

من نمی‌تونم!!

(راهبردهای مقابله با درماندگی آموخته شده)

مؤلف:

فاطمه نخبه زارع



روان آگاه

محتوا

۹.....	فصل اول: کلیات و مفاهیم
۱۲.....	تاریخچه‌ی افسردگی
۱۴.....	ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی بر اساس DSM-5
۱۵.....	نظریه‌های تبیین علل افسردگی
۱۵.....	نظریه زیستی
۱۵.....	نظریه روانکاوی
۲۳.....	راهکارهای نجات بخش از افسردگی
۲۳.....	هر احساسی برایمان پیامی دارد
۲۴.....	سگ سیاه افسردگی
۲۵.....	افسردگی سفید یا سیاه
۲۶.....	بدعق منزوی یا قربانی دنیای افسردگی؟
۲۶.....	دنیای تاریک یک فرد دچار افسردگی
۲۷.....	زاویه دید فرد افسرده
۲۷.....	ترس از انگ خوردن
۲۷.....	افسردگی در زندگی
۳۱.....	احساس درماندگی
۳۳.....	قربانی بودن چیست؟

۳۵.....	فصل دوم: درماندگی چیست؟
۳۵.....	نشانه‌های احساس درماندگی چیست؟
۳۶.....	درمان احساس درماندگی.....
۳۶.....	کاری که در مواقع درماندگی میتوانید انجام دهید.....
۳۶.....	منبع درماندگی را پیدا کنید.....
۳۶.....	مقاومت در برابر تغییرات را درک کنید.....
۳۷.....	برآنچه در کنترل شماست، تمرکز کنید.....
۳۷.....	ممکن است افکار شما دقیق نباشد و هرگز اتفاق نیوفتند.....
۳۸.....	احساس درماندگی در خود را به چالش بکشید.....
۳۸.....	نقاط قوت خود را به خاطر بسپارید.....
۳۹.....	پذیرش را تمرین کنید.....
۳۹.....	ارتباط احساس درماندگی با اختلالات روانی.....
۴۰.....	عملکرد درمانگر در مقابل درماندگی.....
۴۰.....	درماندگی واقعی و دفاعی.....
۴۰.....	مثال از درماندگی مراجع.....
۴۱.....	درماندگی به عنوان مقاومت انتقالی.....
۴۲.....	عملکرد درمانگر در برابر درماندگی.....
۴۲.....	نمونه مداخله درمانگر در مواجهه با فرد درمانده.....
۴۳.....	موضع درماندگی.....
۴۳.....	مثث کارپمن و درماندگی.....
۴۴.....	تاریخچه.....
۴۵.....	نقش‌ها.....
۴۶.....	قربانی.....
۴۶.....	ناجی.....
۴۶.....	زجردهنده.....
۴۸.....	مثال.....

تغییر نقش‌ها.....	۵۱
ناجی به آزاردهنده.....	۵۲
زجردهنده به ناجی.....	۵۲
زجردهنده به قربانی.....	۵۲
قربانی به آزاردهنده.....	۵۲
ناجی به قربانی.....	۵۳
قربانی به ناجی.....	۵۳
فصل سوم: درماندگی آموخته شده	۵۵
آزمایش‌های مارتین سلیگمن.....	۵۶
نمونه‌هایی از درماندگی آموخته شده در انسان‌ها.....	۵۸
ویژگی‌های درماندگی آموخته شده از نظر سلیگمن.....	۵۹
نشانه‌های درماندگی آموخته شده.....	۵۹
علت درماندگی آموخته شده.....	۶۰
انواع درماندگی آموخته شده.....	۶۱
ارتباط درماندگی آموخته شده با سایر پدیده‌ها.....	۶۴
درماندگی آموخته شده در دانش‌آموزان.....	۶۴
درماندگی آموخته شده در روابط و خشونت خانگی.....	۶۶
چه کسانی دچار درماندگی آموخته شده می‌شوند؟.....	۶۹
عوارض درماندگی آموخته شده.....	۷۰
تأثیر اخبار و رسانه‌ها بر درماندگی آموخته شده.....	۷۱
ارتباط کلیله‌ودمنه با درماندگی آموخته‌شده.....	۷۲
چگونه در معرض درماندگی آموخته‌شده قرار می‌گیریم یا خودمان مسبب آن می‌شویم؟	۷۳
.....	۷۳
خوش‌بینی آموخته‌شده؛ نقطه‌ی مقابل درماندگی آموخته‌شده.....	۷۳
تبعات درماندگی آموخته‌شده در فرد و اجتماع.....	۷۷

