

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandooon.com](http://www.kandooon.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

دانشگاه تربیت معلم  
دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی

موضوع :

رفتار درمانی و تغییر و اصلاح رفتار

استاد : خانم دکتر نوابی نژاد

درس: نظریه های مشاوره و روان درمانی

دانشجو : فراهیم محسن زاده

نیمسال دوم سال تحصیلی ۸۲ - ۸۱

## فهرست

صفحه	عنوان
۱	تاریخچه
۴	مفاهیم بنیادی نظریه رفتار درمانی
۴	نظریه شخصیت
۵	ماهیت انسان
۷	مفهوم اضطراب و بیماری روانی
۸	ماهیت روان‌درمانی در رفتار درمانی
۹	فرآیند درمان
۱۳	ارزیابی در رفتار درمانی
	تکنیکهای رفتار درمانی
۱۵	روشها و فنون برخاسته از شرطی سازی پاسخگر
۱۵	حساسیت زدایی منظم
۱۶	آموزش جرأت ورزی
۱۸	مواجهه تدریجی
۱۸	غرقه سازی
۲۰	انزجار درمانی

- روشها و فنون برخاسته از شرطی سازی کنشگر.....
- ۲۱ ..... روشهای افزایش رفتارهای مطلوب موجود
- ۲۱ ..... روش تقویت مثبت
- ۲۲ ..... روش تقویت منفی
- ۲۳ ..... اقتصاد ژتونی
- ۲۴ ..... قرارداد رفتاری
- ..... روشهای ایجاد رفتارهای تازه
- ۲۵ ..... روش شکل دهی رفتار
- ۲۶ ..... روش زنجیره سازی رفتار
- ..... روشهای کاهش و حذف رفتارهای نامطلوب
- ۲۶ ..... روشهای مثبت کاهش رفتار
- ۲۸ ..... روشهای منفی کاهش رفتار
- ۳۰ ..... کارآیی رفتاردرمانی برای اختلال های ویژه
- ۳۴ ..... فهرست منابع

## رفتار درمانی و تغییر و اصلاح رفتار

تاریخچه: تاریخچه به کارگیری رویکرد رفتاری را می توان به سه بخش تقسیم کرد. جزء اصلی رویکرد رفتاری شرطی سازی کلاسیک<sup>۱</sup> یا شرطی سازی پاسخگو نام دارد که بر پایه کارهای پاولف (۱۹۴۰) و هال (۱۹۴۳) مبتنی است (ساعتچی، ۱۳۷۹) کاربرد اصلی شرطی سازی کلاسیک در روان درمانی اصطلاحاً رفتار درمانی نامیده می شود (شفیع آبادی ۱۳۷۸) و پیگیری جریان رشد رفتار درمانی و یا تاریخچه آن شبیه تعقیب رودخانه ای است با انشعابات فراوان که از پایین به طرف سرمنشأ در حرکت است. چون جریانهای زیادی به این رودخانه ملحق می شوند. بعد از مدتی تشخیص اینکه کدام جریان اصلی رودخانه است مشکل می شود (کورسینی ۱۹۷۳، ترجمه شفیع آبادی ۱۳۷۸). ذیلاً به چند مورد از این جریانها اشاره شود.

یکی از این جریانها انزجار درمانی نام دارد. کانتروویچ<sup>۲</sup> (۱۹۲۹) اغلب بعنوان اولین استفاده کننده از این رویکرد مبتنی بر یافته های آزمایشگاهی معروف است. او با بکارگیری مدل شرطی سازی متقابلی بیمار الکلی را درمان کرد. بدین ترتیب که الکل را با شوک قوی الکتریکی همراه کرد و موجب ایجاد بازتابهای امتناع بدنی و تنفر از الکل شد (کورسینی، ۱۹۷۳).

<sup>1</sup>-classical conditioning

<sup>2</sup>- kantorovich

دومین جریان بوسیله کسانی شکل گرفت که تلاش کردند تا سیستم های گسترده نظریه شخصیت و رواندرمانی را در چارچوب نظریه یادگیری بیان کنند. برجسته ترین تلاشها در این حیطه بوسیله دولارد میلر ( ۱۹۵۰ ) صورت گرفت (کورسینی ، ۱۹۷۳) آنها که سعی کرده اند نظریه روانکاوی را در قالب واژه های یادگیری به کار گیرند معتقدند که رفتار نوروتیک بریک کشمکش عاطفی ناآگاه مبتنی است که معمولا از دوران کودکی سرچشمه می گیرد . به اعتقاد آنها کشمکشهای روان نژندی به وسیله والدین و در موقعیتهای تغذیه ، آموزش نظافت ، آموزش جنسی و ... آموزش داده می شود و کودکان آن را فرا می گیرند ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۸).

جریان دیگری که بنظر می رسد بطور مستقیم به توسعه درمان مبتنی بر نظریه یادگیری منجر شده است «نوروز تجربی»<sup>۱</sup> نام دارد. این امر اولین بار بوسیله بارلوف ( ۱۹۲۷ ) و در آزمایشات انجام شده بوسیله وی بر روی سگها گزارش شده است که در نتیجه ایجاد مشکل برای تمییز محرکهای شرطی آزار دهنده و خوشایند ، رفتارهای عجیب و غریبی مانند امتناع از ورود به آزمایشگاه یا رفتارهای تهاجمی در سگها بوجود آمد. دیگر روشهایی که موجب بوجود آمدن رفتار آشفته می شود عبارتند از : تاخیر تقویت (گات، ۱۹۴۴) ، تغییر سریع محرکهای شرطی منفی و مثبت (لیدل ، ۱۹۳۴) . محرک آزار دهنده ای که رفتار شرطی شده را متوقف می کند ( دیمینک و دیگران ، ۱۹۳۹ ) و محرک

<sup>1</sup>-exferimental. neurosis



آزار دهنده که به تنهایی بکار می رود ( و لپی ، ۱۹۵۸ ) ؛ ( مایر ، ۱۹۴۹ ) ( کورسینی ، ۱۹۷۳ ) .

چهارمین جریانی که در تاریخچه رفتار درمانی اهمیت خاصی دارد ( به کار و لپی ( ۱۹۵۸ ) بر می گردد که با بکارگیری شیوه های شرطی سازی تقابلی یک رویکرد جدید به درمان ایجاد کرد. براساس شرطی سازی تقابلی ، و لپی سعی کرد پاسخ هایی را در انسان بیابد که بتواند از آنها برای بازداری اضطراب استفاده کند . بر همین اساس استفاده از آرمیدگی عمیق برای جلوگیری از اضطراب مبنای حساسیت زدایی منظم شد ؛ استفاده از پاسخ های جسورانه برای جلوگیری از اضطراب اجتماعی مبنای جرات آموزی شد و استفاده از انگیختگی جنسی برای جلوگیری از اضطراب مبنای رویکردهای جدید به درمان جنسی شد ( پروچاسکا و نورکراس ۱۹۹۹ ، ترجمه سید محمدی ؛ ۱۳۸۱ ) .

دومین جزء رویکرد رفتاری ، شرطی شدن عامل ( کنش گر ) نام دارد. این جزء مبتنی بر کارهای اسکینر ( ۱۹۵۳ ) است و در مواردی که آن را در عمل بکار می گیریم به آن تغییر و اصلاح رفتار گفته می شود ( ساعتچی ، ۱۳۷۹ ) . اسکینر که کارهایش بیشتر در زمینه قانون اثر نندایک است . از مهمترین پیشروان رفتارگرایی است . او در سال ۱۹۳۰ پیش فرضیهایی را مطرح کرد که تا چهل سال بعد افکارش را به خود مشغول داشت . اسکینر اصول شرطی شدن فعال ، یا وسیله ای را که در قالب قانون اثر نندایک مطرح شده بود توسعه داد و باردیگر بر اثرات پاسخ تاکید کرد ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۸ ) .

