

شفقت ورزی ذهن آگاه و طلاق زوجین

آیسان دلخوش

کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تهران

چکیده

تعاریف مختلفی برای رضایت زناشویی وجود دارد که براساس یکی از مهم‌ترین آنها رضایت زناشویی^۱ عبارت است از: احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و مرد زمانی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند. طبق تعریف فوق رضایت زناشویی در واقع نگرشی مثبت و لذت بخش است که زن و شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند و نارضایتی زناشویی در واقع نگرشی منفی و ناخشنود از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی است. در رسیدن به هدف غنی کردن درمان در مورد تلاش‌های زوج ازدواج کرده برای بهبود ارتباط کیفیت رضایت زناشویی، سه بعد برای توصیف رضایت زناشویی ارائه شده است. این ابعاد بر اساس نظرات متخصصین و مطالعات قبلی در حوزه‌ی ازدواج شکل گرفته است. بهترین نتیجه زمانی می‌تواند انتظار رود که هر دوی زوجین متعهد به مشاوره باشند حتی اگر آنها خیلی هم به رابطه متعهد و پایبند نیستند. برنامه‌های پیشگیرانه و توانمندسازی زوجین به هر گونه مداخلاتی اطلاق می‌شود که سعی دارد تا با کاهش رفتارهای ارتباطی مخرب و تقویت رفتارهای ارتباطی سازنده و مفید از بدکارکردی ارتباطی و فردی پیشگیری نماید. در این برنامه‌ها تلاش می‌شود تا زوجین در برابر عوامل خطرسازی همچون باورهای غیرمنطقی واکسینه شده و عوامل محافظی چون نگرش-های مثبت و تعاملات عاطفی صمیمانه و روابط رضایت بخش را تقویت نمایند.

واژه‌های کلیدی: شفقت ورزی، زوج درمانی، طلاق، صمیمیت، زوجین

^۱ - marital satisfaction

مقدمه

در دهه های اخیر ایران از یک جامعه سنتی به جامعه ای مدرن تبدیل شده است؛ درحالی که در خانواده، کماکان تعارضات بین سیستم ارزشی سنتی و مدرن موجب بروزمشکلاتی برای آنها شده و خانواده به عنوان بخش اصلی جامعه تحت تاثیر این انتقال قرار گرفته است. افزایش سن ازدواج، افزایش میزان طلاق، تغییر جمعیت خانواده، افزایش سطح آموزش و مشارکت اجتماعی زنان، تغییر نقش همسران و تعاملات اجتماعی شان از جمله تغییرات اخیر و چالش های خانواده های ایرانی است که در ابعاد مختلف زندگی آنها تأثیر گذاشته است. یکی از مهم ترین عواملی که بر بقاء، دوام و رشد خانواده اثر می گذارد، روابط سالم و مبتنی بر سازگاری و تفاهیم بین اعضاء، به خصوص زن و شوهر است. روابط زناشوی رضایت بخش، زیربنای عملکرد خوب خانواده است و باعث رشد شایستگی و توانایی سازگاری و انطباق در بین اعضای خانواده می شود.

تعاریف مختلفی برای رضایت زناشویی وجود دارد که براساس یکی از مهم ترین آنها رضایت زناشویی^۲ عبارت است از: احساسات عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و مرد زمانی که همه جنبه های ازدواجشان را در نظر می گیرند. طبق تعریف فوق رضایت زناشویی در واقع نگرشی مثبت و لذت بخش است که زن و شوهر از جنبه های مختلف روابط زناشویی خود دارند و نارضایتی زناشویی در واقع نگرشی منفی و ناخشنود از جنبه های مختلف روابط زناشویی است.

طلاق^۳ یکی از بحران های خانوادگی و اجتماعی است که در بسیاری از موارد موجب عدم تعادل خانواده گشته و به عنوان یکی از حوادث تنش زا، ثبات خانواده را در هم شکسته و بهداشت روانی اعضای آن را خدشه دار می سازد. اکثر محققان معتقدند که بازتاب های شوم این بحران دردناک به طور روزافزون در حال افزایش است و زندگی فردی و اجتماعی را مورد هجوم قرار می دهد. جامعه شناسان می کوشند تا سیر پدید آیی این پدیده را در سطح اجتماعی مورد بررسی قرار دهند، به طوری که آسیب شناسان اجتماعی به طلاق به عنوان یکی از عوامل پدید آورنده ی دسته ای از انحرافات اجتماعی می نگرند.

درمان مبتنی بر شفقت

ذهن آگاهی، پذیرش و دلسوزی، ارتباطی متقابل با یکدیگر دارند. تمرین کردن آگاهانه ذهن آگاهی و تماس با لحظه حاضر «به همان گونه ای که هست»، شکل نوظهوری از خود مهربانی و خود اعتبار بخشی را در بر می گیرد. بدین ترتیب، نوعی ذهن آموزی که با هدف ترویج عمدی «ذهن دلسوز» طراحی شده است (گیلبرت، ۲۰۰۷)، به یک روند روبه رشد در درمان های رفتاری و شناختی مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی نسل سوم تبدیل شده است. این تأکید بر دلسوزی در درمان شناختی - رفتاری، بخشی است از یکپارچه سازی گسترده تر روش های دلسوزی محور و اثرات کلی بودا در روان درمانی است (گرمر، سیگل و فولتون، ۲۰۰۵).

در نتیجه پاول گیلبرت (۲۰۰۹) برای ابداع شکل جامعی از درمان شناختی - رفتاری موسوم به درمان دلسوزی محور یا همان درمان مبتنی بر شفقت، از تأثیرات بودا، روان شناسی تکاملی و علم اعصاب عاطفی استفاده کرده است.

