

پروتمکل درمانی فعال سازی رفتاری



بسمه تعالی

# پروتکل درمانی فعال سازی رفتاری

مؤلف:

بختیار مسلمی

انتشارات ارسطو  
(چاپ و نشر ایران)  
۱۳۹۷

سرشناسه: مسلمی، بختیار، ۱۳۶۰ -  
عنوان و نام پدیدآور: پروتکل درمانی فعال‌سازی رفتاری /مؤلف بختیار مسلمی.  
مشخصات نشر: مشهد: ارسطو، ۱۳۹۵.  
مشخصات ظاهری: ۹۵ص.؛ مصورجدول، نمودار.  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۰۴۷-۴  
وضعیت فهرست نویسی: فیپا  
موضوع: افسردگی -- درمان  
موضوع: Depression, Mental-- Treatment  
موضوع: رفتار درمانی  
موضوع: Behavior therapy  
رده بندی کنگره: ۱۳۹۵ پ۴۴۷/م۴۵۳۷ RC  
رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۲۷  
شماره کتابشناسی ملی: ۴۲۹۱۲۳۱

نام کتاب: پروتکل درمانی فعال‌سازی رفتاری  
مؤلف: بختیار مسلمی  
ناشر: ارسطو (با همکاری سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)  
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد  
نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۷  
چاپ: مدیران  
قیمت: ۸۰۰۰ تومان  
شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۰۴۷-۴  
تلفن های مرکز پخش: ۳۵۰۹۶۱۴۵ - ۳۵۰۹۶۱۴۶ - ۰۵۱  
[www.chaponashr.ir](http://www.chaponashr.ir)



انتشارات ارسطو



چاپ و نشر ایران

## فهرست

۷	پیش‌گفتار
۹	مقدمه
۱۳	تاریخچه رشد درمان فعال‌سازی رفتاری
۱۳	اختلال افسردگی و شیوع آن
۱۹	زمینه‌گرایی
۱۹	رویکرد زمینه‌ای
۲۱	زمینه زندگی فرد
۲۵	اصول درمان فعال‌سازی رفتاری
۲۵	فرضیات این رویکرد چیست؟
۲۷	چهار اصل مهم در اجرای B.A
۲۸	عناصر اصلی فعال‌سازی رفتاری
۲۹	اهداف درمان
۲۹	الگوهای اجتنابی
۳۰	استفاده از چارت فعالیت
۳۵	ساختار و شکل درمان
۳۶	ساختار جلسه
۳۷	پذیرش در فعال‌سازی رفتاری
۳۷	عینی و ویژه بودن
۳۹	تکنیک‌ها و فنون مورد استفاده در فعال‌سازی رفتاری
۳۹	اهداف ویژه در درمان فعال‌سازی رفتاری
۳۹	تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری
۴۰	سنجش مداوم
۴۱	الگوی افسردگی و ضد افسردگی
۴۲	مدل تحلیل کارکردی ABC
۴۳	مدل ACTION
۴۴	تکلیف

۴۵	فعالیت سلطه (چیرگی)- لذت
۴۶	عمل به سوی هدف
۴۶	فنونی که آرامش موقتی را فراهم می‌کنند
۴۸	آموزش حل مسئله در فعال‌سازی رفتاری
۴۸	فهرست کردن افراد مهم در درمان
۴۹	منوال درمان افسردگی
۵۰	مرحله ۱: تشخیص افسردگی
۵۱	مرحله ۲: توجیه درمان کوتاه مدت فعال‌سازی رفتاری
۵۱	مرحله ۳: آمادگی برای درمان
۵۶	مرحله ۴: شناسایی پتانسیل فعالیت‌ها
۶۰	مرحله ۵: پیشرفت چارت
۶۷	نمونه ای از فعالیت های روزمره
۶۹	پروتکل درمان بصورت
۶۹	جلسه به جلسه
۷۳	مثال‌های بالینی فعال‌سازی رفتاری
۷۴	مثال بالینی. Bill W.
۸۷	خلاصه مورد
۸۹	راهنمای درمان

## پیش‌گفتار

این مجموعه گردآوری شده از منابع لاتین بزرگان این مدل درمانی از قبیل نیل جاکبسن، کریستوفر مارتل، مایکل ادیس و دمیجان و پروتکل های درمانی درک ار.هاپکو، سندرا د.هاپکو و سی وی. لیجز و همچنین از منابع و مقالات دیگری که در ارتباط با درمان فعال سازی رفتاری می باشد نیز استفاده شده است. در این کتاب سعی شده است راهکارهای درمان فعال سازی رفتاری بصورت کاملاً خلاصه شده و بدون کمترین حاشیه پردازی نوشته شود همچنین تمامی فایل های ضمیمه که در درمان فعال سازی رفتاری با آن سرو کار دارید در این مجموعه هم بصورت خام و هم بصورت نمونه تکمیل شده آورده شده است. با ترکیب بحث های عملی، نظری و تجربی، این کتاب برای متخصصین بالینی، دانشجویان و هر فرد علاقه مند در درمان افسردگی قابل ارزش است. امید است با نوشتن این مجموعه قدمی در ارتقای و نشر علمی این درمان در کشور عزیزمان ایران برداشته باشیم و چراغی باشد برای عزیزانی که می خواهند از این نوع درمان جهت درمان بیماران و مراجعان خود استفاده نمایند و در آخر شرح مختصری از این درمان آورده شده است. امید مورد لطف و عنایت بزرگواران باشد.

