



درمانگاه ازدواج

زوج درمانی دانش بنیان

فهرست مطالب

۹	.....قدردانی
۱۱	.....بخش اول: پژوهش و نظریه
۱۲	.....فصل ۱. باورهای غلط و اشتباهات زوج‌درمانی
۴۸	.....فصل ۲. ترمیم و سه عنصر هسته‌ای توازن
۱۱۹	.....فصل ۳. مدل خانۀ ارتباط سالم: نظریۀ ازدواج
۱۴۹	.....بخش دوم: ارزیابی
۱۵۰	.....فصل ۴. ارزیابی رابطۀ زناشویی
۲۱۴	.....فصل ۵. زوج‌های ویرانگر و سازندۀ رابطۀ زناشویی
۲۳۷	.....بخش سوم: مداخله
۲۳۸	.....فصل ۶. مرور مفروضه‌ها و مداخله
۲۶۵	.....فصل ۷. تقویت رابطۀ دوستانۀ زوج
۲۸۴	.....فصل ۸. حل مسائل حل‌شدنی
۳۰۳	.....فصل ۹. زندگی با مسائل حل‌ناشدنی
۳۳۴	.....فصل ۱۰. رؤیاهای زندگی و معناهای مشترک
۳۴۱	.....فصل ۱۱. مقاومت در برابر تغییر
۳۶۰	.....فصل ۱۲. پیش‌گیری از عود
۳۷۲	.....فصل ۱۳. یکپارچه‌سازی: همکاری تیمی و پایان‌دادن به درمان
۳۹۰	.....فصل ۱۴. هیجان و فرا-هیجان
۴۰۸	.....فصل ۱۵. دور نگه داشتن فرزندان از تعارض‌های زناشویی
۴۲۲	.....پیوست الف) ابزارهای سنجش: پرسش‌نامه‌های اصلی
۴۶۳	.....پیوست ب) پرسش‌نامه‌های خانۀ ارتباط سالم
۴۸۲	.....پیوست پ) مصاحبه‌های اولیه
۴۹۱	.....پیوست ت) ابزار مداخله
۵۰۵	.....منابع
۵۲۲	.....واژه‌نامۀ انگلیسی به فارسی
۵۲۴	.....واژه‌نامۀ فارسی به انگلیسی
۵۲۶	.....دربارۀ کتاب
۵۲۷	.....دربارۀ نویسندۀ

به یاد دوست و همکارم
نیل جیکوبسون

منتقد گرانقدر، سرسپرده حقیقت، و
متعهد به زوج‌درمانی وصف‌پذیر و اثربخش

او با تلاش ستودنی و بی‌وقفه پژوهشی درباره‌ی درمان‌های زوجی اثربخش انجام داد، قصدش هم پژوهشی موشکافانه و دقیق بود و هم پژوهشی بنیادی درباره‌ی ازدواج. وقتی دیگران در حال انتشار فرا-تحلیل‌های خودکام‌بخش بودند، جیکوبسون اذعان داشت با توجه به زوال وضعیت زوج‌هایی که در گروه کنترل بدون درمان بودند، اثربخشی درمان اهمیت دارد.

او که به معناداری بالینی بیش از معناداری آماری تغییرات اهمیت می‌داد، یافته‌هایش را دوباره تحلیل کرد و به این نتیجه رسید که فقط ۳۵ درصد از زوجها واقعاً بهبود می‌یافتند، و ۳۰ تا ۵۰ درصد آنان پس از یک یا دو سال عود داشتند. او یک‌تنه کمک کرد این رشته با حقیقت روبه‌رو شود و به پژوهش ادامه دهد.

ج.م.گ.

عزیز من!

زندگی بدون روزهای بد نمی‌شود؛ بدون روزهای اشک و درد و خشم و غم. اما روزهای بد، همچون برگ‌های پائیزی، باور کن که شتابان فرو می‌ریزند، و در زیر پاهای تو، اگر بخواهی، استخوان می‌شکنند، و درخت استوار و مقاوم بر جای می‌ماند.

عزیز من!

برگ‌های پائیزی، بی‌شک، در تداوم بخشیدن به مفهوم درخت و مفهوم بخشیدن به تداوم درخت، سهمی از یادرفتنی دارند ...

— نامه بیست و سوم، چهل نامه کوتاه به همسر، نادر ابراهیمی، نشر روزبهان.

قدردانی

این کتاب ثمره حمایت‌های مالی مستمر شاخه پژوهش‌های علوم رفتاری مؤسسه ملی سلامت روان است. حمایت مالی اخیر از این اثر عبارت است از: ناسازگاری زناشویی، فرزندپروری و رشد هیجانی کودک، مه ۲۴۸۴، پژوهش بنیادین درباره تغییر روابط زناشویی، مه ۴۷۷۶، و جایزه دانشمندان پژوهش، تداوم روابط دوفره نزدیک، مه ۰۲۵۷. من آنقدر خوش‌اقبالم که از سال ۱۹۷۹ از این حمایت‌ها برخوردار بوده‌ام.

