

بِسْمِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

افسرده کی در زمینه

بسمه تعالی

افسردگی در زمینه

(استراتژی‌هایی برای عمل هدایت شده)

اثر :

کریستوفر مارتل - مایکل ادیس - نیل جاکبسن

مترجمان :

لطیف مرادویسی - بختیار مسلمی

انتشارات ارسطو

(چاپ و نشر ایران)

۱۳۹۷

سرشناسه: مارتل، کریستوفر آر.

Martell, Christopher R

عنوان و نام پدیدآور: افسردگی در زمینه (استراتژی‌هایی برای عمل هدایت شده) اثر کریستوفر مارتل، مایکل ادیس، نیل جاکبسن؛ مترجمان لطیف مرادویسی، بختیار مسلمی.

مشخصات نشر: مشهد: ارسطو، ۱۳۹۵.

مشخصات ظاهری: ۲۴۸ ص.: مصور.

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۰۴۸-۱

وضعیت فهرست نویسی: فیپا

یادداشت: عنوان اصلی: Depression in context : strategies for guided action, c2001.

موضوع: افسردگی — درمان

موضوع: Depression, Mental-- Treatment

شناسه افزوده: آدیس، مایکل ای.

شناسه افزوده: Addis, Michael E

شناسه افزوده: جاکوبسون، نیل اس، ۱۹۴۹ - ۱۹۹۹ م.

شناسه افزوده: Jacobson, Neil S

شناسه افزوده: مسلمی، بختیار، ۱۳۶۰ -، مترجم

شناسه افزوده: مرادویسی، لطیف، ۱۳۵۴ -، مترجم

رده بندی کنگره: ۱۳۹۵/۷ الف ۲/م RC۵۳۷

رده بندی دیویی: ۶۱۶/۸۵۲۷۰۶

شماره کتابشناسی ملی: ۴۲۹۲۴۹۸

نام کتاب: افسردگی در زمینه (استراتژی‌هایی برای عمل هدایت شده)

نویسندگان: کریستوفر مارتل - مایکل ادیس - نیل جاکبسن

مترجمان: لطیف مرادویسی - بختیار مسلمی

ناشر: ارسطو (با همکاری سامانه اطلاع رسانی چاپ و نشر ایران)

تیراژ: ۱۰۰۰ جلد

نوبت چاپ: اول - ۱۳۹۷

چاپ: مدیران

قیمت: ۲۰۰۰۰ تومان

شابک: ۹۷۸-۶۰۰-۴۳۲-۰۴۸-۱

تلفن های مرکز پخش: ۳۵۰۹۶۱۴۵ - ۳۵۰۹۶۱۴۶ - ۰۵۱

www.chaponashr.ir



پیشگفتار

این کتاب یکی از آخرین کمک‌های نیل جاکبسن در مطالعه افسردگی است. در زمان مرگ او، کریستوفر مارتل و مایکل ادیس نوشتن این کتاب را شروع کرده بودند. در واقع، آنها چندین سال درباره رویکردهای رفتاری برای درمان افسردگی بحث کردند و در یکی از بزرگترین آزمایش‌های بالینی افسردگی که فعال‌سازی رفتاری را با شناخت درمانی و دارو درمانی مقایسه می‌کرد تشریک مساعی کردند. یافته‌های اولیه نشان می‌دهد که درمان افسردگی بوسیله کمک کردن به فرد تا اینکه فعال شود (فعال‌سازی رفتاری) در ست به‌اندازه اینکه به آنها کمک کنیم تا افکارشان را تغییر دهند موثر است (شناخت درمانی).

فعال‌سازی رفتاری رویکردی مثبت در درمان افسردگی است. در درون این چهارچوب، درمانگر به مراجعان کمک می‌کند تا افسردگی را به عنوان چیزی در درون بدن خود نبیند بلکه به عنوان پیامد طبیعی طریقی که آنها با تغییر زمینه‌ها در زندگی روزانه شان کنار می‌آیند مورد توجه قرار دهند. هیچ جستجویی برای بیماری روانی، نقایص مهارتی، یا تحریف تفکر صورت نمی‌گیرد. بلکه، درمانگر مراجع را آموزش می‌دهد تا در فعالیت‌هایی درگیر و مشغول شود که منجر به پاداش بیشتر در زندگی خواهد شد.

این کتاب در سه قسمت تنظیم شده است. قسمت اول نظریه‌های افسردگی و درمان‌های مختلف افسردگی، بویژه درمان‌های دارویی، شناخت درمانی و رفتار درمانی را بررسی می‌کند. قسمت دوم رویکرد درمان فعال‌سازی رفتاری را توصیف می‌کند و مثال‌های بالینی مناسبی را ارائه می‌نماید. قسمت سوم بر مشکلاتی نظر می‌افکند که ممکن است در درمان و فرصت‌های آینده برای استفاده از فعال‌سازی رفتاری بروز کنند. با ترکیب بحث‌های عملی، نظری و تجربی، این کتاب برای متخصصین بالینی، دانشجویان و هر فرد علاقه‌مند در درمان افسردگی قابل ارزش است.

فهرست

عنوان	صفحه
زمینه تحقیقاتی.....	۱
منشاء و خاستگاه فعال‌سازی.....	۳
فعال‌سازی به تنهایی به یک درمان تبدیل می‌شود.....	۴
یک نوع مختلف رفتارگرایی: زمینه همه چیز است.....	۵
اجتناب از مدل‌های ناقص افسردگی.....	۶
افسردگی به عنوان زمینه‌ای متغیر: افعال بهتر از اسامی هستند.....	۷
رفتار افسرده قابل فهم و درک است.....	۷
فعال‌سازی هدفمند: تبیین یک رویکرد کارکردی بطور استراتژیک.....	۸
درمانگر به عنوان مربی، مشاور، و آموزش‌دهنده شخصی.....	۹
نکات نهایی و ساختار این کتاب.....	۱۰

