

# CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم از مجموعه کتاب‌های متمایز CBT

تألیف:

جیمز پی. مک کالو

الیزابت شرام

جی. کیم پنبرثی

ویراستار مجموعه:

ویندی درایدن

ترجمه:

کلثوم کریمی نژاد

محمدجواد بگیان کوله مرز

دکتر کامران یزدانبخش

مجتبی بختی



انتشارات آوای نور

تهران - ۱۳۹۸

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سرشناسه	: مکالو، جیمز McCullough, James P.
عنوان و نام پدیدآور	: CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم/تالیف جیمز پی. مکالو، الیزابت شرام، جی. کیم پنبرثی؛ ویراستار مجموعه ویندی درایدن؛ ترجمه کلثوم کریمی نژاد ... او دیگران.
مشخصات نشر	: تهران: آوای نور، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	: ۱۹۲ص.
فروست	: ... مجموعه کتابهای متمایز CBT.
شابک	: ۹۷۸-۶۰۰-۳۰۹-۴۳۰-۷
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: عنوان اصلی: CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder, ۲۰۱۵.
یادداشت	: ترجمه کلثوم کریمی نژاد، محمدجواد بگیان کوله مرز، کامران یزدانبخش، مجتبی بختی.
موضوع	: افسردگی -- درمان Depression, Mental-- Treatment
موضوع	: شناخت درمانی Cognitive therapy
شناسه افزوده	: شرام، الیزابت Schramm, Elisabeth
شناسه افزوده	: پنبرثی، جی. کیم Penberthy, J. Kim
شناسه افزوده	: درایدن، ویندی، ۱۹۵۰- م، ویراستار Dryden, Windy
شناسه افزوده	: کریمی نژاد، کلثوم، ۱۳۶۱- مترجم
رده بندی کنگره	: RC۱۳۹۷۵۳۷ ۹س ۱۳۶۱/م
رده بندی دیویی	: ۸۹۱۴۲۵/۶۱۶
سازمان	: ۸۶۱۰۷۷۷



تهران، میدان انقلاب، خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهید وحید نظری،  
پلاک ۹۹، طبقه دوم تلفن: ۶ و ۶۶۹۶۷۳۵۵ / شماره: ۶۶۴۸۰۸۸۲

## CBASP درمانی متمایز

### برای اختلال افسردگی مداوم از مجموعه کتابهای متمایز CBT

تألیف: جیمز پی. مک کالو - الیزابت شرام - جی. کیم پنبرثی

ویراستار مجموعه: ویندی درایدن

ترجمه: کلثوم کریمی نژاد - محمدجواد بگیان کوله مرز - دکتر کامران یزدانبخش

مجتبی بختی

ناشر: انتشارات آوای نور

صفحه آرا: منیر السادات حسینی

چاپ: اول ۱۳۹۸

شمارگان: ۵۰۰ نسخه

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۳۰۹-۴۳۰-۷

قیمت ۲۶۰۰۰ تومان

کلیه حقوق برای ناشر محفوظ است

---

## فهرست مطالب

---

۸	CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم.....
۱۲	پیشگفتار .....
۱۸	مقدمه .....
۲۲	بخش ۱: ویژگی‌های نظری متمایز الگوی CBASP .....
۲۴	فصل اول: پیشینه متمایز CBASP .....
۳۰	فصل دوم: اصطلاحات و واژگان متمایز الگوی CBASP .....
۳۸	فصل سوم: اصول نظری متمایز CBASP .....
۴۲	فصل چهارم: آسیب‌شناسی روانی متمایز بیمار مزمن .....
۴۶	فصل پنجم: مشکل ترس - اجتناب: ادراک گسستگی و قطع ارتباط با دیگران .....
۵۲	فصل ششم: اهداف متمایز درمان CBASP .....
۵۴	فصل هفتم: نقش متمایز روان‌درمانگر در مشارکت شخصی منظم (قاعده‌مند) .....
۵۸	فصل هشتم: کاربرد متمایز راهبرد فرضیه انتقال .....
۶۴	فصل نهم: تمرین تمایز بین‌فردی در CBASP .....
۶۸	فصل دهم: نقش درمانگر متمایز به‌عنوان ایجادکننده پیامدها .....
۷۲	فصل یازدهم: تمرین تحلیلی موقعیتی CBASP .....
۷۸	فصل دوازدهم: آماده کردن بیماران پیش‌درمان برای یادگیری با استفاده از پاسخدهی شخصی مشروط .....
۸۲	فصل سیزدهم: نقش شرکت‌کننده بیمار در CBASP .....
۸۶	فصل چهاردهم: ویژگی‌های مطلوب درمانگران CBASP .....
۹۲	فصل پانزدهم: شکل ساختاریافته متمایز جلسات CBASP .....
۹۴	بخش دوم: ویژگی‌های کاربردی/ بالینی CBASP .....
۹۶	فصل شانزدهم: رویکرد منحصر به فرد CBASP در تشخیص PDD .....
۱۰۰	فصل هفدهم: بیمار پیش‌عملیاتی را دست بالا نگیرید .....
۱۰۶	فصل هجدهم: ایجاد وابستگی درون جلسات به‌گونه‌ای که مراجعین یاد بگیرند .....
۱۱۰	فصل نوزدهم: اجرای مشارکت شخصی منظم (قاعده‌مند) در روان‌درمانی CBASP .....
۱۱۴	فصل بیستم: چگونه نقش DPI را برای بیماران مشخص کنیم .....
۱۲۲	فصل بیست و یکم: جلسه ۲: پیشینه افراد مهم و ساختن فرضیه انتقال .....
۱۲۸	فصل بیست و دوم: تمرین تمایز بین فردی و هدف اول درمان CBASP .....
۱۳۴	فصل بیست و سوم: تحلیل موقعیتی: مرحله فراخوانی SA .....
۱۴۰	فصل بیست و چهارم: تحلیل موقعیتی: مرحله درمان SA .....