- فصل چهارم: درمان درماندگی آموخته شده ۸۱
- مدل خوش‌بینی آموخته شده سلیگمن ۸۲
- تست‌ها، مقیاس‌ها و پرسشنامه‌های درماندگی آموخته‌شده ۸۳
- جالب‌ترین تحقیقات ۸۳
- گیمیفیکیشن چگونه می‌تواند به حل این مشکل کمک کند؟ ۸۵
- چگونه درماندگی آموخته شده می‌تواند طراحی ما را بهتر کند؟ ۸۵
- راهبردهای مقابله با مثلث کارپمن در روابط ۸۵
- خروج از مثلث نقش‌ها ۸۵
- چگونه از مثلث کارپمن خارج شویم؟ ۸۶
- آیا راهی برای خارج شدن از مثلث وجود دارد؟ ۸۷
- چگونه می‌توان از یک مثلث خارج شد، اگر یک کنترل‌گر هستید ۸۸
- چگونه می‌توان از مثلث خارج شد، اگر ناجی هستید ۸۸
- چه مثلی را می‌توان تبدیل کرد؟ ۸۹
- مدل مثلث ایده‌آل ۹۰
- چگونه می‌توان از مثلث کارپمن خارج شد؟ ۹۱
- مثلث TED در برابر مثلث کارپمن ۹۲
- درمان افسردگی آموخته شده ۹۶
- مخاطرات پنهان کردن افسردگی چیست؟ ۹۸
- چگونه به افرادی که افسردگی ماسکه دارند کمک کنیم؟ ۹۸
- منابع ۱۰۱

فصل اول

کلیات و مفاهیم

خلق افسرده و احساس عدم لذت، نشانه‌های کلیدی افسردگی هستند. تقریباً همه‌ی بیماران افسرده از کم شدن انرژی شکایت دارند (چیونوری و لاکتاکیا^۱، ۲۰۱۴). کاهش اشتها و عدم تمرکز، احساس بی‌ارزشی، بلا تصمیمی، افکار مرتبط با مرگ و خودکشی نیز شایع هستند. افسردگی اساسی علت اصلی ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می‌شود و رتبه‌ی چهارم را در میان ده علت اصلی ناتوانی را در بین بیماری‌های به خود اختصاص داده است. در صورت صحت پیش‌بینی در ۱۰ سال آینده افسردگی احتمالاً دومین علت ضرر رسان بیماری‌های جهان را به خود اختصاص می‌دهد. در هر مقطع معینی از زمان، ۱۵-۲۰ درصد بزرگسالان، در سطح قابل توجهی، از نشانه‌های افسردگی، رنج می‌برند؛ و حداقل، ۱۲ درصد، به میزانی از افسردگی که آنها را در مرحله‌ای از زندگی به سمت درمان بکشاند، مبتلا هستند و حدس زده می‌شود که حدود ۷۵ درصد موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را موارد افسردگی تشکیل می‌دهند. در جوامع صنعتی غرب افسردگی در بین زنان تقریباً دو برابر این میزان در مردهاست. بعید به نظر می‌رسد که

1 Chionory, RF, Lakhtakia

فقط یک عامل بتواند وقوع افسردگی را تبیین کند، بلکه افسردگی از تعامل بین چندین عامل مختلف، حاصل می‌شود. نشان داده شده است که شروع و سیر آن به متغیرهای مختلف زیست‌شناختی، سابقه‌ی بیماری، محیطی و روانی- اجتماعی مربوط می‌شود (منگوچ^۱، ۲۰۲۰؛ ترجمه پورعلی، ۱۴۰۱).

