

## رفتار درمانی

### تاریخچه رفتار درمانی

برخلاف روانکاوی که فروید بر آن حاکم بود، یا درمان درمانجو مداری که راجرز آن را معرفی کرد؛ شخصیتی که بر رفتار گرایی حاکم باشد وجود ندارد. به طور سنتی مبنای ایدئولوژیکی رفتار درمانی نظریه ی یادگیری بوده است. در رفتار درمانی؛ رفتار آشفته به صورت نشانه ی یک اختلال بنیادی در نظر گرفته نمی شود، بلکه نشانه ها همان مشکل و هدف مناسب درمان هستند. تاریخچه رفتار درمانی به کارهای ابتکاری واتسون و رینر بر می گردد. مطالعه ان ها گواهی بود بر نمود ایجاد روان رنجوری در یک کودک البرت با سنت شرط سازی پاولفی فرصتی پیدا کرد تا با یک موش آزمایشگاهی بازی کند. ولی هر بار که موش نزدیک می شد، صدای بلند و گوش خراش پخش می شد. پس از چند کوشش، موش (که قبلاً محرکی خنثی بود) موجب ترس شد و این ترس به سایر اشیای پشمالو تعمیم یافت. مری کاور جونز نیز نشان داد که چطور می توانیم ترس های آموخته شده را برطرف کنیم. پسر سه ساله ای بنام پیتر از خرگوش ها، موش ها و اشیاء مشابه آن هادی ترسید، جونز برای از بین بردن ترس پیتر، قفس خرگوش را به پیتر که در حال غذا خوردن بود، نزدیک و نزدیک تر کرد. به این ترتیب شیء ترسناک با غذا متداعی شد و پس از چند ماه ترس پیتر از خرگوش کاملاً از بین رفت.

شرطی سازی ترس ها توسط واتسون و شرطی زدایی ترس ها توسط جونز زمینه ساز پیدایش بازداري زدایی تقابلی ولپ (۱۹۵۸) شدند. مثل موردهای البرت و پیتر که زیر بناهای نظری اصلی جنبش رفتار درمانی بر شرطی سازی پاولفی و یادگیری هولینی مبتنی بودند. جوزف ولپ در دهه ۱۹۵۰ با قرار دادن بیماران در حالت آرامش زیاد و تجسم موقعیت های ترسناک، کاهش ترس در انسان را شروع کرد. فن حساسیت زدایی منظم (SD) ولپ مثل شرطی زدایی جونز در عمل نشان می داد که چگونه می توانیم از اصول در امور بالینی استفاده کنیم. سالتر (۱۹۴۹) نیز در درمان بازتاب شرطی سعی کرد روشی درمانی مبتنی بر سنت پاولف را ابداع کند. در این رویکرد محققان نه تنها فنون جدیدی را مطرح کردند بلکه تاکید کردند که فنون شان بر گرفته از علم آزمایشگاهی نظام مند است. همزمان با ولپ، لازاروس و آیزنک سنت شرطی سازی عامل هم تاثیر گذاری خود را شروع کرد. اسکینر با فراهم کردن محیط کنترل شده ای که در آن پاسخ ها، پیامد های مشخصی داشته باشند، تغییرات قابل توجهی در رفتار ایجاد کرد. نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندرا (۱۹۶۹) در زمینه اصلاح رفتار بود. راتر و بندورا راه را برای تاکید کنونی بر شناخت هموار کردند و دامنه رفتار درمانی و خدماتش را گسترش دادند. مفاهیم مطرح شده در رفتار درمانی، برخلاف فروید قابل اندازه گیری و کمیت پذیرند و به شکل عینی قابل تعریف هستند.

### تعریف واژه ها در درمان های رفتاری

**آموزش ابراز وجود (assertiveness training)** یک رویکرد آموزشی نیمه ساختاری است که به وسیله تأکیدش بر به دست آوردن مهارت های ابراز وجود از طریق تمرین مشخص می شود. مهارت های ابراز وجود، فرد را قادر می سازد تا برای اعتقادات و حقوق خود به طور مؤثر ایستادگی کند.

**بازداري تقابلی (reciprocal inhibition)** یعنی حذف یا ضعیف کردن پاسخ های قدیمی به وسیله پاسخ های جدید و این کار زمانی صورت می گیرد که جلوی یک پاسخ به وسیله یک پاسخ ناهم ساز<sup>۱</sup> گرفته می شود و یا یک کاهش سائق اصلی<sup>۲</sup> به دنبال آن باشد. آنوقت بازداري شرطی پاسخ، به مقدار زیادی ظاهر می شود.

**تقویت (reinforcement)** نوعی رویداد خاص است که گرایش فرد را برای تکرار پاسخ افزایش می دهد.

**تقویت مثبت (positive reinforcement)** یک نوع شرطی سازی است که در آن فرد چیزی مطبوع یا دلخواه را به عنوان پیامد رفتارش دریافت می کند.

**تقویت منفی (negative reinforcement)** یک نوع شرطی سازی است که باعث از بین رفتن رویداد آزارنده می شود. این کار از طریق ظاهر شدن (یا ظاهر نشدن) رفتار هدف<sup>۳</sup> صورت می گیرد.

<sup>۱</sup>. in compatible response

<sup>۲</sup>. major drive - reduction

<sup>۳</sup>. target behavior

**تعمیم (generalization)** بر این فرض استوار است که تقویت همراه با یک محرک به خصوص نه تنها احتمال به وقوع پیوستن پاسخ به خصوص محرک را زیاد می‌کند، بلکه شامل محرک‌های شبیه نیز می‌شود. فرآیند تعمیم بسیار مهم است زیرا هیچ دو محرکی یا هیچ دو موقعیت محرکی کاملاً شبیه به هم نیستند.

**تمیز (discrimination)** یک فرآیند یادگیری است که در آن ارتباطات بین محرک‌ها و پاسخ‌ها که از طریق فرآیند تعمیم به وجود آمده‌اند، از طریق ترکیب خاموش‌سازی با تقویت به‌طور جداگانه از بین می‌روند.

**تنبيه (punishment)** رفتار متقابلی است شامل استفاده از یک رویداد آزارنده به خاطر یک کار یا رفتار به خصوصی که از فرد سر زده است. تنبيه فقط در مورد آن دسته از رفتارهایی به کار گرفته می‌شوند که می‌بایست ترک شوند.

**حساسیت‌زدایی (desensitization)** یکی از تکنیک‌های رفتاری است که در آن اضطراب از طریق به کارگیری آرامش عضلانی به عنوان عمل شرطی‌سازی تقابلی کاهش می‌یابد. اضطرابی که محرک‌های مختلف به وجود می‌آورند، درجه‌بندی می‌شود (سلسله مراتب اضطراب) و هریک با آرامش عضلانی همراه می‌گردد تا ارتباط بین محرک‌ها و اضطراب کاهش یابد.

**خاموشی (extinction)** فرآیند حذف یک پاسخ ناخواسته از طریق عدم تقویت آن است.

**رفتار درمانی (behavior therapy)** یک رویکرد درمانی است شامل کاربرد اصول یادگیری برای تغییر رفتار. در حالی که اغلب رفتار درمانی و تغییر رفتار را به‌صورت متناوب استفاده می‌کنند اما رفتار درمانی اصولاً به شرطی‌سازی کلاسیک مربوط می‌شود در حالی که تغییر رفتار به شرطی‌سازی کنشگر مرتبط است.

**رفتار روان رنجوری (neurotic behavior)** نوعی عادت پایدار یک رفتار انطباق نایافته که توسط یادگیری در ارگانیسمی که از نظر روانشناختی هنجار است، به وجود آمده باشد. اضطراب معمولاً جزء اصلی این رفتار است که در موقعیتی که سبب به وجود آمدن آن می‌شود به‌صورت تغییر ناپذیری حضور دارد.

**سلسله مراتب اضطراب (an anxiety hierarchy)** فهرستی از محرک‌ها بر اساس اضطرابی که ایجاد می‌کنند، با توجه به یک موضوع خاص. سلسله مراتب اضطراب مجموعه درجه‌بندی شده از محرک‌هایی است که تولید اضطراب می‌کنند و درمانگر این محرک‌ها را در رابطه با عامل شرطی‌سازی تقابلی ارائه می‌دهد تا اضطراب وابسته به محرک را از بین ببرد.

**شرطی‌سازی آزارنده (aversive conditioning)** یکی از تکنیک‌های رفتاری است که بر آن اساس رفتار نشانگر<sup>۴</sup> مراجع با یک محرک دردناک پیوند می‌یابد و این کار تا زمانی ادامه می‌یابد که از بروز رفتار ناخواسته جلوگیری شود. معمولاً یک شوک خفیف الکتریکی یا یک مخلوط استفرغ‌آور از جمله محرک‌های آزارنده هستند.

**شرطی‌سازی تقابلی (counter conditioning)** یک تکنیک است که در آن آزمایشگر (یا درمانگر) یک محرک غیرشرطی را که منجر به پاسخ غیرشرطی ناهمساز با پاسخ شرطی می‌شود، ارائه می‌کند و بر این اساس مانع از بروز پاسخ شرطی می‌شود. به عنوان مثال: آرامش عضلانی<sup>۵</sup> (UR) ناهمساز با ترس (CR) است.

**شرطی‌سازی کلاسیک (classical conditioning)** یا پاسخگر<sup>۶</sup> یک نظریه یادگیری است که ناشی از کار ایوان پاولف می‌باشد. این نظریه اساساً بر این اصل استوار است که هرگاه محرک شرطی با محرک غیرشرطی همراه شود، پاسخ شرطی شبیه به پاسخ غیرشرطی را ایجاد می‌کند.

**شرطی‌سازی کنشگر (operent conditioning)** یا وسیله‌ای<sup>۷</sup>، یک نظریه یادگیری است که ناشی از کارهای اسکینر می‌باشد. تفاوت اصلی بین شرطی‌سازی کنشگر و شرطی‌سازی کلاسیک این است که در شرطی‌سازی کنشگر زمانی که رفتار به‌صورت خودانگیخته بروز می‌کند، محرک غیرشرطی به دنبال رفتار از پیش تعیین شده می‌آید.

**شکل‌دهی پاسخ (response shaping)** فرآیند حرکت از رفتارهای ساده<sup>۸</sup> (که نزدیک به رفتار نهایی است) به سوی رفتار پیچیده و نهایی. از طریق این فرآیند، رفتارهای خاصی که به رفتار مطلوب نزدیک است، تقویت می‌شود در حالی که دیگر رفتارها تقویت نمی‌شوند. هر مرحله از این فرآیند مستلزم نزدیکی بیش‌تر رفتار دلخواه قبل از ارائه تقویت است.

**غرقه‌سازی (flooding)** یک تکنیک درمانی است که در آن ارائه تکرار محرک شرطی بدون تقویت، موجب خاموش‌سازی پاسخ شرطی‌سازی می‌شود. غرقه‌سازی با حساسیت‌زدایی از این بابت فرق می‌کند که در غرقه‌سازی شرطی‌سازی تقابلی به کار برده نمی‌شود.

<sup>۴</sup>. symptomatic behavior

<sup>۵</sup>. relaxation

<sup>۶</sup>. respondent

<sup>۷</sup>. instrumental

<sup>۸</sup>. simple behavior

**مرور ذهنی رفتار (behavior rehearsal)** یکی از تکنیک‌های درمان است که بر آن اساس مبادلات کوتاهی میان مراجع و مشاور در صحنه‌ای از زندگی مراجع صورت می‌گیرد. هدف چن این تمرینی آماده‌سازی مؤثر مراجع برای مقابله با «حریف» واقعی است. بنابراین اضطرابی که بعداً به وجود می‌آید ممکن است به‌صورت تقابلی منع گردد.

**یادگیری تقلیدی (اجتماعی) (imitative (social) learning)** فرآیندی است که بدان وسیله يك مشاهده كننده پاسخ بخصوصي را از طریق تماشايش يك شخص (يا يك الكو) كه آن پاسخ را در محيطي ارائه مي‌كند، یاد می‌گیرد.