۱۴۴	فصل بیست و پنجم: مثال تحلیل موقعیتی: مورد اول
۱۵۰	فصل بیست و ششم: مثال‌های تحلیل موقعیتی: موارد دوم و سوم
۱۵۶	فصل بیست و هفتم: آموزش بیماران برای مدیریت یک اختلال مادام‌العمر
۱۶۲	فصل بیست و هشتم: اهداف یادگیری عملیاتی شده CBASP
۱۷۲	فصل بیست و نهم: توصیف موردی CBASP (بخش الف)
۱۸۰	فصل سی‌ام: توصیف موردی CBASP (بخش ب)
۱۸۶	منابع

این کتاب تقدیم به بیمارانمان و آن‌هایی که توسط درمانگرانی که آموزش دادیم درمان شدند. شما به ما چیزهای بسیاری را در مورد زیان‌های این اختلال یاد دادید. امیدواریم که درمان ما برای شما مفید واقع شود و به استفاده از کاردرمانی ما ادامه دهید.



---

## CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم

---

سیستم روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری<sup>۱</sup> (CBASP) تنها الگوی روان‌درمانی است که به‌طور اختصاصی برای درمان افسردگی مداوم ایجاد شده است. در آخرین ویراست مجموعه کتاب‌های متمایز که با موفقیت همراه بود، جیمز مک‌کالو ابداع‌کننده CBASP، به همراه الیزابت شرام و جی. کیم پنبرثی، مقدمه‌ای قابل‌دستیابی به این رویکرد را ارائه کرده و نشان می‌دهند که چگونه این رویکرد متفاوت از دیگر رویکردهای شناختی- رفتاری است و در آن بر ویژگی‌هایی تأکید می‌کنند که هم از نظر تئوری و هم از نظر عملی این رویکرد را منحصر به فرد می‌گردانند.

مشکلات منحصر به فرد بیماران با افسردگی مداوم از جمله دشوارترین مشکلاتی است که درمانگران با آن مواجه می‌شوند. این اختلال به‌طور معمول یک دهه و حتی بیشتر ادامه می‌یابد و بیماران با انزوا، اجتناب و قطع ارتباط بین‌فردی وارد دوره روان‌درمانی می‌شود و انگیزه پایین یا هیچ انگیزه‌ای برای تغییر ندارند. **CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم**، توجه به دنیای پدیدار شناختی بیماران را ترغیب می‌کند و به خواننده نشان می‌دهد که چرا جهان‌بینی بیمار ادراک ارزشمند و معتبری از واقعیت است.

CBASP شیوه‌ای است که به هدف مطرح کردن مشکلات بیماران به‌صورت گام‌به‌گام طرح‌ریزی شده است. این کتاب نقش درمانگر را بررسی کرده و نشان می‌دهد که الگوی CBASP چگونه به درمانگران کمک می‌کند تا در یک حوزه ایمن بین‌فردی افسردگی بیمار مطرح شود. به بیماران آموزش داده می‌شود، هر کاری که آن‌ها انجام می‌دهند چه پیامدهایی برای دیگران (شامل درمانگر) و محیط اجتماعی دارد که آن‌ها در آن زندگی می‌کنند. **CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم است و** یک کتاب ضروری برای درمانگران، مشاوران و روان‌درمانگران باتجربه و نیز تازه‌کار CBT خواهد بود که افسردگی مداوم را درمان می‌کنند.

