

# مداخلات رفتاری در رفتاردرمانی شناختی

راهنمای عملی کاربرد نظریه در عمل

ویراست دوم

## فهرست

فصل ۱: کلیات.....	۷
فصل ۲: اصول، اهداف و ساختار جلسات ارزیابی اولیه.....	۲۷
فصل ۳: فرمول‌بندی موردی و برنامه‌ریزی درمان.....	۵۹
فصل ۴: تغییر رفتار به وسیله تغییر محیط.....	۱۱۱
فصل ۵: هدف قرار دادن جنبه‌های کارکردی تفکر ناسازگارانه.....	۱۴۵
فصل ۶: تغییر رفتار با ایجاد مهارت‌ها.....	۱۸۳
فصل ۷: ارتقای کارایی بین‌فردی.....	۲۱۳
فصل ۸: فعال‌سازی رفتاری.....	۲۵۹
فصل ۹: مداخلات مبتنی بر مواجهه.....	۲۸۳
فصل ۱۰: ارتقای تنظیم هیجان.....	۳۱۵
فصل ۱۱: مدیریت چالش‌های درمانی.....	۳۴۱
فصل ۱۲: پایان دادن به درمان و مراقبت‌های بعدی.....	۳۷۳
واژه‌نامه انگلیسی به فارسی.....	۳۹۵
واژه‌نامه فارسی به انگلیسی.....	۳۹۹
منابع.....	۴۰۳
درباره نویسندگان.....	۴۴۳



## کلیات

رفتاردرمانی شناختی (CBT) یک رویکرد درمانی پرکاربرد و مؤثر برای بسیاری از مشکلات روان‌شناختی (دایسون، و کاتری، ۲۰۰۰؛ هافمن، اسنانیف وونک، ساویئر و فانگ، ۲۰۱۲، تولین، ۲۰۱۰) نظیر افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلالات شخصیت، اختلالات سوء‌مصرف مواد، اختلالات خوردن و آشفتگی‌های زناشویی است. با این حال، رفتاردرمانی شناختی، مفهوم وسیع و ناهمگنی است که نشان‌دهنده رویکردهای درمانی متنوعی است که به درجات متفاوتی بر عوامل شناختی، رفتاری، هیجانی، فیزیولوژیک و محیطی در ارتباط با اختلالات روان‌شناختی تأکید دارند (فورمن و هربرت، ۲۰۰۹). حداقل ۱۰ مکتب فکری وجود دارد که می‌توانند با عنوان کلی رفتاردرمانی شناختی شناخته شوند (دیوید و سوزنتاگوتائی، ۲۰۰۶). یکی از این‌ها، با رویکرد شناختی بانفوذی درباره علت و درمان اختلالات روان‌شناختی ارائه شد که توسط آرون تی بک (۱۹۶۳، ۱۹۷۶؛ آرون تی بک، فریمن و همکاران، ۱۹۹۰) و دخترش جودیت اس بک (۲۰۰۵؛ ۲۰۱۱) توسعه یافت. فرض اولیه مدل آنها این است که تفکر تحریف‌شده و ناکارآمد در خلق و رفتار تأثیر می‌گذارد و چنین اشکال سودار تفکر، وجه مشترک تمام اختلالات روان‌شناختی است. علاوه بر این، این نظریه بیان می‌کند که هر نوع خاص اختلال روان‌شناختی با مجموعه منحصر به فردی از تحریفات فکری و باورهای اصلی زیربنایی مشخص می‌شود که منحصر به آن اختلال است. کاربرد این مدل این است که فعالیت‌های درمانی باید به ارتقای تفکر واقع‌گرایانه، دقیق و متعادل معطوف شود و اصلاح و تعدیل تفکر نیز به نوبه خود تغییرات مرتبطی در خلق و رفتار ایجاد می‌کند. فرض دیگر این مدل این است که جهت ایجاد تغییرات درمانی بلندمدت، اصلاح باورها یا طرح‌واره‌های زیربنایی ضروری است (جی، اس، بک، ۲۰۱۱).

دیدگاه‌های شناختی که منجر به پیشرفت‌هایی در رفتاردرمانی شناختی شده‌اند، از نظر درجه نگاه به محیط به عنوان یک عامل تعیین‌کننده تفکر، هیجان و عمل باهم تفاوت دارند. برای مثال، برخی نظریه‌های شناختی بر یک محیط ساختاریافته شناختی بیشتر از محیط فیزیکی، به عنوان تعیین‌کننده اولیه هیجان و رفتار تأکید می‌کنند (ماهونی، ۱۹۹۱). مدل‌های دیگر بر نقش مفاهیمی چون طرح‌واره‌ها تأکید دارند که به عنوان سازه‌های شناختی محور، برای ارزیابی و تفسیر تجربیاتی در نظر

گرفته می شوند که در مواردی نیز افراد را به اختلالات هیجانی و رفتاری مستعد می کنند (جی، ای، یونگ، ریگ، وین برگر و بک، ۲۰۱۴). نظریه‌های شناختی محور دیگری، محیط را در موقعیتی مساوی با ادراکات از خود یا محیط، به عنوان تعیین کننده‌های رفتار و هیجان در نظر می گیرند (بندورا، ۱۹۸۶).