سومین و تازه ترین جزء رویکرد رفتاری که پیشینه و رهبری چندان روشنی ندارد، آن دسته از رفتارگرایانی را معرفی می کند که بسیار مایل هستند برای ایجاد تغییر در رفتار از تبیین ها و فنون شناختی استفاده کنند. این درمانگران که به رفتارگرایان شناختی معروف هستند از روشهای گوناگونی چون توقف فکر، بازسازی شناختی، و مسئله گشایی منظم استفاده می کنند. البته مرز مشخصی برای متمایز کردن درمان شناختی - رفتاری از درمان شناختی وجود ندارد و این تمایز در حقیقت نوعی تمایز نظری است (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱).

رفتار درمانی کاربرد و اصول نظریه های یادگیری برای تغییر یا اصلاح رفتار است که در این بحث فقط نظریه های شرطی سازی کلاسیک (پاولفی) و شرطی سازی عامل (اسکینری) مدنظر خواهد بود.

### مفاهیم بنیادی نظریه رفتار درمانی

#### الف) نظریه شخصیت

رفتار درمانگران توجه چندانی به ارایه نظریه ای در زمینه شخصیت نداشته اند آنان در درجه اول این فرض را پذیرفته اند که اکثر رفتارهای انسان آموخته شده است و بنابراین می توان با استفاده از اصول یادگیری رفتارها را تعدیل کرد و یا کلاً تغییر داد. از این رو می توان گفت که همان اصول و قواعدی که در شیوه های یادگیری انسان مطرح است در تدوین و تکوین شخصیت و یا اضمحلال آن نیز موثر است و پایه و اساس رشد شخصیت به حساب می آید. الگویی که رفتارگرایان برآن اساس شخصیت را توجیه می

کنند همان الگوی یادگیری محرک - پاسخ ( S-R ) و یا الگوی محرک - ارگانیسم - پاسخ ( S-O-R ) است . در الگوی اول فرد را صرفاً زاده نوع پاسخهایی می دانند که فرد در قبال محرکهای مختلف محیطی از خود بروز می دهد . در الگوی دوم نوع پاسخهایی می دانند که فرد در قبال محرکهای مختلف محیطی از خود بروز می دهد . در الگوی دوم نوع تعبیر و تفسیر و برداشت فرد از محرکها عامل مهمی در تعیین نوع پاسخها و چگونگی رفتار و شخصیت او به حساب می آید . در قالب نظریه رفتاری محرکها و عوامل محیطی نقش قاطع و تعیین کنندهای در تغییر و تکوین شخصیت دارند و شخصیت افراد تابع محیطی قرار می گیرد که در آن رشد می یابند ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۸).

دیدگاه رفتاری در مورد وجود آمادگیهای ذاتی در فرد برای رفتار به شیوه ای خاص اصراری ندارد . به علاوه روان شناسان یادگیری برخلاف تاکید نظریه های روان پویایی و صفات بر ویژگیها یا صفاتی که در موقعیتهای مختلفی به کار می روند. معتقدند که همسانی در رفتار افراد به دلیل شباهتی است که در شرایط محیطی است و موجب برانگیختن این رفتار های شود ( پروین ، ۱۹۸۹؛ ترجمه کدیور، -).

#### ب) ماهیت انسان

در نظر رفتار درمانگران و رفتارگرایان انسان ذاتاً نه خوب است و نه بد، بلکه یک ارگانیسم تجربه گر است که استعداد بالقوه ای برای همه نوع رفتار دارد. به اعتقاد این گروه ، انسان در بدو تولد همانند صفحه سفیدی است که هیچ چیزی بر آن نوشته نشده



است و به منزله یک موجود واکنشگر به حساب می آید که در قبال محرکهای محیطی پاسخ می دهد . به اعتقاد رفتارگرایان انسان رفتاری قانونمند و پیچیده دارد که به شدت تحت تاثیر محیط قرار دارد و اصولا انسان تا حدود زیادی ماحصل محیطش است (شفیع آبادی ، ۱۳۷۸).

در نظریه اسکینر و پیروان نظریه او که به مهندسان رفتار معروفند به مسئله وجود هدف نهایی و ضروری در زندگی پرداخته نشده است . در نظام آنها هیچگونه اشاره ای به رانده شدن ما برای غلبه بر احساس حقارت یا کاهش تعارضها و اضطرابها یا کشیده شدن به وسیله سایقی به سوی بعضی حالتها از قبیل خودشکوفایی نشده است . به نظر آنها افراد به همین طریق رفتار می کنند که ماشینها عمل می کنند. یعنی به شیوه ای قانونمند، نظامدار و از پیش تعیین شده ، و کلیه اندیشه های وجود یک شخص درونی ، یعنی یک خود یا خویشتن خود مختار را که تعیین کننده مسیرماست می تواند عمل کردن به طور آزادانه و خود به خودی را انتخاب کند قویا رد می کنند ( شولش ، ۱۹۹۰؛ ترجمه گروه مترجمین ، ۱۳۷۷).

برطبق نظر رفتارگرایان عادات ، نگرشها، آمادگیها و استعدادها ذاتی نیستند و از طبیعت انسان نشأت نمی گیرند . بلکه در نتیجه تماس انسان با محیط و به خصوص در نتیجه تعامل او بادیگران تحصیل می شوند. همینطور محبتها و نفرتها ، ترجیحات و تعصبات ، ترسها و اضطرابها ، تمایلها و علایق، هدفها و نیازها خویشتن پنداری و طرحهای سازگاری ، خصوصیات شخصیتی و منش ها، رفتار غیراجتماعی و اجتماعی ، رفتارهای

نوروتیک و پیسکوتیک و اشکال مطلوب و پسندیده رفتار انسان همگی پاسخها و واکنشهای یادگرفته شده . هستند و فقط از راه کاربرد اصول و قوانین یادگیری می توان در آنها تغییراتی ایجاد کرد . رفتار درمانگران گرچه نقش وراثت را انکار نمی کنند، ولی چون تغییر محیط را بسیار ساده تر از تغییر وراثت می رانند در درمان بر تغییر رفتار از راه دگرگون سازی محیط تاکید می ورزند (شفیع آبادی، ۱۳۷۸).

### ج ( مفهوم اضطراب و بیماری روانی

از دیدگاه شرطی سازی عامل آدمی رفتار ناسازگار را برای افزایش تقویت مثبت یا کاهش یک محرک آزاردهنده یاد می گیرد. از نظر اسکینر ( ۱۹۵۳ ) بیشتر مشکلات عاطفی فرد در نتیجه واکنشهای او نسبت به محیط هایی به وجود می آید که در آن کنترل و تنبیه به حد افراطی می رسد. اضطراب نتیجه شرطی شدن نسبت به محیط ، مثل احساس گناه افسردگی یا خشم است ( ساعتچی ، ۱۳۷۹).

از دیدگاه شرطی سازی پاسخگر یادگیری اضطراب در صورتی روی می دهد که پاسخ در مجاورت زمانی با یک محرک معین فرا خوانده شود و در ادامه مشخص شود که این محرک می تواند آن پاسخ را فراخواند ؛ در حالی که قبلا قادر به این کار نبود . بنابراین افراد می توانند یاد بگیرند به هر محرکی ، از جمله سگ ، آدمها، میل جنسی ، آسانسور و کثافت با اضطراب پاسخ دهند، حتی اگر این محرکها قبلا اضطراب را در آنها فراخوانی نکرده باشند. همچنین محرکهایی که از نظر ظاهری شبیه محرک اصلی هستند از طریق

فرآیند تعمیم محرک نخستین می تواند موجب اضطراب شوند ( پروچاسکا و نورکراس ۱۹۵۷؛ ترجمه سیدمحمدی ، ۱۳۸۱).

