

موج چهارم رفتار درمانی:

روند شکل گیری درمان های رفتاری و چالش های آن

The fourth wave of behavior therapy: The process of formation of behavior Treatments and its challenges

Fatemeh abasi

PhD student counseling,
 Department of Education, Mashhad
 Branch, Islamic Azad University,
 Mashhad, Iran.

Dr Seyed Ali Kimiaei (corresponding

author): Associate professor of
 counseling, Ferdowsi University of
 Mashhad, Mashhad, Iran,
Kimiaei@um.ac.ir

Dr Mohammad Reza Safariyan

Tosi: Assistant Professor,
 Department of Educational
 Sciences, Mashhad Branch, Islamic
 Azad University, Mashhad, Iran.

Dr Mohammad Reza Abedi

Professor, Faculty of Education and
 Psychology, University of Isfahan

فاطمه عباسی

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه علوم تربیتی،

دانشگاه آزاد اسلامی مشهد

دکتر سید علی کیمیایی (نویسنده مسئول)

دانشیار مشاوره دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی

دانشگاه فردوسی مشهد

دکتر محمدرضا صفاریان طوسی

استادیار گروه علوم تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی مشهد

دکتر محمدرضا عابدی

استاد دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه

اصفهان

Abstract

Three waves of behavior therapy with different objectives and methods have been published that in the formation of each of them, several factors have had impact. This study look at these factors and attention the current challenges of the third wave of behavioral therapy, points to the emergence of a fourth wave of behavioral therapy. Including the challenges of the third wave behavioral therapy can be pointed to the emphasis on functional analysis and inattention to its limits, increase treatment and the lack of compassion focused therapy.

چکیده

سه موج رفتار درمانی با اهداف و روش های مختلف منتشر شده اند که در شکل گیری هر یک از آنها عوامل متعددی نقش داشته اند. این پژوهش با نگاهی به این عوامل و توجه بر چالش های کنونی موج سوم رفتار درمانی، به چگونگی ظهور موج چهارم رفتار درمانی اشاره می کند. از جمله چالش های موج سوم رفتار درمانی می توان به تاکید بر تحلیل کارکرد و بی توجهی به محدودیت های آن، ازدیاد درمان ها و نبود درمان متمرکز بر شفقت اشاره کرد. همین عوامل ظهور موج چهارم رفتار درمانی را به همراه خواهد داشت. موجی

These factors will lead to the emergence of a fourth wave of behavior therapy. A wave that according to Callaghan and Darrow (2015), looking for an approach to understand and treat suffering of humans and based on behavioral principles, driven by functional assessment, and Uses different methods of behavioral therapy. On the other hand, in this wave, Compassion-focused therapy is considered and more data is collected about its value.

Keywords: Fourth wave of behavior therapy, functional assessment, integrating treatments, Compassion Focused Therapy

که از دیدگاه کالگن و دراو (۲۰۱۵) به دنبال رویکردی برای درک و التیام رنج انسان‌ها است و بر اساس اصول رفتاری بناشده، از سنجش کارکرد مشتق شده و روش‌های مختلف رفتار درمانی را به کار می‌گیرد. از سوی دیگر در این موج، درمان متمرکز بر شفقت مورد توجه قرار می‌گیرد و داده‌های بیشتری در مورد ارزشمندی آن گردآوری می‌شود.

واژه‌های کلیدی: موج چهارم رفتار درمانی، سنجش کارکرد، یکپارچه‌سازی درمان‌ها، درمان متمرکز بر شفقت

دریافت: آبان ۹۶ پذیرش: دی ۹۶

مقدمه

تا کنون سه موج رفتار درمانی با اهداف و روش‌های مختلف منتشر شده است. موج اول رفتار درمانی^۱ به طور رسمی از دهه ۱۹۵۰ آغاز شد و تاکید آن بر مشاهده، پیش‌بینی و اصلاح رفتار در جهت ارتقاء سطح سلامت روان بود (براون، گادینو و میلر^۲، ۲۰۱۱). اما در اواخر دهه ۱۹۶۰ تغییراتی ایجاد شد که سبب تسریع حرکت از رفتار درمانی موج اول به رفتار درمانی موج دوم شد از جمله این تغییرات: عدم تبیین همه پدیده‌های رفتاری توسط دیدگاه رفتاری؛ عدم جامعیت کافی الگوهای رفتاری برای پاسخ به چالش‌های موجود؛ نبود ماهیت رفتاری در همه مشکلات؛ شروع آزمایش‌هایی در خصوص الگوی پردازش اطلاعات؛ شروع به کار درمانگرانی با جهت‌گیری روان‌شناختی و نشر نتایج درمانی مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری (دابسن^۳، ۲۰۰۱)؛ به نقل از ایزدی و عابدی، (۱۳۹۵).

