

تغییر رفتار و رفتار درمانی

www.ketab.ir

تالیف : میثم لروتد

سرشناسه	لروند، میثم، ۱۳۶۴-
عنوان و نام پدیدآور	تغییر رفتار و رفتار درمانی/تالیف میثم لروند
مشخصات نشر	تهران: روانشناسان، ۱۴۰۱
مشخصات ظاهری	۱۴۴ ص؛ ۵/۲۱×۱۴
شابک	۹۷۸-۴-۸-۹۹۲۱۵-۶۲۲-۲۴۰۰۰ ریال
وضعیت فهرست نویسی	فیا
یادداشت	MYSAM LORVAND, BEHAVIOR MODIFICATION AND BEHAVIOR THERAPY. ص به انگلیسی
یادداشت	کتابنامه
موضوع	رفتار -- تغییر و تعدیل Behavior modification رفتار درمانی Behavior therapy
رده بندی کنگره	BF۶۳۷
رده بندی دیویی	۱۵۳/۸۵
شماره کتابشناسی ملی	۸۸۰۸۸۴۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی	فیا

www.ketab.ir

نشر روان شناسان

ravanshenasan.pub@gmail.com

تغییر رفتار و رفتار درمانی

تألیف: میثم لروند	چاپ و صحافی: عرفان
ناشر: روان شناسان	شمارگان: ۳۰۰
نوبت چاپ: اول، بهار ۱۴۰۱	تعداد صفحات: ۱۴۴
شابک: ۹۷۸-۴-۸-۹۹۲۱۵-۶۲۲-۲۴۰۰۰	قیمت: ۲۴۰۰۰ تومان

فهرست مطالب

۷	تغییر رفتار
۱۶	جدول اهداف احتمالی مواجهه-درمانی
۳۰	کنترل تفکرات منفی
۳۸	بررسی شواهد مربوط به تفکرات منفی
۴۱	شناسایی استثناهای غیرواقعی
۵۰	تعادل بین ساختار و انعطاف پذیری
۵۳	فراهم کردن امید و انتظارات مثبت برای تغییر
۵۵	ارتقای تجربه گرایی مشارکتی
۵۷	استفاده از رابطه به عنوان مقیاسی برای تغییر
۵۹	برنامه ریزی درمان، تعیین هدف و قرارداد درمانی
۶۳	مراحل در تعیین اهداف و برنامه ریزی درمانی
۷۲	بالا بردن مهارت ها
۸۱	راه کار هایی برای زمانبندی فعالیت
۸۸	تمرین مبتنی بر شواهد از درمان رفتار شناختی

۹۳	مهارت آموزی و تمرین
۹۴	مهارت آموزش ارتباطات
۹۶	تغییر تفکر دو گانه نگری به تفکر تدریجی
۹۸	کاربرد احساسات و استدلال احساسی
۱۰۰	درمان شناختی مبتنی بر آزمایش
۱۰۲	تولید و ارزیابی افکار جایگزین
۱۲۳	تدابیر مدیریت اطمینان حسی
۱۲۹	روش های به حداقل رساندن اجتناب
۱۳۳	فعال سازی رفتاری
۱۳۸	زمینه اجتماعی
۱۴۳	منابع

تغییر رفتار

بیشتر افراد از شرایط هراسناک رفتارها، ناراحتی‌ها و مشکلات دیگر، اجتناب می‌کنند. کناره‌گیری می‌تواند به کاهش تنش در کوتاه مدت کمک کند اما معمولاً منجر به افزایش مشکلات در طولانی مدت می‌شود. در این فصل ما به بررسی مواجهه درمانی و روش‌های حداکثر سازی کارایی این گونه درمان، مانند شناسایی و کاربری صحیح و کاهش رفتارهای ایمنی می‌پردازیم. ما مفهوم مواجهه هوشمندانه و چگونگی کمک به مراجعین در کنترل و پذیرش احساسات، تفکرات، و شرایطی که معمولاً از آن‌ها اجتناب می‌کنند را معرفی می‌کنیم. همان‌طور که در فصل ششم گفتیم، درمان‌های رفتاری می‌توانند به

