

زوج درمانی

مهدی امیری^۱ / ابوالفضل محمدی^۲ / دکتر لادن فتی^۳

چکیده

زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی (IBCT) به منظور رفع برخی از محدودیت‌های زوج‌درمانی رفتاری سنتی (TBCT)، مفاهیم و تکنیک‌های پذیرش هیجانی را به کار گرفت. تکنیک‌های پذیرش بیشتر از تغییر رفتار با پذیرش رفتاری هماهنگ است و تلاش می‌کند از حوزه‌های تعارض به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد صمیمیت و نزدیکی بیشتر در زوجین استفاده کند. در IBCT به منظور افزایش پذیرش هیجانی میان زوجین از چهار شیوه‌ی گسترده استفاده می‌شود: (۱) اتحاد همدلانه در مورد مشکل، (۲) بی‌طرفی متحابانه در بررسی مشکل، (۳) افزایش تحمل در مواجهه با یک مشکل آزارنده، (۴) افزایش فعالیت‌های رسیدگی به خود در برابر مشکلات لاینحل. اگرچه تأکید بر مداخلات مبتنی بر پذیرش است، IBCT براین فرض است که مداخلات پذیرش‌مدار ضمن ایجاد پذیرش، باعث ایجاد تغییرات خودبخودی می‌شوند. IBCT همچنین برخی از تکنیک‌های تغییرمدار TBCT (تبادل رفتاری و آموزش ارتباط و حل مسأله) را حفظ کرده است. نتایج مطالعات اولیه در مورد IBCT امیدبخش بوده است. IBCT بزرگترین پژوهش کنترل شده تصادفی را در حیطه زوج‌درمانی انجام داده است.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی، پذیرش، تغییر

^۱ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران و مرکز تحقیقات بهداشت روان

^۳ روانشناس بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران

Abstract

To overcome some of the limitations of Traditional Behavioral Couple Therapy (TBCT), Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT) add the concept and techniques are geared toward the recipient, rather than the perpetrator, of behavior and attempt to turn areas of conflict into source of intimacy and closeness for both partners. IBCT primarily uses for broad methods for increasing emotional acceptance. These strategies are: (1) empathic joining around the problem, (2) unified detachment in examining a problem, (3) increased tolerance of an aversive problem, and (4) increased self-care in face of a presently insurmountable problem. Although the focus is on acceptance interventions, which IBCT believes will promote "spontaneous change" as well as acceptance; IBCT also retains some of the familiar deliberate, change-oriented interventions of TBCT (Behavioral Exchange (BE) and Communication/Problem solving Training (CPT)). Preliminary data outcome data on IBCT is extremely promising. Additionally, IBCT in the largest randomized control trail of marital therapy ever conducted.

Keywords: Couple Therapy, acceptance, change

مقدمه

زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی^۱ توسط آندرو کریستنسن^۲ و نیل جیکوبسون^۳ به وجود آمد. ریستمن استاد روانشناسی در دانشگاه UCLA^۴ و جیکوبسون (۱۹۴۹-۱۹۹۹) استاد دانشگاه واشنگتن بود و پژوهش‌های گسترده‌ای در حوزه‌ی زوج‌درمانی و افسردگی با تکیه بر رویکرد رفتاری انجام داده است. IBCT از مشاهدات بالینی دقیق و پژوهش‌های تجربی در درمان زوجهای مشکل‌دار ریشه گرفته است. این شیوه درمانی نوعی رفتاردرمانی مبتنی بر بافت^۵ است که به زوجین کمک می‌کند تا رضایتمندی و سازگاری‌شان افزایش یابد. IBCT به عنوان یک درمان ابتکاری اولین بار به سال ۱۹۹۵ و به صورتی جامع‌متمم و معرفی شد. راهنمای درمانی آن برای درمانگران در سال ۱۹۹۶ توسط جیکوبسون و کریستنسن منتشر شد. یک راهنما نیز برای زوجین دارد که در سال ۲۰۰۰ انتشار یافت.

¹ Integrative Behavioral Couple Therapy

² Andrew Christensen

³ Neil S. Jacobson

⁴ University of California Los-Angeles

⁵ contextually based

IBCT اساساً از زوج‌درمانی رفتاری سنتی^۱ (TBCT) نشأت گرفته است. TBCT یک درمان تغییرمدار^۲ مبتنی بر مهارت‌آموزی^۳ است که بر دو مولفه اساسی متکی است: (۱) تبادل رفتاری^۴ (BE)، (۲) آموزش ارتباط و حل مسأله^۵ (CPT). تبادل رفتاری در پی افزایش رفتارهای مثبت زوج نسبت به رفتارهای منفی آنهاست و معطوف به کاهش سریع ناراحتی^۶ زوجین است. دومین مجموعه مداخلاتی که در TBCT ارائه شده، آموزش ارتباط و حل مسأله است. آموزش ارتباط و حل مسأله به این منظور طراحی شده است تا به زوجین مهارتهایی را بیاموزد که آنها بتوانند تا مدتها پس از خاتمه درمان همچنان به کار ببرند.

