

خانواده‌درمانی

مفاهیم اساسی، نظریه‌ها، فنون و نحوه کاربرد در مشکلات خاص

فهرست مطالب

۷	درباره نویسنده
۹	درباره کتاب
۱۱	مقدمه مترجم
۱۳	مقدمه مؤلف

بخش اول

مفاهیم پایه در خانواده‌درمانی

۲۱	فصل ۱: خانواده‌درمانی در طول مراحل "چرخه عمر"
۵۷	فصل ۲: خاستگاه خانواده‌درمانی
۷۷	فصل ۳: نظریه‌های متمرکز بر الگوهای رفتاری
۹۹	فصل ۴: نظریه‌های متمرکز بر نظام باورها
۱۲۷	فصل ۵: نظریه‌های متمرکز بر عوامل زمینه‌ساز مشکلات (بافتارها)
۱۵۳	فصل ۶: مدل‌های یکپارچه‌نگر

بخش دوم:

فرایند درمان در خانواده‌درمانی

۱۶۵	فصل ۷: مراحل خانواده‌درمانی
۱۸۹	فصل ۸: صورت‌بندی مشکلات و استثناها
۲۰۹	فصل ۹: مداخلاتی برای رفتارها، باورها و بافتارها

بخش سوم

کاربرد خانواده‌درمانی برای مشکلات کودکان و نوجوانان

۲۴۵	فصل ۱۰: کودک‌آزاری جسمی
-----	-------------------------------

- فصل ۱۱: کودک‌آزاری جنسی..... ۲۶۳
- فصل ۱۲: مشکلات سلوک..... ۲۷۹
- فصل ۱۳: سوء مصرف مواد در نوجوانان..... ۲۹۹

بخش چهارم

کاربرد خانواده‌درمانی متمرکز بر مشکلات بزرگسالان

- فصل ۱۴: زوجین آشفته و پرتنش..... ۳۱۵
- فصل ۱۵: اضطراب و افسردگی..... ۳۳۵
- فصل ۱۶: مشکلات مصرف الکل در بزرگسالی..... ۳۵۵
- فصل ۱۷: اسکیزوفرنی..... ۳۷۱

بخش پنجم:

تحقیق و منابع

- فصل ۱۸: اقدامات مبتنی بر شواهد در خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی..... ۳۸۷
- فصل ۱۹: منابع حرفه‌ای..... ۴۱۳
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی ۴۴۳
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی ۴۵۳

درباره نویسنده

مؤلف این کتاب پروفیسور آلن کار، استاد تمام روان‌شناسی بالینی، مدیر دانشکده روان‌شناسی و مدیر آموزش دکتری روان‌شناسی بالینی در دانشگاه دوبلین است و تا به حال بیش از ۱۰۰ دانشجوی دکتری را آموزش داده است. او بیش از ۲۰ کتاب و ۲۰۰ مقاله علمی و ارائه همایشی در حوزه خانواده‌درمانی، روان‌شناسی بالینی و روان‌شناسی مثبت‌گرا داشته است. آثار او به زبان‌های کره‌ای، چینی، اسپانیایی و لهستانی ترجمه شده است. او در انستیتو کلان ویلیام در دوبلین، به زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی مشغول است و تجارب ارزنده‌ای در کار در این زمینه در انگلستان، ایرلند و کانادا دارد. افتخارات او در زمینه آموزش و پژوهش در این حوزه بسیار است، به‌طور مثال در سال ۲۰۰۹ دانشمند برتر سال و در ۲۰۱۱ به پاس خدمات پژوهشی در حوزه خانواده‌درمانی از طرف انجمن خانواده‌درمانی اروپا حائز لوح تقدیر و جایزه شد.

درباره کتاب

"این کتاب را می‌توان به‌عنوان شاهکاری در حوزه ادبیات خانواده‌درمانی در نظر گرفت. اوج نقطه قوت آن در جامعیت و رسایی در ارائه چارچوب هم در نظریه و هم در عمل به روشی موجز و منسجم است. کتابی بسیار عالی برای دانشجویان و همچنین ایده‌آل برای درمانگران جدید و قدیم."

- دکتر جان شری، مدیر خدمات سلامت روان ایرلند

"کتابی به ارزش چندین کتاب، خدمتی بزرگ که الن کار به پشتوانه تجارب ارزنده بسیار خود به حوزه خانواده‌درمانی ارزانی کرد، او کل خانواده‌درمانی را در فرمول‌بندی سه‌ستونه معروف خود، سامان داد، چارچوبی عملی برای فهم مشکل و درمان آن."

- پروفیسور پیتر استراتون، استاد خانواده‌درمانی، دانشگاه لیدز انگلیس

"شدیداً این کتاب توصیه می‌شود، برای خط به خط خواندن، برای استفاده و سود جستن و حتی برای داشتن یک کتاب بسیار پرمایه و پر منبع به‌عنوان کتاب مرجع در زمینه خانواده‌درمانی و زوج‌درمانی."

- پروفیسور ایوان ایسلر، استاد خانواده‌درمانی و روان‌شناسی خانواده، انستیتو روان‌پزشکی کینگز کالج لندن

"به‌ندرت کتابی این‌چنین نوآورانه و متفاوت در حوزه خانواده‌درمانی می‌توان یافت که به مرور منسجم و واضح نظری و عملی مدل‌ها و رویکردهای اساسی این حوزه پردازد و وجه تمایز و نقطه اوج موفقیت آن در این است که الن کار فقط به مرور نپرداخته، بلکه بر آن افزوده است، با این مدل فرمول‌بندی که ارائه داده، در واقع از جمع‌بندی دیدگاه‌های غالباً متفاوت از نظریه، علم و عمل به روشی رسیده است که به خواننده یک "نقشه راه" می‌دهد تا طبق آن به کار درمان پردازد. این کتاب یک جواهر است که چشم‌اندازهای بسیار بدیعی هم در حوزه درمانگری و هم در تربیت درمانگر به همکاران تقدیم خواهد نمود."

- پروفیسور توماس ال سکستون، استاد و مدیر مطالعات خانواده و نوجوانان، دانشگاه ایندیانا

"کتابی درون کتابی دیگر، مدل فرمول‌بندی او از مشکل و شرایط "استثنا بر روال" (بدون مشکل)،

بسیار مقبول و مورد استقبال است. به گونه‌ای که این قسمت کتاب به خودی خود، دلیل محکمی را برای خواندن و نیز آموزش آن به دانشجویان فراهم می‌کند که در هر دو صورت، الگوی پیشنهادی آلن کار، قالب جامع و معقولی برای سازمان‌دهی شرایط مراجع در یک فرمول‌بندی منعطف که پاسخگوی تفاوت‌های موجود بین خانواده‌ها و بین درمانگران است را در اختیار ما قرار داده است. در واقع راه‌های بسیاری برای فعال‌سازی سازوکارهای شفابخش در کار درمان خانواده‌ها و زوج‌ها وجود دارد، ولی در این بین، مدل آلن کار یک مبنای مستحکم برای کار بالینی یکپارچه‌نگر که هم به درد مراجع و هم به درد درمانگر می‌خورد ارائه کرده است. این کتاب واقعاً یک جواهر کم‌نظیر است."

- پروفیسور آلن اس گورمن، استاد بازنشسته روان‌پزشکی دانشگاه ویسکانسین - مدیسون امریکا،
عضو هیئت‌علمی انستیتو خانواده در دانشگاه اوانستون - ایلینویز امریکا، از پیشگامان رویکرد
خانواده‌درمانی یکپارچه

مقدمه مترجم

وقتی که حدود ده سال پیش برای نخستین بار با متن انگلیسی کتاب آلن کار با عنوان "خانواده درمانی، مفاهیم، فرایندها، و کاربرد" آشنا شدم و از آن برای پیش مطالعه به قصد تدریس نظریه‌های مشاوره خانواده و خانواده‌درمانی در گروه‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره استفاده کردم، به هیچ وجه تصور نمی‌کردم بخواهم آن را ترجمه و در اختیار دانشجویان قرار دهم. اما خیلی زود استقبال دانشجویان از محتوای فصولی که به تدریج ترجمه و بسته به محتوای درسی کلاس‌ها در اختیارشان می‌گذاشتم، من را به فکر ترجمه کامل کتاب انداخت.

از جمله دلایلم برای انتخاب این کتاب در آن موقع جامعیت کم‌نظیر (اگر نگویم بی‌نظیر) کتاب بود. به عنوان مثال فصل یک این کتاب بحثی بسیار فشرده و البته به همان اندازه کامل در مورد معرفی مفهوم خانواده به عنوان یک سیستم و مفهوم چرخه زندگی فرد در خانواده را شامل است که تا آن زمان در هیچ متن موجود دیگری وجود نداشت و البته هنوز هم نیست.

البته اگرچه ترجمه بخش‌های اول و دوم کتاب در طی حدود یک سال و نیم تمام شده و حتی به صورت یک مجموعه مقدماتی نیز تکثیر و هر نیم سال تحصیلی در اختیار دانشجویان قرار می‌گرفت، اما ترجمه بخش سوم کتاب که به کاربرد مدل چندوجهی پیشنهادی کتاب برای کمک به درمان مشکلات و اختلالات روان‌شناختی رایج اختصاص داشت، تحت تأثیر مشغله‌های متعدد اجرائی و دانشگاهی‌ام متوقف شده و یکی دو بار استمداد از همکاران دانشگاهی برای ترجمه فصول مذکور نیز به دلیل اینکه به نظرم در انتقال مفاهیم اصلی دچار نارسائی می‌شدند، تا زمان آشنایی با یکی از دانشجویانم در درس نظریه‌های مشاوره خانواده، یعنی سرکار خانم نیره احمدی، راه به جایی نبرد. خوشحالم که متأثر از چند تجربه ناکام قبلی‌ام، پیشنهاد ایشان برای مشارکت در ترجمه بقیه فصول را به سرعت رد نکردم و پس از دیدن نمونه ترجمه‌شان، متقاعد شدم که ایشان می‌توانند همکار خوبی در به انتها رسانیدن این کار باشند. هوش سرشار، تسلط خیلی خوب به زبان انگلیسی و نیز مهارتشان در نوشتن به زبان فارسی در کنار علاقه‌مندی‌شان به یادگیری دانش مشاوره و هنر کاربرد آن، باعث شد تا برون‌داد تلاش‌شان، کار نیمه‌کاره‌ای را پایان دهد که جای خالی متنی جامع نظیر آن علی‌رغم انتشار ده‌ها کتاب با عنوان‌های مشابه هنوز خالی به نظر می‌رسید.

