

ویراست دوم

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی



فهرست

درباره نویسندگان.....	۹
پیشگفتار.....	۱۱
تقدیر و تشکر.....	۱۷
نحوه استفاده از کتابچه راهنما.....	۱۹
مقدمه.....	۲۱

بخش ۱: چالش افسردگی

فصل ۱: افسردگی سایه طولانی بر روی زندگی می‌اندازد.....	۲۹
فصل ۲: چرا بیماری افرادی که افسردگی آنها بهبود یافته است دوباره عود می‌کند؟.....	۳۹
فصل ۳: توسعه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی.....	۵۹

بخش ۲: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

فصل ۴: انجام دادن و بودن.....	۷۷
فصل ۵: برنامه هشت جلسه‌ای: چگونه و چرا.....	۹۰
فصل ۶: مصاحبه با شرکت‌کنندگان کلاس پیشین.....	۱۰۵
فصل ۷: آگاهی و هدایت خودکار: جلسه ۱.....	۱۱۹
فصل ۸: مهربانی و خودشفقتی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی.....	۱۴۷
فصل ۹: زندگی در ذهن‌مان: جلسه ۲.....	۱۵۳
فصل ۱۰: گردآوری ذهن سرگردان: جلسه ۳.....	۱۸۵
فصل ۱۱: تشخیص بیزاری: جلسه ۴.....	۲۱۹
فصل ۱۲: کنکاش درباره تمرین و تمرین پرسشگری.....	۲۵۳
فصل ۱۳: اجازه دادن / کنار آمدن: جلسه ۵.....	۲۶۹
فصل ۱۴: افکار، حقیقت نیستند: جلسه ۶.....	۲۹۸
فصل ۱۵: یک روز تمرین ذهنی.....	۳۳۲

فصل ۱۶: «چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم؟»: جلسه ۷..... ۳۳۸

فصل ۱۷: حفظ و گسترش یادگیری جدید: جلسه ۸..... ۳۶۴

فصل ۱۸: بازانجام: ۳-دقیقه فضای تنفس به‌عنوان ستون برنامه..... ۳۸۲

بخش ۳: ارزیابی و انتشار

فصل ۱۹: آیا درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی مؤثر است؟..... ۳۹۱

فصل ۲۰: چگونه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به تأثیرات خود می‌رسد؟..... ۴۰۵

فصل ۲۱: انتقال برنامه از صفحه کتاب به داخل کلینیک: حمایت از مربیان درمان شناختی

مبتنی بر ذهن‌آگاهی و بیماران آنها..... ۴۱۶

سخن آخر..... ۴۲۱

منابع..... ۴۲۳

واژه‌نامه انگلیسی به فارسی..... ۴۳۱

واژه‌نامه فارسی به انگلیسی..... ۴۳۲

فهرست لیست فایل های صوتی

Track	عنوان	زمان اجرا
۱	خوشامدگویی و معرفی	0:30
۲	تمرین کشمش	9:13
۳	اسکن بدن	37:47:00
۴	مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه‌ای - ذهن آگاهی از تنفس	11:20
۵	حرکت آگاهانه-تمرین رسمی	38:25:00
۶	مراقبه کشش و تنفس	40:41:00
۷	راه رفتن آگاهانه	32:24:00
۸	۳-دقیقه فضای تنفس-نسخه منظم	4:08
۹	۳-دقیقه فضای تنفس-نسخه پاسخگو	4:58
۱۰	۲۰ دقیقه مراقبه نشسته	20:32
۱۱	مراقبه نشسته	36:46:00
۱۲	کار با مراقبه دشوار	24:08:00
۱۳	زنگ‌ها در ۵ دقیقه، ۱۰ دقیقه، ۱۵ دقیقه، ۲۰ دقیقه و ۳۰ دقیقه	30:32:00

شرایط استفاده

ناشر به خریداران فردی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی، نسخه دوم، مجوز غیرقابل واگذاری برای پخش و دانلود فایل‌های صوتی واقع در www.guilford.com/MBCT_audio می‌دهد. این مجوز برای استفاده شخصی محدود به شما، خریدار فردی است. این مجوز حق بازتولید این مطالب را برای فروش مجدد، توزیع مجدد، پخش یا اهداف دیگر (شامل اما نه محدود به کتاب‌ها، جزوه‌ها، مقاله‌ها، نوارهای ویدئویی یا صوتی، وبلاگ‌ها، سایت‌های اشتراک فایل، سایت‌های اینترنتی یا اینترنتی) و جزوه‌ها یا اسلایدها برای سخنرانی‌ها، کارگاه‌ها، یا وبینارها، فارغ از پرداخت هزینه یا عدم پرداخت هزینه) به صورت صوتی یا رونویسی اعطا نمی‌کند. مجوز بازتولید این مطالب برای این اهداف و هر هدف دیگر باید به صورت کتبی از بخش مجوز انتشارات گیلفورد اخذ شود.

