درمان افسردگی با ACT

مؤلف

فهیمه میرزائی

سرشناسه : میرزائی، فهیمه، ۱۳۷۲-
عنوان و نام پدیدآور : درمان افسردگی با ACT/ تالیف فهیمه میرزائی.
مشخصات نشر : تهران: نشر انتخاب، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری : ۱۲۲ص.؛ ۵/۱۴ ×۵/۲۱ س‌م.
شابک : ۹۷۸-۶۲۲-۳۴۵-۰۵۵-۶
وضعیت فهرست نویسی : فیپا
یادداشت : کتابنامه: ص. ۱۱۳ - ۱۲۲.
موضوع : افسردگی -- درمان جایگزین
Depression, Mental-- Alternative treatment
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
Acceptance and commitment therapy
رده بندی کنگره : RC۵۳۷
رده بندی دیویی : ۸۵۲۷/۶۱۶
شماره کتابشناسی ملی : ۹۱۱۴۸۲۲
اطلاعات رکورد کتابشناسی : فیپا

نشر انتخاب: ناشر کتاب‌های دانشگاهی

عنوان: درمان افسردگی با ACT

تألیف: فهیمه میرزائی

صفحه آرایی و ویراستاری: نسیم ناصری مقدم
چاپ و صحافی: مؤسسه مهراد

چاپ اول: ۱۴۰۱

شمارگان: ۱۰۰ جلد

شابک: ۶-۰۵۵-۳۴۵-۶۲۲-۹۷۸

حق چاپ محفوظ است.

خیابان ۱۲ فروردین، خیابان شهدای ژاندارمری، شماره ۱۲۶، طبقه چهارم

فهرست مطالب

فصل اول: افسردگی (مفاهیم و نظریه‌ها) ۱۰

افسردگی ۱۱

سبب شناسی افسردگی..... ۱۲

افسردگی از دیدگاه نظریه های زیست شناختی..... ۱۳

افسردگی از دیدگاه روان پویشی ۱۳

۱.خشمی که متوجه خود شده است:..... ۱۳

۲. وابستگی بیش از اندازه به دیگران برای عزت نفس:..... ۱۵

۳. درماندگی در رسیدن به هدفها:..... ۱٦

افسردگی از دیدگاه انسان گرا – هستی گرایی ۱۸

افسردگی از دیدگاه سیستمی خانواده..... ۱۸

افسردگی از دیدگاه شناختی رفتاری(خودکنترلی)..... ۱۹

نظریه های افسردگی ۲۰

الف – نظریه های شناختی افسردگی :..... ۲۰

۱- نظریه بک و تحریف های شناختی..... ۲۱

۲ - فرضیه اسنادی درماندگی آموخته شده..... ۲٤

۳ – نظریه ناامیدی افسردگی..... ۲٦
نظریه سبک تمرکز برخود افسرده ساز..... ۲۸
۵ – فرضیه پردازش شناختی مارتین ۳۲
ب– نظریه های رفتاری در افسردگی..... ۳۲
۱- نظریه رفتاری تقویت مثبت فرستر ۳۳
۲- نظریه رفتار بین فردی لونیسون ۳٤
معاینه وضعیت روانی ۳٦
دورههای افسردگی..... ۳٦
وضعیت هشیاری و شناخت ۳۸
ملاکهای DSM-IV-TR درمورد دوره افسردگی اساسی ۳۹
فصل دوم:ACT (مفاهیم، نظریه‌ها)..... ٤۱
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد(ACT) ٤۲
مبانی فلسفیACT ٤۵
چهارچوب نظری ACT..... ٤٦
دیدگاه آسیب شناسی روانی بر اساس دیدگاه ACT..... ٤۷
موانع انعطاف ناپذیری روان شناختی ٤۸

