



سری جزوات زوج درمانی و درمان اختلالات جنسی

دکتر آرش رمضان: فوق دکتر تشخیص و درمان اختلالات  
جنسی و زوج درمانی

## زوج درمانی هیجان مدار

برگرفته از کتب و مقالات پروفسور سوزان جانسون

زوج درمانی هیجان مدار/زوج درمانی هیجان مدار در اوایل دهه ۱۹۸۰ در پاسخ به فقدان مداخلات زوجی فعال و کارآمد توسط سوزان جانسون و لزی گرینبرگ مطرح شد. این فقدان بیشتر در حوزه انسانگرایی احساس می شد، چراکه آن روزها مداخلات رفتاری عنصر غالب درمانی به شمار می رفت. از این جهت رویکرد را هیجان مدار نامگذاری کردند، که بر نقش کلیدی و اهمیت حیاتی هیجان و محاورات برخاسته از هیجانات، در سازماندهی الگوهای تعاملی تاکید شود. به باور بانیان این رویکرد، سهم هیجانات در ایجاد تجارب مهمی که زوجها در روابط صمیمانه دارند به شدت مورد بی توجهی قرار گرفته است. فرضیه دیگر درمان هیجان مدار این است که هیجانات نه فقط عاملی اساسی در ایجاد تعارضات زناشویی، که عنصری قدرتمند و غالباً ضروری برای ایجاد تغییر در روابط ناکارساز نیز بشمار می روند. تا آن زمان هرگز در ادبیات زوج درمانی، نیاز به تمرکز بر هیجان و نیرویی که این مقوله در خلق تغییرات مثبت ارتباطی دارد با این جدیت برخورد نشده بود. جانسون در انتقاد به غفلتی که همواره در این راستا وجود داشته است، زوج درمانی را به هیجان هراسی محکوم کرده است! او معتقد است به استثنای موارد بسیار معدود، درمانگران هیجان را پیکره پیچیده و ثانویه در نظر داشته اند که خاستگاه اصلی اش گاهی شناخت قلمداد شده است و گاه رفتار. اگر هم چنین نبوده، هیجان نیرویی اخلاکگر در امر درمان زوجها و یا عاملی بلوکه کننده تغییر در نظر گرفته می شده است. آشکار است که چنین ادراکاتی هرگز از ارزندگی نقشی که هیجانات در بازسازی روابط زناشویی دارند نکاسته و سرانجام متخصصین هیجان مدار را به گمانه زنی در این راستا هدایت کرده که شناخت و رفتارهای کارساز، پس آیند مدیریت بر هیجانها هستند نه خاستگاه آن. یافته های دهه اخیر گواهی مسلم بر صحت این ادعاست

امروزه نقش برجسته ی هیجانات در تعارضات زناشویی بیشتر و بیشتر مورد پذیرش قرار می گیرد (گاتمن، ۱۹۹۴) و مطالعه ی هیجانات رو به رشد است. هم اکنون، اهمیت بنیادین تنظیم و به کارگیری هیجانات در رضایندگی و نیز تعارضات همسران مورد توجه قرار گرفته، و ماهیت هیجان مدار دلبستگی انسانها پژوهشهای وسیعی را برانگیخته است. علاوه بر درمان هیجان محور، رویکرد های دیگری نیز به تمرکز بر هیجانات همت گمارده اند و این در حالی است که بسیاری دیگر هنوز تمایلی به این مقوله نشان نمی دهند. به طور کلی، دهه ی گذشته، ضرورت شناخت نقش هیجانات در فرایند بازسازی روابط صمیمانه آشکار شده و مداخلات و روشهای مفیدی جهت استفاده ی بهینه از یافته ها در دسترس درمانگران قرار گرفته است (۵).

رویکرد هیجان محور در پی مشاهده ی نظامدار زوجهای تحت درمان و بررسی توفیقات که هیجان مداری در بازسازی روابط فرسایشی آنها بدنبال داشت، ایجاد شد. الگوهای نوین و کار آمد دیگری همچون مدل گاتمن - مبنی بر مشاهده و رمزگردانی تعاملات - و نظریه ی دلبستگی - با بنیان روابط صمیمانه در بزرگسالی - نیز که در حیطه ی تعارضات زناشویی فعالیت کرده اند، علاوه بر تمرکز بر ارتباطات، پذیرای اهمیت هیجانات بوده اند. لذا همگونگی و همسویی درمان هیجان محور با الگوهای ذکر شده، تعجب آور نیست. بانیان زوج درمانی هیجان محور، توصیف

فرایند تغییر و معرفی مداخلات تسریع کننده ی آن را از طریق کار با زوجهای دچار تعارض آموخته اند. اولین کتابچه ای که درمان هیجان محور را معرفی کرد ، حاصل یافته های بالینی هیجان درمانگران بود و در آن به شیوه ای مستدل به قیاس کارآمدی رویکرد هیجان محور و رویکرد رفتاری ها در بهبود تعاملات زناشویی پرداخته شد ( جانسن و گرینبرگ ، ۱۹۸۵). نتایج بدست آمده در همین نخستین پژوهش کافی بود تا موجبات دو دهه تحقیق متمادی را در راستای نقش هیجانان فراهم آورد(۵). هم اکنون هشت حیطه ی یکپارچه به بررسی تأثیر رویکرد هیجان مدار بر شگفتی های زناشویی مشغولند ، در این میان تحقیقی بر فراتحلیل ، یافته های فوق را ساماندهی نموده است. از طرفی دو موج مطالعاتی نیز به بررسی تأثیر EFT بر ارتقاء صمیمیت و افزایش مطالبات جنسی مشغولند ( جانسن و گرینبرگ ، شیندلر ، ۱۹۹۹). به طور کلی نتایج این مطالعات با بررسی های قبلی همگام بود و هیجان درمانگران را در خصوص تبعیت از آیین مندی ها و قواعد مطرح شده در این نظام آسوده خاطر نمود. به نظر متخصصین امر ،

**برجسته ترین حقایقی که پژوهشهای اخیر در باب رویکرد هیجان محور به دست داده اند عبارت است از :**

- یافته های فرا تحلیل نمایان کردند که درمان هیجان مدار ، اندازه ی اثری نوید بخش و قانع کننده را در پی دارد. میزان بهبودی زوجهای مورد مطالعه که به آشفتگی های زناشویی دچار بودند ، ۷۰ تا ۷۳ درصد گزارش شد و این بهبودی طی ۱۰ تا دوازده جلسه ی درمانی پدید آمد. برجستگی این میزان بهبودی را نباید منوط به سوگیری محققان دانست؛ چرا که این پژوهش به موازات انجام مداخلات رفتار درمانگران نیز صورت گرفت و نرخ بهبودی آزمودنی های دسته ی اخیر فقط ۴۵ درصد بود ( جاکوبس ، ۱۹۸۴). شواهد آشکار کرده اند که درمان هیجان محور در رقابت با تمام رویکرد هایی که تاکنون بررسی شده اند صلاحیت خود را به ثبوت رسانده است(۵).
- به طور کلی ، رویکرد هیجان مدار از این مزیت برخوردار است که آزمودنی ها پس از ختم جلسات ، به بازگشت های گریز ناپذیری که بر کارآیی بسیاری از درمانها تأثیر نامطلوب می گذارد ، دچار نمی شوند. عود یکی از عمده ترین معایب مداخلات رفتاری است ( جاکوبس و آدیس ، ۱۹۹۳). گوردون والکر و جانسن (۲۰۰۲) پدیده ی فوق را روی پرخطر ترین گروه مورد مطالعه در EFT بررسی کردند. آزمودنی ها شامل والدینی بودند که کودکانی با بیماری های مزمن را نگهداری می کردند. نتایج درمانی پس از گذشت دو سال هنوز ثبات خود را حفظ کرده بود(۵).
- شواهد نشان داده اند که اتحاد با درمانگر عامل مهمی در پیشگویی نتایج EFT بوده است و رضایت زنان در زمینه ی مراقبت های دریافتی از همسرانشان نیز از طریق EFT کاملاً قابل پیش بینی است. سطوح اولیه تنیدگی ، که در غالب روان درمانی ها مهمترین پیشگویی کننده ی نتایج است، در EFT و ایجاد میزان رضایت زناشویی تقریباً تأثیری نمی گذارد ، صحت این فرضیه چهار ماه پس از پایان درمان به ثبوت رسیده

است. به نظر می‌رسد، در این رویکرد شیوه‌ی درگیر شدن متخصصان با راهکارهای درمانی از میزان نخستین استرس آزمودنی‌ها، مهم‌تر باشد. EFT جهت کار با زوجهای قدیمی‌تر و نیز مردانی که مشکلات اجتنابی و یا ناتوانی در ابراز هیجانات دارند، بسیار گره‌گشا بوده است (۵).

- در زمینه‌ی فرایند تغییر از طریق EFT مطالعات دامنه‌داری صورت گرفته است. پاسخ به این پرسش مهم که تغییر دقیقاً چگونه صورت می‌گیرد همواره مد نظر درمانگران بوده است. در این راستا EFT مهمترین عناصر ایجاد تغییر و نحوه‌ی انجام مداخلات زیر بنایی را به شیوه‌ای رسا مطرح می‌کند، اشاره به فرایندها و تکالیف نوینی همچون مرمت صدمات دلبستگی از طریق فرایند بخشش و توافق نیز در میان مد نظر بوده است.

پژوهشهای انجام شده در باب ماهیت آشفتگی‌های زناشویی (گاتمن، ۱۹۹۴) و دلبستگی بزرگسالان (جانسن و ویفن، ۲۰۰۳) نیز در معتبرسازی فرایند درمان و آماج مداخلاتی EFT نقش قابل توجهی داشته‌اند. از این رو در رویکرد هیجان‌مداری پاسخهای معقول و مستدل بسیاری در مقابل سوالات اصلی چهارگانه وجود خواهد داشت.

آیا درمان اثر بخش است؟ آیا مفروضات کلی در هماهنگی با سایر رویکردها به سر می‌برد؟ فرایند درمان از چه قرار است؟ درمانگر به جهت ایجاد تغییر دقیقاً چه کارهایی باید انجام دهد؟

EFT بیش از آنکه "ارتباط" میان همسران را داد و ستدهای گفتاری تلقی کند، آن را به منزله‌ی بازتابی از درهم تنیدگی‌های هیجانی در نظر می‌گیرد. در این رویکرد، تمرکز نه بر ایجاد بصیرت و یا آموزش مهارت که بر درگیری‌های هیجانی و تجارب تصحیح‌کننده معطوف است. ارتباط تنگاتنگ و قابل توجهی که بطور روز افزون میان نظریه‌ی دلبستگی (بالبی، ۱۹۶۹، ۱۹۸۸) و رویکرد هیجان‌محور یافت می‌شود، امروزه بر صاحب‌نظران پوشیده نیست، و این هماهنگی مهر تأیید دیگری است بر بازنمایی‌های کارآمد EFT در زمینه‌ی مداخلات و فرایند‌های درمان. روانشناسان اجتماعی نیز در راستای مطالعات وسیعی که در حیطه‌های دلبستگی و عشق بزرگسالی صورت گرفته، نقش مهمی داشته‌اند. نظریه‌ی دلبستگی هم‌اکنون نوید بخش‌ترین دیدگاه موجود در رابطه با صمیمیت و عشق بزرگسالان است (هازان و شاور، ۱۹۸۷، فینی، ۱۹۹۹) و یکی از وسیع‌ترین، پر محتواترین و خلاقانه‌ترین خطوط پژوهشی را در روانشناسی قرن بیستم به خود اختصاص داده است (کاسیدی و شاور، ۱۹۹۹). تئوری دلبستگی بزرگسالان نیز به شکل فزاینده‌ای رشد کرده است و امروزه بخشی تفکیک‌ناپذیر از EFT است، این تئوری، نقشه‌ی دقیقی از منطق روابط صمیمانه در بزرگسالی را در اختیار هیجان‌درمانگران قرار داده است (۵). تا این لحظه، EFT معتبرترین و علمی‌ترین رویکرد در زوج‌درمانی به شمار می‌رود، رویکردی با بیست سال سابقه و برانگیزاننده‌ی مطالعات پژوهشی بسیار. هدف از نگارش این کتاب آموزش نحوه‌ی به کارگیری EFT (به شیوه‌ای انسجام‌یافته) برای درمانگران است و در جای جای بحث، تلاش شده تا بر بی‌همتایی هر زوج و یکتایی هر رابطه

که متعاقباً ظرافتهای منحصر به فردی را در فرایند درمان طلب می کند ، تأکید شود. برجسته ترین نقاط قوت رویکرد هیجان مدار ، به طور خلاصه از این قرار است :

- فرضیات ، راهبردها و مداخلات عنوان شده در این رویکرد با صراحت و شفافیتی کم نظیر توصیف و بازنمایی شده اند . درمان ، کوتاه مدت ( از ۸ تا ۲۰ جلسه ) ، تکرارپذیر و قابل آموزش ( به طیف وسیعی از زوج درمانگران ) است.

- اثربخشی مداخلات درمانی از طریق پژوهشهای تجربی بسیار و در رابطه با آزمودنی های گوناگون به ثبوت رسیده است، آزمودنی هایی چون والدین کودکان دچار به بیماری های مزمن ( والکر ، ۱۹۹۴ ). EFT محرک ایجاد پژوهشهایی وسیع در راستای فرایند تغییر، بازنمایی وقایع مهم تغییر برانگیز و متغیرهای مداخله گر در امر بهبود مراجعین بوده است. یافته های این پژوهشها درمانگران را به انتخاب کار آمد مراجعین و طراحی درمانی سنجیده شده (هماهنگ با گروه) مجهز می نماید.

- فرایند درمان زوجها صراحتاً و به دور از هر نوع ابهامی در سه مرحله و نه گام مطرح شده است.
- رویکرد هیجان مدار بر پایه های نظری قدرتمند و نیز واضحی بنیانگذاری شده است. یکی از این پایه ها در بر گیرنده ی تئوری تغییر است که خود از ترکیب درمانهای تجربه مدار انسان گرا با نظریه ی دلبستگی و عشق بزرگسالی مستحکم گردیده . البته هم نظریه ی دلبستگی و هم مداخلات تجربه مدار ، هر دو در حیطه ی پژوهشی در حال رشد و تکاملند.

- رویکرد هیجان مدار برای انواع گوناگونی از مراجعین قابلیت کاربردی دارد، طیف وسیعی از همسران و جفت ها که از فرهنگها و طبقات اجتماعی متفاوتی بوده اند، زوجهای همجنس باز ، زوجهای قدیمی و زوجهایی که از بیماری افسردگی و اختلالات اضطرابی (مانند استرسهای پس از آسیب) رنج می برند، همه در این نظام قرار می گیرند. یافته های پژوهشی نمایان کرده اند که EFT کاهش افسردگی در همسران بوده است و در حال حاضر مطالعات دامنه داری روی همسران بی قرار و همراهان ایشان در حال انجام شدن است.

- مداخلات EFT به شیوه ای فوق العاده جالب با مطالعات تجربی که در حیطه ی برآشتگی های زناشویی صورت گرفته ، همخوان بوده است . هم اکنون شالوده ی برآشتگی های زناشویی عبارت است از الگوهای تعاملی انعطاف ناپذیر، هیجانات منفی مخرب و رشته های مختل شده ی دلبستگی بزرگسالی ، تجلی این عوامل و پرداختن به آنها در رویکرد هیجان مدار کاملاً مشهود است(۵).

چیستی درمان هیجان محور یکپارچه نگری است، که هم به درون توجه دارد و هم به میان. بدین معنا که EFT تمرکز بر پدیده هایی درون روانی - همچون شیوه ی به جریان انداختن تجارب، مخصوصاً چگونگی ارائه ی پاسخهای هیجانی دلبستگی مدار - را با تأکید بر معقولات میان فردی - مانند نحوه ای که همسران ، تعاملات جاری را به الگوهایی ثابت و چرخه هایی تکراری بدل می کنند - در هم می آمیزد. به طور خلاصه رویکرد به این

مطلب می پردازد که چگونه الگوهای سیستمی، تجارب درونی و خود پنداره افراد با یکدیگر در تعاملند و موجب تحریک و پدید آیی یکدیگر می گردند.

در نظر هیجان درمانگران، درک فرایند تجربه و پردازش تعاملات همانقدر اهمیت دارد که جهت دهی زوجهای آشفته از پاسخهای منفی و جزمی درونی و بیرونی به سوی انعطاف پذیری و پاسخگو بودن احساسی. موارد اخیر (انعطاف پذیری در پاسخها و پاسخگو بودن از نظر احساسی) پایه های نگهدارنده ی دلبستگی ایمن میان همسران هستند. به نظر می رسد که تعاملات جاری میان همسران از دو طریق حفظ و ایجاد می شود: یکی تجربه ی هیجانی افراد از نفر مقابل و دیگری روشی که اشخاص با تأسی بر واقعیت های درون روانی خود و رفتارهای تکراری همسر، تعاملات را سوی دیگری در تقابلند و بطور مستمر موجب بازآفرینی یکدیگر می شوند. از این رو اگر زوجها به خلق رشته های هیجانی مثبت توفیق یابند، هم واقعیت های درون روانی و هم رفتارهای تکراری، دگرگون شده، مورد پردازش و سازماندهی مجدد قرار خواهند گرفت. خلق و آفرینش رشته های ایمن دلبستگی، آماج نهایی درمان هیجان مدار است.

درمان هیجان مدار دو حیطه را شناسایی و توسعه می دهد: تجارب و تعاملات. نخستین هدف درمان دستیابی و سپس بازپردازش پاسخهای هیجانی خاص است که بخش زیرین الگوهای محدود کننده یکنواخت تعاملات را تشکیل می دهند. در این صورت تغییر موقعیتهای تعاملی تسهیل گردیده، پیکره های بنیادین دلبستگی ایمن (در دسترس بودن و پاسخگو بودن)، خود را نمایان می سازند. دومین هدف درمانی، خلق وقایع و رخدادهای تعاملی جدیدی است که رابطه را بعنوان مأمنی آرامش بخش برای همسران باز تعریف می کند. در حقیقت پردازش مجدد تجارب درونی بعنوان روشی جهت توسعه ی موقعیتهای میان فردی به کار گرفته می شود: مثلاً زمانی که یک همسر کشف می کند همراهش مستأصل و بی طاقت بوده نه بد نیت و مغرض. سپس جاها عوض می شوند و ساختاردهی به وقایع تعاملی جدید موجبات توسعه و بازآفرینی تجارب درونی هر همسر را فراهم می آورد، مثلاً زمانی که زن نیازمندی اش به همسر را با تمرکز بر رویدادی توصیف می کند و مرد بجای تمرکز دوباره و تکراری اش برفاصله گزینی و در دسترس نبودن، ترس خود را بدون پاسخگو بودن هیجانی را تجربه می نماید(۵).