مقدمه

در واقع خود ما هم پیش‌بینی نمی‌کردیم که روند کار به این شکل پیش رود. آنچه اکنون در دست دارید، نسخه دوم کتابی است که برای اولین بار ۱۰ سال پیش منتشر شد و از جنبه‌های مختلف، یک حرکت اساسی برای هر یک از ما به‌شمار می‌رفت. ما نمی‌دانستیم که تلاش‌های ما برای درک فرآیندهای عود در افسردگی (و همچنین پی‌بردن به مفاهیم عملی این درک در جهت پیشگیری) می‌تواند مؤثر باشد. اکنون با نگاهی به گذشته درمی‌یابیم که جان کابات زین، در پیشگفتار خود برای آن نسخه، آینده‌نگر بود. وی گفت: استفاده از ذهن‌آگاهی در حوزه سلامت روان این رشته را متحول خواهد کرد، که تلاش برای درک اینکه چگونه این شیوه‌های خردمندانه قدیمی می‌تواند به فرآیندهای اصلی که آسیب‌پذیری در افسردگی را حفظ می‌کند، رسیدگی کند و انجام این کار در چارچوب جدیدترین علم روان‌شناسی، برای همه روشن‌تر خواهد بود و به بسیاری از کسانی که در غیر این صورت ممکن است توجه چندانی به پتانسیل عظیم تحول‌آفرین پرورش آگاهی لحظه‌به‌لحظه نداشته باشند اجازه می‌دهد تا از خواب بیدار شوند.

ما در تدوین نسخه دوم با چالش‌های متعددی روبرو شدیم. ما نیاز داشتیم که به اهداف نسخه اصلی وفادار بمانیم، اما در مورد هر اشتباهی که مرتکب شده بودیم صادق باشیم. در مرحله اول در نظر داشتیم موارد مبهم را بهتر توضیح دهیم و مشتاقانه پیشرفت‌های جدیدی در زمینه نظری و عملی به اشتراک بگذاریم و هر دو جنبه را که در پرتو تجربه و عناصر جدید گنجانده شده‌است، توصیف کنیم. نسخه دوم باید به‌وضوح بیان کند که چه مواردی تغییر کرده و چه مواردی ثابت مانده‌است.

در ویرایش اول، ما داستان چگونگی یافتن یک شکل پایدار را از درمان شناختی در سال ۱۹۹۲ بیان کردیم، اما دریافتیم که یافته‌های آزمایشگاهی و بالینی مقدماتی و همچنین تجربه‌های خود ما، همه نشانگر مسیرهای جدیدی در پیش روی ما هستند. تا سال ۲۰۰۲ پس از ده سال تحقیق و آزمایش بالینی، در آن نسخه ما بهترین نگرش خود را در مورد چگونگی درک خطر مداوم افسردگی و یک برنامه هشت جلسه‌ای در جهت کاهش این خطر، مطرح کردیم.

واقعیت این است که تا سال ۲۰۰۲ برای برخی از ایده‌ها که پشتوانه برنامه‌مان بودند، اساس و بنیان محکمی داشتیم، اما متأسفانه شواهد نسبتاً کمی برای اثربخشی آنها وجود داشت. به‌هرحال، ذهن‌آگاهی به‌عنوان روشی برای درمان افسردگی برای هر یک از ما تازگی داشت. همچنین مشکلی که به دنبال حل آن بودیم به‌تازگی در زمینه افسردگی ظاهر شده‌بود. فقط در اواخر دهه ۱۹۸۰ پزشکان به این نکته

رسیدند که هنگامی که یک فرد در یک مورد خاص دچار افسردگی می‌شود، بازگشت بیماری آشکار می‌شود. درمان‌های قبلی افسردگی به شکل قابل توجهی بر روی نحوه درمان دوره حاد و چگونگی تسکین رنج شدید ناشی از افسردگی فعلی متمرکز شده‌بود. هدف ما نیز انجام کاری متفاوت بود: کمک به مردم برای خوب ماندن پس از پایان یک مرحله و کاهش ریسک مداوم. در ابتدا نمی‌دانستیم چگونه باید این کار را انجام دهیم. پس از کمی تفکر به این نتیجه رسیدیم که رویکردی به نام مراقبه‌بیش و یا (ذهن‌آگاهی) ممکن است جوابگو باشد.

این کتاب ماجرا را با بیان این فرضیه بازگو می‌کند و ادامه می‌دهد، اینکه بر اساس ادبیات دانشگاهی و یافته‌های تحقیقاتی ما، چگونه به این باور رسیدیم که این رویکرد به افسردگی ارزش پیگیری دارد. اولین قدم برای ما درک نظری بهتری از افسردگی راجعه و گام دوم اجرای این ادراک‌ها بود. این موضوع را نباید مانند یک قایقرانی ساده در نظر می‌گرفتیم. بعدها رویکردی به‌عنوان درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) شناخته شد، این رویکرد حتی هنگامی که ما در راه رسیدن به سمت ذهن‌آگاهی سوق داده‌می‌شدیم، هدف اولیه ما به‌شمار نمی‌رفت.

ما در نسخه اول، گذر از چالش افسردگی را همراه با جزئیات توضیح دادیم، این یافته‌ها از طریق مسیر شروع‌های نادرست تا نتیجه‌گیری‌های موقت به دست آمد، نتیجه‌گیری‌های مبتنی بر اینکه ذهن‌آگاهی می‌تواند بسیاری از افرادی که خود را در برابر بازگشت آسیب‌پذیر می‌دانند، بسیار قدرتمند سازد. اکنون باید قدم به سمت جلو برداریم، زیرا مطالعات بیشتری در زمینه ماهیت افسردگی، همچنین تحقیقاتی در رابطه با اثربخشی طولانی‌مدت داروهای ضدافسردگی و سایر درمان‌های روان‌شناختی صورت گرفته‌است، تحقیقاتی در مورد اینکه آیا رویکرد ذهن‌آگاهی مؤثر است یا خیر و اینکه برای چه کسی و چگونه کارساز واقع می‌شود. در سال ۲۰۰۲ مطالعات نسبی با استفاده از تصویربرداری مغز انجام شد. در حال حاضر نیز چندین مطالعه کلیدی در مورد عملکرد مغز در حین تمرین ذهن‌آگاهی به ثبت رسیده‌است.