در رفتار درمانی و تغییر و اصلاح رفتار، درمانگر مستقیماً با رفتار ناسازگار خود سروکار دارد و به دلایل زیر بنایی این نوع رفتار کاری ندارد و توجه اصلی درمانگر معطوف تغییر رفتار ناسازگار است و برای او اهمیت ندارد که مراجع نسبت به آن بینش پیدا کند ( ساعتچی ، ۱۳۷۹). روی این اصل رفع علائم مرضی معادل با بهبودی است (شفیع آبادی ، ۱۳۷۸).

#### ماهیت روان درمانی در رفتار درمانی :

رفتار درمانی کاربرد اصول تجربی یادگیری برای تغییر رفتار ناسازگاران و نامطلوب است . از این رو رفتار درمانگران دقیقاً با این مسئله مواجهند که مراجع چگونه یاد گرفته است یا چگونه یاد می گیرد ، چه عواملی یادگیری او را تقویت می کند و تداوم می بخشد و چگونه می توان فرآیند یادگیری او را تغییر داد تا چیزهای بهتری را جایگزین رفتارهای نامطلوب خویش کند ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۸).

در رفتار درمانی فرض براین است که نوروز ، رفتار یادگرفته شده ناسازگارند (شامل احساسات ، افکار و فعالیتهای حرکتی ) است و اصلاح این رفتار ناسازگار مبتنی بر کاربرد تکنیکهای برآمده از قوانین یادگیری است (کورسینی ، ۱۹۷۳). بنظر و لپی چون اضطراب از طریق شرطی سازی آموخته می شود ، از طریق شرطی سازی تقابلی می توان آن را یادگیری زدایی کرد. و لپی در پژوهش خود با گربه های روان رنجور دریافت

که در شرطی سازی تقابلی باید دو کار مهم انجام داد. کار اول یافتن پاسخی است که با اضطراب مغایر باشد و می توان آن را با محرک فراخوان اضطراب همایند کرد. اصل بازداری تقابلی می گوید: «اگر بتوانیم کاری کنیم که پاسخ بازدارنده اضطراب در حضور محرکهای اضطراب آور رخ دهد. این پاسخ پیوند بین این محرکها و اضطراب را ضعیف خواهد کرد. در اثر همایندی های کافی پاسخ بازدارنده اضطراب بامحرک فراخوان اضطراب، بالاخره پاسخ جدید و سازگارانه تر، جایگزین پاسخ اضطراب ناسازگارانه می شود. به زبان ساده برخلاف مشکل عمل کنید، آن مشکل ناپدید خواهد شد گرچه پاسخ های متعددی می توانند مانع از اضطراب شوند، پاسخ هایی که رفتار درمانگران معمولاً بکار می گیرند عبارتند از آرمیدگی، جسارت، تمرین و انگیزتگی جنسی. (پروچاسکا و نورکراس. ۱۹۹۹- ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۱) رفتاردرمانی تلاشی برای تسهیل فرآیند یادگیری در زمینه های حرکتی، شناختی و عاطفی به حساب می آید. درمانگر رفتاری فرآیند مشاوره و یا روان درمانی را به مثابه موقعیتی مرکب از معلم و یادگیرنده می نگرد و نه به مثابه موقعیتی مرکب از بیمار و دکتر؛ نقش مشاور یادمانگر کمک به مراجع است تا آن رفتارهایی را یادبگیرد که برای حل مشکل مراجع لازم هستند (شفیع آبادی، ۱۳۷۸).

#### فرآیند درمان:

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 موجبات ابقاء و ادامه رفتار را فراهم می آورند و ۴) تهیه و ارایه برنامه هایی به منظور دگرگون سازی و نیز یادگیری رفتارهای جدید. این وجوه مشترک تمام آن چیزی است که در فرآیند درمان دیده می شود. در جریان درمان فرضیه های رفتاری چندی مدنظر هستند. مشاور یادمانگر مشکلات رفتاری را به منزله بیماریهایی که ریشه در رشد شخصیتی معیوب اولیه دارند نمینگرد و رفتار نامطلوب را نشانه ای از یک بیماری ریشه دار نمی داند، بلکه پاسخ یادگرفته شده ای است که باید تغییر داده شود.

به نظر هاسفورد ( ۱۹۷۴) مشاوره رفتاری یک فرآیند نظامدار است که در این فرآیند اکثر رفتارهای مراجع رفتارهای آموخته شده به حساب می آیند و بنابراین مشاوره یک فرآیند آموزشی - یادگیری تلقی می شود. مصاحبه مشاوره ای فقط روشی برای کمک به مراجع در فراگیری شیوه حل مسئله به شمار می آید و نتایج مشاوره به صورت تغییرات عینی خاص در رفتار مراجع ارزیابی و تبیین می شود. او اساس مشاوره رفتاری را روش علمی می داند که در آن مشاهده منظم تشخیص مشکل ، کنترل دقیق رفتار مراجع و محیط ، کمی سازی داده ها و ارزیابی نتایج از اجزای لایتجزای عمل مشاوره به حساب می آیند. نظامدار بدون فرآیند مشاوره در نظر هاسفورد ، بدین معنی است که مشاور یادمانگر برای نیل به اهداف مشاوره از یک شیوه گام به گام تبعیت می کند. گامهای فرآیند مشاوره رفتاری که بوسیله هاسفورد بیان شده است شامل ۵ مرحله است .



در مرحله اول مشاور باید مشکل مراجع و علت مراجعه او را مشخص کند. در این مرحله مشاور یا درمانگر رفتاری می کوشد تا مراجع را یاری دهد که به بررسی و شناخت طرحهای رفتاری خاصی که به تغییر نیاز دارند موفق شود، در جلسات اولیه معمولاً مشخصات مراجع، نوع مشکل و علائم مرضی آن، سابقه مشکل یا بیماری، انگیزه ها و وقایع تسریع کننده، شرایط زندگی مراجع و نحوه ارتباط او با اطرافیان، محیط تحصیلی و تجارب آموزشی مراجع، محیط شغلی و تجارب مربوط به آن و خلاصه، محیط فیزیکی، فرهنگی و اجتماعی مراجع مورد بررسی و تجزیه و تحلیل قرار می گیرد. در مشاوره رفتاری نیز ایجاد فضای مبتنی بر احترام و اعتماد متقابل، پذیرش مراجع و درک و تفاهم متقابل از اهمیت خاصی برخوردار است، چون توسط زودرس و بی موقع به تکنیک این احساس را در مراجع بوجود می آورد که او در خور توجه و احترام نیست و به درستی درکش نکرده اند.

در مرحله دوم مشاور به کمک مراجع هدفهای مشاوره را تعیین و تنظیم می کند. این مرحله مهمترین بخش فرآیند مشاوره محسوب می شود. در گام اول این سؤال برای مشاور مطرح است که: مراجع چه می کند؟ اما در گام دوم این سؤال مطرح است که: مراجع چه می خواهد بکند؟

مشاور برای نیل به این مقصود می تواند از مراجع بخواهد که رفتارهای مختلفی را که در نظر دارد پیشنهاد دهد و خود مشاور نیز آنچه را به ذهنش می رسد پیشنهاد می کند و سرانجام با بررسی سود و زیان احتمالی حاصل از انجام هر رفتار، رفتار ترجیح داده شده

به مرحله اجرا و عمل می آید. اگر مشاور و مراجع نتوانند روی هدف خاص و قابل قبولی توافق کنند، باید مجدداً به گام اول برگردند و مسئله مراجع را از نو بررسی و مشخص کنند.

درگام سوم باید معلوم شود که مراجع باتوجه به اهداف تعیین شده در چه مرحله ای است و چه رفتارهایی را باید یادبگیرد و یا فراموش کند در این مرحله رفتار جاری مراجع و چگونگی دوری و نزدیکی آن با اهداف تعیین شده مورد بررسی قرار گرفته و عوامل مسئله ساز یا تداوم بخش رفتارهای نامناسب صراحتاً با مراجع در میان گذاشته می شود و قوانین زیربنایی رفتار و چگونگی نیل به اهداف برای مراجع تشریح می شوند.