قسمت اول : فعال‌سازی رفتاری : چیزی قدیمی، چیزی جدید

فصل اول : جستجو برای علل درونی

طرز فکر (روح زمان) علل درونی.....	۱۵
چرا علل درونی اینقدر جالب هستند؟.....	۱۶
شواهد مبتنی بر تحقیق.....	۱۷
محدودیت‌های علمی تحقیق بر علل درونی.....	۱۹
دلایل غیر علمی برای جذابیت علل درونی.....	۲۰
فرهنگ سرزنش.....	۲۱
حمایت بهداشت روان.....	۲۲
فشار برای علاج سریع.....	۲۲

عرف‌ها و محدودیت‌های زبان روزمره.....	۲۳
جایگزین: خاصیت‌های یک رویکرد زمینه‌ای.....	۲۴

فصل دوم : ایجاد یک چهار چوب منسجم

برای فعال‌سازی رفتاری.....	۲۷
مکانیزم و زمینه‌گرایی.....	۲۷
کاوش‌های قبلی درمان‌های فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی.....	۳۱
کنار آمدن با دوره افسردگی پیتر لوینسن.....	۳۱
فعال‌سازی رفتاری در شناخت درمانی بک.....	۳۲
راهنمای مختصر تجزیه و تحلیل رفتار.....	۳۵
ضد ذهن‌گرایی.....	۳۵
انواع و برنامه زمان‌بندی تقویت.....	۳۷
فرمول‌بندی‌های اولیه تحلیل رفتار در مورد افسردگی.....	۳۹
نظریه فرستر در مورد افسردگی.....	۴۱
پاسخ به محرومیت.....	۴۱
گنجینه‌های محدود.....	۴۳
اجتناب و گریز به عنوان اهداف برانگیزاننده در افسردگی.....	۴۳
مثال بالینی.....	۴۵
درک اصطلاحات: آیا (چیزهای) خوشایند و لذت‌بخش همیشه تقویت‌کننده هستند.....	۴۷
مثال بالینی از یک مراجع فعال و در عین حال افسرده.....	۵۰
تمرکز بر فعالیت و افزایش احتمالات برای موفقیت مراجع.....	۵۱
ترسیم مداخلات درمانی از فرضیه‌ها.....	۵۲

فصل سوم : رویکرد زمینه‌های

زمینه فلسفی.....	۵۷
زمینه فلسفی.....	۶۰
زمینه مفهوم‌سازی موردی.....	۶۴

۶۵	 رویکرد فعال‌سازی رفتاری درمورد مفهوم سازی موردی
۶۹	 عناصر کلیدی مفهوم‌سازی موردی
۶۹	 رفتارهای مشکلات ثانویه و اجتناب‌ها
۷۱	 زمینه درمانی

قسمت دوم : توصیف فعال‌سازی رفتاری به عنوان یک درمان

فصل چهار : اصول و اساس فعال‌سازی رفتاری

۷۵	 افراد به دلایل متعددی به افسردگی آسیب پذیرند
۷۸	 فعال‌سازی رفتاری بطور ساده درباره افزایش فعالیت‌های لذت بخش نیست
۷۹	 مرجعان باید به زمینه‌ای که در آن قرار دارند و اثر رفتارها را بر زمینه خلق شان توجه ویژه‌ای داشته باشند.
۸۰	 افسردگی در زمینه
۸۰	 کار با تفکر در فعال‌سازی رفتاری
۸۱	 عناصر اساسی فعال‌سازی رفتاری
۸۴	 اهداف درمان
۸۴	 الگوهای اجتناب: هدف نخستین در مداخله
۸۶	 فکر کردن درباره زمینه
۸۸	 استفاده از چارت فعالیت
۹۱	 به مراجع کمک می‌کند تا بر رفتارهای اجتناب‌آمیز خود نظارت کند.
۹۲	 شکست‌های روزمره و افسردگی
۹۲	 کنار آمدن منفعلانه

فصل پنجم :آغاز عمل مانند یک فعال کننده رفتاری

۹۶	 ساختار یک جلسه نوعی فعال‌سازی رفتاری
۹۸	 تکلیف
۱۰۰	 مصاحبه آغازین و تبیین الگو
۱۱۰	 پذیرش در فعال‌سازی رفتاری

۱۱۴	 عینی و ویژه بودن
-----	------------------------

فصل ششم: آموزش به مراجعان تا افسردگی را در درون

۱۱۹	 زمینه زندگی خودشان مورد بررسی قرار دهند
۱۱۹	 تحلیل ABC
۱۲۰	 ابزارهای TRAP و ACTION
۱۲۲	 آموزش تحلیل کارکردی
۱۲۶	 ارائه مدل ACTION

فصل هفتم: تکنیک‌های ویژه مورد استفاده در فعال‌سازی رفتاری

۱۲۹	 سنجش مداوم
۱۲۹	 فعالیت سلطه (چیرگی) - لذت
۱۳۰	 تکالیف کار درجه بندی شده
۱۳۲	 تمرین کلامی کار گمارده شده
۱۳۳	 مدیریت احتمالات موقعیتی
۱۳۵	 آزمایش رفتارهای جایگزین و پیامدهای بالقوه ممکن رفتارهای مختلف
۱۳۶	 تکالیف رفتاری نقش بازی و الگوبرداری درمانگر از استراژی‌های رفتاری
۱۳۸	 عمل به سوی هدف
۱۴۱	 فنونی که آرامش موقتی را فراهم می‌کنند
۱۴۱	 حواسپرتی از وقایع ناخوشایند
۱۴۱	 تماس محدود با افراد ناخوشایند
۱۴۲	 توقف رفتاری
۱۴۲	 برخورد با تفکر ششخوار کننده
۱۴۸	 آموزش موفق شدن در کمبود مهارت
۱۵۸	 فهرست کردن افراد مهم در درمان
۱۵۹	 زمینه ارتباطی در زوج درمانی

