

# تبیین مبانی نظری و عملی فن تغییر رفتار سیستمی: ارائه یک فن جدید در مشاوره و روان درمانی

## Explaining Theoretical Foundations and Practical Application of “Systemic Behavior Modifying Technique”: Providing a New Technique in Counseling and Psychotherapy

Mohammad Khodayarifard, PhD  
Mohammad-Hassan Asayesh, PhD

دکتر محمد خدایاری فرد\*  
دکتر محمدحسن آسایش\*

### Abstract

### چکیده

Given the importance and impact of individual's behavior in his lifestyle and his quality of interpersonal interactions, and considering some patients' complaints about dangers of some of their or their family members' behaviors, it is essential to use techniques to change behavior of clients by psychotherapists and family therapists. In the current paper, the “systemic behavior modifying”, a new technique in psychotherapy, has been introduced. After explaining the theoretical fundamentals of the “systemic behavior modifying technique”, the way of practical application and its steps in the counseling and psychotherapy process has been explained; then, 3 clinical case reports of the application of this technique has been described. This study was a single case study and its design was A-B. visual analysis of graphed data and qualitative analysis of the interview with the samples showed a significant effect of this technique on the dysfunctional behaviors of the subjects. The family therapists can use this technique in their individual psychotherapy or family therapy so as to change the ineffective behaviors of the clients to shape effective behaviors.

با توجه به اهمیت و تأثیر رفتار هر یک از اعضای خانواده در سبک زندگی و کیفیت تعاملات بین فردی و با توجه به شکایت برخی مراجعان از کژکاری برخی رفتارهای خود یا سایر اعضای خانواده، ضرورت به کارگیری فنی در جهت تغییر رفتار مراجعان توسط روان درمانگران و خانواده درمانگران ضروری است. در این مقاله فن «تغییر رفتار سیستمی» به عنوان فن جدیدی در مشاوره و روان درمانی، معرفی شده است. در این پژوهش پس از تبیین مبانی نظری «فن تغییر رفتار سیستمی» شیوه کاربرد عملی و اجرای گام های آن در فرایند مشاوره و روان درمانی توضیح داده شده، سپس درمان سه نمونه بالینی از طریق کاربرد این تکنیک به صورت طرح تک آزمودنی از نوع AB مطالعه و گزارش شده است. ابزار پژوهش شامل چک لیست محقق ساخته و مصاحبه بود. تحلیل چشمی و تحلیل کیفی حاصل مصاحبه با نمونه ها حاکی از اثربخشی معنادار این فن بر روی رفتارهای ناکارآمد آزمودنی ها بوده است. نتیجه اینکه روان درمانگران می توانند این تکنیک را در مشاوره و روان درمانی فردی یا خانواده درمانی با هدف تغییر رفتارهای ناکارآمد مراجعان به رفتارهای کارآمد و سازگارانه به کار گیرند.

**Keywords:** behavior modifying, systemic behavior modifying, systemic theory, behavior therapy, the stages of change

**کلیدواژه ها:** اصلاح رفتار، تغییر رفتار سیستمی، نظریه

سیستمی، رفتار درمانی، مراحل تغییر

□ Department of Educational Psychology and Counseling, University of Tehran, Tehran, I. R. Iran.

✉ Email: Asayesh@ut.ac.ir

□ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۲/۱۳ تصویب نهایی: ۱۳۹۹/۷/۱۸

\* گروه روانشناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران، تهران، ایران

## ● مقدمه

رفتارها، دامنه وسیعی از اقدامات و شیوه‌های ساخته‌شده توسط افراد، ارگانیزم‌ها، سیستم‌ها یا نهادها در ارتباط با خود و محیط (شامل سایر سیستم‌ها، افراد اطراف و همچنین محیط فیزیکی) است؛ در واقع رفتار واکنش سیستم یا ارگانیزم به محرک‌ها یا ورودی‌های مختلف است، چه درونی و چه خارجی، هشیارانه یا ناهشیارانه، آشکار یا پنهان و داوطلبانه یا غیرداوطلبانه (میتتون و کاله، ۲۰۱۴). با توجه به این تعریف رفتار هم به صورت آشکار و هم پنهان می‌تواند در نظر گرفته شود؛ رفتارهای پنهان جنبه خصوصی دارند، مثل فکر کردن و رفتارهای آشکار به رفتارهای قابل رؤیت اشاره دارند.

رفتار می‌تواند بهنجار و سازش یافته یا نابهنجار و سازش نایافته باشد. رفتار بهنجار رفتار سازش یافته‌ای است که در ارضای نیازهای فرد و خلاصی او از درد و رنج و خطر او را یاری می‌دهد یا از هدر رفتن نیروهای او جلوگیری می‌کند. رفتار نابهنجار رفتار سازش نایافته‌ای است که در رسانیدن فرد به هدف‌هایش پیوسته با شکست مواجه می‌شود و مشکلاتی را برای او به بار می‌آورد (ولپی، ۱۹۹۰؛ به نقل از سیف، ۱۳۹۱). رفتار سالم و سازش یافته عامل اصلی در حفظ شیوه زندگی سالم است و تحت تأثیر محیط‌های اجتماعی، فرهنگی و فیزیکی قرار می‌گیرد که افراد در آن زندگی و کار می‌کنند. رفتارهای مثبت به ارتقای سلامت و جلوگیری از بیماری‌ها کمک می‌کند، در حالی که رفتارهای منفی عامل خطر و بیماری هستند (میلر، نایمی، بریور و همکاران، ۲۰۰۷). از آنجا که برای ایجاد کیفیت زندگی مناسب افراد باید رفتارهای مناسبی از خود بروز دهند، لازم است رفتار افراد در موقعیت‌های مختلف بررسی و مطالعه شود. یکی از زمینه‌های اصلی بروز رفتار، بافت خانواده است.

بسیاری از مراجعانی که برای مشاوره و روان‌درمانی مراجعه می‌کنند، رفتارهایی دارند که در سیستم خانواده، کیفیت تعاملات بین فردی را در برخی موقعیت‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد. از این رو لازم است درمان‌های سیستمی و خانواده‌محور مورد توجه قرار گیرد. فرض بنیادین نظریه‌های سیستمی این است که انسان‌ها نتایج بافت زندگی‌شان هستند؛ این عقیده را می‌توان با گفتن اینکه رفتار یک فرد به وسیله روابط با دیگر اعضای خانواده تحت تأثیر قرار می‌گیرد، تعبیر کرد (گلادینگ، ۲۰۱۰، ترجمه اسماعیلی و رسولی، ۱۳۹۴).

در ادبیات پژوهشی نظریه‌های سیستمی و خانواده‌درمانی، سیستم خانواده زیرسیستم‌هایی

دارد که خانواده را به وسیله نسل، جنسیت، علایق مشترک و عملکرد سازمان می دهد. در واقع ساختار خانواده، سازمانی را که در آن تعاملات رخ می دهد، شرح می دهد، به این صورت که در ابتدا، تعاملات ساختار را شکل می دهند، اما پس از ایجاد ساختار، ساختار تعاملات را شکل می دهد. طی فرایند شکل گیری و رشد خانواده، تعاملات خانواده قابل پیش بینی و مقاوم می شود، زیرا آنها در ساختارهای قوی اما نامرئی در بر گرفته شده اند (مینوچین و نیکولز، ۱۹۹۳). این ساختارها ممکن است مرضی نیز باشد یا در طول زمان ناکارآمد و موجب تعارض در خانواده شود که نیاز به اصلاح دارد.

نظریه های سیستمی و اصول مختلفی دارند، از این میان، اصل مکملیت و اصل علیت حلقوی از مهمترین اصول خانواده درمانی است. اصل مکملیت به رابطه متقابل اعضا اشاره می کند که رفتار یک فرد به رفتار دیگران همبسته می شود. اگر یک فرد تغییر کند، رابطه تغییر می کند. مکملیت به این معنا نیست که انسان ها در روابط همدیگر را کنترل می کنند؛ بلکه به این معناست که اعضا همدیگر را تحت تأثیر قرار می دهند. مفهوم حلقوی بودن نیز به تغییر روشی که ما درباره آسیب شناسی روانی فکر می کنیم، کمک کرد. آسیب شناسی از چیزی که به وسیله حوادث گذشته ایجاد شده، به چیزی که بخشی از چرخه های پسخوراند حلقوی در جریان است، تغییر کرد. علیت حلقوی پیشنهاد می کند که مشکلات به وسیله یک سری رفتارها و عکس العمل های در جریان، ادامه می یابند و اینکه چه کسی آن را شروع کرده، به ندرت مهم است (نیکولز، ۲۰۱۴). با توجه به این اصول برای تغییر رفتارهای اعضای خانواده باید از مداخلات خانواده درمانی استفاده شود.

یکی از مدل های تجربی خانواده درمانی، مدل خانواده درمانی شناختی- رفتاری است. در این مدل اعضای خانواده تشویق می شوند که بر فرایندهای درونی خود نظارت داشته باشند و خانواده درمانگر با استفاده از فنون مختلف تلاش می کند تغییراتی را در الگوهای رفتاری اعضای خانواده به وجود آورد. همچنین درمانگری که با استفاده از اصول خانواده درمانی شناختی- رفتاری کار می کند، می کوشد تا برخی از اعتقادات اعضای خانواده را در موارد مختلف مانند وضعیت موجود خانواده تغییر دهد. برخی از ویژگی های مدل خانواده درمانی شناختی- رفتاری عبارت اند از: ۱. در مدل خانواده درمانی شناختی- رفتاری تلاش می شود که در الگوهای ارتباطی اعضای خانواده تغییراتی ایجاد شود؛ ۲. در مدل خانواده درمانی شناختی-

رفتاری حضور تمام اعضای خانواده در جلسات درمانی ضروری نیست؛ ۳. مسئولیت مهم خانواده‌درمانگر در مدل خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری کمک به تغییر الگوهای ارتباطی اعضای خانواده است (لبو، ۲۰۰۵؛ شولوار، ۲۰۰۳).

تحقیقات مبتنی بر درمان‌های شناختی- رفتاری نشان می‌دهد تا وقتی رفتارها و شناخت‌های افراد اصلاح نشود، اصلاح روابط بین‌فردی و کیفیت زندگی محقق نمی‌شود (خدایاریفرد و عابدینی، ۱۳۹۴؛ داتلیو، ۱۳۹۳). این نوع درمان‌ها بر این نکته تأکید می‌ورزند که فرایندهای تفکر هم به اندازه تأثیرات محیطی اهمیت دارند (لیپکا، هافمن، میلتنر و استروب، ۲۰۱۴). در این نوع درمان به مراجع کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تحریف‌شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص داده و آنها را از طریق بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری تغییر دهد (کوپن و همکاران، ۲۰۰۸).

در درمان‌های رفتاری از جمله رفتاردرمانی عقلانی- عاطفی (REBT)، بر بینش، شناخت و آموزش در فرایند درمان تأکید شده است. در زمینه بینش و آگاهی درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا به سه نوع بینش عمده دست یابد؛ اول آنکه متوجه شود که این رفتار غیرعادی او اگرچه در گذشته سابقه داشته است، به دلایلی در زمان حال تداوم دارد و در رفتار او اثر می‌گذارد؛ دوم آنکه مراجع به این بینش دست یابد که خود او در تداوم بخشیدن به مشکلش نقش اصلی را دارد و بینش نوع سوم آن است که مراجع به صراحت اعتراف کند که تنها کسی که می‌تواند ناراحتی و اضطراب او را از بین ببرد، خود اوست (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۵). همچنین درمان شناختی- رفتاری در ایجاد و افزایش توانمندی‌هایی مانند تصمیم‌گیری، حل مسئله، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، ایجاد عزت نفس، شادکامی، خودنظم‌دهی، خودکفایی و سلامت روان مؤثر است (هال و همکاران، ۲۰۱۶؛ همتی‌نژاد و زینالی، ۱۳۹۶). علاوه بر درمان فردی، درمانگران، خانواده‌درمانی را با هدف کمک به بهبود تعامل افراد خانواده به کار می‌برند و در این فرایند مراجع را از خانواده جدا نمی‌کنند، بلکه نظام خانواده را اصلاح می‌کنند تا رفتار اعضا به صورت متناسب تغییر کند (گلدنبرگ و گلدنبرگ، ۲۰۰۸). در این زمینه نظریه‌های خانواده‌درمانی رفتاری و شناختی- رفتاری از اصول نظریه‌های رفتارگرایی استفاده می‌کنند. برای فهم دقیق‌تر تغییرات رفتاری در رویکردهای شناختی- رفتاری لازم است اصول پایه‌ای

آن نیز بررسی شود.