² - marital satisfaction

³ - divorce

4 - Germer, Seigle & Fulton

ذهن آگاهی

با آنکه علاقه نسبت به سازه ذهن آگاهی در طول ده سال گذشته رو به فزونی نهاده است، اما پژوهش راجع به این زمینه، به دلیل نبود یک تعریف عملیاتی روشن از ذهن آگاهی با مانع روبرو شده است. این سازه برحسب حیطه‌های روانشناسی که در آنها به کار رفته بطور متفاوت تعریف گردیده است. در ادامه، تعاریف در دو دسته تعاریف بالینی ذهن آگاهی و تعاریف غیربالینی آورده شده است. منظور از تعاریف غیربالینی آن دسته از تعاریف هستند که در ادبیات روانشناسی اجتماعی و نوشته‌های مربوط به فلسفه و روش ذهن آگاهی یافت می‌شوند.

بالینی ذهن آگاهی

بورستین^۵ (۲۰۱۳)، ذهن آگاهی را روشی متمرکز بر افکار یا تمایلات به همان صورتی که در هشیاری اتفاق می‌افتد، می‌داند. اپستین^۶ (۲۰۱۱)، توجه ذهن آگاه را به این شکل تعریف می‌کند: توجه کردن دقیق و لحظه به لحظه به آنچه که فرد هم‌اکنون در حال تجربه آن است و تفکیک واکنش‌های خود از رخداد‌های حسی خام. روبینز^۷ (۲۰۰۲)، ذهن آگاهی را نوعی آگاهی غیرقضاوتی از تجربه شخص می‌داند که این آگاهی، لحظه به لحظه آشکار می‌شود.

مفهوم سازی ذهن آگاهی در روانشناسی بالینی

تعاریف بالینی ذهن آگاهی در اکثر موارد شبیه تعریف بودایی آن می‌باشند؛ زیرا این تعاریف در همسویی کلی با مفهوم‌سازی بودایی به عمل آمده‌اند (بیشاپ^۸، ۲۰۰۲). گولمن^۹ (۱۹۸۷)، بیان داشته است که در ساتیپاتھانا^{۱۰} یا ذهن آگاهی، ذهن پذیرا بوده و هر آنچه را مشاهده می‌کند ثبت می‌نماید. ترا^{۱۱} (۱۹۷۲) معتقد است که ذهن آگاهی در آیین بودایی تحت عنوان «توجه محض^{۱۲}» یا ثبت غیراستدلالی رویدادها^{۱۳} بدون واکنش یا ارزیابی ذهنی تعریف شده است که بر فرآیند توجه مداوم تمرکز دارد تا محتوایی که بدان توجه شود (به نقل از کارداسیوتو، ۲۰۰۵).

رابطه بین ذهن آگاهی، شناخت ضمنی و آشکار

اصطلاح «پردازش شناخت ضمنی» شامل فرایندهای شناختی ضمنی و دیگر فرایندهای خودکاری است که از پدیده‌های شناختی آشکارتری که دربرگیرنده‌ی کارکردهای خاص هوشیاری هستند، متمایز می‌گردد. از وجه تمایز فرایندهای شناختی ضمنی و آشکار تحت عناوین ناآگاه - آگاه، ناهشیار - هشیار، شهودی - تحلیلی، مستقیم - غیرمستقیم، رویه‌ای - بیانی^{۱۴}، خودکار و کنترل‌شده نام برده شده است (گرینوالد و باناجی^{۱۵}، ۲۰۱۳).

⁵ - Boorstein

⁶ - Epstein

⁷ - Robins

⁸ - Bishop

⁹ - Goleman

¹⁰ - Satipatthana

¹¹ - Thera

¹² - Bare attention

¹³ - Non-discursive registering

¹⁴ - Hoclarative-Procedural

¹⁵ - Greenwald and Banaji

مدل های مطلوب خانواده

کارکرد سالم خانواده باید به طور سودمندانه بر حسب الگوهای تعاملی خانوادگی مثبت و موفقیت آمیز تعریف شود. مفید است که به شیوه های سازنده برخورد با دنیا از طریق تقسیم کردن کارکردهای خانواده به زیر مجموعه هایی در درون حوزه های خاصی فکر کنیم که نشان دهنده شیوه خانواده در عنوان کردن حوزه های تکالیفی که قبلاً ذکر شد و تمام خانواده‌ها با آن مواجه می‌شوند. شش بعد خانواده توصیف شد که یک دیدگاه جامع و منطقی را در مورد شیوه هایی که خانواده‌ها با همدیگر و با دنیای اطرافشان برخورد می‌کنند را فراهم می‌کند. این ابعاد شامل حل مسئله، ارتباط، تخصیص نقش، پاسخدهی عاطفی، مشارکت عاطفی و کنترل رفتار هستند. هیچ بعد مجزایی نمی‌تواند کارکرد خوب یا ضعیف خانواده را پیش بینی کند اما برای هر یک از این ابعاد یک مرز می‌تواند شیوه های کمابیش موثری را در برخورد با چالش های زندگی خانوادگی تصور نماید.

گردآوری داده ها

طی این مرحله داده های درمورد مشکل حاضر، عملکرد کلی خانواده، بررسی های بیشتر، د دیگر مشکلات بالقوه جمع آوری می‌گردد. درمانگر از اعضا خانواده می‌پرسد چه فکری درمورد مشکلات خانواده دارند. از هر عضو خانواده نظرش پرسیده می‌شود. در این فرایند خانواده یاد می‌گیرد تا بر مسائل خاص تمرکز کرده، مجرایی برای ابراز احساسات پیدا کرده و جو بحث کردن و گوش دادن را برقرار کنند. برای جمع آوری مناسب داده ها چندین چالش وجود دارد. باید تعادل به گونه ای برقرار شود که به اطلاعات مناسب برای رسیدن به یک فرمولبندی درست و دقیق و جامع از مشکل دست یافت بدون اینکه خیلی در جزئیات خیلی دقیق غرق شویم.