پس از اختتام درمان و در صورت موفقیت آمیز بودنش، هر همسر منبع آرامش، حمایت و تماسهای فیزیکی لذت بخش برای دیگری می گردد، هر همسر به یاری کردن دیگری در تنظیم و ساماندهی به هیجانات منفی و نیز ایجاد احساس های مثبت و نیرومند نسبت به خود، توفیق می یابد. هیجان درمانگر وقایع الفت ساز و پیوند جویانه ای را در جلسات طراحی می کند که به شکل مؤثری قابلیت باز تعریف کردن رابطه را با خود به همراه دارند.

این فرایند یک سفر است. سفری

- از بی خویشی (بیگانگی با خود) به لمس هیجانات درونی
- از گوش به زنگ بودن های افراطی و پاسخهای خود حمایتگرانه به گشودگی هیجانی و خطر کردن

- از نا امیدی های منفعلانه در مواجهه با دگرگونی های گریز ناپذیر ارتباطی به احساس توانمندی در خصوص خلق فعالانه ی دگرگونی ها

- از سرزنشگری های بیهوده ی دیگری به درک اینکه چگونه خودش موجبات بی تفاوتی همسر را فراهم و مراقبت و پاسخگویی را برای او دشوار می سازد.

- از تمرکز بر کاستی ها و نقصان های دیگری به کشف ترسها و حسرت های شخصی

- و از همه مهمتر ، از تنهایی با هم بودن به پیوندجویی و اتصالی دوباره.

این سفر برای بسیاری از زوج ها کار ساده ای نیست ، حتی با راهنمایی درمانگری کارآزموده.

همچنانکه هیجان درمانگر اشخاص را در تشخیص ، توسعه و سازماندهی مجدد تجارب درونی شان را یاری می کند ، ابراز این تجارب موجب ظهور یک " خود تازه " در فرد می شود و مقارن با این ظهور ، شیوه های نوینی از تعامل با همسر پدیدار می گردد ، این پدیداری ، خود محرک ایجاد پاسخهایی مطلوب از سوی نفر دیگر خواهد بود . به دیگر سخن تجارب جدید درون فردی ، محاورات میان فردی متفاوت را ایجاد می کند که خود موجب خلق رویدادهای مشترک کامرواساز می گردد. تقابل این عناصر ادامه می یابد و رویدادهای کامرواساز ، گامها و الگوهای تازه ای را در روابط همسران جاری می کند(۵).

**تفاوت های درمان هیجان مدار با رویکرد های دیگر: نقش درمانگر:** هیجان درمانگر، مربی تعلیم دهنده ی مهارت های کلامی و یا آموزگار شیوه های مطلوب محاوره با یکدیگر نیست . هیجان درمانگر ، همه چیز دانی نیست که افراد را نسبت به گذشته ی خود به بصیرت برساند یا برای حاضران آشکار کند که الگوهای اکتساب شده از خانواده ی مبدأ چگونه بر ازدواج ایشان تأثیر می گذارد. او مسئول تشخیص تناقضات و نسخه پیچ حل آنها نیست. هیجان درمانگر، مدرس شناسایی باورها و انتظارات غیر منطقی همسران در خصوص ازدواج و رابطه هم نیست. هیجان درمانگر، کنکاشگر فرایند هاست و همسران را در جهت پردازش مجدد تجاربشان – مخصوصاً تجارب هیجانی نهفته شده در رابطه – یاری می کند . او همسران را کمک می کند تا استحاله های ارتباطی شان را از طریق ادراکاتی نو بازسازی کنند . در جلسات درمانی ، هیجان درمانگر یک همکاری کننده است که گاه رهبری می کند و گاهی پیروی، نه متخصصی که مبانی یک رابطه را روشن و تدریس نمایند . فرایند درمان شرایطی را برای زوجها فراهم می کند که در آن به آزمایشگری راههای جدید با هم بودن بپردازند و سرانجام جهت شکل دهی به رابطه ای که خواستار آنند به انتخابهایی آگاهانه دست بزنند.

**درمان هیجان محور ترکیب رویکرد های سیستمی و تجربه نگر است:** شاید اگر درمانگران تجربه مداری چون راجرز (۱۹۵۱) و سیستم درمانگران ساختار محوری چون مینوچین (۱۹۸۲) در خصوص آشفتگی های زناشویی بحث کرده بودند، می توانستیم EFT را انعکاس مستقیم کارهای مشترک ایشان بدانیم. هیجان از نظر "ماهیت" در

تبعیت از رویکرد های تجربه نگر به سر می برد و از حیث ساختار تعاملی اش (ابراز هر هیجان ، پاسخهای هیجانی ویژه ای را از نفر مقابل بیرون می کشد) متغییری سیستمی است. در حقیقت هیجان موسیقی رقص همسران است و به دنبال شیوه ی برون ریزی اش، کنشهای متقابل همسران را هدایت می کند. درمان هیجان مدار مانند رویکرد های انسان گرای سنتی بر درک همدلانه ی تجارب بلاواسطه و بی درنگ همسران تأکید می کند، هیجانات تجربه شونده ی زمان حال و تلاش جهت درک مرجع قیاس درونی نیز از ارکان EFT محسوب می شوند.

### درمان هیجان محور از این جهات تجربه نگر است که بر موارد زیر تأکید می کند :

- چگونگی پردازش و ساماندهی فعالانه ی تجاربی که افراد در تعامل با محیط فعلی شان درک می کنند.
- قدرت همدلی و تأیید درمانگر در تولید بافتی جهت کشف و خلق تجارب تازه. راه گشا بودن پذیرش و خلوص درمانگر جهت بالفعل نمودن پتانسیل های ذاتی و خود شفا بخش مراجعین به سوی شکوفایی.
- توانایی عظیمی که انسانها جهت رشد، برآوردن نیازها و تنظیم کارآمد پاسخهای هیجانی شان در اختیار دارند. راجرز و نیز بالبی (۱۹۶۹) - بانی نگرش دلبستگی در پیوند ها - هر دو معتقدند که مراجعین را نباید بیمار تلقی کرد و از چشم انداز آسیب شناختی ایشان را نظاره نمود . بالبی بر این باور بود که تمام شیوه های پاسخدهی به جهان می تواند، سازگارانه و ساماندهی شده باشد. این گفته، نظر راجرز را: " فقط وقتی که شیوه های پاسخدهی انعطاف ناپذیر می گردند و نمی توانند با موقعیتهای جدید سازگار شود، مشکلات نمایان خواهند شد"، تایید می کند. در یک رابطه ی یاورانه، شرط اول آن است که یاری شونده اطمینان حاصل کند، یک همراه درک می کند، او در چه موقعیت و جایگاهی قرار دارد و همان موقعیت را مبدا حرکتشان قرار دهد(کیرکگارد ۱۹۴۸). راجرز باور داشت که مشاوران باید سازه های تجربی نخستین و نقطه نظرات ارتباطی مراجع را کشف ، تحلیل و اعتباردهی نمایند (لذا ایجاد شیوه های کارآمد پاسخدهی به دنبال تجارب افراد و درک نقطه نظراتشان مورد توجه بسیار بوده است) .
- تعامل واقعیتهای درونی و بیرونی با یکدیگر و اینکه چگونه هر یک دیگری را تعریف می کنند. ارج نهادن بسیار به شناسایی و کار روی هیجانات، به عنوان پدیده هایی که جهت گیری افراد به زندگی را سازمان می بخشند و بر انسانها آشکار می کنند که نیازها و ترسهایشان کدامند.
- چگونگی انتقال هیجانات به دیگران و ارتباط برقرار کردن با هیجانات نفر مقابل، به طوری که پدید آیی یک هیجان موجب بیرون کشیدن پاسخهای هیجانی خاصی از نفر مقابل ، به طوری پدید آیی یک هیجان موجب بیرون کشیدن پاسخهای هیجانی خاصی از نفر مقابل می شود و همین اصل، کلید ارتباطات تلقی شده است . هیجانات حلقه رابط " خود " و " سیستم " اند ، آنها رقص و رقصنده را به هم ارتباط می دهند . هیجان درمانگران و نظریه پردازان رویکرد دلبستگی بر این مهم تمرکز می کنند که پردازشهای هویتی و الگوهای تعاملی چگونه حلقه های سرنوشت ساز بازخوردها را شکل می دهند .

- تسریع و تشدید تجارب نوین و تصحیح شده ی هیجانی در ایجاد و اکنون جلسات درمانی . درمانگران تجربه نگر چنین تجاربی را منشأ اصلی تغییرات پایدار و پر معنا قلمداد کرده اند.

### از طرف دیگر EFT از این جهات سیستمی تلقی شده است که بر این موارد تأکید دارد :

- قدرت بافتار<sup>۱</sup> . رفتار هر همسر با توجه به زمینه و در پاسخ به بافتار خاصی که در آن قرار گرفته بررسی می شود . هر همسر به انحاء گوناگون پاسخهای نفر مقابل را ایجاد می کند و اغلب از شیوه ی تأثیر گذاری اش بر این جریان ناآگاه است . بنابراین در یک رابطه ی آشفته ، پاسخ گو نبودن و اجتناب یک همسر ، انتقاد و مطالبات پیوسته ی دیگری را فرا می خواند و برعکس.
- فرایند و ساخت<sup>۲</sup> ( چگونگی ایجاد تعاملات و حفظ الگوهای تکراری ) تعاملات . میزان " نزدیکی و فاصله " و " درجه ی " سلطه گری و سلطه پذیری " را شناسایی و مد نظر قرار می گیرد .
- چرخه های تعاملی منفی و انعطاف پذیر جاری در تعاملات زوجهای آشفته ، بعنوان سیکل های زایشی<sup>۳</sup> و خود حفظ کننده ای<sup>۴</sup> که در تخریب روابط نقش اساسی دارند .
- تأکید بر علیت حلقوی به جای علیت خطی . چنین تأکیدی خود گواهی است آشکار بر اهمیت دادن به الگوهای تعاملی و زنجیره های پس آیند آن ، شناسایی اینکه چگونه عناصر نهفته در هر الگوی تعاملی گدیدآیی یکدیگر را دامن می زنند و در ایجاد هم تأثیر تقابلی دارند ( من از تو فاصله می گیرم چون دائماً نق می زنی چون من فاصله می گیرم ) .

EFT با ترکیب رویکردهای سیستمی و تجربه نگر در واقع الگوهای درون فردی و میان فردی را به یکدیگر پیوند می زند. هیجان درمانگران ، همسران را در بازپردازش تجارب هیجانی شان یاری می کنند و سپس از ابزار این هیجانات باز پردازش شده در راستای بهبود روابط میان فردی آنها سود می برند. درمانگران هم چنین تعاملات و رخدادهای نوینی را در جلسات طراحی و تنظیم می کنند که خود برانگیزاننده ی پاسخ های هیجانی نوین خواهند بود. همانطور که قبلاً اشاره شد، تجارب جدید هیجانی بر رقص مشترک همسران ( تعاملات جاری میان آنها ) اثر می گذارد و این تعاملات جدید، خود شیوه ی سازماندهی تجارب هیجانی هر همسر را تحت تأثیر قرار خواهد داد. خاستگاه واژه ی هیجان ، لغت لاتین "حرکت کردن" است . ساختارهای جدید هیجانی، همسران را در "حرکت" به سوی نقطه نظرات نوین در خصوص ارتباطشان هدایت می کند، نقطه نظرات و طرز تلقی هایی که باعث فراخوانی رشته های ایمن دلبستگی می گردند .

**فلسفه ی درمان هیجان مدار:** هر درمانگری پس از رویارویی با مسائلی که مراجعان را به اطلاق درمان کشانده است ، جهت افزایش توان درمانی لازم است به سه پرسش بنیادین پاسخ دهد . پاسخ به این سوالات جهت درک

<sup>۱</sup> Context power

<sup>۲</sup> Process and Structure

<sup>۳</sup> Generative cycle

<sup>۴</sup> Self maintaining

پدیده های چند بعدی خاصی که او مشاهده کرده است چارچوبی بدست داده ، محور تمرکز و راهبردهای درمانی را مشخص می نماید. این سه پرسش عبارتند از :

۱- ایجاد چه رویدادی در جریان است ؟ مسئله ی اصلی کدام است ؟ هدف از مداخلات چیست ؟

۲- چه رویداد هایی باید اینجا پدید آیند ؟ عملکرد صحیح چگونه باید باشد ؟ هدف از درمان چیست ؟

۳- این زوج جهت تغییر مشکل و حرکت به سوی رابطه ای کارساز چه باید بکنند ؟ درمانگر چگونه می تواند این تغییر را تسریع نماید ؟

سزاوار است که یک درمانگر جهت فرضیه سازی در مورد اینکه مشکلات چگونه ایجاد می شوند و سپس چگونه عملکرد صحیح همسران را بلوکه می کنند ، به نظریه ای در مورد " عملکرد صحیح " مجهز شده باشد. در زوج درمانی هیجان محور درمانگر پیش از این تجهیز، به درک ماهیت صمیمیت در روابط بزرگسالان و خاستگاه عشق در بزرگسالی نیازمند است.

**نظر گاه EFT در باب عشق بزرگسالی:** اگر جهت دستیابی به برآوردی کلی از مراجعانمان بپرسیم که پایه ی یک رابطه ی دیرپا و شادی بخش را چه می دانند، غالبشان بی تأمل می گویند : **عشق**. عشق قدمتی به فراخنای خلقت آدمی دارد و برجسته ماندنش در زوج و خانواده درمانی، حتی با وجود نادیده گرفته شدن، اهمیت خود را به ثبوت رسانده است. خانواده درمانی همواره مقولاتی چون قدرت ، خودگردانی و واسطه مندی تعارض در ممانعت از اشاعه ی محبت و عشق را زیر سیطره ی خود گرفته و در این میان عشق را به سطح یک متغیر فراموش شده تقلیل داده است ( مکای ، ۱۹۹۶). ژرف اندیشی های اخیر دلبستگی درمانگران موجبات گسترش نظریه ی بالبی را فراهم آورده و انقلابی عظیم را در زوج درمانی ایجاد کرده است. یکی از ارکان پدید آورنده ی این دگرگونی ، چارچوب جامع ، پژوهش آفرین و هماهنگی است که نظریه ی دلبستگی پیرامون شناسایی ، درک و مداخله در عشق بزرگسالان در اختیار قرار داده است ( جانسن ، ۲۰۰۳ ). به باور برسچید ( ۱۹۹۹ ) این دگرگونی ، مبدأ نیرومندی خواهد بود جهت پرداختن به راز بزرگ روابط انسانی(۵).

برای درمانگران هیچ چیز گره گشاطر از یک نظریه ی خوب نیست . چنین نظریه ای درمانگر را در راستای شناسایی خصایص آشفته کننده ی روابط زناشویی جهت دهی خواهد کرد، روابطی که غالباً در هم آمیختگی چندین بعد پیچیده و غامض را در خود نهفته دارند. در درمان هیجان محور، این نظریه باید زبانی در اختیار درمانگر قرار دهد که با تاسی بر آن بتواند تجارب هر مراجع را درک و تسخیر کرده، آن را به رسمیت بشناسد .

زمانی که با چشم داشت به یک دورنمایی ارتباطی، خصایص آشفته ساز آن را تعیین کردیم، ترسیم نقشه راه و حرکت در راستای آن تسهیل خواهد شد. از این رو ، نظریه ای درمورد عشق نه تنها درمانگران را به درکی از موانع ایجاد یک رابطه ی مطلوب مجهز می کند، که اهداف و گامهای مورد نیاز را نیز به دست می دهد . ارزندگی یک نظریه در گرو میزان اطمینانی است که از جهت انتخاب صحیح مداخلات به درمانگر می دهد ؛ امری که هر لحظه او را از بودن در مسیر بایسته آسوده خاطر می نماید .

فرضیات بنیادین نظریه ی دلبستگی که نخستین بار در ۱۹۶۹ توسط بالبی مطرح شدن ، بعدها توسط روانشناسان اجتماعی ( شاور و میکالینسر ، ۲۰۰۲ ) به بزرگسالان تعمیم و در مورد آنها به کار گرفته شد. هم اکنون تعداد روز افزونی از زوج درمانگران ( جانسون و ویفن ، ۲۰۰۳ ) در این پهنه به بررسی و آزمایش گری مشغولند .

**اصول نظریه ی دلبستگی:** عصاره ی نظریه دلبستگی در ده اصل بنیادین نهفته شده است . این اصول عبارتند از (۴۵؛۴۴؛۵) :

**۱ - دلبستگی یک نیروی برانگیزاننده ی ذاتی است:** طلب و حفظ تماس با افراد مهم زندگی یکی از گرایشات برانگیزانند ، اساسی و فطری انسان در طول زندگی است. به عقیده بالبی ( ۱۹۸۸ ) وابستگی که در بسیاری از فرهنگ ها آسیب زا تلقی شده ، نه یک خصیصه ی منحصر به دوره ی کودکی، که بخشی تفکیک ناپذیر از انسان بودن است . دلبستگی و هیجانات مرتبط با آن هسته ی شناسایی کننده ی خصایص مهم در روابط صمیمانه شناخته شده اند . امروزه ، بررسی پیرامون این معقولات قلب زوج درمانی به شمار می رود. تلفیق نظریه دلبستگی با درمان هیجان مدار، دیدگاهی نظری و جامع را پدیداری کرده که اعتبار بین فرهنگی چشمگیری کسب نموده است. این معقوله با مراحل رشد انسان، این حیوان اجتماعی، نیز مرتبط گردیده و منظری جهانی به دست داده است. چون دلبستگی گرایش مادرزادی تلقی شده، مستدل و منطقی به نظر می رسد که ترس از جدایی و فقدان یک پیکره دلبستگی نیز امری همگانی باشد ؛ وقتی باد به تندی می وزد ، چشم همه را می سوزاند !