برعکس مدل‌هایی که بر ویژگی‌های زمینه‌ساز و علی ساختارهای شناختی تأکید دارند، نظریه و درمان رفتاری در کل از نسبت دادن نقش علی رفتار به مفاهیم ذهنی اجتناب می کند و به جای آن، تأکید اولیه بر محیط فیزیکی دارد (باوم، ۲۰۰۵). از نقطه نظر رفتاری، تفکر و پاسخ‌دهی هیجانی نمونه‌هایی از رفتار هستند و به همان میزان رفتارهای قابل مشاهده‌تر بر آن تأثیر می گذارند. در قسمت بعدی این فصل، ما به چند تعیین کننده رفتار از نقطه نظر رفتاری (به طور مفصل در فصل ۲ توضیح داده می شوند) و مبانی متنوع درمان‌های شناختی و رفتاری اشاره می کنیم. شاید به دلیل مبانی متفاوت و نظریه‌های متعارضی که تعیین کننده‌های رفتار را مورد توجه قرار می دهند، بعضی مواقع تلفیق نامناسبی بین این دو سنت روان‌درمانی وجود داشته است. در واقع، اصطلاح رفتاردرمانی شناختی، نقطه نظرات متعددی را باهم ترکیب می کند که بعضی اوقات می توانند متناقض یا حتی مانع‌الجمع باشند.

بسیاری از منابع مهمی که مداخلات درمانی معطوف به شناخت را توصیف می کنند، به اصلاح و تعدیل ارزیابی‌ها، نگرش‌ها، باورهای زیربنایی و طرح‌واره‌ها می پردازند (آ. تی بک، راش، شاو، امری، ۱۹۷۹؛ جی. اس بک، ۲۰۱۱؛ برنز، ۱۹۸۰؛ دابسون، ۲۰۱۰؛ لیهی، ۲۰۰۳؛ جی ای یونگ و همکاران، ۲۰۱۴). اگرچه ما در سرتاسر این کتاب بر درمان شناختی و تکنیک‌های تغییر شناختی برمی خوریم؛ ولی بیشتر بر نظریه، منطق و کاربرد مداخلات رفتاری در درون رفتاردرمانی شناختی تأکید و تمرکز داریم. از آنجاکه مداخلات شناختی و رفتاری گاه‌گاهی می توانند در تقابل با مفروضه‌ها و اهداف درمانی قرار گیرند، ما هم چنین تلاش می کنیم تا حوزه‌های سازش‌پذیری و مواردی را که در آن تلفیق مطلوب و محتمل است، مشخص کنیم.

## مداخلات رفتاری در رفتاردرمانی شناختی: درک مفروضه‌ها و ویژگی‌های مشترک

در این بخش، ما کلیاتی درباره دیدگاه‌های رفتاری نابهنجاری و اختلالات روان‌شناختی ارائه می کنیم. هم‌چنین به طور مختصر چند مفروضه زیربنایی اصلی مرتبط با رفتاردرمانی و مداخلات رفتاری را مورد بررسی قرار می دهیم. سپس از برخی ویژگی‌های اولیه متمایزکننده درمان‌های رفتاری از رویکردهای دیگر بحث می کنیم.