درمانگر باید داده های کافی را جمع آوری کند تا به طور آشکار مشکل را درک کرده، مشکل را برای اعضا خانواده مجدداً فرمولبندی کند تا اطمینان حاصل کند که به درستی درک شده، اما جزئیات بیشتر درمورد مشکل را محدود کند تا بتواند به دیگر مشکلات بپردازد. چالش دیگر برای جمع آوری فرایند داده ها کمک به خانواده‌ها برای یاد گیری این است که بتوانند به طور همزمان با هم ارتباط برقرار کرده و به همدیگر گوش دهند. در خانواده های بدکارکرد، اعضا خانواده تمایل دارند تا حرف همدیگر را قطع کرده و آنچه را که دیگران دارند می‌گویند اصلاح کرده، از خودشان دفاع کنند تا به اعضایی که به نظر می‌رسد آن‌ها را سرزنش می‌کنند حمله کنند. مهم این است که درمانگر در طول این مرحله فرایند طوری کنترل را در دست داشته باشد که به دیدگاه هر عضو خانواده اعتبار و ارزش بدهد، در حالی که به طور همزمان به خانواده کمک می‌کند که بدون قطع کردن حرف دیگری به همدیگر گوش دهند تا هر کس فرصت داشته باشد تا دیدگاه خودش را مطرح کند.

پایه های نظری مهم پیرامون ازدواج

اندیشه روان تحلیلی: تلقی روان تحلیلی از رفتار فرد، از مدل روان تحلیلی فروید سرچشمه گرفته است. فروید از تاثیر روابط خانوادگی بر تکوین منش افراد، و به ویژه رشد و ظهور رفتار بیمارگون، آگاهی داشت. نظریات و فنون او تماما متوجه رفع تعارضات درون روانی بودند، نه بازسازی پدیده‌های بین فردی یا تبادل داخلی خانواده. مخالفت او راجع به کار با بیش از یک عضو خانواده به قدری شدید بود که این نگرش سرانجام به آیین روانکاو مبدل گردید و برای سالیان متمادی، ممنوعیت روانکاو چند عضو یک خانواده واحد، مقبول همگان قرار گرفت (برودریک و شریدر^{۱۶}، ۱۹۹۱؛ نقل از نظری، ۱۳۸۶). اندیشه روان تحلیلی توسط دانیل^{۱۷} و کللو^{۱۸} (۱۹۸۵) مورد بازنگری قرار گرفته است. مفهوم اساسی این است که دنیای درونی زوج و ماهیت تعامل آن‌ها است که پاسخ آنان به تغییرات محیطی را مشخص می‌کند. انگار که هر زوج یک نوع طرح داخلی از رابطه مشترک و شخصیت زوج دارد و در مورد افراد دچار اختلال این طرح‌ها بسیار کم توسط دیگران به عنوان واقعیت خارجی درک می‌شود. از این نقطه نظر ماهیت ازدواج حداقل دارای دو سطح آگاه و ناخودآگاه است. معمولا جنبه‌های ناخودآگاه رابطه از کودکی و تجارب اولیه دوران کودکی زوج ناشی می‌شود. مفهوم اصلی در رویکرد روان تحلیلی، دلبستگی و از دست دادن است (بالبی، ۱۹۶۹؛ نقل از کرو و ریڈلی، ۱۳۸۴). یک شاخه از تفکر روان تحلیلی، نظریه ارتباط نامیده شده است. ناتان آکرمن^{۱۹}، جیمز فراموا^{۲۰}، ایوان بور^{۲۱} و مینی ناجی^{۲۲}، بعضی از هواداران جدید این دیدگاه هستند، که ریشه در تفکرات فرویدی دارند (گلدنبرگ^{۲۳} و گلدنبرگ، ۲۰۰۰؛ نقل از نظری، ۱۳۸۶). نظریه رابطه، سطح بین فردی تعاملات اعضای خانواده را در نظر می‌گیرد و تأکیدی ندارد که مراجعان به تنهایی مورد بررسی قرار گیرند یا به همراه خانواده. فراموا عقیده دارد، مشکلات ارتباطی کنونی به عنوان بازتاب مسایل خانواده‌های اصلی هستند (نظری، ۱۳۸۶).

نقطه نظرات رفتاری: نقطه نظرات رفتاری صرف درباره ازدواج کاملا برعکس نظرات روان تحلیلی است. در این رویکرد تأکید اصلی بر جنبه‌ی کاربردی رابطه، مانند تقسیم حقوق و وظایف، توانایی گفتگو با یکدیگر، وجود ارتباط روشن و صحیح و ارتباط موثر است. استوارت^{۲۴} (۱۹۶۹) در اولین کار خود بر تقویت مثبت جایگزین، به جای اعمال فشار^{۲۵} در رابطه زوج تأکید کرد. و این شروعی شد، تا رویکرد رفتاری رشد و گسترش یابد (مکی^{۲۶}، ۱۹۸۵؛ نقل از کرو و ریڈلی، ۱۳۸۴). در اصطلاح رفتاری، ازدواج یک موقعیت قراردادی است که زن و مرد در این موقعیت، انتظارات و وظایفی دارند. ویژگی مراحل ابتدایی رابطه، بالا بودن میزان پاداش (برای مثال؛ مسایل جنسی، ارتباط دو طرفه و فعالیت‌های اوقات فراغت) و پایین بودن هزینه (مانند نیازهای کودکان) است. در این مرحله، زوج انتظار دارند که پاداش ادامه یابد، و چنان چه دریابند این پاداش‌ها در مراحل بعدی رابطه تداوم نخواهد یافت به سرزنش یکدیگر و اعمال فشار پناه می‌برند (جاکوبسون و مارگولین^{۲۷}، ۱۹۷۹؛ نقل از کرو و ریڈلی، ۱۳۸۴). در مسیر تکامل یک رابطه، عوامل بسیاری وجود دارد که باعث می‌شود رابطه غیر پاداش دهنده به نظر آید. به این معنا، زمانی که رابطه هزینه‌ای بیشتر از پاداش داشته باشد این عدم تعادل به ناهماهنگی در ازدواج می‌انجامد. در رویکرد