## ماهیت انسان

در نظر رفتارگرایان و رفتار درمانگران انسان ذاتاً نه خوب است و نه بد، بلکه یک ارگانیزم تجربه گر است که استعداد بالقوه‌ای برای همه نوع رفتار دارد. به عقیده رفتارگرایان انسان رفتارهای عادی و غیر عادی رابه یک شیوه فرا می‌گیرد. رفتارگرایان مفهوم اراده آزاد را مطلقاً انکار می‌کنند و اعتقاد ندارند که فرد می‌تواند به شیوه‌ای رفتار کند که به حوادث پیشین وابسته نباشد. فلسفه جبری، یعنی این مفهوم که هر رفتاری کاملاً به وسیله عوامل پیشین وابسته نباشد. اساسی‌ترین مفهوم منسوب به رشد و یا تغییر شخصیت است. انسان را موجودی می‌دانند که بر اساس شرطی شدنش زندگی می‌کند نه براساس عقایدش. رفتار انسان، به اعتقاد رفتارگرایان، مبتنی بر انگیزه‌ای نیست که از درون او بر می‌خیزد، بلکه به وسیله نیروهای بیرونی تعیین می‌شود که ممکن است او هیچ کنترلی بر آن‌ها نداشته باشد و یا به مقدار کمی در کنترل او باشند. کار مهندسان رفتار و رفتار درمانگران آن است که افراد خوب به وجود بیاورند. رفتاردرمانگران گرچه نقش وراثت را انکار نمی‌کنند، ولی چون تغییر محیط را بسیار ساده‌تر از تغییر وراثت می‌دانند و انسان را موجودی تجربه‌گر و واکنشگر به حساب می‌آورند، در درمان بر تغییر رفتار از راه دگرگون سازی محیط تأکید می‌ورزند.

## رابطه

بسیاری از رفتار گراها در توضیح و تبیین موفقیت روش های درمانی خود ظاهراً نقش رابطه را به عنوان یک عامل مهم و مؤثر نادیده می‌گیرند. از نظر ولپ (۱۹۵۸)، درمانگر باید بیماران را بپذیرد، مشکلاتشان را برای ان‌ها توضیح بدهد و اصول و دلایل رفتار درمانی مزبور را برای ان‌ها روشن کند، مراجعان رفتار درمانی به چند دلیل نقش مثبتی برای رابطه ی درمانی قائل هستند و تا حدودی آن را مسبب تغییرات روی داده می‌دانند. رفتار گراها سعه صدر بیشتری دارند و مشکلات مراجعان را بیشتر می‌پذیرند (چون مشکلات آنان را نشانگر فرایندهای ناهشیار نمی‌دانند): در رفتار درمانی اگر بیمار انتظار داشته باشد که رفتار درمانی نا موفق باشد یا به نحوی موضعی منفی علیه آن‌ها داشته باشد، رفتار درمانی موفقیتی در پی نخواهد داشت.

## مفهوم اضطراب و بیماری روانی در رفتار درمانی

رفتار درمانگران اضطراب را واکنشی می‌دانند که بر اساس قوانین یادگیری قابل توجیه است. به مشکلات رفتاری به منزله الگوهایی از پاسخ های نا مناسب نگریسته می‌شود که احتمال دارد در ارتباط با شرایط محرک های بیزار کننده آموخته می‌شوند و به علت ان که در زمینه کمک به فرد برای اجتناب از پیامدهای نامطلوب کارایی دارند، حفظ می‌شوند. از دیدگاه رفتار درمانگران بسیاری از حالات غیر عادی روانی به خصوص حالات افراد روان نژند، پاسخ های شرطی هستند که به نحوی تقویت می‌شوند و ادامه می‌یابند. در این شیوه اعتقاد بر آن است که علائم معمولاً نوروژ (روان نژندی) هستند و نوروژ پیزی اضافه تر از مشکلات مشهود نیست. روی این اصل، رفع علائم مرضی معادل بهبودی است. از نظر ولپی رفتار روان نژندی هر نوع عادات پایدار از رفتار نا سازگار است که در ارگانیزمی که از نظر فیزیولوژیکی طبیعی است، از راه یادگیری حاصل می‌شود. از نظر سالتر ریشه مشکلات مردم منع است و نوروژ ماحصل ممانعت از تحریک های طبیعی است که به وسیله اطرافیان والدین و اقوام انجام می‌گیرد. دولارد و میلر که سعی کرده اند نظریه روانکاوی را در قالب واژه های یادگیری به کار گیرند، معتقدند که رفتار نوروژیک به یک کشمکش عاطفی ناگاه مبتنی است که معمولاً از دوران کودکی سرچشمه می‌گیرد. نوروژ را در اصل یک کشمکش گرایش و پرهیز می‌دانند که در آن

معمولا تمایل به اجتناب و پرهیز شدید تر از تمایل به گرایش است. فرد روان نژند؛ فردی است که تمایلات شدیدی به پرهیز دارد. به همین دلیل در درمان به جای آن که سعی شود تمایلات گرایشی بیمار افزایش داده شود، باید سعی شود که تمایلات او به پرهیز کاهش یابد، یعنی فرد را با موقعیتی که از آن فرار می کرده است مواجه کنیم.

روانشناسان رفتار گرا اعتقاد دارند که «اختلالات رفتار انسان یا به علت عدم یادگیری رفتارهای لازم و یا به سبب یادگیری ناکافی، ناقص و نامتناسب رفتار با محرک هاست» این دو تقسیم بندی عبارتند از:

۱- پاسخ های شرطی هیجانی همراه با ناسازگاری: که به دلیل شرایط نامطلوبی مانند وسواس، فوبی (ترس مرضی) و اضطراب ایجاد می شوند.

۲- پاسخ های شرطی هیجانی که به دلیل عدم رشد، تکامل و تناسب پاسخ ها ایجاد می شوند. از لحاظ اجتماعی، مورد قبول نیستند؛ مانند هم جنس بازی، پاسخ های شرطی عضلانی نا کافی؛ مانند شب ادراری را هم می توان از این قبیل دانست.

رفتار گرایان از بیماری های روانی و علائم آن به عنوان فرایند یک سلسله یادگیری ها، عادات ناقص، ناکافی و نامتناسب با محرک های محیطی یاد می کنند و معتقدند که اگر با آن ها به طور اصولی و علمی برخورد شود قابل تغییر و درمان هستند. برای رسیدن به این هدف درمانگر در مرحله اول باید مشکلات کنونی بیمار یا در حقیقت رفتارهای قابل مشاهده او را به درستی توصیف و مشخص کند و سپس رابطه آن ها را با شرایط و محرک های ایجاد کننده آن ها در محیط روشن سازد. روانشناسان رفتارگرا در مصاحبه بالینی خود دو سؤال را مشخص می کنند؛ اول اینکه زمان بروز و تظاهر مشکل یا بیماری فرد چه موقعی است؟ دوم اینکه چه عامل یا عواملی موجب ایجاد آن می شود؟ البته در این روش، به هیچ وجه سبب شناسی بیماری مورد نظر نیست بلکه عوامل بروز دهنده سندرم های بیماری اهمیت دارند. در رفتار درمانی درمانگر تلاش می کند تا رفتارهای آشکار و قابل مشاهده بیمار را تغییر دهد. در این روش فرایندهای پویا و عوامل ناخودآگاه و زیربنایی شخصیت بررسی نمی شود. در واقع بر خلاف روانکاوی، هدف، بازسازی و دگرگونی شخصیت فرد نیست، بلکه تکیه بر شناخت جنبه های مرضی رفتار و تغییر آن ها بر اساس روش های عینی نا شناخته شده و علمی است.

گولد فرید و دیویسون (۱۹۹۴) در تعریف رفتار درمانی گفته اند: به نظر ما بهتر است رفتار درمانی را یک گرایش کلی در کار بالینی تفسیر کنیم که تابع فلسفه و رویکرد آزمایشی در مطالعه رفتار انسان است. فرض اساسی این گرایش هم آن است که رفتار های مشکل ساز را باید بر مبنای اصول مشتق از آزمایشگری روان شناختی بررسی کرد و این اصول شرایط را برای تغییر رفتارها در محیط و موقعیت های بالینی فراهم می آورند. به طور سنتی، رویکرد رفتاری خودش را: ۱- علمی می داند ۲- اهمیتی برای نقش متغیرهای استنباطی قائل نیست.

## اهداف روان درمانی

اصطلاح رفتار درمانی برای اولین بار در سال ۱۹۵۴ توسط اسکینر و لیندلی مصطلح و توسط آیزنک متداول شد. اساس این روش بازداری متقابل است که به وسیله شرینگتون در سال ۱۹۰۶ میلادی ارائه شد. در این شیوه درمانی، هدف از رفتار درمانی بیشتر تغییر رفتار مورد نظر است. از این رو پیروان نظریه رفتار درمانی تمام توجه خود را به مطالعه عینی رفتار مراجع و بالاخص به فرایند یادگیری معطوف می دارند و آن را منبع استنتاج فرضیاتی برای مشاوره یا روان درمانی می دانند. هدف غایی رفتار درمانی آن است که به مراجع آموخته شود تا در تبیین و تفسیر رفتار خویش ماهر و استاد شود، طرح های مناسب رفتاری را تدوین کند و به مرحله اجرا در آورد و نهایتا به جای بهره گیری از تقویت کننده های بیرونی به نوعی انگیزش و تقویت درونی دست یابد. شیوه های رفتار درمانی در این چند وجه مشترک هستند: ۱- شناسایی رفتاری که باید دگرگون شود. ۲- بررسی و شناسایی شرایطی که رفتار را موجب شده اند. ۳- شناخت عواملی که به نوعی موجب ادامه رفتار می شود. ۴- تهیه و ارائه برنامه هایی به منظور دگرگون سازی و نیز یادگیری رفتارهای جدید، مشاوره یا درمانگر مشکلات رفتاری را به منزله بیماری هایی که ریشه در رشد شخصیتی معیوب اولیه دارند. نمی نگرد و رفتار نامطلوب را نشانه ای از یک بیماری ریشه دار نمی داند، بلکه آن را پاسخ یاد گرفته شده ای می داند که باید تغییر داده شود. از طرفی رفتار درمانی تلاشی برای تسهیل فرایند یادگیری در زمینه حرکتی، شناختی و عاطفی به حساب نمی آید.

## تکنیک های رفتار درمانی

### شرطی کردن

رفتار درمانگر عملاً از هر دو شیوه شرطی کردن کلاسیک و فعال استفاده می کند. شرطی کردن کلاسیک یا واکنشی که متضمن جانشین کردن یک محرک به جای محرک دیگر و ایجاد ارتباط و وابستگی زیاد بین آنهاست، می تواند در برخی از رفتارها به منظور ایجاد یا حذف آن ها به کار رود. نمونه بارز کارایی این شیوه عمل شرطی کردن کودکی به نام آلبرت در مقابل موش ها به وسیله واتسون و رینر، برخلاف پاسخ های اضطرابی کودک دیگری به نام پیتر است که به وسیله جونز انجام گرفته است. در شرطی کردن فعال که مبتنی بر قانون اثر ثرندایک است، رفتارها به وسیله پیامد های آن ایجا و کنترل می شوند. به این معنی که اگر پیامدها مثبت باشند، رفتار احتمالاً بیشتر به وقوع می پیوندد و اگر پیامدها منفی باشد، احتمال وقوع مجدد رفتار خیلی کم و یا صفر می شود. شرطی کردن فعال در درمان به صورت تقویت مثبت و منفی و تنبیه مثبت و منفی اعمال می شود.

### مشاور یا درمانگر در موقع تقویت رفتار باید مسائل زیر را به خاطر داشته باشد:

۱- باید تقویت کننده ها به قدر کافی قوی باشند؛ تا مراجع برای انجام رفتار مطلوب و مورد نظر برانگیزد. این خاصیت، که قدرت تقویت نامیده می شود، از طریق سؤال کردن از مراجع، آزمودن و یا مشاهده فعالیت های او قابل تشخیص است.

۲- مشاور باید در زمان مناسبی رفتار مورد نظر را تقویت کند و از تقویت بی موقع بپرهیزد. این خاصیت که تنظیم زمانی تقویت نامیده می شود، رفتار مطلوب را با تقویت متداعی می کند و موجب تشکیل عادت می شود.

۳- مشاور باید برای ایجاد یک رفتار در مراحل اولیه وقوع آن به طور ثابت و هماهنگ به تقویت مبادرت ورزد. ولی جدا از تشکیل رفتار مطلوب طبق یک برنامه متناوب از تقویت استفاده کند، تا ثبات رفتاری به وجود آید. این کیفیت را ثبات تقویت می نامند.

۴- مشاور باید فقط در مقابل بروز رفتار مورد نظر، مراجع را تقویت کند.

