



BRANDAFARIN JOURNAL OF MANAGEMENT

Volume No.: 3, Issue No.: 26, May 2022

P-ISSN: 2717-0683 , E-ISSN: 2783-3801

Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and its application in the treatment of depression

Dr Masoud Zarezadegan

Psychologist

Abstract

Mindfulness is a special kind of attention. Attention without judgment and with open arms to the thoughts and feelings and bodily sensations and any phenomenon that arises in the human psyche, and of course the same attitude is generalized to environmental stimuli. This is very similar to "openness to experience" in existential therapies. Mindfulness is a kind of focused attention because it emphasizes the immediate view of what is. Just as one of the first exercises in reading a book calmly and consciously is a raisin, so dealing with all phenomena is like seeing it for the first time. This study investigated mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and its application in the treatment of depression. Based on the results in the treatment of depression, cognitive therapy emphasizes changing the content of maladaptive cognitions using cognitive reconstruction in order to replace unrealized and unproven negative thoughts with realistic positive thoughts; But cognitive therapy may also implicitly change clients' awareness and their relationship to their negative thoughts.

Keywords: Depression, mindfulness, pathology, sessions

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و کاربرد آن در درمان افسردگی

دکتر مسعود زارع زادگان

روانشناس

چکیده

ذهن آگاهی نوعی خاصی از توجه است. توجهی بدون قضاوت و با آغوش باز به اندیشه‌ها و احساسات و حسهای بدنی و هر پدیده‌ای که در درون روان آدمی پدید آید و البته همین نگرش به محرکهای محیطی نیز تعمیم می‌شود. این شباهت زیادی با "گشودگی به تجربه" در درمانهای وجودی دارد. ذهن آگاهی به نوعی یک توجه با تمرکز محسوب می‌شود زیرا بر نگاه بی‌واسطه به هر آنچه هست تأکید دارد. بطوریکه همانطور که یکی از اولین تمرینات کتاب خوردن آرام و ذهن آگاهانه یک کشمش است، نحوه برخورد با همه پدیده‌ها به مانند آن است که اولین بار است که رویت می‌شود. این پژوهش به بررسی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و کاربرد آن در درمان افسردگی پرداخته است. بر اساس نتایج در درمان افسردگی، شناخت درمانی بر تغییر محتوای شناخت‌های ناسازگار با استفاده از بازسازی شناختی به منظور جایگزینی افکار منفی غیرواقعی و اثبات نشده با افکار مثبت واقع‌گرایانه تأکید دارد؛ اما شناخت درمانی نیز ممکن است به‌طور ضمنی باعث تغییر آگاهی درمان‌جویان و رابطه آن‌ها با افکار منفی‌شان شود.

واژگان کلیدی: افسردگی، ذهن آگاهی، آسیب شناسی، جلسات

افسردگی

افسردگی اختلالی است که بر تفکر، خلق، احساسات، رفتار و سلامت جسمی شما تأثیر می‌گذارد. پیش‌ازاین عقیده بر این بود که تمام آن در سر شماست و اگر واقعاً تلاش کنید می‌توانید خود را از آن رها کنید. امروزه پزشکان می‌دانند که افسردگی نوعی ضعف نیست و شما به‌تنهایی نمی‌توانید آن را درمان کنید. افسردگی یک اختلال پزشکی با زمینه شیمیایی یا زیست‌شناسی است. گاهی اوقات یک زندگی پر استرس محرکی برای افسردگی می‌شود. در سایر موارد به نظر می‌رسد که افسردگی بدون یک علت تعیین‌شده مشخص و به‌طور خود به خودی روی می‌دهد. افسردگی، بدون توجه به علت آن چیزی بیش از یک حالت محزون و یا یک خمودگی دراماتیک است (بیکارون، 2014).

افسردگی می‌تواند تنها یک‌بار در زندگی فرد اتفاق بیفتد. به‌رحال اغلب به‌صورت حملات تکراری در طول زندگی با دوره‌های بدون افسردگی در بین آن‌ها اتفاق می‌افتد یا می‌تواند وضعیتی مزمن باشد که نیازمند یک درمان پیوسته در طی زندگی باشد. این اختلال بیش از 18 میلیون آمریکایی را در تمام سنین و نژادها مبتلا کرده است. (آبرت و همکاران، 1997).

داروهایی که در دسترس هستند، حتی در مورد افسردگی‌های بسیار شدید ایمن و مؤثر هستند. با درمان مناسب، بسیاری از افرادی که افسردگی شدید دارند، در عرض چند هفته بهبودی می‌یابند و می‌توانند به فعالیت‌های طبیعی روزانه خود بازگردند (بیک و همکاران، 2007).

از علائم افسردگی می‌توان به موارد زیر اشاره داشت:

- از دست دادن علاقه به امور روزمره طبیعی

- خلق افسرده

شما احساس غم یا ناامیدی، بی‌فربادرسی می‌کنید و امکان دارد نوبت‌های گریه داشته باشید از دید پزشکان یا سایر مراقبین بهداشتی که افسردگی را تشخیص می‌دهند، علاوه بر موارد فوق بیشتر علائم و نشانه‌هایی که در زیر آورده شده‌اند نیز می‌تواند در بیشتر روزها و یا تقریباً هرروز، به مدت حداقل دو هفته در فرد وجود داشته باشند.

- اختلالات خواب

خواب زیاد یا مشکلات حین خواب می‌تواند علامتی باشد مبنی بر اینکه شما افسرده هستید. بیدار شدن در نیمه‌شب یا صبح زود و ناتوانی در به خواب رفتن دوباره معمول هستند.

- اختلال در فکر کردن یا متمرکز شدن

ممکن است برای تمرکز کردن یا تصمیم گرفتن دچار زحمت شوید و مشکلاتی با حافظه خود داشته باشید.

- کاهش وزن یا وزن گیری قابل توجه

کاهش یا افزایش وزن و وزنگیری یا کاهش وزن بدون توجیه می‌تواند نشاندهنده افسردگی باشد.

- پرخاشگری یا کاهش حرکات بدن

ممکن است بی‌قرار، پرخاشگر، تحریک‌پذیر و زودرنج به نظر برسید. یا ممکن است این‌طور به نظر برسد که کارهایتان را با سرعت آهسته انجام می‌دهید و به سؤالات به آهستگی و با صدای یکنواخت پاسخ می‌دهید.

