

CBASP درمانی متمایز

برای اختلال افسردگی مداوم

از مجموعه کتاب‌های متمایز CBT

تألیف:

جیمز پی. مک کالو

الیزابت شرام

جی. کیم پمبرتی

ترجمه: مجله: مجموعه:

بند: رایدن

ترجمه:

کلتوم کریمی نژاد

محمد جواد بگیان کوله مرز

دکتر کامران یزدانبخش

مجنبی بختی



انتشارات آوای نور

تهران - ۱۳۹۸

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سرشناسه	مکالو، جیمز P McCullough
عنوان و نام پدیدآور	CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم/تالیف جیمز پی مکالو، الیزابت شرام، جی. کیم پنبرتی؛ ویراستار مجموعه ویندی درایدن؛ ترجمه کلثوم کریمی نژاد... او دیگران.
مشخصات نشر	تهران: آوای نور، ۱۳۹۷.
مشخصات ظاهری	۱۹۲ ص.
فروست	... مجموعه کتابهای متمایز CBT
شابک	978-600-309-430-7
وضعیت فهرست نویسی	فیبیا
یادداشت	CBASP as a distinctive treatment for persistent depressive disorder, 2015.
ناشت	ترجمه کلثوم کریمی نژاد، محمدجواد بگیان کوله مرز، کامران یزدانبخش، مجتبی بختی
موضوع	افسردگی - درمان Depression, Mental-- Treatment
نوع	شناخت درمانی Cognitive therapy
شناسه افزوده	شرام، الیزابت Schramm, Elisabeth
ژانر	پنبرتی، ج. کیم Penberthy, J. Kim
شناسه آ. ده	درایدن، ویندی، م. ۱۹۵۰ - ویراستار Dryden, Windy
شناسه و ده	کریمی نژاد، کلثوم، ۱۳۶۱ - مترجم
رده بندی کتب	۱۳۹۷۵۳۷۲۷۲ / ۹۱۴۲۵
رده بندی دیوبی	۸۹۱۴۲۵
شماره کتابشناسی	۱۰۷۷۷



تهران، میدان انقلاب، خیابان ۳ فروردین، خیابان شهید وحید نظری،
پلاک ۹۹، طبقه دوم تلفن: ۶ و ۵۵۵۵۵۵ / نما: ۶۶۴۸۰۸۸۲

CBASP درمانی متمایز

برای اختلال افسردگی مداوم از مجموعه کتابهای متمایز CBT
تألیف: جیمز پی. مک کالو - الیزابت شرام - جی. کیم پنبرتی
ویراستار مجموعه: ویندی درایدن
ترجمه: کلثوم کریمی نژاد - محمدجواد بگیان کوله مرز - دکتر کامران یزدانبخش
مجتبی بختی

ناشر: انتشارات آوای نور

صفحه‌را: 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

۷	CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم
۱۱	پیشگفتار
۱۷	مقدمه
۲۱	بخش ۱: ویژگی‌های نظری متمایز الگوی CBASP
۲۳	فصل اول: پیشینه متمایز CBASP
۲۹	فصل دوم: اصطلاحات و واژه‌گان متمایز الگوی CBASP
۳۷	فصل سوم: اصول نظری متمایز CBASP
۴۱	فصل چهارم: آسیب‌شناسی روانی متمایز بیمار مزمن
۴۵	فصل پنجم: مشکل ترس اجتنابی، دراک گسستگی و قطع ارتباط با دیگران
۵۱	فصل ششم: اهداف متمایز CBASP
۵۳	فصل هفتم: نقش متمایز روان‌درمانی در مشارکت شخصی منظم (قاعده‌مند)
۵۷	فصل هشتم: کاربرد متمایز راهبرد فرضیه انتقال
۶۳	فصل نهم: تمرین تمایز بین فردی در CBASP
۶۷	فصل دهم: نقش درمانگر متمایز به عنوان ایجاد کننده پیوندها
۷۱	فصل یازدهم: تمرین تحلیلی موقعیتی CBASP
۷۷	فصل دوازدهم: آماده کردن بیماران پیش‌درمان برای یادگیری با استفاده از پاسخ‌دهی شخصی مشروط
۸۱	فصل سیزدهم: نقش شرکت‌کننده بیمار در CBASP
۸۵	فصل چهاردهم: ویژگی‌های مطلوب درمانگران CBASP
۹۱	فصل پانزدهم: شکل ساختاریافته متمایز جلسات CBASP
۹۳	بخش دوم: ویژگی‌های کاربردی/ بالینی CBASP
۹۵	فصل شانزدهم: رویکرد متحصربه‌فرد CBASP در تشخیص PDD
۹۹	فصل هفدهم: بیمار پیش عملیاتی را دست بالا نگیرید
۱۰۵	فصل هجدهم: ایجاد وابستگی درون جلسات به گونه‌ای که مراجعین یاد بگیرند
۱۰۹	فصل نوزدهم: اجرای مشارکت شخصی منظم (قاعده‌مند) در روان‌درمانی CBASP
۱۱۳	فصل بیستم: چگونه نقش DPI را برای بیماران مشخص کنیم
۱۲۱	فصل بیست و یکم: جلسه ۲: پیشینه افراد مهم و ساختن فرضیه انتقال
۱۲۷	فصل بیست و دوم: تمرین تمایز بین فردی و هدف اول درمان CBASP
۱۳۳	فصل بیست و سوم: تحلیل موقعیتی: مرحله فراخوانی SA
۱۳۹	فصل بیست و چهارم: تحلیل موقعیتی: مرحله درمان SA