همچنین، کتاب نتیجه همکاری‌های مهمی است که بخش لذت‌بخش زندگی من بوده‌اند. از جمله همکاری با پروفیسور رابرت لوینسون در دانشگاه کالیفرنیا، دکتر لورا کارستنسن در دانشگاه استنفورد، و دکتر نیل جیکوبسون در دانشگاه واشنگتن.

به علاوه، قدردان همکاری همکارانم در آزمایشگاه هستم. شارون فتنین نقطه آغاز این همکاری‌ها بود. او به زندگی من نظم بخشید و من را از آشفتگی‌ها نجات داد. دکتر سایبل کری‌یر که آزمایشگاهم را مدیریت می‌کرد و همکارم بود، کاترین سووانسون که برنامه‌نویس و داده‌پرداز من بود، دکتر لین کاتز دانشجوی سابقم که آزمایشگاهم را مدیریت می‌کرد، و اینک همکاری است که آزمایشگاه خود را مدیریت می‌کند. سایبل، شارون، کتی، و من چهار دوست بودیم که به طور منظم همدیگر را ملاقات و درباره ایده‌هایمان و مدیریت روزانه پژوهش‌ها گفت‌وگو می‌کردیم، و از کار با هم لذت می‌بردیم.

همسرم، جولی ش. گاتمن، عشق، دوستی، انگیزه، رهبری، همراهی ذهنی، حمایت، و سازمان‌دهی مفهومی را برای من فراهم می‌کرد. او کارگاه‌های زوجی و والدین را با جدایت بالایی برگزار می‌کند. جولی همکار و دوست من در شکل‌گیری مؤسسه گاتمن و مرکز تازه‌تأسیس رابطه زناشویی در سیاتل بوده است. همکاری من و او در کاربست پژوهش برای کار بالینی همواره افزایش یافته و درس‌های زیادی چه در تدریس‌های مشترک‌مان و چه در کار بالینی از او می‌آموزم.

قدردان دانشجویان و کارمندان بی‌نظیرم هستم: کیم بولمن، جیم کوان، ملیسا هاوکینز، کارول هوون، ونسا کاهن، دکتر لین کاتز، مایکل لاربر، کیم مک‌کوی، سونی راک‌استال، دکتر رچینا راش، کیمبرلی رایان، و تیم استیکل.

آزمایشگاه من این روزها مکان هیجان‌انگیز و مولدی است که دکتر سایبل کری‌یر آن را بنا کرده، و همه کارمندان در آن پروژه‌ای را دنبال می‌کنند. سایبل استعداد بالایی برای مدیریت محیط‌های پژوهشی شگفت‌انگیز دارد. آلیسون شاپیرو، کیم رایان، هتر کلی، و جانی مورفورد دانشجویان فعلی من و دونل

هوول، اریکا ژوهانسون، استفانی جونز، انگی میتمن، امبر تابارز، اریکا وودین، و دن یوشیموتو همکار من‌اند. آنان کارمندان مستعدی‌اند که خود را وقف کار کرده‌اند، و بدون آنان کاری از من برنمی‌آید. ارتشی از دانشجویان داوطلب نیز به این گروه خدمت می‌کنند که سمینارهای پژوهشی را برگزار می‌کنند و بدون مزد امور اصلی پژوهش را انجام می‌دهند.

در پایان، از افراد فداکار و بی‌باکی تشکر می‌کنم که آزمودنی‌های پژوهش‌های من بودند. علی‌رغم تضمین رازداری، تمایل آنان برای در میان گذاشتن چنین جنبه‌های صمیمانه‌ای زندگی‌شان با ما شگفت‌انگیز است. بسیاری از افراد انگیزه‌هایشان را نمی‌دانند و گمان می‌کنند آنان فقط خودنماهای آمریکایی‌اند. نمی‌توان حقیقت را پنهان کرد. آزمودنی‌های ما نمونه‌های بیانگری از زوج‌هایی بودند که روی آنان پژوهش می‌کردیم. برای هر زوج که داوطلب نمی‌شود زوج داوطلبی شبیه آنان هست. انگیزه آنان صرفاً این نیست که پولی به جیب بزنند، بلکه کمک به رشد علم درباره جنبه‌های حساس و خصوصی زندگی خانوادگی است. همواره قدردان ایثار و اعتماد آنان هستم.

پژوهش و نظریه

فصل ۱

باورهای غلط و اشتباهات زوج‌درمانی

در این فصل دیدگاهم را دربارهٔ وضعیت کنونی زوج‌درمانی شرح داده و به این پرسش پاسخ می‌دهم که در رابطهٔ زناشویی آشفته یا از هم پاشیده چه چیزی ناکارآمد است. باورهای غلط و سوءبرداشت‌هایی در این زمینه وجود دارد، و روشن‌سازی این سوءبرداشت‌ها برای تعیین اهداف زوج‌درمانی مهم است. دیدگاه ما دربارهٔ اینکه چه چیزی ناکارآمد است اهداف درمان را به ما نشان می‌دهد.