---

۱. cognitive behavioral analysis system of psychotherapy



**جیمز پی. مک کالو (جیمز کوچک)** استاد برجسته روانشناسی و روان پزشکی در دانشگاه کامن ولث ویرجینیا<sup>۱</sup> است.

**الیزابت شرام** استاد مرکز پزشکی دانشگاه، در فرایبرگ آلمان است.

**جی. کیم پنبرثی** دانشیار روان پزشکی و علوم اعصاب رفتاری دانشگاه ویرجینیا، دانشگاه پزشکی شارلوت ویل<sup>۲</sup> (Va) آمریکاست.

CBASP ابداع شده توسط دکتر جیمز پی. مک کالو، تنها روان درمانی است که به صورت تخصصی برای درمان افسردگی مداوم طراحی شده است. اکنون کارآمدی آن در چندین آزمایش بالینی نشان داده شده است. این کتاب به طور دقیق و روشن توضیح می دهد که CBASP چه تفاوتی با اشکال سنتی درمان شناختی رفتاری داشته و کاربردهای بالینی آن را توصیف می کند. این کتاب برای همه درمانگران و کارآموزانی که بیماران مبتلا به افسردگی مداوم را درمان می کنند و برای همه متخصصان بهداشت روانی که به مطالب بیشتر در مورد الگوهای CBT استاندارد علاقه مند هستند فوق العاده ارزشمند است. **دنیلان. کلین استاد و رئیس بخش روانشناسی، دانشگاه استونی بروک<sup>۳</sup>.**

«کار جیمز پی. مک کالو یک راهنما برای درمانگران و پژوهشگرانی است که برای درک و درمان افراد با افسردگی مداوم تلاش می کنند. این کتاب یک «کتاب ضروری برای خواندن» متخصصان بهداشت روانی است که با بیماران مبتلا به افسردگی مداوم که اغلب به خوبی «درک نمی شوند لازم است». **دکتر تاد کی. فیوریت، سرپرست روانشناسی بالینی دانشگاه میشیگان، استادیار، دانشکده پزشکی یو از ام بخش روان پزشکی.**

درمان شناختی- رفتاری (CBT) جایگاه مهمی را در حرکت به سمت درمان های مبتنی بر شواهد به خود اختصاص داده و پیاپی در محیط های بالینی مورد استفاده قرار می گیرد. با این حال هنوز هیچ رویکرد واحد جهانی به CBT وجود ندارد و درمانگران از موج اول، دوم و حتی سوم این رویکرد صحبت می کنند.

۱. Virginia Commonwealth University

۲. University of Virginia School of Medicine, Charlottesville

۳. Stony Brook University

مجموعه این کتاب‌ها، راهنمایی‌های قابل‌دستیابی و سرراستی را برای چندین روش CBT فراهم می‌کند، ویژگی‌های متمایزکننده هر رویکرد را روشن می‌کنند. ویندی درآیدن ویراستار این مجموعه، متخصصان هریک از این رشته‌ها را برای خلاصه کردن ۳۰ جنبه اصلی رویکردشان که به ویژگی‌های تئوری و عملی تقسیم می‌شوند به‌طور موفقیت‌آمیزی گرد هم آورده است.

**مجموعه کتاب‌های متمایز CBT** یک کتاب ضروری برای خواندن روانشناسان، مشاوران و روان‌درمانگران با همه جهت‌گیری‌ها نظری و تجربی است که می‌خواهند مطالب بیشتری را در مورد گستره‌ای از رویکردهای شناختی رفتاری در حال توسعه و جدید آموزش دهند.

#### عناوین این مجموعه‌ها:

**رویکرد بین تشخیصی به CBT با استفاده از روش درمان چند سطحی<sup>۱</sup>**  
توسط وارن منسل، تیموتی ای. کوری و سارا جی. تای.  
**درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد** توسط پاول ای. فلکسمن، جی. تی. بلک لچ و فرانک دبلیو. باند.

**کتاب‌های شناخت درمانی** تألیف فرانک ویلز

**فعال‌سازی رفتاری** توسط جاناناتان دبلیو. کانتر، اندرو ام. بوش و لورا سی. راش  
**CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم** توسط جیمز پی. مک‌کالو (کوچک)، الیزابت شرام و جی. کیم پنبرثی.