**۲ - وابستگی ایمن<sup>۵</sup>، مکمل خود مختاری است:** براساس نظریه ی دلبستگی چیزی به عنوان وابستگی مطلق و نیز وابستگی کامل وجود ندارد و وابستگی فقط میتوان کار ساز و ناکار ساز باشد . وابستگی ایمن ( نیازمندی سالم ) موجب ارتقاء خود مختاری و اعتماد به نفس می گردد. در واقع وابستگی ایمن و خود مختاری بیش از آنکه دوگانه باشند ، دو روی یک سکه اند . پژوهشها آشکار کرده اند که وابستگی ایمن با انسجام خود، احساس مثبت به خود داشتن، خود نظمی و فصاحت در شهادت خود بودن در او افزایش خواهد یافت . در این مدل، " سلامتی " بیش از آنکه به معنای خوددبستگی و جدایی از دیگران در نظر گرفته شود، توانایی فرد در ایجاد و حفظ وابستگی میان فردی را خاطر نشان می کند .

**۳ - دلبستگی موجب پدید آیی پناهگاهی ایمن می گردد:** حضور پیکره هایی که دلبسته ی آنها هستیم ( عموماً والدین ، فرزندان ، همسران و معشوقان ) ، راحتی و امنیت را به ما هدیه می کند و ادراک در دسترس نبودن آنها ، آشفتگی را به همراه می آورد . براساس مطالعات سکور ( ۱۹۹۴ ) مجاورت با کسی که شیفته ی او هستیم موجب تسکین سیستم عصبی می شود و این همجواری پادزهری است طبیعی، در مقابل احساسات اضطراب و آسیب پذیری<sup>۶</sup>. دلبستگی های مثبت و کارآمد مامنی آسوده را برای شخص مهیا می کنند که بودن در آن به منزله ی در

<sup>۵</sup> Secure dependence

<sup>۶</sup> Vulnerability

دست داشتن سپری است، جهت مبارزه با تاثیرات استرس زا و تردید و نایمینی؛ این مامن زمینه‌ی مطلوب جهت رشد متدوام شخصیت را نیز با خود به همراه دارد.

**۴- دلبستگی ایمن، بنیان شخصیت را محکم می‌کند:** دلبستگی ایمن موجب ایجاد مبنایی سرشار از آسودگی می‌گردد که شخص می‌تواند در سایه‌ی دلنواز این ایمنی، هستی خویش را کشف و پاسخهای سازگارانه با محیط را فراگیری نماید. چنین کندوکاوی موجبات غنابخشی به تجارب فردی را فراهم آورده، شخص را به کشف و به کارگیری "گشودگی شناختی"<sup>۷</sup> در مقابل برون دادهای تازه تشویق می‌کند. جرأت آموزی، آسودگی خاطر جهت خطر کردن به موقع، یادگیری، نو کردن مستمر الگوهایی که به خود، دیگران و دنیا نسبت می‌دهیم و ... نیز از گره‌گشایی‌های حضور این فضای ایمن به شمار رفته‌اند؛ بی تردید موارد فوق سازگاری با محیط‌های تازه و اطلاعات نو را تسهیل می‌نمایند. دلبستگی ایمن، توانایی فاصله گرفتن بهنجار از دیگران و خویش را افزایش داده، بررسی و احیاء رفتارهای شخصی و حالات ذهنی را مقدور می‌نماید. وقتی روابط احساس ایمنی خاطر را با خود به همراه دارند افراد به شیوه‌های کارسازتری با تعارض و تنش برخورد می‌کنند و اشتیاق بیشتری به حمایت کردن دیگران نشان می‌دهند. ناگفته پیداست که احتمال دیرپایی رابطه و خشنود سازی همزمان در چنین ارتباطی به مراتب بیشتر از روابط مخدوش یا حتی خنثی است.

**۵- در دسترس بودن<sup>۸</sup> و پاسخگو بودن<sup>۹</sup>، ریشه‌های دلبستگی را بنیانگذاری می‌کنند:** پاسخگو بودن از نظر هیجانی و به وقت نیاز عاطفی در دسترس بودن، از عناصر اصلی دلبستگی ایمن به شمار می‌روند. یک پیکره‌ی دلبستگی می‌تواند از نظر فیزیکی حاضر اما به جهت هیجانی و عاطفی غایب باشد. آشفتگی‌ها و سراسیمگی‌های جدایی نتیجه‌ی این نوع ارزیابی ذهنی هستند که پیکره‌ی دلبستگی دیگر در دسترس نیست. در یک دلبستگی ایمن، وجود رابطه عاطفی و اعتماد به اینکه به وقت نیاز، شخص و رابطه مورد نظر در کنارمان خواهند بود، اهمیت حیاتی دارد. دست اندرکاران نظریه‌ی دلبستگی معتقدند هر پاسخی (حتی خشم شدید) بهتر از بی پاسخی است. زیرا پاسخدهی این نکته را به ثبوت می‌رساند که رابطه همچنان برقرار است. زمانی که درگیری عاطفی وجود ندارد، پاسخگویی هیجانی هم بروز نخواهد کرد و پیامی که از پیکره‌ی دلبستگی به سمت ما ساطع می‌شود این است: "پیامهایی که می‌فرستی برایم مهم نیست و اتصالی میان ما وجود ندارد." هیجانات از مبانی دلبستگی‌ها به شمار می‌روند و نظریه‌ی دلبستگی راهنمایی را جهت درک و اصلاح هیجانات مخربی که با روابط آشفته و نیز فرسوده توأم‌اند، در اختیار درمانگران قرار می‌دهد. روابط عجین با دلبستگی، قوی‌ترین ریشه‌های هیجانی ما را برانگیخته می‌کنند و بیشترین تاثیر را بر نحوه‌ی بروز هیجان‌اتمان می‌گذارند. هیجانات، به خود شخص و دیگران خاطرانشان می‌کنند که مهمترین انگیزه‌های فرد کدامها هستند؛ در واقع هیجانات، موسیقی مقارن با رقص

<sup>۷</sup> Cognitive openness

<sup>۸</sup> Accessibility

<sup>۹</sup> Responsiveness

دلبستگی هستند (جانسن، ۱۹۹۶). بالبی نیز به این راستا چنین می افزاید: "روان شناسی و آسیب شناسی روانی هیجان" بخش عمده ای از روانشناسی و آسیب شناسی رشته های دلبستگی و عاطفی محسوب می شوند.

**۶- ترس و تردید<sup>۱۰</sup> نیازهای دلبستگی را تشدید می کنند:** زمانی که فرد مورد تهدید قرار می گیرد (خواه از طریق رویدادها آشفته ساز، خواه به دنبال جنبه هایی اجتناب ناپذیر و آزاردهنده ی زندگی روز مره همچون بیماری و گاه به تاثیرپذیری از جرمه دار شدن ریشه های ایمن دلبستگی)، نیازهای دلبستگی با هدف کسب ایمنی و تجربه ی آسودگی، برجسته تر و الزام تر می شوند و رفتارهای دلبسته گونه مانند مجاورت طلبی فعال می گردند. احساس متصل شدن به کسی که شیفته ی او هستیم به انحای گوناگون پویه های تنش زای روانی را سست می کند و این اتصال یکی از خودتنظیمی های مهم هیجانی- که درون ساخته و فطری نیز هست- به شمار می رود. نیاز به دلبستگی از طریق ارتباط، تطبیق دادن خود با خواسته های طرف مقابل و ایجاد هماهنگی با آنچه رابطه ی مشترک طلب کرده است، همه از تدابیر مهم حفاظتی - هیجانی انسان در مقابل احساسات ناامیدی و بی معنایی به شمار می روند.

**۷- فرایند آشفته گی ها و جدایی های پس آیند آن، مقابل پیش بینی اند:** اگر رفتارهایی مجاورت طلبانه ی توام با دلبستگی، در فراخوانی پاسخهای تسلی بخش و تجدید عهد با پیکره های دلبستگی ناتوان شده باشند، فرایندهایی نظیر چشم، محکم چسبیدن، افسردگی و ناامیدی که سرانجام به جدایی ها می انجامد، فعال می گردند. افسردگی پاسخی است طبیعی به از دست دادن روابط توأم با دلبستگی بالبی (۱۹۸۰) معتقد بود که، خشم در روابط نزدیک عاطفی، غالباً تلاشی است جهت برقراری تماس با پیکره ی غیر قابل دسترس دلبستگی. او اشاره می کند میان خشمی که شالوده یأس دارد و از فرط استیصال بروز می کند و خشمی که بر خواستگاه امید بنا می شود، تفاوت های مهمی وجود دارد.

**۸- تعداد پاسخهایی که در دلبستگی ناایمن ریشه دارند، محدود است:** گستره ی پاسخهایی که انسان ها جهت برخورد با عدم پاسخگویی مراجع دلبستگی از خود به نمایش می گذارند، نامحدود نیست. به دیگر سخن، افراد به وقت برخورد با دغدغه های زندگی از طریق ایمان به استواری و بقاء پیکره ی دلبستگی شان، به ساماندهی مجدد ذهنی توفیق می یابند و در صورت در دسترس نبودن مرجع، به راهکارهایی مقابله ای- که روشهای مشخصی را شامل می شود- متوسل می گردند. به نظر می رسد که پاسخ به سوال "آیا می توانیم هر وقت نیاز داشتیم به حمایت تو تکیه کنم"، در افراد گوناگون واکنشهای گوناگونی را فرا می خواند. اما این پاسخها که از سر نیاز به دلبستگی ساطع می شوند را، می توان در پیوستاری با دو بعد اضطراب و اجتناب در نظر گرفت (فریلی و والر، ۱۹۹۸). زمانی که اتصال به فرد بی همتای زندگیمان دشوار و با او مورد تهدید قرار می گیرد، سیستم دلبستگی به فزون کنشی (بیش فعال) و زیاده کاری پناه می برد. رفتارهای دلبسته گونه در این مقطع تشدید می شوند و مجازات طلبی در اشکال و گوناگون- محکم چسبیدن های برخاسته از نگرانی، تعقیب کردن و پرخاشگری با هدف بیرون کشیدن پاسخ -

<sup>۱۰</sup> Uncertainty

افزایش می یابد. راهبرد دوم جهت مرتفع نمودن احساس ناامنی و فقدان درگیری هیجانی ایمن- مخصوصاً زمانی که امید به پاسخگو بودن نفر مقابل رنگ باخته یا از بین رفته باشد- کم کار شدن سیستم دلبستگی و سرکوبی نیازهای دلبسته گونه است.

**۹- انواع دلبستگی ، مدل های گوناگون ذهنی افراد ( در مورد خود و دیگران) را شکل می دهد: همان گونه که اشاره شد راهبردهای دلبستگی ، شیوه های پردازش و سلوک<sup>۱۱</sup> هیجانات را منعکس می کنند . برخی از همسران به وقت طرد شدن، مسئله را فاجعه آمیز قلمداد می کنند و بعضی برای روزهای طولانی ساکت می مانند . بالبی (۱۹۸۰) خاطر نشان کرده است که این پاسخها در برگیرنده ی محتوای شناختی بازنمایی هایی است که افراد از خود و دیگران در ذهن دارند. دلبستگی ایمن با الگوی "خویشتن کارآمد" عجین و درهم تنیده است؛ در این الگو شخص چنین می پندارد که ارزش دریافت عشق و توجه را دارد و فردی معتمد به نفس و تواناست. اشاره ی فوق از این مزیت برخوردار بوده که یافته های پژوهشی نشان دهند سبک دلبستگی ایمن با خود کارآمدی بالا در ارتباط است. افرادی که سبک دلبستگی شان ایمن است از نظر شناختی بر این باورند که دیگران به وقت نیاز ایشان در دسترس اند و می توان به آنها تکیه کرد چرا که انسان موجودی شایسته ی اعتماد است . چنین الگوهایی ایجاد کننده ی هزاران تعامل درون فردی و میان فردی اند و خود ، سازنده ی انتظارات و سوگیری هایی هستند که گفتار و رفتار آدمیان را در روابط نزدیک تحت الشعاع قرار می دهند . الگوهای ذهنی ما ( چه در مورد خود و چه در مورد دیگران ) نه فقط طرحواره های شناختی تک بعدی ، که نسخه های تعیین کننده نوع روابط نیز به شمار می روند . البته ممکن است افراد بیش از یک مدل شناختی داشته باشند اما لا اقل می توان بر غلبه ی یک مدل ( تجلیات آن بیش از سایر مدل ها ) در بافت های ارائه شده ایمان داشت . الگوهای ذهنی ( مدل های ) افراد در برگیرنده ی اهداف ، باورها و راهبرد های ایشان و عمیقاً در هم آمیخته با هیجانانشان است. مدل های نخستین در طول درمان و به دنبال تجربه ی تعاملات هیجانی تشکیل، بازسازی ، توسعه و مهمتر از همه تغییر می یابند.**

**۱۰- جدایی و فقدان، ذاتاً آسیب رسان اند:** نظریه ی دلبستگی بی آنکه از مفاهیم نظری عدول کند، از آن عبور می کند و آسیب شناسی روانی را نیز مورد توجه قرار می دهند (تکسین، ۱۹۹۷). بالبی کار تخصصی اش را با مطالعه ی "محرومیت و جدایی" کودکان از محبت مادری و تاثیرات آن بر روند تکاملی ایشان آغاز کرد. لذا نظریه ی دلبستگی ماهیت آسیب رساننده ی محرومیت، فقدان، طرد و رها شدگی را نیز تشریح می کند. بالبی بر این باور است که این عوامل تنش زا و جدایی هایی که در پی آن می آیند، تاثیرات قابل توجه ای در ساخت شخصیت افراد و تعیین میزان توانمندی ایشان در مقابله با سایر استرس زاهای محیطی دارند. او خاطر نشان می کند که وقتی کسی خیالش از بابت حضور همواره ی مرجع دلبستگی آسوده باشد، احتمال دچار شدنش به تنش یا ترس های حاد روانی ناشی از جدایی به شدت کاهش خواهد یافت . تنشهای پس از جدایی بخشی تفکیک ناپذیر از تعارضات جدی زناشویی اند و از طریق نشانگانی چون بی قراری زیاد و افسردگی متظاهر می شوند. نظریه دلبستگی ، به عنوان

<sup>۱۱</sup> Dealing

نظریه ای که آسیب را نیز مد نظر قرار می دهد، به درمانگران کمک می کند تا اهمیت نهفته در صدمه دیدگی های هیجانی - مانند طرد یا مشاهده ی ترک شدن از سوی معشوق را درک کنند. همسران برآشفته ای که به دنبال مواجهه با آسیب های چون جدایی و فقدان ، به استیصال دچار شده اند غالباً جهت مقابله با تنش به یکی از حالات سه گانه ی جنگ، گریز یا میخ کوب شدن پناه میبرند. دیدگاه آسیب محور با تأکید بر قدرت یأس و هراس بر عملکرد با همسران، زوج درمانگران را قادر میکند که به واقعیات هیجانی زوج های آشفته نزدیک شده ، به شیوه ای کار ساز با آن برخورد نمایند.

**گذری بر دلبستگی بزرگسالان (۴۵؛۴۴؛۵):** تعیین ماهیت پدیده ها ، در گرو منظری است که هر کس برای نگریستن به آن برمی گزیند . نظر به تأکید بسیار فرهنگ غربی بر " فردیت " و " ارزش خودبستگی " ، درک روابط بزرگسالان در قالب واژگان نظریه ی دلبستگی برای بسیاری از زوج ها و حتی درمانگران تابع این فرهنگ دشوار به نظر می رسد . به هر حال جان بالبی همواره تأکید داشت که دلبستگی نه امری منحصر به دوران کودکی ، که همواره مادام العمر است . به همین دلیل سزاوار است تا هم اکنون به شباهت های بنیادینی که میان ویژگی های یک رابطه عاشقانه با رابطه مادر ( مراقب ) و فرزند وجود دارد ، اشاره کنیم .

در هر دو نوع رابطه ، اشتیاق شدیدی به پاسخگویی هیجانی ، توجه به علاقه ی مقابل به چشم می خورد . یک کودک و یک عاشق هر دو به هنگام در دسترس بودن و قابل اتکاء بودن مرجع دلبستگی ، احساس ایمنی و دلگرمی می کنند و متعاقباً در مقابله با وقایع تنش زا توانمند تر برخورد می نمایند . وقتی پیکره ی دلبستگی پاسخگو و دست یافتنی باشد ، در هر دو نوع رابطه ، افراد شادتر و خونگرم تر ، آستانه ی تحمل تنش شان بالاتر و در خصوص مقابله با رخدادهای ابهام بر انگیز یا منفی گریز ناپذیری که در هر رابطه متجلی خواهد شد شکیبایی بیشتری نشان می دهند . وقتی کسی که دلبسته ی او هستیم، دور یا طرد کننده باشد، چه کودک و چه بزرگسال دلداده به آشفتگی و اضطراب دچار می شوند و در تمرکز یا کشف حقایق محیطی کم توان می گردند. شناسه ای بارز هر دو نوع رابطه، مجاورت طلبی و مطالبه ی تماس های فیزیکی ( مانند در آغوش گرفتن و ملاطفت های عاشقانه ) است . چه بزرگسالان و چه کودکان به وقت بیکاری ، هراس یا آشفتگی متمایلند یا از سوی محبوبشان مورد توجه قرار گرفته، به تسلی خاطر برسند . آشفتگی های پس آیند جدایی و آسیبگی های هم جوار با فقدان یک معشوق، در تمام سنین پدیده ای پابرجاست و تجدید دیدار با محبوب غالباً مأمنی است جهت پرورش شادی و آرامش؛ استحکام این مأمن شادی ساز، در گرو آرامشی است که افراد نسبت به دوام رابطه در ذهن ادراک می کنند. در هر نوع رابطه تجارب و آسودگی ها مشترکند، خلق محبوب به سرعت به دلداده منتقل می شود، اعتماد ارزشمند است و افراد، فعالانه نسبت به عکس العملهای نفر مقابل در برابر رویدادها واکنش نشان می دهند. تماس های چشمی طولانی مدت ، خیره شدنها و مجذوب گشتن هایی که نسبت به خصوصیات فیزیکی پیکره ی دلبستگی ایجاد می شوند و نیز اشتیاقی که جهت کشف این خصوصیات در ذهن پدیدار می گردد، اهمیت تعاملات غیر کلامی ، لذت بردن از راز و نیاز و زمزمه خوانی در کنار یکدیگر و ...، سیمای مشابهی از این دو نوع ارتباط را برملا می کند.

