

# رفتار درمانی نوین

## ویراست ششم

تألیف

مایکل دی. اسپیگلر

ترجمه

دکتر اکبر رضایی

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور

دکتر خلیل اسماعیل پور

استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز

# فهرست مطالب



خلاصه.....	۹۰	پیشگفتار مترجمان.....	۵
پاسخ‌های تمرین‌های مشارکتی.....	۹۲	درباره نویسنده.....	۷
یادداشت‌های منابع.....	۹۴	پیشگفتار.....	۹
<b>فصل ۵ پژوهش‌های رفتاردرمانی.....</b>	<b>۹۵</b>	<b>بخش اول: اصول اساسی.....</b>	<b>۱۳</b>
روش‌های پژوهش.....	۹۶	<b>فصل ۱ رفتاردرمانی: مقدمه.....</b>	<b>۱۴</b>
رفتاردرمانی اثربخش از چه چیزی تشکیل می‌شود؟.....	۱۰۵	اصطلاحات و گستره.....	۱۶
مطالعات فراتحلیل.....	۱۱۱	رفتاردرمانی چیست؟.....	۱۷
خلاصه.....	۱۱۶	رابطه درمانگر-درمان‌جو در رفتاردرمانی.....	۲۳
یادداشت‌های منابع.....	۱۱۷	انواع مختلف رفتاردرمانی.....	۲۴
<b>فصل ۶ سنجش رفتاری.....</b>	<b>۱۱۹</b>	مسائل اخلاقی در رفتاردرمانی.....	۲۹
سنجش چندوجهی و چندروشی.....	۱۲۱	هدف این کتاب.....	۲۹
ویژگی‌های سنجش رفتاری.....	۱۲۴	خلاصه.....	۳۰
مصاحبه‌های رفتاری.....	۱۲۷	یادداشت‌های منابع.....	۳۱
سیاهه‌های خودگزارشی مستقیم.....	۱۳۱	<b>فصل ۲ پیشگامان رفتاردرمانی نوین.....</b>	<b>۳۲</b>
ثبت شخصی.....	۱۳۵	پیشینه تاریخی.....	۳۳
چک‌لیست‌های رفتاری و مقیاس‌های درجه‌بندی.....	۱۴۲	کارهای آزمایشی اولیه.....	۳۴
مشاهده طبیعی نظام‌دار.....	۱۴۷	نارضایتی روزافزون از روان‌تحلیلی.....	۳۷
مشاهده شبیه‌سازی شده.....	۱۵۱	آغاز رسمی رفتاردرمانی نوین.....	۳۸
ایفای نقش.....	۱۵۳	نگرانی‌های اخلاقی اولیه درباره رفتاردرمانی.....	۴۲
اندازه‌گیری‌های فیزیولوژیکی.....	۱۵۳	پذیرش و رشد رفتاردرمانی.....	۴۳
در نظر گرفتن همه جوانب: سنجش رفتاری.....	۱۶۰	پیدایش رفتاردرمانی.....	۴۶
خلاصه.....	۱۶۱	خلاصه.....	۴۷
پاسخ‌های تمرین‌های مشارکتی.....	۱۶۳	یادداشت‌های منابع.....	۴۹
یادداشت‌های منابع.....	۱۶۴	<b>فصل ۳ مدل رفتاری.....</b>	<b>۵۰</b>
<b>بخش دوم: روش‌های رفتاردرمانی.....</b>	<b>۱۶۷</b>	ما همان چیزی هستیم که انجام می‌دهیم: برتری رفتار.....	۵۱
<b>فصل ۷ رفتاردرمانی افزایشی: کنترل محرک و.....</b>	<b>۱۶۹</b>	چرا ما این‌گونه رفتار می‌کنیم؟.....	۵۷
کنترل محرک: پیش‌بینیهایی که رفتار را فرامی‌خوانند.....	۱۷۰	خلاصه.....	۶۸
تقویت: پیامدهایی که رفتار را افزایش می‌دهند.....	۱۷۶	پاسخ‌های تمرین‌های مشارکتی.....	۶۹
خلاصه.....	۲۱۰	یادداشت‌های منابع.....	۷۲
یادداشت‌های منابع.....	۲۱۲	<b>فصل ۴ فرایند رفتاردرمانی.....</b>	<b>۷۳</b>
<b>فصل ۸ رفتاردرمانی کاهشی: تقویت افتراقی، و.....</b>	<b>۲۱۵</b>	موضوعات تعریف‌کننده و ویژگی‌های مشترک رفتاردرمانی.....	۷۶
تقویت افتراقی: کاهش غیرمستقیم رفتارهای نامطلوب.....	۲۱۶	فرایند رفتاردرمانی: مرور اجمالی.....	۷۶
رفتاردرمانی کاهشی: کاهش مستقیم رفتارهای نامطلوب.....	۲۲۱	مرحله ۱: روشن‌سازی مشکل.....	۷۷
تنبیه.....	۲۲۲	مرحله ۲: تدوین اهداف اولیه برای درمان.....	۷۹
درمان‌های انزجاری.....	۲۴۳	مرحله ۳: طراحی رفتار آماج.....	۷۹
رفتاردرمانی‌های کاهشی برای رفتارهای اعتیادی.....	۲۴۶	اندازه‌گیری رفتار آماج.....	۸۸
مسائل اخلاقی در استفاده از درمان‌های انزجاری.....	۲۴۸	مرحله ۴: شناسایی شرایط نگهدارنده.....	۸۸
در نظر گرفتن همه جوانب: رفتاردرمانی کاهشی.....	۲۵۲	مرحله ۵ و ۶: طراحی و اجرای برنامه درمان.....	۸۹
خلاصه.....	۲۵۴	مرحله ۷ و ۸: ارزیابی موفقیت درمان و سنجش پیگیری.....	۹۰

