

مداخله در بحران

حمید خانی پور

دانشیار روانشناسی، عضو هیات علمی دانشگاه خوارزمی

مدیرمرکز مشاوره و سلامت دانشگاه خواجه نصیرالدین طوسی تهران

بحران چیست

بحران می تواند شامل هر پدیده ای که تعادل یک سیستم را بر هم زند تعریف شود. تروماهای روانی، حوادث و بلایا، فقدان ها، مسائل اقتصادی و بهداشتی و اجتماعی می تواند عوامل ایجاد کننده بحران باشند

بحران باعث بر هم خوردن تعادل روانی فرد شده و فرد به این ادارک می رسد که شیوه های قدیمی و قبلی اش برای کنار آمدن با آن پدیده کافی نیست.

از لحاظ زمانی ۴ تا ۶ هفته زمان برای سازگاری با بحران لازم است. اگر سازگاری مناسب حاصل نشود، فرد روی به روش های معیوب مدیریت بحران می آورد مثل مشکلات رفتاری، هیجانی و یا مشکلات جسمی

چهار مرحله بحران

- ایجاد تغییر در تعادل درونی
- افزایش تنش و فشار روانی
- اتخاذ راهبرد حل مسئله یا پذیرش اجتناب
ناپذیری بحران براساس ارزیابی مجدد عامل
بحران زا و شیوه های مقابله ای اش
- ایجاد تغییرات روانی و شکل گیری
اختلالات روانی

ابزار خودسنجی — خودکارآمدی در مدیریت بحران ((CSE-M

- ۱- حفظ آرامش هنگام مواجهه با رفتار خشمگینانه یا شوک ناگهانی همراهان.
- ۲- انتقال اخبار ناگوار با زبان ساده و لحن همدلانه.
- ۳- شخصی سازی نکردن خشم و دفاع های روانی بیمار.
- ۴- به کارگیری تکنیک های خودتنظیمی (تنفس و زمین گیری) در استرس حاد.
- ۵- مدیریت مرزهای عاطفی برای جلوگیری از فرسودگی شغلی.
- ۶- کنترل اضطراب در تعارضات اخلاقی و تصمیم گیری های سخت.
- ۷- رهاسازی ذهن از مسائل بیمارستان پس از پایان شیفت.
- ۸- اجرای تکنیک های تنش زدایی کلامی در مواجهه با همراهان مضطرب.

مراحل مدیریت بحران

ارزیابی

مداخله در بحران

برنامه ریزی درمان آینده

ارزیابی

تقلیل و تحدید
مشکل

یافتن راه های
مقابله جایگزین

مدل هفت مرحله ای آلبرت روبرت (Albert R. Roberts)

CRISIS
INTERVENTION



• ۱. ارزیابی خطرات و مرگ آفرینی موقعیت و ارزیابی وضعیت سلامت روان افراد

• ۲. برقراری راپاپورت و ارتباط با افراد

• ۳. شناسایی مشکلات اصلی

• ۴. پرداختن به احساسات و هیجانات افراد

• ۵. شناسایی روش های مقابله جایگزین و راه حل های موقتی

• ۶. احیای عملکرد شناختی از طریق اجرای یک برنامه عمل

• ۷. پیگیری برنامه و ارزیابی نحوه اجرای برنامه

درمان راه حل مدار



صحبت
درباره
مشکل



صحبت در
جهت تغییر

اجزای فنون راه حل مدار

سوالات استثنا برای تسهیل یافتن راه حل ها بپرسید

تعیین اهداف خیلی مهم تر از تحدید مشکلات است

استفاده از کلمات و زبان در جهت تقویت مسند کنترل درونی

پرسیدن سوالات جادویی / سوالات آرزویی و سوالات ارتباطی به مشخص کردن هدف و تعیین برنامه عملی کمک می کنند

سوالات درباره روش ها و اعمال مقابله ای

استفاده از سوالات درجه بندی برای شناسایی عوامل و اعمال موثر بر تحقق هدف

بازبینی و مرور بر اهداف حاصل شده، بررسی آمادگی برای پایان درمان . پیش بینی مشکلات آینده

تمرین ها و تکالیف راه حل مدار بین جلسات

تمجید و تحسین و ترغیب

مدل RAPID یا مدل کمک های اولیه PFA جونز هاپکینز

- • • Reflective Listening گوش دادن بازتابی
- • • Assessment of Needs ارزیابی نیازها
- • • Prioritization اولویت بندی
- • • Intervention مداخله
- • • Disposition پیگیری و ارجاع

پروتکل روان‌شناختی ۵ مرحله‌ای مدیریت بحران RAPID

- گام اول: برقراری رابطه و ارزیابی اولیه (R - Rapport and Reflective Listening)
- گام دوم: ارزیابی و غربالگری خطر (A - Assessment of Needs)
- (۱ نیازهای فیزیکی فوری: آیا خونریزی دارد؟ آیا دارو مصرف کرده؟ آیا جراحات پنهان دارد؟
- ۲. وضعیت روانی و شناختی: آیا فرد در وضعیت گسستگی (Dissociation) است؟ آیا سایکوز حاد دارد؟ آیا افکار خودکشی فعال دارد؟
- پروتکل غربالگری خودکشی سریع: پرسش مستقیم بدون واهم

گام سوم: اولویت‌بندی روان‌شناختی (P - Prioritization)

- همه افراد در بحران به یک اندازه به مداخله فوری نیاز ندارند. کادر درمان باید بتواند «تریاز روانی» انجام دهد.
- اقدام رفتاری کادر درمان:- تقسیم‌بندی افراد به سه گروه:
- اولویت ۱ (قرمز/فوری):- افرادی که رفتارهای تکانشی شدید دارند، فریادهای هیستریک می‌کشند، اقدام به خودزنی می‌کنند یا کاملاً قفل (Freeze) شده‌اند و به محرک‌ها پاسخ نمی‌دهند.
- اولویت ۲ (زرد/تأخیری):- افرادی که به شدت مضطرب و گریانند اما دستورات را می‌شنوند و همکاری می‌کنند.
- اولویت ۳ (سبز):- افرادی که علائم گذرای استرس دارند و می‌توانند به بقیه کمک کنند.

گام چهارم: مداخله و پایداری سازی (- ۱ Intervention / Stabilization)

- انجام اقدامات عملی برای بازگرداندن فرد به حالت تعادل روانی اولیه.
- تکنیک زمین‌گیری یا اتصال به زمین (-):-(Grounding Techniques برای بیمارانی که دچار پانیک، گسستگی یا شوک ناشی از جنگ و انفجار شده‌اند:
- تکنیک ۱-۲-۳-۴-۵: از بیمار بخواهید ۵ چیز را که می‌بیند، ۴ چیز را که لمس می‌کند، ۳ صدا که می‌شنود، ۲ چیز که بو می‌کشد و ۱ چیز که می‌چشد را نام ببرد. این تکنیک ذهن را از آمیگدال (مرکز ترس) به کورتکس فرونتال (مرکز منطق) می‌آورد.
- پروتکل کنترل رفتار انتحاری/تهاجمی در لحظه:
- حفظ لحن قاطع، بم و شمرده (Tone Anchoring).
- محدود کردن گزینه‌های بیمار: «من اجازه نمیدم به خودت آسیب بزنی. روی این صندلی بنشین تا با هم مسیر بعدی رو مشخص کنیم.»
- عدم ورود به بحث‌های فلسفی و مذهبی درباره گناه یا اشتباه بودن خودکشی.

D - Disposition and Facilitation of گام پنجم: پیونددهی و ارجاع (Coops)

- بحران در محیط درمانی نباید رها شود. فرد پایدار شده باید به شبکه حمایتی متصل گردد.
- اقدام رفتاری کادر درمان:
- ارجاع تخصصی:-اتصال فوری به روان‌پزشک مقیم یا روان‌شناس آنکال مستقر در بیمارستان.
- اتصال به شبکه حمایتی:-شناسایی یک فرد امن در خانواده یا دوستان بیمار (نه لزوماً کسی که بیمار از او می‌ترسد یا با او تنش دارد) و تحویل بیمار به او با قید پروتکل‌های ایمنی.
- ارائه اطلاعات شفاف:-مبهم بودن، اضطراب پس از بحران را بالا می‌برد. به بیمار/همراه بگویید گام بعدی چیست: «الان آزمایش شما بررسی شده، روان‌پزشک تا ۱۰ دقیقه دیگر می‌آید و بعد از آن تصمیم می‌گیریم.»

فنون در کمک های اولیه روانشناختی

• (ج) تعیین و تخصیص اولویت های روانشناختی براساس عوامل مختلف مانند هرم نیازها، شدت و نوع علائم پیش از تروما یا حین تروما

• (الف) فنون برقراری رابطه

-گوش دادن انعکاسی (بازگویی، پارافریزینگ، صراحت و اختصاصی پاسخ دادن، سوالات شناختی و هیجانی)

(ب) فنون ارزیابی

۱. غربالگری و پایش ۲. ارزشیابی appraisal (شناختی، هیجانی، رفتاری، معنوی و فیزیولوژیک در دو سطح شدت خفیف و شدید)

(د) فنون تثبیت و کاهش فشار روانی حاد

• ۱. هدایت، راهنمایی و تبیین
(explanatory guidance)

- ارائه اطلاعات درباره آنچه رخ داده است، علل
پیشامد و واکنش های رایج و غیر رایج در این
شرایط موجب ایجاد حس توانمندی و کاهش
درماندگی می شود

- ۱- یشگیری از اینفودمی یا رواج اطلاعات
نادرست درباره رویداد

تفسیرها و مفروضه های نادرست درباره تروما

مداخلات شناختی در بحران:

- خرد کردن اطلاعات):(**Chunking** ارائه قطره‌چکانی اطلاعات.
- بازگرداندن خُرد-کنترل‌ها)-(**Micro-controls**): مشارکت دادن بیمار در تصمیم‌گیری‌های کوچک درمانی.

(د) باورهای مختل کننده غلبه بر فشار روانی حاد

احساس گناه

آسیب‌زا انگاری

سلب اعتماد و
اطمینان به دیگران

نقض باور درباره
عادلانه بودن دنیا

هماندسازی با
قربانیان

(د) فنون تثبیت و کاهش دیسترس حاد

۲- هدایت انتظاری

آگاه کردن فردی که در تروما هست از پیامدهای و واکنش هایی که ممکن است در چند روز آینده دچارش شود

گفتن یا نگفتن!

پیشگیری از خودتفسیری های فاجعه آمیز

(د) فنون تثبیت و کاهش فشار روانی حاد

۳- بازساخت دهی شناختی

-اولین عاملی که در زیربنای هر موقعیت تروما و استرس برانگیز قرار دارد ادراک ناکارآمد بودن شیوه های مقابله و کنترل شرایط است.

-افکار غیرواقع گرایانه درباره رویداد تروما منجر به سوءتفسیر و مفروضه های غلط شده و تاثیر منفی روی خود و ارزش خود می گذارند

شناسایی افکار، ارزیابی واقعی بودن، اعتبار و چالش با افکار

اصلاح خطاها فکری
درباره حقایق

چالش با تفکر غیر
منطقی

چالش با افکار
فاجعه آمیز

یافتن چیزهای
امیدبخش

ایجاد شک منطقی

(د) فنون تثبیت و کاهش فشار روانی حاد

• مدیریت استرس

اهداف : تقویت ادراک کنترل بر شرایط و ارتقای توانایی مقابله و مدیریت شرایط

پرسیدن سوالاتی در جهت تقویت اعتماد به نفس و خودکارآمدی

ذهن آگاهی

تامین نیازهای خواب،
تغذیه و ورزش

امید و شوخی!