درگام چهارم مشاور رفتارگرا استراتژی مشاوره را تعیین می کند و در صدد اجرای آن برمی آید. این کار مستلزم انتخاب تکنیکها و شیوه های خاص یادگیری و اجرای آنهاست تا مراجع را در آموزش رفتارهای مثبت و نیل به اهداف تعیین شده یاری دهد. چون هدف اصلی حل مشکلات رفتاری مراجع است. از فنون و تکنیکهای رفتاری و یادگیری و آزمونها و حتی داروهای محرک و آرام بخش به وفور استفاده می شود. در این شیوه انتخاب تکنیک از احساسات، اعتقادات و شخصیت مشاور مستقل است و تکنیکها شیوه های عملی و مکانیکی هستند که به منظور نیل به اهداف اعمال می شوند. مشاور رفتاری معتقد است که تغییرات مهم در رفتار فقط در جلسات مشاوره به وقوع

نمی پیوندند، بلکه زندگی واقعی و شرایط محیطی نیز در آن سهیمند و باید اصلاحات لازم محیطی به موقع صورت گیرد.

درگام پنجم فرآیند مشاوره مسئله بسیار دشوار تشخیص و تعیین کارآیی تکنیکهای مورد استفاده و میزان نیل به اهداف قرار دارد. چون اهداف مشاوره به صورت رفتاری و عینی تعیین و تعریف می شوند، ارزشیابی میزان حصول اهداف هم برحسب تعیین فراوانی رفتارهای بارز مطلوب صورت می گیرد. چنانچه اهداف مشاوره حاصل شده باشد و مراجع رفتاری مطلوب راعملا بروز دهد و طرح زندگی خود را برآن اساس نهاده باشد باید مشاوره را پایان داد و امیدوار به زندگی طبیعی و سالم از طرف مراجع بود. اما اگر اهداف برآورده نشوند و مراجع در انجام رفتارهای مورد نظر دشواریهایی داشته باشد، مشاور باید به مراحل اولیه برگردد و مسئله را از نو بررسی کند ( شفیع آبادی، ۱۳۷۸).

#### متغیرهای نیازمند ارزیابی در رفتار درمانی

##### ۱- متغیرهای مرتبط با رفتار ناسازگار:

##### الف) پیشایندهای محرک:

در هنگام برخورد با پاسخهای هیجانی ناسازگار از قبیل اضطراب یا افسردگی، رفتار درمانگر براساس این فرض عمل می کند که وجود وضعیت بیرونی خاص موجب بروز چنین رفتاری می شود. به هنگام سنجش این وضعیت و محرکهای افتراقی که زمینه ساز رفتارهای ناسازگارند، رفتار درمانگر باید اطلاعات دقیقی را درباره ماهیت دقیق آن موقعیت از قبیل زمان، مکان و بسامد بروز آن کسب کند. میشل (۱۹۶۸) به صورت

متقاعد کننده ای استدلال کرده است که پاسخ فرد ، خواه انحرافی یا غیرانحرافی بیش از همه تحت تاثیر ماهیت خاص موقعیتی است که رفتار در آن بروز می کند.

ب) متغیرهای ارگانیسمی :

این مفهوم که بیشتر بوسیله رفتاردرمانگران شناختی مطرح شده است . آمايه یا انتظارات مراجع در قبال برخی از موقعیتهاست و همچنین به معاینه کامل جسمانی مراجع در صورت داشتن مشکلاتی از قبیل سردرد، فراموشی ، ناتوانی جنسی و سایرمشکلات زیستی مربوط می شود.

ج) متغیرهای مربوط به پاسخ :

در تحلیل رفتاری بیشتر برآنچه شخص در موقعیت های مختلف انجام می دهد تاکید می شود نه بر استنباطهای ما درباره اینکه او بطور کلی چه ویژگیهایی دارد . در ارزیابی متغیرهای مربوط به پاسخ باید نمونه های موقعیتی مشخص از رفتار ناسازگار مورد نظر باشد که اطلاعاتی درباره طول زمانی ، بسامد بروز ، فراگیری و شدت پاسخ را دربردارد.

د) متغیرهای پایند :

در ارزیابی متغیرهای پایند، نوع پیامدها و زمان آنها باید مورد بررسی قرار گیرد.

۲- متغیرهای مربوط به انتخاب تکنیکها:

در انتخاب تکنیک باید به این موارد دقت کرد : الف) تکنیک باید مبتنی بر رفتاری باشد که نیازمند اصلاح است که این امر بعد از سنجش دقیق متغیرهای مرتبط با رفتار ناسازگار مشخص می شود. ب) در انتخاب تکنیک باید برخی متغیرهای محیطی مد نظر



قرار گیرند. که شامل در نظر گرفتن عواملی از قبیل وجود الگوهای مناسب در زندگی مراجع و یا میزان احتمالی دسترسی به تقویت کننده های خاص برای برخی رفتارهاست (دیویسون و گلافرید، ۱۹۷۶؛ ترجمه احمدی، ۱۳۷۱).

### تکنیکهای رفتاردرمانی

روشها و فنون برخاسته از شرطی سازی و خاموشی پاسخگر

#### ۱) حساسیت زدایی منظم :

روش حساسیت زدایی منظم اولین بار به وسیله ولپی (۱۹۵۸) برای درمان فوبیها ابداع شد. در این روش بنابه اصل شرطی سازی تقابلی ابتدا پاسخهایی که باترس مغایر یا ناهمساز هستند شناسایی می شوند و بعد از مراجع خواسته می شود تا در موقعیتهایی که ترس تولید می کند این پاسخهای مغایر با ترس را از خود بروز دهد. روش حساسیت زدایی منظم که عمدتاً برای رفع مشکل ترس مراجعان فوبیایی بکار می رود شامل سه مرحله است. در مرحله اول یک سلسله مراتب اضطراب درست می شود. برای این منظور یک توالی از رویدادهای اضطراب زا در نظر گرفته می شوند، بعد آنها را به ترتیب از خفیف ترین تا شدیدترین مرتب می کنند. در مرحله دوم، درمانگر به مراجع آموزش می دهد تا به حالت آرامش کامل درآید و حالت بی اضطرابی را تجربه کند. در سومین مرحله مراجع ابتدا آرامش عمیق را تجربه می کند و بعد از او خواسته می شود تا ضعیف ترین رویداد از سلسله مراتب را تجسم کند. سپس از او خواسته می شود تا رویدادهای بعدی را تجسم کند و این کار را ادامه دهد تا تمام رویدادهای فهرست را به ترتیب



تجسم کند. ولپی معتقد است که هر زمان یکی از رویدادهای فهرست همراه با آرامش ( نبودن اضطراب ) به وسیله مراجع تجربه شود ، مقداری از پاسخ اضطرابی وابسته به رویداد نهایی فهرست اضطراب خاموش می گردد ( سیف ، ۱۳۷۸).

معمولاً در هر جلسه مراجع با چهار محرک یا صحنه اضطرابزا از جدول سلسله مراتب اضطراب مواجهه داده می شوند. مدت زمان مواجهه با یک صحنه اضطرابزا معمولاً پنج تا هفت ثانیه است . هر جلسه حساسیت زدایی معمولاً ۱۵ تا ۳۰ دقیقه طول می کشد ، زیرا برای اغلب درمانجویان تحمل تمرکز و آرمیدگی برای مدت بیش از ۳۰ دقیقه دشوار است ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۸).

