

مداخلات و طرح‌های درمانی برای افسردگی و اختلال‌های اضطرابی

تألیف

رابر لیاهی
استفان ج. هولند
لاتا ک. مک‌گین

ترجمه

دکتر مهدی اکبری
عضو هیأت علمی دانشگاه خوارزمی تهران
متخصص روان‌شناسی بالینی

دکتر مسعود چینی‌فروشان
دکتری روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی

ویراستار علمی

دکتر مهدی اکبری

با مقدمه پرفسور رابر لیاهی بر ترجمه فارسی

و پیش‌درآمدی از دکتر لادن فتی
عضو هیأت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

Guilford Publication

(با محور رسمی ترجمه)



کتاب آرجمند

فهرست مطالب

۱۷	یادداشتی از پرفسور لیپی بر ترجمه فارسی
۱۹	پیش‌درآمدی بر ترجمه
۲۷	پیشگفتار
۳۳..	فصل ۱. درمان در محیط مراقبت‌های بهداشتی متعیر
۳۵	احد محور درمانی معیارهای کلی
۳۷	گزارش درمانی ..
۴۱	درخواست جلسات درمانی بیشتر
۴۵	محورهای تلفی ..
۴۶	درخواست موافقت با ادامه درمان ..
۴۷	فصل ۲ اختلال افسردگی
۴۷	توصیف و تشخیص ..
۵۳	تیین افسردگی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری ..
۶۸	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای افسردگی
۶۹	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۸۶	حل‌وفصل مشکلات درمان
۹۸	طرح تفصیلی درمان برای افسردگی
۱۰۵	ارانه یک مثال بالینی
۱۵۰	فصل ۳ اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۱۵۰	توصیف و تشخیص
۱۶۳	تیین اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی بر اساس رویکرد شناختی رفتاری
۱۷۳	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۱۷۴	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۱۹۶	حل‌وفصل مشکلات درمان
۱۹۹	طرح تفصیلی درمان برای اختلال وحشت‌زدگی
۲۰۵	ارانه یک مثال بالینی ..
۲۳۵	فصل ۴ اختلال اضطراب فراگیر
۲۳۵	توصیف و تشخیص ...

۴۷۹	فصل ۸. اختلال وسواس فکری - عملی
۴۷۹	توصیف و تشخیص
۴۸۷	تیبیین اختلال وسواس فکری - عملی بر اساس رویکرد شاختی رفتاری
۴۹۸	بررسی اثربخشی درمان‌های شاختی رفتاری مطرح شده برای اختلال وسواس فکری - عملی
۵۰۱	عوامل پیش‌بینی کننده دستاوردهای درمانی در درمان شاختی رفتاری
۵۰۵	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۵۲۳	حل و فصل مشکلات درمان
۵۲۵	طرح تفصیلی درمان برای اختلال وسواس فکری - عملی
۵۳۱	ارائه یک مثال بالینی

۵۵۹	فصل ۹. تکبیک‌های رفتاری
۵۵۹	تکبیک حرأتمدی
۵۶۰	فعال‌سازی رفتاری (برنامه‌ریزی پاداش و رمان‌سدی فعالیت)
۵۶۲	آمورش مهارت‌های ارتباطی
۵۶۴	تکبیک توجه برگردانی
۵۶۵	مواجهه
۵۷۰	تکالیف درجه‌سدی شده
۵۷۱ ..	توجه‌آگاهی
۵۷۳	الگوسازی
۵۷۴	حل مسئله
۵۷۵	تمس محدود
۵۷۶	آرام‌سازی
۵۸۲	حود پاداش‌دهی
۵۸۳	آمورش مهارت‌های اجتماعی
۵۸۴	تحسم

۵۸۹	فصل ۱۰. مفاهیم و تکبیک‌های شاختی
۵۸۹	مقدمه‌ای بر درمان شاختی و شاختی رفتاری
۵۹۰	سطوح سه‌گانه تحریف‌های شاختی
۵۹۱	شاسایی و نه چالش کشیدن تحریف‌های شاختی
۵۹۵	مثال‌هایی از چالش با افکار حودا‌پید تحریف‌شده حاص
۵۹۹	بررسی مفروضه‌های ناکارآمد

۲۴۰	تیبیین اختلال اضطراب فراگیر بر اساس رویکرد شاختی رفتاری
۲۴۶	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال اضطراب فراگیر
۲۴۷	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۲۶۳	حل و فصل مشکلات درمان
۲۶۸	طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب فراگیر
۲۷۳	ارائه یک مثال بالینی