## دیدگاه‌های رفتاری در مورد نابهنجاری

در روان‌شناسی و روان‌پزشکی، مدل‌های انحرافی یا نقص نابهنجاری برتری دارند (فارمر، نلسون‌گری، ۲۰۰۵؛ مارتل، آدیس، جاکوبسون، ۲۰۰۱). یعنی افرادی که اختلالات روانی داشته یا رفتارهای دشواری از خود نشان می‌دهند، در اصل بر اساس آنچه احتمالاً دارای آن هستند، اغلب به‌عنوان افرادی انحرافی یا نابهنجار در نظر گرفته می‌شوند. برای مثال در درمان شناختی، افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی، اغلب به‌عنوان افرادی در نظر گرفته می‌شوند که دارای طرح‌واره‌های ناسازگاری هستند که هسته روان‌شناختی اختلالات رفتاری و هیجانی آنها است (آ.تی بک و همکاران، ۱۹۹۰؛ جی. ای یونگ و همکاران، ۲۰۱۴). در رویکردهای پزشکی، بیماری‌ها یا فرایندهای زیست‌شناختی ناکارآمد اغلب زیربنای سندروم‌های روان‌پزشکی فرض می‌شوند (چارنی، اسکالز، باکس‌بام و نیستلر، ۲۰۱۳). در مدل‌های روان‌پویشی، کیفیت، یکپارچگی و تمایز خود درون‌سازی شده و بازنمایی‌های روانی دیگر و بلوغ نسبی مکانیسم‌های مقابله‌دفاعی درونی از نظر علی به‌عنوان عوامل مرتبط با اختلالات روان‌شناختی در نظر گرفته می‌شوند (کرنبرگ، سلزر، کوئینینگربرگ، کار و آپلبام، ۱۹۸۹). در هر یک از این مدل‌ها، نقص درونی احتمالی که فرد دارای آن است (برای مثال، طرح‌واره‌های ناسازگار، عصب-شیمی نامناسب، خود درون‌سازی شده یا روابط شیء بد نهاد) هدف درمان قرار می‌گیرد؛ فرض می‌شود که این نابهنجاری درونی باید دگرگون شود، برطرف شود یا به‌نوعی تغییر یابد تا شخص، دیگر انحرافی یا دارای اختلال نباشد.

نظریه و درمان رفتاری دیدگاه متفاوتی دارد. در سنت‌های رفتاری، به‌طور وسیعی از جستجوی علل درونی رفتار اجتناب می‌شود. باین‌حال، تصدیق می‌شود که موهبت‌های ژنتیکی ممکن است افراد را برای پاسخ دادن به روشی خاص در حضور ویژگی‌های محیطی مناسب مستعد سازند (اسکینز، ۱۹۷۱؛ ۱۹۸۹)، سنت رفتاری در اصل با آنچه یک شخص انجام می‌دهد و زمینه‌هایی که در آن، رفتار رخ می‌دهد، سروکار دارد (آر.او نلسون، هیز، ۱۹۸۶؛ نلسون-گری و فارمر، ۱۹۹۹). علاوه بر این، از دیدگاه رفتاری، باورهای مربوط به آنچه بهنجاری و نابهنجاری را شکل می‌دهد، در هنجارها، ارزش‌ها و عادات فرهنگی یافت می‌شود. فرهنگ زمینه‌ای فراهم می‌کند و ما بر اساس آن تشخیص می‌دهیم که چه رفتارهایی قابل‌پذیرش و با ارزش و چه رفتارهایی انحرافی هستند (باوم، ۲۰۰۵). عقاید مربوط به آنچه رفتارهای بهنجار و نابهنجار تلقی می‌شوند، گاه‌گاهی با تغییر ارزش‌ها و عادات فرهنگی در طول زمان تغییر می‌کنند. برای مثال، در میانه دهه ۱۸۰۰ در ایالات متحده، انجمن پزشکی لوسیانا گزارشی آماده کرد که یک بیماری روانی موسوم به دراپیتومانیا را منحصر به بردگان سیاه پیشنهاد داد یا مانیا را به‌عنوان آزادی‌جویی مطرح کرد که باعث شد بردگان از دست اربابان خود فرار کنند (زیمباردو و گریگ، ۱۹۹۶). به همین صورت، قبل از اواسط دهه ۱۹۷۰، هم انجمن روان‌پزشکی آمریکا و هم

انجمن روان‌شناسی آمریکا، هم‌جنس‌بازی را به‌عنوان شکلی از اختلال روانی در نظر گرفتند (مورین و رودبولوم، ۱۹۹۱).

از نقطه‌نظر رفتاری، عوامل تعیین‌کننده آنچه ممکن است به‌عنوان رفتار نابهنجار در نظر گرفته شود؛ متفاوت از عامل تعیین‌کننده چیزی نیست که رفتار بهنجار را شکل داده و حفظ می‌کند. در دیدگاه رفتاری، چیزی که به‌عنوان آسیب‌شناسی روانی در نظر گرفته می‌شود، اغلب مشکلی در زندگی کردن یا پاسخ قابل توجهی به محیط‌های ناکارآمد یا استرس‌زا فرض می‌شود که ممکن است با خزانه‌های رفتاری ناکافی برای پاسخ‌دهی یا مقابله با مشکلات زندگی تشدید شود. در واقع، شواهد نشان می‌دهند که ظهور حداقل یک دوره اختلال عمده روانی در سال‌های پایانی بزرگسالی اولیه در افراد جامعه عمومی یک قاعده است تا یک استثناء (فارمر، سیلی، کوستی، الینو و لوینسون، ۲۰۱۳؛ موفیت و همکاران، ۲۰۱۰). همسو با این داده‌ها، دیدگاه‌های رفتاری فرض می‌کنند در افرادی که مشکلات هیجانی یا رفتاری گزارش می‌کنند، هیچ چیزی به‌طور ارثی معیوب یا انحرافی نیست.

