy with couples: Abehavioural – systems Approach to Marital and Sexual Problems*. 2nd edition (Oxford, Blackwells).
- Dallos, R. (2000). Constructing family life: Family belief systems. In Munci,J.; Wtcherell, M.; Langan, M.; Dallos, R. and Cochrane, A. (Ed). Understanding The family, The Open University, London.**
12. Dryden, W. (1985). Marital therapy: a rational – emotive approach, in: W. Dryden (ed). *Marital Therapy in Britain*. Vol. 1. London. Harper and Row.
13. Edwards, D. J. (1990). Cognitive Therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of cognitive psychotherapy: an international quarterly*, 4(1), 33-50.
14. Ermisch, K. & Francesconi, M. (1998). Cohabition In Great Britain: Not for long but here to stay. Colchester, Institute for Social And Economic Research.
15. Ghazi, G. (1986). Iranian Children's Feelings about themselves, their Families, Schools and Parents. *School Psychology International*, 7(3), 163- 166.
16. Jacobson, N. S. (1979). Increasing Positive behaviour in severely distressed marital relationships: the effect of problem solving training. *Behavior Therapy*, 10, pp. 311-326.
17. Jacobson, N. S. & Margolin, G. (1979) *Marital Therapy: Strategies Based on Social Learning and Behavioral Exchange Principles*. New York, Brunner/ Mazel.
18. Newman, G. (1977). Social institutions and the control of deviance: Across- national opinion survey. *European Journal of Social Psychology*, 7 (1), 39- 59.
19. Parkinson, M. (1986). *Conciliation in Seperation and Divorce*. London, Croom Helm.
20. Robinson, M. (1991) *Family transformation through Divorce and Remarriage*. London. Routldge.
21. Rusczyński, S. (1993). *Psychotherapy with couples: Theory and practice at the tavistock Institute of Marital Studies*. London. Karnace Books.
22. Synder, D. K. & Willis, R. M. (1989). Behavioural versus insight oriented marital therapy: effects on individual and interpersonal functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, pp.39- 46.
23. Tashakkori, A. and Mehyar, A. (1982). The differential roles of parents in the family, as reported by a group of Iranian adolescents. *Journal of Marriage and the Family*, 44(3), 803- 809.
24. Weeks, G. R. (1989). *Treating Couples: the intersystem model of marriage council of philadelphia*. New York. Brunner.
25. Younesi, J. (1998). *Study of psychosocial adjustments among physically disabled children and adofescents in relation to the development of body image*. Unpublished Ph.D. Thesis. University of London. UK.