کارکردن با افرادی که دارای روابط اجتماعی پریشان هستند ۱۶۰

فصل هشتم : مثال‌های بالینی فعال‌سازی رفتاری

مثال بالینی BILL W. ۱۶۹

خلاصه مورد ۱۸۲

مثال بالینی ۲ ۱۸۳

خلاصه مورد ۱۹۸

قسمت سوم : چالش‌ها و جهت‌گیری‌های آینده

فصل نهم : مشکلات فعال‌سازی رفتاری و جهت‌گیری‌های آینده این درمان

چالش‌های برانگیخته شده در فعال‌سازی رفتاری ۲۰۲

مراجع خودکشی گرا ۲۰۳

فعال‌سازی رفتاری و دارو درمانی ۲۰۷

ترکیب فعال‌سازی رفتاری با دیگر رویکردهای کارکردی ۲۱۰

تأکید بیشتر بر فعال‌سازی رفتاری در طول شناخت درمانی ۲۱۱

پیشنهادات برای تحقیق بیشتر ۲۱۴

فصل دهم : نتیجه‌گیری

فعال‌سازی رفتاری از یافته‌های تجربی توسعه یافته است ۲۱۶

فعال‌سازی رفتاری الگوی پزشکی افسردگی را دنبال نمی‌کند ۲۱۷

فعال‌سازی رفتاری یک درمان مبتنی بر هدف، ساخت‌دار و فرد‌نگراست ۲۱۸

فعال‌سازی رفتاری یک درمان زمینه‌ای است ۲۱۹

فعال‌سازی رفتاری عمدتاً بر الگوهای اجتناب به عنوان اهداف درمان تمرکز می‌کند ۲۲۰

درمانگران فعال‌سازی رفتاری تغییرپذیری را به جای ثابت بودن در رفتار مراجع فرض می‌کنند ۲۲۱

فعال‌سازی رفتاری ممکن است به تنهایی یا در ترکیب با دیگر درمان‌ها مورد استفاده قرار گیرد ۲۲۲

فعال‌سازی رفتاری یکی از چندین درمان جدید است که بر زمینه تمرکز می‌کند ۲۲۲

پیوست A	۲۲۹
چارت فعالیت نمونه	۲۲۵
پیوست B	۲۲۶
آغاز درمان فعال‌سازی برای افسردگی: راهنمای درمان	۲۲۶
کنار آمدن با مشکل	۲۲۶

مقدمه

یکی از موضوعاتی که در سرتاسر این کتاب می‌آید این ایده است که چیزها وقتی بهتر فهمیده و درک می‌شوند که آنها را در زمینه^۱ (بطن، بافت) مورد بررسی قرار دهیم. رویکرد فعال‌سازی رفتاری^۲ برای درمان افسردگی بطور خود به خودی بوجود نیامده است. این رویکرد از یک زمینه تحقیقاتی، زمینه فلسفی و زمینه گسترده‌تر عقلانی بوسیله بسیاری از محققان و متخصصان بالینی با درک و تجربه و خلاق بوجود آمده است. در بقیه این فصل ما زمینه تکاملی این رویکرد فعال‌سازی رفتاری را توصیف می‌کنیم.

زمینه تحقیقاتی

در سال ۱۹۸۹ نیل جاکبسن و همکارانش در مرکز تحقیقات دانشگاه واشنگتن مطالعه‌ای را شروع کردند تا مکانیزم‌های مسئول برای تغییر در شناخت درمانی را تعیین کنند (بک، راش، شاو و امری، ۱۹۷۹). شناخت درمانی دارای سابقه طولانی بود و تحقیقات متعددی اثر بخشی آن را در بیماران دارای افسردگی تک قطبی حمایت می‌کردند (دابسن، ۱۹۸۹). به هر حال درمان دارای چند جنبه است و شامل محدوده‌ای از مداخلات متمرکز بر تغییر افکار و رفتار مراجعان است. چون یک درمان نشان داده شده است که کار ساز است به این معنی نیست که به خاطر دلایل فرضی که مسئول این اثرات است کار ساز بوده است. به عبارت دیگر، اثر بخشی درمان چیز کمی در مورد مکانیزم‌های تغییر می‌گوید.

نیل، همرا با کیت دابسن و یک گروه دارای تعهد بالا از دانشجویان فارغ التحصیل و درمانگران تحقیق و تجزیه و تحلیل درمان بک و همکاران (۱۹۷۹) را آغاز کردند، دیوید کاپل، استفان شل، سوزان اسنیدر و جویس ویکتر به عنوان درمانگران تحقیق کار کردند و یک کار خارق‌العاده در مورد یادگیری و

1. context

2. behavioral activation

بکارگیری پروتکل‌های درمانی مختلف را انجام دادند. مایکل ادیس، جکی گولان، اریک گورتنر، کلی کورنر، استیسی پرنس و پائولا تراوکس در زمان‌های مختلف مسئول بکارگیری و گمارش بیماران، مصاحبه‌های تشخیصی، هماهنگی کمک هزینه، تجزیه و تحلیل داده‌ها و سنجش طرفداری درمانگر به پروتکل (موافقت نامه) درمانی بودند. از لحاظ طرح تحقیق، شناخت درمانی به سه درمان جداگانه شکسته می‌شود (تقسیم می‌شود). اولین درمان یک رویکرد فعال سازی رفتاری محض است که بر افزایش وقایع خوشایند و تجربیات سلطه^۱ مراجعان تمرکز می‌کند درحالیکه تجربیات ناخوشایند و تنبیه‌کننده را کاهش می‌دهد. درمان دوم، اصلاح بیانیه خود^۲ به مداخلات رفتاری اضافه می‌کند. به علاوه افزایش وقایع خوشایند، به مراجعان آموزش داده می‌شود که چگونه به افکار منفی پاسخ دهند. و درمان آخر، بسته کامل شناخت درمانی بود که بوسیله یک و همکارانش توصیف شد و شامل مداخلات رفتاری، اصلاح بیانیه خود، و به چالش کشیدن عقاید اصلی فرضیات متضمن افسردگی درباره خود، جهان و آینده را در بر دارد. ۱۵۰ مراجع دارای اختلال افسردگی اساسی ملایم^۳ تا شدید بطور تصادفی به هریک از درمان‌ها در ۲۰ جلسه درمانی گمارده شدند. برای کنترل این مطالعه چندین گام را برداشته شد. نخست، به علت اینکه اغلب ما در این مرکز بالینی دارای جهت گیری رفتاری بودیم. این رویکرد آن را ممکن می‌ساخت که رویکرد رفتاری موثرتر از دیگر رویکردها به نظر برسد درست به خاطراشتیاق محققان برای مبارزه با این امکان کیت دابسن، یک کارشناس مشهور بین المللی در شناخت درمانی به تیم تحقیقی ما پیوست تا شناخت درمانگران را نظارت کند و وفاداری ممکن نسبت به شرایط رفتاری را متعادل سازد. آن طور که به وقوع پیوست، درمانگران تحقیق همه در شناخت درمانی آموزش دیده بودند و معتقد بودند که مراجعان باید تفکرشان را تغییر دهند تا بر خلق شان اثر بگذارد. اعتقاد درمانگران آنقدر قوی بود که اغلب ناامیدی قابل توجهی را نشان می‌دادند وقتی که یک مراجع را در شرایط رفتاری بکارگیری می‌کردند (جاکبسن و گورتنر، ۲۰۰۰).