□ **تغییر رفتار:** تغییر عادات رفتاری و اصلاح رفتار بخشی از روان‌درمانی است که به بررسی، تغییر و تعدیل رفتار می‌پردازد و مبحثی با تکیه بر رویکرد رفتارگرایی است و تغییر رفتار به مجموعه فنون و روش‌هایی گفته می‌شود که برخاسته از روانشناسی یادگیری است. به‌کارگیری این فنون در افزایش یا کاهش فروانی رفتارها، مانند تغییر دادن رفتارهای افراد و واکنش به محرک‌ها از طریق تقویت مثبت و منفی رفتار سازشی یا کاهش رفتار مؤثر است. تغییر رفتار بیشتر بر پژوهش‌های بنیادی روان‌شناسی کنشگر و نیز پژوهش‌های کاربردی انجام‌گرفته در موقعیت‌های عملی استوار است (مصطفایی و امین‌پور، ۱۳۹۴).

اصطلاح دیگری که به تغییر رفتار شباهت دارد، اصطلاح رفتاردرمانی است (هاوتون، کرک، سالکوسکیس، کلار، ۱۳۹۵) رفتاردرمانی کاربرد اصول تجربی یادگیری برای تغییر رفتار ناسازگار و نامطلوب است (لیدلاو و همکاران، ۲۰۰۳)، از این‌رو رفتاردرمانگران دقیقاً با این مسئله مواجهند که درمان‌جو چگونه یاد گرفته است یا یاد می‌گیرد. چه عواملی یادگیری او را تقویت می‌کند و تداوم می‌بخشد و چگونه می‌توان فرایند یادگیری او را تغییر داد تا رفتارهای بهتری را جایگزین رفتارهای نامطلوب خویش کند (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۱). معمولاً اصطلاح تغییر رفتار زمانی به کار می‌رود که مشکل خفیف است یا قصد مشاور، ایجاد رفتار مطلوب جدید مانند آموزش مهارت‌های اجتماعی به افراد عادی، اصلاح مشکلات ارتباطی و اجتماعی یا کمک به رفع مشکلات رفتاری افراد بزهکار و ناسازگار است (سیف، ۱۳۹۱). هدف تغییر رفتار، تغییر یک رفتار خاص است نه کلیت شخصیت فرد؛ بنابراین، شیوه‌ای خاص انتخاب می‌شود تا در اصلاح مشکل رفتاری خاص به کار رود (موریس، ۱۳۸۰).

تغییر رفتار تحت عنوان تحلیل رفتار کاربردی نیز به کار می‌رود (مارتین و پی‌یر، ۲۰۱۰). فنون زیادی در درمان تحلیل رفتار کاربردی (ABA) برای مسائل خاص به وجود آمدند. مداخلات مبتنی بر قوانین تحلیل رفتار به‌طور عمیقی بر تحول درمان‌های مبتنی بر شواهد اثر گذاشته است (اوداناهو و فرگوسن، ۲۰۰۶). شواهد قوی و مستمری مبنی بر تأثیر درمان‌های رفتاری (از جمله اصلاح رفتار) وجود دارد. فراتحلیلی نشان داد اصلاح رفتار بر درمان برخی اختلال‌های از جمله بیش‌فعالی با اندازه اثر بالا (۳/۷۸) مؤثر است (فابیانو، پلهام و کولسب،

(۲۰۰۸).

برنامه‌های اصلاح رفتار هسته بسیاری از برنامه‌های درمانی را شکل می‌دهد. آنها موفقیت خوبی در درمان نوجوانان با اختلال‌های سلوک و تعارض با والدین داشتند (فیکسن، بلیس، تیمبرز و ولف، ۲۰۰۷). یکی دیگر از حوزه‌هایی که تحقیقات از آن پشتیبانی می‌کند، کاربرد آن برای درمان افسردگی است (اسپیتس، پاگوتو و کالاتا، ۲۰۰۶). فورگات و دگارمو (۲۰۰۷) دریافتند مادرانی که اخیراً طلاق گرفته‌اند، یک برنامه آموزشی مدیریت والدینی (براساس قوانین که رفتارهای خوب را تقویت می‌کند و رفتارهای بد را نادیده می‌گیرد، در کنار مهارت‌های ارتباطی) می‌تواند مادر را از عوارض طلاق و نابسامانی‌های بی‌بخشده. علاوه بر این برنامه‌های آموزش مدیریت والدین گاهی به برنامه‌های آموزش والدینی رفتاری اشاره دارد که نشان داده‌اند بر روی تلاش‌های والدین برای مدیریت فرزندان مؤثر است (اولکاووسکی، فوستر و وبستر - استراشن، ۲۰۰۷).

کاربون، پلیگ، بارنز و شلهاس (۲۰۱۴) ضمن پژوهشی به‌منظور بهبود سلامت روان نوجوانان از طریق درمان شناختی- رفتاری به این نتیجه رسیدند که این شیوه درمانی موجب بهبود سلامت روان نوجوانان شد. همتی‌نژاد و زینالی (۱۳۹۶) نشان دادند درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار مؤثر است. گلپاشا و آسایش (۱۳۹۵) نیز در پژوهش خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری مذهب‌محور با تأکید بر بخشایش‌گری و مثبت‌نگری بر علائم افسردگی و اضطراب زنان خانواده‌های نابسامان مؤثر است. خدایاری‌فرد، صادقی و عابدینی (۱۳۸۶) نیز نشان دادند خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلال‌های روان‌تنی مؤثر است.

□ **شیوه‌های تغییر رفتار:** از نظر سیف (۱۳۹۲) برنامه‌های تغییر رفتار را می‌توان به‌طور کلی در چهار دسته طبقه‌بندی کرد:

۱. روش‌های ایجاد رفتارهای جدید و مطلوب: هدف از ایجاد این روش آموزش رفتارهایی است که از قبل در خزانه رفتاری فرد موجود نیست و به همین دلیل اجرای این روش‌ها مستلزم دقت و مهارت‌های زیادی است. از جمله اقداماتی که در این زمینه باید انجام گیرد، تعیین ویژگی‌های رفتار است. این ویژگی‌ها عبارت‌اند از: فراوانی رفتار، شدت رفتار و طول مدت رفتار. روش ایجاد رفتار جدید از طریق یادگیری، مشاهده و سرمشق‌گیری و

تقویت تفکیکی و شکل‌دهی رفتار صورت می‌پذیرد.

۲. روش‌های نگهداری رفتارهای مطلوب: برای نگهداری و ادامه یک رفتار تازه آموخته‌شده لازم است پس از یک دوره تقویت پیاپی، رفتار را وارد مرحله تقویت ناپیای کنیم تا سرانجام بتوانیم تقویت را به کلی کنار بگذاریم و رفتار مطلوب ادامه یابد. در این روش می‌توان از تقویت برنامه نسبی ثابت و متغیر و برنامه فاصله‌ای نسبی و ثابت استفاده کرد.

۳. روش‌های افزایش رفتار مطلوب: هدف از اجرای این روش‌ها افزایش خزانه رفتار است، یعنی گاه دیده می‌شود فردی از عهده انجام کاری برمی‌آید، اما آن کار را به دفعات لازم انجام نمی‌دهد، از این رو برای افزایش رفتار مطلوب می‌توان از این فنون استفاده کرد: تقویت مثبت، تقویت‌کننده‌های شرطی، تقویت‌کننده ژتونی و تقویت‌کننده اجتماعی.

۴. روش‌های کاهش یا از بین بردن رفتارهای نامطلوب: روش‌های کاهش رفتار نامطلوب را می‌توان در دو دسته روش‌های مثبت (جانشین ساختن رفتارهای مطلوب به جای رفتار نامطلوب) و منفی (کاهش دادن مستقیم رفتار نامطلوب) تقسیم کرد. روش‌های مثبت کاهش رفتار عبارت‌اند از: ۱. تقویت رفتارهای دیگر: در این روش هر گونه رفتار مطلوب به جز رفتار نامطلوبی که هدف کاهش رفتار است تقویت می‌شود؛ ۲. تقویت رفتارهای مغایر و ناهم‌ساز: در این روش از طریق تقویت نکردن رفتار نامطلوب و تقویت رفتاری که با آن مغایر است، به کاهش رفتار نامطلوب پرداخته می‌شود. روش‌های منفی کاهش رفتار عبارت‌اند از: ۱. روش خاموشی: رفتاری که قبلاً تقویت شده مدتی تقویت نمی‌شود تا به توقف کامل آن رفتار منجر شود؛ ۲. انزجار درمانی: ارائه یک محرک ناخوشایند پس از بروز رفتار هدف (سیف، ۱۳۹۲).

علاوه بر برنامه‌های مختلف، برای تغییر رفتار فرض‌ها و اصول مشخصی بیان شده است از جمله: ۱. مشکلات رفتاری آموخته می‌شوند؛ ۲. رفتارها با تقویت افزایش و با خاموشی کاهش می‌یابد؛ ۳. اگرچه ممکن است یک شخص چندین مشکل رفتاری داشته باشد، مشکلات رفتاری به صورت یک به یک آموخته می‌شوند؛ ۴. برخی رفتارها یا مشکلات رفتاری تنها در موقعیتی معین بروز می‌یابد، مثلاً کودکی که در خانه پرخاشگری می‌کند، اما در مدرسه آرام است؛ ۵. بسیاری از مشکلات رفتاری را می‌توان با استفاده از روش‌های تغییر رفتار عوض کرد؛ ۶. باید در زمان معین تنها به تغییر دادن یک رفتار اقدام کرد، زیرا هدف تغییر رفتار، تغییر یک رفتار خاص است نه کلیت شخص؛ ۷. تأکید بر تغییر رفتار فرد در زمان

حال و موقعیت کنونی باشد (مصطفایی و امین‌پور، ۱۳۹۴).

به جز فنون رفتاری که متعلق به رفتاردرمانی است، درمان‌های شناختی- رفتاری بر تغییر شناخت تمرکز بیشتری دارند (خدایاریفرد و عابدینی، ۱۳۹۴). روش تفکر فرد درباره زندگی خود تأثیری عمیق و فراگیری بر رفتار و احساس او دارد. بنابراین روش‌های شناختی- رفتاری سعی می‌کنند شناخت انسان را در حوزه گسترده‌ای از اختلال‌های و مشکلات روان‌شناختی و رفتاری تغییر دهند. از نظر دیدگاه شناختی، رفتار انسان را می‌توان به دو صورت تغییر داد: ۱. به صورت مستقیم به فرد آموزش داد تا شناخت خود را تغییر دهد؛ ۲. به صورت غیرمستقیم به فرد کمک کرد تا رفتارهای آشکار خود را عوض کند (امیدوار، ۱۳۸۵). در هر کدام از روشهای مذکور «شناخت» تحت تأثیر قرار خواهد گرفت.

به‌کارگیری فنون تغییر رفتار و رفتاردرمانی علاوه بر درمان‌های فردی در درمان‌های خانواده و زوج‌درمانی نیز به‌کار می‌رود. البته نویسندگان بسیاری بین خانواده درمانی و زوج‌درمانی تفاوت قائل نمی‌شوند، مطابق این طرز فکر، درمان برای زوج‌ها، همان خانواده درمانی است که برای یک خرده‌سیستم ویژه به‌کار می‌رود (گارمن، ۲۰۰۸).