¹ first wave of behavior therapy

² Brown, Gaudiano & Miller

³ Dobson

بدین ترتیب، موج دوم درمان‌های رفتاری^۱، توسط بک^۲ در سال ۱۹۷۰ برای اولین بار برای افسردگی و سپس برای اختلالات اضطرابی و اختلالات خوردن توسعه یافت. در اواخر دهه ۸۰ و اوایل دهه ۹۰ بین رفتار درمانی و شناخت درمانی ادغامی به وجود آمد و رفتار درمانی شناختی^۳ نام گرفت که تاکید بیشتر آن بر مفاهیم شناختی بود و بر اصول رفتاری کمتر تاکید داشت. موج دوم با تغییر مستقیم مشخص شد و به وسیله یادگیری اجتماعی و اصول شناختی (شامل شناخت، رفتار و احساس) هدایت می‌شد (آست^۴، ۲۰۰۸). در طی زمان، مفروضه‌های اصلی رفتار درمانی موج دوم در تجربه‌های بالینی زیر سوال رفت و دیگر این فرض نبود که می‌توان به سادگی شناخت‌واره‌ها را شناسایی و تغییر داد. بنابراین جای برای درمان‌های تجربی و غیر مستقیم باز شد و درمان‌های شناختی رفتاری با تغییراتی به سمت درمان‌های جدیدتر حرکت کرد و درمان‌های موج سوم رفتار درمانی^۵ شکل گرفتند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵).

عوامل مختلفی سبب شکل‌گیری موج سوم شدند از جمله آنها می‌توان به ناهنجاری در ادبیات کنونی^۶ و تغییرات فلسفی^۷ اشاره کرد. تاکید بر متغیرهای شناختی، موجب ناهنجاری‌های مختلف شد و این ایده اصلی که تغییر شناختی مستقیم، روشی لازم برای بهبود بالینی است، مورد بازنگری قرار گرفت. به طور مثال، نتایج مطالعات فراتحلیلی در زمینه افسردگی نشان دادند که هیچگونه سودمندی افزایشی هنگام ارایه مداخلات شناختی در درمان شناختی وجود ندارد. در زمینه تغییرات فلسفی این موضوع مطرح شد که درمان‌های رفتاری در موج اول و دوم نسبتاً مکانیکی هستند. به همین سبب است در موج دوم، محتوای فکر معمولاً به طور مستقیم مورد هدف قرار می‌گیرد که این به نقص منطقی ذاتی در محتوا اشاره می‌کند؛ بنابراین فکر ممکن است مورد آزمون واقع شود و

¹ second wave of behavior therapy

² Beck

³ cognitive behavior therapy

⁴ Ost

⁵ Third wave of behavior therapy

⁶ anomalies in the current literature

⁷ philosophy changes

یا بازسازی جایگزین آموزش داده شود. این پیش‌فرض که شکل، فراوانی، یا حساسیت موقعیتی فکر، به طور مستقیم به نتایج احساسی و رفتاری منجر می‌شود همان فرض ذاتا مکانیکی است (هیز،^۱ ۲۰۰۴).

بدین ترتیب، عوامل ذکر شده سبب شد موج سوم رفتار درمانی در اوایل ۱۹۹۰ با رشد درمان‌های ابتکاری شروع شود. درمان‌های موج سوم با به کارگیری اصول رفتاردرمانی، پیشرفت‌های زیادی را در علم روان‌شناسی موجب شدند. این درمان‌ها، مداخلات رفتاری را به عصر جدید هدایت کردند، علاقه به آنها را افزایش دادند و شواهد امیدبخشی برای به کارگیری آن‌ارایه کردند (آست، ۲۰۰۸).