### مداخلات رفتاری در رفتاردرمانی شناختی: توصیف و کاربرد

برخی افراد واکنش‌های ناخوشایندی به اصطلاحاتی نظیر رفتاردرمانی، اصلاح و تعدیل رفتار یا رفتارگرایی دارند. همان‌طور که توسط مارتل و همکاران (۲۰۰۱) بیان شد، این اصطلاحات، تداعی‌هایی با موش‌ها، مازها و M & Ms و وسواس فکری یا پیش‌بینی و کنترل اعمال افراد را به یاد می‌آورد. اگرچه بعضی اوقات، درک چگونگی به وجود آمدن این واکنش‌ها آسان است؛ ولی این امر نیز درست است که این واکنش‌ها اغلب نتیجه برداشت غلط از نظریه رفتار و رویکردهای رفتاری به درمان است (تاد و موریس، ۱۹۸۳). مشابه مارتل و همکاران (۲۰۰۱)، ما از شما می‌خواهیم اگر هرگونه تعصبی درباره نظریه و درمان رفتاری دارید، آن را رها کنید؛ زیرا نظریه و درمان رفتاری معاصر ممکن است همان چیزی نباشد که شما به آن فکر می‌کنید.

### تمرکز بر رفتار و زمینه آن

نظریه‌های رفتاری با مفروضات چندی درباره فرد، زمینه‌ای که فرد در آن زندگی می‌کند و عواملی که بر رفتار او تأثیر می‌گذارند، همراه هستند. همان‌طور که قبلاً ذکر شد، اختلالات رفتاری از نقطه‌نظر رفتاری به‌وسیله رفتار تعریف می‌شوند - هم رفتاری که درون فرد اتفاق می‌افتد (که بعضی اوقات رفتار نهان نامیده می‌شود) و هم اعمال آشکاری که می‌توانند به‌وسیله دیگران مشاهده شوند (رفتار آشکار). - علاوه بر این، دیدگاه‌های رفتاری مربوط به اختلالات روان‌شناختی با روابط کارکردی بین رفتار شخص و محیطی که بافت یا زمینه آن رفتار را شکل می‌دهد، سروکار دارند. در برخی اشکال نظریه

رفتار، وابستگی سه‌عنصری، بیانگر واحد اساسی تحلیل است (اسکینر، ۱۹۶۹). وابستگی سه‌عنصری زمانی که در رفتاردرمانی به کار می‌رود، به تعامل شخص با محیطش اشاره دارد و شامل سه عنصر است: موقعیتی که در آن رفتار رخ می‌دهد، خود رفتار و پیامدهایی که به دنبال رفتار می‌آیند. زمانی که رفتاردرمانگران سعی می‌کنند تا فرضیه‌هایی درباره رفتار بسازند، اغلب اوقات این چارچوب مورد استفاده قرار می‌گیرد.

اولین قسمت این سه عنصر، پیشایندهای رفتار است که شامل موقعیت‌ها یا محرک‌هایی است که شرایطی فراهم می‌کنند تا رفتار اتفاق بیفتد. شرایط یا محرک‌های پیشاینده می‌توانند شامل افراد، مکان‌ها، اشیاء یا رویدادهای خاص شوند. از جمله عواملی که بر پرداختن شخص به شکل خاصی از رفتار در یک موقعیت معین تأثیر می‌گذارد، سابقه یادگیری شخص از چنین رفتاری در شرایط مشابه است. بدین معنی که اگر قبلاً شکل معینی از رفتار در موقعیت‌های مشابهی انجام گرفته و به پیامدهای تقویت‌کننده منجر شده است، بنابراین، در محیط‌های مشابه آتی نیز به احتمال زیادی آن رفتار رخ می‌دهد.

دومین قسمت این سه عنصر، یعنی رفتار به هر نوع عملی اشاره دارد که فرد انجام می‌دهد. این عنصر، نه تنها شامل رفتاری است که دیگران می‌توانند به صورت بالقوه آن را مشاهده کنند که فرد دیگری آن را انجام می‌دهد نظیر صحبت کردن یا انجام برخی حرکات فیزیکی دیگر؛ بلکه هم چنین رفتارهای نهان را نیز در بر می‌گیرد. رفتارهای نهان رفتارهایی هستند که درون بدن یا درون فرد اتفاق می‌افتند و حداقل توسط فردی که این رفتارها در درون او رخ می‌دهد، قابل مشاهده یا قابل درک است. چنین رفتارهای نهانی، افکار، هیجان‌ها و احساسات فیزیکی را در بر می‌گیرند.