فعال سازی رفتاری رویکردی مثبت در درمان افسردگی است. در درون این چهارچوب، درمانگر به مراجعان کمک می کند تا افسردگی را به عنوان چیزی در درون بدن خود نبیند بلکه به عنوان پیامد طبیعی طریقی که آنها با تغییر زمینه ها در زندگی روزانه شان کنار می آیند مورد توجه قرار دهند. هیچ جستجویی برای بیماری روانی، نقایص مهارتی، یا تحریف تفکر صورت نمی گیرد. بلکه، درمانگر مراجع را آموزش می دهد تا در فعالیتهایی درگیر و مشغول شود که منجر به پاداش بیشتر در زندگی خواهد شد.



## مقدمه

رویکرد فعال‌سازی رفتاری<sup>۱</sup> برای درمان افسردگی بطور خود به خودی بوجود نیامده است. این رویکرد از یک زمینه تحقیقاتی، زمینه فلسفی و زمینه گسترده‌تر عقلانی بوسیله بسیاری از محققان و متخصصان بالینی با درک و تجربه و خلاق بوجود آمده است. در بقیه این فصل ما زمینه تکاملی این رویکرد فعال‌سازی رفتاری را توصیف می‌کنیم.

این ایده که افسردگی به طور اثربخشی با فنون رفتاری نسبتاً ساده قابل درمان است نه تازه و نه بدون جدال و بحث است. روان‌شناسان دارای جهت‌گیری رفتاری در مورد نظریه‌های افسردگی و بسط درمان آن برای چندین دهه مطالب نوشته‌اند (مانند، فرستر، ۱۹۷۳؛ لوینسن، ۱۹۷۴). رویکردهای اولیه رفتاری افسردگی را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌ها به میزان کاهش یافته تقویت مثبت و افزایش رفتارهای اجتناب در گنجینه<sup>۲</sup> یک فرد در نظر می‌گیرند. در حمایت از این رویکرد، چندین مطالعه در دهه ۱۹۷۰ (لوینسن، بیگلان، و زیس ۱۹۷۶؛ لوینسن و گراف، ۱۹۷۳؛ لوینسن و لیب، ۱۹۷۲) انجام شد، به این نتیجه رسیدند که افزایش وقایع خوشایند می‌تواند درمان موثری برای افسردگی باشد. در همین زمان، تکامل شناختی اظهار داشت که رفتارگرایی غیر قابل دفاع است. بطور غیر قابل افزایش برای محققین و متخصصین آشکار شد که تفکر افراد بر خلق و رفتارشان بیشتر از وقایع محیطی ویژه اثر دارد. رفتار درمانگران پیرو اسکینر هرگز اهمیت وقایع خصوصی<sup>۳</sup> مانند فکر کردن و احساس کردن را تکذیب نکردند. آنها بطرز ساده در مورد فکر و احساس فکر می‌کردند تا رفتار را بیشتر تبیین کنند، نه به عنوان وجود غیر فیزیکی در ذهن که قادر به ایجاد رفتار افسردگی مستقل از زمینه محیطی باشد. اگر فرد فکر کند که "من بی ارزش هستم" و بعد از آن احساس بی‌ارزشی کند، به نظر می‌رسد که چنین تفکری رفتار افسردگی را بیشتر می‌کند، اما چرا این تفکر اتفاق می‌افتد (هیز و براون استن، ۱۹۸۶؛ اسکینر، ۱۹۷۴). سرانجام علل<sup>۴</sup> برای حوادثی که می‌تواند بطور مستقیم دستکاری شود حفظ شد.

