

سندرم آشیانه خالی همراه با (درمان پذیرش و تعهد)

زهرا عسکری

احمد تقوی

www.ketab.ir

سرشناسه	: عسکری، زهرا، ۱۳۵۶ -
عنوان و نام پندآور	: سندرم آشیانه خالی همراه با (درمان پذیرش و تعهد) // زهرا عسکری، احمد تقوی.
مشخصات نشر	: تربیت حیدریه: چشم انداز قطب، ۱۳۹۴.
مشخصات ظاهری	: ۱۸۵ ص.: مصور، جنول.
شابک	: ۲۰۰۰۰ ریال ۶-۳۰-۸۱۵۳-۶۰۰-۹۷۸:
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
موضوع	: والدین مبتلا به سندرم آشیانه های خالی
موضوع	: پدر - مادری -- جنبه های روان شناسی
موضوع	: میانسانی -- جنبه های روان شناسی
موضوع	: افسردگی در سالمندان
شناسه افزوده	: تقوی، احمد، ۱۳۵۵ -
رده بندی کنگره	: HQ۱۰۵۹/۱۳۹۴۴ س ۹ع ۵/
رده بندی دیویی	: ۲۴۴/۳۰۵
شماره کتابشناس ملی	: ۴۱۵۱۵۳۸

سندرم آشیانه خالی همراه با (درمان پذیرش و تعهد)



نویسندگان: زهرا عسکری - احمد تقوی
ناشر: انتشارات چشم انداز قطب

تیراژ: ۲۰۰۰

نوبت چاپ: اول

تاریخ چاپ: ۱۳۹۵

چاپ و صحافی: ویونا

قطع: وزیری

تعداد صفحات: ۲۱۵

قیمت: ۲۰۰۰۰ ریال

شابک:

۹۷۸	۶۰۰	۸۱۵۳	۳۰	۶
-----	-----	------	----	---

آدرس: تربیت حیدریه تلفن: ۰۹۲۱۱۱۴۲۱۲۷ - ۰۹۱۵۳۳۲۸۵۱۶

فهرست مطالب

عنوان	
پیشگفتار	۱
مقدمه	۴
اهمیت نگارش کتاب	۷
فصل اول میانسالی و مقدمات شروع سندرم آشیانه خالی	۹
مقدمه	۹
میانسالی و چالش های زندگی	۹
نظریه اریک اریکسون درباره میانسالی	۹
رشد شناسی رشد چیست	۱۱
نظریه های ر مور میانسالی	۱۱
زمان میانسالی	۱۲
معنای بزرگسالی	۱۳
ابعاد اجتماعی	۱۳
ابعاد هیجانی	۱۴
ابعاد حقوقی	۱۴
مناسک گذر در فرهنگ ها	۱۵
اجتماعی شدن	۱۶
تکالیف رشدی میانسالان	۱۶
میانسالی	۱۶
بزرگسالی بیابانی	۲۰
نظریه های رشد بزرگسال در گستره عمر	۲۲
گولد: مراحل زندگی	۲۳
محور میانسالی	۲۴
بیابانی در میانسالان	۲۷
شنوایی میانسالان	۲۷
پوست و مو میانسالان	۲۸
جینایی و لامسه میانسالان	۲۸
ترکیب عضله - چربی میانسالان	۲۸
استخوان بندی میانسالان	۲۹
تغییرات شناختی میانسالی	۳۰

- ۳۱..... هوش در میانسالان
- ۳۱..... سرعت پردازش میانسالان
- ۳۲..... توجه میانسالان
- ۳۲..... حافظه میانسالان
- ۳۳..... خلاقیت میانسالان
- ۳۳..... تفکر پس صوری
- ۳۴..... تغییرات هیجانی - اجتماعی میانسالان
- ۳۴..... نظریه ی اریکسون: زاینده گی در برابر رکود میانسالان
- ۳۵..... نظریه لویینسون: ساختار زندگی میانسالان
- ۳۶..... تجربه ی یونگ: تفرد و تعالی میانسالان
- ۳۶..... الگوی زمان وقوع واقعه ی برتیس نوگارتن میانسالان
- ۳۷..... آیا پیران میانسالان، مرد دارد؟
- ۳۸..... شخصیت میانسالان
- ۳۹..... سندرم آشیانه خالی
- ۳۹..... سندرم آشیانه خالی چیست
- ۴۰..... علائم سندرم آشیانه خالی چیست
- ۴۱..... درمان سندرم آشیانه خالی
- ۴۱..... تصویری متفاوت از خانواده: نشانگان کاشنه خالی
- ۴۲..... علل سندرم آشیانه خالی
- ۴۲..... علائم سندرم آشیانه خالی
- ۴۲..... راه درمان چالش سندرم آشیانه خالی
- ۴۳..... وحشت نبودن فرزند در سندرم آشیانه خالی
- ۴۳..... چرخه زندگی بر اساس نظریه دووال
- ۴۴..... تغییرات نظام خانوادگی
- ۴۵..... افسردگی پیامد سندرم آشیانه خالی
- ۴۶..... ایجاد امید در افراد افسرده سندرم آشیانه خالی
- ۴۸..... فصل دوم: همه چیز درباره امید به زندگی
- ۴۸..... تعریف امید
- ۴۹..... تعریف امید به زندگی