شیوه خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری برای زوج‌ها و خانواده‌ها، امروزه روشی مهم در روان‌درمانی است و شامل روش‌های مختلفی می‌شود که وجه اشتراک تمام آنها تأکید بر نقش فرایندهای شناختی و رفتاری در شکل‌گیری و تداوم مسائل و اختلال‌های روان‌شناختی به‌منظور بهبود مشکلات خانوادگی است (اپستین، ۲۰۰۲؛ پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۹).

خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر شناخت و رفتار و بر عمق الگوهای تعاملی خانواده متمرکز است (خدایاریفرد و عابدینی، ۱۳۹۴). براساس این نظریه روابط خانوادگی، شناخت‌ها، هیجانات و رفتارها بر یکدیگر تأثیرات دوجانبه دارند. بنابراین، یک استنتاج شناختی می‌تواند هیجان یا رفتاری را برانگیزاند و یک هیجان یا رفتار می‌تواند بر شناخت تأثیر بگذارد. در این رویکرد تأکید بر این است که اعضای خانواده همزمان بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از هم تأثیر می‌گیرند، از این رو رفتارها و بازخوردهای هر عضو می‌تواند بر دیگر اعضای سیستم خانواده تأثیر بگذارد (گلادینگ، ۲۰۱۰؛ ترجمه اسمعیلی و رسولی، ۱۳۹۴).

با توجه به فراوانی مراجعه‌کنندگان به مراکز مشاوره برای درمان اختلال‌های رفتاری



و ویژگی‌های شخصیتی آزردهنده در خانواده و روابط بین فردی، لازم است که از فنونی بهره جست تا این اختلال‌های رفتاری و روابط اصلاح شود. مداخلات شناختی- رفتاری خانوادگی همانند مداخلات انفرادی به‌منظور افزایش و بهبود مهارت‌های افراد به‌منظور ارزشیابی و تغییر شناخت‌های مشکل‌آفرین خود و همچنین مهارت‌های برقراری ارتباط و حل مسئله به‌طور سازنده طراحی شده‌اند (داتیلیو و اپستین، ۲۰۰۳). در این شیوه اعضای خانواده به‌عنوان مشاهده‌کنندگانی هشیار، قادر به تفسیر و ارزیابی رفتارهای خود خواهند بود. درمانگر به افراد در شناخت فرایندهای فکری و نوع رفتارهای خود کمک می‌کند (کری، ۲۰۰۹). بدین ترتیب اعضای خانواده با رفتارهای خود چالش پیدا می‌کنند و دیدگاه متفاوتی در مورد تفکرات و رفتارهای خود و تأثیر آن بر پویایی‌های خانواده کسب می‌کنند (سیموس، ۲۰۰۲). خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری فنون رفتارگرایی و فنون شناختی مختلفی را برای درمان اختلال‌های روانی و مشکلات ارتباطی خانواده به‌کار گرفته است (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۹)؛ البته براساس نتایج تحقیقات تنها زمانی تغییر رفتار اتفاق می‌افتد که تمرین منظم و تلاش برای تغییر وجود داشته باشد (مارکوس، سلی، نیورا و راسی، ۱۹۹۲).

با توجه به اینکه فنون خانواده‌درمانی متعدد است، برخی از این فنون جامعیت کافی و تناسب لازم برای انطباق با مشکلات رفتاری در جامعه ما ندارند؛ زیرا برخی از خانواده‌های دارای اختلال در روابط ممکن است همه اعضا با هم مراجعه نمایند و یا از مراجعه به صورت خانوادگی اجتناب کنند، از این‌رو نیاز به تدوین روشی درمانی در این زمینه احساس شد و روشی با عنوان فن «تغییر رفتار سیستمی» برای ایجاد تغییرات رفتاری در خانواده ابداع شد. در این تحقیق پژوهشگر به دنبال پاسخ به این سؤال است که ویژگی‌های فن تغییر رفتار سیستمی دارای چه ویژگی‌ها و گام‌هایی است؟ و آیا این فن بر تغییر رفتارهای سازش نایافته مراجعان تاثیر دارد؟

## ● روش

پژوهش حاضر از منظر هدف هم از نوع تحقیقات توسعه‌ای و هم کاربردی بود و بر اساس شیوه گردآوری داده‌ها به طرح‌های تک موردی تعلق دارد. برای تدوین و طراحی فن «تغییر رفتار سیستمی» از طریق روش مطالعه کتابخانه‌ای و به صورت مروری، ادبیات پژوهش مرتبط مطالعه، توصیف و تحلیل شد و با توجه به خلاقیت پژوهشگر فن ابداع و

سپس از طریق یک طرح تک آزمودنی به بررسی اثربخشی آن پرداخته شد. داده های کمی از طریق تحلیل چشمی و تحلیل کیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

□ **طرح تک آزمودنی:** یک آزمایش تک موردی که گاهی آن را آزمایش تک آزمودنی نامیده‌اند، آزمایشی است که مشتمل بر تحقیق فشرده بر روی یک فرد یا تعدادی از افراد است که به عنوان یک گروه واحد در نظر گرفته می‌شوند (گال و گال، ۲۰۰۶). طرح AB از دو شرط یا دو دوره زمانی تشکیل می‌شود. آزمایش اول، دوره A نامیده می‌شود که به آن خط پایه یا دوره قبل از عمل آزمایشی نیز گفته می‌شود. در دوره خط پایه، رفتار آزمودنی به دفعات متعدد مشاهده می‌شود و این عمل تا زمانی که ثبات نسبی در رفتار به وجود آید، تداوم می‌یابد. موقعیت دوم، دوره B نامیده می‌شود که به آن دوره عمل آزمایشی یا درمانی نیز گفته می‌شود. در این دوره متغیر مستقل دستکاری می‌شود تا تأثیر آن بر رفتار مورد پژوهش تعیین شود (دلاور، ۱۳۹۵). طرح AB دو گونه است؛ صورت اول آن با طرح‌های سری‌های زمانی تک گروهی که دارای یک متغیر هستند، همانند است. با استفاده از این روش، پژوهشگر فقط می‌تواند یک مقایسه انجام دهد. مقایسه یک رفتار قبل و بعد از اجرای متغیر مستقل، که در این پژوهش از این نوع طرح استفاده شده است (دلاور، ۱۳۹۵). این نوع طرح پژوهش به دو ویژگی مهم پیچیدگی و یگانگی آزمودنی‌ها توجه کافی دارد و در آن به بررسی تأثیر یک متغیر بر متغیر دیگر در یک (یا چند) آزمودنی می‌پردازد و برای هر آزمودنی داده‌ها جداگانه تحلیل می‌شود (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۳). همچنین مرسوم است در مواردی که به منظور مداخلاتی که به صورت مقدماتی انجام می‌شود می‌توان طرح A-B را به کار گرفت (خالقی، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۵)؛ لذا با توجه به اینکه پژوهش حاضر نوعی پژوهش بالینی بوده و علاوه بر این، یک پژوهش مقدماتی در زمینه سنجش اثربخشی فن تغییر رفتار سیستمی محسوب می‌شود از طرح A-B در این پژوهش استفاده شد. در پژوهش حاضر از یک مرحله خط پایه و یک مرحله عمل آزمایشی و نهایتاً مرحله اندازه‌گیری پس از درمان استفاده شد. بدین گونه که پس از تعیین متغیرهای هدف، به منظور اندازه‌گیری خط پایه ابتدا متغیرهای پژوهش مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند، و پس از اتمام جلسات نیز مجدداً ابزارهای پژوهش اجرا گردید و نتایج تحلیل شد.

□ **جامعه و روش نمونه‌گیری:** جامعه پژوهش حاضر کلیه خانواده‌های متعارض دارای

رفتارهای مشکل ساز مراجعه کننده به یکی از مطب‌های مشاوره در سطح شهر تهران در فاصله زمانی بین سال ۱۳۹۵ تا ۱۳۹۶ بود. از آنجا که طرح‌های تک آزمودنی و تک گروهی نیاز به نمونه‌های با حجم زیاد نیست و با یک (یا چند) آزمودنی نیز قابل اجرا می‌باشد، بنابراین در این تحقیق با توجه به هدف پژوهش که تعیین اثربخشی فن تغییر رفتار سیستمی بود، روش نمونه‌گیری هدفمند و از نوع در دسترس انتخاب شد؛ به این صورت که از بین خانواده‌های دارای سابقه تعارضات بین فردی و مشکلات رفتاری و ویژگی‌های شخصیتی مشکل ساز یک خانواده ۴ نفره انتخاب گردید و اثربخشی فن مورد نظر بر ۳ آزمودنی از اعضای این خانواده (افراد بالغ خانواده) مورد مطالعه قرار گرفتند.

□ **شیوه اجرای پژوهش:** برای اجرای پژوهش ابتدا در یک جلسه مجزا برای هر خانواده در مورد هدف پژوهش، شرایط جلسات مشاوره و درمان، ویژگی‌های لازم برای شرکت در پژوهش و تعداد جلسات توضیح کافی داده شد. از بین خانواده‌های مراجعه کننده، تنها خانواده‌هایی که شرایط لازم برای ورود به تحقیق را داشتند انتخاب و غربال شدند. این شرایط شامل: ۱- داشتن مشکلات تعارضات خانوادگی و رفتارهای ناسازگار، ۲- داشتن تمایل و امکان خانواده برای شرکت در جلسات مشاوره، ۳- مدت ازدواج بالای ۵ سال، ۴- ساکن شهر تهران بودن، ۵- داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، ۶- عدم ابتلا به اعتیاد زوجین، ۷- عدم ابتلا به هر گونه اختلال روان‌گسستگی در زمان گذشته و در حین درمان در اعضای خانواده، ۸- عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، ۹- عدم شرکت در هر گونه مداخله درمانی به‌طور همزمان بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: ۱- شرکت در هرگونه مداخله درمانی؛ ۲- ابتلای همزمان به اختلال‌های همبود، نظیر اختلال‌های روان‌گسستگی، سوءمصرف مواد، عقب‌ماندگی ذهنی، و هرگونه شرایط وخیم پزشکی؛ ۳- عدم تمایل به ادامه جلسات بود. همچنین توافق شد در صورت عدم بهبودی و با رضایت مراجعان جلسات مشاوره و درمانی اضافی انجام شود. نهایتاً پس از انتخاب آزمودنی‌ها و اندازه‌گیری سطح پایه برنامه مداخله‌ای به صورت خانوادگی و در برخی جلسات فردی اجرا شد و پس از اتمام جلسات ابزار پژوهش مجدداً اجرا شد.

□ **روش جمع‌آوری داده‌ها و ابزار پژوهش:** برای جمع‌آوری اطلاعات و تعیین سطح پایه، و همچنین سنجش در طی مداخله و پیگیری، از مصاحبه و برگه‌های ثبت داده که توسط

پژوهشگر و بر اساس پرسشنامه‌های معتبر تهیه شده بود استفاده شد، که در ادامه به معرفی آنها پرداخته می‌شود.

۱. برگه ثبت اطلاعات جمعیت شناختی: این برگه بر اساس اطلاعات مورد تاکید در ادبیات پژوهش و در جهت تکمیل اطلاعات مورد نیاز، توسط محقق تدوین شد و در بر گیرنده اطلاعات اولیه در خصوص ویژگی‌های نمونه شامل: سن، تحصیلات، محل تولد، محل زندگی، شغل، مذهب، تعداد فرزندان و مدت ازدواج بود.

۲. برگه ثبت داده‌ها (چک لیست) تغییر رفتار: این ابزار بر اساس مبانی نظری پژوهش و در جهت شناسایی رفتارهای مشکل ساز و اقدام برای تغییر از طریق بازخوردهای سیستمی، توسط محقق تنظیم شده است. اعتبار این ابزار توسط ۳ متخصص در این زمینه بالا گزارش شد.

