

درمان افسردگی با فعال سازی رفتاری

راهنمای کاربردی برای متخصصان بالینی

(ویراست دوم)

تألیف

کریستفر مارتل

سنا دیمیدجیان

روت هرمن-دان

ترجمه

دکتر سامان نونهال

متخصص روان‌شناسی سلامت

دانشگاه خوارزمی تهران

دکتر سید علی محمد موسوی

عضو هیأت علمی دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)

گروه روان‌شناسی



فهرست

۷	یادداشتی از مترجم
۱۱	درباره مؤلفان
۱۳	پیش‌گفتار
۱۵	۱. مقدمه: تدوین فعال‌سازی رفتاری
۳۲	۲. اصول بنیادین فعال‌سازی رفتاری
۵۱	۳. ساختار و سبک درمان
۷۹	۴. تشخیص عناصر رفتار ضدافسرده
۱۰۷	۵. طراحی و برنامه‌ریزی فعالیت
۱۲۸	۶. اصلاح اجتناب، مسأله‌گشایی، و رفتار ارزش‌راه‌نما
۱۴۰	۷. چه‌گونه ممکن است تفکر رفتار مسأله‌سازی شود
۱۶۱	۸. مسأله‌یابی در فعال‌سازی
۱۸۲	۹. پیشرفت‌سنجی و آماده‌شدن برای خاتمه درمان
۱۹۷	۱۰. بسط فعال‌سازی رفتاری
۲۱۴	پیوست ۱: با فعال‌سازی رفتاری آشنا شوید
۲۱۹	پیوست ۲: نگاره‌ها و برگه‌های تمرین برای درمانجویان افسرده
۲۲۰	پیوست ۲الف: مدل افسردگی فعال‌سازی رفتاری
۲۲۱	پیوست ۲ب: نگاره فعالیت فعال‌سازی رفتاری — پایش فعالیت و هیجان
۲۲۲	پیوست ۲پ: نگاره فعالیت فعال‌سازی رفتاری — پایش فعالیت و خلق
۲۲۳	پیوست ۲ت: نگاره فعالیت فعال‌سازی رفتاری — پایش فعالیت / احساس لذت / احساس تسلط
۲۲۴	پیوست ۲ث: نگاره فعالیت فعال‌سازی رفتاری — فعالیت‌های طراحی‌شده
۲۲۵	پیوست ۲ج: نگاره فعالیت فعال‌سازی رفتاری — فعالیت‌های برنامه‌ریزی‌شده برای
۲۲۶	پیوست ۲چ: برگه تمرین «تله-تلاش»
۲۲۷	پیوست ۲ح: برگه تمرین «فعالیت» — نسخه درمانجو
۲۲۹	پیوست ۳: برگه یادداشت و برنامه هفتگی درمان
۲۳۱	پیوست ۴: برگه یادداشت و برنامه پس از درمان
۲۳۲	پیوست ۵: برگه راه‌نمای «فعال‌سازی» برای درمانگران

- پیوست ۶: مقیاس فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی..... ۲۳۵
- پیوست ۷الف: مقیاس کیفیت فعال‌سازی رفتاری — نسخه بلند..... ۲۳۷
- پیوست ۷ب: مقیاس کیفیت فعال‌سازی رفتاری — نسخه کوتاه..... ۲۴۹
- پیوست ۸: فهرست بررسی پس‌جلسه درباره وفاداری خود به فعال‌سازی رفتاری..... ۲۵۱
- منابع..... ۲۵۳
- واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۲۶۱
- واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۲۶۳

یادداشتی از مترجم

بر سر آنم که گر ز دست برآید دست به کاری ز منم که غصه سر آید
حافظ

بہتر است کار کوچکی را درست انجام دہیم تا اینکه بہ کار بزرگی دست زنیم و آن
را نیمہ تمام بہ جا گذاریم.

سقراط

می‌خواهم یادداشت‌م را مانند پیش‌گفتار کتاب حاضر شروع کنم: حدود ۱۰ سال از چاپ و نشر ترجمه ویراست نخست این کتاب می‌گذرد. در آن سال‌ها، انگار موج سوم رفتاردرمانی تازه به ساحل روان‌درمانی ایران خورده بود، موج عظیمی که بیشتر شگفت‌انگیز بود تا هراس‌انگیز. در واقع، برای آبادکردن آمده بود، نی برای ویران‌کردن. این موج با خود گونه‌های رفتاردرمانی‌زی ریزودرشت و رنگ‌ووارنگی آورده بود. من از ریزترین و ساده‌ترین گونه خوشم آمد و در صدد برآمدن تا اطلاعات بیشتری درباره آن کسب کنم. در همان حین بود که ویراست نخست کتاب حاضر را یافتم. تقریباً جدیدبودن، آسان‌فہم‌بودن، و کمی آشنابودن محتوای کتاب، از یک سو، و علاقه وافر من بہ ترجمه، از سوی دیگر، باعث شد کہ کم‌ہمت بہ ترجمه آن ببندم. و این‌گونه بود کہ اولین تجربہ من در زمینہ ترجمه کتاب رقم خورد.