۵۲۷.....	پاسخ‌های تمرین مشارکتی.....	۲۵۶.....	پاسخ‌های تمرین مشارکتی.....
۵۲۸.....	یادداشت‌های منابع.....	۲۵۷.....	یادداشت‌های منابع.....
<b>فصل ۱۵ رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش / ذهن‌آگاهی .. ۵۳۲</b>		<b>فصل ۹ ترکیب کردن تقویت و تنبیه..... ۲۶۰</b>	
۵۳۴ ... ..	مفاهیم پایه‌ای روش‌های رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش / ..	۲۶۱.....	اقتصاد پنهانی.....
۵۴۴.....	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT).....	۲۶۹.....	مکان پیشرفت.....
۵۵۹.....	رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT).....	۲۸۳.....	قرارداد وابستگی.....
۵۷۱.....	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی.....	۲۸۶.....	آموزش رفتاری والدین.....
۵۸۱.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب.....	۲۹۰.....	خلاصه.....
۵۸۳.....	خلاصه.....	۲۹۲.....	یادداشت‌های منابع.....
۵۸۵.....	یادداشت‌های منابع.....	<b>فصل ۱۰ مواجهه‌درمانی: کوتاه‌مدت / تدریجی..... ۲۹۶</b>	
		۲۹۸.....	انواع روش‌های مواجهه‌درمانی.....
<b>بخش سوم: کاربردها در اختلالات جسمانی و رفتاردرمانی نوین در چشم‌انداز..... ۵۸۹</b>		۳۰۰.....	حساسیت‌زدایی منظم.....
<b>فصل ۱۶ کاربردهای رفتاردرمانی در اختلالات پزشکی + ۵۹۰</b>		۳۲۱.....	حساسیت‌زدایی واقعی.....
۵۹۱.....	درمان اختلالات پزشکی.....	۳۲۷.....	مواجهه‌درمانی از طریق واقعیت مجازی.....
۶۰۳.....	پایبندی به رژیم‌های پزشکی.....	۳۳۴.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: مواجهه‌درمانی کوتاه‌مدت / تدریجی.....
۶۰۹.....	کنار آمدن با بیماری‌ها و روش‌های درمان پزشکی / دندانپزشکی.....	۳۳۵.....	خلاصه.....
۶۱۴.....	پیشگیری از بیماری‌های جسمی.....	۳۳۷.....	یادداشت‌های منابع.....
۶۱۷.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: کاربردهای پزشکی رفتاری.....	<b>فصل ۱۱ مواجهه‌درمانی: طولانی‌مدت / شدید..... ۳۴۰</b>	
۶۱۹.....	خلاصه.....	۳۴۲.....	غرقه‌سازی واقعی.....
۶۲۰.....	یادداشت‌های منابع.....	۳۵۰.....	غرقه‌سازی تجسمی.....
<b>فصل ۱۷ کاربردهای رفتاردرمانی در اختلالات..... ۶۲۴</b>		۳۵۶.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: مواجهه‌درمانی طولانی‌مدت / شدید.....
۶۲۵.....	بی‌اختیاری ادرار.....	۳۵۹.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: مواجهه‌درمانی.....
۶۳۱.....	اختلالات تیک و عادت‌های عصبی.....	۳۶۵.....	خلاصه.....
۶۳۷.....	بی‌خوابی و مشکلات خواب.....	۳۶۶.....	یادداشت‌های منابع.....
۶۴۹.....	پر خوری عصبی.....	<b>فصل ۱۲ الگودرمانی: خاموشی جانشینی و آموزش .... ۳۶۹</b>	
۶۵۲.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب.....	۳۷۱.....	کاری که من انجام می‌دهم انجام بده: میانی الگودهی.....
۶۵۳.....	خلاصه.....	۳۸۰.....	خاموشی جانشینی: کاهش ترس از طریق الگودهی.....
۶۵۵.....	پاسخ تمرین‌های مشارکتی.....	۳۸۹.....	آموزش مهارت‌ها.....
۶۵۵.....	یادداشت‌های منابع.....	۴۱۳.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: الگودرمانی.....
<b>فصل ۱۸ رفتاردرمانی نوین در چشم‌انداز..... ۶۵۹</b>		۴۱۶.....	خلاصه.....
۶۶۰.....	نقاط قوت اصلی رفتاردرمانی.....	۴۱۹.....	یادداشت‌های منابع.....
۶۶۵.....	چالش‌ها.....	<b>فصل ۱۳ درمان شناختی-رفتاری: بازسازی شناختی ۴۲۳</b>	
۶۸۱.....	نگاه به گوی بلورین: جهت‌های آتی رفتاردرمانی.....	۴۲۴.....	ماهیت درمان شناختی-رفتاری.....
۶۸۶.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: رفتاردرمانی.....	۴۲۹.....	توقف فکر.....
۶۹۰.....	خلاصه.....	۴۳۳.....	رفتاردرمانی عقلانی هیجانی.....
۶۹۱.....	پاسخ تمرین‌های مشارکتی.....	۴۴۶.....	شناخت درمانی.....
۶۹۴.....	یادداشت‌های منابع.....	۴۷۱.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: درمان‌های بازسازی شناختی.....
<b>پیوست: رهنمودهایی برای انتخاب رفتاردرمانگر ..... ۶۹۷</b>		۴۷۴.....	خلاصه.....
۶۹۷.....	رفتاردرمانی چیست؟.....	۴۷۶.....	پاسخ‌های تمرین مشارکتی.....
۶۹۸.....	صلاحیت‌ها و آموزش‌های لازم برای متخصصان ..	۴۷۸.....	یادداشت‌های منابع.....
۶۹۹.....	اطلاعات کاربردی دربارهٔ درمانگران.....	<b>فصل ۱۴ درمان شناختی-رفتاری: مهارت‌های مقابله ۴۸۱</b>	
۷۰۱ ... ..	سوالاتی که باید هنگام تصمیم‌گیری دربارهٔ یک درمانگر.....	۴۸۲.....	آموزش به خود دستور دادن.....
۷۰۲.....	اگر از درمانگر خود ناراضی هستید چه کاری باید انجام دهید.....	۴۸۹.....	درمان / آموزش حل مسئله.....
۷۰۳.....	چگونه نام رفتاردرمانگران را به دست آوریم.....	۵۰۲.....	آموزش ایمن‌سازی در برابر استرس.....
<b>واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۷۰۵</b>		۵۱۳.....	زوج‌درمانی شناختی-رفتاری.....
<b>واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۷۰۸</b>		۵۲۳.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: درمان مقابلهٔ شناختی-رفتاری.....
<b>منابع..... ۷۱۱</b>		۵۲۴.....	در نظر گرفتن همهٔ جوانب: درمان شناختی-رفتاری.....
		۵۲۵.....	خلاصه.....