دلبستگی می تواند پیکره هایی بیش از یک نفر را مرجع قرار دهد، اما چه برای کودک و چه برای بزرگسالان ، غالباً فقط یک شخص اصلی وجود دارد که مبنای حقیقی ایمنی به شمار می رود. در تمام سنین، برخورد با تناقضات و تنش ها، نیاز افراد به دیگری را افزایش داده ، رفتارهای دلبسته مدار را تشدید می کند ؛ چرا که همدلی بخشی تفکیک ناپذیر از دلدادگی است. در هر دو نوع رابطه ، زمانی که رابطه ی دلبسته گونه دچار مشکل می شود و اوضاع خوب پیش نمی رود افراد نسبت به اموری همچون تأیید نشدن و حتی قطع موقت رابطه ، به حساسیت های فزون از حد دچار می گردند. دریافت توجه ، تأیید و مراقبت های احساسی برای هر دلبسته ای لذت فوق العاده ای را به ارمغان می آورد و برعکس، در تمام طول عمر گسستگی روابط عاطفی متغیری است مهم در ایجاد تنش های روانی و ابتلا به بیماری ها و مشکلات جسمانی – روانشناختی. بشر از گهواره تا گور، تشنه ی در برداشتن کسی است که به او توجه و احساس ارزشمندی هدیه کند، زخمهایش را مرهم نهند، در مقاطع دغدغه ساز و دشوار زندگی تکیه گاهش گردد و در تاریکی ها او را راهبری نماید.

تأکید بر موارد فوق نباید سبب این توهم شود که دو نوع رابطه ی ذکر شده ، یکسان پنداشته شوند ، چرا که تمرکز بر یک روی سکه همیشه نمای دقیق واقعیت را از نظر دور خواهد کرد . رابطه ی مادر و فرزندی از سه طریق با روابط عاطفی بزرگسالان متمایز می شود :

۱ – تجسم ذهنی و بازنمایی های نمادین ، روابط دلبسته مدار بزرگسالان بیشتر به چشم می خورد . هر چه کودک ، کوچکتر باشد به تماس های فیزیکی قابل مشاهده و مشهود نیاز بیشتری دارد . با افزایش سن توانمندی افراد در خصوص تصویرسازی ذهنی مرجع دلبستگی و باور بقاء او بیشتر شده ، می توانند از طریق مجسم کردن و بازنمایی تصویری نیز به آسودگی خاطر دست یابند .

۲ – روابط بزرگسالان سکس محورتر است . تمایلات جنسی ، مجاورت طلبی های حتی پس از ارگاسم و اشتیاق جهت باز آفرینی تجربه ، نشانه های مهمی از رابطه ی عاشقانه در بزرگسالی اند . یافته های نظریه پردازان دلبستگی ، حاکی از این واقعیت بوده که اکسی توسین – ملقب به هورمون نوازش – به وقت دریافت نوازش و نیز در لحظاتی که لذت جنسی به اوج می رسد، ترشح می گردد. در این قسمت ذکر نکته ای جالب به نظر می رسد و آن اینکه روسپیان با ادراک سکس به عنوان یک معامله ی منطقی ، به وقت آمیزش از تماس چشمی، ارتباط رودررو و بوسیدن مراجعینشان امتناع می ورزند .

۳ – روابط بزرگسالان ماهیتی تقابلی ( دو سویه ) تر دارد. انتظار می رود که یک والد، همواره راهبر و مرجع پیشبرد جریان ارتباطی باشد. این در حالی است که در روابط بزرگسالان این فرایند ( رهبری و پیروی ) قابل انتقال به یکدیگر است .

افزون بر موارد ذکر شده می توان گفت که به استثنای موارد معدود ، ایجاد رشته های دلبستگی میان بزرگسالان فرایندی زمان برتر از رابطه مادر و کودک است. در رابطه ی بزرگسالان، تحریکات لبیدویی به دوستی های اولیه و سپس به دلبستگی های پایدار تبدیل می شود. برخی نظریه پردازان پیشنهاد می کنند که دوره ی مشترک دو ساله

، احتمالاً جهت فراخوانی خصایص دلبستگی در همراهان بسنده است (هازان، زیفمن ۱۹۹۹). آشکار است که هر رابطه‌ی اولیه‌ای به دلبستگی ختم نخواهد شد؛ حتی پس از همجواری‌های بسیار. همین صاحب نظران اثبات کرده‌اند از دست دادن پیکره‌ی دلبستگی که منبع اصلی امنیت فیزیکی و (یا) هیجانی ماست، در هر سنی مولد اضطراب و اعتراض است. فقدان چنین امنیت‌هایی (فیزیکی و هیجانی)، خواستگاه استمداد طلبی‌های زوجین از درمانگران‌شان است. توجه کنید که زیر ساختار بسیاری از مشکلات محاوره‌ای، فقدان همین صمیمیتهای روانی جسمانی است.

همسو با اطلاعات ذکر شده، می‌توان به بسیاری از گمانه‌زنی‌های رویکردهای زوج درمانی در خصوص عوامل مولد تعارضات زناشویی تردید کرد؛ به گفته‌ی رابرت و گرنبرگ، ۲۰۰۲؛ هاستون، ۲۰۰۱ رویکردهایی که تعاملات منفی را موجب کاهش احساسات تسلی بخش اعتماد، عشق و دلبستگی دانسته‌اند احتمالاً راه را به خطا رفته‌اند. از طرف دیگر، مدلهایی که با دیدگاه دلبستگی هم خوان‌اند، "غیبت" تعاملات برخاسته از عطوفت و نافرمانی‌های هیجانی را سرآغاز تخریب روابط می‌دانند؛ پس آیند چنین غیبت‌ها و برملانکردن‌هایی، بی‌ارضایی نیازهای دلبسته‌گونه است که خود استیصال، فاصله‌گزینی و نهایتاً تعارض و آشفتگی زناشویی را فراخوانی می‌کند. حاصل اینکه، مقارن با پدیدآیی "پاسخگو بودن هیجانی" در قبال نیازهای دلبستگی، زوجها به دلبستگی ایمن دست می‌یابند و این دستیابی ایشان را به رفع توانمندانه‌ی بسیاری از بحث‌های دیرین قادر می‌سازد. حالا همسران می‌توانند بدون گرفتاری در دام زیر ساختهای تهدید کننده‌ی ارتباط، به تعامل با یکدیگر بپردازند.

**نظریه‌ی دلبستگی، دیدگاهی یکپارچه نگر است:** نظریه‌ی دلبستگی یک رویکرد التقاط نگر است؛ نظریه‌ی "سیستمی" است چرا که بر الگوهای ارتباطی ثابت و رفتارهای وابسته به بافتار تأکید می‌کند. از طرف دیگر نظریه، گرایشی "تحول طلبانه" و همسو با عقاید روان‌شناسان رشد مطرح کرده، چرا که نخستین بار با پژوهشات بالبی در مورد مجاورت و جدایی کودک از مادر بارور گردید. نظریه را می‌توان تئوری پویایی‌هایی "درون فردی" تلقی کرد. بدین سبب مه‌بر الگوهای کار ساز یا ناکار ساز درونی در مورد خود و شیوه‌های ادراک دیگران متمرکز است. افزون بر دلیلی که در همین گویه‌ی اخیر در خصوص "میان فردی" بودن نظریه مستتر است، رابطه‌ی دلبسته‌گونه‌ی کودک با مراقب که کلید نظریه است نیز این امر را تبیین می‌نماید (فناگی و ستیل ۱۹۹۱). فناگی و ستیل در بخشی از پژوهش مسحور کننده‌شان به این یافته رسیدند که حالت ذهنی زنان باردار و الگوی شناختی ایشان در مورد دلبستگی، رفتارهای دلبسته‌گونه‌ی کودکان‌شان در دوازده ماهگی را پیش بینی می‌کند. سرانجام آنکه نظریه به لحاظ طرح ریزی مستمرش جهت شناخت و بازسازی تعاملات ارتباطی، دیدگاهی "محاوره‌ای و تعاملی" را نیز دربردارد. هر چند که به گفته‌ی داویلا و بردبری (۱۹۹۹)، سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان می‌توانند به واسطه‌ی یادگیری و رشدی به خودی خود در روابط نهفته است، تغییر نمایند؛ اما در غالب صاحب‌نظران بر اثبات نسبی سبکهای دلبستگی در طول زمانهای متمادی و در روابط گوناگون تأکید می‌کنند و این ثبات را در دست ساخته‌ی واقعیات درون روانی و حالات ذهنی افراد می‌دانند. در این رویکرد التقاطی، عده‌ای بر اینکه روابط

دلبسته گونه‌ی گذشته چطور ادراکات و پاسخهای فعلی ما را با پیکره‌های دلبستگی مان رقم می‌زنند تأکید دارند، گروهی بر جنبه‌های جهانی دلبستگی‌ها و اینکه چگونه می‌توان با تأسی بر این معقولات جهانشمول به درک واقعی تری از روابط دست یافت، تمرکز می‌ورزند و دیگران بر تفاوت‌های فردی که از طریق نظریه پیش‌بینی می‌شود، علاقه نشان می‌دهند. اما در ورای این تفاوت‌ها، شباهتی بنیادین نهفته است و آن اینکه همه‌ی گروه‌ها تلاش می‌کنند تا درک کنند، چگونه ماهیت روابط، دنیای درونی افراد را شکل می‌دهد و از چه طریقی دنیای درونی ما در خلق تعاملات مهم زندگیمان ایفای نقش می‌کند. به عبارت دیگر محور مشترک همه‌ی گروه‌های دست‌اندرکار در ایجاد نظریه‌ی دلبستگی، بررسی چرایی و چگونگی تلاقی واقعیات درونی افراد با الگوهای محاوره‌ای‌شان است. نظریه‌ی دلبستگی همانند بسیاری از رویکردهای زوج و خانواده‌درمانی در پی یکپارچه‌سازی "خود" و "سیستم" است. نسخه‌های نوین نظریه‌ی دلبستگی هم چنین به تلفیق مقولات "مراقبت طلبی"<sup>۱۲</sup> و "مراقبت رسانی"<sup>۱۳</sup> با رفتارهای جنسی "اهتمام می‌ورزند (فینی، ۲۰۰۱). نظریه‌ی دلبستگی به سبب تأکید بر هیجان و اعتبار بخشی به نیازهای وابسته‌گونه، سیمای مشابهی با منظرگاه‌های فمینیست‌ها (بیکرمیلر ۱۹۹۷ و فیش بین ۲۰۰۱) به دست می‌دهد؛ هر دو رویکرد بر قدرت نهفته در روابط صمیمانه و خطرات آسیب‌شناسانه جلوه دادن نیاز انسان جهت پیوند جویی با دیگران تمرکز می‌کنند. به انضمام اینکه فمینیست‌ها و دلبستگی‌درمانگران، چشم‌اندازی همخوان را جهت نگرستن به ماهیت روابط کارساز (مساوات طلبی دو جانبه، تقابل، صمیمیت و وابستگی میان فردی) برگزیده‌اند. فراموش نکنیم که برجسته‌ترین ارزندگی نظریه‌ی دلبستگی، سربرداشتن از راز عشق بزرگسالان بوده است. این نظریه به گونه‌ای ورطه‌ی زیر ساختاری تعارضات زناشویی را نمایان کرده که امروزه بازجهت‌دهی کار آمد همسران امری تردید ناپذیر قلمداد می‌شود.

تئوری‌سازی و پژوهش‌آفرینی‌های نظریه‌ی دلبستگی، کلیت یکپارچه‌ای در اختیار درمانگران قرار داده که توسل جویی به آن، درک هیجانات و شناسایی درون‌داده‌های روانی همسران را تسهیل کرده است؛ شیوه‌های رابطه برقرار کردن با هیجانات، نحوه‌ی پردازش و سازماندهی خبررسانی‌های ذهنی در مورد خود و دیگران و روشهای ارتباط برقرار کردن با محبوب معقولاتی‌اند که این نظریه با ژرف‌اندیشی و تلاش بسیار نظریه پردازان بدانها پرداخته است. مثلاً نظریه شرایط همسری به سبک دلبستگی بی‌قراری را که دقیقاً با تمایل همسر اجتنابی‌اش به فاصله جویی از درگیری هیجانی مقارن است، تشریح می‌کند. شاید اگر یک سبک اجتنابی به واسطه‌ی برون‌ریزی‌های دقیق همسر، آسیب‌پذیری، نیازمندی و هیجانات تشدید شده و تاب‌ربای او درک کند، واکنشی دگرگونه را از خزاین رفتاری‌اش بیرون بکشد (سیمپسن، رلز، و نلیگان، ۱۹۹۲). دلبستگی ایمن‌گشودگی به تجارب نو را افزایش، راهکارهای جدید را آشکار و حل مشترک مسائل را فرا می‌خواند. بدین سبب سزاوار است زوج درمانگران پیش از آموزش "مهارتهای حل مسئله" و "شیوه‌های بهینه‌ی تعامل" به خلق ایمنی هیجانی و دلبستگی ایمن همت

<sup>۱۲</sup> Care seeking

<sup>۱۳</sup> Care giving

گمارند. اگر همسران با مجهز شدن به موارد فوق، آستانه ی تحریک پذیری و تحمل ابهام را در خود بالا ببرند، به رها شدن از اسارت حلقه های بازخورد تکراری و دیرپا (الگوی مطالبه – امتناع)<sup>۱۴</sup> نیز توفیق خواهند یافت. فرآیند گری گفت و شنودها، هنری است که غنا بخشی به تجارب عاطفی را در پی خواهد داشت. دلبستگی ایمن با گشودگی، منسجم گویی و هدایت کارآمد جریان گفت و گو رابطه داشته است. گلמן (۱۹۹۵) در اثر ماندگارش (هوش هیجانی) اشاره می کند که: "توانایی سازگاری با دیگران، آرامش درونی را به همراه می آورد". پژوهش همچنین آشکار کرده که دلبستگی ایمن با رفتارهای مبنی بر علاقه به درمانگر، فقدان پرخاشگری کلامی، سطح بهینه ای از ابراز وجود، حمایت بیشتر و طرد کمتر (میان همسران) نیز در ارتباط بوده است.

فرضیه بنیادین زوج درمانی امروز از این قرار است: "تنها از رهگذر تمرکز به هیجانات زیر ساختاری الگوهای تعاملی و اهتمام جهت خلق رشته های ایمن دلبستگی است که می توان به رفع آشفتگی های تاب ربای زناشویی امید بست".

**ایجاد تغییر در نحوه ی بروز رفتارهای دلبسته محور**<sup>۱۵</sup>: ایجاد تغییر در نحوه ی ابراز دلبستگی می تواند از طریق ایجاد تغییر در پاسخهای رفتاری میسر شود. این پاسخهای رفتاری عبارتند از تمرین خود افشایی توأم با احترام، باز بودن و همدل بودن، فراگیری روشهایی جهت تنظیم و اداره ی هیجانات، اصلاح الگوهای ذهنی در مورد خود و دیگران و ... مثلاً باز بودن و همدلی کردن می توانند در شیوه های تنظیم هیجانات دخل و تصرف کنند، الگوهای دیرپای ذهنی در مورد خود و دیگران را تحت تأثیر قرار دهند و راههای سازماندهی کردن اطلاعات در روابط دلبسته گونه را متحول نمایند. این تغییرات در سطوح و مراتب گوناگونی رخ خواهند داد اما طبیعی است که زوج درمانگران جهت تسریع پدیدآری این پاسخهای دلبسته محور تلاش کنند. چرا که این "پاسخها"، ارتباط همسران را به سوی تشکیل رشته های ایمن تر تعلق، بازساختاردهی، می نمایند. بالبی در نوشته هایش پیرامون اینکه یک درمانگر چگونه می تواند با ایجاد بینش هایی تازه برای مراجعین به تغییر الگوهای کلی ذهنی اصلی ترین منبع برای کشف الگوهای پایدار ذهنی می توان به دلایل ثابت نسبی رفتاردهی دلبسته گونه در روابط گوناگون پی برد. این الگوهای کلی عبارتند از خاطرات مهم، باورهای شناختی، انتظارات کلی و جزئی از همسر یا رابطه ی عاطفی و اهدافی که در آن راستا به دنبال ایجاد دلبستگی هستیم. به هر حال بسیاری از تعاملاتی که به تغییر نیاز دارند در مرحله ی نخست باید از طریق بررسی هیجانات زیر ساختاری، شیوه ی پردازش هیجانی و نیز تجارب عاطفی مورد بررسی قرار می گیرند. بسیاری از صاحب نظران معتقدند که خلق تجارب هیجانی تازه اما پر قدرت که الگوهای ذهنی ناکارساز گذشته را بی ارزش می نمایند، مهمترین روش جهت دگرگونی پاسخهای عود کننده ی قبلی است. به دیگر سخن اگر درمانگر بتواند در روابط عاطفی فعلی میان زوجها، تجارب هیجانی جدید و موثری را

<sup>۱۴</sup> Demand-Withdraw pattern

<sup>۱۵</sup> Attachment based behaviours

جاری نماید که به نوعی نقض کننده ی مدل های ذهنی منفی گذشته باشد می توان به بهبود پاسخهای دلبسته گونه طرفین امید بست.