فرایندهای انعطاف پذیری روان شناختی ۵۳

۱-پذیرش: ۵۳

۲-گسلش:..... ۵٤

۳-خود به عنوان زمینه یا خود مشاهده گر:..... ۵۵

۴-در زمان حال بودن: ۵٦

۵-تصریح ارزشها: ۵٦

۶-عمل متعهدانه:..... ۵۷

مفهوم بندی اختلالات روانی با استفاده از رویکرد مبتنی بر پذیرش ۵۹

مشکلات مرتبط با آگاهی:..... ۵۹

الف)محدودیت در آگاهی درونی: ۵۹

ب)آگاهی ترکیب شده یا آگاهی هم جوشانه درونی: ٦۰

اجتناب از تجارب درونی..... ٦۱

اثربخشی، کاربرد رفتارهای مبتنی بر پذیرش ٦۱

هدف ACT ٦۲

فصل سوم: ACT و مدل‌های معاصر یادگیری و شناخت (زمینه‌ها و تفاوت‌ها)..... ٦٤

مدلهای رفتاری و شناختی اولیه..... ٦۵

مدلهای معاصر یادگیری و شناخت ٦٧
موج سوم رفتار درمانی..... ٦٩
موج اول رفتار درمانی..... ٧٠
موج دوم رفتار درمانی ٧٠
موج سوم رفتاردرمانی..... ٧١
زمینه گرایی عملکردی ٧٢
کل رویداد ٧٣
نقش زمینه ٧٤
معیار حقیقت عملگرایانه..... ٧٤
نظریه اصلی ACT؛ نظریه چهارچوب رابطه های ذهنی ٧٦
نظریه آسیب شناسی ACT..... ٧٨
انعطاف ناپذیری روانشناختی..... ٧٨
اجتناب تجربه ای..... ٨٠
صورتبندی ACT از اختلالات خلقی افسردگی و اضطرابی..... ٨١
فصل چهارم: یک پروتکل اجرایی و تمرینیACT ٨٣
خلاصه پروتکل درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد ٨٤

جلسه ۱- مقدمه و دستور جلسه درمان ۸٦
۲) تعیین دستور تغییر از طریق استفاده از تمرین(ناامیدی خلاق)..... ۸٦
۳)تکلیف ۸۸
جلسه ۲- تغییر رفتار و ذهن آگاهی ۸۸
بازخورد ذهن آگاهی ۹۲
جلسه۳-ارزشها ۹۳
جلسه ۴- شفاف سازی ارزشها و اهداف ۹٦
جلسه ۵- گسستگی..... ۹۹
جلسه ۶- عمل متعهدانه ۱۰۳
جلسه ۷- رضایت ۱۰٦
جلسه ۸- ختم جلسات و نتیجه گیری ۱۰۹
منابع ۱۱۱

پیشگفتار

در طول زندگی همه ما دوره‌های کوتاه و بلند احساس داشتن غم، عدم خوشحالی و یا نظایر آن خصوصاً در هنگام ازدست‌دادن همسر و یا نزدیکان، هنگام کار و یا ازدست‌دادن کار را تجربه می‌کنیم و همه ما قادر به مقابله با این حوادث هستیم. احساس افسردگی معمولاً به‌عنوان «اندوه» و «سوگ یا داغدیدگی» شناخته می‌شوند. 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 به‌سرعت با ازبین‌رفتن موقعیت برطرف می‌گردد. همچنین پس از ازدست‌دادن یکی از نزدیکان، پایان‌یافتن یک رابطه عاشقانه و یا یک رابطه مهم، معمولاً 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 فرایند مربوطه فرد به زندگی عادی خود برمی‌گردد. در طول یک پریود زمانی مثل هفته‌ها و یا روزها به زندگی عادی و روزمره می‌توانیم برگردیم؛ ولی در عده‌ای از ما این احساس داشتن غم برای زمان بیشتری ادامه پیدا کرده و احتیاج به مراقبت‌های ویژه بهداشتی و درمان‌های روان‌شناختی خواهیم داشت. امروزه درمان‌های فراوانی (ذهنی خوراکی، فیزیکی) برای رفع این اختلال روانی وجود دارد. چه‌بسا روش‌های جدیدی همانند مدل‌های معاصر یادگیری و شناخت از جدیدترین و بهترین نوع درمان هستند که روش پذیرش و تعهد یا ACT از بهترین نوع آن می‌باشد؛ لذا در دست‌نوشته پیشرو بر آنیم تا ابتدا اختلال افسردگی را شناخته و سپس به معرفی روش تعهد و پذیرش، مقایسه آن با مدل‌های معاصر شناخت و یادگیری بپردازیم و در نهایت یک نمونه تمرین

مبتنی بر این رویکرد جهت استفاده‌ها و راهنمای علمی و عملی روان‌شناسان، روانپزشکان و محققان ارائه دهیم.

نگارنده ۱۴۰۱

۱

فصل اول: افسردگی (مفاهیم و نظریه‌ها)

افسردگی

کلمه دپرسیون[۱] در زبان انگلیسی، برای توصیف وضعیت آب‌وهوا، کاهش بهای سهام در بورس، فرورفتگی زمین، و البته برای توصیف وضعیت خلقی به کار برده می‌شود. افسردگی صرفاً به معنای احساس دلتنگی و غمگینی نیست؛ بلکه بسیار فراتر از آن است. در حقیقت افسردگی نه‌تنها بر چگونگی احساس ما، بلکه بر نحوه تفکر ما درباره چیزها، سطوح انرژی، تمرکز حواس، خواب و حتی علایق جنسی ما تأثیر می‌گذارد. ازآنجاکه طبقه‌بندی افسردگی آسان نیست و تعریفی که بتواند مورد پذیرش همه متخصصان و پژوهشگران قرار گیرد، غیرممکن به نظر می‌رسد در سطوری که در پی می‌آید به برخی تعاریف عمده افسردگی اشاره می‌شود:

در معنای محدود پزشکی، افسردگی، به منزله یک بیماری خلق‌وخوی یا اختلال کنش خلق و خواب است.

