

هنر رهایی از افسردگی

(کتاب راهنمای روان درمانی افسردگی با رویکرد پذیرش و تعهد)

مؤلف

مهناز رضایی نژاد بختیار



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
۱۶.....	نظریه روانکاو
۲۳.....	راهکارهای نجات بخش از افسردگی
۲۴.....	هر احساسی برایمان پیامی دارد
۲۶.....	اما آیا این نوع غم‌واندوه هم شکلی از افسردگی است یا می‌تواند به افسردگی منتهی شود؟
۲۶.....	بدعنق منزوی یا قربانی دنیای افسردگی؟
۲۷.....	دنیای تاریک یک فرد دچار افسردگی
۲۷.....	زاویه دید فرد افسرده
۲۷.....	ترس از انگ خوردن
۲۸.....	خانه‌ای به نام سیاهچال در افسردگی شدید
۳۱.....	چگونه بر افسردگی غلبه کنیم؟
۳۳.....	نقش هدف‌گذاری در بهبود وضعیت روانی
۳۴.....	چطور باید به شادی رسید؟
۳۴.....	نقش روانشناسی در رفع افسردگی

۳۷	فصل دوم: رویکرد پذیرش و تعهد
۴۰	انعطاف‌پذیری روان‌شناختی
۴۳	آسیب‌شناسی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۴۳	الف) انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی
۴۴	ب) آمیختگی شناختی
۴۵	آموزش درمان پذیرش و تعهد (اکت)
۴۹	فصل سوم: راهبردهای درمانی موثر در افسردگی
۴۹	احساس عدم بهبود می‌کنید
۵۱	مردم در مورد نیاز شما به روانپزشک صحبت میکنند
۵۱	داشتن سبک زندگی سالم
۵۳	طبیعت درمانی
۵۵	هنر و موسیقی
۵۶	حل مشکل
۵۶	مرحله اول: شناسایی مشکل
۵۶	مرحله دوم: شناسایی طرح‌های معقول
۵۷	مرحله سوم: سنجش طرح
۵۷	مرحله چهارم: برای برنامه‌های ایده‌آل و پشتیبان تصمیم بگیرید
۵۷	مرحله پنجم: برای کاری که باید انجام دهید طرح‌ریزی نمایید
۵۷	مرحله ششم: طرح خود را عملی نمایید
۵۷	مرحله هفتم: در صورت لزوم طرح را مرور و تغییر دهید
۵۷	همیشه هدف داشته باشید
۵۸	هر موقعیتی بی‌همتا است
۵۸	تعاریف مناسب را تعیین کنید
۵۸	هرگز دیگران را سرزنش نکنید

- هرگز بیش از حد قضاوت نکنید..... ۵۹
- راهبردهای شناختی رفتاری..... ۵۹
- رهایی از افکار منفی و تحریفات شناختی..... ۵۹

فصل چهارم: درمان ظریف افسردگی با رویکرد پذیرش و تعهد..... ۶۷

- روان درمانی افسردگی با رویکرد پذیرش و تعهد..... ۷۹
- روان درمانی پذیرش و تعهد افسرده خوئی..... ۸۴
- چه عواملی باعث ابتلا به افسرده خوئی می شود؟..... ۸۴
- علائم و نشانه های افسرده خوئی چیست؟..... ۸۵
- افسرده خوئی چگونه تشخیص داده می شود؟..... ۸۶
- افسرده خوئی از کجا می آید و چقدر شیوع دارد..... ۸۷
- چقدر ممکن است افراد افسرده خود دست به خودکشی بزنند؟..... ۸۸
- ملاک های DSM-۵ برای اختلال افسردگی مداوم (افسرده خوئی)..... ۸۸
- ویژگی های همراه با این اختلال..... ۹۰
- درمان افسردگی با رویکرد پذیرش و تعهد..... ۹۲
- تغییر سطح باورهای فراشناختی افسردگی..... ۹۵

منابع..... ۱۰۱

فصل اول

کلیات و مفاهیم

افسردگی^۱، عنوان بیماری سرماخوردگی در میان اختلالات روان پزشکی لقب گرفته است. اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است. افسردگی در معنای پزشکی، به منزله‌ی یک بیماری خلق و خو یا اختلال کنش خلق و خو است و در سطح بالینی، افسردگی نوعی نشانگان بالینی است که از گوناگونی رفتاری، شناختی و هیجانی برخوردار است. شیوع اختلال افسردگی اساسی در حدود ۱۵ درصد برای طول عمر، شاید در زنان ۲۵ درصد میزان بروز اختلال افسردگی اساسی و در بین پزشکان عمومی ۱۰ درصد موارد را شامل می‌شود و ۱۵ درصد بیماران داخلی بستری را در برمی‌گیرد. افسردگی، چهارمین عامل عمده‌ی بار بیماری‌ها در جهان است که به تنهایی بزرگ‌ترین سهم بار بیماری‌های غیر کشنده را به خود اختصاص می‌دهد. بار قابل ملاحظه‌ی هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد جمعیت عمومی، همچنان افسردگی را در حوزه‌ی مسائل بهداشت روان به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگه‌داشته است. خلق افسرده و احساس عدم لذت، نشانه‌های کلیدی افسردگی هستند. تقریباً همه‌ی بیماران افسرده

1 Depression

از کم شدن انرژی شکایت دارند. 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 (درگاهیان، ۱۳۹۰).