آمار طلاق همچنان در ایالات متحدهٔ آمریکا بالاست، و به طور کلی، سایر نقاط دنیا نیز وضع چندان بهتری ندارد. تخمین‌های فعلی نشان می‌دهد احتمال طلاق در ازدواج‌های اول در آمریکا بین ۵۰ تا ۶۷ درصد است (در یک دورهٔ ۴۰ ساله) (مارتین و بامپس، ۱۹۸۹). داده‌ها حکایت می‌کنند میزان شکست در ازدواج دوم تقریباً همین مقدار (مارتین و بامپس، ۱۹۸۹) یا حدود ۱۰ درصد بالاتر از ازدواج اول است. چرلین (۱۹۸۱) داده‌هایی را منتشر کرد که نشان می‌دهد این روند در آمریکا جدید نیست. داده‌های مربوط به میزان طلاق از سال ۱۸۹۰ بعد روند تصاعدی داشته است. هرچند پیداست که این روند افزایشی طولانی مدت هنوز هم دست از سر جوامع بر نداشته است. می‌توان گفت در زمانهٔ ما طلاق همه‌گیر شده است.

آشفته‌گی و اضمحلال رابطهٔ زناشویی پیامدهای جدی متعددی برای سلامت جسم و روان زن و شوهر دارد. این پیامدهای منفی شامل افزایش احتمال خطر آسیب روانی، تصادف حین رانندگی، و مرگ‌ومیر (بلوم، آشر، و وایت، ۱۹۷۸)؛ بیماری جسمی، خودکشی، خشونت، و قتل (بلوم و همکاران، ۱۹۷۸؛ برمن و مارگولین، ۱۹۹۲؛ وربوگ، ۱۹۷۹، ۱۹۸۶)؛ کاهش طول عمر (برکمن و برسلو، ۱۹۸۳؛ برکمن و سیم، ۱۹۷۹؛ فریدمن و همکاران، ۱۹۹۵)؛ سرکوب سیستم ایمنی بدن (کیکولت-گلسر، و همکاران، ۱۹۸۷؛ کیکولت-گلسر، مالارکی، کاسیوپو، و گلسر، ۱۹۹۴)؛ و افزایش مرگ ناشی از بیماری (بلوم و همکاران، ۱۹۷۸؛ برمن و مارگولین، ۱۹۹۲) می‌شود.

همچنین، شواهد قانع‌کننده‌ای در دست است که از آثار زیان‌بار آشفته‌گی زناشویی، تعارض، و نابودی رابطهٔ زناشویی بر کودکان خبر می‌دهد که از افسردگی، گوشه‌گیری، عملکرد اجتماعی ضعیف، و بیماری گرفته تا عملکرد تحصیلی ضعیف، مشکلات سلوک، و کاهش آشکار طول عمر تنوع دارد.

این بدان معنا نیست که زوج‌های درگیر در روابط آشفته باید به خاطر بچه‌ها بسوزند و بسازند. ما در آزمایشگاه‌مان به این نتیجه رسیدیم که همین پیامدها گریبان بچه‌هایی را می‌گیرد که والدین‌شان رابطه خصمانه‌ای دارند (گاتمن و کاتز، ۱۹۸۹). به نظر می‌رسد عامل اصلی آسیب‌زننده به فرزندان در طلاق خصومت مستمر بین زن و شوهر است، خاصه اگر والدین از فرزندشان به مثابه مهره‌ای برای ضربه‌زدن به یکدیگر استفاده کنند (بوچانان، مک‌کوبی، و دورنبوش، ۱۹۹۱؛ هترینگتون و کلینگمپل، ۱۹۹۲).

پیداست وضعیت ما در زمینه اضمحلال خانواده‌ها در ایالات متحده آمریکا بحرانی است. زندگی روزانه خانواده‌ها و فرزندان آمریکایی نتیجه آثار منفی همین بحران است. درباره این پیامدها به خوبی مطالعه شده است. از ما، زوج‌درمانگران، انتظار می‌رود به حل این بحران کمک کنیم. متأسفانه، معتمد دست ما برای این کار خالی است.

همه ازدواج‌ها به طلاق ختم نمی‌شوند، و از بین زوج‌هایی که کنار هم می‌مانند بسیاری از رضایت زناشویی برخوردارند. آنچه طلاق و رضایت زناشویی را پیش‌بینی می‌کند چندان مورد توجه پژوهش‌های طولی نبوده است. این نوع از پژوهش‌ها برای تدوین رویکرد زوج‌درمانی مهم‌اند، زیرا آنچه را در روابط زناشویی آشفته «ناکارآمد» است آشکار می‌کنند.

شناسایی عوامل «ناکارآمد» در شرایطی که رابطه زناشویی کارکرد مناسبی ندارد، آنچه را از دست رفته و نابود شده و آنچه را به ترمیم و اصلاح نیاز دارد نشان می‌دهد. اهداف زوج‌درمانی بر پایه همین شناخت تعیین می‌شود. در ادامه این فصل به چند باور غلط اشاره می‌کنم که در حوزه ما وجود دارد و آزمایشگاه ازدواج پژوهی را معرفی خواهم کرد که به منظور یافتن پاسخ‌های تجربی برای این پرسش‌ها تأسیس کرده‌ام.