آنچه در دست دارید محصول این همکاری است. همانند هر همکاری دیگری در اینجا نیز اختلاف برداشت‌هایی در ترجمه و معادل‌سازی‌ها وجود داشت، هر جا که به توافق نمی‌رسیدیم و با

هدف حفظ یکنواختی متن فارسی، قرار بر این شد تا از برداشت یا برابر نهاد پیشنهادی من استفاده شود. در انجام این مهم سعی شد تا: نخست ترجمه‌ای بسیار نزدیک به متن اصلی از نظر شکل و محتوا فراهم شود، دوم اینکه تا حد امکان متن با ساختارها و سبک سلیس زبان فارسی منطبق باشد و سوم اینکه در انتخاب برابر نهادهای اصطلاحات تخصصی به‌جز در مواردی که اصطلاحات مذکور غلط آشکار مفهومی بوده یا اصولاً برابر نهاد قبلی برای آن وجود نداشته، تا حد امکان از معادل‌های رایج استفاده شود.

فصول ۲ تا ۶ به دلیل پرداختن به مفاهیم نظری رشته خانواده‌درمانی، بیشترین حجم لغات تخصصی را دارا بودند که خوشبختانه واژه‌نامه انتهای هر فصل به رفع ابهام‌های احتمالی در درک آن فصل کمک شایانی می‌کند. از آنجایی که این کتاب دانشگاهی است با موافقت ناشر محترم مقرر شد تا این واژه‌نامه‌ها در انتهای کتاب قرار بگیرند. در آخر لازم به ذکر است که گرچه ویراست سوم کتاب اصلی در سال ۲۰۱۲ منتشر شده است، اما با توجه به اینکه فصول ۱۰، ۱۱، ۱۶، ۱۷ و قسمت زیادی از فصل ۱۹ که اتفاقاً شامل مطالب مفید و کاربردی برای دانشجویان ایرانی است از ویراست سوم حذف شده، بنابر موافقت انتشارات محترم ارجمند تصمیم گرفته شد تا ترجمه مبتنی بر ویراست دوم کتاب که کامل و جامع‌تر از ویراست سوم است در ایران منتشر شود. این کار اگرچه به حجم کتاب افزوده، اما قابلیت آن را برای انطباق با نیازهای کنونی تربیت مشاوران خانواده کارآمد افزایش داده است. مشتاقانه منتظر دریافت نظرات اصلاحی و انتقادی در مورد معادل‌سازی‌ها و نیز ترجمه مفاهیم به‌کار رفته در متن هستیم. موجب امتنان است تا نظرات خود را به نشان رایانامه زیر ارسال فرمایید.

دکتر بهمن بهمنی

دانشیار گروه مشاوره

دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی

Ba.bahmani@uswr.ac.ir

مقدمه مؤلف

یک آغاز و یک پایان برای یک کتاب، چیزی بود که موافق آن نبودم. یک کتاب خوب سه آغاز دارد، کاملاً نامتشابه و به هم مرتبط فقط از لحاظ قوه شهود نویسنده، یا بگویم صد برابر این هم پایان دارد. یک کتاب، یک آغاز، اصلی است که موافقت با آن را ممکن ندیدم (فلن اوبرایان، ۱۹۳۹، در شنا-دو-پرنده، صص. ۹، ۱۳).

پایان در آغاز نهفته است. همه بدن‌ها دور یک اسکلت می‌رویند. زندگی جامه‌ای است که مرگ را پوشانده است. من به رختخواب نخواهم رفت. (جیمز استفانز، ۱۹۱۲، کوزه‌ای پر از طلا، ص. ۱۶)

جهان‌های جدید بجای قدیم. (جیمز جویس، ۱۹۲۲، اولیس، ص. ۴۶۲)

نه یادگیری مهارت‌های ظریف کار عملی درمان ساده است و نه یادگیری میراث نظری پیچیده‌ای که این اقدامات بر آن استوار هستند. برخی از چالش‌های اصلی یاددادن، یادگرفتن و کار عملی خانواده‌درمانی، به‌خوبی در کلام اوبرایان، استفانز و جویس در آغاز این مقدمه ادا شده است. قطعاً نمی‌توان کل داستان خانواده‌درمانی را در یک کتاب با یک آغاز و یک پایان، فشرده ساخت. لذا شاید موقع خواندن این کتاب احساس کنید که این کتاب، خلاصه و فشرده چندین جلد کتاب است.

ایده اصلی خانواده‌درمانی بر این استوار است که بسیاری از فرایندهای انسانی مهم، شامل چرخه‌ای هستند که در آن، پایان در آغاز نهفته است. شما خواهید دید که این کتاب با بحث از چرخه زندگی شروع خواهد شد و همچنین خواهید دریافت که مفهوم چرخه‌ای بودن، یک خصوصیت اصلی مدل فرمول‌بندی من در دل این کتاب است.

خانواده‌درمانی بر بستر محکم امید استوار است. خانواده‌درمانی فقط درباره مشکلات نیست، بلکه بر موارد استثنای بدون مشکل هم متمرکز است. تنها منحصر به نقص‌ها و ناتوانایی‌ها نیست، بلکه بر ترمیم‌پذیری و تاب‌آوری و منابع و توانمندی هم متمرکز است. خانواده‌درمانی فرایندی است که طی آن، جهان‌های نوین و بهتری را به‌جای انواع قدیم آن جایگزین می‌کنیم.

این ویرایش دوم از کتاب خانواده‌درمانی، مفاهیم، فرایندها و اقدامات عملی، دارای همان ساختار، سبک و محتوای ویراست اول است، اما تعدادی بازنویسی مهم در آن رخ داده که باعث شده است برای دانشجویان ارشد و دکتری و درمانگران باتجربه و جهت تربیت درمانگران مفیدتر واقع شود.

• محتوا و ارجاعات در هر فصل، روزآمد شده است تا بتواند پیشرفت‌های مهم این ۶ سال گذشته از نشر اول را پوشش بدهد.

- یک فصل در مورد مدل‌های عملی یکپارچه به بخش اول، اضافه شده است.
 - نظریه و درمان مبتنی بر دل‌بستگی در بخش اول، به تفصیل بیشتری آمده است.
 - مدل فرمول‌بندی به بخش دوم افزوده شده است.
 - بخش سوم و چهارم از لحاظ مطالب نظری و تجربی جدید مربوط به هر یک از مشکلات کودکان و بزرگسالان ارائه شده در آن قسمت، بازنویسی شده است.
 - مرور تحقیقات در فصل ۱۸ روزآمد شده و با افزودن قسمتی در مورد عوامل رایج در درمان‌های اثربخش، بسط یافته است.
 - فصل آخر با موضوع منابع، بسط یافته و لیستی از سایت‌های مرتبط، قسمتی درباره اخلاق حرفه‌ای و یک سری تمرین عملی جهت مهارت‌ورزی در خانواده‌درمانی ارائه شده است.
- این کتاب تمام مزایایی را که باعث جلب نظر دانشجویان ارشد و دکتری و همچنین درمانگران باتجربه نسبت به ویراست اول بود را حفظ کرده است. این کتاب هم به‌عنوان یک کتاب درسی برای برنامه آموزش دانشجویان تحصیلات تکمیلی تخصص خانواده‌درمانی و هم به‌عنوان یک کتاب مرجع برای درمانگران در حال کار در این حوزه، مفید و موثر خواهد بود.
- در این کتاب، ارزیابی انتقادی مکاتب مهم خانواده‌درمانی، مدل عملی یکپارچه در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی و مثال‌هایی از چگونگی استفاده از این مدل در طیفی از مشکلات رایج کودکان و بزرگسالان، ارائه شده است. یافته‌های پژوهشی در مورد اثربخشی خانواده‌درمانی مرور شده و کاربردی این یافته‌ها در حوزه اقدامات شواهدبنیان خلاصه‌وار بیان شده است.
- اولین بخش این مجلد به ارزیابی انتقادی مکاتب اصلی خانواده‌درمانی می‌پردازد. مهم‌ترین سنت‌ها برحسب تمرکز عمده‌شان بر (۱) الگوهای رفتاری تداوم‌بخش مشکل؛ (۲) روایات و نظام باورهای مربوط به مشکل؛ و (۳) عوامل مستعد ساز تاریخچه‌ای، بافتاری و سرشتی، در سه گروه دسته‌بندی شده‌اند.
- مکاتب خانواده‌درمانی که بر نقش الگوهای تکرارشونده تعاملات خانوادگی، در ماندگاری رفتار مشکل‌دار تأکید دارند و حامی اقداماتی هستند که این الگوهای تعاملی مخرب را بشکنند عبارت‌اند از: رویکرد درمان کوتاه‌مدت ام آر آی، درمان راهبردی، درمان ساختاری، رویکرد رفتاری-شناختی و خانواده‌درمانی کارکردی.
- مکاتبی که بر مرکزیت روایات و نظام باورها به‌عنوان زیرساز الگوهای تعاملی تکراری، تأکید دارند عبارت‌اند از: سازه‌گرایی شخصی، خانواده‌درمانی سیستمی میلان، رویکرد خانواده‌درمانی سازه‌گرایی اجتماعی، درمان راه‌حل‌مدار و روایت‌درمانی.
- مکاتبی که بر نقش عوامل تاریخچه‌ای، بافتی و سرشتی اعضای خانواده در مستعد ساختن آنها نسبت به پذیرش نظام باورهای خاص و گیرافتادن در الگوهای تعاملی مشکل‌آفرین، تأکید دارند عبارت‌اند از: خانواده‌درمانی بین‌نسلی، سنن خانواده‌درمانی روان‌تحلیلی، رویکردهای مبتنی بر

دل‌بستگی، خانواده‌درمانی تجربه‌گرا، درمان چندسیستمی و رویکردهای روان-آموزشی (مبتنی بر آموزش‌های روان‌شناختی).