۵- مشاور باید در اعمال تقویت از برنامه خاصی که مناسبیت دارد استفاده کند. زمانی ممکن است این ضرورت پیش بیاید که تقویت به طور پیوسته و مداوم صورت گیرد و در مواقع دیگری ممکن است تقویت متناوب مؤثرتر باشد.

۶- مشاور یا درمانگر علاوه بر آن که خودش در جلسه مشاوره از تقویت کننده های رفتار استفاده می کند، باید والدین، معلمان دیگر و افراد نزدیک به مراجع را با اصول و کاربرد صحیح اصل تقویت و تنبیه آشنا کند.

### رفع حساسیت منظم یا حساسیت زدایی منظم: (systematic desensitization)

این تکنیک مشهورترین تکنیک شناخته شده ولپ است، که بر اساس شرطی سازی تقابلی قرار دارد و سه فرایند عملی در آن موجود است: آموزش عمیق استراحت عضلانی (relation)، تنظیم سلسله مراتبی از اضطراب های مراجع و همراه کردن مداوم و تدریجی حالت های استراحت و آرامش عضلانی با محرک های اضطراب زا.

رفع حساسیت منظم از بین بردن پاسخ های اضطراب نوروپیک به طریقه ای تدریجی و یا گام به گام و کم کم از طریق شرطی کردن پاسخ های پاراسمپاتیکی است.

در مرحله اول؛ این تکنیک یک فرایند شرطی کردن متقابل است، که بر اصل ممانعت متقابل استوار است. بر اساس این اصل اگر یک پاسخ آرام بخش با یک محرک اضطراب زا توأم و قرین شود، در این صورت بین آن پاسخ و محرک رابطه ای به وجود می آید که محرک اضطراب زا دیگر نمی تواند اضطراب ایجاد کند. بنابراین اگر مشاور به مراجعی بیاموزد که در قبال موقعیت هایی که اضطراب ایجاد می کنند راحت باشد، هم خوانی آموخته شده میان آن حالت و پاسخ اضطراب تدریجا موجب تضعیف پاسخ های اضطرابی می شود، تا اینکه بالاخره خاموش می شوند. در تکنیک یک حالت فیزیولوژیک که مانع اضطراب است، در مراجع ایجاد می شود. پس این حالت با یک محرک اضطراب طای ضعیف همراه می شود. این همراهی آن قدر تکرار می شود تا محرک کلاما خاصیت اضطراب انگیز خود را از دست بدهد. تکنیک رفع حساسیت منظم در واقع تکمیل کننده تکنیک آموزش اظهار وجود است. آموزش اظهار را فقط در مقابل محرک هایی می توان به کار برد که در موقعیت حذف پاسخ شرطی وجود دارند. برای انجام عمل رفع حساسیت منظم مراجع و مشاور طی چند جلسه مشاوره به بررسی مشکل و درک چگونگی اضطراب مراجع می پردازند و برای انجام عمل رفع حساسیت منظم مراجع و مشاور طی چند جلسه مشاوره به بررسی مشکل و درک چگونگی اضطراب مراجع می پردازند و موقعیت های خاص و اضطراب زا را مشخص می کنند. پس از مشخص شدن نوع اضطراب مراجع و موقعیت هایی که در او اضطراب ایجاد می کنند؛ مشاور، تکنیک رفع حساسیت منظم و اصول زیر بنایی آن را معرفی می کند. مخصوصا به مراجع گفته می شود که یک فرد نمی تواند در یک لحظه زمانی هم مضطرب و عصبی و هم در حالت آرامش و استراحت باشد. در مرحله دوم؛ پس از شناخت موقعیت های اضطراب زا و اصول زیر بنایی تکنیک رفع حساسیت، مراجع به کمک مشاور جدولی از محرک های اضطراب زا با رعایت سلسله مراتب تهیه می کند. در این جدول موقعیت هایی که بیشتر از همه اضطراب زا هستند، در بالای جدول و آن هایی که کمتر از همه اضطراب ایجاد می کنند، در پایین جدول قرار داده می شوند. در مرحله سوم؛ مشاور نحوه ی استراحت عضلانی را به مراجع می آموزد و به او کمک می کند تا در یک حالت آرامش کامل قرار گیرد. آموزش استراحت عضلانی که ممکن است چندین جلسه را به خود اختصاص دهد، شامل آرامش بخشی منظم به گروه های مختلف عضلات بدن است. در خلال این جلسات ممکن است از مراجع بخواهیم که روزی بیست تا سی دقیقه شخصا در مکان خلوتی اصول آرامش عضلانی را به کار بندد و آن ها را تعریف کند. در مرحله چهارم؛ مشاور برای مراجعی که کاملا در حال استراحت قرار گرفته است، محرک های اضطراب زا را یکی یکی ارایه می دهد. در ارائه محرک های اضطراب زا، مشاور از پایین ترین سطح جدول شروع می کند به تدریج به سمت موقعیت هایی پیش می رود که بیش از همه اضطراب ایجاد می کنند. نحوه ی ارائه محرک های اضطراب زا به این صورت است که از مراجعی که در حال استراحت عضلانی است، خواسته می شود تا یک صحنه مطبوع و لذت آور را در زندگی خود به ذهن بیاورد و خود را در آن موقعیت قرار دهد و با افکار مربوط به آن سرگرم شود تا بدین وسیله کاملا در حالت آرامش عضلانی قرار گیرد. در این تکنیک، موقعی که مراجع در قبال یکی از موقعیت ها به نشانه وجود اضطراب با انگشت خود علامت دهد باید از ادامه عمل خودداری شود و در جلسه ی بعدی پس از دادن یک دوره ی دیگر آرامش عضلانی باید به ارائه محرک های اضطراب زا از یک سطح پایین تر از جلسه قبل پرداخت. زمانی این تکنیک با موفقیت به پایان می رسد که مراجع بتواند بالاترین موقعیت جدول را بدون احساس اضطراب تجسم کند. معمولا مراجع در هر جلسه با چهار محرک یا صحنه اضطراب زای جدول سلسله مراتب اضطراب مواجه می شود. حساسیت زدایی منظم با اخذ تاریخچه مشکل بیمار آغاز می شود و دلیل اصلی این کار هم مشخص کردن کانون اضطراب بیمار است.

## غرقه سازی تجسمی (flooding)

توماس استمفل؛ بانی این روش معتقد است که نشانه های بیماری، پاسخ های اجتنابی آموخته شده ای هستند که وظیفه دارند اضطراب را کم کنند. فوبیک ها از محرک های ترسناک مثل ارتفاع اجتناب می کنند، و سواسی ها از آلودگی اجتناب می کنند، خود بیمار انگارها از بیماری اجتناب می کنند. ماورر برای توجیه شرطی سازی اجتنابی؛ نظریه ی یادگیری دو عاملی را معرفی کرد. عامل اول شرطی سازی کلاسیک یا پاسخگر است، که حیوان از طریق آن یاد می گیرد از زنگ بترسد چون با شوک همراه شده است. این ترس شرطی، اضطراب نام دارد. اگر سگ از روی مانع بپرد (از شوک اجتناب کند). اضطراب کم می شود و این پیامد قدرتمند کاهش اضطراب، اجتناب سگ را تقویت می کند. پس عامل دوم در یادگیری اجتناب؛ شرطی سازی کنشگر یا عامل (وسیله ای) نام دارد. اضطرابی که به صورت کلاسیک شرطی شده است، وظیفه محرک برانگیزاننده یا سائق را بر عهده دارد، که پاسخ اجتنابی را فعال می کند، در حالی که کاهش اضطراب، پیامدی را به بار می آورد که برای تقویت اجتناب وسیله ای ضروری است.

اگر علت آسیب روانی اضطراب و اجتناب شرطی باشد، پس برای برطرف کردن آن باید پاسخ های اضطرابی و اجتنابی را خاموش کرد. خاموشی ناپدید شدن تدریجی اضطرابی شرطی در اثر تقویت نشدن آن است. پس در اینجا باید جلوی اجتناب فرد را گرفت و فرد را در حضور محرک اضطراب برانگیز نگه داشت. پس هدف این درمان خاموش کردن اضطراب بیمار به وسیله ی قرار دادن او در معرض محرک های اضطراب آور است که در عین حال به آن ها اجازه داده نمی شود که از این محرک ها اجتناب کنند.

## مواجهه درمانی (exposure)

مواجهه درمانی یکی از فنون رفتار درمانی است، که شکل اصلاح شده غرقه سازی یا غرقه سازی تجسمی است. سابقه مواجهه درمانی به مسرمن بر می گردد، که واکنش های اضطرابی و رفتارهای اجتنابی گریه ها را بررسی می کرد. وی در تحقیقاتش کشف کرد اگر گریه ها را مجبور کنند در وضعیتی که قبلا در آن شوک داده شده اند (یعنی وضعیتی که راه اجتنابی یا گریزی در آن وجود نداشته اند) بمانند، رفتار اجتناب آن ها خاموش می شود. این یافته ها مبنای درمان اضطراب در انسان شدند. مواجهه درمانی برای درمان ترس های شدید، اختلال وحشت زدگی، ترس از مکان های باز، ترس اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. بیماران در مواجهه درمانی، خودشان را در معرض محرک ها یا وضعیت هایی قرار می دهند که قبلا از آن ها می ترسیده اند، یا از آن ها اجتناب می کرده اند. مواجهه می تواند به صورت واقعی یا تجسمی صورت بگیرد. در حالت تجسمی از بیماران خواسته می شود محرک های ترسناک (مثلا عنکبوت) را تجسم کنند، یا خودشان را به صورت ذهنی در موقعیت اضطراب آور فرض کنند.

### برای به حداکثر رساندن مواجهه درمانی بهتر است نکات زیر را رعایت کنیم:

- ۱- مواجهه باید طولانی باشد.
  - ۲- مواجهه باید آن قدر تکرار شود تا ترس/اضطراب برطرف شود.
  - ۳- مواجهه باید تدریجی باشد، یعنی از محرک ها و وضعیت های کم اضطراب شروع شود و به محرک ها و وضعیت های پر اضطراب ختم شود.
  - ۴- بیماران باید به محرک های ترسناک توجه کنند و تا حد امکان با آن ها تماس و تمایل داشته باشند.
  - ۵- مواجهه باید اضطراب آور باشد.
- مواجهه درمانی هم می تواند یک درمان مستقل و هم یکی از ابعاد یک درمان چند بعدی باشد. برای مثال: در درمان وسواس، مواجهه درمانی به تنهایی و در عین حال به همراه روش بازداری از پاسخ، به کار گرفته می شود.

## حساسیت زدایی با حرکت چشم و پردازش مجدد (EMDR)

مبدع این روش شاپیرو است، که معتقد است آسیب روانی زمانی روی می دهد که نظام پردازش اطلاعات ما متوقف شده باشد و اطلاعات آسیب زا به صورت راکد و حل نشده اندوخته شوند. هدف درمان شتاب بخشیدن به پردازش اطلاعات است. این درمان برای PTSD موفقیت زیادی را در پی داشته است.

EMDR مختلف یک تکنیک روان درمانی جدید است که حساسیت زدایی و تجدید پردازش با حرکات چشمی نامیده می شود و همچنین تکنیکی مؤثر و سریع الاثر برای درمان PTSD (سندرم استرس پس از سانحه) می باشد این تکنیک از تحریک دو سویه با حرکات چپ و راست چشم تحریک کلمسی یا صوتی استفاده می کند که با فعال مکرر نیمکره های مغز، تجارب هیجانی راکه در سیستم عصبی بدام افتاده اند، تخلیه می



کند. این تکنیک به سیستم نوروفیزیولوژیک و اساس ارتباطات ذهن - بدن کمک می کند که خود را از سیستم های بلوکه کننده وارهانده و ارتباطات جدید را شکل دهد.

فرض بر این است که انسانها از یک نظام فیزیولوژیکی فطری برخوردارند که برای پردازش اطلاعات در جهت سلامت روانی تنظیم شده است. نظام پردازش اطلاعات برای بازگرداندن سلامت روانی طراحی شده است، درست به همان صورتی که باقی بدن وقتی که صدمه می بیند، از لحاظ فیزیولوژیکی التیام می یابد. به طور خلاصه، آسیب روانی زمانی روی می دهد که نظام پردازش اطلاعات متوقف شده باشد.