تأثیر زوج‌درمانی: کم یا هیچ، با عود بالا

تعداد افرادی که برای حل مشکلات زناشویی پی درمان می‌روند افزایش یافته است (وروف، کولکا، دووان، ۱۹۸۱). این گونه پرترفدار یاریگری چقدر مؤثر است؟ بالاترین ضریب اثری که در پژوهش‌های فرا-تحلیل به دست آمده برای زوج‌درمانی رفتاری است (برای مطالعه این فرا-تحلیل‌ها به بری و جورلیز، ۱۹۹۵، مراجعه کنید). دو راه وجود دارد که با کمک آنها می‌توانید در فرا-تحلیل‌ها به ضریب اثر بالاتری دست یابید: داشتن تأثیر بالا در گروه آزمایشی و دیگری وخامت بالا در گروه‌های گواه بدون درمان.

وقتی جیکوبسون (۱۹۸۴) داده‌های چهار پژوهش زوج‌درمانی رفتاری خود را بازبینی کرد (که بالاترین اثربخشی را داشتند)، اعلام کرد گرچه ۵۵ درصد پس از درمان بهبود یافتند، فقط ۳۵ درصد

آنان در پایان دوره درمان در دامنه فقدان آسفتگی^۱ قرار گرفتند. او به این نتیجه رسید که ضرائب اثر معنادار در پژوهش‌های زوج‌درمانی کنترل‌شده ممکن است به این دلیل بالا باشد که افراد حاضر در گروه‌های گواه انتظار بدتر می‌شوند. جیکوبسون و آدیس (۱۹۹۳: ۸۵) نوشتند «اینکه پژوهشگران موفق شده‌اند اثربخشی روش‌های درمانی مورد نظرشان را نشان دهند آنقدر که در ابتدا تصور می‌شد اهمیت ندارد. میزان بهبودی در نبود درمان آنقدر اندک است که حتی تغییرات کوچک در درمان آزمایشی نیز احتمالاً از نظر آماری معنادار می‌شود.»

به علاوه، مشکل فراگیری تقریباً در همه زوج‌درمانی‌هایی دیده می‌شود که به طور نظام‌مند از طریق پیگیری‌های بلندمدت ارزیابی شده‌اند (چنین پژوهش‌هایی در اقلیت‌اند): نوعی اثر عود همیشگی. درصد چشم‌گیری از زوج‌هایی که از زوج‌درمانی توشه‌ای برمی‌دارند (یعنی ۳۰ تا ۵۰ درصد) عود را در دو سال بعد از درمان تجربه می‌کنند (جیکوبسون و آدیس، ۱۹۹۳). به نظر می‌رسد چیزی شبیه اصل دوم ترمودینامیک بر رابطه زناشویی حکمفرماست: وقتی آسفتگی زناشویی وجود دارد، اوضاع وخیم می‌شود (آنتروپی افزایش می‌یابد). تأثیر شفابخش درمان‌هایی که به طور علمی آزمون پس داده‌اند به طور کلی ضعیف است، و این درمان‌ها نرخ عود بسیار بالایی دارند.

به طور کلی، چقدر زوج‌درمانی اثربخش است؟ پژوهش طولی ما همبستگی مثبت بالایی (حدود ۰/۵۰) بین حضور در زوج‌درمانی و طلاق نشان داد. آیا یافته‌های ما مشتق نمونه خروارند؟ بهترین پژوهشی که درباره چستی درمان «در عمل» (یعنی درمان غیردانشگاهی) سراغ داریم مطالعه‌ای است که کوکرلی (۱۹۸۰) انجام داده است. کوکرلی ۳۲۶ درمانجو را به مدت ۵ سال پیگیری کرد که زوج‌درمانی‌های متنوعی در ایالات متحده آمریکا دریافت کرده بودند. میزان متارکه/ طلاق بعد از ۵ سال ۴۳/۶ درصد بود. بالاترین نرخ متارکه/ طلاق در نخستین سال بعد از درمان اتفاق افتاده بود. این آمارها به طور چشم‌گیری بالاتر از میزانی بود که هر کسی انتظار داشت! بنابراین، زوج‌درمانی دست‌آویز معتبری برای رساندن زوج به طلاق بود!

خلاصه اینکه بعد از نگاه سخت‌گیرانه به آمارهای عود، خوش‌بینانه‌ترین پیش‌بینی ما این است که زوج‌درمانی برای ۳۵ درصد زوج‌ها از نظر بالینی معنادار است و تغییرات فوری به بار می‌آورد، اما بعد از یک سال ۳۰ تا ۵۰ درصد این زوج‌های خوش‌شانس که دست‌آوردهایی از درمان داشتند عود می‌کنند. این بدان معناست که همه ما می‌توانیم ادعا کنیم در بهترین پژوهش‌هایی که در دانشگاه‌ها و با نظارت دقیق انجام شده است، فقط ۱۱ تا ۱۸ درصد زوج‌ها با دریافت بهترین زوج‌درمانی‌ها همچنان دست‌آوردهای بالینی معنادار داشتند. در موقعیت‌های بالینی واقعی که استانداردهای آموزشی، تبعیت درمانی، و نظارت کم است (اگر نگوئیم اصلاً وجود ندارد)، نرخ واقعی موفقیت چقدر است؟ فکر

1. non-distressed range

می‌کنم باید نتیجه گرفت که احتمالاً نوعی روش‌شناسی مداخله‌ای داریم که تأثیر کمی دارد، و مشکل عود بالایی داریم.