هرچند افسردگی به‌عنوان اختلالی واحد درد «هیجان و خلق»، شناخته می‌شود. بااین‌حال عملاً چهار مجموعه نشانه و علامت در آن وجود دارد. علاوه بر نشانه‌های هیجانی و خلقی، نشانه‌هایی در زمینه‌های شناختی، انگیزش و جسمی و فیزیکی نیز در آن مطرح هست (درخشان فر و همکاران، ۱۳۹۲)؛ اما برای آنکه تشخیص افسردگی برای کسی مطرح شود لزومی ندارد که همه‌ی چهار دسته نشانه در او وجود داشته باشد بلکه هر چه نشانه‌های بیشتری از این چهار دسته در شخص باشد، اطمینان بیشتری خواهد بود که گرفتار افسردگی شده است. غم و اندوه و شاد نبودن از جمله‌ی ناگوارترین نشانه‌های هیجانی افسردگی است. شخص ناامید و ناشاد است. غالباً به گریه می‌افتد و ممکن است به فکر خودکشی بیفتد. علاوه بر این، بی‌اشتها شدن یا نداشتن روزگار خوش و شادمانی در زندگی نیز گریبان گیر شخص می‌شود. کسی که افسرده شده رفته‌رفته علاقه به سرگرمی‌ها و تفریحات و کارهای خانوادگی را از دست می‌دهد. اکثراً افراد بعضی از مواقع احساس ناراحتی، افسردگی و غم می‌نمایند، احساس افسرده و غمگین بودن واکنش طبیعی بدن به مشکلات زندگی و از دست دادن چیزها و کسانی که به آن‌ها علاقه داریم، می‌باشد اما زمانی که این احساس غم و اندوه شدید، بی‌امیدی، بیچارگی و بی‌ارزشی بیشتر از چند روز یا چند هفته طول بکشد، فرد دچار بیماری افسردگی شده است. از جمله مخرب‌ترین عوارض افسردگی، کاهش میل به کار و فعالیت می‌باشد (کاملی و رسایی، ۱۳۹۹).

نشانه‌های اصلی اختلال شناختی به‌صورت افکار و اندیشه‌های منفی ظاهر می‌شود. در این قبیل مردم اعتمادبه‌نفس بسیار کم می‌شود، خودشان را نالایق و ناشایست

می‌دانند و خود را به خاطر خطاهایشان سرزنش می‌کنند. نسبت به آینده احساس ناامیدی دارند و در اینکه بتوانند کاری برای بهبود حال خود انجام دهند، تردید دارند. میزان انگیزش آنان کاهش یافته است به این معنا که به فعل پذیر بودن تمایل پیدا کرده و قادر به راه‌اندازی کارها نیستند. نشانه‌های جسمانی و فیزیکی افسردگی شامل تغییر اشتها و اختلال خواب و خستگی و بی‌جان و بی‌رمق بودن است. فکرهای آدم افسرده بیشتر درباره خودش است تا درباره‌ی رویدادهای بیرونی و در نتیجه درد و رنج کوچکی را ممکن است بسیار بزرگ کند و نگران سلامت خود بشود. افسردگی اختلالی است که بر تفکر، خلق، احساسات، رفتار و سلامت جسمی تأثیر می‌گذارد. گاهی اوقات یک زندگی پراسترس محرکی برای افسردگی می‌شود در سایر موارد به نظر می‌رسد که افسردگی بدون علت تعیین‌شده‌ی مشخص و به‌طور خودبه‌خودی روی می‌دهد. افسردگی پاسخ طبیعی آدمی به فشارهای زندگی است و تنها زمانی نابهنجار تلقی می‌شود که با واقعه‌ی رخ داده متناسب نباشد و یا فراتر از حدی که برای اکثر مردم نقطه‌ی آغاز بهبود است ادامه یابد مشخصه‌ی اصلی افسردگی ناامیدی و غمگینی است. شخص رکود وحشتناکی را احساس می‌کند و نمی‌تواند فعالیت‌های را آغاز کند یا تصمیمی بگیرد یا به چیزی علاقه‌مند شود. شخص افسرده در احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی غوطه‌ور می‌شود و خود را آدمی بی‌ارزش می‌بیند و در این میان شدت افسردگی هرچه بیشتر باشد احساس بی‌ارزش بودن هم بیشتر می‌شود (طلاووسی، ۱۴۰۰).

بر اساس پژوهش دکتر «بک»^۱ پیش از هشتاد درصد بیماران افسرده خود را انسان بی‌ارزش می‌دانند. تحقیقات بک نشان داده است که بیماران افسرده به‌خصوص در زمینه‌هایی مثل هوش، موفقیت، اشتها و جذابیت، سلامتی و توانایی که برایشان بیشترین ارزش را دارد احساس ناتوانی دارند، انسان افسرده توانایی تفکر درست را از دست می‌دهد و نمی‌تواند اوضاع را آن‌طور که هست تحلیل کند اهمیت حوادث منفی آن‌قدر زیاد می‌شود که تمام واقعیت را مخدوش می‌کند و در این شرایط تمیز درست و

نادرست غیرممکن می شود. افسردگی اختلال ناتوان کننده است که فرد و جامعه را مجبور به پرداخت تاوان سنگینی می کند زیرا با شیوع و بروز گسترده سیر نسبتاً مزمن و اختلال در عملکردهای شغلی و روابط بین فردی آسیب های اقتصادی و انسانی شدید بر جای می گذارد. بخصوص تقریباً نیمی از افراد افسرده این بیماری را در سنین فعال ۲۰ تا ۵۰ سالگی را تجربه می کنند (زتلا، ۲۰۲۲).