جالب‌ترین و حائز اهمیت‌ترین مسئله، انفجار کاملاً غیرمنتظره‌ای از علاقه به استفاده از ذهن‌آگاهی در شرایط متعدد بهداشتی و روانی بوده‌است. برای درک علت این امر، حداقل در زمینه بهداشت روانی که در آن مشغول به کار هستیم، باید به آغاز همکاری‌مان بازگردیم. چرا که در آن زمان قصد رسیدن به چنین هدفی نداشتیم. بنابراین چه شد که از آنجا به اینجا رسیدیم؟

داستان ما از تابستان ۱۹۸۹ آغاز می‌شود. در آن زمان مارس ویلیامز و جان تیزدل هر دو در واحد روان‌شناسی کاربردی شورای تحقیقات پزشکی (که اکنون به آن واحد علوم شناخت و مغز می‌گویند) در کمبریج انگلستان کار می‌کردند. ملاقات زیندل سگال با این دو در سال ۱۹۸۹، منجر به برپایی کنگره جهانی درمان شناختی شد، که در همان سال در دانشگاه آکسفورد به مرحله اجرا رسید. ما سه نفر نقاط مشترک بسیاری داشتیم، هر یک از ما چندین سال بر روی مدل‌های روان‌شناختی و درمان افسردگی کار کرده بودیم و قرار بود مقالاتی در کنگره عرضه کنیم.

در جلسه قبل از کنگره در کمبریج، موضوع بحث دربارهٔ معماهای مطرح شدهٔ اخیر در زمینهٔ شناخت و هیجان‌ها بود و اینکه آیا پیشرفت‌های مربوط به این مسئله می‌تواند در جهت توضیح چگونگی ترکیب تفکر و احساس‌های منفی در افسردگی مورد استفاده قرار گیرد یا خیر. از آنجا که تمرکز ما بر روی بررسی یک مسئله قرار داشت به نتیجه‌گیری‌های مشترک بسیاری برخوردیم، از جمله اینکه افسردگی چگونه می‌تواند تفکر افراد را به گونه‌ای تغییر دهد که ابتدا درگیری ایجاد می‌کند و سپس اوضاع را بدتر کند.

مکالمه‌های ما در آن زمان تا حد زیادی در رابطه با مکانیسم‌های نهفته در پشت تغییرات تفکر و احساس‌های توأم با افسردگی بود. ما توجه خود را بر روی درمان افسردگی متمرکز کردیم، زیرا در اواخر دههٔ ۱۹۸۰، تعدادی درمان روان‌شناختی وجود داشت که اثرهای آنها با داروهای ضد افسردگی برابر بود. بعید به نظر می‌رسید که تحقیقات بیشتر در مورد چگونگی کمک به افراد مبتلا به افسردگی به این مسئله کمک کند.

لذا ما توجه خود را بر این موضوع متمرکز کردیم که چرا بسیاری از افراد پس از بهبودی یک دوره افسردگی دوباره مبتلا می‌شوند. ادبیات دانشگاهی قابل اطمینان نبود. به نظر می‌رسد برخی از مطالعات اولیه بیانگر این است که اگر مردم پس از بهبودی به نگرش‌ها یا باورهای خود ادامه دهند، احتمال بیشتری وجود دارد تا دوباره دچار افسردگی شوند. مثال‌های موجود شامل باورهای «اگر من مانند دیگران خوب عمل نکنم، به این معناست که من یک انسان حقیر هستم» و «ارزش من به‌عنوان یک شخص به شدت بستگی به نظرات دیگران در مورد من دارد». تصور می‌شد که چنین باورهایی موجب تشدید افسردگی می‌شود، به این دلیل که احساس ارزشمندی فرد را با رویدادهایی پیوند می‌دهد که بزرگ یا کوچک، اغلب خارج از کنترل او هستند. پرسشنامه‌ای به نام مقیاس نگرش ناکارآمد برای اندازه‌گیری میزان باورهای افراد تهیه شده است.

محققان به شکل فزاینده‌ای در ارتباط با نقش مؤثر این نگرش‌ها در عود بیماری مشکوک بودند. آنها خاطر نشان کردند که بیماران که هنوز دچار چنین باورهایی در پایان درمان هستند، ممکن است به‌طور کامل بهبود نیافته باشند، بنابراین جای تعجب ندارد که احتمال عود آنها بیشتر باشد. در واقع این حقیقت پابرجا می‌ماند که میزان علائم باقی‌مانده پس از درمان، یکی از بهترین معیارها برای پیش‌بینی عود است.