# بخش اول

## اصول اساسی



- ۱ رفتاردرمانی: مقدمه
- ۲ پیشگامان رفتاردرمانی نوین
- ۳ مدل رفتاری
- ۴ فرآیند رفتاردرمانی
- ۵ پژوهش‌های رفتاردرمانی
- ۶ سنجش ذهن‌آگاهی

---

تصور کنید که قرار است یک شام سه‌بخشی خوشمزه میل کنید. هر یک از سه بخش این کتاب را به‌عنوان یکی از بخش‌های غذا در نظر بگیرید. بخش اول پیش‌غذاها را ارائه می‌دهد: ایده‌هایی که کام شما را برای بقیه شام آماده می‌کند. شما با یک مرور کلی از حوزه رفتاردرمانی در فصل ۱ شروع می‌کنید و در ادامه، در فصل ۲ نگاهی به رویدادهای تاریخی که رفتاردرمانی نوین را شکل داده‌اند، خواهید داشت. فصل ۳ مدل رفتاری را معرفی می‌کند؛ یعنی اصولی که زیربنای رفتاردرمانی هستند. فصل ۴ نحوه اعمال مدل رفتاری در رفتاردرمانی را توضیح می‌دهد و فرآیندهای اساسی درگیر در اجرای رفتاردرمانی را شرح می‌دهد. فصل ۵ به بررسی رفتاردرمانی می‌پردازد. درنهایت، فصل ۶ سنجش رفتاری را توضیح می‌دهد؛ یعنی روش‌های اساسی که رفتاردرمانگران برای جمع‌آوری اطلاعات درباره مشکلات مراجعان و سنجش پیشرفت آن‌ها در درمان استفاده می‌کنند.

بخش اول غذا در حال ارائه است. نوش جان!

# فصل ۱

## رفتاردرمانی: مقدمه



مسائل اخلاقی در رفتاردرمانی

هدف این کتاب

خلاصه

یادداشت‌های منابع

تمرین مشارکتی ۱-۱ درباره رفتاردرمانی چه می‌دانید؟

اصطلاحات و گستره رفتاردرمانی چیست؟

موضوعات تعریف‌کننده رفتاردرمانی

ویژگی‌های مشترک رفتاردرمانی

رابطه درمانگر-درمان‌جو در رفتاردرمانی

انواع مختلف رفتاردرمانی

باز کردن کتاب درسی برای اولین بار شبیه رفتن به دفتر روان‌درمانگر برای اولین ملاقات است. هم دانشجویان و هم درمان‌جویان با انتظارات کلی درباره آنچه قرار است اتفاق بیفتد وارد می‌شوند. دانشجویان تصور می‌کنند که نویسنده به آن‌ها آموزش خواهد داد، درست مانند درمان‌جویان جدید در روان‌درمانی که انتظار دارند درمانگر در حل مشکلات به آن‌ها کمک کند.

دریافت آموزش و کمک هر دو اغلب فرآیندهای منفعلانه هستند. من به‌عنوان مدرس و رفتاردرمانگر معتقدم که برای تأثیرگذاری بیشتر آموزش و روان‌درمانی، دانشجویان و درمان‌جویان باید فعالانه در این فرآیند مشارکت داشته باشند. در رفتاردرمانی، درمان‌جویان در انتخاب و اجرای روش‌های درمانی درگیر می‌شوند. در آموزش، دانشجویان وقتی بهتر یاد می‌گیرند که فعالانه درگیر شوند، و من این کتاب را به شیوه‌ای نوشته‌ام که یادگیری فعال را ارتقا می‌بخشد.

یکی از راه‌های یادگیری فعال درباره رفتاردرمانی، تمرین‌های مشارکتی است که تجربه عملی با ایده‌ها، مفاهیم و روش‌های مورد استفاده در رفتاردرمانی را در اختیار شما قرار خواهد داد. برخی تمرین‌های مشارکتی وقت زیادی نمی‌گیرند و آن‌ها را باید همان موقع که در متن می‌بینید انجام دهید، زیرا آن‌ها مطالبی را که شما درباره آن‌ها می‌خوانید روشن می‌سازند. بقیه تمرین‌های مشارکتی به وقت بیشتری نیاز دارند؛ بهتر است آن‌ها را قبل از ادامه بحث انجام دهید، ولی بعداً نیز می‌توانید سر فرصت انجام دهید. نکته آخر اینکه، برخی تمرین‌ها، گسترده‌ترند و باید بعد از خواندن فصل انجام دهید؛ من زمان مناسب انجام تمرین‌های مشارکتی را به شما خواهم گفت. اولین تمرین مشارکتی را قبل از ادامه بحث کامل کنید. این تمرین فقط چند دقیقه طول خواهد کشید.

### درباره رفتاردرمانی چه می‌دانید؟

تمرین مشارکتی  
۱-۱

شما بدون شک درباره رفتاردرمانی مطالبی شنیده‌اید. برداشت ذهنی شما از رفتاردرمانی چقدر دقیق است؟ این تمرین می‌تواند به شما در پاسخ دادن به این سؤال کمک کند. هر یک از جملات زیر را بخوانید، و درست یا غلط بودن آن‌ها را بر اساس نظر خودتان مشخص کنید.

۱. رفتاردرمانی کاربرد قوانین اثبات‌شده یادگیری است.
۲. رفتاردرمانی به‌طور مستقیم نشانه‌های یک اختلال را تغییر می‌دهد.
۳. برای اینکه رفتاردرمانی مؤثر باشد، وجود رابطه قابل اعتماد بین درمان‌جو و درمانگر ضروری نیست.
۴. رفتاردرمانی با مسائل مربوط به احساسات، نظیر افسردگی و خشم سروکار ندارد.