همه جلسات به صورت کاست ضبط شد و برای طرفداری درمانگر به سه روش ذکر شده در بالا بطور دقیق نظارت شد. رتبه بندی‌های قابل اعتماد بوسیله افرادی که به شرایط درمان آگاهی نداشتند انجام شد و نشان داد که درمانگران به درمان‌ها وفادار بوده‌اند و مداخلات ممنوعه را انجام نده‌اند (یعنی درمانگران از مداخلات شناختی در شرایط رفتاری استفاده نکرده‌اند). رتبه بندی خود ما همچنین پیشنهاد می‌کند که درمانگران، درمان‌ها را به طور مهارت آمیزی انجام داده‌اند بطوریکه که قابلیت درمانگر در شناخت درمانی بوسیله نمرات براندازه گیری عمومی نشان داده شده است (جاکبسن و

-
1. mastery experience
 2. self- statement modification
 3. moderate

همکاران، ۱۹۹۶). ما همچنین این نوارهای ضبط شده را برای کارشناسان شناخت درمانی فرستادیم که آنها به تیم تحقیقی ارتباطی نداشتند. رتبه بندی آنها نیز پیشنهاد کرد که درمانگران قابلیت درمان را داشته‌اند. سرانجام، این مطالعه دارای ویژگیهای معمول یک آزمایش بالینی کنترل شده خوب را داشت به انضمام اندازه گیری‌های پیامد استاندارد، ارزیابان به شرایط درمان آگاهی نداشتند و پیگیری طولانی مدت مراجعان نیز انجام شد. نتایج به روشنی قابل تعجب بود. بعد از ۲۰ جلسه ما دریافتیم که هیچ تفاوتی بین سه شرایط درمانی در اندازه گیری پیامد نبود (جاکبسن، دابسن، و همکاران، ۱۹۹۸) و تفاوتی بین درمان‌ها بعد از یک تا دو سال بعد از درمان را مشاهده نکردیم (گورتنر، گولان، دابسن، و جاکبسن، ۱۹۹۸). به هر حال، میزان بهبودی و عود به دیگر آزمایش‌های کنترل شده شناخت درمانی برای افسردگی مشابه بود. پیام منزل هم نسبتاً روشن بود «درمان افسردگی بوسیله فعال کردن افراد به اندازه این موثر بود که آنها فکرشان را تغییر دهند» شاید دیگر بطور متوسط، مداخلات شناختی لازم نباشد.

منشاء و خاستگاه فعال‌سازی

این ایده که افسردگی به طور اثربخشی با فنون رفتاری نسبتاً ساده قابل درمان است نه تازه و نه بدون جدال و بحث است. روان‌شناسان دارای جهت گیری رفتاری در مورد نظریه‌های افسردگی و بسط درمان آن برای چندین دهه مطالب نوشته‌اند (فرستر، ۱۹۷۳؛ لویزنسن، ۱۹۷۴). رویکردهای اولیه رفتاری افسردگی را به عنوان مجموعه‌ای از پاسخ‌ها به میزان کاهش یافته تقویت مثبت و افزایش رفتارهای اجتناب در گنجینه^۱ یک فرد در نظر می‌گیرند. در حمایت از این رویکرد، چندین مطالعه در دهه ۱۹۷۰ (لویزنسن، بیگلان، و زیس ۱۹۷۶؛ لویزنسن و گراف، ۱۹۷۳؛ لویزنسن و لیبت، ۱۹۷۲) انجام شد، به این نتیجه رسیدند که افزایش وقایع خوشایند می‌تواند درمان موثری برای افسردگی باشد. در همین زمان، تکامل شناختی اظهار داشت که رفتار گرایی غیر قابل دفاع است. بطور غیر قابل افزایش برای محققین و متخصصین آشکار شد که تفکر افراد بر خلق و رفتارشان بیشتر از وقایع محیطی ویژه اثر دارد. رفتار درمانگران پیرو اسکینر هرگز اهمیت وقایع خصوصی^۲ مانند فکر کردن و احساس کردن را تکذیب نکردند. آنها بطرز ساده در مورد فکر و احساس فکر می‌کردند تا رفتار را بیشتر تبیین کنند، نه به عنوان وجود غیر فیزیکی در ذهن که قادر به ایجاد رفتار افسردگی مستقل از زمینه محیطی باشد. اگر یک فرد فکر کند که "من بی ارزش هستم" و بعد از آن احساس بی ارزشی کند، به نظر می‌رسد که چنین تفکری