- خستگی

ممکن است احساس کسالت و فقدان انرژی را تقریباً هرروز داشته باشید. ممکن است صبح هنگام به‌اندازه زمانی که در شب قبل به رختخواب می‌رفتید احساس خستگی کنید.

- اعتمادبه‌نفس پایین

ممکن است احساس بی‌ارزشی کنید و احساس گناه شدید داشته باشید.

- کاهش علاقه به فعالیت جنسی

اگر پیش از ظهور افسردگی از نظر جنسی فعال باشید، ممکن است کاهش قابل توجهی در سطح علاقه خود به داشتن ارتباط جنسی احساس کنید.

- افکار مرگ

ممکن است دیدگاه منفی نسبت به خود، موقعیت خود و آینده خود داشته باشید. ممکن است افکار مرگ، مردن و خودکشی داشته باشید.

افسردگی می‌تواند شکایات جسمی گسترده‌ای را نیز مانند خارش عمومی، تاری دید، افزایش تعریق، دهان خشک، مشکلات گوارشی (سوءهاضمه، یبوست و اسهال) سردرد و کمردرد ایجاد نماید.

کودکان، نوجوانان و بالغین ممکن است به‌طور متفاوتی به افسردگی واکنش دهند. در این گروه‌ها ممکن است نشانه‌ها اشکال مختلف داشته باشد یا با دیگر وضعیت‌ها پوشانده شود (کاستلو^۱، 2006)

¹. Costello

عوامل مرتبط با افسردگی

پژوهش‌گران معتقدند مجموعه‌ای از عوامل زیستی و محیطی موجب افسردگی می‌شود. بررسی‌های خویشاوندی نشان می‌دهد که وراثت در این زمینه نقش دارد. ژن‌ها می‌توانند با تأثیر گذاشتن بر تعادل شیمیایی مغز موجب افسردگی شوند در نتیجه ممکن است کودکان والدین افسرده مشکلات روانی مشابه با والدین خود را نشان دهند. با این که خطر عوامل ژنتیکی می‌تواند از والد به کودک منتقل شود اما عوامل محیطی نیز افسردگی کودکان و نوجوانان را طی دوران رشد تحت تأثیر قرار می‌دهند (کردی و همکاران، 1393).

شواهد بیانگر آن است که والدین افسرده رابطه‌ی عاطفی و صمیمانه‌ای با کودکان خود برقرار نمی‌کنند. عدم حمایت عاطفی آن‌ها نه تنها احساس بی‌ارزش بودن و بدبینی نسبت به توانایی‌های خود را در کودکان و نوجوانان تقویت می‌کند بلکه به احساس امنیت و دل‌بستگی در آن‌ها لطمه‌ی جدی وارد می‌سازد. از سوی دیگر والدین افسرده که در برابر مشکلات و نابسامانی‌های زندگی با شیوه‌ی افسردگی واکنش نشان می‌دهند، به فرزندان خود می‌آموزند تا در مقابله با استرس‌ها بدین روش عمل کنند. گوشه‌گیری و افسردگی والدین موجب کم شدن روابط اجتماعی فرزندان و در نتیجه کاهش حمایت‌های عاطفی و اجتماعی آن‌ها از طریق دوستان، معلمان و... نیز می‌شود به طوری که رفتارهای انزواطلبی این گروه از دانش‌آموزان تأثیر منفی بر دوست‌یابی و تداوم دوستی‌هایشان خواهد داشت (نجاتی، 1391).

شواهد نشان می‌دهد بین رویدادهای ناگوار زندگی در دوران کودکی مانند طلاق و بروز اختلال‌های عاطفی ارتباط وجود دارد. از آن‌جا که طلاق پیامد مشکلات مزمن در روابط زناشویی والدین است، ممکن است موجب اضطراب، خشم یا احساس طرد شدگی والدین افسرده شود و آشفتگی‌هایی را در زندگی اجتماعی آن‌ها ایجاد نماید. این آشفتگی‌ها در رفتار والدین با کودکان و کودکان با والدین اثرات منفی بر جا می‌گذارد. اثرات طلاق بر کودکان با توجه به مرحله‌ای از رشد که در آن قرار دارند متفاوت است. کودکان پیش دبستانی از لحاظ رفتاری دچار عقب افتادگی می‌شوند و اضطراب و توجه طلبی بیش‌تری از خود نشان می‌دهند در اواسط کودکی پاسخ‌های کودک احتمالاً با افسردگی مشخص می‌شود و در نوجوانان نیز تأثیر کوتاه مدت آن کاملاً مشخص است. بروز خشم و سرزنش کردن والدی که خانواده را ترک کرده است نیز در این دوران شایع می‌باشد (کردی و همکاران، 1393).

تعدادی از پژوهشگران عوامل مشترکی را در افرادی که احتمال ابتلای آنان به افسردگی بیشتر است، شناسایی کرده‌اند:

وابستگی غیر واقع‌بینانه به دیگران:

افراد افسرده عزت نفس خود را به شدت وابسته به تأیید دیگران می‌دانند.

- برخوردار نبودن از سیستم حمایت اجتماعی:

افراد مستعد افسردگی بیشتر درون‌گرا و منزوی هستند. آن‌ها از مهارت‌های لازم برای حفظ روابط حمایت‌کننده استفاده نمی‌کنند.

- استرس در روابط نزدیک:

ناهماهنگی در روابط بین فردی غالباً موجب تشدید احساس افسردگی می‌شود.

- سبک تمرکز بر خود افسرده ساز:

افراد افسرده معمولاً با مسایل منفی اشتغال ذهنی دارند. آن‌ها زمان زیادی را صرف یادآوری و نشخوار فکری درباره‌ی جنبه‌های منفی زندگی‌شان می‌کنند و هرگز راهبردهای مقابله‌ای خود را به مرحله اجرا در نمی‌آورند.

- کمال‌گرایی افراطی:

افراد افسرده بر کامل و بی نقص بودن خود اصرار دارند و چون کامل نیستند خود را بی ارزش و زندگی‌شان را بیهوده تلقی می‌کنند.