- ۵۰..... تاریخچه ی مطالعات مربوط به امید به زندگی
- ۵۰..... متوسط امید به زندگی
- ۵۱..... امید به زندگی در جهان و ایران
- ۵۱..... امید به زندگی در بدو تولد
- ۵۲..... امید به زندگی در سن خاص
- ۵۲..... مراحل رشد و تحول امید در انسان
- ۵۲..... دوره اول کودکی (تولد تا ۳ سالگی)
- ۵۲..... دوره دوم کودکی (سالهای پیش دبستانی: ۳-۶ سالگی)
- ۵۳..... سالهای میانه کودکی (ستین ۱۳ تا ۷ سالگی)
- ۵۳..... سالهای نوجوانی (ستین ۱۸ تا ۱۳ سالگی)
- ۵۴..... اندازه گیری امید به زندگی و کاربرد آن
- ۵۴..... ابعاد مختلف امید
- ۵۵..... بعد شناختی
- ۵۸..... بعد عاطفی
- ۵۸..... بعد رفتاری
- ۵۸..... بعد نسبی
- ۵۸..... بعد زمانی
- ۵۹..... بعد زمینه ای
- ۵۹..... اریک- فروم
- ۵۹..... گوردون الورت
- ۶۰..... آبراهام مازلو
- ۶۰..... پنج دسته نیاز
- ۶۱..... اریکسون
- ۶۲..... عوامل روان شناختی موثر برای امید به زندگی
- ۶۳..... فصل سوم: افسردگی
- ۶۳..... تاریخچه افسردگی
- ۶۶..... تعاریف و نظریه های افسردگی
- ۶۹..... افسردگی از دیدگاه روان پویایی
- ۶۹..... افسردگی از دیدگاه رفتار گرایی
- ۷۰..... افسردگی از دیدگاه شناختی
- ۷۰..... افسردگی از دیدگاه اجتماعی

- ۷۱..... انواع افسردگی:
- ۷۱..... افسردگی پنهان
- ۷۱..... افسردگی رجعتی:
- ۷۱..... افسردگی نوروتیک:
- ۷۲..... افسردگی عضوی
- ۷۲..... افسردگی عقلانی:
- ۷۲..... افسردگی ناشی از موفقیت:
- ۷۲..... افسردگی ناشی از مصرف دارو:
- ۷۳..... افسردگی فصلی
- ۷۳..... افسردگی اتکالی
- ۷۳..... افسردگی سرخپوشی ساختی
- ۷۵..... طبقه بندی اختلالات افسردگی
- ۷۵..... طبقه بندی بر اساس سبب شناسی
- ۷۵..... افسردگی دروزاد و واکنشی
- ۷۶..... اختلالات افسردگی اولیه و ثانویه:
- ۷۶..... طبقه بندی بر اساس نشانه ها
- ۷۶..... افسردگی نوروتیک و سایکوتیک:
- ۷۶..... طبقه بندی بر اساس سیر و زمان زندگی
- ۷۶..... اختلال یک قطبی و دو قطبی
- ۷۷..... باز پیدایی افسردگی کوتاه مدت
- ۷۷..... اختلال عاطفی فصلی
- ۷۸..... افسردگی پیری و انحطاط
- ۷۹..... روان‌درمانی بین فردی
- ۷۹..... رفتار درمانی
- ۷۹..... روان درمانی تحلیلی
- ۸۰..... روان درمانی خانوده
- ۸۰..... دارو درمانی
- ۸۱..... فصل چهارم: کیفیت زندگی