به نظرم این بدان علت نیست که زوج‌درمانی نیازمند اصلاح کوچکی است، بلکه به تغییر بزرگی نیاز داریم. اگر همان سؤالی را بپرسید که جیکوبسون و روناستورف پرسیدند (۱۹۸۸)، یعنی اینکه آیا تغییرات مشاهده‌شده در رضایت زناشویی از نظر بالینی معنادارند یا خیر، باید گفت نتایج غالب زوج‌درمانی‌ها چنگی به دل نمی‌زند. همان‌طور که گفتیم، در مطالعه طولی مان همبستگی بالایی بین رفتن به مشاوره زوجی و طلاق یافتیم. Consumer Reports (۱۹۹۵؛ هم‌چنین سلیگمن، ۱۹۹۵، را ببینید) پیمایشی از خوانندگان‌شان را منتشر کردند که تجربه روان‌درمانی با متخصصان داشتند. با وجود نواقص و عیب‌هایی که در طراحی این پژوهش وجود داشت، درمان رضایت مراجعان را جلب کرده بود. با این حال، اگر کسی فرض کند که اغلب زوج‌درمانی‌ها در این پژوهش را زوج‌درمانگران انجام داده‌اند (که البته فرض بسیار کلی‌ای است)، آنگاه فقط ۲۲ درصد کسانی که زوج‌درمانگر را برای کمتر از ۶ ماه دیدند و ۳۷ درصد کسانی که زوج‌درمانگر را برای بیش از ۶ ماه دیدند بهبودی زیادی در نشانگان داشتند. سایر پژوهش‌ها (سیمونز و دوئرتی، ۱۹۹۵) نشان می‌دهد تعداد معمول جلسه‌های مشاوره زوجی ۱۱ جلسه طی دوره ۳ ماهه است.

متوجه شده‌ایم مادامی که درمانگر در زوج‌درمانی و خانواده‌درمانی فعال باشد و مداخله منطبق مشخص و درمانجو-محور داشته باشد هر کاری مؤثر خواهد بود. در غیر این صورت، افراد درمان را بر خلاف توصیه‌های حرفه‌ای خاتمه می‌دهند. این یکی از یافته‌های فراگیر حوزه ماست که رویکرد غیررهنمودی درمانجویان را به سمت پایان‌دادن درمان می‌برد؛ بنابراین، به نظر می‌رسد مادامی که درمانگر در خانواده‌درمانی رهنمودی و فعال باشد، هر اقدام معقولی اثربخش است؛ از این رو دست‌کم در صورت رضایت درمانجو (امتیازهایی که به درمانگر می‌دهد) می‌توان درمان را مؤثر تلقی کرد.

متأسفانه، امتیازدهی به درمانگران سوگیری دارد، و مشخص شده است که امتیازدهی مراجعان بر مبنای سطح رضایت‌شان، در درمان کودک، خانواده و زوج شاخص معتبری برای نشان‌دادن میزان تغییر تلقی نمی‌شود. این یکی از یافته‌های بنیادین پژوهشگران در مرکز یادگیری اجتماعی اورگون در برهه‌ای است که برای نخستین بار کاربست مداخله‌ها را آغاز کردند. حتی وقتی هدف، یعنی فرزندان، با توجه به مشاهدات و گزارش‌های معلمان اصلاً تغییر نکرده بودند، والدین گزارش کردند الان همه چیز خوب است. والدین صرفاً می‌خواستند از تلاش‌های درمانگران تشکر کنند، و این کار را از طریق مقیاس‌های خودگزارش‌دهی تغییر انجام دادند (پترسون، ۱۹۸۲). پس، در چنین پژوهش‌هایی درباره تغییر، نمی‌توانیم به مطالعاتی تکیه کنیم که سنجش نتایج درمانی را به مقیاس‌های خودگزارش‌دهی محدود کرده‌اند.

آیا یافته‌های مرکز یادگیری اجتماعی اورگون آنقدری عمومیت دارد که ما را نسبت به داده‌های خودگزارش‌دهی، به عنوان تنها منبع داده‌های نتیجه، مردد کند؟ جیکوبسون، شاملینگ، و هالت‌وورث-مونرو (۱۹۸۷: ۱۹۳) پیگیری دو ساله روی زوج‌هایی انجام دادند که به دو گروه تقسیم کرده بودند: زوج‌های «نگه‌دارنده» که دست‌آوردهای درمانی را حفظ کرده، و زوج‌های «عودکننده» که دست‌آوردها را از دست داده بودند. آنان نوشتند «هر دو دسته زوج در ابراز احساسات مثبت دربارهٔ درمان هم‌رأی بودند: ۸۰ درصد نگاه‌دارندگان و ۱۰۰ درصد عودکنندگان گفتند درمان اثر مثبتی بر آنان داشته است، در حالی که ۶ درصد زوج‌های دو گروه اصرار داشتند درمان برای آنان سودمند نبود.» من به این نتیجه می‌رسم که نمی‌توانیم به داده‌های مربوط به «رضایت درمانجو» برای ارزیابی مداخله‌ها تکیه و اعتماد کرد. باید بر گردآوری داده‌های سخت‌گیرانه‌تری اصرار بورزیم که نتایج مداخله‌های ما را می‌سنجند.