۱۴۳.....	فصل بیست و پنجم: مثال تحلیل موقعیتی: مورد اول
۱۴۹.....	فصل بیست و ششم: مثال‌های تحلیل موقعیتی: موارد دوم و سوم
۱۵۵.....	فصل بیست و هفتم: آموزش بیماران برای مدیریت یک اختلال مادام‌العمر
۱۶۱.....	فصل بیست و هشتم: اهداف یادگیری عملیاتی شده CBASP
۱۷۱.....	فصل بیست و نهم: توصیف موردی CBASP (بخش الف)
۱۷۹.....	فصل سی‌ام: توصیف موردی CBASP (بخش ب)
۱۸۵.....	منابع

پیشگفتار

CBASP درمانی متمایز برای اختلال افسردگی مداوم

اگر شما هم مانند من یک درمانگر فعال سلامت روان 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 شده باشید و مانند من بین درمان‌های روان‌شناختی که برای آنان هستند گیر کرده باشید. در مورد من این درمان‌های آشنا، درمان شناختی رفتاری برای افسردگی (CBASP)، درمان بین فردی و به‌تازگی هم فعال‌سازی رفتاری می‌باشند (بک، ۱۹۷۶؛ کلرمن و همکاران، ۱۹۸۰؛ 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، چرا، چرا اجرای CBT-D این‌قدر مشکل است و یا این که چرا تأثیری کم یا هیچ تأثیری بر برخی از بیماران مبتلا به 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 «درای اختلال شخصیت» هستند و علیرغم تدابیر روان‌درمانی خوب اجرا شده و معمول شما مقاوم هستند و از نظر بالینی ناسازگارند، به‌احتمال زیاد دارای پیشینه‌ای از افسردگی مداوم و افسردگی خوب 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»^۱ را ملاقات کرده‌ام و به موج دوم یا «انقلاب»

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 شناخت درمانی 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 زیادی، یادی به دلیل ۲۵ سال است که با تدریس و آموزش به درمانگران سلامت روان در استانتلند گذراندم تا «حالت هنری بودن» 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 روان شناختی اختلال افسردگی مداوم متمرکز است. بنابراین از نظر علمی و بالینی طرفدار CBT هستم.

در اینجا جنبه چالش برانگیز شخص این پیشگفتار آورده می‌شود. خاتمه گفته‌هایم بر اساس ۲۵ سال درمان CBT این است «*CBT استاندارد وقتی برای درمان اختلال افسردگی مداوم استفاده می‌شود، به‌طور رضایت بخشی آن را درمان نمی‌کند*».

اینجا من این حرف را گفتم، با صدای بلند، من احساس نا اطمینانی و بی‌وفایی می‌کنم و الآن و هر لحظه منتظر هستم پلیس CBT سر برسد. سریع حرف را سبک ندانید. زمانی که با افرادی که از PDD رنج می‌برند کار می‌کنید حرف‌های من بر جبرانات بالینی شما تأثیر می‌گذارد. یک نگاهی به دو بازبینی اخیر فراتحلیل/سیستمی بیمه‌ای: 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 روان درمانی سیستم تحلیل شناختی- رفتاری CBASP احتمالاً درمان شناختی انتخابی برای این گروه از بیماران است.

