

به نام خدا

درمان شناختی رفتاری اختلالات کودکان

مولفان :

الهه فروزان

مریم محمودی

آزاده کشاورزی

انتشارات بامن

(با همکاری چاپ و نشر ایران)

۱۴۰۱

سرشناسه: فروزان، الهه، ۱۳۶۷-
عنوان و نام پدیدآور: درمان شناختی رفتاری اختلالات کودکان/مولفان الهه فروزان،
مریم محمودی، آزاده کشاورزی.
مشخصات نشر: تهران: انتشارات با من (با همکاری سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر
ایران)، ۱۴۰۱.

مشخصات ظاهری: ۱۸۷ ص.

شابک: ۷۵۰۰۰۰ ریال: ۲-۴۷-۸۷۵۱-۶۰۰-۹۷۸

وضعیت فهرست نویسی: فیبا

یادداشت: کتابنامه: ص. ۱۸۲-۱۸۷.

Cognitive therapy for children موضوع: شناخت درمانی کودکان
Anxiety in children -- Treatment اضطراب در کودکان -- درمان
Stress in children فشار روانی در کودکان

شناسه افزوده: محمودی، مریم، ۱۳۷۳-

شناسه افزوده: کشاورزی، آزاده، ۱۳۶۱-

رده بندی کنگره: RJ۵۰۵

رده بندی دیویی: ۶۱۸/۹۲۸۹۱۴۲

شماره کتابشناسی ملی: ۸۸۷۷۳۹۵

اطلاعات رکورد کتابشناسی: فیبا

نام کتاب: درمان شناختی رفتاری اختلالات کودکان
مولفان: الهه فروزان - مریم محمودی - آزاده کشاورزی
ناشر: با من (با همکاری سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)
صفحه آرایی، تنظیم و طرح جلد: پروانه مهاجر
تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۴۰۱

چاپ: مدیران

قیمت: ۷۵۰۰۰ تومان

فروش نسخه الکترونیکی - کتاب رسان:

<https://chaponashr.ir/ketabresan>

شابک: ۲-۴۷-۸۷۵۱-۶۰۰-۹۷۸

تلفن مرکز بخش: ۰۹۱۲۰۲۳۹۲۵۵

www.chaponashr.ir



فهرست مطالب

پیشگفتار.....	۶
فصل اول: رفتاردرمانی.....	۱۰
تکنیک‌های رفتاردرمانی.....	۱۱
حساسیت‌زدایی منظم.....	۱۱
آموزش تن آرامی.....	۱۲
خاستگاه رویکرد رفتاری.....	۱۶
فنون سنتی رفتاردرمانی.....	۲۰
ارزیابی رفتاردرمانی.....	۳۶
فصل دوم: شناخت درمانی.....	۴۸
پیدایش شناخت درمانی.....	۴۹
رویکردهای شناختی نسبت به شخصیت.....	۵۵
مفروضات کلی شناخت درمانی.....	۵۷
فصل سوم: رویکرد شناختی رفتاری.....	۷۰
تلفیق رویکردهای شناختی و رفتاری.....	۷۱
ویژگی‌ها و مفروضه‌های رویکرد شناختی - رفتاری.....	۷۵
فرآیند درمان شناختی - رفتاری.....	۸۱
تکنیک‌های رفتاردرمانی شناختی.....	۸۸
فصل چهارم: اختلالات رایج در کودکان.....	۹۰
اضطراب.....	۹۱
اختلالات اضطرابی در دوران کودکی و نوجوانی.....	۹۳
اختلال فوبیای خاص (Specific phobia).....	۹۴