رویدادهای آسیب زای زندگی، باعث شکل گیری الگوی بیمارگون عواطف، رفتارها، شناختها، احساسها و ساختارهای مربوطه می شوند. ساختارهای بیمارگون به این علت روی می دهند که اطلاعات پردازش نمی شوند؛ در عوض، اطلاعات آسیب زای را در زمانی که رویداد آزارنده اتفاق افتاده است، به صورت راکد، حل نشده و ثابت اندوزش شده است. تجربیات قدیمی و آزارنده، در وضعیت ویژه حالت، در دستگاه عصبی نگهداری می شوند. بنابراین، آسیب در فیزیولوژی اعصاب «گیر می کند» یا «مسدود می شود» علت اینکه آسیب روانی بعد از واقعه آزارنده ادامه می یابد این است که محرک های روزمره، احساسها و افکار منفی این خاطرات آسیب زای را فرا می خوانند و باعث می شوند که درمانجو هماهنگ با این آسیب عمل می کند. به عبارت دیگر، فقدان پردازش یا حل مناسب، به معنی آن است که درمانجو از لحاظ هیجانی و رفتاری، مطابق با آسیب واکنش نشان می دهد. وقتی که فرد در وضعیت ویژه حالت آزارنده و تحریک کننده متوقف شده باشد، رویدادهای جاری مرتباً آسیب را راه اندازی می کنند و آسیب به صورت کابوس، فلاش بک (بازگشت به گذشته)، افکار مزاحم و رفتار اجتنابی ابراز می شود. بر ای مثال، خانم میانسالی را در نظر بگیرید که در دوره نوجوانی توسط پدر الکلی اش مورد بهر کشی جنسی قرار گرفته است. اگر چه اکنون از لحاظ عقلانی می داند که او دیگر دختر نوجوانی نیست که باید توقعات جنسی پدر الکلی اش را برآورده سازد، ولی این آسیب ادامه می یابد و بر تعامل های او با همسرش اثر منفی می گذارد. چرا که او و پردازش اطلاعات وی در گذشته متوقف مانده اند. خاطرات آسیب زای زیربنای خصوصیات شخصیتی بیمارگون هستند.

از این رو، رفع گرفتگی این نظام و دگرگون کردن خاطرات، ویژگیهای شخصیت را تغییر خواهد داد. برای انجام این کار، یعنی رفع گرفتگی در نظام پردازش اطلاعات با استفاده از روش EMDR بیشتر از حرکات جهشی (ساکادیک) چشم استفاده می شود. علاوه بر این روشهای دیگر رفتار درمانی نیز مورد استفاده قرار می گیرد.

## جنبه های اثر بخش موجود در تکنیک EMDR

**رویارویی کنترل شده:** رویارویی جزئی اساسی از درمان رفتاری، به ویژه در درمان اختلال های پس از ضربه و یا هر گونه خاطره آزار دهنده است. در تکنیک EMDR سعی بر این است که بیماران تصویرهای آسیب دیدگی خود را مکرراً در ذهن بیافرینند و با آنها روبه رو شوند تا بالاخره از برآشفستگی ناشی از آنها خلاصی یابند.

بازخوانی خاطرات آسیب زای، همراه با اطمینان بخشی درمانگر شرایط مناسبی را برای رویارویی های مکرر فراهم می آورد، شرایطی مغایر با تولید پاسخهای اجتنابی که معمولاً بخشی از آسیب شناختی خود اختلال است و در جای خود نیز سبب نگهداری و تحکیم اختلال می شود. افزون بر این، رویارویی برای بیمار یک احساس تسلط به بار می آورد که با آن می تواند در ذهن خود محرک درونی آسیب زای را شناسایی کرده و در جهت تغییر آن بکوشد.

**شناسایی خود سنجی های منفی:** وقتی در جریان درمان، بیماران بتوانند خود سنجی منفی را که از آسیب روانی حاصل شده است شناسایی کنند، این خود می تواند به درک غیرمنطقی بودن آن کمک کند.



**ترکیب مؤلفه های شناخت ، احساس و خاطره:** مرتبط نمودن جنبه های اولیه آسیب از طریق تمرکز بر تصویر ، شناختواره منفی و احساسهای بدنی به بیمار کمک می کند تا به اطلاعات مختل کننده دسترسی پیدا کند. این اطلاعات ، متعاقباً از طریق شناختواره مثبت با اطلاعات هیجانی تصحیح کننده تلفیق می شود و گره می خورد.

### هدف گیری مرحله به مرحله

به منظور بررسی میزان تاثیر و کارائی روش حساسیت زدائی از طریق حرکات چشمی و پردازش مجدد (EMDR) در درمان اختلال استرس پس از ضربه ناشی از جنگ (War-Related PTSD) بعنوان جدیدترین روش درمانی مبتنی بر مواجهه در رویکرد رفتاری-شناختی که در سال ۱۹۸۹ توسط شاپیرو و بعنوان درمان انتخابی PTSD معرفی شده است، تعداد ۲۴ نفر از جانبازان مبتلا به PTSD ناشی از جنگ از میان ۵۵ نفر که دارای پرونده بالینی در کلینیک ویژه جانبازان بودند، بطور تصادفی انتخاب، و پس از همسازی آنها در دو گروه مساوی  $N=21, N=12$  (بر حسب متغیرهای سن، میزان تحصیلات و نوع داروی مصرفی، یکی از گروهها بطور تصادفی بعنوان گروه آزمایش و گروه دیگر بعنوان گروه کنترل انتخاب شدند. هر دو گروه قبل و بعد از اجرای سه جلسه درمانی با روش EMDR بر روی گروه آزمایش با مقیاس های تشخیص و درجه بندی PTSD، واحدهای اضطراب ذهنی (SUD)، صحت و اعتبار شناخت ها (VoC) مورد ارزیابی قرار گرفتند. ضمن آنکه از مقیاس های همیلتون برای ارزیابی افسردگی و اضطراب نیز در پس آزمون هر دو گروه استفاده شد. یافته های حاصل از پژوهش مبین آن بود که گروه آزمایش در پس آزمون خود نسبت به پیش آزمون، و در پس آزمون، در مقایسه با گروه کنترل کاهش معنی دار در شدت علائم PTSD، اضطراب ذهنی و شناخت منفی نشان داد. همچنین کاهش میزان اضطراب و افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس آزمون معنی دار بود. بطور کلی فرضیه های این پژوهش در رابطه با کاهش علائم مربوط به ملاکهای ((ب))، ((ج))، ((د)) و علائم همراه PTSD، و اضطراب ذهنی و شناخت منفی، علائم اضطراب و افسردگی تحت تاثیر روش EMDR در سطحی معنی دار مورد تأیید قرار گرفت) در همه موارد  $P < 0.01$  (علاوه بر این، یافته های دیگر این پژوهش موید وجود همبستگی مثبت و معنی دار در بین اضطراب ذهنی با شناخت های منفی، اضطراب ذهنی با علائم اضطرابی و افسردگی با شناخت های منفی بود. یافته های پژوهش بطور کلی موید تاثیر سریع روش EMDR در کاهش علائم PTSD بوده، و نتایج حاصل همسو با یافته های مربوط به پژوهش های دیگران در این زمینه می باشد. محدودیت های پژوهش بیان و پیشنهادهایی برای انجام پژوهش های دقیق تر ارائه شده است. در پایان به دلیل کوچک بودن حجم نمونه، سه نفر از بیماران که بطور موفقیت آمیز با روش EMDR درمان شده اند، بصورت موردی گزارش گردیده اند.

### آموزش اظهار وجود یا روش آموزش خود ابرازی: (Assertive Training)

اظهار وجود عملاً برای بیان و ابزار همه نوع احساسات به جز اضطراب به کار برده می شود. تجربه نشان داده است که چنین ابرازی به رفع اضطراب می انجامد. آموزش اظهار وجود؛ تکنیکی است که برای رفع اضطراب های حادث از روابط اجتماعی متقابل افراد به کار برده می شود. درمانگر مراجع را وادار می دارد تا بر اساس این فرض احساس و عمل کند که او انسان است و حقوقی دارد و از جمله حق دارد خودش باشد و ازادانه تا جایی که به حقوق دیگران لطمه نزند، احساسات خود را بیان کند. در این شیوه درمانگر با آموزش تمرینات رفتاری به مراجع امکان می دهد تا مطالب و عقاید خویش را قاطعانه ابراز کند و یا اعمال دلخواه خویش را انجام دهد و نیز از او خواسته می شود تا در خارج از جلسه درمان آن ها را عملی کند، اظهار وجود نوعی رفتار تهاجمی است، که ابعاد مثبت و سازنده تر رفتار را نیز شامل می شود. مشاور از طریق گوش دادن به توصیف های مراجع از خودش و نحوه تعاملش با دیگران و نیز از راه بررسی روابط اجتماعی او، نیاز او را به آموزش اظهار وجود تشخیص می دهد. اگر مراجع در قبال موقعیت های خاصی چنان احساس اضطراب کند که نتواند به اظهار وجود بپردازد، مشاور ممکن است با او نقش بازی کند و رفتار مورد نظر را مدل سازی کند. گاهی جسارت به خرج دادن این خطر را در پی دارد که به تنبیه منجر شود. استفاده از پاسخ اندکی مؤثر این احتمال را که جسارت با خصومت و تنبیه مواجه شود را کاهش می دهد. در اینجا درمان جویان هنگام نشان دادن دلخوری یا خشم، باید کمترین هیجان منفی را که برای رسیدن به هدف مطلوب ضروری است ابراز کنند. مثلاً حالتی را در نظر بگیرید که دانشجویی در ساعتی مقرر با استاد قرار دارد و استاد در اتاق خود مشغول کار است. در این جا دانشجو می تواند یواش به در اتاق استاد بکوبد و قرار خود را یادآور شود. احتمال اینکه پاسخ اندکی مرثر موجب عصبانیت شود کم است.

جرات ورزی بر اساس فن شرطی سازی تقابلی ولپ است. یعنی به جای اضطراب، سعی در شرطی سازی پاسخ جرات مندانه داریم. آموزش ابراز وجود برای درمان اشخاصی ابداع شد، که اضطراب آن ها ناشی از ترسی بوده که از برخی وضعیت ها داشتند. از این آموزش برای درمان زنانی که منفعل هستند، مشکلات جنسی، افسردگی و اختلالات زناشویی دارند استفاده شده است.

## کنترل وابستگی

اصطلاح کنترل وابستگی در مورد انواع فنون اسکینری یا عامل به کار می رود. هدف مشترک روش های کنترل وابستگی، کنترل کردن رفتارها از طریق دستکاری پیامد هایشان است. کنترل وابستگی شکل های مختلفی دارد، که موارد زیر بعضی از آن ها هستند:

**۱- شکل دهی:** با پاداش دادن به رفتارهایی که تقریباً به رفتار مورد نظر نزدیک هستند، رفتار مطلوب ایجاد می شود. با تقویت انتخابی رفتارهایی که به تدریج بر رفتار مطلوب نزدیک تر می شوند، رفتار نهایی شکل می گیرد. گاهی به این فن تقویت متوالی (Successive Approximation) هم گفته می شود. با روش شکل دهی می توان ترند ها و عادات پیچیده ای را به حیوانات آموزش داد. همچنین نوزادان بر اساس این روش سخن گفتن را می آموزند.

**۲- وقفه:** با محروم کردن موقتی فرد از وضعیتی که موجب تقویت رفتار نامطلوب می شود، آن رفتار خاموش می شود. برای مثال کودکی که در کلاس مزاحمت ایجاد می کند از کلاس اخراج می شود تا توجه دیگران باعث تقویت رفتار نشود.

**۳- قرارداد وابستگی:** توافق یا قراردادی رسمی بین درمانگر و بیمار، که مشخص می کند انجام برخی رفتارها توسط بیمار، چه عواقبی خواهد داشت. نام دیگر آن قرارداد رفتاری است.

**۴- قانون مادر بزرگ:** این روش اصولاً شبیه این درخواست مادر بزرگ هاست، که اول کار، بعد بازی. به این ترتیب امکان انجام یک رفتار جذاب تر موجب تقویت رفتار مورد نظر می شود. برای مثال به کودک اجازه داده می شود بعد از اتمام کلاس موسیقی، توپ بازی کند. گاهی به این روش اصل پریماک گفته می شود.