درمانگران موج سوم به طور کامل تکنیک‌های موج اول و دوم را رها نکرده‌اند، اما بیشتر راهبردهای رفتاری را به جای راهبردهای شناختی سنتی مورد توجه قرار دادند. به طوریکه درمانگران موج سوم از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی^۲ و پذیرش^۳ و درمانگران موج دوم بیشتر تکنیک‌های بازسازی شناختی^۴ و آرام‌سازی^۵ را به کار می‌گیرند (براون و همکاران، ۲۰۱۱).

اساس درمان در موج سوم و یا به عبارتی دیگر در درمان‌های رفتاری بافتی، تحلیل کارکرد^۶ است. واژه تحلیل کارکرد را اسکینر^۷ در سال ۱۹۳۵ به معنی تظاهرات تجربی "روابط علت و معلولی" بین محیط و رفتار به کار برد. سپس به طور گسترده روان‌شناسان برای توصیف طیف گسترده‌ای از روش‌ها و فرایندها به کار گرفتند. تحلیل کارکرد روشی برای درک کردن رفتار است و هدف از آن شناسایی برانگیزاننده و تقویت‌کننده‌های رفتار است (هانلی، ایواتا و مک کورد^۸، ۲۰۰۳). به بیان دیگر تحلیل کارکرد

¹ Hayes

² mindfulness

³ acceptance

⁴ cognitive restructuring

⁵ relaxation

⁶ functional analysis

⁷ skinner

⁸ Hanley, Iwata & McCord

فرضیه ای در مورد کارکرد رفتار است (اسکات^۱، ۲۰۱۵). که سودمندی آن به صورت تجربی به تایید رسیده است (ایواتا و دوزیر^۲، ۲۰۰۸؛ کالز^۳، ۲۰۱۴؛ اسکات، ۲۰۱۵). اصطلاح تحلیل کارکرد یک معنای منحصر و یک معنای گسترده دارد. در معنای منحصر، تحلیل کارکرد اشاره دارد به شناسایی پیشایندها و پیامدهای خاصی که رفتار فرد را کنترل می کند. در معنای گسترده، تحلیل کارکرد از نظر علمی یافتن رابطه کارکردی بین دو متغیر است (متغیر مستقل و متغیر وابسته). به طور مثال، در مفهوم گسترده از تحلیل کارکرد، پاولوف^۴ نشان داد که رفتارهای پاسخگر (متغیر وابسته) به وسیله شرطی سازی پاسخگر (متغیر مستقل) کنترل می شوند. معمولاً زمانی که اصلاح رفتار در تحلیل کارکرد مربوط به رفتار مشکل ساز کنشی است، در هر دو معنای منحصر و گسترده به کار می رود: به معنای نخست، رفتار کنشی فرد منجر به تقویت مثبت و یا دوری از تقویت منفی می گردد؛ و به معنای دوم، به طور کلی پیامدهای رفتار کنشی، آن رفتار را افزایش می دهد و یا حفظ می کند (گری و جوزف^۵، ۲۰۱۵).

در مجموع می توان چنین مطرح کرد که تحلیل کارکرد بر توضیح رفتار و همچنین پیشایندها و پیامدهای آن متمرکز است. به بیان دقیق تر، تحلیل کارکرد عبارت است از شناسایی محرک افتراقی که رفتار مورد نظر را پیش می برد (پیشایند) و رویدادهایی که در پی این رفتار ایجاد می شوند (پیامد) و بر احتمال رخ دادن رویدادها در آینده تاثیر می گذارند که این تاثیرات از طریق کارکرد^۶ شناخته می شود (کالگن و دراو^۷، ۲۰۱۵). به طور مثال نتایج پژوهش ایواتا^۸ و همکاران (۱۹۹۴؛ به نقل از گری و جوزف، ۲۰۱۵) نشان داد که اگرچه شکلی از رفتار ممکن است در دو شخص بسیار مشابه باشد اما

¹ Scott

² Dozier

³ Külz

⁴ Pavlov

⁵ Garry & Joseph

⁶ function

⁷ Callaghan & Darrow

⁸ Ivata

کارکرد آن می تواند کاملاً متفاوت باشد. به همین سبب درمان باید بر اساس کارکرد رفتار صورت گیرد نه شکل آن. در واقع، تحلیل کارکرد در مقابل تحلیل توپوگرافیک^۱ قرار می گیرد. توپوگرافیک به شکل رفتار اشاره دارد در حالیکه تحلیل کارکردی به عوامل علی رفتار نظر دارد (محمدی، زرگر، امیدی، محرابی و همکاران، ۱۳۹۴).