به علم فرصت دهید

فرضیهٔ من این است که زوج‌درمانی به بن‌بست بزرگی رسیده است. زوج‌درمانی در بن‌بست است زیرا بر پایهٔ دانش تجربی مطمئنی از آنچه که پیش‌بین‌های واقعی آشفتنگی رابطهٔ زناشویی‌اند (آنچه «ناکارآمد» است)، و آنچه زوج‌های واقعی برای رضایت‌بخشی و ایجاد ثبات در رابطهٔ زناشویی خود انجام می‌دهند (آنچه «کارآمد» است) بنا نشده است. اینجا داستانی وجود دارد که این اصل زیربنایی را توضیح می‌دهد.

۲۵ سال قبل که استادیار دانشگاه بودم، تصمیم گرفتم به بچه‌هایی که دوستی ندارند کمک کنم دوستی برای خود بیابند. پیش از آن برنامه‌ای وجود داشت که رفتاردرمانگر نام‌داری آن را تدوین کرده بود. با او تماس گرفتم و پرسیدم چگونه آن مداخله را طراحی کرده است. او گفت با همکاری چند دانشجوی تحصیلات تکمیلی در دفترش نشستند و سعی کردند به یاد بیاورند در ۴ سالگی چطور دوست پیدا می‌کردند. برنامهٔ آنان از بچه‌ها می‌خواست سراغ بچهٔ دیگری بروند و چنین جمله‌هایی را بگویند: «سلام، من هارولد. اسم تو چیه؟ امروز روز خوبیه، نه؟ دوست دارم باهات بازی کنم.» بعد، وقتی به کتابخانه رفتم، شگفت‌زده شدم از اینکه فهمیدم روان‌شناسان رشدی نمی‌دانند بچه‌ها چطور دوست پیدا می‌کنند! پس ضبط نحوهٔ دوست‌یابی و گفت‌وگوی بچه‌ها با بهترین دوستان‌شان را آغاز کردم. می‌خواستم بفهمم بچه‌ها چطور دوست پیدا می‌کنند و با دوستان‌شان حرف می‌زنند، و فکر می‌کردم این کار حدود یک سال از وقتم را بگیرد، و پس از آن بتوانم سراغ مداخله برگردم. در نهایت، بچه‌ها را از ۳ سالگی تا سال‌های ورود به دانشگاه مطالعه کردم، باید سیستم‌های کدگذاری مشاهده‌ای را طراحی می‌کردم، و ۱۳ سال زمان برد تا بفهمم بچه‌ها چطور دوست پیدا می‌کنند، و این فرآیند دوست‌یابی از لحاظ رشدی چگونه و چرا تغییر می‌کند (گاتمن، ۱۹۸۳؛ گاتمن و پارکر، ۱۹۸۶). در

آخر، مشخص شد توصیه‌های آن رفتاردرمانگر مشهور در مورد چگونگی دوست‌یابی در بچه‌های خردسال درست نبود و اگر کودکان پیش‌دبستانی از آن روش‌ها استفاده می‌کردند نمی‌توانستند دوستی پیدا کنند. بچه‌ها با معرفی خودشان بازی با غریبه‌ها را شروع نمی‌کنند. اینکه توجه‌ها را به سمت خود جلب کنید روش تضمین شده‌ای است برای اینکه طرد شوید.

معتقد نمی‌توانیم با تصور کردن اینکه جمعیت هدف ما به چه چیزی نیاز دارد، و حتی با تکیه بر یک دیدگاه نظری انتزاعی، مداخله‌ای برای حل مشکلات آن طراحی کنیم. ما باید به علم توصیفی فرصت دهیم، و منظور من این است که باید برای توصیف و پیش‌بینی سخت تلاش کنیم تا بفهمیم افرادی که به خوبی از پس مشکلات خاصی برمی‌آیند چگونه وظائف و تکالیف خود را به درستی انجام می‌دهند. این کار شاقی نیست. صرفاً به علم فرصت می‌دهیم.

چنین فرض کرده‌ام که اگر بفهمیم زوج چگونه امر متأهل شدن، متأهل ماندن و کسب رضایت از تأهل را انجام می‌دهند، آنگاه به مجموعه‌ای از اصول دست می‌یابیم که می‌توان از آنها برای کمک به روابط زناشویی مشکل‌دار استفاده کرد. ممکن است فرض من اشتباه باشد. شاید مجموعه متفاوتی از اصول برای اصلاح روابط زناشویی آشفته وجود داشته باشد. ارتوپدها فقط به این نیاز ندارند که بدانند استخوان‌های سالم چطور کار می‌کنند، بلکه به اصول جدیدی برای درمان استخوان‌های شکسته نیاز دارند؛ مطابق همین الگو، زوج‌درمانی نیز به اصول جدیدی نیاز دارد.