۳۰۲	فصل ۵. اختلال اضطراب اجتماعی
۳۰۲	توصیف و تشخیص
۳۰۷	تیبیین اختلال اضطراب اجتماعی بر اساس رویکرد شاختی رفتاری
۳۱۲	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال اضطراب اجتماعی
۳۲۵	ارزیابی و توصیه‌هایی درمانی
۳۳۶	حل و فصل مشکلات درمان
۳۳۸	طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی
۳۴۲	ارائه یک مثال بالینی

۳۶۷	فصل ۶. اختلال استرس پس از سانحه
۳۶۷	توصیف و تشخیص
۳۷۲	تیبیین اختلال پس از سانحه بر اساس رویکرد شاختی رفتاری
۳۷۸	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال استرس پس از سانحه
۳۸۲	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۳۹۴	حل و فصل مشکلات درمان
۳۹۷	طرح تفصیلی درمان برای اختلال استرس پس از سانحه
۴۰۳	ارائه یک مثال بالینی

۴۲۴	فصل ۷. اختلال هراس حاص
۴۲۴	توصیف و تشخیص
۴۳۰	تیبیین اختلال هراس حاص بر اساس رویکرد شاختی رفتاری
۴۳۱	بررسی اثربخشی درمان‌های مطرح شده برای اختلال هراس حاص
۴۳۵	ارزیابی و توصیه‌های درمانی
۴۴۷	حل و فصل مشکلات درمان
۴۵۳	طرح تفصیلی درمان برای اختلال هراس حاص
۴۵۶	ارائه یک مثال بالینی

فهرست شکل‌ها، جدول‌ها و کار برگ‌ها

فهرست شکل‌ها

- شکل ۱-۱ نمونه‌ای از گزارش درمانی استاندارد .. ۴۲
- شکل ۱-۲. نمودار تشخیصی اختلال افسردگی اساسی..... ۵۵
- شکل ۱-۳ نمودار تشخیصی اختلال وحشت‌زدگی نا گذرهراسی ۱۶۴
- شکل ۱-۴. نمودار تشخیصی اختلال اضطراب فراگیر .. ۲۳۷
- شکل ۱-۵. نمودار تشخیصی اختلال اضطراب اجتماعی .. ۳۰۷
- شکل ۲-۵. فهرست موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌را برای بیماران؛ تکمیل شده توسط پرهام .. ۳۵۰
- شکل ۱-۶. نمودار تشخیصی اختلال استرس پس از سانحه .. ۳۷۱
- شکل ۱-۷. نمودار تشخیصی اختلال هراس خاص ۴۲۷
- شکل ۱-۸. نمودار تشخیصی اختلال وسواس فکری- عملی..... ۴۸۷
- شکل ۲-۸. سلسله‌مراتب وسواس‌های فکری بیمار؛ تکمیل شده توسط آزاد .. ۵۳۸
- شکل ۳-۸. سلسله‌مراتب موقعیت‌ها و سایر محرک‌های اضطراب‌برانگیز / احتیاتی؛ تکمیل شده توسط آزاد ۵۳۹
- شکل ۱-۱۰. مثالی از نحوه ترسیم پیوستار حوادث ناخوشایند توسط یک بیمار .. ۵۹۶

فهرست جدول‌ها

- جدول ۱-۲. رفتارهای کمبود و بیش بود و عوامل رمیبه‌سار افسردگی ۵۷
- جدول ۲-۲ خلاصه‌ای از تکنیک‌های رفتاری مؤثر در درمان افسردگی .. ۵۸
- جدول ۲-۳ نمونه‌هایی از سه نوع تحریف‌های شناختی در افسردگی .. ۶۱
- جدول ۲-۴. خلاصه‌ای از تکنیک‌های شناختی برای درمان افسردگی .. ۶۵
- جدول ۲-۵. طرح کلی درمان افسردگی ۷۲
- جدول ۲-۶. راستی‌آزمایی و چالش نا معروضه باکارآمد «اگر کسی مرا دوست ندارد، پس من اسان بی‌ارزشی هستم»..... ۸۳
- جدول ۲-۷. راستی‌آزمایی و چالش نا طرحواره معنی «من اسان بی‌ارزشی هستم» ۸۴
- جدول ۲-۸ تکنیک‌های حل مسئله .. ۸۷
- جدول ۲-۹. پیشهاداتی برای کاهش خودانتقادگری و افزایش اعتمادبه‌نفس ۹۴
- جدول ۲-۱۰. پیشهاداتی برای ایجاد انگیزه در بیماران .. ۹۵