۹۵	اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder)
۹۷	اختلال اضطراب جدایی (Separation anxiety disorder)
۹۷	اختلال اضطراب منتشر (Generalized anxiety disorder)
۹۸	اختلال لالی انتخابی (Selective mutism)
۹۹	تعریف استرس
۱۰۱	علائم استرس و اضطراب در کودکان و نوجوانان
۱۰۳	علل استرس و اضطراب در کودکان و نوجوانان
۱۰۵	عوامل کاهشدهنده استرس
۱۰۶	عوامل استرس‌زا در کلاس درس
۱۰۷	چگونگی مدیریت استرس
۱۰۷	دیدگاه‌های مختلف درباره اضطراب
۱۱۱	کم‌توانی ذهنی
۱۱۳	ارزیابی و تشخیص کم‌توانی ذهنی
۱۱۴	ویژگی‌های کودکان کم‌توان ذهنی
۱۱۷	اختلالات شایعی که یکی از علائم آن‌ها کم‌توانی ذهنی است
۱۲۰	انواع کم‌توانی ذهنی
۱۲۳	پیشگیری
۱۲۴	برخی از درمان‌ها و امکانات موردنیاز کودکان عقب‌مانده ذهنی
۱۲۶	اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه
۱۳۶	شیوع اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه
۱۳۸	عوامل مؤثر در بروز بیماری
۱۳۹	اختلالات همبود با اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه
۱۴۲	سیر اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه

- تشخیص افتراقی بیش‌فعالی کمبود توجه ۱۴۳
- بیش‌فعالی و رابطه آن با جنسیت ۱۴۷
- خصوصیات بالینی (ADHD) ۱۴۷
- پیامدهای اختلال کاستی توجه / بیش‌فعالی ۱۵۱
- ارزیابی بیش‌فعالی و کمبود توجه ۱۵۲
- سبب‌شناسی اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه ۱۶۳
- بیش‌فعالی چگونه درمان می‌شود؟ ۱۷۲
- منابع و مآخذ ۱۸۲

پیشگفتار

رفتاردرمانی شناختی (CBT) نوعی صحبت درمانی است که می‌تواند به افراد در هر سنی از جمله کودکان و نوجوانان کمک کند. رفتاردرمانی شناختی بر چگونگی تأثیر افکار و احساسات بر رفتار متمرکز است. فرزند شما برای بهره‌مند شدن از رفتاردرمانی شناختی نیازی به داشتن یک بیماری روانی تشخیص داده نشده ندارد.

درمان معمولاً شامل یک هدف توافق شده و تعداد مشخصی از جلسات است. درمانگر به کودک شما کمک می‌کند تا الگوهای منفی را با الگوهای سازنده‌تر جایگزین کند. از طریق نقش‌آفرینی و سایر روش‌ها، کودک شما می‌تواند روش‌های جایگزین را برای مدیریت موقعیت‌های استرس‌زا تمرین کند.

رفتاردرمانی شناختی نوعی گفتاردرمانی است که برای کمک به افراد در شناخت افکار و رفتارهای غیرمفید و نیز یادگیری نحوه تغییر آنها طراحی شده است. درمان به‌جای اینکه بر روی گذشته تمرکز کند، بر روی حال و آینده متمرکز است. اگرچه رفتاردرمانی شناختی برای "بهبود" مشکلاتی مانند ADHD طراحی نشده است، اما می‌تواند برای تکمیل سایر روش‌های درمانی و کمک به بهبود علائم خاص مورد استفاده قرار گیرد.

رفتاردرمانی شناختی دارای کاربردهای عملی روزمره برای کودکان است. این روش درمانی می‌تواند به کودک شما کمک کند تا منفی بودن الگوهای فکری خود را درک کند و بیاموزد که چگونه آنها را با الگوهای مثبت جایگزین کنید. کشف روش‌های جدید مشاهده چیزها به کودک کمک می‌کند یاد بگیرد چگونه به‌جای وخیم‌تر کردن شرایط استرس‌زا، متفاوت پاسخ دهد و بهبود یابد. این نوع درمان می‌تواند به کودک شما استراتژی‌های واقع‌گرایانه‌ای برای بهبود زندگی حال حاضر او بدهد. هنگامی که این

استراتژی‌ها به عادت تبدیل می‌شوند، مهارت‌های جدید می‌توانند در طول زندگی به آنها کمک کنند.