پس از این تحولات اولیه (جیکوسون و مارگولین^۷، ۱۹۷۹) TBCT یکی از گسترده‌ترین درمانها در کار با زوجین شد. TBCT اخیراً موفقیت‌های بی‌سابقه‌ای را در بیش از بیست مطالعه که اثربخشی آن را به اثبات رسانده‌اند، کسب کرده است (باکوم، شوهم، موسر، دایوتو و استیکل^۸، ۱۹۹۸؛ کریستنسن و هیوی^۹، ۱۹۹۹؛ هالوگ و مارکمن^{۱۰}، ۱۹۸۸؛ جیکوسون و ادیس^{۱۱}، ۱۹۹۳). در واقع TBCT تنها زوج‌درمانی‌ای است که تا به امروز توانسته ملاکهای سخت درمانهای دارای حمایت تجربی^{۱۲} (کارایی و اختصاصی بودن^{۱۳}) را برآورده کند (باکوم و دیگران، ۱۹۹۸).

علی‌رغم این موفقیت‌های زیاد، در اواسط دهه ۱۹۸۰، جیکوسون و همکارانش به طور روزافزونی نسبت به موفقیت‌های TBCT دچار تردید شدند. آنها به واسطه تجارب بالینی خود با زوجها و بررسی‌های دقیق داده‌های تجربی به این نتایج رسیدند و شروع به بررسی معنی‌داری آماری^{۱۴}، کارایی و معنی‌داری بالینی^۱ TBCT کردند.

¹ Traditional Behavioral Couple Therapy

² change-oriented

³ skill-based

⁴ behavioral exchange

⁵ communication/ problem-solving training

⁶ distress

⁷ Margolin

⁸ Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto & Stickle

⁹ Heavey

¹⁰ Hahlweg & Markman

¹¹ Addis

¹² empirically supported treatments

¹³ efficacy & specificity

¹⁴ statistical significance

در سال ۱۹۸۴ جیکوسون و همکارانش مقاله‌ای را منتشر کردند که نقطه عطفی در حیطه زوج‌درمانی شد. این مقاله یک تحلیل مجدد از داده‌های مربوط به نتایج TBCT بود و اظهار داشت که TBCT در ایجاد تغییرات معنی‌دار از لحاظ بالینی ناتوان است. جیکوسون به این نتیجه رسید که نیمی از زوجها تغییر کردند و تنها یک سوم از آنها به دامنه عملکرد بدون مشکل^۲ رسیدند. در میان زوجهایی که بهبود یافتند نیز یک سوم آنها در طی دو سال پیگیری، مشکلاتشان عود^۳ کرد (جیکوسون، اشمالینگ و هولتزورث - مونرو^۴، ۱۹۸۷).

بنابراین تأکید TBCT بر ایجاد تغییر در مورد بعضی از زوجین و برخی از مشکلات مناسب نیست. به نظر می‌رسد که در برخی از موارد مداخلاتی که به منظور ایجاد تغییر طراحی شده‌اند، مشکل زوجین را تشدید می‌کنند. کریستنسن و جیکوسون در مورد عواملی که باعث موفق نبودن TBCT می‌شد فرضیاتی را مطرح کردند. آنها به این نتیجه رسیدند که تأکید بر تغییر باعث درمان نمی‌شود بلکه تأکید بیشتر بر پذیرش است که عامل موثر درمانی محسوب می‌شود.

پذیرش^۵ چیست و چرا در حل مشکلات زوجین تا این حد حائز اهمیت است؟ در ابتدا مهم است که بدانیم پذیرش چه چیزی نیست؟ پذیرش تسلیم توأم با بی‌میلی و اکراه نیست. پذیرش، به معنای پذیرفتن یک موقعیت غم‌بار نیست. پذیرش در حقیقت یک راهبرد^۶ امیدوارکننده در کار با زوجینی است که مشکلاتشان با تکنیک‌های تغییرمدار درمان نمی‌شود. پذیرش راهکارهایی را به زوج ارائه می‌دهد که به کمک آن می‌تواند از مشکلاتشان، به عنوان وسیله‌ای برای افزایش صمیمیت و نزدیکی^۷ استفاده کنند.

زوج‌های سالم^۸ و زوج‌های ناسالم

^۱ clinical significance

^۲ nondistressed

^۳ relapse

^۴ Schmaling & Holtzworth-Munroe

^۵ acceptance

^۶ strategy

^۷ closeness

^۸ healthy

IBCT بر مبنای اصولی کاملاً متفاوت با TBCT و بسیاری از مدل‌های درمانی دیگر بنیان گذاری شده است. IBCT بر این فرض است که، همیشه حتی خوشبخت‌ترین و سالم‌ترین زوجین نیز با عدم توافق و تفاوت‌هایی مواجه خواهند بود که طبیعی و اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین مشکلات به علت تفاوت‌ها و تعارض‌های بین زوجین ایجاد نمی‌شود، بلکه به علت شیوه‌ایی که بعضی از زوجین به وسیله‌ی آن به این تفاوت‌های اجتناب‌ناپذیر پاسخ می‌دهند، ایجاد می‌شود. در واکنش به این تفاوت‌های طبیعی سه الگوی پاسخ دهی مخرب در بین زوجین مشکل‌دار شایع‌تر از همه است که عبارتند از: اعمال فشار متقابل^۱، هتاکی^۲، قطب‌گرایی^۳.