رفتار افسردگی را بیشتر می‌کند، اما چرا این تفکر اتفاق می‌افتد (هیز و براون استن، ۱۹۸۶؛ اسکینر، ۱۹۷۴). سرانجام علل^۱ برای حوادثی که می‌تواند بطور مستقیم دستکاری شود حفظ شد. پس، رویکردهای تحلیل رفتاری و کارکردی بسط و توسعه یافتند و بطرز خلاقانه‌ای برای مشکلاتی مانند افسردگی و اضطراب بکار برده شدند. به هر حال، اوایل سال‌های ۱۹۸۰ شناخت درمانی رایج ترین درمان و بهترین درمان روان شناختی حمایت شده برای اختلال افسردگی اساسی بود. در راهنمای اصلی درمان، بک و همکارانش (۱۹۷۹) یک فصل کاملی را به مداخلات فعال‌سازی رفتاری اختصاص داده‌اند. اما نویسندگان کاملاً روشن ساخته‌اند که مداخلات رفتاری فرض می‌شود موثر باشند چون آنها شناخت مراجعان را تغییر می‌دهند. اگر مراجعی مشکل بر خاستن از رختخوابش را در صبح داشت، برنامه‌ریزی کردن فعالیت‌های خوشایند در صبح به او کمک می‌کند تا با این‌ایده مبارزه کند که "من قادر به انجام چنین چیز خوشایندی نیستم". پس، نظریه پردازان و محققان شناخت درمانی همیشه فرض کرده‌اند که تغیر شناختی آخرین فرایند میانجی کننده در درمان افسردگی می‌باشد. ما تعجب نکردیم وقتی که نتایج تجزیه و تحلیل این مولفه^۲ رفتاری که تکان شدیدی را در جامعه شناخت درمانگران بوجود آورد (جاکبسن و گورتز، ۲۰۰۰)، بویژه این پیشنهاد که تغیر شناختی ممکن نیست افسردگی را درمان کند و مضافاً رویکرد فعال‌سازی رفتاری ممکن است مقرون به صرفه‌تر باشد (جاکبسن و همکاران، ۱۹۹۶).

فعال‌سازی به تنهایی به یک درمان تبدیل می‌شود

نتایج تجزیه و تحلیل این مولفه (فعال‌سازی) آنقدر ترغیب کننده بود که یافته‌ها غیر منتظره و بحث انگیز بود. ایده بسط فعال‌سازی رفتاری به عنوان یک درمان واحد (به جای اینکه به عنوان یک مولفه‌ای از شناخت درمانی باشد) ما را به چند دلیل به خود مجذوب کرد. نخست، فعال‌سازی رفتاری یک رویکرد درمانی نسبتاً ساده و آسان به نظر می‌رسید. از طرف دیگر شناخت درمانی به مقدار زیادتری آموزش و نظارت شدیدتر نیاز داشت تا به سطح قابلیت مهارت‌های درمانی برسند. صرفه جو بودن این درمان را بوجود می‌آورد که یک رویکرد فعال‌سازی می‌تواند بطور نسبی برای کار بالینی به آسانی متشع شود. نیل جاکبسن یک فرد دارای اعتقاد را سخ و قوی در نیاز برای کار بالینی بود تا به سیله یافته‌های تحقیق هدایت و راهنمایی شود. او همچنین دارای یک سابقه در بسط و انتشار درمان‌های حمایت شده از لحاظ تجربی برای پریشانی زناشویی (جاکبسن و کریستنسن، ۱۹۹۶؛ جاکبسن، مارگولین، ۱۹۷۹) و

-
1. Causes
 2. component

روشن‌سازی اسطوره‌ها درباره ترکیبات لازم برای روان درمانی موثر بود (کریستنسن و جاکبسن، ۱۹۹۴). دلیل دوم این است که فعال‌سازی رفتاری یک رویکرد جذاب بود که به خوبی با علائق ما در رویکرهای زمینه‌ای معاصر و تجزیه و تحلیل کارکردی برای درمان مشکلات سرپایی بزرگسالان مناسب بود. نقطه نظرهای تئوریک و فلسفی عمومی بوسیله بسیاری در مرکز تحقیق بالینی مورد مشارکت واقع شد (هیز، ریز و ساریین، ۱۹۹۳؛ پیر، ۱۹۴۲)، رفتارگرایی تندرو معاصر (چیزا، ۱۹۹۴) یا تجزیه و تحلیل یکپارچه (بوم، ۱۹۹۴؛ راغلین، ۱۹۹۱) که ممکن بود آنرا زمینه‌گرایی^۱ بنامند. با توجه به نامی که ما برای آن انتخاب کردیم، این راه فکرکردن و صحبت کردن در بسط و توسعه این رویکرد فعال‌سازی رفتاری مؤثر بوده است که آیا فقط پیش زمینه‌ای را فراهم کنیم که چه چیزی بعداً دنبال می‌شود.

یک نوع مختلف رفتارگرایی: زمینه همه چیز است

بسیاری از مردم وقتی که ما در مورد یک پاسخ اجتنابی صحبت می‌کنیم به یاد رفتار گرایی می‌افتند. این تمایل گرایش دارد که تداعی‌ها را با موش‌ها، مازها و وسواس با پیش بینی و کنترل افراد دیگر را خاطر بیاورند. حتی آنهایی که در مورد رفتار گرایی فکر نمی‌کنند اغلب متقاعد می‌شوند که رویکردهای رفتاری بسیار ساده نمی‌توانند بطور معنی داری با مشکلات عمده مانند افسردگی، اضطراب، ترس از نزدیکی، خودانگاره پایین، و از این قبیل بحث کند. برآستی، آنطور که قبلاً گفتیم، چگونه می‌توان یک نظریه ارائه داد و وجود افکار و احساسات را نادیده گرفت؟ (منظور این است که امکان ندارد).

وقتی که ما این رویکرد را به دانشجویان، همکاران و متخصصین ارائه می‌کنیم ما خودمان را می‌یابیم می‌گوییم که «این یک نوع مختلف رویکرد رفتاری است؛ این رویکرد آنطور نیست که شما فکر می‌کنید.» ما تبیین می‌کنیم که چگونه این مدل در مورد انسان همدلانه است و قادر است تا در مورد مشکلات عمده بحث کند و به آنچه که مراجعان احساس و فکر می‌کنند توجه ویژه‌ای مبذول دارد. پس فرضیات این رویکرد چیست؟

به طور خلاصه، رویکرد ما مبتنی است بر:

الف) اجتناب از مدل‌های ناقص افسردگی،

ب) افسردگی را به عنوان مجموعه‌ای از اعمال در نظر می‌گیریم به جای اینکه به عنوان وجود

چیزی بیولوژی یا روان شناختی در درون یک فرد در نظر گرفته شود،

ج) افسردگی را به عنوان چیزی قابل درک و پیش‌بینی در تاریخچه زندگی فرد و زمینه کنونی

زندگی او در نظر می‌گیریم،

د) به مراجعین کمک می‌کنیم تا تغییراتی را ایجاد کنند که منتج به تعاملات زمینه - رفتار جدید شود،
و) ما درمانگر را به عنوان یک مربی^۱ خبره، مشاور، و آموزش‌دهنده شخصی در نظر می‌گیریم.
هر یک از اینها بطور مفصل در سرتاسر این کتاب مورد بحث قرار می‌گیرد اما ما آنها را بطور مختصر در زیر توضیح می‌دهیم.