- کنترل بیرونی:

افراد افسرده فکر می‌کنند رویدادهای مهم زندگی‌شان خارج از کنترل آن‌هاست (محمد خانی، 1392).

علائم و نشانه ها

دو نشانه شاخص افسردگی که نشانه های کلیدی برای تشخیص محسوب می شوند در زیر آورده شده اند .

- از دست دادن علاقه به امور روزمره طبیعی

شما علاقه و خوشحالی خود را در فعالیتهایی که قبلاً از آنها لذت می بردید از دست می دهید. این مورد بی لذتی نامیده می شود .

- خلق افسرده

شما احساس غم یا ناامیدی، بی فریادرسی می کنید و امکان دارد نوبت های گریه داشته باشید از دید پزشکان یا سایر مراقبین بهداشتی که افسردگی را تشخیص می دهند، علاوه بر موارد فوق بیشتر علائم و نشانه هایی که در زیر آورده شده اند نیز می تواند در بیشتر روزها و یا تقریباً هر روز، به مدت حداقل دو هفته در فرد وجود داشته باشند .

- اختلالات خواب

خواب زیاد یا مشکلات حین خواب می تواند علامتی باشد مبنی بر اینکه شما افسرده هستید. بیدار شدن در نیمه شب یا صبح زود و ناتوانی در به خواب رفتن دوباره معمول هستند .

- اختلال در فکر کردن یا متمرکز شدن

ممکن است برای تمرکز کردن یا تصمیم گرفتن دچار زحمت شوید و مشکلاتی با حافظه خود داشته باشید .

- کاهش وزن یا وزن گیری قابل توجه

کاهش یا افزایش وزن و وزنگیری یا کاهش وزن بدون توجیه می تواند نشاندهنده افسردگی باشد .

- پرخاشگری یا کاهش حرکات بدن

ممکن است بی قرار، پرخاشگر، تحریک پذیر و زود رنج به نظر برسید. یا ممکن است اینطور به نظر برسد که کارهایتان را با سرعت آهسته انجام می دهید و به سوالات به آهستگی و با صدای یکنواخت پاسخ می دهید .

- خستگی

ممکن است احساس کسالت و فقدان انرژی را تقریباً هر روز داشته باشید . ممکن است صبح هنگام به اندازه زمانی که در شب قبل به رختخواب می رفتید احساس خستگی کنید .

- اعتماد به نفس پایین

ممکن است احساس بی ارزشی کنید و احساس گناه شدید داشته باشید .

- کاهش علاقه به فعالیت جنسی

اگر پیش از ظهور افسردگی از نظر جنسی فعال باشید، ممکن است کاهش قابل توجهی در سطح علاقه خود به داشتن ارتباط جنسی احساس کنید .

- افکار مرگ

ممکن است دیدگاه منفی نسبت به خود، موقعیت خود و آینده خود داشته باشید . ممکن است افکار مرگ، مردن و خودکشی داشته باشید .

افسردگی می تواند شکایات جسمی گسترده ای را نیز مانند خارش عمومی، تاری دید، افزایش تعریق، دهان خشک، مشکلات گوارشی (سوء هاضمه، یبوست و اسهال) سردرد و کمر درد ایجاد نماید .

کودکان، نوجوانان و بالغین ممکن است به طور متفاوتی به افسردگی واکنش دهند. در این گروهها ممکن است نشانه ها اشکال مختلف داشته باشد یا با دیگر وضعیتها پوشانده شود (کیم و همکاران، 2005).

انواع اصلی افسردگی شامل موارد زیر است :

- افسردگی اساسی

این نوع از اختلال خلق بیش از دو هفته پایدار می ماند . نشانه ها می تواند، شامل : احساس عظیم غم و سوگ، از دست دادن علاقه و خوشحالی در فعالیتهایی که معمولاً برایتان لذتبخش است و احساس گناه و بی ارزشی باشد. این نوع افسردگی می تواند باعث کم خوابی، تغییر اشتها، خستگی شدید و مشکل شدن تمرکز شود. افسردگی شدید می تواند خطر خودکشی را افزایش دهد.

- دیستایمی Dysthymia

نوع خفیف تر اما مداوم تر افسردگی است. این نوع حداقل دو سال و اغلب بیش از 5 سال دوام می آورد. علائم و نشانه ها معمولاً ناتوان کننده نیستند و دوره های دیس تایمی می تواند با دوره های کوتاه مدت احساس طبیعی بودن جا به جا شود. ابتلا به دیس تایمی شما را در خطر بیشتر برای افسردگی اساسی قرار می دهد .

- اختلالات تطابقی

اگر فردی که محبوب شماست فوت کند، شغلتان را از دست بدهید یا تشخیص سرطان برای شما گذاشته شود بسیار طبیعی است که احساس فشار، غم، عصبانیت یا لبریز شدن کنید . در نهایت بسیاری افراد با پایان استرسهای زندگی به حالت اولیه باز می گردند. اما بعضی خیر، این چیزی است که بنام اختلال تطابقی خوانده می شود. زمانی که پاسخ شما به یک حادثه یا واقعت پر استرس باعث ایجاد علائم افسردگی می شود . بعضی افراد در پاسخ به یک حادثه منفرد دچار اختلال تطابقی می شوند. به نظر می رسد این مشکل در دیگران از ترکیبی از عوامل استرس زا ریشه دارد. اختلال تطابقی می تواند حاد باشد (کمتر از 6 ماه دوام بیاورد) یا مزمن باشد (به مدت طولانی تری باقی بماند) .

پزشکان اختلالات تطابقی را براساس اینکه علائم و نشانه های اولیه به صورت افسردگی یا اضطراب باشند طبقه بندی می کنند .

اختلالات دو قطبی

داشتن دوره های عود کننده افسردگی و سرخوشی(مانیا = شیدایی) مشخص کننده اختلال دو قطبی است. از آنجا که این وضعیت احساسات را در هر دو سر طیف (قطب ها) درگیر می کند، اختلال دو قطبی یا اختلال افسردگی شیدایی نامیده می شود . شیدایی بر قضاوت اثر می کند و باعث گرفتن تصمیمات غیر هوشمندانه می شود . بعضی افراد مراحل از افزایش خلاقیت و نوآوری در طی مرحله شیدایی دارند. تعداد حملات هر حمله در هر یک از قطبها ممکن است مساوی نباشد .