## ۲) آموزش جرأت کشاورزی :

ولپی آموزش جرأت کشاورزی را برای برطرف کردن اضطراب ناشی از اشخاص پیشنهاد کرده است . پیشنهاد ولپی برای استفاده از رفتار جرأت کشاورزی برد و فرض زیر استوار است : الف ) اضطراب همواره با میزانی از احساس تحقیر همراه است و ب ) وقتی که مراجع هنگام مضطرب شدن با جرأت رفتار می کند احساس تحقیر خود را سرکوب می نماید و در نتیجه به طور متقابل اضطراب را منع می کند ( سیف ، ۱۳۷۸). ولپی رفتار جسورانه را به این صورت تعریف می کند: «ابراز مناسب هرگونه هیجانی نسبت به طرف مقابل بدون احساس اضطراب». بنابراین افرادی که در موقعیت های میان فردی منفعل یا پرخاشگر هستند. موردهای مناسبی برای جرأت آموزی تلقی می شوند. فنون جرأت آموزی گوناگون هستند اما تقریباً بدون استثنا همه آنها به درمانجویان یاد می

دهند به موقعیت های اجتماعی خاص ، پاسخ های کلامی مستقیم و موثر بدهند. بیماران می توانند اظهارات کلامی و غیرکلامی جسورانه ای را که از اضطراب ممانعت می کنند یادگیرند. سالتر ( ۱۹۴۹ ) از صحبت کردن چهره ای سخن می گوید که وقتی جسارت به خرج می دهیم ، هیجان مناسب را در سیمای ما نشان می دهد ، مثل لبخند زدن در زمانی که به همسرمان می گوییم «تو امروز چقدر جذاب به نظر می رسی». نگاه کردن مستقیم به چشم در زمانی که به کسی تاکید می کنیم به موقع سر قرار حاضر شود ، به صورت غیرکلامی نشان می دهد ما به این موضوع اعتقاد راسخ داریم که او حق ندارد به حقوق دیگران تجاوز کند و آن را نادیده بگیرد. لبخند مناسب تماس چشمی و تن صدا پاسخ های غیرکلامی هستند که می توانند در تعامل های اجتماعی بازدارنده اضطراب باشند ( پروچاسکا و نورکراس ، ۱۹۹۹؛ ترجمه سیدمحمدی ، ۱۳۸۱).

مشاور از طریق گوش دادن به توصیفهای مراجع از خودش و نحوه تعاملش با دیگران و نیز از راه بررسی روابط اجتماعی او ، نیاز او به آموزش جرأت کشاورزی را تشخیص می دهد . این تکنیک فرد را قادر می کند که محیط را به طریق بهتر و مثبت تری زیر نفوذ و کنترل بگیرد و مانع اضطرابهای بی دلیل خویش شود. البته اگر محرکهای اضطرابزا خیلی قوی باشند ، ضرورت دارد که قبلا از تکنیک حساسیت زدایی منظم استفاده شود ( شفیع آبادی ، ۱۳۷۸).

در استفاده از روش مواجهه تدریجی محرک اضطراب زا به صورت ضعیفی به شخص ارائه می شود به نحوی که بتواند آن را بدون اضطراب زیاد تحمل کند. پس از آنکه در حضور محرک ضعیف خاموشی رخ داد. در مرحله بعد بر شدت محرک افزوده می شود و این کار ادامه می یابد تا اینکه محرک به شدیدترین حالت برای شخص قابل تحمل باشد ( سیف ، ۱۳۷۸ ). این تکنیک تقریباً همانند حساسیت زدایی منظم است با این تفاوتها که در این تکنیک آرمیدگی عضلانی وجود ندارد و مراجع به جای مراجعه با محرکهای اضطراب آورخیالی با محرکهای واقعی روبرو می شود.

#### (۴) غرقه سازی :

غرقه سازی به تعدادی روش گفته می شود که هدف تمامی آنها ایجاد خاموشی به طور اجباری است . ویژگی مشترک همه این روشها آن است که شخص را برای مدتی نسبتاً طولانی در معرض محرک ترس آور یا اضطرابزا (محرک شرطی) با شدت تمام قرار می دهند. اما این محرک در غیاب محرک غیرشرطی ظاهر می شود . همچنین در این روشها تدابیری به کار می روند که شخص نتواند از موقعیت محرک اجتناب کند: یعنی مجبور می شود با محرک اضطرابزا که با شدت تمام ارائه می شود ، روبه رو گردد. بنابراین اصطلاح غرقه سازی را باید برای آن دسته از اشکال رویارویی به کار برد که هیجان شدید تولید می کنند. این رویارویی با محرک اضطرابزا می تواند بصورت واقعی باشد یا اینکه شخص آن را بطور خیالی تجسم کند از این رو روشهای غرقه سازی را می توان به دو دسته غرقه سازی واقعی و غرقه سازی خیالی تقسیم کرد.

### الف : غرقه سازی واقعی :

روش غرقه سازی واقعی هم برای درمان هراسها و هم برای درمان اختلالات وسواسی به کار می رود. هرچند که ما در اینجا غرقه سازی واقعی را بعنوان روش برخاسته از خاموشی پاسخگر (پاولفی) به حساب آوریم. اما حقیقت امر این است که در این روش ترکیبی از خاموشی پاسخگر و خاموشی کنشگر دخالت دارد، چون یادگیری پاسخهای اجتنابی آمیزه ای از شرطی شدن کلاسیک و شرطی شدن کنشگر است که در نظریه دو عاملی ماور به آن اشاره شده است.

### ب : غرقه سازی خیالی یا تجسمی :

یکی از مشکلات روش غرقه سازی واقعی این است که در بعضی موارد، رویارویی مستقیم مراجع با محرک اضطرابزا به عوض اینکه ترس او را کاهش دهد، موجب افزایش ترس می شود. دراین روش از مراجع خواسته می شود تا به عرض روبه رو شدن با محرک اضطراب آور بطور واقعی، آن را در پیش خود بطور خیالی تجسم کند. مثلاً به شخصی که از مار می ترسد گفته می شود تصور کند ماری را از زمین بلند کرده به دست می گیرد. می بیند که مار به دور دستش می پیچد و به پشت آن دست می کشد. عامل مهمی که در کاربرد این روش باید مورد توجه قرار گیرد طول مدت تجسم محرک اضطرابزا است. چنانچه این مدت خیلی کوتاه باشد. اضطراب به جای کاهش یافتن افزایش می یابد. پژوهشهای انجام شده دراین باره نشان داده اند که هر چه محرک



اضطرابزا شدیدتر باشد به همان نسبت جلسات درمانی با روش غرقه سازی خیالی نیز باید زیادتر باشند.

#### پ: غرقه سازی خیالی اغراق آمیز:

این تکنیک شباهت زیادی به غرقه سازی خیالی که قبلا توضیح داده شد دارد. اما تفاوت این دو روش در آن است که در روش غرقه سازی خیالی از مراجع خواسته می شود تا صحنه های واقعی مربوط به اضطراب را تجسم کند. در حالی که در روش غرقه سازی خیالی اغراق آمیز مراجع وادار می شود تا صحنه های غیرواقعی را مجسم کند که در آنها موقعیت ترس آور تاحد وحشتناکی اغراق آمیز، جلوه داده شده است. استامپفل ولویس (۱۹۶۷) که روش غرقه سازی خیالی اغراق آمیز را ابداع کرده اند آن را شکل خاصی از خاموشی پاسخگر می دانند. در این روش مراجع درحد بالایی از اضطراب نگه داشته می شود تا اینکه یک کاهش خودبخودی در خواص اضطرابزایی صحنه های تخیلی ایجاد شود (سیف، ۱۳۷۸).

#### ۵) انزجار درمانی:

انزجار درمانی یا درمان اجتنابی به نوعی کاربرد اصل منع متقابل است به منظور از بین بردن عادات شرطی در زمینه تفکر و حرکات. این تکنیک همراه کردن یک محرک نامطبوع است با پاسخهای ناسازگار و غیرعادی. انزجار درمانی تکنیکی نیست که حتما به منزله اولین انتخاب درمانگر مورد استفاده قرار گیرد. معمولا هنگامی که نتوان مشکلی



را با استفاده از تکنیکهای دیگر حل کرد باید به این تکنیک متوسل شد ( شفیع آبادی ،  
۱۳۷۸).