آخرین قسمت وابستگی سه‌عنصری، پیامدها است که به تأثیری که رفتار بر جای می‌گذارد گفته می‌شود. به زبان فنی، رفتار در صورتی تقویت می‌شود که پیامدهای متعاقب آن، احتمال رخداد مجدد آن در موقعیت‌های آتی را افزایش دهد. برعکس، رفتار در صورتی تنبیه می‌شود که پیامدهای متعاقب آن، احتمال رخداد مجدد آن را در موقعیت‌های آتی کاهش دهد.

### **تمرکز بر اینکه چرا افراد به همان روشی که عمل می‌کنند، رفتار می‌کنند**

زمانی که متخصصان بالینی دارای رویکرد رفتاری، درباره کارکرد رفتار صحبت می‌کنند، منظور آنها در اصل این است که چرا افراد به همان روشی که عمل می‌کنند، رفتار می‌کنند. کارکردگرایی، مبتنی بر اصول تکاملی داروین است (فارمر و نلسون-گری، ۲۰۰۵؛ راکلین، ۱۹۷۶). در نظریه تکاملی داروین، ساختار فیزیکی یک گونه خاص به وسیله کارکرد مرتبط با آن تعیین می‌شود. انتخاب طبیعی شامل انتخاب ساختارهای انطباقی‌تر بر اساس ویژگی‌های کارکردی مرتبط با آن ساختار است - یعنی



ساختارهایی که با ارتقای قابلیت ژنی همراه هستند. در نظریه رفتار، رفتار فردی که در زمینه‌های محیطی خاصی، اهمیت کارکردی دارد (یعنی پیامدهای تقویت‌کننده ایجاد می‌کند)، با احتمال بالایی انتخاب شده یا ساخته می‌شود در حالی که رفتاری که کارکردی نیست (یعنی پیامدهای تقویت‌کننده ایجاد نمی‌کند)، مورد انتخاب قرار نمی‌گیرد یا با گذشت زمان خاموش می‌شود.

در توصیف‌های کارکردی و انتخاب‌گرای رفتار انسان، رفتار به میزان زیادی، اما نه به صورت انحصاری؛ تعیین می‌شود (هال، لانگمن و گلین، ۲۰۰۱). برای اینکه انتخابی صورت گیرد، باید در بین برخی ابعاد، تغییرپذیری وجود داشته باشد؛ زیرا نبود تغییرپذیری از احتمال انتخاب افتراق جلوگیری می‌کند. در نظریه رفتار، اشکال رفتاری انجام‌شده توسط یک فرد، تغییر می‌کنند و برخی واحدهای رفتاری انتخاب می‌شوند؛ چراکه آنها استرس‌زاتر از رفتارهای دیگر هستند (بام، ۲۰۰۵). به همین صورت، انتخاب پاسخ‌های فرهنگی (نظیر آداب و رسوم، قواعد، ارزش‌ها) مشتمل بر فرایند انتخاب است که بر تغییرپذیری‌ها و انتقال اعمال انتخاب شده از یک عضو گروه به عضو دیگر از طریق فرایندهای انتقال رفتاری نظیر تقلید، الگوبرداری، تقویت به خاطر تبعیت از قواعد و تنظیم وابستگی‌های اجتماعی تأثیر می‌گذارد (بام، ۲۰۰۵؛ اشنايدر، ۲۰۱۲). آن دسته از اعمال فرهنگی که سودمندی بیشتری دارند یا شایستگی فرد را افزایش می‌دهند، با گذشت زمان به وسیله یک فرهنگ حفظ می‌شوند. جبرگرایی محیطی، فرایند میانبر مرتبط با انتخاب تغییرپذیری‌های رفتار یک فرد در طول زندگی‌اش و در اعمال فرهنگی در طول نسل‌های متوالی است (اسکینر، ۱۹۸۱).

توصیف‌های رفتاری هم‌چنین با مفهوم بافت‌گرایی در ارتباط است. رویکردهای بافتی در مطالعه رفتار بر این نکته تأکید دارند که رویدادها و رفتار چگونه سازمان می‌یابند و به روش‌های معنی‌داری به هم مرتبط می‌شوند (یعنی عمل در بافت). بنابراین، بافت‌گرایی در ابتدا با بافتی سروکار دارد که رفتار در آن تعبیه می‌شود یا جریان بافتاری که رفتار در آن اتفاق می‌افتد (هیز، هیز، ریز و ساربین، ۱۹۹۳).