علی صلح‌جو (۱۳۹۴) می‌گوید: «ترجمه فرایندی ناتمام است. هنگامی کہ ترجمه مقاله یا کتابی را کامل و پایان‌یافته می‌دانیم، کافی ست کہ آن را کنار بگذاریم و بعد از یک روز یا حتا یک ساعت دوبارہ، بہ قصد یافتن سہوہای احتمالی، با حوصلہ آن را بخوانیم. بہ‌ندرت پیش می‌آید بدفہمی، سہو، یا، دست‌کم، اصلاح استحضانی در آن نیابیم. بنا بر این، اگر بخواہیم ترجمه‌مان را ہرچہ پاکیزہ تر کنیم، می‌توانیم آن را یکی دو بار مرور کنیم. اگرچہ در این مرورہا، بہ احتمال زیاد، بہ موارد اصلاحی یا دست‌کم تغییرات سلیقہ‌ای برخورداریم خورد، احتمال دارد بازہم اشکال‌ها را نبینیم. علت این امر آن است کہ سہوہا یا اشتباہات ما غالباً بہ چشم خود ما نمی‌آیند. بہ عبارت دیگر، ما آنها را درست

می‌بینیم» (ص. ۱۶۶). هنگام ترجمه ویراست نخست این کتاب، چشمانم سهوها و اشتباهات زیادی را درست می‌دیدند! البته، علت این مسأله بیشتر کم‌دانشی و کم‌تجربگی من بود، نه خوگرفتنِ ذهنم به متن. از همین رو، سعی کردم به اندوخته‌های نظری و عملی‌ام بازهم بیفزایم تا چشمانم باریک‌بین‌تر شوند. همین‌طور هم شد. هنگامی که دست به ترجمه‌ویرایی زدم تا چاپ دوم ویراست نخست ترجمه پاکیزه‌تری پیدا کند، چشمانم دیگر برخی سهوها و اشتباهات را درست نمی‌دیدند. نوشتم «برخی»، چون بازهم درستِ نادرست دیدند! بیشتر به همین دلیل بود که از شنیدن خبر در دست‌انتشاربودن ویراست دوم — یعنی، کتاب حاضر — خوشحال شدم، خوشحال از اینکه بار دیگر فرصت پیدا می‌کنم تا درست‌های نادرستم را اصلاح کنم. در طول این سال‌ها، علاوه بر کتاب حاضر، چندین کتاب را ترجمه و حتا ویرایش کردم و قبل، در حین، و بعد از همه آنها سعی نمودم بیش از پیش با چم‌وخم ترجمه آشنا شوم. با این حال، هرچه بر علم و معلم افزوده می‌شود، بیشتر اعتقاد پیدا می‌کنم که ترجمه به‌راستی فرایند ناممومی ست، حداقل برای امثال من که در سفر به‌سوی ترجمه همچنان باید دانش‌اندوزی و تجربه‌اندوزی کنند.

در ترجمه کتاب حاضر، اشتباهات و سهوهای نحوی، واژگانی، و معنایی مختلفی را اصلاح کردم، ولی اشتباهی که اصلاح آن به‌نظرم مشهودتر است به مبحث «حفظ و تطبیق سبک در ترجمه» مربوط می‌شود. کورش صفوی (۱۳۸۸) جمله *Every language changes over a period of time* را مثال می‌زند و می‌گوید ترجمه این جمله به «هر زبانی در گذر زمان بر مرکب تغییر ره می‌سپارد» نادرست است، چون متن اصلی عاری از هرگونه آرایه یا بیان ادبی ست و متن ترجمه نیز باید چنین باشد. به همین دلیل، در ترجمه کتاب حاضر، دیگر خبری از «تله صیاد»، «داشت از کله‌اش اسفناج سبز می‌شد»، و جز اینها نیست، مگر به ضرورت متن اصلی؛ برای مثال، «آب در هاون می‌کوبد».

لازم می‌دانم که توضیحات دیگری نیز درباره ترجمه کتاب حاضر بدهم:

- در واژه‌گزینی، عمدتاً از این منابع استفاده کردم: ویراست چهارم فرهنگ معاصر پویا انگلیسی-فارسی (تألیف باطنی؛ انتشارات فرهنگ معاصر)، فرهنگ معاصر هزاره انگلیسی-فارسی (تألیف حق‌شناس، سامعی، و انتخابی؛ انتشارات فرهنگ معاصر)، فرهنگ-دانشنامه کارا (تألیف خرمشاهی؛ انتشارات معین، نگاه، شباهنگ)، فرهنگ علوم انسانی (تألیف آشوری؛ نشر مرکز)، فرهنگ اصطلاحات فلسفه و علوم اجتماعی (گردآوری و تدوین بریجانیان؛ ویراسته خرمشاهی؛ انتشارات پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی)، واژه‌نامه روان‌شناسی و زمینه‌های وابسته (تألیف براهنی و همکاران؛ انتشارات فرهنگ معاصر)، واژه‌نامه رفتاردرمانی: زمینه، مسائل، و دورنما (تألیف قاسم‌زاده؛ انتشارات ارجمند)، و واژه‌نامه آموزش درمان شناختی-رفتاری (تألیف رایت، بسکو، و هیز؛ ترجمه قاسم‌زاده و حمیدپور؛ انتشارات ارجمند).
- در نوشتن اسامی خاص، که اغلب تلفظ انگلیسی آنها ملاک بود، عمدتاً از سه منبع استفاده کردم: فرهنگ تلفظ نام‌های خاص (تألیف مجیدی؛ انتشارات فرهنگ معاصر)، بخش تلفظ واژگان

پایگاه اینترنتی www.translate.google.com، و پایگاه اینترنتی www.pronouncenames.com.

- راه‌نمای رسم‌الخط پایگاه اینترنتی emla.virastaran.net بود.
- در پانوشت‌ها، موارد متعلق به خودم را با (م) مشخص کردم، اما برای مورد متعلق به متن اصلی، از هیچ نشانه‌ای استفاده نکردم.
- پیوست ۱، کتابچه‌آشنایی با فعال‌سازی رفتاری، در متن اصلی نیست، بلکه در پایگاه اینترنتی انتشارات گیلفورد قرار دارد. به دلیل لزوم استفاده از این کتابچه در درمان فعال‌سازی رفتاری، آن را نیز ترجمه و به کتاب اضافه کردم.