۸۲.....	پژوهشی در مورد کیفیت زندگی
۸۳.....	مطالعات روان شناختی در مورد کیفیت زندگی
۸۴.....	عوامل موثر بر کیفیت زندگی و رضایت از زندگی
۸۴.....	عملکرد خانواده و سلامت روانی
۸۵.....	روابط بین کودکان و والدین
۸۵.....	تأثیر اختلال در خانواده
۸۶.....	اهمیت تربیت کودک در دوران کودکی
۸۶.....	سبک زندگی
۸۷.....	ابعاد سبک زندگی
۸۹.....	فصل پنجم: پایت از زندگی
۹۰.....	نظری رضایت از زندگی
۹۱.....	دیدگاهها: مربوط به رضایت از زندگی
۹۱.....	دیدگاه مزمن: نظریه نیازها
۹۲.....	نظریه گرونیبرگ
۹۲.....	تئوری دو عاملی هرزبرگ
۹۳.....	نظریه الکس مایکاس
۹۳.....	نظریه جوزف سیرجی
۹۳.....	عوامل موثر بر رضایت از زندگی
۹۴.....	فصل ششم: درمان پذیرش و تعهد
۹۶.....	رابطه درمانی
۱۰۱.....	سنجش
۱۰۴.....	ابزار سنجش در ACT
۱۰۵.....	اهداف درمان
۱۰۸.....	چالشها
۱۰۹.....	موضع گیری های نظری و یافته های پژوهشی در خصوص درمان پذیرش و تعهد
۱۰۹.....	رفتار درمانی و تحلیل موحها
۱۱۰.....	موج اول شناختی
۱۱۰.....	موج دوم شناختی
۱۱۰.....	موج سوم شناختی
۱۱۳.....	رایرت درمانی در ACT
۱۱۳.....	زمینه برای قاعده سازی

- ۱۱۳..... نمودار تصمیم و تشخیص:
- ۱۱۵..... اقدام کردن برای تغییر زندگی و راهکارهای تبدیل:
- ۱۱۵..... رتبه بندی بیمار توسط متخصص بالینی در فرایند ۶ مرحله ای:
- ۱۱۵..... مقیاس صفر:
- ۱۱۶..... مقیاس پنج:
- ۱۱۶..... مقیاس ده:
- ۱۱۶..... تعیین ویژگی های کلی در روش درمانی ACT:
- ۱۱۷..... قابلیت های اصلی برای فرایند های اساسی ACT و اقدامات درمانی:
- ۱۱۸..... تحلیل سردر گمی شناختی:
- ۱۱۸..... وظایف درمانگر:
- ۱۱۹..... تشخیص شخصیت متصور از رضایت شخصی:
- ۱۱۹..... وظایف درمانگر:
- ۱۱۹..... تعریف جهت ها و اهداف ارزش:
- ۱۱۹..... وظایف درمانگر:
- ۱۲۰..... ایجاد الگو های عمل متعهدانه:
- ۱۲۰..... وظایف درمانگر:
- ۱۲۰..... ACT به عنوان یک نوع از CBT:
- ۱۲۱..... بار رفتار گرایی کارکردی:
- ۱۲۲..... ۲- معیار درستی:
- ۱۲۵..... وابستگی، تعلق خاطر به خود تصویر شده:
- ۱۲۶..... روشن و واضح نبودن ارزش ها:
- ۱۲۷..... مدل آسیب شناسی روانی در درمان پذیرش و تعهد:
- ۱۲۸..... در آمیختگی شناختی:
- ۱۳۰..... ایجاد و تحول انعطاف پذیری روانی:
- ۱۳۱..... ۱. پذیرش:
- ۱۳۲..... ۲. متمایز سازی با «تفکیک شناختی»:
- ۱۳۲..... ۳- بودن در لحظه اکنون:
- ۱۳۳..... در لحظه بودن مستلزم حداقل ۳ مهارت است:
- ۱۳۳..... ۴- خود به عنوان بافتار و زمینه:
- ۱۳۴..... ۵- ارزش ها:

- ۶- تعهد رفتاری ۱۳۵
- جلسه اول: ۱۳۶
- زبان و نقش دوگانه آن ۱۳۶
- فرم ثبت سرزندگی در برابر رنج ۱۳۶
- چگونه می خواهید پاتک بزنید؟ ۱۳۷
- راه حل های به کار گرفته شده و اثرات دراز مدت آنها ۱۳۹
- در اسارت فکر ۱۴۰
- جلسه دوم: ۱۴۱
- عمل و تجربه در مقابل فکر و هیجان: تمرین متعابز گزاری ۱۴۱
- تمرین یک سرتان را بصورت آواز بیان کنید ۱۴۱
- تمرین سوم: رقص کلمات و حروف ۱۴۲
- تمرین سوم: رقص به سبب ۱۴۳
- تمرین چهارم: بیان کردن هیجان ۱۴۵
- جلسه سوم: گشودگی و پذیرش ۱۴۷
- تمرین گشایش ۱۴۷
- احساسات و حس های دشوار خود بسازید ۱۴۷
- جدال در مقابل گشایش ۱۴۸
- جلسه چهارم: توجه آگاهی و بودن در لحظه اکنون (صور ذهن) ۱۵۰
- تمرین چهارم: راه رفتن آگاهانه-دستورالعمل ها ۱۵۰
- تمرین پنجم: نشستن-دستورالعمل ۱۵۳
- تمرین خوردن کشمش ۱۵۴
- تمرین ساکن شدن ۱۵۶
- آگاهی نسبت به بدن ۱۵۷
- اداره کردن ذهن وقتی که سرگردان می شود ۱۵۸
- دست ها ۱۵۹
- یوگای آگاهانه به صورت ایستاده ۱۶۰
- ذهن آگاهی در زندگی روزمره ۱۶۴
- جلسه ۵: تمرین جستجوی ارزش ها ۱۶۶
- سبیل هدف یا تخته دارت ۱۶۶
- بخش اول: شناسایی ارزشها ۱۶۷
- بخش دوم: شناسایی موانع ۱۶۹
- بخش سوم: طرح عملی تعیین بر ارزش ها ۱۷۰

۱۷۰	کاربرگ ارزش ها، اقدامات و دستاوردها
۱۷۲	محاوړه گفتگو بر اساس ACT: جلسه پنجم: ارزش ها و جهت گیری های زندگی
۱۷۲	فرم جستجوی ارزش ها
۱۷۲	قلمرو های زندگی
۱۷۳	قلمرو حرفه
۱۷۳	قلمرو تفریح و سرگرمی
۱۷۴	قلمرو روابط
۱۷۵	قلمرو سلامت
۱۷۶	گفتگو های ACT
۱۷۶	جلسه جم: جهت گیری ها و ارزش های شما
۱۷۶	جلسه ختم شما- جشن زندگی شما
۱۷۷	نام سخنران اول: تسلی یا من:
۱۷۷	سخنران دوم: نسبت او با شما:
۱۷۷	سخنران سوم: نسبت او با شما:
۱۷۸	جلسه هشتم: اقدام متعهدانه (هدف گذاری و اقدام عملی)
۱۷۸	مدیریت زمان
۱۸۱	مدیریت زمان جدول ۲
۱۸۲	کاربرگ ارزش ها و اهداف
۱۸۴	جدول ۱
۱۸۵	جدول ۲
۱۸۶	فرم ضابطه بندی اولیه مراجع
۱۹۰	راهنمای سریع برای مفهوم سازی موردی
۱۹۱	منابع

پیشگفتار

مفهوم خانواده و ارزش این نهاد اجتماعی برای هر دولت و جامعه ای اساس کار تلقی می شود و هر جامعه متناسب با ارزش های خود ابتدا به سراغ خانواده می رود تا از درون آن، شهروندان آتی خویش را بیوراند. این موضوع وقتی اهمیت بیشتری پیدا می کند که جامعه به خاطر تحولات ساختاری و زیر بنایی به شهروندانی جدید با طرز فکری نو نیاز داشته باشد. به همین خاطر است که خانواده یکی از اولین نهادهایی است که در جامعه باید تغییر کند و تغییری در آن حاصل نخواهد شد مگر از طریق درک و شناخت علمی از کارکردها و بدکاری های آن. ورود به چنین نظام سازمان یسته ای صرفاً از طریق تولد، فرزند خواندگی یا ازدواج صورت می گیرد. همان طور که کی (۱۹۸۵) اظهار کرده است، خانواده ها، اعضای جدیدی به وجود می آورند و با آنکه سرانجام به این اعضای جدید، خود مختاری ارزانی می دارند، دیگر انتظار ندارند که با آنها زیر یک سقف زندگی کنند. خانواده از لحاظ ساختار نظام عاطفی پیچیده ای است که ممکن است دست کم سه یا چهار نسل را در بر بگیرد. خانواده بدون توجه به سنتی یا نو بودن، سرکاری یا ناسرکاری، و ساخت کارآمد یا آشفته ای که دارد، ناگزیر است خود را تا حد امکان به صورت گروهی کارآمد یا توانمند برآورد به نحوی که بتواند نیازها و اهداف جمعی یا همگانی خود را برآورده سازد بدون آنکه دائماً اعضای خود را از دست بدهد. به اهداف و نیازهای شخصی بازداشته باشد. ویژگی تمام خانواده ها عبارت است از محبت، وفاداری، و تداوم عضویت. در این، و نهایی هاست که آن را از سایر نظام های اجتماعی متمایز می سازد. هنگامی که این ویژگی ها مورد جالش قرار می گیرند، در زمانی که بحران خانوادگی پیش می آید، معمولاً باز هم خانواده در برابر تغییر مقاومت نشان می دهد و برای بازگرداندن الگوهای تعاملی آشنای خود به حرکات اصلاحی تمسک می جوید. هر خانواده، بدون توجه به شکل آن (برای مثال، خانواده هسته ای، خانواده ناتنی، و خانواده تک والدی) یا توفیق نهایی که نصیبش می شود باید در جهت ارتقای روابط مثبت و مطلوب میان اعضای خود تلاش کند. به نیازهای شخصی آنان توجه داشته باشد، و آماده کنار آمدن با تغییرات ناشی از رشد