رفتاردرمانی شناختی می‌تواند به کودکان کمک کند تا این موارد را کنترل کنند:

➤ افکار منفی و خودکشی

➤ تکانشگری

➤ مبارزه‌طلبی

➤ کج خلقی‌ها

و واکنش‌های منفی را با این روش‌ها جایگزین کنند:

✓ بهبود تصویر از خود

✓ مکانیسم‌های جدید مقابله

✓ مهارت‌های حل مسئله

✓ خویش‌داری بیشتر

معمولاً یکی از والدین یا یک مراقب، کودک و درمانگر در مورد اهداف بحث کرده و یک برنامه درمانی تهیه می‌کنند. رفتاردرمانی شناختی شامل یک رویکرد ساختاری برای حل مشکلات در تعداد مشخصی از جلسات است. با توجه به کودک و اهداف خاص مدنظر، می‌تواند در حدود ۶ تا ۲۰ جلسه یا بیشتر باشد. درحالی‌که رفتاردرمانی شناختی نوعی گفتاردرمانی است، اما بسیار بیشتر از صحبت کردن عادی است. درمانگر تلاش خواهد کرد تا روش‌های ملموسی را برای کنترل و قدرت دادن به فرزند شما فراهم کند. آنها مهارت‌هایی را آموزش می‌دهند که می‌توانند بلافاصله در عمل به کار گرفته شوند.

کودک شما می‌تواند رفتار درمانی شناختی را به تنهایی یا در ترکیب با داروها یا هر روش درمانی دیگری که ممکن است لازم داشته باشد، دریافت کند. برنامه درمانی می‌تواند متناسب با تفاوت‌های فرهنگی یا منطقه‌ای باشد.

با مشاهده افراد موفق و مسلط، متقاعد شدن به این که می‌توانیم مشکل را حل کنیم و قضاوت از روی نشانه‌های درونی که آرام و مسلط هستیم، در ایجاد احساس خود کارایی دخیل است. اما بیشترین احساس کارایی و عملکرد واقعی و احساس تسلط شخص ناشی می‌شود. خلاصه اینکه هیچ‌چیز مثل موفقیت فرد را موفق نمی‌کند.

سخنی از مؤلفین

فصل اول: رفتار درمانی

تکنیک‌های رفتاردرمانی

رفتار درمانگرها از تکنیک‌های مختلفی استفاده می‌کنند. نه فقط بر روی بیماران مختلف بلکه بر روی یک بیمار، لازاروس از این قضیه با عنوان «طیف گسترده رفتاردرمانی» یاد می‌کند. این تکنیک‌ها در واقع مکمل یکدیگرند. مسترز^۱ و همکاران (۱۹۸۷) تکنیک‌های مورد استفاده در رفتاردرمانی را عبارت می‌دانند از: حساسیت‌زدایی منظم، خودکنترلی، خاموش‌سازی، شرطی‌سازی انزجاری، آموزش قاطعیت، مدل‌سازی، شرطی‌کنشگر و تن آرامی.

حساسیت‌زدایی منظم^۲

حساسیت‌زدایی منظم شیوه‌ای است برای کاهش اضطراب که به‌وسیله سالتر^۳ (۱۹۴۹) و ولپی (۱۹۵۸) ایجاد شده است و در کاهش اضطراب غیر واقع‌گرایانه تأثیر فوق‌العاده‌ای دارد. هرگاه شخص بتواند به یک موقعیت خاص پاسخ مؤثری بدهد و در ضمن همچنان واکنش توأم با ترس و اجتناب روان رنجورانه بروز دهد، در این صورت مناسب است که از روش کاهش اضطراب استفاده شود. شیوه حساسیت‌زدایی منظم یعنی واداشتن فردی که در حالت آرمیدگی کامل قرار داده شده است به تجسم موقعیت‌های نامطبوعی که به‌صورت سلسله‌مراتب تنظیم شده‌اند. شواهد فراوان بالینی و تجربی موید این نتیجه‌اند که با استفاده از این روش می‌توان تنش‌های غیرواقعی را به حد قابل توجهی کاهش داد (گلدفرید و دیویسون، ۲۰۱۶) مراحل سه‌گانه حساسیت‌زدایی منظم عبارت‌اند از:

¹ Masters

² systematic desensitization

³ salter

الف) ایجاد سلسله‌مراتب اضطراب: در مرحله اول از مراجع می‌خواهند یک سلسله‌مراتب از موقعیت ترسناک تهیه کند، صحنه‌ها از لحاظ ایجاد اضطراب از ضعیف‌ترین تا شدیدترین مرتب می‌شوند.