### ویژگی‌های مشترک ارزیابی‌های رفتاری

نقطه تمرکز درمان‌های معاصر برحسب نظریه زیربنایی و مکانیسم‌های فرض شده تغییر رفتار، متغیر است. برای مثال، درمان‌های بین‌فردی، بر رفتار اجتماعی و ارتباط با دیگران تمرکز دارند. درمان‌های شناختی بر افکار خودآیند، مفروضات زیربنایی و طرح‌واره‌ها متمرکز هستند و درمان‌های انسان‌گرا بر تجربیات و هیجان‌های فوری و فراهم کردن ارزش‌گذاری به این تجربیات و هیجان‌ها توسط درمانگر تأکید دارند. درمانگران روان‌پویشی بر موارد تاریخی، بازنمایی‌های ذهنی خود و دیگران و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی خاص تأکید می‌کنند. درمان‌های زیست‌شناختی در کل بر کارکردهای فعالیت مدار

عصبی تأکید دارند. هدف هر شکل درمان چیزی است که نظریهٔ مربوطه، آن را اصلی‌ترین تعیین‌کننده یا علت رفتار مشکل‌ساز می‌داند. درنهایت، انواع مداخلات به‌کار رفته و ابزارهایی که به‌وسیلهٔ آنها این مداخلات به‌کار گرفته می‌شوند، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای در بین این طبقات کلی درمان‌ها متغیر است.

رفتاردرمانگران معاصر در ابتدا به زمینه‌هایی می‌پردازند که رفتار مشکل‌ساز درمانجو در آن اتفاق می‌افتد. دلیل این امر این است که رفتاردرمانگران بر پیشایندها و پیامدهای بالقوه قابل‌اصلاحی تأکید دارند که با بقای رفتار مشکل‌ساز ارتباط دارند (فوتل، ناقل، لینروث، ۲۰۰۰). رفتاردرمانگران هم‌چنین بر اساس این عقیده که برخی درمانجویان، رفتارهای مشکل‌ساز را به این دلیل نشان می‌دهند که هنوز شکل‌های جایگزین و سازگارانه‌تر رفتار را یاد نگرفته‌اند، به‌خزانهٔ رفتاری درمانجو علاقه‌مند هستند. برای مثال، در مورد نقابص رفتاری، درمانگر دارای جهت‌گیری رفتاری، ممکن است به دنبال آموزش رفتارهای جدیدی باشد که می‌توانند جایگزین رفتارهای مشکل‌ساز شوند. رفتاردرمانگران، هم‌چنین انگیزش درمانجو برای تغییر را ارزیابی می‌کنند. در کل، در مقایسه با درمانگران رویکردهای دیگر، رفتاردرمانگران، نگاه متفاوتی به مفهوم انگیزش دارند. به‌جای در نظر گرفتن انگیزش به‌عنوان یک سائق درونی یا نیروی درونی دیگری که فرد را به عمل وامی‌دارد، رفتاردرمانگران بیشتر تمایل دارند انگیزش را به‌عنوان یک حالت یا شرایط حاصل از رویدادهای محیطی در نظر بگیرند (ایده‌ای که ما آن را به‌طور کامل در بخش بعدی به‌هنگام توصیف عملیات یا قواعد تثبیت‌کننده بسط می‌دهیم). در این طرز نگاه، انگیزش قابل‌تعدیل و اصلاح بوده و چیزی است که می‌تواند در نتیجهٔ دستکاری‌های محیطی افزایش یا کاهش یابد.

در ارزیابی رفتاری درمانجویان، چند ویژگی مرتبط با بافت کارکردی رفتار، مورد سنجش و ارزیابی قرار می‌گیرد (فارمر و نلسون-گری، ۲۰۰۵؛ هیز، استروسال، بانینگ، ووهینگ و ویلسون، ۲۰۰۴).

ازجمله این موارد، حوزه‌های زیر هستند:

- پیشایندهای رفتار مشکل‌ساز: آیا موقعیت‌هایی هستند که رفتار مشکل‌ساز، بیشتر در آن اتفاق می‌افتد؟ آیا پیشایندهای درونی مشترکی وجود دارند که مقدم بر این رفتار باشند؟ چه نشانه‌های محیطی در گذشته با تقویت رفتار و بدین ترتیب با بروز رفتار به‌هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های جاری ارتباط داشته است؟ آیا قواعد کلامی حاکم بر رفتار مشکل‌ساز وجود دارد (برای مثال، اگر من بتوانم پس از آن استفرغ کنم، می‌توانم این بستنی را بخورم و هیچ وزنی هم اضافه نکنم)؟ آیا اعمال تثبیت‌کننده‌ای وجود دارد که ارزش تقویتی رفتارهای معین را افزایش دهد (برای مثال، پرداختن به تمرین‌های رژیم

گرفتن که به طور آشکار محدودکننده هستند به عنوان یک عمل تثبیت‌کننده برای دوره‌های پرخوری بعدی؟