در سطح معمول بالینی، افسردگی نشانگانی است که تحت سلطه خلق افسرده است. بر اساس بیان لفظی یا غیر لفظی عواطف غمگین، اضطرابی و یا حالت‌های برانگیختگی نشان داده می‌شود.

افت گذرا یا دوام تنود عصبی - روانی که به‌صورت یک مؤلفه روانی (سردردها، خستگی پذیری بی‌اشتهایی، بی‌خوابی، پیوست، کاهش فشارخون و جز آن) و یک مؤلفه روانی احساس به پایان رسیدن نیرو، کهتری، ناتوان‌مندی، غمگینی، و جز آن نمایان می‌شود.

افسردگی اساسی برحسب یک یا چند دوره افسردگی اساسی مشخص می‌شود. یعنی وجود خلق افسرده به مدت حداقل دو هفته یا ازدست‌دادن علاقه همراه با حداقل چهار نشانه اضافی.

۱.Depression

در یک جمع‌بندی کلی مفهوم افسردگی به سه گروه متفاوت به‌کاررفته است:

به‌منظور مشخص‌کردن احساس‌های بهنجار غمگینی، یأس، ناامیدی و جز آن و بروز آنها به‌عنوان نشانه یک اختلال.

به منظور توصیف اختصاری نشانگان که شامل نشانه‌های عاطفی، شناختی، حرکتی، فیزیولوژیکی و غدد مترشحه است.

برای مشخص کردن اختلال‌های افسرده وار در چهار چوب اختلال‌های روانی که دارای پاره‌ای از علل و گونه‌ای از تحول هستند و به پاره‌ای از درمانگری‌ها پاسخ می‌دهند.

خلق افسرده و بی‌علاقگی یا بی لذتی علایم کلیدی افسردگی است.

سبب شناسی افسردگی

در تبیین علل افسردگی نظریه‌های متفاوتی مطرح شده‌اند. افسردگی علل چندگانه دارد. به این معنی که، شماری از عوامل مختلف می‌توانند آن را بوجود آورند. این رویکردها می‌توانند زیست شناختی، روان پویشی، هستی گرایی، شناختی – رفتاری، نظریه‌های سیستمی و مدل مفهومی باشند. ممکن است افسردگی در بعضی از مردم به دلیل وجود اشکال در یکی از این زمینه‌ها باشد. اما به احتمال زیاد ترکیبی از عوامل در همه زمینه‌ها در شکل‌گیری افسردگی دخالت دارند. نظریه‌های زیست شناختی افسردگی بر نقش عوامل ژنتیک، عدم تنظیم انتقال دهنده‌های عصبی، بدکاری سیستم ایمنی و غدد درون ریز در بروز افسردگی تأکید دارند. تعارضات و فقدان‌ها در روابط میان فردی می‌توانند در ایجاد افسردگی دخیل باشند. از سویی عوامل رفتاری نظیر افزایش استرس و کاهش تجارب مثبت و لذت بخش نیز در این زمینه مؤثرند. عوامل شناختی، شیوه‌های

فکری تحریف شده و غیر انطباقی را شامل می‌شود و نظریه‌های سیستمی بر اهمیت تنیدگی، حمایت و نگرش خانواده تأکید می‌کنند که بر این اساس الگوهای تعامل در خانواده در علت شناختی و نگهداری افسردگی نقش دارند.

افسردگی از دیدگاه نظریه‌های زیست شناختی

این نظریه‌ها فرض می‌کنند علت افسردگی یا در ژن‌ها و یا در بعضی کارکردهای ناقص فیزیولوژیایی است که احتمال زیربنای فطری داشته باشد یا نداشته باشد. یافته‌های بدست آمده از بررسی دوقلوها نشان می‌دهد عناصر وراثتی در بعضی موارد افسردگی نقش دارند. بستگان افرادی که یک دوره افسردگی اساسی را قبل از۲۰ سالگی تجربه کرده‌اند در مقایسه با بستگان افراد عادی ۸ بار بیشتر احتمال دارد افسرده شوند.

افسردگی از دیدگاه روان پویشی:

نظریه پردازان روان پویشی به سه علت بر افسردگی تأکید می‌کنند:

۱.خشمی که متوجه خود شده است.

۲.وابستگی بیش از اندازه به دیگران برای عزت نفس.

۳.درماندگی در رسیدن به هدف‌ها.