در مراحل اولیه‌ی یک رابطه، پذیرش و تحمل تفاوت‌ها در میان بیشتر زوجین به سادگی رخ می‌دهد. در واقع، در بسیاری از موارد زوجین از تفاوت‌های همدیگر به عنوان منشأ جذابیتشان یاد می‌کنند. بنابراین در خلال نخستین روزهایی که زوجین باهم هستند، این تفاوت‌ها کمتر به عنوان عوامل تهدید کننده و مشکل آفرین در روابط قلمداد می‌شوند.

پس از گذشت زمان تمایل برخی از زوجین به پذیرش، تحمل و سازش با تفاوتها کاهش می‌یابد. آنها مدت زیادی را به سبک‌های رفتاری خود به عنوان منشأ جذابیت نگاه نخواهند کرد و بالاخره تلاش‌هایی را در جهت تغییر یکدیگر آغاز می‌کنند. متأسفانه این تلاش‌ها با رفتارهای قهرآمیز و منفی (مثل انتقادگری^۴، متارکه^۵ و فریاد^۶ و...) نمود پیدا می‌کند. وقتی که این الگوهای اعمال فشار متقابل افزایش یافته و رایج می‌شوند، زوجین یکدیگر را نه به عنوان افراد متفاوت، بلکه به صورت افرادی ناقص می‌بینند و در نهایت شروع به بدگویی از همدیگر می‌کنند. وقتی که بدگویی‌ها افزایش می‌یابد، هر کدام از زوجین احساس می‌کند که تلاش-هایش در اصلاح همسرش موجه است. در نتیجه، این تفاوتها گرایش به قطبی شدن و تشدید یافتن خواهند داشت و شکاف^۷ بین آنها بیشتر و بیشتر می‌شود. بنابراین مشکل به علت اعمال فشار متقابل، بدگویی و قطب‌گرایی به وجود می‌آید و نه به وسیله‌ی تفاوت‌های بین زوجین. در

¹ mutual coercion

² vilification

³ polarization

⁴ criticizing

⁵ withdrawing

⁶ yelling

⁷ chasm

واقع برخی از مشکلات به علت تلاش‌های زوجین به منظور برطرف کردن چنین تفاوت‌هایی به وجود می‌آید.

فرمولبندی موردی^۱

مهمترین اصل سازمان‌دهنده در IBCT فرمولبندی است. درمانگر به وسیله فرمولبندی مشکل زوج را براساس تفاوتها، ناسازگاری‌ها و اختلاف‌های بین آنها توصیف می‌کند (ویلر^۲، کریستنسن و جیکوسون، ۲۰۰۰). پایه و اساس هر فرایند ارزیابی رفتاری تحلیل عملکردی رفتار^۳ است که در آن درمانگر رفتار مشکل‌ساز را بررسی می‌کند و عملکرد یا کنشی^۴ را که محرک آن رفتار است شناسایی می‌کند. به کمک این اطلاعات درمانگر می‌تواند محرک‌های کنترل‌کننده را تغییر داده و رفتار مشکل‌ساز را اصلاح کند. هدف اولیه‌ی تحلیل عملکردی رسیدن به یک مفهوم‌سازی از مورد و برابندی از طرح درمانی است. در IBCT فرمولبندی شامل سه مولفه‌ی عمده است: تم^۵، قطب‌گرایی^۶، دام متقابل^۷.

تم: کارکرد رفتار هریک از زوجین را با توجه به موضوعات مورد تعارض توصیف می‌کند. تم، فصل مشترک طبقه‌ی گسترده‌ای از رفتارهایی است که به عنوان یک پیوند یکپارچه‌کننده‌ی اساسی بین این رفتارهای مجزا و ظاهراً ناهمخوان عمل می‌کند. از این جهت تم، گروهی از رفتارهایی را که هر یک از زوجین در آن درگیر است توصیف می‌کند. رفتارهایی که در یک ارتباط، کارکردی بسیار مشابه دارند. بنابراین اگرچه یک درمانگر IBCT به شناسایی اختصاصی بودن رفتاری در فرایند ارزیابی ادامه می‌دهد، این هدف به وسیله‌ی لزوم توجه به پیوستگی بین رفتارهای مشکل‌ساز متعادل می‌شود. برای مثال تم نزدیکی- دوری^۸ یکی از رایج‌ترین تم‌هایی است که در میان زوج‌هایی که برای درمان مراجعه می‌کنند، مشاهده شده است. در زوجی که با این تم شناسایی می‌شود، یکی از زوجین (اغلب خانم‌ها)، نزدیکی بیشتر را طلب می‌کند، در حالی که دیگری (اغلب آقایان) فاصله و دوری بیشتر را می‌خواهد.

¹ case formulation

² wheeler

³ functional analysis of behavior

⁴ function

⁵ Theme

⁶ Polarization process

⁷ Mutual trap

⁸ closeness- distance

علاوه بر تم نزدیکی - دوری، نمونه‌ی دیگری از تم‌های رایج که در روابط زوج‌های مشکل‌دار دیده می‌شود، تم کنترل - مسولیت‌پذیری^۱ است. در این تم زوجین در مورد اینکه چه کسی در حیطه‌ی خاصی از روابط کنترل یا مسولیت‌پذیری را بر عهده داشته باشد، بحث و مجادله می‌کنند.