انزجاردرمانی یکی از روشهای درمانی است که عمدتاً برای درمان الکلیسم ، سیگار  
کشیدن اعتیاد به مواد مخدر، انحرافات جنسی و پرخوری بکار می رود. در درمان  
معتادان به الکل ، محرکهای تهوع آور بعنوان محرک آزاردهنده ارائه می شود. در حالیکه  
برای اصلاح رفتار پرخوری محرک آزاردهنده ، بوهای نامطبوع و در درمان انحرافات  
جنسی محرک آزار دهنده شوک برقی است ( سیف ، ۱۳۷۸).

روشها و فنون برخاسته از شرطی سازی کنشگر:

الف ( روشهای افزایش رفتارهای مطلوب موجود:

۱) روش تقویت مثبت :

هرمحرکی که به دنبال رفتاری بیاید و نسبت افزایش و تکرار آن رفتار شود تقویت کننده  
و عمل تقویت کننده تقویت نامیده می شود ( کرومبولتز و کرومبولتز؛ ترجمه کریمی  
۱۳۷۶) که اگر ایده این عمل، ارائه محرک خوشایند بعد از وقوع رفتار باشد تقویت  
مثبت و اگر حذف محرک ناخوشایند بعد از وقوع رفتار باشد تقویت منفی نام دارد.  
استفاده از تقویت مثبت در زندگی روزانه امری کاملاً طبیعی است و نباید آن را از  
ابداعات تغییر دهندگان رفتار و رفتار درمانگران دانست. اما آنچه کاربرد روش تقویت  
مثبت را در تغییر رفتار و رفتار درمانی از کاربردهای متداول آن توسط مردم عادی متمایز  
می سازد این است که در تغییر رفتار و رفتاردرمانی روش تقویت مثبت بطور نظامدار به

کار می رود و دقت می شود که درست و بجا از آن استفاده شود تا حداکثر تأثیر را بر رفتاری که این روش به منظور نیرومند کردن آن مورد استفاده قرار می گیرد داشته باشد (سیف، ۱۳۷۸).

برای اینکه روش تقویت مثبت بیشترین موفقیت را به بار آورد باید نکاتی در ضمن طراحی و اجرای برنامه های تقویت مورد توجه قرار گیرند. در اولین گام باید رفتار آماج و رفتار نهایی دقیقاً مشخص شود. یعنی باید دقیقاً مشخص شود که از طریق اجرای برنامه تغییر رفتار چه نوع رفتاری را در فرد باید ایجاد کرد. انتخاب تقویت کننده های مناسب، فوریت تقویت، مقدار تقویت، تازگی و تنوع تقویت کننده ها نیز باید در طراحی و اجرای برنامه تقویت مثبت مدنظر قرار گیرند (کرومبولتز و کرومبولتز، -)؛ ترجمه کریمی، ۱۳۷۶).

## (۲) روش تقویت منفی

علاوه بر تقویت مثبت تقویت منفی نیز سبب افزایش رفتار می شود. تفاوت این دو روش در آن است که در تقویت مثبت ارائه تقویت کننده مثبت رفتار را نیرومند می سازد. در حالی که در تقویت منفی حذف تقویت کننده منفی یا جلوگیری از وقوع آن، رفتاری را که به این نتیجه انجامیده است افزایش می دهد. نام دیگر تقویت کننده منفی محرک آزارنده است. زیرا حضور آن در موقعیت موجب آزار فرد می شود: لذا حذف یا جلوگیری از وقوع آن موجب نیرومندی رفتار می شود. تقویت منفی به دو صورت

موجب افزایش رفتار می شود: ۱) از راه قطع یا حذف تقویت کننده های منفی و ۲) از طریق جلوگیری از وقوع تقویت کننده منفی. مورد اول را گزینه آموزی یا یادگیری گریز (شرطی سازی گریز و مورد دوم را یادگیری اجتنابی (شرطی سازی اجتنابی) می نامند. مادری که برای خلاصی از گریه های بی وقفه کودک خردسالش او را از زمین برمی دارد و بغل می کند تا به گریه های بچه خاتمه دهد، از راه گریز آموزی (تقویت منفی) شرطی شده است و پاسخ دادن به گریه های کودک در او نیرومند گشته است. دانش آموزی که برای جلوگیری از گرفتن نمرات کم از درس معلم و عواقب نامطلوب آن تلاش می کند تا از درس معلم نمره قبولی بگیرد، از راه یادگیری اجتنابی (تقویت منفی) شرطی شده است و رفتار درس خواندنش برای گرفتن نمره قبولی نیرومند شده است. مشکل بزرگ استفاده از تقویت منفی این است که ابتدا باید محرک آزارنده ای را درمورد شخص اعمال کنیم تا بعد بتوانیم باحذف آن محرک، رفتاری را که می خواهیم. در او نیرومند سازیم. مثلا برای اینکه کودک از ترس تنبیه شدن کار نکند باید قبلا تنبیه شده باشد یا شاهد تنبیه شدن دیگران بوده باشد (سیف، ۱۳۷۸)

### ۳) اقتصاد ژتونی :

یکی دیگر از راهبردهای رفتاری که کاربرد زیادی نیز دارد اقتصاد ژتونی است. اقتصاد ژتونی یک رویه نظامدار است که در هنگام بکارگیری آن از ژتون به عنوان یک تقویت کننده فوری و محسوس استفاده می شود. این فن معمولا به جای افراد باگروهها بکار می رود. ثابت شده است که به کارگیری رویه اقتصاد ژتونی در بیمارستانها مدارس،

کلینیکها، مهد کودکها، و زندانها موفقیت آمیز بوده است. این رویه را می توان در همه جا به کار گرفت و امکان بکارگیری خلاق آن نیز نامحدود می باشد ( ساعتچی، ۱۳۷۸). این فن در قالب برنامه های تغییر رفتار هم در شرایط آموزشی و هم در شرایط بالینی به کار رفته است (سیف، ۱۳۷۸).

#### ۴) قرارداد رفتاری :

یکی دیگر از فنون تغییر رفتار که بر اصل تقویت استوار است. قرارداد رفتاری یا قرارداد وابستگی است. قرارداد رفتاری تدبیری است که بوسیله آن تبادل تقویت هابین دو یا چند نفر عملی می شود. به تعبیر دیگر در قرارداد رفتاری بر سرانجام وظایف خاصی بین چند نفر توافق حاصل می شود و هر یک از آنان برانجام وظایف تعیین شده برای خود امتیازهایی دریافت می کند. معمولاً قرارداد رفتاری یک توافق کتبی است که در آن مشخص می شود چه رفتاری از چه کسی چه پاداشهایی به دنبال خواهد داشت. علاوه بر قراردادهای رفتاری قرار دادهای شخصی نیز که در آنها تنها یک تن با خودش به سرانجام کارهای خاصی توافق می کند موجودند (سیف، ۱۳۷۸).

#### ب) روشهای ایجاد رفتارهای تازه

##### ۱) روش شکل دهی رفتار<sup>۱</sup>:

<sup>1</sup>-shaping



برای اینکه رفتاری را به کسی بیاموزیم باید هر مرحله قدم به قدم را که به آن رفتار می انجامد. تقویت کنیم. به بیان دیگر به رفتارهای جزئی تری که به آن رفتارنهایی منجر می شوند پاداش دهیم ( کرومبولتز و کرومبولتز، (-)؛ ترجمه کریمی؛ ۱۳۷۶).