۵. در کل، در رفتاردرمانی بین درمانگر و درمان‌جو تبادل کلامی اندکی صورت می‌گیرد.
  ۶. برای موفقیت در رفتاردرمانی، مشارکت درمان‌جو ضروری نیست.
  ۷. اکثر درمان‌جویان در رفتاردرمانی در کمتر از پنج جلسه درمان می‌شوند.
  ۸. رفتاردرمانی برای تغییر فرایندهای ذهنی مانند افکار و باورها قابل استفاده نیست.
  ۹. تقویت مثبت در کودکان بهتر از بزرگسالان مؤثر واقع می‌شود.
  ۱۰. در بسیاری از روش‌های رفتاردرمانی از درمان‌های انزجاری یا دردناک استفاده می‌کنند.
  ۱۱. رفتاردرمانی عمدتاً به مشکلات نسبتاً ساده‌ای مانند فوبی‌ها (به‌عنوان مثال، ترس از مار) یا عادات‌های نامطلوب (به‌عنوان مثال، سیگار کشیدن) می‌پردازد.
  ۱۲. رفتاردرمانگر، اهداف درمان را تعیین می‌کند.
  ۱۳. رفتاردرمانگر در اصل مسئول موفقیت درمان است.
  ۱۴. چون رفتاردرمانی نشانه‌های اختلال را به‌جای علت‌های زیربنایی آن درمان می‌کند، به‌محض اینکه این نشانه‌ها حذف می‌شوند، نشانه‌های دیگری ایجاد خواهد شد، زیرا علت نشانه‌ها هنوز درمان نشده است.
- شما ممکن است بسیاری از این عبارات را نادرست تشخیص دهید. در واقع، همه آن‌ها عمدتاً نادرست هستند. همه آن‌ها افسانه یا باور غلط درباره رفتاردرمانی هستند و شما با خواندن کتاب دلیل آن را یاد خواهید گرفت.

## اصطلاحات و گستره

رفتاردرمانی (behavior therapy)، تغییر رفتار و درمان شناختی-رفتاری نیز نامیده می‌شود. رفتاردرمانگران گاهی اوقات بین این اصطلاحات تمایز قائل می‌شوند، اما این تمایزها استاندارد نیستند.<sup>۱</sup> تغییر رفتار (behavior modification) در اصل به روش‌هایی گفته می‌شود که در آن‌ها پیامدهای رفتار (نظیر تقویت) و شرایط محرک که رفتارها را فراخوانی می‌کنند (مانند نشانه‌های محیطی) را تغییر می‌دهند. با این حال، گاهی اوقات تغییر رفتار به‌عنوان اصطلاح عام برای هر روشی که رفتارها را تعدیل می‌کند به کار می‌رود، از جمله برخی روش‌های کاملاً رادیکال از جراحی‌های مغز گرفته تا دوره‌های آموزشی زنده ماندن در بیابان،<sup>۲</sup> که هیچ ربطی به رفتاردرمانی ندارند. اصطلاح درمان شناختی-رفتاری (cognitive-behavioral therapy) به‌طور خاص به درمان‌هایی گفته می‌شود که شناخت‌های تأثیرگذار بر مشکلات روان‌شناختی (مانند افکار و باورها) را تغییر می‌دهند. امروزه، درمان شناختی-رفتاری به‌طور گسترده‌ای به درمان‌هایی اشاره دارد که هم مداخلات شناختی و هم مداخلات رفتاری آشکار یا

آنچه که ممکن است رفتاردرمانی سنتی نامیده شود را دربرمی‌گیرد.<sup>۳</sup> رفتاردرمانی گسترده‌ترین و «خالص‌ترین» اصطلاح<sup>۴</sup> است و من آن را برای اشاره به کل حوزه درمانی که یاد خواهید گرفت استفاده خواهیم کرد.

هدف اصلی رفتاردرمانی کمک به درمان‌جویان دارای مشکلات روان‌شناختی است؛ هدفی که با سایر اشکال روان‌درمانی مشترک است. نمونه‌هایی از مشکلات روان‌شناختی عبارت‌اند از: اضطراب، افسردگی، مشکلات بین فردی، مشکلات مربوط به کارکرد جنسی و رفتارهای عجیب و غریب (نظیر شنیدن صداها). مشکلات روان‌شناختی اغلب برای شخص درمان‌جو، ناسازگارانه و ناراحت‌کننده هستند، ممکن است هنجارهای اجتماعی را نقض کنند و برای افراد دیگر آزارنده باشند (به‌عنوان مثال، والدین ممکن است بر اثر اعمال پرخاشگرانه فرزندشان ناراحت شوند). از چنین مشکلاتی اغلب به‌عنوان بیماری روانی، اختلال هیجانی، آسیب روانی و رفتار نابهنجار یاد می‌شود که هر یک از آن‌ها مفهوم خاصی دارند. در این کتاب، ما از اصطلاحات خنثی‌تر نظیر مشکل روان‌شناختی، اختلال روان‌شناختی یا روان‌پزشکی، رفتار مشکل‌آفرین و مشکل استفاده می‌کنیم.

علاوه بر درمان اختلالات روان‌شناختی، اصول و روش‌های رفتاردرمانی برای اهداف مختلفی استفاده می‌شوند، از جمله برای بهبود عملکرد روزمره مانند بهره‌وری کار و پرورش کودک؛<sup>۵</sup> برای مقابله با مشکلات اجتماعی، مانند خطرات ایمنی و بازیافت؛<sup>۶</sup> برای افزایش عملکرد ورزشی؛<sup>۷</sup> برای کاهش کمال‌گرایی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی؛<sup>۸</sup> و برای پیشگیری و درمان اثرات جسمی و روان‌شناختی اختلالات پزشکی.<sup>۹</sup>

## رفتاردرمانی چیست؟

اگر عبارات موجود در تمرین مشارکتی ۱-۱ مواردی را بیان می‌کنند که رفتاردرمانی نیست، پس رفتاردرمانی چیست؟ متأسفانه، هیچ تعریف واحد و موردتوافق وجود ندارد.<sup>۱۰</sup> رفتاردرمانی هم انواع مختلفی دارد و هم در حال تحول است، بنابراین تعریف آن به‌صورت دقیق و مختصر دشوار است.