این تجارب هیجانی تازه قادرند ترسهای گذشته و سوگیری نادرست قبلی را مورد چالش قرار داده ، آنها را از درجه ی اعتبار ساقط کنند . حسن تأثیر دیگرشان نیز این است که موجب گسترش و بسط الگوها شده ، رفتارهای منسجم تری را ایجاد می کنند (جانسن و ویفن ، ۱۹۹۹) . تحقق بخشی به چنین تغییراتی گاه از طریق درمانگری توانا و گاه به طور طبیعی از طریق پوشش تازه ای که گذر زمان بر پیکره ی روابط دیرین می بافتد، میسر می شود. در واقع الگوهای پایدار ذهنی افراد در مورد خود و روابط – به خصوص باورهایی که در مورد "اعتماد کردن" در سر دارند – مهمترین پیشگویی کننده ی انعطاف پذیری رفتاری افراد در روابط توأم با دلبستگی ایشان است . شایان ذکر است که اختتام روابط صمیمانه و تجربه ی جدای عاطفی می تواند، سبک دلبستگی ایمن افراد را به سمت کرانه نا امنی سوق دهد (کیل پاتریک و هازن ، ۱۹۹۴) . دیر زمانی که رویکرد سیستمی تغییر را ملازم واژه های انعطاف پذیری و تلاش دانسته است. در این رویکرد سلامت روان به میزان انعطاف پذیری افراد و توانایی ایشان در احیا و اصلاح الگوهای درونی شان در مورد خود و دنیا – که خود موجب برانگیختن پاسخهای رفتاری به موقعیت های تازه می گردد – نسبت داده شده است. بالبی نیز در این معقوله اشاره کرده است که یک انسان کارآمد قادر است، الگوهای ناکار سازش درمورد دلبستگی را بررسی و اصلاح نماید او سازگاری مثبت را توانایی فردی جهت نو کردن و امروزی کردن الگوها به تبعیت از شرایط تازه می داند و معتقد است پردازش های دفاعی و نیز محدود تجارب ، مانع اصلی در خصوص بهره بردن از انعطاف پذیری قلمداد می شود . دلبستگی درمانگران ، بر توسعه ی رفتارهای دلبسته گونه ی مراجع ، کشف چگونگی ادراک تجارب تازه و آموزش تجدید نظر کردن روی عقاید بنیادین افراد در مورد خود و دیگران تمرکز می کنند. مثلاً اینکه آیا تعبیر و تفسیرهای مادر از رفتارهای کودکش به شیوه ای است که پاسخهای همدلانه را در کودک فراخوانی کند ؟ و اگر اینطور نیست آیا تفسیرهای جدیدی که مادر به یاری درمانگر در این موارد ارائه می کند پاسخهای تازه ای را شکل خواهد داد ؟ لذا هدف، ایجاد تغییر شناختی در ذهن و متعاقباً دگرگونی در پاسخهای تعاملی است . مثلاً برای همسری که سبک دلبستگی اش بی قراری است و می خواهد به سمت دلبستگی ایمن حرکت کند لازم است که بر چرایی وجود مشکلاتی چون سریع مأیوس شدن ، گرایش به گوش به زنگ بودن و عدم تحمل اضطراب جدایی تمرکز کند و با ایجاد تجارب تازه ، نوع بودنش در هستی را متحول نماید. برخی از مدل های زوج و خانواده درمانی بر رفتارهای آشکار افراد و بعضی بر واقعیات درونی مراجعین تأکید دارند و این در حالی است که دیدگاه دلبستگی هر دو مقوله را مورد توجه قرار می دهد .

گسترده گی و وسعت نظریه ی دلبستگی موجب پدیدآیی سوالات بسیاری شده است ؛ مثلاً اینکه دلبستگی و سبک های آن چگونه بر دو جنبه ی دیگر عشق ورزی ( تمایلات جنسی و مراقبت ) تأثیر می گذارند . در این راستا پژوهشهای بی شماری انجام شده اند که یکی از جالبترین آنها را شاور ( ۱۹۹۵ ) ارائه کرده است؛ یافته های این پژوهشگر نمایان کرد در میان سبکهای دلبستگی ( ایمن - بی قرار - اجتنابی و متناوب ) ، اجتناب ها به روابط

جنسی آزاد و بی قید و بند گرایش بیشتری دارند و ایمن ها مراقب بیشتری از همراهشان به عمل می آورند. از طرف دیگر احتمال کمتری وجود دارد که ایمن ها به روابط جنسی فرازنشویی روی آورند و مراقبت کردن از همراه در بی قراران به حداقل ممکن اتفاق می افتد. به هر حال، پیش فرض اساسی نظریه ی دلبستگی یافتن راهکارهای مناسب درمانی جهت پرداختن به زندگی هیجانی افراد است. نظریه ی مذکور چنین مطرح می کند که صورتهای گوناگون اضطراب و شیوه های تنظیم و برخورد با آن، عامل اصلی پدیدآوری پاسخهای مهم در روابط صمیمانه اند (جانسن و بست ، ۲۰۰۳). اینکه افراد در مواجهه با شرایط مشترک چگونه کنش نشان می دهند و نیز محکم چسبیدن ها و انعطاف ناپذیری هایشان در ارتباط با کنشهای تکراری شده ، واقعیتهای دلبسته مدار ایشان را خلق و حفظ خواهد کرد.

کاربری های نظریه ی دلبستگی برای زوج درمانی (۴۵؛۴۴؛۵): نظریه ی دلبستگی برای برخی از اساسی ترین سوالات در حیطه ی روابط انسانی ، پاسخهای معقولی ارائه کرده است؛ چگونه آدمی اسیر راهبردهای بی ثمری می گردد که او را از عشق به همسر و خانواده محروم می کند؟ چرا فاصله گزینی غالباً موجب سردی و تعاملات تعارض ساز با پیکره ی دلبستگی می شود؟ چرا در نظر هر کس برخی رویدادها در رابطه ی مشترک تعیین کننده تر از بقیه هستند؟ چرا عناصر مرتبط با تعریف ماهیت رابطه برای همه ی افراد یکسان نیست؟ و برای زوج درمانگران ، مهمتر از همه ی این ها : چگونه می توان با حداکثر تمرکز ، مرمت نمودن رشته های گرانبهای دلبستگی را تسریع کرد؟ نظریه دلبستگی به طور عام و طرح ها و یافته های اخیرش در مورد دلبستگی بزرگسالان به طور خاص ، افقهای نوینی جهت بررسی و شکل دهی به تعاملات ارتباطی ، فراروی زوج درمانگران گسترده است . مهمترین کاربردهای نظریه ی دلبستگی برای زوج درمانگران به قرار زیر است :

- ارائه ی یک مفهوم سازی شفاف از ماهیت بهداشت و سلامت در روابط صمیمانه و شفاف سازی مهمترین مقولاتی که دست اندرکار تعیین سلامت یا اختلال در هر رابطه هستند . طبیعتاً وجود این عناصر، فرایند درمان را شکل دهی کرده، مقصد نهایی از سفر در کنار زوج ها را معین می نماید . آماج عمده در زوج درمانی دلبستگی محور ، بررسی امور مربوط به دلبستگی ، کاهش نالایمی های دلبسته مدار و تسریع و بازسازی رشته های تسلی بخش است. هیجان درمانگر، نمونه های نخستین وقایع الفت ساز که موجب ساخت اعتماد و امنیت گشته بودند را فراخوانی و باز ترسیم می کند. این بازنمایی ها ستونهای دلبستگی ایمن - پاسخگو بودن و در دسترس قرار داشتن - را با خود به همراه می آورد . تأثیر همین وقایع هیجانی است که درمان شدگان رویکرد هیجان محور را از عود بدور نگه می دارد و ثبات تغییرات ایجاد شده را تضمین می کند .
- انتخاب نگاهی غیر آسیب شناسانه به مقوله ی آشفتگی زناشویی . چنین نگرشی مشاور را در خصوص دغدغه ها و آسیب دیدگی های مراجعین به زبانی ویژه و کم نظیر مجهز می کند و جلسات درمانی را به

پناهگاهی ایمن تبدیل کرده ، یادگیری را سرعت می بخشد . ضمناً این رویکرد روشی قدرتمند را جهت "قاب دهی مجدد"<sup>۱۶</sup> به پاسخهای زوجهای آشفته در اختیار قرار می دهد . روش مذکور ( قاب دهی مجدد ) خود ، موجبات گرایش به تماس و پیوند جویی را فراهم و زمینه ی اجتناب از بی اعتمادی و بیگانگی ها را دامن می زند .

- ارائه کردن روشی مفید جهت به چنگ آوردن ( شناسایی ) ، برزبان جاری کردن و سپس مرتفع نمودن عناصری که رابطه را به سوی آشفتگی هدایت می کنند ؛ مانند ترسها ، هیجانات ناکارساز دلبستگی مدار و تسلیم شدن به ذهنیتهایی که از واسطه گری شان الگوهای تعاملی ویژه ، آشفتگی ها را حفظ و ابقاء می نمایند . درمانگر به همسران کمک می کند که نایمنی های مربوط به نیازهای دلبسته گونه شان را به زبان بیاورند و در باب محرومیت ها و فقدان اعتماد و بهم پیوستگی ، روشهای سازنده تری را بیازمایند . همه ی زوج درمان گران همه با دشواری های موجود در کار با زوجهای آشفته ، بخصوص تمرکز بر محتوای هیجانهای آشفته ساز ، آشنایی دارند .

- طرح ریزی های نوین جهت درک و پرداختن موثر به بن بست ها و آسیب دیدگی های مستتر در رابطه .

سالها قبل ، لین هافمن ( ۱۹۸۱ ) اشاره کرد که : تاکنون زوج درمانی و خانواده درمانی در خصوص " چگونگی " تغییر دادن ، عقاید زیادی مطرح کرده و این در حالی است که هنوز نظر صریحی در مورد اینکه " چه چیز " باید تغییر کند به دست نداده است . ما نیز بر این باوریم جستجوی اینکه چه باید تغییر کند به دست نداده است . ما نیز بر این باوریم جستجوی اینکه چه باید تغییر کند، امروز بیش از چگونگی تغییر دادن مورد نیاز است . سالها درمانگران می دانستند که زیر بوته های ارتباطات ، خش خشی ناآشنا به گوش می رسد. تا اینکه نظریه پردازان دلبستگی با تأسی بر کارهای بالینی ، نگاه خود را از شاخه های آسمان گرای ، به ریشه های زمین پوی برافکندند و خاستگاه آشفتگی های زناشویی را شناسایی نمودند .

**نقطه نظرات تجربه گرایان - تغییر تجارب درونی (۴۵؛۷-۵):** درمان هیجان مدار اساساً نسبت به درمان ، نگرشی انسان گرایانه<sup>۱۷</sup> دارد (جانسن ، بویسورت ، ۲۰۰۲). رویکردهای انسان گرا نیز همواره اهمیت هیجان را تشخیص و به شیوه ای نظام مند بر نقش تغییر دهنده ی آن در فرایند درمان تأکید کرده اند . اصلی ترین فرضیه های رویکرد تجربه نگرو انسان گرا که به کار با EFT مرتبط و در آن اثر گذار بوده اند ، از این قرار است :

<sup>۱۶</sup> Reframing

<sup>۱۷</sup> Humanistic

۱ - **تمرکز بر فرایند:** انسانها بطور پیوسته پردازشگر و طراح تجاربشان هستند؛ آنها لحظه به لحظه تجربه را نمادسازی کرده ، به خلق چارچوب های معنا مشغولند (کاین ، ۲۰۰۲) . مراجع - و نه درمانگر - متخصص بازشناسی تجربه ی خویش است . نقش درمانگر نیز در این میان عبارتست از یاری رساندن به مراجع جهت توسعه بخشی به آگاهی اش پیرامون تجربه ی " اینجا و اکنون " ؛ یکپارچه سازی جنبه هایی که خارج از هوشیاری قرار گرفته بودند و نیز خلق چارچوب های نوین معنایی. از این رو، تمرکز درمان بر فرایند اکنونی و جاری معطوف است . در این رویکرد آنچه اهمیت دارد " چگونگی پردازش تجارب و رخدادهاست " نه فقط فهاوی با حقایق نهفته در تجربه . درمانگر یک مشورت دهنده ی فرایند است و متعاقباً ، درمان ، چیزی نیست جز فرایند کشف مشارکتانه توسط مراجع و درمانگر. همانطور که راجرز ( ۱۹۶۱ ) اشاره می کند : " فرایند درمان پدیده ای است که درمانگر در آن از کشف نظم و ترتیب موجود در تجربه لذت می برد . " این فرایند منظم کننده ، برای همه ی افراد تجربه ای است بی همتا. دیدگاه تجربه نگر، تفاوت های فردی را ارج می نهد و معتقد است هر فرد و هر رابطه ، فرهنگ بی همتایی است که درمانگر شانس تجربه آزمایی در آن را پیدا کرده است. از این رو درمانگر تجربه نگر باید همواره جهت جذب یادگیری های نوینی که در فرهنگ - به مقدار بسیار - نهفته شده است آماده باشد . موضع درمانگر تجربی پیرامون مقوله ی "بی اطلاعی از همه چیز " ( شاپیرو ، ۱۹۹۶ ) ، با تمرکزی که حیطه های زوج و خانواده درمانی بر گوناگونی هر فرد معطوف می دارند ، هم راستاست.

۲ - **تمرکز بر ضرورت اتحاد درمانی.**<sup>۱۸</sup> **تسلی بخش و مشارکتی :** درمانگران انسان گرا بر این باورند که انسان موجودی است اجتماعی، و به احساس تعلق و ارزشمندی نیاز دارد؛ آنها معتقدند بهترین وسیله برای شناخت انسان ، درک او در بافت ارتباطی اش با دیگران است. از این گذر، تعجبی ندارد که رویکرد فوق " پذیرش و همدلی " درمانگر را بعنوان عاملی کلیدی در فرایند درمان تلقی کند؛ این عوامل کلیدی " باز پردازش تجربه " ، " ایجاد معانی تازه " و "حسی نوین پیرامون رفتار" را تسریع می کنند . پذیرش درمانگر - یا آنچه که راجرز آن را توجه مثبت بی قید و شرط<sup>۱۹</sup> نامید، موجب می شود که مراجعان به شیوه ای نوین با تجاربشان مواجه شوند. راجرز معتقد است " انعکاس همدلانه " ی تجربه ی مراجع تنها یک بازگویی بی مایه نیست و نوعی آشکارسازی<sup>۲۰</sup> به شمار می رود؛ این آشکارسازی ، به گونه ای تجربه ی مراجع را نظم بخشی و ساختاردهی می کند که شکافهای تهدید کننده ی موجود در تجربه ی درونی نیز قابلیت جذب شدن می یابند. همانند سایر دیدگاههای پست مدرن ( اندرسن ، ۱۹۹۷ ) ، در این رویکرد هم درمانگر جهت ایجاد " خلوص ، مساوات طلبی<sup>۲۱</sup> و صراحت " تلاش می کند که از این طریق در اتاق درمان فضایی امن می گستراند . فضایی چنین ایمن مراجع را به قبول مسئولیت در خصوص انتخابهایش دعوت می کند و وی را به این باور می رساند که هر انتخابش بر خود و دیگران تأثیر خواهد گذارد. در زوج درمانی ، خلق این

<sup>۱۸</sup> Alliance

<sup>۱۹</sup> unconditional positive regard

<sup>۲۰</sup> Revelation

<sup>۲۱</sup> egalitarian

فضای تسلی بخش از طریق تلاش آگاهانه ی درمانگر جهت معتبرسازی تجربه ی یک همسر ، هرگز نباید با بی اعتبارسازی یا به حاشیه راندن عناصر مرکزی موجود در تجربه ی همسر دیگر همراه باشد؛ که در این صورت یکی از مهمترین آماج نهایی زوج درمانی - خلق ارتباطی ایمن و توأم با پذیرش میان همسران - مورد غفلت قرار خواهد گرفت .

۳ - **تمرکز بر سالم بودن نیازها:** انسانها ذاتاً به سمت و سوی رشد و تحول جهت دهی شده اند و نیازها و آرزوهای فطری شان ، همواره سلامت افزاست . از این رو " انکار ، محدود کردن و از مالکیت این نیازها سرباز زدن " است که ایجاد مشکل می کند نه خود آنها . این عوامل مشکل آفرین ، پردازش تجربه را دچار انعطاف پذیری کرده ، فرد را در روند این پردازش گیر می اندازد . تمرکز غالب رویکردهای میان فردی سیستمی نیز بر این امر است که " الگوهای محدود شده ی تعاملی " خاستگاه مشکلات اند . رویکرد های تجربه نگر و سیستمی بر این عقیده پافشاری می کنند که " سلامت روان " افراد در گرو گشودگی به تجربه نگر و سیستمی بر این عقیده پافشاری می کنند که " سلامت روان " افراد در گرو گشودگی به تجربه و انعطاف پذیری در پاسخگویی هایشان است ؛ این گشودگی و انعطاف پذیری ، موجبات یادگیری های تازه ، انتخابهای دگرگونه و سازگاری با محیط های جدید را فراهم می آورد . از این گذر ، تردیدی باقی نمی ماند که رویکردهای تجربه نگر اساساً گرایشی " غیر آسیب شناسانه " دارند و تأکیدشان بجای اصلاح نواقص یا کاستی های ذاتی انسان ، بر تسهیل رشد فردی معطوف است ؛ رشدی که از طریق تجربه گری های تازه و شیوه های نوین پردازش آن تجارب ایجاد می شود . این رویکرد چنین فرض می کند که در شرایط طاقت فرسا ، زمانی که انتخابها محدود و بارقه ی امید کم سو است ، افراد عموماً به " شیوه های مقابله ای ناکارسازی " تأسی می کنند که خود مانع خلق روابط مثبت و بلوکه کننده ی سبک صحیح زندگی ایشان می گردد . به گفته بالبی ( ۱۹۶۹ ) اگر این " شیوه های مقابله ای " در ارتباط با شرایط تازه ، گسترش یابند و خود را از تکرارهای محدود کننده ی گذشته برهانند ، روابط اصلاح خواهند شد .

۴ - **تمرکز بر هیجان:** رویکردهای تجربه نگر نیز همانند نظریه ی دلبستگی پرداختن به هیجانات را در اصول کاری شان قرار داده هیجان را ماهیتاً سازگارانه در نظر می گیرند . بالبی و نظریه پردازان هیجان (فریجدا، ۱۹۸۶) معتقدند که هیجانات ، نیازها و خواسته های ما را بر خودمان و دیگران آشکار و بهترین زمان برای عملکرد ضروری-خصوص پاسخهای ارتباطی-را در اختیارمان قرار می دهند. نظریه پردازان اخیر تجربه نگر اشاره کرده اند که هیجانات قادرند به اقتضای محیطی که نیازها و اهداف را برآورده یا ناکام میسازد قاب دهی شوند، این قاب دهی افراد را به سوی طبقه بندی و تشخیص تجربه هدایت کرده انتظارات و واکنشها را سازماندهی می کنند (گرینبرگ، رایس، والیوت، ۱۹۹۳).

قالب های هیجانی، همچنین ما را در پیشگویی، تفسیر، پاسخدهی و کنترل تجاربمان یاری می نمایند. لذا، شیوه ی ارزیابی یک موقعیت که موجبات فعال سازی قالب دهی و مجموعه ی سازمان یافته ای از پاسخها را فراهم می کند،

می تواند هیجان را در مورد بازساختاردهی<sup>۲۲</sup> قرار دهد. این امر نکته ای است که در فرایند درمان به شدت مورد استفاده قرار می گیرد، در درمان هیجان مدار، قاب دهی ها فعال سازی شده، جهت کشف و توسعه بخشی تجربه به کار می آیند. با پیشرفت درمان، قاب دهی می توانند به واسطه مندی تجارب تازه مورد اصلاح قرار گیرند. در این روند، هیجانات لحظه به لحظه مورد دستیابی<sup>۲۳</sup>، وسعت بخشی<sup>۲۴</sup> و بازسازی قرار می گیرند و مانند ابزاری مفید، شیوه های ساختاردهی به تجربه را دگرگون می کنند. تحقق بخشی به چنین امری، عامل اصلی ایجاد تغییر خواهد بود.