فنون کنترل تنفس

تغییر معانی و بازساخت
دهی شناختی

۵) تسهیل دسترسی به مراقبت ها و خدمات بیشتر

- آخرین مرحله کمک های اولیه روانشناختی است
- با توجه به وضعیت فرد آسیب دیده باید درباره فرد را ترغیب کرد تا خدمات لازم را از سایر منابع دریافت کند
- تنظیم جلسات پیگیری
- در این مرحله صرفاً دادن اطلاعات یا ایجاد انتظار مثبت از آینده کفایت نمی کند و عجله در ارائه اطلاعات و انتظارات باعث آسیب به رابطه حرفه ای می شود

احیای عملکرد شناختی (cognitive mastery)

رسیدن به درکی از معنای
خاص رویداد

رسیدن به درکی واقع گرایانه از
رویداد و آنچه که باعث ایجاد
حالت بحران شده است

بازساخت دهی، بازسازی و
جایگزینی باورهای غیرمنطقی و
شناخت های نادرست

شناسایی خطاهای شناختی
مانند بیش تعمیم دهی و فاجعه
سازی

باید ها و نبایدها در ارائه مداخله در بحران

- توانمند سازی و ایجاد امید
- کمک به تاخیر انداختن تصمیم های مهم یا حساس به جای بحث و مجادله کلامی با افراد
- هر مداخله استفاده میکنید باید با توجه به شرایط خاص فرد باشد
- قولی که توان انجامش را ندارید ندهید
- این تصور را کنار بگذارید که هر که با تروما مواجه شد نیاز به مداخله شما دارد
- مداخله شما نباید با روش های طبیعی غیرآزاررسانی که فرد برای تاب آوری به کار می گیرد تداخل کند

باید و نبایدهای مشاوره و مداخله در بحران

سوالات باز پاسخ بپرسید

ارزیابی خطر

تمرکز بر روش های راه حل
مدار

ارزیابی روش های قبلی
مقابله

تمرکز بر توانمندی ها و
برقراری تعادل بین امید
و ناخشنودی

- خوب گوش دادن
- توجه به خطاهای شناختی و تفسیرهای سوگیرانه
- مطرح کردن سوالاتی برای شناسایی و تقویت قدرت انطباقی
- خودداری از بیان سریع و ناپخته باورهای منطقی (منطقی باش!)
- خودداری از عرضه سریع و ناپخته شناخت های مبتنی بر واقعیت

بحران و پدیده انتقال و انتقال متقابل (Transference & Countertransference):

- انتقال بیمار: دیدن پزشک در دو قطب «قادر مطلق» یا «شریر و مقصر» یا دوپاره سازی splitting به ویژه در زمان های بحرانی افراد به این مرحله روانی پسرفت می کنند.
- انتقال متقابل کادر درمان: احساس گناه پزشک از درمان ناپذیری که به شکل فاصله گیری عاطفی یا پناه بردن به اصطلاحات پیچیده تجلی می یابد.
 - انتقال متقابل خودش می تواند به شکل های مختلف عامل ایجاد بحران روانی برای فرد شود یا بحران را پیچیده تر کند

SPIKES PROTOCOL

SETTING



PERCEPTION



INVITATION



KNOWLEDGE



EMOTION



STRATEGY AND SUMMARY



S - Setting Up: • ایجاد محیط حاوی Holding Environment برای امنیت روان

P - Perception: • ارزیابی طرحواره‌ها و ظرفیت روانی فعلی بیمار.

I - Invitation: • شنیدن جزئیات. احترام به خودمختاری ایگو جهت

K - Knowledge: • شکستن شوک شناختی با زبان ساده و گام به گام.

E - Emotions: • اعتباربخشی به هیجانات (Validation) و پذیرش عواطف.

Summary: & S - Strategy: • و برنامه اجرایی شفاف. ایجاد امید واقع‌بینانه

مدل بریکز

BREAKS PROTOCOL

BACKGROUND



RAPPORT



EXPLORE



ANNOUNCE



KINDLE



SUMMARIZE



- **SPIKES Protocol:**
- Most common, regularly taught in medical schools.
- Starts with managing the setting.
- Assesses patient understanding first.
- Explicitly asks permission to provide information.
- Emphasizes pacing and clarity of information.
- **BREAKS Protocol:**
- Emphasizes preparation and emotional support.
- Starts with knowledge prep.
- Focuses on building rapport first.
- Encourages exploration and discussion.
- Emphasizes direct announcement with support

سناریوی ۱ — خشم و تهدید فیزیکی در اورژانس

- **موقعیت:** فوت ناگهانی بیمار تصادفی و واکنش خشم حاد برادر بیمار.
- **تحلیل:** خشم به عنوان دفاعی در برابر شوک و انکار اولیه
- **راهکار اجرایی:**
 - تنش‌زدایی کلامی (De-escalation) و عدم جبهه‌گیری.
 - اعتباربخشی به هیجان: "حق دارید شوکه و خشمگین باشید."
 - تغییر محیط و هدایت به اتاق خلوت جهت کاهش تحریکات.
 - عدم حضور تک‌نفره کادر درمان در محیط مواجهه.

سناریوی ۲ — استرس اخلاقی Moral Injury

- **موقعیت:** تصمیم‌گیری سخت درباره تخصیص امکانات محدود (ونتیلاتور) در بحران.

- **تحلیل:** مواجهه با تناقضات وجودی و آسیب به هویت حرفه‌ای.

- **راهکار اجرایی:**

- توزیع بار مسئولیت تصمیم‌گیری از طریق کمیته‌های اخلاق بالینی. برگزاری گروه‌های بالینت (Balint Groups) برای اشتراک‌گذاری احساسات ناکارآمدی و رنج رهاشده کادر درمان.

**مداخله در بحران برای سوگ،
تروما، خودکشی**

بازگویی استرس در موقعیت های بحرانی (CISD)

بررسی وضعیت ایمنی

ارزیابی سن و میزان
رویارویی فرد با موقعیت
بحرانی

آموزش درباره حالات
هیجانی و مشکلات قابل
انتظار ناشی از استرس

ایجاد شرایط برای
اعتباربخشی و تخلیه هیجان
ها

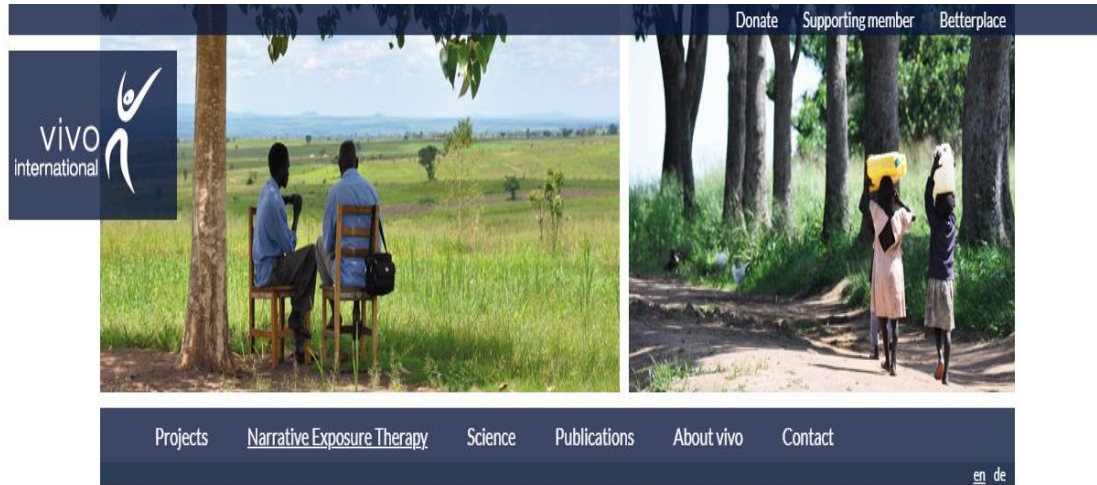
برنامه ریزی برای آینده و
حمایت های بعدی و کمک
به بازگشت به زندگی عادی

ارزیابی اثرات اجرای تکنیک
روی افکار، هیجان ها و
رفتارها

- برای پردازش رویدادهای بحرانی
- ۲۴ تا ۷۲ ساعت پس از وقوع سانحه
- شامل بازگویی و مرور نظامند رویدادهایی که در جریان رویداد و پس از رویداد بحرانی رخ داده اند
- ملاحظات مختلفی قبل از اجرای تکنیک باید لحاظ شود

•

مواجهه درمانی روایتی (narrative exposure therapy)

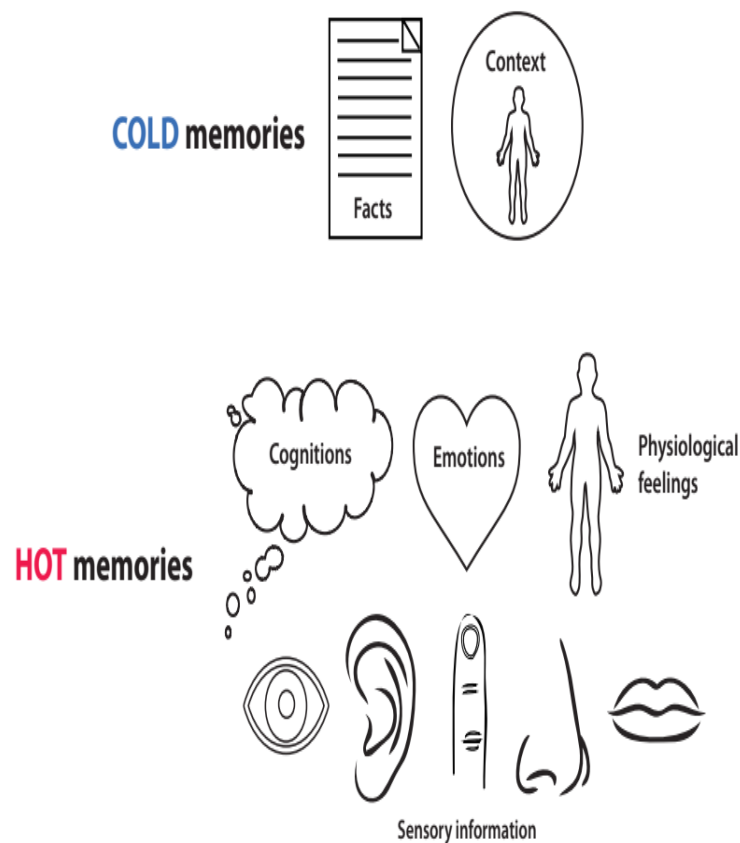


یک برنامه بین المللی برای کمک به افراد از گروه های سنی مختلف در معرض تروما از بلایای طبیعی تا جنگ و پناهجویان و خشونت خانگی