یک تم دیگر، تم هنرمند - دانشمند^۲ است که در آن بحث حول این مسأله است که یکی از زوجین برای ماجراجویی و خودانگیختگی ارزش قائل است و دیگری به قابل پیش بینی بودن و دستیابی به اهداف اهمیت می‌دهد. حائز اهمیت است که این فهرست تم‌ها جامع نیست و تم‌های بی‌شماری در میان زوج‌ها اتفاق می‌افتد.

اگرچه ممکن است تم‌های متنوعی در روابط یک زوج وجود داشته باشد ولی بهتر است که در درمان بر روی یک تم اصلی تمرکز شود. البته اگر شکایت مطرح شده تناسبی با تم اصلی نداشته باشد، گاهی اوقات می‌توان از دو تم استفاده کرد. در شناسایی یک تم درمانگر تلاش می‌کند تا کارکردهای رفتارهای ظاهراً ناهمخوان را بیرون بکشد. برای مثال، بحث و مشاجره در مورد هزینه‌ها، برنامه‌ریزی برای دوران بازنشستگی، سازماندهی خانواده، تصمیم‌گیری برای برنامه‌های تفریحی و اوقات فراغت، معرف تم خودانگیختگی^۳ در مقابل سازمان^۴ است. این تم معرف زندگی برای امروز^۵ در مقابل برنامه‌ریزی برای آینده^۶ است (داس، جونز و کریستنسن، ۲۰۰۲).

از آنجا که تم علت عدم توافق زوجین را بیان می‌کند، بنابراین تم‌ها همیشه تفاوتها (ونه شباهتها)ی بین زن و شوهرها را توصیف می‌کنند. این تفاوتها به خودی خود باعث ایجاد تعارض نمی‌شوند بلکه زمانی که این تفاوتها با حساسیت یا آمادگی قبلی یکی از زوجین یا هر دوی آنها همراه باشد باعث ایجاد نگرانی هیجانی و قطب‌گرایی می‌شوند. (داس، جونز و کریستنسن، ۲۰۰۲).

¹ control- responsibility

² artist- scientist

³ spontaneity

⁴ organization

⁵ living for today

⁶ planning for the future

فرایند قطب‌گرایی به الگوهای تعاملی^۱ اطلاق می‌شود که وقتی تعارضی پیرامون یک تم رخ می‌دهد، شروع می‌شوند. تم‌ها معمولاً نشانگر بروز تفاوتها میان یک زوج است. اغلب هنگامی که زوجها بر سر تعارض‌هایشان در مورد تم‌های اساسی خود نزاع می‌کنند فکر می‌کنند که مشکل آنها این تفاوت‌های اساسی هستند و لاجرم حذف یا برطرف کردن این تفاوت‌ها راه‌حل مشکل است. فرایند قطب‌گرایی زمانی ایجاد می‌شود که یکی از زوجین یا هر دو تلاش‌های مکرری برای تغییر یکدیگر انجام می‌دهند (داس، جونز و کریستنسن، ۲۰۰۲). متأسفانه تلاش زوجین در رفع این تفاوت‌ها اغلب تأثیر ناخواسته‌ی تشدید این تفاوت‌ها را در برخواهد داشت (قطب‌گرایی). بنابراین فرایند قطب‌گرایی به الگوهای رفتاری اطلاق می‌شود که در آن اقدامات زوجین در تغییر همدیگر، آنها را به دوری بیشتر سوق می‌دهد. به موازات تداوم قطب‌گرایی این تفاوت‌های اساسی مستحکم‌تر شده و به عنوان مشکلات جدی^۲ و آشتی‌ناپذیری^۳ تجربه می‌شوند.

دام متقابل به عواقب اقدامات زوجین در تغییر دادن همدیگر اطلاق می‌شود و به برجسته ساختن اثر فرایند قطب‌گرایی بر هر یک از زوجین می‌پردازد. نتیجه‌ی فرایند قطب‌گرایی این است که زوجین احساس گرفتاری^۴، دل‌سردی^۵، ناامیدی^۶ و به عبارتی احساس دردام‌افتادگی می‌کنند. زوجین در پس‌خشم، تحقیر و جدایی‌هایی که در جلسه درمان بیان می‌کنند، دائماً احساس ناکامی، درماندگی و ناامیدی می‌کنند. ما این درماندگی را دام متقابل می‌نامیم. این وضعیت زمانی رخ می‌دهد که زوجین در می‌یابند که اقداماتشان در تغییر دادن یکدیگر با ناکامی مواجه شده است. درماندگی حاصل از دام متقابل، احساس تنهایی شدیدی در هر دو نفر ایجاد می‌کند. وقتی درمانگر با زوج صحبت می‌کند، آنها معمولاً از پذیرش اینکه همسرشان نیز احساس درماندگی می‌کند، اکراه دارند. رنجی که فرایند قطب‌گرایی ایجاد می‌کند، به قدری عمیق است که اغلب برای زوجین مشکل است تا بپذیرند که همسرشان نیز ناراحت است. ایجاد پذیرش و همدلی با رنج‌ها و ناراحتی‌های یکدیگر نخستین تکلیف درمانی است (داس، جونز و کریستنسن، ۲۰۰۲).

