

نظریه آسیب‌شناسی و ساختار درمان در نظام روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (CBASP) و اثربخشی آن در درمان افسردگی مزمن

The Theory of Psychopathology and the Treatment Structure in Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) and it's Effectiveness on Chronic Depression

Dr. Kgdijeh Alavi

Assistant Professor, University of Bojnord, Bojnord, Iran.

kh.alavi@ub.ac.ir

دکتر خدیجه علوی

استادیار، دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران.

Abstract

Despite this fact that the common protocols designed for non-chronic depression have low effectiveness in treatment of chronic depression, there are rare treatment protocols that developed especially for chronic depression. The Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) is the only treatment model especially designed for chronic depression. The object of this descriptive-analytic study is to introduce this treatment approach-as a promising treatment for chronic depression-including the basic assumptions, the theory of psychopathology, the treatment model, the treatment process, and the therapeutic techniques. Finally the studies on the effectiveness of CBASP in the treatment of chronic depression are reviewed and summarized.

Keywords: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Chronic depression, Theory of psychopathology, Treatment process, Effectiveness

چکیده

به رغم این واقعیت که پروتکل‌های درمانی رایج طراحی شده برای افسردگی غیرمزمن، اثربخشی اندکی در درمان افسردگی مزمن دارند، به ندرت پروتکل‌هایی که به شکل خاص برای درمان افسردگی مزمن طراحی شده باشند، معرفی شده‌اند. نظام روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (CBASP) تنها مدل درمانی است که به طور ویژه و اختصاصی برای درمان اختلال افسردگی مزمن طراحی شده است. هدف مطالعه توصیفی- تحلیلی حاضر معرفی این رویکرد درمانی -به عنوان یک درمان امیدبخش برای افسردگی مزمن- شامل فرض‌های بنیادین، نظریه آسیب‌شناسی، مدل درمان، فرآیند درمان و تکنیک‌های درمانی است. در نهایت به مرور و جمع‌بندی پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی CBASP در درمان افسردگی مزمن پرداخته می‌شود.

واژه‌های کلیدی: نظام روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری، افسردگی مزمن، نظریه آسیب‌شناسی، فرآیند درمان، اثربخشی

ویرایش نهایی: مرداد ۹۹

پذیرش: اسفند ۹۸

دریافت: آذر ۹۸

نوع مقاله: تحلیلی

مقدمه

افسردگی به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی (سازمان جهانی بهداشت^۱، ۲۰۰۱) در حدود ۱۵ تا ۲۰ درصد موارد، سیری مزمن (دو سال یا بیشتر) پیدا می‌کند (ایتون، شائو، نستات، لی، بینونو، و زندی^۲، ۲۰۰۸؛ کوئیچپرز، ون استراتن، شورمانز، ون‌آپن، هولون، و اندرسون^۳، ۲۰۱۰). تشخیص افسردگی پایدار (PDD) در DSM-5 به این معناست که اختلال برای حداقل دو سال یا بیشتر -بدون وقفه بیش از ۸ هفته که فرد در آن بدون علامت باشد- ادامه یابد. PDD در DSM-5 شامل تصریح‌کنندگانی^۴ چون اختلال افسرده‌خویی خالص، اپیزود افسردگی عمده (MD) پایدار، PDD با اپیزودهای عمده متناوب همراه با اپیزود کنونی، PDD با اپیزودهای عمده متناوب بدون اپیزود کنونی است (مک‌کالا، شرام، و پن‌برنی^۵، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده‌اند که افسردگی مزمن در مقایسه با افسردگی غیرمزمن،

1. World health Organization (WHO)

2. Eaton, Shao, Nestadt, Lee, Bienvenu, & Zandi

3. Cuijpers, van Straten, Schuurmans, van Oppen, Hollon, & Andersson

4. Specifiers

5. McCullough, Schramm, & Penberthy

اثرات ناتوان‌کننده به مراتب شدیدتری دارد (مور و گارلند^۱، ۲۰۰۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند این اختلال در مقایسه با افسردگی عمده حاد با هزینه‌های اقتصادی بیشتر، میزان خودکشی بالاتر، اختلالات هم‌ابتلای بیشتر، آسیب‌های گسترده‌تر در مهارت‌های اجتماعی و پاسخ‌دهی کمتر به درمان (برگن و همکاران، ۲۰۰۹؛ ۲۰۱۰؛ کوئیچیز و همکاران، ۲۰۱۰؛ کلاین^۲، مورفی و بیرن^۳، ۲۰۱۲؛ کلاین و کوتا^۴، ۲۰۱۶؛ دامس، اسپنتاف، رادک، ایزاکسون، نورمن، و هینریچز^۵، ۲۰۱۶) همراه است. این اختلال بدون درمان مؤثر ممکن است به مشکلی در تمام طول عمر تبدیل شود (سوان و هال^۶، ۲۰۰۷). پژوهش‌ها همچنین حاکی از شدیدتر بودن عوامل آسیب‌شناختی در افسردگی مزمن در مقایسه با افسردگی غیرمزمن است (به‌عنوان مثال ریزو^۷ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ون‌راندنبورگ، هافمیر، ویکتور، کلاک، بورلینگاوس، و پاولزیک^۸، ۲۰۱۲؛ بروکمیر، کولسا، هاتزینگر، بنتس، و بکنستراس^۹، ۲۰۱۵). با این وجود، پروتکل‌های درمانی محدودی وجود دارند که به طور خاص برای افسردگی مزمن طراحی شده‌اند. بر این اساس یکی از علل احتمالی پاسخ‌دهی اندک به درمان در افسردگی مزمن را می‌توان استفاده از پروتکل‌های درمانی طراحی شده برای افسردگی حاد و فقدان پروتکل‌هایی دانست که به شکل ویژه برای افسردگی مزمن طراحی شده‌اند.