### موضوعات تعریف‌کننده رفتاردرمانی

من به‌جای یک تعریف کلی، چهار موضوع تعریف‌کننده را مطرح می‌کنم، که در هسته اصلی رفتاردرمانی قرار دارند: علمی بودن، فعال بودن، تمرکز بر حال و تمرکز بر یادگیری.<sup>۱۱</sup> این موضوعات به هم مرتبط‌اند و از نظر تأثیر بر عملکرد رفتاردرمانی



همپوشانی دارند.

## علمی بودن

ویژگی بارز رفتاردرمانی، تعهد به رویکرد علمی است که ارزیابی دقیق و تجربی را شامل می‌شود.<sup>۱۲</sup> تمام جنبه‌های رفتاردرمانی به صورت دقیق تعریف می‌شوند، از جمله رفتارهای آماج برای تغییر، اهداف درمان و روش‌های سنجش و درمان. پروتکل‌های درمانی که جزئیات روش‌های خاص درمان را توضیح می‌دهند برای تعدادی از درمان‌های رفتاری ایجاد شده‌اند.<sup>۱۳</sup> استفاده از این پروتکل‌ها درمانگران را قادر می‌سازد از روش‌هایی استفاده کنند که قبلاً اثربخشی آن‌ها به اثبات رسیده است. مثالی دیگر از دقت این است که، با استفاده از اندازه‌گیری‌های کمی از رفتارهایی که باید تغییر کنند، پیشرفت درمان‌جویان قبل، حین و بعد از درمان تحت نظارت قرار می‌گیرد.

نتیجه‌گیری‌ها درباره‌ی اثربخشی درمان‌های رفتاری بر اساس نتایج پژوهش‌های تجربی است،<sup>۱۴</sup> نه قضاوت‌های ذهنی درمانگران یا توصیف‌های درمان‌جویان راضی.<sup>۱۵</sup> این استاندارد، که رفتاردرمانگران همیشه از آن استفاده می‌کنند، در سال‌های اخیر با ظهور مراقبت‌های مدیریت‌شده مورد تأکید قرار گرفته است. شرکت‌های مراقبت مدیریت‌شده فقط مایل به پرداخت هزینه برای روان‌درمان‌هایی هستند که سابقه موفقیت‌آمیزی در درمان اختلال روان‌پزشکی شناخته‌شده‌ی درمان‌جو دارند و بسیاری از درمان‌های رفتاری در فهرست درمان‌های ترجیحی آن‌ها هستند، چون این روش‌های درمانی به لحاظ تجربی تأیید شده‌اند.

## فعال بودن

در رفتاردرمانی، درمان‌جویان برای کاهش مشکلات خود دست به اقدامات خاصی می‌زنند. به عبارت دیگر، درمان‌جویان به جای اینکه درباره‌ی مشکلات خودشان فقط حرف بزنند، درباره‌ی آن‌ها کاری انجام می‌دهند. رفتاردرمانی برخلاف درمان کلامی (مانند روان‌تحلیلی یا درمان مراجع‌محوری) نوعی عمل‌درمانی است. در روان‌درمانی‌های کلامی، گفتگو و رابطه‌ی بین درمان‌جو و درمانگر ابزار اصلی است که تکنیک‌های درمانی از طریق آن اجرا می‌شوند. در عمل‌درمانی، گفتگو بین درمان‌جو و درمانگر عمدتاً برای تبادل اطلاعات انجام می‌شود. این درمان در اصل شامل تکالیفی است که درمان‌جو انجام می‌دهد. نمونه‌هایی از تکالیف در جلسات درمانی عبارت‌اند از: ایفای نقش موقعیت‌های مشکل‌آفرین، تمرین مهارت‌های مقابله، و تجسم موقعیت‌های اضطراب‌انگیز در حالت آرمیدگی عضلانی برای مقابله‌ی فعال با اضطراب. نمونه‌هایی از

کارهایی که درمان‌جویان در خارج از جلسات درمان انجام می‌دهند عبارت‌اند از: نظارت بر رفتارهای مشکل‌آفرین خود در طول فعالیت‌های روزمره خودشان و تمرین استفاده از مهارت‌های مقابله‌ای.

تکالیف درمانی ویژه‌ای که درمان‌جویان در محیط‌های روزمره خود انجام می‌دهند، تکالیف خانگی (homework assignments) نامیده می‌شود. این تکالیف بخش جدایی‌ناپذیر رفتاردرمانی هستند،<sup>۱۶</sup> و انجام تکالیف اغلب با پیامدهای بهتری همراه است.<sup>۱۷</sup> منطق اجرای درمان در محیط‌های طبیعی درمان‌جو، ساده است: مشکل درمان‌جو در همان جایی که اتفاق می‌افتد، یعنی در زندگی روزمره او، درمان می‌شود. «بُردن درمان به خانه» این احتمال را افزایش می‌دهد که تغییرات اتفاق افتاده در طول درمان، به زندگی درمان‌جو منتقل شوند و پس از پایان درمان نیز ادامه یابند.<sup>۱۸</sup> به‌عنوان مثال، در درمان رفتارهای ضداجتماعی، به کودکان و نوجوانان در جلسات درمانی، مهارت‌های حل مسئله آموزش داده می‌شود؛ اما بخش مهم درمان زمانی اتفاق می‌افتد که درمان‌جویان این مهارت‌ها را در خانه یا مدرسه تمرین کنند.<sup>۱۹</sup> به‌عنوان مثال، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات مدرسه‌ای هماهنگ با جلسات درمانی برای مشکلات مختلفی نظیر اختلالات توجه،<sup>۲۰</sup> افسردگی نوجوانان،<sup>۲۱</sup> رفتارهای مخرب،<sup>۲۲</sup> قلدری،<sup>۲۳</sup> و چاقی<sup>۲۴</sup> مفید هستند.