۱.خشمی که متوجه خود شده است:

روان کاوان: اولین کسانی بودند که در الگوی روان پویشی به شناخت افسردگی کمک کردند. کارل آبراهام[۲](۱۹۱۱) و زیگموند فروید(۱۹۱۷) در مقیاس کلاسیک خود به نام «داغداری و

۲.Karl Abraham

مالیخویا» بر اهمیت خشمی که متوجه خود شده است در ایجاد افسردگی، تأکید کردند. افراد افسرده به ظاهر خالی از خشم به نظر می‌رسند. و این باعث می‌شود که انسان گمان کند خشم آنها در درونشان مهار شده است. از نظر فروید، سرنخ اصلی به حالت درونی آنها از تفاوت بین داغ دیدگی معمولی(داغداری) و افسردگی (مالیخولیا) بدست می‌آید. افراد بهنجار و افسرده نسبت به از دست دادن فردی که دوستش دارند دو واکنش کاملاً متفاوت نشان می‌دهند. دنیا به نظر فردی که عزادار است پوچ به نظر می‌رسد. ولی عزت نفس او تهدید نمی‌شود. در مقابل، از دید فروید، فرد افسرده قویاً احساس بی‌ارزشی نموده و خود را سرزنش می‌کند. او احساس بی‌ارزشی و گناه می‌کند. او خود را به خاطر ناتوان بودن ملامت می‌کند. این سرزنش خود معمولاً اخلاقی است، کاملاً ناموجه است، و از آن مهمتر، علناً و با بی‌شرمی نشان داده می‌شود. این حالت سرنخی را در اختیار او می‌گذارد مبنی بر اینکه خشمی که متوجه خود شده است فعالانه برانگیخته شده برانگیخته و موجی عزت نفس کم می‌شود. چه پیش بیاید که برخی افراد با متوجه ساختن خشم خود نسبت به خودشان به ضایعه یا طرد واکنش نشان می‌دهند. به نظر فروید، این انگیزش برای تشبیه خود از رویدادهای کودکی فرد افسرده ناشی می‌شود. فرد افسرده در دوران کودکی خود عشق شدیدی را پرورش می‌دهد که با دلسردی فردی دیگر تضعیف می‌شود. او از اینکه دلسرد شده است احساس خشم می‌کند. انرژی لیبیدویی نهفته در عشق آزاد می‌شود، ولی متوجه فرد دیگری نمی‌شود. در عوض، من[۳] با فرد از دست رفته همانندسازی کرده یا او را جذب می‌کند، و لیبیدوی آزاد شده متوجه این بخش از من می‌شود. خشمی که در اصل نسبت به آن «شخص احساسی می‌شده» اکنون به خود[۴] برمی‌گردد. طبایعات و طرد بعدی، این ضایعه را دوباره فعال

۱.Ego
۲.Self

می‌سازد و باعث می‌شوند که خشم فرد افسرده متوجه شخص خیانتکار اصلی شود که اکنون در من او ادغام شده است. اینگونه متوجه شدن خشم به سوی خود، گام مهمی در ایجاد نشانه‌های عزت نفس کم، سرزنش علنی، نیاز به تنبیه، و در موارد بسیار شدید، خودکشی است و افسردگی زمانی پایان می‌یابد که خشم مصرف شده، یا از ارزش ضایعه جدید کاسته شده باشد. ادغام موضوع عزیز از دست رفته و خشمی که متوجه درون وی شده افسردگی خود ساخته می‌شود.

۲. وابستگی بیش از اندازه به دیگران برای عزت نفس:

از دیدگاه سایکودینامیک (روان پویشی) عوامل استرس‌زایی که از نظر بیمار بر اعتماد به نفس او اثری منفی دارند، بیشتر ممکن است ایجاد افسردگی کنند. به علاوه اتفاقی که شاید از نظر دیگران عامل استرس‌زای نسبتاً خفیفی تلقی شود، به دلیل معنای منحصر به فردی که بیمار به آن می‌دهد، ممکن است اثرات ویرانگری بر روی وی داشته باشد. نظریه پردازان روان پویشی بر تیپ شخصیتی تأکید کرده‌اند که افراد را به ویژه نسبت به افسردگی آسیب پذیر می‌سازد. فرد افسرده برای عزت نفس خود بیش از حد به دیگران وابسته است. او شدیداً نیازمند آن است که لبریز از عشق و تحسین شود. او با حالتی از عطش مداوم برای عشق و محبت زندگی می‌کند، و چنانچه این نیاز برطرف نشود، عزت نفس او تنزل می‌یابد، زمانی که او مأیوس می‌شود، نمی‌تواند ناکامی را تحمل کند، و حتی ضایعات جزئی، حرمت نفس او را برهم می‌ریزد و موجب تلاش‌های فوری و شتاب زده برای کاهش ناراحتی می‌شوند. بنابراین افراد افسرده به صورت معتادان محبتی انگاشته می‌شوند که به طرزی بی‌نظیر در ایجاد محبت دیگران ماهر شده‌اند و همواره دوست دارند سرشار از محبت باشند. با این حال، فرد افسرده غیر از دریافت این محبت، برای شخصیت واقعی فردی که او را دوست دارد اهمیت چندانی قائل نیست.