اما مشکلات دیگری در مورد این نظریه وجود داشت که علت بازگشت افسردگی چیست. درحال حاضر مطالعات بسیاری نشان می‌دهد بیماران که کاملاً بهبودیافته‌اند، به‌طوری که میزان افسردگی آنها به سطح متوسط مردم عادی بازگشته است، هیچ‌گونه شواهدی مبنی بر دارا بودن این نوع سبک تفکر نشان نمی‌دهند. باوجود اینکه می‌دانستیم که این افراد به احتمال زیاد مجدد دچار افسردگی می‌شوند، باورها و نگرش آنها نرمال بود. پس چگونه می‌توان این افراد را آسیب‌پذیر نشان داد؟ ما در آن زمان به بحث در مورد این سؤال ادامه دادیم و در ادامه چیزهای بیشتری در مورد آن خواهیم گفت. در هر

صورت، کنگره آکسفورد شروع و تمام شد و با قول حفظ ارتباط، به خانه‌های دانشگاهی خود بازگشتیم.

دو سال بعد در سال ۱۹۹۱ این فرصت به وجود آمد تا دوباره گرد هم آییم و روی موضوع‌های مشترک تمرکز کنیم. دیوید کوپر، رئیس شبکه تحقیقات روان‌شناسی افسردگی در بنیاد جان دی و کاترین تی‌مک آرتور، از زیندل سگال درخواست کرد تا نسخه «نگه‌دارنده‌ای» از درمان شناختی برای بیماران افسرده فراهم کند تا به آنها کمک کند پس از بهبودی از دوره حاد بیماری خود در حالت مساعد باقی بمانند. درمان نگه‌دارنده، یک راهکار مناسب برای ادامه درمان بیماران بهبودیافته اما در معرض خطر مطرح می‌کند. این نوع درمان کمتر از درمان‌های معمولی مطرح می‌شود، اما هدف همه درمان‌ها همواره یکسان است: حمایت از مهارت‌های بیماران افسرده سابق برای شناسایی و رفع مشکلاتی که در صورت نادیده گرفتن، منجر به افسردگی مجدد می‌شود. دیوید کوپر و الن فرانک به تازگی یک مطالعه بنیادی منتشر کرده‌اند که ارزش چنین جلسه‌هایی را برای نوعی راهکار درمانی به نام درمان بین فردی IPT نشان می‌دهد. آیا می‌توان نسخه نگه‌دارنده درمان شناختی را به‌طور مشابه توسعه داد؟ زیندل که اکنون رئیس واحد درمان رفتارشناختی در موسسه روان‌پزشکی کلارک (مرکز اعتیاد و سلامت روانی، بخش کلارک) است، با مارس ویلیامز (که از کمبریج به دانشگاه بانگور ولز منتقل شده و اکنون در دانشگاه آکسفورد است) و همچنین جان تیزدل تماس گرفت تا در رابطه با امکان همکاری با یکدیگر در چنین پروژه‌ای به بحث بپردازند.

اولین ملاقات ما در تورنتو، آوریل ۱۹۹۲ بود. یادداشت‌های آن جلسه نشان می‌دهد که درمان شناختی نگه‌دارنده چگونه خواهد بود. این هیچ شباهتی به رویکردی که ما در نهایت توسعه دادیم ندارد. در سال‌های آینده، ما به‌طور اساسی از نسخه درمان شناختی که هر یک از ما در آن آموزش دیده بودیم، فاصله خواهیم گرفت.

همان‌گونه که این کتاب توضیح می‌دهد، قدم اول را با افزودن یک بخش قابل توجه آموزشی به مبحث درمان شناختی برداشتیم. سپس متوجه شدیم که این کافی نیست، پس چارچوب (درمان) را کنار گذاشتیم تا به‌طور کامل بر روی راهکار ذهن‌آگاهی که تأکید بر نگه‌داشتن افکار و احساس‌ها در آگاهی به جای تلاش برای تغییر آنها داشت، کار کنیم. سرانجام به سمت ادغام اصول اصلی درمان شناختی با تمرین ذهن‌آگاهی پایدار حرکت کردیم و نسخه کتاب ۲۰۰۲ این فرایند را با جزئیات بیان کرده‌است.

زمانی که نسخه اول منتشر شد، از تأثیر آن بر دنیای درمان شگفت‌زده شدیم. در اوایل فرآیند توسعه MBCT، گاهی فکر می‌کردیم که چگونه مورد استقبال واقع می‌شود. پیش‌بینی می‌کردیم که حتی اگر برای برخی افراد مفید باشد، تنها گوشه‌ای کوچک از لبه تمرین درمانی را اشغال می‌کند. این مسئله بیانگر اشتباه ما درباره شناخت موقعیت در آن زمان بود. به دلایلی که هنوز تا حدودی مبهم هستند، رویکرد ذهن‌آگاهی، حال و هوای زمانه را به خود جلب کرد. با توجه به این پذیرش فزاینده،

درمانگران شروع به مطرح کردن سؤال‌های مهمی دربارهٔ این رویکرد کردند. به‌عنوان مثال MBCT چیست و چرا باید آن را انتخاب کرد؟ آیا مؤثر است؟ چگونه کار می‌کند؟ و چه کسی می‌تواند آن را آموزش دهد؟

MBCT چیست و چرا آن را انتخاب می‌کنیم؟ در سال ۲۰۰۲، این داستان تازه داشت رواج پیدا می‌کرد. ده سال بعد، باید ببینیم چه اتفاقی خواهد افتاد. بنابراین در این کتاب، نظریه و تحقیقاتی که انگیزهٔ استفاده از رویکرد ذهن‌آگاهی را برای افسردگی راجعه ایجاد می‌کند، به‌روز می‌کنیم. همچنین نشان می‌دهیم که چه تغییراتی در کلیت برنامه ایجاد کرده‌ایم و چه جوانبی را اکنون متوجه شده‌ایم که تاکنون به‌وضوح بیان نشده‌بود و به درک‌های نادرست منجر شده‌است، سعی بر این داریم که واضح‌تر عمل کنیم. لذا بر روی جنبه‌ای از ذهن‌آگاهی تمرکز می‌کنیم که در کل برنامه تقویت می‌یابد و تلاش می‌کنیم به‌برخی سؤال‌های متداول پاسخ دهیم.