۳. مصاحبه: از روش مصاحبه نیمه ساختار یافته و برای کشف رفتارهای مشکل ساز و میزان تأثیر فن تغییر رفتار سیستمی بر متغیرهای پژوهش (رفتارهای سازش نایافته مراجع) استفاده شد. برای اعتبار بیشتر مصاحبه به صورت خانوادگی و فردی انجام شد تا دقیق در تعیین و تشهیص رفتارهای مشکل ساز بالا رود. در نهایت پس از انجام مداخله مجدداً از طریق مصاحبه نیز میزان اثربخشی مورد سوال قرار گرفت.

در ادامه فن تغییر رفتار سیستمی به‌عنوان یک فن جدید و مرال اجرای آن در این پژوهش معرفی می‌شود.

□ **راهکار درمانی: فن تغییر رفتار سیستمی:** از آنجا که رفتارهای مشکل‌آفرین می‌تواند کارکرد خانواده را دچار خلل کند و تغییرات رفتاری موجب بهبود عملکرد فرد در جامعه و خانواده می‌شود. خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری بر شناخت، رفتار و عمق الگوهای تعاملی خانواده متمرکز است، از این‌رو در این رویکرد تأکید بر این است که اعضای خانواده همزمان بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از هم تأثیر می‌گیرند (نیکولز، ۲۰۱۴)، در این فن از نگاه سیستمی به مشکلات رفتاری نگاه می‌شود و هدف اصلی رفتارهای مراجع و سایر اعضای خانواده است، زیرا رفتارهای ناکارآمد و مشکل‌ساز در بستر خانواده ایجاد می‌شود و لازم است که در همان بستر نیز درمان شود.

مطالعات فرآنظری در خصوص تغییر رفتار به این نتیجه رسیده‌اند که افراد زمانی که رفتار خود را اصلاح می‌کنند، در طول یک رشته مراحل حرکت می‌کنند (پروچاسکا و دیکلمنته، ۱۹۸۳؛ به نقل از لنون، ۲۰۰۵؛ رمضانزاده، ۱۳۹۵) و مدت زمانی که یک فرد می‌تواند در هر مرحله باقی بماند، و نیز تکالیف مورد نیاز برای حرکت به مرحله بعد، متغیر است (پروچسکا همکاران، ۲۰۰۸)؛ در این فن از الگوی مراحل تغییر رفتار پروچاسکا و دیکلمنته (۱۹۸۳) و مبانی نظری خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری (نیکولز، ۲۰۱۴) و تجربه نویسنده الهام گرفته شده است.

فن تغییر رفتار سیستمی به‌عنوان یکی از فنون ابداعی برای مقابله با رفتارهای مشکل‌آفرین مراجعان، فنی مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری است و بر پایه فنون فردی و سیستمی طراحی شده است، در نتیجه می‌تواند به‌صورت انفرادی، زوجی و خانوادگی به‌کار رود.

فرض‌های اساسی این فن عبارت است از:

۱. شخصیت حاصل رفتارهای پنهان و آشکار انسان است.

۲. رفتارها جنبه آموختنی و انتخابی دارند.

۳. انسان موجودی مختار است و هر فرد تنها می‌تواند روی تغییر رفتارهای خود کار کند. در تأیید این اصل لودویگ ویتکنشتاین (۱۳۸۹) می‌گوید: «خودت را بهتر کن این است تمام کاری که می‌توانی برای بهتر شدن جهان انجام دهی».

۴. پذیرش رفتارهای دیگران و قضاوت نکردن رفتارهای آنها از کارآمدترین کارهایی است که در ارتباط با دیگران می‌توانیم انجام دهیم.

۵. در صورتی که هر فردی بر روی تغییر رفتارهای خود کار کند، کل سیستم خانواده تغییر خواهد کرد و همه افراد به رضایت و بهرهمندی خواهند رسید.

۶. به‌منظور تغییر ویژگی‌های شخصیتی، هر فرد باید بر روی رفتارهای خود (چه آشکار و چه پنهان) کار کند.

مطالعات فرآنظری در خصوص تغییر رفتار به این نتیجه رسیده‌اند افراد زمانی که رفتار خود را اصلاح می‌کنند، در طول یک رشته مراحل حرکت می‌کنند، در ادامه مراحل فن «تغییر رفتار سیستمی» تشریح می‌شود.

### □ مرحله یکم: مرحله پیش تفکر

در مرحله پیش تفکر فرد، زوج یا خانواده در مورد رفتارهای مخرب خود و تأثیرات آن آگاهی یا قصدی برای تغییر آن ندارند. افراد در این مرحله دیگران را مسئول مشکلات خود می‌دانند و در پی تغییر دیگر اعضای خانواده‌اند. ناآگاهی یا آگاهی محدود افراد از عواقب یک رفتار ممکن است سبب شود فرد در مرحله پیش تفکر قرار گیرد و تلاش‌های ناموفق برای تغییر احتمالاً به تضعیف روحیه افراد در خصوص توانایی تغییر منجر می‌شود.

### □ مرحله دوم: مرحله تفکر

در مرحله تفکر ۲۴ مراجعان با کسب بینش در مورد نقش رفتارهای خود درخواهند یافت که توجه و تمرکز باید بر روی رفتارهای خودشان باشد و هر کس تنها می‌تواند خود را تغییر دهد نه دیگران را و لازم است دیگران را همان‌گونه که هستند، پذیرفت. ما نمی‌توانیم دیگران را تربیت کنیم مگر در صورتی که یک الگوی خوب از مجموعه رفتارهای اخلاق محور باشیم تا در عمل تربیت کننده و الگو باشیم. با انجام یک مصاحبه انگیزشی تلاش می‌شود مراجع به پذیرش و انگیزه برای تغییر برخی از رفتارهای خود برسد. افراد ضمن آگاهی از رفتارهای آزاردهنده خود قصد دارند تا رفتارهایشان را تغییر دهند. آنها از مزایای تغییر رفتارهای خود آگاهی می‌یابند و همچنین از معایب عدم تغییر رفتار خود نیز آگاه می‌شوند.

### □ مرحله سوم: مرحله کاوش و خودسنجی

در خلال این مرحله، افراد در مورد رفتار خود مطالعه کرده و سعی می‌کنند به ارزیابی و شناسایی رفتارهای آزاردهنده خود از طریق تأمل و پرس‌وجو در سیستم (خانواده یا محیط کار) بپردازند. در این مرحله افراد فهرستی از رفتارهایی که دوست دارند در خود تغییر دهند و همچنین فهرستی از اظهارات و بازخوردهای دیگران را نیز تهیه می‌کنند. فرم تغییر رفتار (جدول ۱) که شامل ۵ سؤال است، به مراجع/مراجعان ارائه می‌شود تا به‌عنوان تکلیف تکمیل کنند.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، این فرم شامل ۵ سؤال اساسی است و پاسخ این پرسش‌ها تعیین‌کننده جهت مداخلات سیستمی - رفتاری است. در زیر هر کدام از این سؤالات مورد بحث قرار گرفته است.

جدول ۱. فرم تغییر رفتار سیستمی

نام و نام خانوادگی:	سن:	تحصیلات:	وضعیت تأهل:
<b>دستورالعمل:</b> شخصیت، علاوه بر آنچه بوده ایم، براساس آنچه امیدواریم باشیم، تعیین می‌شود. ما بدون توجه به سن، رشد و نمو می‌کنیم و همواره به سوی سطح کامل‌تری از خودشکوفایی در حرکتیم. بنابراین هر انسانی در هر مرحله‌ای از رشد و سن، می‌تواند تغییراتی را در رفتار و شخصیتش به وجود آورد. این تغییرات در روند زندگی و کیفیت تعاملات افراد در خانواده و جامعه مؤثر است. امیدواریم با اجرای گام‌های زیر، رفتارهایی را که پیش از این موجب رنجش خود یا دیگران شده است، با رفتارهای جدید و رشددهنده جایگزین کنید.			
۱- من چه رفتارهایی دارم که می‌خواهم تغییر کند یا چه ضعف‌هایی دارم که بهتر است به قوت تبدیل شود؟			
الف:	ج:		
ب:	د:		
۲- کدام یک از رفتارهای من دیگران را اذیت می‌کند؟			
الف:	ج:		
ب:	د:		
۳- در روابط با دیگران چه خط قرمزهایی وجود دارد که نباید از آنها عبور کنم (چراغ قرمز توضیح داده می‌شود)؟			
الف:	ج:		
ب:	د:		
۴- اگر از خط قرمزی عبور کردم برای جبران آن چه کار کنم (انگشت سبابه توضیح داده می‌شود)؟			
الف:	ج:		
ب:	د:		
۵- با آرامش و لبخند و حالت خوب از دیگری بپرسید کدام یک از رفتارهایم شما را اذیت می‌کند؟			
نام و نام خانوادگی شخصی که از او سؤال کرده‌اید .....			
الف:	ج:		
ب:	د:		
نام و نام خانوادگی شخصی که از او سؤال کرده‌اید .....			
الف:	ج:		
ب:	د:		

سؤال ۱: من چه رفتارهایی دارم که می‌خواهم تغییر کند یا چه ضعف‌هایی دارم که بهتر است به قوت تبدیل شود؟ هدف از طرح این سؤال بررسی میزان بینش مراجع از مشکل خود و همچنین میزان خودشناسی و خودآگاهی او از رفتارهای مشکل‌آفرین خود است تا به صورت هدف مداخله انتخاب شود.

سؤال ۲: کدام یک از رفتارهای من دیگران را اذیت می‌کند؟ از آنجا که ممکن است برخی مراجعان میزان خودآگاهی و بینش کمی داشته باشند و نتوانند رفتارهای خود را برای تغییر مشخص کنند، از آنها خواسته می‌شود که به رفتارهای آزاردهنده خود توجه کنند تا آنها را شناسایی نمایند تا به عنوان هدف مداخله انتخاب شود.

سؤال ۳: در روابط با دیگران چه خط قرمزهایی وجود دارد که نباید از آنها عبور کنیم؟ (چراغ قرمز توضیح داده شود). در این سؤال از مراجع خواسته می‌شود تا ملاک‌های شناختی، فکری، اخلاقی و ارزشی خود را برای تعیین رفتار درست و سازش‌یافته یا رفتار مخرب مشخص کند. پاسخ به این پرسش تعیین‌کننده معیارهای قضاوت اخلاقی در مراجع است. در فرایند درمان لازم است در مورد این سؤال مباحث گوناگون اخلاقی، فلسفی - اعتقادی و فرهنگی در حد سطح فهم مراجع گفت‌وگو شده و به عواقب رفتاری و مبانی صدور رفتار توجه شود. برای توضیح بهتر این موضوع مثال چراغ راهنمایی و رانندگی و نقش هر کدام از رنگها در حرکت مثال زده می‌شود.

سؤال ۴: اگر از خط قرمزی عبور کردم برای جبران آن چه کار کنم؟ (انگشت سبابه توضیح داده شود). در این سؤال درمانگر درصدد است تا به مراجع بیاموزد هر رفتار نامناسب عواقب ناخوشایندی دارد و در صورت بروز آن رفتار و ایجاد خلل در روابط خانوادگی نیاز به جبران وجود دارد. در صورت عدم درک مفهوم جبران خطا و نبود تقویت منفی، مراجع نمی‌تواند در جهت تغییرات رفتاری قدم بردارد. در این گام با کمک مراجع تقویت‌های منفی یا رفتارهای جبرانی مناسب با رفتار خطا تعیین می‌شود. در این گام مثال انگشت سبابه توضیح داده می‌شود. وقتی هر فردی با انگشتان خود به سمت دیگری اشاره می‌کند، جهت انگشت و دست بسیار راحت است، اما برگرداندن انگشتان به سمت خود سخت‌تر است. برای خانواده توضیح داده می‌شود که آنها رفتارهای سایر افراد را نمی‌توانند تغییر دهند و فقط مسئولیت تغییر رفتار خودشان را دارند. یک تمثیل در این مرحله مثال جبهه و ابزارهای جنگی است. در جبهه وقتی فردی وارد میدان مین می‌شود، لازم است مراقب باشد با حرکت اضافه‌ای موجب عمل کردن چاشنی مین نشود. گاهی در یک خانواده شرایط مانند میدان مین است و لازم است اعضا مراقب باشند مانند چاشنی عمل نکنند و موجب انفجار هیجان‌ات در خانواده نشوند. در حالت معمول گفته می‌شود در مشکلات و تعارضات ارتباطی و خانوادگی سهم دو طرف ۵۰٪-۵۰٪ است، حتی اگر این میزان به ۹۵٪ در مقابل ۵٪ برسد، ضروری است آن ۵٪ که از جانب ما است به‌عنوان چاشنی رعایت شود تا انفجاری صورت نگیرد.