## اقتصاد ژتونی

در اقتصاد ژتونی سه نکته مهم را باید رعایت کنیم. نخست آنکه رفتارهای قابل تقویت باید دقیقاً مشخص شوند. دوم آنکه یک تقویت کننده کاملاً تعریف شده (مثلاً ورقه های رنگی، کارت یا سکه) باید تعیین شود. نکته سوم مشخص کردن تقویت کننده های پشتیبان است. این تقویت کننده ها می توانند امتیازات یا چیزهایی باشند که بیماران دوست دارند. اقتصادهای ژتونی با هدف افزایش رفتار مطلوب از طریق کنترل تقویت ها اجرا می شوند. احتمال وقوع رفتار مطلوب اعم از افزایش نظم و ترتیب، مشارکت اجتماعی بیشتر یا بهبود عملکرد شغلی، با دادن ژتون ها افزایش می یابد و در واقع تاثیر اقتصاد ژتونی به این دلیل است که وقتی رفتار فوراً تقویت می شود، تاثیر تقویت خیلی بیشتر خواهد بود.

## انزجار درمانی: (Aversive Therapy)

انزجار درمانی یا درمان اجتنابی یا کنترل بیزاری آور، به نوعی کاربرد اصل منع متقابل، به منظور از بین بردن عادات شرطی در زمینه تفکر و حالات است. از این رو موارد استفاده آن بیشتر در معالجه حالات اضطرابی و اجباری و عادت توجه به چیزهای نامناسب، مثل هم جنس بازی است. این تکنیک همراه کردن یک محرک نامطبوع است، با پاسخ های ناسازگار و غیر عادی. انواع مختلفی از تکنیک های انزجار درمانی وجود دارد که بعضی از آن ها بر اصول شرطی کردن کلاسیک و بعضی از آن ها بر اصول شرطی کردن فعال مبتنی هستند. در مواردی هم ممکن است ترکیبی از هر دو شیوه شرطی کردن به کار گرفته شود. به عبارتی دیگر درمان اجتنابی عبارت است از اجرای اصول بازداری متقابل برای برطرف کردن

رفتارهای نابهنجار، البته به غیر از اضطراب. در این روش در یک زمان مناسب، یک محرک آزار دهنده مثل شوک الکتریکی به بیمار داده می شود. تا از اجرای عادت های نابهنجار اجتناب ورزد. در این تکنیک از محرک های تنبیه کننده، مثل داروها و مخلوط های تهوع آور و شوک الکتریکی استفاده می شود. مثلاً برای مبارزه با عادات شراب خواری، چند لحظه قبل از نوشیدن مشروب به فرد قرص و یا مایعی تهوع آور می خوراند و پس از آن درست در لحظه ای که حالت تهوع قریب الوقوع است به او مشروب نشان می دهند و یا می خوراند. در انزجار درمانی یک محرک غیر شرطی زبان آور (مثلاً قرص تهوع آور) با محرکی که رفتار نامطلوب متداعی است (محرک شرطی)، مثلاً نوشیدن مشروب همراه می شود. در این همراهی فرض بر آن است که یک محرک شرطی نقش علامت دهنده شروع یک حادثه نامطبوع و ترس انگیز را به صورت ریشه داری بر عهده می گیرد. در این حالت محرک شرطی پاسخ نامطبوعی را به وجود می آورد، که با پیامد لذت بخش اصلی ناسازگار است. انزجار درمانی برای از بین بردن وسواس های فکری و عملی، اعتیاد، ناخن جویدن و انحراف های جنسی مؤثر است.

در این روش تاکید در استفاده از تنبیه است. انتقادهای شدیدی بر غیر اخلاقی بودن این روش وارد شده است. یک روش کمتر انزجار آور، حساس سازی نا آشکار (Covert Sensitization) کاتلا است. در این روش شرطی سازی به صورت استفاده از محرک ها و پاسخ های نا آشکار مثل افکار و تصورات می گیرد. حساس سازی نا آشکار به این علت نوعی الگوی تنبیه محسوب می شود، که اولین پاسخ در زنجیره ی پاسخ های ناسازگارانه، صحنه ی بیزار آوری را به دنبال دارد.

## توقف کردن فکر

در این تکنیک از مراجع خواسته می شود تا چشمشان را ببندد و خود را در موقعیتی قرار دهد که در آن افکار اضطراب زا و بیهوده را با خود بازگو می کند. مثلاً از مراجعی که از جمعیت می ترسد، خواسته می شود که به خود بگوید من اکنون دارم به محیط شلوغی وارد می شوم امکان دارد مخاطراتی در پیش باشد. هنگامی که درمانگر حدس می زند که مراجع بخشی از این افکار را به ذهنش فراخوانده است به سرعت بر سرش داد می زند که متوقف کن! داد زدن درمانگر جایگزین رشته افکار مراجع می شود و او برای مدتی نمی تواند به افکار قبلی بر گردد زیرا تصور دو چیز در یک لحظه و در یک ذهن غیر ممکن است. آنگاه مشاور توجه مراجع را به این حقیقت جلب می کند که افکار واقعاً متوقف می شوند. این روش چند مرتبه تکرار می شود و سپس از مراجع خواسته می شود تا کارآمدی آن را بسنجد و هر موقع افکار اضطراب انگیز و ناجور به ذهنش خطور می کند خودش به صورت ذهنی بگوید متوقف کن

## خاموشی یا حذف رفتار

خاموش کردن عبارت است از تضعیف تدریجی و یا حذف یک پاسخ است که از راه عدم تقویت آن صورت می گیرد. واضح است که اگر تکرار با تقویتی همراه نباشد تمایل فرد به تکرار آن پاسخ به مرور زمان کاهش می یابد، تا جایی که آن پاسخ به کلی از بین می رود. البته رفتارهای مختلف به درجات مختلفی به خاموشی می گریند و هر قدر سابقه یک پاسخ در رفتار یک فرد طولانی تر باشد ممکن است آن پاسخ دیرتر به خاموشی گراید. برای مثال کودکی را در نظر بگیرید که هر وقت در کلاس سر و صدا راه می اندازد معلم به او توجه می کند. توجه معلم به او رفتار آشوب گرانه اش را تقویت می کند و در این جا خاموشی یعنی حذف تقویت کننده (توجه معلم) برای کاهش رفتار مخرب (سر و صدا در کلاس)

## شکل دهی رفتار

دی این فن که بر اساس روش کنترل وابستگی و شرطی سازی عامل است، مشاور در صدد است تا رفتار مطلوبی را در مراجع ایجاد کند. برای این کار مشاور به تقویت رفتارهایی می پردازد که فقط شبیه رفتار مطلوب مورد نظر هستند، اما در حال حاضر از خصایص رفتاری او نیستند. همین طور پاسخ هایی که شباهت بیشتری با پاسخ های مطلوب دارند، تدریجاً تقویت می شوند و پاسخ هایی که کمتر شبیه هستند بدون تقویت باقی می مانند. این رویه آنقدر ادامه دارد تا رفتار مورد نظر و دلخواه در فرد مراجع شکل بگیرد. مثلاً در مورد مراجعی که از احساس عدم کفایت شکایت دارد و رنج می برد، می توان نکات مثبت شخصیت و رفتار او را که دال بر کفایت شایستگی و ارزشمندی اوست، و لو آن که برجسته هم نباشد

انتخاب و تقویت کرده و آن هایی را که مبین نوعی عدم کفایت و بی ارزشی است، نادیده گرفت، تا تدریجا احساسات کفایت و شایستگی در او به وجود آید، شخصیت بر آن اساس شکل گیرد و فردی با اعتماد به نفس شود.

## الگو برداری (modeling)

البرت بندورا مبتکر روش الگو سازی یا یادگیری مشاهده ای است، که به ویژه در اصلاح و تغییر رفتار کودکان مؤثر است. مفید ترین کاربرد استفاده از روش الگو سازی، در درمان ترس های غیر واقعی بوده است (انواع فوبی به غیر از فوبی خون). الگو سازی یکی دیگر از روش های مشاوره ی رفتاری است، که بر اساس نظریه و اصول یادگیری اجتماعی و شرطی سازی استوار است. در این تکنیک، مشاور مراجع را با الگوی رفتاری مناسبی مواجهه می کند، تا مراجع اعمال و رفتار الگوی مورد نظر را از راه تقلید بیاموزد. در این فرایند تقویت اعمال تقلید شده و تمرین و تکرار آن ها به یادگیری خصیصه های رفتاری مورد نظر منجر می شود. الگوی مورد نظر می تواند شخص و یا تصاویری از رفتارهای مطلوب باشد، یعنی الگو به صورت نمایشی و زنده و یا به صورت فیلم ارائه شود. در به کار بستن این تکنیک، الگوی ارائه شده باید به اندازه کافی جالب توجه، قوی و اطلاع رسان باشند. برای استفاده از الگوی سازی و مؤثر افتادن آن رعایت چند نکته ضروری است؛ (۱) تعریف که در آن مشاور و مراجع سعی می کنند مشکل را به روشنی تعریف کنند. (۲) تجزیه و تحلیل که در طی آن مشکل تعریف شده مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد و اجزای مختلف آن مشخص می شود و یک قرار داد رفتاری از آن به دست می آید. (۳) الگو سازی؛ که به مثابه یکی از راه های رسیدن به موارد قرار داد است. (۴) تمرین و تکرار که در اینجا مشاور به مراجع کمک می کند تا رفتارهای همان الگو را به عمل و آزمایش در آورد. (۵) آزمودن واقعیت که در طی آن مراجع رفتار خود را در ایفای واقعی می آزماید. (۶) ارزشیابی که مراجع و مشاور مشترکا تعیین می کنند چه موقع طبق قرارداد رفتاری عمل شده است. نظریه ی یادگیری اجتماعی بندورا پلی بود بین رفتار گرایی و شناخت گرایی. به عبارت دیگر روش الگو سازی از فنون رفتاری و شناختی توأما استفاده می کند.

## ایفای نقش

این تکنیک که از اصول یادگیری اجتماعی سود می جوید، مراجع را با نقش های مختلف مواجهه می کند، تا از راه مشاهده رفتارهای الگو، نوعی بصیرت نسبت به رفتار خود کسب کند و سعی کند رفتار فردی را که برایش نقشی ایفا می کند به خود بگیرد. در این صورت تکنیک ایفای نقش نوعی الگو سازی به حساب می آید. مثلا ممکن است مشاور نقش مراجع را ایفا کند و به مراجع فرصت دهد تا چگونگی رفتارها و تعامل های خود را در شیوه عمل مشاور مشاهده کند و به تناسب یا عدم تناسب پاره ای از ابعاد رفتاری خویش پی ببرد. این شیوه عمل را معکوس کردن نقش نیز می گویند. در نوع دیگری از شیوه اجرای تکنیک ایفای نقش گرفتن نامیده می شود. مراجع نقش فرد دیگری را ایفا می کند، که در این صورت این تکنیک قدری با تکنیک الگو سازی متفاوت می شود. بساری از مراجعان ممکن است در زمینه ایفای نقش مقاومت نشان دهند. از این رو مشاور مقدما خودش نقش مورد نظر را ایفا می کند و در مراجع اعتماد به نفس و شهامت لازم را ایجاد می کند، تا بدان وسیله بتواند ایفای نقش را آغاز کند. نوعی از ایفای نقش که درمان مبتنی بر نقش ثابت نامیده می شود، برای تغییر و تحول و یا تقویت خصوصیات شخصیتی در مراجع مورد استفاده قرار می گیرد، که از ابداعات کلی می باشد.

## آموزش تلحیق ضد استرس (آموزش مایه کوبی علیه استرس)

در سال ۱۹۷۷ میلادی، روانشناسی بنام نوواکو این روش را برای رفع پرخاشگری و افسردگی شدید بیماران بستری به کار برد. هر چند این روش را میچنهام بر اساس تحقیقاتش که نشان می داد بیماران می توانند برای اصلاح رفتارشان به گفتگو با خود و خواب آموزشی متوسل شوند و درمانگر ها می توانند به بیماران یاد بدهند که گفتگوهایشان با خویش را عوض کنند، مطرح کرد. هدف این آموزش آن است که با مایه کوبی افراد در برابر فشارهای روانی فعلی و آتی، جلوی بروز مشکلات گرفته شود. با این آموزش افراد می توانند صاحب مهارت های مقابله ای جدیدی شوند و از راهبردهای مقابله ای قبلی خود به نحو احسن استفاده کنند.

## این روش از سه دوره ی دارای همپوشی تشکیل می شود:

**۱- دوره مفهوم بندی:** در این دوره مراجع یاد می گیرد که تهدید ها یا فشارها ی روانی بالقوه را تشخیص بدهد و با آن ها مقابله کند.