**درمان مبتنی بر شفقت** توسط پل گیلبرت

**روان‌درمانی ساختاری** توسط روبرت ای نیمیر

**رفتاردرمانی دیالکتیکی** توسط میشل ای. اسویلز و هایدی آل. هرد

**روان‌درمانی تحلیل کارکردی** توسط ماویس. تسای، رابرت جی. کولبنرگ، جاناناتان

دبلیو. کانتر، گارث آی. هولمن و ماری پلامر لودون

**درمان فراشناختی** توسط پیتر فیشر و آدریان ولز

**شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی** توسط ربکا کرین

---

۱. A Transdiagnostic Approach to CBT using Method of Levels Therapy

*CBT روایت‌محور* توسط جان رودز

درمان شناختی رفتاری هیجانی توسط ویندی درایدن

طرح‌واره درمانی توسط اشکول رافائلی، دیوید پی. برنشناین و جفری یانگ

برای اطلاعات بیشتر در مورد این مجموعه‌ها لطفاً

را ببینید. [www.routledgeath.com/cbt\\_distinctive-features](http://www.routledgeath.com/cbt_distinctive-features)

---

## پیشگفتار

---

### **CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم**

اگر شما هم مانند من یک درمانگر فعال سلامت‌روان هستید که سوگند خورده‌اید به آن‌هایی که افسردگی بالینی دارند کمک کنید، افرادی را ملاقات **خواهید کرد** که واجد ملاک تشخیصی برای اختلال افسردگی مداوم (PDD) می‌باشند. ممکن است شما متوجه این امر نشده باشید و مانند من بین درمان‌های روان‌شناختی که برایتان آشنا هستند گیر کرده باشید. در مورد من این درمان‌های آشنا، درمان شناختی رفتاری برای افسردگی (CBT-D)، درمان بین فردی و به‌تازگی هم فعال‌سازی رفتاری می‌باشند (بک، ۱۹۷۶؛ کلرمن و همکاران، ۱۹۸۴؛ مارتل، ۲۰۰۱). بدون تردید این درمان‌ها در بافت افسردگی حاد ملاک‌های کارآمدی و اثربخشی را کسب نموده‌اند؛ بنابراین شما هم مانند من ممکن است در مورد این که چرا، مثلاً اجرای CBT-D این‌قدر مشکل است و یا این که چرا تأثیری کم یا هیچ تأثیری بر برخی از بیماران مبتلابه افسردگی مداوم دارد عمیقاً گیج و آشفته شوید. فرضیه‌ای که من ارائه می‌کنم این است که بیمارانی به‌طور آشکار «مقاوم» یا «مقاوم به درمان» یا «دارای اختلال شخصیت» هستند و علیرغم تدابیر روان‌درمانی خوب اجراشده و معمول شما مقاوم هستند و از نظر بالینی ناسازگارند، به‌احتمال زیاد دارای پیشینه‌ای از افسردگی مداوم و افسرده‌خویی می‌باشند.

اختلال افسردگی مداوم کمتر تشخیص داده می‌شود؛ و به‌درستی درمان نمی‌شود؛ و به‌طور قابل توجهی بیش از آن چیزی که تصور می‌شود شایع است. روشن است که اختلال افسردگی مداوم اختلالی است که نشانه‌های آن به‌سختی درمان می‌شود، درمان این اختلال نیازمند درمانگران باتجربه‌ای است که بتوانند در مدت زمانی معقول و به‌طور طولانی مدت با بیماران کار کنند. تا همین اواخر راهنمایی در مورد این که چه درمان روان‌شناختی خاصی ممکن است در بافت اختلال افسردگی مداوم مورد استفاده قرار گیرد خیلی قطعی و مسلم نبود.

من به مدت ۳۵ سال درمانگر موج اول رفتاردرمانی بودم. من طی ۲۵ سال اخیر یا بیشتر از آن کم‌وبیش این «بخش تاریک<sup>۱</sup>» را ملاقات کرده‌ام و به موج دوم یا «انقلاب»

---

۱. dark side

شناخت درمانی پیوستم. به دو دلیل در مقابل پیوستن به موج سوم مقاومت می‌کنم. ابتدا این که نمی‌توانم همسو و همراه با تغییرات در CBT که این «انقلاب» بذر آن را می‌کارد پیش بروم. دوم و مهم‌تر از همه این که شواهد تجربی از شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، فعال‌سازی رفتاری (BA) و درمان مبتنی بر شفقت (CMT) (عذرخواهی می‌کنم اگر درمانگری را از قلم انداختم) در بافت اختلال افسردگی مداوم حمایت نمی‌کنند.

کسانی که مرا می‌شناسند می‌دانند که نظر من در مورد «بخش تاریک» سخنی جدی اما در قالب شوخی است. هرگونه ادعایی در مورد مهارت و تخصص از جانب من تا حد خیلی زیادی به دلیل ۲۵ سالی است که با تدریس و آموزش به درمانگران سلامت‌روان در اسکاتلند گذراندم تا «حالت هنری بودن»<sup>۱</sup> درمان شناختی-رفتاری را ارائه دهم. علاوه بر این اکثر کاربست و درمان بالینی CBT من طی ۱۵ سال اخیر در بافت حوزه تخصصی خدمات بالینی بوده که بر درمان جسمی و روان‌شناختی اختلال افسردگی مداوم متمرکز است؛ بنابراین از نظر علمی و بالینی طرفدار CBT هستم.