در پایان، جا دارد از دو نفر تشکر کنم. ابتدا از دکتر سید علی محمد موسوی که یاری در ترجمه کتاب حاضر قطره‌ای از دریای یاری‌رسانی ایشان بود. از مقطع کارشناسی افتخار شاگردی استاد موسوی نصیب شد و این شاگردی همچنان ادامه دارد. ایشان، همچون پدر دلسوز، از هیچ کمکی، چه درسی و چه غیردرسی، دریغ نمی‌کنند و در کلاس‌های دانش‌آموزی و منش‌آموزی‌شان همواره به‌رویم باز است. دومین نفر دکتر محسن ارجمند، مدیر انتشارات ارجمند، است. وقتی به ایشان اطلاع دادم که ویراست دوم کتاب *درمان افسردگی با فعال‌سازی رفتاری* در دست انتشار است، فوراً کتاب را پیش‌خرید کردند و پس از انتشار، علاوه بر کتاب، سایر منابع مربوط به آن، از جمله پیوست ۱، را در اختیارم گذاشتند. همچون آغاز، می‌خواهم یادداشتم را مانند پیش‌گفتار این کتاب به پایان برسانم و بگویم اگر دکتر ارجمند چاپ و نشر نخستین ترجمه‌هایم را با بلندنظری زیانزد خود نمی‌پذیرفتند، نمی‌دانم اصلاً سفر به‌سوی ترجمه را آغاز می‌کردم یا خیر. تن و جان هر دوی این عزیزان سلامت باد.

منابع

- صفوی، کورش. (۱۳۸۸). *هفت گفتار درباره ترجمه*. تهران: نشر مرکز.
- صلح‌جو، علی. (۱۳۹۴). *از گوشه و کنار ترجمه*. تهران: نشر مرکز.

مقدمه

تدوین فعال‌سازی رفتاری

پیشرفت‌های امروز ما مرهون زحمات نیاکان ماست.
بنجامین میس^۱

این کتاب دربارهٔ فعال‌سازی رفتاری (BA) است. فعال‌سازی رفتاری یکی از رویکردهای مبتنی بر شواهد برای درمان افسردگی است که نقطه‌قوت آن هدف ساده و واضح‌اش است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که این درمان نه تنها برای افسردگی که برای سایر اختلالات روانی شایع نیز اثربخش است. فعال‌سازی رفتاری را هم می‌توان به صورت درمان مستقل به کار برد و هم به صورت عنصر بنیادین در درمان شناختی-رفتاری (CBT) و رویکردهای درمانی دیگر. این کتاب برای درمانگرانی نوشته شده است که می‌خواهند مهارت‌ها و اصول بنیادین فعال‌سازی رفتاری را فراگیرند تا بهتر بتوانند به درمانجویان خود کمک کنند. کتاب حاضر برای درمانگرانی نوشته شده است که از درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند و به تجربه دریافتند که برای کار با درمانجویان خاصی به ساختار بیشتری نیازمندند. افزون بر اینها، برای درمانگرانی نوشته شده است که از رویکردهای دیگری استفاده می‌کنند و درصددند تا در کار خود، بر عمل بیشتر تأکید کنند. اگر درمانگری هستید که از رویکرد منعطف و فردنگر استفاده می‌کنید، اطلاعات و توصیه‌های مفیدی در این کتاب خواهید یافت. به علاوه، اگر روش‌های ساختاریافتهٔ کوتاه‌مدت را ترجیح می‌دهید، راه‌نمای مشخص و اختصاصی خواهید یافت. افزون بر اینها، اگر عضو جامعهٔ بزرگ پیراپزشکان، مشاوران غیرمتخصص، و همکارانمان هستید که از فعال‌سازی رفتاری در قالب‌های بسط‌یافته و انطباق‌یافتهٔ بسیاری استفاده می‌کنید — مقصود قالب‌هایی است که این درمان در طول دههٔ گذشته پیدا کرده است — نیز کتاب حاضر برای شما مفید خواهد بود.

۱. کشیش باپتیست و یکی از رهبران حقوق شهروندی در امریکا. (م)

در این کتاب، نحوهٔ جامعهٔ عمل پوشاندن به اصول و راهبردهای فعال‌سازی رفتاری شرح داده می‌شود. اما برای مقدمه‌چینی لازم، می‌خواهیم شما را با سرگذشت تدوین فعال‌سازی رفتاری و پژوهش مستمر دربارهٔ آن آشنا کنیم. در پس تمام پژوهش‌ها و یافته‌های علمی حکایتی نهفته است. مقاله‌های نشریه‌ای داده‌های مهمی دربارهٔ فعال‌سازی رفتاری به دست می‌دهند، اما همواره نمی‌گویند که شکل‌گیری و تحول پژوهش‌های مربوط به این درمان و نقش پیشگامان آن چه حکایتی دارد.

سرآغاز

آغاز این حکایت را می‌توان زمان‌های مختلفی در نظر گرفت. ما ۱۹۹۷ را در نظر می‌گیریم. در این سال، یک نفر ما سه نفر را گرد هم آورد: نیل جیکوبسن. او نه تنها در زندگی‌مان که در شکل‌گیری فعال‌سازی رفتاری شخصیت مهمی محسوب می‌شود. نیل برای پژوهش بالینی بدیعی، کریستفر و روت را به‌عنوان درمانگر پژوهش و سنا را به‌عنوان دانشجوی تحصیلات تکمیلی در دانشگاه واشینگتن به خدمت گرفت. ما تا سال ۱۹۹۹ با هم سخت کار کردیم؛ یعنی، زمانی که نیل ناگهان و خیلی زود، در حالی که ۵۰ سال بیشتر نداشت، فوت کرد. او تأثیر ماندگاری در زندگی ما و علم و عمل فعال‌سازی رفتاری به جا گذاشت. سنا (۲۰۰۰) کمی بعد از مرگ او، در متن یادبودی، نوشت:

نیل اعتقاد راسخی به شک‌اندیشی داشت. هیچ نظریهٔ مربوط به تغییر، مدل درمان، یا انگاره و مفروضهٔ بنیادی را بدون قرارداد در معرض آزمون‌های سفت‌وسخت قبول نمی‌کرد ... به‌نظم شک‌اندیشی نیل عمدتاً محصول شفقت بود ... می‌خواست که مداخلات اثربخش‌تری پیدا کند — مداخلاتی که سریع‌تر و بادوام‌تر اثر کنند، بتوان به روش‌های مقرون‌به‌صرفه‌تری اجرا کرد، و در مقیاس وسیع‌تری قابل‌اشاعه باشند. شک‌اندیشی نیل در حوزهٔ روان‌درمانی همواره به ما یادآوری می‌کند که می‌توانیم و باید بهتر عمل کنیم. (صص. ۱-۲).