۶۰۱	..	....	..	..	بررسی محتوای طرحواره‌های ناسازگار
۶۰۲	..	..	..	..	خودآموری و خودگردانی
۶۰۵	..	..	..	..	مفهوم‌سازی مشکل بیمار
۶۰۷	..	..	..	..	نتیجه‌گیری

۶۱۷	.	...	.	.	پیوست الف خلاصه‌ای از تکنیک‌های رفتاری .
۶۱۹	..	..	.	.	پیوست ب خلاصه‌ای از تکنیک‌های شناختی
۶۳۱	.	.	.	.	واژه‌نامه
۶۴۳	..	.	.	.	منابع

۳۸۳	حدول ۳-۶. طرح کلی درمان اختلال استرس پس از سانحه
۳۹۲	حدول ۴-۶. مثال‌هایی از تکنیک‌های مفید برای هدف‌گیری تحریف‌های شناختی مرتبط با رویداد آسیب‌زا
۳۹۸	حدول ۵-۶. نمونه‌ای از علائم اختلال استرس پس از سانحه
۳۹۸	حدول ۶-۶. نمونه‌ای از اهداف درمانی و مداخلات نالیبی برای اختلال استرس پس از سانحه
۳۹۹	حدول ۷-۶. طرح تفصیلی درمان برای اختلال استرس پس از سانحه
۴۳۶	حدول ۱-۷. طرح کلی درمان اختلال هراس خاص
۴۳۹	حدول ۲-۷. هراس‌ها و راهبردهای سازگارانه
۴۵۳	حدول ۳-۷. نمونه‌ای از علائم اختلال هراس خاص
۴۵۳	حدول ۴-۷. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال هراس خاص
۴۵۴	حدول ۵-۷. طرح تفصیلی درمان برای اختلال هراس خاص ..
۴۹۳	حدول ۱-۸. مثال‌هایی از افکار خودآیند، مفروضه‌ها و طرحواره‌ها ناکارآمد در اختلال وسواس فکری-عملی
۵۰۷	حدول ۲-۸. طرح کلی درمان اختلال وسواس فکری-عملی
۵۲۵..	حدول ۳-۸. نمونه‌ای از علائم اختلال وسواس فکری-عملی
۵۲۶	حدول ۴-۸. نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال وسواس فکری-عملی
۵۲۷	حدول ۵-۸. طرح تفصیلی درمان برای اختلال وسواس فکری-عملی
۵۹۲	حدول ۱-۱۰. طرحواره‌های ناکارآمد در اختلال‌های شخصیت
۵۹۳	حدول ۲-۱۰. ارتباط بین سطوح شناختی

فهرست کاربرگ‌ها

۱۱۲	کاربرگ ۱-۲ کاربرگ پذیرش اولیه
۱۲۰	کاربرگ ۲-۲ پرسشنامه خودسجی سریع علامت‌شناسی افسردگی (QIDS-SR 16)
۱۲۴	کاربرگ ۳-۲ ارزیابی افسردگی نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه و توصیه‌ها
۱۲۶	کاربرگ ۴-۲ ارزیابی شناختی، رفتاری و بین فردی افسردگی
۱۳۱	کاربرگ ۵-۲ ارزیابی خطر خودکشی
۱۳۵	کاربرگ ۶-۲ قرارداد «عدم خودکشی»
۱۳۶	کاربرگ ۷-۲ خلاصه‌برگ آموزشی درباره افسردگی برای بیماران
۱۴۱	کاربرگ ۸-۲ جدول زمانی فعالیت‌های هفتگی بیمار
۱۴۳	کاربرگ ۹-۲ برنامه‌ریزی فعالیت‌های هفتگی بیمار پیش‌بینی احساس تسلط و لذت
۱۴۵	کاربرگ ۱۰-۲. ثبت رورانه افکار خودآیند ناکارآمد بیمار
۱۴۶	کاربرگ ۱۱-۲ خلاصه‌برگ آموزشی درباره بی‌حوالی برای بیماران