<https://www.vivo.org/en/>



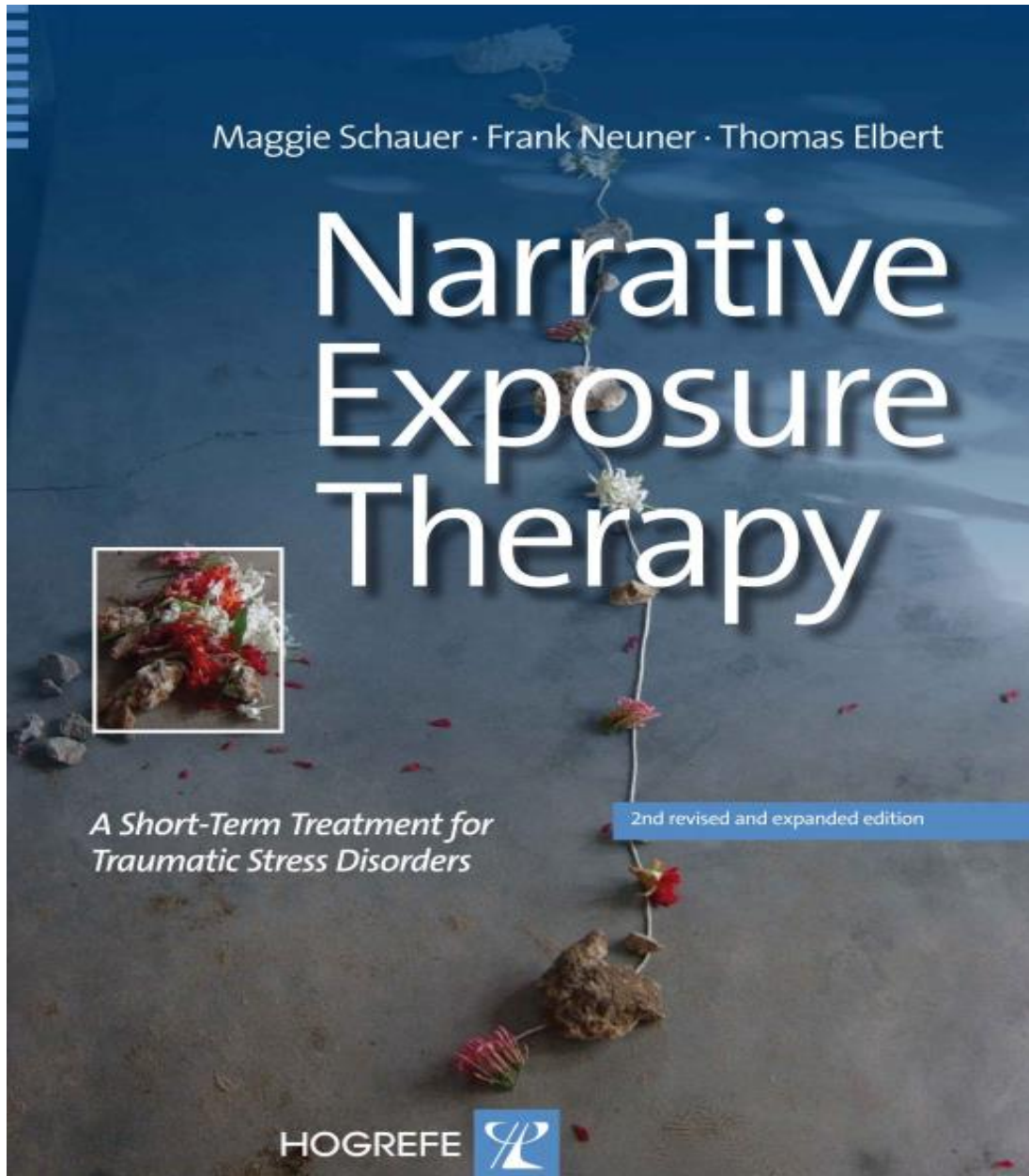
نظریه علت شناسی مواجهه درمانی روایتی



- نظریه علت شناسی: تجارب استرس برانگیز و تروماتیک به دلیل عدم پیوند بین خاطرات سرد (خاطرات معنایی) و خاطرات داغ (شناخت ها، هیجان ها، حس های بدنی و..) باعث شکل گیری علائم پس از ضربه و آسیب بعد از بلایا، خشونت خانگی ، جنگ و .. می شود

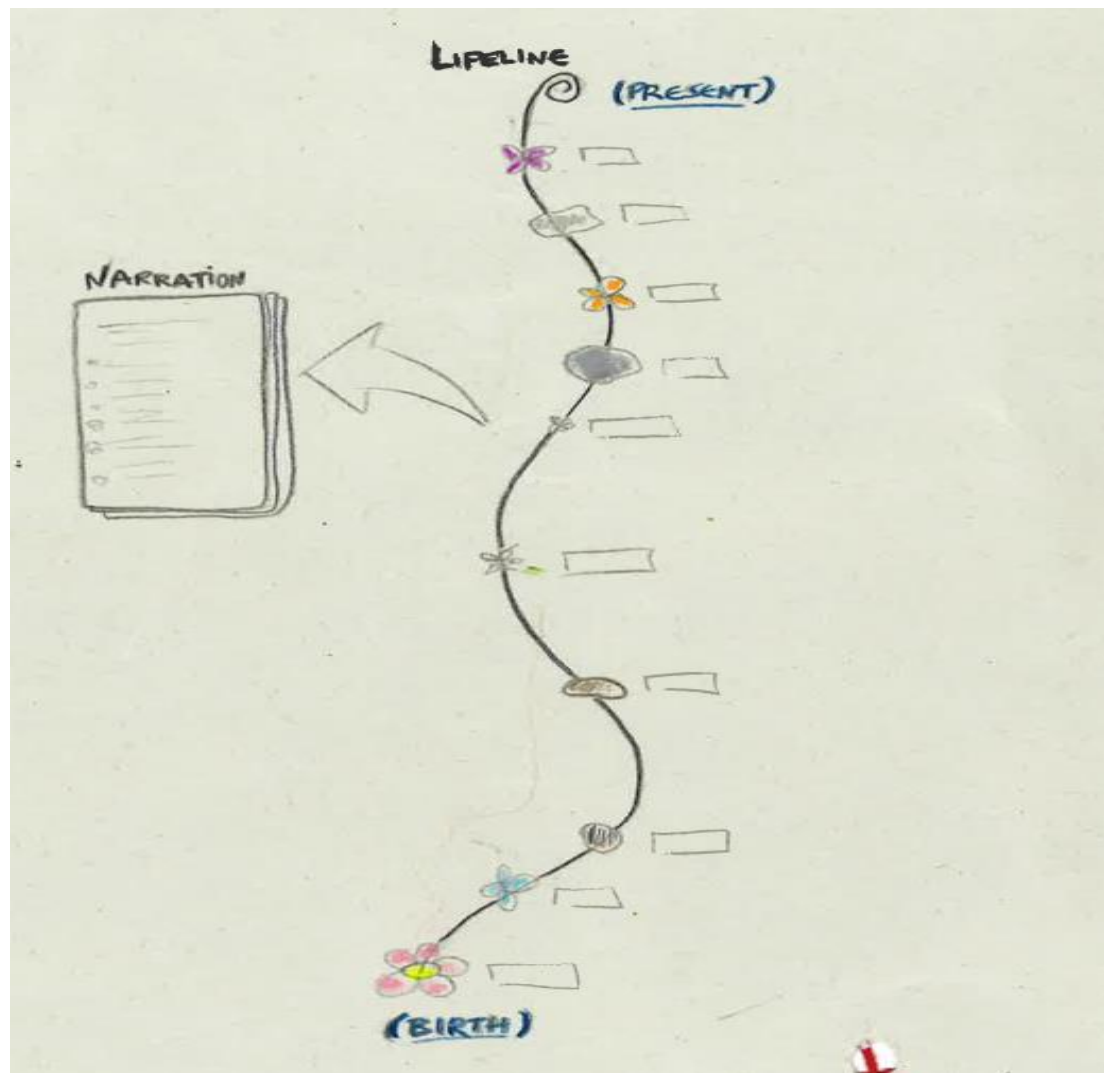
- در سندروم های وابسته به تروما خاطرات داغ به شکل غیرارادی بدون مرتبط بودن با خاطرات سرد از حافظه بازیابی و فعال می شوند. هدف درمان تسهیل اتصال این دو دسته خاطرات است

نظریه درمان مواجهه درمانی روایتی



- پردازش مجدد رویداد
- معنایابی از رویداد
- یکپارچه سازی رویداد در شبکه حافظه
- مواجهه و حساسیت زدایی از خاطرات
- در اثر بررسی مجدد خاطرات معنایابی انجام می شود و رویداد ها بافتارمندتر دیده می شوند
- نگارش روایت های بیمار و انتشار بی نام آن در جهت تکریم حقوق بشر

کلیات اجرا



- بخش های آموزشی
- بخش های ترسیم مسیر و خط سیر زندگی و تعیین گل ها و سنگ ها
- بازگویی خاطرات
- نگارش خاطرات
- مرتبط کردن خاطرات داغ با اتفاقات گذشته

مداخله در بحران سوگ

- مداخله سوگ طولانی تر از مداخله در بحران است. مداخله در بحران به صورت کوتاه مدت و در عرض ۴ تا ۶ هفته ارائه می شود. مداخله سوگ ماه ها یا سال ها ادامه می تواند داشته باشد

- واکنش افراد به سوگ بسیار فردویژه است!

- سوگواری یک فرایند فعال مشترک در واکنش به از دست دادن و سوگ یک واکنش شخصی به سوگ است

عدم تعادل، آسیب
به ساختار روانی

شوگ

بازسازی زمان دهی

سوگواری و سوگ

یافتن راهی برای شروع دوباره و در
عین زنده نگه داشتن خاطرات متوفی

سازگاری با
دنیای پس از
مرگ متوفی

پردازش درد سوگ

پذیرش واقعیت فقدان

- سوگواری یک فرایند برای پذیرش فقدان است. و سوگ واکنش های شخص (افکار، هیجان ها و رفتارها) به داغدیدگی و فقدان است.