اولین چالش موج سوم رفتار درمانی

اگرچه مطرح شد که تحلیل کارکرد می تواند متغیرهای کنترل کننده را نشان دهد، اما دارای محدودیت‌هایی نیز هست. اول محدودیت آنکه، انجام تحلیل کارکرد زمان بر است. دوم، تحلیل کارکرد را نمی توان در مورد رفتارهای بسیار خطرناک به کار برد. سوم، بسیاری از مشکلات رفتاری با فراوانی کمتر از یک بار در طی روز و یا هفته روی می دهند. برای دستیابی به اطلاعات کافی و نتیجه گیری معتبر از چنین رفتارهای با فراوانی کم، نیاز به زمان زیادی است. اما علاوه بر این محدودیت ها به سبب مزایای اثبات شده تحلیل کارکرد، محققان به طور مداوم در تلاش برای غلبه بر این محدودیت‌ها هستند (گری و جوزف، ۲۰۱۵).

از جمله روش‌های که در مقابل محدودیت‌های تحلیل کارکرد می توان به کار گرفت سنجش کارکرد^۲ است. سنجش کارکرد مولفه‌ای مهم در ارزیابی سطح نیاز فرد به طرح‌های درمانی، انتخاب شیوه ارائه خدمات و ارزیابی نتایج درمان است (اندرسون و بلفیلد^۳، ۱۹۹۹). سنجش کارکرد بر فرض‌هایی استوار است که این فرض‌ها درمانگران را به شناسایی عوامل حمایت کننده از رفتارهای مشکل ساز و مداخله های تدارک دیده شده برای آن، رهنمون می کنند. فرض‌ها عبارتند از (چندلر و دالکوئیست^۴، ۱۳۹۲):

¹ Topographic

² functional assessment

³ Anderson & Bellfield

⁴ Chandler & Dahlquist

۱)- محیط کنونی از رفتارهای مشکل ساز و رفتارهای مناسب حمایت می کند. ۲)- هر رفتار در خدمت کارکردی است. ۳)- رفتارهای مشکل ساز را می توان با استفاده از مداخله های مثبت که برگرفته از کارکرد رفتار هستند، تغییر داد.

این فرض ها در جهت هدف هایی هستند. از جمله اهداف سنجش کارکرد پیش بینی رفتارهای مشکل ساز و پیشگیری از به وجود آمدن آنهاست و هدف دیگر ترمیم و بازپروری رفتار مشکل ساز از طریق شناسایی متغیرهای زمینه ساز و شکل دهنده به رفتار مشکل ساز و مناسب و پیامدهای آن رفتارها است (چندلر و دالکویست، ۱۳۹۲).

گرچه در موج سوم رفتار درمانی، سنجش کارکرد به نوعی به کار گرفته می شود. از جمله موارد به کارگیری آن می توان به پرسشنامه تعهد و پذیرش^۱ (ACT) در درمان پذیرش و تعهد با کارکرد انعطاف پذیری روان شناختی^۲ (باند، هیز، بار و کارپنتر^۳ و همکاران، ۲۰۱۱)، پرسشنامه فعال سازی رفتار^۴ در رویکرد فعال سازی رفتار با کارکرد اجتناب و فعال سازی (مانوز، کانتر و لئو^۵، ۲۰۱۱) و سیستم الگوی سنجش فردنگر کارکرد^۶ در روان درمانی تحلیل تابعی^۷ (FAP) (دراو، کالگن، بنو و فالت^۸، ۲۰۱۴) اشاره کرد. اما همه این موارد توافق بین ماهیت کاملاً فردی تحلیل کارکرد و رویکردهای قانوننگر مبتنی بر سیستم های طبقه بندی اختلالات مانند راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی^۹ (DSM) نشان می دهند. در حالیکه شروع کردن با یک رویکرد خاص و از پیش تعیین کردن اینکه مراجع برای آن رویکرد مناسب است، بر خلاف سنجش کارکرد است. این نوع از پیش تعیین کردن باعث می شود که درمانگر فرصت را برای ارزیابی دقیق مشکلاتی که مراجع دارد و شناسایی متغیرهایی که این مشکلات را ایجاد