۳. درماندگی در رسیدن به هدف‌ها:

سومین گرایش در نظریه‌پردازی سایکودینامیک مربوط به افسردگی در اظهارات ادروارد بیبرینگ[۵](۱۹۵۳) دیده می‌شود که معتقد است افسردگی زمانی ایجاد می‌شود که من در برابر آرزوهایش احساس درماندگی می‌کند. احساس درماندگی در دستیابی به اهداف عالی من، موجب از دست دادن عزت نفس می‌شود که ویژگی اصلی افسردگی است. فردی که مستعد افسردگی است، معیارهای بسیار بالایی دارد و همچنین باعث می‌شود که آسیب‌پذیری او نسبت به درماندگی، هنگام موجه شدن با اهدافش بیشتر شود، از نظر بیبرینگ، ترتیب اهدافی که قویاً با ارزش انگاشته می‌شوند، با آگاهی عمیق من از درماندگی و ناتوانی‌اش در رسیدن به این اهداف، مکانیزم افسردگی است. هرچند فروید نظام افسردگی را تعریف کرد و کارل آبراهام آن را گسترش داد و مجموعه کارهای این دو دیدگاه کلاسیک افسردگی را تشکیل می‌دهد. که این نظریه چهار نکته کلیدی دارد:

۱. آشفتگی ارتباط نوزاد – مادر در خلال مرحله دهانی(۱۰ تا ۱۸ ماه ابتدای زندگی) زمینه‌ساز آسیب پذیری بعدی به افسردگی است.

افسردگی می‌تواند به فقدان واقعی یا خیالی شیء محبوب مرتبط باشد.

۲. افسردگی می‌تواند به فقدان واقعی یا خیالی شیء محبوب مرتبط باشد.

۳. درونی سازی شیء از دست رفته، مکانیسمی دفاعی برای مقابله با رنج و ناراحتی همراه با فقدان شیء می‌باشند.

۱.Edward Bibring

۴. از آنجا که شیء از دست رفته با دیدی آمیخته با عشق و نفرت نگریسته می‌شود، احساسات خشم متوجه خود و معطوف به داخل می‌گردند. «ملانی کلاین[۶]» افسردگی را متضمن ابراز پرخاشگری به محبوب می‌دانست و از این نظر بسیار شبیه فروید بود.

سیلوانوآریتی[۷] دیده بود که بسیاری از افراد افسرده، نه برای دل خود، که برای دیگران زندگی می‌کنند، او به این شخص که فرد افسرده برای او زندگی می‌کند، «دیگری غالب[۸]» اطلاق می کرد که می‌توانند یک اصل، آرمان، مؤسسه یا فرد باشد. افسردگی زمانی رخ می‌دهد که بیمار درمی یابد فرد یا آرمانی که او برایش زندگی کرده، هرگز چنان نبوده است که انتظارات او را برآورده سازد.

از دیگر نظریه پردازان رویکرد روان پویشی جیمز فریمو[۹](۱۹۸۱) می‌باشد. او با تأکید بر پیوند میان عوامل درونی روانی یا عوامل بین فردی، آمیزه‌ای از مفاهیم روان پویشی وسیستمی را ارائه کرد. فریمو این نظریه را مطرح ساخت که کودک خردسالی که رفتار والدین را دال بر طرد، رهاسازی یا گزند و آسیب آنان نسبت به خود تلقی می‌کند، با معمای غامضی روبرو می‌شود؛ او نه می‌تواند فرد مطلوب (یعنی والدین) را رها سازد و نه قادر است، وی را تغییر دهد. کودک، برای رفع ناکامی حاصله، جنبه هایی از والدین «محبوب – منفور» را درونی می‌کند تا «افراد» خیالی متعلق به دنیای درونی خود را کنترل کند. این «افراد» درونی شده که دارای ویژگی‌های مطلوب و هم نامطلوب می‌باشند، به صورت درون فکنده(یعنی، بازنمایی درونی از«افراد» بیرونی) ناپایدار،جزئی» هستند.