اجتناب از مدل‌های ناقص افسردگی

اکثر نظریه‌ها تمایل دارند تا به طور آشکار و پنهان افسردگی را به عنوان نوعی نقص درونی مفهوم سازی کنند. این مشکل ممکن است عدم تعادل انتقال دهنده‌های عصبی، خطاهای شناختی، یک تعارض ناخودآگاه، یا بطور ساده عزت نفس پایین باشد. همه این تبیین‌ها افسردگی را در جایی در درون انسان قرار می‌دهند. فکر کردن در مورد جایگزین‌ها^۲ ممکن است مشکل باشد، آیا افسردگی نوعی بیماری است و اگر در درون فرد نباشد پس کجا قرار دارند؟ چندین مشکل فلسفی و علمی با مفهوم سازی افسردگی به عنوان یک نقص درونی وجود دارد (مانند، والنشتاین، ۱۹۹۸). در اینجا نگرانی ما با این مدل‌های ناقص در رابطه با موقعیت علمی آنها نیست (مانند، اینکه آیا اینها واقعاً در ست هستند)، بلکه نگرانی ما با بعضی از پیامدهای بالقوه فکرکردن و صحبت کردن درباره افسردگی به این شیوه است. یکی از پیامدها این است که چنین توصیف‌های تمایل دارند تا توجه ما را از زمینه زندگی افراد دور کند و طوری با مسائل روان شناختی و بیولوژیکی درونی سرگرم شویم که ما جریان تعاملات را بین مردم و جهانی که در آن زندگی می‌کنند از دست دهیم.

پیامد دیگر این است که مدل‌های ناقص تمایل به آسیب گونه جلوه دادن دارند. از یک طرف، این ایده که افسردگی نوعی بیماری جسمی است یک‌ایده جذاب است؛ و فرهنگ ما شدیداً مشکلات در زندگی را به عنوان لکه ننگی می‌داند و رفتار افسرده را به عنوان یک بیماری جسمی قلمداد می‌کند، که این خود باعث کاهش انتقاد و سرزنش می‌شود. در همین زمان، این مدل دوباره افسردگی را به عنوان نوعی چیز در درون انسان می‌انگارد (برای مثال، شیلا اختلال افسردگی دارد) به جای اینکه بگوید یک مجموعه‌ای از پاسخ‌های قابل درک در زمینه زندگی ویژه دارد.

افسردگی به عنوان زمینه‌ای متغیر: افعال بهتر از اسامی هستند

یکی از فرض‌های اساسی که ما انجام می‌دهیم این است که تجربه افراد کارکردی از تاریخچه و زمینه کنونی آنها است. در واقع، اعمال آنقدر به زمینه‌ها وابسته‌اند که در آن رخ می‌دهند بدون توجه قرار دادن آنها در آن زمینه قابل فهم نیستند. ممکن است ما بگوییم که برای مثال، لیزا "ناراحت و تنها است" اما در واقع نمی‌دانیم که در زمینه زندگی لیزا این به چه معنی است یا اینکه چیزهای در مورد تاریخچه زندگی لیزا کسب کنیم، محیط کنونی او و انواع تعاملات بین اعمال و پیامدهایش، چه نوع از پاسخ‌هایی را لیزا در زمینه تنهایی در طول زندگی یاد گرفته است؟ آیا او می‌نشیند و فکر می‌کند که او چقدر آدم تنهایی است؟ آیا او فوق العاده فعال است و ورزش را با فعالیت‌های زیاد پر می‌کند تا از احساس تنهایی اجتناب کند؟ یا او گام‌هایی را به سوی تنهایی بر می‌دارد؟ وقتی که لیزا احساس تنهایی می‌کند در محیط او چه اتفاقی می‌افتد؟ آیا او در تمام مدت روز احساس تنهایی می‌کند یا زمینه تنهایی او از روزی به روزی دیگر و از هفته‌ای به هفته‌ای دیگر یا حتی ساعت به ساعت تغییر می‌کند؟

این نوع از سوالات ما را هدایت می‌کند تا افسردگی را به عنوان تغییری در زمینه (زندگی فرد) مفهوم سازی کنیم به جای اینکه آن را در درون فرد قرار دهیم. افسردگی نوعی از وجود چیزهایی در درون فرد، در رفتار یا در محیط او نیست. بلکه افسردگی یک زمینه مشخص شده بوسیله نوعی معین از تعاملات رفتار- زمینه است. بطور عمومی ما فرض می‌کنیم که افسردگی وقتی اتفاق می‌افتد که اعمال فرد احتمالاً کمتر بوسیله تقویت مثبت برآورده می‌شود و به احتمال بیشتر بوسیله تنبیه برآورده می‌شود. اما این همیشه نمی‌تواند درست باشد. بیشتر این کتاب درباره جستجوی تغییرات در زمینه افسردگی است.

رفتار افسرده قابل فهم و درک است

دو اتفاق مهمی رخ می‌دهد وقتی که ما افسردگی را خارج از فرد فرض کنیم و آن را در زمینه قرار بدهیم. نخست این است که توجه ما به چیزهایی جلب می‌شود که می‌توانیم بطور مستقیم بر آن تاثیر داشته باشیم و بوسیله آن فرد را کمک کنیم که تغییرات را در زمینه زندگی‌شان ایجاد کنند. جاکوبسن و گورتنر (۲۰۰۰) این را اینگونه توصیف کرده‌اند:

چهارچوب تحلیلی رفتار بر تجزیه و تحلیل کارکردی وقایع محیطی تاکید می‌کند که بر مراجع تاثیر می‌گذارد تا افسردگی را ایجاد کند و موارد را طوری صورت بندی کند که به نظر برسد هدف قرار دادن تغییر در بیرون فرد می‌باشد، نه جای در درون او. یعنی در عوض تاکید کردن بر تفکرا شتابه، درمان BA

تجدید نظر شده ما، افسردگی را بر حسب وقایع محیطی صورت بندی می‌کند که شامل تغییرات زمینه‌ای است و به نوبه خود د سترسی مراجع به آن تقویت کننده هایی است که بطور نرمال به عنوان ضد افسردگی کارکرد دارند رد می‌کند (یعنی مراجع نمی‌تواند به آنها دسترسی داشته باشد).