- سوگواری به مثابه مراحلی که باید سپری شوند

- سوگواری به مثابه دوره هایی که باید پشت سر گذاشته شوند

- سوگواری به مثابه تکالیفی که باید انجام شوند

برقراری رابطه

- استفاده از روش های مختلف مرتبط شدن مثل سوال کردن، همدلی، همحسی و ..
- «درباره مرگ عزیزانت بگویید»
- «چه چیزی در این پیشامد برای تان از همه دشوارتر است؟»

شناسایی مشکلات اصلی

- مرگ برای ما امری نمادین است و باید کشف کرد چه دلایلی باعث واکنش سوگ شدید شده است؟
- دادن اطلاعات درست درباره مرگ فرد متوفی و عرضه حمایت برای پذیرش این پدیده غیرقابل اجتناب

پرداختن به احساسات و هیجان ها

- تمایز هیجان ها و تنظیم هیجان (برای مثال غیظ در برابر خشم)
- اعتبار بخشی به هیجان ها و گوش دادن فعالانه
- واکنش به ناعادلانه بودن زندگی
- واکنش هایی از «سرندامت و ای کاش، و اگر فقط..»
- احتمال سوء مصرف مواد برای غلبه بر هیجان های ناشی از فقدان
- متخصصینی که با سوگ کار می کنند خود نیاز به حمایت و نظارت بالینی دارند به دلیل فشار هیجان های ناشی از فقدان

مداخله در بحران خودکشی

- درمانگران هنگامی برای بیماران خودکشی‌گرا مفیدترند که به جای آن که خود را در انقیاد بیمار درآورند، با جدیت سعی کنند اساس خواسته‌های بیمار را درک و تحلیل کنند

- وجود افکار و برنامه خودکشی را به صورت آشکار بررسی کنید
- تلاش کنید تا تمرکز فرد را به آینده و روابط آینده متمرکز کنید
- به تلاش‌ها و روش‌هایی که در گذشته بر این حالت‌ها فائق می‌آمده اشاره کنید
- توضیح دهید این افکار در عرض ۲۴ تا ۷۲ ساعت کمتر خواهد شد.. ولی نیاز به مراقبت در این دوره است
- هدف زنده نگه داشتن فرد است نه برطرف کردن همه مشکلاتش
- توصیف و تبیینی درباره این وضعیت به فرد بدهید

بایدهای مداخله در مدیریت بحران خودکشی

- در مورد اقدام خودکشی باید واقع‌گرا بود. بالینگرانی که گرفتار سوءتعبیر در مورد توانایی نجات بیماران خودکشی هستند، در واقع شانس خود را از چنین کاری کم می‌کنند.

- بیمارانی که واقعا قصد کشتن خود را داشته باشند، نهایتاً این کار را انجام خواهند داد. این بدان معناست که مراقبت از این افراد باید به صورت منظم و ایمن توسط عوامل مراکز درمانی به صورت انفرادی ارائه شود. و از طرفی دیگر این معنا را دارد که نهایتاً هر بیمار را باید موظف کرد تکانه‌های خودکشی خود را به زبان بیاورد، به جای آن که به آنها عمل کند

راهنمای برقراری ارتباط با واقعیت در بیمار خودکشی گرا

- فرد را از حضور و حمایت خودش مطمئن کند.

- درمانگر در مراحل که وحشت و اضطراب بیمار از اقدام خودکشی بالا است، باید نقش فعال تر و حمایت گری داشته باشد.

- برخی از بیماران که دچار حالت شوک شده اند یا افکار خودکشی، آنها را دچار ترس و وحشت کرده است، یکی از اهداف کاهش این اضطراب و برقراری رابطه دوباره فرد با واقعیت

در حال حاضر دقیقاً چه می خواهی؟

بهترین روشی که برای حمایت از تو باید انجام دهم چیست؟

تمرکز بر محرک های بیرونی

چه کارهایی برای کمک به تو برای این که احساس امنیت بیشتری داشته باشی، باید انجام دهم؟»

نبایدهای مداخله در بحران خودکشی

- دست کم گرفتن و بی توجهی به دغدغه ها و مسائل فرد
- تهدید خودکشی را جدی نگرفتن

اوضاع خیلی بد هم
نیست / مردم اوضاعشون
خیلی از تو بدتره

ارزشش رو نداره خودتو
بکشی

می دونم واقعا چه
احساسی داری

می دونم واقعا قصد
کشتن خودتو نداری

مدیریت خطر خودکشی

اقدامات برای گروه با خطر پایین

• ارزیابی میزان خطر

- ۱- گروه با خطر پایین، ۲- گروه با خطر متوسط، ۳- گروه با خطر متوسط تا شدید؛ ۴- گروه با خطر بسیار شدید

-به دلیل پایین بودن خطر خودکشی، پی گیری درمانی ضرورتی ندارد- ۲- تا جایی که ممکن است برای کمتر کردن آشفتگی هیجانی فرد باید تلاش کرد؛ ۳- شواهد وجود اختلال روانی بررسی شود

اقدامات برای گروه با خطر متوسط تا شدید خودکشی

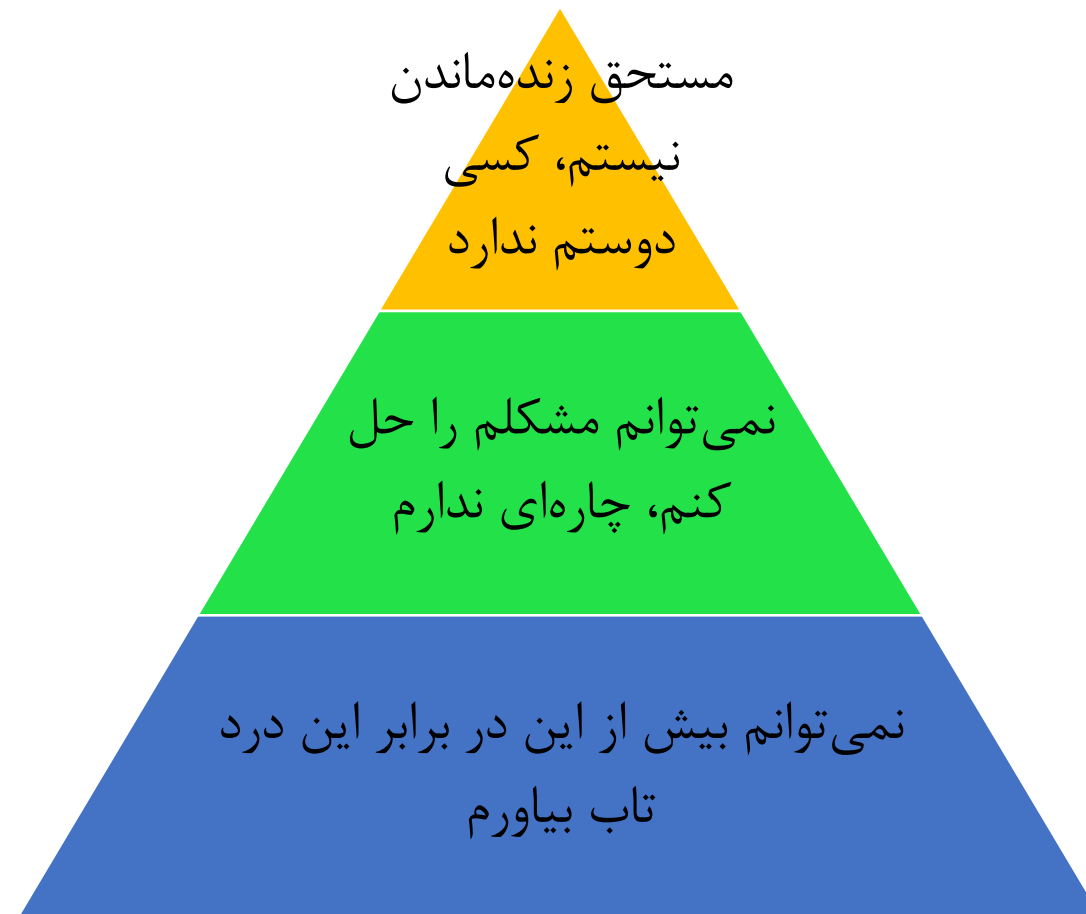
اقدامات برای گروه با خطر متوسط خودکشی

کاستن از آشفتگی هیجانی تا جای ممکن، پی گیری وضعیت بیمار بین ۳ روز تا ۱ هفته. زمانی که از ایمنی بیمار اطمینان حاصل شد اجرای ارزیابی جامع مشکلات روانی، و به کارگیری راهبردهای پیشگیری از بحران.

کم کردن آشفتگی هیجانی تا جای ممکن، دور کردن یا محدودیت دسترسی به لوازم و وسایلی که ممکن است برای خودکشی استفاده شود، پی گیری وضعیت بیمار به صورت روزانه

ماهیت چندگانه خودکشی

- دوسوگرایی در اقدام کنندگان به خودکشی
- کنش نمایی در اقدام کنندگان خودکشی
- حالات هذیانی در دوره خودکشی
- فانتزی های خودکشی



راهنمای برقراری ارتباط با واقعیت در بیمار خودکشی گرا

- فرد را از حضور و حمایت خودش مطمئن کند.

- درمانگر در مراحل اولیه که وحشت و اضطراب بیمار از اقدام خودکشی بالا است، باید نقش فعال تر و حمایت گری داشته باشد.

- برخی از بیماران که دچار حالت شوک شده اند یا افکار خودکشی، آنها را دچار ترس و وحشت کرده است، یکی از اهداف کاهش این اضطراب و برقراری رابطه دوباره فرد با واقعیت

بهترین روشی که برای حمایت از تو باید انجام دهم چیست؟

چه کارهایی برای کمک به تو برای این که احساس امنیت بیشتری داشته باشی، باید انجام دهم؟»

در حال حاضر دقیقاً چه می خواهی؟

تمرکز بر محرک های بیرونی

راه کاری ارتباط با افکار خودکشی

بیان و بازگویی افکار و احساسات
بیان نشده

مشاوره باید به آرامی، به صورت
شفاف و روشن ماهیت و محتوای
افکار خودکشی را بررسی کند.

به بیمار کمک کنید تا ماهیت
گذرای افکار خودکشی را درک
کند.

درک فاصله واقعیت و افکار
محدودکننده

چالش با افکار محدود و انعطاف
ناپذیر افسرده ساز و ناامیدی

درمانگر ناگزیر خواهد بود بار خشم و
تخاصم بیمار را بر دوش بکشد.

درمان بیماران خودکشی گرا

نقایص مهارتی

نقص
تحمل
آشفتگی
پایین

نقص
مدیریت
خشم

نقص
مهارت
بین
فردی

نقص
حل
مساله

نقص
تنظیم
هیجانی

مهارت آموزی
(مهارت سازی)

مدیریت نشانه‌ها
و علائم

رشد شخصیت

کلیات مدیریت خودکشی

تهیه فهرست
دلایل زندگی

تهیه برنامه
حفظ ایمنی

تهیه جعبه کمک
های اولیه امید

در فرایند مداخله در بحران باید کاری کرد تا فرد خودکشی گرا به درکی از آشفتگی هیجانی خود برسد و راههای مناسبتری برای غلبه بر افکار، هیجان ها و علائمی که در آن دوره تجربه می کند. اگر امکان پذیر نیست حتما بستری و روندهای قانونی پیگیری می شود

عنوان:

رفتار درمانی (Behavior Therapy – رفتار درمانی) و
رفتار درمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy – رفتار درمانی دیالکتیکی)

زیر عنوان:

مبانی نظری، اصول مداخله، مقایسه تحلیلی و کاربرد در مدیریت فشار
شغلی کادر درمان

بخش اول:

معرفی، اهداف و نقشه راه ارائه



عنوان اصلی:

رفتاردرمانی (Behavior Therapy) – رفتاردرمانی (و رفتاردرمانی دیالکتیکی
Dialectical Behavior Therapy – رفتاردرمانی دیالکتیکی)

زیرعنوان:

مبانی نظری، تکنیک‌ها، مقایسه تحلیلی و کاربرد در محیط‌های درمانی

نام ارائه‌دهنده:

دکتر شادی دادبین

ضرورت بحث :

- ❑ محیط‌های درمانی با فشار شغلی، بار هیجانی، تصمیم‌گیری سریع و تعارض بین‌فردی همراه‌اند.
- ❑ برای مدیریت این شرایط، رویکردهای مبتنی بر شواهد (Evidence-Based Approaches _ رویکردهای مبتنی بر شواهد) اهمیت دارند.
- ❑ رفتاردرمانی و رفتاردرمانی دیالکتیکی از مهم‌ترین رویکردهای مبتنی بر اصول یادگیری و تنظیم رفتار هستند.