در اینجا جنبه چالش‌برانگیز شخصی این پیشگفتار آورده می‌شود. خاتمه گفته‌هایم بر اساس ۲۵ سال درمان CBT این است: «*CBT-D/استاندارد وقتی برای درمان اختلال افسردگی مداوم استفاده می‌شود، به‌طور رضایت‌بخشی آن را درمان نمی‌کند*».

اینجا من این حرف را گفتم، با صدای بلند، من احساس ناسپاسی و بی‌وفایی می‌کنم و الآن و هر لحظه منتظر هستم پلیس CBT سر برسد. سریع حرف مرا سند ندانید. زمانی که با افرادی که از PDD رنج می‌برند کار می‌کنید حرف‌های من بر تجربیات بالینی شما تأثیر می‌گذارد. یک نگاهی به دو بازبینی اخیر فراتحلیل/سیستمی بیندازید: یکی توسط پیم کویچپرس و همکارانش و یکی توسط جان اسپیچکر و همکارانش (کویچپرس و همکاران، ۲۰۱۰؛ اسپیچکر و همکاران، ۲۰۱۳). هر دو گروه تأکید می‌کنند که شواهد اندکی وجود دارد که چگونه می‌توان به بهترین نحو اختلال افسردگی مداوم را درمان کرد. هر دو تا حدی با احتیاط تصریح می‌کنند که روان‌درمانی سیستم تحلیل شناختی-رفتاری CBASP احتمالاً درمان شناختی انتخابی برای این گروه از بیماران است.

---

۱. state of the art

من اولین بار در سال ۲۰۰۰ با انتشار نتایج یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل شده چند مرکز بزرگ شروع به یادگیری در مورد CBASP کردم (کلر و همکاران، ۲۰۰۰). این آزمایش اثرگذار آشکار کرد که CBASP به اندازه درمان‌های دارویی ضدافسردگی (AD) کارآمد است. علاوه بر این نسبت به پژوهش‌های قبلی در مورد PDD، درمان CBASP در ترکیب با داروهای AD در ایجاد بهبودی و نرخ بالاتر بهبودی مجدد به طور شگفت‌آوری کارآمدی داشته است. قابل توجه این که در تجزیه و تحلیل‌های بعدی این نتایج نشان داد که CBASP تأثیر افتراقی مثبتی در آن گروه از بیماران را دارد که سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌زا زندگی و ناگوار اولیه را داشته‌اند (نمروف و همکاران، ۲۰۰۳).

CBASP به طور آشکار به درمانگرانی که تقریباً به طور انحصاری با بیماران مبتلابه افسردگی مداوم و آن‌هایی که اعتماد کمی به درمان‌های روان‌شناختی اصلی دارند، هشدار می‌دهد که بررسی‌های بیشتری در این زمینه انجام دهند. چند سال بعد از اینکه من به یک دانش نظری در مورد کتاب‌های اصلی CBASP دسترسی پیدا کردم (مک کالو، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳) و به همراه سه «دوست CBASP کار» اسکاتلندی‌ام، بازگشتیم تا به همراه مبدع CBASP دکتر جیمز پی مک کالو در ریچموند، ویرجینیا، ایالات متحده آمریکا، به مطالعه و آموزش بپردازم.

من چندین بار در دوره‌های آموزشی به بن‌بست خوردم اما بعد از ملاقات با ریچموند و «یادگیری» نظریه او و تمرین درمان CBASP، بودن با «جیم بزرگ» به عنوان لذت‌بخش‌ترین، چالش‌برانگیزترین و آموزنده‌ترین تجربه حرفه‌ای تخصصی‌ام بوده است. جیم به طور هم‌زمان یک معلم کاریزماتیک، گرم، بخشنده و شگفت‌انگیز، یک درمانگر برجسته، معلمی که به طور مداوم خود را وقف کرده، یک پژوهشگر محترم و نیز دارای یک نیروی واقعی و خدادادی است. او عضو یک گروه کوچک از پژوهشگران بالینی بود که کار خود را ادامه داد تا افسردگی مداوم را درک کند و متوجه شد چگونه با چالش‌های درمانی که توسط این گروه ایجاد می‌شود برخورد نماید. طی ۴۰ سال گذشته او کار بالینی خود را به درمان بیماران با اختلال افسردگی مداوم اختصاص داده است. تقریباً این نیم‌قرن پژوهش اثرگذار و تجربه بالینی است که CBASP به عنوان یک درمان مؤثر و متقاعدکننده فرمول‌بندی شده است.