۹۶	حدول ۱۱-۲ پیشهاداتی برای علنه بر ترس از اشتباه کردن
۹۶	حدول ۱۲-۲ پیشهاداتی برای کمک به بیماران جهت تصمیم‌گیری بهتر
۹۷	حدول ۱۳-۲ پیشهاداتی برای علنه بر نشحوار فکری
۹۷	حدول ۱۴-۲ علائم و مشکلات مرتبط ن افسردگی و ارانه سوالات/مداخلات مفید برای آنها
۹۹	حدول ۱۵-۲ نمونه‌ای از علائم اختلال افسردگی اساسی
۱۰۰	حدول ۱۶-۲ نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای افسردگی
۱۰۱	حدول ۱۷-۲ طرح تفصیلی درمان برای افسردگی
۱۷۲	حدول ۱-۳ مثال‌هایی از تحریف‌های شناختی سه‌گانه در اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۱۷۵	حدول ۲-۳ طرح کلی درمان اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۲۰۰	حدول ۳-۳ نمونه‌ای از علائم اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۲۰۰	حدول ۴-۳ نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی اختلال وحشت‌زدگی
۲ ۱ ..	حدول ۵-۳ طرح تفصیلی درمان برای اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی
۲۱۲	حدول ۶-۳ «کارت‌های مقاله‌ای» برای روزان
۲۴۲	حدول ۱-۴ مثال‌هایی از تحریف‌های شناختی سه‌گانه در اختلال اضطراب فراگیر
۲۴۹	حدول ۲-۴ طرح کلی درمان اختلال اضطراب فراگیر
۲۵۹	حدول ۳-۴ بررسی ارتباط بین ناوهرای نیادین و نگرانی‌های بیماران
۲۶	حدول ۴-۴ پیشهاداتی برای کمک به بیمار در علنه بر ترس از شکست
۲۶۸	حدول ۵-۴ نمونه‌ای از علائم اختلال اضطراب فراگیر
۲۶۹	حدول ۶-۴ نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال اضطراب فراگیر
۲۶۹	حدول ۷-۴ طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب فراگیر
۳۱۳	حدول ۱-۵ افکار خودآیند تحریف‌شده شایع در اختلال اضطراب اجتماعی در هر مرحله از تعامل اجتماعی
۳۱۳	حدول ۲-۵ مثال‌هایی برای سه نوع تحریف شناختی در اختلال اضطراب اجتماعی
۳۲۵	حدول ۳-۵ طرح کلی درمان اختلال اضطراب اجتماعی
۳۲۹	حدول ۴-۵ «قوایی» ناکارآمد در اختلال اضطراب اجتماعی
۳۳۸	حدول ۵-۵ نمونه‌ای از علائم اختلال اضطراب اجتماعی
۳۳۸	حدول ۶-۵ نمونه‌ای از اهداف و مداخلات درمانی برای اختلال اضطراب اجتماعی
۳۳۹	حدول ۷-۵ طرح تفصیلی درمان برای اختلال اضطراب اجتماعی
۳۴۷	حدول ۸-۵ افکار خودآیند پرهام و پاسح‌های منطقی وی درباره ارسال ایمیل
۳۵۵	حدول ۹-۵ تمرین «ار یک‌سوی-ار سوی دیگر» در مورد مکالمه تلفنی نا پسرچاله پرهام
۳۷۷	حدول ۱-۶. «قوایی» ناکارآمد در اختلال استرس پس از سانحه
۳۷۷	حدول ۲-۶. مثال‌هایی از سه نوع تحریف شناختی در اختلال استرس پس از سانحه

کاربرگ ۳-۱ مدل شاختی رفتاری اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی برای بیماران ۲۱۸

کاربرگ ۳-۲ ارزیابی اختلال وحشت‌زدگی نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۲۱۹

کاربرگ ۳-۳ ارزیابی اضطراب و احتیاب بیماران ۲۲۱

کاربرگ ۳-۴ ثبت وحشت‌زدگی بیمار ۲۲۴

کاربرگ ۳-۵ خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال وحشت‌زدگی و گذرهراسی برای بیماران ۲۲۵

کاربرگ ۳-۶ شایع‌ترین افکار خودآیند بیمار به هنگام اضطراب/ وحشت‌زدگی ۲۳۰

کاربرگ ۳-۷ عبارتهای مقابله‌ای برای بیماران ۲۳۱

کاربرگ ۳-۸ سلسله‌مراتب موقعیت‌های هراس‌آور بیمار ۲۳۲

کاربرگ ۳-۹ کتاب قانون حدید شما درباره‌ی وحشت‌زدگی و گذرهراسی ۲۳۳

کاربرگ ۴-۱ اختلال اضطراب فراگیر فرایندهای ریزبایی و عوامل رمیبه‌ساز ۲۸۴

کاربرگ ۴-۲ سیاهه اضطراب لیهی برای بیماران ۲۸۵

کاربرگ ۴-۳ پرسشنامه نگرانی ایالت پسیلوایا (PSWQ) ۲۸۶

کاربرگ ۴-۴ پرسشنامه فراشاختی (MCQ-30) ۲۸۷

کاربرگ ۴-۵ مقیاس عدم تحمل نالتکیفی (IUS) ۲۸۹

کاربرگ ۴-۶ ارزیابی اختلال اضطراب فراگیر نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۲۹۱