جیکوبسن از درمان‌های افسردگی که در زمان حیاتش رواج داشتند انتقاد می‌کرد. آنها را «مدل‌های مبتنی بر نقص» خطاب می‌نمود، چون علت افسردگی را نقصان‌های درونی فرد می‌دانستند. برخلاف آنها، جیکوبسن درصدد پی‌بردن به وضعیت فرد در بافتار کامل درمان افسردگی بود. او ما را تشویق می‌کرد که در تلاش‌هایمان برای درک و درمان افسردگی، شرایط بیرونی افراد را نیز در نظر بگیریم. فرض جیکوبسن این بود که راز کاهش افسردگی در تغییر وضع زندگی افراد نهفته است. بر این اساس، حکایت فعال‌سازی رفتاری را با اشاره به شک‌اندیشی و شفقت آغاز کردیم. هر دو عنصر ضروری علم برای پیشرفت در زمینهٔ تغییر رفتار هستند. همچنین، جهت استفاده از

فعال سازی رفتاری برای مبتلایان به افسردگی و سایر مشکلات روانی رایج، زیربنای ضروری محسوب می‌شوند.

عناصر اثرگذار درمان برای غلبه بر افسردگی کدام است؟

نظریه‌ای که فعال سازی رفتاری بر آن استوار است پا به عرصه ظهور گذاشتن خود را مرهون اقداماتی است که در پنج دهه گذشته با هدف افزایش شناخت از افسردگی و درمان آن صورت گرفته است. پژوهش‌های انجام شده درباره درمان‌های افسردگی بیشتر بر شناخت‌درمانی (CT) متمرکز بوده است. این درمان را آرون بک و همکارانش تدوین کرده‌اند. شناخت‌درمانی بر این مفروضه استوار است که شیوه تفکر افراد درباره موقعیت‌ها بر احساسات و اعمالشان اثر می‌گذارد. هنگام افسردگی، شیوه تفکر مسأله‌ساز می‌شود و در نتیجه، بر شدت افسردگی می‌افزاید.

تمام هم‌وغم شناخت‌درمانی این است که به افراد در نیل به هدف‌های زیر یاری رساند: شناسایی افکار و باورهای افسرده‌ساز، ارزیابی نحوه اثرگذاری این افکار در آنان، و تغییر آنها. فرضیه اصلی در شناخت‌درمانی این است که افراد وقتی واقع‌بینانه‌تر و منعطف‌تر فکر می‌کنند، احساس بهتری را تجربه می‌نمایند. راهبردهای مورد استفاده در شناخت‌درمانی چندجنبه‌ای هستند و در سه دسته عمده جای می‌گیرند: (۱) راهبردهای رفتاری برای تغییر نحوه عمل افراد در موقعیت‌های خاص، (۲) راهبردهای شناختی برای تغییر نحوه تفکر افراد درباره موقعیت‌های خاص، و (۳) راهبردهای شناختی دیگر برای تغییر باورهای بنیادین پایدار؛ یعنی، باورهایی که افراد درباره خود، آینده، و دنیا دارند. رویکرد شناخت‌درمانی اهمیت خاصی برای راهبردهای شناختی قائل است. به همین دلیل، اگرچه تأکید می‌کند که برای درمان افسردگی شدیدتر، از راهبردهای رفتاری استفاده شود، در آن به وضوح از راهبردهای تغییر شناختی استفاده می‌شود. بک و همکاران نحوه به‌کارگیری راهبردهای رفتاری را در کتاب راه‌نمای دوران‌ساز شناخت‌درمانی توصیف کردند و نوشتند: «هدف غایی از به‌کارگیری این تکنیک‌ها در شناخت‌درمانی تغییر نگرش‌های منفی‌ست» (بک، راش، شاو، و امری، ۱۹۷۹، ص. ۱۱۸).

نتایج بسیاری از پژوهش‌ها، از جمله چند کارآزمایی بالینی و فراتحلیل که در آثار بسیاری بدانها استناد شده است (کوئیچپرس و همکاران، ۲۰۱۳؛ دربایس و همکاران، ۲۰۰۵؛ هالن و همکاران، ۲۰۰۵)، اثرمندی شناخت‌درمانی را تأیید کرده‌اند. با این حال، در این پژوهش‌ها، سؤالات مهمی بررسی نشده است. پرواضح است که شناخت‌درمانی مؤثر واقع می‌شود، اما در پژوهش‌های مذکور، به چه‌گونگی اثربخشی آن پرداخته نشده است. عناصر اثرگذار شناخت‌درمانی کدام است؟ آیا به‌کارگیری تمام راهبردهای شناختی برای ایجاد پیامد مثبت لازم است؟ آیا برای مؤثر واقع شدن شناخت‌درمانی، می‌توان فقط به راهبردهای رفتاری تکیه کرد؟

در یکی از تأثیرگذارترین پژوهش‌هایی که هدف آن شناسایی عناصر اثرگذار شناخت‌درمانی بود، از طرحی به نام تحلیل مؤلفه‌ای استفاده شد (جیکوبسن و همکاران، ۱۹۹۶). در این نوع پژوهش، مؤلفه‌های مختلف درمان جدا می‌شود و با هدف شناسایی بخش‌های اثرگذار درمان، با یکدیگر مقایسه می‌شوند. نیل و همکارانش ۱۵۰ افسرده بزرگسال شرکت‌کننده در این پژوهش را به‌طور تصادفی در یکی از سه مؤلفه شناخت‌درمانی قرار دادند: (۱) فعال‌سازی رفتاری، (۲) فعال‌سازی رفتاری به‌اضافه بازسازی شناختی افکار خودآیند، و (۳) فعال‌سازی رفتاری به‌اضافه بازسازی شناختی افکار خودآیند و بازسازی شناختی باورهای بنیادین، یا بسته شناخت‌درمانی کامل.