¹ interaction patterns

² intractable

³ irreconcilable

⁴ stuck

⁵ discouraged

⁶ without hope

یک فرمولبندی خوب شامل توصیفی دقیق از تم، فرایند قطب‌گرایی و دام متقابل است. هرچند که موفقیت یک فرمولبندی تنها به واسطه‌ی وجود این عناصر تعیین نمی‌شود. موفقیت یک فرمولبندی بر طبق آن چه معیار عمل‌گرایانه‌ی واقعیت^۱ نامیده می‌شود، ارزیابی می‌شود (پی‌پر^۲، ۱۹۴۲). این ملاک به کارا بودن فرمولبندی اشاره می‌کند. اگر یک فرمولبندی کارا باشد، مفهوم سازمان دهنده‌ی مفیدی برای زوجین خواهد بود. زوجین می‌توانند درکشان را از روابط یکپارچه کنند و سرزنش‌ها و انتقادها را کاهش دهند تا آمادگی‌شان برای پذیرش و تغییر افزایش یابد. در مقابل، یک فرمولبندی ناموفق در ایجاد یک مفهوم سازمان دهنده‌ی مرکزی از روابط زوجین ناقص خواهد بود. زوجین احساس درک شدن نخواهند کرد و نمی‌توانند یک مفهوم مرکزی را در روابطشان پیدا کنند. اگرچه تمام فرمولبندی‌ها در سراسر دوره‌ی درمان به شیوه‌ای رو به پیشرفت و مداوم، تعدیل شده و گسترش می‌یابد، هسته‌ی^۳ فرمولبندی در مراحل ارزیابی درمان شکل می‌گیرد. ساختار و محتوای مرحله‌ی ارزیابی به شیوه‌ای دقیق برای تسهیل ایجاد فرمولبندی طراحی می‌شوند.

ساختار درمان

IBC عموماً در موقعیتهای سرپایی^۴ به کار می‌رود و معمولاً شامل یک درمانگر و زوج است. معمولاً هیچ یک از دیگر اعضای خانواده و کمک درمانگری^۵ وجود ندارد. اگرچه در بررسی‌های تجربی از طرح‌های درمانی با حداکثر ۲۶ جلسه‌ی هفتگی به طول ۵۰ دقیقه استفاده می‌شود، ساختار و طول درمان باید متناسب با نیازهای هر زوج برنامه‌ریزی و منطبق^۶ شود. در IBCT طول درمان و زمان‌بندی^۷ پایان آن باید با همکاری درمانگر و زوج تعیین شود. به طور کلی، ثابت شده است که زوجین به طور متوسط در حدود ۱۵ تا ۲۶ جلسه درمانی شرکت می‌کنند. سه جلسه‌ی اول در IBCT لزوماً به ارزیابی مشکلات زوج پرداخته می‌شود و مداخلات درمانی پس از جلسه‌ی سوم (فیدبک) آغاز می‌شود.

¹ pragmatic truth criterion

² Pepper

³ core

⁴ outpatient setting

⁵ cotherapist

⁶ tailoring

⁷ timing

ارزیابی عملکرد زوج

یک فرایند ارزیابی جامع و ساختاریافته اساس تمام مداخلات را فراهم می‌کند. معمولاً مرحله‌ی ارزیابی در سه یا چهار جلسه سازمان‌بندی می‌شود که شامل یک جلسه‌ی مشترک اولیه^۱ با زوج، جلسات فردی^۲ با هریک از زوجین و یک جلسه‌ی فیدبک مشترک^۳ است که در آن نتایج ارزیابی‌ها مورد بررسی قرار می‌گیرد و برنامه‌ی درمانی تدوین می‌شود. در بهترین حالت، درمانگر پیش از جلسه‌ی مشترک اولیه به هریک از زوجین یک مجموعه پرسشنامه می‌دهد تا آنها را تکمیل کنند.

تکنیک‌های اصلی

تکنیک‌های مورد استفاده در IBCT در سه طبقه‌ی عمده قرار می‌گیرد: تکنیک‌های پذیرش^۴، تکنیک‌های تحمل^۵ و تکنیک‌های تغییر^۶. دو راهبرد برای ارتقای پذیرش به کار می‌رود که اتحاد همدلانه^۷ و بی‌طرفی متحدانه^۸ نام دارند. این راهبردها می‌کوشند تا زوج را با تجربه‌ی جدیدی از مسائل تفرقه‌انگیز^۹ روبرو کنند. به طور کلی تمام این تکنیک‌ها در پی کمک به زوجین هستند، به طوری که آنها از مشکلاتشان به عنوان وسیله‌ای برای رسیدن به صمیمیت بیشتر استفاده کنند. در مقابل، مداخلات تحمل این امکان را به زوجین می‌دهد که دست از تلاش‌هایشان برای تغییر همدیگر بردارند. تحمل از طریق توجه به جنبه‌های مثبت رفتار منفی، تمرین رفتار منفی در جلسه‌ی درمان، و انمودسازی رفتار منفی در بین جلسات و رسیدگی به خود^{۱۰} به وجود می‌آید (جیکوسون و کریستنسن، ۱۹۹۶). در نهایت، تکنیک‌های تغییر مستقیماً به منظور ایجاد تغییراتی در رفتار زوجین به کار می‌رود و متشکل از راهبردهای تبادل

¹ initial conjoint meeting

² individual sessions

³ conjoint feedback session

⁴ acceptance techniques

⁵ tolerance techniques

⁶ change techniques

⁷ empathic joining

⁸ unified detachment

⁹ divisive issues

¹⁰ self-care

رفتاری^۱ و مداخلات آموزش ارتباط و حل مسأله^۲ می‌باشد (گاتمن و دیگران ۱۹۷۶؛ جیکوسون و مارگولین، ۱۹۷۹).