ب) آموزش آرمیدگی: در روش آموزش آرمیدگی به مراجع یاد داده می‌شود تا ماهیچه‌های مختلف بدن خود را به آرامش کامل در آورد. تمرین‌های آرمیدگی باید آن‌قدر ادامه پیدا کند که وقتی کار حساسیت‌زدایی آغاز می‌شود، بلافاصله پس از این که مراجع روی صندلی دراز کشید بتواند به حالت آرمیدگی برسد.

پ) حساسیت‌زدایی: پس از آنکه درمانگر به مراجع آموزش داد که در خودش حالت آرمیدگی ایجاد کند و سلسله‌مراتب اضطراب را نیز درست کرد، جریان حساسیت‌زدایی شروع می‌شود. بدین معنی که از موقعیت‌هایی که ترس و اضطراب خفیف دارند شروع کرده و در حال آرمیدگی به تجسم موقعیت‌های تشدیدکننده اضطراب و ترس بپردازد.

حساسیت‌زدایی منظم در مواردی که محرک اضطراب‌انگیز مشخص اختلال و بیماری را ایجاد کرده است بسیار مؤثر است. نظیر خوبی، وسواس فکری و عملی و بعضی از اختلالات جنسی که با این روش به طور موفقیت‌آمیزی درمان می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۱۳).

آموزش تن آرامی^۴

استفاده از روش آرمیدگی تاریخچه‌ای طولانی در پزشکی و روان‌شناسی بالینی و روان‌پزشکی دارد. در این زمینه ادmond جاکوبسن پیشگام بود که عمدتاً به کاوش در این

⁴ Relaxation Training

⁵ Edmund Jacobson

تصور واتسونی پرداخته است که افکار و احساسات در ماهیچه‌های پیرامونی بدن (۱۹۲۹) قرار دارند. جاکوسن که پزشک بود، فواید درمانی حاصل از آرمیدگی را در افراد مضطرب نیز گزارش کرد. اطلاعات بسیاری در دست است که ثابت می‌کند آرمیدگی ماهیچه‌ها به نحو قابل ملاحظه‌ای اضطراب را کاهش می‌دهد. مکانیزم آموزش آرمیدگی آنقدر صریح و ساده است که می‌توان آن را برای تمرین کردن در خانه روی نوار ضبط کرد (گلدفرید دیویسون، ۲۰۱۶)

روش‌های آموزش تن آرامی

قبل از آموزش تن آرامی باید محیط از لحاظ فیزیکی و اجتماعی به گونه‌ای باشد که در آن عوامل پرت‌کننده حواس به حداقل ممکن برسد، میزان سروصدا در اتاق موردنظر باید کم و یا حداقل ثابت باشد. بهترین نتایج در صورتی به دست می‌آید که هر روز در ساعت معینی به تمرین پرداخته شود، نور اتاق جهت ایجاد یک محیط آرام‌بخش بهتر است کم باشد، لیکن این نور بایستی به اندازه‌ای باشد که امکان مشاهده رفتاری مراجع را فراهم سازد، بدن مراجع بایستی در حالت کاملاً آزاد قرار گیرد. در مرحله بعد باید درمانگر ماهیت و منطق کار را به مراجع توضیح دهد، و به سؤالات او در این زمینه پاسخ دهد تا بیمار انگیزه پیدا کند، درمانگر باید روش خاصی را که می‌خواهد استفاده کند، به طور مفصل مطرح سازد.

دستورالعمل تن آرامی به شرح زیر ارائه شده است (سیف، ۱۳۹۸).

۱) روی صندلی را حتی نشسته یا روی تخت دراز بکشید.

۲) در صورت پوشیدن لباس تنگ آن‌ها را شل کنید.

۳) چشمان خود را ببینید سه بار نفس عمیق بکشید، لحظه‌ای نگه داشته سپس به

طور آرام بازدم کنید (۱۰ ثانیه).

۴) دست راست خود را محکم مشت کرده و به انقباض و فشاری که احساس می‌کنید خوب توجه کنید (ثانیه)، حال شل کنید (۱۰ ثانیه) و مجدداً این عمل را تکرار کنید.