در موقعیت اول (فعال‌سازی رفتاری)، درمانگران می‌توانستند راهبردهای رفتاری، از قبیل برنامه‌ریزی فعالیت، شدت‌سنجی احساس لذت / تسلط، و آزمایش‌های درجه‌بندی‌شده را به کار بندند. این راهبردها را در فصل‌های بعدی به تفصیل شرح می‌دهیم. در موقعیت دوم، درمانگران می‌توانستند از راهبردهای رفتاری و شناختی‌ای استفاده کنند که هدفشان تغییر شیوه تفکر افراد در موقعیت‌های خاص است. در موقعیت سوم نیز درمانگران، علاوه بر راهبردهای مورد استفاده در موقعیت‌های قبلی، می‌توانستند باورهای بنیادین شرکت‌کننده درباره خود، جهان، و آینده را به چالش بکشند. به عبارت دیگر، می‌توانستند از تمام راهبردهای شناخت‌درمانی، آن‌گونه که در کتاب بک و همکاران (۱۹۷۹) و کتاب‌های راهنمای بعدی در حیطه شناخت‌درمانی (برای مثال، جی. اس. بک، ۱۹۹۵) شرح داده شده است، استفاده کنند.

تمام درمان‌ها را درمانگران واحدی اجرا کردند که طرفدار پروپاقرص شناخت‌درمانی کامل بودند. آنان، که برای تمام درمانجویان از مفهوم‌پردازی شناختی مسأله درمانجو استفاده کردند، معتقد بودند به‌کارگیری صرفاً مؤلفه فعال‌سازی رفتاری مثل این می‌ماند که دست‌وبال‌آدم را بسته باشند و بگویند درمان کن. از همین رو، حس خوبی به موقعیت فعال‌سازی رفتاری نداشتند و واکنش‌شان مانند اغلب افراد در این حوزه بود — یعنی، پیش‌بینی می‌کردند که پیامدهای مطلوبی نصیب شرکت‌کنندگان این موقعیت نخواهد شد.

با این حال، نتایج پژوهش خیلی‌ها را شگفت‌زده کرد. تفاوت چشمگیری بین سه موقعیت درمانی، چه در درمان مرحله‌حاد افسردگی (جیکوبسن و همکاران، ۱۹۹۶) و چه در جلوگیری از عود در پیگیری ۲ ساله (گرتنر، گالن، دابسن، و جیکوبسن، ۱۹۹۸)، دیده نشد. این یافته‌ها بلوایی به پا کرد و هشدار عده کثیری را در پی داشت. عده‌ای یافته‌ها را نپذیرفتند، چون معتقد بودند که درمان به‌درستی اجرا نشده و الگوی یافته‌ها ناشی از کیفیت نامطلوب اجرای شناخت‌درمانی ست (جیکوبسن و گرتنر، ۲۰۰۰). عده‌ای دیگر از یافته‌ها متحیر شدند، اما معتقد بودند که تکرار آنها در پژوهش‌های دیگر لازم است.

پژوهشگران تحقیق فوق بیشتر انتقادها را وارد دانستند و با لزوم تکرار و حصول اطمینان از اجرای

هرچه ماهرانه‌تر شناخت‌درمانی موافقت کردند. نتایج این پژوهش موجب شد که گروه تحقیقاتی ما در صدد پاسخ به چند سؤال اساسی برآید. اولین سؤال این بود که چرا از رویکردهای کاملاً رفتاری در چند دهه اخیر چشم‌پوشی شده است. آیا به مؤلفه مهمی توجه نمی‌شد که رویکردهای رفتاری ممکن بود بتوانند برای درمان افسردگی پیشنهاد دهند؟

رجوع به تبار رفتاری

سؤالات برخاسته از پژوهش تحلیل مؤلفه‌ای ما را بر آن داشت که به متون مربوط به درمان افسردگی رجوع کنیم. در آغاز، پژوهش‌هایی را مطالعه کردیم که در آنها از رویکردهای رفتاری برای درمان افسردگی استفاده شده بود. برخی از این پژوهش‌ها دهه‌ها پیش چاپ و منتشر شده بودند. به همین دلیل، در کتابخانه‌ها، مقالات نشریه‌های قدیمی را درخواست کردیم و در کتابخانه شخصی مان، سراغ کتاب‌های قدیمی رفتیم. همین‌طور که داشتیم آنها را مطالعه می‌کردیم، فکر تدوین فعال‌سازی رفتاری به ذهن‌مان رسید. از این رو، مبنایی برای درمان رفتاری درست کردیم. در پژوهش تحلیل مؤلفه‌ای، درمانی رفتاری تلقی می‌شد که در آن از مداخلات شناختی استفاده نشود، اما درمان رفتاری موردنظر ما ویژگی‌های خاص خود را داشت (جیکوبسن، مارتل، و دیمیدجیان، ۲۰۰۱؛ مارتل، آدس، و جیکوبسن، ۲۰۰۱).