اثربخشی زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی

یافته‌های اولیه از پژوهش‌های صورت گرفته در زمینه کارایی IBCT امیدوارکننده بوده است. در یک پژوهش (جیکوسون، کریستنسن، پرینس، کاردووا و الدریدج^۳، ۲۰۰۰) ۲۱ زوج را که به طور تصادفی در دو گروه IBCT و TBCT قرار گرفته بودند، درمان کردند. یافته‌ها نشان داد که در ۸۰ درصد از زوجهای گروه IBCT در مقابل ۶۴ درصد زوجهای گروه TBCT رضایتمندی از روابط افزایش یافت. این نتایج هم از لحاظ آماری و هم از لحاظ بالینی معنادار بوده است.

در مطالعه‌ی دیگری که بر روی زنان افسرده‌ی دچار ناراحتی زناشویی انجام گرفت، یافته‌ها نشان داد که IBCT در کاهش افسردگی آنها به اندازه‌ی شناخت‌درمانی اختصاصی برای افسردگی موثر است (ترپ، پیس و استالترگ^۴، ۱۹۹۷، به نقل از کریستنسن و همکاران، ۲۰۰۴).

در بزرگترین پژوهشی که تاکنون در حوزه‌ی زوج‌درمانی انجام شده است، کریستنسن و همکاران (۲۰۰۴)، ۱۳۴ زوج دارای مشکلات شدید و مزمن را انتخاب کردند و در دو گروه مشکل‌دار، در سطح متوسط و شدید قرار دادند. گروهها به طور تصادفی تحت درمان IBCT یا TBCT قرار گرفتند. طی ۲۶ جلسه‌ی درمان و با ارزیابی‌های صورت گرفته در سه مرحله‌ی ابتدای درمان، هفته ۱۳ و ۱۷ام، بهبودی معنی‌داری در رضایتمندی زناشویی در هر دو شیوه‌ی درمانی مشاهده شد، اما روند^۵ تغییر برای IBCT و TBCT متفاوت بود. در TBCT بهبود در ابتدای درمان و با شتاب بیشتری رخ داد اما پس از مدتی از سرعت بهبود کاسته شد، در حالی که بهبودی در IBCT بصورت پیوسته ادامه داشت. بعد از دو سال پیگیری (کریستنسن، گیس

¹ behavioral exchange

² communication

³ Prince, Cordova, Eldridge

⁴ Trap, pace & Stoltenberg

⁵ trajectory

گتیس و اتکینس^۱ (۲۰۰۵) نتایج نشان داد که تفاوت کلی بین گروه‌های درمانی وجود نداشت با این حال زوج‌هایی که در گروه IBCT قرار داشتند، نتایج درمان را بهتر از گروه TBCT حفظ کردند. بعد از دو سال ۶۷ درصد زوجها در BCT و ۵۳ درصد در TBCT در سطح معنی داری بالینی^۲ بهبود یافته بودند. نتایج حاصل از تحقیقات به عمل آمده اثربخشی^۳ IBCT را تأیید کرده است. با این وجود انجام تحقیقات بیشتر در مورد کارایی^۴ و مکانیزم‌های اثر IBCT ضرورت دارد.

مثال موردی

در این مثال، مورد آنه و مارک^۵ را برای روشن شدن کاربرد IBCT می‌آوریم. گزیده‌ای از جلسات ارزیابی و فیدبک و همچنین جلسات درمان را انتخاب کرده‌ایم که در آنها مداخلات ایجاد پذیرش ارائه شده است. آنه و مارک زوج میان‌سالی بودند که ۱۰ سال قبل ازدواج کرده بودند و آنه سه بچه از ازدواج قبلی خود داشت.

ارزیابی

جلسه ۱: بعد از مقدمات و احوال‌پرسی، درمانگر جلسه‌ی اول را با آشنا کردن آنه و مارک به فرایند ارزیابی آغاز کرد. بعد از اینکه آنه و مارک اثرات مشکلاتشان را در رابطه‌ی خود توضیح دادند، درمانگر تاریخچه‌ی تحولی زوج را از آنها جویا می‌شود. در طول این بخش از ارزیابی، فرصت‌هایی برای ایجاد پذیرش از طرف زوج ارائه می‌شود. در انتهای جلسه درمانگر فهم خوبی از تاریخچه‌ی مشترک آنه و مارک، کیفیت علاقه‌ی آنها نسبت به یکدیگر و مشکلات آنها در اختیار دارد. دو جلسه فردی بعدی به درمانگر کمک می‌کند تا هرگونه اطلاعات ناقص را که برای فرمولبندی احتیاج دارد تکمیل کند.