پس، رویکردهای تحلیل رفتاری و کارکردی بسط و توسعه یافتند و بطرز خلاقانه‌ای برای مشکلاتی مانند افسردگی و اضطراب بکار برده شدند. به هر حال، اوایل سال‌های ۱۹۸۰ شناخت درمانی رایج‌ترین درمان و بهترین درمان روان‌شناختی حمایت شده برای اختلال افسردگی اساسی

- 
1. behavioral activation
  2. repertoire
  3. Private
  4. Causes

بود. در راهنمای اصلی درمان، بک و همکارانش (۱۹۷۹) یک فصل کاملی را به مداخلات فعال‌سازی رفتاری اختصاص داده‌اند. اما نویسندگان کاملاً روشن ساخته‌اند که مداخلات رفتاری فرض می‌شود موثر باشند چون آنها شناخت مراجعان را تغییر می‌دهند. اگر مراجعی مشکل بر خاستن از رختخوابش را در صبح داشت، برنامه‌ریزی کردن فعالیت‌های خوشایند در صبح به او کمک می‌کند تا با این‌ایده مبارزه کند که «من قادر به انجام چنین چیز خوشایندی نیستم». پس، نظریه پردازان و محققان شناخت درمانی همیشه فرض کرده‌اند که تغییر شناختی آخرین فرایند میانجی‌کننده در درمان افسردگی می‌باشد. ما تعجب نکردیم وقتی که نتایج تجزیه و تحلیل این مولفه<sup>۱</sup> رفتاری که تکان شدیدی را در جامعه شناخت درمانگران بوجود آورد (جاکبسن و گورتنر، ۲۰۰۰)، بویژه این پیشنهاد که تغییر شناختی ممکن نیست افسردگی را درمان کند و مضافاً رویکرد فعال‌سازی رفتاری ممکن است مقرون به صرفه‌تر باشد (جاکبسن و همکاران، ۱۹۹۶).

نتایج تجزیه و تحلیل این مولفه (فعال‌سازی) آنقدر ترغیب‌کننده بود که یافته‌ها غیر منتظره و بحث‌انگیز بود. ایده بسط فعال‌سازی رفتاری به عنوان یک درمان واحد (به جای اینکه به عنوان یک مولفه‌ای از شناخت درمانی باشد) ما را به چند دلیل به خود مجذوب کرد. نخست، فعال‌سازی رفتاری یک رویکرد درمانی نسبتاً ساده و آسان به نظر می‌رسید. از طرف دیگر شناخت درمانی به مقدار زیادتری آموزش و نظارت شدیدتر نیاز داشت تا به سطح قابلیت مهارت‌های درمانی برسند. صرفه‌جو بودن این درمان را بوجود می‌آورد که یک رویکرد فعال‌سازی می‌تواند بطور نسبی برای کار بالینی به آسانی منتشر شود. نیل جاکبسن یک فرد دارای اعتقاد راسخ و قوی در نیاز برای کار بالینی بود تا بوسیله یافته‌های تحقیق هدایت و راهنمایی شود. او همچنین دارای یک سابقه در بسط و انتشار درمان‌های حمایت‌شده از لحاظ تجربی برای پریشانی زناشویی (جاکبسن و کریستنسن، ۱۹۹۶؛ جاکبسن، مارگولین، ۱۹۷۹) و روشن‌سازی اسطوره‌ها درباره ترکیبات لازم برای روان‌درمانی موثر بود (کریستنسن و جاکبسن، ۱۹۹۴).

دلیل دوم این است که فعال‌سازی رفتاری یک رویکرد جذاب بود که به خوبی با علائق ما در رویکردهای زمینه‌ای معاصر و تجزیه و تحلیل کارکردی برای درمان مشکلات سرپایی بزرگسالان مناسب بود. نقطه نظرهای تئوریک و فلسفی عمومی بوسیله بسیاری در مرکز تحقیق بالینی مورد مشارکت واقع شد (هیز، ریز و ساربین، ۱۹۹۳؛ پیر، ۱۹۴۲)، رفتارگرایی تندرو معاصر (چیزا، ۱۹۹۴) یا تجزیه و تحلیل یکپارچه (بوم، ۱۹۹۴؛ راغلین، ۱۹۹۱) که ممکن بود آنرا زمینه‌گرایی<sup>۲</sup> بنامند. با توجه به نامی که ما برای آن انتخاب کردیم، این راه فکر کردن و صحبت کردن در بسط و توسعه این رویکرد فعال‌سازی رفتاری مؤثر بوده است که آیا فقط پیش‌زمینه‌ای را فراهم کنیم که چه چیزی بعداً دنبال می‌شود.

## مزایای فعال‌سازی رفتاری

فعال‌سازی رفتاری یک رویکرد درمانی نسبتاً ساده و آسان به نظر می‌رسید. از طرف دیگر شناخت درمانی به مقدار زیادتری آموزش و نظارت شدیدتر نیاز داشت تا به سطح قابلیت مهارت‌های درمانی برسند. صرفه‌جو بودن این درمان را بوجود می‌آورد که یک رویکرد فعال‌سازی می‌تواند بطور نسبی برای کار بالینی به آسانی منتشر شود.