¹ Acceptance and Action Questionnaire

² Psychological inflexibility

³ Bond, Hayes, Baer & Carpenter

⁴ Behavior Activation for Depression Scale

⁵ Manos, Kanter & Luo

⁶ The Functional Idiographic Assessment Template system (FIAT)

⁷ Functional Analytic Psychotherapy

⁸ Darrow, Callaghan, Bonow & Follette

⁹ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)

و حفظ می کند را از دست بدهد (کالگن و دراو، ۲۰۱۵). چون تحقیقات نشان داده اند که ACT تاثیر افکار و احساسات منفی را بر رفتار از طریق کاهش اجتناب و انعطاف ناپذیری پایین می آورد و اجازه می دهد مراجع تجارب درونی خود را بپذیرد و در نتیجه سازگارتر و انعطاف پذیر می گردد و مبتنی بر ارزش ها عمل می کند (گیفورد، کوهلنبرگ، هیز، پیرسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین از دیدگاه FAP، رابطه درمان جو- درمانگر نوعی محیط اجتماعی است که به طور بالقوه رفتار مشکل ساز را در اینجا و اکنون فرامی خواند و تغییر می دهد (کوهلنبرگ، سای، پارکر، بولینگ^۲ و همکاران، ۱۹۹۹). به طوریکه رابطه درمان جو- درمانگر فرصتی برای شکل دهی فوری و تقویت رفتار بهبود یافته میسر می سازد (والرو- آگویو^۳، فرو- گارکیا^۴، کوهلنبرگ و سای، ۲۰۱۲). و مراجع می تواند آن را به شرایط خارج از درمان تعمیم دهد (گیفورد و همکاران، ۲۰۱۱). بدین ترتیب زمانی که مراجع در درمان ACT قرار می گیرد هدف کاهش اجتناب تجربی است و اگر در درمان FAP قرار گیرد هدف بهبود روابط بین فردی خواهد بود.

به بیانی دیگر، نیاز به ارزیابی رفتارهای مراجع به وسیله درمانگر حذف می شود زیرا درمان از قبل تعیین شده است و مراجع با درمان مطابقت داده می شود. از سویی دیگر، درمانگر به دنبال راهی خواهد بود که درمان را برای مراجعی که معیارهای اختلال را برآورده می کند، به کار برد (به طور مثال درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلال سوء مصرف مواد و یا روان درمانی تحلیل تابعی برای اختلال افسردگی). در اصل درمان با اختلال مطابقت داده می شود نه با مراجع (کالگن و دراو، ۲۰۱۵).

دومین چالش موج سوم رفتار درمانی

از جمله چالش های دیگر درمان های موج سوم، ازدیاد درمان ها است. روان درمانی های که به عنوان موج سوم توسعه یافته اند شامل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد،

¹ Gifford, Kohlenberg, Hayes & Pierson

² Kohlenberg, Tsai, Parker & Bolling

³ Valero-Aguayo

⁴ Ferro-García

رفتار درمانی دیالکتیکی^۱، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۲، فراشناخت درمانی^۳، روان درمانی تحلیل تابعی، فعال سازی رفتار، زوج درمانی رفتاری تلفیقی^۴ (هیز، لوما، باند، مسودا^۵ و همکاران، ۲۰۰۶؛ گیفورد و همکاران، ۲۰۱۱؛ والرو-آگویو و همکاران، ۲۰۱۲). این درمان ها اغلب تجربی اند تا آموزشی و فلسفه زیربنایی آنها اغلب زمینه گرایی است تا مکانیکی و به طور کلی می توان آنها را در دو گروه تقسیم کرد: ۱- مداخلاتی که مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی هستند (همانند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)، ۲. مداخلاتی که ذهن آگاهی را به عنوان یک مولفه اصلی به کار می گیرند (همانند درمان پذیرش و تعهد) (هیز، ۲۰۰۴).