(مثلاً، زمانی که فرزندان خانه را ترک می گویند) و نیز بحران های غیر منتظره (طلاق، مرگ، بیماری های حاد ناگهانی) باشد. به طور کلی، همه خانواده ها باید خودشان را برای کنار آمدن با مشکلات روزمره زندگی آماده سازند. به ویژه، تمامی آنها باید سبک ها و راهبردهای کنار آمدن با فشارهای روانی را که از درون و بیرون خانواده می جوشند، به روش مورد نظر خودشان پرورش دهند. ترک خانه به وسیله فرزندان می تواند برای زن و شوهرهایی که جای خالی روابط خود را با فرزندان پر کرده بودند، وحشت آور باشد. به محض آنکه فرزندان خانه را بدروم می گویند زن و شوهر سعی می کنند به زندگی یا روابط خود معنا بدهند. در این دوره برخی ناراحتی ها و حتی استرس منفی تجلی می کنند که تحت عنوان « سندرم آشیانه خالی » یا « سندرم آشیانه متروک »^۱ از آنها نام می برند. یکی از پدیده های میان سالی، سندرم آشیانه خالی نامیده می شود و نوعی افسردگی است که پس از آنکه آخرین فرزند خانه را ترک کرد در زن و مرد ایجاد می شود. در این دوره اگر فعالیت های جبرانی، به خصوص از سوی مادر انجام نشود در مواردی ممکن است پدر و مادر افسرده شوند. این امر به خصوص در مواردی صدق می کند که نقش عمده زن در زندگی، بزرگ کردن بچه ها و مراقبت از بچه ها و یا زن و شوهر به خاطر بچه ها زندگی مشترک ناگوارشان را تحمل کرده اند. شاید بتوان قرن بیستم را قرن بدوین و تکا^۲ رفتار درمانی دانست. در ابتدای قرن بیستم، سال ۱۹۰۰ ایوان پاولوف^۳ نامی آشنا برای همه ی متخصصان رفتاری، شرطی سازی کلاسیک را ابداع کرد. در واقع در رفتار درمانی موج اول، تغییر درجه اول^۴ مورد تأکید است. در هر درجه اول اهداف درمان کاملاً آشکار و بیرونی است. می توان درمان نوع دوم را با نام های دیگری نیز یاد کرد: رفتار درمان- شناختی، رفتار درمانی مدرن و یا درمان شناختی- رفتاری. تأکید رفتاری موج دوم به تغییر رفتار، تغییر افکار و پدیده های شناختی از طریق شناخت درمانی است. نظریه های اصلی و زیر بنایی رفتار درمانی موج دوم نظریه شناختی یک و دو است. بعد از مدتی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ظهور پیدا کرد. تأکید رفتار درمانی موج سوم برخلاف رفتار درمانی موج اول و دوم بر تغییر اول نیست، بلکه این نوع رفتار درمانی بر تغییر درجه دوم^۵ تأکید دارد. یعنی به تغییر در رفتار به دنبال تغییر در

^۱ empty nest syndrome

^۲ Ivan pavlov

^۳ First- order change

^۴ Second order change

ساختار یا عملکرد از طریق فرضیه های بافتی^۱ از جمله ارتباط درمانی می باشند. می توان گفت در موج سوم رفتار درمانی نسبت به رفتار درمانی موج اول و موج دوم تغییرات زیر ایجاد شده است.