## نکات نهایی و ساختار این کتاب

مانند زندگی بیشتر افراد، فعال‌سازی رفتاری یک زمینه تکاملی است. هر مراجعی که با آن کار می‌کنیم و هر موردی که درباره آن برخورد می‌کنیم راه‌های جدید و چالش‌آوری را به ما ارائه می‌دهد تا در مورد گوناگونی تجربیاتی که افسردگی نامیده می‌شود فکر و بحث کنیم. ما همچنین در یک آزمایش بالینی بزرگی مبتنی بر تکرار یافته‌های مثبت اولیه بوسیله مقایسه کردن فعال‌سازی رفتاری با شناخت درمانی، یک داروی SSRI و یک داروی پلاسیبو دست به کار شدیم. این مطالعه در حال انجام است (مترجم: این مطالعه انجام شده ولی در زمان نوشتن این کتاب در حال انجام بوده چون طرح تحقیقی ما بر اساس یافته‌های این مطالعه است) و ما منتظر پیامد آن هستیم. در همین زمان، این کتاب اولین قدم رسمی به سوی انتشار ایده‌های ما راجع به آزمایش بالینی بزرگتری است. هیچ شکی نیست که درمان با افرادی که آن را مورد استفاده قرار می‌دهند رشد می‌کند. اگر چه کلمه «راهنما»<sup>۱</sup> ممکن است مخالف راه‌های سنتی فکر کردن درباره‌ی رفتار درمانی باشد (ادیس، ۱۹۹۷) این کتاب ممکن است به عنوان یک راهنمای درمانی قابل انعطاف مورد استفاده واقع شود. امید ما این است که به شما کمک کند تا از پایه‌ها و اصول فعال‌سازی رفتاری طرفداری کنید در حالیکه با افراد کار می‌کنید تا زمینه‌ای زندگیشان را تغییر دهند.



## تاریخچه رشد درمان فعال سازی رفتاری

### اختلال افسردگی و شیوع آن

اختلال افسردگی اساسی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) یک مشکل آشنا برای همه متخصصان بهداشت روان است. بسیاری از متخصصین، مراجعین مختلفی که از افسردگی رنج می‌برند درمان کرده‌اند و عجیب اینکه بسیاری از متخصصان خودشان افسردگی را تجربه کرده‌اند. از زمان جنگ جهانی دوم بروز افراد دارای تشخیص اختلال افسردگی اساسی دو برابر شده است با وجود گسترده‌تر شدن افسردگی اساسی جای خوشحالی است که تحقیق و کارشناسی بالینی زیادی اختصاص داده شده است تا این اختلال را بشناسیم و آن را درمان کنیم. در حال حاضر ما هم درمان‌های روان‌شناختی و هم درمان‌های دارویی موثری داریم و نظریه‌های روان‌شناختی و بیولوژیکی جدید همواره در حال رشدند. با در نظر گرفتن استثنائات، اکثریت این درمان‌ها در تلاش هستند تا چیزهای درون فرد را تغییر دهند. رویکرد ما در درمان افسردگی مبتنی بر یک نظریه روشن درباره ماهیت انسان است؛ رویکرد ما درباره کمک به مردم است تا خودشان را فعال کنند و زمینه‌ای زندگی‌شان را تغییر دهند. فنون فعال‌سازی افراد افسرده قدمت چندین دهه‌ای دارد، آنطور که ایده عمومی این است فعالیت می‌تواند راهی موثر برای مبارزه با افسردگی باشد. ما می‌خواهیم آن را ارائه دهیم راهی یکپارچه برای درگیر<sup>۱</sup> یا مشغول کردن مراجع در تغییر رفتار و موقعیت‌های زندگی خودش است. این رویکرد به طریقی بسیار متفاوت فعالیت انسان را مورد بررسی قرار می‌دهد. به طور خلاصه تمرکز بر زمینه زندگی افراد است نه به افکار، انتقال دهنده‌های عصبی، اعتقادات یا تعارضات روان‌شناختی آنها که فکر می‌شود در درون فرد قرار دارد. در این فصل ما مهمترین رویکردهای عمومی روان‌شناختی و بیولوژیکی در مورد افسردگی را مورد بحث قرار می‌دهیم. ما آنها را با رویکردمان -فعال‌سازی رفتاری- مورد مقابله قرار می‌دهیم. بوسیله توجه اولیه به فرضیات عمومی در دو رویکرد رایج در مورد افسردگی آشکار خواهد شد که فعال‌سازی رفتاری

چه چیزی را با این رویکردها به مشارکت می‌گذارد و کجا از همدیگر جدا می‌شوند.