روش شکل دهی رفتار براین فرض اساسی روانشناسی رفتاری استوار است که همه رفتارهای پیچیده از تغییر شکل تدریجی رفتارهای ساده بوجود می آیند. در روش شکل دهی چون رفتار مورد نظر از پیش در خزانه رفتاری فرد وجود ندارد. نمی توانیم منتظر وقوع رفتار دلخواه بمانیم تا بعد به تقویت آن پردازیم. کاری که باید صورت دهیم این است که یکی از رفتارهایی را که اندک شباهتی به رفتار دلخواه دارد انتخاب کنیم و نقطه آغاز کار خود را این رفتار قرار دهیم. روش شکل دهی بر تقویت تفکیکی استوار است. تقویت تکنیکی یا تفکیک پاسخ فنی است که توسط آن تغییر دهنده رفتار به تقویت اجزایی از رفتار که مفید تشخیص می دهد می پردازد و اجزای نامربوط را با تقویت نکردن به خاموشی می سپارد ( سیف، ۱۳۷۸).

## ۲) روش زنجیره سازی<sup>۱</sup> رفتار:

در روش زنجیره سازی اجزای ساده رفتاری به دنبال هم قرار داده می شوند و از ترکیب آنها یک رفتار پیچیده تر ظاهر می شود. به رفتارهای ساده ای که از پیوند آنها رفتار پیچیده به دست می آید حلقه های زنجیره رفتاری و به مجموعه رفتار حاصل از پیوند این حلقه ها زنجیره رفتاری می گویند. در زنجیره رفتاری هر رفتاری دو نقش ایفاء می

<sup>1</sup>-chaining

کند: یکی اینکه رفتار قبلی را تقویت می کند . دیگر آنکه به صورت محرک تمیزی باعث ایجاد رفتار مرحله بعدی می شود. خاصیت تقویتی رفتارهای مراحل قبل از رفتار نهایی ناشی از اثر تقویتی محرک تقویت کننده نهایی است که به دنبال آخرین حلقه رفتاری می آید . این سرایت خاصیت تقویت کنندگی محرک تقویت کننده نهایی است که به دنبال آخرین حلقه رفتاری می آید. این سرایت خاصیت تقویت کنندگی محرک تقویت کننده نهایی به رفتارهای پیش از آن ناشی از اصل مجاورت است ( سیف ، ۱۳۷۳).

#### ج) روشهای کاهش و حذف رفتارهای نامطلوب :

##### ۱) روشهای مثبت کاهش رفتار:

روشهای مثبت کاهش رفتار که بر اصل تقویت مثبت استوارند چهار تا هستند که در زیر معرفی می شوند:

##### الف) تقویت تفکیکی نرخهای کم رفتار<sup>۱</sup>:

این روش به کاربرد یک برنامه خاص تقویتی با رفتارهایی گفته می شود که اگر با نرخ یا فراوانی کم رخ دهند مطلوب اند. اما علت نامطلوب بودن آنها این است که به دفعات زیاد یا با سرعت زیاد رخ می دهند. امتیاز مهم روش تقویت تفکیکی نرخهای کم رفتار این است که در آن کاهش رفتار با استفاده از تقویت مثبت انجام می گیرد و هیچ یک از عوارض نامطلوب روشهای منفی کاهش رفتار را ندارد .

##### ب) تقویت تفکیکی رفتارهای دیگر:

<sup>1</sup>-differential reinforcement of low rates of behavior

در این روش همه رفتارهای فرد تقویت می شوند بجز رفتار آماج که نامطلوب تشخیص داده شده است . به عبارت دیگر در این روش تقویت وابسته است به انجام ندان یا حذف رفتار نامطلوب ، نه انجام آن ، به همین سبب به این روش حذف آموزی یا تقویت حذف رفتار نیز گفته می شود.

### ج) تقویت تفکیکی رفتار ناهمساز<sup>۱</sup>:

در این روش ، همزمان با تقویت نکردن رفتار نامطلوب ، رفتار مطلوبی را که با آن ناهمساز یا مغایر است تقویت می کنیم . مثلا اگر رفتار نامطلوب دانش آموزی از روی صندلی خود برخاستن باشد . رفتار مغایر با این را که در روی صندلی نشستن است تقویت می کنیم .

### د) سیری :

سیری یا اشباع<sup>۲</sup> به کاهش رفتار حاصل از فقدان اثر بخشی تقویت کننده ای که آن رفتار را حفظ می کند گفته می شود. در سیری فقدان اثر بخشی تقویت کننده در نتیجه مصرف زیاد آن رخ می دهد. به عنوان مثال شخصی که گرسنه است وقتی که به غذا می رسد به سرعت غذا می خورد ، اما بر اثر خوردن به تدریج که سیر می شود از نیرومندی رفتار غذا خوردن او کاسته می شود. کاهش رفتار غذا خوردن موقتی است و پس از مدتی

<sup>1</sup>-incompatible behavior

<sup>2</sup>-satiation

بازگشت می نماید. با این حال این روش وقتی که با روشهای دیگر به کار برده می شود ،  
در بعضی موقعیت ها موفقیت آمیز است ( سیف ، ۱۳۷۸).

## ۲) روشهای منفی کاهش رفتار:

### الف : خاموشی :

به فرآیندی گفته می شود که در آن وقوع رفتار بدون تقویت می ماند و تکرار بدون  
تقویت، رفتار سرانجام منجر به توقف کامل آن رفتار می شود. همانند تقویت خاموشی  
هم به فرآیند عمل (حذف تقویت) و هم به نتیجه حاصل (کاهش نیرومندی رفتار)  
اشاره می کند. هرچند که روش خاموشی یکی از روشهای ملایم کاهش رفتار است و  
در مقایسه با روشهای خشن کاهش رفتار، چون تنبیه، عوارض جانبی نامطلوب کمتری  
دارد، با این حال این روش به ویژه اگر با تقویت رفتارهای مطلوب جانشین رفتار  
نامطلوب همراه نشود. عاری از آثار بدجانبی نیست. آزمایشها متعدد با انسان و حیوان  
نشان داده اند که قطع ناگهانی تقویت مثبت (خاموشی) منجر به رفتار پرخاشگرانه می  
شود.

### ب) محروم کردن<sup>۱</sup> از تقویت مثبت:

<sup>1</sup>-time out



در این روش فرد را به خاطر انجام رفتاری نامطلوب برای مدتی معین از فرصت دریافت تقویت محروم می کنند. این محروم کردن به دو صورت انجام می شود .

(۱) یا فرد را از محیطی که در آن تقویت دریافت می کند بیرون می برند ، یا (۲) منبع تقویتی را از دسترسش دور می سازند. مثالی از مورد اول ، تصمیم معلم ورزش در بیرون کردن یکی از بازیکنان از زمین بازی به سبب انجام رفتار خلاف مقررات بازی است . آزمایش زیر از بائو (۱۹۶۳) مثالی از مورد دوم روش محروم کردن است . رفتار نامطلوبی که توسط بائو با روش محروم کردن محو گردید، عادت انگشت مکیدن یک کودک پیش دبستانی بود. روش محروم کردن این گونه به اجرا درآمد که برای کودک یک فیلم کارتونی به نمایش گذاشته شد. در ضمن تماشای فیلم ، هروقت کودک شروع به انگشت مکیدن می کرد نمایش فیلم متوقف می شد و وقتی که او انگشتش را از دهانش بیرون می آورد نمایش ادامه می یافت. نتیجه این بود که کودک به سرعت عادت انگشت مکیدن را ترک کرد.

### ج ( جریمه کردن<sup>۱</sup> :

روش جریمه کردن به حذف مقداری از تقویت کننده های یک فرد در ازای رفتار نامطلوبی که انجام داده است گفته می شود. جریمه کردن رانندگان متخلف از طریق دریافت پول از آنها ، کسر مقداری از حقوق کارمندان به علت غیبت از سرکار و کسر کردن نمرات دانش آموزان به سبب کارهای غلطی که انجام داده اند نمونه هایی از

<sup>1</sup> - response cost

کاربرد روش جریمه کردن است . شرط استفاده از روش جریمه کردن آن است که فرد قبلاً مدتی تقویت شده باشد تا بعد بتوان مقداری از تقویت کننده های دریافتی او را پس از انجام رفتار نامطلوب از او پس گرفت .