اهداف ارائه :

در پایان این ارائه، شرکت کننده می تواند:

- ✓ رفتاردرمانی را تعریف کند.
- ✓ مبانی نظری رفتاردرمانی را توضیح دهد.
- ✓ رفتاردرمانی دیالکتیکی را تعریف و اجزای آن را تشریح کند.
- ✓ شباهت ها و تفاوت های دو رویکرد را تحلیل کند.
- ✓ کاربرد هر رویکرد را در مدیریت فشار شغلی کادر درمان بررسی کند.

پرسش‌های محوری :

- ✓ رفتاردرمانی بر چه اصولی استوار است؟
- ✓ رفتاردرمانی دیالکتیکی چه چیزی به رفتاردرمانی کلاسیک اضافه می‌کند؟
- ✓ آیا DBT فقط یک بسته مهارتی است یا یک نظام درمانی کامل؟
- ✓ برای مدیریت فشار شغلی کادر درمان، کدام عناصر کارآمدترند؟

نقشه راه ارائه :



بخش دوم:

رقاردرمانی



تعریف رفتاردرمانی :

رفتاردرمانی (Behavior Therapy _رفتاردرمانی) رویکردی است که بر پایه اصول علمی یادگیری بنا شده و هدف آن تغییر رفتارهای ناسازگار و افزایش رفتارهای سازگار است.

تمرکز اصلی این رویکرد بر رفتار قابل مشاهده (Observable Behavior _رفتار قابل مشاهده) و شرایطی است که رفتار را برمی‌انگیزند یا حفظ می‌کنند.

پیش فرض های اساسی رفتار درمانی :

- بسیاری از رفتارها آموخته می شوند.
- رفتارهای آموخته شده می توانند تغییر یابند.
- محیط در شکل گیری و تداوم رفتار نقش اساسی دارد.
- برای تغییر رفتار باید روابط میان ، پیش آیند (Antecedent - پیش آیند) ، رفتار (Behavior - رفتار) و پیامد (Consequence - پیامد) را بررسی کرد.

ریشه‌های تاریخی رفتاردرمانی :

➤ **شرطی‌سازی کلاسیک** (Classical Conditioning) - شرطی‌سازی کلاسیک: **پاولف**

➤ **شرطی‌سازی کنشگر** (Operant Conditioning) - شرطی‌سازی کنشگر: **اسکینر**

➤ **نظریه یادگیری اجتماعی** (Social Learning Theory) - نظریه یادگیری اجتماعی: **بندورا**

➤ تأکید تاریخی بر مشاهده، اندازه‌گیری و آزمون‌پذیری

شرطی سازی کلاسیک:

- یادگیری از طریق تداوی میان محرک‌ها

- مفاهیم:

- محرک غیرشرطی (Unconditioned Stimulus - محرک غیرشرطی)

- پاسخ غیرشرطی (Unconditioned Response - پاسخ غیرشرطی)

- محرک شرطی (Conditioned Stimulus - محرک شرطی)

- پاسخ شرطی (Conditioned Response - پاسخ شرطی)

- کاربرد در اضطراب‌ها، فوبیاها و واکنش‌های هیجانی

شرطی سازی کنشگر :

-رفتار تحت تأثیر پیامدهایش تغییر می کند.

-مفاهیم کلیدی:

■ تقویت (Reinforcement - تقویت)

■ تنبیه (Punishment - تنبیه)

■ خاموشی (Extinction - خاموشی)

■ شکل دهی (Shaping - شکل دهی)

تقویت مثبت و منفی :

○ تقویت مثبت (Positive Reinforcement – تقویت مثبت) افزودن یک پیامد مطلوب برای افزایش رفتار

○ تقویت منفی (Negative Reinforcement – تقویت منفی) حذف یک وضعیت ناخوشایند برای افزایش رفتار

- تأکید:

○ تقویت منفی با تنبیه تفاوت دارد

تنبیه و محدودیت‌های آن :

-تنبیه مثبت (Positive Punishment _ تنبیه مثبت)

-تنبیه منفی (Negative Punishment _ تنبیه منفی)

- محدودیت‌ها:

- آثار جانبی هیجانی
- کاهش موقت رفتار
- ناتوانی در آموزش رفتار جایگزین

- نتیجه:

- تقویت رفتار مطلوب معمولاً مؤثرتر و پایدارتر از تنبیه است

خاموشی :

- ❑ وقتی رفتاری دیگر تقویت نشود، احتمال وقوع آن کاهش می یابد.
- ❑ اما در آغاز ممکن است ، فوران خاموشی (Extinction Burst - فوران خاموشی) رخ دهد.
- ❑ مثال بالینی و شغلی قابل ذکر است.

تقویت نسبی :

-تقویت نسبی (Intermittent Reinforcement _ تقویت نسبی /متناوب) باعث می شود

رفتار در برابر خاموشی مقاوم تر شود.

-یکی از مهم ترین مفاهیم برای توضیح تداوم رفتارهای ناسازگار

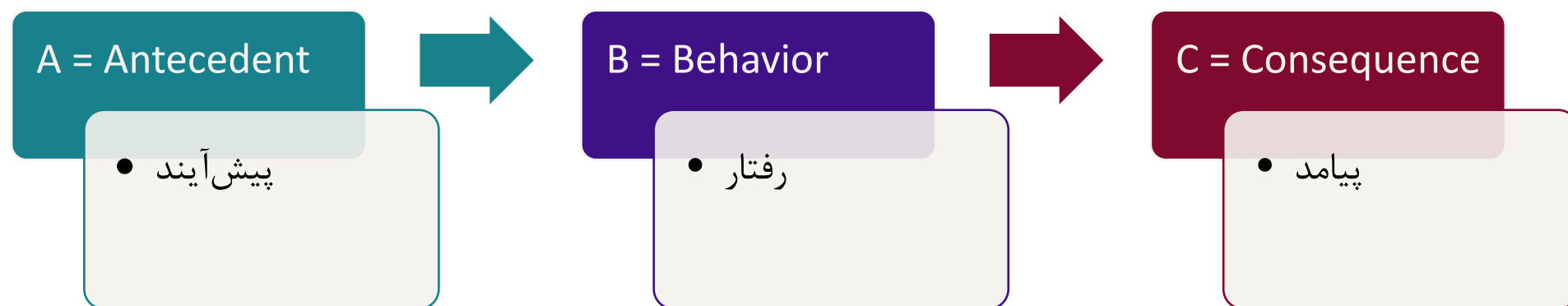
تحلیل کارکردی رفتار :

-تحلیل کارکردی (Functional Analysis_ تحلیل کارکردی) : بررسی می کند که یک رفتار چه کارکردی دارد.

-سؤال محوری:

- این رفتار چه چیزی را به دست می آورد؟
- یا از چه چیزی جلوگیری می کند؟

مدل ABC :



این مدل هسته تحلیلی بسیاری از مداخلات رفتاردرمانی است.

ارزیابی رفتاری :

تعریف دقیق رفتار هدف

سنجش فراوانی، شدت و مدت

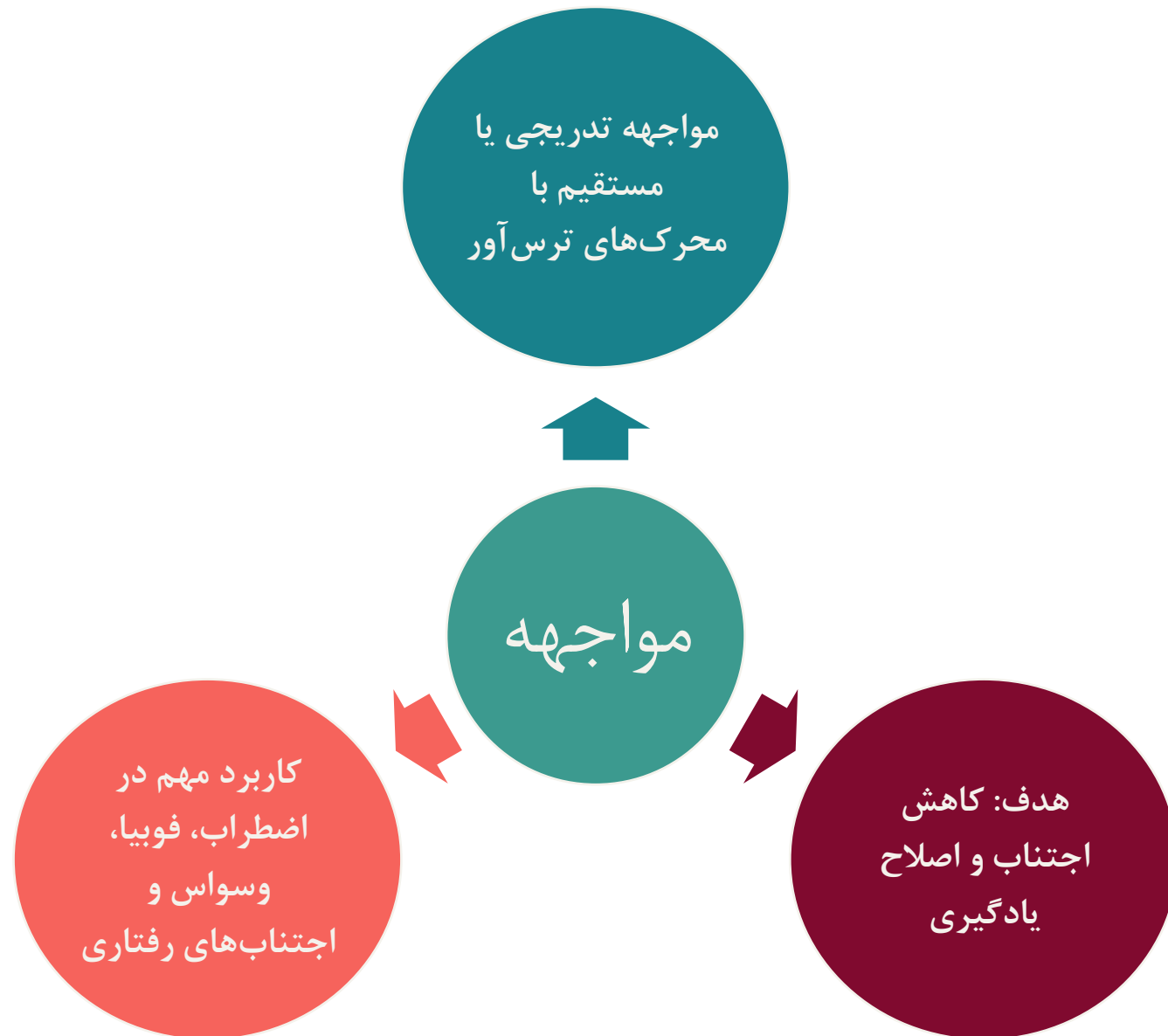
شناسایی موقعیت‌های آغازگر

ثبت پیامدها

استفاده از مشاهده، خودپایشی و گزارش اطرافیان

تکنیک‌های اصلی رفتاردرمانی :