درمان های رایج موج سوم را می توان از طریق سنجش کارکرد به مجموعه ای از مداخلات برای مشکلات مراجع تبدیل کرد به گونه ای که درمانی منسجم و منحصر به فرد شکل گیرد. عبارت کاربردی که می توان برای توصیف این رویکرد به کار برد، مداخلات رفتاری زمینه ای^۶ است که مبتنی بر این اصل است که جهت تعریف طرح درمان برای یک مراجع، ارزیابی همان مراجع ضروری است. این امر بر خلاف استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان درمانی تحلیل تابعی، رفتار درمانی دیالکتیکی و فعال سازی رفتار به عنوان درمان های پایه است و درمانگر نیاز خواهد داشت که متغیرهای پایه ای انواع مختلف رنج را در نظر بگیرد. چنانچه مراجع با مشکلات بین فردی مواجه است پس جنبه هایی از مداخلات FAP می تواند مفید باشد. اگر مراجع با تجربیات احساسی آزار دهنده مواجه است احتمالاً مداخلاتی از ACT می تواند برای درمان سودمند باشد (کالگن و دراو، ۲۰۱۵).

1 Dialectical Behavior Therapy

2 Mindfulness-based Cognitive Therapy

3 Metacognitive Therapy

4 Integrative behavioral couple therapy

5 Luoma, Bond & Masuda

6 Contextual Behavioral Intervention (CBI)

همچنین با توجه به داده‌هایی مبنی بر عدم اطمینان و اعتبار DSM-5 جدید (فردمن، لوئیز، میکلز، پین^۱ و همکاران، ۲۰۱۳)، مداخلات رفتاری زمینه‌ای می‌تواند به درمانگران کمک کند که بر عملکرد خود متمرکزتر شوند و راهبردهای مختلفی را برای مشکلات مراجع به کار ببرند.

سومین چالش موج سوم رفتار درمانی

دیگر چالش، نبود درمان متمرکز بر شفقت^۲ است که ریشه در روان‌شناسی تکاملی دارد و تاکید آن بر نوع دوستی^۳ و رفتار مراقبتی^۴ است (گیلبرت^۵، ۲۰۱۰). در واقع شفقت بر سه بعد یعنی، شفقت نسبت به دیگران^۶، پذیرش شفقت از سوی دیگران^۷ و شفقت نسبت به خود^۸، متمرکز است (جزایری، جینپا، مک گنیگال، رزبرگ^۹ و همکاران، ۲۰۱۳). در درمان‌های رفتاری زمینه‌گرا همچون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان‌درمانی مبتنی بر تحلیل عملکرد نیز افزایش توجه به آموزش‌های روان‌شناختی جهت تقویت ذهن مشفق دیده می‌شود. اما این تاکید بر شفقت در درمان‌های رفتاری، بخشی از جریان بزرگتر روش‌های متمرکز بر شفقت محسوب می‌شود (تیرج و همکاران، ۱۳۹۵) که آموزش آن همراه با طیف گسترده‌ای از مزایا فیزیولوژیکی و روان‌شناختی است (گیلبرت، ۲۰۱۴). به طوریکه پژوهش جزایری و همکاران (۲۰۱۳) نشان داد که آموزش شفقت، سه بعد شفقت ورزی به دیگران، خود و دریافت شفقت از سوی دیگران را بهبود می‌بخشد. ونگ، فکس، شاخمن، استودولا^{۱۰} و همکاران (۲۰۱۳) مطرح کردند که رفتار نوع دوستانه و درک رنج دیگران پس از آموزش شفقت افزایش می‌یابد. همچنین

¹ Freedman, Lewis, Michels & Pine

² Compassion Focused Therapy (CFT)

³ altruism

⁴ caring behavior

⁵ Gilbert

⁶ having compassion for others

⁷ receiving compassion from others

⁸ compassion for oneself

⁹ Jazaieri, Jinpa, McGonigal & Rosenberg

¹⁰ Weng, Fox, Shackman, Stodola

نتایج مطالعه دیگری نشان داد مراقبه شفقت آمیز در یک دوره شش هفته ای، کارکرد سیستم ایمنی بدن و واکنش های هورمونی و رفتاری به استرس را ارتقا می بخشد (پیس و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از تیرج و همکاران، ۱۳۹۵). با این وجود داده های کمی در مورد ارزشمندی این رویکرد وجود دارد و تحقیقات و توجه بیشتری به این زمینه نیاز است (گیلبرت، ۲۰۰۹).