نظام روان‌درمانی تحلیل شناختی- رفتاری (CBASP^{۱۰}) تنها مدل درمانی است که به طور ویژه و اختصاصی برای درمان اختلال افسردگی مزمن طراحی شده است (مک‌کالا، شرام، و پن‌برئی، ۲۰۱۵؛ سوان و هال، ۲۰۰۷؛ فوروکاوا^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸). CBASP نتیجه بیش از ۳۰ سال پژوهش و تجارب بالینی جیمز پی. مک‌کالا، استاد روان‌شناسی و روان‌پزشکی دانشگاه ویرجینیای آمریکا است (سوان و هال، ۲۰۰۷). بنیاد نظری CBASP این است که رشد رسی بازاری شده، پایه عصب‌شناختی افسردگی مزمن را شکل می‌دهد. برای اغلب بیماران مبتلا به افسردگی مزمن زودآغاز، فرض بر آن است که تجربه ضربه بین‌فردی عمده (به‌عنوان مثال سوءاستفاده جسمی/جنسی) یا تجربه سوءرفتار، کمبود یا فقدان مراقبت به شکل خفیف اما طولانی‌مدت یا فقدان (از دست دادن) افراد مهم خانواده، منجر به بازداری فرآیند رسی شناختی- هیجانی در مرحله رشدی پیش‌عملیاتی پیازه می‌شود. بیماران مبتلا به افسردگی مزمن دیرآغاز (۲۱ سال و بیشتر) به ندرت سابقه افسرده‌خویی دارند؛ آن‌ها اغلب می‌توانند به یک رویداد تنش‌زا اشاره کنند که افسردگی را تسریع کرده است. این حالت هیجانی سرکش، در افسردگی منجر به این نتیجه‌گیری می‌شود که دنیا ناکارآمد (نامیدی) و مشکلات آن حل‌ناشدنی (درماندگی) است. این شرایط ملال‌انگیز غیرقابل کنترل، تبدیل به یک فرآیند فرسایشی می‌شود و منجر به تفکر پیش‌عملیاتی و این نتیجه‌گیری می‌شود که «وضع برای همیشه به این شکل باقی خواهد ماند». این هیجان‌پذیری تشدید یافته بر افکار منطقی اثر می‌گذارد و به بازگشت عملکرد کلی به مرحله پیش‌عملیاتی پیازه منجر می‌شود که با فقدان آگاهی علی و خودمیان‌بینی مشخص می‌شود (سوان و هال، ۲۰۰۷؛ پن‌برئی و همکاران، ۲۰۱۷).

نظریه سبب‌شناختی CBASP و تفاوت آن با درمان شناختی^{۱۲} / شناختی- رفتاری^{۱۳} (CT/CBT)

اگرچه نام CBASP شبیه به CT/CBT به نظر می‌رسد، اما بر خلاف CT/CBT در CBASP افسردگی مزمن به هیچ وجه به عنوان یک اختلال فکری مفهوم‌سازی نمی‌شود. در عوض این اختلال به عنوان یک شرایط خلقی دشوار که در نتیجه یک تاریخچه رشدی مبتنی بر بدرفتاری ایجاد می‌شود، مفهوم‌سازی شده است. فرض سبب‌شناختی این است که تجربه‌های سوءرفتار به «خارج شدن از خط» رشد رسی اجتماعی- بین‌فردی منجر می‌شود. علت چنین استنتاجی آن است که بیماران بزرگسال به لحاظ بین‌فردی به شیوه‌ای عمل می‌کنند که شبیه به رفتار پیش‌عملیاتی کودکان در سال‌های نخستین زندگی است. الگوهای بیان کلامی بیماران، اغلب ماهیتاً ابتدایی و پیش‌علی است به گونه‌ای که آن‌ها از یک فرض به یک نتیجه می‌رسند بدون این‌که در این میان ارزیابی منطقی وجود داشته باشد. وقتی بیماران

1. Moore & Garland

2. Klein

3. Murphy & Byrne

4. Kotov

5. Domes, Spenthof, Radtke, Isaksson, Normann, & Heinrichs

6. Swan & Hull

7. Riso

8. Van Randenborgh, Huffmeier, Victor, Klocke, Borlinghaus, & Pawelzik

9. Brockmeyer, Kulesa, Hautzinger, Bents, & Backenstrass

10. Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

11. Furokawa

12. Cognitive Therapy

13. Cognitive Behavior Therapy

تجارب خود را توصیف می‌کنند گفتارشان نشان می‌دهد که به لحاظ ادراکی از دنیای اجتماعی-بین فردی که در آن زندگی می‌کنند جدا شده هستند. یعنی چیزی که دیگران می‌گویند یا انجام می‌دهند، هیچ اثر سازنده‌ای بر آن‌ها ندارد. عملکرد دایره‌وار خود-میان‌بین این بیماران منجر به یک اختلال هیجانی مقاوم می‌شود که با الگوهای شناختی نامنصف و رفتار بین‌فردی خشک مشخص می‌شود. نتیجه وضعیت نامساعد مزمن این است که بیمار در یک حلقه پایان‌ناپذیر از «یک‌نواختی»^۱ دایره‌وار حرکت می‌کند زیرا پیامدهای بین‌فردی نشأت گرفته از واکنش‌های دیگران (به عنوان مثال درمانگر، همکاران، همسر) هرگز از جانب فرد درک نمی‌شود یا در مانعی که جلوی بازخورد سازنده را می‌گیرد، نفوذ نمی‌کند. در مواجهه با این تنگنای ادراکی، CBASP طراحی شد تا به لحاظ ادراکی بیماران را به دنیای بین‌فردی-اجتماعی متصل کند به گونه‌ای که آن‌ها به بازخورد بین‌فردی اصلاحی دست یابند (مک‌کالا، شرام و پن‌برثی، ۲۰۱۵؛ مک‌کالا، ۲۰۰۶؛ سوان و هال، ۲۰۰۷). در مقایسه CBASP با CT چند تفاوت قابل توجه وجود دارد: ۱. CBASP به طور اختصاصی برای درمان بیماران افسرده مزمن طراحی شده است در حالی که CT/CBT در اصل برای درمان اختلال افسردگی حاد/دوره‌ای طراحی شد (بک، راش، شاو، و امری^۲، ۱۹۷۹). ۲. CBASP آسیب‌شناسی بیمار افسرده مزمن را به عنوان یک اختلال ماهیتاً خلقی مفهوم‌سازی می‌کند (و نه یک اختلال فکری آنگونه که در CT/CBT فرض می‌شود) ۳. CBASP یک مدل بین‌فردی است که هدف اولیه آن متمرکز کردن توجه بیماران بر درمانگر است با این هدف که به آن‌ها بیاموزد که چگونه با بالینگر تعامل کنند. در واقع بیماران می‌آموزند که چگونه الگوهای شناختی و رفتاری آن‌ها مشکلات بین‌فردی‌شان را ایجاد کرده و تداوم می‌بخشند و چگونه این الگوهای ناسازگارانه رفتار بین‌فردی را اصلاح کنند. در مقابل، CT/CBT در اصل یک مدل درون‌فردی است که در آن تمرکز اولیه درمانگر بر تفکر بیمار است. ۴. نقش بالینگر CBASP دربرگیرنده درگیری شخصی نظمیافته^۳ است. بالینگر یک بازیگر بین‌فردی فعال است که به بیماران می‌آموزد چگونه رفتار بین‌فردی داشته باشند. برعکس متخصص CT/CBT نقش سنتی‌تری را ایفا می‌کند که در آن فرد واکنش‌های شخصی مشروط^۴ را جلوی بیمار آشکار نمی‌کند (مک‌کالا، ۲۰۰۶).