پژوهش تحلیل مؤلفه‌ای برخی درمانگران را دوباره به استفاده از فعال‌سازی رفتاری برای درمان افسردگی علاقه‌مند کرد؛ اما تدوین فعال‌سازی رفتاری بر پایه سنت دیرینه نظریه و پژوهش رفتاری نیز استوار است. متوجه شدیم که به بخش اعظم آن توجه درخوری نشده است. به‌طور اخص، پژوهش‌های پیشین پایه مهمی برای پژوهش تحلیل مؤلفه‌ای نیل و همکاران ساختند. به‌علاوه، فعال‌سازی رفتاری بر پایه کارهای چهار تن از پیشگامان مهم این حوزه بنا نهاده شده است: چارلز فرستر، پیتر لوینسن، لین رم، و آرون بک. در حالی که فرستر بر زیربنای نظری تحلیل رفتاری در اختلال افسردگی تمرکز کرده بود، لوینسن این زیربنا را بسط داد و درمان‌های رفتاری افسردگی را تدوین کرد. رم بر اهمیت تقویت در درمان افسردگی تأکید کرد و بک با گنجانیدن فعال‌سازی رفتاری در شناخت‌درمانی افسردگی، به‌عنوان بخش جدایی‌ناپذیر آن، امکان استفاده از فعال‌سازی رفتاری برای مبتلایان بیشتری را فراهم ساخت.

مبنای تجربی برای پژوهش تحلیل مؤلفه‌ای

زایس، لوینسن، و مونیوس (۱۹۷۹) یکی از نخستین بررسی‌های مربوط به تحلیل مؤلفه‌ای را انجام دادند و شرکت‌کنندگان افسرده در پژوهش آنان قطع نظر از مؤلفه‌های ویژه درمان بهبود یافتند. مؤلفه‌های درمان در آن پژوهش عبارت بودند از بازسازی شناختی، آموزش مهارت‌های بین‌فردی، و برنامه‌ریزی رویدادهای لذت‌بخش. همه درمان‌ها در رفع افسردگی مؤثر واقع شدند. در پژوهش

دیگری، زتل و رینز (۱۹۸۹) سه درمان گروهی را با یکدیگر مقایسه کردند: شناخت‌درمانی کامل، شناخت‌درمانی ناکامل، و رویکردی بافتاری با عنوان فاصله‌گیری گسترده^۱. افسردگی تمام‌آزمودنی‌هایی که ۱۲ هفته و با پیگیری ۲ ماهه تحت درمان‌های مذکور قرار گرفتند کاهش یکسان و چشمگیری پیدا کرد. در سال ۱۹۸۹، اسکگین، جیمسن، و گاجنر دریافتند که اگرچه نتایج دو گروه کتاب‌درمانی متمرکز بر شناخت‌واره و کتاب‌درمانی مبتنی بر رفتار از گروه کنترل بهترند، هر دو از اثرمندی یکسانی برخوردارند. این تحقیقات، و تحقیقات بعدی، بر اهمیت یافته‌های پژوهش تحلیل مؤلفه‌ای که جیکوبسن و همکاران انجام دادند (گرتنر و همکاران، ۱۹۹۸؛ جیکوبسن و همکاران، ۱۹۹۶) افزوده‌اند.

چارلز فرستر

فرستر (۱۹۷۳) یکی از اجداد فعال‌سازی رفتاری‌ست. فرض او در تحقیقات پیشین‌اش این بود که مشخصه افسردگی کاهش و افزایش برخی فعالیت‌هاست. فرستر خاصه بر افزایش رفتارهای گریز و اجتناب تمرکز کرده بود و در نتیجه، اذعان می‌کرد که افراد افسرده در قبال فعالیت‌های‌شان پاداش اندکی دریافت می‌کنند. او برای فرضیات خود تبیین‌هایی داشت. نخست اینکه افراد افسرده ممکن است آن‌قدر که باید و شاید به فعالیت‌های مولد نپردازند. این مسأله به نوبه خود تأثیرگذاری تقویت‌چنین فعالیت‌هایی را کاهش می‌دهد. دوم اینکه افراد افسرده ممکن است به فعالیتی بپردازند که هدف آن گریز از احساسات آزارنده باشد. فرستر در خصوص چنین فعالیتی می‌گوید: «از بروز رفتاری که تقویت مثبت (ایجابی) می‌شود جلوگیری می‌کند» (ص. ۸۵۹). بنا بر این، رفتار افراد افسرده ممکن است عمدتاً، به جای تقویت مثبت، با تقویت منفی (سلبی) کنترل شود. به عبارت دیگر، فعالیت‌های آنان پاداش طبیعی و تقویت مثبت به همراه ندارند، بلکه حالت آزارنده را کاهش می‌دهند.

فرستر (۱۹۷۳) بر این مسأله نیز تأکید می‌کرد که تعاملات محدود درمانجوی افسرده با محیط پیرامونی خود ممکن است نگذارد از طریق وابستگی‌ها متوجه مسائلی شود. از نظرگاه فرستر، تمام رفتارها در بافتار خاصی رخ می‌دهند و رفتار را پسایندهای آن تقویت می‌کند. به این پسایندها، وابستگی‌های رفتار گفته می‌شود. به‌زعم فرستر، تمرکز بر نقصان درونی، به‌جای شرایط بیرونی، «مانعی جدی‌ست که نمی‌گذارد دیدگاه فرد افسرده نسبت به جهان بهبود یابد. فرد افسرده ممکن است نتواند به‌قدری دست به رفتار تقویت‌پذیر بزند که دریابد، بسته به عملکرد او، محیط و واکنش متفاوتی نشان

۱. فاصله‌گیری گسترده از تلاش‌هایی نشأت گرفت که هدف آنها گسترش نظریه رفتار کلامی اسکینر برای تبیین انتقادی درمان‌های شناختی بود. از این روش رفتارگرایانه برای کاستن از تأثیرهای رفتار قاعده‌مند (شناخت‌واره‌ها) در افسردگی استفاده می‌شد. طبق گفته بانیان فاصله‌گیری گسترده، هیز و زتل، این رویکرد خاستگاه درمان مبتنی بر پذیرش و پای‌بندی‌ست. از مفهوم «فاصله‌گیری» در شناخت‌درمانی نیز استفاده می‌شود. در این کاربرد، بک بر ضرورت فاصله‌گیری درمانجویان از باورهای خود تأکید می‌کرد. در واقع، رویکرد مذکور چون تا حدودی بسط همان تکنیک فاصله‌گیری در شناخت‌درمانی بود، «فاصله‌گیری گسترده» نامیده شد. (م)

می‌دهد» (ص. ۳۹).