با وجود این، باور دارم مجموعه‌ای از همه این اصول را نیاز داریم. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند همه ازدواج‌ها، چه ازدواج‌های رضایت‌بخش و چه ازدواج‌های نارضايت‌بخش، مجبورند با «تکالیف» مشابه تأهل مواجه شوند. مثلاً به خوبی می‌دانیم همبستگی رتبه‌ای مشکلات بر مبنای شدت آنها در بین زوج‌های راضی و ناراضی در دهه ۱۹۹۰ بسیار بالاست. حتی وقتی به پیش‌بین‌های طلاق توجه می‌کنیم، اینطور نیست که ردی از آنها در روابط باثبات و رضایت‌بخش وجود نداشته باشد، بلکه در این روابط کمتر رخ می‌دهد. به همین دلیل تمرکز بسیار زیادی بر اصلاح سازکارها داریم. همه زوج‌ها در زندگی روزمره خود گفت‌وگوها را خراب می‌کنند، و همه ازدواج‌ها «جنبه منفی» دارند. به نظر می‌رسد آنچه اهمیت بیشتری دارد توانایی اصلاح اوضاع در لحظاتی است که همه چیز به هم ریخته است.

با این حال، رک و روراست مفروضه اصلی رویکرد من این است که صرفاً به نظریه‌ای واقعی نیاز داریم که بگوید ازدواج‌ها چگونه کامیاب می‌شوند و چگونه شکست می‌خورند، و آن نظریه باید از مطالعه زوج‌های واقعی به دست آید که می‌توانند «تکالیف» روزمره تأهل را انجام دهند. تا کنون، خلاف این مسیر قدم برداشته‌ایم. تصمیم گرفتیم زوج‌ها باید همان‌طوری با هم گفت‌وگو کنند که درمانگران و درمانجویان با هم صحبت می‌کنند. با مطالعه شیوه‌های گوناگونی که افراد تکالیف تأهل را انجام می‌دهند به نظریه‌ای درباره ازدواج نمی‌رسیدیم؛ بنابراین، همه ایده‌هایی که می‌خواهم به شما پیش‌کش کنم ریشه در این مفروضه دارد که مداخله‌های درمانی چگونه باید طراحی شوند.

رفع ابهام از باورهای غلط و اشتباهات زوج‌درمانی

هشدار. در ابتدا اجازه دهید بگویم هدف من از شکستن طلسم باورهای غلط این نیست که به کسی بی‌احترامی کنم یا خود را باهوش‌تر جلوه دهم. بسیاری از افرادی که به آنان اشاره می‌کنم نقش مهمی در تفکر ما در حوزه ازدواج داشته‌اند. به تلاش‌های آنان احترام می‌گذارم و سعی می‌کنم روی ساخته‌های آنان بنایی را بنا کنم. اینکه ایده‌ای پیشنهاد کنیم که بعدها غلط از آب درآید، سودمند است. در علم ضروری است ایده‌هایی پیشنهاد کنیم که بتوان رد کرد، به عبارت دیگر، ایده‌ها باید آزمون‌پذیر باشند.

به این منظور، چیزی درباره ایده‌هایی که پژوهش‌چندانی روی آنها نشده است نمی‌گویم. این به آن معنا نیست که نمی‌خواهم توضیحی درباره آنها بدهم، بلکه به این دلیل است که واقعاً نمی‌توانم ایده‌هایی را ارزیابی کنم که موضوع پژوهش نبوده‌اند، و باید پژوهشی باشد که از معیارهای قابل قبول سنجش و گروه گواه برخوردار باشد. پس، حتی اگر می‌خواستم از این ایده‌ها تعریف و تمجید کنم، تنها چیزی که می‌توانستم بگویم این است که ایده‌های خوبی‌اند. ترجیح می‌دهم همگان، و همچنین خودم، را ملزم به رعایت استانداردهای پژوهش علمی کنم. در بخش مداخله کتاب حاضر در باره چند جهت‌گیری برجسته توضیح می‌دهم که به بعضی از اندیشه‌های من جهت داده‌اند، و مجموعه‌ای از کتاب‌های ضروری را برای شناختن زوج‌درمانی به بالینگران پیشنهاد خواهم کرد.

مایلم تأکید کنم تحقیق درباره آنچه «باور غلط» (یا افسانه) می‌خوانم کاملاً در خدمت تعقیب خستگی‌ناپذیر حقیقت است. گمان می‌کنم باید نگاه موشکافانه‌ای به باورهایی که در پیشینه تحقیق رخنه کرده‌اند بیفکنیم و با دقت بررسی کنیم تا ببینیم آیا چیزی آن‌چنان مطمئن وجود دارد که «بتوان به آن تکیه کرد». آنچه ناکارآمد تلقی می‌کنیم تأثیر زیادی بر اهداف مداخله‌های درمانی می‌گذارد.