۱- تعهد نسبت به تغییر درجه اول یعنی رفتارهای قابل مشاهده ی بیرونی (آن چه در رفتار درمانی موج اول وجود داشت) و رفتارهای درونی مثل فکر (آن چه در رفتار درمانی موج دوم وجود داشت) از بین رفته است.

۲- فرضیه های بافتی مورد پذیرش قرار گرفته است.

۳- نسبت به رفتار درمانی موج اول و دوم که از شیوه های مستقیم تغییر استفاده می کردند از شیوه های غیر مستقیم و تجربی تر استفاده می شود.

۴- تمرکز بر تغییر گسترده تر شده است.

ACT نامش (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) را از پیام اصلی اش می گیرد: آن چه خارج از کنترل شخصی ات است را بپذیر و با بلی که زندگی را غنی می سازد متعهد باش. هدف ACT کمک مراجع برای ایجاد یک زندگی غنی، کامل و معنادار است. دین پذیرش رنجی که زندگی ناچاراً با خود دارد.

مقدمه

وظیفه اول خانواده برقراری ارتباط است و عملکرد خانواده منجر به رفع نیازهای اجتماعی و فردی خانواده می شود. به این دلیل مورد توجه کامل، اعتماد به نفس و اجتماعی شدن اعضاء می گردد. ارتباط روشن و مؤثر بین افراد خانواده موجب رشد حساسیت ارزش ها می شود. اهمیت خانواده به اندازه ای است که سلامت و بالندگی هر جامعه وابسته به سلامت و رشد خانواده است. در هر خانواده وضعیت و فضای عاطفی منحصر به فرد دارد و روش اداره و نوع عملکرد آنها با یکدیگر متفاوت است. برای همین دانشمندان و صاحب نظران تقسیم بندی های مختلفی از خانواده ارائه می دهند. تعاملات درون خانواده یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده سلامت روانی است. ممکن است عواملی در در راه اندازی علائم و تسهیل بروز افسردگی دخیل باشند که از دست دادن سایر اعضای خانواده و تجربه فقدان از جمله ی این عوامل است. یکی از پدر های سنبل میانسالی، سندرم آشیانه خالی نامیده می شود و نوعی افسردگی که پس از آنکه آخرین فرزند خانه ترک کرد، زود به زود ایجاد می شود. انتقال شکل می گیرد. در اوایل گسترش نظام خانواده، با پدر و مادر تنظیم می شود و مرزهای نفس فرزندان با دنیای خارج کنترل می شود. با رشد کودکان، دنیای اجتماعی آنها به مدرسه و سپس دوستان، گسترش می یابد.

بعد زمانی شروع می شود که کودکان وارد نوجوانی و آماده خانواده را ترک کنند. پدر و مادر بچه ها با پشتیبانی از آنها به اعتماد به نفس آنها کمک می کنند. فرزندان خانه را ترک می کنند. هیچ راه درست یا غلط تعریف شده برای انتقال به لانه خالی وجود ندارد. زن و شوهر به عنوان زوج مذاکره مجدد می کنند و سیستم زناشویی خود را بررسی و ارزش های خود را باز تعریف می کنند. گرجف و هلسون و جان (۲۰۰۸) پیش بینی می