¹⁶. Broderick & Schrader

¹⁷. Daniell

¹⁸. Clulow

¹⁹. Ackerman

²⁰. Framva

²¹. Bohr

²². Nagy

²³. Goldenberg

²⁴. Stuart

²⁵. Coercion

²⁶. Mackay

²⁷. Jacobson & Margolin

رفتاری سعی می‌شود، روابط مختل اصلاح شود. به جای درک عوامل زیربنایی، بر تغییر رفتار قابل مشاهده زوج تاکید می‌شود (کرو و ریدلی، ۱۳۸۴).

رویکرد عقلانی-هیجانی: درایدن^{۲۸} (۱۹۸۵) رویکردهای عقلانی-هیجانی و شناختی پیرامون مشکلات ازدواج و رابطه را مورد بازنگری قرار داده است. در این بازنگری به نظر می‌رسد که برخی مشخصه‌ها شبیه رویکرد رفتاری و برخی دیگر شبیه رویکرد روان تحلیلی است، و بین «نارضایتی» از رابطه و «اختلال» در رابطه تفاوت وجود دارد. برای حل نارضایتی از رابطه، از روش‌های گفتگوی رفتاردرمانگران استفاده می‌گردد و درباره رابطه مختل مانند خشم، خصومت، افسردگی و غیره، منشاء رابطه ردیابی می‌شود. در موقعیتی که اختلال بر نارضایتی اضافه شده باشد، زوج قادر نخواهد بود برای حل مشکلات خود ارتباط برقرار کنند، مگر آن که ابتدا به آن‌ها کمک شود تا اختلال هیجانی را سر و سامان دهند (نقل از بزگی، ۱۳۸۸).

رویکرد سیستمی: نظریه سیستم‌ها بر حیطة کلی تعامل خانواده متمرکز می‌شود و رابطه زوج قسمت مهمی از آن محسوب می‌گردد. این نظریه توسط سالوادر مینوچین^{۲۹} تکامل پیدا کرده است (یانگ و لانگ^{۳۰}، ۱۹۹۷؛ نقل از نظری، ۱۳۸۶). در رویکرد مینوچین (۱۹۷۴) زوج "جفت والد" محسوب می‌شوند و کوشش‌های درمانی برای کمک به آنها طراحی می‌گردد، تا اجازه دهند فرزند جوان مستقل و از آنان جدا شود و یا کنترل بیشتری را بر کودک اعمال کنند. یکی از مفاهیم بسیار مهم که توسط هیلی و مینوچین^{۳۱} درباره سیستماتیک فکر کردن درباره خانواده بیان شده مفهوم «درهم تنیدگی»^{۳۲} است که می‌تواند به معنای درگیر شدن بیش از حد اعضای خانواده در مسایل فردی و شخصی یکدیگر باشد. آنان معتقدند که والدین بایستی به اندازه کافی به هم نزدیک باشند تا توانایی اجرایی به عنوان «زیر مجموعه تصمیم گیرنده» را برای دیگر اعضای خانواده داشته باشند. در هم تنیدگی زیاد در خانواده‌های دارای فرزندان بزرگ به عنوان مشکل خانوادگی مطرح است. مفهوم نزدیک به در «هم تنیدگی» مفهوم «مرزها»^{۳۳} است. مرزهای بین نسلی یکی از مرزهایی است که ممکن است بسیار خشک و انعطاف ناپذیر (برای مثال فرزندان حق هیچ اظهار نظری در مورد تصمیمات را ندارند) یا اینکه مرزهای بین نسلی بسیار ضعیف باشد (از فرزندان خواسته می‌شود، کم و بیش جانشین والدین شوند). فرضیه دیگر که از نظریه سیستم‌ها گرفته شده است، مفهوم «تعادل حیاتی» است. این مفهوم یک مکانیزم فرضی است که تصور می‌شود در نگاهداشتن خانواده در کنار هم یا حفظ عملکرد رابطه به روش عادت یا سنتی موثر است. یک مفهوم مفید دیگر پیرامون رابطه سیستمی «تنظیم فاصله»^{۳۴} است. در این جا منظور استراتژی-هایی است که افراد به کار می‌گیرند تا فاصله هیجانی بیشتری را از یکدیگر به وجود آورند. مفهوم مهم دیگر، که به نظریه سیستمی ارتباط دارد، ولی همیشه در توصیف نظریه نمی‌آید، مفهوم رشدی «چرخه زندگی خانواده» است (اسکاینر^{۳۵}، ۱۹۸۲؛ نقل از کرو و ریدلی، ۱۳۸۴). که به چرخه رشد فرد در خانواده می‌پردازد و ارزش فراوان آن در درمان زوج بر درک فشارهای موجود بر زن و شوهر در هر مرحله از چرخه زندگی مبتنی است (برای مثال اولین نوزاد، آشیانه خالی^{۳۶} یا بازنشستگی). تفکر زیر ساخت تمام رویکردهای سیستمی مفهوم «علیت چرخشی»^{۳۷} است. فرض بر این است که مسایل رابطه-رابطه‌ای به دلیل بیماری، شرارت و یا بی مسئولیتی یک فرد نیست، بلکه در نتیجه چرخه پیچیده تعامل‌ها است که هر زوج در