فعال‌سازی رفتاری بر پایه بسیاری از انگاره‌های پیشین فرستر استوار است. تحقیقات او چارچوبی برای تحلیل رفتار فراهم کرد. بر اساس این چارچوب، نه تنها به شکل رفتار که به کارکرد رفتار نیز توجه می‌شود. متأثر از دیدگاه فرستر، در فعال‌سازی رفتاری، از سنجش رفتاری یا تحلیل رفتاری (که در فصل ۴ با آنها آشنا خواهید شد) استفاده می‌شود تا رفتارهایی شناسایی شود که بیشترین پتانسیل را برای کمک به درمانجو دارند — مقصود کمک به تعامل با محیط پیرامونی و ایجاد پسایندهایی است که رفتار ضدافسرده را تقویت مثبت خواهند کرد. این چارچوب کمک می‌کند فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان رویکرد منعطفی به کار رود که با وضعیت هر درمانجو متناسب می‌شود. در فعال‌سازی رفتاری، فرض بر این نیست که رفتارهای خاصی حتماً برای درمانجو تقویت‌کننده‌اند. تأکید بر کارکرد رفتار، به‌جای شکل رفتار، متأثر از تحقیقات پیشین فرستر در زمینه فعال‌سازی رفتاری است.

پیتر لوینسن

پیتر لوینسن تأثیر زیاد و گسترده‌ای در فعال‌سازی رفتاری گذاشته است. نظریه لوینسن در باب افسردگی با بسیاری از عناصر پیشنهادی فرستر، از جمله تأکید بر اهمیت نبود تقویت مثبت در زندگی بیماران افسرده، همسو بود. او، خاصه، افسردگی را نتیجه نبود، یا کمبود، تقویت مثبت «پاسخ‌وابسته» می‌دانست (لوینسن، ۱۹۷۴). تقویت پاسخ‌وابسته به معنی تقویتی است که به اعمال فرد وابسته است. برای مثال، اگر فردی تلاش کند تا سر صحبت را باز نماید، اما طرف مقابلش محل نگذارد (تقویت مثبت پاسخ‌وابسته حاصل نشود) یا با گفتن واژه «کنه» او را از خود براند (تنبیه کند)، عاقبت از تلاش‌هایش دست می‌کشد و ممکن است از بابت چنین رابطه‌ای احساس غمگینی کند. به‌مرور زمان، احتمال آنکه این فرد سر صحبت را باز کند نیز کم و کمتر می‌شود. به عبارت دیگر، رفتار گفت‌وگو در نتیجه نبود تقویت مثبت «خاموش می‌شود». فرض بر این است که چنین نبود تقویت مثبتی رفتارهایی را کاهش می‌دهد که معمولاً به پاداش منتهی می‌شوند. این کاهش نیز به ایجاد یا تداوم ملال دامن می‌زند.

لوینسن (۱۹۷۴) همچنین متذکر شد که تقویت مثبت اندک، آن هم از نوع پاسخ‌وابسته‌اش، ممکن است در بافتارهایی رخ دهد که شادی‌بخش به نظر می‌رسند. محض نمونه، چنین تبیین کرد که ترفیعات شغلی گاه به /زدست‌دادن تقویت اجتماعی منجر می‌شود (برای مثال، کاهش ارتباط با همکاران در پی ارتقای سمت فرد به مدیر). یا تبیین کرد پس از رسیدن فرد به هدفی که برای آن بسیار و مدت‌ها تلاش کرده است (محض نمونه، پایان یکی از مقاطع دانشگاهی)، ممکن است معلوم شود که برای او چندان تقویت‌کننده نیست. لوینسن در ادامه تبیین‌های خود گفته بود: «آنچه اهمیت دارد

دریافت میزان مشخصی از توجه یا سایر "چیزهای خوب" نیست، بلکه این حقیقت است که محیط پسايندهای بسنده‌ای برای تداوم رفتار فراهم کند» (ص. ۱۸۰). او معتقد بود که تجربه ذهنی پاداش‌های محیطی در تعیین اثرگذاری آنها در رفتار یا خلق نقش دارد. بنا بر این تأکید، در فعال‌سازی رفتاری، مهم است که به وضعیت هر درمانجو و تجربه ذهنی او توجه شود، نه اینکه فرض شود بدون توجه و سنجش دقیق می‌تواند دریابد که چه چیزی تقویت‌کننده است.

لویسن و همکاران بعدها در مدل خود تغییراتی دادند تا شرح دهند که به چه دلیلی رویدادهای منفی زندگی روی بعضی‌ها اثر می‌گذارند اما روی بعضی‌ها اثر نمی‌گذارند. لویسن، هُبرمن، تری، و هاتزینگر (۱۹۸۵) خاطرنشان کردند که رویدادهای منفی زندگی احتمال اجرای رفتارهای سازگارانه را در افراد آسیب‌پذیری کاهش می‌دهند که ممکن است مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با چنین رویدادهایی را نداشته باشند. نابسامانی‌های زندگی و خلق ملول همراه آنها افراد مذکور را بیش از اندازه خودمتمکز و خودسرزنش‌گر می‌کنند. همچنین، انگیزه آنان را کم می‌کنند و سبب می‌شوند که از ارتباطات اجتماعی کناره بگیرند. بنا بر این، همین‌طور که در برابر نابسامانی‌های زندگی واکنش منفعلانه‌ای نشان می‌دهند در مرداب افسردگی بیشتر فرو می‌روند.