۵) دست چپ خود را محکم مشت کرده و به انقباض و احساس تنشی که در انگشتان دست و ساعد ایجاد می‌شود توجه کنید (۵ ثانیه) حال شل کنید (۱۰ ثانیه) این عمل را مجدداً تکرار کنید.

۶) دست راست خود را محکم مشت کنید، ساعد را خم کرده تا ماهیچه‌های ساعد سفت شوند، آن را محکم نگه دارید و احساس تنش را حس کنید (۵ ثانیه) حالا شکل کنید. گرمایی که از ماهیچه‌های ساعد منتشر می‌شود و از راه انگشتان خارج می‌شود را احساس کنید (۱۰ ثانیه) همین عمل را در مورد دست و ساعد چپتان عیناً اجرا کنید.

۷) حالا دودست خود را با هم مشت کرده، آن‌ها را خم کرده تا کاملاً سفت شوند، فکر خود را روی این تنش متمرکز کرده آن را حس کنید (۵ ثانیه). حالا آن‌ها را شل کنید. به احساس گرما و آرامش که در سراسر ماهیچه‌های دستتان رخ می‌دهد توجه کنید. تمام تنش از انگشتان خارج می‌شود (۱۰ ثانیه).

۸) حالا پیشانی خود را چین انداخته، تا آنجا که ممکن است چروک کرده، چشمانتان را محکم روی هم فشار دهید. این حالت تنش را در پیشانی و چشمان خود احساس کنید (۵ ثانیه) حالا آن‌ها را شل کنید (۱۰ ثانیه). (توجه داشته باشید اگر کسی لنز چشم استفاده می‌کند هنگام اجرای این عمل آن را از چشم بیرون آورده باشد).

۹) دندان‌هایتان را روی هم بفشارید، چانه خود را بلند کرده تا ماهیچه‌های گردن تنان سفت شود، لب‌های خود را محکم روی هم فشار دهید و از وجود چنین تنشی آگاه شوید (۵ ثانیه) حالا آن‌ها را شل کنید و بگذارید آرواره پایین کمی آویزان شود (۱۰ ثانیه).

۱۰) حالا موارد ۸ و ۹ را بر روی هم انجام داده و پس از ایجاد تنش آن‌ها را رها و شل کرده و از تفاوت دو حالت تنش و استراحت لذت ببرید (۱۰ ثانیه).

۱۱) حالا سر خود را محکم به روی سطحی که بر آن قرار دارد فشار دهید. آن قدر به پشت فشار دهید که بتوانید انقباض را به خصوص در پشت گردن و قسمت فوقانی خود احساس کنید (۵ ثانیه) حالا شل کنید. بیشتر و بیشتر (۱۰ ثانیه).

۱۲) حالا شانه‌های خود را به جلو فشار داده و هم‌زمان ماهیچه‌های شکمتان را منقبض کنید، آن را نگه داشته (۵ ثانیه) سپس شل کنید و از تفاوت این دو حالت آگاه شده و لذت ببرید (۱۰ ثانیه) و این عمل را مجدداً تکرار کنید.

۱۳) حالا یک نفس عمیق بکشید ریه‌ها را پر از هوا کرده و نفس خود را حس کنید ماهیچه‌های سینه را سفت کرده (۵ ثانیه) سپس آن‌ها را شل کنید. شل تر و هوا را به آرامی بازدم کنید. (۱۰ ثانیه).

۱۴) حال ساق‌ها، زانوها و ران‌های خود را منقبض و سفت کرده آن را نگه داشته، سفتی عضلات را احساس کنید. (۵ ثانیه) حالا آن‌ها را شل کنید (۱۰ ثانیه).

۱۵) حالا پای چپ خود را از ناحیه قوزک به عقب خم کنید و انگشتان پا را به عقب محکم خم کنید. طوری که عضله پشت ساق پاوران کاملاً به حالت کشیده در آیند انگشتان پارا به بالا فشار داده و پاشنه پا را محکم به پایین

فشار دهید (۵ ثانیه) حالا شل کنید. بیشتر و بیشتر و از این حالت لذت ببرید (۱۰ ثانیه). همین عمل را روی پای راست و چپ اجرا کنید.