آیا این روش مؤثر است؟ در زمان انتشار نسخهٔ اولیه، تنها یک آزمایش وجود داشت که نشان می‌داد این مداخله در کاهش خطر عود مؤثر است. اگرچه ما نوشتن کتاب را به تعویق انداختیم تا از نتیجهٔ آزمایش مطلع شویم، اما داده‌های این مرحله بسیار مقدماتی بود. آیا می‌توان آن را تکرار کرد؟ پاسخ این سؤال را در ۱۰ سال آینده می‌یابیم. بنابراین همچنان نحوهٔ عملکرد این راهکار را در پنج کار تحقیقاتی جدید که به ارزیابی این موضوع پرداخته‌اند، بررسی می‌کنیم، که در دو مورد از آنها به رایج‌ترین روش درمانی برای کاهش عود اشاره شده‌است: ادامهٔ مصرف داروهای ضد افسردگی. نتیجه به‌طور کامل مشخص است: این رویکرد در کاهش خطر عود برای افرادی که به‌طور مکرر و یا طولانی‌ترین سابقه بازگشت افسردگی را دارند بسیار مؤثر است.

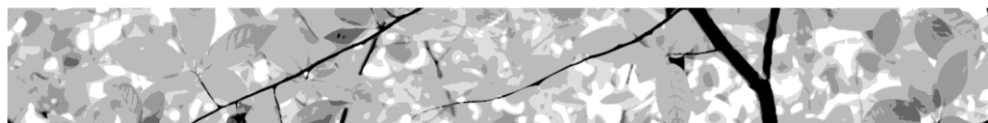
چرا این راهکار مؤثر است؟ در زمان نسخهٔ اول، طبق تجزیه‌وتحلیل نظری و برخی کارهای آزمایشگاهی، حدس‌های بسیاری در مورد محدودهٔ سازوکارهای مهم احتمالی ناشی از مداخله داشتیم. تحقیقات محدودی در رابطه با این موضوع انجام شده‌است که آیا متغیرها در طول یک برنامهٔ هشت هفته‌ای تغییر می‌کنند یا کدام یک از این تغییرها در جلوگیری از عود و بازگشت مؤثرند. پاسخ‌های جدید بسیار جذاب‌اند و به شکل قابل توجهی بر دانش ما در این زمینه می‌افزایند.

یک روان‌شناس بالینی برای آموزش و آمادگی MBCT باید چه کاری انجام دهد؟ در سال ۲۰۰۲ در این مورد چندان مطمئن نبودیم. اکنون پس از ۱۰ سال، در حال آموزش چند صد معلم در سراسر جهان هستیم. ما بهترین افکار فعلی خود را مطرح می‌کنیم در مورد اینکه چه پیشینه و تجربه‌ای برای آماده‌کردن یک معلم بهترین به‌نظر می‌رسد. اول اینکه به کسانی که برای کمک به ما مراجعه می‌کنند آسیب نرسانیم و دوم، بنابراین می‌توانیم به بهترین وجه اطمینان حاصل کنیم که بیماران برای شرکت در برنامه‌ای دعوت می‌شوند که باعث رهایی عمیق و پایدار از رنج می‌شود. ما اکنون حتی در ذهن خود نسبت به سال ۲۰۰۲ واضح‌تر می‌دانیم که وقتی از اصطلاح «مبتنی بر ذهن‌آگاهی» استفاده می‌کنیم، تنها به این واقعیت اشاره نمی‌کنیم که آنچه در کلاس یا کلینیک تدریس می‌شود «مبتنی بر ذهن‌آگاهی»

است. ما همچنین می‌گوییم که «پایه» ای که مهارت معلمی از آن ناشی می‌شود، تمرین ذهن‌آگاهی روزانه خودش است. به‌طور واضح‌تر، معلمانی که از این رویکرد استفاده می‌کنند به‌عنوان متخصصان واجد شرایط و مورد اعتماد، به مهارت‌هایی در رشته خود نیاز دارند، اما در نظر داشته باشند که آنها نیز به عمق تمرین و نگرشی نیازمندند که به آنها کمک کند تا بدانند ذهن‌آگاهی چه چیزی هست و چه چیزی نیست. این بدان معناست که معلمان ذهن‌آگاهی، تمرین‌کنندگان رویکرد ذهن‌آگاهی در زندگی شخصی و روزمره خودشان هستند. بدون اینکه معلمی تمرین ذهن‌آگاهی مداوم داشته باشد، هر چیزی که تدریس می‌شود MBCT نیست.