مراجعه در افزایش دانش، مهارت، رفتارهای ارتقای تغییرات، و یا کمک به کاهش کناره‌گیری و رفتارهای مشکل دار، کمک کنند. تقسیم‌بندی در این متن بر اساس ضرورت تقریبی و تا حدودی مصنوعی می‌باشد، چرا که حوزه‌های هم‌پوشانی در میان عناصر شناختی و رفتاری تغییرات، و همچنین انواع مختلف استراتژی‌های رفتار، وجود دارد. یک فعل و انفعال در میان همه مؤلفه‌های درمانی مشاهده می‌شود که امیدوار هستیم منجر به ایجاد نتیجه درمانی شود که بیش از مجموع همه اجزای آن باشد. محققان تلاش می‌کنند که مؤلفه‌های مؤثر درمان را برای تعیین باردهی‌های مسمی هر کدام از یکدیگر تفکیک کنند، که این یک فعالیت بسیار متفاوت است. پزشکان معمولاً نمی‌توانند پیش‌بینی کنند که کدام استراتژی‌ها برای یک بیمار منفرد می‌تواند مؤثرتر و مفیدتر باشد. چیزی که در یک فرد معمولی به یک آزمایش کلینیکی رندوم مناسب است، ممکن است برای مراجعه‌کننده شما موثر نباشد. در نتیجه، شواهد آزمون‌های رندوم نشان‌دهنده استراتژی‌های مداخله‌ای احتمالی است، اما فرمول بندی موردی کلینیکی می‌تواند شما در برنامه‌ریزی اقداماتی که احتمالاً برای بیمار شما مناسب‌تر است، کمک نماید. نیات رفتاری برای کاهش کناره‌گیری درمانگر

های کارآمد شناختی-رفتاری می‌دانند که چگونه باید کناره‌گیری را مدیریت کند-چه در جلسات درمانی و چه در زندگی مراجعین پس از جلسات. بدون توجه به مشکلات خاص موجود، اجتناب از احساسات استرس‌زا، تجربیات، تفکرات مخاطرات، و یا شرایط تنش‌زا یک امر طبیعی است. کناره‌گیری (اجتناب) ویژگی اصلی همه اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت اجتنابی می‌باشد، اما همچنین در بیشتر اختلالات دیگر و مشکلات غیر کلینیکی زندگی نیز به وجود می‌آید. مراجعین ممکن است مواجهه با یک مشکل در محیط کار، درخواست ملاقات با کسی که دوستش دارند، درخواست برای یک شغل جدید، و یا تغییرات دیگر در زندگی خودشان را به تأخیر بیندازند، حتی اگر آن‌ها منجر به بهسازی طولانی‌مدت و تغییرات مثبت در زندگی آن‌ها شود. همه تغییرات شامل "بده بستان" بین وضعیت حاضر و ریسک پذیری هستند، و اجتناب از ریسک برای بسیاری از افراد یک امر طبیعی است. کناره‌گیری (اجتناب) منجر به کاهش اضطراب در کوتاه مدت می‌شود اما آن را در طولانی مدت حفظ می‌کند. همچنین، کناره‌گیری منجر به عزت نفس پایین و احساسات منفی مثل حالت افسردگی، عذاب وجدان، و یا سردرگمی می‌شود. درمان