۱۶) حالا تمام عضلاتی که به حالت تنش و استراحت در آوردید مرور کنید و هرکدام که در حالت انقباض بود حواس خود را بر آن متمرکز کرده و سپس به آن فرمان داده تا شل و آرام می‌شود. سعی کنید تمام ماهیچه‌ها را به حالت آرامش کامل درآورید. هرچه بیشتر و بیشتر، باز هم بیشتر، حالا احساس خواهید کرد که آرامش در تمام بدنتان نفوذ کرده است. سعی کنید آرام آرام باشید و از چنین حالتی لذت ببرید (۲ دقیقه).

خاستگاه رویکرد رفتاری

تنوع رویکرد رفتاری در درمان باعث می‌شود که نتوانیم تعریف رضایت‌بخشی از رفتاردرمانی ارائه بدهیم. برخی از تعاریف اتکای شدیدی بر اصطلاحات شرطی‌سازی عامل دارند (اسکینر، ۱۹۷۱).

برخی دیگر هم مبتنی بر شرطی‌سازی کلاسیک هستند (ولپی، ۱۹۵۸). برخی دیگر هم بر اصول کلی یادگیری استوارند (اولمن و کراسنر، ۱۹۶۹) و حتی برخی به شدت مایه‌های شناختی دارند (می‌چنهام، ۱۹۷۷). گلدفرید و دیویسون (۱۹۹۴) با توجه به این تنوع گفته اند:

به نظر ما بهتر است رفتاردرمانی را یک گرایش کلی در کار بالینی تفسیر کنیم که تابع فلسفه رویکرد آزمایشی در مطالعه رفتار انسان است. فرض اساسی این گرایش هم آن است که رفتارهای مشکل‌ساز را باید بر مبنای اصول مشتق از آزمایشگری روان‌شناختی بررسی کرد و این اصول، شرایط را برای تغییر رفتارها در محیط‌ها و موقعیت‌های بالینی فراهم می‌آورند.

به طور سنتی، رویکرد رفتاری خودش را (۱) علمی می‌داند و (۲) اهمیتی برای نقش متغیرهای استنباطی قائل نیست. رفتار گراها، ریشه‌های خود را در «علم» اسکینر یا پاولف جستجو می‌کنند نه «ذهن‌گرایی» فروید.

آن‌ها بر محرک‌ها و پاسخ‌ها متمرکزند نه بر متغیرهای میانجی این دو باین‌حال، همان‌گونه که در این فصل خواهیم دید، دامنه رفتاردرمانی گسترش‌یافته و شامل فنونی شده است که فرایندهای شناختی و دیگر فرایندهای میانجی را نیز در بر می‌گیرد (گلدفريد و دیویسون، ۱۹۹۴). باین‌حال به دنیست ریشه‌های تاریخی رفتاردرمانی را مرور کنیم.

تاریخ کوتاه

بحث خود را با کار ابتکاری واتسون و دینر (۱۹۲۰) شروع می‌کنیم که مطالعه آزمایشگاهی معروفی را روی آلبرت و موش انجام دادند. مطالعه آن‌ها شاهد و گواهی بود بر نحوه ایجاد «روان رنجوری» در یک کودک، آلبرت به سنت شرطی‌سازی پاولفی فرصتی پیدا کرد تا با یک موش آزمایشگاهی بازی کند. ولی هر بار که به موش نزدیک می‌شد. صدای بلند و گوش خراشی پخش می‌شد. پس از چند کوشش، موش (که قبلاً محرکی خنثی بود) موجب ترس شد و این ترس به سایر اشیای پشمالو تعمیم یافت.

مری کاو جونز (۱۹۲۴) نیز نشان داد که چطور می‌توانیم ترس‌های آموخته شده را برطرف کنیم. پسر ۲ ساله‌ای به نام پیتر از خرگوش‌ها، موش‌ها و اشیای مشابه می‌ترسید. جونز برای از بین بردن ترس پیتر، قفس خرگوش را به پیتر که در حال غذا خوردن بود نزدیک و نزدیک‌تر کرد. به این ترتیب، شیء ترسناک با غذا تداعی شد و پس از چند ماه، ترس پیتر از خرگوش کاملاً از بین رفت. اما باید این تذکر جونز را در نظر گرفت که ترس از خرگوش نباید آنقدر شدید باشد که کودک را از غذا بیزار کند. شرطی‌سازی ترس‌ها

توسط واتسون و «شرطی زدایی» ترس‌ها توسط جونز زمینه‌ساز پیدایش بازدارنده‌ی تقابلی ولپ (۱۹۵۸) شدند که سی سال بعد مطرح شد.