### شواهد مبتنی بر تحقیق

تحقیقات متعددی وجود دارند که نقش علل درونی را در افسردگی حمایت می‌کنند. بعضی از مطالعات تفاوت‌ها را در علائم‌های بیولوژیکی یا روان شناختی در افراد افسرده و غیر افسرده نشان می‌دهند. دیگر مطالعات همبستگی بین متغیرهای درونی یا نشانگان یا رفتار افسرده را نشان می‌دهند. به هر حال، بعضی از افراد به نظر می‌رسند نسبت به افراد دیگر به زندگی استرس‌آمیز آسیب‌پذیرتر به نظر می‌رسند، و ممکن است یک مؤلفه ژنتیکی برای افسردگی در کار باشد (کندلر، کارکوسکی — شومان، ۱۹۷۷؛ کندلر و همکاران، ۱۹۹۵). همچنین شواهد بی‌نظمی سیستم‌های انتقال دهنده عصبی مربوط به افسردگی وجود دارد (سور و دیویس، ۱۹۸۵). اگرچه شواهد کمتر روشن است، ممکن است تفاوت‌هایی در ساختارهای نورولوژیکی افراد دارای اختلالات هیجانی باشد (پیرلسن و اسپلایفر، ۱۹۹۵). تغییرات در ساختار مغز نشان داده است از تجربیات زندگی در معرض استرس‌های سختی بوجود آمده‌اند. پس، هم بیولوژی و تجربیات زندگی در اختلالات خلقی دخالت دارند (فری و اوی، ۱۹۸۹).

داروهای ضد افسردگی درمان افسردگی را کاملاً تغییر داده‌اند. در آغاز با بازدارنده‌های مونوآمین اکسیداز (MAOs) و در حال حاضر با توسعه SSRI ها، داروهای ضد افسردگی نشان داده شده‌اند که دارای اثر بخشی بیشتری با اثرات جانبی کمتری هستند. داروهای جدید افسردگی بطور روزانه رشد می‌کنند چندین دارویی که در ۶ ماه گذشته هنوز تحت بررسی بود الان به بازار آمده است و در موقعیت‌های بالینی آزمایش می‌شود.

تحقیقات زیادی نشان می‌دهد که برای بسیاری از افراد، داروهای ضد افسردگی مفیدند و در بعضی از موارد درمان‌های اساسی هستند (مانند، بلاکر، ۱۹۹۶؛ فین، پاز، راتولولا گارسا، ۱۹۸۸؛ هرسر سفلید و سچارتزبرگ، ۱۹۹۶؛ سچارتزبرگ، ۱۹۹۶). داروهای ضد افسردگی بطور نسبی بهبودی سریعی را ایجاد می‌کنند اگر مصرف شان ادامه داشته باشد، اما برای موارد شدیدتر افسردگی (برای بسیاری از افراد داروها به عنوان نخستین خط دفاع دیده می‌شود) نرخ نسبتاً بالایی از عود بدون درمان طولانی وجود دارد (کوپفر و فرانک، ۱۹۹۲). برای افرادی که اثرات جانبی را تجربه نکرده‌اند مصرف دارو عمدتاً مشکل نیست، آنها می‌توانند مصرف دارو را ادامه دهند، اگرچه بعضی از مردم دوست ندارند به طور طولانی دارو مصرف کنند. آتهایی که اثرات جانبی را تجربه می‌کنند، انتخاب آنها خوردن داروی دیگر است که این اثرات جانبی را آرام می‌کند یا خوردن داروی افسردگی متفاوت. درجایی که فرد نمی‌تواند بهبود یابد (افسردگی مقاوم در برابر درمان نامیده می‌شود)، طبقه‌های متفاوتی از ضد افسردگی‌ها همراه با ترکیب دیگر داروها آزمایش شده است و اثربخشی را نشان داده است (مانند، پیرز، گیلبرت، فاریز، آلولریز، آرتیگاز، ۱۹۹۷؛ تاسه و راش، ۱۹۹۵).

## تاریخچه رشد درمان فعالسازی رفتاری / ۱۵

انتقال‌دهنده‌هایی مانند سروتونین، دوپامین و نور اپی نفرین چندین نقش را یا در آسیب پذیری به یا حفظ اختلالات هیجانی دارند (مایزو ملترز، ۱۹۹۵؛ سچازبرگ و سچیلکراوت، ۱۹۹۵). هنوز علیرغم چنین شواهد همبستگی، هیچ مطالعه‌ای وجود ندارد که نشان دهد ناهنجاری‌های بیوشیمیایی موجب افسردگی می‌شوند. باوجود این، فرهنگ ما بطور افزایشده‌ای بسوی تبیین‌های بیولوژیکی برای مشکلات زندگی در حرکت است. پس شواهد ارتباط بین متغیرهای بیولوژیکی و رفتار بطور نوعی تفسیر می‌شود که متغیرهای بیولوژیکی موجب رفتار می‌شوند. اگر چه جامعه علمی تلاش خود را می‌کند تا یک رویکرد انتقادی بسوی چنین شواهدی را حفظ کند (مانند، والنشتاین، ۱۹۹۸)، رسانه‌های رایج بطور نوعی چنین یافته‌هایی را ارائه می‌دهند که اختلالات هیجانی بطور واقعی بوسیله فرایندهای بیولوژیکی بوجود آمده است.