²⁸. Dryden

²⁹. Salvador

³⁰ Young & Long

³¹. Haley & Minuchin

³². Enmeshment

³³. Boundaries

³⁴. Distance

³⁵. Skynner

³⁶. Empty nest

³⁷. Circular causality

آن مشارکت دارند. به طور کلی فرض بر این است که رفتار انسان به یک علت در زمان حال، یا در گذشته رخ نداده است، بلکه زنجیره مداومی از تعامل‌ها در خانواده و در محیط خارج از خانواده و رویدادهای اجتماعی در آن دخیل هستند (کرو و ریدلی، ۱۳۸۴).

رویکرد تلفیقی: امروزه اغلب زوج درمانگران از تکنیک‌های مختلط استفاده می‌کنند و باید این را اذعان کرد که استفاده از این رویکرد برای تمام مراجعان روشی انعطاف‌ناپذیر است و ممکن است برخی از زن و شوهرها را از مداخلات کمک‌کننده محروم کند. در این جا به چهار نوع از این روش‌ها اشاره می‌کنیم: اولین رویکرد، رویکرد روان‌تحلیلی _ رفتاری سگراوس^{۳۸} (۱۹۸۲) است که علت اصلی اختلال در ازدواج را درگیری طرحواره درونی متعارض زوجین با خود یا دیگری می‌داند. مداخله در دو جهت شکل داده می‌شود (کمک به زوج برای درک این فرآیند و افزایش ارتباط مستقیم و بر اساس واقعیت) تا گفتگو بهبود یابد و همچنین خیلی از طرح‌های اشتباه که باعث ایجاد مشکل شده، کنار گذاشته شود (نقل از کرو و ریدلی، ۱۳۸۴). شکل دیگر زوج درمانی التقاطی که قابل درک‌تر است و به وسیله ویکز (۱۹۸۹) مطرح و به نام رویکرد «بین سیستمی» توصیف شده است. این رویکرد سعی می‌کند جنبه‌های مربوط به فردیت، تعاملات رابطه‌ی زوج با یکدیگر و تعاملات بین نسلی را به حساب آورد و همه آنها را با هم ترکیب کند (نقل از کرو و ریدلی، ۱۳۸۴).

برک - کراس^{۳۹} (۱۹۹۷) رویکردی موثری را با استفاده از روش شناختی - رفتاری^{۴۰}، اجتماعی - شناختی^{۴۱}، سیستم‌های خانوادگی، روان‌تحلیلی، انسان‌گرایانه و مفاهیم مربوط به الهیات به وجود آورد. او تلفیقی خود را بر چهار ویژگی یا شالوده رابطه (انعطاف‌پذیری، حمایت اجتماعی، انطباق‌پذیری و احساس رضایت فردی) بنا نهاد (نقل از کرو و ریدلی، ۱۳۸۴). چهارمین رویکرد تلفیقی، زوج درمانی سیستمی - رفتاری است (سپینکس و برچلر^{۴۲}، ۱۹۸۲). آنان بیشتر از رویکرد رفتاری سنتی استفاده می‌کنند. درمانگر در موقعیت آموزش دهنده زوج برای ارتباط بهتر و گفتگوی موثرتر قرار می‌گیرد و اگر مقاومت بوجود آمد، درمانگران از مداخله‌های متناقض و دیگر تکنیک‌های استراتژیک استفاده می‌کنند (نقل از کرو و ریدلی، ۱۳۸۴).

ابعاد رضایت زناشویی

در رسیدن به هدف غنی کردن درمان در مورد تلاش‌های زوج ازدواج کرده برای بهبود ارتباط کیفیت رضایت زناشویی، سه بعد برای توصیف رضایت زناشویی ارائه شده است. این ابعاد بر اساس نظرات متخصصین و مطالعات قبلی در حوزه‌ی ازدواج شکل گرفته است. سه بعد عبارتند از: رضایت زناشویی، سازگاری زناشویی و صمیمیت زناشویی (ریکا فاطیما^{۴۳}، ۲۰۱۲). اولین بعد عمل زوجین را در فعالیت‌های خانوادگی، فراغت، تعارض و گفتگو نشان می‌دهد (هاستون، رابینز، اتکینسون و مک‌هال^{۴۴}، ۱۹۸۷؛ نقل از ریکا فاطیما، ۲۰۱۲). دیگر فعالیت‌هایی که با تعامل زوجین مرتبط است مثل تفاوت همسر، همبستگی همسر، مصاحبت همسر که در بعد سازگاری زناشویی دیده می‌شود (اسپاینر و کل^{۴۵}، ۱۹۷۶)، آخرین بعد، صمیمیت زناشویی است که

³⁸.Segraves

³⁹.Berg-cross

⁴⁰.Cognitive-behavioural

⁴¹.Socio-cognitive

⁴².Spinks & Brichler

⁴³.Rika Fatima

⁴⁴.Huston,Robins,Atkinson & Mc Hale

⁴⁵.Spainer & Cole

ارزیابی شخص را در حل تعارض، عاطفه، هویت، خودباوری، توانایی، خودمختاری و فعالیت اجتماعی که باهم دیگر انجام می‌شود، نشان می‌دهد (وارینگ، ایلرث، میچل و دری^{۴۶}، ۱۹۸۱)، (نقل از ریکا فاطیما، ۲۰۱۲). کیفیت رضایت زناشویی به رابطه مناسب و هماهنگ میان همه‌ی ابعاد نیاز دارد. رابطه زناشویی خوب ممکن است از طریق فرآیندهای سازگاری بین همسرانی که در رابطه‌ی زناشویی‌شان صمیمیت را تولید می‌کنند، بدست آید. علاوه بر این، جو و محیط زناشویی صمیمی، سازگاری آرام را برای هر یک از زن و شوهر به وجود می‌آورد و به این ترتیب، احساس راحتی و مراقب بودن در یک رابطه زناشویی شاد و سرحال تولید می‌شود.