سؤال ۵: با آرامش و لبخند و حالت خوب از دیگری بپرسید کدام یک از رفتارهایم شما را اذیت می‌کند؟ علاوه‌بر آنچه مراجع از دریچه نگاه خودش به رفتارهای خود نگاه کرده



است، ممکن است این نگاه با آگاهی کامل فرد از رفتارهای خود نباشد و بخش‌های پنهان و تاریک شخصیت و رفتار خود را ندیده باشد. لذا از مراجع خواسته می‌شود تا با روی گشاده از دیگران بپرسد چه رفتارهایی در من برای شما آزاردهنده است و نیاز به تغییر دارد. حتی اگر رفتاری را عنوان کردند که فرد قبول ندارد، هیچ‌گونه بحثی نمی‌شود و فقط یادداشت می‌شود و پس از پرسش از هر عضو خانواده از او تشکر صورت می‌گیرد. مجموع این رفتارها و رفتارهایی که مراجع خود پیش از این تعیین کرده است، به‌عنوان اهداف تغییر رفتار انتخاب می‌شود تا در جلسات بر روی آنها کار شود.

#### □ مرحله چهارم: هدف‌گذاری

افراد پس از تهیه فهرست رفتارهای مورد نظر، آن را به‌ترتیب از ساده تا سخت اولویت‌بندی می‌کنند. هر کدام از رفتارهای این فهرست به‌عنوان یک هدف معرفی می‌شود. در صورتی‌که برخی موارد مطرح‌شده به‌صورت رفتار نباشد و به‌صورت ویژگی شخصیتی یا سازوکار شناختی مطرح شود، لازم است آن ویژگی به رفتار تبدیل و ترجمه شود تا قابلیت تغییر آن ملموس و عینی‌تر باشد.

#### □ مرحله پنجم: مرحله آمادگی

برای شروع تغییر لازم است افراد آمادگی لازم را پیدا کنند. بدین منظور افراد می‌توانند علاوه‌بر تغییرات فردی درون‌نگرانه و عملیاتی، به اقدام مستقیم نیز روی آورند، مثل مراجعه برای روان‌درمانی، ثبت‌نام در کلاس‌های مهارت‌آموزی، ثبت‌نام در باشگاه ورزشی، یافتن و تعامل با دوستان خوب و تأثیرگذار و الگوگیری یا خریدن کتاب‌های خودیاری.

#### □ مرحله ششم: مرحله اقدام یا عمل

در این مرحله افراد شروع به تغییر می‌کنند. توصیه می‌شود برای تغییر از رفتارهای ساده‌تر شروع شود، اقدامات لازم و تغییرات براساس راهنمایی‌ها و مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات درمان انجام می‌گیرد و مراجعان در فاصله بین جلسات هر پیشرفتی را یادداشت می‌کنند و سپس با موفقیت‌های کوچک و دریافت بازخوردهای مثبت از سوی درمانگر یا اعضای خانواده دگرگونی‌های چشمگیری در خود ایجاد می‌کنند.

#### □ مرحله هفتم: مرحله تثبیت

در این مرحله افراد سعی می‌کنند تغییرات ایجادشده در مراحل قبل را نگهداری و حفظ کنند. افراد سعی می‌کنند به مراحل قبلی بازگشت نداشته باشند و مداومت در حفظ رفتارهای جدید داشته باشند. مراجعان برنامه‌ای برای عمل دارند و فهرست رفتارهای مثبت جایگزین و خطوط قرمز مشخص شده را مدنظر دارند تا زمانی که رفتارهای مثبت جایگزین رفتارهای قبلی شود و به صورت دائمی ادامه یابد.

راهنمای اجرای فن تغییر رفتار سیستمی: پیشنهاد می‌شود این فن پس از اخذ مصاحبه اولیه با خانواده و اجرای فن حل مسئله و مثبت‌نگری اجرا شود و پس از آن نیز دوباره فرم مثبت‌نگری کامل شود. در آغاز اجرای فن، درمانگر مقدمه‌ای از رفتار و تأثیرات رفتاری به اعضای خانواده ارائه می‌کند. درمانگر اعضا را از تأثیرات رفتاری خود آگاه می‌کند، سپس از طریق مصاحبه انگیزشی تلاش می‌کند اعضا به پذیرش نقش خود، تمرکز بر رفتارهای خود و تلاش برای تغییر برخی از رفتارهای آزاردهنده خود برسند. پس از پذیرش و تمایل افراد مبنی بر کمک درمانگر به تغییر رفتارهای کژکار آنها، درمانگر فرم تغییر رفتار را به ایشان ارائه می‌کند تا اعضای خانواده این فرم را در جلسه پر کنند. درمانگر در مورد نحوه پر کردن فرم به مراجعان توضیح خواهد داد.

چهار سؤال اول از فرم تغییر رفتار اختصاصاً توسط هر یک از اعضای خانواده تکمیل می‌شود و سؤال پنجم در همان جلسه و با لبخند و شوخ‌طبعی از دیگر اعضا پرسیده می‌شود. پس از پر شدن فرم در جلسه هر یک از اعضا مختارند که دیگران را از محتوای فرم خود مطلع سازند یا به صورت محرمانه با درمانگر مطرح کنند. پس از تکمیل فرم توسط اعضا، لازم است که هر یک از اعضای خانواده به عنوان تکلیف فرم را برای جلسه بعدی کامل تر کنند و همراه خود بیاورند. در جلسه بعد وقتی مراجعان فرم پر شده خود را به همراه می‌آورند، پس از ملاحظه فرم تغییر رفتار تکمیل شده ادامه گام‌های مطرح شده طی خواهد شد. در انتهای این جلسه از اجرای فن، رفتارهای هدف شناسایی شده و رفتارهای جایگزین فهرست می‌شود. سپس مرحله اجرا و عمل به تغییرات رفتاری شروع خواهد شد.

پس از تعیین اهداف، جلسات به صورت فردی جلو برده می‌شود و لازم است هر سؤال از فرم تغییر رفتار با مراجع مورد بحث و گفت‌وگو قرار گیرد و طی دوره‌های زمانی مستمر رفتارهای هدف ارزیابی شود، سپس بازخوردها و تقویت‌های مناسب را از خود یا درمانگر

دریافت کنند. مدت زمان اجرای فن برای هر تغییر رفتاری متغیر است و تا زمانی که رفتار درونی شود، ادامه خواهد یافت. از این جلسه به بعد چندین جلسه برای همه اعضای خانواده به‌طور انفرادی گذاشته می‌شود.

پس از تعیین رفتارهای هدف، تمرکز هر عضو خانواده به رفتارهای سازش نیافته و آزاردهنده خود معطوف خواهد شد. درمانگر ضمن هدایت مراجع در جهت پذیرش ویژگی‌ها و شرایط کنونی اعضای خانواده سعی خواهد کرد تا مراجع ضمن پذیرش دیگران به‌عنوان افرادی با ضعف‌ها و قوت‌های خاص خود، برای مراقبت از صدور رفتارهای آزاردهنده، فرایند خویشتن‌داری و جایگزینی رفتارهای سازش یافته شروع شود و می‌توان یک خزانه رفتاری مبتنی بر ارزش‌های فردی یا خانوادگی ایجاد کرد تا به‌عنوان خط‌کش و معیار عمل و صدور رفتار خود در خانواده اجرا شود. هر یک از اعضای خانواده موظف است نسبت به ارزش‌ها و خطوط قرمز تعیین‌شده متعهد باشد و آن را رعایت کند.

با تعیین اولین رفتار هدف، درمانگر در مورد هر رفتار از مراجع سؤال می‌کند که چه رفتارهایی را می‌تواند به‌عنوان جایگزین آن انجام دهد. در این زمینه بارش فکری خود مراجع و حتی کمک دیگر اعضای خانواده بسیار کمک‌کننده است. از آنجا که فن معرفی‌شده یک فن سیستمی است، اعضای خانواده در شکل‌دهی و ارائه بازخوردهای مثبت نقش اساسی دارند، به‌طوری‌که تغییرات رفتاری هر فرد موجب تغییری عمیق و هماهنگ با سیستم خانواده خواهد شد. در واقع یکی از قوت‌های این فن بازخوردهای صمیمانه و تشویق دیگر اعضای خانواده و درمانگر است که اثر بسیار قوی در ایجاد احساس مثبت در تک‌تک اعضای خانواده و ادامه تغییرات در آنها دارد. پس از اجرای جلسات تغییر رفتار، در آخرین جلسه لازم است تا فرد به رفتارهای خود بین ۰-۱۰۰٪ نمره دهد و حتی از دیگران در مورد رفتارهای خود سؤال کند تا میزان تغییرات ایجادشده مشخص شود. نگارنده ده‌ها نمونه خانواده با مشکلات خانوادگی، متقاضی طلاق و خانواده‌های دارای تعارضات زناشویی را با این روش درمان کرده است، در ادامه کاربرد این فن در دو نمونه خانواده ارائه می‌شود.

نمونه بالینی: مراجعه‌کنندگان خانواده‌ای هستند با مشخصات زیر: مرد ۴۵ ساله با تحصیلات لیسانس و شغل آزاد و زن ۳۸ ساله با تحصیلات لیسانس و خانه‌دار و فرزند بزرگ‌تر دختر ۱۵ ساله محصل و پسر ۲/۵ ساله. خانواده مذکور با مشکلات بین فردی در

خانواده، شکایات رفتاری و وسواس خانم مراجعه کرده‌اند. خانم چند سالی است که تحت نظر روان‌پزشک دارو مصرف می‌کند و همچنان مشکلات آنها پابرجاست. خانم اذعان داشت که از همسر و دخترم تنفر و خشم دارم، دخترم در کارهای خانه همکاری ندارد، و اتاقتش همیشه شلخته و به هم ریخته است و حرفی برای گفتن با هم نداریم. دختر خانواده نیز از انتقادهای قضاوت‌ها و کم‌توجهی‌های مادر شکایت داشت و اینکه مادر زود عصبانی می‌شود. او اشاره کرد بین آنها صمیمیت نیست و مادر دائم در گوشه‌های خودش است و او نیز وقتی از مدرسه می‌آید، می‌رود در اتاقتش تا مادر را کمتر ببیند. پدر خانواده نیز اذعان داشت که رابطه خوبی با همسرش ندارد و همسرش زود عصبانی می‌شود، دائم وقتش را با گوشه‌گیری می‌گذراند و کارهای خانه را به خوبی انجام نمی‌دهد.

درمانگر ضمن اخذ مصاحبه و اجرای خانواده‌درمانی و درمان شناختی- رفتاری از فن تغییر رفتار سیستمی نیز برای درمان خانواده استفاده کرد و فرایند اجرای این فن به‌طور کامل اجرا شد. در یک جلسه ضمن ارائه مفهوم تغییر رفتار و اهمیت تأثیر رفتارهای فردی بر سلامت خانواده، فرم تغییر رفتار به آنها ارائه شد. در ادامه فرم‌های تغییر رفتار خانواده مورد نظر به‌عنوان مثالی از اجرای فن تغییر رفتار ارائه شده است.