سامان‌دهی مکاتب خانواده‌درمانی از لحاظ تأکیدشان بر این سه بن‌مایه اصلی، امر کمک‌آموزشی مفیدی محسوب می‌شود، اما در عین حال، یک ساده‌انگاری نیز هست. چراکه اکثر مکاتب به هر سه موضوع می‌پردازند. با این حال این دسته‌بندی سه‌گانه آنها بر اساس میزان تأکید بیشترشان بر یکی از این سه موضوع صورت گرفته است و زمینه‌ای را فراهم کرده تا بتوان از طریق آن به رویکردهای یکپارچه رسید، همان‌طور که رویکرد یکپارچه معرفی شده در این کتاب، بر این دسته‌بندی استوار است.

مدل سه‌ستونه برای فرمول‌بندی مشکل و همچنین فرمول‌بندی استثنا (عدم مشکل) در بخش دوم کتاب آمده است. این مدل از سه موضوع دسته‌بندی مکاتب استفاده می‌کند تا در قالب آن، اطلاعات مربوط به مشکل را سامان‌دهی کند. در واقع اعتقاد بر این است که هر مشکل را با استفاده از مفاهیم مکاتب مختلف می‌توان فرمول‌بندی کرد و در آن این موارد را لحاظ کرد: (۱) الگوی تعاملات خانوادگی که باعث تداوم مشکل شده‌اند، مشخص می‌شود؛ (۲) روایات و باورهای محدودکننده و فشارآورنده که زمینه‌ساز نقش هر یک از اعضا در این الگوی تعاملی هستند، یک‌به‌یک اشاره اجمالی می‌شود؛ و (۳) عوامل سرشتی، بافتی و تاریخی‌های زمینه‌ساز این روایات و باورها در هر فرد مشخص می‌شود. به موازات این، می‌توان یک فرمول‌بندی مشابه برای توضیح چرایی عدم بروز مشکل در شرایط استثنا که مشابه موقعیت مشکل اما از جوانب مهم و اصلی از آن متفاوت است، ارائه داد.

با توجه به چنین فرمول‌بندی‌هایی، می‌توان طیفی از مداخلات مربوط به عوامل موجود در هریک از سه ستون فرمول‌بندی را بکار گرفت. برخی مداخلات اساساً در صدد هستند که الگوی رفتاری تداوم‌بخش مشکل را از کار بیندازند یا الگوی استثنای بدون مشکل را تقویت نمایند. هدف برخی مداخلات دیگر، کمک به اعضای خانواده است تا روایات و باورهای اسیرکننده خود را دوباره نویسی کنند و باورهای منعطف‌تر و آزادی‌بخش‌تر که زمینه‌ساز مواقع استثنای بدون مشکل است را رشد و توسعه دهند؛ و اما مداخلات دیگری هستند که می‌خواهند اثرات منفی عوامل سرشتی، بافتی و تاریخی‌های فرد را تعدیل و اصلاح نمایند، یا نقاط قوت فرد در این موارد را بیرون بکشند و بکار بگیرند. لذا با وجود پذیرش این نکته که این تقسیم‌بندی سه‌گانه مکاتب خانواده‌درمانی، خیلی ساده‌سازی شده است، اما واقعاً ساده‌سازی مفیدی بوده است، از این لحاظ که می‌تواند رویکردی منعطف، یکپارچه و منسجم به خانواده‌درمانی را برای ما فراهم آورد.

در بخش سوم این کتاب، به روش استفاده از این مدل یکپارچه سه‌ستونه در موارد درمان مشکلات رایج کودکان از قبیل کودک‌آزاری، مشکلات سلوک و مصرف مواد، پرداخته‌ام. کاربست این مدل درمانی در مورد مشکلات بزرگسالان از قبیل آشفتگی‌های زناشویی، افسردگی و اضطراب، مشکلات مصرف الکل و اسکیزوفرنی در بخش چهارم کتاب آمده است.

در بخش آخر شواهدی از اثربخشی خانواده‌درمانی و مداخلات مبتنی بر خانواده در طیفی از مشکلات کودکان و بزرگسالان ارائه شده و کاربردی این پژوهش‌ها جهت اقدامات شواهد-بنیان بیان شده است. همچنین منابع مفیدی برای تربیت درمانگر، اقدام به درمان و پژوهش ارائه شده است. با اینکه این کتاب با هدف مرجع بودن برای درمانگران با تجربه نوشته شد، اما به‌عنوان یک کتاب درسی برای تازه‌واردان حوزه خانواده‌درمانی و مشورت سیستمی نیز مفید خواهد بود. شاید من در سعی خود در جهت رساتر شدن ادبیات خانواده‌درمانی برای مخاطبان تازه‌وارد به این حوزه، زیادی جانب ساده‌سازی بسیاری از مفاهیم پیچیده را رعایت کرده باشم. امیدوارم درمانگران خبره این نقص را با دیده اغماض بنگرند. در انتهای فصول مربوط به نظریه، یک واژه‌نامه از اصطلاحات تخصصی آن آمده است. همچنین لیست منابع خواندنی بیشتر، شامل منابع اصلی ارجاعات هر فصل، فصول مروری مهم‌ترین کتاب‌های مرجع تخصصی و مقالات مهم چاپ شده، در دسترس است. مدل یکپارچه و رویکرد عملی آن که در این کتاب آورده‌ام، در دو بستر خاص، به وجود آمد. زمینه کاری برای این مدل، در بستر ۷ سال بین دهه ۱۹۸۰ تا اوایل ۱۹۹۰ وقتی در کلینیک خدمات ملی سلامت کودکان و خانواده انگلستان کار می‌کردم، به وجود آمد. در طی این دوره تأکید ملی بر همکاری بین متخصصان خدمات سلامت و همکاران آنها در حوزه آموزش و خدمات اجتماعی بود. همچنین بر همکاری فی‌مابین بخش‌های مجزای بیمارستانی خدمات دهنده به کودکان نظیر روان‌شناسی کودکان، روان‌پزشکی کودکان و پزشک متخصص کودکان، تأکید می‌شد. بعلاوه بسیاری از بیمارستان‌های خدمات ملی سلامت به‌طور خصوصی با هم تراست (اتحاد چند شرکت بزرگ مشابه) راه انداخته بودند. این عوامل جوی را به وجود آورد که به نفع ایجاد مدل‌های سنجش و مداخله‌ای بود که محدودیت زمانی داشتند، شبکه وسیع‌تری از متخصصان که کودک و درمانگر جزئی از آن بودند را لحاظ می‌کردند، به‌وضوح به فصول مشترک بین نقش‌های درمانگر و نماینده کنترل اجتماعی می‌پرداختند و اینکه ارزیابی و ممیزی آنها را می‌شد به طریقی نسبتاً عینی انجام داد. این مدل از سال ۱۹۹۲ تاکنون در انستیتو کلان ویلیامز دوبلین، برای استفاده در موارد مشکلات بزرگسالان و همچنین مشکلات کودکان بسط یافته است.

خیلی از ما درمانگران حوزه خانواده و مشورت سیستمی، در خلال پیشرفت کار خود به این نگاه رسیده‌ایم که یک "فرمول‌بندی درست" از مشکلات مراجع و استثنای بدون مشکل او و یک سری راه‌حل‌های درست مرتبط وجود دارد. در رویکردی که در دل این کتاب آورده‌ام، فرض بر این بوده است که فرمول‌بندی‌هایی که از صحبت با خانواده‌ها در مورد مشکل کنونی و استثنائات آن، پدید می‌آید، چیزی جز سازه‌های اجتماعی نیستند؛ پس از این جهت که چندین فرمول‌بندی مجزا برای توضیح هر مشکل یا استثنا امکان‌پذیر است، مهم است که معیاری داشته باشیم تا طبق آن، محاسن هر یک را قضاوت نموده، شایسته‌ترین را برگزینیم.

در رویکرد عملی ارائه شده در مدل من تنها معیار حسن یک فرمول‌بندی نسبت به دیگری،

"کارایی و سودمندی" آن در ارائه تنوعی از راهکارهای ممکن و مورد پذیرش خانواده، در نظر گرفته می‌شود. به خاطر تأکید این رویکرد بر ماهیت سازه اجتماعی بودن فرمول‌بندی مشکل و استثنای بدون مشکل و انتخاب کارایی و سودمندی به‌عنوان معیار برتری یک فرمول‌بندی نسبت به دیگری، می‌توان آن را در حیطه سنت سازه‌گرایی اجتماعی قرار داد.

درباره تصمیم بر سودمندی و کارایی فرمول‌بندی‌ها و مداخله‌ها، از درمانگران دعوت می‌شود تا نتایج تحقیقات آزمایشی درباره اثربخشی خانواده‌درمانی را ملاحظه نمایند. در واقع، یک مرور جامع از نتایج تحقیقات پرمایه خانواده‌درمانی در فصل ۱۸ ارائه شده است. به خاطر موضع سازه‌گرایی اجتماعی این کتاب و به خاطر ارائه نتایج تحقیقات جهت غنای اطلاعاتی کار بالینی، این کتاب هم مورد توجه درمانگران پست‌مدرن و هم درمانگران طرفدار شواهد تجربی خواهد بود.

در این رشته، تمایزی را با عنوان رده اول و رده دوم برای رویکردهای عملی قائل شده‌اند؛ رده اول، از سیستم‌های مشاهده شده به‌عنوان توجیه نظری مرکزی خود استفاده می‌کند و رده دوم، استعاره سیستم‌های مشاهده کننده را به‌عنوان چارچوب نظری اصلی خود در نظر می‌گیرد. رویکرد یکپارچه معرفی شده در این کتاب، در صدد برداشت محصول از هر دو حوزه است و در طلب یک استعاره بهتر شاید بتوان آن را "رویکرد خانواده‌درمانی یکپارچه رده سوم" نامید، گرچه من در مورد سودمندی چنین برجسب‌هایی اطمینان کافی ندارم.