۵- **تمرکز بر تجربه های هیجانی اصلاحی:** پردازش وسعت یافته ی تجربه و تولید تجارب هیجانی اصلاحی و نوین، تغییر را در زمان حال مسیر می کند. از این رو، ایجاد تغییر عمدتاً نه در نتیجه ی بینش و آموزش مهارت های پیشرفته، که به واسطه ی شکل دهی و ابراز تجارب نوین هیجانی ممکن میگردد. این تجارب نوین هیجانی قادرند شیوه های ساختاردهی افراد به تجربه های نوین، روشهای ارتباط با دیگران و چشم اندازهایی که هر فرد برای نگریستن به مفهوم خود بر می گزیند را تحت تاثیر قرار دهند. یافته ها و شواهد پژوهشی بسیاری در دست است که ثابت می کند برانگیختگی هیجانی و تجربه گری عمیق از مهمترین مداخله گری پیشگویی کننده در نتایج مثبت درمانی به شمار می روند. جالب آنکه مداخلات شناختی-رفتاری همگام با رویکردهای تجربی این یافته ها را تایید می کنند.(کرینبرگ، کورمن و پایویو، ۲۰۰۲)

از این گذر، دانستیم که زوج درمانگر پیرو رویکرد تجربی:

- بر تجربه هیجانی هر همسر تمرکز و آن را انعکاس می دهد،
- بجای در حاشیه قرار دادن یا جابجا کردن تجربه ، آن را در مورد پذیرش و اعتبار بخشی قرار می دهد؛
- با تمرکز بر جنبه های چشمگیر و نیز متأثر کننده تر تجربه، آماده ی کشف همدلانه ی آن (تجربه) است؛ او همچنین احساسهایی که هنوز کاملاً شکل دهی نشده در تعاملات جاری اثری ناکارآمد دارند را نیز مورد توجه قرار میدهد.
- از طریق پرسشگری - عموماً پرسشهای فرایند مداری مانند " چه .... و چگونه .... " - و گمانه آزمایی ، تجربه را وسعت بخشی می کند؛
- از طریق جهت دهی مراجع به درگیر شدن در وظایفی ویژه ، شیوه های نوین پردازش تجربه را تسریع می کند؛ فعالیت هایی همچون "تمرکز بر عناصر کشف نشده ای که در یک واکنش مشکل آفرین نهفته اند - مثلاً پرداختن به عنصر تحریک کننده بجای توجه صرف بر واکنش نهایی - و تداوم وسعت بخشی به آگاهی تا زمان پدیدائی جنبه هایی تازه در تجربه "، در زمره ی وظایفی اند که تجربه را بازسازماندهی می کنند . این فعالیتها در درمانهای فردی تجربه خاست ، صورتهایی ظاهراً دگرگونه می یابند؛ مثلاً درمانگر از مراجع می خواهد که با پیکره ی اصلی دلبستگی اش گاهاً کسی که در ایجاد تعریف فعلی مراجع از خودش،

<sup>۲۲</sup> Reconstruction

<sup>۲۳</sup> Accessed

<sup>۲۴</sup> Developed

بیشترین تأثیر را داشته، گفتگویی خیالی ترتیب دهد و واکنشهایی هیجانی آن پیکره را پیرامون مسئله‌ی فعلی بررسی نماید. کارکردن با هیجان، در فصل بعدی جزئیات بیشتر مجال بیان خواهد یافت.

مداخلاتی که ذکر آن رفت، غالباً جهت کاربری در درمانهای فردی طراحی شده‌اند. در زوج درمانی، وقتی درمانگر یک همسر را در راستای بازپرداش تجربه اش یاری می‌کند، همسر دیگر نیز نظاره گر ماجراست. این نظاره‌گری همراه با تعاملاتی که درون جلسه میان همسران پدید می‌آید، بر شیوه‌ی تجربه مراجع تأثیر می‌گذارد. از این رو، زوج درمانگر فقط بکار گیرنده‌ی مداخلات درمان فردی در حضور دیگری (همسر) از کشف تجربه‌ی درون‌روانی، "تسریع نوعی تماس دگرگون شده با همسر دیگر است" امری که تحقق بخشی به آن در جلسات درمان و در تکالیف خانگی ممکن می‌گردد. هدف فوق، به شیوه‌ی اجتناب ناپذیر در "انتخاب تجربه‌ای که درمانگر در جهت تمرکز بر می‌گزیند" و نیز بر "چگونگی مداخله‌ی درمانگر" اثر خواهد کرد. ضرورت دارد که در زوج درمانی میان کشف تجربه‌ی درون‌روانی هر همسر، اعتبار بخشی به تجارب گوناگون هر دوی همسران و ترغیب تعاملات میان زوجین تعادلی بهینه برقرار گردد. زوج درمانگر باید از عکس‌العملهای همسران نسبت به مداخلات خود، آگاه و به‌اینکه هر همسر چگونه تفاسیرش را تعبیر می‌کند، دقت ویژه‌ای داشته باشد که با کارش، تجربه‌ی همسر دیگر را کم‌اهمیت تلقی نمی‌کند.

با توجه به فرضیات رویکردهای تجربه‌نگر و انسان‌گرا می‌توان گفت که همسران تجاربشان را به سبکهای انعطاف‌پذیر سازماندهی و پردازش می‌کنند، آگاهی خود را مسدود کرده و پاسخهای رفتاری جزمی را برون‌ریزی می‌نمایند؛ و این است تعریف "مشکل" در رویکردهای تجربی. با قبول چنین تعریفی از مشکل، هدف درمان نیز عبارت خواهد بود از یاری کردن مراجع در راستای "توسعه بخشی" به سبک پردازش تجربه، "نمادسازی تجربه" به گونه‌ای که فرد را به نیازها و اهدافش مرتبط نگه دارد و "ایجاد پاسخهای تازه" و دگرگون شده نسبت به محیط (از جمله رابطه‌ی زناشویی). نظر به اینکه پاسخهای هیجانی، فرد را به سوی "نیازها، تعلقات، راهکارهای مناسب جهت ارضاء آنها"، جهت‌دهی می‌کنند، در این رویکرد "آگاهی از هیجانات"، محور عملکرد سالم تلقی شده است. فرایند تغییر نیز شامل "درگیر شدن با تجارب درونی" و "خلق معانی و تجربه‌هایی نوجهد فراخوانی بخشهای سازگاران" خواهد بود.

**نظریه‌های سیستم‌ها: تغییر الگوهای تعاملی (۵-۴۵؛۷):** فرضیات مهم نظریه‌ی سیستم‌ها (بر تالانفی ۱۹۵۶) که با پراتیک EFT مرتبطند از این قرار است: (نظر به اینکه رویکردهای بسیار گوناگونی تحت عنوان نظریه‌ی سیستم‌ها شناسای می‌شوند، باید اشاره شود که در این بخش مراد از نظریه سیستم‌ها، رویکرد ساختاری سیستمی<sup>۲۵</sup> خاصی است که به کارهای بانیانی چون منیوچین و فیشرمن (۱۹۸۱) بر می‌گردد. نظریه‌ی سیستمها بر تعاملات فعلی و قدرتی که این تعاملات در جهت‌دهی یا محدود کردن رفتارهای فردی دارند تأکید می‌کند. تمام

<sup>۲۵</sup> Systemic structural approach

خانواده درمانگران سیستمی نیز در تلاشند تا چرخه های تکراری تعاملات - که خاستگاه رفتارهای مشکل آفرین اند - را به نوعی قطع کنند).

۱ - نظریه ی سیستم ها از ما می خواهد که در هر بافتی ویژه، بجای توجه به یک یا دو عنصر مجزا ، بر کلیت بافتار و تعامل تمام عناصر آن با یکدیگر تمرکز کنیم . در این رویکرد بر الگوها و پیامدهای رفتار تأکید می شود. نظر به اینکه " جزء " ، تنها در بافتار " کل " قابل درک است ، پس رفتار یک همسر نیز فقط در زمینه ی رفتاری همسر دیگر قابل درک خواهد بود. لازم است بر الگوها و چرخه های تعاملی ، توجهی ویژه معطوف گردد.

۲ - عناصر یک سیستم با یکدیگر در ارتباطی " همساز " و یکپارچه به سر می برند و تعاملشان به شیوه ای قابل پیش بینی و منظم صورت می گیرد . چنین نظمی ، درون سیستم تولید ثبات و به هم پیوستگی می کند . از این رو ، درمانگر سیستمی جهت ایجاد تغییر نه بر عناصر مجزا ، که بر شیوه ی نظم یافتگی سیستم و نحوه ی ارتباط برقرار کردن اجزاء با یکدیگر تمرکز می کند . در این رویکرد ، تغییر در دو سطح صورت می پذیرد: تغییراتی که در درون هر عنصر ایجاد شود را تغییر سطح اول می گویند و این تغییر، "ناکافی" در نظر گرفته می شود و مراد از تغییر سطح دوم، تغییراتی است که در نظام و ساختار یک سیستم پدید می آید (ویکلند و فیش ، ۱۹۷۴). تمرکز بر فرایند تعامل و چگونگی تبدیل آن به " الگوهای خود حفظ شونده "<sup>۲۶</sup> ، مقوله ای است که در این مکتب بنیان گذاری شده است . وقتی یک الگو شکل گرفته باشد ، انسجام و بهم پیوستگی عناصر موجود ، مانند فیلتری تجارب را به سمت و سوی تبیین های قبلی هدایت می کنند و به همین خاطر تأثیر گذاری رفتارهای نوین ، غیر تکراری و استثنائی محدود می شود . مثلاً وقتی یک مرد عموماً اجتناب کننده ، گشودگی هیجانی را به نمایش می گذارد همسرش نمی تواند به این پاسخ غیر معمول اعتماد نماید و با عدم توجه به این رفتار نو، مانند همیشه حمله گری را به نمایش می گذارد ؛ این حمله گری خود موجبات تکراری سیکل معیوب را فراهم آورده مرد را به سوی اجتناب دوباره سوق خواهد داد .

۳- علیت ، حلقوی است نه خطی ، از این رو ، یک واکنش نه در پاسخ به یک کنش خاص ، که در مقابل زنجیره ای حلقوی از سایر رفتارها در نظر گرفته می شود؛ مثلاً نق زدن یک مرد در پاسخ به اجتناب زنش، اجتناب بیشتر زن را در جهت دروی گزینی از نق شنیدن، هدایت خواهد کرد و این چرخه به شیوه ای اجتناب ناپذیر تکرار می گردد. در این رویکرد تمرکز بر فراخوانی رفتارهای یک همسر از سوی همسر دیگر است و برانگیزه ها و نیات درونی افراد، واقعی نهاده نمی شود . نظریه ی سیستمها درمانگر را تشویق می کند تا بفهمد چگونه یک فرد بطور ناخواسته و غیر عمدی ، همسرش را در جهت خلق پاسخهایی منفی یاری کرده ، بدینوسیله به ثبات سیستم بازخورد حلقوی دامن می زند .

۴ - تأکید بر جنبه های ارتباطی رفتار است . درمانگر سیستمی با توجه به عناصر تعریف کننده ی رابطه ، چگونگی بیانات کلامی - که خود تعریف کننده ی نقش گوینده و شنونده هستند - را مورد تمرکز قرار می دهد . این شیوه از تمرکزگری ، درمانگری ، درمانگر را قادر می کند تا موقعیت تعاملی هر همسر را در چارچوب مقولاتی چون "

<sup>۲۶</sup> Self maintaining

نزدیکی، خودمختاری و کنترل " ادراک نماید. درک چرخه‌ی تعاملی و چگونگی رفتار هر همسر در رابطه‌ی مشترکی که با فرد مهم زندگی اش دارد، خود به خود بر نحوه‌ی ادراک او از " خود " تأثیر خواهد گذارد. از این رو، ایجاد تغییر در ساختار ارتباطی بر پاسخهای درون روانی پیرامون خود نیز اثر گذار است.

۵ - وظیفه‌ی درمانگر سیستمی عبارت است از تغییر چرخه‌ی تعاملی منفی و انعطاف ناپذیری که بطور مستمر زوجها را درگیر خود می‌کند؛ تحقق بخشی به این وظیفه به طرق گوناگون همچون: " قاب دهی مجدد به موقعیت تعاملی که موجب خلق ادراکات و پاسخهای نوین گردد، قطع کردن الگوهای تعاملی از طریق مداخلاتی چون در میان گذاشتن ترسها و خلق شیوه‌ی نو در گفتگو " میسر می‌گردد. لازم است درمانگر جهت ارائه‌ی عملکردی کارساز به سیستم همسران ملحق شده، نوعی اتحاد درمانی خلق کند.

۶ - هدف مداخلات سیستمی-ساختاری، عبارت است از بازساختاردهی به تعاملات. البته این ساختاردهی مجدد باید به گونه‌ای انجام شود که انعطاف پذیری (عاملی که به همسران اجازه می‌دهد تا با نیازها و بافتار در حال تغییر به شیوه‌ای موثر انطباق سازی نمایند) و رشد فردی در رابطه را تسریع کند.

به عبارت دیگر، هدف از ایجاد سیستمی است که ضمن ارج نهادن به خودمختاری و تفاوت‌های فردی، تعلق و تماس با همسر را نیز حمایت کند. دربافتاری که رشته‌های ایمن دلبستگی مفروش است، تفاوت‌های فردی نه تنها تهدید کننده نیستند، که شور و شوق و سرزندگی را در رابطه دو چندان می‌کنند. به قول مینوچین: " ارتباط کامل یعنی خود بودن کامل " (۱۹۹۳). مضمون جمله‌ی مینوچین حاکی از این واقعیت است که نظریه پردازان سیستمی علاوه بر توجه به مرزها و مقولاتی همچون قدرت در خانواده، به اموری مانند ارتباط، تماس و محبت نیز اهمیت داده اند.

نظریه‌ی سیستمها چگونه به سوالاتی چون " ماهیت مشکل، هدف درمان و فرایند تغییر " پاسخ می‌دهد؟ در این رویکرد، خاستگاه مشکل در میان عواملی چون ساختار رابطه، جایگاه. موضعی که همسران نسبت به هم اتخاذ می‌کنند و فرایند تعاملات جستجو می‌شود؛ این خاستگاه، همان توالی تکراری و درهم تنیده‌ی پاسخهای خود تقویت گری است که عموماً در روابط آشفته به چشم می‌خورد. هدف درمان عبارت است از تسریع انعطاف پذیری و خلق انواع جدیدی از تعاملات که هر همسر را به احساس " کنترل و تعلق " همزمان در رابطه مجهز می‌کند.

**یکپارچه سازی دیدگاههای سیستمی و تجربه نگر:** رویکردهای سیستمی و تجربه نگر، به رغم ظاهری ناهمگون، همراهان خوبی برای یکدیگرند. در حالی که هریک دیدگاهی منحصر به فرد را برای تغییر ارائه می‌کنند- یکی بر فرایندهای درون روانی و دیگری بر فرایندهای میان فردی تأکید دارد -، اما مکملان خوبی برای یکدیگر به حساب می‌آیند و این قابلیت را دارند که به آسانی با هم یک کاسه شوند. در این دو رویکرد شباهتهایی نیز با هم دارند. هر دو رویکرد انسان را سیستمی سیال و در حال دگرگونی می‌دانند که به طور مستمر درگیر فرایند نو شدن است؛ آنها نمی‌پذیرند که انسان به واسطه مندی تعیین کننده‌های روانی - ژنتیکی، همواره اسیر صفات شخصیتی خاصی

خواهد ماند. هر دو رویکرد بجای آنکه رویدادهای گذشته را تعیین کننده های مهم رفتار فعلی برشمارند، بر زمان حال تمرکز می کنند. سیستمی ها و تجربه نگرها بر فرایند - چگونگی ایجاد تجربه و رقص تعاملاتی - تأکید دارند . گرایش هر دو رویکرد بر این است که افراد را موجوداتی " گیر افتاده در چرخه و درمانده شده " در نظر بگیرد نه بیمارانی معیوب . به باور تجربه نگرها ، افراد در شیوه های محدود شده و ناکار آمد " پردازش اطلاعات " اسیرند و در حالت منفی "هیجانی" را جذب وجودشان می کنند؛ گیر کردن در روند این اسارت محدود کننده و جذب ناکار ساز ، افراد را به ارائه ی "پاسخهایی محدود شده" هدایت خواهد کرد. در رویکردهای سیستمی نیز اعتقاد بر این است که انسان ها از طریق الگوها تعاملی و قانون های ارتباطی نادرست ، در تنگنا قرار گرفته اند .

در هر دو رویکرد " الحاق به زوجها و حمایت " از آنها در راستای خلق الگوهای ومواضعی نوین ، امری است حیاتی و درمانگران افراد را با شیوه های جدید از پردازش دنیای درونشان آشنا می سازند.

رویکرد هیجان مدار در پی ارائه الگوهایی است که درمانگر بتواند با تأسی بر آن جهت ایجاد تغییر اقدام کند . این الگو یعنی همان تمرکز همزمان بر رویدادهای درون روانی و میان فردی. در واقع EFT بر آن است تا با تلفیق مقولات درون روانی و میان فردی ، ترتیبی دهد تا این دو مقوله مکمل و وسعت دهنده ی یکدیگر باشند.