رفتاری-شناختی یک روش مبتنی بر تحقیقات از؛ و در نتیجه کاهش کناره‌گیری از مؤلفه‌های اصلی همه اقدامات درمانی به شمار می‌رود. دو نوع از اقدامات رفتاری که اختصاصاً کناره‌گیری یا رفتار اجتنابی را به تأخیر می‌اندازند، درمان‌های مواجهه‌ای و فعالسازی رفتاری هستند. همه درمانگرهای شناختی-رفتاری از کناره‌گیری‌های بالقوه مراجعین خودشان آگاه هستند. کناره‌گیری می‌تواند بسیار ظریف باشد، مانند اجتناب از برخی از موضوعات، حالت‌های احساسی و یا خاطرات در طول یک جلسه. مراجعین می‌توانند به صورت تعمّدی و یا بدون برنامه‌ریزی، با استفاده از مزاج، پرت کردن حواس طرف مقابل و یا تغییر موضوع، از موضوع اجتناب کنند. ما در اینجا به یک درمان مواجهه‌ای-اقدام کلیدی اشاره خواهیم کرد. درمان مواجهه‌ای (مواجهه-درمانی) احتمالاً مؤثرترین استراتژی است که درمانگرهای شناختی-رفتاری در گنجینه خود دارند؛ با این حال، چندان از آن استفاده نمی‌شود. درمانگرها از مواجهه-درمانی بسیار کمتر از چیزی استفاده می‌کنند که در مقالات تجربی پیشنهاد شده است، و این احتمالاً ناشی از تفکر نادرست در خصوص استفاده از آن است. مواجهه درمانی اقدامات مبتنی بر مواجهه از مهم‌ترین مؤلفه‌های مورد مطالعه و کاربردی

برای درمان شناختی - رفتاری هستند و معمولاً به عنوان یک درمان مستقل به کار گرفته می‌شوند. این درمان می‌تواند صرفاً به صورت قرارگیری در معرض یک محرک هراس آور با هدف خو گرفتن اضطراب روان‌شناختی، کاهش ترس و ایجاد فرصت برای یادگیری وقوع تعریف شود. فرایه‌ایت، وای، سوان (۲۰۰۴) به بررسی روان‌شناسانه سطح دکترای پرداختند که اغلب مراجعین خود را که دارای اختلال اضطراب بودند با روش خودشان درمان می‌کردند. بیشتر پاسخ‌دهندگان (۷۱٪) خود را دارای جهت‌گیری شناختی-رفتاری می‌دانستند. برای درمان اختلال ترس، ۷۰٪ از این درمان‌گرها گزارش کردند که از بازسازی شناختی استفاده می‌کنند و ۷۱٪ از آموزش‌های آرامش‌بخش بهره می‌گرفتند، درحالی‌که تنها ۱۲٪ از مواجهه تحریک‌کننده استفاده می‌نمودند. برای اختلال اضطراب اجتماعی، ۶۹٪ از بازسازی شناختی و ۵۹٪ از آموزش آرام‌بخش استفاده می‌کردند و تنها ۳۱٪ از مواجهه درون-تنی بهره می‌گرفتند و به ترتیب هفت و یک درصد از مواجهه درمان‌گر-محور و گروهی استفاده می‌کردند. مجموعاً ۲۶٪ از نمونه ما عنوان کردند که هرگز از روش مواجهه و پیشگیری از واکنش برای اختلال وسواس فکری-عملی استفاده نکرده‌اند. این نتایج نشان

می‌دهند هر چند که درمانگرها ممکن است از پشتیبانی تجربی و پیشنهادات درمانی برای اختلالات اضطرابی آگاه باشند، اما تصمیم می‌گیرند که از استراتژی‌های دیگری به جز مواجهه بهره بگیرند. هبری و کیهیل (۲۰۰۷) به بررسی مشکلات اشاعه درمان‌های مواجهه‌ای و همچنین موانع دیگر برای استفاده از آن‌ها پرداختند. درمانگرها معمولاً از روش‌های مواجهه به دلایل بخصوص این بهره نمی‌گیرند. آن‌ها شامل اضطراب درمانگر به خصوص در مورد مراجعین بسیار مضطرب یا اجتنابی و مراجعین دارای اختلال استرس ضایعه پیشین/پس از اعضای هست هستند. این اضطراب معمولاً شامل یک پیش‌بینی منفی است مبنی بر اینکه مواجهه ممکن است آسیب دوباره به بیمار بزند و یا علائم او را بدتر کند. درمانگر به راحتی ممکن است از استراتژی‌های مواجهه صرف‌نظر کند، به خصوص اگر بیمار تمایلی به مواجهه با ترس‌های خود نداشته باشد. شما باید مراقب تصورات خود در هنگام آغاز درمان مواجهه‌ای باشید و از پیش‌بینی‌های منفی با نگرش "منتظر باش و ببین" اجتناب کنید. شما می‌توانید یک روش مناسب مبتنی بر شواهد را برای مواجهه مدلسازی کنید. شما با داشتن موفقیت‌هایی در این روش احتمالاً آن را بیشتر و با اطمینان بالاتر به کار