صمیمیت

صمیمیت به صورت الگوی رفتاری بسیار مهمی مفهوم سازی شده، که دارای جنبه‌های عاطفی-هیجانی و اجتماعی نیرومند است و بر پایه‌ی پذیرش (تجربه مثبت هم سویی و برابری)، رضایت خاطر (تجربه مثبت مشارکت) و عشق شکل می‌گیرد (تن هاتن^{۴۷}، ۲۰۰۷؛ نقل از خمسه و حسینیان، ۱۳۸۷). روانشناسان، صمیمیت را توانایی برقراری ارتباط (بدون کنترل) با دیگری و بیان عواطف (بدون بازداری) تعریف می‌کنند و آن را حق مسلم و از حالات طبیعی انسان می‌دانند (بلوم، ۲۰۰۶). استرنبرگ (۱۹۸۷) در مدل سه وجهی خود از عشق، صمیمیت را احساس نزدیکی با دیگری می‌داند و معتقد است که مشارکت عادلانه در زندگی خانوادگی، صمیمیت را به دنبال خواهد داشت (نقل از اولیا و همکاران، ۱۳۸۵). هنینگ^{۴۸} (۲۰۰۷) بیان می‌کند که صمیمیت از عناصر چندگانه‌ای تشکیل شده است که در طول زمان رشد می‌کنند و از الگوی مرحله‌ای تبعیت می‌کنند. این الگو با صمیمیت عقلانی (گفتگو و خودافشایی) شروع می‌شود، با صمیمیت جسمانی (گرفتن دست، در آغوش کشیدن و رابطه-ی جنسی) ادامه می‌یابد و سپس صمیمیت عاطفی (در دسترس بودن، حمایت کردن، بیان عاطفی و حساسیت متقابل) منجر می‌شود (نقل از اسدپور و همکاران، ۱۳۹۱).

مهارت‌های زناشویی

امروزه، حوزه روان شناسی خانواده با چالش‌هایی مواجه شده است. از یک سو بسیاری از زوجین در آستانه طلاق و جدایی قرار دارند و از سوی دیگر برخی از آنان، بدون آنکه آمادگی لازم جهت مواجهه با چالش‌های زندگی زناشویی را داشته باشند، وارد زندگی مشترک می‌گردند. این امر را می‌توان حاصل عملکرد ضعیف متخصصان حوزه خانواده در پیشگیری از طلاق و آموزش مهارت‌های زناشویی به زوجین دانست (مارکمن و هالفورد، ۲۰۰۵).

افزون بر این رویکردهای درمانی کارآمد نیز در درمان زوجین ناسازگار موفقیت بسیار اندکی داشته‌اند (ون ویدنفلت^{۴۹} و همکاران، ۱۹۹۷؛ نقل از پور محسنی، ۱۳۹۱)، جلسات مشاوره زناشویی بسیار پر هزینه هستند (آلبی^{۵۰}، ۱۹۹۰؛ نقل از پور محسنی، ۱۳۹۱) و زوجین ناسازگار غالباً رغبتی به رفع مشکلات زناشویی ندارند و یا پس از تحمل تنش-های فراوان، برای درمان و حل تعارض‌های زناشویی اقدام می‌کنند (هالفورد و بهرنز، ۱۹۹۶؛ نقل از پورمحسنی، ۱۳۹۱). به همین دلیل در بسیاری از کشورها، سیاست‌گذاران درصددند تا برنامه‌هایی را طراحی و اجرا نمایند که به زوجین مبتلا به مشکلات زناشویی

⁴⁶.Waring,Mc Elrath,Mitchell & Derry

⁴⁷.TenHouten

⁴⁸.Haning

⁴⁹.Van Widenfelt

⁵⁰.Albee

کمک نمایند و رویای دستیابی به زندگی زناشویی موفق و پایا را تحقق بخشند. یکی از مهمترین بخش‌های سیاست جدید حوزه ی خانواده، طراحی و حمایت از برنامه آموزش یا توانمندسازی ازدواج است. این سیاست در بسیاری از کشورهای دنیا همچون استرالیا، آلمان، سنگاپور و ایالات متحده‌ی آمریکا مورد توجه و حمایت قرار گرفته است (هانگ، ۲۰۰۵؛ تونن و لروم، ۲۰۰۵)، (نقل از پور محسنی، ۱۳۹۱).

نتیجه گیری

با هر خانواده باید به عنوان یک سیستم فرهنگی منحصر به فرد برخورد شود که تحت تاثیر قومیت، نژاد، مذهب، طبقه اجتماعی و بافت اجتماعی بی واسطه است. برای ایجاد تصویری بالینی و معنادار از عملکرد خانواده، درمانگر باید خانواده‌ها را ارزیابی نماید. هدف این ارزیابی ایجاد یک قاعده درمورد نقاط قوت خانواده و حوزه‌هایی است که توسط اعضای خانواده و توسط درمانگر در دوره ارزیابی وی، مشکل زا ادراک می گردد. این فرمولبندی درمورد عملکرد کلی خانواده، اساس و پایه ای برای درک ظرفیت خانواده برای برخورد با استرس‌هایی می گردد که ممکن است باعث شده آن‌ها به درمان حرفه ای رو بیاورند. درک دامنه سبک‌های تعاملی کارآمد و بر عکس، دامنه تعاملات ناکارآمد خانواده زمینه ای را برای درمانگر و خانواده ایجاد می‌کنند تا اهداف مورد توافقی را درمورد مداخلات برای خانواده ایجاد کنند.