من اولین بار در سال ۲۰۰۰ با انتشار نتایج یک کارآزمایی بالینی تصادفی کنترل‌شده 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 بیمارانی را دارد که سابقه تجربه رویدادهای آسیب‌زا زندگی و ناگوار اولیه را داشته‌اند (نمروف و همکاران، ۲۰۰۴).

CBASP به‌طور آشکار به درمانگرانی که تقریباً به‌طور انحصاری با بیماران مبتلا به افسردگی مداوم و آرم‌ها به 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 دانش‌نظری در مورد کتاب‌های اصلی CBASP دسترسی پیدا کردم (مک‌کالو، ۲۰۰۰، ۲۰۰۱، ۲۰۰۳) و به‌دور سه «دوست CBASP کار» اسکاتلندی‌ام، بازگشتیم تا به همراه میدع CBASP دختر جانی مک‌کالو در ریچموند، ویرجینیا، ایالات متحده آمریکا، به مطالعه و آموزش بپردازم.

من چندین بار در دوره‌های آموزشی به بن‌بست خود، اما بعد از ملاقات با ریچموند و «یادگیری» نظریه او و تمرین درمان CBASP، بودم. «جیم بزرگ» به‌عنوان لذت‌بخش‌ترین، چالش‌برانگیزترین و آموزنده‌ترین تجربه حرفه‌ای من به‌شمار می‌آمده است. جیم به‌طور هم‌زمان یک معلم کارزماتیک، گرم، بخشنده و شگفت‌انگیز، یک درمانگر برجسته، معلمی که به‌طور مداوم خود را وقف کرده، یک پژوهشگر سرگشته 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 به‌عنوان 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 پروفسور مک کالو، شرام 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 به‌طور 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 سرفصل‌های مرتبط با CBASP-CBT با تعداد زیادی از درمانگران و «متخصصان» CBT (و دیگر درمان‌ها) تعامل داشته‌ام که به من می‌گفتند CBASP فقط یک شکل دیگر از CBT یا شکل دیگری از فعال‌سازی رفتاری است یا اینکه شبیه این درمان است یا شبیه این درمان است. اغلب این سوء تفاهم‌ها/ سوء ادراک‌های آگاهانه در مورد CBASP برای من گیج کننده است.

اشتباه نکنید، CBASP هیچ‌سدام را این موارد نیست. به عبارتی این تنها روان‌درمانی است که به‌طور خاص باهدف درمان اختلال افسردگی مداوم طرح‌ریزی شده. این درمان در اصل تحلیلی رفتاری است که بر بهبود تغییر پیامدهای بین‌فردی تمرکز دارد. این جایی است که ما زندگی می‌کنیم، در گروه‌ها، افراد دیگر، رابطه خوب با دیگر افراد به‌نوبه خود ضدافسردگی است (لوینسون، ۱۹۸۴، ۱۹۸۶، ۱۹۹۱). فرد با اختلال افسردگی مداوم کسی است که فقط در ایجاد، حفظ یا ترمیم رابطه کارآمد نیست. CBASP به‌طور آگاهانه و شفاف از رابطه بین درمانگر و بیمار به‌عنوان 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»^۱ کمک کننده است. یک تجربه اصلاحی رفتاری و سپس هیجانی اتفاق می‌افتد که در آن بیمار می‌تواند به‌طور کارکردی از این که چطور رفتار اجتماعی او بر دیگران تأثیر می‌گذارد آگاهی بیشتری پیدا نماید.

پیامدهای افسردگی ای این تأثیرات به‌طور آشکار و واضح مطرح شده است. راهبردهای برای اصلاح و بهبود این پیامدها موردبررسی 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 مشروحي را در مورد تمام جنبه‌های این نوآوری و درمان بالینی امیدبخش ارائه کردند. این کتاب به‌طور شفاف و روشن اصول و کاربست‌های **نحوه به‌فرد و متمایز در CBASP** را که به‌طور مستقیم از ذهن مؤسس آن برآمد مطرح می‌کند. اگر شما می‌خواهید به‌طور شفاف‌تر بدانید چگونه آسیب‌شناسی روانی به‌فرد یک فرد با افسردگی مداوم ایجاد می‌شود و بسط می‌یابد و چالش‌های کلینیکی 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 روان‌درمانه معمولاً 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 بیمارانتان نتایج بهتری را برحسب 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 به بیمارانتان با افراد مبتلا به افسردگی مداوم دوباره احیا کنید، آنگاه... **این کتاب را بخوانید.**

جان سوان

مدرس ارشد بالینی

دانشگاه داندی

آوریل ۲۰۱۴