خواهیم گرفت. به طور خلاصه، مطلقاً هیچ شواهدی وجود ندارد مبنی بر اینکه مواجهه-درمانی منجر به وخیم تر شدن علائم و یا مسائلی مانند عدم جبرانگری شود، بلکه شواهد قابل ملاحظه‌ای برای عکس این مطلب وجود دارد. ریسک بالاتر، عدم دسترسی به یک درمان مؤثر برای مراجعین است. مکانیسم تغییرات در مواجهه، انکار زوجیت اساسی محرک مشروط و بی‌قید و شرط نیست، بلکه یادگیری نوینی است که اتفاق می‌افتد. برای چندین دهه، پیشنهاد اصلی در مواجهه-درمانی عبارت بود از مواجهه سیستماتیک و تدریجی در طولانی‌مدت. این روش می‌تواند منجر به تسهیل یادگیری نوینی با آغاز اشاره الگوهای کناره‌گیری بیماران در جلسه مواجهه‌ای شود. تحقیقات جدید در مورد مواجهه-درمانی نشان داده است که برخی از این پیشنهادات ممکن است ضروری نباشند. به عنوان مثال، کراکانسکی و همکارانش (۲۰۱۲) دریافتند که مواجهه رندوم و متغیر منجر به ایجاد نتایجی مشابه مواجهه سیستماتیک تدریجی سستی برای دانشجویان دارای ترس می‌باشد. کراسکه و همکارانش (۲۰۱۴) به بازبینی مقالات پرداختند و روش‌هایی را برای حداکثر سازی اثرات مواجهه درمانی پیشنهاد کردند. در میان پیشنهادات دیگر، آن‌ها به بحث در مورد استفاده

از " نقض انتظار " برداختند که شامل عدم انطباق میان انتظار و نتیجه است. چنانچه نتیجه هراسناک بیمار اتفاق نیفتد، او یادگیری مؤثرتر خواهد داشت. بدین ترتیب، جلسات مکرر و طولانی مواجهه ممکن است مورد نیاز نباشند، بلکه اگر نتایج منفی گاهی اتفاق بیافتد، این می‌تواند برای یادگیری بیمار مفید باشد نه مخرب. درحالی‌که کناره‌گیری با یادگیری جدید در تداخل است، و همکارانش عنوان می‌کنند که روش‌های شناختی ممکن است زیان‌آور باشند چرا که به بیماران کمک می‌کنند که معتقد باشند که یک نتیجه هراس آور ممکن است اتفاق بیفتد و در نتیجه یاد نمی‌گیرند که آن را تحمل کنند. برای مثال اگر یک بیمار پیش‌بینی کند که یک اشتباه اجتماعی انجام خواهد داد و خجالت خواهد کشید، درمانگر می‌تواند به بیمار کمک کند که این احتمال را برآورد نماید که یک اشتباه اجتماعی را انجام دهد، و به ایجاد روش‌هایی برای کاهش اشتباهات کمک خواهد کرد. این روش‌ها می‌توانند مانع از آن شوند که بیمار حقیقتاً اشتباهی انجام دهد و همچنین مانع از یادگیری اینکه نتیجه هراس آور وی قابل تحمل است، و اینکه او می‌تواند آن را مدیریت کند. در نتیجه، اشتباه کردن در برخی موارد (نقض انتظار) می‌تواند به یادگیری کمک کند.