کنند سه صفت است که برای رسیدن به شادی و کمک در سندرم لانه خالی وجود دارد. افزایش در مقدار زمان و انرژی سرمایه گذاری در ازدواج، افزایش کیفیت و صرف وقت با شریک زندگی خود، و با برداشت از موفقیت فرزندان خود و احساسی زیبا داشتن با هم. در این اگر فعالیت هایی انجام نشود ممکن است پدر و مادر افسرده شوند. به نظر هیلی^۱ (۱۹۷۳) وظیفه درمانگر آن است که به خانواده کمک کند تا بحران آشیانه خالی را به کمک یکدیگر برطرف سازند و از این طریق به توازن جدیدی دست یافته و با ساخت خانوادگی جدید خویش منطبق شوند. اگر چنین چیزی تحقق یابد، خانواده مجدداً سیر تحولی خود را به پیش خواهد برد. ممکن است غیبت فرزندان در خانه باعث تعارضات زنانه شود، یا به خاطر احساس پوچی و فقدان معنا در زندگی، به آنها حالت افسردگی و تنهایی دست دهد. به نظر کارر و مک گلد، نک (۱۹۹۸)، وقتی فرزندان خانه را ترک می گویند اساس نومیدی در والدین آنها بالا می رود. در سالمندان به داد از علی جسمانی افسردگی دومین علت ناتوانی برآورده شده است. نتایج پژوهش در ایران نشان داد یک سوم مراجعان سرپیچی، الماندان، مراکز درمانی از اختلالات روانی رنج می برند و شایع ترین اختلال روانی در این گروه، افسردگی ۵۸٪ است. افسردگی نمونه گویای تصمیم بیش از حد در مورد افکار می باشد. دوره هایی از ترس که به هیچ وجه بر واقعیت استوار نیست از جمله ترس از این که افراد خانواده اش او را ترک خواهند کرد. افزایش سن، از دست دادن عزیزان به ویژه همسر در دوری از فرزندان، ابتلا به بیماری جسمی مزمن، مصرف داروهای مختلف، افت قوای شناختی و عوامل طبیعی و بیولوژیک، همگی از عواملی است که افراد سالمند را مستعد ابتلا به افسردگی و اضطراب می کند. و باعث کاهش رضایت از زندگی و بالتبع پایین آمدن امید و کیفیت زندگی در این افراد می شود. امیدواری از جمله این مفاهیم است که در آموزه های قرآنی که دین اسلام نیز وجود دارد، نظریه امید توسط اشنایدر^۲ معرفی شد و چارچوب مهمی برای فهم امید در مشاوره و کردی بالینی به دست داده است. و امیدواری به عنوان یکی از منابع مقابله ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری های صعب العلاج در نظر گرفته می شود، همچنین امید می تواند یک عامل شفافدهنده، چند بعدی، پویا و قدرتمند توصیف می شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی، با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل (۱) پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام

به مهار آنها ۲) عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنی‌دار شخصی پیش از حذف تجارب ناخواسته، است. روش‌های زبانی و فرایندهای شناختی است که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی به شیوه‌ای که منجر به کارکرد سالم می‌شود، این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است. هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌ساز انجام یا درحقیقت به فرد تحمیل شود. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید آن تجارب را بدون هیچ گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل بپذیرفت. در قدم دوم بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال، افزوده می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی می‌یابد. در مرحله سوم فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناخت) به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند. چهارم تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی داستان شخصی (مانند قربانی بودن) که به فرد برای خود در ذهنش ساخته است. پنجم، کمک به فرد تا اینکه ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح و مختصر بسازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها) در نهایت، ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یا فعالیتی معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌تواند افکار آشفته، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها و ... باشند. برای درمان افسردگی افراد مبتلا به سندرم آشیانه خالی درمان‌های روان‌شناختی متعددی وجود دارد. برخی از پژوهشگران بر این باورند که به‌کارگیری این روش به علت ساز و کار نهفته در آن مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده‌گری بدون قضاوت، رویارویی و رهاسازی در تلفیق با فنون رفتاردرمانی شناختی سنتی می‌تواند ضمن کاهش علائم بیماری، اثربخشی را افزایش دهد. نظام ارتباطی درونی یک خانواده که در طی زمان گسترش می‌یابد، محدود می‌گردد، و تغییر مسیر می‌دهد، و خانواده باید آنقدر انعطاف‌پذیر باشد که ورود و خروج اعضای خویش را تحمل کند و مشوق کوشش اعضای آن برای حرکت در آوردن در مسیر رشد و تحول شخصی خودشان باشد. به خانواده‌هایی که از چرخه زندگی خویش منحرف

می شوند می بایست کمک کرد تا مجدداً در مسیر تحولی خویش قرار بگیرند. کارتر و مک گلدریک^۱ (۱۹۸۸)، پیشنهاد می کنند که در چنین موقعیت هایی، هدف اصلی خانواده درمانی عبارت است از احیای توان تحولی خانواده به نظر هیلی^۲ (۱۹۷۲) وظیفه درمانگر آن است که به خانواده کمک کند تا بحران (آشیان خالی) را به کمک یکدیگر برطرف سازند، و از این طریق به توازن جدیدی دست یافته و با ساخت خانوادگی جدید خویش منطبق شوند. اگر چنین چیزی تحقق یابد، خانواده مجدداً سیر تحولی خود را به پیش خواهد برد. بر این اساس با توجه به پیر شدن جامعه کنونی ما و فراموش شدن این قشر از جامعه می باشد.