**۲- دوره ی مهارت آموزی و تمرین:** مراجع، مهارت های مقابله ای را در درمانگاه تمرین و به تدریج در دنیای واقعی و در مواجهه با عوامل فشار روانی از آن ها استفاده کند.

**۳- دوره ی کاربردی:** فرصت های دیگری در اختیار مراجع گذاشته می شود، تا مهارت های مقبله ای را در شرایط پر استرس مورد استفاده قرار دهد. اساس بهره وری از این روش شامل: آماده سازی شناختی، یادگرفتن مهارت های لازم و کاربرد این مهارت هاست. برای آماده کردن بیماران کتابچه هایی در دسترس آن ها قرار می گیرد، که ماهیت خشم، اضطراب و افسردگی را به زبان ساده شرح می دهد و درمان خشم و پرخاشگری را توضیح می دهد.

## تمرین رفتاری

تمرین رفتاری به روش های مختلفی اجرا می شود. برای مثال، مورو نو نمایش روانی را ابداع کرد، که نوعی نقش بازی کردن است و به بیمار کمک می کند مسایل خودش را حل کند. کلی نیز از نقش درمانی ثابت استفاده کرد. در کل این نقش بازی کردن با تمرین های رفتاری، اهداف رفتاری نداشتند. برای مورو نو فایده نقش بازی کردن، تخلیه درمان بخش هیجانات بود و به تشخیص علل مشکلات بیماران کمک می کرد. نقش بازی کردن برای کلی نیز روشی جهت تغییر ساختار شناختی بیماران بود.

به نظر گولد فرید و دیویسون (۱۹۹۴) تمرین رفتاری چهار مرحله دارد، مرحله اول عبارت است از آماده کردن بیمار از طریق توضیح دادن علت فراگیری رفتارهای جدید، قبولاندن سودمندی تمرین رفتاری به بیمار و کم کردن اضطراب اولیه بیمار در مورد نقش بازی کردن. مرحله دوم انتخاب وضعیت های مورد نظر است. بسیاری از درمانگرها در این مرحله سلسله مراتبی از نقش ها یا وضعیت های قابل تمرین تهیه می کنند. بین این سلسله مراتب و وضعیت هایی که بیمار در آن ها مشکل دارد باید ارتباط مستقیمی وجود داشته باشد.

مرحله سوم تمرین رفتاری واقعی است. بیمار همین طور که در سلسله مراتب بالا می رود، نقش های مقتضی را ایفا می کند و درمان گر در مورد درست بودن عملکردش وی را راهنمایی می کند و به او بازخورد می دهد. گاهی به عنوان یک ابزار کمکی از نقش بازی کردن بیمار، فیلمبرداری می شود. گاهی نیز، درمانگر به عنوان الگو با بیمار نقش بازی می کند. وقتی بیمار در وضعیت مورد نظر تسلط کافی پیدا کرد، به مرحله بعدی سلسله مراتب می رود. در آخرین مرحله بیمار باید از مهارت های جدیدش در زندگی خود استفاده کند. بیمار و درمانگر پس از این تجربه واقعی بحث و تبادل نظر می کنند.

## ارزیابی رفتار درمانی

### نقاط قوت

**اثر بخشی:** شواهد قانع کننده ای وجود دارد که نشان می دهد رفتار درمانی ها و درمان های شناختی رفتاری مؤثرند. در حقیقت رفتار درمانی، درمان انتخابی بسیاری از اختلالات است. اندازه های تاثیر درمان عقلانی-هیجانی و شناخت درمان های دیگر و حساسیت زدایی منظم، اصلاح رفتار و درمان شناختی-رفتاری نشان می دهد که عملکرد مراجعی که تحت یکی از این رفتار درمانی ها قرار گرفته به طور متوسط از عملکرد ۷۵٪ کسانی که تحت این نوع درمان ها قرار نگرفته اند بهتر است.

**کارآمدی:** جنبش رفتار درمانی با مجموعه فنونی وارد صحنه شد که کوتاهتر و کارآمد تر بودند. روان درمانی ۵۰ دقیقه ای مکرر و طاقت فرسا جای خود را به مشاوره های کوتاه تری داد، که روی برخی از شکایت های بیماران متمرکز بودند. در این رویکرد به جای تاکید بر ریشه یابی طاقت فرسای آسیب ها و اخذ طاقت فرسای شرح حال از بیماران، به زمان حال و عمل گرایی بیشتر اهمیت می دادند.

**مجموعه ای از فنون دارای حمایت تجربی:** رفتار درمانی شامل طیف گسترده ای از فنون (از حساسیت زدایی منظم تا بازسازی شناختی) است. رفتار درمانی مجموعه فعالی از روش ها است و شامل سنجش، طراحی، تصمیم گیری و فنون می باشد. درمانگر در این روش درمانی بسیار فعالانه عمل می کند و فقط شنونده نمی باشد. در واقع رفتار درمانی رهبر تهیه راهنما برای درمان هایش است، چرا که فنون دارای حمایت تجربی را می توان به شکل استاندارد اجرا کرد.

**جانشینی نشانه:** رفتار درمانی ها در تاریخ روانشناسی جایگاه مستحکم و ارزشمندی داشته اند، چون مفهوم مقدس جانشینی نشانه را کنار زدند. رفتار درمانی ها نه تنها نشان دادند راه های دیگری به جز دیدگاه روان پویایی وجود دارد، بلکه مدل پزشکی آسیب شناسی و مفاهیم ارجمند بیماری و نشانه ها را زیر سؤال بردند. بعد از سال ها تحقیق مشخص شد که تمام شکایات بیماران نشانه یک بیماری روانی زیر بنایی نیستند، بیماری که اگر در آن توجهی به آسیب های زیر بنایی نشود، دوباره در قالب نشانه ای دیگر نمایان خواهد شد. حمله مستقیم به اضطراب های بیماران لزوماً باعث نمی شود که اضطراب های آنان به شکل و صورت دیگری نمایان شوند. همیشه حمله مستقیم به مشکلات مطرح شده توسط بیماران، مؤثرترین راه نیست، چرا که گاهی ریشه یک اضطراب در همان نگاه اول مشخص نیست.

**دامنه کاربرد:** یکی از مساعدت های رفتار درمانی، توسعه کاربرد درمان بوده است. روان درمانی سنتی مخصوص طبقات میانی و بالایی بود که پول و وقت کافی برای رفع دردهای روان شناختی خود داشتند. همچنین مخصوص دانشجویان زیان آور نسبتاً متفکری بود که خزانه رفتارهای مقابله ای آن ها توسعه یافته بود. هم اکنون حتی افراد کم درآمد دچار عقب ماندگی ذهنی یا بیماری های روانی مزمن نیز می توانند درمان شوند. اگرچه این افراد ممکن است نتوانند زندگی مستقل را بیاموزند، ولی به کمک روش های عامل و اقتصادهای ژتونی می توانند با مؤسسه و بیمارستانی که در آن به سر می برند سازگاری بیشتری پیدا کنند.

## انتقاداتها

گولدفرید و دیویسون (۱۹۹۴) از اصطلاح رفتار درمانی در سطح کلی تری استفاده می کنند و منظورشان از رفتار درمانی، فنون شدیدا رفتاری و شناختی است. این فنون از اصولی گرفته شده اند که به طور تجربی در آزمایشگاه محرز شده اند و کاربردهای بالینی دارند، ولی در مورد میزان ارتباط اصول آزمایشگاهی و فنون رفتار درمانی، اختلاف نظر زیادی وجود دارد.

پیوند کار با علم: بسیاری از رفتار گراها معتقد بودند که رفتار درمانی بر اصول علمی محرز نظریه یادگیری مبتنی است. آن ها می گفتند رویکردهای روان پویشی بر مبنای ذهن گرایی، تبیین های ناپخته ای ارائه می دهند که خیلی با جادوگری تفاوتی ندارند. گاهی اوقات تکرار بیش از حد علمی و آزمایشی بودن رفتار درمانی باعث می شود تا طرفداران پرشورتر رفتار درمانی در ورطه اغراق در مورد علم شان فرو بروند. ولی تمام روش های رفتاری پشتوانه آزمایشی قوی ندارند و بسیاری از آن ها محصول تجربه بالینی می باشند. در عین حال، بسیاری از کارهای رفتار درمانگر ها را با دیدگاه های غیر رفتاری می توان توضیح داد.

**انسانیت زدایی:** خاصیت ماندنی تر جنبش رفتاری، مکانیکی بودن و غیر انسانی بودن آن است. اصطلاحاتی چون پاسخ محرک، تقویت و عامل به این معنا نیستند که درمانگر یا روش مورد استفاده بدون عاطفه، سترون یا غیر انسانی هستند. استفاده منظم از اصول یادگیری و بررسی موارد مشابه حیوانی جهت بررسی ماهیت یادگیری در انسان، نباید به این استنباط سطحی منتهی شود که رفتار درمانگر ها سرد، بی عاطفه، فریبکار و آدم آهنی هستند و بیشتر به اصول یادگیری علاقه مندند، تا خود مراجعان. در تحلیل نهایی؛ باید گفت که هیچ مجموعه فنونی نمی تواند متخصص بالینی را بی نیاز از احساسات بالینی کند.

**کمال درونی:** عده ای گفته اند اگرچه رفتار درمانی بیماران را بهبود می بخشد، ولی موجب رشد و کمال درونی آن ها نمی شود. آن ها می گویند رفتار درمانی موجب تسکین و کاهش نشانه ها می شود و مهارت های اندکی در اختیار بیماران می گذارد و تجربه های خلاقانه ای برای مراجعان به ارمغان نمی آورد. رفتار درمانی اگرچه موجب تغییر رفتارها می شود، ولی درک و فهم افراد را زیاد نمی کند. رفتار درمانگر کاری به درون شخص، ارزش ها، مسئولیت پذیری و انگیزه ها ندارد.

**مشکلات نامشخص:** تا سال ها منتقدان رفتار درمانی گله می کردند که رفتار درمانی به قدر کافی از عهده مشکلات مبهم یا وجودی بر نمی آید. درست است که با آرامش عضلانی، حساسیت زدایی منظم یا الگو برداری می توانیم ترس از مار را برطرف کنیم، اما با احساس مبهم و نامشخص اضطراب و افسردگی چه می شود کرد؟ آیا با فنون رفع کننده اضطراب های خاص یا نقایص رفتاری می توانیم دو راهی های اخلاقی یا احساسی بی معنا بودن زندگی را نیز برطرف کنیم؟ تا حدودی در نتیجه همین محدودیت ها بود که رفتار درمانی شناختی تر شد و حتی بعد روان پویشی تر و انسان گرا تر و اگر در حین شناختی تر شدن، روان پویشی تر شدن و انسان گرا تر شدنش بتواند ارتباط نزدیکش را با نظریه یادگیری، عینی گرای، و تحقیقات علمی حفظ کند، شاید بهترین رویکرد دنیا شود.

**فرایند های ذهنی:** اگرچه عده ای از رفتار درمانگرها به مفهوم ناهشیار علاقه مند شده اند، ولی هنوز رفتار گراهای تند رو فرایند های ذهنی را به طور کامل رد می کنند. در عین حال بسیاری از روانشناسان بالینی رفتار گرا، بازسازی طاقت فرسای گذشته بیماران را توصیه نمی کنند. اما این ادعا را نیز رد نمی کنند که یادگیری های گذشته در مشکلات فعلی افراد نقش دارند. متخصصان بالینی رفتار گرای حساس و دقیق سعی می کنند یادگیری های قبلی افراد را بشناسند. آن ها با این کار می توانند نقایص رفتاری و مشکلات رفتاری را از هم جدا کنند و یادگیری هایی را فراهم آورند که به بیماران کمک می کنند با مشکلاتشان مقابله نمایند.

**دستکاری و کنترل:** یکی از انتقاد های وارده به رفتار درمانی مربوط به قضیه دستکاری و کنترل است. انتقاد مزبور از این قرار است که رفتار درمانی ها، توهینی موزیانه و صریح به ظرفیت تصمیم گیری بیماران، مسئولیت پذیری و شأن و یکپارچگی آنان است. اما بیماران معمولاً خودشان دنبال کمک های حرفه ای هستند و قبول دارند که برای تغییر دادن زندگی شان به کمک و راهنمایی احتیاج دارند. بنابراین بیماران حق دارند روش های پیشنهادی را بپذیرند یا رد کنند. هم چنین هدف بسیاری از فنون درمانی این است که به بیماران کمک شود، مهارت های لازم برای خود فرمانی و خویشتن داری بیشتر را کسب کنند.