آلن کار

دانشگاه دوبلین و انستیتو کلان ویلیامز دوبلین، ایرلند

اکتبر ۲۰۰۵

بخش اول

مفاهیم پایه در خانواده‌درمانی

فصل ۱

خانواده‌درمانی در طول مراحل "چرخه عمر"

از منظر شیوه مداخله‌ای که درمانگران به آن اعتقاد دارند نیز تفاوت‌هایی در بین دیدگاه‌های گوناگون وجود دارد. برخی از آنها علاقه‌مندند تا از همه اعضای خانواده برای شرکت در تمامی جلسات درمان دعوت کنند. برخی دیگر از طریق ملاقات‌های انفرادی به اعضای خانواده کمک می‌کنند تا بهتر بتوانند از عهده تعامل‌هایشان با سایر اعضا برآیند. در حالی که برخی دیگر در تلاشند تا خانواده‌درمانی را آن‌چنان گسترش دهند که شامل شبکه اجتماعی و حرفه‌ای گسترده‌ای که خانواده را احاطه کرده است نیز بشود؛ به گونه‌ای که می‌توان از عنوان "روش مبتنی بر دیدگاه سیستمی" برای اشاره به دیدگاه اخیر استفاده کرد.

نظریه‌های گوناگونی در حوزه خانواده‌درمانی وجود دارد. برخی از آنها بر نقش خانواده در زمینه‌سازی و مستعدسازی افراد برای ایجاد مشکلات یا تشدید و تسریع گرفتاری‌ها و سختی‌ها تأکید می‌کنند؛ در حالی که گروهی دیگر بر نقش خانواده در دوام مشکلات تمرکز دارند. با این حال تمامی درمانگرها با تأکید بر نقش مؤثر خانواده در درمان مشکلات موجود، با یکدیگر موافق هستند. به همین ترتیب می‌توان تنوع زیادی را بین آرای درمانگرها در مورد اهمیت نقش عوامل گوناگون - از قبیل الگوهای تعامل خانوادگی، نظام‌ها و روایت‌های اعتقادی خانوادگی و نیز عوامل سرشتی، بافتاری و تاریخی‌های - در سبب‌شناسی و استمرار مشکلات اعضای خانواده مشاهده کرد.

در زمینه پژوهشی، برخی از خانواده‌درمانگرها معتقدند که روش‌های پژوهش مطالعه موردی یا به عبارت دیگر پژوهش‌های کیفی توصیفی، شواهد کافی برای حمایت از کارآمدی خانواده‌درمانی در اختیار گذاشته‌اند. در حالی که برخی دیگر بر ضرورت استفاده از یافته‌های کمی حاصل از پژوهش‌های تجربی کنترل‌شده برای حمایت از اثربخشی

اصطلاح خانواده‌درمانی دربرگیرنده آن دسته از اقدامات درمانی متنوعی است که به مشکلات گوناگون "زیستی-روانی-اجتماعی" خانواده‌های مبتلا می‌پردازند. در درون این گستره وسیع به دیدگاه‌های متنوعی برمی‌خوریم که برای پرسش‌های زیر پاسخ‌های متفاوتی ارائه می‌دهند:

این که خانواده‌درمانی برای حل کدام دسته از مشکلات مناسب‌تر است؛ چه کسی این مشکلات را تعریف و تعیین می‌کند؛ روال عملی خانواده‌درمانی از چه تشکیل شده است؛ چه منطق نظری از این اقدامات عملی، پشتیبانی می‌کند و بالاخره اینکه برای اثبات اعتبار این فنون و اقدامات از چه نوع روش‌های پژوهشی می‌توان استفاده کرد.

برخی از خانواده‌درمانگرها معتقدند که تمام مشکلات بشری دارای زیربنای ارتباطی بوده و بنابراین خانواده‌درمانی در تمامی موارد قابل کاربرد است. برخی دیگر معتقدند که زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی برای مشکلات ارتباطی خاصی مناسب است و یا به‌عنوان روش مکمل دارودرمانی در شرایط خاصی نظیر اسکیزوفرنی هم قابل استفاده است. گروهی از خانواده‌درمانگرها معتقدند مشکلاتی که در طی درمان به آنها پرداخته می‌شود، دقیقاً به همان تعبیری است که از زبان مراجعان - والدین، فرزندان، زن و شوهرهای - در طلب یاری شنیده می‌شود. (و نیازی نیست که از واژه‌های تخصصی و طبقه‌بندی‌های حرفه‌ای برای تعریف مشکلات مذکور استفاده شود.) در حالی که گروهی دیگر از خانواده‌درمانگرها معتقدند که مشکلات، به بهترین وجه توسط افراد متخصص و در قالب اصطلاح‌های حرفه‌ای و تشخیص‌های روان‌پزشکی و یا در قالب وضعیت‌های قانونی نظیر "خانواده کودک‌آزار" و "خانواده در معرض خطر" یا "فرد الکلی در دوره رفتارسنجی و آزادی مشروط پس از ترک"، تعریف می‌شوند.

این‌ها موارد بسیار پیچیده‌ای هستند که کمابیش تمامی اعضای خانواده را درگیر می‌کنند یا بر آنها اثر می‌گذارند. همچنین برخی از این موارد می‌توانند بر سایر اعضای جامعه‌ای که خانواده جزئی از آن است نیز تأثیر بگذارند یا آنها را درگیر کنند. در برخی از مواردی که در بالا فهرست شد، سایر سازمان‌ها نظیر مدارس، بیمارستان‌ها، خدمات اجتماعی، ضابطین قضایی و دادگاه‌های نوجوانان هم ممکن است درگیر مسئله شوند.

خانواده‌درمانی یک نهضت روان‌درمانگری گسترده است که برای درک بهتر پیچیدگی‌هایی نظیر نمونه‌های بالا چهارچوب‌های مفهومی را فراهم می‌کند و شیوه‌هایی را برای مداخله بالینی جهت کمک به خانواده‌ها در مسیر حل مشکلات پیچیده‌شان در اختیار می‌گذارد. مفهوم چرخه زندگی مشخصاً چارچوب مفیدی را ارائه می‌دهد که در قالب آن می‌توان مشکلاتی را که قابلیت ارجاع به خانواده‌درمانی دارند را مفهوم‌سازی کرد. در این فصل الگوهای متعارف چرخه زندگی خانوادگی و فردی ارائه و توصیف خواهد شد. نقش جنسیتی و مسائل مربوط به فرهنگ و طبقات اجتماعی نیز مورد بحث قرار خواهند گرفت. هدف این فصل ترسیم برخی حوزه‌های مشکل‌آفرین است که شاید خانواده‌ها در طی چرخه زندگی خود با آن مواجه شوند و از خانواده‌درمانی برای رفع آنها کمک بگیرند.

چرخه زندگی خانوادگی

هر خانواده به‌عنوان نظام اجتماعی بی‌همتا، متشکل از اعضای است که عضویت آنها بر مبنای پیوندهای زیستی، قانونی، عاطفی، جغرافیایی و تاریخی استوار است. برخلاف سایر نظام‌های اجتماعی ورود به نظام‌های خانوادگی از طریق تولد، یا فرزندپذیری قانونی یا والد خواندگی موقت، یا ازدواج صورت می‌گیرد و خروج از آن فقط با مرگ ممکن می‌شود. هیچ‌گاه نمی‌توان تمامی پیوندهای خانوادگی را کاملاً قطع کرد. وانگهی اگرچه اعضای خانواده نقش‌های خاصی بر عهده دارند - که شامل وظایف تعریف‌شده‌ای مثلاً فراهم کردن غذا و سرپناه می‌باشد- اما برقراری ارتباط‌های داخل خانواده است که نقش اساسی و غیرقابل

خانواده‌درمانی بر حل مشکلات خاص افراد اصرار می‌ورزند. در این کتاب، یک دیدگاه جامع، "یکپارچه‌نگر" و رشدی در زمینه خانواده‌درمانی ارائه خواهد شد و این کار را با بحث در مورد آن دسته از مشکلات خانوادگی که در طی یک چرخه زندگی (از تولد تا مرگ) ممکن است برای افراد ایجاد شود، آغاز خواهد کرد. واقعیت این است که یک خانواده در طی همه مراحل چرخه زندگی می‌تواند با مشکل مواجه شود. به نمونه‌های زیر توجه کنید:

- کودک ۶ ساله‌ای که والدینش نمی‌توانند او را کنترل کنند و او خواهر کوچک‌ترش را از پله‌ها به پایین هل می‌دهد.
- دختر ۱۳ ساله‌ای که دوست ندارد غذا بخورد و بنابراین با کاهش شدید وزن مواجه است و والدینش را به شدت نگران کرده است.
- پسر ۱۹ ساله‌ای که معتقد است او را دارند مسموم می‌کنند و حاضر نیست داروهای ضد جنون مصرف کند.
- زوجین سی و چند ساله‌ای که دائماً با یکدیگر جروب‌بحث دارند.
- خانواده‌ای که حاصل ازدواج مجدد والدینی است که هر یک از آنها از ازدواج قبلی خود نیز فرزندان داشته‌اند و حالا نمی‌توانند در مدیریت رفتارهای غیرمنتظره و کلافه‌کننده فرزندان به‌خوبی عمل کنند.
- خانواده‌ای که پدر یا مادر را خیلی زود از دست داده و حالا دختر ۱۳ ساله آن از خانه گریزان است.
- خانواده‌ای که کودک خردسال آن دچار یک بیماری لاعلاج و در حال مرگ است و نمی‌خواهد توصیه‌های درمانی را رعایت کند.
- خانواده‌ای که دارای اصول ارزشی است و نوجوان آن تمایلات هم‌جنس‌خواهی نشان می‌دهد.
- خانواده‌ای که هر دو والد آن بیکار هستند و در مدیریت فرزندان خود بدون توسل به خشونت مشکل دارند.
- خانواده سیاه‌پوستی که در منطقه سفیدپوست‌نشین زندگی می‌کند و پسر ۱۶ ساله‌شان درگیر سوءمصرف مواد و عضو یک گروه بزه‌کار است.

رسیدن به استقلال هیجانی از خانواده اصلی ممکن است مشکلاتی روی دهد. این مشکلات ممکن است خود را به طرق گوناگون از جمله افسردگی، سوءمصرف مواد و اختلالات تغذیه نظیر بی‌اشتهایی عصبی و یا پرخوری عصبی آشکار کنند. مشکل در زمینه وابستگی اقتصادی نیز ممکن است در مواردی که جوانان کم سن و سال از ادامه تحصیل سرباز زده باشند یا فرصت‌های شغلی نیز در جامعه محدود باشد، بروز کند. در چنین موقعیت‌هایی است که گاه برخی از جوانان درگیر خلاف و بزهکاری می‌شوند.