تکالیف به کارایی رفتاردرمانی کمک می‌کنند، زیرا تعداد جلسات را کاهش می‌دهند و وقت درمانگر کمتر گرفته می‌شود، و کل طول مدت درمان را کوتاه می‌سازند. اما درمان‌جویان ممکن است تکالیف را سخت بدانند؛ هم به دلیل زمان موردنیاز که می‌تواند قابل توجه باشد، و هم به دلیل ارتباط منفی با تکالیف مدرسه، که ممکن است به این دلیل از تکالیف خارج از جلسه با عنوانی دیگر مانند «تمرین در زندگی واقعی» نام برده شود. مطالعه‌ای با عنوان «بدون درد، بدون سود» (نابرده رنج گنج میسر نمی‌شود): تجربیات درمان‌جویان افسرده از درمان شناختی رفتاری» نشان داد که درمان‌جویان تکالیف خانه را به‌عنوان یک چالش بزرگ تلقی می‌کنند.<sup>۲۵</sup>

**اصطلاح در زندگی واقعی (in vivo؛ اصطلاح لاتین معادل in life)** برای اشاره به آن دسته از روش‌های درمانی به کار می‌رود که در محیط طبیعی درمان‌جو اجرا می‌شوند. درمان‌های در زندگی واقعی را می‌توان به یکی از سه روش زیر اجرا کرد: اول، درمانگر ممکن است مستقیماً با درمان‌جو در محیط طبیعی او کار کند. این روش به لحاظ زمان درمانگران، پرهزینه است و بنابراین فقط گاهی اوقات استفاده می‌شود. دوم، درمانگر می‌تواند افراد زندگی درمان‌جو (مانند والدین، همسران و معلمان) را آموزش دهد تا مثلاً با ارائه مناسب تقویت‌کننده‌ها به درمان او کمک کنند.<sup>۲۶</sup> سوم،

درمان‌جویان با اجرای دستورالعمل‌های درمانی با راهنمایی و نظارت درمانگر، می‌توانند خودشان به‌عنوان عامل‌های تغییر خود عمل کنند.<sup>۲۷</sup> بنابراین، افرادی که مسئول اجرای درمان هستند، نه‌تنها رفتاردرمانگران بلکه افرادی را نیز شامل می‌شود که به‌عنوان عامل‌های تغییر هستند، از جمله بستگان، دوستان، معلمان و از همه مهم‌تر خودِ درمان‌جویان.

اینکه درمان‌جویان به‌عنوان عامل‌های تغییر خود عمل می‌کنند، نمونه‌ای از رویکرد **خودکنترلی** (self-control approach) را نشان می‌دهد که معمولاً در رفتاردرمانی استفاده می‌شود.<sup>۲۸</sup> نمونه‌هایی از رفتاردرمانی‌های خاص که خودکنترلی را شامل می‌شود عبارت‌اند از: خودنظارتی (فصل ۱۷)، خودتقویتی (فصل ۷)، و آموزش به خود دستور دادن (فصل ۱۴). مهارت‌های خودکنترلی برای عملکرد مستقل روزمره ضروری هستند و به این دلیل این مهارت‌ها برای افراد با ناتوانی‌های رشدی، رفتارهای آماج محسوب می‌شوند.<sup>۲۹</sup>

رویکردهای خودکنترلی سه مزیت مهم دارند. اول، پذیرش مسئولیت تغییر در زندگی خویش، توانمندسازی شخصی محسوب می‌شود.<sup>۳۰</sup> دوم، درمان‌جویانی که در تغییر رفتارهای خود نقش مهمی دارند، به‌احتمال زیاد این تغییرات را حفظ می‌کنند. سوم، درمان‌جویانی که در برخورد با مشکلات خود مهارت پیدا می‌کنند ممکن است بتوانند به‌تنهایی با مشکلات آینده خود کنار بیایند،<sup>۳۱</sup> که این امر رویکرد خودکنترلی را در درازمدت مقرون‌به‌صرفه می‌سازد.

### تمرکز بر حال

تمرکز رفتاردرمانی بر حال حاضر است. رفتاردرمانگران فرض می‌کنند که مشکلات درمان‌جویان که در حال حاضر اتفاق می‌افتد، تحت تأثیر شرایط فعلی هستند. بر این اساس، سنجش رفتاری برای یافتن عوامل مؤثر در مشکلات درمان‌جو به‌جای شرایط گذشته بر شرایط کنونی او متمرکز است؛ بنابراین، روش‌های رفتاردرمانی برای تغییر عوامل فعلی تأثیرگذار بر رفتارهای درمان‌جو به کار برده می‌شوند. این تأکید با انواع دیگر روان‌درمانی، نظیر درمان‌های روان‌تحلیلی، که فرض می‌کنند مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار بر مشکلات درمان‌جویان در گذشته واقع شده‌اند، در تضاد است.

### تمرکز بر یادگیری

تأکید بر یادگیری آخرین موضوعی است که رفتاردرمانی را تعریف می‌کند و آن را از انواع دیگر روان‌درمانی‌ها متمایز می‌سازد. یادگیری از سه جنبه مختلف دارای اهمیت

است. اول اینکه، مدل رفتاری بر این باور است که بیشتر رفتارهای مشکل‌آفرین افراد عمدتاً از طریق یادگیری به وجود می‌آیند، حفظ می‌شوند و تغییر می‌یابند. رفتاردرمانگران معتقد نیستند که همه رفتارها اساساً تابع یادگیری‌اند زیرا بعضی رفتارها به شدت تحت تأثیر وراثت و عوامل زیستی قرار می‌گیرند؛ با این وجود، تقریباً همه رفتارها از یادگیری تأثیر می‌پذیرند، حتی اگر دارای مؤلفه‌های زیست‌شناختی باشند.

دوم اینکه، رفتاردرمانی تجارب یادگیری را برای درمان‌جویان فراهم می‌کند که در آن رفتارهای جدید (سازگارانه) جایگزین رفتارهای قدیمی (ناسازگارانه) می‌شوند؛ بنابراین، یک مؤلفه آموزشی قوی در رفتاردرمانی وجود دارد و رفتاردرمانگران اغلب به عنوان معلم عمل می‌کنند.