جدول ۲. فرم تغییر رفتار تکمیل شده (مادر)

نام و نام خانوادگی: ا.م	سن: ۳۸ سال	تحصیلات: کارشناسی	وضعیت تأهل: متأهل
۱- من چه رفتارهایی دارم که می‌خواهم تغییر کند یا چه ضعف‌هایی دارم که بهتر است به قوت تبدیل شود؟	الف: زود عصبانی شدن	ج: قضاوت کردن دیگران	
	ب: پشتکار کم	د: اهمال کاری و پشت گوش انداختن برخی کارها	
	ج: بدزبانی و تندى هنگام عصبانیت و:		
۲- کدام یک از رفتارهای من دیگران را اذیت می‌کند؟	الف: عصبانی شدن	ج: بی حوصله بودن	
	ب: غر زدن	د: تن صدای بلند	
۳- در روابط با دیگران چه خط قرمزهایی وجود دارد که نباید از آنها عبور کنم (چراغ قرمز توضیح داده می‌شود)؟	الف: نباید داد بزنم	ج: نباید کسی را بر خانواده ترجیح دهم	
	ب: نباید حرف بد بزنم	د: نباید غر بزنم	
۴- اگر از خط قرمزی عبور کردم برای جبران آن چه کار کنم (انگشت سبابه توضیح داده شود)؟	الف: عذرخواهی	ج: گذاشتن زمان برای جبران احساس خدشه‌دار شده	
	ب: جریمه نقدی	د: محرومیت یک‌روزه از موبایل	
۵- با آرامش و لبخند و حالت خوب از دیگری پرسید کدام یک از رفتارهایم شما را اذیت می‌کند؟			
همسر	الف: تحلیل انرژی در مدرسه	د: استفاده زیاد از گوشه‌گیری	

- ب: انجام نشدن کارهای خانه  
 ج: عدم کنترل مسائل مالی  
 د: ارتباط برقرار نکردن در ماشین
- ه: دلخوری از همسر  
 و: کار کردن وقتی همسر وارد منزل می شود  
 ح: بدگویی از دیگران

### فرزند

- الف: زود قضاوت کردن  
 ب: سوء تعبیر از گفته ها  
 ج: ارزش دادن بیشتر به دوستان  
 د: بازخواست کردن
- ه: زود عصبانی شدن  
 و: سخت قانع شدن  
 ز: گذراندن وقت با گوشی  
 ح: شکستن غرووم در جمع

### جدول ۳. فرم تغییر رفتار تکمیل شده (پدر)

نام و نام خانوادگی: م.ن سن: ۴۵ سال تحصیلات: کارشناسی وضعیت تأهل: متأهل

- ۱- من چه رفتارهایی دارم که می‌خواهم تغییر کند یا چه ضعف‌هایی دارم که بهتر است به قوت تبدیل شود؟  
 الف: زود عصبانی شدن  
 ب: استفاده بیش از حد از فضای مجازی د:  
 ج: بدقولی
- ۲- کدام یک از رفتارهای من دیگران را اذیت می‌کند؟  
 الف: بدقولی  
 ب: شیوه ارتباط برقرار کردن با دیگران د:  
 ج:
- ۳- در روابط با دیگران چه خط قرمزهایی وجود دارد که نباید از آنها عبور کنم (چراغ قرمز توضیح داده شود)؟  
 الف: بی‌احترامی کردن  
 ب: دست روی دیگران بلند کردن  
 ج: داد زدن  
 د: حرف زشت زدن
- ۴- اگر از خط قرمزی عبور کردم برای جبران آن چه کار کنم (انگشت سیاه توضیح داده شود)؟  
 الف: عذرخواهی  
 ب: جبران مافات  
 ج: کنترل شخصی  
 د:
- ۵- با آرامش و لبخند و حالت خوب از دیگری بپرسید کدام یک از رفتارهایم شما را اذیت می‌کند؟

### همسر

- الف: بی‌توجهی به نیازهای زندگی  
 ب: بزرگ کردن بیش از حد دیگران  
 ج: تمرکز بر مسائل غیرمشترک
- د: عصبانی شدن از مسائل کوچک در مورد بچه ها  
 ه: گیر دادن  
 و: جبهه گرفتن در مقابل نظرات همسر

### فرزند

- الف: بدقولی  
 ب: گیر دادن رو برخی موارد
- ج: زود عصبانی شدن  
 د: در اتاق را نزدن و وارد شدن

### جدول ۴. فرم تغییر رفتار تکمیل شده (دختر)

نام و نام خانوادگی: ع.ن سن: ۱۵ سال تحصیلات: دانش‌آموز دبیرستان وضعیت تأهل: مجرد

- ۱- من چه رفتارهایی دارم که می‌خواهم تغییر کند یا چه ضعف‌هایی دارم که بهتر است به قوت تبدیل شود؟  
 الف: زود داد زدن  
 ب: بزرگ کردن یک اتفاق کوچک  
 ج: جوگیر و هیجانی شدن  
 د:
- ۲- کدام یک از رفتارهای من دیگران را اذیت می‌کند؟  
 الف: درس نخواندن  
 ج: زیاده‌خواهی

- ب: حرفی که باعث ناراحتی دیگران شود      د: ارتباط با دوستانم
- ۳- در روابط با دیگران چه خط قرمزهایی وجود دارد که نباید از آنها عبور کنم (چراغ قرمز توضیح داده شود)؟
- الف: کتک زدن برادر      ج: بی‌احترامی
- ب: غر زدن      د: حرف زشت و ناسزا زدن
- ج: بی‌مחلی کرد به مشکلات      و:
- ۴- اگر از خط قرمزی عبور کردم برای جبران آن چه کار کنم (انگشت سبابه توضیح داده شود)؟
- الف: برای برادرم آب‌نبات بخرم      ج: با برادرم بازی کنم
- ب: عذرخواهی کنم      د: به دیگران کمک کنم
- ۵- با آرامش و لبخند و حالت خوب از دیگری بپرسید کدام‌یک از رفتارهایم شما را اذیت می‌کند؟
- پدر**
- الف: بی‌حوصله بودن      د: تمرکز نکردن روی درس
- ب: کلاس ورزش نرفتن      ه: بداخلاقی با برادر
- ج: بداخلاقی با پدر      و: وقت گذاشتن بیش‌ازحد برای دوستان
- مادر**
- الف: عدم مشارکت در کارهای خانه      د: کم بودن خورد و خوراک
- ب: نداشتن حرف برای گفت‌وگو و حرف نزدن      ه: اتاق آشفته و نظم کم
- ج: پشت گوش انداختن کارها      و:

در جدول های ۲، ۳ و ۴ رفتارها و ویژگی های هدف برای تغییر و خطوط قرمز از زبان اعضای خانواده بیان شده است. پس از تعیین رفتارهایی که هدف تغییر قرار گرفته بود، درمانگر در هر جلسه روی چند رفتار هر یک از اعضای خانواده کار می‌کرد و بازخوردها از سوی درمانگر و خود مراجع ارائه می‌شد. اغلب جلسات به‌صورت فردی دنبال می‌شد. در روند درمان برای هر مورد از مواردی که برای هر سؤال در فرم تغییر رفتار ذکر شده است، حداقل یک جلسه برای هر فرد اختصاص داده می‌شد. در ادامه رفتار زود عصبانی شدن برای نمونه بررسی می‌شود.

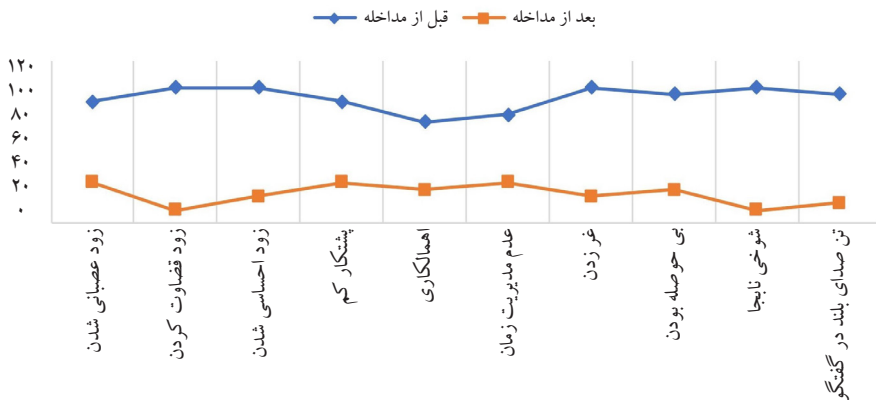
در خصوص هر رفتار مثلاً رفتار زود عصبانی شدن و از کوره در رفتن که در تمام اعضای خانواده مشترک بود، از اعضا به‌صورت انفرادی سؤال می‌شد که به آن چه نمره‌ای می‌دهید؟ چه رفتارهایی را می‌توانید به‌جز عصبانی شدن و جایگزین آن انجام دهید؟ و در صورتی که عصبانی شدید، چگونه آن را جبران می‌کنید؟ سپس از طریق بارش فکری، هر یک از اعضا رفتارهای جایگزین را تعیین می‌کردند. در صورت نیاز آموزش‌های لازم نیز از طریق درمانگر به مراجعان داده شده و سپس تکلیف داده می‌شد که در طول هفته فنون را اجرا کند. فرایند تغییرات در جلسه بعدی پیگیری می‌شد. پس از چند جلسه درصد هر رفتار

توسط مراجعان مشخص می شد. در آخرین جلسه درمان نیز میزان این رفتار و رفتارهای جایگزین گزارش شد.

علاوه بر شکل دهی رفتار جدید، بازخوردهای صمیمانه و تشویق درمانگر اثر بسیار قوی در ایجاد احساس مثبت در مراجعان و ایجاد انگیزه برای ادامه تغییرات در آنها داشت. پس از گذشت حدود ۲۵ جلسه که بر روی رفتارهای اعضای خانواده به صورت خانوادگی و انفرادی کار شد، نتایج حاکی از تغییرات مثبت در روابط آنها و رضایت اعضای خانواده از یکدیگر بود. مادر خانواده دیگر دارو مصرف نمی کند و علائم و سواس نیز کلاً برطرف شد. در یکی از جلسات در مورد نتایج تغییر رفتار اعضا صحبت شد. پدر و فرزند از تغییرات زیاد مادر در خانه و تعامل ایشان با دیگران ابراز خوشحالی و رضایت کردند. به واسطه تأییدها و تقویت های مثبت ارائه شده در جلسات، موجی از انرژی مثبت به فضای خانواده منتقل شده بود و انگیزه بیشتری برای حفظ رفتارهای تغییر کرده به مراجعان داده می شد. برای جلوگیری از زیاده نویسی و تلخیص یافته ها در ادامه تنها تغییرات کمی و کیفی رفتار مادر در نتیجه اجرای فن تغییر رفتار سیستمی ارائه می شود.

## ● نتایج

یافته های پژوهش هم به صورت تحلیل کیفی از طریق مصاحبه و هم به صورت کمی و درصدی انجام شد. به عنوان مثال مادر خانواده در جلسه آخر در راستای تغییرات خود اذعان داشت:



نمودار ۱. تغییرات رفتارهای تحت درمان قبل و بعد از مداخله (مادر)

نتایج کمی: مراجع در انتهای جلسات تغییرات صورت گرفته در حیطه رفتارهای مشکل ساز خود گزارش زیر را ارائه نموده است:

«من احساس می کنم در رفتار زود عصبانی شدنم ۶۰٪، میزان قضاوت کردن دیگران ۹۰٪، زود احساسی شدن ۸۰٪، پشتکارم ۶۰٪، اهمال کاری و پشت گوش انداختن کارها ۵۰٪، عدم مدیریت زمان ۵۰٪، غر زدن ۸۰٪، بی حوصله بودن ۷۰٪، شوخی نابجا ۹۰٪ و تن صدای بلند در گفت و گو با همسر ۸۰٪ تغییر کرده و بهبودی ایجاد شده است.»