در ابتدا با بیان برخی پیش‌زمینه‌ها درباره مسئله افسردگی آغاز می‌کنیم. با نگاهی به بیست سال گذشته، از شروع این پروژه هیچ شکی وجود ندارد که افسردگی هنوز یکی از مهم‌ترین معضل‌ها در زمینه سلامت روان است. اوضاع در اواخر دهه ۱۹۸۰ چگونگی بود و چشم‌اندازهای در حال ظهور چه بودند؟ خواهیم دید که دیدگاه‌های افسردگی، از افسردگی به‌عنوان یک مشکل تک دوره‌ای تا افسردگی به‌عنوان یک اختلال مزمن و افسردگی راجعه در حال تغییرند. برنامه‌ریزان سلامت در حال رویارویی با این واقعیت‌اند که افسردگی یکی از «بیماری‌های» اصلی قرن ۲۱ است و راهکارهای جدید می‌طلبد.

بخش ۱
چالش افسردگی



افسردگی سایه طولانی بر روی زندگی می‌اندازد

افسردگی یک اختلال خلقی است که بر ظرفیت فرد برای تفکر واضح تأثیر می‌گذارد، باعث کاهش انگیزه عمل در فرد می‌شود، عملکردهای روزمره بدن را مانند خوابیدن و غذا خوردن تغییر می‌دهد و باعث می‌شود که فرد گرفتار درد و رنج روانی شدیدی شود که احساس می‌کند قادر به انجام کاری درباره آن نیست. هر فرد مبتلا به افسردگی به تنهایی رنج می‌برد، با این حال وقتی تعداد افراد مبتلا را در نظر می‌گیریم، اعداد و ارقام حیرت‌انگیز هستند. بر اساس داده‌های مطالعات بیمارستانی و اجتماعی، چنین اختلالات خلقی از شایع‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی هستند، این یافته به‌طور قابل توجهی در سراسر جهان پایدار است. داده‌های همه‌گیرشناسی اخیر که تقریباً از ۱۴۰۰۰ نفر در شش کشور اروپایی مورد بررسی قرار گرفتند، نشان می‌دهند که ۱۷ درصد از جمعیت گزارش شده، در ۶ ماه گذشته تجربه افسردگی داشته‌اند. با بررسی دقیق‌تر این مطالعه‌ها مشاهده کردیم که ۶۷٪ مبتلا به افسردگی اساسی و میزان ۱/۸٪ دچار افسردگی خفیف شده‌اند. ۸/۳٪ باقی‌مانده از شرکت‌کنندگان از تجربه علائم افسردگی شکایت داشتند، اما آنها را به عنوان تداخل زیادی در کار یا عملکرد اجتماعی‌شان نمی‌دانستند. این اعداد با ارقام گزارش شده در نمونه‌های کانادا^۲ و ایالات متحده^۳ کاملاً قابل مقایسه است. در این مرحله، پزشکان خانواده می‌توانند انتظار داشته باشند که حداقل با یک فرد مبتلا به افسردگی مزمن به‌طور روزانه در محیط کار بالینی برخورد کنند. وقتی از افراد در مورد تجربیات‌شان از افسردگی در دوره‌های زمانی طولانی‌تر سؤال می‌شود، هر بار در حدود ۶۷ درصد از جمعیت ایالات متحده افسردگی بالینی را در سال گذشته تجربه کرده‌اند^۴ و همچنین به‌طور کلی حدود ۱۸ تا ۲۲ درصد زنان و ۷ تا ۱۱ درصد مردان در طول زندگی خود دچار افسردگی بالینی خواهند شد.^۵

این افسردگی چیست؟ کاربرد رایج این اصطلاح نشان می‌دهد که فرد افسرده در واقع دچار «احساس ناراحتی» یا «غمگینی» شده‌است، اما این تعریف از افسردگی ماهیت اساسی «سندرومی» این اختلال بالینی را از قلم انداخته است، یعنی افسردگی به‌جای اینکه یک ویژگی خاص را شامل شود، ترکیبی از عناصر متفاوت است. افسردگی بالینی (گاهی وقت‌ها «افسردگی اساسی» نیز نامیده می‌شود) حالتی است که در آن خلق افسرده مداوم و یا از دست دادن علاقه همراه با سایر نشانه‌های جسمانی و روانی قابل اتکا مانند مشکلات خواب، اشتهای ضعیف، تخریب تمرکز و احساس ناامیدی و بی‌ارزشی

رخ می‌دهد. تشخیص افسردگی تنها زمانی داده می‌شود که تعدادی از این عناصر به‌طور هم‌زمان و حداقل به مدت ۲ هفته وجود داشته‌باشند و نشان داده‌شود که در توانایی فرد برای انجام فعالیت‌های روزانه خود اختلال ایجاد می‌کنند.

آنهایی که افسرده بوده‌اند می‌دانند که هیچ چهرهٔ واحدی برای این اختلال وجود ندارد و هیچ ویژگی واحدی وجود ندارد که کل این واقعه را بیان کند. برخی از عواقب افسردگی برای فرد مبتلا راحت‌تر تشخیص داده می‌شود، از جمله خلق پایین و عدم تمرکز. تشخیص برخی دیگر ممکن است دشوارتر باشد زیرا تأثیرهای اصلی آنها توانایی بیمار را در تعامل با عزیزان و سایر اعضای خانواده کاهش می‌دهد، به‌عنوان مثال، کمبود انرژی و مشغولیت ذهنی به مضامین و ایده‌های منفی. یکی از بارزترین عوارضی که افسردگی به دنبال دارد افزایش خطر خودکشی است. خطر خودکشی با هر دورهٔ جدید افزایش می‌یابد و به احتمال ۱۵ درصد بیمارانی که از افسردگی مکرر رنج می‌برند یعنی بیماری آنها به‌اندازه‌ای شدید است که نیاز به بستری شدن در بیمارستان دارند، در نهایت در اثر خودکشی جان خود را از دست می‌دهند.^۶ افسردگی نیز به ندرت به تنهایی مشاهده می‌شود. افزون بر اینها محتمل‌ترین مشکل، اضطراب است.^۷ به‌عنوان مثال، احتمال اینکه یک فرد مبتلا به افسردگی از اختلال وحشت‌زدگی نیز رنج ببرد، ۱۹ برابر بیشتر از احتمال آن در برابر فردی است که افسردگی ندارد.^{۹،۸} همچنین احتمال ابتلا به فوبیای ساده (۹ برابر بیشتر) و اختلال وسواس فکری-اجباری (۱۱ برابر بیشتر) گزارش شده‌است.