مفروضه‌های مدل CBASP

یک مفروضه بنیادی CBASP که بر مبنای دیدگاه پایزه قرار دارد این است که بیماران مبتلا به افسردگی مزمن در حوزه‌های مختلفی چون حل مسئله اجتماعی، تنظیم عاطفه و تعامل، در سطح پیش‌عملیاتی به جای سطح عملیات صوری عمل می‌کنند. مک‌کالا (۲۰۰۳) به برخی شباهت‌ها بین الگوهای پیش‌عملیاتی کودکان بهنجار و بزرگسالان مبتلا به افسردگی مزمن اشاره می‌کند: (۱) استفاده از تفکر کلی^۵؛ (۲) الگوهای تفکر و فرض‌هایی که به بازخورد اصلاحی از جانب دیگران، پاسخ‌ده نیستند. (۳) دیدگاه‌های خود-میان‌بینانه راجع به خود و دیگران. (۴) تعامل تک‌گویانه^۶. (۵) اختلال در ظرفیت همدلی و (۶) کژتنظیمی عاطفی تحت استرس (آرنو^۷، ۲۰۰۵). از این مفروضه‌ها قضایایی استنباط می‌شود: نخست، این مدل فرض می‌کند که بیماران مبتلا به افسردگی مزمن در درک رابطه بین فکر، رفتار و پیامدهای محیطی شکست می‌خورند. به عبارت دیگر آنها نمی‌توانند نقش خود را در مشکلاتی که در زندگی با آنها برخورد می‌کنند، درک کنند. قضیه دوم آن است که راهبردهای درمانی مبتنی بر بحث منطقی (همانند آنچه در شناخت درمانی یک وجود دارد) احتمالاً در مورد بیماران افسرده مزمن، مؤثر نیستند. این بدان دلیل است که این بیماران در مرحله پیش‌عملیاتی تفکر قرار دارند و مباحثه منطقی با آنها شبیه به گفتگوی موازی است. به همین دلیل CBASP تلاش می‌کند تا به جای تکیه بر ارزیابی منطقی شواهد، با استفاده از تمرین ساخت‌یافته و تحلیل موقعیت، به تغییر شناخت ناسازگارانه بیمار و کمک به وی برای تفکر بر اساس چارچوب عملیات صوری کمک کند (آرنو، ۲۰۰۵).

بیماران پیش از درمان

1. Sameness
2. Beck, Rush, Shaw, & Emery
3. Disciplined Personal Involvement
4. Personal contingent reactions
5. Global
6. Monologic
7. Arnow

وقتی بیماران PDD وارد درمان می‌شوند و به علت رفتار بین‌فردی شان قادر نیستند از درمان منتفع شوند، CBASP آن‌ها را «بیماران پیش از درمان» می‌نامد. ویژگی‌های این بیماران غالباً دربرگیرنده یکی از موارد زیر است: بیماران هر بار وسط صحبت‌های درمانگران می‌آیند به گونه‌ای که مجال صحبت یافتن را برای بالینگر ناممکن می‌سازند؛ هر گاه موضوع مهمی پیش می‌آید موضوع را عوض می‌کنند؛ از برقراری ارتباط چشمی امتناع ورزیده یا سکوت می‌کنند؛ متخصص را از راه‌های گوناگون زیرسوال برده یا اعتراض می‌کنند که درمانگر فاقد شایستگی است؛ پیوسته سخن گفتن از بدشانسی‌های شان با آبخش بی‌پایانی از پرگویی؛ پاسخ ندادن به سوالات و پیوسته خواستار این بودن که بدانند چرا این یا آن سوال پرسیده می‌شود؛ شکوه‌های مداوم از مشکلات‌شان، از اینکه چقدر ناامید هستند و از این‌که رفتاری-های‌شان فراتر از کمک‌هاست. این‌ها برخی از الگوهای مخربی است که مانع از رخ دادن یادگیری درمانی می‌شوند (مک‌کالا، شران، و پن‌برثی، ۲۰۱۵).

فرآیند درمان در CBASP

جدول ۱. دارای مراحل عملی است که به شکل شفاف تعریف و عملیاتی شده‌اند و درمانگر آن‌ها را دنبال می‌کند

جدول ۱. مراحل عملیاتی شده فرآیند CBASP (برگرفته از سوان و هال، ۲۰۰۷؛ با دخل و تصرف)					
جلسه ۱		جلسه ۲		جلسه ۳ تا ۲۰	
✓	تشخیص	✓	تاریخچه دیگری مهم	۷۰٪	۳۰٪
✓	جدول زمانی	✓	استنتاج‌های نظریه علی و فرضیه انتقال	تحلیل موقعیت	
				✓	درگیری شخصی نظم‌یافته
				✓	پاسخ‌دهی شخصی مشروط
				✓	نقاط داغ و تمرین تمیز بین‌فردی
				✓	اکتساب مهارت

جلسه نخست

تشخیص و جدول زمانی^۱

جلسه نخست دارای دو مرحله است. ابتدا مسأله مطرح‌شده باید با اختلال افسردگی تک‌قطبی مطابقت داشته باشد (اختلال افسردگی عمده یا اختلال افسرده‌خویی). در مرحله دوم یک تصویر شفاف از مدت اختلال کنونی باید ترسیم شود. دو سؤال پاسخ می‌گیرند: آیا اختلال مزمن است یا حاد و دوره‌ای؟ و اگر اختلال حاضر مزمن است، آیا افسرده‌خویی قبل از این دوره وجود داشته است؟ همچنین شدت و طول مدت نشانه‌های افسردگی برای یک تشخیص دقیق مورد بررسی قرار می‌گیرند (سوان و هال، ۲۰۰۷).

جلسه دوم

تاریخچه دیگری مهم

در جلسه دوم، تاریخچه دیگری مهم^۲ مورد بررسی قرار می‌گیرد. دیگران مهم (SO) افرادی هستند که نقش‌های مهم و اثرگذار در رشد تحولی یا فقدان آن ایفا می‌کنند. SOها ممکن است اشخاصی در گذشته دور، گذشته نزدیک یا حال باشند (مانند والدین، همشیره‌ها، اقوام درجه یک، همسر، معلمان/اساتید) که اثر مثبت/تسهیل‌گرانه یا منفی/بدخواهانه روی ما دارند. SOها سیر زندگی ما را هدایت می‌کنند، به ما می‌آموزند که به شکل روانی-اجتماعی رفتار کنیم و بر ادراکاتی که در مورد خودمان و دیگران داریم، تأثیر می‌گذارند. متخصصان CBASP اطلاعاتی را در مورد SOهای بیمار جمع‌آوری می‌کنند تا تاریخچه بین‌فردی-هیجانی بیمار را درک کنند (مک‌کالا، شران و پن‌برثی، ۲۰۱۵). تاریخچه دیگری مهم (SOH) یک تمرین بین‌فردی-هیجانی است که در جلسه دوم اجرا می‌شود. SOH اطلاعاتی را درباره اثرات سرنوشت‌ساز SOها ارائه می‌دهد. این تأثیرات ممکن است مثبت یا منفی باشند. بیمار با فهرستی از ۵ یا ۶ فردی که فکر می‌کند بیشترین تأثیر را در مسیر زندگی‌اش داشته‌اند، در جلسه دوم حاضر می‌شود. هر SO برای دستیابی به دو هدف مورد بررسی قرار می‌گیرد: اول، تسهیل یادآوری این موضوع برای بیمار که بزرگ شدن/بودن در کنار یک SO خاص چگونه بوده و هست. دوم، از بیماران

1. Diagnosis and Timeline

2. Significant other history

خواسته می‌شود که یک اثر مثبت یا منفی یا به عبارت دیگر، «نشان/میراثی» که از این روابط سرنوشت‌ساز عمده پذیرفته‌اند را فرمول‌بندی کنند (مک‌کالا، شرام و پن‌برثی، ۲۰۱۵؛ سوان و هال، ۲۰۰۷).