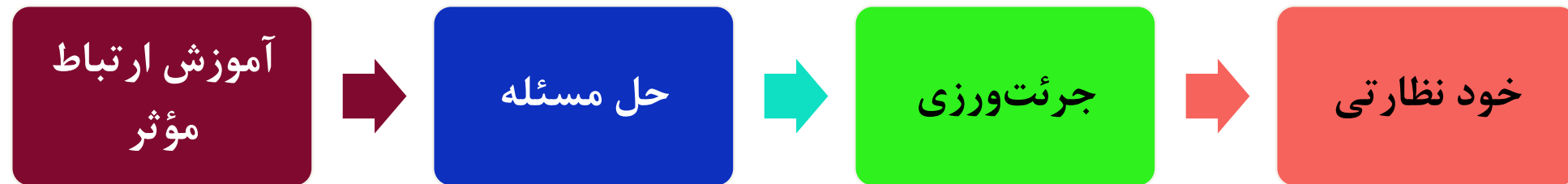
- ✓ مواجهه (Exposure - مواجهه)
- ✓ حساسیت‌زدایی منظم (Systematic Desensitization - حساسیت‌زدایی منظم)
- ✓ اقتصاد ژتونی (Token Economy - اقتصاد ژتونی)
- ✓ قرارداد رفتاری (Behavioral Contract - قرارداد رفتاری)
- ✓ آموزش جرئت‌ورزی (Assertiveness Training - آموزش جرئت‌ورزی)
- ✓ فعال‌سازی رفتاری (Behavioral Activation - فعال‌سازی رفتاری)



فعال سازی رفتاری :

- فعال سازی رفتاری (Behavioral Activation _ فعال سازی رفتاری) بر افزایش رفتارهای سازگار و معنادار تمرکز دارد.
- به ویژه در افسردگی و کناره گیری رفتاری مؤثر است.

آموزش مهارت‌های رفتاری :



این بخش پلی میان رفتاردرمانی کلاسیک و رویکردهای مهارت‌محور جدید است

نقاط قوت و محدودیت‌های رفتار درمانی :

نقاط قوت :

- ساختارمند
- قابل اندازه‌گیری
- مبتنی بر شواهد
- قابل آموزش

محدودیت‌ها :

- اگر صرفاً مکانیکی اجرا شود، ممکن است پیچیدگی هیجان و رابطه را نادیده بگیرد
- در مشکلات دارای نوسان هیجانی شدید، نیاز به راهبردهای گسترده‌تر وجود دارد

بخش سوم:

گذار از رفتار درمانی به DBT



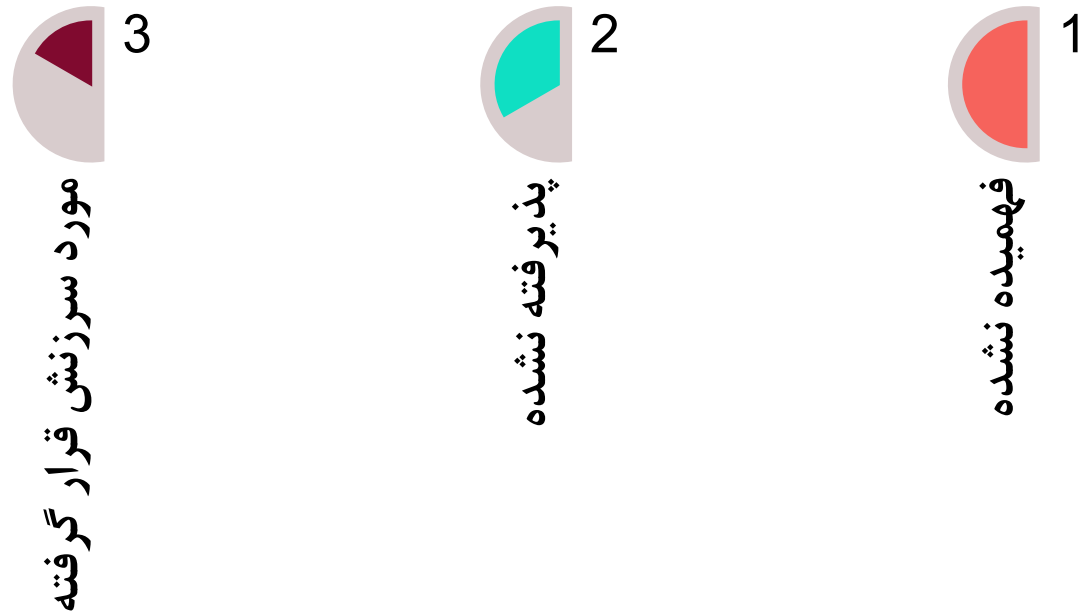
چرا رویکردهای رفتاری توسعه یافتند؟

۱. برخی بیماران/مراجعان فقط با تکنیک‌های تغییر رفتار پاسخ کافی نمی‌دادند.

۲. نوسان شدید هیجان، تکانشگری، خودآسیب‌رسانی، بحران‌های بین‌فردی و احساس بی‌اعتباری نیازمند مدل گسترده‌تری بود.

محدودیت رویکرد صرفاً تغییر محور :

○ وقتی درمان فقط بر تغییر تأکید کند، فرد ممکن است احساس کند:



○ این موضوع در افراد با حساسیت هیجانی بالا مشکل سازتر می شود.

نیاز به ترکیب پذیرش و تغییر :

درمان مؤثر باید همزمان:

- درد و تجربه فرد را معتبر بداند
- و مسیر تغییر رفتاری را روشن کند

ظهور رفتاردرمانی دیالکتیکی :

- رفتاردرمانی دیالکتیکی (**Dialectical Behavior Therapy** - رفتاردرمانی دیالکتیکی) توسط مارشا لینهان (**Marsha Linehan** - مارشا لینهان) توسعه یافت.
- **DBT** ریشه در رفتارگرایی دارد اما راهبردهای پذیرش، دیالکتیک و ذهن آگاهی را نیز به آن افزود.

DBT یک بسته مهارتی صرف نیست :

– DBT فقط مجموعه‌ای از مهارت‌ها نیست.

– **DBT یک نظام درمانی سازمان یافته با:**

- سلسله مراتب اهداف
- راهبردهای درمانی
- ساختار درمان
- و آموزش مهارت‌هاست

جایگاه DBT در خانواده درمان‌های رفتاری :

✓ DBT را می‌توان یک رویکرد ***موج سوم (Third Wave – موج سوم) با ریشه‌های عمیق رفتاری دانست.

✓ تمرکز آن بر کارکرد رفتار، تنظیم هیجان، پذیرش، و تعادل دیالکتیکی است.



بخش چهارم: رقار درماني دياگنستيکي

تعریف DBT :

DBT درمانی مبتنی بر اصول رفتاری است که هدف آن کمک به افراد برای ساختن

«زندگی ارزشمند برای زیستن» است.

این درمان به ویژه برای مشکلات تنظیم هیجان، تکانشگری و بی ثباتی بین فردی اهمیت

دارد.

معنای دیالکتیک :

-دیالکتیک (Dialectic- دیالکتیک) یعنی تلاش برای ترکیب حقیقت‌های ظاهراً متضاد.

-در DBT :

- من همان‌گونه که هستم قابل درکم
- و در عین حال باید برای تغییر تلاش کنم



DBT معتقد است پافشاری افراطی بر هر کدام به تنهایی ناکافی است.

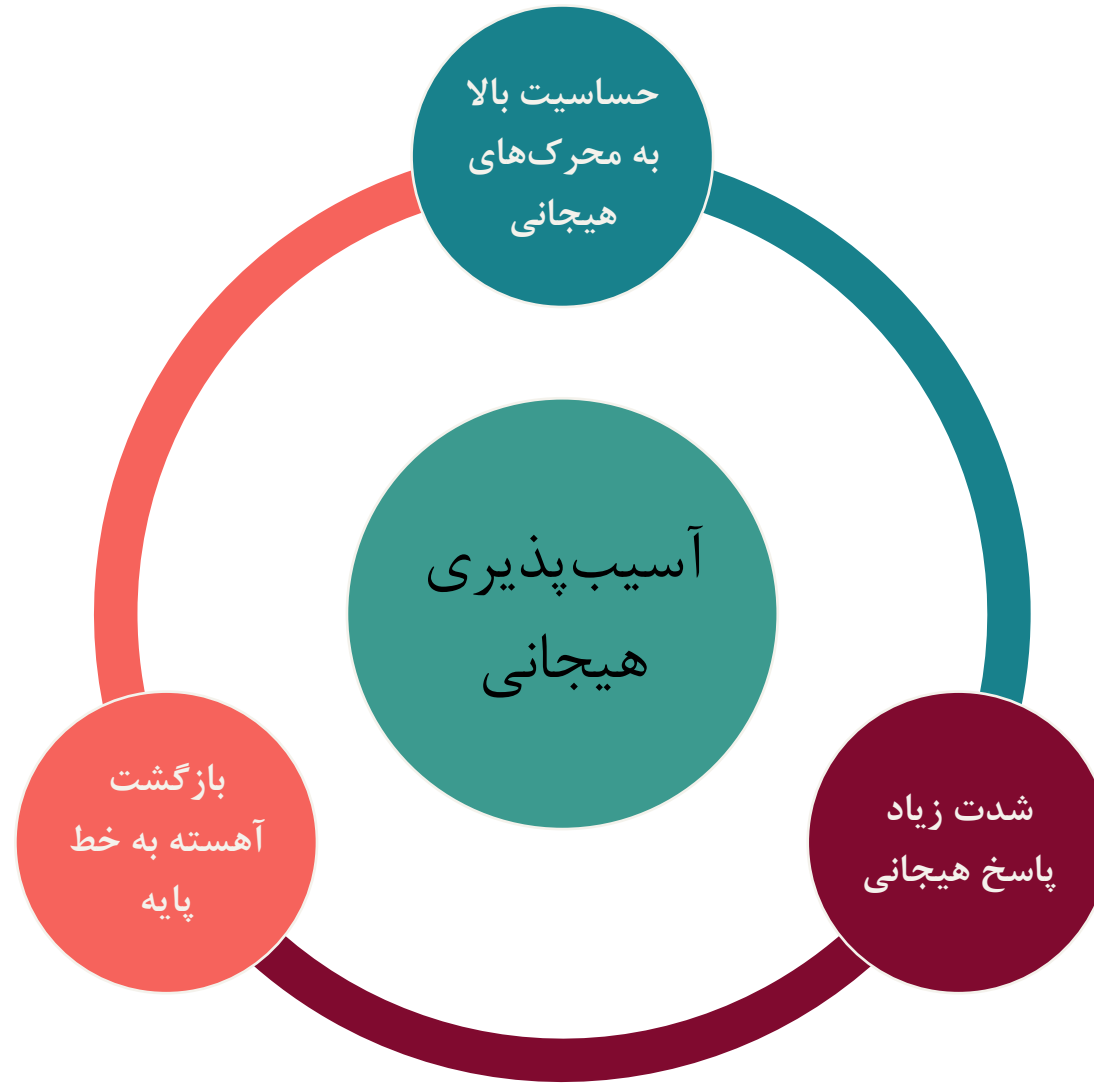
مدل زیستی-اجتماعی :

- مدل زیستی-اجتماعی (Biosocial Model - مدل زیستی-اجتماعی) توضیح می دهد که مشکلات شدید تنظیم هیجان از تعامل:

✓ - آسیب پذیری هیجانی (Emotional Vulnerability - آسیب پذیری هیجانی)

✓ - با محیط نامعتبر ساز (Invalidating Environment - محیط نامعتبر ساز)

ایجاد می شود.