سوم اینکه، توسعه برخی درمان‌های رفتاری در اصل مبتنی بر اصول اساسی یادگیری بود و نظریه‌های یادگیری (مانند شرطی‌سازی کلاسیک و عاملی) اغلب برای تبیین اینکه چرا روش‌های رفتاردرمانی مؤثر واقع می‌شوند، به کار می‌روند.

### ویژگی‌های مشترک رفتاردرمانی

علاوه بر موضوعات تعریف‌کننده رفتاردرمانی که در صفحات قبلی شرح داده شد، چهار ویژگی مشترک رفتاردرمانی به تمایز آن از سایر شکل‌های روان‌درمانی کمک می‌کنند: درمان شخصی‌سازی شده، پیشرفت گام‌به‌گام، بسته‌های درمانی و کوتاه بودن.

### درمان شخصی‌سازی شده

در رفتاردرمانی، روش‌های درمانی و سنجش استاندارد متناسب با مشکل خاص درمان‌جویان، شرایط خاصی که این مشکل اتفاق می‌افتد و ویژگی‌های شخصی درمان‌جویان طراحی می‌شوند.<sup>۳۳</sup> به عنوان مثال، از اصل تقویت در تمام مقاطع سنی برای درگیری درمان‌جویان در رفتارهای سازگارانه استفاده می‌شود؛ با این حال، با توجه به سن درمان‌جو و همچنین سایر عوامل جمعیت‌شناختی از جمله هویت فرهنگی ممکن است از تقویت‌کننده خاص متفاوتی استفاده شود. به عنوان مثال، پنیر خامه‌ای ممکن است برای یک کودک ۳ ساله آمریکایی یهودی، تقویت‌کننده باشد در حالی که برای یک کودک ۳ ساله آمریکایی کره‌ای، کیمچی - یک غذای کلم کره‌ای تند - ممکن است تقویت‌کننده باشد.

### پیشرفت گام‌به‌گام

رفتاردرمانی اغلب با پیشرفت گام‌به‌گام تداوم می‌یابد و از ساده به پیچیده، از آسان به

دشوار، یا از تهدید کمتر به تهدید بیشتر پیش می‌رود. به‌عنوان مثال، به دختری که از نظر اجتماعی گوشه‌گیر بود - از طریق الگوبرداری و تقویت - طی مراحل آموزش داده شد تا با همسالانش تعامل برقرار کند: در ابتدا در حضور همسالانش با خودش بازی کند، بعد با همسالانش بازی کند و در نهایت بازی با همسالانش را خودش آغاز کند. همچنین، مردی که از ارتفاع می‌ترسید به تدریج در طول درمان در معرض ارتفاعات بالاتر قرار گرفت و این ارتفاع از فاصله نیم متری زمین شروع شد و در نهایت در بالای یک ساختمان ۱۰ طبقه خاتمه یافت.

### بسته‌های درمانی

برای افزایش اثربخشی درمان اغلب دو یا چند روش رفتاردرمانی در یک بسته درمانی (treatment package) با هم ترکیب می‌شوند. این عمل مشابه درمان بسیاری از مشکلات پزشکی نظیر ترکیب دارو، رژیم غذایی و ورزش برای بیماری‌های قلبی عروقی است.

درباره بسته‌های درمانی دو نکته مهم وجود دارد. اولاً، فردی با استدلال «هر چه بیشتر، بهتر» ممکن است انتظار داشته باشد که ترکیب دو یا چند روش درمانی از کاربرد یک روش درمانی برای درمان‌جو سودمندتر باشد، اما همیشه این‌طور نیست.<sup>۳۳</sup> برای مثال، مواجهه‌درمانی برای اختلال وسواسی-اجباری و هراس اجتماعی به‌اندازه ترکیب مواجهه‌درمانی با درمان‌های شناختی رفتاری مؤثر است، درحالی‌که برای سایر اختلالات اضطرابی، بسته‌های درمان شناختی-رفتاری از درمان‌های تکی مؤثرترند.<sup>۳۴</sup> دوم اینکه، اگرچه بسته‌های درمانی می‌توانند مؤثرتر از درمان‌های تکی باشند، با این حال درمان‌های ترکیبی ممکن است درمان را طولانی‌تر کند.<sup>۳۵</sup>

بسته‌های درمانی امروزه در رفتاردرمانی به هنجار (norm) تبدیل شده‌اند. وقتی شروع به خواندن درمان‌های رفتاری خاص در فصل ۶ می‌کنید، مهم است این نکته را به یاد داشته باشید. برای تسهیل یادگیری، درمان‌های رفتاری به صورت جداگانه معرفی می‌شوند. بعد از اینکه با درمان‌های خاص آشنا شدید، درباره بسته‌های درمانی روش‌های درمانی خاص، اطلاعات بیشتری کسب خواهید کرد.

### کوتاه بودن

رفتاردرمانی نسبتاً کوتاه است، به‌طورکلی در مقایسه با بسیاری از درمان‌های دیگر جلسات درمانی و اغلب زمان کل کمتری نیاز است. این امر تا حدودی ناشی از کاربرد تکالیف خانگی به‌طور خاص و رویکرد خودکنترلی به‌طور عام است؛ اما این امر را

می توان عمدتاً به قابلیت درمان‌ها نسبت داد که عوامل اصلی ایجادکننده مشکلات درمان‌جو را هدف قرار می‌دهند.

طول دوره درمان با توجه به مشکل موردبررسی متفاوت است. معمولاً هر چه مشکل پیچیده‌تر و شدیدتر باشد، مدت‌زمان درمان نیز طولانی‌تر خواهد بود. به‌عنوان مثال، یک پژوهش زمینه‌یابی نشان داد که میانگین تعداد ساعات موردنیاز برای درمان ترس‌های خاص با استفاده از رفتاردرمانی ۱۳/۴ بود، درحالی‌که برای اختلال وسواسی-اجباری (یک مشکل نسبتاً پیچیده) ۴۶/۴ بود.<sup>۳۶</sup> طول مدت درمان برای روش‌های رفتاردرمانی خاص نیز متفاوت است. در کل، اکثر درمان‌های رفتاری بین ۸ تا ۲۰ جلسه درمانی نیاز دارند،<sup>۳۷</sup> که نسبت به سایر انواع روان‌درمانی‌ها کاملاً کوتاه است.