استنتاج‌های نظریه علی^۱ و ایجاد فرضیه انتقال^۲

طی SOH از بیمار خواسته می‌شود که یک «نشان/میراثی» که از یک SO پذیرفته -یا در واقع اثری که SO بر شخصی که الان هست یا رفتاری که الان دارد داشته است- را مشخص کند. به این «نشان‌ها» یا اثرات، استنتاج نظریه علی گفته می‌شود. در پایان تمرین SOH، تا ۶ استنتاج نظریه علی وجود خواهد داشت که پیامدهای بین‌فردی-هیجانی حاصل از تعاملات با SOها را مشخص می‌سازند. سپس متخصص، موضوع مشترک بین «نشان‌ها» یا استنتاج‌ها را جستجو می‌کند. این موضوعات مشترک، غالباً به حوزه‌های بین‌فردی که در آن‌ها انتظار پربشانی، خطر یا بدرفتاری وجود دارد، اشاره می‌کنند. سپس از موضوع مورد اشاره برای ساخت یک فرضیه انتقال (TH) استفاده می‌شود (مک‌کالا، شرام، پن‌برثی، ۲۰۱۵). بنابراین درمانگر، در تکمیل تاریخچه دیگران مهم، یک فرضیه انتقال را فرمول‌بندی می‌کند. فرضیه انتقال مشخص می‌کند که چگونه بیمار ممکن است انتظار و پاسخ‌های عادی خود نسبت به دیگران مهم را به درمانگر، انتقال دهد. به عنوان مثال «اگر به X نزدیک شوم و اجازه دهم احساسم را متوجه شود، آن‌گاه او مرا تنبیه، طرد، یا مسخره می‌کند» (سوان و هال، ۲۰۰۷).

در CBASP، ۴ حوزه تعامل بالقوه مورد توجه قرار می‌گیرد که محتوای فرضیه انتقال در یکی از این چهار حوزه قرار می‌گیرد:

- ✓ صمیمیت: ابراز صمیمیت بین‌فردی به وسیله بیمار یا درمانگر
- ✓ شکست: موقعیت‌هایی که در آن‌ها بیمار در چیزی شکست می‌خورد یا در جلسه مرتکب اشتباهی می‌شود.
- ✓ نیاز هیجانی: ابراز مستقیم یا غیرمستقیم نیاز هیجانی بیمار به درمانگر.
- ✓ ابراز عاطفه منفی: تجربه یا ابراز عاطفه منفی بیمار (به صورت مستقیم یا غیرمستقیم) به درمانگر (سوان و هال، ۲۰۰۷).

تحلیل موقعیت

تحلیل موقعیت^۳ (SA) راهبرد درمانی اصلی CBASP است و هدف آن کمک به اصلاح کژکاری شناختی، رفتاری، هیجانی و بین‌فردی است که بیماران مبتلا به افسردگی مزمن با خود به درمان می‌آورند. این راهبرد نشان می‌دهد که رفتار، پیامدهای بین‌فردی مشخصی تولید می‌کند. بیمار متوجه می‌شود که اعمال و واژه‌های وی برای او و دیگران، پیامدهایی به دنبال دارد و این سبک تعامل آنان با دیگران است که موضع افسرده‌وار آنان را حفظ می‌کند. SA همچنین برای بالینگران یک روش ارزیابی را فراهم می‌آورد تا مشخص کنند که بیماران در «برش‌های زمانی»^۴ خاص چگونه فکر و رفتار می‌کنند (یعنی برخوردهای موقعیتی با دیگران). در واقع تحلیل موقعیت، بیماران مبتلا به افسردگی مزمن که تفکرشان در سطح پیش‌عملیاتی است را از طریق روبرو ساختن آنان با چالش‌های شناختی-هیجانی که نیازمند تفکر عملیات صوری است، به تفکر در یک سطح پیشرفته‌تر وادار می‌کند. تحلیل موقعیت یک راهبرد تکرار شونده است و ۷۰٪ تلاش درمانی را شکل می‌دهد. با اجرای مکرر SA بیمار می‌تواند اثراتی که روی دیگران دارد را درک کند. این سطح از کارکرد روانی-اجتماعی، «عاملیت ادراک شده»^۵ نام دارد. در این سطح افراد می‌دانند که رفتار بین‌فردی‌شان، اثرات یا پیامدهای قابل‌پیش‌بینی یا محتمل بر دیگران دارند (مک‌کالا، شرام، و پن‌برثی، ۲۰۱۵؛ مک‌کالا، ۲۰۰۳؛ سوان و هال، ۲۰۰۷).

SA فرآیندی است که طی آن بیمار، یک الگوریتم حل مسأله اجتماعی را می‌آموزد که اهداف به هم وابسته متعددی دارد: (الف) نمایاندن و اصلاح افکار گسسته ناسازگارانه؛ (ب) افزایش آگاهی از پیامدهای افکار و رفتارهای خود؛ و (ج) شناسایی و تغییر الگوهای نگهدارنده افسردگی. SA دربرگیرنده سه فاز است: فراخوانی^۶، اصلاح^۷، و تعمیم^۸. هر فاز دارای اهداف متفاوت و مستلزم فعالیت‌های مختلف از سوی درمانگر است (آرنو، ۲۰۰۵).