نظریه‌های عمده روان‌شناختی در مورد افسردگی علل درونی را حمایت می‌کنند. نظریه‌های شناختی افسردگی پیشنهاد می‌کند افرادی که افسرده هستند دارای یک سوگیری منفی درباره خودشان و جهان اطرافشان هستند (بک، ۱۹۷۰). برخی از افراد معتقدند که به افسردگی بیشتر آسیب پذیرند (این آسیب‌پذیری) در نتیجه فعال‌سازی یک طرحواره یا ساختار سازمان‌دهنده در پاسخ به وقایع منفی زندگی است (بک، ۱۹۸۳). «افکار اتوماتیک»<sup>۱</sup> منفی به حالت‌های منفی خلق مربوطند (بک، ۱۹۷۶). برای مثال، فردی که فکر می‌کند «من به مهمانی نمی‌روم تا هر فردی را تحت تاثیر قرار دهم» احساس غمگینی یا اضطراب در رفتن به این مهمانی می‌کند. این شخص همچنین ممکن است بطریقی رفتار کند که موفقیت اجتماعی در آن مهمانی را تحلیل برد و نظریه پرداز شناختی آن رفتار را در نتیجه فکر اتوماتیک منفی می‌بیند. به عبارت دیگر، فکر درونی به عنوان علل اولیه خلق دیده می‌شود، اگر چه که همه نظریه پردازان شناختی اصرار نمی‌کنند که همیشه یک تقدم سببی وجود دارد (کلارک، بک و آلفورد، ۱۹۹۹).

در عمل، بیشتر نظریه پردازان شناختی بر تفکر منفی به عنوان هدف برای مداخلات بالینی در موردهای افسردگی تمرکز می‌کنند. این رویکرد بهتر قابل درک است و بر تحقیقات زیادی استوار است که نشان‌دهنده همبستگی بین تفکر منفی و خلق منفی یا افسردگی که بطور طبیعی اتفاق می‌افتد یا بطور آزمایشی تحریک شده است. برای مثال، افرادی که افسرده هستند بطور انتخابی به وقایع ناخوشایند توجه نشان می‌دهند (بک، ۱۹۷۶؛ فاکس و رم، ۱۹۷۷) و حالت‌های افسردگی بوسیله نشخوار کردن بر نشانگان و وقایع منفی بدتر و طولانی‌تر می‌شود (نولان هوکسما، مارو و فریرکسن، ۱۹۹۳).

همچنین تحقیقات زیادی وجود دارد که پیوند بین فرایندهای بین فردی و افسردگی را نشان می‌دهد (جوینر و کونف، ۱۹۹۹؛ نولن هوکسما، ۲۰۰۰). برای مثال، افرادی که افسرده هستند تمایل دارند تا واکنش‌های منفی را از دیگران فراخوانند (برای مثال، هوکانسان، رابرت، والکر، هالندر و همدین،

۱۹۸۹). براون و موران (۱۹۹۴) نشان دادند که دوره حالت‌های افسردگی بوسیله مشکلات بین فردی پیش‌بینی می‌شود. اگر چه این مطالعات اکیداً به علل درونی اشاره نمی‌کنند، بسیاری از رویکردهای بین فردی بر نقایص بین فردی افراد مانند فقدان مهارت‌های اجتماعی و جستجوی اطمینان بیش از حد (جوینر را بینید، ۲۰۰۰؛ کلرمن، ویسمن، راونساویل و چوران، ۱۹۸۴).

### کنار آمدن با دوره افسردگی لونیس

لونیسن افسردگی را چنین توصیف کرده است به کاهش در وقایع لذت‌بخش و افزایش در تعاملات ناخوشایند فرد- محیط. پس هدف لونیسن برنامه‌ریزی فعالیت‌هایی که تعداد وقایع خوشایند را افزایش و وقایع ناخوشایند را در زندگی کاهش دهند.

رویکرد درمانی لونیسن شامل (شناختی - رفتاری)

۱- آموزش نظارت بر خود به مراجعان (خصوصاً وقایع خوشایند و وقایع ناخوشایند)

۲- آموزش آرام‌سازی، بازسازی شناختی، مهارت‌های اجتماعی

۳- تقویت اسنادهای مشارکت‌کنندگان که درمان را به کار خود مراجعان نسبت بدهند نه درمانگر.

۴- در شناخت درمانی فعال‌سازی رفتاری در مراحل اولیه درمان برای افرادی که بسیار افسرده‌اند مورد استفاده قرار می‌گیرد که شامل:

- نظارت بر رفتار از طریق برنامه‌ریزی فعالیت

- ارزیابی خلق خودش در طول شبانه‌روز و ارتباط با رفتار

۵- افزایش فعالیت‌هایی که به فرد تسلط یا لذت بیشتری می‌دهد.

۶- پس از افزایش خلق مداخلات شناختی بکار گرفته می‌شود (بازسازی شناختی/تحریف شناختی).