تاریخچه‌ی افسردگی

اواخر قرون وسطی، رهبران مذهبی اروپا بر این عقیده بودند که افسردگی به واسطه‌ی نفوذ و تسلط ارواح شیطانی بر انسان به وجود می آید. مارتین لوتر، اصلاح طلب مذهبی آسمانی نوشت: «تمامی سنگینی روح و مالیخولیا از شیطان سرچشمه می گیرد». در واقع همین اصطلاح مالیخولیا یا ملانکولیا، به افراد افسرده اشاره داشت چنین افرادی جن زده، شیطانی، یا ملانکولیک خوانده می شوند. به همین دلیل سالیان دراز افسردگی، با روش هایی مانند شلاق زدن ها برای خارج کردن ارواح شیطانی وجن، حجامت، جن گیری و سال های اخیر با دوش گرفتن آرامش بخش تحت درمان قرار می گرفت. در نهایت با کشف داروی ضد افسردگی درجه ۶۰ میلادی و تسکین افسردگی با تجویز این داروها کم کم روش های خرافی برچیده شد. احساس افسردگی معمولاً به عنوان «اندوه» و «سوگ یا داغ دیدگی» شناخته می شوند. یعنی در موقعیت هایی که انتظار می رود شادی بخش باشد به احساس اندوه ختم می شود مثلاً در هوای بارانی، پس از تولد فرزند، پس از نقل مکان به یک منزل جدید، منازعه ای که در مصاحبت با دوست و یا همسر به وجود می آید؛ اما این احساس اندوه به سرعت با از بین رفتن موقعیت برطرف می گردد. همچنین پس از دست دادن یکی از نزدیکان، پایان یافتن یک رابطه‌ی مهم، افراد چیزی را تجربه می کنند که سوگ نامیده می شود. ویژگی ها و نشانه های سوگ با افسردگی مشابه می باشد. این دو پدیده کاملاً طبیعی بوده و حتی فقدان آنها در هر فردی ممکن

است در درازمدت برای فرد مضر باشد. در هر دو مورد پس از طی فرآیند مربوطه فرد به زندگی عادی خود برمی‌گردد. ولی در عده‌ای از ما این احساس داشتن غم برای زمان بیشتری ادامه پیدا کرده و احتیاج به مراقبت‌های ویژه‌ی بهداشتی ضرورت می‌یابد (یمینی، ۱۴۰۱).

افسردگی کلینیکی در صورت ادامه داشتن می‌تواند منجر به بروز فعالیت‌های خطرناک اجتماعی مثل دست زدن به خودکشی و یا نظایر آن شود و این در واقع اقدامات فوری پزشکی و بهداشتی را طلب می‌کند. اختلالات مربوط به افسردگی میلیون‌ها نفر را در سال مبتلا می‌کند. این عده هزینه‌ی بسیار سنگینی را بر خود، خانواده، جامعه و سیستم بهداشتی کشورمان تحمیل می‌کنند. اختلالات افسردگی در DSM5 عبارت‌اند از:

اختلال خلقی ایدایی^۱، اختلال افسردگی اساسی (شامل حملات افسردگی)، اختلال افسردگی مداوم (افسرده خوبی)، اختلالات ملال پیش از قاعدگی، اختلال افسردگی ناشی از مواد/ دارو، اختلال افسردگی ناشی از یک بیماری طبی دیگر و سایر اختلالات افسردگی معین و اختلال افسردگی نامعین ویژگی تمام این اختلالات وجود اندوه، احساس تهی بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه تغییرات شناختی و جسمی است که به شکل چشمگیری روی ظرفیت کار کردن فرد تأثیر منفی می‌گذارد. تفاوت آنها مربوط به زمان‌بندی یا علت احتمالی یا مدت اختلال است. بیماری اصلی و کلاسیک این گروه از اختلالات، اختلال افسردگی اساسی است. خصوصیت اصلی این اختلال حملات کاملاً مجزای حداقل دوهفته‌ای است که در آنها تغییرات واضح عاطفی، شناختی و کارکردهای عصبی نباتی دیده می‌شود و بین این حملات فروکش رخ می‌دهد (وایت^۲ و همکاران، ۲۰۱۵).

1 -Disruptive mood dysregulation disorder

2 White