کاربرگ ۴-۷ خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال اضطراب فراگیر برای بیماران ۲۹۳

کاربرگ ۴-۸ ثبت نگرانی بیمار ۲۹۶

کاربرگ ۴-۹ «اگر نگران هستید، این سوال‌ها را از خودتان پرسید» یک کاربرگ خودیاری برای بیماران ۲۹۷

کاربرگ ۴-۱۰ چالش نا باورهای بیادین ۲۹۹

کاربرگ ۴-۱۱ مداخلات مفید برای نگرانی یک راهمای خودیاری برای بیماران ۳۰۰

کاربرگ ۵-۱ فرایند شکل‌گیری اضطراب اجتماعی ۳۵۸

کاربرگ ۵-۲ پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SAQ) برای بیماران ۳۵۹

کاربرگ ۵-۳ ارزیابی اختلال اضطراب اجتماعی نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۳۶۰

کاربرگ ۵-۴ فهرست موقعیت‌های اجتماعی اضطراب‌را برای بیماران ۳۶۲

کاربرگ ۵-۵ مقیاس رفتارهای ایمنی‌بخش بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی ۳۶۳

کاربرگ ۵-۶ خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال اضطراب اجتماعی برای بیماران ۳۶۴

کاربرگ ۶-۱ علت ایجاد اختلال استرس پس از سانحه ۴۱۱

کاربرگ ۶-۲ سیاهه اختلال استرس پس از سانحه- سحه افراد غیربظامی (PCL-C) ۴۱۲

کاربرگ ۳-۳ ارزیابی اختلال استرس پس از سانحه نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۴۱۳

کاربرگ ۳-۴ ثبت ماشه‌چکان‌های رویداد آسیب‌را ۴۱۵

کاربرگ ۳-۵ خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال استرس پس از سانحه برای بیماران ۴۱۶

کاربرگ ۳-۶ «بخش‌های پُراشتهاب» در داستان من ۴۱۹

کاربرگ ۳-۷ رفتارهای ایمنی‌بخش در اختلال استرس پس از سانحه ۴۲۰

کاربرگ ۳-۸ افکار معفی و پاسح‌های منطقی در اختلال استرس پس از سانحه ۴۲۱

کاربرگ ۳-۹ مداخلات مفید برای اختلال استرس پس از سانحه راهمای خودیاری ۴۲۲

کاربرگ ۷-۱ مشا هراس شما چیست و چرا ادامه پیدا می‌کند؟ ۴۶۲

کاربرگ ۷-۲ چگونه محرک هراس‌آور، خطرناک به نظر می‌رسد؟ ۴۶۴

کاربرگ ۷-۳ ارزیابی اختلال هراس خاص نمرات آزمون‌ها، مصرف مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۴۶۵

کاربرگ ۷-۴ ارزیابی ترس بیماران ۴۶۷

کاربرگ ۷-۵ خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال هراس خاص برای بیماران ۴۶۸

کاربرگ ۷-۶ سود و ریان علنه بر هراس‌تان ۴۷۱

کاربرگ ۷-۷ خودنظارتی بیمار بر هراس‌ها ۴۷۲

کاربرگ ۷-۸ سلسله‌مراتب هراس بیمار مبتلا به اختلال هراس خاص ۴۷۳

کاربرگ ۷-۹ سود و ریان رفتارهای احتیابی در اختلال هراس خاص ۴۷۴

کاربرگ ۷-۱۰ رفتارهای ایمنی‌بخش در اختلال هراس خاص ۴۷۵

کاربرگ ۷-۱۱ پیش‌بینی‌ها و نتایج در اختلال هراس خاص ۴۷۶

کاربرگ ۷-۱۲ افکار سارگارانیه و ناسارگارانیه در اختلال هراس خاص ۴۷۷

کاربرگ ۷-۱۳ قواعد کاربردی برای رهایی از هراس ۴۷۸

کاربرگ ۸-۱ مقیاس وسواس فکری- عملی مادرلی (MOCI) ۵۴۶

کاربرگ ۸-۲ پرسشنامه وسواس فکری- عملی (OCQ) برای بیماران ۵۴۸

کاربرگ ۸-۳ ارزیابی اختلال وسواس فکری- عملی نمرات آزمون‌ها، استفاده از دارو و مواد، تاریخچه، پیشرفت درمان و توصیه‌ها ۵۵۰