نظریه ی سیستمها بدلیل تکنیک های غیر فردی، شناخت شناسی های انتزاعی و فقدان توجه به این امر که اعضاء یک خانواده چگونه روابطشان را تجربه می کنند ، مورد انتقاد قرار گرفته است ( نیکلز ، ۱۹۸۷ ) . در رویکردهای سیستمی، وابستگی یا بهم پیوستگی بالا ، به غلط ، با درهم تنیدگی - فقدان بیمارگونه ی تمایز - معادل فرض شده است ( گرین و ورلز ، ۱۹۹۶ ) . جنبه ی تجربه نگر از رویکرد هیجان مدار ، نیمه ی گمشده ی دیدگاه سیستمی را نیز مورد نظر قرار می دهد؛ این جنبه بخش "درون روانی" را نیز به حلقه ی بازخوردی بازنمایی شده در رویکرد سیستمی می افزاید و بر مقولاتی چون محبت و اتصال یافتگی ایمن تأکید می کند . از نقطه نظر درمان هیجان مدار ، رشته های ایمن دلبستگی قادرند تمایز یافتگی ، تفرد ، صمیمیت و اتصال را به میزان حداکثر ممکن ارتقاء دهند ( اگر ارتباط کسی با پیکره ی دلبستگی اش با ایمنی خاطر همراه باشد ، خیلی راحت تر می تواند خود واقعی اش را در رابطه بروز دهد ) . پژوهشها آشکار کرده اند که ارتباط ایمن ، همچنین قادر است افراد را به سوی انعطاف پذیری و توانایی خود افشایی هدایت و از واکنش گزینی بدون تأمل به موقعیتها ، دور سازد . آنچه در درمانهای سیستمی-بوئنای ، تحت عنوان " درهم تنیدگی " شناخته می شود ، در درمان هیجان مدار سبک دلبستگی بی قرار یا اجتنابی نامیده شده است. از این گذر ، چنین برمی آید که الگوهای تعاملی انعطاف ناپذیر تنها به واسطه ی حلقه های بازخوردی و بهم پیوستگی های سیستمی ایجاد نمی شوند . در حقیقت ، این الگوها نتیجه ی تلفیق "مواضع خاص میان فردی" با "هیجانان دلبسته مدار" اند؛ هیجاناتی که افراد را به حرکت وا داشته، گامهایشان را در رقص ارتباطی مشترک، سازماندهی می کنند . برتلافی ، پدر نظریه ی سیستم ها ، معتقد است که یک تغییر کوچک در عنصری سازمان دهنده و هدایتگر از سیستم ، می تواند تغییراتی عمده را در کل سیستم

فراخوانی نماید؛ اگر هیجانات دلبسته خاست را بعنوان عنصری هدایتگر در سیستم بپذیریم، تلفیق هیجان و فرایند های تغییرهیجانی با دیدگاه سیستمی امری پذیرفتنی خواهد بود (جانسن، ۱۹۹۸).

**مفروضه های بنیادین در درمان هیجان محور:** مفروضه های اساسی EFT که نظریه ی دلبستگی را پایه ی درک عشق بزرگسالان قرار داده ذو از ترکیب رویکردهای تجربی و سیستمی جهت ایجاد تغییرات درمانی بهره می برد، کدامند؟

۱- **اثر گذارترین عامل در صمیمیت بزرگسالان، زنجیره های هیجانی جاری میان آنهاست و موضوع اصلی در تعارضات زناشویی بررسی میزان امنیت این زنجیره است.** استحکام این بند اتصال (زنجیره ی هیجانی) به "پاسخگو بودن" و در "دسترس بودن" برمی گردد و وجود چنین رشته ای، نیاز فطری ما به امنیت، حمایت و تماس را ارضاء می نماید.

۲- **هیجان، کلید سارماندهی به رفتارهای دلبسته مدار است و در تنظیم شیوه هایی که افراد بدان طریق خود و دیگران را در روابط صمیمانه تجربه می کنند نقش حیاتی دارد.** نظریه های دلبستگی و تجربه نگر، هر دو بر اهمیت "تجربه و ابراز هیجانات" پافشاری می کنند. هیجان، ادراک را هدایت و به آن معنا می بخشد؛ انگیزه ی رفتار را فراهم می کند و از طریق منتقل شدن به دیگران و فراخوانی هیجاناتی واکنشی، با افراد ارتباط برقرار می کند. در زوج درمانی هیجان محور، هیجانات هم آماج درمانند و هم عامل تغییر برانگیز. خلق تجارب هیجانی جدید چه در تغییرات درون روانی و چه در دگرگونی های میان فردی به عنوان مهمترین مداخله گر در نظر گرفته شده است.

۳- **"تجربه ی غالب هیجانی هر همسر از نفر مقابل و نیز از رابطه دست به دست" راههای سازماندهی تعاملات می شوند و همگام با یکدیگر مشکلات دیرپای ارتباطی را ابقاء می نمایند.** این دو عنصر به شیوه ای تقابلی یکدیگر را به کار می اندازند و همین اصل می تواند در درمان - از طریق تعریف مجدد و بازترسیمی یک عامل که خود موجبات اثرگذاری بر عامل دوم را فراهم می کند -، به طرز شایسته ای راهگشایی نماید.

۴- **نیازها و تمایلات دلبسته محور همسران، ماهیتاً سازگارانه و شفابخش اند و "نحوه ی فعال سازی این نیازها و گرایشات در بافتاری مفروش از زمینه ی ناایمنی" است که مشکلات را پدیدار می نماید.** نظریه ی دلبستگی و نگرشهای تجربه مدار هر دو در ماهیت سازگارانه ی این نیازها اجماع نظر دارند و خاستگاه مشکلات را در بلوکه کردن یا سرباز زدن از مالکیت این گرایشات یافته اند. بازشناسی و اعتبار بخشی به نیازها و گرایشات برخاسته از دلبستگی خواهی، بخش قابل تأملی از درمان هیجان مدار است.

۵- **تغییرات درمانی در EFT از طریق دست یافتن و (سپس) بازپردازش تجارب هیجانی زیر ساختاری که سطح موقعیتهای ارتباطی را در بر گرفته اند میسر می گردد.** خلق عناصر نوین تجارب هیجانی و راههای تازه ای ابراز این هیجانات، شرایطی تعاملی همسران را تحت تأثیر قرار داده، زنجیره های دلبستگی میان ایشان را باز تعریف می کند

. تغییر عمدتاً از طریق کسب بینش ، پالایش روانی و نیز مذاکره حاصل نمی شود . متغیر هایی تغییر برانگیز ، تجارب هیجانی تازه و وقایع تعاملی نوین اند . به گفته ی انیشتین ؛ " همه ی دانش تجربه است و هر چیز دیگر ، فقط اطلاعات " .

**فرایند درمان:** فرایند تغییر در درمان هیجان مدار ، در قالب نه گام درمانی تدوین می یابد . چهار گام نخست ، سنجش اولیه و محدود کردن چرخه های تعاملی مشکل آفرین را شامل می شود . در گامهای میانی ( ۵ ، ۶ و ۷ ) ، تأکید بر خلق و ایجاد رویدادهای خاص و تازه ای است که به واسطه مندیشان ، الگوهای تعاملی دگرگون شده و تجارب دلبستگی مدار نوین پدیدار می گردد. دو گام نهایی درمان ( ۸ و ۹ ) به یکپارچه سازی این تغییرات، تثبیت و مستحکم سازی تحولات و برون ریزی تغییرات ایجاد شده در زندگی روزمره ی همسران مربوط است (دونوان ، ۱۹۹۹). این گامها به شیوه ی خطی شرح داده شده اند. در زوجهایی که به آشفتگی های ارتباطی محدودتری دچارند، فرایند درمان با سرعت بیشتری پیش می رود و هر دو نفر ( همسران ) فرایند را بطور نسبی موازی و یکسان طی می کنند. اما در همسرانی که روابطشان دچار آشفتگی های حاد گردیده، هیجان درمانگر نخست بر همسر منفعل تر یا اجتناب کننده تمرکز بیشتری می کند و پس از آنکه او را از نظر هیجان درگیر ساخت ، دیگری را به موضعی که جهت اعتماد کردن مجدد بستر سازی شده دعوت می نماید.

برقراری اتحاد مثبت درمانی با هر دو نفر (همسران)، پیش نیازی است ضروری که موفقیت را در فرایند درمان تضمین می کند . قالبی که در نه گام و سه مرحله ارائه شده است، نه برای زوجهای قاطع برای طلاق ، که برای همسرانی است که هنوز به یکدیگر دلبسته هستند و مشکل اصلی شان گیر افتادن در چرخه های تعاملی معیوب است . این الگو همچنین می تواند برای زوجهایی که با وجود علاقه مندی به رابطه، از کمبود صمیمیت رنج می برند و به تغییراتی در گیره ی ارتباطی شان نیاز دارند نیز بسیار کارگشا باشد و در مدت زمانی کوتاه مسائلشان را از میان بردارد ( جانسن ، ۲۰۰۴ ) .

به گفته ی جانسن (۲۰۰۴) ، گامهای نه گانه ی درمان هیجان مدار از این قرار است:

### مرحله ی ۱ - محدودسازی و تضعیف چرخه های تعاملی منفی<sup>۲۷</sup>:

**گام ۱ -** خلق و ایجاد اتحاد درمانی و تبیین موارد تعارض ساز در محوریت تلاشهای دلبسته مدارانه<sup>۲۸</sup> .

در EFT مراجع یعنی رابطه ! خلق و حفظ اتحادی مشارکتانه که در آن هر دوی همسران حس می کنند مورد درک، همدل ، شنیده شد ، و مقصر قلمداد نشدن، قرار می گیرند، عنصری ضروری است . هیجان درمانگر چرخه های مثبت و منفی تعاملات را ارزیابی کرده ، نایمنی ها ، تعلقات و نیازهای دلبسته مدارانه - که غالباً زیر ساختار چرخه های معیوب تکراری اند؛ را مورد بررسی قرار می دهد . هیجان درمانگر همچنین ، به سنجش و ارزیابی عوامل بلوکه کننده ی درمان، مانند فحاشی ، سوء استفاده ها و خشونت های ناکارساز نیز می پردازد (جانسن ، ۱۹۹۶).

<sup>۲۷</sup> The De-escalation of Negative Cycles of Interaction

<sup>۲۸</sup> Creating an alliance and delineating conflict issues in the core attachment struggle.

## گام ۲ - توصیف و روشن سازی چرخه ی تعاملی منفی همزمان با پدیداری آن<sup>۲۹</sup>.

در دومین گام درمانی ، تمرکز هیجان درمانگر موشکافانه تر می شود، او باید همسران را به آرامش و دقت دعوت کند، تا بتوانند الگوهای تعاملی شان را شناسایی کنند. هیجان درمانگران، همانند ساختارگرایان، شرایطی فراهم می کنند که، همسران چرخه ی منفی شان را آشکار و برون ریزی کنند، اینکار غالباً از طریق تمرکز و بررسی آخرین مشاجره ی زوج میسر می شود. هیجان درمانگر طوری به تعاملات همسران خیره و در آن غوطه ور می شود که، انگار مشغول شنیدن و دیدن یک برنامه ی تلویزیونی زنده است . تمرکز گری درمانگر آشکارا بر این امور مستقر است : چه کسی چه کاری انجام می دهد و چه وقت ، سپس دیگری چه انجام داد و در چه هنگام ... ( به منظور شناخت چرخه ی معیوب ) .

زمانی که یک همسر به فعال سازی مجدد چرخه می پردازد ، درمانگر آن را یادآوری و با همسر دیگر آن را مورد بازدید قرار می دهد و چگونگی رفتارهای هر همسر مانند خشمگین شدن ، نق زدن ، اعتراض کردن و احساس یأس و فاصله گزینی را روشن کرده ، انعکاس می دهد.

## گام ۳ - دستیابی به هیجانات ناشناخته ای که زیر ساختار الگوهای تعاملی را تشکیل می دهند<sup>۳۰</sup>

در سومین گام ، هیجانات ، واکنشی ثانویه مانند خشم ، ناکامی ، تلخکامی و احساسات مرتبط با افسردگی و فاصله جویی هم مورد اعتبار بخشی و انعکاس قرار می گیرند. اما بر آنها تأکید نمی شود. چرا که تأکید بر یافتن هیجانات نخستین ، زیر ساختاری و بی دفاع تر؛ مانند غم ، ترس ، و شرم است که، رفتار همسران را هدایت می کند. به هر روی، هیجان درمانگر جهت بیرون کشیدن هیجانات نخستین ، به عبور کردن از مسیر هیجانات ثانویه نیازمند است.

## گام ۴ - قاب دهی مجدد به مشکل از طریق توجه به چرخه ی منفی ، هیجانات زیر ساختاری و نیازهای دلبسته مدار<sup>۳۱</sup>.

چرخه ی ناکارساز به نام " دشمن مشترک " قاب دهی می شود و بعنوان منبع محرومیت های هیجانی همسران و آشفتگی های زناشویی شان معرفی می گردد. حالا هیجان درمانگر از چرخه ی مشکل آفرین تصویری بدست آورده و مکرراً آشفتگی ها را با توجه به مفهوم چرخه ، تبیین می کند ، او حالا تمرکزش را از اینکه هر یک از همسران مقصر آشفتگی هاست برداشته و رابطه و چرخه را متهم می کند. هیجان درمانگر مشکل را در بافتار علیت حلقوی پردازش و منعکس کرده ، چرخه را از پدیده ای با هویت مبهم و درونی به پیکره ای بیرونی و تغییرپذیر باز لقب دهی می کند .

<sup>۲۹</sup> Identifying the negative interactional cycle where these issues are expressed

<sup>۳۰</sup> Accessing the unacknowledged emotions underlying interactional positions.

<sup>۳۱</sup> Reframing the problem in terms of the negative cycle, underlying emotions, and attachment needs.

درمانگر سپس به اهمیت منفی چرخه در ایجاد احساسات تنهایی، شکست خوردگی و یأس اشاره کرده، برای همسران شرح می‌دهد که این احساسات درست نقطه مقابل خواسته‌های حقیقی ایشان، امنیت، همراهی و اتصال است.

پس از پشت سر گذاشتن مرحله ی نخست، همسران به سمت یابوری یکدیگر بر علیه دشمن مشترکشان حرکت می‌کنند، آنها حالا شادترند. البته مشاجرات هنوز هم وجود دارد اما همسران به آرامی قادر می‌شوند که خود را از درون چرخه خارج کنند و رفتارهای خلاقانه تری به نمایش بگذارند. محدود سازی و تضعیف چرخه، باید حتماً پیش از ورود به گامهای بعدی صورت بگیرد، که در غیر این صورت همسران توانایی خطر کردن‌های هیجانی را نخواهد داشت. هر زوج، زمانی آمادگی ورود به مرحله ی دوم را داراست که چرخه ای نوین مثبت، مفروش شده با ایمنی‌های دلبسته مدارانه را تجربه کرده باشد.

## مرحله ۲ - بازسازی الگوهای تعاملی<sup>۳۲</sup>

**گام ۵ -** افزایش شناخت در مورد هیجانات، نیازها و جنبه هایی از خود که هنوز به مالکیت شخص در نیامده اند، سپس یکپارچه ساختن و تلفیق نمودن این عناصر با تعاملات ارتباطی<sup>۳۳</sup>

**گام ۶ -** ایجاد و افزایش پذیرش نسبت به تجربه ی پدیدار شونده ی هر یک از همسران توسط دیگری<sup>۳۴</sup>

**گام ۷ -** تسهیل ابزار نیازها خواسته ها و خلق درگیری هیجانی و وقایع دلبسته سازی که خود خود قادرند ریشه های دلبستگی را باز تعریف کنند. تسهیل ابزار نیازها و خواسته ها به منظور بازساختاری دهی به تعاملات، البته ابزار نیازها به شیوه ای نوین، در نتیجه ای ادراکات تازه از یکدیگر و خلق وقایع دلبسته مدار پدیدار خواهد شد. در مرحله میانی درمان (گامهای ۷-۵) دو رخداد مهم - که از نقاط استحالته ی با اهمیت در درمان هیجان مدار تلقی می‌شوند - پدیدار می‌شوند. اولین رخداد، "درگیری مجدد گوشه گیر" است. او (گوشه گیر) در این حالت وضعیت تعالی خود را تغییر داده، برای تعریف کردن رابطه فعال شده و برای همسرش موضع در دسترس بودن را اتخاذ می‌کند. مثلاً یک همسر ساکت و همواره فاصله جو ممکن است در این وضعیت به خشم آید و نیاز خود به احترام و حمایت شدن در رابطه را طوری ابراز کند که همسرش شانس پاسخگوبودن به نیازهای ابراز شده ی وی را بیابد. دومین رخداد "نرم شدن" همسری است که سابقاً فعال و انتقاد کننده بود و حالا می‌تواند خطر کردن ابراز نیازمندی و آسیب پذیری هایش را بپذیرد، او حالا اعتماد کردن مجدد به همسرش را آغاز می‌کند. پژوهش در خصوص فرایند تغییر نشان داده است که این رخداد یکی از مهمترین پیشگویی کنندگان در کاهش آشفتگی های زناشویی است. اگر در این مرحله، رخداد "باز درگیر شدن" به مقدار اندکی صورت پذیرد و یا اگر در این مقطع خاص همسران به بن بست برسند، باز هم بهبود رابطه ممکن است، اما بی تردید تاثیر گذاری درمان را به شدت کاهش خواهد داد. مثلاً ممکن است که مسئله

<sup>۳۲</sup> Changing Interactional Positions

<sup>۳۳</sup> Promoting identification with disowned attachment emotions, needs, and aspects of self and integrating these into relationship interactions.

<sup>۳۴</sup> Promoting acceptance of the partner's experience and new interactional responses.

ی چرخه ی ناکاساز کاهش یافته باشد اما به دلیل آنکه مواضع طرفین بدون تغییر مانده، سطح اعتماد موجود در رابطه هنوز پایین باشد. در این صورت رشته های دلبستگی همچنان محدود و احتمال بازپیدایی (عود) افزایش خواهد یافت. رخداد نرم شدن همسر انتقادگر، موقعیت و جایگاه تعالی او را هم از نظر پذیرش و هم از نظر کنترلگری بهبود می بخشد. در آخرین گامهای این مرحله، رویدادهای دلبسته مداری که به نمونه ی نخستین دلبستگی در رابطه شبیه اند پدیدار می شوند و همسران چرخه ی نوین تعالی را با مشخصات "بازدرگیری" و "پاسخگوبودن" آغاز خواهند کرد. این نوع از رویدادهای دلبسته مدار(که عموماً در مرحله ۷ پدیدار می گردد)، به دلیل شفا بخشی آسیب های گذشته و باز تعریف کردن ماهیت دلبستگی اهمیت پشمگیری دارد. معمولاً در این مرحله همسر متهم کننده، قادر می شود که هواسهائش از جدایی را مطرح کند و به واسطه مندی آرامش خاطری که همسرش برایش فراهم می کند به آسودگی برسد.

### مرحله ی ۳- تثبیت و یکپارچه سازی<sup>۳۵</sup>:

**گام ۸- تسهیل پدیدآیی راهکارهای تازه برای حل مسائل کهنه ی ارتباطی<sup>۳۶</sup>.**

**گام ۹- تثبیت و تقویت مواضع تازه و چرخه های نوین، پیرامون رفتارهای دلبسته مدار<sup>۳۷</sup>.**

در مرحله سه، درمانگر پیشرفت های همسران را مرور می کند و از طریق برجسته کردن چرخه ی تعاملی مثبت و نوین و مقایسه ی آن با چرخه ی ناکارسازی قبلی این پیشرفت ها را یادآوری می کند. غالباً در این مرحله همسران مثالهایی از تعاملات کارساز زمان حالشان می آورند و ابراز می کنند که در گذشته چگونه در این شرایط واکنشهای غلطی نشان می داده اند. درمانگر در این مرحله تلاشهای همسران را ارج می نهد و به انعکاسگری رفتارهای کنونی آنها - با توجه به پاسخگویی و در دسترس بودن متقابل آنها - می پردازد. هیجان درمانگر به تثبیت و تقویت رشته های دلبستگی ادامه می دهد.