**تعمیم:** یک انتقاد بسیار جدی از برخی رفتار درمانی ها بحث عدم اثر بخشی آن ها در موقعیت های دیگر است. به عبارت دیگر آیا تأثیرات برنامه های رفتار درمانی در وضعیت های دیگر هم ادامه می یابند؟ در واقع اکثر روان درمانی های دیگر نیز از این جهت زیر سؤال خواهند رفت. برای مثال بعضی از بیماران در هنگام روان درمانی، بهبود و سازگاری نشان می دهند ولی سازگاری آنان در بیرون تداوم نمی یابد. فنون رفتار درمانی سطحی، ساده انگارانه و حمایتی هستند و تأثیرات با دوامی ندارند. منتقدان می گویند این فنون بیشتر در مؤسساتی کاربرد دارند که مدیریت رفتاری در آن ها اهمیت خاصی دارد و در وضعیت های عادی که خود گردانی و استقلال اهمیت دارند، کارایی ندارند. درمانگران در تلاش برای ایجاد رفتارهای مورد نظر قطع شود.

**آشفته نگینی نظری:** در حال حاضر رفتار درمانی، مخلوطی از فنون است که برخی از آن ها بر گرفته از سنت شرطی سازی عامل هستند و برخی برگرفته از شرطی سازی کلاسیک و برخی نیز به شدت ماهیت شناختی دارند. متخصصان بالینی به یک دیدگاه نظری منظم نیاز دارند، که فنون مختلف را در خود جای دهد، دسته بندی کند و زمان و شرایط استفاده از هر فن را مشخص نماید. این چهارچوب نظری خیلی کارآمد تر از یک رشته قواعد کلی است.



## درمان عقلانی-عاطفی الیس

### نظریه شخصیت

نظریه عقلانی-عاطفی آلبرت الیس یک توجیه منطقی در قالب رابطه ABC (Activating Event – Beliefs-Consequence) است. در این رابطه A؛ حادثه یا واقعه ای است که اتفاق می افتد و فرد را به نحوی بر می انگیزد B، نظام اعتقادی فرد با توجه به حادثه A است و C؛ پیامد عاطفی و یا عکس العمل فرد در مواجهه با A است. الیس معتقد است نظریه پردازان دیگر توجه خود را یا به A یا به C معطوف داشته اند و A علت به وجود آمدن C داشته اند. در صورتی که به اعتقاد او، چیز دیگری باید میان A و C واسطه شده باشد تا C به وجود آید. درمان منطقی – عاطفی الیس به عنوان یک نظریه ی شناختی به فرایند درون ارگانیسم نظر دارد و آن ها را تعیین کننده ی شخصیت می داند. در این نظریه، این محرک یا رویدادهای برانگیزاننده (A) نیستند که اهمیت دارند، بلکه برداشت های فردی و تعبیرهای او از رویدادها (B) هستند که مهمند. یعنی B مستقیماً به C منجر می شود. مثلاً رویداد طرد شدن از طرف یک دوست (A) را در نظر بگیرید. عده ای به این رویداد با افسردگی (C) پاسخ می دهند و عده ای با یافتن دوست های جدید. (C) در این جا رویداد نیست که موجب پاسخ های متفاوت افراد شده است، بلکه برداشتی که این دو فرد از طرد شدن داشته اند (B)، موجب پاسخ های متفاوت آن ها (C) شده است.

به اعتقاد روان درمانی فرایندی است که در آن با تمرکز شدید بر نظام اعتقادی فرد یعنی B و اصلاح آن به تغییر رفتار اقدام می شود. بنابراین، درمان عقلانی-عاطفی الیس یک شیوه جامع در درمان است، که مشکل فرد را از سه دیدگاه شناختی، عاطفی و رفتاری مورد توجه قرار می دهد و سعی می کند که با ایجاد شناخت مطلوب در فرد، اثرات مثبت و منطقی عاطفی و رفتاری در او ایجاد شود، فرد عاطفه به خرج دهد و رفتار مطلوبی داشته باشد.

از نظر الیس باورها و اعتقادات فرد تعیین کننده اصلی رفتار هستند.

### نظریه آسیب شناسی روانی

الیس ترس و اضطراب را به شیوه خاص خود توجیه می کند. در نظر او ترس عبارت است از دنبال کردن عقیده و یا نگرش یا حالات به درون افکنده شده. ترس حالتی پیشگیرانه دارد و شامل این عقیده و آگاهی ذهنی است که اولاً؛ چیزی یا شخصی خطرناک وجود دارد و ثانیاً بهتر است که در مقابل آن چیز خطرناک از خود محافظت کرد. ترس ممکن است طبیعی و عملی باشد و فرد را قادر سازد که با موقعیت برخورد مناسبی داشته باشد. اضطراب کاملاً با ترس تفاوت دارد و شامل عقیده سومی هم می شود. این عقیده سوم آن است که چون فرد ذاتاً احساس بی کفایتی و بی ارزشی می کند نمی تواند با خطراتی که تهدیدش می کند به نحو رضایت بخشی مواجهه شود و در نهایت برای نجات خود کاری انجام دهد. به عبارت دیگر در حالت اضطراب فرد درباره ی خود به ارزشیابی های بدبینانه، منفی بافانه و اخلاقی دست می زند و توان مقابله و مواجهه با مشکل و حل و فصل آن را از خود سلب می کند.

الیس اضطراب و اختلالات عاطفی را نتیجه طرز تفکر غیر منطقی و غیر عقلانی می داند. از این رو تا زمانی که تفکر غیر عقلانی ادامه دارد، اختلالات عاطفی نیز به قوت خود باقی خواهند بود. انسان اختلالات و رفتار غیر منطقی اش را از طریق بازگو کردن آن ها برای خود تداوم می بخشد. به نظر الیس، افرادی که خود را اسیر و گرفتار افکار غیر عقلانی خویش می کنند، احتمالاً خود را در حالت احساس خشم، مقاومت، خصومت، دفاع، گناه، اضطراب، سستی و رخوت، عدم کنترل و ناشادی قرار می دهند. انسان به وسیله اشیاء و رویدادهای خارجی، مضطرب و آشفتگی نمی شود، بلکه دیدگاه و تصویری که او از اشیاء دارد موجب نگرانی و اضطرابش می شود. تمام مشکلات عاطفی افراد از تفکرات جادویی آن ها سرچشمه می گیرد، که از نظر تجربی مفید نیستند. عقاید غیر منطقی و نگرش های کژکار که فلسفه های خود آشفتگی ساز افراد را تشکیل می دهند، دو ویژگی اصلی دارند: اولاً این عقاید، توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتماً بیان می شوند؛ این تفکر الزام آور است. ثانیاً؛ فلسفه های خود آشفتگی ساز که معمولاً حاصل این توقعات هستند. انتساب های بسیار نامعقول و بیش از حد

تعمیم یافته ایجاد می کنند. این یک استنباط فاجعه آمیز است. این عقاید غیر منطقی می توانند پیامدهای بسیار ناراحت کننده ای به بار آورند و خود این پیام ها می توانند رویدادهای برانگیزاننده ای شوند، تا عقاید غیر منطقی باز / آن ها را به صورت فاجعه آمیز تلقی کند و این دور معیوب ادامه یابد و فرد را دچار آسیب کند.

## نظریه فرایند درمان

هدف از روان درمانی آن است که تغییرات مطلوبی در نظام اعتقادی فرد به وجود آورد و متعاقب آن فرد رفتارهای مطلوبی از خود بروز دهد و به نحو مناسبی عاطفه به خرج دهد. پس از خاتمه درمان، انتظار می رود که فرد عقاید غیر منطقی و غیر عقلانی خود را رها کند و به سوی تفکر منطقی و عقلانی روی آورد. انتظار می رود که فرد بسیاری از تاکیدهایش را که در روند اندیشه و رفتار، انتظار از خود و دیگران بر اساس اجبار و الزام و وظیفه توجیه می کند رها کند و نسبت به امور، نگرشی طبیعی کسب کند. علت هر گونه ناراحتی، کزخویی و بد رفتاری را از محیط دیگران بر گیرد و به شیوه تفکر و نگرش خود نسبت دهد و متعاقباً مسئولیت تغییر آن را در خودش بر عهده گیرد. از هر گونه افکار مخرب بپرهیزد و تفکر سازنده تر و منطقی تر داشته باشد. این موضوع را دقیقاً بپذیرد که ذاتا تمایل دارد که به شیوه ای عقلانی و یا غیر عقلانی عمل کند و انتخاب هر یک از این دو به دست خود اوست. از مطلق گرایی و کمال جویی غیر منطقی بپرهیزد و بیشتر به خود بر اساس آنچه که هست و خواست های منطقیش ارزش بدهد، نه بر اساس نحوه عملش و آرمان های بی پایه اش. در واقع از هدف های عمده این روان درمانی آن است که شخص اعتماد به نفس و قدرت تحمل ناملایمات را به دست آورد و خود را به سادگی قربانی هر خیر و شری نکند، بلکه عقل سلیم و استدلال صحیح و منطقی را در اعمال و رفتار خود به کار گیرد.

درمانگر در جلسه درمان با فردی مواجهه است که حادثه نامطلوبی (A) برایش اتفاق افتاده است و دچار پیامدهای ناگوار عاطفی (C) شده است. مراجع طبق نظر الیس، به غلط حالت اختلال عاطفی C خود را به A نسبت می دهد و از افکار غیر عقلانی خود B غافل است. درمانگر که عقیده ای خلاف عقیده مراجع دارد، سعی می کند به او کمک کند تا عقاید غیر منطقی خود را کنار بگذارد و با آن مبارزه کند و عقاید و افکار عقلانی و منطقی تر را جایگزین آن ها کند و در نتیجه به شناخت بهتر و رفتار مؤثر دست یابد.

درمانگر مشکل را از سه بعد شناختی، عاطفی و رفتاری مورد بحث و بررسی قرار می دهد:

۱- درمان شناختی: در بعد شناختی درمانگر مراجع را متوجه غیر منطقی بودنش می کند و به او نشان می دهد که چگونه و چرا به آن حالت در آمده است و نیز رابطه بین عقاید غیر عقلانی را با اختلالات عاطفی و ناراحتی های او نشان می دهد. همچنین درمانگر به مراجع می آموزد که به اجبارها و الزام ها و وظیفه هایی که به آن معتقد است، پی ببرد و بیشتر به شناسایی و پذیرش واقعیت بپردازد. بداند که چگونه از شیوه تجربی و منطقی علم، که همان شیوه علمی است برای حل مشکلاتش استفاده کند.

۲- درمان عاطفی: در بعد عاطفی، درمانگر به عناوین مختلف مراجع را تشویق و وادار می کند، تا عواطف خود را به طور عینی احساس کند و به تغییر ارزش های اساسی خود دست بزند. در این جا به مراجع نشان داده می شود که عواطفش به خاطر عقاید نامطلوب خودش به وجود آمده است. برای این کار درمانگر از شیوه های متعدد مثل ایفای نقش (برای نشان دادن نحوه پذیرش غلط و تاثیر آن در ارتباط با دیگران)، الگو سازی (برای نشان دادن نحوه پذیرش ارزش های مختلف)، شوخی و بذله گوئی (به منظور خط بطلان کشیدن بر عقاید اضطراب آور مراجع)، پذیرش غیر شرطی (برای نشان دادن پذیرش صمیمانه مراجع توسط درمانگر)، نصیحت و ترغیب (برای دور شدن از تفکرات ابلهانه) و ... استفاده می کند.