کاربرگ ۸-۴ ثبت وسواس‌های فکری/ آیین‌مندی‌های بیمار ۵۵۲

کاربرگ ۸-۵ خلاصه‌برگ آموزشی درباره اختلال وسواس فکری- عملی برای بیماران ۵۵۳

کاربرگ ۸-۶ سلسله‌مراتب وسواس‌های فکری بیمار ۵۵۶

کاربرگ ۸-۷ سلسله‌مراتب موقعیت‌های اضطراب‌را، احتیاب‌شده و سایر محرک‌های بیمار ۵۵۷

کاربرگ ۹-۱ ثبت تمرین‌های مواحهه تحسیمی بیماران ۵۸۶

Introduction to Persian translation

It is a great pleasure to have our book, *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety (Second Edition)* translated into Persian. My hope is that the excellent work by so many people in the field of psychotherapy can be available worldwide and that we can all learn from each other. As we all know, psychological disorders such as depression and anxiety affect everyone. All of us have friends, family, colleagues—or, in some cases, ourselves—who have suffered from the debilitating and painful experiences of depression and anxiety. Just as depression and anxiety affect all social classes, both genders, and all ethnic and racial groups, these problems are found worldwide—and do not recognize political or national borders. We are all part of this human predicament—to be challenged to find a life worth living. We are all together in this endeavor. I am deeply grateful—as my co-authors, Dr. Stephen Holland and Dr. Lata McGinn—that our colleagues in Iran will be able to use our book and, hopefully, help the thousands of patients who rely on you for help. We are deeply grateful to Dr. Mehdi Akbari and her colleague for providing this translation. Thank you for all that you have done.

Our approach in this book is to incorporate as much as we could practically do from the full range of cognitive-behavioral models. Thus, we hope that the clinician will be able to use the ideas from Beck's cognitive model, behavioral models, exposure and response prevention, metacognitive therapy, mindfulness, acceptance and commitment, DBT, and other approaches. Each of us is a practicing clinician so we know that patients come to us because they want to get better—not because they have some allegiance to a particular approach. We are interested in what works—not in advancing a cause. We hope that this practical approach will benefit the practitioner to pick and choose what works for a particular patient. No one approach works for everyone.

When we decided to write the second edition of our book we realized that over the ten-year span since the first edition there had been many advances in cognitive-behavioral therapy and many advances in our knowledge about depression and anxiety. Thus, we diligently went back and reviewed the research on the processes and causes of these disorders and the newer work in CBT and included these advances in the new edition of *Treatment Plans*. Our view was that the book can serve as a textbook for any therapist, regardless of theoretical orientation, who is interested in a focused, concise, but accurate update on the latest research and therapeutic advances for the primary anxiety disorders and depression. It is important to know about the facts about these disorders before you can treat them. So, there is an academic quality to this book that goes beyond simply providing techniques and plans. It is what we like to think of as the “scientist-practitioner”—that is, that each therapist should know about the science of psychopathology before he or she can treat it.

But as interesting and rewarding as research on psychopathology might seem, it will not help those who suffer unless there is a way to implement these ideas. That is why we have carefully outlined detailed descriptions of how to conduct therapy—how to assess the patient's problems, how to rule out other causes, socializing the patient to the therapeutic approach, implementing techniques and interventions, measuring changes, anticipating problems and overcoming them, and developing a conceptualization of the individual

۵۸۷

۶۰۸

۶۱

۶۱۲

۶۱۳

۶۱۴

۶۱۵

کاربرگ ۹-۲ ثت تمرین‌های مواجهه واقعی بیماران

کاربرگ ۱۰-۱. اشنایی کلی بیماران با درمان شاختی‌رفتاری

کاربرگ ۱۰-۲ طبقه‌بندی افکار خودآیند تحریف‌شده راهمای کاربردی برای بیماران

کاربرگ ۱۰-۳ مثال‌هایی از معروضه‌های ناکارآمد راهمای کاربردی برای بیماران

کاربرگ ۱۰-۴ ثت رویداد-حلق-فکر بیمار ...