بعضی افراد ممکن است چندین حمله افسردگی پیش از مرحله شیدایی داشته باشند یا بالعکس.

اختلالات خلقی فصلی

اختلالات خلقی فصلی شکلی از افسردگی است که به تغییرات فصل و فقدان تماس با آفتاب مربوط است .

ممکن است باعث بروز سردرد، تحریک پذیری و سطح پایین انرژی شود .

بسیاری افراد با افسردگی علائم اضطراب را هم نشان می دهند . اضطرابی که بعد از سن 40 سالگی ایجاد شود اغلب به افسردگی مربوط است تا یک مشکل مستقل (کاکس و همکاران، 1994).

علتها

هیچ علت منفردی برای افسردگی وجود ندارد. این بیماری غالباً شکل خانوادگی دارد. کارشناسان معتقدند که یک حساسیت ژنتیکی در ترکیب با عوامل محیطی مانند استرس یا بیماری جسمی می تواند باعث ایجاد یک عدم تعادل در مواد شیمیایی مغز با نام نوروترانسمیترها شود که موجب افسردگی می شود. به نظر می رسد عدم تعادل بین سه نوروترانسمیتر سروتونین، نوراپی نفرین و دوپامین با افسردگی مرتبط باشد.

دانشمندان کاملاً نمی دانند که چگونه عدم تعادل در نور و ترانسمیترها می تواند علائم و نشانه های افسردگی را ایجاد کند. به طور قطع مشخص نیست که آیا تغییرات نوروترانسمیترها علت افسردگی است یا نتیجه آن.

عواملی که با افسردگی مربوط هستند شامل موارد زیر است:

ارث: محققین چند ژن را که ممکن است با اختلالات دو قطبی مربوط باشند را مشخص کرده اند، آنان به دنبال ژنهایی می گردند که با سایر اشکال افسردگی مرتبط باشند. اما همه افرادی که سابقه فامیلی افسردگی را دارند به این اختلال دچار نمی شوند.

استرس: وقایع پراسترس زندگی، به ویژه از دست دادن یا تهدید به از دست دادن یک فرد محبوب با شغل می تواند محرک افسردگی باشد.

داروها: استفاده طولانی مدت از برخی داروها مانند داروهایی که جهت کنترل فشار خون استفاده

می شوند، قرصهای خواب یا قرصهای جلوگیری از بارداری می توانند علائم افسردگی را در بعضی افراد ایجاد کنند.

بیماریها: ابتلا به یک بیماری مزمن، مثل بیماری قلبی، سکته مغزی، دیابت، سرطان یا آلزایمر باعث

می شود که شما در خطر بیشتری برای افسردگی قرار بگیرید. مطالعات یک ارتباط ثابت نشده بین افسردگی و بیماری قلبی را نشان می دهد. افسردگی در بسیاری افرادی که حمله قلبی داشته اند اتفاق می افتد. افسردگی درمان نشده می تواند شما را در خطر بیشتری برای مرگ در سالهای اول پس از سکته قلبی قرار دهد. ابتلا به کم کاری تیروئید حتی اگر خفیف باشد هم می تواند باعث بروز افسردگی شود.

شخصیت: صفات شخصیتی خاصی مانند اعتماد به نفس پایین و وابستگی شدید، بدبینی و حساسیت در برابر استرسها می تواند شما را مستعد افسردگی نماید.

افسردگی پس از زایمان: احساس خفیف ناراحتی که معمولاً چند روز تا چند هفته پس از زایمان اتفاق می افتد در مادران مسئله شایعی است. در این زمان ممکن است احساس ناراحتی، عصبانیت، اضطراب، تحریک پذیری و کاهش ظرفیت کنید. فرم شدیدتری از baby blues افسردگی پس از زایمان نامیده می شود که آن هم تازه مادران را گرفتار می کند.

الکل، نیکوتین و سوء استفاده از مواد: کارشناسان تصور می کردند افراد افسرده الکل، نیکوتین و داروهای تغییر دهنده خلق را به عنوان راهی برای کاهش افسردگی استفاده می کنند. اما در واقع استفاده از این مواد می تواند با افسردگی و اختلال اضطرابی مرتبط باشد.

رژیم غذایی: کمبودهای اسید فولیک و ویتامین B12 می تواند باعث ایجاد نشانه های افسردگی شود. سطوح پایین هر دو ماده مغزی با پاسخ ضعیف تری به داروهای ضد افسردگی همراه هستند (لیدی و همکاران، 2005).

عوامل خطر

افسردگی تمام سنین و تمام نژادها را مبتلا می کند. میزان افسردگی در میان افراد متأهل، بخصوص مردان متأهل و افرادی که ارتباطات طولانی مدت دارند کمتر است. این میزان در بین افراد مطلقه و کسانی که تنها زندگی می کنند بیشتر است. احتمال عدم تشخیص افسردگی در افراد سن بسیار بیشتر است.

زنان دو برابر بیش از مردان افسردگی را تجربه می کنند. گرچه مردان احتمال کمتری نسبت به زنان برای افسردگی دارند، این اختلال بین 3 تا 4 میلیون مرد آمریکایی را مبتلا ساخته است. تفاوتهای جنسیتی تا حدی می تواند ناشی از علل بیولوژیک مثل هورمونها و تغییرات متفاوت سطح وروترونسمیترها باشد.

غربالگری و تشخیص

برای تشخیص افسردگی، پزشک معاینه بالینی شامل: آزمایشاتی برای رد کردن وضعیتهایی که می توانند علایم تقلید کننده افسردگی را ایجاد کنند انجام دهد.

اگر پزشک شما علایم افسردگی شدید را می بینید یا به احتمال خودکشی مشکوک است می تواند شما را به متخصص روانپزشک ارجاع کند یا حتی بستری فوری را توصیه کند.

پزشک یا روانپزشک تشخیص افسردگی را براساس علائم و نشانه های مشخص بیماری بعلاوه حضور علائم و نشانه هایی که معمولاً همراه با افسردگی هستند می گذارند (هر و همکاران، 2017).