محیط نامعتبر ساز :

-محیطی که تجربه درونی فرد را نادیده می گیرد، مسخره می کند، کوچک می شمارد یا فقط در بحران به آن پاسخ می دهد.

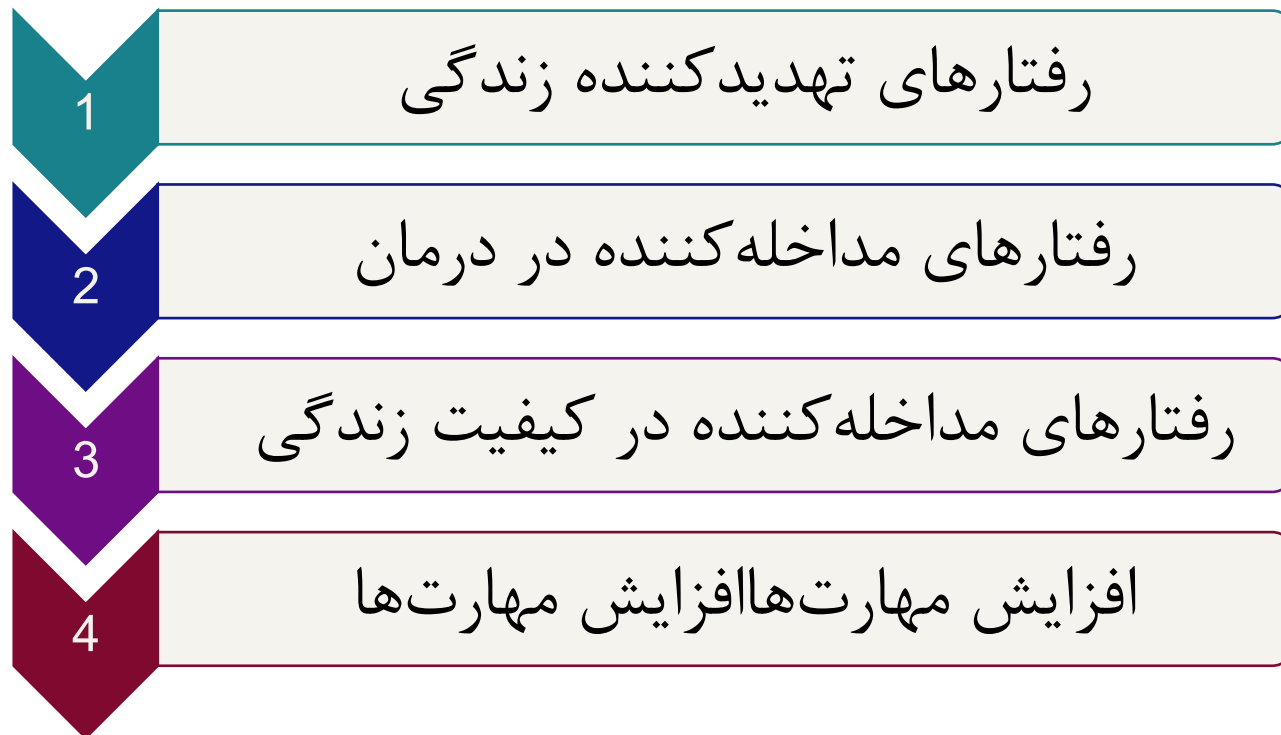
نتیجه:

- فرد به تجربه خود بی اعتماد می شود و در تنظیم هیجان مشکل پیدا می کند.

ساختار استاندارد DBT جامع :

- ❑ -درمان فردی (Individual Therapy - درمان فردی)
- ❑ -آموزش مهارت‌ها (Skills Training Group - گروه آموزش مهارت‌ها)
- ❑ -کوچینگ تلفنی (Phone Coaching - کوچینگ تلفنی)
- ❑ -تیم مشاوره درمانگران (Consultation Team - تیم مشاوره درمانگران)

سلسله مراتب اهداف در DBT :



تحلیل زنجیره‌ای :

- ✓ تحلیل زنجیره‌ای (Chain Analysis_ تحلیل زنجیره‌ای) ابزار اصلی DBT برای فهم رفتارهای مشکل‌زا است.
- ✓ در این روش، رفتار به اجزای قبل، حین و بعد از وقوع تجزیه می‌شود.

اجزای تحلیل زنجیره‌ای:

- عوامل آسیب‌پذیری
- رویداد آغازگر
- افکار
- هیجان‌ها
- حس‌های بدنی
- تکانه‌ها
- رفتار
- پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت

تحلیل راه حل :

- پس از تحلیل زنجیره‌ای،

تحلیل راه حل (Solution Analysis - تحلیل راه حل) انجام می شود.

-سؤال اصلی:

در کدام حلقه زنجیره می توان از مهارت یا مداخله مؤثر استفاده کرد؟

راهبردهای پذیرش در DBT :

- اعتبار بخشی (Validation - اعتبار بخشی)
- ذهن آگاهی (Mindfulness - ذهن آگاهی)
- پذیرش بنیادین (Radical Acceptance - پذیرش بنیادین)

راهبردهای تغییر در DBT :

حل مسئله (Problem Solving _ حل مسئله) 

مواجهه (Exposure _ مواجهه) 

آموزش مهارت 

مدیریت وابستگی ها و تقویت ها 

بازسازی رفتاری موقعیت ها 

ماژول اول – ذهن آگاهی

- هسته اصلی همه مهارت‌ها
- مشاهده (Observe – مشاهده)
- توصیف (Describe – توصیف)
- مشارکت (Participate – مشارکت)
- بدون قضاوت (Non-judgmentally – بدون قضاوت)
- یک‌ذهنی (One-mindfully – یک‌ذهنی)
- مؤثر بودن (Effectively – مؤثر بودن)

ذهن خردمند:

❖ **ذهن هیجانی** (Emotion Mind - ذهن هیجانی)

❖ **ذهن منطقی** (Reasonable Mind - ذهن منطقی)

❖ **ذهن خردمند** (Wise Mind - ذهن خردمند)

❖ **هدف:** تصمیم‌گیری از موضعی که هیجان و منطق را یکپارچه کند

ماژول دوم – تحمل پریشانی

- 1 { تحمل پریشانی (Distress Tolerance – تحمل پریشانی) برای زمان‌هایی است که موقعیت فوراً قابل تغییر نیست.
- 2 { • هدف: زنده ماندن در بحران، بدون بدتر کردن شرایط

مهارت‌های تحمل پریشانی :

توقف (STOP _توقف) 

تیپ (TIPP _تیپ) 

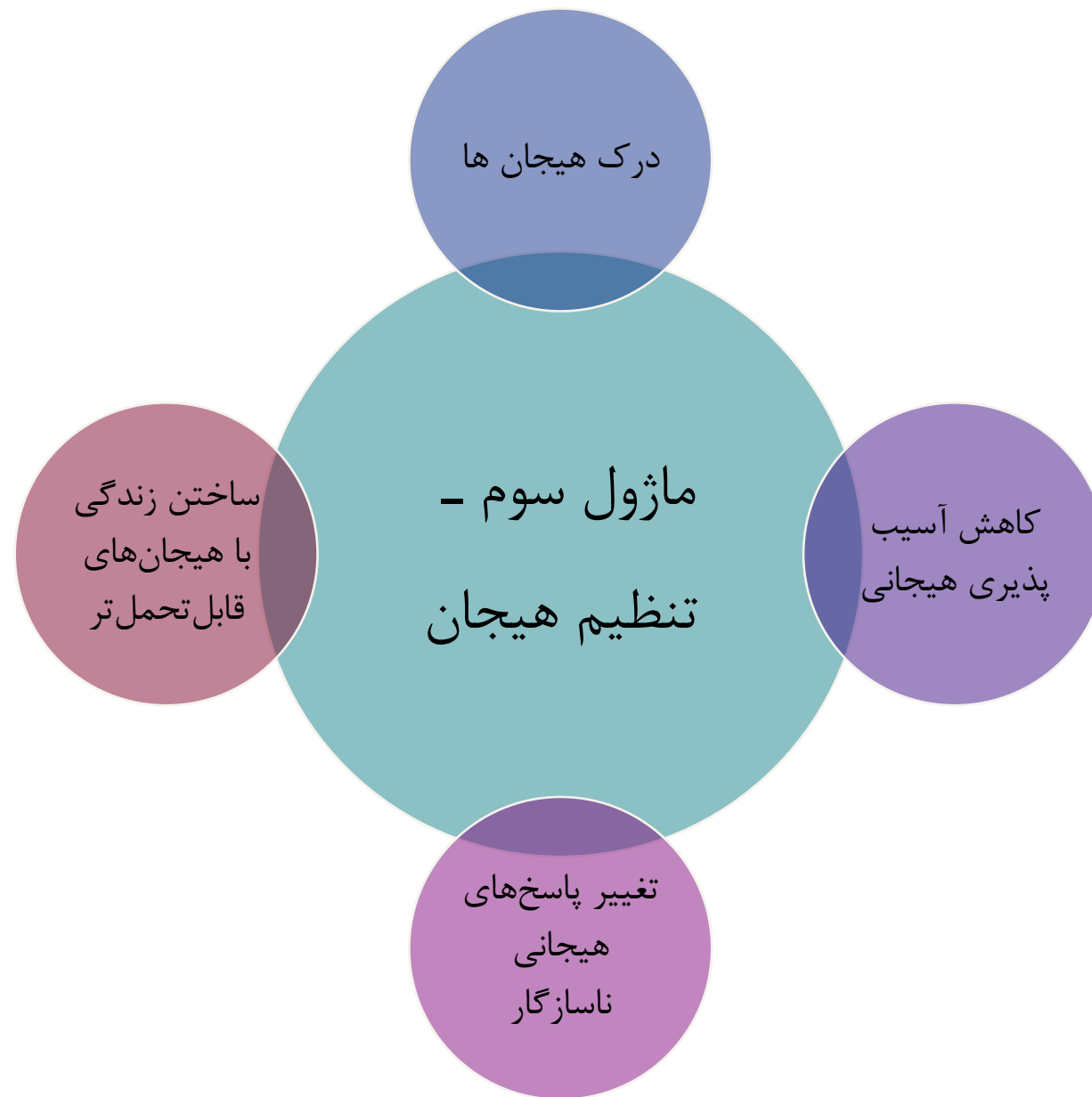
خودآرام‌سازی (Self-Soothing _خودآرام‌سازی) 

بهبود لحظه (IMPROVE the Moment _بهبود لحظه) 

پذیرش بنیادین 

پذیرش بنیادین:

- پذیرش بنیادین یعنی دیدن کامل واقعیت همان‌گونه که هست.
- این مفهوم به معنای تأیید، دوست داشتن یا تسلیم منفعلانه نیست.
- هدف: توقف جنگ بی‌ثمر با واقعیت