نتایج کیفی: مراجع در مصاحبه انتهای جلسه وضعیت بهبودی خود را به شکل زیر گزارش نمود:

«در این مدت تغییرات زیادی در من صورت گرفت. در ابتدای جلسات نیاز شدید به تأیید شدن و دیده شدن داشتم، ولی الان به لطف خداوند این نیاز را حس نمی کنم و با رفتارم خودبه خود دیده می شوم و تأیید لازم را از اطرافیان و محیط کارم می گیرم. هرچند همسرم همچنان بی تفاوت است، اما آزارم نمیدهد. من از دخترم متنفر بودم و بدم میآمد ولی الان او را به چشم یک دوست می بینم و به او محبت می کنم، اگر موضوع جذاب و جالبی باشد با او به اشتراک می گذارم، به علایق و سلیقهش احترام می گذارم و سعی می کنم صبور باشم.

در ابتدا دلم می خواست همسرم را خفه کنم، از او متنفر بودم اما الان این حس را ندارم و سعی میکنم رفتار او را تفسیر مثبت کنم، هرچند خیلی از انتظاراتم را برآورده نمی کند، اما سعی می کنم خودم خواسته هایم را رفع کنم و کسی را مسئول خواسته هایم نمی بینم. رفتارهای مادر و خواهر همسرم مدت زمان طولانی مرا آزار می داد، اما الان تأثیر آن پاینده نیست و زود می گذرد. در برخی موارد گذشتم کم بود و متوقع بودم، اما اکنون ناراحتی ام را مدیریت کرده و سعی می کنم حال خوبم را در دست بگیرم.

وقتی از کسی ناراحت می شدم خودخوری می کردم و مدت ها اذیت می شدم، اما الان اگر بتوانم با او در میان می گذارم و در موردش صحبت می کنم و اجازه نمی دهم آن مورد حال مرا بد کند و تفسیر مثبت می کنم. قبلاً برای من مهم بود که رضایت همه را جلب کنم و اینکه در مورد من چه فکر می کنند، اما الان می دانم من همینم و نمی توانم محبوب همه باشم، اگر کسی مرا نمی پسندد دلیلی ندارد من خودم را آزار دهم و من همینم که هستم.



درگیر قضاوت و توجیه رفتار دیگران بودم، اما الان بیشتر درگیر کنترل رفتار خودم هستم و تا حد امکان کسی را قضاوت نمی‌کنم و تفسیر خوب و مثبت از رفتار دیگران دارم.

آنقدر تغییر رفتار در من صورت گرفته است که دیگران کاملاً می‌بینند و دوستانم نیز بازخوردهای خوبی به من داده‌اند. یکی از دوستان یادداشتی نوشته بود و خیلی تغییرات من را تأیید کرده بود. یکی دیگر از دوستانم در تلگرام به تغییرات من اشاره کرد و گفته بود که «چقدر خانم هستی، چقدر باوقاری، تو با بقیه فرق داری».

یکی از دوستان مراجع برای او نام‌های نوشته بود که در زیر متن کامل نامه به‌عنوان بازخوردی از تغییرات ایشان اشاره می‌شود:

«لیلای عزیزم سلام، مدت‌هاست دلم میخواست برایت نامه بنویسم و احساسم را به تو بگویم. از اینکه خیلی شاداب، سرحال و شوخی لذت می‌برم و در کنارت حس خوبی دارم. با اینکه می‌دانم هر کس شاید مسائلی در زندگی داشته باشد. از تمیزی و خوش‌تیپ‌ات، از صداقت و ایمانت، از مهربانی و دستگیریات و از همه مهمتر از دست و دل بازیات بسیار درس گرفته‌ام و امیدوارم که اینها را برای همیشه حفظ کنی. آرزو می‌کنم دوستان خوبی برای هم باشیم و هیچ اتفاقی ما را از هم جدا نکند. به خاطر همه چیزهایی که تا به حال به من دادی سپاسگزارم».

همان‌طور که مشاهده می‌شود، تغییرات مراجع نه‌تنها در کل خانواده و از نگاه همسر و فرزند تأیید و کارآمد بیان شده، در محیط کار و در رابطه با دوستان ایشان نیز این تغییرات قابل مشاهده است. از آنجا که فن تغییر رفتار یک فن سیستمی است و این فن همزمان بر روی همسر و فرزند نیز اجرا شد و جلسات به‌صورت خانوادگی یا فردی در مورد تک‌تک اعضا موازی با هم پیش برده شد، اثربخشی آن توسط همه اعضا و درمانگر تأیید شده است. در انتهای جلسات اعضای خانواده اذعان داشتند رفتارهایی که خواهان تغییر آن بودند یا موجب آزار دیگران بود، دیگر وجود ندارد یا میزان آن بسیار کم شده که نشان‌دهنده تغییرات قابل قبول در فرایند درمان است.

این فن علاوه بر مورد بالینی فوق بر روی ده‌ها خانواده دیگر نیز اجرا شده است و اثربخشی آن برای پژوهشگر واضح و معنادار بوده است. با توجه به گزارش مورد بالا

می‌توان نتیجه گرفت که این فن می‌تواند در جهت تغییر رفتار افراد و ایجاد تعادل در خانواده موفقیت‌آمیز باشد.

## ● بحث

با توجه به اهمیت و نقش رفتارهای کارآمد در کیفیت زندگی و تعاملات بین‌فردی در خانواده و جامعه، و با توجه به شکایت غالب مراجعان از رفتارهای ناکارآمد و آزاردهنده خود یا سایر اعضای خانواده و نقش آن در تعارضات خانوادگی و شکل‌گیری اختلال در روابط خانوادگی، ضروری است تا درمانگران به تغییرات رفتاری به‌عنوان یکی از ابعاد مهم درمان فردی یا خانوادگی توجه کنند. با توجه به این هدف فن «تغییر رفتار سیستمی» به‌عنوان فن جدید در درمان‌های خانواده، زوج‌درمانی و درمان فردی ابداع شد و پس از ارائه مبانی نظری و عملی، نتایج حاصل از اجرای فن بر روی خانواده توصیف شد. نتایج کمی و کیفی به‌دست‌آمده از گزارش مراجعان حاکی از اثربخشی فن تغییر رفتار سیستمی بر بهبود رفتارهای آزاردهنده اعضای خانواده بوده است. این یافته تا حد زیادی با یافته‌های تحقیقات پیشین همسوست. شواهد قوی و مستمری مبنی بر تأثیر درمان‌های رفتاری، از جمله اصلاح رفتار، وجود دارد. فراتحلیلی نشان داد اصلاح رفتار بر درمان برخی اختلال‌های از جمله بیش‌فعالی با اندازه اثر بالا (۳/۷۸) مؤثر است (فایبانو، پلهام و کولسب، ۲۰۰۸).

یکی از عوامل درمان‌بخش در فن تغییر رفتار سیستمی «بینش رفتاری» است. درمانگر طی دو مرحله اول سعی در ایجاد آگاهی و بینش مثبت به تغییر رفتار و تأثیرات آن بر روی زندگی و روابط فردی و بین‌فردی داشت. رشد آگاهی فرایندی است که در آن فرد نیاز به افزایش آگاهی اش درباره عواقب منفی، دلایل و درمان مشکل رفتاری دارد (پاتن، والمن و ثرستون، ۲۰۰۰)؛ آگاهی می‌تواند از طریق بازخورد آموزش و تفاسیر افزایش یابد (کاردینال، ۱۹۹۷؛ به نقل از رمضانزاده، ۱۳۹۵). در تبیین این اثر می‌توان گفت که احتمالاً به‌واسطه بینش ایجادشده در مراجعان، تعیین سود و زیان تغییرات رفتاری در زندگی هر فرد و ایجاد انگیزش در مراجعان موجب اثربخشی فن در راستای جهت دادن اعضای خانواده به تغییر شده است. در این زمینه مارشال و بیدل (۲۰۰۱) نشان دادند که فرایندهای شناختی در مراحل اولیه تغییر اهمیت بسیاری دارند؛ درحالی‌که فرایندهای رفتاری در مراحل بالاتر (عمل و ثبات) حائز اهمیت‌اند، که این می‌تواند تبیین درستی برای ایجاد انگیزه تغییر باشد. البته توجه به بینش

و ایجاد شناخت جدید از رفتارهای خود به منظور رسیدن به هدف‌گذاری و تعیین رفتارهای سازش یافته نیز مؤثر بوده است.

در اجرای فن تغییر رفتار سیستمی نیز توجه به فرایندهای شناختی تغییر رفتار در شروع درمان بسیار بیشتر بود و در فرایند درمان به رفتارها و تغییر رفتاری توجه بیشتری می‌شد، در این زمینه تحقیقات مبتنی بر درمان‌های شناختی- رفتاری نشان می‌دهد تا وقتی رفتارها و شناخت‌های افراد اصلاح نشود، اصلاح روابط بین فردی و کیفیت زندگی محقق نمی‌شود (خدایاری‌فرد و عابدینی، ۱۳۹۴؛ داتیلیو و اپستین، ۲۰۰۳). علاوه بر این بازخوردهای دریافتی هر یک از مراجعان از اعضای خانواده، دوستان و درمانگر می‌تواند در ایجاد تغییرات رفتاری نقش اساسی داشته باشد. از نگاه نظریه خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری روابط خانوادگی و رفتارهای اعضا به واسطه بازخوردهای مثبت و منفی بر یکدیگر تأثیرات دوجانبه دارند. در این رویکرد تأکید بر این است که اعضای خانواده همزمان بر یکدیگر تأثیر می‌گذارند و از هم تأثیر می‌گیرند (نیکولز، ۲۰۱۴). از این رو رفتارها و بازخوردهای هر عضو می‌تواند بر دیگر اعضای سیستم خانواده تأثیرگذار باشد. در فن تغییر رفتار سیستمی به نقش بازخورد مثبت توجه ویژه‌ای شد و علاوه بر درمانگر، کل سیستم خانواده برای ارائه بازخورد مثبت تشویق می‌شد.

یکی دیگر از عوامل مؤثر در تأثیر درمان برای بهبود رفتارهای مراجعان سازمان داشتن و توجه به فرایند منظم و سیر مراحل تغییر بود. از آنجا که تغییرات طی یک سری مراحل که مبتنی بر یک دیدگاه فرانظری بود (پروچاسکا و دیکلمته، ۱۹۸۳)، شفاف بودن سازمان جلسات موجب می‌شود که مراجعان مسیر تغییر را بهتر درک کنند. این تغییرات می‌تواند ضمن توجه به چارچوب نظری و گام‌های منظم و عینی مبتنی بر نظریه خانواده‌درمانی شناختی- رفتاری و اعمال تقویت‌های مثبت و منفی مؤثر واقع شده باشد. از طرف دیگر، عامل بسیار مهم در تبیین اثربخشی فن تغییر رفتار بر رفتارهای آزردهنده و ناکارآمد مراجع نقش درمانگر و برخورد مثبت نگرانه و تشویق‌کننده او در ضمن اجرای فن تغییر رفتار در جهت ایجاد تغییرات است. از نقاط مثبت درمانگر در اجرای جلسات، پذیرش بدون قید و شرط مراجعان، ایجاد رابطه درمانی حسنه همراه با اعتماد با تمام اعضای خانواده و نگاه مشفقانه درمانگر به اعضای خانواده، و تلاش برای ایجاد تغییر در تک‌تک اعضای خانواده در

کنار هم موجب اثربخشی بیشتر فن تغییر رفتار شده است.