بحث و نتیجه گیری

درمان های موج سوم اشاره به یک سری از روش های درمانی دارد که در سال ۱۹۹۰ از رفتار درمانی سنتی شکل گرفتند. از جمله دستاوردهای قابل توجه و ویژگی متمایز کننده این درمان ها، مبتنی بودن آنها بر زمینه^۱ است که این نوآوری بالینی درمان های موج سوم، با توجه به مفهوم آسیب شناسی روانی و روش درمانی آنها برجسته تر می شود. همچنین دو نوآوری بالینی دیگر این درمان ها، از یک سو، عدم انعطاف پذیری روان شناختی به عنوان مدل آسیب شناسی روان شناختی مشترک در اختلالات مختلف و از سوی دیگر، تاکید بیشتر بر شناسایی اصول درمانی نسبت به تکنیک ها در زمینه فرآیندهای پذیرش تجربی و تغییر رفتار است (پرز- الوارز^۲، ۲۰۱۲). در راستای این دستاوردها، درمان های موج سوم با خلاء ها و چالش هایی نیز روبه رو است. ازدیاد درمان ها، کاهش سنجش کارکرد و نبود درمان متمرکز بر شفقت از جمله آنهاست. بر همین اساس نیز، ظهور موج چهارم رفتار درمانی^۳ ممکن خواهد بود موجی که در آن بر نقش کلیدی سنجش کارکرد برای هدف قرار دادن مشکلات مراجع و انتخاب راهبردهای مناسب از بین درمان های موجود، تاکید می کند. این موج، به دنبال این است که درمان های رایج را به مجموعه ای از مداخلات برای مشکلات مراجع منتسب و به درمانی منسجم، منحصر به فرد و هدایت شده تبدیل کند (کالگن و دراو، ۲۰۱۵).

¹ contextual

² Pérez-Álvarez

³ fourth wave of behavior therapy

به نظر می رسد موج چهارم به دنبال رویکردی برای درک و التیام رنج انسان ها است و بر اساس اصول رفتاری بنا شده است، از سنجش کارکرد مشتق شده، روش های مختلف رفتار درمانی و درمان متمرکز بر شفقت را به کار می گیرد و به روان درمانگران این اجازه را می دهد تا سرآمد علوم و درمان بالینی معاصر شود. بدین ترتیب، با توجه به خلاهای موجود در موج سوم رفتار درمانی این پژوهش نظری پیشنهاد دارد که فرض شکل گیری موج چهارم رفتار درمانی که مبتنی بر بکارگیری مفاهیمی همچون سنجش کارکرد، یکپارچه سازی درمان ها و درمان متمرکز بر شفقت است؛ در پژوهش و مداخلات درمانی به صورت علمی مورد بررسی قرار گیرد.

منابع

ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا (۱۳۹۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تهران: نشر جنگل. چندلر، لینت کی؛ دالکوئیست، کارول. ام (۱۳۹۲). ارزیابی کارکردی: راهبردهای پیشگیری و ترمیم رفتار مشکل ساز در محیط های آموزشی، ترجمه: ساسان اسدپور، تهران: نشر مدرسه، چاپ اول.

تیرج، دنیس؛ ساندراف، بنجامین؛ استین، سیلبر (۱۳۹۵). درمان متمرکز بر شفقت برای درمانگران اکت، ترجمه: سعیده دانشمندی؛ راضیه ایزدی؛ محمدرضا عابدی، اصفهان: نشر کاوشیار، چاپ اول.

محمدی، ابوالفضل؛ زرگر، فاطمه؛ امیدی، عبدالله؛ محرابی، علی؛ اکبری، مهدی؛ بقولی، حسین و دیگران (۱۳۹۴). مقدمه ای بر نسل سوم درمان های شناختی - رفتاری، تهران: نشر ارجمند.