یکی از شگفت‌انگیزترین و نگران‌کننده‌ترین جنبه‌هایی که از نظرسنجی‌های مبتنی بر جامعه دربارهٔ افسردگی و سایر بیماری‌های روانی پدیدار می‌شود، نرخ پایین استفاده از خدمات سلامت روان است. در اینجا طنز عجیبی وجود دارد. افراد مبتلا به شایع‌ترین اختلال روانی جزو کسانی هستند که احتمال مراجعهٔ آنها به درمان کمتر از سایر مبتلایان است. از بین کسانی که به دنبال درمان هستند، تنها ۲۲٪ برای مشکل خود به متخصص مراجعه می‌کنند و درمان کافی دریافت می‌کنند. در واقع عدم دریافت مراقبت کافی به‌ویژه در مورد افسردگی که درمان‌های مؤثری برای آن وجود دارد، باعث ایجاد یکی از پاسخ‌ها به این امر، یعنی تبلیغ‌ها برای آموزش عمومی در مورد علائم افسردگی و گزینه‌های درمانی موجود شده‌است. روزهای غربالگری افسردگی، که اکنون در بسیاری از بیمارستان‌ها رایج است، با به تصویر کشیدن آن به‌عنوان یک وضعیت پزشکی / روان‌شناختی پذیرفتنی با ویژگی‌های بالینی به‌خوبی به کاهش برچسب مرتبط با این اختلال کمک کرده‌است.

تغییر دیگری که در ۲۰ سال گذشته در درک ما از افسردگی رخ داده‌است، در ارتباط با درک میزان ناتوانی مرتبط با این اختلال بوده‌است. علاوه بر درد و اندوه هیجانی افرادی که افسرده هستند، شواهد نشان می‌دهد که سطح تخریب عملکردی این بیماری با بیماری‌های عمدهٔ پزشکی، ازجمله سرطان و بیماری عروق کرونر، قابل مقایسه است. در زمانی که این کار را شروع کردیم، کار کنت ولز و

همکارانش در مشخص کردن بسیاری از هزینه‌های پنهان و ماهیت بار اجتماعی ناشی از افسردگی بسیار پیش رفت. به‌عنوان مثال، وقتی ناتوانی را برحسب «روزهای سپری‌شده در رختخواب» اندازه‌گیری می‌کنیم، بسیاری از مردم با تعجب متوجه می‌شوند که بیماران افسرده زمان بیشتری را (۱/۴ روز در ماه) نسبت به بیماران مبتلا به بیماری ریوی (۱/۲ روز در ماه)، دیابت (۱/۱۵ روز در ماه)، یا آرتروز یا التهاب مفاصل (۰/۷۵ روز در ماه) در رختخواب می‌گذرانند. فقط بیماران مبتلا به بیماری قلبی هستند که زمان بیشتری را در رختخواب هستند (۲/۱ روز در ماه).^{۱۰} همان‌طور که می‌توان حدس زد، اثر موجی «روزهای خواب» بر بازدهی در محل کار قابل توجه است. کارمندانی که از افسردگی رنج می‌برند، پنج برابر بیشتر از هم‌تایان سالم خود روزهای غیبت از کار دارند و افسردگی یکی از شایع‌ترین علل غیبت طولانی کار در کارمندان اداری است.^{۱۲}

تأثیر این یافته‌ها، زمانی که در اواخر دهه ۱۹۸۰ و اوایل دهه ۱۹۹۰ وارد ادبیات پژوهشی شد، این بود که بسیاری از مردم دیدگاه خود را در مورد بزرگی مشکل افسردگی تغییر دادند. پیش‌بینی سازمان بهداشت جهانی برای سال ۲۰۲۰ این هشدارهای اولیه را تأیید می‌کند: از بین همه بیماری‌ها، افسردگی دومین معضل بزرگ بیماری در سراسر جهان است.^{۱۳} در زمانی که گرد هم آمدیم تا بهترین رویکرد درمانی را در نظر بگیریم، افسردگی به‌سرعت در حال تبدیل شدن به چالش اصلی در حوزه سلامت روان بود.

خوش‌بینی اولیه در مورد درمان افسردگی

اگر افسردگی را به‌عنوان یک مشکل بدانیم، پاسخ به‌احتمال زیاد از کجا پیدا می‌شود؟ حقیقت این بود که تا پایان دهه ۱۹۸۰، راه‌های مختلفی برای مبارزه با افسردگی وجود داشت. داروهای ضد افسردگی که برای اولین بار در دهه ۱۹۵۰ کشف و مورد استفاده قرار گرفتند، به حدی اصلاح‌شده بودند که تعدادی از آنها شواهد قاطعی برای اثربخشی خود جمع‌آوری کرده بودند. بیشتر این داروها عملکرد انتقال‌دهنده‌های عصبی مغز را (پیام‌رسان‌های شیمیایی‌ای که به تکانه‌های عصبی اجازه می‌دهند از یک رشته عصبی به دیگری در محل اتصال یا سیناپس خود عبور کنند) هدف قرار می‌دهند.