۲.M.Klein
۳.Silvano Arieti
٤.Dominant other
٥.Framo

افسردگی از دیدگاه انسان‌گرا – هستی گرایی

در حالتی که نظریه پردازان روان پویشی، بر از دست دادن شیء محبوب به عنوان علت محوری افسردگی تأکید دارند نظریه پردازان هستی‌گرا روی فقدان عزت نفس تأکید دارند. شیء مفقود می‌تواند واقعی یا نمادین باشد. قدرت، طبقه اجتماعی، یا پول، اما از دست دادن آنقدر اهمیت ندارد که تغییر عزت نفس بر اثر از دست دادن بسیاری افراد خودپنداره‌شان روی اینکه هستند و چه دارند، بنیان می‌گذارند. من رهبر مجمع کارخانه هستم: رئیس هستم: عضو تنها کلوپ ورزشی شهر هستم: شوهر یک ستاره مشهور نما هستم. همانند سازی‌هایی از این نوع، تصدیق بیرونی ارزش‌های افراد را در ذهنشان بدست می‌دهد، بنابراین در فرهنگ ما یک علت عمده افسردگی مردها، از دست دادن شغل است. در مورد زنان حداقل تا زمان افزایش گسترده زنان شاغل خارج از خانه، یک علت عمده افسردگی از دست دادن همسر بود، که این نه تنها ازدست دادن شخص محبوب بلکه از دست دادن منبع عمده تشخیصی است، زیرا بطور سنتی موقعیت اجتماعی زن بسته به نقش شوهر بود. نظریه پردازان انسان‌گرا به تفاوت بین خودآرمانی شخص و درک او از وضعیت واقعی امور تأکید دارند. احتمالاً وقتی تفاوت بین آرمان و واقعیت آنقدر زیاد می‌شود که فرد نتواند تحمل کند. افسردگی به وجود می‌آید. این عقیده با شواهد جمع‌آوری شده به وسیله پژوهشگرانی که سطح واقعیت گرایی را در خودارزیابی‌های افراد افسرده و غیر افسرده مطالعه کرده‌اند، کاملاً تناسب دارد.

افسردگی از دیدگاه سیستمی خانواده

در نظریه‌های سیستمی خانواده، بر اهمیت تنیدگی، حمایت و نگرش خانواده تأکید شده است. در این نظریه، الگوهای تعامل در خانواده در علت شناسی و نگهداری افسردگی نقش دارند.

و عوامل ژنتیکی و عوامل محیطی نیز در بروز شرایط افسرده‌ساز مؤثر هستند. محیط زندگی آرام و بدون تنش از بروز علایم افسردگی در افرادی که از نظر ژنتیکی آسیب پذیر هستند جلوگیری می‌کند، در حالی که تنیدگی فراتر از آستانه عمل فرد، حتی در افرادی که سابقه افسردگی در خانواده را ندارند، چه بسا به بروز علایم افسردگی بیانجامد. نگرش منفی خانواده و فرد اشتغال ذهنی فرد با وقایع و کمبودهای گذشته سبب ایجاد دیدگاه منفی نسبت به ارزشمندی خود و ناامیدی و درماندگی در مورد آینده می‌شود. چنین نگرش افسرده سازی ممکن است به کاهش فعالیت و تعامل فرد منجر شود.

افسردگی از دیدگاه شناختی رفتاری(خودکنترلی)

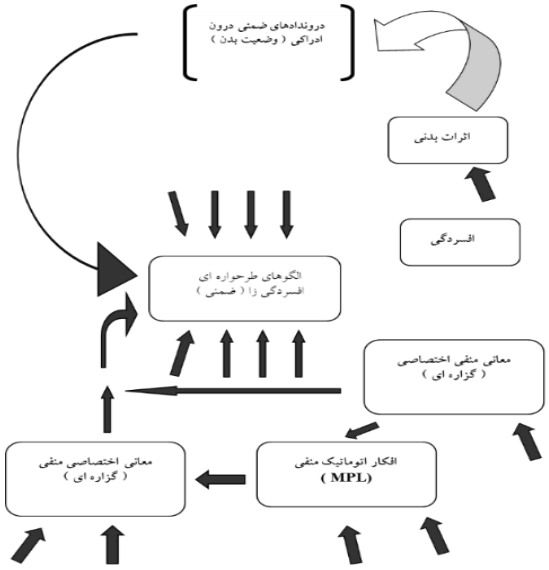
رفتار درمانی شناختی رویکردی است فعال، جهت بخش، محدود از لحاظ زمانی و سازمان یافته، منطق نظری این رویکرد بر عاطفه و رفتار فرد استوار است، که عمدتاً بر حسب شیوه ساخت‌یابی جهان از نظر او تعیین می‌شود. مدل نظری کنترل خویشتن بر کژی‌های موجود در فرایندهای نظارت خود، ارزش یابی خود و تقویت خود تأکید می‌کند.

افراد افسرده بطور گزینشی به جنبه‌های منفی خودشان و جهان توجه نشان می‌دهند. خود ارزش-گذاری بر اساس ضوابط سوگیری شده، انجام می‌شود. ضوابطی که دست‌یابی به آنها بسیار سخت است. به گونه‌ای که پاداش‌های پیدا و پنهان به ندرت قابل اعطا هستند. پس، بنیان میزان‌های بهنجار رفتار (خود – نظم بخشی) در نبود نسبی کنترل بیرونی، رو به زوال می‌رود، و گنجینه رفتاری فرد افسرده مختل می‌شود. شواهد علمی هماهنگ با فرمول بندی نظری ۱۹۷۷/ م در چهارچوب نتایجی است که نشان می‌دهد آزمودنی‌های افسرده و غیر افسرده در حقیقت طبق پیش بینی این نظریه، به طور متفاوتی خودشان را تشویق یا تنبیه می‌کنند.