Anderson, A. J., & Bellfield, H. (1999). "Functional Assessment of Mental Health and Addiction", *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 4: 39-45.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). "Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire - II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance", *Behavior Therapy*, 42: 676-688.

- Brown, L.A., Gaudiano, B.A., & Miller, I. (2011). "Investigating the Similarities and Differences between Practitioners of Second and Third Wave Cognitive-Behavioral Therapies", *Behav Modif*, 35(2): 187-200.
- Callaghan, G.M., & Darrow, S.M. (2015). "The role of functional assessment in third wave behavioral interventions: foundations and future directions for a fourth wave", *Current Opinion in Psychology*, 2: 60-64.
- Darrow, S.M Callaghan, G.M., Bonow, J.T., & Follette, W.C. (2014). "The Functional Idiographic Assessment Template-Questionnaire (FIAT-Q): Initial psychometric properties", *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3:124-135.
- Freedman, R., Lewis, D.A., Michels, R., Pine, D.S., Schultz, S.K., Tamminga, C.A., Gabbard, G.O., Gau, S. F., & et al. (2013). "The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns", *Am J Psychiatric*, 170: 1-5.
- Garry, M., & Joseph, P. (2015). *Behavior Modification (What It Is and How to Do it) all rights reserved*, United States of America: Pearson Education (Tenth Edition).
- Gifford, E.V., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., Pierson, H.M., Piasecki, MP., & Antonuccio, D.O., Palm, K.M. (2011). "Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to Bupropion Outcomes? A Randomized Controlled Trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation", *Behavior Therapy*, 42: 700-715.
- Gilbert, P. (2009). *Introducing compassion focused therapy*, Advances in psychiatric treatment, 15:199-208.
- Gilbert, P (2010), "An Introduction to Compassion Focused Therapy in Cognitive Behavior Therapy", *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2): 97-112.
- Gilbert, P. (2014). "The origins and nature of compassion focused therapy", *British Journal of Clinical Psychology*, 53: 6-41.
- Hanley, G.P., Iwata, B.A., & McCord, B.E. (2003). "Functional analysis of problem behavior: a review", *J Appl Behav Anal*, 36(2): 147-185.
- Hayes S.C. (2004). "Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies", *Behavior therapy*, 35: 639-665.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). *Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes*, Psychology Faculty Publications, Paper 101.
- Iwata, B.A., Dozier, C.L. (2008). "Clinical Application of Functional Analysis Methodology", *Behav Anal Pract*, 1(1): 3-9.
- Jazaieri, H., Jinpa, G.T., McGonigal, K., Rosenberg, E. I., Finkelstein, J., Simon-Thomas, E., Goldin, P.R. (2013). "Enhancing compassion: A randomized controlled trial of a compassion cultivation training program", *Journal of Happiness Studies*", 14: 1113-1129.

- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y., Kanter, J. W. (1999). "Focusing on the Client-Therapist Interaction Functional Analytic Psychotherapy: A Behavioral Approach", *European Psychotherapy*, 1(1): 15-25.
- Külz, A.K. (2014). *Functional Analysis in Behavior Therapy*, (English Version of) *Verhaltenstherapie*, 24: 211-220.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). "The behavioral activation scale for depression-short form: Development and validation", *Behavior Therapy*, 42: 726-739.
- Ost, L. G. (2008). "Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis", *Behaviour Research and Therapy*, 46: 296-321.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). "Third-Generation Therapies: Achievements and challenges", *J Clin Health Psychol*, 12(2):291-310.
- Scott, H.W. (2015). "Functional Analysis in Differential Diagnosis Using Cognitive Processing Therapy to Treat PTSD", *Clinical Case Studies*, 14(6): 422-433.
- Valero-Aguayo, L., Ferro-García, R., Kohlenberg, R. T., & Tsai, M. (2011). "Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy", *Revista de Psicología de Clínica y Salud*, 22(3):209-221.
- Weng, H. Y., Fox, A. S., Shackman, A. J., Stodola, D. E., Caldwell, J. Z. K., Olson, M. C., Davidson, R.J. (2013). "Compassion training alters altruism and neural responses to suffering", *Psychological Science*, 24:1171-1180.