مرحله پیدا کردن شریک زندگی

وظایف اصلی در سومین مرحله از الگوی چرخه زندگی خانوادگی، مربوط به انتخاب همسر و شریک زندگی و تصمیم برای ازدواج است. در بحثی که در این کتاب دنبال خواهد شد، هر جا که از واژه ازدواج استفاده شده، به هر شکل کلی از زندگی مشترک طولانی‌مدت اشاره دارد. آدامز (۱۹۹۵) انتخاب همسر را به‌عنوان یک فرایند پیچیده که شامل چهار مرحله اصلی است معرفی می‌کند. در نخستین مرحله یعنی "آغاز مراوده و ایجاد گرایش"، مردم از بین تعامل‌های موجود خود با دیگران یکی را انتخاب می‌کنند. در واقع کسانی را که از نظر جسمی برایشان جذاب و به لحاظ ارزش‌ها و علائق، هوشمندی، شخصیت و سایر ارزش‌های رفتاری و سایر مشخصه‌ها مشابه با خود تصور کنند را برمی‌گزینند. در مرحله دوم "آشنا شدن بیشتر" و در طی گفتگوهای خود افشاکنده‌ای که افراد در ملاقات‌هایشان با یکدیگر خواهند داشت به تدریج با هویت یکدیگر بیشتر آشنا شده، به مقایسه ارزش‌های خود و ارزش‌های طرف مقابل که حالا وقوف بیشتری نسبت به آنها پیدا کرده‌اند، خواهند پرداخت. اگر این مرحله به عمیق‌تر شدن گرایشی که در ابتدا در طرفین ایجاد شده بود منتهی شود، رابطه پیشرفت کرده، دوام خواهد یافت و در غیر این صورت ممکن است قطع شود. در سومین مرحله یعنی "ایجاد علاقه"، نوعی بررسی در مورد همساز بودن نقش‌ها و نیز میزان همدلی که طرفین می‌توانند با هم داشته باشند، انجام می‌شود.

جایگزین در نامیدن این نهاد به‌عنوان خانواده بر عهده دارد. با رواج آشکال جدید خانواده (نظیر خانواده‌های تک والدی، طلاق گرفته، زندگی جداگانه بدون طلاق و یا خانواده‌های حاصل از ازدواج مجدد)، تعریف محدود و قدیمی که از خانواده در دست بود، قابلیت اطلاق خود را به تنوع موجود از دست داده است (والش، ۲۰۰۳؛ پارک، ۲۰۰۴). در حال حاضر اگر به خانواده به‌عنوان شبکه‌ای از روابط انسانی بین کسانی نگریسته شود که در یک محیط نزدیک و بلافصل اجتماعی - روانی با یکدیگر زندگی می‌کنند، بیشتر قابل استفاده خواهد بود. این افراد می‌توانند شامل کسانی باشند که به‌طور مستقیم در محیط خانواده حضور دارند. در عین حال سایر کسانی که ممکن است نقش مؤثری بر زندگی فرد ایفا کرده، لیکن به‌طور مستقیم در خانواده حضور نداشته باشند را نیز شامل می‌شود؛ برای مثال، پدر یا مادر و یا همسری که پس از طلاق از محیط روزمره خانواده خارج شده است ولی فرزندان هنوز با او ارتباط منظمی دارند، یا والدخوانده‌هایی که گهگاه حمایت‌های مالی می‌کنند، یا مادر بزرگی که نگهداری غیررسمی روزانه بچه‌ها را بر عهده گرفته‌است و نظایر آن. در کار بالینی اولین مسئله مورد توجه، بررسی میزان تأثیر این شبکه بر تأمین نیازهای فرد است.

مرحله جدا شدن از خانه

علیرغم محدودیت‌های الگوی سنتی ساختار خانواده، باید متذکر شد که مفیدترین الگوی در دسترس برای بررسی چرخه زندگی فرد در خانواده، در نظر گرفتن خانواده هسته‌ای به‌عنوان شکل بهنجار و شکل‌های دیگر زندگی خانوادگی به‌عنوان انحرافی از این هنجار است (کارتز و مک‌گولدریک، ۱۹۹۹).

یک نمونه از چنین الگویی را در جدول ۱-۱ مشاهده خواهید کرد. این الگو وظایف رشدی اصلی هر دوره از زندگی را که خانواده باید بتواند آنها را در هر مرحله از تحول خود انجام دهد، معین کرده است. در دو مرحله نخست، مسئله اساسی بر فرایند تمایز یافتن از خانواده اصلی طی اتمام مدرسه، برقراری روابط خارج از محیط خانواده، ادامه تحصیل و دوره‌های حرفه‌آموزی و بالاخره شاغل شدن متمرکز است. طی این دو مرحله، در زمینه

جدول ۱-۱: مراحل اصلی چرخه زندگی فرد در خانواده

مرحله	وظیفه
مرحله زندگی با خانواده اصلی	برقراری و حفظ رابطه با والدین، همشیره‌ها و همسالان تکمیل دوران مدرسه
مرحله مستقل شدن	تفکیک و تمایز خویشتن از خانواده اصلی و برقراری رابطه بالغ- بالغ با والدین ایجاد روابط صمیمانه با همسالان شروع اشتغال
مرحله پیش ازدواج	انتخاب و آشنایی با شریک زندگی برقراری رابطه نزدیک تر برای بررسی بیشتر تصمیم‌گیری برای ازدواج.
مرحله زناشویی پیش از فرزنددار شدن	ایجاد و استقرار روش واقع‌گرایانه جدید برای ادامه زندگی به جای فراقنی‌های متقابل قبلی بازآرایی روابط با خانواده اصلی و دوستان با همراهی همسر
مرحله فرزنددار شدن	ایجاد فضای جدید در روابط زناشویی به‌گونه‌ای که آماده پذیرش فرزند شوند پذیرش نقش‌های والدی بازآرایی روابط خانوادگی به‌گونه‌ای که والدین بتوانند نقش‌های جدید پدربزرگ-مادربزرگی را بپذیرند کودک برقراری رابطه با همسالان خود را فرابگیرد.
مرحله نوجوان‌داری	تغییر روابط والد-کودک به‌گونه‌ای که به نوجوان، اجازه استقلال و خودگردانی بدهد. تغییر روابط زوجین حول محور مسائل شغلی و زناشویی دوران میان‌سالی مسئولیت‌پذیری بیشتر در قبال مراقبت از خانواده منشأ (پدر و مادر).
مرحله راهی کردن فرزندان	کوشش برای حل مسائل مربوط به دوران میان‌سالی. مذاکره با فرزندان که بزرگ شده‌اند در جوی حاکی از وجود رابطه بالغ با بالغ. سازگار شدن با شرایط متعاقب تبدیل شدن مجدد والدین به یک زوج تنها (با ازدواج و رفتن فرزندان) آماده شدن برای پذیرش عروس و داماد و نوه‌ها. مواجه شدن با بیماری، ناتوانی و مرگ والدین. سازگاری با افت قابل توجه قوای جسمی.
مرحله زندگی سالمندی	آماده شدن برای پذیرش نقش محوری‌تر فرزندان در بقای خانواده. اهمیت دادن به تجارب و خرد دوران سالمندی. مواجه شدن با پدیده‌های ناخوشایند مرگ همسر و همسالان. آماده شدن برای مرگ، بازبینی زندگی و انسجام هویت.

منبع: برگرفته از کاتر و مک‌گولدبریک (۱۹۹۹). "چرخه زندگی" به‌طور مبسوط. دیدگاهی فردی، خانوادگی و اجتماعی، چاپ سوم. بوستون: آلان و بیکن.

و ویژگی آن یکپارچه‌سازی این سنت‌ها از طریق ادغام هنجارها، ارزش‌ها، قوانین، نقش‌ها و عادات روزمره در قالب سنتی جدید و مشترک است را آغاز می‌کنند. تصمیم‌گیری‌های مربوط به این فرایند، اغلب کار ساده‌ای نیست و نامزدها ممکن است در طی آن به یاری‌گرفتن از مشاوران خانواده و ازدواج برای غلبه بر پیچیدگی‌های آن نیاز پیدا کنند.

از هنگامی که پیوند و اتصال نقش‌ها و نیز همدلی دوطرفه شروع به رشد کند، زوجین مشکلات و تنش‌های حاصل از با هم ماندن را بر جدا شدن از هم ترجیح می‌دهند. اگر کشش موجود در طرفین به اندازه کافی عمیق شده باشد و مانعی قوی در برابر نیروهای جداکننده‌شان احساس کنند، قوام و انسجام رابطه شکل می‌گیرد. در مواردی که نامزدها رابطه را ادامه دهند و یکدیگر را در جریان سنت‌های خانوادگی خود قرار دهند، مرحله چهارم یعنی "ازدواج" که

مرحله ازدواج و زندگی مشترک

در چهارمین مرحله از دوره زندگی خانوادگی، نامزدها باید بتوانند روال یک زندگی مشترک را پایه‌ریزی کنند. در این مرحله آنها به جای "فراق‌کنی‌های متقابل" یا همان نسبت دادن صفات و نظرات ایده‌آل گرایانه و دور از واقعیت به یکدیگر که زیربنای ارتباط آنها در ابتدای مرحله شیفتگی بود، می‌بایست بتوانند ارتباط متقابلی را پایه‌ریزی کنند که بر ارزیابی واقع‌بینانه‌ای از نقاط قوت، نقاط ضعف و ویژگی‌های فردی طرف مقابل مبتنی باشد. کنار آمدن با مسئله محو تدریجی این سیستم فراق‌کنی‌های متقابل که مشخصه اصلی دوران شیفتگی در مراحل اولیه روابط صمیمانه محسوب می‌شود (و خداحافظی با ماه‌عسل و مواجه شدن با واقعیت زندگی مشترک)، یکی از وظایف اصلی این دوره بوده که برای بسیاری از همسران بسیار استرس‌زا خواهد بود؛ به گونه‌ای که می‌تواند باعث مراجعه آنها به خدمات مشاوره زناشویی و یا مشاوره خانواده شود (سیوج، شارف و باگینی، ۲۰۰۲).

عوامل بافتی مرتبط با رضایت زناشویی

در یک مطالعه گزارش شد که عوامل جمعیت‌نگاری زیر با رضایت زناشویی در ارتباط است (نیومن و نیومن، ۲۰۰۳).