جلسه ۲ الف و جلسه ۳ ب: در این مرحله آنه و مارک در جلسات انفرادی جداگانه شرکت می‌کنند. درمانگر از این جلسات برای دستیابی به حوزه‌ی مشکلات آنه و مارک که در پرسشنامه‌های ارائه شده در جلسه اول مشخص شده‌اند، کمک می‌گیرد. درمانگر به طور کاملاً

¹ Gattise & Atkins

² clinically significant

³ effectiveness

⁴ efficacy

⁵ Anne & Mark

اختصاصی توافق و عدم توافق آنها را نسبت به یکدیگر جویا می‌شود. علاوه بر فهم الگوهای تعارض، درمانگر درباره مشکلاتی که در خانواده اولیه زوج وجود داشته اطلاعات را کسب می‌کند (والدین شما چگونه با تعارض کنار می‌آمدند؟). پس از تشریح مسائل آنه و مارک درگیری زوج را در نزاع فیزیکی ارزیابی می‌کند. این موضوع بخش اساسی از ارزیابی است و یکی از دلایل اصلی است که به خاطر آن مصاحبه‌ی انفرادی صورت می‌گیرد. در نهایت، این دو جلسه فرصتی را برای درمانگر فراهم می‌آورد تا سطح تعهد زوج را به رابطه ارزیابی کند (در یک مقیاس ۱ تا ۱۰ میزان تعهد خود را به رابطه مشخص کنید؟). در پایان این جلسات درمانگر اطلاعات کافی درباره حوزه مشکلات، الگوهای تعارض (شامل تاریخچه‌ی نزاع)، تاریخچه خانوادگی و سطوح تعهد آنه و مارک در اختیار دارد.

فیدبک و فرمولبندی

جلسه ۳: درمانگر با توضیح اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها به آنه و مارک فیدبک می‌دهد. به طور خلاصه، سطح تعهد آنها را بیان کرده و سپس محتوای مشکلات آنها را خلاصه می‌کند. در جریان فرمولبندی برای آنه و مارک، درمانگر مسائل را با آنها مرور می‌کند و هر آنچه را لازم است اضافه و یا اصلاح می‌کند. در بخشی از جلسه فیدبک فرصتی برای پذیرش پیش می‌آید. وقتی مارک درباره‌ی رابطه با بچه‌های آنه صحبت می‌کند، شروع به خودافشایی می‌کند. وقتی مارک عبارات انتقادی درباره‌ی بچه‌های آنه ابراز می‌کند، درمانگر از او می‌خواهد، افشاگری خود را با لحنی ملایم‌تر نسبت به ماجرا بیان کند.

پس از مرور مشکلات، درمانگر دو تم اصلی که در جلسات ارزیابی به دست آورده را شرح می‌دهد. پس از توصیف هر یک از تم‌ها و دریافت فیدبک از آنه و مارک، فرایند قطبی شدن و دام مقابل را برای آنه و مارک شرح می‌دهد. سپس انتظارات هر یک از آنها را از جلسات درمانی جویا می‌شود.

درمان: ایجاد پذیرش

بیشتر جلسات درمانی آنه و مارک متمرکز بر پذیرش بود. درمانگر در این جلسات از تکنیک‌هایی چون اتحاد همدلانه، بی‌طرفی همدلانه و تحمل برای ایجاد پذیرش استفاده کرد. جلسه ۱۲: محتوای این جلسه جستجوی آنه و مارک به دنبال خانه مشترک بود و برخی از مشکلاتی که حول این قضیه وجود داشت. در جریان مکالمات شکل‌گیری بی‌طرفی همدلانه

بین آنها آشکار شد. سپس احساس عدم امنیت آنه درباره‌ی رابطه مارک با سایر زن‌ها مطرح شد. درمانگر از موضوع خرید خانه بعنوان استعاره‌ای برای دغدغه‌های آنها درباره‌ی تعهد به روابط استفاده کرد.

جلسه ۱۷: در این جلسه درمانگر فرایند تم عدم امنیت را ادامه داد. آنه و مارک طی مکالماتی در مورد فرایند قطبی‌شدن بحث کردند. آنه پیشنهاد مارک را بعنوان انتقادی نسبت به ظاهرش تعبیر کرده بود و همین باعث شده بود تا او افسرده شده و کاری انجام ندهد. در اینجا درمانگر از دو تکنیک اتحاد همدلانه و تحمل برای ایجاد پذیرش استفاده می‌کند. به جای اینکه روی ماهیت انتقادی پیشنهاد مارک صحبت شود، درمانگر بر این موضوع تاکید می‌کند که چرا مارک منتقد شده است. مارک تشویق می‌شود تا درباره‌ی دلایل این رفتارها صحبت کند. او متوجه می‌شود که این رابطه نه به خاطر رفتار مستقیم آنه، بلکه به خاطر برخورد با بچه‌های آنه اتفاق افتاده است. براساس تکنیک تحمل درمانگر خواست تا آنه تلاش کند روی جنبه‌های مثبت پیشنهاد مارک تمرکز کند.