- پیامدهای رفتار مشکل‌ساز: چه پیامدهایی به دنبال رفتار مشکل‌ساز می‌آیند؟ آیا پیامدهای کوتاه‌مدت شبیه پیامدهای بلندمدت هستند یا متفاوت از آن؟ آیا پیامدهای تقویت‌کننده مثبت (پاداش‌دهنده) وسیله‌ای برای حفظ رفتار هستند یا پیامدهای تقویت‌کننده منفی (تسکین‌دهنده) به میزان زیادی بر رفتار تأثیر می‌گذارند؟
- سابقه یادگیری درمانجو به عنوان عاملی که به رفتارهای مشکل‌ساز جاری ارتباط دارد: در گذشته درمانجو چه عواملی، رفتارهایی را شکل داده و به وجود آوردند که درمانجو به دنبال تغییر دادن آنهاست؟ آیا این عوامل هنوز هم اثرگذار هستند؟
- خزانه رفتاری فعلی درمانجو: ارزیابی جامع خزانه رفتاری درمانجو شامل چهار بعد پاسخ است: رفتارهای حرکتی آشکار، افکار و تصاویر ذهنی، هیجان‌ها و احساسات فیزیولوژیک.
  - رفتارهای آشکار: رفتارهای مشکل‌ساز درمانجو چه شکل و شمابلی دارد؟ آیا درمانجو مهارت‌های مقابله‌ای مؤثر، مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله نشان می‌دهد؟ آیا خزانه رفتاری درمانجو به حد کافی بزرگ است که احتمال پاسخ‌دهی انعطاف‌پذیر در موقعیت‌های مشترک را ممکن سازد؟ آیا افراط‌هایی در رفتار وجود دارند که مشکل‌ساز باشند (برای مثال، سوء مصرف مواد، قماربازی، رفتار جنسی پرخطر)؟
  - افکار: آیا شخص از ارزیابی‌های منفی خود، دنیا و آینده به ستوه می‌آید؟ آیا شخص، ارزیابی‌های خود از رویدادها یا اشیاء را با خود رویدادها یا اشیاء واقعی اشتباه می‌گیرد («من شخص بدی هستم.» در مقابل «من این‌طور ارزیابی می‌کنم که شخص بدی هستم اما فکر کردن به این لزوماً به این معنا نیست که این‌چنین باشد»؟ آیا تجاربی نظیر هیجان‌ها و افکار ارزیابی شده درباره آن تجارب باهم آمیخته می‌شوند (برای مثال، «اضطراب بد است و باید از آن اجتناب کرد»؟) آیا درمانجو دلواپس گذشته یا احتمالات انتظاری آینده می‌شود؟ آیا درمانجو، قادر به بودن کامل در لحظه حال و پاسخ دادن مؤثر به آنچه اتفاق می‌افتد، هست؟
  - هیجان‌ها: آیا درمانجو به صورت افراطی هیجان‌های منفی تجربه می‌کند؟ آیا درمانجو تجربه‌های هیجانی متناسب با موقعیت‌هایی که در آن ظاهر می‌شوند، ابراز می‌کند (برای مثال، آیا آنها محدود شده، اغراق‌آمیز، شدید یا افراطی هستند)؟ آیا درمانجو در پاسخ‌دهی هیجانی خود، از نظر هیجانی خیلی پاسخ‌ده است یا یکنواخت؟

- احساسات یا پاسخ‌های فیزیولوژیک: آیا پاسخ‌های فیزیولوژیک خاص، مشخصه بخشی از الگوی وسیع پاسخ‌دهی فرد هستند (برای مثال، سرخ شدن یا عرق کردن در عین حال که هیجان‌های مرتبط با اضطراب را تجربه می‌کنید)؟ آیا درمان‌جو فعالیت فیزیولوژیک بهنجار را به پیامدهای فاجعه‌آمیز ربط می‌دهد (برای مثال، افزایش ضربان قلب با یک حمله قلبی قریب‌الوقوع ارتباط دارد، تنگی نفس با خفگی در ارتباط است، احساسات سیری بعد از یک وعده غذایی با چاق شدن همراه است)؟
- انگیزش درمان‌جو برای تغییر: آیا درمان‌جو، اراده یا انگیزه‌ای برای تغییر دادن رفتار خود نشان می‌دهد؟ آیا درمان‌جو می‌تواند ارزش‌ها و اهداف شخصی خود را بیان کند؟ آیا رفتار جاری درمان‌جو همسو با اهداف و ارزش‌هایش است؟ آیا درمان‌جو از پیامدهای احتمالی مرتبط با الگوهای ناسالم رفتار آگاه است و در این صورت، آیا این امر بر رفتار درمان‌جو تأثیر دارد؟