### راهبرد ها و مداخلات در درمان هیجان مدار:

**۱ - انعکاس<sup>۳۸</sup>:** هیجان درمانگر، هیجان تأثرانگیز<sup>۳۹</sup>، را می یابد، آن را مورد تمرکز قرار می دهد و سپس منعکسش می کند. درمانگر درک خود از تجربه ی مراجع را به وی انتقال داده، توجه وی را به این گویه جلب می کند. انعکاس، گفتار مداخله ای مهمی است که تمرکز شدید و جذب شدن همدلانه در دنیای تجارب مراجع را می طلبد. لذا سزاوار است که دشواری انجام این مداخله را درک کنیم و آن را به سطح بازگویی مجدد واژگان مراجع تقلیل ندهیم. درمانگر تجربه ی مراجع را پی گیری و آن را در کنار فرد پردازش می کند؛ در حقیقت او می خواهد بداند که این مراجع خاص چگونه لحظه به لحظه تجربه اش را ادراک و پردازش می نماید. در حالی که مراجع به حالاتی

<sup>۳۵</sup> Consolidation and Integration

<sup>۳۶</sup> Facilitating the emergence of new solutions to old relationship problems.

<sup>۳۷</sup> Consolidating new positions and new cycles of attachment behaviors.

<sup>۳۸</sup> Reflection

<sup>۳۹</sup> Poignant emotion

مانند "تغییر ناگهانی در سطح درگیری هیجانی" یا "عدم توانایی برای یافتن واژگان مناسب" دچار می شود، کوشش های درمانگر بر آن است تا پس از دستیابی به استحاله های ایجاد شده در جریان تجربه کردن، آن را بر زبان جاری سازد.

انجام ماهرانه ی انعکاس، از این مزیت برخوردار است که مراجع حس می کند دیده شده و مورد پذیرش قرار گرفته است؛ جلسه ی درمان فضایی است ایمنی بخش و درمانگر فردی است حامی. افزون بر این، انعکاس صحیح توجه، مراجع را به سمت برملاسازی تجارب درون سوق داده، ضمن غنا بخشی به درک مراجع از تجربه اش، فرایند ارتباط میان فردی در جلسه را نیز جهت می دهد. انعکاس، تمرکز را از تفاسیر نادرست برداشته، به سمت فرایند درمان معطوف می کند. ارزش این مداخله زمانی نمایان می شود که به واسطه ی آن، روی دیگر تجربه ی مراجع نیز درک شده، جنبه های نادیده گرفته شده خود را می نمایانند. به عبارت دیگر سخن از طریق واسطه مندی انعکاس، مراجع جنبه های انتزاعی و مبهم تجربه اش را نیز کاوش می کند. بسته به اینکه چه هدفی در نظر باشد، انعکاس می تواند "تسکین دهنده" و یا "تشدید کننده" باشد. ابزار اصلی هیجان درمانگر جهت تمرکز بر تجربه و نیز جهت دهی به جلسه، همین مداخله ی دشوار است. یک انعکاس مطلوب، در شفاف سازی، لمس پذیری، عینیت بخشی، متمایز سازی و تجربه ی مراجع نخستین گام تلقی شده است.

**۲ - معتبرسازی<sup>۴۰</sup>:** هیجان درمانگر به هر یک از همسران منتقل می کند که تجارب و پاسخهای هیجانی شان پذیرفتنی است. در صورت لزوم، او آشکارا به "تمایز سازی" تجربه ای که یک همسر از نیت یا خصایص دیگری در سر پرورنده اشاره می کند: یک همسر حق دارد که نسبت به دیگری احساس تنفر کند، بدون آنکه دیگری تنفرانگیز باشد. موضعی که درمانگر اتخاذ می کند این است که پاسخهای هیچیک از آنها غلط، غیر منطقی، معیوب، شرم آور یا عجیب نیست. البته انعکاس همدلانه - اگر با توجه و احترام ادا شود -، گویای این پیام هست ولی معتبرسازی آشکار و صریح تجربه ی هر همسر از رابطه نیز امری است ضروری. در زوجهای آشفته، سطوح بالای اضطراب، فضایی سرشار از حس بی کفایتی و خود حمایتگری های تهاجمی، ویژگی های بارزی هستند که همواره در هم آمیخته و به یکدیگر مبدل می شوند؛ تأیید درمانگر، اعتبار بخشی اش به تجارب همسران و ایمنی خاصی که پس آیند این پذیرش است، چونان پادزهری ویژگی های فوق را در هم مستحیل و نابود می گرداند. ضمناً معتبرسازی، پادزهری تجارب محدود شده و تجلی های بلوکه شده ی خویشتن - که خود در خود سرزنشگری یا قضاوت سریع از دیگران ریشه دارند - نیز به شمار می رود. انعکاس همدلانه و معتبرسازی، همسران را به درگیری بیشتر با تجاربشان تشویق می کند و این امر خود موجبات وسعت بخشی و شفاف سازی تجارب را فراهم می آورد.

**۳ - پاسخ های فراخواننده<sup>۴۱</sup>؛ انعکاسها و سوالات:** این پاسخها بر جنبه های احتمالی، نامشخص و به تازگی پدیدار شونده ی تجارب تمرکز کرده، مراجع را به کشف و درگیری با این تجارب تشویق می نمایند. واژه ی "

<sup>۴۰</sup> Validation

<sup>۴۱</sup> Evocative responding

فراخواننده " از ریشه ی لاتین Evocare به واگوی " صدادار کردن " گرفته شده است . درمانگر با این مداخله از محتوای کم اهمیت و سطحی تعاملات اجتناب و هیجانات واقعی مراجع را فرخوانی می کند . او جهت به تسخیر در آوردن کیفیت تجارب و تصرف عناصر آشکار نشده ی آن تلاش می کند و این اهتمام غالباً با تکیه بر " تصویرسازی های فراخوان " میسر می گردد. این مداخلات مراجع را در خصوص ساختاردهی تفکیک شده تر به تجارب یاری خواهد کرد.

بازتاب ها ، بی آنکه عصاره ی کارشناسانه ای از پاسخهای مراجع باشند ، به شیوه ای آزمایشی و با هدف آزمون شدن بررسی ، تصحیح ، باز شکل دهی ، یا پذیرش تجربه توسط مرجع ، به وی ارائه می شوند . تمرکز بازتاب های فراخوان بر این موارد است ؛ شیوه های ادراک و پردازش نشانه ها و سرخ ها ، اندوهناک ترین عناصر یک هیجان یا پاسخ ، آرزوها و ... و درمانگر می تواند، به منزله ی بخشی از تصرف تجربه ی مراجع، به شکل مستقیم بر یک عنصر خاص در تجربه ی او توجه کند . او می تواند این کار را از طریق تکرار یک عبارت ناراحت کننده که مراجع آن را در حاشیه قرار داده یا بر آن تأکید نمی کند انجام دهد ؛ تکرار عبارت ناراحت کننده که مراجع آن را در حاشیه قرار داده یا بر آن تأکید نمی کند انجام دهد؛ تکرار عبارت متأثر کننده توسط خود مراجع نیز دارای پتانسیل درمانی است. مداخلاتی از این دست ، همسران را به کشف و بازپردازش تجاربشان دعوت می کند. همگام با درگیر شدن های بیشتر و بیشتر غوطه ور شدن در ژرفنای تجارب ، مراجعین به بازشناسی بخشهای تازه ای از تجاربشان ، که بدلیل نادیده شدن، کل تجربه را از بالنده سازی محروم کرده بود. پاسخ های فراخواننده برای درمانگر یک ابزار اساسی است که با استفاده از مسیرهای نادرستی همچون " انکار یک هیجان " یا " فعال سازی نادرست هیجان از طریق سرزنشگری و توهین به دیگری " ( تو یک کثافت هستی ) دور کرده ، به راهنمایی در میان برهائی چون " مالکیت پذیری هیجانات ثانویه " ( من از دست تو خیلی خشمگین ام ) و یا قالب دهی به هیجانات نخستین زیر ساختاری ( من احساس ناامیدی و درمانگری کرده ام ؛ به تو سیلی زدم فقط برای اینکه پاسخی داده باشم ) ، جهت دهی می کند .

افزون بر موارد اشاره شده ، نوع دیگری از پاسخهای فراخوان نیز وجود دارد : زمانی که درمانگر برای وسعت بخشی یا بازپردازش یک تجربه ، صدای درونی افراد ( مانند صدای بخشی از وجود مراجع یا ندایی که از درون یک پیکره ی دلبستگی بر می آید ) را فرخوانی می کند . ( در مورد بخشهای وجودی یک مراجع ، هیجان درمانگر می تواند جهت غنا بخشی به تجارب و یا شفاف سازی یک دوراهی ، بخشهای متضاد وجود فرد را در برابر یکدیگر پدیدار کرده ، به گفتگو بکشانند . درمانگر از فرخوانی صدا یا گفته ی پیکره ی دلبستگی نیز ، جهت اعتبار بخشی به ترس مراجع و یا تهیه ی پادزهری برای غلبه بر این ترس سود می برد ) . این مداخلات ، درگیر شدن در فرایند لحظه ی " اکنون " را افزایش می دهند و تمرکزشان بر مواردی از این دست معطوف می شود : یاری کردن مراجع در برقراری تماس با تجربه ی کلی شان از " خود " و " نفر همراه در رابطه " ، با پردازش پاسخ قدیمی و تکراری که خاستگاه

روشهای تعاملی همسران است ، وسعت بخشی و بازسازی پاسخهای هیجانی شدید به گونه ای که " در دسترس بودن " و پاسخگوئی " را در خود و همسر ایجاد می نماید و ...

۴ - **شدت بخشی**<sup>۴۲</sup>: درمانگر همزمان با ردگیری فرایندهای درون روانی و میان فردی همسران ، به " برجسته سازی و تشدید پاسخهای خاص و تعاملات ویژه ای " از ایشان نیز اقدام می کند . این پاسخها و تعاملات غالباً آنهایی اند که به نظر می رسد نقش مهمی در حفظ شبکه های ناکارساز ارتباطی داشته باشند؛ البته شدت بخشی و برجسته سازی تعاملاتی که به واسطه ی درمان، حالت نوین و مثبتی به خود گرفته اند نیز ضروری می نماید. هدف از شدت بخشی به پاسخهای خاص هیجانی این است که همسران به شیوه هایی نوین با تجربه ی هیجانی شان درگیر شده ، به گونه ای دیگر تعامل را با یکدیگر خلق کنند . شدت بخشی ، یک پاسخ خاص را طوری از زمینه به شکل می آورد که بتواند جهت سازماندهی مجدد تجربه و تعامل مورد استفاده قرار گیرد . جهت دستیابی به این مهم راههای گوناگونی وجود دارد :

(۱) تکرار کردن یک عبارت جهت شدت بخشی به تأثیر آن.

(۲) تشدید یک تجربه از طریق تغییر تن صدا. هیجان درمانگر به وقت شدت بخشی به یک پاسخ دلبسته - خاست، عموماً به جلو خم شده ، تن صدایش را بسیار آرام می کند . البته تغییر تن صدا به اقتضای گوناگونی پاسخ تغییر خواهد کرد . مثلاً زمان شدت بخشی به یک پاسخ گستاخانه ، صدای درمانگر بالا می رود .

(۳) استفاده از سمبل ها و استعاره هایی که تجربه را شفاف سازی می کنند .

(۴) جهت دهی به همسران برای فعال سازی پاسخها؛ تبدیل تجربه ی درون روانی به پیامهای میان فردی .

(۵) ایجاد و حفظ تمرکزی دقیق و گاهی سرسختانه .

۵ - **گمانه زنی / معنا سازی همدلانه**<sup>۴۳</sup>: در این مداخله ، هیجان درمانگر براساس نشانه های غیر کلامی ، بافتاری و نیز تعاملی مراجع به حال و هوا و تجربه ی فعلی او اشاره می کند . هدف از این مداخله یاری کردن مراجع و شکل دهی و قالب نهادن بر تجربه ی خویش ( درمانگر ) است ؛ به طوری که مراجع بتواند یک گام در تجربه اش غوطه ورتر شود . در پرتو این غوطه وری ، تجربه چنان گسترش و شفافیتی می یابد که "معانی تازه" خود بخود از آن میان پدیدار می گردند. از این رو منظور از کوشش مورد نظر ، نه تفسیر الگو ها و سبب شناسی های روانی - ژنتیکی است و نه یاری کردن مراجع در راستای "تفسیر اصلاح شده ی تجربه اش" . گمانه زنی ها برچسب هایی تخصصی پیرامون خویشتن نیستند؛ در حقیقت ارزش گمانه زنی و معنا سازی نه در گرو بصیرت دهی صرف ، که در " تسهیل شدت بخشی به تجاربی است که به شیوه ای مفهومی معانی تازه ایجاد می کنند. خاستگاه استنباطهای درمانگر بر

<sup>۴۲</sup> Heightening

<sup>۴۳</sup> Empathic Conjecture/Interpretation

دو بنیان استوار است: نخست غوطه‌گریهای همدلانه‌ی درمانگر در تجربه‌ی مراجع و دیگری دانشی که پیرامون الگوهای تعاملی زوجین دارد. ناگفته‌نماند که نظریه‌ی دلبستگی با چشم‌اندازهایی که در مورد روابط بزرگسالان پیش رو قرار می‌دهد نیز جهت این استنباطهاست.

تفاسیر و معنا‌سازی‌های درمانگر هرگز نباید بر مراجع "تحمیل" شوند چرا که این امر از تجربه‌گری و کشف آگاهی توسط خود فرد جلوگیری خواهد کرد. البته خطر چنین تحمیلی در زوج درمانی کاهش می‌یابد چرا که در فضای کار با زوج‌ها هم خود سیستم و هم پاسخهای مشکل‌آفرین در معرض دید درمانگرند و امکان ارائه‌ی بازخوردهای تصحیحی فوری جهت مقابله با استنباطهای نادرست میسر است.

فراموش نشود که استنباطها به شیوه‌ای آزمایشی و به دور از قطعیت جویی ارائه می‌شوند و درمانگر در سراسر درمان، آشکارا و فعالانه، همسران را به سوی تصحیح تفاسیرش هدایت می‌کند.

محور تمرکز تفاسیر و استنباطها در درمان هیجان‌محور بر این موارد استوار است: راهبرد‌های دفاعی<sup>۴۴</sup>، اشتیاق‌هایی دلبسته‌مدار<sup>۴۵</sup>، هراسهای فاجعه‌آمیز مرکزی با خاستگاه دلبستگی و خیال‌پردازی‌های ناکارساز<sup>۴۶</sup>. این گمانه‌زنی‌ها ممکن است در جملات یا نمادهایی چون "نیاز آشکار به حفظ خود"، پاسخهایی شدید چون گریه‌های عاجزانه"، "تلاش جهت دستیابی به آرامش" و "ترسهای دیرینه‌ای چون طرد، رها‌شدگی، شکست و سرسپردگی"، تجلی پیدا کنند. عقاید ضمنی و نهفته‌ای که همسران در مورد "خود" دارند – مانند احساس بی‌ارزشی یا دوست‌داشتنی نبودن – و غالباً از طریق توجه به گفتگوهای ایشان قابل درک می‌شود؛ نیز در این مداخله مورد تمرکز و شفاف‌سازی قرار می‌گیرند. بنابراین هیجان‌درمانگر در معنا‌سازی بطور کلی بر تجربه‌ی مراجع و به طور خاص بر تجاربی که بنظر می‌رسد قالب‌دهی یا تصاحب نشده‌اند توجه می‌کند. نوع خاصی از گمانه‌زنی وجود دارد که در مرحله‌ی دوم درمان – زمانی که درمانگر به بازسازی تعاملات، تسریع بازدرگیری و تسهیل تسکین‌دهندگی سرزنشگر می‌پردازد – به کار می‌آید. این گمانه‌زنی به "بذر افشانی دلبستگی"<sup>۴۷</sup> معروف است و به نوعی "شدت بخشی" و از جهاتی "اعتباربخشی" نیز تلقی می‌شود. درمانگر با اشاره به نیازهای دلبسته‌خاست، به ترس‌هایی از مراجع که نیازها را بلوکه می‌کنند، می‌پردازد. این استنباطها به بن‌بست‌های ذهنی‌ای که توسط ترسهای مراجع پدید آمده‌اند، اعتبار می‌بخشد و در عین حال مراجع را به مکاشفه در ذهنیتی عاری از ترس دعوت می‌نماید. به دیگر سخن هیجان‌درمانگر بر آن است تا قدرت دید مراجع را نسبت به ذهنیتی پاک از ترسهای عمیق و قدرتمند، افزایش دهد. مداخله همیشه با عبارت: "پس تو هرگز نتوانستی..." آغاز و با تمرکز روی بافتار یا آرزوی دلبسته‌خاستی که توسط ترس‌ها بلوکه شده‌اند ادامه می‌یابد. این مداخله تصویری از "ممکن بودن پیوند مجدد" که در روند آتی درمان تشدید خواهد شد را در اختیار قرار می‌دهد.

<sup>۴۴</sup> Defensive strategies

<sup>۴۵</sup> Attachment longing

<sup>۴۶</sup> Core catastrophic attachment fears and fantasies

<sup>۴۷</sup> Seeding attachment

۶- خود افشایی.<sup>۴۸</sup> خود افشایی درمانگر از مداخلات مهم هیجان درمانگران به شمار نمی رود ؛ بخصوص وقتی که با سایر رویکرد های تجربه نگر و انسان گرایانه قیاس شود ( کمپلر ، ۱۹۸۱ ) . به هر حال زمانی که اهدافی خاص همچون " برقراری اتحاد درمانی " ، اعتباربخشی به پاسخهای مراجع " و یا الحاق به جهت روشن سازی عناصر نهفته در تجربه مورد نظر باشند ، خود افشایی راهگشا خواهد بود (۵-۴۵؛۷) .

---

<sup>۴۸</sup> Self-disclosure