عوارض

افسردگی یک بیماری جدی است که می تواند آثار وخیمی بر فرد و خانواده به جا گذارد. افسردگی درمان نشده می تواند منجر به ماریپیچ نزولی ناتوانی، وابستگی و خودکشی شود. میزان خودکشی در مردان 4 برابر بیشتر از زنان است، گرچه زنان بیشتر اقدام به خودکشی می کنند. میزان خودکشی پس از 70 سالگی در مردان افزایش می یابد، و این میزان پس از 85 سالگی بیشتر است.

علایم هشدار خاصی می تواند نشاندهنده افسردگی شدید و احتمال خودکشی باشند. با جدیت هر درمانی را برای پیشگیری از خودکشی به کار گیرید حتی اگر فرد تحت درمان افسردگی است. اگر هر یک از علائم خطر زیر را مشاهده کردید با یک پزشک یا درمانگاه روانی تماس بگیرید.

- (pacing) آرامش، رفتار پرخاشگرانه، تغییرات خلقی زیاد و بیخوابی برای چند شب متوالی.

- تهدید یا عمل به آسیب جسمی یا خشونت.

- تهدید یا صحبت در مورد مرگ یا خودکشی مانند: دیگر برایم اهمیت ندارد یا دیگر نیازی نیست بیش از این نگران من باشی.

- افت فعالیتها و ارتباطات.

- کارهایی مانند خداحافظی با دوستان، نوشتن وصیت نامه یا ...

- بهبود ناگهانی خلق پس از یک دوره افسردگی.

- رفتار خطرناک غیر طبیعی مانند خرید یا حمل اسلحه یا رانندگی (هرن و همکاران، 2015).

درمان

ساخت داروهای ضد افسردگی و داروهای تثبیت کننده خلق درمان افسردگی را بهبود بخشیده است. داروها می توانند علائم افسردگی را برطرف کنند و در بسیاری از انواع بیماری تبدیل به خط اول درمان شده اند. روان درمانی هم می تواند بخشی از درمان باشد که به شما کمک می کند با مشکلات دائمی خود که افسردگی را تحریک می کند یا به آن دامن می زند کنار بیایید. ترکیبی از داروها و یک دوره کوتاه روان درمانی در صورتیکه افسردگی خفیف یا متوسط داشته باشید، معمولاً با دارو یا درمان الکترو شوک آغاز می شود. به محض اینکه بهتر شوید روان درمانی می تواند مؤثرتر واقع شود. یکی از این روش ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) است.

شرح روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

ذهن آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین مذهبی شرقی خصوصاً بودا دارد (اوست، ۲۰۰۸). و به زبان ساده به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می شود که در آن دو عنصر اساسی حضور در زمان اکنون و قضاوت نکردن ارزش بالایی دارد.

این دو عنصر اساسی در مورد رخدادهای، کنش‌ها و واکنش‌ها نقش اصلی را بر عهده دارد. به عبارتی توانایی شناسایی دقیق هیجانهای خود و آگاهی از آنها به هنگام تولید و همچنین کنترل تمایلات خود در نحوه واکنش به اوضاع و افراد مختلف را ذهن آگاهی گویند. ذهن آگاهی حواس جمع بودن و بیداری صد در صد و آگاه بودن نسبت به همه رخ دادهایی است که همین الان در اطراف ما و همینطور در درون بدن در حال اتفاق افتادن هستند. به این شکل که هیچ گونه قضاوت و پیش داوری نسبت در درست یا نادرست بودن از اتفاقات نداریم. ذهن آگاهی کیفیتی از بیداری است که در آن ما از آگاه بودن خود آگاه می شویم. یعنی می فهمیم که داریم می فهمیم. وقتی داریم فکر می کنیم متوجه می شویم که در حال فکر کردن هستیم. به زبان ساده هم موضوعی را که راجع به آن فکر می کنیم، می بینیم و هم متوجه پدیده تفکر هستیم و هم متوجه فکر کننده هستیم. هر چه انسان بیدار و هشیوارتر باشد و حواسش نسبت به اتفاقات جاری و اکنون زندگی اش جمع تر باشد، ذهن آگاه تر است و پاسخ هایش به تحریکات زندگی خردمندانه تر و مؤثرتر و آرامش و اطمینان قلبی او بیشتر است (برون، ۲۰۰۷). کابات زین نیز ذهن آگاهی را توجه کردن به شیوه ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده است. (به نقل از سگال و همکاران، ۲۰۰۲)

برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی MBCT ابداع شده توسط تیزدل و همکارانش در ۱۹۹۲ بر اساس تحلیل ابتکاری سودمندی شناخت درمانی، به گروه هایی از بیماران افسرده بهبود یافته آموزش می دهد که چگونه به طور متفاوت تری از قبل با تفکرات و احساسات منفی خود بدون تمرکز به تغییر اعتقاد در مورد محتوای تفکر ارتباط یابد. به ویژه، MBCT به بیماران آموزش میدهد چگونه الگوی نشخواری، عادت و خودکار ذهن را به محض شناسایی به الگوی متفکرانه و عمدی ذهن تبدیل سازند، به گونه ای که تفکرات و احساسات منفی از چشم انداز وسیع تری به عنوان رخدادهای ساده گذرنده در ذهن شناخته شوند. برجسته ترین موفقیت MBCT ارائه شیوه جدیدی برای پیشگیری از عود و برگشت افسردگی اساسی است. به علاوه این رویکرد راه های جدیدی برای توسعه بیشتر شناخت درمانی می گشاید. (رحیمیان بوگر و یونسی، ۱۳۸۴)

بنیانگذاران شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بررسی عوامل تاثیر رفتار درمانی شناختی در درمان افسردگی به این یافته دست یافتند که کار کردن مکرر با محتوای افکار و گرایهای اجتنابی عادت به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می شود. به عبارت دیگر آنها پی بردن که رسیدن به نوعی ارتباط «تمرکز زدایی شده» و توسعه چشم اندازی متفاوت نسبت به افکار و هیجان ها عامل اصلی تاثیر درمان های شناختی می باشد و همین عامل است که توانایی رها شدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرهای خلق پایین را از بین می برد. (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴)

در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه تهی خود آگاه می شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ندی، یکی انجام دادن و دیگری بون یاد می گیرد ذهن را از یک تیره به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزشی راهبردهای رفتاری شناختی، فرساختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است. (سگال و همکاران، ۲۰۰۲)