#### (د) تنبیه :

تنبیه ارائه یک محرک آزاردهنده یا یک تقویت کننده منفی به دنبال یک رفتار نامطلوب است که نتیجه اش ضعیف شدن یا کاهش احتمال بروز آن رفتار است . تنبیه در واقع احتمال بروز ، رفتار تنبیه شده را در شرایط همسان آتی کاهش می دهد. زیرا پاسخی که تنبیه می شود قبلاً انجام شده است و تنبیه بر آن تاثیری ندارد ( سیف ، ۱۳۷۸).

#### کارآیی رفتار درمانی برای اختلال های ویژه :

##### (۱) اختلال وسواس فکری - عملی :

درباره کارآیی درمان روان شناختی برای اختلال وسواس فکری - عملی بررسی های کمی زیادی منتشر شده است که به دو مورد از آنها اشاره خواهد شد. در سال ۱۹۸۷ کریستنس و همکاران برای ترکیب کردن نوشته های پژوهشی درباره درمان OCD از متآنالیز استفاده کردند. آثار دو درمان دارویی و رفتار درمانی تفاوت معناداری نداشتند، اما هردوی آنها از درمانهای پلاسیبو و برنامه های درمانی غیر تخصصی برتر بودند. داده های پیگیری برای دارودرمانی پراکنده بودند، اما دستاوردهای رفتاردرمانی در بررسی های پیگیری باثبات بودند.

در سال ۱۹۹۴ ارزیابی مجدد این نوشته های پژوهشی توسط تون بالکوم نشان داد که براساس ارزیابی های شخصی بیماران ، رفتار درمانی از داروهای ضد افسردگی بسار مؤثرتر است و ترکیب رفتاردرمانی با داروهای ضد افسردگی از داروی ضد افسردگی به تنهایی مؤثرتر است .

### ۲) اختلال های خوردن :

جانسون و وارنادو (۱۹۹۶) در یک بررسی درمورد پراشتهایی و بی اشتهایی نتیجه گرفتند که رفتار درمانی و درمان شناختی - رفتاری هر دو از بی درمانی و درمانهای گواه برتر هستند. رفتار درمانی در درمان بی اشتهایی موفق بوده است و توانسته است در مدت بستری بیمار به افزایش وزن کمک کند و مداخله های شناختی در آن مقطع دستاوردهای رفتار درمانی را افزایش نداده است .

### ۳) سیگار کشیدن :

برای جمع بندی ۶۳۳ مطالعه درباره ترک سیگار، که بیش از هفتاد هزار آزمودنی را در برداشتند متاآنالیز انجام شد. ویس و سواران و اشمیت ( ۱۹۹۲) دریافتند که بی درمانی به ۶ درصد ترک منجر شد و روش های مراقبت از خود بطور متوسط ۱۵ درصد میزان ترک داشتند. تاثیر هر دو مورد به نحو چشم گیری از مداخله های رسمی کمتر بود. از جمله روشهای بسیار مؤثر . بیزاری از سیگار کشیدن ( ۳۱ درصد میزان ترک ). فنون بیزاری دیگر ( ۲۷ درصد میزان ترک ). روشهای آموزشی در محیط های کاری ( ۳۰ درصد میزان مرگ ) و هیپنوتیزم ( ۳۶ درصد میزان ترک ) بودند.

#### ۴) بیخوابی

مورتاف و گرین وود (۱۹۹۵) برای شناسایی درمان های روانی موثر برای بیخوابی ۶۶ بررسی نتیجه ای را متاآنالیز کردند همهٔ درمانهای فعال که عمدتاً ماهیت رفتاری داشتند از درمانهای پلاسیبو برتر بودند. بعد از درمان میزان تاثیرات زیر یافت شدند: ۸۱/ برای آموزش آرمیدگی تدریجی، ۹۳/ برای انواع دیگر آرمیدگی. ۱/۶ برای کنترل محرک و ۷۳/ برای قصدهای تناقضی. این تاثیرات چشم گیر و متقاعد کننده هستند و نتایج آنها ارزش درمانهای رفتاری را به عنوان گزینه های موثر برای دارودرمانی نشان می دهند که می تواند عوارض جانبی ناخوشایندی داشته باشد.

#### ۵) شب ادراری :

هوتس، بدمن، و آبرامسون (۱۹۹۴) تحقیقات مربوط به اثر بخشی درمانهای روانی و دارویی شب ادراری را بصورت کمی با هم ترکیب کردند و نتیجه گرفتند که کودکانی که تحت درمان روان شناختی قرار گرفته بودند، هم بعد از درمان و هم در درازمدت بیشتر از کودکانی که تحت درمان دارویی قرار گرفته بودند شب ادراری را متوقف کردند. موفق ترین درمان، زنگ خطر ادرار بود که نوعی روش رفتاری شرطی کردن قدیمی است که ماور در سال ۱۹۳۸ آن را معرفی کرد. در این روش یک لایهٔ پلاستیکی که در زیر بچه قرار دارد یا حس گر کوچکی که به پیژامه و محل شده است در اثر ادرار خیس



جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

می شود و زنگی را به صدا در می آورد که بچه را بیدار می کند بوچاسکا و نورکراس ،

۱۹۹۹؛ ترجمه سید محمدی، (۱۳۸۱).

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

[www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com)

### منابع :

- شفیق آبادی ، عبدالله ( ۱۳۷۸). نظریه های مشاوره و رواندرمانی .تهران : انتشارات رشد.
- سیف ، علی اکبر ، (۱۳۷۸) . تغییر رفتار و رفتار درمانی ،نظریه ها و روشها. تهران : انتشارات دوران .
- ساعتچی ،محمود، (۱۳۷۸). نظریه های مشاوره رواندرمانی . تهران : انتشارات نشر ویرایش .
- پروچاسکا، جی ،، ونورکراس ، جی . سی . (۱۳۸۱). نظریه های رواند رسانی (ترجمه یحیی سید محمدی ) . تهران : انتشارات رشد . (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۹).
- شولتز ، دوان ( ۱۳۷۷). نظریه های شخصیت ( ترجمه گروه مترجمین ) . تهران :انتشارات ارسباران . (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۹).
- دیویسون ، جرالدهی ، وگلدفرید ، ماروین آر.(۱۳۷۱) . رفتار درمانی بالینی ( ترجمه احد احمدی علون آبادی ) . تهران : مرکز نشر دانشگاهی .(انتشار به زبان اصلی ، ۱۹۶۷) .
- هرگنان ، بی ، آر ، والسون ،ام . اچ . (۱۳۷۴) . مقدمه ای بر نظریه های یادگیری ( ترجمه علی اکبرسیف ) .تهران : انتشارات دانا. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۹۳).

جهت خرید فایل word به سایت [www.kandoocn.com](http://www.kandoocn.com) مراجعه کنید  
یا با شماره های ۰۹۳۶۶۰۲۷۴۱۷ و ۰۹۳۶۶۴۰۶۸۵۷ و ۰۶۶۴۱۲۶۰-۵۱۱ تماس حاصل نمایید

Filename: Document1  
Directory:  
Template: C:\Documents and Settings\hadi tahaghoghi\Application  
Data\Microsoft\Templates\Normal.dotm  
Title:  
Subject:  
Author: dd  
Keywords:  
Comments:  
Creation Date: 4/11/2012 8:38:00 PM  
Change Number: 1  
Last Saved On:  
Last Saved By: hadi tahaghoghi  
Total Editing Time: 0 Minutes  
Last Printed On: 4/11/2012 8:38:00 PM  
As of Last Complete Printing  
Number of Pages: 37  
Number of Words: 5,761 (approx.)  
Number of Characters: 32,839 (approx.)