اثربخشی فن تغییر رفتار سیستمی بر روی مراجعان بسته به میزان همکاری افراد می‌تواند متفاوت باشد. مصاحبه صورت گرفته با اعضای خانواده نشان داد که تغییرات در آنها به یک نسبت صورت نگرفته است و اعضایی که همکاری بیشتری داشتند و بیشتر در جلسات شرکت می‌کردند، تغییرات ملموس‌تری داشتند. برای مثال در خانواده مورد نظر مادر خانواده بیش از سایرین تغییر کرده بود و تکالیف را نیز بهتر به انجام می‌رسانید. نتایج پژوهش پائول و برادلی (۲۰۱۳) نشان داد که بیشتر افراد تقریباً از نیمی از فرایندهای رفتاری استفاده نمی‌کنند؛ از این رو تغییرات به‌خوبی اتفاق نمی‌افتد. پدر در خانواده اول نیز تغییرات کمتری نسبت به دیگر اعضا داشت و دلیل آن نیز می‌تواند این باشد که او پیگیری و حضور کمتری در جلسات درمان داشت، همچنین نسبت به همسر خود انگیزه و درک کمتری از مسائل روانشناختی و درمانی داشت. از طرف دیگر یکی دیگر از دلایل اثربخشی فن تغییر رفتار سیستمی تأثیر بینشی و انگیزشی و عملی آن بر میزان خودکارآمدی و توانمندی فردی اعضای خانواده بود. در این فن تلاش می‌شد تا خودمختاری و خودکارآمدی مراجعان مورد توجه و تأکید قرار گیرد و با ارائه تکالیف موفقیت‌آمیز این خودکارآمدی تقویت شود. در این زمینه پژوهش کیم (۲۰۰۲) نشان داد که خودکارآمدی و برخی دیگر از فرایندهای تغییر مانند ایجاد بینش و تصمیم‌شناختی، که از مؤلفه‌های مدل فرانظری بودند، به‌طور معنادار مراحل تغییر را پیش‌بینی می‌کردند.

با توجه به کارآمدی فن تغییر رفتار سیستمی و تأثیر آن بر رفتارهای ناکارآمد و آزاردهنده مراجعان، می‌توان این فن را به‌عنوان یک فن کاربردی و عملیاتی برای مشکلات رفتاری فردی و خانوادگی به‌کار برد. از این رو پیشنهاد می‌شود درمانگران فردی و خانواده، از این فن در ضمن مداخلات خود استفاده کنند.

## ● منابع

- امیدوار، احمد (۱۳۸۵). روش‌های تغییر رفتار، رفتاردرمانی و شناخت-درمانی، مشهد: فرا انگیزش.
- برگر، ریموند، میلتن (۱۳۹۲). اصلاح رفتار، اصول و روش‌ها، ترجمه قربان همتی علمدارلو، عباسعلی حسین خانزاده و سید محسن اصغری نکاح، تهران: آوای نور.

پروچسکا؛ جیمز. نورکراس؛ جان (۱۳۹۵) *نظریه‌های روان‌درمانی*، ترجمه یحیی سیدمحمدی، سال چاپ به زبان اصلی، ۲۰۰۷، تهران: ارسباران.

خدایاری فرد، محمد؛ صادقی، خ؛ عابدینی، یاسمین. (۱۳۸۶). «خانواده‌درمانی شناختی رفتاری همراه با کایروپراکتیک در درمان اختلالات روان‌تنی»، پژوهش در سلامت روان‌شناختی. (۱)، ص ۵-۱۵.

خدایاری فرد، محمد؛ عابدینی، یاسمین (۱۳۹۴). *نظریه‌ها و اصول خانواده‌درمانی با تأکید بر نظریه‌های نوین درمان شناختی- رفتاری و معنوی-مذهبی با تجدید نظر کلی بر اساس DSM-5*، انتشارات دانشگاه تهران.

داتیلیو، فرانک. ا (۱۳۹۳). *درمان شناختی-رفتاری با زوجها و خانواده‌ها: راهنمای جامع برای درمانگران*. تهران: ارجمند.

رمضان زاده، حسام (۱۳۹۵). «فرایندهای تغییر رفتار تمرینی در دانشجویان: شناختی یا رفتاری؟»، پژوهش در ورزش تربیتی، ش ۱۱، ص ۱۱۵-۱۳۶.

سیف، علیاکبر (۱۳۹۱). *روانشناسی پرورشی نوین*، چ پنجاه و دوم، تهران: نشر دوران.

سیف؛ علیاکبر (۱۳۹۲) *تغییر رفتار و رفتاردرمانی، نظریه‌ها و روش‌ها*. ویرایش سوم، تهران نشر دوران.

شفیع‌آبادی، عبدالله؛ ناصری، غلام‌رضا (۱۳۹۱). *نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی*، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

گلپاشا، الهه؛ آسایش، محمدحسن (۱۳۹۵). «کارآمدی درمان شناختی-رفتاری مذهب‌محور با تأکید بر بخشایش‌گری و مثبت‌نگری بر علائم افسردگی و اضطراب: تک بررسی»، *پژوهش‌نامه روان‌شناسی اسلامی*، ۳، ص ۱۳۸ - ۱۶۵.

مصطفایی، علی؛ امین‌پور، حسن (۱۳۹۴). *روش‌های اصلاح و تغییر رفتار کودکان*، چ سوم، تهران: دانشگاه پیام نور.

موریس، ریچارد جی (۱۳۸۰). *تغییر رفتار کودکان*، ترجمه ناهید کسائیان، چ سوم، تهران: مرکز نشر دانشگاهی.

نیکولز، مایکل؛ شوارتز، ریچارد سی (۱۳۸۹). *خانواده‌درمانی مفاهیم و روش‌ها*، ترجمه محسن دهقانی و همکاران، تهران: نشر دانژه.

ویتنگشتاین، لودویک (۱۳۸۹). *رساله منطقی - فلسفی*، ترجمه شمس‌الدین ادیب سلطانی، تهران: امیرکبیر.

هاوتون، کیت؛ کرک، جوان؛ کلارک، سالکووسکیس، پالم؛ کلارک، دیوید (۱۳۹۵). *رفتاردرمانی شناختی*، ج ۱، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده، چ سیزدهم، تهران: ارجمند.

همتی نژاد، حسن؛ زینالی، علی (۱۳۹۶). «اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر بهبود سلامت روانی مادران دارای دانش‌آموز نوجوان بزهکار»، *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۸ (۵)، ص ۲۹۶-۳۰۴.

- Biddle, S. J., and Nigg, C, R. (2000). Theories of exercise behaviour. *International Journal of Sport Psychology*. 31, 290-304.
- Carbone, L., Plegue, M., Barnes, A., Shellhass, R. (2014). Improving the mental health of adolescents with epilepsy through a group cognitive behavioral therapy program. *Epilepsy & Behavior*, 39, 130-134.
- Corey, G. (2009). *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy*, Eighth Edition. CA: Thomson Brooks/Cole.
- Covin, R. 1., Ouimet, A. J., Seeds, P. M., Dozois, D. J. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *J Anxiety disord*, 22(1),108-116.
- Dattilio, F.M., & Epstein, N.B. (2003). Cognitive- behavioral couple and family therapy. In T.L. sextion: G.R. weeks and M.S. Robbins (Eds), *Handbook of family therapy* (pp.147-177). New York and Hove: Brunner-Routledge.
- Epstein, N. B. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. New York.
- Fabianoa, G. A., Pelham J. R., Colesb, E. K., Gnagya, E. M., Chronis-Tuscanoc, A., O’Connora, B. C. (2008). “A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder”. *Clinical Psychology Review*. 29 (2); 129–40.
- Fixsen, D. L., Blasé, K. A., Timbers, G. D., Wolf, M. M. (2007). In Search of Program Implementation: 792 Replications of the Teaching-Family Model. *Behavior Analyst Today* 8, (1), 96–106.
- Forgatch, M. & DeGarmo (2007). “Accelerating recovery from poverty: Prevention effects for recently separated mothers”. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*. 4 (4): 681–72.
- Hall, J. Kellett, S. Berrios, R. Bains, M. K. Scott, S. (2016). Efficacy of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults: systematic review, meta-analysis, and meta regression. *Am J Geria Psychiat*, 24(11), 1063-73.
- Kim, C, J. (2002). Process of change, decisional balance and self-efficacy corresponding to the stage of exercise behaviors in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Korean Acad Adults Nurs*, 14(1), 83-92.
- Kraus, S., Maxwell, K., & Mewilliam, R. A. (2001). Practice makes perfect: Research books at family-centered practices in early elementary grades. *Exceptional parent*, 31(3); 962-63.
- Lebow, J. (2005). *Handbook of clinical family therapy*. New York: John wiley & sons Inc.
- Lenio, J. A. (2005). Analysis of the Trans theoretical Model of Behavior Change. *Journal of Student Research*, 73-86.

- Lidlaw, K., Thompson L. W., Dick-Siskin, L., Gallagher-Thomson, D. (2003). *Cognitive Behavior Therapy with older people*. West Sussex: Wiley.
- Lipka, J., Hoffmann, M., Miltner, W.H.R., Straube, T. (2014). Effects of cognitive-behavioral therapy on brain responses to subliminal and supraliminal threat and their functional significance in specific phobia. *Biol Psychiat*; 76(11), 869-77.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Rossi, J. S. (1992). Self-Efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change. *Journal Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63 (1), p. 60-66.
- Marshall, S. J., & Biddle, S. (2001). The Transtheoretical Model of Behavior Change: A Meta-Analysis of Applications to Physical Activity and Exercise. *Annals of Behavioral Medicine*, 23(4), 229-246.
- Martin, G., Pear, J. (2010). *Behavior modification: what it is and how to do it (ninth Edition)*. Upper Saddle.
- Mikocka-Walus, A., Hughes, P., Moretta, M., Pilichiewicz, A., Long, H., et al. (2014). Cognitive-behavioral therapy (CBT) improves inflammatory responsiveness but not mental health short term in IBD patients: A pilot randomized controlled trial. *J Crohn's and Colitis*, 8(1), 47-52.
- Milford, J. L.; Austin, J. L.; Smith, J.E. (2007). Community Reinforcement and the Dissemination of Evidence-based Practice: Implications for Public Policy. *IJBCT*, 3(1); 77-87.
- Miller, J. W, Naimi, T. S., Brewer, R. D., Jones, S. E. (2007). Binge Drinking and Associated Health Risk Behaviors Among High School Students. *Pediatrics*; 119 (1); 76-85.
- Minton, E. A., Khale, L. R. (2014). *Belief Systems, Religion, and Behavioral Economics*. New York: Business Expert Press LLC.
- Minuchin, S., and Nichols, M. P. (1993). *Family healing: Tales of hope and renewal from family therapy*. New York: Free Press.
- Nichols, M. P. (2014). *The Essentials of Family Therapy 6 edition*. Pearson Education.
- O'Donohue, W., Ferguson, K. E. (2006). "Evidence-Based Practice in Psychology and Behavior Analysis". *The Behavior Analyst Today*. 7 (3); 335-52
- Olchowski, A. E., Foster, E. M. & Webster-Stratton, C. H. (2007). Implementing Behavioral Intervention Components in a Cost-Effective Manner: Analysis of the Incredible Years Program. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 3(4) and 4(1), Combined Edition; 284-304.
- Patten, S., Vollman, A., & Thurston, W. (2000). The utility of the transtheoretical model of

- behavior change for HIV risk reduction in injection drug users. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 11(1), 57-66.
- Paul, D. L., & Bradley, J. C. (2013). Self-efficacy mediates the relationship between behavioral processes of change and physical activity in older breast cancer survivors. *Breast Cancer*, 20, 47-52.
- Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2009). *Systems of Psychotherapy: A Translational Analysis, 7th Edition*. Boston: Cengage Learning.
- Prochaska, J., Butterworth, S., Redding, C. A., Burden, V., Perrin, N., Lea, M., Flaherty R. M., & Prochaska, J. M. (2008). Initial efficacy of MI, TTM tailoring, and HRI's in multiple behaviors for employee health promotion. *Preventive Medicine*, 46, 226-231.
- Sholevar, P. (2003). *Family and couple therapy*. Washington: American psychiatric publishing.
- Simos, G. (2002). *Cognitive Behavior therapy*. London: Routledge.
- Spates, R.C.; Pagoto, S.; Kalata, A. (2006). A Qualitative and Quantitative Review of Behavioral Activation Treatment of Major Depressive Disorder. *The Behavior Analyst Today*. 7 (4); 508-17.