این کاملاً مایه افتخار و خوشبختی است که از من درخواست شد تا پیشگفتار جدیدترین کتابی که توسط پروفیسور مک کالو، شران و پنبرثی نوشته شده را بنویسم. این کتاب توسط درمانگران و برای درمانگران نوشته شده است. این کتاب به روز بوده و نظریه و راهنمایی‌های بالینی را که ابتدا در سال ۲۰۰۰ در کتاب اول جیم منتشر شد را بسط می‌دهد. ۱۴ سال بعد جیم، الیزابت و کیم رویکرد یکپارچه و چندمرحله‌ای را برای درک اصول و درمان CBASP ارائه کردند. متن این کتاب روشن و شفاف است و رویکرد کاربردی دارد که به طور غنی و اثربخش توسط فضای بالینی مورد حمایت قرار گرفته و به ما بینش‌های ارزشمندی در مورد این که چگونه مراحل مختلف پروتکل درمانی را اجرا کنیم می‌دهد.

من در سفرهای مرتبط با CBASP-CBT با تعداد زیادی از درمانگران و «متخصصان» در CBT (و دیگر درمان‌ها) تعامل داشته‌ام که به من می‌گفتند CBASP فقط یک شکل دیگر از CBT-D یا شکل دیگری از فعال‌سازی رفتاری است یا اینکه شبیه این درمان است یا شبیه فلان درمان است. اغلب این سوء تفاهم‌ها/ سوء ادراک‌های آگاهانه در مورد CBASP برای من گیج‌کننده است.

اشتباه نکنید، CBASP هیچ‌کدام از این موارد نیست. به عبارتی این تنها روان‌درمانی است که به طور خاص باهدف درمان اختلال افسردگی مداوم طرح‌ریزی شد. این درمان در اصل تحلیلی رفتاری است که بر بهبود و تغییر پیامدهای بین‌فردی تمرکز دارد. این جایی است که ما زندگی می‌کنیم، در گروه‌ها، با افراد دیگر، رابطه خوب با دیگر افراد به نوبه خود ضدافسردگی است (لویسنسون، ۱۹۸۴، ۱۹۸۵، ۱۹۹۲). فرد با اختلال افسردگی مداوم کسی است که فقط در ایجاد، حفظ یا ترمیم روابط کارآمد نیست. CBASP به طور آگاهانه و شفاف از رابطه بین درمانگر و بیمار به عنوان یک ابزار درمانی اساسی و اولیه برای ارائه یک تجربه یادگیری ابداعی و جدید استفاده می‌کند (مک کالو، ۲۰۰۶). در جلسات درمان مجموعه‌ای از وابستگی‌ها، متفاوت از آن‌هایی که در دنیای بیمار اتفاق می‌افتد رخ می‌دهد. حس «احساس امنیت»<sup>۱</sup> کمک‌کننده است. یک تجربه اصلاحی رفتاری و سپس هیجانی اتفاق می‌افتد که در آن بیمار می‌تواند به طور کارکردی از این که چطور رفتار اجتماعی او بر دیگران تأثیر می‌گذارد آگاهی بیشتری پیدا نماید.

---

۱. felt safety

پیامدهای افسردگی ای این تأثیرات به‌طور آشکار و واضح مطرح شده است. راهبردهای برای اصلاح و بهبود این پیامدها مورد بررسی و محاسبه قرار گرفته است. بیماران در این جلسه بین فردی به‌دقت طرح‌ریزی شده، می‌توانند شروع به بررسی شیوه‌های مختلف برقراری ارتباط در *اتاق امن کلینیک* و سپس مهم‌تر از آن، در بیرون و در دنیای واقعی در شبکه اجتماعی خودشان نمایند.