کاربرگ ۱۰-۵ طبقه‌بندی و پاسخ به افکار خودآیند

کاربرگ ۱۰-۶ دستورالعمل خودآموزی بیماران

درمان در محیط مراقبت‌های بهداشتی متغیر

هدف اصلی این کتاب کمک به متخصصین بهداشت روانِ حاضر در محیط‌های سرپایی^۱ است تا بتوانند در حوزه اختلال‌های اضطرابی و افسردگی، درمان‌هایی نا پشتوانه تحربی کافی ارائه دهند. ما اولین ویرایش این کتاب را در اوج حسش مراقبت‌های بهداشتی^۲ نگاشتیم زمانی که بسیاری از متخصصین بالینی تحت فشار و استرس بودند، زیرا می‌بایست درمان ارائه شده توسط آنها مورد تایید شرکت‌های بیمه قرار گیرد. دومین هدف ویرایش اول این کتاب، کمک به درمانگران برای قرار گرفتن در مسیر نظام مراقبت‌های بهداشتی نا تدوین یک راهمای کاربردی برای نگارش طرح‌های درمانی مورد تایید ناظران مراقبت‌های بهداشتی بود.

ار آن زمان تاکنون تغییرات زیادی در نظام مراقبت‌های بهداشتی^۳ ایجاد شده است طی دهه احبر، بسیاری از شرکت‌های بیمه کمتر در ارائه محورها و نظارت‌های خود سحت‌گیری می‌کند (هورگان، گاریک، مریک و هودکس، ۲۰۰۷). اگرچه ممکن است پیشرفت‌های احبر این رویه را برعکس کند در سال ۲۰۰۸، شرکت «برابری سلامت روان»^۴ و «رویکردی متفاوت به اعتیاد»^۵ موطف شدند که همان پوشش بیمه‌ای را برای اختلال‌های روان‌شاحتی داشته باشند که شرکت‌های بیمه‌ای برای بیماری‌های طی ارائه می‌دادند، مشروط به اینکه سطح این مراکر نا سطح درمانگاهای پزشکی برابر باشد نا این وجود، طبق آیین‌نامه سال ۲۰۰۸ بیمه‌گران محور شدند محدوداً سحت‌گیری‌های خود را در نظام مراقبت‌های بهداشتی افرایش دهند (کلمبر، ۲۰۱۰).

روشن است که هر اتعاقی در آینده سفتد، همچنان رقابت بر سر ارائه خدماتی نا کیفیت نا لاتر ادامه خواهد داشت که البته می‌تواند هریه‌هایی هم به همراه داشته باشد در میان همه نظام‌های مراقبت‌های بهداشتی، فعالیت‌های بالینی متنی بر درمان‌های دارای حماست تحربی، در احد محورها لارم، نقش

1- outpatient setting

2- health care movement

3- health care system

4- Mental Health Parity

5- Addiction Equity Act

پذیرفتن اصولی که در بالا ذکر شد، بر نحوه کار درمانگری که محور درمان را از شرکت‌های بیمه دریافت می‌کند، نوع و مدت زمان درمان (درمان‌های کوتاه‌مدت و دارای حمایت تحریمی، مانند درمان شاحتی‌رفتاری ارححیت دارد) و حتی سولاتی که در گزارش‌های درمان پرسیده می‌شود (شواهدی از علام و ناتوانی مرتبط با تشخیص، تکنیک‌های مورد استفاده برای رفع علام حاصل، اهداف و نتایج قابل اندازه‌گیری) تأثیر می‌گذارد در ادامه این فصل پیشنهاداتی ارائه می‌شود که بتواند این اصول را بهتر درک کند و از این طریق مسیر دریافت محور درمان را با سرعت بیشتری طی کند

فصل ۲ تا ۸ این کتاب به ارائه دستورالعمل‌های درمانی (با رویکرد شاحتی‌رفتاری) برای احتلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌پردازد این فصل‌ها بر ماهیت اصلی علام که در گریش اهداف درمانی و تکنیک‌های مداخلاتی نقش مؤثری دارند، متمرکز هستند موضوعاتی که در هر فصل ارائه خواهد شد، عارت‌اند از

- توصیف احتلال و ویژگی‌های مرتبط با آن
- مروری بر مفهوم‌پردازی شاحتی‌رفتاری احتلال
- مرور مختصری بر ادبات پژوهشی در حمایت از کاربرد مداخلات اختصاصی
- ارائه دستورالعمل‌های تفصیلی جهت نحوه سحش، فرآید درمان، تکالیف خانگی، کاربرگ‌ها و خلاصه‌برگ‌های آموزشی بیماران
- ارائه راه‌حل‌های محصر و معید برای رفع مشکلات رایج در درمان
- ارائه مثال‌هایی از علام، اهداف درمانی و مداخلات مرتبط با احتلال
- ارائه طرح تفصیلی از گریه‌های درمانی
- ارائه یک مثال نالیبی