نظریه‌های افسردگی

الف – نظریه‌های شناختی افسردگی :

افسردگی از تغییرات نظام شناختی ناشی می‌شود، فرد افسرده تحت تأثیر برخی از عوامل شناختی خود تجربه‌ها و آینده‌اش را با دید « منفی » نگاه می‌کند نگرش منفی در همه ابعاد وجود او مانند احساس، تفکر و رفتارش دیده می‌شود؛ با خود برخوردی منفی دارد به همین دلیل به تعیین هدف و پیگیری آن بی‌علاقه می‌شود و آینده را تیره و تار می‌بیند و احساس می‌کند انسانی حقیر، بی‌ارزش و از لحاظ اجتماعی به عنصری بدرد نخور تبدیل شده است. تفکر منفی به سایر نشانه‌های افسردگی، مانند، اندوه، رفتار انفعالی، خودخوری، بی‌نشاطی و میل به خودکشی، کمک می‌کند؛ در نتیجه دایره بسته‌ای ایجاد می‌شود (تصویر۱) و تفکر منفی، روحیه ناخوشایند و انگیزه‌های منفی یکدیگر را تقویت می‌کند. توجیه نظام شناختی افسردگی به نظریه‌های شناخته شده مرتبط با بنیادهای شناختی افسردگی پرداخته می‌شود.



تصویر۱: دور افسردگی : آماج درمان می تواند افکار اتوماتیک منفی و معانی اختصاصی منفی , وضعیت بدنی افسرده باشند. آماج غیر مستقیم مداخلات با پیکان های ضخیم نشان داده شده است. آماج اصلی , خود الگوی طرحواره ای می باشد که با حلقه ای از پیکان های ضخیم احاطه شده است.

۱- نظریه بک و تحریف های شناختی

مفصل‌ترین و جامع‌ترین توجیه شناختی افسردگی توسط بک، در سال ۱۹۷۶ مطرح شده است. در این مدل نظر برآن است که تجربه در افراد به تشکیل فرض‌ها درباره خویشتن و جهان می‌انجامد و این فرض‌ها یا طرحواره‌ها، خود، در سازمان‌بندی ادراک و در کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند.

نظریه افسردگی بک مشابه نظریه او درمورد اضطراب می‌باشد. حوادث منفی قبلی بنا به فرض، در شکل طرحواره‌هایی در حافظه رمزگذاری می‌گردند و به موقع وقوع حوادث مشابه، فعال شده و تعبیر و تفسیر اطلاعات جدید را تحت تأثیر خود قرار می‌دهند. طرحواره‌های افسردگی شامل اطلاعات گزاره‌ای (فرضیه‌های اساسی) هستند مبنی بر اینکه « خود» ناتوان، دنیای بیرون پر از مشکلات، و آینده ناامید کننده است. فعال شدن این طرحواره‌ها دارای دو اثر عمده است: نخست، بخشی از این اطلاعات در شکل افکار منفی خودکار به صورت غیر ارادی وارد هشیاری می‌گردد از قبیل « هیچ کس مرا دوست ندارد» یا « امیدی به آینده نیست ». تأثیر دوم تفکر طرحواره‌ای آن طوری که بک می‌گوید، به خطاهای منطقی که افراد افسرده در ارزیابی موقعیت مرتکب می‌شوند، مربوط می‌گردد: آنها بر اساس شواهد محدود و یا حتی متناقض استباط‌های اختیاری به عمل می-آورند، به جای توجه به کل موقعیت، انتزاع‌های انتخابی از جزئیات می‌کنند، یک حادثه بی‌اهمیت

و مجزا را به همه موارد تعمیم می‌دهند، اهمیت حوادث را به شیوه‌ای غیر واقع‌گرایانه بیش از اندازه کوچک یا بزرگ می‌نمایند. حوادث را به شیوه‌ای نامناسب شخصی کرده و آنها را در مقوله‌های افراطی و متضاد قطبی می‌کنند. بر طبق نظر بک محتوای ویژه افکار هشیار [۱۰] منجر به یک پاسخ هیجانی ویژه می‌شود. همسو با این نقطه نظر وی اعتقاد دارد که مراجعان افسرده عقاید تحریف شده و منفی در مورد خودشان، دنیای پیرامون و آینده می‌سازند. بسیاری از مردم در فرایند اجتماعی شدن خود، مجموعه‌ای از نظرات یا نگرش‌هایی را پرورش می‌دهند، که درواقع غیر منطقی هستند، این فرضیات از آن جهت غیر منطقی هستند که مورد حمایت محیط قرار نمی‌گیرند؛ تحریف‌های شناختی خطاهای منطقی منظمی هستند که باعث بازنمایی‌های نادرستی از واقعیت‌ها می‌گردند. این تحریف های شناختی شامل موارد زیر است :

۱. انتزاع انتخابی[۱۱]: شخص شواهد برجسته تر و تناقضات را نادیده می‌گیرد و در مورد یک رخداد بر اساس یک چیز جزئی منفی نتیجه می‌گیرد.