### نظریه‌ی فرستر در مورد افسردگی

در تاریخچه یادگیری افراد افسرده ممکن است دارای بسیاری از موقعیت‌هایی باشد که در آن رفتار در یک برنامه نسبی نسبتاً ثابت تقویت شده و نیاز تعداد زیادی فعالیت است قبل از اینکه تقویت شود. پس این رفتار با استفاده از تقویت منفی حفظ می‌شود و به یک رویکرد منفعلانه در زندگی منجر می‌شود در نتیجه فرد یاد می‌گیرد که یک‌سری رفتارهای معین به پیامدهای مثبت منجر می‌شود.

رشد سبک رفتاری منفعلانه در نتیجه الگوی رفتار پاسخ به محرومیت

طبق نظریه فرستر ۳ ایده مهم در تبیین محرک افسردگی نقش دارند:

- ۱- پاسخ به محرومیت
- ۲- گنجینه رفتاری محدود
- ۳- اجتناب و گریز به عنوان اهداف برانگیزاننده در افسردگی

### پاسخ به محرومیت

تحلیل کارکرد فرستر نشان می‌دهد که یادگیری در یک محیط تقویت و تنبیه غیرمحتمل اتفاق می‌افتد. یعنی کودک یاد می‌گیرد بر طبق محرومیت خودش پاسخ بدهد و به طور فعال به محیط بیرونی که به وسیله آن رفتارش به طور مثبت تقویت خواهد شد، پاسخ نخواهد داد. در موارد مفرط، رفتار فرد عمدتاً به وسیله تقویت منفی کنترل می‌شود (مانند کاهش محرومیت) و سبک منفعلانه ادامه پیدا خواهد کرد (کودکی که به خاطر اشتباهات کوچک مثل تأخیر در آمدن سر وعده غذا با وجود موفقیت‌های زیادی مانند کمک به تمیز کردن خانه و ... تنبیه می‌شود، این کودک رفتار مرتبط به پیامد را تجربه نمی‌کند: اگر این الگو ادامه پیدا کند کودک توانایی به نظارت کردن رفتار خودش را بدست نمی‌آورد).

### خزانه رفتاری محدود

تاریخچه یادگیری فرد فرصت لازم برای یادگیری مهارت‌های لازم برای رفتار و پاسخ دادن را فراهم نکرده است بنابراین فرد به خاطر نقش در مهارت رفتاری غلط انجام خواهد داد. در فعالسازی رفتاری فرصت‌های زیادی را فراهم می‌کنیم تا گنجینه رفتاری خود را گسترش دهند (آموزش مهارت‌های رفتاری).

### اجتناب و گریز به عنوان اهداف برانگیزاننده در افسردگی

وقتی فرد افسرده می‌شود بسیاری از رفتارهایش به عنوان اجتناب و گریز عمل می‌کنند. گریز از محیط آزارنده (بیرونی و درونی: مانند گله از همدیگر، قدم زدن، نشخوار کردن) یا اجتناب از شرایط ناخوشایند (سکوت، منفعل بودن یا فعالیت‌هایی که برای فرد ایجاد اضطراب می‌کند) به حالت غالب عمل تبدیل می‌شود. پس فرد شروع به درگیر شدن در رفتارهای گریز و اجتناب به عنوان ابزاری برای کاستن شرایط آزارنده می‌کند که سرانجام منجر به گسترش گنجینه رفتاری منفعلانه می‌شود.

### هدف کلی فعالسازی رفتاری

- تعیین الگوهای کنارآمدنی که افسردگی را بدتر و حفظ می‌کند.  
— بسط و توسعه یک طرح درمان برای بهبود الگوهای کنار آمدن و به طور بالقوه فراهم کردن دسترسی به شرایط زندگی که بیشتر تقویت‌کننده باشد.

فعال‌سازی رفتاری: تلاش برای افزایش فعالیت باعث افزایش خزانه رفتاری می‌شود.  
فعال‌سازی رفتاری: شناخت گریز و اجتناب به توسط فرد و کمک به او تا به فعالیت‌های نزدیک و درگیر شود.

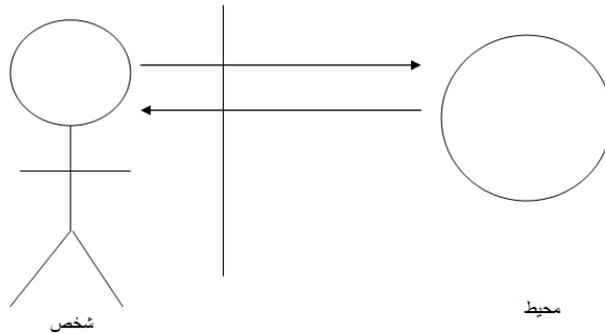
در فعال‌سازی رفتاری شکل‌های فعالیت مهم نیست بلکه کارکرد آن مهم است. مثلاً کسی که به خاطر اینکه افسرده نشود ورزش می‌کند و یا اینکه ورزش می‌کند چون مفرح است پس شکل فعالیت مهم نیست مهم کارکرد آن است.