همواره چیزی بیشتر از محتوای افکار، تجارب گذشته احساس های بدنی، هیجات و غیره در زندگی وجود دارد. اینها همه مسائل و موضوعاتی نیستند که ما را شامل می شوند فوق العاده آزادانه و ساده انگارانه به نظر می رسد که این دیدگاه در تجارب ما وجود داشته باشد به تدریج شرکت کنندگان می آموزند که این شیوه های جدید را شتاب زندگی روزانه خود به کار گیرند. آنها به علت کسب دانش کافی می آموزند که در مورد اتفاقاتی که در زندگی شان رخ می دهد قضاوت نکنند. زمانی که من راه می روم می دانم که راه می روم و یا زمانی که غمگینم غمگینی را احساس میکنم گیج هستم و احساس ناراحتی می کنم، من میدانم که احساس غم میکنم و ناراحت و آشفته هستم و اینکه در زمان حال چه حالی دارم و چه چیزی را در درون خود احساس می کنم احساس ناراضی فراوان نسبت به شرایط موجود در فرد شکل گرفته و خود این موضوع آندوه را در فرد افزایش می دهد. همچنین تصور آنچه فرد بدان تمایل دارد (افسردگی) احساس قوی نیاز به تلاش برای اطمینان از اینکه این احساس اشتباه نیست را دو برابر می کند.

آسیب شناسی

در قلب ذهن آگاهی نوعی تناقض وجود دارد. در تعامل با مسائل روزمره زندگی در حالی که به عقب بازگشت کرده و آن را مرور می کند، بایست به طور همزمان فرد شاهد آنچه که در حال رخ دادن نیز هست، باشد. این موضوع خود نمودی از حاکمیت کنجکاو و تفکر بدون قضاوت را به او می آموزد. شرکت کنندگان به طور خاص در این درمان تجارب منفی را از ذهن خود دور نمیریزند و یا با آن ها "خصمانه" برخورد نمیشود بلکه به جای آن تجربیات تلخ خود را تصدیق کرده و به آنها اجازه بروز داده و یا بدان ها باز می گردند تا با تجربه مستقیم آن همراه شوند. در این روش افراد ارتباط متفاوتی با تجربیات خود برقرار می کنند به گونه ای که به طور هم زمان آنچه را که در لحظه رخ می دهد تجربه و مشاهده می کنند. فرایند تفکری که شرکت کنندگان در این درمان آن را می آموزند، برای برقراری ارتباط میان افکار، رخدادهای و پیامدهای آن در ذهن افراد طی تمرین های علمی و رسمی ذهن آگاهی و در دو مرحله برنامه ریزی شده است.

اولین هدف آموزش ذهن آگاهی، ارائه آن به عنوان ابزاری جهت هدایت افراد آسیب پذیر نسبت به افسردگی و همچنین افرادی که سابقه عود افسردگی دارند، است. چرا که این درمان نوعی تلاش آزمایشی و روشی ساده جهت تمرکز زدایی یا متوقف سازی عود افکار مرتبط با افسردگی در این افراد بود. تجزیه و تحلیل آنها از افسردگی و مهارت های بازدارنده آن توسط اشخاص که طی دوره های افسردگی در درمان شناختی رفتاری CBT حضور داشتند، به طور کلی مفید بود و بر ذهن این افراد نیز تاثیرات متفاوتی گذاشته بود. شرکت کنندگان دیگر به طور کامل و طولانی مدت در افکار خود غرق می شدند و قادر بودند که به طور وسیعتری از دیدگاه گسترده تر به موضوعات مختلف بیندیشند. این مهارت که به طور ضمنی قبلا از طریق درمان شناختی رفتاری CBT در رابطه با افکار منفی تجربه شده بود در درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی MBCT نیز به طور واضح مرتبط با تمام تجارب کسب شده مدنظر قرار می گیرد. طی تمرین های عملی ذهن آگاهی برای بیشتر شرکت کنندگان مورد تجربه قرار می گیرد. طی تمرین های عملی ذهن آگاهی برای بیشتر شرکت کنندگان تجربه مستقیم ادراک افکارشان در این شیوه جدید اغلب با احساسی زود گذر و لحظه ای همراه خواهد بود. با این حال آن بینش عمیق ایجاد می شود. قابل توجه است که چگونه فرد طی احساس رهایی لحظه ای و کوتاه مدت، قادر به شناسایی و جداسازی افکار خویش، به خصوص افکاری که واقعی است و نه «آنهايي که زايیده ذهن فرد هستند، خواهد بود. بازشناسی ساده افکاری که می توانند آن ها را از واقعیت تحریف شده جدا سازد، اغلب بدون هیچ دشواری ایجاد می گردد و امکان دریافت اطلاعات دقیق تری برای مدیریت مناسب تر در زندگیشان را به آن ها خواهد داد (کابات زین، ۲۰۰۳)

افکار چرخشی نوعی دلمشغولی خاص برای انسان ها هستند. این چرخش های فکری، توجه را به خود جلب می کند و به هستی افراد تا زمانی که حل و فصل گردد یا فکر دیگری به جهت قدرت بیشتر به ذهن خطور کرده و جای آنها را بگیرد، رنگ و طعم می دهند. روشن و تاریک شدن آگاهی به طور همزمان در یک لحظه برای آنها رخ می دهد. این فعالیت در حالت ذهنیت در حال انجام تجربه می شود و خواسته های فرد را برطرف نمی سازد بلکه آنچه که در حالت ذهنیت در حال انجام رخ می دهد، را طراحی می کند. استفاده از دوئینگ مد در مورد مشکلات هیجانی اصلا مفید واقع نمی شود. تلاش برای خلاص شدن از هیجان ها یا سرکوب کردن آنها ممکن است در کوتاه مدت مؤثر به نظر برسد، اما پس از مدتی آن هیجان ها دوباره بروز پیدا می کنند. بینگ مد حالت بسیار سودمندتری برای درک هیجان ها، به خصوص هیجان های منفی در ذهن است (بخش "کنترل هیجان ها با استفاده از بینگ مد")

توجه و آگاهی انسان ها به طور عمده یا بر گذشته و یا آینده متمرکز شده است. شرکت کنندگان نیز تنها بدون احساس تجارب درونی و با توجه به تجارب محیطی اطراف به آنها توجه می کنند. با این حال می توانند در حالت انجام، در حال انجام دادن فعالیتی باشند، در حالی که ذهن در فعالیتی دیگر درگیر شده باشد و یا خواهد درگیر شود.