۳- درمان رفتاری: در این بعد درمانگر مستقیماً به اعمالی دست می زند تا مراجع رفتاری متفاوت با رفتار غیر عادی خود بروز دهد و بدین وسیله در رفتار او تغییری حاصل شود. برای رسیدن به این منظور از پاره ای از روش های رفتار درمانی نظیر تعیین تکلیف، خطر کردن، تصور کردن خویش در موقعیت های ناخوشایند و اضطراب آور، شرطی کردن فعال و کلاسیک و ... استفاده می شود. الیس در جریان درمان از تکنیک های تداعی آزاد، تحلیل خواب، تعبیر و تفسیر روابط انتقالی استفاده نمی کند. در زمینه بصیرت، درمانگر به مراجع کمک می کند تا به سه نوع بصیرت عمده دست یابد اول آنکه متوجه شود که این رفتار غیر عادی او گرچه در گذشته سابقه داشته است، ولی به دلایلی در زمان حال هم تداوم دارد

و در رفتار او اثر می‌گذارد. دوم آنکه مراجع به این بصیرت دست یابد که خود او در تداوم بخشیدن به مشکلش نقش اصلی را بر عهده دارد و زمزمه کردن افکار غیر عقلانی و غیر منطقی با خودش و انجام اعمال مخرب به بقای مشکل کمک می‌کند. بالاخره بصیرت نوع سوم آن است که مراجع به صراحت اعتراف کند که تنها کسی می‌تواند ناراحتی و اضطراب‌های او را تخفیف دهد یا از بین ببرد فقط خو اوست. روابط میان مراجع و درمانگر صمیمانه و شیوه کار بسیار مستقیم فعال و رهنمودی است. درمانگر با مراجع برخوردی غیررسمی دارد، بدون هیچ گونه شک و شبهه نظرات خود را ارائه می‌دهد و در صورت لزوم با عقاید مراجع به مخالفت می‌پردازد. گرچه رابطه گرم عاطفی و علاقه درمانگر به مراجع مهم است، ولی توجه درمانگر به مشکل مراجع و نحوه برخورد با آن از اهمیت بیشتری برخوردار است و رابطه گرم و عمیق میان درمانگر و مراجع شرط لازم و کافی برای تغییر شگرف شخصیت به حساب نمی‌آید.

در درمان اختلالات روانی، تقریباً از یک شیوه برای حل تمام مشکلات استفاده می‌شود. مشکل از هر نوعی که باشد. درمانگر هیچ وقت زیادی صرف جستجو در آن مشکل و سوابق قبلی آن نمی‌کند و علاقه‌ای به شنیدن احساسات و عواطف همراه با آن ندارد، بلکه به سرعت و فعالانه مراجع را وادار می‌کند تا به عقاید بنیادی و فلسفه‌های زیر بنایی آن مشکل دقیقاً توجه کند و با آن به جدال برخیزد.

در درمان منطقی-عاطفی، الگوی ABC آشتی‌نگی انسان، (Disputing) D را دنبال دارد؛ یعنی مقابله کردن با عقاید غیر منطقی افراد. این فرایند آن‌ها را به (Effective new philosophy) E می‌کشاند. که عبارتست از: فلسفه‌ی جدید، نتیجه بخش، که مجموعه‌ای منطقی از عقاید ترجیحی است. پس فرایند درمانی عبارتست از: شناسایی عقاید غیر منطقی، که موجب آشکار شدن نشانه‌ها می‌شود، مقابله قاطعانه با آن‌ها و عوض کردن آن‌ها با عقاید منطقی‌تری، که در مجموع فلسفه‌ی جدید و نتیجه بخش زندگی را تشکیل می‌دهد.

## شناخت درمانی آرون.تی.بک

روش شناخت درمانی آرون.تی.بک، به طور عمده برای درمان افسردگی ابداع شده است. یک روش خود را در درمان مشکلات اضطرابی، هیستیری، اختلالات وسواسی، اختلالات روان تنی و فوبی ها به کار بسته است. به نظر بک، جنبه های شناختی از قبیل برداشت منفی فرد از محیط خارج، کم بها دادن او به خود و نومییدی کلی وی درباره آینده، بیش از آنکه نتیجه احساس افسردگی باشد، به چنین عواطفی دامن می زند. بک به جای عقاید غیر منطقی الیس، ترجیح می دهد از شناخت های ناسازگارانه، نگرش های کژکار، یا در مورد افسردگی از فرض های دپرسوژنیک صحبت کند. به نظر او افراد افسرده هدف های بالا و دشواری برای خود انتخاب کرده و خود را به خاطر نرسیدن به این هدف های غیر واقع بینانه سرزنش و تحقیر می کنند. به تدریج نوعی احساس نا توانی و بیچارگی به فرد افسرده دست می دهد و به نومییدی و احساس شکست کامل او منجر می گردد.

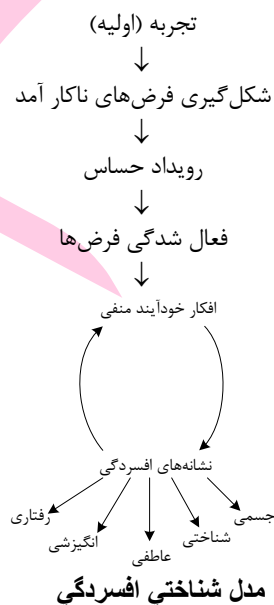
به طور کلی از دید بک دو مکانیسم موجب افسردگی می شود:

### ۱- مثلث شناختی

فرد افسرده درباره خود، محیط و آینده افکار منفی دارد، که به این افکار مثلث شناختی گفته می شود. افکار منفی درباره خود عبارت است از اعتقاد فرد افسرده به این که او معیوب، به درد نخور و بی کفایت است. افکار منفی درباره محیط شامل تعبیر اوست، که آنچه اتفاق می افتد نا گوار است. او موانع جزئی را به صورت موانع غیر قابل گذار تعبیر می کند و بالاخره نگرش منفی نسبت به آینده نگرش درماندگی است.

### مدل شناختی افسردگی

در مدل شناختی بک نظر بر آن است که تجربه در افراد، به تشکیل فرضها و یا طرحوارههایی درباره خویشتن و جهان می انجامد و این فرضها یا طرحوارهها، خود، در سازمان بندی ادراک و در کنترل و ارزیابی رفتار، مورد استفاده قرار می گیرند. توانایی پیش بینی تجربه های فردی و معنی بخشیدن به آنها امری سودمند و در واقع ضروری برای کارکرد بهنجار است.



اما برخی از فرضها انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییرند و در نتیجه «ناکارآمد» یا نابارور هستند. فرض‌های ناکارآمد به تنهایی نمی‌توانند پیدایش افسردگی مرضی را توجیه کنند. مسائل، موقعی مطرح می‌شوند که اتفاقات مهمی بیفتند، اتفاقاتی که با نظام اعتقادی خود فرد سازگاری داشته باشند. وقتی فرض‌های ناکارآمد فعال شدند، «افکار خود - آیند منفی» را بر می‌انگیزند - از این نظر به این افکار «منفی» می‌گوییم چون با هیجان‌های ناخوشایند مربوط هستند و از این نظر به آنها «خود - آیند» می‌گوییم چون خود به خود به ذهن افراد می‌آیند و برخاسته از هیچ‌گونه فرآیند استدلال آگاهانه‌ای نیستند. این افکار، ممکن است تفسیرهایی از تجارب جاری باشند یا پیش‌بینی‌هایی درباره‌ی رویدادهای آینده و یا یادآوری چیزهایی که در گذشته اتفاق افتاده‌اند و این افکار به نوبه‌ی خود، سایر نشانه‌های افسردگی را پدید می‌آورند: مانند نشانه‌های رفتاری (کاهش در سطوح فعالیت، کناره‌گیری) نشانه‌های انگیزشی (بی‌علاقگی، رخوت)، نشانه‌های هیجانی (اضطراب، احساس گناه)، نشانه‌های شناختی (اشکال در تمرکز، عدم قدرت در تصمیم‌گیری) و نشانه‌های جسمی (بی‌اشتهایی و بی‌خوابی). با پیشرفت افسردگی، افکار خود - آیند منفی هر چه بیشتر زیاد و شدید می‌گردند و افکار منطقی‌تر هر چه بیشتر ناپدید می‌شوند. خود این فرایند به گسترش فزاینده‌ی دامنه‌ی خلق افسرده منجر می‌شود و بدین ترتیب دور باطلی شکل می‌گیرد. شناخت درمانگر این دور باطل را درهم می‌شکند. بدین منظور او به بیمار یاد می‌دهد که افکار خود - آیند منفی خود را مورد سؤال قرار دهد و بعد با فرض‌هایی که آن افکار براساس آنها شکل گرفته‌اند به چالش بپردازد.

## ماهیت افکار خود - آیند منفی

محتوای تفکر افسرده‌ساز برحسب «مثلت شناختی»، طبقه‌بندی شده است. این مثلث، شامل نگرش مخدوش و منفی نسبت به موارد زیر می‌شود:

۱- خویشتن («به هیچ دردی نمی‌خورم»);

۲- تجارب فعلی («هیچ یک از کارهایی که می‌کنم درست از آب در نمی‌آید»); و

۳- آینده («هیچ وقت حالم بهتر نخواهد شد»).

افکار خود - آیند افسرده‌ساز، مشخصاتی دارند که در چگونگی اجرای درمان و ارتباط بین درمانگر و بیمار، اثر می‌گذارند. این افکار، جنبه‌ی عادی پیدا می‌کنند و بنابراین تشخیص‌شان ممکن است دشوار باشد. خودآیند و غیرارادی هستند و بنابراین کنترل آنها مشکل است. توجیه‌پذیر به نظر می‌رسند: مخصوصاً موقعی که هیجان‌های همراه، شدید باشند و بنابراین مبارزه با آنها دشوار است و بالاخره در پاسخ به طیف وسیعی از محرکها و از آن جمله به خود درمان، برانگیخته می‌شوند. بدین ترتیب، طرح مسأله ختم درمان، ممکن است به عنوان طرد از خویشتن، تفسیر شود («می‌خواهد از شر من راحت شود») و بیمار ممکن است از انجام تکالیف هفتگی طفره برود، چون پیشاپیش همه چیز را محکوم به شکست می‌داند.

افکار خود - آیند منفی برخاسته از خطاهای پردازشی است. این خطاها باعث می‌شوند که دریافته‌ها و برداشت‌های تجربه، مخدوش گردند.

## ۲- خطاهای شناختی

نظریه شناختی یک درباره افسردگی و سایر اختلالات عاطفی حاکی از این است که افراد افسرده و افراد دارای سایر اختلالات عاطفی دچار خطاهای شناختی می شوند، که چند مورد از آن ها در زیر ارائه می گردد:

**-استنباط دلخواهی:** یعنی نتیجه گیری بر اساس شواهد ناکافی.

**-انتزاع انتخابی:** یعنی تاکید بر یک جنبه کم اهمیت موقعیت و نادیده گرفتن جنبه های مهم آن.

**-تعمیم افراطی:** یعنی نتیجه گیری های کلی فرد درباره ارزش یا توانایی.

**-بزرگ جلوه دادن یا کم جلوه دادن:** یعنی رویدادهای بد اندک را بزرگ کردن، و رویدادهای خوب زیاد را کم جلوه دادن

**-شخصی کردن امور:** یعنی مسئولیت رویدادهای بد هستی را به گردن گرفتن.

**-تفکر دو مقوله ای:** هر چیزی که در یک انتها یا انتهای دیگر قرار دارد (سفید یا سیاه، خوب یا بد)

مهم ترین مرحله در روش درمانی بک، کمک به مراجع برای شناخت افکار غلط و تصورات ناسازگارانه مولد مشکل است. پس از تشخیص افکار یا تصورات غلط، چندین روش برای اصلاح آن ها و رفع مشکل درمانجویانه به کار بسته می شود. یکی از فنون درمانی بررسی واقعیت یا فرضیه آزمایی است. در این فن درمانی به مراجع کمک می شود تا باورها و افکار ناراحت کننده خود را فرضیه هایی تصور کند و آن ها را به طور آزمایشی بیازماید. فرض بک بر این استوار است که اکثر درمان جویان متوجه خواهند شد که افکارشان غلط بوده است و پس از اصلاح این افکار غلط مشکلاتشان برطرف خواهد شد.

بک در درمان خود از یک سری فنون استفاده می کند؛ در روش فاصله گیری به بیمار یاد داده می شود که به صورت عینی با افکار ناراحت کننده برخورد کرده و آن ها را مورد ارزیابی مجدد قرار دهد. نه اینکه آن ها را به صورت خودکار بپذیرد. در فن انگار که (as if) درمانجو ترغیب می شود طوری در مورد خودش فکر کند انگار که تجارب خود را بازسازی کرده و به موفقیت رسیده است. بک برخلاف روش مواجهه ی مستقیم ایس، عمدتاً از گفتگوی سقراطی استفاده می کند. درمانجو از طریق یک رشته سؤال های ظریف و سنجیده به سمت کسب دستاوردهای شخصی هدایت می شود، این روش به تجربه باوری همیارانه معروف است. به عقیده بک علت اصلی بیماری های روانی، شناخت های ناسازگارانه و نگرش های منفی است.