- سطح تحصیلی بالاتر
- سطح اقتصادی - اجتماعی بالاتر
- شباهت بین علائق، هوش و شخصیت همسران
- در مراحل ابتدایی یا انتهایی چرخه زندگی خانوادگی بودن
- سازگاری جنسی
- و برای زنان، ازدواج در سنین بالاتر

سازوکار دقیق نحوه ارتباط این عوامل با میزان رضایت زناشویی کاملاً شناخته شده نیست. با این وجود برخی فرض‌ها را می‌توان محتمل دانست. برای نمونه وضعیت خوب اقتصادی و اجتماعی و میزان تحصیلات بالا ممکن است به این دلیل با سازگاری همسرانه بهتر ارتباط داشته باشد که می‌توان آن را حاکی از وجود مهارت‌های بهتر حل مسئله و نیز کمتر بودن نسبی فشارهای روانی مزمن زندگی نظیر پرجمعیتی و کمبود مکان مناسب برای افراد خانواده دانست. یا مثلاً علی‌رغم اعتقاد عمومی مبنی بر اینکه تضاد جذاب است، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که وجود

شباهت در طرفین شاید به این دلیل با میزان رضایت از زناشویی آنها همبستگی مثبت بیشتری داشته باشد که افراد مشابه بهتر می‌توانند با یکدیگر همدلی نمایند و علائق مشترک خود را دنبال کنند. کمترین مقدار رضایتمندی زناشویی در طی دوران فرزندپروری و بیشترین حد آن مربوط به قبل از تولد بچه‌ها و یا پس از آنکه آنها خانه را ترک می‌کنند مشاهده می‌شود. در طی این دوره‌ها این احتمال وجود دارد که خشونتی بیشتر زناشویی به خاطر آن باشد که والدین می‌توانند زمان و نیروی بیشتری را صرف پیگیری علائق مشترک نمایند و نیز تعارض‌های احتمالی کمتری در نحوه مدیریت مسائل بچه‌ها تجربه کنند. بیشتر مطالعات حاکی از وجود تفاوت‌های گسترده در تعداد برقراری روابط جنسی بین زوج‌های مختلف است. با این وجود همین گزارش‌ها تأکید دارند آنچه که بر رضایتمندی زناشویی تأثیر تعیین‌کننده‌تر دارد، نحوه هماهنگی و سازگاری جنسی است و نه تعداد دفعات آن. گاهی اوقات ممکن است همسران در طلب راه‌هایی برای کاهش نارضایتی زناشویی و مشکلات جنسی نزد مشاوران خانواده و یا مشاوران زناشویی مراجعه کنند.

ارتباط بین نظام باورها و الگوهای تعامل با رضایتمندی زناشویی

مطالعه نظام باورها و الگوهای تعامل زن و شوهرهایی که از سازگاری زناشویی خوبی برخوردار هستند، حاکی از وجود خصیصه‌های مشخص و متمایز در آنها بود (گورمن و جاکوبسون، ۲۰۰۲؛ گانمن و نوتاریوس، ۲۰۰۲)، از جمله:

- احترام
- پذیرش
- اسناد رفتار مثبت همسر به خصلت و ذات او
- تعامل‌های مثبت بیشتر نسبت به تعامل‌های منفی
- متمرکز کردن تعارض‌ها بر روی موضوعات مشخص و خاص
- اصلاح سریع روابط مختل شده
- توجه به نیازهای صمیمیت و قدرت

در زوج‌هایی که سازگاری خوبی با یکدیگر دارند، این تمایل وجود دارد که رفتارهای مثبت شریک زندگی خود را بیش از آنکه به عوامل موقعیتی نسبت دهند، ناشی از ویژگی‌های خصلتی او می‌دانند. به عنوان مثال به تفاوت دو نوع اسنادی

که در اظهارنظرهای زیر نهفته است دقت کنید. "او به من کمک کرد زیرا آدم مهربانی است"، نه این که "او به من کمک کرد زیرا در آن موقع بی‌کار بود". در این گونه زوج‌ها نسبت مراددهای مثبت به منفی، پنج به یک است (گاتمن، ۱۹۹۳). به گونه‌ای که اگر هم در میانشان اختلاف‌نظری پیش آید در مقابل آن، پنج مورد توافق نظر دیده می‌شود. وقتی زوج‌های سازگار دچار عدم توافق می‌شوند، سعی می‌کنند تا به جای آنکه آن را تبدیل به انتقادهای کلی یا توهین نمایند، موضوع اختلاف را به موقعیت خاص و معینی محدود کنند. این نوع رفتار منعکس‌کننده نگرش کلی حاکی از احترام به طرف مقابل در زوج‌های خشنود و سازگار است. این گروه از زوج‌ها تمایل دارند تا به سرعت گسست موجود در رابطه‌شان را که حاصل وجود تعارض بوده است اصلاح کنند و اجازه نمی‌دهند تا وهله‌های طولانی قطع ارتباط، قهر، اوقات تلخی یا لجبازی در بینشان روی دهد. برخی مواقع این گونه زوجین بر سر عدم توافق، توافق می‌کنند؛ یعنی قبول می‌کنند که متفاوت از هم‌اند. این فرایند خاص بازتابی از دیدگاه پذیرش است. در مقابل، زوج‌های پرتنش در روابط بین‌فردی خود، در بسیاری از حوزه‌هایی که در بالا فهرست شد مشکل دارند و این ممکن است خود را در عدم توافقی‌های متعدد در مورد نحوه ارتباط و صمیمیت از یک سو و موازنه قدرت یا ساختار نقش‌ها در رابطه از سوی دیگر نشان دهد. در زمینه صمیمیت معمولاً مردها نیازمند حفظ فاصله روانی بیشتری هستند؛ اما زن‌ها بر صمیمیت روانی تأکید بیشتری دارند. از منظر نیازهای وابسته به قدرت، مردها معمولاً دوست دارند قدرت و منافع نقش‌های جنسیتی سنتی را حفظ کنند، در حالی که زن‌ها بیشتر به دنبال روابط تساوی‌طلبانه هستند. چنین عدم توافقی‌هایی می‌تواند باعث مراجعه زوج‌ها به متخصصین مسائل زناشویی شود. در زوج‌های سازگار، هر دو نیاز صمیمیت و قدرت در رابطه زوجین به اندازه کافی برای آنها برآورده می‌شود و زوجین این ظرفیت را دارند که اگر احساس کنند ارضای نیازهای مذکور با موانعی مواجه شده است، در مورد رفع آن با یکدیگر به گفتگو و مذاکره بپردازند.

انواع سبک زناشویی

فیتزپاتریک و گاتمن با استفاده از پرسشنامه و روش

مشاهده، سه نوع ازدواج باثبات را شناسایی کرده‌اند. من (مولف) برای روابط زناشویی حاصل از این سه نوع سبک زناشویی، نام‌های (۱) زوج‌های سنتی، (۲) زوج‌های تساوی‌طلب، و (۳) زوج‌های اجتناب‌گر را برگزیده‌ام. ویژگی‌های این سه نوع سبک زناشویی در قسمت اول جدول شماره ۲-۱ خلاصه شده است. زوج‌های سنتی نقش‌های جنسیتی و سبک زندگی رایج را پذیرفته‌اند و برای حل تعارض‌ها از روش غیرمستقیم و اصطلاحاً بدون جاروجنجال استفاده می‌کنند. زوج‌های اصطلاحاً تساوی‌طلب در تلاش جهت ایجاد نقش‌های برابر می‌کوشند تا برای حل تعارض‌ها از شیوه فعال و مستقیم یا اصطلاحاً پر جاروجنجال استفاده کنند. زوج‌های اجتناب‌گر نقش‌های سنتی را پذیرفته‌اند ولی زندگی موازی با یکدیگر را پیشه کرده، از توجه و رسیدگی به نقاط تعارض در روابط با یکدیگر اجتناب می‌کنند. در مطالعه گاتمن دو نوع سبک زناشویی بی‌ثبات نیز شناسایی شده‌اند. در جدول شماره ۲-۱ این دو نوع زناشویی با نام زوج‌های "سنتیزه‌گر" و زوج‌های "کاملاً بی‌اعتنا به هم" معرفی شده‌اند. اولین گروه به وجود تعارض در بین رابطه توجه می‌کنند و وارد ستیز می‌شوند، اما به دنبال حل مشکل نبوده و بیشتر به تخریب یکدیگر می‌پردازند. در حالی که گروه دوم جهت پیشگیری از درگیری اصولاً از برقراری مراددهای روزمره با یکدیگر اجتناب کرده و در نوعی سکوت و بی‌تفاوتی کامل، یکدیگر را تحمل می‌کنند. گاتمن دریافت که در سه نوع زناشویی باثبات، نسبت مراددهای کلامی مثبت به منفی برای حل تعارض‌ها ۵ به ۱ بوده است؛ در حالی که این نسبت برای زناشویی‌های بی‌ثبات تقریباً ۱ به ۱ گزارش شده است. مطالعات گاتمن و فیتزپاتریک بر این حقیقت تأکید ویژه دارد که الگوهای روابط زناشویی پایدار و باثبات بسیار متعدد هستند. یافته‌های آنها بر اهمیت پرداختن زوجین به تعارض‌ها (با هدف حل آنها) به جای سکوت و نادیده گرفتنشان تأکید کرده است. توجه به نکات منفی یکدیگر زمانی تأثیر مخرب خواهد داشت که نسبت آن با توجه مثبت، بیش از یک به پنج باشد. در واقع منفی‌گرایی معتدل آن‌گونه که در بالا توصیف شد، حتی می‌تواند تأثیر مفیدی در ایجاد و رشد درک اجتماعی متقابل داشته و به این ترتیب در برقراری تعادل بین نیاز به صمیمیت و نیاز به اعمال قدرت مفید باشد و حتی به حفظ جذابیت رابطه در درازمدت یاری رساند.