بنابراین توصیف آنچه ما "حالت ذهنیت در حال انجام می گوئیم توصیف حالتی از ذهن است که بر چگونگی درگیری ذهنی ما با موضوعی که ناشی از تماس ما با درون خود و مرتبط با محیط است، شکل می گیرد و در مجموع تفکر ما را در برمی گیرد. (کابات زین، ۲۰۰۳) امروزه کاربرد راهبردهای التقاطی، بیانگر اثربخشی بیشتر مداخله هاست (بل و روش فورس، ۲۰۰۸). در دهه های اخیر، شواهدی در مورد تاثیر مداخله های مبتنی بر ذهن آگاهی روی سلامت روان شناختی فراهم شده است که این پژوهش ها، بین افزایش سطح ذهن آگاهی و بهبود عملکرد روان شناختی، ارتباط وجود دارد (نیکلیسک و کوپرز، ۲۰۰۸).

طرح جلسات درمانی درمانی در ذهن آگاهی

جلسه اول: آشنایی

تکالیف جلسه: هدایت خودکار، تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای آن شرکت کننده خود را معرفی می کند (درباره آنچه که او را به شرکت در مداخله تر غیب کرده و آنچه از فرآیند مداخله می خواهد صحبت می کنند)

تمرین های جلسه: خوردن یک کشمش همراه با ذهن آگاهی، تامل واریسی بدنی تمرین خانگی؛ یک تامل واریسی بدنی ۴۵ دقیقه ای معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره ای همچون دوش گرفتن در هر روز خوردن یک وعده غذا در طول یک هفته توام با حالت ذهن آگاهی.

جلسه دوم: مقابله با موانع

تمرینات جلسه: تامل و آرسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه ای متفاوت
ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند

جلسه سوم، ذهن آگاهی بر روی تنفس (و بر بدن در زمان حرکت)

تمرینات جلسه: حرکت با حالت ذهن آگاهانه «تمرین تنفس و کشش» انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام تامل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین ها می توانند با یک تمرین کوتاه ذهن آگاهی دیداری با شنیداری آغاز شوند، سه دقیقه فضای تنفس،

تکالیف جلسه: شناسایی و ثبت تقویم تجربه های خوشایند - یا ثبت تجربه های ناخوشایند که در هفته چهارم مورد کاوش قرار می گیرد.

تمرین خانگی: تمرین تنفس و کشش در روزهای اول، سوم و پنجم هفته، تمرین حرکت با حالت ذهن آگاهانه در روزهای دوم، چهارم، ششم یک هفته

ثبت گزارشی از تجربه یک رویداد ناخوشایند

انجام تمرین سه دقیقه فضای تنفس سه بار در هر روز

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال

تمرین های جلسه: پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و آگاهی های بدون جهت گیری خاص)

فضای سه دقیقه ای تنفس - معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله ای برای استفاده در زمان هایی که شرایط احساسات دشواری را بر می انگیزانند راه رفتن با حالت حضور ذهن

تکالیف جلسه: شناسایی آن چه تجربه های ناخوشایند محسوب می شوند. تعریف قلمرو افسردگی - با حوزه دیگری که مشکل اعضا میباشد مانند خستگی مزمن، استرس و...

تمرین خانگی: تامل در وضعیت نشسته

فضای سه دقیقه ای تنفس طبق روال قاعده ای (سه بار در یک روز)

فضای سه دقیقه ای تنفس - به عنوان راهبردی مقابله ای در (زمان های تجربه احساسات ناخوشایند)

جلسه پنجم: پذیرش و اجازه / مجوز حضور

تمرین های جلسه: تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن؛ تاکید بر چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس.

تکالیف جلسه: خواندن شعر میهمان خانه اثر مولانا و شناسایی مضمون آن در جلسه تمرین بر روی کاوش الگوهای عاداتی واکنش و کاربرد بالقوه مهارت های حضور ذهن برای تسهیل پاسخ دهی بیشتر به تجربه زمان حال.

تمرین خانگی؛ تامل در وضعیت نشسته

سه دقیقه فضای تنفس طبق روال قاعده ای (سه بار در هر روز)

سه دقیقه فضای تنفس به عنوان راهبرد مقابله ای

(در هر زمانی که شما پی به وجود احساسات ناخوشایند بردید)

(پس از انجام تمرین جهت کاوش راهی برای گشایش درونی به سوی بدن)

جلسه ششم: فکرها نه حقایق

تمرین های جلسه: تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراش بر روی بدن و ذهن.

سه دقیقه فضای تنفس

تکالیف جلسه: تمرین خلقهافکار و دیدگاهی جایگزین

مشخص کردن نشانه ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره.

تمرین خانگی ۴۰ دقیقه انجام تمرین روزانه - کار کردن با ترکیب متفاوتی از سه تمرین اصلی؛ آگاهی یابی با به کارگیری دامنه ای از تمرین های کوتاه تر. آگاهی یابی از طریق انجام تمرین با و بدون استفاده از سه دقیقه فضای تنفس طبق روال قاعده ای (سه بار در هر روز)

سه دقیقه فضای تنفس به عنوان راهبردی مقابله ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند و به عنوان اولین گام در توسعه نگرشی گسترده تر در ارتباط با افکار، بازگشایی در به سوی فکر، تعمق و کار بیشتر بر برنامه عملی پیشگیری از عود شخصی.

جلسه هفتم: چگونه می توانیم به بهترین شکل از خود مراقبت کنیم؟

تمرین های جلسه: تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثراش بر بدن و ذهن.

تکالیف جلسه: پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق

آماده کردن فهرستی از فعالیت های روزانه و تعیین اینکه کدامیک کسالت آور با روحیه بخش است و کدامیک حسی از تسلط یا لذت را در فرد ایجاد می کند.

شناسایی نشانگان عود و توسعه راه کارهایی برای مقابله با تهدید به عود/بازگشت مجدد.