درمانگر فعال‌سازی رفتاری وقتی که می‌خواهد یک طرح درمانی را بسط دهد باید از خود و مراجعش سؤال‌های زیر را بپرسد:

- ۱- برای فرد چه چیزی مهم است؟
- ۲- چه چیزی حل هدف در زندگی به او می‌دهد؟
- ۳- در درون این زمینه چگونه من می‌توانم به مراجع کمک کنم که چیزها را به طور متفاوتی انجام دهد.

## زمینه گرایی

بر طبق زمینه گرایی، افسردگی چیزی در درون فرد نیست، بلکه یک مجموعه از اعمال و رفتارهایی است که در یک مجموعه از زمینه‌های افسرده رخ می‌دهد. نظر زمینه‌ای در مورد افسردگی سبب می‌شود که ما بر تغییر اعمال و زمینه‌ها تمرکز کنیم. زمینه برای یک رفتار با سئوال‌هایی از قبیل چگونه، کجا، چه وقت و چه پیامدی دارد، را می‌توان تعیین کرد. «محیط ادراک و عقاید افراد را شکل می‌دهد و به نوبه خود فرد ادراکات از محیط را شکل می‌دهد.»



شکل ۱-۲ مدل یادگیری شناختی یا اجتماعی: محیط ادراکات و عقاید افراد را شکل می‌دهد که به نوبه خود ادراکات از محیط را شکل می‌دهد

### رویکرد زمینه‌ای<sup>۱</sup>

#### زمینه فلسفی

سه روش فلسفی هستند که ایده زمینه در فعالسازی رفتاری را مورد استفاده قرار می‌دهند. ۱- معنی یا کارکرد یک عمل ویژه نمی‌تواند جدا از زمینه تاریخی و کنونی خودش فهمیده شود. به منظور درک معنی هر عمل کنونی باید به گذشته و حال نظر افکند (موسیقی بتهون فقط در زمان حال برای الی بامعنی است چون گوش دادن به بتهون در گذشته برای او معنی دار بوده است).

- ۲- ادعا در مورد ماهیت چیزها از زمینه‌ای که در آن رخ می‌دهند معنی خود را بدست می‌آورند. پراگماتیسم هیچ حقیقت واقعی جدا از آنهایی که به هدف ویژه نایل می‌شوند وجود ندارد.
- ۳- وابستگی اعمال به زمینه شبیه به تأکید تحلیل رفتاری بر روابط بین رفتار و پیامدهای خودش است.

### زمینه فلسفی

- ۱- زمینه‌گرایی، مسیرگرایی بیولوژیکی نیست: یعنی رد کردن این ایده که بیولوژی به تنهایی تعیین‌کننده رفتار است (به عنوان مثال اگرچه سطح سروتونین در افراد دارای پست‌های مدیریتی بالاست نمی‌توانیم بگوییم که سطح سروتونین باعث می‌شود که فرد مسلط باشد).
- ۲- زمینه‌گرایی، مسیرگرایی شناختی نیست: می‌توان گفت که افکار در زمان‌هایی رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند اما نمی‌تواند موجب رفتار شوند، ریشه رفتار در محیط کنونی و تاریخی آن جای دارد.
- ۳- زمینه وقایع زندگی نیست.
- ۴- زمینه درباره افرادی نیست که واقعیت زندگی خودشان را خلق می‌کنند یا داستان زندگی خودشان را می‌سازند.
- اگر رفتاری به نظر برسد که ثابت است احتمال این است که آن زمینه به طور نسبی ثابت مانده است اگر مراجع افسرده بگوید «من شکست خورده‌ام» آن رفتار کلامی به و سیله زمینه بودن در درمان اتفاق افتاده است و درمانگر نیاز ندارد فرض کند که این عقیده ثابت مراجع است در عوض درمانگر فعال‌سازی رفتاری می‌خواهد بداند که مراجع چه موقعی فکر نمی‌کند که شکست خورده است و بداند که تفکر من شکست خورده‌ام چه کارکردی دارد.

### نکات :

- به یاد داشته باشید زمینه مرتب تغییر می‌کند.
- این یک قاعده فعال‌سازی رفتاری است که هیچ‌وقت در جلسه درمان بیشتر از دو موضوع را بررسی نکنید.
- در فعال‌سازی رفتاری به مراجع آموزش داده می‌شود که به طور کامل بر زندگی خودش نظر بیافکنند و به کارشناسی خوب برای رفتارهای روزانه و پیامدهای رفتار ریش تبدیل شود.
- برنامه‌ها و تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری می‌خواهند به مراجع کمک کنند تا رفتار و پیامدهای رفتاری را مورد تحلیل و نظارت قرار دهند و یک طرح و برنامه برای تغییر فراهم سازد. به او کمک می‌کند که مربی خوبی شوند و به مشاهده‌کننده و عمل‌کننده خوبی در زمینه زندگی خودشان تبدیل شوند.