جیم، الیزابت و کیم، گزارش‌های جامع و مشروحی را در مورد تمام جنبه‌های این نوآوری و درمان بالینی امیدبخش ارائه کردند. این کتاب به‌طور شفاف و روشن اصول و کاربست‌های منحصربه‌فرد و متمایز در CBASP را که به‌طور مستقیم از ذهن مؤسس آن برآمده مطرح می‌کند. اگر شما می‌خواهید به‌طور شفاف‌تر بدانید چگونه آسیب‌شناسی روانی منحصربه‌فرد یک فرد با افسردگی مداوم ایجاد می‌شود و بسط می‌یابد و چالش‌هایی که این امر برای هر نوع نهاد کمک‌کننده به وجود می‌آورد، این کتاب را بخوانید. اگر شما می‌خواهید بدانید «به‌طور ناگهانی چیزی در ذهنتان جرقه بزند» که چرا الگوهای روان‌درمانی معمول یا مورد استفاده شما برای بیمار با افسردگی مداوم اثربخش نیست، این کتاب را بخوانید. اگر شما می‌خواهید یاد بگیرید که چگونه می‌توانید درمانی را ارائه کنید که به‌طور اختصاصی طرح‌ریزی شده و به‌طور روشن بر اساس یک پروتکل برای درمان افراد با افسردگی مداوم است، این کتاب را بخوانید. اگر شما می‌خواهید بیماران نتایج بهتری را بر حسب بهبود عملکرد اجتماعی همراه با کاهش نشانه‌های افسردگی کسب نمایند، این کتاب را بخوانید. اگر شما می‌خواهید به‌عنوان یک درمانگر حس اثربخشی درمانی و «شادی» را در هنگام کار با افراد مبتلابه افسردگی مداوم دوباره احیا کنید، آنگاه... *این کتاب را بخوانید!*

جان سوان

مدرس ارشد بالینی

دانشگاه داندی

آوریل ۲۰۱۴





---

## مقدمه

---

این متن حاصل ۳۰ سال درمان و پژوهش بوده و توسط سه نفر که در قلب رویکرد CBASP قرار دارند نوشته شده است. هنگامی که ما در سال ۱۹۸۴ چاپ اول CBASP را آغاز کردیم، هیچ طبقه‌بندی تشخیصی خاصی برای افسردگی مداوم وجود نداشت. در سال ۲۰۱۳ به خاطر پژوهش و کار تعدادی از پژوهشگران افسردگی مداوم در ایالات متحده، انجمن روان‌پزشکی آمریکا در DSM-۵ یک طبقه‌بندی تشخیصی رسمی به نام اختلال افسردگی مداوم (افسرده‌خویی PDD) را گنجاند تا بتواند این بیماران تک‌قطبی را توصیف کند. این کتاب بر اساس فهرست اصطلاحات و نشانه‌های PDD است. نویسنده همکار، الیزابت شرام و جی کیم پمبرثی دو نفر از اولین روان‌درمانگرانی بودند که جیم مک‌کالو آن‌ها را آموزش داد و گواهی آموزش CBASP را به آن‌ها اعطا کرد. پروفیسور شرام در کلینیک روان‌پزشکی و روان‌درمانی در مرکز پزشکی دانشگاه فرایبرگ در آلمان و در کلینیک دانشگاه روان‌پزشکی در بازل سوئیس کار می‌کند. وی به‌حق در کشورهای آلمانی‌زبان به‌عنوان برجسته‌ترین روان‌درمانگر و پژوهشگر حوزه روان‌درمانی شهرت و اعتبار کسب کرده است. دکتر شرام بسیاری از آزمایش‌های بالینی اولیه و اصلی مقایسه CBASP با چندین الگوی درمانی معاصر را انجام می‌دهد: تلاش‌های پژوهشی وی در کنار چاپ دستورالعمل‌های فردی و گروهی آلمانی و نیز دیگر کتاب‌ها و مقالات علمی در مورد CBASP ابزاری برای انتشار و ارسال CBASP در سراسر آلمان، اروپا، انگلستان و ایالات متحده است. دکتر پمبرثی دانشیار دانشکده پزشکی دانشگاه ویرجینیا است که در بخش روان‌پزشکی و علوم اعصاب رفتاری کار می‌کند. کیم پیشگام پژوهش با بیماران الکلی با افسردگی مداوم است و اکنون نیز عضو گروه CBASP بوده و در حال ایجاد دستورالعمل‌های روان‌درمانی گروهی CBASP است.

**بخش اول** کتاب که اصول نظری منحصربه‌فرد این الگو را توصیف می‌کند که باید مورد توجه قرار گیرد، تنها رویکرد درمانی است که به‌طور اختصاصی به هدف درمان PDD (افسردگی مداوم) طرح‌ریزی شده است. این الگو قطعاً بر یک دیدگاه بین‌فردی در مورد آسیب‌شناسی روانی متکی است و فصول ابتدایی مسئله دشوار آسیب‌شناختی که بیماران PDD با آن روبرو هستند را به‌طور مشروح توصیف می‌کند. به‌خصوص بیمارانی