تمرین خانگی: گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرینها که بتوان پس از پایان برنامه آن را ادامه داد.

فضای تنفس- بر طبق روال قاعده ای و به عنوان راهبردی مقابله ای؛ پس از تمرین کشف راهی برای بازگشایی دری به انجام عمل ماهرانه، توسعه سامانه هشدار دهنده اولیه برای تشخیص عود، توسعه برنامه عملی که بتوان در مواجهه با پایین آمدن خلق از آن استفاده کرد.

جلسه هشتم: استفاده از آموخته ها برای کنار آمدن با وضعیت های خلقی در آینده

تمرین های جلسه: تامل واریسی بدنی

به پایان رساندن تامل

تکالیف جلسه: مروری بر سامانه های هشدار اولیه و برنامه های عملی که برای استفاده در زمان هایی که خطر عود بالاست توسعه داده شده اند.

مروری بر کل آنچه در دوره گذشت - چه چیزهایی در زندگیتان بیشترین ارزش را برایتان داشت که انجام این تمرین ها توانست به شما در رسیدن به آنها کمک کند؟

بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین های رسمی و غیر رسمی توسعه داده شد.

ارائه پرسشنامه هایی به شرکت کنندگان برای انعکاس نظرات خود درباره دوره

تمرین خانگی: انتخاب برنامه ای برای تمرین خانگی که بتوان آن را تا ماه بعد ادامه داد (ایده آل است که این برنامه در جلسه های پیگیری مرور شود). (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۴)

بحث و نتیجه گیری

«ذهن آگاهی» بر اساس آموزش یک سری تکالیف به صورت هشیار و خود آگاه است. هر تمرین به طور هدفمند می تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات، را افزایش دهد. هر تمرین های ذهن آگاهی می تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات، را افزایش دهد. تمرین ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک نظام هشدار اولیه مانع شروع یک هشدار اولیه مانع شروع یک انفجار یا سیل قریب الوقوع و درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخهای نگران کننده است. و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می شود (کری جی. ۲۰۰۴).

منابع و مراجع

- رحیمیان بوگر، اسحق؛ یونسی، سید جلال (۱۳۸۷). درپچه ای به فراشناخت، جان تیزدل: تهران: نشر دانژه.
- رشیدی شیراز، آیدا. (۱۳۹۳). اصول و مبانی ذهن آگاهی مدیتیشن قرن بیست و یکم، چاپ دوم. انتشارات ساوالان
- محمدخانی، پروانه؛ ثمنائی فره جهانی تابش، ع. (۱۳۸۴). درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی، چاپ اول، انتشارات دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی
- Aderka, I., McLean, C.P., Huppert, J.D., Davidson, J.R.T., Foa, E.B., 2013. Fear, avoidance and physiological symptoms during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behav. Res. Ther.* 51, 352–358.
- A. T., Alford, B. A., Beck, M. A. T., & Alford, P. D. B. A. (2014). *Depression*. University of Pennsylvania Press.
- Alpert, J.E., Uebelacker, L.A., McLean, N.E., Nierenberg, A.A., Pava, J.A., Worthington 3rd, J.J., Tedlow, J.R., Rosenbaum, J.F., Fava, M., 1997. Social phobia, avoidant personality disorder and atypical depression: co-occurrence and clinical implications. *Psychol. Med.* 27, 627–633.
- Beard, C., Millner, A.J., Forgeard, M.J., Fried, E.I., Hsu, K.J., Treadway, M.T., Leonard, C.V., Kertz, S.J., Björgvinsson, T., 2016. Network analysis of depression and anxiety symptom relationships in a psychiatric sample. *Psychol. Med.* 14, 1–11.
- Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., 1996. *Beck Depression Inventory Manual*, 2nd ed. Psychological Corporation, San Antonio, TX, USA
- Baer.R.A. (2006). *mindfulness based reatment approaches A clinican's guide*. Elsevier. Brown, K.W., Ryan, Ryan, R.M., Creswell, J.D. (2007). Addressing fundamental Questions about Mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 72-281.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness Based Cognitive Therapy* New York. Routlege press. Ivanovski B, Malhi G. (2007). The Psychological and neurophysiological concomitants of mindfulness form meditation. *Actaneuro psychiatric.* 76-91.

Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: How to cope with stress, pain and illness using mindfulness meditation*. New York: Dell kabat zinn, J. (2003). Mindfulness. Based intervention in context: post, present, and future. *Clinical psychology: science and practice*, 10, 144-156.

Kabat-Zinn, J. (2005). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*, New York: Delta trade paperback Kabat-Zinn J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology Science Practice*; 10(2): 144-56.

Kerry j., Kuyken, W., Hastings, R. P., Roth well, N., & Williams, J.M. G. (2004). Training teachers to deliver mindfulness based interventions: learning from the UK experience, *mindfulness*, 1, 74-86. doi: 10.1007/s12671-010-0010-9.

Manikavasgar, V., Parker, G., Perich, T. (2010). Mindfulness based cognitive therapy &cognitive bahavioral therapy as a treatment for non-menalcholic depression *Journal of Affective Disorders* 30:138-144 Nyklicek I. Kuijpers KF. (2008). Effects of mindfulness-based stress reduction intervention on psychological well-being and quality of life: Is increased mindfulness indeed the mechanism? *Ann Behav Med*; 35: 331-40.

Ost, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta analysis. *Behavior Research and Therapy*, 46 296-321.

Segal, Z, V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New-York: Guilford press Teasdale, J. D., William S, J. M., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces over general autobiographical merely depressed. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-642.

Teasdale, J. Segal, Z., Williams, M., Ridgeway, V., Soutsby, J., & Lau, M. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mind fullness-based cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 68, 615-623.

Singh N N, Wahler R. G, Winton A. S, Adkins A. D. (2004). A mind fullness- based treatment of obsessivecompulsive disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3 (4), 275-287.

Twohig M.P. Hayes S. C, Masuda A. (2006). Increasing willingness to experience obsessivecompulsive disorder. *The Journal of Behavior Therapy*, 37 (ness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior 1,3-13 Williams J. M, Duggan D. S, Crane C, Fennell M. J. (2005). Mindful. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (2). 201-210.