۲. استنباط دلبخواه [۱۲] : که در آن ارزیابی منفی در غیاب شواهد صورت می‌گیرد.

۳. تعمیم بیش از اندازه [۱۳] : یک نتیجه کلی منفی از تنها یک رخداد گرفته می‌شود و به طریقی غیر قابل قبول در موقعیت‌های غیر مشابه به کار برده می‌شود.

---

[۱۰] conscious
[۱۱] Selective abstraction
[۱۲] arbitrary inferences
[۱۳] Overgeneralization

۴. بزرگتر جلوه دادن [۱۴] (بعضی وقت‌ها فاجعه آمیز جلوه دادن [۱۵] نامیده می‌شود) : که در آن اهمیت یک رخداد منفی بیش از حد برآورده می‌شود یا بزرگ جلوه داده می‌شود.

۵. تفکر همه یا هیچ[۱۶] : تمایل به فکر کردن به مطلق‌ها (هر چیزی یا خوب است یا بد و اغلب بد است).

افکار خودکارو خطاهای منظم منطقی منجر به ارزیابی‌های منفی خود, دنیا و آینده شده و محتوای هشیاری آگاه فرد تیره و خود - ملامتگر[۱۷] می‌گردد. درنتیجه خلق شخص افسرده تر می‌گردد. زمانی که شخص دچار افسردگی خفیف است، افکار منفی با درجاتی از عینیت ارزیابی می‌گردد، اما در افسردگی‌های شدید بیماران احساس می‌کنند که کنترل خود را بر فرآیندهای فکری‌شان از دست داده اند، ذهن آنها جولانگاه افکار خودکار منفی می‌گردد و شروع به پردازش طرحواره‌ای اطلاعات جدید می‌نماید.

در حالی که نظریه‌های اضطراب به اکتساب اطلاعات جدید درباره موقعیت های خطرناک تأکید می‌کنند ، نظریه‌های افسردگی مکرراً به مفهوم « خود پنداره » به عنوان نظامی از دانش یا باورها در مورد خود شخص توجه می‌کنند. به عنوان مثال در نظریه شناختی – اجتماعی اوتلی [۱۸] و بولتون (۱۹۸۵) در مورد افسردگی، فرض بر این است که حوادث معینی از زندگی بدین دلیل فشارزا قلمداد می‌شوند، که برای « خود » فرد تهدید کننده هستند، در موقعیت‌هایی که «خود » در نقش یک سری از نقش‌ها هویت می‌یابد . یک نقش، از قبیل « مادر خوب » یا یک « نان آور» هویت

---

[۱۴] magnification
[۱۵] catastrofication
[۱۶] all – or – none thinking
[۱۷] self - critical
[۱۸] oatley

ویژه‌ای را فراهم می‌کند و با اهداف، نقشه‌ها و انتظارات شخصی ارتباط برقرار می‌کند. اوتلی و بولتون پیشنهاد می‌کنند که شروع افسردگی به ارتباط بین انتظارهای نقش شخصی و تصدیق این انتظارات توسط کسانی که نقش مهمی را در این روابط بازی می‌کنند، بستگی دارد. فقدان یکی از اینها، یا هر موقعیت دیگری که جلوی ایفای نقش مهم برای هویت فرد را بگیرد، ایجاد افسردگی می‌کند. از سوی دیگر، آسیب پذیری از دیدگاه آنها به عنوان فقدان نقش‌های مکمل یا بالقوه‌ای است که در موارد مربوط به یک فقدان بواسطه آنها می‌توان اهداف خود تعریفی را دنبال نمود.

۲ - فرضیه اسنادی درماندگی آموخته شده

سلیگمن[۱۹] (۱۹۷۵) درماندگی را حالتی روانی دانسته که در شرایط کنترل ناپذیر ایجاد می‌شود. شرایطی که در آن پیامد حاصل از واقعه مستقل از پاسخ‌های موجود است. او در توضیح مصونیت در برابر درماندگی می‌گوید: در صورتی که فرد قبل از قرار گرفتن در موقعیت درماندگی تجربه کنترل پذیر داشته باشد اثرات درماندگی در امر کاهش می‌یابد . آبرامسون[۲۰]، سلیگمن و تیسدیل [۲۱](۱۹۷۸). فرضیه درماندگی در انسان را با در نظر گرفتن چهار چوب اسنادی مورد تجدید نظر قرار دادند. آنها فرض کردند، اسنادهای عمومی، پایدار و درونی درباره علل رویدادهای منفی در تعمیم و مزمن بودن درماندگی و ایجاد نقایص شناختی و هیجانی تأثیر دارند. آبرامسون و همکاران (۱۹۷۸) اشاره کردند، که فرضیه درماندگی در چهار چوب اسنادی بهتر می‌تواند اثرات مصونیت و درمان را توضیح دهد.

Seligman[۱۹]
Abramson[۲۰]
Teasdale[۲۱]