جدول شماره ۲-۱: انواع سبک زناشویی بر اساس تقسیم‌بندی فیتز پاتریک و گاتمن

ثبات	نوع	ویژگی
با ثبات	زوج‌های سستی	نقش‌های جنسیتی سنتی را پذیرفته‌اند. اهداف فردی تحت تأثیر اهداف خانوادگی قرار دارد. برای زندگی روزانه برنامه منظم دارند. هر یک از آنها فضا یا امکانات اختصاصی در محیط منزل ندارند. احساسات مثبت و منفی خود را با رعایت اعتدال ابراز می‌کنند از درگیر شدن در تعارض‌های کم‌اهمیت اجتناب می‌کنند. به تعارض‌های مهم موجود در بین خود (با هدف حل کردن آنها) رسیدگی می‌کنند. در آغاز حل تعارض، هر یک از آنها به حرف‌های طرف دیگر گوش می‌دهد و موقعیت او را همدلانه درک می‌کند. تلاش برای متقاعد کردن دیگری، پس از گوش دادن کافی به نظر او صورت می‌گیرد.
	زوج‌های تساوای طلب	نقش‌های جنسیتی مساوات‌گرا را پذیرفته‌اند. اهداف خانوادگی تحت تأثیر اهداف فردی قرار دارند. برای زندگی روزانه برنامه منظم و قابل پیش‌بینی خاصی ندارند. هر یک از آنها در محیط منزل، فضا یا امکانات خصوصی برای خود قائل هستند که دیگری بدون اجازه نمی‌تواند از آنها استفاده کند. در بیان احساسات مثبت و منفی خود چندان پایبند اعتدال نیستند. ترجیح می‌دهند در مورد مسائل فی‌مابین دائم سروکله بزنند. از همان ابتدای اختلاف‌نظر بدون تلاش برای گوش دادن به یکدیگر به دنبال اثبات دیدگاه خود و متقاعد کردن دیگری هستند. نسبت به یکدیگر احساس‌های مثبت و منفی متعددی دارند.
بی‌ثبات	زوج‌های استیزه‌گر	نقش‌های جنسیتی سنتی را پذیرفته‌اند فضای زندگی جداگانه‌ای در خانه‌شان دارند از هرگونه تعارض اجتناب می‌کنند مهارت‌های حل تعارض آنها خیلی ضعیف است هنگام تعارض، مورد خود را بیان می‌کنند، اما برای متقاعد کردن یکدیگر و یا مصالحه تلاشی نمی‌کنند. در مقایسه با ارزش‌ها و زمینه‌های مشترک و مورد توافق، اختلاف‌نظرهای موجود با یکدیگر را بی‌اهمیت جلوه می‌دهند مکالمات مربوط به تعارض، خالی از هیجان است. به تعارض‌های خود می‌پردازند اما هیچ‌گونه تلاش سازنده‌ای برای حل آنها نمی‌کنند. سرزنش‌های مداوم، ذهن‌خوانی و جبهه‌گیری (تدافعی رفتار کردن) از ویژگی‌های اصلی تعامل‌های آنها است. ابراز هیجان‌های منفی در آنها بسیار بالا و ابراز هیجان‌های مثبت خیلی اندک است. الگوی تعاملی رایج در آنها جنگ‌و‌گریز است.
	زوج‌های بی‌اعتنا به یکدیگر	از درگیری و تعارض اجتناب کرده و مهارت‌های حل تعارض آنها نیز بسیار ضعیف است. دوره‌های کوتاه سرزنش‌گری، ذهن‌خوانی و جبهه‌گیری در تعامل‌های آنها دیده می‌شود. ابراز هیجان‌های منفی در آنها بسیار کم است و ابراز احساسات مثبت ندارند. الگوی تعامل آنها از نوع کناره‌گیری-کناره‌گیری است.

منبع: برگرفته از گاتمن (۱۹۹۳). نقش درگیری در تعارضات، تشدید تعارضات و اجتناب از تعارضات در تعامل‌های زناشویی: یک مطالعه طولی در مورد پنج نوع زناشویی. نشریه روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۵-۶۱، ۶ و فیتز پاتریک (۱۹۸۸). رابطه بین زنان و شوهران در زناشویی، نیو بوری پارک، سی‌ای: سیج.

خسونت در ازدواج
خانوادگی روی می‌دهد (تحقیق پیمایشی جرم در بریتانیا، ۲۰۰۰). در آمریکا هر سال ۱۲٪ از همسران خسونت‌های

در انگلیس حدود ۲۳٪ خسونت‌های بدنی در روابط

زناشویی جدی تجربه می‌کنند (استراس و گلس، ۱۹۹۰). خشونت خانوادگی یک پدیده چندعاملی محسوب می‌شود که در آن، ویژگی‌های شخصیتی شخص آزارگر و شخص قربانی، نوع رابطه زناشویی و نیز ویژگی‌های بافت اجتماعی وسیع‌تری که رفتار در آن بروز کرده در وقوع، دوام و تکرار چرخه آزارگری، مؤثر گزارش شده است (فرداد، ۱۹۹۰؛ هولتزورث-مونرو، میهان، ریحمان و مارشال، ۲۰۰۲). معلوم شده است که عواملی نظیر وجود سابقه بد رفتاری نسبت به شخص، پرخاشگری شدید به عنوان یک صفت شخصیتی، نگرش‌های محافظه‌کارانه شدید، اعتقاد به نقش‌های جنسیتی سنتی، عزت‌نفس پایین، ضعف مهارت‌های اجتماعی، افسردگی، اختلال شخصیت ضداجتماعی، سوءمصرف الکل و حسادت بیمارگونه، همگی از ویژگی‌های افراد آزارگر است. به نحو قابل‌درکی قربانیان این رفتارها هم افرادی مقابله‌به‌مثل کننده و انتقام‌جو می‌شوند و خود نیز از خشونت‌های کلامی و بدنی برای حل تعارض با دیگران استفاده می‌کنند. اکثریت زوج‌هایی که برای درمان خشونت‌های خانوادگی مراجعه می‌کنند اطلاع داده‌اند که هر دو نفرشان در کودکی قربانی خشونت‌های جسمی یا روانی بوده‌اند. البته مطالعات نشان داده‌اند که عوارض این خشونت‌ها بر روی زن‌ها بیشتر از مردها است. زناشویی‌هایی که در آنها خشونت خانوادگی روی می‌دهد معمولاً با مواردی مثل سابقه جدایی‌های متعدد، کم‌تعهدی و نیز رضایت زناشویی اندک از سایرین متمایز می‌شوند. عموماً در این خانواده‌ها تعارض جدی در مورد نحوه ابراز صمیمیت به یکدیگر در بین زن و شوهر وجود دارد، خانم‌ها معمولاً نیاز به صمیمیت روانی بیشتر و آقایان نیاز به صمیمیت بدنی بیشتری دارند. ولیکن طرفین قادر نیستند تا به گونه‌ای مؤثر برای برقراری تعادل بین این نیازهای متقابل خود بکوشند. در شکایت‌های خانم‌ها معمولاً نارضایتی از میزان و نحوه ارتباط کلامی و ابراز همدلی و در آقایان معمولاً نارضایتی جنسی از همسر مشاهده می‌شود. در عین حال تعارض‌هایی نیز در زمینه اعمال قدرت (قابلیت تأثیرگذاری بر زندگی روزمره‌م) در بین این زوج‌ها رایج است. خانم‌ها از جایگاه برتر زن در خانواده و آقایان از نقش‌های برتر مردانه در زندگی مشترک دفاع

می‌کنند. بسیاری از اختلافات زناشویی بر سر پول است و این نشان دهنده اختلاف بر سر قدرت است. ضعف شدید در مهارت‌های برقراری ارتباط متقابل و مهارت‌های مذاکره، ویژگی دیگر این زوج‌هاست. لذا آنها نمی‌توانند به نحو مؤثری به تعارض‌هایشان در مورد نحوه ابراز صمیمیت و نیز نیاز به قدرت و تأثیرگذاری در زندگی پرداخته و با هم در مورد آنها به توافق و برقراری نوعی تعادل برسند. به دلیل "ضعف در مهارت‌های گفتگو درباره خواسته‌هایشان از یکدیگر"، شرکای زندگی به تدریج شروع به نتیجه‌گیری‌های ذهنی منفی، حدس زدن نیات دیگری و فرضیه‌سازی‌های غیرواقعی‌بینانه در مورد منظور و هدف طرف مقابل کرده و سپس واکنش خود به رفتارهای طرف مقابل را بر اساس همین فرض‌های ذهنی بروز می‌دهند. بدیهی است که این رفتارها بیش از آنکه به افزایش درک متقابل منتهی شود، به سرزنشگری متقابل می‌انجامد. علاوه بر اینها این زوج‌ها معتقدند که بحث و گفتگوهای دوطرفه باید لزوماً به پیروزی یکی و تسلیم دیگری ختم شود؛ بنابراین می‌کوشند تا با شدت بخشیدن به دعوا و ستیزه، شرایط را به گونه‌ای به وجود آورند که به هر قیمتی ممکن برنده نهایی میدان به حساب آیند. این‌گونه زوج‌ها به جای استفاده از الگوی برنده-برنده در حل تعارض‌های خود به دنبال الگوی برنده-بازنده هستند و بجای استفاده از روش‌های پایدار و توأم با حسن نیت می‌کوشند تا از سیستم تلافی و گروکشی‌های کوتاه‌مدت برای حل تعارض‌ها و رسیدن به اهداف استفاده کنند. به این ترتیب آنها برای کنترل یکدیگر به جای استفاده از تشویق، به استفاده از تنبیه روی می‌آورند.