جلسه ۲۴: در جلسه پایانی آنه پیش از خود درباره‌ی احساس عدم استحقاق شادمانی و باورش درباره‌ی شادمانی را توصیف کرد. او گفت که خوشحالی باعث احساس گناه او می‌شد، زیرا او احساس می‌کرد که کس دیگر از خوشحالی او رنج می‌برد. آنه برخی از احساس‌ها را به اختلال خوردن خود در دهه‌ی دوم زندگی و دوره‌های افسردگی گه گاهی تجربه می‌کند مرتبط دانست. برای این منظور درمانگر ابتدا از تکنیک اتحاد همدلانه برای کمک به مارک استفاده کرد تا او تجربه آنه را در هنگام افسردگی بفهمد. سپس درمانگر، آنه و مارک را از مشکلاتی که آنه احساس می‌کرد به خاطر پیشنهاد مارک مورد انتقاد قرار گرفته جدا کرده و برای هریک روشی را برای واکنش به مشکل قبلی فراهم نمود.

سخن آخر

از انتشار نخستین پژوهش بالینی کنترل شده^۱ در حیطه زوج‌درمانی که در سال ۱۹۷۷ توسط جیکوبسون انجام شد زمان زیادی می‌گذرد. پس از آن در سال ۱۹۷۹ مارگولین و جیکوبسون نخستین و شاید پر استفاده‌ترین راهنمای درمانی TBCT را نوشتند. بعدها TBCT چندین بار مورد تجدید نظر قرار گرفت. IBCT که ریشه در نظریه‌های رفتاری دارد،

^۱ Randomized Clinical Trial

محصول پژوهش‌های زیادی است که در حوزه‌ی TBCT انجام شده است. IBCT بزرگترین پژوهش تصادفی کنترل‌شده در حیطه زوج‌درمانی را انجام داده است. IBCT بدون اینکه ادعایی در درمان تمام رنج‌ها و مشکلات زوج‌ها داشته باشد، برای آنچه طراحی شده است، سودمند و اثربخش بوده است. درمان‌های داری راهنمای بالینی، چهارچوب مشخص و مراحل تعریف شده‌ای دارند. این ویژگی، ارزیابی‌های عینی و پژوهش‌های کنترل‌شده‌ی بالینی را میسر می‌سازد. در سده‌ی بیست و یکم با توجه به نتایجی که از شیوه‌های مختلف درمانی به دست آمده است، تنها درمان‌های دارای حمایت تجربی هستند که می‌توانند به حیات خود ادامه دهند. به قول جیکوبسون و گارتنر^۱ (۲۰۰۰): «در جایگاه یک محقق، همواره باید به یک اصل بنیادین در تحقیقات پایبند بود: بگذارید یافته‌ها سخن بگویند» (ص ۱۰۴).

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ Gortner

References

- Chapman, A. L., & Campton, J. S. (2003). From traditional behavioral couple therapy to integrative behavioral couple therapy: New research directions. *Behavior Analyst Today*, 4, 17-25.
- Chapman, A. L., & Dehle, C. (2002). Bridging theory and practice: a comparative analyses of integrative behavioral couple therapy and cognitive behavioral couple therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 150-163.
- Christensen, A. & Jacobson, N.S. (2000). *Reconcilable Differences*. New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Atkins, D., C., Bernes, S., Wheeler, J., Baucom, D., H., & Smpson, L., E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, (2), 176-191.
- Christensen, A., Gattis, K., & Atkins, D. (2005, September). But how are the kids doing? 2-year follow up of the outcome of couple therapy. In, W. K. Halford (chair) *Couples interventions can do more than change reported relationship satisfaction: effect on partner and offspring outcome*. Symposium conducted at the meeting of 35th annual congress of European Association for Behavioral Cognitive Treatments, Thessaloniki, Greece.
- Cordova, J., M., Jacobson, N., S., & Christensen, A. (1998). Acceptance versus change interventions in behavioral couple therapy: impact on couple's in-session communication. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24 (4), 737-755.
- Dimijian, S., Martell, C., R., & Christensen, A. (2002). Integrative Behavioral Couple Therapy. In, A. J. Guramn & N. S. Jacobson (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (3rd ed., pp. 251-277). New York: Guilford Press.
- Doss, B. D., Jones, J. T., & Christensen, A. (2002). Integrative Behavioral Couple Therapy. In, F. W. Kaslow, & J. Lebow (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (Vol. 4, pp. 1-10). New York: John Wiley & Sons.
- Doss, B., D., Thum, Y., M., Sevier, M., Atkins, D., C., & Christensen, A. (2005). Improving relationship: Mechanisms of changes in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 624-633.
- Jacobson, N. S. & Christensen, A. (1996). *Integrative Couple Therapy: Promoting Acceptance and Change*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S. & Gortner, E., T. (2000). Can depression be de - medicalized in the 21st century: scientific revolutions, counter-revolutions and the magnetic field of normal science. *Behavior Research and Therapy*, 38, 103-117.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S., Cordova, J. & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 351-355.
- Jacobson, N., S., & Addis, M., E. (1993). Research on couples and couple therapy, what we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, (1), 85-93.
- Koerner, K., Prince, S., & Jacobson, N., S. (1994). Enhancing the treatment and prevention of depression in women: the role of integrative behavioral couple therapy. *Behavior Therapy*, 25, 373-390.
- Lebow, J. (2002). Integrative and eclectic therapies at the beginning of the twenty-first century. In, F. W. Kaslow, & J. Lebow (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy* (Vol. 4, pp. 1-10). New York: John Wiley & Sons.
- Wheeler, J. C., Christensen, A., & Jacobson, N., S. (2001). Couple distress. In, David H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed. pp. 609-630). New York: Guilford Press.