روشن است که این رویکرد با درمان‌های رفتاری سستی دارای ویژگی‌های مشترکی هستند، بیشتر تمرکز بطور مستقیم بر روابط رفتار- زمینه قابل تغییر است تا وجود درونی فرد (مانند، عزت نفس پایین، تصویر ضعیف از خود). چون مشکل است به طور مستقیم احساسات و افکار را تغییر دهیم، ما مراجعان را آموزش می‌دهیم که در آنچه انجام می‌دهند تغییر ایجاد کنند و روابط بین اعمال مختلف و پیامدهای شان را مشاهده کنند.

پیامد دیگر قرار دادن افسردگی در زمینه این است که رفتار افسرده بر روی یک پیوستار با رفتار غیر افسرده قابل فهم است. برای مثال، هر دو فعالیت‌های افسرده و غیرافسرده اغلب به کارکردهای اجتناب کمک می‌کنند. ما پیش دکتر می‌رویم مبادا که مریض شویم، می‌خواهیم تا از احساس خستگی اجتناب کنیم، قبل از ارائه مقاله یادداشت‌ها را به منظور دوری از اشتباه مرور می‌کنیم و از این قبیل، وقتی که افراد افسردگی را تجربه می‌کنند اغلب آنها در رفتاری درگیر می‌شوند که بطور موفقیت آمیزی از درد کوتاه مدت اجتناب می‌کنند (مانند، تلفن نزدن به دوست خود، به این خاطر نکنند ما را رد کند) اما منجر به پیامدهای منفی طولانی مدت می‌شود (مانند، تنها ماندن). یکی از اساسی‌ترین قوانین رفتار این است اعمالی که به دنبال اجتناب و گریز^۱ از چیزی آزارنده می‌آیند احتمال وقوع آنها بیشتر است. پس ما تعجب نمی‌کنیم وقتی که مراجعان در زمینه‌ای اجتناب گیر می‌کنند؛ این برای ما کاملاً قابل فهم است.

فعال‌سازی هدفمند : تبیین یک رویکرد کارکردی بطور استراتژیک

رویکردهای رفتاری بعضی اوقات به عنوان رویکردی سطحی، ساده یا متمرکز بر نشانگان به جای علل مشخص می‌شود. با خواندن این مطالب فرد ممکن است نتیجه گیری کند که به بطرز ساده‌ای به مراجعان می‌گوییم که کمتر افسرده شوند. در واقع، ما بعضی از اوقات این را انجام می‌دهیم، اما فقط به خاطر دلایل بسیار ویژه با مراجعان ویژه. بطور معمول، رویکرد ما جمع آوری داده‌های متمرکز بر روابط بین فعالیت، زمینه و خلق می‌باشد. ما می‌خواهیم بدانیم که افراد در زندگیشان چه کاری را انجام می‌دهند، پیامدهای کوتاه مدت و بلند مدت این کارها کدامند و هر کدام از این کارها بر خلق مراجع چه تاثیری دارد. اینجا است که رویکرد ما از رویکردهای دیگر که بطور ساده وقایع خوشایند در زندگی را

افزایش می‌دهند متمایز می‌شود (مانند، لوینسن، گراف، ۱۹۷۳؛ لوینسن و لیبتف ۱۹۷۲). ما فرض می‌کنیم آنچه که نیاز به فعال‌سازی دارد از فردی به فرد دیگر متفاوت است و ممکن است در یک شخص بسته بر زمینه‌ای مختلف فرق کند. بعضی‌ها نیاز دارند در بعضی زمینه‌ها بیشتر ابراز وجود کنند و بعضی کمتر و بعضی از مراجعان نیاز دارند زمان کمی را به نشخوار فکری^۱ اختصاص دهند، درحالی‌که دیگر مراجعان نیاز دارند زمان بیشتری را به فکر کردن درباره تجربیاتشان اختصاص دهند. آنچه که مهم است این است که چه چیزی مفیدتر است و آنچه مفیدتر است بوسیله روابط بین فعالیت‌های مختلف و پیامدشان در زمینه‌ای مختلف تعریف می‌شود.

پس رویکرد ما در مورد فعال‌سازی تمایل دارد تا مبتنی بر هدف باشد و بر تجزیه تحلیل کارکردی زمینه‌ای زندگی افراد قرار دارد. ما مراجعان را ترغیب می‌کنیم تا تغییرات ویژه‌ای را انجام دهند و پیامدهای آنها را مشاهده کنند. در این راه، رویکرد ما مشابه با تجربه گرایی تشریک مساعی^۲ است که بوسیله بک و همکارانش توصیف شد (۱۹۷۹). رویکرد ما نسبت به تفکر مراجع (با رویکرد بک و همکاران) کاملاً متفاوت است. در حالیکه درمانگران شناختی تمایل دارند به محتوی تفکر فرد توجه کنند ما به کارکرد یا به پیامدها فکر می‌کنیم. یک درمانگر شناختی ممکن است تلاش کند که تا به فرد کمک کند فکرش را تغییر دهد که «زندگی من شکست کامل است» بوسیله اینکه چگونه بر شواهد ناکافی، توجه انتخابی و طحوازه خود منفی قرار دارد به او کمک می‌کنند. رویکرد ما بطور ساده از مراجع می‌پرسد تا پیامدهای درگیر شدن در چنین تفکری را مشاهده و بنگرد که آیا این نوع تفکر به شما در این راه کمک می‌کند؟ پیامدهای این نوع تفکر برای شما چیست و جایگزین‌های دیگر کدامند؟

درمانگر به عنوان مربی، مشاور، و آموزش‌دهنده شخصی

آنهایی که وقت زیادی را صرف روان درمانی نموده‌اند و آنهایی که وقت فراوانی به مطالعه آن اختصاص داده‌اند، تمایل دارند که رابطه درمانی^۳ ترکیب اصلی فرایند تغییر است (هوروات، گرینبرگ، ۱۹۹۴؛ سافران و سیگال، ۱۹۹۱). این در BA یقیناً صحیح است. امکان ندارد به افراد کمک کنیم که الگوهای ریشه کرده^۴ رفتار را بدون برقرار کردن یک رابطه کاری تشریک مساعی و حمایت کننده تغییر دهیم. به هر حال، ما رابطه درمانی را تنها عملی نمی‌دانیم آنطور که در زمینه تغییر به وقوع می‌پیوندد. در

1. rumination

2. collaborative empiricism

3. therapeutic relationship

4. ingrained pattern

عوض ما فرض می‌کنیم وقتی تغییر اتفاق می‌افتد که تغییر زمینه‌ها، گنجینه‌های جدید رفتار غیر افسرده را حمایت کنند.