نویسندگان با ارائه فرضیه‌های دقیق و روشن، به این حوزه خدمت بزرگی می‌کنند. برای اینکه بتوانید تأثیرگذار باشید، لازم نیست همیشه بر حق باشید. فقط کافی است حرف توجه‌برانگیزی بزنید. گاهی خدمت بزرگ به دانش این است که سخنی کاملاً اشتباه، اما واضح، بگویید. من دنبال فرضیه‌هایم رفتم و به این نتیجه رسیدم که در ۶۰ درصد مواقع دچار اشتباه شده‌ام. فهمیدم ۴۰ درصد فرضیه‌هایم بد نیستند. اگر پژوهش نمی‌کردم، گمان می‌کردم ۱۰۰ درصد مواقع کارم درست است.

مدل گوش‌دادن فعال

شاید بانفوذترین نظریه زوج‌درمانی «مدل گوش‌دادن فعال» باشد. این مدل شالوده بسیاری از درمان‌های

زناشویی را می‌سازد (گاتمن، کوان، کری‌یر، و سوانسون، ۱۹۹۸؛ جیکوبسون و مارگولین، ۱۹۷۹). این مدل فرض می‌کند رابطه زناشویی پایدار و رضایت‌بخش با گوش‌دادن فعال و همدلانه حین حل تعارض شناخته می‌شوند، و ازدواج‌های آشفته از آن محروم‌اند. این یعنی زوج‌ها برای داشتن رابطه زناشویی رضایت‌بخش و پایدار باید بتوانند از رفتار دفاعی دست بکشند و همدل باشند، حتی وقتی حس می‌کنند زیر آتش حمله همسرشان قرار گرفته‌اند. بیشتر زوج‌درمانی‌ها این فرضیه را در قالب تمرین شنونده-گوینده مطرح کرده‌اند. مثلاً اجازه بدهید که خانم در مقام گوینده گفت‌وگو را آغاز کند، و شکایت‌هایش را با جمله‌هایی بیان کند که با «من» شروع می‌شوند. او گله می‌کند که از رفتار شوهرش با کوچک‌ترین فرزندشان دل‌گیر است. او بیزار است از اینکه همسرش به پسرش بی‌توجهی و از او انتقاد می‌کند. سپس از آقا خواسته می‌شود محتوا و احساساتی را بازگو کند که در پیام همسرش بوده است، و نشان دهد به درستی سخنان همسرش را شنیده است. در گام بعد، از شوهر می‌خواهند احساسات همسرش را اعتباربخشی کند، قضاوتش را کنار بگذارد، و بدون اینکه در لاک دفاعی فرو برود پاسخ دهد.

این فرضیه اساس بسیاری از رویکردهای زوج‌درمانی در همه مکاتب فکری است. مکتب رفتاری گوش‌دادن فعال را مهارت اجتماعی قلمداد می‌کند (جیکوبسون و مارگولین، ۱۹۷۹). جهت‌گیری سیستم‌ها گوش‌دادن فعال را سازکاری برای معرفی بازخورد در نظام پیام‌های تبادلی می‌داند (گاتمن، نوتاریوس، گونزو، و مارکمن، ۱۹۷۶). مکتب روان‌تحلیلی نیز آن را راهی برای افزایش همدلی می‌داند که تغییرات رشدی را تسهیل می‌کند و خودشیفتگی را کاهش می‌دهد (سیگل، ۱۹۹۲).

این «دانش» که الگوی گوش‌دادن فعال مبنای ازدواج‌های خوب است از کجا می‌آید؟ وقتی ما این روش را به زوج‌ها آموزش می‌دهیم، چیزی را به آنان می‌آموزیم که کارل راجرز به درمانگران می‌آموخت: همدلی و پذیرش نامشروط فراهم کنید. رویکرد راجرز الهام‌بخش برنارد گرنی (گرنی، ۱۹۷۷؛ گرنی و گرنی، ۱۹۸۵) برای تدوین آموزش همدلی به زوج‌ها بود. در نهایت، همه زوج‌درمانی‌های دیگر از او پیروی کردند. در واقع، آنان این پیشنهاد را در «مؤلفه‌های آموزش مهارت‌های ارتباطی» گنجانده‌اند. آموزش این مهارت‌های ارتباطی چه توجیه علمی داشت؟ چه شد به این نتیجه رسیدند جمله‌هایی که با «من» شروع می‌شوند بهتر از جمله‌هایی‌اند که با «تو» آغاز می‌شوند؟ هریک از این تصمیم‌ها چگونه گرفته شد؟

شاید تعجب‌برانگیز باشد که حتی در پژوهش‌های روان‌درمانی نیز متغیرهای فرآیندی که درمانگر ویسکانسینی معرفی کرده بود (یعنی همدلی، پذیرش، و اصالت) هرگز ارتباط پایداری با نتایج درمانی نداشتند. در واقع، تردیدهای زیادی درباره این فرضیه در مطالعات برگین و گارفیلد (مثلاً برگین و جاسپر، ۱۹۶۹) در اواخر دهه ۱۹۶۰ و اوائل دهه ۱۹۷۰ میلادی به وجود آمد. حتی اگر این متغیرها آزمون خود را در درمان‌های فردی پس داده باشند، اینکه مدل درمانی را برای روابط متقارنی نظیر