فاز فراخوانی

1. Causal theory conclusions
2. Transference Hypothesis
3. Situational Analysis
4. Slices of time
5. Perceived Functionality
6. Elicitation
7. Remediation
8. Generalization

- از بیمار خواسته می‌شود که بر یک برخورد تنش‌زای بین‌فردی خود-نظارتی داشته باشد که شامل این عناصر است:
- توصیف رویداد: از آنجا که یکی از اهداف CBASP آن است که بیمار به درک پیامدهای محیطی افکار و اعمال خود ناآشنا شود، رویداد خاصی که مورد بررسی قرار می‌گیرد باید در یک «برش زمانی» مجزا قرار گیرد به این معنا که دارای آغاز، وسط و پایان است.
 - افکار حین رویداد (تفسیرهای مرتبط با رویداد): بیمار به این پرسش پاسخ می‌دهد که «وقتی این رویداد در حال رخ دادن بود به چه فکر می‌کردی؟»
 - رفتار حین رویداد: بیمار به این پرسش پاسخ می‌دهد که «طی این موقعیت چکار کردی؟»
 - نتیجه واقعی: در این قسمت نتیجه واقعی موقعیت مشخص می‌شود. مهم‌ترین نکته در رابطه با این قسمت این است که نتیجه با اصطلاحات رفتاری بیان شود. به ویژه در ابتدای درمان، بیماران غالباً نتایج را با اصطلاحات هیجانی مورد بحث قرار می‌دهند (به‌عنوان مثال «حالم خیلی بد شد»). برای رسیدن به توصیف رفتاری از نتیجه، خوب است از بیمار پرسیده شود «اگر من دوربینی روی دیوار بودم آنجا چه می‌دیدم؟».
 - نتیجه مطلوب: نتیجه مطلوب، نقطه مرجع در فرآیند SA است. همانند نتیجه واقعی، در اینجا هم هدف دستیابی به یک نتیجه واحد با اصطلاحات رفتاری است. به علاوه مشکلات دیگری نیز ممکن است در این قسمت به وجود بیاید. یک مشکل عمده می‌تواند ناتوانی بیمار در شناسایی و ارائه یک نتیجه مطلوب باشد. یکی از تظاهرات ناامیدی در بیماران افسرده مزمن این است که نمی‌توانند نتایجی را که خواهان آنها هستند، پیش‌بینی یا به آنها فکر کنند. در این صورت لازم است درمانگر با بیمار برای شناسایی یک نتیجه مطلوب کار کند. مشکل دیگر مربوط به زمانی است که بیمار بیش از یک نتیجه مطلوب را ارائه می‌دهد که در این صورت باید مهم‌ترین نتیجه شناسایی و انتخاب شود. در نهایت نتیجه مطلوب باید قابل دستیابی باشد. بدین منظور به بیمار آموزش داده می‌شود که نتایج مطلوب را عمدتاً به صورت رفتارهایی که خودش می‌تواند انجام دهد، تعریف کند.
 - تعیین این که آیا نتیجه مطلوب واقعاً به دست آمده است یا خیر.
 - مشخص کردن علت به دست آمدن یا نیامدن نتیجه مطلوب از دیدگاه بیمار.
- از بیمار انتظار می‌رود که گزارش یک موقعیت خاص را تکمیل و به جلسه بیاورد (آرنو، ۲۰۰۵).

فاز اصلاح

زمانی که درمانگر اطلاعات فوق را به دست آورد، می‌توان فاز دوم SA یعنی فاز اصلاح را آغاز کرد. در این فاز، در صورتی که بین نتیجه واقعی و نتیجه مطلوب، تفاوت وجود داشته باشد، می‌توان با این جمله شروع کرد: «بسیار خوب، حال که تصویر دقیقی از اتفاق رخ داده داریم، اجازه بده با دقت به مرور موقعیت پردازیم و ببینیم چه تغییراتی نتیجه را تغییر می‌دهد؟» در واقع فاز اصلاح با اشاره به این نکته آغاز می‌شود که بیمار نقش کلیدی در نتیجه دارد و تلاش بر این است که مشخص شود برای دستیابی به نتیجه مورد نظر بیمار، چه کارهایی لازم است.

تجدید نظر در تفسیرها: تمرکز اولیه در فاز اصلاح، بر تفسیرهای ارائه شده از سوی بیمار و ارتباط آنها با نتیجه مطلوب است. دو معیار کلیدی را هنگام بررسی تفسیرها باید در ذهن داشت: (الف) آیا تفسیر، دستیابی به نتیجه مطلوب را تسهیل یا مانع از آن می‌شود؟ (ب) آیا تفسیر با موقعیت متناسب است؟ به محض این که درمانگر و بیمار بر سر این موضوع به توافق رسیدند که یک تفسیر خاص غیرسودمند و/یا نامتناسب است، گام بعدی این است که فرصتی برای بیمار فراهم آید تا تفسیر را به شیوه‌ای که با نتیجه مطلوب، سازگارتر باشد، مورد تجدید نظر قرار دهد.

استفاده از SA برای تعدیل رفتار: بعد از تجدید نظر در تفسیر، از بیمار خواسته می‌شود که به تفسیر جدید نگاه کند و بگوید در صورت تغییر فکرش طی موقعیت، رفتارش چه تغییری خواهد کرد. این گام، ارتباط بین شناخت‌ها و پیامدهای رفتاری را برجسته می‌سازد (آرنو، ۲۰۰۵).

فاز تعمیم

SA یک روش استقرایی است. در این روش بر یک رویداد مجزا تمرکز می‌شود، پیش از آن که به تلویحات کلی راجع به آنچه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد، پرداخته شود. فاز تعمیم به منظور کمک به بیمار در انتقال یادگیری و تغییر تمرکز از جزء به کل، طراحی شده است. می‌توان این فاز را با این پرسش آغاز کرد که «آنچه امروز بدان پرداختیم چگونه می‌تواند در موقعیت‌های دیگر زندگی شما به

کار رود؟» این فاز فرصتی را برای درمانگر و بیمار فراهم می‌آورد تا الگوهای نگهدارنده افسردگی را شناسایی کنند. همچنین این فاز فرصتی را برای پیش‌بینی موقعیت‌های مشکل‌ساز آینده و تهیه برنامه‌هایی برای مقابله مؤثر با آنها فراهم می‌آورد (آرنو، ۲۰۰۵).

درگیری شخصی نظم‌یافته

یک جنبه متمایز نقش درمانگر CBASP، درگیری شخصی نظم‌یافته است. در CBASP انتظار می‌رود که درمانگر نقش غیرخنثی داشته باشد. این موضوع در واقع، برخلاف ممنوعیت فراگیر وضع‌شده برای درمانگران طی یک قرن اخیر عمل می‌کند. این ممنوعیت عبارت است از: «با بیماران خود درگیری شخصی پیدا نکنید!» بر این اساس، درک و اجرای DPI یکی از پرچالش‌ترین جنبه‌های CBASP برای درمانگران است. در CBASP درمانگران با بیماران خود به شیوه‌هایی بسیار نظم‌یافته درگیر می‌شوند (که با نیازهای بیماران مبتلا به افسردگی پایدار تناسب دارد) و از واکنش‌های انتقال متقابل برای تعدیل رفتار بیمار استفاده می‌شود. درمانگران باید بتوانند هر دو احساسات و واکنش‌های مثبت و منفی که در تعاملات درون جلسات برانگیخته می‌شوند را ابراز کنند. واکنش‌های DPI بر نوع «عینی» انتقال متقابل دلالت می‌کنند و دربرگیرنده «واکنش‌های برخورد بین‌فردی» به رفتارهای کلامی و غیرکلامی بیمار است - یعنی واکنش‌های شخصی به آنچه بیماران انجام می‌دهند و می‌گویند. واکنش‌های درگیری فردی در CBASP دربرگیرنده واکنش‌های انتقال «ذهنی» نیست که واکنش‌هایی غیرمنطقی و دفاعی هستند که نیازهایی که درمانگران با بیماران خاص تجربه می‌کنند را منعکس می‌کنند. DPI برای مقابله با عواقب منفی ناشی از سوءاستفاده‌های هیجانی و جسمی و غفلت‌شدیدی که بیماران مزمن با خود به درمان می‌آورند، طراحی شده است. در CBASP باور بر این است که که ابراز کلامی و غیرکلامی پذیرش، درک، همدلی و بحث و جدل غالباً برای نفوذ به سیستم درون‌فردی بسته PDD کافی نیست. چیزهای بیشتری مورد نیاز است و DPI برای مورد توجه قرار دادن این نیاز، طراحی شده است (مک‌کالا، شران، و پن‌برثی، ۲۰۱۵؛ سوان و هال، ۲۰۰۷).