بر اساس آنچه گفته شد، تحقیقات لویسن نقش بسزایی در آگاهی‌یافتن از این موضوع داشته که مهم است وابستگی‌ها در زندگی درمانجو شناسایی شوند. لویسن و لبت (۱۹۷۲) دریافته‌اند که افراد افسرده ممکن است در برابر پستی و بلندی‌های زندگی آسیب‌پذیرتر باشند. این به کنار، به محرک آزارنده شدیدتر از افراد غیرافسرده واکنش نشان می‌دهند. افرادی که نسبت به درد جسمی آستانه تحمل کمتری دارند، هنگامی که پای‌شان پیچ می‌خورد، بسیار پریشان می‌شوند، حال آنکه دیگران با وجود شدت آسیب یکسان به کار خود ادامه می‌دهند. افراد افسرده نیز چنین‌اند؛ یعنی، نسبت به موقعیت‌های دردناک زندگی واکنش جسمی و هیجانی شدیدتری نشان می‌دهند. لویسن (۱۹۷۴) برای رفع این معضل، استفاده از تکنیک حساسیت‌زدایی در موقعیت‌های آزارنده را پیشنهاد کرد.

نکته مهم دیگری که بیان آن لازم به نظر می‌رسد این است که لویسن و همکاران (لویسن، ۱۹۷۴؛ لویسن، بیگلین، و زایس، ۱۹۷۶) نخستین کسانی بودند که برای درمان افسردگی، راه‌برد برنامه‌ریزی فعالیت را در درمان رفتاری گنجانده‌اند. آنان بسامد و انواع رویدادهای لذت‌بخش در زندگی درمانجو را می‌سنجیدند. به همین منظور، جدول زمانی فعالیت، که در آن روزهای هفته به بخش‌های یک‌ساعته تقسیم می‌شد، درست می‌کردند و از درمانجویان می‌خواستند فعالیت‌های لذت‌بخشی را که مایل‌اند طی هفته انجام دهند مشخص کنند و در جدول ثبت نمایند. به‌مرور زمان، درمانجویان با اجرای این فعالیت‌ها نه تنها فعالتر می‌شدند بلکه رفتارهایی انجام می‌دادند که یا آرزوی انجام‌دادن‌شان را داشتند یا قبلاً انجام می‌دادند اما پس از افسرده‌شدن دست از آنها کشیده بودند. لویسن و همکاران همچنین

مقیاسی خودسنجی، تحت عنوان فهرست رویدادهای لذت‌بخش (PES)، ساختند. این فهرست رویدادهای لذت‌بخشی را می‌سنجد که طی ماه گذشته در زندگی درمانجو رخ داده‌اند (لوینسن و گرف، ۱۹۷۳؛ لوینسن و لیت، ۱۹۷۲؛ مک‌فیلمی و لوینسن، ۱۹۸۲). فهرست رویدادهای لذت‌بخش ۳۲۰ گزاره دارد و از فرد می‌خواهد بسامد و میزان «خوشایندی، لذت‌بخشی، یا رضایت‌بخشی» هر گزاره را درجه‌بندی کند.

تحقیقات لوینسن تأثیر زیادی در رویکرد فعال‌سازی رفتاری این کتاب گذاشته است. پژوهش‌های او درباره مدل‌های رفتاری افسردگی و مداخلات رفتاری پایه‌های محکمی برای مدل کنونی فعال‌سازی رفتاری بنا نهادند. خاصه، تأکیدی که لوینسن بر اهمیت پی‌بردن به وابستگی‌های تقویت داشت، بر تأکید ما به استفاده از سنجش رفتاری برای طراحی و هدف‌گزینی درمان اثر گذاشته است. هدف کلی فعال‌سازی رفتاری این است که به درمانجویان کمک شود تا به‌گونه‌ای فعال شوند که احتمال تقویت مثبت رفتارشان افزایش یابد. تمرکز لوینسن بر کنترل محرک آزارنده باعث شد که بر این نکته تأکید ورزیم: درمانگر باید به درمانجو یاری رساند که دست به فعالیت بزند و مسائل را حل کند تا حتا مواقعی که غرق در احساسات منفی است، پربارتر زندگی نماید. شناختی که لوینسن از تمرکز مفرط افراد افسرده بر خود داشت بر نحوه برخورد ما با فرایند و کارکرد نشخوار فکری اثر گذاشته است. در نهایت، راه‌بردهای بالینی مورد استفاده او اکنون تکیه‌گاه اصلی کاربست و روندهای فعال‌سازی رفتاری‌اند. شماری از این راه‌بردها عبارت‌اند از پایش هفتگی فعالیت‌ها و برنامه‌ریزی فعالیت‌های مستمر.

آرون بک

در سال ۱۹۷۹، کتاب بک و همکاران، شناخت‌درمانی افسردگی، منتشر شد. آنان با این کار دورنمای خدمات درمانی برای افسردگی را بسیار تغییر دادند. پشتوانه تجربی شناخت‌درمانی و درمان‌های شناختی-رفتاری افسردگی منجر شده است که درمان شناختی-رفتاری به یکی از اثربخش‌ترین درمان‌های دارای پشتوانه تجربی تبدیل شود. در واقع، درمان شناختی-رفتاری معیار بسیار خوبی برای درمان کوتاه‌مدت افسردگی است. بک در رویکرد شناخت‌درمانی خود راه‌بردهای فعال‌سازی رفتاری را در چارچوب شناختی گسترده‌تری گنجانده است. این رویکرد شناختی-رفتاری نه تنها رویکردهای کاملاً رفتاری مقدم بر خود را تحت‌الشعاع قرار داد بلکه به تدوین راه‌بردهای بنیادین فعال‌سازی رفتاری و امکان استفاده گسترده از آنها کمک کرد. از این لحاظ، بک بیشتر از رفتارگرهای بسیاری فعال‌سازی رفتاری را گسترش داد.

مدل شناخت‌درمانی بک برای افسردگی تصریح می‌کند که پیش از پایش و اصلاح باورهای خاص