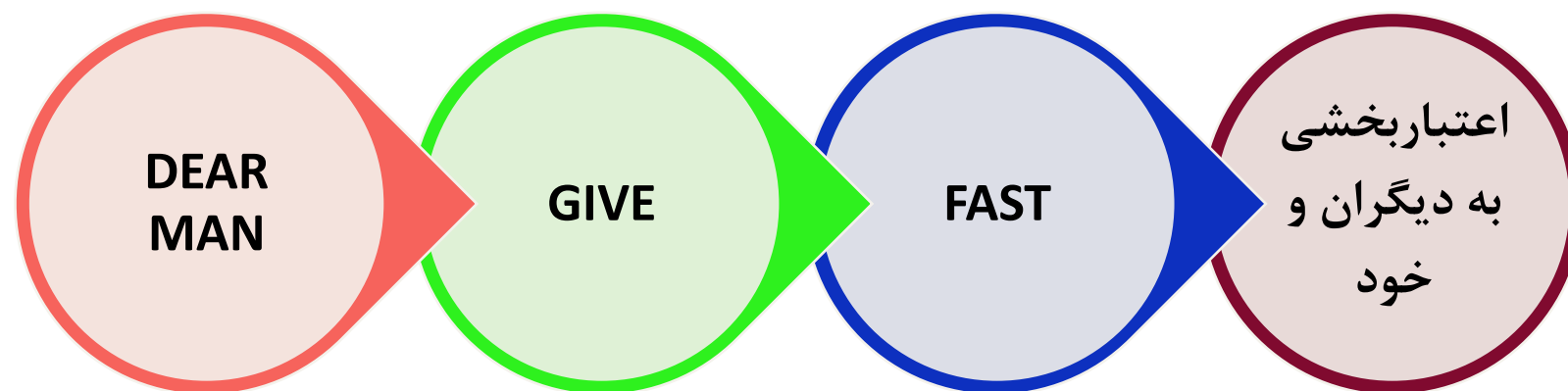


مهارت‌های تنظیم هیجان :

- نام‌گذاری هیجان‌ها
- بررسی حقایق (Check the Facts - بررسی حقایق)
- اقدام مخالف (Opposite Action - اقدام مخالف)
- ABC PLEASE
- کاهش آسیب‌پذیری جسمانی



مهارت‌های بین فردی



بخش پنجم:
مقایسه رفتار درمانی و DBT



شبهات‌های اساسی:

- ✓ هر دو مبتنی بر نظریه یادگیری‌اند.
- ✓ هر دو بر رفتار و کارکرد آن تمرکز دارند.
- ✓ هر دو ساختارمند و مبتنی بر شواهداند.
- ✓ هر دو از سنجش و تحلیل دقیق رفتار استفاده می‌کنند.

تفاوت در دامنه

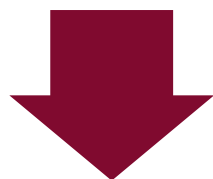


DBT علاوه بر تغییر رفتار، بر پذیرش، دیالکتیک، ذهن آگاهی و رابطه درمانی نیز تأکید می کند.

رفتار درمانی کلاسیک بیشتر بر تغییر مستقیم رفتار تمرکز دارد.

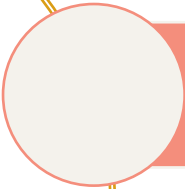
تفاوت در نگاه به هیجان

در رفتاردرمانی کلاسیک، هیجان بیشتر در قالب پاسخ آموخته شده یا متغیر همراه رفتار دیده می شود.

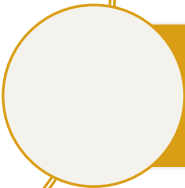


در DBT، تنظیم هیجان یک محور مرکزی و مستقل است.

تفاوت در اعتبار بخشی



اعتبار بخشی در DBT جایگاه محوری دارد.



در رفتار درمانی سنتی، این مفهوم به اندازه DBT صورت بندی نظام مند ندارد.

تفاوت در فلسفه درمان

رفتاردرمانی: تأکید بیشتر بر تغییر

DBT: تعادل میان پذیرش و تغییر

تفاوت در ساختار درمان :

- رفتاردرمانی می تواند تکنیک محور و انعطاف پذیرتر باشد.
- DBT جامع دارای ساختار چند جزئی استاندارد است.

تفاوت در جمعیت هدف :

○ رفتاردرمانی: طیف وسیعی از مشکلات

○ **DBT** : به ویژه مناسب برای مشکلات شدید تنظیم هیجان، تکانشگری، رفتارهای

خودآسیب‌رسان و بحران‌های بین‌فردی

جدول مقایسه‌ای:

ستون اول: رفتار درمانی

ستون دوم: رفتار درمانی دیالکتیکی

ردیف‌ها:

- مبنای نظری
- هدف اصلی
- نگاه به هیجان
- جایگاه پذیرش
- ساختار درمان
- مهارت آموزی
- تحلیل رفتار
- کاربردها

کدام رویکرد «بهتر» است؟

- پرسش درست این نیست که کدام به طور مطلق بهتر است.

- پرسش علمی این است که:

○ برای چه مسئله‌ای؟

○ برای چه فردی؟

○ در چه بافتی؟

DBT - در واقع گسترش یافته و غنی ترِ سنت رفتاری برای برخی مشکلات پیچیده است.

نتیجه مقایسه:

- ❑ رفتاردرمانی بنیان علمی و فنی مهمی برای فهم و تغییر رفتار فراهم می کند.
- ❑ DBT این بنیان را حفظ می کند و با افزودن پذیرش، دیالکتیک، تنظیم هیجان و اعتباربخشی، آن را برای مسائل پیچیده تر کارآمدتر می سازد.

بخش هشتم:
کاربرد مدیریت فشار شغلی کادر درمان



فشار شغلی کادر درمان از منظر رفتاری

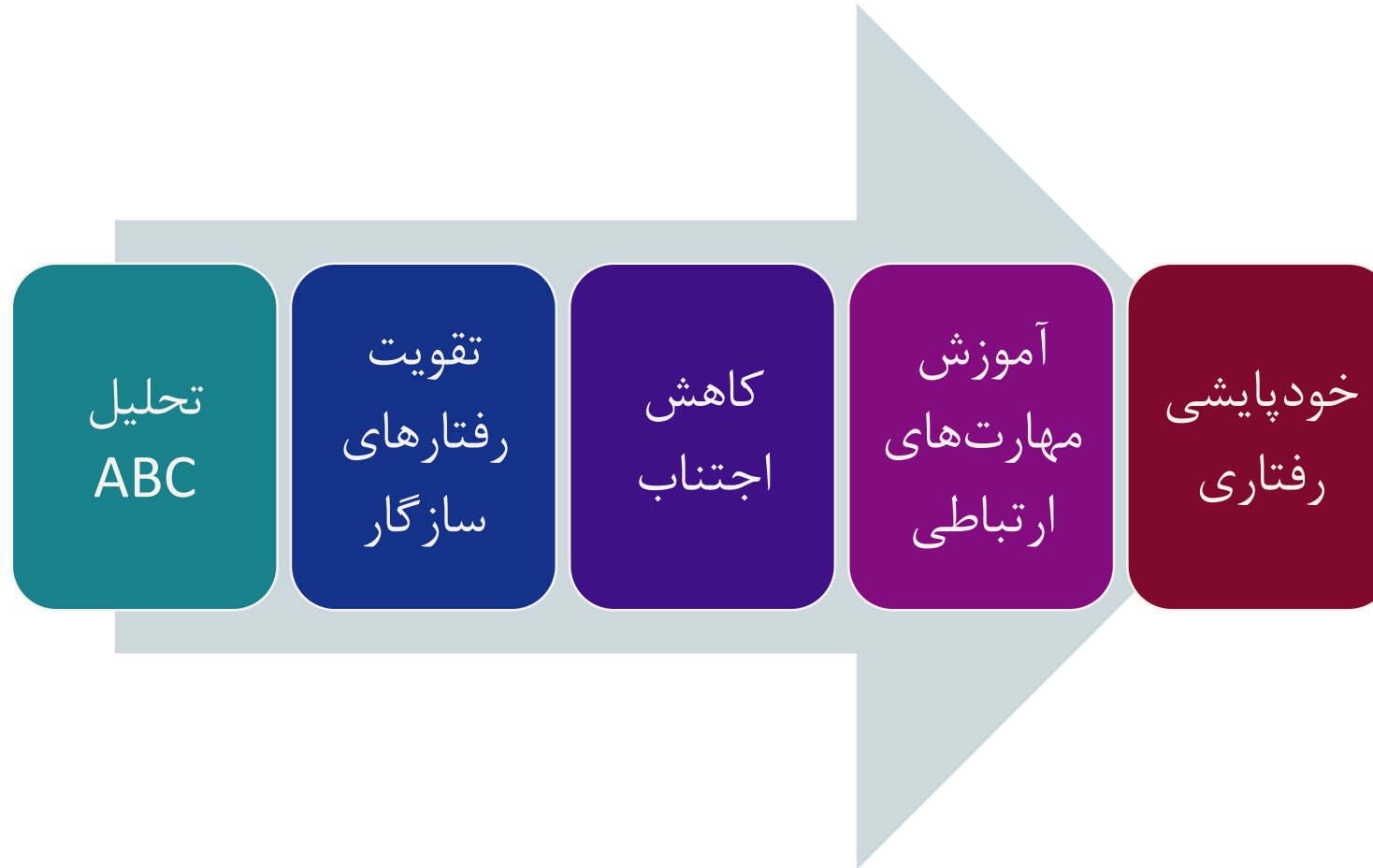
- عوامل پیش آیند:

- شیفت طولانی
- کمبود نیرو
- ابهام نقش
- مواجهه با درد و مرگ

- پیامدهای رفتاری:

- اجتناب
- تحریک پذیری
- تعارض
- فرسودگی

مداخلات برگرفته از رفتاردرمانی



مداخلات برگرفته از DBT



جمع‌بندی کاربردی :

- ✓ برای فشار شغلی روزمره، اصول رفتاردرمانی بسیار مفیدند.
- ✓ وقتی فشار شغلی با نوسان شدید هیجان، فرسودگی، تکانشگری و تعارض بین فردی همراه شود، مهارت‌های DBT مزیت بیشتری پیدا می‌کنند.

نتیجه نهایی :

- رفتاردرمانی (Behavior Therapy _ رفتاردرمانی) زیربنای علمی تغییر رفتار است.
- رفتاردرمانی دیالکتیکی (Dialectical Behavior Therapy _ رفتاردرمانی دیالکتیکی) توسعه‌ای پیشرفته بر این زیربناست که برای تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و مدیریت روابط پیچیده، ابزارهای کامل‌تری فراهم می‌کند.
- بنابراین، بهترین نتیجه در آموزش کادر درمان از **ترکیب بنیان‌های رفتاردرمانی با مهارت‌های DBT به دست می‌آید.

منابع پیشنهادی

1. Linehan, M. M. DBT Skills Training Manual.
2. Linehan, M. M. Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder.
3. Miltenberger, R. Behavior Modification: Principles and Procedures.
4. Kazdin, A. Behavior Modification in Applied Settings.

Thank you