دارای افسردگی زودرس که بسیاری از این بیماران در محیط خانوادگی سوءاستفاده کننده و یا آسان‌گیر بزرگ‌شده‌اند. به دلیل پیامدهای رفتاری، شناختی و هیجانی فاجعه‌آمیز این خانواده‌های بدرفتار، CBASP یک نقش روان‌درمانی ابتکاری را تحت عنوان **مشارکت شخصی منظم (قاعده‌مند)**<sup>۱</sup> پیشنهاد می‌کند. این نقش مستلزم این است که درمانگران CBASP با بیماران به‌عنوان «شرکت‌کنندگان<sup>۲</sup>» بین فردی ارتباط برقرار کنند که این‌یک نقش منحصربه‌فرد در حوزه روان‌درمانی است. ما خیلی زود دریافتیم که نقش روان‌درمانی سنتی با درمانگری که در پس نقش غیر مشارکتی «لوح سفید<sup>۳</sup>» پنهان شده، محدودیت‌های معنا‌دار و زیادی در هنگام برخورد و درمان این بیماران دارد. نه تنها نقش سنتی «لوح سفید» قادر به تغییر و اصلاح رفتار بسیاری از بیماران کناره‌گیری کننده و گسلیده نیست، بلکه این نقش وقتی شروع به الگوسازی بین فردی (آن چیزی که رابطه انسانی بهنجار نامیده می‌شود) می‌نماید دارای محدودیت‌های است. درواقع بسیاری از بیماران، باید یاد بگیرند تا عملکرد بین فردی داشته باشند. نقش درمانگر CBASP وقتی که با دیگر نظام‌های روان‌درمانی موجود و امروزی مقایسه می‌شود، به‌طور آشکار یکی از منحصربه‌فردترین ویژگی‌های این الگو است.

**بخش دوم** کتاب توضیح می‌دهد که چطور CBASP را برای بیماران با افسردگی مداوم به کار ببریم. همه تکنیک‌های CBASP توضیح داده‌شده و نمونه‌های موردی متعددی جهت تسهیل درک خواننده ارائه شده است. برای مثال نمونه‌هایی آورده شده است که نشان می‌دهند چگونه با استفاده از پاسخ‌دهی شخصی مشروط<sup>۴</sup> (CPR) دشواری شروع درمان با بیماران را حل‌وفصل کنید. CBASP واژه «بیمار پیش از درمان<sup>۵</sup>» را برای توصیف افرادی که رفتارهای بین فردی مخرب را حذف می‌کنند ابداع کرد که این رفتارها مانع یادگیری درمانی می‌شود. **تمرین تمایز بین فردی<sup>۶</sup> (IDE)** برای دستیابی به تمایز ایمن بین شخص درمانگر و اشخاص مهمی که به بیمار آسیب

---

۱. disciplined personal involvement

۲. participants

۳. warm blank slate

۴. contingent personal responsivity

۵. pre-therapy patient

۶. interpersonal Discrimination Exercise

رسانده‌اند و با او بدرفتاری کرده‌اند مورد استفاده قرار گرفته است. در نهایت این که تکنیکی که مکرراً مورد استفاده قرار می‌گیرد، **تحلیل موقعیتی**<sup>۱</sup> (SA) به‌طور مفصل با استفاده از مثال‌های متعدد توصیف شده است. SA با استفاده از مثال‌ها و توضیحات متعدد در مورد این که رفتار آن‌ها تأثیرات خاصی بر دیگران می‌گذارد که باعث کمک به آن‌ها یا آسیب به آن‌ها می‌شود، به بیماران کمک می‌کند تا از نظر ادراکی با فضای بین‌فردی خودشان ارتباط برقرار کنند. یادگیری این که رفتار یک فرد تأثیر بین‌فردی مشخصی دارد به‌عنوان «**دراک عملکردی**»<sup>۲</sup> نام‌گذاری شده است. SA یک چالش مستقیم با حالت درماندگی بیماران با افسردگی مداوم است که به‌طور معمول برداشتشان این است آن چیزی که آن‌ها انجام می‌دهند اهمیت ندارد. SA پیاپی توضیح می‌دهد آن چیزی که بیماران انجام می‌دهند بسیار مهم است!

سرانجام این‌که CBASP یک الگوی یادگیری اکتسابی تجربی است و همه تکنیک‌های آن در شرایط عملکرد به‌طور عملیاتی تعریف شده‌اند به‌طوری‌که یادگیری اکتسابی قابل ارزیابی باشد. به این معنی که **آزمایش‌های روان‌شناختی** تک‌موردی می‌تواند از طریق CBASP قابل دستیابی گردد. درمانگر می‌تواند به‌طور سیستمی میزان **وابستگی** بین یادگیری که در فرایند درمان رخ داده و تغییراتی که در نتیجه متغیرهای وابسته درمان وجود دارد را بررسی کند.

**جیمز پی مک‌کالو**

**الیزابت شران**

**کیم پنبرتی**

---

۱. Situational Analysis

۲. perceived functionality