## رابطه درمانگر-درمان‌جو در رفتاردرمانی

رابطه بین درمانگر و درمان‌جو در تمام روان‌درمانی‌ها مهم است،<sup>۳۸</sup> و در برخی روان‌درمانی‌ها، مهم‌ترین عامل است. در رفتاردرمانی، این رابطه شرط لازم، ولی نه کافی، برای درمان موفقیت‌آمیز در نظر گرفته می‌شود،<sup>۳۹</sup> و فنون خاص رفتاردرمانی عامل اصلی اثربخشی درمان محسوب می‌شوند.<sup>۴۰</sup> جالب اینکه، درمان‌جویان در رفتاردرمانی ممکن است بهبودی خود را بیشتر به رابطه درمانگر-درمان‌جو نسبت دهند تا شیوه‌های درمان.<sup>۴۱</sup> باین‌وجود، از دیدگاه رفتاردرمانگر، رابطه درمانگر و درمان‌جو با نقش بیهوشی در جراحی قابل قیاس است.

شخصی . . . به این دلیل برای عمل جراحی می‌رود که روش‌های خاصی وجود دارد که لازم است انجام شوند. برای انجام این روش‌ها، فرد باید تحت بیهوشی قرار گیرد؛ بیهوشی آنچه واقعاً مهم است [یعنی روش‌های جراحی] را تسهیل می‌کند. باین‌حال، اگر در حین عمل جراحی، مشکلی در زمینه بیهوشی اتفاق افتد، آن در اولویت قرار می‌گیرد. به همین ترتیب . . . خوب بودن . . . [رابطه درمانگر-درمان‌جو] ضروری و اغلب حیاتی است. بدون آن نمی‌توانید ادامه دهید.<sup>۴۲</sup>

بنابراین، شکی وجود ندارد که هم‌دلی بین رفتاردرمانگر و درمان‌جویان بر نتایج درمان تأثیر می‌گذارد.<sup>۴۳</sup> در یک مطالعه درباره اثرات رابطه درمان‌بخش بر درمان افسردگی مزمن، درمان شناختی-رفتاری و درمان حمایتی مقایسه شدند.<sup>۴۴</sup> درمان حمایتی شبیه درمان مراجع‌محوری بود که در آن رابطه درمانگر-درمان‌جو عامل اصلی

تلقی می‌شود که اثربخشی درمان را تبیین می‌کند. جالب اینکه، رابطهٔ درمان‌بخش در درمان شناختی-رفتاری با نتایج درمان ارتباط قوی‌تری داشت.

در رفتاردرمانی، رابطهٔ درمانگر-درمان‌جو اجرای روش‌های درمانی خاص ازجمله افزایش انتظارات مثبت درمان‌جو و امید به موفقیت؛ تشویق درمان‌جو برای انجام تکالیف خانگی که مستلزم ریسک‌پذیری است؛ غلبه بر موانعی که در درمان ایجاد می‌شوند مانند عدم رعایت دستورالعمل‌های درمانی توسط درمان‌جویان؛ و افزایش توان تحسین و تأیید درمانگر را به طرق مختلف تسهیل می‌کند.<sup>۴۵</sup>

همکاری بین درمانگر و درمان‌جو از ویژگی‌های بارز رفتاردرمانی است.<sup>۴۶</sup> رفتاردرمانگران تخصص خود را با درمان‌جویان به اشتراک می‌گذارند تا آن‌ها به همراهان آگاه در درمان خود تبدیل شوند. تصمیم‌گیری دربارهٔ اهداف و روش‌های درمانی به‌طور مشترک انجام می‌شود. به‌عنوان مثال، رفتاردرمانگران، اطلاعاتی دربارهٔ گزینه‌های درمانی ارائه می‌کنند، الزامات هر یک از روش‌های درمانی مناسب و اثربخشی هر یک از آن‌ها را (با توجه به یافته‌های پژوهش‌ها) توضیح می‌دهند. بعد درمان‌جویان می‌توانند دربارهٔ نوع درمان متناسب با نیازها و ترجیحات شخصی‌شان تصمیم بگیرند.

## انواع مختلف رفتاردرمانی

رفتاردرمانی تکنیک واحدی نیست. انواع مختلف رفتاردرمانی - به‌عبارت دیگر، رفتاردرمانی‌های بسیاری - وجود دارد. این درمان‌ها به‌واسطهٔ موضوعات تعریف‌کننده و ویژگی‌های مشترکی که قبلاً بحث شد، یکپارچه می‌شوند. نمونه‌های زیر انواع روش‌های رفتاردرمانی موجود را نشان می‌دهند؛ فصل‌هایی که در آن‌ها این روش‌ها به‌طور مفصل معرفی می‌شوند، در داخل پرانتز ذکر شده است.

- تقویت مثبت (فصل ۷): یک دختر پایهٔ پنجم از انجام تکالیف درسی خیلی متنفر بود و وقت خیلی کمتری نسبت به آنچه موردنیاز بود برای آن اختصاص می‌داد، او تا مدت کوتاهی قبل از زمان خواب از انجام این کار اجتناب می‌کرد. درمانگر پیشنهاد کرد که والدینش او را وادار کنند با صرف وقت مناسب برای انجام تکالیف درسی، فعالیت‌های موردعلاقهٔ عصر را به دست آورد. به دختر اجازه داده می‌شد فقط بعد از تمام شدن تکالیفش به بازی موردعلاقه رایانه‌ای پردازد، فیلم تماشا کند، اسنک بخورد، و با مادر بزرگ گپ بزند.

- آموزش به خود دستور دادن (فصل ۱۴): در یک دبیرستان با اکثریت آمریکایی