مثال موردهای آلبرت و پیتر، زیربناهای نظری اصلی جنبش رفتاردرمانی بر شرطی‌سازی پاولفی و یادگیری هولینی مبتنی بودند. جوزف ولپی و آرنولد لازاروس در دهه ۱۹۵۰ در آفریقای جنوبی و هانس آیزنک در بیمارستان مادزلی لندن، استفاده از نتایج تحقیقات روی حیوانات در زمینه چگونگی فراگیری و رفع اضطراب در انسان‌ها را شروع کردند. ولپی با قراردادن بیماران در حالت آرامش زیاد و تجسم موقعیت‌های ترسناک، کاهش ترس در انسان را شروع کرد. فن حساسیت‌زدایی منظم ولپی مثل شرطی‌زدایی جونز در عمل نشان می‌داد که چطور از اصول یادگیری می‌توانیم در امور بالینی استفاده کنیم. سالتر (۱۹۴۹) نیز در درمان بازتاب شرطی سعی کرد روش درمانی مبتنی بر سنت پاولف را ابداع کند.

باید یادآوری کنیم که این محققان نه تنها فنون جدیدی را مطرح می‌کردند بلکه تأکید می‌کردند که فنونشان برگرفته از علم آزمایشگاهی نظام‌مند است. در ضمن معتقد بودند آزمایش‌های آنان در مورد ریشه‌ها و درمان ترس‌های روان رنجورانه نشان می‌دهد که نیازی به «جن‌شناسی ذهنی» فرویدی یا «دسته‌بندی روان‌پزشکی» کرپلینی نیست. تقریباً هم‌زمان با ولپی، لازاروس و آیزنک، سنت شرطی‌سازی عامل هم تأثیرگزاریش را شروع کرد. اسکینر و همکارانش (لیندزلی و اسکینر، ۱۹۵۴، اسکینر، ۱۹۵۳) نشان دادند که با روش‌های شرطی‌سازی عامل می‌توانیم رفتار بیماران روان‌پریش بستری شده را اصلاح کنیم. با فراهم کردن محیط کنترل شده‌ای که در آن پاسخ‌ها، پیامدهای مشخص داشته باشند می‌توانیم تغییرات رفتاری قابل توجهی ایجاد کنیم.

رفتارگرایی در آغاز اسیر تندروری شد. دنیای درون بیماران را تا حد زیادی نادیده گرفت. رفتار درمانگرها یا در واکنش به ذهن‌گرایی روان‌کاوی یا در واکنش به کوتاه‌بینی موجود

در مورد موضوع علم، از هرآنچه ماهیت شناختی داشت پرهیز می‌کردند. ولی جولین راتر در سال ۱۹۵۴ کتاب یادگیری اجتماعی و روان‌شناسی بالینی را منتشر کرد. وی در این کتاب به شکل قانع‌کننده‌ای نشان داد که می‌توان رویکرد شناخت - انتشار را با رویکرد انگیزش - تقویت ادغام کرد. بنابراین رفتار به ارزش تقویت‌ها و انتظار وقوع تقویت‌ها پس از انجام رفتار موردنظر، بستگی دارد. یک‌رشته از مطالعات آزمایشگاهی از دیدگاه‌های جدید راتر حمایت کردند. این مطالعات شکی نگذاشتند که نظریه یادگیری و نظریه شناختی می‌توانند در کار بالینی مورد استفاده قرار بگیرند و درعین حال احترام علمی داشته باشند. یک رویداد مهم در همین زمینه، کاربرد نظریه یادگیری اجتماعی آلبرت بندورا (۱۹۶۹) در زمینه اصلاح رفتار بود. نظریه‌پردازانی چون راتر و بندورا بودند که راه برای تأکید کنونی بر شناخت هموار کردند و دامنه رفتار و درمانی و خدماتش را گسترش دادند (گلد فرید و دیویسون، ۱۹۹۴، می‌چنهام، ۱۹۷۷، تورپ و اولسون، ۱۹۹۷).