تصمیم در مورد مداخله مناسب، با توجه به نتایج مرتبط با ارزیابی این حوزه‌ها، برای هر درمان‌جو به صورت انفرادی گرفته می‌شود. به این معنی که، نظریه و درمان رفتار، بیان می‌کند عوامل تأثیرگذار بر رفتار، در بین افراد متغیر است. با وجود اینکه دو نفر ممکن است الگوهای رفتاری مشکل‌ساز یکسانی داشته باشند، مشخص می‌شود که عوامل تبیین‌کننده این مشکلات رفتاری به احتمال زیاد باهم متفاوت‌اند. برای مثال، تیپ‌های مختلف الکلیسم حداقل دارای دو ساب‌تیپ متمایز هستند. یک تیپ، مشخص‌کننده افرادی است که صفات مضطرب-وابسته، پرخوری در مقابل دوره‌های مصرف مستمر و سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی نشان می‌دهند. تیپ دیگر با سن بروز زود هنگام، پرخوری مستمر به جای اپیزودیک و پرداختن به رفتار پرخاشگرانه و مجرمانه به هنگام مسمومیت مشخص می‌شود (وولفرت، گرین‌وی و داگر، ۱۹۹۶). در عین حال که شکلی از رفتار مشکل‌ساز ممکن است در بین اعضای دو گروه مشابه به نظر برسد (برای مثال، مشروب‌خوری افراطی)؛ ولی عامل نگهدارنده فرضی که با هر ساب‌تیپ همراه است- فرایندهای تقویت منفی در مورد اول و فرایندهای تقویت مثبت در مورد بعدی- ویژگی‌های کارکردی متفاوتی را پیشنهاد می‌کند که با رفتار یکسانی در بین افراد همراه هستند.

### ویژگی‌های مشترک مداخلات رفتاری

در فصل‌های ۴ الی ۱۰، ما به طور مفصل از مداخلات رفتاری خاص بحث کردیم. مداخلات رفتاری چند مشخصه کلی دارند (فارمر و نلسون-گری، ۲۰۰۵؛ آلی و ویلسون، ۱۹۸۷؛ اشپیگر و گیوریمان، ۲۰۱۰)، برخی این ویژگی‌ها که مشترک بین مکاتب درمانی دیگر نیز هست، عبارت‌اند از:

- جهت‌گیری تجربی، که در اتکای این مداخلات به علوم رفتاری پایه، استفاده از راهبردهای مداخله‌ای که به صورت تجربی مورد حمایت قرار گرفته‌اند، و استفاده از ارزیابی‌های رفتار فعلی درمانجو که هدف تغییر درمانی است، منعکس می‌شود.
- همکاری درمانگر- درمانجو، که در آن درمانجو شرکت‌کننده فعالی در فرایند درمان است و درمانگر و درمانجو برای رسیدن به فرمول‌بندی حوزه‌های مشکل درمانجو و رسیدن به طرح درمانی بر اساس این فرمول‌بندی باهم کار می‌کنند.
- جهت‌گیری فعال، به این صورت که درمانجویان به صورت فعالانه به انجام کاری درباره حوزه‌های مشکل خود می‌پردازند به جای اینکه تنها درباره آنها صحبت کنند.
- رویکرد منعطف، که در آن فرضیه‌های مربوط به حوزه‌های مشکل درمانجو تحت آزمون و ارزیابی مستمر قرار می‌گیرند، فرمول‌بندی کلی درمانجو و فعالیت‌های درمانی منطبق با آن، با توجه به اطلاعات و مشاهدات جدید تعدیل و اصلاح می‌شوند.
- تأکید بر روابط بین محیط-رفتار، در درمانجویان بر اساس آنچه آنها انجام می‌دهند، توصیف می‌شود. یعنی اعمالی که آنها انجام می‌دهند و افکار، هیجان‌ها و احساسات فیزیکی که تجربه می‌کنند. این اعمال سپس بر اساس شرایط موقعیتی که در آن اتفاق می‌افتند، مفهوم‌سازی می‌شوند.
- تمرکز بر محدوده زمانی و حال، در رفتاردرمانی، مدت زمانی که برای درمان اختصاص می‌یابد، برحسب ماهیت و شدت حیطه‌های مشکلی که در درمان مورد بررسی قرار می‌گیرد، متغیر است، و به جای تأکید بر گذشته، بیشتر بر موقعیت فعلی شخص تأکید می‌شود.
- تمرکز بر مشکل و یادگیری، که در آن راه‌حلی برای رفتارهای مشکل‌ساز دنبال می‌شود، این راه‌حل‌ها، اغلب شامل آموزش رفتارهای جدید و انطباقی، تغییر جنبه‌هایی از محیط‌های ناکارآمد یا فراهم کردن اطلاعات مرتبطی درباره رفتارهای موردعلاقه است.
- تأکید بر هر دو فرایندهای تغییر و پذیرش، در رفتاردرمانی، مداخلاتی که تغییر درمانی را ارتقاء می‌دهند، در بافتی ارائه می‌شوند که ارزش‌گذاری به درمانجو و تشویق افزایش خود-ارزش‌گذاری درمانجو و قبول یک رویکرد غیرداورانه به تجربه افکار، احساسات و حواس بدنی که رخ می‌دهند، را انتقال دهند.