آنها با افزایش کارایی اتصال‌های بین سلول‌های مغزی و ایجاد مقادیر بیشتری از انتقال‌دهنده‌های عصبی مانند نوراپی‌نفرین یا سروتونین در سیناپس کار می‌کردند.^{۱۴} اگرچه این اتفاق مورد تردید است، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد برخی داروها بازجذب انتقال‌دهنده‌های عصبی را توسط سلول‌های دیگر مسدود می‌کنند، درحالی‌که برخی دیگر در واقع سلول‌های عصبی را تحریک می‌کنند تا انتقال‌دهنده عصبی بیشتری آزاد کنند. در پایان دهه ۱۹۸۰، داروهای ضد افسردگی تبدیل به خط مقدم درمان افسردگی بالینی شده بودند و هنوز هم هستند.^{۱۵} با این حال، علائم هشداردهنده‌ای وجود دارد که نشان می‌دهد برای افسردگی خفیف تا متوسط، این داروها مؤثرتر از یک دارونمای بی‌اثر

نیستند^{۱۶} و حتی اگر مؤثر باشند، برای برخی افراد (به دلایلی که هنوز نمی‌دانیم) قدرت آنها پس از ۱ یا ۲ سال درمان مداوم شروع به از بین رفتن می‌کند.^{۱۷}

در اواخر دهه ۱۹۸۰، درمان‌های روان‌شناختی افسردگی نیز شروع به ظهور کردند. حداقل چهار رویکرد گسترده برای این مشکل وجود داشت که همگی ساختارمند و دارای محدودیت زمانی بودند. هر کدام درجه‌هایی از پشتیبانی تجربی داشتند. رویکردهای رفتاری بر نیاز به افزایش مشارکت افراد افسرده در فعالیت‌های تقویت‌کننده یا لذت‌بخش تأکید می‌کردند،^{۱۸} درحالی‌که آموزش مهارت‌های اجتماعی، نقایص رفتاری‌ای را که سبب افزایش انزوای اجتماعی و باعث طرد افراد افسرده می‌شد اصلاح کرد.^{۱۹} درمان شناختی^{۲۰} تعدادی از تکنیک‌های رفتاری و شناختی را با هدف تغییر روشی برای افکار، تصاویر و تفسیر رویدادهایی که به شروع و حفظ اختلال‌های هیجانی و رفتاری مرتبط با افسردگی کمک می‌کند گرد هم آورد. در نهایت، IPT^{۲۱} تأکید کرد که یادگیری حل اختلاف‌های بین فردی و تغییر نقش‌ها، افسردگی را کاهش می‌دهد. درمان‌های شناختی و بین فردی به‌عنوان «استانداردهای طلایی» در درمان روان‌شناختی شناخته شدند، عمدتاً به این دلیل که حمایت از این مداخله‌ها منعکس‌کننده سه ویژگی مهم است که هنوز در تحقیق‌های درمان روان‌شناختی نادر هستند: این درمان‌ها در مطالعه‌های متعدد در مراکز مختلف آزمایش شدند. آنها از بیماران بالینی استفاده کردند که معیارهای تشخیصی استاندارد افسردگی را داشتند و هنگامی که در برابر داروهای ضد افسردگی ارزیابی شدند، اثربخشی آنها برابر ارزیابی شد.^{۲۲}

باوجود این همه درمان برای افسردگی، مطمئناً باید مشکل حل می‌شد. اما متأسفانه علیرغم اینکه درمان‌های افسردگی کنونی اثربخشی خود را نشان دادند، تحقیق‌ها نشان داد که عامل اصلی میزان شیوع در سراسر جهان، بازگشت دوره‌های جدید افسردگی در افرادی بود که پیش‌تر یک دوره را تجربه کرده بودند. تنها دامنه مشکل تغییر کرده بود.

افسردگی به‌عنوان یک وضعیت مزمن و عودکننده

چرا این جنبه از افسردگی قبلاً مورد توجه قرار نگرفته بود؟ اول، به این دلیل که بسیاری از داده‌هایی که درک ما از افسردگی مبتنی بر آن است، از مطالعه‌های انجام‌شده در اوایل قرن بیستم به دست آمده‌است. در آن زمان، اولین زمان شروع افسردگی بالینی جدی اواخر میان‌سالگی بود، بنابراین فرصتی برای مشاهده الگوهای طولانی‌تر عود بیماری وجود نداشت. دهه به دهه، با آغاز نیمه دوم قرن، الگوی متفاوتی پدیدار شد، به‌طوری‌که اولین شروع افسردگی به سرعت و زودتر از قبل دیده می‌شد، تا اینکه میانگین سن شروع، به اواسط دهه ۲۰ کاهش یافت و بسیاری از مردم اولین تجربه خود را در آن سنین داشتند. تأثیر غم‌انگیز شروع زود هنگام بیماری در این است که اکنون تمام طول عمر برای مشاهده آنچه پس از یک دوره افسردگی اتفاق می‌افتد وجود دارد. همچنین مطالعه‌های تحقیقاتی جدیدتر،