پاسخ‌دهی شخصی مشروط

افراد مبتلا به افسردگی مزمن با یک سبک بین‌فردی کژکار استوار و ثابت به درمان وارد می‌شوند. یک مشکل عمده آن است که این افراد اغلب واقعاً از اثراتی که روی دیگران دارند، ناآگاه هستند. آن‌ها، به سادگی پیوند ناگسستنی خود با دیگران را درک نمی‌کنند. در CBASP، بیماران می‌آموزند که پیامدهای بین‌فردی رفتار خود را شناسایی کنند (سوان و هال، ۲۰۰۷). پاسخ‌دهی شخصی مشروط^۱ (CPR) این فرصت را برای درمانگر فراهم می‌سازد که توجه بیمار را به اثر رفتار بر درمانگر (و بنابراین بر دیگران) معطوف سازد. بالینگر، بازخورد شخصی مستقیمی را در مورد رفتارهایی که تبدیل به موانع بین‌فردی برای درمان می‌شوند برای بیماران فراهم می‌آورد. CPR اثرات مشروطی را که بیماران بر درمانگران دارند، به عنوان بازخورد، شفاف می‌سازند. در این تکنیک، بالینگر، پیامدهای رفتار ناسازگارانه (یا مطلوب) را از طریق واکنش مستقیم به اثراتی که بیمار روی او دارد، نشان می‌دهد (به عنوان مثال «وقتی این حرف را می‌زنی احساس بی‌ارزشی می‌کنم»، «وقتی مکرر اعتراض می‌کنی که نمی‌توانی کاری انجام دهی و بعد گریه می‌کنی، باعث می‌شوی که احساس کنم کاملاً درمانده‌ام»). سپس درمانگر، موضوع را با بیمار واکاوی می‌کند: «چرا می‌خواهی من یا تلاشم را بی‌ارزش جلوه دهی؟» هدف، تمرکز توجه بر پیامدهای رفتار اجتماعی ناسازگارانه و ارائه بازخورد پیوسته و مشروط به بیمار در پاسخ به رفتار بین‌فردی سازگارانه است. CPR به شیوه‌ای نظم‌یافته و غیرتهدیدگر اجرا می‌شود. CPR باید تا زمانی تکرار شود که رفتار مشکل‌ساز ناسازگارانه دیگر خود-تخریب‌گر نباشد و/یا تحت کنترل کلامی درمانگر درآید (مک‌کالا، شران، و پن‌برثی، ۲۰۱۵؛ سوان و هال، ۲۰۰۷).

نقاط داغ و تمرین تمیز بین‌فردی

فرضیه انتقال (که قبلاً بدان اشاره شد) درمانگر را نسبت به نقاط داغ^۲ بین‌فردی که طی فرآیند درمان پدیدار می‌شوند، هشیار می‌سازند. یک نقطه داغ، حوزه تجربی پریشانی بین‌فردی، خطر یا بدرفتاری بالقوه است. زمانی که وهله‌های مربوط به نقاط داغ رخ می‌دهند، درمانگر که پیشاپیش از ارزش این نقاط داغ آگاه شده است، تمرین تمیز بین‌فردی^۳ (IDE) را اجرا می‌کند. در CBASP باور بر این است که شفای هرگونه تجربه تروماتیک اولیه زمانی به دست می‌آید که بیمار قادر باشد موقعیت درمانگر را از افرادی که به دلیل داشتن سوء رفتار با آن‌ها در گذشته، گناهکارند، تمیز دهد. IDE به بیماران می‌آموزد که بین پیامدهای رفتاری درمانگر و پیامدهای بین‌فردی ایجاد شده از سوی SOهای بدررفتار، در حوزه ترس-اجتناب تمایز قائل شود. در اینجا هدف، دستیابی به «امنیت احساس‌شده» است به گونه‌ای که بیماران

1. Contingent Personal Responsivity

2. Hot spots

3. Interpersonal Discrimination Exercise

یاد بگیرند، متخصصان در بافت‌های تجربی خاصی که قبلاً آسیب را در آن تجربه کرده‌اند، به آن‌ها آسیب نخواهند زد (مک‌کالا، شرام، و پن‌برثی، ۲۰۱۵؛ مک‌کالا، ۲۰۰۳؛ سوان و هال، ۲۰۰۷).

اکتساب مهارت

در CBASP، از دامنه‌ای از مهارت‌هایی که برای متخصصان سلامت روان آشنا هستند همچون ابزار جود، حل مسأله و الگوسازی نیز استفاده می‌شود (سوان و هال، ۲۰۰۷).

در مجموع در CBASP فرض بر آن است که زمانی که بیماران شروع به درک این موضوع می‌کنند که شیوه زندگی و رفتارشان نقش مستقیمی در وضعیت ناراحتی مزمن آن‌ها ایفا می‌کند، به تدریج و به شکل فزاینده، مسئولیت اختلال افسردگی و پایان دادن به ناراحتی‌های خود را به عهده می‌گیرند. هدف CBASP آن است که به بیماران آموزش دهد که تنها آن‌ها می‌توانند احساس ناراحتی خود را پایان ببخشند. درمانگران با برنامه‌ریزی طرح‌های اکتشاف درون جلسه شرایطی را فراهم می‌آورند که بیمارانی که در سطح پیش‌عملیاتی عمل می‌کنند شروع به ادراک دنیایشان از یک دیدگاه عملیات صوری کنند (مک‌کالا، ۲۰۰۶).