اهمیت نگارش کتاب

سندرم آشیانه خالی به مجموعه ای از علایم و نشانه های شبه افسردگی اطلاق می شود که در مرد و یا زن، پس از آنکه آخرین فرزند آنها را تربیت کرده و ظاهر می شوند. به طور معمول اما نه همیشه این سندرم با پایستگی زنان و یا بازنشستگی مردان همراه است. یعنی حدود ۴۰ تا ۵۰ درصدی. البته این اتفاق همیشه رخ نمی دهد. هر چه فاصله سنی آخرین فرزند با والدین کمتر باشد، مثلاً این همایندی نیز به احتمال کمتری رخ می دهد. اما تصور کنید پدر ۶۱ ساله و مادر ۶۰ ساله ای را که آخرین فرزند خود را عروس یا داماد کرده اند. حالا پس از چندین دهه زندگی و عادت به بچه ها، باید به تنهایی خود خو بگیرند. روشن است که یکی از روش های پیش روی زوجین برای روبرو شدن با این وضعیت، نزدیک شدن به خودشان می باشد. هر دو زوج در این دوران بیشتر درگیر مسائل گذشته و ناامیدی از آینده گردند بیشتر از هم فاصله گرفته و بنابراین به تنهایی با این فقدان روبرو گردند. روشن است که تنهایی و عدم حمایت اجتماعی نیز یکی از ریسک فاکتورهای افسردگی است. از نظر فرهنگی نمی توان با قاطعیت گفت که چه فرهنگی آسیب پذیر تر است. در فرهنگ غربی به دلیل اینکه نوجوانان و جوانان زودتر به سن استقلال می رسند و ممکن است حتی قبل از ازدواج منزل والدین را ترک کنند، ممکن است والدین این آمادگی را داشته باشند. اما در فرهنگهای شرقی به دلیل پیچیدگی و عمق بیشتر روابط خانواده ها ممکن است این اتفاق بیشتر رخ بدهد. و والدینی که فعالیت های جبران کننده ای نظیر حفظ رابطه با فرزندان، برقراری ارتباطات جدید با فامیل

^۱ Carter & Mc Goldrick

^۲ Haley

مسافرت و ... انجام نمی دهند. والدینی که خود را آماده این موقعیت نکرده باشند و یکباره با این وضعیت روبرو گردند. زوجینی که یکی از دلایل تداوم ازدواجشان، فرزندان بوده است. به عبارتی زنی که این جمله را از وی می شنویم که به خاطر بچه ها طلاق نگرتم. این والدین شاید مهم ترین پابندی خود را به ازدواج از دست داده باشند. مادرانی که دوران یاسگی خود را پشت سر می گذرانند و روش های مقابله مفید با آن را نیز فرا نگرفته اند. چرا که خود این پروسه سبب بروز تغییرات هورمونی و گاه افسردگی می گردد. پدرانی که همزمان بازنشستگی اجباری را تجربه می کنند و قادر نیستند خود را با شرایط منطبق سازند. افرادی که زوج یا زوجه خود را از دست داده اند و یا از هم جدا شده اند و ناگزیر باید به تنهایی با این وضعیت مواجه بشوند. همچنین زمانی که زوجین این برداشت را داشته باشند که سنشان هم بالاتر رفته و بنابراین روحیه خود را بیشتر بیازند و در نهایت وابستگی بیش از حد والدین به فرزندانشان به حدی که هویت خود را بر پایه وجود فرزندانشان بنا کنند. البته باید توجه داشت، مجموع این عوامل یا چند مورد از آنها به تنهایی باعث بروز بحران میانسالی است. پدیده ای که ارتباط تنگاتنگی با سندرم آشیانه خالی دارد به علاوه اینکه در بحران میانسال، فرد ممکن است با بحران های هویتی مشابه بحران هویتی نوجوانی روبرو می شود. البته خیلی از والدین به خوبی با این قضیه کنار آمده و حتی به دنبال تفریحات و برنامه هایی که برای این سال ها چیده بودند، می روند. به عنوان مثال ممکن است وقت خود را به مسافرت های سیاحتی و زیارتی، امور خیریه، نقل مکان و یا دیگر فعالیت های جبرانی بگذرانند و به دنبال برقراری ارتباطات اجتماعی جدیدتر باشند. چرا که بهترین روش مقابله با این سندرم، پیش بینی آن و برنامه ریزی برای اقدامات جبرانی و حمایتی است.