منابع

۱. ابراهیمی، ا. جان‌بزرگی م. ۱۳۹۸. بررسی رابطه بین مهارت‌های ارتباطی و رضایت زناشویی. مجله روان‌شناسی و دین، ۲، ۱۴۷.
۲. احمد پور خرمی، عبدالرضا، ۱۳۹۴، مقایسه هوش هیجانی و تمایز یافتگی در نوجوانان وابسته به مصرف مواد و نوجوانان عادی، پایان نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره توانبخشی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی.
۳. احمدوند، زهرا، حیدری نسب، لیلا، شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روانشناختی بر اساس مولفه‌های ذهن آگاهی. روان‌شناسی سلامت، ۱(۲)، ۶۹-۶۰.
۴. اعتمادی، عذرا (۱۳۸۴) بررسی و مقایسه اثربخشی رویکرد روانی- آموزشی مبتنی بر شناختی- رفتاری و ارتباط درمانی بر صمیمیت زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره در شهر اصفهان. پایان نامه دکتری. تهران، دانشگاه تربیت معلم.
۵. اعتمادی، عذرا. (۱۳۸۷). افزایش صمیمیت زناشویی. فصلنامه تازه‌های روان‌درمانی، شماره ۵۰.
۶. اعتمادی، عذرا. منصوری نیا، آذر دخت، فاتحی زاده، مریم. و حسن پور، افسانه. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر آموزش پیش از ازدواج بر میزان رضایت زناشویی زوجین شهر اصفهان. یافته‌های نو در روانشناسی. سال ۶، شماره ۱۹.
۷. انجمن روان پزشکی آمریکا. (۲۰۱۳). ویراست پنجم راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-5). ترجمه یحیی سید محمدی (۱۳۹۳)، نشر روان.
۸. برنشتاین، ف. چ. و برنشتاین، م. ت. زناشویی درمانی، ترجمه: حمیدرضا سهرابی (۱۳۸۲). تهران، انتشارات رسا.
۹. بزرگی، فرشته. (۱۳۸۸). تاثیر آموزش مهارت‌های زناشویی بر رضایت زناشویی در زنان تحت حمایت کمیته امداد امام خمینی (ره) شهر سمنان. پایان نامه کارشناسی ارشد. تبریز. دانشگاه تبریز.
۱۰. بک، آرون. تی (۱۹۹۴). عشق هرگز کافی نیست، ترجمه: مهدی قراچه داغی (۱۳۷۹)، تهران، نشر پیکان.
۱۱. بولتون، رابرت. (۱۳۸۶). روانشناسی روابط انسانی (مهارت‌های مردمی). ترجمه حمید رضا سهرابی. تهران: انتشارات رشد.

۱۲. رودکی، مهدی (۱۳۸۲). تحلیل دینامیکی کیفیت زندگی کاری. پایان نامه کارشناسی ارشد مدیریت سیستم و بهره وری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب.
۱۳. عبدالله زاده، حسن (۱۳۸۲). بررسی رابطه بین صفات شخصیتی و رضایت زناشویی در زوج‌های شهر دامغان. پایان نامه کارشناسی ارشد. تبریز، دانشگاه تبریز.
۱۴. عبهری، اصغر. (۱۳۹۲). مقایسه کیفیت زندگی و صمیمیت زوجین در پرستاران با شیفت‌های کاری متغیر و پرستاران با شیفت‌های کاری ثابت. پایان نامه کارشناسی ارشد. تبریز. دانشگاه تبریز.
۱۵. مختاری، مرضیه؛ جواد، نظری (۱۳۸۹). جامعه‌شناسی کیفیت زندگی تهران: جامعه‌شناسان.
۱۶. مرادی، زینب. شفیع آبادی، عبدالله. و سودانی، منصور. (۱۳۸۷). اثربخشی آموزش ارتباط موثر بر رضایت زناشویی در معمار، المیرا. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتنظیمی عاطفی، ذهن آگاهی
۱۸. میراحمدی زاده، ع.ر.، نخعی امرودی، ن.، طباطبایی، س.ح.ر.، و شفیعیان، ر. (۱۳۸۲). رضامندی زناشویی و تعیین عوامل تاثیرگذار بر آن در شیراز. اندیشه و رفتار. سال هشتم، شماره ۴، ۵۶-۶۳.
۱۹. میلر، ش؛ میلر، ف؛ نانالی، ا و واکمن، د. (۱۳۸۵). آموزش مهارت‌های ارتباط زناشویی، ترجمه فرشاد بهادری، تهران، انتشارات رشد.
۲۰. نریمانی، محمد، آریاپوران، سعید، ابوالقاسمی، عباس، احدی، بتول. (۱۳۸۹). مقایسه اثربخشی آموزش های ذهن آگاهی و تنظیم هیجان بر سلامت روان جانبازان شیمیایی. نشریه روانشناسی بالینی، ۴ (۸): ۷۲-۶۱.
۲۱. نظری، علی محمد. (۱۳۸۶). مبانی زوج درمانی و خانواده درمانی. تهران: نشر علم.
۲۲. نوایی نژاد، شکوه. و نظری، علی. (۱۳۸۵). تاثیر مشاوره راه حل محور بر رضایت زناشویی. تازه‌ها و پژوهش‌های مشاوره، شماره ۵.