اثربخشی CBASP در درمان افسردگی مزمن

نتایج کارآزمایی‌های اولیه از نتایج رضایت‌بخش CBASP در درمان افسردگی مزمن خبر می‌دهد. مک‌کالا (۱۹۹۱) طی مطالعه‌ای، ۱۰ بیمار مبتلا به افسرده‌خویی زودآغاز و دیرآغاز را تحت درمان با CBASP قرار داد. نتایج این مطالعه نشان داد که ۹ بیمار (از ۱۰ بیمار) در پیگیری‌های دو ساله و بیشتر، بهبودی خود را حفظ کرده‌اند. مطالعه کلر^۱ و همکاران (۲۰۰۰) که یک کارآزمایی تصادفی کنترل‌شده بزرگ شامل ۷۰۰ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن بود (میانگین ابتلا برای بیماران مبتلا به افسردگی عمده ۸/۴ سال و برای بیماران مبتلا به افسردگی مضاعف، ۲۳ سال بود) به مقایسه اثربخشی درمان با نفازودون، CBASP و ترکیب این دو در درمان افسردگی مزمن پرداخت. در این مطالعه مشخص شد که نرخ کلی پاسخ‌دهی در درمان با نفازودون و CBASP به تنهایی هر یک ۴۸٪ و در درمان ترکیبی ۷۳٪ بود. بر این اساس افزودن CBASP به درمان دارویی، میزان اثربخشی درمان را به شکل قابل توجهی افزایش می‌دهد. پژوهش سابق^۲ و همکاران (۲۰۱۲) نیز نشان داد که CBASP در درمان علائم افسردگی مقاوم به درمان (افسردگی‌ای که حداقل به دو دوره درمان دارویی پاسخ نداده است) موفق عمل می‌کند. در پژوهش سوان و همکاران (۲۰۱۴)، نتایج حاکی از آن بود که بیش از ۶۰ درصد بیماران مبتلا به افسردگی مزمن، کاهش معنادار در نشانه‌ها را پس از دریافت CBSASP نشان می‌دهند. در پژوهش شرام و همکاران (۲۰۱۱) و در مقایسه CBASP و IPT در درمان ۳۰ بیمار افسرده مزمن، نرخ بهبودی در گروه CBASP (۵۷٪) در مقایسه با IPT (۲۰٪) بیشتر بود. البته این تفاوت تنها در شاخص BDI (پرسشنامه افسردگی بک) دیده شد و در سه شاخص دیگر (GAF- ارزیابی کلی عملکرد؛ SASS- مقیاس خودارزیابی سازگاری اجتماعی؛ و مقیاس رتبه‌بندی افسردگی همیلتون) دو درمان تفاوت معناداری را نشان ندادند. نتایج پژوهش فوروکاوا و همکاران (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که CBASP یک گزینه درمانی قبل‌قبول برای درمان افسردگی پایدار است. این پژوهش حاکی از آن است که در بیماران مبتلا به افسردگی پایداری که شدت افسردگی و اضطراب در آنان شدید است، ترکیب درمان CBASP و دارودرمانی مؤثرترین گزینه است و دارودرمانی به تنهایی و CBASP به تنهایی به ترتیب به لحاظ اثربخشی در مرتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند. از سوی دیگر، در بیماران مبتلا به افسردگی پایداری که افسردگی متوسط و اضطراب خفیف است، اثربخشی درمان ترکیبی و CBASP به یک میزان است و دارودرمانی دارای کمترین اثربخشی است. در پژوهش شرام، زوبل، مونچ، شرام و میچالاک^۳ (۲۰۱۶)، CBASP در مقایسه با شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) و درمان معمول (TAU)، کیفیت خواب را به طور معناداری در بیماران مبتلا به افسردگی مزمن بهبود بخشید. در مطالعه برکمیر^۴ (۲۰۱۱) که به بررسی اثربخشی CBASP روی ۳۰ بیمار مبتلا به افسردگی مزمن پرداخت، مقایسه‌های پیش و پس بعد از یک دوره درمانی سه ماهه حاکی از تغییرات معنادار با اندازه اثر بزرگ بود. در این مطالعه پیگیری ۱۲ ماهه نشان داد که اغلب بیماران دچار عود نشدند.

1. Keller

2. Sayegh

3. Schramm, Zobel, Mönch, Schramm, Michalak

4. Brakemeier

با وجود یافته‌های بسیار امیدوارکننده از اثربخشی CBASP در درمان افسردگی مزمن، پیشینه پژوهشی موجود در رابطه با این رویکرد هم همچون دیگر رویکردهای روان‌درمانی، در برگیرنده پژوهش‌هایی است که نتایج آن‌ها برتری CBASP بر دیگر گزینه‌های درمانی در افسردگی مزمن و مقاوم به درمان را به چالش می‌کشند. به عنوان مثال نتایج کارآزمایی کاکسیس^۱ و همکاران (۲۰۰۹) نشان می‌دهد که اثرات افزودن این درمان به دارودرمانی، در طولانی‌مدت تفاوتی با دارودرمانی به تنهایی و همچنین دارودرمانی + روان‌درمانی حمایتی کوتاه مدت ندارد. در این پژوهش، میزان پاسخ‌دهی بیماران افسرده مزمن به این درمان در بهترین حالت تنها ۳۸ درصد بود. نتایج یک پژوهش دیگر که به منظور بررسی اثربخشی افزودن CBASP به درمان معمول^۲ (TAU) در کاهش افکار خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مزمن انجام شد نیز حاکی از آن بود که کاهش افکار خودکشی در گروه CBASP+TAU در مقایسه با گروه TAU، تنها بر مبنای گزارش ارزیاب‌ها مشاهده شد (با اندازه اثر متوسط) و در افکار خودکشی دو گروه بر مبنای گزارش بیماران، تغییری دیده نشد (فورکمن، بروکمیر، تیزمن، اسکران، میچالاک^۳، ۲۰۱۶).

بحث و نتیجه‌گیری

CBASP تنها مدل درمانی است که به شکل اختصاصی برای درمان اختلال افسردگی مزمن طراحی شده است. در این مدل، گفته می‌شود که افراد مبتلا به افسردگی مزمن به لحاظ روابط بین‌فردی در سطح پیش‌عملیاتی پیازه عمل می‌کنند؛ این موضوع باعث می‌شود افراد یاد شده در برآورد پیامدهای بین‌فردی رفتارشان و در ارزیابی نقادانه بازخورد یا استنباط روابط علی، ناتوان باشند. بر این اساس خود-میان‌بینی و ناتوانی در همدلی بین‌فردی کارآمد که در نظریه پیازه مرتبط با سطح پیش‌عملیاتی است، ویژگی‌های روابط بین‌فردی افسرده‌های مزمن را تشکیل می‌دهند (ویلبرتز، بروکمیر، زوبل، هارتر، و شران^۴، ۲۰۱۰). مراحل درمانی و تکنیک‌های معرفی شده در CBASP عمدتاً این کاستی‌ها را در درمان افراد مبتلا به افسردگی مزمن هدف قرار می‌دهند. بررسی مجموعه مطالعات موجود در رابطه با اثربخشی CBASP در درمان افسردگی مزمن نشان می‌دهد که می‌توان این رویکرد را یک گزینه درمانی امیدبخش برای افسردگی مزمن دانست که به بررسی‌های پژوهشی و داده‌های تجربی بیشتری نیازمند است.