این سبک ارتباطی مخرب تحت تأثیر شرایط زمینه‌ای خاص موجود در محیط پیرامونی خانواده می‌تواند به بروز رفتارهای خشن و آسیب‌رسان نیز منتهی شود. خشونت در مواردی که زوج‌ها در محیطی تنگ و پزدحام زندگی کنند، بی‌کار، فقیر و دارای تحصیلات پایین باشند، از اجتماع منزوی شده و درگیر رخداد‌های سخت و فشار آور زندگی باشند، احتمال بروز بیشتری پیدا می‌کند. در شرایط زندگی در تنگنا، فقر و بی‌کاری، زوج‌ها از ترس از دست دادن اندک امکانات باقی‌مانده اجتماعی می‌کوشند تا از درگیر شدن با بی‌عدالتی و نارسایی‌های اجتماع سر باز بزنند و در عوض

است. عمده‌ترین نیازهای کودک:

- امنیت و سلامت
- توجه و مراقبت
- کنترل
- تحریک هوشی

ایجاد این روال، فرآیندی پیچیده است. نارسایی در پاسخ به هر یک از نیازهای مذکور می‌تواند به مشکلات ویژه‌ای منتهی شود که هر یک از آنها می‌تواند عاملی برای مراجعه به خانواده درمانگر باشد (ردرو همکاران، ۲۰۰۴). روال و عادات رفتاری که ضروری است تا به منظور پاسخ دادن به نیاز امنیت بچه‌ها ایجاد شود، شامل حفاظت بچه‌ها در مقابل سوانح است، مثلاً تنها نگذاشتن بچه‌ها در موقعیتهایی که بالقوه خطرناک به نظر می‌رسد. همچنین شامل آموختن مهارت‌های لازم برای مدیریت ناکامی و خشمی است که هر پدر یا مادری به‌طور طبیعی آن را در سروکله زدن با کودکان تجربه خواهند کرد. ناکامی در ایجاد چنین روالی می‌تواند باعث آسیب دیدن اتفاقی و یا مصادیق عمده کودک‌آزاری شود. مهارت‌های لازم برای فراهم کردن غذا و سرپناه، ارضای نیازهای دل‌بستگی، همدلی، درک و حمایت هیجانی از کودک می‌بایست در والدین ایجاد شده باشد تا آنها بتوانند از عهده مراقبت مطلوب از او برآیند. شکست در کسب این مهارت‌ها و ناتوانی در برنامه‌ریزی درست می‌تواند به ایجاد مشکلات هیجانی متعددی منتهی شود. توانایی وضع قواعد و محدودیت‌های واضح و شفاف برای زندگی روزمره بچه‌ها، نظارت بر اینکه کودکان انتظارات مذکور را رعایت کنند و توانایی ارائه پاداش به پیروی از قوانین و نیز محرومیت‌هایی برای سرپیچی از قوانین، از جمله توانایی‌های ضروری برای پاسخ به نیاز کودکان برای کنترل شدن است. بسیاری از مشکلات رفتاری وقتی بروز می‌کند که برنامه و روال معینی برای پاسخ به نیازهای اساسی کودک وجود نداشته باشد. شرکت در بازی‌های والد-کودک و نیز گفتگوهای مناسب روزمره با آنها از جمله ضروریات تحریک رشد هوشی متناسب با سن کودکان بمنظور پیشگیری از بروز تأخیر در رشد هیجانی، زبانی و هوشی آنها محسوب می‌شود.

تنش و عصبیت ناشی از سرخوردگی‌های اجتماعی را در رابطه بین فردی با همسر خود تخلیه بکنند. زوج‌های تحصیل کرده‌تر، از مهارت‌های گفتگوی کارآمدتری برای پیشگیری از تشدید تعارض‌ها استفاده می‌کنند. گوشه‌گیری از اجتماع باعث افزایش فشار روانی و کاهش حمایت‌های اجتماعی می‌شود. این فشارها ممکن است به افزایش تیدگی و بنابراین افزایش خطر بروز خشونت منتهی شود. به همین ترتیب خانواده‌های آزارگر ممکن است خود را از اجتماع کنار بکشند و به این ترتیب رفتار آزارگری آنها از چشم دیگران پنهان بماند. تغییرات اساسی در زندگی می‌تواند در برخی خانواده‌ها باعث افزایش انسجام و در گروه دیگری از خانواده‌ها به افزایش تعارض منتهی شود. تغییر منزل، تولد کودک جدید و ورشکستگی، نمونه‌هایی از شرایط انتقالی در زندگی هستند که ممکن است به وقوع خشونت در بین زوجین منتهی شود. خانواده‌درمانی در مورد زوج‌هایی که درگیر رفتارهای خشونت‌آمیز هستند، بر ارزیابی میزان خطر و نیز کمک به شرکای زندگی برای استفاده از رفتارهای جانشین خشونت تأکید دارد (کوپر و ورت، ۲۰۰۵؛ هولتزورت-مونرو و همکاران، ۲۰۰۲). استفاده از روش درمان گروهی با حضور چند زوج به‌عنوان یک فن تازه ابداع شده برای کمک به این زوجین بسیار مؤثر گزارش شده است (اسمیت، مک کولوم، روزن، لاک و گولدربرگ، ۲۰۰۵).

مرحله فرزند دار شدن

در پنجمین مرحله از دوره زندگی خانوادگی وظایف اصلی خانواده عبارت است از ایجاد قابلیت در همسران برای اینکه بتوانند نقش‌ها و رابطه خود را به‌گونه‌ای تطبیق دهند که ظرفیت پذیرش فرزند را کسب کند، والدینشان بتوانند نقش‌های جدید پدربزرگ و مادربزرگ شدن را بپذیرند و بچه‌هایی که در خانواده به دنیا می‌آیند نیز به تدریج که بزرگتر شده و وارد سنین کودکی می‌شوند، توانایی برقراری رابطه با همسالان را به دست آورند.

نقش‌های والدی

ایجاد نقش‌های والدی شامل کوشش والدین برای استقرار روال جدید خانوادگی به منظور پاسخ به نیازهای کودکان

دل‌بستگی

شناسایی چهار نوع رابطه دل‌بستگی منتهی شده‌اند (کسیدی و شیور، ۱۹۹۱). این چهار نوع رابطه به قرار زیرند:

۱. **کودکان دارای سبک دل‌بستگی ایمن:**
واکنش این گروه از کودکان به گونه‌ای است که گویی والدین را پایگاه امنی برای جستجو و کاوش محیط اطراف و سپس بازگشت به آن می‌دانند. والدین این کودکان نسبت به نیازهای کودک حساس و پاسخگو عمل می‌کنند. سبک دل‌بستگی ایمن با احساس خودگردانی و استقلال کودک رابطه مستقیم دارد، اما سه نوع دیگر الگوی دل‌بستگی با احساس عدم امنیت در کودک مرتبط هستند.

۲. **کودکان دارای سبک دل‌بستگی اضطرابی:**
این گروه از کودکان وقتی از والدین خود جدا شوند، به دنبال تماس مجدد با آنها راه می‌افتند، اما نمی‌توانند از این تماس احساس آسایش و آرامش به دست آورند. آنها به آغوش بزرگترها می‌چسبند، گریه می‌کنند و یا قشقرق راه می‌اندازند.

۳. **کودکان دارای سبک دل‌بستگی اجتنابی:**
این کودکان پس از جدایی از والدین، از تماس با آنها اجتناب می‌کنند و عبوس و بدعق می‌شوند.

۴. **کودکان دارای سبک دل‌بستگی آشفته:**
این دسته از کودکان پس از جدایی، علائمی از هر دو نوع سبک دل‌بستگی اضطرابی و اجتنابی را نشان می‌دهند. این نوع دل‌بستگی در کودکانی که در منزل مورد خشونت قرار گرفته، نادیده انگاشته شده و یا تجربه غیبت، ترک یا مرگ والدین را داشته باشند، شایع‌تر است.

بررسی روابط صمیمانه در بزرگسالان نیز مؤید استمرار وجود این چهار نوع سبک رابطه‌ای در طول چرخه زندگی است (کسیدی و شیور، ۱۹۹۹). روابط معنی‌دار و بااهمیت دوره بزرگسالی و الگوهای تشکیل‌دهنده سازمان خانواده را می‌توان در چهار نوع سبک دل‌بستگی مشابه طبقه‌بندی کرد. این بحث در فصل ۵ و در بخش مربوط به معرفی درمان‌های مبتنی بر دل‌بستگی مطرح خواهد شد. مشکلات مرتبط با سبک‌های دل‌بستگی ناپایمن ممکن است باعث ارجاع به خانواده‌درمانگران و زوج درمانگران شود.

کودکانی که دل‌بستگی ایمنی با مراقبان خود برقرار می‌کنند نسبت به آنهایی که رابطه مذکور را تجربه نکرده‌اند عملکرد بهتری از خود نشان می‌دهند (کسیدی و شیور، ۱۹۹۹). اگر والدین نسبت به نیازهای کودکان خود حساس و هماهنگ عمل کنند و نیز به تلاش کودکان برای جلب توجه به نیازهایشان مسئولانه پاسخ دهند، باعث شکل‌گیری دل‌بستگی هیجانی از نوع ایمن در فرزندان خود می‌شوند. وقتی این شرایط ایجاد شود، بچه‌ها می‌فهمند که والدینشان پایگاه امنی هستند که آنها می‌توانند با اتکا به آن به کاوش دنیای اطراف بپردازند. جان بالبی (۱۹۸۸)، به‌عنوان واضع نظریه دل‌بستگی، معتقد است که گرایش به این نوع رفتارها به‌طور ژنتیک برنامه‌ریزی شده و برای حفظ بقای جانداران ضروری می‌باشد. این رفتارها بین شش‌ماهگی تا سه‌سالگی به هنگام مواجه شدن کودک با خطر بروز خواهند کرد. در چنین شرایطی کودکان به دنبال پناه گرفتن یا همجوار ماندن با مراقبان خود هستند و به هنگام آسودگی و نبود خطر دوباره به محیط اطراف بازگشته، به بررسی و وارسی آن مشغول می‌شوند. این چرخه هر وقت که کودک بیندارد که خطری او را تهدید می‌کند و نیازهای دل‌بستگی او برای کسب آسایش، سلامتی و امنیت فعال شود، تکرار خواهد شد. سپس با وقوع مکرر این چرخه، کودک بر اساس نحوه برخورد مراقبان با نیازهای همجوار، آسایش و امنیت او، به تدریج در درون خود یک الگوی روابط دل‌بستگی شکل می‌دهد. این الگوهای درونی دل‌بستگی، نقشه‌های شناختی ما از روابط هستند که بر اساس تجربه‌های دل‌بستگی اولیه شکل گرفته‌اند و به‌مثابه پیش‌فرض‌هایی برای ایجاد روابط صمیمانه بعدی در زندگی عمل می‌کنند. بر اساس این الگوهای درونی اولیه از روابط دل‌بستگی، ما به پیش‌بینی رفتار خود و دیگران مهمی که با آنها رابطه داریم، دست می‌زنیم.

ماری آینزورث و همکاران (۱۹۷۷) به دنبال آزمایش جدا کردن کوتاه‌مدت مادر و فرزند، مقاله نوین و جذابی را با عنوان "الگوهای دل‌بستگی" منتشر کردند و برای نخستین بار در آن سه نوع الگوی تعامل مادر-کودک را دسته‌بندی کردند. مطالعات بعدی بر روی رابطه مادر-کودک نیز به