در هر مقطع معینی از زمان، ۲۰-۱۵ 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. جوامع صنعتی غرب افسردگی در بین زنان تقریباً دو برابر این میزان در مردهاست. بعید به نظر می‌رسد که 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 (دامن، پایاگریو و ولز، ۲۰۱۵). هرچند افسردگی به‌عنوان اختلالی واحد درد «هیجان و خلق»، شناخته می‌شود. با این حال 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 بيفتد. 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 (هادوی و رستمی، ۱۳۹۱).

نشانه‌های اصلی اختلال شناختی به صورت افکار و اندیشه‌های منفی ظاهر می‌شود. در این قبیل مردم اعتماد به نفس 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 (اسد زاده، ۱۳۹۵).

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 فعالیتی 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 (حیدری و همکاران، ۱۳۹۴).

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 می‌شود (بک، ۲۰۰۰). افسردگی اختلال ناتوان‌کننده است که فرد و جامعه را مجبور به پرداخت تاوان سنگینی می‌کند زیرا با شیوع و بروز گسترده سیر نسبتاً مزمن و اختلال در عملکردهای شغلی و روابط بین فردی آسیب‌های اقتصادی و انسانی شدید بر جای می‌گذارد. بخصوص تقریباً نیمی از افراد افسرده این بیماری را در سنین فعال ۲۰ تا ۵۰ سالگی را تجربه می‌کنند (درگاهیان، ۱۳۹۰).

تاریخچه‌ی افسردگی

اواخر قرون وسطی، رهبران مذهبی اروپا بر این عقیده بودند که افسردگی به‌واسطه‌ی نفوذ و تسلط ارواح شیطانی بر انسان به وجود می‌آید. مارتین لوتر، اصلاح‌طلب مذهبی آسمانی نوشت: «تمامی سنگینی روح و مالیخولیا از شیطان سرچشمه می‌گیرد». درواقع همین اصطلاح مالیخولیا یا ملانکولیا، به افراد افسرده اشاره داشت چنین افرادی جن‌زده، شیطانی، یا ملانکولیک خوانده می‌شوند. به همین دلیل سالیان دراز افسردگی، با روش‌هایی مانند شلاق زدن‌ها برای خارج کردن ارواح شیطانی و جن، حجامت، جن‌گیری

و سال‌های اخیر با دوش گرفتن آرامش‌بخش تحت درمان قرار می‌گرفت. درنهایت با کشف داروی ضدافسردگی درجه ۶۰ میلادی و تسکین افسردگی با تجویز این داروها کم‌کم روش‌های خرافی برچیده شد (اسد زاده، ۱۳۹۵).

احساس افسردگی معمولاً به‌عنوان «اندوه» و «سوگ یا داغ‌دیدگی» شناخته می‌شوند (فنل، ۲۰۰۴). یعنی در موقعیت‌هایی که انتظار می‌رود شادی‌بخش باشد به احساس اندوه ختم می‌شود مثلاً در هوای بارانی، پس از تولد فرزند، پس از نقل مکان به یک منزل جدید، منازعه‌ای که در مصاحبت با دوست و یا همسر به وجود می‌آید؛ اما این احساس اندوه به سرعت با از بین رفتن موقعیت برطرف می‌گردد (هادوی و رستمی، ۱۳۹۱). همچنین پس از دست دادن یکی از نزدیکان، پایان یافتن یک رابطه‌ی مهم، افراد چیزی را تجربه می‌کنند که سوگ نامیده می‌شود. ویژگی‌ها و نشانه‌های سوگ با افسردگی مشابه می‌باشد. 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 (منتظری و همکاران، ۱۳۹۲).

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 درواقع 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 (فیشر و ولز^۱، ۲۰۰۸). اختلالات افسردگی در DSM5 عبارت‌اند از:

اختلال خلقی ایدایی^۲، اختلال افسردگی اساسی (شامل حملات افسردگی)، اختلال

1 Fisher, P.L. wells

2- Disruptive mood dysregulation disorder

افسردگی مداوم (افسرده خویی)، 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 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۱۳۹۴).

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 (اسد زاده، ۱۳۹۵).

ملاک‌های تشخیص اختلال افسردگی بر اساس DSM-5

- ۱- خلق افسرده در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام‌روزها وجود دارد و یا خود فرد به آن اذعان دارد مثلاً احساس اندوه، ناامیدی یا پوچی، قابل‌رویت توسط دیگران است (مثلاً ظاهری گریان دارد).
- ۲- کاهش مشخص علائق یا لذات در تمام فعالیت‌های شبانه‌روزی و تقریباً تمام‌روزها (یا خود فرد به آن اذعان دارد یا دیگران مشاهده می‌کنند).
- ۳- کاهش وزن چشمگیری بدون گرفتن رژیم غذایی یا افزایش وزن مثلاً تغییر بیش از ۵٪ وزن بدن طی یک ماه، یا کاهش یا افزایش اشتها در تقریباً همه روزها.
- ۴- بی‌خوابی یا پرخوابی در تقریباً همه‌ی روزها.
- ۵- سراسیمگی یا کندی روانی- حرکتی در تقریباً تمام‌روزها (باید توسط دیگران تأیید شود و تنها احساس ذهنی، بی‌قراری یا کند شدن خود کافی نیست).
- ۶- خستگی و فقدان انرژی در تقریباً همه‌ی روزها