منابع

- Arnou, B. A. (2005). Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy for Chronic Depression. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 6-16.
- Beck, A. T., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Brakemeier, E. L. (2011). S44-01 - Feasibility and effectiveness of cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronically depressed inpatients: a pilot study. *European Psychiatry, 26*, 2165. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)73868-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)73868-8)
- Brockmeyer, T., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H., & Backenstrass, M. (2015). Differentiating early-onset chronic depression from episodic depression in terms of cognitive-behavioral and emotional avoidance. *J Affect Disord, 175*, 418-423. doi: 10.1016/j.jad.2015.01.045
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev, 30*(1), 51-62. doi: 10.1016/j.cpr.2009.09.003
- Domes, G., Spenthof, I., Radtke, M., Isaksson, A., Normann, C., & Heinrichs, M. (2016). Autistic traits and empathy in chronic vs. episodic depression. *J Affect Disord, 195*, 144-147. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.006
- Eaton, W. W., Shao, H., Nestadt, G., Lee, H. B., Bienvenu, O. J., & Zandi, P. (2008). Population-based study of first onset and chronicity in major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry, 65*(5), 513-520. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.513
- Forkmann, T., Brakemeier, E. L., Teismann, T., Schramm, E., & Michalak, J. (2016). The Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy added to Treatment as Usual on suicidal ideation in chronic depression: Results of a randomized-clinical trial. *J Affect Disord, 200*, 51-57. doi: 10.1016/j.jad.2016.01.047
- Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Weitz, E. S., Cipriani, A., Keller, M. B., Kocsis, J. H., . . . Schramm, E. (2018). Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy, Drug, or Their Combination for Persistent Depressive Disorder: Personalizing the Treatment Choice Using Individual Participant Data Network Metaregression. *Psychother Psychosom, 87*(3), 140-153. doi: 10.1159/000489227

1. Kocsis

2. Treatment as usual

3. Forkmann, Brakemeier, Teismann, Schramm, & Michalak

4. Wilbertz, Brakemeier, Zobel, Harter & Schramm

- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., . . . Zajecka, J. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med*, *342*(20), 1462-1470. doi: 10.1056/NEJM200005183422001
- Klein, D. N. (2008). Classification of depressive disorders in the DSM-V: proposal for a two-dimension system. *J Abnorm Psychol*, *117*(3), 552-560. doi: 10.1037/0021-843x.117.3.552
- Klein, D. N., & Kotov, R. (2016). Course of depression in a 10-year prospective study: Evidence for qualitatively distinct subgroups. *J Abnorm Psychol*, *125*(3), 337-348. doi: 10.1037/abn0000147
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., . . . Thase, M. E. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the REVAMP Trial. *Arch Gen Psychiatry*, *66*(11), 1178-1188. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.144
- McCullough, J. P. (1991). Psychotherapy for dysthymia. A naturalistic study of ten patients. *J Nerv Ment Dis*, *179*(12), 734-740.
- McCullough, J. P. (2006). *Treating Chronic Depression with Disciplined Personal Involvement: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP)*. New York: Springer.
- McCullough, J. P., JR. (2003). Treatment for chronic depression using Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP). *Journal of Clinical Psychology*, *59*, 833-846.
- McCullough, J. P., Schramm, E., & Penberthy, J. K. (2015). *CBASP as a Distinctive Treatment for Persistent Depressive Disorder*. London: Routledge.
- Moore, R. C. , & Garland, A. (2003). *Cognitive Therapy for Chronic and persistent depression*. New Jersey: John Wiley & Sons Ltd.
- Murphy, J. A., & Byrne, G. J. (2012). Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *J Affect Disord*, *139*(2), 172-180. doi: 10.1016/j.jad.2012.01.033
- Penberthy J. K., Khanna, S., Lynch, M., Chhabra, D., Turk, M. L., Xu, Y., Gioia, C. (2017). Effective treatment for co-occurring alcohol use disorder and persistent depression: a case report. *MOJ Addict Med Ther*, *3*(3), 66-69. DOI: [10.15406/mojamt.2017.03.00035](https://doi.org/10.15406/mojamt.2017.03.00035)
- Rhebergen, D., Beekman, A. T., de Graaf, R., Nolen, W. A., Spijker, J., Hoogendijk, W. J., & Penninx, B. W. (2010). Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: a 3-year follow-up. *J Affect Disord*, *124*(1-2), 148-156. doi: 10.1016/j.jad.2009.10.029
- Rhebergen, D., Beekman, A. T., Graaf, Rd, Nolen, W. A., Spijker, J., Hoogendijk, W. J., & Penninx, B. W. (2009). The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *J Affect Disord*, *115*(3), 450-459. doi: 10.1016/j.jad.2008.10.018
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., . . . Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *J Abnorm Psychol*, *112*(1), 72-80.
- Sayegh, Liliane, Locke, Kenneth D., Pistilli, Daniele, Penberthy, J. Kim, Chachamovich, Eduardo, McCullough, James P., & Turecki, Gustavo. (2012). Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy for Treatment-Resistant Depression: Adaptation to a Group Modality. *Behaviour Change*, *29*(2), 97-108. doi: 10.1017/bec.2012.2
- Schramm, E., Zobel, I., Dykieriek, P., Kech, S., Brakemeier, E. L., Kulz, A., & Berger, M. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: a randomized pilot study. *J Affect Disord*, *129*(1-3), 109-116. doi: 10.1016/j.jad.2010.08.003
- Schramm, P. J., Zobel, I., Mönch, K., Schramm, E., Michalak, J. (2016). Sleep quality changes in chronically depressed patients treated with Mindfulness-based Cognitive Therapy or the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy: a pilot study. *Sleep Medicine*, *17*, 57-63
- Swan, J. S., Macvicar, R., Christmas, D., Durham, R., Rauchhaus, P., McCullough, J. P., Jr., & Matthews, K. (2014). Cognitive Behavioural Analysis System of Psychotherapy (CBASP) for chronic depression: clinical characteristics and six month clinical outcomes in an open case series. *J Affect Disord*, *152-154*, 268-276. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.024
- Swan, J., & Hull, A. (2007). The cognitive behavioural analysis system of psychotherapy: A new psychotherapy for chronic depression. *Advances in Psychiatric Treatment*, *13*(6), 458-469. doi:10.1192/apt.bp.106.003376
- Van Randenborgh, A., Huffmeier, J., Victor, D., Klocke, K., Borlinghaus, J., & Pawelzik, M. (2012). Contrasting chronic with episodic depression: an analysis of distorted socio-emotional information processing in chronic depression. *J Affect Disord*, *141*(2-3), 177-184. doi: 10.1016/j.jad.2012.02.039
- Wilbertz, G., Brakemeier, E. L., Zobel, I., Harter, M., & Schramm, E. (2010). Exploring preoperational features in chronic depression. *J Affect Disord*, *124*(3), 262-269. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.021
- WHO. (2001). *The World health report: Mental health: new understanding, new hope*. Geneva.