بعضی از اوقات این رفتارهای جدید در زمینه روابط درمانی اتفاق می‌افتد (کوهلنبرگ و سلی، ۱۹۹۱) و بعضی اوقات نه. برای مثال اگر یک مراجع که دارای مشکل پرسیدن در مورد آنچه که می‌خواهد یک رفتار جدید را با درمانگر بیازماید (درخواست یک جلسه اضافی در یک هفته)، درمانگر بهتر است که رفتار انطباقی‌تری را تقویت کند (مانند دادن یک جلسه یا ابراز لذتی که مراجع آنچه را که می‌خواهد درخواست کند). زمانی دیگر مراجع ممکن است تغییرات زمینه‌ای خارج از جلسه درمانی دهد و نقش درمانگر رهبری، مشاوره و آموزش مراجع است آنطور که تغییر اتفاق می‌افتد.

یک مربی کسی است که به فرد دیگر کمک می‌کند تا یاد بگیرد و مجموعه‌ای از مهارت‌ها را بکار ببندد به منظور اینکه احتمالاً موثر باشند. یک مشاور فردی است که مشاهده می‌کند، تجزیه و تحلیل می‌کند و درباره کار با مشکلات و موقعیت‌های معین توصیه‌هایی ارائه می‌دهد. نقش یک آموزش دهنده شبیه به مربی است، اما یک آموزش دهنده مهارت‌های بسیار ویژه را انتخاب می‌کند تا بر آنها کار کند و به فرد کمک می‌کند به این منظور برنامه منظمی برای تغییر آماده و بسط دهد. اینها انواعی از زمینه‌ای بین فردی یا روابطی است که به نظر می‌رسد که به بهترین وجه در BA کارساز هستند. باید مجموعه‌های اساسی مهارت‌ها یادگرفته شوند اما شکل ویژه آنها از مراجعی به مراجع دیگر فرق می‌کند. پس یک درمانگر خوب قابل انعطاف، با مهارت و آموزش دهنده به تعداد زیادی از مراجعین است.

نکات نهایی و ساختار این کتاب

مانند زندگی بیشتر افراد، BA یک زمینه تکاملی است. هر مراجعی که با آن کار می‌کنیم و هر موردی که درباره آن برخورد می‌کنیم راه‌های جدید و چالش‌آوری را به ما ارائه می‌دهد تا در مورد گوناگونی تجربیاتی که افسردگی نامیده می‌شود فکر و بحث کنیم. ما همچنین در یک آزمایش بالینی بزرگی مبتنی بر تکرار یافته‌های مثبت اولیه بوسیله مقایسه کردن BA با شناخت درمانی، یک داروی SSRI و یک داروی پلاسبو دست به کار شدیم. این مطالعه در حال انجام است (مترجم: این مطالعه انجام شده ولی در زمان نوشتن این کتاب در حال انجام بوده چون طرح تحقیقی ما بر اساس یافته‌های این مطالعه است) و ما منتظر پیامد آن هستیم. در همین زمان، این کتاب اولین قدم رسمی به سوی انتشار ایده‌های ما راجع به آزمایش بالینی بزرگتری است. هیچ شکی نیست که درمان با افرادی که آن را

مورد استفاده قرار می‌دهند رشد می‌کند. اگر چه کلمه «راهنما»^۱ ممکن است مخالف راه‌های سستی فکر کردن درباره‌ی رفتار درمانی باشد (ادیس، ۱۹۹۷) این کتاب ممکن است به عنوان یک راهنمای درمانی قابل انعطاف مورد استفاده واقع شود. امید ما این است که به شما کمک کند تا از پایه‌ها و اصول BA^۲ طرفداری کنید در حالیکه با افراد کار می‌کنید تا زمینه‌ای زندگیشان را تغییر دهند.

این کتاب در سه قسمت تنظیم شده است. قسمت اول بر نظریه‌های افسردگی و درمان افسردگی نظر می‌افکند، بویژه درمان‌های دارویی، شناخت درمانی و رفتار درمانی. این قسمت همچنین اصطلاحات رفتاری را مورد بررسی قرار می‌دهد و تبیین کامل درمورد استفاده ما از اصطلاح زمینه‌ای^۲ را ارائه می‌کند. قسمت دوم درمان فعال‌سازی رفتاری ویژه را توصیف می‌کند و نمونه‌ای از موردی را معرفی می‌کند. سرانجام، قسمت سوم، بر مشکلاتی که در درمان بروز می‌کند و بر فرصت‌های آینده برای استفاده از فعال‌سازی رفتاری نظر می‌افکند. خوانندگانی که می‌خواهند بر فنون بالینی تمرکز کنند ممکن است وقت خود را صرف قسمت دوم کنند بدون اینکه فصل نظریه‌ها را بخوانند. به هر حال، یک علائم هشدار دهنده وجود دارد. یک قسمت اصلی این درمان کمک به مراجعان است تا زندگی خودشان را از دیدگاه زمینه‌ای مورد توجه قرار دهند و درمانگر کاری کند که مراجع با زبان این نوع درمان به آسانی آشنا شود. بنابراین توصیه می‌شود که خوانندگان بطور کامل مفاهیم را در قسمت اول قبل از کاربرد فنون‌ها که در فصل دوم ارائه شده است دریابند.

افسردگی در زمینه

قسمت اول :

✓ فعال سازی رفتاری : چیزی قدیمی، چیزی جدید