اخذ مجوز درمانی معیارهای کلی

بررسی چگونگی احد محور درمانی^۱ از شرکت‌های ارائه‌دهنده مراقبت‌های بهداشتی - به‌خصوص در حوزه درمان‌هایی که در این کتاب توضیح داده شد، کمک می‌کند تا از معیارهای مدنظر باطران مطلع شوم اگرچه ممکن است در امر درمان با محدودت‌هایی مواجه شوید، اما توصیه‌هایی ارائه شده در این فصل می‌تواند در حصول نتیجه مطلوب مؤثر باشد

در واقع همه شرکت‌های بیمه، قبل از تایید برنامه درمانی، دو معیار را موردنظر قرار می‌دهند ۱ ضرورت درمان و ۲ درمان مناسب بیاید نگاه دقیق‌تری به این دو ملاک بیداریم

تعیین‌کننده‌ای را ایفا می‌کند سائراس درمانگران باید برای توضیح دلیل استفاده از یک درمان خاص برای سماران‌شان مستندات علمی محکمی داشته باشد

نکی از مرانای درمان شاحتی‌رفتاری که در این کتاب به آن اشاره شده، اس است که به علت برحورداری از پشتوانه پژوهشی قوی در تأیید اثربحشی آن برای تسکس علام بیماران مبتلا به احتلال‌های اضطرابی و افسردگی می‌تواند به‌عنوان یکی از خدمات بهداشت روانی مؤثر به شرکت‌های بیمه‌گر معرفی شود به‌علاوه، از آنجایی که این درمان‌ها سسماً کوتاه‌مدت طراحی شده‌اند، برای شرکت‌های سمه و دیگر نهاد‌های ناظر بر هزینه‌های درمانی، مورد پذیرش هستند و با استقبال خوبی همراه شده‌اند

نظام مراقبت‌های بهداشتی چند اصل کلی را که در رویکرد شاحتی‌رفتاری سر به‌عنوان عوامل زیربنایی مطرح شده‌اند، مدنظر دارد درک این اصول (حتی اگر لروماً با آن موافق نباشید) هم برای مسامحه با ناظران مراقبت‌های بهداشتی و هم برای درمان بیماران راهگشا خواهد بود

سه اصل کلی مشترک در نظام مراقبت‌های بهداشتی و رویکرد شاحتی‌رفتاری به شرح زیر است

- ۱ «علام» بیماری را باید به‌عنوان مشکل در نظر گرفت به‌حای آن‌که علام سماران، نشانه‌ای از موضوعات عمیق‌تر که ناند هدف درمان باشد، در نظر گرفته شود، رویکرد شاحتی‌رفتاری بر اس موضوع تمرکز دارد که علام بیمار، مشکلاتی هستند که ناید رفع شوند سائراین درمان احتلال‌ها بر اساس علام بیمار و نقص در عملکرد روانه او تعریف می‌شود
- ۲ هدف، برطرف کردن علام بیماری است از آنجایی که علام بیماری به‌عنوان یک مشکل در نظر گرفته می‌شوند، ناند هدف درمان بیر کاهش یا رفع اس علام نباشد سائراین برای ارزیابی اثربحشی درمان، ببار به ابزارهایی برای اندازه‌گیری تعسرات ایجاد شده در شدت علام با بهود عملکرد است

- ۳ اثربحشی مداخلات درمانی در کاهش علام ناید توسط پژوهش‌های علمی مورد تأیید قرار گیرد محققان حوزه شاحتی‌رفتاری، تکنیک‌های درمانی را بر مسای درک بطری خود از احتلال‌ها ایجاد کرده‌اند تا زمانی که بر اساس کارآزمایی‌های نالیبی، اثربحشی این تکنیک‌ها در کاهش علام، تایید نشود، معتبر نخواهد بود سائراین اعل محققان، کارآمدی تکنیک‌های مختلف شاحتی‌رفتاری را با هم مقایسه می‌کنند تا مشخص شود کدام تکنیک یا ترکیبی از کدام تکنیک‌ها سشتری تأثیر را در کاهش علام بیمار دارد

به‌طور خلاصه، محققان حوزه شاحتی‌رفتاری (و بیشتر ناظران مراقبت‌های بهداشتی) بر این ناورید که علام بیمار اهداف و تکنیک‌های درمانی را مشخص می‌کند، در نتیجه به دنبال شناسایی تکنیک‌های درمانی تأیید شده می‌باشند