23. Ahmadi, K., Nabipoor, S.M., Kimiaee, S.A., & Afzali, M. H. (2010). Effect of family problem-solving on marital satisfaction. *Journal of Applied Science*, 10(8): 682-687.
24. Alicke, M. D., & Sedikides, C. (2009). Selfenhancement and self-protection: What they are and what they do. *European Review of Social Psychology*, 20, 1-48.
25. Amata, B.J., & Brown, P., (2000). Attachment and distress following marital Separation. *Journal of Divorce*, 3, 303-317.
26. Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, 65, 571-581.
27. Christensen SA. 2014. The effects of premarital sexual promiscuity on subsequent marital sexual satisfaction [Dissertation]. Brigham: Brigham young university.
28. Christofer FS, Sprecher S. 2020. Sexuality in marriage ,dating, and other relationships. *Journal of Marriage and Family*, 62, 999-1017.
29. Clark, D. M. (1998). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461- 470.
30. Conor, K. M. (2000). Metacognition in depressive and anxiety disorder: Current directions. *Inter. J of Cogn Ther*; 1(1): 33-44.
31. Dane s, Erzurumluoglu A. (2004). Sex and handedness difference in eye-hand visual reaction times in handball players. *Int J Neurosci*. 113(7):923-9.
32. Daurat A, Foret J. (2004). Sleep strategies of 12-hourshift nurses with emphasis on night sleep episodes. *Scand J Work Environ Health*. 30 (4): 299-305.
33. Davila, J., Bradbury, T. N. (2001). Attachment insecurity and the distinction between unhappy spouses who do and do not divorce. *Journal of Family Psychology*, 15 (3), 371-393.

34. Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2014). Self-determination theory: When mind mediate behavior. *Journal of Mind and Behavior*, 1, 33-43.
35. Doppelmayr, M., Sauseng, P., & Doppelmayr, H. (2007). Modifications in the human EEG during extrelong physical activity. *Neurophysiology*, 39, 76-81.
36. Edalati, A., & Redzuan, M. (2010). perception of women towards family values and their marital satisfaction. *Journal of American science*, 6(4):132-137.
37. Epstein, M. (2011). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhism perspective*. New York: Basic Books.
38. Fowers, B.J., Lyons, E.M., Montel, K.H., & Shaked, N. (2001). Positive illusions about marriage among married and single individuals. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 95-109.
39. Furmark, T. (2006). Videotaped experiments to drop safety behaviors and self-focused attention for patients with social anxiety disorder: Do they change subjective and objective evaluations of anxiety and performance? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 40: 202-210.
40. Germer, C. K. (2009). *The mindful path to self-compassion*. New York: Guilford Press.
41. Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind*. London: Constable.
42. Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379.
43. Godwin, D.D. (1990). Family financial management. *Family Relations*, 39(2), 221-228.
44. Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An evolutionary analysis and empirical review. *Psychological Bulletin*, 136, 351-374.
45. Press.
46. Hires J, E (2004). A Processing Model of Emotion Regulation: Insights from the Attachment System. *Psychology Dissertations*. 77, 1087-1100.
47. Horowitz, M. J. (2002). Self and relational observation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 115-127.
48. Kabat-zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.
49. Karimi, S., Hasani, M., Soltani, Z., Dalvand, M. & Zohdi, M. (2012). Effect of communication skills Training on increasing intimacy between Male Teachers and their spouses: A case study Baane City. *Journal of Basic and applied scientific Research*, 2(4) 3653_3659.
50. Karney, B.R., & Bradbury, T.N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, method and research. *Psychological Bulletin*, 118(1), 3-34.
51. Langer, E. J., & Moldoveanu, M. (2000). The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues*, 56, 1-9.
52. Lee, W. K. (2013). Self-compassion as a moderator of the relationship between academic burn-out and psychological health in Korean cyber university students. *Personality and Individual Differences*, 54, 899-902.
53. Mackey, R., & O'Brien, B.A. (1999). Adaptation in lasting marriages: A multi dimensional prospective. *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services*, 80, 587-596.
54. Marlat, J., Fleming, S., Shuldham, C. (1985). Psychological interventions for adults with asthma: A systematic review. *Respiratory Medicine*, 101(1), 1-14.

55. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18, 139-156.
56. Neff, K. D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
57. Neff, K. D. (2011). Self-compassion, Self-esteem Newell Being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5.1-11.
58. Pauley, G., & McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 129-143.
59. Prager, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: Guilford.
60. Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
61. Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
62. Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (2010). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attention control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
63. Terner, T. Z., & DeRubies, R. J. (1990). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 67(6), 894-904.
64. Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10, 352-362.
65. Tolstedt, B.E., & Stokes, J.P. (1983). Relation of verbal, affective, and Physical Intimacy to Marital Satisfaction. *Journal of Counseling and Psychology*, 4, 573-580. doi: 10.1037/0022 0167.30.4.573.
66. Tytherleigh, M.Y., Jacobs, P.A., Webb, C., Ricketts, C., & Cooper, C. (2007). Gender, health and stress in English universities: Exposure or vulnerability? *Applied psychology*, 56, 367_287.
67. Van Dam, N .T, Sheppard, S. C., Forsyth, J., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123-130.
68. Whisman, M.A. (2007). Marital Distress and DSM-IV Psychiatric Disorders in a Population-Based National Survey. *Journal of Abnormal Psychology*. 116(3), 638-644.
69. White, L., & Rogers, S. J. (2000). Economic circumstances and family outcomes: A review of the 90s. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1035-1052.
70. WHOQOL group . (2004). *WHOQOL-BREF Introduction, Administration and scoring, Field Trial version*, World Health Organization, Geneva.
71. Woody, D. S., & Wilson, E. O. (2003). Rethinking the theoretical foundation of sociobiology. *Quarterly Review of Biology*, 82(4), 327-348.