باید اشاره کنیم که ذهن‌گرایی، روان‌کاوی یادگیری، رویکردهای روان‌پویشی همان «فرایندهای شناختی» مورد استفاده امروزی نیستند. ارجاع‌های فروید به فرایندهای فکری هرگز تعریف عملیاتی نداشت. آن‌ها مفاهیم مبهمی بودند که قابل اندازه‌گیری عینی نبودند و پیشایندها و پیامدها در آن‌ها مشخص نبود. فرایندهای فکری موردنظر فروید بیشتر فرایندهای نامعقول و تحریف‌آمیز بودند تا فرایندهای مرتبط با حل مسئله. ذهن‌گرایی موردنظر فروید تا حد زیادی در خدمت ایگو، اید و سوپرایگوی مادی شده بود - آدم کوچولوهایی که ذهن را به تحریف، فرافکنی، تحقیر کردن یا پیدا کردن راه‌هایی برای فریب‌دادن یکدیگر سوق می‌دهند. اما مفاهیم فعلی مطرح در زمینه شناخت بر انتظارات، طرح‌واره‌های شناختی یا فرایندهای حافظه تأکید دارند.

این مفاهیم قابل اندازه‌گیری و کمیت‌پذیرند. می‌توانیم آن‌ها را به نحوی عینی تعریف کنیم طوری که محققان مختلف برداشت یکسانی از آن‌ها داشته باشند. بعداً اشاره خواهیم کرد.

فنون سنتی رفتاردرمانی

قبلاً در مورد برخی از فنون رفتاردرمانی بحث کردیم. حالا اجازه بدهید اشاره‌ای هم به اهمیت رابطه درمانی و گرایش رفتار درمانگرهای نوین به استفاده از فنون متعدد روی یک بیمار داشته باشیم.

رابطه

بسیاری از رفتار گراها در توضیح و تبیین موفقیت روش‌های درمانی خود، ظاهراً نقش رابطه را به‌عنوان یک عامل مهم و مؤثر نادیده می‌گیرند. اما در توضیحات ولپی (۱۹۵۸) در مورد حساسیت‌زدایی منظم متوجه می‌شویم که از نظر ولپ، درمانگر باید بیماران را بپذیرد، مشکلاتشان را برای آن‌ها توضیح بدهد و اصول و دلایل رفتاری درمان مزبور را برای آن‌ها روشن کند. در حقیقت شواهدی وجود دارند که نشان می‌دهند به نظر مراجعان، عوامل رابطه‌ای نقش بسیار مهمی در موفقیت رفتاردرمانی دارند، همان گونه که در سایر روان‌درمانی‌ها نظرشان چنین است (اسلوان، استیپلز، کریستول، یورکستون و ویپل، ۱۹۷۵).

مراجعان رفتاردرمانی به چند دلیل، نقش مثبتی برای رابطه درمانی قائل هستند و تا حدودی آن را مسبب تغییرات روی داده می‌دانند. رفتار درمانگرها سعه‌صدر بیشتری دارند و مشکلات مراجعان را بیشتر می‌پذیرند (چون مشکلات آن‌ها آنان را نشانگر فرایندهای ناهشیار نمی‌دانند)؛ در رفتاردرمانی، همکاری و «آموزش» بیشتری دیده می‌شود؛ و مداخلات صریحاً معطوف به رفتارهای مشکل‌سازی هستند که درمانگر و مراجع بر سر تغییر دادن آن‌ها به توافق رسیده‌اند. (تورپ و اولسون، ۱۹۹۷).

البته منظورمان این نیست که رفتاردرمانی «فقط» مثنی عوامل ظریف رابطه‌ای است. بلکه منظورمان این است که نمی‌توانیم نقش رابطه را در موفقیت این مداخله درمانی نادیده بگیریم. در ضمن با رابطه درمانی است که می‌توانیم انتظارات بیماران از کمک‌گرفتن را